



推进城镇职工基本医疗保险个人账户 用于体育健身消费的理由和策略

The Reasons and Strategies for Promoting the Basic Medical Insurance for Urban Workers Using the Medical Saving Account for the Consumption of Sports

纪成龙

Ji Cheng-long

摘要:国发〔2014〕46号文件颁布以来,城镇居民社会医疗保险卡个人账户用于体育健身消费成为地方政府部门推动全民健身、促进体育消费的重要举措之一。基于当前学术界对该措施合法性问题的争论,通过搜集整理各省(市)人力资源和社会保障部门、体育部门在官方网站上进行公开的实施细则,从体育之于健康的价值、医保卡个人账户的功能、制度变革等角度提出医保卡个人账户用于体育健身消费的理由及合理性,并针对当前的实际问题提出优化策略。

关键词:城镇基本医疗保险;个人账户;体育健身消费;健康管理

Abstract: Since the 46th article of the state council promulgated, urban workers' medical insurance saving accounts pay for fitness consumption have become one of the important measures to promote national fitness and sports consumption from some local governments. This study is based on the current of the legitimacy of the academic debate about these measures, through collecting the detailed rules for the implementation of the policy around the Labor and Social Security department and Administration of sports department in public. This paper, from the value of the sports to health, the function of medical saving accounts, and institutional change perspective, proposed the reason and rationality of using medical saving accounts for sports and fitness consumption, and base on the current practical problems, put forward the corresponding optimization strategy.

Key words: medical insurance for urban workers; medical saving accounts; sports and fitness consumption; health control

中图分类号: G80-05 **文献标识码:** A

改革开放以来,中国经济得以飞速发展,目前已成为世界第二大经济体。经济的快速增长带来人均收入水平的提高,2016年,中国人均GDP已超过8 800美元。居民收入水平的提高将促进消费结构的升级,随之将进一步带动产业结构的演变,根据配第一克拉克定律:随着全社会人均国民收入水平的不断提高,就业人口将逐渐由第一产业向第二产业转移,最终大量人口转向第三产业^[15]。当前,整体属于第三产业服务业的我国体育产业,迎来了发展的机遇。面对这样的现实需求,2014年《国务院关于加快发展体育产业 促进体育消费的若干意见》(国发〔2014〕46号)颁布,全国各省、自治区、直辖市都出台了相关的实施意见^[23]。部分地方政府进行了政策工具的创新——尝试鼓励职工基本医疗保险个人账户(medical saving accounts,以下简称医保卡个人账户)用于体育健身消费,尤其是在《“健康中国2030”规划纲要》颁布以来,从以“疾

病治疗为中心”转变为“健康促进为中心”,健康观念的转变变为医保卡用于体育健身消费提供了有力的理论支撑。体育健身不仅可以防治疾病,实现健康关口前移,还能促进体育消费,优化医保卡个人账户的功能和我国体育产业结构。关于医保卡个人账户能否用于体育健身消费,以及当前该办法在实施的过程中存在哪些问题,目前仍存有不同观点甚至争论。本研究将以这些问题为导向,探讨医保卡个人账户用于体育健身消费的合理性和实施策略。

收稿日期 2017-06-25; 修订日期 2017-09-09

基金项目:国家社会科学基金重大项目(16ZDA226);江西省研究生创新专项资金项目(YC2016-B045)。

作者简介 纪成龙,男,在读博士研究生,研究方向为公共事业管理、体育经济与管理, E-mail jichenglong1314@163.com。

作者单位 江西财经大学 财税与公共管理学院,江西南昌 330013
Jiangxi University of Finance and Economics, Nanchang 330013, China.

1 医保卡个人账户用于体育健身消费的现状和问题

1.1 基本状况和特点

在全民健身上升为国家战略的大背景下,很多省(市)纷纷探索医保卡用于健身消费促进群众体育发展的新路径。我国职工医疗保险主要采取市级统筹,根据本课题组的不完全统计,目前全国有超过6个省、18个市出台了跟“医保卡用于体育健身消费”有关的政策(表1),据相关媒体报道,还有部分省(市)正处于政策酝酿之中。2016年,中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于全面推进政务公开工作的意见》,在全面推进政务公开工作的背景下^[10],本课题组通过各地方政府、人力资源和社会保障局、体育局等门户网站公开的信息,搜集和了解各地政府部门关于医保卡用于体育健身消费的实施办法和具体措施。应该说,各地在实施医保卡个人账户用于体育健身消费的办法和规定上,各有特点,但总体上有一定规律可循,主要呈现出以下两个特点:

第一,设立消费门槛,在保障基本医疗需求的前提下,实现健身的辅助功能。各地在推广医保卡用于健身消费的办法和规定上,多数设立了相应的消费准入标准,目的是在确保职工医保基金安全、保障基本医疗需求的前提下进行。由表1可见,多数省(市)要求医保卡个人账户结余需在3 000元以上,也有部分地区要求结余在1 000元以上,深圳市是根据当地居民的年度工资平均水平弹性设定消费门槛。另外,在健身消费上,根据余额存量的多少,设立一定的消费上限,如徐州市在申领金额上明确规定:医保卡个人账户结余在1 001~2 000元范围的,申领最高限额为500元;2 001~5 000元的,最高限额1 000元;5 001~10 000元的,最高限额2 000元;10 001元以上最高限额为3 000元。但也有部分地区存在消费门槛不清、实施细则可操作性不强等状况。

第二,针对健身场所建立准入制度。准入制度主要体现在两个方面,一是进入壁垒,二是退出机制。在进入壁垒上,普遍采取的办法是实施医保定点协议管理,严格控制健身场馆的标准和数量。多数地区在出台职工基本医疗保险用于体育健身消费政策的同时,也相应出台了医保卡定点健身场馆所应符合的基本条件和要求,如南通市印发了《南通市区医保定点运动健身场馆试行办法》(简称《办法》)的通知,扬州市出台了《扬州市区医保定点运动健身场馆管理服务实施意见》,龙岩市也在相应的政策法规中规定了定点健身场馆的条件,各地的规定主要针对健身场馆的独立法人资格、过往经营状况、场馆面积、配套设备、卫生条件、教练资质等方面具有明确的要求^[7]。

在退出机制方面采取的办法是对符合条件的健身场馆建立相应的评估机制。部分省(市)为了规范健身场馆标准的可持续性,建立了相应的考核评估办法,如南通市印发了《南通市市区医保定点运动健身场馆考核办法》,盐

城市颁布了《盐城市医疗保险协议定点运动健身场所服务质量年度考核评分标准》,针对实行医保定点协议管理的健身场馆进行日常动态检查和年终评估,每年定期公布各个场馆的考核分数,对不符合要求的健身场馆实施退出机制,取消资格。

设立一定的消费门槛和封顶线既保证了基本的医疗需求,也避免了过度消费的不理智行为,部分省(市)通过较为健全的准入制度——实行医保定点协议管理场馆和建立评估机制,在很大程度上提升了持医保卡进行体育健身消费群体的健身消费体验质量,有利于业务主管部门发挥监督和管理职能。然而,医保卡个人账户用于体育健身消费的新政仍处于探索阶段,在理论层面还存在一定的争论,在现实层面也存在着一些问题。

1.2 关于医保卡用于健身消费的合法性争论与现实问题

医保卡用于健身消费在各地属于试点和破冰之举,学术界关于该方面的研究较少,在理论层面主要是与“合法性”有关的争论。对医保卡用于体育健身消费持反对态度的学者认为:“城镇职工医疗保险基金个人账户用于体育消费健身,违反了《社会保险法》中对基本医疗保险基金支付范围、药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准的规定,对基本医疗保险基金不得挪作他用的规定,对基本医疗保险基金支付结算单位及方式的规定,属于法无授权、于法无据的违法行为。”^[4]同时,在公共政策惠及人数上“不看病或少看病的人,其医保卡才可能有相当余额……,获得医保健身卡的人,可能多是健康人、有钱人,而经常生病、医保卡入不敷出的最需要健身的‘病人’和‘穷人’却没有资格办理医保健身卡”^[4]。对此,有学者持不同看法:“医保卡用于健身消费尚处于萌芽期,不能单凭过往的法律条款一味地进行否定……导致当前法律问题的困境在于对预防医学的重视程度不够、体育健康符号缺失、医疗保健制度不健全、体育服务产业发展滞后等因素有关。”^[1]张智等从盘活医保卡高额闲置资金,促进体育产业与健康服务业发展,优化公共体育服务供给方式等方面阐述了医保卡用于体育健身消费的优势^[24]。中国工程院院士、广州呼吸疾病研究所所长钟南山也从防病的积极角度认为,体育属于提高人们健康水平上游,医保卡个人账户用于体育健身消费有意义^[25]。

在具体实践层面,存在着部分地区健身场馆和场地设置不达标,符合定点健身场馆条件和要求的太少,经营方式较为单一等问题。例如,南京市符合文件标准的健身场馆仅有7家,重庆市江津区只有3家。相关研究表明,居民参与体育健身的动机受到一定区位内有效服务半径的影响(正常步行时间8~15 min,体育场地的有效服务半径较小)^[5],如果健身场馆的数量不足,覆盖面有限,布局不合理,不仅难以满足居民健身消费的场地需求,也会抑制参与健身的动机和积极性,如此,政策的有效性将减弱。

表1 我国城镇职工基本医疗保险个人账户用于健身消费的实施情况

Table 1 The Situation of Using Medical Saving Account to Pay Personal Sports Fitness Expenses in China

时 间			政策规定和基本情况
江苏省	南 京	2015.06.24	《关于进一步扩大城镇职工基本医疗保险个人账户支付范围有关事项的通知》规定 医保卡个人账户资金累计结余金额须超3 000元,全年总使用额度上限为2 000元,使用前须开通银行卡支付功能,仅限本人购买单次券或办理月卡,不能用于健身项目以外的其他消费。全市共有7家健身场馆可以用于消费。
	苏 州	2006.04	参保者医保卡个人账户结余在3 000元(含)以上、6 000元以下的,可选择将500元或1 000元个人账户资金一次性转入阳光健身卡健身专用账户,往年结余金额在6 000元(含)以上,可选择将500元、1 000元、1 500元或2 000元的个人账户资金一次性转入阳光健身卡健身专用账户,转出金额最高不超过2 000元。当前苏州市已有47家健身场馆可用医保卡进行健身消费,持卡消费还可享受八五折到九折优惠。
	南 通	2009.11.09	参保职工个人账户历年结余在3 000元以上、4 000元以下的可以购买1 000元以内的健身卡;4 000元以上的可以购买2 000元以内的健身卡。当前南通市已有17家健身馆纳入医保定点。
	连云港		多数媒体进行报道,但未查到官方出台的正式文件和管理办法。
	扬 州	2014.07.01	《关于市区职工医保个人账户结余资金用于运动健身消费有关问题的通知》规定:个人账户结余始终不能低于3 000元,超过最低结余以上的资金在1 000元以内的,一个统筹年度个人账户最高支付500元,超过最低结余1 000~2 000元的,一个统筹年度内个人账户最高支付1 000元,2 000元以上的,最高支付2 000元。
	徐 州	2013.12.13	《关于利用市区职工基本医疗保险个人账户结存资金开展健身活动的实施意见》规定:个人医保账户累计超过1 000元的参保人员,可按规定标准将医保卡账户往年结余部分金额一次性划转记入“专属健身卡”用于健身消费。申领金额:1 001~2 000元,申领最高限额500元;2 001~5 000元,最高限额1 000元;5 001~10 000元,最高限额2 000元;10 001元以上最高限额3 000元。
	常 州	2013.12.27	《关于明确常州市区职工基本医疗保险个人账户购买健身服务有关问题的通知》规定:个人账户结余金额超过3 000元部分可用于本人在定点健身场馆购买健身卡或进行按次健身消费,医保卡只能进行健身消费,在该健身卡有效期内不得重复刷卡销售同类健身产品,不能购买食品、衣物、健身器械等,也不得套取现金。
	盐 城	2015.02.03	《盐城市城镇职工医疗保险个人账户用于运动健身管理办法(试行)》规定:个人账户结余始终不能低于3 000元,参保职工每人每天限2个项次,医疗保险运动健身年度累计消费限额2 000元。人力资源社会保障部门和体育部门根据《盐城市医疗保险协议定点运动健身场所服务质量年度考核评分标准》进行考核。
重庆市		2016.05.20	市人力社保局联合财政局、体育局印发了《关于城镇职工医疗保险个人账户购买体育健身服务有关问题的通知》,规定了消费范围、健身场馆的申请办法。但政策内容、实施细则尚不够细致具体。
	江津区	2017.02.14	根据媒体报道 指定在3个健身场所可用医保卡进行健身消费。未见官方文件出台。
福建省	龙 岩	2016.07.01	《关于龙岩市城镇职工基本医疗保险个人账户资金购买健身服务有关问题的通知》规定:中心城区医保参保人员个人账户结余金额超3 000元的部分,按个人意愿,可在定点健身场馆进行消费,全年总使用额度上限为2 500元。不得套取个人账户现金,不得套用个人账户购买食品、衣物以及健身器械等。
广东省	深 圳	2016.05.05 征求意见	《深圳市社会医疗保险个人账户健身消费实施办法(征求意见稿)》规定:持卡人社会医疗保险个人账户——医疗保险年度末余额达到本市上一年度在岗职工平均工资5%的,可将余额的10%用于本人在定点健身场馆进行规定项目和范围内的健身消费,一天不超过一次,一次消费不超过100元。目前仍处于政策研制阶段,尚未正式实施。
山东省	泰 安	2016.01.01	《关于利用职工基本医疗保险个人账户结存基金开展健身活动的意见》规定:医保个人账户累计超过1 000元,可使用医保卡进行健身消费。消费限额标准:个人账户在1 001~2 000元,年内最高消费额度为500元;2 001~5 000元的,年内最高消费为1 000元;5 001~10 000元的,年内最高消费2 000元;10 001元以上的,年内最高消费3 000元。
	潍 坊	2016.07.01	《关于利用职工基本医疗保险个人账户结存基金开展健身活动的实施意见》规定:参保人员个人账户结存基金累积超过3 000元,均可使用个人账户部分结存基金在定点健身场馆支付个人健身费用。在支付健身费用时,职工医保卡不得转借他人使用。个人账户基金用于健身消费基金限额标准为:个人账户在3 000~6 000元的,年内最高消费额度为2 000元;6 000元至10 000元的,年内最高消费额度为4 000元;10 000元以上的,年内最高消费额度为6 000元。
	烟 台	2016.07.26	《关于使用城镇职工基本医疗保险个人账户金进行健身消费的意见》规定:参保人员可使用个人账户余额在健身场馆进行健身消费,实行限额管理,一个自然年度内限额为1 000元,不得使用个人账户购买食品、衣物、健身器械或套取现金。
	威 海	2016.01.17	城镇职工基本医疗保险参保人员到定点健身场所进行规定项目的健身,可使用本人社保卡医疗保险个人账户支付健身费用,并享受不低于健身项目公开标价八五折的优惠;支付费用时,应按每次健身消费的额度支付,不得预付;居民使用本人市民卡支付健身费用的,享受不低于公开标价九折的优惠。
安徽省	铜 陵	2017.01.01	《铜陵市医疗保险个人账户用于运动健身和商业健康保险暂行办法》规定:个人账户结余资金在3 000元及以上的人员,可自愿将本人个人账户用于为自己购买运动健身消费或商业健康保险。
	宁 国	2017.01.04	《关于利用职工基本医疗保险个人账户结存基金开展健身活动意见》规定:职工基本医疗保险个人账户结存基金累计超过1 000元的,可使用个人账户部分结存基金在定点健身场馆进行个人健身消费,不得转借他人使用。限额标准:个人账户余额为1 001~2 000元的,年内最高消费额度为500元;余额为2 001~5 000元,年内最高消费额度为1 000元;余额为5 001~10 000元,年内最高消费额度为2 000元;余额为10 001元以上的,年内最高消费额度为3 000元。

资料来源 根据媒体报道、实地调研以及官方网站整理而成,截止时间2017年4月。

医保卡用于健身消费是运动与医疗之间的有机结合,需要依靠体育行政部门与人力资源社会保障部门等多部门之间的协同合作。有规律的运动对疾病预防、健康促进、慢性疾病治疗有着独特的价值和优势,已经得到临床证实,因此,政策制定时采用“自下而上”的大众驱动型政策制定模型,面向居民征求意见,议程设定与舆论动员,依靠大众媒体的宣传和推广,对后期政策的采纳、执行和实施效果尤为重要^[16]。然而,部分城市还存在着政策制定程序不完整、新政策宣传不到位等问题。课题组调研发现,虽然部分地区已经开始实施医保卡用于健身消费的办法,但前期缺乏广泛征求意见阶段(根据有限的信息来源,只有深圳市在政策制定过程中征求了意见),还有很多省(市)存在着参保人员对新政策不了解、信息不对称等现象,甚至也有个别地市在相应的门户网站上难以检索到医保卡可用于健身消费的有关信息。

2 医保卡个人账户可用于体育健身消费的理论依据与现实需求

2.1 有规律的身体活动对健康的促进作用——来自科学实验的证据

医保卡能否用于健身消费,首要的问题在于运动健身能否成为改善健康的手段,起到促进健康的作用,毕竟医保制度的最终目的是为了保障居民的健康。当前,关于身体活动(physical activity)^①与健康之间的关联研究越来越引起学术界的关注,2012年和2016年,全球著名医学杂志《柳叶刀》以奥运会为契机,特别设立了“柳叶刀身体活动系列I、II”(The Lancet Physical Activity Series I, II)的研究专题和工作组,并建立了相应的“柳叶刀身体活动观测站”(Lancet Physical Activity Observatory),其目的是改善身体活动不足的现状,促进公共健康^[33]。越来越多的研究表明,有规律的体育活动对健康促进、疾病预防、慢性病治疗、身体康复、延缓衰老具有显著的作用和广泛的益处。美国运动医学会(ACSM)为了打造运动是有效医疗手段的理念,让身体活动水平成为医生诊疗时所关注的一项重要的健康生命体征,在2007年提出了“运动是良医”(Exercise is Medicine)的全球健康行动计划,并形成了广泛的社会认知^[17]。目前,该项目已逐步进入美国医疗系统,就是基于身体活动、健康体适能与全因死亡(all-cause mortality)、心血管疾病和其他慢性疾病(高血压、高血脂、糖尿病等)的循证医学证据。截止2014年,已有39个国家(地区)在全球范围内建立了“运动是良医”的区域中心和国家(地区)工作组^[32]。体育流行病学(Physical Activity Epidemiology)证实:有规律的身体活动对于健康的促进作用远胜于药物,同时它也是最积极、最经济的健康促进方式。从现有的大量研究证据来看,有规律的健身活动对于健康的益处是多方面的(表2)。

表2 健身活动对健康的益处^[35]

Table 2 The Health Benefits of PA

益处	疾病预防或健康促进
减少发病率	全因死亡率
	冠心病
	高血压
	中风
	代谢综合征
	2型糖尿病
	乳腺癌
	结肠癌
	抑郁症
	虚脱
健康促进	提高心肺和肌肉体适能
	更加健康的体重和体成分
	促进骨骼健康
	促进功能性健康
	促进认知功能

体育对于健康的作用不仅体现在有规律的健身活动能够作为治疗疾病的积极手段,更重要的是,体育在预防疾病发生、塑造良好的生活方式方面具有独特的价值和优势。《“健康中国2030”规划纲要》在所应遵循的原则中强调:“科学发展,把握健康领域的发展规律,坚持预防为主……构建整合型医疗卫生服务体系。”美国糖尿病预防项目(DPP)1996—2001年间在美国开展了由27个中心联合进行、3234人参与、为期6年的多中心大型糖尿病预防前瞻性随机对照实验,且对参与者随访观察了10年,结果表明,生活方式干预,特别是以运动为主的生活方式干预,可以预防和延缓糖尿病,且有良好的投资回报率^[11]。在传统观念里,医疗是通过强调诊断和对疾病的治疗来减少病人的痛苦,以此来提升人们的生命质量。Kevin Patrick等^[36]的研究结果显示,随着对病症认识的不断加深,医疗部门开始在疾病自然史(the natural history of disease)的早期进行干预,诸如免疫接种、行为疗法、潜在疾病筛查等的干预形式通常被划分为初级预防、二级预防、三级预防3个诊疗阶段,身体活动则通过生命体征(Vital Sign)融入这3个诊疗阶段,而且在每个阶段都发挥了不同的作用。国内也有类似的研究,北京环球全民健身研究所康天成教授将居民健康全周期进行了4.5段式划分(图1)。

从图1可以看出,全民健身活动所涵盖的范围包括健康周期的A段、B段和B/C段的一部分,位于健康服务的前端工程。相比后端工程医疗干预的健康关照模式,全民健身更具主动性、积极性健康的含义,因此,全民健身不仅不能被排斥在健康领域之外,反而应该遵照“健康中国”建设

①国外关于运动学(kinesiology)的书籍多数以“physical activity”命名,如美国的《体育学导论》教材Introduction to Kinesiology: Studying Physical Activity. Shirl J. Hoffman. Introduction to Kinesiology: studying physical activity(3rd ed)[M]. Human Kinetics, 2009。

的“大健康”理念,将体育置于“前端要地,战略基础”的地位。久坐少动(sedentary)的生活方式,导致慢性病越来越多,已成为全球性问题。来自世界卫生组织(WHO)欧洲地区办公室的一项研究表明:在欧盟国家,有2/3的成年人没有达到身体活动(PA)水平的要求,每年因身体活动不足所导致的死亡人数约在60万人^[38]。身体活动不足已成为导致慢性病死亡率的第4大主要因素^[34]。国际组织高度重视身体活动对健康的促进作用,根据WHO的观点:随着医疗技术的改进、慢性病的疯长、医疗费用的攀升,传统的生物学医疗保险模式已难以保障人类生命健康的延续和生活质量的提高,需要从重医疗的“疾病医学”向重预防的“健康医学”转变^[18]。为了改善公共健康问题,预防慢性

非传染性疾病,WHO研制了《关于身体活动有益健康的全球建议》。美国是将身体活动列入卫生政策较早的国家之一,美国政府从1980年就开始每隔10年颁布一次“健康公民计划”,将身体活动作为其重要内容^[14]。澳大利亚的《活跃澳大利亚蓝图:十大重点领域行动计划》^[20]、加拿大的《加拿大身体活动指南》、法国的《体育、健康和良好状态》^[37]、英国的《活动·健康:使国家行动起来的计划》以及芬兰的《在行动:身体活动促进健康和良好状态的国家策略》^[3]等政策都强调了体育对防治疾病、健康促进的重要作用。医保卡用于体育健身消费是以整个人群的健康为目标,不止于祛病和疾病治疗,更是要追求居民的生命健康,其与“健康中国”的指导思想一脉相承。

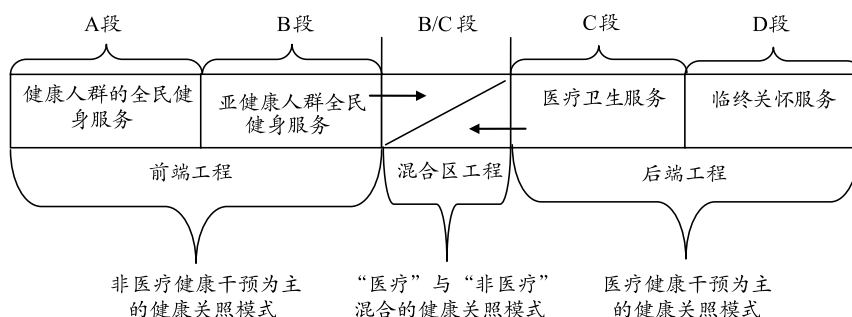


图1 民众健康全周期^[12]

Figure 1. The Public Health Cycle

综上,无论是疾病的治疗还是预防,体育健身对健康都有促进作用。随着医疗领域的不断细分和需求的多元化,体育医院也将会越来越多,目前已有国家体育总局运动医学研究所体育医院、成都体育医院、常州市体育医院等多家体育医院成为定点医保单位,表明体育在疾病治疗与康复方面所体现的作用和价值,体育与医学之间的相互融合日趋紧密。医保卡用于体育健身消费的作用主要体现在疾病治疗的前端,由疾病治疗到健康管理,在一定程度上可以摒弃疾病保险的弊端,逐步推动向健康保险的模式转变。

2.2 盘活个人账户资金,拉动体育消费,减少医疗支出

继国发〔2014〕46号文件颁布以来,《“健康中国2030”规划纲要》、《国务院办公厅关于加快发展健身休闲产业的指导意见》(国办发〔2016〕77号)、《关于大力发展体育旅游的指导意见》(旅发〔2016〕172号)等一系列政策文件也陆续出台,旨在发挥体育作为服务性消费在拉动经济增长中的基础性作用,通过体育产业的发展推动产业升级,通过加快健身休闲等领域的发展,促进全面建成小康社会。近几年,我国体育产业产值一直处于快速增长期,高于GDP的增长速度,但我国的体育产业结构仍然不够均衡,最新发布的《2015年国家体育产业规模及增加值的数据公告》显示,体育健身休闲活动增加值仅占2.4%,体育用

品及相关产品制造增加值占到50.2%^{[6]①}。而像美国体育服务业在整个体育产业结构中比重在60%左右^[9],数据显示,2015年美国健身产业的增加值为1 050亿美元,占当年整个体育产业增加值额的28%,户外运动产业的增加值则更大,为1 600亿美元,占比42%^[39]。将医保卡用于体育健身消费是拉动体育消费的激励手段之一,可以促进健身休闲产业,推动体育服务业的发展,有助于我国体育产业结构的优化。

另外,医保卡用于健身消费可以盘活个人账户基金。根据历年《人力资源和社会保障事业发展统计公报》显示(图2),全国医保个人账户结余连年增加,2014年个人账户基金占总基金结存的58.13%,2015年占54.58%,2016年占53.30%。而仅南京一地就结余几十亿元,南通市个人账户结余超过3 000元的有6.8万人,个人账户结余资金达5亿多元^[21]。有研究者对上海市的基本医疗保险个人账户资金使用情况的调查显示,约有72%的职工认为医保卡个人账户的支付范围过窄,有必要进行改进,扩大使用范围^[26]。这体现出我国基本医疗保险个人账户基金在总量和部分地区结余过多,而个人账户在支付范围上过窄,在某种程

① 国家统计局将“体育用品及相关产品销售、贸易代理与出售”划为体育服务业,占增加值的28.4%,笔者更倾向于将此部分归为体育用品及相关产品制造业。

度上可能会抑制继续参保缴费的积极性,也容易诱发非法套现等问题。如果能将这部分资金盘活,部分用于体育健身消费,可以有效发挥个人账户结余的基金效益。适当扩宽医保卡个人账户的服务范围,不仅有利于从保疾病到保健康观念的形成,还将增加体育健身消费的比例,使医保卡的功能不止于支付,还能在引导资源配置、提高参保人所能享受的服务质量、优化基金的使用效率等方面发挥作用。

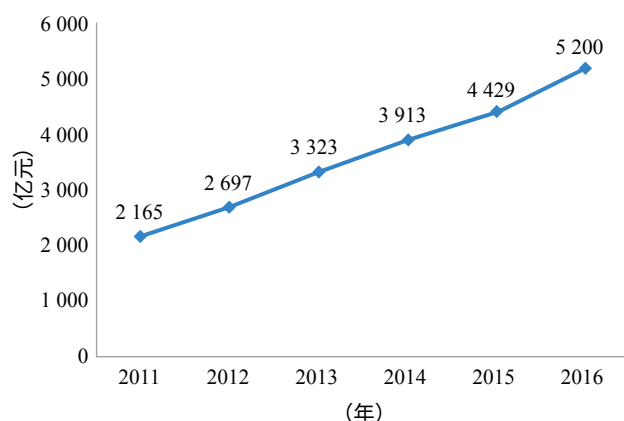


图2 2011—2016年城镇职工基本医疗保险个人账户累计结余
Figure2. The Accumulated Fund Balances of Medical Saving Account for Urban Workers

数据来源:根据中华人民共和国人力资源和社会保障部 (<http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/ndtjsj/>) 相关数据整理而成。

医保卡用于体育健身消费还能间接地减少医疗费用的开支。已有大量的研究结果证明了这一观点。根据联合国研究报告的估算,在体育运动中每花费1美元,就可以在医疗成本中节省3.2美元。源于体育运动的缺乏,美国的医疗成本在2000年增加了7 850亿美元;在加拿大,由于体育运动降低了员工的缺勤率和失误受伤的情况,所带来的生产率的提高相当于加拿大每个工人每年多创造了513加元^[41]。澳大利亚学者Ding Ding等^[31]通过对全球142个国家数据的建模发现,保守估计,2013年医疗健康系统因为全球体力活动不足而负担了538亿美元的成本。其中,有312亿美元是由公共部门支出,129亿由私人部门支出,97亿是由家庭承担支出。此外,因身体活动不足所导致的死亡致使劳动市场损失137亿美元。Susan A. Carlson等^[40]采用身体活动的个人数据与医疗卫生支出的数据相连,建立经济模型,克服了多数研究者运用人口归因分数方法研究的局限,对美国成年人人群进行了统计分析,总体的研究结果显示:有11%的医疗卫生支出跟身体活动不充分有关(身体活动水平参照《美国有氧身体活动建议》),提升美国成年人的身体活动可以减少医疗卫生费用的支出。

已有的调查结果显示,苏州市使用医保卡用于健身的

创举得到了大多数持卡者的支持,持卡人以35岁以下青年人为主^[22];南通市自2009年推广医保卡用于健身的政策之后,根据南通市人力资源和社会保障局的分析,在医保卡健身人群中,有80%以上者医疗支出减少,保持一定刷卡健身消费频率者,其门诊支出减少了30%左右^[13]。

2.3 用发展的眼光看待合法性的问题

针对已有研究对医保卡用于健身消费在“支付范围”“结算方式和单位”“惠及受众”等合法性层面的质疑,应用历史和发展的眼光来审视。20世纪90年代,我国推行了职工医疗保险改革,采用“统账结合”的方式引入了个人账户,在一定程度上缓解了企业缴费过重的压力,起到了控制医疗费用过快增长的作用。但从医保卡个人账户的发展现状来看,其功能正逐渐弱化:一方面,由于个人账户累计结余不断增多,在一定程度上降低了居民参保的积极性;另一方面,患病或老年群体,个人账户资金入不敷出,导致其积累功能失效^[26]。相应的,《中华人民共和国社会保险法》自2011年实施以来,对我国社会保险改革起到了十分重要的作用。但因立法背景特殊,该法有其滞后的一面,存在一些不足和缺陷^[27],一些立法内容(如支付范围)已经明显滞后于社会保险改革发展形势。例如,2010年由卫生部、人力资源社会保障部等多个部委联合印发的《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》(卫农卫发[2010]80号)将“运动疗法”纳入基本医疗保障支付范围,文件指出:“做好与现行基本医疗保障医疗服务项目管理政策的衔接,将以往按照‘排除法’管理的城镇医疗康复项目改为‘准入法’管理。”^[8]该支付范围的调整对保障和满足参保人员基本医疗康复需求起到了积极作用。在此基础上,2016年3月9日,为了提高参保人员的理疗康复保障水平,人力资源社会保障部、国家卫生计生委等多部委再次印发了《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》(人社部发[2016]23号),增加了包括“耐力训练”在内的20项医疗康复项目。由此可见,基本医疗保险的支付和服务范围也并非一成不变,它随着医疗的发展、健康观念的演变、居民对医疗服务的需求、医保卡账户基金的使用情况而处于不断变动和修订之中。未来医保卡个人账户可借鉴新加坡的模式,增加个人缴费比例,增强个人责任,改革退休职工的缴费方式,扩宽个人账户的服务范围,充分发挥个人账户的支付、约束、积累和互济共助等功能。

实际上,将健身、体检甚至保健等预防性医疗服务(preventative care)纳入医保报销范围,早在20世纪初欧美国家就已经出现类似组织,如影响最大的健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO),美国还为此颁布了健康维护组织法案。此外,美国较有影响力的《平价医疗法案》(Affordable Care Act)鼓励健康促进和疾病预防活动,注入了大量资金用于公共卫生实践,支持培养预防

医学专家等^[28],同时也确立了运动医学和健康专家的角色合法性,不仅扩大了健康促进和服务的专业团队,也给运动医学专家和健康专家带来了为大众进行健康辅导的良机^[29]。这种以预付制为主要制度安排的预防性服务的优势是,可以在某种程度上与不确定性支出的健康后果结合在一起,使健康服务者或医生与参保人员的利益达到一致^[19]。

至于有学者担心的“费用结算”,属于技术问题,重在体现信息公开,监督便捷。而这个过程正随着科技和互联网的发展不断完善,目前学界正在探讨引入互联网医疗的结算办法,通过互联网医疗推行电子化的服务交易记录,定点机构的信息通过网络平台公开透明,健身人群的参与互动助推相关方的信誉追求,可以降低信息不对称的程度,建立长效的信誉机制,使政府和社会各方在信息公开、数据公开的环境下监督、监管更加便捷全面,提高资源优化配置的效率。根据本课题组的统计,实施医保卡用于健身消费的多数地区都有规定:要求定点健身场馆做好单位医保管理的制度建设,完善医保刷卡软件系统,定点健身场馆按照规定实时上传个人账户刷卡费用,由医保经办机构负责结算参保人员在定点健身场馆发生的应由基本医疗保险基金支付的费用,对预留费用可参照未开通统筹项目的定点零售药店规定执行。随着科学技术的不断发展,互联网医疗将改善费用结算上的技术难题。

3 医保卡个人账户用于健身消费的推进策略

3.1 因地制宜,充分调研,理性推广

当前部分省(市)实施医保卡个人账户用于健身消费形成了一定的推广经验,本课题组总结归纳后认为可行的推进策略有:第一,在国家宏观层面应尽快研制出台一套实施原则或准入指南,为便于宏观调控,避免盲目扩张,可采取由省(区、市)根据标准指南进行申报,由国家体育总局和人力资源社会保障部成立专项引导小组,对提出申报的地区由项目引导小组组织专家进行书面审核与实地考察;第二,我国职工医疗保险采取市级统筹的办法,并非所有省(区、市)的个人账户资金结余充足,在国家尚未出台准入指南之前,正准备推行此举的省(区、市)应该在充分汲取现有的管理经验和办法的基础上,对当地的医保卡基金个人账户的总体结余状况进行充分调研分析,对当地居民的健身消费意识和场地设施状况进行考察摸底,通过组织专家论证和遴选的方式,确定是否符合将医保卡个人账户用于当地居民的健身消费。

3.2 以保险为原则,发挥运动健身的辅助作用

相比疾病治疗的不确定性支出,医保卡个人账户用于体育健身消费则属于确定性支出,所以应遵循一定的基本原则,即在确保职工医保基金安全,保障基本医疗需求的前提下进行,充分发挥健身预防疾病的辅助作用。根据多

省(市)的调查情况来看,医保卡结余余额较高的人群一般在35~40岁左右,而这个人恰恰是锻炼偏少、身体活动不足(physical inactivity)。虽然有学者认为,医保卡个人账户用于体育健身消费的公共政策没有惠及多数人,只是少数人在消费。但如果从经济学的角度分析,消费者作为独立的个体都存在着个人偏好,存在着个体的选择自由,公共政策保障的是每个个体的消费自由,为公民提供更多的选择空间,而不是设置障碍和强行消费。有学者根据经济学的效用原理,通过无差异曲线对医疗保险个人账户套现的行为进行分析认为,“在医保卡非法套现市场中,可能更多的是健康风险较小或具有较弱的医疗服务消费倾向的人群。这部分人群认为套现所获得的效用大于医保卡。而对医疗服务需求较大的参保人员,即使不限定个人账户的使用范围,他们仍然会选择充分消费个人账户额度的医疗服务”^[2]。因此,将医保卡的适用范围合理适当放宽,用于健身和预防等项目的支出,在某种程度上不仅可以强身健体促进健康,还能够减少个人账户结余资金较多人群的经济福利损失,可以避免利用不合法的方式进行套现。《中华人民共和国社会保险法》所规定的“只能用于支付治疗和看病的费用”,在一定程度上就是为了防止拓展医保基金的使用范围带来乱用的隐患。而当前存在的问题是,有些地区结余资金比例设限的门槛较高,全国普遍在3000元左右,部分有健身诉求的人群难以达到准入要求,因此,各地区应根据实际情况,灵活设定结余资金的门槛,定点健身场所应积极探索开展次卡、月卡、季度卡和年卡等多种计费方式,鼓励健身消费,在保障基本医疗需求的前提下有效发挥医保个人账户的基金效益和健身功能。

3.3 发挥跨部门协同的监督管理作用

保障医保卡个人账户用于健身消费之举的可持续性,离不开政府部门的有效监督和管理。医保卡与体育健身带有多部门交叉的性质,为避免碎片化管理,可根据工作性质安排“整体政府”的跨部门协同机制。以当代英国著名的行政学家佩里·希克斯为代表的“整体政府”理念,旨在解决传统政府基于功能性组织设计不足而提出的,强调在公共部门的主要功能与服务领域之间进行横向协同与整合,以解决跨界性公共问题的思想与行动^[31]。医保卡用于体育健身消费需要打破部门主义牢笼,对直接利益相关的不同部门明确责任和分工,发挥不同部门之间的监督管理作用,例如,体育部门负责对定点健身场馆的运营资质、安全措施、诚信运营进行审查与监督,并会同人力资源社会保障部门做好本省(市)定点健身场馆的评估与管理,督促定点健身场所遵纪守法、诚信经营、安全运行;人力资源社会保障部门负责对医保卡基金的运营管理,做好医保卡个人账户用于健身消费的结算工作;审计、财政部门根据各自的职责分工,做好基本医疗保险基金的审计与监督

工作。

4 结语

我国职工基本医疗保险个人账户目前正处于深化改革的探索阶段,除了医保卡个人账户用于体育健身消费的尝试之外,还有部分省(市)已积极探索了“个人账户家庭化使用”“设立门诊统筹,补偿慢性病、特种疾病治疗”“购买商业健康保险”“投入预防环节”等改革举措,旨在扩大个人账户的支付服务范围,优化个人账户的功能。任何一项改革并非一蹴而就,由于时间、信息和成本的限制,决策部门需要不断地对过去的政策和改革进行补充与修正。而随着人们健康观念的不断转变,加上我国职工医疗保险制度的不断改革,个人对自身健康责任的不断加强,医保卡个人账户用于体育健身消费将在疾病预防、盘活过多的沉淀资金、提升居民健身消费意识、优化体育产业结构等诸多方面发挥重要作用和价值。因此,无论从现在还是长远的角度,医保卡个人账户用于体育健身消费都具有一定的合理性,可因地制宜适时地进行推进。

参考文献:

- [1] 陈金鳌, 金奕, 高明, 等. 医保卡余额支付个人运动健身消费的困境与消解[J]. 体育文化导刊, 2016, (11): 15-19.
- [2] 曹燕. 城镇职工基本医疗保险个人账户套现的经济福利损失[J]. 中国卫生经济学, 2010, 29 (3): 40-42.
- [3] 楚英兰, 汤际澜, 上俊峰, 等. 促进健康身体活动政策及实施策略的国际比较研究[J]. 南京体育学院学报, 2016, 30 (1): 39-46.
- [4] 董新光, 张宝峰. 基本医疗保险基金个人账户(医保卡)支付个人体育健身消费的合法性讨论[J]. 体育学刊, 2015, 22 (4): 8-12.
- [5] 顾校飞. 城市社区体育“健身圈”设施选址规划研究[D]. 南京: 南京航空航天大学, 2014: 17.
- [6] 国家统计局. 2015年国家体育产业规模及增加值数据的公告[EB/OL]. (2016-12-27). http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201612/t20161227_1446406.html.
- [7] 关于印发《南通市区医保定点运动健身场馆试行办法》的通知.[EB/OL]. (2012-09-04). http://www.jsnt.lss.gov.cn/ecdomain/framework/ntrsw/ioimahkaoebbboflckinchfomgk-kcc/ioiockiboebbboflckinchfomgkcc.do?isfloat=1&disp_template=oipgbhibobalbbfoihmdjkkohofelmog&file-id=20120904142533762&moduleIDPage=ioiockiboebbboflckinchfomgkcc&siteIDPage=ntrsw&infoChecked=0.
- [8] 关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知.[EB/OL]. (2010-09-13). <http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/pncws1/201010/49323.shtml>.
- [9] 黄海燕. 我国体育产业结构评价及优化对策[J]. 武汉体育学院学报, 2014, 48 (4): 27-30.
- [10] 李林, 田禾. 中国法治发展报告(2017) [M]. 北京: 社会科学

文献出版社, 2017: 190.

- [11] 罗曦娟, 张献博, 徐峻华. 运动是良医应用实例: 美国糖尿病预防项目及其应用[J]. 北京体育大学学报, 2016, 39 (8): 59-65.
- [12] 刘国永. 实施全民健身战略, 推进健康中国建设[J]. 体育科学, 2016, 36 (12): 3-10.
- [13] 南通市17家健身馆纳入医保定点 医保健身渐热.[EB/OL]. (2015-03-14). <http://www.ntjoy.com/news/vod/xwsph/nttv1/csr/2015/03/2015-03-14396321.html>.
- [14] 彭国强, 舒盛芳. 美国国家健康战略的特征及其对健康中国的启示[J]. 体育科学, 2016, 36 (9): 10-19, 27.
- [15] 苏东水. 产业经济学(第四版) [M]. 北京: 高等教育出版社, 2015: 166.
- [16] [美] 托马斯·R·戴伊. 理解公共政策(第十二版) [M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2011: 29-36.
- [17] 汪晓赞. 中国青少年体育健康促进的理论溯源与框架建设[J]. 体育科学, 2014, 34 (3): 3-14.
- [18] 王延中. 中国社会保障发展报告(2015) [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2015: 123.
- [19] 王震. 预防性服务纳入医保报销不具可行性[J]. 中国医疗保险, 2017, (2): 21.
- [20] 徐士韦. 《活跃澳大利亚蓝图: 十大重点领域行动计划》解析[J]. 西安体育学院学报, 2014, 31 (4): 425-432.
- [21] 黄红芳, 孟旭, 汪晓霞. 医保卡健身, 在法与理中博弈[N]. 新华日报, 2015-03-13 (15).
- [22] 徐宽华. 苏州市“医保——阳光健身卡”持卡人的健康投资研究[D]. 苏州: 苏州大学, 2009.
- [23] 周红妹, 林向阳. 地方政府推进体育产业发展的政策工具研究[J]. 天津体育学院学报, 2016, (5): 375-379.
- [24] 张智, 魏彪. 社会保障卡扶持居民体育参与消费的优势、问题及对策研究[J]. 体育文化导刊, 2016, (12): 117-121.
- [25] 李雪莹. 钟南山点赞“刷医保卡健身”[N]. 中国体育报, 2015-03-15 (1).
- [26] 张海洋. 城镇职工基本医疗保险个人账户功能优化研究[D]. 上海: 上海工程技术大学, 2016.
- [27] 郑功成. 关于尽快修订《社会保险法》的议案[J]. 中国社会保障, 2016, (7): 29-31.
- [28] [美] 詹姆斯·赫圣格. 当代美国公共卫生: 原理、实践与政策 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2015: 289.
- [29] 张帆, 仇军. 健康社会学研究前沿 [J]. 北京体育大学学报, 2015, 38 (8): 80-85.
- [30] 曾维和. 后新公共管理时代的跨部门协同——评希克斯的整体政府理论[J]. 社会科学, 2012, (5): 36-47.
- [31] DING DING, KENNY D LAWSON, TRACY L KOLBE-AL-EXANDER, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases [J]. Lancet 2016, 388: 1311-1324.
- [32] FELIPE LOBELO, MARK STOUENBERG, ADRIAN HUTBER. The exercise is medicine global health initiative: A 2014 update [J]. Br J Sports Med, 2014, 48: 1627-1633.

(下转封三)

- et al.* Enhanced bone mass and physical fitness in young female handball players [J]. *Bone*, 2004, 35 (5) :1208-1215.
- [60] WEI S H, CHIANG J Y, SHIANG T Y, *et al.* Comparison of shock transmission and forearm electromyography between experienced and recreational tennis players during backhand strokes [J]. *Clin J Sport Med*, 2006, 16 (2) :129-135.
- [61] YOUNG S W, DODIE J, STROIA K, *et al.* High incidence of infraspinatus muscle atrophy in elite professional female tennis players [J]. *Am J Sports Med*, 2015, 43 (8) :1989-1993.
- [62] ZAGATTO A M, MILIONI F, FREITAS I F, *et al.* Body composition of table tennis players :comparison between performance level and gender [J]. *Sport Sci Health*, 2015, 12 (1) :49-54.

(上接第47页)

- [33] HAROLD W KOHL , CORA LYNN, ESTELLE VICTORIA LAMBERT, *et al.* The pandemic of physical inactivity :Global action for public health [J]. *Lancet* 2012, 380 :294-305.
- [34] Global Recommendations Physical Activity for Health [R] . WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2010 :7.
- [35] I-MIN LEE, ERIC J SHIROMA, FELIPE LOBELO, *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide :an analysis of burden of disease and life expectancy [J]. *Lancet*, 2012, 380 :219-229.
- [36] KEVIN PATRICK, MICHAEL PRATT, ROBERT E SALLS. The healthcare sector 's role in the U.S. national physical activity plan [J]. *J Phys Act Heal*, 2009, 6 (Suppl 2), S211-S219.
- [37] MARINA HONTA. The State and management of partnership arrangements in France :an analysis of the implementation of the ' Sport, Health and Well-being 'plan [J]. *Int J Sport Policy Politics*, 2016, 8 (4) :577-591.
- [38] NICK CAVILL, SONIA KAHLMTIER, FRANCESCA RACIOPPI. Physical activity and health in Europe :evidence for action [R]. WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2006 :8-9.
- [39] Sports Industry Overview [R]. Plunkett Research, 2015.
- [40] SUSAN A CARLSON, JANET E FULTON, *et al.* Inadequate physical activity and health care expenditures in the United States [J]. *Proc Cardiovascular Diseases*, 2015, 57 (4):315-322.
- [41] UN Inter-Agency Task Force. Sport as a Tool for Development and Peace :Towards achieving the United Nations millennium development Goal [R]. UN, 2003 :6.

(上接第54页)

- 103 (5) :1655-1661.
- [36] OLSON T P, DENGEL D R, LEON A S, *et al.* Moderate resistance training and vascular health in overweight women [J]. *Med Sci Sports Exe*, 2006, 38 (9) :1558-1564.
- [37] PELLEGRIN M, BERTHELOT A, HOUDAYER C, *et al.* New insights into the vascular mechanisms underlying the beneficial effect of swimming training on the endothelial vasodilator function in apolipoprotein E-deficient mice [J]. *Atherosclerosis*, 2007, 190 (1) :35-42.
- [38] PERK J, DE B G, GOHLKE H, *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [J]. *Eur Heart J*, 2012, 33 (13) :1635-1701.
- [39] PINHEIRO A R, CUNHA A R, AGUILA M B, *et al.* Beneficial effects of physical exercise on hypertension and cardiovascular adverse remodeling of diet-induced obese rats [J]. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2007, 17 (5) :365-375.
- [40] SAWYER B J, TUCKER W J. Effects of high-intensity interval training and moderate-intensity continuous training on endothelial function and cardiometabolic risk markers in obese Adults [J]. *J Appl Physiol*, 2016, 121 (1) :279-288.
- [41] SHIMOJO G L, PALMA R K, BRITO J O, *et al.* Dynamic resistance training decreases sympathetic tone in hypertensive ovariectomized rats [J]. *Braz J Med Biol Res*, 2015, 48 (6) :523-527.
- [42] TJONNA A E, SANG J L, OIVIND R, *et al.* Aerobic interval training versus continuous moderate exercise as a treatment for the metabolic syndrome a pilot study [J]. *Yearbook Anesthesiol Pain Manage*, 2008, 118 (4) :346-348.
- [43] SPERETTA G F, ROSANTE M C, DUARTE F O, *et al.* The effects of exercise modalities on adiposity in obese rats [J]. *Clin*, 2012, 67 (12) :1469-1477.
- [44] STRAZZULLO P, IACONE R, IACOVIELLO L, *et al.* Genetic variation in the renin-angiotensin system and abdominal adiposity in men :the olivetti prospective heart study [J]. *Ann Intern Med*, 2003, 138 (1) :17-23.
- [45] TOUNIAN P, AGGOUN Y, DUBERN B, *et al.* Presence of increased stiffness of the common carotid artery and endothelial dysfunction in severely obese children :a prospective study [J]. *Child Care, Heal Develop*, 2002, 28 (2) :191-192.
- [46] WATTS K, BEYE P, SIAFARIKAS A, *et al.* Exercise training normalizes vascular dysfunction and improves central adiposity in obese adolescents [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2004, 43 (10) :1823-1827.
- [47] ZHANG L, MIYAKI K, ARAKI J, *et al.* Interaction of angiotensin I-converting enzyme insertion-deletion polymorphism and daily salt intake influences hypertension in Japanese men [J]. *Hypertens Res*, 2006, 29 (10) :751-758.