

# 浅谈多层次医疗保障体系的发展趋势

王保真<sup>1\*</sup> 陈 蓓<sup>2</sup>

1. 武汉大学社会保障研究中心 湖北武汉 430072

2. 同济大学中德职业技术教育学院 上海 200092

**【摘要】**本文介绍了我国现行的医疗保障制度与多层次体系,阐述了我国医疗保障体系的水平低、具有明显的福利性等四个特点,并揭示了存在的问题。此外,本文还探讨了我国实现“全民医保”与制度和人群的“全覆盖”的发展策略。

**【关键词】**多层次体系;特点;“全民医保”;“全覆盖”

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)01-0030-05

## Discussion on the development trend of multi-level medical security system

WANG Bao-zhen<sup>1</sup>, CHEN Bei<sup>2</sup>

1. Center for Social Security Studies of Wuhan University, Hubei Wuhan 430072, China

2. Institute of Vocational Education of Tongji University, Shanghai 200092, China

**【Abstract】**This paper introduces medical security system and multi-level system of our country at present and expatiates four characteristics as such of low level of benefit and obvious welfare. The study then demonstrates some existing problems so far. This paper also discusses the developmental trend of achieving universal medical insurance and universal coverage in the future.

**【Key words】**Multi-level system, Characteristics, Universal medical insurance, Universal coverage

我国的城镇职工医疗保险制度,已经从 1994 年的“两江”试点,至 1998 年的全面推开,经由 2000 年的“三医联动”,发展到当前将实现三驾马车并驱(即城镇职工、城镇居民与新型农村合作医疗)的“全民医保”目标。这体现了政府举办让城乡所有公民都能参加的基本医保制度的信心和决心,是贯彻落实党的十七大提出的“病有所医”和“人人享有基本医疗保障”<sup>[1]</sup>战略目标的重要举措;是党中央、国务院解决群众最关心、最直接、最现实的切身利益问题,坚持“以人为本”科学发展观,推进社会公平正义,使改革和发展成果为全体人民所共享的具体体现;也是城乡居民的福音。

## 1 医疗保障制度与多层次体系

### 1.1 医疗保障制度

医疗保障作为社会公共制度,是以国家和政府部门为主体,依据法律规定,通过国民收入再分配,对公民因患病、年老体弱丧失劳动能力或意外事故造成身体有疾时,能提供基本医疗服务并给予经济

补偿与帮助,保障公民得到医疗照顾的一种经济制度。从制度框架上,它是一个抵御疾病经济负担的体系;从范围上,它是以向公民提供基本医疗保障为经线,以满足特殊医疗保障为纬线,惠及每一个公民的医疗保障安全网。

### 1.2 多层次医疗保障体系及客观性

我国现行的医疗保障体系,与世界上大多数国家的医疗保障体系一样,呈现多层次(或“多支柱”“多维”)的特点。它以社会基本医疗保险为核心、辅以“补充”医保及医疗救助等,主要包括:城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度、城乡医疗救助、补充医疗保险、特殊人群医疗制度、互助医疗、城乡医疗福利以及商业医疗保险等。

多层次医疗保障体系,一方面源于其费用筹资的多元化。我国社会经济发展很不平衡,有的沿海大中城市已接近中等发达水平,有的正处于工业化

\* 作者简介:王保真,女(1942 年-),教授,主要研究方向为卫生经济与管理、医疗保障,E-mail:wzb380@yahoo.com.cn。

初级阶段,还有些地区尚处于农业自然经济阶段。目前我国不仅城乡之间、沿海与内地之间经济发展水平差距在加大,即使同一地区内部的不同行业之间其人群的收入差距也在加大。从城镇居民的收入结构看,绝大多数居民温饱问题已经解决,部分居民达到小康水平,但仍然有极少数人群处于贫困状态。无论从国家财政能力还是从居民收入来看,目前还难以迅速建立一个全国集中统一,整齐划一的医疗保障模式。另一方面,为了鼓励竞争,适应各类人群多层次的医疗保障需求,应鼓励发展补充医保、商业性医保和医疗再保险等<sup>[2]</sup>。

## 2 我国多层次医疗保障体系的特点

我国是一个迅速发展中的国家,历史、经济和政治因素,都直接或间接地影响着我国医保体系的发展,也决定了我国医疗保障体系具有以下特点<sup>[2]</sup>:

### 2.1 处于较低水平

这是生产力发展水平和经济条件决定的。建国 59 年来,特别是 1978 年以来,国民经济快速发展,部分经济指标已进入世界的前列,但底子薄、人口多、人均占有量低的状况依然存在。2002 年我国国内生产总值(GDP)为 120 333 亿元,到 2005 年接连超过法国和英国,在世界上的位次由第六位跃居第四位<sup>[3]</sup>。2007 年 GDP 已达 246 619 亿元。2006 年我国人均 GDP 为 2 010 美元,2007 年增至 2 200 美元,在美元贬值、人民币升值的情况下,按这个增长速度,到 2010 年可达到人均 3 000 美元<sup>[4]</sup>。尽管如此,我国在世界的位置,也才由 1999 年前的低收入国家行列,刚刚跨入中下收入国家行列(据世界银行的收入分组标准,人均 GDP 在 745 美元及以下的国家为低收入国家,746 美元至 2 975 美元为中下收入国家,2 976 美元至 9 205 美元为中上收入国家,9 206 美元以上为高收入国家)。即使人均 GDP 达到了 3 000 多美元,与发达国家相比仍有较大差距。我国还须为达到全面实现小康社会目标的医保体系付出艰苦的努力。

另外,我国的社会发展、资源与环境等指标还比较落后,地区间发展也不平衡。目前,我国各省、市、自治区之间人均 GDP 的差距较大,且难以缩小,只能努力缓解差距扩大的程度。在这样的经济与社会发展水平基础上建立的医保体系,只能从解决最基本的保障做起,且水平也较低。医保体系与各项制度的完善也才刚刚起步,还将随着经济与社会的发展

逐步得到实现。

### 2.2 具有明显的福利性

在我国基本医疗保障体系中,除了商业医保为主的附加保险外,其他形式的医保制度和补充医保均属于医疗福利范畴。福利的本质是以政府作为最大的买主为前提的。国家不仅要对贫困人群的医疗救助以及公共卫生服务项目提供财政资金,而且还要对城镇职保、公务员医疗补助、城镇居民医保以及参加新农合的农民提供资金补贴或担保。

医疗保障的社会福利性,是社会保障制度作为国家的核心支柱政策决定的。它不同于按需分配,也不同于按劳分配,更不同于商业医保。社会基本医保和医疗救助,均不得以盈利为目的,它是以政府为主体统一组织,以法律为依据在全体社会成员中强制实施的福利项目。在多层次的医保体系中,政府对城乡居民医保的经济责任,主要体现在公共卫生服务、医疗救助、城镇职工和居民基本医保及新农合制度上。其中,城乡公共卫生服务,城市社区卫生服务机构与农村卫生院提供的基本医疗服务,以及城乡医疗救助制度的资金来源,均由各级政府的财政直接拨付与补贴,是卫生福利性的明显体现。同时,政府对新农合与城镇居民参保也给予直接资金补贴,对城镇职工等三大医保制度的管理运行费用也予以补助,也是福利性的具体体现。另外,政府还通过各种方式向社会筹资或接受社会团体捐助,扩大政府履行责任所需的人力、物力和财力资源。

### 2.3 形式的多样性

这是由于:(1)多层次的医疗保障体系本身就要求其形式的多样化;(2)基本医保难以满足不同收入水平居民的不同医疗需求,在基本医保之外,还有特殊或享受型的医疗需求,应由商业医保等其他形式来填补其市场份额;(3)不仅医保体系中的每一项制度或项目不同,而且每一个制度在各地实施的形式也是多样化的;(4)灵活多样的就业形式客观上要求有与之相适应的多层次、多形式、多项目的医保体系。

### 2.4 发挥家庭在医疗保障中的重要功能和作用

自费医疗是家庭医疗保障的形式,它是一种最原始的保障方式,是家庭成员的法定责任和道德义务,是分散、化解疾病经济风险的基础,具有保障面广,符合中国传统文化等特点,是现代医保体系不容忽视的重要层次,即使我国工业化步入快速发展时

期,它的功能也不应削弱。

### 3 多层次医疗保障体系的问题与发展

#### 3.1 多层次医疗保障体系的突出问题

全面建设小康社会,构建和谐社会对我国医疗保障提出了新要求,需要覆盖面广,制度体系更加完善,公平性更要提升,管理更加人性化,城乡公民不仅要“获得”,还要“享有基本医疗保障”。对照这一目标要求,当前的城镇职工医疗保障制度覆盖面太窄,受益程度较低,公平性也较差。其问题表现在:(1)虽有明确的覆盖全体公民的制度目标,即人人享有基本医疗保障,但缺乏实现目标的制度建设规划与方案;(2)现行体系中的城镇职工医保,城镇居民医保,新型农村合作医疗,以及城乡医疗救助等四项医保制度,受城乡二元结构和经济发展水平的影响,以不同人群为覆盖对象,使制度的设计与安排呈现“碎片式”与“打补丁”格局,造成参保对象在筹资标准、缴费与偿付比例以及享有的医保待遇等高低悬殊,缺乏公平机制;(3)四项医疗保障制度受行政区划、财政补助、部门管理等限制,政策不一,制度之间障碍重重,缺乏相互衔接;(4)职工医保资金与新农合结余率较高,参保者受益程度较低;(5)医疗救助体系资金供需矛盾突出,救助率不高,救助比例和标准偏低;(6)四项医保制度的衔接整合与管理体制归属矛盾多,体制不顺,影响管理效率,增加管理难度,不适应城乡一体化、人口流动性和全民医保发展的要求。

#### 3.2 多层次医疗保障体系的发展

##### 3.2.1 城镇职工医保制度扩面加速

于 1998 年率先全面实行“统帐结合”的城镇职工医保制度,经过十多年的艰难探索,已经推进到全国绝大多数城市,初步解决了城镇职工与困难群体的医疗保障问题,解决了历年欠费的顽疾,维护了战略性经济结构调整和企业改革中产业工人的基本医疗保障权益,实现了我国经济转轨时期的社会基本稳定,使医疗费用过快增长和医疗消费不合理的势头得到一定遏制,人群的覆盖面也在不断扩大。

截至 2007 年底,全国参加城镇职工医保的人数为 18 020 万人(其中职工 13 420 万人,退休人员 4 600 万人),比上年末增加 2 288 万人<sup>[5]</sup>。新的管理机制实现了制度的平稳运行,医保基金收支总体平衡。2007 年,全国城镇职工医保基金收入 2 214 亿元,比

上年增长 26.7%,其中统筹基金收入 1 332 亿元,个人账户收入 882 亿元;基金支出 1 552 亿元,比上年增长 21.5%,其中统筹基金支出 869 亿元,个人账户支出 683 亿元<sup>[5]</sup>。

但从另一个角度看,该制度参保人数即使能覆盖到城镇的所有职工,也仅占全国人口的 15% 左右;如果能覆盖所有就业人员,也只占城镇户籍人口的 50% 左右。这难以改变我国医保制度筹资公平性在国际上的落后地位,也难以实现十七大提出的“人人享有基本医疗保障”的战略目标。当前,城镇职工医保首要的任务依然是扩大其覆盖面:

一是扩面的重点是灵活就业人员。尽快将城镇各类就业人群,特别是灵活就业人员纳入到基本医保范围内。二是尽快解决困难企业职工的参保问题,应将那些有部分和完全没有缴费能力的,退休人员比例超过基金测算的承受比例的,以及无主管的破产等四类企业的职工纳入社会医疗保险范围。三是采取有效措施,迅速解决困难企业拖欠医药费的问题。四是基本医保覆盖面的扩大,同最低生活保障及医疗救助相衔接。五是当前我国公民的就业格局发生了很大变动,就业形式更加多样化、灵活化。改变以往习惯,按照正规就业单位设计的医保方案,从保障方式、待遇水平、管理方式及完善制度设计等方面,尽快适应各类人员灵活多样的医保需要,尤其是适应灵活就业人员的需求。六是在覆盖面不断扩大的同时,应注重提升参保者的受益率;在强调基金收支平衡的同时,也应注重基金的合理使用,降低偏高的结余率;在强化规范管理的同时,更应注重对参保者的人性化服务。

##### 3.2.2 城镇居民医保制度快速启动

城镇职工医保仅覆盖了我国城镇劳动者(即就业人群),并未覆盖城镇非从业居民。欣喜的是 2007 年 7 月 10 日国务院颁发了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,将学生、儿童和其他非从业城镇居民纳入到基本医保覆盖范围内,使长期以来依靠“自费医疗”的 2.4 亿多城镇非从业居民,获得了政府举办的以大病统筹为主的城镇居民医保制度的安排。

2007 年国家选择了 88 个城市推开试点,截至 2007 年底,已有 4 068 万城镇非从业居民参保。2008 年江苏、浙江、安徽、福建、江西、河南、湖北、湖南、广东、海南、西藏、陕西、甘肃、青海和宁夏等 15 个省区的 229 个城镇居民基本医保护大试点的城市已确

定。这有利于促进我国“全民医保”时代的来临。

### 3.2.3 新型农村合作医疗覆盖面广,覆盖率高

针对农村居民医疗保障严重缺失的问题,2002 年 10 月在全国农村卫生工作会议上,中共中央、国务院及时颁发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,要求在全国建立新型农村合作医疗制度。从 2003 年开始,各级政府高度重视新型农村合作医疗工作,在全国范围内确定了第一批 304 个试点县,取得经验,逐步推广。至 2007 年,全国开展新农合的县(市、区)达到 2 451 个,占全国总县(市、区)的 86%, 参合人口达 7.3 亿人。2007 年筹集新农合基金 428.3 亿元,其中中央财政 114 亿元,地方财政 212 亿元,农民个人缴费 96 亿元,其他社会筹资 6.3 亿元。全国人均筹资达到 58.6 元。2003 - 2007 年,全国累计有 9.2 亿人次享受到新农合补偿,共补偿资金 591 亿元<sup>[6]</sup>。农民开始不同程度的受益,新农合得到认可和好评。“十一五”末要在全部农村居民中,基本覆盖农村新型合作医疗制度。<sup>[6]</sup>

另外,多层次医疗保障制度的最底层形式——社会医疗救助制度开始建立。2003 年首先在农村实施,目前已经资助了 2 957.2 万贫困农民参加新农合。2004 年又正式实施了城市社会医疗救助制度,解决“三无”人员、特殊救济对象、低保无业人员、农村灾民、重点优抚对象等弱势贫困群体的看病就医难题。2007 年城市医疗救助达 407 万人次,支出 12.5 亿元<sup>[7]</sup>。2007 年城乡医疗救助共计支出 36 亿元<sup>[8]</sup>。

## 4 多层次医疗保障体系发展的趋势

当前,我国多层次医疗保障体系正面临前所未有的发展时机。城镇职工基本医保、城镇居民基本医保和新农合,是覆盖我国人群最多的,也是构成我国多层次医保体系的基础与核心的制度,犹如三驾马车齐头并驱,正在向“全民医保”目标迈进。卫生改革已经从仅仅是经济体制改革的配套措施,提升为党和国家社会发展的重大战略目标之一;已经从行政的单项推进,深入到医疗卫生、医疗保险及相关领域(药品、医疗器械、卫生材料、卫生建筑、医德医风与医药领域商业贿赂等)的新一轮体制性、结构性与机制性的攻坚改革。

### 4.1 实现“全民医保”目标

“全民医保”目标的实现,意味着这一制度将覆盖到所有地方和所有人群,没有漏洞和缝隙。应从

统筹城乡社会发展的大局出发,贯彻科学发展观与“以人为本”精神,坚持“人人享有基本医疗保障”的公平公正原则,强化四项(即城镇职工、城镇居民基本医保、新型农村合作医疗与城乡医疗救助)制度的衔接,从制度整合入手,以缩小制度之间的差别为切入点,借鉴与总结国内外有益经验与做法,按大部委制的思路,构建具有长远目标的,以覆盖全民的、适宜费率的、可转移的、可持续发展为核心的,城乡统筹的法定基本医保制度。

### 4.2 坚持基本医保的公平性<sup>[9]</sup>

公平是社会医疗保险制度始终追求的重要目标,这客观要求制度的设计应首先体现横向公平,即非歧视性,每个公民都享有参加各类保障制度的权利,享受同等的政策待遇;其次要体现纵向公平,即对个人自付承受能力而言的公平。从提升制度的横向公平看,应使基本医保的制度框架没有漏洞、不留空白,制度安排上率先解决好城乡居民,特别是困难群众、弱势群体、低收入阶层的保障问题,为城乡居民构筑一张病有所医的“安全网”。

### 4.3 实现制度与人群的“全覆盖”

城镇职工医保、城镇居民医保与新农合是覆盖我国人群最多的三大制度,在制度层面可以说目前已经基本实现全覆盖,而人群的全覆盖,还有待时日。这里涉及对“全覆盖”的理解问题。

实现社会公平,“广覆盖”的最终目标就是“全覆盖”。医保的“全覆盖”是《宪法》赋予的健康权利,是国际社会公认的基本人权之一,也是社会公平的基本要求。14 年来医保的实践也表明,只有覆盖城乡所有公民,实现真正的全员参保,医保“大数法则”的作用才得以充分发挥,基金的互济性才强、才更加安全。“全覆盖”在现阶段虽然只能逐步实施,但却是制度的目标与我国医保的发展方向,不能因实施中的障碍而模糊全民医保的目标。

“全覆盖”首先是制度上的全覆盖,即制度上不歧视任何人,不能厚此薄彼,应改变那种按人群设计医保制度的“碎片式”与“打补丁”的格局。以往重正规单位职工、轻非正规单位职工,重城镇人群、轻农村人群,重就业人群、轻非就业人群,重有身份地位的人群、轻一般平民人群的现象再也不能继续下去了。

其次是人群的全覆盖。制度的全覆盖并不等于人群的全覆盖,有制度的安排,不会自然而然的达到

人群的全覆盖,还需通过多种形式的推动与多种办法的实施,尤其是通过立法强制参保,才能让具有参保机会的公民人人参保,并按照规定自愿缴费,做到制度无空白与漏洞,人群无遗漏。

多层次医保制度需要得到贯彻落实。只有制度切实可行并真正落实了,才能让具有参保机会的公民受益,才能使公民享有制度与改革发展带来的好处。只有实现了制度与人群的全覆盖,才能有效解决“逆向选择”、“串卡”、“冒用”等需方医疗消费风险,也才能有效控制供方“堤内损失堤外补”、转嫁医疗费用等道德风险。尽快实施全覆盖的策略如下:

首先,必须实现制度的非歧视性,任何公民,无论年龄、性别、职业、身份、地域、支付能力等,都享有基本医保的同等权利。其次,在多层次制度安排上,为了适应不同地区或同一地区的不同收入水平的公民对不同险种的需求,可设置综合(统账结合)医保、住院医保、合作医保等不同缴费标准、不同医保待遇的公共类险种,供参保人选择。其中,有就业单位的职工,按国家规定必须参加综合医保,以保大病为主的合作医保则应成为基本医保模式的底线。再次,所有险种均具有开放性,城乡居民均有权做出选择,没有人为设置的壁垒。再其次,在险种与险种之间留有相互接口,以便参保人在个人身份、经济情况改变的情况下,重新选择险种时可以转接或续接,不留后遗症与盲点。最后,尽快缩小差距,提升待遇。应依据经济发展水平与承受力,设计合理的补偿范围与补偿率,逐步缩小城乡之间、地区之间以及不同单位之间、不同身份地位之间的医保待遇差别,提升公民享有的医保待遇与水平。

#### 4.4 推进制度整合和政策衔接

随着城乡一体化进程加快,人口结构快速变化,参保人员身份经常在城镇职工、城镇居民和农村居民中发生转换。现行三大医保制度之间缺乏衔接与统筹,当参保人员身份发生变化时,医保待遇难以衔接。医保关系跨地区转移与接续困难重重,异地就医管理存在体制和机制障碍,使异地就医问题难以有实质性突破。三项制度在城乡之间、地区之间、不同人员之间,迫切需要制度整合和政策衔接。

为此,今后当人员身份、居住地点变化时,在城

镇职工、城镇居民、新农合制度之间逐步实现医疗保险关系的可转换、可接续、可转移。统一规划、统筹协调基本医疗保险、补充医疗保险、城乡医疗救助、商业健康保险等制度,明确各自功能,做到信息资源共享,待遇无缝衔接<sup>[10]</sup>。尤其应强化四项制度(即城镇职工、城镇居民、新农合及医疗救助)的衔接,实现在制度设计、工作机制、资金结算程序和方式及信息网络平台的有效衔接。

#### 参 考 文 献

- [1]胡锦涛. 高举中国特色社会主义伟大旗帜为夺取全面建设小康社会新胜利而奋斗——在中国共产党第十七次全国代表大会上的报告[M]. 北京:人民出版社,2007.
- [2]王保真. 医疗保障[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [3]谢伏瞻. 中国经济总量在世界排名五年内连升两位[EB/OL]. (2008-03-28) [2008-09-16]. <http://business.sohu.com/20080328/n255973369.shtml>.
- [4]张达. 2010年我国人均GDP将达3000美元[N]. 证券时报,2008-01-04.
- [5]人力资源和社会保障部. 2007年全国社会保险情况[EB/OL]. (2008-06-13) [2008-09-16]. [http://www.cnss.cn/xwzx/ttxw/200806/t20080613\\_192294.html](http://www.cnss.cn/xwzx/ttxw/200806/t20080613_192294.html).
- [6]中华人民共和国卫生部. 20个省区市实现新农合全覆盖:9.2亿人次享受新农合补偿,补偿资金591亿元[EB/OL]. (2008-02-15) [2008-09-16]. <http://www.moh.gov.cn/newshtml/21157.htm>.
- [7]民政部. 民政事业统计季报(2007年4季度)[R]. 北京:民政部,2007.
- [8]周婷玉. 我国农村医疗救助与新农合“联手”缓解农民看病难题[EB/OL]. (2008-02-15) [2008-09-16]. [http://www.cnss.cn/xwzx/ttxw/xgxw/200802/t20080216\\_177720.html](http://www.cnss.cn/xwzx/ttxw/xgxw/200802/t20080216_177720.html).
- [9]林枫. 农村居民医疗保障之我见[J]. 中国卫生资源,2004,(2):10-11.
- [10]曲学松. 新闻分析:胡晓义伦三项医保制度整合衔接为哪般[EB/OL]. (2008-03-04) [2008-09-16]. [http://www.cnss.cn/xwzx/jdxw/200803/t20080304\\_179816.html](http://www.cnss.cn/xwzx/jdxw/200803/t20080304_179816.html).

[收稿日期:2008-09-05 修回日期:2008-09-29]

(编辑 许素友)