

制上将医生“单位人”变成“社会人”，加快医生成为市场经济体制下的“社会人”，重新重视起医生医疗服务的地位，充分发挥医疗服务在医疗主体中的核心价值。大医院医生成为自由的社会人之后，才能大胆地到基层执业，也才没有阻止上下转诊的动机，使双向转诊畅通无阻。

参考文献：

- [1] 昂扬. 双向转诊及其实现机制[D]. 苏州: 苏州大学, 2010.
- [2] 程才, 唐圣春, 刘高伍, 等. 双向转诊的转诊水平研究[J]. 医学与社会, 2008, 21(3): 22-23, 27.
- [3] 肖纯怡, 程晓明. 全科医生队伍建设与全科医学教育现状

· 卫生管理 ·

分析[J]. 中国全科医学, 2003, 6(18): 642-644.

- [4] 邓娅, 邓世雄. 医师多点执业的研究和探索[J]. 重庆医学, 2011, 40(9): 922-923.
- [5] 周乐明, 冯泽永, 曲别拉布, 等. 社区首席医生制度及其对双诊制的影响[J]. 重庆医学, 2011, 40(7): 715-716.
- [6] 张平原. 关于医师多点执业行医的探讨[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(4): 304-305.
- [7] 刘超. 正确认识和处理好医生兼职[J]. 南京医科大学学报, 2003, 3(1): 19-20.

(收稿日期: 2011-10-14 修回日期: 2012-01-08)

中国基本医疗保险城乡一体化探析——以重庆市为例

程雨蒙¹, 朱刚令², 常刚¹, 刘志远^{3△}

(1. 重庆医科大学管理学院 400016; 2. 重庆市医疗保险管理中心渝北区分中心 401120; 3. 重庆医科大学医学与社会发展研究中心 400016)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 16. 038

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)16-1661-03

基本医疗保险制度是指当人们患病或受到伤害后, 由国家或社会提供医疗服务或经济补偿的一种社会保障制度^[1]。社会医疗保险统筹层次可以理解为在多大程度和范围对参保人分散风险、基金共济以及提供相关服务^[2]。当前, 根据户籍、职业以及参保对象的差异, 中国已经初步建立了城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗这三大医疗保险制度。就目前运行的情况来分析, 作者认为提高医疗保险统筹层次、实现城乡居民基本医疗保险一体化是中国医疗保障事业发展的必然趋势, 将有利于提高城乡居民医疗保障水平, 促进医疗卫生事业均衡发展。

1 中国医疗保险制度发展演变历程

自建国以来, 中国医疗保险制度在内容和统筹层次上经历了多次变革, 根据时间的推移和医疗保障制度统筹规模的变化, 将中国医疗保险制度的发展大致分为 3 个阶段。

1.1 第一阶段(建国初期至 1978 年) 这一阶段是中国基本医疗保障事业积极探索、激发活力的起步阶段。1950 年 8 月第一次全国卫生工作会议召开, 中国逐步建立起由劳保医疗、公费医疗、农村合作医疗组成的福利性医疗保障制度。在这段时期, 随着国民经济迅速的恢复与发展, 中国的医疗卫生事业也发展迅速, 但是建立在行业自主统筹基础上的福利性医疗保障制度实际上是一种风险分散模式有限的简单统筹模式。

1.2 第二阶段(1978~1998 年) 这一阶段是中国基本医疗保障事业解放思想、提高效率的探索阶段。1985 年 4 月, 国务院批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》, 随后中国医疗卫生机构通过“放权让利、扩大自主权和分配制度改革”, 医疗卫生服务供给大幅度增加。1992 年国务院下发《关于深化卫生改革的若干意见》提出“支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理, 做到自主经营、自负盈亏”。这段时期, 在市场化需求为主导的医疗卫生制度发展模式下, 医疗卫生资源分配不平衡问题十分突出。

1.3 第三阶段(1998 年至今) 是基本医疗保障事业的提升

统筹层次阶段。从 1998 年国务院颁布 44 号文件, 在全国范围内开始推进城镇职工基本医疗保险制度改革, 到 2002 年中共中央、国务院颁布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》, 明确了建立新型农村合作医疗制度等重大战略部署, 到 2007 年国务院颁布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》, 国内逐步建立起具有中国特色的医疗保障制度体系^[3]。这一阶段, 医疗保障制度成功实现了向社会统筹模式的转变。但是基于现行的行政管理体制, 统筹模式以县级统筹为主。2009 年党中央国务院的新医改意见要求“随着经济社会发展, 逐步提高筹资水平和统筹层次, 2011 年城镇职工医保、城镇居民医保基本实现市(地)级统筹”。中国基本医疗保险制度将主要由县级统筹提高到市级统筹, 实现更大范围的风险互济。

2 中国基本医疗保险统筹层次现状分析

2.1 中国基本医疗保险统筹层次概况 党的十六届六中全会从科学发展的高度提出了“五个统筹”的目标, 并把“统筹城乡发展”放在首位, 把统筹城乡医疗保障作为统筹城乡发展的重要方面, 对于落实科学发展观、完善社会主义市场经济体制具有重大意义。从目前实际情况来看, 在制度建设上, 经过多年的改革实践, 中国已初步建立了城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险以及新型农村合作医疗三大医疗保险制度, 从制度层面上基本实现了医疗保险的全民覆盖; 在管理层面内, 城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险由人力资源和社会保障部门管理, 新型农村合作医疗则由卫生部门管理; 在实际运行体制中, 中国目前的医疗保险体系仍实行城乡二元化制度模式, 即在城镇实行的是城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险, 在农村实行的则是新型农村合作医疗保险, 两者在多方面均存在较大差异。认真分析当前的医疗保险统筹层次现状, 不难发现中国医疗保险统筹层次多数在县一级, 少数在地市一级, 个别大城市全市统筹。社会医疗保险本质上是为了分散风险而进行的收入再分配。从大数法则的角度来看, 统筹层次越高越有利于分散风险, 基金抵御风险的能

表 1 重庆市职工医保管理体制模式

管理模式	覆盖区县
市级统筹区	
垂直管理	渝中区、大渡口区、江北区、沙坪坝区、九龙坡区、南岸区、北碚区、渝北区、巴南区(含北部新区)。
分级管理	双桥区、长寿区、石柱土家族自治县、城口县
非市级统筹区	
分级管理	万州区、涪陵区、黔江区、江津区、合川区、永川区、南川区、綦江县、潼南县、铜梁县、大足县、璧山县、垫江县、武隆县、开县、巫山县、丰都县、梁平县、荣昌县、巫溪县、奉节县、云阳县、忠县、彭水苗族土家族自治县、酉阳土家族苗族自治县、秀山土家族苗族自治县

表 2 重庆市职工医保、城乡居民医保整合图

管理模式	覆盖区县
职工医保和城乡居民医保单设	渝中区、大渡口区、江北区、沙坪坝区、九龙坡区、南岸区、北碚区、渝北区、巴南区、璧山、奉节、万州、忠县
职工医保和城乡居民医保整合为一	涪陵区、黔江区、江津区、合川区、永川区、南川区、綦江县、潼南县、铜梁县、大足县、垫江县、武隆县、开县、巫山县、丰都县、梁平县、荣昌县、巫溪县、云阳县、彭水苗族土家族自治县、酉阳土家族苗族自治县、秀山土家族苗族自治县、双桥区、长寿区、石柱土家族自治县、城口县

力也就越强。所以当前形势下迫切需要通过提高基本医疗保险统筹层次,增强医保基金风险共济能力。

2.2 重庆市基本医疗保险统筹现状分析 2007年,在国务院开展城镇居民基本医疗保险试点工作的统一部署下,重庆市结合统筹城乡综合改革配套实验区建设经验,开展了城乡居民合作医疗保险试点,将职工医保制度外的学生(不含大学生)、少年儿童和其他非从业城乡居民纳入保障范围,解决了城乡居民的医疗保障问题。至此,从制度上实现了“人人享有医疗保障”的目标。2009年,试点工作实现了40个区县(自治县)的全覆盖。从目前的情况来看,重庆市医疗保障城乡统筹政策符合实际,总体运行态势良好。但由于城乡统筹的实施涉及多方利益,因此,在重庆市推进医疗保障城乡统筹的过程中也纷纷暴露了一些问题,影响了该项工作的深入开展。

3 重庆市基本医疗保险统筹过程中存在的主要问题

3.1 重庆市个别区县重视程度不够 党和政府的高度重视是建设医疗保障城乡统筹的强有力的政治保障,它直接决定着该项制度的确立及推进速度。重庆市政府高度重视该项工作,2009年就发文将全市城乡居民医疗保险的管理职能划归人力社保部门管理,但由于个别区县认识不到位,截至2011年,管理职能仍然是形式上的划归而实质上独立,当地人力社保部门仅有指导权,而无管辖权,不能及时了解当地医疗保险工作开展状况,造成了职工医保和城乡居民医保不能统筹兼顾和市区两级管理体制不顺,影响了日常工作的开展。

3.2 三项医疗保险制度参保范围存在交叉和空缺 随着中国城市化建设不断加快,城乡劳动力流动和城乡居民相互融合的趋势逐渐加强。在重庆市参保管理实践中,作者发现目前3种基本医疗保险各自的覆盖对象交叉甚至界定模糊。比如:在市区企业就业的农民工,按照现行政策既可以参加城镇职工基本医疗保险,又可以在原户籍参加新型农村合作医疗保险。中国医保政策明确规定不得重复参保,但是由于中国三大医疗保险分属于不同的管理部门,管理机构之间为了提高参保率,不免会挤占对方资源甚至默许参保对象两头参保。

3.3 管理体制上条块分割,经办机构重复建设 现行的三大医疗保险条块分割的管理体制不仅增加了管理的成本,也不利于参保人员对参保经办程序的熟悉和了解。从重庆市目前的

实际情况来看,一是职工医保管理体制多样。40个区县中,市级统筹区覆盖13个区县,非市级统筹区覆盖27个区县。其中,市级统筹区中垂直管理的9个,即实行人、财、物的垂直管理;分级管理4个,即除业务统筹外,经办机构的人、财、物仍由当地人力社保部门管理,具体情况见表1。二是城乡居民医保与职工医保未完全实现整合。目前,实现了职工医保和城乡居民医保整合的区县有27个,占总数的67.5%;单独设立的有13个,占总数的32.5%。具体见表2。

3.4 信息网络建设滞后 加强医疗保险信息系统建设,是实现医疗保障城乡统筹的重要保证。建立医疗保险信息系统,就是要打破职工医保和城乡居民医保系统独立、指标差异、数据不能共享的现状,通过信息系统的整合,为医疗保障城乡统筹提供技术性、系统性和服务性支撑。以重庆市为例,目前,不仅市级城乡居民医疗保险和职工医疗保险的信息系统还未实现整合,而且市级统筹区职工医疗保险市级信息系统与其他统筹区相对独立,城乡居民医疗保险信息系统各统筹区单独运行。信息网络系统建设滞后,也将极大地影响重庆医疗保障城乡统筹工作的深入开展。

4 提高基本医疗保险统筹层次具体思路及应对措施

4.1 认真分析当前中国医疗保险所处的形势,更新参保观念,从思想上调动广大参保人员的积极性 2011年是“十二五”规划的开局之年,国务院办公厅明确提出了要“加快推进基本医疗保险城乡统筹,稳步推进经办管理资源整合,做好各项基本医疗保险制度政策和管理的衔接,实现信息共享,避免重复参保”的要求^[4]。所以从形势上看,医疗保障城乡统筹是必然趋势,而且还要加快推进。同时,要加大政策宣传力度,有计划地使年轻人、大学生和身体健康人群,都能积极参加城乡居民合作医疗保险,实现人人享有医疗保险的同时也增强基金的抗风险能力。在重庆市管辖的40个区县之中,经济发展水平差异较大,政府应当根据不同地区的自身条件制定多样化的筹资标准以提高居民参保积极性,同时根据各区县参保实际情况建立对区县的激励机制,增加区县加入市级统筹的医院数量以及加入市级统筹后的主观能动性。

4.2 科学界定医疗保险城乡统筹的概念,畅通制度流动通道,从体制上打破现有的医疗保险关系转换瓶颈 医疗保障城乡

统筹是以科学发展观为指导,用统筹兼顾的方法,突破城乡地域、户籍身份、行政资源和管理体制等限制,统一规划制定适应发展水平和城乡居民基本医疗需求的政策体系、制度方案、管理方式、运行机制的公共管理行为。在实现医疗保障城乡统筹的实践过程中,随着参保人群的结构越来越复杂,各类人群对医疗保险费的承受能力、享受待遇的要求都会有所不同,这就要求医保制度按照“可选择、可转移、可续接”的要求,探索不同的制度间转移、衔接办法,注重整体规划。

4.3 积极探索有效的城乡统筹路径,协调部门间的合作,从已有的实践经验中剖析提高医疗保险统筹层次路径的现实可能性 笔者认为,医疗保险的城乡统筹是三者(制度、管理、经办体制、服务范畴等方面的更深层次的规划与融合。以重庆市为例,可考虑统筹的路径为:途径一:将区县新农合与城镇居民医保实现整合,建立城乡居民医保,在此基础上,实现城乡居民医保与当地职工医保整合,建立本统筹区城乡统筹的医疗保障制度,然后扩大统筹层次,建立全市(省)统一的城乡统筹医保。途径二:将区县新农合与城镇居民医保实现整合,建立城乡居民医保,然后扩大城乡居民医保的统筹层次,实现全市(省)统筹。与此同时,职工医保扩大统筹层次,实现全市(省)统筹,在职工医保和城乡居民医保统筹的基础上,通过市人力社保部门的推动,实现两种制度的整合,建立全市(省)统一的城乡统筹医保。具体路径见图 1。

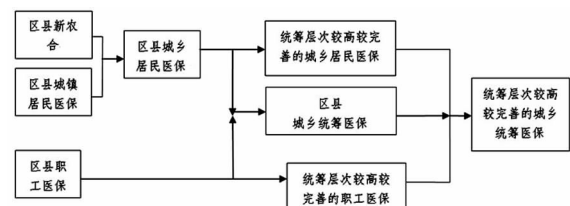


图 1 重庆市医疗保险的城乡统筹具体路径图

4.4 有效整合现有的医疗保险管理资源,扩大信息网络覆盖,从管理上推进医疗保险统筹层次的提高 从管理体制上来看,城乡统筹医疗保险管理体制是三种险种在制度融合基础上,经办机构、经办管理模式的完全融合。为此,要重新确立内设机构·卫生管理·

构及其职能职责,建立起有效的工作配合和衔接机制。管理模式整合,信息系统是支撑。以重庆市目前的运行形势来分析,急需建立一个高起点的信息化服务平台,将各区县的新农合、城镇居民医保经办和结算纳入到统一的医保网络。同时提升信息化管理水平,探索建立基金决策分析系统、预警系统,满足对单位和个人缴费、参保人员就医、医生医疗、两定机构费用支出的实时监控。

4.5 全面加强医疗保险配套机制建设,尝试引入商业监管机构,多角度、全方位地促进国内医疗保险事业又好又快地发展 在推进医疗保险统筹的进程中,政府的重视十分关键。争取政府大力支持,解决当前在体制整改、部门协调、制度整合等方面的问题,为深入推进医疗保险工作提供政治保障,同时建立各级财政对医疗保险转移支付制度,健全公共财政投入机制,夯实医疗保险管理体系的基础。另外,政府可以在借鉴国外医疗保险的先进经验基础之上,选择部分诚信的商业保险公司与其合作,适时引入第三方监管机制,保证医保基金安全运行的同时满足人们个性化的医疗保险需求。在全面提高医疗保险统筹层次的基础上,充分发挥政府和商业机构各自的优势,形成互利共赢的局面^[4]。

参考文献:

[1] 程晓明. 医疗保险学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2003: 7.
 [2] 王虎峰. 中国社会医疗保险统筹层次提升的模式选择——基于国际经验借鉴的视角[J]. 经济社会体制与比较, 2009, 6: 60-67.
 [3] 王东进. 中国医疗保障制度建设历史跨越[M]. 北京: 化学工业出版社, 2011: 2-3.
 [4] 张自力. 社会医疗保险和商业医疗保险融合互补的对策建议[J]. 中国商界(下半月), 2009, 5: 246-248.

(收稿日期: 2011-10-13 修回日期: 2012-01-06)

充分借鉴美国 PI 制 促进高原军事医学学科建设和人才培养

罗勇军, 周其全, 高钰琪

(第三军医大学高原军事医学系高原疾病学教研室/高原医学教育部重点实验室, 重庆 400038)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 16. 039

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)16-1663-02

美国是当今世界第一科技强国,具有完善的科技决策、管理体制^[1]。美国的主要研究者(principle investigator, PI)制是美国实验室运作的主要方式,经过多年的摸索、积累,在美国的科技创新中发挥着重要的作用^[2]。本组就如何借鉴美国 PI 制,阐述 PI 制在实际推行过程中,应该注意的问题,以提高 PI 制的效果,提高高原军事医学科研实力,更好地为军、为民服务。

1 美国的 PI 制

在美国大学、研究所的各级科研实验室中,广泛实行 PI 制。一个实验室一般由一个 PI 负责,对实验室的仪器设备、人员组成和日常管理各环节负有全面责任,主要包括负责课题申请、实验数据的把关、论文撰写、决定实验室人员的去留。如果下属工作不认真、不令人满意,可以辞退本实验室研究人

员^[3-5]。在每个 PI 单元内,每个课题组通常包括一个或多个助理教授、博士后、研究生以及大学生(甚至高中生)。在美国 PI 不仅可以是教授,也可以是副教授、助理教授,他们都有权利招收研究生和博士后。美国的实验室一般一个 PI 有 4~5 名研究生和博士后、1 名技术员,每年需要向研究生支付 1.5 万至 2.5 万美元左右的工资;需要向博士后支付 3.0 万至 5.0 万美元的工资,技术员的工资也在 5.0 万美元左右,所以每个 PI 招的学生越多,聘请的人员越多,支付的工资也越多,上述人员的工资与福利均从 PI 的课题费中支付^[6]。在美国科研成果除了发表 SCI 论文外,通常是根据同行的认可度进行科研实力的评价。同时 PI 的工作业绩,也与自己的切身利益密切相关,例如即使拿到终生教授的人员,学校每年也只向其支付 9 个月的工资,寒暑假的工资学校不予支付,这部分工资要通过 PI 从自己