

· 深入学习贯彻党的十九大精神 ·

加强和创新社会治理 完善城乡居民医保制度*

——十九大报告学习体会

朱恒鹏

内容提要:十九大报告提出要打造共建共治共享的社会治理格局。建立完善的社会保险制度是实现社会治理现代化的核心标志之一,也是提高社会治理水平的基本工具。完善统一的城乡居民基本医疗保险制度,建立全国统一的社会保险公共服务平台,体现了全面贯彻以人民为中心的发展思路,明确了通过创新机制实现医疗服务和医保服务有效供给的改革发展途径。

关键词:社会治理 社会保险 整合居民医保

十九大报告明确提出要打造共建共治共享的社会治理格局;加强社会治理制度建设,完善党委领导、政府负责、社会协同、公众参与、法治保障的社会治理体制,提高社会治理社会化、法治化、智能化、专业化水平。社会保险制度是社会治理机制的重要组成部分,建立完善的社会保险制度是实现社会治理现代化的核心标志之一,也是提高社会治理水平的基本工具。

关于社会保险体系建设,十九大报告明确提出“按照兜底线、织密网、建机制的要求,全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系”。针对城乡居民医疗保险制度,十九大报告提出的要求是完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度,并要求建立全国统一的社会保险公共服务平台。这一要求体现了全面贯彻以人民为中心的发展思路,明确了通过完善制度来保障医保绩效、通过创新机制实现医疗服务和医保服务有效供给的改革发展途径。

我国当前正处于城镇化深入发展的关键转型时期,农村人口不断向城镇集中,但大量农村转移人口难以融入城市社会,市民化进程严重滞后。2.7亿农民工及其随迁家属虽然在城镇居住,却未能在教育、就业、医疗、养老、保障性住房等方面与当地户籍居民共享相同的基本公共服务,既不公平亦影响社会稳定。城镇居民基本医疗保险(城居保)和新型农村合作医疗(新农合)的目标人群分别是城镇户籍和农村户籍人口,事实上强化了户籍分割,不利于城乡社会保障制度的一体化。因此,整合城乡居民基本医疗保险制度,是在中国城镇化背景下展开的,既是整个城镇化进程的重要部分,也可在很大程度上推进乃至加速城镇化及常住人口市民化。整合城乡居民基本医疗保险制度已经成为贯彻共享发展理念,建立更加公平、可持续医疗保障制度的必然要求,更是实现十九大报告明确提出的努力“解决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”所必需的。

基于理顺医保一医疗分权制衡体系、整合和完善医保管理体制、减少冲击和不稳定、降低改革成本等多方面考量,地方政府普遍偏好的整合模式,是城乡居民医保整合后并入社保部门,这也是十二届全国人大一次会议预定的改革方向,过去五年在这个工作上出现了反复,导致整合工作迟迟不能推进。幸运的是,进入2015年后,在部分省份率先整体推进的情况下,各省份陆续开始实质推进整合工作。当然,推进的政府层级有所不同,进度也有所差异,但是大部分地区达成了共识:由社保部门来负责城乡居民保险的整合工作。

* 朱恒鹏,中国社会科学院经济研究所,邮政编码:100836,电子邮箱:zhp0904@sina.com。

截至 2017 年底,除辽宁和西藏外,其他省份及新疆建设兵团都推进了城居保和新农合的整合工作,这是实现十九大提出的“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度”的前提。

表 1 各省份城乡居民医保整合情况

省份	整合模式	统筹模式	整合时间	发文顺序	省份	整合模式	统筹模式	整合时间	发文顺序
北京	1	1	2016.10	19	湖北	1	2	2016.05	10
天津	1	3	2009.04	2	湖南	1	2	2016.07	15
河北	1	2	2016.05	9	广东	1	2	2016.05	8
山西	1	3	2016.11	20	广西	1	3	2016.07	16
内蒙古	1	3	2016.06	12	海南	3	3	2016.12	26
辽宁	6	5			重庆	1	3	2014.10	5
吉林	4	2	2016.12	23	四川	5	3	2016.12	25
黑龙江	1	2	2016.11	22	贵州	4	4	2016.12	24
上海	1	2	2015.10	7	云南	5	2	2016.08	17
江苏	1	2	2016.12	27	西藏	6	1		
浙江	1	1	2014.12	6	陕西	2	2	2017.06	28
安徽	3	2	2017.06	30	甘肃	1	2	2016.11	21
福建	3	3	2017.06	29	青海	1	6	2016.06	11
江西	1	2	2016.06	13	宁夏	1	2	2010.10	3
山东	1	2	2014.01	4	新疆	1	2	2016.06	14
河南	1	2	2016.09	18	兵团	1	7	2008.08	1

注:(1)整合模式:1=整合归人社;2=整合归卫生;3=整合归其他部门,主要是归财政部门;4=制度整合,但仍然保持分别管理;5=整合,管理方式由地方自己选择;6=未整合。(2)统筹模式:1=县区级统筹;2=市级统筹,调剂金制度;3=市级统筹,统收统支;4=城居保和新农合分别实现市级统筹;5=城居保市级统筹,新农合县区级统筹;6=省级统筹;7=师级统筹,兵团级风险调剂。

如表 1 所示,21 个省份及新疆建设兵团由人社部门负责两保整合工作,省政府文件明确由卫生部门负责整合的只有陕西省,但省内部分地区依然由人社部门负责整合;吉林、四川和贵州三省政府出台了统一的整合意见,但没有统一规定哪个部门负责这个工作,从文件内容看,四川和吉林要求各地市自行探索,贵州文件中则只要求两保走向制度统一,但不改变两部门分别管理经营的现有格局,基金也维持分设格局,不准相互调剂。第三种整合模式是三保合一成立医保办,划归财政部门管理,这种做法发端于福建三明,2016 年 10 月扩展到福建全省,2017 年海南、甘肃和安徽三省发文采取这种整合办法,其中安徽尚处于试点阶段,仅在合肥和蚌埠两市试点,但是迄今两市尚未出台明确的整合办法,整合方案在该省尚处在多方争议之中。

本文结合笔者学习十九大报告的心得体会,以我们在全中国多个地区的调研为素材,择要分析一下建立统一的城乡居民基本医疗保险制度的进展情况、存在的问题以及未来的改革方向。文章所用数据来自于公开的统计年鉴以及我们调研获得的数据。

一、城乡居民医保整合滞后的后果

在公立医院行政垄断不仅未有缓解反而趋于加重的条件下,分割经营的城居保和新农合均没有有效监督制衡医疗服务供方的能力,“管办不分”的卫生部门则基本没有有效监控公立医院的积极性(图 2~图 4 证实了这一点)。在这种情况下,大幅度提高基本医疗保障水平,结果是放大了医疗服务供方的道德风险,在不断推高基本医疗保险财政补贴水平的同时,诱发医疗费用的更高速增长,最终导致日益提高的医保筹资水平不仅没有降低、反而加剧了城乡居民医疗负担。图 1 清晰地展现了 2009 年以来农村居民医疗负担日益加重、2013 年以来城镇居民医疗负担日益加重这一结果。两保整合的明显滞后,也加剧了这一结果。图 2 则清晰展示了 2008—2016 年间公立医院市场份额不降反增的状况。这期间虽然公立医院机构数量持续下降,但是其市场份额却稳步上升^①。

图 3 则清晰显示,公立医疗机构住院收入快速上涨,占医疗机构医疗收入的比重逐年上升,成为城乡居民医疗负担逐步加重和医保基金支出日趋穿底的主要推动力量。

图 4 则表明,公立医院住院费用的高速增长是通过住院人次的高速增长来实现的,而百人住院

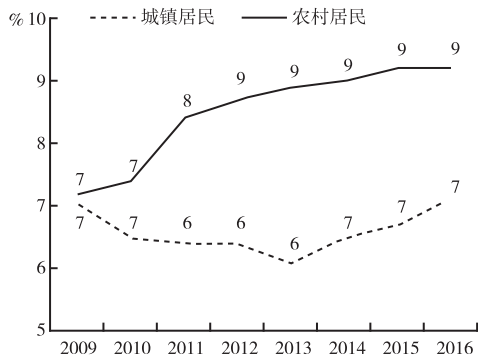


图1 2009—2016年城乡居民家庭医疗保健支出占其总消费支出比重

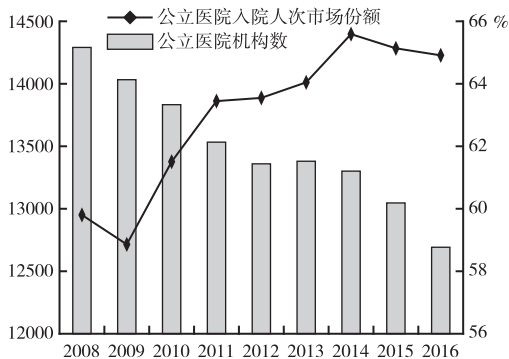


图2 2008—2016年公立医院数量与其市场份额变化趋势

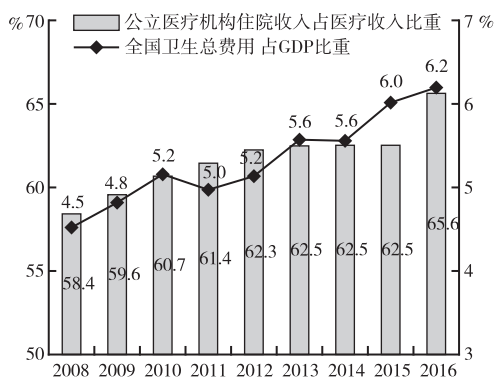


图3 2008—2016年公立医疗机构住院收入占比与全国卫生总费用占比

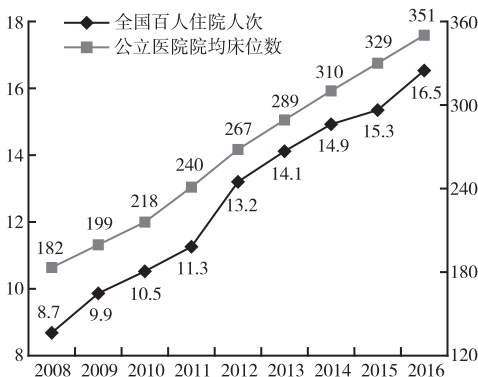


图4 公立医院院均床位数与全国百人住院人次高度正相关

人次的上升则是由公立医院的床位数增加来实现的。简言之，2009年以来，尽管公立医院的数量略有下降，但是其市场份额不但没有下降反而有所上升，表明其市场垄断地位是有所上升的。而其床位数增加导致诱导患者住院增加，因此出现了床位数和住院人次量价齐升的局面，导致了过度医疗的日益加重和医保资金的更大持续浪费。

西藏和新疆之外的29个省、市、自治区2009年以来每千人床位数差距逐步缩小，已经由2009年最高省份比最低省份多2.55张，缩小到2016年两者差距不到2张。而且，每千人床位数低的省份百人住院人次并不低，且均高于百人住院人次较为合理的北京，北京户籍人口的老龄化率（60岁以上人口占比）是24.1%，高于全国16.7%的老龄化水平，但北京户籍人口的住院率不到11%，明显低于全国的16.5%，北京市参合农民2015年百人住院10.7人次，也低于全国平均水平。北京常住人口百人住院人次只有6.8，不到全国平均水平的一半。那么老龄化程度低于北京的其他地区，显著超出北京的百人住院人次，反映了这些地区过度住院的情况，也意味着城乡居民医保基金的巨大浪费。背后的原因则是公立医院改革严重滞后，以及医保分割管理对制衡医疗服务供方的乏力。

从另外一个角度讲，如果三保不能形成管控制衡医疗服务供方的合力，不断提高基本医保的保障水平，还会诱发供方市场进一步走向集中，进一步弱化医保的制衡能力。图2至图5展现的正是这一景象。

图5清晰反映了2008年以来三级医院规模和数量的扩张。正是三级医院规模的扩张导致了三大虹吸现象：医生、患者和医保资金在过去八年中日趋集中到了三级医院。习近平总书记2014年12月到江苏省镇江市丹徒区世业镇卫生院考察时，已经明确指出要切实解决好城市大医院始终处于“战时状态”也就是人满为患这个问题。

简言之，大量财政补贴投入城乡居民医保的结果是不但未能实现降低城乡居民医疗负担的政策意图，反而如图1所展示的，导致城乡居民医疗负担持续加重。这显然不是政策设计者的初衷，但是城乡居民医保整合的明显滞后，却部分加速了这一结果的到来。表1所展示的三分之二的省份直到

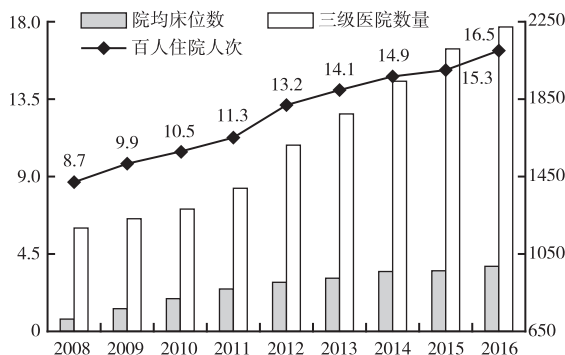


图5 2008—2016年三级医院数量、院均床位数和住院人次变化趋势

2016年才开始整体推进两保整合工作这一事实,清晰表明了整合工作的明显滞后。

因此,必须尽快通过城乡居民基本医疗保险制度整合,实现基本医疗保障机构与医疗服务主管部门的分离,从制度设计上确保医疗保险预算的刚性。分离之后,虽然基本医疗保障机构的主管机关与医疗服务主管机构都是政府的组成部分,无法根除软预算约束问题,但至少可以缓解问题。

打破垄断促进供方市场竞争是医保控费的重要手段。而且,基本医疗保障机构与医疗服务主管机构分离的另一个好处,就是助推供方市场竞争的尽快实现。

二、城乡居民医保整合后需要注意的问题

卫生部门既管公立医疗机构又管居民医保,既承担行政管理职能又肩负监管职能,主管部门和医保基层经办机构之间是一种“政事不分”的格局,卫生部门与医保基层经办机构之间的隶属关系给部门利益的扩大化创造了条件。对于内部出现的问题,一般寻求内部化解决方式,决策、执行和监管职能不分,导致制定政策时就偏向部门利益,难以实现公平和公正。而社保部门作为相对独立的第三方付费机构,没有管理医疗服务机构的职责,相对能够对医疗机构进行独立监管,也更有意愿设计适宜的支付机制来控制基金支出上涨,保证基金安全。从完善社会治理机制的角度看,服务提供方和医保支付方应该是相互独立的,才可能有效制衡和公开透明,也才有利于政府和社会的监督。因此,城乡居民医保整合后不应该交给卫生部门管理和经办,这是地方的基本共识,也是绝大部分地区选择整合后归社保管理的根本原因。

值得一提的是,社保部门天然缺乏对乡镇卫生院的管控能力。原先新农合主要依托乡镇卫生院进行管理,人员数量少且多为兼职,与城居保和城职保的管理模式有很大差别。新农合划转人社后,一般没有基层专职人员同步划转,形成断层。而原先卫生系统对于这部分医疗机构的行政管控力度也会随着新农合的移交而减弱。此时,卫生院和参保农民合谋,卫生部门撒手不管,这部分医疗机构套取医保基金的风险加大且易将矛盾显性化。虽然一些地区城乡居民养老保险制度融合后,在农村设立了办事处,但医保复杂性远超养老保险,若沿用相同管理体制和思路,难免产生问题。

新农合与城居保的统筹层次有所不同。新农合统筹层次较低,基本以县(区)级统筹为主,各区县不仅单独实行基金管理,筹资、待遇政策也有所不同。就医主要在县区范围内,县区之外属于异地就医,报销待遇相对低、需要审批,而且新农合没有市级经办机构。城居保目前是部分市级统筹,部分县级统筹。在城乡医保制度整合推进过程中,难免涉及提高统筹层次的问题。市级统筹实现真正意义上的统收统支,面临一些现实的障碍,最终归结为两组矛盾。第一组是在自然条件上,人口分布与地区经济差异之间的矛盾。从人口分布来看,应当实行市级统收统支。县级人口规模普遍较小,最多不过百万,少的甚至不及十万。单独统筹不利于发挥保险大数法则,难以真正发挥保险的互助共济功能。然而县域间存在经济差异,原先各区县可以根据自身财政能力和医疗资源状况确定筹资水平。全市统一政策后,穷的区县往往需要提高筹资和财政补助水平,但由于其人均收入较低、距离市区三级医疗机构较远,对基金的使用往往仍限于县域内费用低廉的乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县区级医院,因此基金的使用量往往不及市区和近郊富裕区县。在这种情况下,统收统支就会引发在市级统筹的大池子中穷区县补助富

区县的现象,有悖社会公平。第二组是在现行政策上,医疗体系设计与财政人事体制之间的矛盾。

即使实现市级统筹,仍会产生很多问题。第一,若提高统筹层次,把资金收到市里,由市级统一支配,区县医保部门管理积极性会大大下降,区县经办机构很可能放松管控参合农民的医疗需求。第二,不同区县经办的实际保障待遇不一样,有些区县在一些医疗服务上补偿比例高、有些在其他医疗服务补偿比例高,统筹过程中,每个区县的农民、市民都希望保持原来待遇不下降,而各区县保障重点又不一样,如果市级统筹,完全吸收各区县高待遇,统筹资金肯定不足。如果想以低待遇为统一标准,会导致某些区县居民的实际保障水平下降,甚至是一小部分某种疾病的居民保障待遇下降,由于患病人群特别在意自己的待遇,如果保障水平下降,甚至可能会引发社会不稳定。需要统筹考虑福利刚性和筹资水平的结合。

因此在两保合一、提高统筹层次一体化的设计过程中,上述问题都会给具体的设计和经办带来困难,需要通盘考虑。

三、不同地区整合的模式和效果

各地在整合城乡居民医疗保险的工作中,共性的基本模式有以下几点:

第一,管理与经办体制。各省份整合模式如表1所示,从整合路径来看,因地制宜。如图6所示,主要有以下六种模式,这些路径各有利弊,取决于地方实际情况。(1)整合归人社;(2)整合归卫生;(3)整合归其他部门,主要是归财政部门;(4)制度整合,但仍然保持分别管理;(5)整合,管理方式由地方自己选择;(6)未整合。

第二,统筹层次。如图7所示,整合地区在普遍选择市级统筹这一主流模式情况下,出现了七种不同的基金统筹模式。制度上进行市级统筹的地区,大部分仍然保留了基金分级管理体制,所谓市级统筹只是要求各县向市级医保机构缴纳风险调剂金,这实质上是维持了事实上的县级统筹。

第三,从筹资与待遇设计来看,鉴于城居保和新农合的差异,各地在整合城乡医保时多以制度的平稳过渡作为核心目标。实际的整合制度设计往往把握三个原则:一是城乡居民医保报销范围一致、待遇项目统一;二是城乡居民医保待遇总体不降低;三是保持个人缴费不大幅增加,同时考虑财政负担能力。主要的制度整合模式可分为三类:一制一档、一制两档和一制多档。

第四,在部分城镇化水平较高、实现了城乡一体化的地区,已经开展了“三保合一”工作,即将城居保、新农合与城镇职工医保统一为一项基本医保制度。最早一批完成城乡居民基本医保制度整合的地区位于广东、浙江、江苏等地,如广东东莞、中山、佛山,浙江舟山,江苏常熟等。

第五,从青岛等较早完成城乡居民医保整合工作地区的情况看,基于政策设计的结果,整合后城乡居民医疗保障待遇还是能得到有效保障的。但是待遇释放以及市级统筹导致的住院趋高倾向导致住院人次增加非常明显、基金支出增加较快,基金穿底风险加大。这给医保经办工作增加了很大压力。从另一个角度讲,医保整合加提高统筹层次放大了现行医疗体制高等级医院的虹吸弊端,如

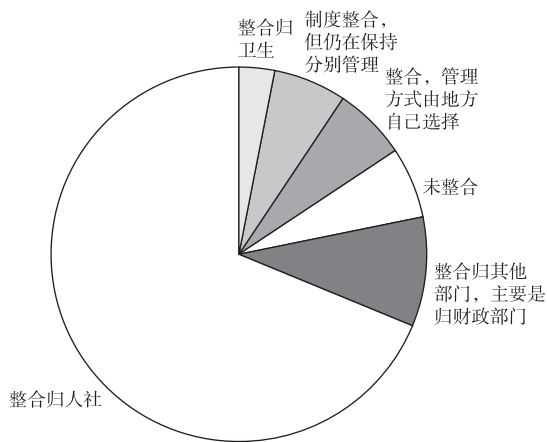


图6 全国各省整合模式的选择比较

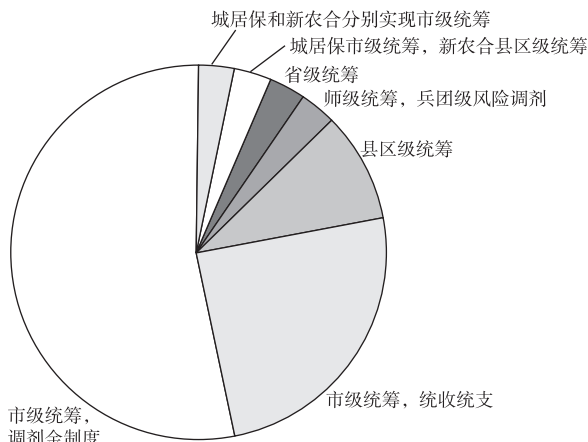


图7 全国各省基金统筹模式比较

果不采用积极措施推动医疗服务体系改革,城乡居民医保整合和提高统筹层次带来的改革红利会很快被现行公立医院垄断体制吞噬掉。

四、完善统一的城乡居民基本医疗保险制度

正如图 1~图 5 所示,公立医院改革严重滞后,致使公立医院市场垄断地位不降反升,分割分散的医保体系制衡公立医院的能力不足,更谈不上引导医疗资源配置和引导医患双方医疗行为和健康维护。2013 年至今,城乡居民包括职工个人医疗负担日益加重,全民医保的成果被增速更高的医疗费用抵消。

另一方面,在城市化转型深化的过程中,大规模人口流动已经常态化,传统的按照户籍和居住地分设的医保筹资和管理体制越来越不适应这种格局。

以上两因素叠加,已经使得两保整合乃至三保合一以及提高统筹层次的任务日益紧迫,应该尽快达成共识,尽快完成两保整合工作,并积极开展三保合一探索,稳步提高全民医保的统筹层次。

需要注意的是,不管是两保整合、三保合一还是提高统筹层次,如前所述,在现行政府分级管理体制和财政“分灶吃饭”管理体制下,均存在制度障碍。“分级管理、分灶吃饭”体制是和我们这样一个幅员辽阔的大国相适应的体制,不会进行大的改变。但在这一体制下,各地经济发展水平的差异,与行政管理水平高度正相关的行政部门医保管理与经办能力的差异,自然地和医保整合及提高统筹层次相冲突,强行整合并提高统筹层次,必然导致“大锅饭”问题,不仅无助于医保基金的高效使用,还会加速医保资金的穿底。

这意味着必须转变理念,突破按照行政层级和行政区划整合医保和提高统筹层次的传统思维定式,探索模式创新。

有两个思路值得考虑:一是目前正在积极推进的异地结算平台,这是国务院部署的一项重要民生工程。尽管目前将其作为一个具体的分支性工作来做,但是如果放开思路,这个工作很可能会成为一个彻底解决传统体制下医保整合困难、提高统筹层次困难的治标治本办法,是一个破冰之举。原因在于,这一平台天然具有全国统一平台、统一市场的特征,非常类似于银行系统、保险公司以及新型的蚂蚁金服中的全国性结算中心和清算中心网络的特征,有可能一举解决市级统筹、经办及监管的行政分割困境,还可以直接跨过省级统筹,同步实现三保合一下的全国统筹。一个全国性的异地结算平台是有希望实现全国统一平台、统一筹资、统一结算、统一监管的。

第二个思路是积极推进商保经办基本医保工作,一是为了缓解城乡居民医保整合乃至推进三保合一过程中必然出现的人员编制和经费不足问题;二是为了缓解医疗机构监管压力;三是商保公司天然的全国统一平台、不受行政区划分割,有助于医保解决异地结算和异地监管问题;四是商保公司自由度大,可以进行一些政府医保无法进行的模式探索。

还有,按照十九大的要求,明确社会医保“保基本、兜底线”的定位。从最终实现三保合一、全国统筹这一大视野出发,认识到全国各地发展水平、人口分布、城镇化积聚效应差异性很大且会长期持续这一局面,就会明了全国统筹下的三保合一或者说全民健康保险必然只能是“就低不就高”、只能“保基本”。高收入地区和高收入群体更高水平的、多样化的非基本需要只能通过补充医疗保险、商业健康险来满足解决。

在建立和完善统一的城乡居民医疗保险的过程中,也要积极稳步推进医管理理和经办的“管办分开”,这是落实十九大提出的“打造共建共治共享的社会治理格局”的必然要求。从德国、日本以及我国台湾地区的成熟经验看,社会医保社会经办是大势所趋。

最后,在医保整合过程中,积极稳妥探索医保引领医疗资源优化配置、引领医患双方诊疗行为规范化的可行途径,积极推进传统疾病诊疗模式向健康促进的转型,在建立健康中国的过程中发挥引领作用。“实施健康中国战略”正是十九大报告中明确提出的要求。

注:

①如果纳入卫生院和公立社区卫生服务中心,公立医疗机构 2016 年的市场份额还在 84.2%。

(责任编辑:何伟)

(校对:谭易)