

基于国际经验探讨我国社会医疗保险制度整合的策略

我国新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度、城镇职工基本医疗保险制度在过去十年里覆盖面快速扩大，目前已基本覆盖全部中国人口。但是，三大医疗保险制度的行政管理和基金经办从中央到地方都分属不同部门，基金统筹处于县或市级水平，同时，不同保险制度筹资水平也差距较大：2013 年数据显示新农合、城居保和职工医疗保险的人均筹资金额分别为 380 元、410 元和 2635 元。新农合受筹资水平和资金统筹水平的限制，使得与城居保和职工医保相比，其报销范围更小、报销比例更低；相比较而言，职工医保在服务覆盖和经济保障方面比城居保和新农合更为全面。我国医保缺乏整合和保障不均等的后果是不同医疗保险覆盖人群在服务利用率、疾病经济负担、甚至健康状况方面都存在明显差别。

疾病经济保障制度服务包之间的差距是卫生服务可及性和经济保障缺乏公平的重要原因，而其根源就在于资金池过于分散：包括针对不同人群的医疗保障制度种类多、以及同一医疗保障支付资金统筹层次较低。我国医药卫生体制改革的一个重要目标是到 2020 年建立整合的医疗保障体系。目前不少地区开展了整合医疗保险制度的实践，这其中绝大多数地区是新农合和城居保的整合，包括主管部门及人员整合、建立一体化信息系统、整合资金收缴和统筹、统一服务包和供方支付方式。尚未有地区尝试对三大医疗保险制度的资金池进行整合、或实现三大医疗保险服务包的一致化。针对我国进展缓慢的整合改革，此文将基于其它国家整合医疗保险的经验，提出政策建议。

一、国际经验

综述其它发展社会医疗保险体系国家的发展历程，可发现一条基本规律：建立覆盖正规部门人群的医疗保险制度；建立针对非正规部门的小规模医疗保险制度，并逐步扩

大这类保险制度覆盖人群的种类；在基本实现保险制度全人口覆盖后，开始减少各类保险服务包的差距、合并各类保险的资金池、逐步减少资金池的数量乃至实在国家层面一个资金池的全民医疗保险制度。韩国、中国台湾省、德国、日本和泰国这五个地区，是发展社会医疗保险体系的代表性地区，又分别代表了医疗保险整合的不同层次和阶段，其整合过程的策略各有特色。

1、韩国和中国台湾省是实现了统一的全民医疗保险制度的典型地区。两地的医保整合中，立法和组织建设扮演了重要角色，立法提供了医疗保险整合的制度保证，另外也建立了独立于卫生服务提供机构和政府行政管理部门、又受政府监管的新的管理机构作为独立购买者；为了弥补不同制度之间的筹资水平差异，两地政府均为非正规部门就业人口、非就业和低收入家庭提供额外的资金支持。

2、德国和日本是社会医疗保险体系发展历史悠久的国家，两国并没有发展出全国层面单一的医疗保险资金池，但是均经历了保险项目整合、数量明显减少、保险覆盖服务和保障水平差距减少的过程。日本目前 3500 个医疗保险项目在个人共付标准和服务包上都是统一的，其做法是：中央政府从财政收入中拨款，对收入和保费低或大量老年人参保的医疗保险社团提供补贴。德国目前有 483 个保险资金，德国实现保险方案之间均等化的方式是风险资金调节机制，联邦政府从国家层面调剂保险资金，将部分资金从覆盖低风险人群的保险项目重新分配到覆盖高风险人群的保险项目；测量人群疾病风险的指标主要是年龄、性别、家庭成员数、残疾人数量等。

3、泰国仍然处于医保制度整合的起初阶段。2002 年全民医保制度实施，其整合了健康卡、医疗福利和乙类减免制度，并将覆盖

面扩展到未参保人口群；但与公务员和正规部门雇员的医疗保险仍然是分离的。泰国的全民医保制度设立了国民健康保障办公室，作为独立于卫生部之外自治的服务购买机构。同时实施按人头支付和指定社区卫生服务中心或医院提供门诊服务等支付政策来加强初级卫生保健服务的提供。

二、我国医疗保险整合的政策建议

1、整合的核心要素是国家层面出台长期发展规划和实施方案的指导意见

中央政府亟需制定长期的全民医保制度发展计划和医保整合方案的指导意见。计划和方案中应考虑不同层次的整合。在纵向整合方面，主要是将新农合与城居保或职工医保进行一体化，从而将新农合的统筹层次从县级扩大到地市级，为管理和筹资能力可行时进一步向省级整合打下基础。横向整合方面，短期内新农合与城居保的整合在短期内更为可行，因为两者的筹资水平和服务包相似。然而，部分省市的经济发展已经达到较高水平，满足了整合三个医保制度的客观条件。比如，北京市和上海市可以率先建立全民医疗保险体系，这可以为其他省市起到示范效应，并为未来建立全国全民健康覆盖奠定基础。

2、强化政治领导和财政支持、建立有效的医保组织管理结构

在国家层面出台的医保整合发展规划和指导意见中需强调公平性和效率的目标和原则；承担改革任务的中央和地方政府的管理和筹资责任需要明确，评估机制（包括监测进程和评价效果的指标）也需要明确。医保制度整合需要摆在政府社会发展议程的核心位置，并成为建设公平正义社会的关键策略。明确政府各部门的责任也是重要的问题。

国家层面建立责任治理结构是整合的关键。目前中央负责三大保险制度的部委各有优势。社会保障部门在管理城市社会保险项目方面更有经验，而卫生部门在医疗卫生实践和卫生服务供方监管方面更有经验。短期

内，可以通过跨部门合作机制共同承担责任发挥两个部门各自的优势。社会保障部门可以在保费收缴和管理方面扮演主要角色，而卫生部门则可以在服务包设计和购买服务方面扮演主要角色。长期来看，可以建立独立的机构专事医保体系管理。

3、鼓励创新性的整合试点

在国家和省级全民医疗保险制度建立之前，也可借鉴德国的做法，先根据经济和人口情况（例如人均GDP、老龄人口比例、大病支出等）在省级和国家层面建立风险调整机制，以实现不同区域间的风险再分配。另一个可行的办法是以家庭为单位整合城居保和职工医保，使得两者的资金可以在家庭成员内共享，而不改变目前的保费收缴与政府补贴方法。这种办法通过使城居保与主要覆盖青年和健康人群的职工医保共享基金，将扩大城居保在经济保障方面的能力。

4、加强医保管理能力建设

强化医保制度管理能力是提高卫生体系公平性和效率的核心。除非有良好的操作机制，医保制度整合不会自动地带来卫生体系在公平性和效率方面的改进。操作机制中需要考虑到包括：服务包应当科学地设计，应当利用有效机制来发现成本效益高的服务和技术；成本共担机制应当优先照顾弱势群体；购买方需要利用新的支付制度来替代目前广泛存在的按服务项目付费的制度。监督体系和关键指标的评估需要进一步制定，包括服务和经济保障，医疗和管理成本、服务质量等。对弱势群体包括老年人，农民工和慢性病患者的保障应该在成为考核与评估时给予优先考虑问责制度评估优先考虑的对象。

（袁蓓蓓 徐进 孟庆跃）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。