

·全民免费医疗·

神木 " 全民免费医疗 " 的可推广性探讨

杨 龙 范学礼[△] 沈 瑜 贾泽学

(黑龙江中医药大学药学院 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要 神木模式是我国 " 全民免费医疗 " 的一次创造性探索,虽然它不是真正意义上的全民免费医疗制度,但对比目前新医改推广的 " 全民医保 " 制度而言,它在解决群众 " 看病难、看病贵 " 的问题上起到更积极的作用,对全国也起着一定的借鉴意义。

关键词 全民免费医疗 神木模式 可推广性 全民医保

中图分类号 R197.1 **文献标识码** A **文章编号** 1673-6273 (2011) 01-155-03

Research on Replicability of All-Free Health Care in Shenmu Mode

YANG Long, FAN Xue-li[△], SHEN Yu, JIA Ze-xue

(Heilongjiang University of Chinese Medicine, Haerbin 150040 China)

ABSTRACT: Shenmu Mode is a creative exploration of All-Free Health Care in our country, although it is not a All-Free Health Care system really, comparing the current medical reform to promote the new "national health insurance" system, it play a more active role in settling the problem of the common people see a doctor "difficultly" and "expensively" in our country also play a certain reference.

Key words: All-Free Health Care; Shenmu Mode; replicability; national health insurance

Chinese Library Classification: R197.1 **Document code:** A

Article ID 1673-6273(2011)01-155-03

经过多年试点探索,2008年5月,随着《全民医保2008年操作方法》的出台,全民医保开始在全国推广,次年《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》明确指出,三年内国家基本医疗保障制度将覆盖城乡全体居民,参保率均提高到90%以上。截至2009年底,我国参加医保人数达到12.33亿,其中城镇职工基本医疗保险2.19亿,城镇居民基本医疗保险1.81亿,新型农村合作医疗8.33亿,覆盖率超过92%,标志我国已经基本进入"全民医保"时代。但这一项旨在切实减轻群众个人支付的医药费用负担政策实施一年过后,群众个人支付仍然是比例重、费用高,实际效果不甚明显^[1]。与此同时在中国西部陕西省神木县自2009年3月率先实行"全民免费医疗",在一片批评、质疑和喝彩声中平稳走过一年多的时间,并取得欣喜的成绩。在解决群众"看病难、看病贵"的难题上,神木免费医疗制度(下称神木模式)的可行性也得到了媒体和卫生部、民政部以及省市领导的充分肯定。由此,不得不让人思考神木模式能否在全国推行。

1 神木模式概述

1.1 神木模式制度简介

从2009年3月1日起,根据《神木县全民免费医疗实施办法》,神木县正式实施全民免费医疗制度。根据规定全民免费医疗对象为全县神木籍户口的干部职工和城乡居民(未参加城乡

居民合作医疗和职工基本医疗保险的人员除外),门诊实行医疗卡制度,每人每年可享受100元门诊补贴,门诊医疗卡结余资金可以结转使用和继承。住院报销设定有起付线,乡镇医院住院报销起付线为每人次200元,县级医院为每人次400元,县境外医院为每人次3000元。起付线以下(含起付线)的住院医疗费用由患者自付,起付线以上的费用按规定由县财政买单,每人每年报销上限为30万元,其中安装人工器官、器官移植的费用也被纳入报销的行列。

1.2 神木模式实施状况

神木县自2009年3月1日正式实施起,在过去的一年时间里,实施全民免费医疗累计3.71万人次,住院患者报销医疗费占全县总人数的9%,预算1.5亿元,累计报销住院医药费1.43亿元,人均公费医疗花销330元。从报销比例看,县级医院人均报销3638元,报销补偿率达85%;乡镇卫生院人均报销764.68元,报销补偿率78.60%。从住院人群看,农居民占93.83%,干部职工占6.17%,农居民成为免费医疗实施的最大受益群体。2010年预计投入财政资金1.8亿元,较去年增加了26%,免费医疗标准将更高,覆盖将更广,持续性将更强^[2]。

1.3 神木模式的评价

在当前国内民众普遍面对"看病难、看病贵"的前提下,免费医疗无疑成为所有人的憧憬,因此神木模式也受到了各界的关注。全民免费医疗制度是当前世界四大医保制度模式之一,施行的国家有英国、印度、巴西等,它是通过国家税收的形式,筹集医疗保障资金,以此向国民提供免费或者低收费的医疗服务。对比可知神木模式并非真正意义上的全民免费医疗,实质上应定性为一种高覆盖率、高报销水平的全民医保制度。首先,并不是"全免费医疗"。享受免费医疗的人员首先要缴纳一定的医保费用,患病住院时均要缴纳起付标准,也有补偿的

作者简介 杨龙, (1984), 男, 硕士研究生, 研究方向 药事管理学; 电话 0451-82196332 手机 13401156332,

E-mail yanglong7644476@163.com

△通讯作者 范学礼, 手机 13766840545,

E-mail fanxueli2004@163.com

(收稿日期 2010-08-17 接受日期 2010-09-12)

封顶线,同时,转外就诊的一切检查费用不予报销,医药费用只报销 70%。其次,不是“全民化免费医疗”。政策规定中央、省、市驻神木各单位、各企业职工(包括具有神木籍户口)、不具有神木籍户口或没有参加医保的人员都不享受免费医疗待遇。正如神木政府当初为这个制度取名时也有争论,最后认为“全民免费医疗”的提法更为响亮,更容易调动普通老百姓看病就医的主动性才命名为“神木全民免费医疗制度”^[3]。神木模式取得的可喜的成绩,它根本上解决了当地群众的看病问题,受到群众广泛赞誉和衷心拥护,得到中央有关部门和省市领导充分肯定。

2 神木模式的可推广性思考

2.1 我国现行医保制度的现状与问题

我国现有的医疗保障体系俗称“三加一”,即分为城镇职工基本医保、城镇居民基本医保、农村新农合加城乡医疗救助。政策已推行两年多的时间,特别新医改提出三年投入 8300 亿时间也过半,但公众“看病难、看病贵”的现状依然无法改变,根本性的问题也没有得到解决。一是社会满意度低,主要是医药费用个人支付水平没有降下来;二是保障水平不公,目前我国城乡推行双轨制的医疗保障制度,医疗资源长期倾向城镇和干部职工,城乡差异悬殊,农民因病致贫、因病返贫问题依然存在;三是医保的管理缺陷愈发突出,如“三加一”各有管理部门,各有网络体系造成运行效率低、运行成本过高、重复参保等,异地结算没有解决导致两亿多的流动人口保障落空。

2.2 神木模式的自身优势

神木模式在制度层面的特点:一是筹资水平高,人均 400 元,明显比国家推行的 120 元高得多;二是起付线底,补偿水平高,而全国各地补偿水平基本上采用当地年均工资 10%~4 倍的范围;三是报销范围广,如安装人工器官、器官移植的费用等也被纳入报销的行列。由此,神木模式优于现全民医保制度的地方便体现出来,在解决当地人民“看病难、看病贵”的难题上起了更彻底积极有效的作用。一方面减轻群众个人支付的医药费用负担。对比我国目前普遍个人支付水平超过 50%而言,在神木县级医院和乡镇卫生院个人支付仅 15%和 21.4%,与国际标准个人支付低于 30%,政府和社会高于 70%相符^[4],成功解决了个人医药负担过重难题。另一方面充分体现社会公平性。神木“面对疾病人人平等”,从住院人群看,农居民占 93.83%,干部职工占 6.17%,农居民反而成为免费医疗实施的最大受益群体。还有由于解决了人民的看病之忧后,所带来的消费与生产的可持续的正面作用更是不可估量。北京大学光华管理学院教授刘国恩等人曾经以国务院城镇居民基本医疗保险入户调查的数据为基础,取了三万人的数据作为样本研究,得出结论:城镇居民基本医疗保险后家庭总消费增长了 5%~9%。

2.3 推行的财力可行性

成就神木医改,经济实力很重要,但财政应该不是根本问题,关键是有没有真心为人民服务的态度。全国推行神木模式最大的难题就是资金问题。2008 年神木县财政总收入 71 亿元,其中地方财政收入 16.7 亿元,综合实力全国 92 位。推行全民免费医疗财政预算一年需要 1.5 亿元资金,占 GDP0.5%左

右,相对世界上公认的医疗公益保障标准为医疗总费用占 GDP 的 7~8%而言只是很低水平,也在完全可承受范围内。以 2009 年统计局数据^[5]为基础,按照神木 330 元的标准,全国人口 13.35 亿,所需资金约 4405 亿,占当年中央财政收入 6.3%,占 GDP1.3%,而且资金不可能全由中央拨款,地方财政和集体也要相应负担,所以最终中央支出比例要更小。正如广东卫生厅副厅长廖新波在被问到广东能否复制“神木医改模式”时也表示:完全可以!神木现在人均一年的费用不到 400 元,就已经做到 90%的报销率了。换到广东,1 亿人,需要 400 个亿,才多少钱?广州搞一个污水工程都要 500 个亿,为什么不能花 400 个亿搞医保^[6]?我国每年“三公”浪费 9000 多亿^[7],这其中一半的钱就可以解决全国的医疗问题了,再说合理压缩高端医疗的成本,整顿医疗市场,进一步开拓资金来源,所以钱不是一个根本性的问题。经验表明,一个公平的医疗体系,其医疗支出反而低于不公平的医疗体系^[8]。

2.4 推行的政策环境

2005 年 7 月,由国务院发展研究中心与世界卫生组织合作撰写的《中国医疗卫生体制改革》研究报告认为,中国医疗卫生体制的市场化改革基本失败,并导致了普遍意义上的看病难、看病贵和明显的社会不公等问题,并建议以强化政府责任的思路来进行医改。新医改实施方案五项改革中首位就是政府主导建立全民医保制度,说明国家把医保定位为准公共产品的范畴。准公共产品主要指基本医疗服务,如农村和城市社区卫生服务、城市大医院的疑难疾病诊治服务等,准公共产品要纳入由个人、单位、人群、保障机构和医疗服务机构共同组成的多元化的医疗保障体系,费用由国家、社会、企业和个人共同承担,以实现医疗负担的公平性^[9]。神木模式作为一种全民医保的形态并不与国家大政策相悖,它应当是现有制度的完善和提高,从低水平到高水平发展的参考模式。面对神木模式在实施一年后,交出漂亮的成绩单,各界媒体和专家也由最初的质疑、反对变为褒扬,特别是卫生部、民政部和各省市相关部门考察后对其可行性也一致给予了肯定的评价。

2.5 民众的参保能力的可行性

民众的参保能力应是推行中难度最小的。按照神木模式,当地民众并没有改变他们原有的“3 加 1”参保模式,保费也没有改变,改变的是更高的报销比例和统一的结算方式,从而深受群众的支持和拥护,而且引来许多外地群众羡慕。笔者认为神木较少的人口量使政府负担减轻是政策较易推行的一大优势,换到全国在庞大人口和各地经济发展不均因素下,个人保费应适当提高以扩大资金来源,主要从年轻人、干部职工和发达的省份下手,以分担老年人和困难人员的风险。无论如何,在可负担的前提下,群众不可能不积极响应。

2.6 推行的所需的配套措施

神木模式在实施中制定许多相应的措施,如起付线、日住院最高额度、报销范围等,因此推广神木模式需要众多的配套措施,这也是难点和重点所在。其中主要的是筹资机制、激励约束机制、单病种付费机制、异地就诊等,需要重点研究、制定和完善,它们是神木模式有效推广的保证。

2.7 医保的发展方向

政府积极作为,先进理念到位,是顺利实施医改的关键所

在。当别人还在叫苦叫难,讨价还价的时候,"全民免费医疗"的神木模式已顺利实施了近二年。其特点可以概括为:政府主导全民基本医疗保健服务,而不是把责任主要交给市场;政府出资购买较高水平的基本医疗保健服务项目,以及及时报销的方式使县域内城乡有户籍的人均能平等享有,并且真正做到了全面覆盖。根据县情,精心设计后,主要措施一步到位。在全国第一个为全县所有公民平等享有基本医疗保健服务买单,尤其是神木农民在享受医疗保健权方面首次与城市职工,居民甚至公务员平起平坐。这是中国历史上破天荒的创举^[13]!其价值取向是完全正确的。地方政府对公民医疗保健服务责任的积极担当是完全正确的。

我国经济发展水平相对偏低、人口众多,这一国情决定了真正的全民免费医疗制度短期内还很难实现,而低效率的英国模式和低水平的印度模式都不是我们可以照搬的对象,但部分免费的医疗我们完全可以做到。目前中国的医疗卫生发展只能走一种适度投入、适度消费、公平服务的模式,在基本医疗服务上政府主导,国家、社会、企业和个人共同承担费用的全民医保模式,是一种较高水平的、体现社会公平的保障。神木模式可以作为我国目前医保的一个发展方向,把社会公平性放在首位,遵循自身的财力,将全民医保提高到更高的层次,将医药个人支付下降到一个真正可负担的水平,还富于民,还福利于民。

2.8 不足之处可以克服

当前世界上已经实施全民免费医疗的国家都不得面对一个同样的事实,该制度在充分体现社会公平性的同时,也有不可回避的诟病:效率低下、服务水平差和国家财政负担重。同样,神木模式也有很多需要完善的地方。为专家学者讨论最多的是神木模式面临的"道德风险",“免费”医疗导致的需求无限增加与政府供给的有限性之间的矛盾,在前三月尤为突出,医疗资源一度被过度消费^[10],陕西省卫生厅最初到神木调研后也曾作出“没有推广和示范意义”的评价^[11]。现在经过一年的验证,我们普遍认为前三月的压力是过去就诊矛盾能量的集中释放,因为随后的医疗服务逐步恢复常态,一年平稳走过。另外由于报销制度区分定点和非定点医院,导致定点医院使用紧张,而非定点医院惨淡经营,特别是原有的私人门诊由于病人严重流失面临倒闭的困境^[12]。笔者认为神木还需考察自身医疗市场的需求量,或许还需增加定点医院的数量,同时这应该看待为医疗市场的优胜劣汰,它是可以进一步提高医疗服务效率水平和资源利用率的,而且随着配套政策的完善,神木模式将更具典型意义。我们必须承认任何制度的不可能一出台就十全十美,但任何制度只要有一个好的政策设计基础,不脱离现实,便可得到有效的发展和完善,未来遇到的困难也是可以克服的。

3 结论

神木模式给我们的不仅仅是一时的惊喜,更应当是一种解决“看病难、看病贵”难题的信心。目前医疗卫生三大块“医疗、医药、医保”,在前二者改革一直停滞不前的情况下,医保改革无疑是一个很好的突破口。经过30多年的改革开放,我国的经济水平得到巨大的发展,综合国力大幅提升,政府有责任尽早解决老百姓的医疗问题。我们有理由逐步提高医疗保障水平,从目前的低水平全民医保走向神木式高水平的全民医保,

或许真有一天,我们可以从“全民医保”走向真正的“全民免费医疗”了。

参考文献(References)

- [1] 温淑萍. 医改首张“年报”:花了3900亿惠及12亿人[N]. 经济观察报, 2010-05-24
Wen Shu-ping. The first medical reform's "Annual Report": spent 390 billion to benefit 12 million people [N]. The Economic Observer, 2010-05-24
- [2] 杨文军. 神木县全民免费医疗投资1.8亿[N]. 榆林日报, 2010-5-8 (5)
Yang Wen-jun. Shenmu all-free health care investment 180 000 000 [N]. Yulin Daily 2010-5-8 (5)
- [3] 陈飞. “全民免费医疗”的神木版本[N]. 健康报, 2009-6-1(6)
Chen Fei. The "universal free medical care" Mode Of Shenmu [N]. Health News, 2009-6-1 (6)
- [4] 薛春生, 葛蕃. 神木免费医疗变奏曲[N]. 榆林日报, 2010-1-19(1)
Xue Chun-sheng Ge Fan. Shenmu free medical Variations [N]. Yulin Daily News from 2010-1-19 (1)
- [5] 中华人民共和国统计局. 2009年国民经济和社会发展统计公报[Z]. 2010-2-25
The People's Republic of China Bureau of Statistics. 2009 National Economic and Social Development Statistics Bulletin [Z]. 2010-2-25
- [6] 王南. 4300亿实现全民免费医疗? [N]. 法制晚报, 2010-02-05
Wang Nan. 430 billion achieve all-free health care? [N]. Legal Evening News from 2010-02-05
- [7] 朱雨晨. 浪费 中国走向富强的头号障碍 [N]. 法制日报, 2007-03-18-10
Zhu Yu-chen. Waste, the number one obstacle into rich and strong to China [N]. Legal Daily 2007-18-10
- [8] 和静钧. 免费医疗为何能让政府“大赚”? [N]. 广州日报, 2010-6-5
He Jing-jun. Why free medical care give the government "big gain"? [N]. Guangzhou Daily, 2010-6-5
- [9] 贺春香, 冯泽永, 穆迪. 对“神木县全民免费医疗”的几点质疑[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2009, 30(10): 47-48
He Chun-xiang, Feng Ze-yong, Mo Di. Some questions of "Shenmu universal free medical care" [J]. Medicine and Philosophy (Humanities and Social Health Sciences), 2009, 30 (10): 47-48
- [10] 陈翔, 王小丽. 神木县全民免费医疗的伦理学分析[J]. 中国医学伦理学, 2010, 23(1): 107-108
Chen Xiang, Wang Xiao-li. The ethics analysis of Shenmu universal free health care [J]. Chinese medical ethics, 2010, 23 (1): 107-108
- [11] 储国强, 李柯勇, 梁娟, 等. 神木免费医疗: 宗旨可学模式难复制[N]. 新华每日电讯, 2009-6-5(4)
Chu Guo-qiang, Li Ke-yong, Liang Juan, et al. Shenmu free medical care: purposes can learn but mode hard copy [N]. Xinhua Daily Telegraph, 2009-6-5 (4)
- [12] 周政华. 陕西神木全民免费医疗背后: 煤矿资源支撑高福利[J]. 决策探索, 2009, (11): 48-50
Zhou Cheng-hua. Shaanxi Shenmu universal free medical care: coal resources supporting high welfare [J]. Policy Research & Exploration, 2009, (11): 48-50
- [13] 孙福川. 神木模式: 应该且能够复制的医改伦理创新[J]. 中国医学伦理学, 2010, 23 (5): 3-5
Sun Fu-chuan. The Shenmu Model: An Ethical Innovation of Health-care Reform Should and Could be Duplicated [J]. Chinese Medical Ethics, 2010, 23 (5): 3-5