



QUANMIN YIBAO SHISHI XIAOGUO DE

SHIZHENG PINGGU

全民医保实施效果的 实证评估



赵绍阳 臧文斌 著



西南财经大学出版社

本书的出版获得国家自然科学基金青年项目（71303167）
和四川省哲学社会科学规划青年项目、四川大学中央高校
基本科研业务费研究专项项目（skqx201609）的支持

QUANMIN YIBAO SHISHI XIAOGUO DE

SHIZHENG PINGGU

全民医保实施效果的 实证评估

赵绍阳 臧文斌 著



西南财经大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

全民医保实施效果的实证评估/赵绍阳,臧文斌著. —成都:西南财经大学出版社,2016.7

ISBN 978-7-5504-2593-4

I. ①全… II. ①赵…②臧… III. ①医疗保险—研究—中国
IV. ①F842.613

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第195430号

全民医保实施效果的实证评估

赵绍阳 臧文斌 著

责任编辑:李筱

封面设计:墨创文化

责任印制:封俊川

出版发行	西南财经大学出版社(四川省成都市光华村街55号)
网 址	http://www.bookcj.com
电子邮件	bookcj@foxmail.com
邮政编码	610074
电 话	028-87353785 87352368
照 排	四川胜翔数码印务设计有限公司
印 刷	四川五洲彩印有限责任公司
成品尺寸	170mm×240mm
印 张	15.5
字 数	300千字
版 次	2016年7月第1版
印 次	2016年7月第1次印刷
书 号	ISBN 978-7-5504-2593-4
定 价	88.00元

1. 版权所有,翻印必究。
2. 如有印刷、装订等差错,可向本社营销部调换。

序言：中国特色的全民医保

如何建立完善的医疗保险制度是公认的世界性难题。德国早在 1883 年就通过立法在世界上首先实行了社会医疗保险制度，迄今，全世界已有 160 多个国家和地区实施了医疗保险制度。100 多年来，对于医疗保险制度理论和实践方面的研究和探索一直都没有停止过，但目前尚无一个国家能够给出一个可资他国“套用”的医疗保险“标准模式”，几乎每个国家的医疗保险制度都存在不尽完善的地方^①。

从目前全世界比较典型的医保制度来看，美国的医疗保险体系以私人商业医保为主，强调市场的主导作用；看病相对容易但看病很贵，尤其是对于没有医保的人群，医疗负担很重。以英国为典型的全民免费医疗体系，则强调政府的主导作用。这些国家看病便宜但是看病难，排队看病是一大难题。与发达国家不同，目前我国医疗保险体系呈现以下的两个“中国式”特点：

（1）制度上全覆盖（全民医保）

我国医疗保险制度改革从 20 世纪 90 年代初开始，经过了十多年的不懈努力与探索，先后建立了城镇职工基本医疗保险（1998）、新型农村合作医疗（2003）和城镇居民基本医疗保险（2007），初步建立起了一个有中国特色的基本医疗保险制度，取得了医疗体制改革的阶段性胜利。目前，“全民医保”在制度层面已经实现，所有的中国公民均可通过参加相应的医疗保险获得基本的医疗保障。截至 2010 年年末，全国参加城镇基本医疗保险人数为 4.32 亿人，其中参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险的人数分别达到了 2.37 亿人、1.95 亿人^②。同期全国城镇人口为 6.66 亿，城镇人口享有基本

① 王东进. 回顾与前瞻——中国医疗保险制度改革 [M]. 北京：中国社会科学出版社，2008.

② 资料来源：《2010 年国民经济和社会发展统计公报》。

医疗保险的比率达到了64.9%^①。医疗改革在医疗保险的覆盖层面取得了骄人的成绩。

(2) 医疗保障水平较低

虽然政策报销比例较高（符合报销范围之内），但三大基本医保的实际支付比例（考虑了报销范围、起付线、封顶线以及不同医院等级等因素之后）在2013年才达到50%。相对而言，新农合与城镇居民基本医保的支付比例相对更低（见表1）。这与发达国家的全民医保保障水平相比还存在较大的差距。较高的自付比例可能大大制约了医保在调节医疗市场价格方面的作用。

表 1 三大基本医保支付水平

单位：元

年份	医疗机构 业务收入	基本医保 支付	城镇基本 医保支出	新农合 支出	基本医保支付 比例(%)
2009	10 132.7	3 719.9	2 797	922.9	36.7
2010	11 634.7	4 725.8	3 538	1 187.8	40.6
2011	13 926.8	6 141.19	4 431	1 710.19	44.1
2012	16 539.5	7 952	5 544	2 408	48.1
2013	19 147.4	9 710.2	6 801	2 909.2	50.7

本书的大部分研究都是集中考察这种“中国式”的医保制度到底会对微观个体的各个方面产生什么样的影响。通过采用比较详尽的微观调查数据，建立对应的计量模型，从城镇居民医疗服务利用、健康状况、消费等多个方面实证评估了医疗保险的全覆盖的影响，并期望在此基础上构造了一个评估医保实施效果的统一框架。具体的内容分3个部分展开。

第1部分从以下三个方面研究个体选择与医保制度设计问题：首先，第2章基于个体健康状况与参保决策之间的关系系统检验了我国城镇居民医保参保过程中存在的逆向选择现象。第3章则基于一次城乡居民医保一体化的政策实验，实证检验了参保者面临不同档次医保选择时，个体风险与档次选择之间的关系以及动态变化过程。逆向选择实质上仅考察了风险对参保选择的影响。第4章考察了存在风险、风险偏好等多维信息不对称时，可能对医保筹资制度产生的影响。

^① 与此同时，截至2010年，2 678个县（市、区）开展了新型农村合作医疗工作，新型农村合作医疗参合率达96.3%（《2010年国民经济和社会发展统计公报》）。

第2部分则考察激励效应对医保制度设计的影响。这里的激励效应指的是医疗保险对医疗服务需求的影响，是广义的道德风险，既包括了流动性效应（医疗服务价格变化引起的收入效应），也包括了道德风险效应（相对价格变化产生的替代效应）。实证分析激励效应的一大难点是区分激励效应与逆向选择，因为二者都表现为医疗保险与医疗服务需求的正相关。第5章构建了一个结构模型来分解逆向选择与激励效应，并在其基础上，实证分析了基本医疗保险中的逆向选择效应与激励效应。第6章则基于一次城乡居民医疗保险的政策变化，在控制逆向选择效应的条件下，实证评估医保档次的变化对医疗服务需求的影响，并基于估计结果，结合充分统计量的思路来评判当前基本医疗保险保障水平是否达到最优水平。第7章关注医保对患者选择医疗机构方面的影响，重点关注了当前医保报销政策对基层医疗机构的倾斜是否达到了预期效果。第8章在总结以往文献的基础上，从医疗服务市场的价格管制角度解释了全民医保实施为什么没有显著降低居民的医疗负担。第9章则进一步考察了医疗市场的管制对民营医院发展的阻碍，解释了为何大量民营医院的进入没有从根本上改变我国医疗市场的供给不足。

最后一部分则全面评估全民医保对健康、消费等方面的影响。第10章通过考察夹心层人群（没有参加任何医保的城镇职工）的健康状况，评估了未参保对个体健康以及健康行为产生的（长期）影响。第11章首先通过对比著名的Rand医保实验与Oregon医保实验结果，比较了医保覆盖与报销比例变化对健康的影响；同时也与国内相关文献做了对比，指出目前我国全民医保的实施对健康的影响十分明显。第12章侧重考察医保在帮助应对大病冲击时的消费平滑作用。第13章则实证评估城镇居民医保在提高消费需求方面发挥的积极作用。

对于全民医保实施之后，如何进一步完善我国医疗保障制度，我们总结了以下两个方面的对策建议：一是应继续提高城乡居民医保的保障水平，积极推进大病医保相关制度的实施与完善。根据我们的估计结果，进一步提高城乡居民医保的保障水平（扩大保障范围或者提高报销比例）并不会导致患者医疗费用的大幅增加，如果配合按病种付费制度改革，可以显著降低参保者的实际医疗负担。二是随着全民医保的实现、城乡居民对健康需求增加、患者支付能力增加，医疗服务需求急剧膨胀，而公立医院改革却停滞不前，医疗供给乏力，这使得医疗服务市场供不应求的局面更加严峻，医疗费用上涨的压力加大。如此，应进一步推进医疗服务市场的市场化改革，将人权、财权和事权以及定价权还给医院，使公立与民营医疗机构开展公平的竞争，这样才能从根本上解放生产力，解决“看病贵、看病难”的问题。

目 录

1 我国医疗保险制度的改革历程 / 1

1.1 引言 / 1

1.2 我国医疗保险制度的改革历程 / 2

1.3 城镇居民基本医疗保险制度 / 6

第 I 部分 居民医保实施过程中的逆向选择效应

2 城镇基本医疗保险中逆向选择的检验 / 13

2.1 引言 / 13

2.2 文献综述 / 15

2.3 检验逆向选择的实证方法 / 18

2.4 实证检验 / 20

2.5 研究结论 / 36

3 个体对自身医疗风险的不完全信息与学习

——基于医保档次选择的实证分析 / 38

3.1 引言 / 38

3.2 文献述评 / 40

3.3 政策背景与初步描述性分析 / 45

3.4 实证分析结果 / 50

3.5 结论 / 61

4 偏好异质性视角下基本医疗保险筹资机制研究 / 63

4.1 引言：强制还是自愿 / 63

4.2 偏好异质性的检验：基于城镇居民基本医疗保险的经验证据 / 65

4.3 异质性偏好条件下的医保筹资模式讨论 / 69

4.4 研究结论与政策建议 / 74

第 II 部分 全民医保的激励效应

5 全民医保实施效果评估：基于自选择与激励效应的分解 / 77

5.1 引言 / 77

5.2 实证模型与思路 / 78

5.3 数据与实证检验结果 / 81

5.4 结论 / 86

6 医疗保障水平与医疗服务需求：一个全局的视角 / 87

6.1 引言 / 87

6.2 最优医疗保障水平：基于充分统计量的估计 / 90

6.3 医疗保障水平对医疗服务需求影响的实证评估 / 93

6.4 最优医疗保障水平估计 / 101

6.5 结论 / 107

7 医疗保险补偿与患者就诊选择 / 109

7.1 引言 / 109

7.2 政策背景与初步描述性分析 / 110

7.3 估计模型与实证结果 / 114

7.4 结论与政策意义 / 119

8 全民医保为什么没有降低医疗负担 / 120

8.1 引言 / 120

- 8.2 医疗保障水平对医疗服务需求影响的实证评估:
城乡差别 / 123
- 8.3 结论与政策建议 / 128
- 9 医疗市场管制与民营医院的发展困境 / 129
 - 9.1 引言 / 129
 - 9.2 医疗市场管制现状及其后果 / 131
 - 9.3 实证分析: 公立医院改革对次均医疗费用的影响 / 135
 - 9.4 结论与政策建议 / 145

第 III 部分 全民医保与健康、消费需求

- 10 医疗保险对健康的影响——医保“夹心层”的视角 / 149
 - 10.1 医保夹心层产生的原因及规模估算 / 151
 - 10.2 文献综述 / 154
 - 10.3 数据及描述性统计分析 / 156
 - 10.4 医保夹心层的状况: 实证分析 / 159
 - 10.5 结论 / 173
- 11 医疗保险的效果: 基于两次随机试验的比较 / 175
 - 11.1 实验介绍 / 176
 - 11.2 兰德实验和俄勒冈州健康保险实验总结 / 181
 - 11.3 对我国医疗保险的启示 / 182
- 12 医疗保险与我国城镇家庭消费保险能力研究 / 183
 - 12.1 引言 / 183
 - 12.2 医疗保险影响的文献综述 / 186
 - 12.3 实证模型与数据 / 189
 - 12.4 估计结果与分析 / 192
 - 12.5 讨论 / 200

12.6 本章小结 / 202

13 城镇居民医疗保险对城镇家庭消费的影响评估 / 204

13.1 引言 / 204

13.2 文献综述 / 206

13.3 城镇居民基本医疗保险的背景 / 208

13.4 数据及研究方法 / 210

13.5 实证结果 / 214

13.6 结论及政策建议 / 224

参考文献 / 226

致谢 / 238

1 我国医疗保险制度的改革历程

1.1 引言

早在 1998 年和 2003 年，中国政府就为完善国民医疗保障体系、降低个人因疾病所致的经济风险，针对城镇就业人群和农村居民实施了基于国家、机构和个人参与的保障制度安排，分别建立了城镇职工基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度。截至 2006 年年底，中国城镇职工基本医疗保险覆盖了 1.57 亿人，但是同期全国城镇人口为 5.77 亿人，有近 73% 的城镇人口没有享受到基本医疗保险（新华网，2007）。到 2007 年，新型农村合作医疗覆盖人群近 7.26 亿人，农村居民参合率为 86.2%（卫生部，2008）。而与此同时，大量城镇未从业居民一直没有被任何正式的医疗保险体系所覆盖。

2007 年 7 月，国务院下发了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》，宣布从 2007 年 10 月 1 日起正式启动城镇居民基本医疗保险试点，并提出到 2010 年，在全国全面建立城镇居民基本医疗保险制度。2008 年 3 月，温家宝同志在全国人大报告中再次郑重承诺，城镇居民基本医疗保险试点将在 2008 年底扩大到全国 50% 以上的城市。城镇居民基本医疗保险制度的实施，标志着我国向“全民医保”的目标迈出了坚实的一步。

城镇居民基本医疗保险的试点以家庭缴费为主，各级政府给予适当补助，重点用于解决大病医疗费用。截至 2010 年年末，全国参加城镇基本医疗保险人数为 4.32 亿人，其中参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险的人数分别达到了 2.37 亿人、1.95 亿人，城镇人口享有基本医疗保险的比率达到了 65%。

本章接下来主要从两个方面对本章研究的背景作简要介绍。首先介绍我国

、医疗保障制度的改革历程，目的在于总结其中成功的经验，同时也帮助认识其中存在的问题；其次，重点介绍城镇居民基本医疗保险的制度及其实施情况。

1.2 我国医疗保险制度的改革历程

中国过去二十年的经济转型是令人惊讶的。20 世纪 80 年代早期，中国还是世界上最穷的国家之一，整个经济类型几乎都是国有的，所有的资源分配决定都是通过政府计划部门完成。商品主要实行配给制，价格只是会计上的计价标准，经济体是完全封闭的。但自此之后，人均国内生产总值至少增长了 5 倍。整个经济已经在很大程度上转向市场经济，大多数行业是高度竞争的，与世界各地的国际贸易也得到了大发展。

与此同时，国家卫生事业也取得了长足的发展，医疗卫生体制也经历了不断适应社会主义市场经济体制的转轨过程。其中，医疗保险制度经历了三个时期的重要变革。

1.2.1 经济体制改革前的城镇医疗保险体制

改革开放之前（1949—1978 年），中国实行高度集中的计划经济体制，同时建立了与这一经济体制相适应的城镇职工医疗保障制度。

城镇职工医疗保障制度由两大部分构成：其一是公费医疗制度。公费医疗制度是指从新中国成立到改革开放之前，中国国家机关、事业单位等实行的医疗保障制度。公费医疗经费由各级政府财政预算拨款，一般按人均标准划拨到各单位包干使用。各级政府都建立了公费医疗管理委员会，并设立办事机构，统筹管理公费医疗经费，调节医疗服务单位和就医单位的协作与联系。享受公费医疗的人员在指定的医疗机构就医，符合规定的医疗费用，在公费医疗经费中报销。该医疗保障制度的受益主体是国家机关的公职人员及全民所有制企事业单位的国家工作人员，其医疗费用全部由国家承担。

其二是劳动保险性医疗制度。劳动保险性医疗制度是中国建立的覆盖国有和集体所有制企业职工的一种企业医疗保险制度。企业职工实行免费医疗，职工供养的直系亲属按规定享受半费的医疗待遇。医疗经费来源是企业单位的利润。劳保医疗经费按照企业职工工资总额的一定比例提取，在企业生产成本项目中列支。企业根据国家规定自行制定具体的劳保医疗政策并组织实施。享受

劳保医疗的职工在本企业自办的医疗机构或指定的社会医疗机构就医,可享受近乎免费的医疗待遇,其供养的直系亲属可享受半费的医疗待遇。

至20世纪70年代末,公费、劳保医疗覆盖了全国75%以上的城镇职工及离退休人员,享受公费医疗的人群达到2300万人,享受劳保医疗的人群达到1.14亿人。至1978年,全国用于公费、劳保医疗开支的专项经费达到28.3亿元,占当时职工工资总额的6.04%(蔡仁华,1996)。中国的公费、劳保医疗制度,在保障城镇职工的身体健康、维护社会稳定、恢复和促进经济建设方面曾发挥了积极的作用。但是,随着改革开放、市场经济体制的建立、国有企业改革的不断深化,公费、劳保医疗保障制度已难以解决市场经济条件下职工的基本医疗保障问题,其弊端日益凸显。究其原因,主要有:政府和企业承担了过多的职工医疗费用,财政和企业不堪重负;对医患双方缺乏有效的约束机制,医疗费用增长过快;覆盖范围过窄,不能适应多种所有制经济发展和人力资源合理流动的需要。为解决这些弊端,改革势在必行。

1.2.2 经济转型时期的医疗保障制度改革

随着社会主义市场经济制度的建立和完善,计划体制下的医疗制度已经完全不能适应此时经济的发展。改革开放以来,国家开始探索新的与经济体制相匹配的医疗体制。

从改革开放到1992年,公费医疗制度改革的主要内容是探索更优化的公费医疗经营管理体制;劳保医疗体制改革的重点则是探索职工大病医疗统筹、离退休人员医疗费社会统筹的有效形式和方法。改革探索分两个阶段。

第一阶段(1985年以前)主要是针对需方,实行费用分担措施。20世纪70年代末到80年代中期,公费医疗和劳保医疗的享受人数逐年增多,由于对享受公费医疗和劳保医疗的职工所提供的医疗服务几乎全部免费,导致医疗服务机构和患者缺乏费用意识,再加上政府对医疗机构的经费投入不足,从而刺激了过度医疗消费,职工医疗费用上涨较快。这一阶段的改革主要是控制需方的医疗费用。个人需要承担一定的医疗费用,使得职工的费用意识有所增强,这在一定程度上抑制了职工对医疗服务的过度需求。

第二阶段(1985—1992年)将费用控制的重点由需方转向供方,加强对医疗服务机构的约束。这一时期,随着公办医疗机构的不断扩张,财政对医疗机构的经费投入日益不足,医疗机构开始通过增加收费服务项目进行创收。这

刺激了医疗机构提供过度甚至不必要的服务，“看病贵”逐渐成为一个比较突出的问题。这一阶段，除继续强化对需方费用的控制外，费用控制的重点转移到医疗服务的供方。采取的主要措施有：一是改革支付方式，将经费按享受人数的定额标准包给医院，节支留用，超支分担，激励医院主动控制成本和费用开支；二是制定公费医疗用药报销目录，以控制药品费用的过多支出；三是加强对公费医疗和劳保医疗的管理，即提供经费的政府、享受者所在单位和提供医疗服务的医疗机构，都要承担部分经济责任。

然而，无论是对需方还是供方的费用控制，效果均不十分显著。新中国成立初期的公费、劳保医疗制度仅仅覆盖机关事业单位的工作人员和大型国营企业的职工，人数较少，实行供给制的医疗保障投入并不高。但是，随着享受人群的逐步扩大，医疗费用急剧上涨，超出了财政承受能力。据统计，全国职工医疗费用从1977年到1997年的20年间增长了28倍，从27亿元增长到774亿元，年递增约19%，而同期财政收入只增长了6.6倍，年递增约11%（乌日图，2003）。职工医疗费用的增长速度远超过了同期财政的增长速度，政府无力支撑这种全包下来的医疗保障制度，所以必须要进行改革。党的十四届三中全会通过的《关于经济体制改革若干问题的决定》明确提出，要建立社会统筹和个人账户相结合的社会医疗保险制度。1994年，国家体改委、财政部、劳动部、卫生部共同制定了《关于职工医疗制度改革的试点意见》，经国务院批准，在江苏省镇江市和江西省九江市进行了试点。1996年，国务院办公厅转发了国家体改委等四部委的《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》，进行了更大范围的试点。通过试点，基本明确了城镇职工基本医疗保险制度改革的指导思想、基本原则、制度框架和政策要点。试点探索为城镇职工基本医疗保险制度的建立和发展积累了经验，为确保改革平稳、健康、有序地推进奠定了基础。

1.2.3 经济体制改革后新型医疗保障制度的建立

医疗保险制度改革试点和扩大试点，不仅探索了中国医疗保险制度改革的具体路径、制度模式，而且在实践中对中国医疗保险制度改革的一些基本思路、基本原则和基本政策统一了认识、达成了共识。市场经济体制下我国城镇的新型医疗保障制度主要由两个部分组成。

1998年12月，国务院召开全国医疗保险制度改革工作会议，颁布了《关

于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(以下简称《决定》),要求在全国范围内建立与社会主义初级阶段生产力水平相适应的、覆盖全体城镇职工的、社会统筹和个人账户相结合的基本医疗保险制度,标志着中国医疗保险制度改革的基本目标、基本原则和主要政策已经确定。《决定》的颁布,是中国医疗保险制度改革进程的重要里程碑,标志着改革进入一个全新的历史时期。城镇职工基本医疗保险制度建设的基本思路是“低水平、广覆盖、双方负担、统账结合”,基于此,形成了与之配套的一系列政策。主要包括:明确强制性参保人员的范围,城镇所有用人单位及其职工和退休人员都必须参加;建立医疗保险费由用人单位和职工共同负担的筹资机制;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合;建立医疗费用分担机制,个人账户主要支付门诊(小额)医疗费用,统筹基金主要支付住院(大额)医疗费用。中国医疗保险制度改革从探索试验到“两江”试点,从扩大试点范围,到全面推进城镇职工基本医疗保险制度建设,实现了公费、劳保医疗制度向城镇职工基本医疗保险制度的平稳转轨。至2007年年底,全国城镇职工基本医疗保险参保人数达1.8亿人,全年基金收入2 214.2亿元,基金支出1 551.7亿元,年末基金累计结存近2 500亿元(卫生部,2008)。

不断完善城镇职工基本医疗保险制度,把广大城镇居民纳入到医疗保险体系之中,不仅是实现人人享有基本医疗保障的必然要求,也是全面建设小康社会、构建社会主义和谐社会的必然要求。党的十六届六中全会明确提出,完善城镇职工基本医疗保险,建立以大病统筹为主的城镇居民医疗保险。2007年7月,国务院下发了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,并专门召开会议进行部署。2007年10月起,城镇居民基本医疗保险试点工作在全国陆续开展,全国城镇居民基本医疗保险试点城市有79个,参保人数达4 291万人(卫生部,2009)。截至2008年12月底,参加基本医疗保险的城镇居民已经达到11 650万人,享受待遇人数达1 115万人。2008年城镇居民基本医疗保险试点城市新增229个,截至2008年10月,试点城市总数已达到317个(熊先军等,2009)。截至2009年年末,全国参加城镇基本医疗保险人数为4.01亿人,其中参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险的人数分别达到了2.19亿人、1.82亿人^①。与此同时,新型农村合作医疗参保人口数达8.33亿人,参保率达到了94.0%。“全民医保”在制度层面已经实现。

^① 数据来源:《2009年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》。

1.3 城镇居民基本医疗保险制度

自 2007 年开始,各地方政府在《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》的指导下,根据当地实际情况,因地制宜地开展城镇居民基本医疗保险的试点工作。本章对城镇居民医保试点政策制度的研究,主要集中在首批试点城市中。作为首批试点城市,它们在政策制定以及具体实施方面有更多的实地经验和代表性。分析研究主要参考国务院城镇居民基本医疗保险试点评估的入户调查抽中的九城市,即包头、吉林、成都、常德、绍兴、乌鲁木齐、西宁、厦门与淄博的数据。

1.3.1 城镇居民基本医疗保险的覆盖情况

根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,城镇居民基本医疗保险的参保范围是不包括城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段的学生(包括职业高中、中专、技校学生)、少年儿童和其他非从业城镇居民的。2008 年 10 月,国务院下发《国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》,大学生正式被纳入城镇居民医保试点范围。在各地具体实施时,城镇居民医保的覆盖范围呈现出如下特点:

(1) 老年人及重症残疾人为城镇居民医保首要覆盖人群

城镇居民基本医疗保险的覆盖对象包括了未参加城镇职工基本医疗保险的 60 周岁以上的无从业经历的居民及劳动年龄段的重症残疾人。这部分人群是最没有经济能力参加医疗保险,医疗需求却最大的群体。未参加城镇职工基本医疗保险的 60 周岁以上无从业经历居民不能参加新农合,且如果情况不是特别糟糕,也无法进入社会医疗救助范围。由于无从业经历,其中绝大部分人群的经济条件难以达到加入城镇职工基本医疗保险的水平,再加上年龄因素,他们通常也被商业医疗保险排除在外。而劳动年龄段的重症残疾人会因为身体原因基本无法加入原有的任何医疗保险。城镇居民医保满足了这部分人群的基本医疗保险需求。

(2) 少年儿童是城镇居民医保的重要覆盖群体

排除个别城市有独立的未成年人医疗保险制度之外,少年儿童都属于城镇居民医保的保障对象,包括中小学阶段学生(含职业高中、中专、技校学生、特殊教育学校学生)、托幼机构儿童以及未满 18 周岁的未入园、入学的青少年

儿童。在入户调查的九城市中的绍兴与厦门，分别有专门的未成年人医疗保障和未成年人医疗保险。在城镇居民医保和未成年人医疗保险制度共存的情况下，试点地区的未成年人自愿选择参保。如厦门市 16~18 周岁的城镇居民，可自行选择参加城镇居民基本医疗保险或未成年人医疗保险。

(3) 在校大学生逐步成为城镇居民医保的覆盖对象

2007—2008 年，仅有个别城市将城镇居民医保的覆盖对象扩展到全日制大专学生，如常德市，明确将未享受普通高等学校学生公费医疗的在校大学生纳入城镇居民医保参保对象。而青海省的西宁市，是将全日制大专学生纳入城镇居民医保对象。厦门市已毕业但未就业的本市户籍的大学生可按城镇居民医疗保险办法参保。上海市凡未参加本市城镇职工基本医疗保险、小城镇医疗保险和新型农村合作医疗，且具有本市城镇户籍，年龄超过 18 周岁的人员都可以参加城镇居民医保。厦门市本地在校大学生符合上述规定的，属于城镇居民医保覆盖范围。2008 年 10 月底国务院发文将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围，目前山东省、安徽省、深圳市等已就此修改实施细则。大学生被纳入城镇居民医保覆盖范围，能够成为城镇居民医保风险池分散风险的有利群体，因为大学生基本处于生命指标较好的年龄段，其生病的可能性远远小于城镇居民医保所覆盖的其他群体。实际上目前在校大学生或者研究生多享受公费医疗，大学生的医疗保险改变为城镇居民医保后，其医保待遇实质上是否降低有待进一步确认。

(4) 劳动年龄段不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖的非从业城镇居民通常为城镇居民医保基本覆盖人群

城镇居民医保制度设计的初衷就是为了扩大社会医疗保险的覆盖面，解决城市无医疗保障群体看大病的问题。一般情况下，劳动年龄段不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖的非从业城镇居民都被纳入城镇居民基本医疗保险。仅有个别城市在相关政策文件中没有得到体现，如国务院城镇居民基本医疗保险入户调查九城市中的包头。《包头市城镇居民基本医疗保险实施方案》规定，城镇居民基本医疗保险参保范围是：市中专院校、中技、普通高中、职业高中、初中、小学和特殊学校的在校学生；具有包头市辖区内非农业户口，未参加城镇职工基本医疗保险且男年满 60 周岁、女年满 55 周岁的无从业经历的居民；法定劳动年龄段内的重症残疾人以及 18 周岁以下非在校居民。

(5) 城镇居民医保覆盖范围多限于当地城镇户籍

由于城镇居民基本医疗保险试点是按照市（县）级统筹，因此其覆盖群体基本仅限于当地城镇户籍居民。如《包头市城镇居民基本医疗保险实施方