

城乡医保并轨与财政投入： 基于已整合城市的分析

高秋明 | 朱恒鹏 | 陈晓荣

内容提要：城乡医保整合将步入快速推进阶段。本文以目前已完成整合的全国共66个地级市为考察对象，从实证角度探讨了财政投入的数量和体制如何影响并轨进程。

关键词：医疗保障 城乡统筹 制度并轨 财政投入机制

引言

社会保障的城乡一体化关系民生。党的十八大报告要求，统筹推进城乡社会保障体系建设，整合城乡居民基本养老保险和基本医疗保险制度。其中，城乡养老保险制度已于2014年藉由国务院文件得以并轨。而在医疗保险方面，各地探索推进缓慢，中央层面迟迟未有政策出台。2016年1月，国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，意味着医保整合终于步入快车道。

与养老保险相比，两类医疗保险——新型农村合作医疗（以下称新农合）和城镇居民医疗保险（以下称城镇居民医保），启动时间更早，发展至今板块化、碎片化的特征更明显，因此其城乡统筹需要克服的困难更多。这其中，财政的作用值得关注。一方面，原新农合和城镇居民医保之间存在着筹资和待遇差距，为了保证整合后新旧制度平稳过渡，各地在制度设计中往往遵循“医保待遇总体不降低，个人缴费不大幅度增加”原则；而待遇就高与缴费就低的

结果，使弥合二者筹资差距的责任很大程度上落在了财政肩上。因此，财政负担能力成为整合后筹资设计的重要决定因素。另一方面，新农合往往实行县级统筹，而城镇居民医保在一些地方已经实现了市级统筹，这使得两保合一可能伴随基金统筹层次的提高，继而引起补助责任和兜底责任在县市财政之间的重新分配。因此，现有的财政投入体制可能影响统筹后的基金管理体制。

财政投入的数量和体制将如何影响城乡医保并轨进程，目前对于这一问题的讨论尚缺乏较全面的带有普适意义的实证研究。本文力图填补这一空白，首次以截至2015年全国范围内所有已经完成整合的地级市、共计66个城市为考察对象，在总结已整合城市实践的基础上，全面探讨财政在医保城乡整合中的作用。据我们所知，这一研究是基于现有可得数据的最为完备的分析，也将为其他地区推进医保城乡统筹提供实证依据和直接的经验借鉴。

样本和数据说明

对于已整合城市的统计，我们以中国医疗保险研究会提供的统计资料为基础，在此之上逐个进行二次筛查。（中国医疗保险研究会《2013年医疗保险城乡统筹开展情况》汇总了截至2013年底将城镇居民医保与新农合并入同一部门管理或未归入同一部门但进行了两保政策统

一的全国所有地区。但截至2015年，其中尚有地区未出台实际的整合政策，因此其显示的“已整合”城市数量较本文使用的略多。）结果显示，截至2015年，共有7个省份在全省范围内开展了居民医保城乡整合工作。其中天津、重庆、青海、宁夏采用省级统筹，广东、山东实行地市级统筹，浙江大多实行县级统筹。除上述7省外，还有其他11个省的20个地市出台了市级层面的城乡医保整合政策，并有部分地区开展了区县整合。

我们以其中所有在地市级层面开展整合的全国共66个城市作为主要分析样本。（直辖市作为单个城市列入，其他省级统筹区中的城市不包含在内。同时在2010年后参与市级整合的城市中，排除了湖北神农架林区、四川甘孜州、贵州黔西南州、新疆克拉玛依市等特殊或少数民族地区。）这些城市的相关信息大部分来自公开资料搜索，包括：各地城乡医保整合文件，提供整合后的筹资和基金管理信息；《2012中国城市统计年鉴》，提供关于城市特征包括财政支出状况的描述。有关整合后基金结余的数据来自我们在山东、贵州、江苏、广东等地的实地调研。由此逐条建立了覆盖全部已整合城市的数据库。

财政投入与筹资

城乡医保整合后的筹资模式可分为

两类。

“一制一档”：指在城乡统一的医保制度框架下，对于城乡成年居民实行完全相同的待遇和筹资标准，从而达到完全的城乡医疗保障统一。给定前述“医保待遇总体不降低，个人缴费不大幅度增加”原则，各地在实现方式上往往采用个人筹资标准比照原新农合、待遇水平提高到城镇居民医保（即两类医保中待遇较高者）的做法。在已经完成整合的66个样本城市中，有33个采用一档方案，占总量的50.0%。

“一制两档”：指在城乡统一的医保制度框架下，对成年居民的筹资及相应待遇分为两档、居民可选择其中一档参保。在实现方式上，仍基于前述原则，一般采用高档的筹资和待遇比照原城镇居民医保，低档比照原新农合的做法。在已经完成整合的城市中，选择两档方案的城市比重与选择一档的相当。（统计中还包括成都和延安两个“一制三档”城市。由于实行三档方案的案例较为少见，且其未能达成城乡完全一致待遇的原因与两档城市相似，因此归入两档进行讨论。值得一提的是，尽管三档方案在地级市层面较为少见，但在省级统筹区中，已经实施整合的四个省中的一半——宁夏和天津，都采用了三档设计。）

（一）财政负担能力与筹资模式选择

为了避免分档带来的逆向选择，大部分地区在两档方案中附加了档次选择的限制条件，如同一个家庭或同一区域

内只能选择一个档位。因此从筹资和待遇的角度来看，两档方案事实上相当于只进行了原新农合统筹层次的提升，弥合了原各县新农合之间的筹资待遇差距，不涉及城镇居民医保与新农合待遇平衡的问题。原两类医保仍旧维持相对独立的筹资与待遇水平。而一档方案则更进一步，要求两个医保制度真正融合。

值得注意的是，尽管现行财政对于居民医保和新农合的补助金额相近，但如果将新农合待遇提升至城镇居民水平，所需要的财政补助规模将远大于弥补原城乡参保人之间个人缴费的差值。这是因为，城乡参保人的年龄结构截然不同，城镇居民参保人中18岁以下少年儿童与老年人的比例达7:1，而新农合中约为1:1。由于儿童属于医疗消费较低群体，这意味着相同筹资水平下城镇居民医保所能达到的待遇水平更高；反过来，提高相同的待遇程度，新农合所需要的筹资增加要比城镇居民多得多。因此，如果把新农合群体抬升至与城镇居民相同的水平，实行一档方案，相比两档方案的差别缴费差别待遇，所造成的资金缺口更大，需要更多的财政投入来弥补。

可见，财政负担能力对整合后筹资模式的选择有重要影响。那么是不是财政能力越强的地区，越能够通过增加财政投入的方式实现一制一档？实证结果表明，这一看法并不准确。表1提供了样本中城市对于分档方案选择及其人均公共财政支出之间的关系。可以看到，

那些人均财政支出较低或较高的城市都更倾向于选择一档，而对于那些人均财政支出规模居中的城市，选择一档的概率反而相对较小。财政能力极强的地区（例如人均公共财政支出超过10000元）固然可以通过增加补助的方式弥补个人筹资不足，从而强制并入一档；但对于那些财政能力只是略有余力的地区，给定现有的两保待遇差距、参保规模差距和城乡差距，单凭财政能力仍是无法达到完全统一的；财政能力极弱的地方（例如公共财政支出小于4000元）反而容易实现一档，除了当地禀赋因素之外，还可能与目前我国的医保补贴体制有关。国家规定的医保财政补贴标准为全国统一；相应的，个人缴费部分虽然鼓励各地有所增加，但特别是在新农合水平上，各地往往执行国家标准，地区之间的（绝对值）差别不大。然而各地之间的医疗服务价格差别较大，这就导致新农合基金的亏损程度，以及整合后的隐性亏损程度，可能在较发达地区更为严重。因此，某些欠发达地区反而能够率先实现整合并且进入一档。

从我国实际来看，样本城市中的人均公共财政支出从最低的毕节2270元到最高的厦门24644元不等。因此，在今后两保合一的全国推广中，财政实力对整合模式的影响可能会随城市所处区段的不同而呈现多样化。

（二）财政投入的规模变化与方式选择

表1 当地人均公共财政支出与分档方案选择的关系

人均公共财政支出范围（元）	组内城市数量	其中选择一档的城市数量	占比
<4000	24	15	62.5%
4000-10000	30	11	36.7%
>10000	12	7	58.3%

数据来源：中国城市统计年鉴，各地整合文件

财政投入增加的具体程度可能与各地实际有关。例如，我们在调研中发现，各地民众对于报销比例的敏感程度不同。在山东青岛和河南洛阳，百姓关注起付线和报销比例，对目录差异考虑较少；而在广东东莞，群众在意实际补偿比，因而对名义的报销比例和目录调整较不敏感。在这种情况下，对于类似青岛和洛阳等地区，如果要实现一档，往往意味着既要将新农合目录扩大到城镇居民范围，也要盯住补偿比例，整合所需要的筹资水平高，从而财政投入更高；而对于类似东莞等地区来说，扩大目录即可压低报销比例，待遇调整的方式偏向灵活，实行一档筹资增加的财政投入压力相对较小。二档方案也存在地区差别。新农合目录与城镇居民医保目录的差异程度、两类保险待遇项目的差别以及原新农合统筹层次提高拉动农民入城就医的弹性，均影响财政补贴规模的变化。

从已整合城市来看，尽管各地待遇释放的程度不同，但最终转化为的财政投入增加都较为显著。表2比较了部分城市整合前后名义财政投入的变化。从名义财政投入来看，城乡医保整合后的财政补助增加在扣减国家文件逐年提高的自然增长后，仍有42—260元的增

幅，相当于整合前财政补助的15.1%—100.0%。其中，两个二档地区的补贴增加规模更大，这可能与两地政策导致的待遇释放程度较大有关。根据整合具体内容不同，这一数字在一定程度上反映了城乡整合所需要增加的财政投入规模。

实际财政投入还有另一个更重要的表现，在基金的出口。除表2中的城市外，分析样本中的其他地区（除金华市区，金华市区整合前后的财政补助标准均高于国家规定，但增加的幅度相同。）均选择将整合后的财政补助标准定为国家最低标准，然后通过年末的财政兜底责任实现财政投入增加。据我们了解，整合后年末出现基金缺口、需要财政支持的现象并非个例，反而较为普遍。从山东的情况来看，东营2013年整合时设定的名义财政补助标准为320元，较当年国家最低标准的增加幅度（40元）与整合前基本持平；但同时，财政已经预计到筹资不足，估算期末人均还需补贴39元。然而实际运行后的情况又超出预期，年末实际增加的人均补贴额达69.6元，达当年名义财政补贴的21.8%，整合前名义财政补贴的24.9%。这意味着整合实际带来了东营市财政补贴投入增加约24.9%。2014年已经整合的淄博、

威海，也都产生了当年资金缺口，扣除大病保险筹资对基金的影响，以参保人数计算的人均缺口分别占整合前名义财政补贴的11.6%和9.1%（威海还有进口补10元，合计财政投入增幅12.7%）。2015年实施整合的山东各市，在名义筹资水平计算中也都预计到了基金平衡的压力。

以上显示整合带来的财政投入增幅在10%—100%不等，但实际的支出规模可能有所降低。这是因为城乡整合的一个好处在于可以剔除重复参保和由此带来的重复补贴。从各地统计来看，新农合中重复参保的比例大约在10%。因此新农合人口比重较大的地区，尽管整合带来的财政负担可能更重，但在重复补贴中的节约也可能更大。不过即使如此，各地对于医保整合带来的财政压力还应保有充分的预期，特别是在对于整合后待遇释放的测算普遍被证明低估的情况下。

对于财政来说，“出口补”能够避免待遇释放测算的不确定性，避免资金在医保中沉淀。更重要的是，一旦“进口补”造成财政补助份额在名义筹资中的提高，这一比例很可能固化，从而导致财政投入绝对量的逐年扩大，不利于可持续性。因此从整合过程的短期来看，

表2 部分城市整合前后财政补助变化

城市	分档	时间	整合前新农合			整合后			整合增加	整合增加占整合前财政补助的比	
			财政补助	当年规定	地方增加	时间	财政补助	当年规定			地方增加
舟山	1	2011	278	200	78	2012	360	240	120	42	15.1%
衢州市区	1	2014	350	320	30	2015	470	360	110	80	22.9%
杭州市区	2	2010	260	120	140	2011	600*	200	400	260	100.0%
青岛	2	2014	340	320	20	2015	560*	360	200	180	52.9%

注：“当年规定”为当年国家文件列明的新农合最低财政补助标准。“整合增加”为以下两项之差：整合前新农合当地财政补助水平高出国家规定标准的幅度（即整合前新农合“地方增加”），与整合后新的制度下财政补助高出国家规定标准的幅度（即整合后“地方增加”），二者之差。*为两档方案中的低档数值。

数据来源：各地政策文件，国家政策文件



投入方式采用“出口补”或进口与出口相结合,可能较为可取。不过从长期来看,“出口补”可能诱发医保基金放松管理,强化预算软约束预期,不利于制造提升基金效率的激励。因此,在整合初期效应趋于稳定之后,适宜探索向“入口补”转化。

(三)筹资中财政合意的分担比例

两保整合后,筹资机制延续了原有城镇居民医保与新农合的构成,以财政补助为大头;同时,由于整合过程中财政投入的增加,实际补助在筹资中的比例较整合前有所提高。财政投入的可持续性因而凸显出来。另一方面,整合往往伴随着医保待遇提高。这种情况下,应当考虑对财政在筹资中合意分担比例进行重新认识。

对于理想的财政投入比例究竟是多少,各地并没有一致的看法。从整合文件的陈述来看,广东中山、海南三亚等将“个人出资为主,集体扶持、政府补贴为辅”或“家庭缴费为主,政府给予适当补助”作为筹资原则,而甘肃金昌则规定“政府补助为主,个人缴费为辅的原则”,更多的地方则笼统以“个人缴费与财政补助相结合”带过。

财政补助究竟应当作为主要筹资来

源还是居于从属地位,事实上取决于政府主导的城乡居民医保在整个医疗保障体系中的定位。如果将居民医保真正看做一个“保基本,兜底线”的基础层次保障,其上辅之以商业保险等多层次的保障安排来满足多样化的保险需求,那么这个医保就应当更具有福利性质,以财政投入为筹资主体;相反,如果居民医保的保障水平已经超出了基本层次,除了“能够获得”之外,还将对于好的、高质量的医疗服务需求也包含在内,那么这样的保险就应当扩大个人缴费责任,以避免“公费医疗”式的泛福利化倾向。给定目前各地整合后普遍使用职工医保大目录、三级医院报销比例超过50%等待遇释放情况,整合后的居民医保待遇水平大多已经超越了基础层次。因此对于大多数整合城市特别是东部城市而言,财政补助在筹资中的比重应当从现有的80%水平上适当降低。

在已整合城市中,大部分没有设立调整目标,只有广东和浙江的8个城市提出了对于这一目标比例的认识。财政分担比例被作为筹资动态调整机制设定的一部分列入整合文件。其中,东莞、中山和广州给出了确定的比例,分别为50%、40%和70.6%;其他地区给出了

大致的负担比例,例如浙江的杭州、台州和丽水规定“个人缴费占(不低于)总筹资的1/3”,佛山规定财政补助在30%—60%。这些均低于目前国家文件中个人与财政1:4的配比。

另一方面,对于理想比例的估计也可以从那些2008年前完成整合的城市中获得启示。因为从国家层面来看,现有筹资中个人与财政分担比例是在2007年全面推进新农合之后才固化下来,因此之前实现城乡医保一体的城市相对可以基于自身情况自由设定。嘉兴、东莞、中山、珠海四市,其两保合并时财政占总筹资的比重分别为42.9%、33.3%、25.0%、37.5%。这表明对于发达东部地区来说,财政补助比例在50%左右乃至以下可能是可行的。

对于西部地区来说,由于气候或地理条件造成当地医疗成本偏高,但同时个人缴费能力又偏低,因此在整合中更加依赖财政特别是中央财政的补贴。对于这些地区,财政可以考虑适当保持补助在整合后筹资中的高分担,同时督促医保部门对整合后可能引发的待遇释放进行严格审核。

财政体制与基金管理

即使是那些整合后在制度上实行市级统筹的地区,在基金统筹层次上也存在两种选择:将基金留在县域内管理,即市级统筹、分级管理;或者上解市内进行统一调配,即实行统收统支。从单纯管理的角度看,这事实上是一对矛盾的权衡:财政体制和医疗体系设计。

在医疗体系设计上,区域卫生规划以市级为单位,意味着基金管理也应当以市级为理想层次。如果实行县级管理,而多数县内又无三级医院,这意味着区域外就医必然成为基金管理中不可缺少的一部分。而这部分监管审核成本较高。在这种情况下,县级统筹不利于加强基金监管,以及推行新型支付方式

表3 2010年后完成整合城市分基金统筹层次类别特征统计

	统收统支	分级管理
城市数量	20	29
属于区域医疗中心城市占比(%)	25.0	24.1
平均市辖省管县数量	1.5	2.1
其中：非全省县均为省直管的城市中	0.6	1.6

注：“区域医疗中心城市”定义为当地三甲医院数量两家及以上的城市；“省管县数量”为该市列入财政省直管县的县级单位数量。

数据来源：区域医疗中心城市信息（当地三级甲等医院数量）来自国家卫计委医政医管局医院名录查询 <https://www.hqms.org.cn/usp/roster/index.jsp>，财政省管县信息来自各省政策文件

改革等控费举措，因此市级统收统支较为有利。

然而，医保筹资的大头来自财政，特别是随着行政体制改革中财政省直管县做法的推开，县级财政对医保的贡献加大。原先县级统筹时，各县可以根据自己的财政能力决定筹资和待遇政策的制定，并责无旁贷地承担基金兜底责任。而一旦实行市级统筹，县级财政的责任理论上只在筹资的“进口”，即承担自身应付的参保补贴，而县市财政在兜底上的分担（以及由于整合可能带来的额外投入的分担）难以明确。另一方面，从地方事权来看，承担基金管理的区县医保部门大多归属区县政府，与市级部门并无直接隶属关系。特别是人社部门本就缺乏农村地区的管理网络和管理经验，这时过早解脱区县政府对基金的兜底责任容易引发隶属地方政府的区县人社部门不有效作为，继而造成整合后基金亏空。在这种情况下，分级管理使得责任重新向县级倾斜，成为协调当前财政人事体制的一种方式。

表3比较了这两个相反因素在实际中的作用结果。可以看到，对于财政体制的考虑占优于医疗体系的影响。（管理体制选择与筹资方案的分档选择并无直接联系，一档方案城市与二档方案城

市选择两种统筹层次的比例相当。）城市管辖范围中列入省财政直管的县数量越多，整合后采用分级管理的倾向越明显。分级管理城市中所辖省管县数量平均为2.1，而统收统支城市约为1.5；如果不考虑那些所在省份内全部县都实现了省直管体制的城市，这两个数字分别为1.6和0.6。表明省管县的财政体制可能影响与财政补贴紧密相关的居民医保政策，如果县级财政对医保的承担能力和意愿更强，则医保管理将更偏向于留在县内。而相比之下，外出就医对基金支出的影响或可通过多样化的管理手段——例如严格的转诊规定和降低报销比例——或者居民在县内就医的惯性，得到缓和。区域医疗中心城市（定义为当地三甲医院的数量在两家及以上的城市）在实行统收统支的城市中的占比（25%）与在分级管理的城市中的占比（24%）没有明显差别。

结论

本文以全国范围内完成城乡医保整合的所有66个城市为考察对象，探讨了财政投入的数量和体制如何影响医保城乡统筹。我们发现：（1）并不是财政能力越强的地区越容易达到城乡待遇统一，一般地区单纯依靠财政投入可能

并不足以弥补现有的城乡差距和两保待遇、参保规模差距，反而那些财政能力较弱的地区也可能率先实现完全的城乡均等。（2）整合往往要求增加财政投入，已经披露的增加幅度在10%—100%之间不等，取决于各地实际和民众的接受程度；使用“出口”兜底补贴方式短期内可能较“进口”筹资补贴方式的策略更优，但要防范预算软约束强化带来的风险。（3）较少有城市为财政在筹资中的长期分担比例设定目标，但由于整合后医保待遇提高，一些东部城市已经考虑降低医保的福利化色彩，将目标的财政分担比例设置在30%—70%。（4）财政省直管县体制的推广，提高了整合后仍然对基金实行分级管理的倾向。

医疗保险的城乡统筹是有益于民生的大事，财政应当积极支持予以配合。但在支持的过程中，应当对投入规模进行充分的估计，并借此对自身在医疗保障体系中的定位进行重新认识。地方在推进城乡医保整合时，也要注重考虑现有实际，盲目以增加财政投入的方式进行推进、或者盲目追求筹资待遇或基金统筹管理的一步到位，既不利于医保基金的稳定运行，也不利于财政投入的可持续发展。

主要参考文献

[1] 金维刚. 统筹城乡医保的困境与出路[J]. 中国医疗保险, 2012(4).

[2] 刘俊霞. 我国基本医疗保险制度可持续发展面临的风险及对策[J]. 财政研究, 2013(10).

[3] 熊先军, 孟伟, 严霄, 高星星. 医保城乡统筹的路径走势[J]. 中国社会保障, 2011(6).

[4] 朱恒鹏. 两保合一的困难及可能的改革路径. 中国社会科学院经济研究所工作论文, 2014.

（作者单位：中国社会科学院经济研究所）

责任编辑 刘慧娟