

浙江省社科规划课题成果

Fair view of studies
on the urban Social Medical Insurance system

公平视角的 我国城镇社会医疗 保险制度研究

杨 辉 著

公平视角的我国城镇社会医疗保险制度研究

杨 辉 著

 浙江工商大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

公平视角的我国城镇社会医疗保险制度研究 / 杨辉著.
—杭州:浙江工商大学出版社, 2010.12
ISBN 978-7-81140-248-3

I. ①公… II. ①杨… III. ①城镇—医疗保险—
福利制度—研究—中国 IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 239419 号

公平视角的我国城镇社会医疗保险制度研究

杨 辉 著

责任编辑 鲍观明 郑 建
责任校对 张振华
封面设计 刘 韵
责任印制 汪 俊
出版发行 浙江工商大学出版社
(杭州市教工路 198 号 邮政编码 310012)
(E-mail: zjgsupress@163.com)
(网址: <http://www.zjgsupress.com>)
电话: 0571-88904980, 88831806 (传真)

排 版 杭州中大图文设计有限公司
印 刷 杭州广育多莉印刷有限公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
印 张 12.5
字 数 252 千
版 次 2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-81140-248-3
定 价 28.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换
浙江工商大学出版社营销部邮购电话 0571-88804227

前言

我国以基本医疗保险制度为主体的社会医疗保险制度,从试点到全面推广运行至今,运行平稳,保障了1亿多人的基本医疗需求,起到了对未参保者的示范和导向作用,实现了基金收支的基本平稳,控制了医疗费用的过快增长和不合理消费,确立了国家基本医疗保险制度在健康保障方面的基础性地位和作用,为满足人们多层次的健康需求创造了条件。但我国社会医疗保险制度的公平性水平在国际比较和国内研究中得出的评价都不高,城镇职工基本医疗保险长期以来只包括就业人员及符合条件的退休人员,参保的高门槛将占人口多数的非公有制部门的从业人员以及以农民工为代表的城镇外来务工流动人员排斥在外。城镇居民基本医疗保险制度开始实施后,虽然开局良好,但由于没有强制性,单靠政策和行政力量推动,未来的可持续性和保障性还是未知数。真正面向收入低、流动性大的农民工社会医疗保险在大多数城市尚处于空白,面临着制度外的诸多限制和阻力,发展极其缓慢。2007年,党的十七大提出建立全民健康保障体系,作为健康保障体系核心的社会基本医疗保险制度,存在的问题还有很多,离目标差距还很大。

同时,由于制度建设的阶段性,当前社会医疗保险制度内部存在着一定的缺陷和不足,在探索过程中也遇到了许多问题,大部分与公平有关,比如:实际保险覆盖率低;弱势群体医疗保险缺失,政府投入少,对低收入群体补贴不到位;保险资源分配不合理,不同身份的参保者之间待遇享受情况差别大,向高收入企业和富裕人群集中;医疗费用支出结构不合理,参保人员个人医疗负担过重,社会医疗保险地位不明确,控制作用薄弱;定点医疗机构缺乏有效竞争,基层医疗服务制度薄弱,无法有效满足参保人群的基本医疗需求,卫生服务改革跟不上,影响了社会医疗保险制度再分配作用的发挥和公平机制的实现。

公平是评价社会医疗保险制度的重要价值原则,是一个国家社会医疗保险建设过程中必须考虑的重要方面。社会医疗保险制度以立法形式通过强制性规范或自愿的契约,在一定区域的一定人群中筹集医疗保险基金,并为该人群的每一成员公平地分担风险,补偿由于疾病所引起的医疗费用。举办社会保险最基本的目标是促进社会的公平化,国外评价医疗保险的首要指标也是公平性,纵观世界各国近几十年来医疗保障模式改革的历程,无不牵涉到公平目标的不断调整。所以,研究公平

性对社会医疗保险制度的建立和完善有着极其重要的作用,并能为当前医疗体制改革提供一些借鉴。

本文在参阅国内外大量有关医疗保险公平性文献资料的基础上,用规范的定性分析与定量的实证分析相结合的研究方法,采用国家调查与专项调查相结合的形式,对社会医疗保险制度公平性进行内涵界定,建立评价指标体系,对我国城镇社会医疗保险制度进行总体评价,全面了解我国社会医疗保险制度发展情况,同时选取两个典型地区,用分层次的方法,从宏观到微观、从总体到局部,全面系统深入地分析了这些地区在社会医疗保险公平性方面取得的经验和存在的问题,分析了社会医疗保险各个子制度与公平性的关系和对公平性的影响,结合实证结果,提出有针对性的建议,具有理论创新性和实际可行性。

本文共分为六章,各章的主要内容如下:

第一章为导论,主要阐述论文的选题背景、研究范围,进行社会医疗保险制度的公平性相关研究的综述,总结研究目的和研究思路,并指出研究的创新之处和不足之处。

第二章为社会医疗保险制度的公平性相关理论分析。目的是分析社会医疗保险系统内部影响公平的各种因素和子制度的相互关系,全方位把握医疗保险制度的公平性的重要影响因素,同时,指出这些因素在实践过程中的应用,提出相应的评价指标。首先,从社会保障公平理论的演变入手,揭示社会医疗保险公平的内涵与特点。其次,进行与社会医疗保险公平相关的理论分析,进一步丰富和细化了社会医疗保险制度的公平性评价指标体系。

第三章从多角度进行社会医疗保险制度的公平性综合评价。目的是比较某些重要政策的实施或调整对公平性的影响,分析政策对社会医疗保险运行的作用与时效性。从取得的成绩和存在的问题进行宏观评价;从统账结合实施现状、基本医疗保险保障范围、费用支付方式和医疗卫生配套改革进行公平性相关制度中观评价;从筹资、支付、医疗服务利用角度进行微观评价。

研究结果显示:一、社会医疗保险制度整体公平性不断提高,改革趋势向着不断扩大保险覆盖范围和覆盖人群方向发展,社会化管理程度不断加深,对医疗费用控制的力度和手段不断加强,改革初见成效。但社会医疗保险改革仍有漏洞,国内外和民众对其公平性综合评价不高,政府投入比例趋于下降,保险支出萎缩,实际覆盖范围低,名义参保率高,但实际参保人数和参保率并不理想,离政策设想还有一定差距。二、社会医疗保险制度内部存在诸多不合理现象。现实中各地医疗保险制度不同,保险费用的筹集水平、各地方政府的补贴力度、保障范围与补偿额度相差较大,各地各行业的差距也很大,富裕地区和效益好的行业的情况要更好。具体到参保者个人,其差别主要以收入、年龄、性别和职业区分:社会医疗保险支出占低收入家庭的比例高于高收入家庭所占比例,呈累退性;学历越高、职业越良好的群体享有医疗保险的程度也越高;一些群体的社会医疗保险覆盖率非常低,包括失业者、个体从业

者、灵活就业人员和农民工；占人群很大比例的特殊群体的社会医疗保险没有得到特别照顾，如低收入人群、慢性病患者和老年人群体等，需要对他们进行补贴和费用减免，建立特殊风险基金和开辟特殊险种。另外，各类制度的衔接性和灵活性有待提高，以期提高人们的参保积极性和制度利用的有效性。三、统账结合的制度设计兼顾了近期保障和远期积累，兼顾了公平与效率，社会统筹强化了社会公平，但个人账户制度存在诸多与公平相违背的弊端，积累作用不尽如人意，面临贬值风险，互济功能弱，抗风险能力差，而且管理成本较高，监控难度大，尤其对门诊慢性病患者缺乏社会公平性。四、基本医疗保险通过定点医疗制度、基本药品目录、基本诊疗项目和基本医疗服务设施标准，有效地满足了参保患者的基本医疗需求，同时控制了医疗费用过快增长。五、社会医疗保险的筹资公平、支付公平和医疗服务利用公平性方面：医疗保险相同比例的缴费率虽然体现了形式上的公平，但基于收入对医疗保险的最终筹资贡献率，无法得出高收入者比低收入者承担了更高的费用；由在职职工承担退休人员的医疗保险费用，国家缺乏相应的投入；相同的起付标准、自付比例和封顶线，使贫困人群、重大疾病和慢性病患者负担沉重，需要给予补贴和救助；医疗保险在保证参保者的医疗卫生服务利用可及性方面起到了积极作用，但高收入群体更多地利用了更高质量的医疗服务。

第四章选取 H 省 S 市和 G 省 G 市两个典型地区样本进行分地区评价，采用绘制集中曲线和计算集中度的定量方法，进行筹资公平、支付公平、医疗服务利用公平评价，运用前面建立的评价指标体系，进行公平性各级指标的计算，得出总分并进行比较，分析评价结果。

结果显示：一、S 市由于社会医疗保险制度比较完善，覆盖面较广，加上制度设计起初就采用“通道式”的财务管理方式，个人账户和统筹账户独立运作，制度一直运行平稳，参保者尤其是退休者和年龄较大者相对较多地享受了门诊和住院医疗服务，体现了基金支付中的横向公平性。但制度运行过程中还存在着不少不公平现象，参保结构不合理，老龄职工和退休人员参保比例小，存在着参保患者过度利用住院医疗服务的现象，参保患者的大额及大病费用支付负担重，社会医疗保险控费作用没有完全发挥，所以公平性评价整体得分不高，属一般水平。二、G 市城市社会医疗保险制度体系比较完善，制度设计面向几乎所有城镇居民，甚至包括农民工及其子女，总支出增长速度呈下降趋势，基金结余率逐年下降，反映了基本医疗保险基金在保障医疗费用方面的作用明显增强，资金利用程度不断提高；但实际覆盖面不高，对低收入者的补贴层次和力度较低；个人医疗费用负担较重；有无参加医疗保险对两周就诊率影响不大，但有医疗保险人群住院率显著高于无医疗保险人群；经济困难是影响未就诊率和未住院率的首要原因，医疗费用在一定程度上制约和抵制了部分人群对医疗服务的利用，公平性评价得分较低，需要进一步采取有效措施，提升公平性。

第五章进行社会医疗保险制度的国际比较。选取实施社会医疗保险制度的国

家,首先对国外社会医疗保险制度的具体政策、实施现状和制度模式进行比较和分析,其次进行筹资公平性、支付公平性和医疗服务利用公平性和效率的比较,最后得出这些国家社会医疗保险改革进程中取得的先进经验。

第六章提出提高我国社会医疗保险制度公平性的对策。首先,要确立公平优先理念,完善城镇职工医疗保险制度,加快建立补充医疗保险制度,明确政府责任,确立其主导地位,尽量实现全民医疗保险覆盖。其次,要发挥社会医疗保险的基本保障功能,不断完善各项制度机制。改革统账结合制度,弱化个人账户;建立医疗救助制度,优先保障困难群体;以加强社区建设为契机,保障基本医疗需求;同时,要采取配套改革,加强医疗保险制度在医、保、患三方支付关系中的控制地位和主导地位。最后,要吸收国际最新经验,进行社会医疗保险制度创新。要进行管理机制上的创新,可以开展保险和服务提供一体化尝试,采用定额预付式的结算办法,加强医疗保险制度作为第三方的强大监管作用,加强费用稽核。要完善相关法律法规,尽快出台社会医疗保险法律,明确社会医疗保险法律地位,利用法律手段增强其强制性。还要注意最新技术的应用和支持,进行信息化管理,加强精算技术支持。

目 录

第一章 导 论	1
第一节 研究背景	1
一、我国社会医疗保险制度的公平性现状	1
二、社会医疗保险公平的研究现状	2
第二节 研究范围界定	7
一、社会医疗保险的概念界定	7
二、研究范围	13
第三节 研究内容和研究思路	13
一、研究内容	13
二、研究思路	14
第四节 研究方法与分析	15
一、研究方法与研究特点	15
二、资料来源与测量方法	15
第五节 研究创新与不足之处	17
一、创新之处	17
二、不足之处	17
第二章 社会医疗保险制度及其公平性的相关理论分析	18
第一节 社会保障公平的理论分析	18
一、公平的有理论综述	18
二、社会保障公平理念的历史演变	20
三、社会保障公平的内涵与特点	25
四、社会保障中公平与效率的关系	27
第二节 社会医疗保险公平的理论分析	29
一、社会医疗保险公平的内涵	29
二、社会医疗保险公平包含的内容	36

三、社会医疗保险公平的评价指标体系的建立	43
第三章 我国城镇社会医疗保险制度的公平性现状分析	48
第一节 我国城镇社会医疗保险制度整体公平性的成绩与不足	48
一、改革初见成效,整体公平有所提高	48
二、支出结构调整,财政投入不断增加	51
三、覆盖范围扩大,保障制度渐趋完善	54
四、整体改革仍有漏洞,公平综合评价不高	54
五、政府投入比例不高,个人负担日益沉重	55
六、实际覆盖范围过低,疾病保障力度不够	56
第二节 我国城镇社会医疗保险公平相关制度的建设现状	57
一、特殊人群的社会医疗保险制度	57
二、统账结合制度运行现状	61
三、基本医疗保险水平和保障范围的核定和保证	66
四、支付方式的改进	73
五、医疗卫生配套制度改革现状	78
第三节 我国城镇社会医疗保险制度的筹资政策公平性评价	83
一、覆盖人群和覆盖结构评价	83
二、单位和个人缴费情况	92
三、在职和退休人员参保情况	93
四、小结	93
第四节 我国城镇社会医疗保险制度的支付政策公平性评价	94
一、相同的起付标准	94
二、较高的自付率	94
三、封顶线不能保障高额费用	95
四、支付方式	95
第五节 我国城镇社会医疗保险制度的服务利用政策公平性评价	96
一、总体公平	96
二、横向公平	97
三、纵向公平	99
四、小结	99
第四章 城镇社会医疗保险制度的公平性评价实例	100
第一节 评价体系与评价方法	100
一、简化的评价指标体系	100
二、评分标准的确定	102

第二节 S 市社会医疗保险制度的公平性评价实例	105
一、S 市社会医疗保险制度运行现状	105
二、筹资政策运行现状	106
三、支付政策运行现状	108
四、医疗服务利用政策运行现状	110
第三节 G 市社会医疗保险公平性评价实例	117
一、G 市社会医疗保险制度运行现状	117
二、筹资政策运行现状	117
三、支付政策运行现状	120
四、医疗服务利用政策运行现状	124
第四节 两地区社会医疗保险制度公平性评价汇总得分	128
一、资料来源	128
二、三级指标得分	128
三、二级指标得分	130
四、一级指标得分	132
五、计算总分及结果评价	132
第五章 社会医疗保险制度的公平性国际比较	133
第一节 社会医疗保险制度宏观公平的国际比较	133
一、产生发展历史比较	133
二、管理组织制度比较	136
第二节 社会医疗保险公平相关制度的国际比较	139
一、政府干预形式比较	139
二、支付方式运用比较	141
三、再分配效果比较	142
第三节 社会医疗保险制度的微观政策国际比较	142
一、筹资公平性比较	142
二、支付公平性比较	145
三、医疗服务利用公平性比较	148
四、运营效率比较	149
第四节 存在的问题及创新经验	150
一、社会医疗保险覆盖面不足,公平难以提升	150
二、社会医疗保险体制分散,城乡差距大	150
三、社会医疗保险利益驱动,过度市场化	151
四、社会医疗保险负担沉重,筹资手段单一	151
五、采取各种措施,扩大保险覆盖范围	151

六、兴起管理医疗,保险与服务功能整合	153
七、开展综合改革,追求负担给付公平	154
八、进行开源节流,压缩医疗保险亏空	155
九、引入市场机制,提高社会医疗保险效率	157
第六章 提升我国城镇社会医疗保险制度公平性的对策	158
第一节 完善基础制度体系,实现全民范围覆盖	158
一、完善城镇基本医疗保险制度	158
二、尽快实现全民医疗保险覆盖	159
三、明确政府责任确立主导地位	160
四、加快建立补充医疗保险制度	162
第二节 发挥基本保障功能,不断完善各项机制	163
一、改革统账结合,弱化个人账户	163
二、建设社区服务,确保基本医疗	165
三、整合医疗救助,保障困难群体	165
四、加速医药改革,做好配套支持	167
五、做强医疗保险,确立控制地位	170
第三节 吸收国际最新经验,进行制度机制创新	172
一、管理创新	172
二、法律完善	175
三、技术支持	176
参考文献	179
附 录	186
后 记	189

第一章

导论

第一节 研究背景

一、我国社会医疗保险制度的公平性现状

（一）我国社会医疗保险制度的发展现状

我国以基本医疗保险制度为主体的社会医疗保险制度,从 1994 年开始“两江”试点,到 1998 年底在全国推行,至今运行平稳,取得良好的社会效益,不仅保障了 1 亿多人的基本医疗需求,稳定了社会秩序,起到了对未参保职工的示范和导向作用,而且实现了基金收支的基本平衡,控制了医疗费用的过快增长和不合理消费,解决了任何一种保障方式都无法顺利解决的问题。更为重要的是,制度建设确立了国家基本医疗保险在健康保障方面的基础性地位和作用,为满足人们多层次的健康需求创造了条件。但我国社会医疗保险制度的公平性水平在国际比较和国内研究中得出的评价都不高。2000 年,世界卫生组织在对 191 个成员国的卫生总体绩效评估排序中,中国仅列 144 位,卫生筹资与分配公平性的评估排序中,中国居第 188 位,在 191 个成员国中排倒数第 4 位。国务院发展研究中心与世界卫生组织合作的研究报告《中国医疗卫生体制改革》指出我国医疗保障制度成“富人的俱乐部”,现行医疗保险制度覆盖面太小,服务公平性下降。城镇职工基本医疗保险长期以来只包括就业人员及符合条件的退休人员,参保的高门槛将占人口多数的非公有制部门的从业人员,以及以农民工为代表的城镇外来务工流动人员排斥在外。城镇居民基本医疗保险开始实施后,虽然开局良好,但由于没有强制性,单靠政策和行政力量推动,未来的可持续性和保障性还是未知数。真正面向收入低、流动性大的农民工社会医疗保险在大多数城市尚处于空白,面临着制度外的诸多限制和阻力,发展极其缓慢。2007 年,党的十七大提出建立全民健康保障体系,作为健康保障体系核心的社会基本医疗保险制度,存在的问题还有很多,离目标差距还很大。

(二) 我国社会医疗保险制度公平性现状

由于制度建设的阶段性,当前社会医疗保险制度存在着一定程度的不合理现象,在探索过程中也遇到了许多问题,大部分与公平性有关,比如:保险覆盖面窄,实际覆盖率低,政府投入少,对低收入群体补贴不到位,弱势群体医疗保障缺失、保险资源分配不合理,向高收入企业和富裕人群集中、参保人员个人医疗负担过重、企业之间参保情况差别大,社会医疗保险地位不明确,控制作用薄弱,定点医疗机构缺乏有效竞争,基层医疗服务制度薄弱,无法满足参保人群的基本医疗需求,医疗费用支出结构不合理,卫生服务改革跟不上,影响了社会医疗保险制度再分配作用的发挥和公平机制的实现。

二、社会医疗保险公平的研究现状

公平是评价社会医疗保险制度的重要价值原则,追求公平关系到社会医疗保险制度的价值目标选择和最终制度目标的实现,是一个国家社会医疗保险建设过程中必须考虑的重要方面。举办社会保险最基本的目标是促进社会的公平化,国外评价医疗保险的首要指标也是公平性,纵观世界各国近几十年来医疗保障模式改革的历程,无不牵涉到公平目标的不断调整。所以,研究公平性对社会医疗保险制度的建立和完善有着极其重要的作用,并能为当前医疗体制改革提供一些借鉴。

(一) 社会医疗保险公平性研究综述

近年来学者们研究的医疗保险的公平性指的是:一方面,从整个社会范围来说,反映的是医疗保险制度覆盖面的扩大,而根据保险的“大数定理”法则,保险覆盖面越广泛,公平性也就越高,其运行的稳定性就越好,保险功能发挥得就越充分。另一方面,所有参加基本医疗保险的居民拥有的医疗保险质量和范围不应取决于收入的高低和支付能力的大小,而应基本取决于需求水平,即医疗保险按需分配和按能力支付。(张太海,2004)

林枫(2002)认为社会医疗保险公平性的内容主要有以下几个方面:参保公平性、医疗服务提供公平性、医疗服务利用公平性、医疗保险筹资公平性和医疗费用负担公平性等。关于参保公平性也可称为社会医疗保险的社会公平性,就是每个公民都可以参加基本医疗保险,享受同等的政策待遇。医疗服务提供的公平包括资源配置的公平、可及性公平、可得性公平、可负担性公平、合理性公平和质量的公平等几个方面的内容。张太海、董炳光、申曙光^①等(2004)提出社会医疗保险制度运行质量可以从公平性、效率、质量和可持续性四个方面来评价,其中公平性的评价包括社会公平性(即参保公平性)、医疗服务公平性、费用负担公平性和医疗可得性等内容。

^① 张太海、董炳光、申曙光等:《城镇职工基本医疗保险制度运行质量评价初论》,载《中国卫生事业管理》2004年第7期。

在论述筹资的公平性时,许多学者都提到筹资的公平涉及一个重要原则,即支付力原则,也就是根据每个公民的支付能力筹措经费。这一原则已包含纵、横两个方面的内容。杨海文等(2005)具体解释了这两个方面的内容,他们认为垂直公平是指不同的收入水平、不同经济能力的家庭所确定的筹资水平应该不同;水平公平是指不论劳动者的职业、身份有何不同,只要收入水平相同,则应支付相同的医疗费用。筹资的公平性还表现在两个层面:一是健康人群与非健康人群之间的风险分担,二是不同经济收入水平人群之间的风险分担。筹资公平性的本质就是在于避免因病致贫和因病返贫,同样也拓宽了筹资公平性的内涵(徐凌中等,2001)。医疗费用负担的公平性可以用家庭的医疗费用支出(含医疗保险税费)相对于(不包括食物支出)总支出的比率反映出来,医疗费用负担的公平性低表明与高收入家庭相比,低收入家庭的上述比率反而高(WHO,2000)。

对中国社会医疗保险制度公平性的实证研究有:欧序生(2001)对三峡农村贫困地区卫生服务的研究,提示了不同收入人群在获得基本卫生服务方面的不公平性。龚幼龙等(2001)的研究发现,人均收入、企业性质及效益、医疗保健制度覆盖以及社会医疗保险制度的运行情况对卫生服务利用率有重要影响。应晓华等(2004)通过家庭入户调查获得了卫生支出、政府卫生投入等数据,应用WHO所介绍的卫生系统绩效评价中的家庭卫生筹资公平性指标(FFC)及其测量方法,测算出上海市郊区家庭卫生筹资公平性系数(FFC)为0.735,指出合作医疗覆盖率能提高家庭卫生筹资公平性,并估计全国的筹资公平性水平要更低。吴成丕(2003)评估了中国社会医疗保险改革中一种具有普遍意义的模式——威海模式的公平性。他通过计算基尼系数、集中系数、Atkinson度量,以及自定义的Hloss度量,对卫生服务利用的不平等和筹资不平等进行了总体描述,对影响卫生服务利用的人口统计学和社会经济因素进行多元回归分析;并在此基础上,通过直接标准化方法计算偏集中系数,探讨收入所影响的卫生服务利用的不平等;利用筹资分布公平性指标FFC论证了大病救助计划对改善筹资分布公平性的巨大作用,还就筹资制度对再分配造成的冲击进行了分析。

相应地,国际上有关提高社会医疗保险制度的公平性和效率性的对策研究一直很丰富,例如“目标定位政策”研究的兴起就是“立足于把社会保障资源分配给人口中的特定子群体(通常是指那些被认为是最贫困的人)的过程”,是“将稀缺资源有效地分配给那些最需要的人”的定位方法(尼尔·吉尔伯特,2004)。Wagstaff和Van Doorslaer(2001)提出了度量医疗保险公平性的定量方法。总之,发达国家的社会医疗保险制度的共同问题是如何控制医疗费用过快增长、改善医疗保障的结构,发展中国家社会医疗保险制度的共同问题是如何扩大医疗保险覆盖面、转换医疗保障体制和提高管理效率。

从对这些文献的分析可以看出,由于社会医疗保险公平性研究的特殊性和复杂性,当前很多学者都认识到公平性对评价社会医疗保险制度的重要性,对我国社会

医疗保险制度中存在的 unfair 进行了分析和研究。从所收集到的有关社会医疗保险公平性的文献看,大致可分为两个阶段:早期学者们多研究的是卫生事业的公平性,包括健康状况、卫生服务提供和卫生服务筹资中的公平性;近年来,随着社会医疗保险体制改革的深入,人们更多地研究医疗保障体制的公平性,即以医疗保健、社会医疗保险体制为核心的,包括卫生保健体系在内,旨在促进民众健康水平的保障安排的总构成,研究内容趋于广泛和深入。

但是研究也存在着如下不足:一是到目前为止,还没有一个对公平性概念的权威性定义,研究多集中在分析现象、原因上,缺乏较深层次的理论研究和相关评价方法研究;二是从实证研究的方法看,多采用传统的定性方法,定量的测量方法使用不多。随着我国社会医疗保险制度的改革,人们对社会医疗保险制度公平性的关注度也越来越高。公平与效率的探讨不仅具有重要的理论意义,也具有直接的实践意义,公平的标准和内涵也会随着社会经济的发展而变化,会有更多的有关公平性的问题值得探讨。

(二) 社会医疗保险公平性评价综述

世界各国在医疗体制不断改革的同时,都十分重视社会医疗保险的评价问题,对社会医疗保险的运作、效果、效率以及公平性进行了较多的评价工作。国外评价社会医疗保险的首要指标是公平性,因为举办社会保险最基本的目标是促进社会的公平化,各国政府都强调保障人民的基本医疗,各国制度的主要特征是社会化,以使医疗风险在尽量大的人群范围内分散。^①

2000 年 NHS(英国全民保健制度)制定的全民保健制度运行效果评价指标体系,共分六方面五十一项终端指标,评价的主要要素是社会健康状况改善、可及性的公平、适宜卫生服务的有效提供、效率、病人和家属国民卫生保健服务的体验、医疗服务的健康结果。该评价体系十分重视医疗卫生保健制度所带来的社会群体健康水平的改善和医疗服务质量的提高,以及卫生保健的可及性评价,它涵盖了预防保健、社区卫生服务等内容,主要选取一些特定的疾病,如癌症、冠心病手术、中风、关节置换、股骨骨折、精神疾病等的治疗效果来考察健康保险服务质量,以预期寿命(男和女)、癌症死亡率、心血管疾病死亡率、自杀率、意外事故死亡率、未成年少女怀孕率、婴儿死亡率等指标来代表 NHS 最终健康结果的改善状况。由于英国实施的是国家健康保险制度,以税收作为筹资来源,面向全体国民,由国家所有的医疗卫生体系提供免费的健康保险服务,所以并不涉及筹资、参保、资源配置、基金管理等方面的评价内容,故其重点评价的是健康保险制度的长期效果,而对过程评价的内容

^① 鱼敏、樊世斌、李风琴等:《论我国医疗保障制度改革的评价研究》,载《中国卫生事业管理》2002 年第 7 期。

较少。美国加利福尼亚大学的胡德伟^①(2002)认为,社会医疗保险评价的核心因素是可及性、费用和质量,其中可及性评价包括公平性和利用情况,费用评价包括效率和医疗费用控制,质量评价包括健康结果和患者满意度内容。

我国社会医疗保险评价研究开展得较晚,研究者提出了各具特点的评价内容和指标体系。有从社会医疗保险运作内容角度进行评价的,如参保情况,保险基金筹集、运作和管理情况,医疗服务和质量监督和参保人群满意度等;^②有从社会医疗保险参与方角度进行评价的,如保险方、被保险方和医疗服务提供方分别进行评价;^③有从社会医疗保险的社会效益和经济效益角度进行评价的,即社会效益包括社会经济情况、覆盖率、可及性与可得性、满意度和居民健康状况,经济效益主要是保险基金的收支管理评价。^④

各地也对基本社会医疗保险制度进行了一定的评估工作。镇江市^⑤对医疗保障改革前后进行了全方位回顾性调查研究,对职工医疗服务需要和利用、参保筹资和医疗费用支付、企业和职工医疗费用情况、医疗机构运行情况、社会满意度等方面进行比较评估。邹富良^⑥(2002)则从卫生经济学角度评价镇江医改,包括保险规模和共济能力、医疗费用和监督机制、医疗需求满足程度和医疗保障合理性、医疗需求结构和资源利用效率、保险筹资和承受能力等五个方面。深圳市医疗保险运行效果评价^⑦主要包括参保人数、医疗服务利用、医疗费用控制、医患行为规范、保险基金平衡、参保人的满意度等。

段欲军^⑧在2005年对成都市现行的社会医疗保险政策从政治、经济、保险技术、管理学等多角度进行分析、评估,调查采用特尔非等的方法,从公平性、效率、质量、可持续性等方面对成都市的基本医疗保险制度实施4年以来的基本医疗保险进行基础评价。其中涉及公平性的政策评价包括医疗保险缴费政策、个人账户划拨政策,门诊、住院医疗费用支付政策两大类具体政策的评估判断,公平性指标包括社会公平、费用负担公平,效率指标包括保险资源配置效率、医疗效率和经办机构管理效率。

① Teh.wei Hu, Recent International Health Care Reforms: Lessons Learned. 2002(4):21—22.

② 陈智明:《医疗保险学概论》,海天出版社1995年版。

③ 程晓明:《医疗保险学》,复旦大学出版社2003年版。

④ 张笑天,王保真:《医疗保险原理与方法》,中国人口出版社1996年版。

⑤ 镇江医保改革评估小组:《镇江市职工医疗制度改革试点工作评估研究概述》,载《江苏卫生事业管理》1996年,第281页。

⑥ 邹富良:《职工医疗保险制度改革试点回顾——镇江市七年职工医疗保险制度改革卫生经济学评估》,载《江苏卫生事业管理》2002年,第66页。

⑦ 沈华亮:《深圳“统账结合”医疗保险模式的运行效果评价》,载《中国卫生事业管理》1999年第3期。

⑧ 段欲军:《成都市基本医疗保险政策及实施情况评估研究》,四川大学硕士学位论文2005年。

(三) 公平性测量

有关公平性评价方法的研究非常多,综合起来公平性的评价方法主要有:极差法、差异指数、洛伦兹曲线和基尼系数、差别指数、集中指数和集中曲线法等。

1. 极差法

极差法是最常用也是最简单的一种测量方法,它是将调查人群用4分组、5分组或更多分位的分组方法,将其分为4组、5组或更多组,比较其最高与最低组之间医疗保险筹资、支付强度等的差异,从而表明医疗保险在不同社会经济状况人群之间分布的不平等。

2. 差异指数

差异指数表示各社会经济分组中人群医疗保险的分布与同组人群分布间的差异,公平的医疗保险状况应是人群医疗保险状况的分布与人群的分布相一致。差异越大,不公平程度越高;或差异越小,公平程度越高。差异指数法同洛伦兹曲线一样不能反映社会经济状况对医疗保险利用不公平的影响,即使它是按照社会经济状况分组,它表示的是人群医疗保险状况在每个社会经济组分布的差异,而不是这种差异与各组之间社会经济状况的比较。

3. 洛伦兹曲线和基尼系数

洛伦兹曲线(Lorenz Curve)和基尼系数(Gini coefficient)这两个指标最初用于反映社会收入分配不平等程度,后来也被广泛运用于对以收入排序为基础的不公平指标的衡量。其基本原理是将收入按不同人群分为若干等级,横轴表示每一等级的人口数占总人口的累计百分比,纵轴表示与人口对应的每一等级该指标对应量占总量的累计百分比,连接各等级所代表点就得到洛伦兹曲线,洛伦兹曲线是公平程度的形象表示,如果洛伦兹曲线与对角线重叠,收入的分布是公平的。曲线越弯曲(或与对角线的距离越远)表示越不公平。

基尼系数等于洛伦兹曲线与对角线围成的面积除以对角线下直角三角形的面积。基尼系数取值范围在0到1之间,0代表完全公平,1代表完全不公平,数值越大,代表越不公平,洛伦兹曲线可称为“不公平线”。基尼系数计算公式可表示如下:

$$I_{Gini} = \frac{2}{n^2 \bar{y}} \sum_{i=1}^n i(y_i - \bar{y})$$

其中: I_{Gini} 为基尼系数值, $\bar{y}$ 为在分析医疗服务利用时表示平均利用次数,在分析医疗费用时表示平均医疗费用,在分析筹资时表示平均筹资额等。 y_i 为第*i*个组的利用次数或费用,*i*为按所分析的指标大小排序后的每个社会特征组的序号,*n*为分组数。

与极差法相比,洛伦兹曲线反映所有人的状况,不涉及对人口分层问题,从而避免分层时带来的影响。因此,洛伦兹曲线多用于分析宏观公平性。

4. 差别指数

差别指数(Index of Dissimilarity, ID)反映利用量的不平等程度,是以收入排序