

整合四项医疗保障制度的建议

□林素平

目前,我国覆盖城乡的全民医保制度体系已经形成,主要为城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城市、农村医疗救助制度构成的“三险二助”模式。这些制度的实施,对缓解群众看病难、看病贵,解决群众医疗保障问题起到了一定效果。但随着我国城乡一体化的快速发展,该制度体系面临着深层次的矛盾和问题,需要尽快加以完善。为此,笔者以江西省赣州市为例,从工作实践的角度分析现行四项制度存在的问题并提出整合建议。

一、现状

赣州市“三险二助”模式于2008年在全市范围内正式运行,这标志着覆盖所有城乡居民的医疗保障体系已经建立。由于制度出台的时间、背景不同,四项制度各自独立运行,在制度设计、筹资标准、补助政策、补偿模式等方面均存在不同之处。

1. 制度设计。城镇职工基本医疗保险覆盖对象主要是城镇就业人群,2001—2005年在全市陆续启动,2012年起实行市级统筹,主管部门是人力资源和社会保障部门;城镇居民基本医疗保险面向城镇非就业居民,主要是中小学生、儿童、老年人等群体,2007年全市启动,2010年实行市级统筹,主管部门是人力资源和社会保障部门;新型农村合作医疗参保主体是具有农业户籍的居民,2003—2008年在全市陆续启动,现仍为县级统筹,主管部门是卫生部门;城乡医疗救助包括城市医疗救助和农村医疗救助,分别于2005年、2006年在全

市推行。2013年统一政策内容,覆盖城乡低保对象、农村五保供养对象、城镇“三无”人员、重点优抚对象、支出型贫困低收入家庭大病患者等群体,主管部门是民政部门。

2. 筹资标准。城镇职工基本医疗保险按照用人单位和个人共担筹资模式,缴费基数为工资总额(或社平工资的60%—300%),缴费率为8%或10%(其中单位6%或8%,个人2%);城镇居民基本医疗保险筹资由财政补助和个人缴费构成,且成年人和未成年人标准不同,成年人每人每年400元(财政补助280元,个人缴费120元)、未成年人每人每年330元(财政补助280元,个人缴费50元);新型农村合作医疗筹资由财政补助和个人缴费构成,标准为每人每年340元(财政补助280元,个人缴费60元);城乡医疗救助资金来源为财政补助,城市、农村医疗救助分别按每人每年200元、160元实施救助。

3. 补助政策。城镇职工基本医疗保险由统筹地区负责筹集资金,江西省对国有困难企业参保进行适当补助;城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗财政补助标准一致,由中央和地方分担。2012年为每人每年240元,其中中央负担132元。2013年提高到每人每年280元,其中中央负担188元,通过专项转移支付(分列城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗科目)方式下达地方;城乡医疗救助由中央和地方财政共同筹集,2012年共筹集1.76亿元,其中中央补助0.99亿元,通过专项转移支付(分列城市医疗救助、农村医疗救助科目)方式下达地方。2012年中央共下达赣州市以上项目专项转移支付资金

11.84亿元,全年人均补助130元。

4. 补偿模式。城镇职工基本医疗保险待遇实行“个人账户+门诊特殊检查治疗和慢性病补偿+住院医疗费用补偿”模式,2012年政策范围内住院报销比例为75%,统筹基金最高支付限额为6万元;城镇居民基本医疗保险实行“门诊家庭账户+门诊特殊慢性病补偿+住院医疗费用补偿”模式,住院患者集中在二、三级医院,政策范围内住院报销比例为70%,统筹基金最高支付限额为6万元;新型农村合作医疗实行“门诊统筹+门诊慢性病补偿+住院医疗费用补偿”模式,住院患者集中在一、二级医院,政策范围内住院报销比例为74%,基金最高支付限额6万元;城乡医疗救助包括资助参保参合、门诊医疗救助、住院医疗救助和重大疾病专项救助,其中最高救助比例为80%,最高年累计救助封顶线不低于5万元。

二、存在的问题

1. 制度设计存在缺陷。现行医疗保障制度依据城乡和就业状况分设,分别由三个部门管理,在制度设计上缺乏全局统筹规划,各项医保制度之间无法实现有效衔接,不利于人员的自由流动和居民就医选择权利的实现。新型农村合作医疗制度在设计时未遵循执行和监管相分离原则,形成了卫生部门既当“运动员”又当“裁判员”的格局,制度存在系统性管理风险。从筹资渠道、补偿模式、运行机制、基金管理等方面分析,城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗属于同一层次医疗保险制度。但这两项制度的分割加深了城乡二元化体制矛盾,难以体现社会保险的公平性。



2. 资金整体使用绩效低。一是专项转移支付项目多。目前医疗保障制度中有城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城市医疗救助、农村医疗救助四项中央专项转移支付,随着每年的提标提补,势必会造成专项转移支付所占份额呈上升趋势。二是各项目之间无法调剂使用。中央专项转移支付资金要求按项目分别建账,分账核算,专款专用,无法相互调剂,发挥不了资金统筹使用优势效应。三是资金闲置造成使用绩效差。一方面患者看病个人负担的医药费仍然偏高,另一方面资金沉淀闲置在专户,从而严重影响了财政资金使用的整体绩效。

3. 医疗救助时效性差。现行政策规定,医疗救助是建立在基本医疗保险补偿(报销)之后,对医疗救助对象个人负担医疗费用实施的补偿。目前,城乡医疗救助要通过个人到户籍所在地村(居)委会或乡镇人民政府(街道办事处)申请,并经过县级民政部门以及医疗保险、

新农合管理机构等相关部门审核审批,因审核审批部门多、操作程序复杂、办理时间较长,提升了管理成本,降低了管理效率,给救助对象带来诸多不便,不能有效发挥医疗救助的便民救急作用。

4. 公共卫生资源浪费大。三个不同的政府部门管理城乡人员的基本医疗保障,经办机构的分设必然要配备相应的工作人员、办公用房、办公设备,建设相应的信息管理系统,增加了政府的财政支出。由于医疗保障制度间信息数据库未并网运行,无法实现资源共享,无法杜绝重复参保现象,由此带来了财政重复补贴和医疗费用重复报销,必然增加各级财政的不合理负担,造成国家财政资源的浪费。

三、整合四项医疗保障制度

1. 统一管理机构。将政府主导但分属不同部门管理的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农

村合作医疗、城乡医疗救助制度进行整合,交由人力资源和社会保障部门统一管理,实行“一个部门管理、一个窗口经办、一条龙式服务”。这样做能够提高效率 and 效益,降低管理成本,有利于制度的可持续发展,符合国际发展趋势,更与当前权责一致的机构改革精神相契合。

2. 统一补助项目。将专项转移支付用途相似、性质相同的项目整合归并为一个项目,即将现行的城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城市医疗救助、农村医疗救助四项转移支付整合归并为医疗保障专项转移支付项目,统筹资金使用,降低资金闲置率,提高资金使用绩效。同时,统筹层次提高至全国层次,按照事权与财力匹配原则,由中央财政承担更大的责任。

3. 统一制度模式。逐步将现有医疗保障制度进行整合。第一步,建立城乡统筹型的医疗保障制度体系,将城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗整合为居民基本医疗保险,将医疗救助与医疗保险制度并轨运行;第二步,建立筹资待遇挂钩型的全民医疗保障制度体系,将职工和居民两项基本医疗保险制度转变为一种制度、多档选择的保障方式,即按照权利和义务相对应的原则,由参保者根据自身的需要和能力自主选择。

4. 统一信息系统。将统一规划建设医疗保障信息系统列为“金保工程”的重要工作,建设投资列入国家“金保工程”投入。在现有医疗保险信息系统建设的基础上,按照“完整、准确、统一、及时、安全”的要求,建立涵盖医疗救治、医疗服务、医疗保险、医疗救助、费用结算等信息的系统,为掌握、监测、分析和评估提供基础信息,为调整完善政策提供依据,也为实现医疗保险与医疗救助在全国范围内“一卡结算”提供支撑平台。^[8]

(作者单位:江西省赣州市财政局)

责任编辑 李艳芝