

# 我国医疗保险制度发展四十年：进程、经验与展望

仇雨临 王昭茜

(中国人民大学 劳动人事学院, 北京 100872)

**摘要** 我国医疗保险制度自改革开放以来经历了从试点探索到覆盖全体国民的发展过程,并以新一轮医药卫生体制改革为背景和契机进行了深入发展和完善。基于改革开放 40 年医疗保险发展道路的回顾,可以发现:我国医疗保险制度积累了保障对象由少到多、制度类型从分割到整合、保障能力从低到高、管理效率从粗放到精细化、改革路径从孤立到协同等发展经验;但同时也仍然存在着公平性有待提升、制度定位不清、权责不明、医保在医药卫生体系中的功能发挥不够充分等问题。在健康中国全民共建共享的战略主题和目标导向下,构建起更加公平可持续的全民医保制度的举措包括制度保障更加公平、医保体系更加完善、筹资机制更加合理、管理服务更加高效、改革路径更加协同等。

**关键词** 全民医保;公平;可持续;改革开放 40 年

改革开放以来,在社会主义市场经济的大环境下,为进一步满足国民的医疗保障需求,我国进行了社会医疗保险制度的改革与发展,这一历程既是对传统医疗保障制度架构的重构,也是当前全民医保的发展源头。从试点探索到全面建立,从确立制度框架到政策实施,改革开放以来我国医疗保险制度的建设与发展在保障待遇、制度公平性和服务便利性等方面实现了制度优化和效率提升,留下了宝贵的经验,也面临新的问题和挑战。

## 一、医疗保险制度 40 年的历史进程

在改革开放以前的计划经济时期,城市的劳保医疗、公费医疗以及农村的合作医疗构成了计划经济时期医疗保障的制度架构,为提高国民健康水平做出了突出贡献。改革开放 40 年来,医疗保险逐步走向社会化的道路,并建成了覆盖全体国民的基本医疗保险体系。回顾医疗保险 40 年的历史进程,主要包括探索试点、制度定型、全民覆盖和制度优化等阶段。

### (一) 探索试点社会医疗保险制度(1978—1998)

改革开放后,为适应市场经济体制,医疗保险也开始试点改革。因此,一些地区的医疗保险改革

试点是这个阶段的主要形式,整体遵循了“个别地方试点—中央总结—扩大试点”的过程。1987 年起,北京、四川等地区的部分行业和县实施的职工大病医疗费用社会统筹和退休人员医疗费用社会统筹成为我国医疗保险制度改革早期的一个重要起步形式,但也存在着社会统筹范围比较小,社会化服务差等问题<sup>①</sup>。1989 年开始在辽宁丹东、吉林四平、湖北黄石、湖南株洲的医疗保险制度改革试点,主要改革措施包括改革医疗费用支付方式,制定基本药品目录和公费医疗用药报销目录,建立政府、用人单位、医院共同分担医疗费用的三方承担责任。此后,国务院于 1994 年在江苏镇江、江西九江实施了职工医疗保险制度改革的方案,“两江试点”对职工医疗保险的目标、原则等进行了规定,具体实施细则主要围绕职工医疗保险的基金来源、个人账户与社会统筹基金的划拨、待遇享受以及基金管理等方面展开,初步确立了我国城镇职工医疗保险的制度框架。在总结“两江试点”经验的基础上,1996 年 4 月,国务院将医疗保障制度改革试点范围再次扩大到 56 个城市。由于扩大改革意见仅是做出统账结合的原则性规定,没有明确具体方案,各地在试点中采用了不同的做法,如“两江试点”的“三段通道”模式和海南、深圳试点的“板块

收稿日期 2018-10-01

基金项目 国家社会科学基金资助项目“城乡统筹背景下我国医疗保障制度转型与发展路径研究”(13BGL114)

式”结构模式。二者资金均来源于企业和个人的缴费,形成社会统筹和个人账户基金,在两类账户支付的顺序、内容和比例上有区别。

## (二)建立覆盖全体国民的基本医疗保险制度(1998—2011)

在医疗保险制度改革与建设的前期试点基础上,以城镇职工基本医疗保险为起点,我国逐步建立起针对城镇职工、农村居民和城镇居民的社会医疗保险制度,并最终覆盖全体国民。

首先,建立城镇职工基本医疗保险制度是我国社会医疗保险制度的开端。1998年12月,国务院在总结试点经验的基础上,发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,正式提出在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革,根据财政、企业和个人的承受能力,建立保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。

其次,建立覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度。农村地区的医疗保障从规模小、分散化、缺乏稳定筹资来源的集体性保障走向了区域性、集中化、由国家财政补贴进行资金支持的社会保险制度。改革开放后,家庭联产承包责任制的推行以及农村合作社的逐渐解体等使得农村合作医疗失去了生存载体,在农村地区迅速衰落。国家曾一度试图恢复传统的合作医疗制度,但都以失败告终,于21世纪初开始探索建立新型农村合作医疗制度。2002年10月《中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定》提出建立以大病统筹为主的新型合作医疗制度和医疗救助制度;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》正式提出建立新型农村合作医疗制度,将新农合定义为“是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度”。此后,国家发布了一系列推动新农合的试点工作和细化试点要求的文件,新型农村合作医疗制度从试点到逐步扩大,最终在全国建立起来。

随着2003年新型农村合作医疗的建立,城镇非从业人员成为了唯一没有被医疗保险覆盖的群体。在此背景下,2007年国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,提出开展针对城镇非从业居民的城镇居民基本医疗保险试点,以实现建设覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标。自此,我国初步形成了包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗在内的基本医疗保险体系,分别保障城镇就业

者、城镇非就业者和农村居民,在制度类型与参保身份上将所有人群纳入了医疗保险体系。

随着制度框架的定型,扩大范围并最终在实践中全民覆盖成为全民医保发展的阶段性成果。2012年的政府工作报告指出2011年我国13亿城乡居民参加基本医疗保险,全民医保体系初步形成。2017年《中国健康事业的发展与人权进步》白皮书显示我国以职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗为主体的全民医保已经初步实现。截至2016年底,全国基本医疗保险参保人数超过13亿人,参保覆盖率稳固在95%以上<sup>②</sup>。参保覆盖范围的扩大,参保人数的增加,扩大了基本医疗保险的基金池,也为保障层次的进一步提高、制度公平性进一步增强、管理服务效率进一步提升等方面的完善提供了基础也提出了要求。

## (三)新医改背景下全民医保的发展与完善(2011年至今)

2009年3月,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》对医药卫生体制改革的目标原则、整体架构、重点任务做了具体的规定安排,开启了“新医改”的进程。新医改方案提出建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,形成四位一体的基本医疗卫生制度。关于医疗保障制度的改革提出加快建立和完善以基本医疗保障为主体,其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系,做好制度之间的衔接,探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度。由于新医改是关于我国医药卫生事业各领域系统性的战略规划,在医药卫生领域全方位改革优化的背景下,医疗保险制度作为其中的子系统,也拥有了发展完善的良好环境和契机。在新医改背景下,更加成熟、定型的全民医疗保障体系逐步发展和完善。

### 1.全面实施城乡居民大病保险

我国医疗保障虽然实现了制度全覆盖,但看病难、看病贵的问题并没有得到根本解决,在此背景下,国家抓住医保中的核心问题,即大病保障不足的问题,开展大病保险工作<sup>③</sup>。以2012年8月发改委等六部门发布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》和2015年7月《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》为标志,城乡居民大病保险制度于2012年开始试点、2015年在全国全面实施,保障城乡居民的大额医疗费用支

出,减轻大病患者的就医负担,进一步拓展和延伸了基本医保的功能。2017年民政部等六部门发布《关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》提出有效衔接大病保险与城乡居民医疗救助制度,从而进一步巩固大病保险的保障效果,有效防止发生家庭灾难性医疗支出,减少居民“因病致贫返贫”的现象。2018年《政府工作报告》中指出,我国城乡居民大病保险制度基本建立、已有1700多万人次受益。

## 2. 整合城乡居民基本医疗保险

受长期城乡二元经济结构的影响,我国医疗保险虽然覆盖所有人群,但依然呈现出城乡之间二元失衡、制度类型三维分立的特征,既不符合保险大数法则的风险分担原则,也损害了制度公平性和参保人的权益。在此背景下,推进医疗保险制度整合成为了各地进行医疗保险制度完善的目标。2016年1月,国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,将城镇居民医保和新农合合并为统一的城乡居民医疗保险,覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民,从国家层面对城乡居民医疗保险的整合作出了统一的部署。此后,各地在国家整合城乡居民医保意见的指导下,从整合项目、管理部门、筹资与待遇、工作进程等方面做出了具体的方案规定。2018年7月国家医保局等部门发布的《关于做好2018年城乡居民基本医疗保险工作的通知》提出2019年将在全国范围内全面启动实施统一的城乡居民医保制度。

## 3. 全国异地就医直接结算

实现医疗保险统筹层次较低、医疗资源配置地区之间不均衡、人口流动增加以及医疗保险的属地化管理与流动人口的便捷化就医矛盾等现实背景,带来了参保地与就医地不一致的情况下异地就医的需求。对于异地就医产生的费用,传统的手工结算方式要求异地就医的患者需要先行承担在就医地发生的费用,然后再回参保地报销。这就产生了就医过程不便利、增加患者经济负担、甚至医患联手伪造票据骗保等弊端。2014年11月人社部、财政部、卫计委联合发布《关于进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算工作的指导意见》、2016年底人社部和财政部发布《关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》以及《基本医疗保险跨省异地就医住院费用直接结算经办规程(试行)》等文件,提出实现省内异地住院费用直接结算、建立国家级异地就医结算平台、实现跨省异地安置退休人员住院医疗费用直接

结算、实现符合转诊规定人员的异地就医住院医疗费用直接结算等目标,并从医保经办管理和提高参保人报销便捷性等角度做出相关规定。2017年9月26日,人社部指出截至2017年9月底,国家异地就医结算系统联通各地,全国开通的跨省异地就医住院医疗费用直接结算定点医疗机构,基本覆盖了各地承担跨省异地就医任务比较重的医疗机构,全国88%的三级定点医院已接入网<sup>④</sup>,各地开始实施异地就医直接结算。

## 二、医疗保险制度40年发展经验总结

### (一)从分割到整合:全民医保初步定型

我国医疗保险制度在发展过程中,首先解决的便是全民覆盖问题,实现了保障对象从少数人到所有人的转化。具体表现在从城镇职工到农民再到城镇居民的覆盖过程,最终建成了覆盖全体国民的基本医疗保险体系,织起世界上最大的医疗保障网。改革开放初期的医疗保险制度改革主要针对城镇职工,以1998年城镇职工基本医疗保险的建立为标志,逐步将城镇从业人员纳入到了保障范围内。但在这一过程中,对于非从业者的保障,即城乡居民的医疗保障一度处于缺位的状态。直到2003年和2007年新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险的建立,才从制度形态上为全体非从业者提供了医疗保险。医疗保险在制度上实现全覆盖的同时,在实践中逐步将灵活就业人员、个体工商户等由于职业身份特殊而易“漏保”的群体纳入到社会保险体系内,同时通过医疗救助资助参保(合)等制度安排,保障了贫困人群的参保权利,从而医疗保险制度逐步从少数人的“特权”到制度全覆盖,最终发展成了实际全覆盖的全民医保。

与覆盖对象的扩展相伴随的是制度类型从分割到整合。改革开放后,劳动力市场的自由流动使得传统的单位保障失去了存在的组织基础,职工医疗保险的探索与建立逐渐打破了单位之间的隔离,建立了面向全体劳动者的统一的医疗保险制度,最终将所有城镇从业者纳入统一的保障体系,实现了单位保障的制度分割到全体劳动者身份的整合。而居民医疗保险制度在建立之初仍旧是基于非劳动者的市民、农民身份的制度,具有城乡二元并行的特征,当前城乡居民医疗保险的整合则是对所有非从业人员的国民身份的整合。此外,国家医疗保障局的成立,实现了医疗保障管理机构从分散到统一,机构职能的整合也为下一步统一的、更加公平的医疗保障制度提供了管理体制的基础<sup>⑤</sup>。

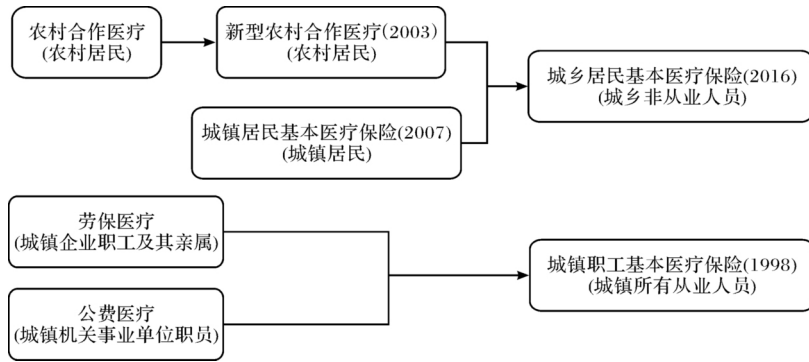


图1 基本医疗保险制度演变

(二)从低到高:保障能力不断提升

基本医疗保险制度的保障能力一方面表现在制度本身保障范围的扩展和保障水平的提升,同时也体现在基本医保之外,不同制度之间的互相合作与补充。在职工基本医保建立之初,以保障职工的基本医疗需求为目标定位,新农合及城镇居民的医疗保险以大病统筹为起步,保障范围主要集中在住院医疗费用,同时,在封顶线及报销比例的设置上起初也是保持在较低水平。当前,医疗保险在保障范围、待遇水平以及制度体系方面得到显著改善,医保制度保障能力从低到高不断提升。

首先,各地逐渐开展了从住院保障到门诊统筹的实践,无论是少数病种的门诊大病(特殊病)统筹,还是普通门诊统筹,都旨在扩充医疗保险的保

障范围,最大程度上减轻居民的就医经济负担。其次,待遇水平不断提高,表现在城乡居民医疗保险的年人均补助水平逐年提高、基本医保报销目录逐年扩展,尤其是将部分高价进口药以国家谈判的形式纳入医保目录、以及降低起付线、提高封顶线、增加报销比例等多项举措提高医疗保险待遇。最后,我国已建立起包括基本医疗保险、大病保险、职工补充医疗保险和公务员医疗补助、医疗救助、商业健康保险等多层次的医疗保障制度。总之,伴随着全民医保的定型,我国医疗保障制度涵盖托底保障、基本保障和补充保障的多元化保障等各个层次以及困难群众、有工作和无工作的一般人群、拥有更高需求和购买能力的人群等各个群体,全方位、多层次地为国民的健康需求提供保障。

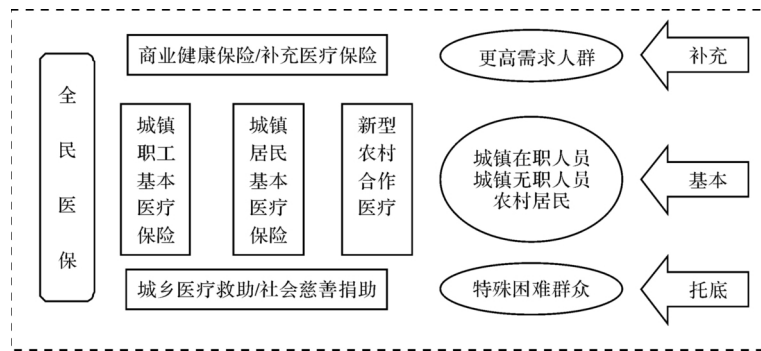


图2 我国多层次医疗保障体系

(三)从粗放到精细:管理效率持续优化

精细化的医保管理是医疗保险各制度要素有效运行的保障,医疗保险的发展不仅经历了制度内容从无到有的突破,也实现了制度管理从有到优的提升。

首先,定点管理越来越完善。一方面,创立了“两定点、三目录”的管理方式并不断更新。在城镇职工医疗保险试点时期,各地进行了医疗保险定点机构与报销目录的探索,职工医保建立之后,《城镇

职工基本医疗保险用药范围管理暂行办法》(1999)、《关于确定城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的意见》(1999)、《国家基本医疗保险药品目录》(2000)等文件的发布,确定了我国社会医疗保险采取定点医院和定点药店、规定药品、检查设备和诊疗目录的管理规范,即“两定点、三目录”。此后,根据实际需求对定点及目录进行了多次更新。另一方面,定点管理方式从行政审批到协议管理。定点管理规范了医疗保险基金的

使用,但一直以一种行政审批的形式存在,带有行政的指令性色彩。2015年,国家相继取消了社会保险行政部门实施的两定资格审查项目,提出完善医药机构协议管理。协议管理是建立在多方合理谈判基础上的契约化管理,是医疗保险管理的体制机制创新,也是深化医保的功能,实现医保精细化治理的路径选择。

其次,支付方式越来越科学。社会医疗保险建立之初,支付方式以按服务项目付费为主,这种付费方式尽管简便易行,但也会导致医疗机构过度医疗和控费难等弊端。全民医保实现之后,我国一直探索支付方式的改革方案,当前,基本形成了以总额预算制、按人头付费和按病种付费为主的多元复合型支付方式的改革方向。

最后,管理手段越来越先进,服务提供越来越便利。互联网信息化技术的发展助推了医疗保险管理手段的更新升级。“金保工程”为社会保险的管理提供了庞大的数据信息;医保智能监控系统的试点与普及为发挥医保的监督职能提供了技术支撑。依赖于管理手段的技术进步,管理服务也更加便捷高效。例如医疗保险的费用报销从事先垫资转换为实时结算,尤其是异地就医联网结算系统的全国联通,既减轻了个人医疗经济负担,也极大地便利了居民的就医过程,为民众带来了更优质的医疗保险服务体验。

#### (四) 医保改革从“单兵突进”到协同发展

我国医疗保险制度自建立之初起就在不断的改革完善之中,而基于医疗卫生体系中医、保、患的多方关系,医疗保险的改革路径呈现出从医疗保险的单一制度改革到医保与医疗服务体系、公共卫生体系以及药品供应保障协同推进的变化规律,即医疗保险的发展需要与医药卫生体制乃至宏观的社会经济环境相适应,医疗保险的改革并不仅仅是医保制度本身的改革。

21世纪初国务院领导人的讲话中提出“同步推进城镇职工基本医疗保险制度、医疗卫生体制和药品生产流通体制三项改革”<sup>⑥</sup>,2007年党的十七大报告指出建立包括公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系四大体系的基本医疗卫生制度,2009年开始的新医改则进一步明确我国医药卫生体制改革“四位一体”的制度框架,也让医保的改革同医药卫生其他领域的改革协同发展。当前,以“三医联动”为主要形式的医药卫生体制改革持续推进,医疗保险通过支付机制、价格机制、谈判机制和监督机制等和医疗、医药

领域进行互动。无论是历史制度的变迁还是当下的改革实践,共同表明了医保的改革正在从“单兵突进”到协同发展。

### 三、全民医保发展中的问题与挑战

回顾医保制度的发展历程,制度在运行中仍然存在一些问题和面临一些挑战。

(一) 制度的碎片化需要进一步整合,保障的公平性有待加强

一方面,受制于城乡二元经济以及城市与农村医疗保障制度双轨并行的制度惯性,我国医疗保险制度长期多种制度并行。当前,虽然对城乡居民医保进行了整合,但整合过程中又出现了一个制度内多元的缴费与待遇规定,由此形成了另一种形式的制度分割。此外,以县、市统筹层次为主除了使基金风险池较小外,也带来了地区之间医疗保险制度碎片化的问题。另一方面,在卫生资源城乡、地区间分布不均衡的客观制约下,卫生资源配置的不均等与医保制度的碎片化共同引发了我国居民的健康不平等。因此,在全民医保的背景下,进一步整合碎片化的制度,保障城乡之间、地区之间国民的健康公平成为未来必须解决的问题。

(二) 制度之间存在定位不清、衔接不畅、重复保障等问题

首先,医保制度内部不同保障类型定位不清。在起初社会经济环境的制约下,我国医疗保险以低水平、保基本起步;后续为了进一步提高保障能力,逐步发展了多层次医疗保障体系,其本身出发点是值得肯定的,但在多重叠加的过程中出现了彼此定位不清、衔接不畅、重复保障等问题,既不利于患者需求的满足,也不利于医疗保障制度的可持续发展,甚至造成不同制度的功能重叠和功能缺位并存。表现在医疗救助与医疗保险保障内容与待遇水平的互相挤占,基本医疗保险与商业健康保险缺乏科学合理的协作机制等。此外,医保与医疗卫生的其他领域没有形成明晰的责任分工。例如,当前健康中国的战略背景与民众健康意识的提升,使得社会上产生了部分将健康体检、戒烟等本属于公共卫生领域的项目纳入医保报销范围的声音,这种呼声是为了通过医保的价格信号引导民众形成良好的健康行为,但在“保基本”的目标定位和现实约束下,必须合理划定不同主体的责任关系,防止职能的交叉和医保基金被滥用。

(三) 医疗保险领域的权责关系划分不够明晰  
筹资来源的社会化是我国医疗保险筹资方式

变化的明显特征,但在制度建立和运行过程中,为了提高参保积极性,扩大参保人数,采取了个人缴费相对较少的策略。当前,职工医保中个人与企业基本形成了1:3的缴费责任分担(有些地区达到1:5),且长期保持不变,相对而言,企业责任偏重;居民医保个人缴费远低于财政补贴,且缺乏科学的调整机制,财政补贴逐年增长,甚至有医疗福利化的倾向。可见,在基本医保的筹资环节,个人、单位和财政三者应该在何种比例下进行分责仍是一个值得探究的问题。此外,个人账户仅存在于职工医保中,这一制度最初的设立是为了提高参保职工的积极性,但在以现收现付为主要筹资模式的医疗保险领域,并不存在个人长期积累的特性,而且个人账户的高比例划拨和大量结余也挤占了统筹基金的份额,削弱了统筹基金的支付能力。同时,职工退休后不再缴纳医疗保险费用而居民医保全年龄段缴费,但所有国民的医疗需求是类似的并都是共同地伴随一生,且老年人的医保支出远高于在职职工。这些不同制度的差异化规定以及缴费与待遇的不完全配比反应了我国基本医保的权责关系有待进一步理顺。

#### (四) 三医联动的作用成果不明显

医疗、医保与医药是维护公民健康的“三驾马车”,但长期以来,“三医联动”的机制没有形成,医疗卫生体制改革滞后稀释了医保改革的成果。尽管医保待遇自2009年“新医改”以来快速提高,政策内报销比例已经上升到75%—90%以上,但由于医院“以药养医”机制没有破除和药价虚高现象没有根本转变,老百姓对从医保中得到的实惠缺少“获得感”,“看病难”“看病贵”问题尚未真正解决<sup>⑦</sup>。此外,医保在三医联动中的作用仍不明显,对医疗服务和医药市场约束力有限。例如分级诊疗试图以医保的价格杠杆引导患者向基层流动,但在不同级别医疗机构医疗资源配置悬殊、健康守门人制度缺乏、民众就医观念不改变的背景下,医保对医疗服务的撬动和引导作用仍难以有效发挥。

### 四、构建更加公平可持续的全民医保制度

基于医疗保险制度在改革开放40年的建设与发展中积累的经验规律和当前仍存在的问题,为进一步提高全民医保促进健康水平的能力,需要通过提高制度的公平性、完善医疗保障体系、建立更加合理的筹资机制、优化管理服务效率以及医药卫生领域协同改革等举措,构建起更加公平可持续的全民医保制度。

#### (一) 制度保障更加公平

公平是医疗保障的核心价值,医保制度的发展一直追求公平性的目标。但在实践中受限于统筹层次较低、地区间经济发展水平和医疗卫生资源配置差异性大等客观因素的制约,制度保障的公平性需要进一步提高。即从形式公平到实质公平,减少医疗保险的“逆向补贴”。以城乡居民医疗保险制度整合为例,当前大部分经济发展落后的地区在筹资与待遇中设计多个缴费档次,从而对应不同的待遇水平。这一设计初衷是为了提高整合过程中居民的适应性,但客观存在的待遇差异却弱化了制度整合的成效,城乡居民仍然难以享受到公平统一的制度保障。此外,在区域尤其是城乡之间医疗资源配置不均衡的背景下,经济发达地区、城市居民更容易作出就医的选择,也更便于获得医疗保险的待遇补偿,由此出现低收入补贴高收入的“逆向补贴”现象。因此,需要加强农村地区医疗资源配置,缩小城乡医疗服务差距,以均等和可及的卫生资源促进医保制度保障公平性效用的发挥。医疗服务的公平可及是保证医疗保险公平享有的重要条件。城乡居民医保制度整合只是提高了农村居民医疗保障的公平性,但如果没有医疗服务的公平性,公平的医保制度也难以发挥其保障效用。

#### (二) 医保体系更加完善

为使得全民医保的体系更加成熟,需要构建公平有效、分工明确、衔接有序、无缝对接的以基本医保为主、补充医保为辅、医疗救助兜底的多层次医保体系和制度之间的衔接机制。

首先,厘清不同医疗保障项目的制度定位,防止不同医疗保障内容的互相挤占和缺位。城乡医疗救助、基本医疗保险和补充医疗保险(商业健康保险)是我国医疗保障制度的主要内容,这些制度类型因资金来源、保障对象、保障范围、保障水平和产权属性的不同而有所区别。其中,城乡医疗救助以公共财政支出为依托,以贫困人群为保障对象,对其发生的医疗费用经基本医保和大病保险报销后进行再补助;基本医疗保险覆盖全体国民,在起付线、封顶线和报销目录的规范下,保障国民的基本健康需求,当前需要防止医疗保险的“福利化”;补充医疗保险和商业健康保险,对基本医保覆盖范围之外的医疗需求进行保障,具有特殊性和针对性。

其次,构建制度之间的无缝衔接机制。制度之间的衔接是有效发挥各项制度功能的重要途径。在医疗救助与基本医保之间建立“一站式”的结算

机制,实现对贫困居民的医疗费用直接补偿,二者主要以封顶线为衔接依据,同时要避免基金的相互挤占。医疗救助、基本医疗保险与大病医保之间也需要形成互补关系,从减轻老百姓实际负担这一根本目标出发设计待遇政策,医疗救助与大病保险均应重点解决基本医疗保险所不能解决的问题,尽快改变医疗救助与大病保险仅针对基本医疗保险目录范围内费用补偿的规则<sup>⑧</sup>。

最后,建立商业健康保险与社会医疗保险的合作机制。商业健康保险要致力于成为健康保障体系的重要支柱,商业健康保险与社会医疗保险之间在共性需求与差异化需求、基本保障和补充保障、政府责任和市场机制作用之间实现合作分工。同时,鼓励商业健康保险的发展,在维持全民医保基本制度架构不变的前提下,政府采取税收优惠等方式推进民间医疗保险业的发展。

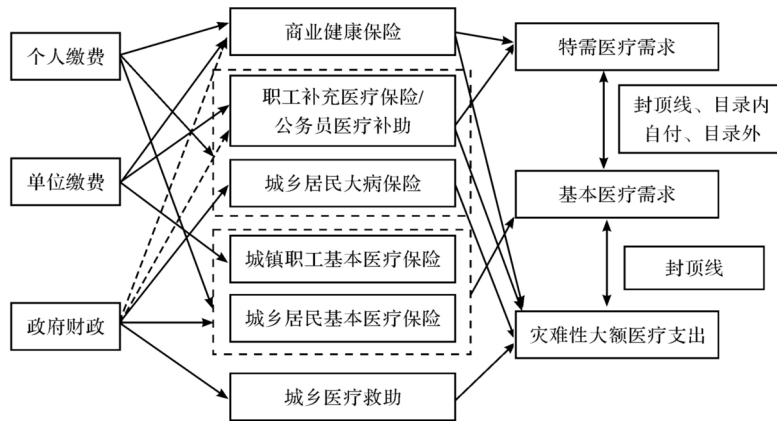


图3 多层次医疗保障资金来源及支付范围

### (三) 筹资机制更加合理

建立更加合理的医疗保险筹资机制,是实现医疗保险可持续的重要保证。首先,废止“自愿缴费”原则,落实全民参保计划。城镇居民医疗保险与新型农村合作医疗长期实施的“自愿缴费”原则作为建立居民医疗保险过程中的一种过渡措施,在尊重居民意愿、吸纳参保人群方面发挥了重要作用,但其本身并不符合社会保险强制性的要求。通过废止“自愿缴费”原则,进一步落实全民参保计划。其次,以多方分责的社会保险特征为依据,理顺筹资机制,在基本医疗保险缴费环节,合理测算不同主体的筹资比例,可以在当前基础上适当提高个人缴费责任,与单位或政府比例相匹配,实现多方责任的科学分担。即落实整合城乡居民医疗保险制度文件提出的“合理划分政府与个人的筹资责任,在提高政府补助标准的同时,适当提高个人缴费比重。”再次,探索退休人员缴费政策,进一步明确权利与义务对等原则;适当降低单位划入职工医保个人账户的比例,变更或取代职工医保个人账户,实现社会统筹基金的扩容。最后,建立缴费的关联机制,保障医疗保险基金的长期收支平衡。在医疗卫生费用与医保待遇持续提高的背景下,需要建立基本医保的筹资水平与待遇挂钩的动态平衡机制,筹资与待遇水平同GDP、财政收入、居民收入、医疗费用增长率、住院率、门诊率、疾病模式、医药价格、

居民健康水平、人口结构等因素挂钩,在精算平衡的基础上确定缴费水平与增长比例。此外,在未来医保支出持续高位增长的情况下,理应明确财政的注资机制,研究确定什么时机、以什么方式、按照什么标准对医保基金缺口进行补贴。

### (四) 管理服务更加高效

为使得医疗保险的管理服务更加高效,需要将医保纳入法治化管理,夯实医疗保险的法律基础;为参保人提供便利化的经办服务,提高医疗保险经办的服务能力与服务质量;创新医保经办服务模式,实现医保经办法人化治理。

首先,制定《基本医疗保障法》或者《基本医疗保障条例》,对基本医疗保障的基本原则、参保人群、筹资缴费、待遇支付标准、基金的监督管理以及相关利益群体的责任要求从法律层面予以规范,将医保纳入法治化管理轨道,夯实医疗保险的法律基础。医疗保障制度的法治化建设需要真正做到依法参保、依法施保、依法治保,走具有中国特色的法治医保之路<sup>⑨</sup>。其次,进一步完善医疗保险信息化管理技术,便利参保人的服务获取。通过进一步完善统一的全民参保登记,建立全体国民的参保和健康大数据平台、全国统一的社会保险经办服务平台、全国信息共享的医疗服务平台等措施,实现医疗保险机构服务效率的改善,便利参保人的服务获取。最后,创新医保经办服务模式,实现医保经办

法人化治理。当前,国家医疗保障局承担了医疗保障制度管理、药品和医疗服务价格管理等多项管理职能,也从体制上为发挥医疗保险制度本身所具有的第三方购买、谈判和监督等功能提供了管理条件。

#### (五)改革路径更加协同

在健康中国“全民健康、共建共享”的战略主题下,一以贯之地坚持三医联动的改革路径,协同推进医保、医疗和医药领域的联动改革将成为构建公平可持续的全民医保制度的必要措施。我国的实践已经证明,没有医疗服务与医药流通的有效配合,医疗保险制度便失去了稳定的基础;而没有医疗保险制度的支撑,医疗服务与医药行业也必定要受到制约<sup>①</sup>。因此,医疗保险制度的改革需要放眼于整个医药卫生体制的结构调整与要素优化,即跳出制度本身内部的改革,关注于医保所处的宏观环境,各类医药卫生制度并驾齐驱,共同助力健康中国战略的实现。

#### 注释

①胡晓义主编:《走向和谐:中国社会保障发展60年》,北京:中国劳动社会保障出版社,2009年,第190—191页。

②国务院新闻办公室:《中国健康事业的发展与人权进步》白皮书,2017年。

③仇雨临、翟绍果、黄国武:《大病保险发展构想:基于文献研究的视角》,《山东社会科学》2017年第4期。

④人社部就跨省异地就医直接结算工作进行政策解读, [http://www.mohrss.gov.cn/yiliaobxs/YILIAOBXS-gongzuodongtai/201710/t20171017\\_279361.html](http://www.mohrss.gov.cn/yiliaobxs/YILIAOBXS-gongzuodongtai/201710/t20171017_279361.html)

⑤仇雨临、王昭茜:《全民医保与健康中国:基础、纽带和导向》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》2018年第3期。

⑥李岚清:《全面推进医药卫生体制改革,让职工群众享有更好医疗服务》,《人民日报》2001年1月5日第一版。

⑦仇雨临:《回顾与展望:构建更加公平可持续的全民医保体系》,《江淮论坛》2016年第1期。

⑧何文炯:《建设更加公平可持续的医疗保障制度》,《中国行政管理》2014年第7期。

⑨王东进:《完善全民医保 促进全民健康》,《中国医疗保险》2017年第3期。

⑩郑功成:《健康中国建设与全民医保制度的完善》,《学术研究》2018年第1期。

责任编辑 王敬尧

## Development of Medical Insurance System for 40 Years : History, Experience and Prospects

Qiu Yulin      Wang Zhaoxi

(School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872)

**Abstract :** Since the reform and opening up, China's health insurance system has experienced a development process from pilot exploration to covering all citizens, which also carried out new improvement with the background and opportunity of the new medical and health system reform. Based on the review of the development path of health insurance for 40 years since the reform and opening up, this paper finds that the health insurance system's development has some experiences such as objects people from less to more, system types from segmentation to integration, medical insurance standard from lower to higher, medical insurance management from extensive to fine, and reform method for medical insurance from individual to coordination. However, there are still some problems in the health insurance system such as fairness needing improving, the unclear positioning of the institution, unclear rights and responsibilities, and the inadequate functioning of medical insurance in the medical and health system. Under the guidance and strategic themes of healthy China, the path of building a more fair and sustainable universal health insurance system includes a more fair and complete medical insurance system, a more reasonable financing mechanism, a more efficient management services and a more systematic reform way.

**Key words :** universal health insurance; fairness; sustainable; reform and opening up for 40 years