

“扩面”与“整合”并行：统筹城乡医疗保障制度的路径选择

朱俊生*

首都经济贸易大学劳动经济学院 北京 100070

【摘要】城乡医疗保障统筹发展必须秉持社会公正的原则。短期内不能期望通过扩大城镇职工医保制度来实现对城镇从业人员的全面覆盖，必须拓展新思路、新视野，考虑通过降低缴费型医保制度的门槛、建立普惠型非缴费型医疗保障制度以及完善基于家计调查的医疗救助制度来为未参保人群提供保障。在通过以职工医保、城居医保与新农合为框架的基本医疗保险制度实现全民覆盖的过程之中，必须要考虑不同制度之间的整合。当前制度全覆盖的重点在于职工医保，制度整合衔接的重点在于城居医保与新农合的并轨。

【关键词】统筹城乡；医疗保障；社会公正；扩面；整合

中图分类号：R197.1 文献标识码：A 文章编号：1674-2982(2009)12-0019-04

Extending coverage and integration: the paths to coordinate urban-rural medical security system

ZHU Jun-sheng

School of Labor Economics, Capital University of Economics and Business, Beijing 100070, China

【Abstract】 Principle of social justice should be upheld in the process of integrating the urban and rural medical security system. We can not realize the goal of universal coverage by extending current system and must explore new approaches for the uninsured including reducing the thresholds of the contributory medical insurance system, universal non-contributory medical security system and means-testing medical assistance system. Different systems should be coordinated during the process of full coverage by the basic medical insurance scheme, the urban-resident scheme and the rural cooperative medical system. Currently it is a priority that the coverage of the basic medical insurance scheme should be extended and the urban-resident scheme and the rural cooperative medical system should be coordinated.

【Key words】 Balancing urban and rural areas, Medical security, Social justice, Extending coverage, Integration

1“医保孤岛”与统筹城乡医疗保障制度的理念

我国已经建立起以职工医保、城居医保与新农合为框架的基本医疗保险制度，但整体来看，这几项制度之间相互割裂，呈现“医保孤岛现象”。首先，制度之间存在身份界限。因人设保，三项医疗保障制度的参保居民之间存在城乡户籍界限。其次，业务经办资源分散。三项医疗保障制度各自设定医疗机构、药品目录和计算机网络，资源不能共享，运作成本高昂。再次，待遇差异。由于城乡与城镇居民之间收入的差距以及财政投入力度的不同，三项医疗

保障制度在筹资上存在一定的差距，造成医疗保障待遇存在不小的差距。最后，管理分割。在既定的管理体制下，职工医保与城居医保由人力资源与社会保障部门管理，新农合由卫生部门管理，机构重叠，投入重复。

城乡医疗保障制度要不要统筹发展，这不只是简单的技术操作问题，而是关系到城乡医疗保障制度构建的理念和目标问题。城乡医疗保障目前仍然存在巨大的差距，必须基于社会公正的理论来重构农村医疗保障制度建设的理念。^[1]西方的分配正义理论可以分为三种倾向：一是平等主义取向的分配正义论，以罗尔斯和德沃金等人为代表，政治上属于

* 基金项目：国家社会科学基金重点项目（编号：07ASH008）、北京市教委社科计划（编号：SM200910038012）、北京市属高等学校“中青年骨干人才培养计划”项目。

作者简介：朱俊生，男（1976年-），博士，北京大学应用经济学博士后，副教授，首都经济贸易大学社会保障研究中心副主任，主要研究方向为城乡社会保障的统筹发展、健康保障。E-mail: junshengzhu@163.com

民主自由主义；二是个人自由取向的分配正义论，以诺齐克和哈耶克为代表，政治上属于极端自由主义；三是满足需求和提高人的能力为取向的分配正义论，以阿玛蒂亚·森和瓦尔泽等人为代表，是一种更倾向于集体性福利的自由主义。^[2]我们可以借鉴罗尔斯和阿玛蒂亚·森关于社会公正理论的合理内核，提炼出城乡医疗保障制度统筹发展应秉持的理念和原则，讨论改革的规范性目标问题和制度转轨过程的公平问题。从罗尔斯的正义论出发，无论是从“无知之幕”的角度重新考量，还是基于个人权利必须平等的视角，还是根据“差别原则”，补偿作为“最少受惠者”的农民，必须用正义原则来规范医疗保障制度，无论城市、农村，应选择一体化的医疗保障制度。^[3]同样，从阿玛蒂亚·森的“实质性自由”和可行能力出发，覆盖全民的基本医疗保障制度亟待建立和完善。^[4]因此，在通过以职工医保、城居医保与新农合为框架的基本医疗保险制度实现全民覆盖的过程之中，必须要考虑不同制度之间的整合，最终实现不同制度框架下保障水平“多重标准”向“单一标准”的转化。医疗保障制度整合的核心就在于城镇医疗保障制度（职工医保与城居医保）与农村医疗保障制度（新农合）的整合。目前二元的医疗保障体系的最大问题在于保障水平差异很大，因此，实现城镇医疗保障制度与农村医疗保障制度整合的主导思想是：在未来一段时间内，首先着眼于扩大覆盖面，实现全民基本医疗保障。其次，相对稳定城镇医疗保障水平，提高农村医疗保障水平。待条件成熟以后，逐步实现城镇与农村医疗保障的整合。

城乡医疗保障统筹发展的方向是分阶段、分步骤地化异趋同，短期内制度全覆盖，中期内制度整合衔接，长期内制度转型发展，实现国民健康保障制度。^[5]沿着这样的思路，笔者认为，制度全覆盖的重点在于职工医保，而当前制度整合衔接的重点在于城居医保与新农合的并轨。

2 创新思路，着重扩大职工医保的覆盖面

《中共中央、国务院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》提出，从2009年到2011年，重点抓好基本医疗保障制度等五项改革，要在3年内使职工医保、城居医保和新农合的参保率提高到90%以上。随着政府对城居医保和新农合的补助标准提高，城镇非从业居民与农村居民的参保率能够得到进一步

提高。但职工医保在三年内达到90%以上的覆盖率，则面临许多挑战。

现行制度在建构的时候试图将所有城镇就业人口全部纳入职工医保制度中，但问题的关键在于：职工医保制度能够在多长时间内、多大程度上将非正式部门劳动者纳入。这就涉及到现行职工医保制度的可得性问题，即在制度目标完全达成后，其所能覆盖的所有人口。^[6]

根据人力资源和社会保障部与国家统计局《2008年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》提供的数据，截至2008年末，全国城镇就业人员30210万人。其中，城镇单位就业人员12193万人，占40.4%。这就意味着城镇私营个体就业人员和其它灵活形式就业人员占据非常高的比例。虽然部分地区规定个体人员和灵活就业人员可以参加职工医保，但必须缴纳企业所需缴费的部分。根据我国国情，这部分人员往往是社会中的低收入阶层，这样的做法事实上从制度上阻碍了他们参加职工医保，而如果企业缴纳部分由政府补贴，则成本甚高。2008年底，参加职工医保的职工人数为19996万人，仅占当年城镇就业人员的66.2%。因此，我们很难期待职工医保能够在短时期内通过“扩面”解决非正式部门劳动者以及个体就业人员的医疗保障问题。

从国际经验来看，通过社会医疗保险来实现全民覆盖的道路往往非常漫长。从通过第一部与医疗保险相关的法律算起，到实行全民保障的最后一部法律出台，奥地利花了79年，比利时花了118年，德国花了127年，以色列花了84年，卢森堡花了72年。^[7]同时，社会医疗保险参保范围的扩大不是简单地呈现线性增加，为了将自雇工人和低收入群体纳入社会医疗保险，需要作出特别的努力以及花费更长的时间。这些国家的经验表明，将某些人群（比如临时工、自雇人员等）纳入覆盖范围比其他人群要困难得多。比如，奥地利花了40年的时间（1890—1930）将社会医疗保险的覆盖面从7%提高到60%，但为了将社会医疗保险扩大到农民和公务人员，又花了35~37年（1930—1965或1967年），最终才达到96%的覆盖率。同样在德国，社会医疗保险的覆盖面从10%提高到50%，经历了47年（1883—1930），但为了将自雇人员涵盖进来，将覆盖率提高到88%，又花了58年的时间。

影响一个国家社会医疗保险覆盖面扩大的主要因素包括经济发展水平、经济结构（特别是正规

部门与非正规部门所占的比例)、人口的城市化水平与分布、政府的管理能力、社会的融合程度以及利益相关者对政策制定过程的参与度等。显然,中国尚不具备这些条件,这就意味着中国试图通过扩大覆盖面,将职工医保涵盖所有的城镇从业人员将是一个漫长的过程。在这个过程中,必须解决那些不能参加职工医保的城镇从业人员的医疗保障问题。因此,单纯扩大现行制度的覆盖面具有很大的局限性,必须拓展新思路、新视野,考虑通过降低缴费型医疗保障制度的门槛、建立普惠式非缴费型医疗保障制度以及完善医疗救助制度来为未参保人群提供保障。

2.1 降低缴费型医疗保障制度的门槛

由于制度供给与制度需求之间错位,在现行职工医保制度框架下进行修补完善,难以根本解决非正式部门劳动者的保障问题。目前对城镇个体工商户和灵活就业人员参加基本医疗保险的缴费基数往往规定为当地上年度在岗职工平均工资,而在在岗职工平均工资的统计往往又只针对正规就业群体,这就使得非正式部门的就业者缴费负担沉重。因此,必须有效降低原有的职工医保的进入门槛,建立适应非正式部门劳动者需要与特点的医疗保障制度。在这方面,一些地方的探索的经验值得借鉴。比如,广东省东莞市将农民工、农村居民纳入收入统计范围,大幅度降低了缴费基数,为各类人群参加统一的医疗保险制度奠定了基础。2008年7月东莞在全市范围内建立城乡一体的社会基本医疗保险制度。按照统一制度、统一标准、统一管理、统一基金调剂使用的原则,将全市职工(不分户籍)、城乡居民纳入社会基本医疗保障体系,实现了职工、居民、农民、灵活就业人员、退休人员及失业人员平等缴费,同等享受医保待遇,社会医疗保险从制度上覆盖到城乡所有人群。东莞的经验表明,要从实际出发制定合理的缴费与待遇水平。非正式部门劳动者医疗保障制度的缴费与待遇水平要恰当,在设定缴费基数和缴费比率时要充分考虑到,如何在保证他们基本生活的前提下,使他们能够进入医疗保障体系。

值得指出的是,降低缴费型医疗保障制度的门槛并不意味着降低了正规就业者的原有医疗保障水平。降低缴费门槛实现的是“底线公平”,收入水平高的群体可以同时通过多层次的医疗保障安排提高其保障水平。

2.2 建立普惠式非缴费型医疗保障制度

普惠式的医疗保障制度不会产生未参保人群的问题。为了解决缴费型医疗保障制度必然带来的未参保人群问题,可以考虑建立普惠式非缴费型医疗保障制度,为最基本的卫生服务包筹资。融资来源主要为政府财政收入。中央和地方各级财政根据负担能力按一定比例承担。

2.3 完善医疗救助制度

为了实现医疗保障的全面覆盖,必须配套发展由政府一般税收融资的、成本较低的医疗救助制度。医疗救助主要适用于未参加缴费型医疗保障制度的低收入群体,它在缓解贫困方面比医疗保障具有更多的优势,发挥着最后安全网和社会稳定器的作用。如果参加医疗保障的接受者发生大额医疗费用支出,其收入状况在贫困线之下时,也可以接受医疗救助。

3 实现城居医保与新农合并轨,推进城乡制度的整合

在扩大覆盖面的同时,要实现制度的整合与衔接。我们认为,城乡医疗保障制度整合的第一步应该着眼于城居医保和新农合的整合,这主要基于以下几点考虑:首先,从筹资水平来看,城居医保与新农合更为接近,初步的整合有利于提高农村医疗保障的整体水平,符合优先次序原则。其次,从基金管理上来看,新农合在县级统筹,而城居医保一般为地市级统筹,初步的整合可以提高新农合的统筹层次,从而大大提高风险分担的效率,增强保险方对医疗费用的控制能力。再次,首先实现城居医保与新农合的整合有利于缩小其在整体上与职工医保的差距,从而为医疗保障进一步的整合减少障碍。最后,随着户籍制度的改变,城乡居民身份区别也将不复存在,首先完成城居医保和新农合的整合也适应了户籍制度改变的要求。

在一些人还在质疑城居医保与新农合并轨的可行性的时候,一些地方的先行者已经用实践作出了肯定的回答。比如,杭州市2007年将职工医保、城居医保、新农合和医疗困难救助制度都视为基本医疗保险制度,并建立了基本医疗保险调剂基金,每年从基本医疗保险费的总筹资额中提取5%作为调剂基金,用于各类基本医疗保险基金之间的调剂,以防范基金风险。这种做法将各项医疗保障制度视为一

个整体的系统,有利于制度之间的融合。珠海市于2008年1月正式启动城乡居民基本医疗保险制度,完成了新农合向基本医疗保险的并轨,原来参加新农合的农民和被征地农民全部转入居民医疗保险。尽管杭州与珠海的社会经济条件具有自身的特点,其城乡一体化的医疗保险制度模式不能被其他地区简单地复制,但其统筹城乡的理念则具有普适的意义。

反对城居医保与新农合并轨的人认为,农村和城镇人口的收入水平、医疗水平都存在差异,制度并轨将会造成“穷帮富”的后果,产生明显的不公平。笔者认为,合理的制度设计就可以解决制度并轨可能产生的负面作用。^[8]针对区域经济社会发展不平衡的状况,可以采取分层次的原则,根据农民和被征地农民的实际收入水平以及原新农合缴费水平的实际,制定适合不同经济能力人群的个人缴费标准。同时,为了统筹城乡,实现基本公共服务均等化,要逐步加大财政对农村居民的补贴力度,财政对城镇和农村居民必须实行统一的补贴标准。比如,珠海的城乡居民基本医疗保险制度就对个人缴费标准做了区分,一般参保人个人每年缴费250元,经济困难的农民及被征地农民等“特殊人群”参保人可以选择每年缴费25元,财政补贴的标准则都是每年150元。这种不同的筹资安排充分兼顾了不同社会阶层的不同经济能力,并没有产生一些人担心的“穷帮富”的后果,相反,这会提高医疗保险基金的共济能力与抗

风险能力,提高农村居民的医疗保障水平,从而有利于提升医疗筹资的公平性。

参 考 文 献

- [1] 朱俊生. 从社区融资到全民健康保障——农村健康保障制度中的主体行为研究[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2008.
- [2] 汪行福. 分配正义与社会保障[M]. 上海: 上海财经大学出版社, 2003.
- [3] 约翰·罗尔斯. 正义论[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1988.
- [4] 阿玛蒂亚·森. 以自由看待发展[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.
- [5] 仇雨临. 中国城乡居民医疗保障制度的整合与发展[C]//第五届社会保障国际论坛论文集: 养老、医疗及综合论坛部分, 2009.
- [6] 朱俊生. 城镇居民基本医疗保险的比较制度分析——基于东、中、西部3省9市试点方案的比较[J]. 人口与发展, 2009(3): 17-26.
- [7] Guy C, Chris J. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage[J]. International Social Security Review, 2005, 58(1): 45-64.
- [8] 朱俊生. 社保随人走, 政府担重任, 医保望统一[J]. 社会保障制度, 2009(4): 74.

[收稿日期: 2009-10-30 修回日期: 2009-11-11]

(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

全球基金理事会批准 24 亿美元的卫生赠款项目

全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 2009 年 11 月 12 日宣布, 基金理事会已批准了一批向发展中国家防治艾滋病、结核病和疟疾提供赠款的新项目, 总额达 24 亿美元。这是全球基金自 2002 年成立以来第九次审批赠款项目, 也是金额第二高的一次, 仅低于 2008 年创下的 27 亿 5 000 万美元的纪录。同时, 全球基金理事会还批准启动一个旨在降低疟疾治疗药物价格的试验项目。这个项目将在柬埔寨和九个非洲国家试点开展, 预计耗资 2 亿 1 600 万美元。全球基金下一轮赠款项目审批将在 2010 年 11 月至 2011 年 1 月间进行, 项目申请的征集活动将在 2010

年 5 月启动。

全球基金是全世界在防治艾滋病、结核病和疟疾方面的一个主要资助机构。从成立至今, 全球基金总共批准为 144 个国家提供 185 亿美元, 受其资助的项目已经为 230 万人提供了艾滋病治疗, 为 540 万人提供了抗结核治疗, 并且在世界各地发放了 8800 万顶用于预防疟疾的蚊帐, 避免了 450 万人因罹患这些疾病而死亡。

(来源: 联合国网站; 摘编: 田晓晓)