

开放视角下我国多元基本医疗保险体制的辩证分析

杜长宇*

中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

【摘要】我国基本医疗保险改革经历了从单位保障到社会化保障、从单一制度到多元制度、从残缺窄覆盖到逐步覆盖全民的发展轨迹,形成了以城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗为主体的多元基本医疗保险体制。本文基于开放的视角,对多元基本医疗保险体制进行了辩证分析,通过对现有改革思路和地区探索的梳理,提出要适应城乡统筹、劳动力流动、自身可持续性的要求,多元基本医疗保险体制在2011年实现全覆盖之后的改革方向需从封闭走向开放。提出多元基本医疗保险体制改革的途径分为三步,并重点分析了全覆盖后(2012—2020年)多元基本医疗保险体制改革的对策。

【关键词】基本医疗保险;全民覆盖;封闭;开放

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.07.006

Dialectical analysis on China's multiple basic medical insurance system in an open perspective

DU Chang-yu

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

【Abstract】 The basic medical insurance reform in China has transferred from enterprise-based protection to the social protection, from a single system to a multiple system, from the incomplete blocket coverage to the progressive realization of universal coverage. It has formed a multiple basic medical insurance system, including the basic medical insurance for urban employees, resident based medical insurance for urban residents and the new rural cooperative medical system as the main schemes. Based on an open perspective, the article dialectically analyzed the system, through the existing reform ideas and areas exploration, proposes multiple basic medical insurance system should be first achieved, in a completed coverage in 2011, then makes efforts to break the separated schemes into the universal coverage through establishing an open system to adapt the requirement of urban and rural integration, labor mobility and self-sustainability. The path of reform is proposed by the three-step, and focused on analysis of reform measures after the completed coverage (2012—2020).

【Key words】 Basic Medical Insurance; Universal coverage; Close; Open

从1994年江苏省镇江市和江西省九江市进行医疗保险社会化改革试点开始,我国基本医疗保险改革经历了从计划经济体制的单位保障到社会化保障、从单一制度到多元制度、从残缺窄覆盖到逐步覆盖全民的轨迹,形成了以城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗为主体的多元基本医疗保险体制(本文探讨不包括国家公职人员的公费医疗制度)。随着城乡居民全覆盖目标

即将实现和新医改的深入,我国的基本医疗保险由“建框架、扩覆盖面”的改革攻坚阶段进入到了科学发展的新阶段。因此,在即将实现全面覆盖城乡居民的宏伟目标之际,如何理性分析这一关系13亿国民基本医疗保障问题的重要民生工程,探讨实现全覆盖后的发展方向,以期推动人人享有基本医疗卫生服务目标的实现,成为当前亟待探讨的新课题。

* 作者简介:杜长宇,男(1983年-),博士研究生,主要研究方向为医疗保障。E-mail:xiaodu44@yahoo.com.cn

1 开放视角下多元基本医疗保险体制的合理性分析

我国基本医疗保险改革坚持的是循序渐进、统筹兼顾、分而治之的原则,选择的是多元制度安排和渐进式的改革路径。改革的突破点是建立社会化的城镇职工基本医疗保险,作为国有企业改革配套制度推行,是一种外部推动式而非自发性的改革。在城乡二元社会经济结构的背景下,医疗保险体系建设实践采取了先城镇后农村、城乡并行的改革策略。在制度设计上,以户籍、身份、区域为依据,城乡居民被分类设计。考虑到财政的承受能力以及城乡、区域差异等因素,每一项制度都坚持先试点再推广、责任共担,保障的模式由大病统筹为主逐步转向门诊和住院统筹相结合,保障水平坚持低起点、逐步提高的发展模式。

在经济社会转型、经济建设成为国家中心任务的大背景下,在户籍、医药卫生等相关配套制度改革没有同步推进的情况下,为解决“看病难、看病贵”的突出问题,建立一种符合国情、人人可及的多元基本医疗保险制度,是一种能够实现帕累托改进的现实选择。

1.1 逐步覆盖全民,提高了医疗卫生的公平性

1998 年第二次国家卫生服务调查数据显示,87.44% 的农民属于自费医疗群体。^[1] 2000 年《世界卫生报告》对 191 个会员国的卫生体系绩效的评估结果显示,我国卫生分配公平性名列倒数第四。^[2] 在国内国际的双重压力下,我国基本医疗保险改革的关键无疑是扩大覆盖面,弥补制度的残缺,提高卫生资源分配的公平性。

目前的多元化制度安排,从城镇就业者扩展到了城镇居民,从城镇居民扩展到了农民,并通过城乡医疗救助制度保证了低收入者得以参保,从制度层面保证了每一个国民都能被基本医疗保险覆盖。根据人力资源和社会保障部的统计,2009 年城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的总参保人数已经超过 12 亿,占我国总人口的 90.9% 以上。^[3] 从覆盖面来看,多元化的基本医疗保险体制,无疑提高了农民、非正式就业

者、低收入者等“边缘群体”对基本医疗服务的可及性,提高了国民医疗卫生负担的公平性,缓解了国民看病贵的问题。以新型农村合作医疗为例,自 2003 年试点以来,全国累计有 16.5 亿人次享受到了新型农村合作医疗补偿。其中,住院补偿 1.2 亿人次,门诊补偿 13.1 亿人次,1.8 亿人进行了健康体检。^[4]

1.2 提高了统筹层次,增强了社会互济性

计划经济体制下的劳保医疗和旧合作医疗制度,典型特征是自我封闭的单位保障,没有资金的社会统筹机制。这使得制度的风险分散能力很弱,不同单位之间的医疗费用负担差别很大,随着经济体制的转型,这种体制越来越不利于劳动者流动,阻碍国企改革的深化。因此,20 世纪 90 年代医疗保险改革就是要打破这种封闭运行的体制,从单位保障走向社会化保障。

多元基本医疗保险体制相比单位医疗保障体制而言,统筹层次无疑有了较大提高,如合作医疗由村级统筹提高到了县级统筹,城镇职工医疗保险由单位统筹提高到了市级统筹。与此同时,确立了国家、参保人和企业费用分担的原则。统筹层次的上升和责任共担方式的确立,使医疗保险的资金来源多元化,抵御风险能力提高,增强了医疗保险的互济性和可持续性。

2 开放视角下多元基本医疗保险体制存在的问题分析

OECD 国家社会保障的发展实践表明,制度的多元化虽然在一定时期不可避免,但多元化的制度安排通常是不公平的,必然会留下后遗症。^[5]

2.1 城乡间封闭,形成了新二元医疗保险体制

对旧医疗保险体制进行的改革并没有跳出传统二元思维的影响,事实上形成了新的城乡二元医疗保险体制。其显著特征体现在按户籍身份特征划分医疗保险责任的归属和制度模式,形成了城乡封闭的医疗保险板块。具体表现为:(1) 制度设计上的二元性。如按照二元户籍设计医疗保险制度,农业户口居民被新型农村合作医疗所覆盖,非农业户口居民被城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保

险所覆盖,农民和市民在筹资、补偿水平等方面存在显著差异。(2)管理上的二元性。新型农村合作医疗由卫生部门管理,城镇职工、居民基本医疗保险由社会保障部门管理,加大了城乡间医疗保险统筹规划的难度。

在城乡统筹发展、劳动力流动加快的背景下,城乡封闭的新二元医疗保险体制显然不适应开放性的要求,长期以来造成了医疗保险关系转移接续难、异地报销难等问题。虽然2010年7月即将实行的《流动就业人员基本医疗保障关系转移接续暂行办法》,将在一定程度上解决医疗保险关系转移接续难的问题,但因城乡之间在制度、待遇资格、保障水平等方面的差异,城乡之间固化很久的医疗保险利益如何平衡,无疑仍需要进一步的研究。

2.2 板块内部的低层次社会化,降低了风险分散和社会互济程度

多元基本医疗保险体制的社会化程度无疑有很大提高,但从医疗保险社会化的本质角度考察,这种社会化仍然是较低层次的,是在板块内部的社会化,并非真正意义上的社会化。

多元基本医疗保险体制实行分类施保(表1),每个保险项目有不同的资金来源,实行不同的制度模式,只对各自的参保对象负责,体现互助互济的社会统筹基金只限于统筹区域。而医疗保险社会化必须遵循“大数法则”,即参保人数越多,基金互济能力越强,医疗保险待遇就越高,参保积极性也就更高,医疗保险抗风险的能力就越强,如此反复,医疗保险才能进入良性循环。由于三大基本医疗保险的覆盖人数、参保对象的健康结构不同,这种板块内部的社会化无疑降低了制度分散风险的能力和社会互济程度。以2009年为例,城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗三项制度的参保人数分别约为2.2亿、1.8亿和8.3亿,按参保人数计算,三者之比约为6:5:23,其中城镇职工基本医疗保险参保职工和退休人员比约为3:1。^[6-7]随着人口老龄化加快以及参保人员健康意识的提升,覆盖人数相对少且老年人占较大比重的城镇职工和居民基本医疗保险,受参保人数的限制,会面临较大的医疗保险基金支出压力,而目前的板块结构,限制了

社会统筹机制分散风险的能力,加上分属两个部门管理,无疑更加固化了这种运行的封闭程度。

表1 当前我国三大基本医疗保险的比较

	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
参保对象	城镇所有用人单位的职工	不属于职工医保覆盖范围的中小学学生、少年儿童和其他非从业城镇居民	农民
制度模式	社会统筹和个人账户相结合	社会统筹	家庭账户和社会统筹相结合
资金来源	企业和个人共同缴纳	家庭缴费为主、财政给予适当补助	个人缴费、集体扶持和政府资助相结合
管理主体	人力资源和社会保障部门	人力资源和社会保障部门	卫生部门
统筹层次	市级	市级	县级

资料来源:郑功成. 中国社会保障改革与发展战略—理念、目标与行动方案[M]. 北京:人民出版社,2008:209-210.

2.3 多元体制下的碎片化制度

在整体框架上,我国的基本医疗保险是多元的制度设计,而在多元体制内部,各个制度间还呈现一种碎片化的特征。^[8]这种碎片化表现为受试点效应的影响,地方政府在医疗保险改革中拥有较大的自由裁量权,造成各地之间试点的制度内容差异过大,形成了以地域为特征的碎片化。如全国大约有2 600多个医疗保险统筹单位,7 800多种医疗保险方案,统筹层次大都为县、市级。以新型农村合作医疗为例,从2003年试点到现在,新型农村合作医疗迅速扩面,全国31个省、市、自治区于2008年提前两年实现了全覆盖的目标。^[9]而与全覆盖相对应的,新型农村合作医疗的模式却“试而不定”,其模式包括大病统筹、大病加门诊家庭统筹、住院加门诊统筹、城乡居民合作医疗等,没有形成全国统一的制度,加剧了碎片化。这种碎片化无疑阻碍全国统一政策的形成,抵消全国性医疗保险政策整合的努力,加剧多元基本医疗保险体制的封闭性。

3 多元基本医疗保险体制改革的方向选择

3.1 现有的改革思路

当前对于多元基本医疗保险体制进行改革已经

成为共识,但具体路径存在分歧。郑功成等认为我国医疗保险改革的方向是从多元到二元,再由二元到一元的制度安排。提出了三步走战略:第一步(2008—2012年):建设覆盖全民的多元化医疗保障体系,推进城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的并轨;第二步(2013—2020年):建立区域性统一的国民医疗保险;第三步(2021—2049年):建立公平、普惠的国民健康保险制度。^[5]顾昕认为在“十一五”期间,三大公立医疗保险的运行模式和行政管理体制大体上可以维持现状,即以人群的社会身份划定参保目标,分立运作。但“十二五”期间,三大公立医疗保险可以打破身份限制,向全体国民开放,构成保险缴费水平不同、给付水平不同、服务水平不同的多层次公立医疗保障体系。随着户籍制度的改革,医疗保障的城乡一体化水到渠成。^[10]王东进也提出实施“三步走”战略。第一步,到2010年,把城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助四项保障制度的框架建立起来;第二步,探索各项保障制度之间衔接的有效途径;第三步,2020年基本建成覆盖城乡的基本医疗保障体系。^[11]胡大洋提出的三步走实现全民医疗保险则为:第一步,打破职业界限,建立涵盖所有从业人口的医疗保险制度;第二步,打破城乡界限,建立城乡统筹的非从业居民医疗保险制度;第三步,打破身份界限,建立以家庭为参保缴费单位的全民医疗保险制度。^[12]

3.2 地方探索的典型做法

随着一些地区(一般为市级区域)经济发展和财政实力的增强,在率先实现医疗保险全覆盖的情况下,基于城乡统筹发展的思路,开始对多元基本医疗保险体制改革进行探索,典型的模式主要有两种。

第一种是二元制,即打破户籍界限,将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗合并,建立城乡居民基本医疗保险或城乡合作医疗制度,与城镇职工基本医疗保险一起构成二元的全民医保。^[13]典型地区包括重庆市、四川省成都市、天津市、福建省厦门市、浙江省余杭市等。

第二种是一元制,即打破户籍、就业和非就业的界限,实行城乡一体的制度。这种模式以广东省东

莞市为典型代表。2008年东莞市将城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险并轨,实行城乡统一的基本医疗保险制度,即统一缴费标准、统一待遇标准、统一管理、统一基金调剂使用(市级统筹)。^[14]

3.3 从封闭到开放:多元基本医疗保险体制改革的必然选择

新医改方案提出到2011年基本医疗保障制度(“三险一金”)全面覆盖城乡居民。随着经济社会发展,逐步提高筹资水平和统筹层次,缩小保障水平差距,最终实现制度框架的基本统一。可见,我国基本医疗保险改革的近期和终期的方向已经明确,即近期目标是2011年实现全覆盖,最终目标是实现一元化的制度。尽管对于从近期到终期目标之间的路径存在争议,但无论哪种方式,都应该是一种开放的、非歧视性的制度安排。全民医保的目标应该是“人人都能公平地享有基本医疗保障”,因此,多元基本医疗保险体系在实现了全覆盖之后,其未来改革的方向是适应城乡统筹和劳动力流动的要求,着力打破当前的板块分割,从封闭走向开放。

表2 2008年我国三大基本医疗保险筹资和保障水平的比较

制度	人均筹资水平(元)	保障水平(%)
城镇职工基本医疗保险	1 100 ~ 1 200	70 ~ 80
城镇居民基本医疗保险	250 ~ 300	50 左右
新型农村合作医疗	100 左右	30 左右

数据来源:<http://www.chinanews.com.cn/gn/news/2008/03-12/1189558.shtml>

通过对三大基本医疗保险筹资和保障水平的比较(表2),全国绝大多数地区尚不具备实施东莞模式的条件。但新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险的筹资来源相同(都是政府加个人),且新医改方案提出,2010年,各级财政对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助标准提高到每人每年120元,进一步缩小了补贴差距。加上二者都实行“以收定支,收支平衡,略有结余”的现收现付财务模式,且没有参保年限的限制,利益冲突较小,具备并轨的条件。因此,多元基本医疗保险体制从封闭走向开放的改革路径可以分为三步:第一步(2010—2011年),继续扩大基本医疗保险的覆盖面,到2011年实现城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗覆盖城乡全体居民的目标。

同时总结试点经验,着手新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险两大制度的完善,消除制度内的碎片化。第二步(2012—2020年),财政继续加大对两项制度补贴,提高农民的缴费比例,缩小筹资水平的差距,并最终并轨成城乡居民基本医疗保险,统一模式、统一筹资标准和补偿标准(采用分档设计),与城镇职工基本医疗保险形成二元全民医保体制。第三步,从2021年开始,根据医疗卫生体制改革的效果、城乡经济社会发展的水平等综合因素,择机将城乡居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险并轨,建立全国统筹的一元基本医疗保险。

4 全覆盖后(2012—2020年)多元基本医疗保险体制改革的对策

根据上述改革的方向和路径,2010—2011年仍将维持多元基本医疗保险体制,以实现覆盖全民的首要目标。而2012—2020年将是改革的重点阶段,将要多元基本医疗保险体制进行根本性改革。

4.1 统一全民基本医疗保险的管理经办机构

在2011年实现全覆盖的目标后,应遵循管办分离、管理和监督分离的原则,着手将基本医疗保险的管理经办机构统一,建立一个开放、便捷、高效的管理经办平台,打破管理体制上的封闭性,提高医疗保险的服务能力与水平。

当前三大基本医疗保险分别由人力资源和社会保障部门、卫生部门管理,两套经办机构,两套标准。这种二元管理体制,不仅存在着资源浪费、行政成本高、责任不清等问题,而且“各自为战”的格局加大了医疗保险城乡间、地区间、险种间协调发展的难度。医疗保险是一项专业性很强的制度,覆盖13亿人的医疗保险更需要高效的管理。在城乡统筹的大趋势下,整合医疗保险经办资源,统一医疗保险的管理经办机构,从二元到一元管理,可以避免部门间推诿责任、医疗保险规划的短期行为,有利于医疗保险在城乡间、地区间、险种间进行协调发展。^[15]通过建立一支统一的医疗保险经办队伍,有利于提高管理的专业化、规范化,在减少资源浪费、节约行政成本的同时提高经办工作效率。同时,便于建立第三方谈判机制,为控制医疗费用不合理增长、保障参保人的权益创造条件。而且,根据广东、重庆等地的实践经

验,整合现有基本医疗保险经办机构的硬件和软件等资源,无需较大的成本,就可以实现经办机构的一体化,具备理论和现实的可行性。

4.2 创新居民参保机制

4.2.1 实行强制参保

在新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险推行的初期,考虑到参保人的经济承受能力、对新制度的认可度以及地方财政的状况等因素,实行自愿参保原则,这在新制度试点探索阶段具有必要性。但自愿参保的原则与社会保险强制性参保的本质特征相背离,无法形成稳定的筹资机制,而且由于没有参保年限的限制,一些试点地区已经暴露出“逆向选择”、筹资成本高等问题。根据社会医疗保险的国际经验,没有一个国家可以实现普遍保险而不采取补贴与强制手段。^[16]随着城乡医疗救助制度的建立,农民和城镇非就业居民无力参保的因素被消除,自愿参保的原则改为强制性参保的条件已经具备。因此,在新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险并轨为城乡居民基本医疗保险时,应实行强制性参保,建立稳定的筹资机制,提高制度的社会互济和可持续能力。

4.2.2 分档筹资和统一补偿标准

考虑到不同地区居民收入和对医疗保险需求的差异,在城乡居民基本医疗保险的筹资和补偿标准设计上划分若干档次,允许参保人根据自身经济条件自由选择。如收入高的家庭可以选择高档次的筹资标准,同时享受较高的补偿标准。为避免参保人健康时选择低档缴费,生病时选择高档缴费以获得高补偿等“逆向选择”问题,建议鼓励“上选”,限制“下选”的机制。当前重庆、成都、天津等地建立的城乡居民基本医疗保险已经进行了此方面的探索,实施效果相对较好。需要强调的是,本阶段建立的城乡居民基本医疗保险应坚持灵活和统一相结合的原则,即筹资和补偿标准是分档的、灵活的,但分几个档次、每一档的标准和补偿的标准多少必须是统一的,以避免参保人流动时因政策差异而导致医疗保险关系转移存在障碍。

4.3 调整中央和地方政府的责任

考虑到我国城乡间、区域间、地区间发展不平衡

的现实,在新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险并轨的过程中,为建立全国统一的制度,必须重新调整中央和地方政府的责任。

首先,中央政府继续加大对城乡居民参保的补贴,适当倾向性的提高对农民的参保补贴,并通过提高农民的缴费标准,缩小城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的筹资差距。为保证城乡居民基本医疗保险的科学性,应坚持试点先行的做法,同时为避免碎片化问题,试点必须统一方案,选取不同经济发展水平、人口结构的地区试点,而不是在原则性意见的指导下,让地方自由探索。

其次,考虑到一些经济发达地区目前已经具备城乡一体化的条件或实行了一体化的制度,为解决实行全国统一的城乡居民基本医疗保险而有可能引起的福利刚性问题,应鼓励建立过渡性质的地区补充保障。即无论经济发展水平高低,全国各地的地方财政都实行统一的补贴标准(落后地区由中央财政转移支付来解决),经济发达地区为保证新旧制度之间补贴水平的衔接,可以拿出不低于原有制度财政支出的专项资金建立地区福利性质的补充制度,如扩大补偿的范围等。这样既可以维护全国制度的统一,还可以使居民分享本地区经济发展的成果,避免因福利下降而阻力较大的问题。

参 考 文 献

- [1] 卫生部统计信息中心. 第二次国家卫生服务调查主要结果的初步报告[J]. 中国卫生质量管理, 1999(1): 40-48.
- [2] 李斌, 杜乐勋. 加大公共卫生投入,有效改善卫生公平性[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(9): 4-5.
- [3] 胡晓义. 今年将有超过 12 亿人享有基本医疗保障[EB/OL]. (2009-08-04) [2010-01-02]. http://news.xinhuanet.com/fortune/2009-08/04/content_11825208.htm.
- [4] 白剑峰. 我国参加新农合人数达 8.3 亿,16.5 亿人次享受补偿[N]. 人民日报, 2009-07-24.
- [5] 郑功成. 中国社会保障改革与发展战略——理念、目标与行动方案[M]. 北京: 人民出版社, 2008.
- [6] 人力资源和社会保障部. 2009 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2010-05-21) [2010-05-25]. http://www.gov.cn/gzdt/2010-05/21/content_1611039.htm.
- [7] 卫生部. 2009 年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. (2010-04-09) [2010-05-25]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/201004/46556.htm>.
- [8] 夏芹, 尹爱田. 覆盖全民的城乡一体化基本医疗保险制度探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 49-52.
- [9] 毛群安. “新农合”提前实现全面覆盖[EB/OL]. (2008-07-10) [2010-01-02]. <http://www.caijing.com.cn/2008-07-10>.
- [10] 顾昕. 全民医保的路径思考[J]. 中国劳动保障, 2008(8): 21-22.
- [11] 王东进. 构建城乡医疗保障的“三步走”战略[EB/OL]. [2010-01-02]. <http://www.mib.com.cn/xinwenzhongxin/jiaodianxinwen>.
- [12] 胡大洋. 全民医保目标下的制度选择[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(4): 182-184.
- [13] 于瑞均, 马新力. 城乡统筹医疗保障制度设计初探[J]. 现代财经, 2009(11): 26-27.
- [14] 申曙光, 彭浩然. 全民医保的实现路径——基于公平视角的思考[J]. 中国人民大学学报, 2009(2): 18-23.
- [15] 王保真, 徐宁, 孙菊. 统筹城乡医疗保障的实质及发展趋势[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(8): 33-35.
- [16] [美]维克多·R·福克斯. 谁将生存? ——健康、经济学和社会选择[M]. 罗汉, 焦艳, 朱雪琴, 译. 上海: 上海人民出版社, 2000.

[收稿日期:2010-02-28 修回日期:2010-06-10]

(编辑 田晓晓)