

统筹城乡背景下 实现全民基本医疗保障的 模式与路径研究

叶小兰 陈滔 著



中国劳动社会保障出版社

统筹城乡背景下实现全民基本 医疗保障的模式与路径研究

叶小兰 陈 滔 著

中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

统筹城乡背景下实现全民基本医疗保障的模式与路径研究/叶小兰,陈滔著. —北京:中国劳动社会保障出版社, 2017

ISBN 978-7-5167-2930-4

I. ①统… II. ①叶…②陈… III. ①医疗保健制度-研究-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 041270 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)

*

中青印刷厂印刷装订 新华书店经销

787 毫米×1092 毫米 16 开本 18.25 印张 192 千字

2017 年 4 月第 1 版 2017 年 4 月第 1 次印刷

定价:54.00 元

读者服务部电话:(010) 64929211/64921644/84626437

营销部电话:(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) 50948191

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

前 言

城镇居民基本医疗保险制度的实施，标志着中国实现了基本医疗保障体系的制度全覆盖。由于受制于经济、人口等多种因素，以及前期发展路径的约束，我国现阶段的基本医疗保障体系还存在很多问题。覆盖不同人群的基本医疗保险制度在保障水平上存在较大差异；城镇和农村的医疗服务利用率受到保障制度的影响，体现出明显的差异；卫生资源分布和医疗服务可及性在城乡之间和不同地区间有极大的差异；老龄人口比重不断加大、流动人口持续增加等广泛存在的问题更是加剧了基本医疗保障制度城乡一体化的难度。要在城乡统筹的背景下实现三种制度无缝衔接，建立相同筹资标准和相同医疗费用保障水平的全民医保目标还有相当大的困难。因此我们必须选择具有前瞻性的模式，并不断优化实现路径。

因此本书把研究重点放在两个内容上：一是我国实现全民基本医疗保障的模式，包括筹资模式、医疗服务提供模式、管理模式；二是我国构建全民基本医疗保障体系的路径。为了达到预期的研究目的，本书采用文献复习、比较研究、实地调查、案例分析、专家咨询等研究方法，在国际经验借鉴的基础上，选择国内典型地区的医改实践为案例分析对象，通过国际比较和国内历时分析、共时分析提出政策建议，验证现有的基本医疗保障模式是否符合不同地区的实际情况；最后根据不同路径的实用性与可操作性，提出优化路径的建议。



本书的主体分为三个部分。第一部分是研究的理论基础与国际经验借鉴。第一章提出了研究的背景、意义、目的、内容、方法、理论基础和本领域前期研究成果。第二章、第三章、第四章从发达国家、发展中国家和转型期国家三个维度,分析不同国家的经验对我国的启示。第二部分是国内统筹城乡基本医疗保障实践的跟踪。第五章分析了我国统筹城乡背景下制约实现全民基本医疗保障的因素。第六章和第七章在沿海经济发达地区和中西部经济发展相对滞后的地区中选取了五个典型城市,分析其基本医疗保障体系的现状、改革历程,以及各自的经验和教训。第三部分是政策建议。第八章探讨了中国统筹全民基本医疗保障的模式选择,包括筹资模式、医疗服务提供模式和管理模式,指明未来发展方向和改革建议。第九章指出成渝模式更适合在中西部经济不发达地区推广,并在此基础上提出了可能的路径优化建议。第十章研究了全民基本医疗保障体系构建过程中,市场机制如何在筹资、管理模式和医疗服务提供等领域发挥作用。

本书的主要结论涉及构建全民基本医疗保障体系的模式和路径。

从筹资模式看,我国医保筹资比例并不恰当且可持续性堪忧。从长远发展考虑,应该进一步强化基本医疗保险的多元化筹资,尽可能减少个人在基本医疗保障领域的筹资比例,政府筹资主要体现在资助参保。

在医疗服务提供模式方面,我国现行的以公立医疗机构为主体的基本医疗卫生服务体系存在不少问题。基本医疗保险制度的设计



也使得高收入人群挤占低收入人群的医疗资源，城市居民挤占农村居民的医疗资源。未来的改革中，还要以公立医疗机构为主体，但是公立和私营医疗机构的分工一定要明确。公立医疗机构要强调自身的国营性质，更积极地参与基本医疗服务。私营医疗机构要利用自身优势充分发展，满足群众多元化的医疗服务需求。

为筹资和医疗服务提供配套的管理模式也需要改革。目前政府还没有完全从经办工作中脱离出来。未来我国政府应该明确其制度设计者的身份，重视制度建设，从顶层设计着手减少制度的碎片化；医保的运营也需要统筹，如果由在控制费用上有优势的部门负责医保运营，效率会更高。

在实现路径上，本书对五个典型城市的实现路径做了卫生经济学评价，指出成渝模式更适合在中西部地区推广，并提出了优化建议：①重视政府的制度供给功能。制度供给是国家意志得以在医保体系中体现的重要手段，甚至比财政补贴和监督管理更重要。其具体形式包括中央政府为各级医保管理机构和经办机构提供基本制度设计和运行等方面的决策和意见。②尽快建立城乡统一的目标。其实现方式有两种。一是先消除户籍身份不同造成的基本医疗保障差异，二是先消除就业状况不同造成的差异。经济发达地区可以考虑采用后者，经济欠发达地区更适合采用前者。③把握提高保障水平的节奏。提高待遇水平时要注意公平性和可持续性。现阶段我国最重要的任务是提高农村居民的保障水平，使之逐渐与城镇居民和城镇职工接轨。④规范医疗服务提供者的行为。由于医疗服务提供方没有动力控制医疗费用，而患者在消费医疗服务的过程中处于弱势

地位，没有能力选择医疗服务的内容和数量，因此医保管理方有必要并且有能力采取措施控制医疗费用支出。⑤把城乡居民纳入强制参保范畴。目前城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗（简称新农合）实施自愿参保原则，这会影响两种制度的筹资规模和保障水平，诱导逆向选择。因此需要尽快以立法的方式，明确城镇居民和农村居民基本医疗保险的强制性。

本书指出医保改革的重点和难点集中在农村地区和低收入人群。农村地区筹资水平低，医疗服务可及性差，只有把农村地区的基本医疗保障落实了，才可能实现全民医保。东部地区筹资能力强，农村人口比重小，可以通过自身的努力解决农村的基本医疗保障。而广大西部地区，农村人口总量大，所占比重高，不可能指望本来就比较弱的经济来支撑起农村地区的医疗保障。在这些地区，本地政府必须制定有针对性的医改政策，尽量引导医保资金和医疗资源配置向农村地区倾斜。同时还需要中央政府给予资金支持和政策保障，以及经济发达地区的技术支持。

本书重视结论和建议对中西部经济欠发达地区的适用性。中国实现全民基本医疗保障问题，重点在经济不发达地区，城乡统筹是关键。西部的问题解决了，农村居民的基本医疗保障问题解决了，中国的全民基本医疗保障一体化的实现可期。本书认为成渝模式是适宜在西部经济不发达地区推广的模式，并在此基础上提出优化路径的建议。

本书提出了“制度统筹优先”和“待遇统筹优先”。“制度统筹优先”是指先消除户籍身份不同造成的基本医疗保障制度差异。也



就是先统筹城市和农村居民的基本医疗保障，待时机成熟再使之与城镇职工统筹。这种方式能在短期内迅速实现城乡居民统筹，增加基本医疗保障制度的公平性。但是这种方式本身并没有改变农村居民的支付能力和缴费能力，可能会导致合并后的城乡居民医疗保障制度内部存在不同的缴费水平和保障水平，以内部的不公平取代以前外部的不公平。而且农村地区医疗服务可及性难以在短时间内迅速提高，农村居民实际享受到的医疗保障水平与城镇仍然会有较大差异。“待遇统筹优先”是指先消除就业状况不同造成的基本医疗保障制度差异。也就是先统筹城镇职工和城镇居民，之后再与农村居民统筹。由于同在城镇，职工和城镇居民能够享有的医疗服务水平基本相当，两者制度统筹后，很容易实现保障水平的一致性。城乡差异则会在制度上存在较长时间。笔者建议中西部经济欠发达地区采用“制度统筹优先”，同时注意引导新的卫生资源配置尽量向农村倾斜，提高农村地区医疗服务可及性。

本书强调谨慎提高保障水平。新农合和城镇居民基本医疗保险对财政补贴的依赖程度高，一旦财政收入下降，就会举步维艰。城镇职工基本医疗保险虽然对财政收入依赖不大，但筹资水平取决于就业率和工资水平，因此也会受经济波动的影响。所以要实现全民基本医疗保障必须首先考虑现有体制下医疗保障水平最低的农村居民，加强医疗资源在农村和经济不发达地区的配置，提高农村居民医疗服务的可及性。在此期间，保障水平最高的城镇职工可以不作大的调整，等到城镇居民和农村居民的保障水平和城镇职工接近了，再考虑整体提高所有参保人员的保障水平，使之与经济发展水



平相适应。这样才能保证制度的可持续性。

本书对于提高统筹层次持审慎态度。因为我国现有统筹层次的覆盖人群和基金规模已经相当大，而且目前经济和社会的二元结构相当明显，地区之间差异显著。如果急于提高统筹层次，其可行性低、预期效果差。我国现阶段的当务之急是构建高层次的调控机制，提高医疗保险的抗风险能力，实行不同制度间的互助共济和无缝对接。

本书最后还提出利用市场机制优化医疗服务提供的必要性。在引入市场机制时，要重视在公立医院引入市场机制，加强公立医院之间的竞争，以提高公立医院的效率，促进基本医疗保障制度的改革。公立医疗机构虽然是非营利性质，但是如果缺乏外部约束条件，难以主动通过竞争提高服务质量，控制服务价格的。因此必须引入外部竞争，大力发展民营医疗服务机构。

本书研究视角更注重制度背后的深层次理论。在考察模式时，不是简单地套用现有的分类，而是从筹资补偿、医疗服务提供、管理三个方面讨论构建基本医疗保障体系的模式。国际经验介绍部分视野更宽、更全面，不限于已经实现全民基本医疗保障制度的国家，还包括发展中国家和转型期国家。在这些国家不仅关心其医疗保障体系的现状，也研究其构建过程；不仅总结不同国家的经验，也关注各个国家的教训。结论和建议特别重视研究结果在西部经济不发达地区的适用性和可推广性。

目 录

第一章 绪 论	1
一、研究的背景和意义	1
二、研究的目的、内容和方法	5
三、本领域前期研究成果	10
第二章 发达国家实现全民医疗保障的经验与借鉴	15
一、英国的国家卫生服务保障体系	16
二、德国的社会医疗保险保障体系	22
三、美国的医疗保障体系	34
四、发达国家经验对我国的启示	39
第三章 发展中国家构建基本医疗保障体系的努力与困难	48
一、南非的基本医疗保障体系	49
二、印度的基本医疗保障体系	53
三、发展中国家构建基本医疗保障体系的困难及对我国的 启示	57
第四章 转型期国家实现全民基本医疗保障的路径和启示	62
一、韩国医疗保障体系的模式与路径选择	63
二、俄罗斯医疗保障体系的模式与路径选择	67
三、转型期国家对我国的启示	72
第五章 构建全民基本医疗保障体系的影响因素实证研究	76
一、统筹城乡进程中,我国基本医疗保障体系的发展	76



二、影响我国全民医疗保障体系的因素分析	80
三、全民医疗保障体系影响因素实证分析	103
第六章 经济较发达地区基本医疗保障改革历程及经验	114
一、上海市基本医疗保障体系的现状及改革过程	115
二、苏州市基本医疗保障体系的现状及改革过程	122
三、珠海市基本医疗保障体系的现状及改革过程	125
四、经济发达地区的经验总结	130
第七章 中西部经济欠发达地区在统筹城乡背景下构建全民 基本医疗保障体系的实践探索	133
一、统筹城乡对经济欠发达地区构建基本医疗保障体系的 影响	133
二、重庆市基本医疗保障体系的现状及实践探索	138
三、成都市基本医疗保障体系的现状及实践探索	142
四、成渝两地的经验	151
第八章 我国实现全民基本医疗保障应采用的模式	157
一、筹资模式	158
二、医疗服务提供模式	169
三、管理模式	182
第九章 我国实现全民基本医疗保障的路径选择	191
一、成渝地区的路径更适合在中西部地区推广	192
二、确立路径时要综合考虑各项绩效指标	197
三、优化路径的建议	210



第十章 商业健康保险在多层次医疗保障体系中的独特作用及其发挥	247
一、充分发挥商业健康保险在健康筹资中的作用	248
二、商业健康保险介入，深化基本医疗保险管理模式创新	253
三、引入市场机制，加快医疗服务体系改革	260
参考文献	269

第一章

绪 论

一、研究的背景和意义

健康是人类共同的需求。随着生活水平的逐渐提高与改善，个人对健康日益重视，健康对社会经济的影响也日趋深入。各国政府高度重视公民的健康权，并将国民总收入的一定比例用于卫生费用支出，同时积极构建医疗保障体系，帮助国民抵御医疗费用风险，维护国家健康水平。

我国政府经过多年努力，已经建立起多种制度并存的基本医疗保障体系。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（简称新农合）和城乡医疗救助共同分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群，实现了基本医疗保障的制度全覆盖。同时财政补贴逐年增加，保障范围和报销比例逐步提高，“看病难、看病贵”的问题得到了缓解。2009年，我国政府出台了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（简称“新医改”），明确“到2020年建立覆盖全体城乡居民的基本医疗保障体系”的中长期发展目标。这个发展规划强调了扩大基本医疗保障覆盖面的目标，以不同制度、不同方式扩大覆盖面，最终覆盖所有城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困



难人群。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。2015年3月,李克强同志在第十二届全国人民代表大会第三次会议上所作的政府工作报告中首次提出“健康中国”概念,指出“健康是群众的基本需求,我们要不断提高医疗卫生水平,打造健康中国”。2015年10月,中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议通过会议公报,提出“推进健康中国建设,深化医药卫生体制改革,理顺药品价格,实行医疗、医保、医药联动,建立覆盖城乡的医疗保障体系”,把“健康中国”上升为国家战略。2016年10月,国务院颁布《“健康中国2030”规划纲要》,明确提出把人民健康放在优先发展战略地位,并细化了健康发展目标,如到2030年人均预期寿命达到79岁。

但是我国距离这一目标还有较大的差距。首先,多个基本医疗保险制度的保障水平存在较大的差异。在基本医疗保险体系的三种制度中,城镇职工基本医疗保险的报销范围和报销比例明显高于城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度。以重庆市为例,2006年全市新农合住院平均补偿率约为27%,而城镇职工医疗保险住院平均补偿率约为60%。到了2010年,全市城乡居民合作医疗保险的补偿水平为30%~45%^①,与城镇职工的差距在缩小,但是依然显著。补偿率相应地决定了患者的自付率,新农合的患者自付率高达60%~70%,而城镇职工医疗保险的患者自付率只有30%~40%。保障水平的差异主要源自筹资水平的差距。在城市地

^① 因为缺乏官方披露的数据,我们利用重庆市官方网站,穷尽所有关于2010年医疗费用的咨询及官方的回答,统计出当年的保险比例为补偿范围内的30%~45%。异地就医报销比例更低。



区,职工和居民的缴费标准悬殊;而在农村地区,由于农村居民支付能力较弱,这种差异更为普遍、明显。以2010年为例,当年全国新农合的平均筹资水平为246.2元每人每年。而城镇职工基本医疗保险的平均筹资水平约为1667元每人每年。筹资水平悬殊也导致两者的补偿率有较大差距,相应地决定了患者的自付率有较大差异。

其次,我国城乡的医疗服务利用率存在很大差异。从1998年到2003年,城乡居民对医疗卫生服务的利用率处于下滑阶段,两周就诊率、住院率明显下降,未就诊、未住院比率明显上升。之后随着新农合与城镇居民基本医疗保险的推进,城乡居民医疗保险覆盖面扩大,门诊统筹试点增加和住院补偿比例提高,原来受到压抑的医疗需求陆续得到释放,患者负担减轻,医疗服务利用率相应增加。据原卫生部统计,2010年1—4月,医院医师日均负担6.9诊疗人次和2.4住院床日,社区卫生服务中心医师日均担负14.1诊疗人次和0.7住院床日,乡镇卫生院医师日均担负9.8诊疗人次和1.4住院床日,医师工作负荷加大,病床的使用率提高,医院平均住院日缩短。但是不同人群之间卫生服务利用差异依然明显。2008年两周就诊率平均为145.5‰,其中享有公费医疗的人群为187‰,最低的是城镇居民,仅为104‰。两周住院率平均为68.4‰,其中公费医疗人群为139.1‰,无医保人群仅为43‰。^①

原卫生部调查统计显示,2013年我国居民两周就诊率平均为13%,其中城镇职工医疗保险就诊率为13.4%,城镇居民医疗保险

^① 2011年5月卫生部统计信息中心在全国范围内开展了医改阶段性评估专题调查,结果显示近三年医疗服务利用率有所上升。

就诊率为 12.4%，新农合就诊率为 13.3%，其他社会医疗保险就诊率为 14.8%，无社会医疗保险的就诊率为 8.4%。住院率平均为 9%，其中城镇职工基本医保住院率为 11.2%，城镇居民基本医保住院率为 7.1%，新农合住院率为 9%，其他社会医疗保险住院率为 8%，无社会医疗保险住院率为 5.1%。

另外卫生资源分布和医疗服务可及性有极大的地区差异。经济发达地区远远超过经济不发达地区，城市超过农村。医疗机构的分布具有很大的地区差异性。医疗机构的数量和经济的发达程度相关，农村医疗机构数目少、级别低，而且农村卫生技术人员数量少、床位少。卫生资源分布不均衡还表现在医院按级别统计的数量和经济的发展状况直接相关，通常经济越发达的地区，高级别的医院越多。医疗机构的床位分布也同样具有明显的地域性。经济条件较好的市、县级医疗机构覆盖的城市人口每千人床位数明显多于农村。而且近年来每千人床位数的城乡差距不仅没有缩小，反而有一定的扩大倾向。

未来我国要完全实现基本医疗保险制度的无缝衔接还相当困难。目前中国基本医疗保险的扩面工作，实际是制度分割之后的扩面。参保人群按照户籍和就业与否分属不同的保险计划，而且就在同一制度内部，大多数地区还存在由于年龄、健康状况、缴费能力等不同而导致的医疗保障差异。可以预见，中国的全民基本医疗保障体系在未来会面临一系列的挑战，如经济总量持续上升但是人均 GDP 在全球的排位并没有显著增长，老龄人口比重不断加大，流动人口持续增加等，广泛存在的城乡差异更是加剧了医改的难度。

在统筹城乡的背景下，如何应对种种挑战，公平、有效地构建



覆盖全民的基本医疗保障体系，必须引起理论界和实务界足够的重视。实现全民基本医疗保障的最佳模式是什么；现在的筹资模式、服务提供模式与管理模式存在什么问题，未来会如何发展；如何在全国范围内按照城乡统筹的思路，实现全民一致的基本医疗保障体系；西部经济不发达地区如何以最优路径实现基本医疗保障的城乡统筹。这些都是构建全民基本医疗保障体系不可回避的重大问题。为了回答这些问题，本书立足国际视野，追踪各地医改实践，分析研究中国在统筹城乡背景下实现全民基本医疗保障的模式和路径，具有重要价值。

二、研究的目的、内容和方法

本书旨在分析我国在统筹城乡背景下构建全民基本医疗保障体系面临的难点，探索适合中国独特国情的基本医疗保障模式和实现路径，为未来全国范围内基本医疗保障体系的发展提供指导，推动医改顺利进行。

本书讨论的“基本医疗保障”是一个动态的概念，指与当时当地社会经济发展水平相适应的、受益面广、成本效益好、符合卫生资源最优配置，在政府、集体、个人承受范围内的医疗服务保障。基本医疗保障的水平会随着经济发展水平和社会团结互助水平的变动而调整。基本医疗保障提供的保障内容是医疗服务，医疗费用报销只是实现的手段之一。

本书讨论的“基本医疗保障体系”是指保障基本医疗服务的有机体。基本医疗保障体系由多个制度构成，其具体形式可能会因为管理机构不同或运行方式不同而有变化，但是不管有几个制度，各自如何运行，都必须实现无缝对接，才有可能为全体公民提供基本