

# 风险扩张、财政压力与医疗保障筹资改革： 政策变迁及影响因素\*

彭宅文 丁怡

**[摘要]**为无医疗保障者提供医疗费用风险保护与应对人口转型导致的医疗费用支出压力，是新世纪以来我国医疗保障筹资改革的两大基本问题，但经济全球竞争的加剧、竞争优势的塑造与经济增长风险管理的需要一直约束着我国医保筹资规模的扩张。这种筹资规模约束使得医疗保障筹资改革依然维持发展型社会政策的取向。医疗保障筹资改革在维持筹资规模稳定的基础上通过医保项目的多元化来有限度地回应居民诉求，并因以收定支的总额预算管理影响了医保支付方式、医药价格形成机制与医疗机构补偿机制改革。地方间的福利逐底竞争与部门间的避免问责行为是医保筹资改革难以实现福利扩张的关键原因；深入推动卫生治理转型方能有效加快健康中国建设步伐。

**[关键词]**医疗保障 筹资 风险扩张 福利紧缩 逐底竞争

**[中图分类号]** F840.61 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1000-7326 (2020) 04-0103-09

## 一、问题提出：福利紧缩压力下的医疗保障扩张

新世纪以来，我国社会政策的扩张始于医疗保障筹资机制改革试点。为回应因市场化转型中的福利紧缩改革而导致的城乡居民无医疗保障覆盖的风险，我国政府先后于2002年、2007年分别面向农村居民和城镇非就业和/或无医疗保障居民建立以财政（缴费）补贴为基础的居民医疗保险制度。<sup>①</sup>居民缴费、政府补贴的筹资机制创新避开了劳资政治对职工基本医疗保险扩面的阻力，政府也因此实现了对全球竞争背景下中低收入群体的补偿。居民医疗保险的筹资机制创新也启发了养老保险的改革，2009年、2011年基于居民缴费、政府补贴筹资的居民养老保险制度先后在农村和城市开始试点和推广。“全民医保”“全民养老”的实现使得2012年开始的新时代社会政策改革与发展呈现福利国家建设的新气象。

中国社会政策改革的阶段转换与变迁动力一直是学界关注的焦点。为经济体制的市场化转型服务，<sup>②</sup>尤其是解决由政策性负担导致的国有企业预算软约束问题<sup>③</sup>是社会保障制度由单位保障向社会保险转型的重要原因。劳动合同的推行和社会保险的建立重塑了劳工与国家的关系，政府的福利承诺削减与覆盖人群的收缩导致了劳工群体的社会抗争。为了维护社会稳定，政府针对下岗失业以及低收入群体推出了

\* 本文系中山大学社会建设论坛项目“从家庭到社会：新社会风险视野下的照顾责任公共化研究”（11wkjc121109062）、教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“公务员养老金制度比较研究”（14JJD630004）的阶段性成果。

**作者简介** 彭宅文，中山大学中国公共管理研究中心、政治与公共事务管理学院讲师（广东广州，510275）；丁怡（通讯作者），中央财经大学中国财政发展协同创新中心讲师（北京，100081）。

① 彭宅文：《改革开放以来的社会医疗保险制度改革：政策范式转移与制度约束》，《社会保障评论》2018年第4期。

② Gu, Edward X., “Dismantling the Chinese Mini-Welfare State? Marketization and the Politics of Institutional Transformation, 1979-1999”, *Communist and Post-Communist Studies*, vol.34, no.1, 2001, pp.91-111.

③ 林毅夫、刘明兴、章奇：《政策性负担与企业的预算软约束：来自中国的实证研究》，《管理世界》2004年第8期。

低保等社会救助政策。<sup>①</sup>农村经济体制改革则使基于集体经济建立的互助性合作医疗和五保供养政策失去组织基础和财务基础而迅速衰落。总体而言,改革开放至2002年前的社会政策改革仅针对以优质国企劳工为主的都市部门进行累进的收入再分配,正规就业之外的广大城乡居民实际无法获得社会政策的覆盖,反而可能遭遇累退的收入再分配,扩大收入分配差距。<sup>②</sup>经济体制改革的目标是向社会主义市场经济体系转轨,进而融入全球贸易体系,发展劳动密集型、出口导向型产业。因此,以竞逐劳动力成本比较优势为目标的全球“逐底竞争”给中国的社会政策改革施加了削减福利、压缩劳工成本和税收负担的硬约束。服务于发展战略转型、市场经济转轨而进行福利紧缩改革是转型中国社会政策改革的主题。

2003年以来的中国社会政策改革似乎开始突破福利紧缩的主题,呈现福利扩张的新景象。部分经验研究已经证实,2003年以来的社会政策改革给农村居民和城市农民工带来了显著的累进性收入再分配,并缩小了收入分配差距。<sup>③</sup>乐观的研究认为新世纪以来的社会政策推动了保护性反向运动的兴起,<sup>④</sup>且经10多年的发展,社会政策有效地回应了居民的需要,福利国家建设成效显著。<sup>⑤</sup>但另外一些研究认为,中国社会政策改革的新进展主要还是为了在经济危机的背景下刺激内需以维持经济增长,<sup>⑥</sup>增进国民对政府的信任以提高政治稳定。<sup>⑦</sup>并且政策变迁延续甚至扩大了群体分割与社会分层,<sup>⑧</sup>地方政府福利努力取决于其财力,<sup>⑨</sup>而不是居民的社会权利。显然,社会政策的新进展是否真正突破了福利紧缩而开启福利扩张,以及正在进行的政策范式转移的动力是什么,都值得进一步讨论。

2003年以来的医疗保障制度改革是这一轮社会政策扩张中最重要、最显著的政策议题。已有的研究识别出了医疗保障筹资中政府角色的转型<sup>⑩</sup>以及目标的演化,<sup>⑪</sup>但从政治经济学角度来看,对于医疗保障筹资改革是否还受地方政府控制劳工成本与税收负担的福利紧缩约束,以及筹资机制创新是否因遇到既得利益的阻碍而扭曲等问题的探索,不仅有助于深化对中国社会政策范式转移动力的讨论,更为推动我国卫生治理转型、加快健康中国建设贡献治理创新层面的智识。本文关注2003年以来地方政府如何在福利紧缩压力的背景下开展医疗保障筹资机制改革与创新。我们将在描述医疗保障筹资改革过程、阶段与特征的基础上,分析塑造经济竞争优势如何约束筹资规模扩张与医疗保障待遇提升,以及筹资规模约束又如何对医保筹资中的服务购买与费用支付改革施加影响。

## 二、回应医疗风险与新世纪以来的医疗保障筹资改革

在卫生政策的分析框架中,医疗保障筹资包括资金征缴、风险分摊、服务购买等基本内容,<sup>⑫</sup>其对待遇保障、服务递送等政策设计有着决定性的影响。因此,医疗保障筹资改革的政策变迁能够有效反映

① Hurst, William, and Kevin O'Brien, "China's Contentious Pensioners", *The China Quarterly*, vol.170, 2002, pp.345-360.

② Gao, Qin, "Redistributive Nature of the Chinese Social Benefit System: Progressive or Regressive?", *The China Quarterly*, vol.201, 2010, pp.1-19.

③ Gao, Qin, Sui Yang, and Fuhua Zhai, "Social Policy and Income Inequality During the Hu-Wen Era: A Progressive Legacy?", *The China Quarterly*, vol.237, 2019, pp.82-107.

④ 王绍光:《大转型:1980年代以来中国的双向运动》,《中国社会科学》2008年第1期。

⑤ 王绍光:《中国仍然是低福利国家吗?——比较视角下的中国社会保护“新跃进”》,《人民论坛·学术前沿》2013年第22期。

⑥ Howell, Jude, and Jane Duckett, "Reassessing the Hu-Wen Era: A Golden Age or Lost Decade for Social Policy in China?", *The China Quarterly*, vol.237, 2019, pp.2-14.

⑦ Dickson, Bruce J., Pierre F. Landry, Mingming Shen, and Jie Yan, "Public Goods and Regime Support in Urban China", *The China Quarterly*, vol.228, 2016, pp.859-880.

⑧ 秦晖:《福利的“高低”“正负”与中国的转型》,《二十一世纪》2013年第10期。

⑨ Huang, Xian, "Four Worlds of Welfare: Understanding Subnational Variation in Chinese Social Health Insurance", *The China Quarterly*, vol.222, 2015, pp.449-474.

⑩ 顾昕:《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》,《中国社会科学》2010年第2期。

⑪ 申曙光、张家玉:《医保转型与发展:从病有所医走向病有良医》,《社会保障评论》2018年第3期。

⑫ Kutzin, Joseph, "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", *Health Policy*, vol.56, no.3, 2001, pp.171-204.

政府回应居民医疗风险的态度、动力与努力。新世纪以来,我国医疗保障筹资机制改革大致经历了三个阶段:第一阶段通过居民医疗保险筹资创新,解决非就业/低就业居民的医疗保障覆盖问题,实现医保人口全覆盖;第二阶段通过发展门诊医疗保障与长期照护保障来回应人口转型和疾病转型的风险;第三阶段以控制费用增长为目标综合推动医药价格形成机制、医疗机构补偿方式和医保付费方式改革。

#### (一) 回应无医保覆盖的风险

在计划经济时期,覆盖企业职工及其家属的劳保医疗、覆盖机关事业单位工作人员及其家属的公费医疗与覆盖广大农村居民的合作医疗在制度层面实现了基本医保“全民覆盖”。改革开放后,新的环境产生了新的问题,如劳保医疗的财务制度导致国有企业的预算软约束问题,劳动力被阻碍流动,将职工的医疗福利程度与企业财务状况、职工人口结构等挂钩而产生不平等。为配合国企改革和劳动力市场发育,国家决定在推行劳动合同的基础上建立社会保险体系。国企改革使得隐性失业显性化,大量职工失业,只有部分优质劳工获得了劳动合同。失业意味着失去单位的福利资格,无医保覆盖的问题相应地产生了。

劳保医疗的转型和合作医疗的逐步解体产生了三类无医疗保障群体。首先,随着农村家庭联产承包责任制的推行,建立在农村集体经济生产、分配和管理体系基础之上的合作医疗失去了财务和组织基础。合作医疗迅速衰弱乃至瓦解,集体分摊医疗费用风险机制消失后,农村居民陷入无医疗保障的境地。其次,劳保医疗转型为城镇职工基本医疗保险之后,虽然旨在覆盖城市劳动力市场上的所有劳动者,但是受经济全球化背景下出口导向、劳动密集型产业优先发展的经济发展战略的约束,其实际覆盖范围仅仅聚焦在国有企业。支撑出口导向型产业的企业以东南沿海地区的非公有制企业为主,他们因雇佣进城务工的农村剩余劳动力而拥有竞争优势。职工基本医疗保险向广大农民工群体扩面艰难。城市部门的农民工群体实际处于无保障境地。最后,新设立的职工基本医疗保险以削减福利的方式取消了参保职工家属的医疗待遇。由于职工基本医保的就业关联特征,参保职工供养的亲属也无法获得基本医疗保障。

从2003年开始,回应经济全球化和市场化背景下无医疗保障群体的医疗费用风险和社会稳定风险,成为我国医疗保障制度建设的紧迫任务。政府回应策略经历两大阶段,早期以相机发展医疗救助来解决低收入无保障城乡居民的医疗费用问题;后期则通过财政补贴居民参保的居民医疗保险政策创新来实现医疗保障的扩面。医疗救助因筹资规模有限,资格条件严苛而保障人群有限。新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险因筹资方式创新而迅速实现了扩面。具体而言,2002年10月中共中央、国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,要求建立和完善农村合作医疗制度和医疗救助制度,并明确承诺各级政府对农村合作医疗和医疗救助给予财政支持。居民缴费、财政补贴的筹资方式创新避开了职工基本医疗保险筹资缴费所面临的战略约束和执行压力,中央财政补贴力度的加大激励地方政府提高政策执行力度,医保待遇水平的提高也获得农村居民的支持。新型农村合作医疗迅速实现了对农村居民的广覆盖。借鉴农村经验,2007年7月,《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》发布,新型农村合作医疗的筹资机制创新扩散到城市部门,城镇居民医疗保险试点由此正式展开。在大量财政补贴的支持下,2012年开始我国基本实现基本医疗保险的人口全覆盖。

#### (二) 回应自付医疗费用负担风险

全民医保的实现使得全体国民都获得了医疗保险的覆盖。在人口全覆盖的基础上,医疗费用风险保护水平就取决于医药保障范围和医保的支付水平。自2012年开始,医疗保障筹资改革的焦点就是回应参保患者自付医疗费用负担风险。总体而言,患者自付医疗费用负担风险主要来自人口转型和疾病模式转型。人口转型意味着老年人口的增多;疾病模式转型意味着慢病门诊需求增加及失能老人长期照护需求增长。为回应人口老化背景下自付医疗费用负担风险的扩张,医疗保障筹资机制进行了改革。其中,职工基本医保通过门诊统筹和个人账户改革提高门诊保障待遇水平,居民基本医保通过发展居民大病保险来提高公共医疗保障的支付水平,长期护理保险试点旨在回应失能老人的长期照护需要。



提高门诊医疗保障待遇主要通过推广门诊统筹与改革个人账户两种方式实现。职工基本医保绝大多数采用了“板块”式统账结合的筹资与待遇结构。住院医疗待遇由社会统筹基金支付，门诊医疗待遇由医保个人账户解决。医保个人账户缺乏互助共济机制，个人承担了门诊医疗费用风险。人口老化背景下，慢性病的高发使得很多参保患者依靠个人账户无法承担其门诊医疗费用。因此，医保财务状况良好的地方政府开始将病情常见、费用较高、治疗周期长的多发病、慢性病、重特大疾病等的门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。另外，各地也开始积极改革个人账户制度，如拓展个人账户的支付范围与支付对象，在家庭成员间开展个人账户资金使用的互助；或者通过购买商业健康保险来获得更高保障水平等。

为解决居民基本医保筹资水平低、待遇有限的问题，国家积极支持以向商业保险机构购买服务的方式发展大病保险。2012年8月，国家发改委、卫生部等六部委联合发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，开启了居民大病保险的试点。在总结经验的基础上，国务院办公厅于2015年8月发布《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，推动大病保险在全国实施。居民大病保险希望在居民基本医疗保险之上建立第二层次的公共医疗保障，并通过商业健康保险承办来提高资金使用效率。

随着人口老龄化程度的加深，失能老人的健康护理和生活照料问题成为重要的政策议题。发展长期护理保险是应对人口老龄化对基本医疗保障挑战的重要策略。2016年6月，人力资源社会保障部办公厅发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，开启了长期护理保险的试点，希望探索以社会保险筹集资金，为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的路径。

### （三）回应医保基金财务可持续风险

医疗保障筹资机制设计有两大任务，一是面向参保者分散医疗费用风险，二是面向医疗服务提供者控制医疗费用不合理的增长并提高诊疗服务质量。改革开放以来至2012年末，我国的医疗卫生体制改革聚焦在需求侧，着力建立健全基本医疗保障体系解决基本医疗服务的筹资问题。2013年起，医疗保障开始深度开展医药价格形成机制改革与费用支付方式改革，以控制医疗费用，在实现基金财务稳健的同时进一步提高医疗费用风险保护水平。其中，以医保支付价格标准为焦点参与医药价格形成机制改革和医疗机构补偿机制改革，以医保总额预算管理为重点开展付费方式改革是核心任务。

医保支付价格标准改革包括取消药品定价中的利润加成和建立以市场化为基础的药品价格形成机制两项内容。取消药品加成，即在药品政府管制定价的基础上取消医疗机构的药品购销差价收入，进而使得医疗机构（名义上）无法通过药品销售获得收入，以推动医疗机构“以药养医”问题的解决。取消药品加成新政首先在基本药物中推行。由于政策影响范围有限，此项改革只是开启了医疗卫生制度供给侧改革的大幕。以取消药品加成为主要内容的公立医院补偿机制改革自2012年开始成为公立医院改革的核心内容。2012年6月，国务院办公厅发布了《关于县级公立医院综合改革试点的意见》，明确要求在试点县推行以取消药品加成、改革补偿机制为核心的县级公立医院综合改革。其后，这项改革措施在全部县级公立医院改革中推广，并扩展至城市公立医院改革之中。

取消医保支付价格定价中的药品加成，只是名义上取消了医疗机构的药品销售收入。招采分离、行政管控色彩浓厚的药品集中招标采购制度因招采价格虚高而给医疗机构通过“二次议价”获得药品利润提供了空间。因此，以市场为基础的医药价格形成机制改革成为合理制定医保支付价格标准的基础。2018年，新设立国家医疗保障局整合了发改委的药品管制定价职能，并进一步推动药品招标采购和价格形成机制改革。2019年1月，国务院办公厅印发《国家组织药品集中采购和使用试点方案》，以“带量采购”“招采合一”为特征、基于市场竞争的药品价格形成机制改革开始试点。此项改革推动了医保药品价格的大幅降低，有效地取消了医疗机构的药品销售收入，并为制定医保支付价格标准提供基础。

医保付费方式改革的目的是建立医疗机构医药提供行为的积极诱因，管控诱导需求行为。按项目付费向医保总额预付和按病种支付等复合支付转型之后，社会医疗保险对医疗机构的管控不再局限于控

制药品的具体价格，还包括控制医疗机构的利润水平及其获取方式。政策设计方面，发改委和卫生部于2011年3月发布的《关于开展按病种收费方式改革试点有关问题的通知》，对按病种支付改革试点进行了规划。人力资源社会保障部、财政部、卫生部于2012年11月发布的《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》将总额预付制的改革方案具体化。政策执行层面，2013年之后的公立医院综合改革大力推动费用支付方式改革的扩面。从2015年开始，费用支付方式改革成为控制医疗费用不合理增长的关键措施之一。2019年，国家医疗保障局则进一步积极推动按疾病诊断相关分组付费（DRGs）的试点和完善。

### 三、经济竞争优势塑造、筹资规模约束与医保筹资改革

2003年以来，我国医疗卫生体系的政策范式转移是由中央政府自上而下推动的。2003年“科学发展观”理念的提出，2004年“和谐社会”发展目标的设立，标志着我国的经济社会发展进入了构建社会主义和谐社会的新阶段。发展理念的变迁与发展目标的更新推动了医疗卫生体系政策目标的调整与回归。2009年，新医改“以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点”，“努力实现全体人民病有所医”。2016年，新时代的健康中国战略规划以“共建共享、全民健康”为主题，以全民健康为健康中国建设的根本目的。然而，国家发展理念的转变推动经济发展模式转变与社会政策范式转移仍遭遇制度约束。第一，经济发展战略与生产体制的相对稳定并没有推动我国发展型社会政策属性<sup>①</sup>的变化。面对人口红利逐渐耗竭的挑战，政府主动调整了经济发展战略，开展供给侧结构性改革，推动产业结构转型升级，由追求高速增长转向高质量发展。但是，新世纪以来，以及未来较长一段时间我国的经济仍然主要依靠劳动密集型、出口导向型产业的发展。生产体制具有相对稳定性，以劳动力成本比较优势为焦点塑造经济竞争优势依然约束着社会政策改革。第二，国内地方政府治理机制保持稳定，这无助于扭转社会政策改革领域中的逐底竞争。国内地方政府竞争仍以提供税费优惠、压缩收入再分配性财政支出为主要策略。控制社会保险缴费负担、压制社会支出增长的社会政策改革逻辑将国家间的社会政策改革的逐底竞争压力传导至国内地方政府间。因此，尽管中央政府开始自上而下推动社会政策的政策范式转移，但是地方社会政策改革实践依然无法有效突破福利紧缩的枷锁。以劳动力成本和税收负担为焦点塑造地方政府经济竞争优势，给医疗保障筹资规模设置了约束条件，筹资改革在财务成本约束下容易发生扭曲。

#### （一）劳动力成本优势塑造，居民医保筹资创新与二元医保体系

在全球竞争背景下，发展中国家的社会政策改革多数会采取生产主义策略，使社会政策维持较低的劳动力去商品化程度，以要素成本优势换取经济竞争力。<sup>②</sup>中国出口导向型发展战略建立在劳动力成本优势之上，压制社会保险的发展以降低社会保险费率负担成为社会政策发展的重要约束。改革开放后，政府对大量进城务工人员的劳动权益和社会权利保护持模糊态度。劳动法制和社会保险政策并没有排斥农民工参加城镇职工社会保险体系，但是地方政府通过监管懈怠来放任企业不参保，或者通过单独建立低缴费、低待遇的社会保险项目来降低企业社会保险缴费负担。通过各类方式降低社会保险缴费负担成为地方政府竞争的重要工具。地方政府间的招商引资竞争压力因此一致约束着职工基本医保的扩面。

2003年，为扭转地方政府在基本医疗保障改革中的福利紧缩格局，劳动行政部门专门发布《关于进一步做好扩大城镇职工基本医疗保险覆盖范围工作的通知》，推动地方政府积极向农民工、非正规就业人员以及非公有制企业就业人员提供基本医疗保障。但是，地方政府治理机制并没有提供执行此项政策的激励。面临日益增多的因病致贫问题，为了补偿中低收入群体，中央政府决定试点和推广基于个人缴费、财政补贴筹资的居民基本医疗保险。居民基本医疗保险筹资机制创新有两大特点。第一，以家庭为单位由个人缴费参保，而不是以劳动关系为基础由劳资缴费参保的筹资方式，在一定程度上摆脱了出

<sup>①</sup> 彭宅文：《社会建设的困境：生产主义与保护主义之间》，《东岳论丛》2013年第7期。

<sup>②</sup> Rudra, Nita, “Welfare States in Developing Countries: Unique or Universal?”, *Journal of Politics*, vol.69, no.2, 2007, pp.378-396.



口导向型发展战略与地方政府竞争对医保筹资的约束。企业雇佣成本不会增长，雇主群体并未反对。第二，个人缴费负担较轻，财政补贴力度较强，中央财政分担比例较大的筹资责任分担方式，消除了地方政府政策执行的顾虑。财政补贴一般是个人缴费的三倍，并且在中西部地区中央财政分担了更大比例的补贴责任。显然，筹资集权解决了地方政府再分配动力不足的难题。

居民基本医疗保险的筹资政策创新，在某种程度上是中央政府解决地方政府扩展职工基本医疗保险覆盖面激励不足难题的产物。政府通过加大中央财政投入的办法，解决了无医疗保障的难题，实现了对低技能劳工的补偿，但是生产体制与地方政府竞争对职工基本医疗福利紧缩的压力依然存在。职工基本医保因此扩面缓慢，大量受雇劳动者实际参加了居民基本医保。基本医疗保险体系虽然根除了城乡分割，但是立刻又陷入正规就业—非正规就业的劳动力市场分割之中。与就业质量密切关联的二元社会医疗保险体系结构不仅不利于优化参保人员结构而提高风险分散效率，还可能引发地方政府和企业在职工基本医保参保扩面上的道德风险，使得职工基本医保筹资扩张和待遇提升面临更大的福利紧缩约束。2011年至今，职工基本医保在受雇劳动者中的覆盖面几乎停滞不前，大约60%左右的二三产业从业者可能参加了居民基本医保。职工医保扩面艰难使得其参保人员的老化程度越来越严重。

### (二) 风险自担、资本积累与职工医保个人账户改革的路径依赖

城镇职工基本医保引入个人账户的政策设计将参保患者门诊医疗费用由社会互济转为风险自担。相对于劳保医疗的政策设计，医保个人账户的引入收紧了政府承诺的待遇水平，并将门诊医疗费用波动风险转嫁给了参保者。虽然这项改革的福利紧缩属性明显，但是新建立的城镇职工基本医保通过企业间的风险分摊而确保了住院等大病的医疗待遇支出，解决了劳保医疗这种单位福利所遭遇的财务风险和待遇支付危机，因而并没有招致职工的反对。在费率既定的情况下，个人账户的筹资规模取决于参保者的缴费工资水平。由于企业一般倾向于通过低报雇员薪酬水平的方式逃避五大法定社会保险的缴费负担，所以参保者的医保个人账户筹资水平有限，实际获得的门诊医疗保障水平受限。随着慢性病患者的增多，改革医保个人账户以提高门诊医疗保障待遇水平成为地方政府医保创新的热点之一。

地方政府医保个人账户改革主要有两种思路。第一，扩大医保个人账户的使用范围和保障范围，如用于支付家庭成员的医疗费用，或者支付医保目录之外的部分药品和医疗服务费用。第二，通过购买商业健康保险或者建立门诊统筹来更好地利用风险分摊机制，实现互助共济。其中，购买商业健康保险的选择依然面临保险公司因市场规模有限、利润较低而产品供给不足的约束；门诊统筹改革试点并不敢直接取消医保个人账户，而倾向于仅将有限病种的医疗费用纳入统筹基金支付范围。

参保患者的门诊医疗费用是否由个人账户的风险自担转向门诊统筹的社会互济，仍没有清晰的战略，反而呈现明显的路径依赖特征。地方政府改革延续了职工基本医保建立之初的福利紧缩策略——风险自担。门诊统筹的发展意味着筹资规模的增加和缴费负担的上升，这自然会招致雇主群体的反对。除福利紧缩之外，个人账户改革的路径依赖还因为其财务模式的金融化特征，<sup>①</sup>即医保个账资金多数以购买地方商业银行存款类产品的形式进行积累，从而使这笔相对稳定的存款转化为地方经济增长重要的资金来源。取消个人账户因此遭受金融资本<sup>②</sup>以及地方政府的抵触。

### (三) 筹资约束、项目扩张与医疗保障筹资结构的复杂化

如何在筹资约束的条件下建立新的医疗保障项目，以回应城乡居民的医疗费用风险是医疗保障制度改革难点之一。作为经济增长危机管理工具之一，包括基本医疗保险在内的社会保险在新世纪以来的历次重大经济增长危机中被要求延缓或者降低缴费负担，以帮助企业/资方应对危机的挑战。随着经济

<sup>①</sup> Hassel, Anke, Marek Naczyk, and Tobias Wiß, "The Political Economy of Pension Financialisation: Public Policy Responses to the Crisis", *Journal of European Public Policy*, vol.26, no.4, 2019, pp.483-500.

<sup>②</sup> Naczyk, Marek, "Agents of Privatization? Business Groups and the Rise of Pension Funds in Continental Europe", *Socio-Economic Review*, vol.11 no.3, 2013, pp.441-469.

增速的下降和财政收支压力的增大,医疗保障体系的项目扩张遭遇严格的筹资约束。居民大病保险、长期护理保险虽然实现了项目扩张,但是并没有独立的筹资来源,这导致公共医疗保障体系结构的复杂化。

城乡居民大病保险并没有独立的筹资来源,而是从城乡居民基本医保基金中划拨资金。承接服务购买的商业健康保险公司除了提供人力支持外,并没有通过医保支付方式创新增强费用管控绩效的优势。如果城乡居民基本医保并没有提高筹资水平以支持大病医保的发展,居民大病保险虽然构建了第二层次的公共医疗保障,但是这种针对患者自付费用负担提供的二次补偿,实际上也可以通过提高居民基本医保的待遇参数实现。由于没有独立筹资,筹资约束使得多层次基本医疗保障体系建设的政策绩效不显著。

试点中的长期护理保险也没有独立筹资,而从职工基本医保和居民基本医保中划拨资金。在确定资金划拨规模时,地方试点有两种思路。第一种思路根据失能老人照护服务需要及长期护理保险费用分担比例确定筹资规模,更多体现“以支定收”的预算思维。第二种思路侧重从基本医保的财务承受能力出发确定划拨资金额度,有“以收定支”的特色。由于职工基本医保的费率水平维持稳定,并一直遭遇调低费率的政策压力,长期护理保险的资金划拨多数还是从基本医保的财务状况与负担能力出发。这种筹资约束使得长期护理保险试点仅限于基本医保累积结余较多的地方政府,并只提供有限的待遇给付。

居民大病保险和长期护理保险的项目扩张面临严苛的筹资约束,而没能实现独立筹资。公共医疗保障虽然在保障项目与保障层次上都有着新突破,但是它们都通过基本医保筹资,这使得公共医疗保障的结构复杂化。从服务项目种类与政策待遇参数来看,医疗保障体系经历了福利扩张;但是从筹资来源与规模来看,医疗保障体系依然难以突破福利紧缩的格局。

#### 四、卫生治理转型、部门利益约束与医保筹资改革

改革开放以来到2012年末,我国的医疗卫生体制改革主要聚焦在需求侧,卫生治理更多延续计划经济时期形成的以行政管控为特色的管制机制。公立医疗机构面临财政补贴不足与医疗服务定价行政管控(低估)的双重约束而不得不通过药品招采与医疗机构管理上的政策设计缺陷进行“以药养医”。虽然职工基本医保和居民基本医保已经成为医疗机构最大的支付者,但是通过战略性购买来管控医疗机构行为并没有进入改革议程。2013年开始,医疗卫生供给侧结构性改革的核心是推动医疗管制机制的转型——由医药价格管制向患者医疗费用负担管制转型。<sup>①</sup>这一卫生治理转型焦点是推动公立医疗机构补偿机制的变革。为了实现这一目标,政府重点在两个领域开展改革,一方面通过医药价格形成机制改革来规范医疗机构的收入补偿渠道,另一方面通过医疗费用支付方式改革来改变医疗机构以及医务人员的行为激励。然而,在分工负责、局部推进的改革方式中,各部门的改革措施主要围绕本部门负责的局部性绩效指标开展,这种部门利益约束随着行政问责的日益严苛而可能导致整个卫生治理转型的目标无法顺利达成。第一,分工负责、局部推进改革方式中的部门利益。在中国的卫生健康法制与公共行政中,医疗卫生体系的筹资、价格与补偿、服务递送分属不同的政策子系统,并由相对独立的职能部门负责统筹相关改革。医改的全局性、最终性政策绩效目标也被相应地分解成各部门的局部性、中间性绩效指标。为避免问责,各部门的改革虽然可以实现药品价格的降低、单病种价格的降低、药占比的降低、基金财务的稳健等部门目标,但是如果局部性改革措施相互掣肘,则降低患者自付医疗费用负担与改善健康的全局性目标可能无法有效实现。<sup>②</sup>第二,筹资规模约束的决定性影响。中国的基本医疗保障筹资及财务管理采用了“以收定支”的预算原则。因此,筹资规模约束以及以医保财务可持续为目标的总额预算管理不仅直接影响着参保患者的待遇水平,也对服务提供者的补偿规模以及补偿方式具有决定性的影响。

##### (一) 以收定支与总额预算管理中的风险转移

<sup>①</sup> 彭宅文、岳经纶:《新医改、医疗费用风险保护与居民获得感:政策设计与机制竞争》,《广东社会科学》2018年第4期。

<sup>②</sup> Yi, Hongmei, Grant Miller, Linxiu Zhang, Shaoping Li, and Scott Rozelle, “Intended and Unintended Consequences of China’s Zero Markup Drug Policy”, *Health Affairs*, vol.34, no.8, 2015, pp.1391-1398.



人力资源社会保障部、财政部、卫生部于2012年11月发布《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》，着眼于提高医保基金的财务可持续性，从而实施医保总额预算管理。根据政策设计要求，各统筹地区在基金收入预测的基础上按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，确定医疗保险基金向统筹区域内定点医疗机构支付的年度总额控制目标。医保基金在向各定点医疗机构分配预算额度的时候，会充分考虑定点医疗机构的级别、类别、定点服务范围、有效服务量以及承担的首诊、转诊任务等因素，但是其决策依据主要是基于过去3年左右医保基金对医疗机构的实际支付额度。总额预算管理将医保基金财务稳健性的指标分解成医保基金向定点医疗机构支付的年度总额控制目标。虽然也引入了“结余留用、超支分担”的激励约束原则，但是定点医疗机构的年度支付总额控制目标具有硬预算约束的特征。

医保筹资设计理应采用“以支定收”的方式，从提供合理水平的基本医疗服务与医疗费用风险保护出发，确定筹资规模，并分解到现有筹资渠道与来源之中。然而，我国的医保筹资并没有基于“以支定收”的原则，并且筹资规模还经常遭遇下调的压力。在这种情境下，总额预算管理根据“以收定支”的原则，基于财力承受水平以及财务稳健性要求确定定点医疗机构年度支付总额控制目标的做法，实际上将基金财务波动的风险转嫁给了医疗机构以及参保患者。引入总额预算管理之后，医保基金从2014年开始由支出增速大于收入增速的格局转变为收入增速大于支出增速的格局，基金结余规模也开始由下降趋势转变为增长趋势。定点医疗机构不会全部承受医保基金转移的财务风险，而更多地通过推诿病人，诱导其使用目录外医药服务，以及院外购药等方式进一步将风险转移给参保患者。因此，医保基金结余上升、基金可持续性改善与医药费用增长、患者自付负担上升并存的结果出现了。

## （二）补偿总额约束与医保付费方式、医药价格形成机制改革

总额预算管理基于历史数据决定医保对医疗机构补偿额度的做法为医疗机构补偿机制的路径依赖提供了制度支撑。这使得医保付费方式改革和价格形成机制改革无法对医疗机构的行为激励产生作用。

付费方式改革的目的是建立医疗机构药品和服务提供行为的积极诱因，管控诱导需求行为。<sup>①</sup> 付费方式改革的重点是由按项目付费向按病种付费转型，因此目前各地的实践探索以按病种付费以及按疾病诊断相关分组付费（DRGs）为重点。但是，相关改革却遭遇如下挑战。第一，总额预算管理与按病种支付的关系仍未清晰。按病种付费会改变医疗机构在病种层次的诊疗决策，但是医疗机构能够获得的补偿总额仍由总额预算管理确定。如果按病种付费无法对医疗机构的补偿产生实质影响，那么付费方式改革的绩效会打折扣。第二，由于筹资水平不足，基于总额预算管理开展的各类付费方式改革可能无法高效地发挥作用。无论在点数法的DRGs改革中，还是在区域紧密型医疗体的付费方式改革中，总额预算制实际上发挥着对医疗费用支付进行定价的功能。如果无法贯彻“以支定收”的筹资原则，总额预算管理有着“低估”医疗服务价格的风险。更严重的是，当前医疗保障筹资参数僵化，并面临经济增长减速和财政收紧的硬约束，这实际上对合理开展付费方式改革构成阻碍。

医药价格形成机制改革对医保筹资改革具有基础性的影响。医药价格形成机制改革通过取消药品加成来取消医疗机构“名义”性药品销售收入，通过量价挂钩、招采合一的国家药品集中采购政策来进一步挤压药品中标价格的水分，取消医疗机构和医务人员通过二次议价、销售回扣等方式获得的灰色、黑色药品销售收入。进一步地，市场化的医药价格信息将为医保付费方式政策设计的参数确定提供基础。但是，目前医药价格形成机制改革也遭遇体制约束。第一，总额预算管理中的补偿总额路径依赖限制了医药价格形成机制改革的作用。取消药品加成和量价挂钩招标采购带来的药品医保支付价格下降，使得医疗机构通过药品销售获得的补偿额度降低。但是，短期内医疗机构的补偿总额基于历史数据制定，并无法及时调整以传达价格机制改革的激励作用。更严重的是，医疗服务价格形成机制改革滞后，政府对其的行政定价倾向于以补偿药品价格降低给医疗机构带来的收入损失为目标。这种医药价格结构调整实

<sup>①</sup> 顾昕：《中国医保支付改革的探索与反思：以按疾病诊断组（DRGs）支付为案例》，《社会保障评论》2019年第3期。



际上以维护医疗部门的既得利益为前提，补偿机制改革仍面临巨大挑战。第二，药品价格形成机制改革与付费方式改革的协作不足。付费方式政策设计的重要参数也以历史数据为依据，药品价格虚高和医疗服务价格被低估的现实被承认，并进一步影响付费支付标准的制定。未来，虽然药品价格因量价挂钩招标采购的扩张将逐渐以市场化为基础，但是以市场化为基础的医疗服务价格形成机制改革仍亟待破题。

## 五、结论与政策启示

新世纪以来，中国发展理念的变迁推动社会政策自上而下开启了政策范式的转移。在医疗卫生体制改革领域，根据中央政府的顶层设计，病有所医的发展目标进一步进化、丰富为“全民健康”，医药卫生体制改革方案发展为综合性的健康中国建设战略，“三医联动”的综合改革策略正替代简单的医疗保障制度建设思维。但是中国基于劳动力成本比较优势的出口导向型发展战略，以“政治集权、财政分权”为核心特征的地方政府治理机制及其导致的地方政府竞争的格局，与部门利益影响的新旧政策范式竞争，使得我国卫生治理的政策范式转移遭遇阻碍与约束。由于地方政府在劳动力成本方面的“逐底竞争”与部门间的“邀功与避责”行为选择，中央政府在医疗卫生体制改革领域中的政策资源和财政资源的投入，并没有有效地转化为医疗费用风险保护水平的显著提升。

虽然中国正在推行供给侧结构性改革以实现高质量经济发展，但是建立在劳动力成本优势上的出口导向型发展战略仍是经济增长的主要动力来源。这一经济发展战略将国际间劳动力成本优势的“逐底竞争”压力传递到国内。地方政府以劳动力成本和税收负担为焦点的“逐底竞争”进一步强化了控制职工医保费率负担和居民医保财政补贴水平的约束。在这种筹资规模约束下，居民基本医保成为覆盖人口最多的医疗保障计划，基本医疗保险体系二元结构及其固化不仅不利于提高城乡居民的医保水平，更强化了劳动力市场的二元分割。筹资规模约束还进一步使得公共医疗保障筹资遭遇“碎片化”的风险。在单一筹资来源和固定筹资规模的前提下，建立在基本医疗保险筹资基础上的大病医疗保险与长期护理保险虽然实现了医保项目的扩张，但是实际可能并不具备提供更高医疗费用风险保护水平的功能。

筹资规模约束影响了医保基金的收入规模与收入结构，以“以收定支”为原则的医保总额预算管理的推行则进一步将这种福利紧缩压力传导给补偿机制与支付机制。在医疗服务供给侧结构性改革领域中，筹资规模约束通过医疗保障总额预算管理约束了医药价格形成机制和医疗机构补偿机制改革，削弱了医疗费用支付方式改革的价值。总额预算管理实现了医保基金的财务稳健，但是医疗费用波动的风险更多地转移给了医疗机构以及参保患者。由于医保基金总额预算管理的约束，虽然药品价格市场化的形成机制正在形成，医保支付的药品价格正在收获药品价格降低的红利，但是医疗服务价格改革仍以维持医疗机构总体补偿规模不变为目标。价格改革的推进对医疗机构能够获得的补偿水平的总规模影响不大。由于药品价格和医疗服务价格信息失真，无法有效反映市场信号，主要基于历史统计数据确定医保支付方式关键政策参数的政策思路，实际上仍以维持医疗服务提供者的既得利益为前提。

以医疗保障制度筹资改革为例，我们发现福利紧缩的压力仍然在约束着医保的筹资规模，并通过总额预算管理影响医药价格形成机制、医疗机构补偿机制和医疗费用支付方式改革。尽管中央政府积极通过医疗保障制度改革补偿和回应城乡居民的医疗费用风险和需要，但是中央政府的大规模财政投入在付费机制和补偿机制仍未有效运行之时，并没有高效地转换为患者医疗费用风险保护水平的显著改善。因此，突破筹资规模的约束，是医疗保障进一步改革的关键。2020年2月25日，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的发布，明确要求实行医疗保障待遇清单制度。医疗保障待遇清单的意义不仅在于通过标准化的方式实现地区间医疗保障待遇水平的均等化，更在于从参保患者权益的角度规定了政府的责任。这有利于推动医疗保障的筹资和预算管理原则逐步从“以收定支”转向“以支定收”，进而突破福利紧缩的压力，真正从居民社会权利出发规划相关改革措施。筹资规模约束的逐步放松和合理化，将进一步推动医疗机构补偿机制改革和付费机制改革。

责任编辑：张超