

无锡市医保城乡统筹的实践与思考

曹岳兴¹, 过皓²

(1. 南京医科大学无锡市第二人民医院院办, 2. 财务科, 江苏 无锡 214002)

摘要:无锡市于2011年实施城乡医保并轨,将原来的新型农村合作医疗、城镇居民和儿童医疗统筹整合为居民医疗保险,形成了居民医保筹资水平、经办管理、参保缴费、待遇标准城乡一体化的医疗保障体系。针对并轨后出现的新情况、新问题,文章提出了解决的对策和建议。

关键词:医保城乡统筹;实践;问题;对策

中图分类号: R197.1

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2013)04-298-003

doi: 10.7655/NYDXBSS20130403

2009年,国务院明确提出了要建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。而现行的新农合和城镇居民医保制度的分设、分建、分管和分头经办,固化了二元社会差距。随着城镇化的快速推进,城乡流动人口医保关系转移接续难,重复参保、断保和漏保现象并存,已不利于维护城乡居民的社会保障权益和制度的可持续发展^[1]。近年来各地陆续进行了统筹城乡医保管理体制的探索,为进一步推进统筹城乡医疗保障积累了有益经验^[2]。本文结合无锡市的实践,对医保城乡统筹的相关问题进行分析,并提出相应的对策和建议。

一、医保城乡统筹的实践

(一)并轨整合资源,实现城乡一体化的居民医疗保险制度

2010年10月按照“保障待遇和筹资水平与经济发展水平相适应、个人缴费与财政补助相结合、定点就医,属地管理”的原则,打破城乡居民身份界限,突破既定的体制机制,将新型农村合作医疗、城镇居民和儿童医疗统筹进行了整合,参保对象覆盖到本市户籍的所有居民和各类学校(含高等院校、幼托机构)的在校学生,于2011年1月1日启动城乡一体的居民医疗保险制度,实现了城乡居民医保筹资水平、经办管理、参保缴费、待遇标准的完全统一。

(二)改革管理体制,实现经办统一和管理高效并轨前新农合由卫生部门负责管理,参保人员

没有统一的医保卡。纳入居民医疗保险后,全市所有参保人员制定统一的医疗保险卡,对社保信息系统进行改造和完善,统一医疗保险信息系统,实现了全市医疗保险费用结算“一卡通”,参保居民到各定点医疗机构就诊不再需要个人垫付现金,可以直接划卡结算,并明确由市社会保险基金管理中心负责居民医保参保缴费、结算支付和基金管理等业务经办工作,使城乡居民医保在制度模式、经办管理和信息系统等方面实现统一^[3]。从而使城镇居民覆盖率、医疗费用报销比例和经办服务效率也都有了较大提升,大统筹效应得到充分体现^[4]。

(三)加大筹资力度,实现医保待遇进一步提高

2010年,城乡居民医保筹资标准分别为:学生、少儿每人每年220元、其他居民每人每年400元。2011年,筹资标准分别调整到每人280元和420元。2012年,筹资标准又分别调整到每人350元和530元。财政补助由2010年的每人140元和250元,分别提高到2011年的每人200元和270元,以及2012年的每人250元和340元。随着筹资力度的提升,居民医保医疗待遇进一步提高。从2012年起,在社区医院住院的,医保基金支付比例从80%提高到90%,在市内或市外其他医疗机构住院的,医保基金支付比例分别从60%和50%提高到65%和55%。最高支付限额也从2010年的15万元提高到2011年的17万元,连续缴费满5年及以上的,在此基础上增加5万元。

收稿日期:2013-06-04

作者简介:曹岳兴(1962-),男,江苏无锡人,研究员。

二、并轨后的相关问题分析与思考

(一)参保结构发生显著变化,医疗费用大幅增长,基金自济能力降低

2010年末,居民医保参保人员中学生、儿童和一般居民之比为4.44:1。2011年新农合并入居民医保后,新增参保人员大多为农村老年居民和非从业居民,学生、儿童和一般居民之比下降为1.07:1。2010年老年居民基金费用1946万元,占居民医保基金费用的16.91%,当年居民医保基金略有结余;2011年老年居民基金费用26510万元,同比增加24564万元,占居民医保基金费用的63.35%,当年居民医保基金赤字7300多万元。随着居民医保覆盖面的扩大,用于老年人群的医疗费用大幅增加,使基金自身的调剂使用能力和转移支付能力大大降低。因此,从发展趋势来看,今后居民医保的老龄化问题,对基金能否收支平衡至关重要^[5]。

(二)待遇调整与基金承受力不相适应

新农合人员纳入居民医保后,基本医疗保险药品和医用材料目录扩大,一些高档药品和高值医用材料个人自负比例降低,参保人员的医疗待遇有较大幅度提高,刺激需求大量释放。在诊治过程中,患者或家属往往会选择安全性高、疗效好、不良反应小,但价格相对要贵的药品或材料,医疗费用大幅度增长,人均基金支出快速增长。2011年度市区一般居民人均基金支出723元,基金平均支付率为71%;2012年居民医保政策调整后,一般居民人均基金支出已达1167元,基金平均支付率高达75%。基金收入和支出严重不对称,造成基金出现大量赤字。

(三)结算政策导向性不利于基金支出的控制

2011年初无锡市对2010年度居民医保结算政策作了调整,即转诊到二级以上定点医疗机构的住院医疗费用单元定额结算标准调整为:成年居民统一按本医疗机构当年参保职工平均住院医疗费用标准计算,学生、儿童按本医疗机构当年参保职工平均住院医疗费用的一定比例计算(原来都是根据医院级别按平均单元定额结算);2012年又再次提高居民医保转诊到三级医疗机构住院的单元结算定额,即按本医疗机构当年参保职工平均住院医疗费用成年居民110%的比例。居民医保结算政策连续几年调整单元结算定额后,造成接转医院控费意识明显削弱,使一些不合理医疗需求过度释放,带动了居民医保基金费用的快速增长。所以说,简单化提高单元结算定额,缺乏对供方的有效监管,客观上推动了居民医保基金支出的无序增长。

(四)参保居民非理性就医行为客观上造成基金支出大规模增长

城乡医疗保障体系建立健全后自负比例下降,参保居民对医疗卫生服务的需求具有明显的趋高性,大部分患者不论大病小病都喜欢到大医院求医。新农合并入后,原先对其就医的一些限制也随之取消,原来只需要在社区卫生服务中心就能解决的小毛病也都要转诊到二、三级医疗机构。加上社区卫生服务中心服务能力和工作能动性不足,“守门人”作用的弱化,造成大量患者转诊到二、三级医疗机构,住院转诊率同比大幅度上升,居民医保住院均次费用也大幅增长,从2010年的6110元上升到2011年的7550多元,从而带动了居民医保基金费用的增加。

三、对策与建议

(一)参保人员医疗待遇的提高要把握适度性

近几年居民医保统筹基金的报销比例不断得到提高,但报销比例并非越高越好,报销水平的适度性体现在基本医疗保障的“基本”性。报销水平过低,保不了基本,参保人员负担不起;报销水平过高,对医疗和就医行为缺乏约束力,不利于合理控制医疗费用,不利于树立节约意识,也不利于医疗保险制度平稳运行和可持续发展。因此,自负比例的高低不仅关系到参保人员的保障水平,关系到基金支付能力,更重要的是一个导向问题。有资料显示,日本等一些经济发达国家个人自负的费用都在30%左右。各地医疗保险经办机构应当根据当地实际,把居民医保医疗费用自负比例控制在科学的范围之内。一方面减轻国家和地方财政的医药费用负担,另一方面也提高了参保人员对费用控制的自觉性。

(二)建立医保待遇与筹资水平相匹配可持续发展的筹资机制

随着居民医保待遇的提高,其报销比例与职工医保的报销比例越来越接近,而职工医保的筹资水平是居民医保的好几倍。现行居民医保筹资结构、水平与待遇之间不相适应、不相匹配的问题越来越突出,居民医保基金赤字的压力逐步增大。要做到居民医保制度的系统性、长久性和科学性,就要求个人缴费与财政补助之间具有合理的区分度。既要强调从城乡居民收入水平和医疗卫生水平的实际出发,合理确定人均筹资水平和医保基金总体规模,从而来确保政府的责任到位;也要按照社会保险的规律要求,合理确定个人缴费在筹资结构中所占的比重,确保参保人员个人应尽责任到位。建议参照职工医保报

销比例单位筹资现金值(人均筹资额与报销比例的比值)来确定城乡居民医保筹资水平,然后按照五五开由参保个人和财政合理分担,并对不同人群可以上下浮动分摊比例。

(三)完善居民医保结算办法

医疗保险支付办法,除了要体现以患者为中心,以医院能动为理念,还应妥善处理控制与保障、收入与支出、服务与补偿等关系,以更好地发挥政策的引导和激励作用,使医疗保险制度走上良性发展的轨道。目前居民医保单一的结算办法已不适应医疗保险发展的需求,而不同的付费方式对医疗服务行为的影响不同^[6],对医疗保险管理的要求也不尽相同。面对各医疗机构服务项目及服务能力的差别,应选择相适应的付费方式,根据不同付费方式取长补短,使居民医保结算办法更加科学合理。

(四)提高基层医疗机构服务能力

虽然医保结算政策对基层医疗机构有很大的倾斜,但由于社区卫生服务中心缺乏群众可信任的医务人员,医疗设备陈旧不全,医疗服务项目有限,基本药物品种少、服务时间不合理等因素,城乡参保居民一般还是不愿到医疗费用相对便宜、个人支付比例低的社区卫生服务中心看病。要让参保居民自觉做到“小病进社区,大病进医院”,迫切需要提高社区卫生服务机构的服务功能及水平^[7]。明确社区卫生服务中心功能定位,完善配套设施。强化培养力度,加快打造社区卫生人才队伍。鼓励和引导发展基础好、具备技术条件的社区卫生服务中心积极开展临床专科适宜技术服务。转变服务模式,实施家庭医生制度,变被动服务为主动服务,提升社区居民对社区卫生服务的认同感。

(五)充分发挥商业医疗保险的补充作用,构建多层次医疗保障体系

解决不同层次人群的医疗需求,不能仅仅依赖基本医疗保险制度。在国外,商业医疗保险能够为不同需求者提供不同解决方案,主要扮演补充性角色^[8]。目前,不分收入高低,所有人都进入基本医疗保险范围,而商业保险没有相应发展,等于把所有的风险都集中在基本医保上。在医疗保障体系的建设和中,基本医疗保险应按照“广覆盖、低保障”原则,重点解决城镇居民的基本医疗保障问题,体现社会公平;商业医疗保险按照客户需求“量身定做”,提供多元化、差异化的健康保险产品,体现服务与效率,弥补基本医疗保险供给的不足,丰富和完善整个医疗保障体系。基本医疗保险还可与商业医疗保险合作,进行大病再保险,从而扩大保障范围,提升保障水平。

参考文献

- [1] 程锐娟, 杨淑丽. 统筹城乡居民医保政策设计及建议[J]. 中国医疗保险, 2012(4): 24-26
- [2] 熊先军, 孟伟, 严霄, 等. 医保城乡统筹的路径走势[J]. 中国社会保障, 2011(6): 16-19
- [3] 陈金甫. 发挥全民医保在医改中的基础性作用[J]. 中国医疗保险, 2012(2): 12-14
- [4] 陈仰东. 大统筹是走向公平医保的必由之路[J]. 中国医疗保险, 2011(8): 13-15
- [5] 陈仰东, 韩成曦. 老龄化社会的医疗保障对策[J]. 中国医疗保险, 2012(8): 12-14
- [6] 刘君, 何梦乔. 医疗保险混合支付方式研究[J]. 保险研究, 2010(7): 40-45
- [7] 赵宝, 冷明祥. 常熟市居民城乡一体化基本医保运行情况分析与评价[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2012, 12(5): 334-338
- [8] 陆铭, 冷明祥. 我国商业医疗保险发展探析[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2012, 12(1): 47-52

Thinking and practice on the medical insurance for urban and rural residents in the area of Wuxi

Cao Yuexing¹, Guo Hao²

(1. Dean Office, 2. Finance Department, Wuxi Second Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Wuxi 214002, China)

Abstract: In 2011, the urban and rural residents medical insurance system was implemented in Wuxi through combining the new rural cooperative medical system, urban residents medical insurance and children's medical insurance, which realized the integration of medical security system with the same funding level, management level, insurance payment and the same standard of treatment of urban and rural integration. According to the new situation following the consolidation, the article put forward the countermeasures and suggestions.

Key words: medical insurance for urban and rural residents; practice; problems; countermeasures