

医疗保障与医疗服务统筹管理：国际经验与中国现状

宋大平* 赵东辉 汪早立

卫生部新型农村合作医疗研究中心 北京 100191

【摘要】统筹管理医疗保障和医疗服务,符合医疗保障制度的发展要求和特殊性。医疗保障管理体制在平衡保障基金、医疗服务提供和医疗服务监管三个核心要素时,形成了分离模式、半统筹模式和全统筹模式三种模式。不同医疗保障制度类型的国家,其管理体制在现阶段都出现向全统筹模式迈进的倾向。中国基本医疗保险制度下,全统筹模式比分离模式表现出更多的优越性。中国应建立统筹管理医疗保障与医疗服务的卫生行政管理新体制,整合基本医疗保险经办资源,并推行卫生行政部门监管机制改革。

【关键词】医疗保障; 医疗服务; 统筹管理

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.011

Integrated management of medical security funds and medical services: International experiences and China's practices

SONG Da-ping, ZHAO Dong-hui, WANG Zao-li

Center for China Cooperative Medical Scheme, Ministry of Health, Beijing 100191, China

【Abstract】 Integrated management of medical security funds and medical services conforms to characteristics and requirements of medical security schemes. Three models such as the Separate Model, the Half-integrated Model and the Fully-integrated Model, are shaped when three elements such as medical security funds, medical service delivery and medical service supervision, are weighed and chosen in establishing the administrative structure of medical security systems. A tendency of choosing the Fully-integrated Model is shown in different types of medical security systems worldwide. The Fully-integrated Model has shown more advantages in China than the Separate Model. A new health administrative system featured by integrated management of medical security funds and medical services should be established, with integrated executive resources and reformed supervising mechanism of health authorities.

【Key words】 Medical security; Medical services; Integrated management

经过三十余载的改革,中国建立了以城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)、城镇居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)、新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)和城乡医疗救助制度为主体,多种形式的其他医疗保险为补充的立体式医疗保障体系。前四项制度构成了我国的基本医疗保障制度,分别覆盖城镇就业人群、城镇非就业人群、农村居民和城乡贫困人口。出于历史原因,职工医保、居民医保由人力资源与社会保障部(以下简称“人社

部”)主管,新农合由卫生部主管,医疗救助制度由民政部主管,四个保障制度下医疗服务的提供和监管由卫生部管理。这样一来,医疗保障与医疗服务两个内在联系十分密切的行政管理职能被分割到多个部门,导致在政府层面,行政管理职能分散,医疗保障和医疗服务体系之间的协调成本较高、效率较低;在经办层面,经办机构重复建设、经办资源重叠浪费问题较为突出。这些情况都影响着基本医疗保障制度目标的顺利实现。本文将从医疗保障与医疗服务

* 作者简介:宋大平,女(1981年—),博士研究生,助理研究员,主要研究方向为医疗保障。E-mail: songdaping@hotmail.com

统筹管理的角度出发进行理论分析,以期为中国医疗保障管理体制的合理化建设提供决策参考。

1 医疗保障与医疗服务统筹管理的背景

在中国医疗保障管理体制面临争议的同时,从国际视野看,医疗保障制度的管理,正在逐渐脱离社会保障管理,而融入医药卫生体制的管理。由一个统一的政府部门来行使医疗保障和医疗服务的管理职责,符合医疗保障制度的发展要求,也符合医疗保障制度的特殊性。

1.1 统筹管理医疗保障与医疗服务符合医疗保障制度的发展要求

现代意义的医疗保障制度作为社会保障制度的核心组成部分,在17、18世纪随工业化的出现、推进而产生、发展,经历了医疗救助、疾病保险、医疗保险和健康保障四个发展阶段。各国在不断的探索 and 实践中,因政治、经济和文化差异,形成了不同的医疗保障制度模式。从管理医疗保障制度的角度看,医疗救助制度和采取国家卫生服务体制的医疗保障制度,自始便对保障和服务进行统筹管理。采取保险形式的医疗保障制度,在疾病保险时期尚可以由保障管理机构通过合同来界定较为单一的服务包,为其成员向医疗服务提供机构购买服务。但随着制度向医疗保险转化,服务包日益复杂,单纯通过服务合同难以对所购买服务的质量进行有效监管。制度演进为健康保障形式、实现全民覆盖时,承担医疗服务质量管理、人群健康管理等职能的卫生部门在医疗保障制度中发挥着举足轻重的作用,保障和服务统筹管理逐渐成为通行的做法。

1.2 统筹管理医疗保障与医疗服务符合医疗保障制度的特殊性

医疗保障制度固然拥有社会保障制度的一般性特征,如对参保人的生老病死及意外事故承担保障责任,但与社会保障的其他组成部分相比,其特殊性十分突出,这些特殊性也向医疗保障制度的管理体制提出了要求:

一是待遇支付的主流方式是提供医疗服务,因此管理制度时必须兼顾保障基金和医疗服务。医疗保障

待遇支付的方式不是现金补偿,而是通过为参保人提供相应的专业医疗卫生服务来恢复其健康。医疗费用补偿并不直接支付给参保人,而是通过医疗保险机构与医疗服务机构进行结算来实现。参保人使用医疗服务时,服务提供机构处于绝对主动地位,垄断着服务的供给,而具有刚性医疗需求的参保人处于被动地位,很难通过市场手段选择服务内容和数量,也缺乏足够的动机去主动控制医疗费用的支出。^[1]因此,医疗保障管理不仅要关注保障基金,还要规范定点医疗卫生机构所提供的医疗卫生服务。

二是医疗保障涉及的关系错综复杂,所以对制度进行管理时应尽量做到协调成本内部化。与其他社会保障形式相比,医疗保障涉及政府/管理机构、经办机构、用人单位、医疗服务机构、参保人等多方主体之间的复杂权利、义务关系,并且需要协调筹资、医疗服务提供、服务质量、参保人健康、经办机构等多个要素之间的关系。因此应尽量做到协调成本内部化,避免由几个政府部门管理制度,造成行政摩擦,增加管理成本。

三是医疗保障对国家的医药卫生体系具有高度的依赖性,一个包含医疗保障管理职能的卫生行政管理体制将在最大程度上促进医疗保障制度目标的实现。医疗保障不仅是社会保障的组成部分,也是医药卫生体系不可或缺的组成部分。医疗保障制度框架下的支付制度、医疗服务质量管理、参保人满意度管理等与国家的医药卫生体系有着千丝万缕的关系。医疗保障与公共卫生、药品流通、服务提供等体系密切相关,国家医药卫生体系建设不成功,医疗保障制度就不可能成功建立。

因此,在一个统一协调的管理框架中兼顾保障基金和医疗服务是构建医疗保障管理体制时应追求的目标。医疗服务的管理有两个层次:第一个层次是在形式上提供医疗服务;第二个层次是在实质上对所提供的医疗服务进行全面监管,包括根据卫生事业发展需要、参保人健康需求和保障基金承受能力等多方面的因素,合理确定和适时、科学调整服务包,出台临床路径、医疗规范和标准等来保证医疗卫生服务质量,并对参保人使用服务包的合理性、满意度以及基金的使用情况进行严格监管。由此可见,

管理医疗保障制度时需平衡三个核心要素,即保障基金、医疗服务提供和医疗服务监管。当这三个核心要素由一个政府行政部门统筹管理时,一方面可以减少部门间的矛盾,另一方面可以在最大程度上平衡三个要素之间的关系,趋弊就利,达到各方利益最大化。

2 国际上医疗保障管理体制不同模式的做法、利弊与趋势

一个国家的医疗保障制度模式可以根据不同标准加以归类,根据筹资和服务提供的组织形式,大致分为以下三大类:政府优先市场适度补充型,又称国家卫生服务型,如北欧国家、英国等;社会优先政府保底型,又称社会医疗保险型,如德国、法国等;市场优先政府补充型,又称商业医疗保险型,如美国。但无论采用何种医疗保障制度模式,从医疗保障制度在平衡三大核心要素(保障基金、医疗服务提供和医疗服务监管)时的选择上看,其管理体制形成了三种模式,即分离模式、半统筹模式和全统筹模式,分别只关注保障基金这一个要素,兼顾保障基金和医疗服务提供二要素,以及兼顾保障基金、医疗服务提供和医疗服务监管三要素(表 1)。

表 1 医疗保障管理体制的三种模式选择

		分离模式	半统筹模式	全统筹模式
保障基金		√	√	√
医疗服务	提供(形式)	×	√	√
	监管(实质)	×	×	√

从当今国际上医疗保障管理体制三种模式的构成比例看,不同研究得出的结论各异。以国际社会保障协会和美国社会保障管理局每两年更新一次的《全球社会保障制度一览》(Social Security Programs throughout the World)系列丛书和各国医疗保障管理机构官方网站上的数据为基础,截至2009年,在所研究的112个国家/地区中^①,采取分离模式、半统筹模式和全统筹模式的分别有36个、14个和62个(表2)。^[14]

2.1 分离模式

在分离模式中,社会保障部门管理医疗保障,卫生部门管理医疗服务。这种模式的运作机制是政府制定法律框架,进行宏观调控,医疗保障管理机构和卫生服务管理机构在这个框架下享有自主权。医疗保障管理机构负责筹集和管理资金、支付费用,与卫

表 2 112 个国家/地区的医疗保障管理模式

管理模式	全统筹模式(62个):卫生部门统筹管理医疗保障和医疗服务	半统筹模式(14个):社会保障部门统筹管理医疗保障和医疗服务	分离模式(36个):卫生部门主管医疗服务、社会保障部门主管医疗保障
国家/地区	OECD 国家(23个):“美国、加拿大、英国、法国、德国、意大利、日本”(七国集团)、澳大利亚、奥地利、比利时、芬兰、冰岛、爱尔兰、挪威、瑞典、新西兰、韩国、丹麦、荷兰、西班牙、葡萄牙、斯洛伐克、以色列 其他国家/地区(39个):阿尔巴尼亚、阿根廷、阿塞拜疆、埃及、巴布亚新几内亚、巴西、白俄罗斯、玻利维亚、多米尼加、俄罗斯、菲律宾、哥伦比亚、格恩西、格林纳达、格鲁吉亚、古巴、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、克罗地亚、拉脱维亚、列支敦士登、马恩岛、马耳他、马绍尔群岛、摩尔多瓦、摩纳哥、瑞士、塞尔维亚、斯洛文尼亚、土库曼斯坦、文莱、乌克兰、乌兹别克斯坦、亚米尼亚、印度、泽西、智利、中国台湾、中国香港	OECD 国家(3个):希腊、墨西哥、土耳其 其他国家/地区(11个):爱沙尼亚、巴基斯坦、巴拉圭、巴拿马、厄瓜多尔、哥斯达黎加、洪都拉斯、缅甸、萨尔瓦多、危地马拉、委内瑞拉	OECD 国家(4个):捷克、卢森堡、波兰、匈牙利 其他国家/地区(32个):安道尔、安提瓜和巴布达、巴巴多斯、巴哈马群岛、百慕大、保加利亚、伯利兹、多米尼加共和国、圭亚那、老挝、黎巴嫩、立陶宛、罗马尼亚、马来西亚、孟加拉国、秘鲁、摩洛哥、南非、尼加拉瓜、塞浦路斯、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣马力诺、圣文森特和格林纳丁斯、泰国、特立尼达和多巴哥、乌拉圭、新加坡、牙买加、伊朗、印度尼西亚、越南

① 这些国家的地理区域分布如下:亚洲和太平洋地区有 31 个国家/地区,占所研究国家/地区总数的 27.68%;欧洲地区有 44 个国家/地区,占 39.28%;非洲地区有 3 个国家,占 2.68%;美洲地区有 34 个国家/地区,占 30.36%。

生服务管理机构管理的医疗服务机构签订协议,为参保人购买医疗服务。

分离模式原先见于社会医疗保险体制的国家,尤其是早期有着发达的医疗市场、第三方保险基金付费的德国、法国等国家,在亚洲曾以日本为典型国家。这种模式存在了很长一段历史时期,医疗保障管理机构和医疗服务管理机构在形式上互相监督、制衡,协议购买医疗卫生服务的谈判和协商机制促进了保险基金和医疗机构的共同发展,促进了社会医疗保险制度模式的完善和演进。但随着保险基金的合并、统一的覆盖全民的保障制度的推进,这种模式的弊端逐渐显现。仅仅依靠协议管理,难以真正有效地规范供方行为。起初以制衡为目的的政府协调、部门分治,因跨部门协调成本较高、效率较低,变为互相制肘。医疗保障制度游离于国家卫生体系之外,使得卫生体系行政管理权分散,不利于总体的卫生规划和改革设计,也难以推行支付制度改革等综合管理措施。^[5]

正是因为这种模式的内生性弊端,德国、法国和日本这三个社会医疗保险模式的典型国家,在管理体制上先后从实行分离模式转为全统筹模式,由大部制卫生部负责医疗保障政策制定和保险基金监管。^[1-2]从国际范围看,采取分离模式的国家数量在不断减少,现阶段只有 36 个。

2.2 半统筹模式

为了降低外部协调成本,半统筹模式得以产生。在这种模式下,社会保障部门自办医疗机构,或者从社会上收购一部分医疗机构进入自身系统,直接向参保人提供服务,从而在形式上实现保障基金和医疗服务提供的统一管理。卫生部门仅拥有极少数以提供医疗救助性质服务为宗旨而设立的医疗卫生机构,主要职责是对医学科学进行宏观管理。

这种模式在一定程度上克服了部门分治的内在缺陷,将外部协调成本转化为内部协调成本,改善了管理效率。因与医疗服务监管有关的职责由另外的政府部门负责,医疗保障管理部门无法对所提供的医疗服务进行有效控制,并非彻底统筹管理医疗保障和医疗服务。这种模式存在局限性:一是采取这种方式的 国家主要由社会保障管理机构作为医疗保障管理机构,但因前者管理的工伤、养老、生育等其

他社会保障项目的缴费多与工资基数挂钩,这些国家的医疗保障制度大多仅覆盖正式就业人群;二是因这些国家有社保办医院的传统,不利于在总体上进行科学的区域卫生规划。

在这 14 个采取半统筹管理模式的国家中,有 9 个是以墨西哥为代表的拉美国家,其医疗保障管理体制一度被称为“拉美模式”,一般做法是国家的医疗卫生机构由社会保障项目所开发、设立,直接为参保人提供医疗卫生服务,卫生部门仅负责医学科学和技术的宏观指导。但是,曾经是“拉美模式”典型国家的墨西哥在 2001 年试点覆盖全国半数人口的非正式就业和无业人群的“大众医疗保险”项目时,正式打破了“拉美模式”,不再由社会保障部门作为制度的主管部门,而是由卫生部门主管,从社会保障系统的医疗机构购买服务,三年结束试点,于 2004 年正式在全国推行该项目,与覆盖公务员和正式就业人群的保障项目并存。^[6]

2.3 全统筹模式

在全统筹模式中,卫生部门统筹管理医疗保障和医疗服务。运作机制是医疗服务管理机构使用该系统现有的医疗卫生资源向医疗保障制度的参保人提供服务,从而实现完全的、实质意义上的统筹管理。这些国家的卫生部门有的采取大部制,职能整合了卫生、药品监管、食品监管、劳动与就业、社会保障等,有的是职能较为单一的卫生部,作为公众健康责任主体,将医疗保障制度作为卫生体系的内在组成部分之一,与医疗服务一起管理。设计初衷是以公众健康为最终目标,兼顾各方利益。

这种模式的优势有三方面:一是立足于“以健康为目标”的宗旨,医疗服务与医疗保障工作统一在一条轨道上,形成合力;二是掌握着群众的医疗服务需求信息与卫生资源配置现状,能统筹兼顾参保人的医疗需求和医疗卫生资源的整体使用效率;三是了解医疗卫生的发展规律,熟悉医疗卫生服务的特殊性,拥有多重手段实现供方监管和费用控制。诚然,这种高度统一的模式常因服务管理方与供方之间的密切联系受到诟议,尤其在一些卫生行政部门与医疗机构之间“管办不分”的体制下,卫生行政部门难以对定点医疗机构进行公平监管,社会上也有声音

质疑医疗保障基金运作的监督机制是否有效。^[7]

从国际经验看,全统筹模式正在成为医疗保障管理体制的主流模式。国家卫生服务型体制因建立在税收筹资的基础上,医疗保障管理部门没有筹资的责任,即使有,规模也不大、管理功能较单一,适合作为卫生部门的下属职能之一,因而在传统上就倾向于采用全统筹模式,如英国、加拿大、澳大利亚、新西兰、瑞典以及前苏联和转型前的东欧国家。^[8]美国面向贫困人口和老年人口的医疗救助和医疗保障计划都采用全统筹管理,其国内的商业医疗保险管理所推行的“管理型医疗”无处不体现出全统筹模式的理念。社会医疗保险型国家在现阶段纷纷由分离模式向全统筹模式转型。

3 中国基本医疗保障管理体制的现状

3.1 总体情况

在国家层面,中国的职工医保、居民医保由人社部主管,新农合由卫生部主管,医疗救助制度由民政部主管,但保障制度下的医疗服务提供皆由卫生部主管,换言之,唯有新农合制度是采用全统筹模式的先行者,其余三个制度均采用分离模式。在地方层面,部分地区已经开始尝试医疗保障制度的整合,进而改变了医疗保障管理体制在国家层面的模式选择。因新农合和居民医保性质相近,统筹补偿方案相似,一些地区已将两项制度合二为一,或由人保部门管理,采用分离模式,如重庆、天津、宁夏等城乡统筹发展的地区;或由卫生部门管理,采用全统筹模式,如浙江嘉兴、江苏常熟等地区。此外,还有一些地区,将三项基本医疗保险制度整合,经办工作都由医保结算中心承担,而医保结算中心隶属于卫生局管理,属全统筹管理,如江苏镇江。

需要说明的是,半统筹模式在我国不存在,因为这种模式需要社会保障部门自办医疗机构,或者从社会上收购一部分医疗机构作为系统内机构,向参保人直接提供医疗卫生服务。但我国没有“拉美模式”下社保系统办医院的历史传统,而且当前的医疗卫生资源已经较为丰富,城市的卫生资源更为充足,农村地区也建立了相对完善的县、乡、村三级医疗卫生服务机构,基本满足了城乡居民医疗服务的需求。

在这种情况下再增加一个系统的医疗机构无疑是资源重复建设和浪费,而且该部门也确实无力自办医疗机构为四项医疗保障制度的 13 亿参保人提供医疗服务。

因此,我国的基本医疗保障管理体制面临全统筹模式与分离模式之间的抉择。

3.2 全统筹模式与分离模式在中国基本医疗保障制度下的比较

从全统筹模式与分离模式的比较看,相对于分离管理医疗保障和医疗服务的职工医保和居民医保制度,统筹管理医疗保障和医疗服务的新农合制度,管理效率要高。

首先,从基金管理效率看,出于对群众健康的考量和关怀,由卫生部门主管的新农合制度从一开始就确立了“以收定支、略有结余”的基金使用原则,尽量将基金用于参合农民医疗费补偿。并规定,当年未理赔的参合农民可以获得一次免费健康体检,而且在制度发展过程中,作为非常规措施,鼓励节余过多的统筹地区通过二次补偿等方式,改善参合农民的受益状况。基金的安全,从来不是新农合管理工作中首要和唯一的考虑,更多考虑的是在参合农民健康、供方监管、基金安全和卫生事业发展之间寻求一个均衡状态。另外两项制度却不尽然。理念的差异,在制度运行数据中有清晰的体现。2010 年,新农合当年基金结余率为 9.21%,职工医保和居民医保分别为 17.27% 和 24.58%;新农合累计基金结余率为 30.52%,职工医保和居民医保分别为 119.87% 和 86.44%。尽管职工医保需储备资金用于退休人员待遇支付,但参考有关研究提出的“我国基本医疗保险基金当年结余率宜在 14% 左右,累计结余率宜在 19% 左右”的标准,职工医保和居民医保的确存在结余过多的问题。^[9]

其次,从引导就医流向、促进分级医疗的效率看,新农合表现最佳。因统筹考虑需方医疗需求、供方行为监管、基金承受能力和农村卫生事业发展,新农合制度下,超过 80% 的参合农民在县、乡两级医疗卫生机构住院,这部分人群的基金支出约占新农合基金总支出的 60%。而职工医保和居民医保的参保人员集中在二级以上医疗机构就医,医保基金也主

要流向二、三级医疗机构。虽不能否认城镇地区就医上流的惯性,但分级医疗的确有其合理性和必要性。根据世界卫生组织关于疾病谱的调查,居民80%以上的疾病可以在基层医疗机构医治。^[10]新农合引导参合人员基层就医,既便利了参合人员,也促进了保障制度下整体医疗费用水平的降低。

再次,从供方监管效率看,职工医保和居民医保仅采取服务协议和服务目录这一经济管理措施,通过规定定点医疗机构的诊疗和药品目录、行为和违约惩罚,对供方进行监管。由于医疗服务行为具有较强的专业性,医生和医疗机构在技术上处于绝对优势,可以通过多种手段规避经济管理手段的约束,因此这种管理方式效率较低。从新农合供方监管的情况看,除协议管理,还开展行政管理和行业管理,通过明确医疗卫生机构管理者责任、开展医疗专家审核和医院质量监控、推行诊疗规范、临床路径、支付方式改革等综合手段,多措并举,促使医疗卫生机构合理检查、合理治疗、合理用药,为参合农民提供安全、经济、有效的医疗卫生服务。以支付方式改革的推进情况为例,新农合可以做到在全国80%的统筹地区推行多种形式的支付方式改革,而城镇医保制度目前仅选取了个别单病种进行试点,而且在试点过程中遭遇一定的阻力。

最后,虽然目录有别、卫生资源配置情况各异、参保人疾病风险与就医行为不同,无法直接比较三项制度的保障效果,但可以发现,新农合以不足职工医保十分之一的筹资额,实现了相当于职工医保三分之二的住院补偿比和受益面;率先推行门诊统筹,首开打破我国基本医疗保险“保大病,轻小病”之先河,统筹管理医疗保障和医疗服务的理念,在这些成就背后发挥了很大作用。

此外,关于不同部门主管新农合的管理效率问题,相关研究发现,新农合从总体上看在各地运行效率不一,但卫生部门主管新农合的地区比人社部门主管新农合的地区管理效率高。在不少社会经济水平相似地区,新农合运行的基金利用率和次均医疗费用仍有较大差异,而这一结论在对入户数据调查进行计量分析过程中也有明显体现。由此说明当地的经济水平并不是影响新农合运行情况的决定性因素,医疗保障的制度设计、管理部门和重视程度等才

是真正重要的因素。^[11]

综上所述,通过比较我国几项基本医疗保障制度的管理效果,发现全统筹模式的确取得了优于分离模式的实证效果。受数据所限,本文难以在统筹地区层面比较两种模式的管理效果,有待于进一步进行研究。

4 结论与建议

4.1 结论

从医疗保障管理体制的发展理论、统筹管理医疗保障和医疗服务的国际实践,以及统筹与分离管理二者在中国基本医疗保障制度下的比较结果看,较之分离管理,统筹管理体现出优越性,理由如下:

第一,医疗保障不仅是社会保障的组成部分,也是医药卫生体制的组成部分,它有着不同于其他社会保障制度的特殊性,不适合放在社会保障管理框架中进行管理,而适合剥离出来,并入医药卫生体制管理框架中进行管理。这一趋势在全球范围内日渐明朗,各类医疗保障制度模式的管理体制都在向全统筹管理医疗保障和医疗服务迈进,这已成为国际医疗保障管理体制的发展规律。

第二,分离模式的弊端和全统筹模式的优势在我国已然显现。因城镇医保长期以来是分离模式,医保的发展与医药卫生体制的整体发展逐渐脱节,医保资金对包括城镇地区分级医疗和基层卫生机构建设在内的卫生资源合理配置非但毫无助益,反而发挥了反向作用。医疗费用虚高,包括支付方式改革在内的以控制控制医疗费用、调整公立医院补偿结构和运行机制为目标的措施无法推进。而农村地区的新农合制度因采用全统筹模式,部分地区已率先实行乡镇卫生院首诊与转诊制,加之新农合在不同级别医疗卫生机构实行差异化补偿政策,初步的分级医疗格局已在农村地区形成。

第三,我国正处于医疗保障发展为健康保障的转型期,表现为保障制度已在政策层面覆盖全民,而且保障内涵日益丰富,包括康复、健康体检等基本医疗之外的内容已被纳入保障范畴,其内涵仍有进一步扩展的趋势,保障内容与医药卫生体制下的其他内容正在融合。在这种情形之下,假如仍要在体制上割裂保障与服务之间的关系,将会对保障制度的

发展造成人为阻碍。而只有实行全统筹模式才能实现几项基本医疗保障制度的实质性整合。只有卫生部门将医疗保障作为部门内在职能之一,统筹管理医疗保障和医疗服务,才能综合考虑城乡医疗卫生资源现状与发展、群众医疗需求、卫生公平性等因素,开发出制度整合的科学路径,最终在医疗卫生资源、保障基金总量、医疗质量和参保人利益之间达到一个良好的均衡状态,真正使得城乡居民通过基本医疗保障制度而享有公平可及的医疗卫生服务。

4.2 建议

随着新一轮的医药卫生体制改革进入深水区,基本医疗保障管理体制改革势在必行。本文提出以下几点建议:

一是建立统筹管理医疗保障与医疗服务的卫生行政管理新体制。统筹管理医疗保障与医疗服务已经成为国际医疗保障管理体制的发展规律,中国应正视并遵循这一规律。在卫生部下组建国家医疗保障局,与现有的食品药品监督管理局、中医药管理局共同形成一部三局的体制。新建的国家医疗保障局将整合职工医保、居民医保、新农合职能,统一规划各项医疗保障制度建设,与医疗服务体系建设相衔接,使有限的卫生资源发挥更大的效益,更好地保障群众健康权的实现。

二是整合基本医疗保险经办资源。按照公共部门管理的规律,在经办层面将现有各类医保经办机构合并,不仅可以资源共享,减少重复建设,同时也为建立全国城乡统一的医疗保障制度打下坚实的组织基础。应借鉴镇江模式,将各类机构整合为新的基本医疗保险经办机构,隶属当地医保局管理,在履行保险理赔和待遇支付职能的同时,强化经办机构对于定点医疗卫生机构、参保人服务利用和基金使用等的管理职能。

三是推行卫生行政部门监管机制改革。统筹管理医疗保障与医疗服务新体制的确立,不仅涉及有关职能部门责任的调整与分合,也涉及这个体制的运行机制改革,核心是卫生行政部门监管机制的改革。必须重塑卫生行政部门与医疗机构之间的关系,使得卫生行政部门在更大程度上作为医疗市场的监管者,来调节供方行为。作为一种政府管制,行

政手段虽然重要,但法律手段更为关键。体制下医保资金运作的监督机制是否到位,供方监管机制是否有效等,是下一步需要关注的问题。

参 考 文 献

- [1] Social Security Administration, International Social Security Association. Social security programs throughout the world: Europe, 2008 [M]. Washington: Government Printing Office, 2008.
- [2] Social Security Administration, International Social Security Association. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific, 2008 [M]. Washington: Government Printing Office, 2008.
- [3] Social Security Administration, International Social Security Association. Social security programs throughout the world: Africa, 2009 [M]. Washington: Government Printing Office, 2009.
- [4] Social Security Administration, International Social Security Association. Social security programs throughout the world: The Americas, 2007 [M]. Washington: Government Printing Office, 2007.
- [5] 卫生部规划财务司, 卫生部卫生发展研究中心. 法国医疗卫生体制改革对我国医改的启示[R]. 北京, 2010.
- [6] 宋大平, 任静, 赵东辉. 墨西哥医疗保障制度概况及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(7): 49-51.
- [7] 郑功成. 中国社会保障改革与发展战略(医疗保障卷) [M]. 北京: 人民出版社, 2011.
- [8] 卫生部卫生发展研究中心. 卫生部《卫生行政管理体制改革研究》课题总报告——建立统一高效的卫生行政管理体制, 促进医药卫生协调发展[R]. 北京, 2007.
- [9] 陈欢, 韩亮. 我国城镇职工基本医疗门诊统筹探析[J]. 海南金融, 2011(10): 22-25, 58.
- [10] 李巧, 李吴萍, 张鹏举, 等. 宁夏盐池县农村居民住院流向及影响因素研究[J]. 现代预防医学, 2010, 37(20): 3867-3869.
- [11] 李玲. 国家基本医疗保障制度受益比较及影响因素分析[R]. 2011.

[收稿日期:2012-03-31 修回日期:2012-07-20]

(编辑 刘 博)