

中国居民医保制度：现实问题与改革出路^{*}

华颖

[摘要]居民医保制度覆盖近十亿人口，是我国基本医保制度的主体，也是多层次医保体系建设的根本所在，其改革成败对医保制度的整体发展具有决定性影响。然而，居民医保制度改革相对滞后，迄今仍延续着多制并立、以户籍为依据参保、按人头缴纳保险费以及覆盖范围边界不清的传统路径，导致制度碎片化、筹资不公、保障能力有限、待遇差距大等问题，面临着可持续性不断弱化的风险。从建设高质量居民医保制度的要求出发，应将居民基本医保、大病保险与医疗救助加以整合，以覆盖常住人口为目标并据此调节财政补贴机制，在厘清制度覆盖范围边界的条件下加以强制实施，以根据可支配收入按比例筹资替代按人头缴费，同时优化基金管理和经办机制。居民医保制度的成熟，不仅能够给城乡居民提供稳定的医保预期，而且可以给商业健康保险等提供清晰的发展空间。

[关键词]居民医疗保险 制度整合 覆盖面 筹资机制 经办管理

[中图分类号] F842.0 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1000-7326 (2023) 09-0087-09

一、引言：居民医保制度的重要性和特殊地位

截至2022年底，我国基本医疗保险参保人数为134592万人，其中，参加职工基本医疗保险36243万人，参加居民基本医疗保险98349万人。^①这意味着居民医保制度覆盖人数占整个医保制度覆盖人数的73%，也充分表明居民医保制度是我国医保制度的主体性制度安排。然而，对于居民医保制度的研究和改革却相对滞后。

从2003年开始试行新型农村合作医疗算起，我国居民医保制度实践已经走过了20年历程，形成了由基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障制度”组成的面向城乡居民的法定医保制度。这是多层次医保体系建设的第一层次，也是肩负解除城乡居民疾病医疗后顾之忧重任的根本制度安排。居民基本医疗保险和医疗救助均本着先急后缓的思路从农村起步，后在城市引入，最终实现了城乡一体化。其中，居民基本医保制度经历了2003年新型农村合作医疗建制、2007年城镇居民医保建制、2016年起城乡居民医保制度开始整合发展等三个阶段。农村和城市医疗救助制度分别于2003年、2005年引入，并于2015年整合为城乡居民医疗救助制度。居民基本医疗保险制度旨在公平普惠保障城乡居民的基本医疗需求，通过参保者缴费和财政补贴筹集医保基金，政府补贴构成其主要来源；居民医疗救助则由国家财政拨款，用于为符合条件的低收入居民缴纳部分或全部基本医疗保险保费，并对其合规的高额医疗费用进行救助性补偿。医疗救助使城乡低收入者也能顺利参加基本医疗保险，大幅提升了居民基本医保的

^{*} 本文系国家社会科学基金重大项目“中国社会保障体系建设与扎实推进共同富裕”（21STA002）的阶段性成果。

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（北京，100006）。

^① 国家医疗保障局：《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》，2023年7月10日。

参保率。然而，上述两项制度虽然能够为城乡居民疾病医疗提供基本保障，但大病医疗费用负担依然沉重。在此背景下，国家又于2012年建立了面向居民的大病保险制度，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障。该制度采取由居民基本医疗保险基金向商业保险公司购买大病保险经办服务的做法，可以视为居民基本医保制度的延伸。

从局部地区试点到覆盖全国城乡居民，从单一制度安排到三重制度保障，居民医保制度在近20年间取得了巨大成就，使得近10亿城乡居民的医保实现了从无到有、从有限保障到日益有效保障的基本目标。目前，“三重保障制度”通过多次报销、资助参保等形式衔接，在减轻城乡居民的疾病医疗经济负担方面发挥了重要作用，在脱贫攻坚中更因对建档立卡户实行医保报销倾斜政策而基本切断了贫困与疾病之间的链条。然而，现实中重大疾病仍然是近10亿城乡居民面临的主要生活风险，居民医保制度也因内在缺陷而面临着可持续性不断弱化的危机，这一事实决定了对该制度的完善已经成为党中央明确提出的在2030年全面建成中国特色医疗保障制度的关键所在。

综上，居民医保制度在我国医保制度体系中占据着重要且特殊的地位，这一制度的优化不仅直接决定着法定医保制度的成熟、定型，而且为多层次医保体系的建设与发展奠定坚实的基础。本文旨在剖析这一制度存在的现实问题，同时为其走向成熟、定型提出系统性的改革思路与政策建议。

二、现实缺陷：法定居民医保制度的问题清单

与法定职工医保制度为单一制度安排相比，我国的法定居民医保制度包括居民基本医疗保险制度、大病保险制度与医疗救助制度，对其评估需要从综合考察“三重保障制度”建构入手，进而考察其覆盖范围、筹资机制、保障水平以及管理服务等多个方面。

（一）制度架构：基本医保、大病保险、医疗救助三制分立，叠床架屋

本着先急后缓、先易后难、先起步再发展的思路，基本医保、医疗救助、大病保险这三重保障制度逐步构建，并采取多次报销、资助参保的形式衔接。虽然此举使得居民医保制度得以确立并惠及城乡居民，但三重保障制度支付范围一致、大病保险并无独立筹资来源等制度设计问题，导致持续分立存在的运行成本较高。

1. 三重保障制度的基本属性和支付范围一致。居民基本医保、大病保险、医疗救助均是政府主导、强制实施的法定层次基本医疗保障，它们的支付范围都是保障“政策范围内的医疗费用”，即大病保险和医疗救助的报销范围根据基本医疗保险目录确定。大病保险、医疗救助通过降低基本医疗保险起付线、提高报销比率和封顶线的方式来减轻部分患者的自付医疗费用负担，同时也对低保对象、特困人员、返贫致贫人口设有倾斜支付政策。然而，受制于筹资规模并考虑到基金安全，目前的三重制度安排对基本医疗保险目录之外的费用不予保障，这客观上导致难以为大病患者兜住底线，特别是对于需要使用政策范围外药品、医用耗材和医疗服务项目的患者而言，其所面临的自付费用负担较重。也即是说，尽管医疗救助属于社会救助范畴，我国《社会救助暂行办法》第2条也明确了社会救助的职责是“托底线、救急难”，但医疗救助的报销范围局限于基本医疗保险目录范围内的制度设计使得上述托底目标实则难以实现。

2. 大病保险仍是居民基本医疗保险的一部分。居民基本医保和大病保险的覆盖群体和资金来源完全重合，大病保险的覆盖对象即为居民基本医保的参保人，其资金完全来源于居民医保基金中按一定比例或额度划出的资金。全国并无统一的划拨标准，各地根据当地情况确定并实行动态调整。例如，湖南规定，大病保险筹资标准原则上控制在当年居民医保筹资标准的10%左右；^①广东省规定该比例为5%左右；^②上海市定为当年城乡居民医保基金筹资总额的2%左右。^③假设按当年基本医保基金收入的5%估

^① 湖南省人民政府办公厅关于印发《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》的通知（湘政办发〔2022〕67号）。

^② 《广东省人民政府办公厅关于进一步完善我省城乡居民大病保险制度的通知》（粤府办〔2016〕85号）。

^③ 关于印发《上海市城乡居民大病保险办法》的通知（沪医保规〔2021〕24号）。

算，全国每年从居民医保基金划入大病保险的基金约为 500 亿元。可见，大病保险实质上仍是居民基本医疗保险制度的一部分，它看似实现了居民医保项目的扩张，实则造成了基本医疗保险基金的分散和制度的肢解。在居民基本医疗保险筹资机制不完善、筹资总额增长乏力的情况下，大病保险实际上也直接面临资金支持不足的问题。同时，将大病保险交由商业保险公司经办的初衷是借助市场力量壮大经办能力、提高经办效率，但商业保险公司只是在服从基本医疗保险政策的条件下对参保者超过基本医保限额的部分进行第二次报销，并没有自主权发挥风险管理等方面的专长。目前，没有明确证据表明商业保险公司经办大病保险提高了经办效能。此外，商保机构也存在巨额亏损风险。^①不仅如此，将大病保险交由商业保险公司经办还分散了市场主体的注意力，影响其依据保险市场规律自主开拓商业健康保险业务。自 2012 年大病保险试点以来，商业健康保险总保费增长的很大一部分来自大病保险等政策性保险业务，而真正服务以高收入群体为主的商业健康保险发展则明显滞后。综上，大病保险已经成为阻碍法定居民医保制度完善和促进商业健康保险发展的因素。

3. 医疗救助的两大实现机制在基本医保的制度框架下运行。医疗救助通过资助低收入困难群众参加居民基本医保以及门诊、住院救助这两大形式实现其功能。其中，前者对救助对象参加居民医保的个人缴费给予资助，后者对救助对象经基本医保、大病保险支付后仍难以承受的医保政策范围内费用给予救助性补偿。可见，医疗救助的两大功能均在基本医保的制度框架下实现。据统计，全国医疗救助总人次从 2018 年的 13295 万人次增长至 2021 年的 20941 万人次；2021 年资助参加基本医疗保险 10645 万人，^②实施门诊和住院救助 10126 万人次。2018—2021 年，资助参加医疗保险人数、门诊救助人次、住院救助人次均呈上升趋势，年均增长率分别为 11.5%、32.3%、9.7%。^③资助参保机制帮助救助对象先履行基本医疗保险缴费义务再享受医保待遇，有助于基本医保的全覆盖，体现了权利义务相结合的社会保险原则。在救助对象有困难时，政府代为承担缴费义务，一旦他们摆脱贫困，则需要自行承担医保缴费义务，这应当是社会医疗保险制度框架下解决现实问题的较优选择。此外，救助对象主要聚焦在低保、特困人员等“收入型贫困”群体，因病致贫的“支出型贫困”人员获得的医疗救助相对不足。需要指出的是，在基本医疗保障制度完善的国家，基本医保制度已承担起解除全民疾病直接经济风险的责任，故而医疗救助制度发挥作用的空間很小。例如，德国医疗救助^④主要是向极少数没有医疗保险的贫困者提供救助，其所涉人数和支出规模很小且呈现下降趋势。2021 年，德国接受医疗救助的人数不到 1.2 万，净支出约为 6.7 亿欧元，^⑤相较于当年基本医疗保险的 7000 多万参保者、2850 亿欧元总支出，可谓微不足道。

（二）覆盖范围：参保人群边界模糊，高覆盖率面临挑战

居民医保的参保人数近四年来稳定在 10 亿左右，其中，成年人约 7.5 亿，学生及儿童约 2.5 亿。但在参保的成年人中，相当一部分是本应参加职工医保的城镇就业者。数据表明，2022 年末全国就业人员近 7.34 亿人，其中城镇就业人员约 4.59 亿人，而参加职工医疗保险的在职职工仅 2.66 亿人。这意味着有 1.93 亿城镇就业人员并未参加职工医疗保险，这些人员主要是农村进城务工的流动人口和灵活就业人员等。2022 年，职工医保人均个人缴费水平是居民医保的约 5 倍。同年，职工和居民医保住院费用目录内基金支付比例分别为 84.2% 和 68.3%，^⑥相差近 16 个百分点。可见，对比职工和居民医保两大

① 朱铭来、解莹等：《大病保险委托商保承办的现状及问题分析》，《中国医疗保险》2020 年第 3 期。

② 包括医疗救助资助参保的 8816 万人、其他部门资助参保的 1830 万人。

③ 根据《2022 中国医疗保障统计年鉴》的数据计算得到。

④ 德国医疗救助涵盖与法定医疗保险相同的应享权利，这意味着未参加医疗保险的社会救助对象与法定医疗保险参加者有权享有同等的医疗服务。法定医疗保险机构承担未参保社会救助对象的医疗费用，然后接受医疗救助提供者的报销。虽然这些救助对象严格意义上不是医疗保险参加者，但医疗服务提供者承认并视他们为参加法定医疗保险的患者。社会服务办公室支付医疗保险机构在医疗救助下提供的医疗服务费用。

⑤ 德国联邦统计局数据库，<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>。

⑥ 国家医疗保障局：《2022 年全国医疗保障事业发展统计公报》，2023 年 7 月 10 日。

制度，个人缴费水平的差距明显大于待遇差距。按照《社会保险法》的规定，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险，这意味上述就业人群也可以选择参加居民基本医疗保险。在现行筹资机制下，基于个体经济理性，许多城镇就业人员倾向于选择参加待遇水平略低而缴费水平明显更低的居民医保。

居民医保与职工医保参保人群边界的模糊，不仅使得居民医保的财政补助负担不断加重，而且伴随体制内就业者数量的减少和退休人员快速增长，导致职工医疗保险面临筹资锐减和待遇支付压力日增的困境。此外，由于路径依赖，居民医保延续着自新农合起就遵循的自愿参保原则。新农合采取自愿原则有其特定时代背景，包括避免强制性参保缴费给农民增加经济负担、尊重农民意愿和自主权利等。^①然而，自愿参保政策延续至今实际上与全民参保、全民受益的目标相悖，不可避免地导致未保、漏保和断保，也给基层医保经办机构带来巨大的动员参保压力。2022年，参加城乡居民基本医疗保险人数比2021年底减少2517万人。这表明看似已经实现的“全民医保”成果实则并不稳固，参保机制仍需要进一步改革。

（三）筹资机制：个人按人头定额缴费和财政据户籍补贴是制度性缺陷

筹资机制合理与否，直接决定着医保制度的物质基础与财务安全，也直接影响医保制度的功能发挥与可持续性。然而，我国居民医保的筹资机制从2003年开始试点就形成了个人按人头定额缴费和政府依据户籍进行补贴的路径，持续至今，其不良效应日益显性化。

1. 基本医保个人定额缴费违背公平筹资原则。根据现行政策，居民基本医保普遍采取按照人头定额缴费的方式，即无论个人有无收入或者收入高低，均按照统一规范的金额标准缴纳保费，^②这一做法在制度创立初期确实简便易行，但实际上有违筹资的公平性原则，即收入越高者的实际缴费负担相对越低，反之亦然。以个人缴费标准占人均可支配收入之比来衡量，目前负担最重的农村低收入组的缴费负担是负担最轻的城镇居民高收入组的20多倍。即使目前近10亿参保者中有超过1亿人都在接受参保资助，定额缴费也正日益成为低收入群体难以承受的负担，持续下去将导致更多的低收入居民抵触参保。调研表明，年年提高的个人缴费已经引起多地低收入群体的不满，明显削弱了其参保积极性，脱保的风险持续增加。同时，这一筹资机制限制了有能力且理应承担更多义务的中高收入者缴费比例的提升，制约其保障水平的提高。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更高、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，^③进而加剧了穷人补贴富人医疗费用的逆向调节。

2. 基本医保政府补贴以户籍为依据导致居民参保地与受益地分离。居民基本医保的财政补助通常以户籍为依据，参保同样以户籍为依据。这种补贴与参保机制延续的是计划经济时代的户籍管制路径，其中暗含的是地方政府财政责任问题。居民基本医保的财政补助由各级财政共担，经济越发达的地区，人均中央财政补助越低，而地方政府人均财政补助越高。人口流入地区通常是经济发达的地区，允许流动人口在常住地参保意味着增加地方财政投入，而对于人口流出地区而言，按常住人口参保会减少中央财政对当地户籍居民的医保财政补助。因此，无论是人口流出地区，还是人口流入地区，对按常住人口参保都持消极态度。^④近年来，一些地方虽明文取消了参保户籍限制，但无法根本解决流动人口在常住地参保难的问题。常住地政府可能采用隐蔽手段阻碍流动人口参保，如收紧居住证制度、不向流动人口宣传政策、设置复杂缴费方式等。^⑤显然，在我国人户分离现象常态化的背景下，以户籍为参保依据导致流动人口参保地与工作或生活地的分离、医保权益的损失等问题。同时，财政补助以户籍为依据也造成

① 董四平、王保真等：《从自愿与强制之争看新农合的参与原则》，《中国农村卫生事业管理》2007年第3期。

② 也有地区按年龄或身份进行分组，各组别采用不同的定额筹资标准。

③ 华颖：《居民基本医疗保险：筹资政策、实践效应及其优化》，《长白学刊》2023年第2期。

④ 郑功成：《全面深化医保改革：进展、挑战与纵深推进》，《行政管理改革》2021年第10期。

⑤ 王超群：《谁没有参保？中国城乡居民医疗保险参保的人群特征研究》，《社会保障评论》2023年第2期。

了人口流入与流出地政府之间财政补贴责任的不匹配。

由上可见，居民医保的个人筹资机制存在着有违社会医疗保险缴费与收入关联这一规则的制度性缺陷，由此导致的筹资不公伴随缴费标准的持续提升而不断恶化，而政府补贴方式又严重不适应人口流动的常态化，致使许多居民参保地与工作或生活地分离，如果不尽快深化改革，势必严重影响居民医保制度的持续发展。

（四）保障水平：三重保障制度仍不能化解居民大病风险

2003年，新型农村合作医疗开始试点，试点地区按照个人缴费10元、政府补贴20元的标准筹资，当时所能提供的保障更具象征意义。此后，个人缴费和政府补贴均持续攀升。到2023年，个人缴费标准提高到380元，人均财政补助标准提高到不低于640元，^①医保报销水平也持续提升，城乡居民的医疗费用负担确实大幅减轻。根据国家医保局发布的数据，2019年居民医保政策范围内住院费用基金支付68.8%，实际住院费用基金支付59.7%，个人负担比例为40.3%；职工医保的住院医保实际报销比例为75.6%，个人支付24.4%。^②然而，居民医保的保障水平仍明显低于职工医保。加上食宿、交通、误工和陪护等就医间接费用，居民医保参保者特别是重特大疾病患者家庭的实际经济负担更重。根据2019年数据推算，居民基本医保住院政策范围内费用占比（实际基金支付比例/政策范围内基金支付比例）约为87%。此后，实际住院费用基金支付比例并无公开数据。2022年，居民医保住院费用目录内基金支付比例^③为68.3%，^④比2019年略有下降。按照2019年住院政策范围内费用占比估算，实际住院费用报销比例约为六成，个人实际负担约四成。在大病保险方面，参保群众大病报销比例提高了10至15个百分点。其中，个案最高赔付超百万元。^⑤医疗救助制度通过资助缴纳基本医保保费以及直接补贴医疗费用的方式，提升低收入居民的保障水平。2021年，用于资助参保以外的医疗救助金额约为392亿元，相当于当年基本医保基金支出（9296亿元）的约4%。粗略估算可得，三重保障制度的实际住院保障比例平均约为2/3。

整体来看，三重保障制度从低水平起步迅速发展，对减轻居民的就医负担发挥了重要作用。但客观而言，因筹资机制存在缺陷，筹资水平总体上仍然偏低，三重保障制度的保障能力仍显不足。“政策范围”内外之别，以及对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内费用的报销比例设置，加之基金最高支付限额和救助最高限额的设定，使得个人自负的医疗费用具有不确定性，参保人在面对重特大疾病时自费负担仍然较重，因病致贫或返贫的风险犹存。有关资料表明，在贫困群体中，因病致贫、因病返贫的比率为40%左右。^⑥

从国际比较视角看，在同样采取社会医疗保险型制度的德国、日本、韩国等国，个人自付医疗费用负担较轻且具有确定性。特别是，与我国基本医保设置基金支付最高限额的做法不同，这些国家均设置了与参保者或其家庭收入水平相关联的自付额上限，以此避免个人因重大疾病的自付额过高而陷入困境。例如，德国医保个人自付费用主要包括处方药药价10%的药品费用（5—10欧元）、住院治疗时每日支付的10欧元（不超过28天），未成年人无须分担上述费用，失业者和低收入者可免除部分费用。所有参保者一年内自付费用封顶线为家庭总收入的2%，该比例对于某些慢性病患者可减至1%。^⑦

综上，我国居民医保有政策范围内外之别、在政策范围内又设置各种约束条件，使居民的疾病医疗经济风险具有不确定性。而德国、日本、韩国等国的社会医疗保险制度则采取对个人自付医疗费用封顶

① 《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2023年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2023〕24号）。

② 国家医疗保障局：《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》，2022年12月5日。

③ 2022年公报将以前“住院费用政策范围内基金支付比例”的表述改为“住院费用目录内基金支付比例”。

④ 国家医疗保障局：《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》，2023年7月10日。

⑤ 朱艳霞：《大病保险运行十年》，《中国银行保险报》2022年9月29日。

⑥ 何文炯：《基于共同富裕的社会保险制度优化》，《社会保障评论》2023年第2期。

⑦ 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。

的做法，能够提供清晰、稳定的预期；另外，采取国民健康服务模式的福利国家更是通过免除国民的医疗服务付费而完全解除了患者负担。

（五）经办管理：体制机制尚未完全理顺

从国内外的实践来看，在医保制度确定后，制度实践的成败取决于合理的管理体制与有效的经办机构。2018年，国务院新组建负责全国医疗保障事务管理的国家医疗保障局，随后，建立了自上至下的医疗保障管理体制，为开创医保事业发展新局面提供了有效的组织保障。与此同时，医保经办机构也陆续划转各地医疗保障行政系统，而基本医疗保险和医疗救助由医保经办机构经办。截至2020年底，全国设有县级以上医保经办机构3379家，其中省级37家、地市级459家、县级2883家。在隶属医保部门的医保经办机构（2936家）中，90%以上经办居民医保，80%以上经办医疗救助，^①这些机构较好地完成了医保经办服务的任务。2018年以来，大多数地区的医保经办机构划转顺利，医保标准化、信息化建设任务基本完成，业务经办的规范化程度明显提升。

然而，由于医保经办机构设置迄今缺乏统一依据，各地经办机构在名称、性质、部门设置、行政级别等方面有明显差异。以隶属医保行政部门的经办机构为例，参公管理类为789家，占27.13%；公益一类为1983家，占68.19%；其他类136家，占4.68%。同一层级经办机构的行政级别亦有区别，多数低于同级行政部门一级，有的低半级，有的无级别。受编制约束，医保经办人员数量并未伴随医保全民覆盖与业务量剧增而正常增长，人员专业化、职业化程度偏低。此外，医保经办机构与医保行政部门的权责界限并不清晰，医保方与定点医院、药店、药企等相关方在基金支付和价格谈判中的行政管理色彩偏浓，长期来看不利于“三医”协同发展。^②

此外，可视为居民基本医疗保险延伸部分的大病保险业务基本交由商业保险公司经办。截至2020年底，18家保险公司在全国31个省（区、市）开展了大病保险业务。^③此举本意是借助市场力量壮大经办能力、提高经办效率，商业保险公司在一些地方还介入了医疗救助经办。然而，商业保险公司既不能自主开发大病保险产品和自主定价，也不能调整责任范围，所能发挥的作用有限。

三、建设高质量的法定居民医保制度的改革出路

由于前述问题，居民医保制度的可持续性正面临与日俱增的挑战。例如，自2019年起，居民医保的参保人数已经连续4年下降，其中固然有剔除重复参保的因素，但更应重视的是筹资机制存在缺陷使低收入家庭参保积极性持续下降，若任其发展下去，加之其他因素的综合影响，将引发居民医保制度的全面危机。因此，加快居民医保制度改革步伐势在必行，而全面深化医保制度改革的目标，应当是在建构与中国式现代化相适应的社会保障新制度文明中走出高质量的中国式医疗保障制度发展新路。^④

（一）三制合一：整合医疗保险、大病保险、医疗救助功能

纵观世界各国，通常都是以一个法定医保制度覆盖全民或者特定群体，以此维护制度公平和统一，避免制度碎片化并提升运行效率。我国的职工医保制度亦是以一个基本医疗保险制度覆盖所有参保职工，并未建立职工医疗救助与职工大病保险制度。

1. 三制合一的必要性。我国法定的居民医保由三重保障制度组成，符合建制初期的由无到有、先急后缓的基本思路，也一度发挥了较好的保障作用，但这一历史原因不能成为其继续偏离社会医疗保险制度一般规律的理由。我国医保制度的建制目标是全民在同一种制度下公平实现基本医保权益，职工医保和居民医保终将走向统一。而制度架构的一致性是三制合一的先决条件，这意味着附加在居民基本医疗保险之上的医疗救助功能需要重构。大病保险没有独立筹资来源，还引发了商保公司行为的扭曲，其作

^① 上海市医疗保险协会：《全国医疗保障经办体系建设情况调查分析》，2021年5月27日。

^② 华颖：《中国医疗保险经办机构：现状评估与未来展望》，《西北大学学报（哲学社会科学版）》2020年第3期。

^③ 朱艳霞：《大病保险运行十年》，《中国银行保险报》2022年9月29日。

^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。

为居民基本医保的有机组成部分，理应回归基本医保。此外，三重保障制度的实际支付范围一致，在合理设计的情况下，其功能可以在一个制度框架下实现。因此，积极妥善地推进三重保障制度向单一制度安排转化是建设高质量的居民医保制度的必由之路。

2. 三制合一的可行性及行动路径。从可行性来看，三重保障制度均是由政府主导的法定医保制度安排，均适用基本医保的目录规制，并不存在合并障碍。在制度功能的实现方面，大病保险应对居民医保参保者中重大疾病患者的灾难性医疗费用支出问题，医疗救助解决困难群众的参保问题和参保后自付部分的费用问题。随着基本医疗保险目录准入机制完善、待遇水平不断提高以及医保筹资方式调整为以缴费能力为基础，大病保险和医疗救助带有过渡性质的现有功能完全可以融入基本医保。具体来说，大病保险针对参保患者大额自付费用提供的二次补偿，可以通过将大病保险经办权从商业保险公司收归医保经办机构、划出的医保资金回归基本医保基金、调整基本医保的待遇参数直接实现。在医疗救助方面，政府投入在拨款时就注入基本医保基金或作为调剂基金使用，其两大现有功能可以整合进重构后的居民医保。一是资助参保功能，这一功能实际主要针对收入型贫困者。如能实现按个人可支配收入的一定比例缴费，并设置缴费收入的下限，则低收入居民可自动少缴费甚至免缴费参保。同时，如果同步优化筹资机制，高收入者的缴费会持续增长，财政补贴的压力也可以得到缓解。二是门诊和住院的进一步补偿，这一功能目前面向接受资助参保的收入型贫困者，同时也考虑到了因病致贫的支出型贫困者。随着基本医保制度的完善和保障水平的提高（医保目录扩张、起付线和共付比例降低甚至取消、由医保基金支付封顶逐步转向个人自付封顶），患者的自付费用将在可控范围内，灾难性医疗支出得以避免，医疗救助的这部分功能同样可以逐渐消解于基本医保。此外，随着医保信息系统的完善，三重保障制度的“一站式”费用结算已经逐渐普及，其整合在实施上亦具有可行性。当然，在基本医保水平尚不充分的情况下，仍然需要定位于保障救助对象医保支付范围外医疗费用的兜底型医疗救助制度，这部分职能可以由负责社会救助的民政部门承担。在基本医保制度成熟定型后，医疗救助的功能定位应是向极少数因特殊原因未参加医疗保险者提供救助。

经过制度整合，可以产生多重积极效应。一是制度架构变得简洁，为城乡居民提供更清晰的预期。二是提升管理效率、减少制度衔接成本，即一个制度的运行成本远低于三重保障制度安排。三是为将要达到的一个医保制度覆盖全民的目标奠定坚实基础，因为居民医保三重制度的整合是其与职工医保制度进一步整合的前提。

（二）厘清边界：明确覆盖范围并强制实施

社会医疗保险制度应以明确的覆盖范围为目标指向，并采取强制实施的手段，否则会导致参保失序和权责关系混乱，甚至出现拒保、漏保、脱保、断保现象，进而直接影响全民医保目标的实现。因此，有必要明确法定居民医保的覆盖范围，改变现行的自愿参保方式。

1. 厘清职工与居民的身份界限。根据自1998年建立城镇职工基本医疗保险制度之时延续至今的政策，职工基本医保强制实施的范围是与用人单位建立正规劳动关系的劳动者。这虽是一个很狭窄的范围，但在职工基本医保最初是作为国企改革的配套措施的历史情境下也是合理的选择。根据相关规定，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。因此，在实践中，凡不能或选择不参加职工基本医保的人均可参加居民医保。由此产生的不良效应至少包括：一是居民医保成了正规就业者之外所有人的制度安排，混淆了职业或社会劳动者与一般居民身份的界限；二是政府补贴泛化到涉及近10亿人，财政负担持续加重，真正需要政府补贴的低收入群体也因之无法获得更有效的保障；三是覆盖范围边界的模糊助长了不参保或脱保等现象。从优化并使法定居民医保制度走向成熟、定型的目标出发，须尽快厘清职工参保与居民参保的覆盖范围边界并调整参保政策，将居民医保覆盖对象明确界定为农村常住人口与城镇中的非社会劳动者，同时将包括灵活就业者等在内的城镇就业人员纳入职工基本

医疗保险。未来，则以统一的国民基本医疗保险制度覆盖全民，即不再存在职工、居民身份之别，以家庭为单位参保，全民共享统一的基本医保制度。

2. 通过强制参保或自动参保实现稳定的全覆盖。在自愿参保下，总会有人因各种原因而拒保、漏保、脱保或断保，结果必然不是全民参保。为了确保制度的稳定和有效全覆盖，居民医保应当实施强制或自动参保，即明确要求覆盖范围内的所有城乡居民均须参保。将居民医保“自愿参保”变成“强制或自动参保”不仅是法定医保制度的内在要求，而且具备有利条件，因为目前财政补助占居民基本医保基金收入的六成以上，再加上不断增长的由财政支撑的医疗救助资金，政府实际上掌握改革的主动权。

（三）优化筹资机制：遵循规则并实现可持续发展

1. 改变个人筹资机制：从按人头定额缴费转向与收入关联型缴费制。即遵从医保制度客观规则，根据参保人收入水平来确定其缴费水平。相关研究表明，如将费率设置在不增加城乡低收入组现有缴费负担的水平上，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四成。^①可见，如能在深化改革中将参保人的缴费与收入挂钩，不仅意味着医保筹资公平性的提高，还有助于医保基金规模的持续扩大、医保制度保障能力和可持续性的稳步提升。同时，采用收入关联型缴费制还为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的目标后，可以家庭为单位参保，遵循有收入者缴费、无收入者依附其供养人参保的原则。

2. 改造政府补贴机制，实现参保地与受益地的匹配。在厘清职工与居民身份界限的基础上，地方财政应当依据常住人口数对居民医疗保险实行全口径财政预算补贴，以此适应我国人口流动性高、人户分离常态化的现实，实现常住地参保、常住地受益。待省级统筹实现后，则在省内建立统一的预算机制，可从中央财政补贴中切出一块用于省际调剂。

3. 提高统筹层次，进一步发挥互助共济功能。法定医保的统筹目标是省级统筹，而大多数地区的居民医保事实上还停留在市县级统筹层次。需要进一步提高居民医保基金的统筹层次，最终实现省级统筹，以此增强制度的互助共济性和医保基金的风险承担能力。

（四）理顺经办机构：集中统一，规范运行

1. 明确界定医保经办机构的性质与职责。基于国际经验和医保制度的内在要求，医保经办机构应是专责医保制度实施与运营的特别法人。考虑到我国现阶段实际情况，独立法人化一时难以实现，有两种方案可供选择。一是将医保经办机构统一定为参公管理机构，其管理与运行经费由财政足额保障；二是将医保经办机构统一定为公益二类，允许从医保基金提取一定比率的管理经费，使其增强自主性和提升运行效率的动力。在两种方案下，医保经办机构都须统一接受医保行政部门监管，同时明确其行政级别按照社会保险经办机构执行。国家层级应当尽快出台相关行政法规或权威的政策性文件，统一医保经办机构的职责，由其全责承担基本医保制度的完整实施任务，并允许各统筹区域根据城乡有别原则，以服务对象多寡及变化为依据，自主配置经办力量。

2. 明确医保经办机构与相关主体的关系及处理规则。基于现实，有必要进一步清晰界定医保行政部门与经办机构的职责，前者的职责应是制定和细化相关政策、依法实施有效监管，而后者则是全责承担制度实施的任务。同时，按互利合作原则重构医保经办机构与定点医药机构的关系，积极探索经办机构与医药行业组织订立统一规则或签订协议的做法，以此强化医疗、医药行业自律，促使医疗、医药系统各循其规、各尽其责、协同发展。此外，还需要厘清市场主体参与医保经办的边界，在保障信息安全的前提下，可采取委托或外包方式吸引市场主体介入医保运行监管，委托第三方评估医保经办绩效等。国家层级应列出委托经办的项目、环节及具体事务清单，以指导地方实践。

（五）最终目标：以统一的法定医保制度覆盖全民并建设多层次保障体系

^① 华颖：《居民基本医疗保险：筹资政策、实践效应及其优化》，《长白学刊》2023年第2期。

制度分设、待遇有别的基本医保制度是不公平的。面向未来的居民医保制度建设，应使其最终与职工医保制度整合为一个法定的覆盖全民的基本医保制度，使得全民在政府主导的医保制度下公平地享受医保权益，同时发挥市场与社会力量为有需要的社会成员提供个性化的保障。

1. 明确以化解灾难性卫生支出风险为目标。法定基本保障层次的最终目标应是承担化解灾难性医疗卫生支出、解除全民疾病医疗后顾之忧的根本责任。这不仅是国家建立医保制度的根本目标和典型国家的通行做法，亦是中国特色社会主义制度的内在要求。在德国、法国、英国、美国、日本等主要发达国家中，通过法定层次的基本保障（包括政府项目和强制缴费型医保制度）筹集的资金占本国当前卫生支出的比例均在 85% 左右，^① 这意味着国民绝大部分的疾病医疗均通过法定层次的保障制度得以满足。中国的社会保障制度是以人民为中心推进共同富裕的家国一体的大国社会保障制度，^② 在全面建成小康社会并快速迈向高收入国家行列的进程中，更应当通过基本医保制度有效地解除全民重大疾病的后顾之忧，将以人民为中心、人民健康至上的新发展理念进一步落到实处。以此为发展目标，需要以确定的医保待遇为基础，从支出总量出发，按精算平衡原则对医保筹资标准进行动态调整；进一步优化医保支付方式，做到科学合理地控制支出，最大程度地避免医疗浪费与低效现象。最终实现从控制医疗保险基金支付额度转化为设定参保者个人自付费用的封顶额，即基于个体家庭收入的一定比例确定自付封顶线，以此真正化解灾难性卫生支出风险，给参保者提供清晰、稳定的预期。

2. 积极探索居民医保与职工医保的有效衔接机制。基于以统一的法定医保制度覆盖全民的目标导向，现阶段有必要积极尝试将职工医保基金与居民医保基金打通使用，逐步缩小职工与居民的医保待遇差距，也为两大基本医保制度的统一奠定基础。

3. 加快发展商业健康保险，实现人员分流与医保质量提升。构建多层次医疗保障体系是我国医保改革的既定目标。不同人群对医疗保障的需求存在差异，法定医疗保障制度虽然应当公平地解决疾病医疗费用问题，但更加全面和个性化的医疗保障、全周期的健康服务则需要通过商业健康保险等途径得到满足。^③ 在医保制度健全的主要大国中，5% 左右的卫生筹资仍然来自以商业健康保险为主的自愿性保障制度。因此，加快发展商业健康保险显然具有必要性。鉴于目前商业保险公司广泛介入大病保险、普惠保等非纯市场化运行的保险业务，导致其未能专注于开拓健康保险市场，应当重构相关政策体系，让大病保险回归基本医保，商保公司回归市场本位。一方面，可将公务员医疗补助与职工补充医疗保险转化为商业健康保险，以此稳定商业健康保险的客户群体，增强商保公司开拓市场的信心和能力。另一方面，应当明确法定医疗保障能够解决的疾病医疗问题，使得中高收入群体对需自行寻求其他途径解决的疾病医疗与健康服务问题有清晰认知，进而主动利用市场机制获得补充保障，同时政府要提供有针对性的税收优惠政策支持。

责任编辑：张超

^① 世界卫生组织全球卫生支出数据库（Global Health Expenditure Database），<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/undefined/en>。

^② 林闽钢：《构建中国特色社会保障制度——面向中国式现代化的自主性发展之道》，《社会保障评论》2023 年第 1 期。

^③ 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》2022 年第 4 期。