

医疗保险“重复参保”研究

张国栋^①，左 停^①，徐小言^①

摘 要 近年来，社会保险中的“重复参保”现象受到社会媒体及相关部门越来越多的关注和重视，这一现象被指占用和浪费了政府的补贴和资金，增加了财政的不合理负担，影响社会保险制度的公平性。通过结合我国医疗保险特点对“重复参保”现象进行分析和思考，提出厘清政府责任、发挥市场的决定作用、抑制医疗费用无序上涨和杜绝重复参保及报销等建议。

关键词 医疗保险；重复参保；政策建议

中图分类号 R1-9；F840.613 文献标志码 C 文章编号 1003-0743(2015)05-0036-04 DOI 10.7664/CHE20150510

Research on “Repeated Participation” in Medical Insurance/ZHANG Guo-dong, ZUO Ting, XU Xiao-yan//Chinese Health Economics, 2015,34(5):36-39

Abstract In recent years, “repeated participation” phenomenon in social insurance drew more and more concern and attention from social media and the relevant departments, which was accused of an occupation and waste of government subsidies and funds, increasing unreasonable financial burden and undermining the equity of the social insurance system. Combining with feature of medical insurance and Chinese reality, it finally analyzed “repeated participation” phenomenon and put forward suggestions like clarifying government responsibility, giving full play to market, restraining medical expenses uncontrolled growth and prohibiting repeated participation and reimbursement of medical insurance.

Key words medical insurance; repeated participation; policy suggestion

First-author's address College of Humanities and Development, China Agricultural University, Beijing, 100193, China

近年来，中国社会保险事业发展迅速，保险项目和覆盖人群不断扩大，2012年实现了基本养老保险制度全覆盖，基本医疗保险也扩展到城乡居民，覆盖城乡居民的社会保险体系正在建成。在取得辉煌成就的同时，社会保险制度在设计 and 经办管理等方面还存在漏洞。医疗保险各项制度是分人群设计的，制度间尚未制定明确的衔接办法，即便同一险种各地执行的政策也有差异，从而产生重复参保和转移接续困难等问题。由于医疗保险本身的特殊性，加上政府在控制逆向选择及道德风险等方面的专业性不足，因此，政府应当注重充分发挥市场机制的作用，做好监管工作。

1 医疗保险重复参保情况

近年来，人力资源和社会保障部注意到各地出现的重复参保问题，并开始着手进行检索和处理。中华人民共和国审计署网站于2012年8月2日公布了《全国社会保障资金审计结果》，重复参保的具体情况如表1所示。截至2011年底，有1 086.11万人重复参加新型农村合作医疗（以下简称新农合）、城镇居民或城镇职工基本医疗保险，造成财政多补贴17.69亿元，9.57万人重复报销医疗费用1.47亿元。重复参加医疗保险人数占重复参保总人数的90.62%，而重复参加养老保险的仅占9.38%，多补贴金额中医疗保险占96.93%，而养老保险仅为3.07%。可见，绝大部分的重复参保和报销

都集中于医疗保险。截至2012年7月底，全国各地已清退不符合条件和重复领取社会保险待遇者达107.78万人。

目前，大多数观点认为重复参保者重复享受社会保险待遇，影响了制度的公平性，由此带来一系列后果。首先，造成了国家补贴的浪费，加重了资金负担。由于医疗保险都需要各级政府提供相应的补贴，重复参保导致政府补贴数额的增加，同时增加了政府相应的经办管理经费投入。其次，重复参加医疗保险带来部分人群的重复受益影响了制度的公平性和公正性。重复参保致使部分人群享受“过多”的资源利用，在保险基金有限的情况下，使得社会整体福利水平相对下降，有损社会的公平正义。最后，重复参保可能引发骗保等道德风险，使医疗费用快速、不合理地增长。重复参保还给一些别有用心的人以可乘之机，过度消耗有限资源，给社会造成极大的浪费。

2 医疗保险特点分析

医疗保险是最为迫切和最为复杂的社会保险项目，是健康人群与非健康人群之间对病患医疗成本的分摊机制。其原理是用大数法则，以合同的方式预先向受疾病威胁的人收取医疗保险费建立医疗保险基金，在被保险人患病就诊发生医疗费用时，从基金中拿出钱给患病就诊的参保者报销一部分医疗费，减轻因疾病给他们带来的经济负担。医疗保险的直接功能在于保障人们在病时对医疗卫生服务利用的财务可及性，患病后财务可及性的提高将使个人能够享受更

^① 中国农业大学人文与发展学院 北京 100193

作者简介：张国栋（1987-），男，博士在读；研究方向：城乡社会保障；E-mail: zhangguodong87@163.com。

表1 重复参保基本情况

类型	重复参保人数(人)	多补贴金额(万元)	重复享受待遇人数(人)	多领取/报销金额(万元)
新农合、城镇职工或城镇居民医保	538.47	79 200.00	...	...
新农合、城镇居民医保和城乡居民医保	547.64	92 300.00	...	...
养老保险总计	112.42	5 423.09	9.27	6 845.29
医疗保险总计	1 086.11	171 500.00	9.57	14 700.00
养老和医疗保险总计	1 198.53	176 923.09	18.84	21 545.29

注：根据国家审计署全国社会保障资金审计结果（2012年8月2日公布）整理。

充分的医疗服务。医疗保险具有以下特点：

2.1 遭遇风险的不确定性

随着个人年龄的增加，身体机能的自然退化是一个自然的、不可抗拒的过程，是一种必然事件，年老风险是每个人都必然要面对的，任何人都不能避免。与年老风险不同的是，因为个人身体健康状况的差异和多样性，每个人遭遇疾病医疗风险的概率都是不一样的，即使遭遇，风险程度也是不确定的，是一种概率事件。另外，疾病的发生除了遗传因素外，也与个人生活习惯、是否注意保健等多种因素有关。因此，每个人对医疗保险保障水平的需求程度各不相同，呈现从低到高的多层次需求。

2.2 逆向选择与道德风险影响医疗保险健康发展

医疗保险一般是当期、短期受益的，一般以一年或一个月为单位缴费，参保后当期生病住院产生诊疗费用就可以报销，保障水平和效果是确定和显而易见的。但这样也容易引发逆向选择风险，逆向选择对保险业发展的影响主要有：使优良的参保者逐渐被排挤出市场；增加了额外的调查费用；使可保风险变为不可保风险；使保险市场不断萎缩^[1]。

除此之外，参保者和医疗服务供给方可能通过开具虚假票据、过度消费和“搭便车”等方式，增加医疗保险基金费用支出，由此造成医疗费用不合理增长和过度膨胀，导致医疗保险基金的浪费和流失，给财政支出带来较大压力，之前媒体也曾报道过有人通过伪造住院治疗发票和费用清单等手段骗取医疗保险报销的新闻。道德风险对保险业发展的影响主要有：加大了事故发生的机会、妨碍了市场资源的有效配置。

由于信息不对称、监管难度大和监管体制不完善等原因，逆向选择和道德风险等倾向在医疗保险中表现尤为突出，对医疗保险的健康运行和发展带来了较大的威胁，这是医疗保险区别于养老保险的一个鲜明特点。

3 结合我国实际的分析与思考

3.1 制度设计不能满足多层次的保险需求和流动性的现实需要

当前多元医疗保险制度下不同群体的基本医疗保险水平存在极大差异，作为理性人，参保者为了报销

更多的钱或享受更高水平的待遇而参加两种以上保险，是一种追求自身利益最大化的自利行为。他们这一行为能够顺利实现，在很大程度上归因于制度设计的不完善，较低的统筹层次，不健全的信息共享机制和人员流动性及身份多重性，当前以参保率为重点的考核方式纵容和加剧了这一现象。

近年来，随着劳动力流动的加速和未来城镇化的推进，公民的身份变换将更加频繁，医疗保险制度发展的过程中需要及时回应和顺应这种现实的需要。中国医疗保险目前还处于初级阶段，在完成制度建设和覆盖面的扩大之后应当结合经济和社会发展情况对制度进行优化和调整，逐渐解决制度运行中存在的问题和不足，更好地发挥社会保险作为安全网和社会减震器的作用。

3.2 政府在应对重复参保、逆向选择和道德风险等问题上专业性不足

应当看到，随着社会保险制度覆盖人群的快速扩大，特别是向农村地区的延伸，基础建设薄弱、人员配备不足、能力建设滞后的问题越来越突出，而重复参保和领取待遇的检索、处理要耗费大量的人力物力财力。这种情况下，花费大量精力处理重复参保可能会耗费较大的成本，甚至导致得不偿失。

医疗保险基金支出设置了费用上限，有些大病、重病患者就会钻政策的空子，恶意重复参保，在一项保险当年报销的费用达到上限后，转到另外一项保险去报销剩下的医疗费。这样的道德风险就实现了以很小的投入，获得尽可能大的收益。但是政府在这方面并没有商业保险公司的灵活性和专业性，在实际经办和管理的过程中，往往不能有效地避免和解决逆向选择和道德风险问题，造成一定程度的失灵。

3.3 过多地干预医疗保险可能带来沉重的财政负担

目前，世界上大多数国家都建立了医疗保险制度，但是还没有一个国家所建立的医疗保险体制是完美的，是可以作为其他国家的榜样来直接模仿的。医疗费用开支的持续高速增长是过去20年在各发达国家普遍出现的现象，医疗费用的增长速度一般都高于国民经济的增长速度。据世界卫生组织《2011年世界卫生组织统计》数据，美国在健康方面的总支出占GDP的比

值分别为13.4%（2000年）和15.2%（2008年），远远高于其他国家的数值，全球平均值分别为8.3%和8.5%。在过去10年间，美国各地的商业健康保险的保费增幅在90%~150%之间，大大高于个人工资的增长速度^[2]。如何解决高额医疗费用的问题，减轻国家的医疗费用负担，是各国正在研究的课题。

国家统计局年度统计数据表明，改革开放以来，中国卫生总费用增长速度较快，明显高于国内生产总值增长速度，人均卫生费用增长速度则基本与国内生产总值增长速度保持一致。比较突出的是，医疗保险总支出从2006年前后开始增长速度远远超过其他三项，几乎呈直线上升。

医疗保险支出及卫生费用的快速增长是因为医疗技术和手段的发展自然增长还是属于过度、无序增长？是医疗保险制度的发展和完善带来的医疗保险支出上涨推动了卫生总费用的增加抑或卫生总费用的上升导致了医疗保险支出的快速上涨？有研究表明，新型农村合作医疗保险和城镇基本医疗保险均有效地提高了城乡居民的门诊利用率，但是并没有使居民自负的医疗费用支出减少，反而提高了居民的医疗费用总支出^[3]。

数据来源于国家统计局网站的图1表明，2000年以来全国医疗保险费用总收入、总支出和累计结余开始快速增长。虽然全国医疗保险费用每年都会有结余，而且结余额也在逐年增加，结余及累计结余的快速增长可能意味着医疗保险水平过高，医疗费用得不到有效利用。但是考虑到医疗保险的福利性，如果不对医疗费用和医疗保险费用进行适当控制，未来可能会给财政带来较大压力。马骏认为，养老金缺口和广义卫生总费用的增长是中国今后财政压力和政府债务风险最重要的两大来源，如果不改革，几十年以后中国出现欧洲、美国式的债务危机并非天方夜谭^[4]。

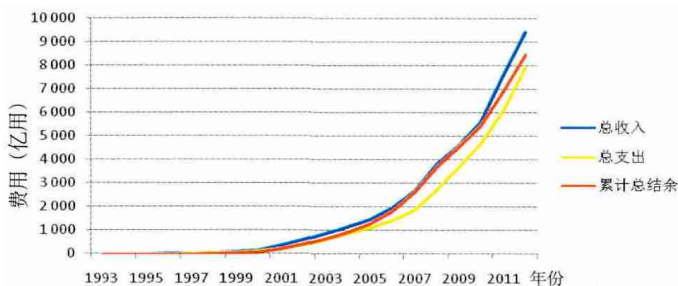


图1 1993—2012年全国医疗保险费用收支结余情况

4 完善我国医疗保险制度的建议

鉴于社会医疗保险的特殊性，重复报销可能会引起医疗费用的过度膨胀，进而带来财政压力，甚至可能引发骗保等问题，应该坚决杜绝重复报销。同时，应结合医疗卫生事业改革反思和改进医疗保险制度设计，政府提供基本的医疗保险，由市场机制来满足公

民不同层次的需求，实现资源的优化配置和医疗保险费用的合理利用。

4.1 厘清政府责任，建立覆盖全民的基本医疗保险

郑功成指出，“在社会保障制度建设，建设制度的理念是否科学，往往是社会保障制度设计优劣的决定性因素，而制度设计的好坏又决定着技术方案的有效性的

面对公民不同层次的医疗服务和保险需求，国家推行的医疗保险应当是覆盖全民的基本保险，目的在于减轻因疾病诊疗住院带来的医疗费用负担。除此之外，要做好医疗救助，为特别贫困的家庭提供相应的帮助，防止他们因为经济条件原因不能享受到适当的医疗服务。鉴于医疗服务以及医疗保险的特殊性，公民个人的身体健康更多应该由自己负责，医疗保险的责任更多在个人。政府应当在预防保健和免疫接种等关系所有国民健康的基本公共卫生服务方面积极作为，提供防疫和计划免疫等基本公共卫生服务，采取公益性的公共卫生干预措施，严防传染病的大规模爆发和传播，维持一个健康完善的基本公共卫生环境。

4.2 发挥市场的决定性作用，实现政府与市场的互补与配合

按照“全覆盖、保基本”的要求，建立覆盖所有公民的福利性基本医疗保险制度，满足公民的基本医疗保险需求。在具体制度方面，可以将现有新农合和城镇居民医疗保险合并，建立覆盖全民的基本医疗保险制度，同时应对其中的政府责任进行思考和重构，从制度设计、经营管理等方面进行优化和完善，按照缴费标准确定待遇水平，体现完全的权利义务对等原则。对更高层次和水平的医疗保险需求则由家庭、社会、市场等机制来提供，国家只发挥引导和监管作用。将商业保险作为基本医疗保险的有益补充，满足更高层次的需要，最终形成多层次的医疗保险制度体系，保证条件身份相似的人群享受到的基本相同的医疗服务和保险，体现医疗保险制度的公平性。

美国的医疗服务供给中采取“有管理的竞争”的策略，市场在资源配置中起基础性、主导性的作用，

而政府只能解决市场“不能干、不愿干、干不了、干不好”的事情，市场能够自行解决的就让市场解决，政府干预应是第二位的选择。与市场相比，政府在管制公共产品、矫正外部效应、限制垄断、维护竞争、提供经济信息等方面具有更大的优势和作用。市场和政府具有相对应的关系，存在着互补性，市场与政府相互补充的互动中发展^[6]。因此美国的医疗保险体系主要遵循了供求原则、自主原则和竞争原则，形成了高度市场化的特点。为适应医疗保险市场的需求，美国形成了各种形式的医疗保险公司，它们之间的区别就是提供不一样的保险覆盖类型，在费用分担方式和程度上各有差异。每一个美国人在选择医疗保险方式、险种时都会根据自己的实际需要，选择最适合自身、价格合理的保险方式^[7]。

当前中国医疗保险制度可以适当借鉴美国的成功经验，适应当前人员的频繁流动性和需求的差异性，引入市场竞争机制，由市场来提供灵活多样的医疗保险和医疗服务，供个人结合自身情况自主选择。针对当前较高的流动性和角色身份的多重性，利用市场的灵活性保证其享受到便捷、高效的医疗保险服务。在职工医疗保险的管理中也可以适当引入市场机制，以求实现更低的医疗服务支出和更好的医疗服务水平。不同医疗保险和服务机构之间通过竞争吸引参保人，方便病人结合自身实际情况选择合适的医疗机构和医疗保险，从而实现个人需求与服务的匹配和优化，达到资源的最优配置。

4.3 加强监管，抑制医疗费用无序上涨

虽然市场发挥决定性作用，但市场机制在资源分配中也不是万能的，也存在一定程度的失灵，需要政府进行监管和互补。阿瑟·奥肯指出“市场的魅力就在于它的效率，但是要享受这种效率必须付出代价，这个代价就是不平等。对于市场来说，不平等就是效率赖以实现的激励机制。市场需要有一定的位置，但是也需要受到约束”^[8]。在医疗保险资源的配置过程中，政府和市场机制相互补充和配合。引入市场机制，充分发挥资源配置的决定性作用，满足不同层次的需求。充分发挥政府对市场的监督，维持公平和平等，补充和矫正市场失灵，对医疗保险和医疗服务的市场供给进行监管，规范医疗服务行为，抑制医疗费用无序过度上涨。

4.4 杜绝重复参保和报销，确保医疗保险公平性

参保者本来就有过度医疗、“小病大治”的倾向，重复报销可能出现报销所得多于看病住院发生的实际诊疗费用的情况，这样不仅是对医疗保险公平性的一种挑战，更是对社会保险制度分担风险机制的一种嘲讽。应当坚决杜绝和禁止重复参保和报销，保证医疗保险制度的公平性和福利性，更好地实现其制度目的

和维护社会保障制度的公平公正。对医疗保险中逆向选择和道德风险这两大顽疾，政府应当进行限制和杜绝，也可以更多地引入市场机制，发挥商业保险公司的专业性优势，控制医疗费用过度、无序上涨，保证费用的使用更加合理，实现制度可持续发展。一直以来，医疗保险支出与卫生费用有着密不可分的联系，医疗保险的支出必然伴随着相应的卫生费用支出，医疗保险制度改革也应当结合相应的医药卫生体制改革进行。

参 考 文 献

- [1] 李琳, 游桂云. 论保险业中的道德风险与逆向选择[J]. 保险研究, 2003(9):6.
- [2] 丁钰. 美国商业健康保险发展的经验及对我国的启示[D]. 成都: 西南财经大学, 2013:34.
- [3] 翟丽娜. 基本社会医疗保险对居民医疗服务需求影响的实证研究[D]. 湖南: 湖南大学, 2012:37.
- [4] 马骏. 养老和医疗是最大财政风险[J]. 国际融资, 2013(1): 30-31.
- [5] 郑功成. 中国离福利时代还有多远[N]. 解放日报, 2007-10-20.
- [6] 林晨蕾. 浅析美国医疗费用控制措施——有管理的竞争[J]. 武汉冶金管理干部学院学报, 2010(6):7.
- [7] 高芳英. 美国医疗保险体系的特点及对中国的启示[J]. 江海学刊, 2006(4):217-222.
- [8] 阿瑟·奥肯. 平等与效率——重大抉择[M]. 王奔洲, 译. 北京: 华夏出版社, 2010.

[收稿日期: 2015-03-16] (编辑: 高非)