

# “全民免费医疗”的认识误区与理论解析

苏泽瑞

**【摘要】** “全民免费医疗”是各界高度关注且争论已久的重要政策议题，但因对这一概念的理解有别、视角不同，相关争论存在诸多认识误区，进而影响公众的正确认知和政策层面的合理解读，不利于达成促进我国医疗保障制度发展的政策合意。基于权利义务的视角，“全民免费医疗”实质上是指政府主要以一般税收筹资并通过财政预算分配来为国民提供无偿医疗服务的国民健康服务，它既非“免费午餐”，也非“福利陷阱”，亦非必然存在“低效浪费”，而与社会医疗保险制度一样均是化解疾病风险的社会化医疗保障制度安排，二者各有优劣且存在制度间的政策学习与相互扩散现象。中国现阶段应当坚持缴费型社会医疗保险为主体的医疗保障制度，但面向未来也不应排斥建立在税收筹资基础之上的“全民免费医疗”选项，需要根据中国式现代化和走向共同富裕的时代背景以及人民群众的愿望做出理性选择。

**【关键词】** 全民免费医疗；认识误区；理论解析

## 一、引言

“全民免费医疗”是各界高度关注且争论已久的重要政策议题，但因对这一概念的理解有别、视角不同，相关争论存在诸多认识误区，进而影响公众的正确认知和政策层面的合理解读，不利于达成促进我国医疗保障制度发展的政策合意。因此，我们需要实事求是地进行讨论，在尊重事实的基础上寻求令人信服的答案。

新中国成立后，党和政府高度重视保障人民健康。计划经济时期实施过的由免费型劳保医疗、公费医疗与农村合作医疗组成的医疗保障制度，在持续快速提升人民健康水平方面发挥了巨大作用，<sup>①</sup>政府直接承担着医疗服务的供给职能。随着改革开放后的经济社会体制转型，传统社会保障制度赖以存在的组织保障与物质条件均不再具备，<sup>②</sup>中国转而逐步探索建立同社会主义市场经济体制相匹配的社会医疗保险制度。与此同时，1985年开启的医疗卫生体制改革效法经济领域国有企业“放权让利”及双轨制的改革思路，<sup>③</sup>旨在减轻政府财政负担，引导公立

**【作者简介】** 苏泽瑞，中国人民大学劳动人事学院博士生。主要研究方向：医疗保障、商业保险。

**【基金项目】** 国家社科基金重大项目“中国社会保障体系建设与扎实推进共同富裕研究”（21STA002）。

① 郑功成：《健康中国建设与全民医保制度的完善》，《学术研究》2018年第1期。

② 郑功成：《中国社会保障70年发展（1949—2019）：回顾与展望》，《中国人民大学学报》2019年第5期。

③ 咎馨：《历史的往复：1978—1992年的中国公立医院改革》，《中国经济史研究》2020年第2期。

医疗机构走向市场竞争,解决供给不足和微观效率低下的问题。<sup>①</sup>虽然市场化改革取得了一定成果,但也造成了卫生领域的公平性下降与宏观效率恶化,<sup>②</sup>卫生总费用节节增长,个人就医负担愈发沉重,“看病难”“看病贵”问题成为民生痛点并在2003年“非典”疫情期间愈发凸显。2005年国务院发展研究中心课题组更是在研究报告中直言“医疗卫生体制商业化、市场化倾向完全错误”,<sup>③</sup>过去20多年“医疗卫生体制改革基本上不成功”。这一否定性论断引发了一系列关于“全民免费医疗”的争论,并在各方达成“强化政府卫生领域投入”这一共识的基础上,<sup>④</sup>促成了2009年新一轮医药卫生体制改革(下称“新医改”)的开启。新医改十余年来取得的成就有目共睹:全民医保基本实现,“看病贵”“看病难”问题显著缓解,国家医保局的组建更是从体制上理顺了医疗保障与卫生治理格局,为全面建设“健康中国”打下坚实基础。<sup>⑤</sup>但这期间关于“全民免费医疗”的争议依然经久不衰:早在新医改当年,神木县便因推出“全民免费医疗”试点改革而引发轰动;2013年新华社曾发文驳斥“俄罗斯免费医疗”的谣言;<sup>⑥</sup>2018年巴德年院士“建立中国国家医疗制度,实施全民免费医疗”<sup>⑦</sup>的制度设想曾在当时广为传播。时至今日,在我国从全面建成小康社会迈向共同富裕的发展新阶段,“全民免费医疗”这一颇具争议性的话题又屡屡见诸媒体,更是连续数年被作为“两会”提案。<sup>⑧</sup>

“全民免费医疗”长期引起社会高度关注,背后折射出客观存在的民意基础,即对“免费医疗”的追求在一定程度上反映了疾病尤其是重大疾病仍旧是城乡居民重大生活风险的现实问题,是民众向往更高水平医疗保障的真实写照,也是医疗保障制度亟需发展与完善的内驱动力。但也应当认识到,“免费”二字颇具歧义,容易迎合不劳而获的人性欲求,加之后真相时代媒体无序传播造成的信息失真以及“信息茧房”效应,致使相关支持或反对的言论流于表面甚至泛化为道德批判,缺乏现实支撑与问题聚焦,无益于医疗保障制度的完善反而因认知分歧徒增改革阻力。因此,本文从权利义务视角对“全民免费医疗”进行概念辨析,在此基础上剖析当前存在的认识误区,以期为我国医疗保障制度的未来发展提供参考。

## 二、“全民免费医疗”的概念辨析:基于权责而非待遇

“全民免费医疗”是一个广泛使用但并没有明确指向性概念的词汇,因此存在制度模式和医疗待遇两种不同的解读,前者是指建立在一般税收基础上的医疗保障制度,<sup>⑨</sup>后者则是指患

① 李玲等:《改革开放背景下的我国医改30年》,《中国卫生经济》2008年第2期。

② 周婷:《我国卫生筹资中政府与市场的作用研究》,《上海经济研究》2018年第9期。

③ 国务院发展研究中心课题组:《中国医疗卫生改革的挑战》,《财经界》2005年第10期。

④ 薛新东:《分歧与共识:有关我国医改争论的观点评述》,《人口与经济》2009年第3期。

⑤ 仇雨临:《中国医疗保障70年:回顾与解析》,《社会保障评论》2019年第3期。

⑥ 《卫生计生委国际司司长:“免费医疗根本不存在”》,中国政府网:[https://www.gov.cn/jrzq/2013-10/31/content\\_2518464.htm](https://www.gov.cn/jrzq/2013-10/31/content_2518464.htm),2013年10月31日。

⑦ 巴德年:《科学、人文、艺术与健康》,《中国医学人文》2018年第9期。

⑧ 王辰元、吴阳:《连续第四年建言“全民免费医疗”》,红星新闻网:<http://news.chengdu.cn/2023/0302/2330754.shtml>,2023年3月2日。

⑨ 李玲:《关于进一步推动新时代公立医院改革的思考》,《行政管理改革》2021年第12期;王虎峰、李颖:《世界上没有“免费的午餐”“免费医疗”是把双刃剑——以英国“免费医疗”制度为例》,《人民论坛》2019年第26期;赵莹、仇雨临:《英俄印三国“全民免费医疗”比较》,《中国社会保障》2014年第5期;顾昕:《全民免费医疗还是全民医疗保险——基于健康权保障的制度安排》,《学习与探索》2011年第2期。

者就医时享受免费或极少收费医疗服务的高保障水平待遇。<sup>①</sup>两个不同的概念在国内学术讨论以及媒体宣传中的混淆使用,导致民众、政界以及学界存在认知上的偏差,因此有必要对这一具有争议性的概念加以明确。

罹患疾病的人群面临的经济损失可以分为两类,即因患病无法继续从事工作导致的收入损失和因治疗疾病所需要付出的额外开支。前者以现金福利的方式予以弥补,包括病假工资或疾病津贴等;后者则通过不同类型的医疗保障制度提供实物和服务,关于“全民免费医疗”的争论通常围绕此类损失展开。除了备受诟病的美国多元并举式医疗保障体系外,当前世界主流的医疗保障制度包括两种:一种是被称为“全民免费医疗”或“全民公费医疗”的国民健康服务(National Health Service, NHS),由政府主要通过税收方式进行筹资,为国民提供无需个人付费的医疗服务,以英国为典型代表,故又被称为贝弗里奇模式;另一种是社会医疗保险(Social Health Insurance, SHI),其特征是通过劳资双方缴费以及政府财政补贴进行筹资,建立独立的保险基金池,利用购买医疗服务的方式为参保人提供医疗保障,以德国为典型代表,也被称为俾斯麦模式。值得注意的是,很多国家和地区的医疗保障体系采取前述两种制度的混合模式,即以某一种医疗保障制度为主,以其他医疗保障制度为辅。例如我国当前的公共医疗保障制度以缴费型的社会医疗保险为主体,同时对公务员、军人、低保特困人群等特殊群体实施“免费医疗”制度。

英国国民健康服务之所以被冠以“全民免费医疗”之名,主要是因为筹资机制与社会医疗保险存在差异。前者建立在医疗作为基本社会权利的公民身份之上,个人履行纳税的公民义务即可获得保障权利,不强调权利义务的对应关系;后者建立在以正式就业为基础的雇佣关系之上,个人及其家庭通过履行强制性的缴费义务来获得其保障权利,保费具有特定用途,具有明显的权责对应特征。而从待遇保障方面来看,无论是二战后逐步建立完善的英国国民健康服务,还是建制超过百年但依旧稳定运行的德国社会医疗保险,均可实现基本覆盖全民以及较低个人负担的保障效果,在化解疾病风险后顾之忧方面并不存在较大差异,两者都是人类应对疾病风险的成熟的社会化制度安排。<sup>②</sup>正因如此,在部分媒体宣传以及政策讨论中,“免费”往往指患者在就医时无需或少量付费,“全民免费医疗”也被误用为指代保障水平较高、个人自付比重很低的社会医疗保险。

为避免歧义,本文以医疗保障权利的获取是否需要缴纳具有明确对应关系的税费作为判断“免费”与否的衡量标准,同描述患者高水平就医待遇的“免费”进行概念上的区分,将“全民免费医疗”定义为政府主要以一般税收筹资并通过财政预算分配来为国民提供无偿医疗服务的国民健康服务,由此便可将舆情民意、两会提案、政府回应以及学界研究等各方争论过程中存在的概念分歧进行统一。一方面,“全民免费医疗”仅仅是保障人民群众健康的社会化医疗保障制度安排之一,同社会医疗保险并不是非此即彼的关系,二者各有利弊,在全球化进程中更是存在着制度间的政策学习与相互扩散现象,一味肯定或否定“全民免费医疗”容易偏离民众对于更高水平医疗保障制度的诉求,未能将问题聚焦于抵御疾病尤其是重大疾病风险的现实需要之上。另一方面,评价医疗保障制度有着不同的标准,医疗服务可负担性仅仅是其中一个评价维度,此外还包括医疗服务的可及性、安全性、公平性等。在多维度的评价体系中,屡屡见诸媒体的“某发展中国家

① 聂宇琛、刘涛:《全民免费医疗制度的法理构建》,《湖北科技学院学报》2022年第6期;《聚焦两会——2022两会医疗健康领域热点议题》,《医学信息》2022年第6期;赵崇爱:《公共服务均等化的实现路径——以神木医改为例》,《宏观经济管理》2019年第12期;熊先军:《全民免费医疗制度不存在也不可能》,《中国医疗保险》2012年第4期。

② 华颖:《理性认识“全民免费医疗”》,公众号“中国医疗保险”,2023年7月13日。

实施‘免费医疗’”等信息的误导性也就不言自明：在经济发展水平较低且卫生资源投入有限的前提下，一味强调可负担维度上的“免费”代表着医疗服务在可及性和安全性等其余评价维度上的妥协，例如缩小了基本卫生服务包的保障范围、提高了医疗服务的获取门槛、降低了医疗服务质量或因服务供给不足导致等待时间延长等。此类虚有其表的“免费医疗”难以提高民众的实际获得感，以至于患者不得不通过自费途径及时获取安全的医疗服务，个人卫生支出占比也通常较高。

### 三、“全民免费医疗”并非“免费午餐”

对“全民免费医疗”的一个常见认识误区是认为个人不需要付出任何成本便可无条件享受医疗服务，将其视为“天上掉馅饼”的“免费午餐”。这种认识误区源于仅从微观个人责任视角对制度进行考察，将不需要缴纳专门用于医疗保障的费用等同于个人不需要承担责任，其实不然。与社会医疗保险强调权利义务直接关联的筹资机制不同，“全民免费医疗”以一般性税收为主要筹资来源，而税收具有“无偿性”的特点，即个体履行纳税义务后获得相应的权利但并不存在与纳税额度相匹配的直接对价补偿。因此，个人虽然没有为医疗保障制度缴纳过专门的费用，看似是一种“免费”享受医疗服务的单方面福利索取，但实际上已经通过承担纳税责任提前对医疗服务进行了付费。1948年英国“全民免费医疗”初创时的宣传单上也明确标明，“与用于发放养老金、失业金等现金福利的国民保险缴费无关，每个人都可以根据需要需要使用国民健康服务，所有费用由全体纳税人承担。”此外，即便是基于微观个体视角，自1951年以来，患者也需要为约10%的处方药、牙科治疗等医疗服务承担部分费用。

基于宏观制度运行视角对“全民免费医疗”进行考察则不会出现这一认识误区。无论是“全民免费医疗”还是社会医疗保险，其本质都是利用集体力量筹集资金并对个体遭遇疾病风险产生的医疗费用损失进行补偿。正因如此，二者虽然基于不同的制度理念采取了不同的筹资机制，但在筹资原则与待遇保障等制度设计上呈现出高度相似的公平取向。

“全民免费医疗”以普遍主义和平等主义作为价值取向，将个人的公民权利视为制度构建的根本，主张不论收入、年龄、性别、民族及职业有何差异，只要符合法律意义上的公民身份，便可近乎无条件享受医疗服务。“全民免费医疗”充分展现了英国在二战后“福利国家”建设过程中公民和国家关系的重构，重点强调了个人社会权利的正当性和国家社会职能的必要性。一方面，公民身份被理解为社会共同体中每个完全成员都能享有的普遍权利，经历了民事权利、政治权利和社会权利的渐进发展，其中社会权利被视为公民享有社会安全、经济福利、按照社会文明标准进行社会生活的权利。<sup>①</sup>另一方面，现代国家作为具有公约及身份认同的共同体，必须对全体公民的安定团结负责，尤其是在保障民生、保持稳定、促进全社会的发展繁荣等方面。1942年《贝弗里奇报告》将“疾病”视为五大社会弊病之一，<sup>②</sup>指出“让病人恢复健康是国家和个人的责任，保障在任何情况下，只要需要，不需要缴费即可获得全方位的医疗服务”。<sup>③</sup>1944年《国民健康

① Thomas Humphrey Marshall, *Citizenship and Social Class*, Pluto Press, 1992, p. 89.

② [英]约翰·哈德森：《从福利国家到竞争国家？英国社会保障与经济关系的演变》，《社会保障评论》2018年第1期。

③ 劳动和社会保障部社会保险研究所组织翻译：《贝弗里奇报告——社会保险和相关服务》，中国劳动社会保障出版社，2004年，第180页。

服务白皮书》提出“不论病人支付能力如何，良好的医疗设施应对所有人都适用”。<sup>①</sup>在这两部文件的基础上，1946年《国民健康服务法》以立法形式明确由国家管理医疗卫生事业，通过一般税收融资，为全体国民提供免费门诊、急诊及住院服务。<sup>②</sup>虽然数年后便引入部分处方药和牙科治疗的共付机制以及在2003年又增加了国家保险缴费（National Insurance Contributions），但以一般税收作为“全民免费医疗”主要资金来源的筹资结构并未发生变化。一般税收包括个人所得税、公司所得税等直接税，也包括增值税、进出口税等间接税，约占筹资总额80%；国家保险缴费强制雇主、雇员和自雇劳动者对超过个人所得税起征点的收入采取累进式缴费，约占筹资总额20%；个人自付费用主要包括处方药、牙科治疗等，在筹资总额中占比极小（见图1）。正因为彰显着公平的价值内核，“全民免费医疗”被公认为是英国“国家形象”的代表之一，也被誉为是英国福利国家“皇冠上的明珠”。<sup>③</sup>

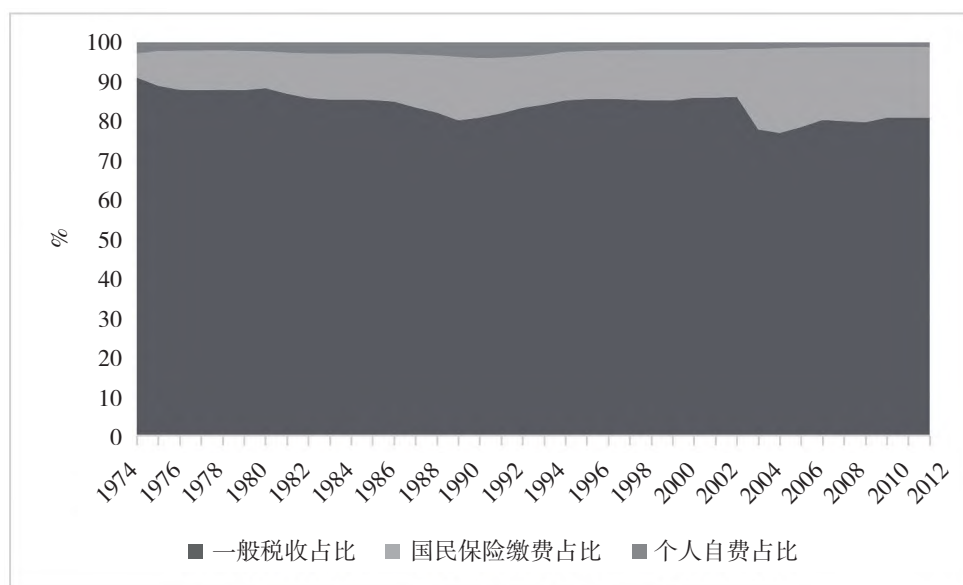


图1 1974—2012年英国“全民免费医疗”不同筹资渠道占比

数据来源：Emma Hawe, Lesley Cockcroft, OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics, <https://www.ohe.org/publications/ohe-guide-uk-health-and-health-care-statistics/>, October 1, 2013.

社会医疗保险建立时间早于“全民免费医疗”近半个世纪，其设计初衷主要是为了化解工业革命带来的群体风险以及调节日益剧烈的劳资冲突，因此服务于工业发展需要、维持社会安全与稳定的工具性特征鲜明。又因德国具有深厚的自治管理传统，<sup>④</sup>社会医疗保险的创建并不强调国家主导的普遍主义理念，而是注重身份、等级和阶层的区隔，带有选择主义的色彩。社会医疗保险制度将建立在正式雇佣关系之上的权责统一原则视为制度根本，确定了雇主和雇员分担缴费责任的财务机制，实施劳资双方的共同自治管理。<sup>⑤</sup>国家通常扮演着监督和规范社会机构管理运行的角色并提供适度的财政支持，财政资金与保险基金互相独立，因此并不作为主要责任主体承担医疗保障筹资与医疗服务提供的职能。

① 闵凡祥：《英国国民健康服务体系60年》，《英国研究》2013年第5辑。

② Rodney Lowe, *The Welfare State in Britain Since 1945*, Macmillan, 1993, p. 163.

③ 林万亿：《福利国家——历史比较的分析》，中国台湾远流图书公司，1994年，第110页。

④ 郑功成：《中国式现代化与社会保障新制度文明》，《社会保障评论》2023年第1期。

⑤ 华颖：《德国医疗保险自治管理模式研究》，《社会保障评论》2017年第1期。

通过上述制度理念与筹资机制的对比分析,如果仅以艾斯平-安德森衡量福利服务摆脱市场的程度为标准,<sup>①</sup>“全民免费医疗”的“去商品化”程度高于社会医疗保险,与之对应,国家在医疗保障制度中承担的责任也更重。但如果考察二者的社会再分配功能,“全民免费医疗”和社会医疗保险均可以通过科学理性的制度设计达成促进社会公平的宏观目标。医疗保障制度的公平性主要体现在两个方面:一方面,筹资端的纵向公平原则强调呈现累进性的“量能负担”,即根据个人可负担能力高低来进行筹资。“全民免费医疗”主要通过一般税收面向全体公民筹资,税收的核心任务和主要社会作用便是促进和保障公平分配,因此遵循着依据实质纳税能力负担应缴纳税收额度的基本原则,能力强者多负担,能力弱者少负担,无能力者不负担。<sup>②</sup>从2021年至2026年,英国个人所得税及国民保险缴费起征点规定为12570英镑/年,并采取超额累进制征收(见表1)。由于2023年4月起个人所得税最高档45%税率的起征点降至12.5万英镑/年,达到起征点的人数为86.2万人,相较疫情前增长一倍,一些对于英国“全民免费医疗”的批判便因此认为英国政府对“全民免费医疗”以及福利国家的投入“转嫁为普通公民的沉重税负,摧毁了经济活力”。<sup>③</sup>但事实上,根据英国税务海关总署数据,2023—2024年度缴纳所得税最高档的纳税人仅占总纳税人的2.4%,而且即便在降低最高档起征点的前提下,个人收入百分位组中的前1%人群和前5%人群的实际税负仍有所减轻,即其应税收入占总应税收入的比重较疫情前有所提升,纳税额占总纳税额的比重却略有下降(见表2、表3)。总体而言,英国的税收筹资机制充分体现出筹资端的纵向公平,有利于推动医疗保障制度发挥再分配的功能,促进社会团结和社会公平。

表1 2023—2024年度英国个人所得税及国民保险缴费

应纳税所得额 (英镑/年)	个人所得税税率	国民保险费率	
		雇员	雇主
0-12570(含)	0%	0%	超过9096英镑/年的部分为13.8%
12570-50270(含)	20%	12%	13.8%
50270-125140(含)	40%	2%	13.8%
超过125140	45%	2%	13.8%

数据来源:英国税务海关总署, HM Revenue and Customs (HMRC)。

表2 若干年度英国税前总收入占总收入的百分比(按税前总收入百分位分组)

财政年度	后50%	前50%	前25%	前10%	前5%	前1%
2019—2020	25.6	74.4	52.7	33.5	24.3	12.3
2020—2021	25.5	74.5	52.9	33.7	24.5	12.5
2021—2022	25.1	74.9	53.4	34.2	25	12.9
2022—2023	24.9	75.1	53.6	34.4	25.2	12.9
2023—2024	24.7	75.3	53.7	34.5	25.2	13

数据来源:英国税务海关总署, HM Revenue and Customs (HMRC)。

① 参见 Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990.

② 许多奇:《论税法量能平等负担原则》,《中国法学》2013年第5期。

③ 杨曦霞:《免费医疗出大问题,英国NHS医保陷困境,资源严重挤兑》,公众号“健识局”,2023年7月4日。

表3 若干年度英国所得税额占总所得税税收的百分比（按税前总收入百分位分组）

财政年度	后 50%	前 50%	前 25%	前 10%	前 5%	前 1%
2019—2020	9.5	90.5	75.9	60.3	49.3	29
2020—2021	9.5	90.5	76	60.3	49.4	29.1
2021—2022	9.3	90.7	76.4	60.9	50	29.6
2022—2023	9.4	90.6	76.3	60.5	49.4	28.9
2023—2024	9.5	90.5	76.3	60.3	49.2	28.5

数据来源：英国税务海关总署，HM Revenue and Customs (HMRC)。

社会医疗保险一般采用固定费率，缴费基数是就业者的薪资收入，是否将全部收入作为缴费基数，取决于是否设定缴费额度限制。虽然存在部分高收入人群薪资超出缴费最高工资限制或直接选择参加私立医疗保险的情况，但总体而言，社会医疗保险的筹资机制很大程度上仍呈现出收入越高的人群缴纳保费越多的公平取向。德国社会医疗保险覆盖了大约90%的德国人口，筹资按照雇员工资的一定比例缴费（设有缴费上限，2023年为59850欧元/年），自2015年至今缴费率为14.6%，由雇主和雇员各负担一半。此外，各医疗保险机构可根据附加保障另收取一定比例的附加保费，2019年起附加保费亦由劳资双方均担，2022年附加费平均约为1.3%。

另一方面，待遇端的横向公平原则强调医疗资源的“按需分配”，即医疗资源的获得应当仅同疾病相关，而与患者收入、性别、年龄、职业及社会地位等其他因素无关。英国“全民免费医疗”创建之初，工党卫生大臣安奈林·比万坚决反对依照财富多寡为标准来划分社会阶层并实行服务的区别对待，认为“实行双重标准只是过去济贫法的重复，而贫穷并不是无能，富裕也不是优人一等。”<sup>①</sup>时至今日，除了对约10%的处方药、验光配镜和牙科服务等收取部分费用外，这一制度始终坚守着为全体民众提供基本免费医疗服务的承诺，不管病人收入状况如何，都可以获得连续的医疗服务，服务范围涵盖了从预防到康复等各类医疗服务。

德国社会医疗保险最初仅覆盖蓝领工人，主要为患病劳动者提供现金待遇补偿，此后随着制度覆盖全民，待遇保障也转为以医疗服务为主。<sup>②</sup>所有参保人均依法公平地享有统一的法定医疗保险权益，医疗服务待遇同缴费基数与缴费年限并不相关。依据法律规定，各医疗保险机构提供的社会医疗保险待遇基本相同，保障范围较全面，包括门急诊、住院、药品以及各种预防保健服务。参保人可自由选择合约医生或机构就诊，除了少数的个人自付费用外，病人不必再支付医疗费用，且个人需要支付的医疗费用设有封顶线。个人自付费用主要包括购买处方药时每种药品需支付10%的药品费用（限制在5—10欧元），住院治疗时需每天支付10欧元（最多不超过28天）等。<sup>③</sup>根据《德国社会法典》第5编第61条、62条，一年内支付的医疗费用总计以家庭总收入的2%为上限，对于某些慢性病患者，该比例可减至1%，极大程度上化解了国民的疾病后顾之忧。

#### 四、“全民免费医疗”不等于“福利陷阱”

另一个常见的认识误区是将“全民免费医疗”与巨额的财政支出挂钩，认为其必将造成财

① Aneurin Bevan, *In Place of Fear*, Simon & Schuster, 1952, p. 81.

② 华颖：《德国医疗保险制度发展实践及其对中国的启示》，《江淮论坛》2022年第5期。

③ 华颖：《德国社会保障制度》，中国劳动社会保障出版社，2023年，第118-119页。

政入不敷出的债务危机,拖累国家掉入“福利陷阱”,致使制度实践与保障人民健康的目标相背离,难以长期可持续运行。这一观点着重考虑制度的安全性,固然有其合理之处,因为“全民免费医疗”的资金来源主要是一般性税收,医疗保障支出是财政支出的重要组成部分,仅从理论上推导,“全民免费医疗”有可能造成财政过度开支,产生债务危机。但事实上,这种观点并不构成对“全民免费医疗”制度有效性的反驳,其本质上是对于高水平医疗保障待遇的批判。换言之,这是一种对于保障水平超越经济社会发展阶段的“福利病”担忧。如果以此观点对前述两种主流医疗保障制度进行审视,无论是税收筹资模式的“全民免费医疗”还是缴费筹资模式的社会医疗保险,均可能因过高的待遇支出面临不可持续的问题,二者区别仅在于政府是否作为直接责任主体,并不在于非理性制度造成的负面经济政治影响。因此,这种担忧虽不无道理,但隐含着新自由主义对社会保障与福利制度持有批判态度的错误认识倾向。<sup>①</sup>而现实恰与之相反,作为两种医疗保障模式典型代表的英国和德国在实践成效上可谓并驾齐驱,<sup>②</sup>两国虽然遭遇数次经济危机但始终维持制度的良性运行,且均以较低的个人自付水平达成了化解人民疾病后顾之忧的目标,极大程度上维持并促进了社会的安全稳定。

从福利认知理念来看,破除新自由主义对社会保障与福利制度的负面认知,正确看待经济发展与改善民生的关系,才不会陷入“全民免费医疗”必将带来财政危机的认识误区。众所周知,各国社会保障和福利制度自二战后曾经历三十余年的良性发展,国家在提供社会保护和社会服务方面的职能不断强化,但这一进程在20世纪70年代两次石油危机后发生逆转,在社会政策发展方向上从凯恩斯主义转向新自由主义,国家的作用和力量开始从公共领域退却。彼时西方主要资本主义国家普遍面临“滞胀”的恶劣经济环境,新自由主义将其归咎于各种具有“社会主义意识形态”的国家干预措施,并对社会保障和福利制度给予强烈的抨击,宣称“市场秩序与社会主义之间的争论,不亚于一个生死存亡的问题”,<sup>③</sup>“福利”也一度从“创造和谐与和平的模式”变为“政治分裂和矛盾的源泉”。<sup>④</sup>新自由主义认为市场是最佳的资源配置方式,通过价格机制与竞争机制,“在没有顺从的情况下可以取得一致的意见”,<sup>⑤</sup>而政府仅作为建立和维护市场的工具,其职能应当是“建立市场对社会的普遍调节器——政府要对社会进行干预以使得竞争机制在每一时刻以及社会深度的每个点上都能发挥调节作用”。<sup>⑥</sup>基于对政府干预的不信任,新自由主义明确反对英国“全民免费医疗”,认为它是“只有控制或取消市场才能提供的保障”,<sup>⑦</sup>限制了医患双方在医疗领域中的自由选择权,导致过多的经济资源和劳动力集中于政府手中,并因“所有受到保护的垄断会失去效率”<sup>⑧</sup>进而催生出一批臃肿低效的官僚机构。<sup>⑨</sup>在新自由主义影响下,

① 顾昕:《中国福利国家的重建:增进市场、激活社会、创新政府》,《中国公共政策评论》2016年第2期。

② 丁纯:《德英两国医疗保障模式比较分析:俾斯麦模式和贝弗里奇模式》,《财经论丛》2009年第1期。

③ [英]弗里德里希·奥古斯特·冯·哈耶克著,冯克利等译:《致命的自负》,中国社会科学出版社,2000年,第3页。

④ 孙涛:《福利国家发展的历史轨迹:历史与辩证的考量》,《国外理论动态》2014年第1期。

⑤ [美]米尔顿·弗里德曼著,张瑞玉译:《资本主义与自由》,商务印书馆,2009年,第30页。

⑥ [法]米歇尔·福柯著,莫伟民等译:《生命政治的诞生》,上海人民出版社,2018年,第193页。

⑦ [英]弗里德里希·奥古斯特·冯·哈耶克著,王明毅等译:《通往奴役之路》,中国社会科学出版社,1997年,第139页。

⑧ [英]弗里德里希·奥古斯特·冯·哈耶克著,杨玉生等译:《自由宪章》,中国社会科学出版社,2012年,第441页。

⑨ 胡莉:《英国国民健康服务制度的新自由主义改革与反思》,《经济社会史评论》2021年第1期。

英国展开了持续至今的市场化和私有化改革，撒切尔保守党于20世纪90年代在医疗服务购买者和供给者中建立“内部市场”（Internal Market）以增强市场竞争，从而促进整个系统向有管理的竞争转变。此后上台的工党虽然口头宣称要逆转保守党的改革，但实际上以隐蔽、渐进的方式继续推动着英国国民健康服务的市场化和私有化，甚至被认为“比保守党人走得更远”。<sup>①</sup>然而，财政的收缩以及市场化改革在英国招致了诸多批评，市场竞争在改善医疗服务绩效方面收益不明但引致的高昂交易成本却有目共睹，政府责任缩减导致的医疗资源不足问题更是在新冠疫情中暴露无遗。<sup>②</sup>新自由主义改革导致的经济社会问题近年来已事关英国政府的“合法性”，而“原有的意识形态的瓦解与原有的‘合法性’的丧失实际上是一回事”。<sup>③</sup>

新自由主义对于市场机制的夸大和对于政府失灵的批判同古典自由主义一脉相承，又通过主张进一步削减国家职能实现了对古典自由主义的超越，但其反对国家干预、主张自由放任的基本观点早已被理论和实践证明是片面的。马克思、恩格斯深刻剖析了资本主义市场经济的弊端，认为国家作为阶级矛盾不可调和的产物，是“一种表面上凌驾于社会之上的力量，这种力量应当缓和冲突，把冲突保持在‘秩序’的范围以内”。<sup>④</sup>马克思进一步阐述了国家具有的社会公共事务管理职能，提出了著名的“六项扣除”理论，充分肯定了社会保障和福利制度的功能，一定意义上将其作为未来的社会主义制度的实现路径和基本内容之一。<sup>⑤</sup>西方经济史学家卡尔·波兰尼也在《大转型：我们时代的政治和经济起源》一书中阐释了工业革命以来“市场”和“社会”两种机制的双向运动理念。在进入工业革命后，社会关系被嵌入市场机制主导的经济体系中，以“工资”计价的劳动力的商品化造成社会领域的运转规则被市场交换原则所破坏，<sup>⑥</sup>市场创造出前所未有的财富的同时，也制造了空前的贫困和灾难。在市场机制扩张到一定程度后，社会领域会产生同市场机制相反的自反性运动，以纠正市场的失灵，政府提供的公共服务就是这种反向运动的手段。波兰尼认为如果任由“自我调节的市场”来主宰人类社会，必然导致社会的毁灭。这同凯恩斯的观点不谋而合——如果不能通过提高社会福利水平和改善收入分配，以抵消人口停滞对投资和消费的抑制作用，经济增长将产生灾难性的后果。<sup>⑦</sup>具体到医疗保障领域，医疗卫生因其与一般商品不同的特殊性而存在市场失灵，这已经为经济学界所公认。1963年阿罗在现代卫生经济学开山之作《不确定性和医疗保健的福利经济学》一文中提出，医疗服务的特殊性源于其普遍存在的不确定性，进而导致市场失灵。<sup>⑧</sup>此外，由于信息不对称问题，医疗服务不能单纯建立在市场交易上，医生作为病人代理人不应以利润最大化为导向，而是需要构建信任关系。诺贝尔经济学奖得主斯蒂格利茨也指出，医疗保健市场存在不确定性、有限信息与竞争导致的无效率，因此需要国家的介入。<sup>⑨</sup>“全民免费医疗”和社会医疗保险制度都

① [英] 马丁·鲍威尔著，林德山等译：《新工党，新福利国家？英国社会政策中的“第三条道路”》，重庆出版社，2010年，第274页。

② Calum Paton, *NHS Reform and Health Politics in the UK*, Springer International Publishing, 2022, p. 67.

③ 陈学明编著：《哈贝马斯的“晚期资本主义”论述评》，重庆出版社，1993年，第238页。

④ 《马克思恩格斯选集》（第4卷），人民出版社，1995年，第170页。

⑤ 丁建定：《论社会保障制度功能认识的发展及其实践意义——西方社会观点、马克思主义学说与中国话语体系》，《社会保障评论》2022年第4期。

⑥ 王一：《社会保障的两种理论维度：“再商品化”互构论与“去商品化”权利论》，《学习与探索》2023年第9期。

⑦ John Maynard Keynes, "Some Economic Consequences of a Declining Population," *Population and Development Review*, 1978, 4(3).

⑧ Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *The American Economic Review*, 1963, 53(5).

⑨ Joseph E. Stiglitz, Jay K. Rosengard, *Economics of the Public Sector*, W. W. Norton & Company, 1988, pp. 293-294.

是医疗保障领域国家干预的制度安排，应当关注如何通过科学理性的制度设计保障其待遇保障水平同经济发展水平相适应，尽可能满足民众对于疾病风险的保障诉求，“既尽力而为又量力而行，把提高社会保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础之上，不脱离实际、超越阶段”，<sup>①</sup>而非一味担忧高水平医疗保障待遇可能存在的负面效应并以此为由弱化政府责任。

从制度实践效果来看，从疾病医疗风险的个人无限责任走向个人有限责任，以此切实避免患者由于过高的自付医疗费用而陷入生存困境，这是消除个人疾病后顾之忧的必由之路，也是高质量医疗保障制度的目标与追求。对比英国“全民免费医疗”和德国社会医疗保险，二者均达到了个人自付医疗费用较低的政策效果，且其卫生支出占 GDP 的比重也并未呈现超高占比以至掉入财政债务危机（表 4、表 5）。考虑到新冠疫情对各国的冲击造成了额外卫生支出，回顾英国“全民免费医疗”支出的历年变化以及疫情前英国卫生支出占 GDP 比重（图 2、图 3），同样可以看出英国实行“全民免费医疗”的相对成本同其他国家相比并不算高，且可以通过严格的财政预算确保支出的合理增长——自 1955 年以来平均每年增长 3.6%。

表 4 2021 年英国和德国卫生支出中来自不同筹资制度的百分比

国家	当前卫生支出占 GDP 比重 (%)	自费支出占当前卫生支出比重 (%)	当前卫生支出中不同筹资制度的百分比 (%)					自愿性筹资安排
			强制性筹资安排					
				政府筹资安排	强制性医疗保险	社会医疗保险		
德国	12	13	85	7	78	71	7	15
英国	10	17	79	79	0	0	0	21

数据来源：Global Health Expenditure Database, <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/undefined/en>.

表 5 2013—2022 年英国健康服务 (Healthcare) 总支出及筹资结构

年份	总支出占 GDP 比重 (%)	总支出 (亿英镑)	筹资结构 (亿英镑)				
			政府	自愿性健康保险	非营利机构	企业	个人自付
2013	9.9	1759.6	1409.2	60.6	28.0	6.5	255.4
2014	9.9	1837.2	1473.1	62.5	28.6	6.4	266.7
2015	9.8	1882.2	1508.6	61.4	32.2	6.4	273.6
2016	9.7	1945.3	1567.5	54.4	35.7	6.2	281.5
2017	9.6	2000.8	1600.4	59.6	40.6	6.2	294.0
2018	9.7	2099.3	1665.3	61.9	40.5	6.3	325.3
2019	10.0	2228.9	1767.2	64.0	42.1	6.4	349.2
2020	12.2	2565.0	2130.7	60.9	41.8	4.8	326.8
2021	12.4	2807.1	2330.6	68.7	46.8	5.2	355.9
2022	11.3	2826.2	2304.6	71.6	51.3	5.7	393.0

注：此表格中的政府健康服务支出包括但不限于 NHS。数值为当时价格。不同年份数据口径略有不同，2014—2016 年另有强制性保险 2 亿、3 亿、3 亿英镑未体现。

数据来源：Office for National Statistics, <https://www.ons.gov.uk/>.

① 习近平：《促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展》，《求是》2022 年第 8 期。

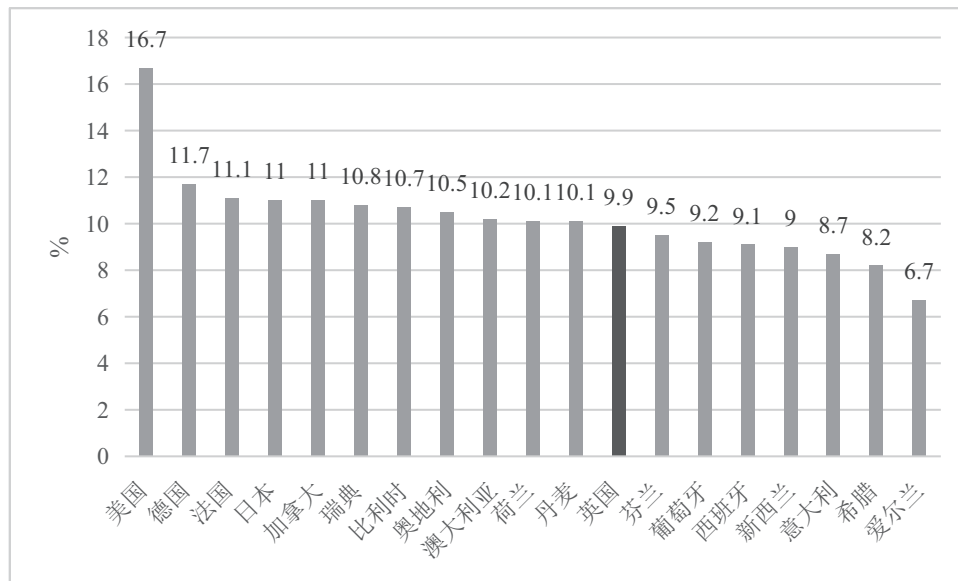
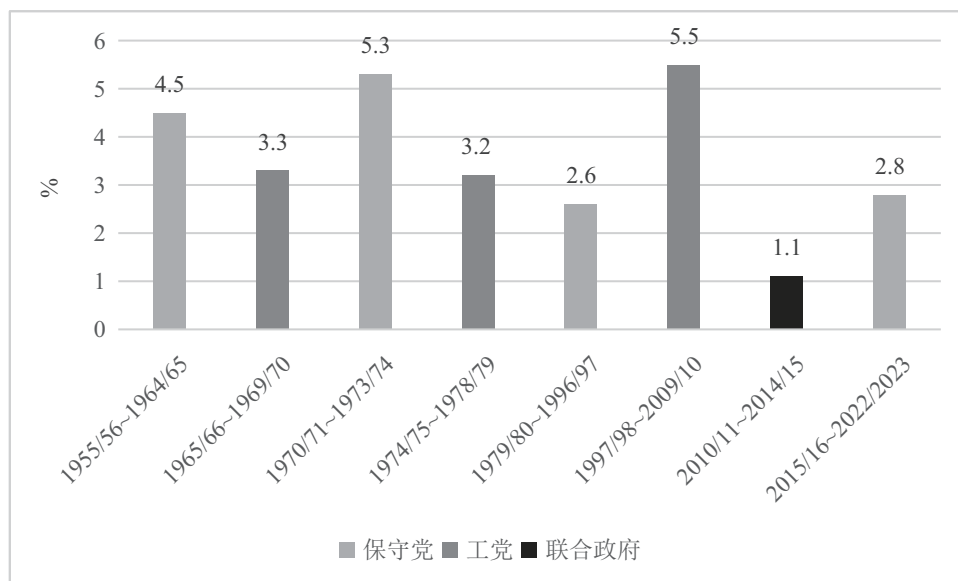


图2 2019年部分国家医疗卫生支出占GDP比重

数据来源：OECD Health Statistics, Health Expenditure and financing, <https://stats.oecd.org/>.

图3 1955—2022年英国各党执政期间英格兰NHS<sup>①</sup>支出增长率

数据来源：NHS Funding and Expenditure, Public Expenditure Statistical Analyses.

## 五、“全民免费医疗”并不必然出现低效浪费

“全民免费医疗”最为人诟病的就是漫长的排队等待时间，以及由此引申出的所谓医疗服务低效浪费问题，这种认识同样有一定合理性。从医疗需求端来看，“全民免费医疗”充分保障了人们的医疗需求，但这种被释放的需求存在导致过度使用的倾向，因此在医疗资源的相对

① 英格兰地区人口占英国总人口比重超过80%，且1998年英国实施权力下放后，相关改革对英格兰以外的三个地区影响有限，如苏格兰和威尔士分别于2004年和2009年废除了NHS的市场化改革。

稀缺性以及医疗需求的无限性这对难以调和的矛盾之下出现长期排队等候治疗的问题也就不足为奇。英国 1948 年“全民免费医疗”建立之初,约有 47.6 万位病人处于候诊状态。<sup>①</sup>到 1979 年,已升至约 75 万人。<sup>②</sup>候诊病人的主要来源为从全科医生转诊至专科医院的患者、需要医院门诊治疗的患者,以及住院患者。与内科相比,候诊问题给外科患者带来的危害更大。约 50% 的外科病人因候诊时间过长放弃治疗或死亡,内科患者中这一比例为 30%。<sup>③</sup>此后排队等待人数依旧逐年增长,在新冠疫情之前,治疗等待人数已达到 460 万人,而新冠疫情的暴发加剧了这一进程,截至 2023 年 5 月,治疗等待人数创下历史新高,达到近 750 万人(图 4)。

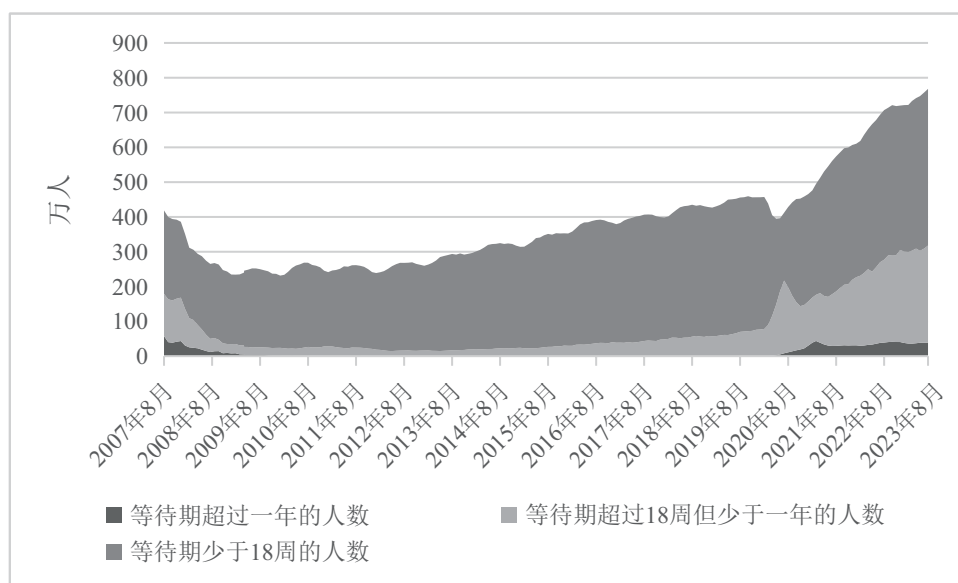


图 4 2007—2023 年英格兰 NHS 治疗等待人数

数据来源: Institute for Fiscal Studies, <https://ifs.org.uk/collections/nhs-waiting-lists>.

英国“全民免费医疗”曾试图通过一系列规定来减少治疗等待人数,包括要求至少 92% 的非紧急治疗患者的转诊治疗(Referral to Treatment)等待时间不超过 18 周,至少 95% 的急诊治疗(Accident and Emergency)的患者应在 4 小时内入院、转院或出院,至少 85% 的癌症治疗患者应在全科医生转诊后的 62 天内接受治疗等等。但近年来英国在这几项等待时长的规定指标上的表现愈发糟糕,癌症治疗自 2013—2014 年度后从未达到规定要求,非紧急治疗、急诊治疗最后一次达到标准分别是在 2016 年和 2015 年,此后也都未能达到规定要求(图 5、图 6)。

① 白爽:《1948 年英国医院国有化改革的影响及启示》,《历史教学》2019 年第 12 期。

② Myfanwy Morgan, "Waiting lists," in Eric Beck (eds.), *In the Best of Health? The Status and Future of Health Care in the UK*, Chapman & Hall, 1992.

③ Anthony J. Culyer, John G. Cullis, "Some Economics of Hospital Waiting Lists in the NHS," *Journal of Social Policy*, 1976, 5(3).

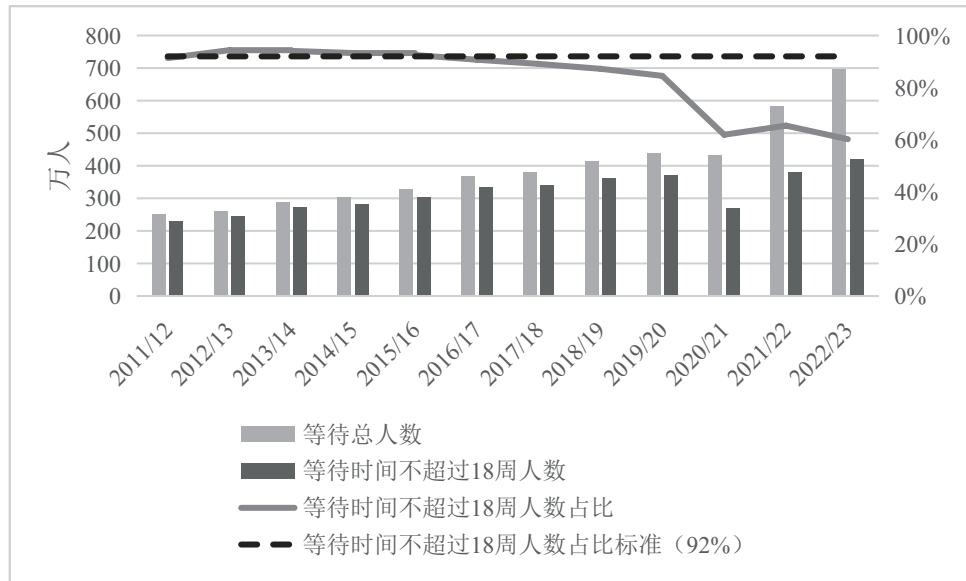


图5 2011—2022年英格兰NHS非紧急治疗等待人数与等待时间不超过18周的人数

数据来源：NHS England, <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/>.

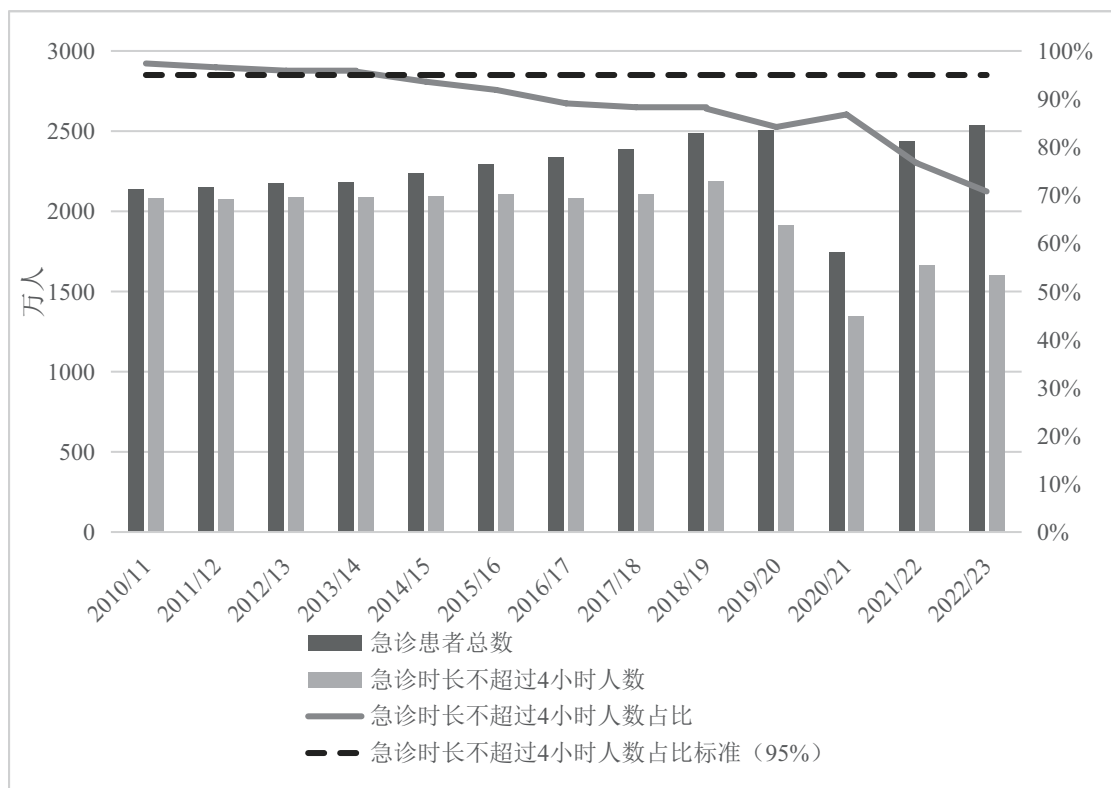


图6 2010—2022年英格兰NHS急诊治疗人数与急诊时长不超过4小时人数

数据来源：NHS England, <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ae-waiting-times-and-activity/>.

从医疗供给端来看，一些批判指出医疗服务提供方由政府财政补偿，缺乏有效的竞争机制和激励机制以提高质量和效率，迫使一些人选择参加私营医疗保险来获得私营医疗服务。上述这些问题是客观存在的现实，但如果仅将等待时间过长归因于“全民免费医疗”的低效浪费则有失偏颇。如前所述，等待时间过长的本质是有限的医疗资源和无限的医疗需求之间的矛盾，

这是无论实施何种医疗保障制度的国家都存在的共性问题，而各国普遍存在的私营医疗服务体系同样也是为满足高收入群体更高保障水平需求，如德国和英国均有 10% 左右的人群被私营医疗保障体系所覆盖。<sup>①</sup> 因此，至少应当从制度安排内在的不足以及制度环境变化带来的挑战两方面来对等待时长予以考量。

基于制度设计安排视角，“全民免费医疗”在公平与效率的抉择中更倾向于公平一侧，势必会以牺牲部分效率为代价。正如安奈林·比万所言，NHS 体系的设计并非是一种“正确的”经济学思维，而是一种“伦理学”思维，要避免病人“由于费用高和害怕数目大的账单”而耽误治疗。但同时需要认识到，医疗资源不同于一般公共服务，其分配不是完全基于公民主观意愿的需求，而是基于客观健康损害的紧急状态，因此必须基于危及生命的程度区分优先级来对资源进行合理分配，从而避免资源的浪费，即所谓的“按需分配”。英国“全民免费医疗”最早建立了由全科医生负责担任“守门人”的初级医疗卫生体系，实施强制转诊制度，通过设置必要的等待门槛，在日益扩大的医疗服务需求和近乎刚性的资源约束之间寻求一条提高医疗资源使用效率的方式，从而满足真正有需要者的需要。而如何进一步提高医疗资金的使用效率，实现供给端安全、及时、有效的医疗服务递送，目前各国实践并未有完美的解决方案。以英国“全民免费医疗”和德国社会医疗保险为例，前者在市场化改革前基于医疗市场失灵的前提由政府直接举办公立医院，提供建设、人员以及运行经费，并通过非营利导向的监管考核保障医疗公益性，即“补供方”模式；后者则基于公共契约模式通过创新支付方式改革来购买服务，促进医疗服务主体之间开展竞争，减少公共机构提供所带来的垄断性和官僚化的弊病，从而实现有管理式的医疗，即“补需方”模式。目前，两种医疗服务提供模式在各国实践中并没有明显的优劣之分，二者之间也存在相互的政策学习与制度扩散现象，在寻求效率和公平的平衡中面临着许多共同的挑战。

基于制度外部环境视角，在人口老龄化、疾病模式向长期慢性病转化以及医疗技术不断发展的背景下，医疗需求势必迎来进一步增长，获得医疗服务的等待时间过长也定将是各国医疗卫生体系面临的普遍性问题。<sup>②</sup> 与此同时，在新自由主义对国家和个人关系的重塑下，政府职能与财政投入的缩减导致医疗资源相对不足，加剧了供需失衡造成的等待时长问题。英国自 20 世纪末开启医疗体系内部市场化改革后，撬动了原有医疗体系的国有化根基，政府放弃原有的“命令与控制”责任，通过“委托”的方式引入市场机制，期待通过某种市场化路径实现福利制度的效率优化，出现了“公共产品的民间提供”趋势。但这种改革也招致了一些批评，这些批评认为对个人责任的强化是对个人利己主义的提倡，致使政府公共职能缺位与私营市场发展，拉大了社会的贫富差距，破坏了社会团结与社会稳定的基础。同时，公共开支的缩减使得长期存在的医务人员及硬件设施短缺问题愈发突出，现行医护人员的低收入也导致罢工活动，进而又推高了等待治疗人数。截至 2022 年底，英格兰 NHS 的全职岗位一共空缺 12.5 万人，其中 4.3 万护士岗，8700 医生岗（图 7）。与此同时，英国自从 20 世纪 80 年代开始，医院的病床数量就呈减少趋势，从 1987 年到 2019 年，英格兰 NHS 医院的病床总数减少了 53%，从约 30 万张降至约 14 万张，其中一半是综合性医院的病床（图 8）。通过对 OECD 部分发达国家的横向比较发现，在英国政府长期财政投入不足的情况下，英国“全民免费医疗”的医生和护

① Laing Buisson, *Demand for Private Medical Cover Increases as Corporates Extend Schemes*, [www.laingbuisson.com/laingbuisson-release/demand-private-medical-cover-increases-corporates-extend-schemes/](http://www.laingbuisson.com/laingbuisson-release/demand-private-medical-cover-increases-corporates-extend-schemes/), March 1, 2017.

② 参见 Siva Anandaciva, *How Does the NHS Compare to the Health Care Systems of Other Countries?* <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-compare-health-care-systems-other-countries#about-this-report>, June 26, 2023.

理人员相比其他国家明显更为短缺且计算机断层扫描（CT）、磁共振成像（MRI）、病床位等医疗硬件设施也相对较少，但在避免个人因病致贫、控制行政管理费用以及控制慢性疾病等方面表现良好，<sup>①</sup> 这无疑是对低效浪费观点的有力反驳。

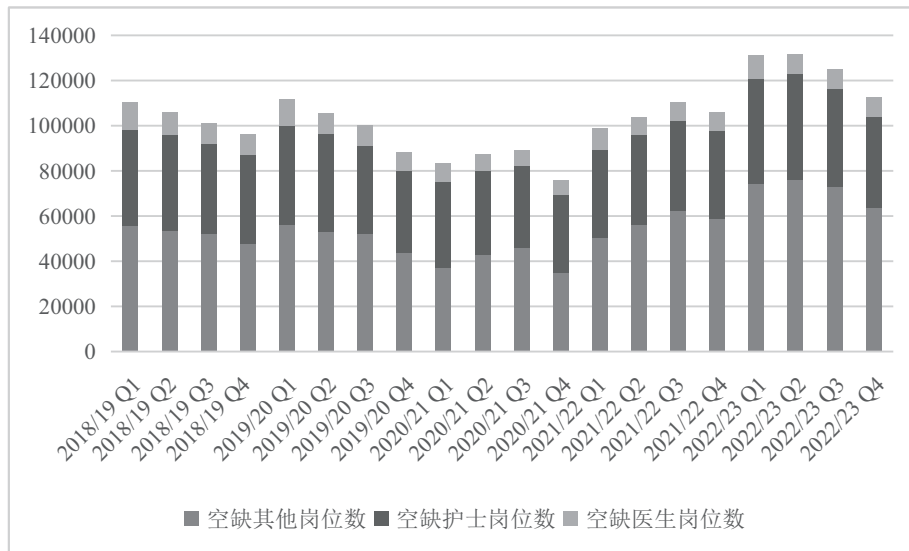


图7 2018—2022年英格兰NHS医务人员的空缺数量

数据来源：NHS England, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey>.

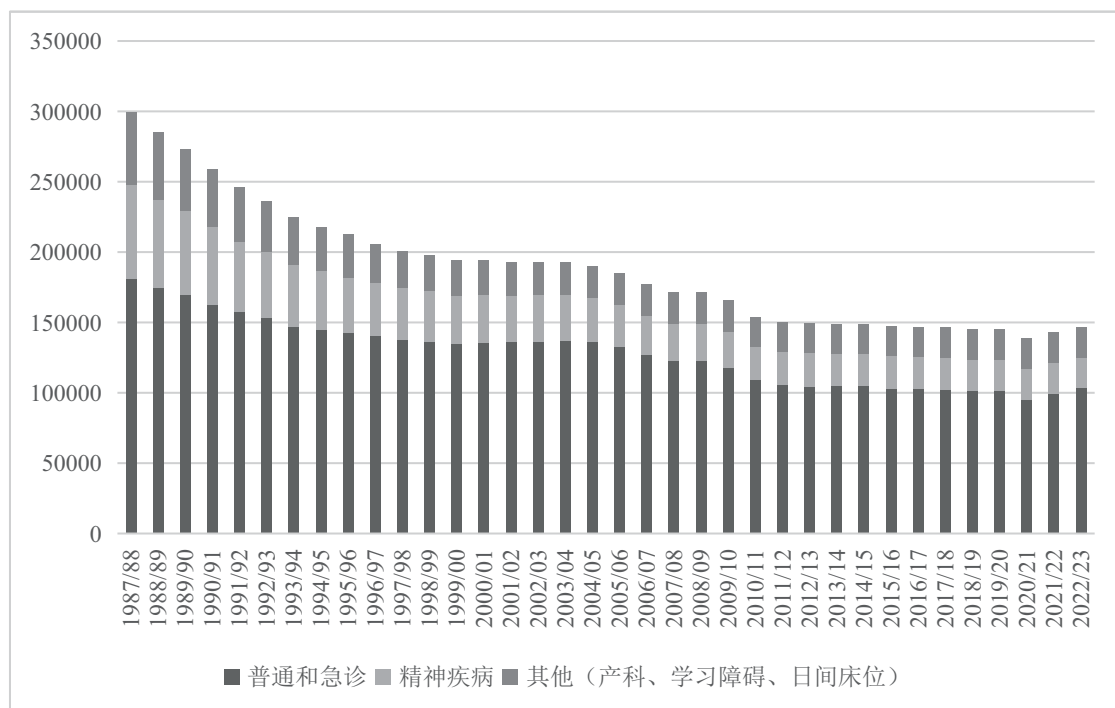


图8 1987—2022年英格兰NHS病床数量

数据来源：NHS England, <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/>.

① 参见 Mark Dayan, et al., *NHS at 70: How Good Is the NHS?* <https://www.health.org.uk/publications/nhs-at-70-how-good-is-the-nhs>, June 2018.

## 六、“全民免费医疗”对我国的启示

对“全民免费医疗”的高度关注和经久不息的争议背后，体现了民众在面对疾病风险时的不安全感以及对更高水平医疗保障的期望。因此，应当正确认识“全民免费医疗”争议，并聚焦于持续不断推动我国医疗保障制度的完善与发展。从前述内容可以得出，无论是“全民免费医疗”还是社会医疗保险，都是化解疾病后顾之忧的成熟的社会化医疗保障制度，并且在公平与效率的平衡中均有着相似的制度安排，包括注重制度筹资端的纵向公平和待遇端的横向公平、科学理性的制度设计以有效控制个人自付医疗费用、适当约束医疗需求进而提高医疗资源分配的合理性和医疗服务递送的有效性等等。二者虽然在制度理念和筹资机制上存在差异，但并不是非此即彼的关系，没有必要采取绝对的肯定或否定态度。

纵观国际社会保障发展历史，可以发现任何制度都无法用一成不变的方式顺应历史潮流，随着经济、社会、政治、文化等客观因素的变化，既有从社会医疗保险向“全民免费医疗”的转型、强化政府责任的取向，也存在引入市场机制强化效率、收缩政府责任的改革。制度间的政策学习与扩散交互时有发生，因此应当考虑哪种模式适合一国国情及其所处的发展阶段。当社会发展物质更加丰裕、民生诉求持续升级的更高阶段后，政府为满足绝大多数成员的普遍性需求，大都会将发展各项社会福利事业置于前所未有的重要地位，并通过社会福利制度安排更加全面地维护社会公平和实现共享国家发展成果的目标。从以社会救助为主体，到以社会保险为主体，再到以社会福利为主体，社会保障发展的三个阶段与人类社会发展的农牧时代、工业时代与后工业时代是基本吻合的。<sup>①</sup>

以法国医疗保障制度的发展变迁为例，该制度始建于1945年，早期参考德国以就业为基础的社会医疗保险模式，旨在为工薪劳动者及其家庭成员提供保障，强调职业团结。但由于社会医疗保险制度未能覆盖全民，法国政府又在借鉴英国“全民免费医疗”的基础上逐步扩大了保障范围。尤其是20世纪90年代，法国将医疗保障筹资体系作为重要改革对象，扩宽缴费基数、调整筹资结构，使筹资机制更加充足有效。具体来看，1991年，法国利用综合社会缴费全面取代以工资为基础的医保缴费，将缴费基数扩宽为包含工资、资本利得、投资收益等的全部收入。为了减少失业、降低劳动力成本，法国政府大幅削减了雇主为低薪工人缴纳的社保费，并用财政资金进行补贴，还规定加班工资不计算在缴费基数内，进一步调整筹资结构，弱化了医保筹资与劳动力成本之间的联系。回顾法国医疗保障制度的发展历史，从1945年至今，法国从社会医疗保险制度起步，顺应国内经济社会变化，通过渐进式的改革，最终建成了保障全面、覆盖全民的医疗保障制度（CMU），同时兼具德国社会医疗保险和英国“全民免费医疗”两种医疗保障模式的特点。

改革开放后，尤其是党的十八大以来，我国医疗保障领域取得了巨大成就，构建起了世界上最大的医疗保障体系，惠及占全球人口约19%的中国人民，也创造了人类发展史上的医保改革与发展奇迹。<sup>②</sup>但也要认识到，我国医疗保障仍处于未能定型的发展之中，存在着发展不平衡不充分的问题，面临一些新的挑战亟需新的举措予以应对。一是经济转型的挑战。在实现

① 郑功成：《中国社会福利改革与发展战略：从照顾弱者到普惠全民》，《中国人民大学学报》2011年第2期。

② 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。

经济增长和迈向共同富裕的大背景下,党的二十大报告明确指出“要加快构建以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局”,<sup>①</sup>即增大国内民间投资和民间消费占总投资和总消费的比重。<sup>②</sup>为达成这一目标,必须重新思考社会政策的定位,充分发挥各项社会保障和福利制度在化解国民社会风险中的作用,消除国民在面对风险时的不稳定预期,释放因社会政策缺位或不足而被压抑的消费潜力,实现从“社会建设服务于经济发展”走向“经济发展与社会建设并重”的模式转型,<sup>③</sup>通过再分配的方式在与人类生存相关的领域进行“去商品化”。<sup>④</sup>应当扭转“福利污名化”的认知,充分肯定社会保障与福利制度的重要意义。福利完全不是资本主义国家的专利而是社会主义的应有之义,关键是要在肯定福利、发展福利的同时,在社会保障制度中注入理性。<sup>⑤</sup>二是人口老龄化的挑战。我国是世界上人口老龄化速度最快的国家之一,2022年60岁以上人口已达2.28亿,占全国人口的19.8%。<sup>⑥</sup>与之对应的是疾病谱的转变,由于慢性病发病率与人的年龄增长密切相关,<sup>⑦</sup>疾病谱也从传统的以传染性疾病为主转变为以慢性病为主。人口老龄化与疾病谱变化导致医疗费用快速增长,势必会对当前“以治病为中心”的医疗保障制度的可持续性造成冲击,也促使医疗保障制度向着以健康需求为导向、注重前端健康促进与健康管理和覆盖全体国民全生命周期的健康保障制度进行转型。三是新就业形态的挑战。随着以依托互联网平台为主要特征的新业态从业人员规模的不断扩大,建立在强制性缴费和对正式雇佣劳动征收工资税基础之上的社会保险体系越发难以同其相适应。<sup>⑧</sup>劳动力市场的灵活性与社会保险的非灵活性之间的张力要求在新的社会理念上建立新的社会契约,从而为全体国民提供更有效的社会安全网。正因如此,无条件现金福利(全民基本收入)在国外已被纳入政策考虑并展开实践,<sup>⑨</sup>其旨在消除影响机会平等的资源禀赋差距,从而在促进社会公平的同时,通过提高社会参与能力来充分释放个人的发展潜力,形成促进社会发展的正向循环。<sup>⑩</sup>在服务福利方面,同样存在前述从基于劳动权的社会医疗保险向基于公民权的国民健康服务进行转型的现实案例,但这种转型往往有着较高的实施条件,具体包括:经济上建立在依赖高税收的雄厚政府财力基础上;政治上强调政府直接责任,强制分级诊疗以实现医疗资源合理配置;社会上以公平团结为主流价值,秉持平等观念;文化上转变疾病治疗认知,增进健康预防等等。因此,中国现阶段应当坚持缴费型社会医疗保险为主体的医疗保障制度,但不应排斥依靠政府税收筹资的“全民免费医疗”,这是传统社会主义国家曾普遍采取过的模式,也是现代化的资本主义福利国家普遍采取的模式,伴随中国式现代化建设的全面推进和综合国力的持续增长,

① 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》,《人民日报》,2022年10月26日第1版。

② 顾昕:《社会政策变革与中国经济发展模式转型》,《国家行政学院学报》2013年第6期。

③ 鲁全:《新中国成立以来中国共产党的社会保障理念发展与制度实践》,《社会保障评论》2022年第6期。

④ 岳经纶、方珂:《从“社会身份本位”到“人类需要本位”:中国社会政策的范式演进》,《学术月刊》2019年第2期。

⑤ 郑功成:《共同富裕与社会保障的逻辑关系及福利中国建设实践》,《社会保障评论》2022年第1期。

⑥ 《2022年民政事业发展统计公报》,民政部官网: <https://www.mca.gov.cn/n156/n2679/c1662004999979995221/content.html>, 2023年10月13日。

⑦ 张思锋、滕晶:《中国老龄人口医疗保障体系发展:从治病为中心到健康为中心》,《北京工业大学学报(社会科学版)》2022年第2期。

⑧ 鲁全:《生产方式、就业形态与社会保险制度创新》,《社会科学》2021年第6期。

⑨ 金炳彻:《全民基本收入的实践探讨与案例分析》,《社会保障评论》2023年第4期。

⑩ 金炳彻:《基本收入的学理构思与模型研究》,《社会保障评论》2017年第2期。

其仍然可以成为中国特色医疗保障制度模式的选项。<sup>①</sup>

# Misconceptions and Theoretical Analysis of "Universal Free Healthcare"

Su Zerui

(School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

**Abstract:** "Universal free healthcare" is a pivotal policy topic that has garnered widespread attention and sustained debate. However, diverse interpretations and perspectives surrounding this concept have given rise to several misconceptions. These misconceptions, in turn, impede the public's accurate understanding and the reasoned interpretation of policy, hindering the establishment of a consensus for advancing the development of China's healthcare system. Viewed through the lens of rights and obligations, "universal free healthcare" fundamentally denotes a national health service funded by the government primarily through general tax revenue and fiscal budgets, aimed at providing all citizens with free health services. It is neither a "free lunch" nor a "welfare trap," and it is not inherently inefficient and wasteful. Similar to social health insurance, it represents a socialized healthcare system designed to address the risk of illness, each with its own strengths and weaknesses. Additionally, there exists a potential for policy learning and mutual diffusion between the two systems. At the current stage, China should uphold the contributory social health insurance as the cornerstone of its healthcare system. Looking to the future, however, the option of "universal free healthcare" based on tax financing should not be dismissed outright. Instead, a rational decision should be made in alignment with the context of the Chinese path to modernization and the pursuit of common prosperity, as well as in accordance with the desires of the people.

**Key words:** universal free healthcare; misconceptions; theoretical analysis

(责任编辑: 华 颖)

---

① 郑功成:《中国式现代化与社会保障新制度文明》,《社会保障评论》2023年第1期。