

经办效率提高是医保扶贫的关键

□文/王震



王震
中国社会科学院经济
研究所研究员,中国
社会科学院公共政策
研究中心副主任

医疗保障脱贫是扶贫攻坚实现“两不愁三保障”的重要内容。根据中央部署,医疗保障部门近年来出台了诸多措施。在医保扶贫的进展及取得的成就中,媒体与民众关注的焦点多在资金投入以及待遇提升上,其实医保经办服务水平与效率的提高同样是医保扶贫的关键。

医保的经办与管理服务的水平和效率直接关系到医疗保障各项待遇的落地,也决定着贫困人口能否以较低成本获得这些待遇。党中央、国务院以及医保部门采取了一系列措施提高经办服务的水平和效率,其中比较重要的包括如下三个方面:

一是医疗保障管理体制的改革,将分散在不同部门的医疗保障项目与职能整合到新成立的国家医保局。之前农村地区的新农合归口卫生行政部门,城镇居民和职工医保归口到人社部门,医疗救助归口民政部门。由于各个归口管理部门的主管领域及职能都不尽相同,各部门医保扶贫有各自的标准、程序。部门分割导致服务分割,贫困人口要获得相应的保障,就需要跑不同部门、办不同手续,耗费大量成本。2018年5月,根据中央部署,新成立的国家医保局整合了这三项医保制度,理顺了医保扶贫的管理体制,为经办服务的效率提升打下基础。

二是在理顺管理体制的基础上,整合医保扶贫资金、服务标准与流程,简化经办程序,全面推进“一站式”经办与结算服务。在分割式服务流程下,贫困人口需要到不同部门办理不同手续,才能获得来自不同部门的保障待遇。办理这些手续不仅需要熟悉各种程序,还要掌握和理解各种政策,这对贫困人口而言都需要付出较高的成本。针对这种情况,医保部门大力推进“一站式”的经办与结算服务,让贫困人口在“一

个窗口”就能获得不同层次、不同来源的保障待遇。根据医保部门提供的数据,目前96%以上的地区县域已实现了贫困人口基本医保、大病保险和医疗救助的“一站式”结算,下一步将继续加大工作力度,争取实现“一站式”结算的全覆盖。

三是全面实现跨区域直接结算服务。改革开放以来,农村人口外出就业、在外长期居住以及跨区域转诊等越来越频繁,但是我国医疗保障实施属地化管理,还未实现全国统筹。此前跨区域就医只能由患者先垫付、再回参保地报销。针对这种情况,自2009年起医疗保障部门以及当时的新农合开始酝酿实施省内跨区域就医的直接结算。截至2016年多数省份已实现省内异地就医的直接结算,新农合也在一些省份建立了直接结算系统。从2016年年底,国家又开始推动和实施跨省异地就医直接结算工作。截至2019年6月,跨省异地就医定点医疗机构达到18962家,基本上实现了每个县都有一个医疗机构入网,极大便利了农村居民外出务工,为就业扶贫提供了保障。

除上述三个方面外,在医疗保障经办服务水平与效率的提升上,医保部门还采取了其他措施,比如改善医保治理模式、推动治理模式创新;加大监管力度,提高基金使用效率;进一步推动医保信息化、标准化建设等。医保经办服务水平与效率的提升极大降低了贫困人口获得医疗保障的成本,提高了医保扶贫资金的使用效率以及扶贫成效。从这个角度,医保经办服务水平与效率的提升,不仅对当前扶贫攻坚具有重要的意义,而且也是构建医保扶贫长效机制的基础性工作,其意义不可低估。■

(责任编辑:刘砚青)