

【社会现象与社会问题研究】

基本医疗保险省级统筹的科学内涵与路径优化*

袁 涛

摘要:基本医疗保险省级统筹目标的确立由来已久,但实际进展低于预期,主要原因是各界对其科学内涵和实施路径存在认识分歧。应充分认识基本医疗保险省级统筹对提高医保基金共济能力的有限性,厘清其科学内涵。基本医疗保险省级统筹的首要价值目标是增强医保制度的公平性和统一性,提升医保治理能力,而不是提高基金共济能力。基本医疗保险省级统筹不等于“统收统支”,其“调剂金制度”也必须以统一制度为前提。推进基本医疗保险省级统筹需要优化实施路径,按照“省统市管、分级管理、统一政策、统一调剂”的原则,在先行统一医保筹资和待遇支付政策规定的基础上,科学推进基本医疗保险省级统筹,推动全民医保高质量发展。

关键词:医疗保险;省级统筹;调剂金;路径优化

中图分类号:C913.7

文献标识码:A

文章编号:1003-0751(2022)12-0085-10

长期以来,提升统筹层次作为提高社会保险共济性和增强社会保险基金抗风险能力的重要手段,一直是完善我国社会保险制度建设的重要内容。我国在20世纪90年代建立社会保险制度之初,《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号,以下简称“国发1998年44号文”)对基本医疗保险统筹层次没有进行统一规定,授权地方自行决定。这使得大多数地方在建立社会医疗保险制度时自动效仿养老保险制度的做法,对基本医疗保险实行县级统筹。随着实践的发展,县级统筹层次过低导致的基金共济能力和抗风险不强等问题日益突出,提高基本医疗保险统筹层次成为当务之急。21世纪以来,一些地区逐步将基本医疗保险统筹层次提升为市级统筹。2010年,《中华人民共和国社会保险法》(以下简称《社会保险法》)颁布。其第64条明确规定,基本养老保险基金逐步实现全国统筹,其他社会保险基金逐步实现省级统筹。2016年,《人力资源和社会保障事业发展“十三五”

规划纲要》提出,积极探索推进医疗保险省级统筹。2020年,《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》提出,推动基本医疗保险省级统筹。2021年,国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务》提出,鼓励有条件的省份按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,推动基本医保省级统筹。同年,国务院办公厅印发的《“十四五”全民医疗保障规划》也提出了推动基本医保省级统筹的新要求。目前,全国已有北京、上海、天津、重庆、海南、青海六个省级区域实行基本医疗保险“统收统支”的省级统筹模式,宁夏实行“省级调剂金”的省级统筹模式,福建、吉林、湖南等地也正在进行试点探索。然而,上述已实现基本医保省级统筹的地区除了四个直辖市,仅有海南、青海等人口小省,人口大省推进基本医保省级统筹依然步履蹒跚。为此,有必要进一步深入探讨基本医疗保险省级统筹的科学内涵与实施路径,以期更好地推进我国基

收稿日期:2022-06-06

* **基金项目:**贵州省哲学社会科学规划课题“健康中国视域下基本医疗保险筹资优化机制研究”(19GZYB66);河北省医疗保障局立项课题“完善基本医疗保险筹资机制研究”(JYB210102);广西壮族自治区医疗保障局立项课题“基本医疗保险省级统筹路径研究”(GX202202)。

作者简介:袁涛,男,中国人口与发展研究中心健康中国研究中心研究员(北京 100081)。

本医疗保险省级统筹实践。

一、基本医疗保险省级统筹的概念与理论逻辑

1. 有关基本医保省级统筹的概念界定

根据《社会保险术语》对社会保险“统筹”的解释,“统筹”是指“社会保险基金池”,意指通过基金池发挥共济风险的作用,其内涵的延伸术语有“社会统筹”“统筹层次”“统筹基金”等。顾名思义,“统筹层次”即基金池的统筹管理层级,常以相应的行政管理范围为参照,譬如县级统筹、市级统筹、省级统筹、全国统筹,又如单位统筹、企业统筹、行业统筹等。因此,从理论上讲,“省级统筹”一般是指在省域范围内实行统一的管理制度,即包括统一政策覆盖范围、统一筹资机制、统一保障待遇、统一支付方式、统一基金管理、统一信息系统的“六统一”管理模式(见图 1),这种模式又可称为“统收统支的省级统筹”模式。在实践中,我国早期基本医疗保险是从县级统筹起步的。目前,大部分地区已经实现了基本医疗保险的市级统筹^①。为进一步探索推进基本医疗保险省级统筹,一些地区在市级统筹的基础上,在不统一各市医保筹资和待遇政策的前提下,探索建立了基本医疗保险的省级调剂金制度,这可定义为“调剂金的省级统筹”模式。因此,从学理上看,省级统筹可分为“统收统支的省级统筹”和“调剂金的省级统筹”两种模式。

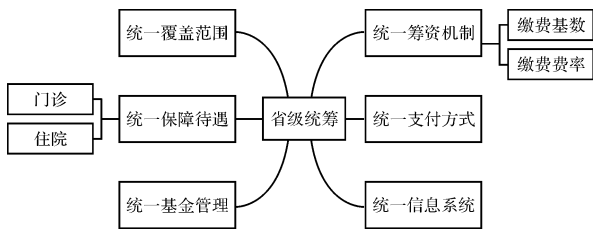


图 1 基本医疗保险省级统筹“六统一”的基本内涵

其一,统收统支的省级统筹模式。统收统支的省级统筹是按照省级行政区划进行的统一政策设计和统一管理服务的基金共济机制,其实质是在更大的行政区划范围内,通过扩充参保规模来增强基金的抗风险能力。该模式一般将各地市医保政策制定权和基金管理权统一上收到省级机构,实现省内筹资、待遇政策以及管理服务标准统一。其优点有三:一是有利于提升医保制度在更大范围内的公平性,

也即在省级行政区划范围内医保政策差异小;二是可有效化解医保关系转移接续问题,使省内不存在医保关系转移接续的障碍;三是可提高各医保基金的互助共济能力^[1]。但是,该模式对配套的医保经办及监督管理服务体系要求较高,与传统行政管理、医保经办服务体系、基金监管体系以及省、市、县三级政府分级管理责权机制不相适应,容易出现“责权错配”的情况,从而导致下一级医保行政及经办管理服务机构的管理积极性和管理绩效下降。理论上,该模式需要必要的省级统一的经办管理体系、基金监督体系以及财政分责机制作为配套支持,实际上实施难度较大。

其二,省级调剂金的省级统筹模式。省级调剂金的省级统筹实质上是一种风险调整机制,通过引入风险调整机制来统筹调剂各地市的医保基金余缺。理论上,省级调剂金制度包括省内政策统一情况下的调剂金,也包括全省政策不统一情况下的调剂金。也即是说,在不改变各地原有的医保制度政策、行政监督、经办服务、财政分级责任关系的条件下,统筹调剂各地市市级统筹的医保基金余缺。一般认为,省级调剂金的省级统筹模式仅仅是一种过渡措施,最终其依然会逐步过渡至统收统支的省级统筹模式。

2. 相关研究综述

提升统筹层次是提高医保基金共济能力、解决医保基金地区失衡问题的重要手段。其理论基础源于“大数法则”论。一般认为,包括医疗保险在内的社会保险制度遵循“大数法则”基本原理,统筹层次越高,覆盖面越广,参保缴费人数越多,保险基金池的抗风险能力就越强;反之,则越小^[2]。提升医保统筹层次,可有效增强医保基金的抗风险能力,消弭健康不平等^[3],最大限度地实现制度公平^[4,5]。

然而,对于如何具体推进基本医保省级统筹,各界一直存在较大争议^[6]。王虎峰基于国际经验提出医保统筹层次的“两代模式”:第一代为“单纯统收统支”模式;第二代为“基于风险管理与评估进行统收统支”模式。他主张基于风险管理与评估,推进提升统筹层次,避免传统统收统支模式带来的弊端^[7]。张晓等学者认为,省级统筹要分制度、分阶段、分地区推进。应先做实市级统筹,再逐步过渡到省级统筹^[8]。李宇认为,统一政策是前提,明确政府责任是关键,加强管理是保障,充分利用信息技术

是必要支撑^[9]。刘宇熹、吴敏珍提出在建立城镇职工基本医疗保险筹资经济可行性的评价指标体系的基础上推进省级统筹^[10]。王超群提出应将统筹层次分为“筹资的统筹层次”和“支出的统筹层次”两个方面,筹资的统筹层次应该越高越好,而基金支出的统筹层次则是越低越好^[11]。李亚青针对医保基金实行全省统收统支统管后的基金风险,提出建立以预算管理和工作目标考核制度为核心的省、市两级政府基金风险共担机制和激励约束机制的建议^[12]。

近年来,随着我国医保事业的快速发展,越来越多的研究开始关注医保省级统筹的现实障碍。不少实务部门专家指出,各区域经济社会发展不平衡,筹资待遇政策差异较大、区域卫生资源分布不均、各方主体利益诉求不同、经办管理体制难以适应,一味提高统筹层次有可能导致省级财政负担过重、管理无效率以及监管失察等问题,应谨慎看待提升统筹层次至省级统筹。胡晓义认为,医保统筹不但要考虑地区之间经济发展水平的差异,还要顾及医疗资源配置的不平衡性和管理责任的落实。鉴于我国地区医疗服务水平差别较大,目前职工医保基金以地市级统筹为主,少数具备条件的地区可以探索省级统筹^[13]。袁涛等分析了省级统筹对提升医保基金共济能力的有限性^[14]。申宇鹏基于中国劳动力动态调查(CLDS)2012—2018年四期面板数据,建立渐进双重差分模型,系统检验城镇职工基本医疗保险统筹层次调整对个体医疗服务利用的影响。结果显示,市级统筹未显著影响个体医疗服务利用,却带来了健康福利的提升,而省级统筹在显著提高个体医疗服务利用的同时,并未带来健康福利,由此他警示省级统筹可能带来道德风险^[15]。何林生等指出省级统筹导致地方政府监管责任弱化^[16]。段亚伟认为,不能通过简单复制现有市级统筹经验来实现省级统筹,否则会造成省内低收入地区的医保缴费负担大幅加重,损害卫生筹资的公平性^[17]。宋燕等则认为,应先行采取调剂金模式,由区域统筹逐步过渡到省级统筹,并合理确定统一的医保征缴待遇标准,建立合适的医疗保险经办管理体制^[18]。

值得注意的是,医保统筹层次的“高低”实际上与其人口规模紧密相关。在德国,其总人口为8200余万人,因属地和行业分割,在20世纪90年代各种属地和行业医保基金会多达上千个。从1996年1

月1日开始,德国在《医疗卫生结构法》的推动下,逐步改变了原有按区域、行业分割统筹的局面。2000年,其各地医保基金会合并为420个;到2019年,各地医保基金会进一步下降为109个;2020年至今,又有4家公司基金被合并,目前只剩下105家。从规模上看,德国平均每个医保基金池约可以保障80余万人,相当于我们国家的“市级统筹”层次。其实,统筹层次的背后有着人口规模的不同考量。正如金渊明从提高行政管理效率、实现行政简便性以及成本的角度,认为韩国实行中央统支统收是一种合理的模式^[19],而Jong-Chan Lee从医疗费用的快速上涨角度质疑这种改革的成功性^[7],其结论迥异的原因也就不难理解。显然,医保统筹层次的理论逻辑,不能仅从提高医保基金共济能力方面加以解释。

二、我国提升基本医疗保险统筹层次的实践逻辑:发展现状及政策演变

1. 由“县”至“市”的统筹层次提升之路

1998年,我国职工基本医疗保险启动实施。“国发1998年44号文”并没有对各地医疗保险的统筹层次进行明确的规定,只提出基本医保原则上以地级以上行政区(包括地、市、州、盟)为统筹单位,也可以以县(市)为统筹单位。实践中,大多数地方的职工医保基金效仿养老保险实施县级统筹管理模式,一部分地区实行统收统支的市级统筹,还有一些地区实行调剂金的市级统筹。随着经济和社会的发展,在市级或县级统筹层次格局下,部分地区开始出现基金缺口等问题,其弊端开始逐步显现:一是统筹层次过低,导致省域制度不统一,公平性欠佳。长期以来,在市级或县级统筹格局下,各地以经济发展不平衡为由,在国家级、省级医保政策基础上结合本地实际制定相应政策,在医保目录、缴费基数、起付线、封顶线、支付比例、支付方式、计算办法、基金监管和协议管理等方面均存在差异,导致各地保障不均衡,容易出现富地政策好、待遇高而贫地囊中羞涩的情况。特别是医疗资源分布区域不均衡影响了基本医疗保障的公平可及性。二是管理分散,成本较高。在市级或县级统筹格局下,不同的政策制度、管理服务和信息结算系统存在差异,导致各统筹地区信息系统、基金监管平台重复建设、重复投入以及

经办人员的重复配备^[20]。特别是 2003 年“新农合”制度以及 2007 年城镇居民基本医疗保险制度建立后,过低的统筹层次导致医保经办管理服务“碎片化”,重复参保问题较多,大大增加了经济管理成本和投入成本,也埋下了基金监管漏洞,增加了管理风险。三是与流动性需求不相适应,增加了确有必要异地就医者的经济负担。因医疗资源分布不均,较好的医疗资源往往集中在省会或大城市,在市级或县级统筹格局下,当出现危、急、重和疑难杂症需要医疗救治时,患者往往需要转上级地区进行异地就医,而因统筹层次低,异地就医的待遇一般比本地报销比例低,一定程度上增加了参保患者的经济负担。提升统筹层次,适应社会流动性需求,打破区域制度“藩篱”,是我国基本医疗保障制度建设的内在动力。

2. 基本医疗保险省级统筹的提出及其政策演变

2009 年,人力资源和社会保障部、财政部《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)首次提出,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。具备条件的地区,可以探索实行省级统筹。2010 年颁布的《社会保险法》规定,基本养老保险基金逐步实行全国统筹,其他社会保险基金逐步实行省级统筹。这是我国首次从法律层面对社保基金实行省级统筹进行明确规定。2016 年,人社部印发《关于深入学习贯彻全国卫生与健康大会精神的通知》(人社部发〔2016〕88 号)提出,要遵循社会保险“大数法则”规律,按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,加快提高医保基金统筹层次,到 2020 年建立医保基金调剂平衡机制,逐步实现医保省级统筹。2019 年,国家医疗保障局会同财政部共同印发的《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2019〕30 号)明确要求,加大城乡统筹工作力度,做实居民医保地市级统筹,在地市级基金统收统支的基础上,实现政策制度统一、医疗服务协议管理统一、经办服务统一和信息系统统一,提高运行效率和抗风险能力。同时,在指导地方做实地市级统筹的基础上,鼓励有条件的地方探索推进省级统筹,研究建立基金区域调剂平衡机制,增强基金共济能力。2020 年,《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标

的建议》提出推动基本医疗保险省级统筹。2021 年,十三届全国人大四次会议表决通过《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》,提出做实基本医疗保险市级统筹,推动省级统筹。同年,国务院办公厅《关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》(国办发〔2021〕36 号)对提升医保统筹层次有了更为清晰的表述,将之概括为四个层次:一是按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准,全面做实基本医疗保险市地级统筹。二是按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向,推动省级统筹。完善提高统筹层次的配套政策,夯实分级管理责任,强化就医管理和医疗服务监管。三是推动医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。四是建立健全与医疗保障统筹层次相适应的管理体系,探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理。

可以说,国家就基本医疗保险省级统筹已经做出了决策。法律有依据,中央有要求,实践有样板。但是,从各地实践来看,提升医保统筹层次的实际进展低于预期。目前,全国仅有 4 个直辖市和海南、青海两个人口小省真正实现了统收统支的省级统筹,宁夏实现了省级调剂金的省级统筹,全国大部分地区依然属于市级统筹,且有相当一部分地区仍然为县级统筹管理。各地省级统筹进展缓慢的主要原因在于以下几个方面:一是人们思想认识不统一,部分基金结余较多的地区抵触情绪较大。二是一些地方在现有市级或县级统筹格局下存在政策差异和利弊权衡。比如,因经济社会发展的差异及历史原因,一些地方在覆盖范围、筹资水平、待遇保障政策、医保支付方式、信息系统建设、政府财政责任等方面形成了一定的差异,这需要提高管理服务能力,健全配套的改革举措,实施起来确有难度。值得注意的是,除 4 个直辖市情况较为特殊外,海南省职工医保的省级统筹之路并非一帆风顺。早在 2012 年,海南省就在原有市级统筹的基础上建立了“省级调剂金制度”。该制度一开始并未以统一各地政策为前提,历时 3 年试点后效果并不理想。因此,自 2015 年起,海南省通过 5 年的时间逐步统一全省的职工医保筹资及待遇政策,最终成功实现基本医保省级统筹,成为全国第一个实行统收统支的省级统筹模式的省份。然而,海南毕竟是一个人口小省,其省级统

筹的规模仅相当于人口大省市级统筹的规模。在人口大省推进省级统筹,面临的情况将更加复杂。

表1 基本医疗保险省级统筹的政策法规文件

文件名	文号	内容
《人力资源和社会保障部 财政部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	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。具备条件的地区,可以探索实行省级统筹。
《人力资源和社会保障部关于做好人社系统承担的2010年度医疗卫生体制改革工作的通知》	人社部发[2010]42号	有条件的地区,可探索建立省级医疗保险基金调剂金,逐步实现省级统筹。
《社会保险法》	中华人民共和国主席令第三十五号	基本养老保险基金逐步实行全国统筹,其他社会保险基金逐步实行省级统筹,具体时间、步骤由国务院规定。
《医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排》	国办发[2011]8号	职工医保、城镇居民医保基本实现市(地)级统筹,鼓励地方探索省级统筹。有条件的地区进一步提高新农合统筹层次。
《人力资源和社会保障部关于做好人社系统承担的2011年度医药卫生体制改革工作的通知》	人社部发[2011]22号	提高基本医疗保险统筹层次,基本实现职工医保、居民医保市(地)级统筹,京津沪等有条件的地区要积极探索省级统筹。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2013年主要工作安排的通知》	国办发[2013]80号	提高基金统筹层次,鼓励有条件的地方探索省级统筹。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务的通知》	国办发[2014]24号	加快提高基本医保的统筹层次,提高统筹质量,鼓励实行省级统筹。
《关于进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算工作的指导意见》	人社部发[2014]93号	有条件的地方要加快推进省级统筹。
《人力资源社会保障部 财政部关于做好2015年城镇居民基本医疗保险工作的通知》	人社部发[2015]11号	巩固完善市级统筹,探索省级统筹,增强基金抗风险能力。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2014年工作总结和2015年重点工作任务的通知》	国办发[2015]34号	加快推进和完善基本医保市级统筹,鼓励实行省级统筹。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务的通知》	国办发[2016]26号	积极推进基本医保统筹层次提升至地市级,鼓励有条件的地区实行省级统筹。
《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》	国发[2016]3号	鼓励有条件的地区实行省级统筹。
《人力资源和社会保障事业发展“十三五”规划纲要》	人社部发[2016]63号	积极探索推进医疗保险省级统筹。
《人力资源社会保障部关于深入学习贯彻全国卫生与健康大会精神的通知》	人社部发[2016]88号	要遵循社会保险“大数法则”的规律,按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,加快提高医保基金统筹层次,到2020年建立医保基金调剂平衡机制,逐步实现医保省级统筹。
《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》	中发[2020]5号	巩固提高统筹层次,全面做实基本医疗保险市地级统筹,探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理,鼓励推进省级统筹,做大做强基金“池子”,增强基金抗风险的能力。
《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》	2020年10月29日中国共产党第十九届中央委员会第五次全体会议通过	推动基本医疗保险省级统筹。

三、基本医疗保险省级统筹的数理逻辑： 基于非寿险精算的政策仿真实验

为进一步分析省级统筹对提高医保基金抗风险能力、制度可持续性的远期影响,本文采用非寿险精

算技术,选择典型地区G省进行基本医保省级统筹的政策仿真实验。研究设计为一个标准方案和三个政策调整实验方案,测算周期为15年。

方案一:标准方案。该方案假定保持现有筹资费率、划账结构和待遇保障水平不变,按照过去4年的医疗服务利用和费用增长趋势模拟运行省级统

筹。经多次模拟实验测算,结果显示,在一系列模拟参数标准条件下,G省职工医保实行省级统筹,可确保未来9年内统筹基金没有赤字。但到2025年以后,统筹基金将面临支出增幅高于收入增幅的情况,因此预测从2030年开始全省统筹基金出现赤字,而且随着赤字规模的持续扩大,2034年统筹基金累计结余将会耗尽(见表2)。在测算周期内,个人账户资金也面临与统筹资金同样的发展趋势,年度基金结余呈倒U形分布。2020—2024年个人账户基金收入增幅大于支出增幅,到2025年以后开始出现逆转,个人账户基金收入增幅小于支出增幅,在测算末期2035年以后,个人账户基金会面临当期收支缺口(见表3)。

表2 标准方案中省级统筹后统筹账户基金收支情况
单位:亿元

年份	统筹基金 征缴收入	征缴收入 增幅	统筹基金 支出	统筹基金 支出增幅	当期 结余	累计 结余
2021	87.48		79.46		9.8	62.87
2022	99.51	13.76%	87.1	9.62%	14.42	77.29
2023	113.11	13.66%	96.03	10.26%	19.38	96.67
2024	127.06	12.34%	108.04	12.51%	21.7	118.37
2025	142.02	11.77%	122.2	13.11%	22.94	141.3
2026	158.26	11.44%	138.93	13.68%	22.94	164.24
2027	174.31	10.14%	159.73	14.97%	18.72	182.96
2028	191.71	9.98%	182.42	14.21%	13.92	196.88
2029	210.43	9.77%	211.23	15.79%	4.37	201.25
2030	228.18	8.44%	248.72	17.75%	-14.83	186.42
2031	246.6	8.07%	290.39	16.75%	-37.69	148.73
2032	265.92	7.84%	338.89	16.70%	-66.62	82.1
2033	286.46	7.72%	389.46	14.92%	-96.67	-14.57
2034	308.28	7.62%	446.81	14.73%	-132.29	-146.85
2035	331.5	7.53%	513.32	14.89%	-174.75	-321.61

方案二:缴费基数调整方案。该方案假定在标准方案基础上,预测未来经济新常态背景下,社会平均工资增长率每年减少3个百分点的情况,对统筹基金的征缴收入及当期结余情况的影响。测算结果显示,相比标准方案,社会在岗人员工资增长率下降3个百分点,对统筹基金征缴收入影响显著,平均每年降低18.90%,将导致统筹基金年度赤字的时间提前一年(见表4)。

方案三:个人账户调整方案。该方案假定在标准方案的基础上,维持省级统筹的筹资和待遇支付政策不变,只调整职工医保个人账户划账比例,即停止将单位缴费划入个人账户,保持个人账户为2%的规模,分析其对医保基金收支的影响。测算结果

显示,相比标准方案,调整医保基金划入个人账户比例可以大大改善统筹基金收不抵支的境况。如果停止将单位缴费划入个人账户,省级统筹后统筹基金年度赤字的时间将可推后4年,至少在2034年以前职工医保统筹基金将不会出现当期赤字(见表4)。

方案四:控制住院率方案。该方案分析住院率增减对统筹基金收支平衡的影响。测算结果显示,医疗服务利用率(住院或门诊)、医疗费增长率与基金支出增长率成正比。相比标准方案,如果住院率上升5%,那么统筹基金支出平均每年将增长4.61%,这将把统筹基金出现当期赤字的时间从标准方案的2030年提前至2027年(见表4)。

表3 标准方案中省级统筹后个人账户基金收支情况
单位:亿元

年份	个人账户 征缴收入	征缴收入 增幅	个人账户 支出	个人账户 支出增幅	当期 结余	累计 结余
2021	77.63	--	52.28	--	26.55	115.08
2022	88.31	13.76%	56.50	8.09%	33.36	148.44
2023	100.37	13.66%	61.36	8.60%	41.02	189.45
2024	112.75	12.34%	68.00	10.81%	47.31	236.77
2025	126.03	11.77%	76.20	12.06%	53.03	289.80
2026	140.44	11.44%	85.69	12.45%	58.67	348.46
2027	154.69	10.14%	97.52	13.81%	61.87	410.33
2028	170.12	9.98%	110.39	13.19%	65.27	475.60
2029	186.74	9.77%	126.70	14.77%	66.46	542.06
2030	202.49	8.44%	148.19	16.96%	61.62	603.68
2031	218.83	8.07%	172.04	16.10%	54.94	658.62
2032	235.98	7.84%	199.51	15.96%	45.36	703.98
2033	254.21	7.72%	228.66	14.61%	35.05	739.04
2034	273.57	7.62%	261.72	14.46%	21.83	760.87
2035	294.18	7.53%	299.73	14.52%	4.72	765.58

表4 各模拟方案对统筹基金收支缺口的影响
单位:亿元

年份	标准方案	方案二	方案三	方案四
2021	9.8	6.25	49.76	9.8
2022	14.42	10.48	59.89	11.62
2023	19.38	14.98	71.04	13.07
2024	21.7	16.69	79.64	11.15
2025	22.94	17.22	87.58	7.34
2026	22.94	16.39	94.83	1.37
2027	18.72	11.14	97.75	-9.55
2028	13.92	5.21	100.75	-22.01
2029	4.37	-5.77	99.6	-40.29
2030	-14.83	-26.81	88.32	-68.85
2031	-37.69	-51.73	73.86	-101.66
2032	-66.62	-83.06	53.9	-140.85
2033	-96.67	-115.45	33.67	-181.88
2034	-132.29	-152.9	8.55	-229.42
2035	-174.75	-198.44	-23.66	-285.78

从精算评估结果来看,实行职工医保省级统筹,对改善职工医保基金财务可持续性确有帮助。省级统筹可维持未来9年内G省职工医保统筹基金的可持续运行,且无年度赤字。但是,从统账结构看,受人口老龄化加速、划账比例提高以及医疗费用增长等因素的影响,职工医保统筹基金的可持续性仍将面临挑战。即便实行省级统筹,维持省级统筹的

医保基金的长期可持续性也仍需要进行一系列结构优化和参量改革,从而进一步改善全省城镇职工基本医疗保险筹资和待遇政策。从图2可见,方案三中,调整划账结构,停止将单位缴费划入个人账户,对增强统筹基金的可持续性、影响统筹账户基金收支平衡的效果最为显著;方案二中缴费水平或缴费基数下降对统筹基金的影响次之,也需要引起关注。

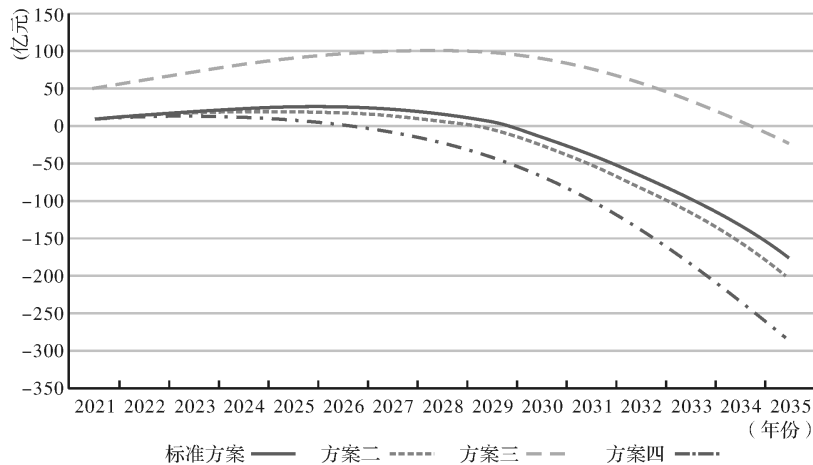


图2 模拟政策调整方案对统筹基金收支缺口的影响

四、结论和建议

基于上述理论和实证分析,应充分认识、高度重视基本医保省级统筹的科学内涵及重大意义,在厘清科学内涵的基础上,优化实施路径,科学推进基本医保省级统筹工作,从而健全基本医保制度,推动基本医保高质量发展,维护人民群众的切身利益。

1. 充分认识并高度重视基本医疗保险省级统筹的科学内涵及重大意义

第一,省级统筹对提高基本医保基金抗风险能力确有帮助但作用有限。不应简单盲目追求基本医保省级统筹对提升其基金共济能力的作用。基于非寿险精算评估的结果显示,远期受人口老龄化、医疗费用增长等因素的影响,即便是省级统筹,医保基金的远期可持续性仍然面临着挑战,需要通过系统的综合性配套改革措施加以解决。

第二,省级统筹的本质目的是提高制度的公平性、统一性。推进基本医疗保险省级统筹是增强医保制度公平性、提高治理能力、满足人民群众切身利益的必要,应充分认识并高度重视基本医疗保险省级统筹的必要性及其重大意义。实践证明,随着管理服务水平和治理能力的提高,在省级范围内实行

统一的保障政策、筹资标准和待遇水平,参保者享受同等的基本医疗保险待遇,消除区域差别,促进制度公平,是有可能实现的。根据党中央、国务院的统一部署,按照“分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核”的思路,逐步推进基本医疗保险实现“统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理”要求,切实推进基本医疗保险省级统筹已成为必然之路。

第三,省级统筹有利于降低制度运行和管理服务成本。长期以来,各地因经济发展不平衡,在市县级统筹层次下,不同的统筹地区参保人数与缴费情况存在较大差别,基金统筹支付能力也有所不同,各地因医保政策、标准不统一存在各类管理服务成本较高的问题。在市县级统筹层次下,各地在国家和省医保政策的基础上,结合本地实际制定相应政策,涉及的缴费基数、起付线、封顶线、支付比例、医保目录等存在着一定的地方差异,不同的医保政策也带来了不同的管理方法和结算系统,这不仅导致大量的重复建设、重复投入,也极大地增加了管理和监督的成本。同时,政策差异又很容易导致地区发展差异,在经济发达地区形成福利竞赛,继而导致地区差异扩大化,不利于共同富裕远景目标的实现。

第四,省级统筹有利于统一劳动力市场,缓解解

地就医和社保关系转移接续困难。市县级统筹不适应人力资源的流动性需求,为社保关系转移接续和异地就医带来一定的制约和障碍。当参保人有危、急、重和疑难杂症的诊治需要时,他们出于自身考虑,往往选择转往资源较好的上级医院进行治疗,但只要参保人离开市县级医院统筹范围,就属于异地就医,异地就医不仅需要市县级医院开具转诊转治申请并经其医保经办机构审批通过,而且还要面对在上级医院就诊时基金统筹政策不一致的问题,如转外就医治疗费用增加、医保统筹支付额降低等,大大增加了参保人的就医难度和经济负担。提升基本医保统筹层次,实行省级统筹,可实现省内无异地就医和转移接续的目标。当然,实行省级统筹也要防止资源过度集中,避免出现任意趋高就医、无序流动问题。可通过完善强制性或激励性的配套的分级诊疗机制,规制患者按照实际病情需要有序享受基本医疗保障公共服务。

第五,省级统筹是提升医保治理能力、推进基本医保高质量发展的需要。应充分认识到提升统筹层次固然有利于增强基金共济能力,但其功能与作用仍比较有限^[14]。省级统筹同样面临管理上的诸多难题与不足:一是提升统筹层次给基金监管带来挑战;二是在缺乏有效的分级诊疗机制的情况下,医疗资源向上集中的问题较容易出现;三是提升统筹层次在应对基金抗风险能力的实际效果方面比较有限。因此,实行基本医保省级统筹,必须在统一政策、统一监管、统一服务的前提下推进,否则将难以有效激励和调动下级医保管理服务机构的积极性。必须防范统收统支模式可能带来下级医保管理服务机构积极性和效率下降引致的基金风险管理问题。需要配套健全的统一基金监管制度、支付方式和统一的信息管理系统,也需要构建科学的强制性或激励性的分级诊疗机制,合理规范患者有序就医。运行良好的省级统筹管理制度必然有利于精简、优化医保政策部门和医疗经办机构人员的组织配备,提高人力资源配置效率,节约制度管理和运行的成本。此外,应充分认识到省级调剂金的省级统筹模式作为过渡性措施,对平衡各统筹地区间基金运行差异的效果相对有限,仅能实现有限程度的互助共济。

2. 科学实施基本医疗保险省级统筹需要具备三个条件

基于理论和实践逻辑,推进实施基本医疗保险

省级统筹应具备以下三个基本条件。

第一,各统筹地区医保政策和经办服务体系的统一,是省级统筹或省级调剂金制度建立和运行的先决条件。从历史经验看,海南、宁夏等省建立省级调剂金制度的地区基本统一了省内各统筹地区的医保政策,实现统一的缴费和待遇政策以及统一的管理经办流程。这是各地建立省级调剂金制度的基本条件,也是部分省份未能成功实施省级调剂金制度的重要原因。在未实现政策制度统一、经办服务标准化、规范化以及健全有效的基金监管体系、监管机制的前提下,不宜贸然推动基本医保省级统筹或省级调剂金制度,不然可能遭遇韩国当年实行全国统筹时收入异常减少和支出异常增多的问题。

第二,均衡医疗资源布局或强化分级诊疗机制力度,是实行省级统筹的必要条件。省级统筹有利于解决异地就医问题,从根本上化解省内医保关系转移接续问题。但是,在优势医疗资源过于集中或十分匮乏的情况下,需要防范无序自由就医情况的发生。必须配套健全、合理、有序的分级诊疗机制,以规制各地患者的无序就医行为。治本之策在于必须加快推动优质医疗资源的均等配置。

第三,省级统筹或省级调剂金制度,必须有效激励下级经办机构和有关政府部门之间的协同管理服务的积极性。为防止实行省级统筹后出现下级经办机构或有关政府职能部门协同管理服务积极性减弱的问题,可通过健全各地的财政分担机制、考核机制等方式,激励下级医保经办机构或政府有关职能管理机构的积极性并促其承担起管理责任,从而有效应对统收统支情况下基金财务风险上移的问题。如海南省通过制定《海南省基本医疗保险基金统收统支管理实施方案》,倒排时限,压茬推进,全面启用重新规划建设的基本医疗保险信息系统,为全省统筹的统收统支提供有力的信息化支撑。同时,进行财政补贴、待遇支付、预算管理、经办服务、稽核控费、基金监管、分级诊疗和“三医联动”综合改革,并将其纳入省委、省政府的考核范围,确保医保基金全省统筹的统收统支改革平稳、有序推进。

3. 优化基本医疗保险省级统筹的实施路径

基本医疗保险省级统筹既不能简单推行“统收统支”,也不宜粗暴推行“调剂金制度”,而应是以促进制度公平性和统一性、提高医保治理能力为首要价值目标,按照“省统市管、分级管理、统一政策、统

一调剂”原则,在完善收入诚信体系的基础上,先行统一筹资机制和基本医疗保险待遇保障机制,建立基本医疗保险省级统筹制度。

第一,先行统一基本医疗保险支付范围。具体包括基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准和医疗器械、耗材目录以及协议管理办法等。从实施范围来说,先行推进城乡居民基本医疗保险、医疗救治的省级统筹,难度相对较低。可以以此为突破口,加快推进基本医疗保险省级统筹。

第二,完善收入诚信体系,夯实缴费基数,统一缴费费率,健全统一、规范的征缴机制。完善收入诚信体系是现代文明社会良治的基础,夯实缴费基数是提高医保基金筹集能力的基础。应充分利用互联网技术,完善收入诚信体系,建立工资、收入和资产相关联的统一征缴平台,真实匹配个人缴费义务,规范各方主体筹资责任。同时,应坚持统一缴费基数统计口径,切实规范基本医疗保险的缴费基数。保护依法依规缴费人群权益,重点规制缴费基数“跑冒滴漏”问题。应建立政府财政对困难人群、困难企业的参保缴费补助机制。在此基础上,可适度降低单位的缴费费率和灵活就业人员的缴费基数,提高制度的吸引力。

第三,稳步推进基本医疗保险的门诊、住院、大额(或大病)待遇保障办法的制定与实施,统一基本医疗保障待遇支付标准。以基本医疗保险省级统筹为契机,改革完善职工医保制度,首要之举应是科学界定职工医保的适度水平。建议具体可按统计局公布的当地在岗人员月平均工资收入的10%、8%、5%,分别作为制定当地三级、二级、一级医疗机构门诊和住院起付线的参考依据,统一起付线制定标准,基层医疗机构可不设起付线;可按统计局公布的当地在岗人员年平均工资收入的4倍(居民医保以居民人均年可支配收入的4倍)作为基本医疗保险封顶线的制定依据,将当地在岗人员年平均工资收入的8倍(居民医保以居民人均年可支配收入的8倍)作为职工大额医保封顶线的制定依据。基本医疗保险的共担比例严格控制在4:1左右^[21]。

第四,统一全省职工医保缴费年限政策,强化全工作周期缴费责任。缴费年限是保险人规制被保险人履行必要缴费义务的时间积累。医保实行现收现付制度,从短期年度收支平衡来看,医保筹资似乎与缴费年限无关。但从长期来看,缴费年限与缴费费

率、费基一样,在影响社会保险基金收入、平衡社会保险基金财务、保证社会保险制度公平性中发挥着重要的基础性作用。当前,职工医保缴费年限政策不完善,缺乏科学、统一的标准,不利于医保制度的长期可持续性以及制度的公平性。在全国统一设置职工医保最低缴费年限势在必行。建议实行全工作周期终身缴费政策,同时科学、统一设置职工医保最低缴费年限标准。可采用平均预期寿命减去退休年龄的办法,统一设置全国职工医保最低缴费年限^[22]。

第五,完善医保经办管理体系,提高医保治理现代化管理服务水平。统筹层次的背后意味着政府财政责任机制要与其相互匹配。提升统筹层次需要对医保经办管理体制进行配套性改革。目前,基本医保由政府有关职能部门直接提供经办管理并主导服务,政府理应对基本医保基金承担兜底责任,具体由各级财政分责保障。由此,地方政府才有动力、有责任对其所辖范围内的医保基金实施严格监管。实行省级统筹后,市县级地方政府有关职能机构参与医保监管的动力机制和责任机制需要重新设计。有必要对医疗保障机构实施省级垂直管理进行探索,辅以大数据、“互联网+”、人工智能等先进信息技术,推进医保管理和服务创新,推动医保精确管理,提高管理服务的效能。发挥医疗保险经办机构信息全面的优势,增强信息披露的力度、广度和深度,全面接受各级行政监督、审计监督和社会监督等监管。

注释

①实际上,仍有不少地区依然实行县级统筹模式。

参考文献

- [1]王雯,黄万丁.基本养老保险全国统筹的再认识[J].中州学刊,2016(2):62-67.
- [2]袁涛,仇雨临.工伤保险省级统筹管理的问题与反思[J].中州学刊,2016(10):66-71.
- [3]李锐,吴菁,杨华磊.职工医保省级统筹对医疗费用支出的影响:基于CFPS数据的研究[J].保险研究,2022(6):83-98.
- [4]史寒冰.省级统筹:旷日持久的攻坚战[J].中国社会保障,2009(5):14-19.
- [5]吴菁,李锐,鲁佳倩.基本医保均等化能缩小健康差距吗?:来自职工医保省级统筹的证据[J].中国医疗保险,2022(8):43-52.
- [6]赖诗卿.职工医保省级统筹怎么实现[J].中国卫生,2020(2):108-109.
- [7]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.
- [8] 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.
- [9] 李宇.“提统”的四个关节点[J].中国社会保障,2009(12):31.
- [10] 刘宇熹,吴敏珍.城镇职工医保省级统筹可行性评价体系构建:以广东省为例[J].安徽行政学院学报,2014(3):49-58.
- [11] 王超群.提高医保统筹层次应引入风险调整机制[J].中国社会保障,2022(6):44-45.
- [12] 李亚青.基本医保省级统筹后的政府间基金风险共担机制研究[J].中国医疗保险,2020(2):20-25.
- [13] 胡晓义.领导干部社会保障知识读本[M].中国劳动社会保障出版社,2018:95.
- [14] 袁涛,李冰健.省级统筹视角下职工医保基金财务可持续性分析[J].学习与实践,2019(6):96-106.
- [15] 申宇鹏.医保统筹层次、医疗服务利用与健康福利:兼论省级统筹下医疗费用上涨的中介机制[J].社会保障评论,2022(4):83-101.
- [16] 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.
- [17] 段亚伟.广东省职工医保省级统筹中的问题[J].合作经济与科技,2022(11):174-175.
- [18] 宋燕,程艳敏.基本医疗保险省级统筹的障碍因素及推进建议:以山东省为例[J].中国农村卫生事业管理,2022(9):665-669.
- [19] 金渊明.经济、社会结构的变化与韩国社会保险的未来:劳动市场两极化,人口变动,以及社会保险的相应变化[J].社会保障研究(北京),2005(2):25-40.
- [20] 唐剑华.做实医保市级统筹推进省级统筹的实现路径及影响因素分析:以江西省实践为例[J].中国医疗保险,2021(2):44-47.
- [21] 袁涛.医保省级统筹的目标价值和实践路径[J].中国社会保障,2022(3):52-53.
- [22] 袁涛.职工医保缴费年限科学设置理论与方法[J].贵州社会科学,2019(9):162-168.

Scientific Connotation and Path Optimization of Provincial Overall Planning of Basic Medical Insurance

Yuan Tao

Abstract: The provincial overall planning goal of basic medical insurance has been established for a long time, but the actual progress is still lower than expected. The main reason is that people from all walks of life have different understanding of its scientific connotation and implementation path. We should fully understand the limitation of provincial pooling of basic medical insurance to improve the mutual aid ability of medical insurance funds, and clarify its scientific connotation. The primary value objective of provincial overall planning of basic medical insurance is to enhance the fairness and unity of the medical insurance system and improve the medical insurance governance ability, rather than improve the mutual aid ability of the fund. The provincial pooling of basic medical insurance is not equal to “unified income and expenditure”. And its “system of adjustment fund” must also be based on a unified system. To promote the provincial overall planning of basic medical insurance, we need to carry out model innovation. In accordance with the principle of “unified provincial and municipal management, hierarchical management, unified policy and unified adjustment”, and on the basis of first unifying the policy provisions on medical insurance financing and treatment payment, we should scientifically promote the provincial overall planning of basic medical insurance, and promote the high-quality development of medical insurance for all.

Key words: medical insurance; provincial overall planning; adjustment fund; path innovation

责任编辑:海 玉