

· 社会保险 ·

地方财力对城乡居民医保基金结余的影响研究

朱恒鹏 孙梦婷

[摘要] 基于2015至2017年我国293个地级市的城乡居民基本医疗保险数据与应用双向固定效应模型,本文发现财政收入水平越高的地区,当地居民医保基金结余反而越少的现象,并进一步提出“制度约束-激励条件-路径依赖”的分析框架,通过8省18市的田野研究阐述了现象背后的作用机制,即在现有行政与医疗体制的约束下,地方财政部门在城乡居民医保基金的管理过程中会由于财政收入水平的高低而产生强度不同的兜底压力、大小不同的补偿资源分配空间以及软硬不同的预算约束,并导致路径依赖或强化或勉强维持的选择,最终呈现“越富越亏、越穷越省”这一预算承诺动态调整的结果。研究结果同时表明即使在基本公共服务领域,地方财政依然呈现典型的“以收定支”特征。

[关键词] 地方财政能力 财政补偿 动态承诺 城乡医保基金结余

一、引言

随着中国经济发展走向新常态与社会转型的深入,人民群众对提升公共服务数量与质量的需求日益增加。由此,党的二十大报告明确指出:“社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器”,要“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”。可见,建设高质量的社会保障,并以此助推共同富裕目标的实现是今后我国全面建设社会主义现代化国家的重要任务。^①就城乡居民医疗保险制度来说,健康的财务状况是保

[作者简介] 朱恒鹏,中国社会科学院经济研究所研究员,中国社会科学院大学经济学院教授。主要研究方向:公共经济学与公共政策、财政与国家治理等。孙梦婷(通讯作者),清华大学公共管理学院博士研究生,中国社会科学院公共政策研究中心研究助理。主要研究方向:基层治理、社会保障与社会组织发展。

[基金项目] 中国社会科学院创新工程重大科研规划项目“国家治理体系与治理能力现代化研究”(2019ZDGH014);亚洲发展银行项目“财政体制现代化视角下的公共服务与社会保障制度改革”。

① 何文炯:《基于共同富裕的社会保险制度优化》,《社会保障评论》2023年第7期;蔡昉:《社会福利的竞赛》,《社会保障评论》2022年第6期。

证其良好运行的关键。根据全国与省级数据看,目前全国城乡居民医保基金总体运行状况良好,^①但地区间存在较大的结余差异(如图1所示)。与按常理推断的“越富有的地区财务状况会越好”不同,数据显示经济相对欠发达地区如贵州、吉林的基金结余水平通常高于全国平均水平,甚至高于一些经济发达地区,如上海、江苏、浙江和福建。对此,学界基于公共经济学理论、公共政策理论及社会保障理论,在宏观结构与制度内生层面给出了丰富且有意义的影响因素解释。

宏观层面的研究指出,人口老龄化进程加快、^②经济增速下降^③会导致医保基金支出增幅逐渐超过收入增幅,进而引发结余收缩。反之,积极的人口与劳动政策,如全面二孩、延迟退休等则会通过增加缴费人群和延长缴费年限使得基金收入与结余上升。^④

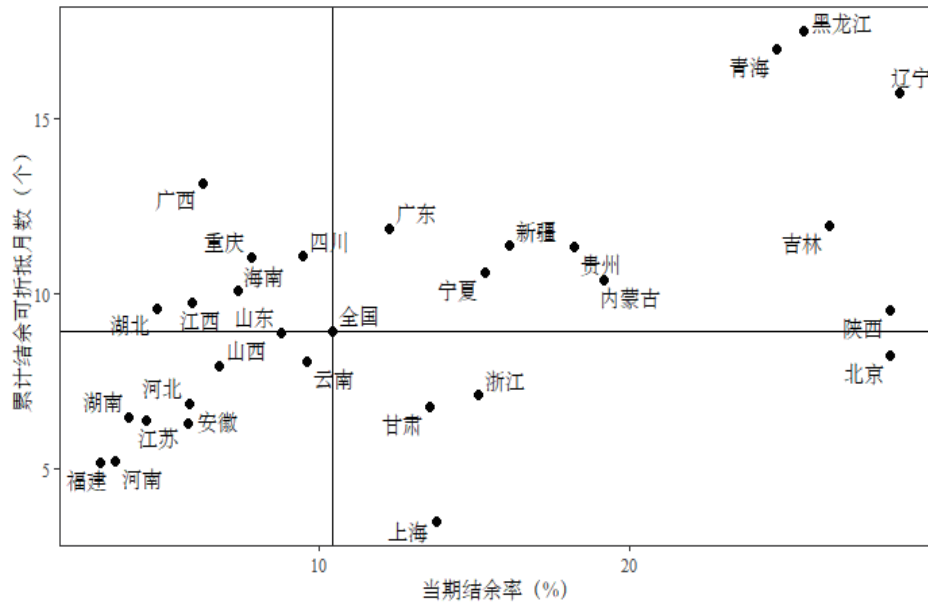


图1 2020年城乡居民医保基金当期结余率与累计结余可支付月数

资料来源:《中国劳动统计年鉴(2021)》,中国统计出版社,2021年,第24-27页。

医疗领域的研究则详细分析了医疗改革中供需双方的政策措施对于医保基金的影响结果,例如公立医院扩张、医共体建立、医保护面、门诊起付线降低以及医保管理激励不足等会导致医保基金支出持续扩大和结余缩减。^⑤采取多档支付等支付方式改革则有助于控制医保支出,

① 根据国家医疗保障局发布的《2021年全国医疗保障事业发展统计快报》,截至2021年底,全国城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民保)的参保人数达10.1亿人,基金收入规模达9742亿元,较上年增长6.9%,基金支出9148亿元,当期结余率为6%,累计结余达6712亿元,累计结余可折抵月数控制在7至9个月的合理区间内。

② 李俊等:《经济发展水平、人口老龄化程度和医疗费用上涨对我国医保基金支出的影响分析》,《中国卫生经济》2017年第36期;杨燕绥等:《人口老龄化对医疗保险基金的影响分析》,《中国医疗保险》2014年第10期;Mark S. Freeland, Carol Ellen Schendler, "National Health Expenditure Growth in the 1980's: An Aging Population, New Technologies, and Increasing Competition," *Health Care Finance Review*, 1983, 4(3).

③ 封进等:《宏观经济波动对城镇职工医保基金运行的影响》,《社会科学辑刊》2018年第6期。

④ 方黎明等:《环境污染的代价——饮用水污染对居民医疗费用和医保基金支出的影响》,《财经研究》2019年第12期。

⑤ 封进等:《医保起付线对医疗服务利用和医疗费用的影响》,《保险研究》2021年第3期;何毅:《医保“扩面”进程、职退比与基金结余管理——基于省际面板数据的研究》,《保险研究》2012年第5期。

增强医保基金可持续性。^① 供方市场有竞争和需方医保能监管，双管齐下才能提升医保基金使用效率，实现基金收支平衡略有结余的理想状态，是此类研究暗含的讨论前提，也是公共经济学家的理论共识。然而在现有的医疗卫生体制下，以公立医院服务供给为主的供方缺乏竞争与退出机制，再加之行政化且专业性不足的医保管理体制特征，都大大削弱了医保的谈判议价能力，^② 进而影响了医保基金的结余情况与使用效率。尽管统筹层次的提高能够通过分散风险而保障支出的稳定性，但风险池的巨大扩容带来的管理成本增加，又使得改革的最终收益存疑。

举步维艰的医疗改革现状，让我们不得不重新审视改变约束条件的可能性以及破局的可能思路，过往以宏观经济社会因素和医疗体系内部改革因素为主的研究解释力亟待补充。更重要的是，自党的十八届三中全会以来，财政体制作为宏观环境与各领域微观改革政策之外的中观制度的影响效果及其过程机制愈加受到决策者与研究者的重视。^③ 基于财政在筹资端有硬性补助规定、在支出端有兜底责任^④的制度与理论共识，^⑤ 最新的实证研究证实了财政投入的数量多寡以及地方财政的水平高低与医疗费用之间的正相关影响，^⑥ 但财政作为一个治理机制对医保基金管理的作用机制仍在黑箱之中。尽管最新的少量研究已经通过省级数据的分析，关注到地方医保部门会根据中央财政转移支付的多寡调整管理预期，进而影响基金结余，^⑦ 但考虑到省内地级市财政水平的巨大差异性，^⑧ 现有研究受限于地级市医保数据的可获得性与定量研究方法的限制，^⑨ 进而无法对地方财力的差异性影响进行更准确的验证，并在真实的中国治理情景中挖掘地方财政影响医保基金管理的过程机制。

基于以上综述，本研究将在以下两个方面对既有文献做出补充与贡献。其一，本文首次基于全国范围内地市级层面的城乡医保基金数据进行实证研究，分析地方财政水平差异对医保基金结余的影响。其二，本文试图通过建立“制度约束—激励条件—路径依赖”的理论分析框架，并结合对全国8省18市的田野调查，深入描述地方财政与地方医保、公立医院等治理主体间的互动行为，并挖掘地方财政作为一个治理制度对城乡医保基金管理的影响机制。本文的研究

① 易沛等：《城乡居民医保制度整合标准的可持续性研究——基于“一制一档”与“一制多档”的比较》，《公共管理学报》2018年第15期。

② 朱恒鹏：《管制的内生性及其后果：以医药价格管制为例》，《世界经济》2011年第34期。

③ 毛捷等：《政府公共卫生投入的经济效应——基于农村居民消费的检验》，《中国社会科学》2017年第10期；彭浩然等：《中国卫生筹资转型的决定因素与健康绩效》，《管理世界》2016年第6期；朱恒鹏等：《政府财政投入模式对医疗费用的影响》，《经济研究》2021年第12期。

④ 财政一方面对公立医疗机构负有财政补贴责任（简称“补供方”），另一方面也承担城乡居民医保基金约三分之二的筹资责任和基金运行的最终兜底责任（简称“补需方”），即当城乡居民基本医疗保险出现亏空后，统筹区这一级政府不能放任其破产，需要利用本级财政资金弥补亏空。

⑤ 顾昕：《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》，《中国社会科学》2010年第2期；朱恒鹏等：《财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革》，《经济学动态》2014年第12期。

⑥ 魏众等：《中国居民医疗支出不公平性分析》，《经济研究》2005年第12期；余显财等：《财政分权与地方医疗供给水平——基于1997—2011年省级面板数据的分析》，《财经研究》2015年第9期。

⑦ Massimo Bordignon, Gilberto Turati, "Bailing out Expectations and Public Health Expenditure," *Journal of Health Economics*, 2009, 28(2).

⑧ 地方财政水平高低对当地居民医保基金收入的影响需要关注。尽管财政收入水平较高的地区获得的中央财政补偿医保基金的数额相对较低，但由于地方财政补偿数额与筹资标准更高，其居民医保基金收入总额也会高于财政收入较低的地区。因此，省级数据的研究会低估地级市财政收入水平与医保基金绝对值上的巨大差异。

⑨ 汪德华等：《从单峰到双峰：1953—2019年中国财政支出结构的大转型》，中国社会科学院财经战略研究院工作论文，2022年。

结论不仅有助于打开财政如何影响医保的理论黑箱，还在“全面做实基本医疗保险市级统筹”^①的新政背景下对各地制定推行更符合自身实际的医保基金管理政策具有重要的参考价值。

本文余下内容安排如下：第二部分构建理论分析框架；第三部分介绍定量与定性相结合的研究方法；第四部分报告实证结果和进行稳健性检验，展示地方财政水平对医保基金结余的作用；第五部分基于田野资料对地方财政水平对医保基金结余的影响机制展开进一步讨论；最后总结研究成果与政策启示。

二、理论分析框架

地方财政与地方医保部门之间的互动机制研究本质是对地方政府行为的分析。对治理行为的解读，离不开对治理行为所处制度情景的分析，经典的激励理论即关注制度环境中的约束条件与激励机制设计。^②而制度变迁理论对历史进程中治理主体形成路径依赖的讨论则深化了对当下治理行为的理解。^③本文尝试整合激励理论与制度变迁理论，建立一个“制度约束—激励条件—路径依赖”的理论分析框架，在此基础上说明地方财政补助医保基金的行为主要受到制度约束、激励条件和路径依赖这三个维度的影响与制约。

本文所讲制度约束，是指地方财政在参与城乡居民医保基金管理时面对的约束。这既包括医疗卫生体制的约束，也包括来自更一般的官僚组织信息不对称的约束。前者主要表现为，在供方，公立医院的行政垄断地位导致其缺乏退出机制，因而在医保定点和基金补偿谈判中占据主导地位，医保经办部门没有有效管理和制衡公立医院的手段；而且“管办不分”的医疗服务体系致使行业监管者在财政补贴和医保基金使用方面倾向于公立医疗机构。在需方，行政化管理的医保经办体制，弱化了医保经办机构的专业性，降低了医保基金的监管能力，即有效甄别医疗费用合理性的能力。^④供方强势、需方弱小，医保部门无论怎样改变监管手段，最终的监管效果更多地只是取决于医保总额控制的执行力度。^⑤医保部门不能“控费”，财政部门在医保基金补助与兜底环节也处于弱势地位，只能被动地提供财政支持。后者则表现为，在官僚体系中，信息不对称问题不仅存在于上下级政府之间，也发生在同级政府的不同部门之间。^⑥地方财政与医保部门、与医疗卫生部门之间的信息结构问题会影响地方财政对医保基金的治理行

① 2020年3月发布的《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要“全面做实基本医疗保险市级统筹”。

② 钱颖一：《激励与约束》，《经济社会体制比较》1999年第5期。

③ Douglass C. North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, 1990.

④ 杜创等：《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》，《中国社会科学》2016年第8期；赵黎：《新医改与中国农村医疗卫生事业的发展——十年经验、现实困境及善治推动》，《中国农村经济》2019年第9期。

⑤ 因此一味地强调通过提高医保监管水平进而实现医保基金结余的均衡运转，并不具备实操性。提升监管水平的意义在于医保资金使用效率的提升，而非结余数额的增加。因为居民医保的筹资水平和目前的医疗水平之间的匹配度还明显偏低，与职工医保筹资情况相比，这一点更是不言而喻。换言之，如果从使用效率这一维度判断医保管理水平，零结余将是普遍现象，这也从侧面佐证了本文的分析。

⑥ Tang Xiao, et al., "Data Manipulation through Patronage Networks: Evidence from Environmental Emissions in China," *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2023, 33.

为。在财政部门与医保部门对于基金使用状况存在信息不对称的情况之下，以公立医院为主的强势供方，加持卫生部门的力量，可能与医保部门形成“共谋”，共同向财政部门争取更多的对医保基金支出的财政补偿。概言之，无论地方财政的收入水平高低，中国医疗服务体系的制度特征以及行政体制中的信息不对称结构都是既定的，这就是各地财政部门在管理医保基金过程中共同面对的同质化制度约束。

激励条件则是指地方财政部门在实现治理目标中可协调的资源或可采用的管理手段，可以从财政部门 and 医疗供方（公立医疗机构）两个视角来分析。在财政参与医疗保障领域治理的情境中，可能涉及的机制主要有三：第一，目标激励。在我国，地方政府要求医保基金管理恪守“以收定支、略有结余”原则，最大化医保基金使用效率、保持基金运行均衡是理想目标，不让基金穿底则是底线要求。前者考核标准相对模糊因而缺乏激励，后者则要求明确，即地方财政需承担为医保赤字兜底的责任。这就是财政部门管控医保基金的主要激励。第二，资源激励。在“分级管理，分灶吃饭”的财政体制下，地方政府对于本级财政收支安排拥有不同程度的自主权，当然这种自主权和地方可支配财力正相关，医疗领域也不例外。在满足中央政府的基线要求前提下，地方财政可以结合本地实际财力决定每年的医保基金投入支出，也可以灵活调整财政投入力度与结构。因此，地方可支配财力越高，财政部门在对医保基金进行管理时面对的资源激励弹性也越大。第三，手段激励。由于在中国的医疗服务体系内，供方以公立医院为主导且管办不分，需方行政化且专业性不足，财政体系可以说几乎是唯一能够直接链接与协调供需双方的治理手段。而在公共服务领域，由于成本难以被客观测量和目前中国财政能力的约束，^①财政部门并未采取成本补贴，而是采取预算约束的手段对国有机构进行财政投入，也就是说财政只能根据收入水平、量入为出地向公共机构提供财政补贴。再加之财政负有的兜底责任，预算软约束成为财政参与医保基金治理过程中难以避免的一种负向激励。^②一系列针对于公立机构的理论与实证研究都证实了这一机制的存在，且从“父爱主义”、^③寻租、^④“政策性负担”^⑤和“动态不一致”^⑥等视角给予了解释。以财政对供方机构的补贴为例（财政对供方和需方补贴的关系详见下文），在采取财政预算管理的单位中，公立医院、公立学校等公共服务机构的支出水平就取决于自身的创收能力与财政补贴。如果假定机构创收能力不变，那么机构的支出水平就完全取决于财政补贴水平了，即财政补贴的多，机构支出就多，反之亦然。因此公共服务机构有争取更多财政补贴的强烈激励。此外，公立医院作为一种中国公有制机构类型的事业

① 周立：《改革期间中国国家财政能力和金融能力的变化》，《财贸经济》2003年第4期。

② 亚诺什·科尔内著，黄卫平译：《短缺经济学》（下卷），经济科学出版社，1986年；Mark G. Duggan, "Hospital Ownership and Public Medical Spending," *The Quarterly Journal of Economics*, 2000, 115(4); Ernesto Crivelli et al., *Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries*, International Monetary Fund Working Papers, 2010, WP/10/147.

③ 亚诺什·科尔内著，黄卫平译：《短缺经济学》（下卷），经济科学出版社，1986年。

④ Stephen M. Goldfeld, Richard E. Quandt, "Budget Constraints, Bailouts and the Firm under Central Planning," *Journal of Comparative Economics*, 1988, 12(4).

⑤ 林毅夫等：《政策性负担、道德风险与预算软约束》，《经济研究》2004年第2期。

⑥ M. Dewatripont, E. Maskin, "Credit and Efficiency in Centralized and Decentralized Economies," *Review of Economic Studies*, 1995, 62(4).

单位,同国外的非营利机构类似,面临收支结余(财务利润)使用约束,即收支结余用于人员绩效比重不能超过40%,留作机构发展基金比重不能低于60%。这意味着机构收支结余越多,自有发展经费就越多,财政补贴就会随之减少。这种财政补贴机制逻辑上是合理的,既然机构自己有结余何需财政再补贴。但这是一种“鞭打快牛”的激励机制,它鼓励受补贴机构收入,尽量不要形成结余,甚至偶尔制造亏损以争取更多财政补贴。但是基于对当地财政补贴能力的了解,公立机构不会持续亏损给地方财政造成过大负担,否则地方政府会通过调整机构管理层方式来解决亏损问题。因此,动态博弈的均衡结果就是公立机构采取一种“以收定支,收支平衡”的策略。

路径依赖则是指一项制度一旦形成,其既定的方向会在此后的发展中不断自我维持与强化。跳脱既定发展路径,往往需要借助外生冲击。^①自新中国建立以来医疗领域的财政补偿机制即已有之,随着市场经济的发展以及医保制度的建立,财政从只供养公立医疗机构即所谓“补供方”拓展到亦“补需方”,即补贴城乡居民医保和城镇职工医保。“补供方”本先一步形成,且从供方视角看,医保基金绝大部分最终还是流入到公立医疗机构手中,因此很多地方认为医保也是一种补供方的方式并事实上按照这种思路使用医保基金,即并不根据公立医疗机构向参保者实际提供的医疗服务质和量进行医保支付,而是根据医保基金丰裕程度支付。具体而言,计划经济时代发展成型的、以公立医院和公立学校为主的事业单位,作为单位制组织的主体部分,新中国建立70多年来虽有所变迁,历经改革开放亦没有发生根本性的变革,反而展现出超稳定特征。^②财政补供方体制并未改变,反而因经济高速增长带来的政府财力加强得以强化。表面看,财政补偿从计划经济时期的全部包办到2000年后仅余离退休人员经费、基本建设、设备购置、政策性亏损等,但就实际经验而言,各地普遍都保留了此前的财政项目,仍然对在职人员经费进行补贴。职工医保和居民医保的发展壮大,只是使单位制公立医疗机构获得了另一条更为强劲的公共财政补贴渠道,这进一步强化了公立医疗机构的市场地位。^③另一方面,从需方即参保者视角看,医保基金及相应的绝对金额意义上补偿(报销)水平具有明显的刚性特征,只能增不能减,这就意味着医保基金财政补贴在规模上不能缩减,当然更不能取消。因此,非常直观的结论就是,财政既然走向了供需双补路径,只要没有大的外生冲击,就只能一直走下去,地方财政或者更准确地讲地方政府,能够做的只有根据自身财力把控补贴增长力度和结构。

因此,本文将制度约束、激励条件及路径依赖一并引入地方财政补偿医保基金的行为机制研究中,探讨在制度环境的共同约束下,地方财政部门是否会由于财力差异而产生不同的激励条件与路径依赖强度,进而采取不同的财政行为,最终影响城乡居民医保基金结余水平(如图2所示)。

① Douglass C. North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, 1990.

② 路风:《单位:一种特殊的社会组织形式》,《中国社会科学》1989年第1期;仇雨临:《中国医疗保障70年:回顾与解析》,《社会保障评论》2019年第3期。

③ 朱恒鹏等:《财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革》,《经济学动态》2014年第12期。

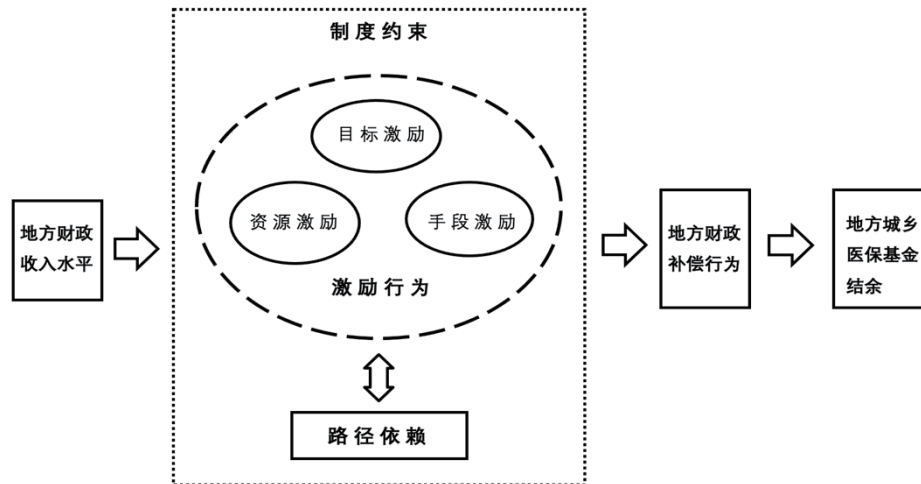


图2 理论分析框架图

资料来源：作者整理。

三、研究设计

本文采取了定量与定性相结合的混合式研究方法。定量方法致力于通过大样本数据的分析建立变量之间的相关性或因果性，具备较强的可信度，但在某种程度上也忽略了对现实中生动的过程与行为机制的挖掘。定性方法虽能弥补这一缺憾，但又往往被批评为缺乏客观性与推广度。因此，近年来国际学界开始广泛采用混合式的研究方法，以互补不足并同时提升研究结论的可信度与解释力。^①在具体的方法设计中，本文采取了解释性的顺序设计，首先采用定量研究实证分析地方财力对城乡居民医保基金结余的影响关系，随后通过覆盖全国东中西部8省18市的田野调研与深入访谈对模型估计结果进行更深入的阐释，挖掘出地方财力对城乡居民医保基金结余的影响机制。

（一）定量研究方法

1. 模型设定

本文使用固定效应模型分析人均预算收入的差异对各地市人均医保收支结余的影响，由此建立回归模型：

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 R_{it} + X_{it} \beta_2 + \mu_i + \gamma_t + \varepsilon_{it}$$

其中，被解释变量 Y_{it} 表示 i 市 t 年的居民医保收支结余，核心解释变量 R_{it} 为财政预算收入，模型加入了可观测的控制变量 X_{it} ，包括社会经济特征和医疗资源特征变量。回归模型还加入了不可观测的地区固定效应 μ_i 和时间固定效应 γ_t ，以控制其他随时间变化而不随地市变化的变量和随地市有差异而不随时间变化的变量，同时采用地市层面聚类标准误。

① John W. Creswell, Vicki L. Plano Clark, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Sage Publications, 2017.

2. 数据来源

本文采用中国社会科学院公共政策研究中心研究团队通过调研获取的 2015 至 2017 年地级市层面城乡居民医疗保险数据,^① 样本覆盖包括我国东、中、西部的 29 个省份, 331 个地级市单位, 剔除缺失严重的省份后, 保留 293 个地级市, 共计样本量 879 个。2015—2017 年间, 全国多数城市的基本医保仍然是县级统筹或市级调剂金制度, 即实际的统筹区依然按照区县来划分, 但医保收支结余差异依然能在市级层面得到观察, 因此可以采用地市级层面的医保数据。自变量和其余控制变量的数据来自国家和各省市统计年鉴、卫生健康统计年鉴和 Wind 经济数据库。

3. 变量说明

本文的被解释变量是城乡居民医保基金收支结余, 用人均居民医保收支结余来衡量。2015—2017 年间的 879 个样本中, 523 个样本仍处于城镇居民基本医保和新型农村合作医疗两种制度并行阶段, 356 个样本处于两保合并为城乡居民基本医保阶段。为便于计算, 前者的人均居民医保收支结余为城镇居民医保和新农合的加总结余与加总参保人数之比。数据包括本年收支结余和年末滚存结余, 前者直接受到当期地方财政能力的影响, 后者则受到财政能力、医保控费能力等多项因素的多期累积影响, 因此本文选用本年收支结余。为了拆分看收支结余的变化主要来自筹资变化还是支出变化, 同时将人均居民医保收入和人均居民医保支出作为被解释变量。

本文的核心解释变量为地方财政收入水平, 用各地市的人均一般财政预算收入来衡量。本文借鉴刘尚希^②和童锦治等^③的研究, 用一般预算收入来衡量一定时期内地方政府有权支配的全部财力, 包括税收收入、非税收入、政府间转移收入。政府间转移收入则包括上级补助收入、接受其他地区援助收入、省补助计划单列市收入等。

控制变量选取了社会经济特征, 包括人均生产总值、^④65 岁以上人口占比,^⑤ 以及医疗资源特征, 包括千人医院床位数、千人医师数。^⑥2015—2017 年间正是各地城镇居民医保和新农合并轨的转型期, 为了控制住这一政策变化的影响, 本文对 2015—2017 年 879 个统筹区样本在当年是否施行城乡医保整合生成虚拟变量, 当年未整合赋值为 0、当年整合赋值为 1, 并将这一虚拟变量作为控制变量加入分析。

为解决异方差问题, 本文将所有医保数据、经济数据进行人均化处理, 医疗资源数据采用

① 截至 2020 年, 绝大部分地区的医保依然是县(县级市)统筹, 而大部分宣布实现市级统筹的也不过是建立了市级调剂金制度的县(市)统筹, 真正实现地级市医保基金统收统支的地区尚在少数。这正是 2020 年 3 月中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确提出“全面做实基本医疗保险市地级统筹”这一改革目标的原因。也正是因为这个原因, 在县(县级市)这一层面上分析地方可支配财力和居民医保基金结余的关系更为精确。但是由于缺乏县(市)层面的一般预算收入数据, 及其他控制变量数据, 本研究不得不选择地市级层面的实证分析。

② 刘尚希等:《中国政府收入全景图解》(上卷), 中国财政经济出版社, 2020 年。

③ 童锦治等:《中国省级政府间财力差异现状、原因与对策研究——基于 2001—2010 年数据的测算》,《财政研究》2014 年第 1 期。

④ 封进等:《宏观经济波动对城镇职工医保基金运行的影响》,《社会科学辑刊》2018 年第 6 期。

⑤ 李俊等:《经济发展水平、人口老龄化程度和医疗费用上涨对我国医保基金支出的影响分析》,《中国卫生经济》2017 年第 36 期。

⑥ 封进等:《医保起付线对医疗服务利用和医疗费用的影响》,《保险研究》2021 年第 3 期。

卫生统计年鉴中既有的千人资源数,表1给出了基准模型中所有变量的描述性统计。人均居民医保收支结余中,有46个观测值处于当年居民医保基金收支不平衡的状态,赤字最大的是人均166.07元;其余833个观测值均显示当年收支有结余,结余最多的是人均373.13元。人均预算收入和人均生产总值的数据差异较大,整体分布右偏,即靠近最大值的情况依然是少数。65岁以上人口占比的平均值是10.2%,说明我国整体而言已经进入老龄化社会。为了提高数据的平稳程度,在加入模型前,对人均居民医保收支结余、人均居民医保收入、人均居民医保支出、人均预算收入、人均生产总值、千人医院床位数、千人医师数进行对数化处理。

表1 基准模型关键变量的描述性统计

变量名	数据来源	平均值	标准差	最小值	最大值
医保数据					
人均居民医保收支结余(元)	国家医保局数据	65.78931	58.12277	-166.0721	372.1281
人均居民医保收入(元)	国家医保局数据	618.7734	213.6265	345.6553	1930.125
人均居民医保支出(元)	国家医保局数据	552.9841	210.4507	339.3363	1905.489
城乡医保整合	根据搜集全国各地市医保政策整理所得	.4050057	.4911726	0	1
社会经济数据					
人均生产总值(元)	各地统计年鉴、Wind数据	50416.13	28140.93	10506.93	177032.9
人均预算收入(元)	各地统计年鉴、Wind数据	4282.045	3570.889	259.5126	27466.31
65岁以上人口占比	各地统计年鉴	.1019526	.019591	.0196672	.1902888
医疗资源数据					
千人医院床位数	卫生健康统计年鉴、各地统计年鉴	4.288447	1.698098	.5194444	35.13363
千人医师数	卫生健康统计年鉴、各地统计年鉴	2.246015	.6160644	1.00886	5.504573

注:城乡医保整合为虚拟变量,0=未整合,1=整合。

(二) 定性研究方法

1. 研究方法与样本选择

基于定量分析结果,本文进一步采用案例研究法去探究地方财政水平影响城乡居民医保基金结余的过程机制。与定量模型侧重于因果推断不同,案例研究能够通过科学的案例筛选、案例过程中逐项与差别的复制分析来探究因果机制。同时,相比单案例研究,多案例研究的内外效度更高,研究结论更具稳健性与普适性。^①此外,在推进中国社会科学研究本土化的当下,田野取向的研究能够帮助我们更加辩证地看待西方理论对中国的适用度,以及更加了解中国政治经济体制背后的运作逻辑。

本研究基于理论抽样在研究团队调研过的23个省份近百个地级市中选择了8个省份18

^① Kathleen M. Eisenhardt, Melissa E. Graebner, "Theory Building from Cases: Opportunities & Challenges," *Academy of Management Journal*, 2007, 50(1).

个地级市作为研究样本(如表2所示),筛选后的案例具备良好的典型性与完整性。具体而言,样本地级市覆盖中国东中西部地区,在地理区域、行政资源、经济水平、人口结构与医保资金运营情况等方面各有差异,能够较好地反映中国城乡居民医保制度在地方层面的运行情况,具有典型性。再者,研究对象均愿意接受访谈,并能提供田野机会与全面详实的数据和资料。在18个地级市的案例研究之后,研究团队又调研了不同省份的3个地级市进行理论饱和度检验。

表2 案例样本与资料获取时间、方式和对象

案例组织	时间	资料获取方式、对象与资料内容
河北省3市	2021年3月	(1) 座谈会访谈:省财政、卫生、医保部门官员,地级市(及下属一二县)财政、卫生、医保部门官员及相应主管市县领导,地级市(及下属一二县)多家公立医院院长。 (2) 深度访谈:地级市(及下属一二县)财政局官员(局长、副局长、科长)、医保局官员、公立医院院长。 (3) 实地调研:财政局办公楼、医保局办公楼、公立医院。 二手材料:市政府/财政/卫生/医保部门的工作报告、当地医保管理的政策文本和内部会议材料、公立医院财报和医保报销数据,当地的财政预决算报告、报表,历年的政府工作报告以及各类新闻等。
湖南省2市	2017年9月	
山东省2市	2016年8月 2018年8月	
浙江省2市	2020年11月	
江苏省2市	2016年7月 2017年10月 2021年7月	
福建省2市	2017年3月 2018年11月	
广西3市	2019年11月 2020年10月	
贵州省2市	2015年5月	

资料来源:作者整理。

2. 资料收集与分析

本研究主要采用访谈法与文献资料法进行资料搜集,并通过三角验证法不断修正与提高资料的真实性与有效性。研究团队在2015年至2021年间持续追踪8省18市的医保基金管理情况,开展了13次田野调研和138次半结构化访谈,访谈对象超过两百余人,包含省/市/县三级政府中的市(县)主管副市长(县长)、财政、医保、卫生部门官员、公立医院院长及其他相关人士,累计一手的田野笔记资料和访谈资料20万字。访谈内容包括当地经济运行情况、财政拨款、医保基金使用与监管、公立医院运行情况等等。资料收集以座谈会和深度访谈为主,面对面形式、座谈会一般持续2—3小时,一对一访谈则在60至90分钟之间。在第120次左右的访谈中,研究者即发现访谈信息已趋近相同与饱和,后续18次的访谈则重在检测是否有遗漏和新维度的信息。所有访谈都征得了受访者的口头同意,并在研究中以匿名形式出现。此外,本研究还收集到了大量有关案例城市的二手材料(如表2所示)。在资料分析过程中,研究者首先对质性资料所呈现出的主题进行总结与分类(行动主体、治理情境、监管机制、行动结果),并根据主题对所有访谈材料进行编码,以期合理化地分析案例的真实情况。

表3 构念、测量变量与编码情况

主类别	一级构念	二级构念	测量变量	编码	条目数
行动主体	地方财政部门	地级市、县级市 财政部门	-	c	74
	地方医保部门	地级市、县级市 医保部门	-	s	67
	地方卫健部门	地级市、县级市 卫健部门	-	y	62
	地方公立医院	-	-	h	105
	中央/省级行政 部门	国家财政部门、 省级财政、卫生 和医保等部门	-	n	25
治理情境	激励机制	目标激励、资源 激励、手段激励；	是否存在基金穿底危机；地方可支 配财力的丰裕成都；地方财政是否 对医保基金进行补偿	m	84
	路径依赖	财政补偿 医保基金	历年来地方财政对医保基金补偿的 数额变化；医保部门与公立医院是 否同财政部门进行沟通并要求补偿	r	34
监管机制	监管目标	保持基金财务平 衡；提升当地居 民社会保障水 平；提升医疗机 构待遇水平	地方财政、医保部门是否将保持基 金财务平衡/居民社保待遇/医疗机 构待遇作为基金监管的首要目标	t	53
	监管意愿	控费意愿强弱	是否将控制医保报销总额作为医保 基金管理的首要工作；财政部门、 医保部门与公立医院是否有通过正 式/非正式沟通对医保报销总额进行 控费要求	w	65
	监管手段	采取宽松/严格 的医保总额控制 措施；动态承诺 财政补偿空间	财政部门是否有通过正式/非正式沟 通对医保部门和公立医院提出控费要 求；财政与医保部门是否有通过正式 /非正式沟通对公立医院提出无法补 偿或可适当补偿医保基金的意见	u	127
行动成效	基金结余	-	城乡居民医保基金结余数额	b	18
	社保保障水平	-	城乡居民医保报销比例（实际医保 报销费用/医疗总费用）	e	34
	公立医院待遇 水平	-	各公立医院财务报表中人均工资性 收入	o	45

资料来源：作者整理。

四、实证分析与稳健性检验

（一）基准回归

经过 LM 检验和豪斯曼检验，应该采用城市和时间双向固定效应模型，表 4 汇报了基准模型的回归结果。第 1 列中，人均预算收入对数对人均居民医保收支结余对数的影响系数是 -0.542，

在 1% 水平上显著, 说明人均预算收入和当年人均居民医保收支结余呈显著的负相关关系, 即财政预算收入越高, 当年医保收支结余越低。拆解来看, 代表筹资端的第 2 列结果显示, 人均居民医保收入与人均预算收入没有显著的相关关系, 这说明尽管有三分之二的城乡居民医保基金收入直接来自一般公共预算, 但是从总量上看, 医保补贴占地方政府财政总规模比重有限, 绝大部分地方政府亦仅将补贴水平维持在中央政府确定的基线水平上, 并不随本地财力提高而提高显性补贴水平, 而且基线补贴有一定比例来自中央和省的转移支付, 和地方财力并没有很大的相关性。代表支出端的第 3 列中, 人均预算收入对数对人均居民医保支出对数的影响系数是 0.517, 在 5% 水平上显著, 即人均预算收入与人均居民医保支出之间存在显著的正相关关系。直观的含义就是地方政府可支配财力越高, 当地居民医保人均支出水平就越高。一个合理的解释是医保基金赤字由地方财政负责兜底, 因此财政能力强的地方, 兜底的能力越强, 利用医保基金暗补当地公立医疗机构的能力越强, 因此控制医保基金支出的力度就越宽松; 而财政能力弱的地方, 则需要严格控制基金风险, 谨防收支不平衡。此外, 朱恒鹏等提到的另外一个机制也支持这种效应, 即地方政府会用包括医保基金在内的社保基金(结余)存款作为隐形抵押获得银行贷款额度。显然, 财力越雄厚的地区对这一融资机制的依赖度越小, 从而越不追求医保基金结余。^①

在各项社会经济因素和医疗资源因素中, 仅有老龄人口占比、千人医院床位数和医保收支结余呈负相关关系, 分别在 10% 和 5% 的水平上显著, 即老龄化人口越多, 相应的医疗支出可能就越多, 同时床位资源越丰富, 其允许的住院行为就更有可能会越频繁, 因此会加大医保支出。城乡医保整合制度反而和人均医保收支结余没有显著的相关关系, 通过查阅各地在城乡医保整合前后的居民医保基金结余数据发现, 有的地方在整合前后结余增加, 有的减少, 因此整合本身并不是决定居民医保基金结余的关键因素。

表 4 基准模型的回归结果

	ln 人均居民保收支结余	ln 人均居民保收入	ln 人均居民保支出
ln 人均预算收入	-0.542 ^{***}	-0.0201	0.517 ^{**}
	(0.189)	(0.0266)	(0.0386)
ln 人均生产总值	1.189	-0.0302	-0.0830
	(0.743)	(0.0728)	(0.0804)
老龄人口占比	-135.5 [*]	-8.891	-4.498
	(81.77)	(7.388)	(8.532)
城乡医保整合	0.261	-0.0209	-0.0544 ^{**}
	(0.210)	(0.0239)	(0.0257)
ln 千人医院床位数	-0.564 ^{**}	-0.118	-0.0725
	(0.280)	(0.0787)	(0.0787)
ln 千人医师数	-0.0373	-0.0263	0.00478
	(0.322)	(0.0376)	(0.0607)
城市固定效应	是	是	是

① 朱恒鹏等:《统筹层次提高如何影响社保基金收支——委托代理视角下的经验证据》,《经济研究》2020年第11期。

	ln 人均居民保收支结余	ln 人均居民保收入	ln 人均居民保支出
时间固定效应	是	是	是
常数项	-16.99	6.018***	3.608*
	(10.89)	(0.906)	(1.044)
观测值	536	580	580

注：*表示 $p < 0.1$ ，**表示 $p < 0.05$ ，***表示 $p < 0.01$ 。

资料来源：作者整理。

（二）剔除特殊城市的稳健性检验

考虑到样本地区中包括了直辖市、省会城市和计划单列市，这些城市的财政兜底能力和意愿相比其他城市来说更强，因此剔除掉这些城市后，对剩余的 482 个观测值进行同样的双向固定效应估计。此时人均预算收入对数对人均居民医保收支结余对数的影响系数是 -0.603，在 5% 水平上显著，同时影响系数的绝对值更大了，说明尽管这些城市的财政兜底意愿更强，但由于这些城市多是人口净流入地区，医保筹资相比其他城市更多，丰富的基金池不太需要财政兜底，因此在这些城市，人均预算收入和医保收支结余的相关系数绝对值反倒变小。

表 5 剔除特殊城市的回归结果

	ln 人均居民保收支结余
ln 人均预算收入	-0.603**
	(0.196)
ln 人均生产总值	1.067
	(0.755)
老龄人口占比	-135.2
	(82.88)
城乡医保整合	0.390
	(0.215)
ln 千人医院床位数	-0.554*
	(0.280)
ln 千人医师数	-0.0625
	(0.330)
城市固定效应	是
时间固定效应	是
常数项	-15.32
	(10.74)
观测值	482

注：*表示 $p < 0.1$ ，**表示 $p < 0.05$ ，***表示 $p < 0.01$ 。

资料来源：作者整理。

本文的实证结果表明地方财政水平对地方城乡居民医保基金结余产生了负向影响，地方政府财力越高，其城乡居民医保基金结余越低。反之，地方政府财力越低，其城乡居民医保基金结余越高。

五、进一步的田野发现：动态承诺机制

为进一步解释实证研究的结果，本文应用“制度约束—激励条件—路径依赖”的理论框架分析 8 省 18 市的实地调研所获材料，挖掘地方财政水平影响居民医保基金结余的具体机制。

根据前文所述理论框架假设，在制度约束既定的前提下，地方财政部门只可能受到可支配财力的硬约束影响，产生不同的激励条件与路径依赖强度，从而产生不同行为，影响城乡居民医保基金结余水平。而根据田野调研得到的资料，财政部门对于医保预算额度与最终的实际决算额度的确定，一般取决于各个年度中财政部门与医保部门、医保部门与公立医院之间的大量正式与非正式的、并不全部体现在文本上亦难以诉诸于规范规则的讨价还价过程。正是在这一过程中，各地由于地方财力水平的不同而产生了不同的行为激励，进而影响了财政补偿行为的选择和最终基金结余的多寡。

（一）经济发达地区：手中有钱，心里不慌

在经济发达地区，地方财政收入水平越高，当地财政部门就越不担心医保赤字的出现，即处于较低的目标激励环境，因为即使出现赤字，地方丰裕的财政资源也能做好兜底工作。同时，地方财政也不需要医保结余做银行抵押以换取更多银行贷款，毕竟相比刚性的且巨量的养老基金（结余），医保基金结余在这方面的作用要小许多。

“总额控制主要是管住居民医保基金补偿的大头，但我们的管理也不会那么死板。市里财政能力允许的情况下，居民医保基金年底的亏空，我们一般也都补了。”（编码 cr48，2017 年 8 月，山东省 Q 市财政局局长访谈）

其次，地方财政收入越高，意味着地方财政部门拥有越丰裕的可供补偿医保基金的财政资源，及更大的自由裁量空间，即较大的资源激励。在此情境下，地方财政部门对于居民医保基金的管理重点不在于是否有赤字，而在于如何进一步提高当地居民的福利待遇与公立医疗机构（员工）的收入。因此，财政部门不仅会给予医保基金较高的补偿承诺，即制定相对充裕的医保基金预算额度，还在财政、医保与公立医院之间制造出更大的补偿额度动态调整空间。

“市里财政收入状况比较好，除了满足城乡居民医保基金的拨付，我们跟人社部门更多的关注点还是在如何通过增加财政补贴提高我们市的医疗保障水平。”（编码 ct35，2018 年 11 月，福建省 C 市财政局副局长访谈）

具体而言，地方财政部门与医保部门往往会产生地方财政完全有实力充分兜底且支撑更高福利待遇的预期，进而放松控费意愿，采取较为宽松的医保总额控制措施。地方公立医院同样受这一预期影响而采取更加积极的服务供给方案，抬升医疗收入。当医保基金使用状况预期将要或已经超出预算额度时，公立医院往往会协同医保部门共同向财政部门讨价还价，最终突破预算额度、获得更高的财政补偿金额。

“每年给我们的（居民医保基金）补偿额度都是不够用的，当然超额部分中 80% 也基本能再给补上。去年我们上半年就把额度用的差不多了，下半年医保部门来检查发现后就开始管得很严，我们也就需要做一些调整，比如控制一下手术安排。”（编码 hu78，2017 年 9 月，湖

南省S市某公立三甲医院院长访谈)

“我们市医保的人均筹资水平显著高于国家要求的基准水平，但我们市的居民医保基金每年都是亏损的，实际上新农合由我们管理时就是这样了。我们居民医保的待遇本来就高，本地医院的硬件水平和医疗技术也高，医保也要支持我们的公立医院发展嘛，如果不能保证我们市里几家三甲医院的收入水平，他们的医生骨干还不都让*医大附院（也在这个城市）挖走了？你们也看到*医大附院的规模和水平了。”（编码yt51；2020年11月，浙江省N市卫健委计财处处长访谈）

财政补偿医保基金和通过医保基金支出间接补偿公立医疗机构的做法已然具有制度惯性，并导致了财政管理医保基金过程中的路径依赖。丰裕的地方财力无疑强化了这一路径依赖。在调研中，研究者发现发达地区的居民医保基金普遍存在“越补越亏”的局面。财政补贴医保赤字部分也已经成为一种习惯性的“暗补”。同时，财政水平越发达的地区，“暗补”程度越高，医保部门与公立医院会利用财政兜底的软约束来放大补贴空间的动态弹性，在这一点上，正如访谈中很多官员告诉我们的，地方政府、财政部门 and 医保部门在认识和行动上具有一致性。地方政府之所以不采取提高显性医保补贴（补需方）这种“明补”方式，也不采取直接提高公立医疗机构补贴（补供方）的办法，正是为了维持财政支出的这种弹性和自由裁量权，防止出现“明补”不断提高的棘轮效应。医保控费力度的弹性是从财政到医保部门的有效管控抓手。而且，和“明补”相比，“暗补”还有一个潜在优势，就是上级政府提高公共服务标准时，地方政府可操作的弹性空间更大，既可以直接增加“明补”，实质性增加财政支出，也可以变暗为明，实际的财政负担并没有增加。只是，在经济快速发展时期，财政收入宽裕，上述“暗补”的做法自能维系，但当经济发展和财政收入增速放缓，尤其是推行医保做实市级统筹、实行统收统支之后，业已提高的全市保障待遇又无法压缩，棘轮效应难以避免。届时居民医保基金收支平衡压力就会明显增加。

（二）欠发达地区：囊中羞涩，量入为出

在欠发达地区，地方财政、医保与公立医院往往会因为较弱的财力水平而产生财政无法给予医保基金充裕预算、且一旦基金发生亏空也难以兜底的预期，以及医保基金亏空之下上级部门将严厉问责的担忧。在此情境下，地方财政越弱的地区，其财政部门一般面临越大的控费目标激励。其次，有限的地方财政水平也限制了当地财政部门自主分配与管理医保基金的空间。越弱的财政收入水平意味着越少的可供补偿资源，即较少的资源激励。同时，恰恰是由于财政资源的有限性，落后地区相比于财政发达地区更迫切需要将包括医保结余在内的社保基金存款间接用做银行抵押以换取更多的地方建设资金贷款，^①这一情况又加强了欠发达地区严格管理医保基金预算的目标激励。

因此，较强的控费目标与有限的财政资源决定了欠发达地区财政部门只能给予医保基金较低的补偿承诺，同时还促使其采取更严厉的医保基金预算约束，不仅要求医保部门保证避免基金赤字，还希望其尽力保持较大的基金结余以应对难以预测的临时性支出增长，例如严格控制各家医院的医保额度、严格执行超支部分由医院自负原则等。即使当地医保部门监管水平再低，

^① 朱恒鹏等：《统筹层次提高如何影响社保基金收支——委托代理视角下的经验证据》，《经济研究》2020年第11期。

严格控制定点医疗机构医保额度这一简单“粗暴”的做法也能让当地的城乡居民医保基金基本按照“计划”额度出现结余，从而使其滚存结余可支付月数甚至可能比发达地区更多。

“每年都跟医保部门和卫生部门开会讲财政的情况，来回就这么点钱，能补（医保基金）多少，大家都有默契。想要（医保）基金维持下去，自然各个环节都得对基金支出卡得紧一点。”（编码 cw23；2015 年 5 月，贵州省 Y 市财政局局长访谈）

需要注意的是，财政无力兜底的共识也同样存在于医保部门与公立医院之间。市（县）政府、财政部门、医保部门以及公立医院会通过正式的部门协商会议和非正式的工作对接不断相互协商确定医保预算额度与最终的实际补偿额。调研发现尽管在预算硬化的总基调下，地方财政部门最终拨付的实际补偿额也会略微高于预算额，即欠发达地区的医保基金支出同样存在一个动态调整过程，财政部门与医保部门会在年中与年末阶段根据本年度财政收入的实际状况进行一番增加医保额度的“讨价还价”行为。此外，财政补偿承诺与实际医保支出之间相对较小的动态调整空间也反映出地方财力不足对于财政补供方这一路径依赖的削弱作用。

“总额预算我们已经跟公立医院卡的非常紧了，但下半年几家公立医院院长意见都非常大呀，额度不够用没法开手术这是现实，只能说跟财政部门商量看看年末核算的时候能不能多补一点。一般来说都会在预算总额的基础上多补一点，但多补多少看当年财政和协商的情况了。”（编码 su83；2021 年 3 月，河北省 Q 市医保局副局长访谈）

概言之，基于“制度约束－激励条件－路径依赖”的理论框架与田野研究，本文构建出一条在现有行政体系与医疗服务体制约束下的“地方财政水平－财政补偿承诺－医保基金监管力度－补偿金额动态调整－医保基金结余”的机制链条与财政治理逻辑（如表 1 所示）。地方可支配财力越大，当地对城乡居民医保基金兜底的压力就越小，可供补偿给医保的财政资源就越多，地方财政自主分配资源的空间就越大，地方政府就越愿意、也越敢于利用医保基金改进当地公立医疗机构的经济状况和城乡居民的医疗保障水平，从而带来了较高的财政补偿承诺、较宽松的控费力度与较大的动态调整空间，再叠加路径依赖的强化影响，最终导致了更低的城乡居民医保基金结余率；反之，地方可支配财力越弱，财政兜底的压力就越大，可供补偿给医保基金的财政资源就越少，财政与医保部门对于预算的约束力就愈加硬化，仅能勉强维持此前的制度惯性，从而带来了相对更高的城乡居民医保基金结余率。

表 6 地方可支配财力差异对城乡居民医保基金结余的影响机制

共同的制度约束						
	激励条件			路径依赖	地方财政补偿行为	医保基金结余
	兜底的目标压力	可用于补偿的财政资源	预算约束手段			
财政发达地区	小	多	软化	强化	动态承诺	相对较低
财政困难地区	大	少	硬化	维持	控费共识	相对较高

资料来源：作者整理。

此外，除了前面在医保基金使用与兜底环节的讨论之外，医保基金征缴环节中的按户籍参

保制度也值得注意。城乡居民医疗保险现行参保政策仍以户籍投保为主, 尽管部分地区开放了常住人口的参保权限, 但国家财政在参保环节的缴费补贴仍以户籍人口为依据, 非户籍常住人口参保很难享受财政补贴, 这就导致了大多数流动人口多选择在户籍所在地参保, 而非工作所在地参保。结合本文聚焦的地方财政对城乡居民医保基金结余的管理问题, 户籍参保制度设置进一步引发了以下两方面的问题。第一, 地方财政收入水平较高的地区多为人口净流入地, 大多数外地流入务工人员不在当地参保, 仅有小部分人员选择参保。总体说来, 由于经济发达地区接受的上级政府财政补贴较少, 因此户籍参保制度设置对于地方财政收入水平较高的发达地区的城乡居民医保基金结余产生的净影响也较小。第二, 地方财政收入水平较低地区, 多为人口净流出地, 这部分外出务工人员一方面将参保费用缴纳进家乡的医保基金池子中, 另一方面也为家乡争取到了更多的上级政府居民医保补贴, 加之年纪尚轻且不在家乡工作生活, 因此由家乡居民医保基金支出的医疗费用较少。换言之, 地方财政收入较低的地区, 外出务工人员更多, 其需要使用本地医保基金报销的概率更低, 因此当地的城乡居民医保基金结余反而相对更多, 这一事实与本文“越穷的地区, 越多的基金结余”这一发现是一致的。

六、结论与政策启示

本文采取定量与定性相结合的研究方法, 探讨了地方财政水平对城乡居民医保基金结余的影响及其机制。本文的研究成果与贡献主要体现在两个方面: 一是拓展了地方财政对医保基金管理的影响研究, 进一步将医保基金领域中的地方政府行为区分为地方财政部门行为、地方医保部门行为及公立医疗机构行为, 更加细致地分析了地方财力差异对地方医保基金收入与支出的影响, 并提供了首个针对全国范围内 293 个地市级层面 2015 年至 2017 年的城乡居民医保基金数据的实证分析。实证结果显示: 地方财力水平越高的地区, 其城乡居民医保基金的当年结余越低; 地方财力水平越低的地区, 其城乡居民医保基金的当年结余反而越高。二是基于定量分析结果, 本文进一步提出“制度约束-激励条件-路径依赖”的理论框架, 并通过 8 省 18 市的田野调研挖掘出了一条地方财政水平影响居民医保基金结余的机制链条与财政治理逻辑, 即在现行行政体系与医疗服务体制的共同约束下, 地方财政部门会由于地方可支配财力高低而产生强度不同的兜底压力、大小不同的补偿资源分配空间、软硬不同的预算约束, 并导致路径依赖或强化或勉强维持的选择, 最终在动态调整预算承诺的过程中造就了城乡居民医保基金“越富越亏、越穷越省”的结余现状。这一机制表明, 即使在基本公共服务领域, 地方财政依然呈现典型的“以收定支”特征。

本研究的启示在于: 由于医保基金对财政的依赖特征, 一个地区财政收入水平决定着该地区的医保基金风险水平。一个直观的结论是, 提高医保统筹层次会缓解上述效应, 因为统筹层次提高扩大了基金池, 弱化了地区间财力差异, 强化了各统筹地区的医保兜底能力。这在“全面做实基本医疗保险市地级统筹”基础上, 鼓励有条件的省份“推进省级统筹”的政策提供了实证支持。当然, 能否有效发挥统筹层次提高的效应, 还有赖于医疗服务体系和医保管理经办

体制的成功改革。此外，国家财政如何更有效地管理城乡居民医保基金仍是未来进一步健全中国社会保障体制过程中的关键问题。医保财政补助政策的完善离不开改革大环境的配套，比如将按户籍参保制度调整为按照常住地参保看起来更为公平合理，但这种调整短期看既减少了欠发达（人口净流出）地区可得到的上级政府财政补贴，降低了其可支配的居民医保基金，同时也加重了发达（人口净流入）地区的财政补贴负担，双方都成为改革成本的承担者，从而均缺乏改革动力，因此这一改革可能无法单兵推进，更适合做为户籍制度改革的副产品顺势而为。简言之，改革往往牵一发而动全身，如何平衡既得利益群体的损失，与争取更广泛受惠群体的政治支持，既考验政策设计层面的智慧，也需要讲求政策落地的稳妥性和渐进性。

Impact of Local Government Revenue on Surpluses in Basic Medical Insurance Funds

Zhu Hengpeng¹, Sun Mengting²

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

2. School of Public Policy and Management, Tsinghua University, Beijing 100084, China)

Abstract: This paper utilizes data from 293 Chinese prefectures spanning 2015-2017 and employs a two-way fixed-effects model to identify an inverse correlation between local government revenue and surpluses in urban and rural residents' medical insurance funds. The study further elucidates the underlying mechanism for this phenomenon based on field research conducted in 18 cities across 8 provinces, utilizing the analytical framework of "institutional constraints-incentives-path dependence." Within the constraints of the prevailing administrative and healthcare system, local fiscal authorities with varying levels of fiscal revenues exhibit varying degrees of solvency, resource allocation capacity, and budget constraints. This dynamic process, combined with path dependence and reinforcement, leads to an adaptive pattern of budgetary commitments, where wealthier regions tend to spend while less affluent regions prioritize savings. Furthermore, the study unveils that even in the realm of basic public services, local finances manifest a distinct "revenue-dependent" characteristic.

Key words: local government revenue; financial compensation; dynamic commitment; surplus in basic medical insurance funds

（责任编辑：仇雨临）