

基于共同富裕的医疗保障体系优化

何文炯

摘要:扎实推进共同富裕是国家发展的基本任务之一。医疗保障是惠及面广泛、所需资金量庞大、运行过程复杂、社会关注度很高的社会保障项目,有效的医疗保障体系有益于国民健康,有益于消除贫困,有益于收入再分配,也有益于经济发展,因而有益于推进共同富裕。经过长期的努力,我国在医疗保障领域已经取得了伟大成就。然而,从共同富裕的视角看,现行医疗保障体系仍存在诸多缺陷,如基本医疗保障待遇群体间差距过大、基本医疗保障制度反贫困功能不强、医疗保障体系对经济增长的贡献不足等。在扎实推进共同富裕的进程中,需要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。现阶段的重点,一是增强基本医疗保障制度的反贫困功能,二是控制和缩小基本医疗保障待遇的群体差距,三是增强基本医疗保障体系对经济社会发展的适应性,四是健全医疗保障相关服务的价格形成机制。

关键词: 共同富裕;医疗保障;深化改革

中图分类号: D632.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 2095-5804(2024)05-0056-11

疾病风险是每一个社会成员都面临的基本风险,医疗保障是现代社会中惠及面广泛、所需资金量庞大、运行过程复杂、社会关注度很高的社会保障项目。医疗保障待遇规则关系到每一个社会成员的生命质量和切身利益,医疗保障筹资规则关系到每一个经济主体的行为决策,医疗保障制度运行过程则与医药服务等一系列经济社会活动相关联。因此,医疗保障体系关乎百姓健康、经济发展、社会稳定乃至国家长治久安,是国家治理体系的重要组成部分。近年来,我国医疗保障事业实现了历史性跨越,在缓解群众看病难看病贵、支持医药卫生事业发展、维护社会和谐稳定等方面发挥了重要作用。当前,在扎实推进共同富裕的进程中,医疗保障的职责与担当是什么?现行医疗保障制度能否适应共同富裕的要求?怎样的医疗保障制度才能为共同富裕作出积极贡献?这些问题值得学界深入讨论。

作者简介:何文炯,浙江大学公共管理学院教授,杭州,310058。

本文系国家社科基金重大项目“人口老龄化与长寿风险管理的理论与政策研究”(13&ZD163)阶段性成果。

一、医疗保障与共同富裕

从共同富裕的视角讨论医疗保障问题,首先要揭示医疗保障与共同富裕之间的关系。共同富裕是指全体社会成员普遍地、持续地富裕起来的过程,即在社会财富持续增长的同时,人民群众物质生活不断改善、精神生活日益丰富的过程,也是城乡、区域和人群之间差距逐步缩小的过程。据此,共同富裕有两个要点:一是“富裕”,二是“共享”。^①富裕,依靠发展才能实现,包括经济持续增长、社会全面进步等;共享,则需要通过有效的规则和机制,让全民合理共享经济社会发展成果。发展为了人,发展依靠人,因而共同富裕的核心是促进人的全面发展。由此出发,可从以下几个方面讨论医疗保障与共同富裕的关系。

(一)医疗保障与国民健康

共同富裕的核心是促进人的全面发展,而健康是人的发展基础。只有健康,才能有效参与社会劳动和社会生活并创造社会财富;只有健康,才能实现个人和家庭的幸福。因此,健康是每一个社会成员的基本需要,与之相对的则是疾病。人食五谷杂粮,都有罹患疾病的风险,为此需要进行疾病风险管理,其基本思路,一是疾病预防,二是疾病治疗。据此,我国一直坚持“预防为主”的健康工作方针,通过推动全民健身、培育良好生活习惯、发展公共卫生事业等途径,提升群众预防疾病能力、增进全民健康水平,说得通俗一点,就是尽量让老百姓不生病或少生病。然而,由于多种因素影响,现实生活中疾病总是经常发生。社会成员一旦罹患疾病,就需要通过有效的治疗以恢复健康,此时需有三个要件:医、药、钱,即有效的医疗服务,对症的药物、适宜的辅料器械,以及购买这些医药器械的资金。为此,我国在发展医药科学技术、增强医疗服务能力的同时,需要建立一套社会化的医疗保障制度,使社会成员在罹患疾病时具有购买所需诊疗服务、药品和器械(统称“医疗服务”)的能力,使之能够及时得到应有的医疗服务以恢复健康,尤其是能够帮助低收入群体及时得到相应的治疗。需要指出的是,针对任何一种疾病都有多种治疗方案,而每一种治疗方案的成本是不同的,因而任何一个医疗保障项目,都必须有关于保障对象患病后的治疗方案确定规则,旨在以合理的成本帮助病人恢复健康。

(二)医疗保障与国家反贫困

共同富裕首先是富裕,消除贫困则是实现富裕的最低要求。然而,现实生活中,疾病一直是导致部分社会成员及其家庭贫困的一个重要因素,也是制约其发展的重要障碍之一。罹患疾病之后,社会成员需要支付相应的医药费用,某些疾病的医药费用规模巨大,一般家庭无法承受,于是就可能陷入贫困。与此同时,许多疾病患者无法参加正常的社会劳动,因而收入下降甚至没有收入。某些病患还会连累家庭成员,从而降低整个家庭的生活质量,影响家庭发展。事实上,我国2016—2019年城乡居民因病致贫返贫的比率一直保持在40%左右。^②医疗保障是一种社会化的制度安排,旨在为罹患疾病的社会成员分担医药费用,使之能够获得相应的医疗服务并恢复健康,同时减轻其家庭经济负担,或者使负担控制在适度的范围之内,不至于陷入贫困。一般地说,医疗保障有基本医疗保障和补充性医疗保障两种类

① 李实:《共同富裕的目标和实现路径选择》,《经济研究》2021年第11期。

② 韦艳、李美琪:《乡村振兴视域下健康扶贫战略转型及接续机制研究》,《中国特色社会主义研究》2021年第2期。

型,二者结合起来就有两个层次,即所谓多层次医疗保障体系,其中基本医疗保障为第一层次,补充性医疗保障为第二层次。^①基本医疗保障由政府依法组织实施,旨在保障全体社会成员具有购买基本医疗服务的能力,有防止社会成员因病返贫、因病致贫的功能^②,因此基本医疗保障是国家反贫困的基础性制度安排。补充性医疗保障则是社会成员的自主、自愿和自费行为,由民间的营利性或非营利性风险保障机构组织提供,旨在使参保人员获得基本医疗服务之外更好的医疗服务。据此,基本医疗保障是每一个社会成员的权益,应当做到人人享有;补充性保障则主要面向具有付费能力的中高收入群体,而低收入群体则往往因缺乏付费能力而无法得到补充性保障。

(三)医疗保障与收入再分配

实现共同富裕需要合理而有效的共享机制。医疗保障是关乎全体社会成员的一种重要共享机制,其中的每一个项目都是基于互助共济的原则而设计,因而能够产生积极的收入再分配效应,尤其是政府依法组织实施的基本医疗保障。事实上,疾病风险是射幸性较强的风险,适合于采用互助共济的风险处理方法^③。一般地说,基本医疗保障主要有两种形式:一是福利型,二是保险型。福利型医疗保障是指政府用财政资金为社会成员提供基本医疗服务,如英国及其他英联邦国家或地区即属此类。由于财政资金主要来自税收,而这种基本医疗服务是按需提供,即与服务享受者的纳税贡献多寡无关,因此这类基本医疗保障制度的运行结果是纳税人与疾病患者之间一种间接的互助共济,纳税越多者贡献越大,疾病愈重者获益越多,这一过程所产生的收入再分配效应是积极的。保险型医疗保障是指政府依法组织实施基本医疗保险制度,即政府利用国家强制力按照某种规则筹集医疗保险基金,再按照一定规则为参保者提供基本医疗服务,如德国、法国、日本等即属此类。对于参保者而言,其对基本医疗保险的筹资贡献与其所享受的待遇之间没有直接的对应关系,基本医疗保险缴费比率虽然相同,但缴费基数与参保者的收入关联,而参保病人所享受的基本医疗服务则与其病情和治疗方案关联,因此基本医疗保险是参保者之间一种直接的互助共济关系,显然这也能产生积极的收入再分配效应。值得指出的是,补充性医疗保障也有互助共济基因,也能够产生积极的收入再分配效应。如互助合作性医疗保险或商业性医疗保险都按照互助共济的原理设计,因而都能够产生积极的收入再分配效应;再如与医疗相关的慈善行为,无论是资金捐赠、药品捐赠、器械捐赠,还是医务人员免费提供的医疗服务,都能够产生积极的收入再分配效应。

(四)医疗保障与经济发展

实现共同富裕需要持续的经济增长。唯其如此,普通社会成员才有更多的就业机会和发展机会,从而增加收入并富裕起来,有效的医疗保障制度能够促进经济发展。其一,医疗保障有益于增加人力资本积累。人力资本是促进经济发展的第一要素,劳动者罹患疾病之后,医疗保障帮助其恢复健康,不仅能使其减少痛苦、提高生活质量,而且能使其尽快回到工作岗位、进入劳动力市场。其二,医疗保障能为社会成员提供稳定的预期。政府组织实施的基本医疗保障能够减轻社会成员对疾病的恐惧,即一旦罹患疾病,都能得到基本的医疗服务,不至于因病致贫、因病返贫,从而为经济持续发展提供稳定和谐的社会

① 何文炯:《医疗保障深化改革与健康保险加快发展》,《中国保险》2020年第3期。

② 左倬:《脱贫农户医保政策调整影响与发展方向研究》,《社会保障评论》2023年第1期。

③ 何文炯:《论社会保障的互助共济性》,《社会保障评论》2017年第1期。

环境。各类企业和非营利性民间组织提供的补充性医疗保障,能够为中高收入群体提供基本医疗服务之外更好的医疗服务,这是对创业创新者的重要激励机制。其三,合理的基本医疗保障制度有益于全社会的劳动就业和劳动力资源优化配置。基本医疗保障制度运行成本会通过相应的途径进入企业成本,由于基本医疗保障制度是法定的,因而缴纳基本医疗保险费便构成各用人单位的劳动力基础成本,这必然会对全社会的就业机会和劳动力资源配置产生直接影响。这里的关键是基本医疗保障待遇设定的合理性,待遇高则需要筹集的资金多,待遇低则需要筹集的资金就少,因为任何民生保障项目均遵循“以支定收”的基金筹措原则,所以筹资量决定于保障的待遇水平。其四,合理的医疗保障制度能够促进健康产业理性持续发展。与养老金、最低生活保障等项目不同,医疗保障需要通过有效的医疗服务才能实现其制度目标,因而与医疗、药品、医疗器械及辅料、护理服务等产业紧密相连。这些产业是国民经济的重要组成部分,其持续稳定发展不仅有益于全社会经济总量的扩大,而且有益于增加社会成员的就业机会和发展机会。要达到这样的目标,除合理设置保障项目、设定保障待遇之外,还要有合理的多方合作机制,如质量评价机制、资金结算机制等。

二、共同富裕视角下医疗保障领域的主要问题

医疗保障是一个现代词汇。19世纪现代保险进入中国,后来逐渐有了医疗保险业务,于是有了少量社会成员购买商业性医疗保险的行为,但也很少见。20世纪50年代初,国家逐步建立起劳保医疗制度和公费医疗制度,分别面向国有集体企业职工和机关事业单位职工,但这个群体的规模很小,仅占全国总人口的10%左右。60年代末,在政府号召和推动下,农村以集体经济为基础,普遍实行合作医疗制度,但在10多年之后因家庭联产承包责任制的推行而基本瓦解。90年代后期开始,国家在医疗保障领域进行了一系列改革探索,旨在建立与社会主义市场经济体制相适应的医疗保障体系,实现了制度转型和惠及范围扩展,其成就世所公认^①。然而,由于历史和现实的诸多原因,现行医疗保障制度依然存在明显的缺陷,与共同富裕的要求不相适应。

(一)基本医疗保障待遇群体间差距过大

在医疗保障体系中,基本医疗保障是政府依照国家法律组织实施的医疗保障项目,旨在保障每一个社会成员有效获得基本医疗服务,或者具有购买基本医疗服务的能力。1998年,国家改变了原先的劳保医疗制度和公费医疗制度,建立了面向工薪劳动者的职工基本医疗保险制度^②(简称“职工医保”),并逐步扩大其覆盖范围^③,2023年底这项制度的参保人数已经达到37094万人^④。我国于2002年逐步开始

① 2016年11月17日(巴拿马时间),国际社会保障协会(ISSA)在其第32届全球大会期间,将“社会保障杰出成就奖”(2014—2016)授予中华人民共和国政府,以表彰中国近年来在扩大社会保障覆盖面工作中取得的卓越成就。值得指出的是,基本医疗保险是我国社会保障体系中覆盖面扩大最快的项目。

② 《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),见劳动和社会保障部医疗保险司编:《全国城镇职工医疗保险制度改革指南》,中国劳动出版社,1999年,第1页。

③ 目前仅有中央国家机关和少数省份的省直单位依然保留公费医疗制度,这些机关事业单位的正式在编人员依然适用公费医疗制度。

④ 《中华人民共和国2023年国民经济和社会发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202402/content_6934935.htm,访问日期:2024年8月10日。

新型农村合作医疗制度试点,又于2007年建立城镇居民基本医疗保险制度,并于2016年决定将二者合并为城乡居民基本医疗保险制度(简称“居民医保”),2023年底该项制度的参保者达到96293万人^①。此外,我国还建立了医疗救助制度,对于医疗费用负担较重的经济困难家庭予以一定的帮扶,以减轻其负担。据此,我国已经建立了覆盖全民的基本医疗保障制度。

尽管我国基本医疗保障制度已经覆盖全民且总体水平逐步提高,但不同人群依然适用不同的基本医疗保险制度,而且两者之间的保障待遇差距很大,这与共同富裕的要求不相适应。截至2023年底全国参加基本医疗保险的133387万人^②中,仅有37094万人参加职工医保,其余的大部分参保者只能享受居民医保的保障待遇。以2022年为例,职工基本医疗保险制度的年人均基金支出为4206元,而城乡居民基本医疗保险的同一指标为年人均951元,即前者为后者的4.42倍^③。共同富裕是普遍富裕基础上的差别富裕^④。就医疗保障而论,基本医疗保障对应的是普遍富裕,补充性医疗保障则对应于差别富裕。根据国家统计局公布的数据,2022年全国城镇非私营单位就业人员年平均工资为114029元,全国农民人均可支配收入为20133元。由此看到,收入较高的群体享受着待遇较高的基本医疗保障,而收入较低的群体则适用保障待遇较低的基本医疗保障制度。这表明,现行基本医疗保障制度对缩小收入差距、改善全社会收入分配状况的贡献不足。换言之,尽管基本医疗保障体系中的每一个项目内部都有较强的互助共济性和共享性,但从基本医疗保障体系整体看,其互助共济性较弱,因而其共享的程度也是比较低的。

(二)基本医疗保障制度反贫困功能不强

从历史上看,无论哪个国家或地区,在医疗保障出现之前,家庭富裕的社会成员在罹患疾病之后,总是可以获得与当时当地医药技术水平相应的、病人所需要的医疗服务及药品,并支付相应的费用;但家庭贫困的社会成员一旦罹患疾病,就可能无法获得应有的医疗服务,或者通过举债才能获得一定的医疗服务,从而沦为贫困者,那些无力举债者则会放弃治疗,其生命质量或生活质量很低。随着时代的进步,民间的社会化医疗保障出现了,较早的是医疗和药物相关的慈善行为,如全部或部分免除医药费用的行为、慈善家的捐赠行为等,但这种慈善行为具有不确定性和惠及面窄等缺陷。后来出现了基于互助共济原理的医疗保险,先是互助合作性医疗保险,后是商业性医疗保险。社会成员只要具有保险费支付能力,并参加了适合自己的医疗保险,其因病致贫的风险就会降低。但是,缺乏医疗保险费支付能力的那些社会成员,在其罹患疾病时,则无法得到应有的医疗服务。为此,各国政府陆续进入医疗保障领域,建立适合本国国情的基本医疗保障制度,干预医疗保障市场,旨在解决因病致贫、因病返贫问题。由此可见,政府举办基本医疗保障制度的初衷是反贫困。

在我国,因病致贫、因病返贫是一个千年难题。中华人民共和国成立之后,政府对此高度重视,在发

① 《中华人民共和国2023年国民经济和社会发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202402/content_6934935.htm,访问日期:2024年8月10日。

② 《中华人民共和国2023年国民经济和社会发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202402/content_6934935.htm,访问日期:2024年8月10日。

③ 参见《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content_6891062.htm,访问日期:2024年8月10日。

④ 李实等:《迈向共同富裕:理论内涵和实现路径》,浙江大学出版社,2023年,第275页。

展医疗医药卫生事业、建立医疗保障制度、促进人民健康等方面进行了一系列探索,尤其是最近20多年来持续推进基本医疗保险制度改革并扩大惠及范围,取得了举世瞩目的成就。然而,从反贫困的视角来考量,现行基本医疗保险制度在防止因病致贫、因病返贫方面所发挥的作用还不够。诚然,前些年国家在实施“精准扶贫、精准脱贫”政策时,对政府认定的贫困家庭采取了一系列特殊的医疗保障政策,取得了显著的成效。但是,就现行基本医疗保险制度的三个项目而言,其反贫困功能是不强的。从制度定位看,有关部门一直把减轻群众就医负担作为基本医疗保险的重要职责,《“十四五”全民医疗保障规划》开篇第一句是“医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排”,这一提法似乎还有优化的空间。事实上,从现行基本医疗保险制度设计看,基本医疗保险的两项制度均实行基金责任封顶制,即参保人罹患疾病之后,其在基本医疗保险目录范围内的医疗费用由基本医疗保险基金按比例承担起付线与封顶线之间那部分费用,即“政策范围内报销比率”,其余的医疗费用全部由病人及其家庭自己负担。值得注意的是,基本医疗保险目录范围内的医疗费用报销有上限(即“封顶线”),加上目录范围之外的那些费用,这就导致部分病人家庭无力承担医疗费用。对此,政府试图通过医疗救助制度解决,但从实际运行情况看,医疗救助资金部分用于资助低收入家庭成员参加城乡居民基本医疗保险,部分用于对困难家庭医疗费用的帮助,但此类帮助的力度很小。《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,2022年全国医疗救助支出626亿元,医疗救助基金资助参加基本医疗保险8186万人,实施门诊和住院救助11829万人次,全国次均住院救助、门诊救助分别为1226元和84元。有关部门实施了城乡居民大病保险制度(简称“大病保险”)项目,从基本医疗保险基金结余中拿出部分资金交由保险企业办理,但收效甚微。客观地说,大病保险的定位是不清晰的,其机制设计存在一定缺陷^①。综合观之,这一问题的关键是,现行基本医疗保险制度没有把反贫困作为其基本职责。

(三)现行医疗保障制度对经济增长的贡献不足

前已指出,有效的医疗保障制度不仅能够为社会成员提供稳定的预期,而且能够通过多种途径促进经济增长、百姓增收、社会财富积累。然而,由于制度设计和运行机制缺陷,我国现行医疗保障制度对经济持续发展的贡献相对不足。

我们先看医疗保障对促进消费的贡献。虽然经过多年的持续努力,我国已经基本实现基本医疗保险制度全覆盖,参保率多年来一直稳定在95%以上,而且保障待遇也在逐步提高。但是应该看到,约占全国总人口70%以上的社会成员参加的是城乡居民基本医疗保险,而这项制度的保障待遇水平不高。这些社会成员一旦罹患疾病,其医疗费用有相当部分需要由病人及其家庭承担,因而他们需要有相应的储蓄,以备可能的大额医疗费用之需。此外,还有极少量社会成员没有参加过任何基本医疗保险,医疗救助是他们唯一的医疗保障。事实上,我国居民的储蓄率一直处于高位,基本医疗保障不足是其中的一个重要因素。这从一个侧面反映出现行基本医疗保险制度对促进城乡居民消费的贡献不足,因而对促进经济增长的贡献也不足。

再来看医疗保障对劳动力市场的贡献。在整个基本医疗保险体系中,职工医保的参保人数虽然不

^① 何文炯:《大病保险辨析》,《中国医疗保险》2014年第7期。

足30%,但其筹资却占基本医疗保险总筹资的2/3以上^①,因而这是一项耗资规模巨大的基本医疗保障项目。所以,职工医保的筹资规则对于每一个筹资主体的行为乃至整个宏观经济都有一定的影响。根据现行筹资规则,参保者个人缴费比率各地统一均为2%,但各地用人单位的缴费比率存在较大差异,多数地区在7%~8%之间,少数地区在7%以下,但也有一些地区在9%~10%之间,甚至还有更高的。这样的缴费标准虽然明显低于职工基本养老保险的缴费水平,但对于用人单位而言,这也是一项不小的支出,构成用人单位劳动力成本的重要部分。值得注意的是,职工医保基金由统筹基金和个人账户基金两部分构成,其中前者适用现收现付制原则,后者适用积累制原则。而从有关统计公报看,职工医保统筹基金有大量结余。以2022年为例,职工医保统筹基金(含生育保险)全国当年收支结余3601.77亿元,历年累计结存(含生育保险)21393.11亿元^②。根据近年来此项基金的支出水平,这个结余量的可支付月数为26.8个月,这就意味着此后的两年多时间内,即使没有任何收入,现有统筹基金结存资金也足以应付支出需要。由此可见,职工医保在现行待遇规则之下的基金筹资过多,尤其是统筹基金筹资过多,意味着用人单位缴费负担过重,这也是多年来企业反映社会保险缴费负担沉重的原因之一。这在一定程度上影响着就业创业,影响着劳动力市场的活力,从而影响着经济增长。

我们还可以考察医疗保障对相关产业发展的影响。医疗保障中各项的运行都与医疗服务、药事服务、护理服务和药品、医疗器械及辅料的研究、生产、流通等产业直接相关,而这些产业的持续健康发展,对于整个国民经济发展有重要影响。客观地说,最近20多年来,由于基本医疗保障项目增设、惠及范围扩展和保障待遇水平不断提高,社会成员购买医疗服务的能力随之增强,有力地促进了前述各产业的快速发展。同时应该看到,现行基本医疗保障制度及其运行机制存在诸多缺陷,致使前述产业出现非理性发展的现象,这将影响这些产业的长期持续健康发展。例如,基本医疗保障经办机构对于医疗服务、药事服务、护理服务的质量缺乏有效的评估机制,这些服务和药品、医疗器械及辅料的价格形成机制也缺乏科学性,因而过度医疗、过度检查、过度用药、药价虚高和医疗器械及辅料滥用的现象普遍存在,不仅导致医疗保障资源浪费,而且引发诸多腐败现象,败坏社会风气。因此,现行医疗保障体系对医药健康产业贡献不足。

三、建设适应共同富裕的医疗保障体系

扎实推进共同富裕是中国式现代化建设的基本任务之一,而医疗保障在共同富裕进程中担当重要职责。新中国成立以来,国家一直致力于发展医疗卫生事业并加强医疗保障制度建设,旨在提高人民健康福祉。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扩展,其成就举世瞩目。然而,从共同富裕的视角看,现行医疗保障体系还存在诸多缺陷。因此,要基于医疗保障体系建设的现实基础和经济社会文化环境,充分借鉴国际经验和教训,持续深化改革,不断推进

① 参见《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content_6891062.htm,访问日期:2024年8月10日。

② 参见《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content_6891062.htm,访问日期:2024年8月10日。

体制机制创新,建设更加公平、更可持续、更有效率的医疗保障体系,在共同富裕的进程中作出应有的贡献。

(一)增强基本医疗保障制度的反贫困功能

在医疗保障体系中,政府推行基本医疗保障制度的初衷是反贫困,然而现行基本医疗保障制度的反贫困功能较弱。因此,只有通过改进制度设计,使之具有足够的反贫困功能,才能成为社会成员摆脱贫困的有效制度之一,为他们逐步走向富裕奠定坚实的基础;才能有效树立起全体社会成员的消费信心,进而促进经济持续增长,实现全社会财富不断增长。由此出发,现阶段的工作重点是以下两项。

一是优化基本医疗保障资源配置,将更多的医疗保障资源用于“保大病”。前些年,有人把“保基本”与“保大病”对立起来,认为基本医疗保障制度的主要任务不是“保大病”。某些地方则把扩大基本医疗保障覆盖面简单理解为增加给付对象人数,以增强群众对基本医疗保障的“获得感”。在这样的思路之下,基本医疗保障领域的资源更多地被用于保障医疗费用相对低廉的疾病,例如门诊医疗费用。这样做,基本医疗保障基金给付的受益面确实扩大了,但分散了基本医疗保障资源,降低了这项制度的互助共济性,削弱了这项制度对重大疾病医疗费用的保障功能,从而减少了这项制度对反贫困的贡献。因此,基本医疗保障需要把更多的资源用于“保大病”,有效处理保障对象罹患重大疾病后的医疗费用,降低他们陷于贫困的风险。为此,需要在改进基本医疗保障制度设计的同时,有效引导公众正确理解基本医疗保障的功能和机理,在全民中培育互助共济的社会保障文化。

二是积极探索并稳步推进基本医疗保障由基金责任封顶制转向个人责任封顶制。现行基本医疗保障制度由基本医疗保险和医疗救助两部分构成,前者采用基金责任封顶制,而后的保障力度很小。为此,要在清晰界定基本医疗服务范围的基础上,使基本医疗保险逐步由基金责任封顶制转向个人责任封顶制,即先明确基本医疗保险所承担的参保病人医疗费用范围,再根据每个家庭经济情况确定其承担基本医疗费用的最高限额,当参保病人及其家庭所承担的医疗费用达到这个限额时,其基本医疗服务费用的超出部分均由基本医疗保险基金承担,从而有效解决“家庭灾难性医疗支出”的问题。从国际经验看,许多国家和地区已经多年采用这个办法,制度运行状况良好。这里的关键是,合理而清晰地界定基本医疗服务的范围,其中包括对各类常见病的治疗有清晰的临床路径和治疗方案,同时明确这个范围之外的医疗服务(含药品、辅助器材及耗材等)应当由病人自己承担,这需要公众的理解和支持。对于重大疫情和罕见病患者的医药费用则需要采取特殊的保障机制逐步解决之。

(二)控制和缩小基本医疗保障待遇的群体差距

随着经济发展和人民生活水平提高,社会成员把生命质量放到更重要的位置,因而希望有更好的医疗服务和医疗保障。同时随着社会的文明进步,社会成员希望有更公平的基本医疗保障和基本医疗服务。事实上,扎实推进共同富裕,不仅需要持续有效地增加社会成员的收入和财富,还要缩小各种差距,其中包括支出差距,而基本医疗费用支付责任差距是其中重要一项。如果基本医疗保险制度能够做到疾病患者个人及其家庭医疗费用支付责任封顶,则这种支出差距就会被控制在适度的范围之内。然而,现行基本医疗保险按人群分等、制度分设且待遇差距较大,而医疗救助力度很小,导致不同社会群体的疾病患者及其家庭在医疗费用支付责任方面有较大的差距,此种规则不利于共同富裕的实现。因此,要

通过改进制度安排和政策设计,严格控制并逐步缩小基本医疗保障在群体间的待遇差距。

为此,要稳步提高城乡居民基本医疗保险制度的保障待遇水平,逐步缩小这项制度与职工基本医疗保险制度之间的待遇差距。从前些年的实践看,许多地区已经统一了这两项制度基本医疗保险目录、定点医疗机构和定点药店的规则,下一步应当逐步统一政策范围内的医疗费用报销规则,这就意味着城乡居民基本医疗保险制度运行成本将会提高,因而需要相应地增加筹资,而这项制度参保者大多数属于中低收入群体,他们的缴费能力较弱,这就需要国家财政予以更多的投入,并鼓励多渠道筹资。同时,要稳定职工基本医疗保险制度的待遇水平,优化其资源配置,进而提高其制度运行效率,使二者的差距逐步缩小。考量这一差距缩小的过程,可以用两个基本指标:一是人均基金支出水平,二是人均医疗费用负担。

在此基础上,应当鼓励和支持有条件的地区将职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险两项制度整合为同一个制度,这项新制度可以命名为“全民基本医疗保险制度”,包括以下要点:一是全体参保病人享受相同的基本医疗服务待遇;二是其筹资贯彻各尽所能的原则,即高收入者多缴费、多纳税、多做贡献,低收入者承担较少的缴费责任;三是努力实现参保病人及其家庭对基本医疗服务费用支付责任封顶制。关于这两项制度整合,前些年佛山等部分地区有过探索,其经验值得总结。

此外,有人主张通过提高基本医疗保险统筹层次的办法缩小地区之间的基本医疗保险待遇差距。^①这里的关键是对“统筹”这二字含义的理解。从学理上说,需要统一的是社会成员的基本医疗保险权益,其核心是基本医疗保险待遇。由此出发,基本医疗保险制度要统一、参保者的保障待遇要统一,至于基金管理的行政层级,并非越高越好,因为各地基本医疗服务供给的成本不同,往往是发达地区的服务成本高,欠发达地区的服务成本低,如果简单实行基金统一管理,则会产生“欠发达地区帮助发达地区”的逆向再分配效应。所以,要在制度统一、待遇统一的基础上,采用适宜的基本医疗保险基金管理层级。关于这一点,德国、日本的经验值得我们重视。需要指出的是,有人以大数定律为学理依据,认为基本医疗保险基金管理层级越高越好,这是对大数定律的误用。

(三)增强基本医疗保障制度对经济社会发展的适应性

从共同富裕的要求出发,全民应当享有平等的基本医疗保障权益。在统一的全民基本医疗保险制度建立之前,即在制度分设的背景下,应当让全体社会成员都能够参加相应的基本医疗保险制度。根据现行制度安排,职工医保适用于工薪劳动者,居民医保适用于其他社会成员。然而,由于制度设计缺陷,现行制度难以适应经济社会发展的变化趋势,迫切需要制度创新。

先看职工医保。目前还有相当数量的工薪劳动者未能进入这一制度。截至2022年底,职工医保全国参保总人数为36243万人,其中在职职工参保26604万人^②,而同年底全国第二、第三产业从业人数为55673万人,即便仅看城镇从业人数也有45931万人^③。职工医保参保率不高,意味着这项制度难以适应劳动力市场的变化。事实上,参加职工医保的26604万人中,基本上是具有清晰劳动关系的工薪劳动

① 赵明月:《加快推进基本医疗保险省级统筹》,《中国劳动保障报》2021年12月14日。

② 参见《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》,中国政府网:https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content_6891062.htm,访问日期:2024年8月10日。

③ 《2022年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》,中国政府网:<https://www.mohrss.gov.cn/xgk2020/fdzdgknr/ghjt/tj/ndtj/202306/W020230630516037377667.pdf>,访问日期:2024年8月10日。

者,他们所缴纳的医疗保险费全部进入个人账户,而且其工作单位所缴纳的医疗保险费还要划入一部分到个人账户,这就意味着参保者个人对于统筹基金不需要作任何贡献,但却可以享受良好的保障待遇。其他劳动者虽然可以加入这个制度,但通常以灵活就业者身份参保,其医疗保险费全部要有个人承担且保障待遇相对较低。前已指出,从目前的基金收支情况看,职工医保统筹基金的筹资水平过高,导致用人单位和灵活就业人员的医疗保险费负担过重。这是缺乏清晰劳动关系的许多工薪劳动者难以参加职工医保的一个重要原因。为此,需要适度降低职工医保用人单位和灵活就业者医疗保险缴费水平,可以从以下几个方面入手。一是明确基本医疗保险“以支定收”的基金管理原则,即按照保障待遇确定基金支出水平,再据以筹集资金与之匹配,统筹基金每年底保留3个月左右的结余额度;二是通过建立健全医疗服务、药事服务和药品、医疗器械及辅料的价格形成机制,规范医药服务行为,适度降低职工医保制度运行成本,从而降低筹资水平;三是适度提高参保职工个人缴费标准,逐步缩小个人账户规模,用人单位缴费逐步减少对个人账户的划入量,最终不再划入。这些举措逐步到位之后,没有清晰劳动关系的工薪劳动者参加职工医保的障碍就会大大减少,非正规从业人员参加职工医保的人数就会增加,而且还能降低劳动力成本,促进就业创业,有益于劳动力资源优化配置,从而促进经济增长。

再看居民医保。目前绝大多数地区贯彻户籍地自愿参保的原则,因而相当数量的非户籍常住人口无法在其实际居住地参加居民医保,由此形成大量的异地就医情况,即参保地与就医地不一致,增加了参保者的诸多不便,也增加了制度运行的成本,这表明现行制度难以适应人口流动的趋势。这主要与此项制度的筹资机制有关,按照现行规则,这项制度的资金1/3左右来自参保者个人缴费,2/3左右由参保地政府财政承担。由于各地财政状况不同且对外来人口对本地贡献的理解不同,大多数人口流入地政府不愿意承担外来人口居民医保的筹资责任,因而许多非户籍常住人口只能回户籍所在地参加居民医保。为改变这种状况,需要注意两个事实:一是这项制度的保障对象主要是中低收入群体,未来政府财政对这项制度依然需要保持足够的资金支持,并且随这项制度保障待遇提高而相应增加资金投入;二是各地财政对于居民医保的资金支持能力存在明显的差异,部分地区用于居民医保的财政资金来自财政转移支付。据此,建议确立全国居民医保最低筹资标准,明确其中由财政支持的那部分资金统一由中央财政负责筹措,各地仅负责筹措高于这一标准的那部分资金,这将提高人口输入地政府对接纳非户籍常住人口在其实际居住地参加居民医保的积极性和主动性。

(四)健全医疗保障相关服务的价格形成机制

医疗保障体系中的每一个项目,都需要通过有效的医疗服务才能实现其制度目标,因而医疗保障体系运行与产业发展息息相关。从某种意义上说,医疗保障经办机构与医疗、药品和医疗器械及辅料等产业之间是一种合作关系,是一种战略性购买关系^①,因而医疗保障相关服务和物品的价格形成机制至为重要。然而,过去很长一段时期里医疗保障相关服务和物品的价格是由行政部门决定的,因而存在明显的价格扭曲现象。事实上,此类服务和物品价格的科学合理十分重要。有效的价格形成机制,有益于基本医疗保障制度保持合理的运行成本,医疗保障相关产业的持续健康发展,有益于培育全社会诚实守信

^① 陈金甫:《实施价值导向的医保战略性购买》,《健康管理》2017年第12期。

的文化,从而有益于推进共同富裕。为此,前些年政府提倡“三医联动”,近几年又提出“系统集成”,并推动了DRGs、DIP等医疗服务付费机制改革,同时推行基本医疗保障药品集中带量采购等措施,取得了一定进展,但从总体上说,现行医疗保障相关服务价格形成机制尚在探索之中。

在推进共同富裕的进程中,医疗保障领域需要建立科学合理的医药服务和物品的价格形成机制,这是医疗保障经办机构与医疗服务机构、药品供应机构等进行有效合作的关键。事实上,基本医疗保障对象与经办机构之间、经办机构与医药服务及物品提供者之间有两层委托代理关系,在每一层委托代理关系中,委托人和代理人都有各自的利益诉求,因而这是一个多方博弈的复杂系统,而价格是协调各方利益的重要杠杆。^①据此,需要从以下几个方面积极探索。一是逐步减少医疗保障相关各类服务和物品的行政性定价,逐步改变主要由医疗保障经办机构确定相关服务标准和价格的做法,为建立多方平等参与的谈判机制创造条件。二是逐步建立医药服务供求各方的价格谈判机制,一般每年举行一次谈判,必要时可以增加次数。需要强调的是,供需双方应平等谈判,以充分表达各方的利益诉求。参加谈判的需求方包括医疗保障经办机构和参保者,供给方包括医疗机构、医务人员和药品、医疗器械及耗材的制造商与销售商等。三是加快建设医疗保障相关服务及物品的基础数据库,以提高谈判的效率。医疗保障所涉及的数据资料是海量的,需要由具有公信力、独立的专业机构采集,并采用先进的方法进行分析。四是进一步完善医疗服务、药事服务和相关物品质量的标准体系,健全质量评估机制。五是健全医疗保障相关服务供给及物品生产销售的行业自律机制,以确保各方利益诉求信息的准确传递和谈判结果能够得到有效的落实,因为谈判的参与者往往是行业的代表,而谈判的结果需要行业中的每一个主体来执行。

结语

扎实推进共同富裕,必须持续优化医疗保障体系。在这一过程中,需要先进的理念和正确的思路,需要科学的方法和有效的机制,更需要坚定的决心和持久的努力,因为这里伴随着深刻的社会变革和切身的利益调整。为此,要牢固确立国民基本医疗保障权益平等的原则,正确处理政府与市场、政府与社会的关系,清晰界定社会各主体在医疗保障领域的权利义务,有效引导舆论以赢得全社会的理解、支持和配合,采用稳妥的举措以减少改革的阻力并降低改革的风险。

责任编辑:徐 阳

^① 胡晓毅等:《基本医疗保险治理机制及其完善》,《学术研究》2018年第1期。

Optimization of Medical Security System Based on Common Prosperity

He Wenjiong

Abstract: To advance common prosperity, it is imperative to deepen reforms within the medical security system, striving for fairness, sustainability, and efficiency. The priorities at this stage are: first, to enhance the anti-poverty function of the basic medical security system; second, to control and narrow the group disparities in basic medical security benefits; third, to enhance the adaptability of the basic medical security system to economic and social development; and fourth, to improve the price-formation mechanism for medical security-related services.

Keywords: common prosperity; medical security; deepen reforms

Civilisation: the Manifestation and Reflection of Humanity and Rationality

Zhang Shuguang

Abstract: Through the analysis of the main schools of thought in Axis Age in China, this paper shows that the evolution of civilization is often accompanied by various social contradictions, conflicts and their resolution; In this process, the contention of ideals and concepts has become an important condition for the evolution and transformation of civilization.

Keywords: civilization; humanity; reason; paradox; self-examination; kindheartedness; fairness; natural

Choice, Inheritance, Innovation: The Inherent Logic of Inheriting Chinese Culture

Yang He, Yang Yijia

Abstract: The development of culture has always progressed through the interplay of selection, inheritance, and innovation. Xi Jinping Thought on Culture profoundly reveal the inherent logic of inheriting Chinese culture. It is of great significance for us to deeply explore the philosophical ideas, humanistic spirit, values, and moral norms contained within traditional Chinese culture, and to promote the creative transformation and innovative development of fine traditional Chinese culture.

Keywords: the "Two Integrations"; Marxism; fine traditional Chinese culture; creative transformation; cultural organism

Two Forms of Early Chinese Philosophy from the Perspective of "One and Many"

Cai Jie

Abstract: The "one and many" relationship serves as a crucial perspective and method for examining Chinese and Western civilizations. In Chinese philosophy, the concept of "one" in original ontology often intertwines the dimensions of cosmology and ontology. Among the pre-Qin philosophers, Confucianism and Mohism regarded the Heaven as their ontological foundation, while Taoism and Legalism viewed the Tao as theirs, representing the two main forms of early Chinese philosophy. In summary, early Chinese philosophy exhibited a distinct tendency towards valuing the "one", while also emphasizing the balance and integration between transcendent levels and the real world.

Keywords: one and many; philosophy of pre-Qin philosophers; the Heaven; the Tao

The Implementation and Adjustment of the Lower United Front Strategy of the Comintern in China (1928 —1937)

Peng Na, He Yun'an

Abstract: In July 1928, to win over workers, the Comintern launched the lower united front strategy, which means uniting the substratum of the Yellow Union and opposing it's superstratum. However, the conditions for implementing this strategy did not exist in China. Before the Zunyi Conference, the implementation