

完善中国特色 医疗保障体系研究报告

WANSHAN ZHONGGUO TESE

YILIAO BAOZHANG TIXI YANJIU BAOGAO

中国医疗保险研究会 组织编写

完善中国特色医疗保障 体系研究报告

中国医疗保险研究会 组织编写

中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

完善中国特色医疗保障体系研究报告/中国医疗保险研究会组织编写. —北京: 中国劳动社会保障出版社, 2015

ISBN 978-7-5167-1159-0

I. ①完… II. ①中… III. ①医疗保健制度-研究报告-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 130992 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码: 100029)

*

北京北苑印刷有限责任公司印刷装订 新华书店经销

787 毫米×1092 毫米 16 开本 28 印张 610 千字

2015 年 6 月第 1 版 2015 年 6 月第 1 次印刷

定价: 65.00 元

读者服务部电话: (010) 64929211/64921644/84643933

发行部电话: (010) 64961894

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

如有印装差错, 请与本社联系调换: (010) 80497374

我社将与版权执法机关配合, 大力打击盗印、销售和使用盗版图书活动, 敬请广大读者协助举报, 经查实将给予举报者奖励。

举报电话: (010) 64954652

目 录

完善中国特色医疗保障体系研究总报告	(1)
一、医疗保障体系的现状、挑战及目标	(1)
二、完善医疗保险制度的重点任务	(4)
三、医疗保障与医疗服务的协调发展	(14)
四、医疗保障公共服务体系建设	(20)
五、多层次医疗保障体系建设	(24)
六、本报告的主要政策建议	(28)
统筹城乡多层次医疗保障体系研究报告	(31)
一、我国医疗保障体系建设的现状及问题	(31)
二、医疗保障体系建设和发展的目标及主要任务	(39)
三、基本医疗保险制度的完善	(40)
四、基本医疗保险制度的协调	(44)
五、统筹城乡基本医疗保险制度	(48)
六、多层次医疗保障体系的协调	(57)
协同发展的医疗保险与医疗服务供求体系研究报告	(65)
一、导论：全民医保与医疗资源的配置	(65)
二、中国医疗卫生资源总量分析：卫生总费用的总量与构成	(70)
三、全民医保的筹资模式转型与制度整合	(75)
四、医疗保险的公共预算和支付模式	(77)
五、新医保付费模式及其支撑条件	(82)

六、医疗服务体系的改革与发展	(90)
七、行政型“市场化”：公立医院的体制困局	(105)
八、公立医院改革的进展：走向法人化还是强化行政化	(115)
九、结语	(138)
医疗保障公共服务体系建设研究报告	(145)
一、医疗保障公共服务体系的理论综述	(145)
二、我国医疗保障服务体系的顶层设计	(164)
三、医疗保障公共服务体系的案例分析	(184)
四、医疗保障公共服务体系的国际案例	(202)
医疗保险门诊统筹研究报告	(216)
一、门诊统筹历史背景及发展现状	(216)
二、国内外门诊医疗和门诊保障研究	(223)
三、门诊统筹绩效分析	(232)
四、当前门诊统筹面临的突出问题及深层次原因	(249)
五、完善门诊统筹的总体目标、主要思路、基本原则和对策建议	(255)
基本医疗保险关系转移接续研究报告——基于九个典型地区的实地调研 ...	(263)
一、引言	(263)
二、基本医疗保险关系转移接续实践进展——基于典型地区的调研	(267)
三、完善基本医疗保险关系转移接续的基本原则	(275)
四、基本医疗保险关系转移接续内部核心环节的方案设计	(276)
五、完善基本医疗保险关系转移接续的配套措施	(278)
统筹城乡医疗保险管理体制研究报告	(306)
一、绪论	(306)
二、理论基础	(309)
三、我国医疗保障管理体制的历史与现状	(314)
四、我国统筹城乡医疗保障管理体制的实践探索	(325)
五、国外医疗保障体系及其管理体制对我国的启示与借鉴	(333)
六、统筹城乡医疗保障管理体制的政策建议	(351)

七、结语	(356)
医疗保险谈判机制研究报告	(359)
一、关于医疗保险谈判机制的总论	(359)
二、建立医疗保险方与药品供应方之间的谈判机制	(363)
三、医疗保险与医疗服务提供方的谈判机制	(379)
规范医疗保险委托管理研究报告	(393)
一、引言	(393)
二、社会医疗保险的特征和潜在问题	(394)
三、医疗保险委托管理的理念和模式	(395)
四、委托管理下政府职能的定位	(397)
五、我国社会医疗保险委托管理的现状	(399)
六、委托管理的国际做法	(405)
七、规范医保委托管理的思路和建议	(409)
八、结语	(413)
分报告一：医保委托管理的国内实践	(415)
分报告二：管理竞争模式的国际经验	(431)

完善中国特色医疗保障体系 研究总报告

构建一个具有中国特色的、适应当前发展阶段国情的医疗保障体系，是进一步促进中国社会经济协调发展、落实党的十八大报告提出的“以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点，全面建成覆盖城乡居民社会保障体系”的重要任务之一。构建中国特色的医疗保障体系不仅需要收支平衡的医疗保险基金，更需要建立医疗保障管理体制、公共服务运行机制和医疗服务治理机制。为此，中国医疗保险研究会组织开展了《完善中国特色医疗保障体系研究》项目。经过近三年的持续研究，完成了八个方面的项目分报告。本报告是在汇总各项目分报告的基础上撰写而成的。本报告分六个部分：现状、目标、医疗保险制度建设、协调医疗保障与医疗服务关系、医疗保障公共服务体系建设，最后一部分对本项目提出的主要政策建议进行了汇总提炼。

一、医疗保障体系的现状、挑战及目标

（一）医疗保障体系建设现状

1. 制度建设

自党的十四届三中全会提出“加快社会保险制度改革、建立多层次的社会保障体系”的目标、任务以来，在 20 年左右的时间里，我国医疗保障制度从无到有，覆盖群体从少到多，一个由城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度和城乡居民医疗救助制度组成的医疗保障制度体系逐步建立并不断完善。目前，三项基本医疗保险的覆盖人数超过 13 亿人，覆盖率达到 95% 以上。三项基本医疗保险制度政策范围内住院医疗费用报销的比例已经达到或接近 75%，医疗保险基金最高支付限额分别达到职工平均工资或居民人均可支配收入的 6 倍以上。一些地方还探索建立了门诊统筹和重特大疾病医疗救助制度，进一步扩大和提高了医疗保障的范围和保障程度。

2. 运行状况

与基本医疗保险制度同步建立的医疗保险基金从起步时就明确了“以收定支、收支平

衡、略有结余”的原则。医疗保险基金按照单位和个人“可承受”的比例（近五年平均费率9%，其中统账结合单位费率7.36%，个人费率2.19%，单建统筹费率3.81%）框架，并按照“保基本”确定的“三个目录”范围内的医疗费用分段按比例报销支付。就城镇职工医疗保险来看，2012年，基金总收入6 062亿元，基金总支出4 868亿元，人均基金收入2 347元，人均基金支出1 885元。基金当期结存1 194亿元，其中统筹基金结存660亿元，结存率17.7%，个人账户结存534亿元。基金累计结存6 884亿元，其中统筹基金结存4 187亿元，可支付16.4个月。近五年来，统筹基金结存可支付月数总体是下降趋势，而且，区域之间结存率分布极不平衡，结存率最高的是西藏为42.4个月，广东为35.6个月，最低的是京、津、沪三个直辖市。职工享受医疗保险待遇的总人数是逐年上升的趋势，从2007年的5.5亿人次上升到2012年的12.3亿人次，年递增22.3%，与此相应的职工次均医疗费用也逐年上升。职工次均住院费用由2007年的6 460元上升到2012年的9 313元，其中由统筹基金支付的费用由2007年的4 289元上升到2012年的6 522元。尽管就诊人次和次均费用都呈年均增长的趋势，但基金结存仍可保持在较高的支付月数，其原因是：①参保人员逐年增长以及在增长人员年轻化；②缴费基数增长，较高的收缴率以及由此产生人均筹资水平不断增长；③在基金支付管理上的审慎和严密。

3. 管理服务

随着医保制度建设的推进，医疗保险管理服务能力也不断加强。以各级医疗保险经办机构为骨干，以定点医疗机构、银行等社会服务机构为依托，以基层劳动保障工作平台为基础，以信息网络和数据库为支撑，以社保卡（医保卡）为载体的医保管理服务构架基本形成；以人为本、为参保者提供快捷高效管理服务理念和经办管理文化初步彰显；培养锻炼了一支专兼职相结合的医保经办管理队伍，医保管理服务的规范和标准正在逐步形成并实施。同时，以计算机网络、信息库数据和社保卡（医保卡）为载体的医保信息化体系在管理服务中发挥了越来越重要的作用。不过，随着医保参保覆盖面的迅速扩大，医保管理服务不适应快速发展的政策目标的矛盾和参保人员对医保管理服务需求日益增强的矛盾正逐步显现：2011年医疗保险经办管理经费仅占基金全年收入数的0.64%，参保人年人均服务费用9.38元。相当一部分地区管理经费保障严重不足，难以支撑正常工作运转。城镇和农村基本医保管理体制分割，经办机构对参保者就医和医疗机构的医疗服务行为缺乏有效制约和监督，参保者违规就医、医疗机构提供过度服务或服务不足骗取基金的情况时有发生；管理服务粗放、基础数据资料不完整一致、标准化程度不足、专业化人员严重缺失等问题亟待解决。

（二）面临的挑战

1. 进入全民医保后面临的基本矛盾

中国在不到20年的时间里顺利完成从计划经济时代的“劳保医疗”“公费医疗”到社会主义市场经济体制下的全民医疗保障转轨是令全世界关注的历史性跨越，本质上体现了构建和谐社会、公平社会、平等社会、正义社会的精神。困扰广大人民群众“看病贵、看病难”的社会问题在很大程度上得到了缓解。但是，人们不断增长的医疗需求与制度能够

提供的有限的“基本保障”之间的基本矛盾依然存在；在制度覆盖范围内，城乡间、区域间、群体间的医保待遇差异较大的现象也依然存在。“全覆盖、保基本、多层次、可持续”是全民医保制度必经坚守的一项基本原则。在保障方式上，应该坚持以缴费型社会保险为主体，以免费型福利为辅，巩固社会医疗保险待遇与缴费挂钩的激励约束机制，以引导和鼓励劳动者早参保、早缴费、连续缴费，同时对社会贫困群体提供医疗救助，防止医疗保障陷入“全民免费医疗”的“福利陷阱”。

2. 医保基金长期平衡的潜在风险

基本医疗保险基金逐步做大、政府财政投入逐年增多是医疗保障制度平稳运行的基础。积极而为、量力而行、适度保障、保持基金收支平衡是制度平稳可持续运行的宝贵经验。但是，医疗保险基金面临的潜在风险也不容忽视。主要有三个因素：一是进入医保后，人们的医疗消费需求会加速扩张，而医院过度服务、诱导消费的趋利行为还没得到有效制约，医患合谋产生的不正当费用黑洞可能会导致基金快速流失；二是医疗保险待遇的不断攀升，职工门诊统筹的逐步推开，医保管理服务业务量呈几何倍数放大，医保经办机构对费用监督的难度加大；三是医疗技术进步、医疗服务价格上涨以及不断临近的老龄化高峰等客观因素都必然导致医保费用的较快增长。推进医疗保险支付制度的改革、发挥医疗保险第三方约束功能是今后一定时期内化解医保基金风险的重点。

3. 公共管理服务能力不足已成常态

医疗保险经办管理服务能力建设是确保中央政策落地、群众及时获得医疗服务、有效化解疾病风险的基本条件。但是，从医疗保险发展历程来看，医疗保险始终被管理服务能力不足、专业化标准化信息化不够、经办机构人员和经费短缺所困扰，“小马拉大车”的局面已经成为一种常态。目前，从中央到省、市、县的医疗保险经办机构基本都属于政府参公管理的事业单位，受到人员编制和行政经费预算的限制，在严格控制政府人员编制规模、压缩行政性经费预算的大环境下，各级经办机构很难及时获得与医疗保障事业迅速发展相匹配的人、财、物支撑，特别是中西部财政支撑能力较弱的地区。无奈之下，相当一部分地区采取资源交易的办法，用特许经营权的承诺换取商业机构的物质帮助。如以医疗保险基金开户行定点取得办公地点、信息系统开发医保卡制作经费等方面的支持。有些地区甚至把基本医疗保险经办业务的一部分委托商业保险机构，从医疗保险基金拿出一定额度交给商业机构承保，经办管理费用和利润变相从基金获取。这些办法虽然有助于缓解政府经办服务能力不足的问题，但也急需加以规范，以免滋生腐败，影响政府形象。更为重要的是，商业机构的参与只能发挥辅助性作用，不能代替政府医保公共服务机构的主体作用，医疗保险经办服务体系有待进一步加强，不断提升管理能力。

4. 医保发挥第三方引导和约束医药卫生资源配置作用，还需体制机制创新

自2009年国家新医改方案正式出台以来，实现全民医保是最大的医改成果，而医疗服务体系的改革则步履维艰，尤其是公立医院改革更是难上加难。政府财政出资补需方建立城乡居民医保是皆大欢喜的事，当然易于推进。而医疗服务体系（即供方）改革的本质是利益调整，做加法容易接受，做减法就困难重重。当各种行政约束手段收效甚微之后，寄希望于需方通过购买服务引导和约束供方、推动供方改革就成了众望所归。通过医疗保

险支付制度改革和供需双方协商谈判的协议约束，促使医疗服务资源配置朝着更加有效的良性方向发展是医疗保险今后一个时期的新课题。首先需要解决几个问题包括：医疗保险谈判机制建立和运行问题，医保购买医疗服务价格、药品价格决定机制问题，医保支付制度改革后对医疗服务质量的监督问题，如何发挥医疗保险的引导机制促进分级诊疗的问题等。当然，我们也要清醒地看到：公立医院改革涉及我国整个事业单位改革的大背景，而事业单位改革进入了政治、体制、人事、收入分配改革的深水区，仅凭需方购买力量推动公立医院改革难有实质性突破；医疗服务资源特别是在公立医院优质资源垄断没有打破、多元化医疗服务市场没有形成之前，作为服务购买者的医疗保险机构没有太大的选择空间，“店大欺客”的现象恐怕难以杜绝。如何形成与强大的供方协商谈判的对等地位，医疗保险经办机构管理服务的专业化、信息化、标准化、法制化的水平也有待进一步提升。

（三）完善医疗保障体系的目标

“健全全民医保体系”是党的十八大提出的今后一个时期医疗保障工作的总目标。“健全全民医保体系”包含的内容有四个方面：一是制度更加完善，形成以基本医疗保险为主体，医疗救助和补充医疗保险为辅助，各层次医疗保障边界清晰、功能互补、关系协调、管理高效的多层次医疗保障体系，基本医保制度政策公平可及、结构完整，实现对社会各类群体应保尽保；二是保障更加有力，保障水平与经济社会发展相适应，总体满足人民群众基本医疗需求，基本消除在基本保障范围内因经济原因看不起病的现象；三是管理服务更加规范、高效，参保方便、结算便捷、转移顺畅，就医地就医直接结算基本实现；四是医疗服务资源利用更加有效，医保监管和付费机制全面发挥作用，医疗保险政策对医疗资源配置发挥显著的引导和约束作用。

实现上述目标，必须坚持“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的方针，坚守基本医疗保险权利与义务相对应、缴费与待遇相关联，坚持制度统一性、普遍性、公平性、适度性和可及性的基本原则，坚持制度基本框架不改变、内容不断完善，制度走向稳定、定型；建立并强化费用筹集和分担机制、基金平衡约束机制、医疗服务供求双方协商谈判机制。

此外，要处理好守成与创新的关系。既要巩固已有的成果，又不因循拘泥。通过改革和创新解决管理体制、运行机制和管理服务方式中存在的深层次问题。要以“增强公平性、适应流动性、保证可持续性”为纲领，从完善医疗保险制度、协调医疗保障与医疗服务关系、完善医疗保险公共服务体系以及建立和完善多层次医疗保障体系四个方面来实现完善医疗保障体系的目标。

二、完善医疗保险制度的重点任务

根据上述完善医疗保障体系的目标，需要对目前的医疗保险制度进行进一步改革和完善。当前完善医疗保险制度的重点任务包括建立和完善医疗保险门诊统筹、完善城乡居民医疗保险筹资机制、医疗保险城乡统筹和流动人员医疗保险关系转移接续四个方面。

（一）建立和完善基本医疗保险门诊统筹

1. 门诊保障不足的弊端

我国城镇职工医疗保险实行统账结合，除部分门诊大病纳入统筹基金支付外，普通门诊主要由个人账户支付费用，而个人账户缺乏互助共济功能，从而导致部分健康人群个人账户大量结余，部分患病人群个人账户不足支付、负担较重。而城镇居民医保和新农合主要实行大病统筹，没有个人账户，仅仅为住院和部分门诊大病提供费用保障，普通门诊费用完全由个人承担。门诊保障不足或缺乏，一方面加重了部分体弱多病、门诊就医频繁患者的个人经济负担，甚至可能使得一部分患者因经济原因放弃必要的门诊治疗，造成小病因得不到及时有效治疗而发展成大病，需要花费更多治疗和住院费用，因小失大；另一方面，门诊保障不足或缺乏也会促使一部分患者为了能够报销费用而放弃费用相对较低的门诊治疗，选择费用较高的入院治疗，造成医疗资源的浪费和医疗费用的不合理增长。因此可以说，没有门诊统筹、仅仅保障住院的医疗保险制度是不完整的、有缺陷的。门诊统筹的建立，门诊统筹与住院统筹的结合才构成一个完整、全面的医疗保险制度。我国医疗保险的改革和发展是一个渐进的过程，职工医保由统账结合向大病统筹+门诊统筹的演进、城乡居民医保由大病统筹向大病统筹+门诊统筹的演进是一个自然、也是必然的制度演变和完善的过程。

2. 建立和完善门诊统筹的基本政策思路

虽然，2003年、2007年国务院出台的有关建立新农合和城镇居民医保的政策文件明确这两项制度实行大病统筹，不建个人账户，在城镇居民医保政策文件中也明确要求“有条件的地区开展门诊统筹的探索”；新农合在发展过程中也逐步开展了门诊统筹的探索。2009年出台的新医改文件中则进一步要求全面建立城乡居民医保门诊统筹，为门诊服务提供一定的医疗费用保障。不过，目前虽然各地普遍建立了城乡居民医保门诊统筹，但居民医保门诊统筹还存在诸多问题。如大多数地区居民医保门诊统筹只覆盖门诊大病而未建普通门诊统筹，门诊统筹政策不清晰，筹资和待遇水平偏低，医保管理能力不足，社区和基层医疗服务水平低，门诊医疗服务利用率和门诊统筹基金使用率低，等等。城乡居民医疗保险门诊统筹有待完善政策、扩大覆盖面、提升保障水平以及提高管理服务水平。另外，职工医保个人账户占用部分企业缴费的30%和个人全部缴费，但缺乏互助共济，管理使用效率低的问题日渐凸显；绝大多数地区尚未开展职工医保门诊统筹，职工医保门诊统筹有待政策上的重大突破。

（1）门诊统筹的保障范围

在开展城镇居民医疗保险门诊统筹过程中，一直存在门诊统筹的保障范围保大（门诊大病）还是保小（普通门诊）的争议。不过，无论广大城乡居民对门诊统筹抱有多高的期待，门诊统筹仍然要建立在可承受的经济基础之上。门诊统筹保障范围的确定取决于医疗保险的筹资能力和医疗保险基金可用于门诊统筹的份额大小。在门诊统筹资金有限的情况下，应该基于“保风险”的原则，门诊统筹优先保障门诊大病。门诊大病患者门诊医疗费用高昂、经济负担沉重，应予优先保障，这是“保险”的本义所在，其次才是其他的门诊

小病（普通门诊疾病）。经济欠发达的地区在为住院提供费用保障之外没有多少剩余基金可用于门诊，就应该先解决门诊大病问题，将部分费用高昂的门诊大病纳入门诊统筹（门诊大病病种统筹），或者设置高起付线的门诊统筹（大额门诊费用统筹），暂时不把费用不高的普通门诊纳入门诊统筹。对于经济发展水平中等或较发达的地区，可以在建立门诊大病的基础上，另外建立普通门诊统筹，为普通门诊提供一定的费用保障，普通门诊的保障水平可根据可用的基金支付能力，通过设置高低不同的起付线、支付比例和封顶线来调节。至于经济发达地区，门诊统筹的筹资能力较强，可以选择把门诊大病（极少数门诊费用特别高昂的门诊大病可继续保留，如恶性肿瘤放化疗、肾透析、器官移植后抗排异治疗等）和普通门诊合并，建立综合性的门诊统筹，为所有的门诊医疗提供水平较高的保障待遇。

（2）门诊统筹的筹资和待遇

关于门诊统筹的筹资，开展门诊统筹必然额外增加医保基金的支出，理想的情况当然是能够额外筹资，避免影响住院大病统筹的待遇。不过，能否额外筹资取决于是否有相应的额外筹资能力（包括居民的筹资能力和政府财力）。经济发达地区可以选择通过增加额外筹资来提供稳定的门诊统筹基金，如通过增加整个居民医保的筹资水平，增加的筹资仍然属于居民医保基金，但明确增加的部分专门用于支付普通门诊待遇。门诊统筹基金实行单独核算和列账管理，并基于门诊统筹自身的收支平衡来设计、评估和调整门诊的支付水平等门诊统筹政策，避免因为门诊费用控制不住而影响到大病统筹的待遇。关于门诊统筹待遇水平，门诊统筹的支付比例应低水平起步，初始阶段支付比例可设定在50%左右，之后再逐步提高。此外，门诊医疗服务易于滥用，且医疗保险经办机构难以做到精细管理，设置一定的门槛（起付线）和封顶线、进行一定的需方控制也是必要的。起付线宜采取单次门诊起付线的方式，以控制门诊医疗服务的滥用；封顶线则不宜过低，特别是在支付比例不高的情况下，封顶线过低，意味着门诊的实际支付额往往过少，达不到防范门诊费用支付风险的作用。

（3）门诊医疗服务的提供

首先，需要在理念上真正把依托社区卫生服务提供门诊医疗服务作为发展方向，要把所有符合条件的社区和基层卫生服务机构（无论公立的还是私营的）纳入医疗保险门诊统筹的定点医疗机构，并通过支付政策的优惠（如降低起付线、提高报销比例）来积极引导居民到社区就医。其次，对于社区卫生服务提供能力不同的地区采用不同的策略推进社区卫生服务机构提供门诊医疗服务。社区卫生服务网络尚不健全、社区医疗服务提供能力严重不足的地区，应相应扩大门诊统筹的定点范围，如扩大到所有二级以下的医疗服务机构，并通过支付政策的优惠引导居民到社区定点就医，用不断增加的优质社区卫生服务加上优惠的支付政策来促进越来越多的居民到社区就医，逐步实现社区卫生服务替代医院全面提供门诊医疗服务。当然，对于社区卫生服务建设达到相当规模和程度的经济发达地区，也可以直接选择定点社区就医，实行首诊、双向转诊，通过支付方式改革（如按人头付费）来促进社区卫生服务的良性发展（通过预防保健、提供低成本高质量的医疗服务来获得较高的收入和医疗机构自身发展）和相互竞争，引导医院的优质医疗资源向社区流

动,改变目前倒金字塔形的医疗服务提供结构,形成分级医疗、门诊和住院医疗资源与门诊和住院的医疗服务需求相匹配的医疗服务良性发展格局。

(4) 建立职工医保门诊统筹

2012年出台的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(以下简称医改“十二五”规划)明确提出,要稳步推进职工医保门诊统筹,建立职工医保门诊统筹因此被提上议事日程。不过,与城乡居民医保不同,职工医保门诊统筹的建立必须妥善处理个人账户问题。由于个人账户已存在了十多年,很大一部分参保人群已经积累了大量的个人账户基金,形成既得利益,因此断然取消个人账户可能会引起较大的社会震荡,并不可取。合理的做法应该是,逐步弱化和缩小个人账户,拿出部分个人账户基金用于建立门诊统筹,随着门诊统筹的全面建立和待遇水平的不断提高,此消彼长,再考虑逐步取消个人账户,形成覆盖门诊和住院医疗服务的、完整全面的职工医疗保险制度。

(二) 完善城乡居民医疗保险筹资机制

1. 现行城乡居民医保筹资方式的弊端

目前城镇职工基本医疗保险实行按工资水平的一定比例缴费,缴费会随经济增长而自然增长,但城镇居民医保和新农合则是按固定金额来缴费,缴费与收入没有关系。这种低水平、等额的缴费方式简便易行,初期在推进城乡居民参保方面发挥了重要、积极的作用,但是定额缴费不是一种稳定的筹资机制,难以长期持续下去。一方面是定额缴费是不公平的,在目前财政承担很大比例(特别是新农合财政补贴占了80%)、个人缴费比重低的情况下,缴费的不公平还不显著,而随着缴费水平的逐步提高,特别是个人缴费的不断增加,定额缴费的不公平就会逐步显现出来。对于低收入人群来说,采用与其他人群相同的金额缴费意味着他们比其他人群承担了更大的负担(缴费占收入的比重更高),这不符合缴费水平与缴费能力相适应的社会保险原则,是不公平的。另一方面,更为重要的是,按定额缴费是不可持续的。随着经济的增长,城乡居民的收入水平也相应增长,城乡居民的医疗消费水平也随之增长,而定额缴费却与收入增长和医疗消费的增长无关,这将会使筹集的医疗保险基金难以适应随收入增长而增长的医疗费用支付需要,医疗保险基金的收与支将难以平衡,最终难免导致基金支付危机,制度不可持续。另外,随着城乡居民医保财政补贴水平的不断提高,个人缴费水平的提高却较为缓慢,造成财政筹资在城乡居民医保筹资中的比重日渐提高。财政筹资所占比重过高、责任过大也是不可持续的。同时,财政筹资比重过大、政府责任过重也有福利化的倾向,不利于建立医疗保险多元筹资的合理分担机制。

2. 完善城乡居民医保筹资机制的基本思路

我们认为,应该逐步完善城乡居民医疗保险的筹资机制。一方面将目前按固定金额缴费的城乡居民医疗保险筹资方式转变为按收入(缴费基数)的一定比例缴费,使得缴费随经济发展、收入增长而自然增长,与医疗费用随经济增长而自然增长、医疗保险基金支出自然增长相适应。具体来说,在目前还无法获取每个个人的真实经济收入的情况下,可用当地城镇居民家庭人均收入作为城镇居民医保的缴费基数,当地农村人均纯收入作为新农

合的缴费基数。至于各地具体的缴费比例可依据类似于城镇职工医保的收支平衡、略有结余原则来确定，费率保持相对稳定。另一方面，需要合理确定政府与个人在城乡居民医保中的筹资责任，确定合理的政府财政与个人的筹资分担比例关系。参照职工医保单位和个人缴费比例关系（3：1），城乡居民医保财政筹资与个人筹资比例关系也可设定为3：1。

（三）实现基本医疗保险城乡统筹

在城镇化进程加速、社会流动性增强的大背景下，城乡基本医疗保险制度分设、管理分割、资源分散以及由此引起的居民重复参保、财政重复补贴，办事机构和信息网络重复建设的弊端已经广受诟病，统筹城乡基本医疗保险发展已经成为健全医疗保障体系的当务之急。实现城乡居民基本医疗保险制度、管理体制和经办服务平台整合是大势所趋、众望所归，也是增强公平性、适应流动性、保证可持续性的首要任务。

1. 新农合与城镇居民医保的比较分析

（1）相同之处

城镇居民医保与新农合在制度模式、参保原则、保障责任、筹资来源等方面基本相同。一是制度模式基本相同，尽管一种称为医疗保险，另一种称为合作医疗，但实质上都是政府举办的社会保险制度。二是两种制度都实行自愿参保、通过政府财政补贴吸引城乡居民参保的参保原则。三是两种制度都强调政府的有限责任，都是“保基本”，都实行大病统筹，即主要为住院和门诊大病承担支付责任。在大病统筹的基础上再把保障范围延伸到普通门诊。四是两种制度的筹资都是通过政府财政补贴和家庭缴费两个渠道来实现的。而且，政府补贴的人均标准针对新农合和城镇居民医保是相同的，在逐步提高的过程中也是同步提高的。

（2）差异之处

当然，城镇居民医保和新农合也有不少差异。一是主管部门不同。城镇居民医保制度由社会保障部门主管，而新农合由卫生部门主管。二是待遇范围和水平有差异。新农合制定的药品和医疗服务目录要比城镇居民医保的目录小很多，新农合的待遇支付水平也比城镇居民医保低一些。三是管理层次不同。城镇居民医保实行地市级统筹，全市统一政策、基金市级统一管理和实行统一的医疗服务管理，而新农合则一直实行县级统筹。

从上述比较分析可以看出，一方面，尽管新农合与城镇居民医保存在一些差异（主要是部门分割管理造成的），但两个制度之间相同之处更多，实现统一的城乡居民医保制度具备了一定的基础条件；另一方面，现实的城镇化、工业化大潮所引发的人员城乡间地区间流动也对城乡医保制度之间的整合和统一提出了现实要求，而坚持公平正义的价值取向也促使各级政府把城乡居民参保的制度选择权、保护人员流动条件下的医疗保险权益、通过合理的制度整合统一以体现公平正义作为进一步发展和完善医疗保障制度的重要内容。

2. 医疗保险城乡统筹的现状分析

近几年来一些地方先后开展了医疗保险城乡统筹的实践探索。据统计，目前全国共有6个省级地区（天津、广东、重庆、青海、宁夏和新疆生产建设兵团）、32个地（市）级地区和150多个县（市、区）级地区已经开展了医疗保险城乡统筹，实现了城乡医疗保险

的统一管理〔行政管理和（或）经办管理〕，其中的多数地区还进一步实现了城乡居民医保制度的整合统一。概括起来，当前全国统筹城乡医疗保险的探索具有如下几个方面的特点：

（1）多数地区尚未开展统筹城乡医疗保险

总体来说，大多数地区仍然延续医保制度城乡分设、管理分割的局面，医疗保险城乡统筹的进展还比较缓慢。究其原因，一方面，虽然新医改相关文件提出了“探索城乡医保一体化管理、整合医保经办管理资源”的要求，但并未明确医疗保险城乡统筹后管理职能的归属，使得多数地方仍在观望等待；另一方面，由于对城乡统筹后医保管理权归属存在争议，一些地方统筹城乡医疗保险的自行探索受到一定的阻力。

（2）统筹城乡医疗保险中，绝大多数地区将城乡医保管理职能统一到人力资源和社会保障部门

已开展统筹城乡医保的地区中，6个省级地区全部是将城乡三项医保的行政和经办管理统一归属到人力资源和社会保障部门，32个地（市）级地区中分别有30个将城乡医保的行政管理、经办管理统一归属到人力资源和社会保障部门，将城乡居民医保（不包括职工医保）的行政管理、经办管理统一到卫生部门的只有2个地区。另外，一半以上的县（市、区）级地区也是将城乡医保行政和经办管理统一归属人力资源和社会保障部门。

（3）统筹城乡医保工作通常在统一归并管理职能后，进一步将新农合和城镇居民医保整合成统一的城乡居民医保制度

大多数地区在统一管理职能之后，进一步整合城镇居民医保和新农合，建立统一的城乡居民医保制度。如宁夏于2010年2月将新农合的管理职能从卫生部门划归人力资源和社会保障部门，实现了城乡医疗保险的管理职能的统一，到2010年10月又出台文件，在全自治区范围内建立统一的城乡居民医疗保险制度。惠州市在2009年5月统一归并城乡医保管理职能之后，于2010年1月将城镇居民医保和新农合整合成统一的城乡居民基本医疗保险。

（4）整合统一后的城乡居民医保制度有“一制一档”和“一制两档”两种形式

在大多数省级和地（市）级地区，统一的城乡居民医保制度采用“一制两档”的形式，即设置两个档次的缴费标准（缴费与待遇挂钩），由城乡居民自主选择。两个档次的缴费水平分别与统一前的新农合和居民医保相近。采用“一制两档”主要是顾及城乡居民经济收入水平的现实差距和制度整合的平稳过渡。在县（市）级地区，大多数城乡居民医保制度采用的则是“一制一档”形式，所有城乡居民医保都按一个标准缴费和享受医保待遇。采用“一制一档”的地区通常是县域范围内人数较少的城镇居民医保纳入人数比较庞大的新农合制度，城乡居民统一按此前新农合的缴费标准缴费和享受待遇。

（5）部分地区新农合和城镇居民医保交由卫生部门管理，但职工医保仍由人力资源和社会保障部门管理

部分县（市）级地区的城乡居民医保制度由卫生部门管理和经办。不过，这些地区职工医保的管理和经办仍由人力资源和社会保障部门承担。因此，这种形式的统筹城乡医保仅仅是城乡居民医保的统一管理和经办，而不是整个城乡医保的统一管理和经办，并未改

变两个部门分管医保、医保管理仍然分割的基本格局。

(6) 少数地区在管理职能仍然分割的情况下，探索实行统一的城乡医保经办管理

即维持目前人力资源和社会保障部门、卫生计生部门分管城乡医保的职能分工不变，但将城乡医保的经办管理进行整合统一。实践中具体有三种方式：一是将整个城乡三项医保的经办管理统一到人力资源和社会保障部门（如惠安县）；二是将新农合和城镇居民医保经办管理（不包括职工医保）统一到卫生部门（如湖州市）；三是建立独立于主管部门之外、政府直管的医保经办机构，统一承担城乡三项医保的经办管理工作（如无锡市）。此外，少数地区还探索将城乡居民医保的部分经办管理业务委托给商业保险公司的做法（如湛江市）。

3. 地方统筹城乡医疗保险实践的基本经验

一是管理体制的统一成为统筹城乡医疗保险的基础条件。管理体制的统一有利于城乡医保制度的整合和经办管理的统一；而在管理体制仍然分割的情况下，制度的整合和经办管理的统一都难以实现。无锡最初未改变管理体制分割的格局，只统一城乡医保的经办管理，但无锡市政府很快作出改变，通过统一管理体制来保障医疗保险城乡统筹的顺利推进。而一些地区城乡居民医保统一后划归卫生部门主管，则仍然没有改变城乡医保部门分割管理的局面，管理体制分割的格局没有根本改变，仍然会成为统筹城乡医疗保险的关键性、障碍性因素。二是经济发展水平并非医疗保险城乡统筹的先决条件，经济落后地区同样可以开展统筹城乡医疗保险工作。已经开展统筹城乡医疗保险的地区不乏宁夏（全省）、四川、陕西、甘肃等西部地区的市、县。三是将城镇居民医保和新农合城乡整合成统一的城乡居民医保制度成为各地统筹城乡医疗保险的发展趋势。尽管多数地区城乡之间仍然存在较大的经济社会差距，但这种城乡差距可以在一个制度下通过一制多档、自由选择的方式来解决，一方面体现不同个体的收入差距（收入不同的人可选择不同的缴费档次、享有差异的待遇）；另一方面能打破城乡户籍的分割，彻底改变了过去以身份定制度的歧视性做法。

4. 进一步推进医疗保险城乡统筹的政策建议

(1) 明确职能归属，尽快实现城乡医保管理体制的统一

2013年3月，十二届人大通过的《国务院机构改革和职能转变方案》中已经明确：“整合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职责，由一个部门承担。”统一城乡医保管理体制已有定论，但具体由哪一个部门统一管理至今还没有明确。

当前，从各方面的因素来看，城乡医疗保险管理职能统一归并到人力资源和社会保障部门更符合我国医疗保险健康发展的客观需要。首先，从法理上看，已经实施的《社会保险法》明确将职工医保、城镇居民医保和新农合都纳入规范范围，将新农合归为基本医疗保险制度的一种，属于社会保险制度范畴。因此，由负责整个社会保险管理工作的人力资源和社会保障部门统一管理三项医疗保险制度既有法理依据，也有利于整个社会保险体系各险种和各项医疗保险制度的统筹协调发展。其次，从现有的医保管理能力来看，人力资源和社会保障部门所属的城镇医保经办机构更有能力承担起统一经办管理城乡各类医疗保

险的重任。城镇医保经办机构更早开展了医保经办管理工作，具有比新农合经办机构更强的管理能力和更丰富的管理经验，拥有相对完善、功能强大的信息管理系统。将城镇医保经办机构的管理服务向下延伸到农村地区、信息系统拓展新农合模块和管理功能，就能够很快适应所承担的新农合管理功能；反之，新农合经办管理体系还比较薄弱，很多地方甚至没有建立医保信息系统，医保经办还是手工操作管理。最后，更为重要的是，从建立有效的对医疗服务监督约束机制来看，由独立于卫生计生部门之外的医保经办机构承担监督约束医疗机构的角色更为有力有效。在（公立）医疗机构管办不分的管理体制下，卫生计生部门和（公立）医疗机构之间父子关系的利益链条很难切断，由卫生计生部门统管医疗机构和医保经办事务，使得卫生计生部门所属的医保经办机构难以充分代表参保人的利益，很难对同属卫生计生部门管辖的医疗机构进行强有力的制约和监督，造成保险方对服务提供方的监督约束机制大大弱化。而人力资源和社会保障部门与医疗机构不存在直接的隶属和利益关系，能够站在独立第三方地位，充分代表参保人利益，发挥团购优势和价格谈判作用，从而可以形成对医疗机构强有力的监督制约作用，为广大城乡居民积极争取质优价廉的医疗服务。

（2）在提高新农合统筹层次的基础上统一城乡医保经办管理

首先，在统一管理职能之后，应尽快在地（市）层级统一所辖县（市）的新农合政策，并将新农合的统筹层次由目前的县（市）级提高到地（市）级。将新农合的统筹层次提高到地（市）级，统一缴费和待遇标准、统一医保基金管理使用，一方面可以在更大范围内分散医保基金风险，体现新农合制度的公平性；另一方面也便于随后新农合与城镇居民医保（也是地市级统筹）实行统一经办管理。其次，在提高新农合统筹层次的基础上，进一步对新农合、城镇居民医保的经办管理进行整合和统一，以便为城乡居民提供统一、高效、成本较低的公共管理服务。一是统一城乡居民的参保管理。应以较为成熟的城镇医保经办管理体系为基础，整合新农合原有的县、乡镇、村经办服务体系，尽快将城镇的医保经办服务触角延伸到乡镇、村，赋予业已存在的乡镇劳动保障所、村劳动保障站经办农村居民医保参保服务的职能，安排专职（乡镇）、兼职（村）工作人员，以保障管理并轨后农村居民参保服务的连续和顺畅。二是统一城乡医疗保险信息系统。以相对成熟的城镇医疗保险信息系统为基础，统一城乡医保信息管理系统，将新农合参保人群纳入其中实行统一的信息化管理，并将信息化管理从城市延伸到乡镇、村。三是实行统一的医疗服务管理。实施统一的城乡居民就医管理，城乡居民可以在相同的范围内（地级市所辖的全部地区）选择就医的医疗机构；统一定点医疗机构管理，城乡各级各类医疗机构实行统一的定点资格认定、签署统一的管理服务协议等；以城镇医保的诊疗项目和药品目录为基础，建立统一的城乡医保的诊疗项目和药品目录，城乡居民享受同等的可报销的医疗服务范围；实施统一的费用支付和结算办法，统一医疗机构监督和考核办法等。通过统一新农合、城镇居民医保的经办管理，为新农合和城镇居民医保的制度整合和统一创造条件。

（3）整合新农合和居民医保，建立统一的城乡居民医保制度

在整合统一城乡医保经办管理之后，应适时整合新农合和城镇居民医保制度，建立统一的城乡居民医保制度。对于经济发达、城乡差距小的地区来说，可以选择“一制一档”，