

# 居民基本医疗保险： 筹资政策、实践效应及其优化

华颖

(中国社会科学院人口与劳动经济研究所,北京 100732)

**[摘要]**居民基本医疗保险覆盖我国约3/4的人口,对减轻城乡居民疾病后顾之忧发挥着愈加重要的作用,参保者的获得感、安全感明显增强,这一成就在很大程度上依靠的是政府承担着主要筹资责任以及制度的高效运行。然而,现行筹资机制存在的个人筹资方式有违按照能力确定缴费的基本原则、政府与个人责任失衡、人户分离与政府补贴责任难以匹配、筹资水平偏低等问题正在影响着这一重要制度的健康发展。未来方向应当是由个人等额缴费制转向收入关联型缴费制,建立“以支定收”原则下的筹资标准动态调整机制,将按人头划拨大病保险制度的资金回归基本医保,同时依据覆盖常住人口原则调整政府责任,并促使政府与个人筹资责任逐步走向均衡。

**[关键词]**居民基本医疗保险;筹资机制;筹资公平;可持续性;充足性

**[中图分类号]**F842.684;R197.1;C912.6 **[文献标识码]**A

扎实推动全体人民共同富裕是中国式现代化的既定目标,通过完善医保制度来解除人民群众疾病医疗后顾之忧并不断提升其健康素质则是其中的重要内容。目前,居民基本医疗保险(简称居民医保)的参保者超过10亿,覆盖了全国人口的近3/4,从而是我国法定医疗保障制度体系的主要组成部分,而医保筹资则是支撑该制度实现其功能的物质基础,筹资机制是否合理稳健,直接决定着医保制度的可持续性及其保障能力。因此,居民医保筹资机制是观察和研究我国医疗保障制度发展的重要视角。党的十九大以来,国家日益重视医保筹资机制的改革,中共中央、国务院2020年发布的纲领性文件《关于深化医疗保障制度改革的意见》和国务院办公厅2021年印发的《“十四五”全民医疗保障规划》均将优化居民医保筹资列为深化医保制度改革和发展全民医保五年规划的重要目标任务。在党的二十大胜利召开背景下,本文聚焦于居民医保筹资机制,在系统考察政策演进及其实践效应的基础上,提出尽快优化这一机制及相关配套措施的建议,进而促使这一惠及绝大多数人口的医保制度实现高质量、可持续发展。

## 一、居民医保筹资政策的演进及现状

### (一)居民医保筹资政策的演进过程

**[收稿日期]**2022-11-06

**[基金项目]**中国社会科学院习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心2022年度重点项目“健康保障与健康中国建设研究”(2022XYZD06)。

**[作者简介]**华颖,中国社会科学院人口与劳动经济研究所副研究员。

新中国成立以来,我国居民医保发展经历了两个时期,即与计划经济相适应的公费医疗、劳保医疗与农村合作医疗时期和与市场经济相适应的社会医疗保险为主体制度安排的时期。

前一个时期的最大特点是以家庭为单位,在城乡分割的情形下,根据就业者的身份决定非就业的家庭成员享受何种医保待遇。其中,由政府财政支撑的公费医疗覆盖机关事业单位工作人员,同时惠及受其抚养的家属;由企业与企业政府分担筹资责任的劳保医疗覆盖企业职工,同时惠及受其抚养的家属;由农村集体经济支撑的合作医疗覆盖农村居民,惠及所有农村居民。然而,伴随经济体制改革与社会转型的推进,公费医疗逐渐成为财政的负担,劳保医疗亦因国有企业大量冗员负担和退休人员急剧增长以及经营风险倍增而陷入困境,农村合作医疗则因全面实行土地承包责任制而丧失了集体经济基础和组织基础。正是由于经济结构多元化和城市居民从“单位人”变为“社会人”、农村居民从“集体人”变为“自由人”,建立社会医疗保险制度成为必要。

1994年启动的职工医疗保险“两江”试点拉开了医疗保障制度改革的大幕,职工医保制度与传统的医保制度相比,最大的变化就是不再以家庭为单位而是以个人为单位参保,同时建立独立于企事业单位之外的经办系统,由过去在单位或集体组织内部运行走向社会化。职工医保制度的建立,解决了城镇部分劳动者(主要限于体制内的就业者)的基本医保问题,但职工家属和不具职工身份的居民却被排除在外。直至进入本世纪后,包括城镇非就业人员、未参加职工医保的城镇就业人员和全体农村居民均处于缺乏医疗保障状态,疾病医疗成为城乡居民重大后顾之忧。在此背景下,国家必然要采取新的制度安排来解决职工之外的所有人的疾病医疗保障问题。以2003年启动新型农村合作医疗试点为标志,我国开始步入居民医保建制时期,建制的核心内容就是确立相应的筹资机制并依照以收定支的原则实施居民医保制度,它经历了农村居民建制、城镇居民建制和城乡居民制度合并三个发展阶段。

### 1. 新农合确立个人缴费与政府补贴相结合的筹资方式

2003年,国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,启动新型农村合作医疗(简称新农合)试点。这一政策性文件确立了个人缴费与政府补贴相结合的筹资方式。财政直接分担筹资责任和以县为单位统筹,是其区别于建立在社队集体经济基础之上且以生产大队(村)为单位统筹的原农村合作医疗制度的显著标志,它使新农合具备了社会医疗保险的特征。新农合启动之时,确定的筹资标准较低,人均仅为30元,财政补助和个人缴费分别为20元、10元,个人缴费仅占当年农村居民人均可支配收入的0.37%。2006年人均财政补助标准提高至40元,财政补助与个人缴费之比增加至4:1,该比例一直维持到2013年,但财政补助与个人缴费额不断提升。

### 2. 城镇居民医保借鉴了新农合的筹资方式

2007年,城镇居民医保(简称城居保)制度作为填补覆盖全民医保体系的最后组成部分开始试点。国务院出台的试点指导意见要求试点城市根据当地的经济水平以及不同人群的基本医疗消费需求,并考虑当地居民家庭和财政的负担能力,恰当确定筹资水平;探索建立筹资水平、缴费年限和待遇水平相挂钩的机制。当年对试点城市的参保居民,政府每年按不低于人均40元给予补助。<sup>①</sup>正是由于城居保采取的筹资机制类似于农村居民医保,参保者个人依照年度定额标准缴纳医疗保险费,为后来两险合一奠定了基础。

### 3. 城乡居民医保制度整合后的筹资模式

2016年1月,国务院发文明确提出将分设的新农合和城居保两项制度加以整合,建立全国统一的居民医保制度,实现覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理的“六统一”。整合

<sup>①</sup> 参见《国务院关于开展城镇居民医保试点的指导意见》(国发〔2007〕20号)。

后的居民医保延续个人缴费与政府补助相结合的筹资方式,但政府补贴标准与个人缴费标准逐步提升。不过,由于城居保和新农合分别由人社部门、卫生部门管理并形成路径依赖,制度整合工作并不顺利,即使已经整合的地区仍然存在城居保和新农合基金筹资标准不一、分账运行等城乡实际有别的现象。<sup>①</sup>直至2018年国家医疗保障局成立后,管理体制从根本上得以理顺,制度整合的步伐得以明显加快,2020年全国范围内普遍实现了城乡居民医保制度的整合。

通过梳理2003年以来国家层面规定的居民医保政策性最低筹资标准<sup>②</sup>可以发现,财政补助和个人缴费额均呈上升趋势,前者从2003年的20元/人增长至2022年的610元/人,后者同期从10元/人增至350元/人。实际筹资水平略高于该最低标准。自2010年以来,人均筹资标准以每年50—100元的幅度增长,其中人均财政补助每年呈现30—80元的增幅。财政补助与个人缴费之比从起初的2:1曾一度增长并在2006—2013年期间均保持在4:1的高位。2014年起,财政补助与个人缴费标准之比开始下降,逐步回归政府与个人责任的相对均衡,2022年两者之比为1.7:1。此外,财政对弱势群体人群承担着更大责任,针对低保对象、特困供养人员、孤儿、重残人员、重病患者、高龄低收入老年人等弱势群体制定了由财政代参保者个人缴费的政策,它构成了医疗救助的重要支出项目。

综上,居民医保筹资机制自2003年以来保持了(政府补贴+个人缴费)财务机制的稳定性,但筹资标准在低水平起步的基础上持续提升,制度设计从城乡分割走向了城乡统一。目前,统一的居民医保制度覆盖我国绝大多数人口,事实上是我国法定医疗保障制度体系的主体构成部分。

## (二)居民医保的具体筹资政策

根据现行政策,居民医保制度采取个人定额缴费和财政按人均定额补助相结合的方式筹资。国家规定个人筹资和财政补贴的最低标准,该标准目前每年定额增长,各地可以依据实际情况执行本地区的筹资办法和标准,这使得居民医保筹资在原则统一的前提下也存在区域差异。对各地政策进行梳理发现,居民医保筹资可以分为等额定额筹资、分组定额筹资和分档定额筹资三种。

### 1. 等额定额筹资

等额定额筹资是现行政策规定的主要筹资模式。采取该模式的地区不对参保者进行群体划分,采取“一制一档”的筹资标准,个人缴费和财政补助都按照统一标准执行。这种模式实践中最为常见,且大多按照国家规定的最低标准实施。

一些地区将定额筹资的额度与地区收入进行关联。例如,东莞市建立了包括职工与居民在内的统一的基本医保制度,按上年度全市职工月平均工资的2.8%按月征收保费并提供统一待遇;其中居民由个人承担1.1%,财政补贴1.7%。<sup>②</sup>佛山市“财政、居民个人以本市上年度居民可支配收入为基数按年缴费。从2019年起总费率为4%,其中财政补贴2.8%,个人缴纳1.2%。”<sup>③</sup>一些地方虽也将个人缴费标准与地区收入挂钩,但由于定比偏低并无实际意义,如武汉市个人缴费标准根据上年度全市城乡居民人均可支配收入的0.57%进行测算,当测算的标准低于国家和省规定的标准时,按国家和省规定的标准执行。<sup>④</sup>

<sup>①</sup> 2003—2011年使用的是新农合制度的人均筹资数据,来源为《2021年中国医疗保障统计年鉴》,其他年份数据根据城乡(镇)居民基本医保政策文件整理。2007—2011年城居保的财政补助标准和新农合的基本一致,个人缴费标准存在地区差距。2011年后新农合、城居保筹资标准基本统一。居民医保实行年度预缴费制,下一年的政策性筹资标准则在当年的后半年公布,征缴工作也在当年基本完成,文中所指某年筹资标准均是当年后半年公布的适用于下一年的标准。

<sup>②</sup> 参见东莞市人民政府关于印发《东莞市社会医疗保险办法》的通知(东府〔2018〕120号)。

<sup>③</sup> 参见佛山市人民政府办公室关于印发《佛山市基本医疗保险管理办法》的通知(佛府办〔2016〕60号)。

<sup>④</sup> 参见《武汉市城乡居民基本医疗保险实施办法》(武政规〔2017〕24号)。



等额定额的筹资模式在操作上最为简便直接,同时也最为粗放。尽管筹资额度少数情况下考虑了地区收入水平,但并未考虑个体不同的支付能力。在制度建立初期尚未成熟定型、医保基金经历从无到有的发展阶段,采取这一易行的模式有合理性。

### 2. 分组定额筹资,待遇统一

分组定额筹资是在等额定额筹资模式基础上的变种。该模式按照参保者的年龄或身份进行分组,各组别采用不同的定额筹资标准。北京、上海、广州、珠海、南京等地采取这种方式。例如,北京市按照学生儿童、劳动年龄内居民、老年人三个组别划分制定不同的筹资标准。目前劳动年龄居民的个人缴费(580元/年)最高,老年人的政府补贴(4260元/年)和个人筹资(4600元/年)均为最高。财政补助与个人缴费之比最高的为老年人,达到12.5:1;财政补助与个人缴费之比最低的为劳动年龄内居民,也达到近4:1。<sup>①</sup>上海市按照参保者的不同年龄分为五组确定筹资标准。人均筹资标准按照上一年度本市职工平均工资的2.5%左右确定,个人缴费占总筹资的15%左右,具体筹资标准和个人缴费标准结合实际情况适时调整。<sup>②</sup>目前上海老年人筹资标准(6630元/年)居全国之首,个人缴费和财政补助额最高的分别为18—60岁群体(860元/年)、70周岁以上群体(6110元/年)。

在该筹资模式中,一些地区对特定年龄组设定了个人免缴费的政策,如镇江市70岁以上老人不需缴费,其个人缴费部分由政府全额补助。

### 3. 分档定额筹资,待遇分档

分档定额筹资是在等额定额筹资模式基础上的又一变种,它与医保待遇挂钩。该模式划分不同档次的个人缴费标准,居民通常可根据自身状况和意愿选择缴费档次并进而享受不同水平的医保待遇。天津、成都、深圳、重庆等地即采取此种方式。例如,天津市居民医保个人缴费分为高档、低档两档,城乡未就业居民、从事新就业形态等灵活就业人员按照高档、低档两档缴费,由参保人自主选择。<sup>③</sup>一些地方明确分档缴费的标准与地区收入挂钩,例如,金华市基本医疗保险缴费分为三档,职工参加一档,针对居民的二、三档的个人缴费分别为上年度居民人均可支配收入的3.6%、1.2%。<sup>④</sup>

分档筹资最初是城乡居民医保整合时的过渡性措施,主要考虑到城乡居民的收入差距、两种医保制度的缴费额差距,<sup>[2]</sup>从而允许参保者自愿选择缴费档次,一些地区将该筹资模式延续至今。分档筹资虽延续了按照人头实现定额财政补贴与个人缴费的做法,但制造了医保体系内部结构的碎片化,催化了参保者的风险选择行为,且待遇分档显然也有违社会医疗保险制度按实际需求而非由缴费额来确定保障待遇的基本原则。

上述梳理表明我国居民医保筹资政策的原则与框架是统一的,但具体筹资政策有地区差异性,这种差异性增加了居民医保制度走向成熟、定型的复杂性。

## 二、对居民医保筹资的基本评估

世卫组织等发布的有关医疗卫生系统评估的政策分析框架中提出,一个运作良好的医疗卫生筹资系统应确保医疗卫生系统有足够的资源来满足医疗服务需求;这些资源是稳定的、可预测的、能够应对外部冲击;这些资源是以公平的方式筹集的,以确保筹资负担不会落在穷人或病人身上。<sup>[3]</sup>社会医疗保险是为医疗卫生系统筹资的一种重要途径,在以成熟定型的社会医疗保险为主体的典型国家

<sup>①</sup> 参见《北京市医疗保障局北京市财政局关于明确2022年城乡居民基本医疗保险筹资标准的通知》(京医保发〔2021〕25号)。

<sup>②</sup> 参见上海市人民政府关于印发《上海市城乡居民基本医疗保险办法》的通知(沪府规〔2020〕30号)。

<sup>③</sup> 参见天津市关于印发《2022年度城乡居民基本医疗保险宣传提纲》的通知(津医保局发〔2021〕88号)。

<sup>④</sup> 参见《金华市基本医疗保险办法》(金医保发〔2019〕7号)。

中,社会医疗保险的筹资额占卫生筹资总额的约7成(见表2)。对医疗卫生系统筹资的评估指标同样可适用于对居民医保筹资的评估。由此,本文从筹资的公平性、可持续性和充足性三个方面评估现行居民医保筹资机制。

#### (一)筹资的公平性:按人头定额缴费导致筹资不公

筹资的公平性在社会医疗保险制度中即是指参保者按能力缴费、按实际需求享受待遇,不因自身经济状况影响所需获得的医疗保障待遇。2000年的《世界卫生报告》指出,医疗卫生系统的公平筹资(fair financing)意味着,每个家庭因医疗卫生成本而面临的风险是根据支付能力而非疾病风险来分摊的,一个公平融资的系统确保人人都获得财务保护。<sup>[4]</sup>将公平筹资这一原则落实到社会医疗保险制度中,就是指参保者的缴费义务应与其收入挂钩,这是普遍奉行的社会医疗保险筹资法则。

在我国,尽管不同地区居民医保具体筹资政策不尽相同,但普遍采取的是按照人头实行定额缴费的方式。这种方式实质上违背了上述公平筹资的原则。在居民医保建制初期出于管理方便和迅速扩面的考虑采取这样简便易行的做法尚可理解,但制度发展至今,定额缴费方式带来的一系列问题日益显性化,有关从定额制到定比制改革的讨论也日益深入。<sup>[5]</sup>这种不合理的筹资政策是制度性的重大缺陷也渐成共识。

表1 个人缴费标准占(五等份分组)居民人均可支配收入的百分比(%)

年份		2013	2015	2017	2019	2020	2021
全国居民	低收入组	1.59	2.30	3.02	3.39	3.56	3.84
	中间收入组	0.45	0.62	0.80	1.00	1.07	1.10
	高收入组	0.15	0.22	0.28	0.33	0.35	0.37
城镇居民	低收入组	0.71	0.98	1.31	1.61	1.80	1.91
	中间收入组	0.29	0.41	0.53	0.66	0.71	0.75
	高收入组	0.12	0.18	0.23	0.27	0.29	0.31
农村居民	低收入组	2.43	3.89	5.45	5.86	5.98	6.59
	中间收入组	0.83	1.16	1.50	1.79	1.90	1.93
	高收入组	0.33	0.46	0.58	0.69	0.73	0.74
同列最大最小值之比		20.07	21.09	23.35	21.51	20.52	21.13

数据来源:根据来自国家统计局的人均可支配收入数据以及历年政策文件规定的个人缴费标准计算所得。

注:全国居民五等份收入分组是指将所有调查户按人均收入水平从低到高顺序排列,平均分为五个等份,处于最低20%的收入家庭为低收入组,依此类推依次为中间偏下收入组、中间收入组、中间偏上收入组、高收入组。

按人头定额缴费实际上使得筹资负担具有累退性,即收入越高者的实际缴费负担(相对)越低,造成筹资不公。尽管各地普遍减免了低保对象、特困人员等符合条件的医疗救助对象的个人缴费,但在这些范围之外的低收入家庭则仍需要全额缴纳保费,整体来看低收入人群的参保缴费负担仍然较重,尤其是农村低收入居民,在多地调研中农村居民普遍反映缴费负担过重,对年年提高个人缴费更是难以承受。如表1所示:(1)2021年的个人缴费标准额占农村低收入组人均可支配收入的6.59%、占城镇居民高收入组的0.31%,对比职工医保2%的个人缴费率来看,个人缴费标准显然对于农村低收入组过高,但对于城镇居民高收入组明显过低;(2)农村居民的筹资负担普遍高于城镇居民,且农村高收入组和低收入组之间的筹资负担差异更大。(3)城镇和农村高、中、低收入组的缴费负担均呈上升趋势,但以个人缴费标准占人均可支配收入的百分比来衡量,负担最重的农村低收入组的缴费负担高达负担最轻的城镇居民高收入组的20多倍。再考虑到高收入群体对自身健康更为关注、优质医疗服务的

可及性通常更高、对于保险自付部分的支付能力更强等因素,其从医保制度中的获益往往更多,因此,“居民医保采取按人头等额缴费的做法带来的是逆向调节”<sup>[6]</sup>的结果。以上显然不利于促进制度公平和实现共同富裕。

## (二)筹资的稳定性和可持续性

筹资的稳定性和可持续性关乎医保制度的生命力,不可持续的制度无法真正保障参保者的医疗保障权益。根据近10多年来居民医保制度的发展情况与统计数据,可以得到如下结论。

### 1. 居民医保基金收支规模持续扩大,财务状况总体稳健

2009年至2021年间,居民医保基金总收入从252亿元增长到9724亿元,<sup>①</sup>增幅达近40倍。这主要得益于国家财政投入和个人缴费水平的持续提高,以及参保人数的稳步增长。2020年,全国居民医保基金累计结余达6077亿元,可支付月数为8.9个月,在政策规定的合理结余范围内,<sup>②</sup>由此获得的总体结论是居民医保基金财务状况总体稳健。分地区来看,各地基金收支状况差异较大,累计结余的可支付月数从上海的3.5个月到天津的26.6个月不等,<sup>③</sup>偏低的统筹层次事实上加剧了这种不平衡。3个省份(含直辖市,下同)累计结余的可支付月数少于6个月,10个省份在6—9月之间,18个省份即过半省份的可支付月数高于9个月,尽管偏高的医保基金结余并非医保制度财务状况优良或者高效的体现,<sup>④</sup>甚至还削弱了主管部门优化筹资机制的动力,但总体上确实表明各地区医保基金收支状况较为乐观。

### 2. 财政在筹资中的责任担当是制度建立和扩面的关键

从经济体制转型到新农合制度建立之前的近30年里,我国医疗保障制度主要面向城市中的部分就业群体,正规就业之外的广大城乡居民实则保障缺失。居民医保筹资的突破性就在于通过财政的大力投入实现了医疗保障制度的全民普惠。一方面,将职工之外的城乡居民剥离出来单独建立居民医保制度,用财政补助替代了职工医保中的单位缴费,从而降低了企业的用工成本,一定程度上摆脱了出口导向型发展战略与地方逐底竞争对医保筹资的约束;<sup>[7]</sup>另一方面,中央财政分担较大比例的筹资责任,缓解了地方政府的执行压力。

在居民医保基金总收入的构成中,个人缴费和财政补助的总额均呈上升趋势,2009年至2020年,个人缴费总额从85亿元增长至3029亿元,同期财政补助从155亿元增长至5936亿元;财政补助占基金总收入的比重经历了先升后降的过程,由2009年的61.7%增至2014年最高点时的76.7%,随后回落至2020年的65.1%,但一直保持在6成以上,<sup>⑤</sup>这表明政府投入持续加大是确保居民医保制度筹资水平持续提升的重要支撑。在居民医保仍属自愿参保的情况下,正是由于财政的大力投入和个人的低缴费水平,并且保障待遇水平随着筹资额的提高而稳步提高,自愿参保导致的逆向选择现象才不常见,居民医保也才得以接近人口全覆盖。虽然居民医保筹资额还远低于职工医保,但仍保障了居民医保制度的正常运行,也确实有效减轻了医疗费用自付负担。因此,政府补贴及其持续提升,不仅是我国居民医保制度得到持续发展的重要条件,也从一个侧面充分表明了中国特色社会主义制度造福人民、追求

① 参见《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》。

② 根据人社部、财政部《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),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。需要说明的是,该标准规定的月数实际偏高,社会医疗保险典型国家(如德国、韩国等)的医保基金均采用现收现付性模式,储备金不超过6个月的支付水平。

③ 参见《2021年中国医疗保障统计年鉴》。

④ 各地在确定筹资标准时,并未基于对基金支出规模的科学测算,进而造成了资金浪费和闲置贬值与医疗保障待遇水平非常有限并存的现象。

⑤ 2018年及以前不含未整合的新农合。根据《2021年中国医疗保障统计年鉴》、国家统计局的数据计算所得。



公平、集中力量办大事的显著优势。

需要指出的是,目前居民医保的财政补助以户籍为依据,在我国快速的城市化进程与人户分离现象常态化的背景下,客观上造成参保者无法实现居住地参保进而利益受损,也造成了人口流入地政府与流出地政府之间责任的不匹配。

### 3. 个人和政府筹资责任失衡不利于制度的财务可持续性

尽管新农合制度初创期财政补助和个人缴费标准之比为2:1,城居保在试点之初就确立了“以家庭缴费为主,政府给予适当补助”方略,但随着财政补助标准的快速提高,实际筹资中财政补助与个人缴费的比值在相当一段时间内持续攀升,两者之比在最高时的2014年曾接近4:1,呈现出财政责任逐渐强化而个人责任相对弱化趋势。近年来,两者之比逐渐回落至接近2:1,财政与个人的筹资责任趋于相对均衡。2012—2020年,实际人均筹资从312元增至833元,其中财政补助从244元增至559元,个人缴费从68元增至274元。参保居民实际人均缴费占全国居民人均可支配收入的比重呈稳步上升趋势,从2012年的0.47%稳步上升至2020年的0.89%,<sup>①</sup>表明居民个人缴费责任伴随着医疗保障水平的提高而增加。即便如此,从目前的筹资责任分担情况看,居民医保在个人/家庭与政府之间仍存在明显失衡,部分偏离了社会保险模式权利与义务相对应的原则和以缴费为主要筹资来源的特征,削弱了本应是自己健康的第一责任人的参保者的责任意识和共建意识。

财政对居民医保的补助占财政总支出的比重稳步攀升,从2009年的0.2%上升至2020年的2.4%,<sup>②</sup>但这一比例的持续增长空间有限,特别是在当前经济增长、财政收入增速放缓甚至出现负增长的情况下,财政支出压力明显增大。同时,人口老龄化等因素以及与职工医保待遇水平差距缩减的要求,均将推动居民医保筹资水平的继续增长,这一筹资额的持续提升仅靠财政将难以实现。偏高的财政补贴和偏低的个人缴费格局,还会诱导大量本应依法参加职工医保的劳动者以变通方式参加居民医保,这在一定程度上导致职工医保扩面缓慢,基本医保体系出现正规就业—非正规就业的分割。根据国家统计局数据,2020年我国二、三产业从业者达到5.7亿人,而同期职工医保的在职参保人数仅为2.5亿。可见,现行筹资模式不仅不利于增强居民医保制度的可持续性,同时还对职工医保制度的可持续发展带来不利影响。

### 4. 筹资标准缺乏科学调整机制,筹资增长不稳定

尽管中共中央、国务院在《关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确了“非就业人员参加基本医疗保险由个人缴费,政府按规定给予补助,缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩”,一些地区也做出了按居民可支配收入的一定比例确定缴费水平的规定,但整体来看,个人缴费和财政补助额度仍未有科学的调整机制,每年筹资标准的调整并非基于基金支出需求的测算,也没有依据居民可支配收入等明确的关联指标,而是主要依靠年度的行政决策,过于粗放。由于筹资标准缺乏自动调整机制,个人缴费额无规可循、无法预期的逐年增长亦导致参保动员的困难,增加了制度的管理经办的难度与运行成本。一些地方政府甚至还将保持较低缴费标准和快速提高医保待遇水平作为一项民生政绩工程,<sup>③</sup>这显然也无益于筹资的可持续性。

#### (三) 筹资的充足性

在医保制度实践中,筹资水平直接影响着医保制度的保障能力与水平,因此,筹资充足性构成了

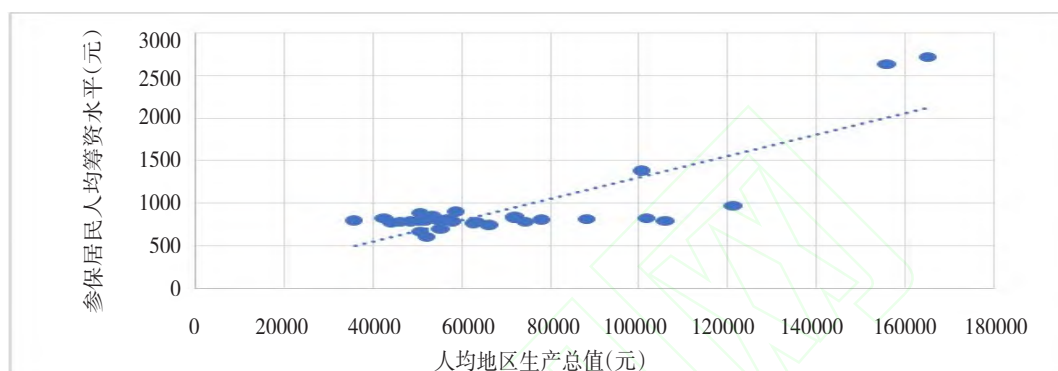
<sup>①</sup> 根据《2021年中国医疗保障统计年鉴》《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》的数据,以及来自国家统计局的居民人均可支配收入数据计算所得。需说明的是,由于居民医保实行年度预缴费制,为更准确衡量个人缴费负担,居民可支配收入使用上一年的数据。

<sup>②</sup> 2018年及以前不含未整合的新农合。基于《2021年中国医疗保障统计年鉴》、国家统计局(<https://data.stats.gov.cn/>)的数据计算所得。

医保制度得以全面解除参保者疾病医疗后顾之忧的必要条件。从我国居民医保制度的现实出发,可以发现其筹资充足性具有如下两个特点。

### 1. 筹资水平与经济发展水平呈正相关性

如图1所示,分地区来看,居民医保实际人均筹资水平与人均地区生产总值呈现一定的正相关性。一般而言,发达地区的筹资水平高,医保待遇也通常较高;落后地区的筹资水平低,医保待遇也通常较低。



数据来源:《2021年中国医疗保障统计年鉴》、国家统计局(<https://data.stats.gov.cn/>)。

图1 2020年各省人均地区生产总值与人均筹资水平

居民医保人均筹资水平最高的省份是最低省份的4倍多。其中,北京和上海实际人均筹资水平最高,其人均筹资额均在2700元左右,人均地区生产总值则在16万元左右,居于高位。浙江人均筹资水平排第三(1393元),人均地区生产总值约10万元。人均地区生产总值排名第三的江苏,人均筹资水平排第四。人均筹资水平最低的是西藏(613元)、吉林(673元)和河南(706元),三省的人均GDP均在5—6万元的较低水平区间,但筹资水平最低的西藏的老年人口抚养比(8.13%)远低于吉林(21.47%)和河南(21.28%)。<sup>①</sup>

### 2. 定额缴费等因素导致筹资水平不足

虽然居民医保实际人均筹资额占人均GDP和人均卫生费用的比重分别从2012年的0.78%、15%上升至2016年的1.10%、17.6%,但之后呈现波动趋势,2017年分别为1.02%、16.0%,2020年分别为1.16%、16.2%,<sup>②</sup>这表明近年来居民医保筹资相对水平的增长乏力,进而事实上制约着居民医保水平的继续提升。

与职工医保相比,居民医保筹资水平整体偏低。职工医保由用人单位和职工分别按照工资总额和个人工资的一定比例缴纳,其人均筹资水平与保障水平明显高于居民医保制度。在人均基金收入方面,2021年职工医保为5363元,居民医保为964元,较上一年差距有所增加。尽管两项制度间筹资差距还很明显,但从发展趋势上看两项制度的人均基金收入水平在不断缩小,从2007年的最高时的12倍以上降至目前的5倍多。<sup>③</sup>

① 居民医保数据来自《2021年中国医疗保障统计年鉴》,人均地区生产总值和老年抚养比数据来自国家统计局。

② 根据《2021年中国医疗保障统计年鉴》《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》的数据,以及来自国家统计局的人均卫生费用和GDP数据计算所得。

③ 人均基金收入=当年基金收入/年末参保人数。数据来自《2021年中国医疗保障统计年鉴》《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》,2018年及以前不含新农合参保。



表2 典型国家当前卫生支出中来自不同筹资制度的百分比(%)

国家	当前卫生支出的GDP占比	自费支付的当前卫生支出占比	当前卫生支出中来自不同筹资制度的百分比					自愿筹资安排
			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		
						社会医疗保险	强制性私人医疗保险	
中国	5 <sup>①</sup>	35	56	17	39	39	-	44
德国	12	13	85	7	78	71	7	15
法国	11	9	84	6	78	71	7	16
日本	11	13	84	8	76	76	-	16
韩国	8	30	61	10	51	49	1	39
英国	10	17	79	79	0	0	0	21
美国	17	11	83	26	57	24	33	17
俄罗斯	6	37	61	24	37	37	0	39
印度	3	55	33	28	6	6	0	66

数据来源：世界卫生组织，Global Health Expenditure Database <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/undefined/en>。

为增进对居民医保筹资现状的全面认识，可以世卫组织提供的相关数据作为参照，表2反映了一些典型国家卫生支出的不同筹资情况，可以据此就卫生总费用的相对水平、自付费用负担、卫生费用中不同筹资制度的贡献比例做一比较。如表2所示，中国、德国、日本、英国、美国、俄罗斯、印度当前卫生支出占GDP之比分别为5%、12%、11%、10%、17%、6%、3%，自费支付占当前卫生支出的35%、13%、13%、17%、11%、37%、55%，可见中国卫生筹资水平相对较低，医疗服务需求尚未得到充分满足；医疗费用的自付负担也相对较重，人们因病致贫风险犹存。全球范围内，医疗的自费支付是造成贫困的重要原因之一，据估计目前全球约2亿人因此而陷入贫困。<sup>[9]</sup>在以社会医疗保险制度为主体的德国、法国、日本、韩国、中国，当前卫生支出中通过强制性医疗保险<sup>②</sup>制度筹资的比例分别为78%、78%、76%、51%和39%，在实行国民医疗服务(NHS)的典型国家英国，政府筹资安排的占比为79%，可见中国卫生筹资组成中通过强制性医保筹资的占比相对也较低。居民医保参保者人均筹资水平仅占人均卫生费用约16%，这远低于社会医疗保险典型国家约70%的比例，也低于与居民制度并立的职工医保制度的水平。可以说，居民医保参保者的医疗费用自付负担较重，很大程度上是由于居民医保筹资水平的不足。

造成居民基本医保筹资水平不足的原因是多方面的。一方面，居民医保参保对象主要是无收入的未成年人与收入较低的劳动者和老年人，在居民和职工两大制度分割的情况下，这种参保者结构带来了两大制度间的筹资水平和待遇差距。另一方面，定额缴费不仅导致筹资不公，而且限制了中高收入者个人缴费的提升，从而导致所筹资金有限，近年来政策性筹资标准的增长率呈下降趋势，反映了筹资增长的乏力。此外，居民医保延续了职工医保“以收定支、收支平衡”的基金管理原则，即在收支平衡

① 根据《2019年我国卫生健康事业发展统计公报》，2019年中国卫生总费用占GDP的6.6%。但为了数据的可比较性，在此统一使用世卫组织的统计口径和数据。

② 包括社会医疗保险(SHI)和强制性私人医疗保险(CHI-PVT)。在德法两国，强制性私人医疗保险的筹资额占当前卫生支出的7%，美国医疗保障制度中强制性私人医疗保险扮演更重要的作用，其筹资占比达到33%。

的前提下依据筹集的基金设计保障待遇水平,俗称“有多少钱办多少事”,这种方式使得基金支出以及与之相匹配的保障待遇水平难有稳定保障。在此原则支配下,各方主体对提升医保筹资水平、持续壮大医保基金规模缺乏合理规划与有效行动,致使筹资水平总体偏低,留给参保者的医疗费用风险依然较高。

### 三、优化居民医保筹资机制的合理取向

没有合理稳健的筹资机制,不可能建成高质量的居民医保制度。基于上文的分析,可以发现我国居民医保筹资机制存在重大的制度性缺陷,其负面效应日益显性化,这种局面亟需改变。当务之急是要切实贯彻落实中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》,以其提出的在2030年全面建成中国特色医疗保障制度的目标为导向,尽快优化居民医保筹资机制及相关配套措施,进而支撑这一惠及绝大多数人口的医保制度实现高质量、可持续发展。

第一,改变个人筹资方式。从现行的按人头定额缴费制转向与收入关联型缴费制,即根据参保者收入水平来确定缴费义务。此举不仅矫正了定额医保筹资对客观规律的违背、提升居民医保筹资的公平性,而且可以化解富人与穷人等额缴费而受益逆向调节的问题,并使提高个人筹资责任成为可能,<sup>[10]</sup>进而有助于增强筹资的可持续性和充足性。如2020年居民医保人均实际缴费相当于全国居民人均可支配收入的0.89%,在其他条件不变的情况下如采用定比缴费,仅将费率设置在不增加城乡低收入组目前缴费负担的1.91%的水平上,个人缴费总额也可增加一倍多,个人和政府筹资责任将基本均衡,当年基金收入可增加约40%。当然,实现筹资政策转换的一个技术问题在于核定参保居民的可支配收入,为此可从按照收入高低划分若干缴费档次起步,再随着我国个人收入计算体系的进一步完善,逐步实现按收入一定比例缴费的定比缴费机制。采用定比缴费制也为今后统一居民与职工两大基本医保制度创造了条件,在未来实现以一项基本制度覆盖全民后,从筹资角度可将参保者分为两大类,一类是以儿童学生为主体的无收入的被供养者,这部分人群可免除其缴费义务或保持定额缴费。从国际经验来看,德国等典型国家的法定医疗保险均以家庭为单位,遵循有收入者缴费、无收入者依附其供养人参保的原则,这种方式的互助共济性和再分配性更强,且相比全民缴费而言征缴成本也更低;<sup>[11]</sup>在另外一些无收入者需要缴费的国家,采取的是按人头支付保险费用的模式。<sup>[12]</sup>另一类是有收入者,这部分人群的缴费应当与其工资或可支配收入按比例挂钩。

第二,调整财政补助方式。即财政补助应从以户籍为依据逐步转为以常住人口为依据,以实现常住地参保、常住地受益。在我国人口流动性高、人户分离现象常态化的情形下,在常住地参加居民医保取决于财政责任的重新调整,即人口常住地政府负有承担参保者财政补助的责任。当然,推行这一政策亦需要设定相应的责任边界,目前宜限于劳动者直系亲属中的未成年人。同时还要对居民群体进行分解,剔除应纳入职工医保的部分人群。

第三,逐步均衡政府与个人的筹资责任。即由目前财政承担主要筹资责任逐步转向政府与居民筹资责任均衡化。这是社会医疗保险的本质属性的要求,也是提升制度可持续性的必要条件。在现阶段,仍需在促进筹资公平的基础上增加个人缴费的总体责任,个人缴费水平的提高虽然会造成当前收入减少,但筹资水平提高带来的待遇水平的提升也将减少家庭的医疗费用支出,提升居民的安全感。同时,中央政府与地方政府对居民医保补助的财政分担机制也需要进一步完善,尤其是在以常住人口为依据参保的目标下,财政转移支付的主要依据需要从户籍人口转为地区实际承载人口,考虑各地区向常住人口提供财政补助的支出需求。

第四,让大病保险完全回归居民医保。即废除从居民基本医保筹资中按人头划拨商业保险公司建立大病保险制度的做法,以此壮大居民医保基金规模,提升统筹保障能力。目前的大病保险并无独立筹资来源,人为地从居民医保基金中切割一块给商业保险机构经办,削弱了大病患者之外的居民医保

参保者的待遇,也在一定程度上增加了管理运行成本,实践证明效应不佳。未来须适时让大病保险回归居民医保。

第五,建立基于医保基金“以支定收”原则的筹资标准动态调整机制。随着医保制度走向高质量发展,有必要确立医保基金运行“以支定收”的新理念,基于医保基金的支出量测算筹资标准并筹集基金。换言之,筹资标准应基于确定的医疗保障待遇范围和水平,按照精算平衡的原则进行动态调整。中央已明确建立健全医保待遇清单制度,这不仅将促进医保待遇的统一公平,也将为筹资标准的确定提供待遇支出方面的依据。在新发展阶段,这一确定的医保待遇范围和水平应当能够有力支撑起成熟、定型的中国特色医疗保障制度,给全体人民提供清晰、稳定的医保预期,真正免除全体城乡居民疾病医疗后顾之忧。

在推动我国居民医保制度高质量发展的进程中,还需要在以下几方面同步配套:一是调整参保方式。将居民医保从“自愿参保”变为“自动参保”,以自动参保实现强制参保。因为在现行自愿参保规则下,不可避免地会出现不参保、漏保及重复参保等现象,这不仅与全民参保、全民医保权益待遇不受损失的目标相悖,实际也会大大增加医保经办的工作量与成本负担。<sup>[13]</sup>在“自动参保”前提下,对于因各种原因未缴费者则可以通过集中补缴或者并处以罚金的方式补充参保。目前一些地区对错过集中征缴期的零星缴费者采取筹资额全额个人缴纳(即政府补助部分也由个人缴纳)的方式即是一种可行办法。二是加快推进居民医保省级统筹,这是增强医保基金的风险承担能力和财务稳健性的有效举措。三是加快医疗保障法治建设步伐,减少医保筹资的随意性和不确定性,为构建稳健可持续的基本医保筹资机制提供具体的法律依据。四是加快医保标准化、信息化、规范化建设,为落实筹资政策、促进医保制度高质量发展提供有力的技术支撑。

#### 参考文献:

- [1]郑功成,申曙光.中国医疗保障发展报告(2020)[M].北京:社会科学文献出版社,2020.
- [2]熊先军,孟伟.城乡居民医疗保险筹资政策的问题挑战及建议[J].中国医疗保险,2016(5).
- [3]Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, et al. Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis [M]. Geneva: World Health Organization. 2022.
- [4]World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance[R]. 2000.
- [5]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(7).
- [6]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[J].社会保障评论,2022(1).
- [7]彭宅文,丁怡.风险扩张、财政压力与医疗保障筹资改革:政策变迁及影响因素[J].学术研究,2020(4).
- [8]郑喜洋,申曙光.筹资机制的优化与医保制度的可持续发展[J].中国医疗保险,2015(11).
- [9]International Labour Organization, World Social Protection Report 2020–22[R]. 2021.
- [10]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).
- [11]华颖.健康中国建设:战略意义、当前形势与推进关键[J].国家行政学院学报,2017(6).
- [12]隋学礼.德国医保筹资制度的改革路径分析——基于人口老龄化和家庭政策视角[J].北京航空航天大学学报(社会科学版),2016(2).
- [13]华颖.中国医疗保险经办机构:现状评估与未来展望[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2020(3).

#### The Resident Basic Medical Insurance: Financing Policies, Implementation Effects, and Optimization

HUA Ying

(The Institute of Population and Labor Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732)

**Abstract:** The resident basic medical insurance covers about three quarters of China's population, and plays an increasingly important role in alleviating the worries of urban and rural residents about diseases. The sense of gain and secu-



ity of the insured has been significantly enhanced. This achievement depends to a large extent on the government assuming the main responsibility for financing and the efficient operation of the system. However, the problems existing in the current financing mechanism, such as the failure to follow through with the principle of determining individual contributions according to the ability to pay, the imbalance in sharing of financial burdens between governments and individuals, the mismatched government subsidies resulting from population movements and the inadequacy of revenue. The future direction should be to shift from a flat rate to income-related individual contribution, establishing a dynamic mechanism for “adjusting revenue to be collected according to the defined expenditure”, return the funds allocated by head to the major disease insurance system to the basic medical insurance, and adjust the government responsibility according to the principle of covering the permanent population, and promote the government and individual financing responsibility to gradually balance.

**Keywords:** Resident Basic Medical Insurance; Financing Mechanisms; Financing Fairness; Sustainability; Adequacy

责任编辑:宋海洋

