

论大病保险回归基本医疗保险的历史必然性

李 珍

[摘 要] 2009 年内生于新农合的高额费用保障政策，于 2012 年演变为与基本医保分离的城乡居民大病保险制度（下称大病保险）。尽管目标和资金来源与基本医保相同，却交由商业保险公司承办，并最终将大病保险定位于与职工相互保险相对应的补充层次，形成了“同一筹资两个制度层次”的结构。本文分析了将居民基本医保一分为二的大病保险在理论逻辑和实践中的不可解的困境，指出大病保险在公平和效率两方面都会产生损失，与社会保险的价值观及大病保险制度安排的愿望相悖。本文指出“有限政府、有效市场”在医疗保险领域的局限性，认为现阶段内生于基本医保制度的高额费用保障政策是必要的，但基于公平统一、高效医保的要求，大病保险回归基本医保制度是理论逻辑和历史的必然。

[关键词] 城乡居民基本医保；大病保险；大病医疗保障政策；公平医保；费率制；以支定收

本文回顾了内生于新型农村合作医疗（以下称新农合）的高额费用保障政策的历史。2003 年开始试点的新农合以保大病为主要目标，但因筹资水平极低，保障的封顶线也极低，不能满足高额医疗费用的保障，2009 年在新农合内部生成按病种的高额费用保障政策试点并向全国扩散。本文称这种为内生于基本医保制度的高额费用保障政策为内生路径。

本文回顾和描述了城乡居民大病保险（以下称大病保险）产生的背景和政策内容。2012 年建立的大病保险是将新农合和城镇居民基本医保制度（以下称城居保）一分为二，从基本医保中分离出来的一部分，在政府主导下，交由商业保险机构运营的以解决高额费用风险为目标的制度性安排。为了分析的方便，对应解决同一风险的内生路径，本文称其为分离路径。过去十余年，大病保险沿着分离路径不断强化发展。

本文发现，与内生路径不同，分离路径下的大病保险是一项自上而下的制度安排，其产生并无内生需求，本可由内生路径完成的功能被分离出来由商保执行，是基于“支持商业保险发展”的目标。因此，筹资来源于基本医保的、由商保运营的大病保险，无法获得明确的制度属性和功能定位。本文分析了政策中的理论逻辑以及实践中的种种困境，主要是在公平和效率方面都会产生损失，与社会保险的价值观及制度安排的愿望相悖。

文章分析了大病保险关于“有限政府，有效市场”的理论基础在医疗保险领域的局限性；

[作者简介] 李珍，武汉大学政治与公共管理学院教授。主要研究方向：社会保障理论与政策。

[致 谢] 感谢龚曦、蒋浩琛两位博士生在文献收集和编辑方面所做的工作。

文章还分析了几个常常被用来佐证社会保险由商业保险公司经办的案例的来龙去脉,发现商业保险经办社会保险的案例并非其所在国的最优选择,而是各有各的不得已。

在共同富裕的愿景下,党的二十大报告要求社会保障要“公平统一”,医保十四五规划也要求建设公平医保、高效医保。因此,无论是从大病保险当下的困境,还是从社会保障制度短期和长期建设的角度看,社会医疗保险走向统一而非碎片化是必然的,大病保险回归基本医保,其高额费用保障的功能内置于基本医保是历史必然。时代也会要求基本医保不断完善,当居民医保制度筹资水平大体满足参保人的医疗保障需求,满足制度由以收定支转变为以支定收,且制度设计在筹资端和待遇端实现量能负担时,基本医保强调它的社会成员的共济功能而非“基本水平”时,高额费用保障的需求会自然消失,当然这是一个系统的变革和长期发展过程。

一、高额医疗费用保障的内生需求： 一个患儿引起的农村重大疾病医疗保障政策

2003年新农合试点之前,中国广大农村是没有社会医疗保险制度的。20世纪60年代快速发展的农村合作医疗制度本质上是集体经济提供的初级卫生服务制度,同时也提供一定的上级医疗服务费用的保障,而非真正意义上的社会保险制度。1978年后,随着家庭联产承包责任制的改革,农村集体经济解体,农村合作医疗制度也快速消亡。广大农村居民处于医疗保障的真空期达20余年,农村生产责任制改革的红利,很快被因病致贫、因病返贫侵蚀,农村居民对医疗保障具有强烈的需求。一些地区的基层政府试图恢复农村合作医疗,但由于外部条件发生变化,种种努力归于失败。具有社会医疗保险性质的新农合制度,看上去是政府自上而下推动的,实则是自下而上的制度创新。

为了回应农村居民的强烈需求,2002年10月,《中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》明确指出:为了解决广大农村人口的医疗保障问题,要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”,新农合以县(市)为统筹单位实施。2003年开展新农合试点工作,制度的筹资来自于“三个一点”:中央财政一点、地方财政一点、个人缴费一点。新农合从人均筹资30元钱起步(见表1),制度很快全面覆盖农村地区。2008年,参保人达8.3亿,占农村人口的91%。^①限于中国经济发展水平,新农合秉承的理念是低水平、广覆盖、保基本。受职工基本医疗保险(以下称职工医保)社会统筹和个人账户相结合模式的影响,新农合早期也是统筹账户和家庭账户相结合的模式,财政补贴进入住院统筹账户,用于住院费用保障,即“保大病”;个人缴费进入家庭账户,用于门诊保障。因家庭账户不能发挥保险的作用,受到学界批评,新农合的管理部门从善如流,很快将家庭账户制度改造成门诊统筹制度。

1998年建立的职工医保制度是由20世纪50年代初建立的劳动保险中的医疗保障制度改革而来。劳保医疗曾经为家庭成员提供医疗保障,但在职工医保中,职工以个人身份参加保险,自此其家庭成员失去医疗保障,城镇居民对医疗保障的需求强烈。2007年开始试点并于2009年推广的城居保,保护的對象为城镇非就业人口,因为这些人口基本上是职工医保参保人的家庭成员,俗称“一老一小”保险。该制度在理念、目标、筹资主体和筹资水平方面复制了新农合,

^① 国家医疗保障局编:《中国医疗保障统计年鉴2023》,中国统计出版社,第64页。

只是没有强调门诊统筹制度的建设。因为城镇居民人口较少，一些县（市）城镇非就业居民只有几万人口甚至更少，所以该制度一开始是市（地）级统筹，以便满足保险对大数法则的要求。

因为两项制度的筹资来源及水平等方面的同一性，2016年合并为城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

表 1 2003—2023 年居民基本医疗保险筹资结构及增长

年份	筹资标准 (元)	增长幅度 (增长率)	政府补贴 (元)	增长幅度 (增长率)	个人缴费 (元)	增长幅度 (增长率)	政府:个人 (政府占比)
2003	30	-	20	-	10	-	2.0:1
2006	50	20(22.22%)	40	20(33.33%)	10	0(0.00%)	4.0:1
2008	100	50(50.00%)	80	40(50.00%)	20	10(50.00%)	4.0:1
2010	150	50(25.00%)	120	40(25.00%)	30	10(25.00%)	4.0:1
2011	250	100(66.67%)	200	80(66.67%)	50	20(66.67%)	4.0:1
2012	300	50(20.00%)	240	40(20.00%)	60	10(20.00%)	4.0:1
2013	350	50(16.67%)	280	40(16.67%)	70	10(16.67%)	4.0:1
2014	410	60(17.14%)	320	40(14.29%)	90	20(28.57%)	3.6:1
2015	500	90(21.95%)	380	60(18.75%)	120	30(33.33%)	3.2:1
2016	570	70(14.00%)	420	40(10.53%)	150	30(25.00%)	2.8:1
2017	630	60(10.53%)	450	30(7.14%)	180	30(20.00%)	2.5:1
2018	710	80(12.70%)	490	40(8.89%)	220	40(22.22%)	2.2:1
2019	770	60(8.45%)	520	30(6.12%)	250	30(13.64%)	2.1:1
2020	830	60(7.79%)	550	30(5.77%)	280	30(12.00%)	2.0:1
2021	900	70(8.43%)	580	30(5.45%)	320	40(14.29%)	1.8:1
2022	960	60(6.67%)	610	30(5.17%)	350	30(9.38%)	1.7:1
2023	1020	60(6.25%)	640	30(4.92%)	380	30(8.57%)	1.7:1

资料来源：2020年及以前数据来自国家医疗保障局编《中国医疗保障统计年鉴2021》《中国医疗保障统计年鉴2023》，中国统计出版社；2021年及以后数据根据《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好城乡居民基本医疗保险工作的通知》进行测算。

在新农合早期，尽管筹资水平增长速度快，但由于基数低，到2008年人均筹资水平仅为100元，其中用于住院保障的只有财政补贴的80元，所以住院实际平均补偿比仅在30%左右，即参保农民要承担约70%的住院费用。^①以云南为例，2004年至2008年间，参保农民住院实际补偿比仅在30%至40%范围内，县以上医疗机构的补偿比不高于26%，且农民住院（县以上医疗机构）次均自负费用逐年攀升，五年内提升比例高达约43%。^②因此，新农合无法缓解大病医疗负担，灾难性医疗支出发生率相较于补偿之前反而呈现上升趋势。^③究其原因，包含以下几方面，一是筹资水平低（见表1），制度只能采用以收定支、收支平衡、略有结余的财务制度，“有多少钱，办多少事”，待遇组合只能是起付线高、制度的共付比低、封顶线低、

① 邹静琴等：《新型农村合作医疗制度的实践困境与机制构建》，《中国行政管理》2009年第8期。

② 杜远见等：《云南省新农合2004—2008年农民医疗负担情况分析》，《中国卫生事业管理》2009年第10期。

③ 陈在余等：《新农合对农村居民灾难性医疗支出的影响——基于全民覆盖背景分析》，《财经科学》2016年第12期。

个人自费比例高。例如,2006年合肥市职工医保封顶线约为7万元,是上一年度职工年平均工资(2005年度全市职工平均工资17794元^①)的4倍,^②而2007年淮北市新农合封顶线仅为2万—5万元,^③远低于合肥市职工医保封顶线。二是待遇设计与大病保障目标相悖。新农合待遇补偿因分级诊疗的理念呈现“医院等级越高,起付线越高、报销比例越低”的特征,例如,部分省级医院住院起付线是县级医院的2—3倍,高达1500元,^④占2009年全国农村居民人均纯收入约30%。^⑤同时,重大疾病诊疗通常发生在三级医疗机构,新农合待遇设计因此不能满足患者大病费用补偿需求,^⑥使新农合待遇设计与抵御灾难性医疗支出的制度目标产生冲突,导致贫困大病患者自负比例较高,容易引发灾难性医疗支出。

灾难性医疗费用支出只是问题之一,更严重的问题是相当一部分人因经济原因应住院未住院。2008年第四次国家卫生服务调查显示,^⑦因为新农合的举办,农村人口因经济原因应住院未住院的比率由2003年的21%下降至18%,这一指标仍然是非常高的。河北张家口2岁白血病患儿李瑞因经济原因决定放弃治疗的故事即是无法负担高额医疗费用的一例缩影,引发了时任国务院总理温家宝的关注,^⑧并迅速形成政策窗口,河北省一些县市的新农合立即开始探索以儿童为对象、按病种进行大病医疗保障的道路,为新农合制度在国家层面推广儿童大病保障积累了经验。当年“两会”中,提高新农合大病保障水平也成为热点议题之一。以多源流理论观察,患儿李瑞的事件提出了问题流,问题流推动了社会舆论及政策流,加上中国政府以人为本的执政理念下的政治流,三流合一,推动了新农合的发展,更是直接产生了按病种设计的“大病保障”政策。

在国家层面,政府做了如下工作:一是2009年7月,卫生部、民政部、财政部、农业部、中医药局联合发布《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的意见》(68号文),核心内容是要求新农合补偿封顶线要达到当地农民人均纯收入的6倍以上;制度结构为住院统筹加门诊统筹,个人缴费形成门诊统筹基金,门诊统筹做好慢病和特殊病的保障;二是筹资机制化且大幅提升筹资水平,此举是为了实现68号文提出的政策目标。2009年之前新农合筹资水平极低且有随意性,2010年之后,每年都在按人头定额筹资,2010年和2011年财政补贴人均分别120元和200元,力度之大,前所未有(见表1);三是以儿童重大疾病保障为突破口,探索新农合按病种限额付费的高额医疗保障政策。2010年对0—14周岁(含14周岁)儿童所患急性白血病和先天性心脏病两类中的6个重大疾病入手,试点高额费用保障。原则上,新农合对试点

① 《合肥市2005年度劳动保障事业发展统计公报》,中国电子政务网:<http://www.e-gov.org.cn/article-23157.html>,2012年4月14日。

② 合肥市人民政府:《关于修改〈合肥市城镇职工基本医疗保险暂行规定〉的决定》,合肥市人民政府网:http://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/flfggz/flfggzdfzwgz/200706/t20070613_136617.html,2007年6月13日。

③ 《关于下发〈淮北市新型农村合作医疗资金管理办法〉的通知》,淮北市相山区人民政府网:<https://www.hbxs.gov.cn/zwgk/public/128/12336471.html>,2017年1月6日。

④ 李斌等:《新农合补偿方案的三大关键要素》,《西南石油大学学报(社会科学版)》2011年第2期。

⑤ 谢鸿光:《最困难之年的漂亮反转——〈2009年统计公报〉评读》,中国政府网:https://www.gov.cn/govweb/gzdt/2010-02/26/content_1542328.htm,2010年2月26日。

⑥ 张顺明等:《新型农村合作医疗实际住院补偿比影响因素分析》,《管理评论》2020年第10期。

⑦ 卫生部统计信息中心编:《中国基层卫生服务研究:第四次国家卫生服务调查专题研究报告》,中国协和医科大学出版社,2009年。

⑧ 2008年6月李瑞患上白血病,在天津治疗三个月花费6万元,9月份出院后因经济困难不能按时复诊。2009年春节前凑够了检查费,其父母带他到天津做了血常规后,因经济原因决定放弃治疗,准备回家。在天津火车站,李瑞一家幸运地遇见了温家宝总理。那是2009年2月16日下午,温家宝总理在天津调研后,在天津火车站准备回北京时偶遇李瑞一家并了解孩子的病情。温总理一边安慰李瑞的家长,一边安排李瑞到北京治疗。回京后国务院办公厅的同志们捐款筹资1.5万元送到李瑞家长手上。

病种的补偿比例应达到本省（区、市）限定费用的 70% 左右，医疗救助对符合条件的患者再进行补偿，补偿比例不低于限定费用的 20%。这种选择定点医院、按标准化诊疗方案限定费用并对医院进行补偿的政策，减少了医疗浪费，大幅降低了单病种医疗费用，对减轻患者的负担作用明显。按 2011 年新农合的工作计划，按病种设计的大病保障政策扩展至妇女两癌（乳腺癌和宫颈癌）、农村重性精神病、终末期肾病、耐多药肺结核。

综上，新农合制度应农村居民强烈需求而内生，虽然以“保大病”为已任，但受限于筹资水平低，只能是以收定支，高等级医疗服务机构的报销比例是低的，患者自费比例是高的，对高额医疗费用保障的需求是真实存在的，政府也及时做了回应，在提升筹资水平、普惠所有患者的同时，探索了按病种的高额费用保障政策试点工作并逐步扩展。这一探索不仅减轻了相关患者的负担，更探索了按病种的支付方式改革以及推进了临床路径和诊疗规范的管理。这一探索表明，高额医疗费用的功能是可以内生于基本医保制度的，至于是按病种，还是按费用提供保障，只是一个技术问题。2007 年建立的城居保因为筹资水平与农村居民相同，因而对高额医疗费用保障的需求也是相同的。

二、分离式城乡居民大病保险制度的产生与发展

2003 年新农合建立，2007 年城居保建立，两项制度在短短数年内覆盖 10 多亿人口。许多地方基本医保经办人力严重不足，但是按保险基金管理条例，基金不能用于医保管理部门下属的经办机构及人力资源，于是一些地方尝试购买商业保险机构经办服务，广东湛江便是其中一例。2011 年湛江市因基本医保购买商业保险机构经办服务而获得广东省“金融创新奖”，受到高度关注，这一奖项是 2007 年由《银行家》杂志社发起的。在总结相关经验的基础上，2012 年发改委、卫生部等联合发布的《关于开展城乡居民大病保险的指导意见》（下称《指导意见》），要求从基本医保安排资金，进行商业保险运营的、覆盖城乡居民的大病保险制度的探索。至此时，先前内生于新农合制度的按病种提供的高额医疗费用保障政策就被大病保险替代了，基本医保制度“一分为二，双层运行”。

2012 年的《指导意见》规定，“城乡居民大病保险，是在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排，可进一步放大保障效用，是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对基本医疗保障的有益补充”。经过 3 年的试点及总结经验，2015 年大病保险在全国推广，制度的定位仍然是基本医疗保障制度的拓展和延伸。2021 年，国家医保局等发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》，将大病保险定位于补充医疗保险制度，与职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险相对应，城乡居民医保体系被明确表述为包括医疗救助、基本医保和大病保险的三重保障制度。

大病保险涉及的是两个问题，一是高于基本医保报销水平之上的高额费用要不要提供保障的问题，上文回顾历史时，公共政策已给出了肯定回答；二是沿着上文描述的内生于基本医保制度的大病保障政策不断扩展的路径走，还是分离出一个独立的大病保险制度并由商业保险机构来经办？

根据《指导意见》，大病保险的目标是为居民医保参保人提供高额医疗费用保障，资金来源源于基本医保，保障内容及基金管理等维度也与内生路径一致。与新农合高额费用保障政策不

同的有几个方面,一是覆盖面扩大到城镇居民;二是因为城镇居民为市(地)级统筹,所以一体化覆盖城乡居民的大病保险统筹层次提高至市(地)级统筹;三是核心的差别在于“政府主导,专业运作。政府负责基本政策制定、组织协调、筹资管理,并加强监管指导。利用商业保险机构的专业优势,支持商业保险机构承办大病保险,发挥市场机制作用,提高大病保险的运行效率、服务水平和质量”。

高额费用保障的覆盖面及统筹层次是发展中的问题,在内生路径中也是可以解决的,而商业保险机构承办才是分离路径与内生路径的本质区别。何文炯(2014)较早就关注到《指导意见》给基本医保加了一个额外的目标,即大病保险兼具提高重特大疾病保障水平和发展商业保险两大政策目标。^①2012年后,各地按政策要求,开展试点和推广大病保险工作。此后,学界和相关部门不断发现问题和提出解决问题的建议。

文献研究发现,就研究内容而言,关注大病保险与基本医保关系的较多。按时间线索,大病保险制度的早期(2012—2014年),不少学者基于政策目标、保障对象、资金来源、基金管理和待遇支付等维度,论证了大病保险是基本医保的一部分,将基本医保一分为二,徒增制度供给成本、运营成本,引起基本医保资金的效率损失。^②沿着这一逻辑,一批学者主张大病保险归并基本医保,并主张完善基本医保实现高额费用的保障,^③即主张内生路径;当发现大病保险回不去后,学者们开始主张明确大病保险的定位、通过强化该制度的筹资力度、待遇保障、监督管理等政策的完善,不断强化大病保险,即主张分离路径。仔细的分析,强化大病保险的思路又可分两种,一种是依附于基本医保的大病保险制度,一种是定位于补充保险的大病保险制度,即市场化的大病保险制度,在筹资源头上就与基本医保制度无关。^④第一种说法是强化分离路径,第二种说法本质是主张内生路径,主张商业大病保险对基本医保进行补充。主张分离路径解决高额费用的作者,多半不讨论大病保险建立的理论基础,不过后来有作者赋予其理论自觉,认为这是公私合营的创新,^⑤其背后的逻辑是“有限政府,有效市场”,这种受新经济自由主义思想影响的新公共管理思想的影子,在我国社会保障领域的许多政策中都有表现;^⑥主张建立商业性大病保险的思路则包含着高额费用保障功能回归基本医保,实现政府的归政府,市场的归市场。^⑦

2012年之后的大病保险政策基本上沿着强化依附于基本医保的大病保险发展,一是将其性质由早期的基本医保的拓展和延伸,发展为基本医保的补充保险,并与职工互助保险、公务员补充保险相对应。^⑧同一筹资、两个层次的制度得以明确;二是不断提高筹资水平,加强它的保障功能。政策要求2017年大病保险实现基本医保参保人的全覆盖,筹资来自于基本医保且

① 何文炯:《大病保险制度定位与政策完善》,《山东社会科学》2017年第4期。

② 朱铭来:《融资模式和补偿条件决定了大病保险的性质》,《中国医疗保险》2013年第8期;王元:《“保基本”就是“保大病”》,《中国医疗保险》2013年第8期。

③ 何文炯:《大病保险运行机制四大问题》,《中国社会保障》2014年第6期;贾洪波:《大病保险与基本医保关系之辨:分立还是归并?》,《山东社会科学》2017年第4期。

④ 何文炯:《大病保险制度定位与政策完善》,《山东社会科学》2017年第4期。

⑤ 马伟玲等:《我国大病医疗保险制度公私合作路径研究》,《苏州大学学报(哲学社会科学版)》2016年第4期。

⑥ 李珍等:《论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接》,《中国卫生政策研究》2020年第1期。

⑦ 何文炯:《大病保险制度定位与政策完善》,《山东社会科学》2017年第4期;郑功成:《中国式现代化与多层次社会保障体系建设》,《学术研究》2023年第9期。

⑧ 中共中央、国务院:《关于深化医疗保障制度的意见》,中国政府网:https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm,2020年3月5日。

水平不断提升。虽然各地的筹资水平不尽相同，目前一般占到基本医保人均筹资的6%—8%，一些地方筹资已达国家待遇清单的上限，即基本医保筹资的10%。通常经济发展水平越低的地区，基本医保提供的当地城乡居民人均可支配收入6倍这一封顶线越低，因而对高额费用保障的需求越高，从基本医保划入大病保险的资金相对额度越多；与此相应的是大病保险通过降低起付线和提高报销比来提升保障水平。2018年《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》要求大病医保对扶贫人口进行大力度的倾斜，这对我国在2020年取得消灭绝对贫困的成就作出了巨大的贡献。至2022年，大病保险在居民医保的基础上提升了18%的补偿水平，^①为减轻患者的高额医疗费用负担起了重要作用。

三、分离路径下大病保险的理论困境及实践困境

上文的分析表明，内生于居民基本医保制度内的重大疾病保障政策的产生是问题流、政策流和政治流三流合一的结果，有其必然性，其内在的逻辑是居民医保筹资不足难以满足所有参保人的保障需求，在筹资较低的约束条件下，只能按照风险管理的原理，先行向少数重大疾病患者提供更多保障，虽是不得已的选择，但它符合理论逻辑和实践逻辑。但将基本医保基金一分为二，由两个制度完成原本一个制度完成的任务，这是一种自上而下的制度安排，分离路径下的大病保险没有问题流，或者说它不是一个真问题。对受益人而言，他们需要的是保障水平提升，谁经办不重要，谁承保也不重要，更公平更有效的保障才是重要的；对于基本医保的经办机构而言，经办能力足够的地区是无购买服务的需求的，经办能力不足的地区可能有购买服务的需求，但分离路径下的大病保险并非购买经办服务的前提条件。分离路径下，如果商业保险公司承担保险人角色的话，将保险人的角色分一部分给商业保险公司一定不是基本医保经办机构所愿意的，且不用说这一模式与基本医保基金性质相冲突以及需要一笔额外的运营成本。如果说这种制度安排有获益者，那便是金融业，所以湛江模式获得“金融创新奖”是理所应当的。而对于基本医保制度来说，分离路径下的大病保险，既不符合理论的逻辑，也不符合实践的逻辑。

（一）分离路径下大病保险的理论逻辑悖论

我们将重大疾病保障的问题分为两类，一类是筹资不足引起的各种问题，这是发展中的问题，即使重大疾病保障功能回归基本医保，这些问题也要在发展和完善基本医保制度中才能有效解决；一类是分离路径下大病保险引起的各种问题，这是制度安排的问题，本节讨论的是后一类问题。

赋予基本医保支持商业保险发展的政策目标，是大病保险制度不能自洽的起点，也是实践中公平与效率损失产生的起点。基本医保的性质是社会保险，它不仅强调医疗费用风险的再分配，也强调在缴费端和待遇端的收入再分配，通过收入和风险再分配机制，使参保人获得公平可及的基本卫生服务，实现健康公平。基本医保可以产生正面的利益外溢，比如由于基本医保的建立与发展，居民购买卫生服务能力增加而使医疗服务供方得以发展；再比如基本医保发挥卫生资源优化配置作用而使卫生服务体系高质量发展，最终使参保人获得优质服务，这符合市

^① 《国家医保局对十三届全国人大五次会议第6892号建议的答复》，国家医保局官网：http://www.nhsa.gov.cn:8000/art/2022/7/12/art_110_8436.html，2022年7月12日。

场的原则,“主观为自己,客观为他人”,参保人也可从中获益。这里我们且不评论医疗保险领域社会保险和商业保险的优劣,我们只分析,分离路径下的大病保险产生不是参保人的需求、不是基本医保经办机构的需求,也不是基本医保管理部门的需求,它是金融市场的需求,是公共政策加载在社会保险的额外任务,即支持商业保险发展,这于理不通,所以公共政策会产生一系列逻辑不自洽的问题。

第一,“政府主导”与“市场优势”悖论。分离路径是为了发挥商业保险专业化的种种优势,但因为筹资来自基本医保,所以公共政策要求大病保险“政府主导”,并要求政府完成“政策制定、筹资、管理及监督”各环节的工作,这样一来,政府把经办的事都做了,“专业运作”的主体其实就无事可办了,当然市场主体的专业优势也就无从发挥了,这也是大病保险制度安排在实践中一定会发生的问题。

第二,大病保险性质及功能定位不能自洽。一直以来大病保险定位不清受到较多的质疑,作为回应,相关政策将其定位由“基本医保的拓展与延伸”改变为基本医保的“补充保险”制度,与“职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助”并列,并将居民医疗保障体系的内涵表述为医疗救助、基本医保、大病保险三重保障。这一规定并没有因为给大病保险一个“补充保险”名称就解决了它的性质不清和功能定位不清的尴尬境况,反又生出一些新的逻辑困境:其一,大病保险性质仍然不清。它到底是社会保险、商业保险还是相互保险?职工和公务员医疗补助,性质上是成员间的相互保险,功能上其保障水平是基本医疗上的锦上添花。大病保险资金来源是社会保险,具有社会保险性质,而保险公司“保本微利”运营又带上了商业保险的特色,同时在中国多层次医疗保障的话语系统中,补充保险就是用来描述商业保险的;在功能上,它无论在筹资端和待遇端还是在政府的统计中,都是基本医保的一部分而非锦上添花的制度。其二,大病保险的筹资来源于基本医保,保障的内容如果是“保基本”(三个医保目录),那么它只是提高了一部分人的保障水平,还是基本医保的一部分;如果它保障基本医保之外的“非基本”,则与基本医保筹资的目的不符,这是一个逻辑困境。其三,运行机制中的种种悖论。大病保险运行与市场原则、基本医保基金管理相关法律不符,较早已有文献关注到这一点。^①按政策要求,基本医保与大病保险的关系有三种模式,基金管理模式、保险合同模式、共保联办模式。在基金管理模式下商业保险公司仅收取管理费,无运营风险。这种模式下,大病保险公司被戏称为“出纳”。在政府主导的情况下,尤其是信息化高度发展的情况下,“出纳”角色难有作为,政策预期的“专业优势”无存。对于基本医保经办能力足够的地区,分离路径更是多此一举。在保险合同模式下,商业保险公司收取管理费、以“保本微利”为原则自主经营。共保联办模式下,商业保险公司收取管理费,在“保本微利”原则下与政府共同承担亏损风险。对政策进行逻辑分析,我们可以发现,无论哪种模式,基本医保资金的一部分都会转化为商业保险公司的经办费用和“微利”,尤其是商业保险公司可以“微利”时,这与《社会保险法》关于基金管理的办法不符。在共保联办模式下,“微利”是保险公司的,而亏损则由政府与公司共担,政策允许下一年度提高费率,补回保险公司的亏损。这样分析下来,保险公司做的是一个不亏本的买卖,这当然是不适合市场原则的。其四,在共保联办模式下,政府除了是基本医保的责任人外,又承担了大病保险的责任人,政府由一个制度的责任人变成了两项制度的责任人,大病保险原本

① 宋大平等:《关于商业保险机构参与基本医疗保险经办服务的思考》,《中国卫生经济》2017年第6期。

有让市场发挥作用、政府责任后退一步的意义，结果政府不但不能后退，反而前进了一步。^①

第三，社会公平与“农帮城”“穷帮富”的悖论。《指导意见》指出，大病保险是“互助共济，促进社会公平正义的重要举措”，这是社会保险的价值观。但问题是大病保险按人头定额从新农合、城镇居民医保（2016年以后合并为城乡居民医保）筹资，即人人负担相同，而统筹单位为市（地）级，由于优质卫生资源在城市，在大病保险政策知晓度及大病自费负担能力等方面城镇居民强于农村居民，富人强于穷人，分级诊疗等卫生服务政策对跨县就医率的要求等因素的作用下，逻辑推理就可以想见，市（地）级统筹的大病医保基金一定是城市人口比农村人口、富人比穷人用得更多，一定会产生“农帮城”“穷帮富”，这种累退的性质与社会保险的价值观是相悖的。

第四，大病保险期望市场能够提升效率，但逻辑上，大病保险是否能够提升效率是不确定的，而增加经办成本、损失配置效率却是确定的。效率在经济学领域说的是配置效率，是指在投入不变的条件下，通过资源的优化组合和有效配置，产出会增加。市场发挥配置效率需要满足一些条件，自由竞争是基本条件之一。正如前面分析的，从基本医保分离出来的大病医保，必然受“政府主导”的种种约束，是无法实现资源优化配置的。当然论者可以争辩说，如果将基本医保或者将整个保险制度交由市场会怎样？因为信息不对称，市场是失灵的，下文会讨论。在新农合试点的早期，一些地区通过购买商业保险公司的经办服务解决经办人力不足的问题，这符合市场的原则。但这种行为与分离路径下的大病保险是不同的，前者是政府在统一制度下购买服务的，而后者则是在医保基金一分为二、制度一分为二的情况下，用大病保险基金的一部分作为运营经费购买商业服务的；前者是在基本医保经办能力不足时购买服务，而后者则是在强制状况下购买服务的，也就是说，无论基本医保经办能力是否足够，必须通过分离出来的基本医保基金购买大病保险服务，这就不符合市场原则了，这种通过行政指令安排的制度，只能产生效率损失。

（二）分离路径下大病保险的实践困境

大病保险在实践中出现过一些政策不预期的问题，比如基本医保对商业保险公司的强势地位引起的问题等等，本文不一一叙述。本文仅顺着上文的理论分析，就政府与市场、公平与效率等问题，理出分离路径下大病保险在实践中的困境。

第一，政府主导下，保险公司在精算环节无法发挥作用，在审核环节武功被废。90%的地区采取的是基本医保购买商业保险机构经办服务的模式，即保险公司是“出纳”角色，筹资水平、待遇政策等等都是政府制定的，保险公司的精算优势无法发挥；在审核阶段，曾经发挥过积极作用的保险公司越来越难发挥作用。考虑到信息安全，长期以来基本医保与商业保险不能有效共享信息，尤其是2021年国家医保信息平台上线并嵌入智能审核模块，基本医保推送给商保的只有结算信息而无诊疗信息，商业保险机构对医疗机构的诊疗行为监督无法进行，审核系统和功能就形同虚设。

第二，大病保险引起可量化和不可量化的配置效率损失。分离路径的大病保险的建立，除了与基本医保的协调、摩擦成本之外，意味着另建一套运行机制，内部行政系统、信息系统、人力资源配置等等这些都构成经办成本，在内生路径下经办高额医疗费用保障的边际成本会很小，但在分离路径下，各地在大病保险基金提取的经办费率为基金的3%—6%，这笔费用可以看作是基本医保的净损失，这也是基本医保管理部门和经办机构最不能忍受的地方。我们称经办成本为可

^① 这里的分析也适应于近年政府主导的惠民保制度。

量化的效率损失,不可量化的配置效率损失是由于基本医保资金、经办机构、经办事务等等一分为二,医保资金不能有效统筹兼顾不同人群的利益而引起的公平损失,以及市(地)级统筹导致的穷帮富进而引起的健康绩效(配置效率)的损失,这一点几乎没有文献关注到。

第三,大病保险引致公平性损失。公平性损失的第一个表现为 99:1,基金利用不公平。根据我们的调查,大病保险建立后,各地从基本医保资金划出 6%—10% 不等的资金进入大病保险,其受益人仅占 1%,99% 的参保人基金使用概率是下降的。从保险学和风险管理的角度来说,这没有问题,保险的逻辑就是众人为一,但基本医疗保险毕竟是社会保险,除了保险技术的运用,还是要关注其社会性,关注不同人群的受益面。尤其是农村居民医保参保人收入水平较低,对自费负担较敏感的情况下更是如此。现实是 6%—10% 的大病保险基金只是减轻了 1% 高额费用患者的负担,但也并没有完全解决这部分人口的灾难性支出的风险;而 99% 的参保人因为大病保险资金的划出而引起的基本医保政策的变动,由此自费负担和灾难性支出风险的概率变动以及由此带来的健康绩效的损失远没有引起关注。本文特别强调,这一问题不能由分离路径下的大病保险背锅,内生路径下的大病保障也需要平衡多数人和少数人的利益,否则会产生相同的问题。公平性损失的第二个表现是分离路径下大病保险的起付线会降低一批低收入群体的利用率。起付线是所有医保制度调节基金收入平衡的最便捷、最重要的手段,概莫能外。起付线提高,利用率下降,基金收支平衡,但起付线往往将低收入人群挡在门外。基本医保有起付线,分离路径下大病保险再设一道起付线,自费负担能力差的人医保基金利用率会下降,制度进一步累退。根据卫生部门五年一次的卫生调查,农村地区因经济原因应住院未住院率,在 2003 年时为 21%,随着居民医保覆盖率提升,2013 年该指标下降为 7%,但是 2018 年又反弹至 10%,^①一分为二、两条起付线的基本医保对这一问题的贡献是多少尚未可知。根据我们的调研,为了配合脱贫攻坚战,2018 年至 2020 年国家要求各地大病保险降低起付线、对贫困人口大幅倾斜,这有助于中低收入人群公平利用医保基金,但这是一项过渡性而非持续性政策。大病保险合同 3 年为期,支持脱贫目标的大病保险政策改变,各地大病保险出现大幅收不抵支的问题,目前各地的应对措施一是从基本医保划出更多资金,有的地方达到待遇清单规定的上限 10%;二是提高起付线,缩小受益面,填补前期基金亏空,直到大病保险基金收支达到新的平衡,问题又回到原点。公平性损失的表现之三是穷帮富,农帮城,医保制度的累退性又加一层。大病保险市(地)统筹必然导致这一问题,正如前文的理论逻辑分析,这里只讲一个案例。2015 年笔者随全国人大《基本卫生法》立法工作组调研,^②一位女副县长含泪说,“我们是贫困县,又在山区,远离城市,我们县大病保险缴费还有大几百万没用回,市里相关部门告诉我们基金已经花完了,钱哪里去了?还不是城里人花在大医院了”。这种资源向上集中的趋势不会因时间而改变,只会因大病保险基金权重的增加而更加明显。

四、兼析大病医保的基础理论与国际案例

20 世纪 90 年代初,新经济自由主义形成华盛顿共识,成为主流经济学并对政府管理产生

① 参见国家卫生健康委统计信息中心编著:《2018 年全国第六次卫生服务统计调查报告》,人民卫生出版社,2021 年。

② 2016 年国家提出健康中国战略之后,2019 年立法通过时为《基本卫生与健康促进法》。

深刻影响。新经济自由主义的核心思想是“有限政府，有效市场”，即市场配置资源能提高效率；而政府相反，所以政府应该退一步，市场应该进一步。新经济自由主义指导了经济政策的制订，也被广泛用于政府对社会领域的管理。^①

新经济自由主义在经济领域的许多细分领域是有解释力的，但用于社会医疗保险领域可能要格外谨慎，恰恰在医保领域我们常常会听到有限政府、有效市场的说法来支持大病保险的建立与发展。

新经济自由主义主张有限政府和有效市场，是因为它更多关注到政府的失灵而忽视了市场也会失灵，正像国家干预主义更多关注市场失灵而忽视政府也会失灵一样。市场失灵的原因很多，其中重要的原因之一是信息不对称，而卫生服务和医疗保险领域是一个广泛存在信息不对称的领域。^② 信息不对称理论是指交易双方掌握的信息不平衡，这可能导致不公平交易和资源配置不当。20世纪70年代，一批经济学家发现因为信息不对称的存在市场常常是失灵的，所以政府需要对此进行干预以纠正市场失灵。2001年约瑟夫·斯蒂格利茨等3位经济学家，因为对信息不对称理论的贡献获得诺贝尔经济学奖。斯蒂格利茨本人就是因为研究保险市场，发现了选择和逆向选择等信息不对称问题，得出保险市场失灵的结论。这一基础理论为国家卫生服务体制和社会医疗保险制度提供了微观经济学的基石，^③ 加强了各国在卫生服务和医疗保险领域政府干预的理论自觉。这就为高收入国家中为数不多的完全没有或者部分人口没有强制性保险的国家，从自愿性医疗保险走向强制性医疗保险提供了改革的依据，如美国、瑞士、荷兰。即使在那些主张小政府、相信市场、崇尚自由的国家，在医疗保障领域，除了进行强制性医疗保险的改革之外，还要求全民拥有统一的核心服务包的保护（a core set of service）。^④ 下文对国际案例的分析会支持这一观点。在医疗保障领域，由于市场失灵，需要回答的问题不是政府作用的“限度”而是适当性，干预方法不当，政府也会失灵。

1998年建立的社会统筹与个人账户相结合的职工医疗保险制度，其理论来源便是有限政府、有效市场；2012年建立的城乡居民大病保险也是如此。职工基本医疗保险被横向切成两块，一半留给政府，一半交给个人（市场）；居民基本医保则是纵向被切成两层，一层留给政府，一层交给市场。实践证明职工医保个人账户没有“效率”，只有公平与效率的损失，经过20多年的争吵，2020年中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》终于提出改革个人账户、建立门诊统筹的意见，^⑤ 这一逻辑也适用于我们思考大病保险回归基本医保。

在回答如何发挥政府和市场作用的问题上，我们引入了公私合作伙伴（Public Private Partnership, PPP）的概念，并以此为理由论证民生领域市场化改革的必要性和合理性。虽然福利多元供给、公私合作的理念总体正确，但是PPP应用的场景和条件、PPP的局限性、公私边界的界定、正和博弈的实现方式等关键性议题显然没有得到充分的认识，照搬硬套可能会出问题。例如，构建以社会保险为基础、商业保险为补充的多层次医疗保障体系体现了制度构建层

① 李珍：《关于社会养老保险私有化的反思》，《中国人民大学学报》2010年第2期。

② 李珍、王怡欢：《论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接》，《中国卫生政策研究》2020年第1期。

③ 国家卫生服务体制是国家供给、居民就医时免费的一种医疗保障制度，以英国为代表，又称贝弗里奇模式；社会医疗保险制度是投保人缴费保险，形成保险基金，并从保险基金获得保障的制度，以德国为代表，又称俾斯麦模式。

④ 核心服务包的保护（a core set of service）相当于我们说的保基本，当然“基本”的内涵是发展的。

⑤ 个人账户改革的内容是原来用人单位缴费的1/3进入个人账户的部分，不再进入个人账户而是进入门诊统筹账户，个人缴费仍然进入个人账户，改革只走了半步，但方向是正确的。

面的PPP,值得肯定。社会保险购买商保经办服务体现了制度运行层面的PPP,值得探索。然而,在基本医疗保险制度内部将一部分资金以及高额费用报销的功能分离出去,交由商业保险机构经办,可能就不够妥当了,混淆了社会保险和商业保险的制度边界,违背了奥卡姆剃刀原则。奥卡姆剃刀原则的核心是“如无必要,勿增实体”,简洁的体制可以提升行政效率,也可以提升配置效率,这是企业经营数百年来法宝之一,简单有效原则也是科学家的法宝,这才是政府应该向市场和科学家学习的地方,所以才有行政体制不断的“简政”改革。

英国政府是最早践行新经济自由主义的国家,20世纪80年代英国保守党曾经打算改革国家卫生服务体系,引进商业保险,国家不再提供免费医疗,由于民众反对,政府求其次,在公立医院引入私有化,实行经理人管理,实现所谓PPP。结果发现不仅卫生费用增长快,而且财富向经理人集中。于是英国开始对PPP进行绩效评估,如果要做一件事,他们会首先回答是公营好(Public),还是私营好(Private),抑或是公私合作好(Public Private Partnership, PPP),然后才做选择。我们从英国引入PPP的概念,如果我们不知道它的教训,不做评估,把好端端的一个“公”(第一个P),硬拆成“公”与“私”(第二个P),然后公私合作(PPP),为了实现PPP而PPP,我们就落入邯郸学步的俗套了。

在讨论社会医疗保险由商业保险公司经办的国际案例时,被观察的通常有美国的医疗照顾计划以及荷兰和瑞士的案例。^①本文想指出的是在学习国外经验时,只了解其做了什么是远远不够的,不了解其所以然、不做后评估的话,我们可能东施效颦。本文对这些案例的讨论后发现,在38个OECD国家中,屈指可数的崇尚自由的国家,在医疗保险领域政府正在做越来越多的事情,而不是相反。

美国案例。崇尚自由的精神体现在美国的医疗保障领域。美国的医疗保障制度体系的主体部分是商业保险,另外两项主要制度是保护65岁以上人口的医疗照顾计划(Medicare Plan)以及保障穷人的医疗救助计划。2010年以前,14%左右人口因为经济原因、风险选择及逆向选择等原因没有任何保障。为了克服市场失灵,美国通过了《平价保险法》,强制保险公司提供平价保险,而没有保险的人必须购买保险。该立法通过后,至今仍然有10%左右的人口没有保险。^②虽然强制保险立法的效果不彰,但体现了政府纠正市场失灵的决心。

在我们的认识中,美国为65岁及以上的人口提供的医疗照顾计划是社会医疗保险计划,而事实上它是一个在社会保险之上加载了商业保险的混合计划。美国1965年立法强制实施医疗照顾计划,为65岁以上退休人口提供住院和门诊保障。职工在职时,其雇主和本人共同交税并进入联邦医疗照顾基金,职工在职时不能享受该保险,65岁后可享受住院医疗和门诊费用保险,这部分属社会保险性质。因为该计划保障不足、处方药保障的缺乏等等原因,政府又在医疗照顾计划下引入了自愿性的、精算费率的商业保险。社会保险的住院保障被称为A计划,门诊保障称为B计划,处方药保险称为D计划,商业保险性质的C计划则很复杂,它提供的保险产品取决于保险公司的设计,它可能是A和B计划的替代产品,也可能是A和B计划的补充保险。总之,美国的医疗照顾计划并不是一个纯粹的社会保险制度,而是一个社会保险与商业保险混合的制度。美国选择商业保险经办医疗照顾计划,一是美国从来没有一个政府的或者非政府非营利的经办机构,政府购买经办服务是由美国的自由主义文化决定的(美国连监狱

① 高扬帆:《大病医保引入商业保险运作的模式研究》,《征信》2013年第7期。

② 见各年度OECD数据库。

都是交由私人公司管理的），二是医疗照顾计划本就是一个公私混合计划，将公共服务交给私人管理在美国的文化中是合理的，而将混合计划交由公共部门管理那是不可能的。美国还有一个保障穷人的医疗救助计划，也是交由私人部门管理的。我们必须指出，商业保险公司经办医保计划，花别人的钱办别人的事，被认为是抬高美国医疗服务和处方药费用的重要制度原因之一。2018年，美国卫生支出占GDP的比重为16.9%，世界第一且远远高于OECD国家8.8%的平均数。^①美国是个创新药生产大国和强国，它的国际专利药价是OECD国家中位数的四倍。^②2023年，美国宣布将启动价格谈判，政府直接坐上谈判桌，就医疗照顾计划及医疗救助计划的用药与药企谈判，各相关药企正在起诉相关管理部门，这将是一场漫长的诉讼过程。不管结果如何，这说明美国政府开始觉醒，在医疗保障领域市场是失灵的，政府必须发挥作用。以商业保险为主体制度、公共保障计划由商业保险公司经办的美国花费最贵，且卫生服务公平利用性非常差。2016年，在17个OECD国家中，美国因经济原因未就医者达22%、没购买处方药者达18%，是除波兰外最差的国家。^③

瑞士案例。瑞士没有社会医疗保险，只有全民覆盖的强制性商业保险。为了纠正自愿性商业保险市场失灵，1996年瑞士通过立法将自愿性商业保险改为强制性商业保险，以实现全民覆盖的目标。社会保险与商业保险的本质区别是前者采用均一费率，具有风险和收入再分配性质，而后者是精算费率，只具有风险分散功能。瑞士强制医保部分为“核心服务包”，在此基础上可自愿购买更个性化的商业保险以满足不同需求。有文献误以为瑞士是社会保险由商业保险公司经办，^④其实它是强制和自愿一体的商业保险。就像美国2010年通过立法要求所有民众要购买商业保险一样，强制性并不改变它的商业保险性质。这些现象只能说明，在没有社会保险的国家，为了纠正市场失灵、实现全民覆盖，政府将社会保险强制性特征注入商业保险，强制性不再只是社会医疗保险的特征。许多人知道美国的卫生支出是最高的国家，几乎没人知道，瑞士是卫生支出第二高的国家，2018年，瑞士卫生支出占GDP的比例为12.2%。除了卫生费用支出紧随美国占第2位外，在卫生服务利用公平性上，瑞士也紧随美国，2016年，在17个OECD国家中，因经济原因未就医者达18%，没购买处方药者达12%，是除了波兰外，紧随美国第2差的国家。^⑤

荷兰案例。2006年荷兰通过私营化将社会保险全部交由商业保险机构经办，其背景是政府在社会保险统一覆盖全民的愿景下与商业保险妥协的结果，而非最优选择。荷兰彼时三个制度并存：收入低于一定标准的劳动者被强制参加社会保险，约65%的国民被这一制度所覆盖，由公法人性质的疾病基金经办；收入高于一定标准的劳动者可以自愿参加商业性医疗保险；公务员或公共部门雇员被独立的医疗保险制度覆盖，约占人口的5%；此外，约2%的国民没有参加任何医保。^⑥高收入人群不参与社会医疗保险收入再分配制度，不符合社会医疗保险制度“团结”的理念，长期受诟病，政府打算实施全民统一的社会医疗保险制度，但受到商业保

① 数据来源于OECD数据库。

② 数据来源于第五届中国卫生技术评估大会谢峰的发言：《国际医改法案对卫生技术评估和医疗系统的影响》，北京，2023年12月24日。

③ 此处及以下各案例的数据，除特别注明外，来源均为OECD数据库。

④ 宋大平等：《关于商业保险机构参与基本医疗保险经办服务的思考》，《中国卫生经济》2017年第6期。

⑤ OECD, *Health at a Glance 2019 OECD Indicators*, OECD Publishing, 2019, p. 153.

⑥ 刘德浩：《荷兰“有管理的竞争”医疗保险制度改革及启示》，《理论月刊》2016年第1期。

险的反对。为了实现社会医疗保险全民统一覆盖制度的目标,政府向商业保险妥协,将原来社会保险的经办事权由疾病基金转交商业保险公司,并允许商业机构按市场原则附加基本目录外的17种疾病作为自愿性补充保险。2007年荷兰社会保险覆盖率达98.6%,商业保险覆盖率达92%,至2017年社会保险实现了全民统一覆盖,是年荷兰卫生总支出为GDP的9.9%,社会医疗保险费支出占卫生总支出的75%,商业保险覆盖下降为84%,保费支出占卫生总支出的6%。^①一言以蔽之,荷兰政府用商业保险的经办权交换了社会保险制度的统一覆盖,也可见得社会医疗保险制度的全民统一覆盖目标居有优先地位。

五、大病保险回归居民基本医保是历史必然

上文的讨论我们可以有如下结论:

第一,分离路径下大病保险制度的产生源自理论的贫困而非基本医保利益相关者的内在需求。我国社会保险制度建设过程中,受新经济自由主义的影响是明显的,^②从1997年建立的社会统筹与个人账户相结合的职工养老保险制度、到1998年建立的社会统筹与个人账户相结合的职工基本医疗保险制度、再到居民大病保险、再到近年政府作为共保人的惠民保制度,无一不包含着“有限政府、有效市场”的基础理论,前文对政策文本的理论分析和对实践的分析都不支持该理论。新经济自由主义的理论在社会保险领域的解释力是有限的,尤其是医疗保险领域,由于市场广泛存在信息不对称,连最自由的国度的政府也在医保领域努力改变。我们都知道美国是以商业保险为主体的医疗保障体系,但我们多数人不知道的是,为了争取实现全民社会医疗保险,民主党一直坚持斗争了80多年。我们到了需要解决理论贫困的时候了。政府要做的是完善与发展水平相适应的社会医疗保险制度,让市场满足人民多样化需求,而不是从基本医保责任人变成了基本医保、大病保险、惠民保等制度的责任人,我们本以为我们正在追求的是强市场、弱政府,却不知市场没有强,政府却越陷越深。

第二,分离路径下的大病保险性质及功能定位不能自洽,其相关政策必然陷入理论和实践的困境。将基本医保一分为二的大病保险制度,从总量上并不会增加社会福利,相反会因为医保资金一分为二不能有效统筹使用医保资金以及起付线、运营成本等因素,造成不必要的公平与效率的损失。

第三,大病保险回归基本医保是必然的。居民医保筹资水平仍然是有限的,高额医疗费用保障内生需求仍然强烈,解决问题的办法是大病保险回归基本医保。在共同富裕的愿景下,二十大报告要求社会保障要“公平统一”,医保十四五规划也要求建设公平医保、高效医保。因此,无论是从大病保险当下的困境,还是从社会保障制度长期建设的角度看,社会医疗保险走向统一而非碎片化是必然的,大病保险回归基本医保,将高额费用保障的功能内置于基本医保是历史必然。

第四,大病保险回归基本医保不应该是简单的否定之否定,而应该是在发展中螺旋式上升。大病保险回归基本医保,集中有限的医保资金,统筹考虑资金在少数高额费用者和普通患者之

^① OECD, *Health at a Glance 2019 OECD Indicators*, OECD Publishing, 2019, p. 153.

^② 李珍:《关于社会养老保险私有化的反思》,《中国人民大学学报》2010年第2期。

间的最佳分配组合、提升制度的公平与效率水平是必要的。同时通过增加职工参保人、减少居民参保人、改居民人头定额筹资为费率制度提升居民医保筹资水平也是必要的，^①当居民医保制度筹资水平大体满足参保人的医疗保障需求，财务制度由以收定支转变为以支定收时，且制度设计在筹资端和待遇端实现量能负担时，高额费用保障的需求会自然消失，当然这是一个系统的变革和长期发展过程。

The Historical Inevitability of Integrating Critical Illness Insurance into Basic Medical Insurance for Urban and Rural Residents

Li Zhen

(School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan 430072, China)

Abstract: The reimbursement policy for significant expenses due to severe illnesses under the New Rural Cooperative Medical Scheme (NCMS), initiated in 2009, evolved into a critical illness insurance scheme for urban and rural residents (referred to as "critical illness insurance") in 2012. This scheme operates independently from basic medical insurance, despite sharing common objectives and funding sources. Managed by commercial insurance companies, critical illness insurance is positioned as a supplementary counterpart to employee mutual insurance, creating a structure of a "two-tiered system with the same funding source." This paper analyzes the theoretical and practical challenges of critical illness insurance, which creates a split in basic medical insurance for residents, and asserts that it leads to losses in both fairness and efficiency. This misalignment contradicts the values of social insurance and the intended goals of critical illness insurance. The article underscores the limitations of the "limited government and efficient market" paradigm in medical insurance and advocates for high-cost guarantee policies integrated within the basic medical insurance system at the current stage. Considering the requirements of fair, unified, and efficient medical insurance, the article posits that the integration of critical illness insurance into the basic medical insurance system is inevitable from both a theoretical and historical perspective.

Key words: basic medical insurance for residents; critical illness insurance; critical illness policy; fair medical insurance; fee rate; expenditure-based revenue

(责任编辑: 仇雨临)

① 李珍:《基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径》,《暨南学报(哲学社会科学版)》2022年第11期。