

鄂州市城乡医疗保障一体化调查

■ 王华新

2008年8月,湖北省鄂州市在全省率先启动城乡一体化试点,将城乡医疗保障一体化试验作为社会保障一体化制度构建的突破口,采取合并、调整和完善三步走的战略,进行了一系列尝试和改革,积累了一些经验。

一、城乡医疗保障一体化的有益尝试

鄂州市启动医疗保障一体化试点以来,在行政资源整合、制度架构、相关政策完善等方面作了有益的尝试。

1. 初步完成了城乡医疗保障一体化的行政资源整合。当前,我国的医疗保险制度主要包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗三个层次,分别由劳动保障、卫生部门管理。本着精简、统一和效能原则,鄂州市将三项保险的经办机构予以整合,将新型农村合作医疗的行政和业务管理从卫生部门整体移交到劳动保障部门,从而实现了“一套班子管理、一个窗口对外、一条龙式服务”的管理模式。同时,统一规范城乡

基层医疗管理机构的设置和管理,在社区和乡镇统一建立基层医保机构,采取“以钱养事”的方式保障经费供给。此外,鄂州市还依托“金保工程”,统一信息资源,统一开发“三网合一”的网络系统,对参保人员、定点医疗机构的信息和用药目录等建立统一的数据库,逐步统一操作平台,实现信息资源共享。

2. 初步建立了城乡医疗保障一体化的基本制度架构。首先,规范城乡居民医疗保险筹资标准。目前,新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险筹资方式采取的是财政补助和个人缴费相结合的方式,但财政补助水平、各级财政承担的标准和个人缴费标准存在差异。由于财政补助水平和各级财政补助标准都是中央或省级政府统一确定的,因此,鄂州市重点对个人缴费标准作了统一,将城乡居民医疗保险设两个档次,一档缴费标准为20元/年(对应新型农村合作医疗);二档缴费标准150元/年(对应城镇居民医疗保险)。在财政补助标准一致(目前为90元/人/年)的前提下,确定110元和240元两档筹资标准。城乡居民可以根据自身经济条件,

自由选择参保档次,无论选择哪一档参保缴费,其家庭成员(学生和职工参保者除外)所选缴费标准必须相同,且选定的缴费档次两年不变;初次选择可在两档之间任选,再次选择只能由低档向高档正向选择。其次,统一医疗保险基金收支管理。由于城镇居民医疗保险的基金管理大多是借鉴新型农村合作医疗基金管理的成功做法,因此,在一体化试点中,鄂州市延续了合作医疗基金财政专户管理模式,坚持封闭运行、收支平衡、略有结余的原则,实行“统一管理、统一支付、调剂使用、分别记账”,并纳入社会保障基金财政专户,实行收支两条线管理。一是两档基金实行统一管理、分别记账。表面上这种做法还没有脱离居民医保和合作医疗的窠臼,但在基金财政补助决策非主导的前提下,实行分别记账的做法无疑是符合实际的。二是统一了个人缴费的征收机构。在现行体制下,合作医疗和居民医疗个人缴费征收机构分别为财政和税务部门,两个部门征收不利于基金的统一管理,因此,基金征收统一由财政部门负责。三是统一个人缴费截止时间。按湖北省现行的规定,合作

医疗个人缴费执行预算年度，而居民医疗保险的个人缴费存在跨年度的问题。个人缴费时间的设定，不仅可以避免民众的趋利取向，也是确定参加保险人数的有效办法，而参保人数是财政补助的唯一计算基数。因此，鄂州市将城乡居民参保缴费时间统一确定为每年9月1日至12月31日。第三，统一参保居民住院报销标准。此前，合作医疗与居民医保在定点医疗机构、医疗机构报销比例、起付和封顶标准、用药目录等各个环节均存在差异，鄂州市在确保基金安全运行、合理使用、收支平衡的前提下，统一了参保人员的住院报销标准，对一档和二档参保人员在惠民医院和基层医疗机构等就诊住院发生的费用，分别制定了统一的报销比例，简化了基金结算方式，方便了群众报销。第四，统一医疗保险基金收支流程。各乡镇和社区劳动保障机构负责居民参保的登记、核定和办证工作；定点医疗机构负责提供医疗服务并对个人结算；医保经办机构负责定点医疗机构的费用和外转病人费用的审核；财政部门负责基金的筹集、专户管理和向定点医疗机构拨付资金。

3. 制定了城乡医疗保障一体化的配套政策。坚持医疗救助水平与经济社会发展水平、财政支付能力相适应，不断完善医疗救助制度，有效缓解了贫困城乡群众的医疗困难。一是推行了医前、医中、医后救助模式，重点加强了医中救助的探索工作。二是探索医疗救助与新型农村合作医疗、城市低保对象惠民医疗保险制度的衔接办法。三是资助城镇低保对象和集中供养五保对象参加惠民医疗保险，农村低保对象参加新型农村合作医疗。四是在部分市级医疗机构试设“三办合一”窗口，为贫困群众提供优惠优质、方便快捷的医疗救助服务。五

是取消病种、起付线限制，扩大救助范围，让更多城乡贫困群众得到医疗救助，极大缓解了贫困群众的就医困难。六是以高于全省平均水平4倍的标准对集中供养五保对象实施定额门诊救助，有效解决了五保对象的医疗困难。

二、试点面临的几个问题

1. “三险合一”的医疗保险体系还未建立。我国现行的三项医疗保险制度是建立在城乡二元经济结构基础之上的，如基本医疗保险针对城镇机关和企事业单位的职工，居民医疗保险针对城镇非从业人员，新型农村合作医疗针对农村居民。三项保险自成体系，虽然具有保险的共性，但在启动时间、筹资方式和水平、针对人群、运作方式、报销比例等各个层面均存在差异。有些差异在短时间还是难以弥合，又如筹资方式，基本医疗保险筹资主要是单位和个人缴费，而居民医疗保险和合作医疗主要是财政补助和个人缴费；如筹资水平，城镇职工医疗保险每人每年平均1200元左右，而居民医保和合作医疗在100—200元左右。考虑到三种保险之间存在的差异，鄂州市在试点初期将重点放在了居民保险和合作医疗的体制机制整合上，“三险合一”制度建设还没有展开。

2. 行政和制度壁垒制约医疗保险一体化的进程。由于三项保险按原有体制分属不同的行政部门管理，制度模式各不相同，客观上对试点工作带来诸多制约。如由于筹资方式和水平等制度不同，基本医疗保险在短时间难以融入已经整合的居民医保和合作医疗中，使城乡医疗保障一体化面临整体上的缺失；已

经开始整合的居民医保和合作医疗在制度层面上还未取得实质性的突破，仅仅在技术层面上作了一些整合，且不尽规范。同时，由于居民医保和合作医疗的上级行政管理机构、制度规范、财政补助水平、医疗保障水平等不一致，需要协调和解决的问题还不少。又如财政补助水平不同，城乡医疗保障一体化后，参保人数难以界定，导致上级财政补助的确定存在困难。在基金管理方面，仍然是分别记账，各自平衡，不利于实现大数法则，降低了基金的共济和支撑能力。

3. 相关配套措施还需要进一步完善。医疗保险是整个医疗保障的组成部分，其一体化的试验需要包括医疗服务体系、公共卫生体系、药品监督管理体系、医疗救助体系等整体联动。但从试点情况看，医疗保险一体化先行一步，其他体系一体化建设还没有同步跟进，医疗保险与医疗救助也没有得到有效的衔接，客观上影响了医疗保险一体化的试点进程。

4. 城乡居民医疗保险双向自由选择存在负面影响。试点阶段，鄂州市针对城镇居民和农民设计两档缴费标准，由参保居民和参保农民自由选择。由于缴费水平的不同，两档基金各自平衡，双向自由选择可能存在设计缺失，会导致居民的趋避倾向和趋利选择，影响上级财政补助资金的确定和两档基金的收支平衡，对低档部分基金的冲击可能会更大。

三、完善城乡医疗保障一体化的基本思路

城乡医疗一体化是一项系统工程，试点刚刚开始，需要做长期和繁重的工作，要认真总结已经取得的成

功经验,分析当前面临的困难和存在的问题,进一步理清思路,将试点工作扎扎实实地开展下去。

1. 按照医药卫生体制改革的要求,整体推进医疗一体化建设。要以医疗保障体系一体化建设为重点和突破口,带动公共卫生体系、卫生服务体系、药品监督管理体系、医疗救助体系的整体联动。不断加强医疗服务体系建设,弥合城乡经济二元结构带来的城乡医疗服务能力的差异,逐步实现医疗卫生服务均等化,特别是加大对基层卫生建设,特别社区卫生和农村卫生服务能力建设,促进整个医疗一体化的进程。

2. 进一步明确部门职责,理顺行政管理关系。实行城乡医疗保障一体化改革,要打破行政部门壁垒,在政府主导和统一管理的前提下,相关部门分工协作,建立一体化的管理体系、经办体系和网络服务体系,避免多头行政。劳动和社会保障部门负责城乡居民医疗保险政策的具体实施和管理,经办医疗保险日常工作。卫生、食品

和药品监督部门要负责医疗卫生体系建设和药品、医疗器械质量的监督管理,实现医药卫生体制改革并举。财政部门负责城乡居民医疗保险资金的筹集、管理和监督。民政部门负责医疗救助体系建设,并配合做好医疗救助体系和医疗保险体系的有效对接。同时,各部门还要按照职能及时与对口上级部门加强政策衔接和业务沟通,共同做好城乡医疗保障一体化的试点工作。

3. 重视保险制度的整体设计,建立一体化的医疗保险体系。在制度设计上,既要正视三项保险制度存在的现实差异,更要打破制度和行政管理双重壁垒,改变按人群身份设计的医疗保险制度。按照制度统一、标准有别原则,承认现有人群之间的经济差异和选择的自由,并逐步缩小这些差异,实现医疗保险的均等化。在筹资方式和水平上,要正确对待三项保险筹资方式和水平的不同,通过加大财政投入和提高个人缴费水平,逐步缩小三者之间的差距。最

终通过社会保障税的方式,实现全民医疗保险筹资方式和水平的一致。在基金管理上,要统一个人缴费的征收机构,规范基金筹集行为,坚持基金收支平衡、略有结余的原则和专户管理、封闭运行的成功经验。考虑到三项基金收入和支付的现实差异,在试点阶段可以采取统一管理,分账核算、各自平衡,待实现制度完全统一之后,再统一管理、统一核算、统一平衡。

4. 加强对医疗机构的监管,提高基金使用效率。一是合理确定定点医疗机构,严格定点医疗机构的准入条件,注意定点医疗机构在城市和基层包括社区和农村的合理设置,方便就医就诊。二是合理确定报销标准,不分城乡,按照医疗机构的类别,确定起付线、封顶线和报销比例,并重点向基层医疗机构倾斜。城乡患者在同类医疗机构发生的医疗费用的报销标准应一致。三是统一用药目录。改变现在三种医疗保险三种用药目录的做法,按照国家建立基本药物目录制度要求,在统一一定点医疗机构用药目录基础上,允许不同级次医疗机构在统一药品目录范围内的差异,控制药品目录外用药的比例。四是不断扩大单病种付费管理范围,规范和简化医疗行为,减轻居民医疗费用负担。五是开展门诊统筹试点,切实保障居民的小病治疗,科学测算门诊医疗基金比例,尽可能提高医保基金使用效率。六是实行以钱养事,支持医疗机构提供公共卫生服务。按照医疗机构提供的公共卫生服务的情况,给予合理补偿,保证居民能够享受平等的公共卫生服务,逐步实现公共卫生服务均等化。^①



(作者为湖北省财政厅副厅长)

责任编辑 冉鹏