

【医疗保障】

城乡居民医疗保险差别定额缴费 对财政补助的影响

——基于2019年CHFS数据的模拟

王超群 史健群 李亚青

【摘要】城乡居民医疗保险由个人统一定额缴费转向差别定额缴费是解决中国医疗保障发展不充分问题的必要改革举措。差别定额缴费实行全国统一缴费率,以各个地区的城、乡居民人均可支配收入为缴费基数计算保费。本文利用2019年CHFS数据,测算了差别定额缴费对财政补助和核查成本的影响。结果发现,差别定额缴费可以在保证低收入地区居民和农村居民人均缴费金额不变的情况下,提高高收入地区居民和城镇居民人均缴费金额,有助于提高城乡居民医保筹资能力,缓解财政补助压力,优化个人缴费和财政补助结构。在考虑了差别定额缴费可能带来的低收入地区的筹资缺口、对低收入居民家庭开展收入核查的成本后,将缴费率定为1.5%—2%时,财政补助总额可以减少约500亿—1400亿元,中央财政补助可以减少约200亿—700亿元。为实行差别定额缴费,建议将缴费基数设置在区县层面,精确测算缴费率,合理划分各级政府财政补助责任。同时,还应将城乡居民医保自愿参保改为强制参保,建立央地间与部门间参保协同机制,提升地方政府收入核查能力。

【关键词】城乡居民医保;个人缴费标准;差别定额缴费;财政补助

【作者简介】王超群,华中师范大学公共管理学院副教授,电子邮箱:wangchaoqunruc@163.com;史健群,华中师范大学公共管理学院硕士研究生,电子邮箱:shijianqun@mails.ccnu.edu.cn;李亚青(通讯作者),广东财经大学金融学院副教授,电子邮箱:liyaoqing@gdufe.edu.cn。

【原文出处】《财政研究》(京),2022.11.110~128

【基金项目】国家社科基金一般项目“基本医疗保险对老年人临终医疗费用的影响效应与机制研究”(21BGL192)。

一、引言

2020年,中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》,指出中国医疗保障制度最主要的问题是发展不平衡不充分。发展不平衡主要表现在地区间、城乡间医保筹资和待遇不均衡,发展不充分主要表现在城乡居民医疗保险(以下简称城乡居民医保)筹资和待遇不充分。其中,最主要的问题是发展不充分(吕国营,2020;顾海和吴迪,2021)。国家医疗保障局发布的《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,2021年,城镇职工医疗保险(以下

简称职工医保)人均筹资5363.41元,是城乡居民医保人均筹资964.10元的5.56倍,职工医保和城乡居民医保政策范围内住院费用基金支付比例分别为84.4%和69.3%,^①相差15.1个百分点。城乡居民医保人均筹资标准和待遇水平远低于职工医保,发展不充分问题突出。

要解决我国医疗保障发展不充分问题,关键是提高城乡居民医保筹资能力。而要想提高城乡居民医保筹资能力,要么提高财政补助标准,要么提高个人缴费标准。在提高财政补助方面,有研究指出,高

额的财政补助是中国成功实现医疗保险全民覆盖的核心(Yu, 2015)。根据国家医保局、财政部、国家税务总局发布的《关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发[2021]32号), 2021年, 城乡居民医保人均财政补助标准达到每人每年不低于580元, 个人缴费标准达到每人每年320元, 财政补助占比高达64.44%。^②城乡居民医保财政补助占比较高导致继续提升财政补助标准的难度加大(李亚青, 2015)。

与此同时, 城乡居民医保个人缴费标准相对较低。《2021年中华人民共和国国民经济和社会发展统计公报》显示, 2021年全国居民人均可支配收入为35128元, 其中, 城镇居民为47412元, 农村居民为18931元。城乡居民医保个人缴费标准(320元)占全国居民、城镇居民和农村居民人均可支配收入的比重仅分别为0.91%、0.67%和1.69%,^③远低于职工医保2%的个人缴费率。^④相对而言, 个人缴费标准仍有很大的提升空间, 尤其是城镇居民个人缴费负担很低, 未能充分挖掘其缴费潜力。

因此, 如何设置更加科学合理的个人缴费标准是城乡居民医保筹资改革的重点工作。中央对此做出了明确部署。2020年中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》、2021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)和2022年国家医保局、财政部、国家税务总局发布的《关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发[2022]20号), 均提出要“探索建立居民医保筹资标准和居民人均可支配收入相挂钩的动态筹资机制”, 核心目的即是建立城乡居民医保个人缴费动态调整机制, 提高个人缴费标准, 优化个人缴费和财政补助结构。

本文的目的在于, 基于上述改革精神, 提出将城乡居民医保个人“统一定额缴费”^⑤改为“差别定额缴费”^⑥的改革思路, 并利用2019年中国家庭金融调查(CHFS)数据, 从微观视角模拟测算“差别定额缴费”改革对财政负担的影响效应。研究发现, 相比“统一定额缴费”, “差别定额缴费”不但能够提高城乡居民医保筹资公平性、建立个人保费自动增长机制, 还能有效提升个人缴费标准, 降低财政补助负担, 优化城乡居民医保筹资结构。模拟测算显示, 在不同假设下,

仅2019年, 财政补助总额即可减少约500亿—1400亿元, 中央财政补助可以减少约200亿—700亿元。

二、文献回顾

目前, 大多数文献集中于讨论城乡居民医保筹资机制存在的问题。其中, 被广为诟病的问题是筹资不公平。一般而言, 医疗保险按能力(即收入的一定比例)缴费是公平的(Wagstaff, 2002; World Bank, 2010)。但是, 我国大部分地区城乡居民医保的个人缴费金额均相同, 即实行统一定额缴费, 这必然会导致农村居民、低收入地区居民缴费负担更重(张春丽, 2015; Chen等, 2017; Zhu等, 2017), 从而导致筹资不公平(王晶, 2008; 朱坤等, 2018; 郑功成, 2020; 王超群等, 2022)。

另一个问题是筹资结构不合理。城乡居民医保个人缴费与政府补助责任分担不均衡, 对财政补助依赖度过高(赵正堂和吴江平, 2016; 施文凯和朱坤, 2022), 容易导致财政负担过重的问题(Maeda等, 2014)。城乡居民医保个人缴费标准过低而待遇水平相对较高, 导致了筹资和待遇倒挂, 阻碍了职工医保参保率的提升(封进等, 2018)。财政对农村户籍居民的大量补助, 降低了农民工参加职工医保的动机, 使得政府不得不持续补助超过10亿国民, 这进一步导致财政补助能力受限(李珍和张楚, 2021)。

还有一个问题是缺乏自动增长机制。目前, 城乡居民医保个人定额缴费标准每年由国务院主管部门制定, 各地参照执行。这使得城乡居民医保保费缺乏自动增长机制, 城乡居民医保筹资具有很大的不确定性(李亚青, 2017; 仇雨临和王昭茜, 2021)。而将个人缴费标准和居民人均可支配收入相挂钩, 能够建立起城乡居民医保个人缴费标准的自动增长机制(仇雨临等, 2011), 解决统一定额缴费的筹资不确定性问题。

为此, 不少研究者建议改革城乡居民医保的统一定额缴费模式(仇雨临, 2021)。孙淑云(2018)提出, 要建立与经济发展水平和各种职业承受能力相适应的“同等费率、多方分摊、财政补贴”的筹资机制。有研究者建议制定全国统一的缴费率, 以各地居民人均可支配收入为缴费基数, 并基于国家统计局全国居民收入五等份分组数据发现, 上述改革有助于公

平筹资、减轻低收入群体缴费负担和优化筹资结构(李珍和张楚, 2021)。

本文的边际贡献有两点:一是将中央提出的城乡居民医保动态筹资机制具体化为“差别定额缴费”,即设定全国统一缴费率,以各个地区(如省、市、县和乡等)的城、乡居民人均可支配收入为缴费基数,为不同地区居民以及同一地区城镇居民和农村居民分别设定不同的定额缴费标准。本文详细阐述了差别定额缴费的概念、与现行各类定额缴费的区别与联系以及优势等。这有助于后续研究在本文基础上进一步深化细化改革方案。二是利用2019年CHFS数据开展了精算模拟,模拟中同步考虑了低收入地区筹资缺口、低收入居民的缴费负担等因素,并比较分析了不同缴费率、缴费基数和统筹层次的影响,除此之外,还区分了中央和地方财政补助的变化情况,研究结论能够为政府推动差别定额缴费改革提供决策依据。

三、制度背景

(一)城乡居民医保个人定额缴费现状

本文搜集了全国281个城市(直辖市和地州市)的参保缴费资料,资料来源于各个城市2021年城乡居民医保参保缴费文件。对于未能查询到的城市,则通过查询城市颁布的最新年份城乡居民医保办法、通知或实施细则等获取相关信息。对于部分存在疑问的城市,则采取拨打当地医保局电话的方式确认。结果表明,各地城乡居民医保个人缴费方式主要分为统一定额缴费、分档定额缴费和分人群定额缴费三大类。

首先,绝大部分城市采取了统一定额缴费,即全体参保人缴纳相同金额的固定保费。在281个城市中,226个城市的全体参保人的个人缴费标准相同,181个城市个人缴费标准均为320元。其中,安徽、广西、贵州、海南、河北、河南、湖南、湖北、江西、陕西、山西和云南12个省份全省各个城市的个人缴费标准均为320元。宁夏和黑龙江全省各市个人缴费标准分别为330元和350元。

其次,深圳等17个城市^①设置了分档定额缴费。2016年,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),允许各地城乡居民医保

整合后采取分档缴费,但是在2—3年逐步取消。17个城市中,只有杭州有3个缴费档次,其余城市均为2档。大部分城市低档次缴费标准为中央提出的320元,低档次的缴费标准相差一般在200元以内。

最后,北京等38个城市^②实行分人群定额缴费。典型做法是将参保人群分为大学生、中小学生和未成年人、老年人以及非老年成年人四大类,并且个人缴费标准依次提高。其中,只有北京、无锡、镇江、南京和上海等少数地区为老年人单独制定了个人缴费标准。

目前,仅东莞、深圳和中山3地采用了“费率制”。^③其中,东莞以上年度职工社会平均工资为缴费基数,个人缴费率为0.9%。所有城乡居民医保参保人的个人缴费金额相同,该模式实际上就是统一定额缴费。深圳社会医疗保险分为三个档次,其中城乡居民医保为二档和三档,个人缴费标准分别为深圳市上年度在岗职工月平均工资的0.80%和0.55%。可见,深圳模式本质上是分档定额缴费。中山以上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数,城乡居民、持居住证人员的个人缴费率为1.4%,大中专学生和中小幼学生为1.0%。中山模式相当于分人群定额缴费。

(二)差别定额缴费的概念、与现行缴费方式的区别

1. 差别定额缴费的概念界定

本文提出的差别定额缴费是指城乡居民医保设定全国统一缴费率,以各个地区(如省、市、县和乡等)上年度城、乡居民人均可支配收入为缴费基数,各地城、乡居民分别按照对应的缴费基数与统一缴费率之积确定缴费标准。可见,差别定额缴费有三个要素:一是实行全国统一缴费率;二是以各个地区人均可支配收入为缴费基数;三是区分城、乡居民,各地城镇居民和农村居民分别按照其对应的人均可支配收入作为缴费基数。

2. 差别定额缴费与现行缴费方式的区别

差别定额缴费与前述3类定额缴费方式有所区别。首先,差别定额缴费不同于统一定额缴费。一是差别定额缴费是按照各个地区城、乡居民人均可支配收入分别为城、乡居民设定个人缴费标准,而不是为全体参保居民设定统一的缴费金额。二是差别

定额缴费可以按照省、市、县、乡乃至村等不同层级的城、乡居民人均可支配收入作为缴费基数,具体可以根据各地管理水平而定,而统一定额缴费与地区本身的特征无关。三是差别定额缴费是全国统一费率,而统一定额缴费在各地之间和城乡居民之间是一个固定金额。

其次,差别定额缴费不同于分档定额缴费。一是分档定额缴费下参保人可以自由选择档次。差别定额缴费下,参保人没有选择余地,必须按照其对应的缴费标准缴费。常住在城镇的参保人按照当地城镇居民人均可支配收入的一定比例缴费,农村居民亦然。二是分档缴费下的缴费档次与待遇挂钩,缴费越高,待遇越高。差别定额缴费下不同缴费标准的参保人的待遇相同。

最后,差别定额缴费也不同于分人群定额缴费。分人群定额缴费一般按照年龄划分人群。差别定额缴费则按照地区和城乡划分人群。由于地区之间、城乡之间居民收入差距巨大,差别定额缴费为不同地区的城、乡居民设定不同的个人缴费金额更有利于降低低收入地区居民、农村居民(即低收入群体)的缴费负担,更符合医保筹资公平原则。而按年龄确定人群定额缴费标准,起不到相似的效果。

3. 差别定额缴费的优势

(1) 提高筹资公平性

各地区由于缴费基数不同,个人缴费标准也不同。越是高收入地区缴费基数越高,个人缴费标准越高,比现行大部分地区缴费标准完全相同要更加公平。同一地区内,农村居民收入远低于城镇居民,缴费标准也远低于城镇居民,比城、乡居民缴费标准相同要更加公平。这符合医保按能力筹资的总原则(Wagstaff, 2002; World Bank, 2010)。

(2) 实现个人缴费自动增长

近十年来,城乡居民医保个人缴费标准每年由相关主管部门发布,每次增长30—40元,使得城乡居民医保保费缺乏自动增长机制,城乡居民医保筹资具有很大的不确定性(李亚青, 2017; 仇雨临和王昭茜, 2021)。而且,由于个人缴费标准每年均由中央政府制定,并且逐年上升,容易引起参保人的不满。实行差别定额缴费,在全国统一的缴费率下,各地根

据当地城、乡居民人均可支配收入直接计算出当地每年的城、乡居民个人缴费金额,实现了个人缴费标准的自动增长。

(3) 提升城乡居民医保筹资能力

以2020年为例,城乡居民医保个人缴费标准为250元。2020年,城镇20%高收入组家庭人均可支配收入为96061.6元,实际缴费率仅为0.26%;农村20%低收入组家庭人均可支配收入为4681.5元,实际缴费率高达5.34%。^⑩由于农村低收入组居民缴费负担重,使得城乡居民医保个人缴费标准只能就低不就高,难以提升保费。事实上,凡是实行定额缴费的国家均面临这一难题(Nakamura等, 2020)。实行差别定额缴费,低收入地区居民、农村居民缴费负担将明显下降。如果保证低收入地区居民、农村居民缴费负担不变,高收入地区居民、城镇居民的人均缴费金额就会大幅上升,可以有效提升城乡居民医保筹资能力(李珍和张楚, 2021)。

(4) 降低财政补助并优化筹资结构

在统一定额缴费下,由于个人缴费标准难以提升,要提高城乡居民医保筹资能力,只能提高财政补助标准。差别定额缴费可以大幅提升城乡居民医保筹资能力,在城乡居民医保总筹资标准不变时,财政补助将随之下降,个人缴费和财政补助结构也将优化(李珍和张楚, 2021)。即使不改变财政补助标准,随着个人缴费标准的提升,个人缴费占比将越来越高,财政补助压力也将越来越小。

四、模型与数据

(一) 模型构建

差别定额缴费以各个省、市和县^⑪的城、乡居民人均可支配收入作为缴费基数。为节省篇幅,本部分仅以县级缴费基数为例展示计算过程。假设有 m 个县,第 i 个县共有参保居民 n_i 人,第 i 个县的第 j 个参保居民的个人缴费金额为 C_{ij} 元,财政补贴金额为 S_{ij} 元,那么可以计算出第 i 个县的筹资总额为:

$$T_i = \sum_{j=1}^{n_i} (C_{ij} + S_{ij})$$

可以求得所有县城乡居民医保的个人缴费总额为:

$$T = \sum_{i=1}^m T_i = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^{n_i} (C_{ij} + S_{ij})$$

1. 统一定额缴费下的筹资总额

在统一定额缴费下,个人缴费金额相同,假设均为 c 元,即 $C_{ij}=c$;财政补贴金额也相同,假设均为 s 元,即 $S_{ij}=s$,则可以求出统一定额缴费下第 i 个县筹资总额为:

$$T_i = n_i(c+s) \quad (1)$$

进而可求出统一定额缴费下所有县的筹资总额为:

$$T = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^{n_i} (c+s) = c \sum_{i=1}^m n_i + s \sum_{i=1}^m n_i \quad (2)$$

其中, $\sum_{i=1}^m n_i$ 代表全国总人数。

2. 差别定额缴费下的筹资总额

在差别定额缴费下,个人按照所在县的缴费基数乘以全国统一的缴费率 r 缴纳保费。其中,所在县的缴费基数为所在县的城、乡居民上年度人均可支配收入。社会救助对象和低收入家庭按照家庭上年度真实人均可支配收入作为缴费基数。

假设第 i 个县居民总数 n_i 包括城镇居民 a_i 人和农村居民 b_i 人,即: $n_i = a_i + b_i$; 第 i 个县的城市、乡居民的上年度人均可支配收入分别为 w_{ia} 和 w_{ib} , 第 i 个县的个人缴费总额 C_i 为:

$$C_i = (a_i w_{ia} + b_i w_{ib}) r \quad (3)$$

可求得差别定额缴费下所有县的个人缴费总额 W 为:

$$W = \sum_{i=1}^m C_i = r \sum_{i=1}^m (a_i w_{ia} + b_i w_{ib}) \quad (4)$$

其中,如果个体属于社会救助对象和低收入家庭,则按照其上年度真实人均可支配收入作为缴费基数,假设其真实收入为 w_{ij} ,那么个人实际缴费金额 C_{ij} 为:

$$C_{ij} = w_{ij} r \quad (5)$$

这意味着,按照式(4)计算的社会救助对象和低收入家庭多计算了保费,多计算的保费 P_{ij} 为:

$$P_{ij} = \begin{cases} (w_{ia} - w_{ij}) r, & j \in a \\ (w_{ib} - w_{ij}) r, & j \in b \end{cases} \quad (6)$$

假设社会救助对象和低收入家庭共有 k' 个人,那么,个人按照县级缴费基数多缴的总保费 P 为:

$$P = \sum_{i=1}^{k'} P_{ij} \quad (7)$$

因此,差别定额缴费下,所有县的个人实际缴费总额 C 为:

$$C = W - P = r \sum_{i=1}^m (a_i w_{ia} + b_i w_{ib}) - \sum_{i=1}^{k'} P_{ij} \quad (8)$$

3. 差别定额缴费对财政补助的影响

在缴费率 r 下,若保证全样本的个人缴费和财政补助的总额不变,差别定额缴费下需要的财政补助金额 S 为:

$$S = T - C = s \sum_{i=1}^m n_i + c \sum_{i=1}^m n_i - \left[r \sum_{i=1}^m (a_i w_{ia} + b_i w_{ib}) - \sum_{i=1}^{k'} P_{ij} \right] \quad (9)$$

此时,统一定额缴费下的财政补助总额与差别定额缴费下的财政补助总额之差 S^0 为:

$$S^0 = s \sum_{i=1}^m n_i - S = \left[r \sum_{i=1}^m (a_i w_{ia} + b_i w_{ib}) - \sum_{i=1}^{k'} P_{ij} \right] - c \sum_{i=1}^m n_i \quad (10)$$

上述分析没有区分不同县之间的筹资状况差异,也没有考虑到高收入县的低收入群体的缴费负担问题。接下来,将进行细分研究,可以分为4个步骤。

第一步,计算有筹资盈余的县净节省的财政补助。

在缴费率 r 下,若第 i 个县在差别定额缴费下的人均缴费金额大于统一定额缴费标准 c ,意味着第 i 个县在差别定额缴费下的个人缴费总额高于统一定额缴费。如果财政补助继续保持不变,该县就会出现筹资盈余。此时,可以通过减少财政补助来保证筹资总额不变。对第 i 个县可以减少的财政补助 S_i^1 为:

$$S_i^1 = \begin{cases} \left(\frac{C_i}{n_i} - c \right) n_i, & \frac{C_i}{n_i} > c \\ 0, & \frac{C_i}{n_i} \leq c \end{cases} \quad (11)$$

对于所有出现筹资盈余的县,净节省的财政补助 S^1 为:

$$S^1 = \sum_{i=1}^m S_i^1 \quad (12)$$

第二步,计算有筹资缺口的县净需要的财政补助。

在缴费率 r 下,若第 i 个县在差别定额缴费下的人均缴费金额小于统一定额缴费标准 c ,意味着第 i 个县在差别定额缴费下的个人缴费总额低于统一定额缴费。如果财政补助继续保持不变,该县就会出现筹资缺口。此时,需要额外的财政补助才能保证该县在差别定额缴费与统一定额缴费下的筹资总额不变。

对第 i 个县额外财政补助金额 S_i^2 为:

$$S_i^2 = \begin{cases} \left(c - \frac{C_i}{n_i} \right) n_i, & \frac{C_i}{n_i} < c \\ 0, & \frac{C_i}{n_i} \geq c \end{cases} \quad (13)$$

对于所有需要补助的低收入县,需要的财政补助 S^2 为:

$$S^2 = \sum_{i=1}^m S_i^2 \quad (14)$$

第三步,计算核查成本。

低收入家庭由于差别定额缴费负担较重,需要进行保费减免,政府要对其进行收入核查,核查后按照其真实人均可支配收入乘以缴费率 r 确定保费。其中,社会救助对象及其家庭收入已知,无需核查。低收入家庭收入未知,需要进行收入核查。核查需要花费成本,核查成本由财政补助支付。假设核查每人的成本为 q ,第 i 个县的低收入家庭有 k_i^2 个人,第 i 个县低收入家庭的核查成本为:

$$S_i^3 = k_i^2 q \quad (15)$$

对于所有需要核查低收入家庭的县,核查成本之和 S^3 为:

$$S^3 = \sum_{i=1}^m S_i^3 \quad (16)$$

第四步,计算差别定额缴费对财政补助的综合影响。

考虑净节省的财政补助、净需要的额外补助和核查成本后,全国财政补助变动的金额 ΔS 为:

$$\Delta S = S^1 - S^2 - S^3 = \sum_{i=1}^m S_i^1 - \sum_{i=1}^m S_i^2 - \sum_{i=1}^m S_i^3 \quad (17)$$

假定中央财政对各个县的财政补助分担比例为 f_i ,那么中央财政变动的财政补助为 ΔS^c :

$$\Delta S^c = \sum_{i=1}^m \Delta S_i f_i \quad (18)$$

上述计算过程以县级城、乡居民上年度人均可支配收入为缴费基数,并且以县级为城乡居民医保统筹层次。而目前,我国城乡居民医保以市级统筹和省级统筹为主。统筹层次主要影响上述第一步和第二步计算过程。在实行市级(省级)统筹时,只需要以市级(省级)为单位,即可计算市级(省级)统筹下财政补助变动的情况。

(二)数据来源

CHFS由西南财经大学中国家庭金融调查与研究中心实施,旨在收集有关家庭金融微观层次的相关信息。CHFS为追踪调查,2011年开始正式调查,每两年开展一次,2019年为第五次调查。2019年CHFS调查覆盖全国29个省(自治区、直辖市),343个区县,1360个村(居)委会,最终搜集了34643户家庭、

107008人的信息,数据具有全国及省级代表性。CHFS调查了上年度家庭总收入,并且提供了样本所在省份名称、城市伪码、区县伪码和社区伪码,因此可以计算各个省、市、区县和社区的城镇居民和农村居民上年度人均可支配收入。

本文在数据处理中:(1)删掉了家庭总收入缺失的样本;(2)删掉了家庭总收入小于0的家庭,这部分家庭无力缴纳城乡居民医保费(CHFS调查的家庭总收入为家庭净收入,少部分家庭的净收入小于0);(3)由于按城乡划分到县的样本相对较少,而部分家庭收入过高,会极大影响平均值,本文删掉了家庭总收入最高1%的家庭。最终剩余样本为33380户,有效样本占比96.35%。其中,参加城乡居民医保的人数72329人,占CHFS调查总人数的67.59%。^⑩

为了便于分析,本文以个人为单位模拟测算CHFS数据,并且仅保留了参加城乡居民医保的个体。本文首先计算了保证人均缴费金额为220元的初始缴费率对财政补助的影响,然后不断提高缴费率,最高为2%(职工医保个人缴费率为2%)。本文模拟了不同缴费基数(省、市或县的城、乡居民人均可支配收入)、不同缴费率(约1%~2%)和不同统筹层次(市级统筹或省级统筹)下,差别定额缴费对财政补助的影响差异。

五、研究结果

(一)差别定额缴费对财政补助的直接影响

表1展示了在县级、市级、省级缴费基数下,差别定额缴费的不同缴费率对个人缴费标准和财政补助的影响。根据2019年城乡居民医保缴费政策规定,个人缴费标准220元,财政补助标准490元。^⑪假定城乡居民医保人均筹资标准不变,提升缴费率会提高个人缴费标准及其占人均筹资总额(710元)的比重,从而降低财政补助标准。结果表明,在县级缴费基数下,缴费率为1.1144%时,CHFS样本的人均缴费金额正好为220元,此时财政补助为490元,个人缴费占比30.99%。由于个人缴费金额没有提升,无法节省财政补助。当将缴费率提高到2%时,人均缴费金额提高为394.85元,人均财政补助下降为315.15元,个人缴费占人均总筹资的比重上升为55.61%。2019年,城乡居民医保参保人数为10.25亿人,^⑫财政补助人均减少174.85元(490元-315.15元),财政补助减少

的金额为1792.18亿元(174.85元/人×10.25亿人),占2019年全国一般公共预算支出比重为0.75%。^⑤

同理,当采用市级(省级)缴费基数时,为保证人均缴费金额为220元,缴费率略微下降为1.1066%(1.0619%)。当缴费率提高为2%时,个人缴费占总筹资的比重高达56.00%(58.36%),财政补助节省的金额高达1820.69亿元(1992.05亿元),占2019年城乡居民个人缴费总额2255亿元的80.74%(88.34%)。^⑥

表1充分说明,实行差别定额缴费,可以有效提高人均缴费金额,从而降低财政补助负担,优化个人

缴费与财政补助结构。当然,目前实行的各类定额缴费方式下,也可以通过大幅提高个人缴费标准来实现上述目的。差别就在于,其他定额缴费方式下,全体参保人人均缴费金额均相同并且均同步大幅提升。而差别定额缴费下,可以保证低收入地区居民和农村居民缴费负担不变,仅仅提高了高收入地区居民和城镇居民等群体的个人缴费金额。

(二)差别定额缴费对不同地区城乡居民人均缴费金额的影响

表2以县级缴费基数为例,展示了差别定额缴费

表1 不同缴费基数、缴费率下差别定额缴费节省的财政补助规模

缴费基数	缴费率(%)	个人缴费标准(元)	人均财政补助标准(元)	个人缴费占筹资比重(%)	财政补助减少金额(亿元)	占全国一般公共预算支出比重(%)
县级缴费基数	1.1144	220	490	30.99	0	0
	1.25	246.78	463.22	34.76	274.49	0.11
	1.50	296.14	413.86	41.71	780.38	0.33
	1.75	345.49	364.51	48.66	1286.28	0.54
	2	394.85	315.15	55.61	1792.18	0.75
市级缴费基数	1.1066	220	490	30.99	0	0
	1.25	248.52	461.48	35	292.31	0.12
	1.50	298.22	411.78	42	801.77	0.34
	1.75	347.92	362.08	49	1311.23	0.55
	2	397.63	312.37	56	1820.69	0.76
省级缴费基数	1.0619	220	490	30.99	0	0
	1.25	258.97	451.03	36.47	399.40	0.17
	1.50	310.76	399.24	43.77	930.28	0.39
	1.75	362.55	347.45	51.06	1461.17	0.61
	2	414.35	295.65	58.36	1992.05	0.83

注:本表中,社会救助对象按照真实人均可支配收入与缴费率之积确定保费。低收入群体按照相应的缴费基数与缴费率之积确定保费。表2与表3计算方法相同。由于初始缴费率差别较小,为显示出差别,本文提供了小数点后四位,下同。

表2 县级缴费基数、不同缴费率下差别定额缴费的城乡居民人均缴费金额

城乡	缴费率(%)	20%低收入	20%中间偏下	20%中间收入	20%中间偏上	20%高收入组县	人均缴费标准
		组县(元)	收入组县(元)	组县(元)	收入组县(元)	(元)	
合计	1.1144	120.06	161.90	195.63	250.31	408.99	220
	1.25	134.67	181.61	219.45	280.78	458.77	246.78
	1.50	161.61	217.93	263.34	336.93	550.53	296.14
	1.75	188.54	254.25	307.22	393.09	642.28	345.49
	2	215.48	290.58	351.11	449.25	734.04	394.85
城镇居民	1.1144	147.72	198.36	232.19	290.06	459.08	285.83
	1.25	165.71	222.50	260.45	325.37	514.96	320.62
	1.50	198.85	267.01	312.54	390.45	617.95	384.75
	1.75	231.99	311.51	364.63	455.52	720.94	448.87
	2	265.13	356.01	416.72	520.60	823.93	513
农村居民	1.1144	105.76	133.36	160.81	177.28	252.38	147.57
	1.25	118.64	149.60	180.39	198.86	283.10	165.53
	1.50	142.36	179.52	216.46	238.63	339.72	198.64
	1.75	166.09	209.43	252.54	278.40	396.34	231.74
	2	189.82	239.35	288.62	318.17	452.96	264.85

注:限于篇幅,本表没有提供各个区县的样本量。不同收入组的样本量差别较大。其中,20%低收入组县样本较多而20%高收入组县样本较少,这也符合中国家庭收入分布的基本规律。

不同缴费率下、不同收入分组的区县的城、乡居民人均缴费金额。其中,区县分组是按CHFS各个县(共346个县)的城乡全体居民人均可支配收入划分为5等份,而不是按照CHFS样本的人均可支配收入划分5等份。^⑩结果表明:在县级缴费基数和缴费率为1.1144%时,人均缴费金额为220元。此时,20%低收入组县、20%中间偏下收入组县和20%中间收入组县的人均缴费金额分别为120.06元、161.90元和195.63元,均低于人均220元的缴费标准。20%中间偏上收入组县和20%高收入组县的人均缴费金额分别为250.31元和408.99元,均高于220元的缴费标准。差别定额缴费下,人均收入越低的县,城乡居民医保个人缴费金额的均值越低,反之亦然。因此,差别定额缴费能有效降低低收入地区参保人的缴费负担。当缴费率提高到1.5%时,20%低收入组县和20%中间偏下收入组县的人均缴费金额仍低于220元。即使将缴费率提高到2%,20%低收入组县的人均缴费金额(215.48元)仍低于220元。这意味着,如果保证20%低收入组县的人均缴费金额为220元,差别定额缴费可以大幅提高城乡居民医保人均缴费标准。当缴费率为2%时,人均缴费金额为394.85元,较人均220元的缴费标准提升了79.48%[(394.85元/220元)×100%-100%]。进一步地,区分城乡可以看出,在2%的缴费率下,20%低收入组县的农村居民人均缴费负担仅为189.82元。如果差别定额缴费要保证20%低收入组县的农村居民人均缴费负担不

变,仍为220元,还可以继续将差别定额缴费的缴费标准提升15.90%[(220元/189.82元)×100%-100%],这会带来进一步提升人均缴费金额的效果。

总之,在总体的人均缴费金额不变的情况下,差别定额缴费可以降低低收入地区居民、农村居民缴费负担,而这是通过提升高收入地区居民、城镇居民个人缴费金额来实现的。上述结果可以揭示差别定额缴费可能引致的两个问题:一是低收入地区的个人缴费金额下降,会导致低收入地区出现筹资缺口,容易产生基金赤字风险;二是高收入地区的城镇居民的缴费标准上升过大,导致高收入地区的低收入群体(尤其是居住在城镇的低收入群体)缴费负担过重。

(三)差别定额缴费下的筹资盈余与筹资缺口

差别定额缴费下,高收入(低收入)地区的人均缴费金额上升(下降),会高(低)于220元的缴费标准,从而导致高收入(低收入)地区出现筹资盈余(缺口)。同时,筹资盈余和筹资缺口与城乡居民医保基金统筹层次密切相关。以筹资缺口为例,当统筹层次为县级时,如果低收入县出现筹资缺口,只能增加财政补助。当统筹层次为市级或省级时,市域或省域内有筹资盈余的地区可以向有筹资缺口的地区调剂基金,因而对财政补助的新增需求会下降。当然,对于低收入市或低收入省,即使实行市级统筹或省级统筹,该市或省仍然会出现筹资缺口,仍需要增加财政补助。

表3显示了在不同缴费基数、缴费率和统筹层次下,由于差别定额缴费而出现筹资盈余和筹资缺口

表3 不同缴费率下差别定额缴费导致的筹资盈余与筹资缺口

补助情况	缴费率(%)	市级统筹			省级统筹		
		县级缴费基数 (亿元)	市级缴费基数 (亿元)	省级缴费基数 (亿元)	县级缴费基数 (亿元)	市级缴费基数 (亿元)	省级缴费基数 (亿元)
筹资盈余	初始费率	404.84	408.40	301.53	245.32	245.37	258.46
	1.25	568.83	583.21	550.29	394.17	405.50	486.96
	1.50	931.72	950.28	989.18	792.61	811.47	936.10
	1.75	1362.92	1386.44	1486.64	1286.28	1311.23	1461.16
	2	1832.69	1860.96	2001.41	1792.18	1820.69	1992.05
筹资缺口	初始费率	-404.84	-408.40	-301.53	-245.32	-245.37	-258.45
	1.25	-294.34	-290.91	-150.88	-119.69	-113.19	-87.56
	1.50	-151.34	-148.51	-58.90	-12.23	-9.70	-5.82
	1.75	-76.64	-75.22	-25.47	0	0	0
	2	-40.51	-40.27	-9.36	0	0	0

注:县级、市级和省级缴费基数的初始费率同表1。目前,我国基本医保统筹层次主要为市级和省级,限于篇幅本表没有分析县级统筹。本表中筹资盈余与筹资缺口之和等于表1中财政补助减少金额。

的情况。以市级统筹、县级缴费基数和初始费率为例,此时全样本人均缴费金额为220元,人均缴费金额不足220元的城市有164个,超过220元的有109个。如果要保证有筹资缺口的城市人均缴费补足到220元,需要增加的财政补助占个人缴费总额的比重为17.95%。2019年,城乡居民医保个人缴费总额为2255亿元,将上述比例进行折算,相当于需要增加财政补助404.84亿元(2255亿元×17.95%)。而由于全样本人均筹资为220元,有盈余的城市的盈余总额亦为404.84亿元。因此,如果提高统筹层次至省级,同一省内有余盈的城市和有缺口的城市之间可以相互调剂,从而降低筹资缺口总额。事实上,如果实行省级统筹、县级缴费基数和初始费率,人均缴费金额低于220元的省份有18个,需要增加财政补助245.32亿元。可见,在缴费基数和缴费率不变的情况下,提高统筹层次,能够明显降低财政补助。除此之外,计算结果还表明,随着统筹层次、缴费基数和缴费率的提升,财政补助需求越来越低。在省级统筹下,当缴费率大于1.75%时,不再需要额外的财政补助,每个省均能自行弥补省内各个地区的筹资缺口。

(四)差别定额缴费下的核查成本

前文指出,在差别定额缴费下,20%高收入组县和20%中间偏上收入组县的(城镇)居民个人缴费金额提高幅度大。这导致高收入地区的低收入居民的缴费负担上升,甚至超出其承受能力。因此,需要对

这些家庭进行保费减免。本文的设想是,对于20%高收入组县和20%中间偏上收入组县的居民,如果不属于社会救助对象,^⑩并且其按照差别定额缴费的实际缴费金额与其家庭真实人均可支配收入之比(本文称之为实际缴费率)大于5%,那么,这些家庭将由政府相关部门(如民政部门)进行入户核查。^⑪开展入户核查后,政府即可以知晓这些家庭的真实人均可支配收入,然后按照其真实人均可支配收入与统一缴费率之积征收缴费。根据上述改革设想,以县级缴费基数为例,由于部分低收入家庭经过收入核查后缴费金额下降,为了保证核查后人均缴费金额仍为220元,需要将缴费率由原来的1.1144%提升到1.1767%。此时,如果不考虑低收入家庭核查,差别定额缴费下的人均缴费金额为232.31元。实施家庭收入核查时,人均缴费金额降低到220元。总体上看,收入核查对人均缴费金额的影响并不大。根据本文作者对一些地区的调研,当前,各地民政部门向第三方机构购买家计调查服务的户均成本在100—150元之间。民政部官网数据显示,2022年5月,全国低保人数4078.2万人,低保户数2346.7万户,平均每户1.74人。^⑫按照户均核查成本100—150元,则人均核查成本69.05—86.31元。^⑬本文将人均核查成本定为100元。^⑭

表4展示了不同缴费基数和不同缴费率下,20%高收入组县和20%中间偏上收入组县需要核查的人

表4 差别定额缴费下低收入家庭核查人数及核查成本情况

缴费基数	缴费率(%)	人均缴费金额		核查后个人缴费占比(%)	需要核查人数占比(%)	需要核查的总人数(万人)	核查成本占保费比重(%)	核查成本(亿元)
		核查前(元)	核查后(元)					
县级缴费基数	1.1767	232.31	220	30.99	3.71	3799.34	1.68	37.99
	1.25	246.78	232.92	32.81	3.96	4062.93	1.80	40.63
	1.50	296.14	276.11	38.89	4.90	5020.91	2.23	50.21
	1.75	345.49	318.06	44.80	5.93	6079.51	2.70	60.80
	2	394.85	359.15	50.58	6.99	7169.29	3.18	71.69
市级缴费基数	1.1674	232.08	220	30.99	3.69	3780.92	1.68	37.81
	1.25	248.52	234.71	33.06	3.97	4071.43	1.81	40.71
	1.50	298.22	278.19	39.18	4.91	5032.25	2.23	50.32
	1.75	347.92	320.68	45.17	5.90	6052.59	2.68	60.53
	2	397.63	361.99	50.98	6.98	7149.45	3.17	71.49
省级缴费基数	1.1045	228.83	220	30.99	3.14	3219.73	1.43	32.20
	1.25	258.97	247.78	34.90	3.56	3650.54	1.62	36.51
	1.50	310.76	294.75	41.51	4.36	4463.98	1.98	44.64
	1.75	362.55	340.81	48	5.17	5301.51	2.35	53.02
	2	414.35	386.19	54.39	6.04	6192.88	2.75	61.93

注:本表中,核查前,社会救助对象按照真实人均可支配收入与缴费率之积确定保费。低收入群体按照相应的缴费基数与缴费率之积确定保费。核查后,低收入群体也按照真实人均可支配收入与缴费率之积确定保费。表5计算方法相同。

数占比及其核查成本。以县级缴费基数和缴费率1.1767%为例,核查20%高收入组县和20%中间偏上收入组县的个人实际缴费率大于5%的非社会救助家庭的人数,占本文样本的比例为3.71%,核查成本占个人缴费总额的比重为1.68%,转换成2019年城乡居民医保参保人数为3799.34万人,核查总成本为37.99亿元。随着缴费率的提升,需要核查的人数占比逐渐升高,核查成本也日益升高,核查成本占比在缴费率为2%时达到3.18%。这里的核查成本占比是以人均缴费220元时的保费为基准的,如果以此时个人缴费总额(3681.29亿元)为基准,占比为1.94%。除此之外,结果还表明在缴费率相同时,将缴费基数由县级提升到市级和省级时,需要核查的人数占比下降,核查成本占比也下降。这是因为缴费基数由县级提升到市级和省级时,20%高收入组县和20%中间偏上收入组县的缴费基数反而下降了,导致需要核查的人数随之下降。不过,总体上看,缴费基数变化对核查人数和核查成本的影响很小,缴费率变化的影响比较大。值得说明的是,统筹层次变化只会影响到财政补助金额,对核查人数和核查成本没有影响。

(五)差别定额缴费对财政补助的综合影响

表5展示了考虑缴费基数、缴费率和统筹层次以及20%高收入组县和20%中间偏上收入组县低收入群体收入核查及其核查成本等各类因素后,差别定

额缴费对财政补助的综合影响。^③以县级缴费基数和缴费率1.1767%为例,核查低收入家庭收入前,人均缴费金额为232.31元,收入核查后为220元,市级统筹下,节省的财政资金为358.63亿元,弥补筹资缺口需要增加财政补助358.63亿元,核查成本为37.99亿元,合计需要增加财政补助37.99亿元。当缴费基数不变,缴费率提升为2%时,差别定额缴费节省的财政资金为1466.81亿元,弥补筹资缺口需要增加财政补助40.51亿元,核查成本71.69亿元,三项叠加之后,合计节省财政资金1354.61亿元,占2019年城乡居民医保个人缴费总额(2255亿元)的60.07%=[(1354.61亿元/2255亿元)×100%]。总的来说,随着缴费基数、缴费率和统筹层次的提高,节省的财政资金随之增加。在省级缴费基数、省级统筹和2%的缴费率下,最高可以节省财政资金1641.48亿元。结果还表明,不论是实行市级统筹还是省级统筹,尽管筹资盈余和筹资缺口的金额有所变化,但是对财政补助变动总量没有影响。原因是,在统一缴费率下,在保证人均筹资总额为710元的条件下,一个城市的筹资盈余多了,就意味着另一个城市的筹资缺口多了。但是,由于全样本的个人人均缴费金额、个人和财政补助的总筹资额没有变化,所以实行市级统筹与实行省级统筹对财政补助的总量没有影响。

(六)差别定额缴费对中央财政补助的影响

事实上,城乡居民医保政府补助部分(即本文中

表5 差别定额缴费对总体财政补助的综合影响

缴费基数	缴费率(%)	市级统筹	省级统筹			核查成本(亿元)		
			筹资盈余(亿元)	筹资缺口(亿元)	合计(亿元)	筹资盈余(亿元)	筹资缺口(亿元)	合计(亿元)
县级缴费基数	1.1767	-37.99	358.63	-358.63	-37.99	227	-227	-37.99
	1.25	-40.63	432.01	-299.55	91.82	287	-154.55	91.82
	1.50	-50.21	727.47	-152.31	524.95	602.29	-27.13	524.95
	1.75	-60.80	1082.03	-76.87	944.37	1005.16	0	944.37
	2	-71.69	1466.81	-40.51	1354.61	1426.30	0	1354.61
市级缴费基数	1.1674	-37.81	362.01	-362.01	-37.81	224.47	-224.47	-37.81
	1.25	-40.71	446.04	-295.26	110.07	295.50	-144.72	110.07
	1.50	-50.32	745.71	-149.23	546.16	619.65	-23.17	546.16
	1.75	-60.53	1107.18	-75.22	971.44	1031.97	0	971.44
	2	-71.49	1495.70	-40.27	1383.93	1455.43	0	1383.93
省级缴费基数	1.1045	-32.20	275.63	-275.63	-32.20	235.94	-235.94	-32.20
	1.25	-36.51	443.81	-159.08	248.22	388.94	-104.21	248.22
	1.50	-44.64	827.14	-60.99	721.51	779.31	-13.16	721.51
	1.75	-53.02	1264.55	-26.26	1185.28	1238.30	0	1185.28
	2	-61.93	1712.78	-9.36	1641.48	1703.41	0	1641.48

的490元)分为中央财政补助和地方财政补助两部分。根据2018年国务院办公厅发布的《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》(国办发[2018]67号),城乡居民医保中央财政对地方的补助分为五档:第一档包括内蒙古等12个省,中央分担80%;第二档包括河北等10个省,中央分担60%;第三档包括辽宁、福建和山东3省,中央分担50%;第四档包括天津、江苏、浙江和广东4省,中央分担30%;第五档包括北京和上海,中央分担10%。由于缺乏各个市和县的中央、省、市、县等各级财政的分担比例数据,本文主要计算差别定额缴费对中央财政补助的影响。假定对于各地区筹资盈余、筹资缺口和核查成本,中央财政补助均按照中央对各省的上述财政分担比例来计算。结果如表6所示。由于在本文的测算思路下统筹层次不影响财政补助,仅以市级统筹为例展示。在县级缴费基数、缴费率2%和市级统筹下,中央节省的资金为739.15亿元,核查成本补助为37.78亿元,筹资缺口补助为29.90亿元,最终中央财政节省了671.46亿元,约占节省的全部财政补助总额(1354.61亿元)的49.57%[(671.46亿元/1354.61亿元)×100%]。当保持缴费率2%,在市级缴费基数和省级缴费基数,节省的中央财政补助占节省的全部财政补助的比例均在50%左右。此外,测算结果还表明,缴费率越低,中央财政补助负担越高。这是因为,当缴费率低时,出现筹资缺口的地区主要是经济落后省份,而经济落后省份

的中央财政补助占比远高于经济发达省份。结果就是,中央财政向经济落后地区的筹资缺口提供大量补助,但是从经济发达省份的筹资盈余中节省的财政补助却很低。在这种结构性矛盾下,使得中央财政补助反而比总体财政补助还要多。随着缴费率提升,筹资盈余的地区逐渐增多,上述结构性矛盾得以缓解。

六、结论与政策建议

本文提出了将城乡居民医保个人统一定额缴费调整为差别定额缴费的改革设想。研究发现,相较于现行统一定额缴费,差别定额缴费可以提升地区间、城乡间筹资公平性,建立个人缴费自动增长机制,大幅提高城乡居民医保筹资能力,减轻财政补助负担并优化个人缴费和财政补助结构等。本文利用2019年CHFS微观数据,模拟测算了差别定额缴费对城乡居民医保财政补助金额的影响效应。结果显示,当缴费基数为县级且缴费率为2%时,即使考虑到筹资缺口与核查成本,财政节省的资金在1400亿元左右,超过了2019年城乡居民医保个人缴纳保费总额的一半。如果节省的财政资金继续用于补充城乡居民医保基金,城乡居民医保筹资总额将增加约20%,待遇水平也将相应大幅上升。另外,进一步提高缴费率或提高统筹层次均能够节省更多财政资金。

为此,本文建议将城乡居民医保统一定额缴费转变为差别定额缴费。具体改革建议如下:(1)以各个区县上年度城、乡居民人均可支配收入作为缴费

表6 差别定额缴费对中央财政补助的综合影响

缴费基数	缴费率(%)	核查成本(亿元)	筹资盈余(亿元)	筹资缺口(亿元)	中央财政补助 额减少(亿元)	财政补助 总额减少(亿元)
县级缴费基数	1.1767	-20.23	138.77	-242.13	-123.59	-37.99
	1.25	-21.50	175.67	-203.75	-49.57	91.82
	1.50	-26.61	329.13	-106.15	196.37	524.95
	1.75	-32.10	523.52	-55.50	435.92	944.37
	2	-37.78	739.15	-29.90	671.46	1354.61
市级缴费基数	1.1674	-19.86	141.46	-244.40	-122.80	-37.81
	1.25	-21.36	183.74	-201.06	-38.68	110.07
	1.50	-26.18	341.24	-104.29	210.77	546.16
	1.75	-31.47	540.03	-54.46	454.10	971.44
	2	-37.19	758.35	-29.71	691.46	1383.93
省级缴费基数	1.1045	-16.21	84.77	-191.24	-122.69	-32.20
	1.25	-18.33	166.94	-112.03	36.59	248.22
	1.50	-22.25	372.31	-43.55	306.51	721.51
	1.75	-26.07	618.26	-18.83	573.36	1185.28
	2	-30.34	873.29	-6.59	836.36	1641.48

基数。随着政府管理水平和技术手段的提升,逐步细化为以乡镇或街道、村或社区为单元制定缴费基数,最终实现以家庭人均可支配收入为缴费基数,实行真正的比例缴费(仇雨临,2021;李珍和张楚,2021)。(2)利用全国各个县城乡居民医保参保数据,精确测算全国统一的缴费率。改革初始阶段可以暂不统一全国缴费率,实行低收入地区人均缴费金额维持2—3年不变,高收入地区缴费率从1.5%开始逐步提高,防止因一步到位提高到2%引起高收入地区居民和城镇居民退保。最终实现全国职工医保和城乡居民医保缴费率统一。(3)合理设置差别定额缴费下有筹资盈余和筹资缺口地区的各级财政补助分担机制。有筹资盈余的地区,中央和省级财政补助是否需要维持?有筹资缺口的地区,中央、省级和市级、县级财政补助如何分担?解决上述问题需要中央、省、市和县级政府间重新合理划分财政补助责任。同时,上述改革要与目前正在推行的基本医疗保险省级统筹改革相衔接。

此外,还需要一些配套改革。首先,差别定额缴费的核心思路是降低低收入地区居民、农村居民缴费负担,提高高收入地区居民和城镇居民个人缴费金额。在城乡居民医保自愿参保的政策环境下,这可能会导致高收入地区居民和城镇居民退保(Akerlof, 1970; WHO, 2013; Xu 和 Yang, 2021)。为解决退保现象,城乡居民医保应改自愿参保为强制参保。这一点已经被诸多学者强调过。其次,差别定额缴费下,参保人因其常住地不同(高收入地区还是低收入地区,城镇还是农村)而缴费金额不同,会促使参保人尤其是流动人口选择保费最低的地区参保缴费,即选择性参保。这在目前的统一定额缴费下已经存在。为了防止选择性参保,应建立全民参保央地间、部门间协调机制。中央通过参保计划库,核查各省市参保人员信息,与公安、民政等比对人员异动、流动信息后,通过手机、交通、住宿等大数据发现选择性参保人员,向其所在省市发送选择性参保人员身份信息,各省市进一步落实。最后,差别定额缴费必然导致高收入地区的低收入居民的缴费负担加重。这就要求对这部分群体进行费用减免。而要识别这些低收入群体,需要进行家庭收入核查。目前,民政

部门主要面向社会救助对象的家庭经济状况核查机构难以胜任因差别定额缴费改革引起的突然增加的业务量,为此,需要尽快加强地方政府家计调查能力建设。近年来,各地民政部门大力推动向第三方机构购买收入核查服务,应加速推动相关改革。

本文主要目的是基于微观调查数据的模拟测算,分析差别定额缴费下财政补助的变动方向以及一些关键因素的影响。测算一方面与使用的数据密切相关,比如,2019年CHFS数据中城乡居民医保参保率要低于国家统计的参保率,从而影响测算结果。另一方面,测算也依赖于诸多假设,比如,本文假定初始条件下各地人均缴费金额均为220元,假定不存在退保和选择性参保问题,假定仅筹资端发生变化而支出端没有发生任何变化,这些与实际情况并不完全一致。因此,本文只是一个初步估算,起到抛砖引玉作用,希冀引起学界对此问题的重视,不断深化相关研究。

作者感谢匿名审稿专家所提宝贵建议,当然文责自负。

注释:

①资料来源:http://www.nhsa.gov.cn:8000/art/2022/6/8/art_7_8276.html。

②财政补助占比=人均财政补助标准/(人均财政补助标准+个人缴费标准)=[580/(580+320)]×100%=64.44%。资料来源:http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/10/content_5616535.htm。

③全国居民缴费标准占比=缴费标准/全国居民人均可支配收入=(320元/35128元)×100%=0.91%。城镇居民缴费标准占比=缴费标准/城镇居民人均可支配收入=(320元/47412元)×100%=0.67%。农村居民缴费标准占比=缴费标准/农村居民人均可支配收入=(320元/18931元)×100%=1.69%。资料来源:http://www.gov.cn/xinwen/2022-02/28/content_5676015.htm。

④当然,职工医保个人缴费部分进入了个人账户。

⑤“统一定额缴费”是指目前全国大部分地区城乡居民医保个人缴费金额均完全相同的缴费方式,详见本文第三部分。

⑥“差别定额缴费”的定义详见本文第三部分。“差别定额缴费”下,各个地区参保人的人均缴费金额不同,同一个地区的城镇居民和农村居民个人缴费金额也不同。

⑦17个城市为深圳、烟台、潍坊、威海、青岛、泰安、成都、乐山、德阳、攀枝花、资阳、雅安、拉萨、金华、重庆、天津和杭州。

⑧38个城市为北京、珠海、广州、中山、四平、松原、辽源、吉林、白山、无锡、南通、常州、苏州、镇江、泰州、南京、辽阳、鞍山、丹东、沈阳、本溪、营口、大连、盘锦、乌海、包头、淄博、日照、莱芜、济南、东营、上海、克拉玛依、宁波、湖州、绍兴、温州和舟山。

⑨3个城市的个人缴费标准确定方式参见各地医保局网站。

⑩城镇20%高收入组家庭实际缴费率=缴费标准/城镇高收入组家庭人均可支配收入=(250元/96061.6元)×100%=0.26%。农村20%低收入组实际缴费率=缴费标准/农村低收入组家庭人均可支配收入=(250元/4681.5元)×100%=5.34%。资料来源：<http://www.stats.ov.cn/tjsj/nds/2021/indexch.htm>。

⑪2019年CHFS样本量有限，而社区数量超过1300个，分配到每个社区的样本量较少，容易受到极值影响，本文没有在社区层面展开分析。

⑫家庭有效样本占比与个人有效样本占比差距较大的原因是，绝大部分家庭均至少有1名家庭成员参加城乡居民医保。

⑬由于没有各地社会救助对象个人保费财政补助的数据，本文假定社会救助对象也按照220元定额缴费，财政补助490元。不考虑各地对社会救助对象的参保补贴，本文将会略微低估节省的财政补助金额。

⑭根据国家医疗保障局《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》，2019年，城乡居民医保参保总人数为10.25亿人。资料来源：http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html。

⑮2019年，全国一般公共预算支出为238858.37亿元，差别定额缴费下财政补助节省1792.18亿元，节省资金占比=(1792.18亿元/238858.37亿元)×100%=0.75%。资料来源：<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/2020/indexch.htm>。由于小数点后四舍五入问题，财政补助减少金额与根据表1计算的金额有微弱差异。

⑯1820.69亿元节省资金占比=节省资金/个人缴费总额=(1820.69亿元/2255亿元)×100%=80.74%。1992.05亿元节省资金占比=节省资金/个人缴费总额=(1992.05亿元/2255亿元)×100%=88.34%。

⑰按照区县人均可支配收入分组是因为本文计算筹资缺口和筹资盈余的最小单元是区县而不是家庭或个人。

⑱根据我国社会救助政策规定，申请社会救助的家庭需要先进行家访调查，获悉其家庭收入后方能确定能否获得社会救助待遇。因此，社会救助对象的家庭收入对于政府而言是已知的。本文测算时，社会救助对象根据其家庭人均可支配收入，按照统一的缴费率缴费，实际缴费负担很轻。

⑲这里假定实际缴费率超过5%的家庭均会主动申请保费减免。很明显，这里会大大高估核查的人数。在现行定额缴费下，人均缴费220元时，农村最低收入组的家庭实际缴费率已经超过了5%。

⑳资料来源：<https://www.mca.gov.cn/article/sj/tjyb/2022/>

202205qgsj.html。

㉑低人均核查成本=低核查成本/家庭规模=100元/1.74=69.05元。高人均核查成本=高核查成本/家庭规模=150元/1.74=86.31元。

㉒低收入家庭的家庭规模更大，因此人均核查成本更低。本部分取较高的上限，相当于高估了核查成本。

㉓核查成本不属于财政补助范畴。因此，严格地说，本部分计算的是财政负担变动的情况。不过考虑到核查成本本身比较低，同时核查成本也由财政出资，本文仍近似地将之纳入总体财政补助变动的计算范围。感谢审稿人指出这一点。

参考文献：

- [1]仇雨临,翟绍果,郝佳.城乡医疗保障的统筹发展研究:理论、实证与对策[J].中国软科学,2011(4):75-87.
- [2]仇雨临.以待遇为基础健全基本医疗保险动态筹资机制[J].中国医疗保险,2021(2):34-35.
- [3]仇雨临,王昭茜.守正、发展与创新:“十四五”时期医疗保障的完善思路[J].行政管理改革,2021(4):32-41.
- [4]封进,王贞,宋弘.中国医疗保险体系中的自选择与医疗费用——基于灵活就业人员参保行为的研究[J].金融研究,2018(8):85-101.
- [5]顾海,吴迪.“十四五”时期基本医疗保险制度高质量发展的基本内涵与战略构想[J].管理世界,2021,37(9):158-167.
- [6]李亚青.社会医疗保险财政补贴增长及可持续性研究——以医保制度整合为背景[J].公共管理学报,2015,12(1):70-83+156.
- [7]李亚青.基本医疗保险财政补贴的动态调整机制研究[J].公共管理学报,2017,14(1):128-141+159-160.
- [8]李珍,张楚.论居民医保个人筹资机制从定额缴费到差别定额缴费的改革[J].中国卫生政策研究,2021,14(7):1-10.
- [9]吕国营.新时代中国医疗保障制度如何定型? [J].社会保障评论,2020,4(3):39-46.
- [10]施文凯,朱坤.中国医疗保障财政支出:现状、问题与对策[J].财政科学,2022(10):72-81.
- [11]孙淑云.改革开放40年:中国医疗保障体系的创新与发展[J].甘肃社会科学,2018(5):21-28.
- [12]王超群,胡杨,张超,等.从定额制到费率制:代理家计调查视角下城乡居民医保个人缴费标准设定[J].中国卫生政策研究,2022,15(10):10-17.
- [13]王晶.中国农村医疗筹资公平性研究——基于全国八个农业县医疗筹资系统的实证研究[J].社会学研究,2008(5):160-185+245.
- [14]张春丽.社保公平筹资分配机制研究——兼论中国社保收入分配悖论的起源[J].法学评论,2015,33(3):61-73.
- [15]赵正堂,吴江平.以精算平衡原则推进财政支持下的

医疗保险制度改革[J]. 财政研究, 2016(10):58-62.

[16]郑功成.“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务[J]. 中国人民大学学报, 2020, 34(5):2-14.

[17]朱坤, 张小娟, 朱大伟. 整合城乡居民基本医疗保险制度筹资政策分析——基于公平性视角[J]. 中国卫生政策研究, 2018(3):46-50.

[18]Akerlof, G. A.. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 1970, 84(3): 488-500.

[19]Chen, M., Palmer, A. J., & Si, L.. Improving Equity in Health Care Financing in China during the Progression towards Universal Health Coverage. *BMC Health Services Research*, 2017, 17(1): 852.

[20]Maeda, A., Araujo, E., & Cashin, C., et al.. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. World Bank, 25 June 2014.

[21]Nakamura, H., Amimo, F., & Yi, S., et al.. Implementing a Sustainable Health Insurance System in Cambodia: A Study Protocol for Developing and Validating an Efficient Household In-

come-level Assessment Model for Equitable Premium Collection. *International Journal for Equity in Health*, 2020, 19(1): 17.

[22]Wagstaff, A.. Poverty and Health Sector Inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(2): 97-105.

[23]World Bank. *The Path to Integrated Insurance Systems in China*. World Bank, 2010.

[24]World Health Organization. *Arguing for Universal Health Coverage*. World Health Organisation, 2013.

[25]Xu, M., & Yang, W.. Who Will Drop out of Voluntary Social Health Insurance? Evidence from the New Cooperative Medical Scheme in China. *Health Policy and Planning*, 2021, 36(7): 1013-22.

[26]Yu, H.. Universal Health Insurance Coverage for 1.3 Billion People: What Accounts for China's Success?. *Health Policy*, 2015, 119(9): 1145-52.

[27]Zhu, K., Zhang, L., & Yuan, S., et al.. Health Financing and Integration of Urban and Rural Residents' Basic Medical Insurance Systems in China. *International Journal for Equity in Health*, 2017, 16(1): 194.

Influence of Differential Flat Rate of Medical Insurance for Urban and Rural Residents on Financial Subsidies: Simulation Based on CHFS Data in 2019

Wang Chaoqun Shi Jianqun Li Yaqing

Abstract: It is the key to solve the problem of insufficient development of medical security in China that the medical insurance for urban and rural residents changes from unified fiat rate to differential flat rate. The national unified contribution rate is implemented for differential fiat rate, and the per capita disposable income of urban and rural residents in various regions is used as the contribution base to calculate the premium. Based on the CHFS data in 2019, this paper calculates the impact of differential fiat rate on financial subsidies. It is found that differential fiat rate can greatly increase the per capita contribution amount of residents in rich areas and urban residents while keeping the per capita contribution amount of residents in poor areas and rural areas unchanged, thus greatly improving the financing ability of medical insurance for urban and rural residents, reducing financial subsidies, and optimizing the structure of individual contributions and financial subsidies. After considering the financing gap in poor areas caused by differential flat rate and the cost of income verification for low-income households, when the contribution rate is 1.5%-2%, the total financial subsidies can be reduced by 50-140 billion yuan, and the central financial subsidies can be reduced by 20-70 billion yuan. In order to carry out differential fiat rate, the county level should be the contribution base, accurate contribution rate should be calculated, and the financial subsidy responsibility should be divided reasonably. At the same time, voluntary medical insurance for urban and rural residents should be changed into compulsory insurance, and the coordination mechanism between the central government and local governments and between departments should be established and the income verification ability of local governments should be improved.

Key words: medical insurance for urban and rural residents; individual contribution standard; differential flat rate; financial subsidies