

【医疗保障】

从分级治理到央地协同:基本医疗保险地区差异的实践特征、影响效应与治理路径

王昭菡

【摘要】我国医疗保障制度的一个突出问题是地区不平衡性,具体表现为基金收支、筹资标准、待遇水平、政策设计等多方面的地区差异,导致制度公平性不足、共济性弱、管理难度大、个体风险保障缺乏精准性等问题;长期来看会影响劳动力自由流动、加剧个体不公平和地区不平衡,不利于共同富裕目标的实现。试点先行的历史路径确立了属地管理的基本原则,叠加制度统一与分级治理的宏观治理体系共同塑造了我国基本医保的地区不平衡性。为着力解决医保发展不平衡、不充分的问题,需要基于区域共济和央地协同的思路,通过强化顶层设计、理顺管理体制、推进医保区域制度一体化、技术赋能医保服务、探索更加精准的财政补贴等措施,弱化属地责任分级管理体系的组织弊端,破除导致基本医保区域不平衡的体制机制障碍,实现面向共同富裕与中国式现代化的基本医疗保险区域协调发展。

【关键词】基本医疗保险;医保治理;地区差异;公平统一

【作者简介】王昭菡,西北大学公共管理学院讲师,主要研究方向:医疗保险。

【原文出处】《社会保障评论》(京),2024.6.89~105

【基金项目】“国家资助博士后研究人员计划”项目(GZC20241383)。

一、问题提出:基本医疗保险的分割运行与地区差异

党的二十大报告提出“中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化”,为了实现这一远景目标,必须提升民生福祉,缩小我国客观存在的发展差距,而社会保障是一项至关重要的制度安排。我们要“坚持人民至上,坚持共同富裕,把增进民生福祉、促进社会公平作为发展社会保障事业的根本出发点和落脚点,使改革发展成果更多更公平惠及全体人民”,^①“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”。^②

医疗保障作为覆盖人群最多的社会保障制度,承担着化解人民群众疾病支出的后顾之忧的任务。虽然我国已经建成了世界上规模最大的医疗保障网,基本医疗保险覆盖全民且保障水平逐年提高,但仍有待完善之处。《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“中发5号文”)提

出要着力解决医疗保障发展不平衡、不充分的问题。不平衡、不充分既是制约医疗保障发展的主要问题和主要矛盾,也是深化医保制度改革的着力点和核心任务,这不但是由中国特色社会主义建设的时代特征和总基调、总方略、总任务决定的,也是全面建成中国特色高质量医疗保障制度的内在逻辑和必然要求;平衡与充分是医保制度两个最本质的功能要义。^③我国医保制度的分割运行和不平衡发展包括职工医保和居民医保的人群分割;城乡分割,有的地方还未完成城乡居民医保制度整合;以及以地区分割,不少地区医保停留在县、市级的统筹层次,部分地方存在制度“叠床架屋”的现象。^④而城乡分割、人群分割、地区分割的直接结果便是医保待遇存在城乡之间、人群之间和地区之间的差距,从而造成不同群体抵御医疗风险的能力不同,维持健康生产力的资本存在差异,不公平的医保制度阻碍了全体国民共享改革发展成果。

在医疗保险领域,覆盖全民是既定成就,统筹城乡正在稳步推进;而“公平统一”中,公平是基本医保的价值追求,统一则意味着医保制度自身发展从试点先行走向注重顶层设计的新阶段。因此,在稳步推进城乡统筹、职工和居民医保分类管理的背景下,医疗保险制度的优化应注重缩小同一制度内部、不同区域之间的差异,在自然环境、经济条件的客观约束下,力争破除基本医保区域不平衡的体制机制障碍,推进实现基本医疗保险在地区间更加公平、统一、规范。基于此,本文从治理体系的角度关注医疗保险如何更平衡发展、更公平惠及全体人民,缩小地区之间的医保待遇差距,从而在增进民生福祉、面向社会主义现代化与实现全体人民共同富裕中起到应有的作用。

二、基本医疗保险地区差异的实践特征

在地方政府主导经济民生政策和医疗保险属地管理的治理结构之下,我国基本医疗保险制度虽然遵循统一的制度框架,但在不同地区呈现政策设计、基金收支平衡、筹资标准、待遇水平等多样化的分布样态。在某种程度上而言,基金收支平衡的差异正是政策设计差异的运行结果和外显特征。

(一)基本医疗保险基金运行的地区差异

在职工医疗保险领域,尽管各地的职工医保待遇、缴费基数确定规则和缴费比例已经基本统一,但由于地区之间的固有差异,职工医保基金的收支平衡能力仍然会存在地区间的差异。^⑤同样,在统一城乡居民基本医疗保险最低筹资水平、待遇水平的情况下,也会产生居民医保基金在地区间的收支平衡差异。因此,我国基本医保基金的整体运行情况受经济发展水平、医疗资源配置、医保基金基础、管理能力等多要素的影响,在地区间存在着较大差距。由于医疗保险当前仍是以市级统筹管理为主,从严格意义上说各个统筹区的差异体现为各个地市级单位的差异。考虑到数据的可获得性和各省级单位在政策设计和社会经济基础上的多样性,本文简化选取31个省(自治区、直辖市)的职工医保的参保结构和居民医保的基金结余两个指标,来把握不同地区医保基金的运行状况,为进一步优化医保政策提供依据。

首先,从职工医保的参保结构来看,选取在职职

工参保人数和退休职工参保人数的比值体现制度的老龄化程度(赡养结构),比值越高说明参保结构越年轻,制度的赡养负担越小,反之则说明参保人员老龄化程度高,制度赡养负担重。表1统计了31个省(自治区、直辖市)2022年职工医保参保人的在职退休比,广东参保结构最年轻(7.45),即7位在职参保人赡养1位退休参保人,而黑龙江参保职退比已接近1,意味着1位在职参保人赡养1位退休参保人,参保结构老龄化直接挑战基金运行的安全性,另有5省(自治区、直辖市)职退比低于2(辽宁、吉林、天津、江西、青海)。因此,职工医保存在由人口年龄结构和人口流动所导致的地区间基金可持续风险大小不一的问题。

其次,基金结余反映了医保基金的使用效率和运行风险,基金累计结余过低,意味着面临收不抵支、无法持续运行的风险;反之,基金结余过高,则体现了医保基金的使用效率没有达到最大化,参保人权益没能得到最大程度的保障。从结余情况来看,在职工医疗保险领域,我国已经设定了一个明确的目标,即保持统筹基金的累计结余能够支付6至9个月的医疗费用,以此来确保医疗保险制度的“收支平衡、略有结余”。^⑥参考这一标准,表1统计了城乡居民医保基金累计结余可使用月数,截至2022年底,全国为9.67个月,属于合理结余范围,然而分省市统计可以发现显著的地方差异。具体而言,有3个省累计结余低于6个月;18个省累计结余高于9个月,其中黑龙江、广东、青海、西藏高于15个月;只有1/3的地区(10个省)累计结余属于合理范围内,^⑦最高值与最低值之间的基金存量可使用的时间相差约1年有余。而居民医保基金结余量小的却集中在上海、福建、江苏等经济发达地区,反之结余量大的却是黑龙江、青海等经济欠发达地区,基金结余量与经济发展水平呈非正向关系。对此,已有研究指出地方财政部门在城乡居民医保基金的管理过程中会由于财政收入水平的高低而产生强度不同的兜底压力、大小不同的补偿资源分配空间以及软硬不同的预算约束,并导致路径依赖或强化或勉强维持的选择,最终呈现“越富越亏、越穷越省”这一预算承诺动态调整的结果。^⑧

表 1 2022 年职工医保参保结构和居民医保基金运行的省际差异

职工医保参保结构		居民医保基金累计结余	
	在职/退休	可使用月数	累计结余范围
全国	2.76	全国 9.67	低于合理结余
广东	7.45	上海 4.24	
福建	4.31	河南 5.28	
西藏	3.92	福建 5.80	
浙江	3.85	江苏 6.15	
北京	3.51	安徽 6.58	合理结余
宁夏	2.94	山东 7.51	
贵州	2.88	浙江 7.54	
广西	2.88	重庆 8.49	
江苏	2.84	河北 8.55	
重庆	2.82	云南 8.83	
山东	2.82	湖南 8.95	
四川	2.69	北京 9.27	
海南	2.67	湖北 9.66	
安徽	2.66	吉林 10.80	高于合理结余
新疆	2.60	四川 10.85	
云南	2.53	陕西 11.41	
河南	2.34	江西 11.49	
河北	2.29	山西 11.64	
湖南	2.28	广西 11.83	
陕西	2.27	贵州 12.12	
湖北	2.19	辽宁 12.69	
甘肃	2.09	天津 13.40	
山西	2.07	宁夏 13.77	结余过多
内蒙古	2.06	甘肃 13.91	
上海	2.03	海南 14.05	
青海	1.94	新疆 14.29	
江西	1.91	内蒙古 14.39	
天津	1.85	黑龙江 15.42	
吉林	1.60	广东 15.54	
辽宁	1.32	青海 18.87	
黑龙江	1.17	西藏 19.90	

资料来源:根据《中国统计年鉴 2023》计算得。

注:累计结余可使用月数=累计结余/(当年基金支出/12);除全国外,职工医保在职退休比按降序排列,居民医保基金累计结余可使用月数升序排列。

(二)基本医疗保险政策设计的地区差异

宏观统计数据揭示了各地基本医疗保险基金运行的差异,这主要源于我国医保制度在地区之间、地区内部和项目之间,以及具体的参保资格、保障待遇、筹资规则及标准、经办服务等方面的规定存在显著差异。^⑨由于医保政策包括的要素较多,如《关于深化医疗保障制度改革的意见》中提到“待遇保障、筹资运行、支付方式、基金监管、医药服务供给侧、公共管理服务”等内容,难以在一个研究中罗列所有的政策细节。因此,本研究关注基本医保“为谁提供保障”与“保障什么内容”的核心问题,聚焦制度要素前端和末端两个环节,梳理全国整体及个别地区的参保资格或覆盖人群、筹资与待遇的相关政策,暂不涉及支付方式、医药服务供给等供需双方的联结因素,旨在揭示各地医保政策在设计上的差异性规律,为进一步优化和统一医保制度提供参考。

首先,在参保资格上,职工医保各地规定差别不大,以劳动关系为基础参保,灵活就业群体自主选择参加职工医保或居民医保。但是,居民医保的参保资格则存在是否以户籍为依据的区别,其中北京、上海、杭州等经济发达、人口流入较多的城市,以本市户籍为参保的前置条件,而一些中西部省会城市如武汉、西安或是人口流出较多的省会城市如哈尔滨、贵阳,均是常住地参保,不设户籍限制。统计数据也显示了这一区别,2022 年上海市以常住人口为基数

计算的基本医保参保率为 80.39%,户籍人口参保率为 132.30%;而贵州省以常住人口为基数计算参保率达到 109.47%,户籍人口覆盖率仅为 91.14%。^⑩

其次,在筹资标准上,以城乡居民医保的个人缴费与财政补贴金额为例,《国家医保局财政部国家税务总局关于做好 2024 年城乡居民基本医疗保障有关工作的通知》中提出 2024 年居民医保人均财政补助标准达到不低于 670 元/人/年,个人缴费标准达到 400 元/人/年,个人缴费标准在总筹资中占比 37%。^⑪该通知设定了居民医保个人缴费和财政补贴的最低标准,但各地具体的标准却差异巨大。大多数省市比照国家最低标准设定本统筹区的标准,同时也有一些地方设定了远超这一档次的筹资标准。例如 2024 年上海市城乡居民医保筹资标准规定,70 岁以上老年人财政补贴最高可达 6574 元/人/年,是全国标准的 10 倍左右,而个人缴费 595 元/人/年,在 7169 元/人/年的总筹资标准中仅占 8%;劳动年龄人口的个人缴费为 935 元/人/年,财政补贴标准为 3214 元/人/年,^⑫远高于全国水平。此外,在职工医保方面,各地的缴费基数、缴费比例和最低缴费年限也各不相同。

各地筹资比例的差异直接反映了实际筹资标准的多元化。本文参考王震关于职工医保的实际缴费率的计算方式,“以各省城镇单位就业人员平均工资及在职参保人二者的乘积作为缴费基数,以当年基金

表 2 2020 年部分城市职工基本医疗保险单位和个人缴费比例 (%)

城市	单位缴费	个人缴费
杭州	10.5	2.0
北京	10.0	2.0
上海	10.0	2.0
海口	8.5	2.0
武汉	8.0	2.0
洛阳	7.0	2.0
绵阳	6.0	2.0
广州	5.5	2.0
深圳	5.2	2.0
东莞	1.6	0.5
中山	1.5	0.5

资料来源:单大圣:《中国医疗保障决策的地方化特征与改革思路》,《社会保障评论》2022 年第 6 期。

收入除以缴费基数,得到实际缴费费率”。^⑬居民医保虽然是定额缴费,但其与居民可支配收入的关联程度,既能够反映居民医保筹资的科学性,也是地区间差距和筹资公平性的一种体现。因此,借鉴职工医保的计算方式,本文以各省居民人均可支配收入与居民医保参保人数的乘积为筹资基数,以当年各省

居民医保基金收入除以筹资基数计算居民医保的筹资比例(如表3)。其中,职工医保实际缴费率最高值(青海 11.35%)与最低值(广东 4.06%)相差约 7.3%;居民医保筹资比例最高值(甘肃 4.04%)与最低值(天津 2.12%)相差约 1.9%。

最后,根据我国当前普遍实行的“以收定支”的

表 3		2022 年职工医保与居民医保筹资比例		(%)
		职工医保实际缴费比例	居民医保实际筹资比例	
全国	6.67	全国	2.79	
广东	4.06	天津	2.12	
浙江	5.54	福建	2.32	
江苏	5.66	江苏	2.35	
安徽	5.89	广东	2.36	
福建	5.92	山东	2.64	
重庆	6.93	辽宁	2.70	
海南	7.01	安徽	2.83	
北京	7.02	湖南	2.88	
广西	7.12	重庆	2.89	
山东	7.18	湖北	2.95	
四川	7.22	内蒙古	3.02	
上海	7.27	浙江	3.04	
吉林	7.41	河北	3.08	
天津	7.61	江西	3.09	
山西	7.66	吉林	3.12	
辽宁	7.66	四川	3.18	
湖北	7.71	海南	3.18	
江西	7.74	陕西	3.27	
湖南	7.75	山西	3.29	
贵州	7.88	西藏	3.30	
宁夏	8.09	广西	3.35	
新疆	8.10	河南	3.36	
甘肃	8.15	宁夏	3.46	
河南	8.18	上海	3.46	
内蒙古	8.28	云南	3.62	
河北	8.28	新疆	3.65	
云南	8.66	北京	3.65	
黑龙江	8.77	黑龙江	3.79	
西藏	9.13	贵州	3.81	
陕西	9.97	青海	3.96	
青海	11.35	甘肃	4.04	

资料来源:根据《2023 中国统计年鉴》计算。
注:职工医保实际缴费率=职工医保基金收入/(在职参保人数×在岗职工平均工资);居民医保筹资比例=居民医保基金收入/(居民医保参保人数×居民人均可支配收入)。按照缴费率/筹资比例升序排列。

基金管理方式,参保资格和筹资标准的差异最终反映在待遇保障程度上。一方面,各地的医保待遇范围和标准并不统一,例如门诊慢性病和特殊病种的保障目录在种类上就有所不同;另一方面,关于起付线、封顶线和支付比例的设定,起付线通常根据当地居民收入的一定比例来确定,支付比例各地之间在10个百分点左右波动,而封顶线则在不同地区之间表现出较大差异。例如,2024年北京城乡居民医保普通门诊封顶线为5000元,^⑭杭州市居民医保普通门诊上不封顶,^⑮其他大多数地市居民医保门诊封顶线200—400元不等,另外部分地市居民普通门诊统筹仅限基层医疗机构。在住院方面,各地支付比例依就医级别递减,平均比例为60%~80%。如果将基本医保和大病保险合并计算封顶线,北京不设封顶线,^⑯杭州达到90万元(城乡居民基本医保30万元,大病保险60万元),^⑰而武汉(城乡居民基本医保15万元,大病保险30万元)^⑱和贵阳(城乡居民基本医保25万元,大病保险20万元)^⑲的总和封顶线都是45万元。由于给居民造成医疗支出负担的往往是大病大额支出,目录范围和封顶线往往影响更高。起付线、封顶线、支付比例等政策上的不同最终导致了各地政策范围内的费用报销比例存在一定差异(表4)。

(三)基本医疗保险地区差异的实践特征

我国基本医疗保险在地区间的差异主要体现在覆盖人群的广泛性(广度)和保障水平的深入性(深度)之间的平衡。尽管理论上实现了全民覆盖,但实际操作中,各地对于参保资格的具体定义存在差异,具体体现在对本地户籍、本地就业、常住人口等条件的不同要求上,从而导致各地参保的难易程度和保障对象的范围出现分化。而在既定的基金池约束下,制度覆盖人群的数量多少和结构特征,也直接影响到保障水平的高低。基于此,我国基本医保制度设计思路可以概括为覆盖广度和覆盖深度的权衡,保障人群和保障程度的权衡,具体分为以下两种类型。

一种以北京、上海、杭州等发达地区为代表,其医疗保险的保障范围广、保障水平高,相应地筹资成本也较高,这导致个人缴费和财政补贴需求增加,参保门槛因户籍限制而提高,主要覆盖本地户籍人口。

另一种以贵州、西安等西部欠发达地区为代表,医疗保险的保障范围、水平和所需成本相对较低,参照国家设定的最低筹资水平,因此参保难度较低,常住人口即可参保,覆盖面更广,基本实现对所有常住人口的覆盖。因此,与低保类似,地方政府考虑到可能的财政收支平衡压力,如果覆盖的低保人数较多则会设定较低的低保标准,反之如果覆盖的低保人数少则会提供更高的保障水平,^⑳在以财政责任占比更高的居民医保中,地方政府同样存在基于实际资源禀赋对覆盖率(保障人群)和待遇水平(保障程度)之间的选择权衡,是选择为更广泛的群体提供基本的风险保障(尽管保障水平可能有限),还是为特定群体提供更高水平的风险保障。

三、试点先行与属地管理:基本医疗保险地区差异的形成过程

分析基本医疗保险制度差异性的原因是探究破解不平衡性的前提,这种不平衡是多种因素共同作用的结果。^㉑一是受到自然地理、经济条件、人口结构等客观因素的限制,二是源于中国社会保障历史上试点先行的特色路径,三是受到国家治理体系中一统体制与有效治理结合的影响。自然环境和社会经济因素是现实基础,本文将重点讨论历史路径和属地管理在形成地区差异中的作用。

(一)试点先行与属地管理原则的确立

我国社会医疗保险体系的建立始于20世纪80年代,当时中央政府授权地方进行探索和试点,逐步摸索并总结医疗保险的发展规律。通过“摸着石头过河”的方式,探索出一条适合中国国情的医疗保障发展路径,并最终实现了全国性的推广和全民覆盖。具体包括:1989年在辽宁丹东、吉林四平、湖北黄石、湖南株洲等地试点三方共担医疗费用的医疗保险制度,以及1994年在江苏镇江和江西九江探索个人账户与社会统筹相结合的“两江试点”,确立了社会医疗保险的基本框架。在此基础上,1998年至2011年,城镇职工医保、新农合、城镇居民医保等基本医保制度相继建立并实现全民覆盖。2011年以来,为更有效地发挥医保功能,进行了一系列的制度要素调整。而1998年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发

表 4

2022 年全国基本医疗保险住院费用政策范围内报销比例

(%)

地区	居民医保	职工医保
全国	68.3	84.2
北京	71.1	79.5
天津	74.2	85.0
河北	70.8	88.9
山西	63.8	84.7
内蒙古	66.8	82.9
辽宁	67.1	76.7
吉林	69.2	81.5
黑龙江	67.1	79.1
上海	76.3	87.1
江苏	73.4	90.7
浙江	69.9	85.4
安徽	70.0	84.7
福建	63.0	83.9
江西	70.8	84.5
山东	65.9	83.1
河南	64.0	80.7
湖北	67.1	83.7
湖南	64.0	81.5
广东	66.5	78.5
广西	71.9	85.4
海南	84.4	87.5
重庆	65.3	88.4
四川	65.3	88.2
贵州	74.3	89.4
云南	72.0	89.2
西藏	79.0	97.7
陕西	69.4	88.6
甘肃	71.3	91.1
青海	72.1	83.6
宁夏	74.9	85.7
新疆	76.3	81.8

资料来源：国家医疗保障局编：《2023 中国医疗保障统计年鉴》，中国统计出版社，2023 年，第 38、57 页。

[1998]44 号) 确立了医保管理的属地原则, 相对于过去的单位保障、行业统筹, “属地”原则在一定程度上纠正了区域内医保决策权过于分散的弊端, 强化了统筹地区政府在医疗保障决策、管理、经办中的主导作用, 实现了医疗保障基金的集中管理, 初步形成了医疗保障分级决策、以统筹地区政府为主的体制。^②

试点探索、属地责任、因地制宜的发展模式有利于充分掌握当地的一手信息, 渐进式改革有助于建立适应各地基本情况的医疗保障制度, 为制度的建

立和后来的覆盖全民打下了坚实的基础,但也造成了地区间制度“各地为政”、碎片化与分割运行的弊端。长期的自下而上试点策略导致社会保障制度普遍缺乏全国性的统一法律法规和政策规范,难以对地方行为形成刚性约束。在国家统一法制缺失或仅有原则性、指导性意见的情况下,地方在制定相关政策时往往更多基于自身利益偏好,并受短期政绩追求的驱动,导致地方创新的社会保障政策存在权责不清晰、筹资不平衡、待遇不公平、政策偏颇等问题。^②当初在推进医保制度改革过程中采取的“统一性与灵活性相结合”的措施是恰当的,但实际中富裕地方“自主决定权”过大,造成地区之间不平衡,既影响了制度的统一规范,又不利于增进社会公平正义,促进共同富裕。^③

(二) 制度统一与分级治理的宏观治理体系

医疗保险作为社会民生政策的重要组成部分,其差异化不仅源于医保本身试点先行的发展路径,而且紧密嵌入到宏观治理体系之中。从宏观视角看,我国的政府间关系呈现出政治集权和经济分权相结合,^④中央集权与地方分权相结合、一统体制与有效治理相结合,^⑤在维护中央统一领导、维持大一统的国家的基础上,政治体系的日常运作仍以地方政府为主。^⑥这样的治理结构塑造了社会福利、教育医疗、环境保护等民生政策的发展特征和地域差异。在中央统一规划下,地方政府根据当地财政状况、中央转移支付、晋升指标和邻近区域的实际情况等,对社会福利政策进行自主性选择,^⑦从而形成了中国社会保障的地域化特征。^⑧当官员考核的重点从唯GDP论转向综合考核,尤其是将民生领域作为社会发展的重点时,为了突出政绩,就会出现“福利锦标赛”,从而导致各地的多样性,尤其是福利刚性增长的特征可能会进一步拉大地方差异。^⑨而在分权管理的福利体系中,地方政府由于具有政策实施上的信息优势,与中央政府之间存在一定程度的委托代理困境。这种困境部分源自跨部门合作机制和单个政府部门的能力、顶层设计和中央优先发展领域、政策反馈机制等因素,从而共同导致养老保险、医疗保险、失业保险、社会救助等福利项目在不同地区之间存在显著差异。^⑩

四、制度目标与属地管理的矛盾:基本医疗保险地区差异的影响效应

我国基本医疗保险的地区差异是试点先行的历史路径和属地责任管理的自然结果,因此,这种差异的存在有其部分合理性,使得各地医保制度的设计更加接近当地参保群众的实际需求。同时,由于医保与医疗机构的紧密联系,属地化管理也便于对医疗机构进行就近管理,提高当地医保基金的使用效率,截止目前属地管理仍是主要的管理方式。

但是,属地化管理并非没有弊端,其有效性的前提是制度覆盖人群基本固定在统筹区内。但随着人口流动性的增强,跨统筹区的保障需求日益常态化,基本医保的地区差异产生了如公平性不足、制度共济性弱、管理难度大、风险保障缺乏精准性等一系列问题。从长远来看,也会影响劳动力自由流动和全国统一大市场的形成,并加剧个体不公平和地区不平衡等问题。中国作为中国共产党集中统一领导下的社会主义国家,社会保障特别是社会保险的国家制度属性应当得到确保,但在自下而上的改革路径和地方“承包制遗产”的影响下,基本养老保险、医疗保险等制度长期处于地方分割统筹状态,使得国家利益在一定程度上沦为地方利益,这种局面不仅导致了筹资不公、待遇不公以及地区竞争的不公,更影响了社会保障制度增进国家认同、促进社会平等、助力共同富裕等功能的有效发挥。^⑪

(一) 同病不同待遇,加剧个体不公平和地区不平衡

医疗保险的核心目标是打破疾病和贫困之间的恶性循环,进而促进劳动力再生产,减轻因疾病带来的经济负担,激励个人消费。我国基本医保已经从无到有实现人群全覆盖,使得参保者能够在患病后敢看病、看得起病,获得基本的医疗保障权益。但是,如果基本医保存在地区间同病不同待遇的情况,就会成为拉大收入和财富积累不平等的潜在制度因素。一方面,同一个病种,某些地区可能提供报销而其他地区则不提供,同样的医疗服务也存在差异化的支付比例。另一方面,即使在同一地区,参保门槛的限制也会使当地居民不能拥有获得医疗保障权益的同等机会。在疾病治疗的迫切性和疾病费用会给

生活带来一定支出负担的双重影响下,同病不同待遇既会导致一些地区居民无法及时获得公平有效的医疗保健服务,也会给居民的收入和生活消费带来压力,使得参保人的基本医疗保障权益因户籍、居住地的不同而产生差距。对于那些经济欠发达地区的参保人来说,其应对疾病经济风险的能力本就较弱,如果不能得到有效的保障,会更有可能因疾病而陷入贫困。因此,医保待遇的差异化不仅未能促进不同地区间的共同富裕,反而可能加剧收入差距。

社会保障政策不统一不仅导致国民权益差异,也不利于区域均衡发展。本当属于全国性的制度由于地方差异的存在而沦为地方性的制度,不仅导致地区间社会成员的基本保障权益存在明显差异,还影响着地区之间的公平竞争。^③首先,不同地区之间的待遇差异和人口结构、疾病谱等因素导致的基金收支差异,使得地方政府陷入两难困境:一方面,增加财政投入弥补公共服各差距,会限制在其他经济建设性项目方面的财政支持;另一方面,如果专注经济性投资而忽视人民健康等民生项目,将无法有效保障人民群众的基本权益。其次,医疗保险待遇不一致可能导致人才、资金等资源流向待遇较好的地区。最后,医疗保险筹资水平的不一致又会驱动资本向筹资成本低的地区流动,从而不利于地区间公平竞争,加剧区域发展不平衡。

总之,基于户籍和就业状况的分割式基本医疗保险体系所面临的一个挑战是公平性不足,这也是推动医保制度整合的内在动力。^④同病不同待遇既缺乏基本医保制度对公平性的价值追求,也有悖共同富裕的目标实现。

(二) 保障欠缺精准性,影响劳动力的自由流动

属地管理模式不仅存在公平性不足,也使得个体层面获得的保障缺乏精准性。根据第七次人口普查数据,人户分离的人口达到4.9亿,相较于第六次全国人口普查增加2.3亿人,增幅达到88.52%,其中跨省流动人口也达到1.2亿。^⑤大量农民工长期“漂泊”于城乡之间,其日常居住和生活的空间与户籍所在地分离,经济收入和社会福利保障水平偏低,无法承担东部沿海地区的高昂安居成本,因此只能长期在东部沿海城市和中西部家乡之间进行“候鸟

式”流动。^⑥而由于各地制度的分割管理,尤其是经济发达、人口流入量大的东部沿海地区,社会保障待遇虽高,但常伴随着严格的户籍管理(如前文分析的北京、杭州、上海等地),以本地户籍作为参保资格的居民医保政策使许多常住非户籍人口只能回到户籍地参保,这不仅损害了他们的参保权益,也给他们的生活带来了诸多不便。^⑦属地管理下的参保壁垒使得流动人口难以在当地直接享受医疗保障权益,风险的无界性与制度保障的有界性之间存在不匹配,导致风险保障缺乏精准性和针对性。

已有研究和实地调研均发现,由于自愿参保原则、地区流动与职业转换过程中参保的衔接机制的不顺畅,尤其是在待遇水平较低、个人负担较重的情况下,基本医疗保险存在参保制度障碍,同时也会降低对参保人的吸引力,导致每年会有部分参保人退出医保制度,即参保中断。^⑧当长期在城乡间、地区间流动的人口在流出地参保而需要在流入地获得医疗服务时,就会产生风险保障范围与风险发生范围的不一致。虽然异地就医直接结算系统已经实现全国联网,但异地定点机构、备案手续、异地监管等问题的存在,仍然是参保人在常住地享受基本医疗服务的隐性门槛。这种情况既不利于人口流入地稳定吸引劳动力,也不利于人口流出地医保的扩面工作,更无法为参保人提供必要的保障,形成了“多方共输”的局面。因此,医疗保险等社会保障制度的管理、服务、资金等地区壁垒构成了劳动力流动和生产要素跨地区自由配置的隐性障碍,长期来看不利于全国统一大市场的形成。

(三) 制度共济性弱,管理难度大,基金抗风险能力不足

医疗保险的制度分割不利于应对非系统性风险。由于基金仅局限在一定区域或人群中,其抗风险能力较弱,老龄化、医疗供方行为的非预期变化都可能对其偿付能力造成影响;^⑨同时,这种管理模式也会带来管理和经办资源的分散,造成严重的资源浪费。^⑩因此,属地化分割管理使得医保基金存在全国总量结余与地区结构性不足并存的特征(表1),导致医疗保险制度地区间共济性较弱,基金抗风险能力不足。

此外,随着人口流动的日益频繁,跨区域的管理需求日益增长。然而,属地管理的医疗保险制度因地区间规定不一、信息不互通,增加了管理难度。一方面,参保信息的不共享导致了重复参保现象。例如,全国医保信息平台上线后,2022年各省加强数据比对,清理重复参保,参保人数比上年减少了1727万。^④另一方面,虽然基本医疗保险的异地就医直接结算和转移接续在一定程度上便利了参保人,但也带来了新的管理挑战。在异地就医过程中,由于就诊服务获取、报销待遇、监管责任和权限的分离,可能会带来结算难度大、监管困难和基金不可持续的风险。在调研中,医保部门的工作人员提出,由于属地监管权限的限制,他们难以对外出就医地区进行监管,同时,属地报销责任也削弱了外出就医地区的监管积极性,导致异地就医成了“两不管”地带。此外,社会保障缴费年限与住房、教育等资格挂钩,使得转移接续过程中不可避免地会造成个人权益和制度效率的双重损失。总之,随着城市居民的医疗保险走向社会化管理的模式,属地管理原则与人口跨区域流动性增强之间的矛盾日益突出。^⑤

五、区域共济与协同治理:缩小基本医疗保险地区差异的优化路径

社会医疗保险制度的发展根植于国家的宏观治理体系之中,经由中央顶层设计和地方的逐层落实最终影响到每个参保者的疾病风险保障。属地管理在历史上对全民医保体系的建立发挥了积极作用,并且由于医保管理与医疗服务供给的匹配需求,至今仍然是必要的管理权限。然而,属地管理的组织弊端也直接导致了地区间发展的不平衡和待遇差距。随着基本医保自身发展规律的演进,分割运行的历史路径正在被逐步打破。因此,面对以共同富裕为核心的中国式现代化发展目标,应当将制度优势转化为治理效能,将基本养老保险、基本医疗保险、社会救助等法定基本保障制度从地方分割治理提升到国家层级,以此消除乱象,确保制度统一。^⑥通过强化中央层级的顶层设计与法制建设,将我国社会保障政策自下而上的改革策略转向自上而下的整体推进。^⑦基于此,本文聚焦于“弱化属地责任分级管理体系的组织弊端、强化属地管理基础上的区域共

济和央地协同”这一医保领域央地间治理结构的调整思路,提出缩小基本医疗保险地区差异的优化路径,旨在破除基本医保发展不平衡的体制机制障碍,建立一个真正覆盖全民、公平统一、病有所医、同病同待遇的医疗保障体系。

(一)强化顶层设计,规划公平统一的基本医保发展蓝图

当前,医疗保障体系的发展正从地方试点先行逐步转向强化顶层设计,这需要从整体上规划公平、规范、统一的基本医保发展蓝图。依据“中发5号文”和党的二十大报告的指导精神,未来医疗保障的目标导向将包括:覆盖全民的保障群体,保障适度的待遇水平,城乡统筹、公平统一的制度分配,权责清晰的责任主体,安全规范的制度运行,多层次的制度结构,以及长期的可持续发展等。为了实现这一顶层设计的蓝图,需要打破地区间碎片化和分割运行的现状,强调地区间的统一性、公平性而非自主性、差异性。结合各地医保的实践特征,可以定义一种新的相对公平适度、统一规范的基本医疗保险政策模式,也就是在满足常住人口全覆盖的基础上,根据“尽力而为、量力而行”的原则,进行保障项目、保障水平、筹资成本的权衡,即实现“覆盖全民、公平适度”的目标。具体而言,需要通过强调参保资格、药品目录、待遇标准等制度框架要素的统一,降低地方部门的自主权限。当前,可以逐步完善和落实医疗保障待遇清单制度来统一各地的制度设计,并强化国家医保局在药品与医疗服务谈判中的职能;未来,将进一步制定出台《医疗保障法》,从更高层级的法律层面维护医疗保障的统一规范。此外,公平统一的基本医疗保险发展蓝图,不仅仅在城乡统筹的基础上逐步实现地区普惠,未来还需要逐步缩小职工医保与居民医保制度间的差异,以实现一个统一的制度覆盖所有国民,确保每个人都能享受到公平且普惠的基本医疗保障待遇。

(二)理顺医疗保障管理体制,提高统筹层次,提升医保待遇水平

逐步提高医疗保险统筹层次,以管理体制整合为组织载体,集中决策权并下放服务执行,是提升医保待遇水平的关键措施。首先,医疗保险从县级到

市级再到省级,通过综合采取准备金、调剂金、统收统支等基金管理措施,逐步提高统筹层次,实现全省实施统一的医保目录和定点机构,基金在全省范围内统一管理使用,参保人可以选择在全省范围内就医。这一举措有助于将经济发达地区的丰富医疗资源惠及欠发达地区,整合不同统筹区的风险和基金,缩小地区间差异。其次,整合统筹层次(省、市)以下的管理部门资源,解决现有的经办机构资源不足和行政机构权限难以发挥的问题,将制度的执行权下移,有利于优化医疗保障公共服务递送,有效打通参保人获得服务的最后一公里。最后,在中央部门集中决策权限的同时,实现省级以下垂直管理,简化多层次政府间关系为中央与省两级。以执行为主的省以下机构有助于保障政策执行质量,简化决策层级,减少政策层层执行中的再次变形风险。总之,以组织管理为载体,以完善统筹层次为政策工具,在基金可负担的前提下,有助于实现参保人就高获得保障待遇,就近获取服务递送,缩小地区之间、人群之间的医保公共服务差距。

(三)推进医保区域制度一体化,提高医保跨域服务粘性与权益公平

近年来,随着长三角、京津冀等区域一体化上升成为国家战略,区域社会保障制度一体化成为社会保障制度系统集成的“试验田”。^⑤在医疗保险领域,区域一体化的医保政策主要体现在京津冀、长三角、珠三角、成渝经济圈等国家区域经济一体化的规划中,包括缴费年限互认、医保目录统一、医保高频事项区域“一网通办”、简化异地报销手续、不提高异地就医患者的个人自付比例等。区域医保制度一体化能够在人口流动频繁、地理位置接近的区域内,跨越省界,有助于缩小地区差异、整合疾病风险,是在全国层面破除基本医疗保险制度壁垒、促进制度公平统一的过渡性和关键性环节。

未来,应持续探索打破省界限制,完善区域内的参保互认、转移接续、权益衔接机制,实现特定地区内部参保人参保权益的最大公约数,并据此扩大区域共济范围和跨域衔接程度。首先,对于参保人在区域内跨统筹区流动就医时,可以简化相关备案手续,直接按照异地就医结算的待遇政策进行报销。

其次,对于区域内跨统筹区转移医疗保险关系时,不设置等待期。再次,在处理缴费年限计算的问题时,例如职工医保退休前所需的缴费期限,以及一些地区将社会保险缴费年限与住房、教育等地方政策挂钩的情况,可以实施一种折算机制来保障参保权益的连续性。这意味着,个人的社会保险权益应随个人终身,不会因为居住地的变更而重新计算。最后,以区域性医学中心建设为依托,以医疗资源的辐射带动促进特定大区域内的医疗资源共享和医保权益互惠。对于尚未实现完全意义上省级统筹的省份,可以借鉴区域一体化的思路,设计省内医保制度跨统筹区的权益互认衔接、一体化经办等政策。这不仅是从市级统筹到省级统筹过渡的一种方案,而且通过逐步统一政策框架和协调各方利益,可以有效解决流动人口的跨区域保障问题,确保参保人员的基本医保权益得到公平对待。

(四)信息技术赋能医保管理服务均衡可及,驱动制度整合

在基本公共服务领域,“以标准化促进均等化”的理念已初步达成共识。^⑥在地区发展不平衡、地区间政策存在差异且短期内无法实现制度政策统一、消除不平衡的情况下,可以从执行环节入手统一服务递送,以信息化、数字技术等为技术载体,赋能医保管理服务均衡可及,倒逼制度衔接,进而助推基本医保公平普惠。

大数据治理技术可以帮助中央政府充分掌握信息、缓解信息不对称局面,通过经济、技术和内容三条路径的优化,可以改善中央与地方的关系,促进中央和地方政府之间形成良性互动和协作的新型关系模式。^⑦信息不对称是医保治理中的永恒难题,导致医保统筹层次一直难以有效提高,而数字技术为破除信息壁垒提供了可行性工具。首先,通过建立跨制度、跨地区的协同信息平台、服务标准和服务流程,实现全国各统筹区基础数据的互联互通,确保高层级管理主体能够及时获取准确的管理数据,为制度整合提供坚实的技术基础。其次,消除城乡、地区和不同人群之间的服务壁垒,确保个人在不同制度和地区间流动时能够公平享受基本医保服务。持续优化跨统筹区流动中的转移接续、就医结算和就近

办理等服务流程和标准,推动服务内容、规则、程序和技术手段的统一,即使在地区间社会经济环境差异较大、难以统一制度的情况下,也要确保参保人能够在自己参与的医保项目基础上,顺利获得各地的医保服务。最后,利用精准的医保管理信息,测算地区间公平统一的待遇清单及其筹资成本和责任分担机制,实现待遇的均衡性和财政补贴的精准化。总之,通过数字技术赋能医保管理服务均衡可及,助推医保制度架构的有序衔接。

(五)探索更加精准的财政补贴机制,以常住地参保资格均等化驱动待遇趋同化

当前的医保制度,受限于严格的户籍和劳动关系限制,尚未实现真正意义上的全民覆盖。为此,迫切需要打破参保的户籍壁垒,从传统的户籍地参保模式转变为适应人口流动的常住地参保模式,以满足人口跨区域流动的新常态,并实现参保资格的全民均等化。打破户籍限制,实现常住人口的全面覆盖,是基本医保均等化的关键一步。实现参保资格均等化后,那些人口流入多、待遇水平高的地区的财政补贴将面临挑战,而人口流出多、医疗保障风险高的地区的负担将得到缓解。在此基础上,各地应根据统一的待遇清单要求,综合考虑待遇目标与筹资成本,实现全面覆盖的基本保障,而非仅覆盖部分人群的高水平保障,以此逐步缩小地区间的医疗保障待遇差异。为实现这些目标,需要通过财政精准补贴,按人群、按项目分层次推进顶层设计的落实。

考虑到我国各地医保参保人数和经济实力的差异,对于欠发达地区的居民医疗保险转移支付措施,在促进城乡居民公平享有基本医疗保险权益、推动城乡经济社会协调发展中扮演着至关重要的角色。这些财政补贴和转移支付应综合考虑地区间在补贴人口、社会总抚养比、居民收入水平和地方政府财政能力等方面的差异,构建和测算中央财政补贴不同地区差异化分配的核心变量,促进投向的精准化。^⑧除了各级政府分担的角度外,也可以从按地区经济发展水平分档次按人头补贴,转向按人头补参与分项目补支出相结合。对于发达地区解决非户籍流动人口参保的情况,可予以按人头的针对性补贴。积极探索“钱随人走”的基本公共服务资金分配规

则,明确由常住地提供基本公共服务的原则,加快建立基于常住人口的基础设施和教育、医疗等公共资源的配置机制。^⑨而一线和长珠中心城市作为跨省流动人口的聚集地,在经济发展中充分享受了流动人口带来的红利,理应在基本公共服务常住人口均等化中承担更大的主体责任。同时,特大、超大城市若将跨省流动人口纳入常住人口公共服务和社会保障体系,是一项具有“全国性公共产品”属性的重要措施,需要中央政府加大转移支付力度。^⑩此外,中央政府应适度增加支出责任,帮助中西部地区以及东部财力困难地区全面实施国家基本公共服务清单中的所有项目,确保基本公共服务资源更多地流向中西部经济困难地区。^⑪对于落实国家统一的待遇清单、药品目录、支付标准等方面存在较大困难的欠发达地区,可以在现有的按人头补助参保缴费的基础上,提供项目制的专项打包补贴,以促进这些地区医疗保障政策与国家指导原则的对接。在确保全民共享的基础上,如果地方财政有额外的财力,可以提供更高的附加权益,但不能影响国家统一的基本医保体系的规范性。因此,缩小医保待遇差异并不意味着简单的统一均等,而是减少人为的管理壁垒,逐步实现各地保障水平的趋同。

总之,全民医保是全民共担风险、共享权益的惠民政策,旨在实现全民共享而非特定统筹区独享,既不是资源优势地区的特殊福利也不是资源劣势地区的经济负担。尽管区域共济和央地协同能够在一定程度上缓解属地管理的局限,减少基本医保的地区差异,但属地管理仍是当前主要的管理方式。因此,这些措施应当被视为对现有体系的补充和调整,而不是完全替代的方案,它们之间并不存在绝对的先后顺序。在具体实施时,由于各地的基础条件、配套环境、影响范围和利益格局等都存在差异,无法一蹴而就,也不能平均用力,而是需要逐步规划,优先解决技术、服务等不涉及根本利益调整、较容易突破的领域,再逐步扩大地区之间的共济范围,聚焦财政转移支付、管理体制等央地利益格局的长期调整。需要说明的是,共同富裕并不意味着同等富裕,缩小医保差距也不等于没有差异,但需兜住基本医保的底线。一方面,确保所有地区、所有职业类型的居民都

能获得均等化的医保参保资格;另一方面,最大限度降低因病致贫返贫的风险,探索从统筹基金支付比例封顶到个人自付比例封顶的转变。从长远来看,基本医保制度的功能应从防范区域性因病致贫返贫转变为促进全民健康。各地医保的差异是基于客观经济发展水平、物价水平不同的合理差异,而非人为划地而治、分散保障、关注地方利益的不合理差异。逐步破除属地管理的弊端,通过区域共济和央地协同实现基本医保公平普惠,持续增加基本医疗保险中城乡之间、地区之间和人群之间的共享份额与共享程度,实现全民共享基本医疗保险权益,这既是我国医疗保障发展新阶段的目标,也是完善中国特色民生保障制度体系、治理体系与治理能力的重要组成部分,更是实现共同富裕远景战略与中国式现代化的内在要求。

注释:

①习近平:《促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展》,中国政府网:http://www.gov.cn/xinwen/2022-04/15/content_5685399.htm,2022年4月15日。

②习近平:《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告》,中国政府网:https://www.gov.cn/xinwen/2022-10/25/content_5721685.htm,2022年10月25日。

③王东进:《着力解决不平衡不充分的问题》,《中国医疗保险》2020年第12期。

④郑功成、桂琰:《中国特色医疗保障制度改革与高质量发展》,《学术研究》2020年第4期;郑功成:《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》,《中国人民大学学报》2020年第5期。

⑤何文炯:《基于共同富裕的职工医保制度优化》,《长自学刊》2023年第2期。

⑥《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》(人社部发[2009]67号)指出“除一次性预缴基本医疗保险费外,统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余原则上应控制在6—9个月平均支付水平,累计结余超过15个月平均支付水平的,为结余过多状态,累计结余低于3个月平均支付水平的,为结余不足状态。”本文据此以6—9个月为基准,将6—9个月定义为“合理结余”,少于6个月定义为“低于合

理结余”,其中少于3个月为“结余不足”;多于9个月定义为“高于合理结余”,其中超过15个月为“结余过多”。

⑦包含了超过9个月但不足10个月的四个省份。

⑧朱恒鹏、孙梦婷:《地方财力对城乡居民医保基金结余的影响研究》,《社会保障评论》2023年第6期。

⑨何文炯:《深化医保改革 助力共同富裕》,《中国医疗保险》2021年第3期。

⑩根据《2023年中国统计年鉴》《2023年中国人口和就业统计年鉴》计算。

⑪国家医保局等:《关于做好2024年城乡居民基本医疗保险有关工作的通知》,中国政府网:https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202408/content_6970593.htm,2024年8月19日。

⑫上海市医疗保障局:《〈关于2024年本市城乡居民基本医疗保险有关事项的通知〉的政策解读》,上海市医疗保障局官网:<https://ybj.sh.gov.cn/zcjd/20231120/2555ac3faed64471810c4a24ac108515.html>,2023年11月20日。

⑬王震:《共同富裕背景下医疗保障的公平性:以职工医保为例》,《经济学动态》2022年第3期。

⑭北京市医疗保障局等:《关于调整2024年城乡居民基本医疗保险筹资标准及相关政策的通知》,北京市医疗保障局官网:https://ybj.beijing.gov.cn/zwgk/2024zcwj/202406/t20240620_3721856.html,2023年12月18日。

⑮杭州市人民政府:《〈杭州市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案〉政策解读》,杭州市人民政府官网:https://www.hangzhou.gov.cn/art/2021/11/18/art_1229063385_1804584.html,2021年11月18日。

⑯北京市医疗保障局:《“大病保险”热点问题解答》,北京市人民政府官网:https://www.beijing.gov.cn/fuwu/bmfw/sy/jrts/202311/t20231110_3299340.html,2023年11月10日。

⑰杭州市人民政府:《关于印发杭州市基本医疗保障办法的通知》,杭州市人民政府官网:https://www.hangzhou.gov.cn/art/2020/12/31/art_1229063381_1716370.html,2020年12月31日。

⑱武汉市医疗保障局:《武汉市基本医疗保险保障政策明白卡》,武汉市医疗保障局官网:https://ybj.wuhan.gov.cn/zwgk_52/zcgyjd/zcw/202311/t20231120_2303690.shtml,2023年11月20日。

⑲贵阳市医疗保障局/医保中心:《贵阳市职工医保、城乡居民医保待遇政策(住院起付线、医保报销比例标准、最高支付限额)》,人社通:<https://ml2333.cn/qa/dmrfhtml>,2022年12月16日。

⑳Yu Guo, et al., "Local Policy Discretion in Social Welfare:

Explaining Subnational Variations in China's De Facto Urban Poverty Line," *The China Quarterly*, 2022, 249.

②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。

②单大圣:《中国医疗保障决策的地方化特征与改革思路》,《社会保障评论》2022年第6期。

②③华颖:《地方社会保障政策出台存在的问题及其综合治理》,《行政管理改革》2021年第11期。

②④王东进:《推动医保高质量发展与促进共同富裕》,《中国医疗保险》2021年第11期。

②⑤Xiaobo Zhang, "Fiscal Decentralization and Political Centralization in China: Implications for Growth and Inequality," *Journal of Comparative Economics*, 2006, 34(4); Chenggang Xu, "The Fundamental Institutions of China's Reforms and Development," *Journal of Economic Literature*, 2011, 49(4).

②⑥周雪光:《中国国家治理及其模式:一个整体性视角》,《学术月刊》2014年第10期。

②⑦兰小欢:《置身事内:中国政府与经济发展》,上海人民出版社,2021年,第13页。

②⑧Yu Guo, et al., "Local Policy Discretion in Social Welfare: Explaining Subnational Variations in China's De Facto Urban Poverty Line," *The China Quarterly*, 2022, 249; Yuxi Zhang, "Promotion Tournament 2.0: Why Local Cadres Expand Health-care Provision in China," *Governance*, 2020, 33(4); Xian Huang, Sung Eun Kim, "When Top-down Meets Bottom-up: Local Adoption of Social Policy Reform in China," *Governance*, 2020, 33(2); Kerry Ratigan, "Disaggregating the Developing Welfare State: Provincial Social Policy Regimes in China," *World Development*, 2017, 98.

②⑨Shih - Jiunn Shi, "Social Decentralization: Exploring the Competitive Solidarity of Regional Social Protection in China," *Journal of Asian Public Policy*, 2017, 10(1); Xian Huang, "Four Worlds of Welfare: Understanding Subnational Variation in Chinese Social Health Insurance," *The China Quarterly*, 2015, 222; Ka Ho Mok, Xiao Fang Wu, "Dual Decentralization in China's Transitional Economy: Welfare Regionalism and Policy Implications for Central - local Relationship," *Policy and Society*, 2013, 32(1).

③⑩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。

③⑪Jiwei Qian, *The Political Economy of Making and Implementing Social Policy in China*, Palgrave Macmillan, 2021.

③⑫郑功成:《中国特色社会保障制度论纲》,《社会保障评论》2024年第1期。

③⑬何文炯、潘旭华:《基于共同富裕的社会保障制度深化改革》,《江淮论坛》2021年第3期。

③⑭彭浩然、岳经纶:《中国基本医疗保险制度整合:理论争论、实践进展与未来前景》,《学术月刊》2020年第11期。

③⑮国家统计局:《第七次全国人口普查主要数据情况》,国家统计局官网: https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202302/t20230203_1901080.html, 2021年5月11日。

③⑯焦长权:《从乡土中国到城乡中国:上半程与下半程》,《中国农业大学学报(社会科学版)》2022年第2期。

③⑰何文炯:《深化医保改革 助力共同富裕》,《中国医疗保险》2021年第3期。

③⑱王昭茜、仇雨临:《逆向选择还是制度“漏洞”:全民医保下的不连续参保行为研究》,《兰州学刊》2021年第6期。

③⑲何毅:《医疗保险风险调剂机制在全民医保制度构建中的应用》,《保险研究》2011年第9期。

③⑳申曙光、侯小娟:《我国社会医疗保险制度的“碎片化”与制度整合目标》,《广东社会科学》2012年第3期。

③㉑国家医疗保障局:《2022年医疗保障事业发展统计快报》,国家医疗保障局官网: http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art_7_10250.html, 2023年3月9日。

③㉒周黎安:《转型中的地方政府:官员激励与治理(第二版)》,格致出版社,2017年,第58页。

③㉓郑功成:《中国特色社会保障制度论纲》,《社会保障评论》2024年第1期。

③㉔华颖:《地方社会保障政策出台存在的问题及其综合治理》,《行政管理改革》2021年第11期。

③㉕林闽钢:《“系统集成、协同高效”的社会保障制度改革——以长三角社会保障一体化为例》,《社会保障评论》2022年第3期。

③㉖何文炯:《共同富裕视角下的基本公共服务制度优化》,《中国人口科学》2022年第1期。

③㉗汤峰、蓝国瑜:《大数据治理技术与央地关系的优化——基于信息政治学视角的分析》,《公共行政评论》2023年第2期。

③㉘李亚青、蔡启凡:《基本医疗保险财政补贴的政府间责任分摊研究》,《财经科学》2018年第2期。

③㉙何文炯:《共同富裕视角下的基本公共服务制度优化》,《中国人口科学》2022年第1期。

③㉚张展新:《持有居住证人口参加城乡居民基本医疗保险:大城市政策差异与“积极省会”解释》,《社会保障评论》2021年第2期。

③㉛何文炯:《共同富裕视角下的基本公共服务制度优化》,《中国人口科学》2022年第1期。