

医改：快刀斩“死结”

编者按：异地医保报销如何更便捷、公立医院咋改革、大病保险怎样“雪中送炭”……医改，已成为大家非常关心的一个热点话题。在百度搜索“医改”和“医疗体制改革”这两个关键词，搜索结果共有 1270 多万个，可见其受关注程度之高。指数显示，2011 年至今，每年 3 月初，“医改”的搜索指数都会出现较大增长。可见，医改也一直是两会期间的热门议题。除“医改”本身外，一批相关关键词也进入了热搜榜。“医药分开”“新农合”“大病保险”……统计显示，在医改保持较高关注度的同时，这些相关关键词也一直保持着热度。

在各年龄段人群中，19 岁及以下人群对医疗改革的关注度较低，最关心医改的人群分布于 30—39 岁年龄段，其次是 20—29 岁年龄段。其中，30—39 岁年龄段者多处于上有老下有小的状态，既要关心老人看病，又要操心孩子就医。20—29 岁年龄段的年轻人也即将面临“夹心”年龄的到来。这两个年龄段的人群更关注“医药分开”。此外，40—49 岁年龄段的人群最关注“医保支付”，50 岁及以上人群最关注“跨省就医”。

医保报销 何时能够“全国通”？

■ 岳菲菲 报道

今年 2 月，国家卫生计生委与财政部联合发文，今年将依托国家新农合信息平台，试点跨省就医即时结报，并建立全国跨省就医费用核查工作机制。在今年的“两会”上，全国医保跨省报销何时能实现，受到多位代表和委员的关注。全国政协委员、人力资源和社会保障部副部长胡晓义表示，“异地就医能不能更方便”是当下医保体系中的一个突出问题。政府工作报告中提到，要基本实现居民医疗费用省内直接结算、稳步推进退休人员医疗费用跨省直接结算。

周围老人们都等着异地报销那一天

对话人：全国政协委员陈志列连续五年提案涉及“退休人员医保跨省结算”

在接受记者采访时，陈志列表达了自己对今年政府工作报告的“满意”。不只是因为“简单”和“充实”，更因为其中提到了他连续五年提出的“退休人员医保跨省结算”的问题。终于进了报告，陈志列觉得，那些追随在外工作儿女的父母们，离医保全国“漫游”不远了。

记者：您提到前四年都在提同一个提案，关于退休人员的跨省医疗保险的结算。

陈志列：是的。今年再提，这是第五年了。

记者：为何要提这个问题并且针对的是退休人群？

陈志列：因为我在深圳，我们集团的总部也在深圳。深圳城市的平均年龄没有超过 30 岁，是一个年轻的移民城市。现在，在深圳生活的人口大约 1800 万左右。年轻人那么多，他们中的很多，家里的老人已经搬到深圳和独生子女一起住。比如，一个哈尔滨的老两口到深圳来跟子女一起住，那么，他们如果生病，他们的医保卡在深圳的医院里刷完结不了账，而是要先拿现金交。然后在后面这一年里，还要在夏天，回到哈尔滨去跟原来单位申请报销。如果单位效益不好，还要再等半年。这个现象现在在北京和上海也很普遍。我之前连续提了四年。在卫生部、人力资源和社会保障部的努力下，这个事情一直在往前推。但是，还没有做到异地跨省。现在省内可以了。我第一年提的时候，广东省内的卡还不行，深圳的卡去佛山刷都不行。据我了解，现在在绝大多数的省，省内异地异市刷这个卡已经可以了。后来又有进步了，在珠三角和长三角可以做到跨省了。全国还没有做到每个省之间都可以。

记者：您觉得什么时候能实现？



陈志列：我觉得今年还实现不了，政府工作报告中说要适时推出。

记者：是您自己想出来要提这方面的提案吗？

陈志列：是我的个人提案，不是联名的。我每年要来（参加全国政协会议）的时候，包括我的长辈、公司等周围的人，老人们都有给我发短信说“志列，你再提这个啊”。这个真的是很大的群体，我们是高新技术产业，在 44 个城市有分公司，里面年轻人多，他们的父母跟他们一起住。周围老人们每年跟我说，一定要提这个问题，“我们等着可以异地刷卡结算的那一天”。

记者：您觉得推进跨省结算在技术上有难度吗？

陈志列：我认为技术上没有问题。各个地方财力不同，如果开展跨省结算，那么富的地区的医保可能就要转到贫困的地区。有缺口的地区要怎么填？这些问题是难点。这个就需要中央政府来定。

记者：政府工作报告提到了推进跨省结算的问题，您会有成就感吗？

陈志列：当然了。在我提这个提案之前就有人提过，但可能那个时候技术条件还不太容易。到我这几年，我就连续提。这是一个真正的民生工程，能让太多人受益。

记者：政府部门在这方面的工作您满意吗？



陈志列：我就这个事情一直与政府部门保持沟通，他们确实在认真真往前推这件事。这个事情就是要一步一步去做，是社保充足和有缺口地区的地方利益的平衡问题。

异地就医报销为何需求大？

记者 11 日从民进中央了解到，全国政协委员、民进中央常委陈贵云在今年的“两会”上提议，尽快启动全国社会养老保险和医疗保险联网结算计费。就在今年，类似的议案和提案还很多。医保“全国漫游”问题成为代表和委员关注的热点议题。

全国政协委员、研祥集团董事局主席兼总裁陈志列告诉记者，这已是他连续第五年提出“退休人员医保跨省结算”。他说，自己的亲属以及公司员工的家人纷纷嘱托他，一定要再继续提。“这是一个非常大的群体。”陈志列说。

陈贵云则认为，在我国经济快速发展的今天，人们对工作单位的概念逐渐淡漠，对于无固定工作单位的打工一族来说，他们不知自己在这个城市能够呆多久，也不知道下一个生活的地方是什么城市，更不知道他们将在哪里退休、哪里养老。而目前我国的社会养老保险和医疗保险都是以省为结算单位，跨省结转是一个相当麻烦的事情。

他认为，这就造成打工一族中很多人中断购买养老保险和医疗保险。即使一些人选择在原籍购买养老保险和医疗保险，结果又无法享受工作地的政府补助，一些企业也借此不为打工者购买保险。这造成一种社会不公。

此外，随着家庭经济条件的改善，人们对养老地的选取并不限于工作地或籍贯所在地。陈贵云表示，事实上，老年人“夏天到北方去、冬天到南方去”这种“夏北冬南”式的生活方式正在逐渐形成。他们都迫切希望医疗保险能够全国联网结算计费。随着进入我国人口老龄化社会的到来，加之独生子女政策的后效应开始显现，这一需求必然会越来越大。

9 日，全国人大代表、省脑肿瘤医院院长、中国抗癌协会副理事长于金明接受网络采访时表示，2014 年中国全民医保覆盖超过了 95%，2015 年政府工作报告中提出要完善城乡居民基本医保，财政补助标准由每人每年 320 元提高到 380 元，这意味着中国已基本实现了全民医保，这是一个很大的成绩。但是，于金明指出，目前中国医保还存在着资源不均衡，可及性没有达到以及公平性仍有欠缺等问题。

他表示，尽管我国医保覆盖面越来越广，但是实际报销比例是较少的，因为我国医保的登记制度是在户籍地医保，而各个地区之间报销的病种以及比例是不一样的，这给病人造成很大的困难。

全国政协委员、人力资源和社会保障部副部长胡晓义 9 日在接受记者采访时表示，我们国家全民医保体系基本建成，也就是说，对绝大多数人来说，总体上讲都有了基本的医疗保障。然而，现在有两个问题越来越突出了：第一，水平怎么逐步提高。第二，异地就医

能不能更方便。

异地就医报销到底难在哪儿？

全国政协委员、人力资源和社会保障部副部长胡晓义表示，记者提到的异地就医，叫报销也好，结算也好，实际上是一个相当综合的问题。从专业角度把它分成三个层次、五个群体。所谓三个层次，是讲我们分析异地就医的群体到底是哪个层面上的异地就医。第一个层面就是在一个城市里面，不同的区县之间异地就医。第二个层次是在一个省里，不同城市之间的异地就医。第三个层面才是跨省的异地就医，比如集中到北京、上海、广州、成都等医疗条件较好的大城市就医。

五个群体首先是异地安置的退休人员，是长期在异地居住。第二是异地居住的常住人口。第三是建制制的异地流动工作的群体。第四是临时出差旅游需要急诊的患者。第五是有疑难杂症、重大病患需要异地转诊的群体。胡晓义认为，我们要把这个问题分析清楚了，就知道应该怎么解决了，或者优先解决什么问题。

胡晓义认为，解决这一问题的第一个障碍是户籍管理制度的问题。“因为我们是按照户籍管理的，参加保险也好，参加新农合也好，都是在本地参加的，就有一个跨地域的问题。”胡晓义说。

胡晓义还表示，管理技术问题也是一个难点。能不能实现跨地区的联网结算，表面上是网络问题，实际上是地区之间的政策不一致的问题。有的分析认为，银行早就全国联网结算，你怎么就不能联网结算？是因为各地地区的政策、标准、范围不一致，所以带来跨地区结算上的非常大的复杂性。

另外一方面，医疗卫生资源配置高度不平衡。很少有从大城市到小城市，到农村就医的，都是从小城市到大城市到特大城市异地就医的。所以，医疗资源配置的不均衡，是解决异地就医结算问题的障碍。

在我国大部分地区，职工医保、居民医保以地级市为统筹区域，新农合大部分以县为统筹区域，而且分属人社、卫计两个系统管理。此外，对于医保，财力较发达地区政府补贴多些，否则就少些。以上这些因素造成了各地医疗保障水平差别较大，药品目录、起付线、封顶线以及报销比例千差万别。

跨省报销的解决方案是什么？

据胡晓义介绍，到目前为止，全国统一标准的加载金融功能的社会保障卡，已经发行了 7.3 亿张，也就是说全国有一半人已经有了社会保障卡，这是一个很好的技术基础。下一步，让卡用起来，而且优先用在医疗保障上，然后让卡通起来，不仅在地用，跨地区也可以用，这里需要解决的问题就是跨地区健全网络的问题，就是身份识别的问题，这样既保障大家权益，也防止异地就医当中的诈骗行为，以保障公共基金的安全。

胡晓义表示，在具体解决这一问题时，要从有条件解决的开始。去年底，人社部会同有

关部门已经制定了一个文件，就是优先解决异地安置退休人员的就医结算问题。因为现在户籍管理有这样一个制约条件，随着户籍制度改革的推进，将来会实行居住证制度，如果这个制度实施以后，异地就医直接结算的范围就会越来越扩大。

要尽快实现省级统筹，实现参保人员标准统一。据新华社报道，全国人大代表、中国社会保障学会会长郑功成表示：“提高统筹层次，既是提高医保公平性的需要，也是完善医保关系转移接续机制的重要条件。目前省一级统筹还差得很远。”

国家卫生计生委新闻发言人毛群安 8 日接受中国政府网的网络访谈时说，国家卫计委正大力推进新型农村合作医疗的信息化建设，争取用 3 年左右时间，基本实现新农合异地就医费用的核算和结算。

毛群安介绍，国家新农合信息平台已经实现与 16 个省级平台和部分大型定点医疗机构的联通，推动了新农合异地就医即时结报工作的开展。目前全国绝大多数地区实现了新农合经办机构与省内医疗机构的及时结报，部分地区正在积极地探索跨省的及时结报。

“下一步，我们要全力以赴推动新农合的信息化建设，特别是把省内异地的就医及时结报作为重点。”毛群安说，现在已经开始跨省就医结报的试点工作，争取用 3 年左右的时间基本实现新型农村合作医疗异地就医费用的核算和结算，最后实现异地就医的直接结报。

胡晓义还表示，我们的方向还是要使医疗资源的配置更加均衡，特别是优质医疗资源更多地下沉，而不是完全集中在大城市、特大城市。如果真正能够做到了这一点，更多的群众就可以在基层或者在本地得到优质的医疗服务，这样不仅个人异地就医的成本可以降低，整个社会的成本也会降低。所以，我们总的设计架构是三个层次的问题。设计架构是 60% 的异地就医能够在同一城市内实现，就是所谓“同城无异地”。还有 30% 是在一个省内不同城市之间可以实行结算，这个今年要基本做到。只有 10% 左右的群体是需要跨省异地就医的。但是即使这样，还是要有有一个分级诊疗转诊的制度安排，引导大家合理地就医。

医保跨省结算推进时间表

2009 年 4 月
国务院发文，提出“做好医疗保险关系转移接续和异地就医结算服务”，但没有列出明确的时间表和实现路径。

2013 年 12 月
全国 26 个省份建立了省内异地就医结算平台，其中 10 个实现了省内即时结算。

2015 年 2 月
国家卫生计生委与财政部联合发文，今年将依托国家新农合信息平台，选择部分地区和医疗机构，试点跨省就医即时结报。

2020 年
全国大部分省份要在具备条件的定点医疗机构开展跨省就医直接结报。

改革医疗保险支付制度

■ 石菊 / 文

随着中国经济的飞速发展和居民可支配收入的提高，人民群众对健康的需求不断提高。如何利用有限的资源满足日益增长的医疗服务需求，特别是解决“看病难、看病贵”的问题，成为中国医药卫生体制改革迫在眉睫需要解决的重大民生问题。

十八届三中全会明确指出，医药卫生体制改革需要进一步不断深化，而其中重要的方向是“改革医保支付方式，健全全民医保体系。”国务院办公厅在《深化医药卫生体制改革 2014 年重点工作任务》中提出下一步的工作任务是，“总结地方开展医保支付制度改革的经验，完善医保付费总额控制，加快推进支付方式改革，建立健全医保对医疗服务行为的激励约束机制。”

我国的医疗机构以公立医院为主体。改革开放以后，公立医院逐渐转变成追求商业利益的准市场组织。在医疗领域存在普遍信息不对称的情况下，医生的行为对整个医疗体系的有效运行就显得尤其重要。这里的信息不对称，是指医生作为专业人员对患者的健康状况有更丰富的信息和更全面准确的判断。医疗保险的支付方式通过定义医疗服务与医院收入之间的关系，确立医疗机构的激励机制。需要强调的是，医保支付通常指政府或者保险公司对医院的支付，以补偿医院给患者提供医疗服务而发生的成本，而非患者根据医疗保险政策直接支付给医院的医疗花费。

在国际上广为应用的几类医疗保险支付方式包括：按服务付费（fee-for-service）、总额支付（global payment）、按病种付费（bundle payment）、按人头付费（capitation），和按业绩支付（pay-for-performance）。按服务付费是指医院从给患者提供的各项服务单独获得补偿，比如检查费、手术费、挂号费等。该付费方式是基于医疗服务提供以后的实际发生费用。当下我国医疗机构普遍采用的支付方式是按服务付费，这是一种制度设计最为简单，但也被公认为最没有效率的支付方式之一。医生有充分激励通过给患者多做检查和开高价药品，以便获得更高的收入。这一自觉地个体行为选择汇集后可能导致过度医疗、资源浪费和患者满意度降低等问题。

其他的几种支付方式各有利弊。总额支付在事前规定医疗机构在一段时间内的总支付数额。该总额根据一定的标准计算得出，比如医保保费收入或者上一年的医疗花费。总额支付是预付制的一种，该总额与实际发生的医疗服务数量没有直接联系。总额支付的主要优点是简单易行，能有效控制医疗成本，缺点是难以保证医疗质量，并且可能导致医疗机构拒收病人。

按病种付费，顾名思义，是指将不同的医疗服务根据疾病类别进行打包，然后根据病种进行支付。以分娩为例。支付方规定正常分娩的支付额度，比如 5000 元，则该 5000 元包括所有与分娩相关的服务，比如检查费、床位费、药品费等。按病种付费的主要优点在于能够合理控制医生收入，从而缓解过度医疗并控制成本，而其缺点是执行复杂，需要丰富的数据支持，而且可能引发医疗机构虚报病种。

按人头付费是指将个人一段时间内的所有医疗服务打包给医疗机构，医疗机构获得固定额度的支付。由于个体的差异性，按人头付费通常伴随着风险调整，即人头费的水平根据投保人的健康状况或者医疗花费风险进行调整。具有较高花费风险的投保人人头费较高，以此减少医疗机构挑选健康投保人的动机。按人头付费的优点在于可以有效控制医疗费用，而缺点在于如果医疗市场缺乏竞争，则医生的服务积极性不高，进而可能影响服务质量。

按业绩支付是指医院的支付与业绩指标相关，比如病人满意度、两周复诊率等。这一方式通常与其他支付方式共同执行，比如按人头付费，目的是在控制费用的同时保证医疗服务的质量。但其缺陷在于有时业绩的指标难于制定统一标准，而且可能诱发医生漠视业绩考核目标以外的医疗服务指标。

我国的医保支付体制改革需要借鉴国际经验，探讨各种支付模式在我国国情下是否具有可操作性。公平有效的支付模式，能够让医院不仅有意愿为患者提供高质量的医疗服务，同时有激励选择合理的医疗手段，并主动减少过度医疗，从而提高医疗投入的效率产出。合理的支付模式的确立，对深化我国医药卫生体制改革具有深远影响。