

· 社会保险 ·

中国医疗保障70年：回顾与解析

仇雨临

[摘要] 中华人民共和国成立以来，医疗保障制度经过了从无到有、试点探索、全民覆盖、新一轮完善等发展阶段。医保制度70年的演变脉络表现为：制度架构从多元分割到逐步整合，保障体系从单一到多层次，保障责任从个人缺位到多方分担，保障对象从部分到全民普惠，管理体制从集体管理到社会化管理。纵观我国医保制度70年的历史演进，一方面，预防为主、注重初级卫生保健、强调全民参与，最终实现卫生领域的低投入与高产出是计划经济时期的突出成就；另一方面，经济体制、卫生服务体系与医疗保障制度之间的协同发展构成了整个医疗保障变迁的内在规律。

[关键词] 医疗保障；中华人民共和国70年；历史回顾；演变路径

一、中国医保70年历史回顾

（一）计划经济时期的医疗保障制度

在计划经济时期，以企业为主要责任的劳保医疗和以财政为主要责任的公费医疗组成了城市的医疗保障体系；在农村，农民自发探索的合作医疗在我国首创了集体与个人合作分担医疗费用的形式，表现为小范围内的集体保障。

劳保医疗是对城市企业职工（产业工人）医疗费用予以保障的制度。1951年颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》对企业职工所享有的劳动保险进行了具体规定，劳保医疗作为劳动保险的组成部分得以建立。劳动保险的各项费用全部由实行劳动保险的企业或资方负担，属于职工福利基金，在职工的工资总额中进行提取，列入企业成本，个人不需要负担。在工人与职员患病时，其所需的诊疗费、普通药费、手术费、住院费等医疗费用均由劳保医疗承担，具体范围和数额根据是否因工负伤、工资工龄等因素有所区别。同时，劳保医疗还覆盖了职工亲属，即规定工人与职员供养的直系亲属患病时，手术费及普通药费由企业或资方负担1/2。

公费医疗是城市中的另一项医保制度，其覆盖对象主要是国家机关、事业单位的工作人员。

[作者简介] 仇雨临，中国人民大学劳动人事学院教授、博士生导师。主要研究方向：医疗保险。

[基金项目] 国家社会科学基金项目“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）。

1952 年颁布的《中央人民政府政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》和《国家工作人员公费医疗预防实施办法》以及 1953 年发布的《卫生部关于公费医疗的几项规定》，对公费医疗的实施进行了具体规定，标志着公费医疗制度的建立。公费医疗起初覆盖全国各级人民政府、党派、工青妇等团体、各种工作队以及文化、教育、卫生、经济建设等事业单位的国家工作人员和革命残废军人，而后也覆盖到外国专家、国家机关的退休人员等群体。公费医疗所需经费由国家财政拨款负担，国家确定每人每年享受公费医疗待遇的预算定额，由财政统一拨给各级卫生主管部门统筹统支。公费医疗保障对象的门诊、住院所需的诊疗费、手术费、住院费，门诊或住院中经医师处方的药费均统一由医药费拨付。

在农村，合作医疗在合作化运动背景下，经由农民群体的实践与创造得以产生。1955 年春，山西省高平县米山乡建立联合保健站，最早实行了“医社结合”、由社员群众出“保健费”的集体保健医疗费制度。同年 11 月在卫生部肯定了米山乡的经验后，这一做法在全国得到了推广^①。随着 20 世纪 60 年代国家对农村卫生工作重视度的提高，合作医疗制度在全国迅速铺开。农村合作医疗在全国范围内的普及为解决经济落后农村地区“缺医少药”的问题提供了很好的实施办法。但农村合作医疗一直是一项农民自主探索的实践，缺乏国家层面的制度化规定。直到 1978 年的《中华人民共和国宪法》中指出，“国家逐步发展社会保险、社会救济、公费医疗和合作医疗等事业，以保证劳动者享受这种权利”，1979 年 12 月卫生部发布的《农村合作医疗章程（试行草案）》对合作医疗从实施任务、管理机构、合作医疗基金、医务人员及中草药的采种制用等方面进行了制度化的规范，将农村合作医疗定义为“农村合作医疗是人民公社社员依靠集体力量，在自愿互助的基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度，是社员群众的集体福利事业”，农村合作医疗的组织实施正式在制度上得到了确立。我国计划经济时期医疗保障制度的特点见表 1。

表 1 我国计划经济时期医疗保障制度的特点

类别	享受对象	资金来源	报销范围
合作医疗 (互助保险制)	主要是农民	集体和个人共同筹集	视资金而定减免费，报销范围比例不一
劳保医疗 (企业保险制)	企业单位的工人和职员	企业福利费留成	基本属于免费医疗，直系亲属还享有部分医疗费报销待遇
公费医疗 (国家保健服务制)	国家机关、事业单位工作人员，革命残废军人，高校学生等	国家预算支出	基本属于免费医疗

资料来源：根据黄树则、林士笑：《当代中国的卫生事业（下）》，中国社会科学出版社，1986 年，第 67 页部分内容修改。

（二）改革开放以来医疗保险制度的探索与建立

改革开放后，为适应社会主义市场经济体制改革，提高医疗保障制度运行的可持续性，以多方责任分担为特征的城镇职工基本医疗保险制度在各地展开探索，最终于 20 世纪末在全

① 张自宽：《对合作医疗早期历史情况的回顾》，《中国卫生经济》1992 年第 6 期。

国范围内建立。而与探索和建立城镇职工基本医疗保险相并行的是农村合作医疗的衰落和城镇居民医疗保障的缺失。在城镇职工基本医疗保险建立之后,我国医疗保险逐步开始了全民化的进程,新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险的相继诞生初步确立了我国社会医疗保险的制度框架。

首先进行的是城市中职工医疗保障制度改革。自20世纪80年代初起,一些企业和地方就已经开始了自发地对传统职工医疗保障制度的改革探索,如采用医疗费用定额包干以及实行医疗费用支付与个人利益挂钩的办法等。河北石家庄地区在1985年先后在六个县、市开展离退休人员医疗费用社会统筹试点;北京、四川等地区的部分行业和县市从1987年起实施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。这些探索成为我国医疗保险制度改革早期的雏形。1988年,卫生部、财政部、劳动部等八部门成立医疗保险改革小组,研究社会医疗保险改革方案并进行试点。1989年,国务院批转的《国家体改委1989年经济体制改革要点》,提出在辽宁丹东、吉林四平、湖北黄石、湖南株洲进行医疗保险制度改革试点,同时在深圳、海南进行社会保障制度综合改革试点。1993年,党的十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中指出建立合理的社会保障制度,城镇职工养老和医疗保险金由单位和个人共同负担,实行社会统筹和个人账户相结合。1994年3月,国家体改委、财政部、卫生部、劳动部共同制定了《关于职工医疗保险制度改革的试点意见》,提出试点建立社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险。同年11月,国务院发布《关于江苏省镇江市、江西省九江市职工医疗保障制度改革试点方案批复的通知》,提出从1995年开始在江苏镇江、江西九江进行职工医疗保障制度改革试点。1996年4月,国务院在总结“两江”试点的基础上,将医疗保障制度改革试点范围再次扩大,在56个城市推广。

随着职工医疗保障制度改革的不断试点,国务院1998年12月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。以此为起点,我国进入了社会医疗保险的发展阶段。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,将新型农村合作医疗制度定义为“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”。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》,提出试点覆盖全体非从业居民的城镇居民基本医疗保险,以实现基本建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标。这两项制度以不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的城乡居民为保障对象,均采取自愿参加的原则,在筹资来源上实行个人缴费和财政补贴相结合,保障水平以大病统筹为最初的设计定位。

(三) 新医改以来全民医保制度的发展与完善

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》的发布开始了新一轮医药卫生体制改革的进程,在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的宏观架构下,全民医保制度也得到了新的发展和完善。

首先，在保障对象上，全民医保从制度全覆盖到人群全覆盖，真正建成了全民医疗保险体系。2007年城镇居民医疗保险的建立标志着我国在制度框架上实现了对国民的医疗保险制度全覆盖。随着实践中城镇居民医保试点的深化、对灵活就业人员、低保对象等群体参保的政策出台和落实，到2011年我国初步实现了全民医保，即对国民的医疗保险人群全覆盖。2012年的《政府工作报告》指出，2011年我国基本医疗保险覆盖范围继续扩大，13亿城乡居民参保，全民医保体系初步形成。其中，城镇居民基本医疗保险参保人数达到2.2亿，新型农村合作医疗制度在2008年基本实现制度全覆盖，2011年新农合参合人数达到8.32亿，参合率超过96%。此后全国基本医疗保险参保覆盖率稳固在95%以上。

其次，在保障程度上，保障水平不断提高。根据国务院《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》，2010年各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元；将城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工平均工资和居民可支配收入的6倍左右，新农合最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的6倍以上。国家医保局与财政部、人社部、卫健委联合印发的《关于做好2018年城乡居民基本医疗保险工作的通知》指出，2018年城乡居民医保各级财政人均补助标准在2017年基础上新增40元，达到每人每年不低于490元。2016年《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》提出，城乡居民医保政策范围内住院费用支付比例保持在75%左右。城乡居民医保制度整合，实行“目录就宽不就窄、待遇就高不就低”的政策。这一系列的政策，确保城乡居民医疗保险的保障程度得到较大改善。

第三，在保障层次上，逐步形成了多层次医疗保障体系。一方面，表现在城乡医疗救助制度从无到有，从城乡分立到城乡合并，为城乡居民建立了医疗支出的托底保障网；全面实施了城乡居民大病保险制度，保障城乡居民的大额医疗费用支出，进一步拓展和延伸了基本医保的功能；同时，商业健康保险等补充医疗保险不断发展，与基本医疗保险衔接互补、形成合力，成为多层次医疗保障体系的组成部分。另一方面，多层次医疗保障制度之间的衔接机制逐步形成，例如对医疗救助与大病保险之间的衔接进行细则的规定，而2018年国家医疗保障局的成立则将医疗救助与医疗保险纳入了统一部门进行管理，为进一步完善多层次医疗保障体系的衔接机制提供组织基础。

第四，在制度架构上，构建起城乡一体化的模式。以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》为标志，正式在全国范围内统一部署和启动城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度的合并工作，建立统一的城乡居民基本医疗保险，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，以统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理的“六统一”为整合原则。《2017年国民经济和社会发展统计公报》显示，2017年末参加城乡居民基本医疗保险的人数为87343万人，相比于2016年增加了42483万人。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。推进城乡一体化进程成为了各地乃至全国医疗保险发展的方向，很多地区也进行了整合城乡医保的实践探索。

最后,在管理服务上,通过完善结算手段、推进医保支付方式改革、创新医保智能监管、探索医保谈判等措施,不断提高医保管理能力和服务的便利性。医疗保险的结算方式实现了从事前垫付到即时结算、从手工结算到电子化一体化结算的升级。对于异地就医则经过了省内异地住院费用直接结算、建设国家级异地就医结算平台、跨省异地安置退休人员住院医疗费用直接结算、符合转诊规定人员的异地就医住院医疗费用直接结算、扩大异地就医直接结算的医疗机构数量等过程,以便利参保人的就医体验为不间断的完善目标。医保支付方式的改革路径经历了“按服务项目付费为主-总额预付为主-按病种付费为主-多元复合型支付方式”的演变;推进医保对医疗服务的智能监控,尝试医保对医药的谈判议价等也在不断的探索实践当中。总之,基本医疗保险在实现全民覆盖的基础上,正以服务管理方式的创新促进医疗保障制度从有到优的转型。

二、中国医保 70 年演变路径

(一) 从多元分割到逐步整合,迈向公平统一的全民医保体系

从制度架构上看,我国医疗保障制度经历了从多元分割到逐步整合,从城乡二元到城乡统一的发展过程。我国医疗保障制度自诞生之时就存在城市和农村两条道路发展并行的轨迹。这一特征起源于计划经济时期并一直延续。在计划经济时期,宏观制度包括城市的劳保医疗和公费医疗、农村的合作医疗等类型,在每个制度内部,又存在制度本身的分割。例如劳保医疗主要是单位内部的保障,农村合作医疗是村集体的互助保障,某种程度上将三大医疗保障制度又细分成无数个彼此分离的小制度。由于制度分割、统筹范围狭小,改革开放后企业因职工年龄结构和经营状况的差别在劳保医疗的负担上苦乐不均、部分企业的劳保医疗甚至名存实亡,职工医保缺乏公平性。

职工医疗保障改革试点直至城镇职工医疗保险的建立,一个改革方向便是将单位内部的统筹扩展到行业、地区的统筹,最终实现一个统筹区内所有参保者享受同样的医疗保障待遇,打破制度的分割性,大大降低了制度的碎片化。但是,我国最初建立社会保障制度的时候,并不是从构筑一个全民的社会保障网络的角度出发,而是作为国有企业改革的配套措施,并没有顾及到非国有企业就业者的社会保障制度,以致分项建立的制度形成了机关、企业单位、农村等多种类型^①。例如改革开放之后在职工医疗保障试点过程中出现了对非就业者保障的“缺口”,21世纪初又分别在农村和城市设立新的医疗保险制度。一直以来,这种多类型制度的特征反映在医疗保障领域就是公费医疗、省直单位医疗保险、城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗等多项制度并存,即是最初针对不同人群的制度分项建立而非从顶层设计的角度统一构建全民医疗保险体系的体现。这成为制度碎片化的来源,也是长期以来公平性缺失的表现。全民医保实现之后,城乡居民医保的整合使得城乡一体化进程大大加快,医疗保险统筹层次的提高也使得制度内部的分割性降低。当前,城乡居民医保与城镇职工医保两项制度组成了医疗保险的宏观架构,基本实现了一个统筹区内所有参保人群待遇统一。

^① 亲历改革——中国经济 50 人论坛纪念改革开放 40 周年:《宋晓梧解密新农合出台幕后:卫生部与财政部激烈争论》,新浪网: <http://finance.sina.cn/event/reform/2018-10-23/detail-ihmuuiyw0446680.d.html?from=timeline&isappinstalled=0>。

与制度的逐步整合密切相关的另一个演变路径体现在保障公平性上，即在迈向统一的全民医保体系的同时，也迈向了公平的全民医保体系。公平是医疗保障永恒的理念，我国医疗保障制度经历了公平性缺失和再度回归公平的过程。在计划经济时期，卫生工作方针是预防为主，公共卫生是主要的卫生投入，其天然带有普惠性的特征。但改革开放后随着农村合作医疗的解体，卫生系统的公平性大大降低。而长期以来城乡二元经济双轨运行的历史惯性，导致我国城乡之间在资源的配置方面存在分割与不公平性。1993 年我国人均卫生支出（公共和个人）为 110 元，但城市人均卫生支出为 235 元，几乎是农村人均支出 60 元的 4 倍；而 1993 年农村最贫困的 1/4 人口只花费了卫生总费用的 5%。此外，被保险覆盖的农村人口只有 10%，而城市为 50%，城市两大医疗保险系统——公费医疗和劳保医疗——尽管只覆盖中国总人口的 15%，却耗去了公共卫生开支的 2/3、卫生总费用的 36%^①。卫生部第三次卫生服务调查显示，2002 年我国农村合作医疗制度的覆盖率为 9.5%，有 79.1% 的农村人口没有任何医疗保险^②。2000 年世界卫生组织（WHO）对成员国 1997 年卫生筹资与分配公平性的评估显示，中国卫生系统在财务公平性方面位列 188 位（倒数第 4）^③。在公平性指标落后的背景下，新型农村合作医疗应运而生。近年来城乡居民医疗保险制度的合并，也是为提高医疗保障制度公平性所作出的持续不断的探索。

总之，从多元分割到逐步整合，从少数覆盖到全民覆盖，从人人参保到人人公平参保，这是中华人民共和国建国以来在医疗保障领域发展的目标和路径，持续完善城乡居民医保以及进一步构建从“二元”到“一元”的统一的全民医保体系是未来医保制度的发展方向。

（二）从单一到多层次保障体系，满足多元化医疗需求

医疗保障制度在 70 年的发展中，横向的制度架构逐步覆盖全民走向统一，同时随着经济和社会的不断发展、医疗服务技术的日益更新以及基本医疗保险“保基本”职能的落实，纵向的保障体系也渐渐走向了多元化和多层次，在基本保障以外建立起其他保障制度。

计划经济时期劳保医疗、公费医疗本身是单一层次的高保障，制度自身没有发展多层次的需求；而农村合作医疗则是单一层次的低保障，初级保健之外的更高水平的医疗需求又难以得到满足。到全民医保建立的初期，在当时经济相对落后、医疗需求不高、“低水平、广覆盖”基础上建立的医保体系，也是从解决最基本医疗保障做起，且保障水平比较低。就居民医保来说，在实践中由于医疗保险要求先交费再享受待遇，部分贫困群体因缴费困难而无法参保；同时基本医保设置了起付线、封顶线和共付段等机制，参保者如果患大病发生大额医疗费用支出，即使有基本医保的报销，还是难以避免因病致贫和因病返贫的困境。基本医保的有限性表明客观上需要有其他制度的补充。正因如此，随着经济社会进步、国家对民生的重视以及基本医保制度的发展，城乡居民医疗救助、城乡居民大病保险等带有兜底、再次补偿性质的医疗保障制度便应运而生，在基本医疗保险的主体架构之外发挥着托底和延伸的作用。而职工医疗保险与之前的劳保医疗和公费医疗相比，待遇有一定的下降。为了保障制度转轨过程中的平稳过渡，不降低城镇职工的医疗

① 世界银行：《卫生保健筹资：中国的问题与选择》，中国财政经济出版社，1998 年，第 2 页。

② 卫生部统计信息中心：《第三次国家卫生服务调查分析报告》，国家卫生健康委员会官网：<http://www.nhfpc.gov.cn/cmsresources/mohwsbwstjxxzx/cmsrsdocument/doc9908.pdf>，2004 年 9 月。

③ 世界卫生组织：《2000 年世界卫生报告——卫生系统：改进业绩》，人民卫生出版社，2000 年，第 152 页。

待遇水平,国家提出在社会化的基本医疗保险基础上建立补充性医疗保险制度,并享受一定的税收优惠。这些补充性制度包括公务员医疗补助、职工大额医疗费用互助等,有助于减轻职工个人的医疗负担。此外,经济的发展、健康意识的提高和医疗技术的更新刺激了更多的医疗需求,保障这些多样化的医疗需求不属于基本医保的范畴,商业健康保险起到了补充保障、满足多元多层次医疗需求的作用。

总之,从中华人民共和国建国初期的单一保障到现在多种医疗保障类型并存,我国逐步建成了多层次的医疗保障体系。当前虽然各项制度并行中仍存在定位不明确或者合作衔接不顺畅的问题,但多层保障覆盖多类人群和多元需求的思路无疑是符合国情民意的。后续对多层次医疗保障体系再进行结构性调整,实现更趋合理的分工是新时期完善医疗保障体系的重要内容。

(三) 从个人缺位到责任分担,形成以社会统筹为主的社会医疗保险模式

医疗费用的分担方式和医疗保险的筹资方式背后反映的是医疗保险的责任主体和主体间的责任划分机制,最终表现为对医疗保险模式的选择。从费用分担与筹资方式的角度看,在我国医疗保险制度的演变过程中,参与主体以及主体间的责任从个人不承担到多方分责,形成了以社会统筹为主的社会医疗保险模式。

计划经济时期的劳保医疗和公费医疗运行中,医疗费用主要由企业和财政单方负担,个人无需缴纳医疗保障的费用,待遇支付也几乎是免费医疗。当时的激励机制鼓励需方过度利用医疗资源,因而医疗开支膨胀较快^①。后来对职工的医疗保障改革主要强调个人要在医疗费用中承担责任,其中对公费医疗和劳保医疗的调整以个人适当缴费为思路,逐步划分个人负担和公费支付的范围,在试点社会医疗保险时期则提出了个人需要缴纳医疗保险费。从1994年开始的职工医疗保险制度改革进行了社会统筹加个人账户的试点,逐渐将单位和个人缴费责任以规章制度的形式确立下来。起初为了提高对个人的激励性,提出个人缴费完全计入个人账户,用人单位为职工缴纳的医疗保险费用的大部分(不低于50%)划入个人账户。两江试点的正式文件对个人账户的划拨比例根据年龄进行差异化规定。到1998年城镇职工基本医疗保险建立之时,一方面确立了6%(单位)+2%(个人)缴费的职工医疗保险筹资方式,另一方面单位缴费划入个人账户的比例则降低到了30%。各地在实践中对单位和个人缴费比例不同程度地有所调整,但始终围绕6%+2%这个基准。这一演变过程体现出职工医疗保险在发展过程中强调个人责任在社会医疗保险体系中的体现,同时个人与单位的责任也相对明晰,总体上强调了社会医疗保险的社会统筹性。当前的职工医疗保险制度在缴费环节,主要是单位和个人缴费,财政以税收优惠的形式间接参与到筹资环节;在待遇环节,以“两定点”“三目录”的形式规范待遇范围,这也是对个人和社会统筹基金应承担的责任的规范化。当前,我国社会医疗保险在总体上形成了个人、单位和财政多方责任分担的筹资机制和医疗费用分担机制。

通过以上对我国医疗费用分担方式和医疗保险筹资方式变化的梳理,可以发现城市的职工医疗保障体系设计经历了“个人全免费-个人少量负担-社会统筹+个人账户”的过程,反映的是个

^① 高春亮等:《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变——基于建国后医疗制度相关文件的解读》,《管理世界》2009年第4期。

人责任的体现和财政责任的适当退出；其发展趋势是医疗保险基金筹资来源逐渐社会化，医疗保险责任主体及其分担机制逐渐稳定和明晰，走向了多方责任分担的社会统筹模式。这一医疗费用分担和筹资方式的变化也说明我国职工医疗保险制度选择了以多方分责为主要特征的社会医疗保险模式。

（四）从保障部分人到全民普惠，政府对非职工群体的角色转变

与职工医保从政府或企业大包大揽到个人适当承担责任相对应的是政府对非职工群体（以下以“居民”代称）的财政责任从缺失到承担。计划经济时期，城镇居民的医疗保障依附于企业职工，即享受劳保医疗的企业职工，其供养的直系亲属可以享受一半的费用报销；享受公费医疗的机关事业单位职员，其亲属的医疗费用问题没有明确的规定。农村居民是以集体互助为主要形式的农村合作医疗，国家只是对这一做法进行肯定和推广，而不参与经费的提供和保障的落实，财政在农村医疗保障中几乎是处于缺位的状态。改革开放之后，对职工医疗保障的改革试点并没有提及对职工家属的保障，职工家属的医疗保障权益在制度的变革与转轨过程中悄然消失了。农村由于集体经济的解体，合作医疗也名存实亡，虽然国家一度试图恢复老的合作医疗制度，却都以失败告终。直到 2003 年新型农村合作医疗制度和 2007 年城镇居民医疗保险制度（以下统称为“城乡居民医疗保险制度”）的建立，确立了“个人缴费 + 财政补贴”的筹资模式，才是财政承担了居民医疗保障责任的体现。在此之后，财政每年对城乡居民医疗保险的筹资进行固定增长的补助，这一补助的比例在不同的省市之间有所差别，但整体上呈上升趋势。

因此，在改革开放之前，政府财政对居民的医疗保障责任没有明确体现，而改革开放到城乡居民医疗保险制度建立的近 30 年时间里，则直接是财政责任的缺失。这一历史时期内医疗保障制度主要面向城市中的部分职业群体，而城乡居民医疗保险制度的突破性就在于政府责任的担当，甚至近年来有财政责任逐渐强化而个人责任相对弱化，产生了一定的“泛福利化倾向”的趋势。但无论如何，财政对于居民的医保制度从责任缺失到责任承担，体现了对居民医保权益的承认和维护，此时的医疗保障制度也走向了全民普惠的过程。而至于财政对居民医保的责任承担到何种程度是合理的，既要恪守社会保险的本质属性，也离不开居民、财政的可负担能力等约束条件，需要从长计议，建立双方合理的分担比例。

（五）从集体管理到社会化管理，社会医疗保险的管理体制转型

与医疗保险制度实行社会统筹相伴随的是医保管理的社会化。劳保医疗的管理职能属于各个企业单位，即单位制的管理。公费医疗由财政统一管理。农村合作医疗的管理则由各个合作社承担。各项医疗保障制度的管理隶属于不同的机构，总体特征是附属于单位或集体职能的一部分。随着改革开放以来社会保障成为了一个独立于企事业单位之外的社会系统^①，医疗保障的管理职能也逐渐从企业、机关和村集体剥离，由独立的管理机构统一管理所有统筹区的医疗保险。但一直以来的另一个问题是城镇医疗保险（职工和城镇居民）与新型农村合作医疗分属人力资源和社会保障部、卫生部两大管理机构，部门间的利益纠葛成为了阻碍制度统一的因素。2018 年机构

^① 郑功成：《从国家-单位保障制走向国家-社会保障制——30 年来中国社会保障改革与制度变迁》，《社会保障研究（京）》2008 年第 2 卷。

改革中,国家医疗保障局的成立整合了城镇医疗保险、新农合、医疗救助等管理职能,终结了医疗保险乃至整个医疗保障体系的管理分割局面。

总之,社会医疗保险管理机构在制度演变中呈现的特征是从分散管理到机构统一管理;从单位、集体的内部管理到由第三方社会化医保机构管理。虽然当前医疗保障局作为政府管理机构仍旧是一个国家行政单位,还不属于完全意义上的第三方社会治理,但纵观整个中国医疗保障管理体制的变革过程,逐步走向法人化治理将成为可能。

三、中国医保 70 年历史经验与解析

(一) 预防为主、初级卫生保健以及低投入与高产出

计划经济时期的中国在医疗保障制度、医疗卫生服务体系、公共卫生等领域取得了突出的成就,为中国后来乃至全世界发展中国家卫生健康的发展提供了宝贵的经验。当时的做法集中体现在以预防为主的卫生工作方针、卫生投入注重公共卫生与基本医疗保健、中西医相结合、卫生工作与群众运动相结合等方面。这些做法成功地提高了国民的健康水平。人均期望寿命从中华人民共和国成立前的 35 岁提高到 1981 年的 67.8 岁,婴儿死亡率从中华人民共和国成立前的 200‰ 左右降低到 1981 年 37.6‰^①。尽管人民的健康状况与医疗保险的覆盖面取得了出色的成就,但卫生费用在 1981 年仅占国内生产总值的 3% 多一点^②,可见健康产出相对成本的投入是非常高效的。计划经济时期的医保具有如下历史经验。

一是强调公共卫生预防和初级卫生保健,用较少的投入解决民众的健康问题。世界银行曾对中国医疗健康的成就有过这样的评价:“计划生育、儿童免疫,普及初级医疗保健(尤其是母亲和儿童的保健),改善营养,控制传染病,提高教育水平,供水、污水处理和营造住房,所有这一切都是中国人民的健康水平和预期寿命大幅度提高的原因。这些成就大大超过了人们对于当时经济发展水平的中国的预测,这被人们称为第一次卫生革命。这场革命的坚实基础,是一种广泛的,由国家资助并实施的疾病预防战略,以及初级医疗保健的普及。中国在控制传染病死亡率方面所获得的成功,大大超过了其他许多发展中国家所取得的成就。”^③

二是动员群众参与公共卫生治理,使健康状况得到快速改善。中华人民共和国建立初期,面对战争给人民的健康留下的大量问题,如民间传染病、寄生性疾病肆虐、多数人营养不良、人均寿命低等,国家号召全民参与到“爱国卫生运动”中去,鼓励每个人都自主学习卫生知识,参加大扫除,养成良好的个人卫生习惯,保护自己免受疾病困扰,解决自己的卫生问题。我国在 20 世纪 60 年代就已经基本消灭了各类传染病,很多流行性疾病,如天花、霍乱、性病等得到较彻底的消除,而寄生虫病如血吸虫病和疟疾等得到了大幅度的削减。

三是农民自创的合作医疗制度,以个人少量的投入和集体保障制度解决基本的看病问题。

① 参见卫生部:《2003 年中国卫生统计年鉴》,中国协和医科大学出版社,2003 年。

② 世界银行:《卫生保健筹资:中国的问题与选择》,中国财政经济出版社,1998 年,第 1 页。

③ 世界银行:《中国:卫生模式转变中的长远问题与对策》,中国财政经济出版社,1994 年,第 1 页。

1955 年 11 月，卫生部等部门组成联合调查组在调查研究高平县米山乡最早实践的合作医疗制度后，曾概括了合作医疗的三大好处：一是多方集资建站，有利于发展农村卫生事业；二是建立集体保健医疗制度，“无病早防，有病早治”，有利于保护农民健康；三是部分地冲破了把医生的经济来源完全依赖于“治病收费”的旧传统，为贯彻预防为主方针，解决医疗和预防的矛盾创造了有利条件^①。20 世纪 60—70 年代，合作医疗曾惠及多数农村居民。到 1975 年，城市医保（由政府和企业提供）和农村合作医疗已覆盖近 90% 的人口，几乎包括所有城市人口和 85% 的农村人口^②。合作医疗、村级保健站和“赤脚医生”被誉为中国农村医疗卫生的“三件法宝”。世界银行和世界卫生组织把中国农村的合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。

这些成绩的取得，也与当时的宏观环境密切相关，即当时卫生领域各项制度设计符合当时的宏观环境和经济政治体制。计划经济时期医疗卫生计划体制与当时的外部环境相适应。这些外部环境包括：整体社会经济为计划体制、居民收入水平很低且高度平均、急慢性传染病、寄生虫病和地方病是威胁居民生命健康的最主要疾病、医疗卫生技术亟待提高。这是计划经济时期我国医疗卫生事业取得一系列成就的体制背景^③。一方面，从宏观体制上看，计划经济统收统支的财务模式、相对固化和缺乏流动性的劳动力市场、城乡二元壁垒阻隔等特征，使得医疗保障制度既没有突破特定单位实现社会化和突破城乡壁垒实现城乡一体化的需求，也缺乏实施的体制环境，因此城市的医疗保障主要是单位制的职工福利。另一方面，计划经济时期总体上经济水平较低，当时的疾病谱主要是传染病，供方的医疗机构和卫生人员比较匮乏，这也决定了预防为主的卫生工作重点。中华人民共和国建立之初社会经济各方面都处在“百废待兴”的时期，1952 年国内生产总值为 679 亿元，而人均国内生产总值仅有 119 元/人^④。从疾病谱看，传染病是危害健康的主要病种。1950 年甲、乙类法定报告传染病发病率为 163.37/10 万、死亡率 6.7/10 万、病死率高达 4.9%。而后的 20 多年里，传染病发病率持续升高，直到 20 世纪 70 年代后期才逐渐下降，但病死率在 1950 年之后得到了控制^⑤。当时人均预期寿命只有 35 岁，以公共卫生服务控制传染病成为重要的出路。反观医疗服务的供给方，1949 年全国每千人口卫生技术人员数不到 1 (0.93) 人，全国卫生机构数总共才有 3670 个，且没有疾病预防控制中心（1950 年全国才有 61 个疾控中心^⑥，相当于平均每个省 2 个）。也就是说公共卫生、传染病控制是当时的医疗服务重点，但却没有专门的机构，因此本应承担疾病治疗功能的医院、门诊部承担了公共卫生的任务。卫生技术人员的缺乏也使得卫生服务只能聚焦于初级卫生保健领域，以农村赤脚医生为主要类型的“劳动密集型”卫生服务人员在中国迅速成长。总之，在需方的传染病发病率和供方的医疗资源配置的需求驱动与资源约束下，“预防为主”成为了新中国卫生工作四大方针之一，也带来了可观的卫

① 张自宽：《对合作医疗早期历史情况的回顾》，《中国卫生经济》1992 年第 6 期。

② 世界银行：《卫生保健筹资：中国的问题与选择》，中国财政经济出版社，1998 年，第 1 页。

③ 杜创、朱恒鹏：《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》，《中国社会科学》2016 年第 8 期。

④ 参见国家统计局国民经济综合统计司：《新中国六十年统计资料汇编（1949—2008）》，中国统计出版社，2010 年。

⑤ 参见卫生部：《2003 年中国卫生统计年鉴》，中国协和医科大学出版社，2003 年。

⑥ 参见卫生部：《2003 年中国卫生统计年鉴》，中国协和医科大学出版社，2003 年。

生绩效乃至一场卫生革命。

通过对计划经济时期的历史经验及其产生的时代背景分析,可以发现这些经验具有很强的历史性和特定环境的适应性,需要注意的是这些经验即使在当时取得了可观的卫生绩效,但不具有普适性。随着外在条件的变化,需要因地制宜、因时制宜地作出调整。例如随着经济社会发展,在20世纪60年代已经基本消除了各类传染病的情况下,最初的强调公共卫生和基础医疗重要性的政策逐渐改变,城市里各大医院很快地建立起来,医疗水平也随着大中型医院的建立以及人才的增多慢慢提高。医疗卫生的重点渐渐从预防为主,重视初级卫生保健转变到注重临床医学和疾病治疗为核心;在人力资源上,从大量使用经过短期培训的非熟练型医务工作者的“劳动密集型”模式向注重经过医学院校专业化培养的、系统掌握医学知识和技能的医师的“技术密集型”模式转变。而无论具体的做法如何改变,一条不变的经验也是医保乃至整个医药卫生体系发展中需要遵循的原则,在于通过对有限的卫生资源的科学配置,实现卫生结果产出的最大化,即以较低的卫生投入实现较高的健康产出。

(二) 经济体制、卫生服务体系与医疗保障制度的协同发展

医药卫生体制与医疗保障制度变革均是外部经济体制改革推动的产物。从横向的制度结构看,医疗卫生体制改革作为我国经济和社会体制改革的重要组成部分镶嵌于其中,医疗改革不能脱离这个大的背景。从纵向制度变迁角度看,现有医疗卫生制度绝非凭空出现而是隐含在历史演进脉络之中的,是我国卫生制度发展长河中的一个截面^①。一方面,改革开放以后,适应于经济体制改革,医疗领域也阶段性地走向了市场化。医疗机构在政府投入不断减少的情况下,医疗费用不再能够受行政力量管控而增长迅猛。另一方面,外部的市场化打破了“统收统支”的财政模式,致使公费医疗难以获得财政原有支持,同时国有企业直接参与市场竞争,经济利润由市场交易决定而非财政的直接补助,劳保医疗的经费支出甚至成为企业的一种隐性负担。各种因素导致了劳保医疗和公费医疗可持续性受到了挑战,需要作出适应性调整。城镇职工的社会医疗保险探索正是在此背景下展开的。同样,农村集体合作经济的瓦解使得合作医疗失去了生存的基础,带来了农村长达30年的医疗保障缺失。

在经济体制改革催生医药卫生体制与医疗保障制度变革这一历史规律下,整个大的医药卫生体制本身也需要与外部的经济体制协同演变。如果医药卫生内部各要素调整滞后于经济体制变革或彼此间有不适应的因素存在,同样会影响到整个改革成效。例如,医疗机构的行政化在计划经济时期起到了行政控制医疗费用,维护劳保医疗和公费医疗持续性的作用,但当前医疗机构的行政化却限制了社会医疗保险功能的发挥。中华人民共和国成立后形成的城市医疗卫生计划体制与当时的外部环境相适应,且内部各组成要素之间协调互补。改革开放以来,整体社会经济制度走向市场化,人口特征与疾病谱显著改变,居民收入水平显著提高且差距拉大,医疗卫生人员素质普遍提高。外部环境这些不可逆转的变化,内在地要求城市医疗卫生事业走出传统计划体制^②。

① 高春亮等:《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变——基于建国后医疗制度相关文件的解读》,《管理世界》2009年第4期。

② 杜创、朱恒鹏:《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》,《中国社会科学》2016年第8期。

即使新医改以来，医疗机构的行政化也没有得到根本扭转。这已经成为了一种限制医疗卫生领域发展的体制性障碍。例如公立医院的双重垄断大大降低了医疗保险机构作为第三方的监管能力，即使医疗保险机构团结了所有市场中的买方群体，但医疗机构最终决定服务的提供以及提供的效果。由于健康需求的特殊性所在，医疗服务的供给者注定会处于中心地位和主导地位。因此，在社会医疗保险发展完善的同时，亟需关注医疗机构的行政化改革，否则医疗保险的发展成果最终难以实现，无法惠及参保人。

总之，均衡的医疗卫生体制要与外部环境条件相适应^①。在医疗卫生体制内部，医疗保障制度与卫生服务体系作为保障国民健康水平的两大举措，应在发展过程中表现出相辅相成、互相适应、互相配合的特征，即什么样的医疗保障模式需要配置相应的卫生服务体系。例如与公费医疗和劳保医疗的高待遇相匹配的是行政化的医疗机构，医疗费用由国家的行政力量进行控制，这是当时城市医疗保障得以存在的条件之一。而与农村合作医疗相配合的则是以赤脚医生为主要医务人员提供初级卫生保健的农村医疗服务。在当前确立了社会主义市场经济体制、社会医疗保险的医疗保障模式背景下，要求医疗服务体系也要顺应经济社会改革的需要，与医保制度改革相匹配。

四、总结

本文回顾了中华人民共和国成立以来医保 70 年的发展过程。在计划经济时期，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，在当时“一穷二白”的情况下为提高国民健康水平做出了突出贡献。改革开放以来，在社会主义市场经济的大环境下，为进一步确保和提高国民的医疗权益，我国医保制度进行了从试点探索到全面建立的改革与建设，形成了以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为主体内容的基本医疗保险体系。在基本医保制度框架确立之下，伴随着新的医药卫生体制改革的背景和机遇，医疗保险有了新的发展和完善，逐步确立了覆盖全体国民的医疗保险体系和满足多种医疗需求的多层次医疗保障体系。同时，医疗保险的管理方式不断升级、制度功能也不断深化。

梳理医保 70 年的发展脉络，可以发现我国医保制度的历史路径表现为：制度架构从多元分割到整合，逐步迈向公平统一的全民医疗保险体系；保障体系从单一到多层次，以满足多元化的医疗需求；医保责任从个人缺位到多方分担，最终确立了以社会统筹为主的社会医疗保险模式；保障对象从部分到全民普惠，政府从过去只管职业群体到为非职业人群提供财政补贴；社会医疗保险的管理也逐渐从单位职能中得以释放，逐渐形成社会化的医疗保险管理体制。

探究我国医保制度经历一系列演变、取得一系列成果背后的历史经验，可以发现，一方面在计划经济时期，预防为主卫生工作方针、全民参与的公共卫生治理以及农民自创的合作医疗制度等以较少的卫生投入所取得的突出健康绩效，虽然是由当时特定的历史环境决定的，也还是为今天在“共建共享”的战略主题下建设健康中国提供了宝贵的经验借鉴。另一方面，纵观整个医

① 杜创、朱恒鹏：《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》，《中国社会科学》2016 年第 8 期。

疗保障的演变过程，经济体制、卫生服务体系与医疗保障制度之间具有极大的关联性，不同制度要素的协同演变和互相适应配合才能形成制度改革的合力。此外，透析我国医保制度发展道路所遵循的从试点先行到全面推开，从数量扩展到质量提升的发展过程，可以判定当前医疗保险在实现数量上全覆盖的基础上，发展重点将进入到从制度全覆盖到实际公平全覆盖，从聚焦数量扩面到关注医保质量提升与功能深化的阶段。

Development of China's Healthcare System in the Past Seventy Years: Review and Analysis

Qiu Yulin

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

Abstract: Since the founding of the People's Republic of China, its healthcare system has undergone several stages of development: starting from scratch to pilots to universal coverage and new improvement. The shifts in the healthcare system in the past 70 years include the following: the segmented schemes for different groups of people were gradually integrated; the single tier protection system developed into a multi-tier one; the insured individuals joined the governments and enterprises to share responsibilities; the partial coverage was replaced with the universal coverage; the management and operation was handed over to professional agencies. Throughout the 70-year development, the low-input and high-output in the health sector, which was achieved by prioritizing prevention, primary healthcare and involvement of all people, was a prominent achievement in the planned economy period. Separately, the coordinated development of the economic system, health services and health insurance constitutes the inherent law of the transformation of the healthcare system.

Key words: health protection; 70 years of the People's Republic of China; historical review; evolutionary path

(责任编辑: 杨建敏)