

中国医疗保险个人账户的制度性缺陷与改革路径

王超群¹, 李 珍²

(1. 华中师范大学 公共管理学院, 湖北 武汉 430079 ;

2. 中国人民大学 公共管理学院, 北京 100872)



摘 要 中国城镇职工基本医疗保险个人账户建立以来始终面临存废之争。理论分析显示,个人账户的基本假定存在内在缺陷,也与外部的医疗卫生体系制度环境格格不入。在中国的政策实践中,个人账户的缺陷表现得淋漓尽致,改革个人账户势在必行。在各种改革方案中,不再建立个人账户,用个人账户资金将职工家属纳入职工医疗保险,实行以家庭为单位参保的家庭联保改革方案是最优路径。家庭联保改革可以增强基本医疗保险制度的强制性,解决城镇家庭一家多制现象,化解城镇家庭医疗费用后顾之忧;可以让政府财政专注于补贴职工及其家属以外的国民,解决政府长期补贴绝大部分国民的制度困境;可以激励农民工及其家属参加职工医疗保险,加速国家城镇化战略的推进。随着中国城镇化水平不断提高,在不远的未来职工及其家属医疗保险和城乡居民医疗保险,将因筹资水平日趋接近而自然融合为全民统一的国民健康保险制度。

关键词 医疗保险; 个人账户; 制度性缺陷; 改革路径; 家庭联保

中图分类号: F 842 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-3456(2019)02-0027-11

DOI 编码: 10.13300/j.cnki.hnwkxb.2019.02.004

1998年,国务院发布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,要求建立社会统筹与个人账户相结合的城镇职工基本医疗保险制度。职工医疗保险个人账户(以下简称“个人账户”)^①自建立以来,关于其利弊得失的争论就从未停止过。2010年出台的《社会保险法》明确规定了养老保险个人账户,但是对医疗保险个人账户只字未提。医疗保险个人账户事实上已经没有了法律基础。这再次激发了人们对个人账户存废的讨论。近年来,改革个人账户的声音不绝于耳。

已有争论多着眼于个人账户互助共济性差、基金保值增值难以及监管成本高等细节性问题,缺乏对个人账户的整体性审视。本文主要有两个目的:一是系统阐述个人账户在理论层面以及在中国的实践层面存在的制度性缺陷,旨在证明改革个人账户势在必行;二是立足于中国医疗保险制度改革的大背景,思考如何以改革个人账户为契机最大程度地优化中国医疗保险制度设计。

一、医疗保险个人账户的设计初衷

中国职工医疗保险制度脱胎于劳保医疗制度。在劳保医疗制度下,参保职工无须缴纳劳动保险费,全部由用人单位支付。劳保医疗实行大小病统包,既支付职工的住院费用,也支付门诊费用。劳保医疗待遇慷慨,个人自付部分仅限于有限的项目,比如挂号费、出诊费以及营养滋补药品等。最后,

收稿日期:2018-11-10

基金项目:国家社会科学基金青年项目“中国灾难性卫生支出风险管理机制研究”(15CGL047)。

作者简介:王超群(1986-),男,讲师,博士;研究方向:医疗保险。

通讯作者:李 珍(1956-),女,教授,博士,中国医促会健康保障分会会长;研究方向:养老保险、医疗保险。

① 个人账户主要是指职工医疗保险个人账户。由于职工医疗保险个人账户的示范作用以及为了解决逆向选择问题,许多地区在新农村合作医疗(即新农合)、城镇居民医疗保险和城乡居民医疗保险中也设置了个人账户或家庭账户。本文的理论分析部分适用于上述各类医疗保险个人账户。

劳保医疗实行以家庭为单位参保,职工家属可以享受职工所在的劳保医疗待遇,但是待遇水平约为职工的一半^[1]。

改革开放后,随着市场经济体制的逐步建立,劳保医疗制度面临的挑战日趋严重。最重要的挑战是,劳保医疗制度难以应对快速上涨的医疗费用。劳保医疗和公费医疗年均增长率,1952—1978年为9.9%,1978—1985年为13.79%,1986—1989年为30.19%,1990—1995年为25.6%^[2]。企业劳保医疗基金占工资的比例由1986年的4.5%~5.5%快速上升到1993年的10%以上^[3]。同时,不同企业的负担畸轻畸重,许多国有企业和集体企业职工手里的医疗费单据无法报销。

为此,自20世纪80年代末期开始,中国开始试点建立职工社会医疗保险制度。当时,职工社会医疗保险主要致力于解决的问题包括:建立风险基金池,解决企业负担不均问题;降低医疗保障待遇,引入个人控费机制,约束医疗费用快速增长;实行参保职工个人缴费,实现缴费责任在个人和单位之间的分担等^[4]。在上述历史背景下,加之对新加坡储蓄医疗保障模式的借鉴^[5],中国最终建立了社会统筹与个人账户相结合的职工社会医疗保险制度。

职工医疗保险统账结合制度建立的初衷主要包括三个方面:一是由企业缴费建立社会统筹基金,通过其保大病(主要是住院),同时设计了基金支付封顶线;二是建立个人账户,用来支付门诊小病,个人账户资金来自个人缴费和企业缴费的一部分;三是将职工家属排除在职工医疗保险制度之外,以降低基金筹资压力。

职工医疗保险之中建立个人账户则主要有四大目的:一是吸引和激励职工参加职工社会医疗保险制度,保障当时由劳保医疗和公费医疗顺利向职工社会医疗保险制度平稳过渡^[6-7];二是控制参保人在劳保医疗和公费医疗制度下养成的过度利用医疗服务的道德风险,控制医疗费用快速增长^[1];三是支付参保人过去在劳保医疗和公费医疗制度下享受的门诊、购药等小病医疗支出^[8];四是参保人在老年和大病时积累部分资金。即个人账户具有过渡性、支付性、约束性和积累性四大功能^[9-10]。

这亦可以从当时我国职工医疗保险制度主要设计者的思想中得到证实。1994年,有关负责人强调改革“要考虑中国几千年个体经济的影响,长期缺乏法制观念,没有保险观念,对好多事情还不习惯,突然一下子都变成社会统筹,观念上受不了,应该以个人账户为主。个人账户有利于职工和企业缴费,工人可以督促企业来缴。没有个人账户,很多钱就收不上来。”^[11]1997年,有关负责人在听取关于职工医疗保障制度改革工作汇报时指出,“赞成职工患小病时都从个人账户中开支(即支付性),这样职工会有很大动力节约资金,不至于赶快把个人账户里的钱花光、去吃社会统筹,为此要统账分立(即约束性)。要鼓励节省个人账户里的钱,便于职工得大病时有钱治(即积累性)。”^[11]

随着改革推进,个人账户过渡性的历史使命早已经完成,本文不再讨论。个人账户的其余三大功能之间具有递进性。由于是依靠个人账户支付(主要是小额)医疗费用,个人账户首先具有了支付功能,即参保人利用个人账户支付医疗费用。因为参保人花自己的钱,在理论上对个人医疗消费行为具有约束作用,能够控制个人过度利用医疗服务。因为具有了约束医疗消费行为和医疗支出的作用,个人账户进而可能具有积累功能,可以用于支付未来医疗支出。

然而,上述考虑均为理想层面的制度设想。基于相关政策文件内容的分析显示,中国打算建立个人账户的决定十分仓促,是在没有理论、没有讨论也没有实践支持的情况下由国务院有关领导的强力推动下自上而下迅速确立下来的^[12]。正如下文所说,个人账户由于设计匆忙,未能意识到其在制度设计层面就已经存在种种缺陷。

二、医疗保险个人账户的理论缺陷

1. 个人账户的基本假定

个人账户要想发挥支付性、约束性和积累性的功能,必须具备一些前提条件。理论上,个人账户对参保人有三大大基本假定。第一个假定是参保人本人是医疗费用的责任主体。即医疗费用不能也不

应采用医疗保险制度大包大揽的形式,而要参保人负起相当的责任。个人账户强调引入个人激励,突出参保人的个人责任。然而,医疗保障制度的基本原则是按能力缴费、按需要获得。即平等地获取基本的医疗保健服务是所有人的权利,应该与其个人社会经济地位无关^[13]。因此,个人账户强调个人责任的观念与医疗保障领域的公平观格格不入。正因为如此,目前,世界上除新加坡、帕劳和中国外,其他国家均未建立强制性的个人账户,也仅有极少数国家(如美国)建立自愿性的医疗个人账户。

个人账户的第二个假定是参保人是理性的。理论分析证实,在理性人假设下,相比医疗保险报销,个人账户的确能够发挥控费作用^[14-16]。不过,这些理论分析与其说是针对个人账户,不如说是在比较医疗保险报销与个人现金自付这两者对个人医疗费用的控制作用。个人现金自付的控费作用早已在兰德实验中得到证实^[17]。但是,个人账户与现金自付最大的差异就在于前者限定了用途。同样是在理性人假定下:由于个人账户限制了个人的消费选择集(现金则不会),从而必然导致个人账户资金的滥用^[18];如果个人账户记账利率较低,难以实现保值增值,则会加剧上述情况^[19];如果个人账户被认为是私有财产,参保人则有可能珍惜,从而自发控费。反之,如果个人把个人账户当作公有财产,就不会珍惜^[20]。可见,制度环境和制度设计对于个人账户发挥控费作用至关重要。因此,理性人假定虽然支持个人现金自付能够控制费用增长,但未必支持个人账户也能控制费用增长,其作用结果是不明确的,取决于具体的制度设计。在中国,由于个人账户使用范围受限、记账利率低以及参保人感知的产权不明晰,个人账户可能无法发挥约束性功能。

个人账户的第三个假定是参保人是同质的。个人账户要想发挥积累性的功能,必须假设参保人的年龄、性别、职业、工资、健康状况、发病概率以及个人账户基金积累等均相同。在这一假定下,通过个人账户化解医疗费用(尤其是小额医疗支出)风险显然是可行的。但是,参保人不可能是同质的。健康人群收入更高,而低收入人群总是更不健康。这必然导致个人账户出现积累过度与积累不足并存的局面。其结果是,个人账户将会抑制弱势群体、健康状况较差等低储蓄或零储蓄群体的医疗需求。同时,个人账户还可能刺激高储蓄群体产生非必要的医疗消费^[21]。

2. 个人账户面临的特殊制度环境

除了上述三大假定存在严重的内在缺陷以外,个人账户还面临来自医疗卫生领域的更为严峻的外部挑战。由于个人账户被用于支付医疗费用,如果医疗费用具有特殊的性质,必然会对个人账户的作用机制产生重大影响。医疗费用产生于疾病和医疗服务过程,医疗费用的特点与疾病和医疗服务的特点密不可分。本文认为,医疗费用、疾病和医疗服务主要有四个特点:不确定性、不均衡性、连续性以及信息不对称。

第一个特点是不确定性。阿罗指出,风险和不确定性是医疗服务市场最根本的特征,其中至少包括医疗服务需求的不确定性、医疗服务质量的不确定性以及医患双方不确定性存在巨大差异(即信息不对称)^[22]。具体而言,个人什么时候生病、生什么病、治疗过程、治疗结果和治疗费用都是不确定的。不确定性是医疗保险产生的经济原因。

第二个特点是不均衡性。医疗服务需求和医疗费用大致服从二八定律。1997年,美国 Medicare 制度花费最多的 12.2% 的参保者花费了 76.7% 的资金,花费最多的 18.7% 的参保者花费了 86.7% 的资金^[23]。对江苏昆山市职工医疗保险参保人的调查显示,2005—2007年,医疗支出最多的 10% 的人花费了总费用的 65%,医疗支出最多的 20% 的人花费了总费用的 90%^[24]。

第三个特点是连续性。连续性是指健康人群很少需要医疗服务和发生医疗费用,而不健康的人则相反。比如,在江苏昆山市,16~29岁的职工医疗保险参保人中,2005年医疗支出为0的参保人,在2006年和2007年医疗费用也为0的比例分别为54.89%和48.44%。而2005年医疗支出大于4000元的参保人,在2006年和2007年医疗费用大于0的比例均超过80%^[24]。

第四个特点是信息不对称。信息不对称是指,医生掌握的信息比患者多。信息不对称是供给诱导需求的主要原因。这意味着医生在疾病治疗过程中发挥主导性作用,医生是医疗费用的决定性因素。尽管患者在是否就医以及就医机构选择方面具有决定权,但是在治疗方案和治疗费用方面,患者

的影响相对于医生而言是十分微弱的。

在上述四个特点中,不确定性和不均衡性均要求建立医疗保险制度,而缺乏风险分散功能的个人账户是无力应对医疗费用(尤其是高额医疗费用)风险的。这意味着,通过个人账户积累资金以应对大病和未来医疗支出的制度设计,在理论上就是无效的。个人账户的支付性和积累性功能存在理论缺陷。

不均衡性进一步表明,对于绝大多数参保人的小病,个人账户可以应对。但是,对于少部分的大病(包括门诊大病),个人账户无力应对。对于这少部分人,需要采用医疗保险的互助共济方式,个人账户的支付性功能无力应对。同时,正由于少部分人消耗了绝大部分医疗资源,个人账户对大多数人的约束功能即使发挥作用,效果也是有限的。而对于少部分消耗了大量医疗资源的人,由于这些医疗支出通常都是必需的,个人账户又无力控制也无法控制。随着疾病谱变化,慢性病人已经成为主要人群而不再是少数人,个人账户极可能会抑制正常需求,不利于控制疾病进展,反而可能推高这类疾病的总体治疗费用。

连续性则表明,对于弱势群体和非健康人群,个人账户不论是保小病的支付性功能还是支付未来医疗费用的积累性功能均是无效的。对于老年人、残疾人、穷人和慢性病患者,个人账户往往由于储蓄不足,无法有效满足其医疗需求。江苏省昆山市参保职工中,大约 50% 的参保职工在退休时或死亡时的个人账户余额为 0 元^[24]。

信息不对称则表明,医疗费用的主要决定因素在医疗服务供方,通过个人账户控制患者道德风险是低效的。个人账户赋予了个人自由选择权,目的是激励个人进行价格和质量比较,做出明智的医疗消费决策。但是,医疗消费的信息不对称性严重限制了个人的自由选择。在医疗服务质量偏好下,患者会优先选择医疗服务质量最高的医疗机构。其结果是,个人账户不但未能鼓励患者进行性价比比较,反而导致患者蜂拥至高层次医院就医,推高医疗费用和医疗资源向上集中。雪上加霜的是,个人账户在本质上属于按服务项目付费^[25]。而按服务项目付费是医疗服务供方诱导需求的主要原因。相比之下,如果将个人账户转为医疗保险社会统筹资金,医疗保险制度通过第三方费用控制(比如支付方式改革)能够有效控制医疗服务供方诱导需求行为和医疗费用增长。

3. 个人账户的理论缺陷

从理论上讲,个人账户无论如何设计,在支付性上只能解决小部分人群的小额医疗费用,导致医疗服务利用的公平性较差,即个人账户缺乏互助共济性。在约束性上,个人账户是否能够约束个人医疗费用,取决于个人账户具体制度设计,比如是否限定用途、记账利率高低、参保人感知的产权是否清晰等,并不必然能约束个人医疗支出。即使个人账户确实具有约束性,由于医疗服务需方对医疗费用支出的影响有限,个人账户的约束作用也有限。由于个人账户赋予了个人就医选择权,促使个人向上就医,推高了医疗费用和医疗资源向上集中。个人账户实行按服务项目付费,刺激医疗服务供方诱导需求,很可能会大大增加医疗费用。因此,虽然从微观上看,个人账户具有约束个人医疗费用的可能性。但是,从宏观上看,个人账户却更可能引发整体医疗费用的上涨。相比于个人账户有限的微观影响,作为第三方付费者的医疗保险则可以通过分级诊疗、集体谈判采购以及医疗保险支付方式(尤其是总额预算制度)等发挥更强的宏观控费效应^[26]。在积累性上,少部分人的个人账户确实可能积累起较多的资金,尤其是健康人群和高收入人群。随着疾病谱逐步向慢性病转变,多数老年人的个人账户无法实现有效积累,无法满足其医疗支出需求。即使个人账户积累了一定资金,实际上也难以有效应对大病医疗费用风险。

三、中国医疗保险个人账户的现实问题

1. 个人账户主要用于支付药店和门诊小病支出

根据对广东省 A 市的分析,2008—2012 年,职工医疗保险参保人门诊费用的 80% 以上来自个人

账户。年龄越大,个人账户占门诊总费用的比例越高^[20]。但是,该文可能忽略了大量职工(尤其是个人账户金额已使用完毕的老年人、慢性病患者)就医时直接支付现金的情况。在广西某市,2010年,个人账户用于药店支出、门诊支出和住院支出的比例分别约为85%、12%和3%。2014年,上述比例分别约为68%、18%和14%^[27]。对江苏省昆山市参保职工终生医疗支出的模拟显示,绝大部分人的个人账户资金主要用于支付医疗支出,而非用于继承给亲属。大约50%的参保职工在退休时或死亡时的个人账户余额为0元^[24]。这表明,个人账户主要用于支付小病,对于住院的支付能力有限。同时,个人账户对于老年人和慢性病患者的支付能力严重不足。

2. 个人账户的约束性功能证据不清晰

个人账户极有可能推高了医疗费用而非控制了医疗费用增长。上文的定性分析指出,中国的个人账户制度设计和制度环境不利于个人账户发挥约束性功能,反而可能刺激个人账户滥用。调查显示,职工医疗保险参保人对个人账户知之甚少。在辽宁省沈阳市7 087名职工中,71.65%的人不知道个人账户可以累计并计息,73.15%的人不知道个人账户可以继承^[28]。这就不难理解为何个人账户滥用普遍。在上述调查对象中,52.00%的参保职工听说过使用个人账户套现,60.94%的人表示不会去套现,13.72%的人表示会用个人账户套现。而对贵州省的调查也显示,约15.00%的受访者曾使用医疗保险卡购买过非医疗产品或将医疗保险卡外借^[29]。

在个人账户制度下,用个人账户资金支付门诊费用相当于使用个人现金自付,而住院可以享受医疗保险报销。在这种情况下,存在门诊转住院的可能性。中国各地已经出现了这种情况^[30]。尤其是退休职工个人账户余额不足,促使他们更多地选择住院,加剧了社会统筹基金支付压力^[27]。研究证明,门诊和住院之间具有明显的替代效应^[31]。2013年,某市高血压患者门诊次数增加1%,门诊总费用增加647.89万元,住院费用减少3 986.51万元^[32]。因此,个人账户导致的门诊转住院现象,很可能会推高医疗总费用。

个人账户量化研究的结果之间存在矛盾。根据2001—2006年南京市门诊患者医疗保险数据,就门诊支出而言,不论是在职还是退休职工,个人账户年初余额越多,个人账户当年支出越多,社会统筹支出越少,个人自付越少。但是,个人账户年初余额越多,个人门诊总支出越低^[33]。可见,个人账户约束了个人的门诊总支出。实行通道式的镇江市社会医疗保险数据则显示,2000—2007年,个人账户总量越多,起付段支出和统筹基金支出越低,但是个人账户支出和年度医疗总支出(含门诊)越多^[34]。这表明,个人账户虽然可能控制了门诊医疗支出,却未能控制患者医疗总费用。近期的研究均显示,个人账户未能控制患者门诊医疗支出。对广东省A市的研究发现,个人账户年初收入与参保人门诊医疗支出、门诊次数和社会统筹基金结余显著相关。个人账户年初收入每提高1%,参保人门诊医疗支出会提高31.2%,参保人门诊次数会增加0.025%,社会统筹基金结余下降5.3%^[20]。进一步的研究证实,就门诊支出而言,个人账户年初收入的增加,会显著增加参保人医疗总支出、个人账户支出与个人自付医疗支出^[35]。这意味着,个人账户未能约束个人医疗支出,反而释放了个人医疗支出,导致了社会统筹基金支付压力。不过,上述四项研究均没有控制参保人健康状况以及当地医疗机构分布的影响,同时分析所针对地区的统账结合模式也各不相同(既有通道式统账结合模式亦有板块式统账结合模式),研究结论需要慎重对待。

事实上,针对新加坡个人账户的研究显示,个人账户并未有效控制医疗费用增长。新加坡卫生支出占GDP的比重较低的主要原因是新加坡政府采取的医疗服务供方控制措施、新加坡人口老龄化程度较低以及新加坡民众大量使用传统医学等^[36-38]。一份针对美国、新加坡和中国个人账户控费作用的综述显示,尽管在上述三个国家引入个人账户后,医疗费用均下降了,但是费用下降多大程度上归因于个人账户,仍存在很多疑惑。三个国家的改革都混杂了多种因素,很难分离出个人账户对医疗费用的控制作用^[39]。

3. 个人账户的积累性无效

个人账户结余呈现制度结余多、个人结余少以及结余分布不均的特点。表1显示了2003—2016

年,中国职工医疗保险个人账户累计结余、人均结余、入院病人人均医药费用、在岗职工平均工资以及个人账户人均结余占比等情况。到 2016 年,个人账户累计结余 5 200 亿元,但人均结余仅 1 761 元,占当年在岗职工工资 2.55%,占当年入院病人人均医药费用的 20.46%。也就是说,个人账户累计大约 20 年后,占当年工资的比重不到 3%,平均起来仅能支付一次住院费用的 1/5。可见,个人账户积累意义不大。

表 1 职工医疗保险个人账户累计结余

| 年份 | 参保人数/ 万人 | 个人账户累计 结余/亿元 | 人均累计 结余/元 | 在岗职工 平均工资/元 | 人均结余占 在岗工资比/% | 入院病人人均 医药费用/元 | 人均结余占 医药费比/% |
|------|-------------|-----------------|--------------|----------------|------------------|------------------|-----------------|
| 2003 | 10 902 | 291 | 267 | 14 040 | 1.90 | 3 911 | 6.83 |
| 2004 | 12 404 | 405 | 327 | 16 024 | 2.04 | 4 285 | 7.62 |
| 2005 | 13 783 | 528 | 383 | 18 364 | 2.09 | 4 662 | 8.22 |
| 2006 | 15 732 | 675 | 429 | 21 001 | 2.04 | 4 669 | 9.19 |
| 2007 | 18 020 | — | — | 24 932 | — | 4 974 | — |
| 2008 | 19 996 | 1 142 | 571 | 29 229 | 1.95 | 5 464 | 10.45 |
| 2009 | 21 937 | 1 394 | 635 | 32 736 | 1.94 | 5 684 | 11.18 |
| 2010 | 23 735 | 1 734 | 731 | 37 147 | 1.97 | 6 194 | 11.80 |
| 2011 | 25 227 | 2 165 | 858 | 42 452 | 2.02 | 6 632 | 12.94 |
| 2012 | 26 486 | 2 697 | 1 018 | 47 593 | 2.14 | 6 980 | 14.59 |
| 2013 | 27 443 | 3 323 | 1 211 | 52 388 | 2.31 | 7 442 | 16.27 |
| 2014 | 28 296 | 3 913 | 1 383 | 57 361 | 2.41 | 7 832 | 17.66 |
| 2015 | 28 893 | 4 429 | 1 533 | 63 241 | 2.42 | 8 268 | 18.54 |
| 2016 | 29 531 | 5 200 | 1 761 | 68 993 | 2.55 | 8 605 | 20.46 |

注:资料来源于历年《中国统计年鉴》《人力资源和社会保障事业发展统计公报》和《中国卫生(和计划生育)事业发展情况统计公报》。2008 年及以前为卫生部门综合医院入院病人人均医药费,2008 年以后为医院入院病人人均医药费,“—”表示缺乏数据。

根据新加坡卫生部数据,2016 年,新加坡 Medisave 制度当年支出 9.31 亿新元,累计结余 821 亿新元,人均结余 24 200 新元,分别相当于人民币和 45.57 亿元、4 018.80 亿元和 11.85 万元。新加坡个人账户的高积累与其制度设计有关。新加坡个人账户支付结构是先个人现金支付再个人账户支付,个人账户仅用于支付自己或直系亲属的住院和门诊大病,并且每年有最高支付限额^[40]。同时,新加坡个人账户记账利率高于银行储蓄利率。这就保证了新加坡人不能也不会滥用个人账户,从而保障了个人账户的高积累。

即使如此,新加坡卫生总费用中,个人账户支出占卫生总费用的比重不足 8%,雇主福利和政府补贴则分别高达 33%和 32%。在某医院收入来源构成中,个人账户支出仅占 26%,雇主福利则高达 43%。而且,在 55 岁及以上人口自付医疗支出中,来自本人个人账户的金额占比只有 18%,来自子女个人账户的金额占比为 55%。即个人账户无助于帮助新加坡民众尤其是老年人应对医疗费用风险^[21],个人账户的积累功能无效。

中国个人账户人均结余金额掩盖了其分布情况。个人账户人均结余呈正偏态分布,绝大多数人的余额低于人均结余金额。2013 年,上海市职工医疗保险个人账户人均累计结余 3 900.14 元。其中,52.31%的参保人人均结余不足 1 000 元,71.48%的参保人人均结余不足 3 000 元,81.59%的参保人人均结余不足 5 000 元,人均结余超过 10 000 元的仅占 6.68%^[40]。2001—2006 年,在板块式的南京市,个人账户余额的中位数占均值的比例从 90%快速下降到 10%。2006 年,南京市 50%的参保人的个人账户余额低于人均余额的 1/10^[41]。以 1/10 保守计算 2016 年全国情况(见表 1),则 50%的参保人的个人账户余额将不足 180 元,积累意义不大。

同时,个人账户人均结余按年龄呈倒 V 型分布。参保人年龄越大,医疗费用需求越高,个人账户

结余反而越低。2014年,广西某市个人账户人均结余最多的为45岁到退休年龄段人群,人均不足2000元。退休到75岁人群人均结余约1500元,76岁及以上人口人均结余仅约800元。45岁以上参保人员占总参保人数的56.72%,个人账户结余资金占比却不足27%^[27]。在江苏省南京市,41~50岁、50~60岁、60~70岁以及70岁以上人群中,个人账户余额大于3000元的占比分别为70%、60%、30%和15%^[42]。这表明,个人账户不但积累意义不大,(对中老年人的)支付性也存在问题。

此外,个人账户的筹资公平性较差。中国个人账户实行个人缴费全部进入个人账户,同时单位缴费的一定比例进入个人账户。而单位缴费划拨进入个人账户的基数是个人工资,这意味着收入越高的人,个人账户划拨金额越高。同时,个人缴费可以在个人所得税前扣除,收入越高,个人扣除越多。其结果是个人账户筹资存在严重的不公平性。对广东省三个市职工医疗保险的研究发现,低收入组、中等收入组和高收入组的实际筹资负担率分别为11.47%、7.71%和6.65%,收入越低,实际筹资负担越重^[10]。对全国多省市的调研也显示,个人账户存在筹资累退性^[43]。个人账户还挤占了社会统筹基金,不利于后者的可持续发展。模拟研究发现,个人账户划入比例越小、功能越弱化,越有利于统筹基金的运行^[10]。对广东省A市的实证研究也显示,个人账户收入与统筹基金结余显著负相关^[20]。

综上所述,中国个人账户不论是在理论层面,还是在现实层面,在其制度设计的支付性、约束性和积累性三大功能上均存在诸多问题,未能实现制度设计初衷。整体而言,个人账户是低效率的。此外,个人账户还导致了职工医疗保险筹资不公平,影响了社会统筹基金可持续发展等问题。本文认为,改革个人账户势在必行。

四、中国医疗保险个人账户的改革路径

1. 改革个人账户的既有方案

目前,学界关于改革个人账户的方案主要有三种:一是不再建立个人账户,单位和个人也不再缴费。这类似于目前北京、天津等地实行的个人账户直接取现的做法。二是不再建立个人账户,将个人账户资金直接纳入社会统筹基金^[44-45]或建立门诊统筹^[46-47]。三是家庭联保改革方案,即不再建立个人账户,用个人账户资金将职工家属纳入职工医疗保险,实行以家庭为单位参保^[48-50]。

上述三种改革方案均能在不同程度上解决个人账户支付性、约束性和积累性功能缺陷问题。其中,第一种方案最容易实施。但是,这一方案只能解决个人账户保值增值低效的问题。在当前各地职工医疗保险基金赤字现象日益普遍和亟须降低企业缴费负担的情况下,这一方案显然不适宜。第二种方案下,目前,职工医疗保险住院待遇已经相当高,因此,将个人账户资金直接纳入社会统筹基金的建议不可取。而用个人账户资金建立职工门诊统筹,可以解决职工门诊待遇保障不足的问题,对老年职工、健康状况较差的职工等群体更为有利;实现了个人账户的待遇置换,有助于降低改革阻力。但是,门诊统筹改革方案的不足是,它仅仅着眼于职工医疗保险制度本身的优化,而未能从整体上考虑中国医疗保险制度的优化。

2. 家庭联保改革方案的优势

如果将个人账户改革放在中国医疗保险制度整体改革的宏大背景下考虑,相比之下,家庭联保改革方案是最优路径。最根本的原因是,家庭而不是个人才是应对医疗费用风险的最小单元^[50]。现行医疗保险制度体系下,城镇家庭一家多制的情况并不少见^[48]。即一个城镇家庭中,其家庭成员很可能既有人参加职工医疗保险,又有人参加城乡居民医疗保险,还可能没有参加任何医疗保险。一旦家庭成员参加了保障水平较低的城乡居民医疗保险或未参保,即使职工本人的医疗保险保障水平再高,职工整个家庭仍会面临医疗费用风险。数据显示,2003、2008和2011年,我国遭遇灾难性卫生支出的城镇家庭的比例分别高达9.0%、11.3%和10.9%^[51],并未随着全民医疗保障制度的建立而大幅下降。原因就在于职工家属存在医疗保障待遇水平短板。家庭联保改革则可以大幅提高职工家属进而整个家庭的医疗保障待遇水平,有效降低城镇家庭灾难性卫生支出的发生率,提升城镇家庭应对医疗

费用风险的能力,降低城镇家庭医疗费用风险焦虑,真正解决城镇家庭的医疗费用后顾之忧^[52]。

事实上,最佳医疗保险制度设计就是家庭联保,家庭成员参加同一个医疗保险制度,享受同样水平的医疗保险待遇。对全球 165 个国家的医疗保障制度的梳理显示,26 个实行国家卫生服务体系的国家均实行家庭联保。66 个社会医疗保险制度的国家中,60 个实行家庭联保^[50]。可见,实行家庭联保是医疗保障制度的核心制度设计。由于职工医疗保险属于强制参加,通过强制职工参加职工医疗保险,职工家属可以同步强制加入职工医疗保险,自然而然地提高了医疗保险的强制性,可以降低制度运行成本。

现行医疗保险制度下,城乡居民医疗保险缴费水平远低于职工医疗保险,但是城乡居民医疗保险住院实际报销水平仅低于职工不到 20 个百分点。因此,城镇中的非正规就业人群即使选择参保,也会优先选择参加城乡居民医疗保险而不是职工医疗保险。这一方面导致政府财政负担过重,另一方面又导致了职工医疗保险难以有效扩面。2015 年,享受政府财政补贴的参保人口(即城乡居民医疗保险参保人数)占全国总人口的约 80%。这使得政府财政补贴压力过大,导致城乡居民医疗保险筹资能力有限,进而保障水平有限。如果不予以改革,政府补贴绝大部分国民的情况将一直持续下去,城乡居民医疗保险低筹资水平的状况将长期无法解决。

在家庭联保改革方案下,职工家属将纳入职工医疗保险制度范畴,无须政府补贴或者政府将补贴水平固定在目前的定额水平上。随着时间推移,政府对职工家属的补贴将日益微不足道。同时,政府财政将专注于补贴除职工及其家属以外的剩余国民。政府可以规定将财政收入的一定比例固定用于补贴城乡居民医疗保险。随着城镇化进程,职工及其家属医疗保险参保人数快速上升,城乡居民医疗保险参保人数不断降低,城乡居民医疗保险人均筹资和待遇水平增长速度会大大超过职工及其家属医疗保险。如此一来,职工及其家属医疗保险和城乡居民医疗保险筹资和待遇将日趋接近,建立全民统一的国民健康保险制度亦指日可待^[48]。测算发现,如果继续维持现行职工医疗保险和城乡居民医疗保险的制度体系,按照现行财政补贴增长水平和职工工资增长情况,2016—2050 年间,二者的筹资水平差距将不断扩大,整合两项制度建立全国统一的国民健康保险制度遥遥无期^[53]。

家庭联保改革方案还与国家城镇化战略相衔接。城镇化的关键是人的城镇化。人的城镇化需要将农民工及其家属纳入城镇社会保障制度体系,尤其是纳入城镇医疗保障制度体系。《2017 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》显示,2017 年,全国农民工总量 28 652 万人,其中外出农民工 17 185 万人。年末参加基本医疗保险的农民工人数为 6 225 万人。参保农民工仅占农民工总量的 21.73%,仅占外出农民工的 36.22%。家庭联保改革方案下,农民工、流动人口以及灵活就业人员(这三类人群之间有交叉重叠)等人群一人参加职工医疗保险,其家属跟随参保。这将大大提高农民工及其家属加入职工医疗保险而非城乡居民医疗保险的动力,实现促进医疗保险全民覆盖和加快推进人的城镇化的双重目标。

综上所述,本文认为,应实行家庭联保改革,改革个人账户用于将职工家属纳入职工医疗保险,政府则专注于补贴职工及其家属以外的国民。我国《社会保险法》第二十八条规定,“符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用,按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。”这意味着,我国基本医疗保险既不应该有个人账户与社会统筹基金之分,也不应该有社会统筹基金与门诊统筹基金之分。家庭联保改革后的职工及其家属医疗保险和城乡居民医疗保险均应依照《社会保险法》规定,均按照医疗保险“三个目录”报销,只是二者的待遇水平因筹资水平差距而暂时存在差异。随着中国城镇化推进,待城乡居民医疗保险筹资水平与职工及其家属医疗保险日趋接近之时,可以进行整合,建立筹资与待遇水平完全一样的全民统一的国民健康保险制度(图 1)。

3. 家庭联保改革方案的阻力

当然,家庭联保改革必然存在一定的阻力。第一个问题是,哪些利益相关者会反对改革。目前,最依赖个人账户的是退休老人,他们最担心个人账户改革对其就医的影响。为此,家庭联保改革应向老年人倾斜。根据《社会保险法》,基本医疗保险基金只能用于医疗保险“三个目录”范围内的医药服

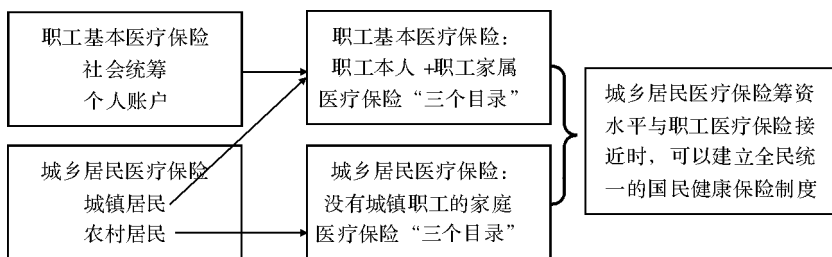


图 1 家庭联保式个人账户改革路径

务。因此,家庭联保改革过程中,可以同步增加“三个目录”中关于老年人就医所需的服务种类和报销比例。这也符合我国疾病谱已转向慢性病为主的基本国情。事实上,家庭联保改革最大的受益人主要是退休老人。因此,应针对退休老人广为宣传家庭联保改革带来的好处。对于年轻人和健康人群,家庭联保改革后,其家属纳入了保障水平更高的职工医疗保险,能够极大化解其反对阻力。当然,对于个人账户中已积累的结余仍应维持现制不变,待其自然消化。

第二个问题是,家庭联保改革方案的财务可行性。改革后,新建立的城镇基本医疗保险需要弥补的缺口包括两部分。一是职工家属医疗保险待遇提升需要的新增筹资。人社部《2015 年全国医疗生育保险运行分析报告》显示,2015 年,职工和城镇居民参保人住院的统筹基金实际支付比例分别为 70.5% 和 55.0%。而城镇居民医疗保险参保人住院费用支出为 2 667.9 亿元,将报销比例由 55.0% 提高到 70.5% 仅需要 413.52 亿元。而职工医疗保险个人账户当年结余为 520 亿元。可见,仅仅利用个人账户当年结余,即可以大幅提高城镇居民医疗保险住院保障水平。

二是,职工按医疗保险“三个目录”报销,在门诊方面需要的新增筹资。目前,城镇居民医疗保险基本上均建立了门诊统筹,而许多地区职工医疗保险尚未建立门诊统筹。将职工家属纳入职工医疗保险,意味着职工医疗保险参保人本人要同步新增门诊报销待遇。人社部《2015 年全国医疗生育保险运行分析报告》显示,2015 年,城镇居民医疗保险门诊统筹基金支出(313.66 亿元)占当年基金总支出(1 781 亿元)的 17.61%。而 2015 年,职工医疗保险单位交费了 7.78%,其中 26.8% 划入个人账户,个人缴费率 2.18%,全部划入个人账户,个人账户划拨金额占当年基金总收入的 53.58%。因此,职工医疗保险参保人本人新增门诊报销待遇完全可以由个人账户资金予以弥补。

另外,根据测算,改革个人账户,将职工家属纳入职工医疗保险,从总体上资金是充足的^[49]。根据贾洪波的测算,2007—2050 年,如果城镇居民与职工医疗保障水平相同,城镇居民医疗保险缴费率在 1.92%~2.33%,远小于当前个人账户划拨比例^[54]。更重要的是,中国当前医疗保险浪费严重,甚至高达卫生总费用的 30%^[26]。如果家庭联保改革后控制医疗浪费力度增加,节省下来的资金足以确保制度财务可持续性。

第三个问题是,上述改革可能面临体制改革的障碍,即原城镇居民医疗保险与原新农合已于 2016 年整合为城乡居民医疗保险。不过,城乡居民医疗保险整合的本质在于实现基本医疗保险制度管理部门的统一。目前,国家医疗保障局已经成立,管理机构已然统一。在国家医疗保障局体制下,只需要在技术层面上将职工家属纳入职工医疗保险制度即可,无需对现行城乡居民医疗保险制度做其他任何调整。因此,所谓的体制改革障碍完全不存在。当然,对于那些有实力进一步将职工医疗保险和城乡居民医疗保险进行整合(即三保合一)的地区(比如广东在各地市推行的三保合一),应该积极予以支持。

五、结 论

中国医疗保险个人账户的产生带有明显的时代特征,符合当时的制度环境,具有过渡性、支付性、约束性和积累性等功能。但是,个人账户是在没有理论支持也缺乏经验积累的情况下匆匆建立的。本文的理论分析表明,个人账户的三大基本假定即个人应对医疗费用负主体责任、个人是理性的以及

参保人是同质的经不起推敲,同时还与医疗卫生领域的四个基本特点即不确定性、不均衡性、连续性和信息不对称的外部环境格格不入。这使得个人账户天然就具有严重的制度性缺陷。在中国政策实践中,个人账户的缺陷表现得淋漓尽致。因此,改革个人账户势在必行。

在三种不同的个人账户改革路径中,本文认为家庭联保改革方案是最优路径,能够最大化个人账户改革的综合效益。最根本的原因是,家庭而不是个人才是应对医疗费用风险的最小单元。家庭联保改革将能够有效降低城镇家庭的医疗费用风险,解决城镇家庭的医疗费用后顾之忧。同时,家庭联保改革还能解决政府长期补贴绝大部分国民的制度困境,政府财政将专注于补贴其余国民。随着城镇化的推进,职工医疗保险和城乡居民医疗保险制度因筹资水平日趋接近而实现自然融合。此外,家庭联保改革还有助于增强医疗保险的强制性,并能促进流动人口、非正规就业者、农民工及其家属参加职工医疗保险,加速国家城镇化战略的推进。随着城镇化的不断推进,职工及其家属医疗保险和城乡居民医疗保险制度的筹资水平将日趋接近。此时,中国可以自然而然地整合职工及其家属医疗保险和城乡居民医疗保险制度,建立筹资水平和待遇水平完全一致的覆盖全民的国民健康保险制度。

参 考 文 献

- [1] 郑功成. 中国社会保障制度变迁与评估[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.
- [2] 李珍. 社会保障理论[M]. 二版. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2007: 205.
- [3] 王绍光, 何焕荣, 乐园. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005(6): 101-120, 207-208.
- [4] 李岚清. 全面推进医药卫生体制改革 让职工群众享有更好的医疗服务[N]. 人民日报, 2001-01-05(01).
- [5] 董维真. 医疗储蓄账户: 政府转嫁负担之战略——上海和新加坡模式的比较研究[J]. 医院领导决策参考, 2006(18): 29-35.
- [6] 彭森, 陈立. 中国经济体制改革重大事件(下)[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2009: 488-489.
- [7] 陈望涛, 赵晓京. 北京社会保障问题座谈会纪要[J]. 社会学研究, 1986(1): 124-126.
- [8] 李良军. 个人账户与共济结合的医疗保险模式研究[J]. 中国卫生事业管理, 1994(2): 69-70, 101.
- [9] 王超群. 城镇职工基本医疗保险个人账户制度的起源、效能与变迁[J]. 中州学刊, 2013(8): 80-86.
- [10] 申曙光, 侯小娟. 医疗保险个人账户的公平与效率研究——基于广东省数据的分析[J]. 中国人口科学, 2011(5): 75-84, 112.
- [11] 朱镕基. 朱镕基讲话实录(第二卷)[M]. 北京: 人民出版社, 2011.
- [12] 王超群. 城镇职工医疗保险个人账户制度起源的反思[J]. 社会保障研究, 2012(1): 30-34.
- [13] 科尔奈, 翁策和. 转轨中的福利、选择与一致性[M]. 北京: 中信出版社, 2002: 41-42.
- [14] MICELIHT J. The economics of incentive-based health care plans[J]. The journal of risk and insurance, 1998, 65(3): 445-465.
- [15] 沈炳珍, 陈畴镛. 对我国基本医疗保险制度的理论分析[J]. 管理世界, 2002(8): 131-132.
- [16] 王晓燕. 医疗保险个人账户制的激励性初探[J]. 人口与经济, 2004(2): 73-75, 68.
- [17] MANNING W G, NEWHOUSE J P, DUAN N, et al. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment.[J]. American economic review, 1987, 77(3): 251-277.
- [18] 薛新东, 赵曼. 医保个人账户低效率的经济学分析[J]. 中国卫生经济, 2007(9): 73-75.
- [19] 俞卫, 任明辉. 社会理想和现实利益的冲突——中国城镇社会医疗保险制度改革中的矛盾和问题[J]. 中国卫生经济, 1998(9): 5-8.
- [20] 初可佳, 卢晓哲, 侯小娟. 社保基金医疗保险个人账户绩效研究[J]. 商业研究, 2015(6): 81-89, 125.
- [21] HANVORAVONGCHAI P. Medical savings accounts: lessons learned from international experience[J]. Journal of health politics policy and law, 2002, 26(4): 709-726.
- [22] ARROW K J. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. The American economic review, 1963, 53(5): 941-973.
- [23] 詹姆斯·亨德森. 健康经济学[M]. 向运华, 译. 北京: 人民邮电出版社, 2008.
- [24] 许玲丽. 社会统筹支付在居民终生医疗支出中的分担作用研究——对城镇职工基本医疗保险政策的实证研究[J]. 世界经济文汇, 2011(2): 69-86.
- [25] 胡苏云. 健康与发展: 中国医疗卫生制度的理论分析[J]. 社会科学, 2005(6): 64-71.
- [26] 王超群. 中国卫生费用的增长与控制[M]. 武汉: 华中师范大学出版社, 2016.
- [27] 杨雯婷, 雷霆. 城镇职工基本医疗保险个人账户现状分析——以广西某地级市为例[J]. 中国医疗保险, 2017(7): 38-42.
- [28] 金喆, 冯旭, 赵宇丹, 等. 沈阳市城镇参保职工个人账户认知及使用调查[J]. 中国公共卫生, 2014, 30(7): 923-925.
- [29] 伍红艳, 冉雪蓉, 王龙, 等. 参保人对城镇职工医保个人账户的使用、认知、需求及其影响因素分析——以贵州省为例[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(6): 425-427, 457.

- [30] 王东进.关于职工医保的个人账户问题[J].中国医疗保险,2015(9):5-8.
- [31] 简伟研,方海.门诊服务对住院服务替代效应的实证分析[J].北京大学学报(医学版),2015(3):459-463.
- [32] 章湖洋,简伟研,方海.新型农村合作医疗的高血压患者门诊费用对住院费用的替代效应[J].北京大学学报(医学版),2016(3):472-477.
- [33] 刘国恩,唐艳,刘立藏.城镇职工医疗保险政策研究:个人账户与医疗支出[J].财经科学,2009(1):45-53.
- [34] 刘国恩,唐婷婷,雷震.医疗保险个人账户对医疗费用的影响:基于镇江医疗保险数据的面板分析[J].中国卫生经济,2009,28(2):9-12.
- [35] 初可佳,侯小娟,郑倩昀.医疗保险个人账户是否抑制了医疗费用的膨胀?——基于广东省A市的实证分析[J].金融经济学研究,2014,29(2):119-128.
- [36] MASSARO T A, WONG Y N. Positive experience with medical savings accounts in Singapore[J]. Health affairs,1995,14(2):267-269.
- [37] BARR M D. Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry[J]. Journal of health politics policy & law,2001,26(4):709-726.
- [38] HSIAO W C. Medical savings accounts: lessons from Singapore[J]. Health affairs,1995,14(2):260-266.
- [39] 刘国恩,董朝晖,孟庆勋,等.医疗保险个人账户的功能和影响(综述)[J].中国卫生经济,2006(2):61-64.
- [40] 王力男,张敏,何江江,等.上海市城镇职工医保个人账户运行情况分析[J].中国卫生政策研究,2017,10(2):44-49.
- [41] 刘冬冬,刘国恩,林枫.医疗个人账户“通道式”和“板块式”的积累作用——基于镇江和南京医保数据的分析[J].中国药物经济学,2009(1):21-29.
- [42] 严娟,陈敏仁.释放个人账户积累需精准施策——以江苏省为例[J].中国医疗保险,2015(9):24-26.
- [43] 夏艳清.城镇职工医保个人账户应保留还是取消——基于部分地区医保个人账户抽样调查数据的分析[J].宏观经济研究,2014(4):51-56.
- [44] 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.
- [45] 郑功成.中国社会保障改革与发展战略(医疗保障卷)[M].北京:人民出版社,2011:12-16.
- [46] 赵斌.个人账户需要渐进式改革[J].中国社会保障,2016(1):79-80.
- [47] 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):86.
- [48] 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.
- [49] 王超群,李珍.从顶层设计角度看城镇职工基本医疗保险个人账户出路[J].东岳论丛,2015,36(2):21-26.
- [50] 王超群,李珍,刘小青.中国医疗保险制度整合研究[J].中州学刊,2015(10):69-73.
- [51] MENG Q, XU L, ZHANG Y, et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study[J]. Lancet,2012,379(3):805-814.
- [52] 李珍,刘小青.重构医疗保险体系视角下的新农合发展研究[J].卫生经济研究,2014(2):3-8.
- [53] 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.
- [54] 贾洪波.城镇居民基本医疗保险适度缴费率分析[J].财经科学,2009(11):92-101.

(责任编辑:金会平)