

· 社会保险 ·

医疗保障对健康平等的影响机制 和精准化改进路径

李亚青

【摘要】 新时代医疗保障迫切需要实现从“保疾病”到“保健康”、从“形式普惠”到“实质公平”的转变。因为健康不平等很大程度上源自与社会经济地位相关的医疗服务利用不平等，医疗保障应当能够通过一定途径影响健康平等程度。文章从理论上阐述了医疗保障影响健康平等的一般机制，对四项重要的、但普遍被忽略的机制（大病保险的“补缺”机制、医疗救助的“托底”机制、财政补贴的收入再分配机制和医疗保障城乡统筹推动机制）进行了分析，并对这些机制在改善健康平等方面存在的主要问题进行了探讨。文章提出，医疗保障各项目的定位不同，在解决弱势群体的健康不平等方面应当各有侧重。应当充分发挥不同机制的相对优势，从“弱者优先”的价值理念出发，以精准瞄准各类弱势群体为技术手段，以完善差异化的筹资与补偿机制为工作重点，加强信息共享以促进制度之间的紧密衔接，完善财政补贴机制以加快城乡统筹进程，才能更精准地促进健康平等并有效发挥整个制度的合力作用。

【关键词】 医疗保障；医疗救助；健康不平等；影响机制；弱势群体

一、问题的提出

随着新时代主要矛盾的转变，人民对美好生活的向往成为各项工作的重心。党的十九大报告提出，要实施健康中国战略，在发展中补齐民生短板，不断增强人民的获得感、幸福感和安全感。健康是人民美好生活的前提。没有全民健康，就没有全面小康。而要实现全民健康，关键是保障弱势群体的健康，促进健康公平。早在 2016 年，国务院颁布的《“健康中国 2030”规划纲要》提出要“大幅提高健康水平，显著改善健康公平”，到 2030 年“基本实现健康公平”，并提出要突出解决好“妇女儿童、老年人和残疾人”等弱势群体的健康问题。2019 年“新冠疫情”暴发以来，加快“将健康融入所有政策”，把人民健康放在优先发展的战略地位，完善各

【作者简介】 李亚青，广东财经大学金融学院副教授，粤港澳大湾区创新竞争力研究院兼职研究人员。主要研究方向：健康经济和医疗保障。

【基金项目】 国家社科基金年度项目“医疗保障制度对健康平等的精准化改进研究”（18BJY215）。

项政策以充分保障公民的健康权利日益成为全国上下的共识。

作为保障健康权利的基础性制度安排,中国以基本医疗保险、^①补充医疗保险(包括大病保险)和医疗救助为主体的医疗保障制度,在强有力的财政补贴激励下,短短二十余年迅速覆盖全体国民,逐渐形成世界上最大的医疗保障网。回顾医疗保障体系的建设历程,无论是基本医疗保险、还是大病保险或医疗救助,其制度初衷都是为了重点解决弱势群体的“看病难、看病贵”问题。例如,2003年推出新农合的目的就是为了“减轻农民因疾病带来的经济负担”,使全体农村居民都能“病有所医”;^②2012年大病保险在全国的实施,也是防止部分大病患者发生高额医疗费用后“因病致贫、因病返贫”。^③近年来,随着新时代民生需求的不断升级,医疗保障所处的内外部环境已经发生了深刻的变化,迫切需要重新审视医疗保障的作用。解决“看病难、看病贵”问题只是手段,医疗保障的最终目的应当是维护国民健康和缓解健康不平等。为此,中国医疗保障需要实现两个“转变”,才能更好地满足人民不断增长的健康保障需求。一是从“保疾病”到“保健康”的转变。“保疾病”是一种事后补救和“被动医疗”,“保健康”更强调事前作为和“主动预防”。这就需要加强对卫生预防及初级医疗服务的投入,从“病有所医”转变为“健康管理”,将医疗保障从着眼于“病有所医”目标的“小医保”发展成为保障国民健康需求的“大医保”。^④二是从“形式普惠”到“实质公平”的转变。在世界第一人口大国基本实现“全民医保”,是一个伟大的成就。但是制度全覆盖只实现了“形式普惠”,尚未达到“实质公平”。医疗保障和健康作为国民的一项基本权益,应当与其职业、身份和地位等社会经济特征无关。然而,我们必须看到,虽然居民总体健康水平得到不断改善,医疗保障依然存在发展不平衡不充分的问题。^⑤社会弱势群体的医疗服务可及性和健康状况堪忧,健康不平等问题依然突出。这成为影响社会公平正义的重要因素。

从现有研究来看,尽管健康不平等及医疗保障对健康的影响已得到普遍关注,但对于医疗保障如何促进健康平等的研究,尚处于起步阶段。一是对于医疗保障影响健康平等的内在机制缺乏系统研究。中外学者普遍研究并肯定了医疗保障对医疗服务利用的促进机制,但未能关注这一机制在不同保障项目的差异,且相对忽略了其他机制。特别是中国医疗保障筹资高度依赖财政补贴和正在进行的城乡统筹改革这两大特征,对健康平等可能造成的重要影响。二是现有

① 中国现行基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险三大子项目,下文分别简称为“职工医保”、“新农合”和“居民医保”。

② 中央政府门户网站:《国务院办公厅转发卫生部等部门关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》(国办发〔2003〕3号)。

③ 《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》(国发〔2012〕11号)。

④ 申曙光:《新时期中国社会医疗保险体系的改革与发展》,《社会保障评论》2017年第2期。

⑤ 吕国营:《新时代中国医疗保障制度如何定型》,《社会保障评论》2020年第3期。

研究大多基于特定医疗保险项目, 缺乏对大病保险和医疗救助等其他保障项目及整个体系“合力”的考量。本文将站在整个医疗保障体系的高度, 紧密结合新时代特征和“健康中国”建设要求, 围绕医疗保障各项目及其发展的阶段性特征, 探索其影响健康平等的内在机制及存在的主要问题, 并尝试性提出精准化改进路径, 以保护弱势者的健康权利, 完善医疗保障体系和不断促进社会公平正义。

二、社会弱势群体、医疗服务利用和健康不平等

健康平等是健康公平的外在表现, 其要义是健康权利平等, 即个人健康状态不因社会经济地位的区别而存在可消除的差异。在国内外相关文献中, 健康平等通常从不平等的角度进行定义和衡量。如果个人健康状态与其教育、职业和收入等社会经济特征密切相关, 低收入者等处于弱势地位的群体健康状况更差, 就是健康不平等。^① 这就意味着, 要想改善整个社会的健康不平等状况, 关键是提升社会弱势群体的健康水平。

在主流文献中, 影响健康的因素众多。年龄、生活方式、医疗服务和个人收入等均可能影响健康水平。^② 尽管早期研究认为医疗服务利用对健康的影响可能还不如个人行为 and 生活方式等因素来得重要,^③ 但 Carlson 等经过研究和总结, 认为收入水平等社会经济因素仍占有主导地位。^④ 事实上, 国内外最常见、最受关注的健康不平等, 也是源自社会经济地位差异的不平等。^⑤

就健康不平等而言, 医疗服务利用对总体健康水平的影响程度可能有限, 但对于低收入等弱势群体的健康而言, 意义非常重大。不同社会经济地位的人之所以有着不同的健康状况, 最为关键的原因可能在于医疗服务利用差异。低收入者的医疗服务利用程度和水平直接受制于其收入水平。收入是影响居民医疗需求最重要的变量之一。^⑥ 收入增长不仅导致医疗需求的上涨和充分释放, 使居民更充分地利用医疗服务, 而且收入增长带来的财富积累效

① Chen Yuyu, Jin Zhe Ginger, "Does Health Insurance Coverage Lead to Better Health and Educational Outcomes? Evidence from Rural China," *Journal of Health Economics*, 2012, 31(1); Baeten Steef et al., "Rising Inequalities in Income and Health in China: Who is Left behind?" *Journal of Health Economics*, 2013, 32(6); 陈东、张郁杨:《与收入相关的健康不平等的动态变化与分解——以我国中老年群体为例》,《金融研究》2015年第12期。

② Michael Grossman, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, 1972, 80(2).

③ Fuchs R. Victor, "The Future of Health Economics," *Journal of Health Economics*, 2000, 19(2).

④ Carlson Per, "The European Health Divide: A Matter of Financial or Social Capital?" *Social Science & Medicine*, 2004, 59(9); 胡宏伟、刘国恩:《城镇居民医疗保险对国民健康的影响效应与机制》,《南方经济》2012年第10期。

⑤ Bommier Antoine, Stecklov Guy, "Defining Health Inequality: Why Rawls Succeeds where Social Welfare Theory Fails," *Journal of Health Economics*, 2002, 21(3).

⑥ Chou Win Lin, Wang Zijun, "Regional Inequality in China's Health Care Expenditures," *Health Economics*, 2009, 18(S2).

应会平滑收入波动对医疗需求造成的影响。^①例如,基于英国的研究发现,高收入的老年人会比贫困的老年人利用更多的专科治疗和牙医治疗;^②而智利的卫生系统之所以被认为是“亲富人”的,是因为富人能够付得起私人医疗服务。^③另一方面,医疗服务是人类保持和恢复健康必不可少的专业干预手段。国内外研究表明,医疗服务需求的收入弹性小于1。^④这表明医疗服务是必需品而非奢侈品。因为生命和健康之可贵,人类无论其社会经济地位如何,一旦患病或受伤时通常都离不开医疗服务。但这并不意味着不同收入阶层的医疗服务需求都能够得到满足。一些特别困难的群体,很可能因为经济原因而放弃就医或减少就医。因此,不同社会经济地位群体的医疗需求的收入弹性是不同的。社会经济地位较高的人更有优势选择昂贵和更高质量的医疗服务,他们很少担忧医疗费用对家庭财务的冲击,其医疗服务收入弹性通常也要更低。^⑤

因为社会经济状况差异拉大了不同群体在医疗服务利用方面的差距,导致产生“阶层式”的健康鸿沟,^⑥健康不平等实际上很大程度上源自医疗服务利用不平等。大量研究表明,与收入相关的医疗服务利用不平等在全球普遍存在,在英国、日本、印度和欧洲国家均存在着“亲富人”的医疗服务利用不平等。^⑦在国内,不同收入阶层之间的医疗服务利用不平等、^⑧城乡之间医疗服务利用不平等也被学者们所验证。^⑨而在国内外大量研究健康不平等的文献中,医疗服务可及性和利用状况也被认为是其中的关键影响因素或中介渠道。^⑩

综上所述,社会经济地位差异导致医疗服务利用不平等,高收入者等优势阶层可能会利用

- ① 叶明华:《医疗服务于农民:奢侈品还是必需品?——基于1990—2009年城乡医疗需求收入弹性比较研究》,《农业经济问题》2011年第6期。
- ② Allin Sara, et al., "Equity in Health Care Use among Older People in the UK: An Analysis of Panel Data," *Applied Economics*, 2011, 43(18).
- ③ Rotarou S. Elena, Sakellariou Dikaos, "Neoliberal Reforms in Health Systems and the Construction of Long-lasting Inequalities in Health Care: A Case Study from Chile," *Health Policy*, 2017, 121(5).
- ④ Costa-Font Joan et al., "Biases in the Healthcare Luxury Good Hypothesis?: A Meta-regression Analysis," *Journal of the Royal Statistical Society*, 2011, 174(1); 周坚、申曙光:《社会医疗保险政策对医疗服务需求影响效应的实证研究——基于广东省云浮市参保群体的分析》,《保险研究》2010年第3期;张颖熙:《医疗服务是必需品还是奢侈品?——基于中国城镇居民家庭医疗卫生支出弹性的实证研究》,《经济学动态》2015年第10期。
- ⑤ 叶明华:《医疗服务于农民:奢侈品还是必需品?——基于1990—2009年城乡医疗需求收入弹性比较研究》,《农业经济问题》2011年第6期;周坚、申曙光:《社会医疗保险政策对医疗服务需求影响效应的实证研究——基于广东省云浮市参保群体的分析》,《保险研究》2010年第3期。
- ⑥ 胡宏伟、刘国恩:《城镇居民医疗保险对国民健康的影响效应与机制》,《南方经济》2012年第10期。
- ⑦ Allin Sara, et al., "Equity in Health Care Use among Older People in the UK: An Analysis of Panel Data," *Applied Economics*, 2011, 43(18); Watanabe Ryo, Hashimoto Hideki, "Horizontal Inequity in Healthcare Access under the Universal Coverage in Japan: 1986-2007," *Social Science & Medicine*, 2012, 75(8); Carrieri Vincenzo, Wuebker Ansgar, "Assessing Inequalities in Preventive Care Use in Europe," *Health Policy*, 2013, 113(3); Channon, et al., "Inpatient Care of the Elderly in Brazil and India: Assessing Social Inequalities," *Social Science & Medicine*, 2012, 75(12).
- ⑧ 解诤:《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》,《经济研究》2009年第2期。
- ⑨ 马超等:《补偿原则下的城乡医疗服务利用机会不平等》,《经济学(季刊)》2017年第4期。
- ⑩ Atun Rifat, et al., "Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity," *The Lancet*, 2013, 382(9886); 姚瑶等:《医疗保险、户籍制度与医疗服务利用——基于CHARLS数据的实证分析》,《保险研究》2014年第6期。

分配优势占有更多的医疗保障资源,^①是最终导致健康不平等的重要原因。因此,要想解决整个社会的健康不平等问题,关键是要从制度设计上重点保障弱势群体的医疗服务可及性和医疗服务利用。

三、医疗保障对健康平等的影响机制

作为保障国民健康权利的“安全网”,中国医疗保障的宗旨就是确保人人都能享有基本医疗服务。而医疗保障已经被证明是医疗服务可及性最显著的影响因素之一。^②通过合理的制度设计,医疗保障应当可以促进社会弱势群体的医疗服务利用和缩小群体之间的健康差异。通过改善弱势群体的健康状况,医疗保障制度就能对健康平等程度起到重要影响。目前,已有不少研究发现,医疗保险有利于改善弱势群体的健康状况和缓解健康不平等。^③但是,医疗保障及其各项目是如何影响健康平等的?目前尚缺乏系统研究。中国医疗保障包含基本医疗保险、大病保险和医疗救助等不同项目,各项目定位有差异,却协同配合,形成保障合力,在“保基本”的同时影响着国民健康平等状况。因此,我们既要从总体上分析医疗保障影响健康平等的一般机制,也要区别不同的保障项目分析其特有机制。

(一) 医疗保障影响健康平等的一般机制

1. 医疗保险的风险共济机制

作为核心制度的基本医疗保险是一种社会医疗保险,互助共济是其天然属性。通过强制或“零门槛”参保并实行相对均等化的筹资与待遇政策,医疗保险为低收入群体提供了一种疾病风险集体抵御机制:参保人无论收入高低,只要患病就医就可以在既定待遇政策下获得补偿,实际上是将富人和健康群体的一部分收入向穷人和患病群体转移。这不同群体之间的风险共济机制提升了弱势群体应对健康风险冲击的能力,有效缓解贫困导致的医疗服务利用和健康不平等。国外研究表明,医疗保险能够不同程度地减少贫困或降低陷入贫困的概率;^④在国内,新

① 丁少群、苏瑞珍:《中国农村医疗保险体系减贫效应的实现路径及政策效果研究——基于收入再分配实现机制视角》,《保险研究》2019年第10期。

② Wagstaff Adam, et al., "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Co-operative Medical Scheme," *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1); Kim Sujin, Kwon Soonman, "Has the National Health Insurance Improved the Inequality in the Use of Tertiary-care Hospitals in Korea?" *Health Policy*, 2014, 118(3).

③ 潘杰等:《医疗保险促进健康吗?——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析》,《经济研究》2013年第4期; E.M. Brinda, et al., "Socio-economic Inequalities in Health and Health Service Use among Older Adults in India: Results from the WHO Study on Global AGEing and Adult Health Survey," *Public Health*, 2016, 141.

④ Sepehri Ardeshtir, et al., "Does Non-profit Health Insurance Reduce Financial Burden? Evidence from the Vietnam Living Standards Survey Panel," *Health Economics*, 2006, 15(6); Abdul Hamid Syed, et al., "Can Micro Health Insurance Reduce Poverty? Evidence from Bangladesh," *Journal of Risk and Insurance*, 2011, 78(1).

农合能够缓解“因病致贫”也得到了普遍验证。^①

2. 医疗服务价格机制

因为医疗保障降低了未来医疗服务利用时所面临的成本，能够缓解医疗费用支出可能对生活造成的冲击，从而对低收入群体的消费倾向、心理状况和健康行为等都将造成影响。参保人有可能因此降低预防性储蓄，相应增加其他方面的消费（包括食品等），^②从而可能通过改善生活水平而改善生理健康状况。同时，医疗保障增强了参保人安全预期，缓解了疾病风险带来的经济负担忧虑，从而也能够改善心理健康水平。^③例如，新农合的实施，大幅降低了农村居民大病救治的医疗成本，极大缓解了农民的因病返贫的恐惧感。^④

3. 医疗服务利用促进机制

风险共济机制和价格机制通过促进医疗服务利用来影响居民健康及健康平等程度。低收入群体的健康状况更差，一个重要原因是医疗服务可及性较低，在患病时缺乏足够的经济能力获得应有的治疗。而医疗保障有利于低收入者等弱势群体的医疗服务利用，^⑤降低他们“有病不医”和“小病拖成大病”的概率，从而有利于减少健康不平等程度。^⑥一些基于中国和泰国的研究也表明，全民医保的实施显著增加了农村居民和穷人的医疗服务利用。^⑦

（二）大病保险的“补缺”机制

2012年8月，国务院六部委联合发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（以下简称《指导意见》），开始在全国推广大病保险制度。作为基本医疗保险的补充，大病保险基金主要来源于医保基金的直接划拨，以力争避免城乡居民发生家庭灾难性卫生支出为目标，对大病患者产生的高额医疗费用在基本医疗保险报销之后提供“二次补偿”。2015年8月，国务院《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》提出建立起比较完善的大病保险制度，与医疗救助等制度紧密衔接，以“筑牢全民基本医疗保障网底”，大病保险开始在超过10亿人的城乡居民中全面实施。

① 齐良书、李子奈：《与收入相关的健康和医疗服务利用流动性》，《经济研究》2011年第9期；吴本健：《新型农村合作医疗制度对贫困缓解的作用》，《社会保障评论》2018年第2期。

② Bai Chong-En, Wu Binzheng, "Health Insurance and Consumption: Evidence from China's New Cooperative Medical Scheme," *Journal of Comparative Economics*, 2014, 42(2); 马双等：《新型农村合作医疗保险对农村居民食物消费的影响分析》，《经济学（季刊）》2010年第1期。

③ 郑适等：《“新农合”改善农村居民的身心健康了吗？——来自苏鲁皖豫四省的经验证据》，《中国软科学》2017年第1期。

④ 单春艳：《合作医疗患者与自费患者大手术前心理状况分析及干预》，《中国实用医药》2008年第5期。

⑤ Atun Rifat, et al., "Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity," *The Lancet*, 2013, 382(9886); 姚瑶等：《医疗保险、户籍制度与医疗服务利用——基于CHARLS数据的实证分析》，《保险研究》2014年第6期。

⑥ Finkelstein Amy, "The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year," *The Quarterly Journal of Economics*, 2012, 127(3).

⑦ 姚瑶等：《医疗保险、户籍制度与医疗服务利用——基于CHARLS数据的实证分析》，《保险研究》2014年第6期；Yiengprugsawan Vasoontara, et al., "Has Universal Health Insurance Reduced Socioeconomic Inequalities in Urban and Rural Health Service Use in Thailand," *Health & Place*, 2010, 16(5).

从制度定位看,基本医疗保险是“普惠”的,目的是使人人都能够享有基本医疗服务;而大病保险是“补缺”的,旨在为少数患大病群体提供进一步的风险保障。根据现行制度,能够获得医保报销的费用必须在“三大目录”以内,且还要受到起付线、共付比例和封顶线等的限制。这就导致一些群体(特别是低收入群体)在发生高额医疗费用并获得医保报销之后,依然可能因为无法承担自付费用而陷入经济困境,甚至因病致贫、因病返贫。通过大病保险的“补缺”机制,可以进一步降低这部分“脆弱”群体的费用负担,保障他们的合理就医权利不因经济约束而受到过大的影响。

(三) 医疗救助的“托底”机制

因为基本医疗保险体系各项目均不同程度地强调个人缴费义务,对于低保对象和特困人员等极端弱势群体而言,依然因为无力支付保费而被阻挡在制度的门槛之外,从而影响了制度体系的公平性。为此,中国于2003年、2005年先后在农村和城市建立医疗救助制度,旨在通过财政转移支付的方式保障城乡低保、特困供养和低收入人群等困难群体的基本健康权利,并明显向落后地区倾斜。2020年中央财政下达275亿元的医疗救助资金有90%投向中西部地区。^①根据现行制度,医疗救助包括“一次救助”,即资助困难群体参加医疗保险;也包括“二次救助”,即对困难群体在医保报销后依然难以承担的自付医疗费用提供直接补偿。可见,医疗救助的实质是确保社会弱势群体的底线公平,让那些缺乏缴费能力的底层民众也有机会加入整个社会的医疗保障网并享受基本医疗服务。因此,医疗救助是对社会最弱势者提供的“托底保障”,是国家医疗保障体系的“最后防线”。^②

作为“托底”保障,医疗救助既保障了困难群体参保机会公平,也确保他们在获得基本医保“初次补偿”和大病保险的“二次补偿”之后,不至于因无法承担自付医疗费用而陷入困境。^③保障了最底层群体的医疗服务利用,才能改善他们的健康水平,才能提升整个社会的健康平等程度。

(四) 医疗保险财政补贴的收入再分配机制

在整个基本医疗保险体系中,职工医保实行单位和个人共同缴费,政府通常不提供财政补贴。而对于覆盖城乡非就业居民的新农合和居民医保,政府在试点之初就实施了高达80%比例的保费补贴政策,对于两大制度的快速推广起到了关键作用。目前享受财政补贴的城乡居民已经超过10亿人口。根据现有补贴制度,每年由中央相关部门出台文件公布指导性标准,且

① 《国家医保局:2020年,居民医保人均财政补助标准达到550元以上》,腾讯网:<https://new.qq.com/omn/20201120/20201120A0D07H00.html>,2020年11月20日。

② 梁士坤:《健康保障托底:医疗救助制度建设的地方实践及未来展望》,《中国卫生政策研究》2017年第3期。

③ 2017年2月民政部等6部门发布的《关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》指出要拓展重特大疾病医疗救助对象范围,对经大病保险报销后仍有困难的低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口和低收入重度残疾人等困难群众(含低收入老年人、未成年人、重病患者)实施重特大疾病医疗救助,积极探索做好因病致贫家庭重病患者救助工作。

从 2011 年开始,明确区分西、中、东部地区从高到低规定差异化的标准。各个省(自治区、直辖市)地方政府在中央财政补贴的基础上,根据自身情况再确定具体的“配套”补贴方案,补贴标准也通常会不同程度向落后地区倾斜。

医保财政补贴的本质就是一种财政转移支付机制。根据国际经验,对公共医疗服务等关系国计民生的领域进行补助具有收入分配效应,能够有效缓解贫困和不公平。^①在现有制度下,政府对支付能力较强的城镇职工不提供补贴,只对城乡居民提供补贴;各级政府的补贴标准也要考虑区域差异,越是困难地区补贴越多。这种差异化的转移支付同时也是一种收入再分配,对于城乡低收入群体和落后的农村地区意义特别重大。正是有了财政的大力介入,才能在这些群体和地区迅速实现医疗保险“从无到有”的根本性转变。而有了医疗保险,弱势群体的医疗服务利用和抗疾病风险能力都会得到改善,健康权利相应有了更好的保障。

(五) 医疗保障城乡统筹推动机制

在“先试点、再推广”的发展路径下,中国医疗保障率先建立职工医保以覆盖支付能力较强的城镇就业群体,随后通过财政大力资助的方式鼓励支付能力较弱的城乡非就业居民参加新农合和居民医保。因为医疗保障的建立是基本社会身份的分野,体现出一种法团主义的“福利分层”,表现出部分特殊群体享受高保障水平的医疗服务,而职工、城镇居民与农民的医保待遇却存在着递减的差异。^②因此,2016 年 1 月,国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,推动各地新农合和居民医保“二保合一”。目前全国各地基本实现了这一目标,建立起相对统一的城乡居民医保制度。尽管如此,除了少数发达地区之外,绝大多数统筹地区依然处于职工医保和城乡居民医保“二元分立”的状态。

城乡统筹是打破城乡制度分割现状,实现职工医保、新农合和居民医保等主干制度在内容、服务、管理等方面的协同配合,并逐步缩小城乡制度差异和保障水平差异,最终建立起相对统一的医保制度框架。通过对“碎片化”制度进行整合,城乡统筹从制度层面缩小地区之间和人群之间的保障水平差距,是一种基于试点经验基础上的“二次顶层设计”。在城乡相对统一的制度框架下,不同户籍、不同身份的人能够平等地享有相近水平的医疗保障,有利于改善弱势群体的医疗服务利用和健康状况,从而缓解城乡之间的健康不平等程度。研究也表明,城乡统筹有利于推动收入向农村居民的再分配,^③促进居民的医服务利用,缓解城乡居民医疗在健康

① Spadaro Amedeo, "Evaluating the Redistributive Impact of Public Health Expenditure Using an Insurance Value Approach," *The European Journal of Health Economics*, 2013, 14(5).

② 岳经纶等:《福利分层:社会政策视野下的中国收入不平等》,《社会科学研究》2020 年第 1 期。

③ 李佳佳等:《统筹城乡医疗保障制度的福利分配效应——来自江苏省的实地调查数据》,《经济与管理研究》2013 年第 3 期。

上的机会不平等。^①因此,城乡统筹是中国推动健康平等、缓解“福利分层”的一种不可忽视的机制。

四、医疗保障体系存在的主要问题

(一) 医疗保险均等化设计不利于结果公平

从促进社会公平的价值取向出发,医疗保险应当重点提升低收入人群就医的财务可及性,^②才能确保实现“人人享有基本医疗服务”的目标。然而,中国基本医疗保险在筹资和补偿方面过于“均等化”的制度设计,虽然确保了全体参保人的受益机会均等,但是并不一定保证健康结果公平。由于低收入群体的健康状况更差,医疗保障的“均等化”补偿机制反而造成低收入群体的受益劣势,从而加剧健康的不平等程度。^③甚至有研究指出是医疗保险的不平等扩大了农村未成年人的健康不平等程度。^④另有研究也发现新农合尽管改善了参保人整体的健康状况,但是加剧了不同收入未成年人群体间的健康不平等,且随着时间推移影响程度在上升。^⑤

如果医保制度设计不合理,使高收入者利用其优势地位获得更多的医保补偿,就有可能通过“逆向再分配”加大健康不平等程度。低收入群体在患病时往往面临经济约束,哪怕是门诊自付费用对他们也可能是很高的经济负担;在住院费用报销时面临的起付线、共付比例等政策,也很可能令他们担忧自付费用过高而放弃就医。而高收入人群受经济约束较少,通常有条件选择更多更高质量的医疗服务,从而更多地从医保补偿中受益。^⑥有研究发现,高收入群体相对利用了更多的医疗服务是导致健康不平等的重要原因,而医疗保险补偿政策进一步放大了这种效应。^⑦例如,新农合的实施显著提高了高收入农民(而非中低收入者)的健康水平,从而加剧了农村居民健康的不平等。^⑧

① 马超等:《医保统筹模式对城乡居民医疗服务利用和健康实质公平的影响——基于机会平等理论的分析》,《公共管理学报》2017年第2期;马超等:《医保统筹对医疗服务公平利用的政策效果研究》,《中国人口科学》2016年第1期。

② Pan Jay, et al., "Health Insurance and Health Status: Exploring the Causal Effect From a Policy Intervention," *Health Economics*, 2015, 25(11).

③ 周钦等:《均等下的不公——城镇居民基本医保受益公平性的理论与实证研究》,《经济研究》2016年第6期。

④ 顾和军、刘云平:《中国农村儿童健康不平等及其影响因素研究——基于CHNS数据的经验研究》,《南方人口》2012年第1期。

⑤ 彭晓博、王天宇:《社会医疗保险缓解了未成年人健康不平等吗?》,《中国工业经济》2017年第2期。

⑥ 李佳佳等:《统筹城乡医疗保障制度的福利分配效应——来自江苏省的实地调查数据》,《经济与管理研究》2013年第3期。

⑦ 彭晓博、王天宇:《社会医疗保险缓解了未成年人健康不平等吗?》,《中国工业经济》2017年第2期。

⑧ 李湘君等:《新型农村合作医疗对农民就医行为及健康的影响——基于不同收入层次的分析》,《世界经济文汇》2012年第3期。

（二）大病保险“补缺”性不足而“普惠性”有余

大病保险的制度初衷，是为疾病风险的“脆弱人群”提供基本医疗保险之外的“补缺”机制，使他们在发生高额医疗费用时不至于陷入灾难性支出泥潭。但是，因为制度设计未能对困难群体和低收入群体进行明确区分，制度“补缺”性不足而“普惠性”有余。根据现有规定，“高额医疗费用”的发生与否是大病保险补偿的前提。但怎样才算是“高额”？不同收入群体的标准显然是不一样的。但根据《指导意见》，各地普遍采用个人年度累计负担的合规医疗费用是否超过当地人均收入水平作为统一的“门槛”，而未能充分考虑不同收入水平群体的抗疾病风险能力差异，这无疑不利于弱势群体受益。

因为高收入群体有可能利用其优势地位享受更多更高质量的医疗服务，^① 在实践中有可能出现中高收入群体受益更多的情况。^② 另一方面，不“合规”医疗费用的上涨有可能抵消“二次补偿”的效果。大病保险只能针对“合规”医疗费用进行报销，不合规的部分是需要患者自费的。不少地区仅仅以基本医保目录范围为依据确定“合规”标准。而在大病治疗实践中，用药和诊疗往往会突破“合规”范围，^③ 且不合规部分特别是自费药品占比往往随着医疗费用增长而提高。^④ 这就导致报销金额和个人自费同步增长，直接影响了大病补偿效果。基于北京部分区县的问卷调查研究发现，尽管大病保险补偿使灾难性支出发生率有所下降，但是患者的疾病经济负担仍然较重；基于广东的研究发现，大病保险虽然显著提高了老年人和低收入群体的医疗服务利用和补偿水平，但是并未能够有效降低其自付费用和自费负担。^⑤ 对此，有研究指出，如果只考虑政策范围内的医疗费用，大病保险效果明显；但如果考虑全部医疗费用，这一制度的效果则是有限的。^⑥

（三）医疗救助未能有效发挥“托底”作用

当前，医疗救助已经覆盖城乡低保、特困供养、建档立卡贫困人口和低收入重度残疾人等困难群众。^⑦ 救助范围也从单一的住院救助扩展到门诊救助和重特大疾病。但是，总体来看，医疗救助因为筹资来源单一（主要依赖各级财政补助），筹资水平不高，导致救助比例偏低。尽管《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》明确规定了不低于70%的个人自付

① Rotarou S. Elena, Sakellariou Dikaio, "Neoliberal Reforms in Health Systems and the Construction of Long-lasting Inequalities in Health Care: A Case Study from Chile," *Health Policy*, 2017, 121(5).

② 李亚青、罗耀：《大病保险是否改善了医疗弱势群体的保障状况——以老年人和低收入群体为例》，《广东财经大学学报》2020年第10期。

③ 孙志刚：《实施大病保险是减轻人民就医负担的关键》，《行政管理改革》2012年第12期。

④ 张霄艳等：《大病保险保障范围现状及思考》，《中国医疗保险》2016年第5期。

⑤ 李亚青、罗耀：《大病保险是否改善了医疗弱势群体的保障状况——以老年人和低收入群体为例》，《广东财经大学学报》2020年第10期。

⑥ Zhao Shengwen, et al., "Effect of the Catastrophic Medical Insurance on Household Catastrophic Health Expenditure: Evidence from China," *Gaceta Sanitaria*, 2020, 34(4).

⑦ 2018年，医疗保障局《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》文件指出2020年医疗救助对农村贫困人口的覆盖率要达到100%。

住院医疗费用救助比例,但是因为现行制度与基本医疗保险一样规定了起付线、救助比例和封顶线,且适用病种和用药目录范围较窄,导致一些困难群众被阻拦在受益大门之外;部分困难群众即便获得了救助,其自费医疗负担依然很重。^①同时,医疗救助缺乏应有的累进性。^②相当一部分群体若出现重大疾病或突发事件,依然可能导致“因病致贫”、“因病返贫”现象,甚至陷入极度贫困状态。另外还存在申请手续繁琐、实行“事后救助”需要患者先垫付医药费用等弊端,^③上述问题的存在,直接影响了医疗救助“托底”保障功能的充分发挥。

(四) 财政补贴机制不完善影响了“二次分配”效果

作为二次分配性质的公共财政支出,医保财政补贴的目的就是促进社会公平。如果财政补贴真正实现了有利于弱势群体的收入再分配,就能够起到促进医疗服务利用公平的作用,从而提高整个社会的健康平等程度。当前财政补贴政策虽然初步体现了“差异化”设计,但是,中央补贴标准仅仅依据东、中、西部进行划分依然是“一刀切”式的,未能充分考虑中国地区发展不平衡的状况。另一方面,财政补贴责任的政府间划分也存在“一刀切”现象。按照现行制度,通常由各个省(直辖市、自治区)在中央财政补贴标准的基础上,按特定分担比例提供配套补贴;^④省级及以下各级地方政府之间的责任分摊,由各个省(直辖市、自治区)行使“自由裁量权”,规定各自的省、市、县级财政分摊比例或额度。^⑤这种“一刀切”式的责任划分,没有与下级财政支持能力相联系,也没有考虑各地在人口结构、居民收入和医疗消费水平等方面的差异因素,容易导致地方政府之间的利益博弈和“苦乐不均”。补贴标准也未能补充契合各地真实的补贴需求,从而在一定程度上影响了“二次分配”效果。

五、医疗保障对健康平等的精准化改进路径

(一) 总体思路和改革路径

在完成“外延式”扩张之后,新时代医疗保障步入了更加注重健康结果的“内涵式”高质量发展阶段。高质量的医疗保障应当尽可能帮助社会弱势群体解决“看病贵”问题和保障其基本的健康权利。^⑥正如罗尔斯的社会正义论强调应为社会底层争取平等权利,以“最大

① 梁土坤:《健康保障托底:医疗救助制度建设的地方实践及未来展望》,《中国卫生政策研究》2017年第3期。

② 任志江、苏瑞珍:《农村医疗保障制度反贫困的传导机理、当前困境与对策创新》,《理论探索》2019年第1期。

③ 成海军:《当前我国医疗救助中的重点和难点问题研究》,《学习与实践》2015年第8期。

④ 对于中央和地方政府之间的补贴责任分摊比例在不同阶段有所不同。从2003年新农合开始试点至2010年,中央和地方财政按照1:1比例分摊补贴责任;2011年—2013年,中央承担的补贴责任大于地方;2014年以来,地方政府承担的补贴责任大于中央。详见李亚青、许秋淑:《医保财政补贴的政府间责任分摊问题初探》,《中国卫生政策研究》2015年第12期。

⑤ 李亚青等:《中国基本医疗保险财政补贴制度:现状、问题与对策》,《中国卫生政策研究》2015年第6期。

⑥ 何文炯:《中国社会保障:从快速扩展到高质量发展》,《中国人口科学》2019年第1期。

限度地改善社会最弱势者的境遇”，只要弱势群体的健康水平得到改善，整个社会的健康不平等状况就会得到改观。这不仅是体现“实质公平”的关键环节，也是促进健康平等的重要突破口。

因此，医疗保障要实现对健康平等的精准化改进，应当遵循的改革路径是：从“弱者优先”的价值理念出发，深入挖掘和充分发挥不同机制在解决对应弱势群体的健康平等问题的相对优势，以精准瞄准低保人员、特困供养人员、低收入家庭的残疾人和老年人等弱势群体为技术手段，以完善差异化的筹资与补偿机制为工作重点，加强信息共享以促进制度之间的紧密衔接，完善财政补贴机制以加快城乡统筹进程，并采取有效措施促进各项机制的协同配合以发挥整个制度“合力”作用。

（二）医疗保障各项目的分工协作

医疗保障体系是一个有机的整体，各项目的定位和分工应当清晰，才能确保整个体系的运行效率。从制度设计来看，医疗保障各项目的定位不同，在解决弱势群体的健康不平等方面应当各有侧重（图1）。其中，作为核心制度的医疗保险覆盖全民，是分散疾病风险最基本的保障项目。医疗保险通过其特有的风险共济和价格机制促进绝大多数国民的医疗服务利用。因为低收入群体和老年慢性病患者通常健康状况更差，医疗保险应当精准瞄准这些群体，通过倾向性的制度设计来增进他们的健康水平。

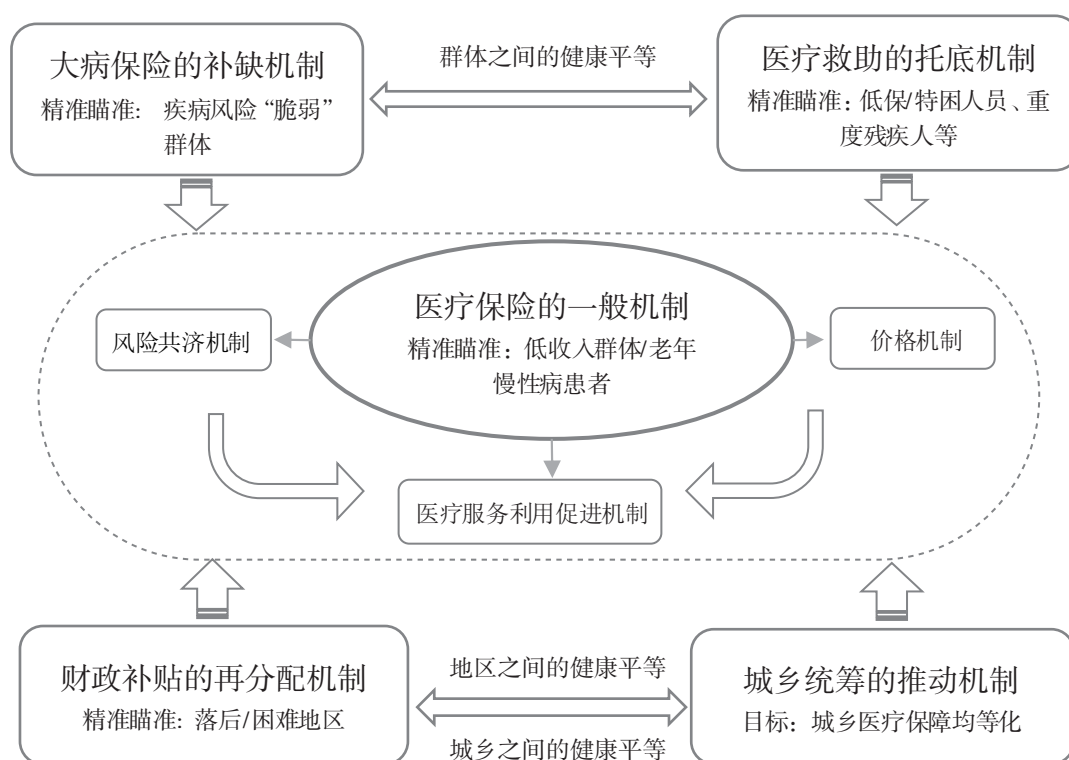


图1 医疗保障各项目及其分工协作关系

大病保险以力争避免陷入灾难性支出为目标,旨在分散城乡居民的高额医疗费用风险,实质上是针对因病致贫或因病返贫者的“靶向治疗”机制。因此,要进一步明确大病保险定位,尽快将受益资格从“高额医疗费用”标准转向“脆弱性”标准。换言之,大病保险应当精准瞄准那些在面临疾病冲击时容易陷入灾难性支出的“脆弱人群”。这就需要区分不同收入阶层,研究和明确“脆弱性”界定问题。通常来看,无收入来源者和低收入家庭抵御疾病风险能力弱,哪怕小病也可能陷入家庭财务困境,他们是典型的“脆弱人群”。但不可忽视的是,部分群体虽然收入水平不低,也可能因为患大病而陷入灾难性支出困境,他们也应当是大病保险重点关注的“脆弱人群”。医疗救助作为托底保障,需要精准瞄准的是处于社会最底层、连生存状况都堪忧的困难民众,包括城乡低保人员、特困人员、低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等。政府通过医疗救助,不仅让他们也能够加入基本医疗保险和大病保险共同筑就的保障网,还要消除他们在享受医保报销后无力承担自付医疗费用的担忧,从而确保社会最弱势者也能享有基本医疗卫生服务。大病保险和医疗救助两大制度紧密配合,可重点解决不同群体之间的健康不平等问题。

政府为城乡居民医保提供财政补贴,本身也是一种参保激励机制,应当精准瞄准落后地区和困难地区实行倾斜性的政策照顾,才能更好地发挥收入再分配效应,增强地区之间的健康平等程度。而医疗保障的城乡统筹通过对城乡基本医疗保险、大病保险和医疗救助等项目的整合和一体化进程,将直接缩小城乡医疗保障差距,促进城乡医疗保障均等化和城乡之间的健康平等。

(三) 医疗保障促进健康平等的关键举措

1. 利用大数据技术加强对各类弱势群体的精准识别

一是要完善城乡居民收入和资产统计制度。利用大数据和现代信息技术,不断完善城乡居民收入和资产统计制度。一方面可提高医保缴费基数的真实性,改善基金征缴状况和促进筹资公平;另一方面可增强不同收入群体划分的合理性,有利于在各项制度改革中实现对真正困难群体的精准瞄准。二是要明确对疾病风险“脆弱人群”的界定标准并以此作为大病保险的受益前提。既然大病保险以力争避免居民发生灾难性支出为目标,在确定受益资格时应当以发生灾难性卫生支出的可能性或疾病风险“脆弱”性为主要标准,并充分考虑不同收入阶层居民在抵抗疾病风险方面的能力差异。但是《指导意见》却采取了“一刀切”式的“高额医疗费用”标准,即个人年度累计自行负担的合规医疗费用要超过当地人均年收入水平。这显然对低收入者是过高的受益门槛。如果不加以改革,势必影响大病保险的“补缺”功能。三是要加强对医疗救助对象的精准识别。根据最新规定,医疗救助

对象主要包括低保、特困和贫困人口、低收入群体和因病致贫家庭重病患者。^①目前,对低保和特困供养人员界定非常明确,贫困人口也有建档立卡登记,但对于低收入群体和因病致贫家庭重病患者这两类群体还缺乏清晰界定,^②有待在收入统计和疾病风险“脆弱”性标准明确的基础上进行完善。

2. 基于“弱者优先”理念完善差异化筹资与补偿机制

统筹考虑基本医疗保险、大病保险和医疗救助等各保障项目,进一步强化“差异化原则”,精准瞄准弱势群体并实行倾向性的筹资与补偿制度,包括建立完善与支付能力相挂钩的医保筹资机制,让高收入者承担更多的缴费义务,以促进筹资公平;分收入等级设立更加差异化的起付线、报销比例和封顶线,降低低收入群体的受益门槛和适当提升其保障水平,以增强补偿和救助的累进性;对无生活来源的特别困难群体考虑实行共付机制的减免,或考虑取消起付线、封顶线,甚至尝试实行“自付费用封顶”制度。在医疗救助环节,进一步强化“二次救助”的兜底保障机制。只有在精准识别弱势群体的前提下对其实行更加差异化的“倾向照顾”,才能更好地保障底层民众的健康权利,更有效地缓解健康不平等程度。

3. 以信息共享为前提加强医疗保障各制度之间的衔接

医疗保障各制度之间有效衔接,才能发挥整个体系的合力作用。而信息共享是重要的技术前提。要以统筹地区为单位成立统一的医疗保障信息管理系统,推动民政部、医保局等相关政府部门与保险机构和医疗服务机构三方信息系统的对接,实现医疗保险、大病保险和医疗救助各项业务的协同和信息共享。在此基础上完善医疗费用“一站式”结算机制,既可以避免垫付资金给极端困难群体造成的压力,也能尽可能避免制度漏洞,从根本上把握制度体系对底层弱势群体的保障效果。特别是要通过医疗救助与大病保险的无缝衔接,精准识别医疗救助对象和疾病风险“脆弱人群”,并建立动态管理机制,以此加强对特困群体和因病致贫家庭重病患者的重点保障,不断增强大病保险的“补缺”性和更充分地发挥好医疗救助“托底”作用。

4. 以完善财政补贴机制为手段加快医保城乡统筹进程

在城乡“二元”社会经济体制下,医疗保障的城乡差距依然非常明显。与此同时,不同地区之间的发展不平衡、不充分问题短期内不会消失。各地医疗保障的城乡统筹发展过程,也是各级政府通过财政力量,推动乡村和落后地区筹资与保障水平向城镇及发达地区靠拢的过程。可见,医保财政补贴是运用国家财政力量推动医疗保障城乡统筹发展的关键举措,对于缓解城乡之间和地区之间的健康不平等意义重大。财政补贴政策实施 17 年来,全国绝大多数地区都

① 2015 年 4 月国务院办公厅《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》;2017 年 2 月民政部等 6 部门《关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》。

② 朱铭来、胡祁:《中国医疗救助的对象认定与资金需求测算》,《社会保障评论》2019 年第 3 期。

维持着“政府为主、个人为辅”的筹资机制，从而使全国10亿以上人口所享有的城乡居民医保具有明显的福利化色彩。^①未来应在继续强化财政责任的同时，加强对补贴标准的科学测算和动态调整，使补贴标准进一步与地方财政能力和居民支付能力相联系。通过建立更加差异化的、向困难或落后地区倾斜的长效化的财政补贴机制，更快地推动城乡统筹和医疗保障均等化进程，才能从根本上改善城乡之间的健康不平等状况。

The Impact Mechanism of Health Protection on Health Equity and Its Targeted Improvement

Li Yaqing

(School of Finance, Guangdong University of Finance and Economics; Research Institute of Innovation Competitiveness of Guangdong, Hong Kong and Macao Bay Area, Guangzhou 510320, China)

Abstract: In the new era, China's health protection system urgently needs to change from "protection against illness" to "ensuring good health", and from "universal coverage" to "substantive fairness". Health inequity stems largely from the inequity of health care utilization related to socioeconomic status, so health protection systems should be capable of impacting health equity. The paper explains in theory the general mechanisms through which the health protection system influence health equity, and analyzes four important types of mechanisms and their major problems in improving health equality. This paper holds that different health protection programs should have their own focus on addressing health inequalities among vulnerable groups because of their different functions. In order to promote health equality and gain policy synergies, it's necessary to strengthen the idea of "giving priority to vulnerable groups" and give full play to the comparative advantages of different mechanisms, accurately target all kinds of vulnerable groups, improve the differentiated financing and compensation rules, strengthen information sharing to support linkages between schemes, and improve government subsidy policies to accelerate urban-rural integration.

Key words: health protection; medical assistance; health inequity; impact mechanism; vulnerable groups

(责任编辑:仇雨临)

^① 高秋明等:《城乡医保并轨与财政投入:基于已整合城市的分析》,《中国财政》2016年第5期。