

西安市统筹城乡医疗保障制度的现状、问题与路径

翟绍果* 仇雨临

中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

【摘要】从西安实地调研来看,医疗保障逐步覆盖城乡,职工医保、居民医保和新农合制度运行渐趋平稳。由于人群特征的影响,职工、居民和农民的健康状况和医疗需求具有差异性,进而对制度的利益诉求不同,导致三项制度竞争日益凸显。这需要从偿付机制切入,设计回应人群利益诉求的偿付平台,构建“人人享有健康”的受益平衡机制,统筹整合城乡医疗保障制度。

【关键词】统筹城乡;医疗保障;现状;问题;路径

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)12-0015-04

Coordinate urban-rural medical security system: status quo, problems and path in Xi'an city

ZHAI Shao-guo, QIU Yu-lin

School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 From the field investigation and study in Xi'an, the medical security covers urban and rural areas, and the system tends to be steady gradually. Due to the variation of influence of the characteristics among the population, there shows a difference of health status and demand for medical services for urban employees, urban residents, and rural farmers, which causes the three schemes competition. Thus, it needs to reform payment mechanism, design payment platform in response to people's interest demands, construct balanced profits mechanism aiming at health for all, coordinate and integrate medical security system between the urban and rural.

【Key words】 Balancing urban and rural areas, Medical security, Status quo, Problems, Path

由于二元经济社会结构的嵌入和东、中、西部地区经济社会发展的差距,统筹城乡医疗保障需要充分考虑区域性的影响。从我们的实地调研来看,在西部一些欠发达地区,职工医保、居民医保和新农合制度逐步覆盖城乡,运行渐趋平稳。由于人群年龄结构和经济状况等影响,职工、居民和农民的健康状况和医疗需求具有差异性,对医疗保障制度的利益诉求不同,导致三项制度之间的竞争日益凸显。在此情况下,统筹整合城乡医疗保障制度,需要从偿付机制切入,合理设计回应人群利益诉求的偿付平台,构建“人人享有健康”的受益平衡机制。本文在西安调研的基础上,分析区域经济社会背景下城乡医疗保障的统筹现状和问题,探讨城乡医疗保障的统筹路径。

1 统筹现状:医疗保障覆盖城乡,制度运行渐趋平稳

随着全民医保的推进,由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗以及城乡医疗救助等制度构成的中国城乡居民基本医疗保险体系已初步形成,并逐步覆盖城乡,制度运行也渐趋平稳。西部地区由于经济社会发展水平的制约,在统筹城乡医疗保障方面具有代表性。为此,我们选择西安市进行了调研访谈,探讨统筹城乡医疗保障的西部之路。

西安市2008年末常住人口837.52万,城镇人口565.16万,乡村人口272.36万;全市户籍总人口772.30万。近几年经济发展迅速,2008年GDP为2190亿元,比上年增长15.6%;全市在岗职工年平均工资29664元;全年城镇居民人均可支配收入

* 基金项目:国家社会科学基金项目“统筹城乡基本医疗保险体系研究”(编号:08BJY039)。

作者简介:翟绍果,男(1980年-),博士研究生,主要研究方向为医疗保险。E-mail: zhaishaoguo@yeah.net

15 207元,人均消费性支出 12 016 元,其中医疗保健开支 1 162 元,占消费性支出的 9.67%;全年农民人均纯收入 5 212 元,人均总支出 5 736 元,其中生活消费支出 3 938 元。在卫生事业发展方面,2008 年末全市共有各类卫生机构 5 107 个,其中医院、卫生院 432 个;各类卫生技术人员 6.48 万人,其中执业(助理)医师 1.86 万人;卫生机构床位 3.46 万张。在医疗保障方面,2008 年末全市城镇职工医疗保险参保人数 182.43 万人;年末参加农村新型合作医疗的农民人数达 371.77 万人,实际参合率 96.20%^[1];截止 2009 年 7 月,居民医保参保人数为 114 万人^①,目前西安市正面临着居民医保的扩面任务。

在统筹城乡医疗保障方面,西安市在政策衔接、经办管理、市级统筹上进行了一些探索。(1)在参保衔接上,根据人群特征采取灵活的参保办法,为农民工、学生等群体留下衔接通道。例如针对农民工群体,若其在城市稳定就业,则加入职工医保;若是灵活就业,则可加入居民医保;回到农村还可加入新农合。针对青壮年群体,例如大学生、适龄就业群体,目前正在探索未来如何从居民医保转化为职工医保,这涉及到缴费和待遇问题。这种由于人群身份变化所引起的制度转换,需要探索缴费年限转化认定标准。(2)在制度转换上,目前正在逐步探索三项制度转换上的缴费年限转化认定标准,综合考虑缴费数额、收入水平、负担能力等因素。(3)在经办管理上,目前正在酝酿统一职工医保、居民医保和新农合的经办机构,统一硬件网络平台,实现资源、数据和服务共享。(4)在市级统筹上,正在制定市级统筹的办法,考虑区县经济发展水平差距和区县居民就医选择不同,合理提取医保调剂金,平衡医保基金的区县利益。西安在统筹城乡医疗保障方面的以上探索,既体现出全国大部分地区在探索中的共性,也有其自身的特性。在经济社会发展水平差距较大的区域背景下,如何统筹整合各项医疗保障制度,合理配置有限的医疗保障资源,实现人人享有健康的发展目标,是西部地区医疗保障发展的根本问题。

2 统筹问题:医疗需求人群差异,制度竞争日益凸显

嵌入二元经济社会结构的医疗保障制度在制度定位上城乡分割和人群划分,在制度设计上就业关联和待遇悬殊,在制度运行中业务竞争和服务衔接,在制度治理上多头管理和统筹分割,在制度绩效上功能互补和效应趋同,迫切需要在城乡、人群、职业和地区之间进行制度整合和政策衔接。由于人群年龄结构和经济社会状况等的影响,职工、居民和农民在健康状况和医疗需求等方面具有差异性,进而对医疗保障制度的利益诉求不同,在区域经济社会背景下,人群医保利益诉求更加强烈,导致三项制度之间的竞争日益凸显。

三项制度针对不同群体的承受能力设计了不同的缴费水平和报销比例(表 1),对职工、居民和农民均具有吸引力。职工医保报销比例高,居民医保保障范围宽,新农合缴费水平低,这些都是针对不同人群最有利的地方。“合约人”的行为特征不同于“经济人”的理性行为,具体表现为有限理性和机会主义行为。^[2]职工、居民和农民根据自己的目标集合和制度约束,在现行医疗保障体系所决定的可行空间中选择最有利于自己的行为。由于经济收入和缴费能力存在差距^②,城乡居民在三种缴费水平和报销待遇的医保制度分层下,在各自的制度空间中做出次优选择。例如城乡居民在遭遇大的疾病风险下,会理性选择报销待遇高的制度,但由于收入脆弱和制度分层的约束,只能进入与自身条件相符合的制度。

从现实来看,由于区县间经济发展水平的差距,城乡居民的可支配收入差距大,疾病结构和健康需求不同,医疗消费层次也不同,城市居民患病后去的是二、三级医院,农村居民患病后基本上去的是乡镇卫生院。职工、居民和农民的就医行为,影响着三种制度的基金支出结构。未来居民医保和新农合并轨后,基金支出压力会增大。从未来发展趋势看,三项制度的基金结余在短期内会随着覆盖面的快速扩大

① 居民医保参保人员数字来源于西安市劳动保障局医保处。

② 根据 2008 年西安市国民经济和社会发展统计公报中的数据计算,2008 年西安市城镇居民人均可支配收入是农村居民人均纯收入的 2.92 倍。

表 1 西安市职工医保、居民医保和新农合的筹资水平和偿付标准

	职工医保	居民医保	新农合
筹资水平	用人单位	工资总额的 7%	——
	个人	工资收入的 2%	个人缴纳 180 元(学生、儿童 30 元,大学生 20 元)
	政府	——	财政补助 70 元(大学生参保补贴 80 元)
偿付标准	起付线	职工平均工资的 10%	社区卫生机构 200 元,一级医院 300 元,二级医院 400 元,三级医院 500 元
	报销比例	68% ~70%	社区卫生机构 75%,一级医院 65%,二级医院 55%,三级医院 45%(学生儿童各级医院分别上浮 5%)
	封顶线	5 万元	非从业居民 5 万元,学生儿童 7 万元,特殊疾病 10 万元(白血病、再生障碍性贫血、血友病)

而出现大量积累的局面,在短期内会竞相提高偿付标准,进行相应的福利竞争,这会增进城乡居民的健康保障水平。但是必须看到,这是制度扩面当期缴费突增的短期效应。从长远来看,还需要充分考虑人口老龄化和疾病结构的变化,进行基金收支的精确预测。三项制度的福利竞争局面,潜伏着极大的运行风险,部分地区已出现特殊人群(例如失地农民)为获得最大医保利益而在不同制度间进行转换的现象。现行政策中群众最希望改善的地方是提高报销待遇和增加保障范围。西安市以病种方式逐步扩大门诊补偿,目前职工医保有门诊家庭账户;居民医保将慢性病、小孩门诊常见病和多发病纳入门诊统筹;新农合门诊超过 50 元统筹基金予以报销;医保部门 2006 年曾进行过规模性疫苗接种,效果较好。对于参保的城乡居民来说,不但希望在患病时能够得到医疗费用补偿,而且期望在未病时得到预防保健服务。这就需要根据人群的医疗需求,平衡人群之间的医保利益,考虑现行医疗保障制度偿付机制的结构转型。

3 统筹路径:偿付机制切入,构建“人人享有健康”的受益平衡机制

制度是人为制定的限制,用以约束人类的互动行为,“建立人们互动的稳定结构(未必是有效率的),以降低不确定性”。^[3]随着全民医保的实现,制度人群的年龄结构在一定时期内处于一种正态分

布;如果自愿参保的制度规定没有改变,那么由于逆向选择和道德风险的存在,以及人口老龄化的影响,制度人群的年龄结构会出现偏态分布。这就需要受益制度的内在激励与约束,平衡三项制度的筹资结构和偿付标准,尽可能实现筹资的公平性和受益的平等性。这是保证医疗保障制度持续发展的关键所在。^[4]医疗保障制度的受益水平是决定城乡居民参保、退保、续保行为的关键因素,而偿付机制则决定了其健康保障效应。因此,统筹城乡医疗保障的路径在于从偿付机制切入,设计回应人群利益诉求的偿付平台,构建“人人享有健康”的受益平衡机制。

首先,利用目前医保基金结余增加的现象,提取一定比例建立医保人群健康基金,用于人群体检、预防保健、健康教育和健康促进等内容的支出。目前,世界各国越来越注重医疗保险偿付结构的转变,从补偿医疗费用、收入损失到预防保健,逐步将医疗保险从保大病,发展到兼顾小病,进而发展到保障健康。三项制度的健康保障功能是相同的,未来可以通过合理的机制设计在大病统筹上先实现衔接整合,逐步向门诊统筹延伸;通过补偿结构的转变,使三项制度的预防保健功能得以加强,进而实现基金整合的制度诉求。例如通过建立医保人群健康基金的偿付小平台,逐步发挥三项制度在预防保健方面的重要作用,并可与公共卫生等整合,形成联带效应,发挥健康偿付小平台在医保制度整合中的支点作用。

其次,根据职工、居民和农民的人群特征,通过

社区就医的医疗保障支付方式、结算办法、报销比例等政策,来引导居民的就医行为。社区卫生服务中心在城乡居民健康管理过程中发挥着重要的预防保健作用。随着医疗保障制度的功能定位从费用补偿向健康保障的转变,社区卫生服务中心在预防、治疗和康复中的综合作用日益重要。各地在三项制度运行中探索了首诊制和双向转诊制,逐步引导城乡居民社区就医。随着城乡居民就医行为的转变和社区预防保健作用的逐步发挥,势必要求医疗保障制度的补偿重心下沉到社区。医保补偿重心的转移必然带来医保制度的整合,不再以城乡、职业等特征来区分,而是以人群健康为核心,以社区人头付费等补偿方式为重点,统一在全社会医疗机构之间按人群健康结果分配医疗保障资源。

最后,针对职工、居民和农民等群体的发病概率和医疗需求,分别确定医保偿付重点,平衡人群之间的医保利益分配;根据人群的年龄结构、疾病构成、健康状况和经济状况等,合理设计人群健康服务包,确保人人受益。由于社会经济状况的影响,个体之间、群体之间的健康状况存在较大差距,在医保制度上表现出较大的利益诉求差异。因此在全民医保背

景下,短期内需要维持筹资和受益的权利义务关系,保持合理的待遇差距,例如根据职工、居民和农民的不同医疗需求,分别确定医保偿付重点,平衡群体之间的制度利益诉求,维持制度持续供款动力;长期内,逐步拉近报销比例,合理设计人群健康服务包,逐步实现基本医疗卫生服务均等化,在全社会建立公平合理的人群健康责任分担机制,最终实现“人人享有健康”的目标。

参 考 文 献

- [1] 西安市统计局,国家统计局西安调查队. 2008年西安市国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. (2009-03-03) [2009-10-12]. <http://www.sn.stats.gov.cn/news/tjgb/20095493721.htm>.
- [2] 易宪容. 交易行为与合约选择[M]. 北京:经济科学出版社,1998:220.
- [3] [美]道格拉斯·C·诺斯. 制度、制度变迁与经济绩效[M]. 刘守英,译. 上海:上海三联书店出版,1994:7.
- [4] 仇雨临,翟绍果. 统筹城乡医疗保障体系的整合衔接思考[N]. 中国劳动保障报,2008-06-05(3).

[收稿日期:2009-10-30 修回日期:2009-11-13]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

卫 XI 项目第二次联合督导研讨会在京召开

2009年10月20—21日,世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目(卫 XI 项目,以下简称项目)第二次联合督导研讨会在北京召开。卫生部项目资金监管服务中心于德志主任、世界银行项目经理 John C Langenbrunner 先生、英国国际发展部卫生顾问乔建荣女士、中外专家以及项目省县共 200 余名代表出席了会议。

项目中央专家和世界银行项目经理分别就第二次联合督导的情况做了报告,他们指出:卫 XI 项目正式启动一年以来,各省项目县在农村健康保障制度建设、改善农村卫生服务提供和提供核心公共卫生服务等领域取得了很大进展,各地做了一些创新性的改革和探索;但在项目实施过程中也存在着一些问题,如很多项目县的工作进度落后于计划等。Hillary Standing 和 Gerald Bloom 分别介绍了卫生规划设计的国际经验及在学习国际经验时的挑战,Chris

Scarf 和 Kalipso Chalkidou 分别介绍了澳大利亚和英国 NICE 的相关经验,香港大学 Sian Griffiths 教授介绍了国际上健康促进的经验。卫生部农村卫生管理司傅卫处长介绍了新型农村合作医疗的费用控制策略,复旦大学赵根明教授介绍了作为该项目重要评价工具的公共卫生评分指标体系,严非教授介绍了欧盟资助项目研究结果,来自各项目省县的代表分别就各自在项目进行的过程中得到的经验、遇到的挑战以及未来工作安排进行了广泛而深入的交流。WHO 专家刘运国做了会议总结。

最后,于德志主任、John C Langenbrunner 先生和乔建荣女士充分肯定了会议取得的成果,并对项目发展提出了相应要求。

(朱 坤、栗成强供稿)