

东莞社区门诊医疗保障实践与探索

东莞市社会保障局医疗保险科科长 袁鹰

近几年，国务院及各级地方政府高度重视门诊医疗保障制度建设，并出台了以建立健全社区卫生服务体系为基础，加强基层医疗卫生机构，优化城市卫生服务结构，方便群众就医，减轻费用负担等一系列政策指导意见。而建立社区门诊医疗保障制度是健全基层社区卫生服务体系、促进社区卫生服务健康发展的最直接和最有效手段。东莞市于2008年10月建立了“政府办、政府管”、实行财务收支两条线的社区卫生服务体系，同时实现门诊医疗保障与社区卫生服务改革协同推进，将社区门诊医疗保障制度与社区卫生服务体系一体化运作，较好地满足了包括城乡居民在内的广大参保人群基本医疗保障需求。

一、社区门诊医疗保障制度基本情况

2008年7月，东莞市按统一制度、统一标准、统一管理、统一基金调剂使用的原则，统筹城乡居民与职工基本医疗保险发展，建立起全市统一的社会基本医疗保险制度，其中一项重要内容就是与卫生服务体制改革紧密联动，全面实施统一的社区门诊医疗保障制度。

（一）社区门诊医疗保障制度主要内容

1. 参保范围：全市职工（含外来务工人员）、按月领取养老金或失业金人员、本市灵活就业人员及城乡居民、大中专院校学生等均属参保范围。

2. 基金筹集标准：按“多方筹资，财政补贴”的原则，医保费以上年度全市职工月平均工资的3%筹集，其中门诊医疗保障缴费费率为1%。职工由单位缴纳0.3%，个人缴纳0.5%，市镇（街）财政补贴0.2%。灵活就业人员的由个人缴纳0.8%，市镇（街）财政补贴0.2%。城乡居民由个人及市镇（街）财政按各半比例分摊。

3. 待遇标准：参保人门诊发生的基本医疗费，基金按70%核付（2010年以前为60%），不设最高封顶线，采用社区卫生服务的方式享受待遇。

4. 管理服务：在门诊医疗方面进行了一系列新的尝试：

一是建立社区卫生服务机构就医制度。即按属地原则指定一家定点社区卫生服务机构作为村（居）委会辖区内参保人的门诊就医点，一般情况下参保人应在指定就医点就诊才能享受门诊医疗保障待遇。

二是实施逐级转诊制度。参保人转诊应先转往本镇社区卫生服务中心，再由社区卫生服务中心转诊到镇定点医院门诊部、市属定点医院门诊部；因病情急需，可由指定门诊就医点直接转诊。按规定转往定点医院门诊部的，统筹基金支付比例根据转入医院的级别降低10%或20%；转到其他医疗机构的，统筹基金不予支付。但因门诊抢救的，可就近在市内任意一家定点医疗机构就诊。

三是明确界定门诊医疗待遇支付范围。门诊统筹基金支付须符合《东莞市基本医疗保险门诊药品目录》、《东莞市基本医疗保险门诊诊疗项目和服务设施范围》等门诊就医管理规定。目前，东莞社区门诊用药品种达到527种，均可由基本医疗保险报销

四是推行慢性病社区服务模式。结合社区卫生服务机构的医疗技术水平和诊疗服务能力，将列入社保费用支付范围的23类慢性疾病

(在东莞称“特定门诊”)分为两类:一类特定门诊如高血压、糖尿病等16类疾病由社区卫生服务机构直接向参保人提供诊治和病情跟踪服务。

五是采用“总量控制、定额包干”的结算方式。各镇参保人征缴的门诊医保费作为本镇社区卫生服务机构的定额包干费用,由社保部门与定点社区卫生服务中心进行结算;定点社区卫生服务中心再与辖区内各定点社区卫生服务机构调剂分配。参保人在各定点社区卫生服务机构发生的门诊医疗费中,按规定属个人支付部分由参保人自付,其余由门诊统筹基金支付。

(二) 社区门诊医疗保障制度实施主要成效

(1) 强化了政府责任,社区卫生服务体系建设和发展得到强有力的支撑。通过发展社区卫生服务和完善社区门诊医疗保障制度,我市各镇街政府切实增强了卫生事业由政府主导的理念,切实增强了政府的责任意识和支持力度,勇于承担起发展本镇街社区卫生服务的主要任务,把办好社区卫生服务和门诊医疗保障当作重要民心工程来抓,全力以赴抓好抓实,以巨大的人力物力支持社区卫生服务建设,为我市社区卫生服务建设和发展打下良好的基础。2008年以来,东莞市财政先后投入6亿多元用于社区卫生服务体系基础设施建设,同时市级财政每年还投入一定数额的资金用于社区卫生服务机构运作。由于有门诊统筹和财政强力介入,社区卫生服务机构业务和经费有可靠保证,东莞市社区卫生服务机构发展呈现良好态势。

(2) 卫生资源配置失衡格局开始转变。目前,我市已建成并投入使用的社区卫生服务机构达367个,基本达到规划目标。社区卫生服务机构的投入使用,将进一步健全我市的社区卫生服务网络。大批全科医师和社区护士的到位,将进一步夯实我市社区卫生服务事业的发展基础,更好地满足广大人民群众의 医疗保健需求。政府投入资源建设社区卫生服务机构,有了医疗保险参与,保障了其稳定运行,政府可以使财政腾财力,加大其他公共卫生服务领域的投入,使基层卫生资源配置逐渐得到加强。

(3) 促进群众就医观念和行为习惯转变。随着社区卫生服务机构的发展,参保人对社区卫生服务机构的信任度不断提高,在家门口解决一些常见病、慢性病,社会效益日益明显。同时将社区门诊医疗保障医疗费报销、慢性病管理等社保工作同步开展,社区卫生机构服务管理功能得到进一步加强,使群众对社区卫生服务机构由怀疑到接受,主动到社区卫生服务机构接受医疗服务的人次迅速增长。2010年上半年社区卫生服务机构平均每月就诊人次较上年增长了86.5%。

(4) 群众负担明显减轻,医疗保险基金利用迅速提高。我市社区卫生服务机构实行一系列惠民政策,其中包括参保人凭有效证明就诊免收挂号费,在规定时间内享受基本医疗费用报销70%(2009年为60%),享受94种常见药品零差率销售等。2009年参保人全市社区门诊已结算496万人次,社保基金支付金额1.39亿元(不含转诊费用和特定门诊费用),次均门诊医疗费用仅为48.5元,远远低于上年全市平均水平(2008年全市公立医疗机构平均每门诊人次费用为92.2元),社保次均报销金额为27.8元,门诊费报销比例为57.3%。社区卫生服务机构试行惠民政策,有效地降低了居民的医疗费用,对缓解群众看病贵问题初显成效。

二、东莞门诊医疗保障发展的经验

回顾东莞市社区门诊医疗保障制度建设之路，其经验可总结为如下四个方面：

（一）确立门诊医疗保障与社区卫生服务建设协同推进的改革理念。通过分析和总结东莞市以往社区卫生服务工作和国内其他地区门诊医疗保障工作经验和教训，我们认为门诊医疗保障与社区卫生服务只有互为依存，相互促进，才能共同发展。社区门诊医疗保障与社区卫生服务之间密切关系体现在三方面：一是社区卫生服务只有通过与其合作，才有可能获得运作的资金保障；二是社区卫生服务的转诊制度是建立在医保的基础上；三是社区卫生服务的运作机制（即服务行为）必须依靠医保支付制度来调整。我市以“保证基本医疗、减少资源浪费、促进协调发展、惠及平民百姓”为基本原则，在制定政策、组织实施、监督及业务指导等方面通过大力发展社区门诊医疗保障来推动我市社区卫生服务体系的建立。同时，从医疗保障政策上引导和鼓励患者到社区卫生服务机构就医，进一步发挥社区卫生服务体系的作用，并促进参保人形成新的就医观念和就医模式。

（二）立足人人享有，促进城乡医保服务均等化。逐步实现人人享有基本医疗卫生服务是我国今后一段时期内卫生体制改革的基本目标之一。围绕这一目标，我市在建立社区门诊医疗、发展社区卫生服务伊始，在定位上始终坚持“政府主导、公共公益”的理念，突出社区卫生服务在公共卫生和基本医疗的服务网络作用，确立预防、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务指导和基本服务“六位一体”综合卫生服务功能，明确了三大目标：一是保障群众基本医疗需求，切实减轻病人的经济负担；二是完善医疗保险基金管理和支付办法，把医保费用控制在核定的预算经费内，严格控制并确定社区卫生服务的总成本，保障社区卫生服务的基本运作资金平衡，最大程度地发挥支撑社区卫生服务运行和提供公共卫生服务的作用；三是通过完善社区门诊医疗促进社区卫生服务的可持续发展，使社区居民得到连续、价廉、便捷、优质的社区卫生服务。

（三）政府主导，理顺体制，完善各项配套政策。东莞市政府支持社区门诊医疗保障和社区卫生服务体系建设的六方面：一是将社区卫生服务纳入区域卫生规划和社会发展规划。二是明确服务定位，社区卫生服务是政府的一项公共服务职能，是政府提供公共服务的平台，具有公益性质，不以营利为目的。三是确立社区门诊医疗保障与社区卫生服务机构同步发展、捆绑运行的发展模式，用政策引导作用吸引参保人到社区卫生服务机构就医，筑牢卫生服务体制改革基础的改革思路。四是针对社区卫生服务机构的功能和运行特点，制定门诊医疗保障有关服务用药、诊疗项目、转诊等具体管理。五是理顺管理体制，社区卫生服务机构属政府组建的财政全额拨款公益性事业单位。社区卫生中心隶属镇街政府，由镇街政府负责行政管理，按照市机编办规定定岗定编。六是确立财政补偿机制，社区卫生服务机构实行收支两条线管理，经费主要由镇街财政供给，市财政给予适当补助。

（四）积极参与，有效监督，及时调控社区门诊医疗保障资源配置。在社区门诊医疗保障制度运行过程中，社保与卫生部门相互配合制定详细的社区卫生机构业务工作规范，对社区管理、操作人员进行

大规模的政策和业务操作培训，同时，对社区卫生服务机构门诊医疗保障业务工作进行监督审核。社保部门还通过门诊统筹服务提供资格准入和主导门诊统筹基金分配的优势，对社区卫生服务资源的增量以及存量调整均进行积极主动干预，确保参保人基本医疗服务需求能得到满足。社保部门对社区卫生服务机构的考核，也对其提高服务水平有重要影响。

三、待解决的主要问题

（一）风险分散机制不健全。目前东莞市社区门诊医疗保障基金基金筹集分配办法主要特点是“市级统筹，镇级包干，节余奖励，超支不补”，门诊医疗保险基金按各镇服务人数分配后，各镇之间不能相互调剂使用。2010年上半年运行情况表明，全市社区门诊统筹基金使用率为79.6%，但其中有10个镇基金使用率超过100%，超支只能由镇财政予以补贴。其结果是局部风险不能通过制度本身来有效分散。

（二）双向转诊制度不能有效落实，基金超支压力大。由于目前社区卫生服务机构承担了将参保人转诊到上级医疗机构就诊服务，由于转诊比例高，上级医疗机构向转诊病人提供医疗服务不受社区卫生服务机构限制，其费用大大高于社区卫生服务机构，社区卫生服务机构只能被动地支付费用，缺乏有效的控制手段。而上级医疗机构向社区卫生服务机构转诊比例是微乎其微，双向转诊制度有名无实。

（三）上级医疗机构与社区卫生服务机构业务重叠，相互竞争，限制社区卫生服务机构功能充分发挥。由于历史和体制的原因，我市综合性医疗机构特别镇级医院不仅承担了基本医疗服务，还承担了预防、保健等公共卫生服务，与社区卫生服务机构六大基本功能重叠，社区卫生服务机构能够开展的服务项目，这些医疗机构都能开展，而且更具专科门诊、住院服务以及人才、设备、基础设施等多方面优势，这就直接吸引病人到上级医院就医，导致社区卫生服务机构作用不能充分发挥。

（四）社区卫生服务机构服务能力有限，群众对社区卫生服务机构信心不足。社区卫生服务因其价格低廉、方便快捷，对广大群众特别是低收入人群具有很大的帮助。但从目前实际情况来看，我市医疗卫生服务的人才、技术和设备主要集中在市、镇两级医疗医院，社区卫生服务机构整体服务水平与之相比，差距较大。因此，社区卫生服务机构所提供的服务与群众期望还有较大距离。

随着我市门诊医疗保障制度改革不断发展，上述问题影响越来越突出，需要我们进一步思考和深入探索。主要解决思路如下：

一是如何针对人口数量、地域特征、医疗卫生需求进一步完善社区卫生服务机构就医点的分布，更好地方便群众就医。进一步加强社区卫生服务机构的内部管理，完善其服务功能，增强其服务能力和水平，使之更能满足群众需求。

二是探索建立社区首诊制，限制上级医疗机构直接向参保人提供基本医疗服务。同时，进一步改革医疗卫生服务体制，鼓励综合性医院向专科门诊和住院服务方向发展，将社区卫生服务机构的六大基本功能还给社区卫生服务机构。

三是进一步建立健全基金风险分散机制。如可以考虑从门诊统筹基金中提取一定比例的风险保证金，用于调剂各镇区的超支，防范局

部风险发生。

四是赋予社区卫生服务机构更大的管理职责，控制不合理开支。

2010年9月1

