



中国城乡居民基本医疗 保险制度整合研究

朱恒鹏 等◎著

中国社会科学出版社



居民医保结报
相关手续办理

中国城乡居民基本医疗 保险制度整合研究

朱恒鹏 等◎著

中国社会科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国城乡居民基本医疗保险制度整合研究 / 朱恒鹏等著,
—北京: 中国社会科学出版社, 2017. 2
ISBN 978 - 7 - 5161 - 8964 - 1

I. ①中… II. ①朱… III. ①基本医疗保险—保险制度—
研究报告—中国 IV. ①F842. 613

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 227455 号

出 版 人 赵剑英
责任编辑 喻 苗
责任校对 张 川
责任印制 王 超

出 版 **中国社会科学出版社**
社 址 北京鼓楼西大街甲 158 号
邮 编 100720
网 址 <http://www.csspw.cn>
发 行 部 010 - 84083685
门 市 部 010 - 84029450
经 销 新华书店及其他书店

印 刷 北京君升印刷有限公司
装 订 廊坊市广阳区广增装订厂
版 次 2017 年 2 月第 1 版
印 次 2017 年 2 月第 1 次印刷

开 本 710 × 1000 1/16
印 张 11
插 页 2
字 数 119 千字
定 价 45.00 元

凡购买中国社会科学出版社图书,如有质量问题请与本社营销中心联系调换
电话:010 - 84083683
版权所有 侵权必究

《中国城乡居民基本医疗保险制度整合研究》写作分工：朱恒鹏设计全书框架，负责第一章、第六章及全书修订；杜创撰写第二章并协助修订了书稿，彭晓博撰写第三章及第五章第二、三节；高秋明撰写第四章及第五章第一节。

摘 要

中国当前正在进行的城乡居民基本医疗保险制度整合，即整合城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗，是推进共享发展的重大举措。本书基于实际调研和公开数据研究了涉及这一制度整合的一系列问题，包括制度整合的基础与紧迫性、影响不同地区制度整合进展差异的因素、不同地区制度整合的经验与模式，以及部分地区的“三保合一”探索。有下列主要结论：

制度整合的基础与紧迫性。从全国层面看，中国当前正处于城镇化的关键时期，城乡居民基本医疗保险制度整合是城镇化进程的一部分。城镇居民医保与新农合的筹资都由财政主导，构成制度整合的基础。城镇化进程中的大规模人口流动、财政主导城镇居民医保新农合筹资、医疗服务中固有的信息不对称，三因素结合，导致了城乡居民基本医疗保险的软预算约束问题，如重复参保、福利竞赛等。软预算约束和其他多种因素共同作用，使城镇居民医保、新农合基金压力问题逐渐浮现，当前城乡居民基本医疗保险制度整合有紧迫性。

影响制度整合进展的因素：（1）各地城镇化水平不一，

城镇居民医保新农合基金压力有异,城乡居民基本医疗保险制度整合的压力动力也就不同。最早一批实现制度整合的,都是市场化程度、城镇化水平高且城乡一体化的地区。医保/新农合基金压力大的地区也更倾向于整合制度。(2)城镇居民医保、新农合由不同行政部门主管,在管理经办体制、基金统筹层次、实际筹资、实际待遇等方面有差异。而且,各地差异程度也不相同。从实际进展看,因为“指标效应”(对其他地区的示范意义),越是重要的特大城市,管理体制造成的整合障碍越大。

不同地区制度整合的经验与模式。以地级市为基本考量单位,有几点经验:(1)管理与经办体制。大部分地区选择整合到人社部门进行管理,而整合到卫生部门有两种情况:城镇人口较少、经济较不发达的郊县,以及农村参保人群有特殊特征的地市。财政体制(如“省管县”)、地级市所辖县级区域平均人口等是影响基金统筹层次选择的重要因素。(2)筹资与待遇。当城镇居民医保、新农合的筹资待遇水平差距较大时,实行两档或多档是可行选择;但档次选择同时受到当地财力、县级区域人口占全市比重等因素影响。(3)制度整合阶段可能带来财政负担增加。除了筹资中名义财政补贴的增加之外,还包括财政兜底支出的增加,以及相关的信息化建设等。特别是兜底支出,从各地实践来看,整合带来的需求释放往往难以准确测算,可能带来财政负担的大规模增加。(4)制度上进行市级统筹的地区仍可以通过基金分级管理来实现基金的县级统筹。不过分级管理基础上的调剂金制度,其效果或许并不比直接统收统支要好,因为地方可能通过减小结余的努力来侵占调剂金部分,而政府作为统收统支管理者的角色在理论

上要比各县支出协调者的作用有效。(5) 地方在实际操作中, 选择了不同的整合路径, 各有利弊。

部分地区已实现“三保合一”。在一些城镇化水平较高、城乡一体化地区, “三保合一”已实现, 即将城镇居民医保、新农合与城镇职工医保统一为一项基本医保制度。最早一批完成城乡居民基本医疗保险制度整合的地区位于广东、浙江、江苏等地, 如广东东莞、中山、佛山, 浙江嘉兴, 江苏常熟等。这些地区一般是首先建立城镇职工医保(与全国一致), 然后在国家试点推广新农合的背景下, 建立新农合。但此后往往不会单独建立城镇居民医保, 而是直接将其余无保险群体纳入原新农合, 建立城乡统一的基本医疗保险, 并进一步推动与城镇职工医保整合实现“三保合一”。以东莞为代表的“三保合一”的整合路径是, 首先对所有居民提供一项统一的基本医保, 统一缴费和待遇水平, 然后在该基本医保之上提供补充医保, 且只有参加了统一的基本医保才能参加补充医保。

基于本书的研究, 我们提出下列政策建议: (1) 明确城乡居民基本医疗保险“保基本”的定位; (2) 对整合阶段的财政投入增加应有充分预期; (3) 整合后的医保应当在调解医疗资源配置中发挥更积极的作用; (4) 将“三保合一”作为重要的改革方向。

目 录

第一章 导论	(1)
第一节 背景	(1)
第二节 问题	(3)
第三节 研究方法	(4)
第四节 主要内容	(5)
第二章 制度整合的基础与紧迫性	(17)
第一节 城镇化是制度整合的大环境	(17)
第二节 财政主导筹资是制度整合的基础	(19)
第三节 软预算约束催生制度整合紧迫感	(30)
第三章 不同地区制度整合进展差异分析	(42)
第一节 制度整合的动力压力,因地方经济社会 条件而不同	(43)
第二节 城乡制度差异造成整合困难,程度因地 而异	(56)

第四章 不同地区制度整合的经验与模式	(79)
第一节 管理与经办整合	(79)
第二节 筹资与待遇整合	(96)
第三节 不同的整合路径	(121)
附录 本章第二、三节分析样本所包含的城市 列表	(128)
第五章 “三保合一”:未来趋势?	(131)
第一节 各地趋向“三保合一”的政策梳理	(133)
第二节 “三保合一”的典型案例分析:东莞	(139)
第三节 “三保合一”的意义、困难和出路	(155)
第六章 结论与政策建议	(160)
第一节 结论	(160)
第二节 政策建议	(162)

第一章

导 论

第一节 背景

党的十八大报告要求“统筹推进城乡社会保障体系建设，整合城乡居民基本养老保险和基本医疗保险制度”。十八届三中全会也对整合城乡居民医疗保险作出了部署。在工作推进方面，十二届全国人大一次会议审议通过的《国务院机构改革和职能转变方案》明确提出“城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险（以下简称‘城镇居民医保’）、新型农村合作医疗（以下简称‘新农合’）的职责，整合由一个部门承担”，《国务院办公厅关于实施〈国务院机构改革和职能转变方案〉任务分工的通知》也就此问题给出了明确的时间要求。从实际情况看，2012—2015年，这项工作的总体进度滞后于中央要求。直到2015年底，十八届五中全会关于十三五规划的建议，明确提出十三五期间要实现城乡居民基本医疗保险制度整合，相关工作才明显提速。

2016年1月，国务院发布《关于整合城乡居民基本医

疗保险制度的意见》(以下简称《意见》)(国发〔2016〕3号),确定了统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理的制度整合“六统一原则”。《意见》要求:“各省(区、市)要于2016年6月底前对整合城乡居民医保工作作出规划和部署,明确时间表、路线图,健全工作推进和考核评价机制,严格落实责任制,确保各项政策措施落实到位。各统筹地区要于2016年12月底前出台具体实施方案。”

整合城乡居民基本医疗保险制度已经成为贯彻共享发展理念,建立更加公平、可持续医疗保障制度的必然要求。研究城乡居民基本医疗保险整合的过程与制度设计,具有重要的意义。

第一,政策意义。总结各地城乡居民基本医疗保险制度整合的趋势和要求,有助于提出可操作的制度整合办法。学术界前期的研究也主要集中在要不要整合以及由哪一个部门统一管理等问题上,缺乏对制度整合层面的深入研究。已经启动工作的地方大多根据本地实际情况加以推进,有的局限于整合经办资源,有的着力于理顺管理体制,有的统筹考虑了制度整合,呈现出很强的自发性、分散性、多样性特点,这虽然有利于地方灵活操作,在短期内推动工作,但各地在具体措施上五花八门,不利于下一步在国家层面统筹规划城乡居民基本医疗保险制度。

第二,理论意义。城乡居民基本医疗保险制度整合提供了一次难得的政策实验,可以观察中央政府与地方各级政府之间及政府内部不同部门之间的关系。城镇居民医保原属人力资源与社会保障部门主管,新农合原属卫生行政部门主管,制度整合遇到的第一个现实难题就是整合到哪

个部门。从政策层面看，虽然中央文件多次要求加快城乡居民基本医疗保险制度整合，但对于具体整合到哪个部门（人力资源与社会保障部门或卫生行政部门），并没有明确规定。在此背景下，地方开展的制度整合就带有很大的自发性特点，相当于一场“自然实验”；整合的过程、结果，耐人寻味。

第三，“三保合一”的前瞻性研究。部分地区已在尝试“三保合一”，即城镇居民医保、新农合、城镇职工医保三项制度整合，并积累了一些经验。这些经验是否可以向全国推广？如果可以，如何推广？这些问题涉及城乡居民医保整合之后的发展方向，尚无明确政策要求，相关研究具有前瞻性。

第二节 问题

本书将重点研究下列问题。

1. “两保”（城镇居民医保与新农合）整合的基础是什么？在当前是否具有紧迫性？

2. “两保”整合困难何在？为什么地方进度不一：有的地方早就整合了，有的地方还不见动静？不可否认，“两保合一”进度取决于地方政治决策，但同样需要关注制度、政策层面的基础。是否城镇居民医保与新农合政策相似度更高的地区“两保合一”进度更快？差异性更高的地区进度更慢？决定城镇居民医保与新农合政策异同的社会经济因素是什么？

3. 对于已经整合的地区，为什么会出现不同的整合模

式？如何评价其效果及对全国的借鉴意义。

4. “两保”整合是就此止步还是可以有更长远的发展规划？是不是可以将城镇居民医保、新农合、城镇职工医保整合为一项制度，实现“三保合一”，建立全民健康保险？“三保合一”对于促进公平，打破城乡、地域限制，促进劳动力自由流动，适应快速变化的就业模式有何意义？在医改大框架中，为了让医保制度整合可以更顺利向前推进，为了让整合效应更好发挥，需要改革哪些配套制度？

第三节 研究方法

本书综合运用了文献分析、实地调查、统计分析等方法研究前述四大类问题。

新农合与城镇居民医保已经开展了一段时间，国家层面及各地方的政策文本都很丰富，政策比较分析可以给出一些有益的启示。具体包括：（1）城镇居民医保与新农合的政策文本比较；（2）国家和地方层面、地方与地方之间城镇居民医保的政策文本比较；（3）国家和地方层面、地方与地方之间新农合的政策文本比较。通过政策文本比较，可以看到城镇居民医保与新农合的相似性、差异性；可以看到各地在将中央政策具体化时的思路异同。将政策文本分析与实际数据、实地调查结合起来，还可以清晰展现政策与实际执行之间的差异。

除政策文本外，我们还参考了一些理论文献。分析医疗保险信息不对称导致的逆向选择、道德风险问题，已经有很成熟的经济学理论。但是财政投入主导居民基本医疗

保险的筹资，加上中国正处于城镇化进程中，这些特点使得问题复杂化了。本书将结合中国实际，从理论上分析相关问题。

理论、政策文本与现实之间往往存在很大的距离，需要通过实地调查来弥补。2014年，本书课题组前往江苏、浙江、山东、广东、河南、青海等地调研。在调研地区样本选择上展现出多样性，具体包括以下几类：（1）已经实际实施“两保合一”的地区：广东东莞（已实现“三保合一”）、佛山（“两保合一”、市级统筹）、浙江开化（“两保合一”、县级统筹）、江苏常熟（“两保合一”、卫生部门管辖）、山东青岛（已实现“两保合一”、正酝酿“三保合一”）、贵州毕节（“两保合一”、卫生部门管辖）。（2）已有“两保合一”政策，但调研时尚未实际实施的地区：青海西宁（2015年1月1日实施）。（3）尚未有两保合一政策的地区：河南洛阳、江苏宿迁。调研主要采取座谈形式，与当地人社、新农合、财政、医院等部门人员面对面交流，同时采集了调研地区（及周边地区）大量第一手资料。

限于时间、精力，实地调查获得的数据资料有一定滞后性，而且只能是典型调查。为此，本书还基于公开发布的全国范围数据开展统计分析，以勾勒制度整合进程的全貌。

第四节 主要内容

一 制度整合的基础与紧迫性

当前我国正处于城镇化深入发展的关键时期，农村人

口不断向城镇集中,但大量农业转移人口难以融入城市社会,市民化进程滞后。2.34 亿农民工及其随迁家属被统计为城镇人口,却未能在教育、就业、医疗、养老、保障性住房等方面享受城镇居民的基本公共服务,既不公平又影响社会稳定。为此,国家出台了一系列政策,要求调整户口迁移政策,统一城乡户口登记制度,稳步推进义务教育、就业服务、基本养老、基本医疗卫生、住房保障等城镇基本公共服务覆盖全部常住人口。城镇居民医保和新农合的目标人群分别是城镇户籍和农村户籍,从事实上强化了户籍分割,不利于城乡社会保障制度的一体化进程。可以说,整合城乡居民基本医疗保险制度,是在中国城镇化背景下展开的,既是整个城镇化进程的重要部分,也可在很大程度上推进乃至加速城镇化、市民化。

城镇居民医保与新农合在大多数地区实行定额缴费制,且以财政补贴为主,构成了两项制度整合的基础,也符合公共财政“补需方”的国际通行做法。2010 年,中央政策统一规定的城镇居民医保、新农合财政补助水平为人均 120 元,此后逐年提高,2015 年全国人均筹资达到 500 元,财政补助不低于 380 元。近年来财政补助占筹资额比重略有下降,个人缴费比重虽略有上升,但从总体看,财政补助占比仍接近 80%。财政主导居民医疗保险筹资,也体现了政府执政的新理念,即在市场经济条件下,为弱势群体提供基本医疗保障和其他社会保障,不仅是维护公平正义的必然要求,也有助于构筑社会安全网,促进市场经济长远、健康发展。

但是,城镇居民医保和新农合以城乡户籍作为参保依据,人为划分参保人群,不仅从事实上强化了户籍分割及

其附属的社会保障制度，不利于城镇化进程中的市民化，也与公平正义相违，有必要加以整合。并且，制度分割与城镇化中的人口流动、医疗保险的信息不对称和软预算约束相互交织，引发了福利竞赛和重复参保等负面效应，也对医保基金产生了压力，使得制度整合更加迫切。从政策设计上说，城镇居民医保与新农合分别覆盖不同群体——一城、一乡。但是由于两类保障的自愿参与性质、参保对象性质相似及城镇化进程中对部分群体的重叠覆盖，二者存在着一定程度的竞争，引发了包括福利竞赛、重复参保在内的负面效应。两制度经办部门间经办管理信息系统不对接，无法及时甄别重复参保现象，造成财政资金重复补贴、无效支出。在一些地区，城镇居民医保和新农合为了“争抢”参保者，大幅度提高基本医疗保障水平（福利竞赛），结果放大了医疗服务提供方和需求方的道德风险，导致医疗费用急剧上涨，甚至引起城镇居民医保/新农合基金透支，增加财政支付压力。这种福利竞赛根源在于基本医疗保险财政兜底，两制度的主管部门及其经办机构无须负责福利竞赛的成本（基金透支），却可以获得政绩。福利竞赛不断推高基本医疗保险的保障水平，已在某种程度上超越了我国现阶段的经济财政实力，且使基本医疗保险机构处于事实上的买方垄断地位，挤压商业保险空间，影响商业医疗保险发展，并可能诱发供方市场走向集中。

二 不同地区制度整合进展的差异分析

尽管中央层面政策文件早前已提出对城镇居民医保和新农合进行整合的要求，但从实际情况看，这项工作的总

体进度较为滞后。一些地方实现了整合，但更多地方不见动静，原因何在？

我们认为，各地城镇化水平不一，城镇居民医保新农合基金压力、医疗服务供给能力有异，城乡居民基本医疗保险制度整合的压力动力也就不同，进程各异。最早一批实现制度整合的，都是市场化程度、城镇化水平高，城乡一体化的地区。城镇居民医保/新农合基金压力大的地区也更倾向于整合制度。医疗服务供给能力越强、竞争越充分的地区，因为预算软约束带来的基金支出压力越小，制度整合的压力也就越小。

最早一批完成城乡居民基本医疗保险制度整合的地区，位于广东、浙江、江苏等经济发达、城镇化水平较高、城乡一体化的地区，如广东东莞、中山、佛山，浙江嘉兴，江苏常熟等。这些地区一般是与全国一致，首先建立城镇职工基本医疗保险（城镇职工医保），然后在国家试点推广新农合的背景下，建立新农合。但此后往往不会单独建立城镇居民医保，而是直接将其余群体纳入原新农合，建立城乡统一的基本医疗保险，并进一步推动与城镇职工医保整合，实现“三保合一”。

基金压力、医疗服务供给也是影响制度整合的重要因素。医疗保险作为医疗体制的组成部分之一，其改革必不仅源自和关乎自身，亦与诸多其他因素紧密相关。从基金运行情况来看，基金结余较多地区，往往没有整合压力（如宿迁、洛阳），反之便有压力和动力来推进整合以便缓解基金超支状况（典型地区是福建三明）。医疗资源的丰富性和供方竞争度也是影响“两保”整合的影响因素，医疗资源越丰富（如洛阳）、供方竞争越充分（如宿迁），给医