

浙江省嘉兴市新农合与城镇居民医保整合的探索与实践

沈勤*

嘉兴市卫生局 浙江嘉兴 314001

【摘要】2003年浙江省嘉兴市各县(市、区)成为全国首批新农合试点城市。十年来,嘉兴市结合经济社会发展特点,积极探索新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保障制度整合,建立了城乡居民合作医疗保险制度,实现了城乡居民医疗保障一体化和医疗保障全覆盖。通过加大政府投入,完善补偿方案,城乡居民的医疗保障水平不断提高,结合公立医院改革和基层卫生改革试点工作,多措并举,实现了城乡居民合作医疗保险费用有效控制,提高了卫生资源和医疗保障资源的有效利用,促进了基层医疗卫生服务的良性发展,巩固发展了城乡居民合作医疗保险制度,提高了城乡居民的健康水平。

【关键词】新型农村合作医疗;城镇居民医保;整合

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.02.004

Integration between New Rural Cooperative Medical Scheme and medical insurance for urban residents in Jiaxing, Zhejiang Province

SHEN Qin

Jiaxing Health Bureau, Zhejiang Jiaxing 314001, China

【Abstract】In 2003, Jiaxing city of Zhejiang province became one of the first pilot cities of the New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS). For the last ten years, according to the characteristics of Jiaxing's economic and social development, the leaders of the Health Bureau have explored new integration of NRCMS and basic medical insurance for urban residents, established the urban and rural residents cooperative medical insurance system, realized the integration of urban and rural residents' medical insurance and universal coverage of urban and rural residents medical insurance. By increasing government investment and improving the compensation scheme, the level of essential medical insurance is continually rising. With the public hospital and primary health care reform, the cooperative medical insurance expenditure has been controlled effectively, health care resources have been used efficiently, the essential health care service has been developed well, the cooperative medical insurance system has been consolidated, developed, and the health level of urban and rural residents has been improved.

【Key words】New Rural Cooperative Medical Scheme; Medical insurance for urban residents; Integration

1 主要做法

1.1 创新制度模式,实现城乡居民医疗保障一体化

嘉兴市在新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)的制度设计和最初运行时,根据嘉兴城乡差别较小、城镇居民医疗保障制度尚未建立的实际,提出

统筹城乡医疗保障,逐步实现城乡医疗保障一体化的目标。为此,嘉兴市逐渐扩大新农合参保范围,除了本地户籍农民外,将本地户籍中无医疗保障的城镇居民(含中小学生)和外来人口在本地就业或就学并办理居住证的无医疗保障的人员也纳入参保范围,并命名为“城乡居民合作医疗保险制度”,探索新

* 作者简介:沈勤,女(1957年—),浙江省嘉兴市卫生局副局长,主要研究方向为卫生管理。E-mail: jx_sq@163.com

农合与城镇居民基本医保整合并轨运行。

1.2 统一政策措施,实现全市城乡居民合作医疗保险同步推进

嘉兴市各县(市、区)的经济发展均衡,全部进入全国百强县的前 32 位,县与县之间城镇居民和农民收入差异不大,结合这一实际,又充分考虑到浙江省是省管县的财政体制特点,2006 年起坚持每年由嘉兴市政府出台全市城乡居民合作医疗统筹政策,基金以县为单位独立运行。既强化县区域政府责任,发挥县区域财政对城乡居民合作医疗保险基金运行兜底作用,又坚持全市统一政策,同步推进。

1.3 建立增长机制,提升城乡居民合作医疗保障水平

2006 年起,嘉兴市针对每年城乡居民合作医疗保险筹资标准随意性较大,进而会影响城乡居民合作医疗保险制度可持续发展的情况,在充分考虑各级财政和城乡居民承受能力的基础上,建立了每年政府投入和个人出资标准比上一年增长 20% 的动态增长机制,确保城乡居民合作医疗保险保障水平稳步提高。

1.4 科学制定补偿方案,实现城乡居民合作医疗安全高效运行

十年来,卫生部门主管城乡居民合作医疗工作,凭借卫生部门主管医疗机构,对医疗机构监管有效,医疗业务熟悉,对就医需求信息掌握比较全面等优势,科学制定补偿方案,不断提高保障水平。一是合理确定起付线、封顶线,逐年提高报销比例;二是开展两年一次参保城乡居民免费健康体检,强化疾病预防和健康管理;三是制定政策鼓励引导参保居民就近就医,引导病人合理分流;四是提高儿童先天性心脏病、肺癌等重大疾病的补偿比例,实现全市重大疾病医疗保障水平全覆盖;五是落实定点医疗机构的监管措施,有效控制医疗费用的不合理增长。从而成功地实现了全市次均住院费用、人均筹资额、住院补偿率等主要指标均处于全省前列。2009 年嘉兴市统计局民意调查显示,城乡居民合作医疗保险满意率达 96.7%,均高于其他社会保险。

1.5 多措并举,有效控制城乡居民合作医疗费用

一是将控制医疗费用增长作为公立医院改革和

基层卫生改革的主要任务之一,制定“总额控制、按月结付、超支分担、结余奖励”等为主要内容的支付方式改革方案。二是加强对费用控制情况的监督和考核。以“均次费用零增长”为目标,细化费用考核指标,层层落实责任,将医院的门诊均次费用、每住院床日费用、住院均次费用、出院者平均住院天数、药品占业务收入比例等控制指标列入医院年度考核内容。三是开展“廉药降负”专项试点工作,市发改委、财政局、卫生局联合下发了《关于激励县以上医院使用廉价药品、切实降低患者医药负担的试点方案》,推广使用甲类药物,控制乙类药物使用。四是建立医疗费用定期监测和公示制度,卫生行政部门每季度公布各医院的相关均次费用,并定期对各医疗机构的“合理用药和合理检查”工作开展和执行情况进行检查。五是建立健全医疗机构医疗费用的内控制度,规范医疗行为,制订并落实控制医疗费用和药品收入占比的相关规定,落实药品用量动态监测和超常预警制度、处方评价制度等。随着这些改革举措的推行,控费成效逐步显现。全市住院均次费用连续四年为浙江省最低,城乡居民合作医疗保险住院均次费用连续三年位于全省次低水平,2011 年,全市基层医疗机构门诊和住院次均费用都有所下降,实现了医疗费用“零增长”的目标。

1.6 优化服务手段,实现市域内医疗费用实时结报

依托基层医疗机构服务网络健全,信息化建设较好的基础,在全省较早实现在市、县、乡、村四级定点医疗机构之间、定点医疗机构与经办机构之间联网。参保居民持合作医疗卡到各级定点医疗机构可以刷卡实时结报,实现了市域内城乡居民合作医疗保险一卡通,方便城乡居民就医报销。

2 主要成效

2.1 初步实现了城乡居民医疗保障全覆盖

自 2003 年起,嘉兴市建立了城乡居民合作医疗保险制度,是继职工基本医疗保障制度后的一项覆盖面广、参保人数多的医疗保障制度,全市村(社区)、乡镇(街道)覆盖率达 100%,目前全市共有 190.33 万人参加城乡居民合作医疗保险,其中,农民参保率从 2003 年的 85.43% 提高到 2012 年的

99.14% (表1)。^[1]参保率位于全省前列,奠定了嘉兴市全民医保的基础。

表1 2003—2012年嘉兴市城乡居民合作医疗保险参保情况

年份	农民参保人数 (万人)	农民参保率 (%)	城镇居民 参保人数 (万人)	城镇居民 参保率 (%)
2003	211.44	85.43	4.07	—
2004	214.04	89.65	6.31	—
2005	217.46	90.84	10.05	—
2006	217.63	93.55	10.83	—
2007	214.22	95.68	14.41	—
2008	197.25	96.46	26.99	78.39
2009	191.34	97.53	31.85	87.18
2010	179.49	97.97	43.60	95.75
2011	154.90	98.77	56.35	98.12
2012	137.79	99.14	52.54	98.89

2.2 切实减轻了城乡居民医疗负担

建立城乡居民合作医疗制度,为广大城乡居民提供了基本医疗保障的同时,帮助部分城乡居民抵御重大疾病造成的因病致贫、因病返贫风险。依靠政府、社会力量及参保居民的共同努力,防止因病致贫、因病返贫的发生。2003—2012年,嘉兴市补偿金额从6 369.90万元增长至101 558.00万元,补偿人次增至1 198.60万人次(表2)。

表2 2003—2012年嘉兴市城乡居民合作医疗保险补偿情况

年份	补偿金额 (万元)	补偿人次 (万人次)	补偿1万元 以上(人)	门诊补偿 率(%)	住院补偿 率(%)
2003	6 369.90	—	792	—	—
2004	9 774.80	—	1 220	—	—
2005	14 527.38	—	1 573	—	23.53
2006	16 139.37	—	2 257	—	24.37
2007	25 908.67	33.02	3 248	12.02	29.36
2008	44 104.66	128.53	5 809	20.76	36.32
2009	63 380.92	181.82	7 137	23.55	41.25
2010	74 457.14	209.68	10 384	28.5	52.44
2011	83 479.66	220.39	13 894	27.94	64.32
2012	101 558.00	1 198.60	15 748	29.38	73.56

2.3 提高了医保基金使用效率

实施新农合和城镇居民医保整合并轨运行,参保人员从农民扩大到城镇居民(含大中小學生)以及外来人员,城乡居民合作医疗保险基金池扩大,增强了合作基金抗风险能力,提高了基金利用率和保障水平,实现了城乡医疗保障一体化。

2.4 促进了基层医疗卫生服务的良性发展

从满足参保居民的医疗服务需求出发,实施了基层医疗机构标准化建设工程,实现基层医疗机构规划设置建成率达100%,社区卫生服务中心(乡镇卫生院)与社区卫生服务站(村卫生室)紧密型一体化管理率达100%,基层医疗机构网络全覆盖。同时,通过制定提高基层医疗机构报销比例、提高基层服务能力等政策,鼓励引导参保居民到基层医疗机构就医,取得了良好效果。基层医疗机构的服务量明显增加,乡镇卫生院(社区卫生服务中心)的门急诊量增长了105.34%;2011年嘉兴市城乡居民合作医疗保险门诊服务在乡级、县级和县级以上的比例分别是80%、18%和2%。

2.5 提高城乡居民的健康水平

对参保居民实施免费健康体检、慢病管理和住院分娩补助等项目,实现了城乡居民合作医疗保险与基层医疗卫生服务良性互动,反映健康水平的主要指标均有改善(表3)。2011年嘉兴市高血压、糖尿病和重性精神病检出率分别为9.23%、1.79%和3.50‰,规范管理率分别为88.62%、87.19%和96.87%。同时,完善规范化健康档案建档工作,截至2011年,嘉兴市共建立健康档案324.86万人,建档率94.36%,其中,规范化电子健康档案311.81万人,电子建档率90.56%。

表3 嘉兴市城乡居民健康水平相关指标情况

年份	人期望寿命 (岁)	孕产妇死亡率 (/10万)	5岁以下儿童死亡率 (‰)
2005	76.99	6.8	7.48
2010	79.27	0	4.53
2011	79.72	0	3.59

3 面临的挑战

3.1 筹资水平与补偿比例需要进一步提高

近十年来,虽然各级财政逐年加大了对城乡居民基本医疗保障的投入力度,嘉兴市人均筹资标准从2003年的35元提高到了2012年的513元(表4),政策范围内的住院补偿比已达70%以上,但由于医疗费用也在不断增长,实际住院补偿比还在50%左右,与城乡居民的期望结果差距较大,因病致贫、因病返贫问题尚未得到根本解决。

表 4 2003—2012 年嘉兴市城乡居民合作医疗保险筹资情况

年份	总筹资额 (万元)	财政总 投入 (万元)	人均筹 资额 (元)	个人 缴费 (元)	各级财 政人均 资助 (元)	人均筹资中 各级财政 投入占比 (%)
2003	7 154. 21	3 411. 14	35	20	15	42. 86
2004	12 098. 45	6 625. 22	55	28	27	49. 09
2005	15 711. 84	8 571. 06	70	32	38	54. 29
2006	16 651. 76	9 288. 02	73	32	41	56. 16
2007	29 507. 82	19 071. 86	131	46	85	64. 89
2008	42 632. 90	28 570. 50	190	62	128	67. 37
2009	57 166. 24	37 855. 88	245	87	158	64. 49
2010	72 471. 51	46 766. 27	303	110	193	63. 70
2011	96 244. 86	63 687. 10	413	149	264	63. 92
2012	97 639. 29	64 141. 21	513	176	337	65. 69

3.2 城乡居民合作医疗保险基金的管理与监督工作需要加强

城乡居民合作医疗保险基金是由政府、个人和集体多方筹资,随着各级政府补助力度的加大,个人筹资水平和保障水平的提高,城乡居民合作医疗保险基金总量逐年增加,因此,加强基金管理,建立保险基金并按规定的补偿制度公平、透明、合理使用和高效运行也是群众最关心的问题。但是,由于目前国家对城乡居民合作医疗保险管理经办机构、人员的配备未明确纳入编制管理,机构建设不够规范,工作经费短缺,人员不足且流动性较大,机构不稳定,经办监督机制不健全。基层为了节约管理成本,人员配备不足、精细化管理程度不高问题突出,进而会影响基金的安全运行。

3.3 提高基层医疗服务水平与控制医疗费用的任务仍非常艰巨

尽管嘉兴市为加强基层医疗卫生服务能力采取了许多措施,并且取得了成效,但医疗技术水平仍然需要进一步提高,特别是实施基本药物制度后,基层医疗机构又面临药品供给不足,不能满足城乡居民日益增加的医疗需求,导致部分病人流向县级及以上医院,而县级及以上医疗机构医疗服务成本和费用也相对较高,许多城乡居民合作医疗保险基金流向大医院,参保居民真正受益会减少。这一方面影响了城乡居民获得医疗服务的质量,另一方面,城乡居民合作医疗保险基金风险压力较大,将会影响城乡居民合作医疗保险的可持续发展。

4 政策建议

4.1 建立医疗保障制度的统一管理体制

随着全民医疗保障制度的建立和发展、医药卫生体制改革的深入,关于医保管理体制改革的的问题日益凸现出来。需要建立健全符合卫生与医保自身发展规律、有利于保障全民健康的卫生和医疗保障体制。从嘉兴城乡居民合作医疗保险管理体制的实践结果来看,卫生部门既管理了城乡居民的医疗保障,又管理了城乡居民的医疗服务,以较低的管理成本确保城乡居民合作医疗高效运行。城乡居民合作医疗保险的各项指标处于领先水平,城乡居民的满意度较高。为此,应积极探索整个医疗保障制度的管理归并,把保方和供方合二为一,即把医疗服务提供者和医疗保险方进行统一管理。卫生部门同时管理医疗服务和医疗保险,在受益方面具有一定的优势:一是卫生部门熟悉医疗服务的特殊性,能实现有效的专业监管;二是卫生部门充分掌握卫生资源配置现状与群众医疗服务需求信息,能够统筹医疗服务供给和需求管理,能够从改善国民健康全局出发,推动各项事业发展;三是卫生部门能结合卫生工作的总目标管理医疗保障,有利于达到满足医疗服务需求和控制医疗费用的平衡,将人群的医疗服务利用和健康改善作为管理导向,坚持参保人最大限度受益的原则。

4.2 加强城乡居民合作医疗保险管理队伍建设

目前,城乡居民合作医疗保险管理机构面对数量庞大的服务人群,由于编制经费很难落实到位,县、市管理机构和乡镇的经办机构人员偏少且兼职较多,导致服务人员变化快、流动性大、队伍不稳定,工作连续性较差,对城乡居民合作医疗保险的精细化管理经验不足。管理的核心要素是人,管理和经办队伍的不稳定将直接影响城乡居民合作医疗保险正常运行。城乡居民合作医疗保险管理工作复杂,健全机构、解决人员编制和工作经费仍是当务之急。应本着精简、效能的原则,尽快落实机构人员编制和工作经费,确保城乡居民合作医疗保险保障制度健康、可持续发展。

4.3 建立医疗保障制度的评估机制

我国医疗保障制度的覆盖率已达 90% 以上,国

家层面建立的基本医疗保障制度,即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已相继运行五年以上,切实减轻了群众的医疗负担,缓解了因病致贫、因病返贫问题。但是各制度间的差异性和不公平性仍然存在,如何缩小城乡差别,实现医疗保障的公平性,最大限度的发挥基金的利用效率,迫切需要建立医疗保障制度评估机制。建议由独立第三方开展相关工作,定期对国家建立的各种医疗保障制度在降低疾病风险、社会效果影响、人群健康水平、成本绩效管理等方面进行科学评估,为完善医疗保障制度提供决策依据。

4.4 建设全民健康保障体系

目前,我国已建立了全民医疗保障制度,实现了医疗保障“全覆盖、保基本、多类型、多层次”。下一阶段对医疗保障的设计应为“统城乡、补大病、合层次、高保障”。将基本医疗卫生服务和分散的医疗保障逐步整合成统一的全民健康保障体系,根据健康需要提供满足人群需要的健康保障,统筹城乡医疗

保障制度,以城镇职工基本医疗保险、城乡居民合作医疗保险为主体,切实解决全民基本医疗保险问题;建立大病医疗保险,使缺乏支付能力的患大病的家庭获得保障;发展补充医疗保险,满足人群更高层次的医疗保障需要;提高医疗保障水平,使各人群的医疗保障水平都将在原有基础上进一步提高,使我国城乡居民的医疗保障制度设计与保障水平与经济发展水平相适应。同时,可探索以税收筹资为基础,个人可负担的服务费用为补充,建立全民全程的健康管理体系,形成健康保障模式,提供生命全过程的健康维护,医疗保障可更名为健康保障。

参 考 文 献

[1] 嘉兴市统计局. 嘉兴市统计年鉴(2003—2011年) [EB/OL]. [2013-01-12]. <http://www.jxstats.gov.cn/tjnj/Def.asp>.

[收稿日期:2012-12-31 修回日期:2013-01-14]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

《经济学人》杂志:奥巴马医改前景不明朗

近日《经济学人》杂志发表了题为“Health-care reform:the 12-month countdown”的文章。文章认为,奥巴马医改将于2014年1月1日全面实施,但未来12个月内将面临众多问题。

首先,建立医疗保险交易所(Health Insurance Exchange)的前景并不明朗。要实现2014年参保人员自主购买医疗保险的目标,医疗保险交易所必须在2013年10月之前全部建立,但截至2012年12月17日,美国50个州中只有18个州参与了此项改革,其中5个州隶属于共和党人领导,而这些建立医疗保险交易所的州中并未推出具体的管理实施细则。

最近,一些民主党人领导的州政府也开始反对奥巴马医改。

其次,扩大医疗救助计划(Medicaid)覆盖范围面临阻碍。Medicaid经费由联邦政府和州政府共同分摊,2013—2022年,联邦政府将投入8000亿美元,州政府将额外增加82亿美元的支出。但由于要面临“财政悬崖(fiscal cliff)”的困境,联邦政府未来将削减对Medicare和Medicaid的投入。这些不确定因素的存在,使得扩大医疗救助计划的措施难以真正落实。

(来自:The Economist)