



大陸醫療保險制度的發展和 支付制度改革

Dr. 熊先军

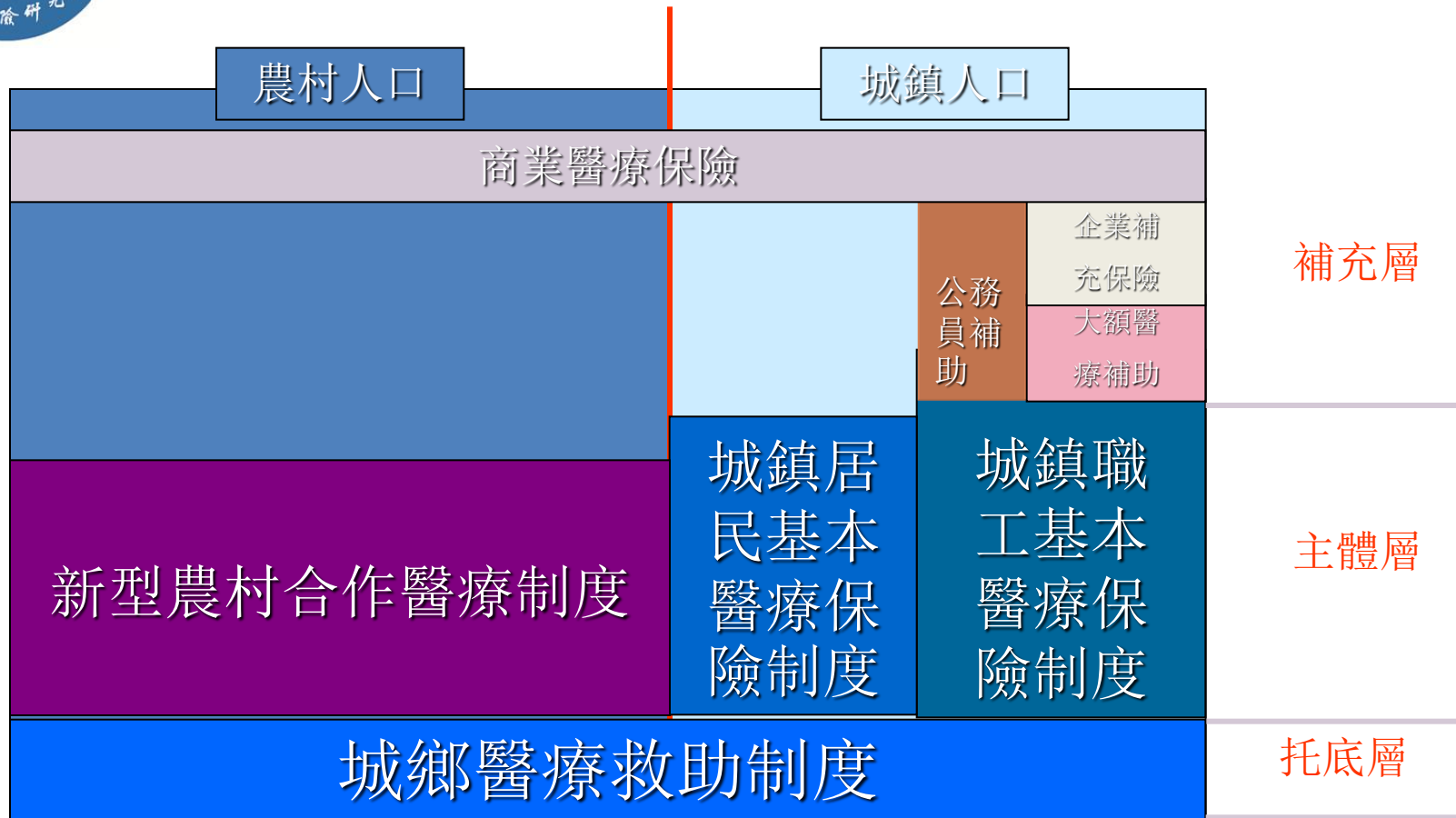
中國醫療保險研究會副會長 秘書長



一、大陸醫療保障的籌資體系



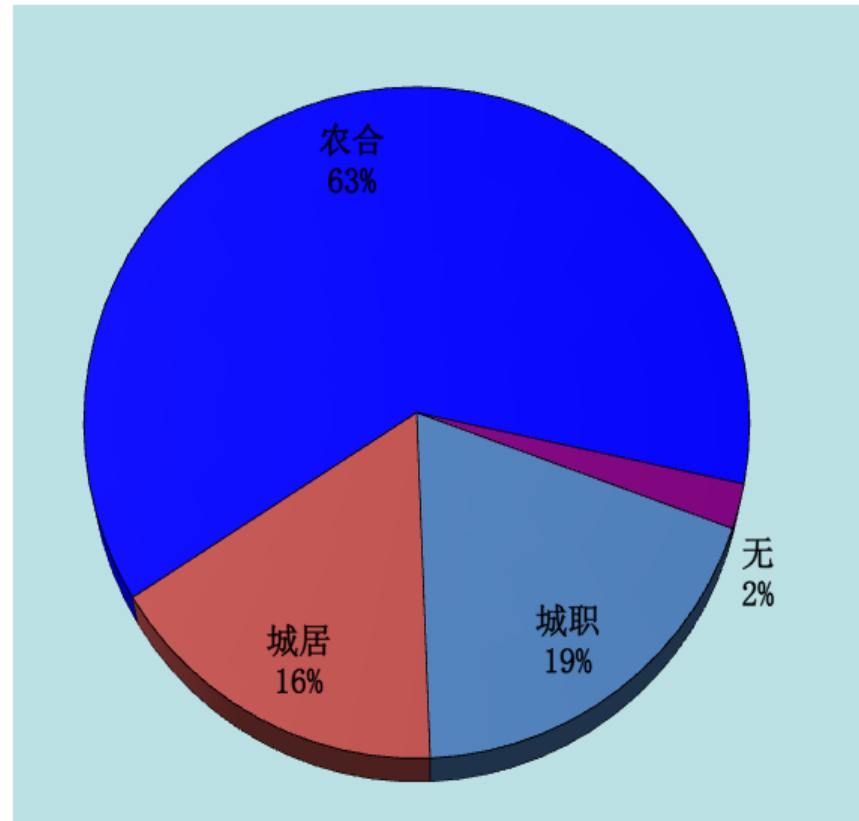
(一) 現行制度體系的結構





(二) 制度覆蓋人群結構

根據2011年各部門統計和
2010年第六次人口普查數13.39
億測算





(三) 三個基本醫療保險制度的發展現狀



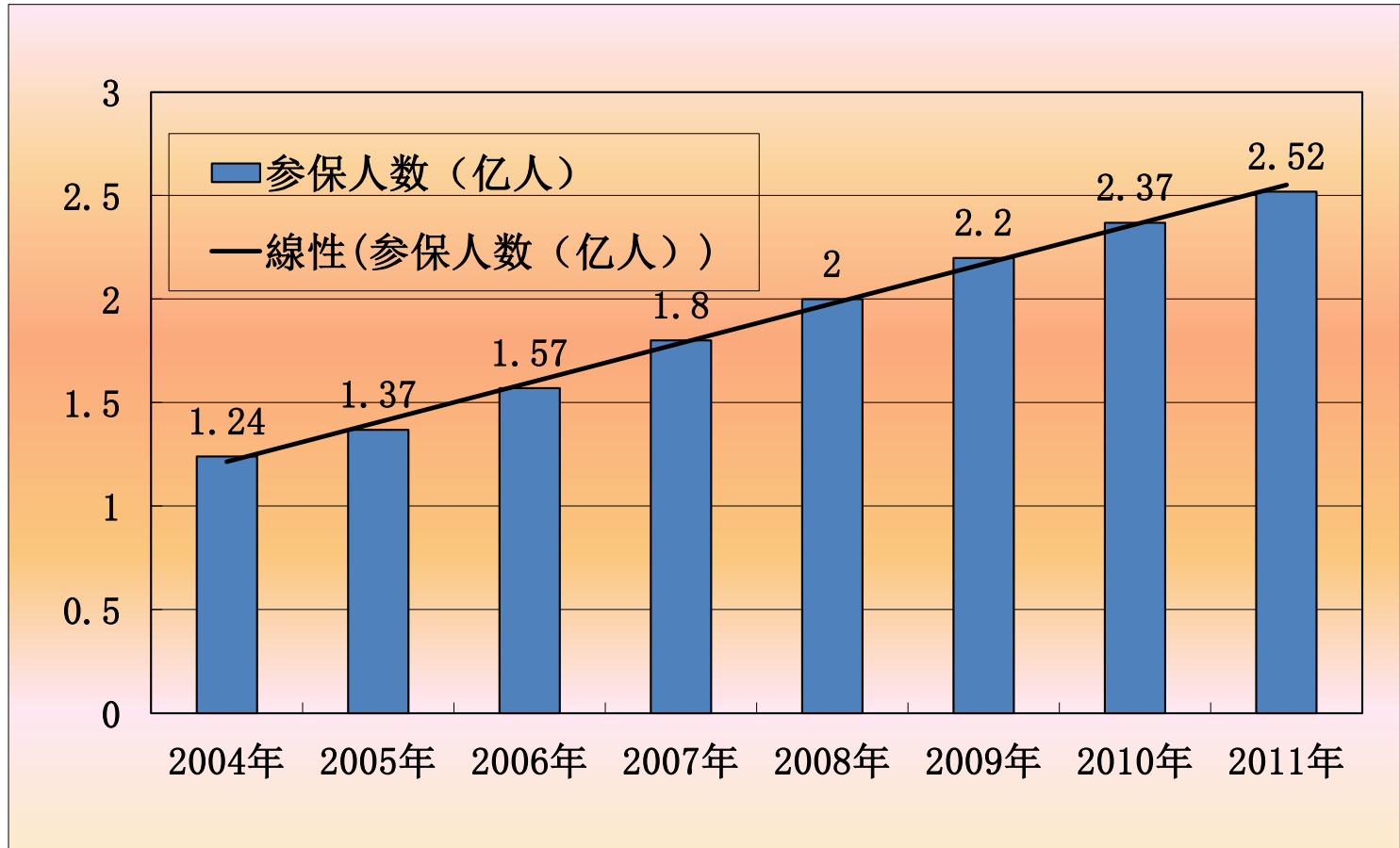
1、職工醫療保險

- ✦ 覆蓋人群：城鎮就業人員及退休人員（含進城農民工）
- ✦ 籌 資：單位繳費（7.3%）+個人繳費（2%）
政府對破產國有企業補助
- ✦ 基 金：統籌基金+個人帳戶（個人繳費+單位繳費30%）
- ✦ 待遇政策：起付標準+共付比例+最高支付限額
- ✦ 保障專案：藥品目錄+診療專案目錄+住院設置標準
- ✦ 就醫管理：定點醫院+定點藥店



1、職工醫療保險

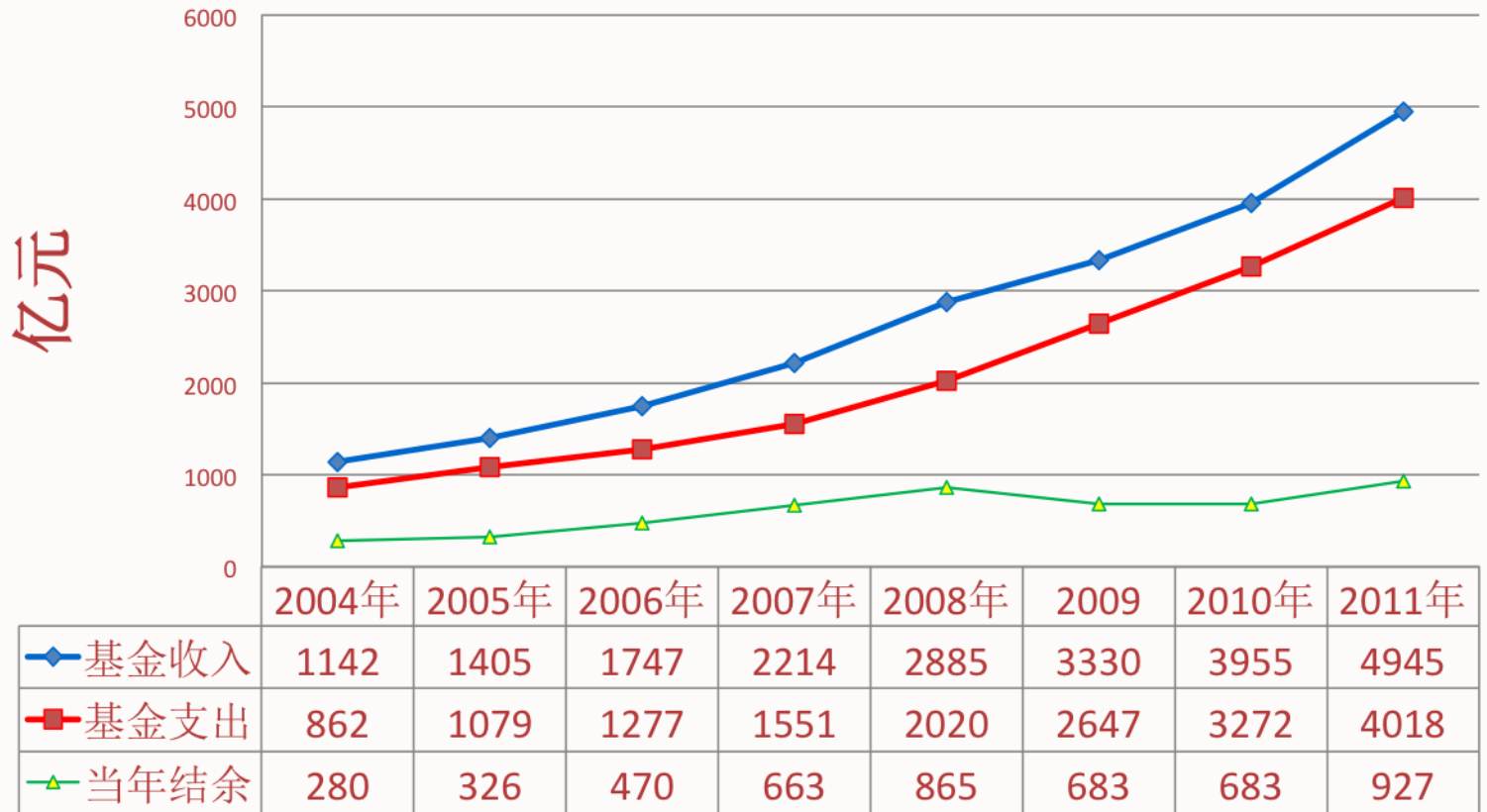
參保人數





1、職工醫療保險

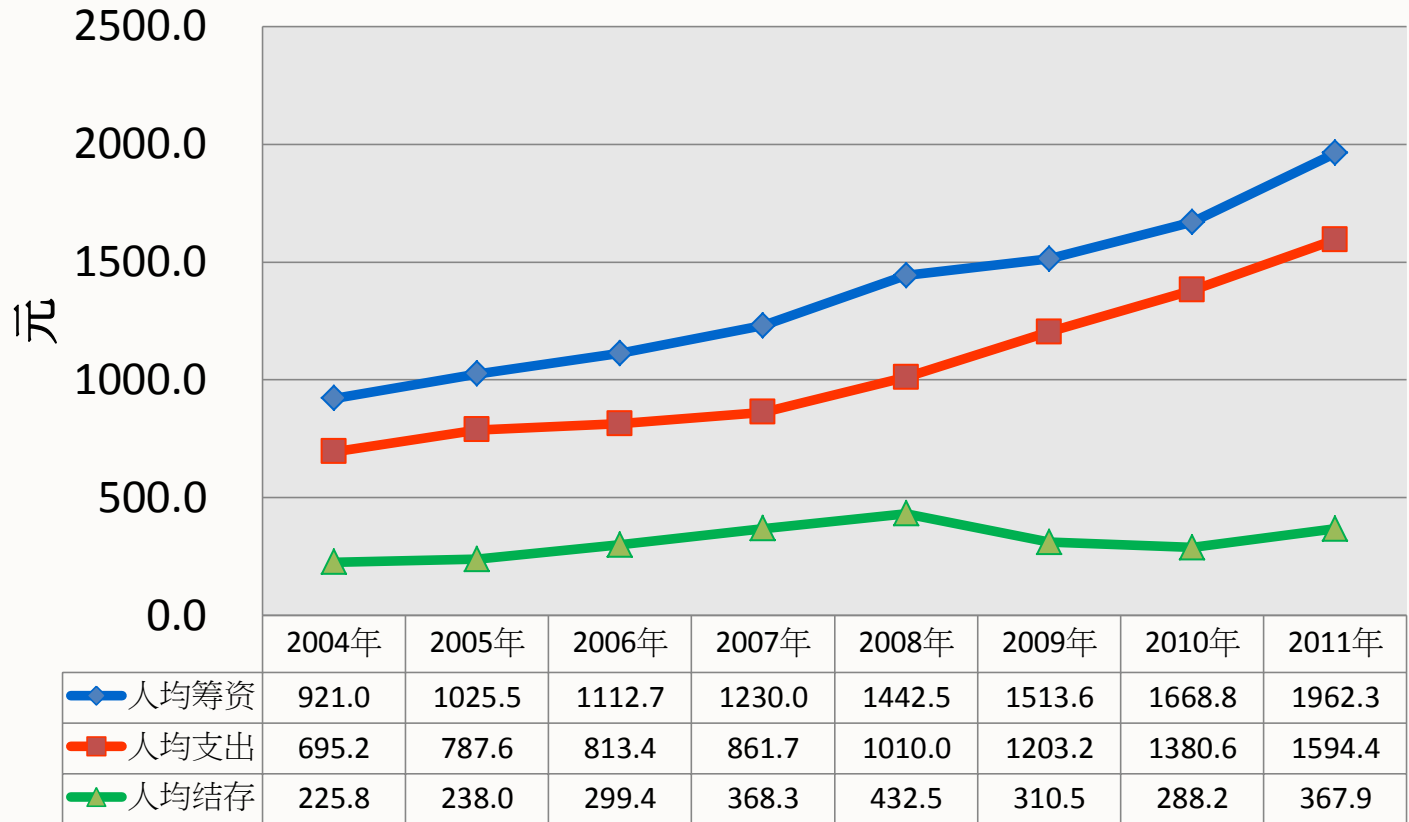
基金总收支





1、職工醫療保險

人均收支





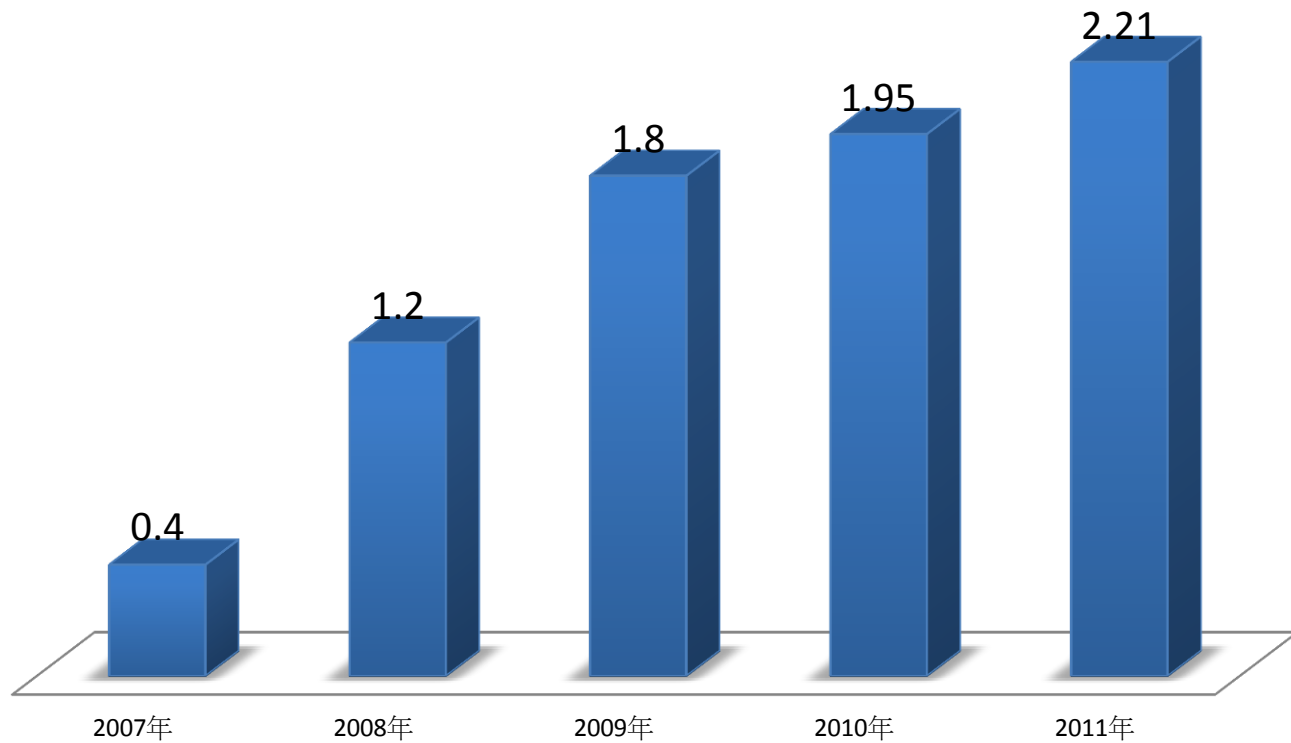
2、城鎮居民醫療保險

- ✚ 覆蓋人群：除城鎮參加職工醫保的從業人員和退休人員之外的所有城鎮居民以及在城鎮的農村戶籍人口
- ✚ 籌資：政府補貼（2011年不低於240元）和家庭繳費，對重度殘疾、低保戶、老年低收入人群主要由政府補貼
- ✚ 保障範圍：主要保障住院和門診大病，從2010年開始實行門診統籌
- ✚ 支付政策：政策構架同職工醫療保險，標準低
- ✚ 保障專案：同職工醫療保險
- ✚ 醫療管理：同職工醫療保險



2、城鎮居民醫療保險

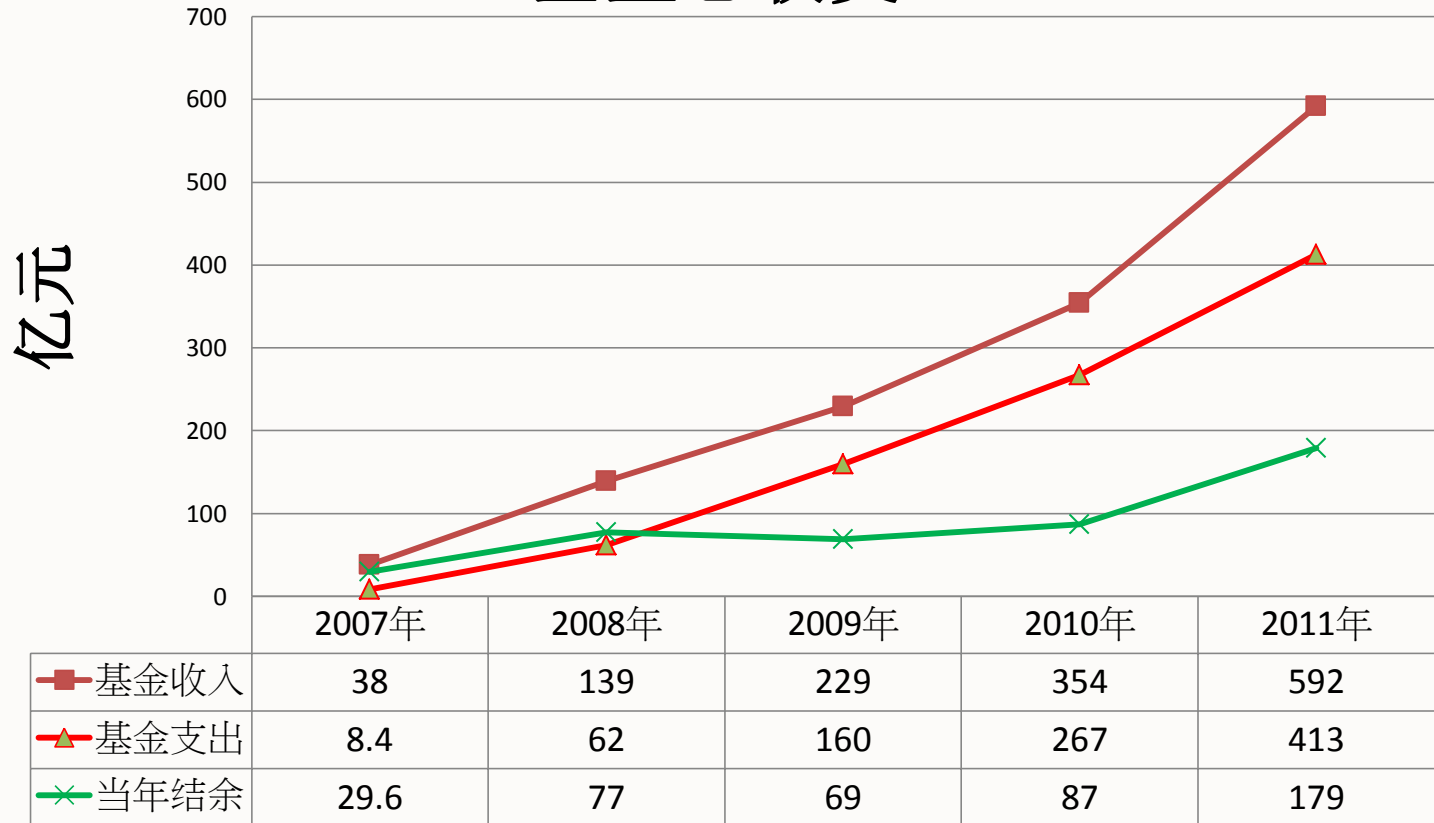
参保人数（亿人）





2、城鎮居民醫療保險

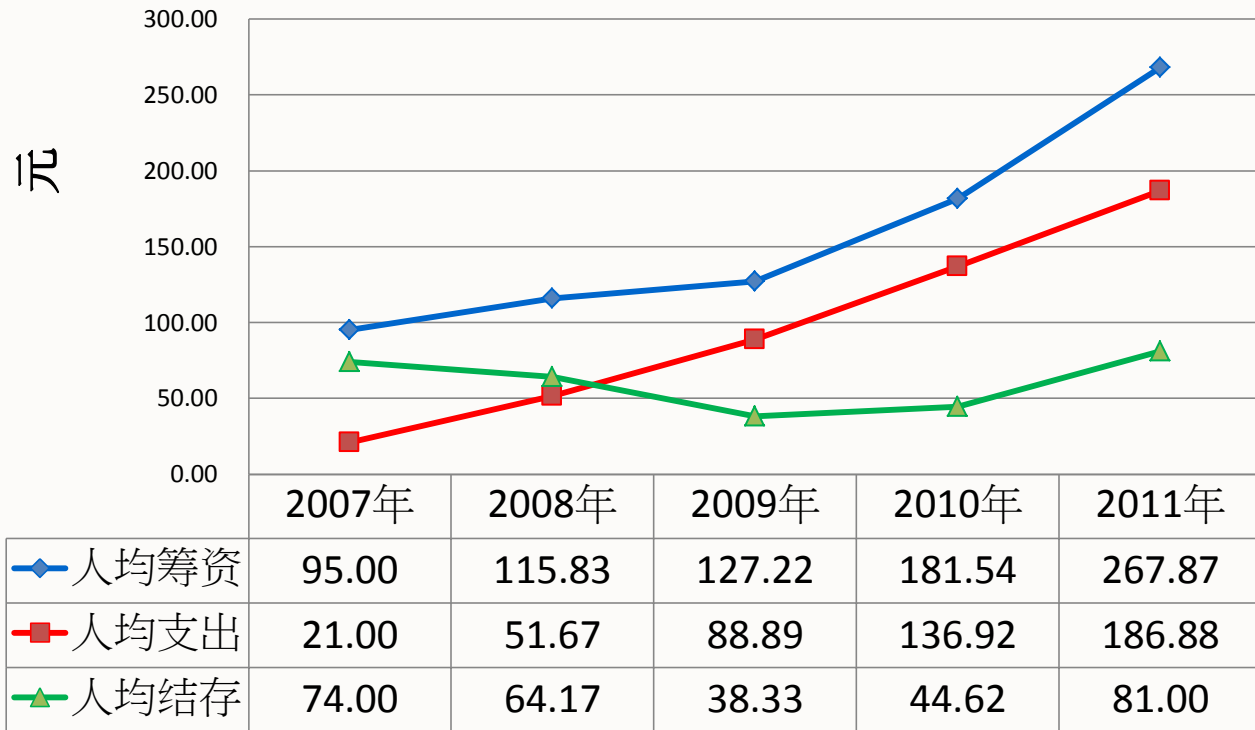
基金总收支





2、城鎮居民醫療保險

人均收支





3、新型農村合作醫療

- ✚ 覆蓋人群：所有農村戶籍人口
- ✚ 籌資：政府補助+個人繳費
- ✚ 基金：統籌基金+家庭帳戶
- ✚ 統籌層次：縣
- ✚ 基金管理：縣新農合辦+鄉鎮衛生院
- ✚ 保障範圍：統籌—住院和門診大病
家庭帳戶—門診小病
- ✚ 待遇政策：框架同城鎮居民醫保，標準低
- ✚ 保障專案：自定目錄或參照城鎮醫保
- ✚ 醫療管理：縣、鄉、村等基層醫療機構



3、新型農村合作醫療

年份	開展新農合縣(市、區)(個)	參加新農合人數	參合率	農業戶籍人口	農村居民人數	農業戶籍人口覆蓋率	農村居民覆蓋率
2004	333	0.80	75.20	8.79	7.57	9.10	10.57
2005	678	1.79	75.66	8.96	7.45	19.97	24.01
2006	1451	4.10	80.66	8.92	7.37	45.98	55.60
2007	2451	7.26	86.20	8.78	7.28	82.73	99.79
2008	2729	8.15	91.53	8.82	7.21	92.45	112.98
2009	2716	8.33	94.19	8.83	7.02	94.34	118.66
2010	2678	8.36	96.00	8.83	6.74	94.34	124.03
2011	2637	8.37	97.5%				

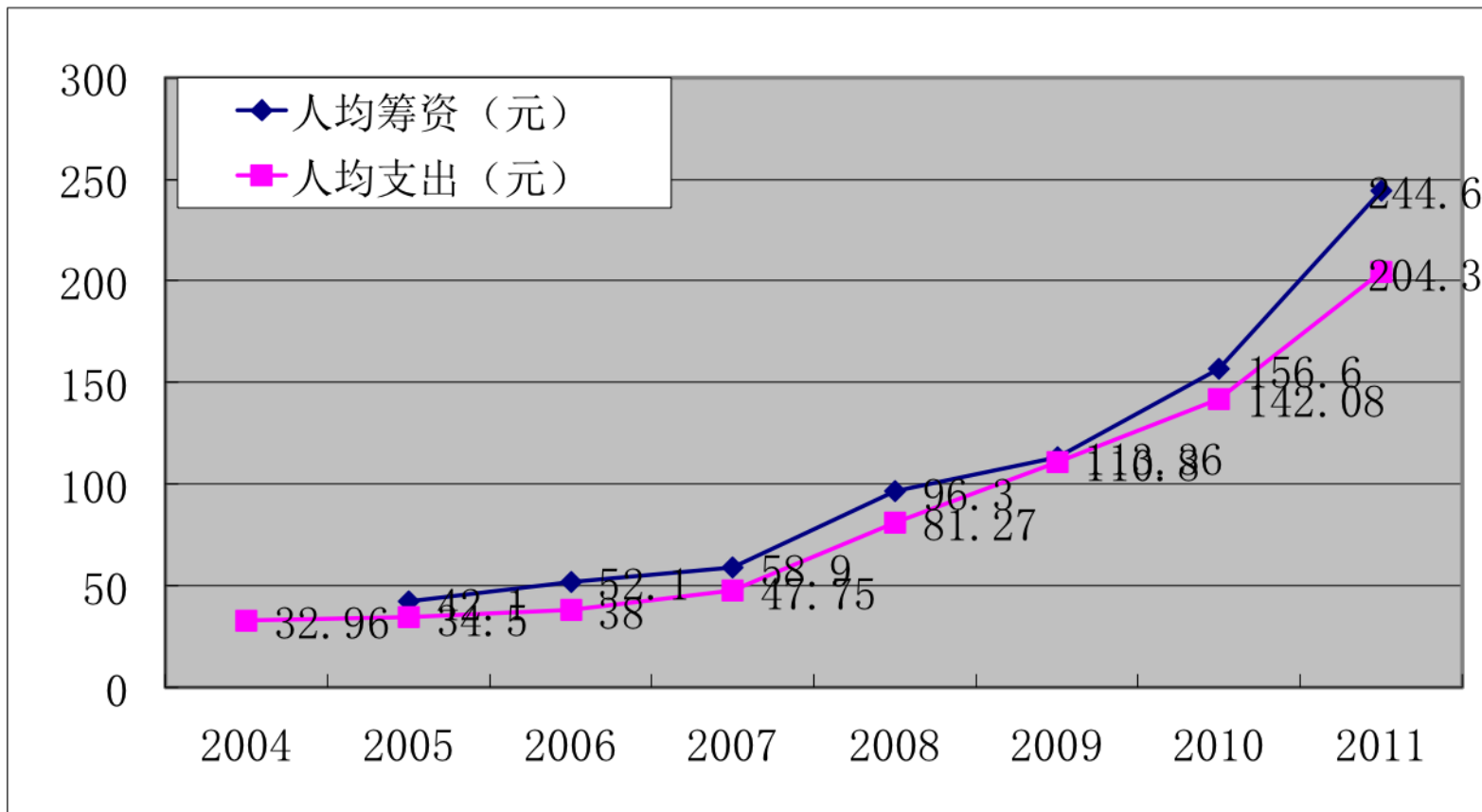


3、新型農村合作醫療

年份	參加新農合 人數 (億人)	當年基金 支出 (億元)	當年基金 收入 (億元)	人均籌資 (元)	人均 支付 (元)	補償受益 人次 (億人次)
2004	0.80	26.37			32.96	0.76
2005	1.79	61.75	75.359	42.1	34.50	1.22
2006	4.10	155.81	213.61	52.1	38.00	2.72
2007	7.26	346.63	427.61	58.9	47.75	4.53
2008	8.15	662.31	784.85	96.3	81.27	5.85
2009	8.33	922.92	944.29	113.4	110.80	7.59
2010	8.36	1187.80	1308.30	156.6	142.08	10.87
2011	8.37	1710.20	2047.60	244.6	204.30	13.15



3、新型農村合作醫療





（四）大陸醫療籌資的主要渠道

✚ 政府財政

- 公立醫療機構撥款
- 城鄉居民基本醫療保險繳費補貼
- 關破國有企業退休人員參加職工醫療保險
- 城鄉醫療救助
- 其他：離休

✚ 單位繳費

- 本單位職工參加基本醫療保險
- 企業補充醫療保險
- 其他

✚ 個人和家庭

- 參加三項保險繳費
- 個人負擔醫療費



二、大陸醫療服務提供體系



體系構架

主體：政府主辦的三級公立醫療體系

- 三級醫院
- 二級醫院
- 社區中心 + 鄉衛生院
- 社區站 + 村衛生室

補充：

- 私立醫療機構
- 藥店



特点

- ✚ 政府公立醫療機構佔有95%的醫療資源
- ✚ 私立醫療機構規模小
- ✚ 醫師不能自由執業和開業，屬國家工作人員，實行按級別的固定工資+績效獎金的薪酬制度
- ✚ 醫院提供住院服務也提供門診服務
- ✚ 門診既提供醫療技術服務，也設藥房出售藥品
- ✚ 藥品價格和診療服務收費標準由政府制定



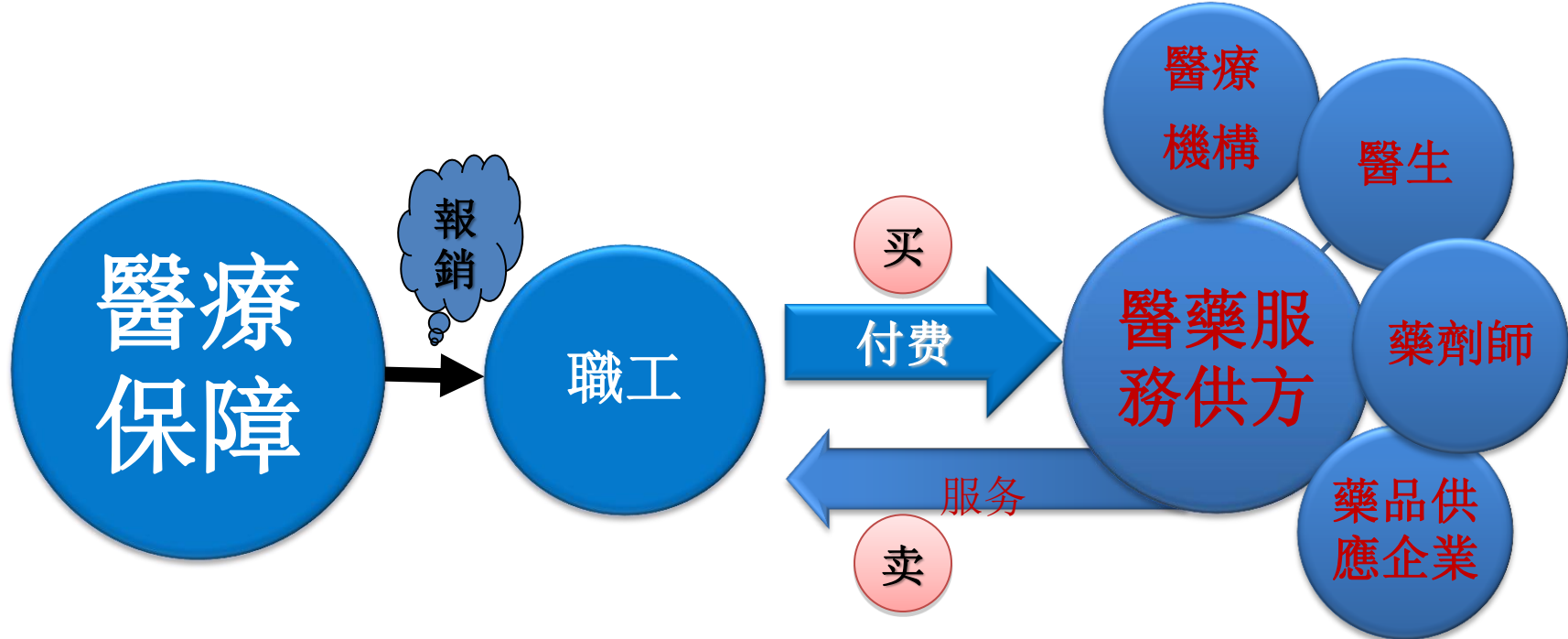
三、大陸醫療保險支付制度



(一) 支付制度的發展

✚ 計劃經濟的報銷制

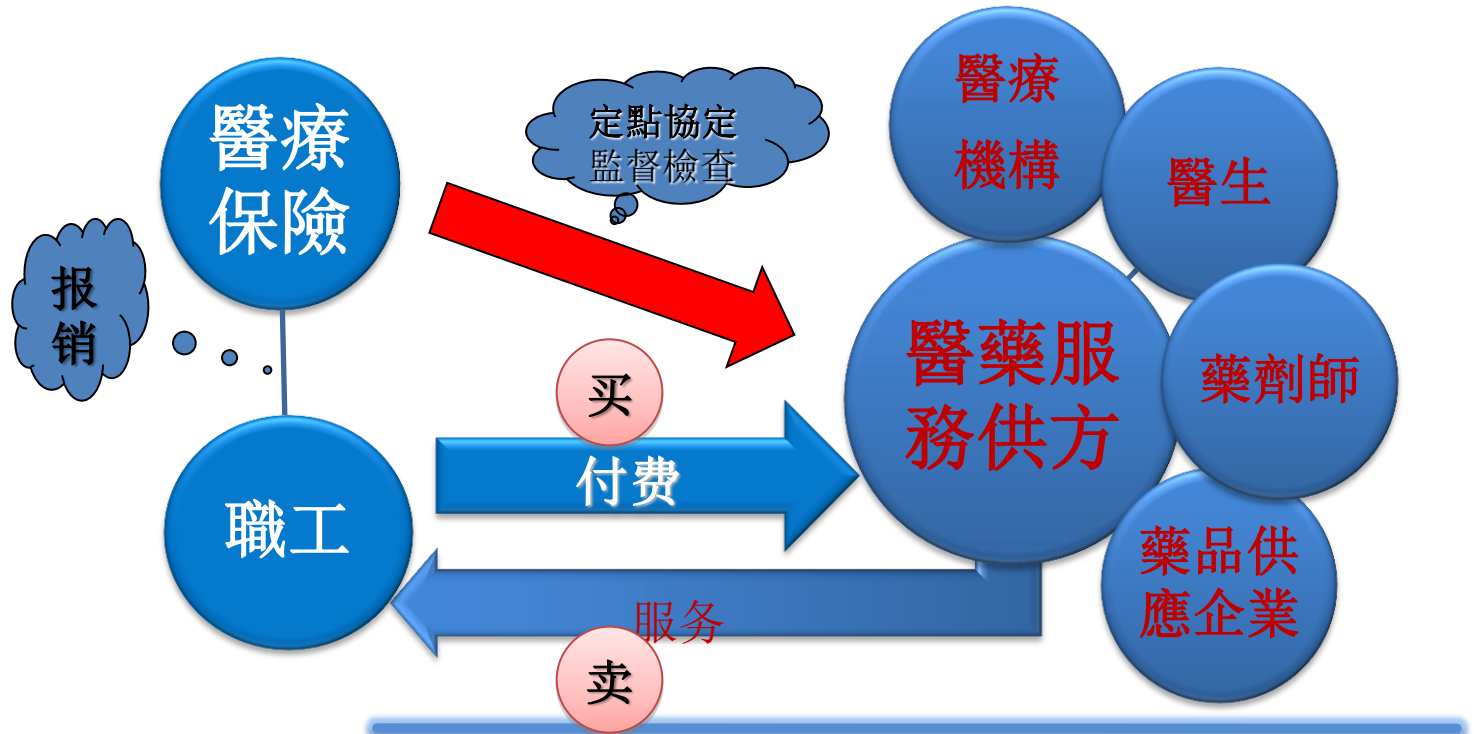
- 醫療保險與醫療供方不存在買賣關係
- 職工與醫療供方直接形成買賣關係





(一) 支付制度的發展

- 計劃經濟向市場過度
 - 醫療保險逐步加強對醫療供方的直接監管
 - 職工與醫療供方仍然是直接形成買賣關係

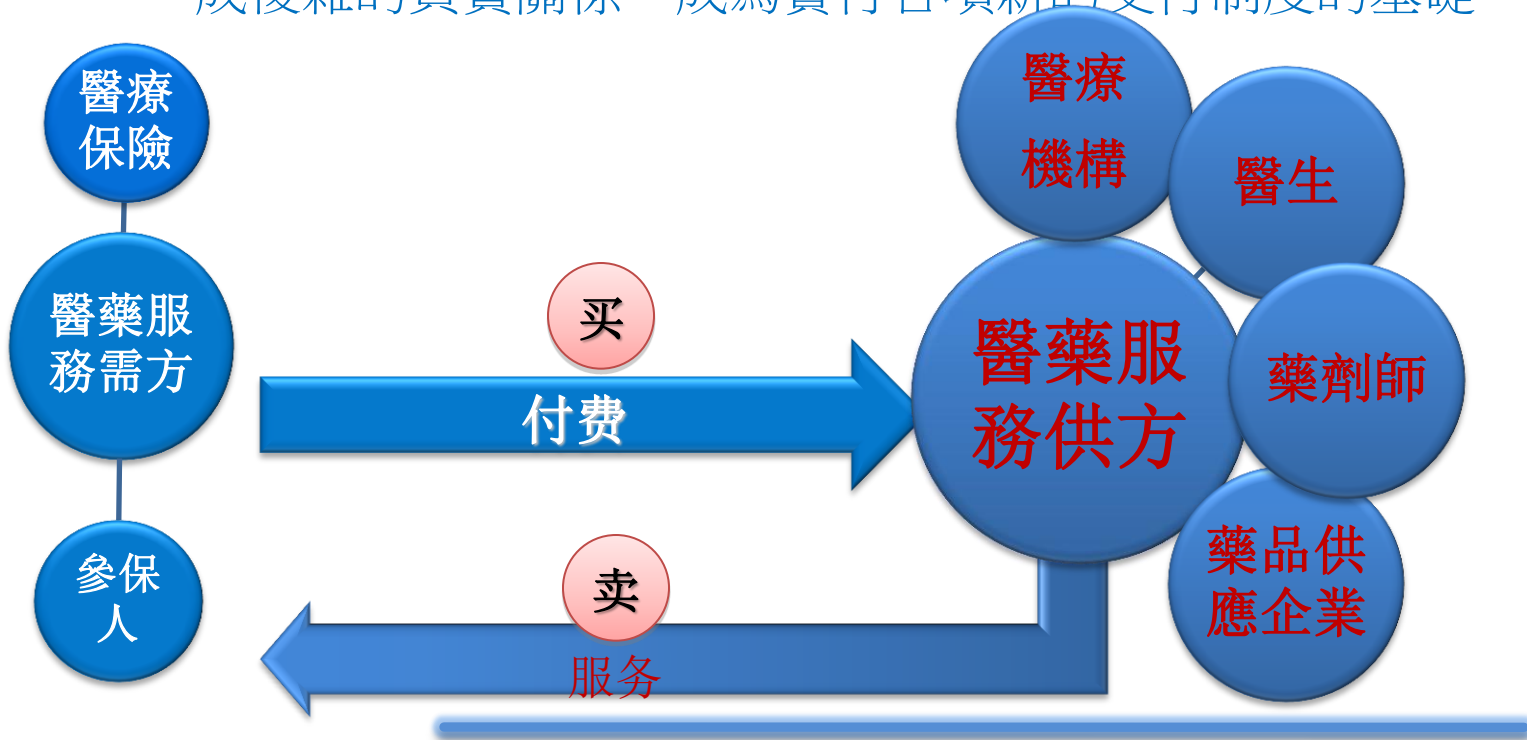




(一) 支付制度的發展

市場經濟的支付制度

- 保險基金直接結算，服務和支付逐步分離
- 醫療保險和參保人形成需方共同體，與醫療服務供方形成複雜的買賣關係，成為實行各項新的支付制度的基礎



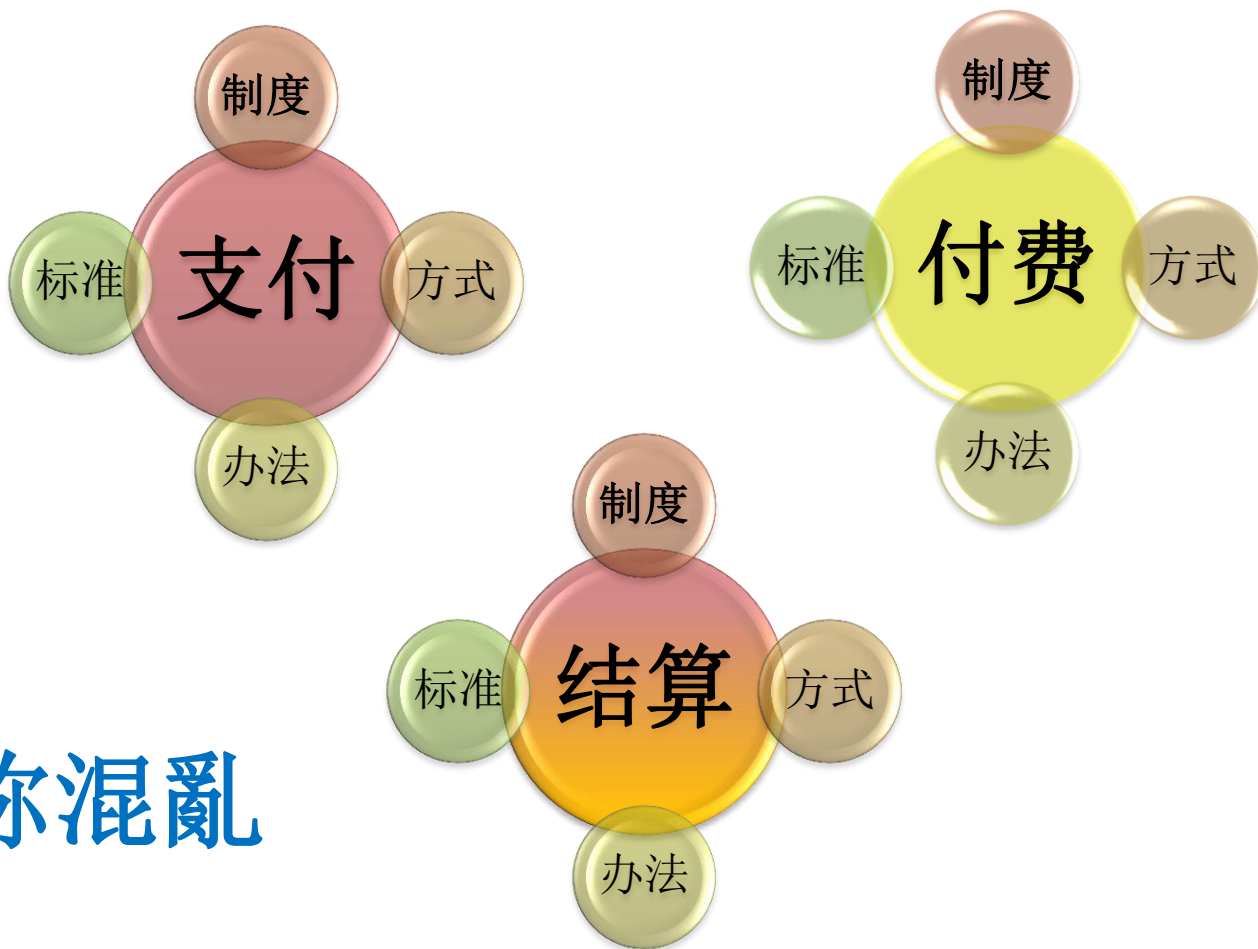


（二）地方探索實踐

- ✦ 上海：總額預算控制
- ✦ 北京：6家試行住院DRGs
- ✦ 牡丹江等：住院單病種付費
- ✦ 部分地方：對精神病人住院的按床日付費
- ✦ 居民門診統籌：按人頭包乾付費
- ✦ 其他



(三) 主要問題



名称混亂



(三) 主要問題

理論不清



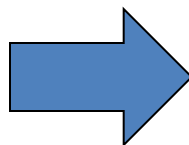


(三) 主要問題

概念混淆

英文及原意

Global Budget	总额预算
PPS (Prospective Payment Systems)	预期付费制
FFS (Fee for Service)	按服务定费
DRGs (Diagnosis Related Group System)	诊断相关的分组系统
Capitation	按人头分配预算
Per-Diem Payment	按床日付费



中文及内涵扭曲

总额预付制	Global Prepayment System
预付制	Prepayment System
按项目付费	Payment by Project
按病种付费	Payment by Case
按人头付费	Payment by Poll
按床日付费	Payment by Day



变性的各地探索

各地的叫法



实质的内涵





(四) 主要看法

- ✦ 按市場經濟規律建立現代支付制度在大陸剛剛開始，仍然是以按項目付費（FFS）為主
- ✦ 現代付費方式與大陸政府價格制度、行政化的公立醫療機構管理體系衝突，難以形成多元的付費體系和付費標準體系
- ✦ 醫療機構的編制制度、人事管理制度和醫生分配制度與現代支付制度矛盾，支付制度的效力難以直接作用到醫生，對其行為產生影響
- ✦ 支付制度改革的核心，不是選擇何種付費方式，也不是付費標準的高低，而是從政府按專案定價改革為出資方與供給方的談判定價



(五) 幾點建議

- ✚ 積極推行總額預算控制
- ✚ 大力推行醫療保險與醫療服務供方的談判，將收費制度與付費制度統一
- ✚ 逐步將各類付費方式納入合法的醫藥價格體系
- ✚ 大力推進醫療機構管理制度改革
 - 實行醫生自由執業制度，改革分配制度和人事制度
 - 醫生管理體系和醫院管理體系分開
 - 門診與醫院分開
 - 門診藥品與門診醫療技術服務分開
 - 建立與付費方式相適應的醫院成本核算體系



四、大陸醫療保障制度的主要問題及下一步改革重點



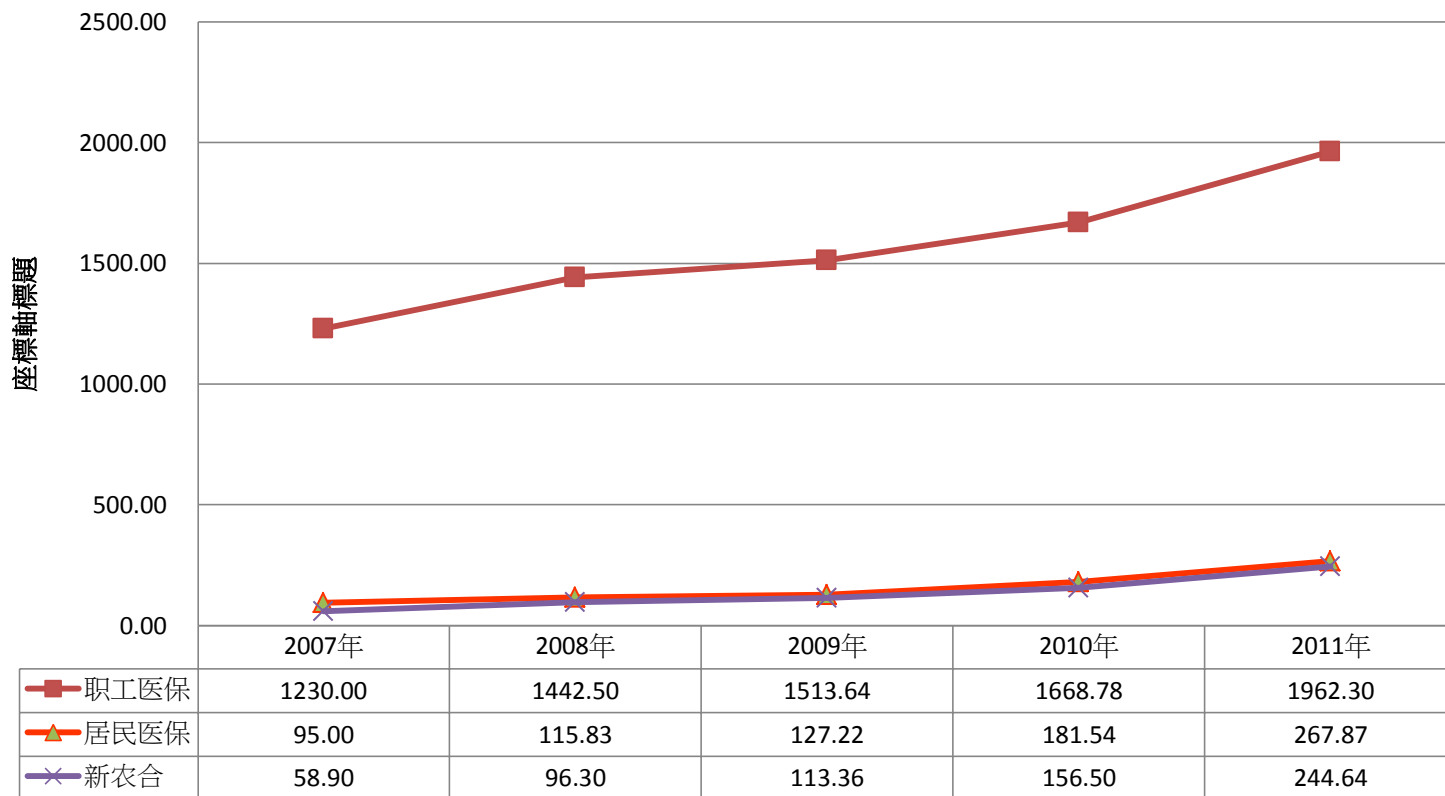
（一）主要矛盾和問題

- ✦ 體制分割、制度分離、管理分散；制度邊界不清
- ✦ 居民醫保和新農合籌資機制不健全
- ✦ 統籌層次不高
- ✦ 整體保障水準不高、待遇差距較大
- ✦ 未建立有效的支付制度
- ✦ 管理行政化
- ✦ 與計劃經濟醫療管理制度的衝突



籌資水準差距

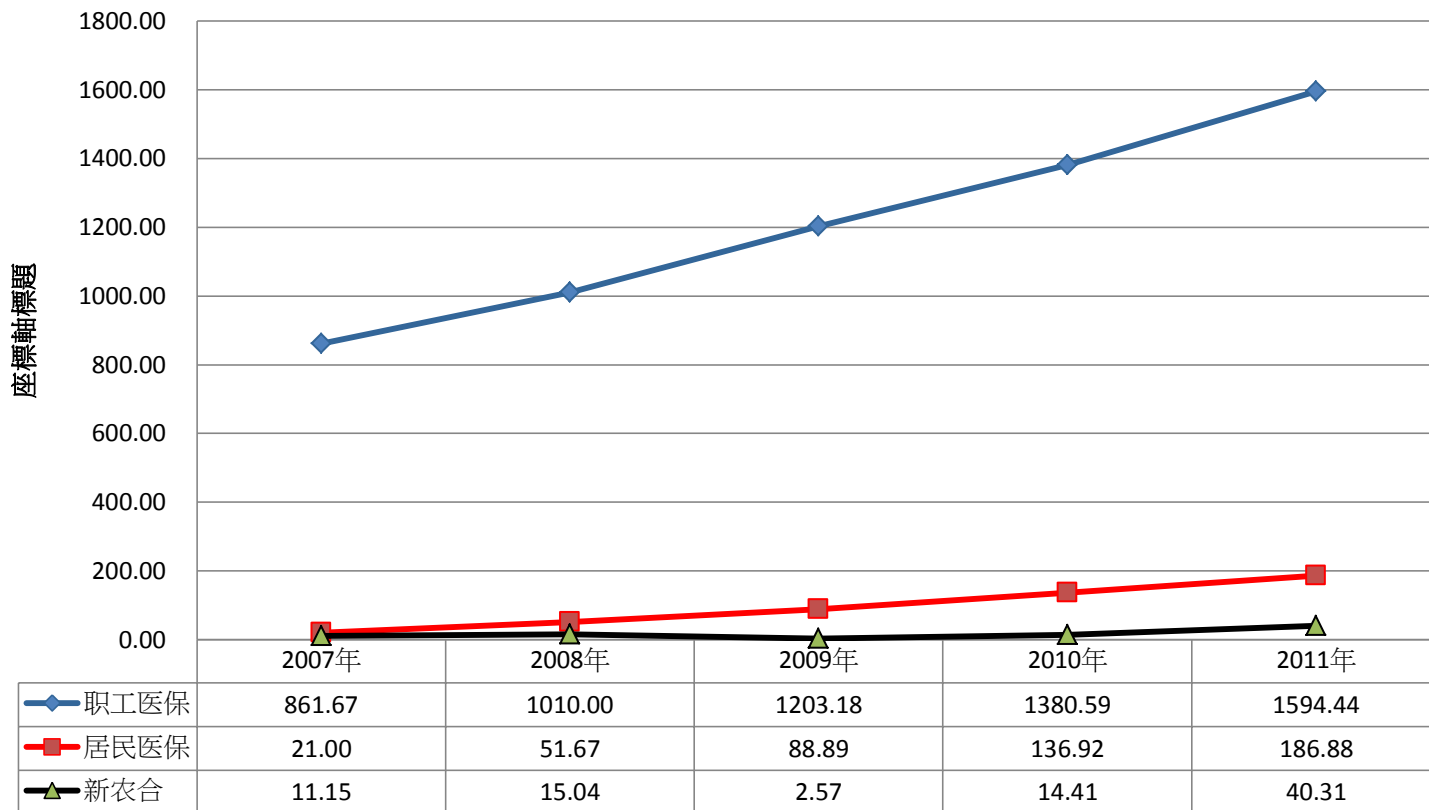
三項醫保人均籌資水平比較





支出水準差距

三項保險人均基金支出水平比較





(二) 下一步改革的重點



1. 鞏固和擴大覆蓋面

- 通過提高保障水準，增強制度吸引力，鞏固參保率
- 採取有差別的財政補貼政策，進一步鼓勵困難人群參保，擴大覆蓋面
- 通過統籌城鄉管理體制，減少重複參保
- 通過提高管理服務能力，方便群眾參保
- 實行全民社會保障登記制度
- 依法監督



2. 統籌城鄉醫療保障制度

- 整合管理資源，城鄉統一經辦
- 理順管理體制，統一城鄉行政管理
- 融合各類制度，逐步建立統一的全民制度
 - ◆ 城鎮居民與新農合的制度融合，到政策融合、再到待遇融合
 - ◆ 在統一城鄉居民醫療保險與職工醫療保險制度模式和政策框架下，形成可選擇的、一制多檔的全民基本醫療保險制度



3. 提高統籌互濟層次

- 從縣級提高到地級是基本的目標
- 建立調劑金制度，平衡差距，明確責任
- 處理交易成本與系統組織成本的關係，合理確定提高統籌層次的層級



4. 完善居民醫保和新農合的籌資機制

- 建立籌資與政府、居民承受能力指標掛鉤的機制，如按城鄉居民可支配收入的一定比例籌資
- 明確政府補貼和個人的籌資比例
- 採取對困難人群有差別由政府補貼政策
- 明確中央和地方政府的責任



5. 提高保障水準

- 擴展保障範圍
 - ◆ 居民醫保實行門診統籌（保小）
 - ◆ 居民醫保建立特重大疾病保障機制（保大）
 - ◆ 在職工個人帳戶的基礎上逐步建立門診統籌
- 完善保障專案管理
 - ◆ 診療項目從排除到准入
 - ◆ 藥品範圍：增減有度，重在調結構



6. 改革支付制度

- 方向是建立在總額預算控制下的，按項目付費、按人頭付費、按病種付費、按單元付費等多元付費方式
- 支付制度的三個環節：預算、付費方式和結算辦法
- 預算、付費、結算的方式、標準、辦法通過經辦機構與醫療機構談判確定
- 付費支付發揮作用，必須改革醫師執業管理制度和分配制度等外部約束制度
- 健全醫療服務資訊管理技術體系、醫療服務經濟評價體系



7. 提高經辦管理服務能力

- 便捷服務與嚴格管理兼顧
- 重點：加強社區等基層醫療保險管理服務能力
- 充分利用現代化手段提升管理服務效率
- 依法加強對醫療服務行為的監督管理
- 探索利用其他社會管理資源



8. 推進醫療服務提供體系改革

- 促進多元化醫療服務提供體系的建立，打破政府壟斷、公立醫療機構一統天下的格局
- 促進醫生自由開業、執業制度的建立
- 促進醫生分配制度改革，建立與支付制度相適應的、對醫生控制成本有激勵的分配制度
- 促進醫藥價格制度改革，建立醫療保險代表需方與醫藥服務提供者談判的價格形成機制，形成以不同付費方式為基礎的多元價格體系
- 促進醫療機構改革，建立符合市場經濟規律的管辦分開的醫療機構內部管理制度和運行機制



謝謝大家！



中國醫療保險研究會