

以市级统筹为基础提高医疗保险统筹层次的探索:以沈阳经济区的改革为例

王 群^{1*} 付海龙² 应晓华¹

1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

2. 辽宁省人力资源和社会保障厅 辽宁沈阳 110013

【摘要】提高统筹层次有利于提高医疗保险的公平和效率,也是深化医药卫生体制改革的发展要求。本研究以沈阳经济区的改革为例,阐述了提高医疗保险统筹层次的必要性,分析了以市级统筹为基础提高统筹层次对于解决医疗保障差异的作用,同时论证了沈阳经济区以市级统筹为基础提高统筹层次各项任务的逻辑关系,并提出了开展提高医疗保险统筹层次的政策建议。

【关键词】医疗保险; 统筹; 公平; 效率

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.12.007

The exploration of enlarging the pooling of health insurance on the basis of municipal level plan: a case study of Economy Group of Shenyang

WANG Qun¹, FU Hai-long², YING Xiao-hua¹

1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

2. Liaoning Provincial Department of Human Resources and Social Security, Liaoning Shenyang 110013, China

【Abstract】 Enlarging the pooling of health insurance is helpful to increase the equity and efficiency of health insurance. Also it is the requirement of new health reform by central government. The reform of Economy Group of Shenyang as an example, this article studied the necessity of enlarging the pooling of health insurance and the function of this reform to decrease the difference between health insurance. What's more, it analyzed the logical relationship of various work task of this reform. In the end it put forward suggestions on implement the enlargement of the pooling of health insurance.

【Key words】 Health insurance; Pooling; Equity; Efficiency

我国政府在 2009 年出台的新医改方案中明确提出了基本医疗保险“创造条件逐步提高统筹层次”。^[1]国外研究表明:小的碎片化的风险分散池(pooling)不利于卫生系统发展,最优的风险分散池应该是一种尽量集中化的设计。^[2]辽宁省政府为配合国家综合配套改革试验区的建设,将实现医疗保障一体化作为沈阳经济区建设的重要配套措施之一。其总体目标是为沈阳经济区 8 个市的全体城乡居民提供公平、均等、高效、便捷的医疗保障,以创造

良好社会环境促进沈阳经济区的建设与发展。

1 提高医疗保险统筹层次的必要性

目前,辽宁省同我国大部分地区一样,基本医疗保险(城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险)均实行县级统筹。但从理论和实践^[3-4]来看,县级统筹主要有以下弊端:不同地区医保政策差异较大,地区间医保公平性差;医保基金总量小,共济能力差,抗风险能力低;受参保地

* 基金项目:国家自然科学基金课题“城镇居民医疗保险可持续发展的筹资模式”(编号:70873024)。

作者简介:王群,女(1984 年-),硕士研究生,主要研究方向为医疗保险。E-mail:082102130@fudan.edu.cn

通讯作者:应晓华。E-mail: xhying@fudan.edu.cn

的限制,参保者的异地就医与流动人员的关系转移接续极为不便。

沈阳经济区以沈阳为中心,在半径百公里范围内,涵盖了沈阳、鞍山、抚顺、本溪、营口、阜新、辽阳、铁岭 8 个省辖市,总人口 2 359 万人,占全省 55.6%。是国内外颇具影响力的工业型城市密集区,规模以上工业增加值 4 611 亿元,占全省 59.49%,占东北三省 33.9%。城市化率达到 65%,是我国城市化水平最高的地区之一。^[5]

为推进沈阳经济区的建设,需要 8 个市经济社会发展政策一体化,为人才、技术和资金按照市场规律自由流动创造良好环境,为经济区整体的经济和社会协调发展提供支撑。但由于区域内发展不平衡,各市的经济社会发展差距较大,医疗保险统筹层次低,待遇水平差异也较大(表 1、表 2)。

表 1 2008 年沈阳经济区各市部分经济发展指标比较

地区	国内生产总值(亿元)	财政一般预算收入(亿元)	职工平均工资(元)	居民可支配收入(元)
沈阳	3 860.5	291.04	29 101	17 013
鞍山	1 607.9	100.02	22 830	15 074
抚顺	662.4	45.17	18 087	12 434
本溪	610.9	42.44	18 086	13 311
营口	703.6	40.01	20 791	14 352
阜新	233.9	14.61	21 558	10 114
辽阳	566.6	35.41	25 186	13 262
铁岭	536.3	33.09	17 949	10 907

资料来源:辽宁省统计局. 2009 年辽宁省统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社.

表 2 2009 年沈阳经济区各市城镇职工医疗保险有关情况

地区	统筹地区数量(个)	参保人数(万人)	人均缴费基数(元/年)	次均住院费用(元)	基金住院次均支出(元/人次)
沈阳	1	307.5	19 304	8 238	4 119
鞍山	5	105.8	22 537	6 611	4 265
抚顺	3	70.1	31 352	4 288	2 590
本溪	3	55.9	22 760	6 741	3 827
营口	5	58.7	12 292	5 096	3 087
阜新	3	44.8	12 698	6 561	6 561
辽阳	4	53.4	19 118	7 090	5 496
铁岭	3	56.3	21 193	6 002	6 162

资料来源:辽宁省社会保险统计资料.

2 以市级统筹为基础提高统筹层次对于解决医疗保障差异的作用

市级统筹是指设区市内所有县(市、区)都要纳入统筹范围,统筹区内实行统一参保范围,统一筹资标准,统一医疗保险待遇,统一医疗管理,统一基金调度,统一各项经办流程、技术标准、信息系统,统筹管理服务网络建设;统筹内容包括基本医疗保险和补充医疗保险,公务员医疗补助可以暂不列入统筹范围。辽宁省 14 个地级市共有 69 个单独统筹地区,沈阳经济区 8 个市有 27 个统筹地区,统筹层次过低。通过对沈阳经济区各单独统筹地区的城镇基本医疗保险相关情况的调查,结合对内部数据的分析,发现沈阳经济区内各市医疗保险制度的多样性和差异性较大。其差异表现在缴费基数、缴费比例、最低缴费年限(视为缴费年限)、待遇享受条件、门(急)诊待遇、住院待遇(起付线、封顶线、报销比例)、异地就医和信息管理系统等方面(表 3)。

从国外的经验来看,提高统筹层次是各国医疗保险发展的趋势。如韩国,将低统筹层次的医疗保险强制合并为高统筹层次的医疗保险,废除了低统筹层次的医疗保险^[6];又如德国、捷克,在保留低统筹层次医疗保险的基础上,建立高层面的机构对各低层次的医疗保险进行管理。^[7-8]这些国家的医疗保险改革都经历了统筹层次由低级到中级,再发展到高级的过程。

因此,从沈阳经济区现况、国外发展经验看,以市级统筹为基础推进医疗保障一体化建设具有合理性。调查发现,辽宁省虽然有 69 个统筹地区,但缴费基数上,职工是以在岗职工工资为基数,灵活就业人员是以社会平均工资为基数,全省缴费比例基本在 5%~8%,而具体到一个市差距基本不到 1%。今年,沈阳经济区 8 个市中 5 个市的城镇居民医疗保险已经实现了政策一致,3 个市的城镇职工医疗保险已经实现了政策一致,改革势头良好。

3 以市级统筹为基础提高统筹层次各项任务的逻辑关系分析

根据推进医疗保障一体化的可行性要求,结合其分步实施规划内容和工作任务,为充分说明市级统筹在其中的作用和逻辑关系,用沈阳经济区医疗保障一体化的路线图进行详细阐述。

表3 城镇基本医疗保险政策规定的统筹基金报销比例(%)

地区	职工医保						居民医保					
	一级医院		二级医院		三级医院		一级医院		二级医院		三级医院	
	在职	退休	在职	退休	在职	退休	学生	成人	学生	成人	学生	成人
沈阳市	94	97	93	96	88	91	80		75		60	
鞍山市本级	85	90	82	87	80	85	60		55		50	
海城市	77	82	74	79			75	80	70	75	65	70
台安县	85	90	85	90	73	78	60		60		50	
岫岩县	85	90	80	85	70	75	60		55		50	
千山区	85	90	82	87	80	85						
抚顺市本级	92		90		87		55		50		45	
新宾县	95		90		80		55		50		45	
清原县	92		90		87		55		50		45	
本溪市	87	92	87	92	87	92	70	60	65	55	60	50
营口市本级	92	97	87	92	82	87	75		70		65	
盖州市	92	97	90	95	87	92	75		70		65	
大石桥市	85	90	85	90	85	90	70		70		70	
老边区	92	97	87	92	82	87	75		70		65	
开发区	90	95	85	90	82	87	75		70		65	
阜新市本级	89	93	85	89	81	85	70	65	65	60	60	55
阜蒙县	89	93	85	89	81	85	70	65	65	60	60	55
彰武县	88		84		80		65		60		55	
辽阳市本级	90	93	90	93	90	93	75	65	70	60	65	60
灯塔市	90	93	90	93	90	93	75	65	70	60	65	60
辽阳县	80	85	80	85	80	85	75	65	70	60	65	60
弓长岭区	90	93	90	93	90	93	75	65	70	60	65	60
铁岭市	85	90	85	90	85	90	65		60		55	

注:沈阳市辖9个市区以及4个县(市),已经于2009年初在全省率先实现了市级统筹。

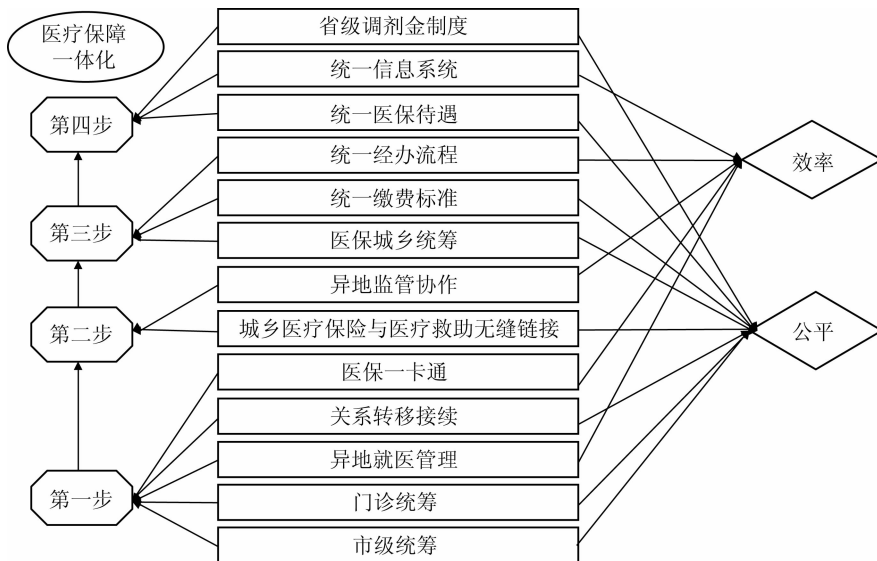


图1 沈阳经济区医疗保障一体化实施路线与市级统筹逻辑关系示意图

由上述逻辑关系示意图可以看出,以市级统筹为基础推进医疗保障一体化是符合政策执行的可行性要求的。以市级统筹为基础,首先便于实施城镇居民门诊统筹,也可以将未建立个人账户的城镇职工纳入门诊统筹范围,以市为单位的门诊统筹达到一定人数,才能发挥大数法则、风险分担的优势,才能确保门诊统筹的有效实施。其次,减少异地就医的经办管理工作。目前县区到市就医的数量占异地就医总量的 70%,市级统筹后同一个地级市内不存在异地就医了,主要是转向医疗资源最集中的省会城市沈阳,异地就医流向比较集中和单一。同样,医保关系转移接续工作也减少了,并且更便捷。第三,市级统筹后全省仅有 15 个统筹地区,医保一卡通信息系统的设计将更加容易,否则 69 个统筹地区的信息系统非常复杂且不稳定。而只有依靠信息系统的顺利对接,才能实现医疗保险与医疗救助的有效衔接。具备统一的信息化管理平台之后,异地协助监管将更容易操作,数据的传输与医保基金的转账更便捷。第四,市级统筹之后,城镇居民医保与新农合更容易整合为城乡居民医疗保险,可以更好地发挥大数法则作用,提高保障水平,并让农村居民享受到城镇医疗资源。第五,只有实施市级统筹之后,才能进一步实现沈阳经济区内 8 个市医疗保险政策的“五统一”,才有可能实施省级调剂金制度。

4 以市级统筹为基础提高医疗保险统筹层次的可持续发展建议

4.1 以统收统支的市级统筹模式为优选,做好方案设计工作

目前,我国基本医疗保险市级统筹的发展模式主要有两种,统收统支模式和调剂金模式。前者是指从征缴比例、待遇、管理等各方面实现了全市统一,各县(市、区)医保基金统一上缴市级财政专户,基金实现统收统支;后者是各县(市、区)征缴比例基本统一,各县(市、区)现有的待遇状况可以暂不作大的变动,医保基金分级管理,各县上缴调剂金用于出险时进行全市调剂。调剂金模式的优势在于不需要改变目前的管理体制,运行操作简单,易于推行。但由于该模式不是真正意义的市级统筹,容易出现调剂金沉淀,造成县区的不满。根据沈阳经济区医疗保障一体化的实施路径,8 个市应该以采取统收统支

模式的市级统筹为突破口。沈阳和本溪市都选择了统收统支模式,采取垂直管理方式,这对于其他尚未实施的 6 个市是一个良好的范例。即使个别市选择了调剂金模式,在省级调剂金机制建立后,必然导致市级调剂金制度放弃后再次选择统收统支模式。

4.2 统一政策需要分阶段平稳过渡,兼顾公平和效率

实施基本医疗保险的市级统筹,关键是在全市范围内制定统一的缴费标准(基数和比例)、保障范围和待遇水平、业务流程、经办管理和信息系统这五个主要方面的医疗保险制度。考虑到福利刚性,各县(区)现行的待遇水平不能降低,所以在制定市级统筹的待遇水平时尽量以各县(区)最高的待遇水平为基准线,就高不就低。而且,我国医药卫生体制五项重点改革 2010 年度主要工作安排也将提高基本医疗保险的待遇水平视为主要的工作内容之一。^[9]其他城市的经验也表明,市级统筹后,总体的待遇水平普遍提高。^[10]而对于征缴比例差异较大的地市,可遵循逐步过渡解决的原则,分阶段提高较低县(区)的征缴比例。但原则上为了进一步实施沈阳经济区医疗保障一体化,对于缴费比例过高的地区,制定分步实施方案,在测算的基础上,参照经济区其他市的缴费比例,适当降低,就低不就高。

4.3 监管手段应以信息化和程序化管理为重点,适应更加密集的人员流动趋势

市级统筹将使市内参保患者就医可选择的定点医疗机构数量成倍增长,各县到市区就诊的人员将大量增加,业务量必然随之显著增加。常规经办人员偶尔到定点医疗机构现场抽查的监管方式弊端明显,监管针对性差,效率很低。因此必须依赖健全的医疗保障信息化管理系统。尤其是 8 个市医疗保险与医疗救助紧密衔接之后,更需要提高信息化和程序化监管的效能,以缩小经办人员匮乏与经办业务显著增长的矛盾。需要 8 个市统一医保经办业务流程、提高信息建设的标准化程度,整合公共服务信息平台,建设一个集基金管理、费用结算与控制、医疗行为管理与监督、参保单位和个人管理服务等功能于一体的信息化管理系统。

4.4 建立基金风险预警机制,通过省级调剂金制度化解区域医保基金风险

由于医保基金管理范围的扩大及县(区)级责任

的弱化等问题,如何加强监管,确保基金的收支平衡,合理安排抗御基金风险的政策,是决定市级统筹成败的关键,因此需要建立风险预警机制。沈阳经济区医疗保障一体化,因其暂时没有涉及行政管理体制整合问题,就不会提出医保经办管理横向整合的规划。因此,只能通过建立省级调剂金制度,才能在一定范围内调剂资金,化解个别地区的风险。8个市基金支出关系更加紧密,可以更好地发挥规模更大的付费方作用,提高购买服务和谈判议价,不断完善支付制度和提高监管水平,建立激励与惩戒并重的有效约束机制,才能控制过度医疗导致的医疗费用过快增长,确保基金合理支出,降低基金风险。

参 考 文 献

[1] 中华人民共和国国务院. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[Z]. 2009.

[2] Peter C. Smitha, Sophie N. Witterb. Risk pooling in health care financing: The implications for health system performance[M]. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2004.

[3] 王平霞, 王鑫, 刘永华, 等. 湖北省某市 2007 年新型农村合作医疗市级统筹运行情况[J]. 医学与社会, 2010, 23(2): 6-8.

[4] 周磊, 林卫, 胡国威. 柳州市城区农民建立新型农村合作医疗市级统筹运行效益分析[J]. 现代医院, 2009, 9(9): 87-88.

[5] 辽宁省沈阳经济区工作领导小组办公室. 沈阳经济区概况[EB/OL]. (2010-03-18) [2010-09-24]. <http://www.syma.gov.cn/jjqgk/2010-03-18/518691.htm>.

[6] Fenling Chen, Huck-ju Kwon. Governing universal health insurance in Korea and Taiwan[J]. International Journal of Social Welfare, 2007, 17(4): 355-364.

[7] Lisac Melanie. Health care reform in Germany: Not the big bang[J]. Health Policy Monitor, 2006(8): 1-9.

[8] Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos. Financing health care in the European Union-Challenges and policy responses[M]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European, 2009.

[9] 中华人民共和国国务院. 医药卫生体制五项重点改革 2010 年度主要工作安排[Z]. 2010.

[10] 胡本祥, 严济岳, 袁相波, 等. 舟山市新型农村合作医疗市级统筹方案设计与思考[J]. 中国初级卫生保健, 2009, 23(4): 18-19.

[收稿日期:2010-09-28 修回日期:2010-12-10]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

《医学研究杂志》2011 年征订征稿启事

《医学研究杂志》(原名《医学研究通讯》)于 1972 年创刊,是由卫生部主管,中国医学科学院主办的国家级医学学术刊物。中国科技论文统计源期刊,中国科技核心期刊。中文科技期刊数据库统计源期刊,中文科技期刊数据库核心期刊,中国学术期刊全文数据库收录期刊,中国学术期刊引证报告统计源期刊。本刊的服务对象为从事医、教、研工作的医务人员。月刊。CN11-5453/R,ISSN1673-548X。

《医学研究杂志》紧跟医学发展趋势,对医学热点予以及时追踪,内容新颖,学术水平较高,以从事医疗、科研工作者为读者对象,以报道医学领域的科研成果和诊疗经验为主要内容,突出科学性、创新性和实用性,及时反映我国医学领域基础、临床、科研工作的重大进展,以促进医学科学领域的学术交流。

《医学研究杂志》为大 16 开,130 页,80g 铜版纸。杂志信息量大,装帧精美。每册定价:10 元,全年 120 元(含邮费)。每月 25 日出版,国内外公开发行。邮发代号:2-590。全国各地邮局均可订阅,也可通过编辑部订阅。

《医学研究杂志》已经启用远程稿件处理系统,请各位作者登陆《医学研究杂志》网站:<http://www.yx-yjzz.cn>,注册登陆投稿系统,填写作者相关信息后进行投稿。咨询电话:010-52328679(单政编辑)。编辑部电话:010-52328677, 52328678, 52328679; 传真:010-65230946。E-mail:xyz85637883@126.com。编辑部地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号(100020)医科院信息所 306、307 房间。欢迎广大医务人员踊跃投稿,尤其欢迎国家级基金项目论文及省部级基金项目论文投稿。