

我国城乡居民基本医疗保险制度衔接的现状、问题与建议

夏迎秋^{1*} 景鑫亮² 段沁江³

1. 江苏省卫生厅 江苏南京 210008
2. 南京大学政府管理学院 江苏南京 210093
3. 江苏省职工医科大学 江苏南京 210008

【摘要】医疗保障作为城乡居民生存和发展的基本需求,是“城乡统筹发展”的重要保证。现行的城乡基本医疗保险制度建设取得了明显的成效,提高了城乡居民抵御疾病风险的能力,缓解了居民“看病难、看病贵”的压力。但城乡分治的医疗保险制度在推进过程中也存在着一些问题,如法律保障欠缺、卫生资源分配不均、制度衔接困难、统筹层次低等。因而,必须加强城乡医保制度尤其是城镇居民医保和新型农村合作医疗之间的制度衔接,逐步建立城乡一体化的医疗保障制度,推进城乡社会经济协调发展。

【关键词】基本医疗保险;城乡一体化;衔接;全民覆盖

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.01.009

Status quo, problems and recommendations on the convergence of urban-rural basic medical insurance system in China

XIA Ying-qiu¹, JING Xin-liang², DUAN Qin-jiang³

1. Health Department of Jiangsu Province, Jiangsu Nanjing 210008, China
2. School of Government, Nanjing University, Jiangsu Nanjing 210093, China
3. School of Medical Workers in Jiangsu Province, Jiangsu Nanjing 210008, China

【Abstract】 As the basic needs of survival and development for urban and rural residents, the medical security is an essential assurance for balancing both urban and rural development. The current implementation of rural and urban basic medical insurance system continue to increase the capacity against the financial risk of disease for all residents, more or less ease the pressure of “seeing doctor is difficulty and expensive”. However, the segmentation of rural and urban medical insurance has a negative impact on the process of balancing rural and urban areas, for instance, lack of legal protection, uneven distribution of resources, institutional convergence difficulties, and low-level planning. Thus, it needs to strengthen the urban and rural medical insurance system, especially the Urban Residents Medical Insurance and the new Rural Cooperative Medical Scheme, to establish an integrated urban and rural medical insurance system, and to promote the coordinated development of urban and rural economy.

【Key words】 Basic medical insurance; Urban-rural integration; Convergence; Universal coverage

党的十七大报告提出“全面推进城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度建设”,加快城乡基本医疗保障制度建设逐渐成为民生建设的优先议题。十六届三中全会突出强调了“统筹城乡”的发展理念,医疗保障作为社会保障的重要组成部分,也应是统筹城乡发展的一个要

点。随着城乡居民生活水平的提高,价值观念和生活方式的转变使得人们越来越关注自身的身体健康,医疗服务需求不断扩大。而同期的医疗卫生服务体系建设相对滞后,医疗服务供给没有跟上,造成了医疗卫生服务提供和需求之间的较大差距,影响了医保服务的可及性。^[1]同时,现行的城乡二元医保

* 作者简介:夏迎秋,男(1949年-),教授,江苏省卫生厅农卫处处长,中国农村卫生协会副秘书长,主要研究方向为公共卫生、卫生事业管理。E-mail:jlxinyu@163.com

的管理运行体制又存在着较多的弊端,影响了医疗服务的公平性。尤其是在农村地区,农民的医疗保障补偿水平低、缺乏小病保障,既不能真正解决农民因病致贫、因病返贫问题,也难以满足富裕起来的农村居民的医疗服务需求。由于城镇职工医保制度无论在筹资比例还是在补偿效果上与城镇居民医保和新农合制度都有着不小的差异,现阶段与后两者的衔接存在着较大的困难,因此,加强城乡基本医保制度的衔接,目前主要是指城镇居民医保和新农合制度的衔接,以此来逐渐完善城乡医保制度的统筹安排。

1 城乡居民医疗保障制度衔接的理论基础

1.1 福利经济学理论

福利经济学理论认为国民收入总量与收入分配是影响经济福利的主要因素,国民收入总量愈大、收入分配愈是均等,社会经济福利就愈大。因此,按照这项理论,当前在国民收入提高的基础上应该不断增强分配的均等性,才能更好地增加社会的整体福利,医疗保障作为国民收入二次分配的一部分,理当加强其分配调节的杠杆作用。长期以来,我国城乡分治的二元结构造成了严重的国民收入分配不均,农民逐渐成为弱势群体。当前,我国实施城乡分治的医疗保障制度,使得更多优质的医疗资源、优秀的医疗技术人才流向了城市地区。另外,农村地区医疗保障补偿的水平较低,影响了城乡收入的公平性,造成了城市居民福利水平提高明显、农村居民福利水平提高缓慢的现象。同时,边际效用递减规律强调,等量的货币收入再分配过程中穷人得到的效用的增加要大于富人效用的损失,因而,当前应该逐渐缩小城乡间的相对差距,提升社会总体福利水平,需要加快农村地区医疗保障制度建设,加大对农村医疗保障的转移支付力度,提高社会弱势群体尤其是农民、贫困者的福利。而提高农民医疗保障水平的有效途径就是加快城乡医疗保障制度间的衔接,逐步建立城乡一体化的医疗保障体系,提高医疗保障城乡间的公平性,促进社会总体经济福利水平的提高。

1.2 社会分层理论

社会分层理论指出社会福利的提供只有以公民身份为基础,较少甚至几乎不考虑其阶级地位或市场地位,才可能通过有关的社会政策提高社会公平。

目前,我国存在城乡分治的医保制度的一个重要原因就是城乡居民身份的严格区分,城乡二元医保制度以职业部门性质、职业地位为标准来确定医疗保障待遇,某种程度上导致了“劫贫济富”的现象,加大了社会各阶层之间的差距,背离了“城乡福利待遇均等化”的公平性原则,不利于社会公平。因此,医疗保障制度设计应打破这种城乡和身份界限,现阶段就是要增强城乡医疗保障制度间的衔接,以期实现城乡一体化的医疗保障制度。

1.3 有效需求理论

有效需求理论指出了社会保障制度是社会经济发展的“均衡器”,能显著调节社会资本的流动和投资。因此,国家应积极运用社会保障政策稳定和调节经济功能,均衡社会经济发展。提高国民有效需求的核心是不断提高居民的生活水平,增进社会整体福利,以此来不断改善和扩大社会边际消费倾向。特别是广大农村地区,农民作为社会的低收入阶层,边际消费倾向通常高于城市居民的人均水平,农村医疗保障制度的有效安排,不仅是生产健康、维护健康和增进健康的需要,也可以挖掘广大农民的医疗消费潜力,扩大有效需求、均衡经济发展。因而,加快城乡医保制度间的衔接,现阶段需要不断提高新农合的补偿标准和水平,使其逐渐向城镇居民医保制度的水平靠近,以此来提高农民的医疗保障水平,满足农村居民日益增长的健康保障需求。

2 我国城乡医保制度建设的现状

城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗是我国城乡居民基本医疗保险制度的重要组成部分。随着这两项制度的不断推进,我国基本医疗保险制度的运行机制和服务体系不断健全,城乡居民抵御疾病风险的能力得到提高。

我国城乡基本医疗保险制度的运行实施具有明显的特点。首先,保障对象全面。城镇在职人员、城镇非在职人员和农民构成了城乡医保制度的责任主体,基本医保制度基本覆盖了全体国民。其次,筹资标准差异。根据受保对象的特点,居民医保和新农合由于受保对象没有稳定的收入来源,国家在制定政策时适当给予了倾斜,安排了中央和地方财政补助,在一定程度上保证了这两项保险的基金来源。由于农村居民没有固定的收入,各级政府补助的比例更大。第三,注重大病保障。从补偿内容中可以

看出,基本医保制度的补偿重点都有对大病、重病的补偿。^[2] 医保制度由于各自不同的筹资、补偿标准,制度间的保障水平存在差异,但城镇居民医保和新农合住院实际补偿比普遍是在 30% ~ 40%。另外,在制度的实际运行中,由于地区社会经济发展水平的不同,各地的同类医保制度在保障水平上存在较大的差异。最后是多部门管理。现行的职工医保和居民医保主要是社保部门主管,新农合则是卫生部门主管,虽然依据部门职能特点的管理体制具有一定的优势,但也容易导致政出多门、制度间衔接困难等弱势。

3 城乡医保制度分立运行存在的问题

3.1 制度运行缺乏法律保障

目前,我国城乡医疗保险制度独立运行,各有自身运行的指导意见、行政法规和地方性法规,各项保险制度都制定了相关法律约束,难以形成一部统一权威的社会医疗保障法。由于各项规章制度的权威性不足,医保基金因为少报、漏缴而导致基金流失的风险较大,难以保证基金的足额征缴,继而造成医保资金出现风险。同时,在医疗保障的服务过程中,服务者和参保者也会因为缺乏严格的法律约束机制而发生“道德风险”和“逆向选择”的问题,容易导致医保资金筹集不足、医疗资源浪费、管理松懈等问题,影响医保制度的可持续发展。

3.2 政府投入不足

长期以来,我国对于医疗卫生总投入(卫生总费用)占 GDP 的比例不到 5%^[3], 低于发达国家,甚至也低于印度、巴西等发展中国家。卫生投入缺乏可持续性制约了城乡医保制度的发展。^[4] 医疗保险作为卫生事业发展的重要组成部分,在卫生总额投入不足的情况下,有限的资金应更多的向农村倾斜。同时如果对城镇医保补助的缺失又容易导致较高的保险费率,影响了城镇居民的医保参合率。

3.3 卫生资源配置不合理

现行城乡医保制度的二元分治的管理模式也容易引导卫生资源的不合理分配,由于城镇医疗保险制度较高的筹资和补偿标准,使得优质的医疗资源和人才涌向了城市,而农村和城市的社区卫生机构则因为医保基金规模 and 市场份额较低,基本医疗设备和医疗技术人员明显不足。^[5] 不均等的医疗资源分配导致了资源的低效率利用,同时也不利于满足居民特别是农

村居民日益增长的医疗卫生服务需求。

3.4 多部门负责管理,制度间衔接困难

城镇居民医保制度和新农合制度分别由社保部门和卫生部门管理,这种基本医疗保障制度的城乡分治,容易造成多头管理、条块分割的问题。使本来就有限的医保资源得不到整合和利用,不利于制度之间的衔接。即使两项制度在筹资和补偿上逐渐加强衔接,衔接的行政成本也会很高。同时,由于居民医保和新农合是以就业和户口性质来确定参保类型,而城镇居民身份的多重性和不确定性造成了许多矛盾,增加了实际工作的难度。随着城乡一体化进程的加快,城市和农村居民的界限日渐模糊,劳动力岗位变换、就业结构和个人社会身份变更频繁,两部门分治的管理体制不利于医保关系衔接,医疗保险异地转移、个人账户和参保年限续接等问题越发突出。同时,城乡医疗保险与医疗救助制度在衔接上既滞后也存在缺陷,居民在生大病后即使参加了保险,但由于后续的救助不到位,医疗负担依然沉重。

3.5 统筹层次低,抗风险能力差

目前,城镇居民医保和新农合制度基本上都是以市、县一级统筹为主,而没有上升到更高的统筹层次。城乡分治的二元机构不利于医保制度统筹层次的提升,由于城乡间较大的社会经济发展差异,再加上各地发展差异,城乡医保制度无论在筹资补偿还是管理监督上会存在较大的不同。由于各县市的人口结构特征很难满足医疗保险运行的大数法则,不能有效地将尽量多的筹集资金用来满足一部分人的疾病治疗需求,不利于医保基金安全和可持续发展。

4 韩国和台湾地区全民医保对我国城乡医保制度衔接的启示

韩国和我国台湾地区实行的全民医保制度也经历了一个逐步完善的过程,由于这两个国家和地区的人文环境和经济发展模式与我国比较相似,总结这些经验,对我国现阶段加强医保制度的衔接以及实现全民统一的医保制度具有重要的现实意义。

4.1 历史演变

韩国 1961 年开始推行医疗保险法,1977 年推行职场医疗保险,到 1985 年职场医保的覆盖范围为 14.11%,1995 年扩大为 29.93%。从 1980 年开始,韩国政府在部分地区开展了地区医保试点工作,但

是由于政府坚持“财政独立”原则,试点地区的医保财政长期赤字。民主化浪潮中,农民自行发起了“医疗保险改正”的运动,使得政府在1986年9月宣布将在当年实现全民医保。1998年10月,个体劳动者医疗保险基金与公务员及教师医疗保险基金合并成全国医疗保险基金,2000年企业职工医疗保险基金和全国医疗保险基金合并成全国健康保险基金,到2003年,韩国所有的基金最终合并在一起,实行一个医疗保险基金,统一管理。1989—2007年,韩国公共医疗保险的参保人数稳步增长,覆盖率从90.39%上升到98.69%。^[6]

我国台湾的医疗保险制度实施始于1950年的“劳工保险办法”,之后陆续实施了公务人员健康保险、劳工保险、农民健康保险等13种医疗保险。到1994年,占总人口58%的人员得到了医疗保障。1985年实施的“筹建医疗网计划”使医疗机构得到了整合,医疗资源分布更趋合理化,台湾整个医疗体系逐渐稳定并且趋于成熟。到2005年,台湾居民健康保险投保率已经达到99%,实现了全民健康保险制度。^[6]

4.2 制度设计特点

韩国的医保制度在设计时主要具有以下一些特点。首先是政府补助高。政府提供的补贴额度一度达到医保基金总收入的44%。其次是保险费率低。韩国在医保统一之前,费率基本都由各保险单位独立确定,一般在3%~6%;医保统一以后,缴费费率统一为3.9%,较低的缴费比使得雇主和劳动者都比较容易接受,较好地促进了保险覆盖面的增长。最后是管理体制比较分散。韩国的全民医保在操作过程中实行按照各项医保制度分立运行的方式,管理方式比较分散。企业职工、政府公务员、私立学校职工、个体劳动者以及家庭医疗保险构成了现行韩国医保制度的主体。以企业保险为例,在韩国,3000人以上的企业就可组建自己的医保基金,这类分散的管理体制有利于基金的结余,一方面提高了雇主的积极性,另一方面也减轻了政府的财政压力,从而减少了整个医疗保险扩面的阻力。

我国台湾地区强制规定民众必须参加全民健康保险,根据参保人员的身份特点分为不同的大类,同时根据民众经济能力,划分不同的健保保险费负担比例,高收入人群多负担健保保险费,低收入人群少负担或者不负担保险费,根据等级划分从而照顾中

低收入人群。虽然民众投保的组别以及缴费标准不同,但是居民就诊时所享受到的健保医疗待遇是完全一样的。

4.3 启示与借鉴

韩国和我国台湾地区的全民医保设计和实施可以给我们提供一些经验借鉴。首先是经济发展保证。韩国职场保险在推行之前,由于受制于落后的经济发展水平,医保执行比较困难。随着韩国经济改革的推进,经济得到了快速发展,在职场保险推行后12年便实现了全民医保。其次是政府的支持和推动。纵观两个地区医疗保险制度建立健全的全过程,政府起到了关键的作用,政府财政的补助保证了医保资金的总收入。第三是统一的基金管理。台湾地区的医保基金统一由社会福利与卫生部门主管,韩国医保基金管理较为分散,每个独立运行的基金规模小,运行成本高,覆盖的人群极为有限,基金风险较大,造成了基金的浪费。同时分散的基金管理也不利于政府的宏观管理,这也就给我们以启示,即在加强城乡医保制度衔接时管理上也要同时进行统一,这样更加有利于整个制度的发展及其效果的发挥。最后,医保的统一是一个循序渐进的过程。两个地区的全民医保不是一步完成的,而是经过几十年经济上和技术上的积累,最终才有了医保制度的全民覆盖,这也启示我们在实现城乡医保衔接的过程中要注意逐渐统筹的问题,不能过于冒进。

5 实现我国城乡居民医保制度衔接的政策建议

5.1 加快城乡医疗保障制度的立法保障

完善城乡基本医疗保险制度,推进城乡基本医疗保险的衔接,国家加快社会保障立法是重要的基础保证。^[7]只有通过法律的形式,确定缴费义务、比例标准、补偿标准、基金使用和监管等细则,同时明确各责任主体违反规定应该承担的责任,才能从根本上保障城乡医保制度的有序运行和规范管理,为制度间的衔接提供制度保证。

5.2 加大财政投入,合理引导卫生资源分配

加快城乡医保制度间的衔接,缩小城乡医疗保障水平的差距,必然会提高农村居民的医疗支出水平,而在保证农民缴费不过快上涨的同时,国家财政也就必然要加大资金的补助力度,补齐实际需求和现行筹资金额之间的缺口。另外,城乡医保制度衔

接所需的统一的计算机网络系统等硬件设施的建设也需要财政的重点投入。同时,加大财政的投入,特别是对农村地区的投入有利于提高农村的医疗服务水平,引导卫生资源向农村流动,提高卫生服务的公平性。^[8]

5.3 逐步统一经办机构,提高经办能力

由于城镇居民医保和新农合制度在筹资、补偿、定点医疗机构管理等方面都有很多的共同点,因而合并两者的管理机构,继而实现两者的统筹是完全可能的。^[9]可以将管理部门统一,整合现有的管理服务资源,由一个部门统一管理,这样可以切实降低行政运行成本,整合专业队伍,避免资源浪费。更重要的是可以统筹各项医保基金,实现基金之间的流动与互助,保证医保制度的有序衔接。如东亚地区的韩国和台湾地区在实现全民医保之后,城乡医保制度统一由社会福利与卫生部主管,提高了行政运行的效率。又以江苏省为例,该省苏州地区的常熟、张家港和吴江,无锡地区的江阴、宜兴等将居民医保和新农合统一到当地卫生部门主管,取得了明显成效。

5.4 逐步提高统筹层次,保障基金安全

社会保险的参保人员规模越大,基金的规模和抵御风险的能力也就越强,才能保证医保制度的可持续发展。应该逐渐提高医保基金统筹的层次,可以先以省辖市为统筹单位,再逐步过渡到省级统筹。^[10]统一医疗服务和结算服务平台,不断深化制度间衔接的层次,有利于减少医保基金管理的行政成本,提高基金使用的效率和抵御风险的能力,促进各类进城务工人员的医保关系的转移和异地就医结算问题的解决。由于目前实行的是县(市、区)统筹,如果加大省对经济薄弱地区的财政转移支付和调节好省对非财政转移支付地区的税收上交等问题,省级统筹可以逐步实现。

5.5 设计多层次的医疗保险制度,逐步实现城乡衔接

我国社会经济的发展水平有限,现行的城乡医保制度又有各自比较成熟的运行模式和管理体系,医保制度短时间完全实现城乡间的统一不客观也不现实。如果强行将城乡的医保制度统一,必然也会给管理、经办等带来各种各样的障碍和困难,城乡医保制度间的归并需要一个探索过程。现阶段,由于城镇居民医保和新农合有较多的共同性,可以先将居民医保和新农合制度合并,然后通过设立其他多层次的、面向所有城镇居民和农村居民的医保制度,

实现城乡互动的医疗保障格局。关于城镇居民医保和新农合制度的统一问题,现阶段可以尝试以下这种方式逐步完成统筹:先不急于将两种制度完全归并,可以以县(市、区)为单位,根据各个县的城乡人口结构状况进行不同的制度设计,如果城市人口占主要比例,则可将该地区的农村居民全部纳入城镇居民医保,同时,财政要补齐原来新农合和城镇居民医保之间补偿受益的差额。如城镇居民较少的县(市、区),则将城镇居民全部纳入新农合,同时相应地提高新农合的筹资水平和受益水平。以此,通过在各个县(市、区)的实践,形成相对统一的医保政策,简化运行模式,规范管理和服,缩小两项制度间的差异,逐渐实现两项制度的衔接。当然,这中间至于主管部门的分歧可以先维持卫生部门主管该地区的新农合,社保部门主管该地区的居民医保,制度衔接后逐步再完成统一经办。从国际上许多国家实行医保制度的经验和教训来看,约有 70% 的国家由管理医疗机构的部门统管医保保险,这样“一手托两家”的模式既有利于对医疗机构的监管,也有利于医疗费用的控制。^[11]根据国际经验,我国城乡医保制度归并后,由管理医疗机构的部门(在我国具体为卫生部门)管理医疗保险,这也不失为一个有效的办法。

另一方面,人们对医疗保险需求的多样性要求医保要根据社会群体的不同收入水平和医疗服务需求差异,设计出多层次的保险险种为参保人自由选择。即制度框架必须统一,而制度的形式可以多样化。^[12]可以将城乡医保制度设计为一种医保,面向所有城乡居民,同时按照商业保险的“多投多保,少投少保”的原则,在同一医保制度下依据不同的筹资水平从高到低设计出补偿比不同的多层次保险,可以将现行的城镇居民医保和新农合制度设计为多层次医保制度中的两个层次,面向所有城乡居民,适当区分筹资标准和补偿水平,居民可以自由选择。另外,政府要加强对其中弱势群体的补助,使其能够至少享受到该类医保制度中最低层次的保障,体现医保制度的公益性。这样,既可以保障医保基金的稳定性,也打破了现行医保制度间的身份障碍,有利于参保人员的流动和基金异地结算,节省行政管理的成本,提高医保基金运行的效率。

随着社会经济的发展,我国城市化进程不断加快,城乡基本医保制度衔接的最终目标也是实现城乡医疗保障的一体化,即“筹资水平城乡一致,参保补助城乡统一,保险待遇城乡均等”,这是一个长期

的循序渐进的过程。实现“全民医保”是我国医疗保障制度的目标,但要达到这个目标,还任重道远。现阶段加强城乡医保制度间的衔接,就是要不断提高医保的统筹层次,完成医保制度在经办和管理上的统一,坚持完善医疗救助体系,通过设计多层次的医保制度来逐渐实现城乡医保制度由二元结构向一元结构的转变。

参 考 文 献

[1] 刘继同. 统筹城乡卫生事业发展与全民医疗保险制度建设的核心理论政策议题[J]. 人文杂志, 2007(2): 170-178.

[2] 李华, 李佳. 我国城乡医疗保险制度创新的路径选择[J]. 学术交流, 2008, 4(4): 120-121.

[3] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.

[4] 顾昕. 全民医保怎么保[J]. 医院领导决策参考, 2006(9): 18.

[5] 戴卫东. 我国医疗卫生制度体系的未来走向[J]. 中国卫生经济, 2008, 6(6): 23-24.

[6] 李莲花. 后发展地区的医疗保障: 韩国与台湾地区的全民医保经验[J]. 学习与实践, 2008(10): 11.

[7] 刘永富. 建立覆盖城乡的社会保障体系[J]. 求是, 2007(13): 49-50.

[8] 张茂松. 试析我国医疗保障制度的公平性[J]. 中州学刊, 2007, 9(5): 112-114.

[9] 周爱萍. 建立城乡一体化基本医疗保险的思考——以莲都区为个案[J]. 中国医疗前沿, 2009, 3(6): 138-139.

[10] 于建华. 统筹城乡医疗保障制度的基本设想[J]. 卫生经济研究, 2008(7): 13-15.

[11] 国际社会保障制度及其管理体制概述政策报告[R]. 卫生部新农合研究中心, 2007.

[12] 王保真, 徐宁, 孙菊. 统筹城乡医疗保障的实质及发展趋势[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(8): 32-35.

[收稿日期:2009-11-24 修回日期:2009-12-05]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

关于一稿多投的声明

近来,本刊来稿中出现了一稿多投情况,影响了正常出版计划。为杜绝这种学术不端行为,保障广大读者权益,维护本刊质量和声誉,编辑部坚决抵制一稿多投行为。

1. 凡属于原始研究报告,同语种一式多份投到不同的杂志,或主要数据和图表相同,只是文字表述可能存在某些不同之处的文章,分别投寄不同的杂志,属于一稿多投。

2. 为了保障广大作者的权益,及时传播研究成果,编辑部将进一步提高编审效率。收到稿件5个工作日内,将通过电子邮件或者其他形式发送收稿通知,同时安排同行评议,并在30个工作日内向作者反馈审稿结果。在此期间,作者若未接到退稿通知,原则上不可另投他刊,如有特别需要,请事先与编辑部沟通。

3. 编辑部对可能为一稿多投的文章采取以下处理办法:1)对于疑似一稿多投的论文,通过查证资料、同行评议予以审核确认;2)同行评议认为一稿多投的,编辑部将立即联系作者并向其说明评议结果,听取作者就此问题的说明;3)对尚未刊发的一稿多投论文,立即退稿并由作者承担稿件审理费;4)对已刊发的一稿多投论文,本刊将择期刊登公告,撤销该论文并公布作者单位、姓名,必要时向作者所在单位和同行业其它期刊进行通报。

希望广大作者和研究人员与我们共同努力,以严谨务实的态度传播研究成果,抵制一稿多投行为,维护良好的学术环境。

(本刊编辑部)