

基本医保“二元结构”下的受益公平分析（2014-2020）

一、研究背景

全民健康覆盖的核心主题之一是公平。在资源受限的情况下，它要求在分配公共财政补贴时优先考虑那些支付能力低、医疗需要高的人。许多国家依靠社会医疗保险来提高卫生筹资和服务覆盖的公平性。然而，研究表明，67% 的亚太地区中低收入国家的公共卫生补贴更有利于富人。

我国通过财政补助推动建设并巩固覆盖城乡居民的基本医疗保险制度，与职工医保形成了几乎覆盖全民的基本医保“二元结构”。这样的制度中存在非正式就业团体依靠政府财政补助实现医保覆盖，正式就业团体依靠个人和企业收入实现医保覆盖的二元结构。两者在医保待遇尤其是报销比例上有明显的差异。这种二元或多元结构在基本实现了全民医疗保障覆盖的国家并非我国独有，例如泰国也同样存在企业雇员的社会医疗保险制度和覆盖非正式就业群体的“全民覆盖”制度并存的情况。客观地看，在政府财政能力有限且缴费能力较强的职工医保先行发展的路径依赖下，二元或多元结构是发展中国家实现全民医保覆盖的一种现实主义路径，也可以视为通过缩小医保待遇提升医疗保障公平性、乃至最终实现全民普遍医疗保险制度的过度阶段。

事实上，尽管差异仍然明显，我国在深化医改以来，通过提高财政对居民医保的投入以及个人缴费水平，一定程度上降低了职工和居民医保制度之间的筹资水平和待遇差别。因此，分析我国在迈向全民健康覆盖下“二元医保结构”的受益公平性，不仅能为梳理我国医保发展状况、推动医保高质量发展提供依据和启发，也对其他发展中国家迈向全民健康覆盖有重要的借鉴意义。

二、研究目标与方法

本研究借鉴受益公平分析（Benefit Incidence Analysis）的方法，基于中国家庭

追踪调查（CFPS）2014-2020 年全国和五个省份（东部的上海、南部的广东、西部的甘肃、北部的辽宁和中部的河南）的代表性数据，分析在 2014-2020 年间医保受益的形势。通过计算集中指数（CI）和绘制集中曲线，评估医保受益的绝对公平性。其中，集中曲线位于对角线下方时，CI 为正值，表明受益分布集中于高收入人群，其绝对值越大代表其分布越不平等。同时，研究比较了家庭人均消费支出五分位群体的受益分配与健康需要差异。基于此，本研究进一步采用 Oaxaca 分解，将 SHI 受益不公平的变化进行分解。本文所涉及的主要内容已作为研究文章发表在《BMJ-全球健康》¹。

三、主要结果

全国医保受益利富倾向从 2014 年（CI=0.262）到 2020 年（0.133）明显减弱（图 1）。

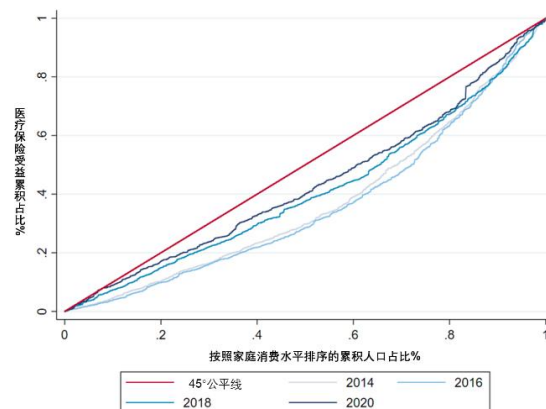


图 1. 全国医保受益集中曲线（2014-2020）

2014-2020 年，河南的医保受益公平性显著改善（0.254-0.013），上海总体上更为公平（0.116-0.063），而甘肃（0.227-0.172）和辽宁（0.251-0.128）的医保受益分配相对更偏向富裕人群。

相比人均家庭消费最高的五分之一人口，人均家庭消费最低的五分之一人口健康状况较差，但医保受益比例偏小（图 2）。

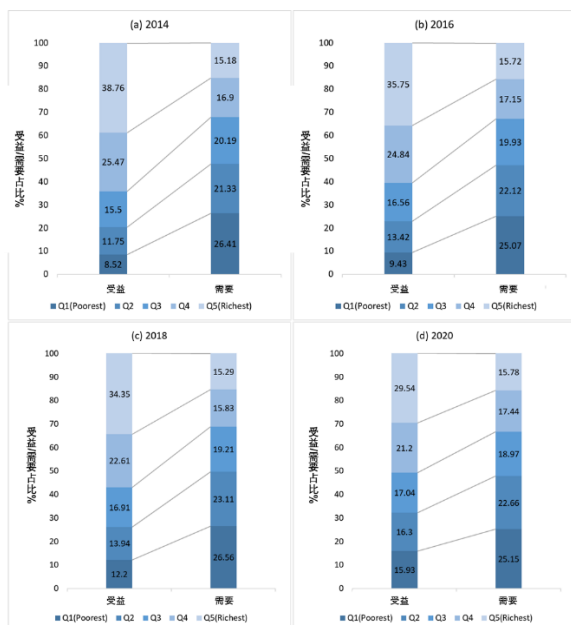


图 2. 不同经济水平组的医保受益与健康需要（自我健康评价）

职工和居民医保差异（待遇差别缩小）和使用医院作为常规服务这两个因素的贡献分别占受益公平性改善 44.47% 和 14.70%（表 1）。

表 1. 医保受益公平性变化的分解结果

倾向因素	分配效应(ΔC _η)	弹性效应(ΔηC)	总计	%
男性 (对照: 女性)	0.000	0.000	0.000	0.28
年龄, 年	0.001	0.016	0.018	-13.84
农村 (对照: 城市)	0.000	-0.008	-0.008	6.00
未婚 (对照: 已婚)	0.000	-0.004	-0.004	3.13
教育水平 (对照: 文盲/半文盲)				
小学教育	-0.001	0.000	-0.001	0.65
初中教育	-0.002	0.000	-0.002	1.51
高中及中专教育	-0.002	0.005	0.003	-1.95
本科或专科及以上	-0.001	0.023	0.023	-17.56
就医倾向 (对照: 诊所)				
医院	-0.012	-0.007	-0.019	14.70
乡镇医院	-0.002	0.001	-0.001	0.75
村卫生室	0.002	0.002	0.004	-2.97
使能因素				
人均家庭消费水平	-0.001	-0.089	-0.090	69.78
西部地区 (对照: 其他地区)	0.001	0.001	0.002	-1.71
医疗保险类型 (对照: 职工医保)				
居民医保	0.001	-0.058	-0.057	44.47
公费或补充医保	0.000	-0.005	-0.005	3.96
没有医保	0.005	0.009	0.014	-10.71
健康需要因素				
自评健康状况 (对照: 5 = 最好)				
4	0.000	0.000	0.000	0.09
3	0.001	0.002	0.002	-1.82
2	-0.003	0.001	-0.002	1.64
1 (最差)	0.016	-0.007	0.008	-6.55
残差			-0.013	10.16
总计			-0.129	100.00

四、讨论

本文是第一次对我国医保受益公平性的全国层面和代表性省层面的分析，也是首次将针对我国医保受益的分布与家庭消费水平和健康需要指标的关系的分析。

2016 年后，我国医保受益公平性明显改善，反映出我国财政投入医保的增量，推动了受益公平改善。研究还发现了各省之间

医保受益公平性水平和变化的差异。同时，受益分布相对于健康需要的公平性也有所改善，但收入相对低的群体健康需要偏高、医保受益偏低的问题仍然明显，仍然存在“逆向受益”问题。

职工和居民医保待遇之间相对差距的缩小促进了与经济水平相关医保受益公平性改善。优先选择医院就诊倾向的加强虽然改善了受益的分布，但这种以医院为中心的服务模式面临着效率不高且不可持续的问题。

五、启示

首先，鉴于职工和居民医保待遇仍存在较大差异，且待遇差的缩小是医保受益公平改善的重要因素，有必要进一步平衡二者的受益政策。

其次，在资源更为受限的地区，中央政府需要加强对地方的支持，以提高居民医保受益。对于职工医保人口比例较高的地区，应着重关注潜在的医疗资源低效甚至浪费情况。

第三，单纯依靠不断增加基金拨款而不调整服务模式难以持续改善医保受益公平性。减少对以医院为中心的医疗模式的依赖，加强基层卫生服务能力对于持续的改善健康受益公平具有重要意义。

第四，迫切需要在医保资金分配中建立风险均等化机制，以应对富裕人群和贫穷人群之间的健康需要和支付能力双重差异。

（徐进，张耀云）

注1. 详见全文: Zhang Y, Mills A, Xu J. Benefit equity of social health insurance in China and its provinces (2014–2020): implications for universal health coverage. *BMJ Global Health* 2024;9:e014806.

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。