

# 迈向高质量全民统一覆盖的医疗保险制度

李 珍\*

中国人民大学公共管理学院 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872

**【摘要】**我国医疗保险特色是在二元经济结构上建立了全民基本医保体系,因此职工医疗保险与居民医疗保险呈二元结构,发展不平衡且居民医疗保险发展不充分,这一问题只能在经济发展过程中渐进解决。文章主张通过强制参保实现人人享有保险,通过属地参保和职工以家庭为单位参保,可增加职工参保人,减少居民参保人,在当前筹资机制大体不变的情况下,职工家庭成员可快速提高保障水平,同时随居民医疗保险参保人减少,财政补贴大体不变时,人均筹资水平可实现较快增长。到 21 世纪中叶当市民化率达 70% 左右时,二元制度可融为一体,实现高质量全民统一覆盖的制度目标。

**【关键词】**全民统一覆盖;强制参保;属地参保;职工家庭联保

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.01.001

## Towards a medical insurance system with high quality and universal coverage

LI Zhen

School of Public Administration and Policy, Health Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】** The paper emphasized that the characteristic of basic medical insurance in China should be the establishment of national basic medical insurance system in a dual economic structure. Therefore, the basic medical insurance for employees and residents is defined in a dual structure. The development is unbalanced and the insurance level of medical insurance for residents is insufficient. This problem can only be solved gradually in the process of economic development. The article also argues that through the policy of compulsory insurance, territorial insurance and employees' unified family insurance, the number of employees can be increased to support a big number of people having access to medical insurance, which can in turn reduce the number of residents with individual insurance. Under the condition that the current financing mechanism is basically unchanged, employees' family members can quickly improve the insurance level through the unified family insurance policy. At the same time, with the decrease in number of residents' individual medical insurance, and the financial subsidies generally unchanged, the per capita financing level can grow rapidly. By the middle of this century, when the citizenization rate reaches about 70%, the dual system can be integrated to achieve the goal of high-quality and universal coverage with balanced economic development and sufficient level of residents' medical insurance.

**【Key words】** Universal Coverage; Compulsory Insurance; Territorial Insurance; Employees' unified family insurance

中国的城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)和城乡居民基本医疗保险<sup>①</sup>(以下简称“居民医保”)两项制度已经完成了人群的基本覆盖,但是两种制度呈二元结构状态且呈剪刀差发展势态。职

\* 基金项目:国家医保局委托重大项目“2050 年医疗保障战略目标与‘十四五’重点任务研究”(2019K20256)

作者简介:李珍(1956 年—),女,博士,教授,博士生导师,中国人民大学健康保障研究中心主任,主要研究方向为社会保障理论与政策。  
E-mail:lizhen1113@vip.sina.com

<sup>①</sup> 我国城乡居民基本医疗保险由新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度整合而来,至 2018 年,整合工作尚未完成,仍然有 1.3 亿人口在新型农村合作医疗制度内,估计整合工作将很快完成,所以本文假设基本医保体系只有两个制度并存。

工医保的筹资机制是收入关联的费率制,居民医保则是政府按人头补贴和个人按人头缴费的定额筹资机制,2018 年覆盖 3.1 亿参保人的职工医保人均筹资为 4 273 元,而覆盖 10.3 亿人的居民医保人均筹资仅为 776 元,两项制度高度不平衡且居民医保不充分是其主要矛盾。中国基本医保的特色是在二元经济结构基础上实现全民覆盖的。因此,医疗保险的二元结构问题也只能与经济一体化同步,渐进融合为一体,实现高质量全民统一覆盖。

## 1 高质量全民统一覆盖的医疗保险的实现路径:二元向一体

### 1.1 高质量统一覆盖医疗保险制度的要义

高质量统一覆盖的医疗保险制度至少包含以下一些要义:第一,全民覆盖,一个人也不能少;第二,统一覆盖且保障水平相对充分,全体参保人在缴费端量能负担,在待遇端平等且医疗费用灾难性风险显著下降;第三,制度结构及筹资机制成熟定型;第四,医保基金使用效率提高,将有限的资金用在刀刃上,提高全体人民健康水平和制度的可持续性。

我国基本医保体系的主要矛盾是居民医保与职工医保发展的不平衡和居民医保提供的保障不充分的问题。在这两对矛盾中,居民医保提供的保障不充分具有优先次序<sup>[1]</sup>,职工医保与居民医保不平衡是中国城乡二元结构的反映,居民医保不充分是我国农村人均收入较低的反映(居民医保 10 亿参保人中 80% 是农村人口)。此外,基本医保尚未完全实现全覆盖,基本医保参保率仅为 95% 左右;职工医保社会统筹与个人账户相结合、板块式保障导致个人账户效率低下、退休职工住院率高等问题;城镇职工家庭内部“一家多制”,职工医保收大于支,资金沉淀,而家人保障不足,家庭抗风险能力弱;原新农合以家庭为单位参保,大量农民工参保地与就医地分离,保障不足;财政对居民医保实行按人头补助,并未建立稳定的财政筹资机制等。这些问题,有发展中的问题也有制度安排不合理的问题。

在新时代的背景下,我们必须对基本医保制度

体系做战略性、整体性、根本性的思考,寻求一条与中国新型城镇化发展水平一致的渐进融合发展的道路,在实现全民统一覆盖且相对充分的长远目标的同时,一揽子解决其他问题。

### 1.2 全民统一覆盖、保障相对充分的社会保险制度的必要性

全民统一覆盖、保障相对充分的社会医疗保险制度的内涵是全民人人有保险,所有参保人由量能负担(即收入多者多缴费、收入少者少缴费)的缴费机制和待遇平等的制度统一覆盖,且保障水平相对充分,能有效降低参保人医疗费用风险的概率。

基本医疗保险是社会保险,与其他社会保险项目不同,它是获取健康的工具性制度,而健康不仅是基本人权也是提供起点公平的重要保障。十九大报告描绘的现代化强国的蓝图是全体人民享受平衡且充分的生活,只有全民统一覆盖的、保障充分的社会医疗保险制度才能与现代化强国的要求相匹配。如前文所述,我国基本医保仅实现了人群的基本覆盖,还有部分人群没有参保,仍有 10 亿以上居民参保人保障不充分。因此,社会医疗保险应该走向平衡且充分。

关于医疗保障的水平,它的内涵和外延是动态的历史范畴。20 世纪 90 年代,在中国建立社会保障制度的最早期,当时生产力水平低下,我们强调“低水平”<sup>①</sup>;新农合建立之初,也是强调“低水平”起步;随着经济的发展,“低水平”演变为“保基本”<sup>②</sup>,十九大报告中描述社会保障制度时提出“保障适度”<sup>③</sup>。本文以为,到 21 世纪中叶,不管社会保障制度作为一个整体所能提供的保障水平如何,社会医疗保险不应该再强调“保基本”或“保障适度”,而应该是“相对充分保障”,这样才能完成它的使命。

### 1.3 已有文献对全民统一医疗保险制度实现路径的探讨

在新农合和城镇居民医保建立以后,社会舆论认为中国医疗保障制度按身份参保,制度间保障水平差距大,城乡不公,不符合城乡统筹发展理念;制度碎片化,不利于劳动力流动等,并纷纷提出改进建

① 1993 年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》首次在党的文件中规定要建立社会保障制度,社会保障水平要与我国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应。面对相对低下的社会生产力发展水平,劳动和社会保障部提出,社会保障制度改革必须坚持“低水平、广覆盖、多层次”的基本方针。

② 《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》国发[1998]44 号文指出,建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应,即“保基本”。

③ 党的十九大报告指出,要全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。

议,主要集中在建立统一的管理体制机制和统一覆盖的医保制度。<sup>[2-6]</sup>

在如何实现统一覆盖的制度方面,多数学者主张从整合新农合与城镇居民医保开始。城乡不公通常是指政策对农民的不公平,医保制度中亦是如此。由于职工医保筹资机制与筹资水平不同,而新农合与城镇居民医保筹资机制与筹资水平基本相同,许多学者主张解决医保制度不公平问题从整合新农合与城镇居民医保开始。这一主张影响了公共政策,2016年政府对新农合与城镇居民医保进行了整合。这两项制度的整合对管理体制机制的理顺、管理成本的降低以及管理效率的提升而言是正确的,但从公平性角度而言讨论是不充分的。本文作者认为,从理论上来说,职工医保、城镇居民医保和新农合三个制度的差别是不平而非不公;城镇居民医保与新农合的简单合并不能解决与职工医保筹资水平的差别问题,反而会引起新的问题;长期来看可能固化职工医保与合并后新制度的二元结构,职工与居民医保整合难,不能解决居民保障不足的问题。<sup>①[7]</sup>从实践上来说,随着城乡居民医保整合的推进,整合过程中福利就高不就低导致各地基金收支不平衡;制度内生“农帮城”<sup>[8-9]</sup>,背离城乡整合消除城乡不公平的初衷。从卫生经济学理论的角度来看,城乡居民缴费相同,但城镇居民获得医疗卫生服务的数量和质量上均高于农村居民;原新农合统筹层次由县级提高为市级,随着统筹层次提高,医疗卫生资源向上流动和资源结构倒置问题加剧。

目前,城乡医保整合接近完成,职工与居民医保差距却越来越大。有学者曾建议在城乡医保制度整合后,加大政府投入,缩小居民医保与职工医保的差距,实现区域性国民保险制度,在此基础上实现全国统一的医保制度。<sup>[6]</sup>但这一设想对财政的期待过于乐观,10多亿人参加的居民医保靠财政投入达到向职工医保制度看齐是不可能的,实质上这是一种“高福利”的制度设想。

还有学者认为“准全民公费医疗制度”也是一种有益的探索,提出通过建立“准全民公费医疗”(也被称为“全民健康保险”)实现全国统一的医保制度,个人保费可定为200元,政府补贴1000元,两者随人均国民生产总值(GDP)指数化,现行医疗救助制度的受益者不用交费,政府通过财政支付予以补助,所有参保者都享受现行城镇职工医保的给付标准和待

遇水平。<sup>[10]</sup>该模式的核心机制是筹资水平方面“职工看居民”,待遇方面“居民看职工”。本文作者认为,这一设想可能面临以下问题:第一,高福利模式“准全民公费医疗制度”下政府财政的可持续性值得讨论<sup>[11-12]</sup>,如果提高政府补贴且对职工也进行补贴,长期看财政是否负担、可持续值得商榷。第二,从制度的筹资端看,每个人缴费水平一样、获得的政府补贴水平也一样,这符合平均主义原则,但不符合量能公平负担的原则,也难以发挥对收入的再分配功能。第三,从制度的待遇端看,所有参保者都享受现行职工医保的给付标准和待遇水平,这符合平等主义原则,但所筹集的资金难以解决基本医保不充分的问题。作为社会公共政策的重要组成部分,基本医疗保险的目标是降低家庭灾难性支出的概率,而非制度的筹资端和待遇端看上去“平均”和“平等”。因此,“准全民公费医疗制度”既无法解决“不充分”的问题,也无法实现“保障适度”的目标,不能成为推进全民统一医保制度的最优改革路径。

#### 1.4 全民统一覆盖的实现路径:“二元向一体”渐进融合发展

##### 1.4.1 “二元向一体”的内涵与机理

“二元向一体”的内涵是职工医保与居民医保二元制度渐进融合为统一制度的发展道路。如前文所述,中国二元结构的医保制度是二元经济结构的反映。中国基本医疗保险的特色是在城乡二元经济结构的条件下实现基本医保制度的全覆盖,而二元医保结构的现实选择以及二元向一体的渐进融合发展道路应是中国医保制度最明显的特色。

通过实行强制参保、属地参保、职工以家庭为单位参保三个参保机制能够实现全民统一覆盖的目标,其机理是:通过强制参保实现全民参保,人人有保险;通过属地参保和职工以家庭为单位参保(又称“家庭联保”),增加职工医保参保人、减少居民医保参保人;在筹资机制大体不变的情况下,由于提升了职工医保资金效率,职工家庭成员可获得较高待遇水平;由于更多劳动者参加职工医保,制度总体筹资水平提升;财政补贴占财政收入比例大体不变,随着市民化发展,居民医保参保人数减少,人均筹资水平较快增长,实现二元制度融合,满足平衡且充分。这一思路最早见于作者2013年的文章。<sup>[7]</sup>作者在这一

① 详细阐述见作者发表于中国卫生经济2013年第6期的《重构医疗保险体系,提高医保覆盖率及保障水平》,对城乡居民医保整合从公平性角度进行讨论。

框架下进行了测算,并称这一思路为“二元向一体”,预测 2048 年职工医保和居民医保两项制度在筹资水平上可实现融合<sup>[13]</sup>,且居民医保制度的整合并不影响实际测算结果。据最新的预测,如果现行制度不改变,职工医保与居民医保人均筹资标准差距会越来越大,居民医保相对越来越不充分,2050 年,职工医保的人均筹资为 15 426.33 元(退休人员不缴费),居民医保的人均筹资缴费率为 2.7%(2018 年情况)和 6%的情况下分别为 5 101.30 元和 11 336.22 元。在二元向一体模式下,职工医保与居民医保人均筹资水平的差距会越来越小,在职工医保仍然实行退休人员不缴费政策、居民医保费率逐步提高到 6%的情况下,2025 年分别为 4 492.74 元、1 752.11 元,到 2050 年分别为 13 399.99 元、13 555.22 元,两项制度平衡且相对充分。

#### 1.4.2 “二元向一体”的具体内容

第一,强制参保。全民覆盖是我国基本医疗保险制度的既定目标,在许多纲领性文件里皆有描述。我们需要做的是依照《基本医疗卫生与健康促进法》,强调人人享有基本医疗卫生服务,强制全民参加基本医保,贫困人口由政府补贴保费参保,政府兜住网底同时防止逆向选择,以实现“全民覆盖”目标。强制参保与二元医保融合发展道路无关,它是人人有保险的有力保障,可以克服因自愿参保引起的许多问题。

第二,属地参保。属地参保是指按常住地和就业地参保,取代当前按照户籍地和就业双重标准参保机制,解决流动人口因医保关系与就医地分离引起的种种问题。我国流动人口中占比最大的群体是农民工,消除农民工按户籍和城镇就业双重参保机制按属地参保,意味着农民工参加职工医保而非居民医保,属地参保意味着农民工缴费机制的转变,他们缴费义务上“看职工”,同时保障水平也与职工相同,此举有利于农民工医保权益的落实,提高农民工的职工医保参保率,助推农民工市民化进程。新型城镇化是国家战略,目前我国城镇化水平已达到 60%,而市民化率只有 43%,市民化进程不如预期,部分原因是农民不愿放弃农业户籍,究其原因主要是农民对于可获得权益和福利的不确定性<sup>[14]</sup>,获得职工医保的保障有利于推进农民工市民化进程步伐的加快。

第三,职工以家庭为单位参保。一是家属随职工参加职工医保,享受和职工同等的医疗保障待遇。二是保持现有的筹资机制和水平不变,职工单

位缴费、职工个人缴费、联保家属在居民医保中的个人缴费(缴费机制与水平和留在居民医保中的参保人相同)、联保家属在改革元年得到的财政补贴一并进入城镇职工基本医疗保险基金。三是职工医保的所有筹资依《社会保险法》一并进入职工医保基金,并依法按三个目录报销参保人的费用。四是居民医保覆盖职工医保未覆盖的其他人群,通过财政补贴和个人缴费筹资,筹资按居民支配收入的一定比例确定,个人缴费由定额制改成费率制,逐步降低财政补贴在筹资中的占比。

家庭联保的实现,需要讨论的基础理论问题有两个。一是关于社会保险的产品性质。社会保险基金是成员的共有财产,产品性质是共有产品而非一般财政资助的公共产品<sup>[15]</sup>,基本医疗保险是社会保险,其基金是成员的共有财产。职工以家庭为单位参保,其家庭成员分享其缴费是理所当然的。家庭是一个经济共同体,从风险管理的角度看,风险是以家庭为单位面临的,以家庭为单位参保才是解决风险分散、提升家庭经济福利的行之有效的办法。家庭联保是我国 20 世纪 50 年代建立的劳保医疗核心内容之一,现在实施家庭联保只是制度重建。就其他国家和地区的经验而言,德国、台湾等已有实行家庭联保制度的先例。德国模式是参保职工由雇主雇员共同缴费,其被抚养人口不缴费;台湾全民健保是参保职工及被抚养者均由雇主雇员共同缴纳同等费用,但三个以上家庭成员不用缴费;两者均实行所有家庭成员与职工待遇相同,体现了家庭成员和不同类型家庭的共济。本文关于职工家庭成员缴费制度的设想是为了照顾已有的路径,减少改革的阻力。二是关于医保个人账户的改革取向。前文讨论过“去个人账户”的认识达到高度共识,但在个人账户何处去的问题上仍有分歧,有实行家庭账户<sup>[7,16]</sup>、商业保险<sup>[17-18]</sup>、长期护理保险<sup>[19-20]</sup>、职工门诊统筹<sup>[21-22]</sup>等不同的主张,职工门诊统筹的主张相对有共识。上述主张虽然在一定程度上有助于提升资金的使用效率,但实行家庭账户发挥风险分散的作用有限,实行商业保险、长期护理保险、门诊统筹等对于职工个人产生的边际效益较低,覆盖 3.7 亿人口的职工医保保障水平较高,且其中 2.9 亿人有各种补充保险,而其家庭成员基本医保提供的保障不足。因此,作者一直主张取消职工医保个人账户,实行家庭联保以便提高职工家庭抗风险能力,同时提高医保资金使用效率。<sup>[23]</sup>

第四,改变按人头定额补贴居民医保的政策,建立按财政收入占比补贴居民医保的机制。改变居民定额缴费机制,建立居民医保稳定的费率机制,因居民参保人减少,居民医保人均筹资水平将比职工医保增长更快,预计市民化率70%左右时,两项制度筹资水平相当,自然融合。

#### 1.4.3 “二元向一体”包含的高质量发展理念

第一,尊重社会保障是建立在经济基础上的一般规律。基本医保制度二元结构是二元经济的反映,所以只能通过经济结构一体化渐进解决。党的十九大报告指出民生政策要量力而行,就是要尊重我们所处的现实条件。2019年5月,中共中央、国务院《关于建立健全城乡融合发展体制机制和政策体系的意见》中提出通过建立体制机制推动融合发展,而非整合发展,体现的正是承认和尊重现实。

第二,积极、包容的发展观。国家整体上在推进二元经济一体化发展,基本医保制度也要积极寻找应对之策,而不是被动等待。强制参保、家庭联保改革是必须做且相对容易做到,制度成本不高但可实现社会福利最大化。农民工属地化参保虽然会提高用人单位和个人缴费水平,但医保福利也会相应提高,且有助于促进农民工及家人的市民化发展,长期来看无论是宏观层面还是个人层面,社会福利产出将大于保费投入。

第三,制度设计的整体观。二元医保制度的产生具有其历史必然性,但随着基本医保制度已实现人群基本覆盖,需要纲举目张,对医保制度的发展做整体的、战略的和根本制度性的思考,而不再是策略性应对一些末端问题。“二元向一体”方案将两项制度不平衡、居民医保制度不充分作为主要矛盾,在解决这对矛盾时一揽子解决其他问题,如职工医保资金效率提升问题、流动人口医保问题、财政可持续性问题等。

第四,高质量医保制度的发展观。“二元向一体”方案所包含的人人有保险、缴费端的量能负担和待遇端的平等且保障水平的相对充分、财政负担的稳定和可持续性、取消个人账户、实现家庭联保等路径,意味着职工医保制度优化、资金使用效率的提高,这些都是高质量发展的要素。职工医保结构性改革完成,将成为真正意义上的社会保险制度,居民医保制度结构复

制后,则基本医保制度可成熟定型。

## 2 “二元向一体”改革路径的阻碍因素及可行性分析

### 2.1 “二元向一体”改革路径的阻碍因素及对策分析

任何一项改革都是一次利益的重新分配,“二元向一体”不仅是发展道路,也包含着存量改革,虽然整体福利是改进的,但是改革部分是有受损者的。

第一,部分人会担心取消个人账户后,账户余额“充公”的问题。这一问题可以采取新老划断、增量改革来解决,个人账户的存量资金可由个人用于本人及家庭成员的医疗费用支出。

第二,取消个人账户对退休职工不利的问题。目前的政策是退休职工不缴保费,制度还会从统筹基金划出资金为他们建立个人账户,取消个人账户会使退休职工的利益受损。为此,本文建议可以扩大门诊用药目录及药品报销目录,尽量向老人倾斜,这样一则可以降低老年病、慢性病的住院率,二则可以保障退休职工的利益。

第三,属地参保、强制参保的阻力及应对。如果按照属地参保、强制参保原则要求农民工参加职工医保成为“新市民”,必然会打破现有的利益格局。一方面,农民工所在用人单位改革前不需要为其缴纳医保费用,改革后需要缴费6%,增加了企业负担;另一方面,改革后农民工也会承担较以前更多的保费,尽管能够享受到更高的待遇,也可能会采取消极态度。对此,本文认为可以通过“新型城镇化”和“健康中国”两项国家战略助力推动政策落实,如2016年国务院发布《关于深入推进新型城镇化建设的若干意见》,要求“加快建立农业转移人口市民化激励机制”,中央和省级政府安排资金推动市民化发展。可以此为契机,创新农民工基本医保参保政策:中央和省级财政代替农民工所在企业和个人缴纳医保费,第一年从8%开始,逐年下降一个百分点,第8年则完全退出;而个人和企业缴费则逐年增长一个百分点,直到个人缴费2%、企业缴费6%,非企业就业的农民工享受同样的补贴政策,在缴费义务上则随政府的退出而承担全部义务<sup>①</sup>。

<sup>①</sup> 本文作者发表于《中国改革》2018年第2期的《创新新型城镇化下农民工医疗保险政策》对这一思路进行的描述和对财政支出进行了核算,认为财政大体可承担且有退出机制;对农民工流入地政府、企业及个人和家庭成员都是有利的;对新型城镇化是有利的;对医疗保险的高质量发展也是有利的。

## 2.2 职工家庭联保的财务可行性分析

“二元向一体”的核心机制是属地参保和职工家庭联保,即使属地参保的政策安排不如预期或实现困难较大,也不妨碍职工家庭联保政策先行。家庭联保改革的本质就是要取消个人账户,提高职工医保基金使用效率,在不增加筹资的情况下提高其家庭成员的保障水平,增进社会福利。因此,我们需要回答的问题是,职工医保基金的可持续性如何?本文通过下述分析,认为家庭联保在筹资机制不变的情况下,通过提升资金使用效率、开源节流,其财务运行具有可持续性。

第一,家庭联保模式下,职工医保的人均筹资非常接近人均支出。以 2019 年为例,测算当年职工医保制度的联保家属为 1.738 8 亿人,参保在职职工为 2.404 8 亿人,参保退休职工为 8 906 万人,合计参保人数为 5.034 2 亿人。按上文设计,家庭联保情境下人均筹资为 3 229.34 元,这和现行模式下职工医保制度的人均支出相差无几(2018 年的人均支出为 3 380 元),家庭成员人均筹资水平大幅上升,只是因为有效使用了职工医保资金。

第二,做实缴费基数,每年的人均筹资可提高 7% 左右。按目前的非私营企业社会平均工资作为统计口径,职工基本医保的实际缴费基数(以下简称“费基”)只有 74%。未来会有两个因素一正一负影响费基和保费收入。以前,人社部门征收保费时是核定费基,目前保费征收职能正在从人社部门移交至税务部门,税务部门是据实征收,费基会相应扩大;2019 年初,中央政府决定将社会保险费基的统计口径改为全口径城镇单位就业人员平均工资,即加入了私营部门的平均工资,因为私营部门平均工资较低,所以这一政策会缩小费基。考虑了这两个因素以后,我们测算的结果是缴费基数还有 6 个百分点的提高空间。在缴费基数由现行口径的 74% 提高到全口径的 80% 时,家庭联保模式下 2019 年职工制度的人均筹资为 3 466.42 元,已经超过 2018 年职工医保人均支出。2019—2050 年,每年的人均筹资可提高 7% 左右。如果人均医疗费用的增长速度不超过 7%,仅做实费基这一项措施就可满足家庭联保情境下的收支平衡。

第三,实行退休人员缴费,可再次大幅提高每年的人均筹资水平。医疗保险的财务制度是即期平衡制度,当年缴费义务与当年或者实际获得的权益是

即期结清的。20 世纪末,国有企业大面积亏损,许多企业发不出工资和退休金,医保制度“两江试点”开始尝试退休人员不缴费的改革措施。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),对退休后是否缴费进行明确规定。同时,这一为经济体制转型保驾护航的过渡性政策于 2010 年被写进了《社会保险法》。但退休人员不缴费可获得保障是不合理的,因为医疗保险的财务制度是即期平衡的,职工在职时的缴费不能为其退休后积累权益。退休人员不缴费却可获得保障产生几个问题:一是随老龄化加重,制度不可持续;二是代际不公平,在职一代负担太重;三是增加了“退休”二字的含金量,推迟退休年龄的改革更困难。所以,无论是否建立职工家庭联保制度,退休人口不缴费的制度是必须改革的。

第四,医保管理机制的各项改革,能够有效节约保费支出。国家医保局 2019 年开始密集推出的基本医保目录调整、医保支付制度改革、药品和医用器材战略购买及基金强监管等政策有望大幅节约保费支出。这些节约下来的资金部分可用于新进的药品目录,如门诊慢病特病、癌症用药等,部分可用于改善职工家庭联保情境下的财务运行可持续。“4+7”药品集中采购试点的结果显示,挤出药价虚高部分,可节约大量资金,随着战略购买的全面覆盖,保费节约值得期待。

第五,深化医疗服务供给侧改革可大幅降低医疗服务的成本。随着公立医院综合改革的深入推进,公立医院补偿机制、运行机制、人事薪酬、医保支付等体制机制的改革,有助于控制医疗费用不合理增长;同时,随着多种形式的医联体全面推行,家庭医生签约服务深入开展,促进了分级诊疗就医格局的形成,有助于提高医疗资源使用效率进而控制医疗费用增长。这些改革对职工家庭联保模式下的财务运行可持续性都将产生积极的影响。

站在新时代的起点展望未来,我们需要建立高质量全民统一覆盖、保障水平充分、可持续的社会医疗保险制度,使其与 21 世纪中现代化强国定位相匹配。本文主张的通过强制参保、属地参保和职工以家庭为单位参保,可实现人人参保、职工家庭成员保障水平快速提高、居民医疗保险参保人筹资水平较快增长等目标,进而两项基本医保制度可逐渐融为一体,实现高质量全民统一覆盖的制度目标。

## 致谢

感谢云南省人力资源和社会保障厅黄万丁、中国人民大学社会保障研究所王怡欢为该文所做的相关测算工作及文献工作。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

## 参 考 文 献

[1] 李珍. 新时代:中国社会保障发展的新蓝图[J]. 社会保障研究, 2017(6): 3-10.

[2] 仇雨临, 翟绍果, 郝佳. 城乡医疗保障的统筹发展研究: 理论、实证与对策[J]. 中国软科学, 2011(4): 75-87.

[3] 田闰笛. 从“碎片化”走向“一体化”:中国城乡医疗保险制度改革进路[J]. 河南社会科学, 2019, 27(5): 103-107.

[4] 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[J]. 中国行政管理, 2018(10): 73-77.

[5] 吴伟平. 推动新农合与居民医保二险合一, 构建城乡居民一体化医疗保险体系[J]. 社会保障研究, 2009(5): 28-33.

[6] 郑功成. 中国社会保障改革与发展战略:理念、目标与行动方案[M]. 北京: 人民出版社, 2008: 201-207.

[7] 李珍. 重构医疗保险体系, 提高医保覆盖率及保障水平[J]. 卫生经济研究, 2013(6): 5-11.

[8] 马超. 城乡医保统筹对城乡居民医疗服务利用公平性研究——基于机会平等理论下的分析[D]. 南京大学, 2014.

[9] Chao M, Ze S, Xuhui S. When roemer meets Oaxaca: how to compensate rural residents under urban-rural integrated medical insurance system[A]. 第三届中国医疗保健国际交流促进会健康保障分会有奖学术征文获奖论文集[C]. 2019: 114-135.

[10] 顾昕. 走向准全民公费医疗:中国基本医疗保障体系的

组织和制度创新[J]. 社会科学文摘, 2017(3): 64-66.

[11] 郑喜洋, 申曙光. 筹资机制的优化与医保制度的可持续发展[J]. 中国医疗保险, 2015(11): 17-19.

[12] 朱俊利, 赵鹏飞. 北京市城镇职工医疗保险基金可持续缺口预测[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(2): 37-43.

[13] 李珍, 黄万丁. 全民基本医保一体化的实现路径分析——基于筹资水平的视角[J]. 经济社会体制比较, 2017(6): 138-148.

[14] 李珍. 创新型城镇化下农民工医疗保险政策[J]. 中国改革, 2018(2): 58-61.

[15] 李珍, 黄万丁. 强制性个人账户养老金评价标准及其在中国的应用[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版), 2017, 38(6): 121-127, 2.

[16] 王超群, 李珍. 中国医疗保险个人账户的制度性缺陷与改革路径[J]. 华中农业大学学报(社会科学版), 2019(2): 27-37, 164.

[17] 孙永勇. 中国医疗社会保险改革面临的基本问题[J]. 中国卫生经济, 2002(11): 1-3.

[18] 王宗凡. 基本医疗保险个人账户的成效、问题与出路[J]. 中国卫生经济, 2005(3): 39-42.

[19] 阚小冬. 试论个人账户基金购买长期护理保险的必要性和可行性[J]. 中国医疗保险, 2013(12): 65-67.

[20] 朱铭来, 张晓. 长期护理保险筹资机制与个人账户使用探讨[J]. 中国医疗保险, 2018(9): 9-12.

[21] 赵斌. 个人账户需要渐进式改革[J]. 中国社会保障, 2016(1): 79-80.

[22] 熊先军. 调整个人账户政策须系统设计[J]. 中国社会保障, 2014(7): 6.

[23] 李珍. 职工医保个人账户何去何从[N]. 第一财经日报, 2015-12-10(A15).

[收稿日期:2019-12-10 修回日期:2020-01-05]  
(编辑 薛云)