

论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革

李 珍* 张 楚

中国人民大学公共管理学院 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872

【摘要】城乡居民基本医疗保险的资金来源由政府按人头补贴和个人定额缴费组成。目前,按人头定额缴费的筹资机制面临着筹资负担不公平、保费增长不稳定、筹资水平不充分、筹资责任不均衡等问题。本文论证了定额筹资制度向定比筹资制度转变,不但可以在筹资端实现负担公平,提升总筹资水平、内置筹资自动调整机制,破解城镇居民基本医疗保险保障不充分的问题,还可缩小与职工医保的差距;同时由于中高收入者个人缴费相对增加,还可以改善政府与个人负担不均衡的问题。本文计算了不同费率条件下,低收入人群减负、制度增收及个人与政府责任均衡的情景;建议在减轻低收入者缴费的相对负担时,财政补贴细化地区级差补贴,以保证低收入地区筹资总额相对水平不下降。

【关键词】筹资机制;定额筹资;定比筹资;筹资责任均衡;筹资自动调整机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.07.001

Reform of individual financing mechanism of residents' medical insurance from quota system to fixed ratio system

LI Zhen, ZHANG Chu

School of Public Administration and Policy, Health Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 The funding of medical insurance for urban and rural residents consists of government subsidy for each person and personal fixed contribution. The current individual fixed-amount contribution leads to unfair funding burden, unstable premium growth, insufficient contribution, unbalanced funding responsibilities, etc. This paper discusses the transformation from the quota system to fixed ratio system. On one hand, it can achieve a fair contribution, enhance the overall funding, establish a self-adjustment funding mechanism, solve the insufficiency of basic medical insurance for urban residents, and narrow the gap between medical insurances for urban residents and employees. On the other hand, the relative increase in individual contributions of middle and high-income groups will also address the unbalanced burden between the government and individuals. In this paper, we calculate the reduced contribution of low-income groups, the increased premium revenue under such schemes and the balance between individual and government responsibilities at different contribution rates. Therefore, we suggest relatively reducing the contribution of low-income groups and refining regional government subsidies, so as to ensure that the total funding of low-income areas will not decline.

【Key words】 The financing mechanism; Quota financing; Fixed ratio financing; Balance of financing responsibility; Automatic adjustment mechanism of financing

* 基金项目:世界银行贷款“现代财政制度与国家治理”技援项目下“基本医疗保险参保机制研究子项目成果”(项目编号 B092020,基金号 2020K20071)

作者简介:李珍(1956年—),女,博士,教授,博士生导师,中国人民大学健康保障研究中心主任,主要研究方向为社会保障理论与政策。
E-mail: lizhen1113@vip.sina.com

1 前言

我国基本医疗保险(以下简称基本医保)体系由城镇职工基本医疗保险(以下简称职工医保)与城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)两项制度构成,在解决群众看病就医问题方面发挥了不可替代的作用。然而,由于筹资机制^①不同,两项制度发展不平衡、居民医保不充分的问题较为突出。^[1]职工医保以工资为基数,以8%为费率缴费,雇主雇员分别承担6%和2%,保费收入随工资水平自然上涨,人均筹资水平较高,2019年为4 812元;而居民医保的筹资机制则不同,它由政府按人头定额补贴和个人按人头定额缴费组成,人均筹资水平较低,2019年为781元。

制度推行初期,定额筹资机制在推广、普及上发挥了重要作用。2003年新农合筹资从人均30元起步,个人缴费10元,中央政府补贴中西部农民10元、地方政府补贴10元,此时筹资负担轻、参保门槛低,定额筹资优势明显而问题不突出。此筹资路径形成后,随着筹资水平逐年提升,其负担不公平、增长不稳定、保障不充分、个人和政府责任不均衡的问题逐渐显现,不能回应居民日益增长的医保需求。第一,筹资负担不公平,中低收入波折人群负担较重,缴费意愿、满意度较低^[2-4],2019年低收入户居民医保的筹资负担约为高收入户的10倍^②;第二,筹资增长不稳定且缓慢,筹资额度依靠行政指令调整,无法与医疗费用上涨、经济发展相适应^[5-7];第三,筹资不足因而保障水平不充分,居民看病自付比例高,制约着健康需求的满足与释放^[8-9]。第四,筹资责任不均衡,政府承担责任过重而个人负担不足。^[10-11]

2020年《关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称5号文)强调,“完善基本医保的筹资分担与动态调整机制,非就业人员参保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。”学术界围绕筹资机制展开了一系列探讨,包括设置多种筹资标准、构建筹资动态调整机制、拓展筹资渠道、增加个人责任等。^[7,11-13]但现有研究大都聚焦于定额筹资的参量调整,并没有改变“定额”的本质。李珍于2020年提出进行筹资机制的结构改革,按照居民收入实

行费率制筹资^[14],但未展开系统论述。

本文将在5号文的框架下,多维度分析居民医保筹资机制的困境及其内在联系,探索“居民医保缴费与居民可支配收入挂钩、“筹资分担与调整机制”的重构。居民医保由定额筹资向定比筹资(费率制)的转变,在筹资端可以实现负担公平,提升总筹资水平、内置筹资自动调整机制,破解城镇居民基本医疗保险保障不充分的问题,缩小与职工医保的差距。同时由于中高收入者个人缴费相对增加,还可以改善政府与个人负担不均衡的问题。

2 居民医保筹资机制的历史演变

2.1 新型农村合作医疗保险个人定额筹资机制的确立

农村合作医疗(又称旧农合)是20世纪50年代我国农民创造的互助共济的医疗保障制度,在保障农村基本公共卫生服务,降低农民患病经济风险方面发挥了重要作用。但由于筹资来源和医疗服务体系的不稳定、政策设计的不充分等问题,旧农合发展几经波折。20世纪80年代,我国进入改革开放的历史新时期,旧农合未随农村社会经济的变化而革新,最终导致制度的大面积解体。^[15]在新农合建立之前,旧农合的制度覆盖率始终徘徊在较低水平,农村医疗保障长时间呈现真空状态,疾病带来的经济风险需要由农民个人承担。^[16]

2003年,国务院办公厅《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》提出建立新农合制度试点,并在2010年实现农村人口全覆盖。规定参保个人按人头缴费,对缴费额度的增长机制并未明确。定额筹资自此成为新农合个人缴费的固定方式,额度随行政指令调整而变更。

从新农合筹资的整体脉络来看,该制度筹资可分为两个阶段。一是制度推广阶段(2003—2009年)。“扩面”是该阶段的主要目标,筹资水平低且主要来源于政府补贴,筹资标准平均每年仅增长11.67元,同时该阶段主要遵循“以收定支”原则,对具体保障水平未明文规定。二是高速发展阶段(2010—2017年)。该阶段筹资标准快速提升,2017年人均筹资标准提升至630元,平均每年增长66.25元,政

① 全文使用“筹资机制”而非“缴费机制”。“筹资”与“缴费”含义基本相同,区别在于“筹资”更多是站在制度设计立场上,“缴费”则站在参保主体的立场。因此,当本文谈及制度设计时,使用“筹资”一词,论述参保主体时则使用“缴费”一词。

② 低收入户、高收入户分别指2018年中国统计年鉴中收入五分中人均家庭可支配收入最低的20%与最高的20%;筹资负担为个人最低缴费水平与其家庭人均可支配收入的比重。

策范围内保障水平也不断提升并逐步稳定:政策范围内住院报销达 75%,门诊医药费报销达 50% 左右(表 1)。

表 1 2003—2017 新型农村合作医疗筹资与报销政策

年份	筹资总额 (元)	个人筹资 (元)	政府补贴 (元)	报销水平
2003	≥30	10	20	未明确
2006	≥50	10	40	未明确
2008	≥100	20	80	未明确
2010	≥150	30	120	推行门诊统筹报销
2011	≥250	50	200	住院:70%,门诊:35元
2012	≥300	60	240	住院:75%,门诊:50元
2013	≥350	70	280	住院:75%,门诊:提升
2014	≥410	90	320	住院:75%,门诊:50%
2015	≥500	120	380	同上
2016	≥570	150	420	同上
2017	≥630	180	450	同上

注:根据卫健委官网政策文件整理而得,报销水平为政策文件规定,不代表实际执行情况。

2.2 城镇居民基本医疗保险照搬新农合的筹资机制

20 世纪 50 年代初建立的公费医疗制度,为职工的家庭成员提供一半的医疗费用保障。随着职工医保的建立与发展,职工以个人身份参保,其家庭成员失去了保护。为实现医疗保障全人群覆盖,填补城镇非就业居民医保制度的空缺,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》,提出在全国范围内推行城镇居保的试点,并在 2009 年逐步拓展至全国范围。居民医保建立的理论基础及筹资来源和筹资水平与新农合一致,所以在筹资机制上也与新农合一致。居民医保以家庭缴费^①、政府补助为主,家庭(个人)同样按照定额方式缴纳参保费用,缴费额度随行政指令变更,筹资基金主要用于支付参保居民的住院与门诊大病医疗支出。

与新农合的筹资阶段类似,城镇居保的筹资也可划分为两个阶段。第一阶段为 2007—2010 年,该阶段筹资标准平均每年提升 26.67 元,对个人筹资也并未明文规定,报销水平相对较低,2010 年政策范围内住院报销比例为 60%。第二阶段为 2011—2017 年,该阶段筹资标准平均每年提升 72.86 元,明确规定了个人筹资标准,报销比例也不断提高并逐渐稳定(表 2)。

表 2 2007—2017 城镇居民基本医疗保险筹资与报销政策

年份	筹资总额 (元)	个人筹资 (元)	政府补贴 (元)	报销水平
2007	≥40	未明确	≥40	未明确
2008	≥80	未明确	≥80	未明确
2009	同上	同上	同上	探索门诊统筹
2010	≥120	未明确	≥120	住院:60%
2011	≥250	≥50	≥200	住院:70%
2012	≥300	≥60	≥240	未明确
2013	≥350	≥70	≥280	未明确
2014	≥410	≥90	≥320	未明确
2015	≥500	≥120	≥380	住院:75%
2016	≥570	≥150	≥420	住院:75%
2017	≥630	≥180	≥450	未明确

注:根据人力资源社会保障部官网与北大法宝政策文件整理而得,报销水平仅为政策文件规定,不代表实际执行情况。

2.3 融合后的城乡居民基本医疗保险筹资机制沿袭了原有机制

2011 年,新农合与城镇居保的筹资标准与增长幅度开始保持统一步伐,这也为两制度的合并奠定了筹资基础。2016 年 1 月,国务院颁布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(以下简称 3 号文),提出整合居民医保和新农合两项制度,建立统一的城乡居民基本医疗保险制度。新制度继续实行定额筹资的模式,个人缴费与政府补助相结合,增长幅度按每年行政指令规定调整。

3 号文标志着中国的基本医疗保险体系由三个子制度整合为两个制度:职工医保和城乡居民医保,职工医保实行费率制,较好体现了缴费端的公平负担和筹资自动调整机制,因缴费基数大,筹资水平提升快;城乡居民医保仍然实行定额制,负担不公且不能自动调整,政府补贴和个人缴费跟不上日益增长的医保需求。两个制度间筹资水平差距越来越大且居民医保不充分的问题越来越突出。

同时,居民大病保险的建立又加剧了居民医保不充分的问题。2012 年发改委《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)提出,基本医保筹资中按人头切出相当一部分资金用于建设城乡居民大病保险制度。近年来政策对大病保险的倾斜力度加大,2018、2019 年出台的相关政策文件中明确规定新增财政补助的一半用于提高大病保险保障能力,截至 2020 年大病保险起付线降低

^① 政策文件中提出的“家庭缴费”主要是基于城镇居民无收入的假设,强调应以家庭为经济单位进行参保费用征缴,但实际参保时仍以个人为单位进行参保费用计算与管理。

至居民人均可支配收入的一半,政策范围内支付比例提高至60%,居民医保筹资与保障水平不断受到大病保险的挤压。

总体而言,居民医保中个人筹资负担较轻,2019年个人缴费部分仅占当年人均可支配收入的0.81%,实际人均缴费水平略高于年人均缴费最低标准,但由于定额制下所有居民缴费一致,其内部筹

资负担并不公平,低收入者缴费负担重。从报销水平看,合并后的制度报销水平不升反降,政策范围内住院费用报销比例仅为70%,2019年实际住院费用支付比例仅为59.7%(表3);门诊统筹报销比例则未作要求,部分地区甚至还使用门诊定额包干替代了门诊统筹报销,居民医保享受门诊待遇人均数增长缓慢且远低于职工医保^①,保障水平很不充分。

表3 2018—2020年城乡居民医疗保险筹资状况

年份	缴费标准总额 (元)	个人缴费标准 (元)	个人缴费占居民人均 可支配收入比重(%)	政府补贴标准 (元)	实际人均缴费水平 (元)	报销水平
2018	≥710	≥220	0.78	≥490	763.43	未明确
2019	≥770	≥250	0.81	≥520	824.41	大病:50%
2020	≥830	≥280	—	≥550	—	住院:70% 大病:60%

注:根据人力资源与社会保障部、国家医疗保障局官网,2017—2019年中国统计年鉴数据整理计算而得,报销水平仅为政策文件规定,不代表实际执行情况。

3 定额筹资机制多维度分析

3.1 定额筹资引致缴费负担不公平

基本医疗保险是社会保险。社会保险领域的公平表现在起点公平、过程公平和结果公平。^[16]具体到基本医疗保险,起点公平就是参与权的公平和筹资负担的公平。筹资负担公平应该是量能负担,即相同经济能力的人承担相同的缴费,不同经济能力的人承担不同的缴费。然而,在定额筹资方式下,人人负担平等,这种平等负担机制使经济收入较低的群体面临着更高的筹资负担,而收入较高的群体则负担较轻,筹资负担在不同收入人群、城乡、不同经济发展地区之间明显不公平,这与社会保险的价值观背道而驰。不仅如此,从实践的意义上来讲,低收入人群负担越来越重,维持高参保率也越来越难。

3.1.1 低收入者缴费负担重,高收入者缴费负担轻

为衡量不同收入群体在居民医保筹资中的负担,此处以个人筹资^②占收入五等分群体家庭人均可支配收入的比重作为衡量相对负担的标准(表4)。2019年低收入户的筹资负担为3.39%,高于职工医保的筹资负担,而高收入户的筹资负担仅为0.33%,

低收入户的筹资负担约为高收入户的10倍。而且随着个人缴费水平的逐步提高,2016—2019年低收入户的负担增加0.68%,而高收入户的筹资负担仅增加了0.08%,低收入户筹资负担的增长速度约为高收入户的9倍。

表4 2016—2019年不同收入水平群体筹资负担(%)

筹资负担	居民医保				职工医保
	2016年	2017年	2018年	2019年	
低收入户	2.71	3.02	3.42	3.39	2.00
中间偏下户	1.16	1.30	1.53	1.58	
中间收入户	0.72	0.80	0.95	1.00	
中间偏上户	0.47	0.52	0.60	0.64	
高收入户	0.25	0.28	0.31	0.33	

注:根据国家医疗保障局官网,2020年中国统计年鉴数据整理计算而得。

3.1.2 农村地区居民缴费负担重,城镇地区居民缴费负担轻

分城乡来看,农村居民的筹资负担高于城镇居民,2019年农村居民筹资负担约为城镇居民的3倍。2016—2019年,农村居民筹资负担增长0.35%,城镇居民筹资负担增长0.14%,农村居民筹资负担增长速度是城镇的2.5倍(表5)。

① 《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,2019年职工医保门诊统筹人均享受待遇为6.28次/人,而居民医保门诊统筹人均享受待遇为1.95次。

② 此处指国家统一规定的个人缴费标准,实际上由于居民医保统筹层次较低,各统筹单位缴费水平不同。但整体而言个人缴费标准相差不远,个别省份如北京、上海尽管缴费总体水平高,但以政府补贴为主,各地区个人缴费与国家标准较为接近,因此本章均采用国家标准来测算筹资负担。

表 5 2016—2019 年农村与城市地区居民筹资负担 (%)

筹资负担	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年
农村地区	1.21	1.34	1.51	1.56
城镇地区	0.45	0.49	0.56	0.59

注:根据国家医疗保障局官网,2020 年中国统计年鉴数据整理计算而得。

3.1.3 经济落后地区居民缴费负担重,经济发达地区居民缴费负担轻

依据筹资负担,将全国 31 个省、市、自治区划分聚类为 4 个档次。总体来看,经济落后区域居民负担更重,2019 年甘肃、西藏、贵州居民的筹资负担为 1.31%、1.28%、1.23%,而同年上海、北京居民的筹资负担仅为 0.36%、0.37%,甘肃居民筹资负担约为上海居民的 3.6 倍(表 6)。

表 6 2019 年各省份居民筹资负担

筹资负担	省份
0.36%~0.70%	上海、北京、浙江、天津、江苏、广东、福建
0.79%~0.97%	辽宁、山东、内蒙、重庆、湖北、湖南、海南、安徽、河北
1.01%~1.05%	四川、陕西、吉林、宁夏、黑龙江、河南、山西
1.07%~1.31%	广西、新疆、青海、云南、贵州、西藏、甘肃

注:根据国家医疗保障局官网,2020 年中国统计年鉴数据整理计算而得。

以上三组数据表明,低收入群体和地区的参保人筹资负担较重,其个人收入对筹资负担更敏感。从绝对水平来看,不同收入水平的居民承担着“平等”的缴费金额,但这种绝对水平的“平等”意味着负

担水平上的“不公平”。与高收入群体相比,低收入群体在参保时就面临着更高的成本和负担,其参保门槛高于高收入群体,低收入群体更可能因为无法承担医保的缴费而导致后期的因病致贫风险,且筹资负担的增长速度远快于高收入户。已有研究证明,收入较低的群体参保概率较低,低收入群体缴费意愿更差。^[4,17-18]若不断提升个人缴费水平,只会不断加重低收入群体的负担,造成自愿“漏保”、“逃保”,而现有的医疗救助政策非常有限^①,低收入群体被排除在医疗保障制度之外,健康需求无法保障,更易陷入“贫病交加”的泥潭。

3.2 筹资缺乏自动调整机制,筹资水平上涨不稳定

在现行筹资制度下,居民医保保费的增长需依据行政指令调整。一直以来,新农合、居民医保以及此两项制度合并后的城乡居民医保,筹资标准的提升缺乏规律性,且提升幅度有限,近两年来总筹资增长稳定在 60 元,政府补贴、个人缴费增长分别稳定在 30 元。从增长率来看,随着筹资标准总量的提高,增长率呈现出不断下降的趋势。在现有的筹资上涨机制下,管理部门对筹资标准缺乏稳定的预期,增加了管理的难度,居民对缴费数额增长缺乏稳定的预期,当缴费跳涨时不免抱怨;且不断降低的增长率也无法满足快速增长的医疗费用。

表 7 2003—2020 年居民基本医疗保险筹资标准增长

年份	筹资标准(元)	增长幅度 (增长率,%)	政府补贴(元)	增长幅度 (增长率,%)	个人缴费(元)	增长幅度 (增长率,%)	政府:个人
2003	30	—	20	—	10	—	2.0:1
2006	50	20(22.22)	40	20(33.33)	10	0(0.00)	4.0:1
2008	100	50(50.00)	80	40(50.00)	20	10(50.00)	4.0:1
2010	150	50(25.00)	120	40(25.00)	30	10(25.00)	4.0:1
2011	250	100(66.67)	200	80(66.67)	50	20(66.67)	4.0:1
2012	300	50(20.00)	240	40(20.00)	60	10(20.00)	4.0:1
2013	350	50(16.67)	280	40(16.67)	70	10(16.67)	4.0:1
2014	410	60(17.14)	320	40(14.29)	90	20(28.57)	3.6:1
2015	500	90(21.95)	380	60(18.75)	120	30(33.33)	3.2:1
2016	570	70(14.00)	420	40(10.53)	150	30(25.00)	2.8:1
2017	630	60(10.53)	450	30(7.14)	180	30(20.00)	2.5:1
2018	710	80(12.70)	490	40(8.89)	220	40(22.22)	2.2:1
2019	770	60(8.45)	520	30(6.12)	250	30(13.64)	2.1:1
2020	830	60(7.79)	550	30(5.77)	280	30(12.00)	2.0:1

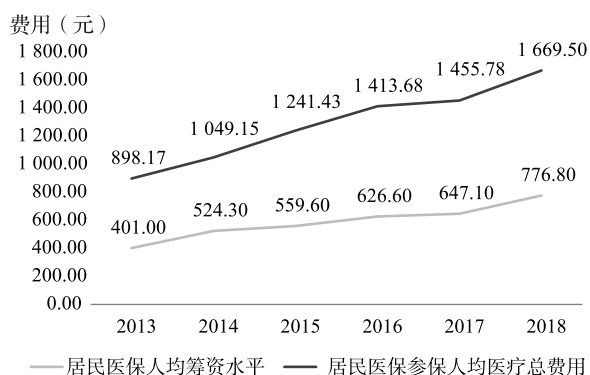
注:根据原卫生部、卫健委、人力资源社会保障部、国家医疗保障局官网数据计算而得;其中 2011 年之前为新农合的筹资标准(城镇居保建设不完善,制度文件对个人筹资未明确),2011 年后新农合、城镇居保筹资标准统一。

① 现有的医疗救助政策在资助困难群众,如特困人员、低保对象、农村建档立卡贫困户参保方面发挥了重要作用,但资助水平、资助范围有限。2016 年、2017 年人均参保资助水平仅为 113.9 元、131.6 元,且经济收入水平较低的贫困群体如低保边缘户被排除在医疗救助之外,参保筹资负担重。

3.3 筹资水平不足,保障不充足

由于低收入家庭的保费负担能力有限,在定额筹资背景下,为了照顾低收入家庭的负担能力,个人缴费增长较慢,制度总筹资和人均筹资水平有限,从而保障水平有限。

目前,居民医保的筹资与保障水平还很不充分。居民医保的人均筹资水平与居民医保参保人均医药总费用^①呈“剪刀差”发展趋势,2018年居民医保的人均筹资与人均医药总费用的差额高达53.47%,居民人均自费超过一半以上(图1)。而且,近年来居民医保筹资用于大病保险的部分逐年增加,基本医保的保障水平受到挤压。

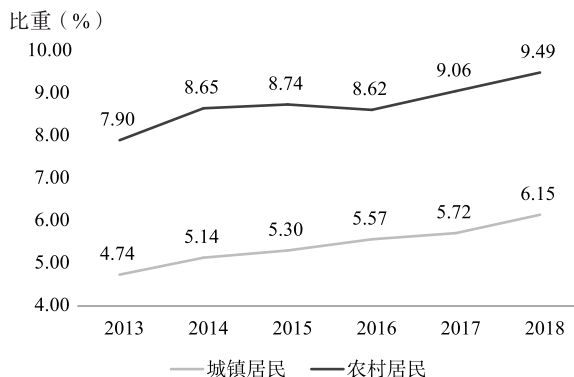


注:根据2013—2017年《中国社会保险发展年度报告》、《2018年全国基本医疗保险事业发展统计公报》、2018年《中国卫生总费用研究报告》数据整理计算而得。

图1 居民医保人均筹资及参保人均医疗总费用(元/年)

与之相对应的,城乡居民医疗保健支出占人均家庭消费的比重也逐年攀升,2018年农村、城镇居民医疗保健支出占人均消费的比重分别为9.49%、6.15%(图2),农村居民的医疗保健支出比重更高、看病就医负担更重。

不仅如此,结合居民医保筹资的增长趋势,居民医保缴费的增幅从2017年的10.53%下降至2020年的7.79%,若总体增长幅度仍然稳定在每年提升60元的水平,则筹资费用的增速还将逐年降低。统计年鉴数据显示,2013—2018年卫生总费用的平均增幅为13.31%,居民人均可支配收入的平均增幅为9.04%。假定增幅仍然维持现有水平,现有的筹资增速将远远滞后于卫生总费用的上涨,也与居民的人均可负担能力不匹配,居民医保未来筹资面临的充足性问题将会不断放大。



注:根据国家统计局、2019年《中国卫生健康统计年鉴》数据整理计算而得。

图2 城乡居民医疗保健支出占消费人均消费比重

医疗保险通过“大数法则”,使个体患病经济风险在参保群体中进行分摊,实现风险共担。^[17]在风险共担的“程度上”,基金筹集越多,制度抵抗风险的能力越强,居民所需自付部分也就越少。^[19]美国兰德公司的实验与OECD研究报告表明,居民自付是负面影响健康产出的重要因素,居民医疗费用自付比例高时,部分合理的健康需求将会无法得到释放。^[20-22]定额筹资机制下,居民医保的筹资、保障充足性严重不足,抑制了部分群体(主要是贫困群体)的合理医疗需求,而这与制度设计的目标背道而驰,无法满足新时代赋予基本医疗保险的艰巨任务。

3.4 定额筹资引致个人与政府筹资负担不均衡,制度对政府筹资依赖较重

个人定额筹资要照顾最低收入群体的负担能力,所以整体筹资水平增长较慢,制度对政府筹资依赖较重。2003年新农合建立之时正是中国农村“三农问题”最严重的时候,所以新农合筹资采取“三个一点”:中央财政出一点,各级地方财政出一点,农民个人出一点。这一财政政策具有明显的对农村和农民的再分配作用,符合当时的经济发展状态。随后,各项三农政策的支持下,农民收入明显提高,多数农民有能力缴纳更多保费,这种政府与个人的责任分担状态应该改变;尤其是城镇居民也适用相同的财政补贴政策更是不妥。并非财政现行的补贴造成政府负担过重(2019财政对居民医保的补贴占财政收入的比重小于3%),也不存在一个合理或者说适度的政府与个人责任的比例,政府补贴多少取决于政府的能力,也取决于社会共识以及政府补贴造成的外

① 居民医保参保人均医药总费用为居民医保参保人均医疗费用(医疗服务机构)加上人均零售药店费用,由于零售药店费用无法区分不同参保群体的费用,因此采用全国人均零售药店费用作为居民医保参保人均零售药店费用。

溢因素。首先,基本医保是社会保险,微观主体应该是第一责任人;其次,财政对农村户籍的大量补贴降低了农民工职工医保参保率,同时也阻碍新型城镇化进程。但是,居民医保的筹资并没有考虑这些因素,财政筹资的比例一直处在较高水平,2020 年财政补贴占总筹资的水平仍高达 66.27%。学界普遍认为政府补贴过多而个人缴费不足。2020 年 5 号文也强调基本医保要完善筹资分担机制,就是为了解决居民医保筹资个人与政府责任不均衡的问题。

以上多维度分析发现,定额筹资机制面临着筹资负担不公平、保费增长不稳定、筹资水平不充分、筹资责任不均衡问题。尽管定额筹资制度可通过提升筹资额度来解决筹资充足性的问题,但由于筹资负担不公平,低收入群体筹资负担更重,缴费意愿低,更有可能造成主动的“漏保”、“逃保”,制约全民覆盖目标的实现;不仅如此,考虑到低收入群体的筹资负担,筹资增长幅度的调整举步维艰,近年来个人缴费部分的筹资始终维持在 30 元/人,既影响筹资水平的充分性,也使得制度对政府补贴依赖较重,个人承担责任不足,最终导致责任分担的不均衡。筹资负担不公平、保费增长不稳定、筹资水平不充分、筹资责任不均衡的问题之间互相影响、制约,造成筹资机制的恶性循环(图 3)。

医保筹资机制应该由定额制转向以居民家庭人均可支配收入为基数的定比筹资制度,又称费率制。我们的研究发现:定比筹资制度下,可实现筹资端的量能负担,即公平负担,同时内置筹资自动调整机制,为筹资水平提升减轻了制度阻碍,同时还可以改善政府与个人负担不均衡的问题。本文也给出了不同的费率方案供决策者在可负担性和充足性之间权衡。

4.1 四种费率方案的提出

费率是决定筹资水平高低的关键变量,在权衡可负担性、充足性等政策目标的基础上,本文假定 2019 年为改革元年,从低至高分别提出 4 种费率^①方案(表 8)。

表 8 2019 年不同收入水平群体收入负担变化情况(%)

筹资标准	方案 1	方案 2	方案 3	方案 4
低收入户	-2.58	-1.81	-1.39	0.00
中间偏下户	-0.77	0.00	+0.42	+1.81
中间收入户	-0.19	0.58	+1.00	+2.39
中间偏上户	+0.17	0.94	+1.36	+2.75
高收入户	+0.48	1.25	+1.67	+3.06

注:“-”表示负担减轻,“+”表示负担增加。

方案 1 以减轻低、中收入人群筹资负担为政策目标,同时保持筹资总体水平不下降。若假定个人筹资总额保持现有水平不变,则费率为 0.81%,以该费率收费,可负担性极大增强,占参保人 60% 的中间收入户、中间偏下收入户、低收入户缴费负担降低,占 40% 参保人的缴费负担增加,但费率仍然较低,足以负担。

方案 2 同时权衡了医保制度可负担性与充足性的政策目标,设定费率为 1.58% (中间偏下户筹资负担)。该方案使 20% 居民(中间偏下户)筹资负担不增加,20% 居民(低收入户)负担减轻。若采取该方案,与现行定额筹资机制相比,2019 年个人缴费部分将新增 196 元/人,新增筹资总额达 2 008.67 亿元,较当年实际筹资新增 25.45%。

方案 3 采用了职工医保个人缴费费率(2.00%),以保障职工医保、居民医保的平衡发展。该方案使 20% 居民(低收入户)负担减轻,同时将较大提升充足性,若采取该方案,2019 年个人缴费部分将新增 314.56 元/人,新增总额达 3 223.71 亿元,较当年实

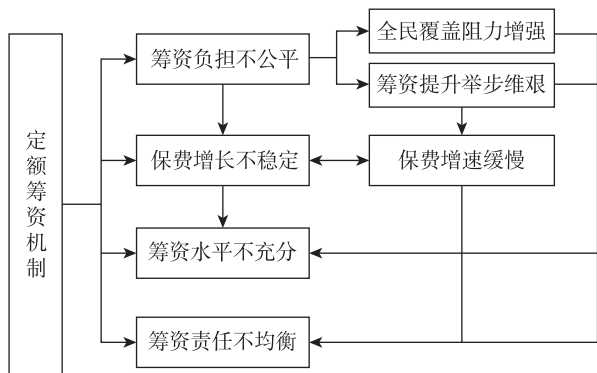


图 3 定额筹资机制问题传导示意图

4 改定额筹资为定比筹资

个人定额筹资引起的上述种种问题,虽然学界没有充分的统计学分析,但学界和决策者是有共识的,所以在 5 号文中提出健全稳健可持续的筹资机制,完善筹资分担与动态调整机制。本文认为,居民

① 下文中提到的费率方案均以居民家庭人均可支配收入为费基。

际筹资新增 40.85%。

方案 4 则重点以提升医保制度充足性为目标, 设定费率为 3.39% (2019 年低收入户实际缴费负担)。该方案以最低收入户目前的实际负担为起点, 改革初期不能减轻他们的负担, 只能满足负担公平性, 但极大地提升了充足性。若采取该方案, 2019 年个人缴费部分将新增 706.93 元/人, 新增总额达 7 244.83 亿元, 较当年实际筹资新增 91.81%。

4.2 定比筹资实现负担公平

目前, 居民医保的定额筹资机制对低收入群体形成了较强的排斥力, 低收入者承担的筹资负担是高收入者的十倍以上。而且, 在医保起付线、共付比等控费手段的制约下, 高收入者通过保险制度的获益高于低收入者^[23], 低收入者的压抑的医疗需求在保险制度内也往往无法释放, 违背了居民医保政策设计的初衷。现有定额筹资已无法回应目前的矛盾, 部分统筹地区如重庆、天津等地的居民医保设置了多档筹资标准, 但多档筹资并不能从根本上解决筹资负担不公平的问题, 且可能存在逆向选择的道德风险。只有实行以居民可支配收入为基础的定比筹资, 才能减轻低收入者的筹资负担。^[14]

定比筹资机制保证了筹资在不同收入人群之间的公平负担, 对减轻低收入群体负担作用明显, 方案 1、2、3 中低收入户筹资负担均有所下降。同时, 与定额制度相比, 定比制度下低收入户筹资负担的增长速度也将下降。为保证可比性, 此处以方案 1 (费率 0.81%) 为例, 2013—2019 年低收入户人均可支配收入的年平均增长速度为 11.31%, 假定增速不变, 则 2020 年低收入户人均可支配收入为 8215.12 元, 低收入户预期个人部分新增缴费仅为 6.77 元/人, 远远低于定额制度中个人筹资部分每年预期新增的 30 元/人。

4.3 定比筹资内置筹资自动调整机制

居民医保筹资水平的调整主要依靠国家医疗保障局每年发布的行政命令, 这种筹资水平的调整方式短期性、随意性较强, 且未考虑精算平衡^[24], 无法反映经济水平、居民缴费能力的提升。定比例筹资以居民家庭人均可支配收入为费基, 一方面, 居民家庭人均可支配收入与经济发展紧密相关, 同时也可以反映居民负担水平的提升, 在稳定的定比例筹资下, 筹资水平随可支配水平稳步提高, 而居民相对负担并未增加; 另一方面, 居民家庭人均可支配收入也

可反映个人收入、区域收入、城乡收入之间的差异。定比筹资既具备筹资水平、筹资负担上的“稳定性”, 又具备调节不同收入群体筹资负担的“灵活性”。

4.4 定比筹资以公平促进充足, 改善政府与个人责任均衡性

定比筹资不仅是居民筹资公平性的必然要求, 也是提升整体筹资“充足性”的必经之路。在等比筹资机制下, 不同收入群体根据家庭的可支配收入状况缴纳相同比例的参保费用, 低收入群体不必承担更高的筹资负担, 且筹资负担增速放缓, 高收入群体缴费责任增加, 缴费水平充足性将得到提升。在方案 2、3、4 中, 居民按其家庭人均可支配收入的 1.58%、2.00%、3.39% 进行缴费, 假定政府补贴不变的情况下, 筹资总额大幅上升 (表 9)。

以方案 4 为例, 低收入户筹资负担不增加, 且总体筹资大幅上升, 人均总体筹资高达 1 476.93 元, 若按定额筹资制度每年 60 元的现有趋势增长, 约需 12 年总体筹资才能达到定比筹资制度相同水平。同时, 占当年居民医保参保人均医疗总费用的比重也提升至 88.47%, 保障能力大幅提升。不仅如此, 方案 2、3、4 方案由于个人筹资占比提升, 也有助于促进政府与个人缴费责任的均衡负担 (表 9)。

表 9 2019 年等比筹资机制不同方案筹资水平 (元, %)

筹资标准	方案 1	方案 2	方案 3	方案 4
个人筹资 (占总筹资比重)	250.00 (32.47)	446.00 (46.17)	564.56 (52.05)	956.93 (64.79)
政府补贴 (占总筹资比重)	520.00 (67.53)	520.00 (53.83)	520.00 (47.95)	520.00 (35.21)
人均筹资总额	770.00 (100)	966.00 (100)	1 084.56 (100)	1 476.93 (100)
筹资总额 (亿元) (占医药总费用比重)	7 891.19 (46.53)	9 899.86 (57.86)	11 114.90 (64.96)	15 136.02 (88.47)

注: 根据国家统计局数据整理计算而得。

4.5 筹资方案选择: 充足性与可负担性

在满足公平性的前提下, 定比例筹资需要在“可负担性”与“充足性”之间进行权衡选择, 可负担性越高, 表明人均筹资水平越低, 在政府补贴不变的背景下, 充足性就相应越低。若保持原有机制下筹资水平不变, 则其可负担性极高, 但充足性极低, 个人自付比例高 (表 10)。

兰德公司的实验表明, 完全充足 (免费医疗) 的医疗保险可能会带来滥用, 在保障医疗费用不滥用的前提下, 提升保障水平有助于保障居民的合理医

疗需求释放。^[20]较高的保障水平有助于保障居民获取合理的医疗服务,尽管缴费时的“可负担性”低,但个人自费低,降低了贫困群体享受医疗服务的门槛,是抵御因病致贫、因病返贫风险的最佳方案选择。

从短期来看,可负担性高的方案更便于执行,但从长期来看,充足性高的方案更有助于群众健康需求的满足,助力健康中国目标的实现。总体而言,方案 3 在降低低收入户筹资负担的同时,大幅增强了制度保障水平的充足性,且缴费费率与职工医保一致,也有助于解决基本医保体系中两个制度不平衡的问题。

表 10 2018 年等比筹资机制不同方案筹资水平

筹资标准	方案 1	方案 2	方案 3	方案 4
可负担性	极高	高	中	低
充足性	极低	低	中	高

注:此处可负担性、充足性的水平没有绝对标准,表格为不同方案之间对比的结果。

5 改革路径与未来发展方向

5.1 定比筹资两步走

在定比筹资机制中,居民以其家庭人均可支配收入作为基数缴纳参保费用。与职工稳定、单一的工资收入相比,农民、灵活就业人员等城乡居民的收入来源多样且不稳定,识别难度大,城乡居民缴费基数的界定存在困难。发达国家、地区在费(税)基扩展上进行了有益探索,随着识别体系、税收信息系统的完善,居民收入总量与结构的识别愈加精准,筹资管理精细化水平不断提高,这也是我国医疗保险筹资机制未来发展的重要方向。

考虑到我国识别居民家庭人均可支配收入的条件尚不成熟,提出定比筹资分两步走计划:第一步,居民医保执行全国统一费率,并按各统筹单位人均可支配收入核定缴费基数。居民医保原则上实行市级统筹,各统筹单位根据区域内城乡居民家庭人均可支配收入作为缴费基数,鼓励有条件的地区将缴费基数细化落实到县(区)、乡镇(街道)一级。第二步,全国统一费率基础上,按缴费单位(家庭)的可支配收入核定缴费基数。随着识别体系、税收信息系统的完善,动态掌握居民家庭人均可支配收入的变化,最终实现定比筹资的最终目标。

5.2 财政级差分类补贴进一步细化

居民医保的政府补贴主要采取中央、各省财政补贴相结合的方式。其中,中央补贴主要发挥财政

转移支付作用,对经济落后地区补贴较高,《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》根据各省份经济发展水平,将中央财政对各省居民医保的补贴比例划分为 5 档;省级层面补贴则由各省根据其经济实力制定补贴水平。

实行定比筹资将减轻落后地区居民的缴费负担。但是,在政府补贴政策不变的前提下,落后地区筹资总水平将会降低,落后地区居民医保的充足性及不同地区居民医保的平衡性将会受到冲击。为适应个人缴费筹资机制的转变,中央财政和省级应进一步细化“级差补贴”,并以各统筹单位的人均可支配收入作为“级差”划分的依据,重点增强对落后地区的财政转移水平,保障落后地区的总体筹资水平不下降,减轻落后地区的财政负担。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李珍. 基本医疗保险 70 年: 从无到有实现人群基本全覆盖[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(12): 1-6.
- [2] 应晓华, 刘宝, 胡善联, 等. 不同收入人群家庭筹资公平性研究[J]. 中华医院管理杂志, 2004(8): 12-15.
- [3] 王晶. 中国农村医疗筹资公平性研究: 基于全国八个农业县医疗筹资系统的实证研究[J]. 社会学研究, 2008(5): 160-185, 245.
- [4] 谢亲卿, 沈世勇. 上海城乡居民医疗保险筹资满意度分析[J]. 中国医疗管理科学, 2020, 10(1): 30-33.
- [5] 张晓, 刘蓉, 胡汉辉. 建立与经济增长同步的医疗保险筹资机制[J]. 中国医疗保险, 2011(1): 25-29.
- [6] 熊先军, 孟伟. 城乡居民医疗保险筹资政策的问题挑战及建议[J]. 中国医疗保险, 2016(5): 8-12.
- [7] 李亚青. 城乡居民基本医疗保险筹资动态调整机制的构建[J]. 西北农林科技大学学报: 社会科学版, 2018, 18(5): 86-93.
- [8] 柳国发. 论建立新型农村合作医疗制度的有效筹资机制[J]. 中国卫生经济, 2005(3): 23-27.
- [9] 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.
- [10] 朱铭来, 李涛. 城乡居民医保筹资机制可持续性研究: 以天津市为例[J]. 中国医疗保险, 2016(5): 26-29.
- [11] 朱坤, 林玲. 我国基本医疗保险筹资机制研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(8): 17-21.
- [12] 成昌慧, 陈丽艳, 孙璇, 等. 城乡居民基本医疗保险筹资政策研究: 以济南市为例[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(8): 13-16.

- [13] 赵斌,尹纪成.我国城乡居民医保筹资机制的完善思考:基于“三险一金”改革和结构性变革的探讨[J].中国医疗保险,2017(6):15-20.
- [14] 李珍.迈向高质量全民统一覆盖的医疗保险制度[J].中国卫生政策研究,2020,13(1):2-8.
- [15] 张自宽,赵亮,李枫.中国农村合作医疗50年之变迁[J].中国农村卫生事业管理,2006(2):3-5.
- [16] 李珍.社会保障理论[M].中国劳动社会保障出版社,2017.
- [17] 王亨,李佳佳,徐凌忠.流动人口医疗保险参保影响因素分析[J].山东大学学报(医学版),2015,53(12):90-93.
- [18] 丁士祥,杨谱芸,马骁,等.四川省就业流动人口城镇职工医疗保险参保现状及影响因素[J].中国卫生资源,2017,20(4):313-317.
- [19] 陈妍.公共医疗保障基金筹资机制研究[D].天津:南开大学,2012.
- [20] Hueber S S, Black K. Life Insurance[M]. 10th Edition. Prentice-Hall, Inc, USA, 1982.
- [21] 詹春柳,祖述宪.兰德健康保险实验简介[J].国外医学(卫生经济分册),1989(3):21-24.
- [22] OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators[R]. 2019.
- [23] 周钦,田森,潘杰.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[J].经济研究,2016,51(6):172-185.
- [24] 仇雨临,翟绍果,郝佳.城乡医疗保障的统筹发展研究:理论、实证与对策[J].中国软科学,2011(4):75-87.

[收稿日期:2021-05-06 修回日期:2021-06-29]

(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2022 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月25日出版,国内外公开发行,大16开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价20元/册,全年240元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路3号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:薛云

电话:010-52328696、52328697