doi：10.16006/j.cnki.twnt.2023.04.007

城乡居民医保整合对于防范因病返贫的作用机制、现实挑战与路径优化

罗佳丽，林晨蕾

（福建农林大学公共管理与法学院，福建　福州　350002）

摘　要：【目的/意义】探究我国城乡居民医保整合对于防范因病返贫的作用机制及现实挑战，可为居民医保整合防范因病返贫提供政策优化路径。【方法/过程】通过政策查阅、文献分析的方法，对城乡居民医保整合对于防范因病返贫的作用机制进行理论分析，总结我国城乡居民医保整合治理因病返贫的主要成效，基于我国城乡居民医保整合在治理因病返贫中的现实挑战提出相应的优化路径。【结果/结论】结果显示，我国城乡居民医保整合治理因病返贫还存在统筹层次提高难，权益公平性受损，城乡“逆向补贴”以及可持续化难度高等现实挑战，应通过加快医保省级统筹；向“一制一档”过渡，增进医保权益公平；优化城乡医疗资源配置；强化医保基金监管，确保收支平衡可持续等路径，更好地发挥城乡居民医保整合对于防范因病返贫的作用。

关键词：城乡居民医保整合；因病返贫；防范返贫；作用机制

中图分类号：F842.6；F323.8　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1673—5617（2023）04—0052—09

Mechanism of Action, Practical Challenges and Path Optimization of the Integration of Urban and Rural Residents’ Medical Insurance for Preventing the Returning to Poverty due to Illness

LUO Jia-li，LIN Chen-lei

（*School of Public Administration & Law*, *Fujian Agriculture and Forestry University*, *Fuzhou*, *Fujian* 350002, *China*）

Abstract：【Objective/Meaning】Exploring the action mechanism and practical challenges of the integration of medical insurance for urban and rural residents to prevent returning to poverty due to illness in China can provide a policy optimization path for the integration of residents’ medical insurance to prevent returning to poverty due to illness.【Methods/Procedures】Through the methods of policy review and literature analysis, the theoretical analysis on the mechanism of the integration of urban and rural residents’ medical insurance in preventing the returning to poverty due to illness was carried out, and the main achievements of the integration of urban and rural residents’ medical insurance to prevent the returning to poverty due to illness in China were summarized. Based on the practical challenges of the integration of urban and rural residents’ medical insurance in the treatment of returning to poverty due to illness, the corresponding optimization path was put forward.【Results/Conclusions】There were still some practical challenges in the integration of urban and rural residents’ medical insurance to prevent returning to poverty due to illness in China, such as the difficulty of improving the level of overall planning, the impaired fairness of rights and interests, the reverse subsidy between urban and rural areas and the difficulty of sustainability, which should be solved by accelerating the overall planning of medical insurance at the provincial level, transiting to the“one system and one file” to enhance the fairness of medical insurance rights and interests, optimizing the allocation of medical resources in urban and rural areas, and strengthening the supervision of medical insurance funds to ensure the sustainable balance of payments, so as to better play the role of the integration of urban and rural residents’ medical insurance in preventing returning to poverty due to illness.

Key words： integration of urban and rural residents’ medical insurance；returning to poverty due to illness；prevent returning to poverty；mechanism of action

收稿日期：2023—04—13

作者简介：罗佳丽（1998—），女，硕士研究生，研究方向：社会保险、公共卫生政策. E-mail：ljl2246@163.com

通讯作者：林晨蕾（1984—），女，副教授，博士，研究方向：医疗保险、健康经济学、公共卫生政策. E-mail：lclfj@163.com

基金项目：国家社科基金青年项目（15CGL069）；教育部人文社会科学青年基金项目（21YJC630073）；福建省社会科学规划青年项目（FJ2019C030）

2020 年我国脱贫攻坚战取得了全面胜利，现行标准下农村人口实现全面脱贫。接下来的工作重心是巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接，实现共同富裕。2023 年中央一号文件再次指出要“坚决守住不发生大规模性返贫底线，健全分层分类的社会救助体系，做好兜底保障”。相对贫困视域下，由于健康风险具有不确定性，因病返贫致贫仍是家庭陷入贫困的主要诱因之一，数据调查显示，2019 年我国农村身体健康人群贫困发生率 0.5%；身体基本健康人群贫困发生率为 1.1%，身体健康状况较差的人群贫困发生率为 1.5%[1]。疾病产生的返贫风险仍较大，因此防止因病返贫是巩固脱贫攻坚成果的重要任务。医疗保险作为健康扶贫的重要政策之一，对防范因病返贫致贫具有重要作用。然而，我国基本医疗保险呈现城乡分割的局面，两者之间筹资水平、待遇水平相差异等问题阻碍了公共服务的均等化[2]，损害了农村居民公民权利的横向公平[3]。基于此，我国于 2016 年开始全面整合城乡居民医保制度，这为解决城乡基本医疗保险二元分割的状态，实现医保权益公平迈出了重要一步，并于 2018 年基本实现了全国范围内的整合。

城乡居民医保整合对健全全民医保体系具有重要意义，同时也是消除因病致贫、因病返贫的制度保障。随着城乡居民医保整合的推进，其取得的成效引起了学者们的广泛关注，并进行了多方面的分析，研究主要以农村居民为主要研究对象，侧重于研究城乡居民医保整合在健康绩效与经济绩效两方面发挥的减贫作用，以及整合对医保权益公平的改善。关于城乡居民医保整合发挥的健康绩效，学界利用不同方法与数据分析得出的结论尚存在差异。一方面，有研究认为城乡居民医保整合改善了居民医疗服务利用，如马超等[4] 发现，城乡居民医保整合提高了农村居民的医疗服务利用，具体表现在就医行为方面门诊次数及医疗费用的增加。另一方面，刘小鲁[5] 的研究则认为城乡居民医保整合并未明显改善居民医疗服务利用水平。从健康改善角度来看，郭庆等[6]、常雪等[7]、洪灏琪等[8]、何文等[9]、李华等人[10] 的研究证实了城乡居民医保整合提高了居民健康水平，降低了参保人群的因病致贫的发生率，尤其对农村居民群体的效果更显著。在经济绩效方面；郑超等[11]、高和荣等[12] 研究认为城乡居民医保整合通过减少医疗支出自付比例、增加劳动供给和家庭资产积累等渠道降低了农村居民的因病致贫发生率与相对贫困脆弱性，发挥了减贫防贫效应。关于城乡居民医保整合公平性研究，学者们主要分析了城乡居民医保整合对医保权益公平及健康机会公平两方面的影响。如仇雨临等[13]、马超等[14]、李经纬等[15] 研究发现，城乡居民医保整合提高了医保权益、医保制度与健康机会的公平性，但存在不同整合档次上的区别，同时城乡居民医保整合的公平性仍有待提高。从以上研究来看，城乡居民医保整合总体发挥了防贫促健的作用，是防范因病返贫的制度保障，在当前我国乡村振兴与巩固脱贫攻坚成果相衔接阶段显得尤为重要。综上所述，当前学界对于城乡居民医保整合的成效研究较为丰富，但对于城乡居民医保整合防范因病返贫的相关研究较少，同时基于我国后脱贫时代这一特殊阶段城乡居民医保整合对于防范因病返贫的作用机制的相关研究尚在起步。基于此，本文通过探讨城乡居民医保整合在后脱贫时代防范因病返贫的作用机制，取得的成效、存在的问题及优化路径，旨在为城乡居民医保整合更好地发挥防范返贫作用提供理论借鉴与政策建议。

1　城乡居民医保整合防范因病返贫的理论分析框架

1.1　因病致贫、返贫的发生机制

根据国家乡村振兴局建档立卡数据，我国贫困户的主要贫困原因包括因病致贫、因学致贫、因灾致贫、因残致贫，其中因病致贫是最主要原因。因病致贫、返贫是指因健康不佳或健康冲击导致的收入下降等经济风险，从而陷入贫困或脱贫后再次返贫[16]。学术界对健康风险冲击导致贫困已形成一致，即健康状况是影响贫困的重要原因。因病致贫、返贫的发生机制如图 1 所示。

1.1.1　疾病造成人力资本下降，收入减少　首先，遭遇疾病冲击后，患者本人及家庭的人力资本都会有所下降。疾病是贫困生成的一个重要原因，家庭成员尤其是家庭主要劳动力受到健康冲击时对一个家庭不论是在精神上还是经济上的打击都是巨大的。家庭成员遭遇大病冲击，会停止工作或减少工作时间，进而家庭收入减少。其次，处于贫困边缘以及刚脱贫不久的脱贫户在遭遇健康冲击时，经济脆弱性增加，更有可能陷入贫困。最后，从健康人力资本与经济生产角度看，国外学者 Grossman[17] 认为健康资本是重要的人力资本，健康投资对经济生产起着重要作用。健康投资与经济生产的相关关系，表现在健康投资带来健康水平的提升，人力资本也随之提高，意味着更高的生

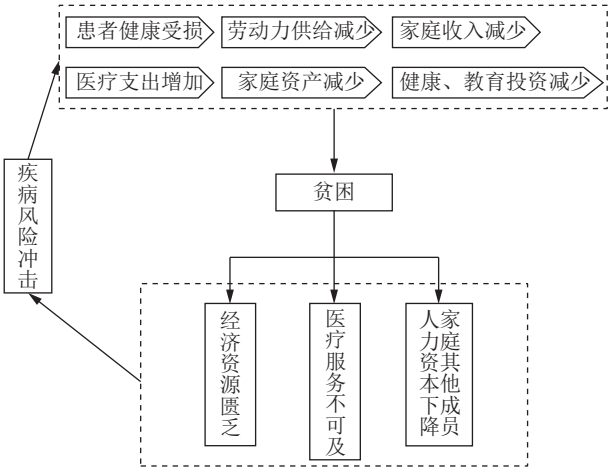

图 1　因病致贫、返贫的发生机制

产效率，从而对经济生产起到促进作用。相反，那些健康投资少的人因健康问题造成生产低下而陷入因病致贫的风险更高。

1.1.2　*医疗支出增加，家庭资产减少，健康及教育投资减少*　患者治疗疾病所需的医疗支出增加，医疗负担加重导致家庭致贫或返贫。家庭资产及预期收入减少后，人们会通过减少家庭教育投入，并降低健康投入来应对，进而家庭其他成员的健康人力资本下降出现代际贫困。学者 Wagstaff[18] 通过回顾有关健康不平等对穷人的不利影响，以及与医疗费用支付相关的贫困和收入不平等的变化的研究，发现贫困与健康相互交织，并形成一个恶性循环，贫困导致健康状况差，进而又通过影响收入及医疗负担导致贫困，贫困群体与富人群体存在严重健康不公平现象。贫困人群收入低、生活质量不高，缺乏良好的医疗卫生条件、营养健康投入，又存在疾病的威胁，进而导致因贫致病，再次陷入贫困。

1.2　城乡居民医保整合以防范因病返贫的作用机制

享有公平的健康权是每个公民的基本权利，基本医疗保险的意义就在于保障每个公民公平地获得健康。同时医疗保险发挥的减贫效应已经得到了大多数学者研究的认可，研究认为医疗保险分别从健康影响和经济影响两方面发挥减贫效应[19-20]。而城乡居民医保整合后，在统筹水平、待遇水平、报销比例等方面都有所提高，其发挥的健康效应及减贫效应主要体现在以下几方面。

1.2.1　*降低居民医疗消费经济负担，减少家庭经济脆弱性*　首先，城乡居民医保整合后城乡居民医保在药品目录、起付线、报销比例和最高支付限额等待遇得到统一，农村居民医保待遇水平明显提高。待遇水平提高后，疾病风险对家庭经济的冲击得以分散。其次，农村居民的报销比例有所提升，降低了自付医疗支出比例。针对因病致贫发生率较高的农村地区，居民就医的经济负担变小，家庭的经济脆弱性降低，从而家庭消费得以平稳[21]，家庭教育投资、健康投资也得到保障，阻断了疾病—贫困—疾病的恶性循环[22]。

1.2.2　*提高医疗服务利用率，改善健康脆弱性*　整合后医疗保障水平提高，农村参保人在医保药品目录、报销比例、起付线上与原先城镇居民医保相同，针对农村居民的医疗需求得到进一步释放，具体表现在农村居民门诊率和住院率的提高，“小病拖大病”的情况减少，农村居民有病不医的现象减少，村民健康意识得以提高。此外，适龄劳动人口健康改善后，劳动供给得以增加，收入水平随之提高。因此，健康改善是城乡医保统筹政策实现减贫增收效应的作用渠道之一[11]。家庭健康能力提升，彻底从因病致贫、返贫的原因至疾病上阻断贫困。

1.2.3　*提高医保权益公平，增强防贫内生动力*　整合后居民医保二元分割的局面被打破，这让农村居民在公平感上认可医保政策，享有平等的医保权益。相较于整合前，农村居民在医疗资源差距、医保待遇差距、收入差距等方面的不公平，造成农村居民在政策上不公平的感知体验，一定程度上打击了因病致贫户的公平体验[23]，进而导致内生脱贫动力不足[24]。整合后，农村居民主观感知到的公平感提升，缓解了农民因病返贫的恐惧感，提升了对自身健康状况的重视以及医保权益享受意识。医保权益公平促进了农村居民对医保政策的认识，进而增加医疗服务利用率，提高防范因病返贫的内生动力。

2　城乡居民医保整合治理因病返贫的主要成效

2018 年全国基本实现了城乡居民医保整合，为实现医保政策的公平迈出重要一步，解决了城乡医保政策分割带来的城乡医保不公。同时城乡医保的整合在改善城乡居民健康水平、减轻医疗负担、减缓贫困上也发挥了显著作用。国家医疗保障局官网《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》显示，2020 年我国城乡居民基本医疗保险参保人数达到 101676 万人，居民医保政策范围内住院费用基金支付 70.0%，2020 年全国农村建档立卡贫困人口参保率维持在 99.9% 以上；2018 年以来各项医保扶贫政策累计惠及贫困人口就

医 5.3 亿人次，助力近 1000 万户因病致贫的家庭精准脱贫[25]。不论从医保政策保障水平、医疗服务保障水平、医保制度的可持续、医保制度的公平性，还是医保制度实施时效几方面来看，我国城乡居民医保整合的综合效果相较于整合前都有所提升[15]。此外，城乡居民医保整合后对农村居民的就医行为、健康水平、医疗服务利用都产生了影响。从整合的健康绩效和减贫绩效来看，城乡居民医保整合后，农村居民的就诊次数和医疗费用都有所上升，即提高了农村居民的医疗服务利用率[4]。减少了农村居民有病不医的现象，也提高了参保人的健康水平，显著降低了农村居民因病致贫发生率，对农村弱势群体效果更显著[10]，主要分为以下几个方面。

2.1　改善医保制度公平

整合前我国居民医疗保险城乡分割，存在城乡待遇不公，报销水平、报销范围不一，医疗资源不均等问题，尤其是我国农村地区的新型农村合作医疗，待遇水平较低。国家卫健委《全国第五次卫生服务统计调查报告》显示，我国农村地区人均住院报销费用水平仅为城居保的 62%、城职保的 39%[26]。而国家医疗保障局官网《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》显示，2018 年城乡居民医保整合后，城乡居民医保的住院报销水平仅低于城职保 16 个百分点[27]。随着城乡居民医保整合的基本完成，我国城乡分割的居民医疗保险情况得到改善。城乡居民医保就覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理等方面进行统一[28]。相比整合前，整合后农村居民的药品报销范围增加，报销水平提高。农村居民医疗服务利用率提高，医疗需求得到释放，缓解了城乡居民健康不平等，保障了农村居民的公平权益。同时，城乡居民医保整合对农村居民公平感从心理上得到了认同，消除城乡不公平感，提高了就医意愿。并且城乡居民医疗保险整合从制度上带来的健康机会平等，对于贫困户的影响更为显著，尤其是对因病致贫的贫困户。贫困户脱贫后疾病仍是其返贫的重要隐患，家庭消费能力、抵御风险能力仍然偏低。居民医保对贫困户缴费、报销、垫付等方面都有相应的倾斜政策，而城乡居民医保整合后带来的报销范围和报销水平的提高为贫困户解决了就医的后顾之忧。以三明市为例，三明医改取得了亮眼的成绩并在全国进行推广，三明市于 2014 年进行了城乡居民医保整合，整合前后农村居民医保的待遇水平都有了显著提高，如表 1 所示。

表 1　三明市城乡居民医保整合前后待遇对比

项目	分类	整合前（2013年）		整合后（2018年）
		新农合	城镇居民医保	城乡居民医保
筹资		年人均筹资额为330元，其中个人缴纳为50元	年人均筹资额，成年人为240元，其中个人缴纳为140元；未成年人为80元，其中个人缴纳为40元	年人均筹资额630元，其中个人缴纳为180元
门诊统筹		年封顶费用为400元/户，政策补偿比例为60%，次均封顶费用为乡镇卫生院40元、村卫生室30元	年封顶费用为400元/人，一级医疗机构政策补偿比例为60%，二级及以上医疗机构政策补偿比例为30%	不设起付线，政策补偿比例为60%，次均封顶费用为40元/日/人，年封顶费用为150元/人
住院补偿	一级医院	≤300元：政策补偿比例为60%；＞300元：政策补偿比例为95%	＞200元：政策补偿比例为85%	不设起付线，政策补偿比例为80%
	二级医院	＞400元：政策补偿比例为85%	＞500元：政策补偿比例为75%	政策补偿比例为70%
	三级医院	600～4000元：政策补偿比例为50%；4000～8000元：政策补偿比例为65%；＞8000元：政策补偿比例为70%	＞700元：政策补偿比例为65%	政策补偿比例为50%

注：由三明市医疗保障局官网相关数据整理获得。

2.2　减轻医疗费用负担

城乡居民医保整合后待遇水平提高，有效减轻了农户自付医疗负担。因病致贫的脱贫农户易再次遭受疾病风险，相应的医药费用也可能持续支出，城乡居民医保整合后有效分摊了农村脱贫户的医疗风险支出，进而阻断其再次陷入贫困。我国基本医疗保险逐步完善，正在逐步实现全面覆盖，保障水平也在的逐年提高，各地的报销比例逐年提升。国家卫健委相关调查数据表明，2019 年我国贫困患者的医疗费用个人平均自付比例下降至 10% 左右[29]，整合后农村居民人均报

销医疗费增长 26.1%[30]，城乡居民医保个人负担比例为 43.9%[27]。同时也有微观数据表明，城乡居民医保整合降低了农村居民 6.57% 的因病致贫发生率，显著降低了参保人 46.57% 实际住院自付费用[10]，与未整合地区相比，整合地区农村中老年人年医疗费用负担平均下降了 4.7%[31]。相较于之前的新农合，农村居民能够享受和城镇居民待遇相同的医疗保险，减轻了农村家庭的医疗消费负担。通过提高报销比率，能降低自付医疗支出比例，有助于降低灾难性医疗支出发生率[32]，进而有效降低因病返贫的风险[33]。

2.3 提高医疗服务利用率

农村地区“有病不医”的发生概率相较于城市更高，主要由经济条件、健康水平、医疗资源分布等原因导致。农村居民患者，特别是属于贫困地区的农村居民患者，因经济困难放弃治疗的概率更大，尤其表现在住院治疗方面。相关数据显示，我国农村地区因经济困难需住院而未住院的比例从 1998 年的 24.5% 下降到 2018 年的 10.2%，表明因经济困难难以获得所需要服务的问题得到明显改善[34]。随着精准扶贫方略的实施和基本医疗保险的覆盖，有病不医的情况大幅下降。过去，大多数农村贫困患病者会因为就医距离、经济条件而放弃治疗，进而疾病恶化，发生灾难性医疗支出。农村地区实施城乡居民医保整合后，因为保障范围、报销比例、医疗服务可及性的提高，因病致贫脱贫户对医疗服务费用的预算约束放松，医疗服务利用次数提高，农户的健康意识也有所提高。以 2 周就诊率为例，整合前（2013 年）新农合参保农村居民为 12.5%，整合后（2018 年）为 25%[35]。如表 2 所示，在医保整合前后的时间节点（2016 年、2018 年），从医疗费用及就诊次数来看，居民医服务利用水平都有所增长，其中农村居民医疗保支出的增长更为明显。随之带来的是农村居民的健康状况得到改善，有效防止了因病致返贫。对于其他农户而言，通过提高其患病就医意愿、医疗服务利用率，可起到改善健康状况，让其免受健康风险冲击的效果，进而防止因病返贫情况发生。如有微观数据表明，城乡居民医保整合后农村中老年人 1 个月内的门诊就诊率提高了 9%～10%[36]。

表 2 城乡医保整合前后居民医疗服务利用情况对比

年份	门诊次均医药费（元）	住院次均医药费用（元）	居民平均就诊次数（次）	农村居民人均医疗保健支出（元）
2016	245.50	8604.70	5.7	929.20
2018	290.80	9848.40	6.2	1420.80

注：由《2020年中国卫生健康统计年鉴》相关数据整理获得。

2.4 提高农户人力资本

在城乡居民医保整合的基础上，依托医疗服务利用率的提高，农户健康人力资本得到提高，进而改善了家庭劳动力供给水平，增加了农户的劳动力供给。与新农合相比，整合后的城乡居民医保进一步提高了农村居民的报销比例，提高了医疗报销封顶线，降低了医疗服务价格，扩大了治疗及药品的可报销目录，使居民就诊及用药范围更广。以福州市为例，整合前新农合参保人员在社区卫生服务中心和乡镇卫生院的报销比例为 50%，在村卫生所的报销比例为 40%。城镇居民参保人员在社会卫生服务中心和乡镇卫生院报销比例为 50%。整合之后，即 2018 年起，城乡居民普通门诊不设起付线，年度最高支付限额（含个人负担部分）为 800 元/人，个人支付比例为 50%[37]。因此，农村参保居民增加对健康的投入，医保整合发挥了健康效应，提升了农村居民的健康水平，而本该作为医疗的支出得以用于家庭其他消费，如用于提高营养水平、文化娱乐等方面。发挥健康效应后又间接促进了农户的劳动力供给，如经济状况改善后，家庭成员的教育投入会相应增加，人力资本投资又会带来更好的劳动收入。因此，形成了健康改善—人力资本提升的良性循环，长效阻断因病返贫机制。

3 城乡居民医保整合以防范因病返贫的现实困境

3.1 统筹进度不统一，统筹层次提高难

低统筹层次导致医保基金社会互济性弱、公平性差，在异地就医、医保报销流程上也会影响居民就医报销的便捷性。一方面，由于地区及城乡经济社会发展与医疗消费水平不同，各地提高统筹层次的工作节奏和进程也存在差异[38]，采取的方式也各有特点，一些地方虽然实现了市级统筹，但实际制度仍是县级统筹[39]。各地在城乡居民医保整合中缴费档次、报销比

例、经办方式等方面的统筹进度不一，采取的待遇政策、经办方式都存在差异，跨地区间的医保便捷性缺失。省级统筹在大部分地区尚未实现，由于地区之间基金收支差异、地方利益保护等原因，省级统筹进度缓慢。另一方面，城乡居民医保在门诊统筹进度上也远低于职工医保，这严重损害了居民医疗服务利用效率。

3.2　缴费档次多样化，损害权益公平性

在整合过程中，许多地方采用“一制多档”的缴费方式，由居民自主选择，以提高居民对整合的接受度。例如，在缴费金额上分为五档，缴费档次越高，报销比例也就越高，不同缴费档次的缴费比例、统筹基金支付比例都有不同。缴费档次的选择与居民自身经济状况以及自身健康需求有关，一方面受限于自身经济状况，低收入人群倾向于选择较低档次参保，然而其恰恰是遭受疾病及贫困风险最大的人群，缴费档次越低意味着待遇水平越低，当面临疾病冲击时经济负担会更大，同时也会受限于待遇水平低而抑制医疗服务需求，容易出现隐性不公平[40]。另一方面，经济能力高的居民选择更高的缴费档次，意味着他们的报销水平也越高，以及更高的医疗服务利用率。“一制多档”造成了医保参保的“逆向选择”问题，收入水平及医疗需求高的居民选择了更高水平的缴费档次，这些人消耗的医保基金也更多，而来自低收入水平的弱势群体的医保基金被共济的概率更大[41−42]。

3.3　医疗资源分布不均，出现城乡“逆向补贴”

目前我国医疗资源分配不均问题仍然存在，呈现东多西少，城市多农村少的居民，医疗资源城乡失衡。数据显示，我国城市每千人口卫生技术人员数为 9.87 人，而农村地区仅为 6.27 人；城市每千人口执业（助理）医师 3.73 人，农村 2.42 人；城市每千人口注册护士 4.58 人，农村 2.64 人[35]。在医疗服务利用上，城镇居民医疗服务利用更为方便，因此医保基金使用也更多。而农村居民在医疗服务利用的出行成本、陪同照顾的吃住成本相较于城镇居民都要高，受限于医疗服务利用的便捷性，农村居民医疗服务利用的概率更低，因此容易出现农村医保基金“逆向补贴”城市的现象[42]。农村居民收入水平较低，使用医疗服务的经济负担更大，而医疗资源失衡又会进一步导致农村居民农村地区的医疗资源需求未得到满足。

3.4　医保基金支出压力大，实现可持续化难度高

城乡居民医保整合后，统筹范围扩大，待遇水平整体提高。在筹资方式不变的情况下，医保资金维持收支平衡，可持续化难度较高，尤其是近几年在新冠疫情的冲击下。国家医保局数据显示，近年来医药费用年增幅在 8% 左右，2021 年与 2011 年相比，全国次均住院费用由 6632 元上涨到 11003 元，10 年间涨幅约 66%；全国次均门诊费用由 180 元上涨到 329 元，涨幅约 83%；全国人均就诊次数由 4.7 次提高到 6.0 次，增幅约 28%。而城乡居民医保基金近年来一直处于紧平衡状态，2021 年收入 9724 亿元、支出 9296 亿元，结余率仅为 4.4%，个别省份出现当期基金亏损。2022 年 1—11 月，城乡居民基本医疗保险基金收入 8517.90 亿元，同比增长 4.6%，支出则为 8014.42 亿元，同比增长 1.9%[43]。同时，整合后医保基金监管压力更大，数据显示 2021 我国医保基金违法违规使用案件频发[44]，近年来出现的骗保、基金支付不规范等行为对医保基金的安全造成了很大冲击，医保基金流失等风险较大，维持医保基金长期稳定可持续发展的任务艰巨。

4　城乡居民医保整合治理因病返贫的优化路径

4.1　统一医保收支方式，加快医保省级统筹

在推进城乡居民医保整合过程中，各地整合方式多样化，医保基金收支方式也都存在差异。由于统筹层次及收支方式的多样化，城乡居保在经办管理以及居民使用过程中的便携性都需要提升。（1）提高经办管理服务能力，加强部门间协作。医保经办机构要提高管理能力，做好异地就医费用直接结算工作，为参保人员提供更加便利的服务，提高服务水平。相关部门之间在职责分工的同时也要注意相互配合，密切协作。（2）建立统一的参保登记、基金筹集、基金支出、基金安全、异地转移接续、异地就医报销等制度，完善城乡居民医保统一信息系统。依托信息共享的前提，各级经办机构要加强医保基金收支管理的整合。（3）鼓励社会力量参与，加快医保省级统筹。鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助，同时加快区域内经济协同发展，为医保基金省级统筹创造稳妥的社会经济条件。逐步缩小地市间制度政策设置的差异，统一省内制度政策、经办服务以及信息系统，加快实现医保省级统筹[45]。

4.2　向“一制一档”过渡，增进医保权益公平

“多档制”的整合方式有利有弊，一定程度上推动了城乡居民医保整合进程，但长此以往，不利于增

进公平。其根本原因还是城乡经济基础不平衡、地方经济水平、财政能力差异，“一档制”的医保缴费方式更有利于居民公平享有医保权益。因此，（1）要按照基金收支平衡的原则，逐步探索统一的城乡筹资标准。根据地方经济条件，要逐步由“一制多档”到“一制两档”过渡到“一制一档”。对于优先整合的地区，因势利导，可以加快向“一制一档”探索及过渡。（2）基于城乡公共服务均等化以及城市反哺农村的现状，筹资政策设计时考虑城乡收入水平差距，适当程度地对农村进行财政补贴[42]。（3）政府要加大“就高不就低”的参保理念宣传，引导居民正确认识“一制一档”的医保均等性，提高居民参保的积极性。（4）基于医保防止因病返贫的重要兜底政策，要加强医保与返贫检测预警系统的联动。利用医保信息系统及时辅助因病返贫预警，通过医院、医保局、村庄社区与防贫中心的及时联动，实现返贫风险早发现，早干预、早帮扶以及精准帮扶。

4.3 优化城乡医疗资源配置，提高农村基层医疗质量

城乡医疗资源配置失衡是医保权益公平实现的一个重要阻力，在医疗服务利用可及性上，西部地区及农村地区要低得多。因此要优化地区间医疗资源配置，提高基层医疗机构医疗水平。（1）发挥基本医保优化医疗资源配置的作用[38]。要加强基本医保制度对定点医疗机构医疗服务数量、质量、费用的均衡调控，致力于落实基层首诊、双向转诊的分级诊疗制[37]。结合分级诊疗，引导居民合理利用医疗资源。（2）提高基层医疗机构水平。政府要加强给对农村地区基本医疗服务建设的投入，提高基层医疗卫生资源水平。在当前“互联网+医疗”背景下，可以借助“互联网+医疗”，实现大医院线上问诊，线上培训等实现优质资源下沉，提高医疗资源可及性。通过政策倾斜，培养基层全科医生，加强人才培养和引进，提高基层医疗队伍能力。针对农村公共卫生预防机制的薄弱，要重点提高农村基层公共卫生预防能力，例如建立农村老年群体的基础病筛查、慢性病管理、疾病预防全套信息台账，为实现农村老年群体的医疗资源精准匹配提供健康档案信息支撑。

4.4 强化医保基金监管，确保收支平衡可持续

我国医保实行代理人机制、全民保险，以及保险的群体差异，地区间不平衡性，这些都导致医保基金的监管难度大，因此在提升统筹层次的同时各级经办管理机构的监管能力也要随之提升。（1）建立完善基金监管机制。医保基金作为人民群众的“救命钱”，任何违法违规的基金使用行为都是对我国医疗卫生事业的破坏，因此要加强医保基金的监管，建立完善的基金监管机制。加强对医保经办监管工作人员自身的监督，即要提高经办、监管流程工作的规范性，也要警惕利用职务之便进行医保基金不规范行为。通过加强医保基金监管党建管理制度，加强医保基金监管的政治领导。可以利用现代信息技术提升监管能力、实现智能监控[46]。同时，基于医保使用的道德风险，要现场检查与非现场检查结合，在日常检查、巡查中要做到规范与随机交互，对财务、医药物品、信息技术等全流程进行检查。（2）引入第三方监管，鼓励公众进行监督。通过政府购买行为，引入第三方监管机构对医保基金监管过程进行审计监督，对检查结果要定期公开。发挥社会力量对医保基金监管进行监督，鼓励广大公众对欺诈骗保等行为进行监督，采用举报奖励等方式鼓励。（3）结合日常宣传营造医保基金公益性的社会氛围，增强全社会维护基金安全的责任。

5 总结

城乡居民医保整合能够改善城乡居民的健康机会平等，建立防范返贫的公平机制。疾病和贫困形成一个恶性循环，贫困户脱贫后疾病带来的致贫风险，是防范返贫的重要一环，而医疗保险是有效阻断这一恶性循环的长效机制。通过提高保障水平，释放医疗需求，改善健康水平，同时不会造成巨大的经济负担，我国城乡居民医保的整合发挥了健康改善的作用。此外，健康水平的提高增加了因病致贫返贫人群的劳动供给，提高人力资本，平稳家庭消费，教育投资、健康投资得到保障，总的来说发挥了防贫促健的效果。这一系列传导机制将疾病与贫困的恶性循环阻断，有效防范因病致贫返贫。后续城乡居民医保对农村低保家庭、建档立卡脱贫家庭人员和防返贫监测对象要继续实施相应的帮扶，并且不断提高统筹层次，逐步实现省级统筹。尤其是针对医疗预防保障体系要持续完善，改善我国医疗卫生体系“重医治，轻预防”的情况，重点提高农村居民的健康保健意识。

参考文献：

[1] 国家统计局住户调查办公室. 2020年中国农村贫困监测报告[M]. 北京：中国统计出版社，2020：5.

[2] 郑功成. 从整合城乡制度入手建设公平普惠的全民医保[J]. 中国医疗保险，2013（2）：8—10.

[3] 董文勇. 制度分割已成人才流动之痛[J]. 中国社会保障，2008（4）：76—77.

[4] 马超，赵广川，顾海. 城乡医保一体化制度对农村居民就医行为的影响[J]. 统计研究，2016，33（4）：78—85.
[5] 刘小鲁. 中国城乡居民医疗保险与医疗服务利用水平的经验研究[J]. 世界经济，2017，40（3）：169—192.
[6] 郭庆，吴忠. 城乡居民医保制度统筹会产生促健防贫效用?——基于 PSM-DID 方法的研究[J]. 中国卫生政策研究，2020，13（7）：7—14.
[7] 常雪，苏群，周春芳. 城乡医保统筹对居民健康的影响[J]. 中国人口科学，2018（6）：103—114，128.
[8] 洪灏琪，宁满秀，罗叶. 城乡居民医保整合是否抑制了农村中老年人健康损耗?[J]. 中国农村经济，2021（6）：128—144.
[9] 何文，申曙光. 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[J]. 中国农村观察，2021（3）：67—85.
[10] 李华，李志鹏. 城乡居民医保整合缓解农村因病致贫了吗[J]. 现代经济探讨，2021（7）：31—39.
[11] 郑超，王新军，孙强. 城乡医保统筹政策、健康风险冲击与精准扶贫绩效研究[J]. 公共管理学报，2022，19（1）：146—158，176.
[12] 高和荣，范绍丰. 城乡居民医保整合与农村相对贫困治理的准自然实验研究[J]. 海南大学学报（人文社会科学版）：1-13.
[13] 仇雨临，张鹏飞. 从“全民医保”到“公平医保”：中国城乡居民医保制度整合的现状评估与路径分析[J]. 河北大学学报（哲学社会科学版），2019，44（2）：128—138.
[14] 马超，顾海，孙徐辉. 医保统筹模式对城乡居民医疗服务利用和健康实质公平的影响——基于机会平等理论的分析[J]. 公共管理学报，2017，14（2）：97—109，157.
[15] 李经纬，金枫. 城乡居民基本医疗保险制度整合的综合效果评价[J]. 统计与决策，2021，37（21）：159—163.
[16] 洪秋妹，常向阳. 我国农村居民疾病与贫困的相互作用分析[J]. 农业经济问题，2010，31（4）：85—94，112.
[17] GROSSMAN M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health[J]. Journal of Political Economy，1972，80（2）：223—255.
[18] WAGSTAFF ADAM. Poverty and health sector inequalities[J]. Bulletin of the World Health Organization，2002，80（2）：97—105.
[19] 潘杰，雷晓燕，刘国恩. 医疗保险促进健康吗?——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J]. 经济研究，2013，48（4）：130—142，156.
[20] 黄薇. 医保政策精准扶贫效果研究——基于 URBMI 试点评估入户调查数据[J]. 经济研究，2017，52（9）：117—132.
[21] 岳崴，王雄，张强. 健康风险、医疗保险与家庭财务脆弱性[J]. 中国工业经济，2021（10）：175—192.
[22] 汪三贵，刘明月. 健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择[J]. 新疆师范大学学报（哲学社会科学版），2019，40（3）：82-91，2.
[23] 翟绍果，徐天舒. 从城乡统筹到助推共同富裕：社会保障的现实挑战、制度逻辑与渐进路径[J]. 中共中央党校（国家行政学院学报），2023，27（2）：80—89.
[24] 王晓毅，梁昕，杨蓉蓉. 从脱贫攻坚到乡村振兴：内生动力的视角[J]. 学习与探索，2023（1）：29—36，2.
[25] 2020 年医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].（2021—03—08）[2023—11—06]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/3/8/art_7_4590.html.
[26] 2013 年第五次国家卫生服务统计调查分析报告[EB/OL].（2016—10—26）[2023—11—06]. http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8561/201610/9f109ff40e9346fca76dd82cecf419ce.shtml.
[27] 2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].（2019—06—30）[2023—11—06]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html.
[28] 封进，陈昕欣，胡博. 效率与公平统一的医疗保险水平——来自城乡居民医疗保险制度整合的证据[J]. 经济研究，2022，57（6）：154—172.
[29] 国家卫生健康委员会新闻发布会[EB/OL].（2019—07—09）[2023—11—06]. http://www.nhc.gov.cn/xcs/s7847/201907/d4a6c6559b5c4ed0ac549d46a03d532e.shtml.
[30] 国家统计局住户办. 2019 年中国农村贫困监测报告[M]. 北京：中国统计出版社，2019：18.
[31] 王海平，宁满秀. 城乡居民医保整合政策对农村中老年人医疗负担的影响[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（6）：9—16.
[32] 鲍震宇，赵元凤. 农村居民医疗保险的反贫困效果研究——基于 PSM 的实证分析[J]. 江西财经大学学报，2018（1）：90—105.
[33] 郑超，王新军. “新农保”政策对老年人扶贫绩效的影响研究[J]. 财经研究，2020，46（3）：124—138.
[34] 国家卫生健康委统计信息中心. 2018 年全国第六次卫生服务统计调查报告[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，北京：人民卫生出版社，2021.
[35] 国家卫生健康委员会. 2021 年中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2021.
[36] 曹鑫志，谭晓婷. 城乡居民医保整合与农村中老年人健康——基于 CHARLS 数据的经验研究[J]. 农业技术经济，2022（12）：56—70.
[37] 福建省医疗保障局新闻中心[EB/OL].（2018—01—04）[2023—11—06]. https://ybj.fujian.gov.cn/xwzx/sxyw/201801/t20180104_4777992.htm.
[38] 单大圣. 中国医疗保障决策的地方化特征与改革思路[J]. 社会保障评论，2022，6（6）：85—99.
[39] 王东进. 奋力推进基本医保省级统筹[N]. 中国医疗保险，2023-04-27（1）.
[40] 陈东权，郭斌，程怀志，等. 医保制度整合背景下我国城乡居民卫生服务利用公平性研究进展[J]. 卫生软科学，2023，37（2）：1—5.
[41] 钟晓敏，杨六妹，鲁建坤. 城乡居民医疗保险中逆向选择效应的检验[J]. 财贸经济，2018，39（10）：118—130.
[42] 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.
[43] 国家医疗保障局医保新闻[EB/OL].（2022—01—14）[2023—11—06]. http：//www.nhsa.gov.cn/art/2022/1/14/art_14_7780.html.

[44] 2021 年医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].（2022—06—08）[2023—11—06]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html?from=timeline.

[45] 龙玉其，王延中，宁亚芳.“十四五”时期社会保障发展的目标思路与关键举措[J].经济学动态，2020（8）：105—118.

[46] 覃英华，李嘉程，张鑫，等.多元协同治理视角下医保基金监管成效及协同监管创新模式研究[J].中国医院管理，2021，41（11）：12—16.

DOI 标识符查找文献的方法

DOI，即数字对象唯一标识，为英文 Digital Object Identification 的缩写。根据国际标准 ISO 26324 里的解释，它的意思是“一个对象的数字标识符”。这个标识符具有唯一性、永久性的特点。DOI 是规范化管理、组织、共享、利用数字资源的有效工具。随着信息技术和互联网的发展，DOI 目前已在国际出版界得到广泛推广应用。

期刊的 DOI 标识符，是每篇论文的“身份标识”，通过 DOI 标识符可以迅速检索到该文献。具体使用方法：

读者可在 www.doi.org、www.chndoi.org、www.chinadoi.cn 等 DOI 解析网站输入 DOI 编码，即可查找到该 DOI 对应的电子文献。如，在 http：//www.chndoi.org/网站的检索框中输入“10.16006/j.cnki.twnt.2017.01.002”，即可检索到该编码对应的《台湾农业探索》2017 年第 1 期的文献“《福建自贸区建立对闽台农产品贸易影响探析》”的相关信息，并可下载。