

# 居民医保个人筹资政策：缘起、困境与优化\*

郑功成 谭琳子

**摘要：**居民医保是中国医保体系的主体性制度安排，而农民构成了居民医保的主要参保群体，该制度优劣直接关乎农民切身利益。中国居民医保采取“财政补助+个人缴费”的筹资模式，在个人缴费标准连年上涨引发居民缴费积极性下降甚至不再参保的情形下，亟待全面分析按人头缴纳等额、定额医保费用的现行居民医保筹资政策及其不良效应，寻求更加合理的政策设计与实践路径。居民医保实践表明，现行的个人筹资机制违背了医保筹资公平原则，导致低收入群体特别是农民群体缴费负担日益加重，加剧了医保逆向调节，还引发了“短板效应”，造成部分群体缴费压力大与总体筹资水平不高并存的矛盾局面。因此，改革现行筹资标准确定办法和年度调整方式势在必行，合理取向应当是综合考虑居民人均可支配收入和经济社会发展水平，实现依据个人或家庭收入一定比例筹资的目标。

**关键词：**居民医保 定额筹资 优化路径 共同富裕

**中图分类号：**F061.4; C913.7 **文献标识码：**A

## 一、引言

疾病是人生难以避免的风险，医疗保障则是化解人民群众疾病医疗后顾之忧并提升全民健康素质的基本制度保障（郑功成，2020）。在中国的医疗保障体系中，城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）因覆盖约10亿人口而占据主体性制度安排地位，而参与居民医保的又主要是农村居民以及农村进城务工的流动人口，因此，这一制度直接关乎农村居民的切身利益。在居民医保制度中，筹资机制直接反映制度是否公正，决定制度能否可持续发展。中国居民医保采取“财政补助+个人缴费”的筹资模式，鉴于财政补贴运用的是公共资源，而个人缴费直接关乎个人的权利义务关系，缴费标准的调整往往引起广泛关注并在事实上对居民参保产生直接影响，从而处于居民医保筹资的核心地位。2023年7月28日，国家医保局等部门发布2023年居民医保筹资标准，个人缴费标准为每人每年380

\*本文研究得到北京市习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心重大项目和北京市社会科学基金重大项目“新发展阶段实现全体人民共同富裕的理论内涵和实践创新研究”（编号：21LLGLA067）的支持。

元<sup>①</sup>。这是自 2016 年城乡居民医保统筹以来个人缴费标准的连续第 7 次增长，是 2003 年开始新型农村合作医疗试点时确定的个人缴费标准（10 元）的 38 倍<sup>②</sup>。新的缴费标准发布后，“居民医保个人缴费标准又涨了？为什么连年涨价？”“该不该缴纳居民医保？”等新闻报道纷纷出现，反映了部分群体尤其是收入不高的农民群体缴费压力大、缴费积极性下降、基层征缴工作难度大等情况<sup>③</sup>。一些地方已经出现居民缴费积极性下降甚至不再参保的现象。《中国医疗保障统计年鉴 2023》数据显示，2022 年居民医保参保人数较 2021 年下降了 2.5%，超过了往年不足 1% 的下降幅度。尽管国家医保局解释这一现象主要是参保结构变化和参保质量提升造成的，但这种解释并不能否认确有一部分农村居民因缴费标准提升而不再参保的情形。笔者 2023 年先后在广东肇庆、贵州毕节、重庆酉阳等地的调研也发现：农村居民特别是低收入农村居民反映医保缴费负担加重难以承受，并对未来缴费负担更加担忧；当地村干部反映农民参保意愿下降，动员参保压力上升，甚至出现村干部为完成任务而代为缴费的现象；地方医保部门亦称需要做更多工作才能维持参保局面，担心无法完成预定的居民医保覆盖或参保率目标任务。事实上，已有一部分居民因缴费标准上涨而选择不再缴费参保，这意味着有人开始因不能承受缴费负担而不再享受医疗保障。居民医保正在陷入两难境地：一方面，医疗费用支出的上涨和医保待遇的提升倒逼医保筹资标准不断提高；另一方面，连年提高的个人缴费标准给低收入参保者带来的缴费压力持续增大，进而影响全民参保。因此，现行的个人筹资方式对居民医保制度的不利影响在显著扩大。

近年来，围绕医保公平展开的研究成果日益增多。例如，范红丽等（2021）通过研究城乡统筹医保政策发现，医疗服务中存在“穷人补贴富人”现象；何文和申曙光（2021）通过对城乡居民医保一体化的研究发现，城乡居民医保一体化显著改善了居民健康但会导致健康不平等；林万龙和刘竹君

<sup>①</sup>参见《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险工作的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/28/art\\_104\\_11108.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/28/art_104_11108.html)。

<sup>②</sup>2016—2022 年，居民医保个人缴费标准分别为每人每年 150 元、180 元、220 元、250 元、280 元、320 元和 350 元。参见《人力资源社会保障部财政部关于做好 2016 年城镇居民基本医疗保险工作的通知》，[http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201605/t20160506\\_239541.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201605/t20160506_239541.html)；《人力资源社会保障部财政部关于做好 2017 年城镇居民基本医疗保险工作的通知》，[http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201704/t20170428\\_270179.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201704/t20170428_270179.html)；《国家医保局 财政部 人力资源社会保障部 国家卫生健康委关于做好 2018 年城乡居民基本医疗保险工作的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2018/8/14/art\\_104\\_6434.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2018/8/14/art_104_6434.html)；《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〉》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/5/13/art\\_53\\_1287.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/5/13/art_53_1287.html)；《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2020 年城乡居民基本医疗保险工作的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/17/art\\_53\\_3236.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/17/art_53_3236.html)；《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2021 年城乡居民基本医疗保险工作的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art\\_53\\_5237.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art_53_5237.html)；《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2022 年城乡居民基本医疗保险工作的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/7/8/art\\_104\\_8398.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/7/8/art_104_8398.html)。

<sup>③</sup>资料来源：《经观头条|十亿居民医保挑战：催缴、停缴、该如何缴？》，<http://www.eo.com.cn/2023/0805/600486.shtml>。

(2021)对医保扶贫政策实践的研究发现,医保扶贫政策造成了贫困人口与非贫困人口的福利“悬崖效应”。这些研究关注了中国医保制度中的核心问题,但对影响医保公平的源头即筹资机制的关注还不够。在与本文相关的既有文献中,华颖(2023a)、仇雨临和翟绍果(2010)认为中国居民医保筹资存在筹资负担不公、筹资结构失衡、缺乏科学调整机制等问题。郑功成(2022)关注到居民医保等额、定额筹资方式本身存在的诸多问题,认为这种筹资方式违背了社会保险应按收入水平承担缴费义务的普遍规律。李珍和张楚(2021)认为现行筹资机制引发了低收入群体筹资负担重、筹资水平提升难等负面效应。对此,郑功成和赵明月(2022)、华颖(2023b)提出要改变居民医保定额的筹资方式,依据参保者收入水平的一定比例筹资;李珍(2022)提出可以先依据地区或城乡居民人均可支配收入的一定比例缴费;付晓光等(2022)则提出可以建立个人缴费水平与相关经济指标衔接的筹资机制。从已有研究来看,针对居民医保筹资现存问题的讨论非常广泛,但对这些问题产生根源的讨论还很不充分,大多停留在感性认识层面,缺乏深入分析与症结解剖,对可行实践路径的讨论也偏少。根据2020年2月《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出的到2030年全面建成医疗保障制度体系的目标要求<sup>①</sup>,剩下的时间不到7年,为居民医保个人筹资正本清源并寻求新的出路,进而促使关乎10亿人民健康福祉的居民医保制度真正走向成熟和定型的任务十分紧迫。

在此背景下,本文旨在从居民医保个人筹资政策形成的动因和逻辑出发,分析这一政策的现实困境与改革的必要性、可行性,进而提出居民医保个人筹资政策的优化路径。

## 二、居民医保个人筹资政策形成的动因及实践效应

现行的居民医保制度筹资政策始自2003年的新型农村合作医疗(以下简称“新农合”),当时确立的即是以户籍地为依据的自愿参保规则和个人等额、定额缴费的筹资方式,并一直延续至今。

### (一) 居民医保个人筹资政策的成因

1. 建制动因: 农民疾病负担沉重,城乡居民健康状况差异明显。改革开放后,随着集体经济的衰落和人民公社的瓦解,计划经济时期的农村合作医疗制度因失去赖以存在的经济基础和组织基础而迅速衰落,农村居民看病就医丧失了有效的制度保障,绝大多数为自费医疗。1990—2001年,农民人均纯收入由686.31元增至2366.40元<sup>②</sup>,约增长了2.45倍,而同期农村人均卫生费用由38.80元增至252.90元,约增长了5.52倍,个人卫生支出占卫生总费用的比重由37.1%上升至60.5%<sup>③</sup>,医疗费用支出成为农民沉重的经济负担。1993年第一次国家卫生服务调查结果显示,在受调查的农村居民中,应住院而未住院率约为40.59%,其中约60.63%是由于经济困难<sup>④</sup>。2003年第三次国家卫生服务调查结果显示,

<sup>①</sup>参见《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》, [https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content\\_5487407.htm?eqid=ca9bce91000cfcbce0000006645f2d2e](https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm?eqid=ca9bce91000cfcbce0000006645f2d2e)。

<sup>②</sup>资料来源:中华人民共和国国家统计局,2002:《中国统计年鉴2002》,北京:中国统计出版社,第343页。

<sup>③</sup>资料来源:中华人民共和国卫生部,2003:《中国卫生统计年鉴2003》,北京:中国协和医科大学出版社,第59页。

<sup>④</sup>资料来源:《1993年第一次国家卫生服务调查产出表》, <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49135.shtml>。

在受调查贫困户中，因疾病损伤致贫的比重为 33.5%，较 1998 年增加了 11.89 个百分点<sup>①</sup>，疾病损伤是导致受调查贫困户家庭贫困的首要因素。

在城乡二元结构之下，农村居民和城市居民在疾病负担、健康状况方面差异明显。2003 年，调查地区自费医疗的农村居民占 79.00%，城市居民占 44.80%；因经济困难应住院未住院的农村居民占 75.40%，城市居民占 56.10%；因经济困难自己要求出院的农村居民占 67.30%，城市居民占 53.00%<sup>②</sup>。农村新生儿死亡率、婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率分别是城市的 2.26 倍、2.54 倍、2.26 倍和 2.37 倍<sup>③</sup>。此外，农村居民还面临感染性疾病和慢性疾病的三重威胁，地方病在局部地区也有复发之势（曹普，2014）。可见，农民的看病就医和健康问题成为当时严峻的社会问题。这是 2003 年后重建农村居民医保制度的时代背景。

2. 当时条件：农民收入水平低，税费负担沉重。当时，看病就医问题仅仅是这一时期农民生活的一个缩影，事实上面临的是“农村真穷，农民真苦，农业真危险”（统称“三农”问题）的现实情况。1997—2002 年，农村居民人均可支配收入平均增幅为 4.66%，平均每年农民仅增收百元，而这一时期城乡收入差距进一步扩大，城镇居民人均可支配收入达到了农村居民的 3 倍<sup>④</sup>。与此同时，农民还负担着农业税收和各项费用。1993 年，全国农业各税为 125.74 亿元，2002 年增加至 717.85 亿元，10 年增长约 4.71 倍<sup>⑤</sup>。农民种地仅仅只能保本，80% 的农民亏本。此外，无论种不种地都必须缴纳人头费、宅基地费、自留地费等，农民税费负担十分沉重（李昌平，2009）。越是贫困地区，越是以农业为主的地区，农民负担越重（陆学艺，2002）。在这样的背景下，党中央高度重视“三农”问题，将加快农业发展和增加农民收入作为经济工作的重中之重，陆续推出了粮棉流通体制改革、农村税费改革、农村扶贫开发等措施。2002 年，朱镕基总理在第九届全国人民代表大会第五次会议记者招待会上回答中外记者提问时谈到，在其担任总理期间，最感头痛的事情就是增加农民收入<sup>⑥</sup>。2003 年后，新一届政府将重建农村医保制度提上日程，希望借此减轻农民疾病医疗负担并增进农民福祉，同年，在部分地区开展新型农村合作医疗试点。可见，居民医保制度是在农民收入水平低、各种负担偏重的条件下推出的一种制度安排。

3. 部门共识：“3 个 10 元”方案。在上述背景下，国家卫生部门吸取 20 世纪 90 年代两次尝试“重建”农村合作医疗制度结果并不理想的教训，将资金的筹集视为建立农村医疗保障制度的关键，强化

<sup>①</sup>资料来源：《2003 年第三次国家卫生服务调查产出表》，<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49142.shtml>；《1998 年第二次国家卫生服务调查产出表》，<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49141.shtml>。

<sup>②</sup>资料来源：《2003 年第三次国家卫生服务调查产出表》，<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49142.shtml>。

<sup>③</sup>资料来源：中华人民共和国卫生部，2005：《中国卫生统计年鉴 2005》，北京：中国协和医科大学出版社，第 193 页。

<sup>④</sup>资料来源：国家统计局网站，<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。

<sup>⑤</sup>资料来源：中华人民共和国国家统计局，2003：《中国统计年鉴 2003》，北京：中国统计出版社，第 282 页。

<sup>⑥</sup>资料来源：《在第九届全国人民代表大会第五次会议记者招待会上朱镕基总理答中外记者问》，[https://www.gov.cn/gongbao/content/2002/content\\_61354.htm](https://www.gov.cn/gongbao/content/2002/content_61354.htm)。

政府财政投入成为基本取向。在起草相关决定的过程中，通过综合考虑“三农”问题严峻的现实条件和对农民增收减负的政策取向，同时顾及农民意愿、避免较重的缴费负担，决定合理分配个人、中央与地方的筹资责任（徐晓新，2018）。最终达成的共识是低水平起步并采取责任分担机制，明确由中央财政投入10元、地方财政投入10元、农民个人缴费10元，即“3个10元”方案。2002年10月的《中共中央 国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》提出建立新型农村合作医疗制度，实行农民个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均10元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均10元<sup>①</sup>。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》，提出各地区从2003年开始开展新型农村合作医疗（下文简称“新农合”）试点，2010年实现制度的基本覆盖<sup>②</sup>。由此，中国正式建立起以个人低水平缴费和政府财政补贴相结合为基本筹资模式的农村医疗保障制度。

可见，中国农民医疗保障个人筹资政策的形成具有深刻的时代背景和现实约束。个人低水平定额缴费、财政大力补贴自然而然成为当时适宜的筹资模式选择。事实证明，操作简单方便、缴费水平较低的个人定额筹资模式对于新农合的广覆盖起到了极大的助力作用。到2005年，短短3年时间，新农合的参保率达到75.7%，补偿人次达到了1.22亿人次<sup>③</sup>。

## （二）居民医保个人筹资政策的发展及实践效应

1. 定额筹资机制延续至今，筹资标准连年增长。新农合取得的成效为城镇居民医保的建立提供了借鉴。2007年，城镇居民医疗保险开始试点，延续了新农合个人定额缴费与政府财政补贴相结合的筹资机制，实际是将个人筹资由农村居民扩展到了城镇非就业居民。2016年，新农合和城镇居民医保开始整合为城乡居民医保。自此，每年由国家医保局、财政部发布本年度个人缴费最低标准，地方根据国家规定的最低标准和本地实际情况制定具体缴费标准和缴费办法，并于下半年开展参保缴费工作。可见，新农合确立的筹资政策深刻影响了之后政策的发展轨迹。

由表1可见，居民医保建制以来，个人缴费最低标准由2003年起步时的10元增至2023年的380元，且2016年城乡居民医保合并后，个人缴费标准一直保持着每年30~40元的定额增长。

表1 居民医保个人缴费标准及人均筹资水平变化情况 单位：元/人

年份（年）	个人缴费标准	财政补助标准	实际筹资水平	年份（年）	个人缴费标准	财政补助标准	实际筹资水平
2003	10	20	—	2014	90	320	409
2004	10	20	50	2015	120	380	515

<sup>①</sup>参见《中共中央 国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，[https://www.moa.gov.cn/gk/zcfg/xzfg/200601/t20060123\\_541187.htm](https://www.moa.gov.cn/gk/zcfg/xzfg/200601/t20060123_541187.htm)。

<sup>②</sup>参见《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意见的通知》，[https://www.gov.cn/zhuanti/2015-06/13/content\\_2879014.htm](https://www.gov.cn/zhuanti/2015-06/13/content_2879014.htm)。

<sup>③</sup>资料来源：《2005年中国卫生事业发展情况统计公报》，<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/200805/34853.shtml>。

表1 (续)

2005	10	20	42	2016	150	420	590
2006	10	40	52	2017	180	450	605
2007	10	40	59	2018	220	490	693
2008	20	80	96	2019	250	520	781
2009	20	80	96	2020	280	550	833
2010	30	120	156	2021	320	580	889
2011	50	200	246	2022	350	610	960
2012	50~60	240	312	2023	380	640	—
2013	60~70	280	359				

注：2003—2011年实际筹资水平为新农合数据。

资料来源：2003—2015年个人缴费标准和财政补助标准数据，以及2003—2022年实际筹资水平数据，均来自《中国医疗保障统计年鉴2023》（国家医疗保障局，2023：《中国医疗保障统计年鉴2023》，北京：中国统计出版社，第52页、第64页）；2016—2023年个人缴费标准与财政补助标准数据来自历年主管部门发布的政策文件（前文已说明）。

2.具体筹资办法多样，大部分省份执行国家最低标准。在定额缴费的基本筹资方式下，各统筹区具体实践情况有所不同。据不完全统计（如表2所示），2023年有17个省份的缴费标准是全省统一且为国家规定的最低标准，即每人每年380元；有5个省份执行省级标准但全省差别不大；有5个省份执行市级标准且各市差别较大；4个直辖市均执行本市标准。另外，需要说明的是，针对建档立卡贫困户、特困人员、低保对象和其他困难人员，各省份均采取了保费减免或加大补贴等措施来保障贫困人口参保。

表2 2023年各省份居民医保个人缴费标准分类

缴费标准	对应地区
全省统一（国家最低标准）	河北、山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、广西、海南、贵州、云南、陕西、甘肃、青海、宁夏
省级标准（全省差别不大）	内蒙古、辽宁、福建、西藏、新疆
市级标准（各市差别较大）	江苏、浙江、山东、广东、四川
直辖市（本市标准）	北京、上海、天津、重庆

注：缴费标准根据各省份医保局相关政策文件整理而得。

各地除筹资标准不同外，具体筹资办法也有所差别。31个省份形成了4种不同的缴费办法（如表3所示）。第一种为不区分任何个人特征，缴纳同等数额的保险费。2023年超过一半的省份采取该缴费办法。第二种是按照身份或年龄缴纳不同的定额费用。例如，北京市公布的2024年医保个人缴费标准为：老年人400元、学生儿童375元、劳动年龄内居民705元<sup>①</sup>。第三种是可以自由选择的

<sup>①</sup>参见《北京市医疗保障局 北京市财政局 关于调整2024年城乡居民基本医疗保险筹资标准及相关政策的通知》，[https://ybj.beijing.gov.cn/zwgk/2020\\_zcwj/202312/t20231218\\_3503047.html](https://ybj.beijing.gov.cn/zwgk/2020_zcwj/202312/t20231218_3503047.html)。

多档缴费，这些地区划分了不同水平的缴费档次，参保者可以自由选择一档缴费，不同档次的缴费水平对应的医保待遇有所差别。例如，2024年重庆市居民医保个人缴费分为两档：380元和755元<sup>①</sup>。第四种是按地区居民收入的一定比例缴费。例如，东莞市规定个人按本市上上上年度居民人均可支配收入的0.8%按年缴费<sup>②</sup>；深圳市则按本市上上上年度城镇居民月可支配收入的1.8%按月缴费<sup>③</sup>。虽然各统筹区的具体筹资办法多样，但绝大部分省份采取等额缴费办法，且与国家规定的最低缴费标准无差别或差别很小。

表3 2023年各省份居民医保个人缴费办法分类

缴费办法	实施地区
一个标准	执行全省统一标准的17个省份，执行省级标准省份中的大部分市，执行市级标准省份中的个别市
按身份或年龄差别缴费 分缴费水平的多档缴费 (自由选择)	执行省级标准省份中的部分市，执行市级标准省份中的部分市，北京，上海，天津，重庆，浙江（杭州、金华），山东（青岛、烟台、潍坊、泰安、威海），四川（成都、德阳、乐山、雅安、资阳、甘孜），西藏
按地区收入确定缴费标准	深圳、中山、东莞、金华

注：本表据各省份医保局相关政策文件及新闻报道整理，由于个别地区数据缺失或不准确，实际情况可能稍有出入。

3.政策实际覆盖群体分化，不同收入群体筹资负担轻重不一。新农合与城镇居民医保最初的目标覆盖群体分别为农业户籍居民和城镇户籍居民中的非就业群体，但随着户籍界限被打破以及就业形式的多样化，许多非正规就业者被覆盖其中。2022年全国参加职工医保的约3.62亿人，其中灵活就业者只有5272万人；参加居民医保的约9.83亿人，其中成年人达7.21亿人<sup>④</sup>。2亿多灵活就业人员<sup>⑤</sup>中参加职工医保的人数不到1/4，而在7.21亿成年居民医保参保者中有一大部分灵活就业者参加的是居民医保，因为居民医保个人缴费标准低、操作简单方便，灵活就业者更倾向于选择后者。在实际覆盖群体内部分化明显的情况下，缴纳等额医保费用带来的是不同群体筹资负担的轻重不一。从2022年各省份的筹资标准来看，大部分省份的个人缴费标准在350元左右，与国家规定的最低缴费标准相差不大。如表4所示，这一标准占全国城镇居民和农村居民低收入组家庭人均可支配收入的比重分别为2.06%和6.97%，占高收入组家庭人均可支配收入的比重分别为0.33%和0.76%。低收入群体的缴费经济负担明显更重，且高收入群体和低收入群体间的负担差距在农村地区更加明显。

<sup>①</sup>资料来源：《重庆2024年度城乡居民医保开始缴费 一档380元，二档755元》，[https://wap.cq.gov.cn/ywdt/jrcq/202310/t20231014\\_12430044.html](https://wap.cq.gov.cn/ywdt/jrcq/202310/t20231014_12430044.html)。

<sup>②</sup>参见《东莞市人民政府关于印发〈东莞市医疗保障办法〉的通知》，[https://www.dg.gov.cn/zwgk/zfxgkml/sylbzj/content/post\\_4123094.html](https://www.dg.gov.cn/zwgk/zfxgkml/sylbzj/content/post_4123094.html)。

<sup>③</sup>参见《深圳市人民政府令(第358号)深圳市医疗保障办法》，[http://hsa.sz.gov.cn/ztzl/szsylyzbzf/content/post\\_10875761.html](http://hsa.sz.gov.cn/ztzl/szsylyzbzf/content/post_10875761.html)。

<sup>④</sup>资料来源：《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art\\_7\\_10995.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art_7_10995.html)。

<sup>⑤</sup>资料来源：《目前我国灵活就业规模达2亿人》，[https://www.gov.cn/xinwen/2021-05/20/content\\_5609599.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2021-05/20/content_5609599.htm)。

表 4 2022 年个人缴费标准占全国城乡不同收入组居民人均可支配收入的比重

	低收入组	中低收入组	中等收入组	中高收入组	高收入组
城镇居民人均可支配收入（元）	16971	31180	44283	61724	107224
农村居民人均可支配收入（元）	5025	11965	17451	24646	46075
个人缴费标准占居民人均可支配收入的比重（城镇）（%）	2.06	1.12	0.79	0.57	0.33
个人缴费标准占居民人均可支配收入的比重（农村）（%）	6.97	2.93	2.01	1.42	0.76

资料来源：国家统计局网站，<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。

### 三、居民医保个人筹资政策实践的现实困境

建制初期，居民医保采取等额、定额的个人筹资方式，因操作简便、负担轻微、一目了然，在居民参保和制度扩面中确实发挥了积极的作用，但随着居民医保内部参保群体的分化和缴费标准的持续提升，这种筹资方式的不良效应日益显现，正在成为制约这一制度可持续发展的根本因素。

#### （一）违背筹资公平原则，加剧医保受益不公

公平性是医疗保障制度的价值取向和本质要求，医保制度应确保每个参保者公平、合理地承担筹资责任。等额、定额的个人缴费方式本身违背了“按能力筹资”的公平原则，同时也会放大医疗服务利用不平等所带来的医保受益差异，最终加剧医保受益不公平。

1.筹资与个人可支付能力不匹配，高低收入群体缴费负担差距不断扩大。在医疗卫生领域，“筹资公平性”可以分为纵向公平与横向公平（Culyer and Wagstaff, 1993）。横向公平指具有同等支付能力的家庭或个人贡献相同；纵向公平指支付能力越高，贡献应越高（Culyer, 2015）。不少学者认为，“依据能力筹资”这一原则将医疗服务利用与支付分离开来，避免低收入等弱势群体因无能力支付而无法就医，从而能够促进医疗资源获取的机会平等（Wagstaff and Doorslaer, 2000）。纵向公平原则也是影响收入再分配的主要因素之一。因此，学术界普遍将“依据能力筹资”作为筹资纵向公平的原则。然而，在中国居民医保等额、定额的筹资方式下，个人缴费标准却与参保人的收入完全脱钩，结果是个人收入越低缴费负担越重，反之亦然。

表 5 客观地展现了 2003—2022 年居民医保个人缴费标准占农村不同收入组人均可支配收入的比重。相关政策实施近 20 年，低收入组的缴费负担由 1.15% 升至 6.97%，增长了 5 倍，而高收入组的缴费负担一直未超过 1%，且低收入组与高收入组的负担差距总体上越来越大。这表明在现行筹资机制下，群体间的缴费负担差距随收入差距的扩大而扩大。因此，这种筹资方式使得低收入群体的负担高于高收入群体，违背了“按能力筹资”的纵向公平原则，而且，随着居民医保覆盖群体内部不断分化，这种不公平必定伴随缴费标准的提升而持续加剧，进而成为损害制度功能并危及其可持续发展的关键因素。



年份（年）	低收入组	中低收入组	中等收入组	中高收入组	高收入组	低收入组与高收入组的差距
2003	1.15	0.62	0.44	0.31	0.16	0.99
2004	0.99	0.54	0.39	0.28	0.14	0.85
2005	0.94	0.50	0.35	0.25	0.13	0.81
2006	0.85	0.45	0.32	0.22	0.12	0.73
2007	0.74	0.39	0.27	0.19	0.10	0.64
2008	1.33	0.68	0.48	0.34	0.18	1.15
2009	1.29	0.64	0.44	0.31	0.16	1.13
2010	1.60	0.83	0.57	0.40	0.21	1.39
2011	2.50	1.17	0.81	0.56	0.30	2.20
2012	2.59	1.25	0.85	0.59	0.32	2.27
2013	2.71	1.27	0.88	0.62	0.33	2.38
2014	3.25	1.36	0.95	0.67	0.38	2.87
2015	3.89	1.66	1.16	0.83	0.46	3.43
2016	4.99	1.92	1.34	0.95	0.53	4.46
2017	5.45	2.16	1.50	1.06	0.58	4.87
2018	6.00	2.59	1.76	1.22	0.65	5.35
2019	5.86	2.56	1.79	1.27	0.69	5.17
2020	5.98	2.69	1.90	1.34	0.73	5.25
2021	6.59	2.76	1.93	1.38	0.74	5.85
2022	6.97	2.93	2.01	1.42	0.76	6.21

资料来源：国家统计局网站，<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。

2. 加剧逆向调节，引发医保公平性问题。世界卫生组织在《2000年世界卫生报告》中提出，医疗卫生筹资体系应该包含风险的分散和交叉资助。公平的筹资能体现两个方面的资金流动：在同等收入下，资金由低风险者流向高风险者；在同等医疗需求（健康风险）下，资金由高收入者流向低收入者（世界卫生组织，2000）。这样既可以实现风险的分散，又可以保证低收入等弱势群体在相同医疗需求下得到同等满足。若存在违背上述两种转移方向的资金流动，则说明存在逆向调节，是不公平的。

医保资金的流动方向既与医保缴费有关，更与医疗服务利用密切相关。已有研究发现，相比低收入群体，高收入群体健康状况更好，且使用了更多的医疗服务（Morris et al., 2005；解垚，2009），医疗费用支出和医保报销额也较高（金双华等，2020）。当低收入者和高收入者处于同一个社会医疗保险体系时，由于低收入者对健康关注度低，他们对医疗服务的利用率也低；而高收入者则相反。在医保共付比例制条件下，对医疗服务利用的不平等导致低收入者从医保中获益更少，继而出现低收入者补贴高收入者的现象（Gwatkin et al., 2004；田森等，2016；周钦等，2016）。笔者在调研中也发现，越是低收入群体，特别是落后地区的农民，越是少看病甚至不看病；越是生活水平较高的群体，

越是重视健康维护。所呈现的是收入水平与医疗服务利用率存在正相关关系。由此可见，居民医保采取等额、定额的个人筹资方式，必然放大医疗服务利用不平等所带来的医保受益差异，造成低收入者补贴高收入者的逆向调节现象。此外，城乡医疗卫生资源配置失衡以及城乡居民对医疗卫生服务利用率差异等因素也导致了农村居民补贴城市居民的逆向调节现象。这显然违背医疗保障追求公平正义的初衷。

为了进一步验证上述结论，本文利用 2020 年中国家庭追踪调查数据考察居民医保制度下不同收入群体医疗服务利用、医疗保险受益和身体健康状况的差异<sup>①</sup>。表 6 展示了不同收入组中健康状况较差者所占比重，以及不同收入组中医疗费用支出占总体医疗费用支出比重和医保报销金额占总体医保报销金额比重。从医疗费用支出比重和医保报销金额占比的分布来看，低收入组与高收入组的分布差异明显。低收入组的医疗费用支出比重和医保报销金额占比分别为 12.51%和 12.14%，而高收入组这两者分别为 29.06%和 34.72%，明显高于低收入组。医疗费用支出和医保报销金额与个人医疗需求即身体健康状况密切相关。但从健康状况分布来看，健康状况较差群体中处于低收入组的占 24.75%，处于高收入组的占 15.74%。这表明，低收入群体相比高收入群体健康状况更差，但获得的医保报销较少。

表 6 居民医保制度下不同收入组身体健康状况、医疗服务利用和医疗保险受益差异 单位：%

组别	健康状况较差者所占比重	医疗费用支出占总体医疗费用支出比重	医保报销金额占总体医保报销金额比重
低收入组	24.75	12.51	12.14
中低收入组	19.99	17.79	18.02
中等收入组	20.86	18.95	17.01
中高收入组	18.66	21.69	18.11
高收入组	15.74	29.06	34.72

资料来源：2020 中国家庭追踪调查数据，<http://iss.pku.edu.cn/cfps/index.htm>。

## （二）产生“短板效应”，制度可持续性弱化

个人筹资是居民医保基金收入的重要来源。相比于可以灵活调整的财政补贴，个人筹资更具有不确定性和不稳定性。一方面，在自愿参保的原则下，个人的参保和缴费直接影响着筹资的总量；另一方面，作为医保支付的重要资金来源，个人筹资还影响着医疗保障待遇的实现，继而影响整个医保制度的可持续性。事实上，居民医保等额、定额的筹资方式弱化了制度的可持续性（李亚青，2023）。

1. 个人筹资负担加重，缴费意愿受影响。2003—2023 年，居民医保个人缴费标准由 10 元增至 380 元，增长了 30 多倍。在个人筹资负担整体加重的情形下，实行所有人等额、定额缴费，使得低收入

<sup>①</sup>本文分别以“医疗费用支出额”、“医保报销额”和“健康状况是否较差”这三项指标衡量居民医保参保者的医疗服务利用情况、医疗保险受益情况和身体健康状况。“医疗费用支出额”为问卷中“住院总费用”和“其他伤病花费”之和；“医保报销额”为“医疗费用支出”减去“医疗费用自付花费”；将问卷中对“认为自己的健康状况如何？”这一问题回答为“一般”和“不健康”的参保者定义为“健康状况较差”的参保者。

者的缴费负担更加沉重，而高收入者的负担却在相对减轻。

如图1所示,2003—2022年,医保个人缴费水平占居民人均可支配收入的比重由0.38%增至1.74%,整体呈上升趋势。而居民医保的覆盖对象中有相当一部分为无收入群体。《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,中小学生儿童和大学生约占2022年居民医保参保总人数的26.74%<sup>①</sup>。按2023年每个参保人要缴纳380元医保费用的标准,一个四口人的农村家庭就要缴纳1520元医保费,这对于低收入家庭特别是贫困边缘户来说无疑是沉重的经济负担。筹资负担的加重影响着参保者的缴费积极性。据相关媒体报道,有人大代表2021年就医保缴费提出了建议,他们认为,“多数农村家庭收入较低,连年个人缴费标准的上涨,使得一些村民缴费积极性下降,这给基层征缴工作带来了压力,其中征缴难度最大的群体主要是边缘贫困家庭并非脱贫人口”<sup>②</sup>。因此,若按照目前居民医保个人筹资标准连年增长的趋势,筹资负担将不断上升,低收入群体难以承担医疗保险费用,在自愿参保的原则下,其参保缴费意愿下降甚至退保,最终将导致筹资的不可持续。

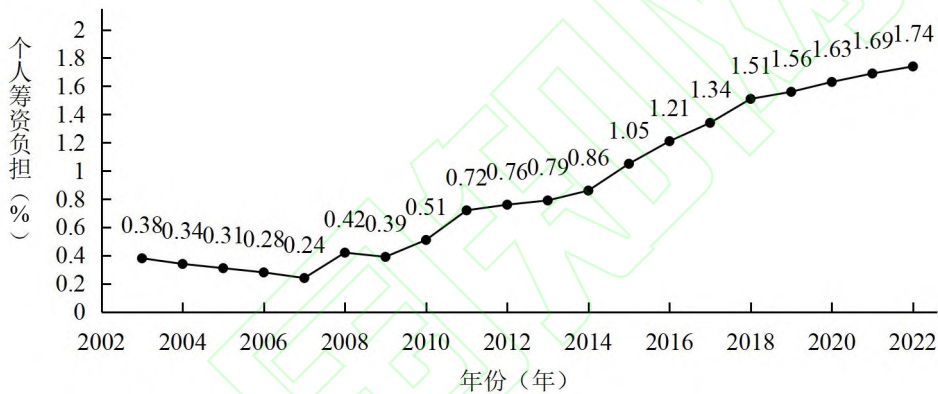


图1 居民医保个人筹资负担变化情况

注:个人筹资负担=个人缴费标准/农村居民人均可支配收入。本文的研究对象为居民医保参保者,而农民构成了参保主要群体,因此这里选取农村居民人均可支配收入来计算。

资料来源:2003—2015年个人缴费标准数据来自《中国医疗保障统计年鉴2023》(国家医疗保障局,2023:《中国医疗保障统计年鉴2023》,北京:中国统计出版社,第64页);2016—2022年个人缴费标准数据来自历年主管部门发布的政策文件(前文已说明)。2003—2013年农村居民人均纯收入数据来自《中国统计年鉴2014》(中华人民共和国国家统计局,2014:《中国统计年鉴2014》,北京:中国统计出版社,第158页);2014—2022年农村居民人均可支配收入数据来自《中国统计年鉴2016》(中华人民共和国国家统计局,2016:《中国统计年鉴2016》,北京:中国统计出版社,第174页)和《中国统计年鉴2023》(国家统计局,2023:《中国统计年鉴2023》,北京:中国统计出版社,第174页)。

2. 等额、定额缴费制限制了中高收入者承担更大责任。由于筹资有限,居民医保的保障水平明显

<sup>①</sup>资料来源:《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art\\_7\\_10995.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art_7_10995.html)。

<sup>②</sup>资料来源:《居民医保筹资难何解 | 特稿精选》, <https://weekly.caixin.com/2022-01-22/101833513.html>。

低于职工医保。重大疾病是直接影响居民正常生活的重大因素，甚至会导致患者及家庭陷入灾难性生活困境。因此，持续提升居民医保的筹资水平是促使这一制度从根本上解除全体居民疾病医疗后顾之忧的必然选择，这意味着未来还将提高筹资标准。然而，2023年，在多个地方已经出现农村居民不满甚至不参保现象，表明继续提高缴费标准必然会遇到更加强烈的不满。

与职工按工资额的2%缴纳个人医保费用相比，居民医保中个人缴纳380元医保费用显然并不高，但低收入群体已经难以承受。这个短板决定了有能力承受的中高收入者也没有承担更大责任，严重制约了筹资总体水平的提升。因此，现行个人筹资机制造成了一方面还需要持续提高个人缴费标准，另一方面又因低收入者日益不满而很难继续提升个人筹资水平的困局。

3.筹资水平低，基金收支平衡受影响。从全国居民医保基金收支情况来看（如表7所示），虽然总收入大于总支出，但基金结存率和可支付月数整体呈下降趋势。从人口结构和医疗需求来看，2013年以来，人口老龄化速度加快，而由于身体机能下降、疾病风险上升，老年人的医疗费用支出明显大于其他人群。以职工医保医疗费用支出为例（如表8所示），退休人员的医疗费用占比多年维持在60%左右，高于在职职工。此外，医疗技术的进步、居民医疗需求水平的提升也加剧了医疗卫生费用支出的增长趋势。2009年以来，中国医疗卫生总费用年均增长率达到了13%<sup>①</sup>，高于医保基金收入增速。同时，目前居民医保实际报销比例并不高，不少居民迫切期望提升居民医保待遇，《“十四五”全民医疗保障规划》亦要求稳定基本医疗保险住院待遇，稳步提高门诊待遇<sup>②</sup>。在这样的情形下，居民医保基金收支平衡压力较大。

表7 居民医保基金收支增长情况（2013—2022年）

年份（年）	基金收入（亿元）	基金支出（亿元）	基金结余（亿元）	基金结存率（%）	可支付月数（月）
2013	1187	971	216	18.2	12.2
2014	1649	1437	212	12.9	10.0
2015	2109	1781	328	15.6	10.4
2016	2811	2480	331	11.8	9.6
2017	5653	4955	698	12.4	8.6
2018	6971	6277	694	10.0	8.4
2019	8575	8191	384	4.5	7.5
2020	9115	8165	950	10.4	8.9
2021	9724	9296	428	4.4	8.7
2022	10129	9353	776	7.7	9.0

资料来源：《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art\\_7\\_10995.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art_7_10995.html)。

<sup>①</sup>该数值由《中国统计年鉴2023》中的2009—2022年卫生总费用计算得出。资料来源：国家统计局，2023：《中国统计年鉴2023》，北京：中国统计出版社，第723页。

<sup>②</sup>参见《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/9/29/art\\_37\\_6137.html?xxgkhide=1](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/9/29/art_37_6137.html?xxgkhide=1)。

表 8 职工医保退休人员医疗费用支出情况（2016—2022 年）

年份（年）	医疗保险医疗费用支出（亿元）	退休人员医疗费（亿元）	退休人员医疗费占总费用的比重（%）
2016	8764.2	5266.7	60.09
2017	9570.6	5744	60.02
2018	10494.8	6256.1	59.61
2019	11971.3	7053.7	58.92
2020	11281.1	6683.3	59.24
2021	12936.5	7461.4	57.68
2022	13898.0	7911.7	56.93

资料来源：国家医疗保障局，2023：《中国医疗保障统计年鉴 2023》，北京：中国统计出版社，第 33 页。

可见，即使在居民收入持续增长的情况下，由于现行筹资方式是按照人头缴纳等额、定额保险费用，具备支付能力的高收入阶层也不需要多缴纳医疗保险费用，从而事实上限制了医保基金收入的持续增长。如图 2 所示，2009—2022 年居民医保人均缴费标准从每年 46.51 元增至 339.17 元，总体人均筹资水平从每年 138.17 元增至 1029.89 元。相比职工医保，居民医保长期维持着较低的筹资水平和增长速度，这是等额、定额的筹资方式引发的“短板效应”，将导致筹资难以应对基金支出压力，继而影响医保制度的持续运行。

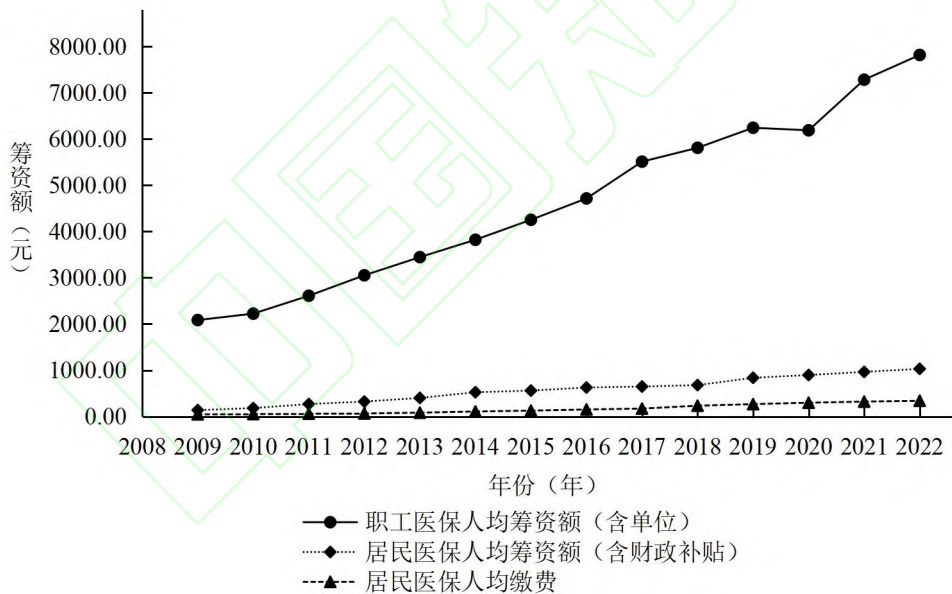


图 2 居民医保人均筹资水平增长趋势（2009—2022 年）

注：职工医保人均筹资额=职工医保基金收入/在岗职工参保人数，居民医保人均筹资额=居民医保基金收入/居民医保参保人数，居民医保人均缴费=居民医保个人缴费总额/居民医保参保人数。其中，居民医保数据中 2009—2018 年为城镇居民医保数据，2019—2022 年为城乡居民医保数据。

资料来源：国家医疗保障局，2023：《中国医疗保障统计年鉴 2023》，北京：中国统计出版社，第 13 页、第 15 页、第 20 页、第 52 页。

#### 四、居民医保个人筹资政策的改革思路与实践方案

由前文分析可知，如果不对居民医保个人筹资机制进行改革，这一制度将陷入困境而无法自拔，最终损害的不仅是参保居民的切身利益，而且将产生波及全局的医保制度危机。因此，迫切需要优化居民医保筹资机制作为深化医保改革的紧迫任务加快推进。

##### （一）改革思路：从定额缴费到比例筹资

从社会医疗保险的内在要求和采取这种制度类型的国外实践来看，“依据能力筹资”是更好的选择，即能力强者多缴费、能力弱者少缴费，具体则表现为按个人收入的一定比例筹集医疗保险基金，在此基础上，实行互助共济。因此，要摆脱居民医保个人筹资的困境、促进医保公平与可持续发展，当务之急是要改革按照人头缴纳等额、定额医疗保险费的个人筹资方式，代之以与参保人或其家庭收入挂钩的比例筹资方式，这是一条必由之路。

1.比例筹资是采取社会医疗保险模式国家个人筹资的普遍原则。表9列举了德国、法国、日本和韩国参保者的医保个人缴费方式。虽然四国具体的医疗保险制度安排有所不同，但在个人筹资方面表现出高度一致性，即均考虑了参保者的收入和资产状况，并按参保者的可支付能力计算其应缴纳的医疗保险费用。此外，四国均可以家庭为单位参保，这样就覆盖了大部分非就业群体。实践证明，这些国家因奉行与个人收入甚至资产挂钩的医保缴费制度，不存在筹资不公的问题，其医保制度也实现了可持续发展。上述国家的经验值得中国借鉴。

表9 采取社会医疗保险模式的典型国家的医保个人缴费方式

国家	筹资方式	缴费收入衡量方式
德国	按应缴费收入的一定比例缴费	强制投保人：工资收入、养老金收入、自营所得收入
法国	按年收入的一定比例缴费	根据计算所得税时考虑的职业收入计算，如公司的利润或企业家的工资
日本	按照收入、资产、所在地区的人头和户数计算	收入基准、资产基准、人头分摊、户数分摊
韩国	以投保人的收入、财产、汽车等为标准计算收入分数，将收入分数乘以每分对应的金额计算	健康保险费=保险费分数×每分金额（2023年度标准为每分208.4韩元）

资料来源：该表内容从德国、法国、日本、韩国法定医疗保险相关网站资料整理而得。

2.比例筹资能够改善筹资不公和可持续性弱化等问题。比例筹资之所以成为社会医疗保险的普遍规则，关键在于考虑了不同收入群体的缴费能力，能够确保医保基金随着个人收入增长而自动增长，进而为实现医保制度可持续发展奠定可靠的物质基础。以2022年农村居民医保缴费为例（如表10所示），若按职工医保2%的个人缴费率（农村居民人均可支配收入的2%），低收入组个人平均仅需缴纳医保费100.50元，中低收入组平均仅需缴纳239.30元，分别相当于同年规定的350元缴费标准的28.71%和68.37%，明显大幅度低于政策规定的最低缴费标准。如果执行这一标准，将大幅减轻中低收入群体的缴费负担，进而使居民医保逆向调节的现象得以化解，绝大多数农村居民将因此受益。

表 10 2%的费率下居民医保个人筹资标准和筹资负担变化

指标	低收入组	中低收入组	中等收入组	中高收入组	高收入组
筹资标准（元）	100.50	239.30	349.02	492.92	921.50
与实际最低标准的比较（元）	-249.50	-110.70	0.98	142.92	571.50
筹资负担变化（%）	-4.97	-0.93	0	0.58	1.24

注：筹资标准=2022年五等分组下农村居民人均可支配收入×2%；筹资负担变化=2%的费率下个人筹资标准与农村居民人均可支配收入的比值-实际个人筹资标准与农村居民人均可支配收入的比值。

资料来源：国家统计局网站，<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。

与此同时，在比例筹资模式下，居民医保个人筹资总体水平将提高，进而会使医保基金收入增长。如表 11 所示，若按照 2% 的费率，居民的人均缴费额和医保基金收入每年均将有明显增长。这将自动解决医保基金平衡问题。例如，2022 年居民人均缴费额将由 339.17 元提高至 402.66 元，医保基金总收入相应提升 624.39 亿元。依此推算，此后医保基金收入也将随着居民收入的增长而逐年增长。同时，还可在保持费率相对稳定的条件下，实现筹资规模随经济发展水平和工资水平不断变动（王增文，2023）。这样既能够实现居民医保筹资水平的科学动态调整，也可以为参保者提供一个稳定的缴费预期。

表 11 2%的费率下居民医保人均筹资水平和医保基金收入的变化

年份（年）	2%费率下的人均缴费额（元）	人均缴费额的变化（元）	医保基金收入增值（亿元）
2018	292.34	59.24	608.81
2019	320.41	53.33	546.59
2020	342.63	44.72	454.72
2021	378.62	57.19	576.86
2022	402.66	63.49	624.39

注：2%费率下的人均缴费额=农村居民人均可支配收入×2%；医保基金收入增值=人均缴费额增值×居民医保参保人数。

资料来源：农村居民人均可支配收入数据来自《中国统计年鉴 2023》（国家统计局，2023：《中国统计年鉴 2023》，北京：中国统计出版社，第 174 页）；居民医保参保人数数据来自《中国医疗保障统计年鉴 2023》（国家医疗保障局，2023：《中国医疗保障统计年鉴 2023》，北京：中国统计出版社，第 13 页）。

2021 年 9 月国务院办公厅印发的《“十四五”全民医疗保障规划》提出要完善居民医保筹资机制，研究建立缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的机制<sup>①</sup>。这表明主管部门已经意识到现行居民医保个人筹资机制存在着内在缺陷。2022—2023 年，多位人大代表和政协委员就居民医保筹资机制改革提出了建议，他们认为要合理确定居民医保缴费水平，完善筹资机制，国家医保局在对这些建议的回复中仍然肯定当前筹资方式和办法对居民参保与扩大覆盖面的积极作用，同时也表示将针

<sup>①</sup>参见《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/9/29/art\\_37\\_6137.html?xxgkhide=1](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/9/29/art_37_6137.html?xxgkhide=1)。

对现存问题逐步完善筹资机制<sup>①</sup>，但目前还未见到有明确的改革推进思路。

## （二）实践方案：逐步调整筹资标准确定方式，完善配套制度

1.调整筹资标准确定方式。居民医保个人筹资方式改革的目标与方向日益明确，但推进改革还需要综合考虑现实条件和各种因素，因为个人筹资方式变革的实质是重构新的居民医保个人责任分担机制。居民显性收入与隐性收入同时存在，准确核定居民个人或家庭收入状况的条件还不完全具备，分步推进居民医保筹资方式改革将是合理取向。

第一，改变现行的筹资标准确定方式，分步推进改革。针对筹资方式的改革，有人主张由统一定额缴费转向差别定额缴费，实行统一费率，以地区居民人均可支配收入为缴费基数计算保费（王超群等，2022）。这种建议易于实施，但由于采用的是地区收入均值，低收入群体缴费负担可能依然较重。不仅如此，中国存在着区域发展不平衡，如广东的珠三角地区与省内其他地区的发展差距仍然很大。如果以地区来定制，则与提高统筹层次、促进制度公平的目标相悖。较为合理的取向是分三步推进：第一步，可以依据地区居民人均可支配收入的一定比例确定缴费标准，同时为低收入群体提供倾斜性政策支持。也可以按照收入高低将参保者划分为高、中、低收入档次，设定若干缴费档次，它虽然延续了等额、定额缴费制，但也初步体现了按能力筹资并伴随收入增长而增加筹资的规则，可以视为走向目标模式的过渡模式，对低保户、经济困难人员仍然适用现行的利用医疗救助资金代为缴费的政策。第二步是在统筹区域内实行比例缴费制，如鼓励经济较为发达、收入统计与核定机制较为健全的地区，先行探索按可支配收入一定比例缴费。第三步是在全国范围内实行统一的按比例缴费制，真正使按能力筹资、互助共济得到充分体现。以时间进程而言，根据《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》要实现的基本公共服务均等化目标<sup>②</sup>，以及2020年《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出的要在2030年“全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”的时间表<sup>③</sup>，应当具有倒计时的紧迫感。在“十四五”期间启动第一步，“十五五”期间完成第二步，进入“十六五”时全面完成第三步任务，则居民医保制度将因矫正了最大制度性缺陷而步入成熟、定型发展阶段。

第二，制定合理的收入核算方法，为实现居民医保个人筹资按可支配收入一定比例缴费提供科学依据。从典型国家的筹资经验来看，参保者的收入或资产信息主要来自税务部门的税收信息和个人收入申报。基于现实中农村居民收入既有显性收入又有隐性收入的情形，需要在税收信息系统建立和完

<sup>①</sup>资料来源：《国家医疗保障局对十三届全国人大四次会议第8688号建议的答复》，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/10/26/art\\_110\\_7260.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/10/26/art_110_7260.html)。

<sup>②</sup>参见《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》，[https://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content\\_5592681.htm?eqid=838a73ce00111e8b00000002648db1bb](https://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content_5592681.htm?eqid=838a73ce00111e8b00000002648db1bb)。

<sup>③</sup>参见《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，[https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content\\_5496762.htm?eqid=b24e260f000354f1000000066492cd1b](https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5496762.htm?eqid=b24e260f000354f1000000066492cd1b)。



善的基础上，通过税务系统掌握参保者的收入信息，确定缴费基数；同时，健全居民收入监测，利用大数据等信息技术多渠道核定参保者收入信息。许多地区制定了家庭经济状况核定办法并运用大数据等信息技术进行核查。如上海市于2009年成立全国首个居民经济状况核对中心，与民政、人保、税务等14个部门和单位建立“电子比对专线”，实现了对家庭经济状况的客观评估<sup>①</sup>。因此，未来可以通过纳税人信息、收入调查、个人收入申报等多渠道获取参保者的收入信息，并明确应缴费收入和缴费率，逐步实现按收入缴费的比例筹资。

第三，与政府补贴改革联动。在改革个人筹资机制的同时，还应当改革政府补贴机制。这种改革至少包括：一是改按户籍人口补贴为按常住人口补贴，让进城务工的农民工等群体能够就地享受平等的医保福利；二是向农村居民倾斜，因为农民所从事的产业收益低，再加之城乡医疗卫生资源布局的不平衡，农村居民更加需要政府分担筹资责任。

2.完善相关配套制度。第一，明确制度覆盖范围，实施强制参保。德国、日本、法国等国家无一不实施法定医疗保险强制参保政策，从法律层面明确覆盖范围，并保证参保者收入信息的获取。中国则规定对居民实行自愿参保<sup>②</sup>。鉴于疾病导致生活困难的链条必须切断，医保制度客观上构成了走向共同富裕的基础性工程，而国家既定的目标也是全民医保，没有强制参保，不可能自动实现全民医保。因此，中国需要制定专门的医疗保障法，实行全民强制参保或自动参保（如新生儿自动参保、流动人口自动参保，均可通过补缴医保费方式实现），以此确保全体人民享受公平的法定医疗保障权益，同时明确参保者依法按比例缴费的义务。当然，还需要同步改革个人筹资机制，对于政府补贴机制，改以户籍人口为依据为以常住人口为依据，提升统筹层次到省级再建立国家级调剂基金制度，等等。

第二，完善税收制度，加强信息共享。日本采取个人所得税自行申报制度，在一定情形下，日本居民需要自行申报纳税（张耀文和张路乔，2019），国民健康保险经办机构可以根据税务部门所掌握的纳税人收入信息计算其应缴纳的医疗保险费用。韩国的法律规定，为了确定地区参保人的保险费用，如果需要，社会保险机构可以要求信用信息机构或金融机构提供参保者的金融信息。在中国，当前居民医保覆盖群体的收入不稳定、收入来源多样化，难以完全获取其个人或家庭的收入信息，国家推行个人税收申报制也只覆盖达到纳税标准的人群，相关部门之间信息交换还不充分，与第三方的信息交换和比对工作尚处于起步阶段（个人所得税改革方案及征管条件研究课题组，2017），税务部门难以有力监控税源（优化综合与分类相结合的个人所得税制研究课题组，2021），这些因素导致短期内难以实现比例筹资。因此，中国需要建立个税征管信息系统和第三方信息共享制度，加强部门间的信息互通，为核对居民医保参保者的收入状况、计算应缴保费提供一个完备的信息系统。

第三，优化医保目录与支付方式，不断提高医保保障水平。鉴于目前的居民医保还不能从根本上解除全体居民的疾病医疗后顾之忧，医保目录外的药品与医疗服务成为居民疾病的沉重负担，中国需

<sup>①</sup>资料来源：《上海正式成立全国首个居民经济状况核对中心》，[https://www.gov.cn/jrzq/2009-06/30/content\\_1353936.htm](https://www.gov.cn/jrzq/2009-06/30/content_1353936.htm)。

<sup>②</sup>参见《中华人民共和国社会保险法》，[http://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102\\_394629.htm](http://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102_394629.htm) l?eqid=b0f054eb00050088000000026434f2d2。

要继续优化并扩充医保目录，确保患者需要的合理用药得到充分满足，同时进一步完善医保支付方式，运用医保基金支付将家庭医生、基层医疗服务中心的作用真正发挥出来，以此增强医保制度的吸引力，进而增进城乡居民对改革个人筹资机制的理解与支持。

## 五、结语

中国式现代化进程在全面提速，走向共同富裕的步伐在明显加快，中国社会保障改革的核心使命必定要从渐进探索“破旧”全面转换到快速理性“立新”上来（郑功成，2021）。当前迫切需要基于目标导向，在提升对中国式现代化认识的基础上，真正创建出与之相适应的社会保障新制度文明（郑功成，2023）。居民医保因其覆盖了近四分之三的人口，是中国医保制度的主体，其成败事实上决定着整个医保制度的成败，对整个社会保障体系建设的影响重大，而医保制度的成败直接影响着人民疾病医疗与健康水平提升，以及健康中国建设的进程，进而对全体人民走向共同富裕产生重要影响。

当前居民医保遇到的困境在很大程度上是因为个人筹资方式违背了社会医疗保险制度的客观规律，其负面效应在持续发酵，如果任其发展下去，以农民为主体的低收入者必然会消极对待，中国全民医保的目标将会落空。因此，加快居民医保个人筹资机制改革势在必行。面向未来，应当坚定深化改革决心，明确居民医保个人筹资由等额、定额缴费制转向按可支配收入一定比例缴费制的目标，尽快打破现行政策的路径依赖，做好收入核定与信息共享等基础工作，重塑按能力筹资、根据需要保障的利益格局，为城乡居民提供清晰、稳定的预期，这应当是“十四五”“十五五”期间必须完成的任务。

当居民医保制度走向成熟后，再与职工医保制度加以整合，最终形成一个医保制度覆盖全民的格局，让包括亿万农民在内的全体人民真正享受同等的法定医疗保障权益。

### 参考文献

- 1.曹普，2014：《新中国农村合作医疗史》，福州：福建人民出版社，第202-203页。
- 2.范红丽、王英成、亓锐，2021：《城乡统筹医保与健康实质公平——跨越农村“健康贫困”陷阱》，《中国农村经济》第4期，第69-84页。
- 3.付晓光、耿蕊、杜本峰，2022：《居民医保个人缴费影响因素及适宜水平探讨》，《中国医疗保险》第2期，第24-27页。
- 4.个人所得税改革方案及征管条件研究课题组，2017：《个人所得税改革方案及征管条件研究》，《税务研究》第2期，第38-44页。
- 5.何文、申曙光，2021：《城乡居民医保一体化政策缓解了健康不平等吗？——来自中国地级市准自然实验的经验证据》，《中国农村观察》第3期，第67-85页。
- 6.华颖，2023a：《居民基本医疗保险：筹资政策、实践效应及其优化》，《长白学刊》第2期，第128-138页。
- 7.华颖，2023b：《中国居民医保制度：现实问题与改革出路》，《学术研究》第9期，第87-95页。
- 8.金双华、于洁、田人合，2020：《中国基本医疗保险制度促进受益公平吗？——基于中国家庭金融调查的实证分析》，《经济学（季刊）》第4期，第1291-1314页。

- 9.李昌平, 2009: 《我向总理说实话》, 西安: 陕西人民出版社, 第19-24页。
- 10.李亚青, 2023: 《中国式现代化与医疗保障体系改革》, 《社会保障评论》第3期, 第36-48页。
- 11.李珍, 2022: 《基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径》, 《暨南学报(哲学社会科学版)》第11期, 第69-79页。
- 12.李珍、张楚, 2021: 《论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革》, 《中国卫生政策研究》第7期, 第1-10页。
- 13.林万龙、刘竹君, 2021: 《变“悬崖效应”为“缓坡效应”? ——2020年后医疗保障扶贫政策的调整探讨》, 《中国农村经济》第4期, 第53-68页。
- 14.陆学艺, 2002: 《“三农论”》, 北京: 社会科学文献出版社, 第93页。
- 15.仇雨临、翟绍果, 2010: 《完善全民医保筹资机制的理性思考》, 《中国医疗保险》第5期, 第22-24页。
- 16.世界卫生组织, 2000: 《2000年世界卫生报告》, 王汝宽等译, 北京: 人民卫生出版社, 第97-98页。
- 17.田森、雷震、潘杰、曾理, 2016: 《收入差距与最优社会医疗保险制度设计——一个理论模型》, 《保险研究》第11期, 第41-52页。
- 18.王超群、史健群、李亚青, 2022: 《城乡居民医疗保险差别定额缴费对财政补助的影响——基于2019年CHFS数据的模拟》, 《财政研究》第11期, 第110-128页。
- 19.王增文, 2023: 《多层次医疗保障筹资的理论逻辑及实现路径》, 《社会保障评论》第4期, 第99-113页。
- 20.解垚, 2009: 《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》, 《经济研究》第2期, 第92-105页。
- 21.徐晓新, 2018: 《社会政策过程: 新农合中的央地互动》, 北京: 中国社会科学出版社, 第122-123页。
- 22.优化综合与分类相结合的个人所得税制研究课题组, 2021: 《我国个人所得税制优化研究》, 《公共财政研究》第4期, 第4-17页。
- 23.张耀文、张路乔, 2019: 《日本个人所得税自行纳税申报制度特色与借鉴》, 《财政科学》第6期, 第152-158页。
- 24.郑功成, 2020: 《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》, 《中国人民大学学报》第5期, 第2-14页。
- 25.郑功成, 2021: 《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》, 《社会保障评论》第1期, 第3-23页。
- 26.郑功成, 2022: 《中国医疗保障基金: 政策演进、实践评估与可持续发展》, 《江淮论坛》第5期, 第5-14页。
- 27.郑功成, 2023: 《中国式现代化与社会保障新制度文明》, 《社会保障评论》第1期, 第3-21页。
- 28.郑功成、赵明月, 2022: 《面向未来的高质量医疗保障制度建设》, 《中共中央党校(国家行政学院)学报》第6期, 第108-117页。
- 29.周钦、田森、潘杰, 2016: 《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》, 《经济研究》第6期, 第172-185页。
- 30.Culyer, A. J., and A. Wagstaff, 1993, “Need, Equity and Equality in Health and Health Care”, *Journal of Health Economics*, 12(4): 431-457.

31. Culyer, T., 2015, "Efficiency, Equity and Equality in Health and Health Care", University of York, Centre for Health Economics Working Paper 120, <https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/efficiency-equity-and-equality-in-health-and-health-care>.
32. Gwatkin, D. R., A. Bhuiya, and C. G. Victora, 2004, "Making Health Systems More Equitable", *Lancet*, 364(9441): 1273-1280.
33. Morris, S., M. Sutton, and H. Gravelle, 2005, "Inequity and Inequality in the Use of Health Care in England: An Empirical Investigation", *Social Science & Medicine*, 60(6): 1251-1266.
34. Wagstaff, A., and E. V. Doorslaer, 2000, "Equity in Health Care Finance and Delivery", in A. J. Culyer, and J. P. Newhouse (eds.) *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science Ltd, 1803-1862.

(作者单位：<sup>1</sup> 中国人民大学中国社会保障研究中心；

<sup>2</sup> 中国人民大学劳动人事学院)

(责任编辑：胡 祎)

## Individual Financing Policy of Resident Medical Insurance: Origin, Dilemma and Optimization

Zheng Gongcheng Tan Linzi

**Abstract:** The resident medical insurance is a principal institutional arrangement of China's health insurance system, where the farmers constitute the main insured group within the system and the quality of the system is directly related to the vital interests of farmers. The health insurance adopts the financing model of "financial subsidies + individual contributions". In the situation that the personal payment standard of the resident medical insurance has been rising for years, which triggers the decline of residents' payment motivation and even the phenomenon of their no longer participating in the insurance, there is an urgent need to comprehensively review the current resident medical insurance financing policy of paying the fixed or equal amount of medical insurance premiums according to the headcount and its adverse effects, and to seek for a more reasonable policy design and practice path. The practice of resident medical insurance shows that the current individual financing mechanism violates the equity principle of medical insurance financing, resulting in the increasing payment burden of low-income groups, especially farmers, It has exacerbated the regressive adjustment of the health insurance system, and also leads to the "short board effect", leading to a paradox of the coexistence of large payment pressure of some groups and low overall financing level. Therefore, it is imperative to reform the current financing standard determination method and annual adjustment method, and comprehensively consider the per capita disposable income of residents and the level of economic and social development, aiming to achieve a financing goal according to a certain proportion of individual or family income.

**Keywords:** The Resident Medical Insurance; Quota Financing; Optimized Path; Common Prosperity