

城乡医疗保障制度统筹发展的路径研究

——基于东莞、太仓、成都和西安的实地调研

仇雨临, 郝 佳

(中国人民大学劳动人事学院, 北京 100872)

摘 要: 本文根据2009年对东莞、太仓、成都和西安四个地区的实地调研, 介绍了典型地区已经开始出现的统筹城乡医疗保障制度的探索和经验。通过抽样调查, 对已实现城乡医疗保障制度整合地区的参保人进行满意度测评, 结果显示农村居民满意度较高, 城镇居民满意度较低。同时通过因子分析和回归分析, 得出地方经济的发达程度和参保人的知识层次是影响参保群众合并意愿的两个主要因素。最后, 文章总结了统筹城乡医疗保障制度的基本规律, 并就城乡医疗保障制度的发展路径提出构想。

关键词: 城乡; 医疗保障; 统筹; 路径

中图分类号: D632.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149 (2011) 04-0064-06

The Study on the Development Path of Medical Security Balancing Urban and Rural Areas: Based on a Research of Dongguan, Taicang, Chengdu and Xi'an

QIU Yu-lin, HAO Jia

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

Abstract: According to a spot investigation in Dongguan, Taicang, Chengdu and Xi'an in 2009, this paper introduces some exploration and experience about the medical security system of balancing urban and rural areas. The results show rural residents have higher satisfaction than urban residents. Through factor analysis and regression analysis, the level of development of local economy and the insured person's knowledge level are the two main factors affecting the combined will of the insured. Finally, it summarizes the general law of the overall medical security system and puts forward some conception about the development path.

Keywords: urban and rural areas; medical security; overall planning; path

收稿日期: 2011-02-24; 修订日期: 2011-05-20

基金项目: 国家社科基金项目“统筹城乡基本医疗保障体系研究”(08BJY039)。

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, 经济学博士。研究方向为医疗保障。

一、引言

由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗以及城乡医疗救助制度构成的中国城乡居民基本医疗保障体系框架已经形成,从制度上实现了对城乡居民的全覆盖。然而城乡医疗卫生服务在公平性、可及性和费用负担方面存在着二元失衡现象,城乡医疗保障制度呈现出三维分立态势,医疗保障的城乡差距及不公平状况已经成为“全民医保”进程中的重大问题。因此,统筹城乡社会协调发展,积极探索覆盖城镇职工、城镇居民和农村居民的多层次的全民医疗保障体系,在现有医疗保障体系框架基础上,将城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗并轨为城乡居民医疗保险制度,进而推动三项医保制度整合衔接,构建和谐城乡医保,最终实现“人人公平享有健康保障”的目标,具有重要的理论价值和重大的现实意义。

构建城乡居民统筹发展的医疗保障体系不仅具有必要性,同时也已经具备可行性。十六届三中全会上提出的以工促农、以城带乡、统筹城乡发展的新思路,以及坚持科学发展观和实施民生工程的理念和举措,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了坚实的政治基础;工业化、城镇化进程的加快,日益增强的政府财力和城乡居民可支付能力的提高,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了经济基础;各项医疗保障制度的探索完善与先行试点地区的成功经验,基层服务平台建设和信息化网络建设,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了制度基础;社会民众对于公平医保和平等享受健康保障的诉求,为推进城乡居民医疗保障制度的整合发展奠定了社会基础。

在城乡医疗保障体系的发展过程中,一些地区大胆创新,探索出了不同的城乡医疗保障制度整合之路。本文是在2009年8~9月对东莞、太仓、成都和西安四地实地调研的基础上完成的。

二、东莞、太仓、成都、西安的实践探索

笔者对四个地区的调研采用了两种方法,一是通过访谈方式了解当地城乡统筹的医疗保障政策和运行状况。访谈对象为主管医疗保险政策和业务的政府官员和经办管理人员,涵盖了劳动和社会保障局、卫生局、财政局、民政局、国家发展和改革委员会等部门;二是分别对四个地区的城乡参保居民进行了问卷调查,问卷调查的目的在于考察参保居民对现有社会医疗保险的满意度以及整合城乡居民医疗保障制度的意愿。

(一) 统筹城乡医疗保障制度的政策

东莞、太仓和成都三个地区的共同做法是在原有城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗分割设立的基础上进行了整合并轨。东莞的做法是将三项制度整合到一个制度中,形成东莞市基本医疗保险制度;太仓和成都则是将城镇居民医疗保险与新型农村合作医疗整合成为城乡居民医疗保险制度,与城镇职工医疗保险制度并行。

具体而言,东莞目前城乡一体化的医疗保险制度体系打破了职工户籍界限,即将非本市户籍的外来务工人员纳入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;打破居民城乡户籍界限,实现农村户籍居民和城市户籍居民在医疗保障上的无差异;打破就业人群和非就业人群体系分割,将企业职工和城乡居民医保并轨,实现医保体系的城乡一体化运行^[1]。

太仓市的医疗保险体系由(城镇职工)基本医疗保险、住院医疗保险、居民医疗保险构成。其中,基本医疗保险的主要参加群体是机关、事业、企业单位的职工以及个体工商户和灵活就业人员,同时也向被征地农民开放;住院医疗保险主要面向被征地农民;居民医疗保险主要面向未纳入基本医疗保险、住院医疗保险的所有城乡居民,此外还包括持有两年以上暂住证的外来务农人员以及本市全日制大专院校非本市户籍的在校学生^[2]。

成都市医疗保险体系由城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、非城镇户籍人员综合社会保险构成。城镇职工基本医疗保险的主要参加群体是企业职工、机关事业单位人员、个体工商户和灵活就业人员等群体;城乡居民基本医疗保险的主要参加群体是未参加城镇职工基本医疗保险的城镇

居民和农村居民；非城镇户籍人员综合社会保险的主要参加群体是非城镇户籍群体。在 2008 年之前，成都市医疗保险制度由七个医疗保险项目组成，分别是城镇职工基本医疗保险制度、农民工综合社会保险、新型农村合作医疗制度、失地农民住院医疗保险、少儿住院医疗互助金制度、城镇居民基本医疗保险和大学生基本医疗保险。2008 年以后，成都市逐步整合各个医疗保险项目，将农民工和失地农民的医疗保障待遇全部与城镇职工基本医疗保险统一，将原城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗和大学生基本医疗保险归并为城乡居民基本医疗保险制度^[3]。

(二) 城乡居民对医疗保障制度的评价

城乡居民医疗保障满意度调查主要通过问卷调查方式进行，调查的对象是参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险的所有城乡居民。本次调查抽取了江苏省太仓市、四川省成都市、广东省东莞市以及陕西省西安市四地作为问卷调查的样本城市^①。调查以统计分析为主，通过 SPSS15.0 和 Excel 软件对有关问卷进行了处理和分析，共发放问卷 1187 份，回收 1187 份，有效问卷 1178 份，有效回收率 99.24%。

1. 被调查居民对医疗保障的满意度和合并意愿

(1) 对制度的总体满意度。从总体看，被调查对象对已有医疗保险表示“非常满意”或“比较满意”的占 62.0%，表示“一般”的占 23.4%，表示“不太满意”或“很不满意”的占 10.6%。分群体看，农村居民对医保的满意度最高，表示“非常满意”或“比较满意”的占 64.8%；城镇居民的医保满意度最低，表示“非常满意”或“比较满意”的占 58.0%。

(2) 对继续参保的态度。从调查结果看，医疗保险制度已经深入人心。城镇职工、城镇居民和农村居民三大群体继续参保意愿均在 98% 以上。在 1174 个被调查对象中，仅有 19 人（占 1.62%）表示不愿意继续参保。

(3) 将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗合并的意愿。对于是否希望将城乡居民医疗保障制度合并的提问，被调查对象中愿意合并的占 70.90%，不愿意合并的占 17.4%，不太清楚的占 11.70%。分群体看，农村居民对合并的积极性最高，占 80.5%，城镇居民次之，占 69.4%，城镇职工对合并的积极性相对较低占 61.2%。

(4) 愿意合并的理由。通过调查，参保人选择合并的理由排在第一位的是“实现医疗保障公平性”，第二位是“参保人可以选择更多的医院”，接着依次是“缩小城乡差别”和“参保人可以享受更好的医疗服务”。可见，医疗保险制度是否公平是百姓最关注的重点，城乡居民将制度整合视为实现制度公平的途径（见表 1）。

表 1 参保人愿意合并的理由 %	
选项	比例
实现医疗保障公平性	58.36
享受更好的医疗服务	39.69
缩小城乡差别	36.95
选择更多的医院	36.81
提高医保基金抗风险能力	12.79
便于城乡之间劳动力流动	11.36
降低管理成本	6.14
其他	2.09

2. 城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗合并意愿的影响因素分析

为了解城乡居民对医疗保障统筹并轨意愿的影响因素，本研究进一步对调查数据进行了数据模型统计分析。

(1) 因子分析。从相关系数得知，参保人“是否愿意合并”这一变量与居民类型、当地医保统筹进度、当地城镇居民人均可支配收入、当地农村居民家庭人均收入、年龄、性别、教育程度、家庭人均收入为所属群体平均收入的倍数、一个月内健康状况、今天的健康刻度、一级医院住院起付线、二级医院住院起付线、三级医院住院起付线和住院封顶线等多个变量有显著的相关关系。经过筛选，我们将 9 个变量纳入分析框架，即：居民类型（X1）、当地医保统筹进度（X2）、当地城镇居民人均

① 西安市实施的依然是传统医疗保险体系，即由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险组成，没有对三项保险制度进行整合。此次调查将西安市作为对照组。

可支配收入 (X3)、当地农村居民家庭人均收入 (X4)、教育程度 (X5)、二级医院住院起付线 (X6)、三级医院住院起付线 (X7)、住院封顶线 (X8)、三级医院住院报销比例 (X9)。

这些变量的 KMO 值为 0.701 > 0.7, 巴特利球度检验的 P 值为 0.000 < 0.001, 说明以上变量适合作因子分析。从变量共同度看, 设定特征根值大于 1 时, 除了变量 X5 之外, 其他变量的共同度都在 0.75 以上, 表明因子提取的总体效果比较理想。从因子的累积方差贡献率看, 第 1 个因子的特征根值为 4.201, 解释原有 9 个变量总方差的 46.675%; 第 2 个特征根值为 1.938, 解释原有变量总方差的 21.530%; 第 3 个特征根值为 1.450, 解释原有变量总方差的 16.117%。所提取的 3 个因子共解释了原有变量总方差的 84.321%, 原有变量的信息丢失较少, 因子分析的效果比较理想。

(2) 因子的解释。表 2 是旋转后的因子载荷图。从表中可以看出, 当地城镇居民家庭人均收入、当地医保统筹进展、当地农村居民家庭人均收入、三级医院住院报销比例在第 1 个因子上有较高的载荷, 第 1 个因子主要解释了这几个变量, 可以解释为当地经济的发达程度; 住院封顶线、二级医院住院起付线、三级医院住院起付线在第 2 个因子上有较高的载荷, 第 2 个因子主要解释了这几个变量, 可以解释为医疗保险的共付区间; 居民类型、教育程度在第 3 个因子上有较高的载荷, 第 3 个因子主要解释了这几个变量, 可以解释为参保人的知识层次。

(3) 线性回归分析。以前文得到的因子值为自变量, “是否愿意合并” 为因变量, 采取逐步筛选策略, 可以得到二项 Logistic 回归模型:

$$Y = 1.526 + 0.414F_1 - 0.494F_3$$

其中, F_2 的回归系数显著性 t 检验的 p 值大于显著性水平 0.05, 因而被剔除出模型。回归方程在显著性检验中的 P 值为 0.000, 小于显著性水平 0.05, 表明解释变量的全体与 Logit P 之间的线性关系显著, 采用该模型是合理的。通过错判矩阵得出模型总的预测正确率为 80.3%, 这意味着模型总体比较好。此外, 方程中的各个偏回归系数都通过了显著性检验 (见表 3), 因此, 每个自变量与因变量的线性关系都是显著的。回归方程显示, 参保人是否愿意合并取决于两个因子, F_1 代表当地经济的发达程度, F_3 代表参保人的知识层次。其中, F_1 与因变量正相关, F_3 与因变量负相关。两个因子对因变量的作用大小不同, 方差贡献率分别是 46.7% 和 16.1%。

表 2 旋转后的因子载荷矩阵			
变量	1	2	3
X3	0.948	0.254	-0.001
X2	0.940	-0.056	0.124
X4	0.869	0.451	-0.088
X9	0.600	0.404	0.588
X8	0.094	0.837	0.230
X6	0.404	0.823	0.115
X7	0.102	0.778	-0.406
X1	-0.083	0.184	0.909
X5	0.111	-0.161	0.766

表 3 偏回归系数检验

变量	回归系数	回归标准差	Wald 检验统计量	自由度	显著性水平	OR 值	95.0% 置信区间	
							低值	高值
步骤 1 (a)	F_3	-0.502	0.086	33.817	1	0.000	0.605	0.511 0.717
	常数	1.480	0.087	290.919	1	0.000	4.392	— —
步骤 2 (b)	F_1	0.414	0.091	20.789	1	0.000	1.512	1.266 1.806
	F_3	-0.494	0.086	32.825	1	0.000	0.610	0.515 0.723
	常数	1.526	0.090	287.676	1	0.000	4.601	— —

三、调研发现

通过对四个地区进行实地调研, 笔者了解了城乡居民对医疗保障制度的满意度、参保居民对医保制度整合的态度以及医保制度整合后的运行情况, 总结如下。

1. 城乡居民医疗保障制度统筹发展的基本规律

第一, 城乡医疗保障制度的统筹发展与当地的经济和社会发展相适应, 特别是与城市化进程密切相关。在城市化的快速推进过程中, 农民土地大量被征用, 农村居民变成城镇居民。在事实上的农村人口占比已经很小的情况下, 再去人为区分城镇居民和农村居民, 并将他们分置于两个医疗保险制度

已经没有实际意义，只会带来制度不公平、管理资源浪费、管理效率低且成本高等负面效应。

第二，当地政府的理念创新与积极的财政投入是城乡医疗保障制度统筹发展的重要动力与保障。经济基础是必要条件，但不是唯一的决定条件。在已经实现医疗保障城乡统筹的地区，政府无一例外地高度重视这一民生工程建设，并拨付大量财政资金予以支持。

第三，参保居民支持医疗保障城乡统筹是制度整合的群众基础。根据我们的调查，占 70.90% 的被调查者表示支持城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的合并。在被调查城乡居民愿意合并的理由中，排在第一位的是“实现医疗保障公平性”，第二位是“参保人可以选择更多的医院”，接着依次是“缩小城乡差别”和“参保人可以享受更好的医疗服务”。这一调查结果与城乡医疗保障制度统筹发展的根本目标不谋而合，即实现城乡居民公平享有医疗保障和医疗服务。

第四，统一医疗保障经办管理以及理顺行政管理体制，确保了城乡医疗保障制度统筹发展的顺利推进。在统筹城乡医疗保障制度的建设中，太仓、东莞和成都都将城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗的经办管理资源进行整合，由一个信息系统统一管理；同时理顺行政管理体制，将不同人群所属的医疗保险制度划归到一个部门统一管理。管理体制和机制的创新与完善为制度的有效运行创造了条件。

2. 城乡医疗保障制度整合产生的影响

城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度的合并产生巨大的整合效益。首先，消除了城乡居民在参保方面的身份差异，实现了城乡居民公平享有医疗保障的权利。城乡医疗保障制度整合之后，城镇居民和农村居民享受相同的医保政策，获取政府补贴一致，缴纳费用标准一致，享受医保待遇一致。从而实现城乡公民享有公平、平等的医疗保障权利。其次，医疗保障管理体制得以理顺。城乡医疗保障制度的整合，集中了经办资源，统一了管理办法，规范了经办流程。统一计算机信息系统，有效地解决了以往医保管理多头、部门利益难以协调的问题。再次，医疗保险基金运行更加稳健。城乡医疗保障制度的整合，将过去的两个“风险池”合并为一个更大的“风险池”，提高了医疗保险基金的抗风险能力，保障了医疗保险基金更加平稳地运行。最后，促进劳动力合理流动。在城市化进程不断加快的地区，越来越多的农村居民涌向城市。原有城乡分割的医疗保障制度，给部分处于不断流动中的农村居民带来就医的不便。城乡居民医保的整合使得他们和城镇居民享受同样的医疗服务和报销待遇，彻底解除了他们对医疗保障的后顾之忧。

3. 城乡医疗保障制度整合应注意的问题

第一，城乡居民医疗保障体系建设的进程，一定要与当地经济发展水平相适应，因为经济发展水平决定了群众的缴费能力和地方财政实力。从前文的回归分析得知，城乡居民是否愿意实现医疗保障的整合，很大程度上取决于当地经济的发达程度。第二，城乡医疗保障制度的整合不能使任何群体的利益受损。在没有进行制度整合的地区，知识层次高的人之所以倾向于反对医疗保障制度的合并，主要是对未来的整合方案缺乏了解，担心医保制度的整合会拉低自己原有医疗保障的待遇水平。因此，当地主管部门在设计城乡医保整合方案时，一定要保证各个参保群体的利益平衡。同时，在政策出台之后，要多进行宣传教育，使参保居民对制度有充分的认识 and 了解，这样才有利于城乡医疗保障一体化工作的顺利推进。此外，群众的缴费意愿也是需要考虑的一项因素。如果政府部门不考虑群众的缴费意愿或缴费偏好，单方面追求城乡居民医疗保障制度整合的力度，那么在政策的实施效果上一定会大打折扣。

四、统筹城乡医疗保障制度发展的构想

统筹城乡医疗保障制度是我国医疗保障体系发展的方向和新医改方案的既定目标，但鉴于我国地区发展不平衡的现实，城乡医疗保障统筹发展只能是分阶段、有步骤地实施。

关于城乡医疗保障制度统筹发展的进程，各地政府应充分考虑当地经济社会的发展状况量力而

行。经济发达地区城市化率较高,城镇居民人口比例大,已具备了城乡一体化的筹资条件和待遇支付能力,可以率先实现医疗保障的城乡一体化,如太仓和东莞。经济发展水平一般的地区,如果不具备城乡居民同等费率的条件,则适宜采取“一个制度,多种费率,多种待遇,缴费与待遇挂钩”的措施(如成都),一方面城乡居民易于接受,另一方面也能减轻地方政府的财政负担。至于那些城市化率相对较低、经济也较为落后的中西部地区,短期内可以暂不考虑城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的整合工作,而应着眼于现有制度的“扩面”工作,避免参保居民的流失和退保现象的发生。总之,各地政府应在通盘考虑地方经济发展水平、政府负担能力、居民承受程度和意愿的基础上稳步推进各项医保制度的并轨。

在统筹城乡医疗保障制度的建设方面,地方政府首先应在医疗保障全民覆盖的基础上实现经办服务的统一以及各项医疗保险制度转移接续;其次是理顺管理体制,实现管理部门的统一;再次是在一个制度内部设置不同的缴费与待遇档次;最后是全方位实现城乡居民医疗保障制度的统一。

参考文献:

- [1] 张亚林,叶春玲,郝佳. 东莞市统筹城乡医疗保障制度的现状与启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2009, (12).
- [2] 仇雨临,郝佳,龚文君. 统筹城乡医疗保障制度的模式与思考——以太仓、成都为例 [J]. 湖北大学学报(哲学社会科学版), 2010, (2).
- [3] 陈健生,陈家泽,余梦秋. 城乡基本医疗保障一体化:目标模式、发展路径与政策选择——以成都市城乡基本医疗保障统筹试点为例 [J]. 理论与改革, 2009, (6).

[责任编辑 董洪敏]

(上接第 63 页)

对于民办养老机构,要保证办院质量和收费的合理,需要统一归口管理,参照福利企业运行模式,有一定的税收、利息优惠,允许有营利空间。

4. 人才缺乏

专业水平不高是制约养老机构发展的重要因素,制定专业系列,提高工作人员待遇是其健康发展的必要措施。目前我国养老机构中的服务人员多是失业下岗和农民工群体,受教育水平和专业技术能力都有较大的距离,难以保证服务质量,满足老年人的需要。这种情况与养老机构工资待遇低,职业和专业系列不健全有直接关系。政府应增加这方面的管理和支持的力度,尤其是对民办养老机构需要给以更大的支持,加强专业化的培训和教学以及职业专业系列制度建设,增加财政和社会资金的支持,健全政策和法律。

总之,我国养老机构处于发展阶段,面临多方面的条件限制。随着经济的快速发展和各方面条件不断成熟,会有更多的老年人走出家庭,在养老院里颐养天年,实现中华民族“老吾老以及人之老”的美好夙愿。

参考文献:

- [1] 周云,陈明灼. 我国养老机构的现状研究 [J]. 人口学刊, 2007, (4).
- [2] 廖敏,张蕾. 养老机构发展主要问题及对策研究 [J]. 长沙民政职业技术学院学报, 2006, (2).
- [3] 刘伟等. 镇江市家庭养老与老年公寓养老生存质量比较 [J]. 中国老年学杂志, 2008, (1).
- [4] 张凯悌,郭平. 中国人口老龄化与老年人状况白皮书 [M]. 北京:华龄出版社, 2010: 85.
- [5] 中国老龄科研中心. 中国城乡老年人口状况追踪调查 [J]. 中国网. 2011-05-22. http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/17/content_9392818.htm.
- [6] 国家统计局. 中国统计年鉴(2006) [M]. 北京:中国统计出版社, 2007

[责任编辑 董洪敏]