

中国人文社会科学核心期刊
全国经济类核心期刊
中文社会科学引文索引 (CSSCI) 来源期刊

JOESS

经济社会体制比较

Comparative Economic & Social Systems

2010 年 总第 148 期 第 2 期

黄奇帆 世界是可以重组的

郭鸿懋 中国城市经济学研究三十年的梳理与思考

H.V. 萨维奇 保罗·坎特 全球化时代的城市战略

罗伯特·W. 福格尔 2040年的世界经济发展前景

彼得·拉特兰 后社会主义国家与新的发展模式的变化

贾根良 美国学派与美国的工业化

尼古拉斯·巴尔 彼得·戴尔蒙德 再论养老金制度改革

刘军强 中国如何实现全民医保?

刘春兴 林震 等 美国应对生物入侵立法的历史及其启示

经济社会体制比较

COMPARATIVE
ECONOMIC &
SOCIAL SYSTEMS

<http://www.bijiao.net.cn>
E-mail: bijiao2008@126.com

ISSN 1003-3947



主管：中央编译局

编辑出版：经济社会体制比较编辑部

订阅处：全国各地邮局

国外发行：中国国际图书贸易总公司

电话：(010)66509504/402/422/518

主办：当代马克思主义研究所

地址：100032 北京市西城区西斜街36号

零售处：经济社会体制比较编辑部邮购组

邮发代号：82-732

京西工商广字 0076

ISSN 1003-3947 CN 11-1591/F

定价：16.00 元

比较开眼界 比较长知识 比较启智慧 比较出真理

目 录

世界是可以重组的 黄奇帆(1)

· 城市与区域经济 ·

作为空间经济学分支的城市经济学研究

——中国城市经济学研究三十年的梳理与思考 郭鸿懋(5)

中国城镇集群的空间演化逻辑与制度保障体系 陆军(15)

全球化时代的城市战略

——跨国比较研究 H. V. 萨维奇 保罗·坎特(23)

转变发展方式,推进“二次”改革

——山西省左权县发展生态庄园经济的实践总结 谢训华等(33)

· 国别比较 ·

2040 年的世界经济发展前景

——兼对中国和印度预测的解释 罗伯特·W. 福格尔(38)

美国学派与美国的工业化:经验教训与启示 贾根良(44)

对俄罗斯经济转轨若干重要问题的看法 陆南泉(50)

后社会主义国家与新的发展模式的变化:俄罗斯与中国的比较 彼得·拉特兰(60)

东亚的发展型国家:中日经验比较 马克·比森(69)

欧美智库比较及对中国智库发展的启示 许共城(77)

· 社会保障体制 ·

再论养老金制度改革

- 分析原则、分析错误及其政策意义 尼古拉斯·巴尔 彼得·戴尔蒙德(84)
- 名义账户制与中国养老保险改革:路径选择和挑战 郑伟 袁新钊(96)
- 法国社会保障制度改革及其启示 李姿姿(108)
- 中国如何实现全民医保?

- 社会医疗保险制度发展的影响因素研究 刘军强(115)
- 劳动力市场变化与中国的社会养老保障制度改革

- 基于对养老保障制度的历史考察 张士斌(123)

· 规制理论与实践 ·

- 规制经济研究中的政策偏好与现实反差 白让让(131)

我国征信管理从“划桨”转向“掌舵”,抑或两者兼之?

- 兼议《征信管理条例》(征求意见稿) 曹军新(138)
- 中国转型的微观机理研究:基于地方政府规制企业的视角 曲亮 刘铎(144)
- 电信规制改革的国际比较 刘轩(155)
- 美国应对生物入侵立法的历史及其启示 刘春兴 林震 温俊宝 骆有庆(161)

· 比较论坛 ·

- 企业战略关系研究:基于博弈论的理性思考 汪长江(167)
- 美、日汽车工业技术联盟比较与中国汽车工业自主创新 郑晓奋(171)
- 企业收入分配的“四位一体”公式:一种企业产权依据 李全伦(176)
- 金融危机冲击下的民营企业国际化模式转型

- 基于温州企业的分析 何守超(184)

· 文献与会议综述 ·

- 中国企业对外直接投资动因和区位的国外研究述评 黄保东(189)
- 转型经济学行将消失、暂时存在还是具有持久的生命力
- 转型经济研究新进展与学科建设研讨会综述 白千文(195)

中国如何实现全民医保?

——社会医疗保险制度发展的影响因素研究

刘军强

内容提要:社会医疗保险制度已经有上百年的发展历史,全世界有近 30 个国家籍此实现了全民医保,许多发展中国家也正在引进或实施这一制度。文章从主要国家发展社会医疗保险的过程中总结发展规律,认为影响其发展的因素可以归纳为四类,包括宏观经济社会背景、国家、政策对象、制度设计和运行等方面。如果中国要实现全民医保,应该借鉴他国经验,积极开展医保扩面工作。

关键词:全民医保 覆盖面 社会医疗保险 发展历史

2009年4月6日,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》正式公布,《意见》提出了2011年“基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民”的政策目标。从实践来看,在中国覆盖城乡的三大医保制度中,目前只有新型农村合作医疗制度(简称新农合)已经接近全面覆盖,城镇的两项制度均未能达到全面覆盖。其中,职工基本医疗保险制度(简称职工医保)1998年底实施,到2007年底覆盖率已经达到61%。而城镇居民基本医疗保险制度(简称居民医保)2007年才开始试点。要实现全民医保,扩大医保覆盖面是必由之路。本文从历史发展角度分析其他国家扩大覆盖面的经验,对中国的医保扩面进行思考,提出相应的政策建议。

一、社会医疗保险的概念区分与起源

社会医疗保险起源于19世纪末期的德国,随后,西方发达的资本主义国家陆续建立了社会医疗保险体制,第二次世界大战以后,发展中国家也开始采用这一体制。到目前为止,全世界已有27个国家通过社会医疗保险达到全民医保(Carrin & James, 2005)。例如,韩国在1977年开始实施社会医疗保险,到1990年,超过93%的韩国国民被保险覆盖(Kwon, 2009)。因为医保扩面是一个非常复杂的政策过程,涉及方方面面的利益,集结着各利益相关者的角力,扩面过程往往旷日持久。为达到全面覆盖,各国花费的时间各异(Carrin & James, 2005),其中,

作者简介:刘军强,博士,中山大学社会保障与社会政策研究所讲师,2009—2010年度加州大学富布赖特访问学者。

本文得到教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“中国社会政策的挑战与对策”(项目编号:08JJD840203)和中山大学“211工程”三期“行政改革与政府治理研究项目”的资助。

因篇幅所限,本文参考文献省略。有兴趣的读者,可与编辑部联系。

新农合的高覆盖率是政府财政资源大量注入的结果,其可持续性还有待观察(刘军强,2009)。

德国用了127年;奥地利79年;比利时118年;卢森堡72年;以色列84年;哥斯达黎加20年;日本36年;韩国用了26年。

(一)医保:医疗保障还是医疗保险?

“医保”作为简称容易引起人们的误解。它既可以当作医疗保障(Health Security或Health Protection),也可以当成医疗保险(Health Insurance)。但这完全是两个概念。即使是医疗保险,其内部又分为不同的类别。需要指出,并非所有医疗保障形式和医疗保险类别都涉及到扩大覆盖面的问题。

作为一个笼统的集合概念,医疗保障是指人们在获取医疗服务时被提供的各种保障措施,例如医疗保险、公费医疗、医疗救助等。医疗保险则是利用缴纳保险费的方式进行医疗筹资,借此获得医疗服务的一种医疗保障形式。可见,医疗保险包含在医疗保障之中。此外,医疗保险内部又分为若干类型,包括商业医疗保险(Voluntary Health Insurance)、社区保险(Community Health Insurance)、社会医疗保险(Social Health Insurance)和国家医疗保险(National Health Insurance)等(Lee, Chun, Lee & Seo, 2008)。商业医疗保险和社区保险一般是自愿性质,人们自行决定是否缴费参保。而社会医疗保险和国家医疗保险则属于强制性的,其不同之处在于社会医疗保险采用工资税(payroll tax)的方式征收保险费(通常由雇主和雇员按照工资的一定比例缴纳),其代表性国家是德国。保险费是通过设立专门机构从雇主和雇员中汲取而来。它从初期仅包含一小部分参保者到大多数人群参保的制度发展过程,就是本文所论及的扩大覆盖面的过程。与社会医疗保险不同,国家医疗保险是由国家税收直接支付保险费用,无需直接向参保者征收,因此它并没有扩面的问题,其代表性国家是加拿大。

综上所述,在医疗保障的各种形式中,社会医疗保险面临着扩面的问题。如无特殊说明,下文的医保特指社会医疗保险。

(二)社会医疗保险的起源

医疗保险起源于疾病风险及其给个人和家庭带来的健康、经济损失。虽然人群中疾病具有不确定性,但是发生的概率是可以测知的。如果人们将平时收入的一小部分集中起来汇成保险金,那么参加保险的人在生病时(往往是少数)就可以得到经济方面的补偿,而不至于陷入困顿乃至破产。因此,为了减少风险的冲击,人们设计了保险机制。

最初的医疗保险主要是商业保险。但是自愿性质的商业保险存在保险方和参保者因为信息不对称引起的双向“逆向选择”(Adverse Selection)问题。也就是说,保险方总是希望能够吸引健康的人参加,而把生病概率高的人排除出去,以减少医疗费用的补偿。而在参保方这边,健康的人往往不太需要参加保险,身体状况不好的人却倾向于参加保险。这样,参保者和保险公司的博弈很容易造成交易无法持续下去,形成健康的人不参保,想参保的人被拒绝的局面。此时,通常需要国家出面,通过法令设立或者委托一些保险机构来承担保险责任,规定社会成员必须参加。保险者和被保者不能随意挑选对方,因此可以形成稳定的风险分担机制。这就是强制性的社会医疗保险。

1883年6月15日,德皇威廉一世治下的俾斯麦政府颁布《疾病保险法》(Sickness Insurance Act),此后在1884年颁布《工伤保险法》(Accident Insurance Act),1889年又出台了《残疾

和老年保险法》(Invalidity and Old-Age Act),大规模强制性社会保险自此开始出现。这个制度最初主要是面向收入较低(年薪低于2000马克)的蓝领工人,因为他们很难在自愿性保险中获得保护。1885年,德国疾病保险覆盖11%的人口,到1910年,这一数字进一步增长到了30%(Barnighausen & Sauerbom, 2002)。在德国建立社会保险后,欧洲各国纷纷效仿。奥地利、挪威、比利时、法国、丹麦等国也采用了相似的制度。其中,英国首相劳合·乔治到德国进行考察,并于1911年建立了工人保险,规定年满16周岁而且每年收入低于160英镑的工人,由雇主为他们付保险金(每周三个便士),国家也给予补贴(每周两便士)。英国的社会医疗保险制度建立起来,直至第二次世界大战之后被国家卫生服务体系(NHS)取代(Klein, 2001)。到20世纪初,欧美主要资本主义国家都建立起社会医疗保险制度,覆盖人口都以百万计,美国社会医疗保险在工人中的覆盖率更是达到了33%(Murray, 2007)。尽管早期医疗保险的待遇并不太高(平均工资替代率为42%),但是这些制度终归是迈向更高医疗保障水平的努力。

二、社会医疗保险的发展逻辑

世界银行研究组根据肯尼亚、加纳、菲律宾、哥伦比亚、泰国等国实施社会医疗保险的经历归纳出了有利于社会医疗保险发展的因素,包括正规部门就业比例、工资水平、贫困人口比重、家庭规模、医疗服务提供网络、人力、行政资源和政府能力等(Hsiao & Shaw, 2007a: 1 - 20)。其他学者们的研究则发现经济发展程度、就业结构、劳动力市场情况、社会团结程度等因素对社会医疗保险的扩展有不可忽略的影响(Carrin & James, 2002)。在此,本文重新将这些因素归纳为四个方面:(1)社会经济发展背景;(2)国家意愿和能力;(3)政策对象;(4)制度设计与运行。这四个方面基本上囊括了医保发展所涉及背景、利益相关者,以及制度本身等因素,而且它们之间存在互动关系。

(一)社会经济发展背景

从宏观上看,社会医疗保险是工业革命以来社会经济变迁带来的结果。工业革命促使人口大规模地向城市迁移、向工业转移。城市化、工业化不仅改变了经济结构,也转变了人们的生活方式。可以说,经济发展、人口分布和结构以及社会团结程度作为宏观变量对社会医疗保险的发展起到了重要影响作用。

1. 经济发展。经济发展为社会医疗保险提供了可能性和必要性。现有的社会保险全民覆盖的国家几乎都是经济发达的西方国家。泰国虽是个例外,但它的人均国民生产总值也在2000美元以上,并不属于低收入国家。有学者甚至指出,人均国民生产总值是否超过6000美元是判断一个国家发展医保的条件是否成熟的经验法则之一(Hsiao & Shaw, 2007b: 158)。

概括而言,经济发展推动了工业化、城市化以及就业正规化,同时也增加了人们的生活风险,由此使得社会医疗保险变得可能而且必需。首先,经济发展使得工业在国民经济中的比重日益增大,直至成为主导产业。与农业相比,工业附加值大,是政府财政收入的主要来源。税收基础的扩大增加了政府收入,从而使得政府有资源推动社会医疗保险发展。其次,经济发展使得人口从农业转向工业和城市。与农业人口相比,工业从业人口便于登记和统计,而且相对集中。这为征收社会保险费用提供了极大的方便:工人的收入更容易调查统计,保险费用亦可以依托税务机关征收。通常,这一过程也被称为就业正规化。社会医疗保险在正规部门扩面的难度较小,而在非正规部门困难重重。再次,经济发展增加了个人收入,也提高了个人生活

风险(例如失业)。一方面,收入的增加使得普通人支付社会保险费的能力提高。另一方面,工业化过程中人们的收入日益依赖市场,失业、疾病等风险事件对个人、家庭生活的影响也日益突出。1827年法国的一封征兵报告就显示,来自工业化地区的新兵患有营养不良等疾病的概率要高于其他地区(Perrin, 1984)。这些因素使得人们开始需要社会保险机制来降低风险。

2. 人口分布和结构。社会医疗保险在人口密集的城市扩面要容易一些,尤其是跟人口稀疏的农村地区相比。如上文所述,城市化带来的人口集中实际上促进了社会医疗保险的发展。此外,人口结构,例如年龄结构、家庭规模,以及抚养比例都对社会医疗保险的发展有影响。老年人的比重越高,社会医疗保险运行的难度就越大。老年人一般没有收入,但他们却是医疗服务的主要使用者。此外,家庭规模和抚养比例越大,就业者所要承担的保险费用就会越高,会影响他们的参保意愿。如果不将参保者家属纳入保障范围,就会发生一人参保、全家看病的问题,社会医疗保险基金将受到骗保行为的侵蚀。

3. 社会团结程度。社会医疗保险的机制是通过大规模的参保人群来分散疾病风险对正常生活的冲击。风险的分担在各个阶层、种族、地区、年龄段之间进行,因此各社会群体之间的互信非常重要(Saltman & Dubois, 2004: 21 - 32)。如果各个社会群体之间互相敌对、冲突不断,连和谐共处都很困难,遑论建立互济性的社会保险。德国社会保险的建立就有赖于社会中长期存在的团结文化(Hinrichs, 1995)。而美国和非洲的经验研究均发现复杂的族群关系对福利和经济发展均有负面作用(Alesina, Baqir & Easterly, 1999; Easterly & Levine, 1997)。可见,种族、民族关系、阶层关系、政治历史传统造成的社会关系状况会影响社会医疗保险的发展。

(二)国家意愿和能力

社会医疗保险发展需要法律上的认可,也需要一整套管理保险的(机构、人力等)基础设施。而这些不可或缺的条件都依赖于国家的支持和投入。甚至在一定程度上,社会医疗保险的推行是国家行为。国家的政治意愿、国家能力和政策经验都影响着社会医疗保险的发展。

1. 政治意愿和政策优先设置。国家的资源是有限的。以财政资源为例,资金既可以用于制造大炮,也可以制造黄油,不同项目都在竞争财政资源。社会医疗保险获得的支持取决于其在国家政策优先设置(priority setting)中的位置,社会医疗保险的发展与政治体制密切相关(Rossignol, 2008)。

在民主体制下,选民的需求对社会医疗保险的发展有较大的发言权。如果穷人拥有选票,那么政治候选人往往会投穷人之所好,采纳有利于穷人的社会保险政策(Hsiao & Shaw, 2007a: 1 - 20)。例如,在2000—2001年的选举中,泰国泰爱泰党候选人他信以“30泰铢计划”吸引选票并成功当选。泰国的医保经过他信政府的努力,一举实现了全民覆盖(NaRanong & NaRanong, 2006; Damrongplasit & Melnick, 2009)。而在非民主体制下,决策者对形势的判断和政治需要影响着社会医疗保险的发展。例如,俾斯麦在建立世界上第一个社会保险体系时并不是出于人道目的,而是以此来消除工人们的社会主义运动(Zöllner, 1982: 10 - 17)。德国社会民主党和工会认识到俾斯麦的这一意图后,曾经激烈地反对过社会保险的实施。同样,在韩国,发展医保也是威权政府实现政治合法性的一个手段(Kwon, 2009)。

2. 国家能力。除了国家意愿,国家能力也制约着社会医疗保险的发展。国家能力有多个

在很多国家,参保者的家属是可以有医疗待遇的,但是参保者需要交更高的保险费。

维度 (Skocpol, 1985), 其中, 财政能力、行政能力和强制能力对医保发展有关键作用。

首先是财政能力。社会保险是资金密集型的政策, 尽管政府并不承担供款的主要责任, 但政府的财力在多个方面影响政策的执行和长远发展。政府需要建立机构、雇用工作人员以筹集保险金、管理基金、处理医疗费用补偿等事务。此外, 政府还需要出资补贴低收入者参加保险, 也需要补贴社会保险基金, 以确保其正常运作。

其次是行政能力。社会医疗保险也是一个技术密集型的政策, 其日常事务需要设立社会保险管理机构、招募专业人员进行系统化的管理。工作人员必须训练有素, 掌握记账、会计、精算、银行、信息处理、政策评估等技能 (Carrin & James, 2005)。政府能否建立起一套完善的社会保险管理机构极为关键。西方社会保险制度的建立就得益于近代金融保险、统计调查事业的发展。有了充足的专业人才储备, 政府可以抽调人力组建得力的管理机构。而发展中国家在发展社会保险过程中就曾因人力资源问题屡屡掣肘。比如, 加纳在发展社会医疗保险时就曾受限于人力资源的匮乏 (Hsiao, 2007: 21 - 41)。

再次是强制能力。政策的实施往往意味着利益的调整, 利益受损者往往会抵制政策的实施。国家会遇到许多的违规、抵制甚至搭便车行为。因此, 国家必须掌握一定的强制能力、手段, 以确保政策能够执行。在医保扩面和运行中, 违规行为极为常见: 拒不参保、隐瞒职工人数, 或者只给部分职工参保、隐瞒工资收入以减少保险费的缴纳、拖欠保险费等。因此, 国家的强制能力是克服政策障碍的保证, 社会医疗保险的强制性也因此得到体现。

3. 政策经验。德国的社会医疗保险并非凭空出现, 之前德国就已经有很长的自愿性保险发展经历 (Barnighausen & Sauerbom, 2002)。这些自愿性的保险不仅积累了现代社会保险所需要的会计技术和管理经验, 而且极大地影响了 1883 年后的社会保险模式。疾病基金 (Sickness Fund) 在 1883 年之前已经广泛存在, 保险金一般由雇主和雇员共同缴纳。甚至有的地区已经出现强制性保险, 积累了丰富的政策经验, 从而保证了德国的社会保险由此发端。

(三) 政策对象

政策是在国家与政策对象的互动中发展起来的。医保政策的主要对象包括雇主、劳动者、非正规就业/无业人员。对雇主与劳动者来说, 双方的力量对比、组织状态对政策结果产生影响。非正规就业/无业人员参保的情况则受到其收入水平、就业稳定性和制度设计的影响。

1. 雇主和劳动者关系。为了降低人力成本, 雇主一般倾向于不参保。但劳动者一般倾向于参加保险。这种对立的局面对谁有利呢? 这取决于一系列的因素: 首先, 劳动力市场状况影响社会医疗保险的实施。如果劳动力供大于求, 工人则倾向于获得工作优先, 而牺牲社会保险待遇。其次, 劳动者的利益保护机制也是一个很重要的变量, 例如工会组织状况 (Gruber & Krueger, 1990)、劳动争议仲裁机构的健全程度等。强大的工会有助于工人获得社会医疗保险待遇。总之, 雇主和劳动者的力量对比影响了劳动者参加保险的几率。

2. 非正规就业人员和无业人员。劳资关系和非正规就业的比例对医保发展有不可忽视的影响。为了让更多人获得医保, 正规部门的劳动者利益维护机制需要加强; 在非正规部门,

在社会保险项目中, 雇主和劳动者承担着主要的筹资责任。

最近的研究也表明在特定条件下, 雇主也倾向于为雇员参加保险 (Mares, 2003)。例如, 在风险较大的采矿业, 雇主会通过工伤保险来分担意外事故造成的经济赔偿。

更加灵活的制度和国家对低收入者的补贴则是就业不稳定者和无业者参保的条件。

社会保险的一个显著特征是以就业为基础,社会保险费按照工资的一定比例抽取,征收时需要系统的工资、就业信息。因此,就业不稳定和无业人员的医保问题是各国极为头疼的问题(Hsiao & Shaw, 2007b: 163 - 164; Chen, 2008)。Mesa-Lago (2008)对拉丁美洲国家的研究发现:非正规就业的比例越高,养老保险和医疗保险的覆盖率越低。这部分人群参保的问题在于:一方面,这部分人收入低、风险高,迫切需要社会保险的覆盖;另一方面,这部分人收入较低且不稳定,因此缴费能力较差;而且由于他们就业不稳定、流动性强,甚至没有工作,国家在向这部分人推行政策时成本极高。正因如此,非正规就业和无业人群基本上在各国都是最后被纳入医保覆盖范围。韩国在1977年就开始发展医保,但直到1986年政府才决定将自我雇佣者纳入医保范围(Kwon, 2009)。哥伦比亚为了解决非正规就业者、贫困人口 of 的参保问题,设立了补贴制度(Subsidized Regime),区别于针对正规就业、有支付能力人口的缴费制度(contributory regime)(Pinto & Hsiao, 2007: 105 - 132)。

(四)制度设计与运行

国家的努力体现为具体的制度设计和运行。制度设计包含很多技术细节,例如保险费征缴和管理(征缴比例、风险基金比例等)、医疗费用赔付比例(起付线、封顶线等)、医疗费用支付方式(Provider Payments)、机构设置(统筹层次、单一支付者还是多个支付者)等。

1. 财务可持续性。医保一般以年为单位结算,无需像养老保险那样进行基金积累,这降低了医保基金遭受通货膨胀的压力。但医保基金的财务可持续性仍然不可忽视。基金平衡取决于收入和支出的平衡。收入取决于征缴比例、征缴效率(是否能按时、足额征收保险费)。支出则取决于医疗费用赔付的比例和对医疗费用的支付方式。赔付比例和支付方式会对参保者和服务提供者产生不同的激励(Bamun, Kutzin & Saxenian, 1995; Jegers, Kesteloot, Graeve & Gilles, 2002)。此外,医保的统筹层次也影响财务的稳定性。较高的医保统筹层次意味着更多的参保者和更大的风险分担范围,基金的稳定性会随之改善。总之,发展社会医疗保险必须要考虑制度设计对财务可持续性的影响,否则行而不远。

2. 基金治理、透明程度。医保会集中起大量的资金,如果缺少透明的管理机构和有效的监督机构,基金会遭到来自管理者的贪污、挪用、拆解和来自参保者的骗保、欺诈等不法行为的侵蚀。肯尼亚的医保基金仅有22%是真正用在了医疗费用补偿上,25%耗费在行政成本上,53%花在了各类奢侈浪费的投资、建设工程上(Fraker & Hsiao, 2007: 46)。菲律宾的工作人员发现,有10%—20%的赔偿请求涉嫌欺诈(Jowett & Hsiao, 2007: 102)。这些违规行为不仅降低了基金的使用效率,而且会使广大的政策对象对医保制度产生信任危机。问题往往不在于有无监督机构,而在于监督机构是否有效。大体上各国的医保制度中都设有监督机构,并且会有账目公开、严惩违规行为的相关规定。但是核心在于监督机构是否独立。

3. 运作绩效、受益程度。医保制度的设计、运行最终体现为绩效。绩效至少可以从两方

除了这些技术上的问题,制度设计时“覆盖面”和“保障水平”之间的政策选择也会影响医保的发展。维持较低的水平有助于尽早扩大覆盖面,即低水平、广覆盖。反之亦然。

以赔付比例为例,它不仅直接影响医疗费用,而且会通过影响参保者的行为间接影响费用。过分慷慨的医疗赔付将会鼓励参保者去使用医疗服务,从而增加医疗费用。但是,如果对费用保险要求过严会影响参保者的参保意愿。

面考虑:其一,制度的管理费用占基金的比重,这反映了管理效率;其二,参保者的受益程度,具体体现为医疗费用的赔付比例、服务质量等。运转良好的医保制度会将管理费用控制在较低的水平,并且采取灵活的费用支付机制来控制医疗费用的上涨,激励医院提高服务质量,把钱花在刀刃上,让参保者获益。运转良好的医保制度会提高参保者的忠诚度,并且对未参保的人群形成吸引力。反之亦然。

总体上,宏观背景、政策制定者和执行者(国家)、政策对象和制度等四类因素之间相互影响。例如,经济发展程度影响政府的财政能力、就业结构等;人口结构会影响制度的财务可持续性;政策对象的参保意愿会受到制度设计和运行绩效的影响。

三、中国实现全民医保的必由之路

2005年5月,世界卫生组织在第68次会议上通过决议,倡导发展中国家发展社会医疗保险,为医疗卫生吸纳更多的资源,促进医疗服务对贫困人口的可及性(WHO, 2005)。越南、尼日利亚、坦桑尼亚、加纳等国家已经引入社会医疗保险。南非、津巴布韦、柬埔寨、老挝、马来西亚等国家正在考虑转向这种体制(Wagstaff, 2007)。社会医疗保险成为发展中国家扩大医疗保障的重点政策选择。结合以上分析来看,中国全民医保之路的实现,有赖于充分认识和解决好如下几个问题:

(一)作为中低收入国家之一,扩大保险覆盖面、让更多的人获得医疗保险也是中国当务之急

扩面的复杂性要求我们必须汲取其他国家社会医疗保险发展的经验,以顺利实现全民医保。从宏观背景看,中国急速的社会经济转型给医保发展带来了需求,也提供了条件。一方面,城市化、市场化的发展使得人们的生活风险上升、抵抗风险的能力下降,风险分担机制成为必需;另一方面,工业化的进行,经济的起飞产生了经济剩余,国家的财政实力日益充沛,发展医保的条件日趋成熟。

(二)目前,政府已经意识到发展医保的必要性,然而,国家能力尤其是行政能力和强制能力还需要提升

在单位制瓦解之后,中国需要建立一套超越单位体制的社会保险经办机构。目前,社会保险经办机构建设已经初见成效,但“小马拉大车”的问题仍然存在(杨燕绥, 2007)。尤其是新建不久的新农合和居民医保,其人员编制、经办机构、办公经费等还有很多工作要做。具体地说,这可以体现为三个方面:一是在强制能力方面,目前承担强制职能的劳动监察机构比较弱小(岳经纶、庄文嘉, 2009)。据统计,2005年全国仅有两万余名劳动监察员。极端如宁夏者,全区仅有5名劳动监察员(《中国劳动保障》编辑部, 2005)。而且社会保险仅是劳动监察众多工作内容中的一项,我们可以推算出目前的监察力量有多弱。劳动监察亟待加强,以体现社会保险的强制性,克服阻碍政策执行的因素。二是在政策对象方面,非正规就业领域的劳动者权益保护机制需要健全,以减少雇主的避保行为。所有制改革、人口流动等因素使得中国非正规就业人口大规模增加,对医保发展带来了挑战(Cook, 2008)。据估算,目前城镇的非正规就业人口已经占城镇就业人口的半数(胡鞍钢、赵黎, 2006)。因此,国家需要设计灵活的制度,充分考虑非正规就业者和无业者的收入水平、就业稳定性和流动性。对于低收入人群进行补贴可以帮助他们获得保险。保险在异地之间的可转移性也有待改善,以应付不断增加的劳动力流动。

三是在制度设计和运行方面,中国医保目前存在的一个问题是结余率过高(顾昕,2009)。从1993年到2007年,医保基金的结余率(累计结余/当年基金收入)竟然从30%上升到了110%。2008年第四次全国卫生服务调查结果显示,职工医保的住院费用报销比例为66.2%,居民医保为49.2%,新农合则低到34.6%(卫生部,2009)。考虑到医保基金并非累积性的保险类型,节节攀升、居高不下的基金结余率会损害制度的吸引力,进而影响到扩面的进度。因此,医保管理者需要在考虑人口结构变化的前提下,降低基金结余率。中国可以借鉴哥伦比亚的做法,抽取部分职工医保的沉淀资金来补贴城镇居民医保、充实医疗救助基金。不过鉴于职工医保、居民医保制度目前仍独立运作,这只能在两项制度合并之后才有可能。

(三)目前医保的统筹层次大多停留在县级水平,全国有7450多个社会保险统筹单位,由此带来不少消极后果

首先,参保者在不同地区间的转移受到很多限制。其次,低统筹层次意味着风险分担的范围较小,不利于基金的平稳运作。此外,基金安全也存在问题。由于社会保险基金被7450多个分散的管理主体掌握,监管成本极高。社会保险基金被挪用挤占的情况屡见不鲜。基于制度的可转移性、风险分担、管理效率、基金安全等各方面的考虑,社会保险各项目的统筹层次应该提高。以基金安全为例。2006年上海社保金案爆出,32亿社会保险金被违规拆借。2006年中国全年社保审计查出违规金额308亿(不含上海和西藏)。劳动保障部自1998年以来会同其他部委共进行过5次大检查,其中2000年的检查发现有170亿元社会保险基金被挤占挪用;2004年检查结果发现16个省份有挤占挪用问题。这些结果可以反映出社会保险基金被挪用的数额和波及范围都非常惊人。虽然跟社会保险经办机构相配套的基金监督机构早已设立,然而这种监管效果极为有限。集中式的政府部门内部监督形同“左手管右手”。目前的审计监督也基本上无效,有多起案件就恰恰发生在审计之后。鉴于中国社会保险基金的监管体系漏洞很多,政策制定者需要致力于建立独立、有效的基金监督机制。最后,目前的医保分属于三个不同的制度,彼此之间有重叠的部分,亟待协调和整合。例如,进城的农民工既可参加职工医保,又可参加新农合;个体营业人员既可参加职工医保,又可参加居民医保。因此为了提高制度运行的绩效,制度间的协调和整合需要提上日程,甚至在时机成熟的时候,三项制度可合并为一。届时,所有中国人的医疗保障将不会因户籍、收入、就业状况而异,全民医保终将成为现实。

(责任编辑:丁开杰)

职工医保结余相当大部分是个人账户结余,据《21世纪经济报道》:“2006年底镇江市区个人账户资金结余达3.2亿元,当年基本医疗基金应支出3.05亿元……市区参保人员一年的医疗费用仅通过个人账户结余就足以平衡。2008年市区人均个人账户沉淀资金更达1000元左右。而在江苏全省,即使存在着地区差异的因素,人均账户沉淀也达近800元”,参见:http://www.21cbh.com/HTML/2009-6-12/HTML_L1C1QE58SEQU.html。个人账户和社会统筹的比例需要调整。

社保基金监管酝酿系列新规, http://www.21cbh.com/HTML/2009-4-17/HTML_NGCADDRSH83.html

去年社保审计查出违规金额308亿 今年审计企业社保, <http://politics.people.com.cn/BIG5/1027/5476986.html>

如何管好用好两万亿元社会保险基金? <http://finance.people.com.cn/GB/1045/5082679.html>

例如,湖南省常德市部分区县从1999年5月审计部门审计后到1999年底挤占挪用190.36万元。

严格意义上,居民医保和新农合并不属于社会医疗保险,因为它们是自愿性的。但这两项制度发展的方向很可能是强制性的社会医疗保险。