

社会学研究

从“全民医保”到“公平医保”：中国城乡居民医保制度整合的现状评估与路径分析

仇雨临,张鹏飞

(中国人民大学劳动人事学院,北京 100872)

摘要:中国已经实现了“全民医保”,但医疗保障的城乡差距及不公平状况使制度保障效应大打折扣。推进城乡医保制度整合是实现医保公平的有效途径,是权利公平、机会公平和规则公平的集中体现。在实践中,城乡医保整合提高了参保人和医疗资源分配的公平性,包括扩大了覆盖面,实现了统一性,提升了保障度,促进了医疗资源的均等化配置等。但与此同时,分档缴费并与待遇挂钩的制度设计使得城乡居民医保制度整合过程中还存在公平性不足的问题。因此,需要进一步从推进实质公平、均衡医疗资源配置、提高统筹层次等角度,实现从人人参保到人人公平参保,最终实现“公平医保”。

关键词:全民医保;城乡居民医保整合;公平性

中图分类号:C913.7

文献标识码:A

文章编号:1005-6378(2019)02-0128-11

DOI:10.3969/j.issn.1005-6378.2019.02.019

尽管中国已经实现了医保制度的“全民覆盖”,但城乡医疗保险制度分割,医疗保障的城乡差距依然存在,在“全民医保”实现后,建立全民“公平医保”成为中国医疗保障制度发展的新目标,而城乡医疗保险制度整合正是达到“公平医保”的基本条件。2016年1月,国务院印发《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》),就整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度,建立统一的城乡居民基本医疗保险制度提出明确要求,并对整合政策提出了“六统一”的具体内容,包括统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理和统一基金管理,覆盖全体城乡居民,城乡共享统一的缴费标准、待遇水平、就医范围等。在国家文件的路线规划下,各省(区、市)陆续对城乡医保制度整合作出规划和部署,出台具体实施方案,当前绝大部分省市已经实施了城乡居民基本医疗保险制度。整合城乡医疗保障制度是为实现“公平医保”迈出的重要一步,但这一制度在公平性方面有哪些功能,在实践中又具有怎样的效果则需要更深入的探讨。本文将首先讨论城乡居民医保制度整合中权利公平、机会公平和规则公平间的作用机理,其次从参保人权益和医疗卫生资源均等化的角度分析城乡居民医保制度整合的实践效果,最后提出以城乡居民医保制度整合为契机,实现从人人参保到人人公平参保的路径措施。

一、机理分析:城乡居民医保制度整合与三个公平

2012年党的十八大报告指出:“要坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续方针,以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点,全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系。”“必须坚持维护社会公平正义。逐

收稿日期:2018-10-15

基金项目:国家社会科学基金项目“城乡统筹背景下我国医疗保障制度转型与路径选择”(13BGL114)

作者简介:仇雨临(1960—),女,北京人,中国人民大学劳动人事学院教授、博士生导师,主要研究方向:医疗保险。

步建立以权利公平、机会公平、规则公平为主要内容的社会公平保障体系,努力营造公平的社会环境,保证人民平等参与、平等发展权利”。2017年党的十九大报告提出:“中国特色社会主义进入新时代,中国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。”十八大报告和十九大报告都重点谈及公平性问题,十八大报告在建设社保体系中将增加公平性放在适应性和可持续性之前,且从权利公平、机会公平和规则公平三个方面细化了公平性的内涵;十九大报告进一步指明不平衡发展是目前中国社会主要矛盾,这说明现今社会仍存在公平性缺失的问题。长期以来,中国城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度三足鼎立,尽管实现了“全民医保”,但医疗保障的城乡差距及不公平状况使制度保障效应大打折扣。因此,推进城乡医保制度整合是实现医保公平的有效途径,是权利公平、机会公平和规则公平的集中体现。

(一)三个公平的内涵

就医保制度而言,权利公平指宪法和法律赋予国民相同的权利,即法律面前人人平等,人人享有参加医疗保险制度的权利,这是实现公平的基础和前提;机会公平指国民拥有通过权利获得同等利益的可能,真正的机会公平需要向弱者倾斜,即医保制度设计过程中对弱势群体的照顾,这也是实质公平的体现;规则公平指国民不被制度排斥或制度不人为设置等级,而是在统一的制度下,受到同样的制度保障和规则约束,这是实现公平的依据。三个公平有机组合,各司其职,相互促进,互相影响,构成完整的公平体系。

(二)整合城乡居民医保与三个公平的关系

在全民医保从制度上实现了对城乡居民的全覆盖,实现了全体国民参与医疗保险的权力的背景下,中国城乡医疗卫生服务却存在着二元失衡的问题,城乡居民医保整合之前的医疗保险制度也呈现了三维分立的态势,因此医疗服务的城乡差距和医疗保险的制度分割成为了阻碍“全民医保”和“公平医保”的重大问题。城乡居民医保制度整合是缩小这种不公平、促进和实现三个公平的有效途径,是深化医疗保险改革的重要内容。

1. 权利公平与制度整合。保障社会公平正义以维护人民利益已成为社会主义制度建设和体制改革的出发点^[1]。权利公平从法理上规定了城乡居民都应该拥有免除疾病恐惧和化解疾病风险的权利,这是建立权利公平的应有要义。中国《宪法》第四十五条明确规定了中国公民在患疾病时有获得物质帮助的权利。中国《劳动法》《社会保险法》等法律进一步确定了国民的这种权利。全民医保制度把参加医疗保险的权利赋予了每个国民,但是赋予了权利并不等于实现了权利公平,权利公平还要求赋予权利的内容相同。三项制度的具体设计存在较大差异,也使中国城乡居民在参加医疗保险的水平上参差不齐,如缴费水平、政府补贴数额、门诊与住院的报销范围、起付线、报销比例、封顶线等方面,这实际上造成了城乡居民权利的不平等。医疗保险关系到国民的生命健康的基本权利,这要求国家对待城乡居民的医疗健康需要一视同仁。整合城乡居民的医疗保险制度,使整个医疗保障体系从“三元分割”到“二元并行”,至少弥合了城乡医保制度之间的差距,使城乡居民获得相同内容的医疗保障,实现权利公平。

2. 机会公平与制度整合。机会公平即每个人拥有的资源或机会相同。但现实生活中,由于个人的先天禀赋和后天条件的不同,对应的国民个体通过权利获得权益的机会也是不公平的。因此实现机会的公平,需要通过新的社会政策给予处于不利地位的弱势群体以照顾。在医疗领域中,机会的公平体现在是否能公平获得医疗资源,即医疗资源分布是否合理、城乡居民获得医疗服务的可及性是否相同等。现实中城市居民明显比农村居民拥有更多的医疗卫生资源,且优质医疗资源大都分布在城市。根据《中国统计年鉴》,2014年城市人均卫生费用3558.31元,农村1412.21元;2016年城乡每千人口床位数8.4张,农村为4.0张;每千人口卫生技术人员数城市是10.8,农村是4.0。这直接导致农村居民健康状况也远逊于城市居民,如新生儿死亡率、婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率农村约是城市的2倍以上。这表明中国城乡居民的就医机会存在明显的不公平现象,这种事实上的不公平只有通过新的制度倾斜才能缩小。重点需要加快农村医疗卫生事业的发展,通过城乡制度整合使医疗资源向农村倾斜,缩小城乡卫生资源差距,增加农村居民享受优质医疗服务的机会。推动医疗资源配置更加均等化以及就医机会更加一

致,使农村居民获得和城市居民一样的化解风险的能力,才能实现机会的公平。

3. 规则公平与制度整合。规则公平,意味着国民不被制度排斥或制度不人为设置等级,而是在统一的制度下,受到同样的制度保障和规则约束,没有特权的存在。规则公平首先表现在制度设计的统一,统一性和公平性呈正相关。统一性使城乡居民从过去的两个制度合并为一个制度,得到统一制度的保障。通过城乡制度整合,统一了城乡之间的筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理等内容。城乡居民可以在相同的范围内选择医疗机构;城乡各级各类医疗机构实行统一的定点资格认定、签署统一的管理服务协议,促使各级医疗机构非歧视性地对待城乡居民;医保目录“就宽不就窄”,医保待遇“就高不就低”,建立统一的城乡居民医保的医疗服务和药品目录,城乡居民享受同等的医疗服务范围;实施统一的费用支付和结算办法,使城乡居民获得同样的保障水平和化解疾病风险的能力。

二、现状评估:从公平性考察城乡居民医保制度整合效果

整合城乡医疗保险制度是多方受益的民生举措,其具体实施效果可以从医保的三方主体,即从参保人、医疗机构和医疗保险管理部门三个方面来分析^[2]。基于此,本文主要从参保人的权益获得和医疗资源配置的视角分析城乡医保制度整合后带来的公平性提升。其中,对参保人的公平性表现在城乡医保整合扩大了覆盖面,实现统一性,提升保障度;对医疗资源分配的公平性表现在城乡医保整合促进医疗资源的均等化配置。

(一)城乡居民医保制度整合与参保人权益获得

1. 参保人数持续增加。整合城乡居民医保制度将新农合和城镇居民医保合并实施,能够扩大一个制度内的覆盖面;同时,也缩小了城乡医疗保障的差距,提高了公平性,提升了城乡居民的参保积极性。2017年参加城乡居民基本医疗保险人数为87359万人,比上年末增加42499万人^①,从参保人数的绝对变化上可以看出城乡居民基本医疗保险的实施为统一的基本医疗保险的扩面作出了突出贡献。从“三险分立”到“两险并存”,整合城乡医疗保障充分扩大了制度的覆盖人数。

2. 医疗保险目录扩大。在医疗保险制度整合过程中,各地本着“目录就宽不就窄、待遇就高不就低”的思路,城乡居民医疗保险目录统一向城镇居民医疗保险目录看齐,医疗保险用药增多、报销范围扩大,从而提高了农村居民的医疗保障水平。过去新农合医疗保险目录建立在国家基本药物目录的基础上,目录种类约为700—1300种,而城镇居民医保目录参照国家基本医疗保险药品目录,约为2200种,加上各地在此基础上上调的15%,其目录更宽。2017年以来,人社部、国家医保局加大了对医疗保险药品目录的谈判工作,相继公布了最新的2017版药品目录,纳入了36种临床价值高但价格较贵的药品、降价并纳入了17种抗癌药^②,这些措施本身是提高整个医疗保险制度保障能力的重要举措,在城乡整合的背景下,又会使得农村居民与城市居民一起共享改革发展红利,显著增加了城乡居民尤其是农民的医保报销范围。

3. 报销比例提高。制度整合实现了城乡居民的“同城同责”“同城同权”“同城同待”,大大提高了城乡居民医疗待遇的公平性。《意见》规定,城乡居民医疗保险整合后,政策范围内住院费用支付比例要保持在75%左右,同时逐步提高门诊保障水平。以北京市为例,在新农合和城镇居民医保分别运行时期,新

^① 2017年度人力资源和社会保障事业发展统计公报, http://www.mohrss.gov.cn/ghcws/BHCSWgongzuodongtai/201805/t20180521_294290.html。

^② 根据《人力资源社会保障部关于印发国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)的通知》(人社部发〔2017〕15号)、《人力资源社会保障部关于将36种药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》(人社部发〔2017〕54号)、《国家医疗保障局关于将17种抗癌药纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》(医保发〔2018〕17号)等整理。

农合由于各县区经济发展水平差异较大,在是否实施门诊统筹、报销范围、起付线、报销比例等的规定上县区之间也存在较大差异。而北京市自2018年起实施统一的城乡居民医疗保险,全市实施门诊统筹(参保人连续参保缴费享受门急诊待遇),并统一了城乡之间、各区县之间的起付线、封顶线和支付比例。从绝对数值上看,报销比例整体上也比新农合大部分区县的比例有所提高。2015年北京市海淀区、密云区在新农合住院方面的报销规定以及2018年北京市城乡居民的住院报销规定如下表^①:

表1 2015年北京市海淀区、密云区新农合及2018年北京市城乡居民医保住院报销规定

医院级别	起付线(元)		报销比例(%)	核准报销费用(元)		
	首次住院	两次及以上				
2015 密云 区新 农合	县内各镇卫生院(含北京脑血管病医院)	300	150	75	300 以上	
				65	1 001—10 000	
	县内二级医院	1 000	500	75	10 001—30 000	
				90	30 001—60 000	
				95	60 001 以上	
				45	1 301—20 000	
县域外定点医院	1 300	650	50	20 001—40 000		
			60	40 001—60 000		
			65	60 001 以上		
医院级别	起付线		报销比例(%)	封顶线(元)		
2015 海淀 区新 农合	社区卫生服务中心和一级医院	首次住院 1 300 元,年内二次及以上 650 元,门诊特殊病		80	18 万	
		二级医院	病参考人员全年只扣一次起付线			70
		三级医院				60
医院级别	起付线(元)		报销比例(%)	封顶线(元)		
	老人、劳动年龄	学生儿童				
2018 北京市 城乡居 民医保	一级及以下定点医疗机构	300	两次及以上按首次起付标准的 50%	80	20 万	
		800	400	78		
	二级定点医疗机构	1 300	650	75		

注:以上比例不包含重大疾病的特殊支付比例

4. 统筹层次提高使参保农民选择医院范围更宽。在统筹层次方面,城镇职工医疗保险原则上是以地级以上行政区(包括地、市、州、盟)为统筹单位,新农合一般以县(市)为统筹单位,而《意见》提出城乡居民医疗保险制度原则上实行市(地)级统筹,鼓励实行省级统筹。一方面,随着统筹层次的提高,参保居民就医范围也相应扩大,并缩小不同地区之间的保障待遇差距,从而提高城乡居民医疗保障待遇的公平性,同时医疗卫生资源统筹配置无疑能够极大地提高医疗资源利用效率^[3]。比如,城乡居民医疗保险整合后,由县级统筹提高为市级统筹,居民就医选择范围从县域扩展到地市范围,过去农村居民只能选择在本县医院就医,现在可以在市里医院就医;保障待遇也因统筹地区扩大而有所提高。从各省统筹城乡医保的制度文件看,大部分采取了“将已有的城镇居民医保和新农合定点医药机构整体纳入城乡居民基本医保定点范围”的做法,从而大大拓宽了城乡居民在就医方面的选择,提高了就医的便利性。

^① 资料来源:密云县人民政府关于印发密云县2015年新型农村合作医疗制度实施方案的通知(密政发〔2014〕51号);北京市海淀区人民政府办公室转发《海淀区新型农村合作医疗制度管理办法实施细则(2015年)》的通知(海政办发〔2015〕4号);北京市人力资源和社会保障局印发《北京市城乡居民基本医疗保险办法实施细则》的通知(京人社农合发〔2017〕250号)。

(二)城乡居民医保制度整合与医疗卫生资源均等化

城乡居民医保制度与城乡医疗卫生资源配置是护卫居民健康的两大手段。本文采用实证的分析方法来评估城乡医保制度整合在实际运行过程中是否能促进城乡医疗卫生资源配置均等化,进而提高居民健康的公平性。截至2016年1月12日,天津、上海、浙江、山东、广东、重庆、青海、宁夏和新疆生产建设兵团9省、直辖市、自治区已经完成城乡居民基本医疗保险制度整合,其余地区也在逐步加快城乡居民基本医疗保险制度整合进度。本文以2016年1月12日为时点,在进行评估时,将已经完成制度整合和正在进行制度整合的两部分地区分开论述,并进行比较分析,以便更清楚地看出制度整合在公平性方面的实际效果。以下通过数据分析来反映制度整合是否促进医疗卫生资源配置均等化。

医疗保障整合发展有利于缩小城乡医疗保障的差距,促进城乡居民参保积极性,也有利于医疗卫生资源配置的均等化发展。医疗保障制度整合发展本着待遇“就高不就低”的原则,农村居民医疗保险目录扩大为与城镇居民医疗保险目录一致。同时制度整合后实现了城乡居民“一视同仁”的医疗待遇(报销比例相同),促进了制度的公平性,进而有利于医疗卫生资源配置的均等化发展。可见,医疗保障制度整合在城乡之间医疗卫生资源配置均等化方面具有重要的作用。当前,城乡之间二元分割局面较为突出,可以以医疗保障制度整合为契机,加强完善农村地区医疗基础设施建设,提高医疗卫生服务人员素质,不断发展和完善农村医疗服务质量。随着经济发展水平的提高,农村地区居民的医疗服务需求逐渐增加,但是由于以往农村医疗保险目录的局限性和保障待遇水平较低,农村居民参保的积极性受到限制。医疗保障制度整合发展将农村居民的医疗保障水平逐渐与城镇医疗保障水平接轨,这意味着提高了农村居民的医疗待遇,有助于农村居民更加积极地从事生产经营活动,也有助于农村地区经济水平的提高。可见医疗保障制度整合能够显著地改善农村地区的医疗服务建设,能够更加合理高效地保障农村居民的医疗服务需求。

同时,随着农村地区经济发展,医疗卫生资源配置均等化也是必然的发展趋势。首先,医疗保障要想持续发展,就必须要与经济发展水平相适应。而随着科技创新发展和生产力的提高,农村地区经济发展水平增长迅速,以往水平较低的医疗保障逐渐和农村经济发展水平相脱节,农村居民需要更高层次的医疗保障,这种需求迫在眉睫,因此提高农村地区医疗资源配置,加快医疗卫生资源配置均等化是新时代出现的必然要求,此时医疗保障制度整合是适应新时代发展的重要因素之一。其次,在缓解农村地区贫困过程中,“因病致贫”现象较为突出和严重,尤其在大病保障方面,由于农村地区人均收入相对于城镇较低,在面对大病威胁时更加脆弱。通过医疗保障制度整合,加快医疗资源配置均等化,更有利于农村居民摆脱“因病致贫”的困扰,更加有利于农村地区生产力发展,进而有助于农村地区经济水平的提高。

基于此,我们提出以下假设:城乡医疗保障制度整合有利于促进城乡之间医疗卫生资源配置均等化发展。

我们采用“每千人口拥有卫生技术人员数”来表示医疗卫生资源配置情况,其中具体分为“城镇每千人口拥有卫生技术人员数”和“农村每千人口拥有卫生技术人员数”,采用“城镇每千人口拥有卫生技术人员数”与“农村每千人口拥有卫生技术人员数”之比来表示城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度。医疗卫生资源配置状况能够反映出居民获取医疗卫生资源的难易程度,例如在医疗卫生资源配置状况差的地区,居民更难以获取医疗服务,而在医疗卫生资源配置状况好的地区,居民相对获取医疗服务更加方便快捷。“每千人口拥有卫生技术人员数”是指一个地区平均一千个人所配备的卫生技术人员数量,包括执业医师、助理医师、注册护士、药师、技师等,一个地区如果“每千人口拥有卫生技术人员数”为4,那么意味着该地区每一千人里面享有4名卫生技术人员,它能够直接地反映出居民获取医疗服务的难易程度。“每千人口拥有卫生技术人员数”越高,那么该地区居民享有的医疗服务的选择权越大,居民能够更加便利地获取医疗服务。这种状况往往集中在大城市、发达地区等,因为大城市、发达地区医疗服务发达,尤其在市场经济条件下,大城市、发达地区能够吸引更多的医疗卫生技术人员,其资源配置状况更好。“每千人口拥有卫生技术人员数”越低,那么该地区居民享有的医疗服务的选择权越小,居民在获取医疗服务

方面相对困难,这种情况在小城市、农村或欠发达地区发生较为普遍,其往往缺乏高层次的医疗技术人员,资源配置状况差。因此,采用“每千人口拥有卫生技术人员数”能够有效地反映出该地区医疗卫生资源配置状况。而城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度则采用“城镇每千人口拥有卫生技术人员数”之比与“农村每千人口拥有卫生技术人员数”之比来表示,其比值越接近于1,意味着城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度越强,其比值越大于1或越小于1,意味着城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度越差。

表2显示的是已经完成城乡居民基本医疗保险制度整合的9省、直辖市、自治区城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度。其中宁夏地区在制度整合完成过程中,缓解医疗卫生资源配置不均问题上最为突出,城乡之间医疗卫生资源配置不均现象由2010年的1.282下降到2016年的0.635,整体下降了0.64。青海和重庆地区也有显著的进步,分别下降了0.047和0.025。而以上海为代表的其他地区(除新疆外)属于经济发达地区,医疗卫生资源配置不均的程度有所加剧。可能的解释是经济发展和城镇化水平的提高,造成这些地区农村人口数量下降较快,城镇人口数量上升迅速,因此政府对于医疗卫生资源的配置相对而言可能更加倾向于城镇。数据反映出城乡医保制度整合对于经济落后地区医疗资源配置均等化的改善更加明显。

表2 9省、直辖市、自治区城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度

地区	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	变化状况
广东	0.054	0.072	0.064	0.110	0.116	0.187	0.167	0.113
宁夏	1.282	1.046	0.993	0.902	0.872	0.764	0.635	-0.647
青海	0.059	0.029	0.139	0.059	0.045	0.028	0.012	-0.047
山东	0.318	0.344	0.388	0.351	0.308	0.312	0.332	0.014
上海	1.989	2.061	2.293	2.375	2.589	3.534	3.653	1.664
天津	0.629	0.623	0.552	0.627	0.585	0.663	1.483	0.854
新疆	0.411	0.427	0.416	0.578	0.618	0.619	0.576	0.165
浙江	0.470	0.458	0.485	0.453	0.456	0.452	0.471	0.001
重庆	0.088	0.041	0.119	0.107	0.151	0.126	0.063	-0.025

注:表中数据根据数值1减去“城镇每千人口拥有卫生技术人员数”和“农村每千人口拥有卫生技术人员数”之比的绝对值计算得出;“变化状况”一栏根据表中2016年数据与和2010年数据之差计算得出。数据来源于历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》

为了进一步验证“城乡医疗保障制度整合有利于促进城乡之间医疗卫生资源配置均等化发展”假设,我们采用30省、直辖市、自治区(西藏因数据缺乏而在样本中剔除)2010—2016年面板数据,构建计量模型如下:

$$Alit = \alpha_0 + \alpha_1 Du_{it} + \alpha_2 GDP_{it} + \alpha_3 Cr_{it} + \alpha_4 Mb_{it} + \alpha_5 Fa_{it} + \mu_{it}$$

其中, $Alit$ 为医疗卫生资源配置均等化程度; Du_{it} 为虚拟变量,代表的是是否完成城乡居民基本医疗保险制度整合; GDP_{it} 为地区生产总值; Cr_{it} 为城镇化水平; Mb_{it} 为地区医疗卫生财政支出; Fa_{it} 为地区固定资产投资; μ_{it} 为误差项。

1. 被解释变量。我们采用数值1减去“城镇每千人拥有卫生技术人员数”与“农村每千人口拥有卫生技术人员数”之比的绝对值作为医疗卫生资源配置均等化程度的替代变量,该数值越接近0,意味着城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度越强,其比值越大于0,意味着城乡之间医疗卫生资源配置均等化程度越差。

2. 核心解释变量。我们采用虚拟变量“是否完成城乡居民基本医疗保险制度整合”来作为核心解释

变量,其中“已经完成城乡居民基本医疗保险制度整合”的省份赋值为1,“未完成城乡居民基本医疗保险制度整合”的省份赋值为0,这种划分将已经完成城乡居民基本医疗保险制度和逐步加快城乡居民基本医疗保险制度整合进度的省、直辖市、自治区区分开来,更为准确地评估已经完成城乡居民基本医疗保险制度的省、直辖市、自治区比逐步加快城乡居民基本医疗保险制度整合进度的省、直辖市、自治区在相关层面的影响,我们关注的核心部分是虚拟变量回归系数的符号和显著性,如果虚拟变量回归系数符号显著为负,那么意味着已经完成城乡居民基本医疗保险制度整合相对于未完成城乡居民基本医疗保险制度整合更有利于促进医疗卫生资源配置均等化。

3. 控制变量。此外影响到医疗卫生资源配置均等化程度的变量还可能有地区生产总值、城镇化水平、地区医疗卫生财政支出和地区固定资产投资等。一地区生产总值越高,其医疗卫生资源配置均等化程度越强;城镇化水平越高的省份,其医疗卫生资源配置均等化程度可能越低;而地区医疗卫生财政支出越多,很可能会促进医疗卫生资源配置的发展,进而会导致医疗卫生资源配置均等化程度越强;地区固定资产投资越高,同样也可能会促进医疗卫生资源配置的发展,导致医疗卫生资源配置均等化程度越强。因此,我们将可能影响到医疗卫生资源配置均等化程度的变量地区生产总值、城镇化水平、地区医疗卫生财政支出和地区固定资产投资放入到控制变量中。同时,为了消除异方差的影响,我们对地区生产总值、地区医疗卫生财政支出和地区固定资产投资取对数。

表3报告了医疗保障制度整合与城乡之间医疗卫生资源配置均等化回归结果。结果显示,核心解释变量的系数符号为负,且在1%水平上显著,也就是说,在其他条件不变的情况下,已经完成城乡居民基本医疗保险制度整合相对于未完成城乡居民基本医疗保险制度整合更有利于促进医疗卫生资源配置均等化。这意味着,加快完成城乡居民基本医疗保险制度整合确实有利于促进医疗卫生资源配置均等化。城乡居民基本医疗保险制度的整合在促进医疗卫生资源配置均等化方面具有显著的效果。表3回归结果验证了我们提出的假设。

表3 医疗保障制度整合与城乡之间医疗卫生资源配置均等化回归结果

Al	系数	标准误	T 统计量	P 值
Du	-0.277	0.085	-3.24	0.001
Cr	4.372	0.405	10.81	0.000
lnfa	-1.229	0.146	-8.39	0.000
lnmb	-0.904	0.132	-6.84	0.000
lngdp	-0.208	0.149	-1.40	0.164
_cons	2.635	0.491	5.37	0.000

控制变量方面,城镇化水平的提高对于医疗卫生资源配置均等化方面具有抑制作用,且在1%水平上显著。这是因为,城镇化水平越高,城镇与乡村之间的差距,尤其是在各种资源配置方面包括医疗卫生资源配置方面,政府决策更加倾向于城镇,进而更容易导致城乡之间医疗卫生资源配置差距扩大,反而不利于城乡之间医疗卫生资源配置均等化发展,这也是在一些经济发达和城镇化水平较高的地区,如天津和上海,其医疗卫生资源配置均等化程度随着时间推移逐渐降低的重要原因。固定资产投资能够带动城乡之间经济发展水平差距的缩小,使得城乡之间医疗卫生资源配置差距逐步缩小,表中显示固定资产投资有利于促进城乡之间医疗卫生资源配置均等化,且在1%水平上显著。医疗卫生财政支出有利于促进城乡之间医疗卫生资源配置均等化,且在1%水平上显著,表明合理扩大医疗卫生财政支出能够缩小城乡之间医疗卫生资源配置差距。地区生产总值对于促进城乡之间医疗卫生资源配置均等化并不显著,我们认为这是因为地区生产总值的增加,既促进了城镇医疗卫生资源配置的发展,又促进了农村地区医疗

卫生资源配置的发展,整体上而言,对于促进城乡之间医疗卫生资源配置均等化作用有限。

(三)城乡居民医保制度整合仍存在的问题

从公平性角度来判断,现有城乡居民医保制度整合过程中还存在公平性不足的问题,主要表现在分档缴费和待遇未体现真正公平。不少地区城乡医疗保险设计多个档次,即低缴费配低待遇,高缴费配高待遇,这种“分档筹资,缴费与待遇挂钩”的措施虽然适应城乡居民的缴费能力差别和医疗需求,但却没有实现真正公平。医疗保险制度整合的重要目标是逐步缩小城乡居民的医疗保险待遇差距,最终达到医疗保险待遇的统一。统筹城乡医疗保险的核心在于公平筹资与平等受益,但这个目标在大多数地区还没有得到实现,例如不少地方采取“一制两档”或“一制三档”的缴费方式,缴费标准与待遇标准相挂钩(表4)。在制度内还分三六九等,实际上不能算是真正的公平。在分档次缴费情况下,经济困难居民通常选择低档次缴费,从而享受低待遇,但是他们在患病时面临的医疗支出与高档次缴费者相同,从而使经济困难群体医疗负担沉重的问题无法解决。因此分档次缴费应当作为一种过渡性举措,随着城乡居民收入水平和当地财政水平的普遍提高,应统一待遇标准。各地应逐渐实现根据病情需要提供统一待遇,在高收入者与低收入者、患病者与健康者之间合理分散风险。

表4 2017年某地城乡居民医保筹资标准和报销比例

档次	总筹资 标准(元)	个人缴费 标准(元)	财政补助 标准(元)	报销比例(%)		
				一级医院	二级医院	三级医院
低	950	150	800	70	65	55
中	1 180	380	800	75	70	65
高	1 480	680	800	80	75	65
学生儿童	930	130	800	80	75	65

三、完善路径:从人人参保到人人公平参保

公平是医疗保障乃至整个社会保障的核心价值。当前,在一个拥有近14亿人口的中国大陆,已经普遍实现了程度不同的人人享有社会保障^[4]。在此背景下,中国医疗保障制度的发展也经历了从无到有、从少数人到覆盖全民、从分割到整合的发展过程。尤其是新医改实施10年来,中国基本医疗保障制度已实现全民覆盖,超过13亿的国民拥有了基本医疗保障,城乡居民“病有所医”的目标已经实现。在这样的背景下,中国医疗保障已进入“后全覆盖时期”,面临着从城乡二元分立到城乡一体化、从形式普惠到实质公平的制度转型。城乡统筹成为医疗保障制度发展的大方向,“公平医保”成为国民新的期望。

但在实际中受限于统筹层次较低、地区间经济发展水平和医疗卫生资源配置差异性大等客观因素的制约,制度的碎片化需要进一步整合,保障的公平性有待加强。一方面,囿于城乡二元经济以及长期以来城市与农村医疗保障制度双轨并行的制度惯性,加之以县、市为起点的统筹层次,中国医疗保险制度长期以“二元三维”为主要特征,多种制度类型并行。当前,虽然对城乡居民医保进行了整合,但整合过程中又出现了一个制度内多档的缴费与待遇规定,由此形成了另一种形式的制度分割。即当前存在的多种整合模式导致基本医保制度“再碎片化”持续^[5]。而低统筹层次除了使基金风险池较小外,也带来了地区之间医疗保险制度碎片化的问题。另一方面,在卫生资源城乡、地区间分布不均衡的客观制约下,卫生资源配置的不均等与医保制度的碎片化共同引发了中国居民的健康不平等。

因此,在全民医保的背景下,在健康中国改善健康公平的发展目标下,医疗保障制度需要加快在覆盖人群、统筹层次和异地转移等方面的整合进程,保障城乡之间、地区之间国民的健康公平成为未来医保发展的主要方向。

首先,从形式公平到实质公平,减少医疗保险的“逆向补贴”。城乡居民医疗保险制度整合过程中,为

强调居民的可接受程度和可行性,具体的制度设计有一制一档、一制两档、一制三档等多种形式。经济相对落后、城乡差距大、城镇化率低、医疗资源分布不均,特别是中西部落后地区,多采取“一制两档”或“一制多档”模式。多数分设两档或多档的地区中,允许参保对象自主选择缴费档次及对应的不同待遇保障水平。也有少数地区体现不同群体经济收入差距,实行差别缴费,如要求城镇居民参加缴费额高的档次而农村居民可自由选择。这种“一体多元”的制度设计,其特点是一个制度、多种缴费,多种保障水平,尽管比整合前两个分立的制度在医保目录、医院选择、报销比例等方面有所改善,但在待遇享受方面仍然存在差异。目前有两种模式,在待遇公平性方面比较好的制度安排。一是以上海市为代表的发达地区的城乡居民医保制度,根据居民医疗需要进行分担。上海市城乡居民医保缴费和待遇政策是根据年龄(医疗需要)来分档的,而不是根据参保人收入分档的。从表5可见,上海市城乡居民医保筹资根据年龄分档,个人缴费是年龄越高缴费越低,而财政补贴年龄越高补贴越高,充分考虑了参保居民的医疗需要,即老年人收入低而看病频繁,医疗支出更大。在待遇设计上,也是向医疗需要更大的老年人和婴幼儿、中小學生倾斜,且上海市取消了门诊和住院的封顶线,更加提高了城乡居民的保障水平(表6)。

表5 2018年上海市城乡居民医保的筹资标准和个人缴费标准^①

人群分类	总筹资标准(元)	个人缴费标准(元)	财政补助标准(元)
70岁以上人员	5 800	370	5 430
60—69岁人员		535	5 265
19—59岁人员	3 150	720	2 430
中小学生和婴幼儿	1 450	110	1 340

表6 上海市城乡居民医保医疗待遇表^②

人群分类	起付标准			基金支付比例(%)			
	一级医院	二级医院	三级医院	一级医院	二级医院	三级医院	
住院待遇	60岁及以上人员	50元/次	100元/次	300元/次	90	80	70
	60岁及以下人员				80	75	60
门诊待遇	60岁以上人员、小学生和婴幼儿		300元		70	60	50
	19—59岁人员		500元				

第二种模式是以东莞市为代表的“三险一金”制度。部分地区在城乡居民医保整合后实行统一的缴费和待遇政策;或者根据不同群体的收入确定差别化的缴费档次与政府补贴机制,但最终的保障待遇是一样的,应该说这才是更全面的、更彻底的、更公平的制度整合,也应该是今后中国医疗保障制度整合发展的统一模式。如在东莞市,不管是外来打工者、农民、居民、职工、机关干部等都适用一个制度,即社会医疗保险来覆盖,尽管缴费分为职工和居民,但医保待遇统一(表7—8)^③。这种根据参保人收入能力缴费,但待遇无差别的制度安排极大地提高了公平性。

^① 上海医保. 2018年度本市城乡居民医保相关政策问答[EB/OL]. [2017-11-14]. http://www.shyb.gov.cn/ybdt/201711/t20171114_1273842.shtml.

^② 上海市人民政府关于印发《上海市城乡居民基本医疗保险办法》的通知[EB/OL]. [2017-11-14]. <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw45361.html>.

^③ 东莞市人民政府关于印发《东莞市社会医疗保险办法》的通知,东府〔2018〕120号。

表7 东莞市社会医疗保险筹资状况(%)

人群	缴费基数	单位	个人	财政
职工	按照上年度全市职工月平	2.3	0.5	—
城乡居民	均工资的2.8%征缴	—	1.1	1.7

表8 东莞市社会医疗保险待遇(报销比例%)

门诊	社区门诊	签约参保人	二级及以下医院	三级医院
	70	75	50	35

其次,均衡医疗资源配置,提高医疗服务可及性。在区域尤其是城乡之间医疗资源配置不均衡的背景下,经济发达地区、城市居民更容易作出就医的选择,也更便于获得医疗保险的待遇补偿,由此出现低收入补贴高收入的“逆向补贴”现象。因此,需要加强农村地区医疗资源配置,缩小城乡医疗服务差距,以均等和可及的卫生资源促进医保制度保障公平性效用的发挥^[6]。医疗服务的公平可及是保证医疗保险公平享有的重要条件。城乡居民医保制度整合只是提高了农村居民医疗保障的公平性,但如果没有医疗服务的公平性,公平的医保制度也难以发挥其保障效用^[2]。

再次,提高统筹层次,逐步实现医保省级统筹,缓解医保基金不平衡分布问题。《社会保险法》对除养老保险以外的社会保险制度提出社会保险基金逐步实行省级统筹的目标要求。在城镇职工医疗保险制度建立之初,提出了以县级统筹为起步,逐步实现市级统筹的目标;城乡居民医疗保险的合并以市级统筹为目标,鼓励有条件的地方向省级统筹过渡,但各地的政策方案大多仍旧以市级统筹为目标。当前,在城镇职工医疗保险实现市级统筹,城乡居民医疗保险向市级统筹迈进的背景下,需要将医疗保险制度的省级统筹作为下一步优化完善的方向。当前,由于基金统筹层次较低,医疗保险基金不能提供更健全的医疗保险服务,参保人的医疗需求不能得到满足,与社会化大生产的客观需求产生矛盾^[7]。例如,在一个省域范围内,以三甲医院为代表的高水平医疗资源多集中在省会城市或省内经济水平较高的城市,而医疗费用花费较大的重特大疾病又大多需要在高技术水平医院得到诊治,由此医保的低统筹层次在一定程度上限制了居民获取更高水平的医疗服务的需求。因此,需要在规范就医秩序的分级诊疗制度配套下,提高医保的统筹层次,在省域范围内缓解医疗资源和医保基金不平衡分布的问题,提高医疗保险制度保障的公平性程度。

总之,从“人人参保到人人公平参保”是医保制度转型的最主要特征和最重要标志。提升公平性,首先是完成城乡居民医保制度整合;进而在制度内部,在筹资、待遇、经办管理、就医方式等各方面全面实现城乡居民医保制度的统一。从更广泛的意义来说,提升公平性,还要按照《“健康中国2030”规划纲要》的要求,“立足全人群和全生命周期两个着力点,提供公平可及、系统连续的健康服务,实现更高水平的全民健康”,以“三医联动”为抓手,从医疗、医药、医保三个方面为国民提供更高水平的医疗服务与医疗保障。

[参 考 文 献]

- [1] 曹永军,崔赞梅. 公平正义语境下的社会治理体制创新[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版),2015(2):112-115.
- [2] 仇雨临,吴伟. 城乡医疗保险制度整合发展:现状、问题与展望[J]. 东岳论丛,2016,37(10):30-36.
- [3] 杨胜利,段世江. 京津冀医疗卫生资源配置的公平性[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版),2016(2):63-69.
- [4] 孙健夫,陈丽莎. 关于公共保障与社会保障几个问题的再认识——与余斌先生商榷[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版),2015(6):80-85.
- [5] 孙淑云. 我国城乡基本医保的立法路径与整合逻辑[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版),2015(2):116-122.

- [6] 仇雨临,王昭茜. 城乡居民基本医疗保险制度整合发展评析[J]. 中国医疗保险, 2018(2): 16—20.
- [7] 齐刚. 城乡居民医疗保险体系的构建——以河北省保定市为例[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版), 2012(3): 120—123.

【责任编辑 吴 姣】

From “National Medical Insurance” to “Fair Medical Insurance”: Current Situation Assessment and Path Analysis of the Integration of Medical Insurance System for Urban and Rural Residents in China

QIU Yu-lin, ZHANG Peng-fei

(School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

Abstract: Despite the achievements of “national health insurance” in China, the urban-rural gap and unfairness of health insurance reduced the institutional guarantee effect. Promoting the integration of urban and rural residents basic medical insurance system is an effective way to achieve fairness in medical insurance, and it is the concentrated reflection of fairness in rights, opportunities and rules. In practice, the integration of urban and rural residents basic medical insurance system has improved the fairness of the insured and medical resources, including expanding coverage, achieving unity, improving security ability, and promoting the equalization of medical resources. At the same time, however, since the payment and treatment of the sub-files does not reflect the true fairness, there are still some problems of insufficient fairness in the integration process of the urban and rural residents basic medical insurance system. Therefore, it is necessary to further promote the “fair health insurance” from the perspective of promoting substantive equity, balancing the allocation of medical resources, and improving the standard of overall planning.

Key words: national health insurance; integrating urban and rural residents basic medical insurance system; fairness