

我国医保制度整合的相关问题探讨

李显文¹, 魏来², 潘杰³, 张亮²

(1. 浙江医学高等专科学校, 浙江 杭州 310053; 2. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院, 湖北 武汉 430030; 3. 西南财经大学公共管理学院, 四川 成都 610074)

摘要: 针对我国目前医疗保险制度存在碎片化状况, 提出了医保制度整合中需要重点关注的几个问题: 整合应以总体规划分步实施、立法保障稳步推进、公平优先兼顾效率为原则, 分三个步骤进行; 在筹资方面, 应逐步实现强制参保, 以家庭为参保单位, 并以法律形式明确各级政府的筹资责任, 设置分档次的居民筹资方式及合理的补偿机制; 在管理上, 应妥善整合经办机构, 并通过立法明确基金监管和服务质量保障机制, 确保监管有效、得力。

关键词: 医疗保险制度; 整合

中图分类号: F840.684 文献标识码: A 文章编号: 1004-7778(2011)11-0017-03

Discussion on health insurances integration in China

LI Xian-wen¹, WEI Lai², PAN Jie³, ZHANG Liang²

(1. Zhejiang Medical College, Zhejiang Hangzhou 310053, China; 2. Tongji Medical College of Huazhong University of Science & Technology School of Medicine and Health Management, Hubei Wuhan 430030, China; 3. School of Public Administration, Southwestern University of Finance & Economics, Sichuan Chengdu 610074, China)

Abstract: We proposed to integrate health insurance schemes in China. Integration plan should be implemented step by step, guaranteed by legislation, and considered both equity and efficiency. Three steps should be included. From the perspective of financing, we should implement compulsory health insurance, family unit enrollment, government responsibility on financing guaranteed by legislation, and differentiated financing and reimbursement level for residents. From the perspective of management, we should integrate health insurance organizations, and make sure fund supervision and service quality guarantee mechanism by legislation.

Key words: health insurance system; integration

据报道,截至 2010 年底,我国城镇基本医疗保险参保人数 4.3 亿人,新型农村合作医疗参合人数 8.3 亿人,总覆盖人数超过 12.6 亿人,占全国总人口的 95%。这表明我国基本医疗保障制度已经初步实现全民覆盖。但是,由于缺乏整体性和全局性的政策设计,医保体系内部存在以地域、职业和户籍为界的多种制度,即碎片化现象^[1]。这种多元分割的医保体系造成公民享受医疗服务的不公平,降低体系内的风险分担和统筹调剂能力;不同制度间缺乏衔接,直接影响劳动力的自由流动,制约社会竞争和社会活力;制度的多头管理,也容易导致基金被挪用,管理效率低下。新“医改”方案提出:“基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民……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。”但是,医保制度整合是一项系统工程,牵涉政府多个部门

和广大群众的切身利益,应当周密考虑、统筹安排。本文主要探讨整合中需要关注的几个重点问题。

一、制度整合的目的与基本原则

制度目标是制度建设的前提和引领。随着统筹城乡医疗保障制度的推进,我国医保制度建设的中远期目标应该是建立起适应社会主义市场经济体制要求的、社会保险模式主导的全民医疗保障制度。因此,实现制度从分散到走向统一是目前医保制度建设的最重要方面。通过制度整合,可以尽快提高我国医保的公平性、可转接性和管理效率,保障劳动力的自由流动,控制卫生费用过快增长,解决看病难、看病贵等问题。

制度整合应坚持以下原则。(1) 总体规划,分步实施。在总结国内外医疗保障制度改革经验基础上,制订全国的总体建设规划,明确全民医保的总目标和分阶段

目标,综合考虑可行性与紧迫性要求,逐步落实。可行性要求是考虑到整合涉及不同部门的权限、不同人群利益的调整,难度较大,需要先易后难,逐步推进。紧迫性要求主要是考虑生产力发展和社会公平、和谐的需要。(2)立法保障,稳步推进。医保制度建设涉及政府、经办机构、雇主和个人等多方的责任与利益,是一项复杂又具体的系统工程,应当在科学论证、民主决策基础上,把总体规划、保障措施等通过立法形式固定下来,保障各项工作稳步推进。(3)公平优先,兼顾效率。社会医疗保险具有福利意义上的公平,个人缴费与享受待遇并不呈等价关系,需要根据人们的支付能力确定不同的缴费标准。各档次的筹资标准虽有一定的差异,但差异不能太大。同时,医疗保障本身也是一种经济投资,需要讲究效率,应在保障公平的前提下,坚持公平与效率的统一。

二、制度整合的战略步骤

新“医改”方案对医保制度建设目标和整合方向作出了明确规定,学术界对此也一致认可;但在具体路径上,新“医改”方案并未提及,学术界的观点也有差异。目前学术界提出的几种整合战略,不同点主要在于对城乡(户籍)之间、不同地域和不同职业等整合顺序不同。主要有下列三种。(1)先打破区域内城乡界限,区域统一后再统一全国。如郑功成主张从多元到城乡并轨,形成区域性统一后,再进一步形成全国统一。(2)依次打破职业界限、城乡界限、身份界限,走向统一。如胡大洋主张第一步打破职业界限,建立从业人口的医保制度;第二步打破城乡界限,建立城乡非就业人口的医保制度;第三步打破身份界限,建立以家庭为参保缴费单位的全民医疗保险制度^[2]。杜长宇提出第一步继续扩大覆盖面,同时完善新农合、城镇居民医保两大制度;第二步财政继续加大对两大制度的补贴,并轨成城乡居民基本医疗保险,与城镇职工医保形成二元全民医保体制;第三步建立全国统筹的一元基本医疗保险^[3]。(3)将不同制度整合为不同层次,城乡界限最后交给户籍改革。如顾昕认为城镇职工医保、城镇居民医保和新农合三个制度在“十二五”期间,构建缴费、给付和服务不同的三个层次制度,随户籍制度改革,医疗保险的城乡一体化将水到渠成。这些观点均有可取之处,提出不同的整合顺序,可能是出于不同制度整合难度和整合紧迫性的考虑;但也存在缺陷,如对职业、区域或户籍因素的处理似乎过于简单化,操作起来不一定现实。

因此,我们提出以下整合路径:第一步将城镇职工医保、城镇居民医保和新农合等统筹层次提高至省级,在省域范围消除制度内的碎片化;第二步,在省域内将城镇居

民医保和新农合统一为居民医保,形成居民医保和职工医保的省级二元医保体制;第三步,在实现全国统筹的二元医保制度基础上,进一步实现不分职工与居民的、单一的国民医保制度。

这个路径有两个优先。一是优先在省内统一,将统筹层次提高至省级,是考虑到在现行体制下,省内各级财政责任比较容易协调,经济水平和医疗服务水平等方面差异较小,经办机构整合较为容易。而且,人口省内流动的比重也不小,整合的成本效益较好。据2005年1%人口抽样显示,全国有流动人口14735万人,其中省内流动人口9956万人,占67.6%,跨省流动人口占32.4%^①。如果实现省内统筹,就能先解决67.6%流动人口的异地就医问题。二是优先整合城镇居民医保与新农合,是因为这两者的经办管理模式、筹资来源等比较相近,而与城镇职工医保相比,缴费结构和缴费水平差异较大,三者一起整合难度较大,易产生不稳定因素。如果形成全国的居民和职工二元医保后,剩下的就是缩小居民医保和职工医保的差距了。这个差距在其他国家医保整合过程中也曾面临过,可以参照国际经验来做,如建立中央调剂基金,补助落后地区,限制发达地区,最后达到全国统一^[4]。

三、筹资与补偿的整合

目前,城镇居民医保与新农合都缺乏稳定的筹资机制,主要原因是它们都实行自愿参保原则,与社会保险强制性参保的本质特征相背离,这也导致了“逆向选择”、筹资成本较高和筹资不稳定等问题。由于医疗救助制度的配套建立,目前无力参保的因素已经基本消除。因此,根据保险理论和国际经验,尽快将现行的自愿参保原则改为强制参保,参保缴费单位也应逐步改为家庭。在完成第一步,进入第二步统一城乡居民医保时,城镇家庭中主要劳动力为固定职工的,以家庭为单位参加城镇职工医保,否则可参加居民医保。流动人口可以选择参加原住地或工作地的居民医保或职工医保。

另外,关于各级政府的筹资责任落实。由于我国地域广阔,经济发展差异明显,因此如何合理确定中央政府和地方各级政府的筹资责任值得研究。各级政府的筹资责任必须以法律形式明确,并且实行预算拨款,数额可在一定范围内随经济的发展水平实行动态调整,避免筹资随意性过大和过度加重政府的财政负担,保持筹资的可持续性。至于居民筹资,则应与补偿相对应,补偿机制要科学、合理,防止基金结余过多或透支。考虑居民收入和对医疗保险需求的多样性,可以区分不同经济水平,分档设计筹资和补偿标准,供人们根据自身经济能力进行选择。但要防止健康时选择低档缴费、生病时选择高档缴

①国家统计局.2005年全国1%人口抽样调查主要数据公报.2006-03-16.

费以获得高档补偿等可能的逆选择现象。考虑到城乡医疗服务体系的现实差异,政府在医疗资源投入及财政补贴方面应该更多倾向农村,患者在农村医疗机构就医的报销比例也应适当高于同级的城市医院。另外,整合中应注重采用信息化手段,建立可以全国联网的医保信息管理平台。这样可以提高经办效率,降低管理成本,及时处理本地和异地医保结算问题,也有利于加强监督,实现基金的科学管理。

四、经办管理机构的整合

新“医改”方案提出“有效整合基本医疗保险经办资源,逐步实现城乡基本医疗保险行政管理的统一”的要求,但对如何统一没有明确思路。按照本文新三步整合战略,第二步整合后,形成了城乡居民和职工的二元医保体制,城乡居民医保制度管理经办机构将由两个变为一个。对此,许多人主张管办分开,认为由社保部门管理名正言顺。但情况并不如想象中那样简单。由于医疗保险有其自身特点,笔者认为由卫生部门管理也许会更好。

首先,从医保的既往运行情况看,不同部门管理各有利弊。社保部门虽接管城镇职工医保已经十多年,有了专职管理经办队伍和综合平台,但是在有效控制医疗费用和保障服务质量方面,不如卫生部门。社保管理会造成医疗保险与医疗服务的分离,客观上形成了两者之间的博弈,管理手段以对定点医疗机构的协议管理、药品目录管理和费用结算管理为主,无法对医疗费用的核心因素——医疗质量进行监管。尤其在医疗资源相对分散、医疗机构相对单一的农村地区,农民看病几乎没有什么选择,对定点医疗机构的监管和费用控制面临更大的挑战。与城镇职工医保主要定点在城市医院相比,农村医疗服务支撑体系是县、乡、村三级医疗网络,若不能把实施医疗保险和解决主要卫生问题有效地结合起来,很不利于卫生费用的控制。把医疗保险监管与医疗服务改善的职能同时赋予卫生部门,则卫生部门可以把医疗服务和医疗保险统筹协调好,避免两家分别管理形成的相互利益博弈;而且能发挥卫生部门熟悉卫生专业和医院深层次质量控制的优势,有利于进行有效的业务管理和监督,有利于卫生资源与医疗保险资源的整合和合理利用,有利于强化预防为主、降低卫生费用,为群众提供更有针对性、更有效的服务。

其次,从国际发展趋势看,为控制不断高涨的医疗费用,医疗机构与医保管理机构从博弈到合作已经成为大多数国家的共识。世界各国都越来越强调医疗保险制度对健康的促进作用,在组织形式上把医疗保险从社会保障中分离出来,与健康管理职能加以合并。如 1988 年巴西把社会健康保险制度从社保制度中分拆出来,与卫生部合并组成新的卫生部,全面负责卫生筹资和服务管

理。2001 年日本把厚生和劳动部门合并为厚生劳动省,统一管理卫生、社会保障和社会福利事务。2002 年德国把劳动和社会政策部的社保分支与原卫生部合并,组建成新的卫生和社会保障部。目前世界上有 70% 的国家和地区(包括英国和美国),医疗服务与基本医疗保险是由同一个政府部门管理、采用两者合二为一的管理模式。

五、整合后的监管

医保制度整合后,面对巨大的医疗保障市场,必须有严格的监管制度,以保障医保基金安全和合理提供医疗服务。医保基金的侵蚀者理论认为,政府及其管理机构、定点医疗机构和个人都是侵蚀医保基金的作用主体,政府方面主要存在挪用医保基金的可能,定点医疗机构主要是提供过度服务或多收费,个人主要是发生骗保等道德风险。针对可能出现的上述问题,需要从立法层面、制度层面和组织层面等加强监管。一是立法明确监管主体、监管形式和对违规人员的处罚措施,提高监管的法律效力,增强权威性和威慑力。二是发挥包括人大政协监管、媒体监管、社会及群众监管等多主体监管的作用。尤其要培育、鼓励和支持社会组织对医疗保障基金监管及其医疗服务质量监管的作用。如台湾地区各地成立“全民健康保险监理委员会”,定期收集民意调查意见,在促进保险机构提高运作效率和实现对医疗机构的制约等方面取得了成功的经验^[5]。三是建立医保基金的封闭运行机制。当然,对于结余的医保基金,也可本着审慎、安全的投资原则,努力实现保值增值。四是通过创新组织模式,如借鉴国外的管理式医疗组织,或通过服务购买方式,确保对医疗服务提供方的有效约束。

参考文献:

- [1] 张引,魏来. 碎片化医保制度设计弊端与农民工医保模式路径选择[J]. 卫生软科学, 2011, 25(1): 18-21.
- [2] 胡大洋. 全民医保目标下的制度选择[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(4): 182-184.
- [3] 杜长宇. 开放视角下我国多元基本医疗保险体制的辩证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(7): 32-37.
- [4] The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. The Path to Integrated Insurance Systems in China[R]. China Health Policy Notes. 2010.
- [5] 勇素华. 台湾地区全民健保制度实施绩效论析[J]. 经济研究导刊, 2009, (2): 192-193.

收稿日期: 2011-09-29

(责任编辑 胡希家)

我国医保制度整合的相关问题探讨

作者: [李显文](#), [魏来](#), [潘杰](#), [张亮](#), [LI Xian-wen](#), [WEI Lai](#), [PAN Jie](#), [ZHANG Liang](#)
作者单位: [李显文, LI Xian-wen \(浙江医学高等专科学校, 浙江杭州, 310053\)](#), [魏来, 张亮, WEI Lai, ZHANG Liang \(华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院, 湖北武汉, 430030\)](#), [潘杰, PAN Jie \(西南财经大学公共管理学院, 四川 成都, 610074\)](#)
刊名: [卫生经济研究](#)
英文刊名: [Health Economics Research](#)
年, 卷(期): 2011(11)

参考文献(5条)

1. [张引;魏来 碎片化医保制度设计弊端与农民工医保模式路径选择](#)[期刊论文]-[卫生软科学](#) 2011(01)
2. [胡大洋 全民医保目标下的制度选择](#)[期刊论文]-[中国卫生资源](#) 2008(04)
3. [杜长宇 开放视角下我国多元基本医疗保险体制的辩证分析](#)[期刊论文]-[中国卫生政策研究](#) 2010(07)
4. [The International Bank for Reconstruction and Development The World Bank. The Path to Integrated Insurance Systems in China](#) 2010
5. [勇素华 台湾地区全民健保制度实施绩效论析](#)[期刊论文]-[经济研究导刊](#) 2009(02)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_wsjjyj201111004.aspx