



社会保障研究
Social Security Studies
ISSN 1674-4802, CN 42-1792/F

《社会保障研究》网络首发论文

题目： 从“以收定支”到“以支定收”：论医疗保险筹资模式转变与可持续发展
作者： 王昭茜，仇雨临
网络首发日期： 2020-07-02
引用格式： 王昭茜，仇雨临. 从“以收定支”到“以支定收”：论医疗保险筹资模式转变与可持续发展[J/OL]. 社会保障研究.
<https://kns.cnki.net/kcms/detail/42.1792.F.20200702.1516.002.html>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

从“以收定支”到“以支定收”：论医疗保险筹资模式转变与可持续发展*

王昭茜 仇雨临

(中国人民大学劳动人事学院,北京,100872)

摘要:以科学合理的基金管理达到基金收支平衡是实现基本医疗保险制度可持续发展的前提。我国基本医疗保险制度建立之初确立了“以收定支、收支平衡”的基金管理原则,但实践中存在待遇保障差异、地区间医疗保险基金收支不平衡等弊端。从筹资模式的特征,基本医疗保险的制度目标、制度需求、制度环境及技术条件等方面分析医疗保险基金管理的逻辑,发现“以收定支”在制度建立之初有其合理性,但当前随着全民医保目标的升级,筹资模式需要做出适应性调整,即从“以收定支”转变为“以支定收”。对此,本文建议,通过建立基本医保筹资的动态调整机制、统一的待遇清单制度及多层次医疗保障体系,完善和创新医疗保险的管理手段,调整基金管理方式等路径,推动基本医疗保险的可持续发展。

关键词:基本医疗保险;筹资模式;以收定支;以支定收

十九届四中全会公报提出,健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度。基于城乡统筹的客观背景和可持续发展的目标,以科学合理的基金管理达到基金收支平衡是实现基本医疗保险制度可持续发展的前提。在医疗保险基金(简称“医保基金”)管理中,前端的筹资和末端的支付是最核心的两个环节,但当前在理论探究、制度设计以及政策实践中对于筹资与支付的关系还需进一步探讨和完善。因此,立足于基本医疗保险制度可持续发展的目标,需要从“以收定支”和“以支定收”的筹资与待遇的关系入手,进一步厘清医保基金的收支关系,从而建立科学合理的筹资模式,推进统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度的健全完善。

一、“以收定支”与“以支定收”的概念辨析及其争议

是“以收定支”还是“以支定收”?关于财政税收原则的讨论在21世纪初就已开始。一方面,由于存在财政收入的有限性与财政支出的无限性之间的尖锐矛盾,以及财政预算支出管理不规范、财政赤字逐年扩大等因素,我国需要实行“以收定支”为主、“以支定收”为辅的财政政策^[1];另一方面,“以收定支”是计划经济时期的财政策略,而实行“以支定收”是市场经济体制的要求,且市场经济体制为实现“以支定收”提供了保障,因此应当循着“以支定收”而不是“量入为出”的思路,来界定包括税收在内的政府收入规模的标准^[2-3]。

具体到社会医保基金的管理过程中,“以收定支”意味着根据收取的保费确定待遇支出水平,支出以基金的实际规模为依据,即“有多少钱办多少事”;“以支定收”则是根据实际需要支付的疾病治疗费用,来厘定实际的保费,即“需要办多少事筹多少钱”。1998年《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号)将“以收定支、收支平衡”确定为我国社会医疗保险改革中基金管理的基本思路,并在2003年新型农

* 本文系研究阐释党的十九届四中全会精神国家社科基金重点项目“健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度研究”(20AZD076)阶段性研究成果。

村合作医疗和 2007 年城镇居民基本医疗保险建立之时予以延续^[4-6]。在实践中,职工基本医疗保险的筹资模式以历史的“支”定现在的“收”,而费率一经确定,则以相对稳定的“收”应对动态的“支”,“以收定支”的原则是在公费医疗和劳保医疗向现代社会医疗保险制度转轨之时产生的,目的是限制医疗费用的过快增长,但欠缺对未来的长远预测,存在对未来风险预估不足的问题^[7-8]。而基本医疗保险权是一项基本人权,其责任范围和保障水平通过法定程序确定,不能随意改变。基本医疗保险筹资原则应当是“以支定收”,根据制度设定的责任范围和保障待遇水平,估计需要的资金量,再设法筹集与之等量的资金,以实现制度目标^[9]。

可见,究竟是“以收定支”还是“以支定收”,在财政税收中就具有争议性,在我国社会医疗保险的制度规定与理论探讨中也存在差异性的结论,这也表明两种管理方式各有优缺点和适应性。那么,我国基本医疗保险收支管理的具体表现形式是什么?不同的筹资模式需要怎样的环境条件、又有着怎样差异性的效果?当前我国应转向“以支定收”还是保持“以收定支”?本文将基于实践现状对两种方式进行比较分析。

二、基本医疗保险筹资模式的实践现状

我国三大医疗保险制度在建立之初,都确立了“以收定支、收支平衡”的基金管理原则。城镇职工医疗保险根据固定的筹资比例筹集资金,城乡居民医疗保险根据定额筹资数额筹集资金,再依据筹集的医保基金在收支平衡的前提下设计待遇水平。这一基金管理方式,在实践中具有不同制度之间的保障待遇差异、同一制度内部不同统筹区之间的保障待遇差异、地区间收支不平衡等特征。

首先,就整个基本医疗保险体系而言,存在不同制度之间筹资与待遇水平的差异。在“以收定支”的基金管理原则下,不同的医保制度类型报销比例和保障水平参差不齐,城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险之间由于不同的缴费方式形成了不同的基金管理方式和不同的报销比例,制度的差异化运行加大了社会成员之间接受服务和享受待遇的差距^[10]。筹资差异和待遇差异在医疗保险制度之间普遍存在,不利于公平、统一的全民医疗保障体系的建立和完善。

其次,就同一医疗保险制度内部不同统筹地区而言,存在相似的筹资标准与差别的保障待遇。一方面,城镇职工医疗保险以个人工资为缴费基数,在个人 2% 和单位 6% 的基准费率下,各地会结合实际情况有所浮动,同时,由于各地工资水平的差异,筹资与待遇均具有统筹区之间的差异性。另一方面,就城乡居民医疗保险而言,各统筹区在制定筹资标准的时候大部分都是依据国家的最低标准,即根据国家最低标准确定统筹区的“收”,再根据“收”的基金,结合当地实际情况确定待遇水平,即“支”的水平。以 2018 年各省的筹资政策为例,全国大约一半省级单位采取的是“一制一档”的筹资标准,即所有参保者使用同一个缴费标准,且以 2018 年国家统一的最低标准为主。但各个统筹区居民患病率、医疗费用水平、医疗资源利用率都存在较大差异,根据“以收定支”原则,与相似的筹资标准对应的就是差异的待遇水平,从而又出现了地区间医保待遇水平的差距。

最后,以全国统一的“收”定地方差异的“支”,出现了地区间基金结余的不平衡,即医疗保险结构性的不可持续。基于“以收定支”,如果筹资过多,在待遇需求刚性和下一年度需求较难预测的前提下,待遇并不会被轻易提高,如此虽可以保障基金安全,但也会造成基金浪费;在筹资不足的情况下,维持既定待遇会面临收不抵支的风险,而降低待遇水平会损害参保人的利益。例如,从各省份城乡居民医保基金的累计结余状况看^①,2018 年有 14 个省份城乡居民医疗保险基金累计结余处于合理水平(可使用 6~9 个月),8 个省份累计

① 参照 2009 年人社部、财政部《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》(国发[2009]12 号)规定的职工医疗保险基金的结余范围:6~9 个月的平均支付水平为统筹地区城镇职工医疗保险统筹基金累计结余原则上应控制的合理范围;累计结余超过 15 个月平均支付水平为结余过多状态,累计结余低于 3 个月平均支付水平为结余不足状态。因此,本文分析中以 6~9 个月为基准,将 6~9 个月定义为“合理结余”;少于 6 个月定义为“低于合理结余”,其中少于 3 个月为“结余不足”;多于 9 个月定义为“高于合理结余”,其中超过 15 个月为“结余过多”。

结余低于合理水平,其中有 1 个省份累计结余不足,另有 9 个省份城乡居民医保基金累计结余高于合理水平,其中 2 个省份属于结余过多(累计结余可使用月数多于 15 个月)。此外,需要说明的是:2018 年全国城乡居民医保累计结余 4690.1 亿元,支出 7115.9 亿元^[11],累计结余可使用月数约为 7.91 个月,基本属于合理的结余范围内。可见,一半多省份的基金结余都不在合理范围内(结余过多或结余不足)。这一方面是因为“以收定支”的基金管理方式在确定筹资标准时,缺乏对基金支出需求的合理预测,导致实践运行中收支不匹配;另一方面是因为城乡居民医疗保险的筹资也缺乏明确的关联指标,各地确定筹资标准时没有根据地区实际支出需要作出适应性调整。

表 1 2018 年各省份城乡居民医保基金累计结余可使用月数

结余情况		省份	累计结余 可使用月数	结余情况	省份	累计结余 可使用月数
低于 合理 结余 (少于 6 个月)	结余不足(少于 3 个月)	上海	0.23	合理结余	福建	6.04
	3~6 个月	陕西	3.34		安徽	6.56
		浙江	3.83		宁夏	6.74
		甘肃	4.66		湖南	6.94
		北京	5.43		西藏	7.06
		内蒙古	5.91		贵州	7.07
		河南	5.95		江苏	7.17
		河北	5.96		山东	7.27
		湖北	10.01		云南	7.41
	高于 合理 结余 (多于 9 个月)	9~15 个月	广东		10.22	吉林
重庆			10.32		山西	8.76
新疆			10.49		青海	8.93
江西			10.73		辽宁	9.65
海南			11.32		四川	9.99
黑龙江			12.63		全国	7.91
广西			17.51			
结余过多(多于 15 个月)	天津	24.59				

数据来源:《中国统计年鉴 2019》。

三、基本医疗保险筹资模式转变的必要性与可行性分析

从以上的分析中可以看出,“以收定支”是我国社会医疗保险制度自诞生之日起就确定的基金管理原则,但在实践中出现了诸多问题。那么,“以收定支”与“以支定收”各自具有怎样的特征?适应哪些实施环境和外在条件,又会有着怎样差异性的效果?为什么制度设立之初会确立“以收定支”的基金管理原则?当前是否到了“需要改变‘以收定支’,以及可以实施‘以支定收’”的时机了呢?对此,需要综合考察不同收支关系的特征,不同时期的制度目标、制度需求、制度环境以及技术条件,为收支关系的调整提供必要性与可行性分析。

首先,“以支定收”是社会保险运行规律使然。保险以风险分担为目标和运行逻辑,前提是对风险分布的预测和评估,由此来确定保障范围内的群体需要承担的保费,可见“以支定收”体现了保险运行规律。而具体到社会医疗保险,其财务模式是现收现付制,以年度平衡为目标,主要是依据年度的支出需求设计具体的收入标准,即“以支定收”而非“以收定支”。例如,德国作为社会医疗保险制度的创始国,形成了一套系统的筹资和待遇确定机制,具有典型的“以支定收”的特征,主要表现在费率的动态变化上。表 2 显示:1980 年以来德国根据支出需要进行收入水平(费率)调整,社会医疗保险缴费率一直是波动变化,整体呈上升趋势,

个别年份有所下调,1980年费率为11.4%,到2017年费率已经调整为14.6%^①。而我国的社会医疗保险缴费率情况是:20多年来职工医疗保险的缴费率一直为“个人2%、单位6%”,尽管部分地区有针对性调整,但在全国层面基本保持不变;居民医疗保险每年是定额缴费,且筹资数额是等额增长而非比例增长,也就是以相对稳定的收入应对变动的支出。

表2 德国社会医疗保险缴费率

单位:%

	1980年	1988年	1993年	1994年	1998年	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
缴费率	11.4	13.0	13.4	13.2	13.6	14.0	14.6	14.9	15.5	14.6	14.6

数据来源:Beitragsatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980-2018 [EB/OL].http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf.

其次,“以支定收”是维护国民健康权利的保障条件,是新时代基本医疗保险目标转型的客观要求。一方面,社会医疗保险要保障的风险分布是参保人的疾病经济支出,该支出是一种以健康需求为导向的费用,健康需求既是不可打折扣的,也是刚需增长的。因此,从保障参保人健康权益的角度出发,需要首先预测医疗费用支出的基金数额,据此核定参保者的保费。虽然坚持“以收定支”原则的优势在于可以保障基金本身的安全性,但这种安全性保障会以损害参保人合理的健康需求为前提。

另一方面,随着基本医疗保险的制度目标不断演变,医保基金的筹集模式也需要作出适应性调整。三大基本医疗保险建立之初都是为了解决国民没有医疗保障的问题,实现人人有保障。因此在当时迫切需要先筹集一笔公共的医保基金,降低个人应对医疗支出的经济压力,即需要由国家出面,通过个人、单位与政府共同出资的方式,为国民提供一笔健康储蓄金,应对可能发生的疾病消费支出。可见,制度建立之初的主要任务是尽快实现医保基金从无到有。此时采取的“以收定支”的基金管理方式是指,先在可负担的缴费水平下筹集资金,再根据基金数量量入为出。其优势是,先确定“收”能够快速建立制度,而依据收入“定支”又可以促进基金的合理使用。当前,我国基本实现全民医保,并通过将慢病用药、抗癌药纳入医保目录,以及调整封顶线、起付线、支付比例等措施,不断扩大了基本医疗保险的保障范围,提高了医疗保险的保障水平。同时,健康中国战略的提出使卫生健康事业的发展将从“病有所医”转变到“健康提升”。国家医疗保障局的成立使医保功能将从医疗费用被动事后支付转变到医疗服务主动战略购买,医保承担的职能和角色更加多元化,相应地,医保发展目标需要从人人有保障转变到精细化发展。而待遇水平的可持续发展、发展目标的实现、制度功能的有效落实都依赖于稳定的筹资来源。此时,如果继续采取“以收定支”的基金管理方式,则会使基金没有稳定的预期、不断提高的待遇水平难以得到保障,甚至会损害国民健康的刚需。因此,基于医疗保险制度目标的转型,基金管理方式也需要从“以收定支”转为“以支定收”,即在待遇上从“有多少钱办多少事”转变到在与经济发展相适应的情况下设置稳定的待遇预期,在筹资上从应激性储蓄转变到策略性储蓄。

最后,我国已经具备实施“以支定收”的制度环境和条件。“以支定收”的筹资模式依赖于对未来风险分布的科学预测、完善的财政预算制度和保险基金运行机制。在医疗保险制度建立之初,并没有居民参保信息、就医与健康信息的数据积累,经办管理还没有实现电子化的管理,基金测算的水平也受限,当时即使想采取“以支定收”,也没有数据信息、技术手段等方面的基础条件。同时,由于当时我国经济发展水平和个人的支付能力并不高,国民对医疗保险制度的认知也刚刚起步,只能通过先少量筹集资金的方式建立制度,从而稳定参保人群、培养认知态度。如今全民医保已经实现,各项医疗保险制度也都经过了十余年的发展,尤其是2011年之后参保覆盖面基本稳定,基金运行日趋平稳,民众的就医数据、参保信息已经实现了长久的数据

^① 德国在联邦层面有一个统一的缴费率(如工资收入的14.6%),联邦根据疾病风险的不同向各个基金会重新分配基金收入;同时,各个医疗保险基金为了平衡收支,会在这个统一费率的基础上设定可浮动的额外费率。

积累,信息化、电子化的管理工具日益升级,经济发展水平与个人的支付能力不断提高,我国既具备预测待遇支出、测算筹资标准、强化基金管理的条件,也具备一定程度上支付可变的筹资水平的能力。加之宏观经济环境与财政预算制度的不断完善,都为建立基于风险分布预测的“以支定收”筹资模式提供了基础。也就是说,当前我国已经具备了在基本医疗保险中采取“以支定收”的筹资模式的制度环境和条件。

总之,自我国基本医疗保险制度建立以来,由于计划经济管理方式的惯性,以及受医保经办能力和经济发展水平等因素的制约,实践中一般采取“以收定支”的方式进行基金管理^[12]。“以收定支”是基于制度目标、制度条件等做出的选择,其作为一种多重客观条件约束下的策略性选择,具有一定的合理性。但随着全民医保的建立、待遇水平的提升、制度目标的转变、制度环境的变化以及信息化程度的提高,筹资模式也需要通过相应调整,与制度本身的发展需求和能力相匹配,与国民健康的刚需增长相适应。从“以收定支”转为“以支定收”,确定稳定预期的待遇水平,据此设置动态的筹资标准,有利于实现基本医疗保险的可持续发展与居民健康保障水平的稳定提升(表3)。此外,实践中应制定并严格执行基金支付的具体细则,使支出尽量不突破基金预算,以保障参保人的利益和保持基金的平衡。因而也需要兼顾“以收定支”,但这不是基金管理全过程的原则,也不是筹资的原则,只是基本医保基金支付管理的原则,其本质为加强支付管理^[13]。

表3 “以收定支”与“以支定收”实施环境的差异

	制度建立初期	当前
制度目标	基本医保从无到有	全民医保从有到优
制度环境	没有信息积累;缺少医保认知;缺乏支付能力	信息化医保;参保基本稳定;支付能力提高
收支管理	以收定支,筹措资金	以支定收,精细管理

四、基于“以支定收”的筹资模式,推动基本医疗保险可持续发展

在新时代医疗保障弥合不平衡发展、促进充分性发展的目标下,基本医疗保险的可持续性成为重要的基础条件,而筹资模式的设置是实现可持续发展的重要依据。基于当前基本医疗保险采取“以收定支”筹资模式存在的不足,以及“以收定支”与“以支定收”各自的适用条件,可以通过转变筹资模式,调整基金管理方式,推动基本医疗保险可持续发展。一方面,基于“以支定收”的筹资模式,构建筹资的动态机制;另一方面,在制度和管理两方面形成配套措施,辅助筹资模式与基金管理方式的调整,最终实现基本医疗保险可持续发展。

(一)筹资模式:“以支定收”下的基本医疗保险筹资动态调整

医疗保险最终去向是对参保者医疗费用的偿付,而偿付的来源则是个人和单位的缴费、财政的补贴,由此,医疗费用以及医保基金支出的客观增长也要求对基本医疗保险筹资进行针对性调整。因而需要奉行“以支定收”的基金管理原则,从支出的总量出发设计人均筹资标准,并达到医疗保险现收现付且年度略有结余的目标。在这一基金管理前提下,应基于医疗费用、医疗服务可及性、经济发展水平与居民收入、人群的医疗需求等影响医保基金支出的因素,从理论的合理性和制度实践的可操作性出发,设置医疗保险筹资额的关联指标,并根据历史数据变化进行合理测算,建立基本医疗保险筹资的动态调整机制。同时,实施“以支定收”原则和动态调整还应注意稳定性。以城乡居民基本医疗保险为例,其虽然实行的是现收现付制,但也需要提前做较长期的收支预测(5年~10年或更长),可在人均筹资水平较低的年份适当提高人均筹资水平,而在人均筹资水平较高的年份适当降低人均筹资水平^[14],进而在可预测的年度内平滑筹资需求,减轻随着时间的变化,某个年度内费用激增给财政和个人带来的压力。此外,在全国不同统筹区医保待遇、社会经济水平差别较大的情况下,各统筹区应根据实际情况进行适应性调整,尽量避免以国家最低标准作为当地筹资标准的唯一依据。

(二)制度配套:建立统一的待遇清单制度与多层次的医疗保障体系

“以支定收”既是筹资原则,也是基金管理原则,而实施这一原则的基础条件是对支出的有效预测,即对

待遇水平的确定。医疗保险制度建立以来我国一直采取“以收定支”的管理方式,其中一个原因就是无法准确预测支出。对此,应建立基本医疗保险的待遇清单制度,规定统一标准的最高支付限额、起付标准、待遇范围、医保目录、各机构的报销比例等,为居民提供稳定的待遇预期,为筹资标准的确定提供待遇方面的可预测支出,同时也减少基本医疗保险待遇水平的地区差异,促进各地基本医疗保障待遇的公平统一。总之,基于待遇清单的规范化,实现基本医疗保险收支关联从“健全与筹资水平相适应的基本医保待遇动态调整机制”到“健全与待遇水平相匹配的基本医保筹资动态调整机制”。

此外,待遇清单主要是满足参保居民的基本医疗保障需求,保障底线公平,匹配基本医疗保险的功能定位,促进基本医疗保险的公平统一。但由于“保基本”的水平有限,同时各地具有差异化的社会经济特征,居民的医疗保险需求与地区社会经济发展水平、个人财富状况正相关^[15],因而基本医疗保险的待遇清单难以满足所有参保者的健康需求。因此,在此基础上,各统筹区可以结合当地的经济水平、医疗费用支出特点、居民疾病谱和健康需求等,发展地方附加医疗保险、商业健康保险等,完善多层次医疗保障体系,实现差异化保障,满足多样性需求。总之,在社会基本医疗保险的基础上,建立多层次的补充医疗保险,开展“基本公平+比例公平”的制度设计,从而既坚持公平正义的主流价值取向,又尊重我国差异性的发展现状^[16]。

(三)管理支撑:完善和创新基本医疗保险的管理手段

调整基金管理方式,推动基本医疗保险可持续发展,除了要健全制度设计,还需要在法律法规保障、信息技术支撑、信息公开透明、医保基金监管等方面做到管理手段的完善和创新。

第一,加快医疗保险法治化建设,为基金管理提供法律依据。当前全国及各统筹区的筹资与待遇政策均是以每年度的政府工作报告为依据,由主管部门出台相关文件。这些文件主要规定了年度的缴费标准,部分规定了对应的待遇水平,而对于具体的设计依据、可能的变化趋势等却缺少明确表述,存在约束性较弱、规范性不足等问题。因此,需要建立《基本医疗保障法》《基本医疗保险条例》等法律法规,对筹资与待遇设计的依据、调整的原则进行细化说明,规范具体的基金管理方式。总之,以医疗保险的法治化推动基本医保基金管理可持续发展,做到有法可依。

第二,推进医疗健康信息化建设,为基本医疗保险可持续发展提供信息基础。历史数据信息是精准化测算基本医保基金支出需求和筹资标准的基础,因而需要持续推进和优化医疗健康的信息化建设。具体措施包括:实现城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新农合的信息合并,打造统一的基本医疗保险信息平台;打通参保、退出、就医、支付等多个模块的资源勾连,尤其要完善身份转化、年龄转化中缴费信息与待遇信息的衔接;此外,注重不同部门管理信息模块的合作与互通,例如,建立及完善基本医疗保险基金的数据管理平台和卫健部门监测医疗费用数据系统,并实现二者的共享合作。总之,通过医保信息平台建设以及医保同其他相关部门的信息共享,更精准地监管和预测医疗费用的变化趋势及医保基金的支出,为实现“以支定收”提供信息来源。

第三,推动筹资与待遇的信息公开化。筹资与待遇的调整都是涉及参保者切身利益的公共政策,这些政策的推行都离不开参保者的认可和配合。但当前参保者对基本医疗保险的筹资标准、待遇水平等信息认知不足,同时还存在信息获取渠道不畅的问题。因此,需要以医疗保障局、经办服务中心等为载体,推动医疗保险筹资、待遇等相关政策的信息公开化,及时并有针对性进行政策解读,帮助参保人理解政策调整,为基金管理的动态性提供参保人的认知基础。

第四,加强医保基金监管。医疗保险的可持续发展需要开源和节流并举,但节流不是节制居民的合理医疗需求,而是控制欺诈骗保等行为,减少医保基金的浪费。因此,加强医保基金监管也是促进医疗保险可持续发展的重要措施。一方面,要持续开展打击欺诈骗保的专项行动;另一方面,要从体制机制上减少制度漏洞,从源头上遏制骗保行为的发生,最大程度提高医保基金的使用效率,使有限的医保基金真正发挥为参保人购买健康医疗服务的功能。

参考文献:

- [1] 邓子基.以收定支还是以支定收[J].财政研究,2002(3):2-5.
- [2] 靳俐.以支定收和以收定支之辨析——与邓子基教授商榷[J].财政研究,2002(6):76-78.
- [3] 高培勇.以支定收:界定税收收入规模的基本思路[J].税收征纳,2002(1):9-10.
- [4] 国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定(国发[1998]44号)[EB/OL].[1998-12-14].http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm.
- [5] 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)[EB/OL].[2003-01-16].http://www.gov.cn/zwgk/2005-08/12/content_21850.htm.
- [6] 国务院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)[EB/OL].[2007-07-10].http://www.gov.cn/zwgk/2007-07/24/content_695118.htm.
- [7] 袁涛.社会医疗保险筹资与待遇关联机制研究[D].北京:中国人民大学,2017.
- [8] 袁涛.构建医保筹资与待遇支付关联机制的理论思考[J].社会保障评论,2018(4):149-159.
- [9] [13] 何文炯.“以收定支”与“以支定收”[J].中国社会保障,2017(3):39.
- [10] 严妮,胡瑞宁.基于城乡居民医保整合背景的全民医保制度反思[J].社会保障研究,2017(3):40-47.
- [11] 国家统计局.中国统计年鉴 2019[M].北京:中国统计出版社,2019.
- [12] 黄国武,仇雨临.医疗保险治理现代化:内在逻辑和路径推演[J].四川大学学报(哲学社会科学版),2019(2):94-102.
- [14] 张鹏飞,仇雨临.全面二孩政策对城乡居民基本医疗保险收支关系的影响——以CC市为例[J].社会保障研究,2018(6):14-30.
- [15] [16] 蔡滨,马伟玲,王俊华.制度变迁视角下推进农村居民基本医疗保险制度改革研究[J].社会保障研究,2017(4):55-62.

From "Setting the Expenditure Based on Income" to "Setting the Income Based on Expenditure": Study on the Transformation and Sustainable Development of Financing Model of Medical Insurance

WANG Zhaoxi QIU Yulin

Abstract: To achieve the balance of fund income and expenditure through scientific and reasonable fund management is the premise of realizing the sustainable development of basic medical insurance system. At the beginning of the establishment of the basic medical insurance system in China, the fund management principle of "setting the expenditure based income, balancing the revenue and expenditure" was established. However, in practice, there are some disadvantages, such as the difference of treatment guarantee, the imbalance of income and expenditure of medical insurance fund among regions. This study analyzes the logic of medical insurance fund management from the characteristics of financing model, system objectives, system demand, system environment and technical conditions of basic medical insurance, and finds that "setting the expenditure based on income" is reasonable at the beginning of system establishment. However, with the upgrading of the goal of universal health insurance, the financing model needs to be adjusted adaptively. That is changing from "setting expenditures based on income" to "setting income based on expenditures". Establishing a dynamic adjustment mechanism for the basic medical insurance financing, a unified treatment list system and a multi-level medical security system, improving and innovating the management means of medical insurance are suggested to adjust the fund management mode and promote the sustainable development of basic medical insurance.

Key words: basic medical insurance, financing model, setting the expenditure based on income, setting the income based on expenditure

(责任编辑:H)