



International
Labour
Organization



Funded by
the European Union
由欧洲联盟资助

► 迈向全民医疗保障 的中国经验



► 迈向全民医疗保障的中国经验

© 国际劳工组织2025年
第一次出版于2025年



知识共享署名4.0 国际许可协议 (CC BY 4.0)

本作品依照《知识共享署名4.0国际许可协议》(CC BY 4.0) 获得许可。请访问以下网址了解具体信息: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>。如许可协议所述, 使用者可以重复使用、分享(复制和再发行)和改编(二次加工、转换原作以及基于原作进行创作)作品。使用者必须清晰标注国际劳工组织为材料的来源, 并说明是否对原始内容做了改动。不允许在翻译、改编或其他衍生作品中使用国际劳工组织的会徽、名称和标志。

署名 – 使用者必须说明是否对原作做了改动, 并必须按如下方式加以引用: 迈向全民医疗保障的中国经验, 日内瓦: 国际劳工局, 2025。© 国际劳工组织。

翻译 – 如翻译本作品, 则必须在注明署名的同时添加以下免责声明: 本作品是对国际劳工组织版权作品的翻译。本翻译作品未经国际劳工组织编制、审定或认可, 因此不应被视为国际劳工组织的官方翻译作品。国际劳工组织对其内容和准确性不承担任何责任。责任完全由翻译作者自负。

改编 – 如改编本作品, 则必须在注明署名的同时添加以下免责声明: 本作品是对国际劳工组织版权作品的改编。本改编作品未经国际劳工组织编制、审定或认可, 因此不应被视为国际劳工组织的官方改编作品。国际劳工组织对其内容和准确性不承担任何责任。责任完全由改编作者自负。

第三方材料 – CC BY 4.0 许可协议不适用于本出版物中非国际劳工组织版权的材料。如果材料归属于第三方, 则材料的使用者独自负责与权利人进行版权清算, 并对任何侵权索赔独自负责。

因本许可协议而产生的任何争议如不能加以友好解决, 则必须根据《联合国国际贸易法委员会仲裁规则》提交仲裁。各当事方必须服从因此类仲裁而作出的任何仲裁裁决, 作为此类争议的最终裁决。

有关版权和许可的问题, 请发电子邮件至: rights@ilo.org。有关国际劳工组织出版物和数字产品的信息, 可访问以下网址: www.ilo.org/publns。

ISBN: 9789220420904 (印刷版本); 9789220420911 (web PDF)

另有以下语言版本: English: *China's experience in pursuing universal health coverage*,
ISBN: 9789220420881 (print); 9789220420898 (web PDF)

国际劳工组织出版物和数据库中所用名称符合联合国习惯用法, 出版物中材料的编排方式不代表国际劳工组织对任何国家、地区或领土或其当局的法律地位, 以及其边境或边界的划定表达任何意见。详细信息请访问: www.ilo.org/disclaimer。

本出版物中表达的意见和观点是作者本人的意见和观点, 不一定反映国际劳工组织的意见、观点或政策。

提及的企业、商业产品和流程的名称不意味其为国际劳工组织所认可, 而未提及的某一特定企业、商业产品或流程也并非意味着其不被认可。

中国印刷

封面照片: 北京天坛公园, 老年人在公共健身器材上锻炼, 2017年 © Shutterstock

► 目录

► 术语表	iv
► 致谢	v
► 执行摘要	vi
► 引言	vii
► 1. 中国致力健全多层次医疗保障体系	1
1.1 中国医疗保障制度框架	1
1.2 医疗保障体系建设的政策环境支持	3
1.3 基本医疗保险制度全民覆盖过程	3
► 2. 中国基本医疗保障体系设计	5
2.1 人口覆盖	5
2.2 待遇设计	6
2.3 筹资体系	6
2.4 服务提供	7
2.5 战略购买	7
2.6 部门职责	8
► 3. 中国基本医疗保障全民覆盖效果	9
3.1 人口覆盖	9
3.2 待遇情况	10
3.3 服务提供	11
3.4 战略购买	12
3.5 健康状况提升	13
► 4. 发展中的中国医保面临的问题、经验与展望	14
4.1 全民医保发展面临的主要问题	14
4.2 实现全民医保覆盖的主要经验	16
4.3 实现全民医保覆盖的政策建议	17
► 附件 1: 中国基本医疗保障相关法律法规规章政策	19
► 附件 2: 2022-2023年医疗卫生机构规模	21
► 附件 3: 2005-2023年卫生人员规模	22
► 参考文献	23

图目录

图 1 基本医疗保障体系筹资、服务和待遇框架	2
图 2 基本医疗保险制度建立发展历程示意图	4
图 3 中国基本医疗保险参保概况	10
图 4 医疗卫生资源概况	12

► 术语表

基本医疗保险参保人数：指报告期末参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险人员的合计。

职工基本医疗保险参保人数：指报告期末按国家有关规定参加基本医疗保险实施统账结合和单建统筹的在职职工人数和退休人员人数合计。

城乡居民基本医疗保险参保人数：指报告期末参加城乡居民基本医疗保险的人数，由成年人和学生儿童等参保人数构成。

基本医疗保险参保率：指参加基本医疗保险的人数与应参保人数比例，即实际参保人数除以应参保人数，再乘以100%。

企业、事业、机关：指在中华人民共和国境内依法注册、依法登记的机构类型，包括企业、事业、机关单位等。

在职退休比：指参加职工基本医疗保险的在职职工人数与退休人员人数的比例。

灵活就业人员：无雇工的个体工商户、自由职业者、失业后未终止社会保险关系等人员。

新就业形态劳动者：依托互联网平台就业的人员，主要包括网约配送员、网约车驾驶员、互联网营销师等。

目录内基金支付比例：各项基金支付之和÷目录范围内的医疗费合计×100%。

生育津贴：指报告期内参加生育保险人员按规定享受津贴的金额。包括参保女职工生育享受产假和计划生育手术休假的津贴。

按病组付费（DRG）：指将住院病人按疾病、诊断、年龄、性别等分为若干组，每组又根据疾病的轻重程度及有无合并症、并发症分为几级，对每一组不同级别制定相应的偿付费用标准，而后按照该标准对于医院进行支付的方式。

按病种分值付费（DIP）：是利用大数据优势所建立的完整管理体系，发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分类，在一定区域范围的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位，客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平与临床行为规范，可应用于医保支付、基金监管等领域。

医保电子凭证/医保码：由国家医保信息平台统一签发，基于医保基础信息库为全体参保人员生成的医保身份识别电子介质。电子凭证采用实名/实人认证技术，参保人可通过电子凭证享受各类在线医疗保障服务，包括医保业务办理、医保账户查询、医保就诊和购药支付等。

► 致谢

本技术报告由中国劳动和社会保障科学研究院副研究员曹桂撰写完成。首都医科大学国家医疗保障研究院研究员张立强给与指导。

国际劳工组织中国和蒙古局社会保障项目经理文安儒先生 (Ruben VICENTE ANDRES)、项目协调员周洁女士, 以及国际劳工组织东亚、东南亚及太平洋地区体面劳动技术支持团队社会健康保护专家玛丽埃尔·费·古尔萨特女士 (Marielle Phe GOURSAT) 为报告的撰写提供了技术支持。作者衷心感谢中国国家医疗保障局为报告的撰写提供了细致而宝贵的意见。

本报告由国际劳工组织提供技术和资金支持, 是欧盟出资的中欧“提升中国社保经办服务能力, 实现全民社会保障 (二期) ”项目下的一项重要产出。本文观点仅代表作者本人, 不代表欧盟或国际劳工组织的观点。



► 执行摘要

本技术报告的撰写由“提升中国社保经办服务能力，实现全民社会保障（二期）”项目提供技术和资金支持。医疗保障是社会保障的重要组成部分。近年来，中国在扩大全民健康覆盖面方面取得了显著成就，系统总结这些经验，有利于为世界上更多正在探索全民健康覆盖的国家提供经验借鉴，助力全球健康保障事业的发展。

本报告分为中国多层次医疗保障体系发展概况、中国基本医疗保障体系设计、中国基本医疗保障体系覆盖效果以及中国全民医保发展面临的问题、主要经验和建议四部分内容。

中国致力于建立健全多层次的医疗保障制度体系。通过出台一系列法律法规，中国基本医疗保障覆盖面实现了从城镇职工扩展到农村居民、再到城镇居民，覆盖面从小到大，保障水平从低到高的转变，最终建立了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重梯次减负的基本医疗保障制度体系，以及商业健康保险、慈善救助、医疗互助等与基本医疗保障共同构成多层次医疗保障制度体系。

基本医疗保险分为职工医保和居民医保。在**人口覆盖**方面，职工医保覆盖所有用人单位职工，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员；居民医保覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障人员外的全体城乡居民；截至2023年底，中国基本医疗保险覆盖13.34亿人，占全国总人口的94.6%。**待遇**设计方面，职工医保和居民医保均设置起付线、封顶线和目录内基金支付比例；职工和居民住院费用目录内基金支付比例分别在80%和70%左右，职工医保门诊费用的统筹基金支付比例不低于50%，普遍设置封顶线；居民医保普通门诊保障水平较职工医保低。在**筹资**方面，职工医保由用人单位和职工个人共同缴费，用人单位按照职工工资总额的6%左右缴费，职工个人按照本人工资收入的2%按月缴费，退休后不再缴纳；2023年，职工医保人均实际筹资为6182元。居民医保采取个人缴费和财政补助相结合的方式筹资，2023年，居民医保人均实际筹资1098元。**服务提供**方面，2023年医疗卫生机构数107.08万个，包括3.84万个医院，101.62万个基层医疗卫生机构以及1.21万个专业公共卫生机构；每千人口医疗卫生机构床位数、每千人口拥有执业（助理）医师数，每千人口注册护士数分别为7.23张、3.40人和4.00人。2023年，全国医保定点医疗机构52.0万家，定点零售药店48.5万家。**战略购买**方面，2023年全国基本医疗保障基金收入合计3.35万亿元，其中职工医保基金收入2.29万亿元，居民医保基金收入1.06万亿元；2024年新版国家医保药品目录共收载3159种西药和中成药。

2023年中国人均预期寿命增至78.6岁，全国孕产妇死亡率降至15.1/10万，婴儿死亡率降至4.5‰，各主要健康指标总体上已居于中高收入国家前列，实现了人类历史少有的健康飞跃。尽管中国全民医保取得较大成效，发展中的中国医保依然面临着参保未完全覆盖、参保质量有待提升、待遇公平性和保障水平有待提高、筹资机制不健全、基金统筹层次低，以及医疗费用快速增长、医保基金支出压力增加等问题。回首中国迅速实现了13亿人口的全民医保覆盖，主要得益于中国政府致力于改善公民福祉的政治意愿、不断增长的经济实力和强有力的财政支持、广泛的公众支持、因地制宜地学习国际经验以及医保信息化的快速发展。未来还需精准识别未参保人员、提升参保质量，推动建立公平统一的待遇保障机制，健全稳定、可持续的筹资机制。

► 引言

1948年, 联合国大会颁布《世界人权宣言》, 明确了人人享有社会保障的权利, 构成了当今国际社会保障体系架构的人权基础。从根本上说, 全民健康覆盖是基于人权和人的现实需求提出的重要内容。1952年国际劳工组织的《社会保障(最低标准)公约》(第102号)规定了包含基本医疗保障在内的社会保障制度的最低要求。1969年《医疗和疾病津贴公约》(第130号)及其建议书(第134号), 2000年《生育保护公约》(第183号)及其建议书(第191号)针对医疗、疾病和生育保障制定了更高的标准。2012年《社会保护底线建议书》(第202号)为第102号公约及其后通过的更高标准提供了补充, 提出弥合覆盖面差距并实现全民覆盖战略的两个维度, 即向未被覆盖人群的横向拓展覆盖面和向更高水平、更充分保障纵向拓展保障水平。国际劳工标准在社会健康保护领域确立了一系列的指导原则, 包括全民保护、集体筹资、待遇的充足性、国家的主体责任等。早在1944年《医疗服务建议书》(第69号)中, 国际劳工组织就呼吁通过社会保险、社会救助、公共医疗服务等方式为所有人提供医疗服务。2005年, 第58届世界卫生大会正式提出了全民健康覆盖的概念, 即所有人都能获得所需要的、有质量的医疗卫生服务, 而不会因利用这些服务而陷入经济困难(WHO, 2024)。千年发展目标结束后, 2015年联合国制定了2030年可持续发展目标, 全民健康覆盖被纳入《2030年可持续发展目标》, 成为实现人人享有健康生活和福祉(具体目标3.8)的重要保障, 包括人口覆盖、服务覆盖和财务保护。

中国政府虽然尚未批准第102号公约, 但始终秉持着公约的精神和原则, 把保障人民健康放在优先发展的战略位置, 在实现全民健康覆盖方面取得了积极进展和显著成效。在距离联合国2030年可持续发展目标完成还有6年之际, 本报告梳理总结中国推进全民健康覆盖的经验, 为全球卫生事业的持续发展贡献智慧和力量。

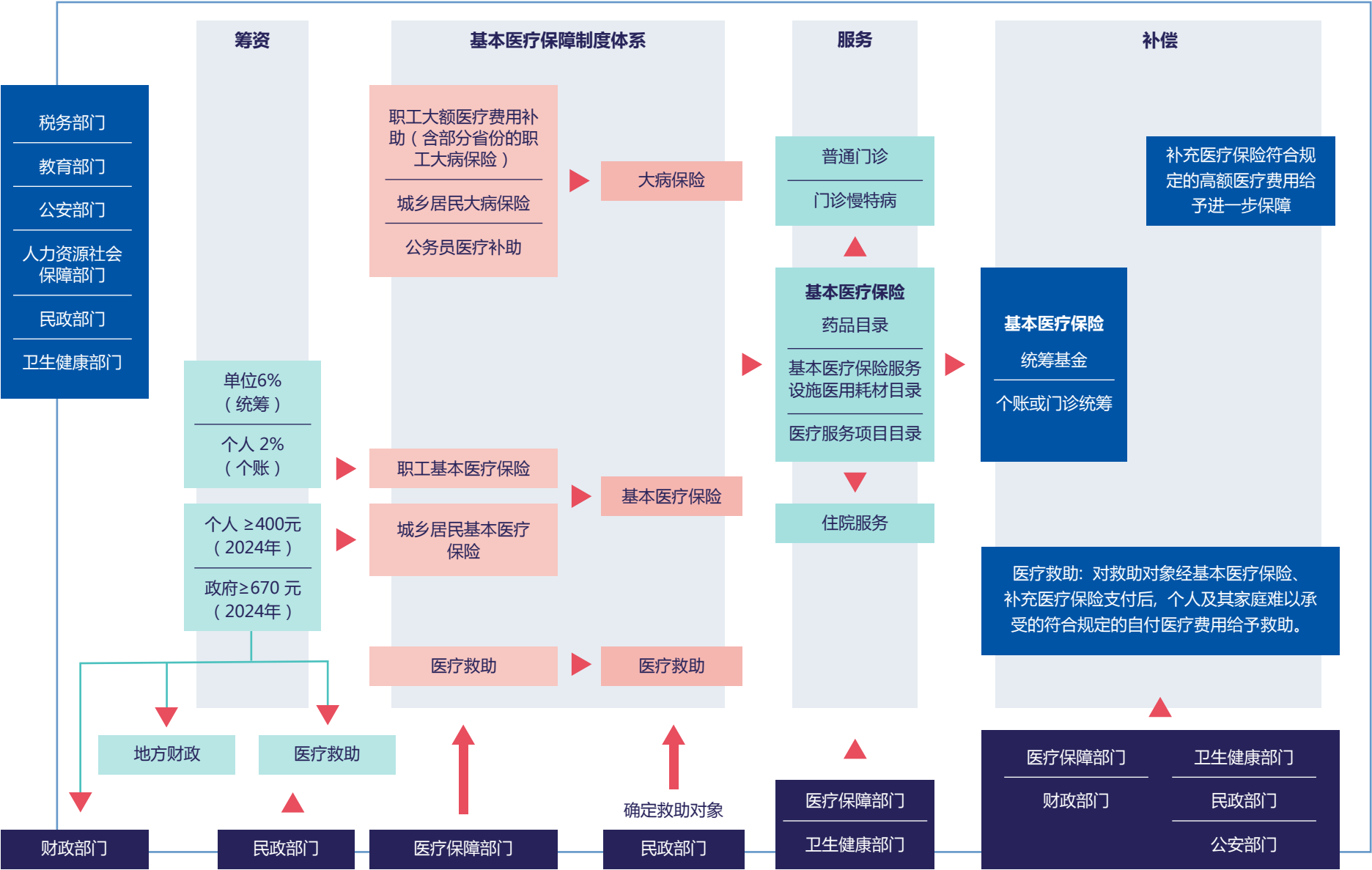


1 中国致力健全多层次医疗保障体系

1.1 中国医疗保障制度框架

实现全民健康覆盖是世界各国共同追求的目标，社会医疗保障制度是实现全民健康覆盖、不让任何人掉队的基础。依据《中华人民共和国社会保险法》《社会救助暂行办法》等国家法律法规和党中央、国务院决策部署要求，**中国建立了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重梯次减负的基本医疗保障体系**（见图1），其中基本医疗保险包括**职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）**。为满足群众多元化的健康需求，基本医疗保障制度之外还建立了商业健康保险、慈善救助、医疗互助等，与基本医疗保障共同构成多层次医疗保障制度体系。目前，中国基本医疗保障覆盖面实现了从城镇职工扩展到农村居民、再到城镇居民，覆盖面从小到大，保障水平从低到高，管理服务从有到优的转变（国新办，2024）。截至2023年底，中国基本医疗保障覆盖13.34亿人（国家医疗保障局，2024a），占全国总人口的94.6%（国家统计局，2024），建立了全世界规模最大的基本医疗保障体系。

► 图 1 基本医疗保障体系筹资、服务和待遇框架



1.2 医疗保障体系建设的政策环境支持

中国政府一直致力于建立全民医疗保障制度，出台了一系列法律法规（见附件1）。在法规制度建设方面，2010年《中华人民共和国社会保险法》（以下简称《社会保险法》）为基本医保制度的完善和发展提供了根本性法律制度保障，明确了社会保险制度的基本框架和原则，中国向实现全民医保迈出坚实一步。2020年《中华人民共和国基本医疗卫生促进法》实施，该法明确规定公民依法参加基本医疗保险的权利和义务。2021年，国家医保局起草《医疗保障法草案（征求意见稿）》，并公开征求意见，该草案作为一部纲领性的、全面的医疗保障法律，标志着中国医疗保障已正式步入法治化轨道。

在医药卫生领域，2009年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》对医药卫生体制改革的目标原则、整体架构、重点任务做了具体的规定安排，提出“建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系”，给基本医保制度的发展提供了良好的外部环境和契机。此后，中国以全球和历史上有先例的速度实现了基本医保制度的全民覆盖。

2018年5月，新一轮国家机构改革后，组建了国家医疗保障局，标志着医保改革已进入全面深化的新阶段。国家通过出台顶层设计、制定医保基金使用监管法规、改革职工医保个人账户、推进市地级统筹、开展医药集中带量采购、扩大按病组（DRG）付费和按病种分值（DIP）付费试点、建立医保待遇清单制度等一系列重大改革措施（郑功成，2021），使基本医疗保障制度开始走向成熟定型、迈向高质量发展。

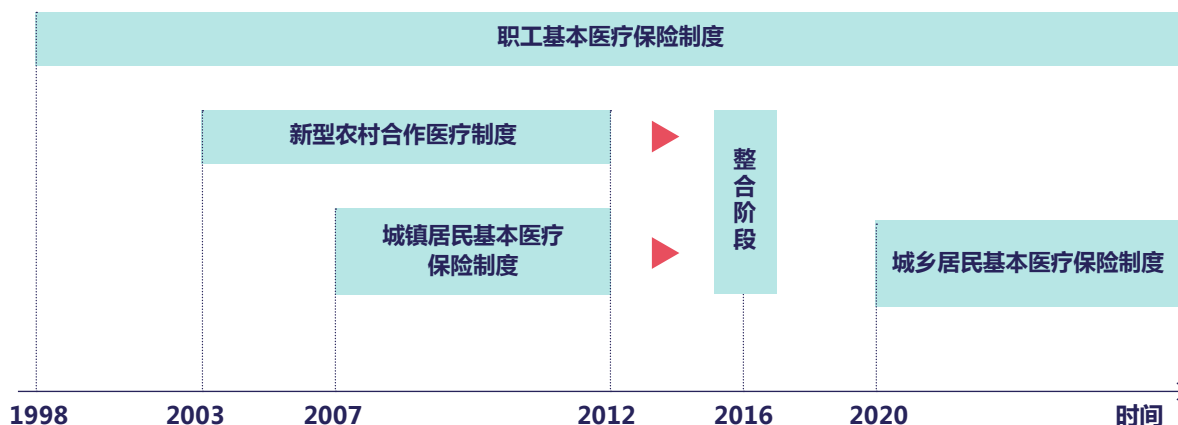
2020年3月，中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的指导意见》（以下简称《意见》），明确了中国医保制度的建制目标是建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，设定到2030年全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。《意见》的发布标志着中国医保制度改革步入了以全面建成高质量、可持续的中国特色医保制度为目标的新发展阶段（郑功成，2022）。2021年，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》进一步细化了《意见》在“十四五”期间的实施方案。2024年7月，《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》提出健全社会保障体系，健全基本养老、基本医保筹资和待遇合理调整机制……健全灵活就业人员、农民工、新就业形态人员社保制度，扩大失业、工伤、生育保险覆盖面，全面取消在就业地参保的户籍限制，完善社保关系转移接续政策……发挥各类商业保险的补充保障作用。推进基本医保省级统筹，深化医保支付方式改革，完善大病保险和医疗救助制度，加强医保基金监管等。

1.3 基本医疗保障制度全民覆盖过程

建国初期，国家在计划经济基础上建立了覆盖企业职工和覆盖国家机关事业单位工作人员的公费医疗制度。为适应社会主义市场经济体制改革，国家开始探索将免费的劳保医疗和公费医疗制度逐步向社会医疗保险制度转型（鲁全，2022）。1998年12月《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）出台，国务院正式建立起职工医保，确定了“属地”原则，2002年覆盖了中国城镇企业和机关事业单位工作人员（李珍，2022；孙淑云，2018）。

在农村地区，以农村集体经济为依托，1957年开始实行“农村合作医疗制度”。伴随农村家庭联产承包责任制改革，“农村合作医疗制度”大面积解体。2003年《关于建立新型农村合作医疗制度的决定》（国办发〔2003〕3号）提出“由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度试点”，并提出“到2010年，实现在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度（以下简称新农合）的目标”，基本医疗保险制度覆盖面由城镇职工扩展到农村居民。在城镇职工、农村居民都有了基本医疗制度保险制度的背景下，2007年，国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发〔2007〕20号），建立了覆盖城镇非从业居民的城镇居民基本医疗保险制度（以下简称城镇居民医保），缴费来源为参保家庭和政府补贴。至此，中国基本医保因地制宜地在制度上实现了从城镇职工到农民再到城镇居民的制度全覆盖过程（见图2）。

► 图 2 基本医疗保险制度建立发展历程示意图



随着制度的发展，城镇居民医保和新农合人均筹资水平逐渐趋同。为进一步促进制度的公平性，2012年各地开始探索将城镇居民医保和新农合进行制度整合。2016年1月，国务院发布《**关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见**》（国发〔2016〕3号），实现了城镇居民医保与新农合在覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理的整合，形成“城乡居民基本医疗保险”，形成了基本医保制度框架下，职工医保和居民医保两个板块分类保障的格局，增强了基本医保基金的共济能力，提高了参保群众待遇保障水平。2016年11月，国际社会保障协会将“社会保障杰出成就奖”授予中国政府，标志着中国全民医保改革发展的成就举世公认。2019年，国务院办公厅发布了《**关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见**》（国办发〔2019〕10号），实现了生育保险基金和职工医保基金合并建账及核算，进一步完善社会保障体系，确保参保人员待遇。

为提高保障水平，国家在基本医保基础上又建立了针对城乡居民的**城乡居民大病保险**、针对参保职工的**职工大额医疗费用补助**（含部分省份的职工大病保险）以及针对公务员的**公务员医疗补助**。早在2010年，为进一步提高农村居民医疗保障水平，探索减轻农民重大疾病负担的有效途径，原卫生部出台了《**关于开展提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作的意见**》（卫农卫发〔2010〕53号），优先选择几种危及儿童生命健康、医疗费用高、经积极治疗预后较好的重大疾病（如急性白血病和先天性心脏病）开展试点，提高对重大疾病的医疗保障水平。除新农合重大疾病保障制度的发展之外，2012年国家发展改革委等六部委联合出台了《**关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见**》（发改社会〔2012〕2605号），明确了城乡居民大病保险是在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。在试点基础上，2015年国务院办公厅发布《**关于全面实施城乡居民大病保险的意见**》（国办发〔2015〕57号），明确全面实施大病保险，对城乡居民因患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障，使人民群众不因疾病陷入经济困境。

在**医疗救助**方面，2003年，民政部等部委联合下发《**关于实施农村医疗救助的意见**》（民发〔2003〕158号），建立了面向农村居民的社会医疗救助制度。2005年《国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》（国办发〔2005〕10号），开始在城市开展医疗救助试点。2008年，全面实施统一的城乡医疗救助制度。2015年《**国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度 全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知**》（国办发〔2015〕30号），进一步完善了重特大疾病的医疗救助制度，减轻城乡居民的大病负担。2021年，国务院办公厅印发《**关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见**》（国办发〔2021〕42号）提出医疗救助应公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。



2

中国基本医疗保障体系设计

2.1 人口覆盖

2021年, 国家医疗保障局印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)(以下简称《待遇清单》), 明确了参保人群范围、资助参保政策等, 对基本参保政策进行了规范。职工医保覆盖所有用人单位职工、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员, 用人单位职工实施**强制参保**; 参加职工基本医疗保险的在职职工同时参加生育保险, 生育保险覆盖用人单位及其职工。居民医保覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障人员外的全体城乡居民, 公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务; 个人缴费需要在**户籍地或常住地**的集中参保期内按年度一次性缴纳。非全日制从业人员以及其他灵活就业人员并不强制参加职工医保, 可以选择参加职工医保或居民医保。2024年8月国务院办公厅发布《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》(国办发〔2024〕38号), 规定进一步放宽放开参保的户籍限制, 包括超大城市要取消对灵活就业人员、农民工、新就业形态人员参加职工医保的户籍限制, 以及中小学生、学龄前儿童可以在常住地参保等。同时规定新生儿从“落户才参保”变成新生儿凭出生医学证明参保, 通过在线申请医保码, 真正实现“落地即参保”。

大病保险方面, 参加职工医保的人员(含退休人员), 同步参加大额医疗费用补助/大病保险; 参加居民医保的人员自动获得大病保险的资格。参保人在就医看病, 特别是住院过程中, 个人花费超过了一定额度, 原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的50%, 大病保险自动启动(国新办, 2024; 国家医疗保障局, 2021)。医疗救助覆盖特困人员、低保对象、返贫致贫人口等困难群众。

2.2 待遇设计

参保人在定点医疗机构接受基本医疗服务产生的医疗服务费用主要由基本医保基金和个人支付（全国人大，2020）。即基本医保基金用于支付参保人员在基本医疗保险药品目录，基本医疗保险服务设施、医用耗材目录，医疗服务项目目录三大目录以内的普通门诊、门诊慢特病与住院费用（见图1）。职工医保和居民医保均设置起付线、封顶线和目录内基金支付比例。职工医保个人账户可用于支付定点机构门诊费用、药店购药、起付标准以下费用等。职工医保统筹基金和居民医保基金主要用于支付起付标准以上、最高支付限额以下的住院费用和门诊费用。生育保障待遇主要通过生育保险提供。职工医保参保者可享受生育津贴和生育相关医疗费用的报销待遇；居民医保参保者不享受生育津贴待遇，但可通过居民医保报销其生育相关医疗费用。**城乡居民大病保险**是附加在基本医保框架内的第二重保障，对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。职工大额医疗费用补助（含部分省份的职工大病保险）对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障（国新办，2024；国家医疗保障局，2021）。基本医保享受待遇时间和参保时间一致。职工医保叠加职工大额医疗费用补助、居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资和居民人均可支配收入的6倍左右（国家医疗保障局，2021）。

为发挥基金互助共济效能，2021年，国务院办公厅印发《**关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见**》（国办发〔2021〕14号）（以下简称《**门诊共济保障**》），明确规定职工医保用人单位缴纳的基本医保费全部计入统筹基金，并对从统筹基金划入退休人员个人账户的额度做出了统一规范，强化了职工医保个人账户家庭共济功能。2024年，全国所有省份实现职工医保个人账户省内跨统筹区共济，职工医保个人账户共济范围扩大至其参加基本医保的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母等近亲属，参保人可通过线上途径绑定近亲属关系，实现职工医保个人账户的共济。《**门诊共济保障**》明确在做好门诊慢特病医疗保障的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，提高参保人员的门诊待遇。

为满足群众**异地就医结算需求**，2018年以来，国家医保局在巩固住院费用跨省直接结算的基础上，将跨省结算服务拓展到普通门诊费用和门诊慢特病相关治疗费用。就医结算服务也从原来的覆盖统筹地区内逐步延伸到省内和跨省结算。

2.3 筹资体系

职工医保采用固定费率制，用人单位和职工个人共同缴费（见表1），用人单位按照职工工资总额的6%左右缴费，职工个人按照本人工资收入的2%按月缴费。**制度结构上**，职工医保采取**统账结合**的模式，个人缴费划入职工医保个人账户，单位缴费划入统筹基金。**缴费基数**随职工收入水平增长而增长。在职职工参加生育保险，个人不单独缴费，由企业缴纳。2023年，**职工医保**人均实际筹资分别为6182元。职工医保参保者达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定年限的，**退休后不再缴费**，按照国家规定享受基本医疗保险待遇。各地累计缴费年限不一，如山东、广东等地累计缴费年限男满30年，女满25年，浙江要求累计缴费年限20年。

► 表 1 职工医保和居民医保筹资概况

核心要件	职工医保	居民医保
筹资来源	单位缴费+个人缴费	财政补贴+个人缴费
筹资标准	单位：职工工资总额的6%左右 职工：本人工资收入的2%	定额缴费，逐年调整
统筹层次	市地级统筹，部分地区实现省级统筹	市地级统筹，部分地区实现省级统筹

来源：《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（2021）、《社会保险法》（2011）等。

居民医保采取**个人缴费和财政补助相结合**的方式筹资，以财政补助为主要筹资来源（见图1），其中财政补助包括中央财政补助和地方财政补助；中央财政按规定对地方实施分档补助，对西部、中部地区分别按照人均财政补助标准80%、60%的比例给予补助，对东部地区省、市分别按一定的比例补助（国家医疗保障局，2024b）。国家每年制定最低财政补助标准和个人缴费标准。2023年，全国财政补助居民医保基金6612.98亿元，占当年居民医保基金收入的62.45%（财政部，2024）。2023年，居民医保人均实际筹资1098元。个人缴费需要在**户籍地或常住地**的集中参保期内按年度一次性缴纳。居民医保采用**终身缴费**的方式，对断缴人员和未按时参保人员设定待遇等待期。特困人员、低保对象等医疗救助对象参加居民医保的个人缴费部分按规定享受分类资助。

在**统筹层次**方面，在同一统筹地区，职工医保与居民医保各自独立建立基金池。职工医保基本做实市地级统筹，探索实行省级统筹；居民医保已基本做实市地级统筹，稳步推进省级统筹。截至目前，中国已有17个省（区、市）推进了基本医疗保险省级统筹，其中北京、天津、上海、重庆、海南、青海、西藏（职工医保）7省（市）采取统收统支模式，山西（居民医保）、江西、四川、西藏（居民医保）、宁夏、福建（职工医保）、山东（职工医保）、辽宁、安徽、陕西、新疆兵团（职工医保）11省（区、市）采取省级调剂金模式。

城乡居民大病保险资金来源于所有居民医保参保人，普遍采用从居民基本医保基金划拨的方式。**医疗救助**资金主要来源于中央、省级和市级或县级财政拨款，专项彩票公益金和社会捐助等，绝大多数地区医疗救助的统筹层次在县级层面。每年中央财政、省级和市级或县级财政部门制定医疗救助预算，根据医疗救助资金年度预算安排情况，财政部会同国家医疗保障局分配中央财政城乡医疗救助补助资金，省级财政部门会同同级医疗保障部门将中央财政补助资金分解下达至设立基金的市级或县级及以上统筹地区的财政部门，设立基金地区的财政部门将上级财政医疗救助补助资金拨付至本级社会保障基金财政专户。对于资助参保，主要是根据相关部门提供的医疗救助对象名单，各级财政的补助款直接拨付到统筹区社会保障基金财政专户。医疗救助对特困人员进行全额补贴，对低保对象、返贫致贫人口等困难群众实行定额补贴，定额资助标准由各省级人民政府根据实际确定（国家医疗保障局，2021）。对于医疗费用救助，医疗救助对象到医院就医缴纳费用时，个人只缴纳自负费用，医疗救助的费用由医疗机构先垫付，然后由医疗机构向统筹区医疗保障部门申报，审核通过后医疗保障部门向本级财政部门请款，财政部门再拨付到医疗机构。

2.4 服务提供

基本医疗卫生服务包括**基本公共卫生服务**和**基本医疗服务**。**基本公共卫生服务**由国家免费提供（国家卫健委，2024）。县级以上人民政府通过举办专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院，或者从其他医疗卫生机构购买服务的方式提供基本公共卫生服务（全国人大，2020）。**基本医疗服务**主要由政府举办的医疗卫生机构提供，鼓励社会力量举办的医疗卫生机构提供基本医疗服务（全国人大，2020）。

2.5 战略购买

2021年，国务院办公厅发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号）和国家医保局等8部门发布《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》（医保〔2021〕31号），开始在全国开展常态化、制度化的药品高值医用耗材集中带量采购。截止2024年12月底，国家共组织开展了10批药品集采和5批高值医用耗材集采，各省以独立或者联盟的方式开展药耗集采，加快推动省牵头、全国参加的全国联采。同时，提出推动将符合条件且愿意申请的村卫生室纳入基本医保结算范围，推动集采药品进基层医疗机构，进民营医院，进零售药店，方便群众就近就便购药。在减轻群众“老药”费用负担的同时，腾出费用空间为支持新药纳入医保提供条件（国家医疗保障局，2024e）。国家医保局成立以来，已连续7轮调整国家医保药品目录，累计将835种药品新增进入国家医保药品目录，其中谈判新增530种，竞价新增38种。不断提升优化群众用药结构，同时促进医药产业提质升级。（国家医疗保障局，2024e）

2.6 部门职责

2018年5月，国家医疗保障局成立，将原先人力资源和社会保障部的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、生育保险以及正在试点的长期护理保险管理职责，原卫生部的新型农村合作医疗管理职责，民政部门的医疗救助管理职责，发展改革委的药品和医疗卫生服务价格管理职责整合在一起，由国家医疗保障局集中管理，实现了全国医疗保障事业的集中归口管理（郑功成，2020；王东进，2018）。**具体来看**，国家医疗保障局的主要职责是，拟订基本医疗保障制度的政策、规划、标准并组织实施，监督管理相关医疗保障基金、推进医保支付方式改革，组织制定医保目录和支付标准、收费和价格政策及招标采购和监督实施，负责医疗保障经办管理和信息化建设，以及参保动员和政策宣传解读等。

财政部门、公安部门、人力资源社会保障部门、教育部门、卫生健康部门、民政部门、税务部门等均承担了部分职能（见图1）。财政部门对参保人数、财政补助资金拨付等情况进行审核，对基本医保基金的收支、管理情况实施监督，审核并汇总编制基本医保基金预决算草案，及时落实各级财政补助资金，并承担社会保障战略储备基金等职能。公安部门、人力资源社会保障部门、教育部门在居住地参保、新生儿参保，以及失业保险人员、大学生参保人员信息比对等方面发挥重要作用。**民政部门等**承担医疗救助对象人群认定的责任，医疗保障部门负责动员引导社会力量依法规范参与医疗救助活动。**卫生健康部门**优化医疗资源配置，加强医疗机构行为监管，与医保部门联动，推动医疗费用增长合理有度且与经济社会发展水平、医保筹资水平和群众承受能力相适应。根据《国税地税征管体制改革方案》，2019年起，**税务部门**承担各项社会保险费统一征收和缴费服务，加强与医疗保障部门数据比对，协助做好参保动员工作。**公安部门、卫生健康部门与医保部门**还加强部门合作，联合严厉打击涉医保基金违法犯罪行为。



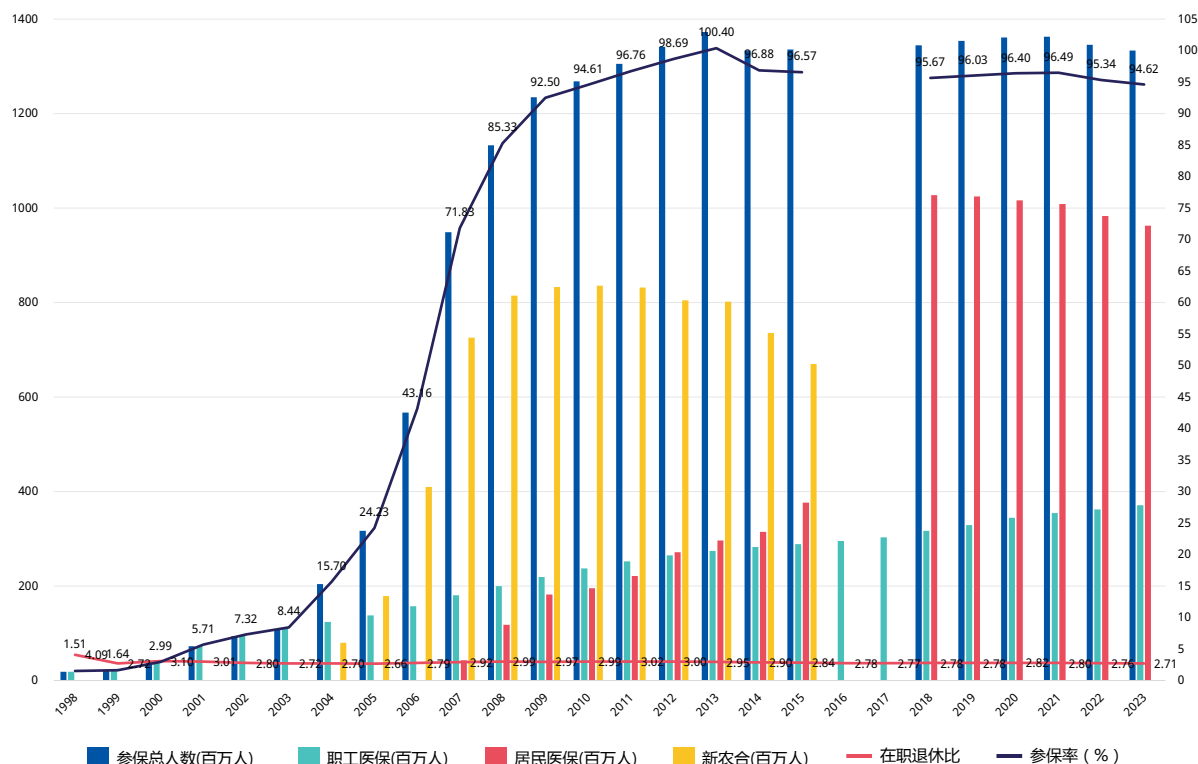
▶ 3

中国基本医疗保障全民覆盖效果

3.1 人口覆盖

1998年，中国基本医保参保人数仅为1878.7万人，参保覆盖率1.51%。随着新农合和城镇居民医保制度的建立，2007年，中国基本医保参保人数迅速增加至9.49亿人，参保率快速提高至71.83%，从参保人数和参保率变化上可以看出两项制度的建立为基本医保扩面作出了巨大贡献。2009年，新农合实现了农业人口全覆盖，城镇居民医保也在全国范围开展，参保率得到较快提升，尤其是2011年开始，参保率基本稳定在95%以上，中国以前所未有的速度实现全民健康覆盖。2013年《政府工作报告》宣布“**全民基本医保体系初步形成**，各项医疗保险参保超过13亿人”。2022年全国统一的医保信息平台全面建成，在消除重复参保现象的条件下，2023年基本医保年度参保率仍保持在94.62%。2023年，全国参加生育保险参保人数2.49亿人，长期护理保险参保人数达到1.83亿人（国家医疗保障局，2024a）。总体来看，2018年国家医疗保障局成立后，基本医保年度参保总人数稳定在13.5亿人左右，参保率稳定在95%左右（国新办，2024），**中国已基本实现基本医保全民覆盖。**

► 图 3 中国基本医疗保险参保概况



数据来源：《中国统计年鉴（2024）》《中国医疗保障统计年鉴（2024）》

注：2016年新农合和城镇居民医保合并，使得2016年和2017年部分数据尚未统计导致部分数据缺失。

3.2 待遇情况

《中国统计年鉴（2024）》数据显示，**个人现金卫生支出**占卫生总费用的比重从2003年的55.87%降低到2016年的28.78%，此后进入平台期，2023年个人现金卫生支出占卫生总费用的比重为27.33%。

3.2.1 职工医保待遇

对于**住院服务**，职工医保住院费用的年度**起付标准**原则上不高于统筹地区年职工平均工资的10%，不同级别医疗机构适当拉开差距，大病保险年度起付标准原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的50%。对于**起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用**，基本医保总体支付比例75%左右，大病保险支付比例不低于60%，不同级别医疗机构适当拉开差距。2023年职工医保住院费用目录内基金支付比例84.6%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为83.5%、87.4%、89.4%（国家医疗保障局，2024a）。**基金最高支付限额**方面，职工医保叠加职工大额医疗费用补助的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资收入的6倍左右（国家医疗保障局，2021）。

在**普通门诊统筹**方面，从**起付标准**看，年度起付线范围在0-1800元，中位数是200元，主要有定额和按医院级别设置，如北京门诊统筹年度起付线在职职工为1800元、退休人员为1300元；海南一级及以下定点医疗机构、二级定点医疗机构和三级定点医疗机构年度起付线分别为10元、50元和100元。大部分省份**门诊费用目录内基金支付比例**不低于50%。从**最高支付限额**看，北京、上海不设封顶线，大多省份会设置年度封顶线，如海南在职职工年度封顶线为1500元，退休人员为2000元；宁夏在职职工年度封顶线为4000元，退休人员为4500元（朱铭来，2024）。

3.2.2 居民医保待遇

对于**住院服务**，居民医保**起付线**通常不高于居民可支配收入的一定比例（如山东3%、浙江5%、吉林10%）、居民次均住院费用的百分比（如湖北10%）或根据不同等级医疗机构及住院次数确定固定的起付标准，如海南一级及下定点医疗机构300元/年，二级定点医疗机构600元/年，三级定点医疗机构800元/年；大病保险起付标准原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的50%。低保对象、特困人员原则上全面取消救助门槛。对于**起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用**，基本医保支付70%左右，不同级别医疗机构适当拉开差距。2023年居民医保住院费用目录内基金支付比例68.1%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为63.2%、72.4%、80.8%（国家医疗保障局，2024a）。医疗救助对低保对象、特困人员可按不低于70%比例给予救助。居民医保患者住院费用目录内基金支付比例与实际报销比例均低于职工医保。居民医保叠加大病保险的**最高支付限额**原则上达到当地居民人均可支配收入的6倍左右。

在**普通门诊统筹**方面，普通门诊一般不设置年度起付线或设置较低起付线，单设较低的年度封顶线。如北京市一级及以下医疗机构年度起付线是100元，目录内基金支付比例是55%；二级及以上医疗机构年度起付线是550元，目录内基金支付比例50%；年度门诊封顶线5000元。云南省政策范围内普通门诊费用，二级以下定点医疗机构门诊统筹支付比例不低于50%，二级及二级以上定点医疗机构不低于25%，年度最高支付限额不低于400元。**门诊慢特病方面**，把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销。

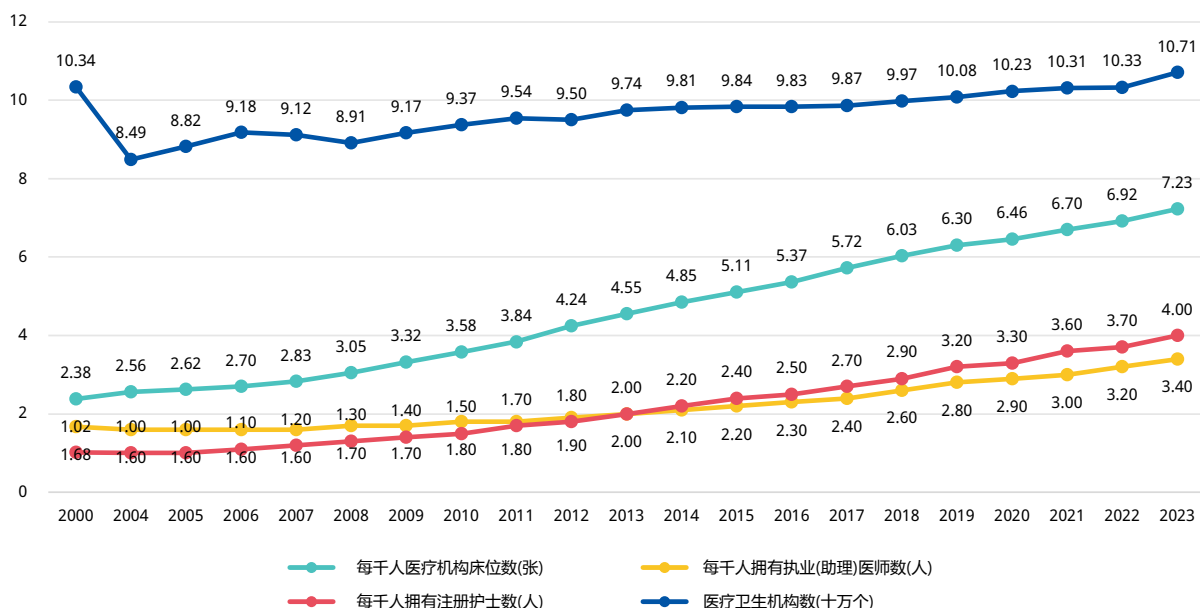
2015年**全面建立城乡居民大病保险**后，居民医保参保人在基本医保报销后对于符合条件的高额医疗费用可以获得大病保险的报销，2023年政策范围内报销比例可在基本医保的基础上提高15个百分点以上。

2023年，全国医疗救助支出746亿元，医疗救助基金资助8020万人参加基本医保，实施门诊和住院救助15340万人次，全国次均住院救助、门诊救助分别为1241元、132元；中央财政安排医疗救助补助资金297亿元；各项医保综合帮扶政策惠及农村低收入人口就医1.86亿人次，减轻农村低收入人口医疗费用负担1883.5亿元（国家医疗保障局，2024a）。

3.3 服务提供

2000年至2023年，中国医疗卫生机构数、每千人口医疗机构床位数、每千人口拥有执业（助理）医师数和每千人口注册护士数等医疗资源增势明显。2000年以来，医疗卫生机构数从2000年的103.42万个增长到2023年的107.08万个，包括3.84万个医院，101.62万个基层医疗卫生机构以及1.21万个专业公共卫生机构（见附件2）；分不同等级医疗机构看，三级医院3855个（其中，三级甲等医院1795个），二级医院1.19万个，一级医院1.33万个，未定级医院9302个。每千人口医疗卫生机构床位数从2000年的2.38张增加至2023年的7.23张；每千人口拥有执业（助理）医师数从2000年的1.02人增加至2023年的3.40人，每千人口注册护士数从2000年的1.08人增加至2023年的4.00人。与此同时，全国医保定点医疗机构和定点零售药店分别从2018年的19.3万家、34.1万家增加到2023年的52.0万家和48.5万家。更多的定点医疗机构和零售药店提升了医疗服务的可及性，给群众就医购药带来了极大便利。

► 图 4 医疗卫生资源概况



数据来源：《中国统计年鉴（2024）》

基本医保制度降低了老百姓的医疗费用负担，同时使得医疗服务利用率快速上升。医疗卫生机构诊疗人次和入院人数分别从2002年的21.45亿人次和5991万人次稳步增长到2023年的95.5亿人次和3.02亿人次，分别增长了4.5倍和5倍。2023年职工参保人员待遇享受人次达25.3亿人次，比上年增长20.45%。其中，普通门急诊21.8亿人次，门诊慢特病2.7亿人次，住院0.8亿人次，享受药店购药23亿人次。参加居民医保人员享受待遇26.1亿人次，比上年增长21.1%。其中，普通门急诊20.8亿人次，门诊慢特病3.4亿人次，住院2亿人次（国家医疗保障局，2024a）。职工医保和居民医保参保患者住院率也快速上升，职工医保参保人群住院率由2012年的13.5%上升至2023年的21.86%，居民医保参保人群住院率由2012年的12.33%增长至2023年的25.34%。

2023年，跨省联网定点医药机构达到55.04万家，全年住院、普通门诊、门诊慢特病跨省直接结算人次分别达到1125.48万人次，8598.73万人次，331.00万人次。跨省直接结算门诊慢特病从5种增加到10种（国新办，2024）；建立了高血压、糖尿病门诊用药保障机制。

生育保险方面，2023年起，进一步规范统一生育保险待遇享受统计口径，将产前检查、计划生育人次纳入生育保险待遇统计，享受各项生育保险待遇2834万人次，比上年增加1065万人次，比上年增长60.2%。2023年，49个试点城市享受长期护理保险待遇人数共134.29万人，长期护理保险定点服务机构8080家，护理服务人员30.28万人（国家医疗保障局，2024a）。

3.4 战略购买

国家医疗保障局成立以后，此前分散在不同部门的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和医疗救助资金集中由医疗保障局统一管理，增强统筹基金共济能力。近年来，基金收入持续增长，2023年全国基本医疗保险基金收入合计3.35万亿元，其中职工医保基金收入2.29万亿元，居民医保基金收入1.06万亿元；此外，2023年长期护理保险基金收入243.63亿元。2023年全国基本医疗保险（含生育保险）基金总支出2.82万亿元（其中生育保险基金支出1177.23亿元），统筹基金当期结存5040.32亿元，累计结存3.40万亿元；长期护理保险基金支出118.56亿元（国家医疗保障局，2024a）。

国家医疗保障局成立以来，积极推进医药招采制度改革、启动医保药品目录国家谈判，实现医保战略性购买。国家医保药品目录坚持每年调整一次，新版目录一般于次年初开始实施。基本医疗保险药品目录收录西药和中成药数量从2016年的2196种增加至2024年的3159种（国家医疗保障局，2024d；国新办，2024），覆盖公立医疗机构用药金额90%以上的品种（国新办，2024）。目录内药品的质量也显著提升，特别是在肿瘤、罕见病、高血压、糖尿病等疾病的治疗领域，很多新机制、新靶点的药物被纳入（人民日报，2024）。医保目录准入谈判已成为高值创新药品准入医保的重要途径，对于提高患者用药的可支付性具有重要意义。同时，医学检查、彩超、CT、核磁共振等高新设备，无痛手术、微创手术等诊疗技术纳入医保报销范围（国新办，2024）。与此同时，落实积极生育支持措施，目前31个省份和新疆生产建设兵团将试管婴儿等辅助生殖技术项目纳入医保支付范围。药品和高值医用耗材集采，有效挤出了药品和高值医用耗材虚高价格水分，提高了药耗的可及性（人民日报，2024）。

中国用占GDP 2%左右的基本医保筹资水平构成医疗卫生总费用四成左右的集团购买力量，解决了全世界约六分之一人口的基本看病就医问题，为政府集中力量引导医疗资源合理配置、规范医患双方诊疗行为提供了经济支撑，也充分展现了一个发展中大国的治理水平。

3.5 健康状况提升

医疗保险制度的建立对中国城市和农村地区人群健康状况的提升做出了巨大贡献。中国统计年鉴数据显示，中国人均预期寿命从2000年的71.40岁增长到2023年的78.6岁；其中，男性平均期望寿命从2000年的69.63岁增长到2020年的75.37岁，女性从2000年的73.33岁增长到2020年的80.88岁；人均预期寿命的大幅增长集中体现了中国人民健康水平的提升。新中国成立前，全国孕产妇死亡率高达1500/10万，婴儿死亡率高达200‰；2023年中国卫生健康事业发展统计公报数据显示，全国孕产妇死亡率降至15.1/10万，婴儿死亡率降至4.5‰。城市和农村孕产妇死亡率、5岁以下儿童死亡率以及新生儿死亡率均呈现明显的数量级下降，尤其是农村相关健康状况改善趋势明显。各主要健康指标总体上已居于中高收入国家前列，实现了人类历史少有的健康飞跃。



▶ 4

发展中的中国医保面临的问题、经验与展望

4.1 全民医保发展面临的主要问题

4.1.1 参保未完全覆盖, 参保质量有待提升

自2011年以来, 中国基本医疗保险参保率一直维持在95%左右, 中国已基本实现全民医疗保险覆盖。人口覆盖率大幅增加后, 覆盖率进展缓慢, 5%左右的未参保人口成为中国真正实现全民医保的“最后一公里”。中国基本医保参保结构依然呈现明显的“二元结构”, 城镇居民和农村居民参加的居民医保人口为主(占70%以上, 约为职工医保参保人数的近3倍), 整体参保质量有待提升。

对于**职工医保**, 随着新型城镇化深入推进, 人口在城乡之间、区域之间频繁流动, 互联网+和数字经济的繁荣, 新就业形态不断增加。2023年参保人数3.71亿人(在职2.71亿人)(国家医疗保障局, 2024a), 而同期城镇就业人员约4.70亿人(国家统计局, 2023), 这意味着仍有约2亿城镇就业人员未参加职工基本医保。政策赋予了无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参保的权利, 但并未强制参保; 同时, 由于雇主责任不明、流动性强、收入水平普遍较低且不稳定, 个人需承担个人和单位的双重缴费负担, 降低了其参加职工医保的意愿, 大量本应参加职工医保的就业人员没有参保或参加了居民医保。同时, 由于人口老龄化程度不断加深、出生率下降等原因, 在职和退休人员之比由1998年的4.09下降为2023年的2.71, 呈现明显的下降趋势。

虽然一直以来财政对覆盖参保总人数70%以上的**居民医保**发挥了重大支撑作用，但在医疗费用持续增长的大背景下，为确保参保人医保待遇支出，近年来个人缴费标准随之合理调增。而在自愿参保下，一些身体健康者、进城务工人员选择不参保或不续保（仇雨临，2020），参保扩面压力较大，给制度可持续性带来不确定。与此同时，虽然全国纳入监测范围农村低收入人口参保率稳定在99%以上（国家医疗保障局，2024a），一部分群众纳入其他制度保障，仍有较个别群众往往存在侥幸心理等原因，经反复动员仍不愿参保。

4.1.2 待遇公平性和保障水平有待提高

中国基本医疗保障制度采用职工医保和居民医保二元制的制度方式，虽然执行了统一的医保目录和定点管理政策，职工医保和居民医保的筹资机制、筹资水平和待遇水平差距明显。同时，由于采取分级决策、分级管理的体制，统筹地区在医保决策方面具有较大的自主权，地区之间医保制度、政策呈现较大差异。各地较多地依靠本统筹区财政能力与医保资金筹集情况来提供医保待遇，地区经济发展水平越好，医保待遇越好。制度“碎片化”和统筹层次低导致不同制度以及同一保险制度在不同地区的待遇水平也存在着较大的差异，直接影响人群间的公平性。

近年来职工和居民医保住院费用目录内统筹基金支付比例分别稳定在80%和70%左右，职工医保门诊费用的统筹基金支付比例不低于50%，普遍设置封顶线。居民医保普通门诊保障水平较职工医保更低。当面临重特大疾病时，封顶线以上以及目录外费用依然会给家庭造成沉重经济负担。

4.1.3 筹资机制不健全，基金统筹层次低

现行基本医保制度依然存在筹资责任不健全等问题，制度公平可持续运行存在风险。对于**职工医保**，门诊共济改革虽然缩小了个人账户规模，但个人账户依然占据筹资总额四分之一左右，一定程度上影响了基金的共济能力。退休人员及其原单位不再缴费和劳动年龄人口净减少（人社部，2021），导致职工医保缴费人群相对缩小、享受待遇人群持续扩大，给职工医保的筹资造成巨大挑战。对于**居民医保**，定额缴费征收方便，但造成高收入者与低收入者筹资责任的不公平，并导致缺乏稳定合理的筹资增长机制，制约筹资水平提升。同时，近年来居民医保财政补助与个人缴费标准之比逐年下降，个人缴费占比逐年提高，一定程度上影响了居民医保筹资可持续性。**总体来看**，职工医保和居民医保分别建立资金池，普遍采用市地级统筹的模式，“基金池子”规模小，使得基本医保风险分担作用受限。由于财政体制原因，绝大多数地区医疗救助的统筹层次在县级层面，使得地区之间的医疗救助保障水平差距大。

4.1.4 医疗费用快速增长，医保基金支出压力增加

2020年中国第七次人口普查数据显示，中国60岁及以上人口超过2.6亿人，占总人口的18.70%，65岁及以上人口为19064万人，占总人口的13.50%。对比2010年中国第六次人口普查结果，60岁及以上人口比重上升了5.44个百分点，65岁及以上人口上升了4.63个百分点，上升幅度分别提高了2.51和2.72个百分点（国家统计局，2021），中国老龄化进程逐步加快。老龄化的加剧给医保基金带来双重风险：在筹资端，在职退休比不断降低，缴费人数占比随之下降；在支出端，慢性非传染性疾病可以通过手术或药物治疗得到一定的治疗、控制，使原来被压缩的医疗需求得到释放，如占职工基本医保参保人约1/4的退休人员产生的医疗总费用约占医疗总费用近60%，是在职人员的4倍多；占住院总费用和门诊慢特病费用的比例均超过60%；这种“剪刀差”给医保筹资运行的可持续性带来巨大压力（张立强，2023）。

随着经济社会发展，新药、新材料、新技术、新设备快速增加和应用，罕见病药物、细胞治疗、基因治疗等的推出和普及，使得更多疾病的治疗从之前的“无药可医”转向“可医可控”（习近平，2022）。“互联网+”医疗、远程医疗等模式创新，使得就医购药更加便捷。将新技术、新药等纳入基本医保后，更多人享受技术进步成果，促进

医疗需求进一步释放。同时，城乡医疗资源分布差距导致参保患者涌向三级医院就医，使得医疗费用支出持续攀升，医保基金的收支压力日益加大。

4.2 实现全民医保覆盖的主要经验

中国基本医保低水平起步，迅速实现了13亿人口的全民医保覆盖，这主要得益于中国政府致力于改善公民福祉的政治意愿、不断增长的经济实力和强有力的财政支持、广泛的公众支持以及因地制宜学习国际经验。

4.2.1 改善公民福祉的政治意愿

中国尚未批准国际劳工组织第102号公约，但中国政府致力于将第102号公约精神逐步贯彻到社会保障法规和政策中，按照国际标准持续丰富、规范和完善中国社会保障制度。同时，中国政府积极支持在全球、区域和国家层面推动落实2030年可持续发展议程卫生相关目标，努力确保“不让任何人掉队”的全民健康覆盖，并愿意积极贡献中国力量。

2009年中国政府投入8500亿元人民币进行新一轮医药卫生体制改革，首次提出“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度”的新医改总体目标，明确到2011年基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民。2010年通过《社会保险法》确立了中国医疗保险制度的框架。特别是2012年党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置，制定《“健康中国2030”规划纲要》，将建设“健康中国”上升为国家战略，确定了“共建共享、全民健康”的战略主题，迈入全面建成中国特色医疗保障体系的新阶段。2018年成立国家医疗保障局，为中国医疗保障制度改革全面迈向成熟、定型提供了组织基础，不断引领卫生健康事业实现全方位进步、取得历史性成就。

4.2.2 经济社会发展和强有力的财政支持

改革开放后，中国转变为以经济建设为中心，强调效率优先、兼顾公平，中国经济总量和人均水平大幅跃升。2023年，国内生产总值达126.06万亿元，经济总量占世界的比重升至17%左右，稳居世界第二大经济体；2019年，中国人均GDP达到70078元，首次突破1万美元；2023年中国人均GDP达89358元（12681美元），已经成为中等偏上收入国家（中国政府网，2024；求是网，2024）；2020年中国消除了绝对贫困。蓬勃发展的中国经济为全民健康覆盖的增长创造了空间。卫生总费用占GDP比重从2000年的4.6%上升到2023年的7.2%（国家医疗保障局，2024c），居民医保人均财政补助标准由2003年的20元提高到2024年的670元，国家财政补贴占居民医保基金的2/3，政府财政支持对于全民医保的扩面发挥了较大作用。同时，政府财政在补需方的同时补供方，促使医疗保障制度与医疗服务体系之间形成了良性循环。

4.2.3 坚持国际视野与本土智慧相结合

在确定建立社会保险模式后，面对基本医疗保险制度发展过程中筹资、保障内容和保障水平以及城乡差距等挑战，中国仍在不断学习国际经验，推动建立省级统筹或省级调剂金制度，加快建立门诊统筹保障机制，推动DRG支付方式改革等，不断调整、健全和完善多层次医疗保障体系。在学习国际经验的同时，推行各项医保改革的过程中采取试点先行、由点到面的渐进式改革，坚持基本医保低水平起步和保基本的原则，始终因地制宜地与社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，逐步提高待遇水平，赢得了广泛的公众支持。与此同时，基本医疗保险制度建立后，不断利用信息化带来的技术红利推动改革，降低医疗保险管理成本，使得全民参保登记、统一结算、基金监管等更加高效、快捷。

4.2.4 医保标准化信息化快速发展

2018年，国家医疗保障局成立，将医保标准化信息化建设当成推进医保治理现代化的重要抓手。2022年3月，全国“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医保信息平台已全面建成，医保信息化标准化取得里程碑式突破，为医保决策、医保精细化治理，以及精准、优质、高效地为人民群众提供医保服务，提供了坚实的技术支撑。

全国统一的医保信息平台，为百姓提供参保缴费、信息查询、待遇申请、业务经办等多种实用功能服务；此外还提供医保码、移动支付、电子处方流转、异地就医和转移接续等多项实用功能，为百姓提供便捷、优质的线上医保服务。截至2024年9月底，全国社保卡持卡人数达13.86亿人，覆盖98.3%的人口，其中领用电子社保卡10.34亿人，覆盖73.4%人口。与此同时，累计已经有11.7亿人激活了医保码，医保服务迈入了“码时代”。群众可以不用携带实体卡，利用手机或者其他电子设备激活医保码就可以就医看病报销（国新办，2024）。

4.3 实现全民医保覆盖的政策建议

4.3.1 精准识别未参保人员，提升参保质量

参保是确保群众获得基本医疗保障的前提条件，借助全国统一的医疗保障信息平台建设以及医保码，规范参保基础信息采集，实时核对参保人参保情况；同时，加强医疗保障部门与公安部门、人力资源社会保障部门、教育部门、民政部门间信息比对和共享，摸清应参保人群底数，精准识别未参保人群，调查分析应参保人群未参保的原因，有针对性地推进参保扩面工作，减少不必要的重复参保。对于**职工医保**，应重点聚焦灵活就业人员、新业态从业人员等人群，加强参保服务，落实以“属地参保”向“居住地参保”的政策，借助税务部门税收体制和统一征缴基本医疗保险费用的机制，并利用信息技术手段有效识别参保人及其收入，提升上述人员参加职工医保的比例，减轻财政负担。对于**居民医保**，做好参保宣传，强化参保缴费意识，推动将定额缴费调整为按费率缴费。此外，借助职工医保个人账户家庭共济政策，推动职工医保个人账户资金用于家庭成员参加居民医保、支付医疗费用。提升参保质量，引导更多的灵活就业等新就业形态人员参加职工医保，减少参加居民医保人数，逐步提高职工医保参保人数占比，持续优化参保结构。在财政补贴总额大体不变时，因参加居民医保人数减少，则居民人均筹资水平将会得到较快提升，从而减少两项制度间筹资待遇差距。

4.3.2 推动建立公平统一的待遇保障机制

在**落实制度**方面，严格执行全国统一的基本医疗保障待遇清单，严格医保决策权限，推进医保制度法治化、规范化、标准化，进而推进基本医保体系走向公平统一。在**地区平衡**方面，在全面做实基本医保市地级统筹基础上，推动实现省级统筹，探索省级调剂金制度，推动实现医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提升基本医保基金和医疗救助资金互助共济和抗风险能力，均衡省域范围内不同地市之间的待遇差距，建立更加公平的全民医保制度。在**解决总体待遇水平过低、减少个人负担**方面，一方面需要进一步发挥医疗服务定价、医保支付机制等对规范诊疗秩序、合理选择医疗服务、引导分级诊疗的杠杆作用，发挥医保基金战略购买作用，提高医保资金效益和效能；另一方面，在稳定住院待遇的同时，重点推进建立健全门诊统筹保障机制，有效提高参保人普通门诊保障水平，减轻个人就医负担；为减少个人医疗费用支出占比，还需适当提高政府和社会医疗费用投入。此外，重点关注孕产妇等特殊人群，提高产检和生育相关医疗费用的报销比例，对经基本医保、大病保险报销后仍个人负担较重的夫妻双方未就业的孕产妇，按规定由医疗救助制度及时给予救助。

4.3.3 健全稳定、可持续的筹资机制

探索与社会经济发展水平、居民可支配收入、家庭承受能力挂钩的动态筹资机制，合理确定费率，建立稳定的基本医疗保险筹资增长机制。对于**职工医保**，拓宽应对人口老龄化的多渠道筹资机制。对于**居民医保**，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费责任，推动政府与个人筹资责任的合理分担；可从探索实行差异化分档缴费起步，随着个人收入核算体系的完善，逐步实现按收入的一定比例缴费。同时，**扩大筹资来源**，进一步促进多层次医疗保障体系中商业健康保险、社会慈善捐赠等三次分配政策制度，可提高酒精、烟草和含糖饮料等有害健康产品征税或提税，用以补充基本医保资金，通过改善健康状况以减少基本医保基金支出。

► 附件 1: 中国基本医疗保障相关法律法规规章政策

法律/政策文件名称	发布部门	发布年份	对改革的主要影响
中华人民共和国社会保险法	全国人大常委会	2010年	为基本医保提供了根本性法律制度保障
中华人民共和国基本医疗卫生促进法	全国人大常委会	2020年	明确公民医疗卫生相关的权利和义务
医疗保障法草案(征求意见稿)	国家医保局	2021年	纲领性的、全面的医疗保障法律(待通过生效)
国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定	国务院	1998年	建立职工基本医疗保险制度
关于建立新型农村合作医疗制度的决定	国务院办公厅	2003年	建立新型农村合作医疗制度
关于实施农村医疗救助的意见	民政部等	2003年	建立农村医疗救助
国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见的通知	国务院办公厅	2005年	建立城市医疗救助
关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见	国务院办公厅	2007年	建立城镇居民基本医疗保障制度
关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见	原发改委等六部委	2012年	建立大病保险制度
国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知	国务院办公厅	2015年	完善医疗救助制度
国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见	国务院办公厅	2015年	全面实施城乡居民大病保险制度
关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见	国务院	2016年	农村和城镇居民合并为城乡居民基本医保
关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围实施意见	国家医保局等9部委	2019年	扩大药品服务范围, 降低药品价格
关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见	国务院办公厅	2019年	生育保险与职工医保合并实施
关于按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知	国家医保局等4部委	2019年	启动DRG付费试点

法律/政策文件名称	发布部门	发布年份	对改革的主要影响
关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知	国家医保局办公室	2020年	启动DIP付费试点
关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见	国务院办公厅	2021年	全国常态化制度化开展药品集采
关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见	国家医保局等8部门	2021年	全国开展耗材集采
医疗保障基金使用监督管理条例	国务院办公厅	2021年	医保领域首部行政法规
关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见	国务院办公厅	2021年	完善大病保险和医疗救助
关于建立医疗保障待遇清单制度的意见	国家医保局、财政部	2021年	确立医疗保障制度的基本制度、基本政策等
关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见	国务院办公厅	2021年	建立门诊待遇保障, 补齐门诊待遇短板, 发挥基金互助效能
关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知	国家医保局、财政部	2022年	跨省异地就医可直接结算
关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见	国务院办公厅	2024年	优化参保结构, 提高参保质量
关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知	国家医保局办公室 会同财政部办公厅	2024年	扩大跨省直接结算门诊慢特病病种覆盖范围, 提升管理服务效能

► 附件 2: 2022-2023年医疗卫生机构规模

机构类别		2022年	2023年
总计		1,0329,18	1,070,785
医院		36,976	38,355
	公立医院	11,746	11,772
	民营医院	25,230	26,583
	三级医院	3,523	3,855
	二级医院	11,145	11,946
	一级医院	12,815	13,252
	未定级医院	9,493	9,302
基层医疗卫生机构		979,768	1,016,238
	社区卫生服务中心	10,353	10,070
	社区卫生服务站	26,095	27,107
	乡镇卫生院	33,917	33,753
	村卫生室	587,749	581,964
	诊所（医务室、护理站）	282,386	318,938
专业公共卫生机构		12,436	12,121
	疾病预防控制中心	3,386	3,426
	专科疾病防治机构	856	823
	妇幼保健机构	3,031	3,063
	卫生监督所（中心）	2,944	2,791
	计划生育技术服务机构	787	473
其他机构		3,738	4,071

数据来源：《2023 年我国卫生健康事业发展统计公报》

► 附件 3: 2005-2023年卫生人员规模

年份	每千人口卫生技术人员（人）	每千人口执业（助理）医师（人）	每千人口注册护士（人）
2005	3.5	1.56	1.03
2006	3.6	1.6	1.09
2007	3.72	1.61	1.18
2008	3.9	1.66	1.27
2009	4.15	1.75	1.39
2010	4.39	1.8	1.53
2011	4.58	1.82	1.66
2012	4.94	1.94	1.85
2013	5.27	2.04	2.04
2014	5.56	2.12	2.2
2015	5.84	2.22	2.37
2016	6.12	2.31	2.54
2017	6.47	2.44	2.74
2018	6.83	2.59	2.94
2019	7.26	2.77	3.18
2020	7.57	2.9	3.34
2021	7.97	3.04	3.56
2022	8.27	3.15	3.71
2023	8.87	3.4	4

数据来源: 《中国统计年鉴（2024）》

► 参考文献

[1] WHO. Universal Health Coverage [EB/OL]. [2024-11-10]. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 .

[2] 国务院新闻办公室. 国新办举行“推动高质量发展”系列主题新闻发布会（国家医疗保障局）[EB/OL]. http://www.scio.gov.cn/live/2024/34646/index_m.html, 2024-09-10/2024-11-25.

[3] 国家医疗保障局a.2023年全国医疗保障事业发展统计公报 [EB/OL]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/25/art_7_13340.html, 2024-07-25/2024-11-25.

[4] 国家医疗保障局b.国家医保局财政部国家税务总局关于做好2024年城乡居民基本医疗保障有关工作的通知 [EB/OL]., 2024-08-26/2024-11-25.

[5] 国家医疗保障局c. 中国医疗保障统计年鉴2024[M]. 北京: 中国统计出版社, 2024.

[6] 国家医疗保障局d.国家医保局 人力资源社会保障部印发2024年版国家医保药品目录c[EB/OL]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/11/28/art_104_14886.html, 2024-11-28/2025-02-22.

[7] 国家医疗保障局. 国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见[EB/OL]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/10/art_104_6537.html, 2021-08-21/2024-11-25.

[8] 国家医疗保障局e. 第十批国家组织药品集中带量采购开标 推动患者用药提质升级 增加优质供给[EB/OL]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/12/12/art_14_15097.html, 2024-12-12/2025-01-03.

[9] 国家卫健委. 关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/jws/s7874/202409/33132b328d804634858b54b4681db5a0.shtml>, 2024-09-09/2024-11-25.

[10] 人力资源和社会保障部. 关于印发人力资源和社会保障事业发展“十四五”规划的通知[EB/OL]. https://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/ghcw/ghjh/202107/t20210702_417552.html, 2021-06-29/2024-11-25.

[11] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[M].北京:中国法制出版社, 2020.

[12] 国家统计局. 中华人民共和国2023年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202402/t20240228_1947915.html, 2024-02-29/2024-11-25.

[13] 国家统计局. 全国人口普查公报[EB/OL]. <https://www.stats.gov.cn/sj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/>, 2021-11-26/2024-11-25.

[14] 财政部.2023年全国社会保险基金收入决算表[EB/OL]. http://yss.mof.gov.cn/2023zyjs/202408/t20240830_3942820.htm, 2024-08-30/2024-11-25.

[15] 人民日报. 基本医保年度参保率稳定在95%左右, 参保人数超13.3亿人织就世界最大医疗保障网[EB/OL]. http://paper.people.com.cn/rmrb/html/2024-09/29/nw.D110000renmrb_20240929_4-02.htm, 2024-09-30/2024-11-25.

[16] 求是网. 经济总量跃居世界第二, 综合国力显著增强[EB/OL]. http://www.qstheory.cn/laigao/ycjx/2024-10/08/c_1130207400.htm, 2024-10-09/2024-11-25.

[17] 中国政府网. 75年来我国经济实力实现历史性跨越[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/jiedu/tujie/202409/content_6973312.htm, 2024-09-09/2024-11-25

- [18] 中国政府网. 2024年版国家医保药品目录出炉, 新增91种药品——让参保人用上更多新药好药[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/202411/content_6989980.htm, 2024-11-29/2025-01-02.
- [19] 郑功成. “十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务[J]. 中国人民大学学报, 2020, 34 (05): 2-14.
- [20] 郑功成. 全面深化医保改革: 进展、挑战与纵深推进[J]. 行政管理改革, 2021, (10): 12-25.
- [21] 郑功成, 赵明月. 面向未来的高质量医疗保障制度建设[J]. 中共中央党校 (国家行政学院) 学报, 2022, 26 (06): 108-117.
- [22] 王东进. 切实加强政府医保职能的重大举措更好保障人民健康福祉的时代变革——对组建国家医疗保障局的认知所及[J]. 中国医疗保险, 2018, (04): 1-4.
- [23] 鲁全. 中国医疗保险管理体制变革研究: 府际关系的视角[J]. 中国行政管理, 2022, (02): 77-82.
- [24] 李珍. 基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径[J]. 暨南学报 (哲学社会科学版), 2022, 44 (11): 69-79.
- [25] 孙淑云. 改革开放40年: 中国医疗保障体系的创新与发展[J]. 甘肃社会科学, 2018, (05): 21-28.
- [26] 仇雨临, 王昭茜. 从有到优: 医疗保障制度高质量发展内涵与路径[J]. 华中科技大学学报 (社会科学版), 2020, 34 (04): 55-62.
- [27] 习近平. 促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展[EB/OL]. <http://www.71.cn/2022/0420/1165517.shtml>, 2022-04-20/2024-11-25.
- [28] 张立强, 朱铭, 李响, 等. 健全稳健可持续筹资运行机制的思考[J]. 中国医疗保险, 2023, (05): 5-13.
- [29] 朱铭来, 牛闫. 关于职工门诊共济保障机制改革的思考与分析[J]. 中国保险, 2024, (11):6-10.

国际劳工组织中国和蒙古局

北京市朝阳区亮马河南路14号

塔园外交办公楼1单元10层

邮编: 100600

电话: +86 10 6532 5091

邮件: beijing@ilo.org

网址: ilo.org/beijing

