

# 基本医保制度整合研究

袁 晶

(广西民族大学 管理学院, 南宁 530006)

**摘 要:**基本医保制度依据城乡和就业状况分设,由多部门各自为政,造成医疗保险政策不公,制度缺乏效率,同时阻碍了人力资本的自由流动和居民就医选择权利的实现。加快整合城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险3项并行的基本医保制度,有序迈向全民公平医保,应以政府为主导,切实加强医疗保险经办能力建设,妥善解决医疗保险的转移接续问题,因地制宜地探索建立城乡居民基本医疗保险制度,不断拉近城乡距离,最终实现基本医保制度的统一。

**关键词:**基本医疗保险制度;社会保障;社会保险

**中图分类号:**F842.6

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-8580(2012)01-0038-05

目前医疗保障体系已经从制度上实现全民医保,但是依据城乡和就业状况分设,由社会保障部门、卫生部门和民政部门多头管理的“3+1”型基本医疗保障制度,既有违公平,又损害效率,造成医疗保障待遇水平不公,医保信息系统无法衔接,重复参保、重复补贴,阻碍劳动力流动和居民就医选择权的实现等问题。“十二五”时期“全民医保”将向“全民公平医保”迈进,加快整合3项基本医疗保险制度,搭建“1个制度,多个参保平台”是我国医疗保障制度进一步发展的重要任务。随着城镇化进程加快,经济发展水平的提高,特别是政府财政投入逐年增加以及政策法规、管理制度、信息技术日臻完善,建立一元化的基本医疗保险制度已经成为可能,并在一些地区成功实践。

## 一、关于全民医保的探索

### (一)医疗卫生体制改革与全民医保的提出

2005年葛延风主持的研究报告认为,计划经济时期通过有效的制度安排,中国用仅占在GDP的3%左右的卫生投入满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求,相反,改革开放以来近20年的医疗卫

生体制改革,从总体上讲是不成功的,并建议打破所有制、城乡等各种界限,建立覆盖全民的、一体化的医疗卫生体制,使全体城乡居民在医疗卫生的各个领域享受均等的权利<sup>[1]</sup>。在随后召开的“医疗卫生体制改革:评估与展望”改革形势分析会上,有专家认为群众对当前医疗卫生体制颇多微词的第1个方面表现在对计划经济时期形成的历史遗留问题的种种不满,其中包括对医疗卫生体制城乡割裂的不满和对严重等级制的不满等。在卫生资源的分配上则存在“权力型”和“财富型”的不公平<sup>[2]</sup>。2006年,在新医改的呼声中,各种版本的医改方案出台,虽然在具体设计上见仁见智,各版本的医改方案都涵了对政府责任回归的诉求,对贫困人口医疗卫生资源获取的关注,以公平和效率为内核,致力于探寻人人享有基本卫生医疗服务的可行路径。

全民医保的话题在医药卫生体制改革的矛盾日益突出的背景下被提出,因为医药卫生问题实际上包括医药卫生事业(谁来提供医疗服务)和医疗保障(谁来支付医疗费用)2个方面,建立全民医疗保障体系是解决“看病难”、“看病贵”的关键之一。2007年,中共十七

收稿日期:2011-10-15

基金项目:广西人文社科发展研究中心开放基金课题(KF2010007)

作者简介:袁晶(1987-),男,浙江金华人,研究方向:社会保障基金管理。

网络出版时间:2012-1-10 网络出版地址:<http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1676.C.20120110.1057.001.html>

大报告在论述全面建设小康社会的新要求时,确定了到2020年“人人享有基本医疗卫生服务”的卫生事业发展目标,提出强化政府职责和投入,建设包括医疗保障在内的覆盖城乡居民的四大体系。2009年《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》出台,要求到2011年基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民,逐步缩小各类群体保障水平差距,最终实现医疗保障制度框架的基本统一。

## (二)全民医保背景下关于制度整合的探讨

到2010年底,医疗保险制度的参保人数已经达12.55亿,占中国总人口的90%以上。王东进认为,在全民医保已经基本实现的背景下,对于医疗保障制度的公平性,即“公平保障”和医疗保障制度的可及性,即“便捷保障”的诉求日益强烈<sup>[7]</sup>。目前新型农村合作医疗的筹资水平不足城镇职工医疗保险的1/13,城镇职工医疗保险待遇水平明显好过城镇居民和农村的保险待遇;伴随着城市化进程加快和劳动力的大规模流动,3项基本医疗保险制度原本设想的边界开始变得模糊不清,医疗保险关系转移接续与参保人员的流动性不适应,导致异地就医、异地就业的报销和累计缴费难题。所以,加快3项基本医疗保险制度的整合与衔接是摆在眼前的重要任务<sup>[4-5]</sup>。翟绍果、仇雨临认为,政策规定的弹性空间,从某种程度上促进了3项制度之间的业务衔接。随着新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险的补助标准、报销比例和封顶线等的不断提高,3项制度的偿付水平、偿付范围会逐步拉近,为制度衔接打下基础<sup>[9]</sup>。

全民医保背景下关于制度整合的探讨主要是基于医疗保险制度3项分立的现状以及由此造成的公平、效率、流动性缺失等问题展开。打破身份界限,推进医保关系转移接续,向着一元化的全民公平医保不断迈进已成为共识,对此不少学者也进行了可行性论证,并从宏观层面讨论了新制度设计的目标、原则、内容、配套措施以及实现路径和发展战略等。

## 二、整合医疗保险制度的若干地区实践

马营总结了广东省打破二元医疗保险体系结构的一些探索,发现中山市、从化市、珠海市、惠州市的普遍做法都是首先将城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗相融合。在操作上先保障住院费用,再逐渐扩大到门诊等其他项目。首先整合制度,建立起不论城乡户籍、有无职业,统一管理的城乡医疗保险制度,其次整合信息数据,建立新的社会医疗保险信息管理系统,再

次整合管理模式,即在同一管理制度下实现医疗保险管理的均等化,最后整合管理职能,将原有的新型农村合作医疗办公行政管理职能和人员编制划归到劳动保障部<sup>[7]</sup>。2003年以前,成都市几乎仅有1项城镇职工基本医疗保险制度,本着“先覆盖,后提升”的原则,成都市先后于2003年实施农民工综合社会保险,2004年实施新型农村合作医疗制度,同时将征地“农转非”人员纳入到城镇职工基本医疗保险,2005年建立少儿住院医疗互助金,2007年,成都市被国家确立为全国统筹城乡综合配套改革试验区,城镇居民基本医疗保险制度全面推开,并将大学生群体纳入。随后,在市本级和20个区(市)县设立独立运行的医疗保险管理局。2009年成都市将分散的多项医疗保险制度,整合为统一的城乡居民基本医疗保险制度,出台《成都市城乡居民基本医疗保险办法》和《成都市城镇职工基本医疗保险办法》,建立起“1个制度、分档选择、待遇挂钩”的一体化基本医疗保险模式,并出台《关于医疗保险关系转移和接续有关问题的通知》,使得全市范围内的城乡医疗保险关系能够顺利转移接续<sup>[8]</sup>。马鞍山市可作为中西部地区中小型城市的样本性。2008年马鞍山开展城乡一体化综合配套改革试点,立足于打破城乡二元结构,城乡统筹发展,建立起以城乡居民基本医疗保险、职工基本医疗保险为主体的城乡统筹医疗保险体制。参保人可以根据自身实际情况在2个险种之间自主,确保可转换、可衔接,农村居民与城镇居民享受的待遇水平,一样实行持卡就医,并将全市城乡医疗保险经办机构统一划归市社会保障局医疗保险经办机构<sup>[9]</sup>。

武永生对昆山、成都和重庆市统筹城乡医疗保障试点情况进行了比较分析,认为“昆山模式”筹资水平较高,全面实现了“一个制度、一套标准、一个网络系统”;重庆市城乡差距较大,以新型农村合作医疗制度为基础,正在试点的城乡居民合作医疗保险统筹层次低,且管理机构分散。与“成都模式”实行“1个制度,分档筹资”不同,重庆市“1个平台,2个档次”的模式实质上仍然是农村居民参与新型农村合作医疗制度,城镇居民参与城镇居民基本医疗保险<sup>[10]</sup>。2009年8月仇雨临等就统筹城乡基本医疗保障体系的实现途径和整合模式等,分别在四川省成都市、江苏省太仓市、广东省东莞市和陕西省西安市进行了实地调研。在4个被调查城市中,东莞市参保人员构成复杂,其经验可概括为理念先行,实施有序和管理创新。太仓市城乡统筹医疗保障制度的建立得益于较高的经济发展水平和雄厚的财力支持。西安市通过根据人群特征采取灵活参保等措施,正在积极探索3项制度的转换机制,酝酿统一经

办机构和建立信息共享平台<sup>[11]</sup>。2010年4月至5月,全国政协社会和法制委员会组成的调研组就医疗保险城乡统筹与制度完善问题,在江苏、四川、广东、福建等4省份11个市进行了专题调研。组长王东进认为,制度分设和多头管理造成“3个不利于”和“3个重复”的问题,实现医疗保险城乡统筹可以采取“三步走”的方略,先整合管理资源,实现城乡一体化经办管理,然后统一行政管理体制,再实现制度融合<sup>[12]</sup>。整合医疗保险制度的探索已从个别经济发达省份、城市向经济较落后地区蔓延,实证研究也不断增多。

### 三、国外整合医疗保险制度的实践

德国自1883年首创医疗保险制度之后,一直采取“自治”与“分权”的管理模式。从表面上看,依据地域、行业分设独立的、具有公法法人地位的疾病基金会,并将该机构对医疗保险的管理权交给相关的雇员和雇主,可能会造成制度公平性缺失,互济效果差,效率低等负效应。但是在自治管理模式下,德国联邦政府没有忽视其在法定医疗保险制度中的财政投入和外部监督责任,通过有效的统筹管理,德国医疗保险依然能够充分保障公民就医的可行、公平与高效。在实现东、西德国医疗保险并轨之后,2009年德国又创设了国家层面的“健康基金”以平衡风险,增强各基金会之间的统筹互济性。整合医疗保险制度的德国经验可概括为:充分履行政府责任,充当医疗保险基金的“守夜人”,引入公平有序的竞争机制,渐进式推进,促使医疗制度一体化<sup>[13]</sup>。英国卫生服务资金几乎全部或大部分从国家税收中支出,即采取“一手托两家”的办法,在制度模式上农业人口和城市人口没有任何差别,以满足患者的医疗需求为目标,实行全民免费医疗<sup>[14]</sup>。计划经济时期,我国解决居民医疗问题的方法类似英国,属国家保险型,但是受户籍制度等影响,不同群体的待遇有别,后来因为医疗费用上涨过快,由国家管理的卫生系统运行低效等,医疗保险开始从“公费”向由国家、单位、个人共同筹资的社会保险型转变,卫生系统也逐步走向市场。在制度转型过程中,出现了制度缺位和供需不平衡等问题,导致一些群体不被医保制度所覆盖,看病难问题日益突出。随着基本医疗保险制度的不断成熟,制度覆盖范围从职工、公务员扩大到了灵活就业人员、农民工和非就业人员,制度设计也日渐科学。英国医疗卫生系统对整合我国基本医保制度的启示在于,贴近社区,落实严格的医疗转诊制度,重视全科医生的培养。制度整合应以满足居民医疗消费需求为目标,实现全面公平医保,由国家财政兜底。美国是世界最大的经济

体,其医疗保障体系却经常被当作反面教材。奥巴马政府的整合方案以扩大保险覆盖面为核心,期望平衡各利益群体,强化政府参与和规制,利用财政税收政策,提高医疗服务的公平性和可及性,增收节支,提高制度运行效率<sup>[15]</sup>。加拿大国民公共医疗保险的特征可概况为:地方控制、消费者选择、医生自治。健康保健系统主要通过税收筹资,联邦政府向各省转移现金,各省也可征税来帮助支付保健费用<sup>[16]</sup>。整合我国基本医保制度要合理划分中央、省(自治区)、市、县的权责,明确基层机构的管理职责,充分发挥中央、省(市)的调剂功能,使医疗保险保持基金健康、可持续运行。日本医疗保险体系由面向雇员的职域保险和国民健康保险两大部分构成。其中,国民健康保险构建的过程坎坷曲折,在统筹城乡的全民医疗保障体系中发挥了重要的作用,其立法先行、多制度协调配合、中央和地方政府分担责任、充分发挥专家学者的决策支持作用等做法可资借鉴<sup>[17]</sup>。目前,发达国家医疗保障城乡衔接的模式主要有:以英国和北欧诸国为代表的城乡统一模式;采取城乡制度分立,但针对不同人口有统有分的“有差别的统一模式”,该模式以日本为代表;虽然城乡人口参与的医疗保障项目形式不一,但保障水平并无差别的“专门模式”,代表国家为法国<sup>[18]</sup>。

利用后发优势,一些国家也通过向无保障的人群拓展和纵向安排不同的筹资渠道等方式,进行着基本医保制度的整合。实施全民医疗保障改革以前,泰国约有30%的人口制度未覆盖人口。2001年起,泰国开始推行全民保障计划(UCS),或称“30铢”计划。该计划覆盖除企业职工和国家公务员之外的所有人员。参保人员在自己所属辖区的医疗卫生机构,每次只需交纳30铢费用便可享受门诊、急诊或住院医疗卫生服务,中央政府通过按按病种付费或人头付费的形式向医疗机构支付其余的医药费。新加坡整合实现全民医保主要采取不同保障层次,多渠道医疗筹资的办法,其医疗保障系统由3Ms计划和对公立医院的补贴构成。墨西哥于2003年开始探索建立社会健康保障制度,在此之前,仍有55%的人口没有医疗保障。以2010年实现全民健康保险为目标,墨西哥主要通过1个面向原来未被医疗保障制度覆盖群体的大众健康保险得以落实<sup>[19-20]</sup>。可见,整合医保制度的各国实践都是在社会经济发展水平允许的情况下,尽可能地扩大覆盖面,完善医疗保险的筹资机制,加大政府财政投入,首先实现人人享有基本的医疗保障的目标,制度全覆盖之后,进一步考虑制度设计的科学性和公平性,通过整合基本医保制度,提高医疗保险基金抗风险能力,完善医疗保险经办管理,

缩小群体间的医疗保险待遇水平差异,最终实现基本医保制度普惠、高效和公平。

#### 四、经验与启示

从医疗保险制度的国内外发展以及各地探索整合医疗保险制度的实践来看,医疗保险制度遵循从城镇到农村,先覆盖、后完善的发展路径。以1998年国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》为标志,我国在城镇逐渐建立起城镇职工基本医疗保险制度;2003年起在农村地区开展新型农村合作医疗制度建设;2007年开始建立城镇居民(非从业人员)医疗保险制度试点。实现全民医保之后,如何有效整合就成为进一步发展医疗保险制度的关键。目前3项基本医疗保险的管理部门、统筹层次与经办能力不一,筹资水平和报销比例也不同。以自贡市为例,统帐结合的城镇职工基本医疗保险由用人单位和职工共同缴纳,用人单位以上年度职工工资总额为缴费基数,缴费率为7.5%,职工个人缴费为上年度本人工资收入的2%。2010年自贡市城镇单位在岗职工年平均工资为25454元,推算可得2011年城镇职工基本医疗保险年缴费额为2418元,个体经济组织业主参保、单建统筹和农民工参保缴费等又有不同;城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗主要通过个人缴费和财政补助筹集,2011年自贡市新农合筹资标准为每人每年230元(较2010年提高90元),参合农民个人年缴费30元(较2010年增加10元),住院补偿封顶线最高额度为5万元。城镇居民基本医疗保险2010年的财政补助标准为120元/人·年,18周岁以上城镇非从业居民个人缴费210元,学生、老人、低保人员、残疾人的个人采取不同的标准缴费。2011年城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险统筹基金在1个医保年度内支付参保人员医疗费用最高限额分别为17.5万元和8.8万元。可见,3项基本医疗保险中,城镇职工基本医疗保险的筹资标准和待遇水平最高,而城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗基金的筹集模式、补助水平和报偿比例相近,具有合并的可能。事实上,各地整合医疗保险制度的实践中通常也是探索先将两者融合,打破户籍限制,建立城乡居民基本医疗保险制度,按是否就业,将3项基本医疗保险制度整合为2项,再进一步考虑居民医疗保险制度和职工医疗保险的融合机制,最终实现基本医疗保险制度的统一。此外,3项基本医疗保险的参保群体复杂,在整合制度的过程中,要特别考虑弱势群体的参保问题,确保农民工、残疾人、老年、儿童等的社会保障权益不因制度调整受损,并通过加大

财政补贴力度,不断提高这部分群体的待遇水平。

##### (一)加强经办能力建设,妥善解决3项基本医疗保险之间的关系转移和接续问题

城镇职工基本医疗保险在设立之初以市、县两级为统筹单位,城镇居民医疗保险试点时一些城市直接采取了市级统筹,根据医疗卫生体制改革的有关精神,不少地方的城镇职工基本医疗保险和城镇居民医疗保险已经实现由市级统筹。新型农村合作医疗的统筹层次较低,以县(市),落后地区以乡(镇)为统筹单位。统筹层次不一、统筹单位林立,特别是基层医疗保险经办机构迫于资金和人员编制的限制,管理水平和服务能力较弱,加大了整合医疗保险制度的难度。一方要规范医疗保险经办机构的管理制度,落实预算投入和人员编制,加强计算机信息系统等基础设施建设,提升经办人员的业务素质和服务水平;另一方面逐步提高医疗保险制度的统筹层次,合理划分各级医疗保险经办机构的职责,同时出台有关3项基本医疗保险制度之间转移接续的规定<sup>[2]</sup>,为统一医疗保险制度奠定基础。

##### (二)因地制宜,探索建立城乡居民基本医疗保险制度

破除城乡二元格局是社会经济发展的必然趋势,经济发达、城乡差距较小的地区,如昆山市实行的全民医保政策在筹资标准、财政补助、管理机构、医疗待遇等方面都实现了统一<sup>[10]</sup>,经济欠发达、城乡差距较大的地区可以采取“1个制度,分档筹资”的办法,把原先城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗所覆盖的人群都纳入到新设立的城乡居民基本医疗保险制度之中,按照当地的经济状况,科学划分缴费档次和设定相应的待遇,确保各个缴费档次能够顺畅转移接续,随着经济社会的发展,不断拉近各缴费档次的筹付水平。目前新型农村合作医疗归卫生部管理,而城镇居民医疗保险由社会保障部门负责,从各地的实践看,一般都是将新型农村合作医疗划归到社会保障部门统一管理,在整合过程中需要各政府部门积极协调与沟通。

##### (三)政府主导,有序推进,最终建立起统一的基本医疗保险制度

各地基本医疗保险制度能够顺利整合,得益于社会经济的发展、医疗保险机构经办能力的提升以及信息化建设步伐的加快。还有一点,也是最为重要的,即都离不开政府部门的财政投入和工作协调,比如成都组建了医疗保险管理局,统一管理各类医疗保险工作。由于我国人口基数大,地区发展状况各异,公共产品与公共服务水平不均衡,建立和完善纵向与横向转移支付相结合的财政转移支付体系,对实现包容性增长,促

进基本公共服务的均等化<sup>[2]</sup>,医疗卫生保健人人共享来说尤为重要。政府一方面通过加大对基本医疗保险以及公共卫生资源的财政投入,完善财政转移支付体系,不断提高城镇居民、新型农村合作医疗的筹资标准和待遇水平<sup>[3]</sup>,加快基本公共卫生服务均等化进程,为整合基本医疗保险制度提供经济和资源支持;另一方面,通过建立专门的领导小组和出台相应的法律法规,为整合制度提供向导、依据和硬性保证,公平、分步、有序地推进全民公平医保。

#### 参考文献:

- [1] 国务院发展研究中心课题组.对中国医疗卫生体制改革的评价与建议[R].北京,2005.
- [2] 苗树彬.医疗卫生体制改革:评估与展望[N].经济参考报,2005-09-10(6).
- [3] 王东进.开展求真务实的深度研究,促进科学意义上的城乡统筹[J].中国医疗保险,2010,(5):6-8.
- [4] 何文炯.从“制度全覆盖”走向“人员全覆盖”——社会医疗保险需要解决三大问题[J].中国医疗保险,2010,(1):7-9.
- [5] 何文炯,杨一心.“十二五”医疗保障:更加公平更为有效[J].中国医疗保险,2011,(1):11-13.
- [6] 翟绍果,仇雨临.城乡医疗保障制度的统筹衔接机制研究[J].天府新论,2010,(1):90-95.
- [7] 马营.广东省医疗保险城乡统筹一体化建设的做法及启示[J].卫生经济研究,2011,(4):29-30.
- [8] 成都市劳动和社会保障局.成都城乡医保从多元格局走向一体化[J].中国医疗保险,2009,(9):42-43.
- [9] 喻子畅.医保制度改革:从城镇保障到城乡统筹——医疗保障“马鞍山模式”研究[J].社会保障研究,2010,(1):79-82.
- [10] 武永生.统筹城乡医疗保障制度试点城市的比较——以昆山、成都和重庆市为例[J].南京人口管理干部学院学报,2011,(1):60-63.
- [11] 仇雨临.专题导读——统筹城乡医疗保障制度的实践与探索[J].中国卫生政策研究,2009,(12):1-2.
- [12] 王东进.切实加快医疗保险城乡统筹的步伐[J].中国医疗保险,2010,(8):6-8.
- [13] 万谊娜.自治与分权下的德国医保统筹管理[J].德国研究,2010,(4):51-58.
- [14] 胡玲.英国全民医疗服务体系的改革及启示[J].卫生经济研究,2011,(3):21-23.
- [15] 曹琦,王虎峰.美国新医改:根由、路径及实质[J].中共中央党校学报,2010,(3):88-92.
- [16] 郭有德.加拿大的卫生政策及其对中国卫生改革的借鉴[J].北京航空航天大学学报:社会科学版,2011,(2):4-8.
- [17] 赵永生.日本国民健康保险制度的构建——统筹城乡医保体系的启示[J].中国卫生政策研究,2009,(12):23-26.
- [18] 党敏恺,吴忠,赵媛,等.国外医疗保障城乡衔接模式借鉴研究[J].社会保障研究,2009,(3):42-45.
- [19] 李明强.医疗保障的制度创新与全民医保相关措施探讨:上[J].中国卫生经济,2008,(2):21-25.
- [20] 刘玉娟.泰国“30 铢计划”对我国医疗保险的启示[J].卫生经济研究,2011,(4):45-47.
- [21] 孙晓锦.农村医疗救助与新型农村合作医疗制度有效衔接研究[J].西北农林科技大学学报:社会科学版,2011,(6):14-19.
- [22] 胡建国,张鹏顺.包容性增长视角下财政转移支付与基本公共服务均等化[J].四川理工学院学报:社会科学版,2011,(5):6-9.
- [23] 李喜燕.农民工社会保险的价值取向及制度路径[J].重庆文理学院学报:社会科学版,2010,(2):84-88.

责任编辑:万东升

## A Study on Integrating the Basic Medical Insurance in China

YUAN Jing

(School of Management, Guangxi University for Nationalities, Nanning 530006, China)

**Abstract:** China's basic medical insurance system is divided into three parts according to employment status and household registration. The system results in unfair policies, inefficient system, and hinders the free flow of human capital and the realization of citizen's right to choose medical services. In order to accelerate the integration of the urban workers' basic medical insurance, the new rural cooperative medical care and the basic medical insurance for urban residents, and achieve a fair and orderly insurance system, the government should play a leading role, strengthen the capability building of medical insurance agencies, solve transferring problems properly, explore a basic medical insurance system for urban and rural residents, narrow the gap between urban and rural residents gradually, and ultimately achieve the unity of the basic medical insurance system.

**Key words:** basic medical insurance system; social security; social insurance