

# 提高中国社会医疗保障制度的经济保护，实现全民健康覆盖

方海及其同事强调中国社会医疗保障制度需要为贫困人口提供更好的经济保护

**全**民健康覆盖 (Universal Health Coverage, UHC) 的定义是所有的个人和团体都应该获得所需要的高质量医疗卫生服务而不发生经济困难。<sup>1</sup> UHC包括三个维度：人口覆盖，即覆盖所有的个人和团体；服务覆盖，即覆盖基本的医疗卫生服务；成本覆盖，即覆盖直接医疗成本和经济保护。<sup>2</sup>

2016年联合国可持续发展目标 (Sustainable Development Goals, SDG) 要求各国在2030年实现全民健康覆盖，尤其需要关注两个重要目标：基本医疗卫生服务覆盖和经济保护。<sup>3</sup> 近期世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 和世界银行 (World Bank, WB) 的一份报告显示，中国在16个基本医疗卫生服务覆盖方面的得分比较高，但是对因病致贫的经济保护得分比较低。<sup>4</sup>

中国于2009年开始了新一轮综合医药卫生体制改革 (以下简称“新医改”)，在同一系列的另外一篇文章，孟庆跃及其同事对新医改进行了一个详细的述评。<sup>5</sup> 中国新医改一个重要的目标就是通过建立社会医疗保障制度来实现全民健康覆盖。本文分析中国在提高经济保护方面的成就，研究存在的主要差距，以实现全民健康覆盖。

## 2009年新医改的政策建议

2009年新医改提出建立一个全民医疗保障制度，包括3个主要基本社会医疗保险：城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗 (以下简称“新农合”)，还包括其他补充医疗保险和商业医疗保险 (表1)。<sup>6</sup> 新医改的目标是全国人民都拥有一种基本社会医疗保险，以便获得更好的经济保护。在2016年，城镇居民基本医疗保险和新农合合并成为城乡居民基本医疗保险，促进了管理效率。<sup>7</sup>

### 要点

- 中国基本实现了医疗保险全民覆盖，极大地促进了医疗卫生服务的获得和使用
- 对于贫困人口的经济保护仍然需要加强，因为他们更有可能发生灾难性卫生支出
- 如果不能提高医疗卫生体系的效率，加强初级卫生保健和改革供方支付制度，增加医疗卫生投入对促进经济保护的作也是有限的

表1: 中国3种基本社会医疗保险的主要特征<sup>8</sup>

医疗保险	开始年度	覆盖人口	2015年保险覆盖率	风险分担层级	保险费用分担
城镇职工基本医疗保险	1998	城镇职工和离退休人员	95%	市级	雇主和雇员
城镇居民基本医疗保险*	2007	城镇非就业人口和自由职业者	95%	市级	个人和政府补助
新型农村合作医疗*	2002	农村人口	99%	县级	个人和政府补助

\*在2016年，合并成为城乡居民基本医疗保险。

为了给予大病患者更多的保护，大病医疗保险 (以下简称“大病医保”) 于2012年启动，2015年在全国范围内铺开。大病医保覆盖个人自付医疗费用超过当地平均可支配收入的大病患者，提供额外的费用补偿，并且补偿没有封顶线。

医疗救助制度 (以下简称“医疗救助”) 于2003年从农村地区启动，2005年扩大到城镇地区，为贫困人口的经济保护提供了一个额外的安全网。医疗救助帮助最为贫穷的人口支付医疗保险参保费中需要个人支付的部分，或者直接支付基本医疗保险和大病医保补偿后仍然需要个人自付的医疗卫生费用。医疗救助的资金主要来源于政府、福利彩票和社会捐助等。<sup>9</sup>

中国对医疗卫生服务领域进行了大量的公共投资。政府医疗卫生预算支持政府办基层医疗机构的建设和翻修，对医疗机构由于取消药品加成后造成的收入损失给与补贴，为公立医院购买医疗设备，扩大基本公共卫生服务，继续医学教育和培训。这些在公共卫生领域的投资取得显著成效，例如每千人口卫生人员数由2003年的3.48人提高到2017年的6.47人，每千人口医院床位数由2003年的2.34张提高到2017年的5.72张。<sup>8,10</sup> 政府投资也有助于将医疗卫生服务价格维持在比较低的水平上。

## 2009年新医改在经济风险方面取得的成就

扩大医疗保险覆盖促进了医疗卫生服务的获得和使用。在2011年，中国基本取得了医疗保险全民覆盖，95%以上的人口拥有了医疗保险，极大地促进了医疗卫生服务的获得和使用。<sup>11</sup> 需要住院但是未住院的比例从2003年的29.6%下降到2008年的25.1%和2013年的17.1%。<sup>12</sup> 人均年门诊次数从2003年的1.7次增加到2017年的5.9次，人均年住院率 (全国住院次数除以总人口数) 也由2003年的3.6%增加到2017年的17.6%。<sup>8,13,14</sup> 中国的门诊住院服务使用与全球平均次数相近，但是住院率明显偏高。<sup>15</sup>

## 个人自付医疗费用的降低

中国扩大医疗保险覆盖降低了个人自付医疗费用的比例。中国卫生总费用有3个经费来源：政府 (包括医疗卫生服务直接投资和医疗保险参保费补助)、社会 (包括个人和雇主支付的社会医疗保险参保费、商业医疗保险参保费和社会捐助等)，以及个人自付医疗费用。<sup>8</sup> 高的个人自付医疗费用通常意味着低的经济保护。

图1显示，中国个人自付医疗费用占卫生总费用的比例从2003年的56%，下降到

个人自付医疗费用 (元) 和在卫生总费用中的比例 (%) 2003-2017

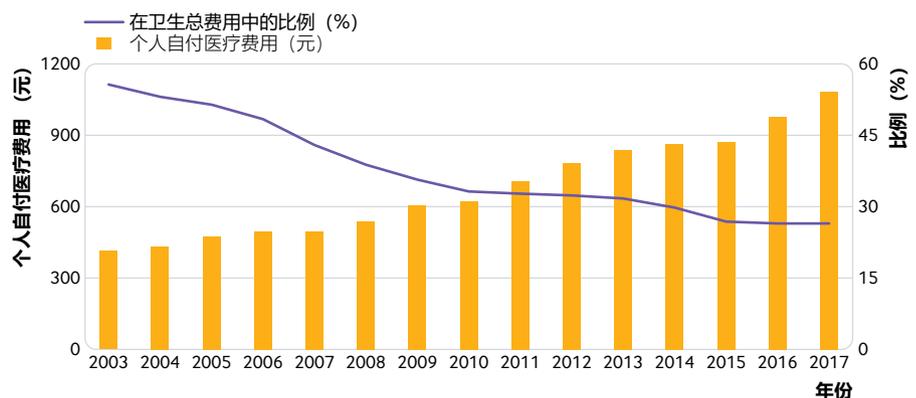


图1: 个人自付医疗费用和在卫生总费用中的比例，2003-2017

表2: 2003-2016年间灾难性卫生支出发生率

参考文献	年度	地区	人口	灾难性卫生支出发生率*		
				最穷组	平均	最富组
Meng等 <sup>14</sup>	2003	全国	全部	无数据	12.2	无数据
Meng等 <sup>14</sup>	2008	全国	全部	无数据	14	无数据
Meng等 <sup>14</sup>	2011	全国	全部	无数据	12.9	无数据
Xu等 <sup>21</sup>	2013	陕西	全部	22.4	15.8	12.9
Sun等 <sup>22</sup>	2014	内蒙古	农村	无数据	17.5	无数据
王钦池 <sup>23</sup>	2014	全国	农村	31.6	15.8	5.7
徐文娟等 <sup>24</sup>	2015	全国	≥45岁	无数据	16.5	无数据
Jing等 <sup>25</sup>	2016	山东	二型糖尿病	17.1 <sup>†</sup>	13.8 <sup>†</sup>	9.3 <sup>†</sup>

\*最穷组是按家庭收入分布分为5组中最低的组，最富组是最高组。  
<sup>†</sup>本研究汇报最低25%和最高25%收入家庭，而不是分5组。

2017年的29%。这一比例预计会在2030年下降到25%。<sup>16</sup>

### 提高贫困人口的经济保护

大病医保和医疗救助有效地补充了基本社会医疗保险，给与弱势群体额外的经济保护，包括贫困人口，慢性病或残疾人口，地域因素造成的弱势群体，非常年幼或者年老的人口。截至到2017年，超过10亿中国人民拥有大病医保，1100万人获得了超过300亿元人民币（34亿英镑；39亿欧元；或者43亿美元）的额外医疗卫生费用补偿。<sup>17</sup> 实施大病医保后，患者医疗费用报销比例在基本社会医疗保险的基础上平均提升10个百分点。<sup>18</sup> 仅2017年，医疗救助帮助5620万人（4%的全国人口）支付他们的基本社会医疗保险参保费，3520万人（2.5%的全国人口）获得平均757元人民币（金额大约为2017年12%的次均住院费用）的救助款来支付他们的个人自付医疗费用。<sup>8</sup>

### 中国仍然需要进一步推进医改降低个人自付医疗费用

尽管个人自付医疗费用占卫生总费用的比例一直在下降，但是金额仍然很高。图1显示，个人平均自付医疗费用的绝对值仍然在上升。2013年，个人自付住院医疗费用分别占新农合参保人员和城镇居民基本医疗保险参保人员家庭年均可支配收入的33%和30%。<sup>12</sup>

高的个人自付医疗费用是中国发生灾难性卫生支出和经济保护不足的主要原因之一。<sup>14-19</sup> 灾难性卫生支出的定义通常为

一个家庭的自付医疗费用占到整个家庭可支付能力（例如去除必要基本生活支出后的净收入）的40%或者以上。<sup>20</sup> 按照这一标准，中国灾难性卫生支出的比例在2003、2008和2011年分别为12.2%、14%和12.9%。尽管2011年之后，没有全国的灾难性卫生支出统计数据，但是使用地区数据的研究显示，2011年以来灾难性卫生支出的比例并没有降低。

为降低个人自付医疗费用，整个社会基本医疗保险应该进一步整合。现在中国仍然存在两种不同的基本社会医疗保险：城乡居民基本医疗保险覆盖城镇非就业人口、自由职业者以及农村人口，城镇职工基本医疗保险覆盖城镇职工和离退休人口。与城镇职工基本医疗保险相比，城乡居民基本医疗保险覆盖人口的个人自付医疗费用更高，更有可能导致灾难性卫生支出。<sup>12</sup> 通过加大政府资金投入，整合医疗保险种类和风险统筹层级以及均等化福利包，将会显著降低城镇非就业人口、自由职业者以及农村人口的个人自付医疗费用。然而，如果不能提高医疗卫生体系的效率，加强初级卫生保健，通过支付方式改革来控制供方行为，加大对医疗卫生的投入将缺乏可持续性。

### 扩大大病医保和医疗救助

灾难性卫生支出对贫困人口的影响比例更大。表2显示，总人口中最贫穷的1/5家庭比最富有的1/5家庭更容易发生灾难性卫生支出。图2显示，2003-2017年间，医疗保健支出占消费性支出的比例在城镇和农村均有所

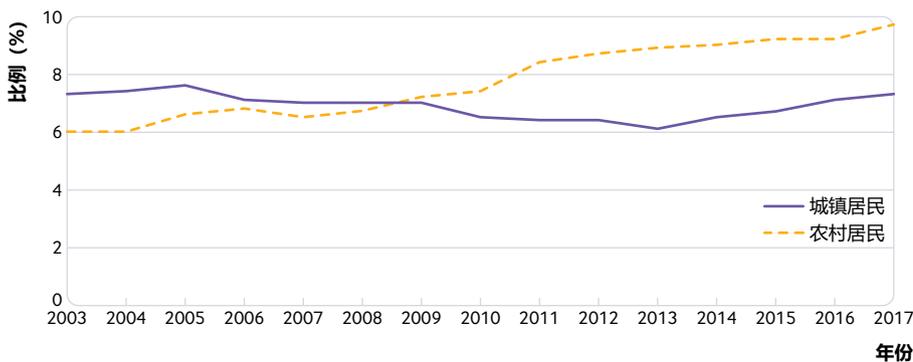


图2: 医疗保健支出占消费性支出的比例, 2003-2017

增加，但是在农村地区增加的幅度超过了城镇地区（农村地区相对欠发达）。

大病医保在没有以贫困人口为主要目标，医疗救助在规模上还相对较小。使用地区数据的初步研究表明，大病医保并没有降低灾难性卫生支出的发生。<sup>27-28</sup> 现阶段，大病医保被设计成为能够降低所有罹患重大疾病患者个人自付医疗费用的保险，只要个人自付医疗费用超过当地平均可支配收入，就提供额外的经济保护。大病医保的补偿比例也不会按照患者的经济状况进行调整（现阶段为50%），但是研究表明贫困人口有更高的疾病负担，需要更多额外的经济保护。<sup>12</sup> 其实现阶段并不是所有可以享受大病医保的患者，都会发生灾难性卫生支出。为保护弱势群体，额外增加的资金需要更多地关注贫困人口，例如将享受大病医保与家庭可支配收入相关联，而不是用一个绝对的当地人均可以支配收入作为标准。对于更为贫穷的人口，大病医保的补偿比例也需要有所提高。

现阶段，医疗救助并没有覆盖发生灾难性卫生支出的所有患者。据估算，2011-2016年间，医疗救助大概覆盖了1/4的发生灾难性卫生支出的患者。医疗救助也仍然存在最高补偿限额封顶的情况。应该继续扩大医疗救助，以覆盖所有享受基本医疗保险和 大病医保后仍然会发生灾难性卫生支出的患者，通过更为严格的标准，例如家庭可支配收入、固定资产、金融资产、房地产等，确定最贫穷的人口（例如建档立卡户），医疗救助可以设计一个最大的个人自付医疗费用限额，超过这一限额后，贫困人口无需再支付任何个人自付医疗费用。

### 结论

通过基本实现社会医疗保险全民覆盖，中国提高了医疗卫生服务的获得和使用，降低了个人自付医疗费用。尽管中国政府一直致力于提高人民的经济保护，贫困人口的灾难性卫生支出仍然较高。中国需要一个清晰和综合的政策，涵盖基本社会医疗保险、大病医保、医疗救助和提高医疗卫生服务效率，贫困人口应该是现阶段中国医疗保障制度持续提高经济保护的主要目标。对于贫困人口实施医疗卫生费用经济保护的健康扶贫政策，应该作为中国精准扶贫的重要组成部分，以破解因病致贫、因病返贫的恶性循环。

我们感谢世界卫生组织的Ke Xu博士对本文的帮助和建议。

**利益冲突：** 已经阅读和理解BMJ关于利益冲突的政策，没有可以声明的利益冲突。

**出处和评议：** 委托，外部同行评议。

这篇文章是北京大学中国卫生发展研究中心建议和The BMJ委托的系列文章的一篇。The BMJ对外部同行评议、编辑和出版全程管理。文章出版费由北京大学医学部支持。

方海, 教授,<sup>1</sup>  
 Karen Eggleston, 资深研究员,<sup>2</sup>  
 Kara Hanson, 教授,<sup>3</sup>  
 吴明·教授<sup>1</sup>

<sup>1</sup>北京大学中国卫生发展研究中心，北京，中国

<sup>2</sup>斯坦福大学Freeman Spogli 国际研究所  
Shorenstein 亚太研究中心，斯坦福，加利福尼亚州，美国国家经济研究局，美国

<sup>3</sup>伦敦卫生和热带病学院公共卫生和政策系，伦敦，英国

<sup>4</sup>北京大学公共卫生学院卫生政策和管理系，北京，中国

**通讯作者：**方海

hfang@hsc.pku.edu.cn

**译者：**方海，北京大学中国卫生发展研究中心



- Chan M, Brundtland G. Universal health coverage: an affordable goal for all. World Health Organization. 2016. <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/universal-health-coverage/en/>
- World Health Organization. Universal coverage—three dimensions. [https://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](https://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/)
- United Nations. Sustainable development goals 3: ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2016. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
- World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/)
- Meng Q, Mills A, Wang L, et al. What can we learn from China's health system reform? *BMJ* 2019;365:l2349. doi:10.1136/bmj.l2349
- 中共中央、国务院. 《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》. 2009年3月17日.
- Pan XF, Xu J, Meng Q. Integrating social health insurance systems in China. *Lancet* 2016;387:1274-5. PubMed doi:10.1016/S0140-6736(16)30021-6
- 中国国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴. 中国协和医科大学出版社, 2018.
- 中国财政部、民政部. 关于印发《城乡医疗救助基金管理办法》的通知, 2013年12月23日. [http://fgk.mof.gov.cn/law/getOneLawInfoAction.do?law\\_id=74020](http://fgk.mof.gov.cn/law/getOneLawInfoAction.do?law_id=74020)
- 中国卫生部. 中国卫生统计年鉴. 中国协和医科大学出版社, 2004.
- Liang L, Langenbrunner JC. The long march to universal coverage: lessons from China. *Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) No 9*. World Bank, 2013.
- 中国国家卫生计生委统计信息中心. 第五次国家卫生服务调查分析报告. 中国协和医科大学出版社, 2015.
- 中国卫生部统计信息中心. 2003年中国卫生事业发展情况统计公报 <http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/pgb/200805/34849.shtml>
- Meng Q, Xu L, Zhang Y, et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;379:805-14. PubMed doi:10.1016/S0140-6736(12)60278-5
- Moses MW, Pedroza P, Baral R, et al. Funding and services needed to achieve universal health coverage: applications of global, regional, and national estimates of utilisation of outpatient visits and inpatient admissions from 1990 to 2016, and unit costs from 1995 to 2016. *Lancet Public Health* 2019;4:e49-73. PubMed doi:10.1016/S2468-2667(18)30213-5
- Fu W, Zhao S, Zhang Y, Chai P, Goss J. Research in health policy making in China: out-of-pocket payments in Healthy China 2030. *BMJ* 2018;360:k234. PubMed doi:10.1136/bmj.k234
- Li H, Jiang L. Catastrophic medical insurance in China. *Lancet* 2017;390:1724-5. PubMed doi:10.1016/S0140-6736(17)32603-X
- 中国人力资源社会保障部. 城乡居民大病保险成效显著. 2017年10月28日. [http://www.gov.cn/xinwen/2017-10/28/content\\_5235083.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2017-10/28/content_5235083.htm)
- Xie B, Huo M, Wang Z, et al. Impact of the new cooperative medical scheme on the trend of catastrophic health expenditure in Chinese rural households: results from nationally representative surveys from 2003 to 2013. *BMJ Open* 2018;8:e019442. PubMed doi:10.1136/bmjopen-2017-019442
- Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures, methodology. Discussion paper 2. WHO, 2005.
- Xu Y, Gao J, Zhou Z, et al. Measurement and explanation of socioeconomic inequality in catastrophic health care expenditure: evidence from the rural areas of Shaanxi Province. *BMC Health Serv Res* 2015;15:256. PubMed doi:10.1186/s12913-015-0892-2
- Sun J, Liabsuetrakul T, Fan Y, McNeil E. Protecting patients with cardiovascular diseases from catastrophic health expenditure and impoverishment by health finance reform. *Trop Med Int Health* 2015;20:1846-54. PubMed doi:10.1111/tmi.12611
- 王钦池. 灾难性医疗支出对我国农村贫困的影响研究—基于中国家庭追踪调查. *中国卫生政策研究* 2016;9(2):6-10.
- 徐文娟, 褚福灵. 灾难性卫生支出水平及影响因素研究. *社会保障研究* 2018;5:64-72.
- Jing Z, Chu J, Imam Syeda Z, et al. Catastrophic health expenditure among type 2 diabetes mellitus patients: A province-wide study in Shandong, China. *J Diabetes Investig* 2019;10:283-9. doi:10.1111/jdi.12901. PubMed doi:10.1111/jdi.12901
- Meng Q, Fang H, Liu X, Yuan B, Xu J. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system. *Lancet* 2015;386:1484-92. PubMed doi:10.1016/S0140-6736(15)00342-6
- 高广颖, 马骥宇, 胡星宇, 杨显, 段婷, 贾继荣. 新农合大病保险制度对缓解灾难性卫生支出的效果评价. *社会保障研究* 2017;2:69-76.
- Fang P, Pan Z, Zhang X, Bai X, Gong Y, Yin X. The effect of critical illness insurance in China. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:e11362. PubMed doi:10.1097/MD.00000000000011362

**Cite this as:** *BMJ* 2019;365:l2378  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2378>