



TIANJIN YIBAO

2008

顾问 李秋华 王元

主编 于瑞均

天津医保观察报告

Tian Jin

Medical Insurance Observation Report

天津科学技术出版社

天津医保观察报告(2008)

顾 问 李秋华 王 元

主 编 于瑞均

副主编 金吕平 刘 俊

天 津 科 学 技 术 出 版 社

图书在版编目 (C I P) 数据

天津医保观察报告. 2008 / 于瑞均主编. -- 天津 :

天津科学技术出版社, 2009. 12

ISBN 978-7-5308-5399-3

I. ①天… II. ①于… III. ①医疗保险—研究报告—
中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第189985号

责任编辑: 孟祥刚 刘 鹤

责任印制: 王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人: 胡振泰

天津市和平区西康路35号 邮编: 300051

电话 (022) 23332674 (编辑室) 23332393 (发行部)

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

廊坊市印刷厂

开本787×1092 1/16 印张20 字数200 000

2009年10月 第1版 第1次印刷

定价: 36.00元

写在前面的话

医疗保险是公认的世界性难题，是举足轻重的民心工程，是万众关注的社会焦点。自 1995 年开始，天津医保改革一直在机遇和挑战中不断前行。1995 年，天津市在塘沽区开展医疗保险制度改革试点，2001 年在全市范围内启动城镇职工基本医疗保险，2003 年在农村开展新型农村合作医疗，2006 年农民工医疗保障进入制度安排，2008 年医疗保障向城镇居民延伸，2009 年城乡居民基本医疗保险全面实施，医保工作始终是社会保障制度改革的热线。随着形势的发展，医保制度改革中的新情况、新问题层出不穷，事业每发展一步，难度就增加一级。作为直辖市，虽然统筹层次较高，但制度分割；虽然制度覆盖范围不断扩大，但实际参保人数增长缓慢；虽然医保基金有所积累，但仍与百姓需求存在较大差距；虽然医保管理经验不断丰富，但基本上还处于粗放式管理状态。这些问题都需要我们的冷静思考和细心研究。多年的经验告诉我们，医疗保险是民生工程，要求高度的责任感和奋发向上的热情；同时医疗保险更是一门严谨的科学，需要静下心来探寻规律。只有具备“冷热交替”的功夫，才能把眼前工作与长远发展结合起来，才能做到既不罔顾非常时期的现实而墨守成规，也不只顾应急而破坏了制度稳定发展的机制。

理论是实践的先导，纷繁复杂的现实需要从理论上给予梳理剖析，方能拨云见日。科研工作是总结经验、探询规律、规划方向、储备政策的必要手段，是提高认识、锻炼队伍的高端平台，是推动医疗保险事业的发展强大动力。正如东进同志所说，调查研究，是谋事之基、成事之道、决策之要。面对近十年改革实践沉淀的海量医保数据和丰富的经验资源，面对人人享有医疗保障的宏伟目标，面对医疗保险持续健康发展的要求，2008 年，天津市医疗保险研究工作踏上征程。

在总结以往工作经验的基础上，围绕天津医疗保险工作的重点，我们有针对性地开展八个方面的课题研究。整个过程得到了行政领导的大力支持，天津市人力资源和社会保障局李秋华副局长专门批示“研究的课题很有针对性，对我市医疗保险科学发展将会起到促进作用，对培养干部，增长才干，提高专业知识大有益处，望认真组织，早出成果。”按照局领导的指示精神，课题研究工作从定项目、建队伍、搭平台三个层面依次展开。研究过程中，课题组成员不拘于成见

和经验，敢于探索，善于创新。八个课题从制度发展、历史回顾、技术手段、管理服务等不同的层面和角度，分别对天津下一步城乡医疗保险制度统筹、定点医院医疗保险数据管理和应用、医保药品支付、参保患者慢病管理、社区医疗机构医保付费模式、公务员健康状况、大学生生育费用、医用耗材合理使用等关键问题进行研究和探索。

我们知道，相对于一日千里的改革实践，当前的医疗保险研究工作还是一条“短腿”“弱腿”。此次研究虽然还没做到系统性，但却脱离了就事论事的窠臼，虽然还没做到规划性，但却不再是救火式的应急研究。医疗保险是自然科学和社会科学的结合体，医疗保障制度的发展与医药卫生、药品流通，乃至经济发展密切相关。八篇报告层面虽然有限，但却可以引发思考，视野虽不开阔，却让我们专注了精神。八篇文章固不足以洞悉全貌，然而管中窥豹，仍可见一斑，是谓观察。

2008年，我们收获了科研成果，也收获了经验和信心。经过一年的努力，以医疗保险事业发展需要为方向，以医疗保险行政工作为核心，以专家学者为骨干的医疗保险科研工作格局初步形成。是天津医保改革的艰巨任务为医疗保险研究提供了广阔舞台，是天津医保人的超前意识为医疗保险研究提供了思想动力，是天津医保工作的良好氛围为医疗保险研究提供了宽松环境。有了这些，未来我们会做得更好。

在本书成册付印之际，谨向为课题研究提供帮助和支持的医保同仁致以诚挚的感谢。

本书编辑组

2009年10月

目 录

加快推进天津市统筹城乡医疗保障制度建设	1
天津市社区医疗机构基本医疗保险预付费问题研究	36
天津市城镇职工基本医疗保险药品支付现状研究	76
合理控制一次性医用材料使用问题的研究	104
定点医疗机构医疗保险数据管理与应用研究	134
医疗保险参保人群慢性疾病防控管理研究	160
大学生生育医疗费用研究	189
天津市公务员健康状况分析研究	204

加快推进天津市统筹城乡 医疗保障制度建设

科技成果登记号：津 20090524

本章从统筹城乡医疗保险制度的意义和必要性、国外整合性城乡医疗保障制度经验借鉴、国内其他城市统筹城乡医疗保障制度的经验借鉴、天津市城乡二元结构医保制度的现状及差异比较、天津统筹城乡医疗保障制度战略分析、天津市统筹城乡医疗保障制度的方案设计等五个层面展开进行研究，系统论述了天津市统筹城乡医疗保障制度的基本构想、关键问题及实现的方法和步骤。课题认为统筹城乡医疗保障制度就是要打破城乡二元格局，通过对现有医疗保障制度的整合与完善，实行“统一制度”和“省级统筹”，推进社会保障制度由职工向居民、由城镇向农村的延伸，为减少待遇层次，缩小不同人群之间的待遇差别奠定制度基础，目的是将医疗保险这一公共产品的公平性、可及性与公众的自主选择性、灵活性有机结合。统筹城乡医疗保障制度建设，有助于促进天津市社会保障制度建设在城乡一体推进、一体管理的更高层面上更快发展。

第一节 统筹城乡医疗保险制度的意义和必要性

统筹城乡医疗保障制度就是要打破城乡二元格局，通过对现有医疗保障制度的整合与完善，实行“统一制度”和“省级统筹”，推进医疗保障制度由职工向居民、由城镇向农村的延伸，为减少待遇层次，缩小不同人群之间的待遇差别奠定制度基础，目的是将医疗保险这一公共产品的公平性、可及性与公众的自主选择性、灵活性有机结合，实现医疗保障制度建设在城乡一体推进、一体管理的更高层面上更快发展。统筹城乡医疗保障制度建设主要基于以下四个方面的需要。

一是缩小城乡差距、实现社会公平的客观需要。由于城乡分割、重城市轻农村导致的二元医疗保障制度，农民在享受医疗保障时面临着与城镇职工截然不同的待遇，这也是造成我国医疗卫生筹资公平性在 191 个国家和地区中，位列倒数第四的重要原因(WHO《2000 年世界卫生报告》)。

二是合理配置医疗资源、提高医疗卫生水平的现实需要。目前，国家在医疗资源配置上存在着过于明显的城乡差异。中国社会科学院发布 2007 年财经蓝皮书指出，在一些经济发达的大城市，卫生资源过度配置的情况十分普遍，优质资源过度向大医院集中，吸引了大量常见病、多发病患者，门诊治疗人满为患；而方便且成本低廉的村、乡甚至县级卫生服务机构很少有人问津，导致人均门诊费用和人均住院费用大幅上升。通过统筹城乡医疗保障制度，有利于在制度设计中制定相关措施，促进参保人员充分利用村、乡以及县级卫生服务，逐步解决群众看病难、看病贵问题。

三是促进城乡社会经济发展的需要。随着工业化和城镇化的进一步发展，农民工的队伍越来越庞大。统筹城乡医疗保障制度，能解决农民工的后顾之忧，可以加快劳动力的合理流动，进而加快工业化、城镇化以及农村经济发展的步伐。

四是推进城乡一体化，构建社会主义和谐社会的客观要求。有助于适应老龄社会的到来，增强医保基金风险抵御能力，也有利于提高政府工作效率，促进社会公平正义。

第二节 国外整合性城乡医疗保障制度经验借鉴

一、不同国家医疗保障制度模式

目前，世界上医疗保障制度大致可分为两大类型：一是主要采用公共保健服务方式的保健服务型制度；二是主要采用社会保险方式的医疗保险型制度。其中“医疗保险型”是当今世界医疗保障的主流。国际上具有代表性的医疗保障制度有四种。

（一）国家医疗保障制度

英国、加拿大、瑞典等西方福利型国家，主要实行国家医疗保险模式，通过税收提供全民健康计划，所有公民都是保险享受者，有钱人需要特殊服务，可以到私立医院。其特点是：政府主导，看病免费，医疗保障体系完善，全民覆盖。如英国的医疗体制被称为国家卫生服务体制（NHS），是典型的全民福利型医疗体制模式。具有制度覆盖面广、公平性高、层次性强、医疗成本低、保障效率较高等特点。

（二）社会医疗保险制度

德国、日本等许多国家实行社会医疗保险制度，该模式坚持权利和义务对等的原则，资金主要来自雇主和雇员按一定的工资比例缴纳的保险费及政府的财政补贴，体现居民互助共济、风险共担，在某种程度上避免了医疗资源的浪费。其特点是：强制性、公平

性、互济性、社会性、风险与补偿的不确定性。如德国，是世界上最早实施社会保障制度的国家，拥有相对发达和完善的医疗保险体系。

（三）市场主导型医疗保险

美国等少数国家实行市场主导型医疗保险制度，多投多保，少投少保，不投不保，权利和义务完全对等，公立和私立医疗结构都在市场上平等竞争。其特点是：高度的多样性、分散性和复杂性，高度市场化，保障程度受限，医疗费用过高。美国拥有世界上最复杂、还不完善的医疗保险系统。这一系统由三大部分组成：一是社会医疗保险；二是私营医疗保险；三是管理保健组织。

（四）储蓄型医疗保险

新加坡等国实行储蓄型医疗保险制度，采用强制储蓄，强制劳方或劳资双方缴费，以个人名义建立个人储蓄账户，促使对医疗费用的控制，但对于低收入者来说，往往就得不到很好的医疗保障，或说保障水平较低。在新加坡，有薪金收入的国民都必须按月缴纳国家设立的中央公积金。中央公积金是一种强制性的社会保险制度。其医疗保险体系主要由保健储蓄计划、医保双全计划和保健基金计划三部分组成。其中保健储蓄计划，在医疗保障体系中起主导作用，医保双全计划和保健基金计划起辅助作用。

二、对发达国家城乡医疗保障制度的评价

（一）城乡统筹时间不同

英国是世界上最早实行全民医疗保险的国家。曾被世界卫生组织认为是欧洲最大的公费医疗机构和最完善的医疗服务体系之一。而德国是世界上最早实施社会保障制度的国家，但医疗保障制度的建立相对落后于英国。德国建立社会健康保险制度的时间分别为：城市是1883年，农村是1887年。日本建立社会健康保险制度的时间分别为：城市是1927年，农村是1961年。丹麦建立社会健康保险制度的时间分别为：城市是1892年，农村是1969年。加拿大建立社会健康保险制度的时间分别为：城市是1958年，农村是1968年。从总体上来看，发达国家城乡医疗保障制度的建立几乎都不同步，而时差的存在是正常现象，这与各国社会经济条件的发展、成熟的过程密切相关。

（二）城乡统筹的经济发展水平不同

各个发达国家不仅在建立城乡统筹医疗保障制度的时间不同，而且经济发展水平也不相同。德国、日本等在开始实施强制性社会医疗保险的时候，经济发展水平都处于中

等发达水平，德国在1883 年颁布执行《疾病保险法》时，人均GDP为2237美元；澳大利亚1887—1988年《工业意外和健康保险法案》开始实施时，人均GDP为2420美元；日本从提出强制性社会医疗保险到全民覆盖，用的时间相对较短，但是收入水平也和德国、澳大利亚相当，1922年《工人医疗保险法》开始实施的时候，人均GDP为2140美元。说明快速、稳定的经济增长速度是对医疗保障制度实现全民覆盖的根本保证。

（三）城乡统筹中政府责任不同

医疗保障领域国家干预的内容包括国家政策引导、国家法律强制实施，国家机构监督，国家直接提供医疗保障产品等。这几项内容体现国家干预力度由弱到强。英国政府在整个医疗保障制度中发挥主导作用。承担了建立制度、提供资金、直接实施的一系列职能。另外，还对国民卫生服务制定了免费药品目录，规定各制药公司的利润率，对药品实行政府集中采购等；德国政府在医疗保健方面的作用主要表现在协调各方利益和控制保健费用，政府不参与社会医疗保险的具体操作，但进行设计制度和制定相关法律，担当中介及进行仲裁；美国医疗保障制度中政府的介入相当有限，联邦政府给予雇主在提供医疗保险方面以较大的自主权，政府在服务的传递和监督方面作用很小。总之，在美国医疗保障制度中，政府的作用一直次于市场，即所谓的“最佳配角”；新加坡的制度虽然强调个人责任，但政府一直在为制度的有效运行创造着良好的条件，实行政府、个人与团体责任共担。有关学者对德国、英国、美国、新加坡的“政府责任”这项绩效指标进行评价，结果是德国为54.852，英国是66.072，美国是42.540，新加坡是27.450。由此可见，经济发展水平较高的国家，由于历史传统、文化习俗等不同，政府承担的责任也不同，英国和美国分别代表了国家干预力度最强和最弱的两极，而德国和新加坡则处于最强与最弱之间，但不管怎样，政府作用发挥的适当与否，都将直接影响到国家国民医疗保障的结果。

（四）城乡统筹中医疗经费来源和支付范围不同

主要发达国家医疗保障制度的费用来源基本分为国家医疗保险和私人医疗保险。英国、加拿大等国医疗经费收入主要来自全国的纳税人，医疗服务作为社会福利由政府提供给国民，费用由政府承担。英国的NHS占卫生支出的88%；而私人保险覆盖了总人口的12%，卫生支出的4%；德国、法国等是政府通过强制性的社会保险，从雇主和员工处筹措资金。德国的SIFS占卫生支出的81%，私人保险基金占据了总卫生支出的8%。法国的SIFS覆盖了总人口的99%和卫生支出的75%，MIFS基金包括了全国医疗支出的2%。美

国的医疗费用来源主要是国家的医疗保险组织，而其又可以分为政府性医疗保险计划和商业性医疗保险公司两种。日本健康医疗保险的经费来源中受雇者一般要交纳工资总额的8.4%，由雇主和雇员各负担50%；公务员和教师一般要交纳工资的0.5%~12.86%，单位和个人各出50%；政府负担16.4%的保险费和管理费；交纳保险费与享受补助的收入限额：最高为一月71万元，最低为一月6.8万日元。此外，还由各健康组合按实际收入的1‰，上缴全国健康保险联合会，作为全国健康组合调剂金。

从医疗保障的支付范围来看，发达国家依仗其雄厚国家财力，大多是政府为国民医疗保障买单，英国国民只需交少量的挂号费即可得到全程的免费治疗；瑞典则规定，一年内国民只需象征性地交纳至多5次挂号费和小额费用，药费在40克朗以上一概免费；法国则采取部分慢性病和重症疾病全额报销，其他疾病均在较高标准内核准报销。

（五）城乡统筹中医疗保障体系构成不同

从各国的医疗保障体系构成来看，任何国家的医疗保障制度都不是单一的，为了适应不同人群的医疗健康需求，必然会形成一个多层次、多形式的医疗保障体系，其中总有一种或几种制度单元作为基本的或主体的制度模式，覆盖了大多数国民。尽管各国的医疗保障体系不同，但是构成各国医疗保障体系的基本制度或主体制度有很多是相同或相近的，如加拿大的公共卫生保健制度和澳大利亚的全民卫生保健制度以及英国的国家卫生服务保障制度是属于相同的制度模式。

（六）城乡统筹过程中法律制度不同

医疗保障制度的法律建设是完善各国医疗保障体系的必然要求。国际上最早把医疗保险作为一种强制性保障制度的是18世纪末期的德国。其著名的《社会保险法典》，首开医疗保障立法的先河，为以后许多国家制定法律起到了示范作用。英国在1911年通过《国民保险法》，使英国的医疗保障进入了社会保险阶段。而1946年《国民卫生服务法》的实施标志着英国国民卫生保健制度的建立，从而使英国成为福利型国家；新加坡在1955年颁布了《中央公积金法》，新加坡独立后，对医疗保障制度的法律规定由三个医疗保障计划组成：保健储蓄计划、保健基金计划和保健双全计划。比较以上三个国家的制度建设，德国和英国注重社会公平的原则，按照“大数法则”原理，通过将全体人口纳入风险集合，在出险和未出险的不同人群中分散风险。根据病人的实际需要提供医疗服务，不考虑其收入与缴费多少。而新加坡重视实现效率，其筹资依靠纵向的积累，同时以范围有限的医疗救助制度为补充。就法律体系的完整性而言，德国的医疗保障立法最完善，

这是由德国社会保障法律体系本身的广泛程度决定的。

通过研究各国医疗保障制度建立和发展的历史可以发现，几乎所有的国家都经历了从社会医疗救助到建立专门的医疗保障制度；从覆盖部分职业人群逐步发展到覆盖大多数或者全民的医疗保障体系；从最初的疾病津贴发展到了不仅提供医疗津贴和医疗服务，甚至将预防保健、健康教育、康复护理等也纳入医疗保障体系的过程。经过几十年、上百年的探索和发展，这些国家的医疗保障制度体系比较完备，保障项目比较齐全。这对发展中国家完善医疗保障制度，建立城乡统筹的医疗保障体系具有重要的借鉴意义。

三、对发展中国家城乡医疗保障制度的评价

综观各个发展中国家，由于经济持续发展，社会保障制度日趋完善，各种人群的医疗保障制度正在或已经建立，人口覆盖面逐步向所有家庭和居民扩展成为发展方向，如泰国、巴西、马来西亚、印度、墨西哥、智利等广大发展中国家。从世界范围看，大多数发展中国家未能很好地解决农村人口的医疗保障问题，只有少数一些国家通过不同的形式，不同程度地解决了这一问题。其中大多数亚洲国家由于经济、社会、文化等方面的差异，医疗保障制度发展较慢、形式多样。发展中国家医疗保障制度分为四种类型：一是免费医疗制度。实行此制度的有巴布亚新几内亚、牙买加、南非、毛里求斯、马来西亚和沙特阿拉伯等国家；二是医疗保险制度。实行该项制度的有玻利维亚、危地马拉、厄瓜多尔、泰国、墨西哥、阿根廷和韩国等国家；三是医疗保险与家属津贴制度。有摩洛哥、突尼斯和加蓬等国家实行该制度；四是社会保险制度。如菲律宾、波兰、巴西和乌拉圭等国家。

（一）城乡统筹中推行多类型的医疗保障制度

很多国家根据人群职业和属性的不同，设计与之相适应的多种类型的医疗保险制度，通过不同筹资和待遇水平的多类型制度，实现全民基本医疗保障。如泰国医疗保障制度分为3类：一是企业为雇员购买的强制性医疗保险。二是对农村居民实行自愿购买健康卡制度。三是对公务员、国有企业职工、僧侣、60岁以上老人、12岁以下儿童、残疾人和穷人，实行免费医疗。韩国的医疗保障制度分为4类：一是雇员医疗保险。二是家庭医疗保险。三是国家医疗救助制度。四是私人医疗保险。智利的医疗保障制度体系由一个双重的保险系统构成，即公众的国家健康保障基金和由各种私人医疗保险公司形成的私人医疗保险系统。由此可见，多类型的医疗保障制度有利于推动国家医疗保障事业的快速发

展，实现全民覆盖。

（二）城乡统筹中资金来源与费用分担形式不同

资金是各项制度顺利进行的有力保证，尤其是医疗保障制度。但综观各发展中国家的资金来源与费用分担又各有特色。如韩国的医疗保险制度覆盖全体农民，1963年，韩国颁布了第一部《医疗保险法》，20世纪70年代后期起，由于经济的快速发展，韩国开始实行强制性保险。1998年开始在全国农村强制实施，覆盖率为90%的农民，10%的贫困农民由政府提供医疗救济费用。医疗保险筹集方式：入保农民家庭支付50%，政府支付50%。医疗服务费用分担形式：一是起付线，每诊次病人付4美元；二是自付费用比例，诊所门诊病人自付30%费用，医院门诊病人自付50%费用；三是住院封顶，保险部门每年最多付180美元的住院费，其余自理。

阿根廷有将近2 000万人(约占总人口的61%)通过中央和地方建立的300个社会保险组织(Obras Sociales)以及INSSJP所构成的社会医疗保险网络所覆盖。参加Obras Sociales的主要是职工及其供养人员，医疗保险费由雇主和雇员共同缴纳。阿根廷的私人保险市场是除巴西外在拉丁美洲中最大的，有200多个私人医疗保险计划覆盖了200多万人。另外，约有100万人加入了非盈利性的互助医疗保险基金。其余没有社会医疗保险或私人医疗保险的30%的人口主要依赖公立医院系统提供免费的医疗服务。

（三）城乡统筹中注重公平公正

作为医疗保障制度的主要目标之一就是保障平等和可及性。在经济发展水平不高的发展中国家，真正实现公平公正的医疗保障制度，难度较大。但各发展中国家日益注重公平性的提高，并有一些国家的公平性已经超越发达国家。如印度，作为人口众多的发展中国家在1949年通过的第一部印度宪法中明确规定，所有国民都享受免费医疗。在印度，不论是政府公务员，还是在事业单位和企业单位供职的工作人员甚至无业人员；不论是城市居民，还是农村人口，都可以在政府医院享受免费医疗。政府每年用于免费医疗的费用占政府支出的比例很大，印度政府2005—2006年度用于农村公共健康事业的总资金投入为1 028亿卢比（约合24亿美元），与世界上很多国家相比并不算多，但印度政府把有限的投入公平地配置到了最需要医疗服务的地区。据2005年世界卫生组织成员国卫生筹资与分配公平性评估排行榜显示，印度在全世界居第四十三位，居发展中国家前列。印度不是一个富裕的国家，而是一个人口稠密的国家，能走出一条全民免费医疗的成功之路，其原因就在于公平和公正原则在实践中得到了较好体现。由此可见，财富不

是衡量医疗制度的绝对标准，重要的是社会公平和兼顾利益平衡。印度人认识到，医疗卫生体制如果完全按商业化、市场化运作，不利于社会稳定。因此，印度医疗保障制度始终坚持“两手抓”：既扶持政府医院的稳定运转，又鼓励私立医院健康发展。这种“两条腿走路”的办法，最终使得印度的富人和穷人患者各有所依、各得其所。

（四）城乡统筹中医疗保障制度设计符合国情

各个发展中国家根据本国国情，设计多种多样的医疗保障制度，无论人口大国，还是人口数量较少的国家，根据本国历史、经济发展状况，设计符合国家的医疗保障制度。如印度，虽然不太富裕，并且人口众多，但为了保证广大民众病有所医，仍然推行全民免费医疗制度，建立了一套政府医疗服务体系。这一体系包括国家级医院、邦（省）级医院、地区级医院、县级医院和乡级医院，除此之外还有各级医疗中心。据统计，印度共有1.2万所医院、2.2万个初级医疗中心、2 000多个社区医疗中心和2.7万个诊疗所。这些遍布全国的政府医疗机构满足了大多数国民的基本医疗需求。

巴西实行城乡居民全民医疗保险，全国公民不论贫富都享有医疗保障的权力，医疗保险覆盖面广，待遇水平较高，处于发展中国家的前列。巴西的医疗保险事业由社会福利部管理，下设国家医疗保险协会，由该协会自办保险医疗机构。除了实行全民统一的医疗健康制度外，巴西政府于1994年还专门设立了一种针对农村家庭和社区的初级卫生保健制度——“家庭健康计划”，计划所需资金来自联邦和各州的专项资金支持。“家庭健康计划”实施后，巴西农民在医疗服务方面的可及性明显提高，几乎达到90%以上。

泰国“30株计划”是针对农民及流动人口所推行的一项全民医疗服务计划。它由中央政府按照一定标准将资金预拨到省，省卫生管理部门按人力工资、预防保健和医疗等几个部分分配给相应的医疗卫生机构。参与该计划的农民到定点医疗机构就诊无论是门诊还是住院，每诊次只需支付30株的挂号费，就可得到预防保健、门诊和住院服务、不多于两次的分娩、正常住院食宿、口腔疾病治疗等医疗服务。

四、不同国家城乡医疗保障制度面临的问题

（一）医疗费用上涨过快

医疗费用上涨过快是一个国际性问题，无论哪一种医疗保障制度都面临着同样的问题。这里既有市场运作的问题，也有卫生管理操作的问题。

德国医疗费用支出持续上涨，2004年是1960年的近31倍，远远超过了同期经济增长，

其占GDP的比重也从1960年的4.8%上升到近11%。究其原因主要是人口的老龄化。一方面,它使得患病(尤其是慢性病)和失能人口在总人口中的比例上升,医疗支出增加。另一方面,老年化对实行现收现付制的德国法定医保体制意味着赡养比例的恶化:一是在支出猛增的同时缴费人群在减少,医保筹资的收入下降。二是德国经济增长的趋缓,带来收入增长的下降和失业人数的上升,进而造成了缴费人数的下降和按工资收入百分比缴纳保险费数量的减少。

美国医疗费用也呈现持续增长的趋势。科技、产业、经济、社会、制度等众多原因推动了费用上涨,除了老年化所带来的医疗费用的大增外,作为全球科研中心的美国,在医疗、医药、医疗器械设备生产的研发和应用上不遗余力,这是医疗费用上涨的强大推进器。另外,医疗服务提供者的过度供给和诱导需求过大。由于美国医学协会等利益集团的主导地位使医务界的利润不菲,导致医生人数相对过盛,造成诱导需求大增。尤其外科医生过多,造成不必要的手术过多。而且,由于害怕医疗诉讼而过分依赖高技术诊疗设备开展医疗仪器检查服务和购买高昂的责任保险,造成费用转嫁。医疗保健、保险机构、医药企业的行政和管理费用过高。医药企业方面:据估计,药物的市场营销费用占销售总额的25%左右;保险机构方面:美国保险机构的行政费用已占其成本支出的17%~21%,远远高于一般国家4.5%的平均水平;医院方面:全美医院平均25%的总开支被耗费在管理上。

(二) 政府财政负担日益沉重

各国医疗保障制度运行过程中,伴随着医疗费用的持续上涨,使各国政府不堪重负。德国大量的医保补贴加重了财政的负担:2006年德国各级政府的总债务达到了14 780亿欧元,占GDP的64.1%,其中仅联邦政府就占39.1%。在英国,市场环境下,随着医药科技的发展,医疗设备和药品的价格节节高涨。而在患者与医生的关系中,作为供应方的医生面临的是软预算约束,这样一来,他们就会不计成本的提高服务质量或扩大服务规模来争取市场份额。这就促成了政府每年的医疗保障支出节节攀升。而泰国实施的全民健康保险计划,实施范围占总人口的74%以上,其享受免费医疗服务,加重了政府的财政负担。从而导致各国政府将越来越多的公共资金用于医疗保险,对经济和其他各项社会事业的发展产生了不利的影响。

(三) 医院运行效率低下,医护质量不高

实行国家医疗保障制度的大多数国家以及部分发展中国家,由于体制、社会、经济

等因素，导致医院运行效率、医护质量不高。由于英国在运行机制、管理模式以及经费来源等方面实行计划管理模式，医院属于国家，政府承担绝大部分医疗费用，医护人员领取国家固定工资。这不仅造成公立医疗机构缺乏活力，设备、人手配置不足，医疗、医护人员效率低下等问题，而且可能降低医疗机构采用新技术、购买新设备的积极性。此外，由于医生的报酬与付出没有直接联系，医生就没有激励去做更多的努力，从而造成全科医师以预约已满为由拒绝给予患者治疗，或者将患者转移到上一级医院。再加上公众对近乎免费提供的医疗服务通常有过度需求，这就导致了医患双方的供需矛盾，从而使排队就医成为公立医院司空见惯的现象。

各国医疗保障制度越来越多地面临一些共同问题：一是随着社会经济发展，各国政府的卫生健康目标发生了变化，健康概念有了新内容和新要求；二是人口老龄化加剧了医疗费用支出不断增长和社会医疗资源有限供给之间的矛盾；三是医疗科技进步和人们健康需求的扩展带来了医疗保障需求的多元化和医疗成本增加。因此，各国对医疗保障制度进行了广泛的改革：一是提高保险费的筹资比例；二是从单一主体提供向多元主体提供过渡，从国家包揽社会福利转变为国家、企业、个人共同负担，尤其是扩大、鼓励商业保险，部分取代社会保险的责任；三是增加个人承担份额；四是改变医疗费用的支付方式。但是，医疗保障制度的改革仍然是公认的世界性难题。

五、国外城乡医疗保障制度对我国城乡统筹的启示

（一）建立城乡一体、保障有力的医疗保障体系

综观英国、美国、德国、日本等国政府在主导建立医疗保障制度过程中，尽管也曾经因城乡特点不同而在保费负担、保障水平上有差异，但基本都把城乡居民统一纳入政府福利和社会保障的范围，最终达到全体国民享有平等的社会保障权利。在已有的医疗保障制度中，即便是完全市场化的美国，政府对特殊人群也采取了相应的卫生政策。而我国城乡医疗保障发展水平很不平衡，尤其是农村医疗保障水平很低，区域经济发展很不平衡，要在农村实施统一的全国范围的社会保障，在一段时间内还很难实现。同时，农民对社会保障的要求也不一样，因而必须从农村实际出发，不可搞“一刀切”，这与国外的农村医疗保险各有各的特点是一样的，所以，我们要因地制宜、量力而行，在不同地区、不同时期有所侧重和区别。对于东部沿海及城市郊区等生产力水平和农民生活水平提高较快的富裕地区，全面推进农村社会保障体系建设的条件已基本具备，应采取措

施全面建立农村社会保障的各项制度及服务网络，医疗保障体制建设应纳入一体化发展，农民的健康保障体制可以向城镇过渡，直至结合。对于较发达的地区，可以在发展和完善现行合作医疗制度的基础上，尝试向医疗保险制度过渡，随着社会、经济的发展和工作的深入，再全面建立农村社会保障体系。而对于经济欠发达的地区，目前重点是抓好脱贫致富工作和社会互助与优抚工作的发展，先解决温饱问题，同时鼓励农民根据自愿的原则建立合作医疗保险。

（二）保障水平与社会经济发展相适应

医疗保障主要目的就是解决社会转型中产生的疾病风险问题，努力使民众都有一个健康的体魄平等地参与市场竞争。为此，医疗保障项目及保障水平必须始终与经济发展水平相适应。医疗保障水平过低尽管可以减轻政府财政支出，但是无法应对不断增大的疾病风险，而医疗保障项目过多、保障水平过高，会影响经济发展。因此，在社保体系建设过程中应坚持与社会经济同步发展的原则。一些如英国、法国等欧洲国家曾实行“高福利型”的社会保障，政府最终不堪重负，纷纷减少政府开支，扩大社会支出和个人支出。如德国在 19 世纪末最早建立了社会保险制度，但是在 1945 年以前的半个多世纪里由于其将有限的社会财富多用在军备竞赛和对外扩张上，因此社会保险制度并没有发挥出应有的作用，相反，社会保险制度因战争而被破坏殆尽。新加坡是一个经济发展水平较高的国家，居民有较高的收入水平，而且受儒家文化传统的影响，家庭承担着重要的保障功能，因此尽管政府在中央公积金制度中承担极为有限的财政补贴职责，可是这项制度运行的非常顺利，这完全是立足于其特定的历史文化传统和雄厚的物质基础。日本农村社会保障体系从 20 世纪 30 年代的萌芽起步到逐步完善经历了半个多世纪，从农村最为急需的医疗保险起步，随着经济、社会形势的发展，而不断补充完善，至今形成覆盖全体农村劳动者和农村人口、许多方面享有与城市居民同等待遇、项目齐全农村社会保障体系。

（三）明确政府的职责

政府作为最后的保护网，应承担其基本责任：为公共卫生、预防服务、卫生基建发展和特殊疾病，如精神病、结核病等的治疗提供资金；对老人、穷人、儿童、军人等特殊人群的医疗服务提供补助；确保整个国家卫生服务最终的收支平衡。随着经济的发展和人口老龄化的发展态势，对政府提出了承担医疗保障的更大的责任。通过国际上四种模式的分析发现了此种特点。如在德国，卫生保健费用、农村实行“农民健康保险”等，