



消费经济
Consumer Economics
ISSN 1007-5682,CN 43-1022/F

《消费经济》网络首发论文

题目：中国基本医疗保险省级统筹的影响因素和经验模式研究
作者：付明卫，徐文慧
收稿日期：2019-07-28
网络首发日期：2019-10-08
引用格式：付明卫，徐文慧. 中国基本医疗保险省级统筹的影响因素和经验模式研究. 消费经济. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/43.1022.F.20190930.1741.002.html>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

中国基本医疗保险省级统筹的影响因素和经验模式研究

付明卫¹ 徐文慧²

(1. 中国社会科学院 经济研究所, 北京 100836; 2. 中国社会科学院 研究生院, 北京 102488)

摘要：统筹层次低是中国基本医疗保险制度体系存在的一大问题。尽管中国 2011 年明确提出了基本医疗保险实现省级统筹的目标，但目前仅有七个省区的城镇职工医疗保险实现了省级统筹。基于 Probit 模型的经验分析发现，一个省份的城镇职工医疗保险参保人数、区县经济发展水平差异和省财政直管县所占比例会影响省级统筹，但下辖区县数量对其没有影响。基于模型预测，在尚未实现省级统筹的省区中，仅有广西和吉林的省级统筹条件相对比较成熟。根据已实现省级统筹的省区的做法，为了顺利推进省级统筹，应将各分统筹区之前的统筹基金历年累计结余留给各分统筹区支配。实现省级统筹后，应让各分统筹区承担一定的财政担保责任，以降低各分统筹区监管上的道德风险行为。

关键词：省级统筹；医疗保险；调剂金模式；统收统支模式

中图分类号：F842.684

文献标识码：A

一、引言

完善统一的城乡居民基本医疗保险制度，是中国共产党第十九次全国代表大会提出的奋斗目标。实现这一目标需要解决的一个重大问题是基本医疗保险制度统筹层次过低，即“纵向碎片化”问题^[1-3]。医疗保险统筹层次低不仅有违社会公平，而且导致医保基金抗风险能力和经办效率低下，阻碍劳动力自由流动，助推医药费用过快增长^[5-6]。

中国国务院 1998 年底发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44 号)(下文简称“《建立城职保的决定》”),开始了中国社会基本医疗保险建设的历程。随后, 2003 年建立面向农村居民的新型农村合作医疗保险(下文简称“新农合”), 2007 年建立面向城市非从业居民的城镇居民基本医疗保险(下文简称“城居保”),从制度上实现基本医疗保险对所有居民的全面覆盖。《建立城职保的决定》规定,基本医疗保险原则上以地级以上行政区为统筹单位,也可以县为统筹单位,北京、天津、上海三个直辖市原则上在全市范围内实行统筹。但是,由于各地市内部区域经济发展不平衡、医疗消费水平差距大、医保经办机构缺乏有效的运行机制和管理制度等原因,各地很难建立市级统筹的城镇职工基本医疗保险制度。为了扭转落实缓慢的困难局面,原中国劳动和社会保障部提出“宜地则地,宜县则县”的实施策略,大多地区据此选择了县级统筹。截至 2009 年,2620 个城职保统筹区中 85%是县级统筹^[7]。2003 年发布的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发〔2003〕3 号)规定,“新型农村合作医疗制度一般采取以县(市)为单位进行统筹,”故新农合建立后的很长时间内以县级统筹为主。由于 2007 年是依托城职保经办部门建立城居保的,且《国务院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)没有明确规定城居保的统筹层次,故城居保中县级统筹也占了十分高的比例。有鉴于此,2009 年发布的《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》(人社部发〔2009〕67 号),明确提出“各地要根据本地实际情况,加快推进提高基本医疗保险统筹层次工作,到 2011 年基本实现市(地)级统筹”。据政府部门相关人士介绍,城职保目前仍有 1600 多个统筹区,这意味着 333 个地市中约有一半实现了“统收统支型”市级统筹。

收稿日期：2019-07-28

基金项目：国家社会科学基金一般项目(17BGL170)

作者简介：付明卫(1983-),男,土家族,湖南桑植人,博士,中国社会科学院经济研究所副研究员;徐文慧(1995-),女,山东博兴人,中国社会科学院研究生院硕士研究生。

①另外一大问题是“横向碎片化问题”,即同样是中国居民,但却享有三种不同的基本医疗保险。

2011年7月起施行的《中华人民共和国社会保险法》第六十四条规定，除基本养老保险外的其他社会保险基金逐步实行省级统筹。截至目前，仅有少数省区（省区包括省、自治区和直辖市）实现基本医疗保险省级统筹。根据笔者统计，截至2019年5月，实现城职保省级统筹的仅有7个省区（见表1），实现城居保和新农合省级统筹的地区更少。

根据表1，完成省级统筹的省区，其统筹模式也存在差别：天津是唯一一个施行“统收统支、垂直管理”模式的，不仅实现了统筹基金的“统收统支”，还实现了对区县经办机构的垂直管理；上海、北京、西藏和重庆是“统收统支、分级管理”模式；海南和宁夏是“调剂金”模式。为什么省级统筹推进缓慢？省级统筹的影响因素有哪些？鉴于城居保和新农合还存在整合问题，为了简便，本文以城职保为例，利用计量模型分析省级统筹的影响因素，并对其它省区省级统筹的可行性做出预测。根据我们掌握的文献，本文是第一个从经验上分析省级统筹可行性的文章。

表1 城镇职工基本医疗保险已实现省级统筹地区的概况

省份	统筹模式	政策出台时间	施行时间
上海	统收统支、分级管理	2000年10月20日	2000年12月1日
北京	统收统支、分级管理	2001年2月20日	2001年4月1日
天津	统收统支、垂直管理	2001年11月5日	2001年11月1日
西藏	统收统支、分级管理	2009年11月20日	2009年10月1日
重庆	统收统支、分级管理	2011年10月24日	2011年10月24日
海南	调剂金	2012年1月10日	2012年1月1日
宁夏	调剂金	2016年12月29日	2017年1月1日

资料来源：根据网上公开资料整理。

下文结构如下：第二部分从理论上分析省级统筹的影响因素，然后对这些因素做经验检验，最后对尚未实现统筹的省区的统筹可行性做出预测；第三部分基于对不同省级统筹模式的具体做法和经验的归纳，初步回答在某省区的省级统筹条件已经比较成熟的前提下，应该选择哪种省级统筹模式以及如何保障省级统筹顺利推进这两个问题；最后一部分是结论和政策建议。

二、基本医疗保险省级统筹的影响因素

（一）影响因素的理论分析^①

医疗保险统筹层次是否该由市级上升到省级的问题，对应的是医保最优覆盖率理论。居民购买医疗保险可以降低疾病带来的财务风险，但享有医疗保险、部分（或全部）医疗费用可以报销的制度安排却会导致居民的道德风险行为，即对医疗服务的过度消费。医保最优覆盖率理论研究医疗保险降低居民患病风险和诱致居民道德风险之间的权衡取舍^[8-10]。Cutler和Zeckhauser在第一卷《健康经济学手册》中综述了相关文献^[11]。具体到中国提高医疗保险省级统筹的层次上，何林生和阙俊忠^[4]、孙黎^[5]、林洁^[12]和高健^[6]都提到了省级统筹的影响因素，但均是零碎的论述，缺乏一个统一的理论分析框架。我们认为，众多制约因素可以概括为两个方面：一方面，省级统筹后，承担医保基金财政兜底责任的省级政府，担心市、县级经办人的监管积极性下降，进而可能导致医保基金支出大幅增加，故不支持省级统筹。笔者调研时得知，某省区人力资源和社会保障部门开始提出的方案是“统收统支型”省级统筹，但是，由于施行“统收统支”模式省级统筹会使省级财政部门承担全部的财政兜底责任，该省财政部门反对，于是该省最终选择了“调剂金”模式省级统筹。另一方面，省区下辖的各分统筹区的经济社会发展水平、医疗资源丰富程度不同，因而各分统筹区的最优缴费标准和待遇水平不一样，但省级统筹后却要施行统一的政策。关于这两方面的制约因素详述如下：

^①理论分析中的“省级统筹”均特指统收统支型省级统筹，并且假定各省区都实现了统收统支型市级统筹。

一旦省级统筹后，省级政府需要承担医保基金的财政兜底责任，担心市、县级经办人的监管积极性下降，进而导致医保基金支出大幅增加，故推进省级统筹的动力不足。具体而言，省级统筹后，市级监管者由财政兜底责任人变为省级监管者的代理人，监管积极性和督促县级监管者的积极性均下降，这可能导致医保基金支出大幅增加，加大省级财政的兜底责任。且由于信息不对称问题，基金征缴、患者就医管理和医疗机构诊疗行为等方面的监管效果，都明显受市、县监管积极性的影响，譬如市级监管者可能不再积极要求企业参加城职保，降低患者去高等级医院就医的审核标准，减小对医疗机构诊疗行为的审查力度，等等。考虑到中国当前的欺诈骗保问题比较严重和相当普遍^①，市、县监管积极性下降会导致此类问题更加严重。这些因素都会导致医保基金支出的非必要增加，加大省级财政的兜底压力。

各分统筹区经济社会发展水平、医疗资源丰裕程度的不同，决定各自的最优缴费标准和待遇水平不一样，因而难以施行统一的政策。首先，在市级统筹时，各市均根据自身经济社会发展水平、医疗资源状况等因素，制定出的最适合本市的参保政策、筹资标准和待遇水平必然会有差异。譬如，福建省九个地市在 2010 年全部实现了“统收统支”模式的市级统筹，但缴费标准有三类：职工个人和用人单位的缴费比例，福州、厦门、三明和龙岩分别为 2% 和 8%，泉州和南平分别为 2% 和 7.5%，宁德、漳州和莆田分别为 2% 和 7%。然而，省级统筹后全省要统一执行相同的政策，统一的政策对有的地市而言必然不是最优的选择，譬如有的地市会因为筹资标准过高而加大企业负担，从而不利于招商引资。各市差别化的医保政策运行多年后产生的制度惯性也会妨碍省级统筹。制度惯性最直接的来源是各市统筹基金的历年累计结余状况不一，而由于省级统筹后各市统筹基金的历年累计结余会由省级政府统一管理，结余多的城市会吃亏，故其反对省级统筹。笔者调研时发现，有个城市在得知不久要施行省级统筹后，便降低审查标准让当地医疗机构花掉医保基金历年累计结余。其次，省级统筹后出现的“穷帮富”问题会妨碍省级统筹。经济发达的地市，居民收入水平高，医疗服务方面的需求层次也高，在全省统一的药品目录中偏好于用质量高的、价格贵的药品，花费的医保基金更多。此外，医疗资源丰富（譬如三甲医院多）的地市，居民去高端医疗机构就医更便捷，而由于高端医疗机构的收费比其它医疗机构贵，故医疗资源丰富的地市会花费更多的医保基金。因此，在省级统筹后各地市缴费标准、待遇水平都相同的条件下，经济发达、医疗资源丰富的城市实际上花费的医保基金多，而经济落后、医疗资源匮乏的城市花费的医保基金少，导致“穷帮富”问题的出现。

基于上述理论分析，我们得到影响省级统筹的下述变量：（1）参保人数。参保人数越多，由市、县监管者道德风险问题带来的后果可能越严重，导致省级政府越不愿意推进省级统筹。2016 年末，西藏和广东城职保分别有 36.8 万、3814.1 万参保人。显然，实现省级统筹后，相对于西藏，广东的市、县级监管者道德风险行为可能产生的后果更严重。（2）省级财力。一省财力越雄厚，其医保基金兜底责任越强，推进省级统筹的可能越大。经验分析中用人均财政一般预算收入（简称“人均财政收入”）度量省财力。（3）区县经济发展水平差异和医疗卫生资源差异。之前的理论分析均假定各省区都已实现统收统支型市级统筹，但实际情况并非如此，不少省区仍未实现市级统筹，一些实现市级统筹的省区也是调剂金型。因此，经验分析中我们使用各省区区县（而不是各地市）人均 GDP 的变异系数来度量经济发展水平差异。由于缺乏统计数据，经验分析中未使用医疗卫生资源丰裕度来度量。（4）区县数。区县数越多，省政府推进省级统筹面临的协商难度越大。（5）省财政直管县所占比例。省财政直管的县，由于财政账户均设在省级财政部门处，虽难以加入市级统筹区^[7]，但却有利于省

^①2019 年 3 月中国全国“两会”期间，中国国家医疗保障局局长胡静林在回答记者提问时说到，“当前，可以说欺诈骗保的问题是比较严重的，也是相当普遍的。”新华社 2018 年 1 月曝光安徽中医药大学第三附属医院骗保问题，中央电视台“焦点访谈”栏目 2018 年 11 月曝光辽宁省沈阳市济华医院骗保问题，这些都引起巨大社会反响。

级统筹。因此，一个省财政直管县越多，实现省级统筹的协商难度越小。此处值得指出的是，直辖市只有省-县-乡三个行政层级，其中所有区县都是“省行政直管县”，也必然都是省财政直管县。

（二）影响因素的经验分析

本节基于中国基本医疗保险省级统筹推进现状，经验分析实践中对其产生影响的因素，并基于模型结果对尚未实现统筹省份的统筹可行性做出预测。据表 1 可知，实现“统收统支”模式和“调剂金”模式的省区分别为 5 个和 2 个，特别是“调剂金”模式的数量极少，因此我们无法经验分析不同模式省级统筹的影响因素，而只能分析“是否实现省级统筹”的影响因素。由于因变量“是否实现省级统筹”为虚拟变量，我们设定如下 Probit 模型^①分析各个因素对省级统筹的影响：

$$Y_i = \text{Pro}(\alpha + \beta X_i + \varepsilon_i)$$

其中下标 i 表示省区； Y 表示省区是否已实现省级统筹（已实现取值为 1，未实现取值为 0）； X 是自变量，包括城职保参保人数的对数、人均财政收入、区县人均 GDP 的变异系数、区县数和省财政直管县所占比例； ε 是随机扰动项； α 和 β 是待估计的参数。区县人均 GDP 的变异系数根据《中国县域统计年鉴》提供的数据计算得出，其它变量的数据来自相应年份的《中国统计年鉴》。对于已实现省级统筹的省区，使用其实现省级统筹那年的数据，并将人均财政收入根据消费者物价指数调整到以 2016 年为基准；对于未实现省级统筹的省区，由于《中国县域统计年鉴》公布的最新数据是 2016 年的，故使用 2016 年的数据。

表 2 提供各变量的描述统计。参保人数最少的为西藏（22.6 万人），最多的为广东（3814.1 万人）。人均财政收入最高和最低的分别为江苏和西藏。区县人均 GDP 变异系数最小的为天津（0.22），最大的为甘肃（1.145）。北京和天津下辖区县数最少，均为 18 个；四川所辖区县数最多，为 183 个。全国平均而言有 51% 的县是省财政直管县；没有省财政直管县的省区为辽宁、福建、新疆和西藏；除了四个直辖市，浙江、宁夏和广西也实现了全部区县的财政省直管。

表 2 各变量的描述统计

变量名	平均值	标准差	最小值	最大值
是否统筹（1=统筹，0=未统筹）	0.226	0.425	0	1
参保人数（万人）	869.407	808.697	22.60	3814.10
人均财政收入（万元）	0.494	0.204	0.123	1.015
区县人均 GDP 的变异系数	0.643	0.241	0.220	1.145
区县数（个）	92.226	44.483	18	183
省财政直管县所占比例	0.510	0.366	0	1

注：样本观测值为 31 个。

表 3 报告 Probit 模型的估计结果。区县数和区县数的对数都不显著，表明区县数量实际上并不会增加省级统筹的协商难度。人均财政收入仅在 10% 的水平上显著，且人均财政收入的对数不显著，表明省财力实际上不影响省级统筹。参保人数的对数、区县人均 GDP 的变异系数和省财政直管县所占比例都在 5% 的显著性水平上不为零，且其边际效应的符号和理论分析一致。根据估计结果发现，平均而言，参保人数翻番会导致省级统筹的概率下降 0.261，区县人均 GDP 的变异系数上升 1 个单位会导致省级统筹的概率下降 0.814，省财政直管县所占比例上升 1 个百分点会导致省级统筹的概率增加 0.005。

表 3 各因素影响省级统筹的回归结果

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

^①使用 Logit 模型得到的估计结果基本一致。

参保人数 的对数	人均财政 收入	人均财政收 入的对数	区县人均 GDP 的变异系数	区县数	区县数的 对数	省财政直管 县所占比例
-0.261**	-0.634*	-0.308	-0.814**	-0.003	-0.450	0.495**
(0.119)	(0.380)	(0.201)	(0.380)	(0.003)	(0.303)	(0.223)

注：(1) 每列表示一个 Probit 模型，所有模型的观测值都是 31 个；(2) 报告的结果为边际效用，括号中数值为标准误；(3) **、*和*分别表示在 1%、5%和 10%的水平上显著。

由于表 3 中区县数和人均财政收入的系数估计不显著，不影响省级统筹，因而在多元 Probit 模型中只包含显著的三个变量（参保人数的对数、区县人均 GDP 的变异系数和省财政直管县所占比例），并把模型得到的因变量拟合值作为省级统筹的可行性得分。根据表 4，发现包含上述三个变量的模型 1 做出了完全正确的预测，但是区分不出未统筹地区的可行性大小。为此，我们依次从上述三个变量中抽出两个构建 Probit 模型，得到表 4 中模型 2、模型 3 和模型 4 显示的可行性得分。根据文献中可行性得分大于 0.5 等于预测已实现省级统筹的常用假定，模型 1、模型 2、模型 3 和模型 4 做出正确预测的省区数分别为 31 个、29 个、28 个和 26 个，总体上做出正确预测的概率分别为 1.00、0.94、0.90 和 0.84。模型 2 和模型 4 给出的广西的可行性得分分别为 0.607、0.505，模型 3 和模型 4 给出的吉林的可行性得分分别为 0.627、0.551，而其它未统筹省区的可行性得分在三个模型中均未超过 0.5。因此，我们认为广西和吉林推行省级统筹的条件相对比较成熟，其它省区均不成熟。

表 4 各省区省级统筹的可行性得分

序号	省区	是否已统筹	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4
1	宁夏	是	1.000	1.000	0.407	0.135
2	北京	是	1.000	1.000	0.997	0.665
3	天津	是	1.000	1.000	0.999	0.756
4	西藏	是	1.000	0.937	1.000	0.060
5	重庆	是	1.000	0.826	0.588	0.628
6	海南	是	1.000	0.801	0.998	0.485
7	上海	是	1.000	0.222	0.280	0.655
8	广西	否	0.000	0.607	0.138	0.505
9	贵州	否	0.000	0.286	0.380	0.403
10	甘肃	否	0.000	0.403	0.000	0.033
11	青海	否	0.000	0.008	0.440	0.009
12	江西	否	0.000	0.002	0.020	0.310
13	吉林	否	0.000	0.000	0.627	0.551
14	浙江	否	0.000	0.000	0.000	0.489
15	湖南	否	0.000	0.000	0.000	0.161
16	安徽	否	0.000	0.000	0.005	0.218
17	河北	否	0.000	0.000	0.000	0.151
18	黑龙江	否	0.000	0.000	0.000	0.108
19	山西	否	0.000	0.000	0.015	0.156
20	湖北	否	0.000	0.000	0.000	0.124
21	内蒙古	否	0.000	0.000	0.000	0.010
22	陕西	否	0.000	0.000	0.000	0.041
23	云南	否	0.000	0.000	0.060	0.053
24	新疆	否	0.000	0.000	0.000	0.010
25	江苏	否	0.000	0.000	0.000	0.123

26	福建	否	0.000	0.000	0.007	0.068
27	河南	否	0.000	0.000	0.000	0.063
28	四川	否	0.000	0.000	0.000	0.078
29	辽宁	否	0.000	0.000	0.000	0.031
30	山东	否	0.000	0.000	0.000	0.066
31	广东	否	0.000	0.000	0.000	0.005

注：（1）模型的预测概率都由 Probit 模型得出。（2）模型 1 至模型 4 包含的自变量分别为：参保人数的对数、省财政直管县所占比例、区县人均 GDP 的变异系数；参保人数的对数、省财政直管县所占比例；参保人数的对数、区县人均 GDP 的变异系数；省财政直管县所占比例、区县人均 GDP 的变异系数。

三、基本医疗保险省级统筹的主要经验模式

根据上一部分的经验分析，广西和吉林推行省级统筹的条件相对比较成熟。由于数据原因导致不能经验分析不同模式省级统筹的影响因素，本部分定性分析各种模式的代表省份，以为广西、吉林推进省级统筹提供借鉴。

省级统筹包括参保管理、缴费标准、待遇水平、基金管理、经办服务和信息系统六个方面的内容，即“六统一”。其中，统筹参保管理、缴费标准、待遇水平和信息系统是提高统筹层次最基本的要求，四个要素缺少任何一个都不是真正的省级统筹；另外两个要素即基金管理和经办服务一的统筹标准却不唯一。根据基金管理和经办服务上的差异，省级统筹可分为“调剂金”“统收统支、分级管理”和“统收统支、垂直管理”三种典型模式。目前，我国七个省区实现了省级统筹，其中宁夏和海南是“调剂金”模式，北京、上海、重庆和西藏是“统收统支、分级管理”模式，天津是“统收统支、垂直管理”模式。

“调剂金”“统收统支、分级管理”和“统收统支、垂直管理”三种模式各有所长。“调剂金”模式的优点包括：一是统筹基金的财政兜底责任仍在市级，市级经办机构的监管积极性变化不大；二是一般不需要上解各市医保统筹基金的历年累计结余，故协调难度小。“统收统支、分级管理”模式的优点是充分享受到基金大池子带来的抗风险能力的提升；但存在一个缺点即市县级经办人员的人事任免由市县级政府决定、行政经费由市县级政府保障，可能会导致监管上的道德风险行为。“统收统支、垂直管理”模式克服了“统收统支、分级管理”模式下监管的道德风险行为，但由于必须要打破中国“分级管理、分灶吃饭”的行政管理体制，推行起来难度太大。本节结合各地区实践介绍不同模式的特征和推行过程中的要点，以为其它省份推进省级统筹提供借鉴。

（一）“调剂金”模式

“调剂金”模式，指全省医保基金未形成一个池子，而是一个地市一个池子^①；省级医保经办部门每年按各地市统筹基金的一定比例收取调剂金，在地市统筹基金出现缺口时用于填补缺口。“调剂金”模式下医保基金没有实行统收统支，经办必然是分级管理。海南和宁夏的省级统筹是“调剂金”模式，此处以笔者调研过的宁夏为例介绍调剂金模式。

宁夏管辖 5 个地市 22 个区县，于 1958 年成立时便实行自治区管县的财政体制。根据中国国家统计局“国家数据库”提供的数据，2017 年末，宁夏常住人口 682 万人，城镇人口 395 万人，地区生产总值 3443 亿元，人均 GDP5.05 万元，城职保参保人数 123.5 万人（其中在职职工和退休职工分别为 88.9 万人和 34.6 万人），基金收入 58.08 亿元，基金支出 49.26 亿元，基金累计结余 64.89 亿元。

宁夏 2017 年实现“调剂金”模式的省级统筹。2016 年 12 月 20 日，宁夏回族自治区人民政府发布《自治区人民政府关于城镇职工基本医疗保险自治区级统筹管理意见》（下文简称《宁夏省级统筹管理意见》）（宁政发〔2016〕101 号），宣布自 2017 年起，建立覆盖全区

^①为简化叙述，全文假定各省都已经实现“统收统支”的市级统筹。

的统一参保征缴、统一待遇标准、统一基金管理（统筹基金实行调剂金制度）、统一经办服务、统一协议管理、统一信息系统的医保自治区级统筹制度。在实现自治区统筹之前，宁夏五个地市中固原市和银川市的城职保实现了“统收统支”模式市级统筹；其他三个市吴忠、中卫和石嘴山仅实现参保政策、筹资标准和待遇水平的全市统一，未实现基金管理的全市统一。根据《宁夏省级统筹管理意见》，未实现统收统支的地市必须于2017年底前完成；实行自治区级统筹后，各地级市（含所辖县、市、区）为分统筹区；各分统筹区每年在上一年度社会保险基金决算批复下达后二十日内，由分统筹区财政专户将上一年度统筹基金收入的3%作为省级统筹调剂金上解至自治区社会保障基金财政专户^①。

调剂金的使用规则是，各分统筹区统筹基金当年出现缺口时，先动用分统筹区的历年累计结余^②；历年结余不足于支付时，再动用调剂金。具体的应调剂金额公式如下：

应调剂金额=（（上年度分统筹区统筹基金当期缺口×70%）+（上年度分统筹区统筹基金当期缺口×30%）×考核分担比例）-上年度违规整改未落实资金-上年度住院率增幅扣减资金-上年度住院统筹基金支付医疗费用总额增幅扣减资金-次均住院医疗费用增幅扣减资金-上年度历年累计结余统筹基金。

考核分担比例取值位于80%至100%之间，具体取值取决于基金收支决算与预算的增幅：

（1）基金收支决算与基金收支预算增幅均不超过10%，取值100%。若两个指标中的一个在0%至10%之间、另一个在10%~20%之间，取值95%，其余5%由分统筹区财政负担。（2）基金收支决算与基金收支预算增幅在10%至20%（含20%）之间，取值90%。若两个指标中的一个在10%至20%之间、另一个在20%~30%之间，取值85%，其余15%由分统筹区财政负担。（3）基金收支决算与基金收支预算增幅均在20%以上，取值80%，其余20%由分统筹区财政负担。

上年度住院率增幅、住院统筹基金支付医疗费用总额增幅和次均住院医疗费用增幅扣减资金的规则如下：住院率增幅每高于全区平均水平1个百分点，扣除当年自治区应调剂总额的0.1%；住院统筹基金支付医疗费用总额和次均住院医疗费用增幅两个指标任何一项每超过全区平均水平1个百分点，扣除当年应调剂总额的0.1%；相应缺口部分均由分统筹区财政负担。

关于各分统筹区统筹基金历年累计结余的处理，宁夏规定，各分统筹区历年累计结余统筹基金由自治区委托各分统筹区代管，可用于弥补将来的支出缺口。分统筹区在收不抵支计划使用历年统筹基金结余时，必须由分统筹区社会保障部门、财政部门于下一年开始的三十日内，联合上报自治区社会保障部门和财政部门审批。

（二）“统收统支、分级管理”模式

“统收统支、分级管理”模式，指全省区的医保统筹基金是一个池子，下辖市级和县级经办机构不是省级经办机构的分支机构，而是相应层级政府的组成部门。目前，北京、上海、重庆和西藏都是这种模式，此处以笔者调研过的重庆为例介绍“统收统支、分级管理”模式。在这四个省区中，重庆人口最多、地域广阔、地区间差距大，对其它省份的借鉴意义最大。

重庆直辖市管辖38个区县。根据中国国家统计局“国家数据库”提供的数据，2017年末，重庆常住人口3075万人，城镇人口1971万人，地区生产总值19425亿元，人均GDP6.32万元，城职保参保人数640.3万人（其中在职职工和退休职工分别为455.3万人和184.9万人），基金收入250.25亿元，基金支出241.10亿元。

重庆市2012年实现医保省级统筹。2011年10月24日，重庆发布《重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法》（下文简称《重庆省级统筹办法》）（渝办发〔2011〕293号），要求2012年6月30日前实现医保全市统筹联网，建成“统收统支、分级管理”模式省级统筹。实现

^①海南的调剂金比例是10%。

^②海南的做法是先动用分统筹区当年上缴的调剂金，不足时才动用各分统筹区历年累计结余。

省级统筹前，重庆主城九区（渝中、九龙坡、江北、渝北、北碚、九龙坡、南岸、大渡口和巴南）已经是“统收统支、垂直管理”型省级统筹，重庆市医疗保险管理中心在各主城区设立办事处，经办各区业务；其余区县均是区县级统筹。为建成统一的分级管理体系，《重庆省级统筹办法》规定，原属重庆市医疗保险管理中心垂直管理的主城九区各分中心的编制以及人、财、物，于2011年年底前下划所在区人力资源与社会保障局管理，下划时统一核定九区累计结余基金基数。

为克服省级统筹后区县经办机构监管行为中的道德风险问题，重庆市制定了一套办法。市财政局、市人力资源和社会保障局和市地税局等相关部门每年联合向各区县下达目标考核任务，对区县扩面征缴、基金收支预算管理、定点服务机构管理等有关工作实行量化考核，以强化区县医疗保险管理责任，克服区县经办机构的道德风险行为。首先，在基金征缴方面，市财政局、市人力资源和社会保障以及市地税局等相关部门联合向各区县下达基金征收目标额度。对当年度基金实际征收超过征收目标95%的区县，超出95%的部分一半留存区县，用于今后弥补该地区应当负担的差额和缺口部分；对当年度基金实际征收低于征收任务95%的区县，其低于95%的差额部分由当地统筹基金历年累计结余支付，历年累计结余不足以支付的部分由区县财政予以弥补。这种制度设计有效遏制了区县经办机构在基金征缴方面的懈怠行为。其次，在医保控费方面，市政府相关部门每年结合上年基金实际支出情况，下达各区县的支出目标额度。各区县统筹基金实际支出未超过下达目标额度的，节支部分的60%留存区县，用于今后弥补该地区应当负担的差额和缺口部分；各区县统筹基金实际支出超过下达目标额度的，超支部分由市和区县共同承担，分担比例视区县经济发展水平分为50:50、55:45、60:40三种^①。区县承担部分可由本地区统筹基金历年累计结余支付；历年累计结余不足以支付的，由区县财政负担。区县基金超支部分由市和区县分担，并且区县分担部分由区县财政兜底，这样的制度设计保障了区县控费的积极性。

实现“统收统支”型省级统筹，面临的另外一个难题是如何处理各区县的历年累计结余。重庆市在这方面也进行了探索。各区县在省级统筹之前的历年累计结余，由区县社会保障部门报同级财政部门审核后，共同上报市人力资源和社会保障局，经后者审核后报市财政局审批，然后全额划转市财政局指定的医疗保险基金财政专户。各区县的这些结余将来可用于弥补本区县应当负担的医疗保险基金差额和缺口。这种制度设计大幅减弱了各区县在得知省级统筹通知后、正式实现省级统筹前的时期内放任医疗机构突击花钱的动机，减小了历年累计结余大的区县的阻力。

重庆市另外一个值得借鉴的做法是，采取促进医疗机构竞争的就医管理政策。省级统筹后，参保人员在全市定点医疗机构门诊就医、在参保所在区县各级定点医疗机构和市内其他三级以下定点医疗机构住院，由参保人自主选择^②。相对于区县统筹时限制参保人在区县外就医的政策，这种政策不仅方便了参保人就近、就好求医，而且促进了全市定点医疗机构的竞争，有利于提高定点医疗机构的服务质量，降低定点医疗机构的收费水平。

（三）“统收统支、垂直管理”模式

“统收统支、垂直管理”模式，指全省区的医保统筹基金是一个池子，下辖市级和县级经办机构均是省级经办机构的分支机构。垂直管理后，省级经办机构实现了对市县级经办人员的统招统管，排除了市县级政府的掣肘，从而很大程度上降低了医保监管中的道德风险行为。但是，经办服务由省-市-县分级管理变为垂直管理，涉及突破我国“分级管理、分灶吃饭”的行政管理体制，难度很大。正因如此，全国仅天津选择了此种模式。

^①三种分担比例的适用对象分别为主城区、区域中心城市和其他区县。

^②但是，在市内非参保所在区县三级定点医疗机构住院，应报经参保所在区县医疗保险经办机构同意；未经同意的，住院起付线提高5%，同时报销比例下降5%。其中，主城九区的参保人员在主城九区内的定点医疗机构住院，仍由参保人自主选择。

天津 2001 年建立城职保时就选择了“统收统支、垂直管理”的省级统筹模式，但同期的上海和北京均是“统收统支、分级管理”模式。天津为什么选择了经办机构的垂直管理？推行垂直管理过程中遇到了哪些困难？笔者希望下一步的调研能回答这些问题。

四、结论和政策建议

统筹层次低是中国基本医疗保险制度体系存在的一大问题。因而提高基本医疗保险统筹层次，是实现公共服务均等化、增强医保基金抗风险能力、促进劳动力自由流动、提高医保经办效率、降低医保运营成本和控制在医药费用过快增长的必然要求。2011 年起施行的《中华人民共和国社会保险法》明确规定，社会医疗保险基金逐步实行省级统筹；但是，目前已经实现省级统筹的仅有 7 个省区。制约省级统筹的因素可概括为两个方面，其中一方面是省级政府担心省级统筹后市、县级经办人的监管积极性下降；另一方面是各分统筹区的最优缴费标准和待遇水平不一样，难以协调。经验研究发现，省级统筹受一省的城镇职工医疗保险参保人数、区县人均 GDP 的变异系数和省财政直管县所占比例的影响，但不受下辖区县数量的影响。基于模型预测，尚未实现省级统筹的 24 个省区中，仅有广西和吉林的省级统筹条件比较成熟。

基于经验分析结果，我们认为，推进医保省级统筹应鼓励条件成熟的地区先行，但不宜设定统一的时间表。在具体推行过程中，应将各分统筹区之前的统筹基金历年累计结余留给各分统筹区支配。实现省级统筹后，应让各分统筹区承担一定的财政担保责任，以降低各分统筹区监管上的道德风险行为。另外，还可以进行一些制度创新来进一步减轻监管上的道德风险行为，譬如建立对市级经办机构的双重管理体制，即市级经办机构由市级政府和省级经办机构双重管理，人员流动、职务晋升等需征得省级经办机构同意。

[参考文献]

- [1] 王虎峰. 中国社会医疗保险统筹层次提升的模式选择——基于国际经验借鉴的视角[J]. 经济社会体制比较, 2009, (6): 60-67.
- [2] 张 晓, 高璇, 丁婷婷. 提高统筹层次的现实路径分制度分阶段分区域推进[J]. 中国医疗保险, 2010, (4): 11-13.
- [3] 郑功成. 让医保制度在深化改革中走向成熟、定型[J]. 中国医疗保险, 2014, (7): 9-11.
- [4] 何林生, 阙俊忠. 医疗保险基金省级统筹运行机制初探[J]. 中共福建省委党校学报, 2011, (12): 68-74.
- [5] 孙 黎. 城镇职工基本医疗保险省级统筹的初步探讨[J]. 卫生经济研究, 2012, (4): 33-35.
- [6] 高 健. 我国医疗保险要否省级统筹的选择分析[D]. 南京: 南京财经大学, 2016.
- [7] 李 健. 推进地市级统筹需关注五大问题[J]. 中国医疗保险, 2009, (10): 16-17.
- [8] Arrow, K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care[J]. American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.
- [9] Arrow, K. J. Essays in the Theory of Risk-bearing[M]. Chicago: Markham Publishing Company, 1971.
- [10] Arrow, K. J. Welfare Analysis of Changes in Health Coinsurance Rates[A]. In Rossett, R., The Role of Health Insurance in the Health Services Sector[C]. New York: National Bureau of Economic Research, 1976: 1-34.
- [11] Cutler, D. M. and Zeckhauser, R. J. The Anatomy of Health Insurance[A]. In Culyer, A., and Newhouse, P., Handbook of Health Economics[C]. Amsterdam: North Holland Elsevier Science Ltd, 2000: 563-643.
- [12] 林 洁. 对推进保险基金省级统筹改革的思考[J]. 全国商情·理论研究, 2015, (45): 55-56.

(责任编辑: 湘潭大学 张磊)

The Models and Determinants of Upgrading China's Social Basic Medical Insurance Scheme from the Prefecture Pooling Level to the Provincial Pooling Level

FU Ming-wei¹ XU Wen-hui²

(1. Institute of Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100836, China;

2. Graduate School, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 102488, China)

Abstract: Pooling at a low level is one of primary problems faced by China's social basic medical insurance schemes. Although China's central government claimed clearly in 2011 that its social basic medical insurance schemes should pool at provincial level, merely seven provinces have realized this objective for their Urban Employee-based Medical Insurance Scheme (UEBMI) up to now. Employing a Probit model, our empirical study finds that the feasibility of upgrading the pooling level of UEBMI from the prefecture to the provincial relies on the total size of its enrollees, the income inequality among counties administered by the province, and the share of counties financially directly managed by the province, but not on the number of counties administered by the province. Based on the model prediction, among provinces having not achieved the objective, Guangxi and Jilin are suitable for upgrading their pooling level. According to the existent experience by the seven provinces, in order to facilitate the upgrading process, policy-decision maker should let the accumulated pooled-fund surplus of the prefecture before upgrading remain under the charge of the prefecture after upgrading; moreover, after upgrading, to alleviate their moral hazard in supervision, prefectures should take certain responsibility by their public finance revenue for the upgraded pool.

Key Words: Provincial Pooling level; Medical Insurance; Mutual Compensation Model; Totally Integrated Model