

老龄化背景下上海市社会医疗保险水平测定与分析

【摘要】：调查统计，老年人发病率比年轻人高 3~4 倍，住院率高 2 倍。在中国，因病等各种原因生活不能自理的老年群体有 1000 多万人。确定本国或本地区的社会医疗保险适度水平，是医疗保障制度建设的重要基础和关键因素，不仅关系到医疗保障政策目标的实现，同时，对社会保障整体目标的实现也会产生直接或间接的影响，甚至影响国家经济和社会发展。2011 年上海 60 岁以上老人占比达到 24.5%，另一方面上海社会医疗保险水平居全国之先，本文旨在发现上海社会医疗保险制度设计定位存在的问题，并针对性地提出改进对策。

【关键词】：社会医疗保险，医疗保障，平衡策略

1 上海社会医疗保险水平的测定与比较

上海社会医疗保险水平是指上海社会医疗保险支出占上海市生产总值的比重。社会医疗保险水平直接反映保险程度的高低和资金需求的大小，直接关系到普通民众的健康状况及生存质量。 $M=Ma/G$ ， M 代表社会医疗保险水平； Ma 代表社会医疗保险支出额； G 代表国内生产总值（GDP）。根据穆怀中⁽¹⁾及李珍⁽²⁾的水平测度模型，结合 2002~2011 年上海统计年鉴、中国统计年鉴、中国劳动统计年鉴相关数据，对上海社会医疗保险水平进行测度，见表 1。

上海从 2002~2011 年的平均社会医疗保险水平仅为 1.56%。除数量上的考虑，还必须从人均社会医疗保险水平、保险覆盖面、城乡结构等多个角度考虑，才能对一个国家和地区的社会医疗保险水平做出客观和全面的评价。截止到 2011 年底上海社会医疗保险参保人数达 1342.06 万人，实现制度覆盖率 95%以上。通过表 2 可以发现，上海市农村居民家庭人均医疗支出占消费总支出的百分比总体呈连年上升趋势，而城市则总体呈逐年下降趋势。2010 年农村居民家庭人均医疗支出超出城市 1.4%。农村居民家庭人均医疗支出占家庭总收入的比例整体呈上升趋势，而城市则整体呈下降趋势。

表 1 上海社会医疗保险水平

年份	医疗保险支出 (亿元)	GDP (亿元)	社会医疗保险水平 (%)
2002	72.37	5 741.03	1.26
2003	117.06	6 694.23	1.75
2004	119.45	8 072.83	1.48
2005	146.44	9 164.1	1.60
2006	156.12	10 366.37	1.51
2007	179.6	12 188.8	1.47
2008	212	14 069.87	1.51
2009	241.9	15 046.45	1.61
2010	287	17 165.98	1.67
2011	335.6	19 195.69	1.75

表2 上海城乡人均医疗支出占居民家庭消费总支出、总收入的比例(%)

项目		2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年
居民家庭人均医疗支出占消费总支出比例	农村	5.3	5.9	6.7	7.7	6.9	6.5	7.7	7.5	5.7
	城市	7.0	5.5	6.0	5.8	5.2	5.0	3.9	4.8	4.3
居民家庭人均医疗支出占总收入比例	农村	4.5	5.0	5.8	6.7	6.0	5.6	6.1	6.0	4.3
	城市	5.5	4.1	4.6	4.3	3.7	3.6	2.8	3.5	3.2

2 上海社会医疗保险水平“适度性”的测定

2.1 测定上海社会医疗保险水平“度”的数理分析模型社会保障水平是指社会保障支出占 GDP 的比重即： $S=S_a/G$ ，S 代表社会保障水平； S_a 代表社会保障支出额；G 代表 GDP。在上式中加入中间要素“工资收入总额 W”，代表以劳动生产要素投入而产生的总产量，则： $S=S_a/G=S_a/W \times W/G=Q \times H=0.75 (Q_a+Z+J+M)$ 。

其中，Q 为社会保障支出总额占工资收入总额的比重系数，即社会保障负担比重系数；W 为工资收入总额；H 为工资收入总额占 GDP 的比重系数，又称劳动生产要素分配比例系数，根据道格拉斯总量生产函数原理和实际数据研究结果，国际普遍采用 H 为 75%，中国现在的状况为 62%； Q_a 为老年人口比重；Z 为失业保障支出占工资收入总额的比重；J 为工伤、生育保障支出占工资收入总额的比重；M 为社会福利、优抚支出占工资收入总额的比重。

2.2 上海社会医疗保险水平上限值与下限值的综合分析根据穆怀中⁽¹⁾及李珍⁽²⁾的社会保障水平测度模型，结合 2002~2012 年上海统计年鉴、中国统计年鉴、中国劳动统计年鉴相关数据，对上海的社会保障水平进行测度，见表 3、表 4。

表3 上海社会保障水平(亿元)

年份	社会保险支出					抚恤和社 会福利救 助支出	社会保 障补助支 出	社会保 障支出	GDP	社会保 障水平(%)
	养老保 险支出	医疗保 险支出	失业保 险支出	工伤保 险支出	生育保 险支出					
2002	269.2	72.37	6.89	-	2.83	11.332 9	16.314 4	378.94	5 741.03	6.60
2003	289.58	117.06	6.28	-	2.80	15.502 4	33.129 1	464.35	6 694.23	6.94
2004	319.94	119.45	29.40	0.19	4.67	19.027 9	50.237 3	542.92	8 072.83	6.73
2005	362.12	146.44	23.94	1.53	7.11	24.843 6	72.082 5	638.06	9 247.66	6.90
2006	414.00	156.12	26.11	2.18	8.02	27.162 1	100.67	734.27	10 572.24	6.95
2007	501.70	179.60	29.70	2.70	11.5	274.217 1 (社会保障与就业)		999.42	12 494.01	8.00
2008	639.20	212.00	44.30	3.60	11.5	-	334.97	1 245.57	14 069.87	8.85
2009	739.70	241.90	54.70	4.40	10.8	-	336.08	1 387.58	15 046.45	9.22
2010	854.30	287.00	60.70	5.20	13.3	-	362.56	1 583.06	17 165.98	9.22
2011	1 008.90	335.60	61.80	8.10	17.00	-	417.50	1 848.90	19 195.69	9.63

表4 2002~2011 年上海社会保障水平的适度状况

项目	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	均值
老年人口比重(%)	18.7	18.98	19.28	19.58	20.15	20.8	21.6	22.5	23.4	24.5	20.95
现有社会保障水平(%)	6.6	6.9	6.7	6.9	6.9	8.0	8.9	9.2	9.2	9.6	7.89
适度下限	15.537	15.747	15.972	16.197	16.6245	17.112	17.712	18.387	19.062	19.887	17.22
适度上限	17.4	17.61	17.835	18.06	18.4875	18.975	19.575	20.25	20.925	21.75	19.09
适度状况	-8.937	-8.847	-9.272	-9.297	-9.7245	-9.112	-8.812	-9.187	-9.862	-10.287	-9.33

社会保障水平适度上限、下限计算公式：适度上限= $0.75 (Q_a+Z^{\uparrow}+J^{\uparrow}+M^{\uparrow})$ 、适度下限= $0.75 (Q_a+Z^{\downarrow}+J^{\downarrow}+M^{\downarrow})$ 。根据 2002~2011 年的上海社会保障各分项支出数值，根据如下测算模型： $Q=O+Z+E+J+M$ ，Q 为社会保障支出占工资收入总

额的比重；O 为养老保险支出占工资收入总额的比重；E 为医疗保险支出占工资收入总额的比重；J 为工伤、生育保险支出占工资收入总额的比重；M 为社会福利、社会优抚支出占工资收入总额的比重。加权平均计算出上海社会保障各分项支出占社会保障总支出的平均比例，见表 5。根据表 4 得出的上海社会保障水平适度区间，经过测算得出上海社会医疗保险水平适度区间，见表 6。

表 5 上海社会保障各分项支出的比重

分项支出	养老 保险	医疗 保险	失业 保险	工伤、生育 保险	社会 福利
计算公式	O/Q	E/Q	Z/Q	J/Q	M/Q
社会保障分项支出 在最高社会保障支 出中的比重(%)	59.36	22.35	4.05	1.41	12.83

表 6 上海社会基本医疗保险水平的适度区间

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	均值
现有水平	1.26	1.75	1.48	1.6	1.51	1.47	1.51	1.61	1.671	1.75	1.56
适度上限	3.89	3.94	3.99	4.04	4.13	4.24	4.38	4.53	4.68	4.86	4.27
适度下限	3.478	3.52	3.57	3.62	3.72	3.82	3.96	4.11	4.261	4.445	3.85
适度状况	-2.218	-1.77	-2.09	-2.02	-2.21	-2.35	-2.45	-2.501	-2.59	-2.70	-2.29

通过以上对上海社会医疗保险水平适度区间的测算，得出 2011 年上海当前社会医疗保险水平的下限为 4.445%，低于这一下限，则社会医疗保险保障能力不足，影响居民身体健康。

2.3 上海社会医疗保险水平“适度性”的判断将目前上海社会医疗保险水平的实际测算值与保障水平的上下限值相比较，如果实际测算值在上下限值之间，表明上海目前的社会医疗保险水平是适度的，亦即适度下限 $<M<$ 适度上限；如果实际测算值高于上限值，社会医疗保险水平处于超度状态；如果实际测算值低于下限值，表明上海社会医疗保险水平处于低度状态。

从上面的推算可知：2011 年上海社会医疗保险水平为 1.75%，远低于下限值 4.445%。2002~2011 年平均社会医疗水平为 1.56%，也远低于 3.85%的下限值。一方面说明，上海的社会医疗保险水平较低，制度供给水平不足，与上海的经济发展水平不相适应；另一方面，上海作为全国代表性的经济发达地区之一，有必要走在全国的前列，建立与经济发展相吻合的社会医疗保险，提高社会医疗保险水平，让老百姓共享经济发展的成果。

3 上海社会医疗保险水平“适度性”调控的平衡策略分析

3.1 调整制度顶层设计，确保水平的“适度性”当前上海“城保”、“镇保”、“农保”、“综保”之间的社会医疗保险水平存在较大差异，基本属于城乡二元社会医疗保险制度的范畴，需要对上海社会医疗保险制度进行重新设计和整合，进而为上海确立适度的社会医疗保险水平提供制度保证。

3.1.1 调整制度设计思想上海乃至全国现行的社会医疗保险制度，总体上处于分割、无序的状态，针对不同的人群设立不同社会医疗保险制度的指导思想虽然尽最大可能地对参保对象实现全覆盖，但这种条块分割制度导致社会医疗保险制度的“碎片

化”现象，这种制度设计思想及制度效果已经在很大程度上成为经济社会协调发展的重要障碍，增加社会医疗保险的管理运营成本，客观上导致不同险种之间的社会医疗保险水平差距不断扩大，最终形成城乡二元社会医疗保险体系，进而使得上海社会医疗保险在内部结构上的不适度。因此，必须采取整体设计的指导思想，以推进城乡一体化为指导原则，建立统一的国民健康保险制度，建立一个覆盖全民、一体化的社会医疗保险体制，确保所有公民基本医疗保险需求得到制度化保障，最终实现上海社会医疗保险水平的适度⁽³⁾。

3.1.2 实现制度转轨与整合由以部门、户籍、就业标准的多元制度分割转轨整合为以就业为标准的两元制度，最后建立统一的国民健康保险制度。随着上海城乡一体化进程加快，人口结构快速变化，参保人员经常在城镇职工、城镇居民和农村居民等身份中发生转换，但当前医保制度之间缺乏统筹，当参保人员身份发生变化时，医保待遇难以衔接。当前制度在城乡、地区、不同人员之间，迫切需要整合和政策衔接。为降低经办成本，提高管理效率，城乡所有基本医疗保险也应一体化管理。为此，提出上海社会医疗保险体系整合制度设计方案，如图 1。

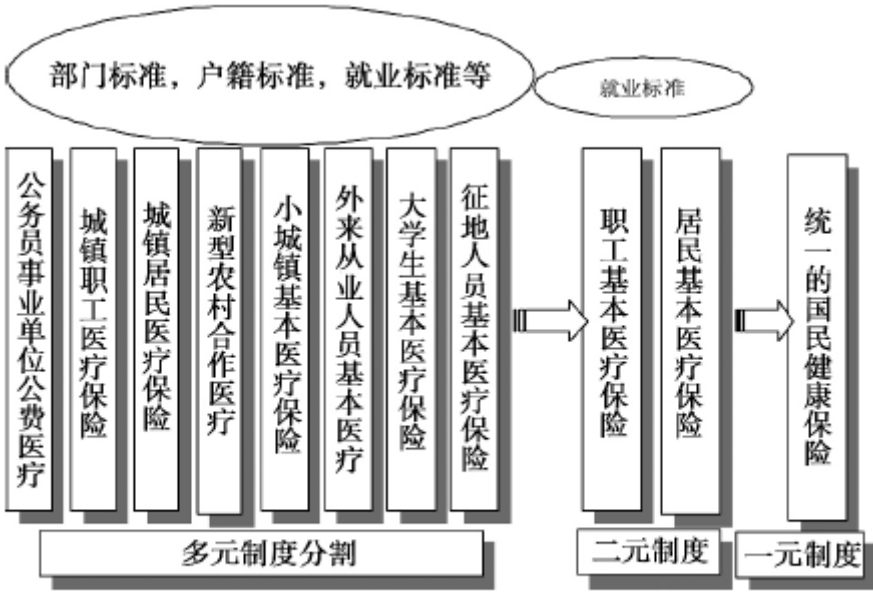


图 1 上海社会医疗保险体系整合的制度设计方案

不同制度之间的衔接和转轨，涉及各方利益的调整，仅单纯强调现行各项制度的叠加是难以奏效的，必须通过各项制度自身的完善，对制度体系框架、基金筹集、待遇发放、基金运行、医保信息管理平台的构建、财政经费支持等，不同管理部门，各个系统达成共识，才能重构按照户籍建立起来的“碎片化”制度，使上海社会医疗保险体系逐步衔接、整合和完善。根据上海的实际情况，上海建立统一国民健康保险制度可采取如下战略步骤，如图 2。

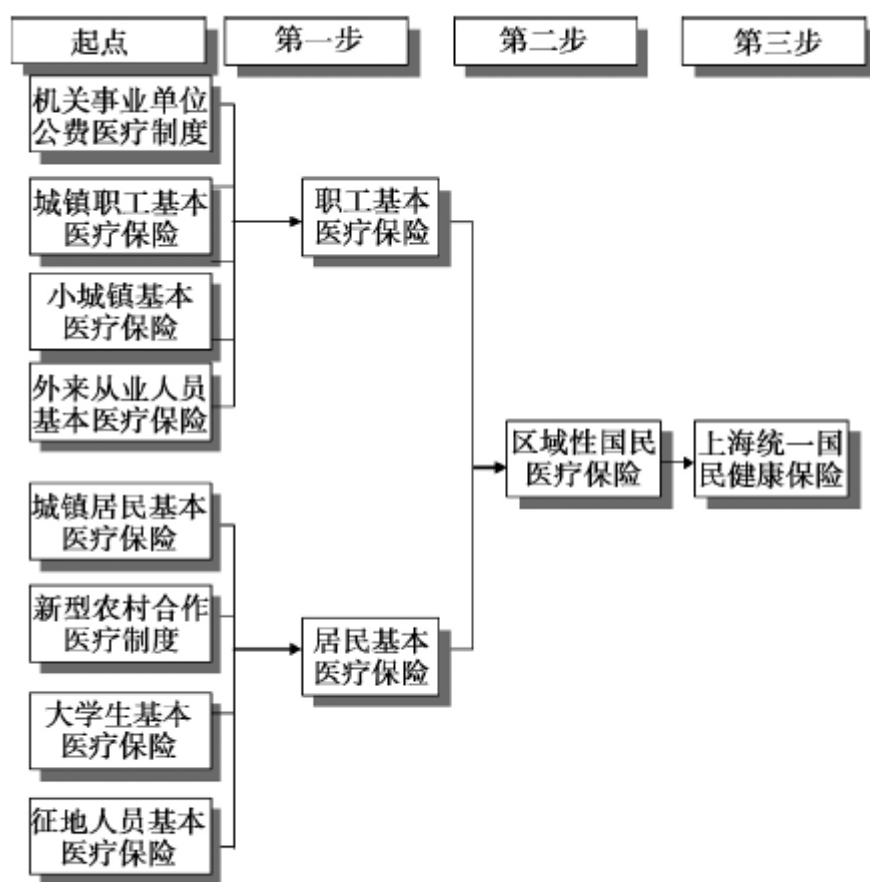


图2 上海建立统一的国民健康保险制度步骤图

当前上海社会医疗保险水平城乡之间、不同险种之间差距大，需要通过对上海社会医疗保险制度进行重新设计和整合，通过三步走战略，实现上海社会医疗保险水平的适度。需要特别强调的是，统一化不等于制度的唯一化和保障结果的均等化。统一化的制度设计可以采取多种不同政策的组合方式，不同政策追求不同保障目标。划分的标准是依据就业而不是依据户籍和身份来进行制度设计。基于医疗卫生资源有限性与公众医疗卫生需求无限性的矛盾，加上社会医疗保险水平会受到价值取向的影响，因此要确立适度社会医疗保险水平，必须考虑国情，上海也不例外。上海确定适度的社会医疗保险水平，还是要在完善基本医疗保险水平的基础上逐步提高。

3.2 明确基本医疗保险范围在2009年3月17日通过的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，即新医改方案中提到“到2011年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，基本药物制度初步建立，城乡基层医疗卫生服务体系进一步健全，基本公共卫生服务得到普及，公立医院改革试点取得突破，明显提高基本医疗卫生服务可及性，有效减轻居民就医费用负担，切实缓解‘看病难、看病贵’问题。”对基本医疗保险的范畴并没有给出明确的界定。

从生理学与临床医学角度分析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；从保险学角度分析基本医疗保险的范畴主要包括急、危重症和流行性传染病及各种地方病、职业病。明确基本医疗保险的范围，才能合理利用资金，扩大上海基本医疗保险覆盖面和缩小医疗保险不同对象群体的差距，提高全社会人民的健康水平，最终确定上海适度的社会医疗保险水平。

3.3 优化上海社会医疗资源配置

在现有医疗资源总量的条件下，优化上海社会医疗资源配置，提高个人费用意识，控制费用支出，减少医疗保险费用的浪费和转移，发挥现有医疗资源的最大效应，最终实现上海社会医疗保险水平的适度⁽⁴⁾。

3.3.1 加大政府扶持力度，提高社区卫生服务中心等基础医疗资源质量在当前投入不足的情况下，基层卫生机构承担大量无偿公共服务，这种情况下服务质量难以保证，使基层社区卫生服务的可持续发展受到影响。因此，应健全政府对社区卫生服务的有效补偿机制。各级政府要把发展基层社区卫生服务的管理和发展纳入各地经济社会发展的总体规划，并为之提供组织保障和财政支持。

3.3.2 建立合理的病人就医流向机制和医生双向流动机制据卫生部等统计表明，大医院 1/2 的门诊和 1/3 的住院患者大多是常见病和多发病，既影响大医院从事危急重症、疑难杂症治疗功能的发挥，又增加常见病和多发病治疗的成本，导致医疗资源的极大浪费。为此，应积极探索建立双向转诊和就医制度，实现小病在社区和基层就医，提高医疗资源的利用效率⁽⁵⁾。

参考文献：

- (1) 穆怀中。国民财富与社会保障收入再分配（M）。北京：中国劳动社会保障出版社，2002：11.
- (2) 李珍。社会保障理论（M）。北京：中国劳动社会保障出版社，2001：168.
- (3) 郑功成。中国社会保障改革与发展战略——理念、目标与行动方案（M）。北京：人民出版社，2008：10.
- (4) 郭林，宋凤轩，丁建定。人均社会保障结构水平：理论模型、实证分析及政策建议（J）。东南学术，2011；（2）：16-25.
- (5) 初可佳。基于精算视角的广东省新农合制度保障水平研究（J）。农业经济，2011；（2）：37-9.

第一作者：张强（1981-），男，在读博士，讲师，主要从事社会保障、医疗保险研究。