社会医疗保险的真实保障水平研究
——兼论“保障水平幻觉”

李亚青
（广东商学院 金融学院，广东 广州 510320）

摘 要：文章利用广东省样本地区医疗保险库的数据分析表明，社会医疗保险的实际保障水平偏低，现有制度未能从根本上解决居民看病负担较重的问题。名义保障水平与真实保障水平差距很大，存在“保障水平幻觉”，导致“看病贵”问题被淡化甚至被掩盖，影响到保障水平的合理调整和制度目标的实现。实际补偿比作为真实保障水平的核心测度指标，应当成为政策调整的重要参照变量，在社会医疗保险改革过程中获得更多的关注。

关键词：社会医疗保险；保障水平；实际补偿比；保障水平幻觉
中图分类号：F840.684　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1000-4149（2012）05-0065-07

A Study on Real Security Level of the Social Health Insurance: Exploring the Illusion of Security Level

LI Ya-qing
(Guangdong University of Business Studies, Financial Collage, Guangzhou 510320, China)

Abstract: Applying the data from the database of health insurance of the sampled cities in Guangdong province, the paper reveals that the security level of the social health insurance is too low to cover citizen's health risks. There exists an obvious gap between the nominal and the real security level, which is named "the illusion of security level" by the author. The problem of the high cost of getting medical service is ignored or is concealed to some extent and it affects the reasonable adjustment of the security level. The indicator of real rate of reimbursement, which acts as the key measure tool of the real security level, should become an important reference for the adjustments of the health insurance policies and deserves more attentions during the process of the reform of the social health insurance systems.

Keywords: social health insurance; security level; real rate of reimbursement; the illusion of security level

收稿日期：2012-04-11；**修订日期**：2012-06-05
作者简介：李亚青（1975- ），女，湖南岳阳人，广东商学院教师，金融学博士。研究方向：保险和社会保障。

万方数据

自2007年《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发［2007］20号）正式实施，我国初步建立起包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险（以下分别简称“职工医保”、“新农合”和“居民医保”）三大制度在内的覆盖全体国民的社会医疗保险体系。在“先试点、后推广”的改革原则指导下，我国社会医疗保险体系在短短不到20年间飞速发展，取得了重大成就。2011年末，全国参加职工医保的人数为2.52亿人，参加居民医保的人数为2.21亿人，参加城镇医疗保险的农民工4641万人，2646个县（市、区）开展了新农合工作，参合率达到96.3%①。但是在试点和推广之初，各地将主要精力放在扩大覆盖面上，从而不同程度地造成对保障水平的忽视，普遍导致保障水平不足、保障水平差异过大等突出问题，影响了这一制度在促进社会公平和收入再分配等方面发挥应有的作用[1~3]。特别是，现有的制度体系还不能有效解决国民的“看病难，看病贵”问题[4~5]，疾病所造成的经济负担成为不少个人和家庭无法承受之重[6]。

近年来，保障水平问题已经成为社会医疗保险改革的核心问题[7]。但是大家通常关注的是名义上的基金支付比例，而对真实保障水平——参保人实际享受的保障程度，理论界和实务界都还缺乏应有的重视。事实上，因为医疗保险“三大目录”（包括药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准）等因素的影响，参保人实际受益的保障水平与名义上的支付比例存在很大差距。随着社会医疗保险改革的推进，研究社会医疗保险体系的真实保障水平与名义支付比例的差距，对于实现保障水平的合理调整，完善各项社会医疗保险制度并为全体国民提供公平、适度的保障有着重要意义。

一、社会医疗保险的真实保障水平及其测度

保障水平是医疗保险制度目标和制度效果的集中体现。尽管社会医疗保险的最终目标是改善人的健康状况，保障和提升全体国民的健康水平，但是从现阶段的需要出发，社会医疗保险的主要目标应当是分散疾病经济风险，为参保人提供财务保护。根据国际劳工组织的定义，这种保护是指家庭（或个人）不因为获得适当的医疗卫生服务或为社会医疗保障系统支付超过可接受的、一定比例的收入，从而使家庭陷入贫困或保持在贫困状态[8]。我国实行社会医疗保险的初衷之一，就是为了解决市场化改革以来造成的民众“看病难、看病贵”问题，尤其是新农合在成立之初就明确提出其目标是“能够减轻农民因疾病带来的经济负担、提高农民健康水平”②。因此，从微观个体受益的视角来看，社会医疗保险的保障水平是指这一制度为覆盖范围内群体提供保障的程度，即这一制度在多大程度上分散疾病经济风险和降低疾病经济负担，并防止个人和家庭因病陷入财务困境。而分散疾病经济风险，为个人和家庭提供财务保护，正是社会医疗保险保障作用的核心意义所在。

自1998年职工医保在全国实施以来，我国各项社会医疗保险制度中反映保障水平的核心政策变量是住院补偿比（即住院支付比例），即对于基本医疗保险规定范围内的住院医疗费用，在起付线以上、封顶线（年度最高支付限额）以下的“共付段”部分③由统筹基金补偿的比例。显然，这一补偿比例是名义上的。以住院支付比例80%为例，参保人因病发生的医疗费用，在基本医疗保险“三大目录”之外的部分，不属于基本医疗保险规定的支付范围，将不能得到补偿；对于规定支付范围内的医疗费用，还必须扣除起付金额，并在年度最高支付限额的范围内，才能根据80%的比例由统筹基金进行支付。由此可见，现实中参保人享受的实际补偿比往往要比名义补偿比更低。名义上的住院补偿比虽然是反映保障水平的重要指标，但并不能全面反映真实的保障水平。

真实保障水平应当能够反映参保人实际受到保障的程度，因而必须剔除上述各种限制性因素的影响。对此，笔者提出用“实际补偿比”作为真实保障水平的测度。即就医者获得的基金补偿金额占其实际发生的全部医疗费用之比。实际补偿比可以是“综合实际补偿比”，综合反映包括门诊和住院

① 资料来源：国家统计局．中华人民共和国2011年国民经济和社会发展统计公报［R］，2012。
② 详见：国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》（国办发［2003］3号）。
③ 因起付线以下、封顶线以上的部分由个人承担，统筹基金不予报销，“共付段”即由个人和统筹基金共同承担的医疗费用部分。

万方数据

的总医疗费用的补偿程度；也可以是“住院实际补偿比”和“门诊实际补偿比”，分别反映住院和门诊的保障水平。因为“三大目录”之外的项目不在基金补偿范围之内，并且对于补偿范围内的项目还要受到既有的起付线和最高支付限额等限制。实际补偿比这一指标综合考虑了两个方面的限制性影响：一是基本医疗保险的“三大目录”，二是“三大政策变量”——起付线、基金支付比例和最高支付限额。可见，实际补偿比是可以反映真实保障水平的高度综合性的指标。

用实际补偿比作为真实保障水平的测度，最突出的优点是可以实现不同制度、不同地区、不同人群之间保障水平的横向比较，也适用于同一制度、地区或人群在不同时期保障水平的纵向比较。同时，从参保人的角度来看，实际补偿比指标体现了社会医疗保险对其医疗费用进行补偿的实际比例，这一指标的引入和普及，还有利于决策层和社会各界对参保人自费负担及实际保障水平的关注。

二、社会医疗保险的保障水平现状

由于三大社会医疗保险制度实施时间有先后，覆盖群体的筹资能力明显不同，不同制度之间的保障水平差异非常明显。通常情况下，职工医保的保障水平远远高于新农合和居民医保，新农合的保障水平总体上最低。从实际补偿比来看，根据第四次国家卫生服务调查结果，2008 年职工医保实际补偿比为 66.2%，居民医保实际补偿比为为 49.2%，新农合实际补偿比为为 34.6%①。目前，从各地制度规定来看，职工医保住院医疗费用支付比例通常在 70% 以上，发达地区如广东省则普遍达到 80% 以上；居民医保的保障水平要低于职工医保，其住院费用支付比例为 60% 左右[9]；新农合虽然政府给予的补助最高，但农村居民的收入有限，总体人均筹资水平很低。2010 年全国职工医保的人均筹资额为 1666.51 元，居民医保和新农合人均筹资额分别为 181.04 元和 156.6 元②。

因为各项社会医疗保险制度都是在先在基层试点，再逐步向更大范围铺开，统筹层次比较低。职工医保和居民医保总体上实行的是地市级统筹，新农合一般采取以县（区）为单位进行统筹。而我国幅员辽阔，目前内地有 31 个省级行政单位，333 个地级单位和 2856 个县级区划单位③。全国统筹单位之多可想而知。不同的统筹地区，其社会经济状况不同，医疗保险制度的具体规定不同，保障水平也存在很大差异。因此，目前很难对全国医疗保险的保障水平进行全局性研究。

笔者以广东省 A、B 两市作为代表，利用其 2009 年医疗保险数据库的大样本微观数据分析职工医保和居民医保的真实保障水平情况。其中，A 市属于粤西欠发达地区，2010 年人均 GDP 为14554 元，居民收入在全省居于较低水平；B 市则是珠三角发达地区之一，2010 年人均 GDP 为 35622 元，城镇化水平相对较高，居民收入在全省处于较高水平，且已经通过新农合和居民医保两项制度的整合，成立了城乡居民医保制度。两地的社会医疗保险制度的基金补偿规定如表 1 和表 2 所示。

表 1　A 市社会医疗保险住院医疗费用基金支付比例

制度名称	基金共付段住院支付比例				备注
	起付标准～1 万元	1 万元～2 万元	2 万元～3 万元	3 万元～6 万元	
职工医保	70%	75%	80%	85%	退休人员高 5%
居民医保	50%				异地就医降低 5%
新农合	镇级、县级、县外定点医疗机构分别按 70%、60%、45% 的比例支付				无

图 1 描绘的是 A、B 两市住院实际补偿比的频数分布，其中，上半部分反映职工医保的住院实际补偿比情况，下半部分反映居民医保的住院实际补偿比情况。可以看出，A 市和 B 市职工医保和居民医保住院实际补偿比均呈现偏态分布。总体来看，职工医保的住院实际补偿比明显高于居民医保，且

① 数据来源：人民网. 卫生部公布第四次国家卫生服务调查主要结果［EB/OL］. http://politics.people.com.cn/GB/1027/8882206.html, 2009-02-27

② 新农合人均筹资数据根据卫生部公布的《2010 年我国卫生事业发展流计公报》测算；职工医保和居民医保的人均筹资数据根据《中国统计年鉴》（2011）测算。

③ 数据来源：《中国统计年鉴》（2011）中“1-1 全国行政区划”中数据。

万方数据

职工医保的住院实际补偿比分布更为分散，这可能是因为职工医保实施最早，其补偿制度更为细化和完善的缘故。

表2 B市社会医疗保险住院医疗费用基金支付比例

制度名称	基层定点	一级医院	二级医院	三级医院	非定点医院机构
职工医保	85%	85%	80%	75%	约定70%，非约定40%
城乡居民医保	70%	65%	55%	40%	35%

从职工医保的情况来看，A市、B市职工医保的住院实际补偿比均值分别为62%和56.3%。其中，A市职工医保的住院实际补偿比呈双峰分布，有20.5%的群体补偿比处于70%～80%之间，另有8.5%的群体享受了超过80%的高水平补偿，但是有高达38%的群体保障水平在50%以下。B市有27.5%的群体补偿比处于60%～70%之间，有4.6%的群体住院实际补偿比超过70%，另有高达27.3%的群体补偿比低于50%。

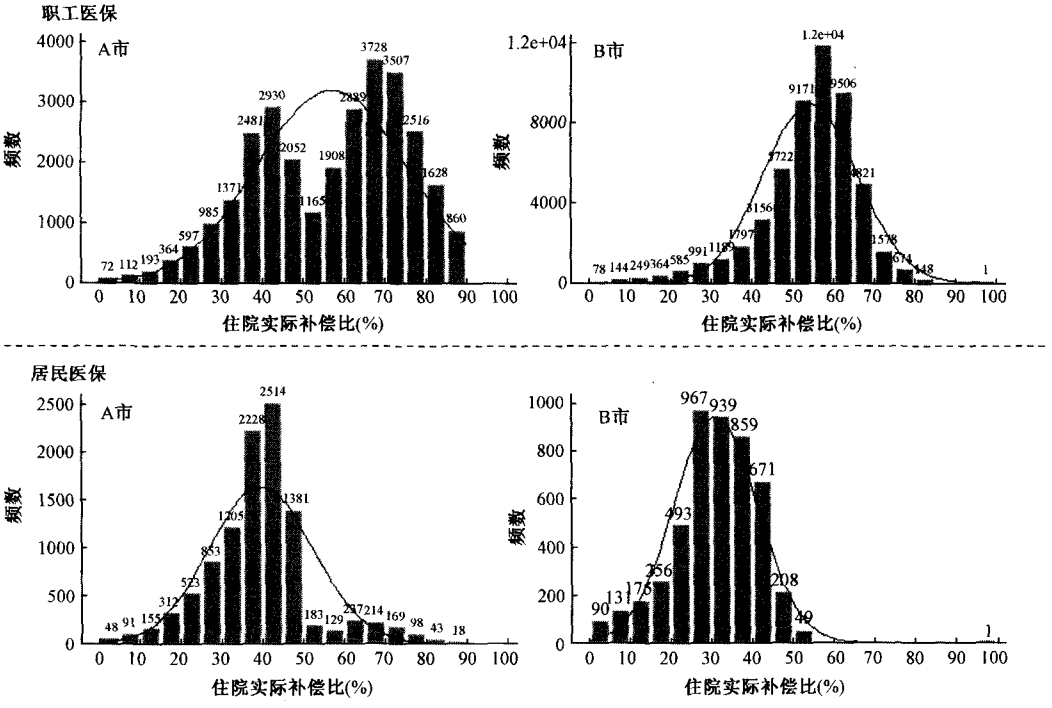

图1 职工医保和居民医保住院实际补偿比频数分布

从两地居民医保的情况来看，A市、B市居民医保的住院实际补偿比均值分别为9.4%和30.8%，其中，A市有37.4%的群体补偿比处于40%～50%之间，另有10.5%的群体住院补偿比超过50%，超过一半的群体补偿比在40%以下。B市有37.2%的群体补偿比处于30%～40%之间，仅有1.1%的群体住院补偿比超过50%，超过一半群体的补偿比低于30%。由此可见，现有制度的总体保障水平较低，还不能从根本上解决居民的“看病贵”问题。

三、实际补偿比和名义补偿比的差异

由上述分析可知，名义补偿比与实际补偿比之间存在很大的差距。因为“三个目录”等政策限制性因素的影响，实际补偿比要远远小于名义补偿比。以职工医保为例，A市职工医保制度规定住院名义补偿比为75%～90%，但其实际补偿比均值仅达62%；B市职工医保制度规定住院名义补偿比为75%～85%，但其实际补偿比仅达56.3%。笔者在广东茂名等地从事课题调研时也发现，尽管广东省职工医保的住院名义补偿比已普遍达到80%，但是基层受益群众反映，在很多情况下只有大约50%的医疗费用能够从基金中得到补偿，老年群体尤其是慢性病群体普遍反映自费负担很重。

万方数据

为进一步考察实际补偿比与名义补偿比的差异，笔者选择两市医疗保险数据库中有住院记录的参保个体，对其按年龄进行实际补偿比和名义补偿比的均值统计，相关结果如图2和表3所示。可以发现，无论是职工医保还是居民医保，住院实际补偿比都远远小于名义实际补偿比。以居民医保为例，A市住院名义补偿比平均为56.99%，住院实际补偿比平均为39.42%，仅占住院名义补偿比的69.17%；B市住院名义补偿比平均为47.44%，住院实际补偿比平均为31.06%，仅占住院名义补偿比的65.47%。

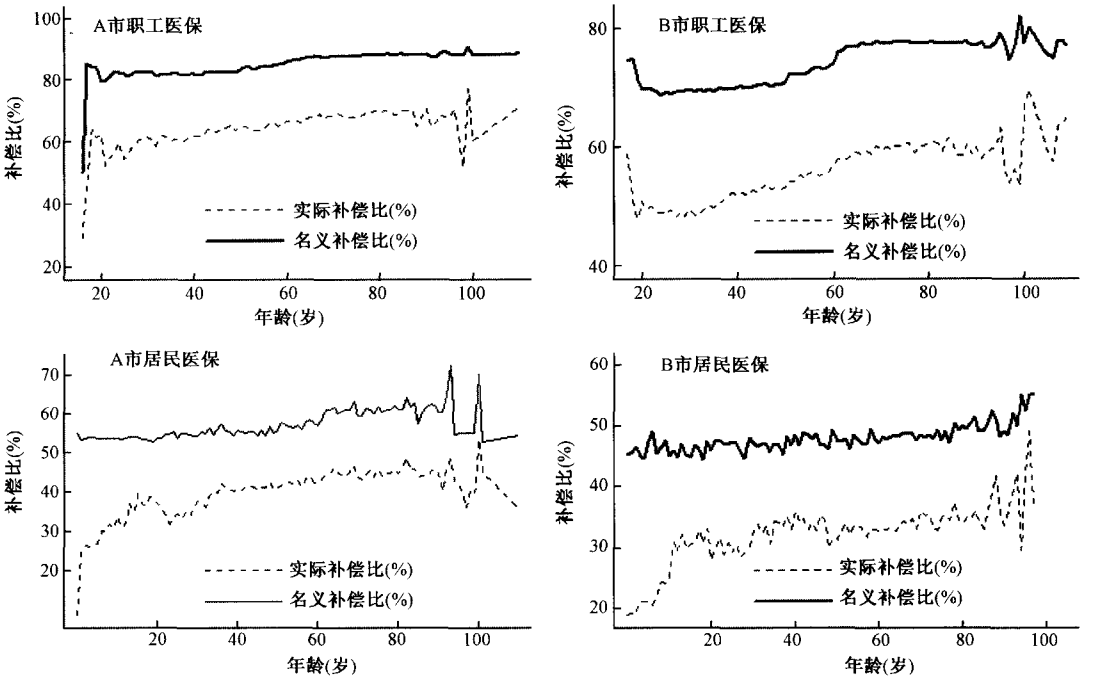

图2　实际补偿比和名义补偿比随年龄变化图

目前，政府和社会各界对社会医疗保险保障水平的关注，都集中在名义补偿比，尤其是住院支付比例上。近年来，随着2009年“新医改”方案提出的“逐步提高城镇居民医保和新农合筹资标准和保障水平”，一系列文件对社会医疗保险的名义补偿比作出了政策性规定：2010年，《关于做好2010年城镇居民基本医疗保险工作的通知》（人社部发［2010］39号）提出，“要逐步提高住院医疗费用基金支付比例，原则上参保人员住院政策范围内医疗费用基金支付比例要达到60%，二级（含）以下医疗机构住院政策范围内医疗费用基金支付比例要达到70%”；2011年，《关于医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排的通知》（国办发［2011］8号）又提出，城镇居民医保、新农合政策范围内住院费用支付比例力争达到70%左右；而根据我国《人力资源和社会保障事业发展“十二五”规划纲要》的规定，“十二五”期间，职工医保、居民医保和新农合在政策范围内住院医疗费用支付比例分别达到75%、70%和70%；2012年2月，国务院常务会议在研究部署“十二五”期间深化医药卫生体制改革工作时提出进一步提高基本

表3　广东两市实际补偿比和名义补偿比统计描述

地区及制度类别	变量名	统计情况（%）				观测数
		最小值	最大值	中位数	均值	（个）
A市职工医保	实际补偿比	0.32	89.42	60.90	56.99	29348
	名义补偿比	50.00	90.00	85.00	75.78	29348
A市居民医保	实际补偿比	0.00	88.97	39.62	39.42	10395
	名义补偿比	50.00	90.00	55.00	56.86	10395
B市职工医保	实际补偿比	0.00	83.40	56.16	54.15	52332
	名义补偿比	35.00	92.00	70.00	72.51	52332
B市居民医保	实际补偿比	0.00	53.85	31.65	31.06	3970
	名义补偿比	35.00	60.00	50.00	47.44	3970

万方数据

医疗保障水平，“到2015年，三项基本医保政策范围内住院费用支付比例均达到75%左右[①]”。

可见，决策部门在政策调整时通常关注的是名义补偿比，相对缺乏对实际补偿比情况的考量；而参保群体也只有在因病治疗时才会注意到实际保障水平的高低，这就导致社会各方倾向于忽视真实保障水平大小。笔者将这一现象称为“保障水平幻觉”。因为名义补偿比远大于实际补偿比，决策部门和社会各界只关注名义补偿比，会使得人们在真实保障水平还很低时却普遍认为保障水平已经很高。这容易导致参保个体自费负担过大的问题被忽视，使“看病贵”问题在很大程度上被淡化甚至被掩盖，从而可能影响到保障水平的合理调整和制度的进一步完善。

四、关于实际补偿比的实证分析

从理论上看，影响实际补偿比的因素主要包括基本医疗保险“三大目录”（包括药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准）和三大政策变量（包括起付线、名义补偿比和年度最高支付限额），除此以外，根据现有制度规定，还可能因就医者的年龄及医疗机构等级不同而有所区别。由于医疗保险数据库中缺乏对“三大目录”的详细记录，在量化分析“保障水平幻觉”大小时，本研究主要考察三大政策变量的影响。根据广东省A市和B市居民医保的微观数据，建立以下回归模型：

$$R_i = \alpha + \beta_1 \cdot N_i + \beta_2 \cdot X_i + \eta_i \quad (1)$$

式（1）中，R_i 和 N_i 分别为个体 i 的住院实际补偿比和住院名义补偿比；X_i 为控制变量，包括起付线、参保人年龄和就医的医疗机构等级等。其中，医疗机构等级为虚拟变量（当医院等级为二级时取值为1，否则为0；三级医院取值依此类推）。β_1、β_2 为待估参数；η_i 为随机扰动项并满足古典正态分布假设。因A市和B市的居民医保最高支付限额分别为25000元和40000元，在考察期内没有变动，故未包括在模型中。各主要变量的描述统计如表4所示。

表4　A市和B市各要主变量的统计描述

变量名称	观测数	均值	标准差	最小值	最大值
A市					
实际补偿比（%）	10395	39.444	12.638	0.317	88.971
名义补偿比（%）	10395	56.857	9.931	50	90
起付线（元）	10395	676.888	117.110	450	800
起付线的对数	10395	6.50	0.180	6.109	6.685
二级医院（哑变量）	10395	0.473	0.499	0	1
三级医院（哑变量）	10395	0.446	0.497	0	1
年龄（岁）	10395	45.031	24.111	0	110
B市					
实际补偿比（%）	4108	30.664	10.596	0	53.852
名义补偿比（%）	4108	47.370	6.286	35	60
起付线（元）	4108	679.552	192.331	300	1000
起付线的对数	4108	6.479	0.299	5.704	6.908
二级医院（哑变量）	4108	0.494	0.500	0	1
三级医院（哑变量）	4108	0.282	0.450	0	1
年龄（岁）	4108	42.516	27.083	0	99

回归分析的结果如表5所示。可以发现，名义补偿比的系数估计值在两市的各个模型中处于0.76～0.86间，且均在1%的水平下显著。其中，A市名义补偿比的系数相对较高，最低为0.776（模型1），最高为0.861（模型2）；B市名义补偿比的系数比A市稍低，在0.78左右。根据回归分析结果，可以推断：名义补偿比提高1个百分点，实际补偿比约提高0.76～0.86个百分点。如果不考虑需求变化和价格变化等因素，在现有的政策条件下，居民医保如果实行100%的名义补偿比，实际补偿比也将只有80%左右。换言之，有大约14%～24%的补偿比例属于“保障水平幻觉”。

值得强调的是，上述结论还未能考虑“三大目录”的影响。在现实中“三大目录”对于参保人获得医疗保险基金补偿起着很大的限制作用。可以预见，如果进一步考虑“三大目录”因素，“保障水平幻觉”将会更高。

① 资料来源：中国社会保障网．国务院：2015年医保住院支付比例均达到75%左右［EB/OL］．http://www.cnss.cn/new/ttxw/201202/t20120223_252765.htm，2012－02－23.

万方数据

五、结语

表5　实际补偿比的回归分析结果

变量名	A市			B市		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
名义补偿比	0.776***	0.861***	0.846***	0.784***	0.766***	0.789***
	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
起付线的对数	15.4**	9.77***		2.45*	-0.53	
	(0.018)	(0.000)		(0.057)	(0.667)	
二级医院	-4.75**			-2.17***		
	(0.012)			(0.000)		
三级医院	-5.12			-1.51***		
	(0.174)			(0.005)		
年龄	0.143***			0.127***		
	(0.000)			(0.000)		
常数项	-107**	-73***	-8.68***	-26.2**	-2.18	-6.71***
	(0.007)	(0.000)	(0.000)	(0.015)	(0.837)	(0.000)
R_ squared	0.5381	0.4618	0.4424	0.3325	0.2191	0.2190

注：1. 括号内为P值。2. ***表示在1%的水平上显著，**表示在5%的水平上显著；* 表示在10%的水平上显著。3. 模型（1）~(3）之间的区别在于控制变量的不同，模型（4）~(5）亦是如此。

我国“看病难”、“看病贵”的现象表明，分散疾病经济风险，降低疾病经济负担，防止个人和家庭因病陷入财务困境仍然是现阶段乃至今后很长一段时期社会医疗保险的主要目标。本文利用广东A、B两市医疗保险库的微观数据分析表明，社会医疗保险的总体保障水平偏低，不同制度之间的保障水平差距很大，现有制度还未能从根本上解决居民看病负担较重的问题。从真实保障水平来看，职工医保的住院实际补偿比均值在60%左右，只有10%以下的群体享受了实际补偿比为70%~80%的高水平保障，仍有约1/3的群体享受的保障水平低于50%；居民医保的实际补偿比在30%~40%之间，只有10%以下的群体实际补偿比达到50%。与此同时，名义保障水平与真实保障水平存在很大差距，存在“保障水平幻觉”，表现为无论是职工医保还是居民医保，住院实际补偿比都远远小于名义实际补偿比。回归分析结果表明，名义补偿比提高1个百分点，实际补偿比约提高0.76~0.86个百分点，有大约14%~24%的补偿比例属于“保障水平幻觉”。

在社会医疗保险已经实现制度全覆盖的前提下，只有实现保障水平逐步提高和合理调整，才能更好地分散疾病经济风险和降低疾病经济负担。医疗保险“现收现付”的基金管理特征也决定了其具体政策离不开经常性的调整。“保障水平幻觉”的存在启示我们，如果决策部门在政策调整时只关注名义补偿比而忽略实际补偿比，如果社会各界普遍缺乏对真实保障水平的重视，就会导致自费负担过大的问题被忽视，“看病贵”问题的严重性被淡化甚至被掩盖，也就影响到保障水平的合理调整和制度目标的实现。因此，实际补偿比作为真实保障水平的核心测度指标，应当成为政策调整的重要参照变量，并应当在社会医疗保险改革的一系列政策和工作（包括财政补助、基金补偿、基金管理和风险预警等各方面）中获得更大的关注。

参考文献：

[1] 魏众，B. 古斯塔夫森. 中国居民医疗支出不公平性分析 [J]. 经济研究，2005，(12).

[2] 任苒. 新型农村合作医疗实施后卫生服务可及性和医疗负担的公平性研究 [J]. 中国卫生经济，2007，(1).

[3] 申曙光，彭浩然. 论实现全民医疗保险的实现路径——基于公平角度的分析 [J]. 中国人民大学学报，2009，(2).

[4] 王延中. 转型时期的卫生问题与健康公平 [J]，中国工业经济，2005，(12).

[5] 朱铭来，丁继红. 我国医疗保障制度再构建的经济学分析 [J]. 南开经济研究，2006，(4).

[6] 卢驰文，王钦池. 城镇职工基本医疗保险基金结余规模控制研究 [J]. 经济纵横，2010，(1).

[7] 郑功成. 科学发展与共享和谐：民生视角下的和谐社会 [M]. 北京：人民出版社，2006：251-253.

[8] International Labor Organization. Extending Social Protection in Health through Community Based Health Organizations: Evidence and Challenges [A]. Discussion Paper. International Labour Office: Geneva, 2002.

[9] 李亚青，申曙光. 我国三大医保制度整合的现实基础分析 [J]. 中国医疗保险，2010，(1).

[责任编辑　冯　乐]

万方数据