

## · 专题报道 —— 全民健康助力全面小康 ·

## 中国城乡居民基本医疗保险制度发展历程、挑战与应对策略\*



谢莉琴, 秦盼盼, 高星, 陈荃, 胡红濮

**【摘要】**中国城乡居民基本医疗保险制度是中国特色医疗保障制度的重要组成部分,其主要成效与基本经验得到了国际社会的广泛认同。本文梳理了其从单独建制逐步走向制度融合的发展历程,总结了制度发展的基本经验与主要成效,包括政府主导的组织管理和筹资机制,实现对非正规部门就业人群的全覆盖,初步构建了多层次医保体系、多种监管机制并存、创新社会事业管理等。同时分析了制度发展所面临的问题和挑战,并提出了相应的应对策略,即立足于我国经济社会发展现状进行制度融合和统筹层次的提高,并逐步建立公平稳定长效的筹资增长机制以及保障水平与平衡基金收支并举的补偿制度。

**【关键词】** 基本医疗保险制度; 城乡居民; 发展历程

中图分类号:R 197.1 文献标志码:A 文章编号:1001-0580(2020)12-1673-04 DOI:10.11847/zgggws1126456

## Development, challenges and strategies of basic medical insurance system for urban and rural residents in China

XIE Li-qin, QIN Pan-pan, GAO Xing, et al (*Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China*)

**【Abstract】** China's basic medical insurance system (BMIS) for urban and rural residents is an important part of medical security system with Chinese characteristics. Main achievements and basic experience of the BMIS have been widely recognized by the international community. The study describes the development process of the BMIS changing gradually from an independent system to an integration system. The study summarizes experiences and effects of the system as following: organization, management and financing dominated by the government; full coverage to general populations including those with flexible employment; construction of a multi-level medical insurance system; multi-dimensional regulatory mechanism; and the innovation of social service management. Main challenges and countermeasures of improvement for the BMIS are also discussed.

**【Key words】** basic medical insurance system; urban and rural residents; development process

城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)、城镇居民基本医疗保险(以下简称“城镇居民医保”)和新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)构成了中国基本医疗保险体系的主体结构。其中,城镇居民医保和新农合以城镇非从业居民和农村居民为主要参保对象,覆盖了 10 亿人<sup>[1]</sup>,经过近十余年的发展,已经成为覆盖全部城乡居民切实可靠的基本医疗保障制度,在维护城乡居民健康权益和促进城乡经济社会发展等方面发挥了重要作用。党的十九大作出了“实施健康中国战略”的重大部署,“建设中国特色基本医疗保障制度”是其中一项重要的战略安排<sup>[2]</sup>。城镇居民医保和新农合(以下统称为“城乡居民医保”)制度是中国特色医疗保障制度的重要组成部分,其主要成效与基本经验得到了国际社会的广泛认同。系统阐述城乡居民医保发展历程、挑战及应对策略,对实施健康中国战略具有重要的理论和现实意义。本文回顾了城乡居民医保制度的发展历程和基本框架,重点梳理了

其基本经验与主要成效,分析了未来发展所面临的问题和挑战,并在此基础上提出了相应的应对策略,以期完善中国特色基本医疗保障制度提供有益参考。

### 1 发展历程

从制度发展上看,中国城乡居民医保经历了从单独建制逐步走向制度融合的发展历程<sup>[3]</sup>。

1.1 单独建制阶段(2003—2012年) 2003年,针对农村居民医疗费用负担重的问题,国家开始试点新农合制度,由卫生部门管理。新农合制度经历了试点阶段(2003—2006年)、推进阶段(2007—2008年)、巩固提高与完善阶段(2009年以后),实现了农业人口全覆盖,2012年参合人数约 8.05 亿<sup>[4-5]</sup>。2007年,为解决城镇中未参加职工医保的非正式就业居民、无业居民、老人、儿童的医疗保障问题,国家开始试点城镇居民医保制度,由人力资源和社会保障部门管理,2009年在全国所

\* 基金项目: 国家社会科学基金(17BGL184); 北京协和医学院“中央高校基本科研业务费”项目(3332018103)

作者单位: 中国医学科学院医学信息研究所, 北京 100020

作者简介: 谢莉琴(1986-), 女, 新疆塔城人, 副研究员, 硕士, 研究方向: 医疗保障、卫生信息化。

通信作者: 胡红濮, E-mail: huhongpu416@126.com

有城市开展,通常被称为“一老一小”,2012年参保人数约2.72亿<sup>[5]</sup>。

**1.2 制度融合阶段(2013年至今)** 从目标人群、筹资来源、筹资水平、保障水平等方面看,2项居民医保制度相似度较高。因此,在城镇居民医保建立之初,就有部分地方政府开始尝试2种制度的整合运行。2013年国务院机构改革和职能转变方案中提出整合包括2项居民医保在内的各项医保制度,各地开始了整合试点。这一阶段,国家层面主要围绕管理体制归属问题展开讨论和角逐,部分地方政府开展了整合试点,并出现了“一制一档”、“一制两档”和“一制三档”等多种整合模式<sup>[6]</sup>。2016年国家层面正式出台整合2项居民医保制度的文件,要求各地建立统一的城乡居民医保制度,以实现城乡居民公平享有基本医保权益<sup>[7]</sup>。随后,各省份以及绝大部分地级市相继印发制度整合文件并启动试点运行。截至2018年底,全国除个别省份部分统筹地区外,大部分省份均完成了城乡居民医保管理体制的整合。2018年国家医疗保障局组建,城乡居民医保管理体制之争画上句号,但制度层面的融合任重而道远。

## 2 制度基本框架

**2.1 目标人群** 城乡居民医保以非正规部门就业人群为主要参保对象。其中,城镇居民医保以城镇未参加职工医保的居民为主要参保对象,实行自愿参保;新农合的参保对象主要是农业户籍人口,在以家庭为单位的基础上自愿参保。

**2.2 筹资来源** 城乡居民医保基金来源于政府补助和个人缴费。其中,以政府补助为主,2015年各级财政对城镇居民医保和新农合的补助分别占当年筹资总额的75.2%和79.8%<sup>[8-9]</sup>。个人缴费实施定额缴费,部分地区城镇居民医保个人缴费设置不同档次。

**2.3 基金结构** 以统筹基金为主,一般不设个人账户;新农合制度实施之初曾设立门诊家庭账户,用于支付家庭成员的门诊费用,之后逐渐取消。实施现收现付制度,即当期(1年期)缴费并获得待遇给付。

**2.4 保障范围** 对门诊和住院医疗费用有不同的补偿规定,以住院补偿为主。同时,制定了支付范围(基本医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准目录)和费用分担机制(起付线、最高支付限额和共付比)以规范参保人以及医疗机构行为,提高医保基金使用效益<sup>[10]</sup>。

**2.5 供方支付制度** 普遍采取按项目付费方式,近年来随着医疗保险支付方式改革的推进,逐步转变为基于医保基金预算管理,适应不同人群、不同

疾病或服务特点的多元复合式支付制度。

## 3 基本经验与主要成效

城乡居民医保是中国卫生改革与发展的一项重大制度创新,在缓解城乡居民医疗费用负担、促进城乡经济社会发展等方面发挥着重要作用,其主要成效和基本经验得到了世界卫生组织、世界银行等国际组织的高度关注和积极评价,已经成为其他发展中国家建设医疗保障制度的典范。

**3.1 坚持政府主导的组织管理和筹资机制,实现对非正规部门就业人群的全覆盖** 政府在制度建立和发展过程中承担着组织者、管理者、出资者和推动者的责任。例如,新农合建立之初,由原卫生部与其他14个部门共同建立新农合部际联席会议制度,把握制度发展的宏观方向。政府不仅是制度的组织者和管理者,而且承担起主要筹资的职责,这是制度得以生存发展的基础。由于大多数城乡居民收入较低且没有稳定的收入来源,难以承担较高的医疗保险费用,为实现人人享有基本医保的目标,城乡居民医保实行以政府投入为主、个人适当缴费的筹资机制。人均财政补助标准由20元(2003年)提高到490元(2018年);2018年,城乡居民医保人均筹资693元,其中,人均财政补助497元,占人均筹资额的71.7%<sup>[1]</sup>。城乡居民医保制度在建立之初以自愿参保为原则,这是由于我国现代保险制度根基薄弱,在试点阶段为提高参保率的现实选择,也体现了政府以人为本的执政理念。在实际工作中,各地通过广泛的宣传发动、提高保障水平和管理经办水平等惠民、利民、便民措施,提高了居民对制度的认可程度,参保率稳定在>95%,实现了对城乡非正规部门就业人群的全覆盖<sup>[1]</sup>。

**3.2 初步构建了多层次医疗保障体系** 城乡居民医保通过多种政策设计探索建立多层次的医疗保障体系,发挥多层次保障的叠加效应。城乡居民医保以大额医疗费用(住院)补助为主起步,逐步扩展到门诊统筹。近年来,城乡居民医保政策范围内门诊和住院费用报销比例分别稳定在50%和75%左右,住院费用实际补偿比也保持在56%左右,很大程度上缓解了城乡居民疾病经济负担<sup>[1]</sup>。近年来,设计了大病医疗保障和大病医疗保险制度,成为城乡居民医保制度的拓展和延伸。大病医疗保障是按照一定的标准选择病种,制定标准化诊疗方案,采用限额或定额支付方式,如新农合纳入大病医疗保障范围的22类重大疾病,实际补偿比达>70%<sup>[11]</sup>。大病医疗保险自2012年开始实施,是对基本医保报销后的合规医疗费用再由商业保险机构进行二次补偿,实际支付比例>50%,2019将提高到>60%<sup>[12-13]</sup>。

3.3 多种监管机制确保制度公开透明运行 医疗保险基金被称为居民的保命钱, 保证基金安全始终是城乡居民医保工作的重中之重。为规范基金管理, 财政部门制定了严格的基金财务制度, 确保基金安全运行, 医保管理部门通过措施强化对定点医疗机构的监管和对医务人员诊疗行为的规范, 以控制医疗费用不合理增长。同时, 政府鼓励、引导居民参与监督和管理, 确保制度公开透明运行, 提高政府的公信力。主要做法是公开相关政策措施和统筹补偿方案, 定期公示制度运行情况、补偿情况和定点医疗机构服务情况, 接受群众举报和投诉。这些措施增进了居民对城乡居民医保制度的信任, 对制度长期积极运行具有积极作用。

3.4 创新社会事业管理, 提高管理经办服务质量 城乡居民医保在完善制度设计的同时, 通过支付方式改革、信息化建设、建立专家指导制度等措施不断强化精细化管理, 提高管理经办水平。积极实践支付方式改革, 探索实行总额预付、按床日付费、按人头付费、按病种付费、按疾病诊断相关分组等付费方式, 逐步由后付制向预付制转变, 由单一支付方式向混合支付方式、支付制度综合改革转变。建立覆盖国家、省、市、县的医保信息系统, 对制度运行管理、基金监管、决策支持、即时结报起到了重要作用。中央和地方均成立了不同学科背景的专家小组, 对制度科学设计和规范运行建言献策。各统筹地区均成立了专门的经办机构, 配备专业人员从事日常业务工作<sup>[14]</sup>。同时, 按照一定的标准委托商业保险机构经办基本医保服务, 利用商业保险机构在管理方面的优势提升经办服务质量。

#### 4 制度发展面临的问题和挑战

十九大报告指出了中国社会进入新时代后的主要矛盾, 具体到医保领域, 是人民日益增长的医疗保障需要和制度不平衡不充分发展之间的矛盾。其中, 制度不平衡表现与城镇职工医保相比, 城乡居民医保筹资水平和保障水平不高, 制度不充分发展表现在补偿政策和支付制度设计不合理等。

4.1 关于制度融合路径的争议 在关于基本医保制度融合的理论探讨中, “三步走”策略影响最大。第一阶段实现城镇居民医保和新农合合并, 建立城乡居民医保; 第二阶段将职工和居民医保并轨, 形成区域性国民医疗保险; 第三阶段建成全国统一的国民健康保险制度<sup>[15]</sup>。部分研究者对该融合路径提出了质疑, 认为城镇居民医保和新农合的简单合并不能解决城乡居民医保保障不充分的问题, 也不能解决城乡居民医保与职工医保不平衡的问题, 并提出了重新构建基本医保体系的融合路径: 短期内建立覆盖城镇所有就业和非就业人群、以家庭为单

位的强制性城镇基本医疗保险体系, 与新农合制度二元并行, 当城镇化率达到一定水平时实现城乡医保制度深度融合<sup>[16]</sup>。在整合实践中, 主流做法也是先行合并 2 项居民医保制度。然而, 这种合并仅限于管理体制的整合而非制度融合。统筹城乡医保制度的目的在于改善制度公平性、缩小城乡差距。然而, 我国大部分地区城镇和农村的经济发展水平和居民家庭收入水平差异较大; 城乡卫生资源配置失衡, 优质医疗卫生资源集中在城市, 农村医疗卫生资源稀缺; 城乡居民医疗消费水平不同, 农村居民偏低, 2017 年城镇和农村居民人均医疗保健支出分别为 1 777.4 元和 1 058.7 元<sup>[5]</sup>。将城镇居民医保和新农合直接合并, 可能导致农村补贴城市的“逆向再分配”现象, 这与社会保障制度向弱势群体进行再分配的初衷是背离的。

4.2 统筹层次较低 在城乡居民医保试点阶段, 大多数地区城镇居民医保以区县级统筹起步, 新农合从乡(镇)统筹逐步向县区统筹过渡。因此, 我国城乡居民医保制度统筹层次初始定位较低。经过二十余年发展, 统筹层次有所提高, 但是总体上仍然是以地市和县区统筹为主的多层次统筹格局。统筹层次较低, 统筹单元内的优质医疗资源有限, 难以形成覆盖不同层级(医院和基层医疗机构)和不同类别(综合医疗机构和专科医疗机构)的医疗服务供给体系, 导致疑难重症患者转外就医, 继而导致异地就医结算问题。

4.3 筹资水平较低且缺乏公平稳定的筹资增长机制 首先, 与职工医保相比, 城乡居民医保筹资水平仍然较低, 2018 年职工医保和城乡居民医保人均实际筹资分别在 4 200 元和 700 元左右, 二者相比差距较大<sup>[1]</sup>。其次, 如果以支付能力来衡量社会医疗保险筹资的公平性, 则城乡居民医保筹资公平性不足<sup>[17]</sup>。2017 年城镇和农村居民人均可支配收入分别为 3.64 万元和 1.34 万元<sup>[5]</sup>, 城乡内部不同个人和家庭之间人均可支配收入也不相同, 目前城乡居民医保实施个人定额缴费, 这种设计是平等而非公平。再次, 城乡居民医保筹资稳定性不足, 自愿参保引发“逆向选择”, 即年轻、身体健康的人选择不参保, 年老、体弱多病的人选择参保, 从而导致筹资来源不稳定, 制度负担较重。此外, 与职工医保筹资水平随着经济发展、职工工资增长而相应提高不同, 城乡居民医保筹资标准每年通过政府文件发布, 缺乏内生筹资增长机制。

4.4 保障水平不高, 补偿政策设计不合理加剧了不平衡和不充分 2018 年职工医保住院费用实际补偿比为 71.8%<sup>[1]</sup>。应该说与职工医保相比, 城乡居民医保以较低的筹资水平实现了相对较高的保障水平。但是, 城乡居民医保 56% 左右的住院费

用实际补偿水平并不算高,而门诊实际补偿水平更低,部分城乡居民仍然承担着较大的医疗费用负担<sup>[1,18]</sup>。同时,补偿政策设计不合理,加剧了制度的不平衡和不充分,部分地区补偿目录范围过小,且对门诊费用的保障不足,对大病异地就医患者的保障水平尤为不足;且部分地区医保统筹基金累积结存较大,例如,2016 年全国一半省份的城镇居民医保基金累计结存超过了当年基金收入,未能充分发挥分散疾病风险的作用<sup>[19]</sup>。

## 5 应对策略

针对城乡居民医保所面临的主要问题和挑战,本文提出以下应对策略与实施路径,以期深入理解和贯彻十九大提出的“实施健康中国战略”、“建设中国特色医疗保障制度”的重大部署和战略安排。

5.1 制度融合应立足于我国经济社会发展现状在推进城乡统筹过程中,需综合考虑城乡社会发展水平、筹资水平、医疗服务水平、医疗消费水平等因素,立足于我国经济社会发展现状,充分尊重我国城乡二元结构在一定时期内存在的现状。可先从部分城乡经济发展水平、医疗技术水平、居民收入水平总体差异不大和居民就医习惯总体一致的地区起步,随着城镇化进程的推进,逐步提高筹资水平和保障水平,缩小城乡差距,从实现制度框架的整合逐步提升到制度内涵的深度融合。

5.2 去“地域碎片化”,将统筹层次提高到适度水平提高统筹层次整合“碎片化”的基本医疗保险制度也是我国社会保障制度建设的重要任务。然而,城乡居民医保统筹层次并非越高越好,条件具备的地区实现市级统筹更适合我国国情。将统筹层次定位到地市一级,能够平衡统筹层次提高带来的利弊,因为市域内不同区县之间相对于省域内不同地市之间,在社会经济发展水平、医疗服务水平、医疗消费水平、筹资水平等方面的差异较小,县级医疗保险管理部门在市级统筹情况下仍能发挥一定的作用,而且有利于引导患者留在地市内。

5.3 建立公平稳定长效的动态筹资增长机制 探索建立与经济社会发展水平、居民基本医疗消费水平、居民收入水平相适应的动态筹资增长机制以及政府、社会、个人责任明确的筹资分配机制<sup>[4]</sup>,建立依据家庭整体收入水平的缴费和调整的动态筹资机制,从而提高制度公平性,适度提高个人缴费比例。在当前国民已经基本树立保险意识的环境下,完善《社会保险法》,实施强制参保,稳定筹资来源,消除“逆向选择”诱因。

5.4 设计保障水平与基金收支平衡并举的补偿政策 通过合理设计补偿政策,实现保障水平与平衡基金收支并举,提高医保基金支出效率。在“保基本”的政府责任边界下和基金收支平衡的前提下,合理扩大药品、诊疗项目等医保目录范围,以住院补偿为主兼顾门诊,最大限度提高参保人保障水平。同时,协同推进医保制度与分级诊疗制度,控制不合理的异地就医,制定不同层级医疗机构具有显著性差异的补偿比,以引导参保人规范有序就医,提高基金使用效率和覆盖人群,提高制度的公平性<sup>[20]</sup>。

## 参考文献

- [1] 国家医疗保障局. 2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报[EB/OL]. [2019-06-30]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art\\_7\\_1477.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html).
- [2] 习近平. 决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利[N]. 人民日报, 2017-10-28(001).
- [3] 李珍. 社会保障理论[M]. 4 版. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2017: 247.
- [4] 陈竺, 张茅. 中国新型农村合作医疗发展报告(2002—2012)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 21-57.
- [5] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴(2018)[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2018: 335.
- [6] 仇雨临, 王伟. 城乡医疗保险制度整合发展: 现状、问题与展望[J]. 东岳论丛, 2016, 37(10): 30-36.
- [7] 国务院. 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见[Z]. 北京: 国务院, 2016, 国发〔2016〕3 号.
- [8] 人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心. 中国社会保险发展年度报告(2015)[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2016: 43-44.
- [9] 国家卫生计生委新农合研究中心. 新型农村合作医疗统计信息手册(2015 年)[M]. 北京: 国家卫生计生委新农合研究中心, 2016: 8-9.
- [10] 谢莉琴, 胡红漫. 我国基本医疗保险筹资和支付制度现状与问题探析[J]. 中国物价, 2018(8): 40-42.
- [11] 丁一磊. 农村居民重大疾病保障实施效果影响因素实证研究[D]. 南京: 南京大学, 2017.
- [12] 国家发展改革委, 卫生部, 财政部, 等. 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见[Z]. 北京: 国家发展改革委, 卫生部, 财政部, 等, 2012, 发改社会〔2012〕2605 号.
- [13] 国家医疗保障局, 财政部. 关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保险工作的通知[Z]. 北京: 国家医疗保障局, 财政部, 2019, 医保发〔2019〕30 号.
- [14] 王文杰, 罗密, 彭宏宇, 等. 我国中部地区新型农村合作医疗保险运行效果评价[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(2): 157-161.
- [15] 郑功成. 中国社会保障改革与发展战略——医疗保障卷[M]. 北京: 人民出版社, 2011: 12-16.
- [16] 李珍. 重构医疗保险体系 提高医保覆盖率及保障水平[J]. 卫生经济研究, 2013(6): 5-11.
- [17] 朱坤, 张小娟, 朱大伟. 整合城乡居民基本医疗保险制度筹资政策分析——基于公平性视角[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(3): 46-50.
- [18] 王晓蕊, 王红漫. 基本医疗保障制度对于改善灾难性卫生支出效果评价[J]. 中国公共卫生, 2017, 33(6): 901-904.
- [19] 人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心. 中国社会保险发展年度报告(2016)[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2017: 43.
- [20] 潘琳, 杨世雅, 齐新叶, 等. 城镇职工医疗保险制度运行效果评价[J]. 中国公共卫生, 2019, doi: 10.11847/zgggws1125522.