

城镇医疗保障制度对城镇贫困居民 就医经济负担的影响

——基于霸州、赤壁和合川城镇贫困家庭调查数据的分析

方黎明¹, 乔东平²

(1. 对外经济贸易大学 保险学院, 北京 100029;

2. 北京师范大学 社会发展与公共政策学院, 北京 100875)

摘 要:文章基于对河北省霸州市、湖北省赤壁市和重庆市合川区三个县级行政区城镇贫困居民的抽样调查,考察了城镇医疗保障制度降低贫困居民就医经济负担的效果。研究结果表明,城镇居民基本医疗保险和医疗救助的实施在一定程度上减轻了贫困居民的就医经济负担,但由于城镇医疗保障制度实际报销比例偏低、贫困居民对医疗费用的承担能力有限以及大量贫困居民存在灾难性医疗支出,他们的就医经济负担仍然较重;在住院治疗中,降低城镇居民基本医疗保险和医疗救助的起付线、提高报销比例、简化报销程序等措施能够有效降低城镇贫困居民的就医经济负担。

关键词:医疗救助;医疗保障;经济负担

中图分类号:F810.453;F840.613 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-9952(2012)11-0103-11

一、问题的提出

我国医疗体制改革的基本目标之一是实现基本医疗服务的公平可及。要实现这一目标,首先要解决贫困居民的医疗服务可及性问题。覆盖城镇贫困居民的医疗保障制度主要是城镇医疗救助和城镇居民基本医疗保险。为了解决城镇贫困居民看病贵问题、避免因病致贫和因贫致病的恶性循环,2005年中国政府启动了城市医疗救助试点工作,起初仅限于对城镇贫困居民自付医疗费用进行有限的报销补偿。2007年中国政府启动了主要由财政补贴的城镇居民基本医疗保险试点,主要覆盖对象是没有固定收入来源的群体,如学龄前儿童、学生、灵活就业者、失业者和没有医保的老人等。中国处在急剧变化的政策环境中,对于城镇医疗救助制度,它从最初有限的自付医疗费用救助发展为两种主要形式:其一,为贫困居民参加城镇居民基本医疗保险代缴保费,

收稿日期:2012-05-12

基金项目:教育部人文社会科学研究青年基金项目(12YJC840006)

作者简介:方黎明(1978—),男,湖北咸宁人,对外经济贸易大学保险学院讲师;

乔东平(1963—),女,辽宁辽宁人,北京师范大学社会发展与公共政策学院副教授。

解决贫困居民医疗保险覆盖问题;其二,在贫困居民医疗费用通过医疗保险报销后,对剩下的自付医疗费用通过医疗救助渠道再进行报销补偿。对于城镇医疗保障筹资,城镇居民基本医疗保险的财政补贴标准从2007年的人均40元增长到2010年不低于120元;^①城市医疗救助的财政投入从2007年的12.5亿元增加到2010年的49.5亿元。^②随着中央及地方政府对医疗救助和城镇居民基本医疗保险投入的增加,大多数地方调整了政策设计,如降低或取消起付线、提高报销比例和封顶线以及简化申请审批手续等。这种政策变化会对贫困群体就医经济负担产生何种影响呢?

在国际研究中,医疗保障制度对就医经济负担的影响主要有两种结论:(1)医疗保障制度能够减轻居民的就医经济负担。如Xu等(2003)对59个国家的研究表明,自付医疗费用过高、支付能力过弱以及缺乏医疗保险导致贫困群体灾难性医疗支出严重,减少自付医疗费用和建立医疗保障机制能够降低贫困家庭灾难性医疗支出。Gakidou等(2006)也发现,墨西哥引进全民医疗保险后,灾难性医疗支出生率降低。(2)医疗保障制度对就医经济负担没有显著影响或效果极为有限。Wagstaff(2007)对越南的研究发现,医疗保险降低灾难性医疗支出生率的效果极为有限,甚至增加了贫困人群灾难性医疗支出生率。关于中国医疗保障制度对就医经济负担的影响也没有得到一致结论。练乐尧和毛正中(2008)研究发现,医疗保障制度在一定程度上减轻了医疗费用负担,尤其是灾难性医疗支出。任艳峰等(2008)发现,城镇医疗救助制度的实施减轻了贫困人口就医经济负担。但Wagstaff和Lindelow(2008)指出,由于缺乏对医疗服务供应方有效的管制措施,中国城镇职工基本医疗保险制度增加了灾难性医疗支出风险。

可见,关于医疗保障对居民就医经济负担的研究文献并没有形成一致结论。其中,关于中国城镇医疗保障制度对就医经济负担的影响,相关研究还存在下列局限性。从研究主题看,现有研究对医疗保障制度设计的差异对就医经济负担的影响缺乏必要的关注。中国地方政府在医疗保障制度的具体政策实施上有较大的自主权,这将导致不同地区的具体政策设计和执行力度存在差异,分析这些差异对城镇贫困居民就医经济负担的影响是优化相关医疗保障制度的前提;从研究对象看,现有研究主要针对的是全体城镇居民而非城镇贫困居民,而后者收入低,就医经济负担更重,因此需要得到特别的关注;从研究数据看,现有研究使用的数据基本上是在2010年以前收集的,无法反映在经过财政补贴大幅度提高以及城镇居民医疗保险广泛覆盖的情况下,城镇贫困居民就医经济负担的最新情况。

针对上述局限性,基于2011年对河北省霸州市、湖北省赤壁市和重庆市合川区三个地区城镇贫困家庭的调查,本文将主要解决下列两个问题:(1)通过考察影响城镇贫困居民就医经济负担的主要因素,揭示城镇贫困居民就医经济负

担为何仍较重;(2)以住院治疗为例,深入分析城镇居民基本医疗保险和医疗救助制度设计对减轻城镇贫困居民就医经济负担的影响。

二、数据来源与样本特征

(一)数据来源。课题组2011年3—4月通过在河北省霸州市、湖北省赤壁市和重庆市合川区进行问卷调查和深度访谈收集相关资料。问卷调查面向城镇贫困家庭。为了确保样本具有全国代表性,问卷调查采取下列方式:首先,课题组分别在东中西部地区随机抽中河北省、湖北省和重庆市,随后在上述三个省级行政区域分别随机抽中霸州市、赤壁市和合川区三个县级行政区域;其次,采用简单随机抽样方法,在上述三个县市级行政区域,分别从经济社会发展处于高、中和低水平的乡镇中各抽取2个乡镇(或街道),共获取18个样本镇(街道),然后在每个乡镇(或街道)分别抽取2个居委会;最后,根据民政局城镇医疗救助对象(含代缴参保费救助对象和仅获自付医疗费用报销的医疗救助对象)名单,在每个样本居委会随机抽取约40个样本户。调查员在每个样本户随机抽取一个主要家庭成员进行面对面的问卷调查,课题组最终获得了695个有效的城镇贫困家庭样本,1893个有效的个人样本。样本户和个人样本分布情况见表1。

表1 样本分布情况

	霸州	赤壁	合川	合计
样本户	217	260	218	695
比例	31.2	37.4	31.4	100.0
个人样本	656	618	619	1893
比例	34.7	32.6	32.7	100.0

(二)样本特征。见表2所示。

表2 样本特征

项目	类别	样本量	比例	项目	类别	样本量	比例
性别	男	931	49.2	贫困类型	低保	685	98.6
	女	962	50.8		三无	2	0.3
成人婚姻	在婚	1051	69.1		其他贫困	8	1.1
	其他	469	30.9	收入(元)	0—2500	332	17.7
成人教育	小学及以下	531	34.9		2501—5000	908	48.5
	初中	560	36.8	大于5000	632	33.8	
	高中及以上	429	28.2	资助参保	获资助	552	79.4
年龄	0—17	342	18.1		未获资助	143	20.6
	18—35	325	17.2	医疗保险	职工医保	93	4.9
	36—59	887	46.9		居民医保	1672	88.3
	>=60	339	17.9		无	128	6.8

三、城镇贫困居民就医经济负担的基本状况与主要影响因素

(一)城镇贫困居民就医经济负担的基本状况。在上述政策背景下,三个地区城镇贫困居民的就医经济负担均有所减轻,但仍有相当高比例的城镇贫困居民因就医经济负担而放弃看门诊和住院治疗。总体而言,三个地区合计约有75%的调查对象表示就医经济负担有所减轻,但仍约有53%的表示有家庭成员因缺钱而在2010年放弃看门诊;约有37%的表示有家庭成员因缺钱

而在2010年放弃住院治疗。从三个地区比较看,合川区调查对象感觉就医经济负担有所减轻的比例显著高于霸州市和赤壁市;而有家庭成员在2010年因缺钱而放弃看门诊的样本户比例在三个地区差异相对较小,仅在10%的水平上显著;但有家庭成员在2010年因缺钱而放弃住院治疗的样本户比例在三个地区具有显著差异,其中赤壁市显著低于霸州市和合川区。

表3 城镇贫困居民就医经济负担的基本情况

问题		霸州 (n=217)	赤壁 (n=260)	合川 (n=218)	合计 (n=695)
就医经济负担是否减轻(%)	是	68.0	69.5	85.9	75.1
	否	32.0	30.5	14.1	24.9
		$\chi^2=55.0785$ $p=0.000$			
是否因缺钱而未看门诊(%)	是	59.5	50.0	49.5	52.8
	否	40.6	50.0	50.5	47.2
		$\chi^2=5.5940$ $p=0.061$			
是否因缺钱而放弃住院(%)	是	49.3	29.1	34.4	37.1
	否	50.7	70.9	65.6	62.9
		$\chi^2=21.6725$ $P=0.000$			

注:n代表样本量,下同。

(二)影响城镇贫困居民就医经济负担的主要因素。在实施城镇居民基本医疗保险和医疗救助制度,以及政府对两种制度的财政投入大幅提高的政策背景下,城镇贫困居民的就医经济负担仍较重。在医疗费用既定的情况下,这种状况与现有城镇医疗保障制度的实际报销比例、城镇贫困居民对医疗费用的承担能力和灾难性医疗支出情况密切相关。

1. 城镇医疗保障制度的实际报销比例。覆盖三个地区城镇贫困居民的医疗保障制度主要包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和城镇医疗救助制度,通过这些医疗保障制度报销的医疗费

表4 人均医疗费用支出和报销情况

项目	霸州 (n=656)	赤壁 (n=618)	合川 (n=619)	合计 (n=1893)
人均医疗费用(元)	3 186	3 426	2 249	2 728
含:人均报销(元)	455	940	336	574
个人自付(元)	2 731	2 486	1 914	2 154
医疗保险实际报销比例(%)	14.3	27.4	14.9	21.0
实际自付比例(%)	85.7	72.6	85.1	79.0

用占全部医疗费用的份额即实际报销比例直接影响城镇贫困居民的就医经济负担。由表4可见,2010年三个地区城镇贫困居民年人均医疗费用(包括门诊、住院和购药等)支出约为2 728元,其中通过三种医疗保障制度人均报销的医疗费用约为574元,实际报销比例仅为21%;人均自付医疗费用为2 154元,约占人均医疗费用的79%,即实际自付比例高达79%。可见,尽管城镇医疗保障制度分担了城镇贫困居民部分医疗费用,但实际报销比例仍偏低,个人承担了大部分医疗费用,这使贫困居民的就医经济负担仍较重。

2. 城镇贫困家庭对医疗费用的承担能力。在自付医疗费用既定的情况下,患者家庭对医疗费用的承担能力也是影响患者就医经济负担的主要因素之一。调查员询问了调查对象家庭最多能够承担多少自付医疗费用而不影响基本生活,即所谓的贫困家庭

表5 城镇贫困家庭对自付医疗费用的承担能力(%)

项目	霸州 (n=216)	赤壁 (n=252)	合川 (n=214)	合计 (n=682)
承担能力以下	35.7	33.3	48.1	38.7
承担能力1-3倍	18.1	19.1	15.4	17.6
承担能力3倍以上	46.3	47.6	36.5	43.7

对医疗费用的承担能力。显然,对于同样的医疗费用,家庭对医疗费用的承担能力越强,其感觉到的就医经济负担就越轻。因此,家庭自付医疗费用与家庭对医疗费用承担能力的比值反映了其就医经济负担情况。表 5 显示了三个地区的该比值。

3. 灾难性医疗支出。小额医疗支出对居民生活影响甚微,而大额医疗支出则是因病致贫的主要原因之一,并成为居民尤其是贫困居民的主要就医经济负担。在国际卫生政策领

表 6 报销前后三地灾难性
医疗支出发生率情况(%)

项目	霸州 (n=214)	赤壁 (n=250)	合川 (n=214)	合计 (n=678)
(1)报销前	46.3	44.4	29.4	40.3
(2)报销后	44.9	38.0	25.7	36.3
(1)-(2)	1.4	6.4	3.7	4.0

域,通常使用灾难性医疗支出来衡量居民就医的经济负担情况。所谓灾难性医疗支出,是指影响家庭基本生活的大额医疗支出,通常以医疗支出是否超出家庭可支配收入的 40% 来衡量,如果家庭直接支付的医疗费用超过家庭可支配收入的 40%,则认为存在灾难性医疗支出(Xu 等,2003)。所谓灾难性医疗支出的发生率,即发生灾难性医疗支出的家庭数占家庭总数的比例。医疗保障制度对灾难性医疗支出发生率的影响通常也成为衡量医疗保障制度减轻就医经济负担成效的重要指标。在通过城镇医疗保障制度报销前(见表 6),合计约有 40% 的样本贫困家庭存在灾难性医疗支出;经过报销后,灾难性医疗支出的发生率仅降低约 4 个百分点,仍约有 36% 的样本贫困家庭存在灾难性医疗支出,其中霸州市高达约 45% 的样本贫困家庭存在灾难性医疗支出。可见,城镇医疗保障制度对降低城镇贫困家庭灾难性医疗支出发生率的效果极为有限,城镇贫困家庭灾难性医疗支出仍很严重。

总之,在实施城镇医疗救助制度和城镇居民基本医疗保险,以及政府加大对两种制度财政投入的政策背景下,三个地区城镇贫困居民的就医经济负担有所减轻,但就医经济负担仍是其寻求医疗服务的重要障碍。这源于城镇医疗保障制度的实际报销比例偏低,自付医疗费用支出仍超过了大部分城镇贫困家庭对医疗费用的承担能力,其灾难性医疗支出发生率仍较高。

四、城镇医疗保障制度设计对城镇贫困居民就医经济负担的影响

从住院费用结构看(见表 7),个人承担住院费用比例最高,其次是城镇基本医疗保险(含城镇居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险),再次是城镇医疗救助。可见,在住院治疗中,城镇基本医疗保险在减轻三个地区城镇贫困居民就医经济负担上发挥了主要作用,其中赤壁市城镇基本医疗保险的实际报销比例远高于另外两地,使当地实际自付比例在三个地区中最低;尽管合川区基本医疗保险的实际报销比例略低于霸州市,但由于合川区城镇医疗救助制度的实际报销比例远高于霸州市,使当地实际自付比例反而略低于后者。上述状况与三个地区城镇基本医疗保险和医疗救助制度设计存在密切的联系。

(一)城镇居民基本医疗保险的制度设计对城镇贫困居民就医经济负担的影响。在2010年发生住院费用的个人样本中,仅有16人有城镇职工基本医疗保险,仅占发生住院费用个人样本的7.5%;189人有城镇居民基本医疗保险,占88.7%;另有8人没有任何医疗保险。可见,在社会医疗保险中,主要是

表7 住院费用报销和自付结构

项目	霸州 (n=61)	赤壁 (n=93)	合川 (n=59)	合计 (n=213)
人均住院费用(元)	8 448	7 566	11 947	9 032
含:医疗保险人均报销(元)	2 115	2 903	2 384	2 534
医疗救助人均报销(元)	101	259	1 093	445
人均自付(元)	6 232	4 404	8 470	6 054
医疗保险实际报销比例(%)	25.0	38.4	20.0	28.1
医疗救助实际报销比例(%)	1.2	3.4	9.2	4.9
实际自付比例(%)	73.8	58.2	70.9	67.0

是城镇居民基本医疗保险对贫困居民就医经济负担产生影响,同时三个地区的城镇职工基本医疗保险与城镇居民基本医疗保险在报销制度设计上基本相同。鉴于此,本部分将把参加职工基本医疗保险的样本并入城镇居民基本医疗保险样本中进行分析。

在住院治疗中,通过城镇基本医疗保险降低患者的就医经济负担,就是要尽可能让更多住院患者获得医疗保险报销,并提高实际报销比例,而这主要取决于住院费用报销中起付线、年封顶线、报销范围内的报销比例和费用结算的便捷程度等制度设计情况。

城镇基本医疗保险的覆盖率、起付线和报销的便捷程度三个因素主要影响城镇居民基本医疗保险住院费用报销的发生率(下文简称住院费用报销的发生率),即通过城镇基本医疗保险报销住院费用的患者人数占住院患者总人数的比例,反映了居民获得城镇基本医疗保险报销的机会。显然,提高城镇基本医疗保险覆盖率、降低起付线和提高报销的便捷程度,能够提高住院费用报销的发生率,从而使更多患者能够通过城镇基本医疗保险报销住院费用,降低就医经济负担。从三个地区比较看,霸州市住院费用报销的发生率最低,赤壁市最高,而合川区居中。这种状况除了受城镇基本医疗保险覆盖率影响外,还与三个地区城镇基本医疗保险的制度设计密切相关。

从城镇基本医疗保险覆盖率看(见表8),合川区住院患者城镇基本医疗保险覆盖率为100%,而霸州市为88.5%,有7人没有参加城镇基本医疗保险,赤壁市城镇基本医疗保险覆盖率为98.9%。

表8 城镇基本医疗保险的报销情况

项目	霸州 (n=61)	赤壁 (n=93)	合川 (n=59)	合计 (n=213)
住院费用报销发生率	54.1	76.3	66.1	67.1
医疗保险覆盖率	88.5	98.9	100.0	96.2

从三个地区城镇居民基本医疗保险住院费用报销的起付线看(见表9),霸州市二级和三级医疗机构住院费用报销起付线最高,合川区尽管二级医疗机构住院费用报销起付线最低,但其三级医疗机构住院费用报销起付线比赤壁市高出300元。从住院费用报销的便捷程度看,合川区最为便捷,因为当地

实现了住院费用报销的即时结算制度，患者只需支付自付住院费用，而城镇基本医疗保险报销部分则由医保机构直接与医疗机构结算；霸州市最为繁琐，患者需要自己先支付全部住院费用，才能去医保机构报销，经审核后才能获得返还的报销费用；而赤壁市报销的便捷程度处于两者之间，住院患者先要支付全部住院费用，然后在就诊的定点医院医保窗口申请报销，可以当场返还报销的住院费用。上述分析结果表明，霸州市基本医疗保险覆盖率最低、起付线最高且报销的便捷程度最低，其住院费用报销的发生率应

该最低，数据分析结果也揭示霸州市住院费用报销发生率为 54.1%，远低于赤壁市的 76.3% 与合川区的 66.1%。合川区二级医疗机构住院费用报销起付线尽管稍低于赤壁市，但其三级医疗机构住院费用报销的起付线远高于赤壁市；由于合川区实行了住院费用报销即时结算制度，患者只需支付其自付住院费用，因而部分患者并不知道住院费用得到了报销，这可能就降低了表 9 中合川区住院费用报销的发生率。上述两种状况使合川区住院费用报销的发生率比赤壁市稍低。

在住院费用既定的情况下，通过城镇基本医疗保险人均报销的住院费用和实际报销比例，除了受制于住院费用报销的发生率，还取决于报销范围内的报销比例和年封顶线。显然，提高报销范围内报销比例和年封顶线可以提高实际报销比例，从而降低个人实际自付比例。在二级和三级医疗机构住院治疗时，赤壁市报销范围内报销比例均最高；合川区最低；而霸州市居于上述两个地区之间。从年封顶线看，赤壁市也最高，而霸州市和合川区依次排后。在住院治疗中，由于赤壁市住院费用报销发生率、报销范围内报销比例和年封顶线在三个地区最高，赤壁市城镇基本医疗保险的实际报销比例在三个地区最高，而合川区尽管住院费用报销发生率高于霸州市，但由于其报销范围内的报销比例和年封顶线均远低于后者，其城镇基本医疗保险的实际报销比例在三个地区中最低（见表 7）。

（二）住院救助制度设计对城镇贫困居民就医经济负担的影响。除了资助城镇贫困居民参加城镇居民基本医疗保险外，城镇医疗救助的另一种方式是在经过城镇基本医疗保险报销后，对贫困居民自付住院费用再进行报销，即所谓的住院医疗救助。住院医疗救助中的起付线、病种限制和报销的便捷程度影响了住院医疗救助的发生率，即住院贫困患者中申请并获得住院医疗救助

表 9 2010 年三地城镇居民基本医疗保险住院费用报销结构和结算方式

地区	报销范围内的报销比例		年封顶线	报销方式
	二级医疗机构	三级医疗机构		
霸州	起付线 400 元，报销 60%	起付线 900 元，报销 50%	4 万	事后报销
赤壁	起付线 200 元，报销 70%	起付线 500 元，报销 60%	6 万	先支付全部住院费用，后医疗机构报销
合川	起付线 100 元，报销 45%	起付线 800 元，报销 30%	2.5 万	同步结算

注：重庆市合川区的城乡居民医疗保险制度已实现一体化，称为“城乡居民合作医疗保险”。

资料来源：根据收集的三个地区 2010 年城镇居民医疗保险相关文件整理。

的患者所占比例。显然,住院医疗救助的发生率越高,住院患者通过住院医疗救助报销住院费用的机会就越大,就医经济负担就越有可能得到减轻。见表10所示。

表10 住院自付费用救助申请情况

项目	霸州 (n=61)	赤壁 (n=93)	合川 (n=59)	合计 (n=213)
住院医疗救助发生率(%)	7.9	19.3	51.7	24.9
申请中(%)	1.6	4.6	12.1	5.7
没有申请(%)	90.5	76.1	36.2	69.4

在三个地区中,霸州市住院医疗救助的发生率最低,仅为7.9%,高达90.5%的住院患者没有申请住院医疗救助。深度访谈结果表明,2010年霸州市城镇仅有639人获得住院医疗救助。这种状况与当地住院医疗救助中的病种限制、报销的便捷程度和医疗救助机构设置密切相关(见表11)。当地住院医疗救助尽管没有起付线,但有病种限制。对占城镇贫困居民主体的低保对象仅限于患病率极低的9种重大疾病,其他病种不能享受住院医疗救助;尽管三无对象没有病种限制,但在贫困居民中所占比例极小(在三个地区仅占个人样本的0.3%)。苛刻的病种限制使当地住院医疗救助的发生率极低;同时,霸州市采取事后救助方式,即救助对象需要自己先支付全部住院费用,然后才能去民政部门申请报销,这也可能影响城镇贫困居民申请住院医疗救助;并且,霸州市没有设置专门的救助机构,市民政局仅有两人负责全区医疗救助工作,人手和经费不足使当地管理机构不敢也没有精力宣传医疗救助制度,这影响了贫困患者对医疗救助政策的了解。调查数据分析结果显示,在霸州市仅有约30%的调查对象知道本地实施了医疗救助制度。苛刻的病种限制、事后报销方式以及医疗救助政策的宣传不力使当地贫困住院患者能够获得住院医疗救助的机会很低。

表11 2010年三个地区住院医疗救助制度设计的比较

	病种限制	起付线	报销比例	年封顶线	报销方式	救助机构
霸州	三无;无;其他:9种重大疾病	无	三无:80%;低保对象:20%-30%	三无:5000元;低保:3000元	事后报销	救灾救济科
赤壁	无	三无;无;低保对象:500元	三无:50%;低保对象:30%	三无:6000元;低保:5000元	先垫付,后报销	低保局
合川	无	无	300元内,全额报销;超过300元,报销50%	普通疾病:4000元;重点疾病:6000元	即时报销	低保中心

注:根据对当地民政局干部的深度访谈材料和当地的相关文件资料整理得到。

合川区的住院医疗救助没有病种和起付线限制。报销的便捷程度也较高,住院医疗救助实现了即时结算,即患者不用申请,由医疗救助机构直接同医疗机构结算救助的住院费用,患者只需交纳自付住院费用。并且,合川区的医疗救助工作由民政局下设的最低生活保障中心负责,该中心采取媒体宣传、向救助对象发放宣传年历以及在医院(含卫生院)公布医疗救助政策的说明和低保户就医流程等多种措施增进城镇贫困居民对医疗救助工作的了解。调查数据分析结果显示,在合川区约有61%的调查对象知道本地实施了医疗救助制度,远高于霸州市。这些制度设计使个人样本中住院医疗救助的发生率在三个地区最高,多数住院患者申请并获得了住院医疗救助;并且正在申请的住

院患者比例也最高。

赤壁市的住院医疗救助虽然无病种限制,但仅对三无对象未设置起付线,而对构成城镇贫困人口主体的低保对象则设置了较高的起付线,只有当其自付住院费用超过 500 元时,才能通过住院医疗救助报销住院费用。同时,赤壁市报销的便捷程度不高,救助对象先要在定点医疗机构支付全部住院费用,在该定点医疗机构的另一个窗口成功申请基本医疗保险报销后,才能在第三个窗口申请住院医疗救助,通过资格审核后才能得到返还的救助金,本质上仍为事后救助。赤壁市民政局下设的最低生活保障局负责医疗救助工作,主要通过医院进行有限的医疗救助政策宣传和指引,力度弱于合川区。调查数据分析结果显示,在赤壁市约有 34% 的调查对象知道本地实施了医疗救助制度,这个数据尽管稍高于霸州市,但远低于合川区。可见,赤壁市住院医疗救助门槛比霸州市宽松,医疗救助机构政策宣传力度也大于霸州市,但其救助门槛比合川区高,医疗救助机构宣传力度也弱于后者,这种状况使赤壁市住院医疗救助的发生率尽管稍高于霸州市,却远低于合川区。

住院医疗救助减轻城镇贫困居民就医经济负担的效果除了受住院医疗救助的发生率影响外,还受制于其年封顶线和报销范围内住院费用的报销比例(下文简称住院医疗救助的报销比例)。调查发现(见表 11),三个地区住院医疗救助的年封顶线差异并不大,但住院医疗救助的报销比例差异较大。就霸州市和赤壁市的三无对象而言,该报销比例较高,分别为 80% 和 50%,但由于三无对象在城镇贫困居民中所占比例很低(在三个地区的个人样本中仅占 0.3%),能够享受该报销比例的人极少;而对于占三个地区个人样本 98.6% 的低保对象,在霸州市通过城镇基本医疗保险报销后,他们通过住院医疗救助仅能报销自付住院费用的 20%—30%,赤壁市这一报销比例也只有 30%。相比之下,合川区这一报销比例在三个地区中最高,达 50%。正是由于合川区住院医疗救助的发生率和住院医疗救助的报销比例远超过霸州市与赤壁市,在合川区发生住院费用的个人通过城镇医疗救助制度报销的人均住院费用和实际报销比例远超过霸州市与赤壁市。

可见,在住院费用和家庭对医疗费用的承担能力既定的情况下,城镇贫困居民的就医经济负担能够在多大程度得以减轻,主要取决于城镇医疗保障制度的设计情况。就城镇居民基本医疗保险而言,降低起付线、提高报销比例和简化报销程序,能够提高实际报销比例,从而降低个人就医经济负担,这在赤壁市表现最为显著;就住院医疗救助而言,由于霸州市和赤壁市存在病种限制、起付线、报销便捷程度不高和报销范围内的报销比例偏低,因此这两个地区医疗救助的实际报销比例偏低;而合川区没有病种和起付线限制,报销范围内的报销比例较高,实现了住院费用的即时结算,加上救助机构的对医疗救助政策的大力宣传,使当地住院医疗救助的实际报销比例远超过了霸州和赤壁

两市,进而降低了当地城镇贫困居民的就医经济负担。

五、结论与政策含义

降低贫困居民的就医经济负担、改进其医疗服务利用的可及性,是衡量我国医疗卫生体制改革是否成功的重要标准。本文研究发现,在建立起城镇医疗救助制度和城镇居民基本医疗保险制度,并且政府对两种制度的财政投入大幅增加的政策背景下,城镇贫困居民的就医经济负担有所减轻,但就医经济负担仍是城镇贫困居民医疗服务利用的重要障碍,他们仍承担了大部分医疗费用支出,该支出超过大部分贫困家庭对医疗费用的承担能力,许多城镇贫困家庭仍存在灾难性医疗支出。

在医疗费用和城镇贫困居民对医疗费用的承担能力既定的情况下,降低他们的就医经济负担,就是要尽可能增加城镇医疗保障制度的实际报销比例。以住院治疗为例,本文考察了城镇居民基本医疗保险和城镇医疗救助的制度设计对城镇贫困居民就医经济负担的影响。结果表明,降低或取消起付线、取消病种限制、提高报销比例、提升报销的便捷程度,并增进贫困居民对医疗救助相关政策的了解,能够有效提高两种医疗保障制度的实际报销比例,从而减轻城镇贫困居民的就医经济负担。

政府需要通过优化城镇医疗救助制度设计,降低城镇贫困居民的就医经济负担。具体做法包括:(1)继续资助城镇贫困居民参加城镇居民基本医疗保险,提高覆盖率;(2)通过取消住院医疗救助的起付线和病种限制,简化救助程序,并大幅提高其报销比例,降低贫困居民住院治疗中的经济负担;(3)通过多种渠道加强对医疗救助政策的相关宣传工作,增强贫困居民对相关制度和程序的了解;(4)对重大疾病提供额外救助;(5)要实现上述政策目标,还需要中央和地方政府进一步加大对城镇医疗救助制度的财政投入。

注释:

①参见《关于做好2010年城镇居民基本医疗保险工作的通知》(人社部发〔2010〕39号)。

②参见民政部《2007年民政事业发展统计公报》和《2010年社会服务发展统计报告》。

主要参考文献:

- [1]陈瑶,熊先军,刘国恩,等.我国医疗保险对城镇居民直接疾病经济负担影响研究[J].中国卫生经济,2009,(2):13-16.
- [2]练乐尧,毛正中.我国城市贫困家庭的灾难性卫生支出研究[J].西北人口,2008,(5):79-82.
- [3]任艳峰,王汝芬,刘洪庆,等.城市贫困人群获得医疗救助对医疗费用负担的影响研究[J].中国初级卫生保健,2008,(7):1-2.
- [4]Gakidou E,Lozano R,González-Pier E,et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: An interim report card[J].Lancet,2006,368(9550):1920-1935.

- [5] van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya R P, et al. Catastrophic payments for health care in Asia[J]. *Health economics*, 2007, 16(11): 1159-1184.
- [6] Wagstaff A, Lindelow M. Can insurance increase financial risk: The curious case of health insurance in China[J]. *Journal of Health Economics*, 2008, 27(4): 990-1005.

The Effect of the Urban Medical Security System on the Economic Burden of Access to Health Care on the Urban Poor: Based on the Survey of the Urban Poor Households in Bazhou, Chibi and Hechuan of China

FANG Li-ming¹, QIAO Dong-ping²

(1. *School of Insurance and Economics, University of International Business and Economics, Beijing 100029, China*; 2. *School of Social Development and Public Policy, Beijing Normal University, Beijing 100875, China*)

Abstract: Based on a sample survey of urban poor households in Bazhou in Hebei province, Chibi in Hubei province and Hechuan in Chongqing, this paper examines the effect of the urban medical security system on reducing the economic burden of access to health care on the urban poor. It demonstrates that the implementation of the urban resident basic medical insurance (URBMI) and medical assistance (MA) reduces the economic burden of access to health care on the urban poor to a certain extent. However, owing to a small proportion of actual reimbursement to total healthcare expenditure in the urban medical security system, limited medical expenses affordability and catastrophic medical expenses of a large number of the poor residents, the economic burden of access to health care on the urban poor is still heavy. In terms of patient treatment, such measures as the decrease in the pay line in the urban resident basic medical insurance and medical assistance, the rise in the proportion of actual reimbursement to total healthcare expenditure and the facilitation of reimbursement procedures, can effectively reduce the economic burden of access to health care on the urban poor.

Key words: medical assistance; medical security system; economic burden
(责任编辑 许柏)