

# 我国医疗保障体系保障能力测算

张 研<sup>①</sup>, 张 亮<sup>②</sup>

**摘 要** 文章从卫生总费用的角度探究我国医疗保障体系的保障能力,依据医疗保障制度覆盖程度、人均医疗总费用以及人均医疗费用支出测算我国医疗保障体系的社会共付比,即保障制度风险分担的能力。测算表明,2010年我国已有近95%的人口被医疗保障制度所覆盖,2009年我国全社会人均医疗费用为953.5元,全社会人均支付比例为51.7%,且呈逐年下降趋势。在各种保障制度的风险分担下,居民个人医疗费用支付比为48.8%,保障能力稳步提高,保障制度抵御疾病经济风险的能力逐渐显现。

**关键词** 医疗保障制度;保障能力;个人卫生支出

**中图分类号** R1-9; F840.613 **文献标识码** A **文章编号** 1003-0743(2012)04-0028-03

**Analysis of the Insurance Ability of Medical Insurance System in China/ZHANG Yan, ZHANG Liang//Chinese Health Economics, 2012, 31(4): 28-30**

**Abstract** The article aims to explore the insurance ability of medical insurance system (MIS) China in the perspective of total expenditure on health (TEH). According to the coverage of MIS, medical expenditure per capita, out-of-pocket health expenditure, estimate of the insurance ratio of MIS show the insurance ability of MIS currently in China. Studies show that nearly 95% of China's population is covered by MIS by 2010. In 2009, medical expenditure per capita is ¥953.5 totally, the fee per capita ratio of whole society is 51.7% on the decline. With the risk-sharing of MIS, the ratio of out-of-pocket health expenditure is 48.8%. The insurance ability of MIS increases steadily. The ability of against health risk gets achievements.

**Key words** medical insurance system; insurance ability; out-of-pocket health expenditure

**First-author's address** School of Medical and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430030, China

我国当前已形成了以城乡医疗救助体系为基底,以新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)、城镇居民基本医疗保险制度(以下简称城居险)和城镇职工医疗保险制度(以下简称城职险)为主体,多种保障制度为补充的多层次医疗保障体系,已逐步实现保障群体的

全覆盖<sup>[1]</sup>。检测当前保障制度的保障能力,对我国保障制度的进一步完善有重大的指导意义。

## 1 我国医疗保障体系的覆盖程度

医疗保障体系的保障能力主要取决于两方面,保障体系的覆盖程度及保障体系的补偿水平,覆盖程度指保障制度所保障人群占目标群体的百分比<sup>[2]</sup>。截至2010年年底,我国参加新农合的人口已有8.36亿人,城职险和城居险参保人数已达4.32亿人,基本医疗保险制度覆盖人口占94.65%。此外,2010年我国还有2%左右的人口享受其他社会医疗保险<sup>[3]</sup>。也就是说,目前我国已有96%以上的人口被医疗保障预付制与风险统筹制

表1 我国医疗保障制度2004—2010年覆盖情况

年份	城职险参保人数(亿人)	城居险参保人数(亿人)	新农合参保人数(亿人)	参保总人数(亿人)	全国人口数(亿人)	基本医疗保险制度覆盖比(%)
2004	1.24	...	0.80	2.04	12.99	15.69
2005	1.38	...	1.79	3.17	13.08	24.23
2006	1.57	...	4.10	5.67	13.15	43.16
2007	1.80	0.43	7.26	9.49	13.21	71.83
2008	1.99	1.18	8.15	11.33	13.28	85.33
2009	2.20	1.81	8.33	12.34	13.35	92.42
2010	2.37	1.95	8.36	12.68	13.40	94.65

度所覆盖。我国医疗保障制度2004—2010年覆盖情况见表1。

## 2 我国医疗保障体系的补偿水平

我国当前各种医疗保障制度主要通过起付线、封顶线和补偿比作用于医疗费用来实现风险共担。起付线和封顶线在于锁定保障制度的补偿范围,对医疗消费有一定的限制作用。补偿比反映保障制度对医疗费用的补偿程度。目前,各地基本实行的是分段累退共保率的设计格局,是基于有效规避患者与医生合谋过度消费医疗资源道德风险的设计理念。在补偿过程中要遵循保障补偿的三大目录,即基本医疗保险药物目录、诊疗项目目录和医疗服务设施标准<sup>[4]</sup>,以明确我国当前所保障的是基本医疗服务,在于抵抗疾病自然风险,对于人为的事故伤害与奢侈性个体医疗服务不予以补偿。也就是说,我国当前医疗补偿比的确定是为了在基本医疗服务补偿范

① 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 武汉 430030  
作者简介:张研(1988-),男,硕士在读;研究方向:卫生经济与医疗保障;E-mail: zhangyan1604@163.com。

围内限制患者的过度消费,并实现医疗分流作用,并不能完全体现保障制度所能保障的水平,即在医疗费用支付上能为国民支出的分担程度。换句话说,我们不能把各项保障制度的名义补偿比看作是其补偿水平的评价指标。

医疗保障制度的补偿水平在于其保障制度的实际补偿水平,是指社会实际补偿比,表示保障制度承担其保障居民医疗费用的负担程度。这里的医疗不单单包括政府界定的基本医疗,还应包括人为的事故伤害与一定的奢侈性医疗,泛指除自我药疗以外的所有医疗行为。为了反映出当前我国保障制度的保障程度,特对保障制度的实际补偿比做以测算。

### 2.1 补偿水平的测算路径

由于我国当前存在的保障制度形式多样,且各个制度下的保障补偿设计各不相同,作为主体的三大保障制度间也存在着较大差异。各项制度间数据统计口径与方法不尽相同,可比性差,测算各保障制度的实际补偿比不具有现实意义。新农合的数据信息较为详细,城职险和城居险数据有限,商业医疗保险、公费医疗保险和企业补充医疗保险很难统计。因此,我们通过卫生总费用的测算途径来大体测量当前整个医疗保障体系的实际补偿水平。

首先要明确两个概念,社会补偿比( $\alpha$ )和个人共付比( $\beta$ )。在当前我国医疗保障制度的保障下,覆盖居民发生的医疗费用由社会统筹医疗保险基金与个人共同支付。而全社会医疗费用中,由保障制度所分担的医疗费用所占比例称之为社会补偿比,即社会医疗实际补偿比;而由被保险人个人负担的医疗费用所占的比例称为个人共付比<sup>[3]</sup>。而我们所要测算的就是整个医疗保障体系下的社会补偿比,以此描述当前医疗保障制度的保障能力。

人均医疗总费用( $C$ )是指城乡居民在接受到各类医疗卫生服务的费用总和,例如用于药品、检查、治疗和手术等服务和产品的费用,反映的是人均卫生服务的利用程度。人均医疗费用支出( $R$ )是城乡居民在接受各类医疗卫生服务时的现金支付,不包括自我药疗、健康保健与健康促进上的费用支出和参加医保的个人筹资部分<sup>[6]</sup>。 $R$ 是个人家庭现金付费等非公共性质的卫生支出,反映城乡居民人均医疗费用的负担程度。

设定1年里全社会居民总数为 $Q$ ,医疗保障体系全社会覆盖比例为 $\gamma$ ,则有:全社会居民个人医疗卫生支出总和( $RQ$ )等于已被社会保障制度保障居民( $Q\gamma$ )的卫生费用( $Q\gamma \cdot C$ )中个人支出部分( $Q\gamma C \cdot \beta$ ),以及保障制度未覆盖居民 $[Q(1-\gamma)]$ 的实际卫生支出 $[Q(1-\gamma) \cdot C]$ 。即: $RQ=Q \cdot \gamma \cdot C \cdot \beta + Q \cdot (1-\gamma) \cdot C$ ,进而有:

$$\beta = \frac{\frac{R}{C} + \gamma - 1}{\gamma} \quad \text{式 1}$$

故而可得  $\alpha = 1 - \beta$ 。

### 2.2 补偿水平的测算结果

$$R = \text{卫生总费用个人支出比率} \times C \quad \text{式 2}$$

按式2统计计算人均医疗费用支出,结果见表2。

表2 人均医疗费用支出测算结果

年份	卫生总费用(亿元)	个人卫生支出(亿元)	OOP比重(%)	人均卫生费用(元)	人均医疗费用支出(元)
2000	4 586.63	2 705.17	0.59	361.90	213.45
2003	6 584.10	3 678.66	0.56	509.50	284.67
2004	7 590.29	4 071.35	0.54	583.90	313.20
2005	8 659.91	4 520.98	0.52	662.30	345.76
2006	9 843.34	4 853.56	0.49	748.80	369.22
2007	11 573.97	5 098.66	0.44	875.90	385.89
2008	14 535.40	5 875.60	0.40	1 094.50	442.43
2009	17 541.90	6 571.20	0.38	1 314.30	492.86

注:数据来源于《2011中国卫生统计年鉴》。

人均医疗总费用( $C$ )的测算先从社会医疗总费用的测算入手,进而得出人均医疗总费用。对于社会医疗总费用的测算在此主要基于卫生总费用机构流向法来测算,卫生费用机构流向法主要是从卫生服务产品交易创造的原始收入初次分配的角度出发,核算产品的价值<sup>[7]</sup>。其卫生服务产品的直接受众即是社会居民,所以采用机构流向法的费用数据测算人均医疗总费用。从卫生总费用的机构流向上来看,社会医疗总费用则主要包括医院费用和门诊费用两部分。基于《2010年中国卫生总费用研究报告》与《2010年卫生统计年鉴》(其中2000年数据中包含高等医学教育经费),人均医疗总费用机构流向法测算结果见表3。

根据以上方法,粗略测算出了人均医疗费用支出和人均医疗总费用,同时结合表1我国医疗保障制度的覆盖程度,参照式1进行个人共付比的测算,测算结果见表4。

结果表明,2009年我国人均医疗费用支出比( $t$ )为51.70%,保障制度的覆盖程度为94.42%<sup>[6]</sup>,则计算得居民个人共付比为48.80%,则社会补偿比就是51.20%。也就是说,在2009年,我国13.35亿国民人均医疗总费用为953.50元,而在保障制度的分担下,人均医疗费用支出为492.90元。对于加入医疗保障体系的12.60亿国民,需个人支付48.8%即465.3元,其他51.7%由医疗保障制度分担,而无医疗保障制度的居民将自付953.5元。

## 3 讨论

### 3.1 医疗保障体系保障能力的讨论

我国保障制度的覆盖程度大幅提高,各项保障制度基本覆盖其保障对象,各个不同群体都有其适合的保障制度。城职险、城居险和新农合共同组成的基本医疗保障主体,分别覆盖了城镇就业人口、城镇非就业人口和

表3 人均医疗总费用机构流向法测算结果

年份	医院费用 (%)	门诊机构费用 (%)	药品零售机构费用 (%)	公共卫生机构费用 (%)	卫生行政管理机构费用 (%)	其他卫生费用 (%)	医疗比 (%)	人均卫生费用 (元)	人均医疗总费用 (元)
2000	64.90	13.61	6.37	5.07	0.55	9.51	78.51	361.9	284.13
2003	68.88	12.12	7.64	6.14	0.80	4.42	81.00	509.5	412.70
2004	66.56	11.78	10.19	5.81	0.77	4.90	78.34	583.9	457.43
2005	66.30	12.04	9.61	6.17	0.79	5.10	78.34	662.3	518.85
2006	65.91	12.13	9.38	6.27	0.82	5.49	78.04	748.8	584.36
2007	63.15	10.53	9.26	8.84	1.70	6.52	73.68	875.9	645.36
2008	62.71	10.56	10.14	8.62	1.69	6.29	73.27	1 094.5	801.94
2009	62.61	9.94	8.98	8.21	2.02	8.25	72.55	1 314.3	953.52

注：数据来源于《2010年中国卫生总费用研究报告》。

表4 医疗保障制度社会补偿比

年份	人均卫生总费用 (元)	人均医疗费支出 (元)	人均医疗总费用 (元)	人均支付比 (%)	总覆盖比 (%)	个人共付比 (%)	社会补偿比 (%)
2000	361.9	213.4	284.1	75.1	...	...	...
2003	509.5	284.7	412.7	69.0	...	...	...
2004	583.9	313.2	457.4	68.5	17.7	-78.2	178.2
2005	662.3	345.8	518.8	66.6	26.2	-27.2	127.2
2006	748.8	369.2	584.4	63.2	45.2	18.5	81.5
2007	875.9	385.9	645.4	59.8	73.8	45.5	54.5
2008	1 094.5	442.4	801.9	55.2	87.3	48.7	51.3
2009	1 314.3	492.9	953.5	51.7	94.4	48.8	51.2

农村人口，贫困人口由医疗救助提供保障。家庭条件好的还可以参加商业医疗保险，此外还有军人退役医疗保险制度、少年儿童住院互助基金、中小学生和婴幼儿住院医疗互助金等针对性保险制度。参保患者在基层医院住院名义补偿比均在70%以上，超过保险封顶线还有医疗救助制度与大病补助制度等补充保险制度给予补偿，全面连续的保障制度有效的减缓了患者家庭的医疗经济负担。

从全国历年的医疗保险补偿水平来看，2004—2007年下降较明显，2007年后趋于稳定，补偿人次大大增加。2004年我国基本医疗保障制度刚刚起步，城职险刚刚建立，新农合刚起步，保障体系的主体仅有城职险及公费医疗，保障主体为高收入群体，城镇职工是保障基金的筹资主体，在较高的名义补偿比作用下，其所享受的医疗服务远远优于未参保人群，其人均医疗消费要远远高于全社会的人均医疗消费水平，2004年的社会补偿比达到178.2%。随着基本医疗保障制度的完善深化，保障人群扩大，社会保障制度的支付对象激增，社会保障资金的增长远远低于保障居民数量的增长，社会补偿的水平呈下降趋势，这样的下降是合理的。

从2000年起，我国居民的人均医疗费用飞速上涨，2009年人均医疗费用是2000年的3.4倍，但在保障制度的分担下人均医疗费用个人支出仅增长1.3倍。人均医疗费用支出比呈现明显下降趋势，可见医疗保障体系

近年来的风险分担能力在稳步提升。我国医疗保障体系的保障能力稳步提高，在不断扩大医疗保障覆盖面的同时，不断提高参保群体的补偿水平。

### 3.2 该研究的不足

保障能力测算中存在两点不足，一是对于人均医疗总费用的测算。没有完全厘清医疗费用与卫生费用，在

医疗总费用测算时未涵盖药品零售机构费用，而实际上有大量的城职险参保者持医保卡到医保定点药店购买药品，即存在医疗费用流向药品零售机构，使社会医疗总费用测算较实际偏低。二是个人医疗费用支出的测算。个人医疗费用支出指代不全，此处计算涵盖了个人用于疾病治疗的现金支出，但不包括自我药疗、健康保健与健康促进的费用支出及医疗保障制度的个人支出部分。原因在于我国卫生统计口径不统一，随着我国卫生统计口径逐步规范，这些问题必将迎刃而解。

### 参 考 文 献

- [1] 马玉琴, 陈千, 张鹭鹭, 等. 我国基本卫生保健制度内涵及策略解析[J]. 医学与社会, 2009,22(10):1-2.
- [2] 方鹏骞. 当代社会保障学[M]. 湖北: 湖北科学技术出版社, 2006.
- [3] 赵郁馨, 谢小平, 翟铁民, 等. 2008年中国卫生总费用与卫生筹资战略[J]. 中国卫生经济, 2010,29(3):18-22.
- [4] 程晓明, 罗五金. 卫生经济学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [5] 杨小丽, 张亮, 冯泽勇, 等. 论城乡统筹目标下的医疗保障[J]. 医学与社会, 2009,22(9):7-8.
- [6] 赵郁馨, 谢小平, 翟铁民, 等. 2007年中国卫生总费用分析与预测[J]. 中国卫生经济, 2009,28(4):14-18.
- [7] 张振忠, 王禄生. 中国卫生费用核算研究报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.

[收稿日期: 2012-02-08] (编辑: 杨永萌)