

深化医保改革 助力共同富裕

20多年来，基本医疗保险参保人数持续增加，2020年11月底，全国基本医疗保险参保人数达到135698.82万人，其中职工医保34122.85万人，居民医保101575.97万人，基本实现全民覆盖。与此同时，无论是职工医保还是居民医保，保障水平都在不断提高，尤其是居民医保的保障待遇提高更快。更值得一提的是，从2003年以来，居民医保基金的来源基本上是国家财政占2/3及以上，而且对于最低生活保障对象等特殊困难家庭成员，其个人缴费部分全部由医疗救助资金支付，也就是说，这类家庭的参保费全部都由国家财政支付。据统计，国家财政对居民医保（含新农合和城居医保）的投入，2010年为1235.75亿元，2019年则增加到5796.24亿元。这一做法，具有较强的收入再分配积极效应，在促进共同富裕方面发挥了重要作用。

□ 文/何文炯

共同富裕是我国社会主义的根本原则，是中国共产党人一直追求的目标。2020年10月，中共十九届五中全会再次强调改善收入分配、实现共同富裕，这对于“十四五”及今后一个时期我国医疗保障制度深化改革具有很强的指导性。事实上，疾病是每个人所面临的基本风险，某些疾病影响患者生活质量乃至危及生命，而且也会导致家庭贫困。因而世界上绝大多数国家根据自己的国情，采用互助共济的方式，建立基本医疗保障制度，确保社会成员能够获得基本的医药服务，并将其确认为国民的一项基本权益。所以，基本医疗保障制度是国家反贫困的一项基础性制度安排，也是实现共同富裕的重要手段之一。

一、医疗保障制度改革探索促

进了共同富裕

1949年之前，中国没有一套面向普通百姓的系统的医疗保障制度。新中国成立之后，国家逐步实行劳保医疗制度和公费医疗制度，分别适用在企业就业的正式职工和机关事业单位工作的公职人员。这套医疗保障制度本质上是一套免费医疗制度，使得城镇劳动者有良好的医疗保障。在农村，国家鼓励集体经济组织实行合作医疗制度，依靠集体的力量为农民提供低水平的医疗保障。改革开放以来，国家在医疗保障领域进行了一系列改革探索，实现了制度转型和惠及范围的扩展，整体上提高了基本医疗保障水平，促进了国民健康，并在一定程度上促进了共同富裕。

1980年代中期，随着城市经济体制改革的深入，原先的医疗保障

制度表现出种种不适应，迫切需要改革。为此，国家在总结试点经验和地方探索的基础上，于1998年建立职工基本医疗保险制度（简称“职工医保”），把原先由劳保医疗制度和公费医疗制度承担的保障对象纳入新的制度，实现了基本医疗保障的制度转型。职工医保制度独立于用人单位之外，与各单位的经济效益无关，有效保障了各类用人单位劳动者的基本医药服务需求，均衡了用人单位的劳动力成本，有力地促进了大批国有和集体企业走出困境、转型发展，促进了劳动力市场的发育和社会主义市场经济体制的形成，从而使工薪劳动者的收入普遍提高，并且吸纳了大量的农村劳动力，城乡居民的生活水平得到显著改善，绝大多数社会成员告别贫困、奔向小康。

1978年后逐步实行的家庭联产承包责任制，改变了农村经济组织模式，使原先的农村合作医疗制度失去了依托，农民的医疗保障严重缺失，幸赖农民在经济体制改革中获得了生产发展，因而其应对疾病风险的能力有所提高。2002年，国家提出建立新型农村合作医疗制度（简称“新农合”）和医疗救助制度，并于2003年开始新农合试点，很快在全国各地普遍推广。之后，新农合的惠及范围持续扩大，保障标准逐渐提高，医疗救助的力度也有所提高，农村因病致贫、因病返贫现象逐步得到缓解。2007年，国家建立面向城镇非就业居民的城镇居民基本医疗保险制度（简称“城居医保”），参保者是职工医保参保范围之外的社会成员，以未成年人和老年人居多。2016年，国家又将新农合与城居医保整合成为城乡居民基本医疗保险制度（简称“居民医保”），这就使得基本医疗保险实现了制度全覆盖，基本医疗保险成为国民的一项基本权益。

20多年来，基本医疗保险参保人数持续增加，2020年11月底，全国基本医疗保险参保人数达到135698.82万人，其中职工医保34122.85万人，居民医保101575.97万人，基本实现全民覆盖。与此同时，无论是职工医保还是居民医保，保障水平都在不断提高，尤其是居民医保的保障待遇提高更快。更值得一提的是，从2003年以来，居民医保基金的来源基本上是国家财政占2/3及以上，而且对于最低生活保障对象等特殊困难家庭成员，其个人缴费部分全部由医疗救助资金支付，也就是说，这类家庭的参保费全部都由国家财政支付。

据统计，国家财政对居民医保（含新农合和城居医保）的投入，2010年为1235.75亿元，2019年则增加到5796.24亿元。这一做法，具有较强的收入再分配积极效应，在促进共同富裕方面发挥了重要作用。

二、共同富裕视角下医疗保障领域的问题

在充分肯定我国医疗保障制度改革和建设伟大成就的同时，我们也应该清醒地看到医疗保障领域存在的问题，尤其是从共同富裕的视角看，现行基本医疗保障制度对改善全社会收入分配状况的贡献还不够大，这是需要引起重视的。

从制度安排看，由于历史和现实的诸多原因，现行基本医疗保障制度采用人群分设的办法，而且两套制度之间的保障待遇差距较大，虽然经过多年的努力，两种保障待遇在拉近，但差距依然不小。这就意味着国民基本医疗保障权益的不平等。在社会保障体系中，基本医疗保险是惠及面最广、所需资金量较大、社会关注度很高的项目，对社会保障体系收入再分配的整体效应有较大的影响。长此以往，基本医疗保障对缩小收入差距的贡献就会减弱，因而难以促进共同富裕。

从具体政策看，现行基本医疗保障制度框架虽然全国统一，但各地有较大的自主权。从这些年运行的实际情况而言，基本医疗保险具体政策在地区之间有较大的差异。这种差异不仅表现为参保资格差异、保障待遇差异、筹资规则及标准差异和经办服务差异等。这就使得本当属于全国性的制度沦为地方性的制度，地区之间社会成员的基本医疗保障权益出现明显的差异，

而且还影响着地区之间的公平竞争。另一方面，现行医疗救助在大多数地区以户籍为基础，广大的非户籍常住人口难以享受居住地的医疗救助，这显然不适应城市化推进和人口流动的趋势。这样的制度设计和管理运行机制，无助于地区之间的均衡发展，也不利于国家共同富裕目标的实现。

此外，现行基本医疗保险制度对经济社会发展变化的适应性不强，影响着部分社会成员的基本医疗保险参保权益。20多年来，我国劳动力市场发生着深刻的变化，但为工薪劳动者设计的职工医保制度基本上没有实质性变化，因而对缴费能力相对较弱的中小企业，对劳动关系不明确或不稳定的新业态及其从业人员，对流动性很强的农民工，职工医保制度表现出不适应。因此，许多应当参加职工医保的劳动者没有参保，他们可能参加了居民医保，也可能没有参加任何基本医疗保险。据统计，2019年，参加职工医保的在职职工全国仅有24224万人，但同期全国二三产业从业人数则有58026万人，虽然按照现行规则其中有一部分不需要参加职工医保，但我们依然可以看到，作为法定项目的职工医保，远未实现应保尽保。同时，全国绝大多数地区规定参加居民医保必须具有本地户籍，这就把大批常住非户籍人员拒之门外，他们只能回到户籍所在地参保。此等状况，不仅影响着社会成员的参保权益，而且给老百姓带来很多不便，也不利于共同富裕。

三、基于共同富裕的医疗保障深化改革思路

现代社会中，基本医疗保障不

仅是社会成员的一项基本人权，而且是政府向老百姓提供的一项基本公共服务。就当前的现实而言，建立健全公平统一的基本医疗保障制度，有益于推进基本公共服务均等化，有益于实现共同富裕。

“十四五”及今后一个时期，应当紧扣共同富裕这一基本目标，深化医疗保障制度改革，建设更加公平、更可持续、更有效率的医疗保障体系。

一是全力推进基本医疗保障制度政策统一。由于长期的分治，加上人口结构、疾病谱、医疗服务成本和经济发展水平及管理水平的差异，目前地区间社会成员的基本医疗保障权益存在显著的差异，各地基本医疗保障制度运行的成本也有较大差异，导致劳动力基础成本存在地区差异，影响着地区间的均衡发展和国家的共同富裕进程。为此，要基于国民基本保障权益平等的目标，加快推进基本医疗保障制度统一、政策统一、保障待遇统一。这里所说的保障待遇统一，不是追求人均基金支出量相同，而是要争取不同地区的同类同等疾病患者能够在当地获得同样的规范而合格的医药服务。至于基金管理，则应当坚持效率优先的原则，采用适宜的管理层级，建立有效的机制，落实地方各级政府的筹资责任和管理职责，并充分注意到医药服务成本的地区差异。鉴于区域发展不平衡，尤其是筹资能力的地区差异，有必要建立中央财政对困难地区基本医疗保障的补助机制，确保这些地区能够有效落实本地区社会成员的基本医疗保障权益。

二是严格控制并努力缩小居民医保与职工医保的待遇差距。由于

制度分设，且待遇差距依然较大，这就降低了基本医疗保障制度的收入再分配效应，影响着全社会共同富裕的进程。为此，要朝着基本医疗保障制度全民统一的方向持续不懈地努力。现阶段，需要按照“抑峰填谷”的思路，建立有效的机制，严格控制、努力缩小群体间的基本医疗保障待遇差距。具体地说，建议保持职工医保的保障待遇基本稳定，相应地，基本医疗保险目录、医药机构定点规则和医药费用报销规则都要保持基本稳定。而对于以未成年人、老年人、农民为主体的居民医保制度，则要建立刚性的待遇增长机制，制定居民医保与职工医保制度间保障待遇差距缩小的具体目标和行动计划，并扎实推进。

三是加强基本医疗保障体系的整体性设计。基本医疗保障制度是国家治理体系中的一个重要项目，需要能够长期持续有效地健康运行，应当充分体现国民基本医疗保障权益的公平性，使全体社会成员有稳定的预期，从而取得全民的信赖。为此，要系统检视基本医疗保障制度设计及其运行情况，按照“覆盖全民、统筹城乡、公平统一”的要求，明确制度的职责定位、保障范围、待遇水平和筹资机制，同时考察基本医疗保障制度的运行环境及其变化，评估制度与环境的适应性和协调性。当前的重点是，改进基本医疗保险参保规则，增强制度对数字化时代和城市化进程的适应性；逐步淡化职工医保中的个人账户，增强制度的互助共济性，并将更多资源用于处理“家庭灾难性支出”；建立基本医疗保险精算平衡机制，增强制度的可持续

性；逐步降低医疗救助的户籍关联度，使非户籍常住人口能够在实际居住地享受医疗救助；积极创造条件，鼓励职工医保与居民医保制度整合的探索；建立健全重特大疾病和罕见病的医药费用保障机制，积极探索基本医疗保障从基金责任封顶制向个人责任封顶制转变，增强其反贫困功能，从根本上解决因病致贫、因病返贫问题。

四是培育社会成员获得补充性保障的内在动力。共同富裕不是平均主义，更不是共同贫穷。在确保社会成员人人公平地享有基本医疗保障的同时，要鼓励和支持有条件的用人单位为其员工办理补充性医疗保险等，鼓励中高收入群体自主自愿自费参加互助合作保险和商业保险机构举办的医疗保险，获得更好的医疗保障及相关服务。为此，按照“坚守底线、突出重点、完善制度、引导预期”的思路，进一步明确职工医保的职责定位，稳定维持其保障待遇水平并明确告知参保者和全社会，逐步培育社会公众对基本医疗保障待遇的理性预期，使“基本保障靠国家，幸福生活靠奋斗”成为社会共识，培育社会成员主动参与基本医疗保障、努力争取获得补充性医疗保障的内在动力，为多层次医疗保障体系建设形成良好的群众基础和舆论氛围。■

(作者单位：浙江大学老龄和健康研究中心，中国社会保障学会；本研究受国家社会科学基金重大项目“人口老龄化与长寿风险管理的理论与政策研究”(编号13&ZD163)的资助)

(责任编辑：刘允海 廖占力)