

# 我国人口医疗保障分析

陈再华

(首都经济贸易大学 人口经济研究所, 北京 100026)

**摘要:** 本文分析了我国人口医疗保障的现状, 在介绍国外人口医疗保障情况的基础上, 提出了我国人口医疗保障的若干建议。

**关键词:** 人口; 医疗保障; 医疗保险

**中图分类号:** C92-05      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1000-4149(2000)05-0044-05

## Medical Security System in China

CHEN Zai-hua

(Institute of Population Economics, Capital University of  
Economics and Business, Beijing, China, 100026)

**Abstract:** The author analyses the current status of medical security system in China, and puts forward corresponding suggestions by reference of foreign experiences.

**Keywords:** population, medical security, medical insurance

我国正处在从计划经济体制向市场经济模式的转变过程中, 医疗保障问题是当今最热门的话题之一。以计划经济向市场经济过渡的社会变革为大背景, 我国的医疗保险制度处在急剧的变革之中。我国医疗保险制度的改革随着经济体制改革的进程, 不断进行探索和试点。1998年12月, 国务院颁发了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》, 即国发[1998]44号文件, 鼓励企业在参加基本医疗保险的基础上, 作为过渡措施建立企业补充医疗保险。

建立基本医疗保险和补充医疗保险相结合的办法是由我国基本国情、国力决定的。我国是发展中国家, 经济不发达, 为了使医疗保险既能发挥保障生活和安定社会的作用, 又能适应不同经济条件下的具体需要, 宜实行多种医疗保障模式。建立补充医疗保险应是国家政策大力扶持和提倡的, 它是现代企业福利制度的一个重要组成部分。通过补充医疗保险, 企业可以合理地以最小成本将企业职工的疾病治疗或因意外致残的风险转嫁给专业的保险公司。这也是我国卫生制度改革的重要发展方向, 并逐步形成包括社会基本医疗保险、补充医疗保险、社会医疗救助以及商业医疗保险多层次的医疗保障体系。

### 一、我国医疗概况

#### 1. 医疗消费

1997年全国职工医疗总费用为773.7亿元; 每家庭平均医疗保健支出为718.3元; 人均医疗保健费用支

收稿日期: 2000-03-30

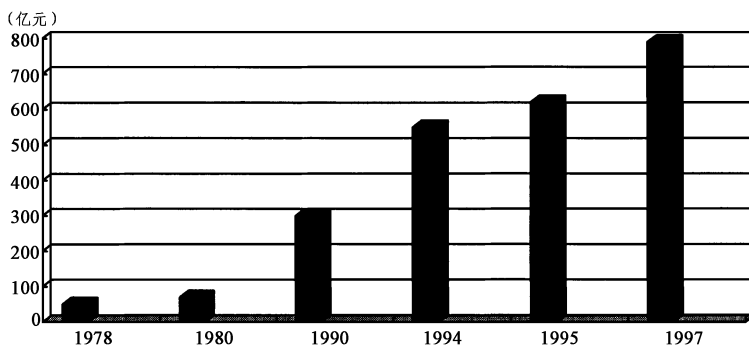
作者简介: 陈再华(1966-), 男, 湖北人, 现任首都经济贸易大学人口经济研究所助理研究员, 硕士, 从事人口与经济, 人口保障研究。

出为 375.57 元, 此处家庭和个人的医疗保健支出系家庭和个人的实际支出, 不包括公费医疗和劳保医疗的支出, 1998、1999 年在此基础上又有所攀升。

医疗保健消费将持续上升。由于人口结构老化、保健意识增强及医疗保险制度改革, 使个人医疗负担适当增加, 内地城镇居民医疗保健消费支出比重继续上升。在未来的 5 年内, 城镇居民医疗保健支出比重预计由 2000 年的 5.5% 上升到 7%。

## 2 医疗费用急剧上涨

1978 年至 1988 年, 我国职工人数上涨 30%, 而同期医疗费用却上涨 414%; 人均医疗费用上涨 310%; 1988 年以来, 我国医疗费用每年以 20% 的速度递增, 大大超过同期国民收入的增长速度。(我国职工医疗费用支出总额增长状况如下图所示)



## 3 医疗费用上涨的主要原因

- (1) 医疗服务量的增加和高新技术、新设备的使用。
- (2) 疾病谱的改变, 心脑血管疾病、糖尿病、高血压、癌症等高费用疾病发生率提高。
- (3) 人口的老龄化及大众的健康意识提高。
- (4) 医疗服务单位人力成本的增加和管理费用的上升, 上述因素决定了医疗费用上涨的必然性。
- (5) 药品价格持续上涨。

## 二、我国社会医疗保障制度改革介绍

我国的社会医疗保险体系起源于 50 年代末的公费医疗制度和劳保医疗制度, 从 50 年代末到 70 年代中期又在农村发展了农村合作医疗制度, 在 80 年代末到 90 年代初期, 针对公费医疗和劳保医疗费用迅速上涨, 国家和企业难以承担, 开始对原有社会医疗保障体制进行了多种形式的改革尝试。

1994 年国家决定采用个人账户与社会统筹为基础的社会医疗保险制度, 并在九江和镇江进行试点, 积累了一定经验。1996 年决定在全国 57 个城市扩大试点, 准备在现有公费医疗和劳保医疗制度上全面实行社会医疗保险制度。

1998 年 12 月国务院下发 44 号文件, 决定在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革。改革的宗旨是建立城镇职工基本医疗保险制度, 即适应市场经济体制, 根据财政、企业和个人的承受能力, 建立保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。

改革的实质是改变以往国家和企业大包大揽的医疗制度, 减轻国家和企业负担, 增加职工个人自负比例, 保障职工的基本医疗需求。

目前医疗改革的主要内容是“低水平、广覆盖”。改革的目标是从 1998 年起, 用三到五年的时间, 初步建立起社会统筹和个人账户相结合的基本医疗保险制度, 覆盖城镇全体劳动者, 并逐步形成包括社会基本医疗保险, 补充医疗保险, 社会医疗救助以及商业医疗保险多层次的医疗保障体系。以下是社会医疗保障制度的主要内容:

项目	内容
参加范围	城镇所有用人单位,包括企业(国有、集体、外商投资、私营等)、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工
缴费办法	基本医疗保险费:用人单位和职工共同缴纳(其中用人单位控制在职工工资总额的6%;职工一般为2%)
账户办法	基本医疗保险基金=统筹基金+个人账户基金
起付标准	起付标准:原则上为当地职工年平均工资的10%左右
和 限 额	支付限额:控制在当地职工年平均工资的4倍左右
支付原则	起付标准以下的医疗费用从个人账户中支付或个人自付 起付标准以上,最高支付限额以下的医疗费用,由统筹基金支付 超过最高支付限额的医疗费用,可以通过商业医疗保险途径解决

### 三、建立企业补充医疗保险的必要性

对企业补充医疗保险的必要性和重要性,国家有关领导在不同的专题会议上都有过精辟的论述,摘录如下:

“我们现在建立的医疗保险制度,只能保障职工的基本医疗,当代医学诊疗技术手段不断发展,一些高新技术的采用,往往需要支付高额费用。……可根据实际情况确定社会统筹医疗基金所能支付的最高医疗费用限额,超过限额的医疗费用……探索其他解决办法”。(1996年4月8日国务委员彭真在全国职工医疗保障制度改革扩大试点的工作会上的讲话)

“由于我们是一个发展中国家,人口多、底子薄,财政困难,企业效率不高。所以在建立新的医疗保险制度时,要考虑到国家和企业负担不能太重。由此,必须积极地探索和发展多种形式的补充医疗保险方式,如:互相医疗保险、商业性医疗保险等。”(1996年李鹏在全国卫生工作会议上的讲话)

### 四、企业补充医疗保险政策法规

1.“国家鼓励用人单位根据本单位的实际情况为劳动者建立补充保险”。(《中华人民共和国劳动法》第七十五条)它确立了商业补充医疗保险的法律基础。

2.“发展……商业性医疗保险,作为社会医疗保险的补充,以满足国家规定的基本医疗保障之外的医疗需求……”(国家体改委、财政部、劳动部、卫生部[1994]51号文《关于职工医疗制度改革的试点意见和扩大试点的意见》)它表明了政府职能部门对商业医疗保险的态度。

3.“……进一步深化卫生改革,加快我市的卫生事业发展,……为我市劳动者和人民群众提供多层次的医疗保障。要探索补充医疗保险模式,以满足社会不同层次的需求。”(中共深圳市委、深圳市人民政府[1997]28号文件《关于贯彻《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》的意见》)这里可以看出我国发展最快的地区之一,对补充医疗保险的态度。

4.“加快医疗保险制度改革,保障职工基本医疗,是建立社会主义市场经济体制的客观要求和重要保障。统筹基金和个人账户要划定各自的支付范围,要确定统筹基金的起付标准和最高支付限额,超过最高支付限额的医疗费用,可以通过商业医疗保险等途径解决。

为了不降低一些特定行业职工现有的医疗消费水平,在参加基本医疗保险的基础上,作为过渡措施,允许建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分,从职工福利费中列支,超出部分从成本中列支。”(国发[1998]44号文件《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》)这是一个非常重要的政府文件,它为我国医疗制度改革奠定了基础,也成为商业医疗保险发展的指导性文件。

### 五、国外补充医疗保险模式

国外医疗保险制度历经百余年的发展演变,现已基本定格为如下四大类型:

#### 1. 商业保险模式

参保自由, 灵活多样, 保障随保费增加而增大, 能适应不同的需求层次。

美国是实行商业医疗保险最典型的国家。在美国, 医疗保险以盈利为目的, 完全按市场法则运作, 那些健康状况差、收入低的居民常常被拒于医疗保险大门之外, 因此公平性较差。另外这种模式极易导致总医疗费用的失控。据统计, 美国每年的医疗费支出约占国内生产总值的 14%, 是世界上最高的, 但仍有 3000 万人得不到任何医疗保险。

## 2 社会保险模式

该模式的医疗保险基金由社会统筹, 互助互济, 保险费由雇主和雇员共同缴纳, 政府酌情补贴。目前, 世界上有上百个国家采取这个模式, 但德国最为典型。德国社会医疗保险的特点主要有三:

① 劳动者、企业主、国家一起筹集保险金, 保险重心由企业向家庭、资本家向工人转移。

② 保险费按收入的一定比例征收, 但保险金的再分配与被保险人所缴纳的保险费多少无关, 无论收入多少都能得到治疗。

③ 对于日收入低于 610 马克的工人, 保险费全部由雇主承担; 失业者的医疗保险费大部分由劳动部门负担。18 岁以下无收入者以及家庭收入处于温饱水平者可免交某些项目的费用。

## 3 全民保险模式

这种模式是由政府直接创办医疗保险事业, 老百姓纳税, 政府收税后拨款给公立医院, 医院直接向居民提供免费(或低价收费)服务。实行这种模式的典型国家是加拿大, 其全民医疗保险有如下特点:

① 保险内容覆盖所有必需的医疗服务。除一些特殊规定的项目外, 公众可免费享受包括住院保险和门诊保险在内的所有基本医疗保险。

② 国家立法, 两级出资, 省级管理, 即各省医疗保险资金主要来源于联邦政府拨款和省级政府财政预算, 各省和地区政府独立组织、运营省内医疗保险计划。

③ 鼓励发展商业性补充医疗保险。凡非政府保险项目均可由雇主自由投资, 其所属雇员均可免费享受补充医疗保险项目。

## 4 储蓄保险模式

强调个人责任, 通过立法迫使个人储蓄积累为医疗保险基金。新加坡是成功运行储蓄医疗保险的典范。其特色是:

① 以个人责任为基础, 国家以设立中央公积金的形式分担部分费用。

② 在强调个人责任的同时, 通过大病保险计划发挥社会共济、风险分担的作用。

③ 政府拨款建立保险信托基金, 帮助贫困国民支付服务费。

5 美国的医疗社会保险由三大部分组成, 即雇员(在职人员)医疗健康保险, 由私营保险公司经营; 老年人医疗健康保险, 由联邦政府保险局管理实施; 贫困人的医疗救助, 由联邦政府卫生局管理实施。

### ① 雇员医疗健康保险

雇主为雇员购买商业保险, 其等级、付费方式、自负比例均由雇主决定。一般大型公司都提供医、药、牙的健康保险, 福利较好的公司全额支付员工的保险费。当职工离职时, 这种保险也就取消。也有雇主不为雇员购买保险的, 因而福利待遇往往成为雇员在择业时的重要选择依据。在美国, 大约有 4000 万人没有医疗保险, 他们或是没有能力购买, 或是自己不想购买。

### ② 老年人医疗健康保险

联邦政府医疗保险实行预收制度。投保人在年轻时交纳保险费, 年老后才能免费享受。医疗保险费由联邦政府保险局按社会保险税统一收缴, 统一拨付给地方使用, 其中:

申请 A 类保险的条件是, 必须工作满十年, 或必须积满 40 个工作积点(每季为一个工作积点), 年满 65 岁才能享受。关于保险税的缴纳, 个人需缴纳工资收入的 1.45%, 雇主交纳 1.45%, 连同养老金在工资中扣除, 累计交满 6.14 万美元, 可以不再缴纳。如果未滿 40 个工作积点, 根据实际工作积点数, 每月还需补交保险费, 才能免费享受。享受 A 类保险的情况是: 门诊和住院治疗、技术性护理、家庭服务、晚期病人的服务。

申请 B 类保险的条件是, 每月缴纳 43.8 美元的保费即可享受。享受 B 类保险的内容包括: 门诊的诊疗

费(不包括药费), X光检查、验血、救护车费。每次自己负担 100 美元,超过部分,自己再付 20%。

### ③ 贫困人口医疗救助

美国贫困人口的医疗救助是由联邦政府拨款,由地方实施救助措施。获得医疗救助的条件有:年满 65 岁,在美国合法居住五年以上,个人月收入低于 640 美元或夫妇二人收入低于 1012 美元,可以申请医疗救助。获得医疗救助者可免除门诊、X光检查及各种化验的收费。住院第一天的自费用、救护车费、死亡服务费也可免除。

目前,美国人大约有 30%至 40%的人享受贫困人口的医疗救助。其中也有相当一部分人瞒报个人收入,不愿交付保险费,即所谓的乘自备小汽车领取医疗救助的人。

系统探讨国外百余年来医疗保障制度的发展与演变,目的是为了吸收其成功经验,完善我国人口的医疗保障制度。应当指出,我国人口的医疗保障还处于刚刚起步阶段,借鉴国外的成功经验非常重要。我国农村人口的医疗保障以及城镇企事业单位职工以外人员的医疗问题,是政府面临的重大问题,这个群体的总人数将近 10 亿,其中相当一部分没有任何医疗保障。

### 六、对我国人口医疗保障的几点建议

1. 我国农村人口占总人口的比例很大,这是一个巨大的群体。目前我国农村人口的医疗保障问题很大,自从 50 年代末到 70 年代中期农村合作医疗制度结束以后,农民的医疗保障基本上靠自己来解决,遇上重大疾病,整个家庭往往陷入严重的危机之中。特别在我国农村,许多农民还不富裕,由于医疗而带来的经济危机是每个不富裕的家庭都可能面临的问题。我国亟待解决贫困人口的医疗保障问题,建立由政府(或民间团体)组织的互助救助性质的贫困人口医疗保障体系,政府应拨适当的专款,民间可以吸收一些慈善基金,广大的农民每年可缴纳少量的资金,这样用整个社会的力量集中解决贫困人口的医疗保障问题,广大的农民也能从很少的投入中得到巨大的医疗保障。

2. 我国人口老龄化的速度加快,老年人口越来越成为一个非常巨大的群体,针对这个群体,应当有一个医疗保障的体系。从现在开始就应当系统研究如何较全面地解决老年人口的医疗保障问题。人们应当从年轻的时候就为将来的老年生活储备必要的社会保障资金。政府应当完善社区老年人口医疗服务系统。这方面国外有非常成功的经验,我们可以根据我国的具体特点加以借鉴利用。

3. 我国城镇企事业单位职工的基本医疗保障,只能满足最低的基本医疗需求,一旦患上重大疾病,基本医疗最高支付的医疗费用只控制在当地职工年平均工资的四倍左右,这是远远不能满足重症患者的医疗费用需求的,超过最高支付限额的医疗费用,只能通过商业医疗保险等途径来解决,补足社会基本医疗保险的不足,所以,从社会医疗保障的角度,政府应当积极鼓励和大力发展商业医疗保险,可以借鉴国外的经验,建立几家专门的医疗保险公司。

4. 我国人口众多,各种不同的家庭经济收入的情况差异很大,应当建立不同层次的医疗保障档次,满足不同经济收入层次的具体需要,但是在费用的花费上要拉开档次。

---

(上接第 55 页)

[24] 谢晋宇.90 年代以来欧盟国家国际迁移和国际迁移政策.人口研究,1999(2).  
[25] 翟振武.城乡一体化发展、削峰填谷、共同迎接人口老龄化挑战.人口研究,1996(5).  
[26] 张维庆.人口问题是中国可持续发展的首要问题.人口研究,2000(1).

[27], [28] 同 [19]  
[29] 郭志刚.新形势下对中国人口发展的思考.人口与经济,1997(2).  
[30] 李建民.中国生育率下降积极经济后果实现决策支持系统研究.人口研究,2000(1).