



社会保障研究
Social Security Studies
ISSN 1674-4802, CN 42-1792/F

《社会保障研究》网络首发论文

题目：“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务
作者：郑秉文
网络首发日期：2021-04-15
引用格式：郑秉文.“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务[J/OL]. 社会保障研究. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/42.1792.F.20210415.1313.002.html>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务*

郑秉文

(中国社会科学院大学政府管理学院,北京,102488)

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、完善医疗保险参保缴费政策、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项任务。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。文章从执行待遇清单制度需注意的问题、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”期间三项改革任务的具体实现路径提出了政策建议。

关键词:医疗保险筹资;医疗保险缴费;医疗保障改革;商业健康保险;“十四五”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]”。

* 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。

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》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，在医保制度改革的三项任务中，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，本文从筹资水平与结构、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

中国城镇职工基本医疗保险制度（简称“职工医保”）和城乡居民基本医疗保险制度（简称“居民医保”）的筹资制度分别是由1998年12月出台的《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）和2016年1月印发的《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）两个政策文件奠定的。多年来，职工医保和居民医保这两个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，每年有结余，基金累计结余规模增长较快。其中，2015年职工医保的统筹基金累计结余6568亿元，2019年达14128亿元，4年翻了一番多，个人账户积累从4429亿元上升到8426亿元，增加了也近一倍。居民医保基金累计结余规模比职工医保还高一些，2015年仅为1546亿元，2019年高达5143亿元，增长了两倍多^[2-3]。稳定的缴费比例和公式对两个医保制度财务可持续性发挥了重要作用。

但是，职工医保和居民医保的缴费比例和公式却始终存在一个问题有待解决，即职工医保的单位缴费比例始终明显高于职工个人缴费比例，居民医保的财政补助始终高于个人缴费，筹资主体的双方权责出现失衡。

（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%^[4]。

经过对2020年116个城市医保主管部门官网公开信息的整理^①，笔者发现：职工医保^②用人单位缴费率的简单平均值为7.2%，高于规定的6%；职工个人的缴费率的简单平均值为1.94%，低于规定的2%；职工医保“用人单位+职工个人”的缴费公式是“7.2%+1.9%”（表1）。换言之，在职工医保的缴费公式中，单位与个人的缴费比值平均为3.7:1。

具体而言，在116个城市中，2020年职工医保用人单位缴费率最高的是安庆（10%），其次是安阳和蚌埠等城市（9.9%），单位缴费率在9%及以上的城市共有14个；单位缴费率最低的两个城市是遵义和淄博（0.45%和0.60%），单位缴费率在1%（含）~6%（不含）之间的城市有20个，大部分城市的单位缴费率在6%

① 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。

② 不含生育保险缴费，全文同。

(含)~9%(不含)之间;北京、上海、广州和深圳四个一线城市的单位缴费率分别是 9.5%、7.0%、8.7% 和 7.0%。116 个城市的单位缴费率中位值是 7.7%,简单平均值是 7.19%。

职工个人缴费率的执行情况与用人单位缴费率略有不同,只有安庆一个城市的职工缴费率(2.5%)高于规定的 2%,绝大部分城市执行的是 2%的缴费率和 3 元的大额医疗互助资金(本文忽略后者),个人缴费率低于 2%(不含)的只有 7 个城市,其中,郑州和中山是 1.5%,重庆和珠海是 1%,株洲、淄博和遵义均为 0.5%。

(二)居民医保的筹资水平与筹资结构

居民医保的参保对象由中小学生儿童、大学生、成年人等群体构成^①,各群体的缴费额度略有不同,且各地之间也有差异。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,用全国农村居民平均可支配收入作为居民医保筹资基数^②,以此推算表示筹资结构的“双方缴费比例”^③,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^[5],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^[6]。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 1)。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 1 职工医保与居民医保的筹资水平和筹资结构

费率(比率)	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
	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紧迫一些;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 9.1%(7.2%+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

① 居民医保参保群体根据《2019 年全国医疗保障事业发展统计公报》的统计口径分类。

② 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。

③ 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。

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意义与趋势

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。

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^[7]。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”^[8]。一石激起千层浪,赞成者有之^[9],反对者有之^[10]。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^[11]。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两种(见表 2)。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、英国等。这些国家情况千差万别,有的制度设计较为复杂。例如,加拿大 10 个省里有的是雇主缴纳医疗税,有的只有雇员缴纳医疗税,有的双方都不缴纳医疗税。其中,不列颠哥伦比亚省从 2020 年 1 月开始免除个人医疗税^[12]。英国的情况也比较复杂,在该国实施的“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,其中“国民保险缴费”(NIC)规模只占全国医疗卫生费用支出的不到 20%,20 世纪 70 年代以前只占不到 10%^[13]。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。

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^②。在采用这种方式的家中,社会医疗保险制度作为独立运行的一个闭环,形成独立的资金池,并有预决算制度,

① 计算过程:2.65%=7.2%-4.55%。

② 有的国家可能在名义上将之称为“税”,例如美国。

有的国家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。

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、第二支柱养老金、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 2 世界各国医疗健康费用的两种主要筹资方式

筹资方式	以医疗保险费为筹资方式			以一般税收为筹资方式
主要特征				
个人供款与医疗健康服务的关系	德国模式: 终生缴费, 终生享有	美国模式: 在职缴费, 退休享有	中国模式: 在职缴费, 终生享有	在职业生涯中缴费个税, 退休后依然对所有收入缴纳个税, 终生享有免费医疗健康服务(个别国家退休后免除个税)
主要代表国家	德国	美国	中国	加拿大、丹麦、挪威、爱尔兰、英国
是否有独立的医疗保险制度和资金池	有			无(个别国家有一个小保险制度作为补充)

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 2)。

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。

从就业人口和企业的缴费负担来看,“终生缴费型”的德国模式负担较轻,医保制度覆盖了就业人口和退休人口,这两代人均需缴费,相当于医保制度只负责一代人的费用报销。“商业保险型”的美国模式负担也很轻,费率很低,医保制度只负担退休人口的医疗报销费用,其跨代延迟支付能力很强,私人医疗市场很发达。在“权益积累型”的中国模式里,制度负担和企业缴费负担均较为沉重,因为就业人口的缴费须同时承担就业人口和退休人口两代人的费用支出。

(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,其以医疗保险费为筹资方式。由于国内城乡二元结构特征明显,医疗保险分设职工医保和居民医保。二者筹资水平和筹资结构不尽一致,其中最重要的差别是缴费参保政策和模式不一致(见表 3)。

表 3 2019 年两类医保制度的缴费类型、缴费政策及人数分布

	缴费类型	覆盖人群	缴费政策	分布人数
职工医保制度 (总计 3.29 亿人)	权益积累型	在职职工	缴费	2.42 亿人
		退休职工	不缴费	0.87 亿人
居民医保制度 (总计 10.25 亿人)	终生缴费型	中小学生儿童	缴费	2.35 亿人
		大学生	缴费	0.2 亿人
		成年人(不包括大学生,但包含参保该制度的领取养老金的人口)	缴费	7.69 亿人

资料来源:作者根据《2019 年全国医疗保障事业发展统计公报》绘制。

居民医保采取的是“终生缴费型”的德国模式,即“终生缴费,终生享受”。无论是 2009 年建立的“新农合”,还是 2016 年经过合并形成的“居民医保”,参保政策均规定,超过 60 周岁的养老金领取人员须缴费参加医保,“断保”期间不能享受医疗报销待遇,下一年继续缴费就可继续享受待遇。但职工医保采取的是“权益积累型”的缴费模式,职工只要在职业生涯达到了政策规定的最低缴费年限,就可以“终生享受”待遇。在实际操作中,各地政策规定的最低缴费年限有一定差异。例如,有的统筹地区规定,男性累计缴费须满 30 年,女性职工须满 25 年,也有地方规定,男性缴费须满 25 年,女性缴费须满 20 年。之所以职工保险采取了“权益积累型”模式,主要是因为 1998 年建立职工医保时,城镇职工基本养老保险制度刚实现全国统一,退休金水平还不稳定,总体收入水平较低,同时,在改革前长期实行的退休职工“劳保”制度中形成的“不缴费”观念根深蒂固。为了减少改革阻力,中国对职工医保与居民医保采用不同的缴费政策和模式。

职工医保和居民医保的缴费参保政策不一致导致出现如下两个主要问题。一是公平性问题。相较于职工医保中的退休人员,居民医保中领取养老金的人员显得有些“吃亏”,其参加的缴费参保制度具有明显的社会排斥特征,两类制度起点的公平性受到质疑。此外,居民医保的总筹资水平低于职工医保,而且在筹资结构上,居民医保财政补助的比重大大低于职工医保单位缴费的比重。二是可持续性问题。职工医保采取的“权益积累型”缴费模式在未来很长一段时期将面临越来越大的基金支付压力。由于退休人员的疾病风险费用是由就业人口的缴费来支付的,在人口老龄化趋势下,老年人口占比逐年提高,医疗费用也必定随之逐年提高。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。基于人口老龄化的不断加剧和疾病谱的变化等诸多原因,老年人口的医保基金支出占比增加将成为医保支出在 GDP 中占比不断上升的主要因素。2019 年职工医保参保人的医疗总费用是 1.4 万亿元,其中退休人员的费用就高达 0.71 万亿元,占总费用的 51%,而退休人员在职工医保参保人员总数中仅占 26%。根据世界卫生组织的报告^[14],2000—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%。随着人口老龄化的步伐加速,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,职工医保从“权益积累型”模式向居民医保的“终生缴费型”模式过渡是一个现实选择。2019 年,全国参加医保人数达 13.54 亿人,参保率为 95%,应保尽保的目标基本实现,医保覆盖率已非常接近发达国家水平。其中,居民医保制度覆盖人数高达 10.25 亿人,占全国参保总人数的 76%^[15]。虽然政府为居民医保覆盖的不同人群设立了若干具有不同缴费标准和统筹范围的小制度,但针对所有群体均实行统一的“参保即缴费”政策。相比之下,在全国 13.54 亿的医保参保人中,只有参加职工医保的 0.87 亿退休职工不缴费,他们仅占全国总参保人数的 6.4%^[16]。很显然,让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,该做法既考虑到统一全国医保缴费参保政策的可操作性,又考虑到居民医保的公平性,更兼顾到职工医保的可持续性。

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

“十四五”规划纲要提出“实行医疗保障待遇清单制度”。国家医疗保障局于 2019 年 7 月就建立医疗保

障待遇清单管理制度向全社会征求意见,并在“十四五”开局之年印发和贯彻落实《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)。此举对在整个“十四五”期间及其今后一段历史时期(近至2035年,远至2050年)提高我国医保制度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制度的基本原则是坚持基本保障、公平享有、稳健持续、责任均衡。它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;它强调的是严格决策权限。医疗保障待遇清单中的基本制度、基本政策、支付的项目和标准、不支付的范围等都有明确的边界。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、大病保险制度、医疗救助制度可以执行的事项范围,清单以外的事项各地均不得执行。在医保制度基本实现全覆盖的条件下,实行清单制度意味着中国医保制度坚持低水平的原则没有改变,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,跨部门统筹医保制度安排将始于“十四五”时期。待遇清单的公布为制订全国统一的医保目录和严禁地方各行其是提供了政策依据。由此可见,实行待遇清单制度将对确保中国医保制度长期可持续性产生深远影响。

(二) 中国卫生健康的筹资水平比较和筹资结构特征

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”,本文将其称为“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。

1. 筹资水平与经济发展水平基本相适应,但仍有提升空间

2019年中国卫生总费用支出约为6.52万亿元^[17],占GDP的6.6%,人均卫生健康支出为677美元;在筹资结构中,公共筹资占比68%,个人自付占比28%,商业健康保险占比4%。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%,人均健康支出在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%。此时,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4):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%^[18]。这表明,无论从相对水平(总支出占GDP的比重)看,还是从绝对水平(人均支出)看,中国卫生健康的筹资水平还有较大提升空间。但就目前来看,中国医疗卫生发展水平与经济发展水平大致是匹配的。

此外,2018年的横向比较数据显示(见表4):中国人均GDP水平与俄罗斯接近,但中国人均卫生健康支出略高于俄罗斯;中国的卫生健康支出占GDP比重与韩国接近,但韩国人均GDP是中国的3倍;中国人均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;OECD成员国平均卫生健康支出的GDP占比仅高于中国2个百分点,但其GDP人均水平确是中国的4倍。从横向比较的结果可以做出如下判断:目前中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,主要原因是中国人口基数大。

2. 公共筹资比例的提升空间有限,发展商业保险迫在眉睫

本文将不同医疗保障模式、筹资方式、法律传统、医疗保险缴费模式、收入水平组的国家进行比较,旨在考察中国卫生健康筹资结构中“公共筹资”的上限或者政府责任的边界,进而探究降低个人自付的预期和商业保险的发展空间。基于2018年筹资结构的国际比较结果(见表4),笔者发现中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4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4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,在筹资结构中,商业保险具有广阔的发展空间。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4 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.中国的数据引自《2019年我国卫生健康事业发展统计公报》和《2019年保险业经营情况表》;

2.其他国家的“人均GDP”“人均卫生健康支出”“公共筹资”“个人自付”引自世界银行官网,“卫生健康支出占GDP的比重”引自OECD官网。

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。

(三)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4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—2019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%,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。但如果假定将2019年的68%作为公共筹资比重的基准,并将个人自费支付比例设定为18%,未来下降10个百分点形成的“真空”就需由商业健康险来“填补”,此时,商业健康险赔付支出规模约为6500亿元。

(四)实行待遇清单制度的博弈与提高统筹层次

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,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任务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,这三项改革任务的难易程度不同,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,这三项改革任务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,在这三项改革任务中,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,本文针对“十四五”期间三项改革任务提出如下政策建议。

(一) 严格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》(银保监发〔2020〕4号)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,成为中国特色医疗保障体系的重要组成部分。根据前文所述,2013—2020年商业健康险年均赔付率是36%。由此推算,2万亿元的保费收入规模下,赔付支出规模应达到7400亿元左右。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”期间对于个人自付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”期间保费收入年均增速高达29%,但随着健康险保费收入规模基数的不断提高,“十四五”期间年均增速达到20%还是有些难度的。因此,“十四五”期间应鼓励商业保险机构提供涉及医疗、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的需求,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做好以下几项配套工作:一是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。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。二是筹资水平的稳步提升并不意味着必然要改变筹资结构。筹资水平体现了“尽力而为,量力而行”,以及是否与发展水平相适应;而筹资结构不仅体现了对医疗健康保障模式的追求,还反映出有关政府、个人和市场关系的理念和价值观。因此,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。三是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。在统筹层次较低的情况下,待遇清单制度的贯彻落实效果在博弈中有可能打折,改革甚至可能出现反复。这是一项很艰巨的任务,对此政府要有工作预案。

概而言之,严格实行待遇清单制度为发展商业保险创造了机遇。为了发展多层次医疗保障制度体系,中国应抓住历史机遇,乘势而上,实现政策的“无缝衔接”,在公共筹资比重基本保持不变的情况下科学降低个人自费支付比例。

(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

居民医保和职工医保调整缴费比例和公式均有据可依。《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)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”。《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)则规定“随着经济发展,用人单位和职工缴费率可作相应调整”。

调整缴费比例和公式是医保制度改革的一项重点任务,应力争在“十四五”时期末完成。首先,尽早同步启动居民医保和职工医保缴费比例和公式的调整。相比职工医保,居民医保的双方缴费比例不是很大。为了减少改革阻力及保证两个制度的公平性,建议对两个制度同步实行改革。其次,无论是居民医保,还是职工医保,均应对缴费比例和公式的调整实施渐进式的过渡政策,通过在若干年里的“小步”调整,使双方缴费比例逐渐向1:1靠拢,对贫困家庭可则采用医疗救助的方式予以保障。再次,在中央政府制定的统一比例框架内,地方政府可根据本地的经济发展水平,因地制宜,留出一定的过渡空间,自行决定过渡措施。最后,在缴费比例调整到1:1之后,应实行个人缴费与社会平均工资或可支配收入增长的指数化挂钩机制,实现年

度动态调整。

总之,调整缴费比例和公式作为一项长期的制度安排,在供给侧结构性改革中将为企 业减税降费做出实质性贡献,也将在“十四五”期间为增强医保制度财务可持续性和公平性做出长期贡献。

(三)调整职工医保退休人员缴费政策的约束条件及修订相关法律的紧迫性

职工医保向“终生缴费型”模式过渡的一个重要条件是退休人员是否具备缴费能力。中国参加职工医保的退休人员的收入水平和收入结构在过去的二十多年里发生了很大变化,职工养老金连续 17 年上调,其实际社会平均替代率多年来维持在 44%~46%之间^[19],在发达国家里处于中等水平。有些国家比中国高,例如奥地利、丹麦、芬兰、法国、意大利、卢森堡、荷兰、葡萄牙、西班牙等;有些国家比中国低,例如美国、英国、加拿大、瑞士、日本、韩国、爱尔兰、德国^[20]。这里特别指出的是,在加拿大,作为“零支柱”的“老年保障计划”(OAS)的养老金替代率仅为 15%,作为第一支柱基本养老保险的“加拿大养老金计划”(CPP)的养老金替代率仅为 25%^[21],二者合计低于中国的养老金替代率水平。如前所述,一般税收的筹资方式下,加拿大退休人员需缴纳个税。所以,与部分发达国家相比,中国的养老金替代率水平反映出参加职工医保的退休人员具备继续缴费的能力。

为稳妥推进参加职工医保退休人员的缴费政策调整,本文提出如下具体建议。一是缴费政策实行“老人”老办法,“中人”中办法,“新人”新办法。为了更好地衔接现有缴费政策,应对划分出的这三个年龄段人群,实施差别过渡的渐进式改革策略。二是缴费政策与延迟法定退休年龄政策相衔接。“十四五”规划纲要规定,逐步延迟法定退休年龄。应统筹安排医保缴费制度与退休制度,发挥最大力量使二者有效衔接,实现平稳过渡。三是尽快再次修订《中华人民共和国社会保险法》(简称《社会保险法》)。职工医保缴费政策调整面临的一个重要约束条件是目前实施的《社会保险法》对退休人员不缴费做出明确规定: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。由于修订法律需遵循和执行全国人大常委会的相关法律程序,这个过程可能会旷日持久,因此建议尽早将此事提上日程。四是如果在“十四五”期间修订法律的工作难以完成,建议集中精力制订针对参加职工医保退休人员缴费政策改革的顶层设计,为未来进一步修订《社会保险法》做准备。《社会保险法》实施 10 年整,很多条款已经不适用,部分条款甚至对社会保险改革形成障碍。2018 年“两会”期间,笔者向全国政协提交《关于尽快修改〈社会保险法〉的建议》,旨在尽快开展法律修订,推动各项社会保险的改革进程。

参考文献:

- [1] 习近平.当前改革都是“难啃的硬骨头”[EB/OL].[2013-10-07].http://www.xinhuanet.com/politics/2013-10/07/c_117609154.htm.
- [2] 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/SYrlzyshshzbz/zwgk/szrs/tjgb/201805/t20180521_294285.html.
- [3][5][15][16] 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.
- [4] 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].[2018-08-09].<http://www.zj.gov.cn/zjservice/item/detail/lawtext.do?outLawId=e8878688-58a2-406d-9d72-2ed88aee8ba9>.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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).
- [9] 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.

- [10]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).
- [11]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.
- [12]C David Naylor, Andrew Boozary, Owen Adams.Canadian federal-provincial/territorial funding of universal health care: fraught history, uncertain future[J].Canadian Medical Association Journal,2020,192(45):E1408-E1412.
- [13]Helen McKenna, Phoebe Dunn, Emily Northern, Tom Buckley.How Health Care is Funded[EB/OL].[2021-03-31].<https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>.
- [14]WHO.Global Spending on Health: A World in Transition[Z/OL].Geneva:World Health Organization,2019.<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>.
- [17]中华人民共和国国家卫生健康委员会.2019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>.
- [18]The U.S.Centers for Medicare & Medicaid Services.Historical National Health Expenditure Data[EB/OL].[2021-03-31].<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>.
- [19]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.
- [20]OECD.Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators[M].Paris:OECD Publishing,2017:101.
- [21]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(6):87-117.

Three Tasks in the Sustainable Reform of Medical Insurance System During the 14th Five-Year Plan Period

ZHENG Bingwen

Abstract: The 14th Five-Year Plan puts forward three tasks in the sustainable reform of medical insurance system, including improving the financing and treatment adjustment mechanism of basic medical insurance, improving the contributions policy of medical insurance, and implementing the treatment list system of medical insurance. In terms of the financing level and structure, both the medical insurance for employees and the medical insurance for residents need to be adjusted. The balanced proportion structure of contributions is conducive to balancing the rights and obligations of both financing parties and reducing the burden of enterprises. As for the contributions policy and mode, the implementation of lifetime payment of the employee medical insurance for employees is beneficial to improve the financial sustainability of the medical insurance system. The implementation of the treatment list system can frame the responsibility boundary between medical insurance and commercial insurance, government and market. To put the three reforms into practice in the beginning year of the 14th Five-Year Plan is of strategic significance for realizing the sustainability of the medical insurance system and building a multi-level medical insurance system by 2035 and even 2050. This paper puts forward some policy suggestions on the specific path of the three reform tasks during the 14th Five-Year Plan period from the aspects of the problems that should be paid attention to in the implementation of the treatment list system, the adjustment policies and strategies of the proportion and formula of medical insurance contributions, constraint conditions of the contributory policy for retirees who participate in medical insurance for employees and the revision of the law.

Key words: medical insurance financing, the contributions of medical insurance, medical security reform, commercial health insurance, 14th Five-Year Plan