

关于公费医疗制度改革的思考

——对中国社会科学院公费医疗现况的调查分析

丁 燕 娣

笔者从中国社会科学院的实际出发,分析了我国现行医疗保健制度存在的弊端,并对医疗保健制度的改革提出了设想,对推进医疗制度的改革具有一定的参考价值。

作者:丁燕娣,女,1951年生,中国社会科学院医务保健室主治医师。

我国的公费和劳保医疗制度,建立于50年代初。1951年初,工矿企业开始重点试行劳动保险条例;1952年7月起,将公费医疗的范围逐步推广到全国各级人民政府、教育文化、卫生、经济建设等事业单位的国家工作人员。40多年来,这一制度对于保障职工的身体健康,促进我国的经济发展和社会安定起了重要作用。但随着社会经济的发展也应当看到,现行的医疗制度已存在很大弊病,成为我们的国家和企事业单位的沉重负担,公费医疗制度的改革已势在必行。

一、公费医疗制度存在的问题

据统计,1982年我国人均公费医疗开支近50元,个别地区达百元以上,全国超支3.7亿元。^①80年代中期,公费医疗制度进行了一些改革,但其费用仍然猛涨。1990年中央国家机关公费医疗的定额标准为每人55元,1991年调整为80元,而实际上1990年全国公费医疗人均支出达164元以上。据统计,1990年我国行政事业单位和全民所有制企业享受公费或劳保医疗的干部职工约1.2亿人,国家用于医疗费支出总额达266亿元,其增长速度大大超过国家财政收入的增长速度。1986—1990年,公费医疗费用年均增长23.3%,而同期国家财政收入增长是10%。另据财政部统计,1990年全国行政事业单位医药费挤占行政事业费6亿元。^②

笔者所在的中国社会科学院,同样存在着医疗费严重超支的问题。据1993年9月底的统计,全院在职人员4765人,离退休人员1619人,合计6384人。其中享受“蓝卡”(司局长级以上干部及高级知识分子医疗照顾)待遇者1021人,这一部分人的医药费开支由政府拨付专款。进入90年代以来,医疗费迅速上升,见表1。

医药费的严重超支,其原因首先是平均年龄的老化。在全院6384人中,离退休人员有1619人,占总人数的25.4%,且呈逐年上升趋势。而由于调出人员较多,在职职工呈逐年递减

^① 《卫生部、财政部关于进一步加强公费医疗管理的通知》(84),卫计字第85号。

^② 转引自《难度虽大,势在必行》,《健康报》1992年5月23日。

的趋势。其次,社科院知识分子相对集中,长期伏案少动,身体素质较差,而且年龄老化后患病类型也发生了一些变化。在历年的查体资料中,心血管疾病、高血脂、高血压、动脉硬化等占的

表 1 中国社会科学院 1990—1993 年医药费增长情况

项 目 年 度	职工总数	持蓝卡者	计划内临时工	公费医疗 全年拨款数	全年职工医药费	人均医药费
1990	6220	738	240	33.7 万元	200.7 万元	350.75 元
1991	6329	738	205	34.5 万元	225.2 万元	388.54 元
1992	6364	860	203	37.6 万元	317.6 万元	556.51 元
1993	6384	1021	201	47.3 万元	450.0 万元 (估算)	808.77 元

注:持“蓝卡”者的医药费由卫生局支付,故本表的医药费不包括这些人的费用。但亦有个别情况卫生局不予报销,仍由院内支付。

比例较大。以 1993 年查体为例,在 2101 人中,患心血管疾病的占 16.2%,高血脂者为 16.6%。在 954 名 40 岁以上人员中,患不同程度眼底动脉硬化者达 59.3%。个别研究所因从事考古发掘和田野调查等艰苦工作,研究人员中癌症发病率亦较高。此外,其他一些大病患者的治疗,危重病患者的抢救所花费用较多,如 1993 年重病人 326 人,医药费支出 239.5 万元,占全院全年医药费的 53.2%,其中有的癌症病人,一次住院花费 8 万元。

表 2 1990—1993 年中国社会科学院人员离退休情况

项 目 年 度	全院总人数	在职人员人数	离退休人数	离退休者所占 比例(%)
1990	6220	4874	1346	21.6
1991	6329	4865	1464	23.1
1992	6364	4820	1544	24.3
1993	6384	4765	1619	25.4

说明:本文 1992 年总人数与笔者在 1993 年第 1 期《社会学研究》发表的文章有出入,因那篇文章少统计了一部分退休人员。

表 3 中国社会科学院 1990—1993 年支付重症病人医药费情况

项 目 年 度	重病患者合计		癌症		肝病重症		心肺重症		脑病重症		换置器官		其他	
	人数	医药费 (万元)	人数	医药费 (万元)	人数	医药费 (万元)	人数	医药费 (万元)	人数	医药费 (万元)	人数	医药费 (万元)	人数	医药费 (万元)
1990	198	78.3	39	26.4	24	8.7	66	16.3	23	15.5	3	5.8	43	5.6
1991	224	110.4	44	45.5	25	8.8	71	17.4	18	15.4	3	7.6	63	15.7
1992	259	146.8	52	59.4	26	9.9	78	26.2	19	16.9	4	9.0	80	25.5
1993	326	239.5	56	81.0	31	17.8	107	48.8	29	33.9	4	16.3	99	41.7

注:以上各表的数字由中国社会科学院人事局、老干部局、财务处提供。

第三,许多药品价格上涨,也是医药费上涨的一个重要原因。花几元钱就可以治好病的年代已成为过去。如1粒先锋6号的价格为2元多,1粒800mg的泰胃美是3元多。医院内医疗条件的改善,新设备、新技术的引进,使得许多检查费用上涨,如做CT检查要300多元,核磁共振要1000多元。同时公费医疗管理也存在着漏洞,包括社科院在内的一些单位,一直在使用合同医院的“三联单”,这样尽管方便了就医者,但也在一定程度上造成了医药费失控。有的职工对公费医疗缺乏正确的认识,一人公费,全家享受。有的合同单被外人冒名顶用。另外,浪费现象也比较严重,有一些病人领取很多药却没有服用,时间久就扔掉了。医药费的严重超支现在已是各级领导甚感头痛的问题,尤其随着各所实行经济包干,医药费改革的呼声越来越高。

二、关于公费医疗改革的探讨

目前公费医疗改革已实行或将要实施的办法已有数种。一是大病医药统筹,这主要是为了解决大病、重病医药费过高,单位难以支付的矛盾而实行的一种改革办法。按照社会保险“多数人分担少数人风险”的原则,由单位按职工人数每月向统筹部门缴纳一定“大病统筹基金”,对职工患大病治疗超过数额的医药费实行社会统一筹集、调剂、支付和管理。目前北京市西城区在试行这一办法,由于有的中小企业生产不景气,有的老企业内老职工、退休职工多,拿不出更多的钱来用于公费医疗,以致使患大病、重病的职工的医疗保障发生困难。实行大病医疗统筹,可使这些职工免除后顾之忧。二是单位与合同医院挂钩,单位根据职工在合同医院就医人数及年度费用,每年向医院缴纳一笔经费,供医院使用,以支付拨款单位就医职工的医疗费用。职工个人费用超过万元,则由医院、单位、个人按一定比例共同负担。三是按月发放职工医疗备用金,按比例报销医药费的办法,目前一些国家部委大都实行这一办法,一般都是有严格的合同医院制度,擅自到外院看病不予报销(急诊另有规定)。有的单位在发放医疗费补贴和报销医药费时与工龄或年龄相挂钩。四是建立医疗保险制度,如四川省眉山县卫生局于1993年9月在全县推行卫生系统集体职工大病医疗保险,投保者主要是乡镇卫生院的在职和退休职工,采取国家、集体、个人共同负担,单位集体入保的原则,投保风险由卫生局和入保单位共同承担。以医疗费用达到500元起保,按比例报销。如由于入保职工大病、重病过分集中,医药费超额部分则由县卫生局和入保单位协商解决。

另外,有关部门提出了“国家社会医疗保险制度”的改革草案,即各单位拿出职工工资总额的10%,个人拿出工资额的1%,两项款额相加数的50%,为职工建立医疗卡,另50%则为单位的社会医疗保险金。

据了解,目前我国还不会很快实行以医疗保险代替公费医疗制度的全面改革。但是,有步骤地进行探索和进行一定程度的改革,也属势在必行。国务委员彭佩云在全国卫生工作会议上的讲话中指出:“建立多层次的社会保险包括医疗保险制度,是建立社会主义市场经济体制的一个主要环节,卫生部门要确保职工医疗保障制度改革的顺利实施积极进行配套改革”。卫生部长陈敏章也指出,要“建立适合我国国情的、多形式、多层次的医疗保障制度,逐步扩大医疗保险的覆盖面,使人民群众都能获得基本医疗保健,提高健康水平。……国务院已决定现行公费医疗和劳保医疗的管理体系不变,由卫生部、劳动部联合组成试点领导小组,抓好职工医疗

保险制度改革的试点工作”。^①

象社科院这样的国务院直属事业单位,应该如何进行医疗改革呢?自80年代中期开始,普遍实行职工每人每年发12元医疗补助费,看病时交纳10%药费,全年个人支出药费如超过12元,可报销超过部分,检查治疗费免收(药费的90%和全部检查、治疗费交合同单记帐),这样实际上还是由国家和单位包了下来。几十年来形成了一种观念,认为公费医疗是社会主义制度优越性的表现,对于医药费的改革,有相当一部分人采取不赞成的态度,看来公费医疗改革的难度是很大的。可是医药费的开支与个人利益一点不挂钩,在当前形势下是不可能的,那么个人需要支付多少呢?太少起不了很大作用,太多了个人又承担不起。有人提出,每年发给个人一定数额的医药费,结余归己,这样可以避免一些浪费现象,但这一数额应该掌握好,因为医药费如果包干给个人,会使一些年老体弱的患者得不到及时、合理的治疗。

对于社科院的医疗改革笔者认为:

1. 尽管在全社会建立医疗保险基金,是公费医疗改革的发展方向,但难度较大,目前还是应实行医疗费与个人利益挂钩的办法。可以适当增加个人掌握的医药费数额,原来每人每月1元似乎太少,应增至每人全年30—50元左右。个人看病可支付10%的医药费,按此比例,全年每人实际支出医药费需达300—500元左右才能突破这一限额,在此限额内可以满足一般医疗的需要。结余归己,超过限额的部分按比例予以报销,个人负担的份额合理增加。同时医药费的数额与年龄、工龄结合,并应照顾离退休的职工。同时,院内应建立治疗危重病、疑难病的准备金或划定专款,以备急用。

2. 应该充分发挥院内各医务室的功能,但社科院医务室人员较少、科室不全、设备短缺,包括一般的化验、X光透视等在内的许多一般检查都不能做,一些研究所的医务室则规模更小。所以,尽管财务部门要求凭医务室医生的证明领取三联单(仅限于院直属单位),而这仍然是流于形式。社科院宿舍比较分散,各所研究人员大多不坐班,离退休职工更是一个月才来一、两次,不可能强求他们都到医务室看病。而且,社科院各所经费包干,医药费也由各所控制。所以笔者认为,一方面应该逐步扩大医务室的规模,另一方面,在目前的情况下,医务室仍然只能适当控制院直单位职工前往合同医院的治疗。为了便于管理,职工还应在指定的合同医院看病,可以取消三联单,凭合同医院财务专用章报销医药费账单,在其他医院看急诊的,要有急诊证明等手续。院医务室为了方便本单位职工,仍可按10%收取现金,其余部分医药费收合同单(可以是特制的)。财务部门和医务部门要严格医药费报销制度,国家有关部门规定的自费药品和保健用品都不予报销。另外,随着医学模式的转变,医患关系也在转变,单位可以根据医院的服务质量及收费是否合理,有权选择合同医院。

3. 社科院知识分子比较集中,而且老专家、知名人士也多,党和政府对他们的医疗保健有特殊政策,这部份人的医疗保健按国家特殊规定执行。

4. 预防为主方针,在建国初期曾取得了辉煌的成就,在今天仍然有着重要的意义。在我国改革、开放的形势下,要进一步落实预防为主的方针,这是国家繁荣、民族昌盛的大计,应采取有力的措施加以保证。

责任编辑:张志敏

^① 《健康报》1994年1月26日。