

中国医疗保障基金:政策演进、实践评估与可持续发展*

郑功成

(中国人民大学中国社会保障研究中心,北京 100872)

摘要: 医保基金是支撑医疗保障制度并实现其目标的物质基础,医保基金运行的安全可靠决定着医保制度的实践效果。我国的医保改革已经历了20多年的历程,医保基金政策也在发展变化中不断完善,医保基金保持了持续快速增长,财务状况总体稳健,累计结存基金丰厚,但仍存在着职工医保个人账户、筹资机制欠佳、筹资水平整体偏低等问题,并面临着老龄化加速行进等挑战。基于医保制度定型与高质量发展的需要出发,应当重塑医保基金发展新理念,全面加快优化现行医保基金政策,不断缩小职工与居民的差距,通过改进筹资机制、提高统筹层次和统一医保待遇促进医保制度公平,通过优化医保支付方式与科学控费实现医保基金可持续发展。

关键词: 医疗保障基金;政策演进;基金运行;高质量发展

中图分类号: F812.44

文献标志码: A

文章编号: 1001-862X(2022)05-0005-010

DOI: 10.16064/j.cnki.cn34-1003/g0.2022.05.038

我们已经走在扎实推进全体人民共同富裕的中国式现代化大道上,但各种疾病特别是重大疾病仍然是影响城乡居民生活质量的重大风险因素,因此,建立健全的医疗保障制度来化解人民群众的疾病医疗风险构成了保障民生、促进共同富裕的基础性工程,其中的关键则是医保基金的筹集能否满足需要并实现可持续发展。鉴于基本医疗保险作为整个医疗保障体系的主体性制度安排,事实上决定着全体人民医疗卫生方面的基本福利水准。本文聚焦职工与居民的基本医疗保险基金发展情况,在回顾总结基础上探索高质量、可持续发展之路。

一、医保基金发展的政策演进

我国的基本医疗保险制度是按职工与居民两大群体分别设计的,医保基金政策也是如此。其中,职工医保基金政策从1994年国务院启动江苏省镇江市、江西省九江市职工医疗保险改革

时进入初创阶段,居民医保基金政策自2003年国务院启动新型农村合作医疗试点时进入初创时期,此后经历相应的发展变化,目前开始步入政策定型的新发展阶段。医保基金政策的演进,客观地反映了医保制度的改革发展历程及建制理念、政策实践的成熟程度。

(一) 医保基金政策初创(1998—2010年)

从医保改革进程来看,1998年到2010年是我国医保基金政策的初创期,并自此形成了职工医保与居民医保并行的两条发展路径。

1. 职工医保基金政策的初创。以1998年12月国务院发布的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》为基本依据,可以发现改革初期职工医保基金政策主要包含如下要点:一是采取用人单位和职工共同缴费的筹资机制。其中单位费率为工资总额的6%左右,职工缴费率一般为本人工资收入的2%,单位与个人缴费责任分担比例约为3:1,但通过“6%左右”“一般为2%”的灵活性给各地出台具体政策留出了空间;同时还

本刊网址·在线杂志: www.jhlt.net.cn

* 基金项目: 国家社会科学基金重大项目“中国社会保障体系建设与扎实推进共同富裕”(21STA002)

作者简介: 郑功成(1964—),湖南平江人,中国人民大学中国社会保障研究中心教授,中国社会保障学会会长,主要研究方向:社会保障理论与政策。

规定退休人员不需缴费。二是实行社会统筹和个人账户相结合的财务机制。其中,个人缴费全部计入职工医保个人账户,单位缴费中的70%进入医保统筹基金、30%划入职工医保个人账户,退休人员也从单位缴费中按标准划入其医保个人账户。个人账户的设置,严重损害了医保制度的互助共济功能,也大幅度地削减了医保制度的保障能力,确系创制初期的重大失误。三是对医保统筹基金和个人账户划定各自的支付范围,实行分账核算。同时明确医保统筹基金的起付标准和最高支付限额,以及不同医院住院的个人负担比例,具体政策则由各统筹地区根据以收定支原则确定。四是对职工基本医疗保险实行属地管理,对医保基金的监管也与统筹层次相适应,在统筹区域内实行基本医疗保险基金的统一筹集、使用和管理。

2.居民医保基金政策的初创。从2003年国务院启动农村新型合作医疗试点到2007年启动城镇居民医保试点,形成了有别于职工医疗保险的基金制度。综合分割设置的城乡居民医保试点方案,初期的居民医保基金政策主要包括如下内容:一是采取政府补贴+个人缴费的筹资政策。2003年的标准为政府补贴20元、个人缴纳10元,政府与个人筹资责任分担比为2:1。所有参保居民均须缴费,个人缴费实行按人头等额定额缴纳,但低保或特困对象由医疗救助基金代为缴费。二是居民医保不设个人账户,政府补贴与个人缴费均纳入统筹基金,由所有参保人共享,这使得居民医保制度较之职工医保制度具有更高的效能。三是基金使用坚持以收定支、略有结余的原则,重点用于参保居民的住院和门诊大病医疗支出,并参照职工医保制定了基金起付标准、支付比例和最高支付限额,同时还建立了居民大病保险制度和医疗救助制度,以增强医保能力。在基金监管方面,实行属地管理,即在统筹区域内实行居民医保基金与医疗救助基金的统一筹集、使用和管理。

综上,政策初创时期的职工医保基金与居民医保基金的共性有四:一是均实行缴费责任分担制,并表现出用人单位、政府责任偏重和参保人责任偏轻的特点;二是均实行属地管理,且统筹层次以县级为基准;三是均采取医保经办机构与定点医疗机构及定点药店协议管理,并依据协议

支付医保基金等。两大制度的差异主要表现在以下两个方面:一是个人筹资机制有别。职工医保的个人缴费按工资收入一定比例缴纳,居民医保个人按人头缴纳定额费用,与参保人收入无关;二是财务机制有别。职工医建有个人账户,居民医保不设置个人账户。此后,医保基金政策基本延续了上述政策框架及核心内容。因此,这一时期的做法对我国医保基金政策的形成具有相应的奠基作用。

(二)医保基金政策的发展变化(2011—2018年)

从2011年到2018年国家医保局成立前,是我国医保制度改革发展期,医保基金政策也发生了相应的变化。

以2011年正式实施的《社会保险法》及此后国务院与主管部门发布的相关政策性文件为依据,其变化主要集中在以下六个方面:一是2016年国务院决定整合城乡居民医保制度,实行统一筹资政策、统一保障待遇与支付标准、统一医保目录与定点管理、统一基金管理,并全面推进付费总额控制,此项改革为此后形成统一的居民医保制度奠定了基础。二是2017年根据国务院决定和全国人大常委会批准,将生育保险与职工医保制度合并实施,将生育保险基金并入职工医保基金统一征缴,在职工医保统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目,实质上是将生育待遇转化成了职工医保的一项特定待遇。三是新增居民大病保险筹资与待遇政策。2015年国务院办公厅发文面向城乡居民建立大病保险制度,其资金来源于居民医保基金中按一定比例或额度划出由商业保险公司经办,当参保人患大病发生高额医疗费用时,由大病保险按规定报销相应部分,具体范围则由各省市决定。四是针对不同医疗服务特点,推进医保支付方式分类改革,实行多元复合式医保支付方式。五是《社会保险法》的复杂影响。这部法律没有提及职工医保个人账户,表明这一政策并未得到法律的认可,但该法规定退休人员不缴费在当时虽有合理性,却与人口老龄化快速发展和城乡居民参保终身缴费制不相适应,这构成了深化职工医保筹资政策改革的一个法律障碍。六是伴随医保基金收支规模不断扩大,基金管理和使用中各种违规违法现象也不断增多,医保基金监管开始受重视。与初创时期相

比,这一时期医保基金监管的重点从保障基金不被挪用开始转移到定点医疗机构和定点零售药店以及医药服务人员。

(三)医保基金政策在重塑中逐步走向定型(2018年以来)

2018年国家医保局的组建,标志着长期困扰医保改革的体制性障碍得以消除,我国进入了以全面建成中国特色医保制度为目标的深化改革阶段,医保基金政策在重塑中逐步走向定型。

近几年医保基金的政策变化,主要表现在以下多个方面:一是确立了筹资责任均衡分担的政策目标。2020年2月中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》,“科学确定筹资水平,均衡各方缴费责任,加强统筹共济,确保基金可持续”成为重要原则,将“均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任,优化个人缴费和政府补助结构”作为完善筹资分担和调整机制的目标任务。^①在这一纲领性文件指导下,北京等一些地区开始降低偏高的单位缴费率,居民医保中政府补贴与个人缴费之比亦从2013年的4:1降到2020年的2:1后,在2021年再降至1.8:1。^②尽管目前仍是单位、政府的责任重,但发展方向已经明朗化。

二是矫正医保个人账户的制度性缺陷迈出了实质性步伐。2019年2月,国家医保局、财政部联合发文,针对部分地区在居民医保中设置或变相设置医保个人账户的行为明确叫停,规定“实行个人(家庭)账户的,应于2020年底前取消,向门诊统筹平稳过渡;已取消个人(家庭)账户的,不得恢复或变相设置”。这是主管部门首次对医保个人账户发出的明确否定信号;2021年2月国务院办公厅发出《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》,核心内容即是改革职工医保个人账户,明确单位缴费全部计入统筹基金,直接废除了原来从单位缴费中划转30%至职工医保个人账户的政策,还要求对退休人员医保个人账户从医保统筹基金中划入的额度逐步调整到统筹地区当年基本养老金平均水平的2%左右,并对个人缴费形成的个人账户资金使用范围也作了调整,此举极大地增强了医保制度的互助共济功能与统筹保障能力。

三是开始尝试医疗保障待遇清单制度,严格

基金支付范围与标准。2021年2月,国家医保局、财政部联合发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》,并同步发布了国家医疗保障待遇清单(2020年版),表明向统一公平的医保待遇迈出了实质性步伐。

四是全面加快了医保支付方式改革步伐。包括进一步规范医保机构与定点医疗、医药机构的协议管理,继续完善医保基金总额预算办法,大力推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,同时推广按疾病诊断相关分组付费,对医疗康复、慢性精神疾病等长期住院实行按床日付费,对门诊特殊慢性病实行按人头付费,促使医保支付方式走向成熟、定型。

五是创新基金监管方式,构建长效机制。2018年国家医保局开始采取反医保欺诈骗专项行动,2020年2月国务院办公厅发布《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》,2021年1月国务院颁布《医疗保障基金使用监督管理条例》,促使医保基金监管走向制度化。在医保基金监管实践中,医保部门不仅健全完善了常态化的日常检查,还创造了突击性的飞行检查,并借助大数据、人工智能等信息技术实行智能监控,形成了医保基金监管网络。

此外,药品、医用耗材招标采购常态化制度化,全面做实市级统筹并向省级统筹迈进,以及开展与医保基金相关的专项治理行动,它们同样构成了医保基金政策体系的有机组成部分。

二、医保基金运行及分析

从上述梳理可以看到医保基金政策演进的历程,而透过医保基金的相关数据则可以看到我国基本医保制度的实践效果。

(一)基本医疗保险筹资情况

筹资是医保基金的首要环节,筹资规模及其稳定性决定着医保制度的保障能力与参保人的医保待遇水平。基于职工医保与居民医保是并行的制度安排,基金筹资、使用及管理也是分账运行,需要对其筹资情况分别加以考察。

1.职工基本医疗保险筹资情况。截至2021年底,全国基本医疗保险参保人数为136297万人,约占总人口的96%多,其中参加职工医保者为

35431 万人, 占总参保人数 25%; 在参保职工中, 承担缴费义务的在职职工为 26106 万人, 不用缴费的退休职工为 9324 万人, 在职退休比为 2.8。⁽³⁾这一组数据反映了职工医保的覆盖面并不宽, 这与灵活就业人员大多参与居民医保有关, 但因职工医保的筹资水平较高、保障待遇较高, 其重要性毋庸置疑。数据显示, 职工医保基金收入在持续快速增长。从 2010 年到 2021 年, 职工医保基金总收入从 3955 亿元增长到 19003 亿元, 增幅达 3.8 倍; 其中, 统筹基金收入从 2376 亿元增长到 11864 亿元, 个人账户收入从 1579 亿元增长到 7139 亿元, 增幅分别达到近 4 倍和 3.5 倍以上, 明显快于同期国内生产总值增长 1.87 倍、财政收入增长 1.43 倍与城镇居民收入增长 1.48 倍的水平。⁽⁴⁾与基金收入增长相适应, 基金支出规模也在快速增长, 从 3272 亿元增至 14747 亿元, 增幅达 3.5 倍, 这主要是职工医保参保人数从 23735 万人增长到 35431 万人, 其中退休人员从 5944 万人增长到 9324 万人; 同时, 累计结存基金从 4741 亿元增至 29440 亿元, 增幅达 5.21 倍⁽⁵⁾, 这一组数据既表明职工医保惠及的人群规模在扩大, 急剧增长的退休人员医保待遇得到了有效保障, 也反映了职工医保制度的财务状况历年均收大于支, 累计结存额偏大。

2. 居民医保筹资水平。目前, 参加居民医保者占全国总参保人数 75%, 表明居民医保是我国医保制度的主体。从 2010 年到 2021 年, 居民医保基金总收入从 354 亿元增长到 9724.48 亿元, 增幅达 26.47 倍; 其中个人缴费从 2010 年的 103 亿元增长到 2020 年的 3029 亿元, 同期财政补助从 231 亿元增长到 5936 亿元, 增幅分别达到 28.4 倍、24.7 倍。⁽⁶⁾由此可见, 居民医保基金增幅明显快于职工医保基金, 这主要是因为起始阶段的个人缴费与财政补贴标准偏低, 伴随国家财政投入力度不断加强和个人缴费水平持续提高, 加之参保人数也在不断增长, 促使居民医保基金不断壮大。数据显示, 从 2010 年到 2021 年间, 由于居民医保起步时的筹资水平与待遇水平均很低, 居民医保基金收入与支出的增长幅度分别高达 35.2%、38.1%, 均显著高于同期 GDP 9.7% 与卫生总费用 13.7% 的年均增长幅度⁽⁷⁾, 也要高于同期职工医保基金收支增长幅度。它反映了居民医保制度已经从试点初期的象征性制度安排转化成

为日益有效的制度安排。

需要指出的是, 居民医保基金的累计结存额从 2010 年的 306 亿元增长到 2021 年的 6717 亿元, 同期累计结存额从 4741 亿元增长到 29440 亿元, 相当于职工医保基金累计结存额之比虽从 6.45% 提高到了 22.82%, 但与居民医保参保人数占全国总参保人数 75% 的比例显然不相匹配。它既反映了居民医保筹资水平和医保待遇水平均低于职工医保的现实, 也反映了居民医保基金的使用更有效率, 因为居民医保基金中没有私有化的个人账户, 而是将政府补贴与个人缴费全部记入统筹基金并由所有参保人共享, 从而实现了统筹区域内参保人群的互助共济。从这个意义出发, 居民医保基金的发展实践确有值得职工医保借鉴的经验。

无论是职工医保还是居民医保, 基金筹集在总体上均呈现出快速增长的势头, 折射出我国国民经济持续发展与居民收入持续增长为医保基金的筹集奠定了良好的基础。当然, 职工与居民两大群体的筹资水平还相差较大, 必然导致医保待遇的差距, 这与两大制度的覆盖对象范围有关, 职工医保的参保对象均为有稳定收入且收入较高的劳动者, 而居民医保参保对象中大多属于收入较低以及无收入的未成年人与老年居民, 这种参保结构决定了两大制度的筹资水平差距将始终存在。

(二) 职工与居民医保基金支出与受益面的比较

职工医保与居民医保制度分设, 决定了两大制度之间必然存在差异性, 这种差异性始于筹资结构与水平, 终于医保待遇与受益面的差异。

1. 职工与居民人均医保基金支出比较。在以收定支原则下, 人均医保基金支出水平代表着医保制度为参保人提供的保障程度。数据显示, 从 2010 年到 2021 年, 我国职工与居民两大群体的人均医保基金支出分别从 1378 元、136 元上升到 4162 元、922 元, 差距比从 10.1 倍缩小到 4.5 倍⁽⁸⁾, 这既反映了两大群体的医保待遇差距较大, 又反映了这种差距在不断缩小, 这是一个具有进步意义的指标。导致两大群体人均医保基金支出差距大的原因, 主要是职工筹资水平较高而居民筹资水平较低, 收入水平决定了支出水平, 保障能力决定着医保待遇; 促使两大群体人均基金支出差

距缩小的原因,主要是政府承担了居民医保三分之二以上的筹资责任并做到了每年持续提高补贴标准,同时还同步提高个人缴费水平,居民筹资水平的提升要快于同期职工筹资水平的提升幅度,这使得逐年提高居民医保待遇具有了相应的物质基础。

2.职工、居民基本医保受益面情况比较。医保受益面反映参保人实际享受到的医保待遇情况。数据显示,从2012年到2021年,职工与居民的普通门(急)诊就诊人次分别从10.81亿人次、2.06亿人次上升到17.23亿人次、16.83亿人次,门诊慢特病就诊人次分别从1.17亿人次、0.09亿人次上升到2.58亿人次、2.44亿人次,出院人次分别从0.35亿人次、0.18亿人次上升到0.59亿人次、1.53亿人次。^⑨这一组指标揭示了两大群体的受益面均在提升,但居民提升更快;同时也反映了两大群体的受益情况仍有较大差距,因为职工参保人数与居民参保人数之比基本上是1:3,而到2021年时居民的普通门(急)诊就诊人次与门诊慢特病就诊人次仍低于职工的同一指标,只有出院人次超过了职工同一指标的1.59倍,所反映的是居民住院保障水平提升显著,而门诊保障水平提升却相对较慢。因此,进一步提高居民医保受益面将是我国医保制度发展的必然取向,前提则是需要进一步提高居民医保的筹资水平、壮大居民医保的物质基础。

(三)各地区医保基金情况比较

由于医保制度处于地区分割统筹状态,加之地区发展不平衡,各地的医保基金情况事实上存在着较大差异。

以2020年的统计数据为例,全国基本医疗保险基金(含职工与居民)继续保持收大于支的态势,累计结存额高达3.15万亿元,显见财务状况总体甚好。但也应看到,职工医保基金中无法统筹使用的个人账户资金逾万亿元,表明其互助共济功能被大幅减损;而覆盖75%参保人群的居民医保基金结存额仅相当于职工医保基金结存额总量的23.9%、相当于职工医保统筹基金结存额的39.6%,显见保障能力薄弱。^⑩观察各地区的统计数据,至少有如下一些发现:

首先,全国各地区的医保基金收支都处于正向发展状态。全国所有地区2020年的医保基金均有年度结余,累计结存额均属于正增长,尽管

不同地区的年度结余与累计结存增长幅度不一,个别地市可能面临医保基金年度收不抵支的财务风险,但总体上确实证明了各地区医保基金的状况令人乐观。

其次,医保基金富余程度与经济发展水平存在正相关关系。如累计医保基金结存额最高的广东达3664.6亿元,次高的上海为3207.5亿元;超过2000亿元的依次有浙江、江苏,超过1000亿元的依次有四川、山东、北京、河北、河南,在500~1000亿元以内的依次有湖北、湖南、福建、广西等,而结存最低的青海、宁夏、西藏均不足200亿元。尽管影响基金结存额的因素包括人口多寡、缴费高低、待遇水平等多个方面,但也从总体上反映了经济发展水平的影响重大,因为处在第一梯队的广东、上海、浙江、江苏均属经济最发达地区,北京同样应当在第一梯队,只是因其对个人账户不管制而使该项资金结存额几乎可以忽略不计,导致其结存总量大幅度减少了。

最后,职工医保个人账户的影响轻重不一。一般而言,职工医保个人账户资金不能统筹使用,完全丧失了参保人之间的互助共济功能,因此,考察一个地区医保基金的关键指标是医保统筹基金的规模及其结存额。2020年,职工医保个人账户资金累计结存最高的上海达1298.4亿元,最少的北京市仅为1.7亿元,两大直辖市相比较,北京的结存额总量代表着统筹基金的真实保障能力,上海的结存额总量却因个人账户资金占到了40.48%而直接折损了统筹保障能力。其他地区的基金结存状况亦需要考虑职工医保个人账户资金所占比重。

三、对医保基金发展的总体评估

通过前述介绍与分析获得的基本结论,即是医保基金的发展支撑起了我国法定医保制度的发展,但医保基金制度仍未成熟,需要改进的空间很大。

(一)医保基金发展取得的主要成就

党的十八大以来,伴随全民医保步伐的加快和保障能力的提升,人民群众的健康福利持续提升,贫病之间的链条基本被切断,城乡居民疾病医疗后顾之忧持续大幅减轻。概括而言,医保基

金发展所取得的成就主要表现在以下四个方面。

1. 医保基金政策体系基本形成。一方面,职工与居民医保基金的筹集、管理与使用,以及医保基金支付、监管等均有了相应的政策依据,正是较为完整的基金政策体系为医保基金的运行提供了依据。另一方面,医保基金政策正在深化改革中走向成熟、定型。如均衡基本医保筹资责任,矫正医保个人账户的制度性缺陷,完善医保基金支付方式,强化医保基金监督等等,这些虽还未最终定型,但目标与方向已经清晰化,相关行动已经取得了良好的效果,从中可以研判出未来医保基金政策走向及定型状态,进而给主体各方提供日益明确且稳定的预期。

2. 医保基金运行总体稳健。近 10 年来,医保基金规模总量实现了持续增长,进而为医保制度的快速发展和解除人民疾病医疗后顾之忧提供了有力支撑。2021 年全国基本医保(含生育保险)基金总收入达 28727.58 亿元,总支出 24043.10 亿元,年度基金结存额达 4684.48 亿元,历年累计基金结存额高达 36156.30 亿元;同年,职工与居民医保参保人员医疗总费用分别为 14997.37 亿元、15107 亿元,医保政策范围内住院费用基金支付比例分别达 84.4%、69.3%,均有了较大幅度提升。⁽¹¹⁾这一组数据反映了我国基本医保的筹资规模与保障能力已达到了较高水平。特别是累计基金结存额巨大,对于普遍奉行现收现付的医疗保险而言,若不考虑个人账户结存与地区分割统筹等因素的牵制,以及这一制度还不足以解除全体人民特别是城乡居民疾病医疗后顾之忧的现实,基金结存总量可支付参保人员 18 个月的医保费用确属例外。当然,在地区分割统筹的条件下,不排除个别地区医保基金出现年度收不抵支现象,但这是统筹层次偏低等原因所致,并不影响对全国医保基金发展情况的总体评价及结论。

3. 深化改革创造了巨大的改革红利。主要表现在以下四个方面:一是改革职工医保个人账户,通过不再将单位缴费划入个人账户,使职工医保统筹基金规模直接增长了 30%,进而使医保制度互助共济功能显著增强,统筹保障能力明显提升,是在不增加单位缴费的情形下通过财务机制变革所产生的巨大红利。

二是医保支付方式改革走向深化。通过继续

完善医保基金总额预算办法,推广按病种付费、按疾病诊断相关分组付费等多元复合式支付,以及进一步完善医保基金支付方式和结算管理机制等,直接提升了医保基金运行效率,并引领着医疗服务价格逐步走向合理化。

三是通过着力推进药品与医用耗材招采、药品价格谈判和医保三大目录的调整,药价虚高现象得到了遏制。2018 年以来,全国 4 次组织医保药品目录准入谈判,累计将 250 种药品通过谈判新增进入目录,价格平均降幅超过 50%;2021 年通过谈判降价和医保报销累计为患者减负 1494.9 亿元。2021 年全国组织三批药品集中带量采购,涉及 122 个品种,价格平均降幅 52%;组织人工关节集采,使髋关节均价从 3.5 万元降到 0.7 万元左右,膝关节均价从 3.2 万元降至 0.5 万元左右,价格平均降幅达 82%。⁽¹²⁾可见,控制药价虚高现象取得了实效,众多患者获得了实惠。

四是通过反医保欺诈骗专项治理,遏制医保基金流失取得巨大成效。2020、2021 年全国共计检查定点医药机构 133.5 万家,查处违法违规违约医药机构 81.5 万家,其中解除医保协议 10189 家、行政处罚 12545 家、移交司法机关 690 家;各地共处理违法违规参保人员 7.18 万人,其中暂停结算 9634 人、移交司法机关 3851 人;共追回医保资金 457.28 亿元。⁽¹³⁾上述事实证明,深化医保制度改革可以释放出巨大的红利,同时,它也表明我国医保制度已跨过了单纯依靠增加投入来提升人民群众医保获得感的时代,进入了主要依靠优化制度安排来实现医保制度持续健康发展的新发展阶段。

4. 基金监管走向制度化。一方面,从 2018 年实施反医保欺诈骗专项治理行动,到 2021 年 2 月国务院颁布《医疗保障基金使用监督管理条例》并于同年 5 月 1 日实施,医保基金监管走向了法治化。另一方面,通过近几年的成功实践,确立了多部门协同治理的新格局。国家医保行政部门负主责,卫生健康、中医药、市场监管、财政、审计、公安等部门分工协作、相互合格局的形成,使医保基金使用监管步入高效协同的新境界。

(二) 医保基金发展实践中存在的主要问题

从现实出发,我国医保基金发展实践中依然存在着不少问题,这些问题正在困扰着医保制度

的健康持续发展。

1.制度性缺陷仍然存在,直接制约着筹资水平与保障能力。一是职工医保个人账户依然存在。即参保职工个人缴费仍延续着全部记入个人账户并归己使用的政策,它使职工医保制度丧失了四分之一的统筹保障能力。2021年全国医保基金(含职工与居民)历年累计结存额为36156.30亿元,其中职工医保个人账户累计结存达11753.98亿元⁽¹⁴⁾,占全部基金结存的32.5%,这意味着现有基金结存中有近三分之一不能统筹使用。二是居民医保按人头等额缴费,使筹资机制丧失了起码公平,也制约着筹资水平的持续提升。因为这种做法严重违背了医疗保险制度应按收入水平承担缴费义务的普遍规律,呈现出来的是缴费负担与收入水平呈反相关性,结果则是低收入者的缴费会用于高收入者,从而是一种逆向调节的筹资机制,最终必然导致低收入者对医保制度日益不满,而高收入者亦不可能为医保制度做出应有的贡献。三是居民医保以户籍为参保条件,不能适应人口流动变化规律,其不仅会损害参保人的权益,亦给医保筹资带来了直接的负面影响。

2.筹资水平总体不高,筹资责任失衡。尽管医保基金累计结存量较大,可支付月数长,但现有医保水平却不足以解除群众疾病医疗的后顾之忧。以典型国家为参照,可以发现我国的卫生筹资水平相对偏低,筹资组成中的社会医疗保险筹资也低,这是我国医疗需求未得到充分满足,医疗费用自负率偏高的根本原因。以世界卫生组织提供的数据为例⁽¹⁵⁾,2019年时我国卫生支出占GDP之比为5%,仅及英国的50%、德国的41.7%、法国与日本的45.5%、韩国的62.5%、美国的29.4%。其中,我国基本医疗保险(即强制性或社会医疗保险)筹资占卫生支出之比为39%,明显低于这些发达国家(英国因实行税收支撑的免费医疗制度除外)。在医保筹资水平总体偏低的同时,筹资失衡构成了又一个不足。在职工医保中,单位缴费是个人缴费的三倍及以上;在居民医保中,政府补贴是个人缴费的二倍及以上;在职工与居民之间,职工筹资大大高于居民筹资标准;在老年人之间,城镇退休人员不仅不用缴费,而且可以从医保统筹基金收入中按规定划入一部分进入自己的医保个人账户,而居民医保中的老

年居民则必须终身缴费。这种筹资责任失衡带来的不良效应包括:一是共建意识日益淡薄。参保人本应是自己健康的第一责任人却可以少承担或不承担(如退休人员)责任,不利于医保制度可持续发展;二是政府与单位负担将持续加重,进而弱化了医保制度的可持续性;三是职工与居民两大群体筹资标准相差悬殊,不利于两大制度最终走向统一;四是退休人员与城乡老年居民之间的权益差异不仅直接损害了制度的公平性,更会因人口老龄化加速行进而损害医保制度的可持续性。因此,促使筹资责任分担逐步走向均衡是必然的政策选择。

3.基金风险偏大。一方面,医保领域的道德风险仍然偏高。包括医疗服务机构、定点药店、药品生产或供应商、医保经办机构、医生、参保人等,均存在着易发侵蚀医保基金的行为。另一方面,医保基金的可持续性堪忧。如居民医保个人筹资政策如不加改变,则缴费水平上升的空间将因低收入群体规模庞大的现实而被堵死。此外,伴随统筹层次向省级迈进,一些地区已经出现放松基金管控的现象,如果市县两级不负责任,则省级与国家层级面临的基金风险将会持续增长。

(三)医保基金结余偏多并不等于医保制度财务良好

在公众的认知中,往往认为医保基金积累越多就越表明保障能力强,殊不知这是一种认识误区。因为医保基金结余越多,不仅意味着用人单位、个人及政府承担的筹资负担越重,而且意味着大量医保基金处于闲置状态是一种浪费现象。因此,正确的认识应当是医保基金能够满足所有参保人的疾病医疗保障需要即可。

纵观世界,凡选择社会医疗保险制度的国家均采取现收现付的财务机制,均遵循年度收支平衡、总量略有结余的原则。以德国为例,法律规定各个医保机构的基金结余最低限额为月支出的25%,最高限额不得超过1个月的支出额;超出最高限额的结余可直接返还参保人,也可通过增加支付项目、引入新类型的医疗服务使参保人获益,进而增强医疗保险机构的吸引力,换言之,就是不允许医保机构结余过多;如果医保资金收不抵支,医保机构可直接向参保人征收附加保费。再以韩国为例,其法律规定的医保储备金是保险年度给

付额的5%至50%，即够支付0.6个月至6个月。上述两国的医保制度均实现了可持续发展，从而证明了医保基金结余适度是最有效的制度安排。

然而，我国2021年度全国医疗保险（含生育保险）基金当期结存达4684.48亿元，累计结存36156.30亿元，按同年基金总支出24043.10亿元计算，累计结存基金可支付一年半即18个月。显然，如此巨额的医保基金结存，并非是医保制度财务状况优良或有效率的体现，恰恰相反，所反映的正是不良的前因与后果。一方面，导致基金结存偏多的原因主要是不能统筹使用的职工医保个人账户资金累计结存高达11753.98亿元，它应属于不良资产；如果再加上医保基金统筹层次过低，这笔结存基金分散在上千个统筹单位，又使基金的使用效率打了折扣。正是这两个不良原因，导致医保基金累计结存总量规模很大，实际可供统筹使用的基金规模却要缩小40%以上。另一方面，过多的结余等于巨额医保基金处于闲置状态，年均贬值高达数百亿元，这是医保基金的净损失，而医保个人账户资金在一定程度上还被异化成非疾病医疗支出。不仅如此，结余过多还掩盖了筹资失衡与不公，致使筹资环节的制度性缺陷被长期忽略。可见，医保基金结存过多并非好事。

四、实现医保基金高质量、可持续发展

基于上述问题的客观存在及其不良效应，根据党的二十大对中国式现代化和扎实推进共同富裕的总体部署，要加快促使我国医疗保障制度成熟、定型，必须尽快明确医保基金的发展目标与路线行动，同时重塑医保基金新理念，全面优化医保基金政策体系，以促使医保基金可持续发展，进而实现整个医保制度的高质量发展。

（一）明确发展目标与行动路线

法定的基本医疗保险制度作为唯一覆盖全民的重要社会保障制度，其目标应是在全国范围实行统一政策，即用统一的制度覆盖全民，一个共享的医保基金惠及全民，因此，积极稳妥地促使医保政策走向统一规范是全面建构中国特色医保制度的重要目标任务。不过，从职工与居民两大群体制度分割设置且地区分割统筹的现实出发，迈向一个医疗保险制度覆盖全民还需要一个过程，当务之急是要明确发展目标与行动路线。

设定发展目标的依据主要有二：一是2020年2月中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》。在这份统筹医保改革的顶层设计中，明确提出到2030年要全面建成中国特色医疗保障体系的目标任务，它意味着2030年是我国医疗保障制度特别是法定基本医疗保险制度应当成熟、定型，与之相应，医保基金政策也应当成熟、定型。二是党的二十大报告中明确提出2035年要实现基本公共服务均等化，医疗卫生服务与医疗保障无疑是基本公共服务的重要内容，这意味着与之相关的医疗保障制度必须在2035年前全面成熟、定型。有鉴于此，可以设定2030年全面完成法定基本医疗保险建制任务，2035年前全面完成整个医疗保障体系的建制任务。相应地，医保基金政策的优化与完善任务也须在2030年至2035年间全面完成，即明确全国统一的医保筹资、运行管理与医保待遇政策，以为各参与主体特别是全体人民提供清晰、稳定的预期。因此，现在实际上已经进入了建制定型的倒计时阶段。

针对现实中存在的各地医保筹资与待遇差异性，可以在上述目标设定的条件下采取循序渐进方式确立三步走的行动路线：“十四五”期间，宜着力通过提高统筹层次以增强医保基金在区域之间的互助共济功能，逐步均衡主体各方的筹资负担以促进筹资公平，通过推行医保待遇清单制让地区差距得以缩小，同时进一步缩小职工与居民两大群体之间的待遇差距。“十五五”期间，应当全面实现基本医保基金省级统筹并建立国家层级的调剂制度，基本实现政府、单位与个人的筹资责任分担均衡化，在全国范围内实现基本医疗保险待遇统一。“十六五”期间，确保医保基金政策全面定型，实现基本医疗保险制度高质量、可持续发展，其他层次医疗保障制度走向成熟、定型。

（二）重塑医保基金发展新理念

基于目标导向，我国医保基金发展的新理念至少包括如下几个方面：

第一，以满足人民需要为出发点，实现从“以收定支”向“以支定收”转化。过去，我国医保制度长期奉行“以收定支”原则，实践中表现为“有多少钱办多少事”，结果是人民群众的疾病医疗风险无法从根本上得到解除。进入新发展阶段后，

医保制度必须能够免除人民群众的疾病医疗恐惧与忧虑,进而杜绝重大疾病导致患者陷入灾难性生活境地的现象,最终将疾病对人民生计的不利影响降到最低程度。有鉴于此,必须逐步扭转医保基金长期奉行“以收定支”的思维定式,确立医保基金运行“以支定收”的新理念,即以满医保制度实现上述目标为逻辑起点,根据实现制度目标的实际需要努力筹集足够的医保基金并确保其合理、高效地使用,有力支撑高质量医保制度持续发展。上述目标的设定,意味着人民群众个体的疾病医疗风险会得到有效控制,而医保制度承担的责任将明显加重,进而要求筹集更多的医保基金用以满足实际需要。为此,应当逐步取消医保基金支付封顶线,设定患者自付费用的控制目标,明确从现在的约 30% 逐步降低到 10% 以内的时间表与路线图,唯有如此,才能给全体人民提供清晰、稳定的医保预期,才能真正全面解除人民群众疾病医疗的后顾之忧,同时牢固树立全体人民对医保制度的信心。

第二,落实共建共享,均衡责任分担。在国际上,以英国为代表的福利国家采取税收支撑的免费医疗服务模式,以德国、法国、日本、韩国等为代表的多数国家采取筹资责任分担的社会医疗保险模式,唯有美国采取多元并行的混合型医疗保障模式。从我国国情出发,美国模式无借鉴价值,英国模式短期内也无法仿效,只有采取社会医疗保险模式的国家具有较高的借鉴价值。这些采取社会医疗保险模式国家的共性都是劳资双方平等分担缴费义务,同时个人根据收入水平与能力承担义务。因此,我国的基本医疗保险也应当强化共建意识,逐步推进单位缴费与职工缴费、政府补贴与居民个人缴费责任均衡化,并通过提高统筹层次增进地区之间的共建意识,进而让全体人民共享医疗保障的福利。

第三,从储备过多转向适度储备。借鉴德国、法国、日本、韩国等典型国家的经验,医保基金追求年度收支平衡、总量略有结存或储备是完全可行的。在我国,覆盖范围、筹资水平与待遇政策相对稳定的职工医保基金收支情况同样证明了现收现付制的可行性。从 2015 年至 2021 年,我国职工医保统筹基金当期结存率分别为 18.1%、19.3%、24.6%、21.2%、21.4%、13.3%、21.4%⁽¹⁶⁾,除

2020 年因新冠疫情冲击下减免了部分地区部分行业的医疗保险费导致结存率下降外,历年的基金结存率高达 20% 左右,这一事实充分表明,成熟、定型的医保制度并不需要医保基金结存或储备过多,因为筹资水平会随着收入水平提高而提高,而疾病发生的概率在年度之间也不可能出现重大变异。因此,我国需要树立适度储备的意识,针对当前医保基金储备过多的问题,应通过降低单位缴费率、探索职工医保与居民医保制度整合并合并使用医保基金等方式来促使城乡居民的医疗保障水平得到提升,进而使整个医保基金的使用效率得到提升。

(三)全面优化现行医保基金政策

为确保医保基金能够长久支撑医保制度理性发展,必须加快优化现行医保基金政策。具体而言,需要在以下四个方面下功夫:

1. 重塑医保筹资机制。为实现医保制度发展目标升华,从根本上满足人民群众的疾病医疗保障需要,必须重塑医保筹资机制,以便扫除制约筹资水平正常增长的因素,确保医保基金在满足实际需要的条件下实现可持续发展。包括:一是均衡单位与个人的筹资责任。关键是适当降低单位的缴费率,同步提高职工个人的缴费率并全部进入统筹基金,这是落实共建共享、保持制度发展理性的具体体现。二是改变居民医保个人筹资模式。关键是遵循社会医疗保险制度的普遍规律,废除按人头等额缴费制,代之以与个人或家庭可支配收入挂钩并按一定比率缴费的新政策,以此消除筹资不公、逆向调节的现象,同时使居民医保筹资水平得以正常增长。三是取消退休人员不缴费政策。关键是要根据人口老龄化进程、老一代退休人员递减和城乡老年居民皆缴费的现实情形,尽快研究并出台退休人员缴费政策。

2. 重塑医保财务机制。一方面,完全取消职工医保个人账户。在 2019 年、2021 年先后禁止居民医保设立个人账户、将职工医保单位缴费全部纳入统筹基金两大关键性步伐后,还要继续深化职工医保个人账户改革,一步或分步将职工个人缴费全部纳入职工医保统筹基金。另一方面,在全面做实市级统筹的基础上加快省级统筹步伐,以此增强区域之间的互助共济功能。“十四五”期间应当全面推进职工医保基金省级统筹,条件具备

的省市区可以一步到位,暂时不具备条件的可以先行建立省级调剂金过渡。居民医保也宜早日研究省级统筹。此外,基于地区之间医保基金余缺分化现象日益显性化,在医保基金实现全国统筹之前,有必要建立国家级的医保基金调剂制度,以增强国家的宏观调控能力,确保这一制度能够公平惠及全体人民。

3.继续完善医保基金支付方式。根据国务院办公厅发布的《“十四五”全民医疗保障规划》,支付方式改革的目标是在全国范围内普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,同时推进区域医保基金总额预算点数法改革,以此引导医疗服务机构合理诊疗,提高医保资金使用效能。

4.进一步健全科学控费机制。首先,要不断提升医保基金的预算管理。通过科学编制医保基金收支预算,强化预算执行和绩效监控、评价和结果运用,建立健全基金运行风险评估预警机制,实现医保基金中长期可持续。其次,要继续发挥医保的战略购买者作用。进一步优化医保三大目录,完善药品、医用耗材带量招标采购制度并扩大适用范围,同时承认医疗服务的技术价值,通过科学标准引导医疗服务价格走向合理化,真正切断医疗机构与医生以药谋利的链条,这不仅能够提高医保基金的使用效率,而且有利于矫正医疗领域的不正风气。最后,进一步改善与定点医药机构的关系。包括尝试建立医保经办机构与医院、医生、药品有关的行业或专业组织的联系,通过行业或专业组织来约束医院与医生的职业行为。如果行业组织能够增强自律性,则医保基金的安全与效率将能够得到更好的保证。

注释:

- (1)《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,国家医保局网站,2020-03-05,http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_104_6480.html。
- (2)国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知,引自:http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art_37_5233.html。城乡居民医保实行年预缴费制,集中参保缴费期的下一年是参保待遇享受期。
- (3)2021年全国医疗保障事业发展统计公报,国家医保局网站,2022-06-08,http://www.nhsa.gov.cn/art/

2022/6/8/art_7_8276.html。

- (4)国家统计局:中华人民共和国2021年国民经济和社会发展统计公报。
- (5)数据来源:2010—2020年数据来源于《中国医疗保障统计年鉴2021》,2021年数据来源于国家医保局发布的《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》。
- (6)2021年全国医疗保障事业发展统计公报,国家医保局网站,2022-06-08,http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html。
- (7)年均(几何)增长率以《中国医疗保障统计年鉴2021》中的2010年数据和国家医保局发布的《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》的数据,以及国家统计局公布的卫生总费用和GDP数据计算所得。
- (8)数据来源于2021年《中国医疗保障统计年鉴》1-1-1、1-1-3和《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》。
- (9)数据来源:2012年数据来源于《中国医疗保障统计年鉴2021》,2021年数据来源于国家医保局发布的《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》。
- (10)数据来源于《中国医疗保障统计年鉴2021》第18-19页。
- (11)2021年全国医疗保障事业发展统计公报,国家医保局网站,2022-06-08,http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html。
- (12)2021年全国医疗保障事业发展统计公报,国家医保局网站,2022-06-08,http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html。
- (13)根据2020、2021年全国医疗保障事业发展统计公报合计计算,资料来源于国家医保局网站。
- (14)2021年全国医疗保障事业发展统计公报,国家医保局网站,2022-06-08,http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html。
- (15)世界卫生组织,Global Health Expenditure Database https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/undefined/en。
- (16)2015—2020年的数据来源于《中国医疗保障统计年鉴2021》,第32页;2021年的数据来源于国家医保局发布的《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》。

(责任编辑 焦德武)



郑功成学术简介

郑功成，中国人民大学教授，中国社会保障学会会长，全国人大常委会委员。长期从事社会保障及与民生相关领域的研究，出版《社会保障学：理念、制度、实践与思辨》《中国社会保障改革与发展战略：理念、目标与行动方案》《全球社会保障与经济发展关系：回顾与展望》《中国民生70年（1949-2019）》《以人民为中心：新时代中国民生保障》《灾害经济学》等40多部著作，发表理论学术文章约500篇。多次获教育部高等学校科学研究优秀成果奖（人文社科类）一等奖、北京市哲学社会科学优秀成果奖一等奖和中国图书奖等奖项。是“国家百千万人才工程”、全国文化名家暨“四个一批”人才工程、国家万人计划哲学社会科学领军人才等入选者。