

# 湖北省城乡居民医疗保险整合试点：实践、效果及难点分析

杨晓天<sup>\*1</sup>

（湖北经济学院财政与公共管理学院，湖北武汉 430205）

**【摘要】**：湖北省从 2008 年开始就陆续在鄂州市、神农架林区及黄石市直、襄阳高新区、荆门掇刀区、荆门屈家岭管理区、孝感临空经济区等地区开展医疗保险城乡整合试点，探索建立城乡一体的居民基本医疗保险制度。对湖北省城乡居民医疗保险整合试点的实践、效果及难点问题进行总结和分析，有助于推进即将在全省范围内展开的城乡居民医疗保险整合工作。充分有效开展风险管理以确保整合目标的实现是今后工作的方向。

**【关键词】**：城乡居民医保；整合；难点；湖北

**【中图分类号】**：F840.684 **【文献标识码】**：A **【文章编号】**：1003-8477（2017）07-0059-06

随着我国社会经济的快速发展和各领域改革的逐步深入，城乡医疗保险分立运行所导致的医疗保障不平等的弊端日益凸显。<sup>[1] (p13)</sup>在低收入群体中占绝大部分比例的农村居民里，因病致贫的现象时有发生。为贯彻国务院《国发（2016）3 号》文件中指出的要“整合城镇居民医保和新农合医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度”的精神，湖北省从 2008 年开始就陆续在鄂州市、神农架林区及黄石市直、襄阳高新区、荆门掇刀区、荆门屈家岭管理区、孝感临空经济区等地区开展医疗保险城乡整合试点，探索建立城乡一体的居民基本医疗保险制度。2016 年 3 月初湖北省召开了全面深化改革领导小组第九次会议，原则上通过湖北省《整合方案》，提出了“七统一”工作原则，即统一管理体制、覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理，争取 2017 年开始执行。<sup>[2] (p23)</sup>在此背景下，总结与分析湖北省城乡居民医疗保险整合试点的实践、效果及难点问题，对推进即将在全省范围内展开的城乡居民医疗保险整合无疑具有重大指导意义。

## 一、湖北省实施城乡居民医保整合试点实践

湖北省目前已经有部分地区实施了城乡居民医疗保险整合工作，其中鄂州市在全市范围开展城乡居民基本医疗保险制度整合。<sup>[3] (p19)</sup>其他各市在部分地区进行整合方面的有效尝试。基本情况如下：

### 1. 一个部门统一经办。

2008 年鄂州市突破体制限制，按照“整合资源、提高效率、方便群众”的要求，将市新型农村合作医疗管理委员会办公室整体移交市医疗保险局，建立城乡一体的医疗保障经办机构。2009 年荆门市抓住掇刀区纳入全省创建城乡一体化发展改革试验示范县这一契机，将新农合的人财物和职能转到人力资源和社会保障部门统一管理，并在各村（社区）设立人力资源和社会保障服务站，配备专职协管员，搭建区—镇（街道）—村（社区）“三位一体”的医疗保险经办服务平台。<sup>[4]</sup>2012-2013 年襄阳市

<sup>1</sup> **作者简介**：杨晓天（1971—），男，经济学博士，湖北经济学院副教授。

---

高新区实施了城乡居民医疗保险一体化工作，统一由人力资源和社会保障局管理。2016年6月湖北省政府明确将新农合归入人力资源和社会保障部部门，实现了城乡居民保险整合中“统一经办管理”的第一步。通过将新农合从卫生计生部门划出，能更好地体现“管办分离”的思想。只有通过管办分离，才能逐步打破公立医院依靠行政力量取得在医疗服务市场中的垄断地位，恢复公立医院的普通市场主体地位，能够解决“管办合一”体制下“公立医院”的主办者、医疗卫生行政机构的“监管者”的角色冲突问题，使得医疗社会保险能够有效地约束和监督公立医院，而不受医疗卫生行政机构的强势干预影响。<sup>[5] (p109)</sup>

## 2. 一个制度多个档次，参保人员自愿选择。

荆门市基于医疗保险设立4个筹资档次，从低到高，第一档是按上年度城镇居民年可支配收入的2%筹资，与新农合对应；第二档是按上年度城镇居民年可支配收入的3%筹资，与居民医保相对应；第三档是按上年度在岗职工平均工资的60%的5%筹资，与灵活就业人员医保相对应；第四档是按用人单位职工工资总额的10%筹资（适用与用人单位），或按上年度在岗职工平均工资60%的10%筹资（适用于灵活就业人员及劳动年龄段的城乡居民），与职工医保相对应。具体筹资额度由人社部门定期按年度向社会公布。

取消户籍、身份、职业等限制，所有人员均可按属地原则参加其工作地或常住地的医疗保险。具体为：用人单位及其职工依法按第四档参保；包括学生在内的未成年人自愿按第一档参保；60周岁以上的老人自愿选择第一、二档参保，并可在两档之间相互转换；就业年龄段的其他人员自愿选择第一、二、三、四档参保，并可在四档之间相互转换。其中凡是按第一或第二档参保的，对其个人缴费部分，由政府给予适当补助，并对低保对象、重度残疾人员、低收入家庭60周岁以上的老人给予重点倾斜。按第三、四档参保的，达到退休年龄且缴费年限男满30年、女满25年时，不再缴费，按规定享受医保待遇。

鄂州市城乡居民基本医疗保险实施方案的政策体系是建立开放式、多层次的城乡医疗保障一体化政策体系。城乡居民基本医疗保险设置有两档缴费水平和待遇支付（一档的医疗保险相对二档的医疗保险缴费水平较低，待遇标准也较低，具体见《鄂州市城乡居民基本医疗保险方案》），按照缴费与待遇相挂钩的原则，开发多种保险产品，满足城乡居民不同层次的需求，由城乡居民自由选择。通过调整完善，实现各层次间的可衔接、可选择、可转换，即：城乡统筹，全民覆盖；制度统一，自愿选择；打通基金，调剂使用；允许流动，适当调控。城乡居民可根据自身经济条件，自由选择一档或二档以家庭为单位整体参保，其家庭成员（除已参加城镇职工医保外）所选缴费标准必须相同。一旦选定，两年不变；两年后选择一档家庭可选择二档参保，但原选择二档家庭不能逆向选择一档参保；城乡学生均以学校为单位统一参保，按一档缴费，享受二档待遇。

2012-2013年襄阳市高新区在基金征缴方面，设置2类缴费标准，二类缴费标准规定普通居民缴纳180元，未成年人缴纳60元，60岁以上老人缴纳120元，低保和重残人员不需个人缴纳费用，一类参保标准规定居民个人缴纳60元，其对象为农村居民。

## 3. 待遇水平按档对应。

荆门市医保待遇项目包括个人账户、住院医疗、门诊医疗。按照权利与义务对等的原则，缴费档次越高，则待遇水平越高。具体为：个人账户，第四档参保人员可享受个人账户待遇，职工按其缴纳保险费总额的30%配置，退休人员按100元/月/人定额配置。住院医疗，参保人员在定点医疗机构发生的住院医疗费用，根据其缴费档次，甲类费用一档报销70%、二档报销80%、三四档报销90%；乙类费用一档报销50%、二档报销60%、三四档报销80%。门诊医疗，参保人员在定点门诊医疗机构发生的门诊医疗费用，按住院的相关规定报销。其中，糖尿病、高血压等14种慢性病不设统筹基金起付门槛。所以参保人员均不设统筹基金报销封顶线，且对政策范围内的个人年度累计负担超过规定标准以上的医疗费用，再按一定比例给予报销。

2012-2013年襄阳市高新区在待遇享受方面，居民享受医疗保险分为门诊和住院，门诊实行统筹制度，不再设立个人账户，而是按照每人每年200元的标准享受门诊待遇。住院就医分为二类标准。二类标准规定三级医院起付线为700元（市中医院、

四级医院为 550 元），报销比例为 55%；二级医院起付线为 300 元，报销比例为 65%；一级以下医院起付线为 100 元，报销比例为 80%。异地就医起付线为 700 元，报销比例为 40%。出院报销实行联网即时结算。同时居民医疗保险建立了门诊慢性医疗待遇，对恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭等患者的门诊治疗建立起定额补偿制度。

#### 4. 建立城乡一体化信息系统。

在网络平台方面，鄂州市依托金保工程，统一开发“三网合一”的信息网络系统，设立城镇居民、新型农村合作医疗、医疗救助不同模块，分别处理业务，但各项数据模块之间，统一数据库、统一信息标准（统一药品、疾病和诊疗项目编码）、统一操作软件；建立覆盖城乡网络系统，与社区（乡镇）参保登记信息网络实现对接与共享，与定点医院、定点零售药店实现对接，既可实现参保人员数据传输与交换，又可实现医疗费用的监管与结算；开发使用统一的社会保障卡，具有查询、支付、信息交换等功能，方便群众办事，提高工作效率，实现“一卡通”；建立网络服务管理指标体系和评估体系，实现对定点单位的远程监控。

荆门市将原有城镇医保和新农合信息管理系统进行整合，依托金保工程建立包括全区所有人员的数据库，并将网络由市区延伸到镇（街道）、村（社区），实行一网到边，一卡通行，互联互通，资源共享。

## 二、湖北省实施城乡居民医保整合试点效果

湖北省部分地区实施了城乡居民医疗保险整合试点后，其效果究竟如何？本文从公平和效率两方面来衡量，认为试点地区实行一个部门统一经办、一个制度、城乡一体化信息系统大大提高了使用效率，整合后患者医疗费用负担减轻，待遇水平按档对应、管理服务人人均等有效解决了公平性问题。试点地区居民参与城乡居民医疗保险整合意愿较强。

### 1. 整合后患者医疗费用负担减轻。

通过收集 2012-2014 年整合地区（鄂州市）和未整合地区（孝感市、汉川市和远安县）的城镇（城乡）居民医疗保险相关运行数据（包括人均医药费用、统筹支付费用、政策范围内自付费用、自费额度等指标），比较分析不同地区的基本医疗保险实施效果，同时将居民分为成年人、老年人、学生儿童以及大学生不同人群进行分析。从不同群体自付比例这个角度对整合与未整合地区的基本医疗保险实施效果进行比较分析。在这里自付比例=（医药总费用- 统筹基金支付）/ 医药总费用，

通过比较分析，可以看到城乡居民医疗保险整合地区鄂州市的不同人群自付比例相较于孝感市、汉川市和远安县（未整合地区的城镇居民医疗保险）都处于较低水平，在 2012 年和 2013 年鄂州市城乡居民医疗保险参保人员的自付比例为 27.72%和 28.59%，2013 年和 2014 年孝感市城镇居民医疗保险参保人员自付比例为 42.40%和 49.15%，2012-2014 年汉川市城镇居民医疗保险参保人员自付比例为 28.49%、29.09%和 42.64%，2012 年和 2013 年远安县城镇居民医疗保险参保人员自付比例为 33.22%和 33.14%（见表 1）。<sup>②</sup>因此相比较而言，整合地区的城乡居民医疗保险的运行效果要优于未整合地区的城镇居民医疗保险的运行效果（仅从患者的费用负担的角度分析）。

<sup>2</sup> ①部分数据直接来源于 2016 年 4 月湖北省医疗保险管理局编印的《湖北省医疗、工伤、生育保险统计数据》（2013-2015）相关数据。

表 1 2012-2014 年鄂州市城乡、孝感市、汉川市及远安县城镇居民医疗保险参保人员自付比例情况

年份	不同人群	人均医药费用 (元)				统筹基金支付 (元)				自付比例 (%)			
		鄂州市	孝感市	汉川市	远安县	鄂州市	孝感市	汉川市	远安县	鄂州市	孝感市	汉川市	远安县
2012 年	成年人	2408		1107	351	1736		794	234	27.91		28.27	33.33
	老年人	1758		-	193	1267		-	129	27.93		-	33.16
	学生儿童	616		195	233	448		137	156	27.27		29.74	33.05
	大学生	408		-	-	296		-	-	27.45		-	-
	总计	3432		1302	584	2480		931	390	27.74		28.49	33.22
2013 年	成年人	2760	27508	1843	355	1980	15803	1305	240	36.21	42.55	29.19	32.39
	老年人	1948	7319	-	180	1419	3927	-	122	28.26	46.35	-	32.22
	学生儿童	676	5964	299	327	500	3571	214	216	27.16	40.12	28.43	33.94
	大学生	348	866	-	-	222	404	-	-	26.04	53.35	-	-
	总计	3784	34338	2142	682	2702	19778	1519	456	28.59	42.40	29.09	33.14
2014 年	成年人		4079	4948			2071	2838			49.20	42.64	
	老年人		2018	-			1025	-			49.21	-	
	学生儿童		1563	873			797	501			49.01	42.61	
	大学生		-	-			-	-			49.20	-	
	总计		5642	5821			2868	3339			49.15	42.64	

注：自付费用包括政策范围内自付费用和自费金额两部分。

2. 居民对城乡居民医疗保险制度整合的意愿。

整合后患者医疗费用负担减轻，使得试点地区居民要求城乡居民医疗保险制度整合的意愿明显。这可以从通过向调研地区的居民发放问卷进行城乡居民基本医疗保险制度整合的意愿调查中反映出。本次调研共收集有效问卷 649 份。问卷设计包括居民的基本社会特征（性别、年龄、户籍、年均收入、文化程度、目前身份以及参加保险类型等）、对城乡居民医疗保险制度整合的意愿及其原因、居民对自身医保的满意度等。

调研对象的基本社会特征为男性居民占 50.1%，女性居民占 49.9%；年龄在 30 岁及以下的占 15.3%，年龄在 31 到 45 岁之间的占 21.3%，年龄在 46 到 60 岁之间的占 30.6%，年龄在 60 岁以上的占 32.9%；农业户籍的居民占 57.0%，城镇户籍的居民占 43.0%；年均收入在 20000 元及以下的居民占 62.9%，年均收入在 20000 到 50000 元之间的占 32.0%，年均收入在 50000 元以上的占 5.0%；文化程度为小学及以下的占 26.7%，初中或高中（包括中专、技校）的占 57.0%，大学及以上的占 16.4%；目前身份为职工的占 20.2%，退休的占 21.0%；灵活就业的占 12.9%，农民占 32.9%，无业的占 10.0%，学生占 3.0%；参加保险类型为城镇职工基本医疗保险的占 32.1%，城镇居民基本医疗保险的占 16.2%，新农合的占 50.3%。

通过对城乡居民医疗保险制度整合的意愿调查，我们发现愿意参加城乡居民医疗保险制度整合的居民占 57.0%，不愿意的占 10.7%，表示不清楚的居民占 32.2%。为了进一步了解不同社会特征对居民整合意愿的影响，本研究运用了卡方检验的统计方法，其得到的研究结果对居民整合意愿有显著影响的社会特征因素为户籍性质与参加保险类型（P0.05，见表 2）。此结果说明农业户籍的居民以及参加新型农村合作医疗保险制度的居民更有整合城乡居民医疗保险制度的意愿。

表 2 不同社会特征对居民整合意愿的影响

不同社会特征		居民对制度整合的意愿 (%)			X <sup>2</sup>	P
		愿意	不愿意	不清楚		
性别	男	55.9	11.7	32.4	2.071	0.723
	女	57.6	10.0	32.4		
年龄	-30	68.0	12.4	19.6	11.248	0.081
	31-45	57.8	11.1	31.1		
	46-60	50.5	11.9	37.6		
	61-	54.5	10.0	35.4		
户籍性质	城镇	46.9	13.7	39.3	17.766	<0.001
	农业	63.7	7.8	28.5		
年均收入	-20000	54.9	13.2	31.9	4.788	0.310
	20001-50000	56.6	8.4	34.9		
	50001-	69.2	11.5	19.2		
文化程度	小学及以下	56.2	10.7	33.1	9.381	0.496
	初中或高中 (包括中专、技校)	54.4	10.4	35.2		
	大学及以上	62.7	14.7	22.5		
目前身份	职工	59.2	13.8	26.9	16.235	0.093
	退休	48.9	15.6	35.6		
	灵活就业	55.4	12.0	32.5		
	农民	57.3	7.6	35.1		
	无业	65.6	7.8	26.6		
	学生	78.9	0	21.1		
参加保险类型	城镇职工基本医疗保险	49.0	14.6	36.4	29.240	0.001
	城镇居民基本医疗保险	48.1	16.3	35.6		
	新农合	65.3	6.8	27.9		
合计		57.0	10.7	32.2		

三、湖北省实施城乡居民医保整合的难点分析

从试点的实践及效果来看，湖北省实施城乡居民医保整合已是大势所趋，但在全面实施过程中，仍有一些难点需要引起足够关注。城乡居民基本医疗保险制度从诞生之初，由于分属于不同的行政管理体系，且城乡二元现况的巨大差异导致新农合与城镇居民医保仍有诸多关键因素不同，这也意味着整合需要预先考虑这些因素导致的整合风险（如下图所示）。

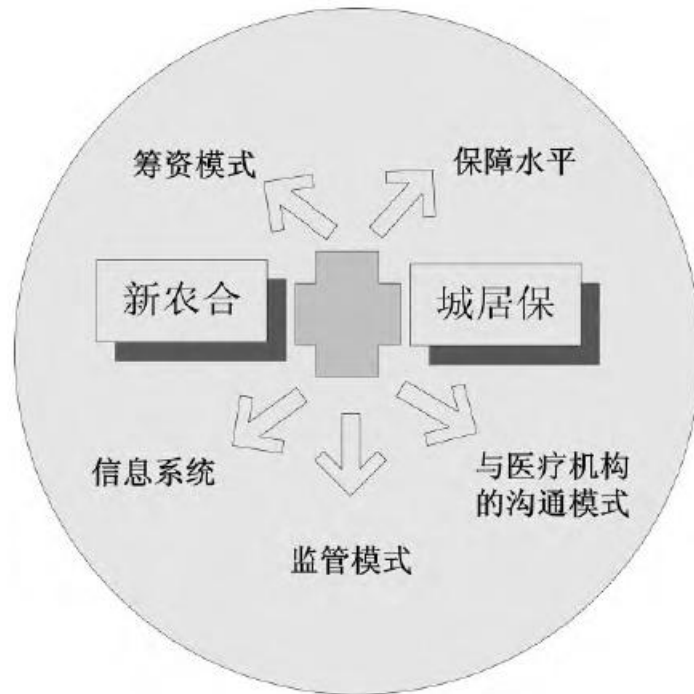


图 1 整合城乡居民医保的风险分析

### 1. 筹资难度增强。

筹资模式上，城镇居民医保一直实行的是按个人进行缴费；而新农合以家庭为单位缴费的设计目的旨在减少青壮年优质人群出现逆向选择而增加基金风险。但随着 2016 年《湖北省整合城乡居民基本医疗保险制度工作方案》出台，筹资政策已确定为管理体制、覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理等“七统一”中的一项，整合后的城乡居民医保若全部实行按个人缴费，则目前占总人口约 1/5 的农民工将在异地参保，以农村人口为主的统筹县将因大量优质参保人群的流失而风险激增。另外，城镇居民人数相对较少，居住相对集中，人员外流情况相对较少，实施居民自主缴费模式可行，因此乡镇或街道和社区居委会的筹资相对容易。但农村居民人数多，且相对分散，农民的参保意识和经济状况使得自动缴费模式难以普遍推行，因此目前新农合的筹资仍是在当地人民政府高度重视和动员下，依靠乡村两级组织大力宣传和发动来完成既定参合任务。<sup>[6] (p125)</sup>整合后若新的管理机构对农村居民的筹资难度没有足够认识，沿用居民医保的筹资方式，在骤然减弱基层组织动员的情况下，农民的参合水平将大为降低，这无疑会增加基金的风险。

### 2. 基金风险加大。

保障水平上，虽然 2015 年国家卫计委对新农合设定的目标是住院政策范围内报销比例达到 75%，但由于新农合的报销目录较居民医保窄，且对于同一省级和市级医疗机构的报销比例也较居民医保低，而在“七统一”之一的“保障待遇”实施后，根据国家文件规定，待遇就高，可以预见农村居民的医保支出将大幅增加；同时，由于新农合对于基层医疗机构的报销比例要高于目前的居民医保，在统一保障待遇的要求下，更需要对整合后的基金风险有准确的预见及应对。<sup>[7]</sup>

### 3. 沟通成本增加。

与医疗机构的沟通模式，由于新农合与医疗机构同隶属于卫生行政部门，新农合与医疗机构的信息沟通更迅速便捷，政策调整的阻力相对人社部门来说更小。整合后，在新农合主管部门发生变化的前提下，必然改变新农合与医疗机构之间的沟通模式，这也给其监管带来更多的不确定性。

### 4. 监管难度提高。

在监管模式上，由于城镇居民数量相对较少，监管的成本相对较低，因此，监管机构大都设在县级及以上人社部门的大厅，属于相对集中的监管模式。而新农合的监管目前则主要是由卫生行政部门负责，由于需要面向较分散乡村两级医疗机构，监管难度较高。因此监管机构的设置往往是依托乡镇卫生院设立农办进行监管，尽管县级及以上卫生部门也会设置统一的监管中心，但一般仅负责县级及以上医疗机构的监管，对乡村两级主要进行间接管理，属于相对分散的监管模式。相对集中的监管有助于监管的执行，有利于基金的安全；而相对分散的经办有利于参保人员获得比较便利的报销服务，免去集中报销带来的麻烦。整合后，新的监管模式对基金安全的影响，对参保人员依从性的影响都是风险管理需要考量的方面。<sup>[8] (p55)</sup>

此外，在信息系统方面，由于目前新农合和居民医保拥有各自的信息系统，其监测指标、统计口径、操作方式等都存在明显差异，因此务必考虑整合后，由于农村信息技术基础更薄弱，信息更匮乏，新的信息系统使用可能存在操作不当等风险。<sup>[9]</sup>

## 四、结论

湖北省城乡居民医疗保险整合实行了一个部门统一经办、一个制度多个档次，参保人员自愿选择、待遇水平按档对应、建立城乡一体化信息系统的试点探索。试点过程中，有效解决公平和效率问题。整合后患者医疗费用负担减轻、居民对城乡居民医疗保险制度整合的意愿得到增强。尽管如此，然而在城乡二元结构依然存在的现实环境下，全面推进湖北省城乡居民医保整合，仍然面临筹资难度增强、基金风险加大、沟通成本增加、监管难度提高以及新的信息系统使用可能存在操作不当等诸多难点。对于农村居民的医疗保障制度的稳定运行和政策连续也必定是巨大的考验。因此今后应该针对这些难点问题有针对性地开展风险管理，确保湖北省城乡居民医保制度整合改革的顺利推进和改革目标的实现。

### 参考文献：

- [1]王东进. 整合城乡居民医保刻不容缓——学习党的十八大报告体会与思考之一[J]. 中国医疗保险, 2013, (3).
- [2]高忻. 城乡居民医疗保险制度整合的策略与路径[J]. 中国医疗保险, 2016, (7).
- [3]汪戈. 整合之道与整合之效的关联——以鄂州市城乡居民医保一体化建设为例[J]. 中国医疗保险, 2013, (6).
- [4]盛尤志. 新医保为啥招人爱[J]. 中国社会保障, 2010, (2).
- [5]吴海波. 社会医疗保险管办分离：理论依据、制度框架与路径选择[J]. 保险研究, 2014, (1).
- [6]刘飞跃. 底线公平论阈下新农合筹资政策的公平性[J]. 湖南社会科学, 2014, (6).
- [7]马聘宇. 新农合基金管理在城乡居民基本医疗保险整合中的风险研究[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30, (12).

---

[8]吕春, 张依国, 王敏. 城镇居民医保、新农合制度实施现状及统筹整合的对策思考——以四川泸州市为例[J]. 医学与法学, 2014, (6).

[9]李亚子, 虞昌亮, 吴春艳, 汪和平, 凌道善. 新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度整合中信息系统整合技术路线研究[J]. 中国卫生经济, 2017, 36, (1).