

整合城乡居民基本医疗保险制度筹资政策分析

——基于公平性视角

朱 坤* 张小娟 朱大伟

中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

【摘要】目的:从公平性角度对新农合与居民医保制度的筹资政策进行分析。方法:收集2008—2015年新农合和居民医保的筹资数据,新农合数据来自于中国卫生统计年鉴(2009—2012),中国卫生和计划生育统计年鉴(2013—2016)和新型农村合作医疗统计信息手册(2008—2015),居民医保数据主要来自中国劳动统计年鉴(2009—2016)和中国社会保险年鉴(2009—2015)。采用了根据支付能力筹资的方式来衡量城乡居民医保筹资的公平性。选择个人缴费占城乡居民人均可支配收入的比例作为比较医保筹资公平性的具体指标。结果:新农合和城镇居民医保筹资机制类似,个人缴费占人均筹资额比例低于1/4。人均筹资额占农村居民人均纯收入和城镇居民人均可支配收入的比例分别低于2%和5%,而个人缴费占农民人均纯收入和城镇居民人均可支配收入的比例低于1%。居民医保和新农合个人缴费占城乡居民人均可支配(纯)收入比例的差距有所扩大。结论:居民医保和新农合个人缴费占人均可支配收入比例低。农村居民和城镇居民医保采取的平等筹资掩盖了城乡居民在医保筹资方面的不公平性。

【关键词】 医疗保险; 卫生筹资; 公平性

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.03.009

Analysis of the financing policy of integrating NCMS and URBMI: Based on the perspective of equity

ZHU Kun, ZHANG Xiao-juan, ZHU Da-wei

Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objectives: This paper intends to analyze the financing policies of integrating NCMS and URBMI in terms of equity. Methods: Data on the financing of NCMS and URBMI from 2008 to 2015 were collected from the China health statistics yearbook (2009—2012) the China health and Family Planning Statistics yearbook (2013—2016), the National Handbook of NCMS Information (2008—2015), the China human resources and social security statistics yearbook (2009—2016), and the China social security yearbook (2009—2015). “Ability to pay” approach was introduced to measure the inequity in health financing of medical insurance for urban and rural residents. The proportion of individual contributions as to NCMS and URBMI as a percentage of the per capita disposable income was used as an actual indicator to analyze the equity in health financing between rural and urban residents. Results: The URBMI had a financing mechanism that was similar to that used by NCMS in that public finance accounted for more than three quarters of the pooling funds, and the individual contribution accounts for less than 1/4 of the per capita contribution amount. The scale of financing for NCMS was less than 5% of the per capita net income of rural residents and less than 2% of the per capita disposable income of urban residents for URBMI. Individual contributions to the NCMS and URBMI funds were less than 1% of their disposable and net incomes. The disparities in health financing between urban and rural residents in China was not improved as expected with the introduction of NCMS and URBMI. Conclusions: The proportion of individual contributions to the URBMI and NCMS funds were small in terms of contributors’ incomes. The equal financing per capita for URBMI and NCMS masks the inequality of urban and rural residents in the financing of medical insurance.

【Key words】 Medical insurance; Health financing; Equity

* 基金项目: 国家卫生和计划生育委员会委托项目

作者简介: 朱坤,男(1973年—),博士,副研究员,主要研究方向为农村卫生和医疗保障。E-mail: zhukun@imicams.ac.cn

1 背景

进入新世纪以来,“因病致贫、因病返贫”现象引起中国政府高度重视。2002 年和 2007 年,中国政府先后启动新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)试点和城镇居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)试点工作,试图为农村居民和城镇非正式就业人群建立医疗保险制度,防范疾病带来的经济风险,提升卫生筹资的公平性。^[1]经过 10 多年的发展,低水平、广覆盖的新农合制度和居民医保制度取得积极成效。两个制度基本覆盖了城镇职工基本医疗保险制度未覆盖的人群,参保(合)率保持在 95% 以上,人均筹资水平从最初的人均 30 元提高至 2015 年的人均 400 元以上,住院医疗费用政策范围内补偿比达 50% 以上,两个制度的建立和发展为缓解城乡居民“因病致贫、因病返贫”做出了积极贡献。

但随着人口流动的加剧,两个制度人群重复覆盖现象日益加剧,既加重了参保(合)人员的缴费负担,又影响了财政投入效果。^[2]两个制度在政策框架、管理办法和运行操作等方面具有较强的一致性,特别是两项制度在筹资与保障待遇方面比较接近,为整合这两项制度奠定了基础。2016 年 1 月,《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》^[3](以下简称《意见》)正式出台,要求在覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理六个方面统一。统一筹资政策是整合城乡居民基本医疗保险制度的重要内容,《意见》中明确提出“合理确定城乡统一的筹资标准”,但对于标准是绝对金额还是相对比例没有进行明确界定。为了加快城乡居民基本医疗保险制度整合进程,提升医保制度的筹资公平性,本文拟从公平性角度对新农合与居民医保制度的筹资政策进行分析,为医保政策研究者和决策者提供参考。

2 资料与方法

鉴于居民医保从 2007 年开始试点,基于数据的可比性和可获得性,本文收集了 2008—2015 年新农合和居民医保的筹资数据,新农合数据来自于中国卫生统计年鉴(2009—2012)、中国卫生和计划生育统计年鉴(2013—2016)和新型农村合作医疗统计信息手册(2008—2015),居民医保数据主要来自中国劳动统计年鉴(2009—2016)和中国社会保险年鉴(2009—2015)。同时查阅我国东部的广东省广州

市、中部的湖南省长沙市和西部的陕西省西安市等地的城乡居民基本医疗保险制度整合方案,并对其制度整合后的筹资政策简要分析。

公平性界定:公平性是经济学家在卫生领域关注的一个重要政策目标,经济学家对于公平性问题的认识在不同国家有所不同,甚至在同一国家内部也有差别。^[4-6]威廉姆斯比较了自由论者和公平论者的观点,前者认为卫生筹资应该主要基于支付意愿,主要采用私人保险的方式来解决卫生筹资问题,后者认为卫生筹资应主要基于支付能力,主要采取社会医疗保险的方式来解决卫生筹资问题。^[5]中国在建立基本医疗保险制度时采用了社会医疗保险作为主要的制度安排,因此,本文采用了根据支付能力筹资的方式来衡量城乡居民医保筹资的公平性。选择个人缴费占城乡居民人均可支配收入的比例作为比较医保筹资公平性的具体指标,同时以城乡居民医疗保健支出作为反映城乡居民卫生筹资公平性的补充指标。

3 结果

3.1 覆盖面

2008—2015 年期间,居民医保覆盖人数逐年增加,从 1.18 亿增加至 3.77 亿;新农合覆盖人数从 2008 年的 8.15 亿增加至 2010 年的 8.36 亿,随后逐年下降至 2015 年的 6.70 亿,覆盖人数呈现先增加再下降的趋势,主要原因一是城镇化进程的加快,二是部分地区将新农合整合至居民医保制度中。两个制度合计覆盖人数从 2008 年的 9.33 亿增加至 2013 年的 10.98 亿,随后略有下降,2015 年为 10.47 亿;两个制度覆盖人数占大陆总人口的比例从 2008 年的 70.29% 上升至 2013 年的 80.70%,随后略有下降,2015 年为 76.14% (表 1)。

表 1 2008—2015 年中国居民医保与新农合覆盖情况

年份	居民医保 (亿)	新农合 (亿)	合计 (亿)	占大陆总人口的比例(%)
2008	1.18	8.15	9.33	70.29
2009	1.82	8.33	10.15	76.04
2010	1.95	8.36	10.31	76.86
2011	2.21	8.32	10.53	78.19
2012	2.72	8.05	10.77	79.51
2013	2.96	8.02	10.98	80.70
2014	3.14	7.36	10.50	76.79
2015	3.77	6.70	10.47	76.14

数据来源:2009—2016 年中国统计年鉴

3.2 筹资水平

2008—2015年期间,居民医保与新农合的人均筹资水平增长趋势略有差异。2008—2009年期间,居民医保仍然处于快速扩面阶段,人均筹资水平不太稳定,年人均筹资额分别为140元和130元,个人缴费分别为63元和51元;2010年以后,年人均筹资额呈现逐年上升趋势,从164元上升至2015年的515元,同期个人缴费从54元上升至112元。新农合人均筹资水平呈现逐年增长趋势,从2008年的96.25元上升至2015年的490元,个人缴费从14.80元增加至94.33元(表2)。

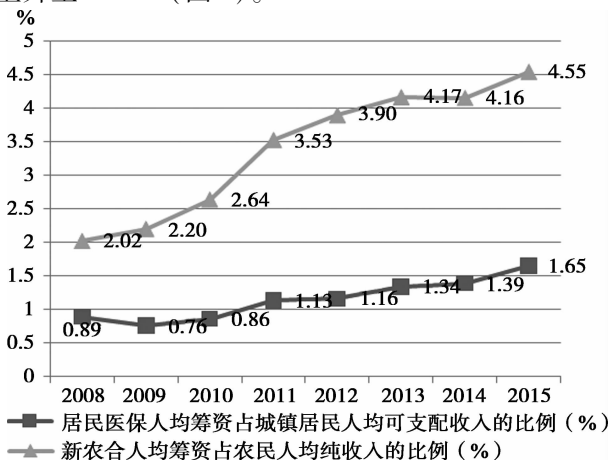
表2 2008—2015年中国居民医保和新农合筹资水平(元)

年份	居民医保		新农合	
	人均筹资额	个人缴费	人均筹资额	个人缴费
2008	140	63	96.25	14.80
2009	130	51	113.37	23.31
2010	164	54	156.50	29.17
2011	246	62	246.21	36.27
2012	284	62	308.66	55.37
2013	360	78	370.63	67.05
2014	409	85	411.04	72.71
2015	515	112	490.00	94.33

数据来源:中国卫生统计年鉴(2009—2012)和中国卫生和计划生育统计年鉴(2013—2016)

3.3 城乡居民医保筹资的公平性分析

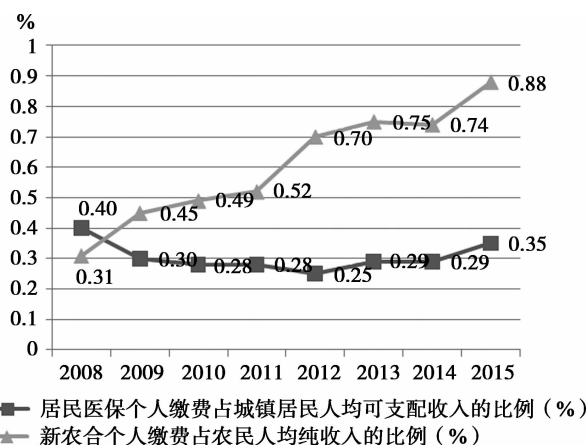
居民医保和新农合人均筹资占城乡居民人均可支配(纯)收入的比例逐年上升,但城乡差距逐渐扩大。居民医保人均筹资占城镇居民人均可支配收入的比例从2008年的0.89%上升至2015年的1.65%,同期新农合人均筹资占农民人均纯收入的比例从2.02%上升至4.55%,两者的差距从1.13%上升至2.90%(图1)。



数据来源:根据新农合统计信息手册、中国社会保险年鉴和中国统计年鉴数据分析整理

图1 2008—2015年中国居民医保和新农合人均筹资与收入比较

居民医保和新农合个人筹资占城乡居民人均可支配(纯)收入的比例呈现不同的变化趋势,城乡差距逐渐扩大。居民医保覆盖的城镇居民个人筹资占城镇居民人均可支配收入的比例呈现先下降再上升趋势,从2008年的0.40%下降至2012年的0.25%,再缓慢上升至2015年的0.35%;新农合覆盖对象的个人筹资占农民人均纯收入的比例总体呈现持续上升趋势,期间略有波动,从2008年的0.31%上升至2013年的0.75%,2014年略有下降,2015年又上升至0.88%(图2)。2008年,居民医保个人缴费占城镇居民人均可支配收入的比例高于新农合个人缴费占农民人均纯收入的比例,但2009年以后,趋势发生逆转,且差距逐年扩大。



数据来源:根据新农合统计信息手册、中国社会保险年鉴和中国统计年鉴数据分析整理

图2 2008—2015年中国居民医保和新农合个人缴费与收入比较

城乡居民人均医疗保健支出均呈现逐年上升趋势,但占居民人均可支配(纯)收入的比例和人均消费支出的比例变化趋势不一致。城镇居民人均医疗保健支出从2008年的786.2元上升至2015年的1443.4元,同期农民人均医疗保健支出从246元上升至846元。城镇居民医疗保健支出占人均可支配收入的比例一直在5%以下波动,2008年为4.98%,2009年略有上升,2010年开始呈下降趋势,一直下降到2013年的最低点,随后逐年上升至2015年的4.63%;城镇居民医疗保健支出占城镇居民人均消费支出的比例呈现先下降再上升趋势,从2008年的6.99%下降至2013年的6.15%,随后逐年上升至2015年的6.75%。农民医疗保健支出占农民人均纯收入的比例呈持续上升趋势,从2008年的5.17%上升至2015年的7.85%;农民医疗保健支出占农民人均消费支出的比例也呈现逐年上升趋势,从

6.72% 上升至 9.17% (表 3)。尽管城镇居民医疗保健支出高于同期的农民,但农民医疗保健支出占人

均纯收入的比例和人均消费支出的比例均高于同期的城镇居民。

表 3 2008—2015 年中国城乡居民医疗保健支出与其收入比较

年份	城镇居民			农民		
	人均医疗保健支出(元)	占人均可支配收入比例(%)	占人均消费支出比例(%)	人均医疗保健支出(元)	占人均纯收入比例(%)	占人均消费支出比例(%)
2008	786.2	4.98	6.99	246.0	5.17	6.72
2009	856.4	4.99	6.98	287.5	5.58	7.20
2010	871.8	4.56	6.47	326.0	5.51	7.44
2011	969.0	4.44	6.39	436.8	6.26	8.37
2012	1 063.7	4.33	6.38	513.8	6.49	8.7
2013	1 136.1	4.21	6.15	668.2	7.51	8.93
2014	1 305.6	4.44	6.54	753.9	7.62	8.99
2015	1 443.4	4.63	6.75	846.0	7.85	9.17

数据来源:2009—2016 年中国统计年鉴

3.4 部分地区城乡居民医保制度整合后的筹资政策

2016 年 4 月,广州市下发了《关于调整 2017 年广州市城乡居民医保筹资标准的通知》,明确提出城乡居民实施统一的筹资标准,个人缴费 182 元,各级政策补助 436 元。2017 年 10 月,长沙市下发了《关于做好 2018 年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作的通知》,明确了城乡居民实施统一的筹资标准,一般人员的缴费标准为 180 元/年。2017 年 8 月,西安市下发了《关于转发做好 2017 年城镇居民基本医疗保险工作的通知》,明确了城乡居民实施统一的筹资标准:2017 年西安市城镇居民基本医疗保险政府补助标准由每人每年 440 元提高到每人每年 470 元,正常城镇非从业居民个人缴纳 180 元。从这些地区城乡居民基本医疗保险制度整合的实践看,各地在统一筹资标准时,均采用了等额的筹资标准。

4 讨论

4.1 城乡二元经济格局下的城乡居民基本医疗保险制度筹资差距

尽管我国城镇化进程在逐年加快,城镇化率已经达到 57.35%,我国传统的城乡二元经济格局已经发生了明显变化,但由于我国人口基数大,城乡二元经济格局在短时间内很难转变,2016 年城乡居民人均可支配收入分别为 33 616 元和 12 363 元^[8],城镇居民人均可支配收入是农村居民的 2.72 倍。

在城乡二元经济格局的背景下,我国逐步建立了城乡居民基本医疗保险制度,并基本覆盖了所有城乡居民。从城乡居民基本医疗保险的筹资差距看,居民医保和新农合的人均筹资额度比较接近,城乡之间几乎不存在差距。2008—2010 年期间,居民

医保的人均筹资额高于新农合,2011—2014 年新农合的人均筹资额高于居民医保,2015 年,居民医保人均筹资额再度略高于新农合(表 2)。在率先开始城乡居民基本医疗保险制度整合的省份,如宁夏、天津、重庆、浙江、青海和山东等^[9],针对同一统筹地区的城乡居民,大多也是采用几乎等额的筹资标准,城乡之间基本没有差距;最近实施整合的广东省广州市、湖南省长沙市和陕西省西安市也是如此。

4.2 城乡居民医保制度整合与筹资公平性

2016 年起,各省逐步开始将原有的居民医保和新农合整合成城乡居民基本医疗保险制度,在整合过程中,各地在落实统一筹资标准要求时,大多沿袭了前期整合省份的做法,采取城乡居民等额缴费的筹资安排,如河北、湖南和江西等地。这样的制度安排,与原有的居民医保和新农合制度衔接比较容易,城乡居民易于理解,有助于制度整合和平稳过渡。但从筹资公平性角度分析,这样的制度设计并没有改善城乡居民在基本医保筹资方面的公平性,2008—2015 年的数据显示,居民医保和新农合个人缴费占城乡居民人均可支配收入(纯)收入的比例不仅没有缩小,反而有所扩大,增加了城乡居民在基本医保筹资方面的不公平程度;从制度运行的结果来看,居民医保和新农合制度的运行,也没有缩小城乡居民在医疗保健支出方面的不公平程度,农民医疗保健支出占人均纯收入的比例和人均消费支出的比例持续高于同期的城镇居民,且差距近年来有所扩大。部分省份已经意识到城乡居民等额筹资的弊端,如浙江省,在整合城乡居民基本医疗保险制度过程中,提出“有条件的地区要探索建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相挂钩的机制”的要求。

国际经验表明,社会保障调节收入分配的作用在一定程度上要大于其它措施。有关研究表明,发达国家社会保障调节收入分配差距的作用要大于税收。^[10]城乡居民基本医疗保险是我国社会保障制度的重要组成部分,理应承担改善初次收入分配不平等的功能,但从实际运行看,现有的筹资制度安排,并没有缩小城乡之间的差距,社会保障的再分配功能有待加强。

4.3 公平与平等的关系

公平和平等均是健康领域追求的重要目标,但其应用范围不同。^[4-5]在卫生服务提供方面,国际社会更强调平等,追求机会平等和结果平等;在健康筹资领域,国际社会更注重公平,在社会医疗保险制度建设过程中,推崇按支付能力缴纳保险费用^[4,7,11];我国的城镇职工基本医疗保险即是按照这种原则筹资的(按照个人收入的固定比例筹资)。但是从城乡居民基本医疗保险制度建设过程来看,城镇居民和新农合覆盖对象的筹资制度安排更注重了平等,而忽视了公平,以形式的平等(人均筹资额基本一致)掩盖了城乡居民之间在医保筹资方面的不公平。

4.4 局限性

受限于二手数据,本文未对城乡居民基本医保筹资的不公平性程度进行测量,但通过比较个人缴费占城乡居民人均可支配收入(纯)收入比例的差距,可以一定程度上说明城乡居民在医保筹资方面是否存在不公平以及不公平的变化趋势。

本文在比较城乡居民医保筹资公平性时,分别采用了城镇居民人均可支配收入和农民人均纯收入,主要原因是2015年之前,缺乏权威的农民人均可支配收入数据;尽管农民人均纯收入与农民人均可支配收入略有差别,但其变化趋势是一致的,在没有权威的农民人均可支配收入数据时,本文用人均纯收入代替不影响分析城乡居民在医保筹资方面的公平性。

5 结论与建议

5.1 城乡居民平等筹资不利于缩小城乡差距,改善医保筹资的公平性

在城乡二元经济格局尚未明显改变的背景下,我国开始整合城乡居民基本医疗保险制度,实行城乡居民平等筹资,有助于实现制度的有效衔接和平稳过渡,但不利于缩小城乡差距,改善城乡居民在基本医保筹资方面的公平性。

5.2 城乡居民基本医疗保险制度整合应坚持筹资的公平性原则

中国城乡居民基本医疗保险制度整合过程中,应该逐步改变目前的平等筹资安排,采取公平筹资原则,按照城乡居民人均可支配收入的同等比例进行筹资,以缩小城乡差距,改善城乡居民在医保筹资方面的公平性。鉴于我国目前尚未建立完善的个人收入申报制度,城乡居民医保筹资不可能像职工医保筹资一样,实现按照每个人的收入标准为基数进行缴费,但我国的城乡居民收入差距仍然较大,在整合过程中,可以分别按照城乡居民人均可支配收入作为基数,按照同等比例缴纳保费,逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定 [EB/OL]. (2002-10-19) [2017-09-12]. http://www.gov.cn/gongbao/content/2002/content_61818.htm
- [2] 郑功成. 城乡医保整合态势分析与思考[J]. 中国医疗保险杂志, 2014, 6(2): 8-11.
- [3] 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见 [EB/OL]. (2016-01-12) [2017-09-12]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-01/12/content_10582.htm
- [4] Whitehead M. The concepts and principles of equity in health [J]. Int J Health Serv, 1992, 22: 429-445.
- [5] Williams A H. Equity in health care: The role of ideology [M] // Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten, F. eds., Equity in the finance and delivery of health care. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- [6] Sen A. Why health equity? [J]. Health Economics, 2002 (11): 659-666.
- [7] Culyer A J, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care[J]. Journal of Health Economics, 1993(12): 431-457.
- [8] 中华人民共和国2016年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. (2017-02-28) [2017-09-12]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201702/t20170228_1467424.html
- [9] 人社部社会保险事业管理中心. 中国社会保险发展年度报告2015[M]. 北京: 劳动和社会保障出版社, 2016.
- [10] 王延中, 龙玉其. 发挥好社会保障收入再分配作用 [EB/OL]. (2016-04-01) [2017-09-12]. http://news.xinhuanet.com/fortune/2016-04/01/c_128854683.htm
- [11] Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health [J]. J Epidemiology Community Health, 2003, 57: 254-258.

[收稿日期: 2017-10-09 修回日期: 2017-12-14]

(编辑 薛云)