

市人大常委会上午审议《关于上海市贯彻〈国务院关于建立城镇职工医疗保险制度的决定〉实施方案的修改内容》的议案——

解开上海城镇职工医保3个“结”

本报记者 姚丽萍

2001年1月,本市城镇职工医疗保险制度全面实施,截至今年9月,本市各类医保制度覆盖人群达到1333.5万人,其中,743万人享受“城保”。6年来,伴随社会、经济状况的变化,“城保”也面临一些新问题——如何减轻个人医疗负担?如何提高“新人”的医保待遇?如何增强医保基金“保大病”的能力?

今天上午,市十二届人大常委会第40次会议审议《关于上海市贯彻〈国务院关于建立城镇职工医疗保险制度的决定〉实施方案的修改内容》的议案。

人们关注:城镇职工医疗保险制度的这3个“结”如何解开?

第1个“结” 起付“门槛”6年来提高一倍多

现行的城镇医保办法规定:门急诊自负段标准、统筹基金起付标准和统筹基金最高支付限额(以下简称“三项标准”),每年按照上一年的社会平均工资调整。执行这个规定,就意味着:门诊和住院的医保起付“门槛”会逐年提高,参保人员的医疗费负担会逐年加重。

事实上,一个在职职工,门诊和住院医保起付“门槛”分别从2001年的1400元增加到2007年的2957元,6年间提高了一倍多(见表1)。门诊和住院医保起付“门槛”大幅提高,增加了参保人员的经济负担,低收入人群尤其难以承受。由于本市已经实施医保综合减负政策,即使最高支付限额同步逐年提高,参保人员的实际得益也很有限。

现行的“三项标准”调整办法“按基数”逐年依照上一年社会平均工资调整,会拉大不同人群医保起付“门槛”的差距,加大医保管理难度。2001年,“退休老人”的门诊医保起付“门槛”是280元,在职职工是1400元,两者相差1120元。如果按照现行办法每年调整,2007年两者的差距达到了2366元。个人自负医疗费用差距拉大,更容易造成医疗费用的转嫁和浪费。

可见,本市现行“三项标准”的调整办法矛盾多,操作性差。

据了解,北京、南京、杭州、广州、福州、青岛等城市实施医保制度以来,并未按照上一年社会平均工资每年调高“三项标准”。

第2个“结” “新人”门诊医疗费如何支出

现行城镇医保办法中,有一个群体被称为“新人”——2001年1月医改后参加工作的参保人员。

“新人”的门诊医疗费如何支付?依照现行规定,在职时,“新人”用完个人账户资金后,其余全部由个人自负;退休后,门急诊自负段标准和住院统筹基金起付标准,也高于其他参保人员。

在医保改革初期,这种制度设计的矛盾不大,但随着时间推移,城保参保人员中“新人”越来越多——目前,在职参保人员总数为426万,“新人”达到101万人,占在职参保人数的24%，“新人”的医保矛盾逐步凸显。

这些矛盾表现为:“新人”门诊



表1:“三项标准”按现行办法逐年调整结果表(元)

医保年度	门诊医保起付“门槛”			住院医保起付“门槛”			最高支付限额
	2%	3%	11%	5%	8%	10%	
出台时	280	700	1400	700	1120	1400	56000
2001	308	771	1542	771	1234	1542	61680
2002	355	888	1776	888	1431	1776	71040
2003	389	974	1947	974	1558	1947	77892
2004	443	1108	2216	1108	1773	2216	88640
2005	488	1220	2440	1220	1952	2440	97592
2006	536	1341	2682	1341	2146	2682	107292
2007	591	1478	2957	1478	2366	2957	118276
2007年比出台时增加金额	311	778	1557	778	1246	1557	62276

注:阴影部分为目前执行的“三项标准”,以2000年社平工资为基数

表2:“三项标准”调整办法修改前后的标准(元)

“二项标准”	门诊医保起付“门槛”			住院医保起付“门槛”			最高支付限额
占工资比例	2%	3%	10%	5%	8%	10%	1倍
目前执行标准	308	771	1542	771	1234	1542	61680
拟定定额标准	300	700	1500	400	1200	1500	40000

表3:单位缴费计入个人账户资金与构成(2001-2006年)

医保年度	单位缴费(亿元)	单位缴费部分	
		计入金额(亿元)	占单位缴费部分比例(%)
2001	—	—	—
2002	81.2	24.4	30
2003	93.5	30.8	33
2004	102.6	34.9	34
2005	116.6	37.3(41.1)	32(35)
2006	127.5	40.8(49.4)	32(39)

注:括号内数字是按照现行城镇医保办法规定进行测算的数据

表4:个人账户单位缴费计入的定额标准

年龄分段	目前计入比例(%)	目前计入金额(元)	拟定的定额标准(元)
45岁以下	0.5	110.8	120
45-54岁	1	221.6	240
55-64岁	1.5	332.4	360
65-74岁	4	886.4	1000
75岁以上	4.5	997.2	1100

新民图表

制图 贺信

【焦点关注】

本市调整城镇职工医保制度的设想

■ 修改“三项标准”的调整办法

市政府建议:首先,将门急诊自负段标准、统筹基金起付标准、统筹基金最高支付限额与社会平均工资脱钩,改为定额标准;其次,将每年调整改为适时调整;第三,明确“三项标准”调整由市民政局听取有关部门意见,充分论证后报市政府,经市政府同意后公布执行

(见表2)。

■ 将“新人”的医保待遇调整为与“中人”第三档的医保待遇一致

“中人”第三档指的是,1966年1月1日以后出生,2000年12月31日前参加工作的参保人员。“新人”在职时,门诊医疗费用在个人账户用

完后,超过门急诊自负段标准的医疗费用,由医保地方附加基金支付50%;退休后,门急诊自负段标准和统筹基金起付标准,也修改为与退休“中人”一致。

■ 个人缴费部分全部计入个人账户的规定不变
将单位缴费计入个人账户部

门与上年社会平均工资脱钩,改为定额标准;由每年调整,改为与“三项标准”同步调整。在修改城镇医保办法时,一并重新确定单位缴费计入个人账户的定额标准(见表4)。调整办法原则确定后,具体的定额标准将进一步征求各方的意见。

第3个“结” 统筹基金“保大病”能力削弱

“城保制度”的一个重要目标是“保大病”,但统筹基金保障大病的能力却呈现出弱化的趋势。

《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险制度的决定》对个人账户计入的规定是:在职职工个人缴费部分全部计入个人账户;单位缴纳基本医疗保险费的30%计入个人账户。

据此,本市城镇医保办法规定:■ 在职职工个人缴费的2个

百分点全部计入个人账户;

■ 单位缴费10个百分点的30%左右,根据不同人群按照上年社会平均工资的一定比例计入个人账户——在职职工按照0.5%、1%、1.5%的比例,退休人员按照4%、4.5%的比例。

■ 单位缴费计入个人账户部分,每年按上年平均工资调整。根据本市城镇医保办法规定,2002年-2004年,单位缴费计入个人账户部分,按照上年社会平均工资逐年调整,使单位缴费计入个人账户的资金比例从2002年的30%上升到2004年的34%。如果2005年、2006年继续按照上一年社会平均工资调整,单位缴费计入个人账户的

资金比例将达到39%(见表3),超过了国务院关于单位缴费30%左右计入个人账户的标准,削弱了统筹基金保障大病的能力。

为合理控制个人账户计入水平,2005年、2006年和2007年,对单位缴费计入个人账户部分,本市没有按照上年社会平均工资调整,而是仍然按照2003年的社会平均工资计入,因此,2006年单位缴费计入个人账户的比例回落到32%(见表3)。

目前,对退休人员单位缴费计入个人账户,北京已改为按定额标准计入。上海完善个人账户单位缴费部分的计入办法,增强医保基金保大病能力,势在必行。

评论 07112810301