

社会保障研究

再家庭化：基本医疗保险改革的必然选择

李 珍, 陈 晨, 黄万丁

[摘 要] 家庭是人类社会最基本的经济和社会单元,是家庭成员的收入、消费和福利共同体,强调家庭的整体性是社会政策的必然选择。社会医疗保险采用家庭联保的方式,在理论上有风险管理理论、边际效用理论、家庭政策理论的支持,在实践上有德国模式、我国台湾地区模式等成功经验。我国基本医疗保险长期的“去家庭化”改革带来了很多问题,目前个人账户可以用于家庭共济的改革虽然有一定进步意义,但只能算是“找回家庭”的一次量的改革,要实现解决短期问题和达成长期目标的辩证统一,可以以城镇职工家庭联保为突破口进行系统改革。在此之下,文章对“如何确定联保家属、如何保障制度财务可持续”等核心议题进行了讨论。

[关键词] 基本医疗保险;家庭联保;二元向一体

[中图分类号] F842.684; R197.1 [文献标识码] A [文章编号] 1000-5072(2023)02-0086-12

DOI:10.11778/j.jnxb.20221416

一、引 言

家庭是社会的细胞。习近平总书记指出:“无论时代如何变化,无论经济社会如何发展,对一个社会来说,家庭的生活依托都不可替代,家庭的社会功能都不可替代,家庭的文明作用都不可替代。”^①在学术界,如何界定家庭是一个需要深入讨论的问题,正如社会学教授 Judith A. Seltzer 所讲“当人们在谈论‘家庭’时,都明白它的含义,但‘家庭’也是一个难以捉摸的概念,关于‘什么是家庭’的观点甚至有可能属于有争议的政治领域。”^②“从实用角度出发,‘家庭户’在很大程度上被作为家庭的代表或近似指标。”^③普遍而言,以“同居共餐”为主要特征的“家庭户”的构成是本人及其直系亲属,直系亲属包括血缘和法律意义上的直系血亲、直系姻亲。本文的家庭联保,基于“家庭户”概念,从参保单元的角度概括医疗保险的制度特征,即“以家庭为参保单元的医疗保险”,家庭联保是从就业关联型社会医疗保险制度中发展出的概念,其基础理念是“保障就业者家

作者简介:李珍,中国人民大学公共管理学院;陈晨,中国人民大学公共管理学院;黄万丁,中共云南省委政策研究室。

基金项目:世界银行贷款现代财政制度与国家治理技术援助子项目“基本医疗保险参保机制”(2020 K20071)。

① 习近平:《在会见第一届全国文明家庭代表时的讲话》,北京:人民出版社2016年版。

② Seltzer, J. A., “Family Change and Changing Family Demography”, *Demography*, Vol. 56, No. 2, 2019, pp. 405-426.

③ 彭希哲、胡湛:《当代中国家庭变迁与家庭政策重构》,《中国社会科学》2015年第12期。

庭而不仅是就业者本人”。

2012 年，笔者开始提出城镇职工家庭联保的政策主张^①，最初的考虑是解决城镇职工基本医疗保险制度中的个人账户问题。长期以来，笔者一直坚定反对在社会医疗保险制度中设置个人账户，只是不同历史时期的改革主张有所不同。在 20 世纪 90 年代末，职工的制度刚刚建立，居民的制度还是空白，笔者提出“个人账户难以化解医疗风险，没有意义”，因此主张“取消这种医疗个人账户，使医疗保险真正成为社会保险”^②。随着单纯取消个人账户越来越难以成行，从历史唯物主义出发，笔者提出了用职工的个人账户资金联保家庭成员的改革思路。近十年来，职工和居民两个制度不平衡、居民制度保障不充分的问题越来越严重，城镇职工基本医疗保险制度下不仅个人账户沉淀，统筹基金的沉淀也越来越多，与此同时城乡居民的保障却相对不足，两个基本医疗保险制度筹资的“剪刀差”和待遇的“剪刀差”都越来越无法弥合。筹资上，2021 年职工制度和居民制度的人均基金收入（基金总收入/参保总人数）分别为 5 363.41 元和 964.1 元，前者高达后者的 5.56 倍；待遇上，虽然表面看政策范围内职工制度和居民制度住院费用基金支付比例在 2021 年仅相差 15.1 个百分点（二者分别为 84.4% 和 69.3%），但全面、深入分析，考虑居民门诊保障严重不足、职工个人账户滥用严重的情况，在“总医疗费用个人自付比例”这一更本质的数据上，二者的差距远远大于 15.1 个百分点，如果再考虑医疗服务质量的差异，则城乡居民保障相对不足的问题更为突出；基金结余上，2021 年职工制度统筹基金累计结存 17 685.74 亿元，个人账户累计结存 11 753.98 亿元，合计高达近 3 万亿元。统筹考虑当下和未来，特别是要找到一条可以实现的二元基本医疗保险一体化发展路径，笔者逐步提出了“二元向一体渐进融合发展”的学术思想^{③④}，在此思想体系之下，“城镇职工家庭联保”是基础和核心观点。我们主张：城镇职工的同住家庭成员随职工本人一起参保城镇职工基本医疗保险。我们认为：这是解决基本医疗保险制度发展不平衡、不充分问题，特别是城镇职工基本医疗保险“有余”和城乡居民基本医疗保险“不足”并存矛盾的总抓手，是实现城镇职工家庭医疗保障福利最大化并最终实现全民基本医疗保险一体化的最佳路径，同时，也是有效缓解财政压力和助推以人为核心的新型城镇化的可靠选择。本文从参保单元的发展历程出发，着重介绍家庭联保的主要理论基础、典型实践经验，以及如何确定联保家属、如何保障制度财务可持续等核心议题。

二、“再家庭化”的实践背景和理论支撑

（一）实践背景：辩证发展的三个阶段

新中国成立以后，政府高度重视劳动者的社会福利，在城镇为企业职工建立了劳保医疗制度，为国家工作人员建立了公费医疗制度。劳保医疗实行联保制度，职工家属可以享受职工所在的劳保医疗待遇，水平约为职工的一半。^⑤ 享受公费医疗人员的家属也享受一定的保障。随着制度的实

① 李珍：《2020 年：我国社会医疗保障制度安排的展望》，《经济日报》，2012 年 8 月 29 日。

② 郑功成、杨健敏：《中国医改面临的挑战——“跨世纪的中国医改”话题讨论之一》，《中国社会保险》1998 年第 6 期。

③ 李珍、黄万丁：《全民基本医保一体化的实现路径分析——基于筹资水平的视角》，《经济社会体制比较》2017 年第 6 期。

④ 李珍：《迈向高质量全民统一覆盖的医疗保险制度》，《中国卫生政策研究》2020 年第 1 期。

⑤ 1953 年修正的《中华人民共和国劳动保险条例》规定：“工人与职员供养的直系亲属患病时，得在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中西医师处免费诊治，手术费及普通药费，由企业行政方面或资方负担二分之一，贵重药费、就医路费、住院费、住院时的膳费及其他一切费用，均由本人自理。”

施,“到20世纪70年代末,劳保医疗与公费医疗已覆盖全国75%以上的城镇职工、离退休人员和家属”^①。从家庭联保的角度,这一历史阶段是“小范围、低水平的家庭化”,即使到了1980年,我国也仅有不到20%的人生活在城镇,其他超过80%的人都生活在农村,因此只有极少部分人能够被纳入联保制度,享受一半左右水平的低保障。

改革开放后,随着经济社会体制的转型,劳保医疗面临的挑战日趋严重,特别是难以应对快速上涨的医疗费用。“劳保医疗和公费医疗费用年均增长率,1952—1978年为9.9%,1978—1985年为13.79%,1986—1989年为30.19%,1990—1995年为25.6%”^②,由此,“企业劳保医疗基金占工资的比例由1986年的4.5%—5.5%,快速上升到1993年的10%以上”^③。同时,不同企业的负担畸轻畸重,许多国有和集体企业职工手里的医疗费单据无法报销。为此,自20世纪80年代末期开始,我国开始试点建立职工的社会医疗保险制度。“当时,职工社会医疗保险主要致力于解决的问题包括:建立风险基金池,解决企业负担不均问题;降低医疗保障待遇,引入个人控费机制,约束医疗费用快速增长;实行参保职工个人缴费,实现缴费责任在个人和单位之间的分担等”^④。在此历史背景下,加之受新自由主义影响,我国最终建立了社会统筹与个人账户相结合的职工社会医疗保险制度。在改革过程中,职工家属的联保待遇被剥离,从城镇职工的角度,这一历史阶段是“去家庭化”。

近十余年来,随着“去家庭化”改革导致的问题越来越多,“找回家庭”的改革探索在部分省份出现,且基本都围绕个人账户展开。比如,广东省在2012年发文:“将个人账户拓展为家庭账户,允许使用家庭账户代直系亲属缴纳居民医保费,支付本人或直系亲属疫苗接种、健康体检及中医‘治未病’等费用。”湖北省在2013年发文:“有条件的地方,可允许职工基本医疗保险参保人员用个人账户资金为家属支付医疗费用,为本人及家属缴纳医疗保险参保费用。”重庆市在2014年发文:“允许其个人账户资金用于参加我市基本医保的亲属或指定人门诊就医或住院个人应承担的费用。”^⑤2021年,个人账户改革正式上升到国家层面,当年4月,《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》发布实施,规定:“个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。”这次国家层面的个人账户改革强调家庭共济,有一定进步意义,但由于制度模式依然是统账结合的,个人账户也只是可以用于家庭内部共济,没有上升到社会层面实现不同家庭之间的共济,因此只能算是“找回家庭”的一次量的改革。

(二)理论支撑:三个并列的逻辑

从实践的角度,当前的个人账户改革远远不够,“再家庭化”需要向更深入推进;从理论的角度,基于以下三个并列的逻辑,必须实行城镇职工家庭联保。

第一,从风险管理的角度,必须明确家庭是基本的风险单元。家庭是人类社会最基本的经济单元,是家庭成员的收入和消费共同体。家庭成员疾病的承担者是个人,但医疗费用的承担者却

① 刘洪清:《公费劳保医疗:渐行渐远的记忆》,《中国社会保障》2009年第10期。

② 李珍:《社会保障理论》,北京:中国劳动社会保障出版社2007年版,第205页。

③ 王绍光:《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《中国社会科学》2005年第6期。

④ 李岚清:《全面推进医药卫生体制改革 让职工群众享有更好的医疗服务》,《人民日报》,2001年1月5日。

⑤ 分别参见粤府办〔2012〕19号、鄂人社发〔2013〕47号、渝人社发〔2014〕188号文件。

是家庭。风险具有损害(损失)性,从风险管理的角度,保险不保证风险不发生,只是对损害(损失)进行经济补偿,此谓“无损害无风险,无损失无保险”,医疗保险的出发点是个人的健康风险,但落脚点却是家庭的财务风险,因此家庭才应该是基本的风险单元。在诸多风险管理手段中,通过保险的手段转移医疗费用风险是通行的方法,由于商业保险的“风险选择”等原因,社会保险成了更好的选择。严格意义上的社会医疗保险是超出个人和家庭层面,在全社会进行风险分散的。与之对比,个人账户制的医疗保险实质是一种风险自留的管理方法,个人账户是风险个人自留,个人账户可以在家庭内部共济是风险家庭自留。从这个意义上讲,目前基本医疗保险制度中的个人账户只是一种风险自留,不是最优的医疗费用风险管理方法。而且,将个人账户置于基本医疗保险制度,是强行将风险自留和风险转移两种基本理念、运行规律截然不同的风险管理方法结合在一起,这是导致整个制度体系存在诸多问题的根源。

第二,从医疗保障福利最大化的角度,必须“损有余补不足”。根据边际效用递减规律,要实现家庭医疗保障福利最大化,必须在家庭成员中实现医疗保障资源的均衡配置,当一部分家庭成员的医疗保障资源不足、另一部分家庭成员的医疗保障资源有余时,必须“损有余补不足”,着力提高保障不足人员的边际效用。同理,要实现社会医疗保障福利最大化,必须在全社会实行医疗保障资源的“损有余补不足”。目前我们的制度现状是,城镇职工基本医疗保险制度保障水平较高且资金结存较多的同时,城乡居民基本医疗保险制度保障水平相对不足,城镇职工家庭和全社会都存在“有余和不足并存”的问题。无论是家庭还是社会,医疗保障福利最大化都没有实现。

第三,从社会政策的角度,家庭联保是契合发展趋势的正确选择。家庭是社会治理基础性的秩序单元。“社会政策只有建立在家庭功能及其需要之上才能为社会成员提供有效的帮助。”^①因为“家庭不仅是各种社会政策最终发生作用的地方,也是社会政策促进社会整体功能有效发挥的焦点,因而理当成为社会政策中最基本的政策客体或福利对象之一。只有强调家庭作为福利对象的整体性,才能真正支持和强化家庭在福利供给中的功能与责任,激活家庭的潜力并延续重视家庭的优秀传统。”^②正因为家庭在社会政策中占有重要地位,有学者甚至直接宣称“社会政策就是家庭政策”^③。“在‘找回家庭’的呼声中,很多西方的家庭政策已经明确以家庭整体为对象推行专门的计划与项目。”^④新中国成立以来 70 多年时间:前 30 多年,“个体的生存与生活受制于家庭,‘家庭’与‘单位’或‘公社’共同成为国家生活资源配置制度与个体生活需求之间的中介”^⑤;改革开放后,伴随着剧烈的社会变迁和快速的人口转变,家庭在诸多社会政策中被剥离开来,其“制度安排”属性越来越淡薄,“关系体”属性越来越浓厚,这种变化既成就了社会政策的大发展,又给社会政策的新发展带来了挑战。正如民盟中央在 2020 年的提案中指出的:“目前我国家庭福利政策重点放在了问题家庭与那些失去家庭依托的边缘弱势群体,而且生育保险、养老保险、医疗保险等对家庭功能进行补充的社会保障政策,也均以就业作为其准入门槛,且在家庭成员之间不得转移,因而无法为未就业或非正规就业的家庭成员提供有效的保障。”^⑥为此,他们提出了 5 个具体

① 张秀兰、徐月宾:《建构中国的发展型家庭政策》,《中国社会科学》2003 年第 6 期。

② 胡湛、彭希哲:《家庭变迁背景下的中国家庭政策》,《人口研究》2012 年第 2 期。

③ Kamerman, S. B. E., Kahn, A. J. E., “Family Policy: Government and Families in Fourteen Countries”, *Journal of Marriage and Family*, Vol. 41, No. 3, 1978.

④ 胡湛、彭希哲:《家庭变迁背景下的中国家庭政策》,《人口研究》2012 年第 2 期。

⑤ 彭希哲、胡湛:《当代中国家庭变迁与家庭政策重构》,《中国社会科学》2015 年第 12 期。

⑥ 民盟中央:《关于调整社会家庭政策,应对人口发展问题的提案》,网址: <https://www.tyxxnews.com/static/content/20lhxdslf/2020-05-15/792789664280092672.html>,最后访问日期:2022 年 12 月 31 日。

建议,其中第2条是“推行以家庭整体为单位的社会福利政策”。可以预见,以家庭为单位的政策将是我国经济社会转型中的一个必然选择,税收政策、社会保险政策将是重要突破口。

(三)正外部性:提高城镇化质量

从外部性上讲,实行城镇职工家庭联保有利于助推以人为核心的新型城镇化,提高城镇化的质量。2021年,我国常住人口城镇化率达到64.72%,但户籍人口城镇化率仅为46.7%,这意味着全国约有2.57亿的城镇常住人口没有城镇户口,其中既有就业人口,也有随迁的非就业人口。常住地和户籍地的分离,意味着这2.57亿人的经济权利、政治权利和社会权利保障都是不充分的,推进真正高质量的城镇化必须想办法予以解决。由于户籍制度改革牵一发而动全身,基于就业、居住证等条件的公共服务均等化、社会保障一体化改革,就是最好的突破口。实行城镇职工家庭联保,顺应了农村人口向城镇流动的总体形势,一方面可以直接提高随迁非就业家属的医疗保障水平,另一方面可以促进农村户籍的就业者本人自觉参加保障水平更高的城镇职工基本医疗保险制度,同时,这个举措对那些还留守在农村的家属有一定的“进城”拉动作用。综合而言,这对于以人为核心的新型城镇化,既是“质”的提升,也是“量”的促进。

(四)城镇职工家庭联保的主要内容

基于以上实践背景和理论支撑,虽然基本医疗保险已经基本实现人员全覆盖,但要进一步实现制度的高质量发展,必须系统、长远考虑,围绕根本性、关键性问题进行改革。我们主张的家庭联保,是在完全的社会保险制度下,城乡统筹而不是分割的、保障适度而不是不足的、走向全民统一而不是长期二元并存的、主要由家庭和社会而不是国家负责的,对现有制度进行帕累托改进的,超出家庭内部共济而上升到所有家庭共济的新的家庭联保。主要内容是:城镇职工基本医疗保险为联保制度,以城镇职工(主体参保人)及其同住家庭成员(联保家属)为保障范围,取消个人账户,筹资以主体参保人缴费为主,联保家属也适当缴费,全部筹资统一进入统筹基金,待遇上按三个目录报销医疗费用。城乡居民基本医疗保险以职工制度未覆盖的其他人群为保障范围,主要通过个人缴费和政府补贴筹资,个人缴费由定额制改为费率制,逐步降低财政补贴在总筹资中的占比,待遇上按三个目录报销医疗费用。改革机理是:通过城镇职工家庭联保,增加职工制度参保人、减少居民制度参保人,最大限度利用职工制度资金提高职工家庭抗风险能力,同时实现居民制度人均筹资水平较快增长,到21世纪中叶二元制度自然融为一体,满足平衡且充分的双重目标。改革中,农村户籍的城镇就业人员参加职工制度并带动家属参保,在提高保障水平的同时能促进人的城镇化。另外,随着财政补贴占主要筹资责任的居民制度参保人数减少,财政压力可逐步缓解。

三、家庭联保的典型经验

他山之石,可以攻玉。我国基本医疗保险制度要实现高质量发展,不仅要根植国情深入探索,也要环顾全球借鉴先进经验。主要基于德国经验,目前全球实行社会医疗保险模式的国家和地区,绝大部分都采用了以家庭为单元的参保模式,其中就包括我国台湾地区和近邻日本、韩国。本文以联保人员是否缴费为标准,选择最具代表性的德国和我国台湾地区进行介绍。

(一) 联保人员无须缴费的德国模式

以家庭为单元参保是德国法定医疗保险最主要的特征之一。即使在私人医疗保险中，新生儿在一定条件下也可短期联保于父母一方的私人医疗保险。法定医疗保险起始于工薪阶层的医疗保障，1883 年以后，工人家庭成员的医疗保障先后经历了“非正式的自愿性家庭救济”（1883—1910）、“正式的自愿性家庭救济”（1911—1929）、“强制性的家庭救济”（1930—1988）、“强制性的家庭联保”（1989—至今）四个发展时期。19 世纪末开始，有实力的疾病基金为吸引更多职工参保，自愿为职工的女性家属提供产妇津贴等少量救助；1911 年，《帝国保险法》颁布，首次以法律形式规定法定医疗保险可提供自愿性家庭救济；1930 年，在强制家庭救济制度下，所有主要受抚养人被纳入家庭联保范围，享受疾病津贴、产妇补助和死亡补助等待遇；1989 年，《社会法典》第五部《法定医疗保险》正式确定法定医疗保险以家庭为单元参保，家庭联保成员不需缴纳保费即可享受与被保险人相同的医疗待遇。经过一百多年的发展，家庭联保已被德国人认为是法定医疗保险理所当然的内容。目前，家庭联保的成员范围从过去以婚姻和血缘为基础扩展到新的社会关系，包括义务参保人的婚姻伴侣、合法登记的民事伴侣、亲生子女、继子女、养子女、子女的配偶、子女的下一代等。家庭联保的限制条件也从过去以工作和收入情况为基础扩展到综合考虑居住地、工作、收入、年龄和赡养情况等。^① 以家庭为单位参保使德国法定医保不可逆地走向了全民覆盖。德国联邦卫生部的数据显示，2020 年，有 7 327.41 万人参加了法定医疗保险，其中无须缴费的家庭联保成员为 1 609.47 万人（此即每一个参保职工供养 0.28 个联保家属），强制保险限额为年收入 62 550 欧元，基本费率为 14.6%，额外费率平均约 1.1%。

表 1 德国法定医疗保险参保人员构成情况（2018—2020 年）（年平均）

参保人类型	2018 年	2019 年	2020 年	2018 年	2019 年	2020 年
	人数(万人)	人数(万人)	人数(万人)	百分比	百分比	百分比
①总参保人(④+⑤+⑥)	7278.14	7305.26	7327.41	100%	100%	100%
②在职的强制参保缴费人员	3366.37	3393.16	3420.02	46.25%	46.45%	46.67%
③在职的自愿参保缴费人员	609.32	608.43	603.63	8.37%	8.33%	8.24%
④在职的缴费人员合计(②+③)	3975.69	4001.59	4023.65	54.63%	54.78%	54.91%
⑤退休参保缴费人员	1684.17	1688.23	1694.30	23.14%	23.11%	23.12%
在职参保人员的联保家属	1538.31	1538.80	1535.81	21.14%	21.06%	20.96%
退休参保人员的联保家属	79.97	76.63	73.66	1.10%	1.05%	1.01%
⑥家庭保险参保人员	1618.28	1615.44	1609.47	22.23%	22.11%	21.97%
⑦在职和退休的缴费人员合计(④+⑤)	5659.86	5689.82	5717.95	77.77%	77.89%	78.03%

资料来源：作者根据德国联邦卫生部公开数据整理得到。

(二) 联保人员需要缴费的台湾模式

1965 年，台湾地区颁布《民事主义现阶段社会政策》，提出“公保、军保之疾病，应逐步扩及其配偶与直系亲属”，家庭联保走上历史舞台。1977 年世界卫生组织提出“2000 年人人享有卫生保健”的全球战略目标，台湾地区积极回应并提出未来实施全民健康保险制度，旧健保制度在 80 年代得以迅速发展，在此期间公保、劳保和农保三大体系初步建成，覆盖范围首次实质性扩大到被

① 陈晨、黄万丁：《德国法定医疗保险的成功经验及启示——基于参保机制视角》，《社会保障研究》2022 年第 2 期。

保险人的眷属,每位眷属由被保险人缴费参保。此后,在职和退休公务人员、私立学校教职员及退休教职员眷属疾病保险也相继建立。到 90 年代初,台湾地区已建立起公保、劳保和农保三大体系,共计 13 种社会医疗保险(不含军人保险)的旧健保制度。然而,彼时仍有超过 40% 的人口无任何医疗保险,且基本是无工作者和“一老一小”人群。随着 1994 年最终修订版的《全民健康保险法》公布,台湾地区将 13 种并行的旧制度整合为统一制度,并采取家庭联保的方式将被保险人的“一老一小”人群及无工作的眷属纳入保障范围,“家庭的”参保方式才最终促成了覆盖全民的第一代全民健保制度完全建立。2013 年开始实施的二代健保沿用了一代健保对保险对象(被保险人及其眷属)的规定,联保眷属的范围规定为被保险人的配偶、直系血亲尊亲属、二亲等内直系血亲卑亲属,涵盖了配偶、子女、父母、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女等,对联保眷属最重要的限制条件除婚姻、血缘外,仍是无职业,此外还有年龄、居住地、法定关系等其他限制条件。对于原来是被保险人的退休人员及其联保眷属,在被保险人退休后参加二代健保的规定情况有二:一是,有可依附的被保险人,则退休人员及其原联保眷属优先作为该被保险人的联保眷属加入制度,需缴纳的保费由该被保险人承担;二是,无可依附的被保险人,则以第 6 类保险对象向当地乡公所等单位投保,并缴纳本人及联保眷属保费。对于领取失业给付或职业训练生活津贴的失业被保险人及其眷属,由台湾地区健康保险局按月补助参加全民健保自付部分的保险费。

表 2 台湾地区健保制度保险对象分类及其投保单位(2020 年)

类别	保险对象		投保单位
	被保险人	眷属	
第 1 类	公务人员、志愿役军人、公职人员 私校教职员 公民营事业、机构等有一定雇主的受雇者 雇主、自营业主、专门职业及技术人员自行执业者	被保险人配偶,且无职业者 被保险人直系血亲尊亲属,且无职业 被保险人二亲等内直系血亲卑亲属未成年且无职业,或成年无谋生能力或仍在学就读且无职业者的	所有机关、学校、公司、团体或个人
第 2 类	职业工会会员、外雇船员	同第 1 类眷属	所属的工会、船长公会、海员总工会
第 3 类	农、渔民、水利会会员	同第 1 类眷属	农会、渔会
第 4 类	义务役军人、军校军费生、受抚恤的遗眷	无	台湾地区“国防部”指定的单位
	替代役役男	无	台湾地区内政部指定的单位
	矫正机关受刑人	无	台湾地区法务部及“国防部”指定的单位
第 5 类	符合社会救助法规定的低收入户家庭成员	无	户籍地的乡(镇、市、区)公所
第 6 类	荣民、荣民遗眷家户代表	同第 1 类眷属	户籍地的乡(镇、市、区)公所
	一般家户户长或家户代表	同第 1 类眷属	

注:①各类眷属及第 6 类被保险人均为无职业者。②第四类矫正机关受刑人于 2013 年 1 月 1 日起参加全民健保。③荣誉国民,简称“荣民”,是指符合特定服役条件的退除役官兵。在现今台湾地区,多指曾参与抗日战争或内战后迁台的外省籍退伍军人。

资料来源:台湾地区卫生福利部中央健康保险署,《全民健康保险年报(2021—2022 年)》。

在台湾地区的全民健保中,各缴费主体(被保险人、投保单位、政府)为保险对象(被保险人及其联保眷属)缴纳一般保费时,通常需要经过以下流程:一是明确被保险人类型,确定联保眷属

范围及人数。二是根据被保险人类别确定缴费主体及负担比率。三是明确被保险人保费核定基础，是以薪资为准还是定额保费，若是以薪资为准需查询“投保金额分级表”。四是带入不同的保费计算公式，得出各缴费主体需缴纳的一般保费。值得强调的是，为减轻多人口家庭负担，目前保费计算中的最大眷属数已从 1995 年规定的 5 人改为 3 人(1999 年至今)。自 2021 年 1 月开始，二代健保制度的一般保险费率为 5.17%，补充保费费率为 2.11%。

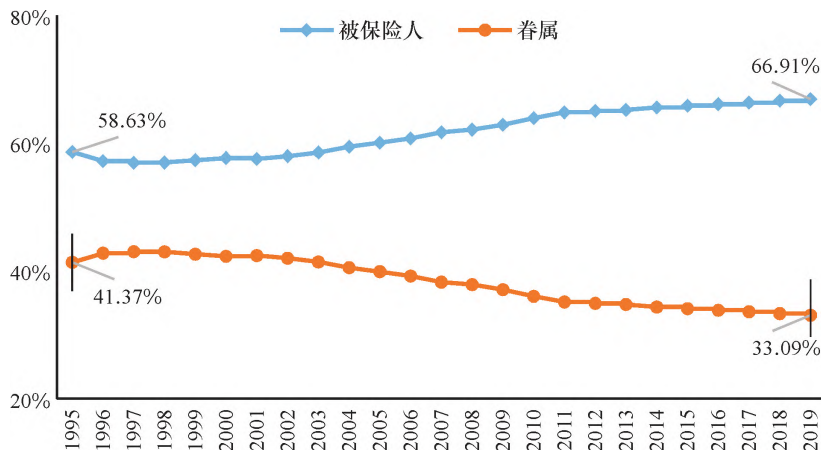


图 1 1995—2019 年保险对象人数的构成占比：被保险人和眷属 (%)

资料来源：作者根据台湾地区卫生福利部中央健康保险署公布的《全民健康保险年报(2021—2022 年)》绘制。

四、家庭联保的核心问题

(一) 如何确定“联保家属”

理想情况下，城镇就业人口全部参加职工制度，和参保退休职工一起作为主体参保人，其他城镇人口作为联保家属参加职工制度。如果未能实现城镇就业人口全部参加职工制度，则联保家属就只包括参保就业人口和参保退休职工对应的那部分人群。从实然的角度，我国现行政策规定参保退休职工不用缴费，因此我们在起点上将参保退休职工设为无联保家属的主体参保人。我们假设城镇人口为 A，城镇就业人口为 B，城镇就业人口中参加了职工制度的人口为 C，城镇人口中的参保退休职工为 D，则联保家属为：

$$(A - B - D) * (C/B)$$

其中，C/B 就是就业人口参保职工制度的参保率。以 2020 年为例，根据《中国统计年鉴 2021》，2020 年城镇人口为 90 220 万人，城镇就业人口为 46 271 万人，二者的比例为 1.95，此即一个就业人口共负担 1.95 人。根据《中国医疗保障统计年鉴 2021》，2020 年，参保职工制度的在职人员为 25 428.8 万人，退休职工为 9 026.3 万人。则改革模式下，2020 年的联保家属为： $(90\,220 - 46\,271 - 9\,026.3) * (25\,428.8 / 46\,271) = 19\,192.2$ 万人。其中， $25\,428.8 / 46\,271 = 54.96\%$ 是就业人口参保职工制度的参保率。参保职工(包括在职和退休)和联保家属的比例为： $(25\,428.8 + 9\,026.3) : 19\,192.2 = 1.8 : 1$ ，此即每个参保职工负担 0.56 个联保家属，虽然这个负担系数远高于德国目前 0.28 左右的水平，也高于我国台湾地区目前 0.5 左右的水平，但从历史上看，德国和我国台湾地区的历史数据也曾经远高于现行水平，比如台湾地区在 1995 年为 0.71，1997 年高达

0.76, 到2003年还在0.7之上, 但此后持续下降, 到2019年已经只有0.49。在生育率下降等因素作用下, 预计我们联保制度中的负担系数也会逐步下降。

(二) 改革后制度的财务状况

现有模式下, 2020年职工制度的人均基金收入(基金总收入/参保总人数)为4 565.95元, 居民制度的人均基金收入为896.48元。如果以2020年为改革元年, 联保家属保持原居民制度下的筹资水平(由此改革模式下的财政总负担和现有模式一样), 则改革模式下的职工制度的人均基金收入为: $4\,565.95 \times (1.8/2.8) + 896.48 \times (1/2.8) = 3\,255.42$ 元。与之对比, 2020年城镇职工基本医疗保险参保人员人均医疗费用(医疗总费用/参保总人数)为3 876.64元, 人均基金支出(基金总支出/参保总人数)为3 734.43元, 改革模式下的人均基金收入为现行人均医疗费用的83.98%, 为现行人均基金支出的87.17%。如果以基金收支平衡为目标, 则存在12.83%的缺口, 对于此部分缺口, 以下几个方面的考虑很重要。

第一, 理论上, 联保家属的人均医疗费用、人均基金支出会低于职工人均水平。2020年城乡居民基本医疗保险参保人员人均医疗费用为1 384.80元, 人均基金支出为803.04元。通过改革进入职工制度后, 人均医疗费用、人均基金支出肯定会提高, 但由于疾病发生率、就诊率、次均费用存在差异, 大概率不会达到3 876.64元和3 734.43元的水平。根据“保险因子”的相关研究, 医疗费用随补偿比例变化不会如此剧烈。此外, 现行职工制度人均医疗费用、人均基金支出中有一部分是由于家属的医疗需求产生的, 比如个人账户支出中有相当比例是用于家属的。

第二, 实践上, 改革方案中的筹资制度改革可以一定程度上弥补这个缺口。比如退休职工缴费, 如果9 026.3万退休职工以2020年全国企业退休人员月人均养老金(低于全体离退休人员的平均养老金)2 850元来确定缴费基数, 当费率为3%(月均缴费85.5元)时, 总筹资额可增加926.1亿元[$9\,026.3 \text{ 万} \times (2\,850 \text{ 元/人/月} \times 12 \times 3\%) = 926.1 \text{ 亿元}$], 联保制度的人均基金收入可增加172.63元达到3 428.05元, 为现行人均基金支出的91.8%。当费率为4.5%(月均缴费128.25元)时, 总筹资额可增加1 389.15亿元, 人均基金收入可达到3 514.37元, 为现行人均基金支出的94.11%。虽然根据前文假设, 在退休职工缴费的情形下, 联保家属数量也会发生变化, 但缴费多少才可以将退休职工视为一般情况的主体参保人却是可以讨论的, 最低, 我们认为4.5%及以下的费率是不够的。

以上基于2020年数据的计算表明, 即使是在最大联保范围的情况下, 改革模式下的职工制度距离基金收支平衡并不很远, 同时能保持待遇水平不变。

第三, 如果缩小联保家属的范围, 则制度财务状况的改善空间可以迅速扩大。2020年, 城镇职工基本养老保险制度中的退休职工为12 762.3万人, 城镇职工基本医疗保险制度中的退休职工为9 026.3万人, 二者相差3 736万人。这部分人群或是享受公费医疗, 或是参保城乡居民基本医疗保险制度, 但无论如何都是拥有退休职工养老金的, 而且基本都是城镇常住人口(后文假设全部都是)。如果将此部分人群从联保人群中剔除(其医疗保障问题按原途径解决), 则改革模式下, 2020年联保家属的人口规模为: $(90\,220 - 46\,271 - 9\,026.3 - 3\,736) \times (25\,428.8/46\,271) = 17\,139.04$ 万人。参保职工(包括在职和退休)和联保家属的比例为: $(25\,428.8 \text{ 万人} + 9\,026.3 \text{ 万人}) / 17\,139.04 \text{ 万人} = 2.01$ 。在退休职工不缴费的情况下, 职工制度的人均基金收入为: $4\,565.95 \times (2.01/3.01) + 896.48 \times (1/3.01) = 3\,346.86$ 元。如果再结合9 026.3万退休职工以2 850元来确定缴费基数、以3%的费率缴费, 则联保制度的人均基金收入可达到3 526.35元, 为现行人均基金支

出的 94.43%。如果费率达到 4.5%，则人均基金收入可达到现行人均基金支出的 96.83%。

更进一步，如果联保家属的范围因统筹地区而异，能力大的多联保，能力小的少联保，比如，优先联保子女，再到配偶，最后到父母等等，则制度财务状况的改善更容易实现。

（三）改革后的二元向一体渐进融合发展

自 2013 年^①第一次系统论述对城镇职工实行家庭联保进而促进整个基本医疗保险体系优化发展的改革建议以来，我们持续论证这条改革道路下“二元向一体渐进融合发展”的可能性，在 2017 年^②、2019 年^③、2021 年^④都进行了数据测算，多次测算显示：现行模式下职工制度和居民制度人均筹资水平的差距会越来越大。但在家庭联保改革模式下，二者人均筹资水平的差距会越来越小，2050 年左右会趋于统一。在 2021 年的数据测算中，我们提出，为保证制度的财务可持续，一要开源，二要节流。研究得出：“当退休职工以养老金为费基、以 4.5% 的费率缴费参保，同时提高在职职工费基工资比例到新口径（以全口径城镇单位就业人员平均工资为分母）下的 100%，则改革模式下，从 2021 年到 2050 年，联保制度人均筹资水平可以提高的幅度不断增加，从 15.47% 一直上升到 22.04%。”同时，通过研究提高结存资金投资收益的效果，得出：“以 2001 年至 2019 年全国社保基金年均投资收益率 8.14% 计算 2020 年底职工制度和居民制度两个基金合计超过 3 万亿元累计结存的收益，则在改革模式下，2021 年联保制度的人均筹资水平可以再提高 10.62%。”

（四）改革后的财政负担

近年来，城乡居民基本医疗保险制度中财政补贴占总筹资的比重高达七成左右，给财政带来了较大压力。实行家庭联保为财政减压提供了更大可能：首先，居民制度的参保人会减少。我们在 2021 年的测算表明：“改革模式下居民制度的参保人数会大幅小于现行模式下的规模，其中 2025 年现行模式下为 10.27 亿人，但在改革模式下为 8.17 亿人；2035 年现行模式下为 8.89 亿人，但在改革模式下为 6.36 亿人。”如果配套以居民制度筹资改革（定额制改为费率制，同时降低财政补贴占比），则财政压力会得到较大缓解。其次，联保制度中来自联保家属的筹资可以低于居民制度下的水平，而且其筹资中财政补贴占比也可以低于居民制度下的水平，上文以 2020 年数据为例的计算都是以相等为前提的。至于这种设计导致的筹资差额，运用以上所列举的包括做实在职职工缴费基数、让退休职工缴费、提高结存基金投资收益以及缩小联保范围等手段，是可以对冲的。

五、总结与思考

从更好管理医疗费用风险、最大效率利用医疗保险基金出发，契合社会政策的“家庭化”发展趋势和全民统一的基本医疗保险制度发展方向，我们提出并论述了城镇职工家庭联保的政策主张和学术观点，在一揽子的改革方案中，“强制参保、属地参保、家庭联保、缴费参保”是相互关联、

① 李珍：《重构医疗保险体系 提高医保覆盖率及保障水平》，《卫生经济研究》2013 年第 6 期。

② 李珍、黄万丁：《全民基本医保一体化的实现路径分析——基于筹资水平的视角》，《经济社会体制比较》2017 年第 6 期。

③ 李珍等：《国家医疗保障局重大项目“2050 年医疗保障战略目标与‘十四五’重点任务研究”报告》（非公开成果），2019 年。

④ 李珍等：《世界银行贷款“现代财政制度与国家治理”技援项目下“基本医疗保险参保机制研究”子项目报告》（非公开成果），2021 年。

密不可分的机制设计,要实现基本医疗保险在新时代的高质量发展,必须全面发力、协同推进。^①基于本文详细论述的家庭联保的内容,我们提出改革建议如下:

第一,坚持社会医疗保险模式及其公平观,彻底取消个人账户。名正言顺则权责明晰,权责明晰才能各循其道和各得其所。既然个人账户既不公平,也无效率,我们就必须在个人账户升级为家庭账户的基础上,再进一步,彻底取消个人账户,实现全面的社会统筹,只保留统筹基金,所有人依法按三个目录报销医疗费用。第二,在明晰原则的基础上审慎地逐步扩大联保人群范围。在德国和我国台湾地区的实践中,联保人群范围是逐步扩大的,保障的水平也是逐步提高的。我们主张确定联保人群范围的原则是:以儿童优先为基础、横向依附优先于纵向依附、向上依附优先于向下依附、邻代依附优先于跨代依附。基于此,具体的先后顺序是:儿童年龄段子女、配偶、其他年龄段子女、父母、(外)孙子女、(外)祖父母、其他。各地可以根据实际情况,特别是基于就业人员的参保情况,尽力而为、量力而行,在精算的基础上合理确定联保人群范围。第三,在困难人群缴费豁免的基础上,坚持“凡参保必缴费”。基于权利义务关联的社会保险运行规律,也基于我国“将长期处于社会主义初级阶段”的基本国情。首先,联保制度中的退休职工必须缴费^②,可以采取基本养老保险基金直接划拨的形式。其次,联保制度中的联保家属适当缴费,可以根据主体参保人的就业形态、收入水平以及需要联保的家属数量合理确定缴费水平。再次,完善居民制度的筹资机制。个人缴费由定额制改为费率制,引导个人缴费水平稳步提高,逐步降低财政补贴在筹资中的比重。第四,严格控制联保制度费用增长,保证制度可持续发展。在对参保筹资做出重大调整的同时,通过完善三个目录动态调整机制、推进医保支付方式改革,全面做好“节流”工作。另外,以家庭联保引导分级诊疗,进一步完善“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度,约束参保人就医行为。

家庭联保是一个系统工程,在医保体系内需要其他参保缴费、待遇保障机制的协同,在医保体系外需要加强多部门合作,需要完善信息系统,只有内外同向发力才有机会促成改革的落地生效。本文围绕家庭联保的核心议题,分析论证了实行这种改革的必要性、可行性和能带来的明显效益。由此出发,我们希望以家庭联保牵引基本医疗保险体系的改革,进而示范引领新时代的高质量社会政策。

作者贡献度说明:李珍,提出研究思路和文章框架,修改论文;陈晨,撰写论文第三、五部分,参与撰写第四部分;黄万丁,撰写论文第一、二部分,参与撰写第四部分。

① 李珍:《基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径》,《暨南学报》(哲学社会科学版)2022年第11期。

② 2020年底,我们在全省平均养老金水平和全国平均水平相近的Y省提取社会保险经办系统数据,显示:该省企业退休人员月人均养老金在2000元以下的占比为15.4%,在1000元以下的占比仅为0.55%。这种分布说明绝大部分退休人员都有适当缴费的能力,如果该省以1000元为是否免除缴费义务的分界线,则免除人数极少,对制度筹资影响不大。

Abstract

Re-Familization: The Inevitable Choice of Basic Medical Insurance Reform

LI Zhen, CHEN Chen, HUANG Wanding

Abstract: The family is the most basic economic and social unit of human society and is the income, consumption, and welfare community of family members. Emphasizing the integrity of the family is the inevitable choice of social policy. The adoption of unified family insurance for social health insurance is not only theoretically supported by risk management theory, Marginal Utility theory, and family policy theory, but also has successful experience, such as the German model and Taiwan model of China in practice. The long-term “De-familization” reform of China’s basic medical insurance has brought many problems. Although the current reform that individual accounts can be used for family co-payment has some progressive significance, it can only be regarded as a quantitative reform to “get back the family”. To achieve the dialectical unity of solving short-term problems and reaching long-term goals, a systematic reform can be carried out by taking urban employees’ family joint insurance as a breakthrough. In this context, the article needs to discuss and address some core issues, such as “how to ensure the financial sustainability of China’s basic medical insurance system and how to identify and determine co-insured family members in a family insurance policy”, etc.

Key Words: China’s basic medical insurance; family insurance; progressive integration of the dual system into a unified system

责任编辑 邹雅嘉
责任校对 王治国