

# 论社会医疗保险公平是实现健康公平的前提条件

李 珍 史健群

**摘要:**健康公平是世界卫生组织一贯坚持的理念,也是“健康中国”建设的要求。在解释健康中国战略和总结社会医疗保险发展的一般规律后,社会医疗保险更应该强调其社会公平性。社会医疗保险制度的目标应该从分散医疗费用风险转变为追求健康公平,这就要求医保基金功能在分散医疗费用风险的基础上叠加引导卫生资源公平配置。社会医疗保险公平是实现健康公平的前提条件,其内涵包括参保人个体维度和区域维度的公平性,只有实现了个体维度的三环节公平(参保公平、缴费公平和待遇公平)和区域维度的两板块公平(健康风险分担公平和卫生资源配置公平),才能实现医疗服务利用公平,进而实现健康公平。各公平之间相互联系、相互影响,在实践中应注重改革的整体协同性。我国应建立统一高效的医疗保障体系,用最少的健康投入实现最大的健康产出,在资源有限的条件下助力健康公平。

**关键词:**社会医疗保险;社会公平理论;负担公平;待遇公平;卫生资源配置公平;健康公平

**DOI:** 10.19836/j.cnki.37-1100/c.2026.02.009

## 一、引言

世界卫生组织(World Health Organization, WHO)提出全民健康覆盖(Universal Health Coverage, UHC)的目标是确保所有人都能获得所需的基本医疗卫生服务,且不会因支付费用而面临经济困难,意即无论贫富人人可享受健康公平。所谓健康公平,是指消除由社会原因造成的不合理的健康差异。可以看出,实现全民健康覆盖有两大关键要素:一是“服务可获得性”,确保居民不因地理区域等非需要因素被排除在基本医疗卫生服务之外,即要求建立公平可及的医疗卫生服务体系;二是“经济可及性”,避免个体或家庭在获取医疗卫生服务时因支付医疗卫生费用陷入贫困,即要求建立公平负担的医疗保障体系。在WHO的语境中,健康是指身体、心理和社会适应的完好状态,全民健康是目标,卫生服务体系和医疗保障是工具性制度。作为WHO的成员国,中国始终坚持以人为本的发展理念,构建了世界上最大的医疗卫生服务体系和医疗保障体系,用实际行动促进健康公平可及。早在2016年,中共中央、国务院就印发《“健康中国2030”规划纲要》,强调要以公平公正作为重要原则之一推进健康中国建设,到2030年“基本实现健康公平”<sup>①</sup>。

社会医疗保险是保障全民健康覆盖“经济可及性”的基础性制度安排,其公平性始终是党和政府深化医疗保障制度改革的重要导向,对实现全体人民健康公平具有决定性意义。2020年,《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称5号文)对社会医疗保险的参保、缴费和待遇三个环节分别作出了要求<sup>②</sup>。一是在参保环节依法覆盖全民;二是在缴费环节探索缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩;三是在待遇环节完善公平适度的待遇保障机制,合理控制贫困群众

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

**作者简介:**李珍,武汉大学政治与公共管理学院教授,中国人民大学健康保障研究中心主任,博士生导师(武汉 430072; lizhen1113@vip.sina.com);史健群(通讯作者),中国人民大学公共管理学院博士研究生(北京 100872; shijianqun@ruc.edu.cn)。

① 《“健康中国2030”规划纲要》, [https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content\\_5124174.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm), 访问日期:2024年11月5日。

② 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》, [https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content\\_5487407.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm), 访问日期:2024年11月5日。

政策范围内自付费用比例。2021年,国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》(以下简称36号文),将“建设公平医保”确定为首要发展目标<sup>①</sup>。

在学术界,有关社会医疗保险的公平性问题同样受到研究者的热切关注,相关文献也日益丰富。现有研究认为,我国社会医疗保险存在“亲富人”的逆向再分配特征,并且这一结论在不同的数据以及医保类型的检验中都是一致且稳健的<sup>②</sup>,但深入且系统的关于实现医保公平的理论探讨较为缺乏。近年来,有研究讨论了社会医疗保险的参保环节和缴费环节的公平性及其实现,但缺乏待遇环节如何实现公平的探讨,还缺乏宏观视角下如何平衡区域间差异以促进公平的讨论,更缺乏社会医疗保险如何实现医疗服务利用公平,进而促进健康公平的系统理论解释。对于参保环节,笔者基于政策变迁的视角深入剖析了现行参保机制下的问题,并提出强制参保、各参其保等配套解决措施<sup>③</sup>;对于缴费环节,笔者提出要推动居民医保个人筹资机制从定额制到费率制转变,并论证了其解决现行筹资不公平、不充分等问题的可行性<sup>④</sup>。之后的研究大多建立在此基础之上,例如,在参保环节上,有学者介绍了德国<sup>⑤</sup>、日本<sup>⑥</sup>和韩国<sup>⑦</sup>的国际案例;也有学者着重探讨了我国灵活就业人员的漏保问题<sup>⑧</sup>。在筹资环节上,有学者基于微观调查数据测算了费率制对财政补贴和核查成本的影响<sup>⑨</sup>,也有学者从居民医保个人筹资政策形成的动因及影响出发提出费率制的改革思路<sup>⑩</sup>。对现行政策及已有文献进行梳理后发现,社会医疗保险公平性问题已受到学术界和实务界的重视,但仍需以发展的眼光对社会医疗保险公平性的内涵、公平性的实现以及社会医疗保险与健康公平的关系进行全新的、系统的理论阐释。健康中国战略目标要求对社会医疗保险功能与目标进行重新定义。

在总结经济发达体社会医疗保险发展的一般规律后,根据我国医保高质量发展的展望,本文重新定位了社会医疗保险的本质特征,探讨了社会医疗保险的新功能及目标转变。就其特征而言,社会医疗保险的强制性不再是区别于商业医疗保险的独特标签,“社会性”才是其本质特征;就其功能而言,社会医疗保险基金的收支不仅要发挥参保人收入再分配和分散医疗费用风险的功能,而且应该并已经扩展了引导卫生资源公平配置的新功能;就其制度目标而言,社会医疗保险不仅在于分散医疗费用风险,更要致力于追求健康公平。社会医疗保险公平是健康公平的前提条件,由于社会医疗保险具有在待遇端保障服务利用的特征,公平医保不仅需要考虑个体公平负担的问题,还要考虑区域间的资源分配问题。因此,为促进健康公平,社会医疗保险应实现个体和区域两个维度的公平。其中,个体维度的公平包括参保公平、缴费公平和待遇公平三环节;区域维度的公平包括健康风险分担公平和卫生资源配置公平两板块。这既可以拓展社会医疗保险公平和健康公平研究的理论深度,也可以为建立公平医保、促进健康公平提供实践指导。

① 《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》, [https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-09/29/content\\_5639967.htm](https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-09/29/content_5639967.htm), 访问日期:2024年11月5日。

② 解巫:《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;周钦、田森、潘杰:《均等下的不公——城镇居民基本医疗保险受益公平性的理论与实证研究》,《经济研究》2016年第6期;金双华、于洁、田人合:《中国基本医疗保险制度促进受益公平吗?——基于中国家庭金融调查的实证分析》,《经济学》(季刊)2020年第4期。

③ 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。

④ 李珍、张楚:《论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革》,《中国卫生政策研究》2021年第7期。

⑤ 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。

⑥ 蒋浩琛、李珍:《从参保机制看日本医疗保险制度的经验与教训》,《社会保障研究》2021年第5期。

⑦ 李珍、蒋浩琛:《参保机制视域下韩国国民健康保险制度嬗变及其借鉴》,《社会保障评论》2021年第1期。

⑧ 何文、申曙光:《灵活就业人员医疗保险参与及受益归属——基于逆向选择和正向分配效应的双重检验》,《财贸经济》2020年第3期。

⑨ 王超群、史健群、李亚青:《城乡居民医疗保险差别定额缴费对财政补助的影响——基于2019年CHFS数据的模拟》,《财政研究》2022年第11期。

⑩ 郑功成、谭琳子:《居民医保个人筹资政策:缘起、困境与优化》,《中国农村经济》2024年第3期。

## 二、重新认识社会医疗保险的本质特征、功能及目标

2016年提出的健康中国战略要求2030年“基本实现健康公平”,但时至今日仍然没有针对社会医疗保险制度与健康公平关系的深入讨论。传统的社会医疗保险理论主要基于风险管理理论,其基本逻辑是为预防灾难性医疗费用支出风险,因而需要保险工具分散风险;商业医疗保险是自愿性的,需要政府干预因信息不对称而造成的市场失灵,而社会医疗保险具有强制性和社会性特点,既可克服商业保险市场失灵,又可通过其社会性实现收入再分配。因此,社会医疗保险被视为具有收入再分配性质的医疗费用风险管理工具<sup>①</sup>。伴随着人口老龄化的到来,疾病谱由传染病、急性病转向以慢性非传染病为主,要实现健康中国战略目标,现有的社会医疗保险理论已不足以支撑实现以健康公平为目标的公共政策。如果将社会医疗保险制度放在国家意志——“最小的健康投入—最大的健康产出”框架下考察时,就会发现其功能与目标需要重新定义。

### (一)社会医疗保险的本质特征:从强调社会性、强制性到更加强调社会性

尽管表述可能略有不同,但多年来学界对社会医疗保险的定义是由国家通过立法强制实施,以社会互助共济为基础,通过参保人或者投保人缴纳保险费,建立医疗保险基金,对参保人的医疗服务费用进行补偿,以防止灾难性医疗费用支出风险的保险制度。可见,传统理论将“强制性”和“社会性”作为社会医疗保险的本质特征以区别于商业医疗保险;纵观各国医疗保险制度的发展,社会保险的社会性是其唯一的本质特征,所以这一性质更应得到加强。

强制参保是实现社会医疗保险参保公平、全民覆盖的有效手段,也是各国社会医疗保险制度建设的优先选项,替代型商业医疗保险也可能成为强制性保险。所谓替代型商业医疗保险,是指没有覆盖全民的社会医疗保险制度的国家,为了解决商业保险市场保险人的风险选择和投保人对保险公司的逆向选择等市场失灵问题,通过立法强制商业医疗保险替代社会医疗保险发挥全民覆盖作用的制度。1996年之前,各国的商业医疗保险均为自愿参保,强制参保的确是社会保险的特征,此后,替代型商业医疗保险也成为强制保险。在经济合作与发展组织(OECD)国家中,瑞士、美国及德国曾经没有实现社会医疗保险制度全民统一覆盖。瑞士只有商业医疗保险制度;美国的社会医疗保险制度只覆盖65岁以上的人口,其他人口由商业保险提供保护;德国实行双轨制,当收入低于一定水平时,必须参加社会保险(法定保险),约90%的人口参加了社会保险,而当收入高于一定水平时可自愿参加社会保险或购买商业保险。瑞士于1996年通过立法将自愿性商业保险改为强制性商业保险<sup>②</sup>;2007年,德国通过立法,规定未参加社会保险的高收入人群必须购买商业保险,以实现保险全民覆盖<sup>③</sup>;美国于2010年通过的《平价医疗法案》强制没有保险的人必须购买保险<sup>④</sup>且保险公司要为所有申请人提供保险<sup>⑤</sup>。这表明强制性已不再是社会医疗保险区别于商业医疗保险的独特标签。为什么商业医疗保险也开始进行强制化?其深层次的逻辑在于:自愿参保会导致逆向选择和风险选择等市场失灵问题,这为强制参保提供了理论依据。参保是待遇享受的前提,强制参保有助于在面临不确定性较高的疾病风险时,降低个人卫生支出占比与灾难性卫生支出发生概率。强制参保可以保障公民的“健康权”<sup>⑥</sup>,是最简单且有效推动全民健康覆盖的方式。从瑞

① 顾昕、惠文:《共同富裕视域下全民医保的再分配效应研究》,《财经问题研究》2022年第12期;李珍、赵青:《社会保障理论》第5版,北京:中国劳动社会保障出版社,2024年,第205页。

② 《瑞士联邦健康保险法》(KVG),<https://www.kvg.org/en/private-persons/compulsory-insurance/>,访问日期:2025年3月18日。

③ 《加强法定健康保险竞争法案》(GKV-WSG),[https://www.bundesgerichtshof.de/DE/Bibliothek/GesMat/WP16/G/gkv\\_wsg.html](https://www.bundesgerichtshof.de/DE/Bibliothek/GesMat/WP16/G/gkv_wsg.html),访问日期:2025年3月26日。

④ 2017年美国《减税和就业法案》规定,将联邦个人强制参保罚款自2019年起降至0美元,但强制参保的条款本身仍保留在法律中,当前加利福尼亚州和马萨诸塞州等部分州实施州级个人强制参保罚款。针对大型雇主强制提供保险的罚款条款持续有效。

⑤ 《患者保护与平价医疗法案》(ACA),<https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3590/text>,访问日期:2025年3月23日。

⑥ 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。

士、美国和德国的案例,我们可以重新认识商业医疗保险:第一,自愿参保不可能实现全民覆盖,为了达成社会政策的目标,政府可以通过立法改变商业医疗保险的参保属性;第二,商业医疗保险也被注入了一些社会性因素,尤其是美国的《平价医疗法案》对低收入人群参保给予了较大的政策支持;第三,通过强制商业保险纠正市场失灵效果可能有限,如美国直至2024年仍然有8%的人口没有被保险覆盖。值得一提的是,信息化的发展降低了保险方和被保险方的信息不对称,当前商业医疗保险为了扩大市场覆盖范围,在保单设计上开始允许“带病参保”,但是会设置特定除外责任条款以不保障既存疾病及其导致的并发症,也就是说,商业医疗保险从拒保患病群体转向了拒保患病群体的疾病部分,但仍无法解决风险选择问题。

社会性的主要内涵是社会公平性,是政府通过各种制度提供机会公平和规则公平,以达成某种程度的资源或者收入平等的目标或状态。具体到社会医疗保险中,社会公平是指社会医疗保险通过雇主雇员共同缴费进行劳资之间的再分配,以及通过均一费率和量能负担来进行参保人之间的再分配,进而达到促进医疗服务利用公平和健康公平的目的。此为社会保险与商业医疗保险的本质区别。社会医疗保险采用均一费率,当收入差距越大且费基的口径越宽时,再分配性质越强;而商业医疗保险基于精算费率,只具有同质风险分散功能<sup>①</sup>。同时,以德国和日本为典型的实施社会医疗保险制度的国家在缴费端和待遇端都实现了量能负担,缴费水平和自付费用负担与收入挂钩,使得弱势群体在制度中获益相对较多。虽然对替代型商业保险的改革使商业医疗保险具备了或多或少的社会医疗保险属性,但是,商业医疗保险的营利性决定了其社会公平性仍然非常有限。

社会医疗保险的社会公平包括参保人个体间的公平和区域间的公平,此处讨论的是参保人个体间的社会公平。与人口规模较小、发展水平较高的国家不同,在发展不平衡的人口大国,医疗保险制度会显现区域间的不平衡和不公平问题,因而讨论区域间的平衡与公平也是十分重要的。我国是发展中国家,经济发展不平衡,不同地区、不同人群之间收入差别较大,需同时强调参保人个体间的公平性以及区域间的公平性。本文第三部分将详细讨论社会医保公平性及健康公平的实现。

## (二)社会医疗保险基金的功能:从分散医疗费用风险到赋能卫生资源配置

医疗费用风险分散功能是社会医疗保险基金与生俱来的功能。医疗费用风险是指个体或家庭在接受医疗服务过程中,因疾病治疗产生的费用具有不确定性、突发性或高额性,可能导致经济负担超出自身承受能力的经济风险。大部分医疗需求是不可预测的,因此建立医疗费用风险分散机制以减少灾难性医疗费用支出或致贫性医疗费用支出的发生是至关重要的。在建制初期,社会医疗保险与商业健康保险、国家卫生服务等制度一样,都是应对医疗费用风险的工具。社会医疗保险通过均一费率建立基金池,集中管理参保人保费,在满足一定条件时支付被保人医疗费用,实现具有再分配性质的医疗费用风险分散,以保护弱势群体在使用医疗服务时不至于陷入经济困难。

随着人口老龄化和医药、医疗服务技术的进步,疾病谱从传染病、急性病转向以慢性非传染病为主,对医疗卫生服务体系的连续性、一体化提出了更高的要求。2000年,全球61%的死亡归因于非传染性疾病,到2019年该比例增加至74%<sup>②</sup>,其中慢性病(如高血压、糖尿病、心脑血管疾病等)成为主要健康威胁。慢性病具有病程长、治疗费用高、需长期管理等特点,当前以治疗为中心、资源集中化、碎片化、弱基层的医疗卫生服务体系无法满足人民群众的卫生服务需求,建立以健康为目标、全人群、全生命周期、连续性、一体化的卫生服务体系的需求被提出。

社会医疗保险基金作为医疗服务市场的最大购买方,直接影响医疗机构的服务行为和卫生资源的流向,因此,社会医疗保险基金应在发挥分散医疗费用风险功能的同时,发挥引导卫生资源优化配置的功能,赋能卫生服务体系的转变。社会医疗保险基金功能的扩展是由医疗服务需求的转变决定的,而不是主观臆断的。医疗服务以治疗为中心、碎片化等问题是普遍存在的,不是我国所独有的,难以有效应对老

<sup>①</sup> 李珍:《论大病保险回归基本医疗保险的历史必然性》,《社会保障评论》2024年第2期。

<sup>②</sup> *World health statistics 2024*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>, 访问日期:2025年7月5日。

龄化提出的健康服务需求。正因如此,2000年WHO提出应当从被动购买转向主动的战略购买<sup>①</sup>,以此推动整合型医疗卫生服务体系形成;2010年WHO再次将战略购买视为促进全民健康覆盖的重要机制<sup>②</sup>;2020年我国5号文明确指出要“发挥医保基金战略性购买作用,推进医疗保障和医药服务高质量协同发展,促进健康中国战略实施”<sup>③</sup>。可见,WHO和我国政府都赋予了医疗保险优化配置卫生服务资源的功能,这一功能是通过医保战略购买连续性、一体化的服务来发挥作用的。

一些国内外的政策实践十分重视通过社会医疗保险基金的战略购买力量来发挥卫生资源配置功能,助力建成以健康为中心,涵盖预防、治疗、康复、健康管理及临终关怀等多维度的整合型医疗卫生服务体系。我国县域紧密型医疗服务共同体就是以健康为中心的、一体化的卫生服务体系建设的实践,在卫生服务体系转型过程中,医保基金通常通过区域内按人头打包总额付费,结余留用,以赋能供方组织变革的实现。

社会医疗保险基金的卫生资源配置功能对实现医保公平、促进健康公平非常重要。由于医疗服务具有高度的信息不对称性和专业主导性,医生和医疗机构在服务供给中占据优势地位,医疗服务在一定程度上是“卖方市场”<sup>④</sup>。与养老保险等由参保人自主支配资金的收入型保障不同,医疗保险需直接介入医疗服务供给端。如果医疗资源配置不合理,即便实现了个体维度的负担公平,也难以真正实现服务利用上的公平,难以促进健康公平。尤其在地域发展不平衡、优质医疗资源集中化问题突出的情况下<sup>⑤</sup>,强化社会医疗保险基金的卫生资源配置功能成为必然选择。

此外,通过战略购买优化卫生资源配置,在促进公平的同时,还有助于减少不合理医疗费用、节约医保资金。战略购买以健康绩效为首要目标,通过区域内按人头总额打包付费且超支不补、结余留用的激励机制,重塑医疗服务提供者的激励结构,形成以健康为中心的内生发展动力:一方面,可强化基层医疗卫生机构在慢性病管理、预防保健及常见病诊疗中的功能定位,引导患者合理下沉至基层医疗机构就诊,推动分级诊疗制度的实质性落地;另一方面,通过将医疗机构的收入与成本控制、服务质量及健康产出挂钩,促使其主动减少不必要的医疗服务供给,从而控制不合理的医疗费用,提高资源使用效率。

### (三)社会医疗保险制度的目标:从分散医疗费用风险到追求健康公平

社会医疗保险的目标随着经济社会发展阶段的演变而不断演进,从分散医疗费用风险转变为追求健康公平。推动医疗服务利用公平、促进健康公平,也是社会医疗保险“社会性”的本质要求。

在社会医疗保险制度发展的早期阶段,医保的核心目标是分散医疗费用风险,降低灾难性卫生支出发生概率。在此阶段,分散医疗费用风险既是社会医疗保险的功能,也是社会医疗保险的目标。在社会医疗保险制度建立早期,各国人口结构以年轻劳动力为主,疾病谱以传染病和急性病为主,医疗服务供给相对有限,医保制度的功能更多地集中在高额医疗费用风险分担上,制度的需求与供给大体平衡。随着经济社会的发展、人口老龄化的演变、医疗技术的进步以及人们对健康的认识及需要的变化,无论是国家卫生服务模式还是社会医疗保险模式,均从卫生服务的经济保障制度转变为追求健康公平的工具性制度,健康公平成为目标本身。

健康公平指不存在不合理的健康不平等。2014年,WHO强调“寓健康于万策”(Health in All Policies, HIAPs)理念,推动将健康纳入所有政策以促进健康公平<sup>⑥</sup>。健康公平是WHO一贯坚持的

① *Health Systems: Improving Performance*. <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/924156198X>, 访问日期:2024年8月5日。

② *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, <https://iris.who.int/handle/10665/44371>, 访问日期:2024年4月20日。

③ 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》, [https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content\\_5487407.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm), 访问日期:2024年11月5日。

④ Arrow K. J., “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *The American Economic Review*, 1963, 53(5), pp. 941-973.

⑤ Li X., Lu J., Hu S., et al., “The Primary Health-Care System in China”, *The Lancet*, 2017, 390(10112), pp. 2584-2594.

⑥ *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, <https://iris.who.int/handle/10665/112636>, 访问日期:2024年8月5日。

理念,体现在《世界卫生组织组织法》、《阿拉木图宣言》、《渥太华宪章》及一系列国际健康促进会议中。2011年,WHO召开旨在减少健康不公平的健康问题社会决定因素世界大会,提出使卫生系统更加注重减少健康不公平现象是解决健康不公平问题的主要行动之一<sup>①</sup>。绝对的健康公平很难做到,但政府的规范与引导起着不容忽视的作用:第一,防止公共政策逆向再分配、扩大不合理的健康不平等;第二,更多地将有限资源用于弱势群体需要,促进健康公平。与健康密切相关的公共政策的公平程度直接影响健康公平。在健康的社会决定因素中,医疗服务利用是重要部分,而医疗服务利用公平则要求社会医疗保险的公平。社会医疗保险是医疗服务市场的最大购买方,其医疗费用分散功能为参保人的医疗服务利用提供经济保障,并且对于低收入群体而言更为必需;同时,其卫生资源配置功能促进卫生服务体系迈向以健康为中心,助力解决医疗资源集中化、碎片化问题。社会医疗保险的公平是健康公平的前提,以医保公平推进健康公平,是新时代卫生健康工作的根本遵循,也是实现健康公平的题中应有之义。

以“健康公平”作为社会医疗保险的制度目标,将医保制度纳入健康中国战略框架,有助于破解“三医联而不动”难题。当前,医疗、医保、医药各系统虽有协作机制,但在实际运行中往往协同不足<sup>②</sup>。应将“健康公平”作为共同目标,实现“健康入万策”,促使各部门在制定政策时将健康纳入重要考虑维度,形成价值共识与责任共担,以最小的健康投入获得最大的健康产出。一方面,我国社会医疗保险制度建立之初,由于经济水平受限,其功能只能定位于风险分散。尤其是居民医疗保险,因筹资水平有限,制度定位以“保住院”“保大病”为主而不是保健康,这与健康中国战略要求的全生命周期、全方位的健康保障还有很大的距离。另一方面,在健康中国战略下,社会医疗保险领域关于“保什么”的理念正在由保大病治疗费用向健康管理、慢病管理、保门诊转变,尤其是在广大的县域,紧密型县域医共体在医保资金有限的情况下,在实践中已经转向以健康为中心的医保资金战略购买。

### 三、社会医疗保险个体公平及区域公平是健康公平的前提条件

如上所述,社会医疗保险的功能包括分散医疗费用风险和引导卫生资源配置,直接影响参保人的卫生服务利用行为和卫生服务利用质量;同时,卫生服务利用是健康的重要社会决定因素之一。因此,医保公平通过影响服务利用公平来影响健康公平,医保公平是健康公平的前提条件。以健康公平为目标的公平医保实现包括个体公平和区域公平两个维度。个体公平体现为医疗服务利用差别由“需要因素”(如疾病、年龄等反映健康状况的因素)决定,而不是由“非需要因素”(如收入、受教育程度等反映社会经济地位的因素)决定;个体公平的实现路径为参保、缴费和待遇三环节公平。区域公平体现为在卫生资源分配和服务提供过程中,不同地理区域间的居民能够平等地获得必要的医疗服务和健康保障;实现路径为健康风险分散和卫生资源配置两板块公平。具体如图1所示。

#### (一) 参保人个体维度:参保公平、缴费公平和待遇公平

社会公平从顺序上包括起点公平、过程公平和结果公平三个环节,具体到社会医疗保险领域<sup>③</sup>则分别对应参保公平、缴费公平和待遇公平。通过强制参保以实现参保公平在学界有相当普遍的共识<sup>④</sup>,近年来有学者分析了居民医保按人头定额缴费的不公平及引致的问题,并主张居民医保从个人定额

① 《健康问题社会决定因素:健康问题社会决定因素世界大会的结果》, [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88244/A65\\_16-ch.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88244/A65_16-ch.pdf), 访问日期:2024年9月5日。

② 牛亚冬、张亮、张翔等:《医保系统和医疗系统协同发展探讨:目标、分工与协作》,《中国卫生政策研究》2023年第10期。

③ 在我国,由于基本医疗保险属于社会医疗保险,因此,社会医疗保险、基本医疗保险为同义语。

④ 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;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。

制缴费向费率制改革<sup>①</sup>,但是在待遇环节缺乏理论层面的系统分析,甚至还存在部分研究混淆了公平与平等的概念,认为公平就是参保人享受相同的报销比例<sup>②</sup>。

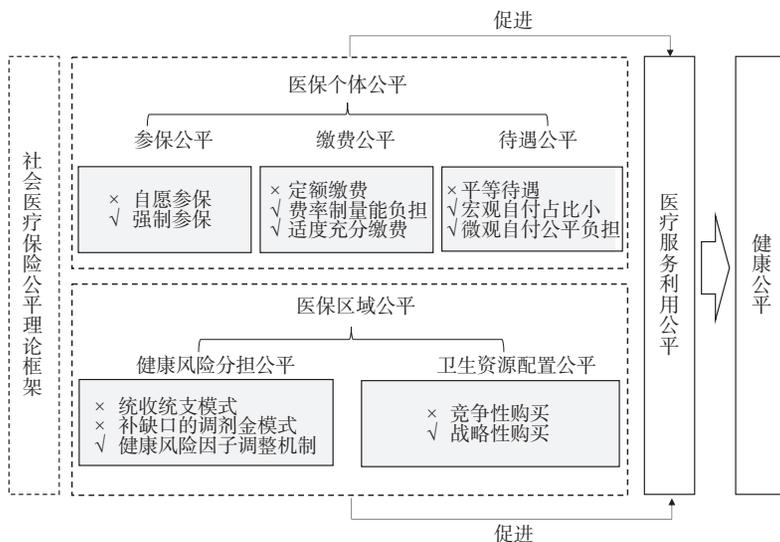


图1 社会医疗保险公平理论框架

(资料来源:作者自制。注:阴影框中的“√”表示社会医疗保险各维度的公平路径,“×”则表示欠公平路径。)

### 1. 参保公平:强制参保

强制参保是社会医疗保险的基本原则之一,是指通过法律强制要求符合条件的个体必须加入医保制度,不受个人主观意愿和缴费能力影响。观察各国发展的一般规律,当社会医疗保险覆盖面达到相当高程度时,全民覆盖成为优先项,为实现全民覆盖必然牺牲自由选择权或者其他一些选项。

从自愿参保走向强制参保是历史发展的必然。纵观选择用社会医疗保险模式干预健康领域的历史,发达国家一百四十多年的经验表明,社会医疗保险较之于商业医疗保险是更为有效的治理工具,覆盖的人群由雇员到家庭成员、由部分覆盖到全体覆盖是必然的,这可以从多维度来理解:第一,参保是缴费和待遇享受的前提,强制参保有利于更好发挥缴费端和待遇端的再分配功能,促进制度公平并追求健康公平。第二,强制参保有利于解决自愿参保带来的逆向选择等市场失灵问题。在自愿参保模式下,健康人群往往倾向于不参保,而高风险人群则更积极加入医保体系,导致保险基金面临较高的赔付压力,从而削弱制度的可持续性。第三,正因为参保公平是健康公平的起点,所以强制参保是保障公民参保权公平的要求。为了实现全民覆盖的社会政策目标,许多国家或者地区的政府通过配套财政补贴保费、缴费减免等政策,帮助低收入群体顺利参保。梳理各国实践经验发现,医保体系接近实现全民覆盖的国家,普遍推行了强制性参保方案,这使得所有无力支付保费的弱势群体都能够拥有最基本的保障<sup>③</sup>。

我国职工基本医保是强制性参保,居民基本医保则是自愿性参保,后者不仅会引致“健康人口退出,不健康人口加入”的逆向选择问题,也会增加制度运行成本,最重要的是部分人员的参保权没有得到保障,暴露于医疗费用的风险之下。我国基本医保参保率在2010以后常年巩固在95%左右,但近

① 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;李珍、张楚:《论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革》,《中国卫生政策研究》2021年第7期;郑功成、谭琳子:《居民医保个人筹资政策:缘起、困境与优化》,《中国农村经济》2024年第3期。

② 刘晓征、郭昕、姜洪:《完善公平适度待遇保障机制的思考》,《中国医疗保险》2023年第6期;郑功成:《中国式现代化与多层次医疗保障体系建设》,《学术研究》2023年第9期。

③ Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, <https://iris.who.int/handle/10665/44371>, 访问日期:2024年4月20日。

年来断缴人数增加,参保率已经连续三年下降,2024年参保率为94.18%,较2021年的96.49%下降了2.31个百分点<sup>①</sup>。同时,参保率的下降主要是由居民基本医保参保人数下降引起的,更重要的是,脱保群体一般都是收入水平较低的群体,如老人、无工作者等,这些人群的抗风险能力更弱、更需要社会保险的保护。因此,强制参保应是健康公平的第一环节。

此外,在强制参保的要求下,如果存在多个参保计划且计划间待遇水平与筹资责任具有显著差异时,应明确各参保计划的参保边界,引导民众各参其保,在条件成熟时促进制度整合。这是因为,当存在并行的、待遇水平与筹资责任差异显著的保险计划,且允许参保人在一定范围内进行选择时,个体的理性选择可能导致搭便车问题,使得预期目标偏离制度设计的初衷,进而削弱制度的保障功能和整体公平性。这在中国职工医保和居民医保并存的二元制度框架下尤为突出。《中华人民共和国社会保险法》赋予无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员能够在职工医保和居民医保之间进行选择的权利。由于居民医保缴费端个人缴费叠加政府补贴的制度设计,个人缴费标准远低于职工医保,使得有选择权的参保人在职工医保待遇水平更高的情况下也更倾向于参加居民医保,职工医保参保人数远低于非农就业人数。根据国家统计局和国家医保局公布的数据,2024年非农就业人员合计约5.71亿人,同年职工医保在职人员参保人数为2.75亿人<sup>②</sup>,约占非农就业人员的48.2%。这不仅降低了参保人的抗风险能力,损害了其长期权益,削弱了财政对居民医保补贴的效率和公平性,还固化了二元制度的割裂状态,这不利于医保的高质量发展和对健康公平的促进。

综上,参保公平的具体实现路径为强制参保。在中国,当前亟需将居民医保从自愿参保改为强制参保,并明晰居民医保和职工医保的覆盖范围,推动非农就业人员参加职工医保。

## 2. 缴费公平:量能负担且适度

社会医疗保险的缴费设计可以分为定额缴费和费率制两种。纵观各国、各地区的情形,在经典雇佣关系中,社会医疗保险的缴费一般由雇主和雇员共同承担,且一般采用工资作为费基,实施统一的费率制度,这种按一定比例征收保费的制度被称为费率制;在非经典雇佣就业或者未就业的口中,各国(地区)做法各有不同,在难以统计参保人收入信息时,可能的做法是参保人按人头定额缴费。

因操作简便、一目了然,定额缴费在社会医疗保险的推广和普及上可以发挥积极作用。然而,定额制下不同收入的个体缴纳相同保费会导致负担不公平,尤其随着缴费标准的不断上涨以及参保群体内部的贫富差距拉大,缴费负担不公平的问题会愈加凸显。同时,定额缴费的标准设定受限于参保群体中弱势群体的可负担性,因而制度总筹资水平不高,待遇水平有限。

而费率制体现了缴费负担公平。费率制考虑了不同收入群体的缴费能力,可以有效减轻低收入群体负担。最早建立社会医疗保险制度的国家是德国,德国医保制度最早覆盖的人群是蓝领工人,德国的社会保险制度是作为调和阶级矛盾工具被政府利用的,所以,保费由雇主和雇员共同负担,并且以工资作为缴费的基数,以实现资本与劳动的再分配以及不同收入参保人的再分配。这一模式被后来者广泛复制。当工资作为费基还不足以调节社会成员间的再分配时,或者是当保费收入不足时,一些国家(地区)可能扩大费基至参保人的财产性收入、资本利得等非工资性收入,使高收入人群对制度作更多贡献。当筹资水平一定时,费基的口径越宽,则费率越低,再分配的功能越强。如德国、韩国以及我国台湾地区等都实施了类似的政策。这意味着,社会医疗保险的费基可能被重新定义,收入再分配功能会得以加强。比如5号文提出居民医保个人缴费与居民可支配收入挂钩,这里可支配收入就是综合收入,包含劳动收入和其他收入。

值得强调的是,费率制虽然可以实现缴费量能负担,但是若要实现高质量的医保公平以促进健康公平,还需要重视缴费水平的适度性,在缴费水平可负担性和基金充足性之间进行权衡,尽可能提高

<sup>①</sup> 根据历年《中国医疗保障统计年鉴》《中国统计年鉴》《医疗保障事业发展统计快报》计算。

<sup>②</sup> 《2024年全国医疗保障事业发展统计公报》, [https://www.nhsa.gov.cn/art/2025/7/14/art\\_7\\_17248.html](https://www.nhsa.gov.cn/art/2025/7/14/art_7_17248.html), 访问日期:2026年1月26日。

缴费标准<sup>①</sup>,这一观点仅在极少数文献中被提及。简单来说,“可负担性”是指在设定参保人的保费标准时,要避免其因缴费而出现生活水平下降或者因经济困难而缴纳不起保费的情况,使其经济负担处于合理范围内;而“充足性”要求尽可能多地缴费,从而有足够的医保基金保障参保人就医时的待遇水平,尽可能避免低收入群体因经济原因减少医疗服务利用,促进医疗服务利用公平和健康公平。缴费水平可负担性与基金充足性的矛盾,本质上是缴费负担和待遇端自付负担的矛盾,增加缴费负担有利于降低自付负担。这一方面可以避免因保障不足而导致部分群体的合理医疗需求受到抑制,另一方面在消费严重不足的情形下还可以减少预防性储蓄、促进消费。

我国城镇职工基本医疗保险缴费制度的设计体现了公平负担的原则。制度规定用人单位和个人共同缴费,费率分别为工资的6%和2%,缴费基数下限为社会平均工资的60%,上限为社会平均工资的300%。也就是说,高收入者缴费为低收入者的5倍,具有很强的再分配特征。我国居民基本医疗保险在建制时为了更快扩面,规定参保人按人头定额缴费,缴费标准由政府每年公布。随着近年来缴费标准的提高,定额制的问题日渐凸显,一方面,高收入者和低收入者缴纳相同的保费,低收入者的负担过重,负担不公平程度加剧;另一方面,低收入群体的负担能力有限,缴费标准提高随之受限,使得居民医保高度依赖财政补贴并且待遇水平难以提升。近年来学界提出并分析了这一问题,政策主张是改定额缴费为费率制,当前可以以区县为单位分城乡来确定家庭人均可支配收入作为缴费基数;当信息可得时,逐步细化为以乡镇或街道、村或社区为单元制定缴费基数,最终过渡到以单个家庭的真实收入为缴费基数<sup>②</sup>。费率制不仅有助于实现缴费端的公平负担,还有助于增加筹资弹性,在不增加甚至减轻低收入群体现有缴费负担的情况下,由于高收入群体缴费的增加,大幅提升筹资总额,提高基金充足性,为公平的待遇保障提供基础,促进医疗服务利用公平和健康公平。

综上,缴费公平的具体实现路径为量能负担且适度的缴费机制。在中国,当前缴费端最主要的问题在于居民医保定额缴费,亟需将居民医保改为费率制,并在缴费端可负担的前提下尽可能提高缴费标准以促进待遇水平提升。

### 3. 待遇公平:量能负担且可负担

待遇公平意指在享受待遇的环节,遵循量能负担且可负担的原则,参保人能够公平利用卫生健康服务,从而实现健康公平。实现待遇公平要求宏观自付占比小且微观自付公平负担。

卫生健康支出由政府支出、社会支出和个人现金支出构成。个人现金自付在卫生健康支出中的占比这一概念被广泛运用,但截至目前仍缺乏文献描述宏观自付和微观自付并厘清二者的区别与联系,在讨论健康公平性时会引起一些混乱。本文将之界定为,在享受医疗卫生服务过程中,除保险报销之外的、由患者现金支付的部分为微观自付;所有个人的微观自付总和为宏观自付,其与卫生健康总费用的比例关系为宏观自付占比。通常的认识错误有二:一是认为宏观自付占比低则社会保险制度的公平性高;二是认为不同收入的参保人按医疗费用相同的比例或相同的定额获得制度补偿为待遇公平<sup>③</sup>。本文认为,宏观自付占卫生健康支出比例作为公平性评价标准是有局限性的,因为它忽视了宏观自付的负担分配问题,只有宏观自付占卫生总费用的比重低且微观自付与收入挂钩实现量能负担,待遇公平才能实现。这与福利经济学理论相契合,社会福利的最大化不仅需要财富总量的提升,还需要对低收入群体有利的分配制度。具体到自付费用负担,社会福利的最大化不仅取决于宏观

① 李珍、张楚:《论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革》,《中国卫生政策研究》2021年第7期。

② 李珍、张楚:《论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革》,《中国卫生政策研究》2021年第7期;王超群、史健群、李亚青:《城乡居民医疗保险差别定额缴费对财政补助的影响——基于2019年CHFS数据的模拟》,《财政研究》2022年第11期;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。

③ 刘晓征、郭昕、娄洪:《完善公平适度待遇保障机制的思考》,《中国医疗保险》2023年第6期;郑功成:《中国式现代化与多层次医疗保障体系建设》,《学术研究》2023年第9期。

自付占卫生健康总费用比重的下降,还在于负担机制对低收入人群有利。已有研究表明,医保报销比例的提高事实上不能减少低收入群体的自付费用负担<sup>①</sup>,也就是说,在微观自付费用负担不合理时,降低宏观自付费用占比对福利提升的作用十分有限。

现有研究非常重视宏观自付费用占比的下降,但宏观自付费用在医疗服务消费环节由谁承担以及如何公平承担仍未被讨论和分析。WHO始终呼吁各国政府增加卫生支出以减少宏观自付费用占比并最终促进健康公平,并于2010年基于全民健康覆盖的三维度标准来测度各国的医保体系公平性<sup>②</sup>(见图2)。该标准认为,当统筹基金规模(图2中阴影部分的“小立方体”)越接近全部医疗服务费用(图2中外部的“大立方体”)时,宏观自付费用占卫生总费用的比例越低,医保体系越公平。但这一观点是有局限性的,宏观自付费用占卫生总费用的比重低是待遇公平的前提,宏观自付费用占比低且微观自付费用量能负担才是待遇公平的充分必要条件。

OECD对10个典型国家的一项代表性调查显示<sup>③</sup>,WHO使用的宏观自付费用占比这一标准不能解释为何一些宏观自付费用占比高的国家更公平,而一些国家则相反,WHO的公平评价理论不能有效解释各国实践。根据“自付费用占卫生支出的比重”(宏观自付的高低)和“因费用问题,医疗需求未被满足的比例”(待遇公平的高低)两个维度,可以将这些国家划分为四类(见图3)。具体地,以WHO倡导的“自付费用占卫生支出的比重”合理区间下限15%作为划分宏观自付费用占比高低的界限,以这10个OECD国家“因费用问题,医疗需求未被满足的比例”的均值水平19.5%作为划分待遇公平高低的界限。

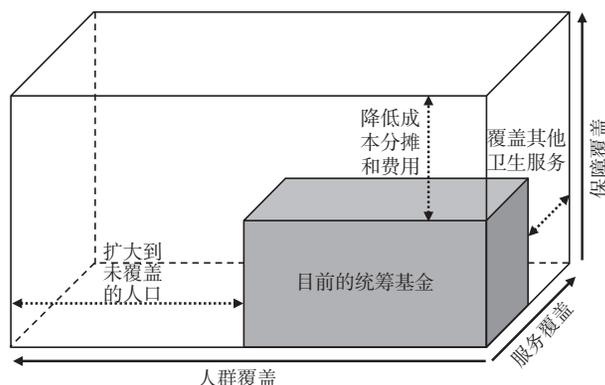


图2 实现全民健康覆盖需要考虑的三个维度<sup>④</sup>

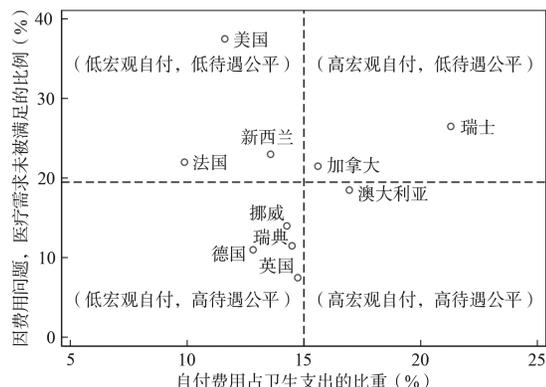


图3 基于宏观自付费用与待遇公平指标对10个OECD国家进行划分<sup>⑤</sup>

一些国家虽然宏观自付费用占比较低,但是待遇公平水平依旧较差,其中最典型的国家是美国,究其原因是微观自付负担不公平。美国以商业保险为主体的医疗保障制度支离破碎、各种制度间患者微观自付负担差距巨大。通常来看,高收入群体支付高保费,获得高保障低自付的保险,反之低收

① Liu H., Zhao Z., “Does Health Insurance Matter? Evidence from China’s Urban Resident Basic Medical Insurance”, *Journal of Comparative Economics*, 2014, 42(4), pp.1007-1020; Gruber J., Lin M., Yi J., “The Largest Insurance Program in History: Saving One Million Lives per Year in China”, *Journal of Public Economics*, 2023, 226, No. 104999.

② *Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, <https://iris.who.int/handle/10665/44371>, 访问日期:2024年4月20日。

③ *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en), 访问日期:2024年10月2日。

④ 资料来源: *Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, <https://iris.who.int/handle/10665/44371>, 访问日期:2024年4月20日;李珍、赵青:《制度变迁视角下的城镇职工基本医疗保险公平性评估》,《北京社会科学》2014年第7期。

⑤ 注:因费用问题,医疗需求未被满足的情景包括:未咨询医生,未接受医生建议的医学检查、治疗或随访,未按处方配药或取药,未服用药物等。图中“因费用问题,医疗需求未被满足的比例”为低收入群体与高收入群体的均值。基于世界卫生组织(WHO)与经合组织(OECD)数据库中2016年相关指标计算得到。

入人群自付负担较重,况且至今仍然有8%—10%的人群没有保险<sup>①</sup>,一旦出险便需要全部自付,除非符合条件获得医疗救助。2016年,美国宏观自付费用占卫生支出的比重处于世界较低水平,约为11.6%<sup>②</sup>;但超过30%的群体因费用问题而未能满足医疗需求,其中低收入群体面临的情况更为严重,这一占比高达43%<sup>③</sup>,是OECD中健康公平最差的国家。与美国形成鲜明对比的是德国,2016年,德国宏观自付费用占卫生支出的比重为12.8%,略高于美国,但是由于德国医保制度设置的自付费用封顶线为家庭总收入的2%,仅有10%左右的群体存在因费用问题导致医疗需求未被满足的情况,其中低收入群体面临这一情况的占比为16%<sup>④</sup>。德国的健康公平性在观察对象中仅次于英国,是最优的国家之一。德国医保待遇公平的实现体现了两个维度的原则:量能负担和可负担。当参保人各自以家庭收入为基数计算自付费用时,体现的是量能负担;当宏观自付占比低,即微观自付费用占家庭总收入的比例足够低时,体现的是可负担。值得注意的是,处于“高宏观自付、高待遇公平”象限的国家仅有澳大利亚,且澳大利亚处于待遇公平分界线附近。各国实践表明,一个国家即使已达到较低的宏观自付费用水平,其民众的待遇公平水平也或高或低;但一个国家如果实现了较高的待遇公平水平,那么其宏观自付费用水平一般也比较低。也就是说,宏观自付费用占卫生总费用的比重低不一定意味着公平,如果没有实现微观自付费用量能负担,可能会导致均等报销下的低收入群体负担过重;而在实现微观自付费用量能负担的情况下,如果宏观自付费用占比高使得整体保障水平低,也意味着会对低收入群体造成过重的负担。因此,对于实现医保待遇公平,宏观自付占比小与微观自付公平负担,二者缺一不可。

我国职工基本医疗保险和居民基本医疗保险在待遇端均没有实现量能负担,不同收入水平的参保人在相同的医疗服务利用中享受一样的报销额度,实为均等负担或平等负担。在宏观自付费用方面,我国高度重视其占比的下降。在2000年WHO对成员国卫生费用分担的公平性评价中,中国排名较为靠后<sup>⑤</sup>。此后,我国加速建立新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险,降低宏观自付占比。2000年至2022年,宏观自付占比呈下降趋势,从59.0%下降至26.9%。然而在微观自付方面,2013年之前,低收入群体需要住院但因经济因素而未住院者的比例随着宏观自付占比的下降而下降,自2008年的29.8%下降到2013年的13.9%<sup>⑥</sup>,公平性有所提升;但在2013年至2018年,虽然宏观自付占比仍呈下降趋势,低收入群体需要住院但因经济因素而未住院者的比例却有所上升,从2013年的13.9%上升至2018年的16.0%。这进一步说明了使用宏观自付占比来衡量公平性是有局限性的,宏观自付占比低且微观自付量能负担才是公平性的充分必要条件。当前我国在收入差距较大的背景下,应按照收入的一定比例设置个人自付封顶线,以更好发挥再分配功能,促进医疗服务利用公平和健康公平。

综上,待遇公平的具体实现路径为推行量能负担且可负担的待遇保障机制。在中国,居民医保和职工医保在待遇端均没有实现量能负担,需要从基金支付封顶转变为参保人自付封顶,且自付封顶线应为参保人的个体收入或家庭收入的一定比例;尤其是居民医保实施定额缴费,缴费负担不公平导致难以提升缴费标准,保障不充分问题突出,当前基金规模难以支持自付按收入比例封顶,亟须通过费率制改革尽最大可能扩大筹资规模来提升保障水平,实现待遇端的自付费用可负担。

## (二)区域维度:健康风险分担公平和卫生资源配置公平

社会医疗保险制度的建设与完善是一个长期的过程,在实现全国资金统筹之前,必然存在不同的统筹单位。尤其对于经济发展水平差异较大的人口大国,各统筹单位的健康风险是不同的,在此阶段,健

① Blumenthal D., Gumas E., Shah A., "The Failing U.S. Health System", *New England Journal of Medicine*, 2024, 391(17), pp. 1566-1568.

② 数据来源于全球卫生支出数据库, <https://apps.who.int/nha/database/>, 访问日期:2026年1月26日。

③ *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-cn](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-cn), 访问日期:2024年10月2日。

④ *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-cn](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-cn), 访问日期:2024年10月2日。

⑤ *Health Systems: Improving Performance*, <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/924156198X>, 访问日期:2024年8月5日。

⑥ 根据历年国家卫生服务调查分析报告得出。

康风险公平分担是必要的,否则,没有统筹单位间的健康公平,参保人之间的健康公平便会被削弱。德国在过去的一百多年中,由于统筹单位(疾病基金)间的条块分割,自20世纪90年代开始探索建立并不断完善以健康风险因子为基础的风险调整机制。这一思路值得学习与借鉴。此外,社会医疗保险应为参保人购买与其需求相适应的医疗卫生服务,在人口老龄化的情形下,只有建立全人群、全生命周期的连续性的、一体化的医疗卫生服务体系,才能做到投入最小、健康产出最大。简而言之,优化医疗卫生服务体系能同时满足资金高效和健康公平的目标。许多国家的卫生服务体系呈现初级化以及和专业服务割裂的、以治疗为中心的问题,WHO多年来倡导建设以人为本的、整合型医疗卫生服务体系,健康中国战略也提出了这样的要求,国发5号文更是提出,要发挥医保战略购买的作用,推动医药服务体系高质量发展。

### 1. 健康风险分担公平:健康风险因子调整机制

健康风险是指个体或群体因生物、社会、经济、环境等多重因素影响而患病或死亡的不确定性,直接影响医疗服务利用和医保基金的支出水平。不同统筹单位的健康风险存在显著异质性,对发展中国家而言,在城镇化过程中,大规模的人口跨区域流动导致流出地老年人口占比相对上升、流入地劳动年龄人口集中,加剧了健康风险的区域不平衡。健康风险分担公平强调在不同统筹单位之间合理分摊健康风险带来的基金压力,确保不同健康风险的统筹单位的个体享受公平的医疗保障待遇,避免高健康风险统筹单位提高缴费率或降低待遇水平,以实现统筹单位间的公平来强化个体间的医疗服务利用公平和健康公平。

为实现健康风险分担公平,必须建立健康风险因子调整机制对医保基金进行再分配。所谓健康风险因子,是指增加疾病发生概率或健康损害可能性的生物、环境、行为及社会特征,是影响医保基金支出的重要因素。不同统筹单位的健康风险不同,当各地的筹资政策相同时,依据健康风险因子调整不同统筹单位间的基金分配就成为健康公平的必需品。健康风险因子调整机制本质上是对医保基金的再分配,其核心理念是“钱跟着参保人的风险走”;具体做法是先把所有的资金汇集起来,根据与健康风险相关的年龄结构、慢性病发病率、死亡率情况等健康风险调整因子计算人头费,再按此进行资金分配。统筹单位内参保人的健康风险越高,收到的拨付基金越多<sup>①</sup>。风险调整的人头费可以平衡高健康风险统筹单位与低健康风险统筹单位的结构差异,避免高风险统筹单位的医保基金和参保人需求错配导致的待遇不平衡。同时,在均一费率下,健康风险因子调整机制还有利于缩小统筹单位间由于收入差距带来的待遇不平衡,发挥制度的再分配功能。也就是说,当一个统筹单位的老年人、残疾人和慢性病病人的占比较高或当一个统筹单位的人均收入水平较低时,按健康风险因子调整后的人头费计算收到的医保基金多于其上解的医保基金,实现了统筹单位间的医保基金再分配,保障统筹单位间的公平。

我国社会医疗保险建制时主要参考德国模式,本部分详细介绍德国社会医疗保险的健康风险因子调整机制。德国于1883年建立社会医疗保险,按行业、按区域条块分割运行。自20世纪90年代起,参保人可以自由选择疾病基金,配套建立以健康风险因子为基础的风险调整制度,强化不同疾病基金间的健康风险公平分担,保障疾病基金竞争的公平性,避免风险选择和逆向选择<sup>②</sup>。1994年设立的健康风险因子调整机制包含年龄、性别和残疾养老金状态等3个健康风险调整因子<sup>③</sup>;2001年将针对慢性病实施的疾病管理计划(DMP)纳入健康风险因子调整机制,解决慢性病护理的激励问题;2007年立法建立中央健康基金(Central Health Fund),统一各疾病基金的缴费率,将DMP这一健康风险调整因子替换为80种严重或昂贵的慢性病发病率,进一步准确衡量健康风险<sup>④</sup>,全体参保人的保费以及联邦政府补贴进入

① 王超群、史健群:《适应人口流动:城乡居民医保从户籍地参保到常住地参保》,《东岳论丛》2023年第12期。

② Pilny A., Wübker A., Ziebarth N. R., “Introducing Risk Adjustment and Free Health Plan Choice in Employer-based Health Insurance: Evidence from Germany”, *Journal of Health Economics*, 2017, 56, pp. 330-351.

③ Buchner F., Goepffarth D., Wasem J., “The New Risk Adjustment Formula in Germany: Implementation and First Experiences”, *Health Policy*, 2013, 109(3), pp. 253-262.

④ Göppfardth D., Henke K. D., “The German Central Health Fund—Recent Developments in Health Care Financing in Germany”, *Health Policy*, 2013, 109(3), pp. 246-252.

该基金,再按“基于发病率的风险调整方案”(morbi-RSA)计算的标准化支出加上按人头的管理费用等分配给每个参保人选定的保险方;2020年通过的《疾病基金公平竞争法》将80种疾病扩展到所有疾病<sup>①</sup>。

中国地域辽阔且人口规模巨大,社会医疗保险按区域划分统筹单位,长期实施的非均衡发展战略和城镇化带来的大规模人口跨区域流动加剧了区域间的风险不均衡,不同于德国解决不同疾病基金间的健康风险公平分担,我国需要解决的是区域间的健康风险公平分担。过去一段时间里,我国试图通过提高统筹层次来解决区域间不公平的问题,配套的基金分配机制主要有统收统支模式和补缺口的调剂金模式两种,但均无法实现健康风险的公平负担。统收统支模式下,地方医保部门的人、事、基金管理权均上移至上级部门统一管理,医保基金收支也由上级医保经办机构进行集中管理,实现整个统筹区域内筹资、待遇政策以及管理服务标准的统一。补缺口式的调剂金模式是指下级统筹区按照一定比例将基金上解至上级医保经办机构,同时上级医保经办机构按照一定规则将“调剂金池”内基金再划拨到基金支付不足的统筹区。这两种模式会带来以下问题:第一,统收统支模式一定程度上容易导致医疗资源充足、参保人自付能力强的地区花费医保基金更多,在制度中受益更多,出现“穷帮富”现象,造成地区间的逆向再分配。第二,补缺口式的调剂金模式仅对收支差额进行事后补偿,可能形成“鼓励落后”的逆向激励,加大参保人、下级医保机构和医疗机构的道德风险,造成较为严重的医保基金浪费<sup>②</sup>。因此,我国亟须建立基于健康风险因子的区域间风险调整机制。

健康风险因子调整机制的引入,还可以解决在不断提高医疗保险基金统筹层次的过程中,所面临的财权和事权不在同一层级所带来的问题。比如,我国现在大部分地区的医保基金统筹在市级,少数省份已实现了基金省级统筹,但是紧密型医共体等服务统筹建设在县一级,这可能使政策目标与财务激励发生错位,导致县级医共体需履行改革任务但无相应基金调配权,从而陷入改革困境。当基金的分配引入健康风险因子调整机制,按照健康风险因子调整后的人头费拨付基金时,这一问题便迎刃而解。目前,福建省在基金省级统筹中,引入了包含年龄这一风险因子的健康风险因子调整机制,设计为1个退休人员的人均医疗费用大约相当于3.8个在职职工<sup>③</sup>。福建省是目前全国唯一应用健康风险因子调整机制的省份,虽然设计较为简单,但是这标志着一个良好的开端,未来的工作应在此正确的道路上继续前进,不断细化和完善健康风险因子调整机制,促进健康公平。

综上,健康风险分担公平的具体实现路径为建立并不断完善健康风险因子调整机制,并根据健康风险因子计算人头费来进行区域间的医保基金再分配。

## 2. 卫生资源配置公平:医保战略购买

卫生资源配置公平指的是在资源有限的情况下,如何合理、公正地配置医疗卫生资源,以确保所有人都能获得必要的医疗服务,从而改善或维持健康状况,促进健康公平。为实现卫生资源配置公平,社会医疗保险作为医疗服务市场中的最大购买方,应该从竞争性购买走向战略性购买,引导卫生资源优化配置,促进建立连续性、整合型的卫生服务体系,满足老龄化形势下人民群众的健康需求。竞争性购买属于被动购买,指社会医疗保险扮演支付者的角色,处理和支付医疗服务提供者提交的费用账单,注重基金支出效率。现在大多数国家的医疗卫生服务购买属于竞争性购买。战略性购买则属于主动购买,指社会医疗保险以国家整体卫生绩效改善为目标,围绕“谁来买”“为谁买”“买什么”“如何买”进行政策设计,强调高水平且公平的国民健康收益。

当前,多数国家的卫生服务体系以治疗为中心,存在初级化和专业服务分割的碎片化问题,难以适应

① 德国《疾病基金公平竞争法》, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fairer-kassenwettbewerb-gesetz.html>, 访问日期:2025年3月23日。

② 李锐、吴菁、杨华磊:《职工医保省级统筹对医疗费用支出的影响——基于CFPS数据的研究》,《保险研究》2022年第6期;王增文、姚金:《委托代理下的医保困境:省级统筹对基金收支的影响——以城镇职工基本医疗保险为例》,《保险研究》2023年第11期。

③ 宋云鹏、孙菊、董波:《福建省职工基本医疗保险基金全省统筹调剂实践分析》,《中国医疗保险》2024年第6期。

老龄化加速、疾病谱转变为以慢性非传染疾病为主的背景下人民群众的卫生服务需求。竞争性购买在一定程度上会加剧以上问题。在竞争性购买下,购买者的角色定位偏重于医疗费用补偿,其核心逻辑为“钱随患者走”。在没有强制性分级诊疗的约束时,患者拥有自由选择权,容易出现趋上就医的现象,使得卫生资金随之流向高等级医疗机构,进而产生供方竞争的马太效应,加剧卫生资源配置不均衡。

而战略性购买,系统考虑“谁来购买、为谁购买、向谁购买、购买什么、如何支付”等全部要素,前瞻性地回应人口结构老龄化、疾病谱慢病化等新形势对连续性、整合型医疗卫生服务的需求。不同于以基金绩效为购买目标的竞争性购买,战略购买以卫生绩效为购买目标,回应健康优先事项,更加重视健康产出。战略性购买要求购买方有目标地选择购买内容,差别购买不同等级医疗机构的卫生服务资源,并更加重视对基层医疗机构服务的购买,有助于优质卫生资源下沉、重视健康管理、提升基层诊疗技术等,从而助力解决医疗卫生服务资源错配问题。战略购买起源于欧洲并受到WHO的高度重视,但是德国、法国和英国英格兰等国家和地区都尚未有与已有定义实现高度匹配的成功经验。究其原因,一是理念的变化使得政策缺乏一贯性和连续性;二是因为在信息、政治、市场、财务势力等方面,购买者较医疗卫生服务提供者而言处于弱势地位<sup>①</sup>。

我国医保制度并未建立守门人机制,在竞争性购买助推下,医保资金随患者流向高等级医院,卫生资源配置长期呈“倒金字塔”状态,基层不强、二级不稳、三级过度扩张;占医疗机构总数不足一成的三级医院,却集中了接近一半的医生数量与床位资源,同时具有持续增加的趋势<sup>②</sup>。2026年全国卫生健康工作会议明确提出“按照‘强基、稳二、控三’原则优化医疗机构功能定位和结构,持续推进医疗卫生强基工程,稳定二级医院运行并拓展康复护理功能,调控三级医院规模、发展速度”<sup>③</sup>。发挥医保战略购买作用是实现这一目标的有效方案。在以福建省三明市等为代表的优秀紧密型县域医共体案例中,医保对县域医共体整体实行“总额预付,结余留用,超支不补”的购买方式。为以最小投入获得最大产出,医疗服务供方会主动整合医疗服务体系,以健康为目标提供连续性服务,重视预防和慢病管理,推动医疗服务关口前移,优化资源配置,提高服务效率,促进健康公平。

综上,卫生资源配置公平的具体实现路径为发挥医保战略购买作用。需要通过区域内按人头打包付费购买紧密型县域医共体和城市医疗集团的服务,通过超支不补、结余留用的激励机制影响供方行为,促进资源下沉和整合型医疗服务体系建立。

### (三)公平间关系:相互联系,相互影响

基于上文新解,本部分基于图4进一步阐释个体维度的三环节公平(使用长方形框表示)、区域维度的两板块公平(使用椭圆形框表示)以及公平目标(使用菱形框表示)之间的逻辑关联。

在社会医疗保险的公平体系中,各维度公平并非孤立存在,而是形成环环相扣的有机整体。从个体维度来看,参保公平作为起始环节,是缴费公平与待遇公平的前提,唯有确保每个个体都被平等纳入保障体系,后续的权益分配才有意义。而缴费公平的实现,既能通过减轻低收入群体的经济负担以支撑强制参保的参保公平,又能以合理且可持续的缴费机制为待遇公平提供基金保障;待遇公平则会通过提升民众的保障获得感助力参保公平,同时它的实现既依赖于个体缴费环节的公平,也需要区域间健康风险分担的公平作为保障,更直接影响医疗卫生服务利用的公平性和健康公平。区域维度的健康风险分担公平,一方面通过医保基金在地区间的再分配直接保障个体维度的待遇公平,另一方面能通过优化卫生资源配置推动区域维度的卫生资源配置公平。对于社会医疗保险的公平目标而言,卫生资源配置公平和待

① 李珍、陈晋阳、王红波:《医保基金战略购买:基本概念、国际经验与中国镜鉴》,《中国卫生政策研究》2021年第5期;Greer S. L., Klasa K., Van Ginneken E., “Power and Purchasing: Why Strategic Purchasing Fails”, *The Milbank Quarterly*, 2020, 98(3), pp. 975-1020.

② 根据《2024年我国卫生健康事业发展统计公报》公布的数据计算。

③ 《准确把握“强基、稳二、控三”内涵——论贯彻落实全国卫生健康工作会议部署要求(二)》, <https://www.nhc.gov.cn/wjw/mtbd/202601/b028a5ed88fc43cf97c7ec9aa5a5a429.shtml>, 访问日期:2026年1月26日。

遇公平直接促进医疗服务利用公平,并影响健康公平;同时,医疗服务利用公平是健康公平的重要条件。

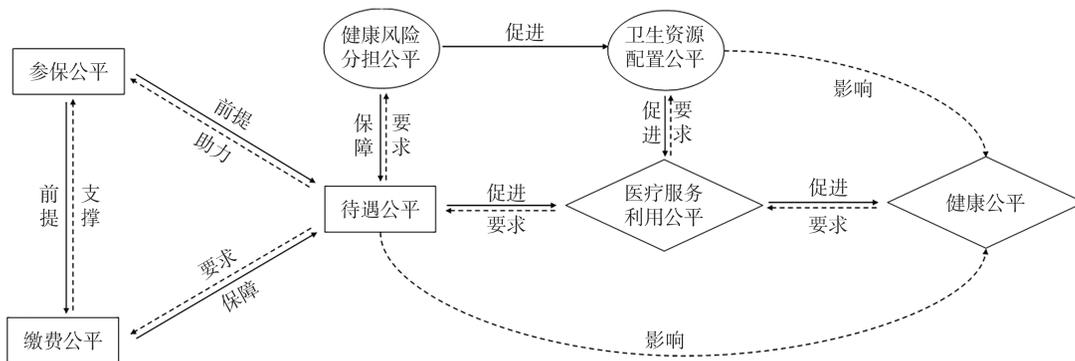


图4 公平间的相互关系

(资料来源:作者自制。注:使用长方形框表示个体层次的三环节公平,椭圆形框表示区域层次的两板块公平,菱形框表示公平目标。)

#### 四、结论与展望

社会医疗保险在不断发展和完善,社会公平性才是社会医疗保险的本质特征,推动医疗服务利用公平、促进健康公平是其最终目标。当前,学术界和实务界仍缺乏对于社会医疗保险公平和健康公平关系的深入探讨,同时也缺乏对于如何实现医保公平、促进健康公平的系统路径阐释。本文认为社会医疗保险公平是健康公平的前提,并对其实现路径进行系统新解,以期指导实践发展。由于医疗保险的支出型特征和医疗服务的区域性特征,要想实现医疗服务利用公平、促进健康公平,需要个体维度的参保、缴费和待遇三环节公平以及区域维度的健康风险分担和卫生资源配置两板块公平。具体实现路径分别为强制参保、量能负担且适度的缴费机制、量能负担且可负担的待遇保障和健康风险因子调整机制、医保战略购买。

在中国社会医疗保险制度的实践中,职工基本医疗保险和居民基本医疗保险二元制度呈“剪刀差”发展态势,这是由制度转型以及制度建设由易到难的特定历史背景和当前经济社会条件决定的,其反映的并不是不公平问题,而是不平衡问题。结合国际经验与本文对公平理论的系统新解,我国目前切实可行的二元向一体转化路径为强制各参其保、属地参保、家庭联保等机制增加职工医保参保人数,同时通过居民医保个人缴费从定额制转为费率制,并且保持居民医保的财政补贴占财政收入的比例,使得居民医保筹资水平快速提升,进而促进待遇水平向职工医保看齐,推动二元制度渐进融合,在待遇水平达到一定条件时可以将两项制度合二为一,实现统一覆盖<sup>①</sup>。

此外,我国基本医疗保险发展至现阶段,在“公平医保”“高效医保”的指引下,应更加凸显其“社会性”“统一性”特征,促使社会医疗保险迈向高效统一。当前,我国社会医疗保障制度下的碎片化问题尤为突出:对职工而言,基本医疗保险、工伤保险和生育保险三大横向险种均涉及医疗费用的保障;对居民而言,医疗费用的保障则包括社会救助、基本医疗保险和大病保险三大纵向层次。本文认为,当聚焦于保护同一个人群、解决同一个问题、实现同一个目标时,社会医疗保障体系应追求简单统一的制度,将不同制度中对医疗费用的保障功能整合于社会医疗保险。保障体系的碎片化会造成以下问题:第一,损害公平。制度结构越复杂、保障计划越多元,越容易诱发逆向选择与风险选择行为。高风险个体可能被排除在保障范围之外,或因制度衔接不畅而成为“制度漏出人群”,而这类群体往往正是医疗需求最高、最需要保障

① 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。

的弱势群体。第二,损失效率。多重制度并行显著增加了行政管理成本,包括信息系统建设、经办服务、监督审计等方面的重复投入。同时,不同制度分属不同部门管理,部门间协调成本高,降低了整体运行效率。第三,有损制度的议价能力。以工伤保险中的医疗费用支付为例,其基金规模相对较小,在与医疗机构谈判服务价格或签订服务合同时处于劣势,易面临价格难以下降、机构拒签合同等问题。

因此,推动制度整合、减少碎片化是提升医疗保障体系公平性、效率与可持续性的关键路径。这对现有认知与制度框架提出了三点要求:第一,转变对我国社会医疗保险性质中的基本医疗保险“保基本”的惯性认识,“基本”的内涵是随着社会经济发展水平动态变化的;应强调其“社会性”的本质特征,通过缴费公平和待遇公平实现社会医疗保险大体满足参保人医疗保障需求的目标。第二,赋予“多层次”新的含义,社会保障体系内的社会救助、基本医疗保险和大病保险等应归为一个层次,“多层次”应指整合后的社会医疗保险、商业保险和慈善等。第三,追求健康公平,在保障个体待遇公平的同时,要积极发挥健康风险因子调整机制和医保战略购买的作用,促进三医协同,加强区域维度的公平,促进健康公平,推进健康中国建设。

---

## On the Social Medical Insurance Equity as a Precondition for Achieving Health Equity

Li Zhen<sup>1,2</sup> Shi Jianqun<sup>3</sup>

(1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan 430072, P.R.China;

2. Research Center for Health Security, Renmin University of China, Beijing 100872, P.R.China;

3. School of Public Administration, Renmin University of China, Beijing 100872, P.R.China)

**Abstract:** Health equity is a concept consistently upheld by the World Health Organization. After summarizing the general laws of social medical insurance development, this paper argues that social medical insurance should place greater emphasis on its social equity. The objectives of social medical insurance systems should shift from merely dispersing medical cost risks to pursuing health equity. This transformation requires medical insurance funds to expand their function beyond risk pooling to include guiding the equitable allocation of health resources. This paper elaborates that equity in social medical insurance is a prerequisite for achieving health equity. The connotation of equity in social medical insurance includes equity at both the individual and regional levels for insured individuals. Only by achieving three aspects of individual-level equity (enrollment equity, contribution equity, and benefit equity) and two components of regional-level equity (health risk-sharing equity and health resource allocation equity), which together enable equitable access to medical services. Enrollment equity requires mandatory participation with coverage tailored to different groups; contribution equity demands implementation of rate-based systems with contribution standards set as high as feasible; benefit equity requires a low macro-level ratio of out-of-pocket payments to total health expenditure and a micro-level out-of-pocket amount affordable to individuals; health risk sharing fairness calls for the establishment of a health risk factor adjustment mechanism; resource allocation fairness necessitates advancing the strategic purchasing through medical insurance. These dimensions of equity are interconnected and mutually reinforcing, necessitating comprehensive and coordinated reform approaches. Building on this framework, the paper offers perspectives on China's social medical insurance system, proposing the establishment of a unified and efficient healthcare security system that maximizes health outcomes while minimizing health investments, thereby advancing health equity within resource constraints.

**Keywords:** Social medical insurance; Social equity theory; Burden equity; Benefit equity; Equity of health resource allocation; Health equity

[责任编辑:陆 影]