

统筹城乡医疗保障体系研究综述

梁金刚*

中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

【摘要】“普惠、公平”的基本医疗保障体系是医疗保障城乡统筹的最终目标,也是统筹城乡医疗保障的基本路径,“3+1”型医疗保障体系从制度上实现了医疗保障的全民覆盖,“更加公平地享有医疗保障”则成为医疗保障制度建设进程中的下一个重要目标,而统筹城乡医疗保障体系的理论研究价值亦得以彰显。在厘定城乡医疗保障体系相关概念基础上,从统筹城乡医疗保障体系的必要性与可行性出发,对统筹城乡医疗保障体系宏观目标与微观路径、统筹城乡医疗保障体系面临困难与经验借鉴等方面既有文献进行概括与总结,并作了简单小结与展望。

【关键词】统筹城乡; 医疗保障体系; 综述

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.02.010

Review on co-ordination between urban and rural medical security system research

LIANG Jin-gang

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

【Abstract】 Fair medical security system, which is also beneficial to everyone, is the ultimate target and basic path of co-ordinating medical security system between city and countryside. “3+1”-type medical security system has achieved the goal of national health security in form, “more equitable access to medical care” becomes the next important task during the course of co-ordinating medical security system between city and countryside. Based on these, the significance of literature regarding to co-ordination between urban and rural medical security system demonstrate itself justly. After explaining some related concepts and starting from the necessity and feasibility of co-ordinating medical security system between city and countryside, the article summed up literature about macroeconomic objective, microscopic path, difficulties and experiences of co-ordinating medical security system between city and countryside, and made a simple summary and prospect.

【Key words】 Co-ordination between urban and rural; Medical security system; Review

王保真等认为,统筹医疗保障制度实质就是要打破并彻底改变城乡分割局面,建立新型城乡医疗保障关系,改善城乡医保制度功能结构,实现城乡医保资源的合理配置,协调城乡参保者利益,逐步消除城乡医保制度的二元结构,缩小城乡公民医保筹资与待遇水平的巨大差别。^[1]与“医疗保障城乡统筹”提法相近的概念还有很多,在文献和政府文件中,常见的有“统筹城乡医疗保障体系”、“医疗保障体系城乡一体化”、“整合城乡医疗保障体系”、“城乡衔接的医疗保障体系”等,如陈健生等认为城乡基本医疗保

障一体化的涵义为:第一,制度目标是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;第二,制度构成包括制度一体化、管理一体化和组织一体化;第三,发展阶段是分阶段、有层次的,而且其发展过程是渐进的,不应为其设定最终完成的时间表。^[2]尽管涵义不尽一致,但鉴于各种提法内涵与外延上的重叠与交叉,文章将以上相关文献也一并纳入综述。结合学术界关于“统筹城乡医疗保障”的研究情况,文章主要从统筹城乡医疗保障体系的必要性和可行性、统筹城乡医疗保

* 基金项目:国家社会科学基金“统筹城乡基本医疗保障体系研究”(08BJY039)

作者简介:梁金刚,男(1985年-),博士研究生,主要研究方向为医疗保险。E-mail:liangjingang100@163.com

障体系的宏观目标与微观路径、统筹城乡医疗保障体系的困难与经验启示等方面文献进行概括与总结,并作简单小结与展望。

1 统筹城乡医疗保障体系的必要性和可行性

转型期中国经济社会的快速变迁,新型社会保障制度的迅速发展,迫切呼唤城乡统筹的医疗保障体系建立。何平强调了当前统筹城乡医疗保障体系的背景:医疗保险三张网基本实现制度全覆盖;制度分割已不适应人员流动性需要;管理体制分割,管理服务能力不足制约制度发展;统筹层次过低,保障水平较差。^[3]统筹城乡医疗保障体系意义重大,所需基本条件也已经成熟。盛钢等认为,工业化、城镇化进程的加快为推进城乡一体化医疗保障体系奠定了经济基础;坚持科学发展观、实施民生工程为推进城乡一体化医疗保障体系奠定了政治基础;各项医疗保险制度的探索和完善为推进城乡一体化医疗保障体系奠定了制度基础;基层服务平台建设和信息化网络建设为推进城乡一体化医疗保障体系奠定了管理基础。^[4]杨小丽等也认为我国现已初步具备统筹城乡发展的条件,首先,发展经济学提出了多种城乡统筹发展的理论,如二元经济发展理论、非平衡增长理论、结构转换理论、人力资本和地理二元结构理论等,这些理论为促进工业和农业、城市和农村协调发展提供了重要的理论依据;其次,十六届三中全会上提出的以工促农、以城带乡、统筹城乡发展的新思路为我国实现统筹城乡发展奠定了坚实的政治基础;第三,经济快速迅猛的增长为我国统筹城乡医疗保障奠定了必要的经济基础。^[5]

总体来看,学术界大都认识到了二元医疗保障体制所造成的制度公平缺失与效率损失,以及对社会经济发展的阻碍,在此基础上就统筹城乡医疗保障体系必要性达成共识。在统筹城乡医疗保障体系的可行性方面,学界认为民生为本的科学发展观确保了制度统筹的政治基础,快速发展且较为雄厚的经济水平奠定了制度统筹的经济基础,日渐完善的各项医疗保险与先行地区的成功经验为制度统筹提供了必要的制度保证。笔者认为,统筹城乡医疗保障体系是转型时期促进劳动力自由流动、方便参保

人员异地就医、打破城乡二元界限的必然选择,是实现城乡享有公平的医疗保障权、促进医疗保障制度内在效率提高的理想选择,结合已经成熟的政治、经济与制度条件,医疗保障体系城乡统筹不仅是情势所迫,更是现实所需。

2 宏观与微观:统筹城乡医疗保障体系目标与路径

建设城乡统筹的医疗保障体系是一项庞大、复杂的社会系统工程,涉及到国家、市场、家庭及个人利益,涉及个人利益与社会利益的结构调整,关系医疗保障体系未来走向,在此过程中不仅需要具有具体的统筹路径与措施,更离不开建制理念、宏观目标与制度原则的牵引。

2.1 统筹城乡医疗保障体系的理念、目标与原则

朱俊生指出,城乡医疗保障目前仍然存在较大差距,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,如罗尔斯的“无知之幕”、“差别原则”、“最小受惠者”原则,以及阿玛蒂亚·森的“实质性自由”和“可行能力”等。^[6]在社会公正的理念指导下,多位专家和学者明确统筹城乡医疗保障体系的目标,在2008年第二届和谐社会与医疗保险论坛中,何平指出统筹城乡医疗保障体系目标就是“实现病有所医,使人人享有基本的医疗保障”。^[3]车莲鸿也详细论述了医疗保障制度城乡统筹的目标样态:覆盖全民、管理统一、制度统一、待遇均等、地区统筹和可持续性。^[7]此外,关于统筹城乡医疗保障体系所应遵循的原则也受到学界关注,杨小丽等认为,城乡统筹医疗保障制度应立足于本国国情,与本国经济发展水平相适应;应遵循循序渐进、逐步推进的原则,分阶段、有步骤的化异趋同,最后实现城乡统一;并应强调城乡并重。^[5]刁孝华等也指出,统筹城乡医疗保障制度要遵循与经济发展水平、地方财力及参保人缴费能力相匹配的原则,“公平优先、兼顾效率”的原则以及“主整合次,有机衔接”的原则。^[8]

总体来看,基于社会公正的制度统筹理念已经确立,在医疗保障城乡统筹的宏观目标方面,“城乡

一体”的医疗保障制度目标已经明确,但“一体化”的程度则尚有分歧,如有的学者主张管理机构、卫生资源、保障资金平等,有的学者认为制度、模式、组织管理机构、管理原则和运营方式应统一。笔者认为,统筹城乡医疗保障体系是一个渐进的过程,不同程度的一体化应是统筹城乡医疗保障体系过程中的不同发展阶段,“人人享有更加公平的医疗保障”则应是制度统筹不变的目标。

2.2 统筹城乡医疗保障体系的关键内容

建立统筹城乡的医疗保障体系,不是简单的制度整合,而是一项涉及体制改革和机制创新的系统工程,王德平在考察成都市统筹城乡医疗保障体系后指出,能否建立起城乡统筹的医疗保险体系,关键要看能否合理确定筹资水平、待遇标准和建立顺畅的管理体制,这其中就包括设置不同的缴费档次、明确政府、社会和个人的保险缴费责任以及统一的管理、经办服务等。^[9]刘新建等也指出城乡医疗保障体系一体化的内容应包括医疗保障管理机构一体化、医疗卫生资源一体化、最终实现医疗保障资金的一体化,从而达到覆盖全国人民的平等的医疗保障。^[10]王保真亦指出,实现医疗保障体系城乡统筹,首先,必须继续完善现行三大医保制度,完善医疗救助制度;其次,妥善解决三大医保制度间的有效衔接与发展;再次,实现城乡医保制度与城乡医疗救助的有效衔接与发展;最后,实现居保、新农合、职工医保三项制度的有效整合;实现三大医保制度与补充医保、与商业健康保险的衔接,以及多层次医保体系的发展与完善等。^[11]刁孝华等也对多层次医疗保障体系衔接与整合的重点领域进行了说明,包括新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险的衔接与整合、农民工大病医疗保险与城镇职工基本医疗保险的衔接与整合、失地农民医疗保险与新农合及城镇职工医保的对接与整合、商业医疗保险与基本医疗保险的对接与整合以及医疗保障管理体制与机构的整合。^[8]

总体来看,学界关于统筹城乡医疗保障体系的关键内容主要围绕以下几个方面:医疗保障筹资的城乡统筹,包括筹资的公平性、筹资档次的灵活性以及政府补贴的平等性等;医疗保障管理的城乡统筹,

包括部门管理的统一化以及医疗保障信息资源的网络化、共享化;医疗保障待遇支付的城乡统筹,包括保障待遇的公平与趋同等;医疗保障经办服务的城乡统筹,包括“三定”目录的一致等;医疗保障配套政策的城乡统筹,包括医疗保障与公共卫生、药品供应、医疗服务体系的同步推进等。简而言之,统筹城乡医疗保障体系依赖于流畅的制度设计,关键是确立合理的筹资、待遇支付机制,离不开简捷、高效、统一的管理、运行与服务体系,重点要做好医疗保障资源的整合以及各项医疗保险制度间的衔接工作。

2.3 统筹城乡医疗保障体系的时序与路径

关于统筹城乡医疗保障体系的时序与路径,学界也提出了见仁见智的观点。郑功成从发展的角度将医疗保障发展战略目标的实施步骤分为三个阶段(图1),第一步(2008—2012)建设覆盖全民的多元医疗保障体系;第二步(2013—2020)建立区域性的国民医疗保险制度;第三步(2021—2049)建立公平、普惠的国民健康保险制度。^[11]于建华也提出了统筹城乡医疗保障制度的三步走路线(图2),第一步,到2010年,实现全覆盖、有差别的城乡医疗保障制度;第二步,到2025年左右,实现以省为单位统筹、体系统一、标准有别的医疗保障制度;第三步,到本世纪中叶,在全国实现基本统一、形式多样的医疗保障制度。^[12]王东进同样设想了覆盖城乡的基本保障体系构建的实施步骤,第一步,到2010年把“四大板块”的框架建立起来,为制度的衔接和转换打基础;第二步,2011—2015年,在继续巩固和完善各项保障制度的同时,着手研究“四大板块”保障制度之间的衔接问题,提高统筹层次;第三步,2016—2020年,基本建立起覆盖城乡的基本医疗保障体系。^[13]

尽管不同学者对统筹城乡医疗保障体系的时间或步骤看法不尽相同,但渐进改革、分步骤推进的理念已经成为基本的共识。笔者认为,统筹城乡医疗保障体系的渐进路径,包括时间上的渐进和空间上的渐进,在时间上,体现为统筹城乡医疗保障制度的系统工程需要分期进行,如在医疗保障全民覆盖的基础上首先实现城乡医疗保障体系经办服务统一,其次实现管理部门统一,再次实现各项医疗保险流转接续,最后实现医疗保障制度的基本统一;在空间

上,统筹城乡医疗保障体系的渐进改革则体现为,医疗保障体系城乡统筹工作宜从东南沿海经济发达地区先行,从取得丰富试点经验的地区先行,从医疗保障制度较为完善的地区先行。

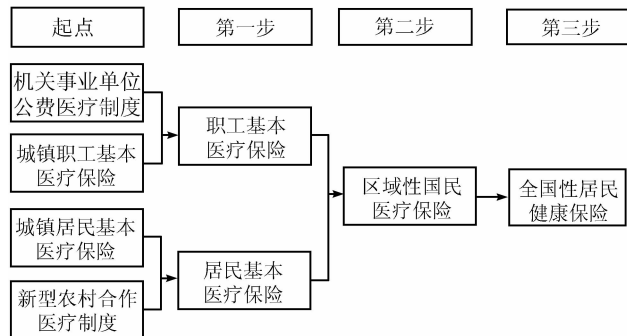


图1 医疗保障制度建设的三个阶段

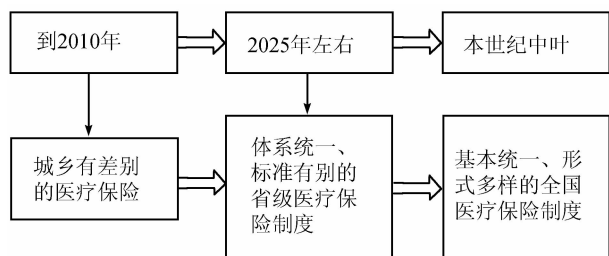


图2 统筹城乡医疗保障制度的三步走路线

3 障碍与突破:统筹城乡医疗保障体系面临困难与经验借鉴

长期二元社会结构导致的城乡差异和地区差异,使现有城乡医疗保障和医疗卫生服务在公平性、可及性以及费用负担方面呈现巨大差距,加上长期以来对农村社会保障体系的忽视,统筹城乡医疗保障体系存在诸多障碍。这些困难,一方面需要 we 们重塑全民社会保障的理念和目标,另一方面,也需要我们从国内外先行地区的有益经验中汲取更多智慧。

3.1 统筹城乡医疗保障体系所面临的挑战

胡大洋认为,统筹城乡医疗保障体系,难点在于医疗保险法制建设不健全,强制性参保和规范性监管存在法律障碍,公共财政投入机制不到位,基本医疗保险经办服务体系存在经济障碍,管理服务体制不统一,整合基本医疗保险制度和统一经办服务管理体系存在体制障碍。^[14]夏迎秋等认为城乡医

保制度分立存在的问题主要在于,制度运行缺乏法律保障,政府投入不足且大多向城市倾斜,卫生资源配置不合理,多部门负责管理、制度间衔接困难,统筹层次低、抗风险能力差。^[15]侯明喜以重庆市为实践基础,分析了先行城乡居民医疗保险不适应城乡统筹的体制机制障碍,他指出,首先是城乡居民医疗保险体系不够健全,覆盖面窄;其次是城乡医疗保险的筹资机制与补偿机制不够合理;第三,政府在医疗卫生方面财政投入总量不足,配置不均;第四,城乡医疗资源配置不合理;第五,医疗卫生体制、药品流通体制与医疗保险体制三改脱节;最后,医疗保险的转移衔接机制尚未形成。^[16]

笔者认为,统筹城乡医疗保障体系的主要障碍可归结为“分割”二字,包括城乡分割、人群分割、部门分割、行业分割与制度分割,城乡医疗保障体系既因城乡不同户籍人口分割,又因工作岗位所属单位的性质不同分割,对农民工、学生等特殊群体又新设制度,不同制度分属不同管理部门且彼此间衔接不畅,如此造成医疗保障体系资源分散、管理成本上升、基金共济性差、劳动力流动受阻等问题。因此,突破以上障碍,从不合理的户籍标准、行业部门标准、就业标准交叉并存的局面,迈向仅以就业标准区别劳动者和居民,并最终过渡到一元的城乡医疗保障体系自然应成为统筹城乡医疗保障体系制度优化的方向。

3.2 统筹城乡医疗保障体系国内外经验借鉴

考察国内外先行地区统筹城乡医疗保障体系的实践,汲取有益经验,无疑大有裨益。张再生等通过梳理英、美、德、日、丹麦、加拿大等发达国家医疗保障制度后认为:城乡医疗保障制度与各国经济发展水平密切相关;政府在城乡统筹中承担的责任应与其制度理念相融和;城乡统筹中医疗经费来源和支付范围取决于各国经济发展水平;城乡统筹医疗保障制度建设与法律制度建设密切相关;因此,对于我国统筹城乡医疗保障体系建设要使保障水平与经济发展相适应;要明确政府职责;要建立城乡一体、保障有力的医疗保障体系;要强化医疗保障制度实施的法律保证。^[17]王德平通过考察成都医疗保障城乡统筹实践,指出统筹城乡医疗保障制度重在突破五

大难题确保制度统筹:一“破”身份极限,统一城乡医保制度架构;二“破”资源分散,整合城乡医疗保障经办工作;三“破”待遇差异,缩小并提高城乡医保待遇标准;四“破”既定体制,统一城乡医保机构设置;五“破”分头推进,统一城乡医保绩效考核。^[9]此外,王俊华通过比较昆山、镇江城乡医疗保险制度成功模式提出:政府要强化推动城乡统筹的主导作用;跳帧关于整合多种基本医疗保险制度;医疗保险基金实行全市县、全省统筹,逐步实现全国统筹管理;城乡、地区间多种基本医疗保险制度实行一体化管理,包括设立统一的管理部门、建立跨区域的医疗保险网、定制全国通用的医疗保险卡等。^[18]

除了对以上成都、昆山、镇江等国内大陆地区的实践调研,学界还涌现了对重庆、广东、杭州、内蒙古等地区的文献研究,总体来看,近年我国关于统筹城乡医疗保障体系的实地调查研究正逐渐增多,如此体现了学界就统筹城乡医疗保障体系研究科学性与操作性的并重,为全国大面积开展医疗保障城乡统筹建设积累了诸多有益经验。笔者认为,以上地区统筹城乡医疗保障体系的可贵之处应引起我们重视,同时不同地区也应因地制宜,去异存同,提取与本地文化传统、制度特色、管理方式相适应的政策措施,防止盲目跟风、东施效颦。

4 结论与展望:统筹城乡医疗保障体系理论研究简评

从总量上看,近年关于统筹城乡医疗保障体系的研究文献正逐渐增多;从争论与分歧看,统筹医疗保障体系已经成为学界基本共识。笔者认为,虽然关于统筹城乡医疗保障体系的理论细节不尽一致,但制度统筹的宏观理论雏形已经显现。随着十七大“统筹城乡”民生时代的来临,随着多年经济持续稳定的增长,随着各项医疗保险制度的成熟与完善,基于“社会公正”的理念实现“人人享有更加公平的医疗保障”已经成为统筹城乡医疗保障体系的共同目标,有机衔接公费医疗、城镇职工医疗保险、城镇居民医保、农民工医疗保险和新型农村合作医疗保险,同时因地制宜、分步骤实施、按阶段推进,已经成为学界关于实现医疗保障城乡统筹路径的基本看法。

统筹城乡医疗保障体系理论研究方兴未艾,通过对既有文献的概括与总结,笔者认为,以下三个方向将成为医疗保障城乡统筹研究的有益趋势,第一,统筹城乡医疗保障体系微观研究,即在目前宏观性与概括性研究的基础上,进行更为细致的操作性研究与可行性论证,如各项医疗保险制度如何实现跨制度、跨统筹区域的顺畅衔接,如何统一不同部门间的管理与经办机构等;第二,统筹城乡医疗保障体系切入点及与外部环境的协同推进研究,避免医疗保障体系单改推进,防止医疗保障体系城乡统筹有形无实;第三,统筹城乡医疗保障体系创新研究,如城乡医疗保障管理经办模式创新、非营利组织或商业机构参与医疗保障城乡统筹研究等。

参 考 文 献

- [1] 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): 32-35.
- [2] 陈健生,陈家泽,余梦秋. 城乡基本医疗保障一体化:目标模式、发展路径与政策选择[J]. 理论与改革, 2009(6): 74-78.
- [3] 何平. 建立城乡统筹的医疗保障体系[EB/OL]. (2008-04-28) [2010-07-26]. http://www.cnss.cn/xyzx/wzx/200805/t20080505_188212.htm.
- [4] 盛钢,黄东平. 构建城乡一体化的医疗保障体系[J]. 中国社会保障, 2008(8): 76-77.
- [5] 杨小丽,张亮,冯泽永. 构建城乡统筹医疗保障制度的核心议题[J]. 重庆医学, 2009, 38(21): 2754-2756.
- [6] 朱俊生. “扩面”与“整合”并行:统筹城乡医疗保障制度的路径选择[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(12): 19-22.
- [7] 车莲鸿. 试论经济发达地区基本医疗保障城乡统筹发展路径[J]. 卫生软科学, 2009, 23(5): 523-525, 528.
- [8] 刁孝华,谭湘渝. 我国医疗保障体系的构建时序和制度整合[J]. 财经科学, 2010(3): 77-84.
- [9] 王德平. 统筹城乡八年医保路[J]. 中国劳动保障, 2008(9): 34-36.
- [10] 刘新建,刘彦超. 实现城乡医疗保障一体化目标的对策初探[J]. 山西农业大学学报(社会科学版), 2007, 6(3): 233-236.
- [11] 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.
- [12] 于建华. 统筹城乡医疗保障制度的基本设想[J]. 卫生

- 经济研究, 2009(8): 14.
- [13] 王东进. 构建覆盖城乡的医疗保障体系的战略步骤[J]. 中国劳动保障, 2008(8): 16-18.
- [14] 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.
- [15] 夏迎秋, 景鑫亮, 段沁江. 我国城乡居民基本医疗保险制度衔接的现状、问题与建议[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 43-48.
- [16] 侯明喜. 统筹城乡医疗保险体制: 重庆市的初步实践及发展路径[J]. 经济体制改革, 2008(1): 118-119.
- [17] 张再生, 赵丽华. 发达国家医疗保障制度城乡统筹经验及启示[J]. 现代经济探讨, 2009(8): 79-82.
- [18] 王俊华. 城乡基本医疗保险制度衔接模式比较研究[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2009(6): 21-24.
- [收稿日期: 2010-12-01 修回日期: 2011-01-06]
(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

英国《健康和社会保健方案》改革的背景与主要内容

2011年1月19日,英国政府向国会提交了新的《健康和社会保健法案》草案(以下简称“法案”)。早在2010年7月,英国卫生部发布《平等与卓越:解放国民健康系统》(Equity and excellence: Liberating the NHS)的白皮书,新一届联合政府正式开始对NHS进行改革。

1 改革的背景

英国医改最主要的目的是提高卫生系统绩效。英国国家医疗服务系统(NHS)已经建立了60多年,曾经被认为是“政府20世纪影响英国人生活的最大业绩”。但是近年来效率低下成为NHS的硬伤,并存在机构臃肿、体系庞杂、人员冗余严重、赤字巨大等主要弊病,2002年以来,初级卫生保健基金和卫生策略管理局(Strategic Health Authorities, SHAs)行政费用就上涨了120%,英国的医疗效率在欧盟国家中仅排17位。

改革的另一大原因是节约开支。英国保守党领导的联合政府在2010年提出了政府支出削减计划,对公共部门的财政紧缩带动了行政改革。法案的实施将使NHS每年节省开支17亿英镑,为本届议会节约50亿英镑,同时减少NHS体系内管理岗位的雇员数量。

2 改革的主要内容

英国的新医改被称为NHS系统建立60多年以来规模最大、争议最多的改革,最突出的特点就是减

少政府在卫生管理中的职责,鼓励私营机构;赋予全科医生更大权力。法案一共包括两卷,一卷是法条,一卷是法案实施的时间表。法案只在英格兰地区实行。其主要内容有:

(1)撤销151家初级卫生保健信托机构(Primary Care Trusts),成立家庭医生联盟。初级卫生保健信托机构一直以来是NHS运作的核心,负责管理80%的卫生预算(每年的卫生预算约为1000亿英镑),委托服务机构满足当地居民的健康需求。改革后,将由全科医生和新组建的全科医生联盟负责为患者安排就诊医疗机构,决定800亿医疗卫生拨款的使用。英国政府赋予全科医生更大权力,希望通过让全科医生参与管理工作来提高医疗服务水平。

(2)废除英格兰地区的10家卫生策略管理局(Strategic Health Authorities),建立新的NHS委员会。卫生策略管理局的主要作用是监督辖区内NHS的执行情况,改革后,将由新的NHS委员会代为执行。按照法案的时间表,两类机构都将在2013年3月底前被撤销。

(3)引入竞争机制。私营医疗机构、志愿者组织将能够与国家服务体系定点医院一样在NHS体系内提供医疗服务,以期提高医疗体系效率。

(来源:英国卫生部网站和新华网)