

健康公平视域下城乡居民基本医疗保险制度优化

——以安徽省为例

杜莹莹

(铜陵学院 财税与公共管理学院, 安徽 铜陵 244061)

摘要:从健康公平视角入手,以安徽省城乡居民基本医疗保险为依托,从资金筹集、医疗服务利用和保障结果三个方面考察城乡居民基本医疗保险制度的健康公平,分析表明致力于促进城乡居民健康公平的基本医疗保险制度可能面临形式公平大于实质公平的结果。提出建立缴费贡献与缴费能力关联的筹资机制,加大对低收入群体的财政补贴力度,渐进式提高城乡居民基本医保统筹层次,构建有机衔接的多层次医疗保障体系等优化路径。

关键词:健康公平;基本医疗保险;筹资;医疗服务利用

中图分类号:F842.6

文献标识码:A

文章编号:2097-0625(2022)01-0011-07

健康是国民幸福的基础和国家富强的基石,公平是我国政府制定公共政策的基本原则,追求健康公平既是民众诉求也是政府责任,构建覆盖全民的基本医疗保险制度是我国践行健康公平的关键举措。2020年3月,《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》指出增强弱势群体基础性保障,增进基本医疗保险公平性,服务健康中国建设。2021年3月,《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》在“健全全民医保制度”一章中明确表示进一步夯实基本医疗保险制度公平性。追溯政策演变轨迹可知,我国基本医疗保险制度改革是一个不断走向更高层次公平正义的过程^[1]。截至2020年底,参加全国基本医疗保险13.6亿人,参保率稳定在95%以上,其中参加城镇职工基本医疗保险3.4亿人,参加城乡居民基本医疗保险10.2亿人^[2],构筑了一条促进全民参保权利公平的健康防线。

在全民医保背景下,参保权利公平并不意味着健康保障结果公平。现有研究社会医疗保险的健康公

平主要从以下三条路线展开讨论:一是聚焦老年群体,认为收入不平等通过医疗保险间接影响老年人健康结果,对低收入老年人负面影响更大^[3]。参加不同类别医疗保险的老年人健康结果不同,除去社会经济地位因素外,医疗保险设计不公是造成老年人健康差异的制度化障碍^[4-5];二是聚焦基本公共服务均等化,认为均等化的基本医疗保险使健康水平较差的低收入参保人处于受益劣势,加剧健康不公平^[6],医疗救助并未显著改善低收入群体遭受的医疗不公平^[7],户籍制度挂钩的医保“属地化”与流动人口“流动性”冲突,医保受益水平存在显著户籍差异,损害流动群体健康权益^[8];三是聚焦收入再分配机制,认为收入的偏环境效应使得社会医疗保险因收入差异在医疗服务利用上存在“穷帮富”“农帮城”现象,削弱制度公平性^[9]。农村社会医疗保险“损不足补有余”,逆向再分配对低收入群体带来反向调节,丧失了制度亲贫效应^[10]。

立足职工与居民身份差异性,建立“职工+居民”的基本医疗保险两大制度平台^[11],基本医疗保险参

收稿日期:2021-09-15

基金项目:铜陵学院校级重点项目“提升老年人口健康水平的基本医疗保障制度研究”(项目编号:2020tlxyZD05);铜陵学院校级一般项目“促进健康老龄化的基本医疗保险制度优化研究——基于安徽的实践”(项目编号:2019tlxy04)

作者简介:杜莹莹(1987—),女,河南伊川人,讲师,硕士。研究方向:社会保障理论与实务。

保者权利公平全部落实。职工医保 9.1% 的总缴费率和居民医保 4.9% 的总缴费率差异形成两类制度保障待遇差距^[12],受身份和地域影响建立的“新农合”和“城居保”在制度安排上面临结果不公窘境,影响健康实质公平^[13]。2016 年,国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3 号),要求各省立足城乡居民负担和基金承受能力,统一筹资标准和保障待遇,逐步缩小城乡差距、地区差异,促进健康公平。本文立足于安徽省,从健康公平视角审视城乡居民基本医疗保险,剖析影响制度性健康公平的因素有哪些?在健康公平导向下,对城乡居民基本医疗保险制度进行优化调整,以期实现更高质量的健康保障目标。

一、医疗保险、医疗服务利用与健康公平

随着社会经济快速发展,人类文明进程加快,个体因疾病风险带来的健康问题由原来的个人责任转变为重要的公共福利政策议题^[14],各国致力于通过社会政策和福利项目推动健康公平,建立医疗保险制度减轻个人医疗费用负担,提高医疗服务利用进而增进健康结果已成全球共识。

(一)健康公平界定

关于健康公平的探讨,西方国家经历了由强调权利公平逐步转向结果公平的渐变过程^[15]。从以诺奇克为代表的自由主义学派强调消极权利公平发展到以罗尔斯为代表的平等主义学派主张积极权利公平,又过渡到丹尼尔斯推崇分配公平。受众多因素影响,到目前为止,健康公平的内涵与外延尚未统一。世界卫生组织定义的健康公平是指不论以何种方式界定族群(社会、经济、人口等),都要消除族群间那些可避免和可补救的健康差异。医疗保险属于典型的健康公共政策,从社会医疗保险范畴来理解健康公平,主要包括筹资公平、医疗服务利用公平和保障结果公平三方面^[16],这将构成本文研究的主要内容。

(二)医疗保险、医疗服务利用与健康公平的关系

实证研究表明,依靠降低病人财务负担的基本医疗保险可通过增加医疗服务利用增进健康水平,但群体之间受益有差别。医疗保险扩面能否实现群体间健康公平,对此研究结论莫衷一是。共识难以达成的主要原因是受身份、户籍、地域等社会经济因素影响建立的“职工”与“居民”基本医疗保险制度差别设计,在遵从权益义务关系基本对应基础上,从筹资到费用

补偿,通过不同群体医疗服务利用程度差异传导影响结果公平实现。由此可知,是否有资格享有医疗保险是决定健康公平的一个方面,受缴费、补偿环节影响的医疗服务利用差异才是影响健康结果公平的重要力量,呈现出医疗保险影响医疗服务利用,医疗服务利用影响健康结果的局面。全民医保使人们享有参保权利公平,但不同医疗保险制度之间,同一医疗保险制度内的参保者仍然存在保障结果不公事实。

城乡居民基本医疗保险“从无到有”的制度建设经历了健康公平从失守到重塑的历程。自 20 世纪 80 年代以来,为适应市场经济体制运转,面向市场化的医疗保障改革曾一度遗忘了规模庞大的城乡居民,从起点上就背离了健康公平的初衷。2003 年和 2007 年以政府投入为主导相继建立的“新农合”和“城居保”标志着基本医疗保险制度全民覆盖,率先回归健康公平目标。2012 年党的十八大报告中关于健全全民医保体系的表述意味着要重塑城乡居民健康公平,2016 年将农村居民与城镇居民的基本医疗保险制度进行整合预示着健康公平理念付诸实践。本文立足安徽省,从筹资、医疗服务利用和保障结果三个维度探讨城乡居民基本医疗保险制度的健康公平。

二、影响健康公平的城乡居民基本医疗保险制度因素分析

在国发〔2016〕3 号文件精神指导下,安徽省进一步强化各级政府责任,于 2018 年基本建成“六统一”的城乡居民基本医疗保险制度,最大限度分散疾病风险提高健康水平,缩小区域内城乡居民健康差距。

(一)筹资公平性分析

对于筹资公平性而言,私人保险筹资主要基于支付意愿,社会医疗保险筹资主要基于支付能力^[17]。安徽城乡居民基本医疗保险制度采用社会保险筹资,选取个人缴费占城乡居民人均可支配收入的比例作为支付能力指标衡量筹资公平性。

安徽省城乡居民基本医疗保险筹资采取个人缴费和政府补助相结合,在市级统筹区域内按照城乡居民“人头数”实行年度定额缴费,根据收支平衡需要每年进行适度上调。这种筹资安排对于实现制度平稳过渡和高效整合大有裨益,但均一缴费标准与城乡居民人均可支配收入比较后发现,各地农村居民缴费负担均高于城镇居民,城乡居民基本医疗保险固定等额筹资方式不公。

安徽经济发展差距较大,2020年城乡居民基本医疗保险个人缴费均为280元,采取均等化的筹资标准看似公平,但忽视各地城乡居民支付能力差别,造成实际负担不公平,增大了农村居民尤其是低收入群体的缴费压力。由表1数据可知,马鞍山城乡居民人

均可支配收入全省第一,相同筹资标准下城乡居民缴费负担最轻,城乡之间相差0.56%;阜阳由于城乡居民人均可支配收入全省最差,相同筹资标准致使农村居民的缴费负担最重,城乡之间缴费负担比相差1.15%。

表1 2020年安徽省部分地区城乡居民基本医疗保险个人缴费与人均可支配收入情况

地区	个人缴费 (元)	农村居民人均 可支配收入(元)	个人筹资占 人均收入比重	城镇居民人均 可支配收入(元)	个人筹资占 人均收入比重
马鞍山	280	25 421	1.1%	51 804	0.54%
合肥	280	24 282	1.15%	48 283	0.58%
黄山	280	18 311	1.53%	38 726	0.72%
淮北	280	15 218	1.84%	36 428	0.77%
宿州	280	14 369	1.95%	34 373	0.81%
阜阳	280	14 256	1.96%	34 562	0.81%

数据来源:安徽省2020年各地国民经济与社会发展统计公报

2018—2020年马鞍山、淮北与阜阳三地城乡居民基本医疗保险参保者个人缴费每年数额相同,受城乡居民人均可支配收入绝对额扩大影响,农村、城镇居民个人缴费占各自人均可支配收入的比例逐年上

升,城乡差距逐渐扩大,筹资呈累退性。纵向对比三个城市发现,农村居民的缴费负担仍然大于城镇居民,且经济发展差距加剧了各地城乡居民个人缴费负担程度。详见表2。

表2 安徽省部分地区分年度城乡居民基本医疗保险个人缴费与人均可支配收入情况表

地区	年份	个人缴费 (元)	农村居民人均 可支配收入(元)	个人筹资占 人均收入比重	城镇居民人均 可支配收入(元)	个人筹资占 人均收入比重
马鞍山	2018	220	21 267	1.03%	45 108	0.49%
马鞍山	2019	250	23 473	1.07%	49 010	0.51%
马鞍山	2020	280	25 421	1.1%	51 804	0.54%
淮北	2018	220	12 745	1.73%	31 959	0.69%
淮北	2019	250	14 052	1.78%	34 727	0.72%
淮北	2020	280	15 218	1.84%	36 428	0.77%
阜阳	2018	220	11 830	1.86%	30 113	0.73%
阜阳	2019	250	13 079	1.91%	32 844	0.76%
阜阳	2020	280	14 256	1.96%	34 562	0.81%

数据来源:安徽省2018—2020年各地国民经济与社会发展统计公报

选取个人缴费占城乡居民人均可支配收入的比例作为具体指标衡量筹资公平性,发现安徽城乡居民基本医疗保险个人缴费采取定额式均等化办法掩盖了各地城乡居民因可支付能力差别产生的筹资不公平,造成经济发展水平较差的农村居民尤其是低收入群体缴费负担加重。

(二) 医疗服务利用公平性分析

同等条件下医疗服务利用率与健康结果正相关,参保者对医疗服务利用差异主要体现在报销上,城乡居民基本医疗保险在相同报销比例下因个体支付能力有别可能面临“同病不同医”问题,医疗服务利用与自付费用、收入水平紧密相连^[18]。自付费用占城乡

居民人均可支配收入比重是衡量医疗服务利用公平性的重要指标。

安徽城乡居民基本医疗保险统筹区域内城乡居民每年缴费均等,使用医疗服务时按照相同比例给予费用报销。为规避病人道德风险,抑制“小病大医”,

各统筹区随着参保者就医时选择医疗机构级别的提高,起付线标准不断抬升,报销比例相应下降。作为健康的引致需求,医疗服务利用应只与个体实际基本医疗需求有关,现实中医疗服务利用程度却受到个体可支付能力的限制。

表 3 2020 年安徽省部分地区城乡居民基本医疗保险住院费用报销比例

城市	社区医疗机构	区县医疗机构	市属医疗机构	省属医疗机构	1 万元医疗费用在省属医院就医自付费用是 [1-(1-0.1)×报销比]万元	
	起付线(元);报销比(%)				农村居民自付费用占 人均可支配收入比重	城镇居民自付费用占 人均可支配收入比重
马鞍山	200;90%	500;80%	700;75%	1000;70%	14.6%	7.1%
合肥	200;90%	500;85%	700;80%	1000;75%	13.4%	6.7%
黄山	200;85%	500;80%	700;70%	1000;65%	22.7%	10.7%
淮北	200;85%	500;80%	700;75%	1000;70%	24.3%	10.2%
宿州	200;85%	500;80%	700;75%	1000;70%	25.7%	10.8%
阜阳	200;85%	500;80%	700;75%	1000;70%	30%	10.7%

数据来源:安徽省 2020 年各地城乡居民基本医疗保险保障待遇实施办法

透过表 3 中数据可知,在各统筹区域内,面对相同医疗需要产生的一万元总费用,农村居民自付费用占人均可支配收入比重是城镇居民的 2 倍多,意味着收入相对较低的农村居民在相同报销政策下承受更重的经济负担,因医疗费用无力自付而减少必要的医疗服务利用。医疗服务利用与居民可支配收入呈正相关,在既定收入预算线约束下,城乡居民收入差距将进一步拉大医疗服务利用的不均等,随着实际医疗费用支出的不断攀升,报销方式均等化的制度设计受城乡居民人均可支配收入影响,一定程度上遏制了医疗服务利用公平性。

此外,医疗服务利用存在“地域区隔”现象。参保者缴费相同,若出现跨统筹区域就医,医疗费用报销标准和比例均有下降。政策规定到市域外住院治疗的,各类别医疗机构起付线增加 1 倍,报销比例降低 5 个百分点。到省外医疗机构住院治疗的,起付线按当次住院总费用 20% 计算,报销比例 60%。各地政府一直推动异地就医直接结算,但按照就医地目录,参保地政策执行的结算办法会损害部分居民权益,流动的“行政区划距离”越远,制度给予的报销待遇越低,制约医疗服务利用^[19],反映出同被城乡居民基本医疗保险所覆盖,受统筹层次限制,与本市居民相比,

外地居民会因户籍差异造成医疗服务利用不公平。

(三)保障结果公平性分析

健康公平从表现形式分为起点、过程和结果的公平三种,其中起点公平是基础,过程公平是关键,结果公平是目标。目前我国基本医疗保险基本实现全民覆盖,在此意义上实现了健康的起点公平,每位社会成员都有同等的参保权。为了达到结果公平,确保过程公平尤为关键,而医疗服务利用正是过程公平的重要内容。

社会医疗保险主要通过医疗服务利用影响保障结果,城乡居民基本医疗保险制度设计初衷就是为了降低医疗服务相对价格,增强医疗服务利用可及性改善健康结果^[20]。医疗服务价格的降低、可及性的增强是通过医疗费用报销办法实现的,费用报销办法又与医疗保险项目的覆盖人群和缴费方式密切相连,保障结果公平需要医疗保险制度一系列相关要素的恰当组合安排方能实现。

安徽整合城乡居民基本医疗保险的措施是突破户籍界限,统一城乡居民身份落实市级统筹。在 16 个统筹区内将没有参加职工医保的所有人员纳入各市城乡居民基本医疗保险制度中,缴费相同享有报销比例相同,减轻城乡居民自付医疗费用负担,提高医

疗服务利用,增进健康结果。但保证参保人权利公平的均等化缴费和报销办法并不自动实现结果公平。收入的偏环境效应使得在相同健康状态下,统筹区域内城乡居民对医疗服务利用和受益在不同收入群体间存在明显差异,报销环节面临“穷帮富”的逆向补偿,“均等化”制度设计不利于改善低收入农村居民健康结果。

同时,城乡居民基本医疗保险依然是较低的统筹层次,无意间放大了本地与外来居民保障待遇差别。不考虑城乡居民收入差距事实,主要依靠政府提供等额财政补助的筹资方式,试图逐步拉平城乡居民基本医疗保险待遇水平,最终只会削弱制度公平性,不仅高收入参保者受益超过低收入参保者,政府财政投入更多地流向本地参保人群,致力于促进城乡居民健康公平的政策安排可能出现形式公平大于实质公平的结果^[21],呈现“均等下的结果不公”。

三、健康公平视域下城乡居民基本医疗保险制度的优化路径

不同社会成员的健康状况确实存在明显差异,但并非所有健康差异均是不公平的表现。健康公平不是要消除所有健康差异,而是要减少或消除那些可避免和不应有的差异。促进健康公平应逐步抑制和消除社会经济因素对城乡居民健康结果的影响,使健康差别仅体现在自然、遗传等不可避免的情形。

(一)调整城乡居民基本医疗保险筹资方式

基于健康公平的城乡居民基本医疗保险制度从筹资起步,采取个人定额缴费和财政按人均定额补助搭建起来的筹资方式在操作上简便易行,易于接受。但并未充分体现个体可承受能力的定额缴费可能出现筹资累退性,导致均等化缴费在城乡居民不同的可支配收入约束下面临筹资不公。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出非就业人员参加基本医疗保险的个人缴费应与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩,这就为城乡居民基本医疗保险从定额缴费迈向比例缴费,形成缴费责任与缴费能力相挂钩的筹资方式提供政策依据。作为打造改革开放新高地的安徽,改变筹资方式可以先行先试,以统筹地区上年度城乡居民不同的人均可支配收入为缴费基数,根据医保基金收支及运行情况、人均可支配收入及医保财政支出等因素进行综合测算,确定城乡居民缴费率,城乡居民根据不同的费基和既

定的费率缴费,建立与居民可支配收入增长相挂钩的指数化调整机制,实行缴费动态调整,体现筹资公平性。

(二)加大对低收入群体的财政补贴力度

我国城乡居民基本医疗保险实行缴费终生受益终生的制度模式,全生命周期内所有城乡居民履行缴费义务才能在使用医疗服务时享受规定的费用补偿。长期来看,受年龄、遗传等不可避免的健康因素影响,城乡居民间可支配收入差距越发显著,这不仅加剧低收入群体缴费压力,个人经济状况和医保报销政策也会降低该群体医疗服务利用,造成“阶层式”保障差距和健康鸿沟。为提高农村低收入人群就医财务可及性,充分利用基本医疗服务提升健康结果,在考虑城乡居民收入差距基础上,政府财政补贴应重点对贫困、残疾、老年等各类低收入群体给予倾向性照顾,不仅在筹资端口减免他们的缴费责任,还应在费用报销环节加大财政补助力度,调整低收入群体医疗费用报销办法,在起付线、封顶线、共付比例、慢性病治疗等方面给予更高保障待遇,进一步减轻个人自付压力,释放低收入群体在医疗服务利用上的费用约束,保障结果公平。

(三)渐进式提高城乡居民基本医疗保险统筹层次

在“互联网+”共享经济催生下的灵活用工时代,地域间人口流动规模剧增,范围愈广。第七次全国人口普查数据显示我国现有流动人口 3.76 亿,与 2010 年相比增长近 70%,中国人口在空间上实现了由低流动性的“乡土中国”向高流动性的“迁移中国”转变^[22]。城乡居民基本医疗保险制度整合及异地就医结算政策启动可吸引灵活就业人员参保,但制度的户籍差异和地域分割凸显灵活就业人员基本医疗保险受益不公。化解人口流动性与医保属地管理矛盾的有效举措是尽早打破市域区隔,巩固提高统筹层次,尽快推动省级统筹,实现同一缴费政策下,流动人口享有与本地户籍居民一样的待遇保障。考虑到各地社会经济的不平衡,统筹层次的提升涉及多方利益主体,且彼此间关系复杂,应小步慢行理顺各级政府权责边界,消除地方本位主义,实行分级管理、共担责任,建立各部门协同联动机制,完善各项配套措施,打破市域城乡居民基本医疗保险区隔藩篱,渐进式推动省级统筹,消弭地区间流动人口基本医保待遇

差距。

(四)构建有机衔接的多层次医疗保障体系

我国虽然建立起基本医疗保险为主干,医疗救助为依托,商业保险为补充的多层次医保框架体系,但是基本医疗保险在理念层面较为明晰,在制度实践上仍旧模糊,城乡居民对基本医疗保险的过度依赖制约多层次医保体系建立。2021年1月,国家医保局、财政部发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》,以医疗保障待遇清单制出台为契机,构建有机衔接的多层次医疗保障体系。城乡居民基本医疗保险参保

者筹资补偿办法以结果公平为导向,尽量消除收入偏环境效应影响,精准纠正基本医保的逆向再分配。提高医疗救助财政支出比重,凸显其对低收入群体的倾向照顾。对于有支付能力的中高收入者,应给商业保险留足空间和余地,让市场根据居民购买能力提供满足投保人个性化需求的优质险种,政府在政策上灵活支持。通过构建一个承认层次差别的立体式医疗保障体系,弥合城乡居民基本医疗保险长期累积的保障结果不公,促进健康中国建设。

参考文献:

- [1] 曹静. 社会公平正义视角下的我国基本医疗保险制度改革历程分析[J]. 社会保障研究, 2019(1): 26-32.
- [2] 国家医疗保障局. 2020年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2021-06-08)[2021-09-08]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art_7_5232.html.
- [3] 万莎. 收入不平等、医疗保险与老年人健康[J]. 山西财经大学学报, 2015(6): 1-11.
- [4] 刘晓婷. 社会医疗保险对老年人健康水平的影响: 基于浙江省的实证研究[J]. 社会, 2014(2): 193-214.
- [5] 刘晓婷, 黄洪. 医疗保障制度改革与老年群体的健康公平: 基于浙江的研究[J]. 社会学研究, 2015(4): 94-117.
- [6] 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[J]. 经济研究, 2016(6): 172-185.
- [7] 刘欢, 戴卫东, 向运华. 公共服务均等化视角下城乡居民基本医疗保险受益公平性研究[J]. 保险研究, 2020(5): 110-127.
- [8] 周钦, 刘国恩. 医保受益性的户籍差异: 基于本地户籍人口和流动人口的研究[J]. 南开经济研究, 2016(1): 77-94.
- [9] 马超, 顾海, 宋泽. 补偿原则下的城乡医疗服务利用机会不平等[J]. 经济学(季刊), 2017(4): 1261-1288.
- [10] 丁少群, 苏瑞珍. 我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[J]. 保险研究, 2019(10): 114-127.
- [11] 郑功成. 面向 2035 年的中国特色社会保障体系建设: 基于目标导向的理论思考与政策建议[J]. 社会保障评论, 2021(1): 3-23.
- [12] 郑秉文. 十四五时期医疗保障可持续性改革的三项任务[J]. 社会保障研究, 2021(2): 3-14.
- [13] 申曙光. 我国需要什么样的医疗保障体系[J]. 社会保障评论, 2021(1): 24-39.
- [14] 刘继同. 健康照顾与国家责任: 公共卫生研究典范转变重构公共卫生政策框架[J]. 人文杂志, 2005(6): 1-8.
- [15] 李胜会, 张子璇, 徐贝尔. 大数据背景下基本医疗保险公平性评价: 基于 Boosting 算法的实证研究. 华南理工大学学报(社会科学版), 2019(3): 46-57.
- [16] 高建民, 杨金娟. 健康公平性概述[J]. 卫生经济研究, 2014(10): 51-54.
- [17] WILLIAMS A H. Equity in Health Care: The Role of Ideology[M]//DOORSLAERVE, WAGSTAFF A, and RUTTENF. eds. ,Equity in the Finance and Delivery of Health Care. Oxford:Oxford University Press,1993.
- [18] 马超, 顾海, 宋泽. 补偿原则下的城乡医疗服务利用机会不平等[J]. 经济学(季刊), 2017(7): 1261-1288.
- [19] 孟颖颖, 韩俊强. 医疗保险制度对流动人口卫生服务利用的影响[J]. 中国社会科学, 2019(5): 110-128.
- [20] 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[J]. 南方经济, 2012(10): 186-199.
- [21] 袁涛, 仇雨临. 从形式公平到实质公平: 居民医保城乡统筹驱动路径反思[J]. 社会保障研究, 2016(1): 55-60.
- [22] 段成荣. 从乡土中国到迁徙中国: 再论中国人口迁移转变[J]. 人口研究, 2020(1): 19-25.

The Optimization of Basic Medical Insurance System for Urban and Rural Residents from the Perspective of Health Equity:

Taking Anhui Province as an Example

DU Yingying

(School of Finance and Public Administration, Tongling University, Tongling Anhui 244061, China)

Abstract: Starting from the perspective of health equity and relying on the basic medical insurance for urban and rural residents in Anhui Province, this paper investigates the health equity of the basic medical insurance system for urban and rural residents from three aspects: financing, medical service utilization and guarantee results. The analysis shows that the basic medical insurance system committed to promoting health equity of urban and rural residents may face the result that formal equity is greater than substantive equity. And then it's suggested that it should be improved by establishing the financing mechanism related to payment contribution and payment ability, increasing the financial subsidies for low-income groups, gradually improving the overall level of basic medical insurance for urban and rural residents, and building the organically connected multi-level medical security system.

Keywords: health equity; basic medical insurance; financing; medical service utilization

[责任编辑 王七萍]

(上接第 10 页)

On the Development Path of Traditional Chinese Medicine Cultural and Creative Industry in Anhui Province

ZHAO Min

(School of Economics and Management, Anhui Open University, Hefei 230022, China)

Abstract: The development of the cultural and creative industries of traditional Chinese medicine can realize the transformation of resource advantages into economic advantages. A systematic analysis of the development status of the cultural and creative industries of traditional Chinese medicine in Anhui, points out the problems of low industrial clusters, lack of competitive products and creative talents, and integrates the development of various provinces. Experience suggests that Anhui's traditional Chinese medicine cultural creative industry should take a clustered development route. Firstly, it should refine the traditional Chinese medicine elements, traditional Chinese medicine industry elements, cultural elements, and cultural industry elements with Anhui characteristics, and then combine and creatively process the elements to form a unique distinctive products and services to open up the market.

Keywords: cultural and creative industry; traditional Chinese medicine cultural resources; development path

[责任编辑 王七萍]