

Xinyigai Beijingxia Chengxiang
Yibao Yitihua Yiyuan yu
Gonggong Caizheng Zhichi

新医改背景下城乡医保一体化 意愿与公共财政支持

秦立建 李孟刚 著



经济科学出版社
Economic Science Press

Xinyigai Beijingxia Chengxiang
Yibao Yithua Yiyuan yu
Gonggong Caizheng Zhichi

新医改背景下城乡医保一体化 意愿与公共财政支持

秦立建 李孟刚 著



经济科学出版社
Economic Science Press

图书在版编目 (CIP) 数据

新医改背景下城乡医保一体化意愿与公共财政支持/
秦立建, 李孟刚著. —北京: 经济科学出版社, 2015. 1
ISBN 978 - 7 - 5141 - 5393 - 4

I. ①新… II. ①秦…②李… III. ①医疗保险 - 城
乡一体化 - 研究 - 中国②财政政策 - 研究 - 中国
IV. ①F842. 684②F812. 0

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 006908 号

责任编辑: 李 雪

责任校对: 杨晓莹 杨 海

版式设计: 齐 杰

责任印制: 邱 天

新医改背景下城乡医保一体化意愿与公共财政支持

秦立建 李孟刚 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编: 100142

总编部电话: 010 - 88191217 发行部电话: 010 - 88191522

网址: [www. esp. com. cn](http://www.esp.com.cn)

电子邮件: [esp@ esp. com. cn](mailto:esp@esp.com.cn)

天猫网店: 经济科学出版社旗舰店

网址: [http: //jjkxchbs. tmall. com](http://jjkxchbs.tmall.com)

北京密兴印刷有限公司印装

710 × 1000 16 开 15. 5 印张 248000 字

2015 年 5 月第 1 版 2015 年 5 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5141 - 5393 - 4 定价: 56. 00 元

(图书出现印装问题, 本社负责调换。电话: 010 - 88191502)

(版权所有 侵权必究 举报电话: 010 - 88191586)

电子邮箱: [dbts@ esp. com. cn](mailto:dbts@esp.com.cn))

前 言

当前,我国已建成由政府举办的覆盖城乡居民的三种基本医疗保险,即新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险,三种医疗保险制度分割运行。城乡有别的医疗保险制度不仅导致了医疗资源配置的差异,更是造成城乡居民不公平的医保待遇的根源。因此,为了提高参保居民的福利水平、促进医疗保险制度的可持续发展,将城乡居民医疗保险予以一体化改革是十分必要的。同时,城乡医保制度建设与改革也需要政府部门的公共财政支持。鉴于此,本书基于对安徽省 20 多个地市的调查问卷,实证分析了城乡居民的一体化意愿及其影响因素,同时说明了公共财政的支持力度在我国医疗保障制度建设中的变化情况,并提出促进城乡医保一体化的政策建议。

本书首先回顾了我国医疗保障的制度变迁,对我国医保制度建设的发展脉络进行了梳理。其次,以调查问卷的数据为基础,采用 SUR 模型分析了城乡居民的医疗服务利用状况,以 Logit 模型分析了城乡居民的医保一体化意愿,并分析了医疗服务利用状况和一体化意愿的影响因素;在公共财政支持上,则以统计分析方法为基础,将政府部门对城乡医保的财政支持以表格的形式分别予以说明。最后,本书对国内外的医疗保险制度建设经验进行总结,以此对我国医疗保障的完善提供借鉴。

本书研究发现,农业户籍人群、城镇灵活就业人群、城镇正式就业人群的城乡医疗保险一体化意愿并没有显著差异。排除居民的群体特征不同,参保费用越高、医疗费用结算和报销越方便的居民,

为了享受到更好的医疗服务待遇，避免搭便车情况的发生，越不愿意将城乡医保合并。居民家庭结构对医疗保险一体化也产生影响，具体表现为，家庭中5岁以下儿童数、66岁以上老人数越多的居民，其对医保一体化的态度越支持。在家庭总收入和医疗总支出方面，家庭总收入越高，居民的医保一体化意愿越强烈，医疗总支出越高的家庭，也更倾向于支持城乡医保一体化改革。同时，居民年龄对医保一体化意愿也产生重要影响。

基于以上研究结果，在借鉴国外成功经验的基础上，并根据我国医疗保险发展的实际情况，本书建议：在城乡居民医疗保险一体化改革中，要合理设定医保的缴费标准，制定不同档位的缴费档次，允许不同群体的城乡居民，能够自主选择缴费档次。在医疗费用结算方面，则要进一步推进医疗费用的即时结算，以提高医保管理的信息网络技术为手段，在全国范围内推行统一的政策和管理标准，简化费用结算程序。为了减轻医疗支出较多家庭的经济负担，还要加强政府部门的补助标准，减少因病致贫、返贫现象的发生。加快报销速度，提高医保管理的效率，改革和完善医疗保险报销程序。

作者

2014年12月

目 录

第一章 引言	1
第二章 中国医疗保障制度的历史变迁	7
第一节 农村合作医疗制度的发展	7
第二节 城镇医疗保障制度的发展	17
第三节 本章小结	24
第三章 文献回顾	27
第一节 城乡医疗保障一体化的必要性和紧迫性	27
第二节 国内试点地区城乡医疗保障一体化经验介绍	31
第三节 城乡医疗保障一体化的基金统筹	35
第四节 城乡医疗保障一体化的政策路径探究	36
第五节 对已有文献综述的评价	41
第六节 本章小结	41
第四章 医疗保障一体化的理论基础	44
第一节 福利经济学理论	44
第二节 凯恩斯经济学理论	47
第三节 公平理论	51
第四节 信息经济学理论	54
第五节 公共经济学理论	58
第六节 发展经济学理论	61
第七节 医疗保险学理论	63

第八节 卫生经济学理论	64
第九节 本章小结	66
第五章 调查样本的描述性统计分析	68
第一节 人口结构状况比较	68
第二节 就业结构状况比较	72
第三节 健康结构状况比较	78
第四节 本章小结	84
第六章 城乡医疗服务利用状况分析	86
第一节 引言	86
第二节 主要变量的描述性统计	91
第三节 计量模型	93
第四节 OLS 模型与 SUR 模型的实证结果分析	94
第五节 本章小结	122
第七章 城乡医疗保障一体化的意愿分析	127
第一节 引言	127
第二节 数据来源及描述性统计	129
第三节 计量模型	132
第四节 实证结果分析	136
第五节 本章小结	147
第八章 医疗保障的公共财政支持	152
第一节 农村合作医疗与公共财政支持	152
第二节 城镇基本医疗保险与公共财政支持	160
第三节 全国医疗保险与公共财政支持	164
第四节 公共财政支持进一步优化的方向	167
第五节 本章小结	170
第九章 国内外经验的借鉴	172
第一节 发达国家或地区	172
第二节 发展中国家或地区	185

第三节 国内经验	194
第四节 本章小结	202
第十章 结论与建议	208
第一节 结论	208
第二节 政策建议	214
参考文献	220
后记	234

第一章

引 言

一、研究背景及意义

我国现有的医保体系，根据群体间存在的户籍和就业方面的差异，主要划分为城镇职工医保、城镇居民医保和新农合三大类。然而，户籍及就业状况差异导致的不仅仅是群体间的差异，背后更带来包括医疗资源在内的资源分配及利用方面的巨大差异。据统计，2003 年度，农业户籍人口应利用而未利用的门诊和住院服务的比例，分别达到 38% 和 70%（卫生部，2004）。仅从社保的覆盖面来看，不同性别、年龄、户籍和职业的人群间均存在较大的差距（中国发展研究基金会，2009）。朱玲（2010）认为我国现有社保体系由于户籍、行业等差异形成“碎片化”状况，损害了其建立并保障公平性和效率性的初衷。仇雨临（2011）和郝佳（2011）认为我国城乡医保制度表现出三维分立的状态，城乡居民在医疗服务的可及性、公平性和享受的医保待遇方面均具有较大差异。

王禄生（2010）和苗艳青（2010）认为不能将我国医保制度的广覆盖等同于现实的全覆盖，新农合以及城乡居民在享受医保待遇方面具有较大差异。郑功成（2013）认为我国三大医保类型的参保率达到了 95% 参保率具有较大水分，农村居民转为城镇居民的群体以及农民工均存在较大的“中断参保”和“遗漏参保”的问题。翟绍果（2010）和仇雨临（2010）认为因城乡、职业和区域差别导致的医保制度的块状分布局面，成为阻碍我国城镇化和工业化进程的主要障碍。目前的这种状况，不仅违背了国家建立医保制度的初衷，不利于满足各群体医保需求，而且不利于新时期城乡医保一体化的建立，进一步加剧了社会不公，阻碍和谐社会的建立与实现。

本书具有较强的实用价值。本书基于安徽省 20 多个县市的问卷调查，检

验农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口这三类参保人群的医疗服务利用状况、医保满意度及城乡医保一体化的意愿等状况，并提出建立城乡医疗保障一体化的政策建议。一方面，本书利用微观数据，更加保证了实证结果的精确性，进而保障政策建议的可行性及可操作性，对了解我国城乡医疗服务利用状况的现状和城乡群体医保一体化意愿具有积极意义。另一方面，得到的实证结果可以为政府部门制定相应的医保政策提供实证支持和参考。

本书的研究具有较强的理论价值。首先，本书采用的计量模型为扩展后的似无关回归模型（Seemingly Unrelated Regression, SUR），将农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口在门诊及住院等医疗服务的利用状况的影响因素方程，同时进行估计，以避免以往单方程估计给研究带来的局限性，并为其他研究者提供借鉴。其次，在对城乡医保一体化意愿进行检验时，引入Probit模型和Logistic模型，分别对其OR值和概率值（ df/dx 值）进行分析，避免了传统上仅分析回归系数符号而无法给出精确数值的弊端，丰富了学术研究成果。

二、调查情况说明

本书主要是安徽地区的在校大学生利用2014年寒假，在安徽省内展开的调研。调查区域涵盖安徽省合肥市、长丰县、岳西县、宿州市、芜湖市、桐城市、太湖市、巢湖和宣城市等20多个县市。调查的人群为农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口，调查内容包括就业状况、医疗服务利用状况及受访者对城乡医保一体化的意愿等内容。实际调查选取了2807个家庭，其中农业户籍人口为1831户，城镇灵活就业人口为490户，城镇正式就业人口为433户。受访者为16岁及以上、在家庭发展中居于主导地位的家庭成员。经过数据清理，有效观测样本为2754户，本书的样本有效率达到98.11%。

三、研究目标及研究方法

（一）研究目标

本书研究的总体目标是：通过对安徽省内农业户籍人口、城镇灵活就

业人口及城镇正式就业人口的医疗服务利用状况、参合满意程度、继续参合的积极性及城乡医疗保障一体化态度等现实情况展开的调查,分析各个因变量的影响因素,进而为提高医疗机构的医疗服务水平,增强人们医保满意度及参保热情,建立起统一的城乡医保体系提供具体可行的政策建议。

(1) 研究农业户籍人口、城镇灵活就业人口及城镇正式就业人口在医疗服务利用状况方面是否存在差异,以及医疗服务利用的影响因素。

(2) 研究农业户籍人口、城镇灵活就业人口及城镇正式就业人口的医保满意度及影响因素。

(3) 研究农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口的继续参保状况及影响因素。

(4) 研究农业户籍人口、城镇灵活就业人口与城镇正式就业人口对城乡医疗保障一体化的意愿、态度及影响因素。

(二) 研究方法

(1) 统计分析法。这种方法主要是运用于农业户籍人口、城镇灵活就业人口及城镇正式就业人口在医疗服务利用状况、医保满意度、继续参保状况及城乡医保合并意愿等四个方面,并通过实地调查所得的数据进行相应的统计分析,了解各待解释变量的发展现状,并根据实证结果,发现规律,提出可行性的政策建议。

(2) 案例分析法。本书在实地开展调研并搜集相应调查数据的过程中,与当地的被调查者展开亲切的交谈。在对农业户籍人口的医疗服务状况展开调查时,曾与当地经常患病的老年人交流,了解其在患病就医时遇到的困难及问题。为更全面地了解新农合的实施及利用状况,笔者还向当地定点医疗诊所的老医生询问了相关问题。通过这些案例调查,我国现行医保制度运行中存在的困难及问题便更加生动地呈现出来。

(3) 计量分析法。计量分析方法为实证研究提供了强有力的技术支持。本书在相应的实证研究章节里使用 SUR 模型研究不同群体医疗服务的利用状况,并使用 Probit 方法和 Logistic 方法分别对三类群体的医保满意度、是否继续参合及城乡医保一体化意愿等方面展开计量分析,保证了实证结果的高效性和精确性。

四、拟解决的问题及创新之处

本书拟解决的关键问题是：一是检验农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口的医疗服务利用状况及影响因素；二是检验农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口，这三类群体对医保的满意程度状况及其影响因素；三是检验农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口这三类群体是否继续参保状况及影响因素；四是检验农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口三类群体对城乡医疗保障一体化的态度及影响因素。

本书的创新之处如下：一是采用 SUR 模型对数据及变量间关系进行分析、估计和验证，避免了多个单方程估计时产生的误差项间彼此关联的问题，保障了实证结果的有效性。二是本书是面向安徽省不同县市、城乡和人群开展的多角度实证调查和分析，区别于目前医保研究多从宏观层面和单一角度展开的调查，保障了政策建议的正确性及针对性。三是本书在对城乡医疗服务及城乡医保一体化影响因素进行分析时，将是否参保、医疗服务的可及性、费用结算及医保报销的便捷度等变量加入模型，区别于大多数研究仅仅基于需求角度进行的研究。

五、研究框架及研究内容

本书在新医改的背景下，按以下逻辑及研究框架展开。一是对我国政府举办的分割运行的三大医保制度的建立及发展演进进行整体概述，以明确我国当前医保制度所处的状态。其次，对已有的统筹城乡医保制度的研究文献进行总体述评，总结前人经验，并发现不足，以寻求自身理论研究的创新点。二是对医保制度的理论基础进行整理和分析，为后续的研究提供理论支撑。在第五、六和七章则主要从实证分析角度，对调查数据进行整理分析，并通过合适的计量模型和相应的计量软件，对不同群体医疗服务的利用状况及城乡医保统筹合并意愿状况进行检验，所得的计量结果，不仅较客观的呈现了医保运行的真实状况，而且为城乡医保一体化的探索提供了强有力的支撑。然后在通过实证方法了解了我国城乡医保现状及问题的同时，对有效保障医保公平性的国外及国

内等地区的工作经验进行总结。最后，总结全文并提出具有针对性和可操作的政策建议。

第一章，引言。介绍本书的研究背景及意义、研究目标、创新点及本书结构框架。

第二章，中国医疗保障制度的历史变迁。本部分主要是对我国农村医保制度、城镇居民医保制度及城镇职工医保制度的建立及发展变迁进行回顾，并对目前形成的三大医保制度进行评价。

第三章，文献回顾。对与统筹城乡医保制度相关的文献进行梳理和评价，并寻找其待解决的问题。

第四章，医疗保障一体化的理论基础。对医疗保障的理论基础进行整理和分析，为城乡医保一体化研究提供理论支持。

第五章，调查样本的描述性统计分析。本部分主要对所得数据的频数、均值和标准差、最大及最小值等反映数据特征的内容进行描述和初步分析，为后面计量方法研究奠定基础。

第六章，城乡医疗服务利用状况分析。本部分主要检验三类群体，即农业户籍人口、城镇灵活就业人口和城镇正式就业人口，在医疗服务利用方面是否具有差异性，对其影响因素进行分析。

第七章，城乡医疗保障一体化的意愿分析。本章主要对三类群体就医保满意度、是否继续参保及城乡医保合并意愿状况进行检验，对其影响因素予以分析。

第八章，医疗保障的公共财政支持。本章主要采用统计分析方法说明了公共财政对我国医疗保险制度建设的重要性，并指出公共财政支持进一步优化的方向。

第九章，国内外经验的借鉴。本书主要选取国外的英国、德国、美国、日本和新加坡等地实现医保的成功经验予以介绍和总结；国内则选取广东东莞、太仓、成都和重庆等优先进行医保实践的地区进行相应的介绍和经验总结。

第十章，结论与建议。针对安徽省城乡医保的实际运行状况，就新时期实行城乡医保一体化提供可行性的政策建议。

本书的技术路线图如图 1-1 所示。

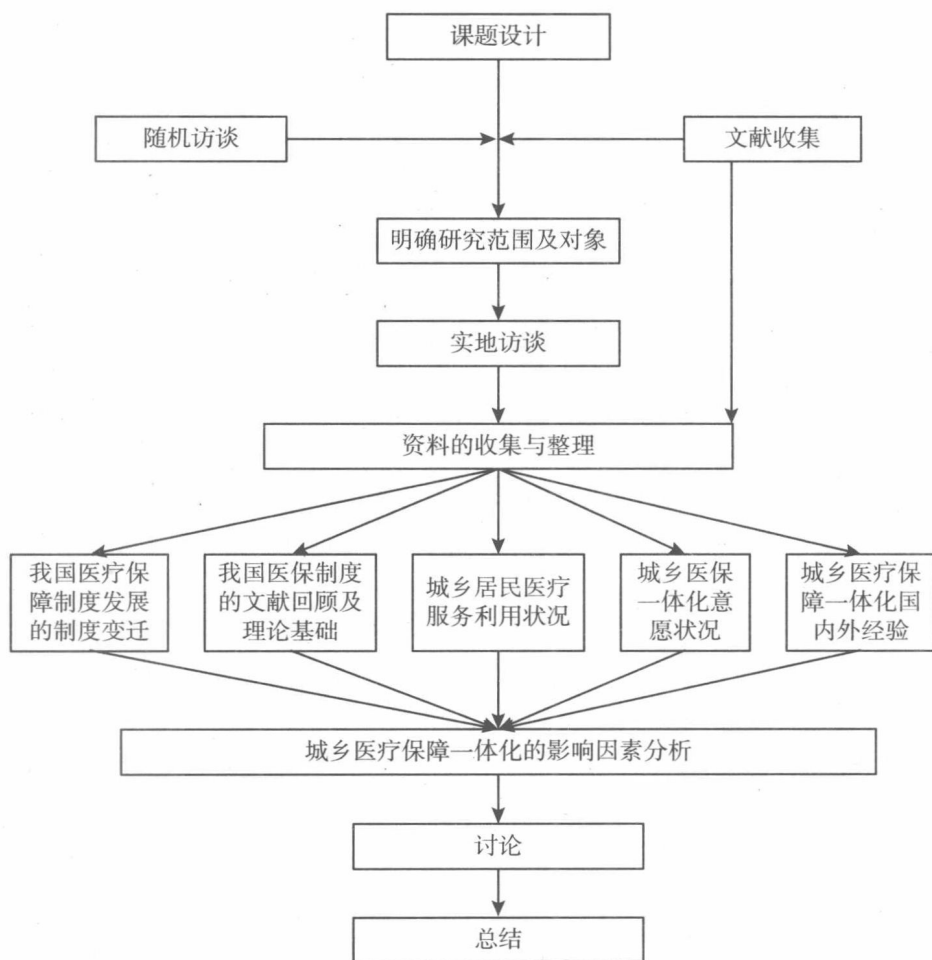


图 1-1 本书研究的技术路线

第二章

中国医疗保障制度的历史变迁

第一节 农村合作医疗制度的发展

农村合作医疗保障制度，是通过集体和个人筹集，以确保农民医疗救治的一种互济制度，它是农民获得医疗救治的制度保证，是我国农村社会保障体系的重要组成部分。2002年10月，新型农村合作医疗制度开始在试点地区推行，标志着农村合作医疗制度进入了一个新的阶段。我国农村合作医疗制度从新中国成立后业已初步形成，在60多年的发展过程中，农村合作医疗制度的发展对我国社会安定和经济发展至关重要，也对我国城乡医疗保障一体化进程起到了重要的推动作用。

一、初级阶段

20世纪初，河北定县创办了我国最早的三级医疗保健制度，我国的合作医疗制度就是兴起于这一时期。20世纪30年代，农村医疗保障的雏形在陕甘宁边区建立了，当时通过农民集体筹资来支付医疗费用，疾病风险分担到了集体，这在当时是特有的一种边区农村医疗保障。1944年，农村传染病流行，群众要求创办大众合作社来抵御疾病的侵害。1946年，卫生合作社发展到43个，农民看病有了保障。卫生合作社是通过群众集体投资，与卫生机构合作举办，是我国合作医疗的开端。

二、形成阶段

1949年10月，新中国成立，中国历经战乱，经济凋零，民不聊生。中国

共产党为了解决广大农村人民的医疗问题，全国卫生行政会议同年召开。1950年夏，第一次全国卫生工作会议确定了将中西医结合起来，把工农兵视为预防对象，以预防为主卫生原则。党和政府在强调发展经济的同时，根据我国实际经济情况，强调卫生事业是关乎人民身体健康的大事，我们应该把发展卫生事业放在突出位置，加快对农村地区基础医疗设施建设，以解决农村的看病难问题。

1953年，农业合作化在全国范围内推行，当时我国第一个联合诊所在山西省高平县成立。1955年5月，成立联合保健站，联合保健站是出于自愿原则，由农民缴纳保健费，然后免费享用治疗费。同时确立了各区的防治工作，医生分区负责，站内的资金来源于农民缴纳和医药的利润，对医生的工资采取记工与现金相结合。联合保健站的出现标志着我国农村地区的合作医疗制度正式出现。

三、发展阶段

1959年11月，全国农村卫生工作会议在山西省翟山县召开，此次会议充分肯定了农村集体医疗保健制度。1960年，中央转发了卫生部《关于农村卫生工作现场的报告》，报告对农村合作医疗制度作出了充分的肯定并且要求各地方对此次报告做出的工作方针要认真执行。从此，合作医疗在全国推广。1962年，中央确立了“调整、巩固、充实、提高”的八字方针，对当时的国民经济进行调整，调整的同时也加强了对农村卫生工作的综合整治。随着农村卫生工作的好转，合作医疗制度得到群众的广泛拥护。

1965年6月，毛泽东提出农村应是我国卫生工作的重点地区，农村地区的卫生工作是关乎全国卫生事业进展的关键所在。同年9月份，中央转发了卫生部《关于把卫生工作重点放到农村的报告》，报告指出了要大力推进农村基层卫生工作，农村合作医疗获得极大发展。1968年12月5日，《人民日报》头版刊发《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》的调查报告，介绍了湖北长阳乐园公社合作医疗制度的做法和经验，并总结了四大优势。至此，合作医疗制度快速发展起来。

1979年12月，卫生部、财政部、国家医药总局、农业部、全国供销合作总社五部委联合下发《关于农村合作医疗章程（试行草案）的通知》。指出：随着农村合作医疗的快速推进，农村地区的医疗卫生工作得到了快速发展，农民的身体健康得到了有效的维护。试行草案要求各地方总结经验和教训，针对

存在的问题妥善提出解决对策,进一步巩固、完善农村合作医疗制度。《农村合作医疗章程(试行草案)》是政府部门公布的正式法规性文件,该试行草案对农村合作医疗的管理机构,基金管理制度,赤脚医生、卫生员、接生员等多项内容进行了全面的政策性规定。章程中提出了农村合作医疗制度属于社会主义性质的,以集体力量建立起来的医疗保障制度。国家会通过各项措施加快推进合作医疗制度的发展,加强对当时困难生产队的扶助和政策支持,《农村合作医疗章程(试行草案)》总结了农村合作医疗开创以来的经验和教训,农村合作医疗制度从此制度化。1980年,实行合作医疗的行政村达90%,农村人口中的85%都纳入了医疗保障的范围。

四、衰落阶段

20世纪80年代初期,由于在全国范围内的土地改革,农村地区开始实行家庭联产承包责任制,农村合作医疗制度受到巨大冲击。原本由集体出资的合作医疗因此而失去了经济来源,筹资越来越困难。随着农民生活水平的提高,原有的农村卫生所已不能满足农民对医疗保障的多元化追求。同时,随着改革开放的推行,越来越多的农村人进入城市打工,形成了大量的流动劳动力,而农村合作医疗对这些流动人口的医疗保障显得明显不足。其实早在“文化大革命”期间,这样的合作医疗就已经显现出弊端,大锅饭、平均主义、一刀切等使广大农民的不满情绪越来越突出,再加上合作医疗自身存在的一系列弊端使合作医疗制度一度让人民失去了信心。1985年农村合作医疗在农村地区下降到只剩5个百分点,农村合作医疗制度在农村地区以极快的速度消失,合作医疗制度的发展出现了前所未有的困难。

五、恢复与重建阶段

20世纪90年代初,为了让农民的健康和医疗得到有效的保障,党和政府实行了很多有利于农民医疗保障的措施,加快了农村合作医疗制度的恢复和重建。1991年1月7日,国务院批转卫生部《关于改革和加强农村医疗卫生工作请示的通知》通知中指出了要逐渐平稳的推进农村合作医疗制度建设,让农村地区的居民能够人人平等地享有卫生保健。1993年,国务院下发了《加快农村合作医疗保健制度的改革与建设》的研究报告。报告中指出了农村合作医疗制度的消退使农民的卫生保健得不到有效的保障,地方的流行病得不到有效