

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No.135-20211022

中国社科院世界社保研究中心 主办



本期刊发的《工作论文》是由郑秉文撰写的《‘十四五’时期医疗保障可持续性改革的三个硬骨头》。如引用，请征得作者或本实验室的同意——编者。

“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三个硬骨头*

郑秉文

中国社科院世界社保研究中心主任

摘要：“十四五”规划纲要提出的健全基本医保筹资和待遇调整机制、完善医疗保险缴费政策、实行医疗保障待遇清单制度，是医疗保障可持续性改革的三个“硬骨头”。就筹资水平与结构来说，职工医保和居民医保都需要调整，均衡化的缴费比例结构有利于平衡筹资双方的权利与义务，以及为企业减负；就缴费政策和模式而言，实行职工医保终生缴费有利于提高医保制度的财务可持续性；而执行待遇清单制度能够框定医保与商保、政府与市场的责任边界。“十四五”开局之年将三项改革付诸实施对2035年乃至2050年实现医保制度可持续性和构建多层次医保制度体系具有战略意义。文章从待遇清单制度执行需注意的问题、医保缴费比例和公式的调整政策和策略、职工医保退休人员缴费政策的约束条件及法律修订等方面，对“十四五”期间三项改革的具体路径提出了政策建议。

关键词：医疗保险筹资；医疗保障改革；商业健康保险；社会保障改革；“十

*泰康养老保险股份有限公司健康保险发展中心副总经理、高级经济师冯鹏程先生对本文提出了宝贵意见，作者表示衷心感谢。

四五”规划

一、引言

《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》（简称“十四五”规划纲要）提出“健全基本医疗保险稳定可持续筹资和待遇调整机制，完善医保缴费参保政策，实行医疗保障待遇清单制度”。“十四五”期间，针对医保筹资和待遇调整机制、缴费参保政策、待遇清单制度的三项改革是三个“硬骨头”。其中，关于前两项改革，《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》（简称“十三五”规划纲要）提出“健全基本医疗保险稳定可持续筹资和报销比例调整机制，完善医保缴费参保政策”，《中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》（简称“十二五”规划纲要）的提法是“逐步提高城镇居民医保和新农合人均筹资标准及保障水平并缩小差距。提高城镇职工医保、城镇居民医保、新农合最高支付限额和住院费用支付比例”。上述三个五年规划纲要对医保改革的表述有三层含义：一是医保改革不断深化，正逐渐步入深水区，其改革重点正在“上移”，从“双高”（提高筹资标准和提高待遇水平）逐渐转向“双稳”（稳定可持续筹资机制和稳定待遇调整机制）；二是“双稳”的实现路径显然与完善缴费参保政策和实行待遇清单制度密切相关，它们共同构成了进一步夯实中国医保制度可持续性和公平性的“组合拳”；三是筹资调整机制涉及缴费比例和公式的调整，缴费参保政策涉及缴费政策和模式的调整，待遇清单制度从本质上讲是进一步划清政府与市场的边界，确定中央和地方的关系，而所有这些都是医保体制全面深化改革的难点与重点。正如习近平总书记七年前所指出的：“中国改革已进入攻坚期和深水区，需要解决的问题格外艰巨，都是难啃的硬骨头。这个时候就要一鼓作气，畏葸不前不仅不能前进，而且可能前功尽弃^①。”

2020 年发布的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中设定的改革发展目标是：到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障和筹资运行等关键领域的改革任务；到 2030 年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助

^① 习近平.当前改革都是“难啃的硬骨头” [2013-10-07]
http://www.xinhuanet.com/politics/2013-10/07/c_117609154.htm.

共同发展的医疗保障制度体系，待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，管理服务优化便捷，医保治理现代化水平显著提升，实现更好保障病有所医的目标。很显然，在医保制度改革的这三个“硬骨头”中，前两项属于医保制度内部筹资参数调整，是对激励机制设计的不断完善，关乎医保制度的可持续性和公平性，而第三项是依法设立的守住政府责任底线、科学框定医保制度和社会各方筹资负担比例、厘清医保和商保功能边界的基本制度。“十四五”规划纲要部署的这三项医保改革是衡量 2025 年医保制度是否更加成熟定型的主要指标，对 2030 年建成多层次医保制度体系的模式抉择至关重要。

根据“十四五”规划纲要的部署和当前医保制度可持续性存在的问题，本文对筹资水平与结构、缴费政策和模式选择、实行待遇清单制度三个方面展开分析研究，并提出具体的政策建议。

二、筹资水平与结构：缴费比例和公式的可持续调整

我国城镇职工基本医疗保险制度（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险制度（以下简称居民医保）的筹资制度是分别由 1998 年 12 月国务院颁发的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号）（以下简称 44 号文）和 2016 年 1 月印发的《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3 号）（以下简称 3 号文）等政策文件奠定的。多年来，职工医保和居民医保这两项医保制度的缴费比例和公式相对稳定，筹资制度运行平稳，缴费收入大于支出，每年有结存，基金累计结存规模提高较快。其中，2015 年职工医保的统筹基金累计结存 6568 亿元^①，2020 年达 15327 亿元，5 年翻了一倍有余，个人账户积累从 4429 亿元上升到 10096 亿元，增加了一倍有余^②；居民医保基金累计结存的增速较职工医保更高，从 2015 年的 1546 亿元到 2020 年的 6077 亿元，5 年累计结存增长了近 3 倍。可以说，稳定的缴费比例和公式为两项医保制度的财务可持续性发挥了重要作用。

但我们同时要注意到，职工医保和居民医保的缴费比例和公式中始终存在一个问题有待解决，即职工医保的单位缴费比例明显高于职工缴费比例，居民医保

^① 中华人民共和国人力资源和社会保障部.2015 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报 [EB/OL].[2018-05-21].http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyshbzb/zwgk/szrs/tjgb/201805/t20180521_294285.html

^② 国家医疗保障局.2020 年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].[2021-06-24].
http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html

的财政补助始终高于个人缴费，筹资主体在权责上出现失衡。

（一）职工医保的缴费比例和公式

《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）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%。但在政策实践过程中，由于种种原因，各统筹地区执行的实际费率差异性较大，高低相差悬殊，高的统筹地区甚至高出规定费率的一倍，低的地区低很多倍。例如，宁波市用人单位缴费率曾高达11%^①。

虽然44号文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%；但具体在执行中，由于种种原因，各统筹地区采用的实际费率差异性较大，从表1可以看出，不同地区之间费率高低相差悬殊，费率高的统筹地区甚至高出规定费率的一倍（宁波市用人单位缴费率曾一度高达11%），费率低的统筹地区又比规定费率低了很多倍。

经过对2020年116个城市医保主管部门官网公开信息的整理^②，笔者发现：职工医保（不含生育保险缴费，全文同）用人单位缴费率的简单平均值为7.29%，高于规定的6%；而职工个人的缴费率简单平均值为1.94%，低于规定的2%。这就意味着，我国职工医保“用人单位+职工个人”的平均缴费公式基本为7.3%+1.9%；换言之，职工医保单位与个人的缴费比值平均为3.8:1。

具体而言，在116个城市中，2020年职工医保用人单位缴费率按照相关规定执行6%的城市只有15个，高于6%（不含）的城市有90个，最高的是杭州（10.5%），其次是北京、天津、上海、宜昌和长春等城市（10%），在9%（含）及以上的城市共有16个；低于6%的城市11个，其中，最低的城市是中山（1.5%）和东莞（1.6%）。北京、上海、广州和深圳四个一线城市的单位缴费率分别是10%、10%、5.5%和5.2%。116个城市的单位缴费率中位值是7.5%，简单平均值是7.3%。

职工个人缴费率的执行情况与用人单位缴费率略有不同，只有镇江的职工缴费率是2.5%，高于规定的2%，绝大部分城市执行的是2%和3元的大额医疗互助资金（本文不予讨论），低于2%（不含）的只有7个城市，其中，阳江、珠海和佛山是1.5%，台州和绍兴是1%，潮州、东莞和中山仅为0.5%。

^①宁波市人力资源和社会保障局.关于基本医疗保险有关政策调整的实施意见（甬人社发〔2016〕21号）[EB/OL].[20180-8-9].<http://www.zj.gov.cn/zjservice/item/detail/lawtext.do?outLawId=e8878688-58a2-406d-9d72-2ed88ace8ba9>.

^②这116个城市职工医保缴费情况的汇总与整理情况由余清泉先生创立和领导的“51社保”提供，这里表示十分感谢。

表 1 2020 年中国职工医保单位和个人缴费比例一览 (%)

城市	单位 缴费	个人 缴费	城市	单位 缴费	个人 缴费	城市	单位 缴费	个人 缴费	城市	单位 缴费	个人 缴费
杭州	10.5	2.0	蚌埠	8.0	2.0	义乌	7.5	2.0	宜宾	6.4	2.0
北京	10.0	2.0	银川	8.0	2.0	廊坊	7.5	2.0	潮州	6.4	2.0
天津	10.0	2.0	武汉	8.0	2.0	赤峰	7.5	2.0	湛江	6.2	2.0
上海	10.0	2.0	长沙	8.0	2.0	遵义	7.5	2.0	哈尔滨	6.0	2.0
宜昌	10.0	2.0	荆门	8.0	2.0	桂林	7.4	2.0	大同	6.0	2.0
长春	10.0	2.0	衢州	8.0	2.0	南宁	7.3	2.0	德阳	6.0	2.0
乌鲁木齐	9.8	2.0	三亚	8.0	2.0	秦皇岛	7.0	2.0	临沂	6.0	2.0
泰州	9.5	2.0	襄阳	8.0	2.0	济南	7.0	2.0	清远	6.0	2.0
宁波	9.2	2.0	孝感	8.0	2.0	济宁	7.0	2.0	保定	6.0	2.0
昆明	9.0	2.0	扬州	8.0	2.0	太原	7.0	2.0	丽水	6.0	2.0
嘉兴	9.0	2.0	重庆	8.0	2.0	淄博	7.0	2.0	南昌	6.0	2.0
兰州	9.0	2.0	大连	8.0	2.0	唐山	7.0	2.0	呼和浩特	6.0	2.0
南京	9.0	2.0	福州	8.0	2.0	洛阳	7.0	2.0	绵阳	6.0	2.0
徐州	9.0	2.0	淮安	8.0	2.0	常熟	7.0	2.0	厦门	6.0	2.0
镇江	9.0	2.5	拉萨	8.0	2.0	昆山	7.0	2.0	汕尾	6.0	2.0
潍坊	9.0	2.0	龙岩	8.0	2.0	连云港	7.0	2.0	茂名	6.0	2.0
衡阳	8.7	2.0	西安	8.0	2.0	朝阳	7.0	2.0	江门	6.0	2.0
湘潭	8.7	2.0	盐城	8.0	2.0	苏州	7.0	2.0	韶关	6.0	2.0
株洲	8.7	2.0	郑州	8.0	2.0	太仓	7.0	2.0	广州	5.5	2.0
沈阳	8.6	2.0	安阳	8.0	2.0	无锡	7.0	2.0	云浮	5.5	2.0
青岛	8.5	2.0	安庆	8.0	2.0	芜湖	7.0	2.0	肇庆	5.5	2.0
鄂州	8.5	2.0	黄山	8.0	2.0	张家港	7.0	2.0	珠海	5.5	1.5
澄迈	8.5	2.0	开封	8.0	2.0	吉林	7.0	2.0	深圳	5.2	2.0
海口	8.5	2.0	烟台	7.8	2.0	合肥	7.0	2.0	绍兴	5.0	1.0
咸宁	8.5	2.0	贵阳	7.5	2.0	眉山	6.8	2.0	金华	5.0	2.0
湖州	8.4	2.0	常州	7.5	2.0	成都	6.7	2.0	阳江	5.0	1.5
温州	8.2	2.0	柳州	7.5	2.0	包头	6.5	2.0	佛山	5.0	1.5
南通	8.0	2.0	泉州	7.5	2.0	赣州	6.5	2.0	东莞	1.6	0.5
石家庄	8.0	2.0	台州	7.5	1.0	惠州	6.5	2.0	中山	1.5	0.5

资料来源：“51 社保”根据全国 116 个城市医保主管部门官网公开信息的整理并提供笔者使用。笔者对某些城市做了核对订正。

(二) 居民医保的筹资水平与筹资结构

居民医保由中小学生、儿童、大学生、成年人和退休人口等五个群体构成，他们之间的缴费额度略有不同，各地之间也有差异（见图 1）。由于这些群体的个人缴费均为定额式缴费，考虑到与职工医保筹资水平和筹资结构的可比性，本文在将缴费定额转换为费率时，以全国农村居民平均可支配收入作为居民医保筹

资基数^①，以此推算两类医保的筹资结构，该做法更符合实际。2019年居民医保人均筹资781元，其中人均财政补助546元^②，由于居民医保的筹资结构中有地方集体补助等其他资金来源，实际个人缴费应略低于235元。2019年全国农村居民可支配收入是16021元^③。综上可知，农村居民个人的“缴费率”约为1.5%，财政补助比率为3.4%，即在居民医保的筹资结构中，“财政补助+居民个人”的缴费公式是“3.4%+1.5%”，财政补助与个人缴费的比值是2.3:1（见表2）。当然，在转换之后，居民医保与职工医保的筹资情况仍具有一些不可比性。例如，职工医保的实际缴费基数可能要低一些，2020年之前单位缴费的一部分进入个人账户，2020年之后个人账户仅由个人缴费形成。2019年之前居民医保的个人账户保留，2019年之后个人账户取消。

表2 职工医保与居民医保的筹资水平和筹资结构

制度 缴费	职工医保 (总缴费率 9.1%)		居民医保 (总筹资水平 4.9%)	
	单位缴费率	个人缴费率	财政补助比率	个人缴费比率
费率(比率)	7.2%	1.9%	3.4%	1.5%
单位缴费(财政补助) 与个人缴费的比值	3.7:1		2.3:1	

资料来源：数据由作者计算得出，原始数据来源见正文相关注释。

(三) 中国医保筹资机制的特征与问题

通过上文对职工医保和居民医保的筹资水平和比例的解构，笔者发现这两个医保制度存在如下特征：一是职工医保的双方缴费比例^④较为悬殊，个人缴费偏低，用人单位的负担比较大，降低企业费率和提高个人费率更显急迫一些；二是居民医保的双方缴费比例差距明显小于职工医保，但其缴费人数是职工医保缴费人数的4倍多，基数大，因此各级财政负担较大；三是居民医保的总缴费率是4.9%（3.4%+1.5%），明显低于职工医保的总缴费率9.2%（7.3%+1.9%），后者是前者的近两倍，这从一个侧面解释了为什么居民医保与职工医保的保障水平存在较大差距，因此，如果要提高居民医保的保障水平，则需进一步提高居民医保的

^①原因是居民医保中的参保缴费主体是农村成年人和退休人口。

^② 国家医疗保障局.2019年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].[2020-06-24].http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html.

^③ 国家统计局.中华人民共和国2019年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL].[2020-02-28].http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202002/t20200228_1728913.html

^④ 本文中的“双方缴费比例”对于职工医保而言是单位缴费与个人缴费的比值，对于居民医保而言是财政补助与个人缴费的比值。

筹资水平；四是两个医保制度之间筹资水平、筹资结构的不一致是导致两个制度之间存在公平性问题和可持续性隐患的原因之一。

在人口老龄化的背景下，职工医保和居民医保中存在的筹资主体双方责任与权利错位的问题，必将加剧医保制度可持续性与公平性的失衡趋势。对职工医保而言，单位与个人的缴费比值相差悬殊既不不利于强化个人参保意识，也不利于供给侧结构性改革，企业缴费负担较为沉重，降费还有较大空间。对居民医保来说，在保障水平不断提高的承诺和预期下，人均财政补助增长率多年来始终高于GDP增长率，各级财政负担逐年增加。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》规定的筹资机制调整的基本原则是“科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任”，其具体政策含义是指，要合理确定职工医保和居民医保两个制度之间筹资水平存在的差距，以及单个制度筹资水平和筹资结构存在的差距。从建立独立缴费型医疗保险制度的国际实践看，雇主和雇员双方承担的缴费义务应是平等的，即应采用1:1的“平分”的缴费比例和公式。例如，美国的缴费公式是“1.45%+1.45%”，德国是“7.3%+7.3%”。

（四）“十四五”期间中国医保筹资机制改革的趋势

从企业减负的角度看，降低企业缴纳的社会保险费是个大趋势，建立轻税型社会保险制度是长期制度安排，欧洲福利国家的“高税收高福利”模式显然不适合中国。向1:1的缴费比例和公式过渡可降低企业负担，在目前职工医保总缴费率9.1%和保障水平基本不变的条件下，使用“平分”缴费公式“4.55%+4.55%”可使企业缴费率降低2.65个百分点^①。以2019年为例，全国企业可因此减负3000亿元左右。如果根据大多数国际医疗保险制度的管理实践经验，对当期基金结余增速适当控制，将总缴费率降至8%，则采用“4%+4%”的平分缴费公式，企业减负总规模将达到4000亿元左右。对居民医保来说，以2019年为例，如果保持总筹资水平4.9%不变，财政补助和个人缴费的比例过渡到1:1，即采用“2.45%+2.45%”的缴费公式，则财政补助可降低近一个百分点，财政支出大约减少1700亿元。

综上，尽快研究制定调整两个医保制度缴费比例和公式的方案是健全医保筹资机制的一项重要工作，在“十四五”期间应完成这项改革。

^① 计算过程： $2.65\% = 7.2\% - 4.55\%$ 。

三、缴费政策和模式的抉择：职工医保终生缴费

职工医保制度中的退休人员是否缴费是另一个很有争议的话题^①。多年前，时任财政部部长楼继伟提出“研究实行参加职工医保的退休人员缴费政策”^②。一石激起千层浪，赞成者有之^③，反对者有之^④。实际上，这是一个具有深远意义的改革选项，《中共中央关于制定“十三五”规划的建议》提出“研究实行职工退休人员医保缴费参保政策”，但“十三五”规划纲要并未将其纳入。“十四五”规划纲要提出“完善医保缴费参保政策”的目的是将这个改革的“硬骨头”再次提到议事日程。2016年，笔者从七个方面分析了职工医保退休人员缴费的必要性与合理性^⑤。本文结合“十四五规划纲要”的内容对这个话题再次进行深入分析。

（一）国外医疗健康费用的两种主要筹资方式

从世界范围看，自建立全民医疗健康制度以来，各国健康费用的筹资方式主要有三种（见表3）。第一种是以一般税收为筹资方式。这种筹资方式是财政转移支付的一种形式，既没有独立的社会医疗保险制度和资金池的支持，也没有单独的医疗保险缴费和预决算制度，有些国家还辅之以规模很小的商业健康保险。采用该筹资方式的国家包括加拿大、丹麦、挪威、爱尔兰等。这些国家情况千差万别，有的制度设计较为复杂。以加拿大为例，全国13个行政区划（十个省和三个地区）中，绝大部分省和区实行的是一般税收筹资方式（有的是雇主雇员双方缴纳医疗保险税，有的是雇主单方缴纳医疗保险税），只有个别省份（如不列颠哥伦比亚省）的需雇员缴纳医疗保险费，但该省自2020年起免除个人医疗保险费，改革为只有雇主单方缴纳医疗保险税^⑥。

第二种是通过立法建立独立的社会医疗保险制度和单独的缴费制度，以医疗保险费为筹资方式^⑦。在采用该方式的国家，社会医疗保险制度作为独立运行的

^①王鼎，徐立丽，李扬，崔垚.政府与退休人员在职工医保缴费行为中的博弈分析[J].当代经济，2016(9):116-118

^②楼继伟.建立更加公平更可持续性的社会保障制度（学习贯彻党的十八届五中全会精神）[N].人民日报，2015-12-16（007）

^③林双林.大国财税改革：构建普惠式增长的基石[M].北京：北京大学出版社，2020

^④牛妞.“职工医保退休人员缴费政策”有违财政公平[N].财会信报，2016-01-04（A02）

^⑤周东旭.为什么必须重提“医改”——专访中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文[J].中国改革，2016（5）：8-14.

^⑥ C. David Naylor, Andrew Boozary and Owen Adams, Canadian federal-provincial/territorial funding of universal health care: fraught history, uncertain future, CMAJ(加拿大医学协会期刊) November 09, 2020, <https://www.cmaj.ca/content/192/45/E1408>

^⑦有的国家可能在名义上将之称为“税”，例如美国。

一个闭环，形成独立的资金池，并有预决算制度，有的国家甚至还有资金的投资运营制度。以医疗保险费为主要筹资方式的代表性国家有德国、法国、比利时、卢森堡、韩国、美国、部分中东欧国家等。

第三种是“税费混合”的筹资方式。在这种方式下，国家和地区对医疗健康费用的支出既采取税收方式，也采取医保费形式，二者并用。例如，英国的实施的“国民健康服务制度”（NHS）中，绝大部分的医疗卫生费用来自一般税收，但政府还建立了一个很小的医疗保险制度作为补充，其缴费被称作“国民保险缴费”（NIC）；NIC规模很小，上世纪70年代以前只占不到10%，目前只占比不足20%^①。从这个角度看，类似英国的这种制度也可称为“税费混合型”筹资方式。

对于绝大部分以一般税收为筹资方式的国家来说，退休人员享有缴纳个税的义务，应税范围包括第一支柱养老金，第二养老金、第三支柱养老金及其他个人所得（资本利得税）等。因此，从这个意义上说，以一般税收为筹资方式的医疗保障制度实行的是全体公民“终生供款”的筹资模式。但对于建立独立的社会医疗保险制度并以医疗保险缴费为筹资方式的国家来说，缴费政策和模式比以一般税收为筹资方式的国家要复杂很多。

表3 世界各国医疗健康费用的主要筹资方式

分类特征	以一般税收为筹资方式	以医疗保险费为筹资方式			“税费混合”筹资方式
个人供款与医疗健康服务的关系	在职业生涯中缴费个税，退休后依然对所有收入缴纳个税，相当于终生缴税（个别国家退休后免除个税）和终生享有医疗健康服务	终生缴费，终生享有	在职缴费，退休享有	在职缴费，终生享有	既有税收筹资，也有保险费筹资；其中，税收筹资部分为终生缴纳，保险费筹资部分分为不同缴费模式
主要代表国家	加拿大、丹麦、挪威、爱尔兰	德国	美国	中国	英国
是否有独立的医疗保险制度和资金池	无	有			医疗保险费部分有资金池

资料来源：作者总结和自制。

（二）国外医疗保险制度三种主要缴费模式

以社会医疗保险费为筹资方式的医疗健康制度的首要特征是设立独立的社会医疗保险制度，具有独立医疗保险费筹资立法和政策。从世界范围来看，社会

^① Helen McKenna, Phoebe Dunn, Emily Northern, Tom Buckley, How Health Care is Funded, 23 March 2017, <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>, 2021年3月31日访问。

医疗保险制度的缴费政策和模式在各国之间存在很大差异性。粗略归纳起来，主要有以下三种主要缴费模式（见表 3）。

一是“终生缴费型”的德国模式，即“终生缴费，终生享有”。该模式的主要特征指无论在退休前还是退休后，只有缴费才能获得社会医疗保险的待遇，这是“全生命周期缴费型”的制度。实行这个模式的发达国家主要集中在欧洲大陆，代表性国家是德国。

二是“商业保险型”的美国模式，即“在职缴费，退休享有”。这个模式的特征指在职业生涯阶段需购买商业健康保险（国家提供税收支持政策），对社会医疗保险只进行缴费而不享受报销待遇，达到法定退休年龄后方可享受社会医疗保险制度提供的报销待遇。采取这种模式的国家不多，代表性国家是美国。

三是“权益积累型”的中国模式，即“在职缴费，终生享有”。该模式特征是，在职业生涯参加社会医疗保险并缴费，同时享有报销待遇，达到一定缴费年限后，在退休生涯无需缴费即可继续享有正常的医疗费用报销权利，也就是说，就业人口参保缴费是为了将来退休后积累报销权益。采取这个模式的国家不多，代表性国家是中国。

在上述三种医疗保险缴费模式中，从就业人口和用人单位的缴费负担来看，“终生缴费型”模式负担相对较轻，由于制度覆盖的就业人口和退休人口均需缴费，相当于医保制度只负责一代人的费用报销。再看“商业保险型”模式，一则这一制度的社会医疗保险费率很低，二则由于制度只负担退休人口的医疗费用报销费用，其跨代延迟支付能力很强。相对而言，在“权益积累型”模式下，由于需同时承担就业人口和退休人口两代人的医疗费用支出，就业人口和用人单位的缴费负担就较为沉重。

（三）中国医保制度缴费政策和模式的现状及问题

中国建立的是独立的社会医疗保险制度，并分设为职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。两种制度的筹资水平和筹资结构不尽一致，其中最显著的区别体现在缴费参保政策的制定。

居民医保采取的是“终生缴费型”模式，即“终生缴费，终生享受”，无论是 2009 年建立的新型农村合作医疗保险，还是制度实现城乡整合后的居民医保，制度规定超过 60 周岁的养老金领取人员仍需缴费参保，且“断保”期间不能享

受医疗费用报销待遇，下一年继续缴费可继续享受待遇。

职工医保建立采取的是“权益积累型”模式，即“在职缴费，终生享有”。制度规定，只要参保职工职业生涯的缴费年限达到了最低要求，就可以“终生享受”医疗费用报销待遇。在实际操作中，各地规定的最低缴费年限也存在差异，有些统筹地区规定男性累计缴费满 30 年、女性职工满 25 年，也有些规定男性缴费满 25 年、女性满 20 年，等等。

职工医保之所以采取了这一缴费政策，主要是因为 1998 年建立职工医保制度时，城镇职工基本养老保险制度刚刚实现全国统一，退休金水平还不稳定，总体收入水平较低；更重要的是，改革前长期实行的退休职工不缴费的劳保制度在大家的观念上根深蒂固，为减少改革阻力，最早探路的职工医保选择了“在职缴费，终生享有”这种缴费政策和模式。

职工医保和居民医保的缴费参保政策不一致导致带来了三方面问题。

一是两个制度间的公平性问题。由于两个制度实行的缴费政策不尽一致，相较于职工医保的退休人员，居民医保退休人员缴费参保制度具有明显的社会排斥特征，制度起点的公平性受到质疑。不仅如此，居民医保总体筹资水平低于职工医保，在筹资结构上，居民医保的财政补助比重也远低于职工医保的单位缴费比重，在待遇水平上也低于职工医保，存在明显的公平性问题。两个制度间存在的缴费政策公平性问题所反映的本质是我国二元结构的矛盾，而目前的医保缴费政策不利于缓解这个矛盾。

二是职工医保制度内部的公平性问题。其实，在职工医保内部也存在公平性问题。例如，有用人单位的正规部门实行的是用人单位和职工共同缴纳，并实行用人单位统一代扣代缴制；而以个人身份参加职工医保的灵活就业和新业态人员则完全由个人缴纳，他们的缴费率与有用人单位的职工总缴费率完全一样，实际上相当于承担了“雇主+职工”的双方缴费总额，尽管费基普遍低于正规就业的职工费基，但个人负担还是高于正规部门的职工。《医疗保障法（征求意见稿）》指出，“鼓励无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参加职工基本医疗保险”。这意味着，随着平台经济等新业态的不断发展，这部分人群的就业规模和比重将不断提高，正规就业群体与非正规就业群体缴费政策的不一致性有可能导致这种公平性问题凸

显。当然，很多发达国家自雇人员的医保和养老保险缴费规定几乎都是这样规定的，例如，美国医保（Medicare）缴费比例是“雇员 1.45%+雇主 1.45%”，自雇人员则缴纳 2.90%，养老保险是“雇员 6.2%+雇主 6.2%”，而自雇人员缴纳 12.4%，但由于美国等发达国家的非正规就业比重低于中国，矛盾不是很尖锐。

三是职工医保的可持续性问题。采取“权益积累型”模式的职工医保，从长期来看面临的基金支付压力将越来越大。由于退休人员的疾病风险费用是由就业人口的缴费支付的，在人口老龄化趋势下，老年人占比逐年提高，医疗费用必定逐年提高。从生命周期来看，老年阶段消费的医疗资源占终生消费的绝大部分，随着人口老龄化的不断加剧和疾病谱的变化等诸多原因，老年人口在医保基金支出占比的提高将成为不断“抬高”医保支出在GDP占比中的主要因素。2020年职工医保参保人的医疗总费用是 13357 亿元，其中退休人员费用高达 6683 亿元，占比超过 50%，而退休人员在职工医保参保人员总数中仅占 26%。据世界卫生组织出版的《2019 全球卫生支出报告：一个世界范围的转型》^①，2000 年至 2017 年，全球卫生费用支出年均增长率是 3.9%，高于全球GDP年均增长率 3.0%。2021 年 5 月公布的第七次人口普查数据显示，我国人口老龄化程度进一步加深，未来一段时期将持续面临人口长期均衡发展的压力。在此背景下，职工医保的“权益积累型”缴费模式必将承受更大的收支压力。

（四）中国职工医保缴费政策的改革取向

从可操作性看，我国职工医保缴费参保政策从“权益积累型”向居民医保的“终生缴费型”模式过渡是一个现实选择。根据《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》，我国参加医保人数达 13.61 亿人，参保率稳定在 95%以上。其中，居民医保制度覆盖人数高达 10.17 亿人，占全国参保总人数的 74.69%^②。虽然居民医保覆盖的 10.17 亿人中可分为成年人、中小学生儿童、大学生、领取退休金人口等若干小制度，并各自享有不同的缴费标准和统筹范围，但所有群体均实行统一的“参保即缴费”政策。相比之下，在全国 13.61 亿参保人中，只有职工医保的 0.9 亿退休职工不缴费，仅占全国总参保人的 6.6%。

^① WHO.Global Spending on Health: A World in Transition.Geneva:World Health Organization, 2019: 6. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>

^② 国家医疗保障局.2020 年全国医疗保障事业发展统计公报 [EB/OL].[2020-06-24].http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html

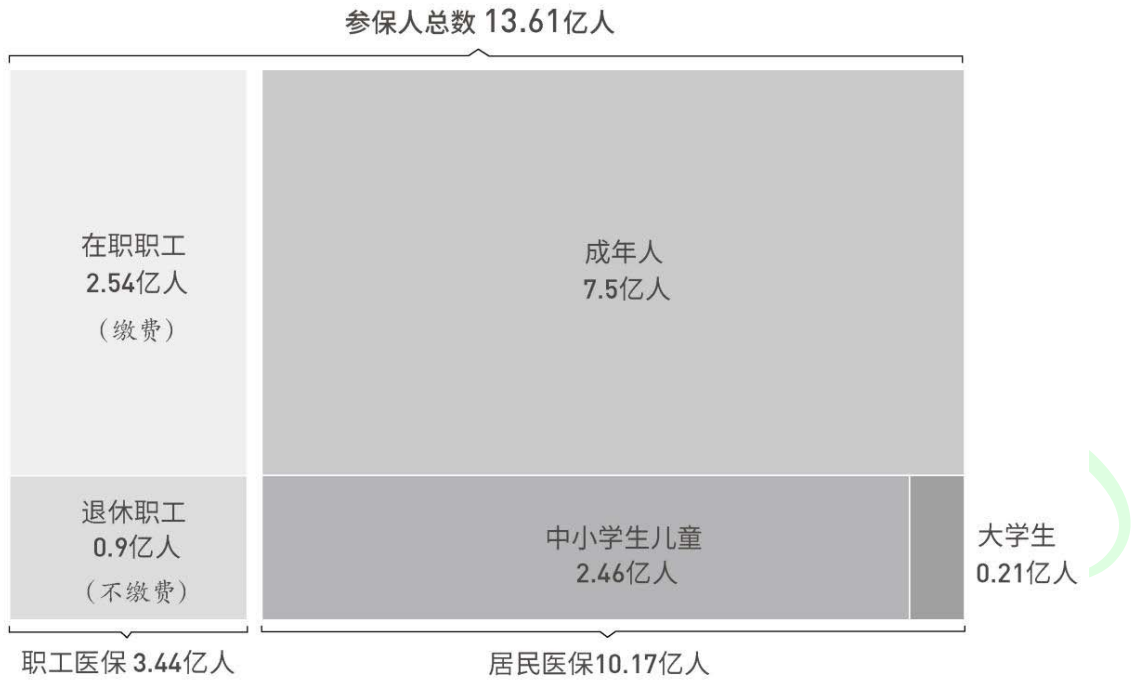


图 1 2020 年我国基本医保参保人群构成

资料来源：作者根据《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》绘制。

很显然，这一小部分不缴费的参保人向绝大部分缴费的参保人“看齐”是现实的选择，这样既考虑到了统一全国医保缴费参保政策的可操作性，又考虑到了和居民医保的公平性，更兼顾到了职工医保的可持续性。

职工医保的“权益积累型”向居民医保的“终生缴费型”模式过渡之后可产生诸多“外溢”效应。一是可降低企业缴费负担，“终生缴费”模式的引入将“摊薄”企业缴费比例，目前企业缴费率可做相应下调，为供给侧结构性改革做出贡献。二是可降低就业人口的缴费率，退休人员实行缴费参保后可相应降低就业人口的缴费率，有利于当期消费。三是促进医保制度的公平性，职工医保和居民医保一道实行“全民缴费”后，才是真正意义上实现了医保制度的“起点公平”——即缴费政策的公平性。四是有利于消除全国范围内退休人员异地就医报销的制度排斥现象，多年来，跟随子女异地养老生活的退休人员数量越来越多，邻里间不同制度下退休人员的社会交流中由于医保制度不同带来的社会排斥现象将彻底消除。

四、实行待遇清单制度：框定公共筹资的边界与大力发展商业保险

2020年8月10日，国家医保局和财政部联合印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号），盼望已久的《国家医疗保障待遇清单（2020版）》终于面世。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》（以下简称“十四五”规划）提出“实行医疗保障待遇清单制度”。早在2019年7月，国家医保局曾就关于建立医疗保障待遇清单管理制度向全社会征求意见。在“十四五”开局之年建立医疗保障待遇清单制度意义重大，这对整个“十四五”期间及其后历史时期——近至2035年，远至2050年——提高医保制度的可持续性具有重要意义。

（一）实行医疗保障待遇清单制度的原则

实行医疗保障待遇清单的基本原则是坚持基本保障、公平享有、稳健持续、责任均衡；体现的是从基本国情出发，遵循客观规律，尽力而为、量力而行；强调的是严格决策权限。医疗保障待遇清单中对基本制度、基本政策、支付的项目和标准、不支付的范围等都有明确边界，具体包括参保政策、筹资政策、待遇支付政策、缴费基数、基准费率（标准），等等。国家医疗保障待遇清单将根据经济社会发展的需要，每年更新版本。作为一个正面清单，它统一列出了基本医疗保险制度、补充医疗保险制度和医疗救助制度可以执行的事项范围，超出清单授权范围以外的政策各地不得再出台，并要求杜绝增量，规范存量。

在医保制度已基本实现全覆盖的前提下，实行清单制度意味着我国基本医保制度坚持基本保障水平的原则没有改变，意味着跨部门统筹医保制度的安排将始于“十四五”，意味着待遇水平既不能滞后于经济社会发展水平，也不得超越经济社会发展水平。待遇清单的明确为制订全国统一医保目录和严禁地方各行其是提供了政策依据，由此可见，实行待遇清单制度对确保我国医保制度长期可持续性意义深远。

一个经济体的医疗卫生保障水平可近似地被量化为“筹资水平”。衡量它的两个主要指标有“卫生健康总支出占GDP的比重”和“人均卫生健康支出水平”。前者反映的是相对水平，后者反映的是绝对水平。“筹资结构”反映的是国家、个人和市场三者的支出占比。如前文所述，国家提供卫生健康服务的筹资方式主要有税收筹资和缴费筹资，根据国际惯例，这两种筹资方式均属于“一般政府卫生健康支出”，本文将之称为“公共筹资”，与“个人自付”和“商业保险”相对

应，形成三个筹资主体。

(二) 从筹资水平看，我国医疗保障程度与经济发展水平基本相适应，但仍有提升空间

2020 年中国卫生总费用支出约为 7.23 万亿元^①，占GDP百分比为 7.12%，其中政府卫生支出 2.20 亿元（占 30.4%），社会卫生支出 3.03 亿元（占 41.8%），个人卫生支出 2.01 亿元（占 27.7%）。政府卫生支出和社会卫生支出（去除商业健康保险部分）都属公共筹资。根据《2020 年保险业经营情况表》，2020 年我国商业健康保险赔付支出为 2921 亿元，在 7.23 万亿元的卫生总费用中占比 4.0%，故 41.8% 的社会卫生支出减去 4.0% 的商业健康保险支出，2020 年我国卫生总费用的筹资结构为：公共筹资为 68.2%，个人自付占 27.7%，商业健康保险 4.0%（不包含慈善公益）。

从这些指标来看，如以美国为参照进行纵向比较，中国目前的经济和卫生发展水平大致相当于美国上世纪八十年代初：1980 年，美国的GDP总量为 2.85 万亿美元，人均GDP为 1.1 万美元；健康支出为 2532 亿美元，占GDP的 8.9%，人均支出 1100 美元左右；在筹资结构中，公共筹资占比 44%，商业保险占比 26%，个人自费占比 22%，慈善等占比 8%。当时，美国医疗照顾保险和医疗救助保险（M&M）两个制度刚建立 20 多年。如果以美国为参照进行纵向比较，中国目前的医疗发展水平大致相当于美国 20 世纪 80 年代初的水平。2018 年，美国的同类指标情况如下（见表 6）：GDP总量为 20.5 万亿美元，人均GDP为 62795 美元；健康支出为 3.6 万亿美元，占GDP的 17.6%，人均健康支出为 1.1 万美元；在筹资结构中，公共筹资占比 50%，个人自付占比 11%，商业保险和慈善等占比 39%（含慈善等）^②。

表 4 中美两国卫生健康支出情况比较

国别	GDP 总量	人均 GDP	卫生健康支出 占 GDP 比重	筹资结构		
				公共筹资	个人自付	商业保险
中国 (2020)	101.6 万亿人民币	7.2 万人民币	7.12%	68.2%	27.7%	4.0%
美国	2.85 万亿	1.1 万	8.9%	44%	22%	34%

^① 中华人民共和国国家卫生健康委员会.2020 年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL].[2020-06-06].<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>

^② CMS, <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical> 2021 年 3 月 31 日访问

(1980)	美元	美元				
美国 (2018)	20.5 万亿 美元	6.3 万 美元	17.6%	50%	11%	39%

资料来源：在我国统计中，慈善支出属于公共筹资，但由于纯粹的慈善公益捐赠规模很小，且没有权威公开数据，本文未将其剥离出来归入商业保险类别里，但不影响结构分析。

与美国上世纪八十年代的数据进行比对后的结果显示，无论是卫生健康支出占 GDP 比重的相对水平，还是个人自付的绝对水平，我国卫生健康的筹资水平还有较大提升空间，但就目前来看，我国医疗卫生发展水平与经济发展水平大致是相匹配的。

在横向比较上我国人均 GDP 水平与俄罗斯接近，但人均卫生健康支出略高于俄罗斯；我国的卫生健康支出占 GDP 比重与韩国接近，但韩国人均 GDP 却是我国的 3 倍；我国人均 GDP 水平接近世界平均水平，但人均卫生健康支出的绝对水平却明显低于世界平均水平；经济合作与发展组织（OECD）成员国平均卫生健康支出的 GDP 占比仅高于中国 1.58 个百分点，但其 GDP 人均水平却是中国的 4 倍。再看瑞典，瑞典是世界著名的福利之窗，福利制度中的“去商品化”程度最高，商业保险支出占比自然就非常低，仅为 1%。横向比较的结果依然显示出这样两个判断：目前我国医疗卫生水平与经济发展水平基本相适应，但就绝对水平来看，依然有较大提升空间，这主要是由于我国人口基数大所致。

（三）从国际比较看，不同筹资结构所表现的本质是不同价值取向与医保模式的选择问题

由于各国医疗卫生费用筹资结构与支出结构存在较大差异性，于是就出现了不同的价值取向及其医保模式的选择问题。表 6 显示，筹资结构的一个端点是“私人筹资”（指“个人自付”+商业保险）占比高达一半的美国即“公共筹资+私人筹资”是“50%+50%”，其中商业保险占比高达 39%，而另一个端点是“85%+15%”的瑞典，“私人筹资”占比仅为 15%，其中，商业保险仅占 1%。很显然，这是两个对立的模式，美国是“去商品化”程度最低的典型，而瑞典则是去商品化程度最高的案例。

去商品化的研究方法来自上世纪 90 年代初丹麦福利经济学家艾斯平-安德森，它衡量的是社会成员独立于福利制度之外从市场上可以获得福利多寡的程度，具体方法是他把包括医保在内的诸多福利因素分解为具有可比性的 18 个因

子，并据此对欧美发达国家予以打分，其结果是这些国家可以分为三组：第一组为非商品化得分高的国家，从最高的 39.1 分到最低的 31.1 分，它们分别是瑞典、挪威、丹麦、荷兰、比利时与奥地利；第二组得分居中，从 29.8 分到 24.1 分，这些国家是瑞士、芬兰、德国、法国、日本和意大利；第三组是去商品化得分最低的国家，从 23.4 分到 13 分，他们是英国、爱尔兰、加拿大、新西兰、美国和澳大利亚。

表 5 2012 年部分经济体医疗健康“去商品化”指数

指数组	经济体	指数得分	因子 1: 私人健康支出		因子 2: 私立医院床位数		因子 3: 公共医保覆盖人数	
			占 GDP	得分	占全国总量	得分	占总人口	得分
高指数组	丹麦	60.0	1.7	3	5.1	3	100.0	10.00
	挪威	60.0	1.5	3	9.2	3	100.0	10.00
	英国	60.0	1.6	3	0.0	3	100.0	10.00
	芬兰	50.0	2.3	2	4.0	3	100.0	10.00
	爱尔兰	50.0	2.4	2	2.9	3	100.0	10.00
	新西兰	50.0	1.7	3	38.4	2	100.0	10.00
	中国香港	50.0	2.6	2	10.8	3	100.0	10.00
中指数组	澳大利亚	40.0	2.8	2	30.4	2	100.0	10.00
	法国	40.0	2.6	2	36.6	2	99.9	9.99
	意大利	40.0	2.1	2	31.7	2	100.0	10.00
	日本	40.0	1.7	3	73.5	1	100.0	10.00
	瑞典	40.0	1.9	2	36.7	2	100.0	10.00
	新加坡	40.0	2.6	2	27.5	2	100.0	10.00
	马来西亚	40.0	2.0	2	23.6	2	100.0	10.00
	比利时	39.8	2.7	2	62.3	2	99.5	9.95
	奥地利	39.6	2.5	2	28.5	2	99.0	9.90
	荷兰	39.5	1.7	3	100.0	1	98.8	9.88
低指数组	德国	35.7	2.7	2	59.3	2	89.2	8.92
	加拿大	30.0	3.3	1	38.4	2	100.0	10.00
	瑞士	30.0	4.6	1	38.4	2	100.0	10.00
	南非	30.0	2.9	2	85.5	1	100.0	10.00
	中国台湾	29.5	2.9	2	66.4	1	98.3	9.83
	美国	5.3	9.2	1	74.2	1	26.4	2.64

资料来源: Sam Yu(Hong Kong Baptist University), Contribution of Health Care Decommodification Index to the Analysis of the Marginalisation of East Asian Countries in Comparative Welfare Studies, Development and Society, Volume 41, No.2, Dec. 2012, pp.260-261, table 1 and table 2.

注: 经济体排名以非商品化“指数得分”降序排列; “私人健康支出”指“个人自付+商业保险”。

在去商品化的诸多因子中, 如果将医疗卫生费用支出结构细分为 3 个因子即

私人健康支出占 GDP 比例、私立医院床位数占全国总量比例、公共医保制度覆盖人数占总人口比例（见表 5），就更加一目了然：医疗健康体系的去商品化得分超过 50 分为高指数组，50 分至 30 分为中指数组，30 分以下为低指数组，这三个档次的组别代表着去商品化程度高、中、低。

在过去几十年里，世界各国的改革潮流具有趋同化趋势，即高组国家倾向于降低去商品化的分数和不断引入市场因素的取向，而低组国家的倾向是提高去商品化分数和提高国家的干预力度，即高组和低组均具有向中组“靠拢”的趋同趋势。

很显然，就这 3 个因子得分水平而言，中国应处于高组的位置，其改革取向应是降低去商品化因素，而不是相反。因此，在筹资水平和个人自付比例既定的情况下，商业保险的比重应该予以提高，换言之，在筹资水平略有提高和降低个人自付比例的预期中，提高商业保险的比重更应放在政策优先的地位。

（四）从筹资结构看，我国提升公共筹资比例的空间有限，发展商业保险迫在眉睫

笔者之所以挑选不同收入水平组的国家和不同去商品化程度的国家进行比较，旨在考察我国卫生健康筹资结构中“公共筹资”的上限或说政府责任的边界，以此探究降低“个人自付”的预期和“商业保险”的发展空间。由此可看出，我国卫生健康的筹资结构有如下三个特点：

第一，公共筹资比重已超过很多发达国家。由表 6 可知：中国卫生健康和医疗保障的公共筹资比重为 68%，已超过 OECD 成员国和高收入国家组 6 个百分点，超出美国 18 个百分点，而这些国家的人均 GDP 却高出中国 3~4 倍；中国的人均 GDP 水平与俄罗斯、上中等收入国家组处于同一量级，但公共筹资水平却超出 10 个百分点左右；中国的筹资水平与欧盟、加拿大只相差 5 个百分点左右，与英国和德国只相差 10 个百分点左右。这说明，中国卫生健康公共筹资比重的提升空间已经很小。

第二，个人自付比例还有很大下降空间。表 6 的数据显示，从以人均 GDP 为衡量指标的经济发展水平看，中国人均 GDP 为 1 万美元左右，28% 的个人自付比例较为适当，既明显低于俄罗斯和上中等收入国家组，又高于世界平均水平。除法国和美国以外，高收入国家、欧盟成员国的个人自付比例主要集中在

13%~15%之间，中国的人均经济发展水平与这些国家相比存在较大差距。20%左右的个人自付比例将是长期内的一个参照基准，这是因为，中国还有几十年漫长的路，面对个人自付比例 10 个百分点左右的下降空间。对此，决策部门需掌握好节奏。

第三，商业保险比重在筹资结构中享有广阔的发展空间。中国的商业健康险仅占筹资结构的 4%，大大低于绝大部分发达国家，甚至低于低收入国家组和世界平均水平。当然，由于统计的局限性，慈善捐助、网络互助等健康保障筹资方式未被纳入考量，“商业保险”的筹资比重有些被低估。

表 6 典型国家的卫生健康筹资水平与筹资结构

项目分类		筹资水平（保障水平）			筹资结构（支出构成）		
		人均 GDP (美元)	卫生健康支出占 GDP 的比重 (%)	人均卫生健康支出 (美元)	公共筹资 (%)	个人自付 (%)	商业保险 (%)
中国		10006	6.6	677	68	28	4
北美	美国	62795	16.9	10623	50	11	39
	加拿大	46233	10.8	4995	73	15	12
亚洲	日本	39290	11.0	4267	84	13	3
	韩国	31363	7.6	2543	58	33	9
	印度	2010	3.6	73	27	63	10
欧洲大陆	德国	47603	11.5	5472	78	13	9
	法国	41463	11.3	4690	73	9	18
英国		42944	10.0	4315	79	13	8
俄罗斯		11289	5.3	609	59	38	3
北欧	瑞典	54608	10.9	5982	85	14	1
	丹麦	61350	10.1	6217	84	14	2
OECD 成员国		40410	8.7	4900	62	14	24
欧盟成员国		36570	-	3525	74	16	10
低收入国家		834	-	36	21	44	35
下中等收入国家		2217	-	87	33	56	11
上中等收入国家		9025	-	486	55	33	12
高收入国家		44787	-	5562	62	14	24
世界平均		11312	-	1111	60	18	22

资料来源:

1. 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2019 年中国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. [2020-06-06]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>.
2. 中国银行保险监督管理委员会 2019 年保险业经营情况表 [EB/OL]. [2020-01-22]. <http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=887993&itemId=954&generaltype=0>.

3.其他国家的“人均GDP”、“人均卫生健康支出”、“公共筹资”和“个人自付”引自世界银行官网, <https://api.worldbank.org/v2/en/indicator>

4.“卫生健康支出占GDP”引自OECD官网, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

说明:

1. 中国数据的统计时间为2019年,其他国家为2018年。
2. 中国公共筹资包括政府支出和社会卫生支出。但根据《中国统计年鉴》给出的定义,社会卫生支出包括商业健康保险,故在计算公共筹资比重时要减去社会卫生支出中商业健康保险的比重。
3. 外国公共筹资包括财政支出和社会医疗保险支出。商业保险占比(含慈善等)=100%-公共筹资占比-个人自付占比。

(五) 待遇清单制度为商业保险和多层次医疗保障框定了发展空间

作为中国医疗保障三个筹资主体之一的商业保险出现“短板”,意味着筹资结构的失衡和多层次医疗保障筹资体系的失衡。表6显示,中国卫生健康68%的公共筹资比例已经很高,在“十四五”开局之年实行待遇清单制度显得非常及时和必要。其现实意义在于“倒逼”自付比例降低和商业保险比例提高,使二者形成“置换”关系;其深远意义在于守住公共筹资边界和基本医保制度的底线,厘清政府与市场的界限,框定多层次保障体系的架构,留足商业健康保险的发展空间。换言之,未来十几年里,不是大力发展商业健康险,就是加大财政负担,否则,个人自付比例难以明显下调。

根据历年《保险业经营情况表》和《我国卫生健康事业发展统计公报》,近些年来,中国商业健康保险发展迅速,保费收入从2013年的1123亿元提高到2020年的8173亿元,赔付支出从411亿元提高到2921亿元,保费收入和赔付支出均提高了6倍。2013—2020年赔付支出在筹资结构中的比例持续提高,依次是1.3%、1.6%、1.9%、2.2%、2.5%、3.0%和3.6%和4.0%。但与其他筹资方式占比仍存在较大差距。在降低个人自费比例的同时,如果商业健康险不能及时“替补”上去,公共筹资比例就将面临不得不扩张的巨大压力。相反,假定将2020年的68%作为公共筹资占比的基准,并假定个人自费支付比例设定为18%,剩下14%左右的占比“真空”就需由商业健康险予以填补。按照2020年数据计算,商业健康险赔付支出规模应为6500亿元左右。

实行待遇清单制度的难点是,对地方扩大支出范围和提高支出标准的“冲动”的约束效果,取决于中央与地方的博弈。“十四五”期间贯彻落实待遇清单制度的首要任务是统一筹资政策。如前所述,地区间职工医保的企业缴费率和筹资水平差异很大,这成为生产要素(劳动、资本、技术等)非中性流动的影响因素和

违反待遇清单制度的“经济基础”。进一步讲，筹资政策之所以存在地区差异，主要根源在于医保基金统筹层次太低。因此，全面贯彻落实待遇清单制度客观上需要尽快提高统筹层次。2021年2月国家医疗保障局印发的《2021年医疗保障工作要点的通知》（医保发〔2021〕12号）除了要求推动落实待遇清单制度中关于规范决策权限、逐步清理规范与清单不相符的政策等措施以外，还着重强调要“推进全面落实基本医疗保险市级统筹，推动省级统筹”。这既是“十四五”开局之年落实待遇清单制度的需要，也是贯彻落实“十四五”规划纲要提出的“做实基本医疗保险市级统筹，推动省级统筹”的重要体现。

此外，“十四五”期间实行待遇清单制度还为引入精算技术提出了客观要求。从长期看，建立医保精算报告制度是决策科学化和提高医保制度财务可持续性的基础性工作。

五、政策评价与改革建议

“十四五”规划纲要提出的健全可持续筹资和待遇调整机制、完善缴费参保政策、实行待遇清单制度三项改革，对增强医保制度长期可持续性意义重大。首先，“十四五”规划纲要提出的这三项改革是中国医保制度长期的基础性制度建设的内容。这三项改革肇始于“十四五”，但中远期“盯住”的却是2035年甚至2050年的医保制度可持续性目标。其次，这三项改革的难易程度不同，应渐次展开。实行待遇清单制度在“十四五”开局之年即付诸实施，提高个人缴费比例的筹资政策应在“十四五”期间落地，而完善职工医保退休人员的缴费参保政策应在“十四五”期间进行顶层设计，待未来外部条件成熟时全面实施。再次，这三项改革是提高可持续性的一揽子设计，其底层逻辑非常缜密。实行待遇清单制度是立体层面的改革，旨在促进发展多层次医疗保障体系，而健全可持续筹资和待遇调整机制、完善缴费参保政策则是医保制度参数调整的两个侧面，二者互为前提，相辅相成。最后，在这三项改革中，提高个人缴费比例和调整缴费公式是基础。如果个人缴费比例过低，实施职工医保退休人员的缴费政策就难以达到预期效果。也就是说，提高个人缴费比例在前，实施退休人员缴费政策在后，这样可为降低企业缴费打下基础。综上，本文对“十四五”期间三项改革提出如下政策建议。

（一）执行医疗保障待遇清单制度应注意的若干问题

2020年1月，中国银保监会等13个部委联合印发的《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》在第一条“扩大商业健康保险供给”中明确提出：“力争到2025年，商业健康保险市场规模超过2万亿元，成为医疗保障体系的重要组成部分。”根据目前我国商业健康保险发展状况，其年均赔付率在36%左右，据此推算，2万亿元的保费收入规模下，其赔付支出规模应达到7200亿元左右，这就意味着，随着总体筹资水平的提高，在公共筹资比重基本保持不变的条件下，“十四五”期间个人自费支出比例的降幅还有几个百分点的预期。这就要求商业健康险保费收入在“十四五”期间年均增速要达到20%。虽然“十三五”期间商业健康险保费收入年均增速高达29%，但随着保费收入规模基数不断提高，“十四五”期间要达到年均增速20%还是有一定难度的，尤其是2021年上半年商业健康险保费收入出现的巨大滑坡为，更是“十四五”期间实现20%的年均增速带来巨大挑战。因此，“十四五”期间应鼓励商业保险机构提供包括医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，以适应不同层次消费者需求，努力实现2万亿元市场规模的目标。

除大力发展商业健康保险外，建议“十四五”时期乃至今后一个历史阶段应至少做好以下几个配套工作：

第一，筹资结构的调整要与筹资水平的提升相配合。守住筹资结构中的公共筹资比例与提高筹资水平（即医疗卫生保障费用总支出的GDP占比）是两回事。我国筹资水平还有一定的提升空间，但并不意味着对公共筹资比重的放宽；在大力发展商业健康保险的同时，筹资水平的逐步提升要主动与个人自付比例的逐渐降低相配合。

第二，筹资水平的稳步提升并不意味着必然要改变筹资结构。筹资水平表达的是尽力而为、量力而行，是与经济发展水平是否相适应的问题；而筹资结构体现的则是对医疗健康保障模式的追求，是对政府、个人和市场关系的理念和价值观的反映，从某个角度讲是实行待遇清单中厘清相关边界的问题。要处理好医疗保障健康支出的GDP占比与公共筹资在筹资结构中的占比之间的关系。

第三，实行待遇清单制度要防止出现反弹。实施待遇清单制度的目的是有效控制公共筹资的比重，在统筹层次较低条件下，待遇清单制度的贯彻落实在博

弈中有可能打折扣甚至出现反复或反弹，这是一项很艰巨的任务，对此要有工作预案。

第四，严格实行待遇清单制度为发展商业保险创造了机遇。发展多层次医疗保障制度体系应抓住实行待遇清单制度这个历史机遇，乘势而上，实行“无缝衔接”，在公共筹资比重基本保持不变的情况下为降低个人自费支付比例做出贡献。

（二）调整关于居民医保与职工医保缴费比例和公式的政策和策略

第一，调整缴费比例和公式均有据可依。调整居民医保和职工医保缴费比例和公式是有据可依的。3号文明确规定：“逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制。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”。44号文的规定是：“随着经济发展，用人单位和职工缴费率可作相应调整”。

第二，调整缴费比例和公式有利于企业减负。从企业减负的角度看，降低企业缴纳社会保险费是大趋势，建立轻税型社会保险制度是长期制度安排。欧洲式的福利国家“高税收高福利”模式显然不适合中国，向1:1的缴费比例和公式过渡可降低企业负担。例如，在目前职工医保总缴费率9.2%和保障水平基本不变的条件下，如果最终能实现“平分”的缴费比例和公式“ $9.2\%=4.6\%+4.6\%$ ”的话，可使企业缴费率降低2.5个百分点（ $7.2\%-4.6\%$ ）。按照2020年情况计算，费率调整可为全国企业减负3000亿元左右；如果根据大多数国家医疗保险制度的实践和管理经验，对当期基金结余增速适当控制，可将总缴费率降至8%（即采取 $4.0\%+4.0\%$ 的比例和公式），由此企业减负总规模将达4000亿元左右。对居民医保来说，仍以2019年为例，如保持其总筹资水平4.9%不变，财政补助和个人缴费的比例过渡到1:1之后，即采用“ $2.45\%+2.45\%$ ”的缴费公式，则财政补助可降低近一个百分点，财政支出大约减少1700亿元。

第三，调整缴费比例和公式的策略与步骤。学习出版社和党建读物出版社于2020年11月联合出版的《党的十九届五中全会〈建议〉学习辅导百问》指出：“企业职工基本医疗保险统筹基金预计在2024年出现累计赤字”^①。调整个人缴费比例和缴费公式是健全医保制度可持续筹资机制和夯实职工医保制度的一项基础工作，“十四五”规划纲要提出这个问题非常及时，对此，应制订一个顶层设计，

^① 编写组编著：《党的十九届五中全会〈建议〉学习辅导百问》，学习出版社、党建读物出版社，2020年11月，第186页。

有步骤和有计划地推进这项改革。

一是职工医保的缴费比例和公式的调整应以做实费基为前提。众所周知，多年来，五项社会保险缴费基数不实，“名义费率”很高，但实际费率很低，例如，2019 年之前养老保险名义费率 28%，但据笔者测算只有 15.8%^①，据此推算，职工医保的名义费率虽然全国平均为 9%，但实际费率大约仅为 5%-6%左右。2018 年 8 月至 11 月社会保险费征收体制改革时中央一再强调不增加缴费负担，并承诺在做实费基之后适当降低费率。否则，做实费基之后“名义费率”与实际费率“重合”为一个费率，必将增加企业和职工的缴费负担。反过来讲，要想调整缴费比例和公式，就必须要先做实费基。换言之，做实费基是调整费率和公式的先决条件。

二是职工医保做实费基后单位缴费率与职工缴费率同时下降。在下降的过程中，单位缴费率下降幅度和节奏稍快一些，职工缴费率下降幅度稍慢一些，随着时间的推移，逐渐“拉平”并过渡到 1:1。由此看来，职工医保缴费比例和公式的调整是一个过程，同时也是一个一揽子工程，二者需要密切配合，无缝衔接，有一个完整的顶层设计。社会保险费征收体制改革为做实费基打下了基础，在“十四五”期间应先解决做实费基的难题。如前所述，“十四五”规划纲要提出的一些改革任务“盯住”的是 2035 年“中远期”甚至是 2050 年医保制度可持续性的目标。在“十四五”期间完成做实费基之后，力争在 2035 年之前完成职工医保缴费比例和公式的调整任务。

三是居民医保和职工医保的缴费比例和公式调整可同步启动。尽管与职工医保相比，居民医保个人缴费比例相差不是很大，而职工医保的个人缴费比例相差悬殊，但为减少改革阻力并考虑到两个制度的公平性，建议两个制度最好同步改革。当然，在有条件的地区和省市，居民医保缴费比例和公式的调整可先行试点。

四是无论职工医保还是居民医保，缴费比例和公式的调整均应实施渐进式的过渡政策，小步调整，分散在若干年里逐渐向 1:1 靠拢，逐渐拉近缴费比例间的差距，对贫困家庭可采取医疗救助的方式予以解决，尤其对农村地区贫困家庭来说，这项工作尤为重要。

五是根据不同地区的经济发展水平，在中央政府制定的统一比例框架内，地

^①郑秉文：《社会保险费“流失”估算与深层原因分析——从税务部门征费谈起》，载《国家行政学院学报》期刊，2018 年第 6 期，第 12-20 页。

方可因地制宜，留有一定的过渡空间，具体由地方政府决定。

第六，缴费比例和公式调整到 1:1 达标之后，应实行个人缴费与社会平均工资（居民医保与可支配收入）增长的指数化挂钩机制，实施年度动态调整。

第四，调整缴费比例和公式是医保制度改革的一项长期制度安排。在供给侧结构性改革中，调整医保制度的缴费比例和公式是医保制度为企业减税降费所做的一项实质性贡献，也是“十四五”时期为提高医保制度财务可持续性和公平性做出的长期贡献。“十四五”时期健全医保筹资机制作为一项重要工作应尽快研究制定调整两个医保制度缴费比例和公式的方案，在“十四五”时期完成这项改革。

（三）调整职工医保退休人员缴费政策的约束条件及相关法律修订的紧迫性

退休人员是否具备缴费能力是职工医保向“终生缴费型”模式过渡的一个重要前提。从替代率水平看，我国职工医保制度下的退休人员收入水平和退休收入结构在过去二十多年里发生了很大变化，职工养老金连续 17 年上调，退休人员的实际社会平均替代率多年来维持在 44%-46% 区间^①。这个替代率水平在发达国家里处于中等水平，奥地利、丹麦、芬兰、法国、意大利、卢森堡、荷兰、葡萄牙和西班牙等国家替代率高于中国，但美国、英国、加拿大、瑞士、日本、韩国、爱尔兰和德国等国家的替代率低于中国^②。这里要特别指出的是，加拿大养老保障制度大致可分四个支柱：分别是零支柱的老年保障计划（OAS），第一支柱的加拿大养老金计划（CPP/QPP），第二支柱的注册养老金计划（RPPs），第三支柱的注册退休储蓄计划（RRSPs）；其中前两个部分面向全体人群。加拿大退休人员从零支柱获得的养老金替代率仅为 15%，从第一支柱获得的替代率仅为 25%^③，两者合计后仍低于我国的替代率水平，且如前所述，一般税收的医疗健康保障费用筹资方式下，退休人员仍需对所有收入缴纳个税，所以与部分发达国家相比，我国职工医保退休人员的养老金替代率水平具备继续缴费参保的能力。

为稳妥推进职工医保退休人员缴费参保政策的调整，笔者提出五方面具体建

^①郑秉文. 社会保险费“流失”估算与深层原因分析——从税务部门征费谈起[J]. 国家行政学院学报, 2018 (6): 12-20

^② OECD. Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators[M]. Paris: OECD Publishing, 2017:101.

^③郑秉文. 加拿大养老金“DB 型部分积累制”新范式 20 年回望与评估——降低养老保险费率的一个创举[J]. 经济社会体制比较, 2017 年 (6): 87-117.

议。

第一，实行老人老办法，中人中办法，新人新办法。为衔接好现有的缴费参保政策，应划出三个年龄段人群，实施差别过渡的渐进式改革策略，最大限度地实现缴费参保政策改革的无缝衔接，减少社会震动。

第二，对职工医保退休人员中的特殊困难群体制订专门补贴政策。在居民医保制度中，很多地区做出规定，享受最低生活保障或纳入特困人员救助供养范围的人群、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人等群体所需个人缴费部分由政府给予补贴。职工医保退休人员中的特殊困难群体可参照居民医保的做法，对特殊困难的退休人员个人缴费制订相应的补贴制度。

第三，与延迟法定退休年龄相衔接。《十四五规划》提出逐步延迟法定退休年龄，在制定医保缴费参保政策时可与退休制度调整有效衔接起来，二者统筹安排，最大限度实行平稳过渡。虽然社会舆论普遍认为延迟退休这项改革举措针对的主要是养老保险制度，但对提高职工医保制度的财务可持续性也将大有裨益。所不同的是，延迟法定退休年龄之后，对养老保险而言，其缴费收入的增加远没有其基金支出的减少更为明显，但对职工医保来说，从理论上讲延迟退休对医保缴费收入的影响要大于对医保基金支出的影响，延迟退休后缴费收入的明显增加将会提高职工医保的财务可持续性。

第四，尽快修订《中华人民共和国社会保险法》（以下简称《社会保险法》）^①。2011年实施的《社会保险法》对退休人员不缴费作出了明确规定：“参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照国家规定享受基本医疗保险待遇；未达到国家规定年限的，可以缴费至国家规定年限”，这是调整职工医保缴费政策时面临的最大障碍，也应是《医疗保障法（征求意见稿）》没有涉及缴费政策的主要原因之一。《社会保险法》已实施10年整，很多条款规定已显得不再适用，甚至有些内容已对诸项社会保险改革形成了障碍，应尽快推动修法，推动各项社保改革进程。

第五，在未来修订《医疗保障法》时应将“医保缴费参保政策”改革内容纳入进来。《医疗保障法（征求意见稿）》刚公布并截止征求意见，由此推断，《医疗保障法》正式出台的时间将先于《社会保险法》的修订。从目前《医疗保障法

^①全国人民代表大会常务委员会在2018年对2011年实施的《社会保险法》进行过一次修订。

（征求意见稿）》覆盖的范围和国家医保局负责的主要工作范畴来看，职工医保、居民医保、生育保险和长期护理保险等在未来修订《社会保险法》时或将从中被“独立”出去，而《社会保险法》或将只覆盖由人力资源社会保障部负责的养老保险、失业保险和工伤保险等。这样，“十四五”期间就应同时酝酿对《社会保险法》的修订和对《医疗保障法》（届时早已出台）的修订，通盘考虑修订“两法”时的顶层制度设计，把医保缴费参保政策中职工医保缴费模式一揽子改革方案纳入《医疗保障法》的修订案之中。

主要参考文献：

林双林. 大国财税改革：构建普惠式增长的基石[M]. 北京：北京大学出版社，2020.

楼继伟. 建立更加公平更可持续性的社会保障制度（学习贯彻党的十八届五中全会精神）[N]. 人民日报，2015-12-16（007）.

牛妞. “职工医保退休人员缴费政策”有违财政公平[N]. 财会信报，2016-01-04（A02）.

王鼎，徐立丽，李扬，崔垚. 政府与退休人员在职工医保缴费行为中的博弈分析[J]. 当代经济，2016（9）：116-118.

习近平. 当前改革都是“难啃的硬骨头” [2013-10-07]. http://www.xinhuanet.com/politics/2013-10/07/c_117609154.htm.

郑秉文. 社会保险费“流失”估算与深层原因分析——从税务部门征费谈起[J]. 国家行政学院学报，2018（6）：12-20.

郑秉文. 加拿大养老金“DB型部分积累制”新范式20年回望与评估——降低养老保险费率的一个创举[J]. 经济社会体制比较，2017年（6）：87-117.

周东旭. 为什么必须重提“医改”——专访中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文[J]. 中国改革，2016（5）：8-14.

C. David Naylor, Andrew Boozary and Owen Adams, Canadian federal - provincial/territorial funding of universal health care: fraught history, uncertain future, CMAJ(加拿大医学协会期刊) November 09, 2020, <https://www.cmaj.ca/content/192/45/E1408>

CMS, _

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical> 2021年3月31日访问

Helen McKenna, Phoebe Dunn, Emily Northern, Tom Buckley, How Health Care is Funded, 23 March

2017, <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>, 2021年3月31日访问。

OECD. Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators[M]. Paris : OECD Publishing, 2017:101.

WHO. Global Spending on Health: A World in Transition. Geneva: World Health Organization, 2019:

6. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>

中文网站:

国家医疗保障局官网

国家统计局官网

国家卫健委官网

人社部官网

中国银保监会官网

英文网站:

OECD, Revenues of Healthcare Financing Schemes

Centers for Medicare & Medicaid Services, USA

声 明：

中国社会科学院世界社保研究中心(简称“世界社保研究中心”)英文为 The Centre for International Social Security Studies at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 CISS CASS, 成立于 2010 年 5 月, 是中国社会科学院设立的一个院级非实体性学术研究机构, 旨在为中国社会保障的制度建设、政策制定、理论研究提供智力支持, 努力成为社会保障专业领域国内一流和国际知名的政策型和研究型智库。

中国社会科学院社会保障实验室(简称“社会保障实验室”)英文为 The Social Security Laboratory at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 SSL CASS, 成立于 2012 年 5 月, 是我院第一所院本级实验室。“社会保障实验室”依托我院现有社会保障研究资源和人才队伍, 由“世界社保研究中心”直接领导, 日常业务运作由“世界社保研究中心”管理, 首席专家由“世界社保研究中心”主任郑秉文担任。

“社会保障实验室”于 2013 年 2 月开始发布《快讯》和《工作论文》两项产品。其中, 《快讯》产品版权为“社会保障实验室”所有, 未经“社会保障实验室”许可, 任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、上网和刊登, 如需使用, 须提前联系“社会保障实验室”并征得该实验室同意, 否则, “社会保障实验室”保留法律追责权利; 《工作论文》版权为作者所有, 未经作者许可, 任何机构或个人不得以抄袭、复制、上网和刊登, 如需引用作者观点, 可注明出处。否则, 作者保留法律追责权利。

如需订阅或退订《快讯》和《工作论文》, 请发送电子邮件至: cisscass@cass.org.cn。

地址：北京东城区张自忠路 3 号院东院北楼。

电话：(010) 84083506

传真：(010) 84083506

网址：www.cisscass.org

Email: cisscass@cass.org.cn

联系人：董玉齐