

关于实现医疗费用轻负担的思考与建议

徐广保

(广西壮族自治区卫生健康委员会应急办,南宁市 530021,电子邮箱:794352670@qq.com)

【提要】 实现“全民医疗费用轻负担”是医疗体制改革的重要目标。建议以患者个人自付医疗费用不超过其实际医疗费用的15%,同时不超过其家庭(夫妻双方及其子女)年收入及银行存款之和的15%为医疗费用轻负担标准,超过部分通过医保二次报销和医疗救助予以解决,以后可随着经济发展达到个人自付不超过其实际医疗费用10%的目标要求。围绕目标统筹有效地利用医疗卫生补助资金,加大对医保基金的补助力度,尽快实现全民医疗费用轻负担的目标,同时避免盲目提倡免费医疗引起的思想混乱,也防止脱离目标随意扩大医保及医疗救助基金的使用范围。应进一步完善切合我国实际的基本医疗保障制度,使之在实现医疗费用轻负担中发挥主导作用;应采取鼓励医疗机构主动控费的措施,有效控制医疗费用的过快增长;应建立以医共体为主导的分级诊疗制度,从服务体制机制上减轻医疗费用负担;应结合扶贫济困政策,切实减轻贫困人口和困难职工的医疗费用负担。

【关键词】 医疗体制改革;医疗费用;轻负担

【中图分类号】 R 191 **【文献标识码】** B

【文章编号】 0253-4304(2019)19-2542-05

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2019.19.33

医疗体制改革(医改)以来,党和政府采取了强有力的措施,特别是建立了覆盖全民的基本医疗保险制度,并投入大量资金加强基层医疗卫生服务能力建设,使群众“看病难、看病贵”问题得到一定程度的缓解。但由于多方面的原因,医改的成效与人民群众的要求仍有较大差距,尤其是医疗费用负担重的问题仍未得到较好解决,群众的不满仍较多。因此,尽快解决群众医疗费用负担重的问题,是医改工作的重中之重,是践行“不忘初心、牢记使命”主题教育的重要内容,是健康中国建设的重要目标。有专家提出可仿效欧洲发达国家实行全民免费医疗,但笔者认为,全民免费医疗也存在一定缺陷,目前应当以实现“全民医疗费用轻负担”为医改的重要目标,既高举医疗服务公益性的大旗,也正视医疗服务的市场属性,采取切实有效的措施,走有中国特色的医疗保障之路,才能真正有效减轻群众的医疗费用负担,增强人民群众对医改工作成效的获得感。

1 尽快明确医疗费用轻负担的标准,并作为医改的重要目标

目前,医疗费用轻负担尚没有明确的定义和标准。相对于免费医疗制度中患者不需自付或仅自付

很少的医疗费用而言,医疗费用轻负担应是指患者需自己支付一定的医疗费用,以发挥约束医疗费用支出的作用,但患者应能轻易承受自付费用数额。有专家在我国的健康扶贫工作中提出,贫困人口自付医疗费用应占实际医疗费用的10%左右,才能帮助贫困人口达到脱贫标准,这一主张已在一些省份实施,取得一定成效^[1]。因此,有专家认为,患者自费支付实际医疗费用的10%左右较为合适。此外,世界卫生组织指出,一个家庭的强制性医疗费用支出若达到或超过扣除基本生活费用后家庭剩余收入的40%,为“灾难性医疗支出”即医疗费用负担过重,将导致因病致贫、返贫^[2]。因而,也有专家主张,应以一个家庭的强制性医疗费用支出占扣除基本生活费用后家庭剩余收入的比例来衡量医疗负担。

笔者认为,可将上述两种主张有机结合起来,根据当前我国医疗保障制度和医疗服务体系的实际情况,以患者个人自付医疗费用不超过其实际医疗费用的15%,同时不超过其家庭(夫妻双方及其子女)年收入及银行存款之和的15%为医疗费用轻负担标准,超过医疗费用轻负担标准的部分通过医保二次报销或医疗救助予以解决,以后可根据经济发展水平适当提高标准要求。建议有关部门组织专家充分调研

论证,尽快确定医疗费用轻负担的阶段性目标要求,围绕目标统筹有效利用医疗卫生补助资金,加大对医保基金的投入力度,尽快实现医疗费用轻负担目标,同时避免盲目提倡免费医疗引起的思想混乱,也防止脱离目标随意扩大医保及医疗救助基金的使用范围。

2 进一步完善切合我国实际的基本医疗保障制度,使之在实现医疗费用轻负担中发挥主导作用

2.1 我国现行的基本医疗保障制度 社会医疗保险是我国当前的基本医疗保障制度。改革开放以来,随着我国低水平广覆盖的农村合作医疗制度的解体,农民群众医疗费用负担过重成为突出的社会问题,因此,国家建立了新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”),目前大部分省区的新农合已经和城镇居民基本医疗保险合并为城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”),采取个人缴费、政府资助的方式筹资。在此之前,全国已将国家工作人员公费医疗、企业劳保医疗整合为城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”),采取用人单位和职工分担缴费方式进行筹资。因此,以“职工医保”和“居民医保”为主的社会医疗保险构成了当前我国基本医疗保障制度,这类似于德国、日本等由雇主和雇员双方缴费、政府适当补贴、全社会共同分担风险的社会医疗保险模式。

2.2 社会医疗保险模式更切合我国国情 在医改过程中,我国并没有仿效英国、加拿大、澳大利亚等国家实行免费医疗制度,主要原因有:(1)政府财力有限。以英国国民健康服务体系为代表的全民免费医疗制度,通过高税收方式筹资,每年的医疗卫生财政支出均占GDP的9%以上,财政压力过大的问题在这些国家中已日益突出。而我国原来实行的类似于免费医疗的公费医疗和劳保医疗,也因覆盖面小且财政及企业负担过重而难以维系。虽然我国目前经济建设取得了巨大成就,并成为世界第二大经济体,但因人口基数大,2018年人均GDP仍排名世界第74位,医疗卫生财政支出约占GDP的6%,财力不足且地区之间发展不平衡仍十分突出,因此,要仿效英国等国家通过税收实行全民免费医疗困难极大,要财政全额承担所有公立医疗机构医务人员的工资则更加不切实际。

(2)免费医疗也存在一定缺陷。免费医疗作为社会福利向全民提供,患者就医不付费或仅付极少费用,对消费行为未起到制约作用,也造成了一定的医疗资源浪费;同时,由于对医务人员的激励机制不足,预约诊疗等待时间过长等公平与效益之间的问题也十分突出。实际上,英国等国家也正在进行改革,通过内部市场竞争来解决这些缺陷。(3)群众信任的分级诊疗制度尚未形成。分级诊疗可大大降低医疗成本,是免费医疗的基础,但由于我国基层医务人员水平有限,难以承担起分级诊疗的任务,要强制患者首诊必须在基层则难以推行。此外,以美国为代表的以商业医疗保险为主的模式,由于费用高、覆盖率低,亦未被我国所仿效,商业医疗保险仅作为我国基本医疗保障制度的补充。实践证明,以“职工医保”和“居民医保”为主的社会医疗保险是当前切合我国实际的基本医疗保障制度^[3],因此应进一步完善,使之在实现医疗费用轻负担中发挥主导作用。

2.3 “职工医保”已基本达到医疗费用轻负担的要求 由于“职工医保”缴纳的保费较高,加上有关补充政策,职工医疗费用负担较轻。以广西壮族自治区职工医保为例,保费由用人单位和职工个人分担缴纳,各市用人单位按本单位上年度职工工资总额的5%~8%缴纳,职工按个人上年度工资总额的2%缴纳;其中按职工工资总额的3%(退休人员按3.5%)划入个人账户,其余划入统筹基金,享受门诊常见病和特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗以及住院治疗的“统账结合”基本医疗保险待遇。2018年广西壮族自治区统计局公布的数据显示,广西城镇私营单位、非私营单位就业人员年平均工资分别为39 948元、70 606元^[4],则职工个人年度缴费约800~1 412元,年度划入个人账户的资金平均可达1 198~2 118元,可累积使用,用于支付门诊医药费和统筹基金支付后个人负担的住院医疗费用,职工门诊费用基本上只从个人账户支付,个别费用较大的慢病门诊费用可从统筹基金支付。在住院报销比例上,将医药费分为甲、乙、丙三类,在职人员甲、乙、丙类医药费的统筹基金支付比例分别为85%、75%、65%(丙类医药费达5 000元及以上的为50%),退休人员享受更为优惠的政策^[5]。此外还有职工大额医疗费用统筹支付、公务员补助、工会补助等机制作为补充。笔者对广西壮族自治区人民医院、广西壮族自治区妇幼

保健院进行调查后发现,参加“职工医保”的患者实际医疗费用在享受各类政策并使用个人账户资金后,自付费用比例一般在10%左右。因此,在充分利用医保政策并有效管控医保目录外医药费用后,“职工医保”基本达到医疗费用轻负担的要求。

2.4 “居民医保”的保障水平逐步提高后可实现医疗费用轻负担 由于“居民医保”个人缴纳的保费低于“职工医保”的个人缴费额,其报销比例也低于“职工医保”的水平。近几年来,“居民医保”缴费标准逐年增加,例如广西“居民医保”(“新农合”)保费由2015年的450元提高到2019年的710元,其中个人缴费由90元提高到220元,各级财政补助由360元提高到490元,其保障水平也相应逐步提高。按“居民医保”制度规定,每年从缴纳的基金中提取每人不高于50元作为门诊统筹基金,不设个人账户和家庭账户,门诊费用按规定比例报销,每人每年最高限额为200元,超过年度限额支付以上部分的医疗费用由个人支付;住院医疗费用医保目录范围内的报销比例,在医保定点的乡镇卫生院、社区卫生服务中心的报销比例为90%,在县级二甲医院为75%,在市级三甲医院为60%,在省级三甲医院为55%^[6]。另外,对于基本医保报销后目录范围内的费用,大病医疗保险在起付线(各市规定5 000~8 000元)后再给予不低于50%的报销^[7]。

但是,由于新技术、新药品的使用以及管理方面的问题,各级医疗机构都开展一些目录外自费医药项目,因而群众实际住院报销比例一般都低于上述比例。同时,由于基层力量薄弱,相当一部分城乡居民选择到城市大医院住院治疗,其个人自付费用比例也较高。据广西全区居民医保(“新农合”)收费管理系统统计数据,2017年广西壮族自治区参加居民医保(“新农合”)的患者在医疗机构住院的实际报销比例平均为56.71%,即患者需自行负担43.29%的费用。因此,应进一步提高基层服务能力,引导患者在基层看病,同时增加财政投入,逐步提高二、三级医院的报销比例,并及时将经过评估认定确实需要的新医药项目列入医保目录范围,或对新技术、新药品应用另设项目基金予以支持;对于医疗费用负担较重者,应给予居民医保二次报销或医疗救助,通过一系列措施,达到医疗费用轻负担的要求。以后随着经济的发展,可调整医保缴费和报销政策,缩小“职工医保”和“居民医保”的差距。

3 采取鼓励医疗机构主动控费的措施,有效控制医疗费用的过快增长

医改以来,国家实行了基本药物制度,推行了药品集中采购,取消了医疗机构药品加成,规定了医疗机构药品费用占总费用的比例,使医疗机构“开大处方”“以药养医”等现象得到遏制,对控制医药费用的过快增长发挥了一定作用。但由于医疗机构被动控制医药费用增长的局面没有改变,而且“按项目付费”仍是医疗机构的主要收费方式^[8],因而诱导消费、“拉大网”检查、分解项目、虚报项目、追求高新项目等问题仍然存在,有些医疗机构甚至以增加检查化验和耗材收入来达到降低药占比的目的,违背了减轻群众看病负担的初衷。因此,应尽快使医疗机构由被动控费转为主动控费,实施以按疾病诊断相关分组(diagnosis-related groups, DRGs)付费为主的医保付费方式,将病例按照病情的轻重、并发症、风险、消耗等情况细分归类为各个疾病诊断组,以组为单位分别确定定额支付标准,建立统一的DRGs分类系统和支付目录、合理的付费基准费率和权重、严格的医疗机构行为管理和支付审查审核制度^[9],并与医疗机构的绩效管理相结合,坚持超支自负、结余留用的原则,找到患者、医保、医院共赢的平衡点,留给医疗机构合理的空间,引导医疗机构主动降低成本而提高其业务收入收益率,从而在合理诊治的基础上,实现用药量越少、药品价格越低、诊断治疗项目越少,医疗机构获得的合理补偿越多,这将大大降低百姓医疗费用,减轻社会整体的医疗负担。同时,将治愈率、好转率、患者满意度等重要指标列入医务人员绩效考核评分内容并与绩效工资挂钩,以提高服务质量和群众的获得感。

目前,各地的DRGs试点工作取得了明显成效,例如,广西柳州市试行以DRGs病组点数法付费方式为主的复合式医保付费方式,改革实施3年后,医保统筹基金滚存结余可支撑12.76个月(一般标准为6~9个月),避免了医保基金收不抵支的风险;医保定点医院基本有结余,三级医院平均结余率为10.61%,二级医院为21.64%,一级医院为23.38%;医保个人自费负担也下降了约5%,形成了医、保、患三方共赢的良好局面^[10]。因此,应尽快总结推广试点经验,使之在实现医疗费用轻负担中发挥作用。

4 建立以医共体为主导的分级诊疗制度,从服务体制机制上减轻医疗费用负担

4.1 分级诊疗制度的意义及困境 分级诊疗是节省医药费用的重要手段^[4]。英国及其他福利型国家的公民需要在政府主管部门注册或与保险公司签约,由指定诊所的全科医生(也称家庭医生)诊疗,有必要时才转到医院治疗,医院治疗后根据情况可转回社区诊所继续治疗,形成了良好的分级诊疗制度。这一制度不仅方便患者就诊,对医疗费用的控制更是发挥了十分重要的作用。如果没有分级诊疗的约束,实行免费医疗或医疗费用负担减轻后,患者势必都涌到大医院看病,造成大医院人满为患,小医院门可罗雀,既不利于群众看病就医,医药费用也大幅增加^[11]。而这已经是我国医改中的严重问题,必须引起重视。

分级诊疗的前提是基层全科医生有较高水平^[12]。欧美国家的全科医生至少需要读5年医科、在医院和诊所轮转2年、规培3年,才能取得全科医生资格并在诊所就业。而我国目前尚未具备较高水平的全科医生团队,基层力量十分薄弱。在农村,由于我国改革开放以来形成的县、乡、村纵向竞争关系,使得乡、村两级医疗机构逐步弱化,加上待遇不高、子女上学不便、文化生活缺乏等因素的影响,导致基层人才“引不来、下不去、留不住”,大部分乡镇卫生院招不到本科医学毕业生,村医队伍中大专医学毕业生以及取得执业助理医师以上资格的也极少,基层能力长期不足,难以承接分级诊疗的患者;在城市,政府举办的社区卫生服务中心、服务站医务人员收入较低,医疗人才同样十分匮乏,在医疗方面也难以形成与大医院的竞争能力,难以发挥分级诊疗的作用。

4.2 推行医共体是当前解决基层人才不足等问题、建立起分级诊疗制度的有效措施 实行医疗机构一体化管理、利益共享共赢,符合世界卫生组织整合医疗卫生资源的理念,应是中国医改的战略性选择^[13]。当前,从中央到地方均出台了政策,推行城市医联体、县域医共体、专科联盟、远程医疗等多种形式的医疗联合体,并大力推行家庭医生签约服务模式,鼓励民营资本办医,以建立“基层首诊、双向转诊、合理分流”的诊疗模式。实践证明,对基层医疗机构实行一体化管理或直线管理,有利于分级诊疗的落实。例如,广西上林县实行县、乡、村一体化管理,以及灌阳县将全县公立医疗机构整合为医疗集团,形成县、乡、村医疗机构人、财、物统一管理、利益一致的县域医共体或医疗集团,可将医疗人才留在县、乡医疗机

构并轮流下派到下一级机构工作,以解决基层人才不足问题;同时因县、乡、村的纵向竞争关系不复存在,在县域医共体内的分级诊疗可顺利推行。

4.2.1 加速推进县域医共体建设:目前县域医共体建设进度仍较慢,主要原因是体制机制不顺、利益调整不畅等,应由党委支持、政府牵头,由卫生健康委基层卫生管理部门具体负责,统筹推进县域医共体建设。可根据不同地区的经济发展水平采取不同的推进方式:在贫困县,以县医院(二级医院)为龙头,建立县、乡、村医共体,并根据需要安排城市三级医院参与医共体,扶持县级医院建设;在经济较好的县(市),可以县级综合医院、中医院为龙头,或适当安排城市三级医院扶持条件成熟的中心卫生院建成二级医院,并作为县域医共体的牵头单位之一参与竞争,在县域内形成2~3个医共体,按网格化包干乡村医疗任务,承接分级诊疗工作,并通过各医共体之间的内部竞争,提高服务质量和竞争能力。

4.2.2 大力推进城市的医共体建设:目前对“看病难、看病贵”反应强烈的仍是城市居民。应鼓励市级医院与社区卫生服务中心等基层医疗机构建成医共体或医疗集团,或由市级医院直接举办社区卫生服务中心或社区医院、社区诊所,按网格化包干负责社区的医疗卫生工作。同时鼓励省级医院把主要精力放在疑难病症和专科疾病的诊治和研究,并建立科学的绩效考核机制,形成合理的分级诊疗机制,让群众在基层得到良好的医疗卫生服务,确实需要时能及时转到三甲医院治疗,从服务体制机制上减轻政府和群众的医疗费用负担。

5 结合扶贫济困政策,切实减轻贫困人口和困难职工的医疗费用负担

患病加重贫困人口的经济负担,是致贫、返贫的主要原因。在我国建档立卡的贫困户中,因病致贫、因病返贫的比例在42%以上^[14]。因此,应尽量动员贫困人口参加基本医疗保险,对缴费确有困难者,应当给予困难补助;对于贫困人口自付医疗费用超过其承受能力甚或造成欠债者,应给予一定的倾斜政策照顾或医疗救助,使贫困人口也能享受到基本医疗服务。

在扶贫攻坚工作中,各省区在中央的统一部署下,积极主动采取健康扶贫倾斜政策,取得了明显成效。以广西壮族自治区为例,在扶贫攻坚战中,对农村贫困患者给予医保倾斜政策,居民医保报销比例提

高5%,大病保险报销起付线降低50%、报销比例提高10%;经居民医保、大病保险报销及民政救助后,患者自负医疗费用仍超过住院实际医疗费用10%的,通过政府财政补助予以兜底解决^[15]。根据广西壮族自治区健康扶贫办公室提供的数据,2017年全区建档立卡贫困人口仍有452.02万人,约占全区常住人口总数的9.25%,其中贫困患者共36.6万人,约占广西贫困人口的8.1%;经过基本医保、大病保险倾斜政策报销及民政救助后,105个县(市、区)政府共投入财政资金3.8亿元给予“兜底”补助,使贫困人口住院实际费用报销比例达到85%以上。2018年,广西利用中央健康扶贫资金2.8亿元,并投入自治区财政资金3.16亿元,对贫困人口参加居民医保予以补助,确保了贫困人口100%参加基本医疗保险、贫困患者住院实际费用报销比例达到90%以上、门诊特殊慢性病实际费用报销比例达到80%以上,实现了健康扶贫的“198”目标^[16]。这一实践结果提示,政府在充分、合理使用基本医保基金和医疗救助基金的基础上,在财力允许的情况下适当增加一定比例的财政投入,可望实现全民医疗费用轻负担目标。

6 小 结

总之,通过完善现行的社会医疗保险制度,适当加大对居民医保基金的补助力度,以医共体为主导落实分级诊疗制度,以DRGs付费为抓手推进医疗机构主动控费,同时大力推进药品、医用耗材、医疗器械、医疗设备网上公开集中采购,降低医疗成本,兼顾公平与效益,有望能较快实现合理的医疗费用轻负担目标,切实解决群众“看病贵”问题。

参 考 文 献

- [1] 吴施楠,王培安:为贫困人口增加保障线,住院费用自付比例将控制在10%[Z/OL]. (2017-10-10)[2019-08-10]. https://www.sohu.com/a/197256166_128505.
- [2] 李潇潇,张 晓,刘 蓉.大病保险机制中公共部门与商业保险各自着力点的探讨——基于多个“模式”的分析[M].//中国医疗保险研究会.中国医疗保险理论与实践创新(2013年卷).北京:化学工业出版社,2014:226.
- [3] 申曙光,马颖颖.中国医疗保障体制的选择、探索与完善[J].学海,2012(5):83-89.

- [4] 广西壮族自治区统计局.2018年广西城镇私营单位就业人员年平均工资39 948元[EB/OL].(2019-05-24)[2019-08-10].<http://www.gxzf.gov.cn/gxsj/sjyw/20190524-751447.shtml>.
- [5] 广西壮族自治区人力资源和社会保障厅.广西北部湾经济区职工基本医疗保险暂行办法(桂人社发[2014]6号)[EB/OL].(2014-06-13)[2019-08-10].http://rst.gxzf.gov.cn/gxrst2018xxgk/xxgk/gfwj/201806/t20180626_93818.html.
- [6] 广西壮族自治区人力资源和社会保障厅.广西城乡居民基本医疗保险暂行办法(桂人社发[2017]1号)[EB/OL].(2017-02-09)[2019-08-10].http://rst.gxzf.gov.cn/gxrst2018xxgk/xxgk/ywfl/shbz/cxjmbx/201810/t20181031_102415.html.
- [7] 广西壮族自治区发展改革委,广西壮族自治区卫生计生委,广西壮族自治区财政厅,等.广西城乡居民大病保险工作实施方案[EB/OL].(2015-02-07)[2019-08-10].<http://www.gxzf.gov.cn/zwgk/zfgb/2015nzfgb/d7q/zqrmzfbgtwj/20150228-442250.shtml>.
- [8] 曾 宏.用付费方式改革提升医疗服务质量[J].中国社会保障,2017(2):78.
- [9] 董 乾,陈金彪,陈 虎,等.DRGs国内发展现状及政策建议[J].中国卫生质量管理,2018,25(2):1-4.
- [10] 杨燕绥.柳州市医保精细化管理与支付改革评估[J].中国人力资源社会保障,2019(6):16-18.
- [11] 冯云廷,陈昶志.公共医疗卫生资源的城乡共享与一体化整合[J].湖南社会科学,2016(3):76-80.
- [12] 王 敏,余郭莉,黄玉梅,等.分级诊疗制度实施障碍及应对策略研究[J].卫生经济研究,2017(4):15-18.
- [13] 李 玲,徐 扬,陈秋霖.整合医疗:中国医改的战略选择[J].中国卫生政策研究,2012,5(9):10-16.
- [14] 李铁群,杨 迪.国家卫健委:解决因病致贫因病返贫问题 打赢健康脱贫攻坚战[Z/OL].(2018-04-25)[2019-08-10].<http://health.people.com.cn/n1/2018/0425/c14739-29949739.html>.
- [15] 广西壮族自治区人力资源和社会保障厅,广西壮族自治区财政厅,广西壮族自治区卫生和计划生育委员会,等.关于进一步做好城乡居民基本医疗保险扶贫工作的通知(桂人社发[2017]64号)[EB/OL].(2017-11-08)[2019-08-10].http://rst.gxzf.gov.cn/gxrst2018xxgk/xxgk/ywfl/shbz/cxjmbx/201810/t20181031_102419.html.
- [16] 广西壮族自治区人民政府.进一步加强健康扶贫工作若干措施[EB/OL].(2018-10-25)[2019-08-10].<http://www.gxzf.gov.cn/zwgk/zfwj/20181106-720517.shtml>.

(收稿日期:2019-07-07 修回日期:2019-09-13)