

覆盖全民的城乡一体化基本医疗保险制度探讨

夏 芹* 尹爱田

山东大学卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

【摘要】通过多种途径实现医疗保障制度的全民覆盖是新医改的重要目标。在我国城乡一体化发展、户籍制度改革等社会趋势基础上,提出了实行全民覆盖基本医疗保险的思路,并从社会、政治和经济等方面论证了其必要性。采用粗估法测算了筹资额度,对政府、个人、社会三方的筹资能力进行了简单分析,探讨三方承担不同比例的可行性,在此基础上提出了加强相关制度研究和路径分析研究、加强政府和社会筹资力度等建议。

【关键词】基本医疗保险;城乡一体化;全民覆盖;必要性;可行性

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.01.010

Analysis on the universal coverage medical insurance system with urban-rural integration in China

XIA Qin, YIN Ai-tian

Center for Health Management and Policy, Shandong University, Shandong Jinan 250012, China

【Abstract】“Covering all people by several medical insurance systems” is the goal of new health reform in China. This paper first analyzes the social trends of urban-rural integration development and household registry reform, then brings up the thought of the true universal basic health insurance and discusses the necessity from the viewpoint of social, politics and economics. This paper probes into financing capacity of the government, the individuals and the society after calculating the financing amount for universal coverage health security system with rough estimation method, and then discusses the feasibility of different plans for sharing the financing among government, individuals and society. It also brings forward that the research on scheme construction and pathway analysis should be strengthened and that the financing proportion of government and society should be enhanced.

【Key words】 Basic medical insurance; Urban-rural integration; Universal coverage; Necessity; Feasibility

新医改的五项重点工作把基本医疗保障制度建设放在首位,但同时依然通过几种医疗保障制度来达到“覆盖全民”的目的,从国际经验和国内社会大环境的变化来看,这仅仅是一个过渡性的手段,尚需继续探讨长久发展之策。我国目前正在运行的医疗保障制度包括:公费医疗、城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险以及医疗救助制度。按照新医改的出发点,我国每位公民都能够找到属于自己的医疗保险制度,从而形成“全民医保”,不能否认目前的制度运行确实起到了一定的积极作用,但这并不是真正意义上的全民医保。更何况,现行制度的设计与安排呈现“碎片式”与“打补丁”格局^[1],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方面高低悬殊,缺乏公平机制,难以实现“公平”与“效率”的政策目标;同时,我国面临的城乡一体化建设、户籍制度改革、城镇化建设等制度变革势必会对我国带有身份特征的医疗保障制度提出严峻的挑战,本文将在对这些因素进行分析的基础上提出建设全民基本医疗保障的思路。

1 多元化医疗保障制度存在的问题

1.1 分类管理、各自为政

人力资源和社会保障部主管城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险制度,卫生部主管新型农村合作医疗制度,民政部主管医疗救助制度。首先,这种

* 作者简介:夏芹,女(1976年-),博士研究生,主要研究方向为卫生事业管理。E-mail: xq1012@163.com

多元化的管理体制铸就了多种医疗保障形式;其次,多元化管理体制导致了医疗保障和卫生服务存在一定程度的不公平。新医改方案提出,对于困难企业职工如果不能参加城镇职工医疗保险的,可以参加城镇居民基本医疗保险;参加城镇职工医保有困难的农民工可以自愿参加城镇居民医保或新农合。在实际运作过程中,如何鉴定每个人的支付能力,如何判断他们能否加入某一种医疗保险,都存在标准模糊的问题,给实际操作造成了许多问题。

1.2 不同群体之间的卫生服务公平性存在差异

目前城乡分割二元经济体制造成的最大问题就是城乡贫富差距扩大,从1992年到2006年,城乡居民的收入差距从2.33:1扩大到了3.22:1。^[2]经济水平差异带来了医疗保障的反差,从卫生经费的利用来看,2000年农村人均卫生总费用为全国平均水平的60%,至2007年该比例竟然下降到不足41%,达不到城市30%的人均水平。^[3-4]根据国家第四次卫生服务总调查的结果,我国城镇职工医疗保险中有72.6%门急诊患者的医疗费用全部或部分得到了报销,住院患者报销费用占住院费用的66.2%;城镇居民基本医疗保险有1/3门急诊患者的医疗费用获得了报销,住院患者的报销费用达到49.2%;而新农合中住院患者的报销费用仅占34.6%。^[5]本来就处于弱势的群体,一旦患大病仍然需要自付较高的医疗费用,难以真正缓解“看病贵”的问题。而且不同医疗保险的资金不能融合,达不到全社会互助共济的目的,也不符合富人帮助穷人的公平性原则,发挥不了应有的社会效益和价值。

1.3 流动人口参保受到限制

目前我国农民工有2.3亿人,其中外出务工达到1.2亿,他们的就业特点是流动性非常强。^[6]可以说目前全国统一的劳动力市场逐步形成,但医疗保障制度发展之后,仍为属地化管理,流动人口参加或享受医疗保障面临一定障碍,医保关系跨地区的转移和续接更是困难重重,而且政府对流动人口参加医疗保险缺乏强制性的法律保障,导致这部分人群参保不连续,加之自身健康保险意识薄弱,造成部分人群并没有任何保障。有研究认为,要缩小城乡之间的差距,就应形成一个一体化的劳动力市场,使农民有更多进城享受平等就业和公平收入的机会。^[7]

党的十七届三中全会通过的《中共中央关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》提出建立促

进城乡经济社会发展一体化制度的战略思路。世界发达国家的城乡关系经历了城乡分隔、城乡联系、城乡融合到城乡一体四个阶段。^[8]从长期来看,政府最终要打破城乡二元结构,建立全国统一的医疗保障体系,这既是社会公平、效益、稳定的迫切要求,也是达到人人享有医保,维护人们健康权利的目标。

2 建立覆盖全民的城乡一体化基本医疗保险体系的必要性和可行性

2.1 必要性

城乡一体化基本医疗保险体系建立的重要障碍是户籍制度。受户籍制度的约束,越来越多的流动人口根本无法与本地居民享有同样的就业、住房和医疗保障等待遇,导致出现城乡差距加大、农民工问题突出、社会阶层割裂等影响社会和谐的问题。据调查显示,有93%的被调查者表示赞成取消农业户口和非农业户口的界限,实行城乡统一的居民户口。^[9]从世界范围看,市场经济具有竞争性,有竞争就会有风险,就需要提供劳动者参与市场竞争的各项保障,建立包括基本养老、医疗保险等各项社会保障制度,这既是有序竞争的安全网,也是建立统一、开放、流动、有序的劳动力市场的前提条件。只有建立一体化的医疗保障体制,创造一个相对宽松、自由、公平的就医环境,保证劳动者不论在哪个地区就医都能享受到同等的医疗保障待遇,才能打破流动人口尤其是农村流动人口的心理芥蒂,坚定他们走出家门、融入社会的决心,同时体现出各级政府对居民健康权的关注。

目前提出的所谓覆盖全民的“全民医疗保险”,实际上只是让不同人群分别参加不同的医疗保障制度,力争让所有人至少参加一种医疗保障制度,达到全民覆盖的局面而已。这不是“全民医疗保险”的本质意义,“全民医保”的制度特征是:(1)由政府出资建立和举办,是一项具有福利性和公益性的保障制度;(2)覆盖全体公民的,即不分性别、身份、职业、地位与收入;(3)覆盖所有地区,即不分城乡,沿海与内地、发达与欠发达,没有漏洞和缝隙;(4)“人人享有”,其本质是“公平的获得”,确保“人人享有”经济与改革发展成果的公平性;(4)它绝不是全民“免费医疗”制度,它既是享有福利,又是共同分担费用的制度,个人还得承担一定的费用。^[10]

根据上述制度特征,真正的“全民医保”应该将现有医疗保险制度进行融合,形成一种统一的、没有

身份限制的基本医疗保险制度框架,打破城乡壁垒的二元限制,充分体现制度的公平性和人人享有的合法权益。由政府、社会和个人三方共同筹资,根据居民的承受能力,设计不同层次的报销比例和相应的筹资比例,居民根据其收入水平(或消费水平)必须选择一种。因为只有将制度的全覆盖和人群的全覆盖合二为一时才能真正达到制度的目标,所以应该采取强制性的社会医疗保险方式,以保证全体居民的共同参与。筹资方式上不再采取居民等额筹资,而是按照居民人均收入或消费水平的等比例筹资,这在一定程度上保证了制度的公平性;统筹层次尽量上移,最起码实行省级统筹,同时加强省与省之间的协调与配合,这样既能扩大保险覆盖面,达到风险社会共担的目的,同时又能解决流动人口不能灵活就医的问题。享受医疗服务时,直接出示各自的医保卡,就可以得到相应水平的报销。当然,基本医疗保险制度毕竟还是低水平的保障,对于高收入人群或城镇职工还可以加入各种补充保险如商业保险等。

从社会福利制度结构变迁和发展规律来看,全民医疗保险制度建设是世界性的发展趋势,各国政府都在努力扩大医疗保险的覆盖面,提高医疗保障待遇,改善全体居民健康状况。有关报告也指出,实现城乡社会保障一体化对缩小城乡收入差距将起到间接作用,中国现存的保障制度,是根据城乡户籍制度对不同的人实行迥然不同的保障待遇。这是有失公平的,有必要逐步建立一种覆盖城乡的社会保障体系,这样既可以体现社会公平,有利于社会稳定,也为劳动力自由流动铺平了道路,随着经济、社会的进一步发展,这也是必然趋势。^[11]

我国的医疗保障体制改革一直在不断进行,一定程度上可以说企业改革推动了城镇职工基本医疗保险制度建设,建设社会主义新农村、有效缓解农村居民因病致贫和因病返贫现象和提高卫生保健服务利用等问题促成了新型农村合作医疗制度建设,解决城镇低收入人群“看病难”问题促进了城镇居民医疗保险制度和医疗救助制度建设。那么,农村城镇化和改变城乡二元经济结构将是促成基本医疗保险体系城乡一体化建设的直接动因。

2.2 可行性

新医改方案指出要坚持以人为本,把维护人民健康权益放在第一位。坚持医药卫生事业为人民健康服务的宗旨,以保障人民健康为中心,以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点,从改革方案设计、基本医疗卫生制度建立到卫生服务体系建设都要遵循公益性的原则,把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,同时指出要保证公共卫生服务均等化,实际上这已经从政治层面上提供了建立全民基本医疗保险的环境。

经济层面上,一些学者认为我国目前不能实行全民医保的主要障碍在筹资上,实际上这种看法是不客观的。经济指标主要涉及到居民个人、社会、政府三方的可负担性与支付、承受能力。医疗保险基金主要由医药补偿费、管理费、风险储备金三部分组成。课题组进行的一项研究采用保险精算中的粗估法测算了在全民医疗保险形式下,如果采取 40% ~ 80% 的补偿比例所需要的筹资额度^①,根据 2008 年我国居民的门诊和住院情况计算医药补偿费,同时考虑了管理费、风险储备金以及影响因子等因素,扣除起付线以下的部分,按照设定的补偿比例,建立一体化的基本医疗保险体系需要筹资 3 445.2 亿 ~ 8 632.2 亿元。该费用由个人、社会以及政府三方共同承担,全体居民按照收入(或消费水平)的一定比例共同参与筹资。至于三方承担比例方面目前也有很多探讨,有专家认为,从中长期目标定位,合理的个人、政府、社会卫生筹资比例应该为 30%、30% 和 40% 左右较为适宜。^[12] 据此估算,按照 2008 年城乡居民的消费水平,筹资额度占消费水平的 1.38% ~ 2.68%。对于居民个人来说,根据实际消费水平和承受能力选择自己能够承受的标准。有研究分别对不同地区居民的筹资能力进行了研究,从中可以看出不同程度地提高居民的筹资标准和补偿标准是绝大多数居民能够接受和承担的。最大的难点在于政府和社会应该承担的部分,近几年来社会卫生支出一直保持增长的趋势,但政府支出的增长趋于缓慢,对于满足低层次的保障水平来说困难并不大,但要满足高层次的保障水平,政府和社会的确需要增加

① 之所以采取这个区间的补偿比,是因为一般认为,补偿比超过医疗费用的 80% 就可能造成费用失控;按照保险学的观点,作为社会医疗保险计划,医疗保险的补偿水平只有达到 40% 以上才会产生风险共济的作用;我国各地区经济水平差异较大,难以按照统一的标准进行。

一定的投入。但三年内政府将新增 8 500 亿用于医疗卫生领域,如何用好这部分资源,能否成为我国基本医疗保险制度改革的助推器,还需要进行严密的论证和协调。^[13-15]

当然,要在全中国采取同一种标准是不现实的,各地可以根据经济及承担能力的大小,选择不同的补偿标准,资金允许的情况下可以选择高补偿比例,而资金压力相对较大的地区或个人可以选择低补偿比例,但采取全民一体的保险形式,打破二元结构体制的发展方向才是最主要的。这里需要强调的是,中外历史经验和全民医疗保险制度建设模式普遍证明:经济可行性与财政支付能力只是制度建设的必要条件,但绝不是制度建设的充分条件。中国也不例外,改革开放以来,经济发展取得世人瞩目的辉煌成就,国家财力显著增强,不管从政治、经济还是社会等角度来看,建立全民医保已具备一定的可行性。

3 政策建议

如前所述,我国已基本具备实行全民基本医疗保险制度的基础,鉴于目前的医疗保障管理体制有继续沿着城乡二元分治方向发展的“锁定”效应,这已经不适合整个社会大环境的发展趋势,有必要考虑城乡一体化的医保发展趋向。

首先要进行相关的制度研究。城乡一体化全民医保体系要打破现有分类管理的局面,将保险基金纳入同一部门管理,需要整合现有资源,进行各项制度之间的协调与融合,融合的核心点和标准应该在哪里,融合后应该由哪个部门统一管理,其它相关部门应该做怎样的重组和应用,整个体系的监管应该由谁来实施?各方筹资主体能不能够承担、能否愿意承担调整后的资金投入?管理部门该如何定位,仅仅是从事基金管理,还是要做好参保者的全方位代理人或第三方支付者?如何控制医疗机构的诱导需求等不合理费用的增长?如何解决利益相关者的矛盾冲突等。这些能否实现,该通过什么途径实现等都需要进行深入研究。

其次要加强政府和社会的筹资力度。从我国目前卫生总费用的筹资情况来看,2007 年我国卫生总费用中,政府筹资占 20.3%,社会占 34.5%,而个人占到了 45.2%^[4],如果要按照前面所述的个人、政府、社会 3:3:4 的比例筹资,需要进行筹资方向的转移,由个人筹资转向政府和社会筹资。

再次是要加强路径分析研究。关于我国医疗保

障制度所应采取的路径,国内相关部门专家也进行了分析和研究,提出健全医疗保障体系,实现全民医保应该是整个医疗卫生体系改革的突破口。^[16]按照路径依赖理论来看,打破“锁定”和维持良性的路径依赖都是可取的制度变迁方向,制度变迁中存在着报酬递增和自我强化机制。这种机制使制度一旦走上某一路径,它的既定方向会在以后的发展中得到自我强化。^[17]因此医保制度的改革,一方面要防止城乡二元分治固化的可能,尽早变革不符合行政效率和社会公平的二元分治管理体制;另一方面还要考虑到制度调整的阻力和成本,如果一步到位调整困难,可实行局部调整,先行试点,在运行过程中不断进行制度的完善和筹资及补偿水平的调整,为全面推广打好基础。筹资和补偿水平可以按照当地的经济水平决定,但必须是全民共同参与(同时发挥社会救助的功能),即从性质上只考虑经济水平不再考虑身份特征等其它因素,彻底消除二元结构的影响。而一旦步入一体化发展轨道,就可以利用路径依赖的正面作用,促使我国的医保体系朝着健康、可持续发展的方向发展。

参 考 文 献

- [1] 王保真,陈蓓. 浅谈多层次医疗保障体系的发展趋势[J]. 中国卫生政策研究, 2008,1(1): 30-33.
- [2] 张忠法. 新型城乡发展一体化的概念与途径[N]. 农民日报, 2008-01-03.
- [3] 赵郁馨. 农村卫生投入与费用研究[J]. 卫生经济研究, 2004(3):3-6.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 2009 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [5] 卫生部 27 日公布第四次国家卫生服务调查主要结果[EB/OL]. (2009-02-27) [2009-07-20]. http://202.123.110.3/gzdt/2009-02/27/content_1245006.htm.
- [6] 人社部就应对就业压力大养老保险费调整答记者问[EB/OL]. [2009-07-20]. http://www.cnr.cn/2008zt/sxcs/tbch/gsms/rdjj/200811/t20081120_505155776.html.
- [7] 中国社科院人口与劳动经济研究所所长蔡昉:扩大就业可以缩小收入差距[EB/OL]. (2009-06-01) [2009-07-20]. <http://www.casshr.com/read.asp?id=1290>.
- [8] Van den Berg L, Drewett R, Klaassen L, et al. Urban Europe: A Study of Growth and Decline[M]. Oxford: Pergamon Press, 1982.
- [9] 中国已有 12 省区市取消农业和非农业二元户口划分[EB/OL]. (2007-03-30) [2009-07-20]. http://news.xinhuanet.com/politics/2007-03/30/content_5914596.htm.

[10] 王保真. 新时期我国覆盖全民的医疗保障体系与发展战略[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(10):21-26.

[11] 蔡昉. 人口与劳动绿皮书 2008[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2008.

[12] 卫生部: 预计 2008 年全国卫生总费用超 1.2 万亿元 [EB/OL]. (2009-02-18) [2009-07-20]. <http://news.jxnews.com.cn/system/2009/02/18/011027748.shtml>.

[13] 曹乾, 张晓, 王柯. 社会医疗保险筹资标准与保障水平测度——以江苏铜山新型农村合作医疗为例[J]. 山东理工大学学报: 社会科学版, 2008, 24(4):28-30.

[14] 于保荣, 孟庆跃. 新型农村合作医疗筹资水平与筹资能

力分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(9): 51-53.

[15] 秦庆武. 山东省农村合作医疗体系建设中存在的问题及对策研究[C]//山东省软科学办公室. 2007 年山东省软科学成果汇编. 济南: 山东省地图出版社, 2008.

[16] 顾昕. 通向全民医保的渐进主义之路[J]. 东岳论丛, 2008, 29(1): 6-11.

[17] (法)艾维瓦·罗恩. 医疗保障政策创新[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2004.

[收稿日期:2009-11-04 修回日期:2009-11-12]
(编辑 刘 博)

· 动态讯息 ·

欢迎订阅 2010 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管, 中国医学科学院主办, 中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

院士述评、医药卫生体制改革、卫生发展战略、卫生政策研究、国际卫生保健、医疗保障、社区卫生、农村卫生、医院管理、药物政策、公共卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 每期 64 页, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 15 元/册, 全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicyn@gmail.com

电话: 010-52328667 52328670

传真: 010-52328670