

城乡居民基本医疗保险制度案例研究：试点实践和主要发现

苗艳青* 王禄生

卫生部卫生经济研究所 北京 100191

【摘要】本文以浙江嘉兴和江苏常熟等 10 个试点县市实施的“新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度衔接”(简称“两制”衔接)为案例,实证分析了试点地区的“两制”衔接工作进展,将“两制”衔接模式总结为部分整合型、完全融合型和合作管理型,并在此基础上提炼出试点地区实施“两制”衔接的主要发现。文章认为,“两制”衔接不仅能有效解决“失地农民”和“辖区内城乡流动人口”医保权利的转移和接续问题,而且是加快我国基本医保制度统一的“良方”,另外,“两制”衔接在解决外来人口医保问题、降低医保管理成本,提高管理效率等方面有很大优势,并且由卫生部门监管医疗机构存在明显的技术优势。

【关键词】新型农村合作医疗;城镇居民基本医疗保险;衔接;案例研究

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.04.003

A case study of urban-rural basic health insurance: a trial practice and main findings

MIAO Yan-qing, WANG Lu-sheng

China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

【Abstract】 On the basis of ten pilot areas, this paper analyzes the convergence of New Rural Cooperative Medical Scheme and Basic Medical Insurance of Urban Residents, and empirically summarizes three convergence models. They are fractional integration model, full inclusion model and cooperative management model. Then, some main findings are extracted basing on experiences gained from the pilot areas. It will enhance to resolve the transfer and succession of the medical insurance of the lost land farmers and floating population. In addition, it will enhance the level of convergence and extend the coverage of medical insurance system. The selection of model should take local condition into account. The unified administration will hasten the convergence, reduce the administrative cost and improve managerial efficiency. Meanwhile, the health department has comparative advantage on technical supervision.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme; Basic Medical Insurance of Urban Residents; Convergence; Case study

目前,我国已经建立了覆盖城乡居民的基本医疗保障体系框架,主要由城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)和城镇居民基本医疗保险制度(以下简称城居医保)三个板块构成。虽然上述三种医疗保险在制度设计上已经覆盖了全体国民,但制度安排的广覆盖不等于现实中的全覆盖。^[1]由于医保制度的条块分割,尤其是

新农合与城镇居民医保制度实行“户籍制度管理”,从而出现非正式就业城乡居民、失地农民或“农转非”人群以及中小学生重复参保或漏保的问题,严重影响了城乡居民医保待遇的合理享受。上述问题给我国目前刚刚建立的基本医疗保障体系提出了挑战,需要我们在现有的保障体系基础上,向更高层次迈进。因此,新型农村合作医疗部际联席会议于

* 基金项目:卫生部“新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度衔接研究”课题。

作者简介:苗艳青,女(1978年-),博士,副研究员,主要研究方向为卫生经济和医疗保障制度。E-mail:miaopku@gmail.com

2008年提出要开展“新型农村合作医疗保障制度与城镇居民基本医疗保险制度衔接”(以下简称“两制”衔接)的研究课题,由卫生部委托中国卫生经济学会组织新农合技术指导组部分专家组成课题组展开专题研究。并且在已经开展“两制”衔接的县市选择10个地区作为试点,展开为期二年的追踪研究和案例分析,本文是课题的部分研究成果。

“两制”衔接引起了社会各界的广泛关注,很多学者从不同视角展开“两制”衔接的研究,主要集中在以下几个方面:“两制”衔接中覆盖人群的界定研究^[2]、“两制”衔接的可行性研究^[3-4]以及“两制”衔接的模式选择及存在问题研究等。^[4-6]虽然国内学者从不同角度研究了我国的“两制”衔接情况,并提出了重要的参考意见。但从已有研究看,当前学者对“两制”衔接的理解不一,从而对于“两制”是否需要衔接的观点更是莫衷一是;其次,当前的研究更多还停留在理论探讨方面,并没有结合实际深入研究“两制”衔接的制度框架、衔接模式、衔接中的公平性以及衔接后的管理体制等;再次,“两制”衔接的实践探索活动已经在许多地方开展,而目前的研究并没有对实践活动起到实质的指导作用。为此,本文不仅对“两制”衔接内涵进行了界定,而且在总结试点地区“两制”衔接模式基础上,提炼出试点地区实施“两制”衔接的主要发现,以此为全国其他地区开展“两制”衔接工作提供参考。

根据目前我国医疗保障体系的发展现状和存在问题,结合各试点地区“两制”衔接工作的实际情况以及国内学者对于“两制”衔接研究情况,本文对“两制”衔接内涵界定如下:(1)“两制”在制度间的转移和接续。指城乡流动人口的医疗保障权利能在“新农合和城镇居民医保”间实现顺利转移和接续,这是“两制”衔接的最低层次,目前相关部门对此已有相应规定,因此本文不做重点研究。(2)“两制”在制度层面并轨。指的是“两制”的基金账户实现合并,并且在筹资标准、补偿水平和医疗服务机构监管等方面实现城乡统一。这种衔接是将“两制”并轨为一种制度。(3)“两制”在医疗保险管理资源层面的整合。

具体又分两个层次,一种是经办机构的整合,即是否是一个经办机构负责管理两种制度;另一种是主管部门的统一,即是否是一个部门统管两种制度。

1 试点地区“两制”衔接的主要模式

如前所述,试点地区^①“两制”衔接工作呈现形态各异的衔接模式。为了更清晰地阐述各个试点地区“两制”衔接的进展情况和主要特征,我们以“两制”基金是否并入一个账户为基准,再结合经办机构对“两制”的管理情况,将试点地区的“两制”衔接模式归纳为“部分整合型模式”、“完全融合型模式”和“合作管理型模式”,分别归纳和总结各个试点地区“两制”衔接进展情况。

1.1 部分整合型模式:青海互助县、山西襄汾县

部分整合型模式是指“两制”仅仅是在医疗保障管理资源层面实现了部分整合,“两制”基金并没有并入一个账户,仍然维持各自的独立运行。青海省互助县和山西省襄汾县基本属于这种模式。

青海省互助县的“两制”衔接工作是在青海全省实施“两制”衔接大背景下推开的,2007年青海省开始实施城镇居民医保,省政府决定将40个县48.2万的城镇居民医保交给卫生部门管理,卫生部门为此成立了居民医保管理委员会,专门负责城镇居民医保相关工作。2008年,青海省卫生厅下发了《青海省新农合和城镇居民医保相衔接试点指导方案》,决定整合城乡医疗保障管理资源,降低管理成本,将40个县的城镇居民医保统一交由新农合办公室管理。作为青海省的试点县,互助县“两制”衔接工作在三个方面基本实现了衔接,即筹资方式、管理机构和补偿水平(表1)。但2009年,青海全省的“两制”衔接政策发生了重要变化,省政府又将40个县的城镇居民医保交给社保部门管理,刚刚实现的医保管理规模经济又将消失。

山西省襄汾县农业人口44.5万人,城镇居民3.9万人。在2008年开展城镇居民医保时,由县政府牵头,并组织卫生局和社保局分别提供城镇居民医保的实施方案,由于卫生局的制度设计筹资标准低、补

① 虽然卫生部在已探索“两制”衔接的地区选择了10个试点,但是一些地区并未真正开展“两制”衔接工作,因此我们只能对开展了“两制”衔接工作的8个县市进行了总结和分析。

偿水平高,因此县政府将城镇居民医保交由卫生局管理。不过,由于山西省在正式文件中没有明确规定城镇居民医保交由卫生局管理,因此基于管理体制的问题,襄汾县“两制”衔接工作进展缓慢,目前在四个方面实现了统一(表 1),但新农合和城镇居民医保的基金并没有并入一个基金账户,基金支出仍然各自独立。在医疗保险管理资源整合方面,也只是将两个经办机构人员的办公地点进行了集合,并没有进行完全意义上的整合,因此,襄汾县^①的“两制”衔接没有实现管理成本的降低。

1.2 完全融合型模式

完全融合型模式是指“两制”由 1 个部门统管,1 个经办机构管理,1 个基金账户,在制度层面进行了不同程度的融合。根据融合后管理机构的不同,完全融合型模式又具体分为卫生部门管理、第三方独立管理和社保部门管理三种形式。浙江嘉兴市,江苏常熟市,重庆市合川区、江北区和九龙坡区都属于

完全融合型模式。

1.2.1 卫生部门管理的完全融合型模式:浙江嘉兴市和江苏常熟市

嘉兴市早在 2003 就开始了户籍制度改革,取消了农业户和非农业户的户籍分类,统一称为居民户。2008 年,这一改革在嘉兴所有县市全部完成。基于城乡统筹发展的理念,在国家还未实施城镇居民医保制度之前,嘉兴市就将原城镇户口居民纳入到新农合制度中,实现了城乡居民医疗保障的全覆盖,将非正式就业人群的医保制度称作“城乡居民合作医疗保险制度”。从 2006 年开始,两类人群在同一制度下,融合部分逐年扩大,到 2009 年,两类人群已经实现了“八个统一”(表 2)。为了吸引和稳定外来人口到本地创业和经商,嘉兴市于 2009 年成立了新居民事务管理局,将部分新居民及其子女纳入到了医疗制度中,进一步扩大了城乡居民合作医保的参合对象,促进了“两制”衔接向纵深推进。

表 1 部分整合型模式特征总结

		管理机构	筹资方式	筹资标准	补偿水平	起付线	结报方式	基金管理
青海互助县	新农合	卫生部门统管 1 个经办机构管理	统一由县政府 组织实施	104 元/人	县级以上统一 县及县以下不同	县级起付线 100 元	直报制	“两制”基金专户分设
	城居医保			200 元/人		县级起付线 250 元		
山西襄汾县	新农合	卫生部门统管 2 个经办机构分别管理	统一由县政府 组织实施	100 元/人	城乡统一补偿 标准	城乡统一起付线	直报制	“两制”基金专户分设
	城居医保			160 元/人				

表 2 完全融合型模式特征总结(1)

		八个统一							
		管理机构	参保对象	筹资标准	补偿水平	起付线	封顶线	结报方式	基金管理
浙江嘉兴市	城乡居民合作医疗保险制度	卫生部门统管 1 个经办机构管理	区域内城镇职工 医保以外的 所有户籍居民 和部分新居民	统一筹资 标准	统一补 偿水平	统一起付线	统一封顶线	实时结报	设 1 个基金 账户
江苏常熟市	居民基本(农村合作)医疗保险制度	卫生部门统管 1 个经办机构管理	区域内城镇职工 医保以外的 所有户籍居民	统一筹资 标准	统一补 偿水平	统一起付线	统一封顶线	即时结报	设 1 个基金 账户

① 襄汾县 2010 年已经将城镇居民医保交由社保部门管理,卫生部门不再管理城镇居民医保。

常熟市的农村合作医疗已经经历了 50 多年的发展,随着保障水平不断提高和信息化管理制度不断完善,其方向也是由农村向城镇推进。2007 年,常熟市决定把新农合参保对象扩大到城镇非正式就业人群(不包括少年儿童),建立了农村合作医保(简称居民医保)。对于少年儿童,常熟市社保部分为其单独设立医疗保险制度,称为少年儿童住院及门诊大病医疗保险(简称少儿医保),由于居民医保覆盖人群逐渐呈严重老龄化的偏态分布,再加上少儿医保基金沉淀发生率较高,不利于社会医保制度的可持续发展,常熟市决定将少儿医保覆盖的人群并入到居民医保中,统一为居民基本(农村合作)医疗保险制度,目前在“八个方面”实现了完全统一,并由卫生部门统管(表 2)。

1.2.2 第三方独立管理的完全融合型模式:重庆江北区

重庆江北区在 2007 年被确定为城乡统筹综合试点地区,同年也开始了“两制”衔接。江北区设立了江北区城乡居民合作医疗保险管理中心(简称“区合管中心”)负责城乡居民医保的管理工作,在行政上既独立于卫生部门,也独立于社保部门,实行第三方管理。目前,城乡居民已经实现了城乡统一的医保制度,在参保对象、筹资标准、补偿水平、起付线、封顶线、信息系统、管理机构和基金监管方面都实现了统一(表 3)。江北区设立了两档筹资标准,城乡居民可以自由选择不同的筹资标准,并享受不同的补偿水平。

1.2.3 社保部门管理的完全融合型模式:重庆合川区和九龙坡区

重庆市合川区和九龙坡区的“两制”衔接工作和运行机制与江北区基本一致,唯一区别在于“两制”衔接后的管理机构不同,是由社保部门统管“两制”衔接后的工作,合川区和九龙坡区各自设立了城乡居民合作医疗保险管理中心,统一管理基金筹集、基金结算以及对医疗机构的监管(表 3)。

1.3 合作管理型模式:江苏镇江市

从制度衔接层面看,镇江市的“两制”衔接在 4 个市辖区和 1 个县级市已经实现了城乡居民医疗保障制度的并轨;从医疗保障管理资源整合层面看,市辖区和县级市基本上是采取社保部门和卫生部门合作管理的模式,因此,镇江市的“两制”衔接模式被称作合作管理型模式。

在镇江的 4 个市辖区,农村居民和城镇居民实施统一的医疗保险制度,称为城乡居民基本医疗保险制度(以下简称“居民医保”)。居民医保覆盖了全市的农村居民和非正式就业的城镇居民,包括职工子女以及在校学生,这些人群实行统一筹资水平、补偿水平、起付线、住院封顶线以及基金管理;镇江句容市已经实现了“两制”并轨,整合为一种制度,基金合并使用,城乡居民统一筹资标准、补偿水平和管理机构(表 4)。

表 3 完全融合型模式特征总结(2)

重庆市	“两制”衔接名称	管理机构	参保对象	筹资标准	补偿水平	起付线	封顶线	基金管理
江北区	城乡居民合作医疗保险制度	第三方独立主管 1 个经办机构管理	本区域内不属于城镇职工医保的普通户籍居民	分设一、二档,城乡居民自由选择	城乡居民统一补偿水平	城乡居民统一起付线	城乡居民统一封顶线	设 1 个基金账户
合川区、九龙坡区		社保部门主管 1 个经办机构管理						

表 4 合作管理型模式特征总结

镇江市	“两制”衔接名称	管理机构		参保对象	筹资标准	补偿水平	起付线	封顶线	基金管理
		社保部门	卫生部门						
市辖区	城乡居民基本医疗保险制度	基金筹集	基金结算 医疗机构监管	本辖区除参加统账医保外的所有城乡户籍人口	250 元/人	统一实行分段补偿	300 元	15 万元	设 1 个基金账户
句容市	新型农村合作医疗(居民医保)	—	基金结算 医疗机构监管		130 元/人		城乡居民统一起付线	8 万元	设 1 个基金账户

需要指出的是,江苏镇江市的一大亮点是独特的医疗保险管理机制。经办机构由卫生部门和社保部门合作运行,社保部门负责医保基金的征缴,卫生部门负责对医疗机构的监管和基金结算,各部门发挥各自的比较优势形成合力,最终达到 $1+1>2$ 的效果。

综合上述三种衔接模式,虽然完全融合型模式是新农合和城镇居民医保制度衔接的最高层次,但完全融合型模式的实现不可以一蹴而就,需要根据当地的实际情况采取逐步衔接、逐步融合的方式,最终达到完全的合二为一。

2 案例分析的主要发现

无论从改革力度还是从改革取得的成果看,试点地区“两制”衔接的实践探索活动都远远超出了原先的所想和所望。综合各试点地区“两制”衔接实践进展,主要获得以下发现。

2.1 城乡统筹发展需要“两制”并轨

通过分析试点地区“两制”衔接进程可知,“两制”衔接是试点地区实现城乡统筹发展的需要。嘉兴市的城镇化进程较快,也是城乡统筹发展的先行之地,城乡经济发展比较均衡,城乡居民收入水平差距较小,生活消费水平比较接近。另外,城乡居民的户籍制度改革也在不断向前推进,很多试点地区已经取消了城乡户籍制度之分,在户籍制度上消除了城乡差异。户籍制度改革为医保制度改革奠定了坚实基础。早在 2003 年开展新农合之初,嘉兴市就贯彻了城乡统筹发展的全民医保政策理念,当时就没有参加任何医疗保障制度的非正式就业城镇居民纳入到新农合制度中,构成了全市“城镇职工医保+新农合”两个板块的基本医疗保障体系。再以常熟市为例,常熟市于 2005 年开始现代化建设,选择的发展路径是以农村发展水平的提高向城镇逼近,逐步实现城乡融合。在这样的大背景下,常熟市的新农合作为农村向城镇延伸的一个方面,也是采取从农村居民扩展到城镇非正式就业的居民,从而形成了目前的“居民医保”。可见,无论是浙江嘉兴市,还是江苏常熟市,“两制”衔接工作都是在城乡统筹发展政策理念支持下的必然结果。

2.2 “两制”人群特征存在共性

分析“两制”参保对象人群的人口特征可知,参

加新农合和城居医保人群在就业状况、收入水平和生活消费水平方面存在很多共同特征。在就业状况方面,两类人群都是无固定工作单位、无雇主、无固定工资报酬的“三无人”；在收入水平方面,两类人群的收入差距比较小。浙江海宁市在 2005 年对非正式就业城镇居民的收入水平进行了摸底调查,调查结果显示,这部分城镇居民家庭人均收入是 13 263.67 元,而同期农村人均纯收入是 10 200.32 元;在生活消费水平方面,尤其在经济发展水平较高的试点地区,城乡居民之间的生活条件已非常接近。在常熟市,86.2% 的农村居民居住在楼房里,98.04% 的农村居民使用经过净化的饮用水;89.45% 的农村居民使用水冲式厕所,城乡居民的生活条件差异很小。因此,从试点县市的调研情况看,“两制”人群特征存在共性,“两制”可以并轨为一种制度。

2.3 “两制”并轨符合大数法则,并能提高补偿水平

如前所述,“两制”在制度层面的并轨衔接就是实现了在一个制度下的参保人群的扩大和基金统筹总额的增加。这种并轨衔接模式突出地体现了保险的大数法则,增强了基金抗风险能力,从而最大限度地减少了逆向选择,促进了风险负担的公平性和保险基金运行的稳定性。以嘉兴海宁市为例,该市于 2003 年开始实施新农合制度,并将非正式就业的城镇居民纳入到新农合医疗保障制度中。2008 年,海宁市参合农民 39.9 万人,参合城镇居民 1.6 万人,共计 41.5 万人,因此降低了城镇居民医保的基金风险;而青海互助县和山西襄汾县的“两制”没有实现并轨,参加新农合的农村居民人数已经达到了几十万,参加城镇居民医保的城镇居民只有 1 万~2 万(表 5),并且山西襄汾县 2008 年新农合的补偿水平要高于城居医保(表 6),可见,“两制”并轨不仅符合大数法则,而且还能提高参保人群的补偿水平。

表 5 部分试点县市“新农合”和“城镇居民医保”的参保人数比较(万人)

试点县市	新农合	城镇居民医保
浙江海宁市	39.9	1.6
青海互助县	33.07	1.04
山西襄汾县	40	2.01

表6 襄汾县2008年新农合与城镇居民合作医疗实施方案对比

指标	筹资标准 (元)	门诊基金 (元)	补偿比(%)			起付线(元)			封顶线 (元)
			乡镇卫生院	县级医疗机构	县外	乡镇卫生院	县级医疗机构	县外	
城居医保	100	—	60	50~55	40	50	100~300	1 000	20 000
新农合	100	12	80	70	50	50	250	900	30 000

2.4 将低风险和高风险人群分开,不利于互助共济

医疗保险的本质特征是互助共济,风险共担,低风险人群帮助高风险人群。但在某些试点地区,却将少病或无病的低风险人群和多病的高风险人群分开设立医疗保险制度,从而造成低风险人群的基金沉淀率过高,而高风险人群的基金超支率过高。以常熟市为例说明。2007年,常熟市将新农合参合对象扩大到本市的非正式就业城镇居民,建立了居民基本(农村合作)医保,这部分人群大多都属于健康高风险人群,因此,基金使用率较高,与此同时,常熟市也单独设立了少儿医保,这部分人群的健康风险较低,属于优质人群。2009年,常熟市居民基本医保参合人数43.83万人,少儿医保人数为14万人。居民基本医保基金使用率达113.98%,基金超支情况严重。为了增强居民医保基金抗风险能力并降低少儿医保基金的沉淀率,常熟市将少儿医保与居民医保进行完全并轨。将儿童这一优质群体并入居民医保,进而增强了基金的抗风险能力(表7)。

表7 2009年常熟市“居民基本医保和少儿医保”实现基金统筹比较

		参合人数 (万人)	基金筹资 总额(万元)	基金支出 总额(万元)	基金使 用率(%)
合并前	居民基本医保	43.83	14 559.08	16 593.95	113.98
	少儿医保	14	3 195	1 763	55.18
合并后		57.83	17 754.08	18 356.95	103.40

2.5 “两制”并轨有效解决“失地农民”和“辖区内城乡流动人口”医保权利的转移和接续问题

随着城乡经济发展步伐的不断加快,城乡居民医疗保障权利的转移和接续越来越成为目前亟需解决的重要问题之一。尤其在一个辖区内或县域内,失地农民的身份转变以及城乡人口流动愈发频繁,其医疗保障权利的转移和接续问题更加突出。然而,“两制”实现并轨将能有效解决辖区内或县域内

存在的上述问题。在已经实现了“两制”并轨的试点地区,城乡居民实行统一的筹资标准和补偿水平,使用统一的医疗保险卡,虽然其身份(比如农转非)或就业地经常发生变化,但不存在转移或接续医疗保障关系的问题,这样不仅节省了管理成本,而且也消除了城乡居民在医疗保障政策上的不公平现象。可见,“两制”并轨可以从根本上解决辖区内或县域内城乡频繁流动人口或失地农民的医保问题。

2.6 “两制”并轨有利于医保制度向外来人口延伸,提升衔接层次

随着经济发展水平的提高和人口跨区域流动的加快,外来人口的就业形式也呈现多种多样,一些外来人口进入异地正式就业,一些外来人口选择在异地非正式就业,还有一些外来人口到异地承包土地,成为外来农民。他们常年在外打工,无法正常享受户籍地的医保待遇。如果将“两制”并轨,不仅有利于解决流入城市外来人口的参合问题,也有利于解决流入异地农村外来人口参合问题。浙江嘉兴市在开展“两制”衔接过程中,积极探索解决外来人口医疗保障问题的办法,目前已经出台了外来人口在本地参合的相关规定。具体规定,只要持有专业技术资格证的新居民可以参加城乡医保,与当地居民享受同等待遇。这一新规定无疑是我国“两制”衔接模式的更高层次。

2.7 “两制”并轨在制度层面的模式选择要因地制宜

由于“两制”衔接工作的开展需要具备一定的社会经济条件,因此各个试点地区的“两制”衔接工作并没有一蹴而就,而是在考虑当地医保体系的情况下,选择符合自身发展的“两制”衔接模式。在江苏镇江市,即使同是市辖区,由于其经济发展水平和产业结构存在差异,因此也选择了不同的“两制”并轨模式。在汉口、润州和镇江新区3个市辖区,由于其经济发展水平较高,城镇化进程较快,城市人口所占比例很大,因此“两制”并轨采取了由城市向农村扩展的模式,即“城镇居民医保合并新农合”的模式;而在丹徒区,由于其

辖区内的产业结构以农业为主,农业人口占比例很大,因此“两制”并轨采取了由农村向城市逼近的模式,即“新农合合并城镇居民医保”的模式。

2.8 “两制”并轨可以在制度层面实现完全或有差别的统一

研究发现,试点地区的“两制”并轨可以在制度层面实现统一,即使在城乡居民收入差距较大地区,这种衔接模式也可以探索。具体而言,在城乡居民收入差距较小的地区,“两制”在制度层面的并轨完全可以实现,如浙江嘉兴市、江苏常熟市和镇江市等,“两制”的基金账户已经实现了合并,并且在筹资标准、补偿水平、医疗服务监管等方面都实现了城乡统一。在城乡居民收入差距较大的地区,虽然城市化进程较慢,城乡居民的医疗服务可及性差距较大,但是“两制”也可以在筹资标准方面通过调整实现基金账户的合并,从而在补偿水平、起付线和封顶线等方面实现城乡统一,如重庆市的差别筹资。

2.9 “两制”并轨在城乡差距不大的地区并未出现明显的“农帮城”

在“两制”衔接中,“农帮城”是众多管理者和学者担心的一个问题。普遍的观点是“两制”衔接后,由于城镇居民大多都在县级及以上医疗机构就诊,并且医疗服务需求高于农村居民,从而造成平均费用和就诊次数都高于农村居民,导致城镇居民会利用更多的合作基金,造成“农帮城”的结果。但是,在试点地区,“两制”并轨后并未出现“农帮城”。无论是浙江嘉兴海宁市还是江苏常熟市,农村居民和城镇居民人均获得的基金实际补偿额差异都不明显(表 8)。可见,“两制”并轨并不是促成“农帮城”结果的充分条件。

表 8 2008—2009 年海宁市与常熟市城乡居民人均实际补偿额(元)

就诊类型	2008		2009		
	城镇居民	农村居民	城镇居民	农村居民	
海宁市	门诊	43.93	55.76	32.23	47.67
	住院	154.25	144.64	93.77	76.98
	合计	198.18	200.40	126.00	124.65
常熟市	门诊	43.93	79.32	38.18	102.84
	住院	246.56	189.11	348.28	262.99
	合计	290.49	268.43	386.46	365.83

数据来源:海宁市实时监测数据和常熟市居民医保年度分析报告。

2.10 一个部门统管“两制”有利于加快制度统一

条块分割和多部门管理会导致低效率,同时也会产生不必要的利益矛盾,阻碍医疗保障制度改革的进程。因此,嘉兴市在整合医疗保险资源方面,始终坚持一个部门统管城镇居民和农村居民的医疗保障制度。从新农合实施之初,就明确将城镇居民基本医疗保障纳入新农合,在部门职能上以卫生部门管理为主。形成了一个部门统管“两制”的态势。在一个部门统管“两制”的条件下,嘉兴市的城乡医疗保险制度改革步伐不断加快,从 2008 年的“六个统一”发展到 2010 年的“十个统一”,而且还形成了连续稳定的 5 年筹资增长机制,大大增强了基金的抗风险能力。目前,嘉兴市正在积极探索“两制”与“城镇职工医保”衔接的可行方案,正在向更高层次的衔接阶段迈进。可见,由一个部门统管“两制”消除了部门之间目标不一致、政策不配套的缺陷,能有效协调医保改革的利益矛盾,加快改革进程。而在山西襄汾县,由于上级没有明确规定将城镇居民医保和新农合统一由一个部门管理,因此出现了城镇居民医保基金无法按时到账的现象,严重影响了城镇居民的受益水平。

2.11 一个经办机构管理“两制”有利于降低成本,提高效率

在试点地区调研发现,一个经办机构管理“两制”实现了范围经济和规模经济。以青海省互助县和山西襄汾县为例,青海省实行 1 个经办机构管理两种制度,县级和乡级经办管理人员共有 28 名,新农合参保居民 33.07 万人,城镇居民医保参保居民 1.04 万人,由此可得每一位管理人员管理 1.22 万城乡居民,其经办费用平均为 1.0 元/参保者;对于山西襄汾县而言,两种制度由 2 个经办机构分别管理,新农合制度的县级和乡级经办管理人员共有 25 名,每年的管理经费是 40 万元,参保农民有 40 万人,获得的管理成本是每位参保农民 1 元,管理效率是每一位管理人员管理 1.6 万参保农民,而城镇居民医保制度县级经办管理人员是 9 名,每年的管理经费是 7 万元,参保居民是 2.01 万人,获得的管理成本是每位参保居民 3.5 元,管理效率是每一位管理人员管理 0.22 万个参保居民(表 9)。

表9 青海互助县和山西襄汾县的管理成本和管理效率比较

	青海互助县		山西襄汾县	
	合计	新农合	居民医保	
管理成本(元)	1	1	3.5	
管理效率(万人)	1.22	1.6	0.22	

注:管理成本,即每1位参保者的管理费用;管理效率,即每1位管理者管理的参保者。

2.12 卫生部门监管医疗机构具有技术比较优势

由于卫生部门长期从事医疗机构的管理和卫生政策制定工作,具备疾病和医疗服务的专业知识,了解医疗资源分布情况和群众对医疗服务的需求,因此,与社保部门相比,卫生部门监管医疗机构更具技术比较优势。在试点地区调研发现,大多数试点县市的监管医疗机构工作都是交由卫生部门。在江苏镇江市,无论是已经实现了“两制”并轨的市辖区,还是“两制”独立运行的县级市;无论是新农合,还是城镇居民医保,都把对医疗机构的监管和医疗费用结算工作交由卫生部门下属的医疗保险结算中心负责。在我们的试点地区,71.4%的试点区县都是将监管工作交由卫生部门负责,即使由社保部门管理或第三方管理,也是聘请卫生系统的工作人员进行监管工作。可见,卫生部门监管医疗机构具有比较

优势已经被实践所证明。另外,由卫生部门监管医疗机构,也为我国医药卫生体制改革从医疗保险向健康保险过渡奠定了良好的基础。

参 考 文 献

- [1] 李华, 李佳. 我国城乡医疗保险制度创新的路径选择[J]. 学术交流, 2008, 4(4): 120-121.
- [2] 胡爱平. 以人为本全民医疗保险制度整合的思考[J]. 人口与经济, 2009(1): 74-77.
- [3] Dong K. Medical Insurance System Evolution in China[J]. China Economic Review, 2009, 20(4): 591-597.
- [4] 杨艳, 张晓. 我国城乡不同医疗保障制度衔接的政策剖析[J]. 江苏社会科学, 2007(s1): 90-91.
- [5] 金志强, 吴荣霖, 张英. 做好“两个制度衔接”加快建设完善的医疗保障体系[J]. 江苏卫生事业管理, 2008, 19(6): 65-67.
- [6] 李迎生. 覆盖城乡居民的社保体系需要制度衔接——专访中国人民大学李迎生教授[J]. 中国社会保障, 2006(11): 19-20.

[收稿日期:2010-03-04 修回日期:2010-03-12]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

联合国大会将 2011 至 2020 年定为道路安全行动十年

据统计,交通事故致使全球每年近 130 万人死亡,2 000 万~5 000 万人受伤。这些死亡事故 90% 以上发生在中低收入国家,而这些国家车辆的数量不到世界总数一半。2010 年 3 月 2 日,联合国大会通过决议,宣布 2011 年至 2020 年为道路安全行动十年。决议指出,行动十年的目标是通过在国家、区域和全球各级开展更多活动,稳定并降低全球道路死亡率。

通过的有关道路交通安全的决议中,委托世界卫生组织和联合国各区域委员会与联合国道路安全协作机制中的其他合作伙伴及其他利益相关方合

作,拟订《道路安全行动十年行动计划》,作为支持实施十年目标的指导文件,并邀请所有会员国根据《行动计划》制订本国十年内减少道路交通伤亡的目标。

决议要求采取多部门联合行动,增加制订关于使用安全带和儿童安全座椅及头盔、酒后驾驶和车速等道路交通伤亡关键风险因素的全面立法的国家比例,在十年行动计划结束时,将这个比例从 2009 年的 15% 提高到 50% 以上,并鼓励会员国加强关于这些风险因素的现有道路安全立法的执法力度。

(来源:联合国网站;摘编:马琳)