

城乡医疗救助制度之现状、问题与对策

任 琦,曾理斌,杨晓胜

(广东医学院人文与管理学院,广东 东莞 523808)

摘 要:城乡医疗救助制度对于缓解贫困群众就医难,实现病有所医具有重要意义。作为构建多层次医疗保障和卫生服务体系的重要组成部分,医疗救助制度在取得巨大成就的同时也存在政策导向偏差、救助对象覆盖不全面、资金筹集机制单一、起付线和救助上限的设置缺乏科学性等问题。医疗救助制度应该从取消各种不合理限制,拓宽筹资渠道,实现医疗救助管理独立化和加快医疗救助法制建设等方面加以改善。

关键词:城乡;医疗救助;医疗保障

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2015)01-011-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20150103

一、实施背景和现状

医疗救助是政府通过提供财务、政策和技术上的支持以及社会通过各种慈善行为,对贫困人群中因病而无经济能力进行治疗的人群,或者因支付数额庞大的医疗费用而陷入困境的人群,实施专项帮助和经济支持,使他们获得必要的卫生服务,以维持其基本生存能力,改善目标人群健康状况的一种医疗保障制度^[1]。

我国的城乡医疗救助体系是农村医疗救助先行,城市医疗救助跟进,然后融合一体的模式。2003年,《关于实施农村医疗救助的意见》(民发[2003]158号)文件首次提出了建立农村医疗救助制度的具体实施意见,成为第一个为解决农民医疗救助问题而出台的行政规章。2004年初,《农村医疗救助基金管理暂行办法》(财社[2004]1号)文件正式出台,对农村医疗救助基金的具体运作进行了规范。这两部行政文件的发布标志着农村医疗救助制度正式开始实施。2005年,《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》(国办发[2005]10号)和《关于加强城市医疗救助基金管理的意见》(财社[2005]39号)两份文件的出台标志城市医疗救助制度开始实

施。城市和农村医疗救助制度逐步建立并衔接,城乡医疗救助制度在全国开始建立。至2006年底,我国所有涉农县(市、区)全面建立了农村医疗救助制度。至2008年底,所有地市也全部建立了城市医疗救助制度。2009年6月,《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》(民发[2009]81号)文件的出台在我国医疗救助发展史中具有重要意义,我国医疗救助工作从探索阶段进入规范发展阶段。从2012年开始,政府对医疗救助工作更加重视,陆续出台了一系列文件:《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》(民发[2012]21号),《关于建立疾病应急救助制度的指导意见》(国办发[2013]15号),《国家卫生计生委办公厅关于做好困难群体医疗救治工作的通知》(国卫办医函[2013]467号),《城乡医疗救助基金管理办法》(财社[2013]217号)。随着这些文件的出台,我国城乡医疗救助工作进入到深入发展阶段。

2013年,全国共实施医疗救助10832.3万人次,其中,住院救助1098.4万人次,门诊救助1541.3万人次,资助参保参合8192.6万人;当年筹集资金218亿元,其中中央财政安排132亿元;全年支出医疗救助资金257.6亿元;住院、门诊和资助参保参合人次均救助水平分别为1673元、142元和63元。全国共

基金项目:广东省哲学社会科学“十二五”规划2013年度资助项目(GD13CGL12),广东医学院科研基金项目(M2011033)

收稿日期:2014-09-09

作者简介:任琦(1973-),男,河南周口人,讲师,研究方向为卫生事业管理;杨晓胜(1978-),男,湖北浠水人,硕士,讲师,研究方向为卫生经济学,通信作者。

实施重特大疾病医疗救助 156.2 万人次, 支出资金 37.68 亿元; 其中, 门诊救助 81.8 万人次, 支出资金 3.7 亿元, 人次均救助水平 452 元; 住院救助 74.7 万人次, 支出资金 33.98 亿元, 人次均住院救助水平 4 567 元。全国 81% 的县(市、区)开展了医疗救助“一站式”即时结算服务^[2]。

综合《中国统计年鉴 2011》和《中国统计年鉴 2013》的资料(表 1)和民政部发布的《2013 年我国医疗救助运行情况分析报告》的相关数据分析, 自 2005 年城乡医疗救助开始运行以来, 我国的医疗救助从救助人次、救助资金支出、救助水平方面都在不断增加和提高, 医疗救助事业取得了巨大成就。城乡医疗救助制度是解决“因病致贫、因贫致病”问题, 是困难群体获得必要的卫生服务和医疗保障的一个直接途径, 也是构建多层次医疗保障体系的重要环节。在我国以社会医疗保险为主体的整个医疗保障体系中, 安排医疗救助制度有利于满足贫弱人群的基本卫生服务需要, 有利于帮助贫弱人群参加到社会保障体系中, 有利于消除贫弱人群卫生服务利用的障碍, 从而消除健康方面的社会排斥。因此, 社会转型时期开展城乡弱势群体医疗救助是人类追求公平正义、增进社会融合的必然之举^[3]。

二、存在的问题

(一)政策导向出现偏差

我国的医疗救助政策是坚持以住院救助为主, 同时兼顾门诊救助。现行的医疗救助政策导向正好与现实需要相悖。各地政府在实践中变成了主要救助大病、重病, 并且限制大病种类和范围。政府资助贫困人员参加城镇居民医保或新型农村合作医保是实现门诊医疗救助的主要方式。虽然这样可以减轻贫困人群的医疗负担, 但在实际操作中仍然存在一些问题。我国实行三级转诊制度, 当由基层定点医疗机构转入二级医疗机构或转入三级医疗机构就医时, 门诊报销比例下降幅度很大。以东莞市为例, 社区门诊报销 70%, 转入二级医疗机构报销 50%, 转入三级医疗机构只报销 35%。二级医疗机构和三级医疗机构的医生经常开一些非社保用药, 这些药品只能够自费。因此, 对于困难民众来说, 个人自费部分依然是较重负担。由于困难群体生活条件差, 对自身的健康状况比较忽视, 小病拖、大病扛的现象非常普遍。贫困人群的疾病发生率高于普通人群。2013 年全国医疗救助支出资金 257.6 亿元, 比 2012 年的 220.8 亿元增长 17%。其中, 住院救助支出 183.8 亿

表 1 2005~2012 年全国城乡医疗救助基本情况

年度	城市医疗救助			农村医疗救助		
	直接救助(万人次)	资助参保(万人)	财政支出(万元)	直接救助(万人次)	资助参合(万人)	财政支出(万元)
2005	115.0		32 000.0	199.6	654.9	57 000.0
2006	187.2		81 240.9	201.3	1 317.1	114 198.1
2007	442.0		144 379.2	377.1	2 517.3	280 508.0
2008	443.6	642.6	297 000.0	759.5	3 432.4	383 000.0
2009	410.4	1 095.9	412 043.1	730.0	4 059.1	646 245.8
2010	460.1	1 461.2	495 203.0	1 019.2	4 615.4	834 810.0
2011	672.2	1 549.8	676 408.4	1 471.8	4 825.3	1 199 610.4
2012	689.9	1 387.1	708 801.6	1 483.8	4 490.4	1 329 104.8

元, 占总支出的 71%; 门诊救助支出 21.8 亿元, 占总支出的 8%^[2]。门诊救助支出比例太小, 不利于满足困难群体对门诊救助的需求, 使困难群体无法在常见病、多发病方面得到及时救助, 不能够充分发挥医疗救助制度的扶危济困的功能。另外, 救助病种目录决定了医疗救助直接救助的范围, 城乡困难居民医治的疾病只有在救助病种目录内, 所产生的医疗费用才能获得医疗救助。病种限制过严, 意味着一些罹患某些疾病但病种又在救助病种目录之外的城乡困难居民被排除在外^[4]。

(二)救助对象覆盖不全面

现行医疗救助制度把救助对象区分为城乡两种不同类型。城市救助对象为城市居民低保对象中

未参加城镇职工医保人员、已参加城镇职工医保但个人负担仍较重的人员和其他特殊困难群众。农村救助对象是农村五保户、贫困户家庭成员以及地方政府规定的其他符合条件的贫困农民。各地的医疗救助制度排斥户籍不在当地的外来务工人员。这些务工人员在外地工作, 大多数人员收入不高, 生活拮据。按照医疗救助制度规定, 他们得不到工作所在地的医疗救助。外来务工人员为城市建设付出了青春和汗水, 当他们需要帮助的时候却被排除在救助范围之外, 这违背了医疗救助制度的普惠性原则。

(三)缺乏有效资金筹集机制

医疗救助制度是一个长期化、制度化的过程, 需

要稳定的多渠道资金来源。医疗救助工作也是一个系统工程,需要民政、卫生、财政和社会保障部门的相互协调,共同参与。由于各部门管理体制相对独立,医疗救助资金筹集、拨付、使用需要较长的流程,协调起来存在诸多问题。医疗救助资金的主要来源是中央财政补助、地方财政补助,其他来源还有彩票基金拨款和社会捐赠等。各省地市的普遍做法是根据自身的实际财政状况给予一定的财政资金补贴。2013年,全国城乡医疗救助共筹集资金218亿元。其中,中央财政安排132亿元,占61%;地方各级筹集资金86亿元,占39%^[2]。社会捐助数量在筹资总量中占比例可以忽略不计。2013年,医疗救助资金连续第三年出现支出大于筹集的情况,资金使用效率明显提升。在筹资增长缓慢的情况下,基金运行面临较大压力^[2]。资金的匮乏成为阻碍医疗救助事业快速发展的主要因素。

(四)起付线和救助上限的设置缺乏科学性

医疗救助实践中较为明显的弊端是起付线和救助金额上限的设置制度。很多地方政府基于回避风险的原因,在给予贫困人群救助时设置起付线和封顶线。贫困家庭本身生活已经异常艰难。起付线的规定等于把那些需要被救助的绝对贫困人群拒之门外,使他们得不到最急需的救助。极端贫困家庭一旦发生重病,住院费用开支巨大。设置救助金额上限的政策使救助对象不能够获得足够的援助,等于逼迫这些家庭放弃治疗,既不符合医学治疗的实际,也难以真正体现医疗救助的社会价值。

三、对 策

(一)以人为本,取消不合理限制

医疗救助制度为贫困人口提供基本的医疗保障,可以满足弱势群体的基本生存权需要,是政府保障公民人权的形式和义务。医疗救助可以有效缓解困难群众无力就医的突出问题,同时完善社会救助体系,保障民生。医疗救助制度作为普惠制的政策,应该坚持对社会的全覆盖,避免死角和遗漏,使救助对象均能够从中受益。普惠制的涵义是所有需要救助的对象都有机会获得救助,使其“有病能够得其医,逢医能够得其救”。首先,应该扩大医疗救助范围,不仅本地户籍的常驻居民可以享有医疗救助,也应该把符合救助条件的非本地户籍的外来务工人员也包括在内,解决贫困务工人员的医疗保障问题。其次,取消起付线和封顶线的限制,实现医疗救助“零门槛”,既可以为极端贫困群众救急,又可以帮助身患重病、大病的贫困家庭获得足够的救

助,不至于半途而废。最后,医疗救助应该放开病种限制,全面实施普通门诊医疗救助服务,为困难群体解决实际困难,满足他们的基本医疗需求,真正体现医疗救助的公平性和可及性。构建以“门诊救助、资助参保参合、住院救助、重大病救助和临时救助”五位一体的医疗救助体系。延伸城乡医疗救助的覆盖面,逐步扩大救助范围。除对城乡低保户、五保户、重点优抚对象重点救助外,还对低保边缘的大病困难群众进行救助,让患有重大疾病的困难群体都能享受到政府的关怀^[5]。

(二)拓宽筹资渠道,实现多元化筹资

随着我国医疗救助范围扩大和力度的深化,救助资金的开支逐渐增加。充足而稳定的资金投入是医疗救助可持续运转的基础。我国国情复杂,各地区经济发展不均衡,贫困人口众多。单独依靠政府无法独自承担所有贫困患者的全部医疗费用。医疗救助事业的健康发展,需要社会各方力量共同努力来完成。拓宽筹资渠道,实现多元化筹资是医疗救助制度稳定发展的方向。一方面政府需要加大在医疗救助方面的投入,为医疗救助提供资金保证;另一方面政府应该加大宣传力度,鼓励社会力量参与其中,充分发动社会各界的力量,把医疗救助和慈善组织的工作结合起来。政府可以和红十字会、中华慈善总会等公益性机构联合,把医疗救助工作作为一项慈善事业来推动。通过社会各界的捐资,建立起多渠道、多元化、稳定健全的资金筹集机制,保证救助资金的正常运营。政府还有地方各级部门需要颁布对社会捐助加以奖励的税收政策,比如说,对于捐款企业,可以推行免征企业所得税以及个人工资所得税的政策,从而激发社会各界捐款的主动性,促进医疗慈善捐助的蓬勃发展^[6]。

(三)医疗救助管理机构独立化,提升救助效率

实践中,医疗救助工作涉及不同的部门和机构,协调难度较大,并且,民政部门在医疗救助方面缺乏专业性。这些弊端都阻碍着医疗救助工作的发展。基于此,应该把医疗救助的报销、资金救助功能从民政体系中剥离出来,划归社保机构负责。民政部门承担医疗救助资金筹集、救助对象甄别的职责。社保机构成立专门的医疗救助管理部门。医疗救助管理部门负责救助标准确定、资金发放等工作。社保部门将救助对象的医疗救助信息并入医疗保险信息管理系统,实现保险报销和救助费用的直接结算,给予贫困人员及时的救助,减少其医疗负担。医疗救助管理部门的独立化,有助于明确职能,提高救助工作效率,避免救助资金的滥用和浪费。

(四)加快医疗救助法制建设,实现依法监督

我国采取行政管理模式推进医疗救助工作,其弊端在于多头管理,职责不清。从国外经验看,凡是医疗救助事业发展较规范的国家,都有相对完善的法律法规制度保障,如新加坡的《穷人医疗救助法》、英国的《医疗救济法》等。因此,应通过统一完善的立法建设,明确救助对象、救助方式、救助标准、救助主体及救助程序、资金来源渠道等相关实施细则,防止出现资金滥用、筹资困难、多头管理或管理瘫痪等不良现象^[7]。在这几年的实际救助工作中,出现了人情救助、骗取救助等不正常现象,而一些真正需要救助的贫困人员却没有得到及时救助。目前对于这些违规行为,尚无明确的处罚依据。我国应该制订医疗救助法律,保护弱势群体的权益,使其平等地享受国家提供的基本医疗保障,同时有效规范医疗救助行为,加强对救助基金监管,依法处罚违规行为,保证医疗救助制度的健康运行。

参考文献

- [1] 最低生活保障司. 城市医疗救助试点工作评价研究(摘要) [EB/OL]. [2007-12-17]. <http://dbs.mca.gov.cn/article/csyjz/llyj/200712/20071200005888.shtml>
- [2] 社会救助司. 2013年我国医疗救助运行情况分析报告 [EB/OL]. [2014-09-29]. <http://dbs.mca.gov.cn/article/csyjz/llyj/201409/20140900707569.shtml>
- [3] 吕静. 我国城市医疗救助制度分析及其完善研究 [D]. 北京:首都经济贸易大学, 2012
- [4] 赖志杰. 城乡医疗救助制度的现状、主要问题与建设重点 [J]. 当代经济管理, 2014, 36 (7): 53-56
- [5] 殷燕萍, 邢学宁. 城乡医疗救助的现状调查研究 [J]. 前进论坛, 2011(6): 30-32
- [6] 金姬, 刘继虎. 新医改背景下公立医院医患关系法律性质研究—以患者权益保护为视角 [J]. 中南林业科技大学学报:社会科学版, 2013, 7(4): 92-94
- [7] 宋悦, 韩俊江, 郭晖艳. 我国医疗救助制度存在的问题及对策研究 [J]. 税务与经济, 2013(1): 46-49

The status quo, problems and solutions of the urban and rural medical assistance system

Ren Yu, Zeng Libin, Yang Xiaosheng

(School of Humanities and Management, Guangdong Medical College, Dongguan 523808, China)

Abstract: Urban and rural medical assistance system is important for alleviating difficult medical problems and ensuring poor people enjoy health care. As an important aspect of multi-level medical security and health service system, urban and rural medical assistance system has made great achievements. However, there are some flaws and inadequacies. The problems still remain, such as the deviations of policy guidance in the urban and rural medical assistance system, incomprehensive rescue coverage, single financing mechanism, lack of scientific in the low limit of pay line and the upper limit on salvage amount. In order to improve medical assistance system, all kinds of unreasonable restrictions should be abolished, the financing channels should be broadened, medical assistance management should be operated independently, the legal system construction of medical assistance system should be accelerated.

Key words: urban and rural; medical assistance; medical security