



Study on China's Social Health
Insurance: Theory, Regulation and Reform

我国基本医疗保险 制度研究

张春丽◎著



中国政法大学出版社



Study on China's Social Health
Insurance: Theory, Regulation and Reform

我国基本医疗保险 制度研究

张春丽◎著



中国政法大学出版社

2016·北京

- 声 明
1. 版权所有，侵权必究。
 2. 如有缺页、倒装问题，由出版社负责退换。

图书在版编目（C I P）数据

我国基本医疗保险制度研究/张春丽著. —北京:中国政法大学出版社,
2016. 8
ISBN 978-7-5620-6902-7

I. ①我… II. ①张… III. ①医疗保险—保险制度—研究—中国
IV. ①F842. 684

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第181038号

书 名	我国基本医疗保险制度研究 WOGUO JIBEN YILIAO BAOXIAN ZHIDU YANJIU
出版者	中国政法大学出版社
地 址	北京市海淀区西土城路 25 号
邮 箱	fadapress@163.com
网 址	http://www.cuplpress.com (网络实名: 中国政法大学出版社)
电 话	010-58908435(第一编辑部) 58908334(邮购部)
承 印	固安华明印业有限公司
开 本	880mm×1230mm 1/32
印 张	8.75
字 数	252 千字
版 次	2016 年 8 月第 1 版
印 次	2016 年 8 月第 1 次印刷
定 价	36.00 元

目 录

引言	1
第一章 医保制度的人本价值及其功能	8
第一节 医保制度与医保法律关系	10
第二节 医保的人本价值：法的基本价值的检验	32
第三节 医保价值体系的厘定	47
第二章 医保制度现存问题	
——以医保法律关系为线索	51
第一节 医保价值体系在制度运行中面临的困境	51
第二节 筹资分配失之公平	54
第三节 医保服务成本控制失灵	59
第四节 改革期社会问题缩影	72
第五节 大权利、小救济	80
第三章 医保制度问题根源	
——人本价值之违反	84
第一节 目标缺失	84
第二节 筹资分配比例不调之殇	91
第三节 成本控制失灵	112
第四节 社会安全网之博弈	151
第五节 救济机制之憾	153

第四章 解构医保制度的国际视野	156
第一节 医保制度目标	156
第二节 筹资分配制度的国际比较	159
第三节 成本控制制度的国际比较	172
第四节 社会安全网：医保制度的起源与变革	222
第五节 责任与救济	227
第五章 我国的改革：如何重拾医保人本价值？	235
第一节 目标	235
第二节 筹资分配之公平保障	239
第三节 成本控制	247
第四节 社会安全网功能之重构	261
第五节 责任与救济机制之完善	268
结 论	271
参考文献	274

引 言

一、本书研究的目的和意义

人在法律中的位置，是法的终极问题。医保是民生保障的重要组成部分，意义深远，惠及全民。医保制度应是以参保人为核心的多重法律制度的集合。医保制度问题的解决，是社会保险制度的复杂问题如何解决的缩影，同时也是社会问题映射于法律之中，依法的基本价值，在法律关系与社会关系一一对应的逻辑中，展开自我检验、厘清制度症结、找到法律变革路径，并最终回答人在医保及社保法律制度中的位置的问题。

医保是社保的重要一环。在全民医保的大格局下，医保制度于筹资分配环节是个人收入分配的重要手段；医保基金市场化投资与个人财产权保护直接相关；随着医改的深化，医保制度于资金利用环节与公众健康权利密切相关。因而，同时涉及收入分配、垄断行业规制及公众资金投资的医保制度，是否符合民主社会中社会公平正义的要求，于民生保障而言，是不可避免的现实问题；在私人社会与政治国家的语境中，又具有伦理意味；在现实与伦理的双重拷问中，呈现出我们所熟悉的法律图景：人在法律中的位置？

对我国基本医疗保险制度的研究具有以下几个方面的意义。

第一，回答参保人及其他社会主体在医保法律中的位置。人在法律中的位置，是法的终极问题。对这个问题的回答，既可以抽象到人是目的抑或手段之争，又可以具体到法律价值、法律目标、法律原则和法律规则。本书在医保法律价值体系研究中，探析冲突与统一、多元与一体，以求在一个完整的体系中——从价值体系即医保价值、目标、原则，到制度体系即筹资分配、投资收益、资金利用制度——看清人在医保和社保法律制度中应有的位置。

第二,厘清我国现行医保法律症结的社会根源及理论根源。随着市场经济改革的深入,我国收入分配格局重新划分,社会保险与保障制度的重要性日渐凸显。但在转轨时期,立法因兼顾和妥协而生的弊端也逐渐浮现。医保制度,是社会保险收入分配的重要一环;医疗问题,自十七大开始就是我国政府关注的民生问题。近几年我国社会保险和医疗保险领域均发生了重大变革,立法逐渐完善,改革日渐深入,问题也逐渐暴露。医保制度是个人收入分配的重要一环。但实践中,医保制度对中高收入阶层的收入分配效果不明显,低收入者医保缴费负担偏重,自愿缴费者无政府补贴,负担更重,老年人医保资金不足,农村医保给地方财政带来巨大压力。自省级到乡镇级的医保经办机构定位不清、职能不全、财权与事权不匹配、无法保障契约型公共服务的质量与效率等问题日渐凸显。老龄化社会的提前来临,也对退休者医保制度及长期护理保险等制度提出了新的挑战。

第三,建立医保制度研究的制度框架及理论框架。医保制度以“财之流转”来配置“人之权利”,各环节紧密联系、相互影响,任何制度错配和制度障碍,都将成为“人”与“财”不可承受之损失。通过对医保主要环节的制度的研究,探究医保筹资分配制度、投资收益制度及资金利用制度背后的收入分配理论、风险规制理论及公共物品效用等理论,对我国医保现存问题的解决及新的经济社会背景下重塑我国医保制度,均可发挥作用。毋庸置疑,合理、成熟、与时俱进的医保制度,将践行社会连带与保障精神,为我国现代民主社会的建立奠定基石,而于混乱中迷失方向的医保制度,将成为个人财富和国家财富的切割器与粉碎机。

二、本书的主要内容

本书共分为五章,主要内容如下:

第一章厘定医保制度价值及其功能。第一节通过医保制度内涵及医保法律关系,梳理出医保筹资分配、投资收益及资金利用三大主要制度。第二节以法的正义价值为贯穿始终的价值导向,将正义价值对分配原则的指引、与人权理论的关联、与社会契约和社会连带原则的融合,作为理论检索路径,探索我国医保制度价值的独特

内涵。第三节厘定我国医保制度的价格体系,即公平收入分配、基金投资安全与增值及参保人等主体的权利保障。

第二章按照医保制度运行逻辑分析医保制度症结。第一节分析人本价值的价值缺失及其在从城镇职工医保和农村医疗互助模式向基本医疗保险制度过渡过程中的鲜明的转轨时期特点。第二节分析医保筹资分配制度失之公平的表现即按参保人身份筹资及医保待遇差异。第三节分析我国医保服务成本控制失灵的主要领域,即医改乱局、仍在摸索中的付费制度及捉摸不定的药价管理。第四节分析改革期社会问题在医保领域的主要表现,即重参保人身份划分而轻风险分类、新农合解体之忧及老龄化社会的调整。第五节分析我国医保制度大权利小救济所导致的权利空洞。

第三章分析我国医保制度问题的成因。第一节分析我国医保制度目标缺失的根源。第二节分析医保筹资分配制度失之公平的根源,即医保财权与事权错配制度背景下的俱乐部壁垒、非量能负担且待遇给付差异过大。第三节分析我国医保成本控制失灵的根源即账户支出结构不合理、经办制度缺陷及医疗机构单方定价权、药品需求刚性、政府监管逻辑错位等。第四节分析我国医保社会安全网在风险防范与身份划分上的逻辑不调。第五节分析医保责任缺位、救济缺失所导致的参保人权利失落。

在分析范式上,收入分配理论、人权理论、卫生经济学理论、社会法理论以及我国移植其他国家医保规则时的制度错配,都从不同侧面对我国医保问题成因作出诠释:筹资—分配制度症结起因于量能负担原则与预算法定原则的违反;投资—收益制度问题起因于投资安全和风险监管原则的违反;医疗成本控制未能取得预期效果起因于立法者对医药产品成本结构、价格结构和市场结构认知不足;个人账户所有权不明确起因于统筹账户与个人账户错配;农村医保民主性不足、参与性差、老龄化社会医保需求之特殊性未受重视,是医保制度重身份划分而轻风险控制的必然结果。这一切,均源于我国医保制度未贯彻“人本”之核心。

第四章解构域外医保制度,对本土制度与域外制度的优势与弊端进行系统性比较,还原被我国错配的域外制度原貌及域外医保制

度的改良进程。第一节分析了医保制度目标的厘定。第二节通过社保税、收入分配理论、税收型与缴费型医保筹资及医保预算制度的分析,对域外主要的医保收入分配模式进行了比较。第三节对管理模式医疗等经办制度、市场型定价及成本约束并用的药品价格制度及医保付费等医疗成本控制制度进行了域外比较。第四节对个人账户结构、退休者医保、长期护理保险等医保安全网进行了国际比较。第五节对医保预算主体的财权事权配置、医生多元化责任及药品供应商的公共责任等进行了域外比较。

第五章提出解决我国医保制度问题的基本思路和具体制度建议。第一节厘定我国医保制度的人本价值目标。第二节分析如何完善医保筹资及待遇给付制度,实现医保筹资分配的量能负担。第三节以参保人健康权保障为目标,按照垄断行业规制原则,构建医疗成本控制制度。第四节主张改革医保账户以解决被保险人财产权保护和代际分配不公平问题、引入被保险人缴费与风险挂钩和老年人管理模式医疗以解决老龄化社会的医保问题、改革农村医保制度以实现新型农村自助式医疗的公平性与保障性问题。第五节对通过公法责任、信义义务责任、公共责任、侵权救济和赔偿机制,完善我国医保的责任与救济制度进行了分析。

三、本书的主要观点

观点一,基于法的基本正义思想,提出医保制度的“人本价值”,并以人本价值解构收入分配的量能负担原则及卫生经济学的人的效用理论,提出社保财政制度及医药经济规制中人的健康权及经济安全权的优先性与人本价值的契合性。

观点二,提出医保制度对人的效用的经济学分析与法的公平正义的哲学思考相结合的理论分析范式,并将其贯穿于以量能负担原则统领的医保筹资分配制度、以竞争型边际成本控制原则统领的资金利用制度、以风险监管原则统领的基金投资制度及以公平保障原则统领的医保安全网的分析之中。

观点三,提出医保收入分配须依循收入分配理论,厘清个人权利位阶,避免政府救济观或福利观两个极端。

观点四,提出医保经办须实现经办层面而非经办发包层面的多

元化竞争。经办层面竞争是美国医保管理式医疗改革及奥巴马平价医改始终捍卫的市场型竞争，也是德国疾病基金成功控制医疗成本的关键。医保经办发包层面的竞争是我国医保经办层面无市场化竞争情况下的退而求其次的选择，因而，不能盲目乐观其效果，反而应警惕事业单位与商业机构契约型合作的各种陷阱。

观点五，提出药品价格控制与定价市场化改革及医疗成本控制，均须坚持人的健康权及经济安全权在卫生经济效用分析中的优先性，避免政府过度干预及盲目市场化或盲目轻信医药专业群体。

四、本书的理论与实践意义

医保制度与理论均千头万绪，我国医改也已持续数十年之久，本书在我国医疗改革和医保改革均进入深水区的阶段，挑战医保制度研究的选题，是为深化理论与制度研究，实现理论突破和制度创新，提出建设性改革意见。

本书的理论意义在于提炼出医保制度中的“人本价值”。本书通过法的正义价值对禀赋标准、平等收益标准和功利主义效用标准的检验，剥离出医保人本价值的第一个层次，即可检验收入效用边际牺牲尺度的公平收入分配原则；通过法的正义价值对健康权的法哲学解释——资源、机会抑或人的基本需求，剥离出医保人本价值的第二个层次，即具有经济理性和人权属性的健康权保护原则；通过法的正义价值对社会连带和代际连带思想的重新审视，剥离出医保人本价值的第三个层次，即公平与保障原则。

本书的实践意义在于：其一，医保制度中的人本价值的提出，有利于在私人权利被进行了制度性碎片式处理的医保制度的缴费与待遇给付、基金投资、医保成本价格等方面，找到医保制度的目标所在。在当前的社会转型期我国医保也由于资金约束等问题而面临着不断推陈出新的剧烈变革，这更亟需可保障参保人权利及医保制度可持续性的价值理念，本书提出的人本价值填补了医保制度这方面的空白。其二，以医保人本价值检验医保的筹资分配制度、投资收益制度和资金利用制度的合理性并寻找改革措施。人本价值以人的效用和公平正义为经济分析和哲学分析内核，可以评价法律财政学分析中人的需求与牺牲尺度的嬗变；可以考察法律经济学分析中

人的需求与垄断行业边际成本的博弈；可以衡量法律金融学分析中人的需求与资产的时间价值的交互关系。

因而，人本价值对医保制度的检验，将本文主要的制度创新即以量能负担原则统领的医保筹资分配制度、以竞争型边际成本控制原则贯穿的资金利用制度、以风险监管原则融汇的基金投资制度、以公平保障原则统合的医保阶段性制度的分析，都凝聚于人的效用的经济学分析与法的公平正义的哲学思考的交锋与融汇之中。理论创新与制度创新相结合，是本书提出建设性意见的前提。所以，人本价值之形成与制度检验的过程，是将内涵经济分析、具有社会法优先性和经济法哲理性的人本价值，应用于医保本土制度与域外制度的解构与制度创新，并检验创新的理论契合度与生命力的过程。

五、本书采用的研究方法

系统分析方法。本书第一部分第一节，从我国医保制度的现实出发，梳理医保制度的发展历程，将医保制度按其运行逻辑，归结为筹资—分配制度，投资—收益制度，资金利用制度和阶段性制度；并根据社会关系与法律关系的对应逻辑，分析我国医保各层次和各阶段的法律关系。

价值分析方法。本书第一部分第二节和第三节，采用价值分析方法。从法的基本价值出发，以正义价值检验收入分配理论，在医保制度中引入公平收入分配原则；探索正义价值与人权理论的关联，通过人权理论与健康权理论，将基本医疗保险被保险人权利、患者权利和消费者权利，转化为医保制度中患者权利和消费者权利保障原则；考察正义价值对信义义务理论的发展，为基本医疗保险基金投资与收益原则奠定基础；考察正义价值在社会契约、社会连带理论中的发展，将前述三个环节中我国基本医疗保险领域的基本问题，与新农合制度和老龄化问题联系起来，将医保制度视为统一的、分层次的社会安全网。

经济分析方法。本书的经济分析方法主要包括一般经济分析方法和卫生经济学分析方法。一般经济分析方法，主要分析我国医疗行业自然垄断特性对医疗市场的影响。卫生经济学分析方法，在一



般经济分析方法的基础上,更进一步对医药边际成本进行分析,将医疗和药品行业的市场结构、价格结构和成本结构层层解构,找到医疗行业和药品市场中,市场和政府双重失灵的原因。

六、本书的有待改进之处

第一,本书寻求在较为统一的理论背景与制度框架中分析医保制度,因而对一些无法纳入该体系中的问题只能蜻蜓点水,这是本书的一大缺憾。寻求更为深刻且具有指导意义的医保价值及寻找更为一般化的可与这些价值连接起来的原则,从而搭建较为完整的医保理论,将成为今后努力的重点。

第二,现行医保制度发展非常快,一年之内就可能有好几项新的制度出台,这对本书研究内容的新颖性及完整性提出了非常大的挑战。对于本书中列入新的时代背景下的退休者医保问题、大病医保问题、长期护理保险问题及新农合问题,很可能是今后一个阶段改革的重点,作者会继续深入研究这些内容。

第三,医保制度代际间收入分配的公平性、合理性及效率性等问题,在我国始终未成为热点。但随着 2016 年退休者医保等制度的出台,医保与基本养老保险等制度的界限逐渐模糊。因而,本书也面临着社会保险法几大险种内部整合及根据社会需要不断出现新的制度分支的挑战。

第四,随着农村超老龄化社会的突如其来,新农合关涉 8 亿中国农村居民尤其是人群日渐庞大的老龄化农村居民的医疗安全网,其重要性不言而喻,但本书侧重的医保制度的共通性制度与理论问题,仅揭示了新农合的制度困局及社会经济原因。因而,如何改革农村医保、重构医疗安全网,也需要今后更多的理论制度研究及实证资料的积累。

第一章 医保制度的人本价值及其功能

基本医疗保险也指疾病保险、健康保险、疾病津贴等。广义的医保不仅补偿医疗费用,而且填补因疾病而导致的收入损失。狭义的医保则仅指疾病治疗所需医疗费用的保险,即被保险人因疾病和非因工负伤,在医疗救治方面能够获得物质帮助的一项社会保险制度。^[1] 希腊智者普罗太戈拉斯说:“人是万物的尺度。”^[2] 这是以人本思想的最早表达。本体在西方哲学中即 Being, 是最高存在, 是本质和统摄的原则与力量, 但西方哲学早期长期信奉的是神本主义; 到文艺复兴时期, 人本主义成为与神学研究相对立的人文研究; 笛卡尔的“我思故我在”, 开启了从神到人的本体转型。康德关于“人是目的”的思想标志着价值论的人本主义的开始。^[3] 马克思在《资本论》中说: 一旦人已经存在, 人, 作为人类历史的经常前提, 也是人类历史的经常产物和结果, 而人只有作为自己本身的产物和结果才成为前提……人不但创造了历史, 也改变了人自身……人本身是他自己的物质生产的基础, 也是他进行的其他各种生产的基础……^[4] 人是全部人类活动和全部人类关系的本质和

[1] 郑尚元、李海明、扈春海:《劳动和社会保障法学》, 中国政法大学出版社 2008 年版, 第 519 页。

[2] Plato, *Theaetetus Translated with Notes by John McDowell*, Clarendon Press, Oxford, 1978, pp. 16, 118 ~ 119.

[3] 赵敦华:“西方人本主义的传统与马克思的‘以人为本’思想”, 载《北京大学学报(哲学社会科学版)》2004 年第 6 期。

[4] 《马克思恩格斯全集》[第 26 卷(上册)], 人民出版社 1963 年版, 第 300 页。

基础。^{〔1〕}

基本医疗保险与以人为本的思想的关系，在哲学、经济学领域中，早已不再是新鲜话题。但是，人本思想，是以制度为工具，还是“走进”法的理论与制度分析范式——植根于法律的土壤——在医保（社保）制度的自我生长中，时时处处被延续和贯彻，仍是一个无法简单回答的问题。我们选择让人本思想“走进”法的理论与制度分析范式。这是因为规则需有灵魂，法的灵魂活跃于范式之后。只有这样，法的形式才谦抑于范式之中。

正义是法的基本价值目标。正义理论随医保法律关系，将被保险人权利——公平收入分配权（医疗保险中还体现为代际公平）、投资收益权（基金投资收益权和个人账户收益权）、患者与消费者权利——贯穿于医保价值体系中。法的价值体系以基本价值统领，具有多元性和结构性。在法的价值体系中，以基本价值检验各领域相关价值，是法的价值体系自我完善与生成的路径；与此同时，抽象的法的价值，又被一代代法学家沉淀于法的理论之中。因而，寻着理论范式的指向，我们也可看清法的价值驻足于何处，以及法的价值体系于交互关联中究竟在守护哪些核心价值。以法的基本价值即“正义价值”来检验收入分配等理论，是以法的基本价值为核心，将医保相关诸理论沉淀和内化于医保价值体系和制度之中，是医保价值体系的自我生成。在社会保险法对各项社会保险制度仅作原则性规定的情况下，也是医保制度完善自身的必经之路。

同时，基本医疗保险制度是社会保险制度的重要组成部分。社会保险制度与其他现代社会制度的运行相同，处于法律结构之中，需要法的价值体系对各方主体形成的法律关系进行确认、形成法律原则；需要调整处于同一法律关系中的主体之间的权利义务关系，形成以私法规则为主的法律规则；需要为法律关系主体权利实现提供私法之外的法律环境，形成经济法、社会法等法律规则；还需要为主体权利保障提供救济规范和纠纷解决机制。

〔1〕《马克思恩格斯全集》（第2卷），人民出版社1963年版，第118页。

第一节 医保制度与医保法律关系

一、医保制度内涵

(一) 医保改革的社会背景及历程

1. 1952~1985：计划经济时期的医保

我国医保制度发展至今，先后经历了公费医疗制度、劳保医疗制度、职工医疗保险制度、城镇职工医保制度和社会基本医疗保险制度等几个阶段。1952年，政务院（国务院前身）发布《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，建立起公费医疗制度。自1965年开始，国家卫生、财政等行政管理部门先后颁布《关于改进公费医疗管理问题的通知》等行政性法规，对公费医疗制度进行修订和发展。劳保医疗制度是根据1951年政务院颁布、1953年修订公布的《中华人民共和国劳动保险条例》及此后劳动部颁布的《中华人民共和国劳动保险条例实施细则修正草案》等相关法规和政策建立并发展起来的。^{〔1〕}然而，进入80年代以来，随着我国从计划经济向市场经济转型，劳保制度弊端日益明显，医疗费用增长、医疗资源浪费，使国家财政和企业不堪重负，职工基本医疗也得不到保障。

在公费医疗制度和劳保医疗制度阶段，我国医保有几个显著特点：其一，医疗福利为刚性福利。计划经济时期中国社会福利主要由三部分组成，一是城镇职工福利，由企事业单位提供；二是城镇“三无”群体社会福利，由各级政府提供和管理；三是农村“五保”和孤儿福利，由农村集体筹资，政府给予少量补贴。无论哪种形式的福利，基本特征都是纯公益性的，不核算成本，不讲求效率。计

〔1〕 根据1953年修订公布的《中华人民共和国劳动保险条例》和《中华人民共和国劳动保险条例实施细则修正草案》，劳保覆盖范围包括全民所有制工厂、矿场、铁路、航运、邮电、交通、基建、地质、商业、外贸、粮食、供销合作、金融、民航、石油、水产、国营农牧场、森林等产业和部门的职工及其供养直系亲属。此外，城镇集体所有制企业参照执行。

划经济时期, 医保福利刚性的功绩并不能被完全抹杀, 应该说, 医保福利或医疗福利, 是对个人低工资的补偿。1949 年国家机关、事业单位及国营性企业的平均工资不到 200 元。1952 年分大区进行了第一次全国性工资改革, 享受供给制的人员实行大包干, 其供给标准划分为 10 等 14 级, 并增加了津贴, 即供给制由伙食、服装和津贴三部分组成。1954 年改为以工资分为计算单位的供给制, 1955 年全部实行工资制, 并统一了工资标准。1956 ~ 1985 年, 实行职务等级工资制。1956 年 6 月, 国务院研究制定了《关于工资改革的决定》, 对各级国家机关和事业单位的工资制度进行了改革。其二, 退休者医保不缴费。职工的医保福利, 不仅覆盖在职职工, 而且覆盖退休职工。这也是计划经济时期工资较低的结果, 计划经济时代执行相同、最低工资, 福利占工资比例非常高, 形成国家统筹下的企业分配型福利。国家统一调配福利资源与国家统一调控经济资源是相互配套的。据测算, 1978 年, 工伤、职业病、非因公负伤、家属得病或受伤、退休金等所有福利加起来职工平均每人 527 元, 相当于个人工资的 82%。

2. 1992 ~ 2010: 经济体制改革时期医保制度确立及形成

面对这种情况, 我国进入了新型职工医疗保险制度的探索和实施阶段。新型职工医保制度大致可以分为医疗费用控制和建立全国医保制度两个阶段。医疗费用控制自 1992 年之前就已经展开, 改革重镇是公费医疗和劳保医疗制度, 改革重点是建立需方的激励约束, 具体措施是费用分担机制, 同时也约束医疗服务者与需方串通牟利的行为。自 1992 年开始, 我国医保制度改革正式进入提高社会化程度, 兼顾控制费用和探索新型城镇职工医保的阶段。1994 年的“两江试点”是我国医保推进费用改革、账户改革并扩大覆盖面的具有里程碑意义的事件。两江试点是根据原体改委、财政部、原劳动部、卫生部共同制定的《关于职工医疗制度改革的试点意见》(体改分[1994] 51 号), 经国务院批准, 率先在江苏省镇江市、江西省九江市开展的统账结合的支付制度改革。两江试点的改革意见被推广到全国 38 个地区。至 1998 年 12 月国务院召开全国医疗保险制度改革工作会议时, 在“全国范围内建立覆盖全体城镇职工的医保制度”

成为改革的主要任务。本次会议也为 2010 年 10 月颁布的《中华人民共和国社会保险法》（以下简称《社会保险法》）能吸纳基本医疗保险制度奠定了基础。

3. 2010 至今：经济社会转型期基本医保制度建立、医保改革深化

2010 年我国《社会保险法》延续了城镇职工基本医疗保险的制度要点，同时也扩大医保覆盖面、增设医保项目灵活度。在医保制度覆盖范围上，城市居民医保和新农合制度，覆盖了城市和农村缴费个人，同时由财政给予补贴。但由于医保统筹层次较低，县级财政负担较重，部分经济不发达地区由县级以上财政统筹资金，所以，城市居民及农村居民医保的政府补贴既对地方政府形成较大压力，同时，也面临着资金不足的问题。同时，随着我国全民医保、大病医改、解决老龄化医改等问题的提出，新时期我国医保制度越来越细化，越来越复杂，新的项目不断增加，缴费负担也越来越重，各省市在操作上的差异也非常大。

2009 年 4 月 6 日，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》正式出台。这是一部为了建立中国特色的医药卫生体制，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务远大目标的纲领性文件。自此，我国开始朝着建立覆盖全民的基本医疗保障制度的目标迈进。到 2012 年，我国医药卫生体制改革取得了重要进展，初步建立了覆盖城乡居民的基本医疗卫生保障制度，跨入具有全民医保制度国家行列；初步建立了国家基本药物制度，使人民群众能够公平地获得防治疾病所必需的安全有效的药物；健全了城乡基层医疗卫生服务体系，极大地便利了基层农村群众的看病就医需求；基本公共卫生服务均等化不断推进，一些和环境因素相关的重大疾病得到控制。2014 年李克强总理在第十二届全国人民代表大会第三次会议上指出，城乡居民大病保险试点扩大到所有省份，疾病应急救助制度基本建立，全民医保覆盖面超过 95%。基层医疗卫生机构综合改革深化，县乡村服务网络逐步完善，公立医院改革试点县市达到 1300 多个。

同时，李克强总理对基本医疗卫生体制及大病保险制度展开部署。全国将加快健全基本医疗卫生制度。完善城乡居民基本医保，