

如何盘活医保基金结余

作者：咎馨 朱恒鹏

《财经》2014年第3期（总第382期），2014年1月20日出版

围绕基本医疗保险基金结余是否过多的争论，早已存在多年。

2009年，人社部下发《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》，指出除一次性预缴的基本医疗保险费外，统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余，原则上应控制在6—9个月的平均支付水平；超过15个月平均支付水平的为结余过多，低于3个月为结余不足。城镇居民医保的结余则由各地根据当地实际确定。

在此文件出台的前一年，即2008年，全国城镇职工基本医保统筹基金的结余为2161.2亿元，约等于当年12.8个月的支付水平；全国城镇居民医保基金累计结余128.1亿元，约等于当年24个月的支付水平。当时即已引发社会的广泛争论：基本医保基金结余应该保持在什么水平？多少算多？多少又算少？

各方压力下，人社部统筹考虑老龄化压力、医疗费用水平和增长趋势、统筹层次等各方面因素，出台了前述文件。然而，到2011年，尽管全国医保基金结余整体有所下降，但仍未达到人社部所要求的“6—9个月平均支付水平”，且不同地区呈现出巨大差异。

2008年城镇职工医保统筹基金结余即已达到仅有5.9个月支付水平的天津，2011年下降到2.69个月，被划入“结余不足”行列；2008年城镇职工医保统筹基金结余高达25.9个月的广东，到2011年时，仍然有相当于20.4个月支付水平的结余；2008年出现城镇职工医保统筹基金赤字的上海，2011年刚刚有了约等于4天的结余，此外全国还有吉林、黑龙江、浙江、广西、海南、四川、西藏等七地，同期城镇职工医保的结余超过了一年的支付水平。

在全国范围内，如此大规模地出现偏离中央部委制定的结余标准，有一系列深层次原因，无法简单得出基本医保基金结余过多的结论。由于城镇职工医保和城镇居民医保属不同保障制度，筹资模式存在根本区别，同时前者资金规模远高于后者，以下着重就争议最多的城镇职工医保基金结余问题展开阐述。

巨额结余何来

始建于 1999 年的城镇职工医保历年来保留较多结余，有其历史原因。当年建立城镇职工医保，一个重要考量即是配合国企改革，将原来由国企自行保障的职工，转入和市场经济相匹配的社会医疗保险体系，为减少改革阻力，当年制定了两条规定，以期获得职工的支持。

第一条规定，是在城镇职工医保体系中划定约 30%-40%的筹资比例设立个人账户，个人账户基金不参与医保基金的统筹支付，不具备风险共济的功能。这部分资金出现较大比例结余是必然结果，事实上这部分结余成为今天城镇职工医保基金结余中很大的一部分。2012 年末，全国城镇职工医保基金累计结余，包括统筹基金和个人账户，共计 6884 亿元，其中个人账户累计 2697 亿元，占比达到 39%。而个人账户资金仅作为参保人个人的医疗储蓄金，用途被限定为支付参保人在医保保障待遇之外的自付部分，如未发生就医行为，绝大部分地区规定不能取现。由此，大量未患病参保职工的个人账户基金长期闲置，制造出基本医保基金“结余过多”的幻象。

第二条规定是退休人员无需缴费即可获得医疗保障待遇。最初这一规定是为安抚当年国企改革时大批已退休人员，此后延续至今。由此，中国城镇职工医保的设计并未实行国际上通行的现收现付制，而是部分权益积累制，也就是由在职人员缴费，保障包括退休人群在内的全部参保人就医。

若人口年龄结构没有较大变动，累积权益支付倒也有一定的可行性，但考虑到中国计划生育政策、快速老龄化趋势及人均寿命增长的现实，经过一段时间后，退休人口增速将明显高于在职缴费职工人数增速。而老年人医疗费用远远高于年轻人。如上海，1999 年参加城镇职工医保的退休人员约占全市参保人的三分之一，却花费了全市三分之二的医保资金，全市离退休人员同期人均医疗费用 2111 元，达到在职人员的 8.1 倍。这就对医保支付产生巨大压力，驱使地方医保管理部门有意保留较多结余。

可以预见，随着人口结构变化，未来医保基金统筹结余将迅速减少，相当部分地区五年后会进入赤字状态，而这一问题无法通过增加在职人员缴费水平来解决，目前国内企业的社保负担已然过高，提高缴费水平严重不利于经济增长和社会稳定。

基金结余不可持续

在导致较多结余之外，退休人员不缴费的规定还衍生出其他一系列问题。

首先，城镇职工医保制度建立至今不过 14 年，存在大批缴费时间尚短，但已面临退休的人员。对此制定的政策是，允许退休前一次性趸交补齐所缺年限的医疗保险费，此后无需缴费即可享受待遇，但这部分人群缴纳的保费事实上并不足以与医疗费用的快速增长相匹配，由此造成了医保基金的潜在压力。而且，趸交本身就具有积累性质，也是构成较高结余的一个原因。

其次，退休人员不再缴费，也就限制了医疗保障待遇在不同地区的转移接续，各地基于基金压力，普遍都不欢迎 40 岁以上人群将医保转移接续到本地。

再次，医保统筹层次过低导致其无法在一个更大的地区和人群范围内实现互助共济。而众所周知的事实是，各地区间经济发展水平和人口年龄结构存在巨大差异，导致不同统筹地区缴费人群和受益人群比例差异很大。

近年来，随着经济快速发展，人口流动加速，大量欠发达地区的年轻劳动力涌入经济较发达地区，为流入地的城镇职工医保增添了大量年轻缴费人群。

如北京在 2001 年建立城镇职工医保之初，参保的在职职工（即缴费人数）为 151.3 万人，退休人员 89.4 万人，约为 1.69 个在职职工负担 1 位退休人员的医保支付。到 2011 年时，北京市参保的在职职工达到 955.2 万人，退休人员则仅有 232.8 万人，约 4.1 个在职职工负担 1 位退休人员医保支付，明显高于全国平均 3.02 个在职职工负担 1 位退休人员医保支付的水平，这无疑使得北京市保留结余的压力相对其他地区较小，保障待遇有较大上调空间。2011 年，北京市城镇职工医保统筹基金结余为 188.7 亿元，约为当年六个月的支付水平，达到人社部要求。

反观黑龙江省，2011 年结余约 13.4 个月的支付水平，较 2008 年人社部出台文件前的 13.1 个月还有所增长，但其在职职工负担退休人员的支付压力一直较大。2001 年约为 2.46 个在职职工负担 1 位退休人员医保支付，2007 年这个数字一度增长至 2.72，此后逐年下降，2011 年已下降为每 2 位在职职工负担 1 位退休人员就医。过高的结余恰恰反映了当地医保部门为防止基金吃紧，人为保持结余的努力，同时也反映了当地参保者只拥有较低的保障水平。

种种差异造成了从地区到代际人群就医的不公，经济较发达地区的退休人群得以享受更高的医疗保障，经济欠发达地区的退休人群就医则捉襟见肘。同时，

目前缴费的在职人员未来退休后可享受的保障待遇和当前退休人员必然还会存在巨大差距。而医保基金统筹层次目前仍然较低，使得参保人口平均年龄较轻的地区如广东、浙江，都在相对较高的保障待遇下仍然留有较多结余，要待统筹层次提高后方能得以充分利用。

此外，还有一个不可忽视的情况是，社会保障本身具有经济稳定器的作用，在经济高速增长，甚至经济过热时，社保基金收大于支，能够一定程度上抑制消费、缓解过热；当经济出现萧条时，社保基金支大于收，适度稳定需求，并缓解经济衰退。过去十年正是中国经济高速增长的时期，医保基金出现较多结余有其合理性，但今后十年结构性减速已经可以预见，基金结余很快就会耗尽，这其实已经是业内共知的事实。

如何“从有到优”

对历史遗留的问题应客观看待。当年城镇职工医保开始起步，是从无到有，可谓破除万难，当时的决策者做出上述种种设计，显然有其不得以为之苦衷。但时至今日，缴费参保已深入人心，如何“从有到优”，更高效率地使用医保基金，则是当下必须正视的问题。

首先，城镇职工医保的个人账户资金长年沉淀，无疑是巨大的浪费，应鼓励参保人尽可能地将这部分资金利用起来，包括鼓励使用个人账户资金，为本人和家人建立门诊统筹制度，降低患者门诊就医负担，或鼓励参保人使用个人账户资金购买商业补充保险，实现风险共济，进一步提高保障水平。此前一些地区曾出台政策，允许参保人使用个人账户资金为其家人参加城居保缴费，此举即值得其他地区参照学习。

其次，退休人员不缴费的做法，应予以调整完善。就其他建有社会医疗保险体系的发达国家而言，很少有哪个国家退休人员可以不缴费就享受保障。德国曾在一段时间内规定退休人员免于缴费，但医保基金很快不堪重负，后改为以养老金为基数，费用一半由老年人负担，一半从养老金中扣除，这也是国际普遍做法，值得中国借鉴。

如能做到上述两条，城镇职工医保基金现有沉淀都可盘活，进而从现行的部分权益积累制转为现收现付制，医保管理机构只需保留少量风险金，其余基金都可用来向当年的参保人提供保障。

当然，这也对医保管理机构提出较高要求。就目前而言，现收现付制的城镇居民医保管理水平低下，导致 2011 年还有 14.4 个月支付水平的结余，离科学预算、风险管理还有较长的路要走。理想状态下，社会医疗保险的筹资与保障都应动态调整，医保管理机构根据每年的筹资预算，制定当年的保障待遇水平，筹资多则保障高，筹资少则保障低。

总体而言，政府提供的社会医疗保险应以保基本为主，“基本”的范畴可以通过信息公开等方式，吸纳社会公众广泛参与讨论，资金有限的情况下，保障哪些医疗服务及药品的使用，保障哪些疾病，都应经过充分的公众选择。在此之上的医疗保险则由商业保险开发提供，满足多层次、多元化的保障需求，如此方为根本解决之道。