



C2012016830

城乡医疗保障制度 统筹发展研究



CHENGXIANG YILIAO BAOZHANG ZHIDU
TONGCHOU FAZHAN YANJIU

仇雨临 翟绍果 / 著

统筹城乡经济社会协调发展，积极探索覆盖城镇职工、城镇居民和农村居民的多层次的全民医疗保障体系，在现有医疗保障体系框架基础上将城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗并轨为城乡居民医疗保险制度，推动三项医保制度整合衔接，构建和谐城乡医保，最终实现“人人公平享有健康保障”的目标，具有重要的理论价值和现实意义。



中国经济出版社
CHINA ECONOMIC PUBLISHING HOUSE

国家社会科学基金资助项目 (08BJY039)

城乡医疗保障制度 统筹发展研究



CHENGXIANG YILIAO BAOZHANG ZHIDU
TONGCHOU FAZHAN YANJIU

仇雨临 翟绍果 / 著



C2012016830



中国经济出版社
CHINA ECONOMIC PUBLISHING HOUSE

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

城乡医疗保障制度统筹发展研究/仇雨临, 翟绍果著.

北京: 中国经济出版社, 2012. 1

ISBN 978 - 7 - 5136 - 1158 - 9

I. ①城… II. ①仇… ②翟… III. ①医疗保障—研究—中国 IV. ①F842. 684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 207735 号

责任编辑 崔清北 于 宇

责任印制 石星岳

封面设计 任燕飞

出版发行 中国经济出版社

印 刷 者 北京市昌平区新兴胶印厂

经 销 者 各地新华书店

开 本 710mm × 1000mm 1/16

印 张 19.25

字 数 270 千字

版 次 2012 年 1 月第 1 版

印 次 2012 年 1 月第 1 次

书 号 ISBN 978 - 7 - 5136 - 1158 - 9/C · 189

定 价 48.00 元

中国经济出版社 网址 www.economyph.com 社址 北京市西城区百万庄北街 3 号 邮编 100037

本版图书如存在印装质量问题, 请与本社发行中心联系调换 (联系电话: 010 - 68319116)

版权所有 盗版必究 (举报电话: 010 - 68359418 010 - 68319282)

国家版权局反盗版举报中心 (举报电话: 12390)

服务热线: 010 - 68344225 88386794

前 言

本书系国家社科基金资助项目《统筹城乡基本医疗保障体系研究》（项目编号：08BJY039）的最终成果。

我国的医疗保障制度改革以 1998 年开始建立城镇职工基本医疗保险制度为标志，将计划经济时期的劳保医疗和公费医疗转变为社会医疗保险制度；2003 年国家又启动了新型农村合作医疗制度试点工作，为农民建立起基本医疗保障制度；2007 年国家确立了城镇居民基本医疗保险制度，将城镇非就业人口纳入医疗保障体系。我国通过三项医疗保险制度和城乡医疗救助制度的构建，即“三险一助”体系的建设，从制度上逐步实现了“全民医保”。根据人力资源和社会保障部《2010 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》，2010 年末全国参加城镇基本医疗保险人数为 43263 万人。其中，参加城镇职工基本医疗保险人数 23735 万人，参加城镇居民基本医疗保险人数为 19528 万人。参加医疗保险的农民工人数为 4583 万人。根据卫生部《2010 年我国卫生事业发展统计公报》，2010 年参加新农合人口数为 8.36 亿，参合率为 96%。至此，我国基本医疗保险制度已覆盖近 12.69 亿人口，可以说基本上实现了医保的“全覆盖”。尽管覆盖城乡居民的基本医疗保障制度框架和体系已经形成，医疗保障制度覆盖面不断扩大，老百姓从制度中享受到越来越多的福利和实惠，但制度的发展还存在不少问题。其中一个突出问题就是三项制度分割所产生的一系列负面效应，成为制度健康发展的体制和机制障碍。由于三项制度是按照户籍、城乡、地区和职业分立的，造成不同人群的医保制度人为分割，参保人员难以在制度间流动；三项制度分散管理，业务经办资源分散，经办机构设置

重复,管理运作成本高昂;不同群体由于筹资水平不同,导致待遇悬殊,弱势群体难以享受同等的医疗保障水平;在既定的管理体制下,职工医保和居民医保由劳动保障部门管理,新型农村合作医疗由卫生部门管理,形成多头管理、体制不顺的局面。

2009年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(新医改方案)明确提出“做好城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助制度之间的衔接”。随着城乡一体化进程的加快、人口结构的快速变化、职业身份的频繁转变以及全国统一人力资源市场的逐步形成,医疗保障体系在城乡、人群、职业和地区之间,迫切需要制度整合和政策衔接。因此,统筹城乡社会协调发展,积极探索覆盖城镇职工、城镇居民和农村居民的多层次的全民医疗保障体系,在现有医疗保障体系框架基础上将城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗并轨为城乡居民医疗保险制度,进而推动三项医保制度整合衔接,构建和谐城乡医保,最终实现“人人公平享有健康保障”的目标,具有重要的理论价值和重大的现实意义。

构建城乡居民统筹发展的医疗保障体系不仅具有必要性,同时也已经具备可行性。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,坚持科学发展观和实施民生工程战略为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了坚实的政治基础;工业化、城镇化进程的加快,日益增强的政府财力和城乡居民可支付能力提高,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了经济基础;各项医疗保障制度的探索完善与先行试点地区的成功经验,基层服务平台建设和信息化网络建设,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了制度基础;社会民众对于公平医保和平等享受健康保障的诉求,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了社会基础。

在城乡医疗保障体系的发展过程中,一些地区大胆创新,探索出了不同的城乡医疗保障制度整合之路。本研究项目课题组历时3年对三项医保制度及其相互关系进行了深入的理论研究,并于2009年8~9月对东莞、太仓、成都和西安四地进行实地调研,形成的基本观点和结论如下:在全民医保的背景下,城乡居民基于经济联结和社会资本的行为选择,需要城乡医疗保障制度筹资、管理、支付、服务和环境的统筹衔接;基于东莞、

太仓、成都、西安四地调查数据的回归分析发现，统筹地区的经济发展水平是实现城乡医保整合的重要前提，不同群体医保受益的均衡是实现城乡医保整合的重要保障。因此，统筹城乡医疗保障的核心在于公平筹资和均等受益；统筹发展方向是分阶段、有步骤地化异趋同，最终实现构建城乡居民健康保障体系的目标；统筹发展的政策路径可从制度框架、筹资机制、统筹层次、经办资源、管理体制、转移接续等方面展开。

一 城乡医疗保障制度统筹发展的研究背景

根据《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号，简称“新医改方案”），确立了“让人人享有基本医疗卫生服务，建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度”的目标。在此背景下，“全民医保”制度迅速推进，由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度以及城乡医疗救助制度构成的中国城乡居民基本医疗保障体系框架已经基本形成，从制度上实现了对城乡居民的全覆盖。但是，城乡医疗卫生服务在公平性、可及性和费用负担方面存在着二元失衡现象，城乡医疗保障制度呈现出三维分立态势，医疗保障的城乡差距及不公平状况已经成为“全民医保”进程中的重大问题。为此，新医改方案明确提出“做好城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助制度之间的衔接”。随着城乡一体化进程的加快、人口结构的快速变化、职业身份的频繁转变以及全国统一的人力资源市场的逐步形成，医疗保障体系在城乡、人群、职业和地区之间，迫切需要制度整合和政策衔接。因此，坚持科学发展观，统筹城乡社会协调发展，积极探索覆盖城镇职工、城镇居民和农村居民的多层次的全民医疗保障体系，在医疗保障体系框架基本形成的基础上将三项医保制度整合衔接，推动城乡医疗保障制度的整合与发展，构建和谐城乡医保，实现“人人享有健康保障”的目的，为完善医疗保障体系、实现全民医保提供重要的理论支持和对策论证，具有重要的理论价值和重大的现实意义。

（一）城乡医疗保障制度统筹发展的社会背景

改革开放30多年来，我国经济高速增长，社会快速变迁，民生和社会

保障事业取得突出成就。但是,伴随着经济社会发展的巨大成就,城乡二元结构造成的深层次矛盾也日益显现。随着科学发展观的确立与和谐社会的建设,统筹城乡发展成为我国经济社会发展的重要战略。

1. 统筹城乡经济社会发展战略的提出

1978年十一届三中全会的召开,拉开了中国改革开放的序幕,开启了建设有中国特色的社会主义伟大事业的宏伟篇章。33年来,在中国共产党的领导下,在改革开放力量的强大推动下,昔日贫穷落后的中国发生了翻天覆地的历史巨变,国家各项事业都取得了举世瞩目的伟大成就。

党和国家坚持以经济建设为中心,锐意推进经济体制改革,使我国成功实现了从高度集中的计划经济体制到充满活力的社会主义市场经济体制的伟大历史转折。建立了以家庭联产承包经营为基础、统分结合的农村双层经营体制,形成了以公有制为主体、多种所有制经济共同发展的基本经济制度;形成以按劳分配为主体、多种分配方式并存的分配制度;形成在国家宏观调控下市场对资源配置发挥基础性作用的经济管理制度。经济体制的转轨使我国综合国力得到巨大提升。从1978年到2010年,我国国内生产总值由3645亿元增长到397983亿元,经济总量上升为世界第二位。通过不断提高对外开放水平,从建立经济特区到开放沿海、沿江、沿边、内陆地区再到加入世界贸易组织,从大规模“引进来”到大踏步“走出去”,我国的国际竞争力不断增强。从1978年到2010年,我国进出口总额从206亿美元提高到2.97万亿美元,跃居世界第三,外汇储备跃居世界第一。

在对中国特色社会主义经济建设道路的不断探索中,党的执政理念和国家的发展战略也在与时俱进。科学发展观已经成为国家发展的指导思想,构建社会主义和谐社会已经成为国家既定的社会发展目标,立党为公、执政为民、以人为本已经成为党和政府施政的核心理念,公平、正义、共享已经成为新时期的主流价值取向。因此,在高度重视通过提高效率来增强社会活力、促进经济发展的同时,党和国家也高度重视在经济发展的基础上通过实现社会公平来促进社会和谐,以解决人民最关心、最直接、最现实的利益问题为重点,着力改善民生,加快发展社会事业。改革开放以来,人民生活水平大幅度提高,总体上达到小康水平。从1978年到

2010年,全国城镇居民人均可支配收入由343元增加到19109元;农民人均纯收入由134元增加到5919元。城市人均住宅建筑面积和农村人均住房面积成倍增加。到2009年底,中国城镇人均住房面积达到了30多平方米,是1978年的4.5倍;农村人均住房面积33平方米,是1978年的4.1倍。改革开放前长期困扰百姓的短缺经济状况已经从根本上得到改变。党和政府大力发展社会事业,社会和谐稳定得到巩固和发展。城乡免费九年义务教育全面实现,中等职业学校农村家庭经济困难学生和涉农专业学生免学费政策开始实施。就业规模持续扩大,全社会创业活力明显增强。社会保障制度建设加快推进,覆盖城乡居民的社会保障体系初步形成。农村养老保险制度开始试点,各类保障性住房投入不断加大。公共卫生服务体系和基本医疗服务体系不断健全,新型农村合作医疗制度覆盖全国。

尽管改革开放极大地促进了生产力的解放和发展,极大地提高了人民的生活水平,但是城乡二元结构造成的深层次矛盾日益突出。农村经济体制尚不完善,农业生产经营组织化程度低,农产品市场体系、农业社会化服务体系、国家农业支持保护体系不健全,城乡经济社会发展一体化体制机制尚未形成;农业发展方式依然粗放,农业基础设施和技术装备落后,耕地大量减少,人口资源环境约束增强,气候变化影响加剧,自然灾害频发,国际粮食供求矛盾突出,保障国家粮食安全和主要农产品供求平衡压力增大;农村社会事业和公共服务水平较低,区域发展和城乡居民收入差距扩大,改变农村落后面貌任务艰巨;等等。

农业基础薄弱,需要加强;农村发展滞后,需要扶持;农民增收困难,需要解决。这些问题已经引起党和国家的高度重视,党的十六大提出“统筹城乡经济社会发展,建设现代农业,发展农村经济,增加农民收入,是全面建设小康社会的重大任务”。胡锦涛总书记在科学发展观中提出了“五个统筹”的发展理念,即统筹城乡发展、统筹区域发展、统筹经济社会发展、统筹人与自然和谐发展、统筹国内发展和对外开放。其中,“统筹城乡发展”居于首位。党的十七大提出要“统筹城乡发展,推进社会主义新农村建设”,要“加强农业基础地位,走中国特色农业现代化道路,建立以工促农、以城带乡长效机制,形成城乡经济社会发展一体化新格局”。党的十七届三中全会通过了《中共中央关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》,再次指出“必须统筹城乡经济社会发展,始终把着力

构建新型工农、城乡关系作为加快推进现代化的重大战略。统筹工业化、城镇化、农业现代化建设，加快建立健全以工促农、以城带乡长效机制，调整国民收入分配格局，巩固和完善强农惠农政策，把国家基础设施建设和社会事业发展重点放在农村，推进城乡基本公共服务均等化，实现城乡、区域协调发展，使广大农民平等参与现代化进程、共享改革发展成果”。

2. 统筹城乡经济社会发展需要城乡居民医疗保障制度的整合与发展

党的十六大指出全面建设小康社会必须统筹城乡经济社会发展，党的十六届三中全会提出“五个统筹”科学发展观，并将统筹城乡放在首位。统筹城乡发展包括统筹城乡经济发展和统筹城乡社会发展，统筹城乡社会发展包含统筹城乡医疗卫生事业和统筹城乡社会保障事业发展。作为统筹城乡经济社会发展的一项重要内容，城乡医疗保障制度的统筹发展既属于城乡医疗卫生范畴，也属于城乡社会保障范畴。因此，统筹城乡经济社会发展的重要内容就是城乡医疗保障制度的整合与发展。城乡一体化的医疗保障制度的建设，关系着农村医疗资源和卫生服务的改善，以及8亿多农民身体素质和健康水平的提高。因此，各级政府对城乡医疗保障制度的统筹问题都给予高度重视。2009年3月出台的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中指出，“随着经济社会发展，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。……探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度”。2010年“中央一号文件”也明确提出，要“提高农村社会保障水平”，“逐步提高新型农村合作医疗筹资水平、政府补助标准和保障水平。做好新型农村合作医疗、农村医疗救助、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险制度的政策衔接”。这两个文件释放出同样的信号，即不断缩小各项医疗保险制度间差距，做好衔接工作，为将来的制度整合做准备。在中央政府尚未在全国范围内部署城乡医疗保障统筹发展政策的情况下，少数地区已经在城乡医疗保障一体化的道路上走在了前列，它们根据当地的具体情况，探索出适合本地经济社会发展的城乡统筹的医疗保障制度。这些地区的经验为在全国

范围内实现医疗保障制度的城乡统筹起到了引领和示范的作用^①。

（二）城乡医疗保障制度统筹发展的必要性

作为统筹城乡经济社会发展的一项重要内容，城乡医疗保障制度的整合关系着城乡居民享受医疗保障和健康服务的公平性和可及性，有利于实现城乡基本公共服务均等化和健康平等。

1. 二元结构下医疗卫生服务的城乡失衡要求医疗保障制度的整合与发展

城乡二元结构指维持城市现代工业和农村传统农业的二元经济形态，以及城市社会和农村社会相互分割的二元社会形态的一系列制度安排所形成的制度结构，包括城乡二元经济结构和城乡二元社会结构。城乡二元结构是发展中国家在经济增长和社会发展的现代化进程中普遍遇到的问题。由于二元经济社会结构的嵌入，城乡土地制度、户籍制度、劳动力流动政策、社会保障制度、金融体制和管理体制等制度和政策存在着二元分割的逻辑惯性和制度依赖，不利于经济增长和社会发展。特别是城乡医疗卫生服务在公平性、可及性和费用负担方面呈现出二元失衡现象^②，城乡居民的健康状况也存在较大的差距。医疗服务利用的最终效果是用人群健康状况来衡量的，而衡量人群健康状况时，由于健康测量的难度，一般使用人均期望寿命和患病率等指标评价。据统计，农村居民的因病死亡率是城市居民的2倍，因病致贫的比例平均为22%。第五次人口普查的资料也显示，城镇居民人均期望寿命为75.21岁，农村居民人均期望寿命为69.55岁。从城镇居民医保和新农合人群的患病率来看，2008年城镇居民医保人群的两周患病率最低，为145.6‰，新农合人群的两周患病率为178.4‰。^③可见，城乡居民的健康状况存在一定的差距。由于农村居民医疗服务利用率普遍较低，而且保障程度偏低，使得他们“小病扛，大病拖”，健康保障状况逊于城市居民。因此，为了促进城乡居民的健康平等，

① 这些地区的具体做法将在本书的第五部分进行介绍和分析。

② 关于城乡医疗卫生服务二元失衡的现象将在本书的第三部分具体分析。

③ 2008年第四次国家卫生服务调查结果。

需要整合城乡医疗保障制度,使得城乡居民享有公平的医疗保障。

2. 城乡基本公共服务均等化和健康平等需要城乡医疗保障的整合与发展

政府要为社会公众提供基本的、在不同阶段具有不同标准的、最终大致均等的公共物品和公共服务,这是公共财政的基本目标之一。当前,我国基本公共服务的非均等化问题比较突出,并由此使地区之间、城乡之间、不同群体之间在基础教育、公共医疗、社会保障等基本公共服务方面的差距逐步拉大,并已成为社会公平、公正的焦点问题之一。实行公共服务均等化在当前具有非同寻常的重大意义,有助于公平分配,实现公平和效率的统一,是缩小城乡差距和贫富差距以及地区间不均衡发展的重要途径。另外,当今世界面临的健康结果和卫生保健机会的不公平程度远远超过了30年前。世界卫生组织认为,每个人,不论男女、老幼、贫富,都有权获得公平、以人为本、可支付且高效的卫生保健。因此,促进健康平等不仅是公共卫生和医疗保障的重要原则,而且是社会公平、正义、共享的应有之义。总之,实现城乡基本公共服务均等化和健康平等也需要城乡医疗保障制度的整合与发展。

3. 当前我国城乡居民医疗保障制度分割的负面效应需要城乡居民医疗保障制度的整合与发展

目前我国的基本医疗保障制度是多元分割运行的体制,存在户籍标准(城市与农村)、就业标准(劳动者与居民)、行业部门标准(公职人员与普通劳动者)等,在制度分割上表现为职工医保、居民医保和新农合分立运行,在基金分割上主要表现为区县统筹,风险分摊范围有限。城乡医疗保障制度的多元分割与碎片化现象,固化了城乡二元结构和社会阶层结构,既不利于实现人员流动和社会融合,又不利于通过社会互济来分散风险、保持医疗保险基金财务的稳健性和可持续性,从而直接损害制度运行的效率。^①同时,城乡医疗保障制度分割运行体制不利于医保管理资源的

^① 郑功成. 医保制度多元分割运行:不公平,损效率[N]. 中国劳动保障报, 2009-06-09, A03.

整合和有效利用,易引发部门利益之争,加大医保政策复杂性,容易产生重复参保、漏保现象。

基于城乡二元医疗保障体制所造成的制度公平缺失(如医疗保障参保、筹资、待遇各项社会保障权的不同政策规定等)与效率损失(如行政管理成本的增加、保险基金安全性的降低、重复参保和漏保造成的制度缺陷等),以及由此对社会经济发展的阻碍作用(如限制了劳动力的自由流动、削弱了参保人员的就医选择权等),有必要对城乡居民医疗保障制度进行统筹整合。统筹城乡居民医疗保障制度是合理配置城乡医疗资源、提高城乡医疗卫生服务水平的现实需要,有利于缩小城乡差距,促进城乡经济社会均衡发展,有利于保障基本人权,促进社会公平,改善民生。

(三) 城乡医疗保障制度统筹发展的可行性

从城乡居民医疗保障制度统筹发展的可行性来看,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,以及坚持科学发展观和实施民生工程,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了坚实的政治基础;工业化、城镇化进程的加快,日益增强的政府财力和城乡居民可支付能力,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了经济基础;各项医疗保障制度的探索完善和有效衔接,基层服务平台建设和信息化网络建设,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了制度基础;社会民众对于公平医保和平等享受健康保障的诉求,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了社会基础。

1. 政治可行性

作为统筹城乡经济社会发展的一项重要内容,城乡医疗保障制度的统筹发展既属于城乡医疗卫生范畴,也属于城乡社会保障范畴。因此,统筹城乡经济社会发展的重要内容就是城乡医疗保障制度的整合与发展。城乡一体化的医疗保障制度的建设,关系着农村医疗资源和卫生服务的改善,以及8亿多农民身体素质和健康水平的提高。因此,各级政府对城乡医疗保障制度的统筹问题都给予很大重视。在中央政府尚未在全国范围内部署城乡医疗保障统筹发展政策的情况下,少数地区已经在城乡医疗保障一体

化的道路上走在了前列，它们根据当地的具体情况，探索出适合本地经济社会发展的城乡统筹的医疗保障制度。

国内外医保制度发展经验和医疗保障制度理论分析表明，医疗保障制度建设高度依赖政府在制度建构、财政资助和管理监督方面的作为。国家领导人或高层管理者意识到医保制度统筹发展的重要性，愿意做出承诺并承担责任，将此问题纳入政府议事日程和目标管理范畴是整合城乡医保制度建设发展所需的必要条件。从目前国内的情况看，医疗保障制度的整合已经具备政治可行性。首先，近些年来我国政府的执政理念和发展策略已经发生明显变化，高度重视并密切关注民生问题。温家宝总理在 2010 年“两会”政府工作报告中再一次强调，“改善民生是经济发展的根本目的。只有着力保障和改善民生，经济发展才有持久的动力，社会进步才有牢固的基础，国家才能长治久安”。其次，全民医保的目标已经纳入远景规划，卫生公平和公益性日益受到重视。最后，城乡医疗保障制度统筹建设的方向已经明确，局部试点已经开始，并取得一定成效。

2. 经济可行性

经济可行性是指城乡居民个人（家庭）和各级政府财政是否有能力承担城乡居民医疗保障待遇均等化所需资金。2010 年，全年国内生产总值 397983 亿元，比上年增长 10.3%，全年财政收入 83080 亿元，比上年增加 14562 亿元，增长 21.3%；其中税收收入 73202 亿元，增加 13680 亿元，增长 23.0%。2010 年我国经济运行已成功摆脱国际金融危机的负面冲击，经济增长率为 10.3%，开始进入常规增长轨道，物价涨幅趋稳。预计 2011 年全年经济增长可保持在 9% 左右，全年物价涨幅有望控制在 4% 以内。与应对金融危机初期相比，2010 年以来经济增长的动力结构发生积极变化，形成了市场驱动的投资、消费和出口共同拉动经济增长的良好格局。同时，物价涨幅出现趋稳迹象，资产泡沫化风险降低，经济运行从应对危机的特殊状态向正常增长轨道的转变有了重要进展。此外，货币信贷已回归适度增长区间，信贷投放节奏较为均匀，经济过热和通胀预期下降，资产价格泡沫化风险降低。综合看，2010 年以来，内需增长动力从政策推动转向市场驱动，出口恢复快速增长，显示我国经济运行已成功摆脱国际金融危机的负面冲击，开始进入常规增长轨道。

由于城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗都采取定额缴费的方式,并且财政补助承担缴费的大部分责任,因此现阶段的经济可行性主要取决于各级政府的财政能力。经济发达地区最早具备整合所需要的经济实力。这是因为:第一,经济发达带来财政充盈,财政对医疗保障的补贴能力增加;第二,在经济发达地区,由于城市化的推动,越来越多的农村居民转变为城镇居民或城镇职工,参加城镇职工医疗保险的比例不断增加,从而使需要财政补贴的人数减少;第三,经济发达地区的城乡居民收入普遍较高,有较高的缴费能力和缴费意愿,能够减轻财政筹资压力。目前,在我国东南沿海地区,城市化、工业化发展迅猛,经济发展飞速增长,已经具备制度整合条件。

3. 制度可行性

制度可行性不仅要考虑具体的制度设计问题,也要考虑城乡医保制度整合后的运行条件。首先,城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗具有很强的相似性,例如两个制度的保障对象都是非正规就业或无业的居民;筹资机制都是个人缴费结合政府补贴,并且是定额缴费,与居民收入水平不挂钩。城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗在参保人群及筹资方式上的相似性,使得两者的制度整合较为容易,参保群体也易于理解和接受。其次,关于城乡一体化的医疗保障制度建设,国内已经积累了不少案例和成功经验,在城乡居民基本医疗保障制度框架设计、实现路径、管理体制、经办人员、信息平台和技术支持等方面都已经初步具备了整合发展的条件。最后,新型农村合作医疗制度的多年运行,使得农村卫生服务体系逐步健全,农村卫生资源拥有量大大提高,卫生服务提供能力得到很大改善。同时,新农村建设大力发展了农村交通,对于农村居民来说,城市优质医疗资源的可及性大大增强。

此外,城乡医疗保障统筹发展还顺应了医疗保障制度的未来发展,主要表现在:

(1) 制度统筹发展有利于覆盖所有城乡居民,避免重复参保现象

目前在对医疗保险参保人数的统计过程中,重复统计现象非常严重。在统计数据中,单看城镇居民基本医疗保险的参保率和新型农村合作医疗的参保率,数值都很高,但若将二者合起来,则参保率要大幅度下降。究