

发布与解读

- 2016年，国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》。目前，全国31个省份出台了整合规划，23个省份、80%以上地市、11亿人口、80%参保人群，纳入社保部门统一管理
- 2018年，中国将全面启动实施统一的城乡居民基本医保制度，建立完善的全民参保制度、动态调整筹资机制、医保治理体系

城乡医保并轨吹响“集结号”

本报记者 彭训文 贾平凡



制图：彭训文

最近，陕西省渭南市澄城县南社村村民老张终于下定决心，到北京积水潭医院做手术，彻底根治伴随他多年的颈椎病。给予他勇气和信心的是陕西开展的城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗（下称“新农合”）制度整合工作。老张给记者算了一笔账：参加新农合的他，在城乡医保制度整合前，如果到北京做手术，需要花费近10万元，个人只能报销约2万元。整合后，他能直接报销6万元，通过大病保险还能报销2万元，自己支出不到2万元。“医保让我更有安全感。”他说。

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》（下称“《意见》”），开始整合城镇居民医保和新农合两项制度。今年1月1日，北京、甘肃、江苏扬州、湖北黄冈等多地宣布实施统一的城乡居民医保制度。人社部、国家卫计委向本报提供的数据表明，两年来，一个覆盖亿万城乡居民的基本医保体系正在形成。

专家表示，中国基本医保体系建设让亿万城乡居民更加公平地享有基本医疗保障权益，成就显著。随着整合工作进入“下半场”，需要进一步理顺医保管理体制，统筹地区全面实施整合制度方案，进一步发挥医保在深化医改中的基础作用等，让人人享有基本医疗保障的目标真正实现。

1. 23个省份实现3项医保制度统一管理

2017年12月28日清晨，北京的大风刮得人脸生疼。一群由北京市人力资源和社会保障局、大兴区人力资源和社会保障局组成的小分队，开始了新一天的送卡入户工作。

在大兴区庞各庄镇宋各庄村村民阮淑芬家，工作人员将一张崭新的社会保障卡交到她手中。去年她患上癌症，医药费花了几万元，家庭经济负担很大。工作人员告诉她：从2018年1月1日起，她可以拿着这张卡直接去医院看病，不仅报销比例提高了，费用还能实时结算。更让阮淑芬感动的是，作为北京市13类困难人员之一，她的参保费已由政府全额补助。

2018年1月1日起，北京市实施统一的城乡居民医保制度。“新制度实施后，城乡居民的医保待遇将普遍提升。”北京市新农合管理中心主任白玉杰表示，今后北京市城乡医保居民看病时，门诊最高报销比例将达到55%，比原来提高5个百分点；住院最高报销比例达到80%，比原来提高5—10个百分点；可报销的药品种类由2510种扩大到3000多种，与职工医保目录一致；定点医疗机构增加到近3000家。

今年元旦，不仅北京，甘肃、江苏扬州、湖北黄冈等地纷纷宣布实施统一的城乡居民医保制度。事实上，更大范围的、以省为重点的城乡医保整合工作从两年前就开始了。

人力资源和社会保障部医疗保险司相关负责人向本报记者介绍，《意见》发布两年来，全国32个省、自治区、直辖市（含新疆生产建设兵团），除西藏外，均已出台整合规划，对统一覆盖范围、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（下称“六统一”）提出要求。

“部分省份还在整合制度政策基础上，理顺了基本医保管理体制。”这名负责人表示，目前已有北京、天津、河北、山西、内蒙古、黑龙江、上海、浙江、江苏、江西、山东、河南、湖南、湖北、广东、广西、四川、重庆、云南、宁夏、青海、新疆和新疆生产建设兵团，共23个省份实现了全民基本医保3项制度（城镇居民医保、城镇职工医保和新农合）乃至整个社会保险的统一管理。此外，福建专门设立了医保管理机构，整合药品采购、医疗服务价格调整和医保基金管理等职能。

全国334个地市（不含京津沪渝）中，已有283个地市出台了具体实施方案，目前都基本启动运行。这名负责人说：“整合地区参保人群已基本纳入人社部门统一管理，形成了5项社会保险一体化管理服务的格局。”

此外，国家卫生和计划生育委员会向本报提供的数据显示，辽宁、吉林、贵州、西藏、陕西等省份从政策入手不同程度推进整合工作。例如，在统一筹资政策方面，吉林省、贵州省明确2018年统一城乡居民缴费标准；辽宁省、陕西省对城镇居民医保和新农合个人缴费标准差距较大的地区，允许利用2年时间逐步过渡。在统一保障待遇方面，贵州省明确，从2018年1月1日起执行统一的医保待遇。

“目前，城乡医保制度的统一主要体现在制度统一和医保经办关系统一。通过规范流程，城乡居民就医更便捷，待遇更公平。”中央财经大学社会保障研究中心主任褚福灵对本报记者表示。

2. 参保居民、经办机构、医院获得感满满

城乡医保整合效果如何，居民获得感是一把重要的衡量标尺。为此，各地按照“筹资就低不就高、待遇就高不就低、目录就宽不就窄”原则，开展具体整合工作，实现了制度平稳过渡。总结来看，整合效果主要体现在3个方面：

对于参保城乡居民来说，制度整合后，待遇公平性体现得更加明显，尤其是农村居民获得感显著增强。山东省临沂市农村居民张大妈患有慢性胃病，以前经常需要从县里转诊到临沂市治疗，不但手续复杂，而且转诊后报销比例也会随之降低。2015年，山东省将城乡医保进行整合。张大妈说：“现在到市里看病，不但可以直接报销，而且报销费用和城里人一样。”

目前，各地城乡医保统筹层次已整体提升为市级统筹，部分省份还实现了省级统筹。“统筹层次提升后，此前参加新农合的农村居民就医选择范围从县域扩展到地市甚至省域范围，变‘异地’为‘一地’，农村居民享受的医疗待遇更高了。同时，医保基金池变大，抗风险能力更强，经

办效率也更高。”中国人民大学劳动人事学院教授仇雨临对本报记者说。

人社部医保司提供的数据显示，河北、山东、广东城乡医保制度整合后，药品目录品种分别达到2600、2400和2500种，农村居民可报销药品种类比原来扩大了1倍。

同时，农村居民医保支付比例和最高支付限额普遍提高。如云南省农村居民医保经办机构就医保支付比例由40%提高到60%；内蒙古包头市医保支付封顶线增加到23万元，比原来新农合增加了8万元。住院费用支付比例保持在75%左右，较新农合也大幅提升。

对于医保经办机构来说，节省了行政成本，保障效率大幅提升。经过整合，重复投入、多头建设、重复参保、重复补贴等问题得到解决。例如，内蒙古、山东、浙江3省份分别剔除重复参保133万、250万和150万人，分别节约财政重复补助资金6亿、8亿和7亿多元。

各地还以此为契机，整合、升级改造社会保险信息系统，实现“五险合一”数据共享以及医保结算功能整

合。目前，全国社保卡持卡人数已超过10亿人，参保居民可持卡就医并实现“一站式”直接结算。

特别是去年建成的全国异地就医结算信息系统，免去了患者来回奔波之苦。截止2017年12月底，全国所有省级平台、所有统筹地区均已实现与国家异地就医结算系统对接，8499家跨省异地就医定点医院均已接入网络。

“提升医保经办机构管理服务效能，有利于其更深入介入医疗服务过程。”国务院发展研究中心金融研究所保险室副主任朱俊生对本报记者表示，整合后，医保经办机构有了统一购买力和更多精力，与医院、医药企业谈判协商时腰杆更挺、底气更足。以天津市为例，通过将糖尿病按人头付费推广到34家医院，2万参保患者受益，人均费用较改革前下降近5000元。

对于医疗机构来说，变化也是明显的。在甘肃，参保居民在村卫生室发生的门诊费用，报销比例达70%。同时，村卫生室可使用20%的非基本药物，有力促进了分级诊疗建设。

3. 全面整合需综合发力

随着城乡居民医保制度整合进入深水区，接下来任务会更重。人社部医保司相关负责人表示，目前问题主要有3个：一是全国医保管理体制尚待进一步理顺，以实现上下统一、左右协调、政令畅通；二是统筹地区整合制度方案有待全面实施，以全面建立统一城乡居民医保制度；三是全民医保在深化医改中的基础作用有待进一步发挥。

仇雨临表示，只有进一步理顺管理体制，才能实现城乡医保制度的真正统一，这亟须政府从顶层设计高度予以明确。她认为，社会保险法的法律逻辑、医保模式规律，以及1998年中国建立城镇职工基本医保制度以来的实践，都证明了社保经办机构有实力履行更多职责。

整合后，由于各地经济发展水平和居民收入差异，一些地方在缴费和待遇享受方面仍存在差异。她建议，随着城乡居民收入水平提升，各地应逐渐实现根据就医需要提供统一医保待遇，在高收入与低收入、患病者与健康者之间合理分散风险。

人社部同时提出，要逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定可持续的动态调整筹资机制，同时合理划分政府和个人分担筹资责任，逐步优化筹资结构，力争今年全面启动实施统一的城乡居民基本医保制度。

仇雨临认为，目前医保筹资机制还是简单地按照固定数额进行筹资，比较粗放。她建议，建立城乡居民收入与缴费关联机制、缴费与待遇关联机制、缴费与待遇同经济发展水平关联机制，确保城乡居民医保基金的长期收支平衡。

医保支付方式，被称为医保基金支出的“总闸门”“总杠杆”。人社部提出，下一步，将全面推行以按病种付费为主的多元复合医保支付方式，完善谈判和风险共担机制。

褚福灵认为，应从“三医”联动角度看待医保支付方式改革。“医保支付方式改革，医院现代管理制度建设，药品生产、流通、价格和支付标准改革等，要形成一种良性机制，让患者少花

钱的同时又能看好病，药企实现‘以价换量’，同时医院能够得到激励、医生能获得体现价值的相应报酬。”

有专家建议，要在“以收定支、收支平衡”的医保基金支付总原则下，“保基本、强基层、建机制”。例如，进一步完善药品和医疗服务价格形成的市场机制、健全医保经办机构源头参与机制和谈判机制等。

“应该鼓励更多社会力量参与基本医保经办服务。”朱俊生表示，经过两年发展，目前大病保险多由商业保险公司经办。他建议，政府和商业保险公司应秉持法治思维，进一步规范合同管理。在社保提供主体和方式上，可探索引入竞争模式。

此外，对于一些人建议“将城乡医保和城镇职工医保打通，实现‘三合一’”，褚福灵认为，由于城乡居民和职工收入差距较大，制度也存在差别，目前两种制度并存有其合理性。“随着职工和城乡居民收入差距缩小，二者整合的条件自然就成熟了。”褚福灵说。

医保并轨助力健康中国

韩维正

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。“健康梦”是每个人心中的梦想。要实现中国人民的“健康梦”，一个重公平、可持续的医保制度必不可少。城乡居民基本医保制度并轨，将大大提升中国医保制度的公平性与可持续性，有助于让广大人民群众享有公平可及、系统连续的健康服务。

并轨前，中国居民基本医保“城乡二元”结构分化严重。首先，报销待遇不同，造成重复参保，继而造成重复补助，损害了医保制度的公平性原则，也增加了财政的不合理负担。其次，分轨运行造成重复投资，增加管理成本。

造成这些问题的一个重要原因，是体制机制没有理顺，经办机构各自

为政，信息不能共享。新农合医保归卫计委，城镇居民医保归属人社部，制度设计上不协调，参保信息难以实现资源共享，给人员重复参保留下技术漏洞。

因此，2016年开始城乡居民基本医保并轨改革，吸引了大众目光。2017年，整合城乡居民基本医保被列入国务院《深化医药卫生体制改革2017年重点工作任务》之一。中共十九大报告也提出，要完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度。

近年来，各省市逐步展开城乡居民基本医保并轨改革，一改过去“屋上架屋”、多头管理局面，实现了管理部门的统一整合，体制机制得到理顺；筹资方式、保障待遇、医保目录等得到



北京大兴区庞各庄镇宋各庄村村民阮淑芬展示新换发的社保卡。（大兴区社保局供图）

统一，提高了政府补贴力度，群众医疗报销制度更加公平合理。

统一城乡居民基本医保制度，只是万里长征的第一步。用医保并轨促进医疗改革，以医疗改革助力健康中国建设，中国人民离自己的“健康梦”、“中国梦”就会越来越近。

英国：政府主导 财政支付

英国是全球范围内较早制定并持续运行国家医疗保障模式的国家。这种模式主要有3个方面的特点：

一是实现基本医疗保障全覆盖。英国明确规定，凡是在英国居住的公民，无论属于哪个种族、年龄、性别，无论是否从事工作，均能享受到基本医疗卫生服务，所需费用主要由财政拨款支付。

二是资金来源于以税收为主体的公共财政，其中74%来自中央政府和地方政府税收，其余26%来自福利和各种交费。英国强大的经济实力、高额税收比例为筹资奠定了基础。

三是建成了完善的三级医疗卫生服务网络。医院以疑难杂症、危急重症治疗以及临床科学研究为重点任务；地方医疗机构主要提供综合性医疗服务，能够解决一般医疗问题；社区门诊承担了家庭医生、全科医生职能。

德国：风险共担 独立经办

德国医疗保障体系分为3个板块：社会基本医疗保险、商业医疗保险以及法定护理保险。其中由德国联邦政府主导的“社会基本医疗保险”占据了主导地位。

首先，德国赋予社会基本医疗保险以法律强制性，明确规定所有德国公民，不论性别、年龄、收入、职业，都必须参加社会基本医疗保险。其次，德国采取员工和企业双方共同筹资、风险共担的资金筹集方案。员工和所在单位各自承担50%参保费用。政府对无业人群、残疾人、儿童、老年人等社会群体进行补贴，保证其参加医保的权利。

再次，参保人产生的医疗费用，个人承担20%，剩下的80%由医保基金统一支付。最后，政府不参与医保基金具体管理，医保经办机构实质上是独立的第三方部门。

美国：商保为主 问题突出

美国是世界上少数几个以商业医疗保险为主的。究其根源，这与美国根深蒂固的自由主义价值观念密切相关。

在此影响下，美国医疗保障充分发挥了市场机制作用，建立了商业医疗保险制度，即由商业保险机构负责医疗保险经办管理工作，由公民个人承担所有参保费用，享受补偿水平高低与所缴纳费用成正比。

商业保险模式在保证公民参保自由的同时，也导致了医疗费用快速上涨。有研究称，2018年美国卫生总费用占GDP的比例将高达20.3%，全球第一。同时，美国也是发达国家中唯一一个没有实现全民医疗保障的国家。数据显示，美国有近5000万人没有被医疗保险覆盖。

新加坡：储蓄医保 分类明确

新加坡储蓄医疗保险分为3部分：保健储蓄计划、健保双全计划、保健基金计划，其英文表示分别为Medisave、Medishield、Medifund，学术界一般简称为“3M”计划。

保健储蓄计划于1984年正式推出，全体国民强制性参加。主要用于支付个人住院费用以及大额门诊支出中的CT、磁共振等检查费用，该项目允许家庭成员之间“互助共济”。

健保双全计划于1990年正式运行，是一种大病医疗保险，自愿参保，主要用于大额医疗费用的补偿，补偿能力高于保健储蓄计划。

保健基金计划于1993年正式实施，实质上是一种医疗救助，即政府拨款对贫困人群在定点医疗机构获取医疗服务进行经济补偿，从而提高贫困人口健康水平。

（本报记者 韩维正整理）