

中国城乡居民基本医疗保险制度的演变与现状分析

张 瑜

(华东师范大学, 上海市, 200062; 51254403016@stu.ecnu.edu.cn)

摘 要: 城乡居民医疗保险经过多年探索, 逐渐融合并轨, 形成了全面覆盖城乡的医保体系。本文对 2011 年的城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险制度和 2021 年的城乡居民基本医疗保险制度的运行状况进行了纵向对比, 以及对全国及 31 个省市的城乡居民医保基金的运行状况进行横向对比, 发现虽然城乡居民医保基金整体运行相对稳定, 但存在的不均衡以及基金收入增长不及支出增长造成的压力, 仍需优化和改革筹资机制、制定合理的资金调剂机制。

关键词: 城乡居民医疗保险, 医保基金, 制度演变

引言

在当今社会, 医疗保障体系作为社会保障的重要组成部分, 对于维护社会公平、促进经济发展以及提升居民生活质量具有至关重要的作用。城乡居民基本医疗保险制度作为我国医疗保障体系的重要组成部分, 承载着为广大城乡居民提供基本医疗保障、缓解因病致贫和因病返贫问题的重要使命。医保基金作为这一制度的核心资源, 其运行状况直接关系到制度的可持续性、公平性和保障水平。近年来, 我国在医疗保障领域进行了持续的探索与改革, 逐步构建起覆盖城乡的医保网络, 并在制度整合、保障水平提升以及基金可持续性等方面取得了显著成就。然而, 随着人口老龄化加剧、医疗费用不断攀升以及区域发展不平衡等问题的凸显, 城乡居民基本医疗保险基金在运行过程中也暴露出一些亟待解决的问题, 例如基金收支不平衡、地区间结余差距过大、部分地区筹资压力较重等。这些问题不仅影响了医保基金的可持续性, 也在一定程度上制约了城乡居民基本医疗保险制度的进一步发展。

本文的研究正是基于对城乡居民基本医疗保险基金的深入分析, 通过纵向对比 2011 年与 2021 年的运行数据, 以及横向对比全国及 31 个省市的医保基金收支、结余和筹资情况, 揭示基金运行中存在的问题, 并探讨其背后的成因。

1 城乡居民基本医疗保险发展历程

中国的基本医疗保险制度经过长期的探索和实践, 形成了以职工医疗保险、城镇居民医疗保险以及新型农村合作医疗为主体的综合性医疗保障体系。其中, 城镇居民医疗保险与新农合的成功整合进一步完善了全面覆盖城乡的统一医保制度。2019 年, 参加城乡居民医保的人数已超过 10 亿人次, 整合工作基本完成, 而到了 2020 年, 城乡居民基本医疗保险实现了全面统筹, 形成了覆盖所有城乡居民的医疗保障网。城乡并轨策略带来了诸多益处, 不仅提升了资金使用效率, 还增强了民众的医疗保障水平。回顾城乡居民医保制度的发展历程, 可以发现它经历了从初步建立到逐步融合的过程[1]。

首先, 制度分批建立时期发生在 2003 年至 2012 年。在这期间, 面对日益受到政策关注的“三农”议题, 尤其是针对农村医疗保险需求的增强, 2003 年我国政府开展了新型农村合作医疗(新农合)保险计划的试点实施。至 2010 年, 新农合覆盖率已广泛扩展至大约 8.36 亿农业居民, 成为全民保障网络的一部分, 每年接受国家高达 300 亿元人民币的财政补贴。该政策不仅为农民提供了必要的医疗援助, 也促进了区域内医疗保险制度的均衡发展。紧接着, 于 2007 年针对城镇非就业居民的医疗保障需求, 政府发起了城镇居民医保制度的

试点，且该制度在 2009 年推广到全国范围。到了 2012 年，城镇居民医保覆盖人数接近 2.72 亿。这项举措不仅提升了国家社会保障体系的完善度，也象征着中国医疗保险体系向全民全覆盖迈进的重要里程碑。

制度的融合时期指的是从 2013 年至今。随着社会经济的快速发展，原本分开运行的城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗出现了种种问题，如城乡居民之间的医疗服务不公等问题越发明显，参保和补贴的重复问题愈发显著[2]。同时城镇居民医保和新农合制度在资金筹措、服务对象及保障层级等方面有着极高的一致性，为两大制度携手并进提供了条件[3]。因此，有些地区从城镇居民医保开始建立时，就开始探索整合这两种保险的可能性。自 2013 年以来，一些区域开始试行城乡医保一体化运作，国家层面也提出了合并指导意见。到 2016 年，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，正式推动两个体系的融合，各地区结合自身实际情况，陆续推出具体的整合方案，有效加速了城乡医保融合的步伐[4]。

2 我国城乡居民医保基金发展现状

2.1 参保情况

从 2016 年开始，我国正式实行了统一的城乡居民医保制度，而此前城镇居民医保和新农合制度正处于并轨过渡阶段，因此在统计 2011 年的参保情况时，参加城乡居民医保的人数主要是新农合制度的参保人数与城镇居民医保制度参保人数的总和。根据表 1 中的数据，2011 年至 2021 年间，各省的参保人数呈现出不同程度的增长。以青海、西藏、云南、河南、新疆和宁夏六个省份为例，在这些省份中，2021 年参加城乡居民基本养老保险的人数较 2011 年参加城镇居民基本医疗保险及新农合制度的人数之和有所增加，这种增加反映了参保人群的广泛性和保险覆盖率的提高。同样地，黑龙江、广西等省份的城乡居民医保年末参保人数也出现了显著增加，表明了城乡居民医保的普及和深入。与此同时，从表 1 中还可以观察到，部分省份的 2021 年城乡居民基本医疗保险参保人数相比于 2011 年有所下降，这可能是由于制度合并后重复参保情况减少所致。总体来说，城乡居民基本医疗保险的参保水平基本保持平稳。

表 1 城乡居民基本医疗保险参保情况（万人）

年份	2011 年		2021 年	
省份	城镇居民基本医疗保险年末参加人数	参加新农合人数	城乡居民基本医疗保险年末参加人数	城乡居民基本医疗保险年末参加人数
甘肃	299.8	1918.3	2218.1	2214.8
黑龙江	697	1418.8	2115.8	1936.2
广西	544.1	3953.5	4497.6	4534.5
贵州	314.9	3074.8	3389.7	3735
河北	686.6	5020	5706.6	5879
吉林	793.4	1302.1	2095.5	1752.8
青海	69.2	347.9	417.1	452.1
西藏	18.7	235.7	254.4	291
云南	422.4	3456.3	3878.7	3952.6
河南	1105.8	7804.5	8910.3	8987.4
新疆	378.5	1050.9	1429.4	1672.3
宁夏	88.5	370.3	458.8	503.8
山西	409.3	2185	2594.3	2515
辽宁	620.7	1976.2	2596.9	2237.3
安徽	953.6	4916.9	5870.5	5651
江西	793.8	3240.4	4034.2	4079
湖南	1151.7	4655	5806.7	5723.5
海南	166.1	485.5	651.6	692.9

表 1（续表）

四川	1079.3	6263.1	7342.4	6640.4
陕西	550.20	2631.70	3181.9	3107.8
山东	1310.70	6629.10	7939.8	7296.7
内蒙古	469.30	1240.20	179.5	1627.5
湖北	1029.70	3890.00	4919.7	4423.6
重庆	866.30	2224.40	3090.7	2465.9
广东	3532.80	2849.90	6382.7	6514.8
浙江	729.7	2883.3	3613	2918.53
天津	498.3	-	498.3	537.38
福建	637.8	2450	3087.8	2939.02
江苏	1488.1	4265.5	5753.6	4817.80
上海	249.7	147.2	396.9	365.05
北京	159.8	276.8	436.6	400.8
合计	22115.8	83163.3	105279.1	100865.48

2.2 基金收支与结余情况

近年来，我国城乡居民基本医疗保险基金的收支规模持续扩大，同时收支结余总体上表现相对稳定。如图 1 所示，2011 年和 2021 年都显示各省的基金收入存在显著差异，这与各省的人口规模密切相关，人口较多的省份通常拥有更多的参保人数，因此所筹集的保险费也更多。河南、四川、山东、广东、江苏等基金收入较高的省份，其人口总数也相应较多（如图 2 所示）。从纵向对比来看，2021 年的城乡居民基本医疗保险基金收入相较于 2011 年有显著增长，这主要受到社会经济发展的推动。各省的 GDP 以及人均 GDP 水平的显著提升直接促进了基金收入的增加。

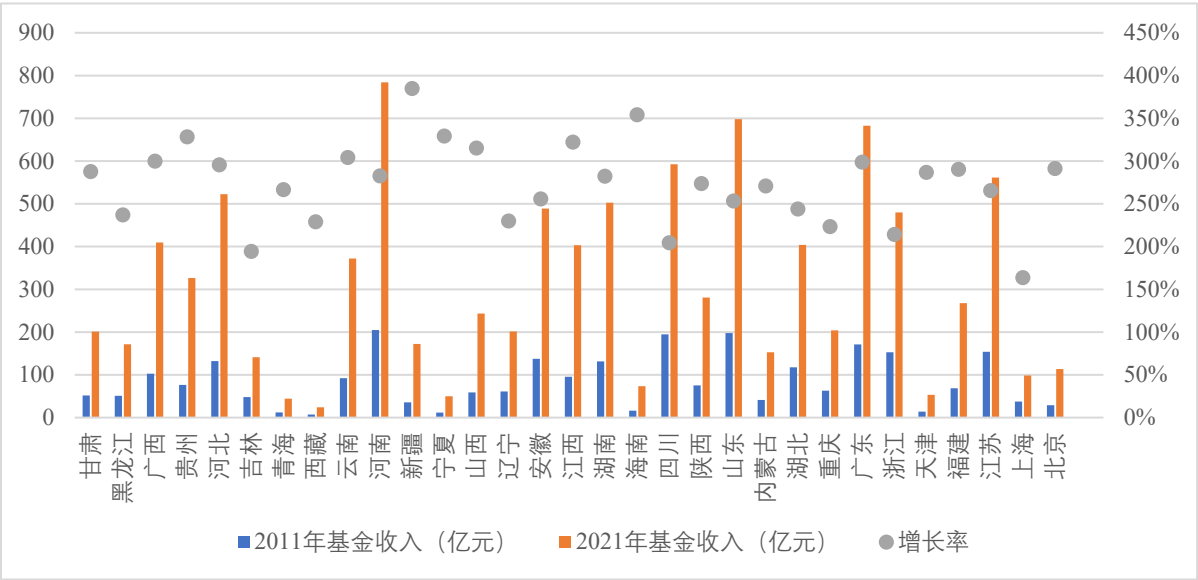


图 1 城乡居民基本医疗保险基金收入情况

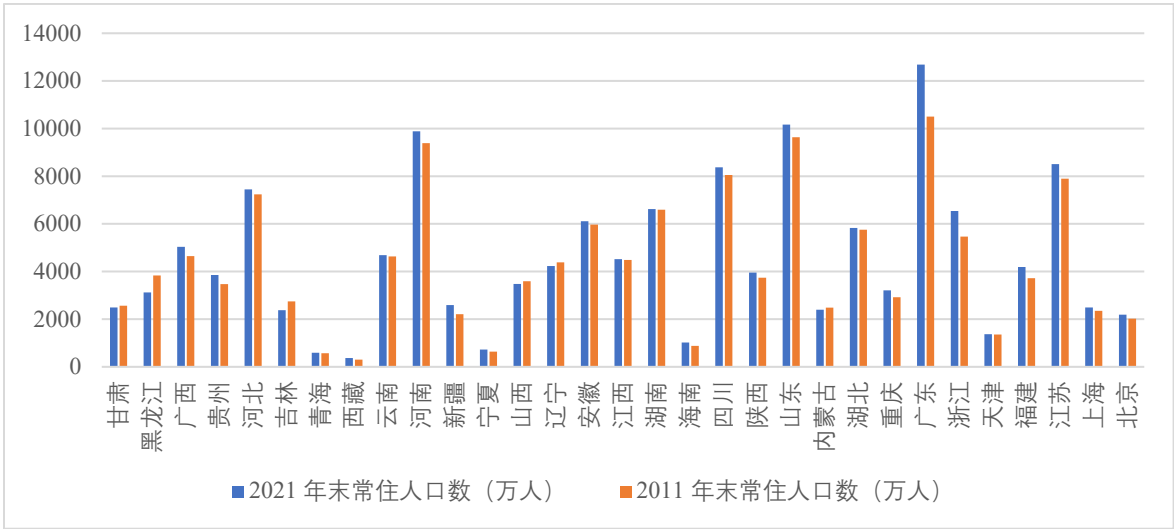


图 2 各省份年末常住人口情况

根据表 2 的数据显示，城乡居民医保人均保险负担占各地居民可支配收入的比例相对较小，符合其基本保障属性，但各省际之间存在着明显的差距。就实际数据而言，甘肃省的居民承担着最大的筹资压力，而天津则承担着最小的筹资压力，然而，个人缴费绝对额最高的北京、上海、浙江三地的居民并非承担最大的筹资压力。这些数据揭示了城乡居民医保在人均保险负担方面的整体情况，虽然保险负担占比相对较小，但不同省份之间仍存在着较大的差距。

表 2 2021 年各省份人均保险负担占可支配收入比

省份	占比	省份	占比	省份	占比
甘肃	4.11%	宁夏	3.54%	内蒙古	2.75%
黑龙江	3.26%	山西	3.53%	湖北	2.96%
广西	3.38%	辽宁	2.57%	重庆	2.45%
贵州	3.64%	安徽	2.80%	广东	2.33%
河北	3.02%	江西	3.23%	浙江	2.86%
吉林	2.90%	湖南	2.75%	天津	2.09%
青海	3.77%	海南	3.49%	福建	2.24%
西藏	3.29%	四川	3.07%	江苏	2.45%
云南	3.67%	陕西	3.16%	上海	3.46%
河南	3.25%	山东	2.68%	北京	3.78%
新疆	3.95%				

在基金支出方面，由于 2011 年新农合基金支出数据不完整，我们将重点关注 2011 年城镇居民基本医疗保险基金支出情况和 2021 年城乡居民基本医疗保险基金支出情况。根据图 3 显示，在全国 31 个省份中，大多数省份的基金都呈现结余状态，但西藏、天津出现了负向结余情况，即当年基金支出超过收入，上海的当年基金结余也较少，结余率仅约在 1% 左右。居民医保基金的筹集与支付遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，而“略有结余”的具体标准因国家而异。发达国家一般将医保基金结余率控制在 10% 以下，我国居民医保基金结余率也被要求控制在 15% 以内。根据图 3 数据显示，2011 年城镇居民基本医疗保险基金当年结余情况，大部分省份的结余率超过了 15%，其中半数省份的结余率达到 30% 以上，甚至有些省份的结余率已超过 50%，比如广西和江西等。这些数据揭示了两个问题：一方面，医保基金在不同省份间存在明显的不平衡现象，某些地区医保基金结余过多，而其他地区则面临基金不足的情况。这种不平衡可能导致部分地

区居民享有更好的医疗保障，而其他地区居民则面临医疗服务不足的挑战，加剧了社会不公平现象，因此需要进行合理的基金分配和调整，实现医保制度的公平与公正。另一方面，医保基金结余过多也并非利好。结余过多意味着存在资金闲置问题，部分资金可能长期处于闲置状态，未能得到充分利用。这种情况下，资金资源未得到有效配置，造成资源浪费，影响医疗服务的效率和质量。因此，需要适时调整医保基金结余，确保资金得到有效利用，提高医疗资源的配置效率，以更好地满足人民群众的医疗需求。

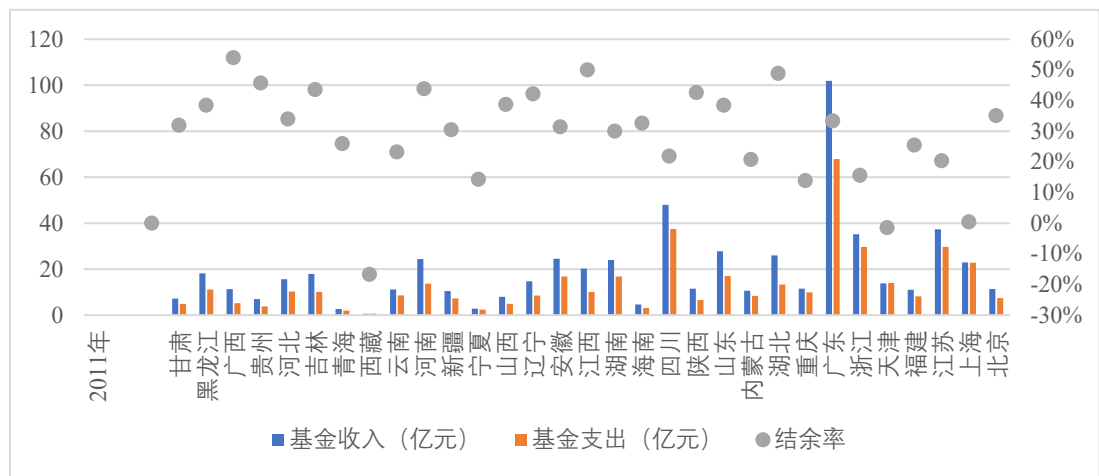


图 3 2011 年城镇居民基本医疗保险基金支出情况

在 2021 年城乡居民基本医疗保险基金支出情况方面，根据图 4 的数据显示，各省份的基金收入与支出基本持平，二者之间没有出现较大差距。具体观察当年结余率，大多数省份都保持在 10%以下的范围内，只有西藏和海南两个省份的当年结余率超过了 20%。然而，出现当年基金负结余的省份增加到了 6 个，也有 3 个省份的结余率低于 1%。从结余率来看，地区间的差距有所减少，但仍存在不少省份出现负向结余的情况。这些数据揭示了 2021 年城乡居民基本医疗保险基金支出情况的现状。大部分省份的基金收入与支出基本平衡，结余率保持在合理范围内。然而，仍有一些省份面临基金不足的情况，出现了负向结余，这需要引起我们的关注。

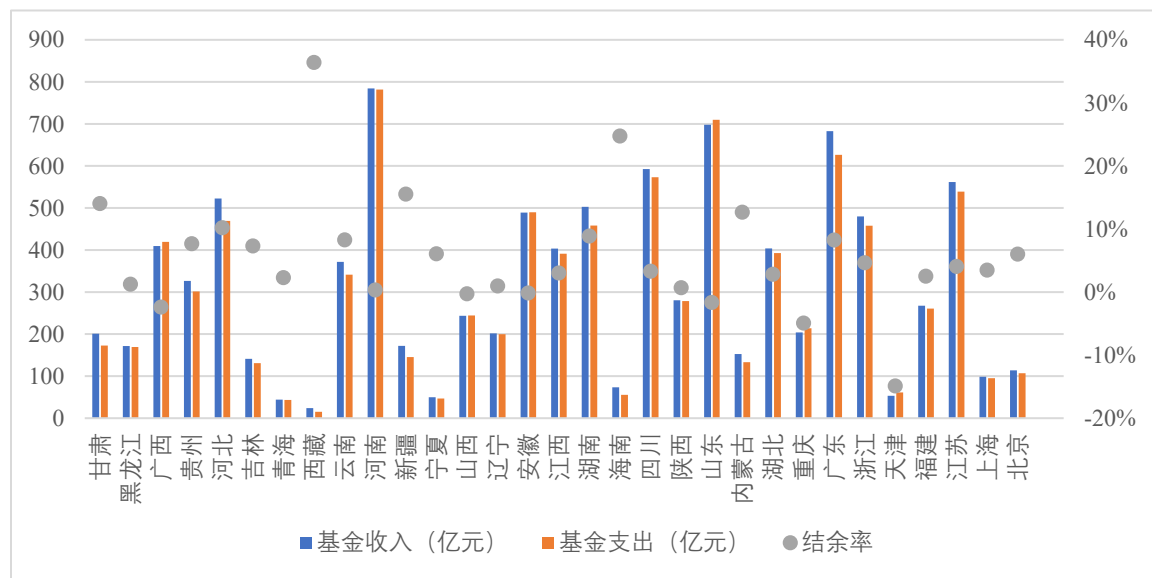


图 4 2021 年城乡居民基本医疗保险基金支出情况

2.3 暴露的问题

2.3.1 基金有收不抵支风险，地区结余差距大

随着医疗费用不断攀升，医保基金面临着资金缺口的威胁，即基金的收入可能无法覆盖医疗支出的增长速度。一些地区的基金当期结余已经出现了负数，如果不采取干预措施，将进一步影响到累计结余基金，从而威胁到城乡居民基本医疗保险制度的可持续发展。

然而，并不是说结余过高就完全是积极的现象。只有当基金当期结余处于合理水平时，基金的可持续性才较好。过高的结余可能说明医疗资源分配存在不合理，本应用于提升医保服务或扩大覆盖范围的资金被闲置，导致资源的低效利用。同时，高额的结余也可能带来地区间医疗保障的不均衡问题。经济发达地区和人口密集地区通常面临着较高的就医压力和医保基金收入，而经济欠发达地区和人口稀少地区则面临医保基金不足的困境。这种地区之间的基金结余差距不仅加剧了区域间的不公平现象，还影响到基金的利用效率和可持续发展[5]。这说明城乡居民基本医疗保险基金需要差异化的筹资政策和合理的资金调剂机制，以避免一些地区的基金结余过高，而另一些地区无法满足医保支出需求。

2.3.2 部分地区人均保险负担不合理

城乡居民基本医疗保险制度是我国社会保障体系的重要组成部分，在确保广大居民基本医疗权益的同时，也展现了社会互助和风险共担的原则。该系统的运行主要依靠居民缴纳的保险费用作为基金的主要来源之一，配合政府财政补贴和社会捐助等其他资金输入，构建起一个以共济为目的的资金池。然而，在2021年对各省居民保险费负担与当地可支配收入的比值分析中，可以发现部分地区的筹资模式存在不合理性。在某些地区，保险费用相对较高却并未与当地居民的实际支付能力相匹配，导致较低收入的居民群体承担较重的医保负担，加剧了经济压力。与此同时，一些经济发达地区居民的保险费用相对较低，而其可支配收入却更高，显示出了地区间保险负担的不均衡现象，需要进一步调整和优化筹资政策，确保医保负担合理分配，提升制度的公平性和可持续性。

3 基金可持续性影响因素分析

基金的可持续性受到基金收入和支出的双重影响。充足的基金收入能够增强基金的支付能力，减少赤字风险，提升稳定性，而支出的合理控制也是确保基金可持续性的重要因素之一，基金支出增长越迅速，基金支付压力越大，基金失衡可能性就越大，反之，基金赤字风险越小。参保人数、经济发展状况、人口年龄结构等都会影响医保基金的收支情况。

3.1 参保人数

根据大数定律，城乡居民医疗保险的参保人数对基金收入具有显著的正向影响。简而言之，参保人数的增加将扩大城乡居民医保的覆盖范围，同时也会增加医保基金的筹资总额，因此基金收入也会增加。图5和图1的数据也支持了这一点。

同时，参保人数的扩大也是影响城乡居民基本医疗保险基金支出增长的关键因素之一。当城乡居民医疗保险的参保人数增加时，更多的人借助医保政策获得必要的医疗资源，医疗机构提供的服务被更频繁地利用，从常规的门诊就医到紧急的住院治疗，各类医疗活动的频次和范围都得到了显著扩张。这种增长导致医保基金支出的总额随之增加。从长期视角看，这种支出增长加剧了对医保基金可持续性的关注，要求相关机构在设计及调整医保政策时充分考虑参保人数的变动趋势，并采取合理措施以确保医保基金的财务平衡。

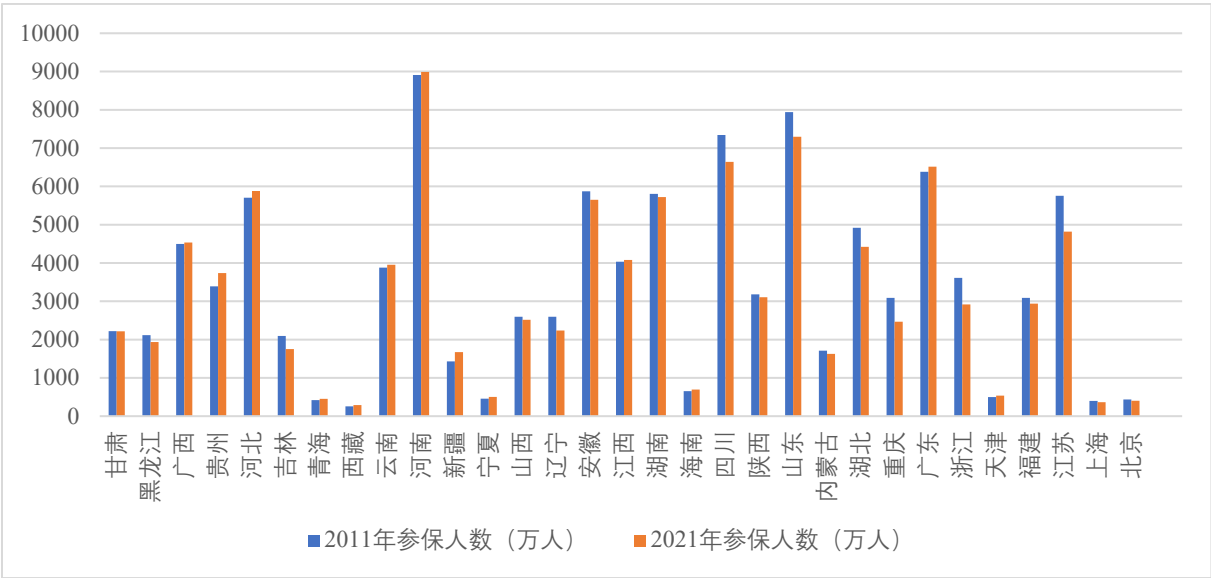


图 5 城乡居民基本医疗保险参保人数

3.2 经济发展水平

经济发展水平对城乡医保基金收入的影响实质性而深远。结合图 1 和图 6、图 7 可以发现随着 GDP 和人均 GDP 的增长，城乡居民基本医疗保险基金收入也迎来了相应增长。首先，随着宏观经济的壮大，国家税收和财政收入普遍增加。这使得政府有更多的资金用于投入公共卫生事业包括医保基金，通过各种形式可能包括直接补贴、医疗服务投资以及财政支持等方式来巩固和扩展医保基金的筹资规模。再者，居民的可支配收入随着经济的提升而上升，增加了个人可用于健康和医疗的开支[6]。这不仅影响了居民对医疗保健的需求，还促进了对于更高标准医保项目的追求，增强个人支付能力，进而提升了个人缴费比例和意愿。

在基金支出方面，当经济发展良好时，政府通常面临更多的财政资源和空间，这为调整医保政策提供了可能。在这种情况下，政府可以提高医疗报销比例、扩大保障范围等方式来增加医保基金的总支出。此外，高收入水平通常伴随着更高的医疗需求。随着收入的增加，人们对医疗服务的需求、期望和消费愿望也会提高。他们更有能力寻求更高水平的医疗服务，使用更多的医疗资源，从而导致医保基金的支出增加。

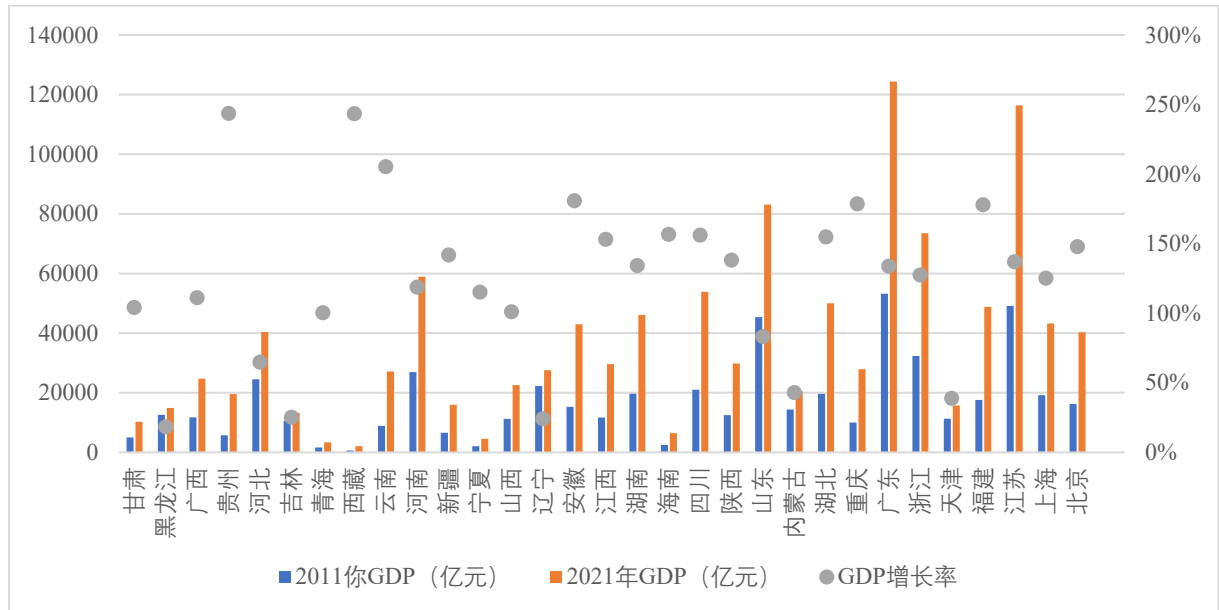


图 6 GDP 水平

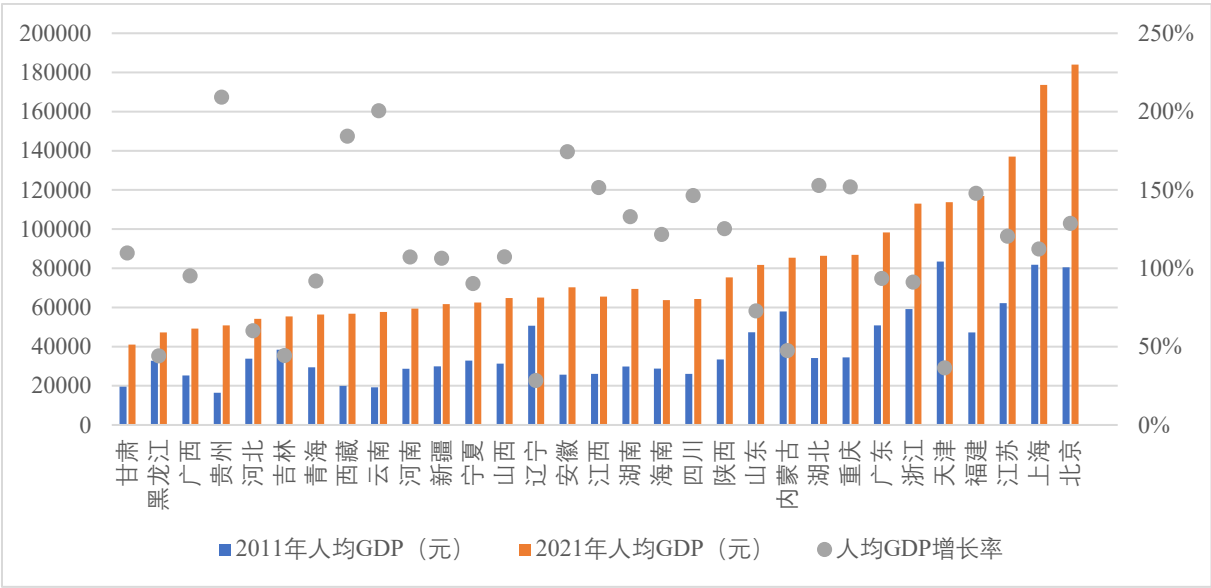


图7 人均GDP水平

3.3 年龄结构

随着人口老龄化趋势的加剧，高龄人口的增加对医保基金支出产生了显著影响。由于老年人通常需要更频繁和长期的医疗护理，包括慢性病管理、康复护理和长期照顾等，因此，人口老龄化导致了医保基金用于老年人医疗费用的增加[7]。通过对比图4和图8，我们发现在一些高龄人口占比较高的省份，如山东、重庆、天津，其65岁以上老年人占比在2021年均超过15%。与此同时，这些省份在2021年的城乡居民基本医疗保险基金当年结余率均为负值。这表明高龄人口的增加显著影响了医保基金支出水平。

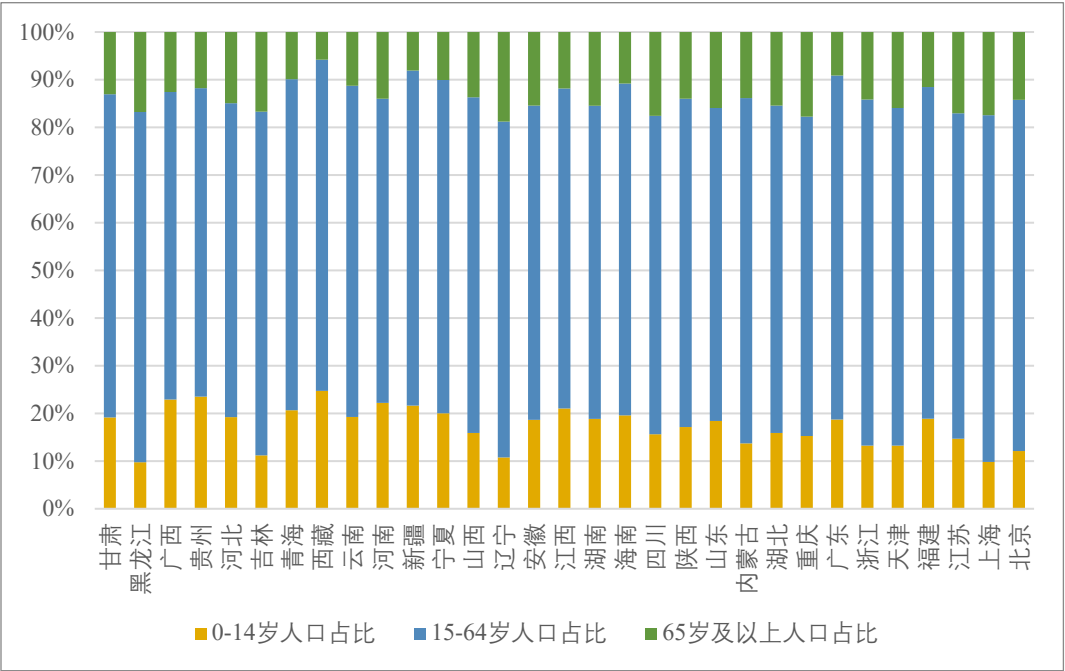


图8 2021年各年龄段人口占比

4 相关政策建议

4.1 增加城乡居民医保基金筹资收入

增加城乡居民医疗保险可持续性的一个非常重要的方面就是增加医疗保险基金的筹资收入。首先，通过个人缴费比例的适当增加，能够提高医疗保险基金为城乡居民筹集的资金数额。然而随着个人收入水平的不断提高，个人的支付责任并没有相应增加。此外，在筹资渠道的拓宽方面，可以尝试在医疗领域设置一些新的特殊税种，像医药企业的相关税种等类型，然后政府部门可以把征收的特殊税种的税收作为医保基金的筹资收入，以此来缓解基金的收不抵支风险；也可以通过社会捐赠等方式来扩充筹资渠道，实现基金收入的增加以及基金来源的多样化目的。

4.2 优化城乡居民医保筹资机制

改革和优化医保筹资体系是确保基金可持续发展的关键一环，能够有效推动城乡居民医保制度健康持续发展。在对城乡居民筹资政策进行调整时，应当将本地市经济发展水平、财政收入水平、以及居民个人可支配收入水平纳入城乡居民医保筹资标准调整的考量之中[7]，积极探索并逐步建立与城乡居民收入水平相匹配的动态筹资机制来保证充分的基金收入。

4.3 制定合理的资金调剂机制

为了应对地区间医保基金结余差异过大的问题，制定一套全国性的资金调剂制度至关重要。通过中央政府层面的协调，将基金结余较多的地区的部分资金，合理转移至资金短缺的地区，保证所有地区的医保系统运行平衡。此外，可以设立专门的风险基金或调剂基金，对基金收不抵支的地区提供及时救济和支持。

参考文献

- [1] 庞茹月. 我国城乡居民基本医疗保险基金的可持续性研究[D]. 安徽财经大学, 2021.
- [2] 王平, 王佳. 城乡居民医保制度整合的逻辑、效果和优化建议[J]. 财经问题研究, 2020(11): 138-145.
- [3] 蔡滨, 马伟玲, 王俊华. 制度变迁视角下推进农村居民基本医疗保险制度改革研究[J]. 社会保障研究, 2017(04): 55-62.
- [4] 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见[J]. 首都公共卫生, 2016, 10(01): 1-4.
- [5] 李亚青, 黄子丽, 冯嘉宏. 我国基本医疗保险财政补贴制度现状、问题与对策[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(06) 1-7.
- [6] “江苏省新常态下城乡居民基本医疗保险保障水平与筹资水平适应性研究”课题组, 张晓, 刘蓉等. 城乡居民基本医疗保险保障水平与筹资水平的适应性研究——以江苏省为例[J]. 东岳论丛, 2016, 37(10): 44-51.
- [7] 王超群, 史健群, 李亚青. 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[J]. 财政研究, 2022(11): 110-128.