

我国城镇职工基本医疗保险制度改革的经验与问题

——基于对政策文件和制度环境的分析

王超群^{1*} 顾雪非^{1,2}

1. 中国人民大学公共管理学院社会保障研究所 北京 100872

2. 卫生部卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】文章分析了职工医疗保险 20 年来主要的政策文件及改革中面临的制度环境,总结了职工医疗保险制度变革的经验、存在的问题及其未来改革的建议。其经验是实施渐进改革,试点先行,保基本、多层次以及决策的科学化、民主化等,存在的问题是制度功能单一,政府责任缺失,缺乏顶层设计,与医疗服务市场缺乏有效的联动改革及数据匮乏等。最后,建议职工医疗保险坚持“保基本、多层次、可持续”方针;坚持渐进改革,试点先行;加强职工医疗保险制度顶层设计,实行联动改革;统一全国数据标准,建立数据质量评估体系和全国数据资料库等。

【关键词】城镇职工基本医疗保险;改革;经验;问题;政策建议

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.01.007

Experience and problems of Urban Employee Basic Medical Insurance reform in China: Based on analysis of Policy documents and institutional environment

WANG Chao-qun¹, GU Xue-fei^{1,2}

1. Institute of Social Security at School of Public Administration and Policy in Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. National Health Development Research Center, Beijing 100191, China

【Abstract】 This paper analyses the main policy documents of Urban Employee Basic Medical Insurance System (UEBMIS) over the past two decades and the institutional environment, experiences, and problems in the process of reform. We propose some recommendations for future reform. The experiences include gradually advancement reform, piloting first, ensuring basic demands, establishing multi-level security system and making decisions scientifically and democratically. Problems include single function, lack of government responsibility and top-level design, and lack of effective linkage with medical service market reforms and necessary data. In the future, UEBMIS should proceed according to the guideline of ensuring basic demands, establishing a multi-level security system, and ensuring sustainability. It should also proceed according to the guideline of gradual advancement and piloting first. Top-level design and linkage reform should be improved, national data should be unified, and a data-evaluation system should be established.

【Key words】 Urban Employee Basic Medical Insurance System; Reform; Experience; Problems; Policy recommendation

我国城镇职工基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合制度(以下简称职工医疗保险)始于

1993 年。1993 年 10 月 8 日,劳动部发布《关于职工医疗保险制度改革试点意见的通知》,首次提出“建

* 作者简介:王超群,男(1986 年—),博士研究生,主要研究方向为医疗保障制度转型,医疗费用增长及控制。

E-mail:wangchaoqunruc@163.com

通讯作者:顾雪非。E-mail:gxf@nhei.cn

立职工个人医疗保险专户,为职工个人所有。”同年11月14日,十四届三中全会《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》要求,“城镇职工养老和医疗保险金由单位和个人共同负担,实行社会统筹和个人账户相结合。”1994、1996和1998年,国务院相继发布了《关于职工医疗制度改革的试点意见》(以下简称《试点意见》)、《关于职工医疗保障制度改革扩大试点意见的通知》(以下简称《扩大试点意见》)和《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(以下简称《决定》)等文件,职工医疗保险逐步定型。

从职工医疗保险建制20年历程中汲取经验教训,是完善其未来制度建设的基础。一些研究回顾了建国以来和改革开放以来我国城乡医疗保障制度改革历程^[1-5],研究视角过于宏大。本文通过梳理历年职工医疗保险相关政策文件及其改革中面临的制度环境,旨在总结职工医疗保险建制20年来的经验、问题,并提出未来改革建议。

1 改革经验

1.1 渐进改革,策略性强

职工医疗保险的建立和改革采取了渐进改革的方式,采纳了许多策略性手段,体现在以下几个方面:

(1)增加了个人的就医选择权。1994年的《试点意见》提出“职工可以到定点的几个医院就医,促使医疗单位合理竞争。”改革前,病人没有就医选择权,必须经由首诊、转诊和分级医疗制度方能获得医疗服务,改革后的职工医疗保险增加了个人就医选择权(加速了卫生资源倒金字塔结构的形成)。

(2)吸引个人缴费并循序渐进提高费率。劳保医疗下,职工不需缴费。职工医疗保险为实现职工缴费,政策文件多次要求“职工个人缴费在增加工资的基础上进行”,“用人单位为职工缴纳的大部分医疗保险费用(不低于50%)和职工缴纳的医疗保险费用,记入个人医疗账户”,以提高个人账户的吸引力。随着参保须缴费逐步被接受,1998年的《决定》将个人缴费率提高到2%,将企业划入个人账户的比例下调为30%。

(3)循序渐进降低和提高医疗保障水平。1994年,“两江试点”起付线为本人年工资收入的5%,医疗支出越高,个人自付比例越低,且不设最高限额。1996年的《扩大试点意见》允许各试点城市确定最高限额。1998年的《决定》则将起付线提高为当地职工年平均工资的10%,最高限额设为当地社会平

均工资的4倍,同时制定了国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准(即“三个目录”)。21世纪以来,“三个目录”逐步放宽。2009年3月18日,《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》又将最高限额提高到当地社会平均工资的6倍。

1.2 试点先行

广泛试点是我国医疗保险改革的重要经验。^[3]职工医疗保险建立以来进行了广泛试点,如“两江试点”、“海深试点”、成都医疗保险城乡统筹试点以及最近的北京总额预算制度试点等。(1)试点有助于发现和解决问题。“两江试点”实行“通道式”,即统筹基金与个人账户基金使用相通,门诊和住院费用首先由个人账户支付,然后进入统筹基金支付;而海南实行“板块式”,即统筹基金与个人账户完全分开,门诊费用由个人账户支付,住院费用由统筹基金支付。结果发现“通道式”容易导致社会统筹基金超支,“板块式”则不会。1998年,职工医疗保险改为“板块式”。(2)试点有助于降低制度推行阻力。由于制度惯性,改革必须提供足够的时间和激励。个人账户的建立、个人缴费的确定及费率的提高和保障水平的提高,均是在若干年的试点过程中逐步确立下来的,大大降低了制度推行阻力。

1.3 坚持“保基本、多层次、可持续”理念

在保基本方面,职工医疗保险历年政策文件均提出改革的基本原则是“基本医疗保障的水平和方式要与我国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应。”职工医疗保险改革早期朝着提供基本医疗保障的方向发展。21世纪以来,“看病贵、看病难”及重特大疾病问题突出,政府不断提高保障水平,建立了农村居民重大疾病医疗保障制度和城乡居民大病保险制度。

“基本”之上的医疗费用需要通过多层次解决。为降低高额医疗支出,政府早期鼓励发展职工医疗互助保险和商业性医疗保险等作为补充。1994年的《试点意见》以及1996年的《扩大试点意见》均要求“当医疗费用开支过多而影响家庭基本生活时,由职工所在单位从福利费中提供补助。”1998年的《决定》则允许“企业补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分,从职工福利费中列支。”近几年,商业医疗保险发展势头迅猛。2000年,商业医疗保险支出仅28.0亿元,2010年则高达677.4亿元^[6],是当年城镇居民医疗保险基金支出(266.5亿元)的2.54倍。

2005 年 2 月 26 日,国务院发布了《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》,2011 年城市医疗救助支出达到 67.6 亿元。

1.4 改革决策趋向科学化、民主化

改革开放以来,影响中国社会保障制度改革的利益相关群体发生了很大变化,职工医疗保险改革决策不断走向科学化、民主化。1998 年之前,职工医疗保险相关政策文件均由体制改革委员会牵头制定,1998 年之后,劳动部地位明显提升。改革开放后,诸多国际机构尤其是世界银行、国际社会保障协会和国际劳工组织等,对中国社会保障制度改革产生了极大影响。尽管这些机构均反对建立医疗保险个人账户^[7],但我国在没有理论、讨论和实践支持的情况下通过行政力量推动匆忙建立了个人账户^[8]。

我国制定医疗卫生相关政策过程中,专家学者的作用日渐凸显,并在中央政治局集体学习时介绍医疗卫生改革进展。2009 年新医改一定程度上接受了国务院发展研究中心课题组的政策建议。此外,专家学者还通过两会影响中国医疗卫生政策的制定。^[9]劳动和社会保障部、卫生部、民政部等均相继成立专家委员会,以集思广益、推进决策科学化。2000 年,劳动和社会保障部发布了《关于成立劳动和社会保障部专家咨询委员会的通知》。2010 年,人力资源社会保障部召开专家咨询委员会成立大会暨第一次全体会议。

近年来,随着网络普及,社会舆论对社会保障制度改革影响力不断扩大。最近关于退休金双轨制、延迟退休年龄、养老保险基金收支缺口等问题引发了网民的激烈讨论,政府部门不得不召开发布会澄清。职工医疗保险方面,2011 年由于网络盛传北京医疗保险基金收不抵支,引起轩然大波。北京市人社局召开新闻发布会澄清该市当年医疗保险基金收支平衡、略有结余。^[10]

2 存在的问题

2.1 政府医疗保障责任缺失

改革过程中,政府的医疗保障责任缺失,未承担相应的转轨成本,职工家属被置于制度外。职工医疗保险未能形成三方责任共担机制,始终要求单位和职工双方承担。甚至 1994 年的《试点意见》要求,医疗保险“管理费的提取比例,须经主管部门和财政部门审核后,报当地人民政府批准。”原因是改革开放后财政收入占 GDP 的比重由 1978 年的 31.1% 迅

速下降到 1993 年的 12.3%,政府财力严重不足,导致政府卫生支出占财政收入的比重不断提高。

职工医疗保险建立的初衷是以家庭为单位参保,职工供养的直系亲属仍像劳保医疗一样免费参保。1994 年《试点意见》指出,“职工供养的直系亲属……凡符合规定的医疗费用的 40%,都由社会统筹医疗基金支付。”1994 年国务院《关于江苏省镇江市、江西省九江市职工医疗保障制度改革试点方案的批复》指出,“关于职工供养的直系亲属的医疗保障问题……暂不纳入职工医疗保障制度改革试点范围。各企、事业单位可按现行办法执行。”职工供养的直系亲属被甩出了职工医疗保险,运行了 40 多年的职工家属享受半费医疗的政策就此终结。究其原因,主要是由于当时职工医疗保险缴费率已经较高,影响了企业吸纳就业的能力。为了控制费率过高,1994 年的《试点意见》和 1996 年的《扩大试点意见》均要求缴费率“不超过职工工资总额 10% 的,由省人民政府决定。超过职工工资总额 10% 的,由省人民政府审核后,报经财政部批准。”

政府责任缺失导致职工家属缺乏保障,职工医疗保障范围过窄、保障水平过低,影响了社会稳定和经济增长,政府不得不重新介入医疗领域。新医改四年,国家财政累计投入 2.2 万亿元,占财政支出的比例由 4.4% 提高到 5.7%。市场经济不断深化与发展的同时,政府需要弥补市场失灵的地方越来越多,未来政府对社会保障领域的干预必将继续增加。政府的社会保障责任无法消解,难以通过经济增长替代社会保障。相反,必须依赖社会保障为市场经济保驾护航。

2.2 承担过多任务,发挥功能单一,未来收支平衡压力巨大

职工医疗保险承担了过多任务。职工医疗保险最初服务于国有企业改革,但国有企业却将本可以承担的一部分职能(如建立补充医疗保险、互助医疗等)全部转嫁给社会医疗保险。近年来,中央和地方政府出于减少财政支出和维护社会稳定双重需求,(通过一次性补助等方式)将大量关闭破产企业职工、困难企业职工、提前离退休职工纳入职工医疗保险,允许其一次性趸交、补缴保费,却未能将年龄结构较轻的农民工、个体户及灵活就业人员纳入,导致职工医疗保险系统老龄化快速攀升。

职工医疗保险发挥的功能单一。医疗保险的功能包括:分散医疗风险、实现医疗费用负担公平(即

收入再分配)、充当医疗服务第三方购买者以约束医疗服务提供者行为^[11]以及合理配置医疗资源。当前,职工医疗保险集中于分散医疗风险即维护社会稳定功能。职工医疗保险因个人账户的存在使得收入再分配功能不显著,职工医疗保险经办机构由于着力控制需方、职责分工不清以及控制医疗服务提供方的能力不足等原因,缺乏对医疗服务提供者行为的有效约束。职工医疗保险保大病为主不利于基层医疗服务机构而有利于(尤其是三级)医院,推动了医疗资源倒金字塔分布的形成。

职工医疗保险未来收支堪忧。2008—2010年,各级财政为关闭破产企业职工参保补贴700亿元。^[12]2010年,破产企业一次性趸交资金高达250亿元,财政对职工医疗保险的补助也达到92亿元。^[13]这是职工医疗保险目前账面大量盈余的重要原因。但这些盈余不可持续,因为一旦通过趸交、补缴被纳入职工医疗保险,退休后就不再缴费。而被纳入的成员年龄较高,未来医疗消费支出水平较高,使得医疗保险基金当前支出迅速攀升,并对未来支出造成巨大压力。

2.3 职工医疗保险制度建设缺乏顶层设计

改革开放以来,我国经济体制改革在总体设计下取得了举世瞩目的成就。社会保障制度作为经济体制改革总体设计的一部分,发挥了重要作用。然而,过去20年,职工医疗保险制度作为社会保障制度的一部分,制度总体规划仍显不足:

(1)各个主管部门之间政策不配套,缺乏一致性。有学者指出,我国医疗服务由卫生部门负责,长期照护由民政部门负责,新医改并没有体现后者,必将导致“社会性住院”现象,即不是因为需要医疗服务而住院,而是因为缺少长期照护而住院。^[14]此外,在关于是否要引入商业保险机构经办医疗保险业务、大病保险业务以及医疗保险城乡统筹等问题上,不同部门意见针锋相对。

(2)职工医疗保险主管部门本身缺乏综合职工医疗保险和其他险种(如城镇居民医疗保险、职工养老保险等)长远发展规划。人力资源和社会保障部每五年发布一次五年规划纲要,但均致力于制度的小修小补,如扩大覆盖面、提高待遇和加强基金监管等,少见结构性改革。如当职工家属缺乏医疗保险时,我国未将其纳入职工医疗保险中,而是单建了城镇居民基本医疗保险。

(3)职工医疗保险制度建设权限大量下放,适应

了地区差异性,但导致制度的“区域性碎片化”。在信息化建设方面,各地纷纷实施了“金保工程”,但由于系统不统一,数据无法共享。在医疗保险城乡统筹试点方面,审计署2012年对全国2790个县的审计显示,2011年底仅有189个县实施了城乡居民医疗保险,占6.8%。目前已经形成了至少四种模式:一体化、分层选择式、制度分设管理体制统一和制度分设经办统一的城乡居民医疗保险^[15],这不但使得制度异常复杂和碎片化,部分地区还出现了农民逆向补贴城镇居民的现象^[16]。在医疗保险待遇转移接续方面,不同地区对医疗保险最低缴费年限设置不同,阻碍了参保人群流动和医疗保障权益的实现。

(4)地区之间职工医疗保险缴费率差异巨大。沿海地区外来人口多,人口年龄结构较年轻,医疗保险费率低,中西部地区和东北老工业基地老龄化严重,费率高,导致地区之间竞争起点不公平。

2.4 与医疗服务市场缺乏有效的联动改革

在医疗保险参保人群、基金和医疗服务提供方三角关系中,后两者为矛盾的主要方面。2000年之前,三方缺乏联动改革机制,原因之一是医疗保险基金和医疗服务提供方由不同部门主管,两大部门利益并不一致。前者更关注基金收支平衡而后者更关注健康水平、质量、技术进步等。

2000年,国务院体改办等八部委发布《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,要求在“在建立城镇职工基本医疗保险制度的同时,进行城镇医药卫生体制改革”,开始实行联动改革。2009年的新医改也强调公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系四大体系联动改革,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。然而,新医改联动改革仍然十分薄弱,效果并不明显。

新医改中,政府着力建设基层医疗服务体系,要求三大医疗保险提高对基层医疗服务提供者的报销比例。然而,根据《社会保险法》规定,三大保险只能根据“三个目录”支付,这就意味着要提高对基层医疗服务提供者的报销比例,就必须从“三个目录”着手。而由于取消了药品加成政策,政府办基层医疗机构医务人员为事业单位编制,实行绩效工资制,导致对患者需求不敏感,基层目录内用药往往不足,患者不得不继续在高层级医院就诊。同时,由于未能解决基层医疗机构医务人员素质和技术水平等问题,即使提高在基层就医的报销比例,患者也缺乏在基层就诊的意愿。

随着三大医疗保险基金当期收不抵支日益严峻,2012 年,相关部门发布了至少四份文件要求采取节流措施,尤其是总额预算制度。而三大医疗保险基金支出占卫生总费用的 1/3,实行总额预算制度能够控制医疗保险基金收支平衡,但由于未能解决卫生总费用增长的根源,随着卫生总费用的增长,总额预算制度效果愈明显,患者个人负担就愈重。同时,我国医疗保险基金过于分散,包括职工医疗保险基金、居民医疗保险基金和新农合基金(以及医疗救助基金)等,未能形成合力。最后,职工医疗保险主要保大病和住院,实行总额预算制度或许能控制住院支出,但必将导致医院门诊支出占比提高,扭曲医疗生态。

2.5 相关数据匮乏、披露不足、共享程度低

数据是科学决策的依据和基础。自建立职工医疗保险以来,一是相关数据匮乏。职工医疗保险每年仅公布了常规的统计公报和统计年鉴,缺乏更加具体、微观的数据。统计数据显示,2010 年我国城镇职工基本医疗保险社会统筹基金累计结余高达 3 007 亿元,占当年基金总收入的 76.0%,各省市中仅上海出现了当期和累计收不抵支。也有调查显示,2010 年 257 个地区职工医疗保险当期收不抵支,12 个地区累计收不抵支。^[13]二是相关数据披露不足。以职工医疗保险个人账户为例,个人账户累计结余极其重要,但《2007 年劳动和社会保障事业发展统计公报》却未公布该数据。三是由于各地“金保工程”信息系统不统一,相关数据无法共享。调查显示,当前重复参保现象严重,尤其是农民工。^[17-19]有学者指出,我国重复参保总人数约为 1 亿。^[20]如属实,我国未参保人群将高达 1.5 亿人,即超过 10% 的人口未参加医疗保险。

3 未来改革的建议

上文通过对过去 20 年城镇职工医疗保险政策文件和制度环境的分析,总结职工医疗保险的经验和问题,反映了由计划经济走向市场经济过程中制度变革所面临的制度环境约束是如何影响制度建设的。职工医疗保险的经验和问题是在历史环境与现实环境的双重压力下产生的。总体上,职工医疗保险的经验是基于为保障改革顺利进行而做出的妥协。

具体来说,改革经验是实行渐进改革,不断试点,采取策略性手段,保障改革顺利进行。改革始终坚持“保基本、多层次、可持续”的理念,决策不断趋向科学化、民主化。而存在的问题则来自于制度环境约束下政府未能承担相应责任和履行相应职能。

具体表现为,政府未能承担起相应的筹资责任、历史责任,也未能履行好制度顶层设计、协调和信息公开等相关职能,导致制度低水平重复建设、区域性碎片化严重、难以及时发现问题等。职工医疗保险过分强调其分散风险即社会稳定功能,而忽略了其约束医疗服务提供者及合理配置医疗资源的功能,缺乏与医疗服务市场的有效联动。基于上述分析,本文提出职工医疗保险制度未来改革的建议。

3.1 坚持“保基本、多层次、可持续”方针

职工医疗保险制度应坚持“保基本、多层次、可持续”方针:不断提高基本医疗保障水平,逐步提高医疗保障的覆盖面、保障项目和报销水平;建立健全多层次医疗保障体系,通过税收减免等方式鼓励发展职工大额医疗保险制度、职工医疗互助保险及补充性商业性医疗保险,加强医疗救助制度的衔接;实施多元化的开源节流措施,如取消职工医疗保险个人账户、实行退休老人终生缴费、增加财政补贴、逐步将农民工纳入职工医疗保险、适时提高缴费率和落实缴费基数并适时延迟退休等,促进职工医疗保险制度可持续发展。

3.2 坚持试点先行,渐进改革

由于职工医疗保险承担了过多任务,随着老龄化加快,以及覆盖人群、保障项目和报销水平逐年提高,职工医疗保险收支压力巨大,不少地方已经出现收不抵支的情况。为此,2012 年 4 月的《深化医药卫生体制改革 2012 年主要工作安排的通知》和 11 月的《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》,均要求职工医疗保险改革支付方式,“用两年左右的时间,在所有统筹地区范围内开展总额控制工作”。然而,医疗保险总额控制在我国理论和实践经验仍不足,对其可能导致的问题认识不足,应坚持试点先行,渐进改革。此外,还应该积极试点基层医疗卫生机构按人头付费,逐步建立首诊、转诊和分级医疗制度^[21]。

3.3 加强职工医疗保险制度顶层设计,实行联动改革

加强职工医疗保险制度顶层设计、实行联动改革,既要考虑职工医疗保险制度本身,也要考虑医疗保险制度之外的相关因素。具体来说包括:

(1)取消个人账户,实行以家庭为单位参保,家属保障水平可设定为职工的一半,并利用医疗救助制度帮助没有就业人口和低收入的家庭参保。此种思路在财力上是可行的。^[22]《全球社会保障制度 2010》(Social Security Programs Throughout the World,

2010)显示,2010年只有中国、新加坡和马来西亚3个国家建立有强制性的医疗保险个人账户。在76个建立社会医疗保险的国家,只有伯利兹、特里尼达和多巴哥、瑞士、荷兰、孟加拉和中国6个国家不是以家庭为单位参保。

(2)实行退休老人分类终生缴费,养老金低于政府规定的最低缴费养老金的退休老人,由政府按照最低缴费养老金的2%进行代缴,养老金水平高于最低缴费养老金的退休老人,由个人缴费。^[23]这不但有利于降低制度老龄化程度,改善社会统筹基金收支平衡状况,体现责任分担,还有利于促进劳动力流动,化解医疗保险待遇转移接续的难题,并为未来城乡医疗保险制度并轨奠定基础。

(3)实现公共医疗基金管理统一,建立医疗服务购买机制。一是要提高统筹层次,二是要整合管理部门,将公共卫生基金、城镇职工和居民医疗保险基金、新农合基金以及医疗救助基金等,整合到统一的管理部门下。

(4)由于人们对优质医疗服务存在无限需要,通过经济刺激诱导患者在低质量的基层医疗服务机构就医的效果将十分有限。为此,必须在提高基层医疗服务质量的前提下,缩小参保人就医选择权,实行基层首诊、分级医疗、双向转诊的服务模式。^[21]这一改革措施亦须广泛试点,逐步推行。

3.4 统一全国数据标准,建立数据质量评估体系,建立全国数据资料库

由于缺乏全国性的数据标准,各地职工医疗保险之间以及职工医疗保险与其他医疗保险险种信息系统无法对接。未来我国应加快统一全国数据标准,建立数据质量评估体系,以提高数据质量,促进信息共享。我国应建立全国数据资料库,在保护公民医疗隐私的基础上,允许相关科研单位、研究人员利用全国数据分析、研究我国的医疗卫生服务与保障制度。

参 考 文 献

[1] 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.

[2] 宋晓梧. 建国60年我国医疗保障体系的回顾与展望[J]. 中国卫生政策研究,2009,2(10):6-14.

[3] 蔡昉. 中国劳动与社会保障体制改革30年研究[M]. 北京:经济管理出版社,2008.

[4] 邓大松,刘昌平. 改革开放30年——中国社会保障制度改革回顾、评估与展望[M]. 北京:中国社会科学出版

社,2009.

[5] 赵曼,潘常刚. 医疗保障制度改革30年的评估与展望[J]. 财政研究,2009(2):20-23.

[6] 张毓辉,郭峰,万泉,等. 2010年中国卫生总费用测算结果与分析[J]. 中国卫生经济,2012,31(4):5-11.

[7] 高书生. 社会保障改革何去何从[M]. 北京:中国人民大学出版社,2006.

[8] 王超群. 城镇职工医疗保险个人账户制度起源的反思[J]. 社会保障研究,2012(1):30-34.

[9] 赵德余. 主流观念与政策变迁的政治经济学[M]. 上海:复旦大学出版社,2008.

[10] 汝信,陆学艺,李培林. 2012年中国社会形势分析与预测[M]. 北京:社会科学文献出版社,2012.

[11] 顾昕,高梦滔,姚洋. 诊断与处方——直面中国医疗体制改革[M]. 北京:中国社会科学出版社,2006.

[12] 肖明. 老龄化吞噬医保基金? [EB/OL]. <http://www.21cbh.com/HTML/2010-8-20/3NMDAwMDE5MzA3NQ.html>,2010-08-19/2013-06-05.

[13] 李常印,郝春彭,李静湖,等. 基本医疗保险基金结余及动态平衡[J]. 中国医疗保险,2012(6):35-38.

[14] 汝信,陆学艺,李培林. 2013年中国社会形势分析与预测[M]. 北京:社会科学文献出版社,2013.

[15] 仇雨临,翟绍果,郝佳. 城乡医疗保障的统筹发展研究:理论、实证与对策[J]. 中国软科学,2011(4):75-87.

[16] 于德志. 医改专题研究[M]. 北京:人民卫生出版社,2013.

[17] 刘林平,雍昕,舒玢玢. 劳动权益的地区差异——基于对珠三角和长三角地区外来工的问卷调查[J]. 中国社会科学,2011(2):107-123.

[18] 朱力,吴炜. 农民工的社会保险状况与影响因素分析——基于江苏省调查数据[J]. 学海,2012(2):59-66.

[19] 曾益,孙莉. 外出农民工参加基本医疗保险问题及对策研究——基于与本地农民工比较的视角[J]. 农村经济,2012(10):78-82.

[20] 王东进. 切实加快医疗保险城乡统筹的步伐[J]. 中国医疗保险,2010(8):6-8.

[21] 杨宜勇,王超群. 新医改与卫生费用增长控制[J]. 中国物价,2013(7):52-54.

[22] 王超群. 城镇职工基本医疗保险个人账户制度的起源、效能与变迁[J]. 中州学刊,2013(8):80-86.

[23] 王超群,张翼,杨宜勇. 城镇职工基本医疗保险退休老人终生缴费制研究[J]. 2013(5):83-89.

[收稿日期:2013-09-24 修回日期:2013-12-02]

(编辑 赵晓娟)