

对中国基本医疗保险范畴界定的再研究*

刘小兵

(上海财经大学公共经济与管理学院, 上海 200433)

摘要:本文是一个对中国基本医疗保险范畴界定的再研究。经过生理学、临床医学、保险学和经济学等角度的详尽分析,我们认为现行的根据医疗费用高低和医疗具体项目范畴的标准来确定中国基本医疗保险范畴的做法不尽合理,容易加剧医疗消费的道德风险和导致医疗资源的巨额浪费。本文的分析结论是:合理的基本医疗保险应界定在急、危重症的范畴之内。

关键词:基本医疗保险范围;急危重症;再研究

中图分类号:F840.684 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-9952(2002)11-0031-06

一、问题的提出

尽管中国的医疗保险制度已经确立并开始在全国范围内具体实施,但是对“基本医疗保险”这个概念所应包含的内容仍众说纷纭。众多学者分别从经济学、临床医学、生理学、社会学、伦理学等不同的角度给出了不同的界定(尹力、任明辉,1999)。根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、《关于确定城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的意见》以及各地的实际做法,中国现行的医疗保险制度对基本医疗保险的内涵基本上是从医疗的费用高低和医疗的具体项目两个方面来确定的。根据劳动和社会保障部部长张左己在全国城镇职工医疗保险制度改革工作会议(1998年11月26日)上讲话时透露,如此确定包括基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准在内的基本医疗保险范围和标准,是以前公费医疗管理中的一项成功经验,也是国际上社会医疗保险的通常做法。其目的是为了保证基本医疗保险基金的收支平衡,确定基金能够承付的医疗服务范围和标准。有了这个基本医疗保险服务范围 and 标准,有利于合理控制医疗费用的支出,有效地保障大多数职工的基本医疗需求。但实际效果是否就一定如此呢?

从现行医疗保险运行情况来看,中国医疗保险制度所确定的基本医疗保险的范畴是很宽泛的,只要不突破医疗保险支付的上限,除服务类项目(如挂号费、点名手术附加费、自请特别护士医疗服务等)、非疾病治疗类项目(如美容、保健性的诊疗项目、医疗咨询鉴定等)、诊疗设备及医用材料类项目(如眼科准分子激光治疗仪大型医疗设备进行的检查、康复性器具、自用的治疗器械等)、治疗类项目(如各类器官或组织移植的器官源或组织源、近视眼矫正术、保健性的营养疗法等)和其他类项目(如各种不育症、性功能障碍的诊疗项目)之外,基本都纳入了医疗保险的范畴。很明显,这种

收稿日期:2002-07-31

作者简介:刘小兵(1966—),男,江西吉安人,上海财经大学公共经济与管理学院副教授。

确定方法是基于《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(1998)所确立的“低水平、宽覆盖”原则来进行的,意在尽可能地保障所有的城镇职工都能够享受到“基本”的医疗服务水平。不过,此处“基本”的内涵是由医疗费用的高低来决定的,而不是基于风险意义、生理意义或其他标准而言的。因此,我们认为这种基本医疗保险范畴的确定方法仍具有家长主义式的关怀意味,而并不是建立在科学合理的基础之上。由此而造成的后果是加剧道德风险、增加政府财政压力、造成医疗资源浪费和国民福利的损失(周弘,1998)。表1、表2所示的中国医疗费用及医疗卫生资源利用效率的变动状况大致可以证实这一结论。

表1 中国人均医疗费用变化趋势情况

	平均每一诊疗人次医疗费用(元)	平均每一出院者住院医疗费用(元)
1989年	9.7	432.7
1990年	10.9	472.7
1993年	23.3	1021.3
1995年	39.9	1667.8
1997年	61.6	2384.3

资料来源: <http://www.moh.gov.cn/jk98/T11.html>; <http://www.moh.gov.cn/jk98/T12.html>

表2 中国医疗卫生资源利用效率情况

	医生人均日诊疗人次	医生人均每日负担住院人数	病床使用率
1990年	5.5	2.1	80.9%
1997年	4.6	1.4	61.7%
1999年	N	N	59.8%

资料来源:(1)“医生人均日诊疗人次”和“医生人均每日负担住院人数”数据摘自卫生部卫生统计信息中心《八十年代以来我国医院资源及其利用简况》(1998)。 <http://www.moh.gov.cn/jk98/yy80-97.html>。(2)“病床使用率”数据来自《中国统计年鉴》(2000)。

科学合理地界定基本医疗保险的内涵是建立完善的医疗保险制度的关键,其实质是科学合理地界定政府介入医疗保险领域的范围。而界定基本医疗保险的范畴是一件十分困难的事情,因为这种界定不是一成不变的,而是受到社会、经济和道德等诸多因素的影响,并且会随着这些因素的变化而变化。以下我们分别从生理学、临床医学、保险学和经济学等不同的角度对基本医疗保险的内涵进行综合分析并试图重新对其作出一个比较合理的范畴界定。

二、对基本医疗保险范畴的再界定

(一)基于生理学和临床医学角度的分析。根据生理学的分析,人的合理基本医疗需要是有一定限度的,过度的医疗供给不仅不能达到维护人群健康水平的目的,反而还会得不偿失。但要精确地作出医疗措施是合理还是过度的判断却并非是一件容易的事情。基于生理学分析基础的基本医疗范畴根据临床医学可作进一步的划分和归类。一般有两种划分方法:根据临床的处理方式划分和根据疾病特征划分。

第一,根据临床的处理方式,大体上可将临床医疗问题分为门诊诊治性病症和住院诊治性病症。根据卫生部的卫生统计,通常这两者的比例大约为100:2。

第二,根据疾病特征,如发病原因、起病方式和临床表现等,大体上可以分为以下八大类型的临床医疗病症:(1)日常维修性病症(简称日常性病症或社区病)。该病症具有以下主要特征:某些轻型的自限性病症(如病毒所致的普通感冒等);处于维持治疗阶段的各种慢性病(诊断相对明确);非器质性病变的功能紊乱症;小范围的局部外伤和体表感染。日常性病症在临床基本医疗中大致占门诊各类病症的70%到80%左右。(2)流行性传染病。(3)急、危重症。指短期内可危及生命或致重残的病症。据卫生部统计,急、危重症一般不超过临床门急诊人次的1%。(4)老年慢性病。(5)妇女生育及计划生育。(6)各种地方病、职业病。(7)先天遗传性疾病。(8)其他临床病症。

以上各种病症,从生理学角度来看,只要是进行合理的而非过度的医疗诊疗措施应该都属于基本医疗的范畴。但要注意的是,属于基本医疗范畴的并不是一定属于基本医疗保险的范畴。是否属于基本医疗保险的范畴,需要进一步根据其他因素进行综合分析判断。因此,基于生理学和临床医学角度的分析,只能定义一个基本医疗的范畴而不能给出基本医疗保险的范畴。

(二)基于保险学角度的分析。根据保险学原理,作为可保风险,它并不是一般意义上的风险,而应满足随机性、灾难性、客观性和可测性。同时,可保的风险应该易于识别且识别成本不易过高。当具备这些条件时,保险技术才能正常运营并发挥其有效分散风险的功能。从保险角度分析和界定基本医疗保险的范畴,就是对根据生理学确定的基本医疗范围进行可保险的判别分析,以确定满足上述可保风险基本条件的病症(以下称之为风险性病症)。从保险的角度来评判,只有风险性病症才能纳入医疗保险的范畴,对于那些不是风险性病症的应排除在外。如此,才符合“保险”的真正内涵。确定保险意义上的风险性病症主要有以下几个方面。

1. 日常病症。不可否认,作为生物体的个人,在外界各种因素的作用下,在一生当中总免不了生些小毛病,即所谓的“人吃五谷杂粮焉能不生百病”,日常性病症成为了我们日常生活必不可少的一部分。尽管对于不同的人,其发病的频率和病情的程度有高低之分,但总的来讲,在临床上日常性病症的发病频率相对较高,对每个人都有很高的确定性,而并非小概率随机事件。而且,对于人的肌体而言,日常性病症由于其“日常维修性”的特征,在临床上表现为一般不具有灾难性的后果。另外,随着城镇居民保健意识的增强,常见病症自我药疗的比例也在加大。据上海华氏大药有限公司2000年4月调查统计,常见病症自我药疗的比例为:感冒、呼吸道89.6%,消化道55.7%,疼痛33.9%,皮肤病17.5%。所以,日常性病症不具有可保风险的特征,即日常性病症不属于风险性病症。

2. 流行性传染病。从起病方式来看,流行性传染病具有比较大的不确定性;从发病原因来看,流行性传染病往往与公共卫生的好坏有一定的关系;而在临床表现上,流行性传染病易于识别,而且具有较大的灾害性。所以,以可保条件来判别,它应属于风险性病症。

3. 急、危重症。在临床上,急、危重症的发生表明人的肌体已处于生死攸关的临界状态,如不能准确及时救治,其后果必与重残或死亡相关联。因而对于每一个人来讲,急、危重症都是一种风险性极大的小概率随机事件。同时由于肌体内部的抗争,其外在临床特征非常明显,易于识别;相应地,其医疗过程也易于监控。因此,急、危重症完全符合可保条件,属于典型的风险性病症,应该是医疗保险的主要对象。

4. 老年慢性病。老年慢性病与退行性、累积性病理改变有关,一般说来这与衰老有直接关联,而衰老是生命的自然属性,因而老年慢性病显然不是小概率随机事件,不具备可保风险的条件。而且在临床上易与日常性病症、急、危重症等其他病症混淆,不易识别。所以,老年慢性病应排斥在风险性病症之外。

5. 妇女生育及计划生育。妇女生育及计划生育属于基本医疗的服务对象,但严格地讲,它不是一种病症。计划生育属于国家的政策,与其相关的医疗风险应由国家承担,不能构成保险的对象;妇女生育客观上存在着医疗上的风险,但这一风险造成的直接后果更多的是经济上的赔偿问题,而不是医疗服务的提供问题。所以,妇女生育及计划生育作为一种特殊的基本医疗服务对象,一般不纳入医疗保险的范畴。

6. 各种地方病和职业病。这些病症均具有明显的地域性或行业性的风险机率特征。以可保条件来衡量,虽然地方病和职业病的发病原因、起病方式和临床表现具有一定的特殊性(与生存环境、公共卫生状态、行业性质有关),但基本上仍满足随机性、灾难性、客观性和可测性的条件,并且易于识别,所以这些病症属于风险性病症。

7. 先天遗传性疾病。先天遗传性疾病由于其发病原因明确,起病方式固定,属于大概率事

件,所以一般不作为保险的对象,不属于风险性病症。

综合上述的分析,基于保险学的评判标准之上的医疗保险范畴主要包括急、危重症和流行性传染病以及各种地方病、职业病。但仍需强调的是,属于基于保险学的评判标准之上的医疗保险范畴的,并不一定最终能构成政府实施的医疗保险制度中的基本医疗保险的对象,即医疗保险的对象不一定是基本医疗保险的对象。基本医疗保险的范畴还需综合考虑其他一些因素而定。

(三)基于经济学角度的分析。从经济学的角度分析界定基本医疗保险的范畴,其实质就在于根据效率原则确定哪些医疗消费项目应该纳入基本医疗保险的范畴并需要由政府统一实施强制性的医疗保险计划。我们以经济学原理为立足点,并仍然就基于生理学和临床医学角度分析归纳出来的基本医疗范畴展开分析。

1. 日常性病症。所有迹象均表明,因日常性病症所产生的医疗消费需求并不具有任何异于其他一般消费品的消费特征。其隐含的经济学含义在于:在一般的消费品供求市场中,我们能够运用消费者的自主选择约束来实现供求双方的平衡,从而达到资源合理配置以及效率和公平的平衡,那么,在日常性医疗消费市场中,我们也完全可以做到这一点,而毋需政府通过实施社会医疗保险计划强制性地日常性病症纳入基本医疗保险范畴之中。另外,从成本效益的对比角度来看,将占到门诊性病症群的70%—80%的日常性病症纳入基本医疗保险范畴,采取由第三方支付(或部分支付)的方式,将因道德风险的存在以及日常性病症的临床特征所造成的巨大需求弹性而得不偿失。更有甚者,可能将因此挤占医疗保险资金,使真正急需治疗病症因资金紧缺而得不到保障。以中国现行的医疗保险制度来说,如果将日常性病症剔除在基本医疗保险范畴之外,那么,急、危重症的治疗就有可能不会受资金封顶的束缚,或者,起码封顶线可以得到大大提高。毕竟,人们在一生当中,并不害怕生些小毛小病,而是惧怕出现急、危重病。一方面是因为可能危及生命,另一方面是因为担心在经济上负担不起。所以,从经济学角度分析,日常性病症不应纳入基本医疗保险的范畴。

2. 流行性传染病。因流行性传染病导致的医疗消费需求,具有涉及面广泛、治疗时间集中的特点,所以,对流行性传染病的治疗也具有很大的外部性特征。另外,由于流行性传染病的发病原因大多与公共卫生的质量下降和预防工作的失误有关。所以,对于流行性传染病所造成的医疗需求,尽管符合保险条件而属于风险性病症,但不应纳入基本医疗保险的范畴,而应该纳入政府公共卫生计划,由政府的公共支出予以承担。或者从操作的可行性考虑,将其纳入基本医疗保险的范围,但由政府给予财政补贴。不过,根据成本效益的比较情况来看,应对流行性传染病的办法,应该是预防为主、治疗为辅,因为国内外的实践证明,预防的费用—效益之比往往高达1:50。当然,这一责任因流行性疾病预防的公共品特征责无旁贷地应由政府承担起来。

3. 急、危重症。急、危重症在临床上所具有的特征使其成为一种风险性病症,具备了保险的可保条件;同时其临床特征也为医疗保险的正常运行设置了一道安全装置,使其在经济上成为可行。首先,由于急、危重症的临床后果严重,谁也不会因为补偿比较高而去冒生病之险;其次,急、危重症的医疗服务、药品消费具有较强的专用性,它能够有效消除“一人就医、全家吃药”的连带消费行为或搭便车现象;再次,在急、危重症诊治的病种、检查项目以及药品的使用方面,都方便医疗保险机构进行监控,有利于社会医疗保险机构对医疗单位的过度供给行为实施有效的检查与监督,从而有助于增进医疗保险体系的运作效率。所以,以急、危重症作为基本医疗保险对象,无论从生理学角度和临床医学角度、还是从保险学角度和经济学角度来评判,都是可行的。

4. 老年慢性病。老年慢性病是指老年人的主要疾病,如心血管、肾脏或呼吸功能不全,以及与神经系统、肌肉、关节退行性病变有关的运动障碍等,它是随着人的年龄的增加自然产生的,不属于风险性病症。当老年慢性病的病情处于相对稳定的时期时,它被视为日常性病症,因而如上所述,不应纳入基本医疗保险范围之内;但如果发生突变而危及患者生命时,它便转化为急、危重

症而应属于基本医疗保险的范畴了。

5. 妇女生育及计划生育。由于妇女生育及计划生育这一基本医疗的特殊性,无论是从保险的角度还是从经济学的角度,都不宜纳入基本医疗保险的范畴,而应由政府或用人单位通过设立专项基金或其他方法予以解决。

6. 各种地方病、职业病。从地方病、职业病的疾病特征可知,这些病症所产生的医疗服务需求基本上不能依靠市场机制来解决,也不能完全依赖保险技术来解决。只有当这些疾病成为急、危重症的个案时,保险才可发挥部分的作用。从国内外的成功实践经验来看,对于这些疾病实施成本一效益显著的公共卫生计划,是解决问题的最佳方式。在其中,政府应起主导作用。一般而言,政府可以采用通过税收设立专项基金的办法。另外,对于职业病,由于它的发生和控制与用人单位的生产是不可分割的,因此,用人单位的额外贡献应被强调。也就是说,职业病的专项基金应主要来自造成病因的用人单位的额外税收,其对应的具体公共卫生计划也应由用人单位与政府部门共同参与制定。

7. 先天遗传性疾病。无论从何种角度分析,先天遗传性疾病都不宜单独将其纳入基本医疗保险的范围。如果其临床后果不严重,表现为一种间发性病症的话,可以将其当作日常性病症处理;如果其临床后果非常严重且易于识别或者危及生命的话,则可以将其作为个案纳入急、危重症类别处理。

根据以上从经济学角度对基本医疗服务对象所作的分析,我们认为只有急、危重症才属于基本医疗保险的范畴,其余病症所产生的医疗服务需求,或是与一般消费需求无异而任由市场调节,或是因具有公共品性质而由政府的公共卫生计划者承担,均不需要政府通过强制性的社会医疗保险计划予以保障。

三、一个简短的结论及进一步的解释

(一)分析结论。

1. 从生理学与临床医学角度的分析只能说明基本医疗的范畴而不能界定基本医疗保险的范畴;基本医疗的范畴包括为维持人体的生存、正常发育和发展所必须采取的一系列医疗措施。

2. 从保险学角度的分析只能确定医疗保险的范畴而不能给出基本医疗保险的范畴;医疗保险的范畴主要包括急、危重症和流行性传染病以及各种地方病、职业病。

3. 综合生理学、临床医学、保险学和经济学各方面因素,只有急、危重症才属于基本医疗保险的范畴。

(二)对分析结论的进一步的解释。据中国保监会的最新数据显示,2001年中国的人身险业务保费收入共计1423.97亿元,并占总保费收入的67.51%,比上年增加426.5亿元,增幅达到42.76%;人身险业务支付赔款及给付为265.32亿元,比上年增加43.85亿元,增幅为19.8%。

另据《中国经济统计快报》(2001.20)公布的数据,截止到2001年9月底,中国在岗职工工资总额为8033.55亿元,简单推测全年为10711.4亿元($8033.55 \div 9 \times 12$),以现行8%的医疗保险缴费率计算并假设保费收缴率为100%,那么,全年的保费收入为856.91亿元;1997年职工医疗费用总支出773.7亿元,按年均增长8%计算,2001年的职工医疗费用总支出为1052.61亿元,剔除不合理支出部分(据估计约占总支出的25%左右),为789.46亿元(见表3)。

表3 商业保险与社会保险收支的比较(2001年)

	商业保险	社会保险
收入(亿元)	1423.97	856.91
支出(亿元)	265.32	789.46
支出收入比(%)	18	92.13

资料来源:《经济日报》2000年5月23日;《中国经济统计快报》(2001.20)http://www.online.sh.cn.

对比分析上述数据,我们可以进一步从实证上支持本文对基本医疗保险范畴的界定:

1. 由于社会保险包括了道德风险最易产生的日常性病症,因而导致了支出收入比高达92.13%,远远超过了商业保险的支出收入比;而且这是剔除了不合理支出后的支出收入比,否则,支出收入比将是122.84%。以效率原则评判,说明了将日常性病症纳入基本医疗保险范畴的不合理性。

2. 商业保险的支出收入比之所以如此低,除了保险的大数法则在起作用 and 更具效率的商业保险管理体制之外,最主要的原因在于商业保险不包括日常性病症并给保险赔款设定了支付限额,比如购买6万元的重大疾病保险年保费为1788元,这里的6万元就是支付限额。如果你觉得6万元不足以支付可能发生的重大疾病的治疗费用,你就得购买一份或多份保险。在这种商业的运作机制下,由于不确定因素的存在,人们永远无法确切地了解将来有可能出现的医疗消费需要到底有多大,保险因而也就不能准确地知道应购买的保险数量,这意味着人们无法有效地利用商业保险来化解其一生中存在的健康风险。因此,需要由政府引入社会保险机制利用比商业保险更广泛的统筹范围来进一步为国民化解在急、危重症方面存在的风险。同时,对保险支付不应设定最高支付限额,否则与商业保险无异。

* 本文根据上海市哲学社会科学规划课题《完善社会保障管理体系和管理制度的研究》的一个分报告内容修改而成。课题负责人:上海财经大学丛树海教授。

参考文献:

- [1] 马丁·费尔德斯坦. 20世纪80年代美国经济政策[M]. 北京:经济科学出版社,2000.
- [2] 周弘. 福利的解析——来自欧美的启示[M]. 上海:上海远东出版社,1998.
- [3] 尹力,任明辉. 医疗保障体制改革[M]. 广州:广东经济出版社,1999.
- [4] 丛树海. 社会保障经济理论[M]. 上海:上海三联书店,学林出版社,1996.
- [5] 汤晓莉. 医保——全球共同关注的焦点[J]. 中国社会保障,2001,(12).

A Restudy on the Definition of the Scale of Basic Medical Insurance of China

LIU Xiao-bing

(School of Public Economics and Management, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China)

Abstract: The paper restudies the scale of basic medical insurance of China. Through detailed analysis from the angles of physiology, clinical medicine, insurance and economics, we hold that the actual practice of deciding the scale of basic medical insurance of China according to the current standard based on the level of medical expenditure and the scale of actual medical project, is not absolutely proper, for it is subject to enlarging ethical risk of medical expenditure and resulting in great wastes of medical resources. After analysis, we reach the conclusion that rational basic medical insurance should be defined in the reach the conclusion that rational basic medical insurance should be defined in the realm of emergency cases, serious illnesses as well as fatal illnesses.

Key words: scale of basic medical insurance; emergency case, serious illnesses and fatal illnesses; restudy