

基于家庭量能负担的医保筹资模式探索

余柯娅

内蒙古大学公共管理学院 内蒙古呼和浩特 010070

摘要：优化城乡居民医保筹资模式，对推动我国医疗保障走向高质量、可持续发展方向具有重要作用。本文结合“家庭嵌入”思想和“量能负担”原则，分析我国现有医保筹资模式面临量能负担倒置、逆向选择突出、互助共济不足等困难与挑战，讨论医保家庭量能缴费的现实基础和数字赋能提供量能基础必要性可行性，并借鉴中国台湾、韩国、日本医疗保险筹资“量能负担、强制参保、家庭嵌入”等做法，提出新时代医保量能缴费改革建议：提振医疗保障体系，驱动制度渐进整合；优化筹资内部结构，实现定比动态调整；厚植医保数字改革，打造“互联网+智慧医保”。

关键词：量能负担；家庭共济；筹资模式

引言

医疗保障制度的核心目的在于减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定。党的十八大以来，全民医疗保障制度改革取得了显著成效，特别是在解决看病难、看病贵问题上取得了突破性进展。但我们必须清醒地认识到，当前我国正面临着城镇化、人口老龄化、就业方式多样化、医疗制度保障制度不完善等多重因素的叠加影响，这使得医疗保障发展仍然呈现出不平衡不充分的局面。

优化医疗保险筹资结构是提升医疗制度保障能力的关键一环。然而，居民医保筹资标准引发了低收入群体巨大的缴费压力，现行筹资机制造成了部分参保群体缴费压力沉重和制度筹资水平不高并存的局面^[1]（邦功成、谭琳子，2024）。目前居民医保筹资过程也显示，政府的缴费责任处于被更加强调的位置，而作为健康问题第一负责人的参保人本身缴费责任弱化，不利于参保人提高其预防疾病、注重健康的意识^[2]（张军港、谭清立、吴洋鉴，2020）。定额缴费也影响筹资公平，回避了中高收入者与收入水平相一致的筹资责任^[3]（舒国宋、金春林、王力男等，2024）。因此，如何以家庭为参保单位、建立量能负担的医保筹资模式，就成为推动城乡居民医疗保障高质量和可持续发展亟待解决的问题。

本文从量能负担的角度展开分析，结合家庭嵌入在医疗保障中的重要作用，对医疗保险制度的筹资模式进行探索。论文通过现有医疗保险筹资方式分析，对东亚家庭量能缴费先进经验进行规律性总结，提出了新时代医保量

能缴费改革建议，以期为政府和社会各界提供参考。

一、我国医保筹资制度现存问题及挑战

（一）量能负担倒置

医保量能缴费是指根据个体的经济能力来设定医疗保险缴纳费用，个人的缴费金额与其收入水平直接挂钩，进而促进医疗保险制度的公平性和合理性。现有制度中，职工医保缴费基数的基准和上下限设定不合理，易导致量能负担倒置^[4]。居民医保按人头缴纳定额且等额的保费，缴费标准与收入水平高低、是否获得脱钩。如表1，低收入组人均可支配收入的缴费负担是中间收入组3倍左右，是高收入组10倍左右。更高收入却更轻负担，量能负担倒置，背离医疗保险缴费与收入关联^[5]的原则。

（二）逆向选择突出

一是“弱体”驱逐“健体”。职工医保在达到退休年龄后即可享受免缴，居民医保则按年缴费，缴费一年享受一年待遇，需要一直缴费。目前我国并未要求居民医保强制参保，断保、退保现象屡见不鲜。尤其是包含无收入、身体素质普遍较弱、对医疗资源需求更大的老人和幼儿的家庭，按人头缴纳保费影响其家庭的参保意愿，容易引发逆向选择。

二是穷人补贴富人。居民医保的定额筹资机制对于低收入家庭与中高收入家庭呈现出不同的收入—缴费负担比。中高收入家庭收入更高且普遍更稳定，也更愿意通过参加医疗保险分散医疗风险。而低收入群体的经济

表1 2020—2022年个人缴费标准占全国居民五等收入组人均可支配收入百分比

年份	个人缴费标准(元)	低收入组人均可支配收入(元)	百分比(%)	中间偏下收入组人均可支配收入(元)	百分比(%)	中间收入组人均可支配收入(元)	百分比(%)	中间偏上收入组人均可支配收入(元)	百分比(%)	高收入组人均可支配收入(元)	百分比(%)
2020年	280	7869	3.56	16443	1.70	26249	1.07	41172	0.68	80294	0.35
2021年	320	8333	3.84	18445	1.73	29053	1.10	44949	0.71	85836	0.37
2022年	350	8601	4.06	19303	1.81	30598	1.14	47397	0.73	90116	0.39

数据来源：国家统计局

状况较为拮据，医保缴费可能会成为负担进而影响参保选择。

三是保费等额但参保受益程度并非一致。中高收入群体普遍重视健康，往往直接前往有优质医疗资源的区域性三级医疗机构，出现过度医疗道德风险可能大^[6]。低收入个体出现健康问题，考虑到就医成本和往返费用，当地卫生院或基层医院成为主要选择，但该类一级医疗机构主要提供预防、康复、保健等综合服务，医疗技术、条件相对有限。

（三）互助共济不足

现阶段我国城乡城镇化水平差异较大、城镇和农村二元分割，城乡医保呈现碎片化和再碎片化的特点^[7]。低收入家庭大部分为农村家庭或非正式就业家庭，收入能力较弱且不稳定，参保经济压力不容小觑。其参保的城乡医保分散因病致贫风险的能力较低，与城镇职工医保存在着较大的待遇水平差异。《中国统计年鉴》显示，2022年我国的少儿抚养比为24.8%，老年抚养比为21.8%，整体的总抚养比则是46.6%。家庭中普遍存在着健康状况较好的青壮年成员，和生病频率较高的老人和幼儿。非就业家庭成员，特别是儿童需要家庭承担他们的医保费用需求，才能保证能够获得必要的医疗服务。

二、我国医保家庭量能缴费必要性与可行性

（一）医保改革需要家庭缴费量能负担结合

《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》提出：改革职工医保个人账户，扩大个人账户的使用范围。将个人账户在使用范围上扩展，一人参保，全家共享合规化，实现家庭成员之间互济。继劳保和公费医疗之后的家庭要素再次嵌入，提高了处于居民医保制度中的部分家庭成员的保障水平^[8]，减轻家庭现金支付的压力，增强家庭抵抗疾病风险的能力。维护了医保制度公平性原则，体现了“天下之本在国，国之本在家”核心价值。居民医保参保人员构成家庭共济使

用主力军，但这部分人群并没有个人账户储蓄。多人使用，个人账户资金却开始捉襟见肘，这种家庭共济的方式减轻了部分家庭的经济负担，但在资金管理和风险防控尚存明显短板，还需与实现社会财富再分配的有效手段^[9]、医保制度公平性的有力抓手结合——医保缴费量能负担。

（二）医保数字化改革提供量能缴费基础

《“十四五”数字经济发展规划》指出：推动提升社会保障服务数字化水平，完善社会保障大数据应用，开展跨地区、跨部门、跨层级数据共享应用，加快实现“跨省通办”^[10]。2022年2月国家医保局印发《关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》，旨在深化医保信息平台应用，推进数据治理，提升医保治理和服务水平。2022年5月全国统一的医保信息平台建成，实现国家、省、市、县四级医保信息互联互通、数据有序共享，医保与多个部门、各类医疗机构、药房以及其他单位之间的信息无碍交流与沟通。医疗保障制度数字化改革有序推进，为量能缴费的实现打下基础。

三、医保量能缴费的东亚经验借鉴

（一）国内外家庭量能缴费模式

1. 台湾全民健康保险

台湾地区自1995年设立“全民健康保险”，嵌入眷属联保机制，秉持“发扬自助和互助精神”的理念，坚持“全民参保、强制性投保”的原则。

眷属联保机制指符合身份规定的眷属均依附源参保人参保，眷属本人不缴费，由源参保人、投保单位及政府代替缴费，享受与源参保人相同的待遇保障^[11]。将家庭内部非工资劳动者也纳入健保制度的“保护伞”。同时根据职业、收入的不同进行分层收费，即被保险人依其职业类别和所属单位分为六个类别。各类别个人、单位、“政府”承担不同的比例，但不同类别参保人在医疗机构享受到的医疗服务种类相同^[12]。选择不同级别医疗机

构增加相应费用，更高待遇享受完全个人自费。

2. 韩国国民健康保险

韩国医疗保险制度于1989年实现覆盖全民。全民医保的实现，一是依靠走低水平广覆盖政策路线，二是采取强制参保策略，三是被抚养人连带参保的家庭政策。按照参保对象划分，韩国医保制度分为两类，雇员及其被抚养人参与雇员医疗保险计划，自我雇佣人员以家庭为单位参加地区医疗保险计划。除此之外的低收入群体则被纳入医疗救助制度范围。

2000年韩国制度整合，国家健康保险局统一医疗保险制度筹资、运行和管理。雇员以月工资乘保险费率作为缴费基数缴纳医疗保险，自雇人员则根据性别、年龄、收入和家庭财产等作为保险分数，确定缴费水平（月保险费=保险分数×分数单价），并且每年根据经济发展水平和人均收入情况动态调整^[13]。同时2018年韩国进行缴费改革，雇员工资外年收入超过3400万韩元部分需要征缴保费，有收入的雇员被抚养人也要征缴保费，地区医疗保险则增加了收入的保险分数比重、减少了财产和车产相应比重。

3. 日本“全民皆保险”

1961年日本实施《国民年金法》，医疗保险通过强制的形式覆盖所有居住在日本的居民，实行“全民皆保险”的医疗制度。

日本医疗保险制度覆盖全民，按参保对象主要分为被雇佣者保险和国民健康保险。面对老龄少子化严峻、老年人收入能力下降而面临的医疗支出费用上升的社会情况，日本针对75岁以上老人群体单设后期高龄者医疗制度。面向不同参保人群的三种医疗保险制度均需要缴费参保，但不同年龄阶段、收入能力人群的个人负担比例不一。7岁以前的儿童自付比为20%，7至69岁人群自付比为30%，70至74岁低收入者自付比例为20%、高收入者自付比例为30%。后期高龄者医疗制度低收入者自付10%，高收入者自付30%。

日本以家庭为单位计算社保和税金的缴纳以及福利享受，即在职工缴纳保费，家庭成员不需要另外缴纳保费，亦有权享受同等的社保待遇和福利。例如当一个家庭由男性职工和女性主妇构成，男职工参与被雇佣者保险，女性作为配偶依附参保，当男性退休后，配偶与其一同转入国民健康保险。

（二）三地“家庭量能”经验对中国的启示

中国台湾、韩国、日本三地同属于东亚福利模式，

在社会保障制度构建方面具有相似性，如政府扮演重要角色、深受儒家文化的影响、认为家庭是福利保障重要基础等。我国可以结合医疗保障制度具体实际，借鉴吸收有益经验成果，推进中国特色的医疗保障制度发展。

1. 贯彻“量能负担”原则

三地共同体现了在医保制度中缴费能力较强的个体或组织应承担更多的筹资责任，而能力较弱的则可以承担较少筹资责任，但并不影响他们公平地享受相关待遇，确保筹资的公平性和可持续性的同时也体现了社会公正和包容性。从三地经验来看，医保缴费要注重与各方缴费承受能力相匹配，与居民基本健康需求相协调^[14]，在收入能力的基础上进行缴费，同时满足基本医疗服务需要。

2. 深化“家庭嵌入”认识

医保政策的制定不能忽视家庭的视角，要满足非就业家庭成员的就医经济需求，重新确立家庭在个人医疗经济需求的供给与责任承担方面的主体地位。使家庭再次嵌入医保制度，以家庭为单位进行参保，促进制度二元向一体渐进融合，打破制度分设和阶层固化的桎梏，构建一个全覆盖、待遇公平、互助共济的基本医疗保险制度，切实满足个人与家庭的医疗需求^[15]。

3. 改自愿参保为强制参保

强制参保是基本医疗保险发展的必然趋势，但目前我国现状是职工医保必须参保，居民医保自愿参保，客观上允许了漏保情况的出现。要坚持“参保必缴费”，退休职工以家庭为单位同样参与缴费；发挥医疗救助的兜底功能，对困难人群缴费进行补贴、豁免；完善居民制度的筹资机制^[16]，发展更加充分、均衡的制度模式，实现应保尽保。

四、新时代我国医保量能缴费改革建议

（一）提振医疗保障体系，驱动制度渐进整合

《“十四五”全民医疗保障规划》指出“健全多层次医疗保障制度体系，持续完善基本医疗保障制度。鼓励支持商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等协调发展^[17]。”构建多层次的全民医保体系，探索发展家庭量能参保的基本医疗保险，将量能负担及公平性贯彻到基本医保制度设计之中。基本医疗保险制度的整合要差别统一，满足不同收入水平家庭对医疗服务的多元化需求；重视对困难家庭、低保家庭等低收入家庭的医疗救助关怀，通过给予缴费豁免或财政补贴等政策，释放医疗需求；继续完善大病保险，增强家庭承受灾难性卫生支出风险能力，考虑提高大病保险的报销比例和限额，引入市场

机制，减缓中低收入水平家庭因病致贫风险，使家庭更加从容面对伤病和治疗支出的双重压力；推动商业保险发展，满足中高收入家庭更高层次的医疗服务和私人保险计划需求。

要消除因身份不同而产生的医保各方面差异，废除基于职业和城乡差别的参保门槛，降低不同群体和区间的差距，打破不公平的壁垒，让医保制度成为人民的坚实后盾。对此，居民医保改按人头参保为以家庭为单位属地参保^[18]，取消户籍限制，构建平等的参保基础，确保每个家庭成员享有同等的参保资格和待遇，让每个家庭成员在病痛面前都能得到及时、有效的医疗保障。

应以家庭量能参保为发展方向渐进改革。初期阶段，职工家属基于收入力量能选择加入居民医保还是职工医保，同时个人缴费部分计入家庭账户，补充账户资金以供家庭共济使用。改革中期，职工及家属以家庭为单位参与职工保险，提高家属医保待遇。改革后期，职工家庭以家庭为单位量能参保，逐渐实现与居民医保并轨，单位则为职工购买惠及家属的商业医保。

（二）优化筹资内部结构，实现定比动态调整

一是要完善筹资结构，解决筹资责任分担不均衡。强化自己是健康的第一责任人意识，明确社会保险权利与义务对等原则，强调参保人在缴费中的主体地位^[19]。深化家庭嵌入意识，加强家庭内部的共济。二是要实现筹资动态调整，规律提升筹资标准，稳定筹资上涨水平^[20]。居民筹资标准要与地区经济发展水平适应，综合考虑地区基金收支状况；要与个人收入与家庭共济能力适应，使居民个人缴费部分增长保持在合理可负担的区间^[21]。

应探索适合居民医保的定比筹资机制，充分考虑家庭收入能力的差异性，以家庭人均收入划分不同筹资标准，享受相同的医疗待遇。更高收入能力家庭缴纳更多保费，低于筹资标准下限给予医疗救助，超过筹资标准上限加征保费。

（三）厚植医保数字改革，打造“互联网+智慧医保”

家庭量能参保要求根据家庭的经济状况来确定其医疗保险的缴费额度，需要准确反映家庭实际收入的数据作为支撑。《数字中国建设整体布局规划》明确指出要加快数字中国建设^[22]。在此背景下，积极推动数字技术与医疗保障结合，实现医保领域数字化升级和智能化改造，建成智慧医保。同时个税征收在很大程度上可以称之为实行量能征税，医保数字化改革可以引入结合税务平台，

借鉴电子税务经验，明晰统计家庭收入，量化家庭收入能力，打造“互联网+智慧医保”，实现家计调查方式的创新和精确真实量能。

探索更为精细的分组策略，提高家庭收入水平的衡量精度。通过增加收入分组的数量，创建更加细致更多层次的收入类别，确保所有家庭都能承担得起相应的参保缴费金额，避免因缴费过高过低而导致的不公平现象。同时，非货币收入、对家庭长期财务稳定以及社会福利需求有着显著影响的因素也应被纳入家庭收入评估体系考量范围。

参考文献

- [1] 郑功成, 谭琳子. 居民医保个人筹资政策: 缘起、困境与优化[J/OL]. 中国农村经济, 2024(03): 2-21[2024-05-10].
- [2] 张军港, 谭清立, 吴洋鉴. 我国医疗保险给付和筹资方式在疾病预防上的效用研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(03): 26-28.
- [3] 舒国宋, 金春林, 王力男, 等. 我国基本医疗保险制度高质量发展面临的关键问题及对策[J/OL]. 中国卫生经济: 1-12[2024-05-10].
- [4] 赵莹, 王宗凡. 共同富裕视角下完善职工医保筹资政策研究[J]. 兰州学刊, 2023(11): 101-115.
- [5] 华颖. 中国居民医保制度: 现实问题与改革出路[J]. 学术研究, 2023, (09): 87-95.
- [6] 陶建平, 吴汉辉, 刘福星, 等. 共同富裕背景下农村居民医保受益公平性研究[J]. 社会政策研究, 2022(03): 61-78.
- [7] 田闻笛. 从“碎片化”走向“一体化”: 中国城乡医疗保险制度改革进阶[J]. 河南社会科学, 2019, 27(05): 103-107.
- [8] 郑功成. 全面深化医保改革: 进展、挑战与纵深推进[J]. 行政管理改革, 2021, (10): 12-25.
- [9] 孙淑云. 中国基本医疗保险立法困局、症结及其出路[J]. 山西大学学报(哲学社会科学版), 2017, 40(03): 142-150.
- [10] 国务院关于印发“十四五”数字经济发展规划的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2022, (03): 5-18.
- [11] 党思琪, 杨宜勇, 施文凯. 台湾地区全民健康保险制度的眷属联保机制分析[J]. 中国经贸导刊, 2021(23): 53-56.

- [12] 刘炜. 中国台湾地区医疗保障制度研究[J]. 中国市场, 2021 (19): 13-14.
- [13] 常峰, 纪美艳, 路云等. 韩国医疗保障体系及其运行方式研究[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8 (12): 41-46.
- [14] 付晓光. 量能负担, 建立居民医保筹资增长机制[J]. 中国医疗保险, 2021, (02): 35-36.
- [15] 党思琪. “家庭”在职工医保制度中的定位变迁及演进逻辑[J]. 兰州学刊, 2022, (06): 87-96
- [16] 李珍, 陈晨, 黄万丁. 再家庭化: 基本医疗保险改革的必然选择[J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2023, 45 (02): 86-97.
- [17] 国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2021, (29): 53-66.
- [18] 李珍. 基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径[J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2022, 44 (11): 69-79.
- [19] 华颖. 居民基本医疗保险: 筹资政策、实践效应及其优化[J]. 长白学刊, 2023, (02): 128-138.
- [20] 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[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14 (07): 1-10.
- [21] 李雅诗, 陈俊璇, 邹冠炀. 城乡居民基本医疗保险动态筹资机制构建研究[J]. 中国卫生经济, 2023, 42 (09): 39-43+69.
- [22] 中共中央国务院印发《数字中国建设整体布局规划》[J]. 国家图书馆学刊, 2023, 32 (02): 69.