

医 疗 保 险

——公费医疗改革的根本出路

○张爱萍

1985年以来宜昌市进行了多次公费医疗改革,但公费医疗中的问题并未解决。1993年湖北宜昌市公费医疗实际支出数已突破4 000万元,相当于一个中等收入的县一年的财政收入,这种状况令人忧虑。为什么公费医疗改革效益不佳?症结何在?笔者认为:公费医疗的问题在于制度本身,改革的根本出路在

于实施医疗保险。

十年来,宜昌市公费医疗的改革大体经过了三个阶段,即财政统收统支、包干到享受单位管理、包干到医疗单位管理。1984年,宜昌市大部分地方都实行了定点就医、凭证记帐、财政报销的管理办法。这种办法方便了就医,结算方式也很简单,但浪费很大,吃药不问价,治病

不交钱,一人持证,全家享受等现象普遍存在。针对这些问题各地大胆进行改革,实行医疗经费包干到享受单位管理的办法。享受单位由于受指标限制,采取了很多管理措施,如部分费用个人自理、上墙公布支出情况、领导审核报销等等,收到了明显效果,浪费现象少了,支出有所下降。随之也出现了不少问题:一是人员少、病人多的单位共济能力差,超支严重,挤占行政事业费,影响了正常工作;二是经济条件好的单位不愿管,浪费大,而没有收入来源的单位基本医疗难以保证,个人负担重,造成医疗待遇上分配不公;三是核算复杂,一个单位一套帐,公费医疗帐比经费帐还多,浪费不少人力物力。1988年后,宜昌市普遍推行医疗经费包干到医疗单位管理的办法。其理论依据是:医疗单位是浪费之源,只要堵住了源头,一切问题就解决了。从几年的运行情况看,并非如此简单:对病人来讲,经费包干到医院后就医没有选择性,定点医院为经费不突破指标而限制病人基本医疗;对医疗单位来讲,定点医院病人集中、门庭若市,非定点医院病员减少,设备闲置,收入减少,进而增加财政负担,同时不利于医疗单位平等竞争,造成卫生事业发展不平衡;对享受单位来讲,由于医疗经费与己无关,产生了病人要吃好药、单位领导支持吃好药、医院不给好药吃的矛盾,造成医患关系紧张;对财政来讲,由于资金紧张,医疗经费很难及时足额到位,过去经费包干到享受单位时,超支由各单位垫付,缓和了矛盾,现在矛盾复现,影响医院的资金周转。

上述几种管理形式效果不佳充分说明,单纯从医疗服务的提供者、医疗服务的享受者和医疗费用的支付者三方面想办法,公费医疗中存在的矛盾很难解决。症结在于公费

课题、科研成果不核算成本的做法。而成本的核算,最大的问题是“建制练人”。要搞一套完备的成本核算制度和核算办法,同时要培训会计人员。以前,科研单位作为事业单位,因而也只配置预算会计。现在看,已经不适应工作的需要。要配成本会计,最低也应使预算会计兼有成本会计的技能。

5. 参与论证。科研成果的二次开发,即推广应用,必须经过充分地、科学地论证才能组织实施。而财政应该参与论证,在经济效益方面(直接或间接;二次开发者自身的或社会的)提供咨询服务,并在服务中使科研单位和二次开发者获取合理收益。

(责任编辑 江正银)

医疗制度自身存在根本缺陷:其一,缺乏合理的医疗经费筹措机制。现行公费医疗制度无论采取什么样的管理办法,都没有突破财政包揽医疗费这一现状,即使包干到享受单位或医疗单位管理,超支分担,也只是财政负担的转项,即由医疗费超支转换为行政事业费超支,财政负担总量并未减轻。也可以说,公费医疗经费的唯一来源是财政拨款。其二,缺乏费用约束机制。1993年决算报表显示,宜昌市公费医疗享受人员年人平自费32.5元,相当于工资总额(工改前)的0.94%,宜昌市直单位年人平自费38元,相当于工资总额(工改前)的1%,其中有4000人(占享受人员总额的25%)不自费,医疗费实报实销。这一事实说明,享受公费医疗人员的医疗消费基本上属“公费消费”模式。我国多年的实践证明,不论什么形式的“公费消费”都面临浪费突出和难管理两大问题。公费医疗管理的难度更大。不少管理人员叹息,管松了浪费大,单位负担不起;管紧了职工有意见,影响工作。其三,医疗保障覆盖面窄。1993年,宜昌市享受公费医疗人数是10.6万人,占宜昌市总人口的2.7%,占城镇人口的12.6%,享受劳保医疗的人数43万人,占全市总人口的11%,也就是说,全市只有13.7%的人享受了公费(劳保)医疗,还有86.3%的人没有得到基本的医疗保障。即使享受了医疗保障,由于各地各单位经济条件不同,医疗待遇也存在较大差异。这种情况可以说明两个问题:一是现行医疗制度不利于调动广大劳动者的积极性,不利于劳动力的合理流动,不适应建立社会主义市场经济体制的需要;二是被动引发一人享受、全家吃药,增加了财政和企业负担,也造成了医疗单位不因病施治,开人情方、大处方等行业不正

之风。其四,公费医疗管理缺乏科学合理的诊疗技术规范 and 法律依据,随意性较大。

公费医疗制度自身存在的缺陷表明,它已不适应目前的形势,很难继续运转。寻求一个新的医疗制度已是当务之急。国务院已明确提出,医疗制度改革的方向是实施医疗保险制度,但如何实施,目前还处于探索阶段。笔者认为适应我国国情的医疗保险制度应包括如下基本内容:

1. 改革职工医疗保险费用的筹集办法,医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳。职工个人的投保额可按工资的一定比例计算,用人单位医疗保险费的缴费来源,全额管理单位由财政代缴,差额管理单位由财政和单位按比例缴纳,自收自支单位由单位缴纳。缴费额度可根据当地医疗费实际支出情况,本着保证支出略有结余的原则确定,并根据物价上涨和经济发展情况不断调整。

2. 保险费的支出和个人利益紧密挂钩。职工个人和用人单位缴纳的医疗保险费,其大部分记入个人医疗帐户,专款专用,用于支付职工个人的医疗费用,个人医疗帐户的本息由职工个人所有,可以结转使用和继承。用人单位缴纳的医疗保险费的其余部分进入社会统筹医

疗基金,由社会保险机构集中调剂使用。个人医疗帐户不足支付时可在统筹医疗基金中列支,但个人必须自费一部分,自费比例可根据职工的经济承受能力确定。这种办法有两点好处:一是增强了病人的费用意识,医疗费支出在个人帐户存款余额内的部分实际上是全部自费。患特殊病超过个人帐户的部分也是按比例自费,病人的责任心将大大加强,实际上把医疗消费大部分纳入了个人消费。二是医疗经费有积累,个人帐户上的资金本息可以结转和继承,病人不再担心“我的钱被别人用了”。无病时为生病时积累,年轻时为年老时积累。

3. 加强对医疗单位的有效制约,提高管理效益。职工可以到几家定点医院就医,促使医疗单位合理竞争,提高医疗质量,改善服务态度。医疗保险部门对定点医疗单位和药品销售单位进行资格审查,定期检查。制定医疗诊治技术规范和分档次的医疗收费标准,并定期修订。制定医疗保险基本药品报销范围和检查治疗的费用控制标准,并定期修订。医疗保险部门应与医疗单位和药品销售部门签订管理合同,明确双方的责任、权利和义务,超出规定范围的服务和用药不得在个人帐户上开支,社会保险机构不负责任。(责任编辑 张沁)

