

基于城乡居民医疗保险制度整合的策略研究

冯乃灿

固始县医疗保障局

【摘要】在当下的社会中，社会服务越来越完善，国家为城乡居民都提供了完善的医疗保障服务，近年来通过整合城乡居民医疗保险制度，使得城乡居民的医疗需求都能够得到最大限度的满足，不仅扩大了医疗保险的范围，也提高了医疗服务水平和效率，然而在整合过程中仍然存在着一些漏洞，影响整合的顺利性，也无法确保城乡居民医疗保险制度运行的效果。本文概括了城乡居民医疗保险制度的整合情况，分析了整合中存在的主要问题，并且根据这些内容建议了相应的整合策略，为城乡居民医疗保险制度整合工作的开展提供依据，保障整合效果。

【关键词】城乡居民；医疗保险制度整合；策略

【DOI】 10.12252/j.issn.2096-6261.2021.12.149

其实我国早已实行了医疗保险制度，但是过去所实行的医疗保险制度根据城镇和乡村划分区域的不同存在着较大的区别，导致资源的分配以及服务的提供也有着较大的区别，难以为人们提供公平的医疗保障。因此，我国在2016年开展了城乡居民医疗保险制度整合工作，并且提出了相关整合要求，包括覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医疗目录、定点管理、基金管理，在全面整合工作的推动下，大大增加了保险的参与人数和参与概率，使得医保结算功能更强、效率更高，即便是跨省异地就医也能够使用医疗保险，由此可见，整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，是推进医药卫生体制改革、实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进社会公平正义、增进人民福祉的重大举措，对促进城乡经济社会协调发展、全面建成小康社会具有重要意义。虽然整体整合情况良好，但是其中仍然存在着一些问题，难以确保医保制度覆盖的全面性和顺利性。

1. 城乡居民医疗保险制度整合情况

1.1 整合要求

在2003年，我国成立了新型农村合作医疗制度；在2007年，我国设立了城镇居民基本医疗保险制度；2016年1月12日，国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》要求，推进城镇居民医保和新农合制度整合，逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度，提出了城乡居民医疗保险相关制度以及政策的整合要求，主要涉及六个方面的整合内容：

（一）统一覆盖范围。

城乡居民医保制度覆盖范围包括现有城镇居民医保和新农合所有应参保（合）人员，即覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险，有困难的可按照当地规定参加城乡居民医保。完善参保方式，促进应保尽保，避免重复参保。

（二）统一筹资政策。

坚持多渠道筹资，继续实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予

扶持或资助。各地要统筹考虑城乡居民医保与大病保险保障需求，按照基金收支平衡的原则，合理确定城乡统一的筹资标准。完善筹资动态调整机制。在精算平衡的基础上，逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定筹资机制。逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制。合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。

（三）统一保障待遇。

遵循保障适度、收支平衡的原则，均衡城乡保障待遇，逐步统一保障范围和支付标准，为参保人员提供公平的基本医疗保障。妥善处理整合前的特殊保障政策，做好过渡与衔接。城乡居民医保基金主要用于支付参保人员发生的住院和门诊医药费用。稳定住院保障水平，政策范围内住院费用支付比例保持在75%左右。进一步完善门诊统筹，逐步提高门诊保障水平。逐步缩小政策范围内支付比例与实际支付比例间的差距。

（四）统一医保目录。

统一城乡居民医保药品目录和医疗服务项目目录，明确药品和医疗服务支付范围。各省（区、市）要按照国家基本医保用药管理和基本药物制度有关规定，遵循临床必需、安全有效、价格合理、技术适宜、基金可承受的原则，在现有城镇居民医保和新农合目录的基础上，适当考虑参保人员需求变化进行调整，有增有减、有控有扩，做到种类基本齐全、结构总体合理。完善医保目录管理办法，实行分级管理、动态调整。

（五）统一一定点管理。

统一城乡居民医保定点机构管理办法，强化定点服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。对非公立医疗机构与公立医疗机构实行同等的定点管理政策。原则上由统筹地区管理机构负责定点机构的准入、退出和监管，省级管理机构负责制订定点机构的准入原则和管理办法，并重点加强对统筹区域外的省、市级定点医疗机构的指导与监督。

（六）统一基金管理。

城乡居民医保执行国家统一的基金财务制度、会计制度

和基金预决算管理制度。城乡居民医保基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理。基金独立核算、专户管理，任何单位和个人不得挤占挪用。结合基金预算管理全面推进付费总额控制。基金使用遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则，确保应支付费用及时足额拨付，合理控制基金当年结余率和累计结余率。建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率。强化基金内部审计和外部监督，坚持基金收支运行情况信息公开和参保人员就医结算信息公开制度，加强社会监督、民主监督和舆论监督。

1.2 整合后运转状况

在整合城乡居民医疗保险制度之后，保险的参与人数以及参与概率均有所增长，而且也推动医保结算体系拥有了更加全面的结算功能，包括门诊统筹、住院生育、医疗救助、门诊大病等内容，结算工作有着更高的效率。同时，所有的建档立卡贫困户都参与到了医保之中，即便是跨省异地就医，也能够使用医保来进行结算。

2. 城乡居民医疗保险制度整合存在的主要问题：

2.1 医疗保险异地就医结算近年来发展迅速，但是还存在很多不足，医疗保险异地就医结算覆盖面不广，主要原因有：

一、中国各地区医疗保障政策不统一是异地就医结算问题产生的根本原因。由于各地经济发展水平、医疗发展水平不平衡，医疗资源分布不平均，各地医疗保险政策都是基于本地区具体医疗卫生条件而制定的，形成了各地不同的政策，各统筹地政策不统一、医疗待遇标准不一致，医疗保险结算十分复杂，涉及到起付线、自付比例、封顶额度等等的计算难题最终产生了异地医疗费用结算难得问题。

二、医疗保险统筹层次低，多数省份、地方的统筹层次停留在地市甚至区县一级，造成医保患者跨区出县就诊，医药费报销受限。

三、各地的医保系统还不联通，大家的社会保障卡还没有做到社会互通，医保电子凭证使用不广泛。目前医保系统刚刚实现省级统一，还没有实现国家级统一，所以存在参保信息不能共享，增加很多结算难题。

四、异地医疗监管缺失，对于原参保地而言，异地医疗机构不受该地医疗保障局管理，监管不到位，容易产生过度医疗现象。参保地医疗保障局对于异地医疗机构无法实时监管对异地就医费用很难控制，对于该地区的医保基金造成巨大压力。

2.2 因为存在种种问题，所以异地就医即时结算推进办法至关重要：

一、建立国家级医保异地就医管理平台

异地就医即时结算难点最大的瓶颈就是医保信息不能联网。要实现国内各级医院与医疗机构形成互联互通，就要求全国采用统一的医疗保险信息管理系统，同一医疗保险目录编码与技术规范，这样就能高效准确地为参保人在国内任一

定点医疗机构即时结算报销。

二、适度提高统筹层次

首先是实现省内的完全统筹，即在一省范围内，建立起省级的异地医疗协同监管联动机制，逐步消除省级内各统筹地区彼此间的管理壁垒，上升至全省的统一管理。

其次实现全国统筹下的各区域对社会保险异地就医的协同管理，建立全国各统筹地区医疗保障局和定点医疗机构信息查询系统。

三、制定灵活多样的参保政策

异地就医即时结算，应有配套措施。强化居民参保意识，每个参保者在自己的工作地或居住地参加医保，可以选择不同的保障档次，在当地就医享受相应的医药费报销比例，权利与义务对等。

四、简化异地就医结算手续

符合异地就医条件的参保人员经参保地医保机构审批后，可到指定的异地定点医疗机构、指定零售药店治疗或购药，享受异地就医的即时结算服务。在审核异地就医费用的报销方面，在政策范围内尽量简化异地就医病人医保审核程序。这样不仅为参保人员节省了时间，最大限度地缩短了参保患者的医保金补偿周期，而且有效缓解了参保人员的资金垫付压力，提高了医保服务水平。

五、地区间开展异地就医结算试点工作

异地就医结算工作涉及到不同行政区域沟通协作的问题，就医过程需要由两地医保经办机构共同完成。因此有必要在全国范围内选择部分试点地区。解决异地就医结算问题需要两地协商确定定点医院名单、报销政策等内容。首先，参保人在异地医疗机构就医选择定点医院，再由医疗机构统一登录原参保地信息平台，根据原参保地医保政策进行管理和结算。其次，需要共同解决异地就医监管问题。最后，保持长期合作关系与畅通的沟通渠道。

社会医疗保险参保人员的异地就医问题一直是社会医疗保险管理中的一道难题。要真正解决异地医疗问题，就必须提高统筹层次，出台全国医疗保障、转移、衔接、异地看病的切实可行方案，建立跨省份的基本医疗转移结算办法，形成全国统一的医疗信息网。

参考文献

[1] 陈曼莉, 王慧, 杨革生. 湖北省异地就医结算政策分析及建议. 统计与管理, 2014, 9: 89-90.

[2] 王健, 周绿林. 异地就医管理理论与政策研究. 中国卫生事业管理, 2009, 12: 802-804.

[3] 石玥, 张滨. 异地就医结算问题的现状与分析. 重庆医学, 2012, 41(34): 3666-3667.

[4] 汤淑琴, 张承杰, 王瑞霞, 等. 浅议异地就医管理存在的问题及对策. 人力资源管理: 学术版, 2010, 4(7): 6-7.