

上海浦东城乡医疗保障体系一体化的发展策略 ——城乡阶梯式医疗保障体系的构建

田文华¹, 梁 鸿², 陈 琰², 曲大维², 许 非²

(1. 上海第二军医大学, 上海 200433; 2. 复旦大学, 上海 200433)

摘要: 由于城乡之间卫生体制的差异, 卫生资源城乡分布不均, 历史上浦东新区城乡形成了各自独立的两大医疗保障格局。新区农村实行的主要是合作医疗的保障制度, 与城市相对完善的基本医疗保障体制相比, 二者的保障水平存在一定差异。随着浦东城市化进程的加快, 现有的城乡两大体系已越来越不适应浦东城乡一体化的社会发展趋势。本文较系统地提出了上海浦东城乡医疗保障体系一体化的发展策略, 通过积极的制度创新, 为二元结构向一体化结构的转变搭建过渡的阶梯。

关键词: 城乡医疗保障一体化; 上海

中图分类号: D632 1; F840.684 文献标识码: A 文章编号: 1000—4149 (2005) 03—0077—04

The Development Strategy of Integrated Health Social Security System in Pudong New Area, Shanghai

TIAN Wen-hua¹, LIANG Hong², CHEN Yan², QU Da-wei², XU Fei²

(1. Shanghai the Second Military Medical University, Shanghai 200433;

2. Fudan University, Shanghai 200433)

Abstract: Dual health social security institution exist independently in urban and rural area in Pudong New Area, as a result of both different health systems and uneven distribution of health resources between rural and urban area. In rural area, the dominant one is the cooperative health security system. And its security level is lower than that in urban area, which is comparatively perfect. With the urbanization process, the dual systems are not suitable for the urban-rural integrated socio-economic development in Pudong New Area. The paper provides the strategic development of the integration of the dual systems, which is based on the institutional innovation, so as for a successful transformation from the dual structure to an integrated one.

Keywords: rural-urban integrated health social security system; Shanghai

一、现状和问题

由于城乡之间卫生体制的差异, 加上卫生资源的城乡分布不均, 浦东新区城乡形成了各自独立的两大医疗保障格局。新区农村实行的主要是合作医疗的保障制度, 与城市相对完善的基本医疗保障体制相比, 二者的保障水平存在一定差异。而随着浦东城市化进程的加快, 现有的城乡两大体系已越来越不适应浦东城乡一体化的社会发展趋势。

收稿日期: 2004—09—05

作者简介: 田文华 (1966—), 男, 浙江人, 上海第二军医大学副教授。

在浦东农村现行的合作医疗框架下，部分农民由于经济困难没有参加合作医疗。2001年浦东新区共筹集农村合作医疗基金5121.7万元，参保农民个人缴纳占的比例为45%，集体缴纳比例为36%，区、镇政府承担19%，共支出4701万元，结余420.7万元。2001年浦东新区参加农村合作医疗的人数为18.72万人，占28.6万农业人口的65.5%，不享受任何医疗保险的人数为0.75万人，约占农业人口的2.62%。同时，由于各镇经济的不同，投保率差异也较大，参与率高的达到85%，而有的镇连50%都未达到，而且合作医疗并没有在所有的乡镇全面展开。一方面是因为有的村镇由于经济薄弱，不能足额缴纳集体补贴部分；另一方面，农户之间也存在经济收入差异，部分经济困难的农民没有能力参加合作医疗^[1]。

虽然浦东城市化进程的最终结果是将所有的农业人口都纳入医保体系，但是目前农村医保的整体覆盖率偏低是现实存在的问题。阶梯结构要解决的一个突出问题就是医保的覆盖率问题，要通过制度创新，为二元结构向一体化结构的转变搭建过渡的阶梯。

二、建立城乡阶梯式医疗保障体系

1. 城乡阶梯式医疗保障体系的目标

● 总体目标，实现城乡医疗保障一体化 2010年新区将彻底消除农业户口实现“农转居”，城乡医疗保障一体化的目标是保障居民基本权利，体现社会公正和建立现代化社会保障体系的客观要求。

● 过渡性目标，缩小城乡医疗保障的差距 浦东目前每年有2~3万的农民转为城镇市民，且尚未被城镇医疗保障系统接纳，仍滞留在农村合作医疗保障中。理论上，他们具有享受城市医疗保障的权利；但受种种原因限制，目前尚不具备完全转化的条件。因此，提高农村现有医疗服务体系保障能力，在服务质量和服务水平上缩小与城市医疗保障的差距，并从体制和机制上逐渐向城保过渡，就成为一种必然的选择。

● 现阶段目标，巩固和发展农村合作医疗 具体而言，（1）扩大农村合作医疗的覆盖面；（2）提高农村医疗卫生服务质量和水平；（3）加强农村的预防、保健体系，改善农村公共卫生状况和公共卫生服务；（4）完善农村合作医疗的管理与运行体制。

2. 城乡阶梯式医疗保障的结构

在现有农村合作医疗和城市医疗保障之间建立一个“阶梯”，即农民市民化医疗保障，三者共同构成城乡阶梯式医疗保障体系。在体系内，可以实现相互的转化、衔接和流通。特别要采取一定措施，增强吸引力，鼓励农村合作医疗向农民市民化医疗保障的转化，主要通过扩大覆盖面、丰富内容、提高水平和完善体制等四个“阶段”，巩固和发展农村合作医疗。

这四个“阶段”之间呈现一种递进关系，如图所示，每个阶梯都是建立在前一个阶段发展的基础上。首先，扩大合作医疗的覆盖面。通过增加资金积累和拓宽筹资渠道，在保证现有水平的基础上，扩大合作医疗的覆盖面，将浦东农村城市化过程中的农民都尽量纳入医疗保障体系中来，解决他们基本医疗卫生服务问题，这是当前的首要任务。其次，提高医疗卫生服务水平。在农村合作医疗覆盖面扩大的基础上，合理利用农村有限的卫生资源，通过机构的合理布局、人员的交流和培训、医疗卫生服务设施的改善，提高农村合作医疗的保障水平。第三，丰富服务的内容。农村合作医疗不仅要保障服务的水平的提高，也注重服务内容的完善和丰富。要改变目前以医疗服务为主，服务内容单一、服务深度不够的局面，加强农村的预防、保健体系，改善农村公共卫生状况和公共卫生服务，提高有限卫生资源的利用效率。第四，完善合作医疗的管理体制和运作体制。在具备上述条件的基础上，理顺并逐渐完善农村合作医疗的管理体制，加强其运行机制和补偿机制的研究，为城乡医疗保障之间的转化创造条件。其发展方向是，引入社区卫生服务的理念，结合农村卫生服务的特点，建立全科医生负责制，通过与服务对象签约，保障农民的基

本医疗卫生服务，并建立与城市医疗卫生机构的双向转诊制度，带动农村合作医疗的全面发展。这四个“阶段”层层趋强，在农村合作医疗和城市医疗保障之间构筑出一个发展性的平台，以缩小城乡医疗保障之间的差距。

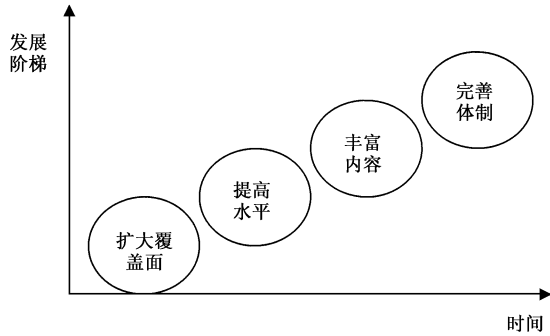


图 农村合作医疗的阶梯式发展的推进过程

三、农民市民化医疗保障

农民市民化医疗保障的对象主要是乡镇企业的职工以及已经市民化的农民。通过建立农村社区卫生服务体系，可以为农民提供及时方便、质优价廉的直通式的服务，以按照实际情况满足农村社区的基本医疗服务需求，提供预防保健等“六位一体”的卫生服务。

1. 农民市民化医疗保障服务模式

以现有乡镇卫生院为基础，改革其内部管理与服务模式，建立以“全科医疗”小组为核心的新型农村社区卫生服务管理服务模式，由“全科医疗”小组通过签约的方式负责参保人员的卫生服务，推进“六位一体”服务功能。形成以“全科医疗”团队服务为核心，以户籍制服务管理为基础，以家庭健康档案为“抓手”，以市场竞争为运行机制的全新的管理服务模式，构建与社会主义市场经济相适应，与社会经济发展水平相协调的农村社区卫生服务模式。

2. 农民市民化医疗保障服务内容

社区通科医生组免费为居民提供医疗服务的咨询和健康咨询服务。根据患者的疾病特征和需求，提供是否生病、疾病严重程度、注意事项、介绍相关的医院和专家，并代为联系和约定咨询。需要转诊时，在事先指定医院，可享受预约服务（代为挂号、预约服务）。另外，还享有电话预约服务和便捷的上门服务，由此减少居民就诊发生的交易成本。

四、阶梯式医疗保障体系的促进机制

1. 妥善解决资金筹集问题，逐步扩大医保覆盖面

可以借鉴城镇医疗保险制度的改革模式，在资金筹集上采取政府、集体、个人多方筹集的办法解决。农户个人按照收入缴纳一部分保险金，集体经济再适当补充交纳一部分资金，而政府财政则作为主要后盾给予资金支持。目前农民的收入比较低，农村集体经济的力量也很薄弱。政府作为社会保障责任的最终承担者，需要加大公共财政的支持力度以吸引农民参加合作医疗保障。医疗保险的需求对于承担生活风险能力较弱的农民来说应该是弹性比较大的，也就是说如果减轻农民的缴费负担，就有可能刺激农户的参保积极性。因此，政府的适当资金支持能够对农民参加合作医疗产生很大的引导和激励作用。可以考虑增加政府投入部分，降低农户缴纳比例，刺激农民参加合作医疗的积极性。同样，可以通过优惠或者财政补贴政策来提高集体经济加大投入的积极性。例如给予乡镇村办企业税收政策，给予村集体、镇事业单位财政补贴，来提高合作医疗基金的集体缴纳部分^[2]。

2. 盘活农村现有医疗卫生资源,提高农村医疗卫生资源利用效率

长期以来,城乡的人口分布存在较大差异,城市人口居住地比较集中,而农村主要是以分散居住为主。这种人口分布的差异造成城乡医疗卫生服务的服务半径、服务范围都有很大不同。在农村地区,有的地区卫生资源大量闲置造成浪费,而在另一些地区现有的资源根本不能满足当地居民的医疗需求。随着浦东城市化的加快,农村地区的人口分布也会像城市趋同,逐渐实现集中化居住。可以利用这个有利条件,根据区域卫生规划的要求和农民的实际卫生服务需求,按照服务人口数量、服务半径重新合理分布现有的农村卫生资源。通过资源重组,提高现有卫生资源的整体效率,以提高农村地区整体医疗卫生水平。考虑到乡镇卫生院在区域卫生服务网络的作用,应该改变目前乡镇卫生院效率较低、缺乏活力的现状,从医疗技术水平、人员配备、服务质量等方面对各地区乡镇卫生院进行改革,完善基础设施和医疗设备建设,并以这些乡镇卫生院为依托,带动各卫生规划区域内下属医疗服务网点的发展,提高为农民提供医疗卫生服务的能力。同时,在人口城市化的过程中,应该逐步实现乡镇卫生院到城市卫生服务中心的转化,实现卫生资源利用的城乡衔接。

3. 加强农村医务人员的业务管理和培训,提高农村医疗服务质量和水平

农村的医疗卫生资源相对城市而言还是比较有限的,只有发展全科医学才能适应农民不断增长的健康需求。但是农村的医务人员一般业务知识结构单一,专业素质较差,缺乏通科方面的医疗服务技能。目前,农村还存在一些无证行医现象,乡村医生的素质也参差不齐,对医疗服务水平的提高造成了一定阻碍。解决这个问题的根本办法就是实行准入制度,把好从业人员能力的质量关。由政府相关部门制定出一些农村医务人员管理的有关法规,规定出从业人员学历、实际经验、业务能力等多方面的统一标准,规范农村医务人员的从业资格。可以在进行全科医学培训的基础上,对医务人员进行形式多样的全面考核,考核达不到规定标准的人员一律待岗或者转岗,只有通过考核的才能颁发农村医务资格证书上岗执业。通过这种方式,强制性淘汰水平较低的医务人员,提高农村医疗队伍的整体素质。

4. 加强农村的预防、保健体系,改善农村公共卫生状况和公共卫生服务

基层农民所需要的不仅是疾病能得到及时、有效、合理的诊治,还需要在预防保健、健康长寿方面得到适当指导和服务。服务的丰富首先需要加强培养全科医学人才,完善医疗保健设施,以保证为基层农民提供全方位的防、治等综合服务。其次要以基层卫生组织为基础,为农村居民提供医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导六位一体的全方位服务。深入基层农村为农民提供健康指导、健康咨询、心理咨询等健康教育服务;加强疾病的防治,对常见病、多发病进行及时诊治,对突发病症要做好平时的预防工作;开展农民的日常卫生保健活动,尤其是针对妇女、儿童、老人等弱势群体;加强对病愈人员和伤残人员的康复照顾,改变目前只是提供单纯的医疗护理服务的局面,将服务领域向纵深领域扩展,实现“人人享有初级卫生保健”的目标。通过提供更加多样化的综合服务,满足农民不同层次的卫生需求^[3]。

5. 完善农村合作医疗的管理与运作体制

在管理体制方面,各地政府和卫生行政部门应该对农村医疗卫生系统进行规范化管理。政府应该通过立法途径在审查考核、行政管理、业务指导、药品采购等各个方面制定出统一标准。在原有的县、乡、村三级卫生服务网络的基础上,实行乡村卫生机构一体化管理。将相对分散的村级卫生服务点纳入乡镇卫生院的管理范围,统一布局服务网点,将二者有机的联系起来进行管理。同时,规范合作医疗基金的使用和监督;规范医疗服务行为,逐步调整农村医疗服务价格;管理好药品市场,规范药品价格,进一步净化农村的医药市场。在运行体制方面,加强乡村两级卫生机构的合作,增加人才、医疗技术方面的交流。完善双向转诊制度,使患者得到及时诊治,也实现医疗机构之间的资源共享。还可以根据实际情况,逐步实现基本医疗服务(下转第76页)

金权益的适度降低、雇主的保费储备金建立等体现了从多方承担风险的分摊机制。

2. 在金融市场投资环境转向不利环境时, 养老基金资产管理由战略型资产配置模式转向战术型资产配置模式是养老金资产配置的重要经验。战略型资产配置是指投资者利用长期的证券市场历史报酬率与有关风险资料, 从长远的战略意义上决定一个固定的资产配置比率, 如果各证券市场因涨跌而影响各资产价值与权重, 则出售上涨之市场证券, 买进下跌之市场证券, 以维持长期固定之资产配置比率。而战术型资产配置是在假定投资人的风险忍受程度与限制条件不变的条件下, 根据短期证券市场的变化决定投资人的资产配置比率。资产的风险贴水变动使资产配置比率发生改变, 当股票的风险贴水相对于债券较高(低)时, 就卖掉(买进)股票, 买进(卖掉)债券, 因此战术型资产配置的配置比率是变动的。在金融市场投资环境多变的情形下, 采用短期性质的战术型资产配置模式, 在一定程度上能够有效地应对金融市场投资环境的不利变化。

3. 较高的养老基金管理技术水平是实施养老基金负债管理的重要技术保证。瑞士养老金法的修改、养老金制度本身的局部调整以及有效的养老基金资产负债管理, 都得力于瑞士

较高的养老基金管理技术。适宜于养老基金生命表的诞生、年金转换率的变化、最低保证利率根据实际投资水平的调整、灵活的战术型资产配置等都得力于瑞士养老金精算、投资和基金管理等方面的技术支持。发展中国家和转型国家应该着力于培养养老金管理的投资、精算、法律等方面的专业技术人才, 为提高国民养老基金管理水平, 提供充分的技术条件。

参考文献:

[1] Dr Graziano Lusenti: Consulting in Bear Market—a Swiss Perspective. Investor Seminar Dexia Asset Management 2003, (10).

[2] Global Investment Reporting CSAM Swiss Pension Fund Index, 4th Quarter 2003.

[3] <http://www.ipe.com/default.asp?article=16128>.

[4] <http://www.watsonwyatt.com/europe/switzerland/services/asip/english-sr1.asp>.

[5] <http://www.watsonwyatt.com/europe/switzerland/news/globalnews2.asp?ID=9815&m=Europe%20-%20Switzerland>.

[6] Global Investment Reporting CSAM Swiss Pension Fund Index, 4th Quarter 2003.

[7] BVG2000-New Set of Actuarial Assumptions for Pension Funds (Switzerland).

[8] Dr Graziano Lusenti: Consulting in Bear Market; a Swiss Perspective. Investor Seminar Dexia Asset Management 2003.

[责任编辑 童玉芬]

(上接第 80 页)

和大病风险的共同保障, 将门诊和住院保障结合起来为农民提供服务。在条件发展成熟的时候, 可以考虑逐渐把农村的医疗卫生服务纳入城市卫生服务体系加以一体化管理, 逐渐向城市医疗保障管理和运行方式靠拢。

参考文献:

[1] 夏宗明. 中国长江三角洲全民基本医疗保障可行性实验研究. 中国卫生资源, 2000, (3).

[2] 吕美行. 对农村医疗保障制度构建的理论思考. 卫生经济研究 2001, (6).

[3] 蒋忠. 以“社区医疗保障实验”合作项目为契机全面构建城乡卫生服务新体系. 中国全科医学, 2001, (2).

[责任编辑 童玉芬]

(本期执行编辑 田小波、唐慧明; 英文审译 周皓)