

中国老龄社会与医疗保障发展战略(2015)^①

内容提要

在银色经济时代,基于以下原则医疗服务不断增加:一是伴随人均 GDP 水平和劳动报酬的增加,人们投资健康的支出在不断增加;二是与其适应的医疗科技在不断进步,也带动医疗服务成本的上升;三是伴随人均寿命的延长,高龄老人的保健和护理费用不断增加。医疗保障的目标在于保证人人享有合理的基本医疗服务,消除因病贫困的社会诟病,降低国民看医治病费用;从而转换购买健康服务的支付能力。在人均 GDP 水平相当的条件下,基本医疗保障的好与不好,转换出来健康购买力是不同的。医疗保障发展指数基于国际公约、标准和原则,结合中国国情构建。其价值在于通过卫生出资合理性、医保政策科学性和医疗服务治理三个维度,即一级指标,观察国家医疗保障发展情况,评价其距离发展目标的还有多远,并适度与发达国家进行比较。指数还有 15 个二级指标和 25 个三级指标(见图 3-1,详见《中国老龄社会与养老保障发展报告(2013)》,清华大学出版社)。

表 3-1 中国老龄社会医疗保障发展指数及其指标体系(2015)

一级指标	权重	二级指标	权重	三级指标	测量值	指标值	评价值
卫生出资合理性	0.20	政府财政支出占医疗费用比例	0.060		0.301	0.060	0.060
		个人直接支付占医疗费用比例	0.080		0.339	0.080	0.066
		社会支付占医疗费用比例	0.060		0.360	0.060	0.043
医保政策科学性	0.32	公平性	0.080	城镇职工基本医疗保险覆盖率	0.718	0.027	0.019
				城镇居民基本医疗保险覆盖率	0.850	0.027	0.023
				农村居民医疗保险覆盖率	1.274	0.027	0.027
		效率性	0.080	城镇基本医疗保险费用分担率	0.832	0.027	0.027

① 执笔人:杨燕绥(清华大学)、胡乃军(北京科技大学)、于森、妥宏武(清华大学博士生)。

续表

一级指标	权重	二级指标	权重	三级指标	测量值	指标值	评价值
医保政策 科学性	0.32	效率性	0.080	农村居民医疗保险费用分担率	0.753	0.027	0.025
				总分担率	0.806	0.027	0.027
		适应性	0.079	筹资政策		0.012	0.008
				资金配置		0.012	0.008
				目录设定		0.012	0.008
				分担比例		0.012	0.008
				合理设限		0.012	0.004
				流动性		0.018	0.006
		持续性	0.081	城镇职工医疗保险基金平衡(亿)	1 231.700	0.020	0.020
				城镇居民医疗保险基金平衡(亿)	215.500	0.020	0.020
				新农合基金平衡(亿)	63.012	0.020	0.020
				城镇职工医疗保险基金支付月数	16.733	0.007	0.007
				城镇居民医疗保险基金支付月数	12.198	0.007	0.007
				新农合基金累计结余支付月数	4.413	0.007	0.000
医疗服务 治理有效性	0.48	医患信用管理	0.060			0.060	0.020
		医疗服务协议管理	0.060			0.060	0.020
		药品检查费用占比	0.060			0.060	0.020
		定价和采购机制	0.045			0.045	0.015
		医疗保险管理服务绩效	0.045	基金统筹层级		0.015	0.010
				统一管理		0.015	0.010
				社会保障卡		0.015	0.005
		医疗服务支付绩效	0.060	补偿作用		0.030	0.020
				制约作用		0.030	0.020
		医疗保险政策评估	0.060	0.000		0.020	0.020
		人均医疗费用合理增长率	0.090	0.000	0.142	0.090	0.055

2015 版指数基于 2014 年数据计算与分析,再与 2014 版(2013 年数据)指数值进行比较。2015 版参评分值 0.980。2015 年指数评价值为 $0.622\ 5(0.164\ 0 + 0.222\ 0 + 0.241\ 0 = 0.622\ 5)$,处于及格状态。以参评分值为基数计算即 63.50 分 $(0.622\ 5/0.980\ 0 = 0.635\ 0)$,高于 2014 版的 62.70 分和 2013 版的 61.11 分。

评价结果显示:(1)人均卫生医疗费用水平应当与经济发展相适应。我们将前者与 GDP 增长率做回归分析,2014 年人均卫生医疗费用合理增长值为 9.04%。实际人均卫生医疗费用为 2 581.66 元,比 2013 年(2 327.37 元)的增长值为 10.9%,已经接近合理值。伴随 GDP 增长率的降低,人均卫生医疗费用增长率也呈下降趋势。(2)卫生出资合理性有所改善,财政支出比重达到 29.96%、社会互济支出比重为 38.05%、个人支出比重降至 31.99%。用 WHO 的 3:5:2 原则进行衡量,政府出资基本达标,社会互济支出占比偏低,个人支出占比偏高。但是,伴随人口老龄化,在欧美国家个人支出占比普遍在上升。以日本为例,在进入超级老龄社会之前,经过全民讨论决定个人支出 30%。为此,预计在中国个人支出比例将维持在 25%~30%。(3)医保政策科学性有所改善,职工和城乡居民医疗保险覆盖率增加,统筹基金分担比例达到最高限。(4)管理服务绩效有所提升,跨地区转移医疗保险关系人数增加,部分地区异地就医可以联网结算;人均医疗费用增长率和职工医疗保险人均支出费用增长率有所降速,但仍未进入合理区间;城乡居民医疗保险整合有所进展,近半数地区仍然由两个部门分别管理。在杭州、成都、苏州和金华等地区通过购买服务开展医疗保险智能审核,并尝试 GRDs 和 PPS 付费方式改革,医疗服务治理有所加强。

2014 年,中国医疗保障仍面对如下挑战:(1)基本医疗服务供给测存在体制缺陷,即公立机构不公益、公益机构不规范、民营机构生存难。公立医疗机构应当回归政府投资和公共所有,可以直接经营或者购买民营机构服务,做到财务收支平衡,向社会提供年度报告,专为荣誉国民(不容玷污和扩散)和极度贫困人群(经过劳动能力和经济状况调查),提供优越的和基本的医疗服务。公益医疗机构应当回归公益,可以获得政府投资、医疗保险基金支付、社会捐款和社会融资(还本付息,没有股东),以基本医疗服务为主、高消费服务为辅,可以获得微利用于发展,除薪酬之外不得对个人进行分配。民营医疗机构可以参与基本医疗服务,根据服务绩效获得财政补贴和医疗基金支付,同时开发高消费医疗服务和健康管理项目,保持一定的盈利规模。(2)医疗保险基金进入一级风险区域,即医疗保险基金收入增长率 13.8%,支出增长率 14.9%,收入低于收入增幅 1.1%,累积结余增幅低于往年化平均增幅;医疗费用的结构欠合理,医药材料等支出占比远远高于医疗服务劳务;医疗保险经办机构对医疗行为和医疗保险基金合理使用的健康能力不足;为此,人社部[2014]54 号文件提出了基于智能审核加强医疗服务监督的要求,这是中国医疗保险从“管基金”到“建机制”的深入发展的起点,从而建立以医疗保险基金支付为引擎的,二维(规范诊疗、合理付费)五圈(医患首诊+医院服务+医药供

给+医保支付+社会评价)型医疗服务综合治理机制,实现医疗服务利益相关人共赢目标。

关 键 词

医疗保险智能审核 医疗保险绩效评价

报告提纲

1. 中国城镇职工基本医疗保险费率国际比较研究
2. 中国城镇职工基本医疗保险个人账户政策分析
3. 中国医疗保险支付改革对医疗体制改革的影响

一、中国社会医疗保险费国际比较研究

医疗保险坚持“以收定支”原则进行筹资。其收入应当与国家的经济水平和人口年龄结构相适应。中国正在进入深度老龄社会,代际利益出现边界,社会保障制度进入结构调整期,控制社会保障税费和确保待遇支付成为两难的问题。中国医疗保险费率为工资总额的8%,单位费率为6%、职工个人费率为2%。这个费率是否合适,还有增长的空间吗?

根据老龄社会发展时间表,观察 OECD 部分国家的医疗保险费率。分析结果显示(见表 3-2):人均医疗费用较高的有德国、奥地利、荷兰;其医疗保险费率明显高于以色列(卢森堡除外)。在进入超级老龄社会国家的德国,医疗保险费率达到 14.1%;在深度老龄社会的国家,其医疗保险费率在 6.4%~13.6%之间。

表 3-2 部分国家医疗保险费率及相关因素(2014)

国 家	奥地利	比利时	法国	德国	荷兰	瑞士	美国	中国
社保基金数目	24	94	17	295	22	93		
医保费率(%)	8.0	7.4	13.6	14.1	10.25	13	2.9~4.7	8%
雇主:雇员	1:1	1:1	10:1	1:1	4:1	0:1	1:1	3:1
人均医疗费用(美元/年)	4 549	4 243	4 068	4 733	5 093	6 253	7 800	500
人口老龄化(65岁以上人口比)	17.7%	17.1%	16.9%	20.6%	15.4%	17.4%	14%	10.1%

医疗保险缴费国际比较的结论如下:

第一,中国医疗保险费率偏高。中国尚未进入深度老龄社会(2014 年 65 岁以上人口占总人口比例 10.1%,明显低于表 3-2 的其他国家),医疗保险 8%费率等于提前进入深度老龄社会,略高于比较国家的平均水平;但是,中国人口老龄化的速度和深度比前述国家快,应当保持这个费率,不升不降。

第二,单位费率高。目前单位费率为 6%,已经接近超级老龄社会的国家;在比较国家中,明显偏高,不能再增加;在比较国家中,单位费率和职工个人费率多数均为 1:1,中国职工个人费率明显偏低;可见,中国职工医疗保险费率还有增加的空间。

第三,人均医疗保险费用偏低。2014 年,在选取的参照国家,人均 GDP 在 2 万~3 万美元,人均医疗费用在 4 000~6 000 美元;中国人均 GDP 接近 8 000 美元,人均医疗费用为 2 581 元人民币,按照平均汇率水平低于 500 美元,是参照国家的 1/8~1/10(应为 1/3、1/4);说明在人均 GDP 等同的情况下,中国人均医疗费用偏低的主要原因是缴费基数,即基本工资占 GDP 的比重偏低。可见,未来医疗保险增加收入的主要来源是工资增长带动缴费基数的增长。

第四,个人账户占用资金。在选取的参照国家,社会医疗保险制度安排中均没有设

立职工个人账户。根据国务院〔1998〕44号文件规定,企业缴费的30%划入个人账户(相当于缴费工资的1.8%),个人缴费2%全部计入个人账户,社会统筹基金仅为缴费工资的4.2%,医疗保险基金的实际收入明显低于比较国家。2014年,中国城镇职工基本医疗保险统筹基金累积结存额为5 537亿元;其中,职工医疗保险个人账户累积资金3 913亿元,占总累积结存额的41.1%。由于个人账户缺乏互济性,很多专家建议减少企业缴费对个人账户划拨或者取消个人账户的制度安排。可见,改革个人账户划款政策,是未来医疗保险统筹基金增加收入的来源之一。

第五,退休人员不缴费。在比较国家中,依法要求退休人员继续缴纳医疗保险费。以德国为例,在参保人员退休后,单位缴费从养老保险基金中支出,职工缴费由退休人员从退休金中支出。我国《社会保险法》第二十七条规定:参加职工基本医疗保险的个人,达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定年限的,退休后不再缴纳基本医疗保险费,按照国家规定享受基本医疗保险待遇。目前,累计缴费年限未确定,很多地方仅要求缴费15年。目前,退休人员人员医疗保险支出是在职职工支出的4倍以上。可见,退休人员缴费是未来医疗保险基金增加收入的来源之一。

第六,依法夯实缴费基数。在比较国家中,都依法建立了工资报告制度,由此夯实了社会保障和社会保险的缴费基数。中国尚未建立工资报告制度,缴费基数难以统一,有研究数据显示,医疗保险实际缴费基数仅为在职职工平均工资的70%左右,约有30%的缴费在流失。可见,夯实缴费基数是未来医疗保险基金增加收入的来源之一。

二、中国城镇职工基本医疗保险个人账户政策分析

(一) 中国医疗保险个人账户政策综述

医疗保险个人账户因缺乏互济性很少被适用。中国医疗保险设立个人账户,将个人缴费2%计入个人账户,并将企业缴费的30%(1.8%)划入个人账户,即将医疗保险缴费的3.8%划入参保职工的个人账户。中国职工基本医疗保险个人账户,即指由职工个人缴费和用人单位缴费划入的,授权个人按照相关政策规定的范围自主支配的医疗保险基金的制度安排。主要特征如下:(1)属于医疗保险基金的一部分,不属于个人储蓄;(2)在法定范围内使用,只能按照国家医疗保险相关法律和政策规定的范围内使用,如住院自费部分和门诊费用等,不得用于其他用途;(3)属于限定的个人权益,在法律和政策授权的范围内,个人享有支配权和使用权。

中国医疗保险个人账户的主要功能如下:(1)从公费医疗转向缴费型医疗保险采取的权宜之计,鼓励职工缴费;(2)利用个人账户支付门诊费用,统筹基金支付住院费用;(3)利用个人账户和个人支付发挥控费作用;(4)借鉴养老保险个人账户的做法,发挥个人积累作用。以北京市为例,^①2002—2013年以来,职工缴费为个人缴费工资的

^① 杨燕绥等:《北京市城镇职工基本医疗保险个人账户政策研究》,课题报告,2014, <http://www.thupension.com>.

2%。以2012年数据为例(考虑年龄,暂忽略缴费工资),25~59岁参保职工的月均缴费额在60~104元,60岁以上未退休的参保人是为数很少的高级技术人员,缴费额较高。统筹基金月均向25~59岁参保职工个人账户划入金额在50~150元;25~59岁参保人医疗保险个人账户月总收入为100~300元,年总收入为1200~3600元。该市数据显示,个人账户资金占统筹基金的比重为20%~30%,统筹基金划入个人账户的资金是个人缴费的1倍左右;在另一些地区,伴随参保人年龄提升企业缴费划入个人账户的比例,至2014年已经占到50%以上。截至2013年年底,该市缴费15年的职工医疗保险个人账户的最高积累额达到7万元。

从“两江”试点至2014年已有20年,医疗保险覆盖了职工的95%以上,转制工作顺利完成。科技化带动了医疗成本的上升,老龄化带动了赡养负担的上升,统筹基金划入个人账户的比例不断加大,医疗保险制度的互济性不断下降,部分人的个人账户积累不断增加;实行门诊统筹后,又出现“统筹支付、个人存钱”的问题。针对个人账户的取向,在系统内和学者中有很多人建议取消。2010年《社会保险法》回避了个人账户问题,城乡居民医疗保险中未设立个人账户。

中国医疗保险个人账户何去何从?本研究在从理论上描述了医疗保险个人账户的功能,基于北京市的实践经验探讨了个人账户的制度安排问题。研究结论认为,取消个人账户的社会成本太高,在分级诊疗和强化基层首诊制过程中,个人账户还可以发挥更多作用。对个人账户加以改善和利用,比较取消个人账户是利多弊少的选择。

(二) 通过权益置换减少个人账户规模

我国《社会保险法》规定,参加医疗保险是职工义务,享有医疗保险待遇是职工权利。划入个人账户的社会保险资金,授权个人使用,属于既定的职工权利,任何法律 and 政策的调整均属于权益变更。福利具有刚性特征,取消个人账户的社会风险较大,通过进行权益置换的方式减少个人账户资金以增加统筹收入,是社会风险最小的选择。

1. 权益置换的基本原理

第一,“权益”包含了权利和利益(rights and benefits),一般情况下特指一个国家的公民受法律保护的权利和利益。如我国《消费者权益保护法》《妇女儿童权益保护法》等所说权益。在会计学上特指资产,属于所有人的叫作所有者权益,属于债权人的权益叫作债权人权益。在医疗保险范围内谈论权益,我们认为既有法律意义上的权益含义,也有会计上的权益属性。

第二,权益置换。社会保险不同于社会救助,强调权利与义务对称原则,先有参保的权益记录,才能享有医疗保险待遇,权益不宜轻易变动。福利具有刚性,降低福利的政治风险很大,权益置换是最优选择。权益置换,即指在同一社会保障项目下,减少某些待遇时增加另一些待遇,在投入不变的条件下,使更多人受益,由此增加了福利计划的公平性和持续性。

2. 权益置换的可行性分析

如果在降低统筹基金拨入个人账户比例的同时,增加统筹基金支付门诊费用报销比例,需要找到保持统筹基金收入增加额度大于支出增加额度的合理区间,这是进行权益置换的必要条件。

假设统筹基金减少拨入个人账户比例,参考前部分基本面的数据、未来缴费基数、参保人数和企业缴费9%,测算未来减少降个人账户划款10%~100%的情况,10%是指35岁以下职工组由拨入0.8%降为0.72%,35岁到45岁职工组由拨入1%将为0.9%,45岁到退休职工组由2%降至1.8%……20%到100%如此类推。

假设统筹基金增加支付职工门诊费用比例,因为门诊费用统筹是两定点三目录内费用在起付线以上部分支付,因此应当根据实际发生的个人门诊费用分布计算起付线下降后统筹基金支付的变化,由于暂未取得医疗费用分布数据,本文测算中假设了增加比例(见图3-1)。

由图3-1可以看出,统筹基金拨入个人账户额度降低,统筹基金收入明显增加。如果统筹基金拨入个人账户额度降低10%,支付在职职工门诊费用增加1%,则统筹基金收入增加额度显著高于基金支出增加额度(见图3-1-a);一旦增加到3%时,支出增加额度才会赶上收入增加额度(见图3-1-b)。可见,在拨入个人账户额度降低10%的条件下,统筹基金支付在职职工门诊费用增幅在1%~2%,即可改善统筹基金收支状况,也可成功进行权益置换。

采取权益置换方法,降低统筹基金对在职职工个人账户划款比例时,受影响的群体是50~60岁的参保人,他们也是使用门诊服务较多的群体,如在减少对个人账户划款(100~500元)的同时,增加统筹基金支付门诊费用比例,可以提高参保患者的保障程度,实现“奶酪”换“火腿”的效果。而且,只要设计合理的额度和方法,可平稳地实现权益置换政策目标,不会因此而增加统筹基金的支出。

目前,关于职工基本医疗个人账户的制度安排主要有如下两种建议:一是取消个人账户;二是保留和改善个人账户。中国人民大学教授郑风田表示:“大家希望能够取出医保资金,是缘于对未来的预期不稳,担心通货膨胀走高,到以后生病的时候再用钱不合适,想提前支取,随有随取。”中国社会科学院社会政策研究中心副主任杨团认为:“医保最开始设置个人账户的想法是,有了个人账户能对钱珍惜一些,不会滥用医疗经费。但个人账户让大家误以为钱是自己的,要自己用,失去了‘互助’的意义。”中国社会科学院张车伟认为:“个人账户的负面作用越来越明显,应当尽快取消。”

取消个人账户的主要理由如下:个人账户资金规模小、支付能力小、激励个人控费功能弱、管理和监督成本高,且不具有互济性和储蓄保值功能,很多人建议取消个人账户,将职工医疗保险缴费全部计入统筹基金,从而增强统筹基金的支付能力和医疗保险的互济性。统筹基金既支付目录内的住院费用,也支付目录内的门诊费用。

保留和改善个人账户的理由如下:(1)减震作用。医疗服务需求不断加大,人口老龄化导致赡养负担趋重,费用征缴越来越困难,而医疗成本却不断上升,由此决定医疗

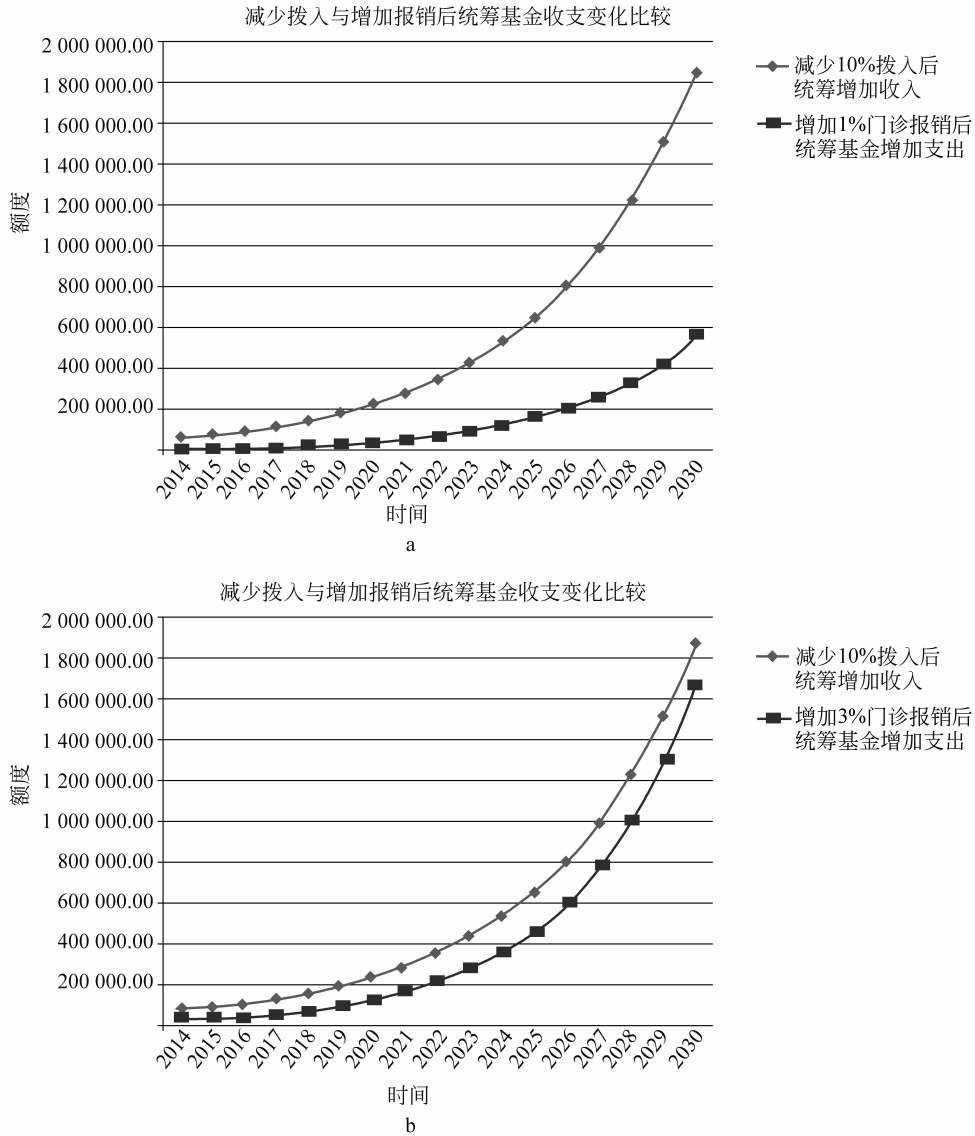


图 3-1 收入增加额度与支出增加额度的比较

保险分担范围的目录需要得到有效控制,并保留起付线、共付制和封顶线等措施;在这种情况下个人账户具有减震作用。(2)鼓励个人缴费。个人缴费计入个人账户,属于个人专用资金,个人具有一定的使用决定权,且易于转移携带,参保人容易接受;建议由个人账户支付社区首诊医生的诊疗费用。

综上所述,课题组认为,中国职工基本医疗保险个人账户已经实施十多年,一旦取消它等于作减法,再与停止企业缴费划入个人账户同时进行,社会风险很大,不如通过权益置换的方法逐步弱化个人账户和强化统筹基金。

三、中国医疗保险支付改革对医疗体制改革的影响^①

(一) 医疗保险支出对医疗费用增长的影响力分析

从 1991 年到 2013 年,我国人均医疗费用的年均增长率为 17.49%。医疗费用增速过快必然导致居民对医疗卫生服务的利用下降,生活福祉下降。因此,需要基于经济发展水平界定医疗费用增长率。2015 年年底,国家五部委联合发布《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》,要求将控制公立医院医疗费用不合理增长作为深化医改的重要目标和任务,统筹谋划,综合施策,强化规范医疗、完善医保、改革医药等政策联动,推动实现医疗费用增长与经济社会发展、医保基金运行和群众承受能力相协调。

Newhouse(1977)基于 HCE 对 GDP 作回归分析,探讨了医疗支出的决定因素,发现医疗保健收入弹性大于 1,医疗支出占 GDP 比例与 GDP 变化趋势呈正相关。Albel-Smith(1967)和 Pryor(1968)也曾指出,医疗费用支出主要受 GDP 的影响。在国内学者中,王红玲(2001)和李实等(2000)针对我国城镇职工医疗服务需求分析发现,城镇职工医疗费用支出随着家庭人均收入的增加而显著增加。陶春海(2010)则选取了微观经济学与制度经济学的角度对影响医疗费用过快增长的原因进行分析,即认为随着经济的发展、居民收入的增加,医疗消费需求逐渐增长,无疑在促进医疗费用的增长。

基于 1978—2012 年的人均 GDP、人均卫生总费用及消费者价格指数等数据,通过选取人均指标能够有效消除人口规模变化的外部影响,另外为了使模型设定更加合理并消除潜在的异方差问题,对各变量序列作自然对数处理。将人均医疗卫生费用 H 作为人均国内生产总值 Y 和消费者价格指数 P 的多元回归函数,即为 $\ln H_t = \beta_0 + \beta_1 \ln Y_t + \beta_2 \ln P_t$,其中 t 代表时间。以 1978 年为基期,取值 100,使各年数据能够按照实际水平同比例变换。进行单位根检验,选择常用的 ADF 和 PP 两种检验方法的检验结果如表 3-3 所示,无论采用哪种方法,水平项变量都无法平稳,而在进行一阶差分后序列都能达成平稳,因此可知 $\ln H$ 、 $\ln Y$ 和 $\ln P$ 均为 1 阶单整序列 $I(1)$ 。接下来借助 EG 二阶段估计法来考察变量间是否存在协整关系时,发现对于显著性水平 $\alpha=0.05$,先使用 $\ln H$ 对 $\ln Y$ 和 $\ln P$ 采取多元回归对数模型,并进行扩展的 AEG 检验值为 $-4.57 < -4.10$ 的临界值,协整方程式表明,经济的增长、物价水平的变动与我国的医疗费用增长间存在一种长期正向关系。以医疗为价格为主要因素的产出弹性为 0.20 小于经济增长对我国医疗支出的产出弹性,说明我国医疗费用增长主要是受经济增长的影响。

$$\ln H_t = 0.08 + 1.03 \ln Y_t + 0.20 \ln P_t \quad (1)$$

$$t = (4.10) \quad (3.25) \quad (1.73)$$

^① 杨燕绥、妥宏武、孙鑫宇(清华大学医院管理研究院硕士研究生)。