

社区卫生服务门诊统筹政策的比较分析

梁 鸿* 贺小林

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】将社区卫生服务门诊纳入城镇居民基本医疗保险是完善城镇医疗保障体系,扩大医疗保险制度受益面的重要措施。上海市长宁区、江苏省无锡市、浙江省宁波市江北区在推进门诊统筹政策的过程中加大对医保的投入、提高对居民的保障程度和水平、向社区卫生服务中心的政策倾斜。在强化社区卫生服务公益性的同时引导居民合理就医,形成了符合不同经济发展水平和医疗条件基础下的门诊统筹“三阶段”模式。未来的政策推广将面临社区卫生服务能力、人员绩效考核以及稳定的医保政策等方面的挑战,卫生部门和医保部门应加强合作,将完善城镇居民基本医疗保险政策与有效的社区卫生服务体系相衔接。

【关键词】社区卫生服务;城镇居民基本医疗保险;门诊统筹;比较分析

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.04.002

A comparative analysis of pooling outpatient service policy in Community Health Services

LIANG Hong, HE Xiao-lin

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】Included the outpatient service provided by community health services centers in Basic Medical Insurance for Urban Residents is an important measure to improve and expand the benefit of the urban basic health insurance system. Changning district of Shanghai, Wuxi, Jiangbei district of Ningbo city increased the investment in health care, raised the level of protection to residents, and prioritized the policy preferences to the community health centers, to strengthening the public welfare of community health services and lead to a rational medical treatment at the same time in the process of policy promote in terms of pooling outpatient services. This leads to establish a “three stage” model of pooling out in line with different levels of economic development and basis of medical conditions. The future policy promotion would face the challenges of the community medical insurance, staff performance evaluation and the stability of health care policy. The health departments and health care departments should strengthen cooperation to improve policy convergence between the Basic Medical Insurance for Urban Residents and an effective community health service system.

【Key words】Community Health Services; Basic Medical Insurance for Urban Residents; Pooling outpatient; Comparative analysis

近年来,随着人口老龄化速度的加快,门诊费用尤其是慢性疾病门诊费用不断攀升,而我国现行版块式医疗保障体系在门诊医疗方面缺乏“风险共担、互助共济”的特点,个人门诊负担越来越重,门诊统筹呼之欲出。^[1]为此,国务院在 2007 年发布了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点工作的指导意见》,明确提出“有条件的地区可以逐步试行门诊医疗费

用统筹”。尽管宏观政策导向已经明确,但如何进行城镇居民基本医疗保险的门诊统筹依然是目前城镇居民医疗保障推进过程中的重点和难点。至今我国已有上海、无锡、宁波、成都等十几个城市陆续进行了城镇居民基本医疗保险门诊统筹的改革试点。典型地区的城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹既有共同之处,又存在着一些差别,在试点过程

* 基金项目:2009 年度国家社会科学基金重大项目(09&ZD059),复旦大学国家哲学社会科学公共管理与公共政策创新基地 2008 年项目(08FCZD013),2010 年中国社区卫生科研基金。

作者简介:梁鸿,男(1962 年-),教授,博士生导师,复旦大学社会发展与公共政策学院副院长,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。E-mail:lianghong@fudan.edu.cn

中形成了各具特色的模式。

1 典型地区门诊统筹政策的比较

1.1 宁波市江北区

2007年9月4日,宁波市政府发布了《关于建立宁波市市区城镇居民基本医疗保险暂行办法的通知》,江北区由此初步建立了城镇居民医疗保障制度。参保人员的基本医疗待遇包括住院治疗待遇和特殊病种规定诊疗项目的待遇(不含普通门诊)。2008年9月,为了进一步完善市区城镇居民医疗保险政策,适当提高参保居民的医疗保障水平,宁波市《关于调整市区城镇居民基本医疗保险有关政策的通知》正式将门诊统筹纳入到居民医保范围,开始增加门诊医疗待遇。门诊统筹的对象主要是市区非农户籍未参加城镇职工基本医疗保险老年居民,非从业人员,未成年人,市区范围内各类全日制大、中、小学校学生。筹资标准主要按照人群来划分,老年人筹资水平最高,为900元/年,个人出资400元;非从业人员筹资水平700元/年,个人出资550元。门诊待遇方面规定了起付线和封顶线,少于100元以下的小门诊不予保障,超过3000元的大门诊基金不承担。就医管理方面,江北区采取了定点医疗的方式,由参保居民自主选择不同级别的定点医疗机构进行门诊就医,不同级别定点医疗门诊报销比例也不同。医保基金的支付方式方面,宁波实行的是按服务单元浮动等混合结算办法。其中门诊服务单元是指门诊次均费用(不含特殊病种门诊治疗费用),各定点医疗机构的门诊服务单元定额按照参加城镇居民基本医疗保险人员的类别确定,分为成年人门诊定额与未成年人门诊定额。首次门诊服务单元定额根据以收定支、收支平衡原则确定。以后的门诊服务单元按照不同人群在各级医疗机构门诊费用的实际水平进行调整。

1.2 江苏省无锡市

根据江苏省政府《关于建立城镇居民基本医疗保险制度的意见》中提出的在全省全面建立以大病统筹为主的城镇居民医疗保险制度,同时鼓励有条件的地方探索门诊医疗费用统筹方式,切实解决城镇居民基本医疗保障问题。无锡市于2007年6月下发了关于实施《无锡市城镇居民医疗保险暂行办法》

的意见,正式确立了城镇居民医疗保险制度。将城镇居民保分为参加大病统筹和基本医疗统筹两种。大病医疗统筹是指住院和特殊病种门诊医疗费用的统筹共济。参加基本医疗门诊统筹的人员,除了享受大病医疗统筹待遇外,还可以享受普通门诊医疗保障。居民可以就参加何种类型的医疗统筹,进行自愿选择。

制度合并之前,单列的基本医疗统筹的筹资水平为少儿、学生350元/年,其他人员550元/年。待遇为普通门(急)诊医疗费用年累计在900元以内的(含900元),居民医保基金支付50%、个人负担50%。超过900元部分,居民医保基金不再支付。2009年9月,根据国务院、江苏省政府关于深化医疗卫生体制改革的意见和实施方案以及无锡市城乡基本医疗一体化建设的要求,将市区城镇居民基本医疗保险“大病医疗统筹”和“基本医疗统筹”两险种统一合并为以住院为主兼有门诊的基本医疗保险。制度合并后,筹资标准调整为少儿、学生220元,其他人员400元。门诊没有起付线,社区普通门诊待遇调整为封顶线600元以下部分报销50%,其他机构就医报销40%。就医管理方面,采取社区首诊制,遇有急症可到就近医疗机构就医,不满3周岁的参保少儿可到个人约定服务中心指定的具有儿科诊疗项目的医疗机构就医。支付管理方面,无锡按照“总额控制、按月结付、超支分担、结余留成”的方法结算。

1.3 上海市长宁区

上海市城镇居民医保制度自2006年底开始调研测算,经过一年多的论证,于2007年12月发布了《上海市城镇居民医疗保险试行办法》,2008年1月1日正式实施,上海市在城镇居民基本医疗保险制度实施时就包含了门诊统筹。参保人员除了具有上海市城镇户籍,未参加上海市城镇职工基本医疗保险、小城镇基本医疗保险和新农合等制度的非从业人员以及中小學生外,还包括知青和引进人才配偶等。缴费方面,主要按照年龄段分别缴费,年龄越大,筹资水平越高。门诊待遇方面,除了18~60岁之间的居民有1000元的起付线以外,其他人员既没有起付线,也没有封顶线。就医管理方面,允许参保人员自主选择定点医疗机构,但到不同级别的医疗机构就诊,其报销比例也不一样。支付管理方面,长宁区实行按费用总额预付的方式结算。

表 1 典型地区城镇居民基本医疗保险门诊统筹政策比较

	宁波江北	江苏无锡	上海长宁
参保对象	市区非农户籍未参加城镇职工基本医疗保险的老年居民;非从业人员;未成年人;市区范围内各类全日制大、中、小学校学生	未在城镇职工基本医疗保险、新农合和机关事业单位儿童医疗统筹制度覆盖范围内的本市户籍居民;按锡政发〔2002〕343 号文件和锡政发〔2004〕103 号文件执行的被征地政府保养人员	具有本市城镇户籍,未参加本市城镇职工基本医疗保险、小城镇基本医疗保险和新农合的,年龄超过 18 周岁的人员;具有本市户籍的中小学生和婴幼儿;知青、引进人才配偶等
保障范围	规定病种门诊、普通门诊	特殊病种门诊、普通门诊	门急诊、普通门诊
筹资标准	按人群筹资:老年居民 900 元,个人缴纳 400 元;非从业人员 700 元,个人缴纳 550 元;婴幼儿 550 元,个人缴纳 250 元;学生及未成年人 250 元,个人缴纳 100 元;市区非农户籍二级及以上残疾人、低保对象、社会扶助对象、重点优抚对象个人缴费部分全额由财政补助	按人群筹资:学生或少儿筹资 220 元,个人缴费 80 元;老人和其他非从业人员 400 元,个人缴纳 150 元;其他部分由财政补贴,低保家庭人员、丧失劳动能力的重度残疾人和特困职工家庭人员全额财政补助	按年龄分段筹资:70 周岁以上人员,每人每年 1 500 元,个人缴费 240 元;60 周岁以上、不满 70 周岁人员,每人每年 1 200 元,个人缴费 360 元;超过 18 周岁、不满 60 周岁人员,每人每年 700 元,个人缴费 480 元;中小学生和婴幼儿,每人每年 260 元,个人缴费 60 元。参保人员个人缴费以外资金,由政府财政补贴资金等支付
门诊待遇	起付线为 100 元,门诊医疗费 100 元起付线年度内只需支付一次,封顶线为 3 000 元。社区医院就医,医保基金支付 60%;三级医院就医,医保基金支付 30%;其他医院就医,医保基金支付 45%;门诊医疗费年度累计发生超过 3 000 元的,超过部分基金不再支付	无起付线,封顶线为 600 元。特殊病种门诊医疗费用统一支付 80%;普通门(急)诊医疗费用年累计在 600 元以内的(含 600 元),居民医保基金支付 50%、个人负担 50%,超过 600 元部分,居民医保基金不再支付	60 周岁以上人员、中小学生和婴幼儿,门诊、急诊支付 50%;超过 18 周岁、不满 60 周岁的人员,门诊急诊医疗费年度累计超过 1 000 元的部分支付 50%;参保人员门诊在社区卫生服务中心(或者一级医疗机构)就医,由居民医保基金支付 60%
就医管理	定点医疗,参保人员自由选择医疗机构	定点医疗,首诊必须在社区。遇有急症可到就近医疗机构就医,不满 3 周岁的参保少儿可到个人约定服务中心指定的具有儿科诊疗项目的医疗机构就医。	定点医疗,参保人员自由选择医疗机构
支付管理	按服务单元浮动混合支付	总额预付,按人头支付	按费用总额预付

2 典型地区门诊统筹政策的特点

通过对典型地区居保门诊统筹政策的比较分析,三个地区的居保门诊统筹存在着渐进发展的内在逻辑关系,从共同点来看,三个地区的城镇居民医疗保险都提供阶梯式的门诊报销比例,鼓励居民到社区卫生服务机构看病,将定点医疗机构重点放在社区医院,鼓励医疗机构以服务成本最小化的方式提供社区卫生服务。从筹资标准、门诊待遇以及支付方式等方面的区别来看,三个模式又体现了社区卫生发展不同阶段的保障水平和政策目标,从而凸显了城镇居保社区卫生服务门诊统筹“三阶段”发展的政策逻辑。

2.1 宁波江北:保障居民看病权利,缓解“看病难、看病贵”

宁波市江北区城镇居民基本医疗保险门诊统筹模式的政策目标是鼓励参保人员以服务成本最小化

的方式来实现基本医疗保障。政策的着眼点主要在于保障门诊中的中间段。

2.1.1 优点

一是筹资按照人群来筹资,能够区分不同人群对于门诊保障的需求。二是门诊待遇设置了阶梯式的报销比例,在社区卫生机构就医,医保基金支付 60%;在三级医院就医,医保基金支付 30%;在其他医院就医,医保基金支付 45%。通过阶梯式的门诊待遇,能够引导居民在基层医疗机构进行门诊就医,从而最大程度地保证居民能够看得起病,缓解居民的看病难、看病贵问题,用低成本的方式确保基本医疗的可及性,提高居民医疗保障程度。三是定点模式是病人自主选择医疗机构,保障了居民就医的选择权利,居民就医的选择范围较广,能够使得医疗服务的提供者相互竞争,有利于提高服务的质量。四是按服务单元浮动等混合结算办法以收定支、收支平衡原则确定,能够保障医保基金的收支平衡,同时较好地体现定点医疗机构的效率。

2.1.2 缺点

一是参保人员的个人缴费负担比较重,其中老年人需要交400元/年,非从业人员要交550元/年,婴儿个人要交200元/年,均高于其他两个地区。二是难以很好地引导居民到社区卫生机构门诊就医,不利于居民就医行为的转变。三是待遇方面设置了起付线和封顶线。在一个医保年度内,每次门诊就医发生的医疗费累计计算,累计在100元以下部分由个人自负,这有可能使得一些参保人员享受不到政策的保障。此外,支付管理方面,按服务单元浮动混合支付的方式管理难度较大,门诊定额难以科学确定,增加了医保的管理成本。

2.2 江苏无锡:保障居民基本医疗的基础上引导居民合理就诊,节约医保成本

无锡市城镇居民基本医疗保险门诊统筹模式的政策目标主要是解决怎样用合理的、低成本的方式来解决百姓的门诊需求。

2.2.1 优点

一是筹资方面,政府财政投入力度较大,参保居民个人出资较少。二是门诊待遇方面不设起付线,鼓励社区居民有小病到社区卫生机构去看,防止出现居民有小病不看,累积成大病的风险,从而引导群众用较少的钱来解决基本医疗问题。三是定点模式是社区首诊制,除3岁以下儿童的就诊和急诊等特殊情况下,首诊必须在社区。理论上,社区医保衔接机制将方便社区参保人员就医,有效分流患者,降低医疗总费用,既有利于社区卫生服务的发展,又有利于医疗保险费用的控制^[2];防止过度医疗,有利于发挥不同级别医疗机构的协同效应,形成合理的就医服务分工体系。四是医保费用按“总额控制、按月结付、超支分担、结余留成”的结算办法结算。市劳动保障部门按照年初定点中心的参保定点人数、门诊年费用标准来确定年医疗费用控制总额,结算方式采取按人头付费的支付方式。超支部分在4%以内,居保资金支付80%,中心承担20%,超支4%以上部分由中心全部承担,有利于控制医疗费用的上涨和医保资金的过度消耗。

2.2.2 缺点

一是筹资标准比较低,相对于其他两个城市而

言,其筹资水平较低,这也在一定程度上制约了其保障水平。其次,2009年无锡居保“大病医疗统筹”和“基本医疗统筹”制度合并后,门诊统筹的封顶线从900元降低到600元。在社区卫生机构就医报销50%,在其他医疗机构就医报销40%,报销比例较低,限制了居民的门诊保障水平。而由于在不同发展阶段,社区卫生服务适宜标准也在不断提高。如果门诊统筹的保障水平不能根据经济发展水平和居民需求适时进行调整的话,很容易使社区卫生服务发展陷入低水平的循环,不利于社区卫生服务的长期发展。三是低水平的门诊保障难以推进社区卫生服务的内涵深化,向着公共卫生服务发展。因为在按人头总额预付的支付方式下,社区卫生服务机构只有完成了基本医疗服务,才能够得到补偿。因此基本医疗机构从自身利益出发,还是希望将门诊费用用完,倾向于在限额内通过基本医疗的方式,多看门诊。四是通过政策强行规定的社区首诊有可能限制居民就医选择,定点医疗机构的服务竞争也难以体现。如果要保证顺利推行,社区卫生服务必须具备良好的基础,能够充分满足群众对基本医疗和公共卫生服务的需求。考虑到要在未来形成合理的“两中心”医疗服务体系架构,有条件的地区应该积极进行试点和探索。

2.3 上海长宁:在深化社区卫生服务内涵的基础上,实现居民健康管理“早发现、早干预、早治疗”

上海市长宁区城镇居民基本医疗保险门诊统筹的政策目标是在深化社区卫生服务内涵的基础上,实现居民健康管理“早发现、早干预、早治疗。”

2.3.1 优点

一是筹资水平较高,并且十分注重老龄化对医疗费用支出能力与需求不均衡的影响,通过阶梯式的筹资和待遇水平来平抑。上海的医保筹资水平远远高于其他的城市,其中筹资水平最高的70岁以上的老人达到每人1500元/年,个人只需要支付240元/年。60岁以上不满70岁老人为每人1200元/年,个人需要支付360元/年。不满60周岁人员,每人700元/年,个人缴费480元。年龄越大,自付水平越低,财政补助力度越大,筹资水平越高。这样的方式能够很好地缓解老年人的医疗保障压力。二是待

遇方面,除了成年人有 1 000 元的起付线之外,对其他参保人员,上海城镇居民基本医疗保险门诊统筹既没有起付线,也没有封顶线,主要是按需提供居民门诊的医保。三是通过按费用总额预付的支付方式来强化社区卫生服务内涵的发展。只要是定点医疗机构能够按时、按质、按量完成医保部门所核定的基本医疗和公共卫生服务,就可以得到医保部门所预付的资金。这种模式鼓励社区卫生服务的全科医生发挥自身的优势,基本医疗和公共卫生并重,强化公共卫生服务发展。从用药的规范性、疾病风险控制性、居民健康管理的主动性等方面来强化社区卫生服务的内涵发展。四是病人可以自主选择不同级别的医院,尊重了参保人员的就医选择权。

2.3.2 缺点

一是高水平的筹资和待遇建立在政府财政大力支持的基础上,其他地区不一定具备条件,推广的门槛较高。二是比较高的门诊医疗保障水平有可能诱导病人的需求,导致医疗资源的浪费。三是在自主选择定点医疗机构的方式下,统筹基金支付所占比重也即患者就诊时医疗费享受优惠的程度,老百姓眼中的“花政府的钱”,确实可以诱导需求,影响患者医疗卫生服务利用。^[3]但 10% 的医保支付差距难以实现对于病人的分流效益,需要社区卫生服务具备

良好的基础,才能够和二、三级医院去竞争病人。

综上所述可以发现,城镇居民基本医疗保险门诊统筹是一个渐进发展的过程。其政策逻辑也是渐进发展的。三个地区的政策目标逻辑依次是:宁波江北(保障居民看病的基本权利,缓解“看病难、看病贵”问题)——江苏无锡(在保障群众基本医疗的基础上怎样合理就诊,节约医保成本)——上海长宁(促进社区卫生服务内涵式发展,力求实现居民健康管理的“早发现、早干预、早治疗”)。典型地区门诊统筹政策的优缺点集中体现了各自模式的特征和发展规律。在城镇居民医保待遇的设计上,如果仅保障大病住院医疗费用,则年龄较轻、身体较好的居民参保意愿不高,而这些人员不参保,会导致参保人员结构不合理,基金的运作风险就将大大提高,此外,还会导致一般的慢性病参保人员选择住院治疗,小病大养,增加基本医疗保险金的支出压力。通过三个典型案例分析与比较,可以解答当前我国城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹的问题与困惑。在借鉴和推广方面,三种模式都是具有借鉴意义的。各地应该根据当地的经济水平、老百姓的医疗需求和社区卫生服务发展的现状,参照城镇居民门诊统筹的三段式渐进的模式来制定符合本地区发展的门诊统筹政策(表 2)。

表 2 典型地区门诊统筹发展“三阶段”模式与经验推广

	宁波江北	江苏无锡	上海长宁
政策目标	保障居民看病的基本权利,缓解“看病难、看病贵”问题	在保障群众基本医疗的基础上怎样合理就诊,节约医保成本	促进社区卫生服务内涵式发展,实现居民健康管理的“早发现、早干预、早治疗”
优点	引导居民在基层医疗机构进行门诊就医,能够保证群众看得起病,用低成本的方式确保基本医疗的可及性	能达到医疗费用的合理使用,防止过度医疗;有利于发挥不同级别医疗机构的协同效应,形成合理的就医服务分工体系	可以促进社区卫生服务由基本医疗向公共卫生转变,深化社区卫生服务的内涵;能够满足居民的基本医疗和公共卫生服务需求
缺点	社区卫生服务质量和水平较低,未能引导社区卫生服务向着公共卫生的发展	可能导致社区卫生服务低水平循环,不利于公共卫生服务的发展	推广门槛较高。对医疗保障水平、社区卫生服务的质量和水平要求高
发展方向	提高基本医疗服务的质量和水平,开展公共卫生服务	在确保基本医疗服务质量和水平的基础上,进一步强化公共卫生服务	家庭责任医生制,实现社区卫生服务健康守门人的角色
适宜推广地区	社区卫生服务基础较为薄弱,尚未开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹地区	社区卫生服务基础较好,城镇居民基本医疗保险发展迅速,已经开始社区门诊统筹的地区	经济发达、社区卫生服务和城镇居民基本医疗保险制度发达地区

3 门诊统筹政策推广可能面临的挑战

未来城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹在全国是否能够成功推广,关键取决于三个方面的挑战:一是社区卫生服务管理能力与服务能力,二是社区卫生服务工作量、人员编制与有效激励,三是政府财政支撑的持续性、医保相关政策的稳定性给社区卫生服务公益性带来的挑战。

首先,在有些试点地区,还存在居民对社区卫生服务不够信任,对门诊统筹制度不够了解的情况。他们认为社区卫生服务是低水平的服务,即便生了小病也要到大医院去看。社区卫生服务能力和服务水平的提高将是一个长期的过程。门诊统筹的政策试点和推广需要以良好的社区卫生服务能力为基础,在未来的政策推广中首先会面临管理能力和服务能力的挑战。

其次,社区卫生服务能力和服务水平的提高取决于有效的绩效考核和激励机制。是否能够给社区卫生服务人员尤其是全科医师提供有效的激励机制,在门诊服务量增长的同时保证社区医务人员的服务价值得到相应的体现,才能使得门诊统筹政策具备可靠的服务队伍。社区卫生服务绩效考核一直是政策研究和实践管理中的重点和难点,社区卫生服务门诊统筹也可能面临激励问题的挑战。

再次,自20世纪90年代以来,中国医疗卫生领域的一个突出问题是政府的公共筹资责任弱化和虚化,从而引发了一系列弊端,尤其是导致了严重的卫生不公平现象。^[4]直到2003年,我国政府确立了经济社会和谐发展的理念,从注重经济到更关注民生,公共财政的投入也开始发生了转型,逐渐转移到和民生密切相关的医疗等领域上来。从典型地区的居民医保制度来看,各地都按照权利与义务对等原则,坚持建立个人缴费机制,同时加大政府投入,各地对不同参保对象的筹资补助水平平均都超过了50%,体现了公共财政的职能。要做好社区卫生服务门诊统筹工作,需要发挥社区卫生服务的公益性,除了政府加大社区卫生服务投入以外,还应该正确理解公益性改革的关键在于建立起社区卫生服务自身的利益补偿机制,通过内部结构的调整,实行“以劳务补劳务”的药事服务费等制度来体现社区医务人员的

价值,摆脱社区卫生服务中心对财政补贴的单一依赖。当然,医保制度对于社区卫生服务公益性发展也有着举足轻重的影响。在实行了“收支两条线改革”和“基本药物零差价”等制度以后,社区卫生服务的发展依靠医保对其的大力支持。稳定的医保政策也将是保障社区卫生服务公益性的基本条件之一。针对社区卫生门诊统筹的政策涉及到医保部门与卫生部门的协调,其政策的稳定性与连续性也将是社区卫生服务门诊统筹政策过程中的一个挑战。

4 对卫生部门和医保部门加强合作、推广门诊统筹的政策建议

社区卫生服务的基本内容正是医疗保障所应涵盖的范围,它注重预防的原则又使大部分高危人群免于或推迟发病,使多数慢性疾病患者的病情得到控制,为医疗保障节省大量的经费。同时,通过建立有效的医疗保障结算杠杆,可以引导患者向社区卫生机构流动,减轻患者的医药费用和社区卫生服务的成本,提高社区卫生服务机构的效益。社区卫生服务与基本医疗保险制度相衔接,确是各得其所,相得益彰。^[5]但是卫生、医保两个部门分治的方式,使得社区医保制度建设必然是两部门协商开展。双方互相了解利益所在和能力水平是合作的基础,在此基础上,合作还需要双方信任。^[6]只有在卫生部门和医保部门的共同努力下,我国城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹才有可能在全国推广并取得更大的成效。

4.1 卫生部门

从卫生部门的角度来看,未来全国各地在城镇居民基本医疗保险社区卫生服务门诊统筹政策的完善过程中应该重点做好以下几个方面的工作:

(1)加强社区卫生服务的标准化、规范化、科学化管理,按照社区卫生服务机构的功能,规范定点社区卫生服务机构的设置条件和标准。强化社区卫生服务人才尤其是全科医生的培养,提升社区卫生的服务能力与服务质量。

(2)建立社区卫生服务机构与二、三级医疗机构的定点协作关系,制定双向转诊的技术路径和管理路径,开展协同服务。

(3)加快社区卫生服务信息化建设,既可以提高社区卫生服务管理和服务能力,还可以为卫生决策

和医保管理部门的政策调整提供及时准确的基础信息,更好地控制基金风险,提高城镇居民基本医疗保险基金的使用效率。

4.2 医保部门

对于医保管理部门而言,应该深刻认识到在当前社会经济的条件下,要实现“人人享有基本医疗保障”的目标,就必须解决城镇居民基本医疗保险筹资有限性和居民医疗保障需求不断提高之间的矛盾。“社区卫生服务机构专门为居民提供基本医疗和公共卫生服务,服务方便快捷,周到连续,价格低廉,更为重要的是,门诊定点医疗可以实行按人头付费的方式有效控制医疗费用。”^[7]因此,必须要与社区卫生服务高效率的服务体系相结合,充分发挥社区卫生服务方便适宜、经济可靠的优势,通过医疗保障门诊统筹来促进社区卫生服务的发展,提高社区卫生服务的公益性,以最低的成本来最大程度的保障居民的基本医疗需求。未来需要重点做好以下几个方面的工作:

(1) 明确社区卫生机构为城镇居民医保的定点医疗机构,有条件的情况下可以试行社区首诊,尤其是慢性病人、低保人员的首诊医疗机构,实行城镇居民基本医疗保险病人在二、三级医院与社区的“双向转诊”制度。

(2) 适当拉开医保基金对社区卫生服务中心的支付比例档次,提高在社区就医的报销比例,形成阶

梯式的医保支付格局,鼓励参保人员到社区卫生服务中心就诊。

(3) 进行医保与社区卫生服务的总额预付、按人头付费的支付方式的探索。强化社区卫生服务机构的自主控费意识,加强对社区医疗服务机构的监督管理。

参 考 文 献

- [1] 王敏, 张开金, 姜丽, 等. 门诊统筹模式的建立与思考[J]. 中国全科医学, 2009, 12(4A): 538-542.
- [2] 金生国, 卢祖洵, 姚岚, 等. 中国社区卫生服务[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [3] 周召梅, 徐林山, 汪利明. 定点医疗管理下的门诊服务利用与费用分析:以杭州 A 医院为例[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(2): 27-30.
- [4] 王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005(6): 101-120.
- [5] 姚岚, 陈启鸿, 陈迎春, 等. 社区卫生服务与城镇职工基本医疗保险的政策效应分析[J]. 中国全科医学, 2002, 5(1): 43-44.
- [6] 傅鸿鹏. 我国城市社区卫生服务与医疗保险制度衔接机制研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(9): 53-60.
- [7] 林枫. 门诊统筹需要多做“减法”[J]. 中国社会保障, 2008(10): 73.

[收稿日期:2011-02-22 修回日期:2011-04-03]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

我国首个新农合地方法规在江苏出台

《江苏省新型农村合作医疗条例》(以下简称《条例》)经江苏省十一届人大常委会第二十一次会议审议通过,并将于今年6月1日起正式施行。这是我国第一部新型农村合作医疗地方性法规。

《条例》规定,卫生行政部门主管新农合工作。统筹地区新农合筹资标准不得低于本地区上一年度农民人均纯收入的3%,并应高于国家最低筹资标准,其中个人缴费比例一般不超过筹资标准的20%。筹资标准一般每两年调整一次。最高支付限额不得低于本地区上一年度农民人均纯收入的8倍,对重大疾病、特殊病种还将提高最高支付限额。《条例》还规定,卫生行政部门受理对违反《条例》规定行为

的投诉和举报,并予以查处。对于侵占、挪用新农合基金等行为,由卫生、财政、审计等部门责令追回,违法所得予以没收,对直接负责的主管人员和其他直接责任人依法给予处分;违反《条例》规定,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

《条例》明确,新农合参加人代表依法享有新农合管理和监督权。新农合监督委员会中,参加人代表人数不少于组成人员的1/3,且有权对新农合工作提出咨询意见和建议。

(来源:健康报)