摘 要

我国城镇基本医疗保险制度及新型农村合作医疗制度的建立提高了医疗健康水平，促进了经济与社会进一步的发展。医疗保险基金收支平衡是我国医疗保障制度可持续发展的基础，基金的适度结余对于保障参保人员的基本医疗权益， 减轻群众医疗费用负担有着重要的意义。如何既保证参保人员“病有所医，医有所报”，又保证医保基金收支平衡、略有结余，成为基本医疗保险改革及发展所面临的重要课题。

本文主要研究北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗三项医疗保险制度的历史沿革，参保率及基金收入与支出情况，累计结余情况，从基金收入方面选取了参保人数、职工平均工资、缴费比例、在职职工比例、死亡率、政府补助和人口老龄化程度七个因素，从基金支出方面选取了预期寿命、起付标准和最高支付限额、医疗费用报销标准、疾病谱的变化、居民健康和保健意识、医疗科技的进步六个因素，对影响医疗保险基金收支的主要因素进行了分析。通过借鉴国外以及我国大连、云南等地区的医疗保险基金收支平衡管理经验，从基金管理、基金收入、基金支出三个方面对北京市医疗保险基金收支平衡管理提出对策建议。

关键词：医疗保险； 基金管理； 收支平衡

# 第 1 章 导论

## 1.1 研究背景

随着我国城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险制度的出台及实施，目前我国已经实现基本医疗保险全覆盖，筹资水平也有了很大提高。但是，我国一方面“看病贵、看病难”的问题仍然存在，医疗保险保障水平较低，另一方面，现收现付制下的医疗保险统筹基金却表现出结余过高的问题。

我国医疗保险统筹基金实行的是现收现付制（pay as you go ），这种模式是

“按照一个较短的时期（通常为一年）内收支平衡的原则确定费率，筹集社会保险基金，即本预算期内社会保险费收入仅仅满足本预算内社会保险金给付的需要。当然，为了避免费率调整过于频繁，防止短期内经济或其他突发事件可能出现的基金收支波动，一般保留有小额的流动储备金。即所谓，以支定收、收支平衡、略有结余。”[1](#_bookmark2)而截止到2012年年末，北京市城镇职工基本医疗统筹基金累计结余189.3702亿元，城镇居民基本医疗保险基金累计结余9.0213亿元。

医疗保险统筹基金的结余，在制度设计初期有利于维护制度的稳定性，但由于我国社会保障总体水平较低，当前的工作主要是如何利用有限的医疗保险基金，切实保障参保人的利益，防止资金浪费，避免参保职工待遇水平及参保居民和农民生活水平的降低。北京市医疗保险统筹基金如此巨额结余，一是会令参保人员和医疗机构对基本医疗保险制度产生质疑，从而导致参保积极性下降，并将进一步加剧基金的不平衡。二是会加重企业缴费负担及财政压力，目前，北京市中小企业参加五项社会保险需要缴纳职工工资总额32.28%的社会保险费。养老保险缴纳20%，医疗保险缴纳10%，失业保险缴纳1%，工伤保险缴纳0.48%，生育保险缴纳0.8%。[2](#_bookmark3)企业本身缴费压力过大，加上医疗保险基金过度结余，将影响中小企业医疗保险缴费意愿，也不利于企业发展。三是会加大医疗保险基金的管理风险。医疗保险基金结余过多容易带来政府部门挪用基金及贪腐问题。四是会造成基金贬值，医疗保险基金结余过多对基金的投资运营提出了更高的要求。如果不能很好地实现保值增值，在通货膨胀的情况下，医疗保险基金会严重贬值。

为了有效防范医疗保险基金收支不平衡的风险，国际上一般通过设立医疗保险风险储备金来化解这一风险，目的是对基金进行地区调剂和年度调剂，从而避免某一地区或某一年度由于基金收不抵支而影响医疗保险的稳定运行。国际劳工组织在《卫生筹资建模》中指出，医疗保险风险储备金累计最高提取额会受到基

为了有效防范医疗保险基金收支不平衡的风险，国际上一般通过设立医疗保险风险储备金来化解这一风险，目的是对基金进行地区调剂和年度调剂，从而避免某一地区或某一年度由于基金收不抵支而影响医疗保险的稳定运行。国际劳工组织在《卫生筹资建模》中指出，医疗保险风险储备金累计最高提取额会受到基

1 林义，社会保险基金管理，中国劳动社会保障出版社，第56 页

2 数据来源：北京市人力资源和社会保障局网站

金波动程度、当期提取比例和基金管理水平等因素的影响，一般在年支出的25%至100%之间，发达国家一般不超过15%。北京市目前对城镇职工基本医疗、新农合、居民医保的风险储备金提取尚无明确规定，是政策盲区。

我国医疗保险制度平稳运行的关键在于医疗保险基金是否能够收支平衡，一定程度的结余率对参保者的医疗卫生保障与费用负担减轻有很大的作用，如何既保证参保人员“病有所医，医有所报”，又保证医保基金收支平衡、略有结余，成为基本医疗保险改革及发展所面临的重要课题。所以研究北京市医疗保险统筹基金收支平衡这一课题具有很重要的理论及现实意义。

## 1.2 文献综述

### 1.2.1 国内研究

近年来，国内有学者对我国医疗保险基金结余适宜度进行了研究。顾昕

（2010）分别分析了我国新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险基金结余情况及原因，对盘活医保沉淀基金提出政策建议，一是国有企业困难职工和离退休者参保费用由财政预算来补贴而不应该靠对现在的参保人“多征少给”来为这类困难人群筹资，二是参保者可以使用个人账户资金为直系亲属缴纳保费。吕国营、徐丽军（2012）通过论证医疗保险与养老保险及公共医疗的关系，得出确定合理的医疗基金结余标准应该考虑的三个方面分别是医疗保险基金的统筹层次、承担养老责任的大小、公共卫生项目的覆盖程度。李常印、郝春彭等（2012）通过对国家社保中心历年运行分析数据，提出在较短的时间里，影响医疗保险基金收入的因素主要有经济发展水平、费率、参保人数等，而医疗保险的支出与付费标准和付费方式等有关，提出要合理控制基金适度结余、建立基金预警机制、降低基金风险。沈焕根、张磊（2012）归纳出影响医疗保险基金长期平衡的风险因素有制度风险、经济风险、社会风险和技术风险等，提出调整基金结余结构，将结余率维持在合理水平、从横纵两方面提高统筹层次与建立风险预警机制等建议。

有学者就城镇职工基本医疗保险进行专题研究。卢驰文、王钦池（2010）认为我国城镇职工基本医疗保险基金结余过多的原因各个地区不尽相同，有些地区医疗保险经办管理机构尽可能多的积累医疗保险基金，因为其负责人以为医疗保险基金如果出现收不抵支的情况会影响自己的政绩，有些地区医疗保险经办管理机构由于技术水平较低，无法准确测算基金支出而导致医疗保险基金结余过多，有些地区筹资水平逐年提高，而给付标准多年不调整导致结余过多，他建议建立相机调整基金结余率的制度。黎友隆、罗顺均（2010）对2002-2009年我国城镇职工医疗保险基金各年结余情况、累计结余情况、基金使用效率情况，城镇职工人均医疗费用与基金人均支出、基金人均支出变化率、基金人均支出差额、人均

可支配收入等的关系进行了分析。并分别测算了在结余率为15%、5%、-5%时未来10年城镇职工医保基金保障水平。建议调整门诊自负比例及住院起付线等医疗，充分发挥个人账户基金使用率，使医疗保险能够全面保障城镇职工医疗服务。

还有学者结合地区实际案例及数据，对该问题进行研究。彭俊、宋世斌（2006）通过运用精算方法研究广东省珠海市社会医疗保险基金的运行情况及收支平衡情况，并且预测，珠海市医疗保险基金以目前老龄化的发展速度，按照现在的制度体系，会在2020年到2025年之间出现入不敷出的局面，提出要改变个人帐户划拨比例。朱彪、袁长海（2010）通过研究ft东省部分地区医疗保险制度及基金结余情况，分析了城镇职工及居民基本医疗保险结余过高以及新型农村合作医疗赤字的原因，提出要完善医疗保险费用结算方式及支付制度，加强基金监督管理并且充分发挥ft东省基层卫生机构的作用。

### 1.2.2 国外研究

国外学者的研究主要Axel Reimann（2003）从组织机构、监督制度、预算和审计制度、融资原则、财产管理等方面对中国和德国的医疗保险基金管理办法进行了比较研究。Steinmann（2005）研究表明人口老龄化是目前世界医疗费用迅速增长的主要因素，65岁以上人口占总人口的比重对医疗卫生费用变化有重要影响。Ma C. A.（2007）提出医疗保险经办部门的支付方式会影响医疗机构采用的诊疗手段与医疗花费的程度。Markv. Pauly从筹资和医疗费用支付方式的设计方面进行研究，提出最优的医疗保障制度应该是由病人和政府共同付费，并且要设立一定的自付比例，病人需要承担一定的费用。Cagatay K.（2008）提出医疗保险制度本身问题，比如因为第三方付费的模式也使得医疗保险存在道德风险，导致医疗保险支出增加。Posnett J.和Hitiris T.通过对比研究欧共体中不同国家的医疗费用支出情况，利用老年人口赡养系数、人均收入、通货膨胀率、医疗费用在政府全部公共性支出中所占比例等参数建立了欧共体的医疗费用预测模型。

## 1.3 研究内容

第一部分：导论。

第二部分：全面分析研究北京市医疗保险运行情况，包括医保政策、覆盖范围、筹资标准、缴费年限、待遇水平等。利用相关数据，对北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗三项医保基金结余情况进行评估。

第三部分：分析影响北京市基本医疗保险基金收支平衡的主要因素，基金收入方面，选取参保人数、职工平均工资、缴费比例、在职职工比例、死亡率、政府补助和人口老龄化程度等因素进行分析；基金支出方面选取预期寿命、起付标准和最高支付限额、医疗费用报销标准、疾病谱的变化、居民健康和保健意识、

## 医疗科技的进步等因素进行分析。

第四部分：借鉴国际上主要国家及国际组织如国际劳工组织对现收现付制医疗保险基金结余与收支平衡的相关制度及我国其他地区的先进经验。

第五部分：构建北京市医疗保险基金结余适宜度与动态平衡机制的思路与对策，为相关政府部门提供参考。

第六部分：参考文献

## 1.4 本文的创新与不足

创新之处：

第一，运用案例分析的方法。通过查阅统计年鉴及报告数据，访谈北京市医保局工作人员，对该地区的医疗保险基金管理实践情况进行专题调研，运用一手资料，分析其医疗保险基金的收支平衡问题。

第二，采取数据分析与因素分析的研究方法。本文主要分析计算了北京市医疗保险参保人数、参保率、基金收入、基金支出、基金当期与累计结余情况。数据来源为人力资源与社会保障部、北京市医保局、各统计机构公开数据。并且分析了影响医疗保险基金收入与支出的各种因素。

第三，采用比较研究的手段。世界上很多国家都利用医疗保险制度进行卫生费用的管理，很多发达国家有着十分丰富的管理经验。本文通过研究法国、德国等国家以及我国大连、云南等地区的医保基金收支情况，比较他们在医保基金管理尤其是如何有效控制医疗费用上的方法，为北京市医保基金管理提供一定的借鉴意义。

本文不足：

受相关数据资源的限制，本文对与北京市医疗保险基金平衡问题研究仍处于一般性的理论探讨层面，如何结合有效的数据展开更为深入的实证分析是下一步有待努力的方向。

# 第 2 章 北京市医疗保险运行情况

## 2.1 北京市基本情况介绍

北京是中华人民共和国的首都，也是政治、文化中心。北京市面积16410.54平方公里，下辖16个区县，分别是东城区、西城区、朝阳区、海淀区、丰台区、石景ft区、门头沟区、房ft区、大兴区、通州区、顺义区、昌平区、平谷区、怀柔区、密云县、延庆县。

2013年末北京市常住人口数为2114.8万，其中城镇人口1825.1万人，占常住人口的86.3%。全市2013年全年生产总值为19500.6亿元，城镇居民人均可支配收入为40321元，农村居民人均纯收入为18337元。北京市参加基本养老保险、基本医疗保险、失业保险、工伤保险和生育保险人数分别为1311.3万人、1354.8万人、1025.1万人、920.3万人和883.2万人。参加新型农村合作医疗的人数为

254.3万人，参合率为98%。全市卫生机构共有10126个，其中医院有632个，卫生机构共有床位10.4万张。卫生技术人员有21万人，其中执业（助理）医师

7.9万人，注册护士8.7万人。2013年全年医疗机构总诊疗19895.2万人次。[3](#_bookmark9)

## 2.2 北京市医疗保险制度历史沿革

北京市医疗保险制度与国家基本医疗保险制度一样，按照不同群体分为：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三项制度，其历史沿革将在下文中简单分别介绍。

### 2.2.1 城镇职工基本医疗保险制度

1994年，我国开始在江苏省镇江市和江西省九江市两个地区进行城镇职工

基本医疗保险制度改革试点，到1996年，试点地区扩大至38个。1998年，随着《关于建设城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发[1998] 44号）的印发，城镇职工基本医疗保险开始在我国全国地区推行。

2000年，北京市城镇职工基本医疗保险制度开始建立，并在西城区、宣武区、海淀区进行试点，该项制度是以社会统筹与个人账户相结合的方式开展的。

2001年4月，北京市出台了《北京市基本医疗保险规定》（市政府第68号令），从此，北京市城镇职工基本医疗保险制度开始拉开帷幕。制度规定：北京市机关、企事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工与退休人员均需参加城镇职工基本医疗保险。另外，北京市政府于2003年以及2005年对该项规定分别作了两次修改。

### 2.2.2 新型农村合作医疗制度

3 数据来源：北京市2013年国民经济和社会发展统计公报

2003年1月，随着《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的发布，我国新型农村合作医疗开始正式试点运行。上世纪50年代，北京市开始推行传统农村合作医疗，上世纪70年代末覆盖率已经从最初的40%迅速发展为90%，但是，到了80年代，我国集体经济开始解体，北京传统农村合作医疗也逐渐退出历史舞台。2002年，北京市大兴区在全国率先开展新型农村合作医疗制度试点，为全市推广进行了先行探索，2003年8月，北京市召开了农村卫生工作会议市，市政府发布了《关于建立新型农村合作医疗制度实施意见的通知》，市卫生局《关于进一步做好本市新型农村合作医疗工作意见的通知》，各区县开始积极开展新型农村合作医疗试点工作。

2003-2004年，北京市13个涉农区县全部实施了新农合制度。2005-2007年，新农合实现区县统筹，成立新农合管理机构、经办机构，建立了新农合筹资增长机制。2008年以来，实现了“四个统一”，即：统一筹资最低标准，统一制度框架，统一补偿项目，统一工作目标。

### 2.2.3 城镇居民基本医疗保险制度

2007年7月，随着《关于开展城镇居民基本医疗保险试点工作的指导意见》

（国发[2007] 20号）的印发，我国城镇居民基本医疗保险试点工作正式启动，第一批共有88个试点城市，到2008年试点城市扩大至229个，2009年该项医疗保险制度在全国全面推开。北京市在2007年就作为国家首批试点省市开展了试点工作。

北京市城镇居民基本医疗保险制度主要是大病保险，分为保障老年人及学生儿童的“一老一小”政策和保障无业居民的两项制度。其中“一老一小”政策是由北京市政府于2007年6月发布的《关于建立北京市城镇无医疗保障老年人和学生儿童大病医疗保险制度的实施意见》（京政发[2007] 11号），制度中规定“无医疗保障老年人是指具有北京市非农业户籍但是未纳入北京市城镇职工基本医疗保险，并且男年满60周岁，女年满50周岁的居民。学生儿童是指具有北京市非农业户籍且在本市行政区域内的小学、初中、高中、中等专业学校、技工学校、中等职业技术学校、特殊学校、工读学校和各类普通高等院校（全日制学历教育）就读的在册学生，以及参保缴费当年年龄在16周岁以下非在校少年儿童、托幼机构儿童和散居婴幼儿。”该项政策主要帮助参保的老人和学生儿童支付大病医疗费用，同时兼顾小病与慢性病费用。另外一项保障无业居民的制度是又北京市政府于2008年7月发布的《关于建立北京市城镇劳动年龄内无业居民大病医疗保险制度的实施意见》，该项制度规定“无业居民是指北京市城镇中在劳动年龄

## （男年满16周岁不满60周岁，女年满16周岁不满50周岁）内，并且未纳入城镇职工基本医疗保险的居民。”

这两项制度的建立，填补了原来城镇职工基本医疗保险中未包括人群的空白，提高了北京市医疗保险覆盖率。

随着北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗制度的建立，北京市医疗保险的覆盖率达到了基本全覆盖的水平。下表2.1反映了北京市以上三项医疗保险制度的基本情况。

表2.1 北京市三项医疗保险制度对比表

|  | 城镇职工基本医疗保险 | 新型农村合作医疗 | 2.3.3 城镇居民基本医疗保险 |
| --- | --- | --- | --- |
| 实施时间 | 2001 年 | 2003 年 | 2007 年 |
| 保障对象 | 城镇在职与退休职工 | 农民 | 城镇居民 |
| 统筹层次 | 市级 | 区县级 | 市级 |
| 管理机构 | 北京市人社局 | 北京市卫生局 | 北京市人社局 |
| 参加原则 | 强制 | 自愿 | 自愿 |
| 资金来源 | 个人+单位 | 个人+集体+财政 | 个人+集体+财政 |
| 基金构成 | 个人账户+统筹基金 | 统筹基金 | 统筹基金 |
| 保障范围 | 门诊、住院 | 大病为主 | 大病为主 |

## 2.3 北京市医疗保险的参保情况

### 2.3.1 城镇职工基本医疗保险

近年来，北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗制度都取得了很好的效果，三项医疗保险参保率均不断提高的。下表2.2

反映了近年来北京市城镇职工基本医保参保情况。截止到2012年年末，参加北京市城镇职工基本医疗保险的共计1279.7万人，占当年城镇人口的71.74%。

表2.2北京市历年城镇职工医保参保人数情况[4](#_bookmark12)（单位：万人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 参保  人数 | 210.2 | 353.8 | 436.1 | 484 | 574.8 | 679.5 | 783 | 871 | 938.4 | 1063.7 | 1188 | 1279.7 |
| 比上年  增加人数 |  | 143.6 | 82.3 | 47.9 | 90.8 | 104.7 | 103.5 | 88 | 67.4 | 125.3 | 124.3 | 91.7 |
| 城镇  人口数 | 1081.2 | 1118 | 1151.3 | 1187.2 | 1286.1 | 1350.2 | 1416.2 | 1503.6 | 1581.1 | 1686.4 | 1740.7 | 1783.7 |
| 参保率[5](#_bookmark13)  （%） | 19.44 | 31.65 | 37.88 | 40.77 | 44.69 | 50.33 | 55.29 | 57.93 | 59.35 | 63.08 | 68.25 | 71.74 |

4 数据来源：北京统计年鉴2013

5 参保率=参保人数/城镇人口数

北京市城镇职工基本医疗保险制度是在相关部门充分的调研的基础上出台的。缴费比例的确定是综合了北京市企业承受能力，职工平均工资、医疗费用等各个因素。具体规定如下：“首先，城镇职工基本医疗保险的个人缴费基数定为本人上一年度月平均工资，需要特别注意的是城镇职工的上一年度月平均工资低于北京市上一年度职工月平均工资60%的，应按北京市上一年度职工月平均工资的60%作为缴费基数；城镇职工的上一年度月平均工资高于北京市上一年度职工月平均工资300%的，应以北京市上一年度职工月平均工资300%为基数缴纳，超过部分不作为缴费基数；无法确定职工本人上一年月平均工资的，以上一年本市职工月平均工资为缴费工资基数，缴纳基本医疗保险费。单位缴费基数为本单位中全体职工缴费基数之和。其次，确定缴费比例，单位缴纳10%，职工个人缴纳2%并且缴纳3元大额医疗费用互助金，退休职工个人不缴费，每月划入个人账户资金的基数为上一年本市职工月平均工资。最后，确定个人账户与社会统筹账户的划分比例，个人单位缴纳的10%中，1%纳入大额医疗费用互助，根据参保者年龄不同，有0.8%—2%不等的部分划入个人账户，其余部分全部划入统筹账户。职工个人缴纳的2%全部划入个人账户。”2008年12月，北京市针对灵活就业人员出台了《北京市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法》，规定灵活就业人员不设立个人账户，将上年度北京市职工月平均工资的70%作为缴费基数，按6.5%的比例缴费，全部统筹账户。表2.3放映了各群体参保的缴费标准。

表2.3 北京市城镇职工基本医疗保险缴费标准

|  | 在职职工 | | | 退休职工 | | 灵活就业人员 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | ≤35 周岁 | 35— 45 周岁 | ≥45 周岁 | ≤70 周岁 | ＞70 周岁 |  |
| 个人  账户 | 个人 2%+  单位 0.8% | 个人 2%+  单位 1% | 个人 2%+  单位 2% | 4.3% | 4.8% | 不设立 |
| 社会统筹 | 单位 8.2% | 单位 8% | 单位 7% | 不缴费 | | 上年度北京市职工月平均工资  \*4.5% |

### 2.3.2 新型农村合作医疗

自2003年北京市新型农村合作医疗制度出台以来，新农合参合率基本呈现逐年上涨的趋势，新型农村合作医疗基金筹资总额、人均筹资额及补偿收益水平也不断提高，在一定程度上减少了农民“因病致贫、因病返贫”现象的发生。表

2.4反映了2004年到2012年北京市新型农村合作医疗参合人数和参合率的变化情况。截止到2012年年末，北京市农村新型合作医疗参合人数为267.5万人，参合率为98.1%。

表2.4北京市历年新农合参合人数情况[6](#_bookmark16)（单位：万人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 参合  人数 | 234 | 250.4 | 261 | 268.5 | 272.5 | 274.9 | 278.5 | 276.8 | 267.5 |
| 参合率  （%） | 71.9 | 80.3 | 86.9 | 88.9 | 92.9 | 95.7 | 96.7 | 97.7 | 98.1 |

### 2.3.3 城镇居民基本医疗保险

北京市城镇居民基本医疗保险自2007年正式启动以来，参保人数稳步增加，具体情况如表2.5所示。

表2.5北京市历年城镇居民参保人数情况[7](#_bookmark17)（单位：万人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 3.1.1 参保人数 | 146.4 | 146.1 | 145.5 | 143.7 | 159.9 | 151.9 |

2013年北京市城镇居民基本医疗保险个人缴费标准为：城镇无业居民个人

缴费600元，城镇老年人及残疾无业居民个人缴费300元，学生儿童个人缴费

100元。医疗保险基金具体支付标准为：门诊治疗起付线为650元，起付线以上部分医疗保险报销50%，2000元封顶。住院治疗，城镇老年人、无业居民起付线为1300元，起付线以上部分医疗保险报销60%，15万元封顶。学生儿童起付线为650元，起付线以上部分医疗保险报销70%，17万元封顶。

## 2.4 北京市医疗保险基金收支情况

### 2.4.1 城镇职工基本医疗保险基金收支情况

下表2.6反映了自2007年以来北京市城镇职工基本医疗保险基金收入、支

出、当期结余及累计结余的情况。截止2012年年末，北京市城镇职工基本医疗

保险统筹基金收入506.9亿元，支出500.4亿元，当年结余6.5亿元，累计结余

189.4亿元。

表2.6 2007-2012年北京市城镇职工基本医疗保险基金结余情况[8](#_bookmark18)（单位：亿元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 基金收入 | 155.1 | 191.2 | 237.9 | 296.8 | 375.3 | 506.9 |
| 基金支出 | 112.8 | 133.1 | 207.9 | 285.7 | 374.5 | 500.4 |
| 当年结余 | 42.3 | 58.1 | 30 | 11.1 | 0.8 | 6.5 |
| 当年结余率[9](#_bookmark19)(%) | 27.27 | 30.39 | 12.61 | 3.74 | 0.21 | 1.28 |
| 累计结余 | 129.2 | 191.1 | 180.5 | 191.6 | 192.4 | 189.4 |
| 累计结余率[10](#_bookmark20)(%) | 114.54 | 143.58 | 86.82 | 67.06 | 51.38 | 37.85 |

6 数据来源：北京统计年鉴2013

7 数据来源：中国统计年鉴

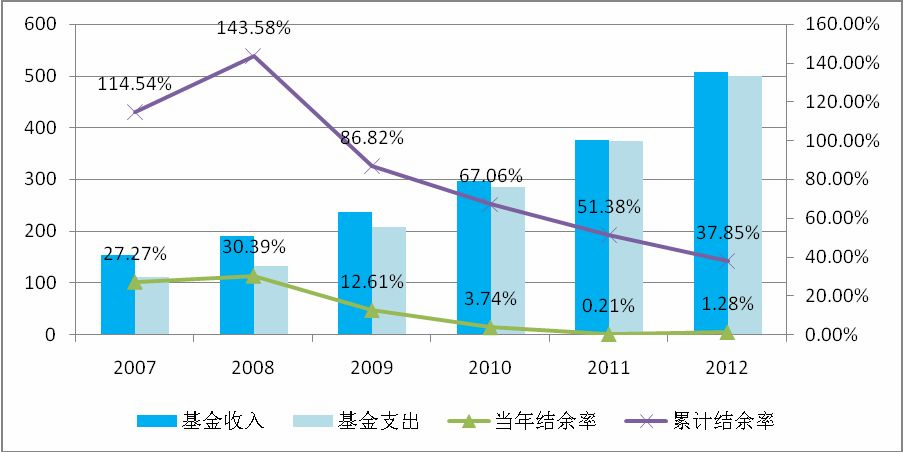
8 数据来源：本人根据中国统计年鉴数据整理所得

9 当年结余率=当年结余/基金收入

10 累计结余率=累计结余/基金收入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 可支付月数[11](#_bookmark22)（月） | 13.74 | 17.23 | 10.42 | 8.05 | 6.17 | 4.54 |

从下图2.1可以看出，自2007年以来，基金收入逐年稳步上升，同时，基金支出也呈现出逐年增加的趋势。而且，基金支出的增长速度大于基金收入的增长速度，当年结余率从2007年的27.27%降到2011年的0.21%，2012年略有上升。累计结余率在2008年出现高峰，为143.58%，可支付月数高达17.23，远远高于我国人力资源与社会保障部2009年67号文件规定的6至9个月平均支付水平，之后逐年递减，直到2010年达到9个月之下。总体看来，近三年来，北京市城镇职工医疗保险统筹基金以从过去的结余过多的状态中调整了过来。



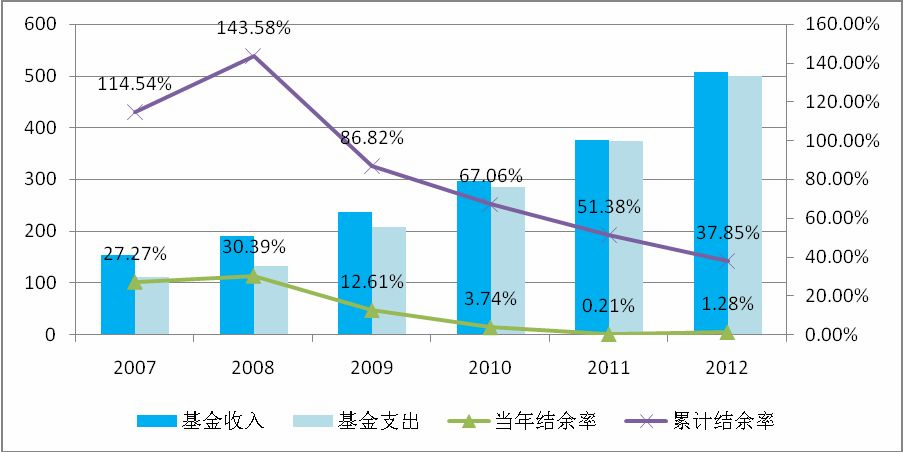


图2.1 2007-2012年北京市城镇职工基本医疗保险基金结余情况

### 2.4.2 新型农村合作医疗基金筹资情况

从下表2.7可以看出，自2007年到2012年，北京市新型农村合作医疗筹资额逐年递增，参合农民人均筹资水平由237元增加到707元，增长了3倍多。总筹资额从6.37亿元上升到18.91亿元，增长了近3倍。新型农村合作医疗补偿受益人次由200.52万人次增加到566.6.2万人次。

表2.7 2007-2012年北京市新型农村合作医疗运行情况[12](#_bookmark23)（单位：亿元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 筹资总额（亿元） | 6.37 | 9.16 | 11.92 | 15.47 | 17.64 | 18.91 |
| 参合人数（万人） | 268.5 | 272.5 | 274.9 | 278.5 | 276.8 | 267.5 |
| 人均筹资额（元） | 237.24 | 336.15 | 433.61 | 555.48 | 637.28 | 706.92 |
| 补偿受益人次（万人次） | 200.52 | 277.51 | 456.23 | 694.5 | 672.9 | 565.6 |

根据《关于调整和完善本市新型农村合作医疗筹资标准和补偿政策意见》（京

11 可支付月数=累计结余/(基金支出/12)

12数据来源：中国卫生统计年鉴

10

政办发[2007] 55号），北京市从2007年开始在全国范围内率先在所有统筹区县实行门诊统筹。

### 2.4.3 城镇居民基本医疗保险基金收支情况

下表2.8反映了自2007年以来北京市城镇居民基本医疗保险基金收入、支

出、当期结余及累计结余的情况。截止2012年年末，北京市城镇居民基本医疗

保险统筹基金收入9.5亿元，支出8.8亿元，当年结余7000万元，累计结余 9

亿元。

表2.82007-2012年北京市城镇居民基本医疗保险基金结余情况[13](#_bookmark25)（单位：亿元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 基金收入 | 4.4 | 5.6 | 5.1 | 1.6 | 11.4 | 9.5 |
| 基金支出 | 0.3 | 3.3 | 4.1 | 4.7 | 7.4 | 8.8 |
| 当年结余 | 4.1 | 2.3 | 1 | -3.1 | 4 | 0.7 |
| 当年结余率（%） | 93.18 | 41.07 | 19.61 | -193.75 | 35.09 | 7.37 |
| 累计结余 | 4.2 | 6.4 | 7.4 | 4.4 | 8.3 | 9 |
| 累计结余率（%） | 95.45 | 114.29 | 145.10 | 275.00 | 72.81 | 94.74 |
| 可支付月数（月） | 168.00 | 23.27 | 21.66 | 11.23 | 13.46 | 12.27 |

从下图2.2可以看出，北京市城镇居民基本医疗保险基金收入呈现不稳定的状况，2007-2009三年基金收入基本稳定在5亿元左右，2010年基金收入减少到不足两亿，2011年与2012年基金收入又大幅增长。而与此同时，自2007年以来，基金支出逐年增长。北京市城镇居民基本医疗保险基金结余率整体相比职工基本保险基金结余率来言明显偏高，可支付月数均在11个月以上，有些年份甚至超过20个月。由于2010年基金收入的突减，2010年当期结余率接近-200%，但是累计结余率在2010年出现高峰275%，说明2010年减少基金收入很好地降低了基金过量结余，将可支付月数降低到了11个月。





图2.2 2007-2012年北京市城镇居民基本医疗保险基金结余情况

13数据来源：本人根据中国统计年鉴数据整理所得

总的来说，北京市城镇居民基本医疗保险基金结余率比较高，由于居民医疗保险制度实行的时间比较短，制度运行不太平稳，北京市医疗保险经办管理机构应该针对这一问题开展调查研究，通过调整缴费率、财政补贴比例、起付线、封顶线、医疗保险报销项目范围、医疗费用报销比例等方式，使城镇居民医疗保险基金能够实现“收支平衡、略有结余”的目标。

# 第 3 章 影响医疗保险基金收支因素分析

医疗保险统筹基金建立的原则是“收支平衡、略有结余”，一般来说，基金当期出现结余大多是因为当期收入高于当期支出。下面我们从基金收入与支出两个方面进行分析。

## 3.1 影响基金收入因素分析

影响医疗保险基金收入的因素有很多，各因素对基金收入的影响程度也不同，总结起来，主要有：参保人数、职工平均工资、缴费比例、在职职工比例、死亡率、政府补助和人口老龄化程度等。

### 3.1.1 参保人数

参保人数是医疗保险基金收入的重要影响因素。并且参保人数与医疗保险基金收入呈完全正相关的关系，即在其他变量不变的情况下，参保人数越多，医疗保险基金收入越多，且参保人数变化比例与基金收入变化比例相同。下图3.1、3.2、

3.3分别将近年来北京市三项医疗保险的基金收入与参保人数变化进行对比，可以看出，2007年以来，北京市城镇职工医疗保险制度的参保人数逐年显著上升，医疗保险基金收入也呈现出逐年稳步增加的态势，同样，城镇居民基本医疗保险的参保人数与基金收入在2007到2012年的变化趋势也完全趋同，而且，新型农村合作医疗的参合人数与筹资总额除了在2012年出现反向的关系外，其他年份基本呈现出相同的变化。





图3.1 北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与参保人数关系





图3.2 北京市城镇居民基本医疗保险基金收入与参保人数关系





图3.3 北京市新型农村合作医疗基金筹资总额与参合人数关系

### 3.1.2 职工平均工资

北京市城镇职工基本医疗保险基金是按照缴费基数的一定比例征收的，缴费基数又是按照职工工资确定的。其中，个人缴费基数为本人上一年度月平均工资，单位缴费基数为本单位中全体职工缴费基数之和，退休职工每月划入个人账户资金的基数为上一年北京市职工的月平均工资。所以，北京市职工的平均工资变化会影响城镇职工医疗保险基金的收入，在其他条件不变的情况下，职工平均工资与基金收入正相关。北京市城镇居民基本医疗保险制度实行的标准的几次提高对基金收入也产生了正向影响。新型农村合作医疗基金中个人缴费比例的确定也与参合农民纯收入相关。下图3.4、3.5反映的是北京市职工的年平均工资水平分别

与城镇职工基本医疗保险基金收入及城镇居民基本医疗保险基金收入之间的关系，可以看出，北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与城镇居民基本医疗保险基金收入均随着北京市职工年平均工资水平的升高而升高。





图3.4 北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与职工工资水平关系





图3.5 北京市城镇居民基本医疗保险基金收入与职工工资水平关系

### 3.1.3 缴费比例

缴费比例是一项政策性因素，北京市城镇职工基本医疗保险缴费率实行单位缴纳10%，个人缴纳2%，略高于全国平均水平。我国各个地区根据自身经济发展情况及单位与个人承受能力规定不同的缴费比例。一般而言，在其他条件不变的情况下，缴费比例越高，医疗保险基金收入越高。

### 3.1.4 在职职工比例

由于在职职工与所在单位承担着全部城镇职工基本医疗保险金缴纳的任务，而退休职工需要不缴费，所以，在职职工比例越多，城镇职工基本医疗保险基金收入就越多，退休职工比例越多，城镇职工基本医疗保险基金收入就越少。下图反映了北京市2007年以来在职职工比例及城镇职工基本医疗保险基金收入的关系，两者基本呈现正相关的关系。





图3.6 北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与在职职工比例关系

### 3.1.5 死亡率

这里的死亡率特指，非正常死亡，即尚处于医疗保险缴费阶段的参保的死亡率。由于各项疾病及交通意外等突发情况的发生，每年都会发生大量医疗保险参保人死亡的现象。这部分人群随着死亡的发生，其缴费义务也会消失，会对医疗保险基金收入产生影响。死亡率越高，医疗保险基金收入越低。

### 3.1.6 政府补助

北京市城镇职工医疗保险基金由个人和单位共同缴纳，而城镇居民基本医疗保险基金与新型农村合作医疗基金由个人和集体缴纳，并由各级政府财政提供补贴。所以，政府补贴的水平也会影响城镇居民基本医疗保险基金及新型农村合作医疗基金的收入。北京市各级政府也多次提高以上两项医疗保险基金政府补贴水平，以此来保障城镇老人和学生儿童以及失业人员与农民的医疗。

### 3.1.7 人口老龄化

老年人对医疗保险需求明显要高于年轻人。另外，由于《社会保险法》规定退休职工不缴费，所以，老龄化程度与基金收入呈负相关。老龄化程度越高，基金收入相对将会减少。老龄化程度对医疗保险基金的影响是一个长期的过程。我

国已经进入快速老龄化阶段，北京市人口老龄化程度也在增加，2012年，北京市60周岁以上老人占常住人口的13.8%，远远超过国际标准10%，65周岁以上老人占常住人口的8.9%，也远远超过国际标准7%.[14](#_bookmark32)

## 3.2 影响基金支出因素分析

影响基金支出的因素主要包括：预期寿命、起付标准和最高支付限额、医疗费用报销标准、疾病谱的变化、居民健康和保健意识、医疗科技的进步等。

### 3.2.1 预期寿命

老年人对医疗服务的需求是年轻人的几倍到十几倍，人的预期寿命越长，需要的医疗服务就越多。近年来，北京市人口预期寿命在不断延长，北京市户籍人口的预期寿命已经从2008年的80.27%增长到了2012年的81.35%[15](#_bookmark33)。人口老龄化程度在不断加深，使城镇职工基本医疗保险基金、城镇居民基本医疗保险基金与新型农村合作医疗基金支出的压力也不断增加。

### 3.2.2 起付标准和最高支付限额

为了防止医疗保险基金的道德风险，医疗保险一般都设置一定的起付线和封顶线。一般情况下，起付标准越高，最高支付限额越低，医疗保险基金支出越少。相反，支付标准越低，最高支付限额越高，医疗保险基金支付越多。

### 3.2.3 医疗费用报销标准

同样为了防范医疗道德风险，维持医疗保险基金可持续发展，医疗保险制度中明确规定可报销的医疗项目与各项诊疗项目费用的报销比例。一般来说，可报销的项目范围越大，医疗保险基金支出越多，在其他条件不变的情况下，医疗费用报销比例与医疗保险基金支出呈现完全正相关的关系。

### 3.2.4 疾病谱的变化

疾病谱是指某一地区危害人群健康的所有疾病中按其危害程度（导致死亡）的顺序排列成的疾病谱带。根据2012年北京市卫生工作统计资料显示，2012年北京市导致死亡最多的四项疾病分别为：恶性肿瘤、心脏病、脑血管病和呼吸疾病，所占比例分别为26.76%、25.08%、21.45%、9.87%，合计占比超过80%。以上四项疾病的发生与人们的社会因素、心理因素、环境因素以及生活方式有很大关系。北京市人们生活节奏交快，工作压力大，再加上近年来城市环境污染严重，经常出现雾霾，这些因素与恶性肿瘤、心脏病、脑血管病和呼吸疾病的发生有很大影响。然而这四种疾病的医疗费用都非常高，所以，疾病谱的变化对医疗

14 数据来源：北京统计年鉴2013

15 数据来源：北京市卫生工作统计资料简编

### 保险基金支出有重要影响。

### 3.2.5 居民健康和保健意识

从发达国家来看，随着经济的发展，人民生活水平的提高，卫生、医疗、保健费用必然随之上涨。这是因为，一方面，人民收入水平提高，必然会对健康加以重视。主要表现在注意锻炼身体、关注营养和饮食、改善不良饮食习惯。另一方面，人们更加注重个人健康，会增加就业频率，导致医疗服务需求增加，就诊和住院量增加，医疗保险基金支出增加。

### 3.2.6 医疗科技的进步

科学技术是第一生产力，医学事业的发展、医疗质量的提高和功能的扩展都依赖于医学科技的进步。我国现阶段医学和医疗科技技术的不断发展带来和药品的更新换代，检查和治疗设备的推陈出新，如CT、MRI等高精尖仪器的引进和使用，对于患者来说，改善了参保者的健康状况，同时也带来了医疗服务成本的提高。医疗科技进步的后果必然是推动医疗费用的增长，导致医疗保险费用支出增加。

# 第 4 章 国外及我国其他地区基金管理经验

基金收支平衡管理是医疗保障制度持续发展的基础，国外部分国家为控制基金合理结余，提高基金的使用效率，纷纷建立了风险储备金制度。我国其他地区对医疗保险基金结余管理也进行了相关探索。

## 4.1 国外部分国家医疗保险基金收支管理

国际上很多国家的医疗保险制度已经实行几十年甚至上百年了，发达国家在医疗保险基金管理和费用控制方面也有着十分丰富的管理经验。

国际劳工组织在《卫生筹资建模》中指出，医疗保险风险储备金累计最高提取额会受到基金波动程度、当期提取比例和基金管理水平等因素的影响，一般在年支出的25%至100%之间。医疗保险制度覆盖范围大并且人口稳定的国家，可将风险储备金累计最高提取额定在3个月的支出水平。基金规模小，人群发病率变动大的统筹地区，可能需要将风险储备金累计最高提取额定在3年的支出水平以上。发生瘟疫或者其他公共卫生危机时，常常通过财政拨款弥补医保基金赤字。德国风险当期风险储备金提取比例（占年支出额的比例）不低于十二分之一（即一个月的支付水平），法国储备金率为10%—12%，荷兰风险储备金是年预期支出的6%。[16](#_bookmark37)三个国家当期医疗保险风险储备金提取比例均小于15%。下面将分别分析法国、德国、美国医疗保险基金管理方法，探索其保持医疗保险基金平衡的有效手段，尤其是如何有效控制医疗费用的方法，从而为北京市医疗保险基金管理提供一定的借鉴意义。

### 4.1.1 法国医疗保险基金管理

法国在1945年便创立了医疗保险体系，并且社保体系覆盖了包括企事业单位雇员、公务员、工人、农民、自由职业者及退休人员所有国民。目前法国的医疗保险制度覆盖率高达99.2%，包括全体国民必须参加的基本医疗保险以及自愿参加的补充医疗保险，还为部分月均收入低于六百欧元的弱势群体提供免费医疗。法国医疗保险基金的管理机构为国家医疗保险管理局，并设有17个大区分局，医疗保险费是由ACOSS负责征收。

法国医疗卫生费用近年来呈逐步增长的态势，医疗费用支出总额占GDP的比重均在10%以上，超过了西方经济发展合作组织成员国家9%的平均水平。法国规定的各项医疗保险基金支付医疗费用的比例为：基本医疗保险基金支付

77%，补充医疗保险基金支付12.5%，个人支付9%，剩余的1.5%由国家补助。

16 国际劳动工组织，卫生筹资建模，1999

但在2004年之前，个人承担医疗卫生费用的比例高达16.8%。随着医疗卫生费用的不断上涨，医疗保险支出费用的比例也逐步攀升。

法国医疗保险基金长期处于赤字状态，为了控制法国卫生费用的过快增长，改善医疗保险基金入不敷出的状况，调节卫生资源的配置，提高其利用效率，法国政府开展了一系列调控政策和措施。2004年法国开始实施Douste-Blazy改革，该项政策主要从以下七个方面进行改革：一是强化医疗服务程序的规范性和协调性，医生需要为病人建立个人档案并且严格按照医疗服务程序执行，否则会受到处罚。二是加强医疗服务的质量控制，对各项医疗服务进行严格评估，监督医疗服务决策权的实行。三是优化项目管理，减少医疗保险基金支付过程中的错误操作。四是充分发挥国家医疗保险管理中心的统筹协调管理职能。五是通过设置自付比例和起付线来防范道德风险，制度规定单次诊疗的费用需由个人自付1欧元，每盒药自付0.5欧元，同时规定了一些需要完全自费的非常规检查项目。六是医疗保险机构参与公共健康管理，确保医疗服务信息的真实可靠。七是加大对医疗保险参保者的政策宣传力度。

### 4.1.2 德国医疗保险基金管理

德国在1883年通过立法建立了国家医疗保险，即《工人疾病保险法》，这一法律的颁布至今已有130年了，在这一百多年中，德国医疗保险也在不断地完善与改革，医疗保险的覆盖率以及待遇水平都有了很大的提高，大约88%的国民均参加了强制性健康保险，有10%的高收入群体参加私人保险，另外还有2%的人口享受免费医疗，主要是军人与警察。

在德国的社保体系下，通常每个险种都会有一个独立的社会保险经办机构，医疗保险的经办机构也是医疗保险基金管理机构。这种组织机构形式保障了医疗保险本身和保险机构的财务分离。德国所有的社会保险经办机构都是具有权利能力的法人，而不是国家机关，所以，社会保险的财政预算与决策都需要议会的批准，这在一定程度上使得德国社会保险在履行自身职责时被有效的监督。

与法国相比，德国卫生费用支出总体保持稳定，其中公共医疗支出占总医疗支出的比重也相对比较平衡，人均医疗费用较其他OECD国家较低。近年来，德国联邦政府采取了一系列措施来控制卫生保健费用，并竭力稳定健康保险制度保险金收费率。1989年德国制定了药品参考价格制度，这项制度规定了药店从

健康保险制度疾病基金会取得药品的价格上限，从而有效控制了药品费用支出。

1993年德国制定了卫生保健部门全面预算制度，规定各卫生保健部门必须在预算内开展医疗服务，并且规定预算涵盖了所有的卫生保健费用，包括住院治疗、门诊治疗、处方药品费用以及残疾基金会的管理费用等。同时对医院实行新的价格制度，限制新的医生进入，加强门诊与住院服务之间的联系，允许参保者自由选择疾病基金会。1997年德国对健康保险制度进行了重组与重新定，规定各个疾病基金会之间可以进行资金调剂。主要包括：用于大额支付的州协会和全联邦协会的机构间协调金、由最高一级医疗保险管理机构协会形成的可以在紧急情况下使用的转移财政援助、医疗管理机构之间的风险调剂金和用于改善慢性病患者医疗的项目特别调剂金。单就医疗管理机构之间的风险调剂金一项，在2001年资金转移规模就有130亿欧元。[17](#_bookmark40)

事实上，德国的医疗保险基金调剂制度也在逐步改革，从以收入为导向的调剂制度向以发病率为导向的调剂制度进行转变，以期能够有效遏制医疗保险基金管理机构间被扭曲的竞争，从而将医疗保险的费用支出控制在更为合理的范围。除了财政调剂金的规定，德国为减轻财政负担，进一步改善医疗保险基金的运营情况，在2004年实行了一系列旨在控制医疗费用的改革措施开源节流。开源方面包括增加缴费，将非工资性收入也纳入工资收入之中，全部计入缴费基数，通过提高烟草税收来弥补家庭护理费开支。节流方面包括减少医疗保险不必要的支出项目，例如假牙、隐形眼镜等，提高住院费用的自付比例，加强家庭医疗护理。

### 4.1.3 美国医疗保险基金管理

美国现行的医疗保险制度不同于德国和法国，美国并没有全国统一的医疗保险，而国民医疗保障主要由私人医疗保险和公共医疗保险两大类保险计划提供，它属于混合型的医疗保障制度。[18](#_bookmark41)其中，公共医疗保险主要包含七个保险项目：联邦雇员健康福利项目（FEHBP）、三军医疗照护计划（TRICARE）、退伍军人健康计划（VHA）、印第安人健康计划（IHS）、医疗救助计划（Medicaid）、州儿童健康保险计划（SCHIP）、医疗照顾计划（Medicare）。它由联邦政府进行筹资，专门为以上特定人群提供医疗保障。私人医疗保险主要由雇主性医疗保险和个人医疗保险两部分组成。雇主性医疗保险由雇主自愿提供的，商业性个人医疗保险，可以为自己在市场上自由购买，目前美国在此保险覆盖范围内的人口数量大约有

17 Axel Reimann，中德社会保险基金管理法之比较

18 郑功成.社会保障学——理念、制度、实践与思辨，商务印书馆.2000年9月，287.

1700万。有研究认为，美国以商业医疗保险为主的模式，充分发挥了市场调剂功能，广泛存在的健康维护组织（HMO）打破了传统的参保者、医疗保险和医疗服务提供者的三角关系，将医疗保险机构与医疗服务机构合二为一，从而能够有效地控制医疗费用支出。[19](#_bookmark43)

美国医疗费用支出占GDP的比重明显高于其他OECD国家，超出其他主要工业化国家的两倍。虽然美国以私人医疗保险为主，商业医疗保险基金支付占医疗费用支出的66%，但公共医疗费用支出的增长速度高于私人医疗费用支出。近年来，美国采取了多项改革措施来降低医疗费用支出的上涨速度，包括：改革医疗服务的提供方式、改革医疗费用支付方式、需求证明书法案、增强医患的费用意识和按资源投入为基准的相对值费用计算法等。

从政府承担主要责任的几个社会医疗保险计划来看，基金运行效果较好，实现了收支平衡、略有结余的目标，基本上保证了保险计划的顺利进行。

## 4.2 我国其他地区医疗保险基金收支管理

我国各地在基本医疗保险制度运行过程中，根据国家相关政策，结合当地实际情况，采取了各式各样的方式来保持基金平衡，防止基金出险。比较有代表性的地区有云南省楚雄彝族自治州、辽宁省大连市、四川省成都市等，下面将分别分析各地基金管理实践经验。

### 4.2.1 云南楚雄医疗保险基金管理

云南省楚雄州城镇职工基本医疗保险2000年开始实施，城镇居民基本医疗保险作为国务院首批试点2007年正式启动。截止2012年底，基本医疗保险参保

41.92万人，新型农村合作医疗参保210.95万人。[20](#_bookmark44)2009年，人力资源与社会保障部出台《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》（人社部发

[2009] 67号）后，楚雄自治州按照云南省《关于进一步提高城镇职工和城镇居民基本医疗保险待遇水平和基金使用效率的意见》，于2010年出台《楚雄州医药卫生体制改革3年实施方案》，开始建立完善楚雄自治州基本医疗保险基金的风险防范机制，增大医疗保险基金监管力度，并且按照医疗保险基金“以收定支、收支平衡、略有结余”这一原则来将三项医疗保险基金水平控制在一个合理的范围内。楚雄自治州根据当地医疗保险基金收支情况将当期结余适控制在15%以内。其主要做法包括以下几点：

一是实行浮动费率制。按照《楚雄州人民政府关于全州城镇职工基本医疗保险实行州级统筹管理的通知》，城镇职工基本医疗保险于2010年4月1日开始实施浮动费率制。具体规定如下：“城镇职工基本医疗保险实行”单基数“缴费，

19 穆怀中.社会保障国际比较. M.北京：中国劳动社会保障出版社.2002年2月；226

20 数据来源：楚雄州2012年国民经济和社会发展统计公报

基本医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳，单位缴费根据统筹基金结余情况进行浮动调整，统筹基金当期结余率高于5%时，下一统筹年度执行8%的基准费率。统筹基金当期结余率低于5%时，下一年度单位缴费费率上浮为9%，直至当年统筹基金结余率上升到5%以上。统筹基金当期结余率连续3年高于

10%时，下一年度单位缴费费率下调为7%，直至统筹基金当期结余率降至10%

以下时，再恢复为8%的基准费率。“

二是提高统筹层次，建立风险调剂金。为了抵御更大风险，扩大风险池，2010年4月，楚雄彝族自治州开始实施城镇职工基本医疗保险州级统筹的制度，并且建立了州级调剂金。《楚雄州人民政府关于全州城镇职工基本医疗保险实行州级统筹管理的通知》中规定“州级统筹坚持统一制度、统一标准、统一管理、统一结算和统一调剂的原则。州级统筹前城镇职工基本医疗保险基金的累积和州级统筹实施后基金的当期结余全部作为州级统筹调剂金，县市在严格执行全州统一的城镇职工基本医疗保险政策和基金预算，完成当年城镇职工基本医疗保险年度目标任务的前提下，基金出险当期赤字的，可申请使用调剂金进行弥补。”楚雄彝族自治州于2007年试点启动时建立州级风险储备基金，由财政安排300万元，今后每年财政增加100万元，2010年达到600万元后不再增加。

三是引入医疗保险服务协议管理。首先，建立协议管理，制定了《医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》，对定点医疗机构平均住院天数、支付标准等都作了具体的控制指标以及量化规定，使监管更具操作性。同时，对定点医疗机构的准入条件、审批流程、推出机制等作了明确的规定。制定了“医疗保险结算办法”，控制定点医疗机构的费用。制定了《定点医疗机构和定点零售药店服务质量考核办法》，对达到要求的定点医疗机构返还服务质量保证金并依此作为次年签订服务协议的依据，强化了对定点医疗机构的管理。制定了《医保反欺诈暂行办法》，加大违规处罚力度。每年定期或不定期组织开展基金专项检查，尤其对“两定机构”挂病床住院、弄虚作假等欺诈行为进行重点查处，及时追回或拒付违约费用，责令限期整改或取消定点资格。其次，考核管理。采取日常审核和不定期查访的形式，对定点医疗机构上传的医疗费用发生数据或参保患者的病历进行检查，对违规费用不予支付并放大2至5倍扣减，同时进行及时的登记和量分。并突出年终考核管理，对医院在执行医保政策、组织管理、药品及诊疗项目管理、医疗服务控制指标、信息系统建设等方面进行综合考核。再次，开展专项检查，对定点医疗机构定期或不定期开展专项检查，重点检查是否弄虚作假、骗保套保行为，对存在严重问题的医疗机构采取限期整改、取消医保定点资格和加大违规处罚的措施，进一步规范定点医疗机构的管理。最后，实施分类审核，在审核过程中注意突出重点，对不同级别、性质的医院因地制宜、有侧重的分别审核。对三级定

点医疗机构的审核主要侧重于其医疗行为的合理性。包括大型价差、特殊诊疗是否合理，是否扩大检查范围，是否存在分解收费，是否严格超药品目录限制的用药等。

从实施效果来看，统筹基金当期结余率快速下降，统筹基金累计结余率也出现了明显下降。

### 4.2.2 辽宁大连医疗保险基金管理

大连市职工医疗保险制度1996年7月开始实施，城镇居民医疗保险2007年9月开始运行。截止2012年末，医疗保险参保人数453.1万人，基金收入83.2亿元，基金支出74.2亿元。[21](#_bookmark46)

2009年1月，大连出台《大连市关于压缩城镇职工基本医疗保险基金结余适当提高城镇职工基本医疗保险待遇的指导意见》，意见规定，“各统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金，扣除困难企业退休人员一次性参保筹集的资金及预期应支付的部分，要实现当期收支平衡。市级统筹地区要控制在当期统筹基金收入额15%左右，县级统筹地区要控制在20%左右，作为风险调剂金，超过的部分，要采取措施逐年消化，以进一步发挥基金效能，使参保人员基本医疗保险待遇不断提高，用人单位参保缴费负担有所减轻。”

根据城镇职工基本医疗保险基金结余比例控制的总体要求，基金结余过多的，采取以下政策措施逐步消化。主要措施：

一是提高参保人员的待遇水平。包括适当降低统筹基金起付标准。为减轻参保患者负担，并合理利用各级各类医疗资源，对参保患者在社区定点医疗卫生服务机构治疗的，可不设统筹基金起付标准，在其他定点医院住院或特殊病种门诊治疗的，可根据医院级别适当降低现行统筹基金起付标准。如将70岁以上老人三级住院起付线由850元降为450元。适当提高统筹基金支付比例。各个统筹地区可根据本地实际情况，适当提高参保患者在社区定点医疗卫生机构和二级以下定点机构就医费用的统筹基金支付比例。扩大门诊特殊病种数量，门诊特殊病种，是指纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的一些治疗周期较长，且不需要住院治疗，只需门诊治疗，但治疗费用较高的病种。适当扩大参保患者的受益面，解决患大病和慢性病参保患者的负担，各统筹地区要结合本地实际，适当扩大门诊特殊病种的数量，有条件的统筹地区，可研究探索门诊费用统筹办法。放开乙类药品的部分限制。

二是确定统筹基金结算方式。各统筹地区要根据本地实际情况，确定统筹基金的科学结算方式，有条件的统筹地区，要逐步扩大病种结算范围。统筹基金结算标准，要根据费用增长情况，及时进行调整。统筹基金最高支付限额未达到国

21 数据来源：2012年大连市人力资源和社会保障事业发展统计公报

家规定标准的，要及时进行调整。各级医疗保险经办机构要按定点协议，及时与定点医疗机构进行基金的结算、拨付。

从初步实施效果来看，以上措施实施以来统筹基金当期结余率出现了明显的下降。

### 4.2.3 其他地区医疗保险基金管理

除上述两个地区外，国内不少城市通过建立针对不同制度的风险储备金。如成都市2009年实施市级统筹，并根据区（市）县上年度基本医疗保险基金会计决算报表中的基本医疗保险基金支出数据，按月平均支付额3个月的标准核定基本医疗保险备用金，报经市劳动保障局、市财政局审批后，从区（市）县历年积累的基金结余中划转到同级基本医疗保险基金支出户作为市级统筹基金支付备用金。

2001年，南昌市出台了《南昌市城镇退休人员一次性缴纳基本医疗保险风险储备金暂行办法》，建立的退休人员医疗保险风险储备金主要用于弥补基本医疗保险统筹基金的不足，并且实行财政专款专户管理。风险储备金的来源由用人单位按已参保退休人员的实际数每人600元的标准一次性缴纳。

张家界市城镇居民基本医疗保险风险储备金制度是风险储备金按基金年收入的3%逐年提取，总量累计达到统筹基金的年收入的15%后不再提取。风险储备金由市医保经办机构统一管理，市级进行风险调剂，区县财政按是调剂金1: 1配套。

摘 要

我国城镇基本医疗保险制度及新型农村合作医疗制度的建立提高了医疗健康水平，促进了经济与社会进一步的发展。医疗保险基金收支平衡是我国医疗保障制度可持续发展的基础，基金的适度结余对于保障参保人员的基本医疗权益， 减轻群众医疗费用负担有着重要的意义。如何既保证参保人员“病有所医，医有所报”，又保证医保基金收支平衡、略有结余，成为基本医疗保险改革及发展所面临的重要课题。

本文主要研究北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗三项医疗保险制度的历史沿革，参保率及基金收入与支出情况，累计结余情况，从基金收入方面选取了参保人数、职工平均工资、缴费比例、在职职工比例、死亡率、政府补助和人口老龄化程度七个因素，从基金支出方面选取了预期寿命、起付标准和最高支付限额、医疗费用报销标准、疾病谱的变化、居民健康和保健意识、医疗科技的进步六个因素，对影响医疗保险基金收支的主要因素进行了分析。通过借鉴国外以及我国大连、云南等地区的医疗保险基金收支平衡管理经验，从基金管理、基金收入、基金支出三个方面对北京市医疗保险基金收支平衡管理提出对策建议。

关键词：医疗保险； 基金管理； 收支平衡

# 第 1 章 导论

## 1.1 研究背景

随着我国城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险制度的出台及实施，目前我国已经实现基本医疗保险全覆盖，筹资水平也有了很大提高。但是，我国一方面“看病贵、看病难”的问题仍然存在，医疗保险保障水平较低，另一方面，现收现付制下的医疗保险统筹基金却表现出结余过高的问题。

我国医疗保险统筹基金实行的是现收现付制（pay as you go ），这种模式是

“按照一个较短的时期（通常为一年）内收支平衡的原则确定费率，筹集社会保险基金，即本预算期内社会保险费收入仅仅满足本预算内社会保险金给付的需要。当然，为了避免费率调整过于频繁，防止短期内经济或其他突发事件可能出现的基金收支波动，一般保留有小额的流动储备金。即所谓，以支定收、收支平衡、略有结余。”[1](#_bookmark2)而截止到2012年年末，北京市城镇职工基本医疗统筹基金累计结余189.3702亿元，城镇居民基本医疗保险基金累计结余9.0213亿元。

医疗保险统筹基金的结余，在制度设计初期有利于维护制度的稳定性，但由于我国社会保障总体水平较低，当前的工作主要是如何利用有限的医疗保险基金，切实保障参保人的利益，防止资金浪费，避免参保职工待遇水平及参保居民和农民生活水平的降低。北京市医疗保险统筹基金如此巨额结余，一是会令参保人员和医疗机构对基本医疗保险制度产生质疑，从而导致参保积极性下降，并将进一步加剧基金的不平衡。二是会加重企业缴费负担及财政压力，目前，北京市中小企业参加五项社会保险需要缴纳职工工资总额32.28%的社会保险费。养老保险缴纳20%，医疗保险缴纳10%，失业保险缴纳1%，工伤保险缴纳0.48%，生育保险缴纳0.8%。[2](#_bookmark3)企业本身缴费压力过大，加上医疗保险基金过度结余，将影响中小企业医疗保险缴费意愿，也不利于企业发展。三是会加大医疗保险基金的管理风险。医疗保险基金结余过多容易带来政府部门挪用基金及贪腐问题。四是会造成基金贬值，医疗保险基金结余过多对基金的投资运营提出了更高的要求。如果不能很好地实现保值增值，在通货膨胀的情况下，医疗保险基金会严重贬值。

为了有效防范医疗保险基金收支不平衡的风险，国际上一般通过设立医疗保险风险储备金来化解这一风险，目的是对基金进行地区调剂和年度调剂，从而避免某一地区或某一年度由于基金收不抵支而影响医疗保险的稳定运行。国际劳工组织在《卫生筹资建模》中指出，医疗保险风险储备金累计最高提取额会受到基

为了有效防范医疗保险基金收支不平衡的风险，国际上一般通过设立医疗保险风险储备金来化解这一风险，目的是对基金进行地区调剂和年度调剂，从而避免某一地区或某一年度由于基金收不抵支而影响医疗保险的稳定运行。国际劳工组织在《卫生筹资建模》中指出，医疗保险风险储备金累计最高提取额会受到基

1 林义，社会保险基金管理，中国劳动社会保障出版社，第56 页

2 数据来源：北京市人力资源和社会保障局网站

金波动程度、当期提取比例和基金管理水平等因素的影响，一般在年支出的25%至100%之间，发达国家一般不超过15%。北京市目前对城镇职工基本医疗、新农合、居民医保的风险储备金提取尚无明确规定，是政策盲区。

我国医疗保险制度平稳运行的关键在于医疗保险基金是否能够收支平衡，一定程度的结余率对参保者的医疗卫生保障与费用负担减轻有很大的作用，如何既保证参保人员“病有所医，医有所报”，又保证医保基金收支平衡、略有结余，成为基本医疗保险改革及发展所面临的重要课题。所以研究北京市医疗保险统筹基金收支平衡这一课题具有很重要的理论及现实意义。

## 1.2 文献综述

### 1.2.1 国内研究

近年来，国内有学者对我国医疗保险基金结余适宜度进行了研究。顾昕

（2010）分别分析了我国新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险基金结余情况及原因，对盘活医保沉淀基金提出政策建议，一是国有企业困难职工和离退休者参保费用由财政预算来补贴而不应该靠对现在的参保人“多征少给”来为这类困难人群筹资，二是参保者可以使用个人账户资金为直系亲属缴纳保费。吕国营、徐丽军（2012）通过论证医疗保险与养老保险及公共医疗的关系，得出确定合理的医疗基金结余标准应该考虑的三个方面分别是医疗保险基金的统筹层次、承担养老责任的大小、公共卫生项目的覆盖程度。李常印、郝春彭等（2012）通过对国家社保中心历年运行分析数据，提出在较短的时间里，影响医疗保险基金收入的因素主要有经济发展水平、费率、参保人数等，而医疗保险的支出与付费标准和付费方式等有关，提出要合理控制基金适度结余、建立基金预警机制、降低基金风险。沈焕根、张磊（2012）归纳出影响医疗保险基金长期平衡的风险因素有制度风险、经济风险、社会风险和技术风险等，提出调整基金结余结构，将结余率维持在合理水平、从横纵两方面提高统筹层次与建立风险预警机制等建议。

有学者就城镇职工基本医疗保险进行专题研究。卢驰文、王钦池（2010）认为我国城镇职工基本医疗保险基金结余过多的原因各个地区不尽相同，有些地区医疗保险经办管理机构尽可能多的积累医疗保险基金，因为其负责人以为医疗保险基金如果出现收不抵支的情况会影响自己的政绩，有些地区医疗保险经办管理机构由于技术水平较低，无法准确测算基金支出而导致医疗保险基金结余过多，有些地区筹资水平逐年提高，而给付标准多年不调整导致结余过多，他建议建立相机调整基金结余率的制度。黎友隆、罗顺均（2010）对2002-2009年我国城镇职工医疗保险基金各年结余情况、累计结余情况、基金使用效率情况，城镇职工人均医疗费用与基金人均支出、基金人均支出变化率、基金人均支出差额、人均

可支配收入等的关系进行了分析。并分别测算了在结余率为15%、5%、-5%时未来10年城镇职工医保基金保障水平。建议调整门诊自负比例及住院起付线等医疗，充分发挥个人账户基金使用率，使医疗保险能够全面保障城镇职工医疗服务。

还有学者结合地区实际案例及数据，对该问题进行研究。彭俊、宋世斌（2006）通过运用精算方法研究广东省珠海市社会医疗保险基金的运行情况及收支平衡情况，并且预测，珠海市医疗保险基金以目前老龄化的发展速度，按照现在的制度体系，会在2020年到2025年之间出现入不敷出的局面，提出要改变个人帐户划拨比例。朱彪、袁长海（2010）通过研究ft东省部分地区医疗保险制度及基金结余情况，分析了城镇职工及居民基本医疗保险结余过高以及新型农村合作医疗赤字的原因，提出要完善医疗保险费用结算方式及支付制度，加强基金监督管理并且充分发挥ft东省基层卫生机构的作用。

### 1.2.2 国外研究

国外学者的研究主要Axel Reimann（2003）从组织机构、监督制度、预算和审计制度、融资原则、财产管理等方面对中国和德国的医疗保险基金管理办法进行了比较研究。Steinmann（2005）研究表明人口老龄化是目前世界医疗费用迅速增长的主要因素，65岁以上人口占总人口的比重对医疗卫生费用变化有重要影响。Ma C. A.（2007）提出医疗保险经办部门的支付方式会影响医疗机构采用的诊疗手段与医疗花费的程度。Markv. Pauly从筹资和医疗费用支付方式的设计方面进行研究，提出最优的医疗保障制度应该是由病人和政府共同付费，并且要设立一定的自付比例，病人需要承担一定的费用。Cagatay K.（2008）提出医疗保险制度本身问题，比如因为第三方付费的模式也使得医疗保险存在道德风险，导致医疗保险支出增加。Posnett J.和Hitiris T.通过对比研究欧共体中不同国家的医疗费用支出情况，利用老年人口赡养系数、人均收入、通货膨胀率、医疗费用在政府全部公共性支出中所占比例等参数建立了欧共体的医疗费用预测模型。

## 1.3 研究内容

第一部分：导论。

第二部分：全面分析研究北京市医疗保险运行情况，包括医保政策、覆盖范围、筹资标准、缴费年限、待遇水平等。利用相关数据，对北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗三项医保基金结余情况进行评估。

第三部分：分析影响北京市基本医疗保险基金收支平衡的主要因素，基金收入方面，选取参保人数、职工平均工资、缴费比例、在职职工比例、死亡率、政府补助和人口老龄化程度等因素进行分析；基金支出方面选取预期寿命、起付标准和最高支付限额、医疗费用报销标准、疾病谱的变化、居民健康和保健意识、

## 医疗科技的进步等因素进行分析。

第四部分：借鉴国际上主要国家及国际组织如国际劳工组织对现收现付制医疗保险基金结余与收支平衡的相关制度及我国其他地区的先进经验。

第五部分：构建北京市医疗保险基金结余适宜度与动态平衡机制的思路与对策，为相关政府部门提供参考。

第六部分：参考文献

## 1.4 本文的创新与不足

创新之处：

第一，运用案例分析的方法。通过查阅统计年鉴及报告数据，访谈北京市医保局工作人员，对该地区的医疗保险基金管理实践情况进行专题调研，运用一手资料，分析其医疗保险基金的收支平衡问题。

第二，采取数据分析与因素分析的研究方法。本文主要分析计算了北京市医疗保险参保人数、参保率、基金收入、基金支出、基金当期与累计结余情况。数据来源为人力资源与社会保障部、北京市医保局、各统计机构公开数据。并且分析了影响医疗保险基金收入与支出的各种因素。

第三，采用比较研究的手段。世界上很多国家都利用医疗保险制度进行卫生费用的管理，很多发达国家有着十分丰富的管理经验。本文通过研究法国、德国等国家以及我国大连、云南等地区的医保基金收支情况，比较他们在医保基金管理尤其是如何有效控制医疗费用上的方法，为北京市医保基金管理提供一定的借鉴意义。

本文不足：

受相关数据资源的限制，本文对与北京市医疗保险基金平衡问题研究仍处于一般性的理论探讨层面，如何结合有效的数据展开更为深入的实证分析是下一步有待努力的方向。

# 第 2 章 北京市医疗保险运行情况

## 2.1 北京市基本情况介绍

北京是中华人民共和国的首都，也是政治、文化中心。北京市面积16410.54平方公里，下辖16个区县，分别是东城区、西城区、朝阳区、海淀区、丰台区、石景ft区、门头沟区、房ft区、大兴区、通州区、顺义区、昌平区、平谷区、怀柔区、密云县、延庆县。

2013年末北京市常住人口数为2114.8万，其中城镇人口1825.1万人，占常住人口的86.3%。全市2013年全年生产总值为19500.6亿元，城镇居民人均可支配收入为40321元，农村居民人均纯收入为18337元。北京市参加基本养老保险、基本医疗保险、失业保险、工伤保险和生育保险人数分别为1311.3万人、1354.8万人、1025.1万人、920.3万人和883.2万人。参加新型农村合作医疗的人数为

254.3万人，参合率为98%。全市卫生机构共有10126个，其中医院有632个，卫生机构共有床位10.4万张。卫生技术人员有21万人，其中执业（助理）医师

7.9万人，注册护士8.7万人。2013年全年医疗机构总诊疗19895.2万人次。[3](#_bookmark9)

## 2.2 北京市医疗保险制度历史沿革

北京市医疗保险制度与国家基本医疗保险制度一样，按照不同群体分为：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三项制度，其历史沿革将在下文中简单分别介绍。

### 2.2.1 城镇职工基本医疗保险制度

1994年，我国开始在江苏省镇江市和江西省九江市两个地区进行城镇职工

基本医疗保险制度改革试点，到1996年，试点地区扩大至38个。1998年，随着《关于建设城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发[1998] 44号）的印发，城镇职工基本医疗保险开始在我国全国地区推行。

2000年，北京市城镇职工基本医疗保险制度开始建立，并在西城区、宣武区、海淀区进行试点，该项制度是以社会统筹与个人账户相结合的方式开展的。

2001年4月，北京市出台了《北京市基本医疗保险规定》（市政府第68号令），从此，北京市城镇职工基本医疗保险制度开始拉开帷幕。制度规定：北京市机关、企事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工与退休人员均需参加城镇职工基本医疗保险。另外，北京市政府于2003年以及2005年对该项规定分别作了两次修改。

### 2.2.2 新型农村合作医疗制度

3 数据来源：北京市2013年国民经济和社会发展统计公报

2003年1月，随着《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的发布，我国新型农村合作医疗开始正式试点运行。上世纪50年代，北京市开始推行传统农村合作医疗，上世纪70年代末覆盖率已经从最初的40%迅速发展为90%，但是，到了80年代，我国集体经济开始解体，北京传统农村合作医疗也逐渐退出历史舞台。2002年，北京市大兴区在全国率先开展新型农村合作医疗制度试点，为全市推广进行了先行探索，2003年8月，北京市召开了农村卫生工作会议市，市政府发布了《关于建立新型农村合作医疗制度实施意见的通知》，市卫生局《关于进一步做好本市新型农村合作医疗工作意见的通知》，各区县开始积极开展新型农村合作医疗试点工作。

2003-2004年，北京市13个涉农区县全部实施了新农合制度。2005-2007年，新农合实现区县统筹，成立新农合管理机构、经办机构，建立了新农合筹资增长机制。2008年以来，实现了“四个统一”，即：统一筹资最低标准，统一制度框架，统一补偿项目，统一工作目标。

### 2.2.3 城镇居民基本医疗保险制度

2007年7月，随着《关于开展城镇居民基本医疗保险试点工作的指导意见》

（国发[2007] 20号）的印发，我国城镇居民基本医疗保险试点工作正式启动，第一批共有88个试点城市，到2008年试点城市扩大至229个，2009年该项医疗保险制度在全国全面推开。北京市在2007年就作为国家首批试点省市开展了试点工作。

北京市城镇居民基本医疗保险制度主要是大病保险，分为保障老年人及学生儿童的“一老一小”政策和保障无业居民的两项制度。其中“一老一小”政策是由北京市政府于2007年6月发布的《关于建立北京市城镇无医疗保障老年人和学生儿童大病医疗保险制度的实施意见》（京政发[2007] 11号），制度中规定“无医疗保障老年人是指具有北京市非农业户籍但是未纳入北京市城镇职工基本医疗保险，并且男年满60周岁，女年满50周岁的居民。学生儿童是指具有北京市非农业户籍且在本市行政区域内的小学、初中、高中、中等专业学校、技工学校、中等职业技术学校、特殊学校、工读学校和各类普通高等院校（全日制学历教育）就读的在册学生，以及参保缴费当年年龄在16周岁以下非在校少年儿童、托幼机构儿童和散居婴幼儿。”该项政策主要帮助参保的老人和学生儿童支付大病医疗费用，同时兼顾小病与慢性病费用。另外一项保障无业居民的制度是又北京市政府于2008年7月发布的《关于建立北京市城镇劳动年龄内无业居民大病医疗保险制度的实施意见》，该项制度规定“无业居民是指北京市城镇中在劳动年龄

## （男年满16周岁不满60周岁，女年满16周岁不满50周岁）内，并且未纳入城镇职工基本医疗保险的居民。”

这两项制度的建立，填补了原来城镇职工基本医疗保险中未包括人群的空白，提高了北京市医疗保险覆盖率。

随着北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗制度的建立，北京市医疗保险的覆盖率达到了基本全覆盖的水平。下表2.1反映了北京市以上三项医疗保险制度的基本情况。

表2.1 北京市三项医疗保险制度对比表

|  | 城镇职工基本医疗保险 | 新型农村合作医疗 | 2.3.3 城镇居民基本医疗保险 |
| --- | --- | --- | --- |
| 实施时间 | 2001 年 | 2003 年 | 2007 年 |
| 保障对象 | 城镇在职与退休职工 | 农民 | 城镇居民 |
| 统筹层次 | 市级 | 区县级 | 市级 |
| 管理机构 | 北京市人社局 | 北京市卫生局 | 北京市人社局 |
| 参加原则 | 强制 | 自愿 | 自愿 |
| 资金来源 | 个人+单位 | 个人+集体+财政 | 个人+集体+财政 |
| 基金构成 | 个人账户+统筹基金 | 统筹基金 | 统筹基金 |
| 保障范围 | 门诊、住院 | 大病为主 | 大病为主 |

## 2.3 北京市医疗保险的参保情况

### 2.3.1 城镇职工基本医疗保险

近年来，北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗制度都取得了很好的效果，三项医疗保险参保率均不断提高的。下表2.2

反映了近年来北京市城镇职工基本医保参保情况。截止到2012年年末，参加北京市城镇职工基本医疗保险的共计1279.7万人，占当年城镇人口的71.74%。

表2.2北京市历年城镇职工医保参保人数情况[4](#_bookmark12)（单位：万人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 参保  人数 | 210.2 | 353.8 | 436.1 | 484 | 574.8 | 679.5 | 783 | 871 | 938.4 | 1063.7 | 1188 | 1279.7 |
| 比上年  增加人数 |  | 143.6 | 82.3 | 47.9 | 90.8 | 104.7 | 103.5 | 88 | 67.4 | 125.3 | 124.3 | 91.7 |
| 城镇  人口数 | 1081.2 | 1118 | 1151.3 | 1187.2 | 1286.1 | 1350.2 | 1416.2 | 1503.6 | 1581.1 | 1686.4 | 1740.7 | 1783.7 |
| 参保率[5](#_bookmark13)  （%） | 19.44 | 31.65 | 37.88 | 40.77 | 44.69 | 50.33 | 55.29 | 57.93 | 59.35 | 63.08 | 68.25 | 71.74 |

4 数据来源：北京统计年鉴2013

5 参保率=参保人数/城镇人口数

北京市城镇职工基本医疗保险制度是在相关部门充分的调研的基础上出台的。缴费比例的确定是综合了北京市企业承受能力，职工平均工资、医疗费用等各个因素。具体规定如下：“首先，城镇职工基本医疗保险的个人缴费基数定为本人上一年度月平均工资，需要特别注意的是城镇职工的上一年度月平均工资低于北京市上一年度职工月平均工资60%的，应按北京市上一年度职工月平均工资的60%作为缴费基数；城镇职工的上一年度月平均工资高于北京市上一年度职工月平均工资300%的，应以北京市上一年度职工月平均工资300%为基数缴纳，超过部分不作为缴费基数；无法确定职工本人上一年月平均工资的，以上一年本市职工月平均工资为缴费工资基数，缴纳基本医疗保险费。单位缴费基数为本单位中全体职工缴费基数之和。其次，确定缴费比例，单位缴纳10%，职工个人缴纳2%并且缴纳3元大额医疗费用互助金，退休职工个人不缴费，每月划入个人账户资金的基数为上一年本市职工月平均工资。最后，确定个人账户与社会统筹账户的划分比例，个人单位缴纳的10%中，1%纳入大额医疗费用互助，根据参保者年龄不同，有0.8%—2%不等的部分划入个人账户，其余部分全部划入统筹账户。职工个人缴纳的2%全部划入个人账户。”2008年12月，北京市针对灵活就业人员出台了《北京市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法》，规定灵活就业人员不设立个人账户，将上年度北京市职工月平均工资的70%作为缴费基数，按6.5%的比例缴费，全部统筹账户。表2.3放映了各群体参保的缴费标准。

表2.3 北京市城镇职工基本医疗保险缴费标准

|  | 在职职工 | | | 退休职工 | | 灵活就业人员 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | ≤35 周岁 | 35— 45 周岁 | ≥45 周岁 | ≤70 周岁 | ＞70 周岁 |  |
| 个人  账户 | 个人 2%+  单位 0.8% | 个人 2%+  单位 1% | 个人 2%+  单位 2% | 4.3% | 4.8% | 不设立 |
| 社会统筹 | 单位 8.2% | 单位 8% | 单位 7% | 不缴费 | | 上年度北京市职工月平均工资  \*4.5% |

### 2.3.2 新型农村合作医疗

自2003年北京市新型农村合作医疗制度出台以来，新农合参合率基本呈现逐年上涨的趋势，新型农村合作医疗基金筹资总额、人均筹资额及补偿收益水平也不断提高，在一定程度上减少了农民“因病致贫、因病返贫”现象的发生。表

2.4反映了2004年到2012年北京市新型农村合作医疗参合人数和参合率的变化情况。截止到2012年年末，北京市农村新型合作医疗参合人数为267.5万人，参合率为98.1%。

表2.4北京市历年新农合参合人数情况[6](#_bookmark16)（单位：万人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 参合  人数 | 234 | 250.4 | 261 | 268.5 | 272.5 | 274.9 | 278.5 | 276.8 | 267.5 |
| 参合率  （%） | 71.9 | 80.3 | 86.9 | 88.9 | 92.9 | 95.7 | 96.7 | 97.7 | 98.1 |

### 2.3.3 城镇居民基本医疗保险

北京市城镇居民基本医疗保险自2007年正式启动以来，参保人数稳步增加，具体情况如表2.5所示。

表2.5北京市历年城镇居民参保人数情况[7](#_bookmark17)（单位：万人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 3.1.1 参保人数 | 146.4 | 146.1 | 145.5 | 143.7 | 159.9 | 151.9 |

2013年北京市城镇居民基本医疗保险个人缴费标准为：城镇无业居民个人

缴费600元，城镇老年人及残疾无业居民个人缴费300元，学生儿童个人缴费

100元。医疗保险基金具体支付标准为：门诊治疗起付线为650元，起付线以上部分医疗保险报销50%，2000元封顶。住院治疗，城镇老年人、无业居民起付线为1300元，起付线以上部分医疗保险报销60%，15万元封顶。学生儿童起付线为650元，起付线以上部分医疗保险报销70%，17万元封顶。

## 2.4 北京市医疗保险基金收支情况

### 2.4.1 城镇职工基本医疗保险基金收支情况

下表2.6反映了自2007年以来北京市城镇职工基本医疗保险基金收入、支

出、当期结余及累计结余的情况。截止2012年年末，北京市城镇职工基本医疗

保险统筹基金收入506.9亿元，支出500.4亿元，当年结余6.5亿元，累计结余

189.4亿元。

表2.6 2007-2012年北京市城镇职工基本医疗保险基金结余情况[8](#_bookmark18)（单位：亿元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 基金收入 | 155.1 | 191.2 | 237.9 | 296.8 | 375.3 | 506.9 |
| 基金支出 | 112.8 | 133.1 | 207.9 | 285.7 | 374.5 | 500.4 |
| 当年结余 | 42.3 | 58.1 | 30 | 11.1 | 0.8 | 6.5 |
| 当年结余率[9](#_bookmark19)(%) | 27.27 | 30.39 | 12.61 | 3.74 | 0.21 | 1.28 |
| 累计结余 | 129.2 | 191.1 | 180.5 | 191.6 | 192.4 | 189.4 |
| 累计结余率[10](#_bookmark20)(%) | 114.54 | 143.58 | 86.82 | 67.06 | 51.38 | 37.85 |

6 数据来源：北京统计年鉴2013

7 数据来源：中国统计年鉴

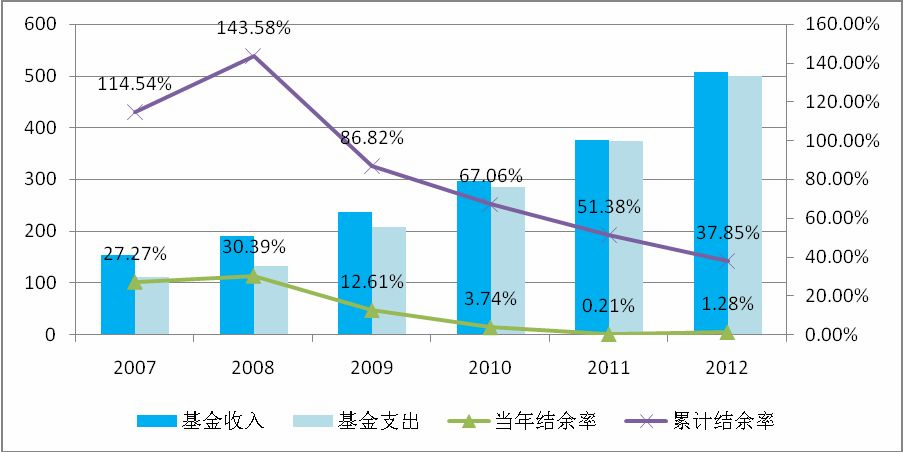
8 数据来源：本人根据中国统计年鉴数据整理所得

9 当年结余率=当年结余/基金收入

10 累计结余率=累计结余/基金收入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 可支付月数[11](#_bookmark22)（月） | 13.74 | 17.23 | 10.42 | 8.05 | 6.17 | 4.54 |

从下图2.1可以看出，自2007年以来，基金收入逐年稳步上升，同时，基金支出也呈现出逐年增加的趋势。而且，基金支出的增长速度大于基金收入的增长速度，当年结余率从2007年的27.27%降到2011年的0.21%，2012年略有上升。累计结余率在2008年出现高峰，为143.58%，可支付月数高达17.23，远远高于我国人力资源与社会保障部2009年67号文件规定的6至9个月平均支付水平，之后逐年递减，直到2010年达到9个月之下。总体看来，近三年来，北京市城镇职工医疗保险统筹基金以从过去的结余过多的状态中调整了过来。



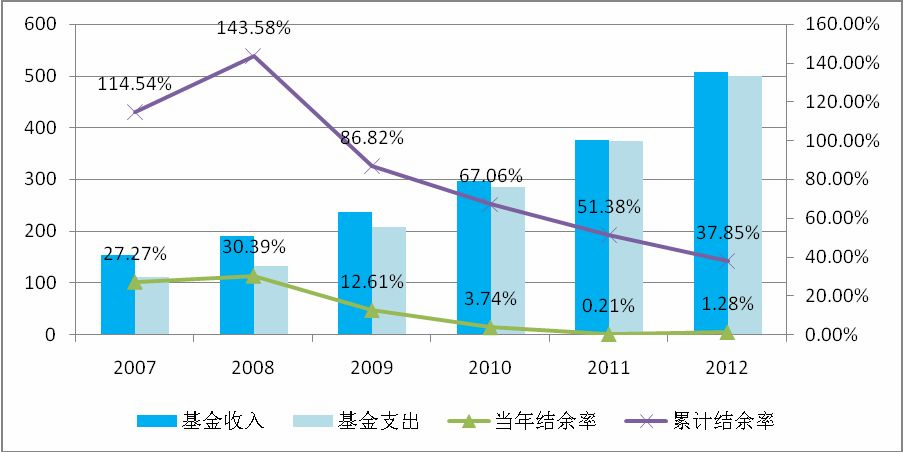


图2.1 2007-2012年北京市城镇职工基本医疗保险基金结余情况

### 2.4.2 新型农村合作医疗基金筹资情况

从下表2.7可以看出，自2007年到2012年，北京市新型农村合作医疗筹资额逐年递增，参合农民人均筹资水平由237元增加到707元，增长了3倍多。总筹资额从6.37亿元上升到18.91亿元，增长了近3倍。新型农村合作医疗补偿受益人次由200.52万人次增加到566.6.2万人次。

表2.7 2007-2012年北京市新型农村合作医疗运行情况[12](#_bookmark23)（单位：亿元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 筹资总额（亿元） | 6.37 | 9.16 | 11.92 | 15.47 | 17.64 | 18.91 |
| 参合人数（万人） | 268.5 | 272.5 | 274.9 | 278.5 | 276.8 | 267.5 |
| 人均筹资额（元） | 237.24 | 336.15 | 433.61 | 555.48 | 637.28 | 706.92 |
| 补偿受益人次（万人次） | 200.52 | 277.51 | 456.23 | 694.5 | 672.9 | 565.6 |

根据《关于调整和完善本市新型农村合作医疗筹资标准和补偿政策意见》（京

11 可支付月数=累计结余/(基金支出/12)

12数据来源：中国卫生统计年鉴

10

政办发[2007] 55号），北京市从2007年开始在全国范围内率先在所有统筹区县实行门诊统筹。

### 2.4.3 城镇居民基本医疗保险基金收支情况

下表2.8反映了自2007年以来北京市城镇居民基本医疗保险基金收入、支

出、当期结余及累计结余的情况。截止2012年年末，北京市城镇居民基本医疗

保险统筹基金收入9.5亿元，支出8.8亿元，当年结余7000万元，累计结余 9

亿元。

表2.82007-2012年北京市城镇居民基本医疗保险基金结余情况[13](#_bookmark25)（单位：亿元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 基金收入 | 4.4 | 5.6 | 5.1 | 1.6 | 11.4 | 9.5 |
| 基金支出 | 0.3 | 3.3 | 4.1 | 4.7 | 7.4 | 8.8 |
| 当年结余 | 4.1 | 2.3 | 1 | -3.1 | 4 | 0.7 |
| 当年结余率（%） | 93.18 | 41.07 | 19.61 | -193.75 | 35.09 | 7.37 |
| 累计结余 | 4.2 | 6.4 | 7.4 | 4.4 | 8.3 | 9 |
| 累计结余率（%） | 95.45 | 114.29 | 145.10 | 275.00 | 72.81 | 94.74 |
| 可支付月数（月） | 168.00 | 23.27 | 21.66 | 11.23 | 13.46 | 12.27 |

从下图2.2可以看出，北京市城镇居民基本医疗保险基金收入呈现不稳定的状况，2007-2009三年基金收入基本稳定在5亿元左右，2010年基金收入减少到不足两亿，2011年与2012年基金收入又大幅增长。而与此同时，自2007年以来，基金支出逐年增长。北京市城镇居民基本医疗保险基金结余率整体相比职工基本保险基金结余率来言明显偏高，可支付月数均在11个月以上，有些年份甚至超过20个月。由于2010年基金收入的突减，2010年当期结余率接近-200%，但是累计结余率在2010年出现高峰275%，说明2010年减少基金收入很好地降低了基金过量结余，将可支付月数降低到了11个月。





图2.2 2007-2012年北京市城镇居民基本医疗保险基金结余情况

13数据来源：本人根据中国统计年鉴数据整理所得

总的来说，北京市城镇居民基本医疗保险基金结余率比较高，由于居民医疗保险制度实行的时间比较短，制度运行不太平稳，北京市医疗保险经办管理机构应该针对这一问题开展调查研究，通过调整缴费率、财政补贴比例、起付线、封顶线、医疗保险报销项目范围、医疗费用报销比例等方式，使城镇居民医疗保险基金能够实现“收支平衡、略有结余”的目标。

# 第 3 章 影响医疗保险基金收支因素分析

医疗保险统筹基金建立的原则是“收支平衡、略有结余”，一般来说，基金当期出现结余大多是因为当期收入高于当期支出。下面我们从基金收入与支出两个方面进行分析。

## 3.1 影响基金收入因素分析

影响医疗保险基金收入的因素有很多，各因素对基金收入的影响程度也不同，总结起来，主要有：参保人数、职工平均工资、缴费比例、在职职工比例、死亡率、政府补助和人口老龄化程度等。

### 3.1.1 参保人数

参保人数是医疗保险基金收入的重要影响因素。并且参保人数与医疗保险基金收入呈完全正相关的关系，即在其他变量不变的情况下，参保人数越多，医疗保险基金收入越多，且参保人数变化比例与基金收入变化比例相同。下图3.1、3.2、

3.3分别将近年来北京市三项医疗保险的基金收入与参保人数变化进行对比，可以看出，2007年以来，北京市城镇职工医疗保险制度的参保人数逐年显著上升，医疗保险基金收入也呈现出逐年稳步增加的态势，同样，城镇居民基本医疗保险的参保人数与基金收入在2007到2012年的变化趋势也完全趋同，而且，新型农村合作医疗的参合人数与筹资总额除了在2012年出现反向的关系外，其他年份基本呈现出相同的变化。





图3.1 北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与参保人数关系





图3.2 北京市城镇居民基本医疗保险基金收入与参保人数关系





图3.3 北京市新型农村合作医疗基金筹资总额与参合人数关系

### 3.1.2 职工平均工资

北京市城镇职工基本医疗保险基金是按照缴费基数的一定比例征收的，缴费基数又是按照职工工资确定的。其中，个人缴费基数为本人上一年度月平均工资，单位缴费基数为本单位中全体职工缴费基数之和，退休职工每月划入个人账户资金的基数为上一年北京市职工的月平均工资。所以，北京市职工的平均工资变化会影响城镇职工医疗保险基金的收入，在其他条件不变的情况下，职工平均工资与基金收入正相关。北京市城镇居民基本医疗保险制度实行的标准的几次提高对基金收入也产生了正向影响。新型农村合作医疗基金中个人缴费比例的确定也与参合农民纯收入相关。下图3.4、3.5反映的是北京市职工的年平均工资水平分别

与城镇职工基本医疗保险基金收入及城镇居民基本医疗保险基金收入之间的关系，可以看出，北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与城镇居民基本医疗保险基金收入均随着北京市职工年平均工资水平的升高而升高。





图3.4 北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与职工工资水平关系





图3.5 北京市城镇居民基本医疗保险基金收入与职工工资水平关系

### 3.1.3 缴费比例

缴费比例是一项政策性因素，北京市城镇职工基本医疗保险缴费率实行单位缴纳10%，个人缴纳2%，略高于全国平均水平。我国各个地区根据自身经济发展情况及单位与个人承受能力规定不同的缴费比例。一般而言，在其他条件不变的情况下，缴费比例越高，医疗保险基金收入越高。

### 3.1.4 在职职工比例

由于在职职工与所在单位承担着全部城镇职工基本医疗保险金缴纳的任务，而退休职工需要不缴费，所以，在职职工比例越多，城镇职工基本医疗保险基金收入就越多，退休职工比例越多，城镇职工基本医疗保险基金收入就越少。下图反映了北京市2007年以来在职职工比例及城镇职工基本医疗保险基金收入的关系，两者基本呈现正相关的关系。





图3.6 北京市城镇职工基本医疗保险基金收入与在职职工比例关系

### 3.1.5 死亡率

这里的死亡率特指，非正常死亡，即尚处于医疗保险缴费阶段的参保的死亡率。由于各项疾病及交通意外等突发情况的发生，每年都会发生大量医疗保险参保人死亡的现象。这部分人群随着死亡的发生，其缴费义务也会消失，会对医疗保险基金收入产生影响。死亡率越高，医疗保险基金收入越低。

### 3.1.6 政府补助

北京市城镇职工医疗保险基金由个人和单位共同缴纳，而城镇居民基本医疗保险基金与新型农村合作医疗基金由个人和集体缴纳，并由各级政府财政提供补贴。所以，政府补贴的水平也会影响城镇居民基本医疗保险基金及新型农村合作医疗基金的收入。北京市各级政府也多次提高以上两项医疗保险基金政府补贴水平，以此来保障城镇老人和学生儿童以及失业人员与农民的医疗。

### 3.1.7 人口老龄化

老年人对医疗保险需求明显要高于年轻人。另外，由于《社会保险法》规定退休职工不缴费，所以，老龄化程度与基金收入呈负相关。老龄化程度越高，基金收入相对将会减少。老龄化程度对医疗保险基金的影响是一个长期的过程。我

国已经进入快速老龄化阶段，北京市人口老龄化程度也在增加，2012年，北京市60周岁以上老人占常住人口的13.8%，远远超过国际标准10%，65周岁以上老人占常住人口的8.9%，也远远超过国际标准7%.[14](#_bookmark32)

## 3.2 影响基金支出因素分析

影响基金支出的因素主要包括：预期寿命、起付标准和最高支付限额、医疗费用报销标准、疾病谱的变化、居民健康和保健意识、医疗科技的进步等。

### 3.2.1 预期寿命

老年人对医疗服务的需求是年轻人的几倍到十几倍，人的预期寿命越长，需要的医疗服务就越多。近年来，北京市人口预期寿命在不断延长，北京市户籍人口的预期寿命已经从2008年的80.27%增长到了2012年的81.35%[15](#_bookmark33)。人口老龄化程度在不断加深，使城镇职工基本医疗保险基金、城镇居民基本医疗保险基金与新型农村合作医疗基金支出的压力也不断增加。

### 3.2.2 起付标准和最高支付限额

为了防止医疗保险基金的道德风险，医疗保险一般都设置一定的起付线和封顶线。一般情况下，起付标准越高，最高支付限额越低，医疗保险基金支出越少。相反，支付标准越低，最高支付限额越高，医疗保险基金支付越多。

### 3.2.3 医疗费用报销标准

同样为了防范医疗道德风险，维持医疗保险基金可持续发展，医疗保险制度中明确规定可报销的医疗项目与各项诊疗项目费用的报销比例。一般来说，可报销的项目范围越大，医疗保险基金支出越多，在其他条件不变的情况下，医疗费用报销比例与医疗保险基金支出呈现完全正相关的关系。

### 3.2.4 疾病谱的变化

疾病谱是指某一地区危害人群健康的所有疾病中按其危害程度（导致死亡）的顺序排列成的疾病谱带。根据2012年北京市卫生工作统计资料显示，2012年北京市导致死亡最多的四项疾病分别为：恶性肿瘤、心脏病、脑血管病和呼吸疾病，所占比例分别为26.76%、25.08%、21.45%、9.87%，合计占比超过80%。以上四项疾病的发生与人们的社会因素、心理因素、环境因素以及生活方式有很大关系。北京市人们生活节奏交快，工作压力大，再加上近年来城市环境污染严重，经常出现雾霾，这些因素与恶性肿瘤、心脏病、脑血管病和呼吸疾病的发生有很大影响。然而这四种疾病的医疗费用都非常高，所以，疾病谱的变化对医疗

14 数据来源：北京统计年鉴2013

15 数据来源：北京市卫生工作统计资料简编

### 保险基金支出有重要影响。

### 3.2.5 居民健康和保健意识

从发达国家来看，随着经济的发展，人民生活水平的提高，卫生、医疗、保健费用必然随之上涨。这是因为，一方面，人民收入水平提高，必然会对健康加以重视。主要表现在注意锻炼身体、关注营养和饮食、改善不良饮食习惯。另一方面，人们更加注重个人健康，会增加就业频率，导致医疗服务需求增加，就诊和住院量增加，医疗保险基金支出增加。

### 3.2.6 医疗科技的进步

科学技术是第一生产力，医学事业的发展、医疗质量的提高和功能的扩展都依赖于医学科技的进步。我国现阶段医学和医疗科技技术的不断发展带来和药品的更新换代，检查和治疗设备的推陈出新，如CT、MRI等高精尖仪器的引进和使用，对于患者来说，改善了参保者的健康状况，同时也带来了医疗服务成本的提高。医疗科技进步的后果必然是推动医疗费用的增长，导致医疗保险费用支出增加。

# 第 4 章 国外及我国其他地区基金管理经验

基金收支平衡管理是医疗保障制度持续发展的基础，国外部分国家为控制基金合理结余，提高基金的使用效率，纷纷建立了风险储备金制度。我国其他地区对医疗保险基金结余管理也进行了相关探索。

## 4.1 国外部分国家医疗保险基金收支管理

国际上很多国家的医疗保险制度已经实行几十年甚至上百年了，发达国家在医疗保险基金管理和费用控制方面也有着十分丰富的管理经验。

国际劳工组织在《卫生筹资建模》中指出，医疗保险风险储备金累计最高提取额会受到基金波动程度、当期提取比例和基金管理水平等因素的影响，一般在年支出的25%至100%之间。医疗保险制度覆盖范围大并且人口稳定的国家，可将风险储备金累计最高提取额定在3个月的支出水平。基金规模小，人群发病率变动大的统筹地区，可能需要将风险储备金累计最高提取额定在3年的支出水平以上。发生瘟疫或者其他公共卫生危机时，常常通过财政拨款弥补医保基金赤字。德国风险当期风险储备金提取比例（占年支出额的比例）不低于十二分之一（即一个月的支付水平），法国储备金率为10%—12%，荷兰风险储备金是年预期支出的6%。[16](#_bookmark37)三个国家当期医疗保险风险储备金提取比例均小于15%。下面将分别分析法国、德国、美国医疗保险基金管理方法，探索其保持医疗保险基金平衡的有效手段，尤其是如何有效控制医疗费用的方法，从而为北京市医疗保险基金管理提供一定的借鉴意义。

### 4.1.1 法国医疗保险基金管理

法国在1945年便创立了医疗保险体系，并且社保体系覆盖了包括企事业单位雇员、公务员、工人、农民、自由职业者及退休人员所有国民。目前法国的医疗保险制度覆盖率高达99.2%，包括全体国民必须参加的基本医疗保险以及自愿参加的补充医疗保险，还为部分月均收入低于六百欧元的弱势群体提供免费医疗。法国医疗保险基金的管理机构为国家医疗保险管理局，并设有17个大区分局，医疗保险费是由ACOSS负责征收。

法国医疗卫生费用近年来呈逐步增长的态势，医疗费用支出总额占GDP的比重均在10%以上，超过了西方经济发展合作组织成员国家9%的平均水平。法国规定的各项医疗保险基金支付医疗费用的比例为：基本医疗保险基金支付

77%，补充医疗保险基金支付12.5%，个人支付9%，剩余的1.5%由国家补助。

16 国际劳动工组织，卫生筹资建模，1999

但在2004年之前，个人承担医疗卫生费用的比例高达16.8%。随着医疗卫生费用的不断上涨，医疗保险支出费用的比例也逐步攀升。

法国医疗保险基金长期处于赤字状态，为了控制法国卫生费用的过快增长，改善医疗保险基金入不敷出的状况，调节卫生资源的配置，提高其利用效率，法国政府开展了一系列调控政策和措施。2004年法国开始实施Douste-Blazy改革，该项政策主要从以下七个方面进行改革：一是强化医疗服务程序的规范性和协调性，医生需要为病人建立个人档案并且严格按照医疗服务程序执行，否则会受到处罚。二是加强医疗服务的质量控制，对各项医疗服务进行严格评估，监督医疗服务决策权的实行。三是优化项目管理，减少医疗保险基金支付过程中的错误操作。四是充分发挥国家医疗保险管理中心的统筹协调管理职能。五是通过设置自付比例和起付线来防范道德风险，制度规定单次诊疗的费用需由个人自付1欧元，每盒药自付0.5欧元，同时规定了一些需要完全自费的非常规检查项目。六是医疗保险机构参与公共健康管理，确保医疗服务信息的真实可靠。七是加大对医疗保险参保者的政策宣传力度。

### 4.1.2 德国医疗保险基金管理

德国在1883年通过立法建立了国家医疗保险，即《工人疾病保险法》，这一法律的颁布至今已有130年了，在这一百多年中，德国医疗保险也在不断地完善与改革，医疗保险的覆盖率以及待遇水平都有了很大的提高，大约88%的国民均参加了强制性健康保险，有10%的高收入群体参加私人保险，另外还有2%的人口享受免费医疗，主要是军人与警察。

在德国的社保体系下，通常每个险种都会有一个独立的社会保险经办机构，医疗保险的经办机构也是医疗保险基金管理机构。这种组织机构形式保障了医疗保险本身和保险机构的财务分离。德国所有的社会保险经办机构都是具有权利能力的法人，而不是国家机关，所以，社会保险的财政预算与决策都需要议会的批准，这在一定程度上使得德国社会保险在履行自身职责时被有效的监督。

与法国相比，德国卫生费用支出总体保持稳定，其中公共医疗支出占总医疗支出的比重也相对比较平衡，人均医疗费用较其他OECD国家较低。近年来，德国联邦政府采取了一系列措施来控制卫生保健费用，并竭力稳定健康保险制度保险金收费率。1989年德国制定了药品参考价格制度，这项制度规定了药店从

健康保险制度疾病基金会取得药品的价格上限，从而有效控制了药品费用支出。

1993年德国制定了卫生保健部门全面预算制度，规定各卫生保健部门必须在预算内开展医疗服务，并且规定预算涵盖了所有的卫生保健费用，包括住院治疗、门诊治疗、处方药品费用以及残疾基金会的管理费用等。同时对医院实行新的价格制度，限制新的医生进入，加强门诊与住院服务之间的联系，允许参保者自由选择疾病基金会。1997年德国对健康保险制度进行了重组与重新定，规定各个疾病基金会之间可以进行资金调剂。主要包括：用于大额支付的州协会和全联邦协会的机构间协调金、由最高一级医疗保险管理机构协会形成的可以在紧急情况下使用的转移财政援助、医疗管理机构之间的风险调剂金和用于改善慢性病患者医疗的项目特别调剂金。单就医疗管理机构之间的风险调剂金一项，在2001年资金转移规模就有130亿欧元。[17](#_bookmark40)

事实上，德国的医疗保险基金调剂制度也在逐步改革，从以收入为导向的调剂制度向以发病率为导向的调剂制度进行转变，以期能够有效遏制医疗保险基金管理机构间被扭曲的竞争，从而将医疗保险的费用支出控制在更为合理的范围。除了财政调剂金的规定，德国为减轻财政负担，进一步改善医疗保险基金的运营情况，在2004年实行了一系列旨在控制医疗费用的改革措施开源节流。开源方面包括增加缴费，将非工资性收入也纳入工资收入之中，全部计入缴费基数，通过提高烟草税收来弥补家庭护理费开支。节流方面包括减少医疗保险不必要的支出项目，例如假牙、隐形眼镜等，提高住院费用的自付比例，加强家庭医疗护理。

### 4.1.3 美国医疗保险基金管理

美国现行的医疗保险制度不同于德国和法国，美国并没有全国统一的医疗保险，而国民医疗保障主要由私人医疗保险和公共医疗保险两大类保险计划提供，它属于混合型的医疗保障制度。[18](#_bookmark41)其中，公共医疗保险主要包含七个保险项目：联邦雇员健康福利项目（FEHBP）、三军医疗照护计划（TRICARE）、退伍军人健康计划（VHA）、印第安人健康计划（IHS）、医疗救助计划（Medicaid）、州儿童健康保险计划（SCHIP）、医疗照顾计划（Medicare）。它由联邦政府进行筹资，专门为以上特定人群提供医疗保障。私人医疗保险主要由雇主性医疗保险和个人医疗保险两部分组成。雇主性医疗保险由雇主自愿提供的，商业性个人医疗保险，可以为自己在市场上自由购买，目前美国在此保险覆盖范围内的人口数量大约有

17 Axel Reimann，中德社会保险基金管理法之比较

18 郑功成.社会保障学——理念、制度、实践与思辨，商务印书馆.2000年9月，287.

1700万。有研究认为，美国以商业医疗保险为主的模式，充分发挥了市场调剂功能，广泛存在的健康维护组织（HMO）打破了传统的参保者、医疗保险和医疗服务提供者的三角关系，将医疗保险机构与医疗服务机构合二为一，从而能够有效地控制医疗费用支出。[19](#_bookmark43)

美国医疗费用支出占GDP的比重明显高于其他OECD国家，超出其他主要工业化国家的两倍。虽然美国以私人医疗保险为主，商业医疗保险基金支付占医疗费用支出的66%，但公共医疗费用支出的增长速度高于私人医疗费用支出。近年来，美国采取了多项改革措施来降低医疗费用支出的上涨速度，包括：改革医疗服务的提供方式、改革医疗费用支付方式、需求证明书法案、增强医患的费用意识和按资源投入为基准的相对值费用计算法等。

从政府承担主要责任的几个社会医疗保险计划来看，基金运行效果较好，实现了收支平衡、略有结余的目标，基本上保证了保险计划的顺利进行。

## 4.2 我国其他地区医疗保险基金收支管理

我国各地在基本医疗保险制度运行过程中，根据国家相关政策，结合当地实际情况，采取了各式各样的方式来保持基金平衡，防止基金出险。比较有代表性的地区有云南省楚雄彝族自治州、辽宁省大连市、四川省成都市等，下面将分别分析各地基金管理实践经验。

### 4.2.1 云南楚雄医疗保险基金管理

云南省楚雄州城镇职工基本医疗保险2000年开始实施，城镇居民基本医疗保险作为国务院首批试点2007年正式启动。截止2012年底，基本医疗保险参保

41.92万人，新型农村合作医疗参保210.95万人。[20](#_bookmark44)2009年，人力资源与社会保障部出台《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》（人社部发

[2009] 67号）后，楚雄自治州按照云南省《关于进一步提高城镇职工和城镇居民基本医疗保险待遇水平和基金使用效率的意见》，于2010年出台《楚雄州医药卫生体制改革3年实施方案》，开始建立完善楚雄自治州基本医疗保险基金的风险防范机制，增大医疗保险基金监管力度，并且按照医疗保险基金“以收定支、收支平衡、略有结余”这一原则来将三项医疗保险基金水平控制在一个合理的范围内。楚雄自治州根据当地医疗保险基金收支情况将当期结余适控制在15%以内。其主要做法包括以下几点：

一是实行浮动费率制。按照《楚雄州人民政府关于全州城镇职工基本医疗保险实行州级统筹管理的通知》，城镇职工基本医疗保险于2010年4月1日开始实施浮动费率制。具体规定如下：“城镇职工基本医疗保险实行”单基数“缴费，

19 穆怀中.社会保障国际比较. M.北京：中国劳动社会保障出版社.2002年2月；226

20 数据来源：楚雄州2012年国民经济和社会发展统计公报

基本医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳，单位缴费根据统筹基金结余情况进行浮动调整，统筹基金当期结余率高于5%时，下一统筹年度执行8%的基准费率。统筹基金当期结余率低于5%时，下一年度单位缴费费率上浮为9%，直至当年统筹基金结余率上升到5%以上。统筹基金当期结余率连续3年高于

10%时，下一年度单位缴费费率下调为7%，直至统筹基金当期结余率降至10%

以下时，再恢复为8%的基准费率。“

二是提高统筹层次，建立风险调剂金。为了抵御更大风险，扩大风险池，2010年4月，楚雄彝族自治州开始实施城镇职工基本医疗保险州级统筹的制度，并且建立了州级调剂金。《楚雄州人民政府关于全州城镇职工基本医疗保险实行州级统筹管理的通知》中规定“州级统筹坚持统一制度、统一标准、统一管理、统一结算和统一调剂的原则。州级统筹前城镇职工基本医疗保险基金的累积和州级统筹实施后基金的当期结余全部作为州级统筹调剂金，县市在严格执行全州统一的城镇职工基本医疗保险政策和基金预算，完成当年城镇职工基本医疗保险年度目标任务的前提下，基金出险当期赤字的，可申请使用调剂金进行弥补。”楚雄彝族自治州于2007年试点启动时建立州级风险储备基金，由财政安排300万元，今后每年财政增加100万元，2010年达到600万元后不再增加。

三是引入医疗保险服务协议管理。首先，建立协议管理，制定了《医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》，对定点医疗机构平均住院天数、支付标准等都作了具体的控制指标以及量化规定，使监管更具操作性。同时，对定点医疗机构的准入条件、审批流程、推出机制等作了明确的规定。制定了“医疗保险结算办法”，控制定点医疗机构的费用。制定了《定点医疗机构和定点零售药店服务质量考核办法》，对达到要求的定点医疗机构返还服务质量保证金并依此作为次年签订服务协议的依据，强化了对定点医疗机构的管理。制定了《医保反欺诈暂行办法》，加大违规处罚力度。每年定期或不定期组织开展基金专项检查，尤其对“两定机构”挂病床住院、弄虚作假等欺诈行为进行重点查处，及时追回或拒付违约费用，责令限期整改或取消定点资格。其次，考核管理。采取日常审核和不定期查访的形式，对定点医疗机构上传的医疗费用发生数据或参保患者的病历进行检查，对违规费用不予支付并放大2至5倍扣减，同时进行及时的登记和量分。并突出年终考核管理，对医院在执行医保政策、组织管理、药品及诊疗项目管理、医疗服务控制指标、信息系统建设等方面进行综合考核。再次，开展专项检查，对定点医疗机构定期或不定期开展专项检查，重点检查是否弄虚作假、骗保套保行为，对存在严重问题的医疗机构采取限期整改、取消医保定点资格和加大违规处罚的措施，进一步规范定点医疗机构的管理。最后，实施分类审核，在审核过程中注意突出重点，对不同级别、性质的医院因地制宜、有侧重的分别审核。对三级定

点医疗机构的审核主要侧重于其医疗行为的合理性。包括大型价差、特殊诊疗是否合理，是否扩大检查范围，是否存在分解收费，是否严格超药品目录限制的用药等。

从实施效果来看，统筹基金当期结余率快速下降，统筹基金累计结余率也出现了明显下降。

### 4.2.2 辽宁大连医疗保险基金管理

大连市职工医疗保险制度1996年7月开始实施，城镇居民医疗保险2007年9月开始运行。截止2012年末，医疗保险参保人数453.1万人，基金收入83.2亿元，基金支出74.2亿元。[21](#_bookmark46)

2009年1月，大连出台《大连市关于压缩城镇职工基本医疗保险基金结余适当提高城镇职工基本医疗保险待遇的指导意见》，意见规定，“各统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金，扣除困难企业退休人员一次性参保筹集的资金及预期应支付的部分，要实现当期收支平衡。市级统筹地区要控制在当期统筹基金收入额15%左右，县级统筹地区要控制在20%左右，作为风险调剂金，超过的部分，要采取措施逐年消化，以进一步发挥基金效能，使参保人员基本医疗保险待遇不断提高，用人单位参保缴费负担有所减轻。”

根据城镇职工基本医疗保险基金结余比例控制的总体要求，基金结余过多的，采取以下政策措施逐步消化。主要措施：

一是提高参保人员的待遇水平。包括适当降低统筹基金起付标准。为减轻参保患者负担，并合理利用各级各类医疗资源，对参保患者在社区定点医疗卫生服务机构治疗的，可不设统筹基金起付标准，在其他定点医院住院或特殊病种门诊治疗的，可根据医院级别适当降低现行统筹基金起付标准。如将70岁以上老人三级住院起付线由850元降为450元。适当提高统筹基金支付比例。各个统筹地区可根据本地实际情况，适当提高参保患者在社区定点医疗卫生机构和二级以下定点机构就医费用的统筹基金支付比例。扩大门诊特殊病种数量，门诊特殊病种，是指纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的一些治疗周期较长，且不需要住院治疗，只需门诊治疗，但治疗费用较高的病种。适当扩大参保患者的受益面，解决患大病和慢性病参保患者的负担，各统筹地区要结合本地实际，适当扩大门诊特殊病种的数量，有条件的统筹地区，可研究探索门诊费用统筹办法。放开乙类药品的部分限制。

二是确定统筹基金结算方式。各统筹地区要根据本地实际情况，确定统筹基金的科学结算方式，有条件的统筹地区，要逐步扩大病种结算范围。统筹基金结算标准，要根据费用增长情况，及时进行调整。统筹基金最高支付限额未达到国

21 数据来源：2012年大连市人力资源和社会保障事业发展统计公报

家规定标准的，要及时进行调整。各级医疗保险经办机构要按定点协议，及时与定点医疗机构进行基金的结算、拨付。

从初步实施效果来看，以上措施实施以来统筹基金当期结余率出现了明显的下降。

### 4.2.3 其他地区医疗保险基金管理

除上述两个地区外，国内不少城市通过建立针对不同制度的风险储备金。如成都市2009年实施市级统筹，并根据区（市）县上年度基本医疗保险基金会计决算报表中的基本医疗保险基金支出数据，按月平均支付额3个月的标准核定基本医疗保险备用金，报经市劳动保障局、市财政局审批后，从区（市）县历年积累的基金结余中划转到同级基本医疗保险基金支出户作为市级统筹基金支付备用金。

2001年，南昌市出台了《南昌市城镇退休人员一次性缴纳基本医疗保险风险储备金暂行办法》，建立的退休人员医疗保险风险储备金主要用于弥补基本医疗保险统筹基金的不足，并且实行财政专款专户管理。风险储备金的来源由用人单位按已参保退休人员的实际数每人600元的标准一次性缴纳。

张家界市城镇居民基本医疗保险风险储备金制度是风险储备金按基金年收入的3%逐年提取，总量累计达到统筹基金的年收入的15%后不再提取。风险储备金由市医保经办机构统一管理，市级进行风险调剂，区县财政按是调剂金1: 1配套。

# 第 5 章 思路与对策

通过对北京市城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗的基金收支平衡分析，借鉴国外及我国其他地区的先进经验，从基金管理、基金收入与基金支出三个方面对北京市医疗保险基金收支平衡管理提出以下对策建议。

## 5.1 基金管理方面

### 5.1.1 建立风险储备金制度

通过上文分析，北京市医疗保险累计结余率较高，部分年份超过100%，近年来三项医疗保险基金结余率逐年下降。建议北京市建立医疗保险风险储备金制度，将医疗保险基金的一部分划入风险储备金，以实现基金的年度调剂。一方面能够防范地区流行病、自然灾害造成医疗保险基金支出剧增的风险，另一方面，在风险储备金制度保障下，可以通过调整缴费率和支付水平来适当降低基金的结余率。

### 5.1.2 建立医疗保险风险预警机制

为了保证医疗保险基金收支平衡，北京市医疗保险经办管理机构应该建立医疗保险风险预警机制，对基金可能发生的风险进行预警，从而防止基金收不抵支或者过度结余。医疗保险风险预警机制的建立包括，对医疗保险基金结余率、医疗费用等指标的监控与分析，建立评价体系，根据风险程度划分预警分级，对预警进行信息反馈，及时调整医疗保险基金缴费率和支付水平，使医疗保险基金结余始终控制在一个合理的区间，保持基金动态平衡。

### 5.1.3 提高统筹层次，促进基金区域调剂

目前北京市城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险实行的都是市级统筹，而新型农村合作医疗采取的是区县级统筹的模式，北京市卫生局应该提高新农合的统筹层次。国家卫生部与人力资源与社会保障部也应该尽快出台全国统一的医疗保险数据标准与结算规范，使基金能够实现跨区域管理与结算。并且应该通过医疗保险基金的区域间调剂实现医疗保险基金收支平衡、适度结余的目标。

## 5.2 基金收入方面

### 5.2.1 科学测算并动态调整基金筹资水平及比例

医疗保险基金的筹集是保障北京市城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度的持续发展与稳步推行的基础，北京市三项医疗保险基金筹资水平及比例在很长一段时期较少出现变动。然而，医疗保

险基金的长期与短期的收支平衡离不开对影响基金收入与支出的影响因子的测算，所以要运用科学有效的方法对北京市三项医疗保险基金消费进行抽样，结合缴费基数，应用保险精算的手段对基金出险进行测算，从而动态调整北京市城镇职工基本医疗保险的个人及单位缴费水平，以及城镇居民和农村人口每人每年所缴纳的费用额度、政府给予的补助比例等。这样有助于确保医疗保险资金来源的稳定与充足，保障医疗保险基金的支付能力。

### 5.2.2 加强政府补贴力度

北京市政府应致力于提高城镇居民及农民的生活水平，并对城镇居民基本医疗保险基金及新型农村合作医疗基金给予财政补贴。以上两项医疗保险制度的建立，是为了保证“一老一小”、无业居民和农村居民基本医疗需求，减轻参保人因高昂的医疗费用而带来的经济负担，因此，这两项制度的顺利运行需要充足的基金收入为基础，加大政府财政补贴的力度，保证城镇居民基本医疗保险基金和新型农村合作医疗基金的充足来源。北京市各级政府要明确对这两项医疗保险的财政补贴责任和水平，并且做到随着经济社会的发展逐年增加财政补贴，同时保证财政补贴增加的幅度大于或等于同期医疗保险支出的增长幅度。

### 5.2.3 扩宽医疗保险基金投资渠道与运用方式

北京市目前对于医疗保险基金累计结余一般都是存入银行或者购买国债等稳定性较高的金融产品，这类产品的投资能够很好地保障医疗保险基金的安全。但是随着通货膨胀的发生，为了使医疗保险基金保值增值，建议北京市医疗保险经办管理机构在充分保障基金安全性的前提下，可以适当投资收益率相对较高的金融产品，如债券、股票、基金等，以此来提高基金投资收益。但是必须要严格控制基金投资风险，对单项投资设立限额。此外，也可以设置基金结余的一个合理比例，将超过该比例的部分基金用于建立健身中心及老年活动中心等，为人们提供健康锻炼的场所。

## 5.3 基金支出方面

### 5.3.1 建立完善的基金支出监督管理机制

建立完善的基金支出监督管理机制是医疗保险基金健康运行的保障，北京市医疗保险经办机构必须建立健全基金支出监督机制，严格规范定点医疗机构设备引进及药品采购流程，监督定点医疗机构提供医疗服务的操作标准，重点监督其合理收费、合理用药，坚决打击骗保、套保行为。定期对每一家定点医疗机构进行评估，不定期对其进行抽查。同时加强信息系统建设，通过信息系统对医疗机构进行实时监管，提高监管能力。规范医疗保险支出，保障基金运行安全。

### 5.3.2 制定与收入相关并且适度的起付标准及报销比例

北京市依据自身经济发展水平一直在不断探索与调整医疗保险基金报销起付线、报销比例及封顶线，城镇职工、城镇居民及农村居民的医疗保障水平也在不断提高，这对实现医疗保险基金收支平衡、适度结余的目标起到很大的作用。我们可以借鉴发达国家的经验，对收入水平不同的人设定不同的医疗保险起付线、报销比例及封顶线，适当提高高收入人群的医疗保险起付线，降低其报销比例及封顶线，同时适当降低低收入人群的医疗保险起付线，提高其报销比例及封顶线，充分发挥社会医疗保险维护稳定，通过二次分配促进公平的功能。

### 5.3.3 建立复合的医疗保险基金结算方式

国际上主要的医疗保险基金结算方式有：总额预付、按服务项目付费、按病种付费、按人头付费、按平均床日付费等，各种结算方式都有各自的优缺点。北京市采取的是按照项目付费的结算方式，按照门诊、住院发生的费用以一定比例进行偿付。为了有效控制医疗保险基金支出，防止基金过度使用，使之能够达到收支平衡，建议北京市采用复合的基金结算方式，即以总额预付制为主，并且按照病种、人头和服务项目付费相结合的方式，既能够对定点医疗机构的固定成本进行补偿，又能够按照服务项目和人数以及病种综合补偿，实现医疗保险基金多层次、动态结算。