

第九章 大国经济发展与社会保障体系建设*

第一节 大国战略下社会保障的制度框架与政策选择

中国经济总量在 2010 年超过日本,成为全球第二大经济体。根据世界银行的统计数据,2010 年,中国的人均国民总收入为 4260 美元,首次由“下中等收入”(人均 GNI 为 1006~3975 美元)经济体上升为“上中等收入”(人均 GNI 为 3976~12275 美元)经济体,标志着中国经济发展进入了一个新阶段(图 1)。但是,中国经济发展中的问题和社会问题亦日渐突出,经济发展不平衡、不协调、不持续的问题凸显。一些发展中国家的经验显示,在这一阶段极易陷入“中等收入陷阱”,无法成功进入高收入国家^①。

从发达国家以及一些新兴发展中国家经济发展的经验来看,建立一个适合本国国情的社会保障体系是成功跨越“中等收入陷阱”的关键之一,而功能完善的社会保障体系也是现代国家制度的主要组成部分。传统上,社会保障的主要功能是抵御社会风险、收入再分配以及强制储蓄,其干预的重点是对居民遭遇收入损失后提供必要的帮助,属于事后保障。除上述传统功能定位外,现代社会保障的功能定位前移,社会风险的管控、人力资本投资以及社会资本投资成为现代社会保障的重要功能。中国进入经济大国阶段后,面临的一系列问题,诸如收入差距扩大、人力资本积累不足、社会投资不足,以及社会冲突凸显等,都需要现代社会保障体系的不断完善。

从政府职能转变的角度,十八届三中全会提出政府的职责和作用主要放到加强和优化公共服务方面。这是对现代政府职责认识的深化,也是对中国当前面临的主要发展问题的深刻洞察。从各国政府职能演变的角度,现代政府的一个主要职能是对社会风险的调控和管理,这也是构成现代政府合法性的主要来源之一^②。而建立一个有效的社会保障体系则成为政府管控社会风险的主要政策手段,也是大国发展战略不可或缺的组成部分。

从现代社会保障制度演变及改革的趋势以及中国社会保障建设存在的问题出发,大国战略下社会保障制度的定位,以及改革与完善的目标、方向与政策手段如何选择,构成了本部分的主要内容。本部分的主要结构如下:第一章对现代社会保障制度的演变及改革趋势进行

* 执笔人:王震,中国社会科学院经济研究所,研究员;葛婧,人力资源和社会保障部教育培训中心,副研究员。

^① Gill, I., and Kharas, H., 2007, *An East Asian Renaissance: Ideas for Economic Growth*, World Bank.

^② 【英】安东尼·吉登斯著,《第三条道路:社会民主主义的复兴》,郑戈译,北京:北京大学出版社,2000。

总结，对中国社会保障体系的制度框架进行描述，并分析大国战略下中国社会保障制度存在的主要问题，提出大国战略下社会保障改革与发展的定位、目标与方向；第二章着重于基本养老保险制度的改革与完善；第三章着重于基本医疗保障制度的改革与完善。

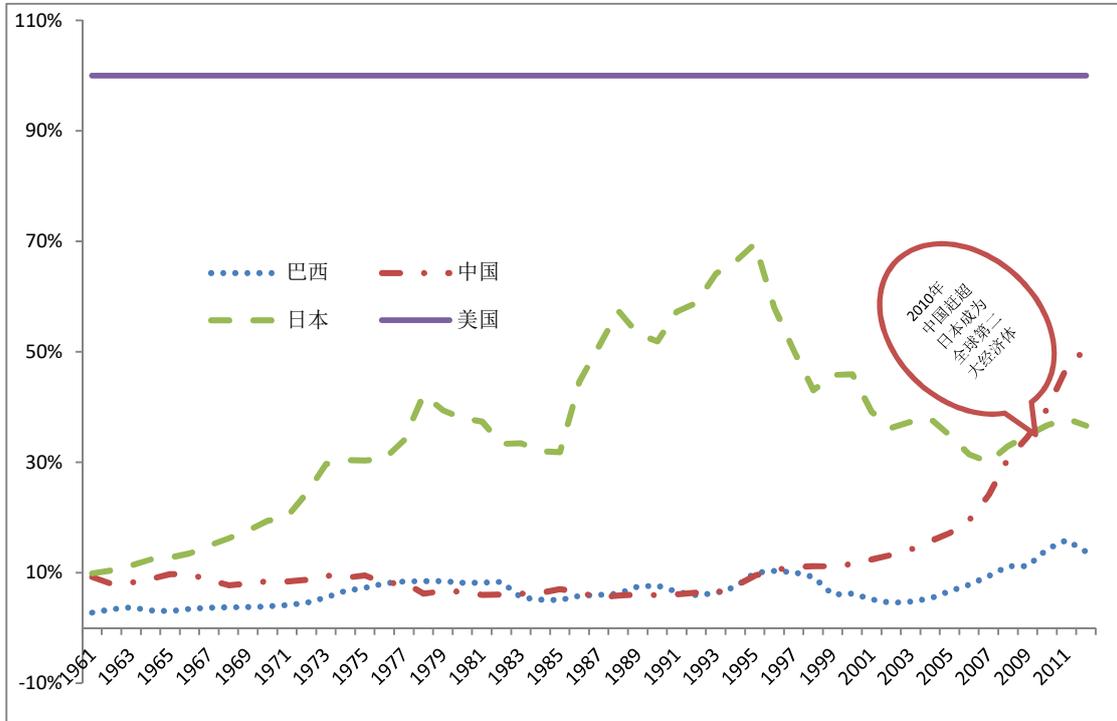


图 1. 中国、日本、巴西对美国的赶超 (赶超指数=各国 GDP/美国 GDP*100%)
数据来源: World Bank Database.

一、现代社会保障制度的演变及框架

(一) 社会保障制度的演变及定义

社会保障^①伴随着现代工业社会的发展而产生的一种社会制度。从历史起源看，英国十七世纪颁布的《济贫法》(Poor Law)就已经具备了某些社会保障的元素。但是包括《济贫法》在内的一些措施背后的逻辑是失业、贫穷是个人原因导致的，社会不负有对贫困的救助责任。政府济贫目的是为了维护社会治安，因此济贫的原则是接受救助与强制劳动相结合，要求接受救助者必须参加强制劳动。《济贫法》虽然也对陷入贫困的人进行救助，但并不具备工业社会社会保障的基本特征。但是，《济贫法》也确定了现代社会保障的一种重要模式，即“补残模式”，政府对落入贫困的居民提供非费缴费型的社会救助。

^① 近年来在一些国家组织的文献中，经常使用“社会保护(Social Protection)”的概念来代替“社会保障(Social Security)”。从严格意义上讲，社会保护拓展了传统社会保障的范畴，更具现代意义。但在多数文献中，二者是通用的。在本书中，我们仍然使用社会保障的指称，但其含义与社会保护基本相同。

具有现代社会保障含义的社会保障体系的开端都以十九世纪末期德国俾斯麦政府建立的社会保险体系开始算起。1883 年德国颁布《疾病保险法》，1889 年颁布《老年及伤残保险法》，标志着工业社会社会保障体系的建立。之后，一些国家纷纷开始建立本国的社会保障体系。英国 1908 年建立养老保险，1911 年建立疾病保险；法国 1910 年建立养老保险；日本 1927 年建立健康保险和工伤保险。这一时期社会保障体系的建立主要以社会保险项目为主。建立政府主导、强制参与的社会保险，经济学上的理由在于弥补商业保险中经常发生的逆向选择与道德风险^①，社会和政治理由则在于消弭社会冲突，促进社会团结（Social Solidarity）^②。

使社会保障成为政府担负的必要责任的事件是 1935 年美国《社会保障法》（Social Security Act）的颁布和实施。美国 1935 年的《社会保障法》建立的老年、残障及遗属保险仍属社会保险范畴，由雇主和雇员缴费形成社会保障基金。美国《社会保障法》标志着为居民提供社会保障成为政府的必要责任。其背景一是资本主义的大危机，导致大批居民失业，失去收入，迫切要求政府提供某种形式的保障；其二是凯恩斯主义的盛行，将政府干预作为应对经济危机的主要手段。与这一背景相适应，美国《社会保障法》的目标，一是“为美国人民提供未来的更长久的经济保障”^③，二是通过社会保障稳定居民消费需求，刺激宏观经济增长。后一个目的成为随后若干年西方资本主义国家凯恩斯需求管理的重要内容。

社会保障演变过程中的另一个关键事件是英国的《贝弗里奇报告》^④。该报告提出了社会保障的四项基本原则：一是普遍性原则，社会保障应面向全体居民；二是保证基本生活原则，社会保障要确保每一个居民最基本的生活需要；三是统一原则，社会保障的缴费标准、待遇支付和行政管理必须统一；四是权利和义务对等原则，社会保障的受益与贡献相匹配。

《贝弗里奇报告》构成了战后欧洲福利国家的雏形。根据该报告设计的框架，英国随后制定和实施了《国民保险法》、《国民卫生保健服务法》、《家庭津贴法》、《国民救济法》等一系列法律，建立了从“坟墓到摇篮”的福利国家。从二战后一直到上世纪 70 年代末、80 年代初，福利国家的思潮及实践在欧洲盛行起来。

二战之后，国际社会对社会保障的认识提升到基本人权的地位。1952 年国际劳工组织

^① Feldstein, M., and J. B. Liebman, Social Security, in A. J. Auerbach and M. Feldstein (eds), Handbook of Public Economics, Vol. 4, pp. 2245-2324, 2002.

^② 周弘，2001，“福利国家向何处去”，《中国社会科学》第 3 期，第 93-112 页。

^③ 【美】富兰克林·德·罗斯福著，关在汉编译，《罗斯福选集》第 78 页，北京：商务印书馆，1982。

^④ 劳动和社会保障部社会保险研究所组织翻译，《贝弗里奇报告——社会保险和相关服务》（Social Insurance and Allied Services），北京：中国劳动社会保障出版社，2004。

(ILO) 在其 102 号公约^①中对社会保障所包含的具体内容进行界定，并成为各国建立社会保障体系的主要参考标准。国际劳工组织提出的社会保障的定义也成为社会保障的标准定义：

“社会通过一系列公共措施为其成员提供的保障，以弥补因各种社会风险导致来自工作及收入丧失或收入的大幅下降，这些社会风险主要包括疾病、生育、工伤、失业、残疾、老年以及家庭中承担家计的人的死亡等；这些保障还包括为居民提供医疗服务，为家庭及儿童提供的福利。”^②

（二）社会保障的主要内容

在历史演变过程中，当前世界各国普遍所建立的社会保障项目主要包括如下几个类型：

1、非缴费型的社会救助项目。社会救助项目所依据的社会保障理论是所谓“补残模式”（Residual Model），即政府对落入一定收入水平之下的居民提供基本生活保障。这类项目一般采取家计和收入调查的方式（Mean-tested）确定被救助人群，并提供实物或现金形式的救助。资金来源主要是政府的一般税收，接受救助者无需提前缴费。因为这类项目的目标是为落入贫困中的人提供基本生活保障，因此这类项目又被称为社会“安全网”（Safety-net）。

2、缴费型的社会保险项目。现代社会保障体系通常以社会保险为主体。社会保险强调的是社会成员通过保险的方式分散社会风险，其依据是风险分散原理。但与商业保险不同的是，社会保险具有强制参与的特征，符合条件的社会成员必须参加，视为法定义务。社会保险一般包括老年和遗属保险、医疗保险、工伤保险、失业保险、生育保险等，其所应对的社会风险则分别为老年风险、疾病风险、工伤风险、失业风险和生育风险等。社会保险的资金来源主要是雇主和雇员缴费，有时政府也会承担一部分费用。与社会救助不同，传统上社会保险一般都与就业关联，覆盖的人群主要是正规就业人员。

3、社会福利项目。与社会救助项目的资金来源相同，社会福利项目也主要由政府税收支付。但与社会救助项目不同的是，社会福利项目一般针对全民或某一特定群体提供普惠型福利，其目的是提升居民生活水平，满足某一特定群体的需求。例如大部分发达国家提供的家庭福利津贴（Family Allowance/Benefits）或儿童津贴（Child Benefits）等。

4、其他社会保障项目。社会救助、社会保险及社会福利构成了现代社会保障体系的主要内容。除此之外，一些国家的社会保障体系还包括其他的一些项目。这些项目主要包括住房保障、积极的就业政策、缓解社会排斥项目等。

^① International Labor Organization, Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102).

^② International Labour Office, 2000, World Labour Report 2000: Income Security and Social Protection in a Changing World, Geneva.

二、现代社会保障制度的变革趋势

社会保障制度是现代国家制度的重要组成部分,为民众提供有效的社会保障已成为当代政府的主要职责。从发展历程上看,二战之后到上世纪70年代现代社会保障的定义、制度框架以及所包含的主要内容都已基本定型。但是,自70年代末期以来,适应经济社会环境的变化,现代社会保障制度的理念、功能定位、提供方式等都发生了重大变化。上世纪70年代主要资本主义国家发生的经济滞胀,使各国对凯恩斯需求管理的宏观经济政策进行反思,重新回归市场的新自由主义经济政策回归。在这一过程中,以高福利为主要特征的现代社会保障制度被认为是导致经济增长乏力的重要原因。如何在社会保障与经济增长激励之间寻求平衡成为社会保障制度改革的主要线索。基于这一背景,从上世纪80年代以来,社会保障的理念、功能定位、保障内容以及提供方式等都发生了诸多变化。理解这些变化对中国建立适应大国经济发展战略的现代社会保障体系具有重要借鉴意义。

(一) 从社会保障到社会保护: 现代社会保障理念

传统上,社会保障是作为“安全网”存在的,旨在对市场竞争中的失败者提供帮助。在福利国家传统中,社会保障则主要体现为国家对居民的收入转移支付。从上世纪80年代以来,社会保护(social protection)的理念逐渐取代了传统社会保障的理念。社会保护一般定义为国家和社会采取的旨在应对脆弱性(vulnerability)、风险(risk)与剥夺(deprivation)的一系列公共政策(public actions);在给定的社会及政治框架中,这些脆弱性、风险与剥夺被认为是社会不可接受的。^①通过公共政策对社会成员提供相应的保护,消除脆弱性,管控风险,以及消除各种形式的剥夺,其主要目的在于提升社会的公平性与安全性,促进社会的流动性、包容性,以及维护社会稳定。与传统的社会保障相比,社会保护突出如下特征:

第一,充分考虑受保护群体现实条件及生活状况的基础上,关切弱势群体的需求,根据他们的现实需要提供保护,具有明显的针对性。例如,对贫困人口的救助不仅是提供收入补偿,而且要充分考虑其陷入贫困的具体原因,提供相应的保护。若落入贫困是因为就业机会不足,那么救助应侧重其就业能力的提升及就业机会的拓展。

第二,对可支付与可持续性的重视。提供的保护不仅在是公共预算可支付的,而且也要考虑家庭和社会的可支付能力。因为即使接受社会提供的保护,一些脆弱群体也没有能力获

^① Norton, A., Conway, T., and Foster, M., 2001, Social protection concepts and approaches: implications for policy and practice in international development, London: Overseas Development Institute, Working Paper 143.

得或使用这种保护。可持续性既包括政治上的可持续性，也包括财务上的可持续性。

第三，着眼于提升个人、家庭、社区应对风险的能力的促进与完善，防止福利依赖。社会保护对脆弱人群的保护着眼于提升他们自身应对风险的能力，而不是被动提供收入补偿。在福利主义的社会保障制度中，最易产生的问题就是社会成员对福利的依赖。在社会保护的观念中，社会保护对社会成员提供的支持主要是应对风险能力的提升。实际上这不仅是对社会应对风险能力的提升，而且也为经济持续增长提供了人力资本基础。

第四，社会保护强调保护内容的灵活性，能够适应快速变化的经济社会环境，满足社会成员不同生命周期的需求变化。在生命周期的不同阶段，社会成员面临的风险类型是不同，需要获得保护的侧重点不同。社会保护需要适应这种变化，提供更具针对性的保护。

如前所述，现代社会保障改革的焦点是在应对社会风险、提供经济安全与经济增长之间寻求平衡点。社会保护的观念在二者之间找到了一个连接点，这个连接点就是基于能力提升的人力资本投资。提升社会成员应对风险的能力的主要途径之一就是人力资本投资；而人力资本投资又是现代经济增长的主要来源。

（二）现代社会保障的功能与政策定位

社会保障观念的演进伴随着现代社会保障的功能扩展。社会保障的传统功能，首先是作为社会“安全网”，对竞争失败者及落入贫困的人进行救助。发挥这一功能的项目主要是非缴费型的社会救助项目。其次是通过社会互济，分散社会风险。发挥这一功能的项目主要是社会保险项目。第三个功能是通过社会互济实现社会团结，实现社会不同阶层、不同群体之间的融合。这也是德国在 18 世纪末俾斯麦政府建立社会保险的初衷之一。第四个是强制储蓄的功能。这一功能主要体现在缴费型的社会保险项目中。强制储蓄功能最为明显的就是完全基金积累制的养老保险制度。新加坡的中央公积金制度就是典型的强制储蓄型社会保障。实际上，即使那些现收现付制的社会保险项目，也存在强制储蓄的问题。只不过这里的强制储蓄体现为代际之间的强制储蓄。

第五个是收入再分配的功能。社会保障体系中，收入再分配功能最为明显是非缴费型的社会救助项目，因为这直接体现了收入向低收入群体的转移支付。具有共济功能的社会保险项目也具有收入再分配功能。第六个功能与经济增长及经济波动有关。在凯恩斯需求管理框架中，社会保障被视为宏观经济的“稳定器”。

自上世纪 80 年代以来，社会保障的功能与政策定位发生了变化。这些变化主要体现在如下几个方面：

第一，积极的就业政策与人力资本投资成为现代社会保障的重要内容。20 世纪 80 年代

以来，人力资本理论被引入社会政策领域，认为贫困或受到社会排斥是由于他们未能被市场特别是劳动力市场包容的结果。而未能被劳动市场包容的原因则在于这部分人群的人力资本投资低下，不能适应市场需求。因此，社会保障的目标转为通过增强人们适应市场经济变化的能力来实现。强调对劳动市场的干预不仅是现代社会保障与传统社会保障制度的核心区别，更由于社会保护政策对劳动力市场的干预政策具有公平和效率兼顾的特征，从而使社会保护政策具有社会投资的功能^①。

第二，社会风险的管控成为社会保障的主要功能。传统的社会保障制度在很大程度上是一种事后补偿机制，其目的是保障和维持基本生活。而现代社会保障则从生命周期与风险管理理论出发，将社会保障的前沿提前到风险发生之前^②。相比于传统社会保障，积极干预型的社会保障更加重视人们陷入贫困的原因，在制度设计上从“剩余型”向“发展型”制度设计转变，强调了社会保障在扫除人们参与经济社会生活方面的障碍，在短期以及长期提升人力资本积累的作用。

第三，社会保障成为促进社会和谐与稳定，消解社会排斥的主要政策手段。德国社会保险建立之初的一个重要目标是实现社会团结。在这一目标之上，现代社会保障又逐步衍生出消解社会排斥的政策目标。社会排斥指社会成员愿意参与社会活动但是被不可控制的因素阻止的事实。社会排斥的渊源可以追溯至将贫困视作能力剥夺这一古老思想。社会排斥会通过各种方式导致剥夺与贫困，包括积极排斥与消极排斥^③。社会排斥已成为影响社会和谐与稳定的主要社会问题。消解社会排斥以及由此带来的各种社会问题，已成为欧盟当前重要的社会保障政策。欧盟 25 国在消解社会排斥方面的公共支出占 GDP 的比例由上世纪 90 年代的 0.3% 上升到 0.4%，而在荷兰、比利时、卢森堡等国，这个比例在 2011 年分别上升为 2.2%、0.7% 和 0.5%^④。

（三）“去福利化”与社会保障提供方式的多样化

上世纪 80 年代以来，世界社会保障体系改革的一个明显趋势是社会保障的“去福利化”。社会保障“去福利化”包括了几个方面的内容：一是社会保障受益中，非缴费型支出的削减，特别是福利型项目的削减。二是更加强调个人责任，减少个人对公共福利的依赖。这一改革趋势与上世纪 70 年代末及 80 年代的自由主义改革思潮密切相关。这一改革思潮从总体上看，

^① 徐月宾、刘凤芹、张秀兰，“中国农村反贫困政策的反思”，载《中国社会科学》2007 年第 3 期。

^② Garcia, A. B., and J. V. Gruat, 2003, *Social protection: a life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and development*, Social Protection Sector, ILO.

^③ 阿玛蒂亚·森著，王燕燕摘译，“论社会排斥”，载《经济社会体制比较（双月刊）》，2005 年第 3 期。

^④ 数据来源：Eurostat database.

是以减少政府干预，重新强调市场竞争为特征的。反映在社会保障改革方面，就是减少政府对社会保障的责任，重新强调个人负责。此外，一个非常现实的原因是高额的社会保障支出对各国政府的财政带来了沉重压力。

在“去福利化”的同时，社会保障的提供方式也发生了改变。二战后形成的福利国家模式，政府即使不是唯一的也是主要的社会保障的提供者。但是自 80 年代以来，这种“父爱主义”的社会保障提供模式受到了冲击，在社会保障提供中引入市场力量及市场机制成为改革的重要方面。

三、中国社会保障体系的演进及制度框架

中国社会保障体系来源于计划经济时期，在改革开放过程中，又形成了一些的制度特征。具体而言，中国会保障体系的制度框架主要包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助、个人储蓄积累保障等内容^①。在党的十七大报告中，对中国社会保障体系的框架安排，又进行了系统的界定，“以社会保险、社会救助、社会福利为基础，以基本养老、基本医疗、最低生活保障制度为重点，以慈善事业、商业保险为补充，加快完善社会保障体系^②”。

（一）计划经济时期的社会保障

中国当前的社会保障体系源于计划经济时代的社会保障制度安排。计划经济通过政府的指令性计划对整个社会的经济活动进行调配与控制。要实现行政性、指令性计划对经济活动的调配与控制，需要背后一整套的制度支持。新中国成立以来，在重工业优先发展的计划目标下，为了将资源集中到工业部门，逐步形成以户籍制度为主体的城乡二元分割体制^③。与城乡二元分割体制相对应，计划经济时代的社会保障体系主要特征也体现为城乡二元分割：农村居民主要以家庭自我保障及集体经济组织提供的保障为主，政府对农村社会保障并无财政支付责任；城镇居民则又根据就业身份区分为不同的社会保障类型。

在农村，20 世纪 50 年代中期之后，随着农村合作化的完成，形成了人民公社制度以及村级集体经济组织。与这一制度相对应，农村形成以“五保”供养及农村合作医疗为代表的

^① 十四届三中全会报告，“中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定”，1994。

^② 胡锦涛，“高举中国特色社会主义伟大旗帜 为夺取全面建设小康社会新胜利而奋斗——在中国共产党第十七次全国代表大会上的报告”，2007 年 10 月 15 日。

^③ 林毅夫、蔡昉、李周，《中国的奇迹：发展战略与经济改革》，上海：格致出版社，上海三联书店，上海人民出版社，1999 年第 2 版。

社会保障项目。农村“五保”供养规定了农村村级集体经济组织对丧失劳动能力的成员提供的基本生活保障。这一保障形式实际上通过集体成员之间的互济，在集体经济组织内部建立了一种非缴费型的救助制度。农村合作医疗制度也是当时农村主要的社会保障项目。与“五保”制度不同，合作医疗要求成员缴纳一定的费用，并用这些费用支付医生的服务及药品；与“五保”制度相同的是，合作医疗也嵌入到农村集体经济组织当中。合作医疗中的农村赤脚医生同时也是社员，其医疗服务被纳入到合作社的分配系统中。

在城镇地区，城镇居民根据职业的不同，分别纳入到不同的社会保障项目中。第一类是机关事业单位就业人员，他们实行的财政直接支付的公费医疗及退休制度；第二类是国有企业及集体企业职工，他们实行的是基于企业与职工缴费的劳动保险制度；第三类是非就业城镇居民，他们没有单独的社会保障项目，但可以以机关事业单位及企业职工的家属身份获得部分保障，例如医疗费用的报销等。

图 2 给出了计划经济时代基于人群分割的社会保障制度框架。实际上，在计划经济下，这一框架逐渐演变成不同单位的职工福利制度，失去了社会共济的职能。在农村，“五保”供养及合作医疗本就依托村级集体经济组织；在城镇，文化大革命时期的企业职工退休费用社会统筹被取消，原来的劳动保险演变成“企业福利”，机关事业单位的社会保障待遇也与本单位的财政支付能力相关。

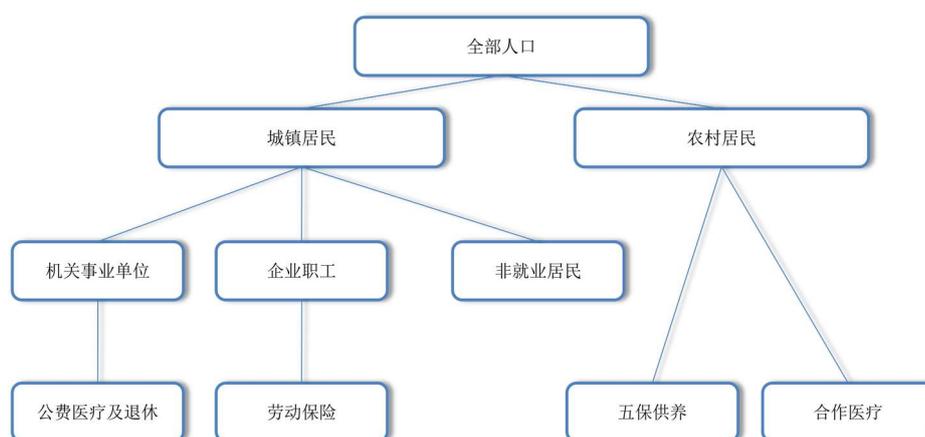


图 2. 计划经济下中国人群分割与社会保障体系

（二）改革开放初期至 20 世纪 90 年代中期的社会保障改革探索

计划经济时期的社会保障在农村依托于人民公社制度，在城镇则演变为依托单位或企业的职工福利。这两个基础在 20 世纪 70 年代末期开始的改革开放中被打破：首先在农村，人民公社制度解体，家庭联产承包责任制使集体经济组织失去了大部分经济和社会管理功能；

其次，在城镇地区，国有企业也开始了放权让利、承包制、股份制等改革探索。原有的社会保障体系由于失去依托而趋于瓦解。

在农村，随着人民公社制度的解体以及家庭联产承包责任制的推行，农村集体经济组织弱化，逐步失去了为其成员提供保障的能力。在这样的情况下，农村的合作医疗制度逐步瓦解，覆盖率从 70 年代中期最高峰的 90%左右急剧下降到 5%左右（1983 年）^①。直到 2003 年中国重建新型农村合作医疗，农村的医疗保障基本上处于空白。

“五保”供养制度对集体经济的依赖更甚，因为五保供养的资金直接来源于生产大队及生产队。而随着集体经济组织的弱化，五保供养的资金来源接近枯竭。为解决这一问题，中央提出农村五保供养的资金来源应从农民直接收费解决，并将其纳入到村提留和乡统筹的范畴中，管理层次也逐步上移至乡镇政府^②。

在 80 年代及 90 年代初期，随着国有企业改革的推进和企业转制、破产的加快，城镇待岗、失业人群大量出现，城镇贫困人口急剧增加，急需在城镇地区建立针对失业、待岗职工及城镇贫困人口的救助措施^③。在这样的情况下，上海市在 1993 年建立了非缴费型的城镇居民最低生活保障制度，初步在城镇建立了一道社会“安全网”，并成为未来中国居民最低生活保障制度的雏形。

同时，在原有企业劳动保险制度的基础上，各地也在探索重建企业职工社会保险制度。在中央层面，国务院在《国营企业实行劳动合同制暂行规定》（国发〔1986〕77 号）中专门对企业劳动合同制工人的劳动保险统筹进行规定，并提出“劳动合同制工人退休养老实行社会保险制度。退休养老基金的来源，由企业和劳动合同制工人缴纳。”1991 年国务院将统筹的社会保险制度扩展到全部国有企业工人^④。

这一时期的社会保障制度改革，其主要目的是为国有企业改革提供支持，使国有企业能够摆脱原先承担的沉重的职工福利，成为合格的市场竞争主体。因此，在没有市场竞争、无需成为市场主体的政府及事业单位中，原有的政府财政支付的公费医疗及退休制度没有实行改革，仍保留了原来的制度安排及资金来源渠道。

^① 王禄生、张里程，1996，我国农村合作医疗制度发展历史及其经验教训，《中国卫生经济》第 8 期，第 12-15 页。

^② 1985 年中共中央国务院《关于制止向农民乱派款、乱收费的通知》规定，“供养五保户等事业的费用，原则上应当以税收或其他法定的收费来解决。在这一制度建立之前，实行收取公共事业统筹费的办法”。1991 年国务院《农民承担费用和劳务管理条例》规定，“村提留包括公积金、公益金和管理费”，其中“公益金，用于五保户供养、特别困难户补助、合作医疗保健以及其他集体福利事业”，“乡统筹费可以用于五保户供养”。

^③ 杨立雄，2004，中国城镇居民最低生活保障制度的回顾、问题及政策选择，《中国人口科学》第 3 期，第 71-80 页。

^④ 国务院《关于企业职工养老保险制度改革的决定》，1991。

（三）20 世纪 90 年代中后期适应社会主义市场经济体制的社会保障建设

党的十四大提出了中国经济体制改革的目标模式是建立社会主义市场经济体制；十四届三中全会则对社会主义市场经济体制的制度框架进行了规定，在其中，明确提出了社会保障改革的功能、地位及目标模式。

首先，十四届三中全会提出了中国社会保障体系建设的目标模式是“建立多层次的社会保障体系”，其主要内容包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助、个人储蓄积累保障。

其次，在改革重点方面，将城镇职工养老保险和医疗保险作为重点，并提出了二者在筹资模式上实行“社会统筹+个人账户”制度。

第三，确定了社会保险基金保值增值的主要渠道是“用于购买国债”。

从社会保障的功能定位上，十四届三中全会对社会保障的功能定位在为国有企业改革进行配套，强调其在“深化企业和事业单位改革”中的重大意义。

十四届三中全会确定的社会保障建设的基本模式及一些基本原则构成了当前中国社会保障体系制度安排框架的主体。从十四届三中全会以后直至 2000 年，中国依次建立了企业职工生育保险制度^①、企业职工工伤保险制度^②、城镇职工基本养老保险制度^③、城镇职工基本医疗保险制度^④、以及失业保险制度^⑤；在非缴费型的社会救助方面，则建立了城镇居民最低生活保障制度^⑥。

在农村社会保障体系建设上，十四大及十四大三中全会确定的农村社会保障的原则，仍强调“农民养老以家庭保障为主，与社区扶持相结合”。20 世纪 90 年代初，民政部以县为单位开展了农村养老保险试点（即老农保），资金以个人缴纳为主，集体补助为辅，国家予以政策支持^⑦。这一制度实际上是个人账户形式的养老储蓄，个人账户完全由个人缴费形成，且个人是否参加、缴费多少都可自行选择。个人账户的资金回报率与银行利率相同。由于制度设计存在缺陷，发展动力不足，从而逐渐萎缩。1998 年国务院决定停止该项制度的运行。

十五大确立的中国社会保障建设的基本原则，仍强调城镇社会保障建设，并强调其作为国有企业改革配套的重要性，并未认识到社会保障自身的意义。

^① 劳动部，《企业职工生育保险试行办法》，劳部发【1994】504 号。

^② 劳动部，《企业职工工伤保险试行办法》，劳部发【1996】266 号。

^③ 国务院，《关于建立统一的企业职工基本养老保险制度的决定》，国发【1997】26 号。

^④ 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。

^⑤ 国务院，《失业保险条例》，1999。

^⑥ 国务院，《关于在全国建立城市居民最低生活保障制度的通知》，国发【1997】29 号。

^⑦ 民政部办公厅，《县级农村社会养老保险基本方案（试行）》，民办发【1992】2 号。

（四）覆盖全民的社会保障制度

十六大在社会保障建设的原则上发生了本质性的变化，社会保障开始摆脱作为国有企业改革配套的功能定位，社会保障在经济社会发展的重要作用得到重视。同时，在十六大的报告中，提出了农村社会保障建设的政策取向，即“有条件的地方，探索建立农村养老、医疗保险和最低生活保障制度。”而 2003 年的“非典”冲击，也使中国政府认识到建立一个覆盖全面的社会保障制度的重要性。

此后的十年间，中国社会保障建设进入全面覆盖的新阶段。2003 年年初，中央开始推动新型农村合作医疗制度。新型农村合作医疗制度首次明确了政府对农村社会保障的财政责任。新农合的筹资结构设计为“政府补贴、集体补助、个人缴费”，政府按照一定比例为新农合提供财政支持。此后，2009 年开始建立的新型农村社会养老保险试点也秉承了这一筹资结构，明确了政府对农村居民养老保险的财政支持责任。政府对农村社会保障的财政支持责任还体现在新的农村“五保”供养上。2006 年的《农村五保供养工作条例》规定，“农村五保供养资金，在地方人民政府预算中安排”，确定了农村五保供养作为政府非缴费型社会救助项目的地位。

在非缴费型社会救助项目方面，这一时期还正式建立了城镇与农村的最低生活保障制度以及城镇与农村的医疗救助制度。在城镇非就业居民方面，除了非缴费型的社会救助项目外，还分别在 2007 及 2011 年建立了城镇居民的医疗保险制度及城镇居民养老保险制度，将城镇未就业人员以及就业不稳定无法纳入城镇职工基本养老（医疗）制度的群体纳入到社会保障体系中。

随着城镇居民养老保险制度的建立，中国在社会保障体系建设上实现了全部人群的制度全覆盖（图 3）。在农村地区，农村居民的社会保障体系，既有非缴费型的社会救助项目，“五保供养”、农村居民最低生活保障及医疗救助制度，也有社会保险性质的新型农村合作医疗及新型农村养老保险；城镇居民社会保障的主体是城镇职工社会保险制度，包括养老保险、医疗保险、失业保险、工伤保险及生育保险，也包括覆盖城镇居民的缴费型的城镇居民最低生活保障及医疗救助制度。此外，城镇非就业居民也建立了城镇居民养老保险及医疗保险制度。

在实现制度全覆盖的同时，中国政府及社会对社会保障功能的认识也发生了变化。自十六大之后，社会保障成为民生建设的主要内容，而不仅是企业改革的配套措施。同时，社会保障也成为改革开放发展成果为全民共享的主要政策手段。

在十七大报告中，正式提出了建立覆盖城乡居民的社会保障体系的目标，并对中国社会

保障的制度框架及模式进行了界定，中国社会保障体系“以社会保险、社会救助、社会福利为基础，以基本养老、基本医疗、最低生活保障制度为重点，以慈善事业、商业保险为补充”。十八大报告将社会保障的全民覆盖作为全面建设小康社会的主要目标之一，并提出统筹推进城乡社会保障体系建设的基本原则。

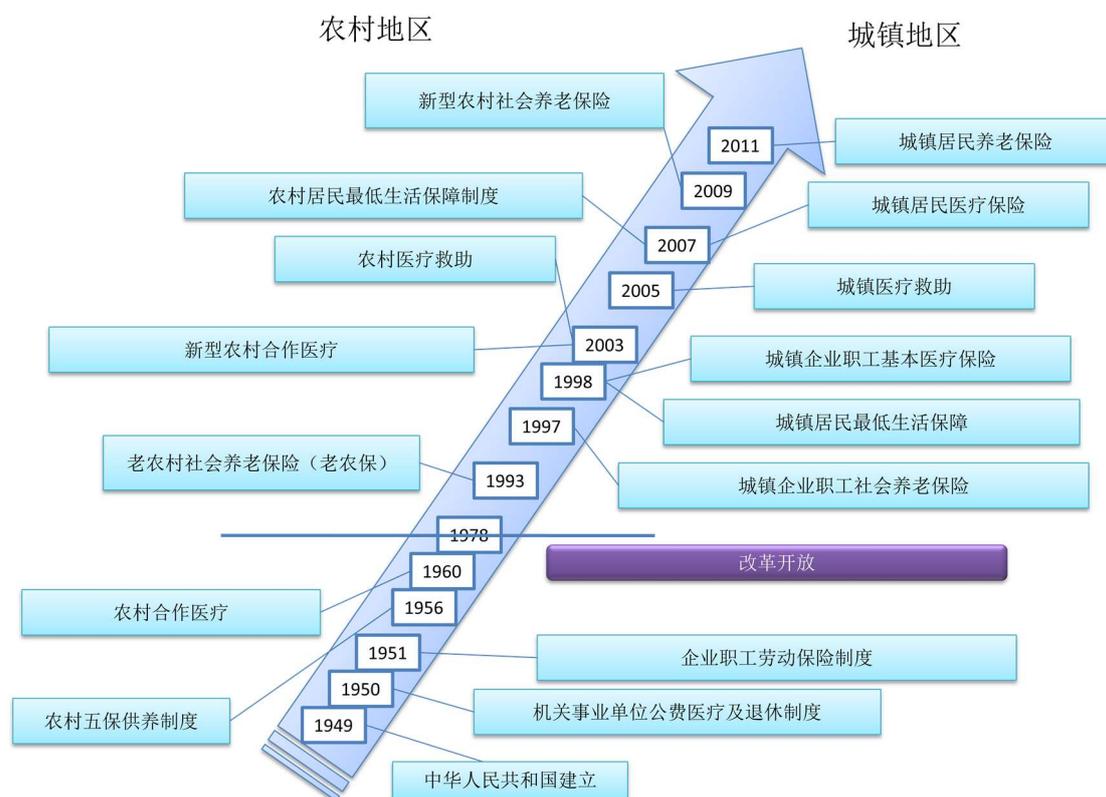


图 3. 中国社会保障体系的演变过程

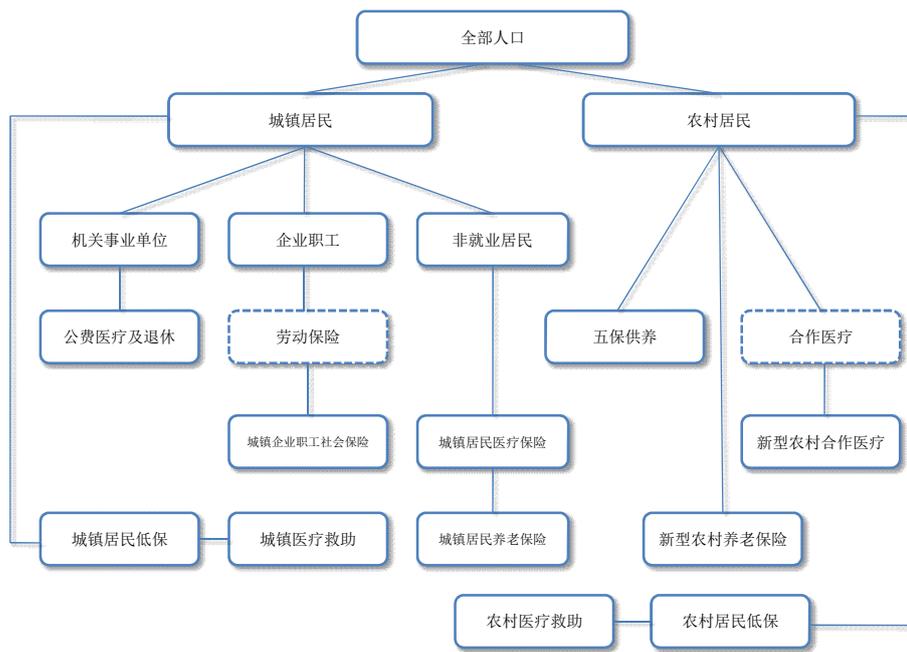


图 4. 分人群的社会保障项目覆盖
注：图中虚线框中的为已经取消的项目。

四、中国社会保障体系的制度特征及存在的问题

中国社会保障实现制度全覆盖意味着所有人群都被至少一种社会保障项目所覆盖，这是中国社会保障建设取得的巨大成绩。但是，中国社会保障体系脱胎于计划经济，在改革过程中又承担了为国有企业改革提供配套的功能，因此形成了一些重要特征。这些特征在全球化的时代背景和中国的特定情境下产生了诸多问题，面临着巨大的挑战。中国社会保障体系存在的诸多问题基本都可以归结到中国社会保障体系的两个主要特征：一是制度分割，社会保障项目之间“碎片化”严重，公平性不足；二是隐性负债沉重，可持续性堪忧。

（一）中国社会保障体系的“碎片化”

中国社会保障体系的一个基本特征是“碎片化”，而“碎片化”则包含着三个层次的分割：一是制度分割，二是地区分割，三是管理部门的分割。这三个层面的分割相互缠绕，形成中国社会保障体系的“碎片化”特征：不同的“碎片”之间待遇差距明显，显失公平；转移接续困难，缺乏便携性，不适应流动性；管理分割导致信息不能共享，不能充分发挥社会保障的整体功能。

（1）制度分割及地区分割：社会保障公平性不足

在当前中国的社会保障体系下，不同的人群适用不同的社会保障项目。首先是城乡居

民之间，城镇居民和农村居民实行不同的社会保障项目。即使实行具有相同制度安排框架的社会保障项目，其间也存在明显的差异。在非缴费型的社会救助项目方面，城镇居民和农村居民都实行了居民最低生活保障制度，制度安排类似，但实际待遇水平却有较大差距。农村平均的低保标准及实际的平均补助水平都仅相当于城镇水平的一半左右。在缴费型社会保险方面，（城乡）居民养老保险的年养老金支付水平仅相当于城镇职工养老保险平均养老金水平的 4%左右；在医疗保险方面，新型农村合作医疗的人均筹资额在 2012 年只有 308.5 元，低于城镇居民基本养老保险的人均筹资额，更远低于城镇职工基本医疗保险的人均筹资额。

城乡之间在社会保障水平之间的巨大差异有其历史原因，但是这种保障水平的巨大差异有悖于城乡统筹的基本原则，有悖于社会保障收入再分配功能的发挥。

表 1. 中国社会保障水平的城乡及制度差距（2012 年）

			数额	单位
居民最低生活保障	平均低保标准	城市	330.1	元/月、人
		农村	172.3	元/月、人
	平均补助水平	城市	239.1	元/月、人
		农村	104.0	元/月、人
城镇职工基本养老保险		平均养老金	20900.4	元/年
城乡居民养老保险		平均养老金	879.5	元/年
城镇职工基本医疗保险		人均筹资额	2288.8	元/年
城镇居民基本医疗保险		人均筹资额	322.9	元/年
新型农村合作医疗		人均筹资额	308.5	元/年

数据来源：《中国民政统计年鉴》、《中国劳动统计年鉴》

注：2012 年 8 月城镇居民养老保险与新型农村养老保险合并统计；数据来源于 2012 年《人力资源和社会保障事业统计公报》。养老保险的平均养老金等于该年份基金支出额除以离退休人数；医疗保险及合作医疗人均筹资额等于该年度基金收入额除以该年底参保人数。

其次，即使在城镇居民内部也存在不同人群、不同制度之间的待遇差异，其中社会反响比较强烈的当属机关事业单位与城镇企业职工社会保险之间的待遇差距。机关事业单位与企业职工实行不同的社会保障制度：前者适用机关事业单位的公费医疗及退休制度，且全部由财政直接拨付；后者实行的是雇主及雇员共同缴费的社会保险制度。机关事业单位的社会保障不仅无需个人缴费，且其待遇水平也远高于企业职工的社会保险。以退休后的养老金为例，从机关事业单位退休的人均月养老金为 2508 元，而从企业退休的职工的月平均养老金只有 1528 元，前者是后者的 1.6 倍（表 2）。即使在控制了二者之间的教育水平差距后，二者之间也还存在明显的养老金待遇差距^①。需要指出的是，在机关事业单位内部，机关公务

^① 中国社会科学院经济研究所社会保障课题组，2013，“多轨制社会养老保障体系的转型路径”，《经济研究》

员与事业单位之间，也存在社会保障之间的显著差距。此外，在城镇职工与城镇居民之间，也存在社会保障之间的差距（表 1）。

表 2. 中国城镇不同就业状况下退休后的养老金差距（2010 年）

退休前就业状况	观测值数 (人)	退休金/社保给付养老金		每月总收入	
		均值 (元/月)	基尼系数 (%)	均值 (元/月)	基尼系数 (%)
A 非正规就业	2325	260.62	61.65	376.54	65.45
B 机关事业单位	2007	2508.19	29.04	2632.37	30.40
C 企业职工	5605	1528.15	20.83	1600.51	22.42
D 机关加企业	123	2847.91	26.14	2903.97	26.07
B+C+D	7735	1803.43	27.03	1888.97	28.35
全部	10060	1446.86	39.72	1539.43	40.54

数据来源：中国社会科学院经济研所社会保障课题组，2013，“多轨制社会养老保障体系的转型路径”，《经济研究》第 12 期，第 4-16 页

中国社会保障体系不仅存在制度之间的分割，而且还存在严重的地区之间的分割。在社会保险方面，中国社会保险项目基本统筹区域为县级（县级市、市辖区）统筹，不同的统筹区域之间，缴费率有差异，缴费基数不同，保障水平差距明显。以养老保险为例，虽然中央政府制定了养老保险的指导缴费率，但是各地的缴费基数却与本地的平均职工工资相挂钩，缴费上下限与本地的最低工资标准挂钩，导致实际缴费水平存在较大差异。在养老金待遇方面，更是存在明显的地区差距。以企业职工基本养老保险为例，2012 年平均的养老金水平，最高的省份是最低省份的 2.15 倍，次高省份是次低省份的 1.78 倍。

在非缴费型的社会救助方面，也存在地区差异。以城镇和农村最低生活保障为例，2012 年城镇最低生活保障的平均标准及实际补助水平最高省份为最低省份的 2.27 倍、2.45 倍，次高省份为次低省份的 2.06、2.27 倍；农村居民最低生活保障制度的差距更加明显，平均低保标准及实际补助水平，最高省份为最低省份的 3.75 倍、3.96 倍，次高省份为次低省份的 3.72 倍及 2.79 倍（表 3）。

社会保障水平要与地区经济社会发展相适应是社会保障建设的一个重要原则；但是，社会保障作为调节收入再分配的重要手段，若不能在不同地区之间实现收入的再平衡，那么社会保障就失去了其本来的含义。而从社会保障分散社会风险的角度，统筹范围过低意味着风险分散的范围过低，其抵御社会风险的能力必然下降。制度分割与地区分割导致的社会保障待遇差异，不仅阻碍社会保障收入再分配功能的发挥，而且其本身的不公平性也已成为引发

社会冲突的一个焦点。

表 3. 城镇企业职工年均养老金及城镇、农村低保的地区差距（2012 年）

地区	企业职工平均养老金（元/年）	城镇最低生活保障（元/人、月）		农村最低生活保障（元/人、月）	
		平均标准	补助水平	平均标准	补助水平
最低	7573	251	189	115	81
次低	7996	253	192	115	82
次高	14212	520	435	427	229
最高	16251	570	463	430	318
基尼系数	10.27%	12.05%	13.92%	22.56%	18.02%
最高/最低	2.15	2.27	2.45	3.75	3.96
次高/次低	1.78	2.06	2.27	3.72	2.79

数据来源：2012 年《中国民政统计年鉴》、《中国劳动统计年鉴》。

（2）社会保障便携性不足，不能适应流动性

“碎片化”的社会保障除了导致不公平外，还存在一个问题，即不同“碎片”之间的转移困难，便携性不足。这种“碎片化”的状态比较适应人口流动较少的社会。随着改革开放以及快速工业化、城镇化，中国出现了大规模的乡-城流动人口（农民工）。外出就业的农民工^①规模从 2006 年 1.32 亿增长到 2012 年的 1.63 亿，占城镇总就业人员的比重也一直维持在 44%以上（图 5）。也就是说，在城镇就业人口中，接近一半的人是进入城镇就业与生活的农民工。农民工已成为中国“产业工人的重要组成部分”^②。

农民工进入城镇地区主要从事非农就业，其面对的社会风险性质主要是工业化的社会风险。从保障模式与社会风险匹配的理论上讲，他们应该被覆盖在城镇社会保障体系中。从中国社会保障的制度设计及具体实施细则上，在城镇正规就业的农民工可以参加城镇企业职工社会保险。但是，已有的调查显示，农民工参加就业所在地城镇职工社会保险的意愿低，实际覆盖率低^③。统计数据显示，2011 年农民工养老、医疗、工伤、失业保险的参保率只有 26.1%、29.3%、43.0%及 15.1%，远低于同期城镇企业职工社会保险的全部覆盖率（表 5）。这其中的一个重要原因就是中国社会保障体系的地区分割及制度分割。

^① 根据国家统计局的解释，外出就业的农民工定义为在本乡外从事非农就业的农民工；全部农民工包括外出就业农民工及在本乡（镇）内就业的农民工。

^② 国务院《关于解决农民工问题的若干意见》，2006。

^③ 顾永红，2010，农民工社会保险参保意愿的实证分析，《华中师范大学学报（人文社会科学版）》第 49 卷第 3 期，第 14-20 页。

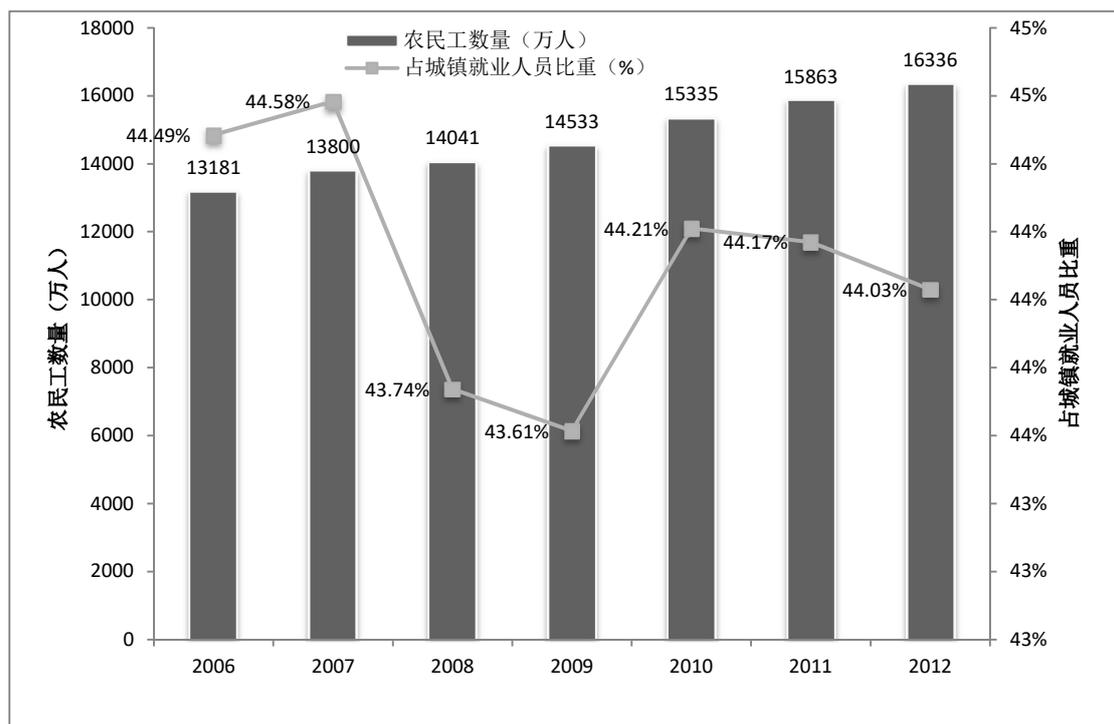


图 5. 中国农民工数量及占城镇就业人员的比重 (2006-2012)

数据来源：2006 年农民工数量来源于国家统计局第二次全国农业普查数据公报；其他年份来源于《人力资源和社会保障事业发展统计公报》。城镇就业人员数来源于相关年份《中国统计年鉴》。

农民工作为流动人口，其流动模式既包括农村-城市流动，也包括城市之间的流动，还包括从城市回流到农村，以及多次农村-城市之间的流动。这就要求他们的社会保障关系能够顺畅的转移，具有足够的便携性。但是，中国社会保障的“碎片化”导致这种转移非常困难。一是地区到地区之间的转移。中国的社会保险基金基本上是地方统筹的，当前主要是区县级统筹以及地市级统筹。农民工社会保险关系的跨地区转移涉及到缴费的转移以及缴费年限的确认等问题。转出地不愿转出，转入地不愿接纳，导致一些农民工的社会保险权益受到损失。二是不同制度之间的转移，其中最重要的城镇职工养老保险与居民养老保险之间的转移接续。不同制度之间的转移也涉及到不同制度之间的基金转移问题。流动性差导致农民工的社会保险权益受损，从而影响了农民工的参保意愿。这是农民工社会保险覆盖率低的主要原因。

从事非正规就业的农民工在城镇地区基本无法获得社会保障。城镇地区的非正规就业人员可以通过两种途径获得社会保障：一是以自由职业者身份参加企业职工社会保险，自己承担所有缴费；二是以居民身份参加城镇居民社会保险，并有资格获得非缴费型的社会救助。但这两条途径对农民工都不适用。农民工虽然在城镇地区就业和生活，但并不被认可为本地

户籍人口。上述两条途径仅对本地户籍城镇人口提供。

中国社会保障体系的分割导致的便携性差、不适应流动性等情况已经成为实现社会保障全覆盖的主要障碍之一。

(3) 管理分割，阻碍社会保障整体功能的发挥

与制度分割相关的是，不同的社会保障项目还分散在不同的管理部门。具体而言，非缴费型社会救助项目及社会福利项目，包括城乡居民最低生活保障制度及医疗救助制度等，由民政部门主管；缴费型的社会保险项目，包括城镇职工社会保险、居民社会保险及新型农村养老保险，主要由人力资源和社会保障部门主管；而新型农村合作医疗则由卫生部门主管。这种部门分割导致了不同社会保障项目之间衔接不畅，阻碍社会保障整体功能的发挥。

在社会保障的制度安排中，非缴费型的社会救助作为社会“安全网”而存在，其主要功能是为失去收入、落入贫困的人群提供“安全网”，不致使其流离失所。缴费型的社会保险制度，其功能一是通过社会共济应对社会风险，二是进行收入再分配，三是强制个人储蓄。非缴费型的社会福利则更着重于居民一般福利及生活水平的提升，以及重点人群，特别是儿童、老人、残障人士的社会福利。这三者之间功能互补，共同构成社会保障的完整体系。但是，在中国目前的管理体制下，不同的社会保障分立在不同政府管理部门手中，导致社会保障的管理效率低下，社会保障的“信息孤岛”效应即突出问题之一。现代社会保障对参保人群的信息极为依赖，不管是救助对象的确定、保险费用的缴纳，还是医疗费用的报销等，都涉及到参保人的基本信息及活动信息。但是，不同的社会保障项目分散在不同的管理部门中，信息不能互通，从而导致各种问题的发生。

从国际经验看，多数国家的社会保障都整合在一个职能部门，多数国家设立了诸如社会保障署、人类发展部等部门统筹全国的社会保障项目，使社会保障形成一个整体，发挥整体功能。相对而言，中国社会保障体制还存在改进空间以加强人群的覆盖和功能的发挥。

(二) 社会保障隐性负债沉重，缺乏可持续性

中国社会保障体系的另一个特征是隐性债务负担沉重，影响社会保障的可持续性。隐性债务也被称为潜在负债，其含义为虽未体现在账面上，但需要在未来加以偿还的债务。中国社会保障体系的隐性债务主要体现在社会保险项目上。非缴费型的社会救助及社会福利项目，虽然也有人口老龄化带来的未来预期支付增加的问题，但基本处于可控状态。缴费型的社会保险项目则面临着缴费与未来支付之间的不平衡问题。一般的商业保险也存在未来的支付压力问题，但商业保险可以采取多种参数调整的方式消解债务，例如根据精算结果调整保费费率、支付水平等。在社会保障体系内，这些参数调整都受到限制。虽然中国

架设计中表明了基金的自我平衡原则，但现实中基金的自我平衡很难实现。2010 通过的《社会保险法》规定，县级以上人民政府在社会保险基金出现支付不足时给予补贴，这从法律上确定了政府作为社会保险的最终债权人。

中国社会保障体系的隐性债务主要来源于如下三个方面：一是制度转轨产生的历史债务；二是现收现付的制度设计在快速老龄化下产生的隐性负债；三是一些特殊的制度安排导致的隐性债务。

（1）制度转轨导致的历史债务

制度转轨导致的历史债务主要体现在城镇职工基本养老保险方面。中国在 20 世纪 90 年代开始建立与社会主义市场经济体制相适应的社会保障体系。当时设计的筹资模式是社会统筹加个人账户制度。对于新制度建立之后进入制度的职工而言并不存在历史债务问题；对于新制度建立时已经退休的职工，其养老金由原渠道解决，也不构成历史债务问题。但是，对于那些新制度建立时已参加工作、建立后才退休的“中人”，新制度建立前的就业时间的统筹缴费及个人账户缴费则形成历史债务。

按照当时的设计，历史债务主要由政府财政负担。但在当时的情况下，由于地方财政困难，无力补充社会保险基金，因此一些地方开始从个人账户余额中划拨资金至统筹基金。这就导致了所谓的个人账户的“空帐运行”问题。在之后的改革过程中，虽然规定不能使用个人账户补充统筹基金，但实际上由于现实支付压力的存在，一些地方仍然将个人账户资金划拨到统筹基金。当前对城镇企业职工社会养老保险的个人账户“空帐规模”，不同的估计差别很大，从 1.4 万亿到 0.5 万亿不等^①。

（2）老龄化冲击带来的隐性债务

中国社会保险制度设计在筹资方面采取的是混合型的制度安排，即现收现付的社会统筹加基金积累制的个人账户^②。现收现付制是指年青一代的缴费用于支付已退休一代的受益。这一制度安排在不改变缴费率及受益率的情况下要保持平衡，需要代际之间的人口保持基本的平衡^③。在人口老龄化的状态下，由于退休人口越来越多，而缴费的在职人口越来越少，现收现付制的社会保险面临基金收支平衡的压力。这也是多数实行现收现付制社会保险国家在 20 世纪 80 年代以来纷纷改革其社会养老保险制度，尝试建立个人账户制度的主要原因。

^① 盖根路，2012，企业基本养老保险个人账户究竟有多少空帐，《中国社会保障》第 6 期，第 36-37 页。

张映芹、校飞，2011，中国养老保险个人账户空账问题研究，《宁夏社会科学》第 3 期，第 63-67 页。

^② 主要是城镇企业职工养老与医疗保险，其他社会保险都以现收现付制筹资为主。

^③ Tongxuan Yang, 2005, Understanding the Defined Benefit versus Defined Contribution choice, Pension Research Council Working Paper, Pension Research Council.

从老龄化程度看，2000年，中国65岁及以上人口占总人口的7.09%^①，已进入老龄化社会。根据预测，在未来几十年内，中国的人口老龄化会快速发展，60岁以上的老龄人口占总人口的比重在2025年达到19.5%，在2050年接近30%。从老龄化速度上，中国从2000年到2050年，老龄化率将上升19.8个百分点，高于美国、英国，也高于日本的老龄化速度。随着老龄人口快速增加，中国劳动年龄人口不断下降。中国15-59岁劳动年龄人口占总人口的比重，将由2000年的65%下降到2050年的53.8%（表4）。这一状况对中国社会保障体系的冲击是巨大的：退休人口高速增长，而缴费的劳动年龄人口不仅不增长，还出现下降，由此导致的隐性负债将成为未来中国社会保障体系可持续性的巨大挑战。

表4. 中国及其他国家的人口结构变动及预测（单位：%）

	1950	1975	2000	2025	2050	变动情况 (百分点)
美国						
0-14岁	27	25.2	21.7	18.5	18.5	10.8
15-59岁	60.5	60	62.1	56.6	54.6	
60岁以上	12.5	14.8	16.1	24.8	26.9	
日本						
0-14岁	35.4	24.3	14.7	12.1	12.5	19.1
15-59岁	56.9	64	62.1	52.8	45.2	
60岁以上	7.7	11.7	23.2	35.1	42.3	
中国						
0-14岁	33.5	39.5	24.8	18.4	16.3	19.8
15-59岁	59	53.6	65	62.1	53.8	
60岁以上	7.5	6.9	10.1	19.5	29.9	
韩国						
0-14岁	41.7	37.7	20.8	16	16.5	22.2
15-59岁	52.9	56.4	68.2	59.9	50.4	
60岁以上	5.4	5.8	11	24.1	33.2	
英国						
0-14岁	22.3	23.3	19	15.2	15	13.4
15-59岁	62.1	57	60.4	55.4	51.1	
60岁以上	15.5	19.6	20.6	29.4	34	

注：1、“变动情况”是指60岁以上人口占比从2000年到2050年的变动情况，等于2050年60岁以上人口占比减去2000年60岁以上人口占比；表示在这50年间老龄化的速度，这个值越大表明在这50年间老龄化的速度越快。2、2025及2050年的数字为联合国的预测值。

数据来源：World Population Ageing: 1950-2050, Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations, New York: 2001.

^① 根据《第五次人口普查数据》（2000年）计算。
<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/renkoupucha/2000pucha/html/t0301.htm>

(3) 中国社会保障体系特殊的制度安排带来的隐性负债

除了上述两个隐性负债来源外，中国社会保障体系一些特殊的制度安排也带来隐性负债，其中最严重的是城镇职工医疗保险。城镇职工基本医疗保险除了采取与养老保险相同的社会统筹加个人账户的制度设计外，还采取了“权益积累制”的筹资方式。一般而言，医疗保险在财务制度上主要采取现收现付制，基金主要寻求当期平衡。而中国城镇职工医疗保险规定参保人在退休后，满足一定的缴费年限，即可不用缴费而享受医疗保险待遇。从筹资的角度，这类似于一种名义账户制度或权益的积累制度，即参保人在职期间参保缴费，其缴费遵循现收现付原则，缴费年限作为权益可以积累，在退休后即可无需缴费而获得医疗保险待遇，其资金来源于在职职工的缴费。

在这一制度设计下，随着老龄化的加深，无需缴费而获得医疗保险待遇的人口会越来越多，其效应与社会养老保险的效应相同。但是，与养老保险不同的是，医疗保险面临着医疗费用随年龄加速上涨的压力。从生命周期的角度，人一生中超过 90%以上的医疗费用是在生命最后一年支出的。在这种状况下，老龄化对医疗保险基金的冲击会更大。

五、中国社会保障体系建设的目标及改革原则

(一) 社会保障全覆盖目标的设定及实现

自改革开放以来，中央对社会保障的认识有一个不断深化的过程。在 20 世纪 80 年代及 90 年代，社会保障的建设被纳入经济体制改革框架，主要的功能定位是企业改革提供配套，剥离计划经济时期形成的企业负担的职工保障与福利。在此功能定位下，与企业改革相关不大的农村社会保障体系建设并未提上日程，其基本原则还是城乡分割，农村居民主要依靠家庭保障。在当时的条件下，这样的安排也有其必要性：一方面，当时的乡城流动人口规模不大，多数农村居民主要在本地从事农业劳动；另一方面，农村传统的家庭保障和土地保障仍具有较强的保障作用。但是，这种状况在 90 年代开始出现了变化：首先，出现了大规模的乡城流动人口（农民工），他们主要在城镇地区从事非农就业，原先农村的传统保障方式不能为他们提供有效的社会保障；其次，即使在农村地区，传统的家庭及土地保障也不适应农村居民的保障需求，农村社会保障亟需重建。适应这种状况，2002 年的十六大要求

“探索建立农村养老、医疗保险和最低生活保障制度。^①”

十七大报告对社会保障建设的意义、功能及地位都有了根本变化，社会保障成为建设小康社会的主要内容，成为社会民生事业发展的重点之一。十七大报告提出了社会保障全民覆盖的建设目标：“覆盖城乡居民的社会保障体系基本建立，人人享有基本生活保障”，还对中国社会保障体系的基本框架进行规范，明确提出中国社会保障体系的基本制度框架是以社会保险、社会救助、社会福利为基础。实际上，这三个内容也是多数国家和地区社会保障的基本内容。这三项制度之下包括了多项社会保障项目：社会保险既包括城镇职工基本养老保险的五个险种（养老、医疗、工伤、失业、生育），也包括城乡居民的养老和医疗保险，以及新型农村合作医疗；社会救助方面的主要项目一是城乡居民的最低生活保障，一是城乡居民的医疗救助；社会福利方面则主要包括对老年人、孤儿和残疾人等特殊群体的福利项目等。在社会救助、社会保险和社会福利的具体项目中，十七大报告还明确了三个项目作为重点：即基本养老、基本医疗和最低生活保障制度。这三个项目所应对的是居民面临的三项主要社会风险：老年、疾病及丧失收入。此外，十七大报告还提出了社会保障体系建设的“第三支柱”^②：“以慈善事业、商业保险”作为社会保障体系的重要补充。

十八大报告仍然延续了十七大报告社会保障建设的总目标，即实现社会保险的全民覆盖，要求“统筹推进城乡社会保障体系建设”。同时，十八大报告对社会保障的功能及作用的认识也更加深入，指出“社会保障是保障人民生活、调节社会分配的一项基本制度”。

表 5. 中国不同人群社会保险类项目的覆盖率

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
机关事业单位	社会保障制度	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
城镇企业职工基本社会保险	养老	49.15%	50.80%	53.71%	55.37%	58.29%	63.29%	65.51%
	医疗	29.69%	34.95%	39.05%	42.27%	44.74%	46.24%	47.12%
	失业	28.15%	28.36%	29.84%	29.65%	30.30%	31.56%	32.90%
	工伤	24.58%	30.32%	34.78%	37.10%	39.41%	42.27%	44.51%
	生育	9.74%	14.00%	18.64%	23.38%	26.90%	30.21%	33.53%

^① 十六大报告，“全面建设小康社会，开创中国特色社会主义事业新局面”，2002年。

^② 世界银行在1994年提出的养老保障的三支柱模式：第一支柱为公共支柱，有财政支持的基本公共养老金；第二支柱为强制性的缴费型社会保险；第三支柱为私人储蓄、企业年金以及商业保险等，为老年生活提供补充的收入来源。详见：World Bank, 1994, *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press.

城乡居民养老保险								56.78%
城镇居民医疗保险		29.96%	55.56%	76.10%	78.88%	85.62%	99.12%	
新型农村合作医疗	80.70%	86.20%	91.50%	94.20%	96.00%	97.50%	98.26%	
外出就业 农民工参加 城镇职工 社会保险	养老	10.80%	13.40%	17.20%	18.20%	21.40%	26.10%	27.81%
	医疗	18.00%	22.70%	30.40%	29.80%	29.90%	29.30%	30.58%
	失业	17.90%	28.80%	35.20%	38.40%	41.10%	43.00%	43.95%
	工伤	--	8.30%	11.00%	11.30%	13.00%	15.10%	16.54%

注：1，城镇企业职工基本养老和医疗保险的覆盖率为在职职工覆盖率，不包括离退人员参加城职保的人数；离退人员参加城职保人数加入到居民养老和医疗保险中。2，原城镇居民养老保险与新型农村养老保险已经合并为城乡居民养老保险。3，城镇企业职工社会保险的分母为非机关事业单位的城镇就业人员；分子为在职职工参加城职保的人数。4，城乡居民养老保险的分母为城镇非就业居民加农村居民，分子为城乡居民养老保险参保人数加上参加城职保的离退居民。5，农民工参加城镇职工社会保险的人数已经包括在参加城镇企业职工基本养老保险的人数中。

数据来源：《中国统计年鉴》、《中国劳动统计年鉴》、《中国人口与就业统计年鉴》相关年份。

从中国社会保障建设的实际进展看，截至 2011 年，中国的社会保障基本上实现了制度上的全覆盖。实现制度全覆盖的含义是，在中国所有的人群都有资格获得至少一项社会保障项目的覆盖。但是，从实际覆盖率上看，则距离实现全覆盖还有一定的差距。具体来看，在城镇地区，机关事业单位就业人员基本上实现了社会保障的全覆盖。但是，作为中国社会保障主体项目之一的城镇职工社会保险制度远未实现全覆盖（表 5）。2012 年，城镇企业职工基本养老保险的覆盖率只有 65.51%，基本医疗保险的覆盖率只有 47.12%。覆盖率最低的是生育保险，只有 33.53%。城乡居民的养老保险由于刚刚推进，覆盖率也比较低。覆盖率比较高的是新型农村合作医疗，在 2011 年已基本实现了全覆盖。

从当前的情况看，实现实际全覆盖最大的障碍来自庞大的农民工群体。农村居民及城镇居民的社会保障由于建立时间不长覆盖率较低，但从新型农村合作医疗的发展状况看，实现全覆盖基本上不存在制度性障碍。但农民工群体则不然，实现全覆盖还存在较大的制度障碍。实际上，农民工群体在户籍身份上仍然是农村户籍，其在农村老家仍然可以农村户籍身份获得农村的各项社会保障。但如前所述，他们在城镇就业和生活，面临的社会风险是工业化的社会风险，而农村社会保障项目的设计主要应对的是农村的社会风险。风险与保障方式

的不匹配给原本薄弱的农村社会保障体系带来巨大的支付风险。从实际的利用率上，农民工获得农村各项社会保障的成本也比较高，实际利用率低。以新型农村合作医疗为例，多数农民工实际上在农村地区已参加了新型农村合作医疗，但是其报销比例非常低，尤其是跨省流动的农民工^①。

（二）中国社会保障制度改革的基本原则

如前所述，中国社会保障体系存在的主要问题一是“碎片化”，制度分割、地区分割、管理分割，导致不同社保“碎片”之间公平性差、便携性差，不能适应流动性，无法发挥社会保障的整体功能；二是隐性负债沉重，可持续状况堪忧。

针对上述问题，从实现社会保障全民覆盖的总目标出发，中国社会保障体系改革的基本原则总结为两个：一是实现社会保障的公平性，二是保证社会保障体系的可持续性。

（1）全覆盖、保基本与多层次

改革开放之后，中国社会保障体系的改革与建设沿袭了计划经济时期分不同人群实行不同制度的特征。这也是导致后来中国社会保障出现制度分割及地区分割的历史原因。在制度分割的情况下，出现了一部分人群保障福利化与另一部分人群保障缺失并存的状态。在城镇地区，机关事业单位人员以及部分国有企业单位职工，享受了过高的福利化待遇，形成了保障福利化的趋势；而在广大农村地区，则缺乏最基本的保障，大多数农村居民只能依靠家庭及个人保障。进入新世纪以来，虽然中国社会保障已经实现了制度全覆盖，但实际覆盖率仍较低，一些生活困难的居民仍然难以获得基本的保障。而实现全部居民“人人享有基本保障”不仅是社会保障的应有之义，也是全面小康社会的重要内容。

与实现全覆盖原则相对应，社会保障的保障水平是要保障基本的生活需求。这一方面是因为社会保障不是普遍性的社会福利，而是社会对脆弱群体提供的一种社会保护（Social Protection）。另一方面，保基本也有利于激发社会活力。从欧洲一些福利国家产生的弊病来看，养“懒人”是高福利不可避免的弊端。从现实角度，保基本也适应了中国当前的经济社会发展水平。对中国这样一个人口规模巨大的发展中国家而言，超过经济发展水平的社会保障不仅给政府财政带来不可承担的负担，而且直接影响劳动市场效率。特别是社会保险项目，其资金来源主要是雇主和雇员缴费，而雇主的缴费实际上也是从雇员劳动报酬中扣除。在现收现付制下，提高保障待遇实际上是提高实际缴费率，提高年轻在职职工对退休职工的代际转移支付，不利于激发劳动市场活力。

^① 根据国家卫计委 2013 年流动人口监测数据，超过 60% 以上的农民工在流入地的住院费用未能报销。

在基本保障之上，居民可以根据自身情况通过其他途径获得不同水平的保障。这就要求建设一个保基本之上的多层次的社会保障体系。多层次的社会保障体系与国际社会积极倡导的社会保障“多支柱”模式相呼应，适应了不同层次居民的社会保障需求。多层次的社会保障体系，第一个层次是非缴费型社会救助，第二个层次是强制性缴费型社会保险，第三个层次是自愿的，通过企业年金、商业保险，或社会慈善事业等方式提供的多种方式的保障。

(2) 增强社会保障公平性

中国社会保障存在的制度分割及地区分割所导致的不公平，不仅严重损害了社会保障的功能发挥，而且在很大程度上已经成为社会冲突的重要原因。从现实情况看，能力较高、收入较好的群体，例如机关事业单位职工及部分国有企业职工，他们的社会保障水平反而越高，而能力较差、收入较低的群体，例如落后地区的农村居民、部分农民工以及城镇失业人员，他们的社会保障水平反而较低。这种状况严重违背社会保障收入再分配的功能。而不同群体的利益攀比直接导致对社会保障制度合法性的质疑，成为诱发社会不稳定的重要因素。

在增强公平性方面，一是不同制度之间的并轨，包括城乡居民社会保险制度的合并以及整合城乡居民最低生活保障制度，以消弭城乡居民之间的社会保障差别；机关事业单位养老保险及医疗保险制度改革，以消弭机关事业单位职工与企业职工之间的社会保障差别。二是提升统筹层次，以消弭地区之间的社会保障差异。

(3) 提高社会保障的便携性，适应流动性

与增强社会保障公平性相关的是提高社会保障的便携性以适应人口的大规模流动。制度分割及地区分割带来的社会保障关系转移接续困难已经成为流动人口参保的主要障碍。从政策途径及国际经验分析，提高社会保障关系的便携性主要有两个途径：一是提高统筹层次，在更大范围内实现社会保障资金的统筹；二是建立顺畅合理的社会保障关系在不同制度之间、不同地区之间的转移通道。

具体而言，一是要推进基本养老金全国统筹，二是要实现城乡居民养老保险、医疗保险的制度合并，三是要完善社会保险关系的转移继续政策。前两个要求实际上是扩大社会保障的统筹范围，既包括地区统筹层次的提高，也包括不同制度之间的合并。第三个则对不同制度之间、不同地区之间社会保险关系的转移接续提出要求。

(4) 社会保障的可持续性

中国社会保障体系面临的另一个大问题是隐性负债沉重，可持续性存在问题。特别是中国正进入一个老龄化加速发展的时期，再加上历史负债以及制度安排导致的负债，中国社会保障体系面临巨大的隐性负债。

首先，划拨国有资本充实社会保障资金来源。在 20 世纪 90 年代中后期建立的城镇职工基本养老与医疗保险制度，实际上对当时已参加工作及已退休的职工有一个历史负债问题。这些人在改革之前（特别是计划经济时期）享受“低工资、高福利”制度，其中隐含着政府对他们老年之后的负债。而这笔负债，从理论上形成了国有企业的积累。因此，划拨国有资本充实社会保障基金具有应对历史负债的含义。

其次，坚持和完善基本养老保险个人账户制度，健全多缴多得的激励机制。在养老保险制度中，个人账户制度的筹资实行的基金积累制（Fully-Funded, FF），待遇确定实行缴费确定制（Defined-Contribution, DC）。相对现收现付制，个人账户制度不存在代际之间的转移，也就不存在隐性负债问题。这是应对未来隐性负债的重要政策选择。

第三，在待遇确定方面，提出要“坚持精算平衡原则”、“建立健全合理兼顾各类人员的社会保障待遇确定和正常调整机制。”这是从基金“支出”的角度提高社会保障基金的可持续性。按照一般的社会保险原理，社会保险基金要实现自我平衡，而自我平衡要求基金的支出根据精算平衡原则进行调整。

第四，在“支出”方面的另一个政策建议是延迟退休年龄。延迟退休年龄的根据是居民预期寿命的延长；而在社会保障基金方面，其结果是推迟领取退休金的年龄，有利于保持基金的平衡与可持续。

第五，在“收入”方面，扩大参保缴费覆盖面，并适当降低社会保险费率。这两个措施相互联系。当前中国城镇企业职工的社会保险缴费率在制度上已达到 40% 以上，几无可以提高的空间。过高的缴费率增加了企业与个人的负担，抑制了经济发展活力。因此降低缴费率，从其潜在影响看可以降低企业负担，有利于激发经济发展活力。与此同时，扩大参保缴费面使社会保险覆盖更多人群，通过扩大基金收入提高风险共济能力。

第六，提高可持续性的另一个重要举措是提高社会保障基金的投资回报率。社会保障基金，特别是社会养老保障基金，具有未来支付的特征，需要一定的积累。这部分积累的投资收益也成为社会保障基金的重要收入来源。

第二节 基本养老保险制度的改革与完善

中国社会保障制度的主体是社会保险制度，而在社会保险制度中，基本养老保险与基本医疗保险涉及面广，成为中国社会保障制度改革与完善的焦点。从保险角度，这两类保险分别应对老年风险（长寿风险）及健康风险。而在当前的人口与社会发展环境下，这两类风险已经成为各国社会风险管控的两个重点。

首先，人口老龄化不仅是中国这样的发展中国家面临的现实，也是多数发达国家需要面对的现实问题。从人口结构的变迁上来看，老龄化是一个全球问题。随着老龄化的加深，原有的老年保障安排面临诸多问题，其核心是如何为越来越多的老年人提供收入保障。在多数国家实行的现收现付制老年保障安排下，如何为老年保障筹资成为核心问题，保持老年保障的财务可持续性成为各国养老保障改革的中心议题。近年来欧洲一些国家发生的债务危机都或多或少与此相关。保持财务可持续性的政策手段不外乎两个：一是降低保障水平，二是增加对在职人员的收费（或收税）。前者受到已退休及即将退休的人的反对，而后者则不仅受到在职人员的反对，而且抑制经济活力、降低经济增长空间。这两个政策手段之间实际上代表了年轻一代与年老一代的代际冲突。在这两者之间寻求平衡，不仅直接关系经济增长，而且也是维持社会秩序与稳定的重要方面。近年来欧洲一些国家发生的社会动荡事件中，都可以找到这一代际冲突的影子。

中国经过三十多年的快速增长，在经济总量上已成为大国；但是，中国的社会管理水平，特别是对社会风险的管控还处于较低水平。在老龄化不断加深的情况下，如何处理和管控老年保障安排中隐含的代际冲突，一方面保障老年人群基本的收入水平，另一方面保持经济增长活力，成为大国战略中的重要组成部分。

其次，随着中国的经济增长以及居民收入水平的提高，社会需求结构也发生变化，健康在人们的需求中所占比重越来越大，个人及社会对健康风险的管控越来越重视。现代经济发展的一个一般规律是需求结构与产业结构的不断“软化”。在经济发展达到中等收入之后，整个社会的需求结构发生变化，需求出现“软化”的趋势：即在经济发展到一定阶段后，对吃、穿、住、行等的需求比例下降，而对诸如教育、自由、健康、文化等软性需求的比例上升^①。这也是经济发展到一定阶段后，“丰裕社会”到来后的需求结构^①。在这一需求结构

^① 王国刚，2010，城镇化：中国经济发展方式转变的中心所在，《经济研究》，第12期，第70-83页。

中,健康及对健康风险的管控成为社会服务及社会管理的重点。中国在进入中等收入阶段后,居民对健康的需求持续增加,对应对健康风险的医疗保险的需求也相应增加,成为社会关注的焦点之一。

基于上述理由,本章及后面的一章将分别对中国社会保障体系中的基本养老保障及基本医疗保障的改革与完善进行分析。

一、养老保障的基本模式与改革趋势

一、养老保障的多支柱模式 (Multi-pillar model)

当前多数国家实行的养老保障模式都基于世界银行在上世纪 90 年代提出的“多支柱模式 (Multi-pillar model)”。世界银行在上世纪 90 年代中期提出了养老保障的三支柱模式:第一支柱:非缴费型公共养老金(普惠制或基于家计调查的老年救助);第二支柱:强制性基于基金积累的养老保险;第三支柱:自愿的老年储蓄。^②这三个支柱对应着社会养老保障的三个主要功能:第一支柱着重于收入的再分配,第二支柱着重于风险分散,第三支柱着重于个人储蓄。通过三个支柱的相互配合,为老年人群提供收入保障。

之后,世界银行又提出了养老保障的“五支柱模式”^③:非缴费型的“零支柱 (Zero pillar)”,由政府财政支持的公共养老金;强制性“第一支柱”,强制参与的基于现收现付制的基础养老保险;强制性的“第二支柱”,强制参与的基于个人账户制度的养老保险;基于自愿的“第三支柱”,自愿通过多种方式,例如商业保险等方式的老年保障;非金融性的“第四支柱”,包括非正式的家庭保障等其他老年保障形式。

二、养老保障的筹资与受益

不论是哪种养老保障模式,其核心问题是筹资与受益。前者解决的是“钱”从哪里来的问题,后者解决的是“钱”如何在人群中分配的问题。从筹资方式上,根据不同的保障模式,大致分为三类:一是通过政府财政筹资,二是通过缴费筹资,三是通过个人储蓄筹资。在受益方式上,则可以分为两类:一是按需分配,二是按贡献分配。一般而言,通过政府财政筹资的非缴费型公共养老金,采取按需分配的方式。具体的形式,一是普惠制的,即所有符合条件的老年人都有资格受益;二是基于家计调查的,符合条件的老年人,只要收入低于某一

^① 【美】加尔布雷斯著,徐世平译,《丰裕社会》,上海:上海人民出版社,1965。

^② World Bank, 1994, *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Washington D. C.: Oxford University Press.

^③ World Bank, 2008, *The world bank pension conceptual framework, The World Bank Pension Reform Primer*.

水平，即可受益。通过个人储蓄进行筹资的保障方式，则是典型的按贡献分配，即个人储蓄（贡献）多少，即受益多少。

第二种筹资方式，即个人缴费筹资，一般对应的保障方式为社会养老保险，这也是各国老年保障制度的主体。社会养老保险的筹资主要通过雇主与雇员的缴费形成，其本质是一种带有社会互济性质的保险。从具体的筹资模式上，社会养老保险的筹资可分为两类：一是现收现付制（Pay-As-You-Go, PAYG），即当前工作的职工缴费来支付已退休的职工的养老金；二是基金积累制（Fully-Funded, FF），即职工退休后的养老金来源于自己在职期间的储蓄，当然这种储蓄一般都是强制性的。基金积累制在多数国家都表现为个人账户制度，即在职职工按照一定的费率向一个储蓄账户中缴款，并在退休后按一定的公式领取个人账户中积累的资金作为养老金。

与上述两类筹资方式相对应，现收现付制的受益方式一般为受益确定型（Defined-benefit, DB），受益的领取不取决于个人缴费（贡献）的多少，而是取决于自己的工作年限以及退休前的工资收入。基金积累制的受益方式则主要是缴费确定型（Defined-contribution, DC），受益的领取直接取决于个人在职期间的缴费多少。

现收现付-受益确定型与基金积累-缴费确定型养老保险构成了当前各国社会养老保险的主要类型。现收现付-受益确定型养老保险的优点在于不需要大量的基金积累，可以避免通货膨胀对基金的侵蚀；但是缺点也是明显的，即现收现付制的基金平衡需要人口结构的相对稳定，缴费一代与领取养老金的一代在人数上是大致平衡的。但是，现代社会快速老龄化的现实使得这一条件很难存在。在老龄化的条件下，领取养老金的人数越来越多，而缴费人口却越来越少，从而导致基金的财务危机。基金积累-缴费确定型养老保险的优点则在于对人口结构的变动不敏感，个人为自己的老年筹资，不存在代际之间的再分配。但其缺点却在于基金大量积累，极易遭受通货膨胀的侵蚀，从而导致基金损失。^①各国养老保险制度的改革，实际上就是在这两个模式之间寻求平衡。

三、养老保障的改革趋势

自上世纪 80 年代以来，全球范围掀起了对养老保障进行改革的浪潮。自十九世纪晚期社会养老保险在欧美国家开始建立以来，经过二战后的发展，发达国家基本都建立了比较完善的以社会养老保险为主体的养老保障制度，并成为福利国家的主要保障之一。但是，上世

^① Tongxuan and Yang, 2005, Understanding the Defined Benefit versus Defined Contribution choice, Pension Research Council Working Paper, Pension Research Council.

纪 70 年代中后期，福利国家带来的弊病逐渐显现。在养老保障方面，随着老龄化的加深，以现收现付-受益确定型为主的养老保险支付压力越来越大，到了不可持续的地步。从 80 年代开始，多数国家都开始了养老保障制度的改革，而且这场改革远未结束，一直持续至今。从改革的趋势上分析，总的趋势是应对老龄化，强调养老保险基金的可持续性，增加养老保障的个人责任。

第一，多渠道为老年保障筹资，建立多支柱的养老保障模式。在老龄化不断加深的情况下，仅依靠一种方式为老年人群提供收入保障显然是不现实的。在这方面，世界银行早在上世纪 90 年代就提出了养老保障的“三支柱”模式，并在后来完善为“五支柱”模式。这也是当前多数国家进行养老保障制度改革的目标。

第二，从养老保险基金的可持续性出发，增加养老保障中的个人责任。这在筹资方面主要表现为引入基金积累制。在这一方面，比较典型的是上世纪 80 年代智利养老金改革。智利的养老金改革将原先的现收现付制模式全部改为基金积累制，在受益方式上，由原先的受益确定型改为缴费确定型。个人退休后的养老金全部来自在职期间的基金积累。其他一些国家的改革也在原先的现收现付制中引入了基金积累制的个人账户制度。例如中国上世纪 90 年代开始建立的城镇职工基本养老保险制度，其筹资模式就是“社会统筹+个人账户”，社会统筹实行现收现付-受益确定型，个人账户制度则实行基金积累-缴费确定型。近年来，欧洲一些国家的基本养老保险制度也逐步引入了个人账户制度，或者引入名义个人账户制度，以提升养老保障的个人责任。

第三，通过各种参数调整的方式，削减老年受益水平，以提高养老保险基金的可持续性。这些措施主要包括提高领取养老金年龄、建立养老金自动调整机制等。

对 OECD 国家近年来养老金改革措施的梳理表明^①，在 2009-2013 年期间，OECD 国家养老金改革措施中，实施最多的是增强可持续性的措施（26 个国家实施），其次是提升工作激励的措施（22 个国家实施）（表 1）。

表 1. OECD 国家 2009-2013 年实施的养老金改革措施

	提高覆盖率	保障充足性	增强可持续性	提升工作激励	提升管理效率	筹资多元化	其他
澳大利亚	*	*	*	*	*		*
奥地利	*	*	*				*
比利时				*			
加拿大	*		*	*		*	*

^① OECD (2013), Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en.

治理	*	*			*	*	*
捷克			*	*		*	
丹麦				*	*		
爱沙尼亚		*	*	*	*	*	
芬兰	*	*	*	*		*	
法国	*	*	*	*			*
德国		*	*	*			
希腊		*	*	*	*		
匈牙利		*	*	*		*	*
冰岛							*
爱尔兰	*		*	*		*	*
以色列	*	*				*	
意大利		*	*	*	*		
日本	*	*	*		*		*
韩国	*		*		*		
卢森堡	*		*	*			
墨西哥		*			*	*	
荷兰						*	
新西兰		*	*				*
挪威		*	*	*			
波兰	*		*	*		*	
葡萄牙	*	*	*	*		*	
斯洛伐克			*		*	*	
斯洛文尼亚	*	*	*	*	*	*	*
西班牙		*	*	*			
瑞典		*	*	*	*	*	
瑞士			*			*	
土耳其				*		*	*
英国	*	*	*	*	*	*	*
美国	*	*	*				
合计	16	21	26	22	13	18	13

资料来源：OECD (2013), Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators, OECD

Publishing, [http:// dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en).

二、中国基本养老保险制度框架

中国基本养老保险的制度特征与中国社会保障体系的总体特征相一致，即不同的人群适用不同的养老保障制度安排。从大的制度框架上分析，基本养老保险可以分为三大块：一是农村居民的社会养老保障制度；二是城镇非就业居民的社会养老保障；三是城镇职工的社会

养老保障。

（一）城镇职工的基本养老保障

城镇职工的基本养老保障制度主要覆盖的是城镇就业人口。根据就业性质，这部分人口的养老保障可划分为两类：一是机关事业单位职工的养老保障制度；二是企业及其他单位的养老保障制度。企业职工的基本养老保险制度构成了中国基本养老保障制度的主体，反映了中国社会保障体系的主要制度特征。

（1）城镇企业职工基本养老保险

企业职工养老保险制度沿袭了计划经济时代的劳动保险制度。十四届三中全会《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》确立了中国城镇职工基本养老保险的制度模式为社会统筹与个人账户相结合的制度。在筹资模式上，社会统筹部分实行现收现付制（PAYG, Pay-As-You-Go），个人账户实行基金积累制（FF, Fully-Funded）；在待遇确定方式上，社会统筹部分实行受益确定制（DB, Defined Benefit）；个人账户制度实行缴费确定制（DC, Defined Contribution）。这一混合模式是在传统的现收现付-受益确定型的社会养老保险模式基础上引入智利、新加坡等国的强制储蓄型的个人账户制度，以应对现收现付制在老龄化冲击下的支付风险。

1997年，国务院《关于建立统一的企业职工基本养老保险制度的决定》（以下简称《规定》）对中国企业职工的基本养老保险制度的制度框架进行了详细规定。在缴费方面，规定企业费率控制在企业工资总额的20%左右；个人缴费费率从1997年的最低4%开始，逐年提高，最终达到个人缴费工资的8%。在资金分配方面，按照个人缴费工资的11%建立个人账户，个人缴费全部纳入个人账户，不足部分由企业缴费部分划拨。在待遇支付方面，规定了最低缴费年限为15年，退休后发给基本养老金，基本养老金包括两部分：来自社会统筹部分的基础养老金及个人账户养老金。基础养老金标准确定为统筹地区上年度职工月平均工资的20%；个人账户养老金标准为个人账户余额除以120。

该《决定》还对历史债务提出了解决办法，即设立一个过渡性养老金。在新制度实施前已退休的“老人”，仍按国家原来的规定发给养老金；新制度实施后新参加工作的职工，不涉及过渡性养老金，直接按照新制度执行；新制度实施前参加工作、并在新制度实施后退休的职工，设立一个过渡性养老金。

2005年，国务院《关于完善企业职工基本养老保险制度的决定》对城镇企业职工基本养老保险制度进行了完善，在基本制度框架保持不变的情况下，对城镇企业职工基本养老保险的一些参数进行了调整。在缴费费率方面，确定企业和个人缴费分别为企业工资总额及个

人缴费工资的 20%和 8%。企业缴费全部进入社会统筹，支付已退休人员的基础养老金；个人缴费部分全部进入个人账户，取消企业缴费拨付到个人账户的做法。在待遇支付方面进一步完善鼓励职工参保缴费的激励机制，相应调整基本养老金计发办法，基础养老金改为缴费满 15 年计发 15%，以后缴费每满 1 年增发 1%，上不封顶。个人账户养老金改为根据城镇人口预期寿命、本人退休年龄、利息等因素确定。

在覆盖范围方面，2005 年的这一文件将覆盖范围扩展至城镇所有就业人员，既包括城镇各类企业职工，也包括城镇灵活就业人员和个体工商户。截止到 2012 年城镇企业职工基本养老保险覆盖的在职缴费的城镇非机关事业单位的企业、其他单位以及灵活就业人员数量为 21361 万人，占城镇就业人员（不包含机关事业单位职工）的比重为 65.51%。

（2）机关事业单位养老保障

机关事业单位养老保障制度的计划经济色彩明显。机关事业单位养老保障在 1955 年确立为机关事业单位的退休制度，其资金直接在政府财政中列支。改革开放后，随着企业职工基本养老保险改革的推进，机关事业单位的养老保障改革也进行探索。1991 年，国务院《关于企业职工养老保险制度改革的决定》明确提出了探索机关事业单位养老保险制度改革。1992 年，人事部专门印发了《关于机关、事业单位养老保险制度改革有关问题的通知》，提出了机关事业单位养老保险制度改革的任务和基本原则。此后，各地相继开展了机关事业单位养老保险制度改革试点。截至当前，全国除西藏、青海、宁夏等省、区外，其余省份都不同程度开展了机关事业单位养老保险制度改革试点。^①截止到 2012 年全国共有 1620 万机关事业单位职工参加了机关事业单位养老保险，占当年机关事业单位全部在职职工 4362 万人的 37.1%。

^① 胡晓义主编，2011，《养老保险》，北京：中国劳动社会保障出版社，第 109-111 页。

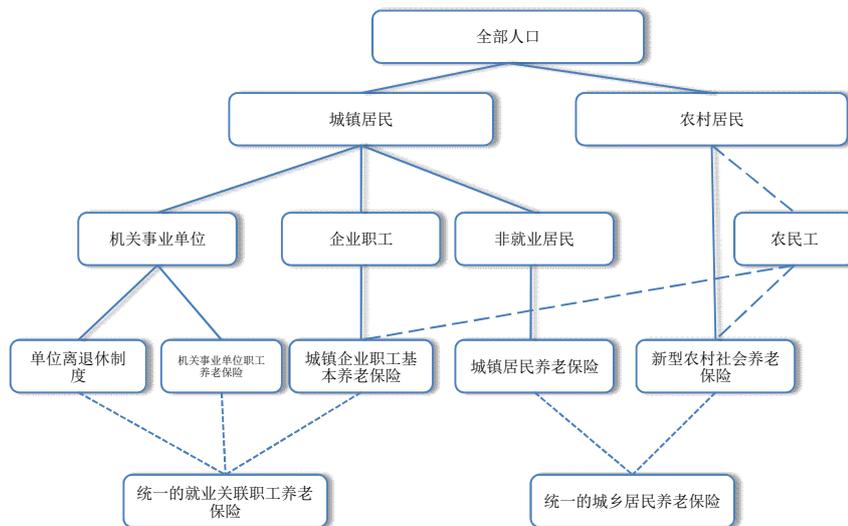


图 1. 中国基本养老保险的制度框架及改革趋向

注：图中实线为不同人群的实际适用的养老保障制度；虚线为农民工有资格参加的养老保障制度；点线为下一步制度并轨改革的趋向。

除去参加了企业职工养老保险的这部分人员外，还有一部分机关事业单位职工仍在原体制下，实行机关事业单位退休制度。这一制度始于 20 世纪 50 年代，基本制度框架至今未发生变化，其基本特征是在筹资方面无需职工及单位缴费，资金直接纳入政府财政列支；待遇支付根据本人工作年限计发，机关公务员按照本人退休前职务工资及级别工资之和的 50%-90%计发，事业单位职工按照本人退休前岗位工资与薪级工资之和的 70%-90%计发。

（二）城乡居民养老保障制度

上述城镇企业职工及机关事业单位养老保障制度覆盖的都是城镇就业人员，其特征为强制性、缴费型、就业关联型的社会保险制度。虽然机关事业单位中的退休制度不涉及缴费，但仍具有上述几个特征，不过其缴费直接来自作为雇主的政府。

现代社会保险制度建立伊始覆盖的是工业社会的就业人群，即在工厂就业，以劳动工资作为主要收入的人群（及其家属）。这是就业关联型社会保险建立的前提。但是，中国农村的小农经济以及部分在城镇从事灵活就业以及个体工商户等人群的就业状态与正规就业人群有明显区别：他们的收入既有来自劳动报酬的部分，又有来自经营性的收入；他们的就业方式灵活，就业时间不固定。这些特征都使得就业关联型的社会保险制度不适应他们的就业

状态。而这部分人又占到中国就业人口的多数，特别是广大农村居民。将这部分居民排除在社会保障体系之外，不仅有悖于现代社会保障制度的理念，也不利于社会的稳定与和谐。

中国为这部分居民建立的养老保障制度在刚开始是城乡分立的，针对农村居民建立了新型农村社会养老保险制度，针对城镇非就业居民（包括无业居民、流动就业人员以及工商个体户等）建立了城镇居民社会养老保险制度。2009年，国务院发布《关于开展新型农村社会养老保险试点的指导意见》，对新型农村社会养老保险制度模式进行界定；2011年，国务院发布《关于开展城镇居民社会养老保险试点的指导意见》，确定了城镇居民社会养老保险的基本制度模式。二者的基本制度模式有如下特征：

第一，在资金来源上，实行“个人缴费+集体补助+政府补贴”的模式。参加新型农村社会养老保险的农村居民按照从100元到500元不等的档次自愿选择年度缴费标准，城镇居民的缴费档次增加到100到1000元十个档次；政府根据参保人选择的缴费档次，给予补贴，补贴的最低标准为每人每年30元，各地可根据不同的档次提高政府补贴标准。有条件的集体经济组织以及其他社会组织可以为居民社会养老保险提供补助。

第二，实行完全积累的个人账户制度。个人缴费、集体补助及政府的补贴全部进入个人账户。年满60周岁、未享受城镇职工基本养老保险待遇的老年人，可以按月领取养老金。

第三，在待遇确定方面，除了个人账户养老金外，政府为符合条件的居民^①提供普惠制的基础养老金。在制度建立之初，普惠制的基础养老金为每人每月55元；有条件的地区可以适当提高基础养老金水平。

不同于城镇职工的基本养老保险制度，城乡居民社会养老保险制度突出了政府的补贴责任。在城镇企业职工基本养老保险中，保险基金单独设立，自求平衡；只有在基金出现亏空时，才由政府财政兜底。而在城乡居民的社会养老保险中，政府财政在开始便介入，通过“补入口”、“补出口”对参保居民进行补贴。在“补入口”方面，政府根据参保人选择的缴费档次提供每人每年不低于30元的补贴，并直接进入个人账户；在“补出口”方面，政府为达到退休年龄的居民直接提供普惠制的基础养老金。

2014年，中央决定合并新型农村社会养老保险与城镇居民养老保险，建立统一的居民社会养老保险制度。截止到2012年，统一的城乡居民社会养老保险制度覆盖的缴费人口为35295万，领取养老金待遇人数13075万，缴费人口占应覆盖人口的比重上升到56.78%。

（三）农民工的养老保障

^① 城乡居民养老保险仍按照户籍人口确定。

2012 年中国外出就业的农民工数量已达 1.6 亿，占全部城镇就业人口的比重高达 44%。他们虽然在城镇就业和生活，却不被承认为城镇居民；虽然具有农村户籍，却与农村的联系越来越少。因此，他们的社会保障处在非常尴尬的地位：作为就业人员，他们可以参加城镇企业职工基本养老保险，但是由于他们的高度流动性以及在城镇的就业预期较短，他们很难满足领取养老金的条件；作为农村户籍人员，他们虽然可以在农村老家获得社会保障，但农村的社会保障无法为他们的城镇生活提供充足的保障。

从当前的情况看，他们已经成为社会养老保险覆盖率最低的人群。截止到 2012 年，在 1.6 亿外出就业农民工中，在就业地参加城镇企业职工基本养老保险的人数只有 4543 万，实际覆盖率只有 27.81%。

中国的基本养老保障体系的制度框架已经建立，实现了制度上的全覆盖，实际覆盖率也有了较大提升。这是中国社会保障体系建设取得的重大成就。但是，中国的社会养老保障体系也还存在较多的问题，一些问题还一度成为社会各界关注的焦点，如不妥善解决，不仅影响社会保障体系功能的发挥，而且其本身就成为引发社会冲突的诱因。这些问题与中国整个社会保障体系存在的问题一致：一是制度分割与地区分割并存，导致不同制度之间、不同地区之间的待遇水平有较大差异，显失公平；二是分割导致的社会保险关系便携性差，不能适应人口的大规模流动；三是隐性负债沉重，可持续性不强。

三、基本养老保险改革：增强公平性，适应流动性

中国养老保障体系的“碎片化”以及由此导致的不同社保“碎片”之间的待遇差异，已成为社会各界关注的焦点问题。在这些差异中，首先表现为城乡之间养老保障的差异；其次表现为城镇企业职工与机关事业单位之间的养老保障差异。特别是企业职工与机关事业单位养老保障之间的差异，已成为中国社会保障体系的一大诟病。同时，这种制度之间、地区之间的分割以及由此导致的缺乏流动性，也是阻碍流动人口获得养老保障的主要原因。

社保“碎片”之间形成的待遇差异以及由此导致的便携性差实际上是一个问题的两个方面。因此，解决不公平性的政策措施同时也是提高便携性、流动性的政策措施，而提高便携性的措施同时也是解决不公平性的措施。增强养老保险公平性及适应流动性的政策建议可以概括为如下三个方面：第一个方面是制度并轨，一是整合城乡居民养老保险制度，以消弭城乡之间的保障差异；二是推进机关事业单位养老保险制度改革，以消弭机关事业单位与企业职工之间的保障差异。通过这两个“并轨”，基本实现中国基本养老保险制度的两个主体：

即覆盖就业人员的统一的职工基本养老保险体系和覆盖城乡非就业人群的居民养老保险体系。第二个方面是提高基本养老保险的统筹层次。提升统筹层次不仅是解决地区间养老金差距过大的措施，也是适应流动性的主要举措之一。第三个方面是完善社会保险关系的转移接续政策。这一政策的主要目的是提升社会保险的便携性。但这一提升便携性、适应流动性的举措也具有提升公平性的意义。

（一）整合城乡居民基本养老保险制度

城乡之间的社会保障差异是中国城乡二元分割体制的体现。在农村居民和城镇居民社会养老保险方面也存在明显的城乡差异。但是，这两项制度的制度设计基本相同，在筹资方式、待遇确定方式、政府补贴方式及额度方面也相似，具有并轨基础。十八届三中全会提出“整合城乡居民基本养老保险”的改革方向后，2014年2月国务院常务会议决定在全国范围内合并新型农村社会养老保险及城镇居民社会养老保险，建立统一的城乡居民基本养老保险制度。同期，国务院印发《关于建立统一的城乡居民基本养老保险制度的意见》（以下简称《意见》），对二者的并轨提出了具体办法。《意见》坚持了之前两个制度之间的制度安排框架，但是扩大了居民自主选择的缴费档次，由100元到2000元共12个档次。目前，城乡居民养老保险制度的并轨已在多数省份展开。

建立统一的城乡居民基本养老保险制度，在制度上体现城乡之间的“公平性”，意味着向破除城乡二元分割体制迈出了重要一步，是统筹城乡社会发展的重要举措，体现了中央取消城乡二元分割的基本政策方向。

（二）推进机关事业单位养老保险制度改革

如前所述，机关事业单位的养老保险制度改革并没有与企业职工养老保险制度改革同步，其中的一个主要原因在于20世纪90年代初中期的企业职工养老保险制度改革，其功能定位于为国有企业改革提供配套，使国有企业成为合格的市场主体。而机关事业单位无需成为市场主体，也不存在支付压力，在改革即意味着退休收入下降的预期下受到较大的阻力。机关事业单位养老保险制度的改革内无动力、外无压力，没有实质性的进展。1992年，原人事部发布《关于机关、事业单位养老保险制度改革有关问题的通知》，要求各地根据企业职工养老保险改革，探索机关事业单位的养老保险制度改革。据此，一些地区也进行了探索。但是，2000年国务院《关于印发完善城镇社会保障体系试点方案的通知》中又明确提出“公务员（含参照国家公务员制度管理的事业单位工作人员）的现行养老保险制度仍维持不变。全部由财政供款的事业单位，仍维持现行养老保险制度”，机关事业单位的养老保险制度改革的探索也实际上停止了。

在机关事业单位的养老保险改革停滞不前、企业职工基本养老保险改革不断推进的背景下，机关事业单位与企业职工之间养老待遇的差距越来越大^①，其引发的社会矛盾也越来越大。在这样的情况下，机关事业单位养老保险制度改革再次被提上议事日程。2008年，国务院原则通过《事业单位工作人员养老保险制度改革试点方案》（以下简称《试点方案》），确定在山西、上海、浙江、广东和重庆5省市先期开展试点工作。其基本的制度框架安排是向企业职工基本养老保险并轨，实行雇主（政府）及雇员（职工）共同缴费的社会保险制度；为了弥补转向新制度后的退休待遇下降，《试点方案》还提出建立企业年金制度^②。但是，试点方案的进展并不理想，几乎处于停滞状态^③。事业单位养老保险制度改革的停滞原因有多种^④，但其根本原因有二：一是在预期到改革后退休待遇会下降的情况下，事业单位职工本身没有改革动力。虽然在《试点方案》中有设计了职业年金，以弥补因改革带来的退休待遇下降，但是由于职业年金在中国还不普遍，职工对其保障功能还无把握，因此不愿改革。二是此次改革只对事业单位职工进行，而不对机关公务员进行改革，由此引发的“福利攀比”也是导致改革不能落实的重要原因。

机关事业单位养老保险的改革，目前相关部门正在设计具体的办法。但有三个趋势值得关注，一是改革事在难免，二是改革的目标模式是向企业职工基本养老保险靠拢，实行雇主与雇员共同缴费的社会保险制度，三是机关公务员与事业单位养老保险改革进行联动，以防止一个部门不动、一个部门改革而引发的“福利攀比效应”。

此外，二者之间的并轨还涉及到待遇确定及调整机制改革。企业职工养老保险与机关事业单位养老保险之间的待遇确定，前者实行的是社会统筹加个人账户的筹资模式。在待遇确定方式上，企业职工基本养老保险的个人账户实行完全的缴费确定，即个人积累多少，其待遇就有多少；社会统筹部分（现收现付制）虽然也具有一定的收入再分配功能，但基础养老金的计发与个人的缴费有间接关系。在基础养老金的计发公式中，个人指数化工资的确定即参考了个人在缴费年限内的缴费工资的高低。因此，企业职工养老保险的待遇确定与个人缴费的联系更加紧密。而机关事业单位的退休制度，待遇计发直接以退休前一年的工资为标准工资，根据工作年限按照标准工资的一定比例计发。这一待遇确定方式与缴费贡献联系不大，而与在职时的工资待遇相挂钩。这种待遇确定方式是典型的“受益确定型”。相对

^① 郭阳，2008：“中国企业与行政事业单位养老待遇差距研究”，《甘肃社会科学》第6期。

^② 蔡向东、蒲新微，2009，事业单位养老保险制度改革方案刍议，《当代经济研究》第8期，第56-60页。
于中华，2011，事业单位养老保险改革基本评述，《劳动保障世界》第6期，第9-10页。

^③ 卢驰文，2011，机关事业单位养老保险改革的制约因素与策略选择，《理论探索》第5期，第87-90页。

^④ 成欢、蒲晓红，2009，事业单位养老保险改革存在的争议及思考，《经济体制改革》第5期，第62-65页。

“缴费确定型”待遇确定方式，“受益确定型”待遇确定方式与其贡献相关不大。在当前机关事业单位的平均工资高于全社会平均工资的情况下，机关事业单位根据退休前工资计发退休待遇，而企业职工基本按照社会平均工资计发基础养老金，已经从待遇确定上将企业职工放到不公平地位。

养老金要根据经济社会发展进行及时调整是社会保险的应有之义。从理论上讲，缴费型的社会养老保险的养老金调整机制是固定的，即按照一定的计发公式计算，当计发公式的参数发生变化时，养老金的数额自动发生变化。但是，中国企业职工的基本养老保险以及机关事业单位的养老保障待遇调整机制并没有明确固定下来。对企业职工基本养老金而言，由于当时设计的计发方式确定的基本养老金比较低，在主要参数不变的情况下，基本养老金的增长速度也比较低；而对机关事业单位养老保障而言，其退休金的调整主要参考在职职工的工资。这样就导致机关事业单位的退休金增长速度与在职职工的工资增长速度相差不多。这也是导致企业职工养老金远低于机关事业单位退休金的重要原因。

为了减小改革阻力，使改革后机关事业单位的保障水平不至于出现大的下降，还需要相关的配套改革。配套改革的基本思路还是要建立多层次、多支柱的养老保障体系，大力发展职业年金、商业保险等作为基本养老保障的补充。

（三）基础养老金全国统筹

中国企业职工基本养老保险的制度设计是以地方为统筹区的，基本的做法是以县（县级市、区）为一个统筹区域。统筹区域设定在县区级层面有其历史原因，也能够适应不同地区间过大的经济社会发展水平。但其弊端也逐步显现。首先，不同地区间的养老保障水平差别巨大，导致不公平；其次，统筹区过多，彼此之间形成分割，阻碍了正常的人口流动，不利于经济发展；第三，统筹层次过低，导致风险分散范围过小，不能有效应对系统性社会风险。

对提高基本养老保险的统筹层次，早在 2003 年十六届三中全会就提出“建立健全省级养老保险调剂基金，在完善市级统筹基础上，逐步实行省级统筹，条件具备时实行基础养老金的基础部分全国统筹”^①。此后，“十二五”规划以及人力资源社会保障“十二五”规划也都对提高统筹层次规定了具体的实施步骤，要求在“十二五”末期基本实现基础养老金的全国统筹。

从目前的实施进展看，大约有 19 省（自治区、直辖市）实现了基础养老金的省级统筹。

^① 中共中央，《关于完善社会主义市场经济体制若干问题的决定》，2003 年。

但是，除了四个直辖市及少数几个省在企业职工基本养老保险制度建立之初就实行了省级（市级）统筹外，其余实现省级统筹的省份实际上实施的是养老保险统筹基金的“省级调剂金”制度，并未实现真正意义上的统筹。省内不同统筹区之间，缴费基数不同、待遇发放的参数不同，基金仍然保持在不同统筹区内。所不同的是省内可以在不同的统筹区之间对基金余缺进行“调剂”。这固然比不进行“调剂”有所进步，但区域之间的分割仍未根本解决。

不同统筹区之间之所以不能实现真正的统筹，一方面是因为不同的地区之间确实存在经济社会发展水平的差异，实现统筹之后，缴费与待遇不好确定；另一方面则是因为地区之间的利益分割。根据《社会保险法》，社会保险基金的兜底责任由政府财政承担，主要县级以上地方人民政府。给定不同地方政府的隐性负债不同，统筹意味着一些地区需要承担另外一些地区的隐性负债。随着老龄化的加深，这一隐性负债还会不断增长，从而给地方财政带来巨大的支出压力。由此看来，实现基础养老金的全国统筹仍面临较大的阻力。

（四）完善社会保险关系转移接续政策

提高社会养老保险关系的便携性，除了提高统筹层次外，另一个主要途径是建立顺畅的社会保险关系转移接续通道，使社会保险关系能够无障碍地跟随人口的就业流动而流动。中国的养老保障体系来源于计划经济时代相对稳定的人口居住格局。改革开放以来，随着大规模的城镇化、工业化而来的是大规模的乡-城人口流动，而且人口的大规模流动和迁移已成为中国经济社会发展的常态。大规模的人口流动与迁移要求社会保险关系具有便携性、流动性。

按照城镇企业职工基本养老保险的规定，在城镇从事正规就业的农民工参加城镇企业职工基本养老保险。但是，城镇企业职工基本养老保险存在地区分割，不适应农民工流动就业的需要，也因此导致农民工基本养老保险的实际覆盖率长期处于较低水平。为了提高农民工养老保险的覆盖率，人力资源和社会保障部在 2009 年初推出《农民工参加基本养老保险办法（征求意见稿）》及《城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法（征求意见稿）》并向全社会公开征求意见。但是，之后仅后者作为正式文件出台。在《农民工参加基本养老保险办法（征求意见稿）》中，最关键的设计是降低了农民工的缴费费率。这一点因有悖社会保险公平性原则遭到反对。在作为正式文件出台的《城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法》（以下简称《转移接续办法》）中，将农民工与所有企业在职职工一并对等，同等缴费、同等待遇计发办法。为了适应大规模的农民工流动就业，解决地区之间社会保险基金的利益冲突，文件设计了基本养老保险基金的转移方法，规定在基本养老保险关系的转移过程中，个人账户全部转移，所缴纳的统筹部分转移 12%。

从实际执行情况看，这一《转移接续办法》取得的成效并不明显。虽然各地都明确了转移办法，也发布了转移流程，但实际能够完成转移的还在少数。究其原因，仍涉及到地区之间在养老保险基金之间的利益冲突。转出的地区不愿将已经纳入基金的 12% 统筹转出，而转入的地区也不愿意在统筹基金未完全转入的情况下，承担未来的养老金支出责任。这种状况也是十八届三中全会在已经出台了《转移接续办法》后，仍强调“完善社会保险关系转移接续政策”的主要背景。

除了企业职工基本养老保险关系的跨地区转移外，社会保险关系转移接续还涉及到制度之间的转移接续问题。一些农民工在城镇就业一定年限后，可能回到老家，而在城镇缴纳的企业职工养老保险又未满足最低缴费年限，在这样的情况下，需要将城镇企业职工社会养老保险关系转回到农村的居民社会养老保险体系中，这就涉及到社会养老保险关系的跨制度转移。2014 年 2 月份，在国务院《关于建立统一的城乡居民基本养老保险制度的意见》出台同时，人力资源和社会保障部就对城镇职工社会养老保险与居民社会养老保险之间的制度衔接与转移出台了相关规定^①。在该衔接办法中，对同时参加职工养老保险及居民养老保险的，若职工养老保险满足最低缴费年限规定，则可以将居民养老保险个人账户资金转入职工养老保险个人账户；若职工养老保险未达到最低缴费年限则只允许将职工个人账户余额转入居民养老保险个人账户，此前城镇职工的缴费年限计入居民养老保险缴费年限。这一接续办法不涉及统筹资金的转移，仅涉及个人账户的资金转移，因而进行得比较顺利。

四、基本养老保险改革：可持续性

中国社会保障体系的隐性负债主要存在于基本养老保险制度方面，特别是企业职工基本养老保险方面。在本节中我们将主要论述企业职工基本养老保险的可持续性问题。除了转轨的历史债务外，企业职工基本养老保险的隐性债务主要来源于快速老龄化带来的支付压力。

从当前中国企业职工基本养老保险基金的状况看，支付压力已逐渐显现。从基金收支及基金的累计结余的绝对数上看，企业职工基本养老保险的基金收入仍大于支出，累计结余处于增长状态。但值得关注的问题在于，在制度建立不久，自 2002 年开始，基金累计结余的增长率就呈现下降趋势（图 2）。从理论上分析，现收现付制的社会养老保险，在制度建立之初由于缴费人口较多，因此基金的累计结余增长应非常迅速，并持续较长一段时间。但中

^① 人力资源社会保障部、财政部，《城乡养老保险制度衔接暂行办法》，2014。

企业职工基本养老保险结余的增长率已在 2012 年下降到 22.8%。

从累计结余基金的总量看，也不容乐观。2012 年全国企业职工基本养老保险的累计结余为 23941 亿元，当年基金支出为 15561 亿元。以当年基金支出计算，在没有收入的情况下，当年的累计结余仅能支付大约 1.54 年（18 个月）（图 3）。而根据预测，中国职工基本养老保险的统筹部分的年度现金流将在 2037 年出现负值，即不再有新增的累计结余；之前累积的结余，将在 2048 年耗尽^①。

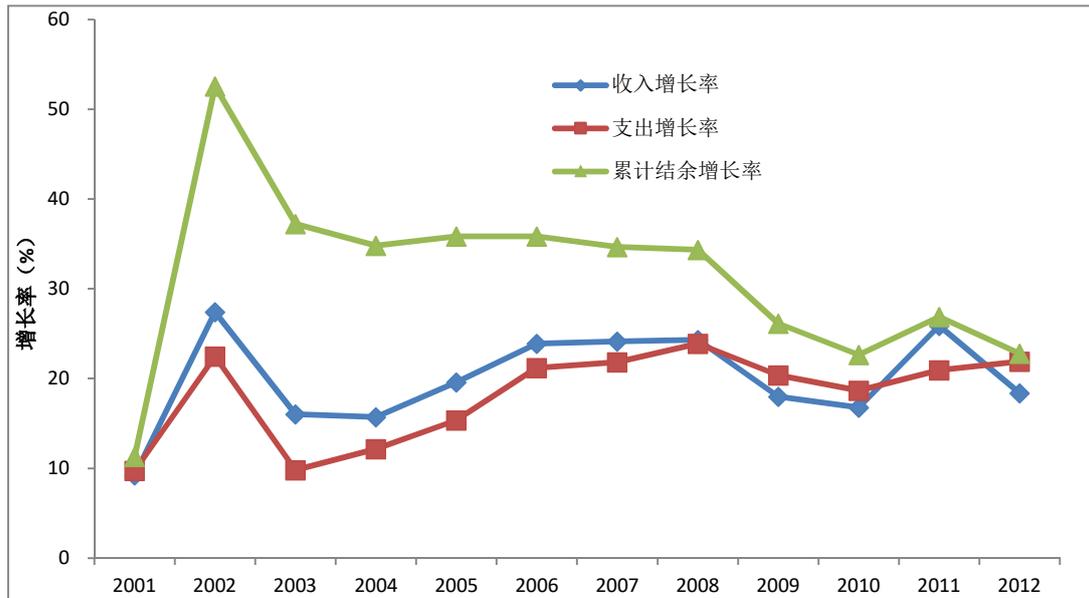


图 2. 企业职工基本养老保险基金收入、支出与累计结余增长率（2001-2012）

数据来源：2013 年《中国劳动统计年鉴》。

在基金的累计结余上，还存在严重的地区之间的不平衡（图 3）。在基金统筹地区分割的状况下，这意味着一些省份将在很短的时间内就进入收不抵支的状态。

基金结余增长率下降的主要原因是背后的人口结构变动。我们以企业职工的制度抚养比来分析企业职工基本养老保险的结构。制度抚养比较高意味着更多的在职人员供养一个离退休人员。中国职工基本养老保险的制度抚养比自 2000 年之后持续下降，虽然在 2008 年有所上升，但基本的下降趋势是明显的（图 4）。在 2012 年制度抚养比只有 3.09，即 3.09 个在职缴费人员供养一个离退休领取养老金人员。

^① 郑伟、陈凯、林山君，2013，中国养老保险制度中长期测算及改革思路探讨，中国社会保障论坛组委会，《第五届中国社会保障论坛文集》。

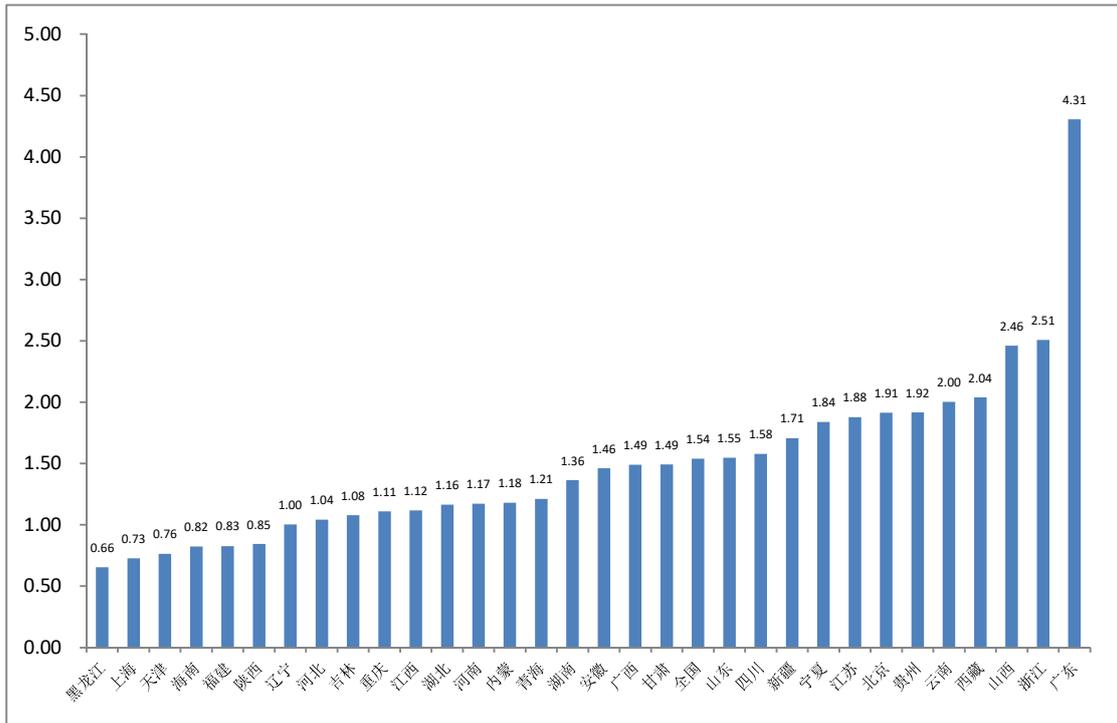


图 3. 企业职工基本养老保险累计结余可以支付的年数（2012）

注：累计结余可以支付的年数等于当年累计结余除以当年基金支出，其含义为累计结余以当年的支出量计算，在没有新的结余的情况下能够支付的时间。

数据来源：2013 年《中国劳动统计年鉴》。

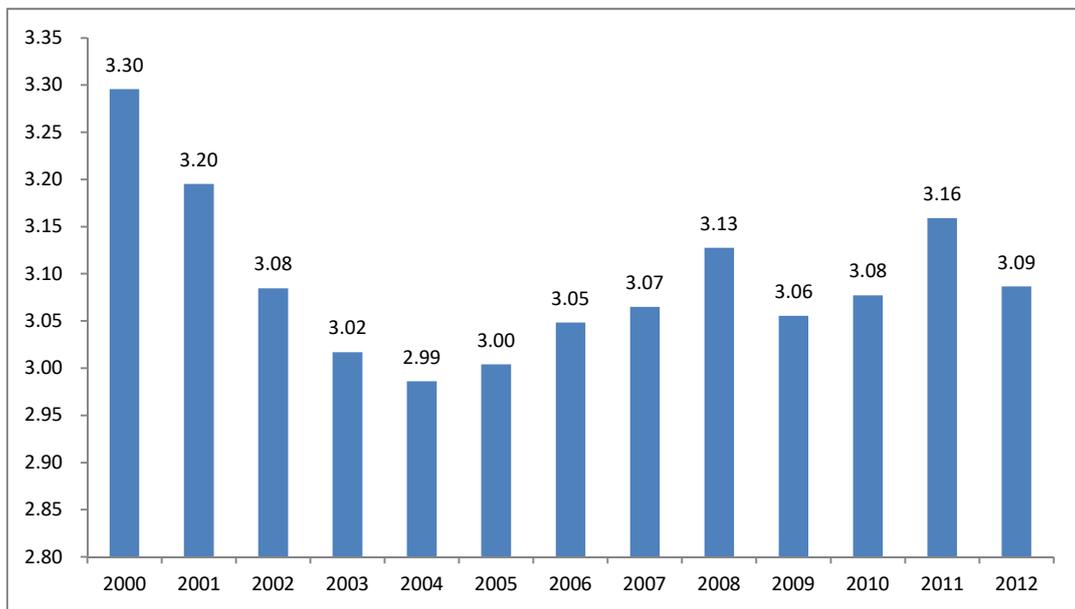


图 4. 企业职工基本养老保险的制度抚养比

注：制度抚养比等于在职缴费职工数除以领取养老金的离退休人员数，其含义为多少个缴费人口供养一个领取养老金人员。

数据来源：2013 年《中国劳动统计年鉴》。

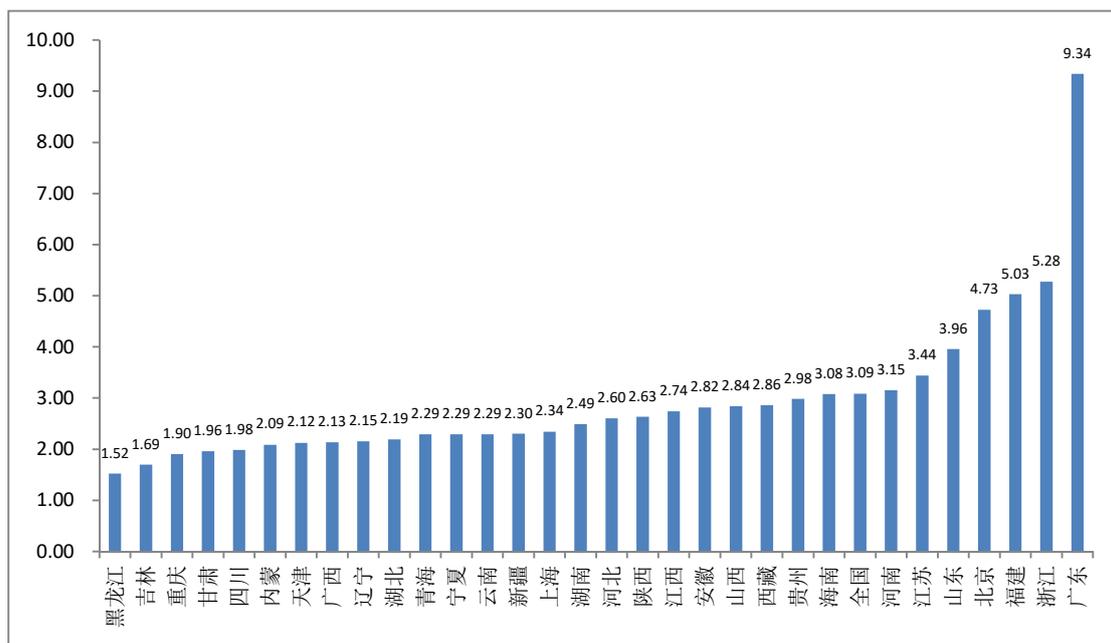


图 5. 企业职工基本养老保险分省（市、区）的制度抚养比（2012）

注：制度抚养比等于在职缴费职工数除以领取养老金的离退休人员数，其含义为多少个缴费人口供养一个领取养老金人员。

数据来源：2013 年《中国劳动统计年鉴》。

此外，由于企业职工基本养老保险的地区分割，不同地区面临着不同的制度抚养比，且具有明显的差异（图 5）。这意味着一些地区面临比其他地区更严重的支付压力。

（一）在制度模式上，完善个人账户制度，健全多缴多得的激励机制

在企业职工基本养老保险制度的模式选择上，中国吸收了一些国家强制储蓄型个人账户制度的经验，建立了社会统筹加个人账户的制度模式。个人账户属于“基金积累制-缴费确定型”养老保险制度，其实质是对个人生命周期的收入和消费进行平滑，年轻时预先进行积累，退休后进行消费。个人账户制度不具有人群的收入再分配性质，但具有非常强的激励机制，因为个人退休后的退休金与缴费直接相关。个人账户制度对解决现收现付制下由于人口老龄化带来的隐性负债具有非常强的政策含义。在个人账户下，不存在年轻一代对年老一代的隐性负债。特别是一开始就建立个人账户制度的国家和地区，不存在隐性负债问题。例如新加坡的中央公积金制度，从建立之初就属于典型的个人账户制度，因此新加坡的社会保障体系不存在隐性负债问题。一些由现收现付制改制为个人账户制度的国家和地区，以及在原有的现收现付制制度基础上引入个人账户制度的国家和地区，前者如智利，后者如美国的

401K 账户等，都对缓解原有制度的隐性负债起到了积极作用。

自企业职工基本养老保险制度建立以来，个人账户制度的空帐运行一直是个突出的问题。这其中很大程度上是历史负债的问题。完善个人账户制度，也包含了解决个人账户空帐的问题，特别是提出划拨国有资本充实社会保障基金的决定，其背景就是针对社会保障的历史负债。从现实的政策路径来看，可以有如下两种方式，一是通过财政支付或统筹基金拨付的方式做实空账；二是借鉴一些国家和地区的名义账户制度，将个人账户转为仅记录个人缴费的名义账户，其资金仍与统筹基金混合，其支付则以名义账户的缴费记录为计发基础，资金从统筹账户中划拨^①。

（二）在基金运营上，坚持精算平衡原则

保险基金的精算平衡是商业养老保险运营的基本原则。精算平衡的基本含义是保费的收缴与支付的现值相等，或终值相等，或期中值相等。精算平衡是确定保费费率以及确定待遇支付的基本原则。在社会养老保险的基金运营中，为保持基金的基本平衡，不致出现过多结余或出现基金亏空，也需要根据精算平衡原则对缴费及待遇进行调整。

中国企业职工基本养老保险制度在设计原则上也遵循了精算平衡原则。但是在实际运行过程中，经常出现一些地区或群体不考虑长期平衡，随意增加待遇支付，或为弥补当前基金运营压力，提高缴费基数及缴费率的情况，从而破坏了精算平衡的原则。这是这次十八届三中全会再次明确精算平衡原则的一个主要背景。坚持精算平衡原则，实际上是将基本养老保险的缴费与待遇确定纳入到可计算、可预测的规范化轨道内，排除因为一些个别原因而造成的基金支付压力。

（三）扩大参保缴费面，并适时适当降低社会保险费率

在保持基本制度框架不变的条件下，缓解养老保险基金支付压力的最常用方式还是对制度参数进行调整。制度参数既包括“收入”参数，也包括“支付”参数。参数调整方面要扩大缴费面，并适时适当降低社会保险费率。这两个措施实际上是紧密联系在一起的。扩大参保缴费面实际上是增加在职缴费人数；但是，扩大缴费面面临的一个重要问题，即居高不下的缴费费率对企业及个人形成较为沉重的负担，从而影响参保积极性，不利于覆盖面的扩大。

^①作为典型的北欧福利国家，瑞典于 1994 年社会养老保险中引入了“名义个人账户（Nominal Account）”制度。在此之前，瑞典实行的是典型的社会养老保险制度，但是政府对社会养老保险提供了多项补贴。而随着瑞典老龄化程度的加深以及经济增长疲软，财政压力逐渐增大，瑞典开始对现收现付制的社会养老保险制度进行改革。瑞典在社会养老保险中设立了个人账户，但是这个个人账户并没有资金的注入，而仅仅是个人缴费及贡献的一个记录。与此相对应，退休后参保者的养老金由原来的“权益确定型”转向“缴费确定型”。参见：Palmer, E., *The Swedish Pension Reform Model: Framework and Issues*, www.oecd.org/finance/financial-markets/2638200.pdf.

因此，需要在扩大参保缴费面及降低社会保险费率两个方面进行权衡。

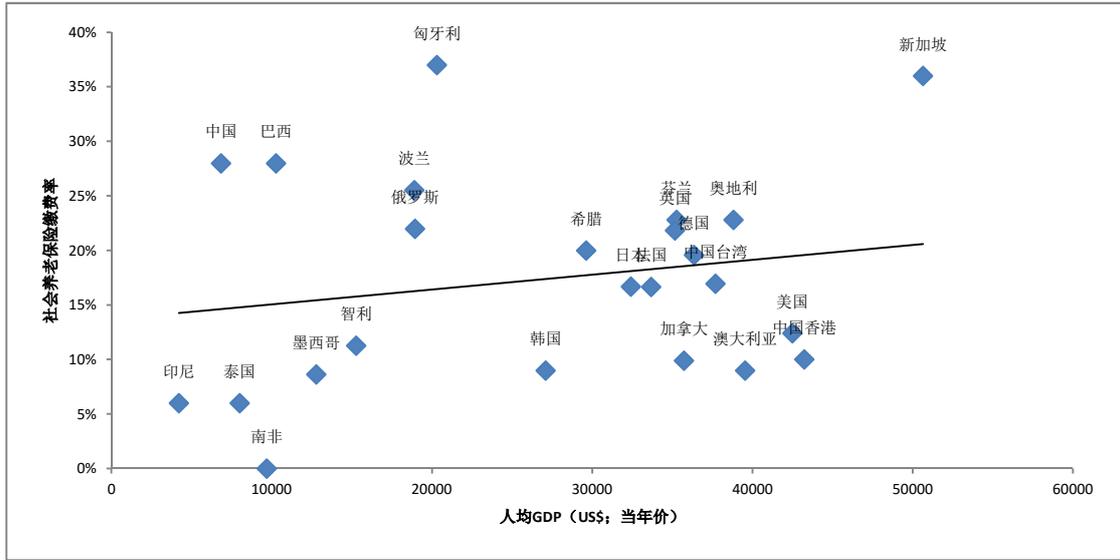


图 6. 一些国家和地区社会养老保险的缴费率

注：南非、巴西、加拿大、智利、墨西哥、美国为 2013 年数据；其余国家和地区为 2012 年数据。

数据来源：USA Social Security Administration (SSA), Social Security Programs throughout the World.

中国企业职工基本养老保险当前的缴费率为缴费基数的 28%（雇主 20%+个人 8%）。这一缴费率不仅高于发展中国家的平均水平，也远高于一些老龄化程度非常高的发达国家（图 6）。例如，日本的老龄化程度远高于中国，但其社会养老保险的平均缴费率只有 16.68%；韩国的缴费率只有 9%，英国和美国的缴费率只有 21.85%和 12.4%。过高的缴费率，从短期看，直接影响企业及职工的参保积极性，产生大量的规避社保缴费的行为，降低参保覆盖面；从长期看，则严重影响企业竞争力，不利于经济的长期增长。

（四）研究制定渐进式延迟退休年龄政策

企业基本养老保险“支付”方面的参数调整，主要是退休年龄的规定。退休年龄直接决定了参保者能够领取养老金的年限，而领取养老金年限长短，则又对基金的隐性负债大小有直接影响。中国职工的退休年龄（领取养老金）的年龄仍执行 20 世纪 70 年代的规定^①，即男性 60 岁，女工人 50 岁，女干部 55 岁。这一退休年龄与当时人们的预期寿命是相关的。但是，随着生活水平的提升，中国人均预期寿命有了长足增长。2012 年，中国男性出生时的预期寿命为 72.1 岁，女性为 75.6 岁，虽低于一些发达国家，但要比发展中国家的一般水

^① 国务院，《关于颁发国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法和国务院关于工人退休、退职的暂行办法的通知》，国发〔1978〕104 号。

平要高。将预期寿命减去法定退休年龄之差，就是平均的领取养老金的年限。从这一年来看，中国在 2012 年男性为 12.1 年，女性为 20.6 年，高于一般的发展中国家水平，而与一些发达国家和地区接近（表 2）。这意味着养老保险基金支付年限的加长，这对基金支付形成了非常大的压力。

在推迟退休年龄的政策方式上，则要求制定渐进式延迟退休政策。之所以提出渐进式改革的思路，一是考虑到一些从事体力劳动的职工，他们的职业周期较短，延迟退休年龄后，实际缴费年限增加，对他们形成较大的负担；二是考虑到当前中国的就业形式，延迟退休可能会增加年轻人的就业难度^①。但是，从发展趋势看，延迟退休是一个必然趋势。

表 2. 一些国家的老龄化程度及预期寿命、退休年龄情况

	65 以上老 龄人口占 比	总抚养 比	出生时预期寿命		退休年龄		预期寿命与年 龄之差	
			男性	女性	男性	女性		
澳大利亚	13.4%	48.0%	79.9	84.3	65	64.5	14.9	19.8
中国	8.2%	38.2%	72.1	75.6	60	55	12.1	20.6
中国香港	12.7%	32.0%	80.2	86.4	65	65	15.2	21.4
印度	4.9%	55.1%	64.4	67.6	55	55	9.4	12.6
印尼	5.6%	48.3%	68.3	78.1	55	55	13.3	23.1
日本	22.7%	56.4%	80.1	87.1	65	65	15.1	22.1
新加坡	9.0%	35.9%	78.9	83.7	55	55	23.9	28.7
韩国	11.1%	38.1%	77.3	84	60	60	17.3	24
中国台湾	11.3%	35.2%	75.7	81.5	60	60	15.7	21.5
泰国	8.9%	41.7%	71.1	77.8	55	55	16.1	22.8
奥地利	17.6%	47.8%	78.4	83.6	65	60	13.4	23.6
芬兰	17.2%	51.0%	77.2	83.3	65	65	12.2	18.3
法国	16.8%	54.2%	78.5	84.9	60	60	18.5	24.9
德国	20.4%	51.2%	78.2	83	65.08	65.08	13.12	17.92
希腊	18.6%	49.5%	77.6	82.6	65	62	12.6	20.6
匈牙利	16.5%	45.3%	70.8	78.5	62.5	62.5	8.3	16
波兰	13.6%	39.7%	72.2	80.6	65	60	7.2	20.6
俄罗斯	12.8%	38.6%	63.3	75	60	55	3.3	20
英国	16.6%	51.4%	78.3	82.4	65	61	13.3	21.4
南非	5.2%	53.7%	54.9	59.1	60	60	-5.1	-0.9
巴西	6.9%	47.9%	70.2	77.5	65	60	5.2	17.5
加拿大	14.2%	44.1%	79.3	83.5	65	65	14.3	18.5
智利	9.2%	45.6%	77	82.6	65	60	12	22.6
墨西哥	6.0%	56.3%	74.9	79.7	65	65	9.9	14.7
美国	13.1%	49.0%	76.4	81.2	66	66	10.4	15.2

^① 蒋延辉，2014，渐进式延迟退休的三个先决条件，《中国社会保障》第 2 期，第 43-44 页。

注：南非、巴西、加拿大、智利、墨西哥、美国为 2013 年数据；其余国家和地区为 2012 年数据。退休年龄为各国法定领取养老金的年龄。预期寿命与退休年龄之间的差距表示平均而言，个人领取养老金的年限。表中的总抚养比等于 14 岁以下人口及 65 岁以上人口占劳动年龄人口（15-64 岁）的比例。

数据来源：USA Social Security Administration (SSA), Social Security Programs throughout the World.

（五）增加政府投入，进行稳健投资

应对基本养老保险基金的隐性负债，提高基金的可持续性，还需要从资金来源上建立可靠的途径。除了缴费之外，企业职工基本养老保险还有两个资金来源渠道：一是政府投入，二是通过稳健的投资获得的投资回报。

从政府投入方面，如前所述，企业职工基本养老保险的历史负债有一部分形成了国有资产，因此，国有资产有责任对基本养老保险基金进行转移支付，以支付历史负债。基于此，中国政府在 2000 年就成立了全国社会保障基金，其资金来源主要是中央财政拨入资金、国有股减持或转持所获资金和股权资产，以及投资收益，其中，中央财政每年的划拨构成其经常收入的一部分。全国社会保障基金并不对现有的养老保险基金提供支付，其作用在于为未来支付提供储备。截至 2012 年，社保基金管理的基金资产总额为 11060.37 亿元^①。在十八届三中全会报告中，对划拨国有资产补充社会保障基金也提出了明确的要求，指出“划拨部分国有资本充实社会保障基金”。

除了国有资本的划拨外，根据《社会保险法》的规定，政府负有对社会保险基金的兜底责任。但自《社会保险法》颁布实施以来，并未形成规范化、制度化的财政投入社会保险基金的制度。从保持基金的长期可持续性的角度，财政对社会保险基金隐性负债的支付需要提前规划、建立和完善制度。因此，十八届三中全会要求健全社会保障财政投入制度，并完善社会保障的预算制度。

从理论上讲，现收现付制的社会保险基金不需要投资，也不需要过多的积累，因为当期的支付来自当期的缴费；而基金积累制的制度安排会在当期形成较多的资金积累，这需要通过稳健的投资获得回报以应对通货膨胀对基金的侵蚀。中国企业职工基本养老保险制度中的个人账户属于基金积累制，需要有稳健的投资；但是，除此之外，基本养老保险中的社会统筹部分也形成了一笔较大的积累。这笔积累有其合理性，也是为应对未来支出压力所做的储

^① 2012 年全国社会保障基金理事会基金年度报告。

备。这两部分积累都需要有一个稳健的投资回报率以实现保值增值。根据企业职工基本养老保险制度的投资原则，基本上只能投资于风险小、回报低的国债，这导致基金的不断贬值。从国际上实行基金积累制的国家和地区的经验看，一些国家和地区的个人账户养老金投资也取得了较好的投资回报，这对中国基本养老保险基金的保值增值提供了借鉴^①。

^① Apte, V. and McFarland, B., 2011, DB versus DC Plan Investment Returns: The 2008–2009 Update”, Towers Watson.

第三节 基本医疗保障制度的改革与完善

医疗保障是现代社会保障体系中的重要内容。养老保障对失去收入的老年人提供收入补偿；医疗保障所保障的则是可获得的医疗服务。不同于养老保障，医疗保障需要面对严重的信息不对称问题，且信息不对称不仅存在于医疗保险过程中，而且也存在与医疗服务的提供过程中。医疗保障的主要项目是医疗保险，而在医疗保险过程中，被保险方与保险方存在严重的信息不对称，从而导致“道德风险”与“逆向选择”问题。不仅如此，在医疗服务的提供过程中，也存在信息不对称问题，从而导致“供给诱导需求”的行为。在医疗服务提供过程中，供给方（医院和医生）掌握更多的信息，从而利用这些信息增加医疗服务供给。在医疗保险存在的情况下，第三方付费机制也导致患者没有动力控制医疗费用。因此，医疗保障改革面临的问题更加复杂。

本章首先介绍中国医疗保障体制的基本框架，之后在中国医药卫生体制改革的框架内，对医疗保障体制改革与完善进行分析。

一、中国医疗保障的基本框架

中国医疗保障包括两个大的体系：一是缴费型的医疗保险体系，二是非缴费型的医疗救助体系。这两个体系也具有“碎片化”的特征，不同的项目分别覆盖不同人群，且存在地区间的分割。这一点与中国社会保障体系的基本特征相吻合。

（一）社会医疗保险制度

中国医疗保障体系的主体是缴费型的医疗保险制度。在社会医疗保险制度的框架下，根据不同的人群建立了不同的制度。在城镇居民内部，根据职业与就业状况分为覆盖在职职工的城镇职工基本医疗保险制度，以及覆盖非就业居民的城镇居民医疗保险制度。农村居民则适用新型农村合作医疗制度。

（1）城镇企业职工基本医疗保险

城镇职工基本医疗保险的建立与城镇职工基本养老保险的建立过程类似。计划经济时期，中国企业职工医疗保障是企业劳动保险制度的一部分，并演变成为企业负担的职工福利的一部分。改革开放后，为配合国有企业的改革，逐步建立企业职工的基本医疗保险制度。十四

届三中全会确立的社会统筹加个人账户的社会保险制度模式也包括了城镇企业职工基本医疗保险。

1998年,《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(以下简称《决定》)从制度上确立了城镇职工基本医疗保险的基本原则。首先,在覆盖人群上,要求所有单位及职工,包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位的职工都要参加。其次,在基本医疗保险基金的统筹范围上,确定了地级以上行政区为统筹单位,也可以县(市)为统筹单位,实行属地管理原则。第三,在筹资方式上,实行社会统筹加个人账户制度,缴费费率为缴费基数的8%,其中6%为雇主缴费,2%为个人缴纳;2%的个人缴费直接进入个人账户,雇主缴费部分的30%左右也划拨进入个人账户。这些原则构成了当前城镇职工基本医疗保险制度的主要框架。

与机关事业单位养老保险改革缓慢不同,机关事业单位的医疗保险改革顺利推进。在计划经济时期以及改革开放初期,机关事业单位实行的是无需缴费的公费医疗制度,资金直接来源于政府财政。按照1998年《决定》的要求,机关事业单位也要加入职工基本医疗保险。当前,除了一些中央国家机关工作人员外,大多数地方政府及部分中央国家机关单位职工都参加了职工基本医疗保险。截至2012年,城镇职工医疗保险覆盖人群2.65亿人,实际覆盖率47.12%,当年基金收入6061.9亿元,基金支出4868.5亿元,累计结余6884.2亿元。

(2) 城镇居民基本医疗保险

在计划经济时期,城镇非就业居民没有单独的医疗保障。他们作为职工家属也可以在一定程度上获得医疗保障。改革开放之后,随着国有企业改革的推进,这种以家属身份获得医疗保障的途径逐步消失。因此,在改革开放之后相当长一段时间内,城镇非就业居民实际上处于医疗保障的真空中。为解决非就业居民的医疗保障,一些地区开始试点城镇居民的医疗保险制度。在总结各地经验的基础上,国务院在2007年印发《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(以下简称《指导意见》),提出在全国推进城镇居民基本医疗保险制度。

城镇居民基本医疗保险的覆盖范围为不属于城镇职工基本医疗保险覆盖范围的非就业居民,包括少年儿童、中小学阶段的学生、及其他非从业城镇居民。在筹资模式上,城镇居民医疗保险的制度框架与新型农村合作医疗相类似,采取个人缴费、集体补助及政府补贴的方式。2007年的《指导意见》规定政府补贴的最低标准为人均40元。2008年,国务院办公厅印发《关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》,至此,城镇居民基本医疗保险制度覆盖了城镇居民全体非从业人员。截至2012年城镇居民医疗保险覆盖

人群 2.72 亿，人均筹资额 323 元。

(3) 新型农村合作医疗

农村合作医疗制度早在计划经济时期就在农村普遍存在，其基本的制度特征是依托于集体经济组织，村民缴纳部分费用，或直接由生产大队（生产队）的收入中支付费用，由村集体统一支配，并安排农村赤脚医生为全体村民提供基本医疗服务。旧的农村合作医疗制度基本上属于村民依托集体经济组织的医疗互助，政府没有筹资责任，保障水平低、风险分散范围小，但它毕竟为农村居民提供了医疗保障及医疗服务。但是，随着人民公社制度的解体，农村合作医疗制度在 20 世纪 80 年代中期基本解体，农村居民处于医疗保障的真空中。2003 年年初，国务院办公厅转发了卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的通知，提出在农村建立新型农村合作医疗制度并展开试点。2004 年 1 月，国务院办公厅又转发了卫生部等部门《关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见的通知》，确定了新型农村合作医疗试点推进的几个原则。总结起来，这两个文件确定的新型农村合作医疗，一是坚持了农民自愿参加的原则。二是提出了政府的补助责任，将新型农村合作医疗的筹资模式确定为“个人缴费、集体补助、政府补贴”的模式。该模式也成为此后城镇居民医疗保险的筹资模式。第三，在筹资标准上，确定个人缴费最低标准为 10 元，政府补贴的最低标准也为 10 元。第四，在资金管理上，坚持以收定支、量入为出的原则。

截止到 2012 年，新型农村合作医疗制度覆盖 8.05 亿农村居民，参合率实现 97%以上，人均筹资额 308.5 元。

(二) 城乡医疗救助制度

医疗救助制度是中国非缴费型社会救助制度的主要项目之一，是中国社会医疗保障的重要组成部分。相对医疗保险，医疗救助主要起到“安全网”作用，其目的是对贫困人口的疾病预防及治疗提供帮助。2003 年随着新型农村合作医疗制度的推开，出现了一些贫困农户无力参加合作医疗的情况，以及一些罹患大病，虽经合作医疗报销后，仍无力承担自付部分医疗费用的农户。针对这些情况，2003 年 11 月，民政部、卫生部、财政部联合下发了《关于实施农村医疗救助的意见》，提出要在 2005 年在全国全面展开农村医疗救助。农村医疗救助的对象是农村的五保户、农村贫困户家庭成员以及其他符合条件的农村贫困农民。医疗救助主要分为三个部分：一是资助贫困农户参加新农合，即农户参加新农合的个人缴费部分，若贫困农户无力承担，则由医疗救助承担；二是因患大病，合作医疗补助后个人负担医疗费用过高，影响家庭基本生活的，可以获得适当的医疗救助；三是尚未开展新农合的地区，对因患大病个人负担费用难以承担，影响家庭基本生活的，给予适当医疗救助。资金来源主要

由地方政府承担，纳入地方财政预算。2012 年全年累计救助贫困农村居民 5974.2 万人次，其中资助参加新农合 4490.4 万人次，人均资助参合水平 57.5 元；直接救助农村居民 1483.8 万人次，人均救助水平 721.7 元；全年各级财政共支出农村医疗救助资金 132.9 亿元。^①

在城市地区，2005 年 7 月，国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动保障部和财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》，要求在全国建立城市医疗救助制度。城市医疗救助制度与农村医疗救助的制度安排相一致。救助对象主要是城市居民最低生活保障对象中未参加城镇职工基本医疗保险人员、已参加城镇职工基本医疗保险但个人负担仍然较重的人员和其他特殊困难群众。但是在具体的救助标准上，实行城乡两套标准，城市救助的平均水平高于农村。2012 年全年累计救助城市居民 2077 万人次，其中民政部门资助参加城镇居民基本医疗保险 1387.1 万人次，人均救助水平 84 元；民政部门直接救助城市居民 689.9 万人次，人均医疗救助水平 858.6 元。全年各级财政共支出城市医疗救助资金 70.9 亿元，比上年增长 4.9%。^②

（三）农民工的医疗保障

在城镇居民及农村居民之间，还有一个规模庞大的农民工群体。农民工虽然在城镇地区就业和生活，但由于户籍在农村，不被城镇政府认可为城镇居民^③。他们的医疗保障可以通过如下几个渠道解决：一是参加户籍所在地的新型农村合作医疗，并获得农村医疗救助资格；二是参加城镇职工的医疗保险；三是参加一些城市建立的独立于本地城镇职工基本医疗保险之外的农民工医疗保险或外来工医疗保险。但是，他们不能参加城镇地区的居民基本医疗保险，也没有资格获得城镇地区的医疗救助。

从现实情况看，大部分农民工虽然在户籍所在地参加了新型农村合作医疗，但是由于交通成本等问题，他们在就业所在地患病后的费用只有很少比例回去报销。另一方面，由于新型农村合作医疗主要面对农村居民，保障水平过低，不能也无法对在城镇就医的农民工的医疗费用提供较多报销。这都导致农民工对新型农村合作医疗的实际使用率很低。虽然他们也有获得农村医疗救助的资格，但与合作医疗面临的问题相似，实际使用率非常低。

不论从理论上还是从现实运作中，由新农合承担农民工的医疗保险缺乏可持续性。理论上，保险模式需与风险特征相匹配。新农合设计的初衷是应对农村居民和农业社会的医疗风险。流动人口在城镇就业和生活，面对的是工业社会的医疗风险。由此，由新农合来承担流

^① 民政部，《2012 年社会服务发展统计公报》。

^② 民政部，《2012 年社会服务发展统计公报》。

^③ 虽然从 2000 年第五次全国人口普查报告开始，我国把在城镇中生活超过六个月的流动人口登记为城镇人口，但在获得城市公共服务方面，这部分农民工并没有获得真正的户籍市民相同的待遇。

动人口的医疗保险将导致风险与保险的错配。从现实运作上,新农合为了管控基金支付压力,在设计之初就确定了异地报销比例低、异地门诊不予报销的原则。即使如此,流动人口在城镇罹患需要住院治疗的疾病后,还是要回到新农合报销。这实际上是通过流动人口将城市医疗风险转嫁到了新农合,势必给新农合带来较高的支付压力。

尽管政策上允许正规就业农民工参加城镇职工医疗保险,但他们的参保意愿低,实际覆盖率低。外出就业的农民工的人口学特征是年龄较轻,身体状况较好,由此产生的逆向选择导致他们本就不愿参保。除此之外,当前城镇职工医疗保险实际上的“权益积累制”及由此产生的医保资金转移接续等问题也不适应农民工频繁流动的特征。根据规定,参加城镇职工医疗保险并达到法定缴费年限的个人,退休后不再缴费,可享受相应的医保待遇。这一“权益积累制”带来农民工医保转移接续中的利益分割问题,流出地有激励截留统筹账户资金,统筹账户资金无法随人口流动而转移;农民工因工作地点发生变化而出现缴费中断或新地点不承认原有缴费年限,使其前期缴费年限被清零,因而他们参保意愿低。

(四) 实现医疗保障全民覆盖

截止到 2007 年,随着城镇居民基本医疗保险制度的建立,中国的医疗保障实现了制度上的全覆盖:城镇职工参加城镇职工基本医疗保险,非就业居民参加城镇居民基本医疗保险,农村居民参加新型农村合作医疗。这三项制度构成了中国当前医疗保障制度的主体。在这三项社会保险制度之外,则是具有“安全网”性质的医疗救助制度。(图 1)

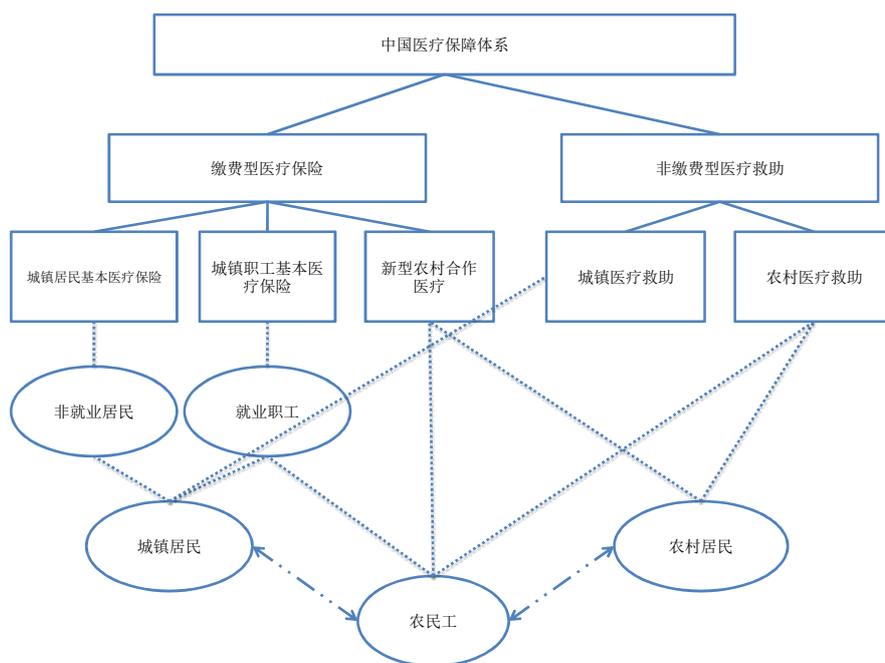


图 1. 中国社会医疗保障的制度框架

注：机关事业单位人员除少数外，都已基本参加城镇职工医疗保险，故未在此处单列。

从实际覆盖率上，中国的社会医疗保障也基本实现了全覆盖（表 1）。2012 年城镇职工基本医疗保险覆盖人口 2.65 亿，城镇居民基本医疗保险覆盖人口 2.72 亿，新型农村合作医疗覆盖人口 8.05 亿，三项相加共覆盖人口 13.4 亿，实际覆盖率达到 99.07%。

虽然中国社会医疗保障实现了全民覆盖，但医疗保障不同于养老保障，其最终效果要看是否有效缓解了居民的“看病难、看病贵”。而解决居民“看病难、看病贵”问题，不仅需要医疗保障的全覆盖，还需要整个医药卫生体制的改革。这也是十八大以及十八届三中全会将医疗保障与医药卫生体制改革放到一起论述的原因。

表 1. 中国社会医疗保障制度的实际覆盖率

	参保人数			总参保人数 D=A+B+C	总人口 E	覆盖率 F=D/E
	城镇职工医疗保险 (A)	城镇居民医疗保险 (B)	新农合 (C)			
2004	12403.6		8000	20403.6	129988	15.70%
2005	13782.9		17900	31682.9	130756	24.23%
2006	15731.8		41000	56731.8	131448	43.16%
2007	18020.3	4291.1	72600	94911.4	132129	71.83%
2008	19995.6	11826	81500	113321.6	132802	85.33%
2009	21937.4	18209.6	83300	123447	133450	92.50%
2010	23734.7	19528.3	83600	126863	134091	94.61%
2011	25227.1	22116.1	83200	130543.2	134735	96.89%
2012	26485.6	27155.7	80500	134141.3	135404	99.07%

数据来源：历年《中国劳动统计年鉴》和《卫生统计年鉴》。

二、新一轮医药卫生体制改革与医疗保障体制改革

医疗保障体制改革需要放到医药卫生体制改革的大框架中进行分析，这是医疗保障与养老保障的不同之处。中国政府在 2009 年启动了新一轮医药卫生体制改革，医疗保障体系的建设与完善成为本次改革的主要内容之一。

（一）2009 年医药卫生体制改革

实际上，改革开放之后，针对计划经济时代形成的医药卫生体制及医疗保障体制，中国曾进行过几次医药卫生体制改革。例如 1997 年中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》，以及 2000 年国务院体改办发布的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》等。但

是，这些改革都未在解决居民“看病难、看病贵”方面起到实质性作用^①。而其中的“医疗保障制度不健全”亦成为重要原因。这是引发新一轮医药卫生体制改革的主要背景。

2009年《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》开启中国新一轮医药卫生体制改革。新医改的基本思路是通过四项基本制度的建设，有效缓解并最终解决居民“看病难、看病贵”问题。这四项基本制度涉及供给方的公共卫生服务体系、医疗服务体系和药品供应保障体系，以及需求方（筹资方）的医疗保障体系建设。

在医疗保障体系建设中，要求“加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”新医改还确定了中国基本医疗保障体系的主要制度框架：“城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。”

新医改文件发布后，国务院随即出台《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011年）》（以下简称《实施方案》），对推进医药卫生体制改革做出具体部署。在加快推进基本医疗保障制度建设方面，《实施方案》提出，一是要扩大基本医疗保障的覆盖面，实现基本医疗保障全面覆盖；二是逐步提高基本医疗保障水平，特别是城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗，一方面提高政府补贴水平，另一方面也要适当提高个人缴费标准；三是重申基本医疗保障的基金管理原则，即以收定支、收支平衡、略有结余，并要求合理控制城镇职工医保基金和城镇居民医保基金的年度结余和累计结余；四是要完善城乡居民医疗救助制度；五是提高基本医疗保障的管理服务水平。

上述要求的核心实际上有三个：一是扩大覆盖面，实现基本医疗保障的全民覆盖；二是提高筹资水平；三是控制城镇职工医保及城镇居保的结余。这三个要求的基本指向就是实现全覆盖，提高医疗保障的支付水平。从新医改的推进及效果看，这也成为新医改取得的最大成就之一。

（二）医药卫生体制改革与医疗保障体系建设的成效

2009年新一轮医药卫生体制改革在基本医疗保障方面取得了显著的成就。首先，基本医疗保障的全民覆盖基本实现，全口径的覆盖率在2012年达到99%以上。

其次，医疗保障的保障水平大幅度提高。从基本医疗保险的人均筹资水平看，2009年之后，城镇医疗保险（职工医保与居民医保）的人均筹资额逐年上升，从2009年的914.6

^① 葛延风、王晓明，2005，中国医疗服务体系改革反思，《中国卫生产业》第9期，第19-21页。

元上升到 2012 年的 1293.5 元；新型农村合作医疗的人均筹资额虽然低于城镇医疗保险，但也有了明显增长，从 2009 年的 113.4 元上升到 2012 年的 308.7 元。在城乡医疗救助方面，根据新医改的意见，民政部等四部门在 2009 年发布《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》，提出进一步增加医疗救助的保障水平。在这一要求下，城乡医疗救助的直接补助水平也有了明显提高。人均的直接补助水平从 2009 年开始大幅上升。农村的直接补助水平从 2008 年的 360.3 元增长到 2009 年的 676.6 元，增长了将近一倍；城市的直接补助水平从 2008 年的 483.5 元增长到 2009 年的 764.7 元。此后医疗救助水平也不断上升，2012 年城市和农村的直接补助水平分别达到 858.6 元和 721.7 元。

第三，卫生总费用中个人自付部分所占比例明显下降，这与医疗保障体系的全覆盖及保障水平提高直接相关。卫生总费用是一个国家或地区在一定时间内花费在医疗卫生方面的总支出，主要包括三个部分：一是个人直接支付的医疗卫生支出（Out-pocket），不包括参加医疗保险缴纳的保费；二是社会医疗卫生支出，其主要部分为社会医疗保险方面的支出，但不包括非缴费的医疗救助支出，以及其他非政府非个人的医疗卫生支出，例如商业健康保险、社会办医支出、社会捐助以及行政事业性收费收入等；三是政府财政对医疗卫生的直接支出，包括政府投入到公立医疗机构的支出、财政对社会医疗保险的补助以及直接的医疗救助，还包括卫生及医疗保障的行政管理支出以及人口与计划生育的事务性支出等。改革开放以来，中国卫生总费用增长非常快，从 2003 年的 6584.1 亿增长到 2012 年的 27846.8 亿，增长了 4.23 倍，年均增长率 17.4%。特别是在新一轮医改之前，中国的卫生总费用增长率达到了顶点，2008 年的增长率高达 25.59%（图 5）。

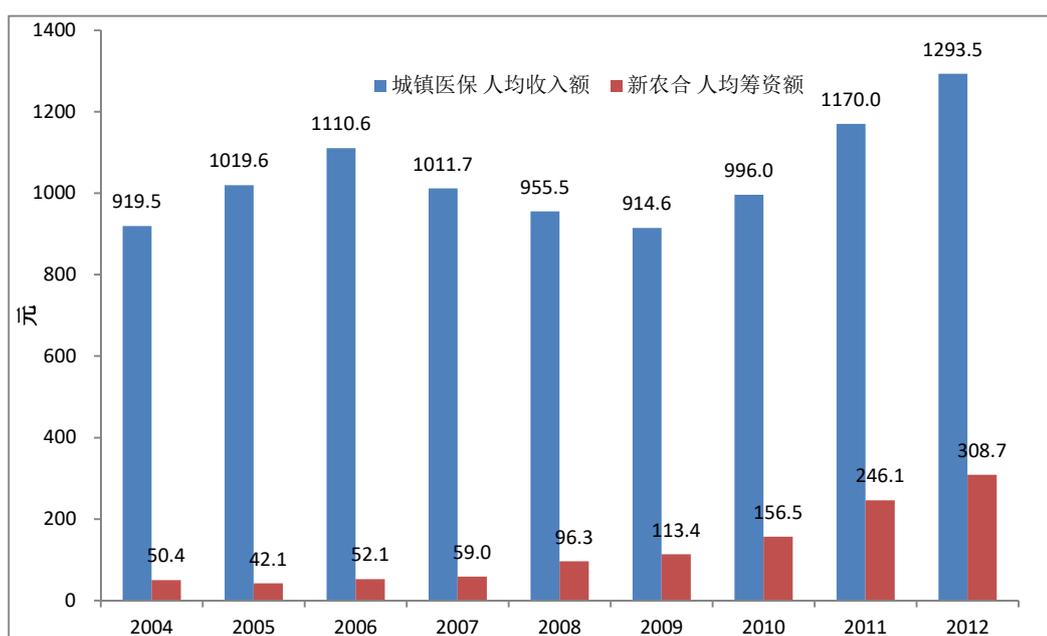


图 2. 城镇医疗保险与新型农村合作医疗人均筹资额情况（2004-2012）

数据来源：历年《中国劳动统计年鉴》

注：城镇医疗保险包括城镇职工医保与城镇居民医保。

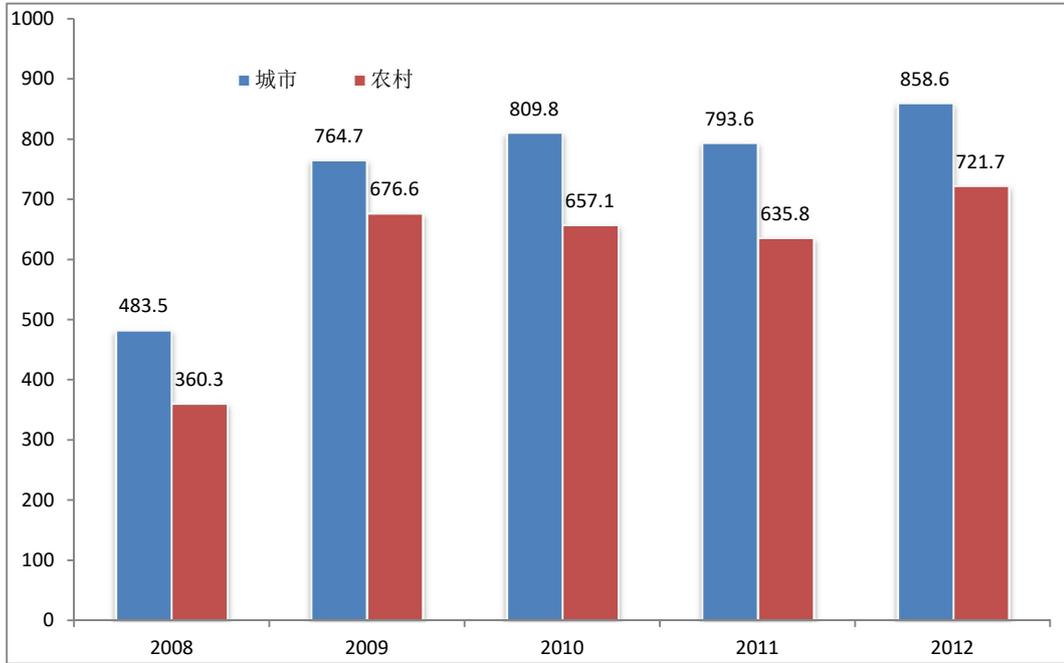


图 3. 城乡医疗救助直接补助水平情况（2008-2012）

数据来源：历年《中国民政事业统计公报》。

注：此处仅为民政部门直接补助的医疗费用，不包括民政部门资助参加新型农合作医疗及城镇居基本民医疗保险的费用。

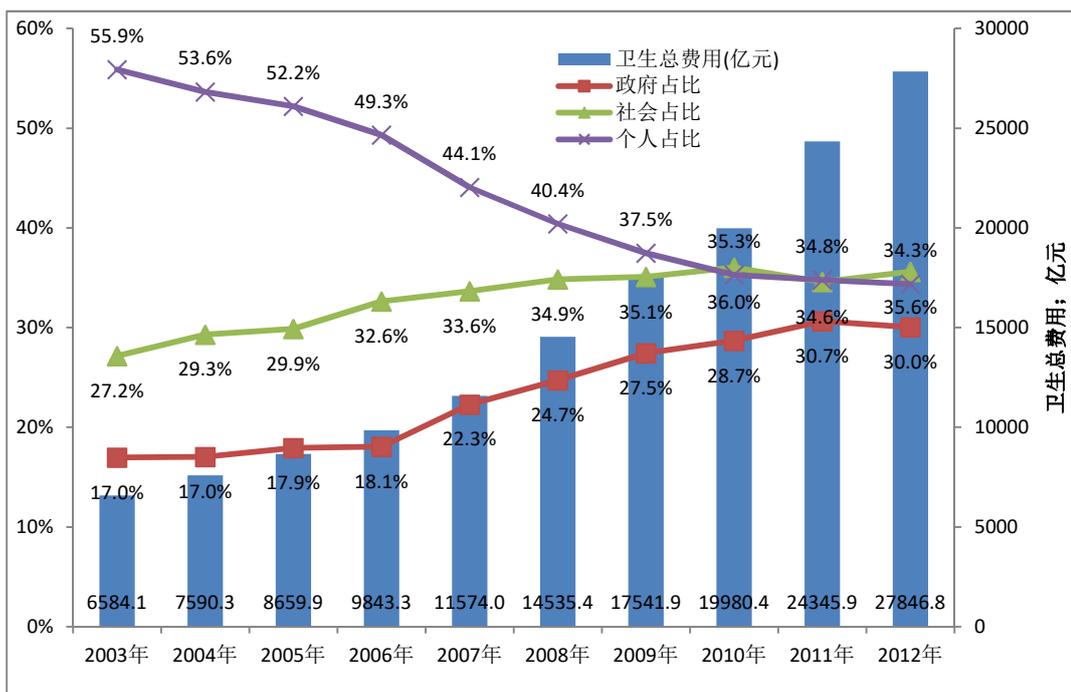


图 4. 卫生总费用增长及不同支出的占比情况（2003-2012）

数据来源：相关年份《中国卫生统计年鉴》。

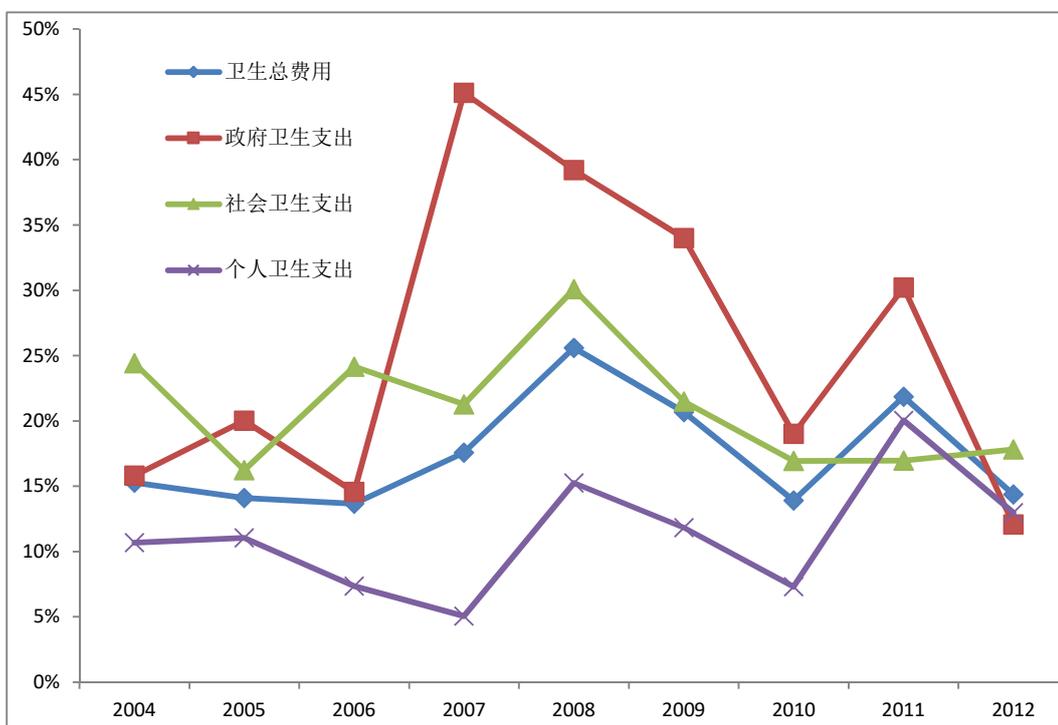


图 5. 卫生总费用及各分项的年增长率为 (2004-2012)

数据来源：相关年份《中国卫生统计年鉴》。

新一轮医改的一个重要目的就是缓解卫生总费用的过快增长，特别是降低个人自付医疗卫生支出。降低个人自付医疗卫生支出的重要途径就是提高医疗保障的支付水平。从卫生总费用的变动情况看，新一轮医改这一目的基本实现，一方面卫生总费用的增长得到了控制，自 2009 年以来卫生总费用的增长率出现下降趋势（图 5）；另一方面，个人自付的医疗卫生费用占卫生总费用的比例也出现了明显的下降趋势（图 4）。在 2003 年中国卫生总费用的构成中，个人自付支出占比高达 55.9%，此后则一路下降，2009 年降低到 40% 以下，2012 年继续下降到 34.3%。而个人自付比例的下降，与社会支出（主要是社会医疗保障支出）的同步快速增长相关。中国自 2003 年开始重建农村合作医疗并实行农村医疗救助，2005 年推开城市居民医疗救助，以及 2011 年开展城镇居民医疗保险，实现了医疗保障的全民覆盖。在个人自付比例下降的同时，社会支出占比则由 2002 年的 27.2% 上升到 2012 年的 35.6%，超过个人自付支出占比及政府支出占比。

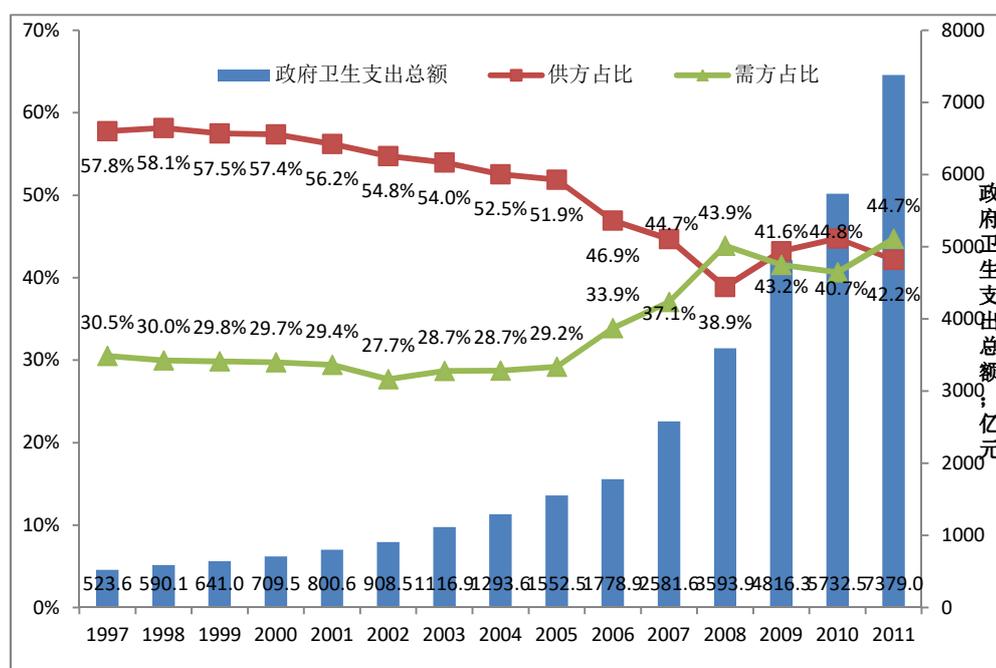


图 6. 政府医疗卫生支出及其结构变动情况（1997-2011）

数据来源：相关年份《中国卫生统计年鉴》。

与个人自付支出占比下降相关的还有政府卫生支出占比的增加。改革开放之后，随着卫生总费用的增长，政府卫生支出所占的比例不仅没有上升，而且出现了下降的趋势。政府卫生支出占比重新恢复增长是在 2003 年非典之后。2003 年卫生总费用中政府支出占比为 17.0%，此后一直维持不断上升的趋势，到 2012 年政府卫生支出占卫生总费用的比例超过 30%。

随着政府卫生支出总量的上升，政府卫生支出的结构也发生了变化，由以前的补供方为

主，即直接拨付到医疗卫生服务的提供机构，逐渐演变为补供方与补需方并重，并重点补贴需方。政府的卫生支出去向主要包括四个方面：一是直接拨付至医疗卫生服务机构，例如医院及基层医疗卫生机构等；二是对社会医疗保障的补贴，包括两个方面，一是对非缴费型的医疗救助的支出，二是对新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险的参保补贴，三是对城镇职工基本医疗保险的拨付；第三和第四个部分是行政管理事务的支出以及人口与计划生育的支出。在这四部分支出中，后两者属于行政性支出，且所占比例低于 20%，因此前两部分，即补供方的部分与补贴需方的部分构成了政府卫生支出的主要部分。新一轮医改也极大改变了政府卫生支出对供方及需方的结构。在计划经济时期以及 20 世纪 80 及 90 年代，政府的医疗卫生支出主要投入各级公立医疗卫生服务机构，及至 1998 年城镇职工基本医疗保险在全国展开，政府卫生支出中补供方的比重高达 58.1%（图 6）。随着中国医疗保障体系建设的大规模展开，政府卫生支出的结构也开始发生变化，政府卫生支出补供方所占比例一路下降，自 2008 年之后，政府卫生支出补供方的比例一直维持在 40%-43%之间。与此同时，政府卫生支出对需方的补贴呈明显上升趋势，到 2011 年政府卫生支出中补需方的比例上升至 44.7%。

与卫生总费用结构变化及政府卫生投入的结构变化相关的是医疗卫生服务机构的收入来源结构也发生了明显变化，医疗保障支付成为医疗机构业务收入的主要来源（表 2）。2011 年医疗卫生服务机构的业务总收入为 1.2 万亿元，其中三项医疗保险的支付为 6736 亿元，占医疗卫生服务机构业务总收入的 56.1%。

表 2. 医疗卫生服务机构的收入来源及结构变动

	医疗机构 业务收入 (亿元)	医保支付总额 (亿元)	城镇职工医 保基金支出 (亿元)	城镇居民医 保基金支出 (亿元)	新农合基 金支出 (亿元)	医保支付 所占的比 重 (%)
	A	B=C+D+E	C	D	E	F=B/A
2004	4194.7	888.6	862.2		26.4	21.2%
2005	4694.9	1140.5	1078.7		61.8	24.3%
2006	5196.9	1432.5	1276.7		155.8	27.6%
2007	7016.3	1918.5	1561.8	10.1	346.6	27.3%
2008	8181.4	2745.9	2019.7	63.9	662.3	33.6%
2009	10132.7	3720.3	2630.1	167.3	922.9	36.7%
2010	11634.7	4725.9	3271.6	266.5	1187.8	40.6%
2011	12000.0	6736.0	4100.0	546.0	2090.0	56.1%

数据来源：相关年份《中国卫生统计年鉴》

（三）医疗保障体系存在的问题

新一轮医药卫生体制改革及医疗保障体系建设取得的直接效果，可以总结为两个方面：一是实现了医疗保障的全民覆盖，二是居民个人自付医疗卫生费用所占比例下降。但是，也存在一些问题，这些问题既与中国社会保障体系的整体特征有关，也与医疗卫生服务的供方相关。

首先，与中国社会保障体系的整体特征相同，医疗保障体系也存在制度分割及地区分割。在制度分割方面，农村居民与城镇居民适用不同的制度，城镇居民与城镇职工适用不同的制度；在地区分割方面，既有省市级的统筹（直辖市），也有地市级的统筹，更多的是县级和区级统筹。当前全国大约有 2600 多个医疗保险的统筹区^①。

制度分割与地区分割导致的问题，一是不同制度、不同统筹区域之间的医疗保险缴费不同、待遇不同带来的不公平性，例如城乡医疗保障、居民与职工医疗保险之间的巨大待遇差异^②；二是不适应流动性。这两个问题与社会养老保险的分割带来的问题一致。而医疗保险的制度与地区分割，还会带来一个非常严重的问题，即由于统筹范围过小，导致医疗风险的分散范围小，医疗保险抵御风险的能力下降，一旦在过小的统筹区内出现系统性风险，其对医疗保险的冲击将是巨大的。

其次，基本医疗保险也面临着可持续性问题。作为医疗保险体系的主体，中国城镇职工医保在制度设计上有“权益积累制”特征，即参保人员满足一定缴费年限后，在退休后无需缴费即可享受医保报销。而老年人的医疗费用支出远高于年轻人。这一制度设计放大了老龄化对职工医疗保险可持续性的冲击，带来巨大的隐性负债，也是当前城镇化职工医保要持有大量结余的主要原因。从当前医疗保险的基金收支及结余情况看，当年基金支出计算的累积结余在没有新的收入来源的情况下能够支付 16.7 个月。

表 3. 医疗保障基金收入、支出与累积结余情况（单位：亿元；月）

	城镇医疗保险				新型农村合作医疗				总计
	A	B	C	D	A	B	C	D	
2004	1140.5	862.2	957.9	13.3	40.3	26.4	13.9	6.3	13.1
2005	1405.3	1078.7	1278.1	14.2	75.3	61.8	27.5	5.3	13.7
2006	1747.1	1276.7	1752.4	16.5	213.6	155.8	85.3	6.6	15.4
2007	2257.2	1561.8	2476.9	19	428	346.6	166.7	5.8	16.6
2008	3040.4	2083.6	3431.7	19.8	784.6	662.3	288.9	5.2	16.3
2009	3671.9	2797.4	4275.9	18.3	944.6	922.9	310.7	4	14.8
2010	4308.9	3538.1	5047.1	17.1	1308.3	1187.8	431.2	4.4	13.9
2011	5539.2	4431.4	6180	16.7	2047.6	1710.2	768.6	5.4	13.6

^① 贾洪波，2013，《中国基本医疗保险制度改革关键问题研究》，北京：北京大学出版社，第 35-40 页。

^② 见本书“中国社会保障体系的框架与改革的基本原则”一章。

2012	6938.7	5543.6	7644.5	16.5	2484.7	2408	845.3	4.2	12.8
------	--------	--------	--------	------	--------	------	-------	-----	------

数据来源：相关年份《中国卫生统计年鉴》、《中国劳动统计年鉴》。

注：表中 A、B、C、D 分别为当年基金收入、当年基金支出、累积结余、累积结余以当年支出计能够支付的月数；E 栏为全部医疗保险项目的累积结余以当年基金支出计能够支付的月数。表中城镇医疗保险包括城镇职工基本医疗保险与城镇居民基本医疗保险。

与基本养老保险面临的隐性负债问题不同的是，基本医疗保险支付的可持续性压力主要来自医疗费用的不断上涨。如前所述，以社会医疗保障为主的社会医疗卫生支出占卫生总费用的比重已上升到 1/3 以上，今后还有继续上升的趋势。这对医疗保险的支付形成了巨大的压力。而社会医疗卫生支出不断上升的背后是医疗卫生费用不断上升的事实。医疗保障的全覆盖及保障水平的提高降低了个人自付的医疗费用，但并没有降低总的医疗卫生费用，个人自付费用占比的降低实际上隐含着社会医疗保障支出的增加。新一轮医药卫生体制改革以来，中国医疗卫生机构的均次费用的增长并没有受到遏制。图 7 显示，住院和门诊的均次费用在 2008 年开始一直维持平稳的增长趋势。住院次均费用从 2007 年的 4973.8 元上涨到 2011 年的 7027.7 元；门诊次均费用从 2007 年的 128.7 元增长到 2011 年的 186.1 元。

在实现了医疗保障全民覆盖的条件下，卫生费用的增长意味着社会医疗保障支出的巨大增加。因此，从提高医疗保险基金的可持续性方面，改革还需要医疗卫生体制的整体配合。这也是十八届三中全会将基本医疗保障纳入到医药卫生体制改革的框架，并要求“统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革”的主要背景。

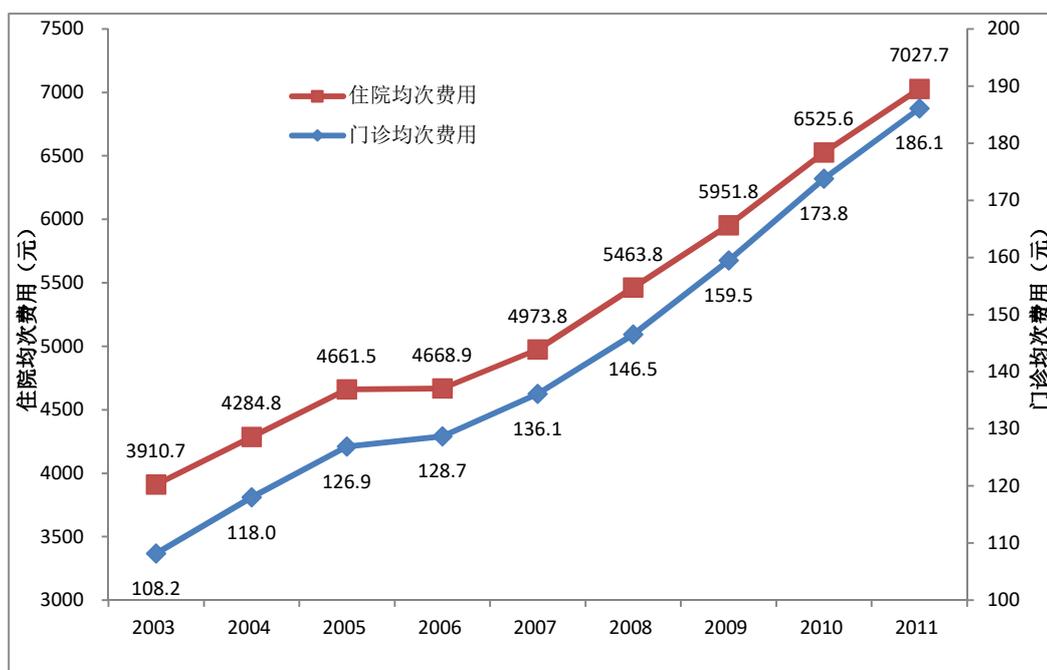


图 7. 住院、门诊次均费用的变动（2003-2011）

数据来源：相关年份《中国卫生统计年鉴》。

三、医疗保障体制改革的原则及政策取向

相比于养老保障的改革与完善，医疗保障体制改革面临的问题更为复杂，一方面需要考虑社会保障体系的整体改革，另一方面也要与医药卫生体制改革联系起来。医疗保障体制改革与完善可从两个维度加以概括：一是增强公平性，适应流动性方面，主要包括制度间的并轨、统筹层次的提高以及提高跨地区转移的便携性；二是增强可持续性方面，除了社会保险方面的改革，如扩大缴费面、延迟退休、增加财政投入、稳健的基金投资等，另外要通过医保付费制度的改革，有效控制医疗费用增长，合理配置医疗资源。

（一）增强公平性，适应流动性

中国医疗保障体系存在的不公平及不能适应流动性的问题与整个社会保障体系的“碎片化”相一致。因此，增强公平性、适应流动性的主要政策取向还是要实现制度的并轨、统筹层次的提高以及社会保险关系的顺畅转移。

（1）制度并轨，整合城乡居民基本医疗保险制度

不同制度的并轨是解决制度分割、提升公平性和便携性的主要政策途径。如上章所述，城乡居民之间的基本养老保险已经实现并轨。但是，城乡居民的基本医疗保险仍分处不同的制度安排下。城乡居民基本养老保险的制度安排是类似的，在筹资方式、待遇确定方式方面不存在根本的制度性冲突，差别仅在于制度参数不同，这是二者迅速并轨的前提条件。而实际上，城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗，虽然前者属医疗保险，后者属合作医疗，但从当初的制度设计以及近年来的实际运作来看也不存在制度性冲突，差别也仅在于参数不同。但是，二者之间的合并至今仍无明确的时间表。

究其原因，涉及到中国社会保障体系的管理分割。中国社会保障体系的“碎片化”表现为三个方面：制度分割、地区分割及管理分割。管理上的分割是导致城乡居民基本医疗保险不能顺利完成整合的主要原因。中国在 2003 年重建农村合作医疗，当时的主管部门是卫生部门，也由此，新型农村合作医疗一直属卫生部门管理；城镇居民基本医疗保险自建立之初就属人力资源社会保障部门管理。二者之间的分割所导致的不公平性以及不能适应流动性的弊端早就开始显现。特别是农民工群体，还经常面临双重参保的问题。一方面，作为拥有农村户籍的人口，他们被覆盖到新型农村合作医疗体系中。而新型农村合作医疗以户为单位的参保规定也使那些单身外出打工，而家属仍在农村的农民工必须参加合作医疗才能保证留在

农村的家属参保。但是由于报销成本高、报销额度低，即使他们在农村参加了新农合，也很难获得报销。

另一方面，作为城镇就业的职工，他们又在城镇地区参加了城镇职工医保。但是，农民工参加城镇职工医保的利用率很低。一方面，农民工群体的平均年龄较低，患病率也相对较低，因此实际使用率低。另一方面，基于城镇职工医保制度设计中的“权益积累制”特征，即使在城镇参加职工医保，若不能满足最低缴费年限，农民工退休后也无法享受医保的报销待遇。实际上，大部分农民工在城镇地区的就业年限并不能满足这一最低缴费年限。再加上新农合与城镇职工医保之间尚无衔接政策，不能将城镇职工医保的这一“积累权益”转移到新农合，这无疑损害了农民工的医保权益。这也是他们城镇职工医保参保意愿低的主要原因。

从城乡“两保”合一的实际推进情况看，一些地区已经进行了整合，多数地区的做法是将新型农村合作医疗合并到城镇居民基本医疗保险体系中，也有少数地区将城镇居保合并到新型农村合作医疗中。基于中国医疗卫生服务管理体制的现状，卫生部门同时作为医疗服务提供方与医疗服务需求方的管理部门不利于医疗卫生费用的控制，不利于医疗资源的合理配置。将新农合合并入城镇居民医疗保险是合理的选择。但在实际推进过程中，将新农合并入城居保的实践遇到卫生管理部门的极大阻力。

(2) 提高统筹层次

统筹层次过低、地区分割以及由此引发的地区间差距及流动性不足等问题是基本医疗保险改革的重点之一。按照 1998 年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》的设计，城镇职工基本医疗保险的统筹层次为地市级统筹以及县级统筹；有些地区在县区级统筹区之外还分部门设立了不同的统筹盘子，例如为市直机关单独设立的医疗保险统筹。新型农村合作医疗的制度设计则为县级统筹；除了几个直辖市及大城市外，城镇居民基本医疗保险也主要以区级统筹为主。这种地区之间的分割不仅有悖于公平性，不适应流动性，而且由于风险分散的范围小，导致医疗保险抵御系统性风险的能力低。

《社会保险法》曾明确“基本养老保险基金逐步实行全国统筹，其他社会保险基金逐步实行省级统筹”。“十二五”规划及人力资源社会保障“十二五”规划中，提出职工基本医疗保险要在“十二五”末期实现地市级统筹。但在实践中，提高统筹层次遇到的问题同基本养老保险遇到的问题相似，地区间的利益冲突成为最大的掣肘。如何解决地区间在社会保险基金上的利益冲突可能是未来中国整个社会保障体系改革都要面临的问题。

(3) 设计医疗保险的跨地区转移办法，提升便携性，适应流动性

一般来讲，现收现付制的医疗保险不涉及未来支付问题，在何处参保即在何处报销，不

涉及跨区转移的问题。但是，中国职工基本医疗保险的制度设计却保留了“半积累制”的特征，即在缴费满足一定年限后，退休后不用缴费即可享受待遇报销。这一制度安排直接引发了未来支付问题，产生了隐性负债。一个职工在第一个地区参保，并缴纳医疗保险费，当他转移到第二个地区就业时，若在当地重新参保，而不随之将医疗保险关系转移，则该职工原先的“积累权益”（缴费年限）损失，对参保人不公平。若随之将医疗保险关系转移，而不将其缴费同时转移，则其“积累权益”的未来支付将由第二个地区承担，这等于为接受地带来一笔巨大的未来支付的隐性负债。对于流出地而言，若将转出职工此前在本地缴纳的医疗保险费转出也是不现实的。

从国家政策上看，城镇职工基本养老保险的跨地区转移接续办法已于 2009 年出台，但职工医疗保险的转移接续办法迟迟不见动静。在“权益积累制”的制度框架下，为提升医疗保险关系的便携性，适应流动性，有关部门应及早酝酿出台相关办法。

（二）基本医疗保险基金的可持续性

基本医疗保险的可持续性压力，不仅来自老龄化冲击、“权益积累制”等带来的隐性负债，还源自医疗卫生费用的快速上涨。医疗卫生总费用的快速上涨已成为一个国际性问题，给一些国家的医疗保险支付带来较大的压力。中国已经实现了全民面医疗保险，社会医疗保险支出已成为医疗卫生机构的主要收入来源。在这种情况下，必须考虑医疗保险基金的可持续性以应对快速上涨的医疗卫生费用。在这方面，要通过医保支付方式的改革，控制医疗卫生费用的过快上涨，实现医疗卫生资源的合理配置。

在传统的医疗服务供给市场中，支付方式一般是医疗服务提供机构（医院/医生）向患者提供医疗服务，而后患者向提供方直接支付费用。在医疗保险出现之后，这种支付方式发生了根本性的改变（图 8）。居民参加医疗保险后，成为被保险人，向医疗保险机构缴纳保费。当被保险人患病后，医疗服务提供机构向其提供医疗服务，与此同时，医疗保险机构根据某种方式向医疗服务供给方进行支付，这称之为“第三方支付”。在第三方支付的情况下，医疗服务提供方与需求方都没有动力控制费用。同时，由于在医疗卫生服务市场中存在的信息不对称以及由此引发的医疗卫生服务提供方“供给诱导需求”^①，极易导致医疗费用的上涨。而改革医疗保险的付费机制是在第三方支付条件下控制医疗费用的有效途径。

传统的医疗保险的支付方式是按服务项目付费的后付制（Pay-for-Service）。按服务项目付费即在服务项目完成后，根据服务项目和服务量支付费用。这种支付方式的弊端是无法有

^① 【美】富兰德、古德曼、斯坦著，《卫生经济学》（第六版），中译本，北京：人民大学出版社，2011。

效控制医疗服务费用，因为医疗服务提供方不对控制费用负责。这种情况下，医疗保险发展了多种支付方式以控制医疗费用上涨，实现医疗资源的合理配置。这些支付方式主要是基于预付制的支付方式。相对后付制的支付方式，预付制支付方式根据医疗保险机构与医疗服务提供方拟定的合同预先支付，超过合同拟定的医疗费用由医疗服务提供方承担，若有剩余则归入医疗服务提供方的收入。预付制的特征是引入了成本分担制，将控费责任由医疗保险机构部分转向医疗服务提供机构。

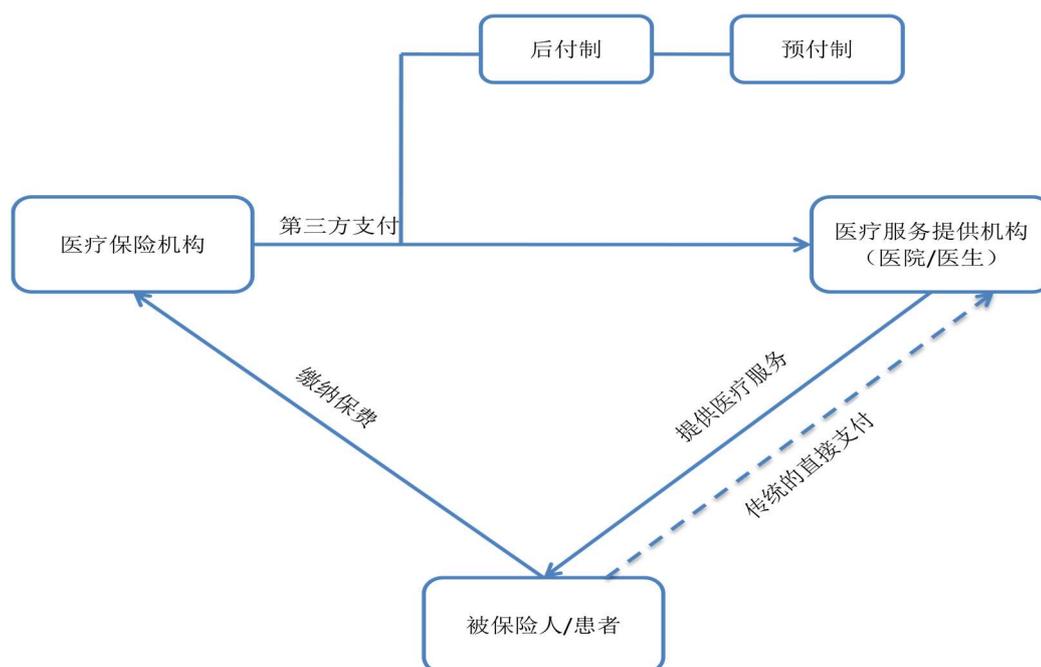


图 8. 医疗服务供给与支付方式

国际上常用的预付制支付方式有多种，但比较常见的主要包括三种^①：一是总额预付制（Global Budget），由医疗保险机构根据与医疗服务提供方拟定的年度预算总额预先支付，并实行费用封顶；二是按病种付费（Diagnosis Related Groups, DRGs），根据疾病的轻重程度以及治疗的难易程度进行分级，并对每一组疾病设计和制定价格，按照预先制定的价格对该组疾病的治疗提供标准费用；三是按人头付费（Capitation），在一定时间段内根据医疗服务提供方的服务人数支付固定的费用。表 4 对上述三种医疗支付方式在各个环节发挥效应的强度进行了总结。总起来说，按病种付费对医疗服务提供方的自主性及对医疗技术的促进有较强的效应，但在费用控制效果上稍有欠缺；按人头付费及总额预付的费用控制效果良好，但对医疗服务提供方的专业自主性及医疗技术的促进都有较明显的抑制效应。

^① Ellis, R. P., and T. G. McGuire, 1993, Supply-side and demand-side cost sharing in health care, *Journal of Economics Perspectives*, Vol. 7, No. 4, pp. 297-301.

表 4. 主要的预付制医疗保险支付方式

支付方式	保险机构的 医疗审查	医疗服务提供方 的专业自主性	对医疗服务 技术的促进	费用控制 效果
按病种付费 (Diagnosis Related Groups, DRGs)	+++	+++	+++	++
按人口付费 (Capitation)	++	++	++	+++
总额预算 (Global Budget)	+	+	++	++++

注：“+++”、“++”、“+”表示对应支付方式的效应强度。

资料来源：张晓、刘蓉，2004，《社会医疗险概论》，北京：中国劳动社会保障出版社。

新一轮医药卫生体制改革中，探索新型的医疗保险支付方式也是重要的内容。在实践中，各地都探索实行了不同类型的预付制支付方式改革。从改革情况看，实施最多的是总额预付制，其次是按病种付费及按人头付费。按人头付费主要是在基层医疗卫生机构及医院门诊中使用。住院医疗服务主要是按病种付费。但是，按病种付费需要一个地区有完整、系统的疾病治疗的统计记录，这是多数地区都很难实现的条件。按人头付费需要首先实现门诊统筹。而中国的医疗保险体系中实行门诊统筹的并不普遍，门诊的医保支付主要通过医疗保险中的个人账户支付，这种状况也决定了总额预付制比较普遍。

但是，预付制改革的实施效果并不理想。以实施较为普遍的总额预付制为例，在多数地区，总额预付都演变成了医疗费用的“总额控制”，医疗保险机构将统筹地区的全部可用医疗保险基金在定点医疗卫生服务机构之间根据之前的数据进行分配，并确定支付封顶线，但是在实际执行过程中又根据医疗服务项目价格对医疗费用进行核算，并据此调整下一年度的支付总额。这样就失去了预付制的基本特征，仍然是按照服务项目及服务量的后付制。此外，在一些实行总额预付制的地区，医院将费用控制额度下发到科室，科室再分配到医生个人。这实际上是将医疗费用的控费风险转移到了医生个人身上，从而导致一些地区发生医院和医生推诿病人的不良现象。

出现上述状况的主要原因在于医疗卫生服务提供方未形成有序竞争格局，公立医院仍然处于提供方的垄断地位。在这样的情况下，医疗保险机构失去了通过竞争选择能够控制费用的医疗卫生服务机构的空间，只能接受处于垄断地位的医疗卫生机构提供的服务以及价格。十八届三中全会提出了加快公立医院改革、取消以药补医、理顺医药价格等改革措施，并提

出鼓励社会办医，允许医师多点执业，允许民办医疗机构纳入医保定点范围等，其精神仍在于建立竞争有序的医疗服务供给体系，这正是医疗保障体制改革取得成功的重要前提。

课题负责人：

朱恒鹏 中国社科院经济所公共政策研究中心

课题组成员：

葛 婧 人力资源和社会保障部教育培训中心

王 震 中国社科院经济所公共政策研究中心