

# 理性促使医保制度走向成熟

——中国医保发展历程及“十三五”战略

□文 / 郑功成

项社会制度的建立和发展，都是历史的延续和时代进步的产物。我国的医疗保险制度从覆盖一个群体发展到覆盖全民，再通过制度整合实现从形式普惠走向实质公平，无疑是经济发展和社会进步的必然。在经历20多年的改革历程后，在“十三五”来临之际，医保改革迫切需要从历史发展的轨迹中找出规律性，从现实存在的发展短板中找出着力点，按照目标导向与问题导向相统一的原则，尽快促使医疗保险向着更加公平、更有效率、更可持续的目标前进，最终在“十三五”期末能够理性地走向成熟。

## 一、我国医疗保障发展的历程及启示

回顾我国医疗保障发展的历程，可以厘清思路，明确方向，增强改革定力，保持改革韧劲。应当承认，我国医疗保障制度在新中国成立之初就开始建立，这就是渐行渐远的企业劳保医疗与机关事业单位公费医疗制度，实际上是福利型的免费医疗，其保障对象是企业 and 机关事业单位的职工，并惠及职工家属，实现对城镇居民的全覆盖，这两种医疗保障制度一直延续到上世纪90年代，后被职工基本医疗保险所取代。在农村，则实行农

民自助、互助性质的合作医疗制度。因此，计划经济时代的医疗保障制度实际上是城市人的专利品。

自1994年中央政府启动江苏镇江、江西九江“两江”医保改革试点，再到1998年12月国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发[1998]44号），国家正式明确了我国的医疗保障由免费的福利型制度安排全面转向权利义务结合型的社会保险制度，并在2000-2001年普遍启动实施了职工基本医疗保险，这一质的变化对后来建立城镇居民医保和新型农村合作医疗发挥了引领作用。2003年1月，国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》（国办发[2003]3号），它虽然冠以“新型农村合作医疗制度”的名称，实际上不再是农民自我负责的合作型医疗制度，而是由政府与农民分担责任并步入社会化发展阶段的现代基本医疗保险制度，这一举措宣告了农民没有社会医疗保险的历史结束。

进入“十一五”后，我国的医保制度进入了全面建立并快速发展的时期，并在多个方面取得了重大进展。一是补齐了制度缺漏。2007年7月，国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意

见》（国发[2007]20号），它的意义在于填补了我国基本医保制度的最后一块空白，实现了制度全覆盖。

二是采取自上而下的方式，推进了从制度全覆盖向人员（城乡居民）全覆盖转变。2009年3月，中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发[2009]6号）和国务院发布《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011）》（国发[2009]12号），正式启动了新一轮医改，其主要目标之一就是城镇职工医保、城镇居民医保、新型农村合作医疗三项基本医疗保险覆盖率到2011年要达到90%，这一目标实际上在2010年就提前实现了。三是法制建设取得重大突破。2010年由全国人大常委会通过了《社会保险法》，这部法律作为我国社会保险制度发展进程中的里程碑，明确规范了医疗保险发展道路的基本目标、原则与发展方向，标志着社会保险改革开始步入法制化轨道。四是制度整合破土。部分地区基于城乡统筹协调发展的视角，率先探索城乡居民医保整合，实现一体化发展。成都市是我国城乡居民医保整合的先行城市，2006年整合了管理体制，统一了居民医保的政策。接着，杭州等省会城市，天津、重庆、宁夏、青海等

省级行政区域,相继于2008-2010年进行了城乡居民医保整合,这些先行地区为全国全面实施城乡居民医保制度整合提供了很好的经验与示范。

从建国初期实行劳保医疗、公费医疗制度,到2010年实现基本医疗保险全民覆盖,60多年来的发展历程带给我们诸多深刻启示,概括起来主要有如下几点:

第一,医疗保障事业随着经济的发展而发展。劳保医疗、公费医疗之所以实行40多年而没有扩大到广大农民,根本原因是生产力水平低,经济实力弱,政府心有余而力不足。“十一五”期间为什么能够快速推进基本医疗保险全覆盖,“十二五”期间为什么能够快速提升城乡居民的医保水平,究其根源,还是得益于改革开放以来30年的高速发展,它使我国拥有足够的经济实力支撑这一重要的民生工程。记得2003年启动新型农村合作医疗试点时,政府补贴标准为每人每年20元,中央财政预算仅数亿元,当时根本不可能像今天这样动员以千亿元的财力来推进城乡居民的医疗保险。因此,社会保障要与经济发展水平相适应的原则,也是我国社会医疗保险应当坚持的基本原则。

第二,选择社会保险是国情和历史的必然。我国是世界上人口最多的发展中国家,这一国情决定了我们搞不起、搞不好福利型医保,只能选择社会保险型制度。劳保医疗、公费医疗之所以不能持续下去,从根本上说是福利型制度特别是“免费医疗”不适合我国社会主义初级阶段生产力不发达的基本国情,改制转型是必然选择,也是

顺应大趋势的理性选择。社会保险型制度的特点或优点,就在于能够适应不同经济发展水平的国家或地区,在权利与义务直接结合的条件下,实现全民共建共享的医保目标,因而成为国际上的主流方案。

第三,城乡统筹协调发展是不可逆转的潮流。潮流是发展趋势和客观规律。凡分割的医保制度安排不仅有损公平,也会减损效率,并会衍生出诸多不良后遗症。因此,尽快整合城乡居民医保制度,并适时推进与职工基本医保的整合,最终建立面向全民的统一医保制度,是我国医保改革与制度建设不可逆转的目标。从“十一五”以来,一些地区在国家没有顶层部署的背景下率先推进城乡医保一体化,即是看准和顺应了我国城乡经济社会统筹协调发展的大势,符合社会保险的基本规律和基本原则,也普遍收到了制度整合后的巨大成效。虽然目前实现城乡居民医保一体化的地区还是少数,但却代表了发展趋势,终会变为全国行动。

第四,只有定型的制度安排才能提供稳定的安全预期。必须承认,计划经济时代的劳保医疗、公费医疗虽然有其缺陷,但因惠及职工及其家属,是一种定型的制度安排,城镇居民在疾病医疗方面普遍具有安全感;当时的农村居民虽然合作医疗保障水平不高,但因制度是定型的,亦具有低水平的稳定预期。改革开放以来,医疗保险制度改革推动了制度整体转型,重构了责任分担机制,促进了城乡公平等,但因长期处于试验性改革状态,迄今仍然未能够走向成熟、定型,确实影响了全民的医保预期,这就是为什么政府投入越来越大、

医保待遇水平不断提升而人们仍然深深忧虑疾病医疗特别是重大疾病的医疗问题的重要原因。我们不能指望一个不成熟的医保制度来解除城乡居民的疾病后顾之忧。借鉴历史经验,就是要加快医保改革步伐,尽快促使这一制度走向定型。

## 二、“十二五”医保改革留下的三大短板

“十二五”是我国医保改革继续向前推进的时期,包括继续扩大覆盖面并巩固全民医保的成果、加大政府投入以提升城乡居民的医保水平等。即将过去的“十二五”,在医保方面确有许多值得肯定的进展,如参保覆盖面一直保持在13亿人、95%以上,保障能力和水平随着筹资水平特别是政府补助的逐年增加而显著提升,政府对城乡居民人均补助从2011年的200元增加到2015年的380元,政策范围内报销比例、最高支付额度明显提高,老百姓敢去医院看病了,连年大幅增加的就诊人次就是证明。因此,“十二五”应当是改革开放以来我国城乡居民在医保制度中普遍受惠且受惠最多的时期。

然而,“十二五”期间在涉及医保制度内涵发展的体制、机制等方面的改革进展差强人意,诸多深层次矛盾依然存在,应该实现的目标还没有实现。这主要表现在如下几个方面:

第一,体制短板。医疗保险改革以来的实践证明,管理体制是否理顺直接决定着医保制度的合理设计、有效实施。尽管区域性的医保管理体制经过前几年的持续推进,基本实现了市(地)级统筹,京津沪渝和宁夏实现了省级统筹,以市

级为主的统筹层次基本适应了现有经济社会发展水平,但城乡分割的医保管理体制迄今仍然是影响甚至阻碍医保制度走向成熟、定型的拦路虎。城乡医保管理体制的改革目标是党的十八大、十八届三中全会《决定》提出的“整合城乡居民医保和新农合”,实现城乡一体化发展。但是,这个目标没能实现。从十八大至今,仅有山东、上海进行了制度整合,加上十八大之前先行整合的省份,实施城乡居民医保整合的共有9个省级地区,其余22个省级地区依然处在制度分割、管理分离、资源分散状态,导致科学性、公平性和资源效率“三受损”。

从科学性看,新型农村合作医疗的概念并不科学,因为它根本不是计划经济时代合作医疗的翻版或升级,而是完全重构的社会医疗保险。同时,在当今世界,社会医疗保险制度也没有按农村和城镇来划分的,我国这么做,只是简单地延续了传统户籍制度下的传统叫法,它不符合这一制度的客观规律。从筹资方式看,新型农村合作医疗不再是农民之间的互助共济,而是政府补助占了大头,再称“合作医疗”不符合实际;从其权利与义务相对应的原则、互助共济的功能看,它符合社会医疗保险的特征;从统筹层次与范围来看,它早已超越了计划经济时代局限于乡村的做法,而是完全走向了真正意义上的社会化。因此,新型农村合作医疗与职工医保、城镇居民医保一样,属于基本医疗保险制度,如果再延续新型农村合作医疗的叫法,无论是基于学理还是基于法理,从概念到内涵都说不上。

从公平性看,医保制度的城乡

分割只会导致城乡居民保障水平、公共服务水平差距拉大,因为制度的统一性是公平性的前提与基石。抓住城乡居民两项医保实现全覆盖的契机推进整合,无疑是增进城乡医保公平性特别是增强农民公平获得感的必由之路。为此,我在“十一五”末曾提出:“从‘十二五’开始,应该从普惠的目标转向公平的普惠,这个公平就落脚在城乡统筹上。只有通过城乡统筹的制度安排,才能逐步体现制度的公平性,并且在现在普惠的基础上,使制度建设产生质的飞跃。”(见《中国医疗保险》2010年第12期《统筹城乡社会保障体系发展战略》)。令人遗憾的是这个愿望未能实现。

从资源效率看,新型农村合作医疗和城镇居民医保两套机制、两套信息系统,不仅导致严重浪费,而且对制度实践产生了扭曲效应。例如,在9个省份实现城乡居民医保整合的情况下,重复参保、政府重复补助的人数有所减少,但估计全国仍有7000万人左右重复参保,按2015年人均补助380元计算,政府重复补助一年就高达266亿元。再如信息系统建设,一个地区级城市的投入高达6000万元甚至更多,各地区因管理分割而重复建设,既造成了巨大浪费,亦为以后制度整合、信息系统整合埋下了隐患。不仅如此,由于缺乏统一监管,医患合谋损害医保基金的现象层出不穷。《人民日报》就曾在2015年8月17日披露,在贵州部分地区,从县医院到乡镇卫生院、村卫生室再到私立医院均查出存在套骗新农合资金的行为,甚至医患合谋骗保,出现了塌方式集体沦陷。如六盘水市,抽

查定点医疗机构135家,发现存在涉嫌套取新农合基金及基金管理不规范的有107家,高达76.30%;安顺市抽查定点医疗机构41家,均不同程度存在套取新农合资金的行为,问题查出率达100%。调查发现,监管缺位是导致新农合资金频遭蚕食的重要原因,而管理体制不统一又是造成监管不到位的重要原因。

综合考量,体制分割及其导致的制度分割、资源分割、信息分割等事实上已经成为全民医保向公平、效率、可持续发展迈进的最大短板,也是“十二五”期间医保改革的最大遗憾。

第二,机制短板。突出问题有三:一是筹资机制不稳定、不规范。规范性缺失,随意性泛滥,财政应拨不拨、经办机构应征不征、参保单位应缴未缴的现象相当严重。据审计署2012年审计结果显示:13个省本级、144个市本级和1099个县565.31亿元财政补助资金未及时足额拨付到位;5个省本级、21个市本级和102个县征收机构应征未征社会保险费32.55亿元;6个省本级、24个市本级和70个县征收机构擅自减免社会保险费27.07亿元;31个省本级、274个市本级和1214个县的参保单位和个人通过少报缴费基数等方式少缴社会保险费98.70亿元;4个省本级、19个市本级和82个县隐瞒欠费79.14亿元;3个省本级、2个市本级和5个县擅自核销欠费6183万元;12个省本级、84个市本级和436个县欠缴保费370.76亿元;1个省本级、12个市本级和48个县未按规定办理补缴社会保险费10.12亿元;2个省本级、21个市本级和246个县未及时发放社会保障待遇或报销医疗费用13.34亿元;所

有这些均涉及到医保。此外，有的部门、地方还将基本医保基金用于建立大病保险、购买商业保险或建立长期照护保险，这种做法显然并不符合《社会保险法》的规范。二是权利义务不对等，制度之间不协调。以2014年为例，非私营单位职工年人均收入56339元，私营单位年人均收入36390元，两者年平均收入为46364元，按2%缴纳医保费，2015年职工个人应缴纳927元；居民医保2015年财政人均补助380元，大多数地方按财政补助标准的30%征收个人医保费，全年个人应缴费114元，仅相当于职工个人年缴费额的12%。但实施城乡居民大病保险后，居民享受的待遇与职工相差无几。2014年职工医保政策范围内报销比例平均为80%，而居民同比为75%，最高支付限额有的地方居民医保高于职工医保（宁夏职工基本医保为5万元，居民基本医保最低档6万元）。这对职工医保形成冲击，山东、江苏等地已参加职工医保的灵活就业人员纷纷中断职工医保，转而参加居民医保，导致参保机制不稳定。造成这种现象的原因是职工医保中退休人员不缴费，加之个人账户基金的无法调剂，致使职工基本医疗保险制度出现危机。这种权利义务不对等、制度之间不协调，直接影响到了医保制度的可持续发展。三是重特大疾病保障机制缺失。全覆盖、保基本、多层次、可持续是我国社会医疗保险的基本方针，但因补充层次特别是商业健康保险发展滞后，基本医保的功能被不恰当地放大，划拨基本医保基金购买商保机构的大病保险服务，实际上让商业保险分割了医保制度的一部分基金（因保险公司要计提

管理费或赚取微利）。从目前的实践来看，大病保险不是一个单独的补充保障层次，只是现行基本医疗保险制度的“第二次报销”，它既未壮大整个医保基金，亦未真正引入商业保险机制，从而在实践中受到了质疑。只有深圳市由政府和个人共同筹资建立的地方补充医疗保险、青岛市由财政出资实施的特药特材医疗救助、杭州市由政府 and 职工个人共同筹资并由财政兜底实施的重大疾病保障、成都市由个人缴费包括职工和城乡居民的大额医疗互助补充保险等，才是真正“保大病”的补充保险。这些地方特点是在参保方式上实行自愿原则，在筹资上强调个人承担义务，在待遇享受上实行个人申报、专家评审，主攻灾难性医疗风险，较好地满足了百姓的诉求和期待，后顾之忧基本消除，安全预期普遍增强。反观大病保险，其放弃权利义务对等原则的筹资机制、不分贫富和费用高低的粗放式补偿方式、一刀切的“被参保”方式，再加上某些地方因手工操作而不能即时结算所导致的半月至数月的漫长报销周期等，让人们难有安全预期。因此，从全国范围来看，我国重特大疾病医疗保障机制仍然处于缺失状态，目前依靠商业保险来承办全国人民的大病保险亦非真正出路。四是相关配套机制不配套。如“三医联动”机制、医药市场定价机制、医保谈判团购机制和医保支付制度改革等一直未能跟上，有的极不协调，有的尚未破题，建机制的任务更艰巨。

第三，法制短板。《社会保险法》的颁布与实施，为建立健全社会保险法律、法规体系奠定了基本法律基础，存在的短板在于缺乏细

化的规定：一是与医疗保险相关的配套法规和实施细则没有及时跟进，导致医保领域的改革实践执行无据；二是这部法律中的部分条款执行成本高，且参保风险、基金风险、行政风险较大，又缺乏规避和化解这些风险的具体政策，导致地方不敢积极推行，如医疗保险、工伤保险基金先行支付后，其追偿基本上耗时耗力无效果；三是缺乏从上至下的执法监督检查体系，导致执行不到位。还有的条款在实施中发现缺乏严谨性，为法律的实施带来了困难。《社会保险法》已经颁布了五年，迄今尚未出台医疗保险方面的法规，导致法律规定的医保原则无法全面得到贯彻落实。这种情况一方面与立法时的粗放有关，另一方面也与医疗保险制度改革的深化和制度的成熟度相关，城乡居民医疗保险处在分割状态就是制定专门的社会医疗保险法规的拦路虎。因此，法律与改革实践是一个相互促进、相互制约的关系，形成健全的法律体系，离不开深化改革，对医疗保险而言，就是要加快推进城乡医保整合，把管理体制定下来，为完善医疗保险的法律法规创造条件。

### 三、“十三五”必须理性地促使医保制度走向定型

“十三五”是我国医疗保险制度改革的关键时期，其根本任务就是要理性地促使全民医保制度走向定型，而定型的中国医保制度必须符合更加公平、更有效率、更可持续的发展方向。围绕这一目标与方向，“十三五”的医保改革关键词应当是“整合”、“高效”、“法治”。具体而言，应当体现在

如下四个方面:

第一, 加大推进“整合”的力度, 完成“整合”的任务。包括: 一是尽快整合城乡居民医保制度, 实现城乡一体化发展。这是确保城乡居民在统一的社会医疗保险制度下享受公平权益, 并从根本上解除疾病医疗的顾之忧的必要举措。在有条件的地区, 还应当明确鼓励居民基本医保与职工基本医保制度进行整合。二是稳步整合医保制度与生育保险制度, 同时建立护理保险制度。整合医保与生育保险是符合这二项制度共同规律的, 也是十八届五中全会明确提出的工作任务, 而护理保险是我国进入快速老龄社会的内在要求, 通过这种“减”与“增”的做法, 将使我国的医疗保障及服务体系更加完善。三是尽快整合医保管理体制, 实现一个部门集中统一管理。这是确保医保制度顺利、高效实施的组织保障, 从各地调研的情况来看, 无论是人社系统还是卫生系统, 都认为不能再停留在部门分割管理的体制下, 而是宜由中央根据社会保险的基本原则及各地整合的经验, 尽快明确医保的主管部门, 并推行行政问责制。四是尽快整合经办机构。建立能够真正对参保人负责并能够切实问责的统一经办机构是医保制度成熟的重要标志, 目前的混乱格局有必要尽快厘清。

第二, 要在提升医保“效率”上下足功夫, 做大文章。没有效率的医保制度安排是不可持续的, 医保制度中的公平与效率并不是对立面, 公平中应当包含效率, 而效率必定有利于促进公平。在这方面, 任务有三: 一是进一步完善筹资机制, 让医保责任得到更加合理的分

担。如适当均衡雇主或政府与参保人的缴费负担、让退休人员逐步承担缴纳医保费的义务, 将是提升医保制度效率的必由之路。二是提高统筹层次。在“十三五”期间应当全面、真实地实现市级医保统筹, 鼓励向《社会保险法》中明确提出的省级统筹方向迈进, 这是增进地区公平并提升医保基金在更大范围内使用效率的必要举措。三是化解职工基本医疗保险的个人账户。必须充分认识到职工医保个人账户是违背医保基本规律的制度设计, 它在实践中的低效率不仅影响了制度的良性运行, 也给管理带来了巨大难题, 因此, 应当尽快通过新的改革措施来化解这一负面“资产”, 如停建新的个人账户, 将原账户基金用于购买大病保险、护理保险等, 将使整个制度的效率得到提升。四是全面强化对医保、医疗行为的智能监控。必须充分利用信息技术手段, 通过对整个医疗行为的智能监控来实现对医保基金运行的监管, 以此达到杜绝医疗浪费、禁止违法违规行为的目的, 这不仅是提升效率的需要, 更是维护制度严肃性的需要。五是改革医保支付方式, 激励医疗方、参保方共同节约医疗成本。在这方面, 以强制首诊制为基点, 与医疗方协商制定医疗行为准则等将是必要的。六是在厘清社会医疗保险与商业医疗保险的前提下, 加快构建多层次医疗保障体系。必须澄清社保与商保界限模糊的认识误区, 让其各居其位、各显所长、各尽所能, 真正构建两个层次的完整医保体系。

第三, 加快立法进程, 建设“法治医保”, 真正形成良法善治的新局面。良法善治的前提是法制

健全, 核心是建设法治医保, 基础是增强法治观念, 途径是可操作、易操作, 保障措施是加强监督检查。健全医保法制就是要形成法律、法规、规章、政策性文件等构成的完整的医保法制度体系, 以及立法与执法、执法与监督检查相结合的有效体系。法治医保要求对涉及医保的各个环节、各种行为实行全面依法治理。为此, 应当在“十三五”期间早日启动对《社会保险法》的修订, 消除不合时宜的概念与名词, 细化并强化对医疗保险的法律规范; 同时, 尽快制定医疗保险方面的行政法规, 将法律、法规条文的规定细化为具体的政策与行动方案。

第四, 强化“三医”联动, 为建设健康中国提供全面的制度保障。我国的医改确实已步入深水区, 伴随各项新政密集出台, 改革也进入了十分关键的制度定型期。但因路径依赖和分割推进、分散试点, 医保、医疗、医药“三医”之间始终未能实现有序、有机联动。改革措施不协同, 时间节奏不同步, 正在耗损着资源与效率, 消减着医改“红利”, 降低了人民群众的获得感。因此, “十三五”期间必须从根本上改变“三医”不联动的局面, 国家尽快选定相应的市开展“三医”联动综合改革试点, 以便通过集中攻关, 确保同一地域同步推进医保制度优化、公立医院改革与医卫资源合理配置、医药价格放开与市场规范监管, 并完善协同配套措施, 真正实现“三医”良性互动。

(作者单位: 中国人民大学)

(本栏目责任编辑: 高星星)