

医疗保险制度对降低我国居民灾难性卫生支出的效果分析

吴群红^{1*} 李 叶¹ 徐 玲² 郝艳华¹

1. 哈尔滨医科大学卫生管理学院 黑龙江哈尔滨 150081

2. 卫生部统计信息中心 北京 100044

【摘要】目的: 2008年中国的医保制度已经覆盖87.9%的居民,接近全民医保覆盖的目标。然而,仍存在部分居民现金卫生支出比例过高的现象,导致家庭由于支付医疗卫生费用而陷入经济困境。本文通过计算中国灾难性卫生支出发生率和致贫率,来探究中国医疗保险制度的保障力度与水平。方法:本文利用第四次卫生服务调查的数据,通过世界卫生组织推荐的方法计算灾难性卫生支出和致贫率。结果:灾难性卫生支出发生率为13.0%,且发生率随着家庭经济水平的提高而降低;总体致贫率为7.5%;家庭中含有住院病人、慢性病人、肺结核病人及60岁以上老人,其发生灾难性卫生支出的风险高。结论与建议:通过分析脆弱人群发生灾难性卫生支出风险及影响因素,为今后完善医疗保险制度设计提供具有可操作性的政策建议,增强其对居民抵御疾病经济风险的保障能力。

【关键词】灾难性卫生支出;全民覆盖;医疗保险

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.012

Effect analysis on universal insurance coverage to reduce the incidence of catastrophic health expenditure in China

WU Qun-hong¹, LI Ye¹, XU Ling², HAO Yan-hua¹

1. College of Health Management, Harbin Medical University, Heilongjiang Harbin 150081, China

2. Centre of Health Statistics and Information, Ministry of Health, Beijing 100044, China

【Abstract】 Objective: The medical insurance system of China has developed rapidly and 87.9% of Chinese people has been covered by various medical insurance schemes by 2008, which nearly realized universal coverage. However, it is still a common phenomenon that high out-of-pocket expenditure makes Chinese households trapped in the dilemma of economic difficulties by paying for health services. In our study, we calculated the incidence of catastrophic health expenditure and incidence of impoverishment by medical expenses, to evaluate the financial protection ability of medical insurance system of China. Methods: We derived the data from the fourth national health service survey and used the methods of WHO to calculate the incidence of catastrophic health expenditure and the incidence of impoverishment by medical expenses. Results: The total incidence of catastrophic health expenditure was 13.0%, which was decreased with the raising economic level of the family. The total incidence of impoverishment by medical expenses was 7.5%. The vulnerable families, including chronic disease patients, hospitalizations, tuberculosis patients and elder people, were more risky to suffer catastrophic health expenditure. Conclusions and suggestion: we analyzed factors influencing the risk of vulnerable populations who suffered catastrophic health expenditure and provided policy recommendations for the future insurance design on priority areas, which eventually enhance the ability of residents to resist financial risk induced by disease.

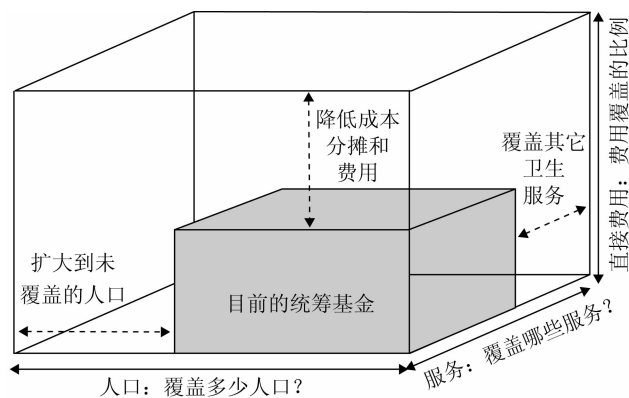
【Key words】 Catastrophic health expenditure; Universal coverage; Health insurance

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71073044);CMB杰出教授基金(09-979)

作者简介:吴群红,女(1962年—),教授,博士生导师,主要研究方向为卫生政策。E-mail: wuqunhong@163.com

2009 年《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出:全民医保即人人享有医疗保险,如果三大医疗保险制度(城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险)的参保率均达到 90% 以上,即可视为基本实现全民医保。^[1]我国医保的参保率从 2008 年的 87.9% 增加到 2012 年的 96%,在不到五年的时间里中国跃升为医保制度全民覆盖的国家行列。^[2]建立全民医保的主要目的在于改善和提高我国居民对卫生保健服务的可及性和服务利用的公平性,帮助其规避灾难性医疗支出的风险,并通过优质、高效的医疗服务提供满足居民的卫生服务需要。^[3,4]然而,大量研究数据显示,在基本实现了全民医保覆盖的背景下,我国仍存在居民现金卫生支出比例过高的现象,导致部分家庭承受高强度的疾病经济负担,甚至出现因病致贫现象。这些问题表明仅仅通过提升参保率,并不能足以抵消疾病的经济负担。

世界卫生组织(WHO)在 2010 年出版的卫生系统筹资报告中从三个维度来诠释全民医保覆盖的概念内涵(图 1)。全民医保不仅指医疗保险制度的全民覆盖,还应从医保制度的覆盖宽度、覆盖深度和覆盖高度三个维度来细化全民医保的概念内涵。^[4]覆盖宽度是指医保制度覆盖了多大比例的人群;覆盖深度是指医保包覆盖了多少服务项目,即其报销范围有多大;覆盖高度是指医保制度覆盖了多大比例的费用,即其报销比和风险分担能力的大小。因此,基于以上定义,应更加全面、深入地去衡量全民医保覆盖的实现程度。



来源: 2010 年世界卫生报告——卫生系统筹资——实现全民覆盖的道路

图 1 世界卫生组织全民医保概念框架

WHO 认定灾难性卫生支出发生率是测量疾病经济负担的有效工具,其具体涵义为:当居民现金卫生支出超过家庭总消费的一定比例(40%)时,便可认为该家庭发生了灾难性卫生支出。^[5]因此,本研究通过计算灾难性卫生支出发生率,探究中国医疗保险制度在抵御疾病经济风险发挥作用的有效程度;并通过分析脆弱人群发生灾难性卫生支出的风险,为今后医疗保险的制度设计与操作的优先领域,提供政策建议。

1 资料与方法

本研究的数据来源于《第四次国家卫生服务调查》。该调查采用多阶段分层整群随机抽样的方法,抽取样本 56 400 户。^[6]在此基础上,本研究对缺失或异常数据进行清理,最终得到 55 556 户调查样本。用 SAS 对样本量进行统计分析处理,其中,灾难性卫生支出的算法采用世界卫生组织推荐的方法,具体计算过程如下:^[5]

$$(1) \text{ 等价食品支出 } eqfood_h = \frac{food_h}{eqsize_h}, \text{ 其中, } eqsize_h$$

为标化后家庭规模 $eqsize_h = hsize_h^{0.56}$

(2) 贫困线,即计算加权排在 45 至 55 个百分点的食品支出的平均支出,等同于人均消费支出;

(3) 家庭的生活消费支出(se),即贫困线乘以标化后的家庭规模;

(4) 家庭支付能力(ctp_h):

$$ctp_h = exp_h - se_h \quad \text{if } se_h \leq food_h$$

$$ctp_h = exp_h - food_h \quad \text{if } se_h > food_h$$

其中, exp_h 为家庭总支出;

(5) 卫生支出负担:是指居民现金卫生支出(OOP)占家庭支付能力的百分比;

(6) 灾难性卫生支出:当卫生支出负担等于或超过 40% 时,即可认定该家庭发生了灾难性卫生支出,反之,则没有发生;

(7) 致贫情况($impoor$):如果 $exp_h \geq se_h$ 并且 $exp_h - oop_h < se_h$, $impoor_h = 1$, 否则 $impoor_h = 0$ 。其中, $impoor = 1$ 表示该家庭因支付医疗卫生费用而导致贫困;

(8)经济分组:用家庭总支出除以标化后的家庭规模,得出每个样本家庭的人均支出;并将其进行排序,在第20、40、60和80个百分点将样本家庭划分为五个经济水平组。

2 结果

2.1 不同经济组家庭卫生支出及灾难性卫生支出发生情况

按照WHO推荐的方法,计算得出我国2008年灾难性卫生支出总体发生率为13.0%;过去一年内,家庭平均卫生支出为1820元,占家庭总支出的比例为12.1%。不同经济水平家庭灾难性卫生支出的发生率不同,最贫困家庭组的灾难性卫生支出发生情况最为严重,高达15.8%,是最富裕组的1.5倍。我国灾难性卫生支出的整体水平仍处于世界的较高水平,这一现象表明,我国全民医保的覆盖高度和深度仍有很大的提升空间(表1)。

表1 2008年不同经济组家庭卫生支出及灾难性卫生支出发生情况

经济分组	家庭平均卫生支出(元)	占家庭支出的比例(%)	灾难性卫生支出发生率(%)
最贫困	568	12.8	15.8
次贫困	975	12.0	14.4
一般	1312	11.6	12.8
次富裕	1885	11.6	11.4
最富裕	4236	12.3	10.7
合计	1820	12.1	13.0

2.2 不同医疗保险制度下灾难性卫生支出的发生情况

对2008年参加不同医疗保险的家庭进行灾难性卫生支出发生率分析,结果显示:参加新型农村合作医疗的家庭,其发生灾难性卫生支出的风险最高,达14.8%,是一般人群的1.14倍;参加城镇居民和城镇职工的居民则相对偏低,分别为8.5%和9.4%。同时,对各种医疗保险的住院报销情况进行分析,其结果显示,城镇职工医疗保险的报销比例最大(55.0%),而新型农村合作医疗的住院报销力度仍有待提高,仅为29.9%(表2)。数据表明,不同医疗保险报销比不同,其灾难性卫生支出发生情况也大不相同。

表2 2008年不同医疗保险制度下灾难性卫生支出的发生情况

保险类型	实际住院报销比(%)	灾难性卫生支出发生率(%)
城镇职工	55.0	9.4
城镇居民	39.9	8.5
新农合	29.9	14.8
其它医疗保险	44.2	12.2
未参加	1.7	11.7

2.3 不同家庭灾难性卫生支出的发生情况

分析2008年不同特征家庭灾难性卫生支出的发生情况,结果表明:家中有住院病人,其发生灾难性卫生支出的风险较高,为32.8%,是一般人群的2.5倍;其次为有慢性病人和60岁以上老人的家庭,其灾难性卫生支出发生率分别23.1%和19.7%,分别是一般人群的1.8倍和1.5倍。由此可见,家庭中是否有慢性病人、住院病人及60岁以上老人,对其灾难性卫生支出发生的比率有很大影响。除含有5岁儿童的家庭外,其他不同特征家庭的灾难性卫生支出之间存在差别,具有统计学意义(表3)。

表3 2008年不同特征家庭灾难性卫生支出的发生情况

类型	灾难性卫生支出发生率(%)
家中是否有慢性病人	
是	23.1*
否	7.0
家中是否有住院病人	
是	32.8*
否	9.5
家中是否有肺结核病人	
是	35.6*
否	12.9
家中是否有5岁以下儿童	
是	14.3
否	13.1
家中是否有60岁以上老人	
是	19.7*
否	7.8

注:* P < 0.01

2.4 因病致贫情况

对样本家庭因病致贫的分析表明:7.5%的家庭在支付了医疗卫生费用后而导致贫困发生。其中,城市地区的致贫率为3.3%,农村地区则相对较高,为9.3%。同时,因病致贫情况与家庭经济水平有直

接关系,即家庭经济状况越为窘迫其因病致贫的风险就越大。从最贫困家庭组到最富裕家庭组,因病致贫率分别为 10.6%、19.1%、4.2%、2.2% 和 1.6%。

3 讨论

3.1 居民灾难性卫生支出发生率较高,表明我国医疗保险制度未充分发挥其应有的功能和作用

医疗保险的主要作用和功能担负着为卫生系统筹集资金、分散医疗费用风险、对费用进行控制以及对参保人员和定点医疗机构进行管理和服务等多重功能。其首要任务是为医保制度的可持续运行筹集资金。其资金筹集方式、总量、水平也在很大程度上影响着医保覆盖的宽度、高度和深度及其能够拓展的空间和潜力。在我国医疗保险的筹资和保障总体水平不高,限制了医疗保险的保险范围和报销幅度的大幅度提高,这是导致我国灾难性卫生支出高居不下的主要原因之一。其次,医保制度筹集的资金须通过购买医疗服务才能实现其保障功能,并为医疗卫生事业发展提供稳定的资金来源。在购买服务的过程中,医保制度应通过合理的费用风险分担机制的设计、适宜的支付方式和手段的探索以及相关规则体系的建立,实现对医疗机构行为、质量、费用等的监督和控制作用。只有上述多种功能和作用的充分发挥,才能真正实现全民医保的政策目标。

3.2 高比例的居民现金卫生支出,导致我国灾难性卫生支出发生整体水平较高

我国居民灾难性卫生支出发生整体水平较高:灾难性卫生支出发生率为 13.0%,因病致贫率为 7.5%,略高于亚太地区 and 南美洲的一些发展中国家的水平,诸如越南(13%,2002 年)和巴西(10.27%,1996 年)^[7,8]。居民现金支出占卫生总费用比例过高被视为卫生系统最有失公平且低效率的筹资方法,是导致高水平灾难性卫生支出发生的主要原因。^[9]2008 年我国居民现金卫生支出占卫生总费用的比例为 40%^[10],依据 WHO 的界定标准,当居民现金卫生支出占卫生总费用的比例超过 30%,便很难实现卫生服务的全民可及与覆盖^[11]。

比较 WHO 的三维测量标准,可以发现我国的医保制度距离真正意义上的“全民医保”还有很大差

距。虽然到 2008 年,我国的医保总制度已经覆盖 87.9% 的人口,接近全民医保覆盖的目标。但由于我国医保制度的总体筹资水平不高,特别是新农合的人均筹资标准仍不足 300 元,导致其覆盖深度——报销项目和范围仍然有限,只能覆盖最基本的药物和服务项目。此外,三大医保制度:新农合、城镇居民医疗保险和城镇职工医疗保险之间在全国不同地区的平均筹资水平相差很大,导致不同医保制度的保障能力和水平相差很大。其次,从医保的覆盖高度来看,三项医保制度的实际的报销比例并不高,最高的不过 50% 左右,最低的合作医疗只有 30% 左右,这是导致患者的医疗费用负担下降不明显的主要原因之一。此外,由于医保制度缺乏有效的支付方式和费用控制机制,因而难以对我国快速上涨的医疗费用实现有效的控制,从而导致医保增加的费用补偿在很大程度上被上涨的费用给抵消掉了,这是导致全民医保覆盖背景下灾难性医疗支出发生率以及因病致贫发生率仍然较高的另一个重要原因。

3.3 要实现全民覆盖,须重点提高医保覆盖的深度与高度

目前我国医疗保险的覆盖人群已经达到 96%,表明在医疗保障覆盖的宽度上已经符合了全民医保的要求,但是覆盖深度极为有限:现存医疗保险覆盖的卫生服务内容多集中在重大疾病,而非将福利包的重点放在预防慢性疾病的领域。加之,基本药物覆盖和门诊报销范畴有限,导致慢性病人迫于经济压力通常只有在病情严重至需要住院时,才选择治疗,严重浪费了卫生资源。因此,在设计医疗保险福利包时,应重点考虑覆盖脆弱人群,诸如慢性病人和老年人。其次,覆盖高度不够:现有的三大医疗保险对病人“共付费用”的依赖过大,其实际住院报销比例均未达到国家规定的 60% 以上。^[12]同时,如何设计合理的医疗保险起付线和封顶线也有待人们进一步的探讨,在实际操作中,由于卫生费用不符合报销范围的费用以及超过封顶线以上的费用全部由患者来承担,而不是由医保、医院以及患者共同分担,从而导致病人往往成为高额医疗费用的受害者。医疗保险覆盖高度不够、实际报销比例较低,使得病人不得不承担更多的医疗费用负担。

3.4 针对卫生服务的提供方,缺乏有效的卫生费用控制措施

在我国,高额医疗卫生费用的产生是受多种因素驱动而形成的,其中,政府对医疗机构的财政补助不足和医保按服务项目收费的付费方式是其中两个最重要的因素。^[13]此外,在市场经济大环境下,迫于竞争和生存的压力,追求经济利益最大化成为公立医院不得已的选择。受到多种不良激励机制的驱动,医院和医生也会选择向病人提供不必要的卫生服务项目,大量医疗高科技检查设备的引进和使用等因素的共同作用,推动了我国医疗费用的快速上涨。由于医保制度的设计过程中,未能针对不断上涨的医疗费用设计出更加合理的风险分担机制,导致病人承担了很大的医疗费用负担,甚至发生灾难性卫生支出和因病致贫的情况。因此,必须建立有效的卫生费用控制措施。

4 结论与建议

虽然我国医疗保险制度的保障能力有了长足进步,但仍不能有效减轻居民利用卫生服务的经济障碍,2008年,仍有高达27.9%的病人应住院而未住院,其中70.2%是由于经济困难而放弃了住院治疗。全民医保制度在帮助居民排除其卫生服务利用的经济障碍这一首要功能上仍存在问题。因此,应从三个维度全面完善全民医保的制度设计:首先从覆盖的宽度上看,进一步加大对老年人、慢性病人等社会脆弱群体的卫生服务需求的关注,并从制度设计上给予倾斜性支持;其次,从医保覆盖的深度来考虑,应充分考虑提供医疗保健的优先次序,在设计基本卫生福利包的基础上,进一步拓展医疗服务项目的报销范围。最后,应从覆盖的高度来考虑,在不断提高我国的医疗保险的筹资水平的基础上,逐步提高医疗保险制度的实际补偿比,减轻居民享受医疗服务的自付比例以及居民自掏腰包费用在中国卫生总费用中的比例,使其控制到居民完全可以承受的负担水平之内。此外,在加强医疗保险自身制度合理设计外,外部支撑配套制度的设计同样重要,诸如建立政府对公立医院的可持续性的筹资机制,建立和完善对医院和医生趋利行为的规制制度和体系,进一步巩固和完善基本药物制度和政策等等配套制度的改革和设计也应同步进行。

参 考 文 献

- [1] 国务院办公厅. 医药卫生体制五项重点改革 2011 年度主要工作安排[R]. 2011
- [2] Meng Q, Xu L, Zhang Y, et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study [J]. *Lancet*, 2012, 379: 805-814.
- [3] Strategy on health care financing for countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions (2006—2010) [R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [4] Advancing and sustaining universal coverage. In: *The world health report 2008, primary health care - now more than ever* [R]. Geneva: World Health Organization, 2008: 23-38.
- [5] Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology. Geneva: Department of Health System Financing [R]. World Health Organization, 2005.
- [6] 卫生部卫生统计与信息中心. 第四次全国卫生服务调查报告[R]. 2009.
- [7] Catastrophic health expenditure in Vietnam 2002. Hanoi: Development of Health Sector in Vietnam [R]. Central Commission for Science and Education & World Health Organization, 2006.
- [8] Xu K, Evans D B, Kawabata K, et al. Kawabata K etc., Household catastrophic health expenditure a multi-country analysis [J]. *Lancet*, 2003, 362: 111-117.
- [9] Knaul F M, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico [J]. *Lancet*, 2006, 368:1828-1841.
- [10] 中华人民共和国国家统计局. 中国统计年鉴 2011[M]. 北京:中国统计出版社, 2012.
- [11] Health financing strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015) [R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [12] 国务院办公厅. 医药卫生体制五项重点改革 2009 年工作安排[R]. 2009.
- [13] Zhang L, Cheng X, Tolhurst R, et al. How effectively can the new cooperative medical scheme reduce catastrophic health expenditure for the poor and non-poor in rural China? [J]. *Trop Med Int Health*, 2010, 15: 468-475.

[收稿日期:2012-07-31 修回日期:2012-09-01]

(编辑 薛云)