

无法找到该页

您正在搜索的页面可能已经删除、更名或暂时不可用

请尝试以下操作:



中国人事科学研究网
Chinese Academy of Personnel Science

www.rky.org.cn

| 首页 | 机构概况 | 研究课题 | 获奖总汇 | 信息平台 | 科研动态 | 学术跟踪 | 学术刊物 | 院刊投稿 | 交流合作 | 咨询项目 | 服务平台 | 联系我们

和谐发展

科研动态

» 首页 >> 科研动态 >> 学术论坛

学术论坛

科研动态

学术论坛

青年论坛

热点关注

学术交流

探索建立城乡一体的医疗保障体系

2010-05-04 | 访问次数: | 编辑: rky | 【大 中 小】

向春玲

2010-5-4

一、建立城乡一体医疗保障体系的必要性和紧迫性

目前我国已经建立了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乡医疗救助共同组成的基本医疗保障体系。这个体系分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难群众，从制度上实现了对城乡居民的全面覆盖，形成了政府主导的多元筹资格局，参保者的受益面不断扩大，一定程度上缓解了人民群众的“看病贵”问题。但是，就这个医疗保障体系来看，还存在以下问题：

1. 城乡分割。现有的医疗保障制度是按照城镇职工、城乡居民分别设计的，不同人群不仅参保缴费标准不同，而且报销比例、报销范围、审批项目等医保待遇标准也有区分，人为地分割了城镇居民和农村居民，造成了新的城乡二元结构。

2. 管理体制问题。城镇职工、城镇居民基本医疗保险制度与新型农村合作医疗保险制度各自建立一套完整独立的自上而下的管理系统，造成了条块分割、自成体系、相互不能兼容、行政成本高的局面，存在着行政管理“多元化”的问题，成为各级地方财政和经办管理的沉重负担，因此需要尽快整合管理体制。

3. 开放性问题。目前按城乡户籍制度设计的医疗保险制度，使城乡居民看病就医的可选择性受到限制，相对富裕的农民不能加入城镇居民基本医疗保险制度，一些低收入的城市居民不能选择缴费较低的新农合制度。这种参保人群“户籍化”的制度设计难以满足我国城乡庞大的流动人口看病就医的需求，也难以适应我国市场经济和城市化快速发展的形势。

二、重庆市、成都市的探索

2007年6月，经国家发改委报请国务院同意，选取重庆市和四川省成都市作为全国统筹城乡综合配套改革试点城市，目标就是基本建立改变城乡二元结构、统筹城乡医疗保障的体制机制，为全国积累经验，提供示范。

(一) 医疗保障制度由二元分割向城乡一体迈进

重庆市和成都市在试点之前，都存在着按不同人群设计的医疗保障制度。2007年，在全国实行城镇居民基本医疗保险试点的时候，刚刚成为全国统筹城乡综合配套改革试验区的重庆市没有在新农合制度之外再建立一个城镇居民医疗保险制度，而是结合统筹城乡综合改革配套试验区的实际，依托新型农村合作医疗的平台，将城镇居民基本医疗保

险制度的建设直接与新农合制度融为一体，建立了“城乡居民合作医疗保险制度”。重庆市规定，凡是具有本市城乡户籍的农村居民和不属于城镇职工医疗保险覆盖范围的城镇居民，包括学生(除大学生外)和儿童，以及其他非从业城镇居民均可在户籍所在地自愿参加城乡居民合作医疗保险。

成都市在试点之前，存在着城镇职工基本医疗保险、农民工医疗保险、失地农民医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民医疗保险等七种制度。2003年以来，成都市开始分别突破了身份界限，将农民工和失地农民的医疗保障与城镇职工基本医疗保险接轨；将住院医疗补助和异地就医管理融为一体，不分城镇职工和城镇居民，实行统一制度；将中小学生、婴幼儿住院医疗互助金制度归并为城镇居民基本医疗保险制度，实行统筹运行。通过这些措施，全市医疗保障制度实现了逐步由二元分割向城乡一体迈进。2008年11月，成都市政府出台了《城乡居民基本医疗保险暂行办法》，将原参加城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险和市属大专院校在校学生基本医疗保险一并纳入参保范围，实现了全市城乡居民医保政策统一、待遇一致，并于2009年1月1日起正式启动实施。

(二) 城乡居民医保筹资和待遇标准初步统一

1. 统一筹资标准：重庆市和成都市在设计城乡居民合作医疗缴费标准时，充分考虑城乡经济发展水平和城乡居民医疗消费的差异，实行城乡统一的分档次筹资和待遇标准。重庆市分为两个档次：2008年时一档筹资水平为100元/人/年，二档筹资水平为200元/人/年。成都市分为三个档次：一档为100元/人/年，二档为200元/人/年，三档为300元/人/年，学生儿童为120元/人/年。两市医保的政府补贴皆为80元(中央政府40元，地方政府40元)。各档次筹资水平减去政府的财政补贴之后，剩余部分为个人缴费。随着经济的发展，再适当调整筹资水平。

2. 筹资档次与待遇水平挂钩：在重庆市，选择一档参保的人员，享受当地新型农村合作医疗规定的待遇。政府对参保人员按照每人每年不低于40元予以普遍补助。选择二档参保的，具体的待遇支付办法由各试点区自行制定。例如江北区一档和二档待遇标准在报销封顶线、住院费报销和不同级别医疗机构看病的报销比例上是不同的。在成都市，一个自然年度内，政府对于选择第一档缴费的参保人员支付的最高限额为4万元；第二档支付的最高限额为5万元；第三档支付的最高限额为6万元；参保学生儿童支付的最高限额为8万元。随着经济的发展，再适当调整待遇水平。

(三) 积极推进城乡一体的医疗管理制度

为了改变多头管理的局面，2006年，成都市将原由卫生部门主管的新型农村合作医疗服务中心和中小学生、婴幼儿住院医疗互助金管理中心整体划转劳动保障部门管理。2007年，又将市社会保险事业管理局经办医疗、工伤、生育保险的机构分离出来，与市新型农村合作医疗服务中心、市中小学生、婴幼儿住院医疗互助金管理中心合并，成立了成都市医疗保险管理局，统一管理、指导全市城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗和工伤保险、生育保险经办工作，该局为市劳动保障局下属副局级全额财政拨款事业单位。各区(市)县按照市政府要求，也积极筹建医疗保险管理局。通过资源整合，全市城乡医疗保险经办工作实现了归口管理，新型农村合作医疗实现了管办分离。管理体制的理顺极大地推动了城乡一体医疗保险制度的建设。

(四) 整合城乡居民合作医疗与城乡医疗救助制度

我国城乡医疗救助制度已经建立起来，但是由于大病医疗救助设有门槛，且为事后救助，困难群众往往因为垫付不起治疗费用而不敢就医，难以享受到政府的医疗救助。同时，起付线的设置，造成越是困难的群众越难以享受到医疗救助。另外，医疗费用报销程序较繁琐，困难群众难以及时受助。针对这种情况，重庆市渝北区政府有效地整合了城乡居民医疗保险制度和城乡医疗救助制度：(1)政府按每年10—20元的个人缴费标准给予困难群众全额资助，保证他们能够顺利参加合作医疗制度。(2)对需要住院的困难农民，该区实行大病医疗的及时救助，取消住院费用的起付线。住院费用在1000元以内的，按合作医疗规定报销后，患者自付部分由民政部门给予全额救助。费用在1000元以上、3000元以下的部分，按合作医疗规定报销后，由民政部门对患者自付部分给予60%的救助。(3)渝北将合作医疗定点医疗服务的区级医疗机构、街道医院、镇卫生院和村卫生所，全部纳入城乡医疗救助服务单位，搭建起了医疗服务网络。在这些服务网络建立了城乡困难群众医疗救助管理系统。现在，只要受助群众生病住院，报上卡号，医疗救助管理系统将自动启动，医疗费用自动生成合作医疗报销金额、民政救助金额、救助对象自付金额3个部分。出院时，受助者只需交纳自付部分，不需要层层审批。成都青羊区也实现了城乡医疗救助与城乡居民基本医疗保险制度的整合。

三、探索建立城乡一体的医疗保障制度意义重大

(一) 统一医疗保障制度有效地维护了社会的公平性。重庆市城乡居民合作医疗和成都市城乡居民基本医疗保险的探索，最突出的成效是在制度上突破了原有城乡二元结构的医疗保障制度设计，从制度上消除了城镇和农村的“二元”差异，克服了制度的“碎片化”和参保人群的“户籍化”，体现了公共服务的均衡性，促进了社会公平的实现。

(二) 实行城乡统一的分档次筹资和待遇标准满足了城乡居民的不同需求。重庆、成都两市根据不同城乡居民群体

在经济收入、医疗消费上的差异，对缴费和报销待遇进行了不同标准的设计，使得城乡居民可以根据自己的情况来选择适合自己的参保方式。这不仅满足了城乡居民的不同需求，也满足了城乡流动人口对医疗保障制度的需求。富裕的农民可以选择二档、三档的缴费标准，相对困难的城镇居民可以选择一档的缴费标准；在医疗费用报销待遇上，只有档次的差异，没有城乡居民之间的差异，从制度上克服了农民医疗保险待遇低、城镇居民医疗保险待遇高的情况。

(三)整合城乡居民基本医疗保险和城乡医疗救助制度，有效地落实了政府对困难群众医疗保障的责任。目前，我国城乡还有不少贫困居民，他们在看病就医上存在着很大的困难。重庆市渝北区整合城乡基本医疗保险和医疗救助的做法，一方面帮助困难群众加入基本医疗保险，另一方面就是变事后救助为事前救助，解决救助对象的后顾之忧，使困难群众得病后能得到及时、快捷、方便的治疗，真正缓解困难群众看病贵、看病难的问题，实实在在地给他们带来实惠，体现了政府的公共服务职能，使得党和政府在群众中的威信进一步提高。

(四)有效地整合了管理资源，降低了制度的运行成本。成都市实现了城乡居民医疗保险管理资源的整合，实现了定点医疗机构和定点零售药店资格统一审批、统一管理、统一考核。这些探索提高了管理效率，避免了资源浪费，节约了制度的运行成本，克服了医疗保险管理“多元化”的问题，为建立城乡一体的基本医疗保障管理制度探索出了一条新路子。

从重庆市、成都市的经验来看，在短短两年多的时间里，他们进行制度创新，在解决当前医疗保障城乡分割、条块分割、资源整合问题上有了重大突破，取得了初步成效，具有推广价值。目前，全国有不少省市，如天津市，福建省厦门市，广东省东莞市、湛江市、佛山市、惠州市，浙江省杭州市、嘉兴市，江苏省镇江市、苏州市、常州市、无锡市、兴化市，安徽省马鞍山市，湖北省鄂州市、荆州市，甘肃省兰州市等，在经济社会发展的推动下，也都在进行城乡医保一体化的探索，而且积极性很高，得到当地干部群众的拥护。这说明，建立城乡一体的医疗保障制度是大势所趋，应该得到国家政策的支持。

来源：《求是》2010年第2期

[>>返回](#)

相关新闻

- 美国政府绩效评估制度对中国的启迪 2010-05-04
- 海南省高级技校毕业生实习合格可直接就业 2010-05-04
- 天津大学生农村干1年考公务员能加5分就业可享政策 2010-05-04
- 吉林省集安市突出就业重点抓落实 2010-05-04
- 甘肃省小额担保贷款带动12.4万人就业 2010-05-04
- 深圳：推出人才安居工程新政惠及院士到刚出校门大学生 2010-05-04
- 公立医院改革：补偿机制和人事制度是关键 2010-04-30

Copyright © 2006 中国人事科学研究院 版权所有

地址：北京市朝阳区育慧里5号 邮编：100101 院办电话：010-84635652

科研管理处：010-84635686、84622949

京ICP备05036988号