

福利归属视角下社会医疗保险政策的纵向比较研究

雷咸胜* 龚曦

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】为了促进基本医疗保险政策的高质量协调发展,本文从福利归属视角对我国基本医疗保险政策进行审视和分析。利用中国综合社会调查数据(CGSS)和中国家庭金融调查数据(CHFS)等多源数据库进行分析,得出如下结论:基本医疗保险的参保率实现了较高水平,但未参保群体中农村群体和低收入群体占比有提高的趋向;基本医疗保险的受益具有一定的亲富性,并具有强化趋向;而疾病负担具有一定的亲贫性,也具有强化趋向。因此,需要明确规定基本医疗保险参保的强制性,反思现行基本医疗保险的待遇支付,以及完善面向弱势群体倾斜的医保补偿政策。

【关键词】福利归属;社会医疗保险政策;覆盖率;受益归属;疾病负担

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.08.001

A longitudinal comparative study on social medical insurance policies: A perspective of welfare ownership

LEI Xian-sheng, GONG Xi

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】In order to facilitate the high-quality and coordinated development of basic medical insurance policy, this paper reviews and analyzes the basic medical insurance policy from the perspective of welfare ownership. The researchers conducted an analysis by using multi-source databases such as China General Social Survey (CGSS) data and China Household Finance Survey (CHFS) data, and drew the following conclusions: the participation rate has been improved to a relatively high level, but there is a trend of increase in the proportions of rural groups and low-income groups in uninsured groups. On one hand, benefits from basic medical insurance are of a pro rich nature, which sees a tendency of intensification; on the other hand, disease burden is of a pro poor nature, which also sees a tendency of intensification. For this reason, it is necessary to clearly stipulate the compulsory nature of participation in basic medical insurance, reflect on the treatment-based payment for the current basic medical insurance, and improve the policy of medical insurance compensation in favor of vulnerable groups.

【Key words】Welfare ownership; Social medical insurance policy; Coverage rate; Benefit ownership; Disease burden

目前,我国形成了以职工和居民分设的基本医疗保险政策体系。回顾过往,各项基本医保政策覆盖率快速提升,筹资水平不断提高,保障范围不断扩展,保障水平不断提升。^[1]展望未来,我国医疗保险政策需要从规模扩展转向高质量发展^[2],而现有医保政策的保障效果评估是医保政策实现高质量发展亟需解决的核心议题之一。医保政策效果的研

究一般分为两种路径:一是横向的比较研究,主要是对比不同地区或国家间医保政策的保障情况;二是纵向的比较研究,主要是对同一个地区或国家的医保政策效果进行前后的对比分析。当前关于国际间或地区间医保政策的比较研究较为丰富,而关于我国医保政策效果的前后比较研究略显不足。

现实中,我国基本医保的覆盖率已经达到较高

* 基金项目:中国人民大学2018年度拔尖创新人才培育资助计划成果;国家社会科学基金青年项目“社会医疗保险‘新卑斯麦’改革模式的国际比较研究”(18CSH060)

作者简介:雷咸胜(1988年—),男,博士研究生,主要研究方向为医疗保险和长期照护。E-mail:leixiansheng1988@163.com

水平,当前还有部分群体游离在基本医保覆盖之外,但是这些未参保群体具有哪些特征以及变化趋势如何?虽然我国医保的保障范围和保障水平不断优化,但是不同参保群体的受益分布呈现何种发展趋势?而且,基本医疗保险保障水平不断提高的同时,“看病贵”问题依旧是民生的热点,所以关注医保支出的同时也要重视居民的实际医疗负担,那么全民医保下的医疗负担分布又是如何变化?上述内容均是我国建设高质量协调的医疗保险政策需要回应的问题。因此,本研究试图从福利归属的视角对我国的基本医疗保险政策进行纵向比较,希冀发掘出有利于基本医疗保险政策高质量协调发展的可行建议。

1 分析视角:福利归属^①

关于社会保障政策的比较研究早期缺乏可测量的指标和维度。到了20世纪90年代,艾斯平-安德森(Esping-Andersen, 1990)以劳动力的去商品化程度、社会分层和团结度以及公民社会权的保障程度等为分析维度,将部分发达国家的社会保障政策分为三类,分别是保守主义、社会民主主义和自由主义。^[3]安德森的比较维度对后续研究产生重要影响,而且出现了众多的比较指标和维度以及分类类型,如阶层视角、老龄视角、性别视角、种族视角等。此外,WHO于2008年发布的《Primary Health Care: Now More Than Ever》报告中提出影响全民医保的三个重要维度,分别是覆盖人群(who is insured)、保障范围(which benefits are covered?)和保障水平(what proportion of the costs is covered?)^[4],三者之间是相互联系和制约的关系,为政策比较提供了基本框架。虽然社会保障政策比较关注的切入点不同,但运用较多的测量指标主要包括两个,一是社会保障政策的覆盖率;二是社会保障政策的支出大小及其占比情况。以往的诸多研究大多基于社会整体的福利水平出发,而对不同需求群体的福利获取关注不够,从而导致福利效果在不同群体间的分布被模糊化了。所以,社会保障政策的比较研究可以从社会整体视角转换到群体差异视角,进而分析社会保障政策的福利分布情况。

本研究认为,社会保障政策的福利归属概念应该包含三个方面,一是社会保障政策的覆盖情况,主

要体现需求者是否有资格参与到某项社会保障政策中来,这与每项政策的目标定位有关。除了关注参保率和未参保率外,更需要关注未被政策覆盖的群体在不同收入城乡间的基本分布情况及变化趋势。二是社会保障政策的受益分布情况,观察不同家庭或个人的受益差异。受益情况主要关注的是政策受益在不同特征的群体间的分布,如不同收入群体或城乡群体之间等。三是风险的负担情况,主要反映医疗保险政策在多大程度上解决了家庭或个体的后顾之忧。风险负担情况主要关注家庭或个人的风险负担水平在不同群体之间的分布及变化趋势。

2 数据来源与测量指标

在实证数据的选取上,本文选取具有代表性的数据库,包括中国综合社会调查数据(CGSS)和中国家庭金融调查数据(CHFS)。由于单一的数据库难以满足多指标的需求,所以需要多源数据库进行分析。下面分别对三个维度的测量指标进行介绍。

第一,关于社会医疗保险政策覆盖情况及未覆盖群体的基本特征。选择基本医疗保险的参保率和未参保率来体现基本医疗保险的整体覆盖情况,并选取不同收入阶层的未参保占比和城乡未参保占比来反映未覆盖群体的基本特征。利用连续四年(2012年、2013年、2015年和2017年)的中国综合社会调查(CGSS)数据来分析基本医疗保险参保率和未参保率情况;同时,选取最近两年的数据来分析未参保群体在不同收入阶层间与城乡间的差异和趋势。同一数据库前后的数据具有一定的可比性,因为数据的搜集方法及样本选取具有统一性。通过对四年的数据整理后,得到不同年份的样本量分别为11 685个、11379个、10 917个和12 514个。

第二,关于社会医疗保险政策的受益分布情况。本研究采取体现受益是否公平的方法是集中指数法(Concentration Index),如分析不同收入群体之间的受益公平性,通常的公式表达为 $C = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n y_i R_{i-1}$,其中, C 表示集中指数, i 表示个人, μ 表示医疗保险受益的均值, n 是样本的观察量, y_i 表示第 i 个受益者的受益量, R_i 表示第 i 个受益者在收入水平由高到低排序下的分数秩次(fractional rank)。^[5] C 的取值在-1和1之间,0表示绝对的公平,当取值小于0的时

^① 该研究视角由中国人民大学公共管理学院李珍教授提出,特此说明。

候,表示受益集中于低收入群体身上;当取值大于 0 的时候,表示受益集中于高收入群体身上。利用最新发布的 2015 年和 2017 年中国家庭金融调查数据(CHFS)进行分析,选取医保的报销金额来体现医保的受益情况,对前后两年的数据整理后分别得到 32 920 户和 28 611 户样本量。

第三,关于患者的疾病风险负担水平。借鉴社会保障水平的测量方法,假设一个家庭或个人一年内应对风险需要家庭或个人承担的数额为 Se ,而这个家庭或个人一年的总收入或可支配收入为 w ,那么这个家庭或个人的风险负担水平可以表示为 $\frac{Se}{w}$ 。

关于风险负担水平的分布,当获得家庭或个体的疾病负担水平后,同样可以通过计算集中指数的方法来观察疾病负担在不同群体之间的分布情况。该项指标将选取 2015 年和 2017 年 CGSS 数据库进行对比分析,选取医疗支出(不含医疗保险报销金额)来体现医疗负担,前后两年的数据整理后获得的样本量分别为 2 828 个和 3 336 个。

3 基本医疗保险的覆盖情况

由于我国基本医疗保险制度是按照城乡和职业等维度进行分割的,而不同群体之间的重复参保在信息技术不成熟和管理不协调的背景下又难以避免,导致官方统计数据出现了失真现象,甚至有的年份参保率超过了 100%。当前官方公布的数据显示参保率稳定在 95% 以上。

对 2012 年、2013 年、2015 年和 2017 年 CGSS 的数据进行汇总如图 1 所示,我国的基本医保的参保率从 2012 年的 89.61% 增长到 2017 年的 92.30%,而未参保率从 2012 年的 10.39% 降至 2017 年的 7.70%,比国家近几年公布的 5% 未参保率要高出 2.7 个百分点,而比王超群基于多源数据比较得出 10% 的未参保率要低 2.3 个百分点。^[6]随着医保制度的整合和医保管理体制的改革,医保重复参保问题会得到进一步解决,但未参保问题却无法得以解决。

下面主要从未参保群体的收入和户籍情况进行观察。第一,从不同收入群体的未参保情况来看。分别将 2015 年和 2017 年 CGSS 数据中个人的年收入进行五等分,计算出每个收入阶层中未参保人数占总未参保人数比例(图 2)。首先,就总体的未参保情况而言,2015 年和 2017 年 CGSS 数据均显示,中低收入群体的占比要高于高收入群体的占比。以最

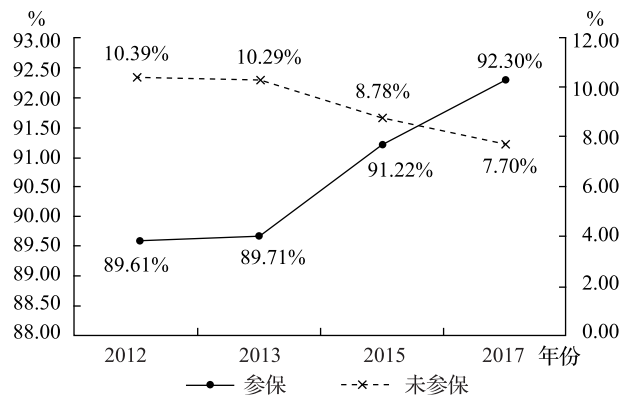
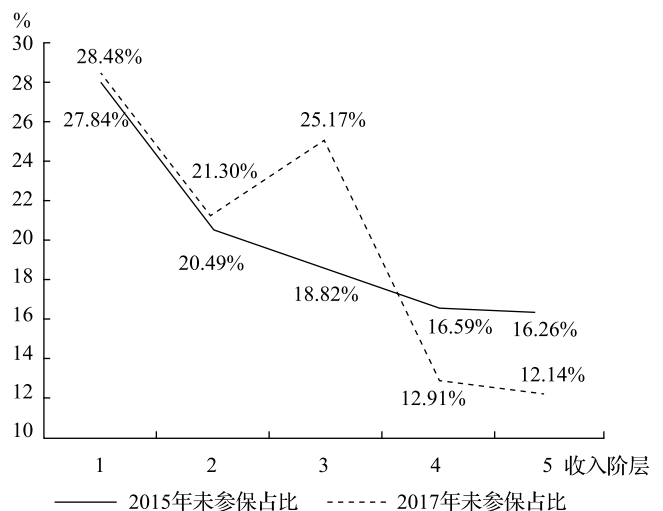


图 1 2012—2017 年基本医疗保险参保与未参保的占比情况

低收入组与最高收入组为例,2015 年高低组占比分别是 27.84% 和 16.26%,二者相差 11.58 个百分点;2017 年高低组占比分别是 28.48% 和 12.14%,二者相差 16.34 个百分点。其次,从未参保群体的发展趋势来看,中低收入群体的未参保人数占总未参保人数比例有所增加;而对于高收入群体而言,从 2015 年到 2017 年占比有所下降,即我国的未参保占比呈现了中低收入群体占比越来越多,高收入群体占比越来越少的趋向。第二,从城乡的未参保群体来看。总体上,农村的未参保群体要多于城市的未参保群体,2015 年城市的未参保人数占总未参保人数比例为 43.38%,而农村占比为 56.62%;到 2017 年城市和农村的占比分别为 42.39% 和 57.61% (图 3)。从两年的变化趋势来看,城市的未参保占比呈现下降趋势,而农村的未参保群体呈现上升趋势。即未参保群体中农村群体占比有提高的趋向。



注:1 为低收入组,2 为中低收入组,3 为中等收入组,4 为中高收入组,5 为高收入组

图 2 2015 年和 2017 年不同收入阶层的未参保人数占总未参保人数比例变化

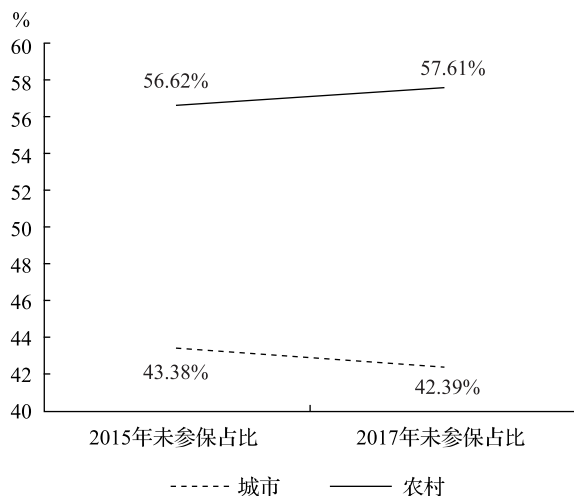


图3 2015年和2017年城乡未参保人数占总未参保人数比例变化

4 基本医疗保险的受益分布情况

医保受益的具体形式包括医疗服务的利用、医疗保险基金的报销水平及额度等,当前关于医疗保险受益归属的研究文献已经较为丰富。图4和图5分别是利用2015年和2017年CHFS数据分析以家庭总收入为基础的医保受益的分布情况。图4显示2015年集中曲线位于公平线的下方,集中指数为0.111(表1),说明2015年的医保报销更多地集中于高收入群体。图5展示的是2017年的集中曲线,相应的集中指数为0.123,结论与图4一致。而且从2015年到2017年,以家庭收入为基础的医保受益的集中指数有所提高,表明医保受益集中于高收入群体的趋势有所加重。因此,依据数据结果可以得出,高收入群体比低收入群体在医保报销上的获益要大,而且这种亲富性(pro-rich)还有增强趋势。

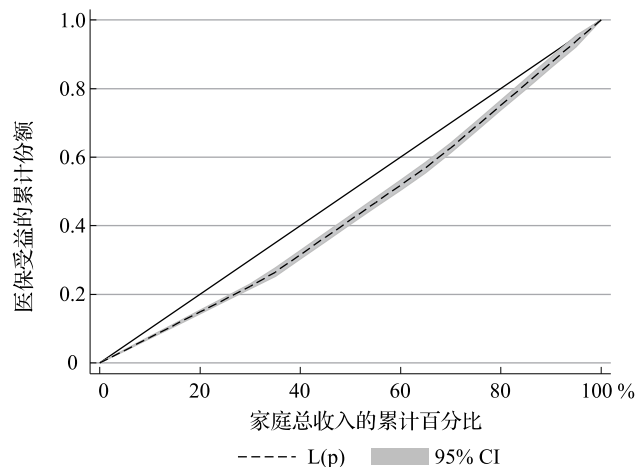


图4 2015年以家庭收入为基础的医保受益集中曲线

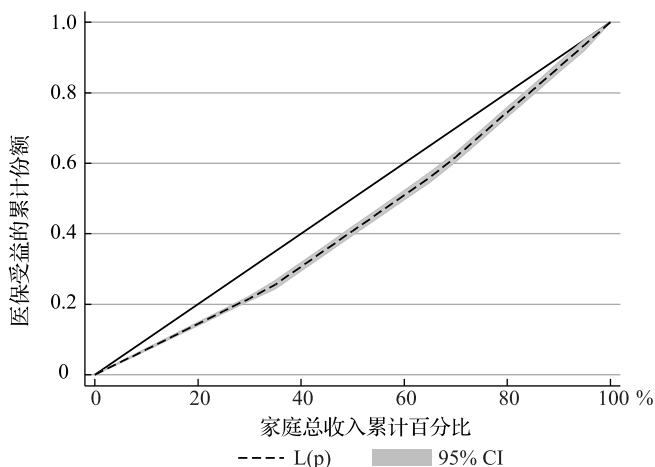


图5 2017年以家庭收入为基础的医保受益集中曲线

表1 2015年和2017年以家庭收入为基础的医保受益集中指数

年份	样本量	集中指数	标准误	P值
2015	32 920	0.111	0.081	0.000
2017	28 611	0.123	0.075	0.000

在医保报销受益方面,上述结果与当前大多数研究结果一致,当然也存在有差异的研究结果,如何文等运用中国劳动力动态调查数据(CLDS)分析发现,灵活就业人员中低收入的参保人获得了更多的医保基金补偿。^[7]这可能与选取的研究对象有关。另外,医保受益中关于医疗服务利用也存在较多的研究成果,如解亚利用中国健康与营养调查(CHNS)数据分析,认为医疗保险等因素扩大了医疗服务利用不平等。^[8]Xie利用中国健康与营养调查(CHNS)数据,发现医疗卫生服务利用存在亲富不平等。^[9]齐良书等利用1991—2006年的CHNS面板数据分析得出,1993—2004年医疗服务利用的变动有利于高收入者,但是新农合制度实施后,2004—2006年发生了较大的有利于低收入者的变动。^[10]综上,虽然已有研究中关于医疗保险受益结果的分布存在一些差异,但是本文数据的分析结果和大部分的研究结论均显示,我国基本医保受益存在一定的亲富性。

5 需求者的疾病负担分布情况

疾病损失的费用除了医保政策给予补偿外,剩余的成本则需要家庭或个人来承担,疾病负担可以反映医保政策在多大程度上解除了患者的疾病风险。利用2015年和2017年CGSS中自付费用与家庭的经济收入之比来体现患者的疾病负担水平。首先,分析以家庭收入为基础的疾病负担分布情况。图6展示的是2015年以家庭收入为基础的疾病负担

集中曲线,对应的集中指数为 -0.410 (表 2),且曲线位于公平线的上方,表明疾病负担集中于低收入群体。图 7 是 2017 年以家庭收入为基础的疾病负担集中曲线,其集中指数为 -0.479 ,同理,说明疾病负担也是集中于低收入群体。而且从不同年份的对比来看,从 2015 年到 2017 年,集中指数的绝对值是增加的,意味着疾病负担有向低收入群体聚集的趋势。

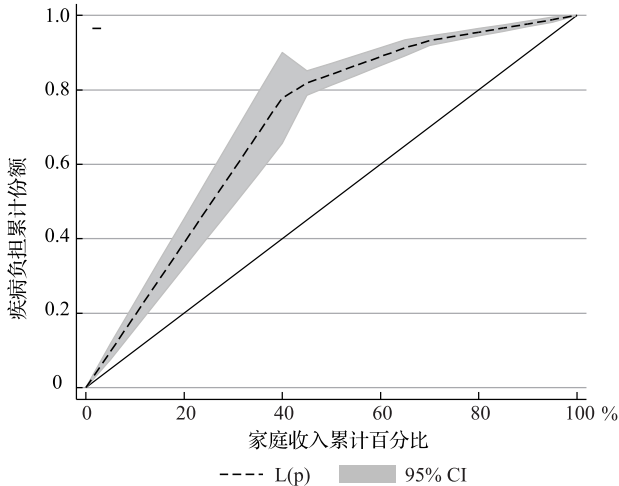


图 6 2015 年以家庭收入为基础的疾病负担集中曲线

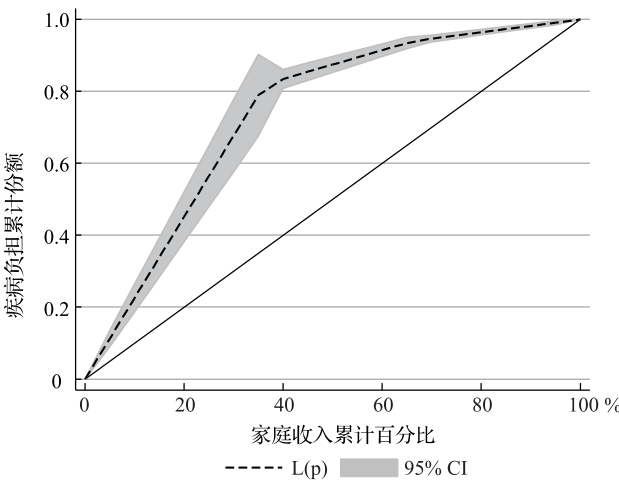


图 7 2017 年以家庭收入为基础的疾病负担集中曲线

表 2 2015 年和 2017 年以家庭收入为基础的疾病负担集中指数

年份	样本量	集中指数	标准误	P 值
2015	2 828	-0.410	0.043	0.000
2017	3 336	-0.479	0.040	0.000

其次,分析不同经济发展水平地区的疾病负担分布情况。利用 2015 年和 2017 年 CGSS 数据中不同省份当年人均 GDP 来体现地区的经济发展水平。图 8 是 2015 年以地区经济发展水平为基础的疾病负担集中曲线,对应的集中指数为 -0.128 (表

3),集中曲线位于公平线的上方,说明疾病负担集中于经济发展水平较低的地区;图 9 展示的是 2017 年以地区经济发展水平为基础的疾病负担集中曲线,其集中指数为 -0.199 ,曲线也位于公平线的上方,说明 2017 年疾病负担也集中于经济发展水平较低的地区。而且对比两年的集中指数发现,2017 年集中指数的绝对值要大于 2015 年,说明从 2015 年到 2017 年,疾病负担进一步向低经济发展水平地区集中。

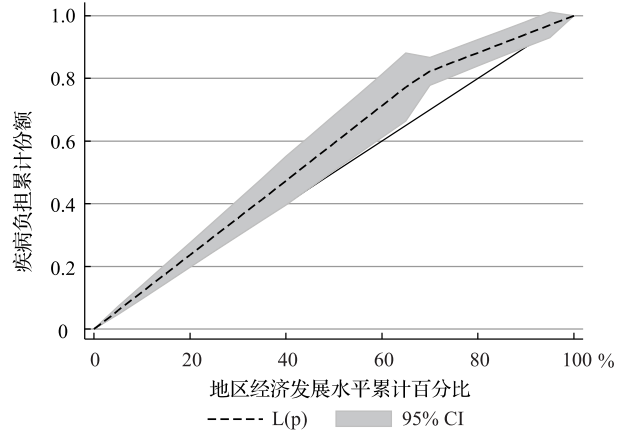


图 8 2015 年以地区经济发展水平为基础的疾病负担集中曲线

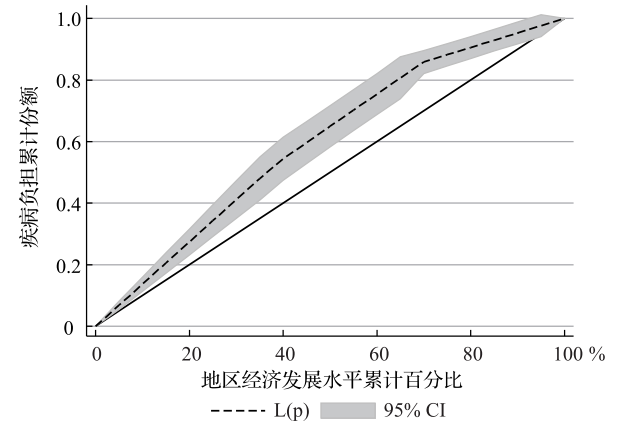


图 9 2017 年以地区经济发展水平为基础的疾病负担集中曲线

表 3 2015 年和 2017 年以地区经济发展水平为基础的疾病经济负担指数

年份	样本量	集中指数	标准误	P 值
2015	2 828	-0.128	0.044	0.004
2017	3 336	-0.199	0.040	0.000

再者,分析城乡之间的疾病负担分布情况。图 10 是 2015 年以城乡为基础的疾病负担集中曲线,

曲线位于公平线之上,对应的集中指数为 -0.210 (表4),说明相对于城市而言,疾病负担更多地集中于农村地区。图11是2017年以城乡为基础的疾病负担集中曲线,曲线也位于公平线之上,对应的集中指数为 -0.262(表4),结果与图10一致。而且,对比两年的结果发现,2017年集中指数的绝对值要大于2015年,说明从2015年到2017年存在疾病负担向农村群体集中的趋向。

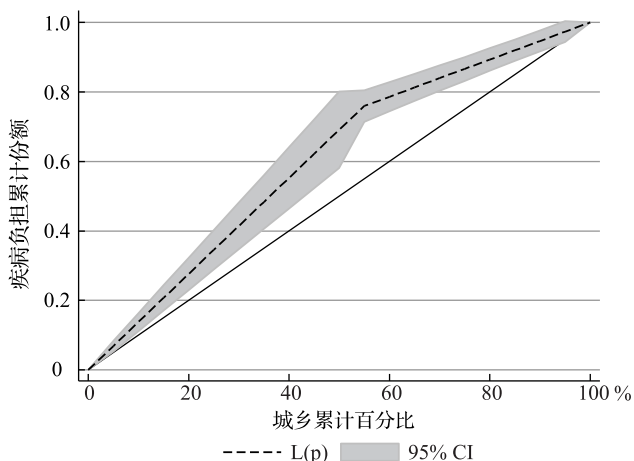


图10 2015年以城乡为基础的疾病负担集中曲线

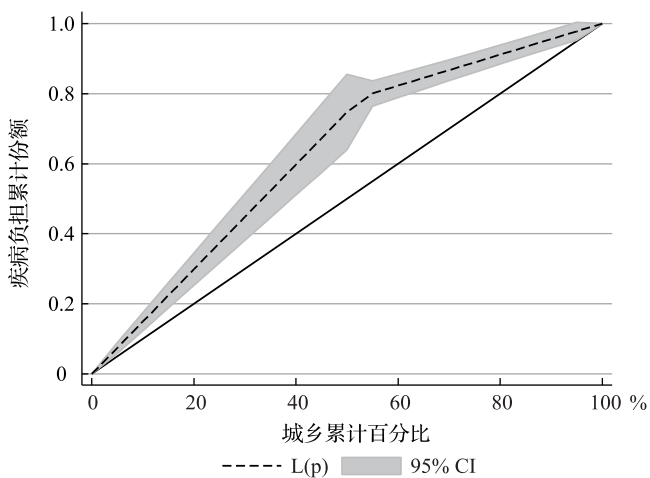


图11 2017年以城乡为基础的疾病负担集中曲线

表4 2015年和2017年以城乡为基础的疾病负担集中指数

年份	样本量	集中指数	标准误	P值
2015	2 821	-0.210	0.041	0.000
2017	3 325	-0.262	0.037	0.000

6 结论与建议

本文从福利归属视角对我国的基本医疗保险政策进行纵向比较,得到如下结论:基本医保参保率实现了较高水平,但未参保群体中农村群体和低收入

群体占比不断提高;基本医疗保险的受益具有一定的亲富(pro-rich)性,且具有强化的趋向;而疾病负担水平具有一定的亲贫(pro-poor)性,也具有强化的趋向,具体体现在疾病负担不断向低收入群体、农村群体和经济发展水平较低的地区集中。当然本研究也存在一些不足,一是,随着国家医保局的成立,城乡居民医保中重复参保等问题得到有效解决,关于医保覆盖率等调查数据稍显滞后,不能反映最新情况;二是由于数据结构的限制,无法对职工医保和居民医保进行拆分,不能进而获取两种医保制度下福利归属情况。基于上述结果,为了推进我国医保高质量协调发展,提出如下政策建议。

第一,明确规定基本医疗保险参保的强制性。基本医疗保险作为应对全体国民疾病风险的制度安排,每个公民都应该参与到基本医疗保险制度中来。当前我国基本医疗保险政策中职工医保参保具有强制性,而城乡居民医保的参与属于自愿行为。自愿参保的结果必定导致逆向选择问题,部分群体自然会选择不参保或断保。实现基本医疗保险参保的强制性,一是需要在法律层面明确参保的强制性。《中华人民共和国宪法(2018修正)》第四十五条写到“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第八十二条明确写到“公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。”这就为基本医疗保险参保强制性写进法律提供了支持。二是主要关注那些弱势群体的参保状况,我国前期开展的扶贫攻坚事业为实现弱势群体参保提供了信息支持,可以及时地帮助漏保的弱势群体加入基本医疗保险,其中无力支付保费的可以通过医保救助金和扶贫专项资金等多渠道帮助其参保。

第二,反思现行基本医疗保险的待遇支付。参保患者的医保待遇支付包括支付的起付线、封顶线和支付(报销)比例。当前的医保待遇方式设置是将保障范围内的药品医疗器械费用和诊疗服务费用打包在一起,由参保者负担起付线以下的费用,起付线与封顶线之间的费用由医保和个人按比例负担,封顶线之外的通过其他途径解决。当前的待遇支付采取的是一刀切的做法,由于药品价格和服务价格等存在差异,在同样的报销比例下,能否

使用高价的药品和医疗器械是由患者负担能力决定的。显然,对于高收入的参保患者而言,可以获得更高的医保报销待遇。基本医疗保险的定位是保基本,互助共济是重要目标,而现有的待遇设置存在逆向再分配的隐患。从社会公平角度来看,待遇支付政策应该缩小患者的受益差异。因此,当前笼统地把医疗费用合计作为报销基础的做法需要引发反思,可以尝试对同类药品或检查项目确定合理的待遇支付标准,以确保保障基本需求和缩小待遇差距。

第三,完善面向弱势群体倾斜的补偿政策。理论上讲,基本医疗保险的参保者在缴费端人人尽责,那么在相同的情况下,应该获取平等的补偿水平。现实中,即便缴费端公平和待遇端平等,但对于弱势群体而言,其疾病的负担依旧较重,甚者导致因病致贫。当前我国有针对高费用的大病保险和贫困人员的医疗救助,有效缓解了部分群体的医疗负担。但上述政策在实际操作中均存在一定的问题,如就大病保险而言,《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》规定以年度累计的自付费用来确定是否属于大病,通过起付线、封顶线和合规费用等对保障范围进行限定。由于政策标准的统一与个体经济状况的多样性之间产生了矛盾,所谓的是否属于大额支出是依据整体的医疗支出和整体的居民收入来制定的,而不是以具体家庭或个人的收入状况作为判断依据,导致出现了有政策而无保障的困境。而医疗救助主要救助的是最低生活保障家庭成员和特困供养人员,低保和特困人员是依据经济收入端来确定的,而疾病费用则发生在支出端。因此,当前需要进一步完善面向弱势群体倾斜的补偿政策,大病保险和医疗救助应该同时关注经济收入端和医疗支出端,依据家庭或个人的实际情况来实施分类保障。

致谢

感谢中国人民大学公共管理学院李珍教授对文章提出的宝贵建议。感谢匿名审稿人对文章提出的宝贵修改意见。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李珍. 基本医疗保险 70 年:从无到有实现人群基本全覆盖[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(12): 1-6.
- [2] 何文炯. 论我国医疗保障之高质量发展[J]. 中国医疗保险, 2019(3): 10-13, 22.
- [3] Esping-Andersen G. Three Worlds of Welfare Capitalism [M]. Cambridge: Polity Press, 1990.
- [4] WHO. Primary Health Care: Now More Than Ever [R]. 2008.
- [5] Allanson P, Gerdtham U-G, Petrie D. Longitudinal analysis of income-related health inequality[J]. Journal of Health Economics, 2010, 29(1): 78-86.
- [6] 王超群. 中国基本医疗保险的实际参保率及其分布特征:基于多源数据的分析[J]. 社会保障评论, 2020, 4(1): 67-84.
- [7] 何文, 申曙光. 灵活就业人员医疗保险参与及受益归属:基于逆向选择和正向分配效应的双重检验[J]. 财贸经济, 2020, 41(3): 36-48.
- [8] 解莹. 与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J]. 经济研究, 2009, 44(2): 92-105.
- [9] Xie E. Income-Related Inequalities of Health and Health Care Utilization [J]. Frontiers of Economics in China, 2011, 6(1): 131-156.
- [10] 齐良书, 李子奈. 与收入相关的健康和医疗服务利用流动性[J]. 经济研究, 2011, 46(9): 83-95.

[收稿日期:2021-08-01 修回日期:2021-08-20]

(编辑 赵晓娟)