

# 推进城乡一体化的居民基本医疗保险

■ 严 静 刘兴蓉 罗 蓉

近年来,四川省成都市在推进城乡一体化进程中,按照统筹城乡协调发展的思路,以实现“人人享有基本医疗保障”为目标,探索建立城乡统筹的医疗保障体系,努力实现城乡医疗保障制度全覆盖。在已经建立起城镇职工、失地农民、农民工基本医疗保险、新型农村合作医疗和中小学生、婴幼儿住院医疗互助金等5项制度的基础上,城镇居民基本医疗保险制度于2007年1月全面启动,截至今年6月底,全市参加各种基本医疗保险人群已达1065.83万余人,占总人口的95.8%。

全覆盖医疗保障制度的建立,为实现人人享有医疗保健奠定了基础,但是随着城市化进程的加快,农村村组转向城镇社区、农村居民转向城镇居民、征地农转非等也在快速转变,分人群建立的各项医疗保障制度之间因政策不统一、制度不衔接、相互不能转移和流动等问题,影响了医疗保障制度的公平性,特别是新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度,由于是以保险人的户籍和身分来决定参保的种类,各级政府对参加两种保险制度的补助标准不一致,参保人缴费标准不同,农村缴费低、城镇缴费高,再加上两项制度由两个不同的部门操作,基础信息资料不对接,出现了参保人选择性参加、或享受双重报销、或无任何保险的漏洞和

缺陷。

鉴于以上实际问题,成都市从2007年起加快推行城乡基本医疗保险制度一体化进度,将新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度、大学生医疗保险、中小学生、婴幼儿住院医疗互助金合并,建立了城乡一体化的居民基本医疗保险;将失地农转非人员医疗并入城镇职工基本医疗保险;将外来农民工医疗包含在非城镇户籍从业人员综合保险中。这样由原来的6项医疗保险制度,合并成了三大类基本医疗保险——职工医保、城乡居民医保和外来农民工医保,从制度设计、管理部门、财政补助、信息网络、基金监管和待遇支付等方面进行了有益探索和试点。特别是城乡居民基本医疗保险制度的建立,覆盖了全市农民和城镇低收入家庭及老年人、学生、残疾人,参加新型农村合作医疗的有544万人,占农村居民的99%以上,参加城镇居民医疗保险的有211万人,两项合计达750多万人,占到总人口的70%左右。五年累计筹集基金近14.8亿元,累计享受医疗待遇的农村居民和城镇居民有1027万人次,人均医疗费报销水平达4000元左右,报销比例达57%。

**建立城乡一体化居民基本医疗保险制度,体现公平待遇**

成都市城乡一体化的居民基本医疗保险制度的主要内容,一是坚持四个原则,即相适应原则,低水平起步,根据社会经济发展水平合理确定并逐步提高筹资标准和保障水平;自愿原则,自愿参保,个人缴费,政府给予适当补贴;保大病原则,不建个人账户,不设缴费年限;统筹原则,基金实行全市统筹,以收定支,收支平衡,略有节余。二是实行“五统一”,即统一参保范围,除城市职工和外来农民工外,都可以参加居民基本医疗保险;统一缴费标准,所有参加的人都是一个基本缴费标准;统一参保补助,政府对参保人的补助标准相同;统一待遇水平,选择相同缴费标准的,其支付的报销比例和待遇相同;统一管理办法,在同一计算机网络系统中由同一个经办机构办理医保事项,基金实行市级统筹、财政专户管理,核算办法一致,统筹使用资金,但分城乡记明细账、分类统计数据。三是因地制宜,分类设档。为满足不同参保人的需求,筹资标准设定为100元、200元和300元三个档次,100元为基本档,并对应三个档次设立不同的报销比例,各级财政只补助基本档,个人可自愿选择不同缴费档次,对城乡低保和重度残疾人可由医疗救助资助最低缴费档次。医疗保险待遇支付,按照缴费档次不同设立,

第一档次报销比例为社区(乡镇)卫生服务中心(卫生院)65%、二级医疗机构55%、三级医疗机构35%,最高支付限额4万元。第二档次报销比例为社区(乡镇)卫生服务中心(卫生院)90%、二级医疗机构65%、三级医疗机构50%,最高支付限额5万元。第三档次报销比例为区(乡镇)卫生服务中心(卫生院)90%、二级医疗机构80%、三级医疗机构65%,最高支付限额6万元。学生参保最高支付限额8万元。医保基金支付起付标准为:社区卫生服务中心和乡镇卫生院及一级医疗机构50元,二级医疗机构200元,三级医疗机构500元,市外转诊1000元。

### 整合管理职能,建立城乡医疗保险运行新机制

一是将原由卫生部门主管的新型农村合作医疗、少儿互助金管理职能,社保局主管的城镇居民医疗保险管理职能,集中整合到一个部门,组建成都市医疗保险管理局及区(市)县医疗保险经办机构,由其统一指导、管理和承办全市城镇职工基本医疗保险、工伤保险、生育保险、城乡居民医疗保险、新型农村合作医疗保险、少儿住院医疗互助金、农民工医疗等工作。并按照理顺机制、节约成本、提高效率的思路,建立了城乡医疗保障定点医疗机构审批、服务协议管理、保证金收取等业务和 workflows。同时针对城乡居民基本医疗保险的特点,在新型农村合作医疗信息系统基础上,研究开发全市统一的城乡居民基本医疗保险系统软件,确保经办机构管理高标准起步,高效率运行。

二是坚持便民利民原则,发挥乡镇、街道劳动保障所、社区(村)劳

动保障站工作人员熟悉城乡居民就业、社保和经济收入、家庭生活等情况的优势,因势利导引导城乡居民参保缴费。每年的9月1日至12月31日为下一年度筹资时间,通过社区(村)劳动保障所办理参保登记并将参保人员的基本信息及交费情况录入计算机并办理医疗保险卡。

三是充分发挥各部门职能作用,强化基金监管。城乡居民医疗保险一体化管理涉及到劳动保障、财政、民政、卫生、教育、审计等部门和社保(医保)经办机构,在实践中成都市注意发挥各相关部门职能作用,明确各自工作职责。劳动保障部门负责主管全市城乡居民基本医疗保险工作;财政部门负责参保补贴资金的预算、筹集、划拨和基金的管理;民政、残联和计生部门负责低保、残疾等相关人员身份确认;教育部门负责所属中小学生、大专院校和托幼机构参保;审计部门负责基金使用管理监督;社保经办机构(劳动保障站所)负责缴费征收工作;医保经办机构负责政策宣传、待遇支付和基金日常管理工作。同时还建立了一系列规章制度,抓住“缴费过程、基金保管、报销支付、核算监督”等环节,坚持“钱账分开、管用分离、封闭运行、收支平衡”,每年对各级医保基金进行审计,及时发现和纠正问题,确保了基金的安全和效能。

### 充分发挥计算机网络载体作用,提高服务水平

成都市充分利用各定点医疗机构与医保经办机构计算机网络体系,坚持为民惠民原则,开通“一卡通”绿色通道,保证所有参保居民病有所医并及时报销医疗费用。

一是落实管理制度和强化费用

审核。先后建立了定点医疗机构和定点零售药店管理与考核制度、医疗费用审核与稽核制度、违规行为举报奖励制度。在医保管理系统升级改造后,实现了医疗费用计算机审核,加强了医疗费用实时监控和分级复审,实现了事前、事中、事后监控,促进了医疗服务和管理规范化。

二是加强住院管理和特殊疾病门诊管理。参保居民生病住院凭医保卡到当地定点医疗机构就诊入院,因病重需转院的申办异地就医手续。对患恶性肿瘤、慢性肾功能不全、肾病综合症、精神类疾病等18种慢性疾病可申请特殊疾病门诊并实行“五定”管理,即定医疗机构、定病种、定诊疗项目和药品范围、定病历处方、定审核和结算时间。

三是充分利用社区(乡镇)卫生服务,实行双向转诊。在社区(乡镇)基层医疗卫生机构建立符合慢性病住院特征的家庭病床,纳入统筹基金支付,起付标准为50元。因病情所需由社区(乡镇)卫生服务机构转往其他定点医疗机构,病人只补交起付标准差额;由二级及以上医疗机构转往社区(乡镇)卫生服务机构,不再另支付起付线医疗费用。

四是改进医疗保险结算办法。先后试行了以项目付费为主,以总额控制、指标控制、定额包干、单病种费用为辅的多种医疗费用结算方式。年初对定点医疗机构下达年度费用总额控制指标,年终考核;对精神疾病等医疗费用实行按日包干定额结算;对部分病种试行单病种费用结算,对医疗保险费用支付实行目录管理,对定点医疗机构实行协议管理,增强了医疗保险费用支付的合理性和规范化。

(作者单位:四川省成都市财政局)

责任编辑 戴开成