

中国医疗保障决策的地方化特征与改革思路

单大圣

〔摘 要〕 中国在医疗保障改革发展过程中，逐步形成了地方化特征明显的医保决策体制。这一体制具有一定的历史合理性，适应了医保发展初期制度扩面和有效管理的需要。但是这一体制导致的医保制度、政策的地方差异，不仅引发了很多问题，而且难以适应医保发展进入新阶段的要求。改革的方向是提高医保决策重心，规范各级政府医保决策权力，建立统一的医保国家制度。当前正在推进的医疗保障待遇清单制度，是对医保国家制度的一个初步设计，值得关注和加强研究。

〔关键词〕 医疗保障；决策；地方化

中国在医保发展初期，为优先解决制度扩面和有效管理的难题，比较注重调动中央和地方两个积极性，赋予统筹地区政府较大的自主决策权力，相应形成了地方化特征明显的医保决策体制。这种决策体制适应了特定发展阶段的需要，为推动新型医保制度的确立和全民覆盖发挥了积极作用。但是，这一体制也存在不少弊端，不能适应新时代社会主要矛盾变化以及医保发展进入新阶段的要求。本文认为，医保决策体制改革的方向是约束地方政府的医保决策权力，规范决策程序，逐步建立医保国家制度，保证全国范围内基本医疗保障制度、政策的统一。

一、中国医疗保障决策地方化特征的形成

（一）中国医疗保障决策体制的历史沿革

中国计划经济时期的医疗保障主干制度是以 1951 年《中华人民共和国劳动保险条例》为依据的覆盖城市企业职工（主要是国有企业职工）的劳保医疗制度、以 1952 年《国家工作人员公费医疗预防实施办法》为依据的覆盖国家机关事业单位的公费医疗制度，全国农村还普遍在农民自愿互助的基础上建立起合作医疗制度。当时，虽然没有建立完善的医疗保障法律法规，而且劳保医疗和公费医疗并不是正规意义上的社会保险制度，而是强制性的雇主责任制度，^①农村合作医疗也有“既合医又合药”“合医不合药”以及“乡办乡管”“乡办村管”“村办村管”

〔作者简介〕 单大圣，国务院发展研究中心研究员。主要研究方向：医疗保障体制改革。

① 葛延风等：《中国医改：问题·根源·出路》，中国发展出版社，2007 年，第 94-97 页。

等不同制度样式,^①但是,在高度集中的计划体制下,政府作为资源配置的主体,通过农副产品统购统销、八级工资制、工业品计划价格制度和财政统收统支等一系列制度,集中全部社会经济资源,^②并通过中央国家机构对包括医疗保障在内的所有社会事务立政策、定标准,^③确保了全国医疗保障制度、政策的基本统一。

改革开放以后,医疗保障的经济基础和组织基础受到严重冲击,特别是发轫于放权让利的国有企业改革,使国有企业逐步演变为自主经营、自负盈亏的市场主体之后,劳保医疗共济性差、社会化程度低、费用缺乏制约等问题逐步暴露,制度难以为继,许多地方企业职工和退休人员医疗费大量拖欠,不改革没有出路。为此,在经济体制改革坚持扩大地方和企业自主权的指导思想下,一些地方、行业和企业突破原有政策,自发地开展了职工大病医疗费用和退休人员医疗费用社会统筹、医疗费用与个人利益适当挂钩等改革探索,这是医保决策权力从集中走向分散、医保制度和政策从统一走向差别的开端。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,辽宁省丹东市、吉林省四平市、湖北省黄石市、湖南省株洲市进行医疗保险制度改革试点。同时,还在深圳市、海南省进行社会保障制度综合改革试点。各试点城市进行了不同形式的改革探索,取得了局部的成效,但也遇到很多问题,主要是原有医保制度的根本性缺陷没有得到解决,亟待国家层面统一的顶层设计和政策突破。

1993年中共十四届三中全会提出,城镇职工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的制度模式,确定了医疗保障制度改革的总体方向。1994年,国家体改委、财政部、劳动部、卫生部印发《关于职工医疗保险制度改革的试点意见》,提出了医疗保险新制度的框架,同时指出,新的制度需要经过试点取得经验后才能逐步推广。试点的决策体制是:国务院一位领导同志召集和主持医疗制度改革办公会议,讨论决定试点的重大问题;各试点城市按照国家统一政策,制定具体的试点方案,经省人民政府审核后,报国务院医疗制度改革小组办公会议批准后组织实施;试点的具体组织工作由卫生、劳动部门分工负责,体改、财政、人事、工会、医药、物价等有关部门协调、配合,共同搞好试点的指导工作。1995年,江苏省镇江市、江西省九江市先行开展职工医疗保障制度改革试点(“两江试点”),两市试点方案虽有所差异,但是在制度框架、筹资渠道及标准、保障范围与水平、经办管理等基本问题上逐步形成共识。1996年,试点范围扩大(每省可选择1—2个城市试点,实际启动试点的城市有40多个)。各试点城市对医保统账结合方式进行了探索,出现了镇江等地的“三段通道”模式、海南等地的“板块结合”模式、青岛等地的“三金管理”模式,这些都为建立全国性的统一制度奠定了实践基础。

经过4年多的试点,1998年,国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号),明确职工医保从公费、劳保向社会医疗保险制度转变,并确立了制度

① 王延中、单大圣:《中国农村合作医疗制度三十年:经验、教训、前景》,《中国社会科学内刊》2008年第4期。

② 高培勇:《“量入为出”与“以支定收”——关于当前财政收入增长态势的讨论》,《财贸经济》2001年第3期。

③ 楼继伟:《深化事权与支出责任改革推进国家治理体系和治理能力现代化》,《财政研究》2018年第1期。

框架、相关政策。^①44号文的重要贡献是确立了医保“属地”原则，即要求所有用人单位及其职工都要按照属地管理原则参加所在统筹地区的基本医疗保险，执行统一政策，实行基本医疗保险基金的统一筹集、使用和管理。为将行业、企业纳入属地管理，还提出严格控制医疗保险筹资水平以及提高统筹层次的要求。^②相对于过去的单位保障、行业统筹，“属地”原则在一定程度上纠正了区域内医保决策权过于分散的弊端，强化了统筹地区政府在医疗保障决策、管理、经办中的主导作用，实现了医疗保障基金的集中管理，初步形成医疗保障分级决策、以统筹地区政府为主的体制，更加符合现代社会保障制度的发展方向。之后的新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度、医疗救助制度也都遵循了地方试点先行、再在全国范围内统一实施的改革路径。与此同时，与基本医疗保险紧密相连的职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险也相继建立和发展起来，逐步形成基本医保、补充医保和医疗救助三重保障制度。此外，市场化的商业健康保险、社会性的慈善捐助和医疗互助也不断发展，多层次的全民医疗保障制度体系初步形成。

（二）中国医疗保障决策体制的地方化特征

目前，中国医疗保障基本制度依法设立、分级管理，医疗保障基本制度和重大改革总体上由中央政府主导决策，主要体现在法律法规、政策文件的规制上。在法律层次上，与医疗保障有关的主要是2010年制定、2011年实施的《社会保险法》，该法第三章规制基本医疗保险，共10条，但主要属于宣示性、原则性规范。2021年6月，国家医保局已就《医疗保障法（征求意见稿）》向社会公开征求意见。在法规层次，目前有1999年1月国务院颁布的《社会保险费征缴暂行条例》、2014年2月国务院制定的《社会救助暂行办法》、2021年2月国务院颁布的《医疗保障基金使用监督管理条例》。在规章层面，目前有2018年前人力资源和社会保障部制定的部分行政规章，以及2018年国家医疗保障局成立后先后发布的《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等。此外，对医疗保障制度实施起决定作用的是各类政策性文件，比如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》，以及《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（1998年）、《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》（2003年）、《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（2007年）、《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（2016年）、《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》（2005年）、《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（2015年）等。^③

不过，国家法律法规、政策文件虽然对医疗保障制度的基本框架作了规定，但只是对覆盖范围、筹资、待遇等关键政策提出原则性、指导性的要求，而没有给出具体标准或明确的规范，有的规定甚至已经滞后于实践发展。然而，医疗保障的扩面、权益落实等，又必须要有制度、政策方面的具体操作依据，这些往往需要从省级到县级政府及其职能部门发布的各种“红头”

① 王东进：《两江试点和44号文件的历史功绩与现实意义》，《中国医疗保险》2019年第1期。

② 胡晓义：《走向和谐：中国社会保障发展60年》，中国劳动社会保障出版社，2009年，第199页。

③ 郑功成：《从政策性文件主导走向法治化：中国特色医疗保障制度建设的必由之路》，《学术研究》2021年第6期。

文件来明确。为顺应这一要求,改革开放以来,地方政府的医保决策权力不断强化,在设定和调整医保制度、政策方面拥有很大的自由裁量权,存在不少突破现行政策的做法。有的地方还开展了立法,比如2011年3月,江苏省人大常委会制定《江苏省新型农村合作医疗条例》。这就在医疗保障决策方面形成具有很强地方化特征的体制,即国务院医疗保障行政部门会同有关部门统一拟定、调整和发布医疗保障基本政策,各省(市、区)制定具体筹资及待遇政策并根据国家有关要求动态调整,各统筹地区制定实施细则,组织落实。

(三) 中国医疗保障决策地方化的历史原因

中国医保决策地方化特征顺应了特定发展阶段的需要,即在改革开放以来相当长一段时期里,社会主要矛盾呈现为人民日益增长的物质文化需要同落后的社会生产之间的矛盾,医疗保障领域主要面临制度缺失的发展问题,主要工作是尽快建立起新的医保制度、努力扩大覆盖面。这在经济发展水平较低、发展不平衡的国情下,无疑是十分艰巨的任务。因此,适当下放医保决策权力,实行地方政府为主、低重心的决策体制,具有一定的历史合理性。

一是有利于推进医保覆盖和扩大医疗卫生资源。中国医疗保障建设初期,主要矛盾是制度缺失和缺医少药,首要任务是解决资源由少到多、基本制度从无到有、覆盖面从小到大的问题。但是,中国城乡、区域发展很不平衡,各地居民的医疗保险需求、医疗服务成本、财政能力和医疗保障工作基础的差异较大,在全国执行整齐划一的医保政策,采取同样的工作节奏,难度较大。事实上,改革开放以来,中国医保制度采取的是在中央政府统一部署下,分地区、分城乡、分人群推进的非均衡发展路径。此外,由于医保业务直接面向的参保对象量大面广,在制度创立、扩面的初始阶段,工作推进难度极大,这就需要赋予省级政府特别是统筹地区政府较大的决策权限和管理权限,以便充分调动当地的行政资源,发挥地方政府的信息优势和税费征管优势。采取贴近实际的工作策略,才能克服城乡、区域发展不平衡的国情制约,尽快实现医保的全民覆盖和资源的充足可及。

二是有利于通过“多点试错”确定最适宜的医保制度。医改是世界性难题,世界各国医疗保障体系存有差异。在复杂的国情、专业人才缺乏和“赶超”模式的特定历史条件下,医保制度很难按既定模式和理论设计,总有一些暂时看不清、拿不准的制度和政策,需要在不断试验中进行选择和完善。鉴此,中国医疗保障制度均实行自下而上、试点先行的改革策略。即在统一的改革方向和制度框架的前提下,给予地方政府根据实际情况灵活调整、自主决策的空间。通过“多点试错”、以空间换时间的办法,取长补短,改进优化,探索适合中国国情的医疗保障制度最优模式,再逐渐向全国推广,形成统一制度。这既有利于调动地方探索创新的积极性,也避免因改革中的失误或不足可能导致大范围不利影响的后果。^①

三是有利于地方政府及时有效回应社会需求。在医保制度建设起步阶段,由于没有参保信息、健康与就诊信息的数据积累,国民对医疗保险制度的认知也刚刚起步,信息化水平和基金测算能力不高,加上医疗消费的弹性极大,对医保科学决策、保持基金平衡形成巨大挑战。重心较低的决策体制以及基金统筹层次,有利于在一个复杂性相对较小的区域范围内减少信息不

① 郑秉文:《多点试错与顶层设计:中国社保改革的基本取向和原则》,《中国经济报告》2019年第2期。

对称,缩短决策链,设计相对合理的缴费和待遇政策,保证制度平稳运行、稳定参保预期。同时,较低的决策重心也能增强政策、经办对现实需求的反应能力,从而提高制度动员力和政策执行力,特别是有利于解决医保发展中的扩面和基金支付管理两大难题。事实上,较低的统筹层次对于强化基层政府的扩面责任和调动地方政府积极性发挥了重要作用,是中国在极短时间内建成世界最大医保体系、实现全民医保的重要原因。

四是有利于形成决策权力与支出责任相适应的机制。根据中央与地方财政事权和支出责任划分改革的要求,职工医疗保障制度属于地方财政事权,支出责任主要由地方政府承担,城乡居民基本医疗保险补助、医疗救助虽然属于中央与地方共同财政事权,由中央和地方承担支出责任,统筹地区政府的支出责任也事关制度的真正落实。为有效约束地方政府履行财政事权,由地方政府根据自身财力状况和地方医疗保障需求,对筹资、待遇、经办管理等内容进行自主决策并落实支出责任,有利于建立权责一致的机制,更好地满足地方医保公共服务需求。

在各级政府的共同努力下,中国在短短20多年的时间里实现了医保制度模式的根本性转变,建成了全民医保,为全体国民提供了可靠的健康保障。

二、医疗保障制度、政策的地区差异及不利影响

(一) 医保决策地方化特征导致的制度、政策地区差异

由于地方政府天然存在的地域化、局部化、短期化的利益偏好,医保决策地方化特征导致虽然全国基本医保制度框架大体统一,但是各地制度、政策差异较大。首先是统筹层次的差异,基本医疗保障各项制度均从区县级统筹起步并逐渐向地市级统筹甚至省级统筹提升,但各地提高统筹层次的进展不平衡,各险种进展也不平衡,有的地方医保统筹层次仍然停留在县级。其次是各统筹地区医保的具体制度、政策和标准存在明显差异。

一是制度不统一。在统筹地区政府为主的医保决策体制下,各地在医保制度设立方面的情况千差万别。有的地方从解决实际问题出发,自行设立超出国家基本制度框架范围的其他医疗保障制度,许多带有应急性或过渡性的特征,比如为农民工、失地农民等新生群体建立医保“小制度”;^①有的在医疗救助制度中,建立诸如医前医疗救助、临时医疗救助、补充医疗救助、门诊医疗救助、住院医疗救助、慈善医疗救助等政策。这就导致制度叠床架屋、五花八门、复杂易变,而且越靠近基层,制度样式越多。比如,某省在脱贫攻坚期间,在基本医疗保险、补充保险、医疗救助三重保障制度基础上,统一构建了“基本医保+大病保险+医疗救助+医院减免+扶贫特惠保+财政兜底”六重保障制度。对此,不仅参保者不熟悉,连经办工作人员都难以适应,导致重复参保、漏保以及福利叠加、福利空白等现象。

二是政策差异大。各统筹地区参保、缴费、待遇支付政策以及标准差异很大。比如,国家

^① 孙淑云、郎杰燕:《中国城乡医保“碎片化”建制的路径依赖及其突破之道》,《中国行政管理》2018年第10期。

有关规定用人单位缴费率应控制在职工工资总额的 6% 左右, 职工缴费率一般为本人工资收入的 2%, 但是各统筹地区在执行中采用的实际费率差异性较大。表 1 显示, 2020 年, 北京、上海、广州、深圳四个一线城市的单位缴费率分别为 10%、10%、5.5%、5.2%, 中山、东莞的单位缴费率仅为 1.5%、1.6%。大多数地区个人缴费率为 2%, 中山、东莞仅为 0.5%, 镇江则为 2.5%。缴费基数则更为复杂, 各地核定办法不一, 个别地方出于各种考虑, 将缴费基数变成可以据需设定的“橡皮泥”。^① 此外, 还有对职工基本医疗保险最低缴费年限, 各地有 15 年到 30 年不等的规定。城乡居民医疗保险筹资水平的地区差异也较大 (表 2), 2020 年北京市人均筹资水平高达 2724 元, 河南省、西藏自治区仅 706 元、613 元。

表 1 2020 年部分城市职工基本医疗保险单位和个人缴费比例 (%)

城市	单位缴费	个人缴费
杭州	10.5	2.0
北京	10.0	2.0
上海	10.0	2.0
宜昌	10.0	2.0
镇江	9.0	2.5
海口	8.5	2.0
武汉	8.0	2.0
遵义	7.5	2.0
洛阳	7.0	2.0
赣州	6.5	2.0
绵阳	6.0	2.0
广州	5.5	2.0
深圳	5.2	2.0
东莞	1.6	0.5
中山	1.5	0.5

资料来源: 根据各地政府官网有关数据整理所得。

表 2 2020 年全国和部分地区城乡居民基本医疗保险实际人均筹资情况 (元)

地区	人均筹资水平	成年人	中小学生和儿童	大学生
全国	833	844	803	790
北京	2724	3948	1910	1920
上海	2643	5608	1822	472
浙江	1393	1537	1176	387
江苏	976	997	936	902

① 郑功成:《从政策性文件主导走向法治化: 中国特色医疗保障制度建设的必由之路》,《学术研究》2021 年第 6 期。

地区	人均筹资水平	成年人	中小学生和儿童	大学生
广东	819	831	744	1430
湖北	791	804	779	508
福建	799	817	732	1294
四川	793	808	737	776
河北	794	820	684	655
吉林	673	690	598	654
陕西	754	754	752	809
河南	706	720	669	437
西藏	613	631	570	637

资料来源：国家医疗保障局：《中国医疗保障统计年鉴（2021）》，中国统计出版社，2021年，第57页。

三是待遇水平不均衡。这既与各地人口年龄结构、经济社会发展水平差异有关，也与地方政府的决策偏好导致的政策差异有关。各地围绕医保基金支付的“三个目录”（医保药品目录、医保诊疗项目范围目录、医疗设施标准目录）、“两个定点”（定点医疗机构、定点药店）、“一个办法”（医保基金支付的范围、标准、方式等）、“两线一段”（起付线、封顶线、共付段）的管理政策差异较大。以医保政策范围内住院报销比例为例，各省差别很大（表3），而且相同的政策范围内报销比例，实际费用的报销比例也差距较大。对某发达地区地级市的调研发现，仅仅在市域范围内，各区（县）医保个人自付起付标准不一、不同等级医疗机构报销比例不一、门诊起付线封顶线不一、特殊病种内涵不一，至今没有完全统一起来。医保待遇水平不均衡突出反映为保障过度 and 保障不足两类情况。有的地方不加限制地大幅度提高医疗保险待遇，包括取消起付线、持续提高报销比例、试图取消封顶线，甚至“免费医疗”，部分地区职工医保住院报销比例达98%；有的将医疗救助政策福利化，任意扩大救助对象范围，使特殊群体享受待遇缺乏约束等。比如，某省省会城市职工医保制度对80岁以上老年人的政策范围内住院报销比例为100%；该省某地级市部分县市区原新农合曾对五保户住院实行基本医保、医疗救助报销后个人自负全免的政策。与之形成鲜明对比的是，一些地方的个人自付医疗费用负担依然过重，因病致贫、因病返贫问题仍然十分突出。

表3 2020年全国和部分地区基本医保住院费用政策范围内报销比例（%）

地区	职工医保	居民医保
全国	85.2	70.0
北京	89.1	78.6
上海	85.9	77.3
浙江	86.8	68.2
江苏	89.4	73.6
广东	87.0	71.7

地区	职工医保	居民医保
湖北	80.8	69.4
福建	86.0	65.0
四川	88.7	71.6
河北	82.9	64.7
吉林	81.8	70.7
陕西	90.2	62.9
河南	80.9	67.3
西藏	98.4	89.4

资料来源：国家医疗保障局：《中国医疗保障统计年鉴（2021）》，中国统计出版社，2021年，第61页。

（二）医疗保障决策地方化的不利影响

由于国情和发展阶段的约束，地区之间制度、政策呈现差异是很正常的，也是必要的，在医保发展早期也没有造成特别严重的问题。进入新时代，中国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。就医疗保障来说，制度创立和扩面的任务基本完成，并且随着健康权作为人的基本权利的观念越来越深入人心，人民群众日益增长的健康福祉需要与医疗保障发展不平衡、不充分之间的矛盾越发凸显。医保决策地方化以及由此导致的制度、政策差异，越来越不适应医保发展进入新阶段的要求，难以兼顾国家全局与长远发展，容易偏离医保制度规律和漠视民生现实诉求，其不利影响也是明显的。^①

一是加剧发展成果的不平衡，不利于推进共同富裕进程。在医保决策地方化的体制下，统筹地方政府基于局部和短期利益考虑，往往在决策方面呈现两种截然相反的偏好。一种是福利紧缩。一些地方政府决策者认为，过高的医保缴费水平增加了制度交易性成本，不利于保持本地经济的竞争力，因而倾向于开展医保支出的探底竞争，降低企业缴费负担和政府投入以及医保待遇水平，导致医保制度难以真正化解个人疾病经济风险。另一种是福利扩张。在各地医保制度、政策存在差异的情况下，一些地方政府决策者基于福利刚性压力、攀比心理或政绩冲动，倾向于推动医保待遇水平向顶端看齐。比如，有的持续提高居民医保财政补贴，强化制度的福利化特征；有的提出统一职工医保、居民医保待遇水平的过高目标，加剧“制度套利”。福利紧缩和福利扩张两种决策导向都是不可取的，它们都偏离了“基本保障”的定位，不利于引导群众合理预期，客观上造成地区之间基本医疗保障权益差异，使得本应缩小一次分配差距的医疗保障制度，反而造成对收入分配的逆向调节，^②不利于从整体上满足人民群众不断增长的健康公平需求，不利于推进共同富裕进程。

二是损害中央政府的集中调控和谈判能力，不利于控制医疗费用过快上涨。中国基本医保主干制度长期采取“以收定支”的管理原则，使得地方政府在既定的筹资规模下可以通过调整

① 华颖：《地方社会保障政策出台存在的问题及其综合治理》，《行政管理改革》2021年第10期。

② 宋晓梧：《逐步推行基本医疗保险均等化——医疗保险法制化建设的重大课题》，《中国医疗保险》2011年第7期。

制度参数实现基金自我平衡,导致医保制度、政策缺乏约束,屡屡冲破国家制度、政策的边界,损害了中央政府的集中调控能力,对控制医疗费用过快上涨、提高基金使用效率形成制约。比如一些地方泛化财政补助责任,使公共财政与医疗保障的边界逐渐模糊;医疗救助制度突破《社会救助暂行办法》规定的低保、特困人员的救助范围,向一般困难人群扩展,覆盖面越来越广;部分地区一度出现基本医疗保险基金大量结余导致盲目扩大支付范围(健康体检、生活照护)或提高待遇,扭曲了待遇与筹资之间应有的“激励相容”机制,掩盖着重大财务风险,加剧制度的系统性风险。地方政府的自行其是也削弱了国家整体医保谈判能力的提升,比如一些省份自行出台超出国家目录外的罕见病用药保障政策,就导致国家掌控的罕见病用药销售体量减小,国家谈判力度减弱。

三是影响劳动力流动,不利于建立统一要素市场和地区均衡发展。从现代市场经济体系的要求看,医疗保障和社会保障的运行机制相对集中统一,才能促进生产要素在全国范围内的流动,实现资源优化配置和经济规模的扩大。世界各国都尽最大努力在全国范围内建立起一个统一医保制度,减少差异化制度对劳动力市场的负面影响。在地方政府的本位主义和利益保护驱动下,中国医保制度、政策的地区差异,直接导致各地医保缴费负担轻重不一。目前,有些地区企业缴费率低于全国平均水平,个别地区则明显高于全国平均水平。比如,杭州市职工医保单位缴费率高达10.5%,中山仅为1.5%。在这种情况下,医保制度就有可能成为生产要素(劳动、资本、技术等)非中性流动的影响因素,不利于建立公平公正的全国统一要素市场。同时,差异化的制度、政策,即使是极其细微的,也会形成区域壁垒,阻碍医保可携带性(即医保关系跨地区转移接续),损害参保者权益,不利于劳动力跨区域自由流动,阻碍全国人力资源市场的统一。

四是强化属地、户籍意识,造成群体之间待遇不均衡。区域内医保制度、政策的统一是医保基金统筹的前提和基础。差异化的制度、政策必将制约基金统筹层次提升,缩小医保风险分摊池,降低医保基金的使用效率和横向公平性,增加医保支付制度改革的难度,这是一些地方难以提高医保基金统筹层次的重要原因。同时,分散的决策体制又通过医疗保障行政管理与经办服务一体的体制,进一步导致经办服务的属地化、碎片化,强化基于户籍的公共服务供给机制,人为形成医保的区域分割,造成群体之间待遇不均衡。这也为参保者带来诸多不便,损害参保者权益。比如各地医保经办机构普遍存在名称、标准、信息化平台、软件接口、流程不统一等情况,影响流动人口就医。参保者、经办机构、医疗机构包括网络平台,难以适应差异化的医保结算办法,加大管理成本。比如,医疗机构在进行诊疗及处方时,往往需要医生做好对于患者的政策告知工作,避免信息不对称给患者带来利益损失。

五是医保成为事实上的地方性制度,影响现代国家建设。现代国家治理需要通过统一实施的全国性社会政策项目,形成基于公民资格和权利义务关系享受医疗保障待遇的机制,从而超越族群因素,体现全体国民在基本权利上的平等,强化国家认同意识和社会团结,为现代国家建构提供比历史传统、伦理关系更可靠的基础。^①在现代国家治理中,医保制度是国

① 徐勇:《“回归国家”与现代国家的建构》,《东南学术》2006年第4期。

家制度，医保待遇是国民待遇，必须在中央政府主导下，由国家维护法律赋予每个公民的医疗保障权益。地方政府虽然也会承担相应的医疗保障责任，但这种责任的分担一定是在国家统一规制、统一目标的前提下进行的。^①然而，医保决策的地方化特征，导致只将医疗保障作为统筹地区政府的施政目标，中央政府并未直接向民众提供任何相关公共服务，使得本属于全国性的医保制度沦为地方性的制度。其后果就是从医保这个小切口将本来全民统一、国民化的公民身份和福利资格分解为区域化、差异化的公民身份和福利资格，使得国民的身份认同仅仅从计划经济时期的工作单位转向了地方，缺少对国家这个抽象概念的具体感知的载体，^②影响现代国家的建构。

六是不利于形成稳定预期，抑制补充医疗保障发展。医疗保障基金收支涉及市场主体的用人成本和参保者的实际利益，政策性极强，医保责任分担、待遇水平应该相对稳定和公平，政策变动必须有科学论证并经过严格法定程序，才能使社会成员具有清晰、稳定的预期，并据此制定适合自己的补充性医疗保障计划。我国部分地区的医保政策决策主体比较单一、过程不够开放，缺少社会参与和诉求表达的制度化安排，也缺乏科学的论证，许多政策带有随意性和不确定性。有的过高承诺、乱开政策口子，随意提高待遇或减免缴费，有的则变相削减待遇，这都不利于形成稳定的缴费负担、待遇保障预期。此外，由于对“基本保障”的认识不足，不同保障制度之间、不同地区之间、不同人群之间保障范围、保障方式、保障水平、保障质量等方面缺乏平衡贯通。同一区域内，贫困户可以享受多重保障甚至免费医疗，低收入者却承受较大的疾病负担，造成“悬崖效应”，影响制度公平。由于基本医保制度、政策的不确定性，商业健康保险难以充分发展。部分地区基本医疗保险承担的责任过大，对中高收入者参加补充医疗保险和商业健康保险产生挤出效应，影响多层次医疗保障体系发展。

三、改革方向：建立医保的国家制度、规范地方政府决策权力

随着医保制度不断完善，医保治理能力不断增强，中国医保决策地方化的历史合理性因素正在逐渐减弱。提高医保决策重心、规范各级政府决策权力、建立统一的医保国家制度越来越紧迫，而且对于完善我国国家治理也具有重要意义。

（一）建立统一的医保国家制度既紧迫又重要

一是新时代社会主要矛盾发生转变。进入新时代，中国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。就医疗保障来说，制度缺失问题已初步解决，主干的制度虽然还不完善，但已经初步成熟定型；医疗保障已经基本实现全民覆盖，医疗保障观念深入人心，制度运行进入常态化阶段；各地经办服务网络逐步健全，服务能力逐步增强，信息化水平极大提升。相比较而言，人民群众日益增长的健康福祉需要与医疗保障发展不平衡、不充分之间的矛盾越发凸显，医保的公平性及规范、有序运行问题越来越重要。中

① 郑功成：《社会保障与国家治理的历史逻辑及未来选择》，《社会保障评论》2017年第1期。

② 贡森：《社会政策力促国家现代化》，《中国经济报告》2018年第4期。

国医保制度的工作重点也必须尽快实现从“发展”向“规范”的转变。近年来,地区间医保制度、政策的差异及带来的社会问题,越来越引起广泛关注,各方面进行了有益的探索。一些地方从现实需求出发,开展城乡统筹、制度统筹、地区统筹等,从局部增强制度的统一性和公平性。但是,由于各地工作基础和进展不平衡,如果没有中央统一的规划设计,局部的改革探索反而会在制度路径依赖的驱动下,进一步强化差异性,加剧和固化医保制度、政策的碎片化,医保亟待从区域性的局部整合到全国性系统整合。事实上,我们正面临着建立全国统一制度的时间窗口问题。发达经济体整合碎片化社保制度的经验启示,制度统一的时间越早越主动,成功的可能性也越大;统一的时间越晚,整合的难度和遇到的阻力也就越多,将来花费的代价更大,甚至成为不可能。从某种意义上说,我们正在与地方碎片化制度、政策赛跑,时间窗口稍纵即逝,必须早下决心。

二是对于建立科学规范的民生保障制度具有示范作用。中国是单一制国家,在现代国家治理体系中,各类民生保障制度都是国家制度而不是地方制度,中央政府天然具有维护基本制度、政策统一之责。从维护统一的市场体系的目标出发,世界各国的民生保障制度改革无一不以建立全国统一制度为目标,只是因为国情约束或者既得利益的羁绊,难以真正实施。改革开放以来,通过充分发挥中央和地方两个积极性,中国教育、就业、卫生、医疗保障等民生保障制度从总量、规模上都有了极大扩展。这些工作虽然主要由地方政府组织实施并承担主要的投入、管理责任,但是归根到底来自中央政府的授予或委托。党的十八大以来,中国社会主要矛盾的变化对国家治理制度化、规范化、程序化的要求越来越强。当前,中国各类民生保障制度普遍存在碎片化现象,面临加强中央宏观事务管理、规范政府间权责关系、维护基本制度统一的问题。^①2021年,基本医疗保险参保人数达13.6亿人,覆盖面稳定在95%以上,包括基本医疗保险在内的广义政府卫生支出占GDP比重为4.78%,基本医疗保险(含生育保险)支出占社保(含基本养老、医疗、工伤、失业保险)总支出比重为27.72%,^②医疗保障制度逐渐成为民生保障体系的基础性、主干性制度。在医疗保障领域率先对中央与地方的决策权力建立科学、规范的制度,具有典型的示范作用。

三是建立医保国家制度是现代国家建构的重要内容。现代社会的重要特征是强调自主、自决,基于血缘、地缘的传统社会联系逐步弱化,个体逐步原子化,强调互助共济、责任分担的社会(医疗)保障制度成为将原子化个体联系起来的重要纽带。^③从一个国家来说,统一的社会(医疗)保障制度不仅是将不同地区、不同民族、不同文化传统的社会成员整合起来,

① 新华社:《中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度 推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》,中国政府网: http://www.gov.cn/zhengce/2019-11/05/content_5449023.htm?trs=1, 2019年11月5日。

② 《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局官网: http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html, 2022年6月8日;《2021年我国卫生健康事业发展统计公报》,中国政府网: http://www.gov.cn/xinwen/2022-07/12/content_5700670.htm, 2022年7月12日;《2021年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》,人力资源和社会保障部官网: http://www.mohrss.gov.cn/xgk2020/fdzdgknr/ghjt/tj/ndtj/202206/t20220607_452104.html, 2022年6月7日;《中华人民共和国2021年国民经济和社会发展统计公报》,中国政府网: http://www.gov.cn/shuju/2022-02/28/content_5676015.htm, 2022年2月28日。

③ 中国社会保障学会理论研究组:《中国社会保障推进国家治理现代化的基本思路与主要方向》,《社会保障评论》2017年第3期。

以增进社会团结和国家认同的基础性制度，而且强化了国家的基础性权力（包括国家登记人口、征税和提供公共服务的能力等）。^①发达国家在现代民族国家建构过程中，打破社会（医疗）保障的属地管理体制、建立全国性的普及制度，对于强化国家能力、增进国家认同发挥了积极作用。^②二战后，英国成立以贝弗里奇为领队的“社会保险和相关服务部际协调委员会”，提出要按照统一国民资格、统一待遇比例、统一管理机构的原则，整合碎片化社保制度，为欧洲和全世界树立了标杆。^③英国国民卫生服务体系坚持“全民同等覆盖”和“在使用时免费享受服务”，被公选为英国在 20 世纪仅次于二战胜利的伟大事件。^④美国作为具有高度地方主义传统的国家，联邦政府努力参与传统上由私人慈善和地方政府主导的社会保障领域，在社会保障联邦化上迈出了重要步伐，比如 1935 年《社会保障法案》使得社会保障逐步成为联邦政府的一项基础性职能，增强了联邦政府动员和分配财政资源、管理和服务公民的能力，推动了现代美国的国体和国家制度的形成。^⑤中国已确立“国家治理体系和治理能力现代化”的目标，但是在社会政策领域缺乏中央政府直接负责的全国性项目，将个人和国家关联起来，^⑥是国家治理的重大短板。因此，建立医保的国家制度、夯实中央政府的国家治理职能，具有深远的意义。

四是建立医保国家制度是实现共同富裕的体制保障。医疗（社会）保障作为政府强制实施的再分配制度，要有利于缩小初次分配造成的收入差距，这是制度的应有之义。中国在历史性解决绝对贫困问题、建成全面小康社会之后，已将促进全体人民共同富裕作为国家发展的远景目标。2021 年 8 月，中央财经委员会第十次会议提出要围绕促进共同富裕，构建初次分配、再分配、三次分配协调配套的基础性制度安排，加大社保调节收入力度。从中国医保制度建设的发展阶段看，现阶段工作目标应从“有无”“高低”向“均等”转化。事实上，“十三五”以来，国家已就推进城乡、区域、人群基本医保（职工医保、城乡居民医保、医疗救助）均等化提出了明确要求。从体制上说，只有中央政府才能确保基本制度的统一，并在决策时以全体社会成员的利益为先，按照基本公共服务均等化的要求，通过对制度、政策的规范以及地区间的利益调节来纠正医保对收入分配的逆向调节。为此，必须加强中央政府的宏观管理，通过建立互助共济、公平享有的医保国家制度，统筹平衡各地的基本保障筹资及待遇水平，同时加大对落后地区、低收入人口的帮扶力度，才能从体制上保证医保发挥对收入分配正向调节、促进共同富裕的作用。

（二）建立医保国家制度具备许多有利条件

当前，规范各级政府医保决策权力、建立统一的医保国家制度，既是客观需要，也具备有利条件。

① 贡森：《发达国家基本社会政策项目的启示》，《社会治理》2018 年第 3 期。

② 周弘：《从“属地管理”到“普及性体制”》，《中国社会保障》2003 年第 8 期。

③ 贝弗里奇著，何平等译：《贝弗里奇报告——社会保险和相关服务》，中国劳动社会保障出版社，2004 年，第 3 页。

④ 贡森：《社会政策力促国家现代化》，《中国经济报告》2018 年第 4 期。

⑤ 徐晓新等：《从美国社会保障体系演进历程看现代国家建设》，《经济社会体制比较》2013 年第 4 期。

⑥ 贡森：《发达国家基本社会政策项目的启示》，《社会治理》2018 年第 3 期。

一是中国国家制度具有特殊优势。当前,提高医保决策重心、建立医保国家制度的困难,除了国情和发展阶段制约外,最主要的是既得利益的羁绊。西方一些发达国家社保制度至今仍处于分职业、分行业的高度碎片化的分离状态,每一次推进制度整合、待遇公平的努力都因为引发特殊利益群体的激烈抗争而流产。^①而中国国家制度在坚持全国一盘棋、集中力量办大事方面具有显著优势,^②领导人胸怀“国之大者”,具有坚定的政治意愿,这有利于克服各种分散主义、本位主义,避免议而不决、决而不行。2018年党和国家机构改革决定组建国家医疗保障局,从行业管理方面实现了医保制度的集中统一管理,为加强中央政府的医保管理职能提供了组织保障。国家医保局成立以来,在推进医保的中央政府事权具体化、实体化方面,取得了积极进展。此外,基本医疗保险费由税务部门统一征收,中央政府对医保基金的专项补助资金增大,也都强化了中央政府对医保的管理职能。

二是建立医保统一的国家制度具有广泛社会共识。改革开放以后,中国历次医保改革其实都在向着提高统筹层次、建立统一制度的方向努力。2008年,全国人大常委会委员、中国人民大学郑功成教授组织国内社会保障领域权威专家开展“中国社会保障改革与发展战略研究项目”,形成的一致观点是,社会保障应遵循统一性原则。^③党和政府对提高医保决策重心、建立医保国家制度已有部署。2021年2月,十九届中央政治局第二十八次集体学习重点提及坚持社会保障制度的统一性和规范性问题,强调要坚持国家顶层设计,增强制度的刚性约束,各地不能自行其是、搞变通,做到全国一盘棋。2020年3月,中共中央、国务院印发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出“全面做实市地级统筹,有条件的地区推进省级统筹”,要“实行医疗保障待遇清单制度”,促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。对各地医保制度的调研发现,由于医保的政策性极强,医保制度、政策不统一、不规范导致的医保待遇差异,是当前困扰基层医保治理的一大难题。各方面都强烈呼吁尽快统一确定全国的医疗保障待遇政策体系,最大限度保证医疗保障制度体系的一致性。

三是医保基金测算和风险管理能力大大增强。长期以来,中国医保决策重心低的一大原因,是因为技术、能力等方面因素的制约,只能在统筹地区的小范围内设计政策,而且只能采取“以收定支、收支平衡”原则确定缴费政策、待遇政策等,一般是参照统筹地区上年医疗费用支出规模确定缴费规模和待遇水平。随着医保参保对象相对稳定、医保费征缴体制的统一、信息化的快速应用、医疗保障数据的持续集中管理、对医疗机构行为的实时监控等,医保基金收支预测、风险管理能力已经大大增强。中国在更大区域范围内按照“以支定收”原则设计医保制度的条件逐步成熟,即在确定的目标待遇水平下,根据“以支定收”的原则科学确定筹资水平和规模,^④这为建立医保的国家制度提供了有力保障。同时,中国医保基金规模不断扩大,各地政府财政

① 郑秉文:《法国“碎片化”社保制度的起源与危害:历史传统·民族特征·路径依赖——2007年11月法国大罢工感慨与沉思》,载郑秉文等主编:《保险与社会保障(第3辑)》,中国劳动社会保障出版社,2009年。

② 曲青山:《制度优势是党和国家的最大优势——深入学习<习近平谈治国理政>(第三卷)》,《人民日报》,2020年8月17日第9版。

③ 郑功成:《中国社会保障改革与发展战略(总论卷)》,人民出版社,2011年,第14页。

④ 何文炯:《“以收定支”与“以支定收”》,《中国社会保障》2017年第3期。

能力以及中央政府的转移支付能力相比几十年前都大大增强,具备一定程度上支付可变的筹资水平的能力,为医保决策重心上移后防范基金风险提供了安全支撑。

四是建立医保国家制度是对各级政府事权的有限调节。建立统一的医保国家制度,主要是统筹地区制度、政策的自我调整。决策重心的上移,并不意味着原来由地方政府承担的经办、投入和收支平衡责任向中央政府转移。医保制度依然采取分级负责、分级管理的体制,即中央政府、省级政府和统筹地区政府按照目前的医保事权,承担相应的扩面、征缴、控制支出的责任,因此不会出现基层政府摆脱责任、激励弱化的局面。尤其是不会涉及医保基金管理权限的调整,地方现有的结余资金也不平调。至于地方制度、政策与国家制度、政策不一致的存量部分,只要通过合理的改革策略,可以逐步得到消化。近些年来,一些地方开展的有益探索,包括统一区域内制度、政策,特别是几个直辖市区域内部的发展差距不亚于全国区域发展差距,仍然实现了基金统收统支,也充分证明医保国家制度是可行的。

(三) 推进落实医疗保障待遇清单制度

2021年,国家医保主管部门提出建立医疗保障待遇清单制度,计划用3年时间清理规范各地与国家医保待遇清单不相符的政策措施,实现医保政策全国统一。这是第一次从中央政府层面完整、清晰地界定了基本医疗保障的制度、政策,明确指出各地不得再出台超出清单授权范围以外的制度、政策。笔者认为,这实际上是对医保国家制度的一个初步设计。中央政府以清单的管理方式对各地医疗保障制度、政策进行规范,具有体制改革的重大意义。即它进一步强化了中央政府的医保管理职能,约束了地方政府的医保决策权力,实现了医保决策重心的上移。这从体制上确保了医保制度是国家制度而不是地方制度,即医保事务虽然主要由地方政府组织实施,但是归根到底来自中央政府的授予或委托。只有中央政府才能通过对制度、政策的规范以及大范围的利益协调来纠正地区间的待遇差别。

建立医疗保障待遇清单制度,既涉及具体政策的规范,需要解决制度整合优化、存量政策的消化、利益调整等问题,更涉及不同层级政府权限、规则的调整,这是比医保制度、政策更高阶的问题,已经超出了医疗保障行政管理的范畴。因此,在推进落实中需要提高组织层次,强化顶层推动,设计好激励约束机制,实行适宜的推进策略。需要指出的是,在医保待遇清单制度下,地方政府医保决策权力虽然受到限制,但是在基金征缴、财政兜底、医保控费等方面的主体责任仍然不变,职能不能弱化。卫生服务体系也要抓住有利契机,加强联动配套改革,强化政策和管理协同,形成改革合力。

医疗保障待遇清单制度虽然只是在民生保障的一个局部领域开始的改革探索,但是很有典型意义。其实,民生保障其他领域正在进行的改革,比如基本养老保险全国统筹、义务教育学校标准化建设等,也都有提高决策重心、加强中央政府事权的改革意义,只是医保待遇清单制度改革的方向更为明确。笔者认为,医保待遇清单制度改革作为一个切口,对于中国完善社会政策领域的国家治理、正确处理央地政府关系,是极好的样本。建议学术理论界对这一改革给予更多关注,对改革落实情况进行必要的研究和评估。

Localized Policymaking in China's Health Care and Its Reform

Shan Dasheng

(Development Research Centre of the State Council, Beijing 100010, China)

Abstract: Over the course of China's health care reform and development, a policymaking system that is highly localized has been established. This system is reasonable in certain contexts, and conducive to the expansion and effective management of the health insurance in its early stage. However, the regional differences in health care schemes and policies cause by localized policymaking not only result in many problems, but also make it difficult for the healthcare system to adapt to new situations. The paper proposes to divert policymaking authority to higher government levels, regulate policymaking authority of all levels of governments, and establish a universal national health care system. The Health Care Benefit List System currently being implemented is a preliminary form of the national health care system, which deserves more attention and further research.

Key words: health care; policymaking; localization

(责任编辑: 郭 林)