

基本医疗保障制度受益情况分析 & 政策思考

李玲* 崔玄 陈秋霖 王敏瑶 刘天然

北京大学中国经济研究中心 北京 100871

【摘要】如何提高各项基本医疗保障制度的受益水平,逐渐建立统一的中国特色的健康保障制度框架,是此次医改的重要任务之一。本文主要结合地区调研,分析目前基本医疗保障管理体制的现状,比较新农合、城镇职工和城镇居民医保参保人群的受益情况和基金运行效率,总结当前由制度分割所造成的行政成本上升、基金管理效率低下、费用控制难度加大等问题,提出将供方和保方结合的政策思考以及促进政策框架整合的相关政策建议。

【关键词】基本医疗保障;受益分析;政策

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.04.005

A benefit analysis and policy consideration of basic health insurance system

LI Ling, CUI Xuan, CHEN Qiu-lin, WANG Min-yao, LIU Tian-ran

China Center for Economic Research, Peking University, Beijing 100871, China

【Abstract】 One important objective of current health care reform is to expand the coverage, and to increase the participants' benefits of basic health insurance system (BHIS), then to construct an uniform health insurance according to China's characteristics. With data from our survey, this paper mainly analyzes management problems of BHIS. We compare the benefits participants separately getting from New Rural Cooperative Medical Scheme, Urban Employee Basic Medical Insurance and Urban Residents' Basic Medical Insurance, and we conclude that the current segmented system has caused high administration cost, inefficient fund management and the difficulty of health care cost control. Based on this research, we provide a policy recommendation to promote integration of the health insurance and health service delivery system.

【Key words】 Basic health insurance; Benefit analysis; Policy

中共中央、国务院在《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》中提出扩大基本医疗保障覆盖面,提高基本医疗保障水平,规范基本医疗保障基金管理,提高基本医疗保障管理服务水平等具体任务,最终实现制度框架的基本统一。而我们目前的基本医疗保障制度框架是由“三险一助”构成,即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制度和医疗救助制度。各项保障

制度的覆盖人群不同,制度设计不同,管理部门不同,管理模式不同,相应的财政投入也不统一。在医改过程中,如何建立统一且具有中国特色的健康保障制度框架,不仅需要我们进行实践探索,而且还要从理论上进行深入分析。

本文主要分析以下几方面内容:首先根据地方调研^①情况分析目前基本医疗保障管理体制的现状和问题,总结地方为实现基本医疗保障制度框架的统一所

* 基金项目:中国农村卫生发展项目(卫XI项目)。

作者简介:李玲,女(1961年-),教授,博士生导师,主要研究方向为卫生经济学、公共财政。E-mail: lingli@ccer.edu.cn

① 本次调研走访了江苏省南部地区的五个县(市),分别是南京市高淳县、溧水县,镇江市句容县,苏州市常熟市、吴江市。

做的有益尝试;其次从供需方角度定量研究调研地区新农合、城镇职工和城镇居民医保参保人群的受益情况,比较三项制度的受益差异和基金运行效率;第三,分析制度设计和管理运行对受益情况的影响,为进一步完善各项基本医疗保障制度,以及将来的制度框架整合提供决策参考依据;最后,结合理论分析和江苏的实地调研提出一些政策建议。

1 基本医疗保障制度管理体制现状

1.1 基本医疗保障制度管理体制存在的问题

目前,在中央层面上,按照国务院“三定”方案,由卫生部门管理新农合,人力资源和社会保障部门管理城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险,由民政部门负责医疗救助。但是在实际调研中发现,各地从自身实际出发,探索了多种形式的医疗保险管理模式(表1)。

表1 江苏省部分县市的医疗保险管理模式

	城镇职工	城镇居民	新农合	医疗救助
高淳县	社保	卫生		民政
溧水县	社保	卫生		民政
句容市	卫生			民政
常熟市	社保	卫生		
昆山市	社保			民政
太仓市	社保			民政
苏州相城区	社保			民政

目前多种形式的管理体制,主要导致下述一些问题:(1)权责不对等,不利于考核问责。不管是由卫生部门管理,还是由社会保障部门管理,权利和责任不对等无法形成有效的问责机制。同时由于地方医疗保障管理部门与上级不一致,导致上报数据不准确,下达政令不畅通,不利于部门工作考核问责。(2)人事保障不完备,不利于基层管理。新农合基层工作人员的人事编制、工资待遇保障不足,随着政府投入逐年增加,基金总量越来越大,基金的运营和监管压力也逐渐增加,人事保障的不足给基层的管理和基金的运行带来一定困难和风险。(3)制度设计不完善,不利于医院运行。分割管理体制对医院造成以下两方面问题:一是要同时应付两个“婆婆”,不同的保险报销制度对医院的要求不同,增加医院的

管理难度;二是不同保险患者享受待遇不同,容易造成医患矛盾。(4)行政部门职能相似,行政成本过高。由于分割管理体制,导致社保部门和卫生部门的保险经办机构都要配备基金管理和医疗费用控制等专业人员,浪费了医保资源,增加了管理成本。

1.2 基本医疗保障制度管理体制改革进展

1.2.1 在基本医疗保障管理部门整合方面的尝试

各地基于当地的医疗保障管理模式以及存在的各种问题,在具体实践过程中对基本医疗保障管理部门的整合进行了有益的尝试。以我们在江苏省调研的县市为例,基本医疗保障管理部门的整合有两种形式,一种是自上而下的推动,另一种是自下而上的推动。

自上而下的推动模式又分为地方政策决策的强制性推动和财政补贴政策引导性推动。江苏句容市是地方政策决策性的自上而下的推动。在1995年“两江试点”期间,卫生局公费医疗办公室抽调班子成立了职工医保改革领导小组,成为市政府直属单位,后于1998年11月被整建制划归卫生局管理。城镇居民医保实行后,城镇居民保障水平低于农民,老百姓意见较大。针对这种情况,句容市政府将城镇居民医保划归卫生局管理。

江苏溧水县实行的是财政补贴政策影响下的自上而下的推动。由于城镇居民医保参保人数较少,总基金额度较小,因此根据上级政策和县里城镇居民收入水平和农民接近的实际情况,将城镇居民医保合并到新农合中,归卫生部门管理。

自下而上的推动模式也有两种情况,一种情况是卫生部门积极主动争取。江苏常熟市在城镇居民医保正式推广前,新农合就将参保人群拓展到未参加任何医保的城镇居民中。吴江市在2006年,新农合的参保人群也覆盖了未参加任何医保的城镇居民。另一种情况是社保部门主动放弃,如江苏高淳县。

可见,无论是在经济发展相对快的地区,还是相对慢的地区,新农合与城镇居民医保筹资水平接近是两种保险统一管理的基础,但起决定作用的仍是市县主要领导的决策。在这一过程中,卫生部门积极争取,主动扩大保险覆盖面能够在较大程度上影响地方领导的决策。

1.2.2 在基本医疗保障整合具体操作方面的尝试

各地在实践中对基本医疗保障整合的具体操作方式进行了多种尝试。江苏溧水县在乡镇层面上整合人员和机构,将镇合管办和镇劳保所合并,成立镇社会保障所,作为政府常设机构,统筹运作新农合和新农保等民生工作;常熟市统一了市级医疗机构的新农合用药目录和城镇职工医保用药目录;吴江市则统一了各级医疗机构使用的新农合用药目录和城镇职工医保目录。吴江市还综合利用了由卫生部门开发的新型合作医疗软件和社保部门已装备的网络和硬件操作系统,从而降低了管理成本。另外,一些地区社保部门聘用了一批熟悉医疗系统的专家参与对医疗机构的费用控制和资金使用审查。卫生部门新农合经办机构也努力加强能力建设,使用多种社保部门控制费用的方式,取得了较大成效。

2 基本医疗保障受益和医疗费用控制情况——江苏调研个案分析

2.1 调研地区不同保险类型患者实际补偿情况

为了解不同类型参保患者的医疗费用和实际报销情况,我们抽取了调研地区的县级医院进行病案数据分析,主要内容包括不同医院的收入状况、不同类型病人的费用状况及报销状况、不同病种和科室的费用及报销情况等内容^①。我们通过 2009 年的病案数据计算出了新农合与城镇职工基本医疗保险患者的实际补偿比。如图 1 所示,各地新型农村合作医疗保险实际补偿程度相似,其中 D 市甲医院实际补偿比最高,达到 50%。而各地城镇职工医疗保险实际补偿比维持在 70%~83% 之间。在新农合与城镇职工医疗保险筹资水平悬殊的情形下,二者的实际补偿比相差不足 1 倍。以吴江市为例,表 2 显示,

2009 年吴江市的新农合筹资水平与城镇职工医保筹资水平相差 4 倍多,但是两种医保患者获得的实际补偿比分别是 77.45% 和 46.21%,相差不足 1 倍。进一步比较两种保险的实际补偿费用与基金标准的比值可以发现,城镇职工医疗保险的这一比值是 4.45,而新农合这一比值是 7.64,可见新农合基金的使用更有效率。

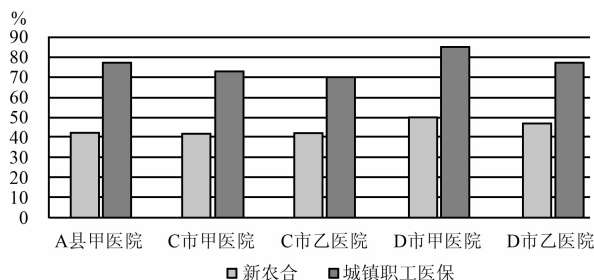


图 1 2009 年新农合与城镇职工医保患者的实际补偿比

2.2 调研地区不同保险类型患者住院费用比较

2.2.1 次均住院费用、住院手术费和检查费的比较

从次均住院费用看,城镇职工医疗保险患者平均住院费用一般高于新农合患者(图 2);从住院手术费用看,城镇职工医保参保者、新农合参保者、自费患者手术费用差距不大(表 3);从不同保险类型患者的检查费用看,城镇职工医保参保者检查费用高于新农合参保者和自费患者(表 4)。

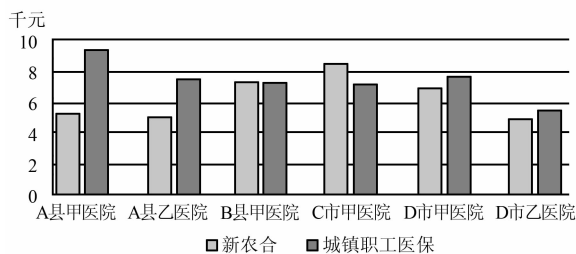


图 2 2009 年不同类型医保患者平均住院费用

表 2 吴江市新农合与城镇职工医保筹资、实际补偿比情况对比(元)

单位	2007			2008			2009		
	筹资标准	次均住院费用	实际补偿比(%)	筹资标准	次均住院费用	实际补偿比(%)	筹资标准	次均住院费用	实际补偿比(%)
城镇职工医保	1 260	7 805.77	76.79	1 380	8 098.36	76.08	1 380	7 934.49	77.45
新农合	180	4 730	35	260	5 100	45	320	5 290	46.21

注:该城镇职工基金标准为当年度企业职工最低缴费标准,机关、事业单位缴费标准为企业的一倍以上。

① 由于涉及到地方医院的财务数据和患者病案信息,本文所有调研医院均以 A、B、C、D 等字母代替。

表3 不同保险患者住院手术费用比较

患者类型	平均值 (元)	标准差 (元)	最大值 (元)	样本量
城镇职工医疗保险参保人	443.31	731.65	6 396	7 898
新农合参保人	445.47	778.82	9 392	13 360
自费患者	332.15	556.54	7 351	9 632

表4 不同保险患者住院检查费比较

患者类型	平均值 (元)	标准差 (元)	最大值 (元)	样本量
城镇职工医疗保险参保人	611.86	398.63	8 929.5	7 898
新农合参保人	576.20	327.80	5 181.5	13 360
自费患者	474.84	293.79	4 890.5	9 632

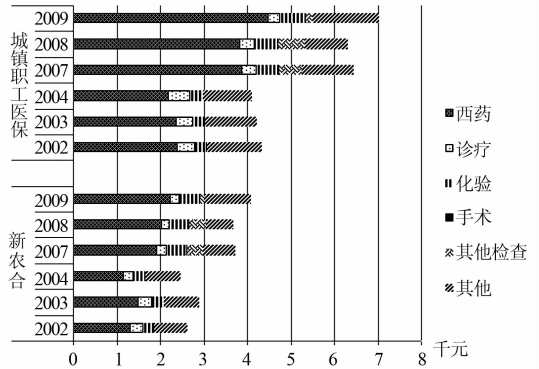


图5 B县甲医院心肺内科住院费用比较

2.2.3 不同保险类型患者不同病种住院费用比较

患者在不同地区的阑尾炎就诊平均费用较为稳定,且差异不大(图6)。而对于治疗程序相对复杂的胃炎,不同地区患者平均就诊费用差异明显,并且职工医保患者费用差异大于新农合患者(图7)。

2.2.2 不同保险类型患者在不同科室住院费用的比较

从不同类型医疗保险患者在不同科室的次均住院费用来看,新农合患者在内科就诊费用显著低于城镇职工医保患者(图3),而两类保险类型患者在疾病类型相对标准化的外科就诊费用却差异不大(图4)。

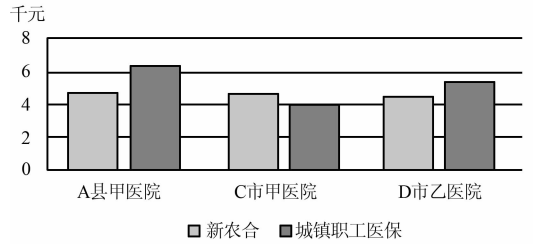


图6 不同保险类型阑尾炎病人住院次均费用

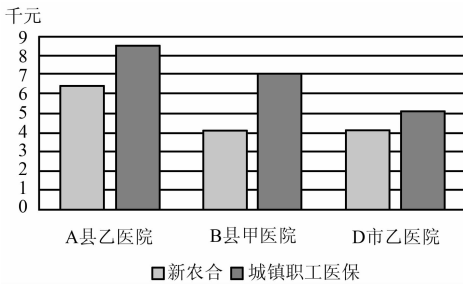


图3 不同保险类型病人内科住院次均费用

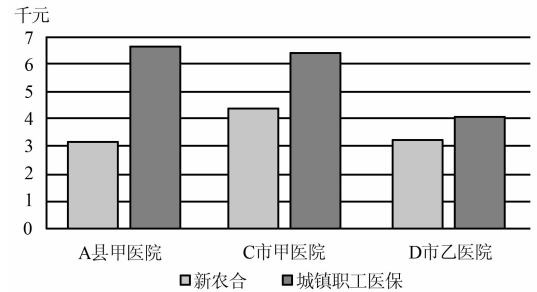


图7 不同保险类型胃炎病人住院次均费用

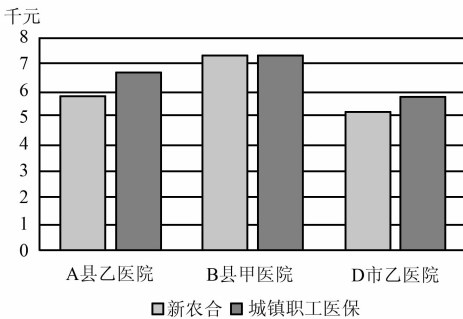


图4 不同保险类型外科病人住院次均费用

再以B县甲医院为例,对于治疗复杂程度较高的心肺内科而言,不同保险类型病人费用差异明显,并且职工医保患者的费用增长幅度大于新农合患者的费用增长幅度(图5)。

以上分析可以看出,在面临更强的信息不对称下,不同医疗保险类型患者的住院费用出现了较大差异,职工医疗保险患者的住院费用高于新农合患者。这种差异一方面可能来自于患者的经济及健康状况,另一方面则可能来自于职工医疗保险第三方付费的机制和监管机构较为单一的费用控制手段。而调研地区城乡收入差距较小,且县级医院医疗服务水平较低,后者所起到的作用应该更为明显。医疗服务特殊性所带来的信息不对称使趋利的医疗机构产生更多的供给诱导需求行为,而医疗保险机构作为第三方付费者,很难在医疗服务提供过程中准确

发现玄机,从而使医生和患者有共同激励,提供更多医疗服务,导致医疗费用增长。

3 需要考虑的政策问题

通过对江苏部分县市的分析,我们认为如下问题需要进一步考虑。(1)新型农村合作医疗应该如何定位。与新农合相比,传统合作医疗的精髓是直接提供医疗服务,降低医疗成本。而新农合现在主要是医疗保险模式,逐渐发展成为保险的新农合还能否以较低的成本保障农民的健康,需要认真考察。(2)不同医疗保险需要归口管理已经形成共识,但归口管理后应由卫生部门负责还是社保部门负责,选择哪个部门用有效的方式保障百姓健康,需要谨慎抉择。(3)不断上涨的医疗费用应该由谁承担,国民健康事业应该如何发展,这些决定了未来医疗保障框架和体系的难题,需要深思熟虑。

当前,新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险都是政府大力投入的保险项目,医疗费用的不断上涨已经给基金的支付带来了很大的压力。在江苏的个案调研中,医疗机构收入和总资产逐年上升,并且在医疗保险施行后上升速度越发加快(图 8 和图 9)。

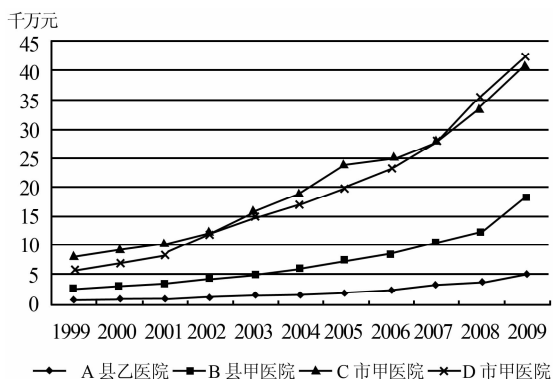


图 8 1999—2009 年调研地区医疗机构总收入

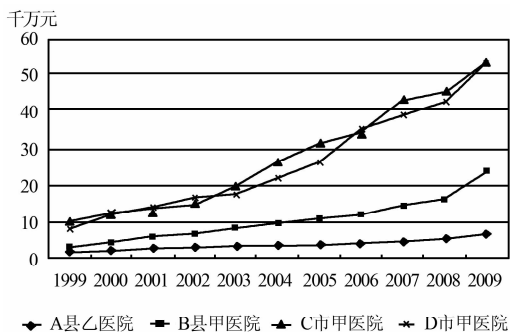


图 9 1999—2009 年调研地区医疗机构总资产

在这样的背景下,我们要考虑的是这项旨在惠民制度的可持续性。对于新农合或者说对于覆盖城乡居民的基本医疗保险而言,“低成本、广覆盖”是必要之举。我们需要遵循医疗保险的发展规律,医保的全覆盖解决不了所有问题,只是一种筹资的手段,如果不能有效控制医疗服务的供方——医院的行为,医保的作用不仅会被减弱,甚至还有可能南辕北辙,刺激供方趋利,造成有限资金的浪费,加剧医疗服务的不公平性。

4 政策思考——把保方和供方合二为一

通过对调研地区的个案分析,我们提出把保方和供方合二为一,即把医疗服务提供者和医疗保险方进行统一管理。从国际经验上看,在建立了法定医疗保障制度的 112 个国家中,有 69.6% 的国家将医疗保障制度与医疗卫生服务交由同一部门统筹管理。其中,经济社会发展水平越高,社会保障制度管理越规范的国家,越倾向于采取这种管理体制。^[1]诺贝尔经济学奖获得者克鲁格曼在评论美国医疗体系时指出,美国医疗保障体制的主要问题在于其分割性(Fragmentation)。公共医疗保险(Public health insurance)比私人医疗保险更有效。统一的支付方(Single payer)更容易控制医疗费用,政府医疗服务体制(比如英国的体制、美国的退伍军人医疗保障)在费用控制方面就优于公共医疗保险体制。采取国家医疗服务体系的国家,其卫生总费用占 GDP 的比例,比采取社会医疗保险体系的国家低 1%~3%,而健康产出高于后者。目前世界上有 100 多个国家采取国家医疗服务体系的保障模式,是最主要的保障方式。^[2]

当前的管理体制使得医疗保险的多个政府部门之间存在利益冲突、博弈和制衡,必须通过一定的体制机制加强各部门之间的协调配合。因为地区发展不平衡,目前各个医疗保险制度的缴费标准和报销比例不同,各个制度参保人群的权责不同造成了衔接的困难,而城乡双轨的医疗保障体系将在相当长的时间内存在。三项保险制度之间相互割裂,制度、管理、人力上的重复投资及覆盖重叠,降低了保障的效率。同时,医保关系跨地区转移与接续困难重重,成为制约人才流动的瓶颈之一。因此三项制度应该

走向统一,尤其是城居医保与新农合的并轨,这是首先可以作的工作。

此次调研发现,由卫生部门同时管理医疗服务和医疗保险的新农合制度在受益方面具有一定的优势:

(1)卫生部门熟悉医疗服务的特殊性,能实现有效的专业监管;(2)卫生部门充分掌握卫生资源配置现状与群众医疗服务需求信息,可以统筹卫生资源配置与医疗服务提供;(3)卫生部门能结合卫生工作的总目标管理医疗保障,将人群的医疗服务利用和健康改善作为管理导向,坚持参保人最大限度受益的原则。不过,目前由卫生部门管理新农合也存在一些问题,比如经办机构专业程度较低,有些地方的管理方式比较简单,资金筹集与补偿缺乏长效机制等。

5 政策建议

在目前情况下,实现统一管理仍存在较大困难。但各地仍可以在现有基础上为制度整合和统一管理做一些准备。(1)提高经办机构的管理水平。对于卫生部门的医保经办机构,应当培养或引入保险和财务专业人员,完善管理,完善补偿制度,稳定补偿水平,提高资金使用效率;而对于社保部门经办机构,应当借助卫生专业人员,适应医疗服务的特殊性,实现对供方有效的专业监管,控制医疗费用。(2)提高信息化水平。地市级信息平台应与省级信息平台有效对接,避免形成“信息孤岛”。社保信息系统应与新农合信息系统对接,在现阶段可以首先实现硬件资源共享,逐步过渡到统一的信息平台。医院在实现电子病历的基础上,应将病案数据库与财务报销数据库有效对接,为未来临床路径和单病种费用控制的实施做好准备。(3)逐步统一报销目录。在经济条件不成熟的地区,首先保证不同医保制度目录之间存在包含关系,为以后统一报销目录奠定基础。在有条件的地方,通过地方立法,完善新农合和城镇居民医保的长效筹资机制。在统一医疗保障制度框架这一大方向下,我们应该做到既要有长远目标,又要兼顾短期目标。

5.1 短期内:双管齐下

(1)服务保障:基本医疗卫生服务采用直接提供方式。在目前的保障水平下,医疗保险的受益面很小,并且低水平的管理模式带来很高的管理成本。虽然目前的基本医疗保障体系已经覆盖了大多数人群,但是仅有医疗保险可能面临“无医可就”的困境。而且,面对成本很高的医疗服务体系,保险方费用控制方式很难在短期内控制成本,所以采取基本医疗卫生服务直接提供的方式,让老百姓用很少的钱直接享受到基本医疗服务,是我国短期内的最优选择。

(2)财务保障:大病保障采用社会保险和商业保险等方式。对于财务保障,大病医疗服务可以通过社会保险的方式提高统筹层次,从而增加风险分担的效率。

5.2 长期:逐渐整合为统一的健康保障体系

在未来的改革中,我们应将基本医疗卫生服务和社会医疗保险整合成统一的全民健康保障体系,以税收筹资为基础,收取可负担的服务费用为补充的福利体系,将按人头购买服务与绩效考核相结合,提供信息化覆盖全民全程的健康管理服务体系,最终目标是形成中国特色的健康保障模式,提供生命全过程的健康维护。

致谢

本文为“基本医疗保障制度受益情况及其影响因素研究”课题的阶段成果。课题组感谢中国农村卫生发展项目(卫XI项目)对研究的资助,以及袁嘉、胡赞之、陈丰元、韩正元、陈施喆、李志徽、李璐希对本研究提供的帮助。

参 考 文 献

- [1] 国际社会保障制度及其管理体制概述政策报告[R]. 北京:卫生部新农合研究中心, 2007.
- [2] Krugman P, Wells R. The Health Care Crisis and What to Do About It[J]. New York Review of Books, 2006, 53(5):1-16.

[收稿日期:2010-03-06 修回日期:2010-03-18]

(编辑 何平)