

中国基本医疗保险制度整合： 理论争论、实践进展与未来前景

彭浩然 岳经纶

摘要 从分割到整合是中国基本医疗保险制度改革的发展趋势。中国基本医疗保险制度整合既要满足卫生筹资目标，又要与医疗卫生体系的总体目标相互协调。尽管中国已经将新型农村合作医疗与城镇居民基本医保制度整合为城乡居民基本医保制度，但是，由于制度设计本身存在缺陷和医疗资源配置不合理等原因，城乡居民医保制度整合并未完全实现这些目标，还需要继续完善制度设计和配套改革。考虑到城镇职工与城乡居民基本医保的筹资水平和待遇水平差异较大，以及城乡医疗资源配置存在明显差距，中国大部分地区在短时期内很难实现统一的基本医疗保险制度。尽管如此，政策制定者还需坚持正确的社会融合与公平理念，明确基本医疗保险制度整合的方向，尽力消除各种不合理的差距，从而推动实现健康中国的目标。

关键词 基本医疗保险 医疗资源配置 健康公平

DOI:10.19862/j.cnki.xsyk.000073

作者彭浩然，中山大学岭南学院教授（广东广州 510275）；岳经纶，中山大学中国公共管理研究中心/政治与公共事务管理学院教授（广东广州 510275）。

中图分类号 F84

文献标识码 A

文章编号 0439-8041(2020)11-0055-11

一、引言

为了提高人民群众的健康水平，减轻老百姓看病负担，中国从 20 世纪 90 年代开始逐渐在全国范围内建立起城镇职工基本医疗保险（以下简称“城镇职工医保”）、新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）、城镇居民基本医疗保险（以下简称“城镇居民医保”），分别为企业职工、农村居民、城镇非从业居民提供基本的医疗保障。截至 2019 年底，中国全口径基本医疗保险参保人数 135436 万人，参保覆盖面稳定在 95% 以上。^①从参保人数来看，全民医保体系在中国已经建立起来，毫无疑问是中国政府所取得的一项伟大成就。但是，这种基于户籍和就业状况的分割式基本医疗保险体系所面临的一个主要挑战就是公平性不足。而健康是最基本的公民权利，恰恰是最需要体现公平的。实现健康公平一直是各国政府所追求的目标。2009 年，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》指出，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；有条件的地区要采取多种方式积极探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理体系。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。因此，推进基本医疗保险制度整合是完善中国全民医保体系的重要举措。

^① 数据来源：《2019 年医疗保障事业发展统计快报》。

最近十几年,学术界和许多地方政府积极推动基本医疗保险制度整合。由于基本医疗保险实行属地管理,不同地区之间的经济社会发展存在较大差异,所以中国基本医疗保险制度在实践层面也呈现出明显的地方化特色。一些地方因地制宜,在医保整合方面走在全国前列。比如,广东省东莞市在 2008 年就率先基本实现基本医疗保险一体化,用一个制度覆盖所有人群。但在 2016 年之前,大部分地区还是以“三元制”基本医疗保险为主;考虑到新农合与城镇居民医保的制度设计与筹资水平比较接近,一些地方也在探索将其两者进行整合。从管理部门来看,城镇居民医保由人力资源和社会保障部门管理,而新农合主要由卫生部门管理。由于两大险种的管理部门不统一,大部分地区的整合进展一直比较缓慢。2016 年 1 月 12 日,国务院印发了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,要求推进城镇居民医保和新农合制度整合,逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度,并提出城乡居民医保“六统一”要求。2018 年 3 月,党和国家深化机构改革,将人力资源和社会保障部的城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险职责,国家卫生和计划生育委员会的新型农村合作医疗职责,国家发展和改革委员会的药品和医疗服务价格管理职责,民政部的医疗救助职责进行整合,组建国家医疗保障局,作为国务院直属机构。国家医疗保障局的成立终结了医保制度整合后的管理权限之争,也必将推动医保制度整合工作的进展。

迄今为止,中国几乎所有地区都已经完成新农合与城镇居民医保的整合,“三元制”变成了“二元制”(城乡居民医保与城镇职工医保)。接下来,如何顺利整合城乡居民和城镇职工的基本医保制度、实现“三保合一”,既是中国医疗保障制度改革发展的重要议题,也是国家医疗保障局所要面对的重要挑战。本文首先梳理了基本医保制度整合的相关政策与学术议题,主要包括整合路径和整合目标等;然后对中国城乡居民医保制度整合的现有做法与效果进行总结评价;接下来,以广东省东莞市“三保合一”为研究对象,分析其成功的外在条件,并总结其经验做法;最后,对中国其他地区实现基本医疗保险“三保合一”的前景进行展望,并提出政策建议。

二、基本医疗保险制度整合:一个政策与学术议题

随着 2007 年国务院下发《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,中国城镇非从业居民也有了相应的医疗保障,标志着中国“三元制”基本医疗保险制度的建立。但是,城乡居民医疗保障在公平性、可及性和费用负担方面仍存在着二元失衡现象,城乡居民医疗保障体系呈现出三维分立态势,医疗保障的城乡差距、三维分立已经成为“全民医保”进程中的重大问题。^①2008 年以后,中国的政策制定者和学术界就基本医疗保险制度整合问题进行了大量讨论和研究。时任人力资源和社会保障部的主要负责人就指出,要加强对医疗保障体系统筹考虑、整体设计、统一管理,逐步拓宽保障范围,逐步提高保障水平,并逐步缩小各项医保制度之间的差距;要坚持以人为本,逐步打破人员身份界限,变按身份设为以制适应人,着力解决城乡医疗保障制度和政策的衔接,消除人员流动和身份转换时的制度壁垒。^②有研究者直接认为,“三元制”模式在医疗保险筹资、保障水平以及卫生服务利用方面都存在不公平,“一元制”是中国实现全民医保的发展方向。^③实现城乡医疗保险制度整合与统筹发展被认为是解决城乡医疗保险的二元失衡、三维分立的重要途径,对于提高城乡居民卫生服务利用的公平性和可及性有着重要意义。但是,关于中国基本医保制度整合的路径与目标,学术界并未形成一致意见。

关于基本医保制度的整合路径,主要有两种代表性观点。第一种是著名的“三步走”战略。具体来说:第一阶段(2008—2012 年)建设覆盖全民的多元化医疗保障体系,同时积极引导和推动城镇居民基本医疗保险与新农合并轨,形成与职工基本医疗保险并行的二元制度安排;第二阶段(2013—2020 年)积极推动职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险制度整合,以建成区域范围内的一元化的国民医疗保险制度。第三阶段(2021—2049 年)建成全国统一的国民健康保险制度,实现公平、普惠的医疗保障目标。^④

① 仇雨临、翟绍果:《城乡居民医疗保障体系的二元三维态势和统筹发展思路》,《河南社会科学》2009 年第 11 期。

② 胡晓义:《创新是医疗保险的永恒主题》,《中国医疗保险》2008 年第 2 期。

③ 申曙光、彭浩然:《全民医保的实现路径——基于公平视角的思考》,《中国人民大学学报》2009 年第 2 期。

④ 郑功成:《中国医疗保障改革与发展战略——病有所医及其发展路径》,《东岳论丛》2010 年第 10 期。

第二种是在以家庭为单位参保的基础上进行整合，逐渐实现城乡医保的一体化。基本思路是：就业者缴费，全家得保险，建成强制性城镇基本医疗保险体系及农村基本医疗保险体系；当真实城镇化率达 70%—80% 时，实现城乡医保的一体化。^① 支持这种思路的学者认为，医疗风险的冲击对象是家庭而非个人，家庭成员之间的医疗保险待遇差距容易导致道德风险，医疗保险自愿参保的运行效率低于强制参保，家庭联保可以促进医疗保险扩面；而且，由于城乡居民内生的异质性、城市偏向的医疗资源配置，将新农合与城镇居民医保整合在一起可能导致逆向再分配等严重问题。^②

从政府文件和地方实践来看，中国绝大部分地区都是首先整合新农合与城镇居民基本医疗保险，形成城乡居民基本医疗保险，但完成时间远远落后于学者在“三步走战略”里所提出来的。由此可见，基本医保制度整合的现实难度远超学者的预计。客观来讲，尽管以家庭为参保单位的思路并未被政策制定者所采纳，但其仍具有启发意义和参考价值。新农合与城镇居民医保整合后暴露出的一些问题也从侧面说明第二种思路的可取之处。作者认为，中国率先整合新农合与城镇居民基本医疗保险的主要原因在于这两个险种的筹资来源相同和筹资水平比较接近。很显然，这是从卫生筹资和医疗保险缴费的角度出发考虑问题。

除了整合路径以外，基本医保制度整合的目标也是值得探讨的一个问题。只有明确了基本医保制度整合的目标，才能对现有的制度整合做法进行科学评估与思考，找出制约实现基本医保制度整合目标的障碍与原因，从而有针对性地提出解决办法。从现有文献来看，分割式基本医疗保险制度在公平性方面的天生不足是推动医保制度整合的内在动力。许多研究者都从现有医保制度缺乏公平性出发，认为医保制度整合的目标是实现人人能够公平地享有基本医疗保障，^③ 并从权利公平、机会公平和规则公平三方面进行详细阐释。^④ 还有一些学者认为，除了公平性目标以外，风险共担、效率优化也是医保制度整合的重要目标。^⑤ 另外，也有研究者认为，整合城乡居民基本医疗保险制度的目的是为城乡居民提供公平可及的医疗卫生服务，解决“看病难、看病贵”问题。^⑥ 由上可见，基本医保制度整合的目标具有多样性和复杂性。接下来，我们借助医疗卫生体系框架来更加清晰地理解分析中国基本医保制度整合的目标。

医疗卫生体系是一个非常复杂的体系，涉及多个主体和多个目标。研究医疗卫生体系的框架非常多，但是关于医疗卫生体系的总体目标却基本一致。2007 年，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）提出医疗卫生体系的总体目标包括：（1）提高人民的健康水平，并实现健康公平；（2）积极回应人民的医疗需求；（3）提供社会和财务风险保障；（4）提高效率。建议通过加强医疗卫生体系的六大模块建设来实现以上四大目标。除了卫生筹资模块以外，其余模块还包括医疗服务递送、医疗人力资源、信息系统、医疗技术与产品、卫生治理。^⑦ 这些模块并不是孤立存在，而是相互影响的，共同决定着医疗卫生体系目标的实现。单方面推进某一模块的改革，往往达不到预期效果，因为这需要其他模块的配套改革与支持。国内学界把这一改革过程简单称为“三医联动”，其本质就是医疗卫生体系的系统改革。

由于每个国家的国情差异较大，所以各国的医疗卫生体系都有各自不同的特色。以卫生筹资为例，不同国家的卫生筹资结构存在着较大差异。从卫生筹资来源看，主要有政府一般或特殊税收收入、基本医疗保险、商业医疗保险，以及个人自付等。中国从 20 世纪 90 年代启动医疗保险制度改革以来，积极扩大覆盖面，提高筹资水平，目前基本医疗保险已经成为中国卫生筹资的主要来源之一。所以，基本医疗保险制度整合在满足其自身发展需要的同时，也要努力促进整个医疗卫生体系总体目标的实现。要实现这些目

① 李珍：《重构医疗保险体系 提高医保覆盖率及保障水平》，《卫生经济研究》2013 年第 6 期。

② 王超群、李珍、刘小青：《中国医疗保险制度整合研究》，《中州学刊》2015 年第 10 期。

③ 申曙光：《全民基本医疗保险制度整合的理论思考与路径构想》，《学海》2014 年第 1 期。

④ 仇雨临、张鹏飞：《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》，《河北大学学报（哲学社会科学版）》2019 年第 2 期。

⑤ 仇雨临、王昭茜：《城乡医疗保障制度整合的理论思考》，《中国社会保障》2017 年第 10 期；郑功成：《中国医疗保障改革与发展战略——病有所医及其发展路径》，《东岳论丛》2010 年第 10 期。

⑥ 李西霞：《整合城乡居民基本医疗保险制度的若干思考——以北京市为例》，《中国劳动》2016 年第 10 期。

⑦ World Health Organization, “Everybody’s business—strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action,” 2007.

标,除了要合理设计基本医疗保险制度以外,还取决于医疗服务供给方改革、卫生治理能力提升等诸多方面。单纯依靠医保制度整合以及卫生筹资方面的改革难以实现医疗卫生体系的总体目标。反过来,我们也需要认真思考,在其他配套条件的现实约束下是否需要以及如何推进医保制度整合才能实现这些总体目标。

具体到基本医疗保险制度,由于具有强制性特征,与商业医疗保险相比,它能够解决逆向选择问题。但是,中国目前并未实现单一的基本医疗保险制度,而是针对不同人群分别建立基本医疗保险制度。城镇职工与城乡居民的基本医疗保险缴费与待遇存在较大差距,在有选择机会的情况下,许多身体健康的年轻人会选择参加缴费水平偏低的城乡居民基本医疗保险。所以,逆向选择在中国基本医疗保险体系内依然存在。^①从功能定位来看,基本医疗保险制度主要通过确定覆盖人群和缴费办法、建立风险分摊机制、战略性购买医疗产品与服务,来实现以下三个目标:(1)筹集到充足且可持续的医保基金;(2)提供适宜的激励约束机制,促进医疗资源的合理使用;(3)确保每位参保人在接受医疗服务时具有财务可及性。^②在基金筹集方面,政策制定者需要考虑覆盖人群、筹资方式与水平,以及筹资是否具有累进性,即参保人群是否按能力缴费;在风险分摊方面,基本医疗保险制度设计的重点在于风险池子的组成,统筹层次的高低,以及是否能够有效减轻参保者个人的就医负担;购买医疗产品与服务则主要涉及基本医疗保险的待遇福利包,以及与医疗服务提供方的结算方式。通过合理的制度安排,基本医疗保险制度在理论上要实现不同收入、不同健康水平人群之间的风险分摊,体现再分配原则,即高收入者补贴低收入者,低风险人群补贴高风险人群。这就要求实现筹资的垂直公平和医疗服务利用的水平公平,即参保人按能力缴费,相同病情享受同等待遇。^③当然,现实情况要比理论复杂得多,影响人们医疗服务利用的因素有很多,比如收入水平、医疗资源分布、交通设施等等,这些问题并不能够仅仅依靠基本医疗保险制度来解决。

综上所述,笔者认为中国基本医疗保险制度整合应该在满足卫生筹资目标的基础上,努力促进医疗卫生体系总体目标的实现,而这需要其他改革的配套和支持。正确理解基本医疗保险的设计原理以及医保制度整合的目标,有助于我们理顺医保制度整合的思路,客观评价现行医保制度整合的做法,理性看待“三保合一”的前景和所面临的挑战。

三、中国城乡居民医保制度整合的具体做法与效果评价

由于不同地区的社会经济发展水平不一样,在2016年国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》之前,一些地区就已经进行了医保制度整合的探索。2016年以后,城乡居民医保制度整合全面提速。截至目前中国绝大部分地区都完成了新农合与城镇居民医保制度的整合,形成城乡居民医保制度。许多研究者通过实地调查和统计计量分析方法对一些地区城乡居民医保制度整合的具体做法进行了总结,并对其实施效果进行了评价。

在具体做法上,已有研究主要从整合内容、管理部门、筹资方式、待遇给付等方面对中国城乡医疗保险制度整合的现状进行了总结。在国家医疗保障局未成立以前,关于城乡医保制度在整合以后究竟是由人社部门还是卫生部门主管曾引起过一些讨论与争议。2018年国家医疗保障局成立以后,这一问题已经不复存在,所以作者并不加以讨论。从整合内容来看,各地基本都按照“六统一”的要求进行,即统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。但是,在筹资方式上,各地根据自身实际情况提出一制一档、一制两档或一制多档等定额筹资方式。在待遇水平上,各地普遍采取“待遇就高不就低、目录就宽不就窄”的原则,强调待遇与整合前相比不降低;采取一制多档的地方还实行“分档筹资,缴费与待遇挂钩”。^④但是,“分档筹资,缴费与待遇挂钩”的做法虽然体现了城

① 封进、王贞、宋弘:《中国医疗保险体系中的自选择与医疗费用——基于灵活就业人员参保行为的研究》,《金融研究》2018年第8期。

② Guy Carrin and Chris James, “Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period,” Discussion Paper, World Health Organization, Geneva, 2004.

③ Ole Doetinchem, Guy Carrin and David Evans, “Thinking of Introducing Social Health Insurance? Ten Questions,” The World Health Report, 2010.

④ 李长远、张举国:《城乡医疗保险制度整合对参保居民待遇水平的影响——基于三种典型整合模式的比较》,《求实》2016年第2期。

乡居民的缴费能力差别，但不同的缴费标准对应了不同的待遇水平，低收入群体通常选择较低的缴费档次，从而导致其患病时的个人负担也比较重，容易导致因病致贫。一些研究者指出这种做法并未体现真正公平，建议分档缴费应当作为一种过渡性措施，随着城乡居民收入水平的普遍提高，缴费从多档变为一档，并逐渐实现待遇统一。^①同时，一制多档所引起的参保人逆向选择行为也被一些研究者所证实。某市城乡居民基本医保实施差别缴费的政策，参保居民可以根据自身经济与健康状况选择从低到高三个不同档次中的任意一档。研究者利用医保部门的实际数据进行定量分析，发现参保人的缴费档次越高，其住院率、住院费用越高，说明健康风险越高的居民选择参加高缴费档次的倾向越高。^②参保人的逆向选择行为需引起重视，因为其将影响医保基金的财务可持续性。

一些研究还关注医保制度整合对医疗服务利用的影响。为了建立统一的城乡居民医疗保险，重庆市H区将个人缴费分为两档，较高的缴费可享受较高的补偿待遇，参保居民以家庭为单位自愿选择。医保制度整合后，由于城镇居民住院服务利用和费用水平明显高于农村居民，导致出现了农村向城市的明显逆向补贴。造成这种现象的主要原因是：城乡居民的收入、医疗需求，以及城乡医疗机构服务能力均存在较大差异。^③还有学者利用中国健康养老追踪调查2008年和2012年两期数据，采用倍差法对城乡医保统筹能否有效促进城乡居民医疗服务利用的机会平等进行实证研究，发现城乡医保统筹缓解了55.2%的门诊利用次数上的城乡机会不平等，但医保统筹在促进城乡住院机会平等方面作用不显著。^④以上研究说明了医保制度整合的实际效果会受到其他多种因素的影响。医保整合不仅要关注筹资机制和待遇水平的问题，还要与医疗服务供给方的改革协同推进方能实现卫生体系的总体目标。中国如何进一步合理配置城乡医疗资源，加强农村医疗服务体系建设，将在很大程度上影响城乡居民医保制度整合的最终效果。

综上所述，从许多地方的城乡居民医保制度整合情况来看，尽管实现了形式上的统一，但“一制多档、缴费和待遇挂钩”的制度设计容易引发逆向选择，也不符合基本医保的公平性原则。还有一些地方城乡医保制度整合后出现农村居民逆向补贴城镇居民的现象。这些问题都值得有关部门重视并加以解决。由于一些制度设计和深层次的问题没有解决好，笔者认为中国城乡居民医保制度整合的目标还未完全实现。在未来一段时间，各地政府要结合基本医保制度整合的目标，继续完善制度设计和配套改革。

四、“三保合一”的典型案例与经验总结^⑤

目前，中国绝大部分地区已经形成了城乡居民和城镇职工基本医保的二元格局。接下来，对于在医保缴费和待遇等方面均存在显著差距的城镇职工医保与城乡居民医保如何进行整合，进而实现“三保合一”，在学术界还存在较大争议，没有形成普遍的共识。在地方探索医保制度整合的进程中，全国有极少数城市已经在所辖区域内实现了“三保合一”，比如广东省东莞市。本部分将系统梳理东莞市“三保合一”的改革历程，分析其成功的外在条件以及哪些经验值得推广。

（一）东莞市“三保合一”的改革历程

1. 打破职工户籍限制。2000年，东莞市出台《东莞市职工基本医疗保险暂行规定》。根据此暂行规定，东莞市的职工基本医疗保险包括综合基本医疗保险和住院基本医疗保险两种形式。其中：综合基本医疗保险实行社会统筹与个人账户相结合，用人单位按上年度职工工资总额的6.5%缴费，职工按本人工资收入的2%缴费；住院基本医疗保险实行社会统筹，不建立个人账户，仅由用人单位按市镇上年度职工平均工资的2%缴费，个人则不用缴费。本阶段的一个重大突破是职工基本医疗保险打破了户籍界限，将非本市户籍的外来务工人员纳入到基本医疗保险体系中，享有与本市户籍的企业职工同等的医疗保障待遇。同时，东莞市充分考虑了本地劳动密集型企业占比高、缴费承担能力有限的实际情况，在建立统账结合的综

① 仇雨临、王昭茜：《城乡居民基本医疗保险制度整合发展评析》，《中国医疗保险》2018年第2期。

② 赵绍阳、臧文斌、尹庆双：《医疗保障水平的福利效果》，《经济研究》2015年第8期。

③ 顾雪非：《基本医疗保险制度整合路径的探讨——基于公平视角》，《卫生经济研究》2013年第11期。

④ 马超、宋泽、顾海：《医保统筹对医疗服务公平利用的政策效果研究》，《中国人口科学》2016年第1期。

⑤ 作者感谢东莞市医疗保障局提供的详细资料。

合基本医疗保险的同时,建立起了低缴费的大病统筹住院基本医疗保险,解决广大劳动密集型企业职工的参保问题,也为以后实现城乡一体化奠定了基础。

2. 建立农(居)民基本医疗保险制度。为了建立起覆盖全民的基本医保体系,东莞市于 2004 年颁布了《东莞市农(居)民基本医疗保险暂行办法》,针对本地农、居民建立了农(居)民基本医疗保险制度,而不是逐步建立新农合、城镇居民基本医疗保险,然后再进行整合。东莞农(居)民基本医疗保险实行全市统筹,采取“分层次、低水平、保基本、广覆盖、可持续”的原则,在全市统一制度、统一标准、统一管理、统一基金调剂使用。在缴费标准上,农(居)民基本医疗保险实行 A、B 两档缴费,A 档按每人每年 90 元标准缴费,B 档按每人每年 220 元标准缴费,分别由参保人和市镇两级财政共同承担缴费。通过逐年加大对农村居民的财政补贴力度,东莞市在 2007 年将 A 档参保人全部转化为 B 档参保,使城镇居民和农民享有相同的筹资与待遇标准。^①在此阶段,东莞市将城镇居民和农民都纳入基本医疗保险体系,用同一个制度覆盖了城镇居民和农民,并通过不断缩小城镇居民和农民之间的缴费水平差距来实现农(居)民基本医疗保险的统一。至此,东莞市医疗保险制度的覆盖范围包括城镇职工、城镇居民和农民群体,但是城镇职工与农(居)民的基本医疗保险制度还未统一。

3. 整合城镇职工与农(居)民基本医疗保险。2008 年,东莞市发布《关于建立东莞市社会基本医疗保险制度的通知》,明确自 2008 年 7 月 1 日起,在全市范围内建立起城乡一体的社会基本医疗保险制度;按照“多方筹资,财政补贴”的原则建立全市医保统筹基金;参保人员分为三类,分别是由用人单位办理参保的、由个人以灵活就业人员身份办理参保的、由村(居)民委员会办理参保的;所有人员的筹资标准统一,但是由单位、个人和财政补贴的负担比重有所不同。东莞市社会基本医疗保险制度打破了就业人群和非就业人群、外地户籍和本市户籍人群的界限,成功实现了企业职工和农(居)民医保制度的全面接轨,彻底突破了医保的城乡二元分割,迅速扩大了医疗保险覆盖范围。^②这不仅解决了以往发展不平衡产生的各种社会矛盾,还提高了基本医疗保险的统筹层次,进一步增强了医保基金的抗风险和调剂共济能力,大大提高了参保人的基本医疗保障水平。

4. 建立多层次的社会医疗保险制度。2013 年 10 月,东莞市发布了《东莞市社会基本医疗保险规定》,明确东莞市实行多层次的社会医疗保险制度,政府建立社会基本医疗保险和补充医疗保险。为减轻参保人的重大疾病医疗费用负担,东莞市还出台了《东莞市重大疾病医疗保险试行办法》,规定参加社会基本医疗保险的参保人同时参加大病保险,大病保险不需要用人单位和参保人另外缴费,其资金直接从社会基本医疗保险上年或历年结余基金中划转。此外,《东莞市补充医疗保险办法》明确了补充医疗保险包括医疗保险个人账户和住院补充医疗保险两部分,满足参保人多层次的医疗保障需求,参与补充医疗保险的前提是已经参加社会基本医疗保险。至此,东莞市已经构建好了一个覆盖(地区)全民的多层次社会医疗保险体系。2018 年,东莞市进一步出台《东莞市社会医疗保险办法》,将以前的社会基本医疗保险、重大疾病医疗保险、补充医疗保险统一放入多层次的社会医疗保险制度框架内。

经过二十多年的改革探索,东莞市将综合基本医疗保险、住院基本医疗保险、农(居)民基本医疗保险,以及补充医疗保险等各种医疗保险制度进行重新整合,形成了一个全市统一的多层次社会医疗保险制度,覆盖全市所有人群。除了所有参保人都享有的社会基本医疗保险制度外,东莞市根据不同社会群体的情况,设计不同的补充医疗保险制度,让用人单位和各类人员根据自身的需要和经济承受能力,选择参加不同保障水平的补充医疗保险;同时,利用社会基本医疗保险基金的结余为全体参保人建立重大疾病医疗保险,提高了参保人抵御重大疾病风险的能力。

(二) 东莞市“三保合一”成功的外在条件与经验总结

毫无疑问,东莞市基本医疗保险制度的改革发展走在全国前列。这的确在某种程度上与东莞市的特殊人口结构和经济社会条件有关。东莞市位于广东省中南部,毗邻港澳,处于广州至深圳经济走廊中间。自

① 张亚林:《构建职工与城乡居民统一的全民医保——基于东莞市的实践》,《中国医疗保险》2013 年第 6 期。

② 彭浩然、岳经纶:《东莞医改与神木医改:地方社会政策创新的经验与挑战》,《中山大学学报(社会科学版)》2012 年第 1 期。

改革开放以来，东莞市长期保持经济高速增长，且城乡发展比较均衡。2008—2018年，东莞市GDP从3704亿元增长到8279亿元，增长了124%，平均年增速为9.2%。^①2018年，东莞市城镇常住居民人均可支配收入50721元，增长8.5%；农村常住居民人均可支配收入32277元，增长11.0%，城乡收入差距进一步缩小。^②东莞经济的快速发展带动了就业需求，提供了大量的就业岗位，吸引了大批外来务工人员涌入，导致东莞市常住人口中外来人口的数量远超本地户籍人口数量。截至2018年，东莞常住人口达到历史新高的839.22万，其中户籍人口仅231.59万。^③这与许多地方的人口构成有着明显不同。相对于其他地区，东莞市在进行基本医保制度改革时比较容易打破户籍界限和城乡界限。

另外，东莞市独特的行政机构设置也为基本医疗保险制度整合提供了有利支持。东莞在行政管辖上的一个特点是不划分区县，由地级市直辖28个镇、4个街道办事处、1个高新技术开发区，下设村委会和居委会。^④在2018年国家机构改革以前，东莞市基本医疗保险的相关业务都由东莞市社会保障局统一管理。东莞市社保局的纵向机构也设置为两级，下设33个镇街社会保障分局和基金管理中心，统领各镇街所有经办业务。这就避免了其他地区在医疗保险制度整合过程中出现的人社部门与卫生部门争夺管理权的问题。东莞市社会保障局与人力资源局是非隶属的平行关系，同属市政府下属的一级局，负责全市的社会医疗保险管理工作，通过下设社会保障分局和基金管理中心，统领各镇街所有经办业务，实现对经办机构的垂直管理，同时与村委会建立参保联系，能够更加顺利地开展协调参保缴费、人员核实等工作。这种高度统一的管理体制使东莞市能够顺利推动基本医疗保险制度改革。^⑤

当然，除了以上有利的经济社会条件和特殊的行政管理体制之外，东莞市率先在全国实现“三保合一”还有以下经验可供其他地区参考。

第一，政策制定者深刻理解基本医疗保险的公平原则。按职业、户籍、地域等来分别设计不同的基本医疗保险制度，容易造成不同群体之间的不平衡，形成极大的社会不公平。而且，分割式的基本医疗保险制度容易造成资源浪费，运行效率低下。所以，基本医疗保险制度整合就必须打破户籍、职业等社会身份的限制，不断横向扩大医保覆盖面，让更多的群体能够参加同一种基本医疗保险制度，在一个基金池子里共担风险，实现社会公平。东莞市医保政策制定者具有十分强的公平理念，最终实现用一个制度覆盖所有人群，包括城镇职工、城镇居民、农民、灵活就业人员、大中专学生、儿童、农民工等社会群体，真正实现了参保公平。在医保待遇水平上，东莞市参加同一险种的参保人只要缴纳保费，就能享受同等报销比例的医保待遇，与参保人的职业、身份、经济状况等因素无关，可以真正实现在不同人群之间分摊风险。

第二，政府财政补贴是实现医保制度整合的必要推动力。由于基本医疗保险筹资主要来源于个人、企业或国家，如果非正规就业人群规模庞大或者不同人群之间收入差距较大，政府想通过基本医疗保险制度来实现全覆盖将面临很大挑战，必然需要对低收入人群参保进行补贴。这从国家对新农合和城镇居民基本医保的财政补贴可以略见一斑。东莞在进行医保制度整合过程中，为了实现农（居）民与城镇职工医保制度的整合，采取逐步缩小各类型参保人的筹资差距，同时加大财政对农（居）民的补贴力度，最终实现基本医保筹资水平一致。从2008年7月1日起，东莞市在全市范围内建立起城乡一体的基本医疗保险制度，按照“多方筹资，财政补贴”的原则建立全市医保统筹基金。这说明了经济发展水平越高的地区越有能力推进医保制度整合。

第三，医保基金实行市级统筹，切实推进医疗资源下沉基层。东莞市医保基金实行全市统一管理和运行，不因参保人群和地域的不同而实行基金分散管理，这就大大提升了医保基金的抗风险能力，进一步提高了基金的使用效率。为了能够实现医疗保险基金的平稳运行，东莞市通过各种政策引导参保人在基层就医，控制医疗成本。东莞市十分注重基层医疗机构的发展，优先支持基层医院开展基本医疗服务，提升基

① 数据来源：《东莞统计年鉴2019》。

② 数据来源：《2018年东莞市国民经济和社会发展统计公报》。

③ 数据来源：《东莞统计年鉴2019》。

④ 数据来源：东莞市人民政府官方网站。

⑤ 朱亚鹏、岳经纶、肖捷文：《社会行政在社会保障制度发展中的作用：全民医保的“东莞模式”研究》，《中国公共政策评论》2010年第4卷。

层医疗服务设施水平,增加医疗资源在基层的投入与使用。同时,东莞通过支付政策引导参保人在基层就医,医疗费用的结算和报销比率根据医院级别的不同而有所区别,严格执行首诊负责制和分级诊疗,尽可能充分利用基层医疗资源。根据现行《东莞市社会医疗保险办法》,东莞市基本医疗保险按上年度全市职工月平均工资的 2.8% 按月征收,依然能够保持医保基金平稳运行,医保基金的管理效率值得肯定。

第四,强有力的政府支持,稳定高效的医保改革团队。东莞市最终能够顺利实现城乡一体化的基本医疗保险制度,离不开东莞市委市政府的强力支持,也离不开一支稳定高效的医保改革团队。在医保制度整合过程中,东莞市政府始终发挥着主导作用,积极履行公共责任,因地制宜地摸索出一条适合东莞发展的医保体系。由于外来人口众多,东莞市政府不仅对本地农(居)民进行财政补助,还率先对所有参保职工,不分户籍进行财政补贴。在医疗保险经办管理上,基本医疗保险、补充医疗保险和大病保险全权交由东莞市社会保障局经办管理。对于无经济能力的社会弱势群体,东莞市政府通过推行救助政策帮助此类人群拥有享受医保的机会。除了强有力的政府支持外,东莞市还拥有一支稳定高效的医保改革团队,有力地保证了医保改革的持续性和连贯性,直到最后实现城乡一体化的基本医疗保险制度。^①

五、中国基本医保制度整合的展望与建议

经过近三十年坚持不懈的努力,中国政府通过建立各种基本医疗保险制度覆盖所有国民,然后积极推动医保制度整合,取得了举世瞩目的成就。但是,迄今为止,还只有极少数城市建立起了一体化的基本医疗保险制度。前文详细剖析了广东东莞市“三保合一”的案例,总结分析了其特殊的外部条件和可供借鉴的经验做法。但是,这并不意味着中国其他地区在短期内就可以实现城镇职工医保与城乡居民医保的整合。有学者基于东莞、太仓、成都、西安四地调查数据的回归分析发现,统筹地区的经济发展水平是实现医保整合的重要前提,不同群体医保受益的均衡是实现医保整合的重要保障。^②中国不同地区的社会经济发展水平存在很大差异,医保治理能力和地方群众对社会融合接受程度也不一样。在外部条件未充分成熟之时,追求形式上的整合并不一定能够带来很好的效果。

国外有学者曾经指出,发展中国家实行基本医疗保险制度将会面临的四大挑战:(1)政府很难说服一部分人接受基本医疗保险的基本原则——“相同病情需要同等待遇,而不考虑缴费多少”;(2)基本医疗保险计划需要使参保人相信能够获得政府所承诺的医疗保险待遇。如果医院基础设施、医护人员、药品等不能够合理配置与供应,所提供的医疗服务就无法保证,那么建立基本医疗保险计划毫无意义;(3)政府可能不具备必要的行政管理能力来运行基本医疗保险制度;(4)许多发展中国家缺乏公开透明的讨论机制,可能会影响基本医疗保险制度的改革。^③对于中国大多数地区来说,以上挑战可能都是存在的,要想在短期 5—10 年内整合城乡居民和城镇职工基本医保,实现一体化的基本医保制度,还存在相当大的难度。

首先,城镇职工与城乡居民基本医保的筹资水平和待遇水平差异很大。表 1 整理了 2018 年中国城镇职工与城乡居民基本医疗保险基金的人均收入与支出情况。从表中可以看到,北京、上海、浙江三地的城镇职工与城乡居民基本医保的差距较小。从全国平均水平来看,城镇职工与城乡居民基本医保基金人均收入之比为 5.6,人均支出之比为 4.88,差距还是非常明显。若要整合,医保管理部门必然要面对缩小两者筹资水平差距、统一医保待遇所带来的挑战。一方面要考虑财政投入和医保基金的可持续性;另一方面是城镇职工是否愿意对城乡居民进行交叉补贴(cross subsidy),以及对社会融合(solidarity)的接受程度。其次,城乡之间医疗资源配置不合理。如表 2 所示,按常住人口统计,全国以及大部分省份的城市每千人口卫生技术人员和医疗卫生机构床位数是农村地区的两倍左右。在这种情况下,由于存在人均收入水平、医疗服务可及性、医疗需求等方面的显著差异,农村居民在医疗服务利用方面处于绝对劣势。即使整合,医保基金有很大可能出现从农村向城市的逆向补贴。

① 朱亚鹏、肖捷文:《政策企业家与社会政策创新》,《社会学研究》2014 年第 3 期。

② 仇雨临、翟绍果、郝佳:《城乡医疗保障的统筹发展研究:理论、实证与对策》,《中国软科学》2011 年第 4 期。

③ Guy Carrin, “Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge,” *International Social Security Review*, vol. 55, no. 2 (December 2002), pp. 57-69.

表 1 2018 年城镇职工与城乡居民基本医疗保险基金人均收入与支出情况

地区	城镇职工基本医保基金 人均收入(元)(1)	城乡居民基本医保基金 人均收入(元)(2)	(1)/(2)	城镇职工基本医保基金 人均支出(元)(3)	城乡居民基本医保基金 人均支出(元)(4)	(3)/(4)
全国	4273.20	763.43	5.60	3379.52	692.36	4.88
北京	7421.94	2871.07	2.59	5983.63	2646.40	2.26
天津	5355.55	1102.73	4.86	4831.16	784.77	6.16
河北	4046.49	716.63	5.65	3243.39	688.94	4.71
山西	3589.93	704.88	5.09	3085.27	704.47	4.38
内蒙古	4266.68	754.10	5.66	3481.56	757.71	4.59
辽宁	3141.80	694.36	4.52	2933.86	641.98	4.57
吉林	3046.60	636.35	4.79	2578.93	562.39	4.59
黑龙江	3600.81	744.91	4.83	3137.28	616.10	5.09
上海	7347.94	2340.18	3.14	5314.20	2472.15	2.15
江苏	4146.52	876.04	4.73	3309.89	780.89	4.24
浙江	4441.15	1301.73	3.41	3454.31	1200.93	2.88
安徽	3621.56	676.17	5.36	2681.85	635.27	4.22
福建	3809.21	721.56	5.28	2923.72	696.86	4.20
江西	3734.16	716.41	5.21	2699.29	645.79	4.18
山东	4215.09	893.44	4.72	3475.55	724.39	4.80
河南	3274.27	635.54	5.15	2787.24	655.60	4.25
湖北	4070.50	716.98	5.68	3463.58	668.79	5.18
湖南	4050.86	687.67	5.89	3049.54	642.88	4.74
广东	3226.28	702.65	4.59	2391.97	687.45	3.48
广西	3981.91	760.06	5.24	2920.73	547.71	5.33
海南	3494.58	654.05	5.34	2305.12	515.36	4.47
重庆	4255.74	881.70	4.83	3995.75	669.53	5.97
四川	4001.83	769.99	5.20	2919.39	630.19	4.63
贵州	4300.99	566.80	7.59	3098.95	565.35	5.48
云南	5706.94	711.35	8.02	4321.61	643.74	6.71
西藏	8562.89	772.73	11.08	4358.70	626.07	6.96
陕西	4304.84	702.05	6.13	3072.29	718.05	4.28
甘肃	3797.54	668.41	5.68	3241.38	681.11	4.76
青海	7329.71	890.32	8.23	5282.00	641.98	8.23
宁夏	4841.37	870.30	5.56	3639.55	771.45	4.72
新疆	4896.46	867.29	5.65	4069.52	633.71	6.42

说明：医保基金人均收入（支出）=医保基金收入（支出）/医保年末参保人数。数据来源：《中国统计年鉴2019》。

基于以上现实情况，在外部条件未成熟之时，“三保合一”不可能一蹴而就，中国绝大部分地区的基本医疗保险制度在一段时期内还是会以城镇职工与城乡居民的二元结构为主。但是，为了解决广大人民群众日益增长的健康需求与基本医疗保险制度发展不平衡不充分的矛盾，切实保障社会公平，我们必须坚定“三保合一”的理想目标。2013年11月，十八届三中全会通过《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》，要求建立更加公平可持续的社会保障制度。习近平总书记指出，“全面深化改革必须以促进社会公平正义、增进人民福祉为出发点和落脚点”，“如果不能给老百姓带来实实在在的利益，如果不能创造更加公平的社会环境，甚至导致更多不公平，改革就失去意义，也不可能持续”，“对由于制度安排不健全造成的有违公平正义的问题要抓紧解决，使我们的制度安排更好体现社会主义公平正义原则，更加有利于实现好、维护好、发展好最广大人民根本利益”。^①

① 习近平：《切实把思想统一到党的十八届三中全会精神上来》，《求是》2014年第1期。

表 2 2018 年城乡卫生资源配置情况

地区	每千人口卫生技术人员数 (人)			每千人口医疗卫生机构床位数 (张)		
	城市 (1)	农村 (2)	(1)/(2)	城市 (3)	农村 (4)	(3)/(4)
全国	10.90	4.60	2.37	8.70	4.56	1.91
北京	17.90	#	#	8.69	#	#
天津	9.60	8.10	1.19	6.20	6.12	1.01
河北	9.20	4.50	2.04	7.53	4.51	1.67
山西	13.80	4.30	3.21	10.26	4.18	2.45
内蒙古	13.90	5.30	2.62	11.30	4.66	2.42
辽宁	10.90	4.00	2.73	10.45	4.86	2.15
吉林	11.10	5.20	2.13	10.19	4.64	2.20
黑龙江	10.40	4.20	2.48	12.13	4.12	2.94
上海	13.60	7.40	1.84	9.72	4.51	2.16
江苏	10.10	5.70	1.77	8.25	4.80	1.72
浙江	12.90	7.40	1.74	9.11	4.84	1.88
安徽	7.70	3.40	2.26	7.27	3.46	2.10
福建	10.70	4.30	2.49	7.25	3.85	1.88
江西	8.90	3.60	2.47	7.96	3.97	2.01
山东	10.90	5.30	2.06	8.20	4.79	1.71
河南	12.30	3.80	3.24	10.83	4.01	2.70
湖北	10.20	4.90	2.08	9.13	5.05	1.81
湖南	12.30	4.40	2.80	12.10	5.24	2.31
广东	11.50	4.20	2.74	7.38	3.35	2.20
广西	9.10	4.10	2.22	6.38	3.66	1.74
海南	14.10	4.20	3.36	9.47	3.14	3.02
重庆	7.90	4.40	1.80	7.47	5.41	1.38
四川	9.10	4.70	1.94	8.43	5.64	1.49
贵州	9.70	4.30	2.26	8.60	4.55	1.89
云南	13.00	5.00	2.60	10.36	5.23	1.98
西藏	8.40	3.70	2.27	7.01	3.48	2.01
陕西	10.90	6.30	1.73	8.21	4.97	1.65
甘肃	9.30	4.10	2.27	8.74	4.59	1.90
青海	14.40	5.00	2.88	11.09	4.92	2.25
宁夏	11.00	4.90	2.24	8.12	4.14	1.96
新疆	14.50	6.40	2.27	11.30	7.12	1.59

说明：数据来源：《中国卫生健康统计年鉴2019》。

尽管中国大部分地区城镇职工与城乡居民基本医保的差距还十分明显，整合之路依然漫长，但决策者要坚持不忘初心，在朝着“三保合一”目标努力的过程中认真处理好以下问题：

第一，要树立正确的公平理念和风险分担意识。建立基本医疗保险制度的初衷是全社会面临疾病风险的所有个体在一起共担风险，抵御疾病所带来的财务冲击和健康冲击。由于举办基本医疗保险并不以盈利为目的，所以基本医疗保险的制度设计更应凸显公平性和强调风险分担。理想中的公平性指的是“参保人按能力缴费，相同病情享受同等待遇，医保待遇与参保人的经济社会状况、缴费多少无关”。政策制定者必须具有正确的基本医疗保险公平理念，才有可能进行好的制度设计，实现在高收入者与低收入者、健康人群与疾病人群之间分担风险。从公平角度来看，“三保合一”无疑具有重要意义，城镇职工理应与城乡居民一起共担风险，缩小不同群体在医疗服务利用上的差距，促进健康公平。更何况，许多城镇职工与城镇非从业居民（主要是未成年人和老人）本属于同一个家庭，但分别参加城镇职工基本医保和城乡居民基本医保，享受不同医保报销待遇。目前的这种制度安排导致一个家庭内部都不能分担风险，实在让人困惑。政府可考虑将就业人员与其家属捆绑在一起参保，并确定合理的缴费水平，逐步实现“三保合一”。

第二，取消城乡居民医保“一制多档”，统一医保报销待遇。目前，许多地区为了减轻制度整合的阻

力，实行“一制多档”政策，根据参保人所选择的缴费档次，享受相对应的医保待遇。缴费档次越高，医保待遇越好。实际上，“一制多档”的做法只是权宜之计和过渡性办法，而且也违背了基本医疗保险的设计原则。从实践来看，“一制多档”容易引起参保人的逆向选择，健康状况差的参保人会选择高缴费档次，不利于医保基金的长期稳定运行。建议政府继续完善城乡居民基本医保制度，取消“一制多档”的做法，加大对低收入人群的财政补贴，确保基本医疗保险全覆盖，同时真正统一医保报销待遇。

第三，实行基本医保基金市级以上统筹，并建立统一的基金池子。通常来说，大部分地市都具有比较完备的三级医疗服务体系。除了极少数疑难杂症之外，大部分疾病都可以在本市范围内得到解决。所以，为了减少医保异地报销等问题，基本医疗保险基金的统筹层次至少应建立在地市一级，有条件的地区可以考虑省级统筹。如果在统筹区域内，按不同人群设立多个基金池子，那么基本医疗保险的风险分担作用就会大打折扣，不利于保护低收入群体，也不利于实现社会公平。所以，在时机成熟时政府可考虑建立统一的医保基金池子。当然，在不同群体的医保基金收支状况差异较大的情形下，这不是一件容易做到的事情。这需要政策制定者具有较强的社会融合理念与风险分担意识，并能够说服大部分城镇职工支持医保整合。

第四，加强农村医疗服务体系建设，实现医疗卫生资源在城乡之间合理配置。长期以来，中国城市优先的发展路径导致了城乡收入差距拉大、优质医疗卫生资源主要集中在城市。尽管近些年中国政府加大了对农村医疗服务体系的投入，但城乡之间的差距依然明显。从整个医疗卫生体系来看，基本医疗保险制度仅是卫生筹资的一种形式。参保人参加基本医疗保险的目的是希望在发生疾病时能够获得合适的医疗服务，并提供足额的财务风险保障。所以，基本医保制度整合只是手段，而非最终目的。如果政府不能够为农村居民提供必要、方便、合适的医疗服务，基本医疗保险制度整合的实际效果将大打折扣。在城镇职工与城乡居民基本医保尚未实现整合之前，如果能够实现医疗卫生资源在城乡之间的合理配置，将大大缓解不同人群之间的矛盾，也将为两种医保制度的整合创造有利条件。

毫无疑问，中国基本医保制度整合在未来将会遇到很多困难和挑战。这些困难和挑战一部分来自政策制定者的理念和广大人民群众对社会融合接受程度，一部分来自长期累积下来的城乡差距。无论如何，我们都要坚守基本医保制度整合的目标与方向，不忘初心，创造条件早日实现从形式上的全民医保走向真正的全民健康覆盖。

（本文为国家自然科学基金面上项目“生育激励、现收现付养老保险与经济增长”（71774180）、2016年度教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“社会政策创新与共享发展”（16JJD630011）、广州市人文社会科学重点研究基地资助项目的阶段性成果）

（责任编辑：沈敏）

Integration of China's Basic Medical Insurance System: Theoretical Debate, Practical Progress and Future Prospects

PENG Haoran, YUE Jinglun

Abstract: From fragmentation to integration is the development trend of the basic medical insurance system reform in China. The integration of China's basic medical insurance system should not only meet the goal of health financing, but also coordinate with the overall goal of the health system. Although China has combined the new rural cooperative medical system with the basic medical insurance system for urban residents and establish the medical insurance system for urban and rural residents, due to the defects of the system design itself and the unreasonable allocation of medical resources, the integration of urban and rural residents' medical insurance system has not fully realized these goals, and needs to continue to improve the system design and supporting reform. Nevertheless, policymakers need to adhere to the correct concept of social integration and justice, clear the direction of the integration of the basic medical insurance system, and try their best to eliminate all kinds of unreasonable gaps in order to successfully achieve the goal of "healthy China".

Key words: basic medical insurance, medical resource allocation, health equity