

谈目前城乡医疗保障制度概况和进一步完善措施

巢湖市无为县医保中心 沙先春

时间: 2010-01-15

来源: 中国社会保障网博客

【字号:   】 [【我要纠错】](#) [【Email推荐】](#) [【发送】](#) [【收藏】](#) [【打印本页】](#) [【评论】](#) [【关闭】](#)

摘要: 国务院于1998年颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》以来,我国相继实行了城镇职工医疗保险,新型农村合作医疗,城镇居民医疗保险等三种医疗保险制度,形成了具有中国特色的、符合中国国情的多层次医疗保险体系,这三种保险在保持社会稳定、促使社会经济发展等方面起到了非常积极的作用,作为医保工作的经办人,本人通过自身的工作实践和长期的思考与研究,发现在各自运行过程中也显现出了一些问题,本人认为需要不断的完善和发展,能否在政策的允许下,让每一个中国公民同时参加两种保险,使它们发挥更大的作用。

1980年改革开放以来,中国的经济体制由计划经济向市场经济转变,调动了广大人民的积极性,大大解放了生产力,使中国经济突飞猛进,国力进一步增强,特别在新一代中央领导集体下提出了“以人为本”思想,更加关注民生,为了使广大群众享受到了社会改革发展的成果,政府对社会保障这一块非常重视,社会医疗保险作为社会保障的一部分,它也在不断地自我发展和完善,国家先后实行了城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗保险制度、城镇居民医疗保险制度,初步形成了多层次的医疗保障体系,“全民医保”从理论上实现了全覆盖,人人享有医保正在逐步实现。确实减轻了职工、农民、城镇居民在看大病、住院费用的一些经济负担,维护了社会的稳定和谐,本人把目前这三种制度简要的概括和比较一下,作重分析它们在运行过程中出现的一些问题。

第一,城镇职工基本医疗保险制度政策,参保对象是单位全体职工,目前基本上以单位和个人共同缴费,以单位缴费为主,个人缴费为辅,实行个人账户和社会统筹相结合,基本上实现了“县级”统筹;个人账户主要支付参保人员的小额门诊或住院时自付的部分,社会统筹主要支付参保人员个人自付部分以外的住院与慢性病的大部分费用。目前城镇职工医疗保险在个人账户管理上应该没有多大问题,现在大多县(市)实现了IC卡管理,医保中心与定点医院和药店实现了联网,只要确保数据安全,个人账户就象个人银行消费卡一样,它的消费完全由参保人员控制,即使由不合理的消费,如用医保卡购买保健品、替家人购药等各种违规行为,这应该由参保人员自己负责,我们也无法控制,因为现在的定点药店绝大多数是个人开的。但城镇职工医疗保险在住院和慢性病管理上要有待进一步改善和规范,在住院上虽然各县(市)医保中心与定点医院实现了联网,但仍然不能控制冒名顶替的住院现象,还是用老办法好,医保中心派人定期与不定期到参保人员经常在本地范围内住院的医院进行核查。在慢性病管理上,确实是一件很头痛的问题,但不是一点办法没有。其一,在对参保人员申报慢性病的时候我们要严格把关;其二,在对慢性病购药时,我们实行在公立医院购药,这样就有可能解决了在私人定点药店购药虚开发票的问题,特别是在县城范围内,药店都是私人开的,没有一个严格的财务管理制度,为了利益,很容易造假,以上这些办法也照样适用于下面讨论的农村合作医疗保险制度和城镇居民医疗保险制度。

第二,目前新型农村合作医疗保险制度,它以户为单元,以政府筹资额度占80%,个人筹资额度占20%,是政府直接管理的农村社会保障制度的重要组成部分,它目前也设立了家庭账户与社会统筹,目前家庭账户与社会统筹的功能基本上与城镇职工基本医疗保险个人账户与社会统筹功能相一致,目前参保对象是针对农村户口的农村居民。但新型农村合作医疗也需要一些改善,本人认为设立家庭账户的作用不是很大,因为现在农村的家庭人口不是很多,所以每年家庭账户结余的钱也不是很多,即使家庭某个成员患大病,家庭账户在基金上也不能解决实质性问题。个人建议不如把家庭账户的钱设立一个“大病统筹救助基金”,如某个家庭参保成员患病时,住院费用超过规定的一定数额,在“大病统筹基金”中按住院费用的比例给予一定数量补贴。或者某个家庭成员虽然不符合当地医保管理部门规定的慢性病,但一年门诊费用确实用了大量的资金,也可以从设立的“大病统筹救助基金”中得到一定数量的补偿。目前新型农村合作医疗住院时报销的比例不是很高,农民从中收益不是很大,还不能很好发挥他应有的保障功能,2008年以我县为例,在县医院住院1万元,大概能报销50%左右,最高报销额为4万元。如果对一个农户来说,看病超过万元,有可能就影响整个家庭的正常运转,也有可能因病致贫和因病返贫现象出现,农民报销比例不高,是受多方面原因造成的。最主要原因是筹资水平的制约,另一方面也与科学的制定补偿方案有关。目前政府已经认识到这一点,新型农村合作医疗的筹资水平在逐年增加,但是这种增加还带有明显的人治痕迹,应该考虑政府财政收入、医疗费用、农民收入的增长等这些因素,然后建立一个科学的、稳定的和合理的筹资增长机制,这样才能确保农村合作医疗制度稳定、健康和安全的不断发展。

第三,城镇居民医疗保险制度,目前实行个人缴费与政府资助相结合,它与城镇职工和农村合作医疗保险制度的最大区别是没有设立个人账户或家庭账户,全部设立的“统筹基金”,主要提供大病住院和慢性病门诊治疗报销。以我县为例,住院与慢性病的报销比例与新型农村合作医疗报销的比例差不多。由于城镇居民医疗保险制度实施是最晚的一种制度,它目前面临的问题也是很多。其一,参保人数基数少,目前由于城

城镇居民参保对象是城镇户口，城镇户口中有相当一部分是单位职工，在单位已参加了城镇职工基本医疗保险，剩余的大部分是学龄儿童、在家待业人员和灵活人员、和达到退休年龄的无单位的老人。其二、居民参保意识淡薄，小市民思想根深蒂固，参保率低，有许多市民提出农村合作医疗每人每年只缴纳20元，相对农合缴费太高了，但慢性病与住院报销的比例差不多，所以这样导致他们不愿意参保。我们也认识到这个问题，我们也制定了一些相关的政策，如对低保对象和未就业的残疾人参保，民政和残联给予补贴，适当少缴医保费，对学生参保给予特殊照顾，据我了解目前我省基本上都采取了这种办法，城镇居民医疗保险和农村合作医疗保险在筹资模式上是一样的，也没有一个科学和合理的筹资决策规划机制。

虽然我国目前这三种保险，从理论上实现了全覆盖，也解决了不少问题，但这三种保险还不能完全解决看大病，长期住院个人承担费用过高的问题，特别是城镇居民医疗保险制度和农村合作医疗保险制度尤为突出。由于我国城市化水平低，居民收入差距大，农业人口和非就业人多，在相当长的时期内，全国难以建立起统一的，城乡一体化的社会医疗保险制度，所以在我国目前城乡二元化的基本格局没有实质性改变的条件下，在现有的城乡医疗保障制度和人员编制不变的情况下，是否在政策上调整一下，参保人按下面本人提出的想法同时参加三种保险中的二种保险。首先，在符合参加城镇职工医疗保险的条件下，首先参加城镇职工医疗保险，然后根据职工自愿可以参加城镇居民医疗保险或者是以单位为单元集中参加城镇居民医疗保险作为补充；其次，在符合参加城镇居民医疗保险的条件下，首先参加城镇居民医疗保险，然后根据居民自愿，以户为单元参加农村合作医疗保险作为补充，如果在大城市里没有农村合作医疗经办机构，可以用商业保险作为补充，按照财政同样的补贴补给商业保险公司；最后，符合参加农村合作医疗保险的农户，首先参加农村合作医疗保险，然后也可以以个人的名义自愿参加城镇居民医疗保险作为补充。形成三种保险互助的格局，只要有参保意识，就能参加三种保险中的二种保险，如果政策作出这样的调整，本人认为有以下几点好处。

第一，基本上解决了看大病，长期住院个人费用承担过高的问题，报销比例明显提高。以我县为例，同时参加了三种保险中的二种保险，住院和慢性病报销的比例就达到90%左右，这样也基本解决了个人费用承担过高的问题，也遏制了因病致贫反贫的现象，为和谐社会创造了一个条件，为社会的发展提供了后勤保障。

第二，解决了城镇居民参保人数基数少，参保率低这个问题，同时也扩大了农村合作医疗保险的参保基数。按我上面所假设的那种情况，城镇职工和农村户口的村民都可以参加城镇居民医疗保险，这说明了只要是中国公民，只要愿意都可以参加城镇居民医疗保险，这样就把城镇居民参保基数扩大的好几倍，参保人数也一定会增加，也不存在每年各个县（市）下达城镇居民参保人数计划了。同时农村参保基数也相应的扩大了，因为城镇居民也可以以户为单元参加农村合作医疗了。随着城镇居民和农村参保基数的扩大，参保人数增多，缴费基数增加，这样抗风险的能力就相应增强，住院和慢性病报销的比例就有可能相应的提高，参保人就能得到更多的实惠，促进了参保人参保的积极性和主动性，形成了一个良性循环。

第三，基本上解决了住院冒名顶替的现象，要分析住院冒名顶替的主观原因和客观原因。主观原因当然是当事人贪小便宜，钻管理上的漏洞，但作为政府部门也要考虑我们的体制是否有问题，这就是客观原因了。比如在没有实行城镇居民和农村合作医疗制度之前，我们国人至少80%以上，生病住院得不到一分钱报销，这样有许多生大病的，家庭又负担不起，只好铤而走险了，只有冒名顶替了。现在就不一样了，我们制定的有中国特色的城乡医疗保障制度，只要把现在的制度在灵活一点，按我所说的同时参加两种保险，就能解决这种现象，因为同时参加两种保险按现在的政策，政府和单位的缴费还是占大部分的，个人只占很小的一部分，只要愿意参加两种保险，保险费用参保人能承担得起的，参保人能参保而且费用也不算很高，所以也就不必要冒名顶替。

本人提出以上的思路，根据现有的国情是可行的。首先，在政府的筹资能力上，是可行了，因为现在的城镇居民医疗保险和农村合作医疗保险实行各级政府统筹，据我的估算，按现在的政策，三级政府全国每年最多多支出共1000亿元左右，全国各级政府筹资在400亿元左右，政府还能出得起的。其次，在现行的运行制度上也是可行的，它能充分利用了政府现有的医疗保险资源，提高现有资源的利用率。按照本人的提法，如果同时参加三种保险的两种保险，这样公民住院和慢性病报销的比例基本上是一样了（90%左右），不分参保人的职业、地位、年龄、性别、出生地等有何不同，便享受相同的医疗服务和保障，这也符合现在新医改的根本要求，让病人能看得起病。在实行这个政策时，我想基金的支出规模随之扩大，本人认为采取以下措施来加强管理，确保有限的医疗保险基金收支平衡。

一、发展社区（乡镇）卫生事业，理顺医疗卫生服务体系。

目前社区（乡镇）医院软件、硬件设施都比较差，政府要制定一些政策，来鼓励医科大学生到社区（乡镇）卫生院工作，制定灵活的医务人才流动机制以及医务人才的激励机制，来提高基层医务人员工作的积极性，在硬件设施上政府要加大投入，对必要治疗的硬件设施给予补齐，来提高基层社区（乡镇）卫生院的医务水平，从而小病、常见病在以全科医生为主体的社区（乡镇）医院就医，大病、重病在较大的医院就医，各种重大疑难病例到省级医院治疗，在确保参保人就医满意的前提下，按逐级医院治疗，来提高医疗资源的利用率，同时对转到本统筹地区以外的上一级医院，参保人要自己承担住院费用的一定比例，这承担的费用是不给予报销的。

二、要扩大透明度，加大监督力度。首先，医保中心要加强对定点医院（药店）的管理；虽然医疗保险经办机构与定点医院（药店）鉴定了医疗机构管理服务协议，明确了双方的权利和义务及协议期限。但医院（药店）为了自身的效益，有时也不一定按协议去操作，这样医疗保险经办机构就要对定点医院定期和不定期的在对参保病人的治疗费用进行督察。其次，对慢性病的管理上；目前在慢性病的管理上，是一个难题，医疗保险经办机构要对申报慢性病严格把关，对参保人在申请慢性病弄虚作假的，要停止参保人参保的资格，对符合慢性病的参保人，购买慢性病药品一律在公立医院购买，应取消私人定点药店慢性病门诊购药的资格。其三，要形成相互监督的机制，第一，劳动行政管理部门要对各医疗保险经办机构的运行情况进行监督，第二，医疗保险经办机构要对定点医院（药点）进行监督，第三，各参保单位和参保人员对涉及有关医疗保险的各个环节都可以监督，如各医疗保险经办机构的工作人员、各定点医院（药店）、参保人等各种违规行为进行举报，劳动行政部门应该设立一个监督举报电话，通过宣传，让每一个参保人都知道这个号码。

当然以上是我对目前城乡医疗保障制度的简单概括吧，对目前城乡医疗保障制度的规范和完善提出一点个人的看法吧，城乡医疗保障制度的规范和完善还有许多工作要做，它是一个系统工程，涉及到许多个人和部门的利益，所以说也是一个庞大的工程，但我坚信我国的城乡医疗保障制度会越来越完善，老百姓得到的实惠会越来越多。

编辑：杜圆圆

【 】 【发表评论】

相关新闻：

- 赣州市医疗保险异地安置人员医疗服务管... (2010-01-14)
- 汶上县城乡居民医疗保险制度研究(2009-12-15)
- 减少医疗保险支出的两个思路(2009-10-30)
- 浅议新医改形势下县级医保定点社区卫生... (2009-10-29)
- 城镇居民医疗保险与新农合对比分析(2009-10-21)

免责声明：

中国社会保障网对任何包含于或经由本网站，或从本网站链接、下载，或从任何与本网站有关信息服务所获得的信息、资料或广告，目的是为公众提供资讯，服务社会公众，不声明也不保证其内容的有效性、正确性或可靠性。

任何单位或个人认为通过我们的内容可能涉嫌侵犯其合法权益，应该及时向我们书面反馈，并提供身份证明、权属证明及详细侵权情况证明，我们在收到上述法律文件后，将会尽快移除被控侵权内容。

以上声明之解释权归中国社会保障网所有。

关于我们 | 联系方式 | 招贤纳士

中国社会保障论坛组委会秘书处 版权所有
京ICP备：05004171号