

# 大病保险对家庭灾难性医疗支出的风险分散机制分析

朱铭来\* 宋占军

南开大学卫生经济与医疗保障研究中心 天津 300071

**【摘要】**本文以大病保险制度的构建目标为出发点,通过实际受益人群规模来评估大病保险家庭灾难性医疗支出的风险分散效果。本文认为,我国大病保险制度提出的灾难性医疗支出标准偏高并且统一,可能导致大病保险的实际受益人群有限,风险分散效果不足。建议应进一步细化灾难性医疗支出的标准,采纳世界卫生组织提出的占家庭非食品消费高于40%的标准,并从多渠道筹资机制、合理控制医疗费用、保险公司提升服务水平等方面完善大病保险制度的风险分担机制。

**【关键词】**大病保险; 风险分散; 灾难性医疗支出

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.12.002

## The effect of catastrophic medical insurance on the risk diversification of the household catastrophic health expenditure

ZHU Ming-lai, SONG Zhan-jun

Research Center for Health Economics and Medical Insurance, Nankai University, Tianjin 300071, China

**【Abstract】** This paper analyses the risk diversification of the household catastrophic health expenditure based on the scale of people who can benefit from the catastrophic medical insurance. It concludes that the sole criterion of catastrophic health expenditure used is too high to benefit a lot of people. Then this paper suggests that we should improve the criterion based on the income and accept the criterion of catastrophic health expenditure of WHO, which is 40% of non-food household expenditures. Besides this paper suggests that we should update the health financing strategy, control the growing of medical cost, improve the managerial service of insure to development a cost sharing risk mechanism.

**【Key words】** Catastrophic medical insurance; Risk diversification; Catastrophic health expenditure

2012年8月,国家发改委等六部委共同发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称“指导意见”),明确提出“城乡居民大病保险,是在基本医疗保障的基础上,对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排”,开展城乡居民大病保险工作的必要性在于“减轻人民群众大病医疗费用负担,解决因病致贫、因病返贫问题的迫切需要”。指导意见同时指出,大病保险制度“以力争避免城乡居民发生家庭灾难性医疗支出为目标”。由此可见,大病保险最终能否建立城乡居民高额医疗费用支出风险的有效分散机制,应该是我们

考量和评估的核心要素。

评价大病保险风险分散机制的指标主要包含两个方面:一是大病保险制度的保障水平,即实际支付比例;二是大病保险制度的实际受益人群规模。指导意见提出大病保险实际支付比例不低于50%,总的来看,大病保险制度的保障水平较为合理,在此背景下,大病保险制度的实际受益人群规模成为分析家庭灾难性医疗支出风险分担效果的决定性因素。我国家庭灾难性医疗支出标准偏高,并且统一的灾难性医疗支出标准,将导致我国大病保险实际受益人群规模偏小,大病保险制度对家庭灾难性医疗支

\* 作者简介:朱铭来,男(1970年—),教授,博士生导师,南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任,主要研究方向为保险经济学、卫生经济与医疗保障。E-mail: zhuml@nankai.edu.cn

出的风险分担效果不足,为真正实现大病保险制度的政策初衷,本文从灾难性医疗支出标准细化和完善筹资机制、控制医疗费用增长、保险公司提升服务水平等方面提出相关建议。

## 1 灾难性医疗支出的标准和目标

### 1.1 灾难性医疗支出的国际标准

世界卫生组织提出,灾难性医疗支出是指在一个公平的医疗融资体系中,个人现金卫生支出(out-of-pocket expenditure, OOP)不应严重影响个人或家庭的消费结构,如迫使个人或家庭减少食物、住房或子女教育等必要的开支。当个人现金卫生支出医疗支出总额超过家庭非食品消费支出的 40% 时,即成为灾难性医疗支出。<sup>[1-2]</sup> 据此测算,2011 年我国城镇居民平均家庭灾难性医疗支出标准为 11 083.42 元,农村居民平均家庭灾难性医疗支出标准为 4 855.93 元。

### 1.2 灾难性医疗支出标准的确定应有助于实现卫生总费用筹资的优化

OOP 的规模是判断家庭灾难性医疗支出的基础。从国际比较的角度来看,我国居民 OOP 处在一个较高的水平(表 1)。2009 年,世界范围内 OOP 占卫生总费用的平均比重为 20%,而 2009 年和 2010 年我国 OOP 占卫生总费用的比重分别为 37% 和 36%。国际经验表明,当 OOP 超过卫生总费用的 30% 时,个人获得医疗服务将承担高额的经济负担,同时,低收入家庭将面临较高的灾难性医疗支出风险,全民医保的最终效果也将难以真正实现。<sup>[1,3-4]</sup>

表 1 不同国家和地区卫生总费用(来源法)筹资构成(%)

国家	年份	广义政府卫生支出	私人卫生支出	个人现金卫生支出
非洲地区	2009	49	51	31
美洲地区	2009	49	51	16
东南亚地区	2009	37	63	53
欧洲地区	2009	75	25	17
地中海东部地区	2009	51	49	43
西太平洋地区	2009	64	36	28
全球	2009	59	41	20
中国	2009	53	48	37
中国	2010	54	46	36

资料来源:WHO. World Health Statistics 2012;卫生部卫生发展研究中心. 中国卫生总费用研究报告 2010、中国卫生总费用摘要 2011。

保险机制(无论是商业健康保险还是社会医疗保险),通过社会化的风险分散方式,能够有效降低 OOP 的规模,从而有效降低 OOP 在卫生总费用的比重。我国大病保险制度,作为一种分散风险的保险机制,可以有效降低 OOP,进而促进我国卫生总费用筹资结构的优化。而合理确定灾难性医疗卫生支出的标准,是贯彻落实这种风险分散机制的关键问题。使更多的人通过大病保险这种风险分散机制降低个人医疗费用负担,将是决定我国大病保险制度最终效果的关键问题。

## 2 我国大病保险制度灾难性医疗支出的标准

### 2.1 我国灾难性医疗支出标准和世界卫生组织标准的比较

指导意见对灾难性医疗支出并没有给予明确界定,但对高额医疗费用给予了明确说明,“高额医疗费用,可以个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地统计部门公布的上一年度城镇居民年人均可支配收入、农村居民年人均纯收入为判定标准”。如果我们将高额医疗费用视同为灾难性医疗支出,可以发现,我国灾难性医疗支出的标准和国际通行的标准是有差异的。根据《2012 年中国统计年鉴》,我国 2011 年城镇居民平均家庭灾难性医疗支出标准为 21 810 元,农村居民平均家庭灾难性医疗支出标准为 6 977 元。我国根据人均可支配收入或人均纯收入确定的灾难性医疗支出标准,远远高于根据家庭非食品消费支出的 40% 确定的标准,其中我国城镇和农村家庭灾难性医疗支出标准分别是世界卫生组织标准的 1.97 和 1.44 倍。

出现上述差异的原因,可能是基于我国大病保险制度筹资规模有限,基金储备不足,对高额医疗费用缺乏有效控制等因素的考虑。但由于医疗费用的分布一般是非正态的、右偏的,医疗费用越高,发生频数越低,因此我国厘定的灾难性医疗支出标准偏高,将导致发生高额医疗费用的部分家庭无法获得大病保险的保障。只有少数发生重大医疗费用支出的家庭,才有可能获得大病保险的保障,结果导致大病保险制度的实际受益人群规模有限。

## 2.2 我国大病保险制度灾难性医疗支出标准应进一步细化

按城镇人均可支配收入和农村人均纯收入高低分组,并参考世界卫生组织和我国提出的灾难性医疗支出标准,我国城乡平均收入水平和不同收入组家庭发生灾难性医疗支出的标准如表2和表3所示。不难发现,我国不同收入组家庭在人均可支配收入或人均纯收入以及非食品消费支出的40%(即WHO灾难性医疗支出的标准)方面差异显著。无论是采取哪种标准,按照平均收入水平确定的灾难性医疗支出标准普遍高于中低收入组家庭的标准,并远远高于低收入组家庭的标准。总的来看,按照WHO灾难性医疗支出标准计算的城乡不同收入组家庭灾难性医疗支出门槛,一般低于我国标准。

表2 2011年城镇不同收入家庭灾难性医疗支出标准(元)

类别	我国不同收入组灾难性医疗支出标准	WHO不同收入组灾难性医疗支出标准
最低收入户(10%)	6 876	4 598
其中:困难户(5%)	5 398	3 926
较低收入户(10%)	10 672	6 136
中等偏下户(20%)	14 498	7 630
中等收入户(20%)	19 545	9 657
中等偏上户(20%)	26 420	12 438
较高收入户(10%)	35 579	16 568
最高收入户(10%)	58 842	25 808
平均	21 810	11 083

资料来源:根据《2012年中国统计年鉴》进行测算。

表3 2011年农村不同收入家庭灾难性医疗支出标准(元)

类别	我国不同收入组灾难性医疗支出标准	WHO不同收入组灾难性医疗支出标准
低收入户(20%)	2 001	3 283
中等偏下户(20%)	4 256	3 775
中等收入户(20%)	6 208	4 411
中等偏上户(20%)	8 894	5 234
高收入户(20%)	16 783	7 576
平均	6 977	4 856

资料来源:根据《2012年中国统计年鉴》进行测算。

因此,如采取统一的灾难性医疗支出标准,对于中低收入家庭的灾难性医疗支出风险分散效果有限,同时将进一步缩小大病保险制度的实际受益人群规模。因为灾难性医疗支出并不一定局限于高额医疗费用,相对较低的医疗费用支出,对于中低收入家庭尤其是困难人群,也会成为一种灾难性医疗支出,影响家庭其他必要的开支。因此,我国各地区实施大病保险制度,应重点关注中低收入人群的灾难性医疗支出风险,根据收入水平进一步细化,制定不同等级的灾难性医疗支出标准。同时,由于剔除食品这一具有较强刚性的生存必需品消费支出,能够更好地分析个人现金卫生支出过高对家庭正常生活方式和生活质量的影响,因此建议我国采纳WHO标准,以家庭非食品消费的40%为基础,根据城乡不同家庭收入等级来厘定不同的标准,以最大范围地涵盖发生灾难性医疗支出的家庭,扩大大病保险制度的实际受益人群规模。

## 3 进一步完善大病保险风险分散机制的建议

### 3.1 建立稳定、多渠道、可持续的筹资机制

我国提出的灾难性医疗支出标准过高,可能是由于大病保险基金筹资规模有限从而需要控制基金支出。指导意见提出,从城镇居民医保基金、新农合基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金,允许利用基金结余筹集大病保险资金。然而,我国各地区城镇居民医保基金累计结余水平不同,如天津、上海等地区,2011年城镇居民医保累计结余分别只有1.52亿元和1.25亿元。对于城镇居民医保基金或新农合基金累计结余不够的地区,单纯依靠划拨基金结余显然难以建立大病保险制度稳健的筹资模式。同时,基于我国城镇居民医保和新农合自愿参加而非强制的制度设计,以及我国近年来城乡居民医保筹资水平已经逐年提高的现状,在城镇居民医保、新农合提高筹资时统筹解决大病保险资金来源也可能不是一种稳健的筹资模式。

大病保险实现化解家庭灾难性医疗支出风险的政策初衷,一个决定性的因素是建立稳健的筹资机制。单纯依靠城镇居民医保或新农合累计结余以及提高两项基本医保筹资标准并不能保证大病保险形

成稳健的基金池。在这种情况下,建立多渠道的大病保险筹资模式势在必行。总的来看,参保人员个人缴费、各级财政补助、城镇居民医保和新农合累计结余、城镇职工医保累计结余、医疗救助、其他社会组织和个人筹资,应是我国大病保险多渠道筹资的重要组成部分,这也为我国江苏太仓、广东湛江和陕西旬邑大病保险实践经验所证明。<sup>[5-7]</sup>

### 3.2 合理控制医疗费用增长

有研究表明,我国新农合等医疗保障制度实施后,由于医疗服务的利用率提升,参保人员的医疗负担并没有显著下降。<sup>[8]</sup>大病保险制度的出台,将进一步释放参保人员的医疗服务,有可能导致参保人员医疗费用负担不降反升,从而影响大病保险制度对家庭灾难性医疗支出的分担效果。传统的按项目或服务付费的支付方式往往伴随着医疗费用的过快增长,而总额预付制、按病种付费等支付方式对于引导医疗服务人员的诊疗行为、控制医疗费用的不合理增长具有积极作用。但是,任何一种单一的支付方式都难以控制医疗费用不合理增长。为保证我国大病保险制度充分化解家庭灾难性医疗支出风险,必须减少和控制医疗费用的不合理增长,应以我国深化医改为契机,保险公司、地方社保及卫生部门紧密合作,建立在预算管理框架下,以总额预付制、按项目付费、按病种付费的复合支付方式。

### 3.3 提升商业保险公司服务水平

指导意见提出大病保险制度采取向商业保险机构购买大病保险的方式,并要求保险公司不断提升大病保险管理服务的能力和水平。保险公司作为大病保险的经办机构,直接影响家庭灾难性医疗支出风险分担的效果。保险监管部门和保险行业协会应尽快制定大病保险服务标准,保险公司应充分利用

分支公司全国联网的优势,简化报销手续,提供即时结算服务和异地结算服务,不断提升服务水平。

同时,保险公司特别是专业健康保险公司,应积极发挥健康管理服务的优势,通过对参保人员健康状况和风险因素的监测、分析、评估和预测,为参保人员提供健康咨询、指导以及健康管理计划,引导参保人员树立健康的生活方式,从而提高参保人员的健康水平,降低大病保险医疗费用的开支,从预防的角度分担家庭灾难性医疗支出风险。<sup>[9]</sup>

### 参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Health Financing Strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015) [M]. WHO Press, 2009.
- [2] 张振忠. 中国卫生费用核算研究报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [3] World Health Organization. Strategy on Health Care Financing for Countries of The Western Pacific and South-east Asia Regions(2006-2010) [M]. WHO Press, 2005.
- [4] World Health Organization. World Health Statistics 2012 [M]. WHO Press, 2012.
- [5] 曾耀莹. 太仓: 大医保独领风骚[J]. 中国医院院长, 2012(20): 45-48.
- [6] 曾耀莹. 湛江: 补充医保二次发酵[J]. 中国医院院长, 2012(20): 49-51.
- [7] 曾耀莹. 旬邑: 多渠道筹资减压[J]. 中国医院院长, 2012(20): 52-53.
- [8] 程令国, 张晔. “新农合”: 经济绩效还是健康绩效? [J]. 经济研究, 2012(1): 120-133.
- [9] 李玉泉. 中国健康保险市场发展研究报告(2010) [M]. 北京: 中国经济出版社, 2012.

[收稿日期:2012-11-15 修回日期:2012-11-27]

(编辑 薛云)