

当医疗纠纷发生时,由法院或医患双方启动鉴定程序^[6]。

3.2 将盲法原则运用于医鉴全过程 盲法原则是指按照试验方案的规定,在试验结束之前,不让参与研究的受试者或研究者,或其他有关工作人员(资料整理、分析人员等)知道受试者被分配在何组(试验组或对照组)以及接受何种处理。之所以运用盲法,是因为在临床试验中,患者对治疗的反应除治疗因素的作用外,患者心理状态也会产生很大的影响^[7]。盲法原则作为统计学中一项非常重要的原则,应用于医鉴工作的始终,对防止医疗领域中的行业保护和保证医鉴结论的公正性将会起到一定的积极作用。具体应用情况主要体现在:(1)在医鉴工作中省略掉医疗机构的名称和患者的姓名。(2)对从专家库中抽取的专家鉴定组成员的姓名、职称、工作单位暂不告知双方当事人。对于当事人双方申请回避的权利可以在医鉴工作正式结束以后行使,起诉至人民法院的医疗纠纷案件可以在法庭辩论终结前提出回避申请。

3.3 允许异地委托医鉴 2005 年 2 月 28 日第十届全国人民代表大会常务委员会第十四次会议通过的《全国人大常委会关于司法鉴定管理问题的决定》第八条规定:各鉴定机构之间没有隶属关系;鉴定机构接受委托从事司法鉴定业务,不受地域范围的限制。医鉴虽然不同于医疗损害的司法鉴定,但是医学会接受异地委托对防止医疗行业中地域性的自我保护会起到一定的作用。此外,也可打消患方对鉴定结论是否公正的顾虑,在一定程度上提高了鉴定书的公信力^[8]。

3.4 建立起对鉴定人员的责任追究制度 《司法鉴定人管理办法》(以下简称《管理办法》)第三十二条规定:司法鉴定人违法执业或因过错给委托人造成损失的,由其所在的司法鉴定机构承担赔偿责任。司法鉴定机构赔偿后,可以向有故意或重大过失行为的司法鉴定人追偿。同理,医鉴也可以参照《管理办法》制定本行业的责任追究制度,具体由卫生部负责制定。

• 卫生管理 •

度中应明确鉴定人的职业道德、执业纪律和错鉴、假鉴责任追究的情况予以细化,明确列举出什么可为、什么不可为、违者如何处理等。相信随着责任追究制度的实施能在一定程度上提高鉴定专家的职业道德,规范其执业行为,减少错鉴、假鉴案件的出现。

以上只是针对现行医鉴体制中影响鉴定结论公正性的几个关键因素进行了积极的思考,并提出了一些解决办法,但这只是作者对完善中国医鉴制度的一点粗浅的建议,其合理性还有待考证。

参考文献:

- [1] 高也陶,颜璋养,吕略钧. 医疗工作中的法律法规及专业规范[M]. 上海:第二军医大学出版社,1998:前言.
- [2] 蔡晓霞. 鉴定结论证据能力及证明力分析——以医疗事故鉴定结论为视角[J]. 医学与哲学,2007,28(9):51.
- [3] 苏洁卿,沈爱玲. 从诉讼角度谈医疗事故鉴定结论的公正性[J]. 贵阳中医学院学报,2010,3(21):9.
- [4] 高野,王莹. 关于医疗事故鉴定的若干问题探讨[J]. 法制与社会,2008(9):93.
- [5] 胡海涛,徐彩裙,张晓隆. 在医疗事故鉴定中体现公正性因素的思考[J]. 中国卫生法制,2008,16(5):44.
- [6] 李情,强美英. 完善我国医疗事故技术鉴定制度的思考[J]. 医学与哲学,2006,27(1):16-18.
- [7] 徐天和,王玖. 医学实验设计:第二讲随机化原则与盲法原则[J]. 中国医刊,2005,40(8):54-55.
- [8] 单斌华. 浅谈如何提高医疗事故技术鉴定的公信力[J]. 江苏卫生事业管理,2010,21(2):95.

(收稿日期:2011-03-01 修回日期:2011-07-22)

医疗保障城乡一体化的实践探索*

杨小丽

(重庆医科大学公共卫生与管理学院医学与社会发展研究中心 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.34.041

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)34-3523-02

中国医疗保障改革中由于理念不清和决策失误,造成了制度分割及碎片化,这种群体之间、城乡之间分割的改革方案,破坏了医疗保障制度的系统性和统一性,过大的保障差距,已明显超出了合理的范围^[1]。客观现实的需要和未来发展的规划迫切需要从总体上重新规划覆盖城乡居民的、健全统一的医疗保障体系,城乡医疗保障一体化已成为当今政界和学界的重大课题。

重庆作为中国统筹城乡综合配套改革试验区,从 2007 年年底开始积极探索整合各项基本医疗保障制度之间的途径,在总结新农合经验的基础上,重庆市建立了城乡居民合作医疗保险制度,并在五个区启动了试点工作^[2]。总结和分析重庆市在实践探索中的经验和教训对今后在西部乃至在全国建立城乡一体化的医疗保障制度具有重要的借鉴意义。

1 资料与方法

1.1 调查对象 江北区是重庆市城乡居民合作医疗保险试点区之一,由于该区城市化程度较高,经济较发达,城乡居民收入差距较小,本文 2008 年选择江北区城乡居民合作医疗保险管理中心为现场进行实证调查。

1.2 方法

1.2.1 收集江北区社会医疗保险城乡一体化前、后有关的政策文件和报表数据,如制度的保障人群、筹资金来源、保障水平、基金使用和流向、受益情况、基金运行和管理等方面信息。

1.2.2 收集江北区城乡一体化前、后医疗保险参保人员的信息,主要包括人员基本情况、参保情况、获得的补偿等信息。

1.2.3 收集江北区社会经济信息,如地区 GDP 总量、人均 GDP、产业结构、就业结构、地方财政收入和城镇化发展

* 基金项目:教育部人文社科基金资助项目(09YJA630161);重庆市哲学社会科学规划资助项目(2008-SH06)。

水平等信息。

2 结 果

2.1 社会经济发展情况 江北区城镇化率为 85.62%，2008 年人均地区生产总值 32 216 元^[3]，远高于当年全国平均水平 (22 698 元) 和重庆市平均水平 (18 025 元)，与东部地区平均水平接近 (37 213 元)；第二、三产业在国民经济中所占比重分别为 46.70% 和 52.10%；城乡居民的收入差距为 1.88 : 1；城乡居民食物支出占家庭生活消费支出分别为 35.53% 和 49.97%；城乡居民医药卫生支出占家庭生活消费支出分别为 8.67% 和 16.29%，是除食物以外居民家庭生活消费支出构成中最大的支出。

2.2 参保情况 截止 2008 年年底，江北区城乡居民合作医疗保险的城乡居民参保率为 93.28%，选择 I 档占 72.14%。城镇居民参保率为 92.00%，参保者中 59.56% 的人选择了 I 档；农村居民参保率为 95.09%，参保者中 89.41% 的人选择了 I 档。

2.3 筹资来源及筹资水平 从调查结果来看，中央财政、地方财政和个人缴纳在筹资总额中分别占 33.21%、34.16% 和 32.45%。城镇居民的财政补助资金基本上能及时到位，而农村居民的财政补助却未能及时到位，从而导致 I 档人均筹资没能达到 90 元的标准。

2.4 基金使用及流向 由于为区级统筹，基金规模小，制度设计上较为保守，补偿比例、封顶线设置较低，起付线设置较高。2008 年江北区城乡居民合作医疗保险住院补偿情况：住院费用起付标准为三级医疗机构 1 000 元，二级医疗机构 600 元，一级医疗机构 200 元；最高支付限额为 I 档 12 000 元，II 档 50 000 元；基金支出构成为住院 86.28%，门诊 13.72%。导致基金使用率较低 (53.64%)，补偿基金主要流向基层医疗机构。2008 年江北区城乡居民合作医疗保险住院报销比例、住院及门诊补偿基金流向见表 1。

表 1 2008 年江北区城乡居民合作医疗保险住院报销比例及住院、门诊补偿基金流向 (%)

医疗机构类别	住院报销比例		住院补偿基金		门诊补偿基金	
	I 档	II 档	I 档	II 档	I 档	II 档
三级医疗机构	15.00	25.00	26.34	30.25	0.00	0.00
二级医疗机构	25.00	40.00	37.96	55.55	9.08	43.55
一级医疗机构	45.00	60.00	35.70	14.20	90.92	56.45

2.5 受益情况 多数参保居民已享受到门诊补偿带来的实惠，但获得住院补偿的参保居民总体的受益率 (住院或门诊补偿人次占参合人数的比值为受益率或受益面) 较低，仅为 5.18%，受益面较窄。I 档人均使用医疗保险基金为 31.86 元，II 档为 159.44 元；门诊参保受益率 I 档为 59.72%，II 档为 75.09%；住院参保受益率 I 档为 3.08%，II 档为 10.63%。I 档和 II 档受益情况差距较大，II 档的受益率较 I 档高出很多。

3 讨 论

3.1 实践探索中已取得的初步成果

3.1.1 打破身份界限，统一城乡居民医疗保险待遇标准 中国农村与城市目前还存在着较大的经济社会发展差异，城乡居民的收入和对看病治病的认识也极为不同。重庆市在设计城乡居民合作医疗缴费标准时，充分考虑到城乡经济发展水平和

城乡居民医疗消费的差异，实行全市统一的筹资标准，筹资标准分为两个档次，城乡居民可以根据自己的情况自由选择缴费档次^[4]。I 档是为农民设计的新农合的缴费档次，即每人每年 90 元，困难的城镇居民也可以选择 I 档缴费；II 档是为城镇居民设计的缴费档次，每人每年缴费 200 元，但有条件、相对富裕的农民也可以选择 II 档缴费^[5]。

重庆市城乡居民合作医疗在制度上打破了城乡二元结构的设计，打破城镇、农村户籍身份限制，无论是城镇居民还是农村居民都在同一个医疗保险制度的覆盖之下，从制度上消除了城镇和农村的“二元”差异，保证了社会公平的实现。同时，在筹资模式上，政府对于城乡居民筹资水平的投入完全一致，2008 年政府对城乡居民的财政补助人均都是 80 元，克服了以往城乡有别的医疗保障投入；在医疗费用报销待遇上，只有档次的差异，而没有城乡居民身份的差异。

3.1.2 整合现有资源，统一城乡医疗保险经办操作 重庆市自 2003 年开始建立新型农村合作医疗 (新农合) 制度以来，经过 5 年的发展，已经形成了较为完善的管理体系，积累了低水平起步、有效控制医疗费用和基金风险、衔接医疗救助等成功经验。2007 年，在全国实行城镇居民基本医疗保险试点时，重庆市结合统筹城乡综合改革配套试验区的实际，依托新农合网络信息平台，将城镇居民基本医疗保险制度建设与新农合制度衔接，建立了“城乡居民合作医疗保险制度”，有效地整合了城镇居民基本医疗和新农合管理机构的行政资源和网络平台，提高了管理效率，避免了资源浪费，节约了制度的运行成本。

3.1.3 城乡居民合作医疗的制度框架和运行机制基本形成 建立了城乡居民合作医疗保险管理中心，医疗保险管理中心通过对街、镇社保机构人员和街道社区工作人员的培训，基本建立起了城乡居民合作医疗保险参保及日常管理体系。试点区确定并完善了定点医疗机构，制订了城乡居民合作医疗保险定点医疗机构管理办法，建成了网络信息系统中心机房，中心机房与试点区各街镇、社区实现了网络连接，参保居民直接在户口所在地的社区，通过网络进行参保，农村机构在乡镇社保机构参保。

3.1.4 参保居民抵御大病经济风险的能力得到增强 截止 2008 年年底，江北区农村居民参保率为 95.09%，与 2007 年参保率相比增加了 20 个百分点。2007 年底江北区从无到有建立起了城镇居民基本医疗保险制度，城镇居民参保率高达 92.00%，从根本上解决了城镇居民无医疗保障的问题。城乡居民合作医疗基金的 80.00% 用于住院费用补偿，这极大地有助于缓解城乡居民“因病致贫、因病返贫”的矛盾，增强了城乡居民抵御大病风险的能力。

3.1.5 促进了基层医疗资源的有效利用 由于在制度设计时对基层医疗机构设置了低于高级别医疗机构的起付线和高于高级别医疗机构的补偿比例，从而有效地引导了参保居民积极利用基层医疗机构提供的服务，实现了基本医疗服务的下沉，增加了基层医疗机构的医疗收入，促进了基层医疗机构人力资源和物资设备的合理利用，提高了卫生资源的使用效率，为基层医疗机构的发展创造了良好的人力、物质条件^[6]。

3.2 实践探索中存在的问题

3.2.1 政府财政投入未能及时到位，实际报销比例较低 城乡居民合作医疗基金由各级政府的财政补助和城乡居民缴纳的参保费构成，这些资金是否及时足额到位，(下转第 3530 页)

习积极性的主要因素是学校学风(38.31%)、教学设备及后勤管理程度(26.38%)。为更好地进行教学质量监控提供了科学依据。

3.3 多方面锻炼和提高了学生的能力 信息员与其他同学都积极踊跃参与信息反馈,至 2011 年 4 月底,已收集教学信息员反馈表 2 609 份,反映教师 106 份,反映学生 1 521 份,反映教学设施及相关管理部门 982 份。信息员通过参与收集、处理、反馈信息,撰写、编审稿件,组织调查、访问以及各种公关活动,调查研究、写作、社交、计算机应用和分析问题等各方面的能力都得到了锻炼和提高。

3.4 树立了优良的学风 信息员和其他同学朝夕相处,能准确了解和掌握学生的学风状况,并随时反馈不良学风,通过学生教育主管部门的管理与引导,有效调动和提高学生学习的积极性与自觉性,促进优良学风的形成。

4 学生教学信息员制度的改进措施

大学生教学信息员是学校教学管理的重要力量,大学生教学信息员制度是学校教学质量的重要组成部分,在教学改革和提高教学质量的过程中起着监控、桥梁和纽带的作用^[7-8]。在今后的工作中将加大宣传力度,提高教学管理部门、教师和信息员的认识;改变信息员的聘用方式和加强对信息员的培训,不断提高信息员的素质;加强信息员制度建设,不

断推动教学质量的提高。

参考文献:

- [1] 王训练,王根厚,杨晓刚. 讲求实效切实整改全面提高本科教育教学质量[J]. 中国地质教育,2005(1):105-107.
- [2] 刘璐梅,许冬武,瞿佳. 试论学生教学信息员队伍的建设[J]. 中国高等医学教育,2006(10):34-35.
- [3] 郑凉. 关于加强高校学生信息员队伍建设的思考[J]. 浙江工贸职业技术学院学报,2006,6(2):38-41.
- [4] 淡心广,孔祥义. 加强教学信息员队伍建设促进教学质量提高[J]. 石油教育,2005(3):79-81.
- [5] 王海平,丁进国. 建立学生教学信息员制度的尝试[J]. 北京教育:高教版,2006(7):90-91.
- [6] 陈元玉. 浅谈学生教学信息员制度的建设[J]. 湖北教育学院学报,2006,234(6):103-104.
- [7] 高宏. 论高校教学信息员制度:基于教学质量监控的视角[J]. 黑龙江教育:高教研究与评估,2007(11):88-89.
- [8] 刘勇. 文山师专学生教学信息员制度的实施与改进[J]. 文山师范高等专科学校学报,2008,21(4):85-88.

(收稿日期:2011-01-09 修回日期:2011-07-03)

(上接第 3524 页)

关系到城乡居民合作医疗的筹资稳定性。各级财政补助资金及时到位是保障城乡居民合作医疗保险制度得以存在和发展的必要前提。实践中由于各级财政拨款滞后,医疗保险经办机构担心基金超支,故对参保城乡居民的报销设置了较高的条件,导致参保居民实际报销比例仅为 26.00%左右。

3.2.2 基金沉淀问题 由于试点区统筹层次低,为区级统筹,基金规模小,因此,在制度设计上较为保守,补偿比例、封顶线设置较低,起付线设置较高,导致基金使用率较低。

3.2.3 统筹层次较低,“穷帮富”的现象较为突出 由于试点区参保Ⅱ档的居民人数较少,大约 28.00%左右,基金总体规模较小,因此,在实际操作中试点区并未按规定实行Ⅰ、Ⅱ档分别列账核算,而是不同筹资水平统一列账核算,从而导致参保Ⅱ档的相对富裕的人员更多地利用了医疗卫生服务和更多地使用了医疗保险基金。

3.2.4 管理体制不顺 城乡居民合作医疗保险经办机构究竟应挂靠在哪个政府部门下面,由于缺乏相应的政策依据,实践中并未形成一致意见,出现了多种管理形式^[7]。有的试点区县将经办机构挂靠到区卫生局,有的区县将其纳入劳动保障部门的医保中心,还有的区县在卫生局和劳动保障部门以外,单独成立了一个管理机构。但无论哪种形式在业务上都得接受来自市卫生局和劳动保障部门两个方面的管理,导致实际工作中出现较多的困难。

尽管目前重庆市依靠新农合的平台,通过扩大模块和整合功能,已实现了城乡居民医疗保障统一的数据库平台和规范的

信息化管理,但这种统一管理还是低水平的^[8],对医疗保障制度的行政和经办管理尚未归口统一,经办机构需接受来自卫生局和劳动保障部门的双重指令,给实际工作带来了很大困难。因此,城乡居民合作医疗保险制度还必须整合现有管理模式,建立统一的管理体制。

参考文献:

- [1] 杨小丽,冯泽永,张亮. 构建城乡统筹医疗保障制度的核心议题[J]. 重庆医学,2009,38(21):2754-2755.
- [2] 杨小丽. 重庆市城乡合作医疗的实践探索[J]. 中国卫生经济,2011,30(4):26-28.
- [3] 重庆市统计局,国家统计局重庆调查总队. 重庆统计年鉴 2009[M]. 北京:中国统计出版社,2009:12.
- [4] 仇雨临. 城乡医疗保障的统筹发展研究:理论、实证与对策[J]. 中国软科学,2011(4):75-87.
- [5] 向春玲. 建立城乡一体化医疗保障体系[N]. 山西政协报,2010-02-24(A02).
- [6] 王保真. “十二五”规划推进统筹城乡医疗保障制度的思考[J]. 社会保障研究,2011(1):198-199.
- [7] 雷海潮. 城乡统筹医疗保障制度的内涵与实现策略[J]. 中国卫生政策研究,2011,4(3):1-3.
- [8] 王东进. 构建覆盖城乡的医疗保障体系的战略步骤[J]. 中国劳动保障,2008(8):16-18.

(收稿日期:2011-01-09 修回日期:2011-07-21)