

我国城市医疗救助制度的现况与对策研究

贾维周

(重庆城市管理职业学院, 重庆 400055)

摘要: 城市医疗救助制度试点工作自 2005 年实施以来, 在制度上完善了我国医疗保障体系和社会救助体系, 促进了健康公平和社会和谐; 在实施效果上提高了贫困人群的卫生服务可及性, 缓解了他们的疾病经济负担。但总体上医疗救助资金筹集水平不足, 资金利用率有待进一步提高。面对这些问题, 本文建议进一步扩大扩展覆盖范围, 加大筹资力度, 修改完善救助方案, 并与社区卫生服务有机结合。

关键词: 城市; 医疗救助; 现况; 对策

中图分类号: D632.1 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2008)01-0061-06

Research on the Present Situation and Strategies of China's Urban Medical Assistance System

JIA Wei zhou

(Chongqing Polytechnic College of Urban Management, Chongqing, China, 400055)

Abstract: Since the pilot projects of urban medical assistance system being carried out in 2005, it has optimized China's medical security system and social assistance system, promoted people's health and equality as well as social harmony, made it easier for the poor to get access to public health service, thus alleviated their economic burden caused by diseases. However, the medical assistance system is still short of fund and uses the fund in an ineffective way. In order to solve these problems, it is proposed in the paper to carry out the pilot projects in more areas, make greater effort to raise fund, optimize the assistance scheme and combine these pilot projects with community public health services.

Keywords: urban medical assistance; present situation; Countermeasure

医疗救助是指政府通过提供财务、政策和技术上的支持以及社会通过各种慈善行为, 对贫困人群中因病而无经济能力进行治疗的人群, 或者因支付数额庞大的医疗费用而陷入困境的人群, 实施专项帮助和经济支持, 使他们获得必要的卫生服务, 以维持其基本生存能力, 改善目标人群健康状况的一种医疗保障制度^[1]。以 2005 年 3 月国务院办公厅转发的民政部等四部委《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》为标志, 我国开始探索建立城市医疗救助制度。拟用 2 年时间先行在各省、自治区、直辖市的部分县(市)区进行试点, 之后再 2~3 年时间内在全国建立

收稿日期: 2007-06-18

作者简介: 贾维周(1974-), 男, 内蒙赤峰人, 重庆城市管理职业学院讲师, 香港理工大学社会工作文学硕士, 主要研究方向为社会救助政策, 儿童与青少年社会工作。

起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度^①。

本文将通过对城市医疗救助现况的实证分析,研究城市医疗救助试点工作开展两年来取得的成效和存在的主要问题,并在此基础上提出进一步发展完善我国城市医疗救助制度的建议。

本文的研究资料主要来源于两个渠道,一是民政部 2005~2006 年度城市医疗救助试点的统计报表,二是民政部城市医疗救助试点工作评价课题组于 2006 年 12 月开展的问卷调查,该调查选取了大连、武汉、长沙、上海、重庆、广州等 6 个试点城市,通过分层抽样调查了 1116 名低保对象,调查内容主要包括贫困居民健康状况及其对医疗救助的评价。在研究方法上,本文将 2005 年和 2006 年城市医疗救助相关数据进行描述性分析。对于低保人群的调研数据分析采用配对卡方方法进行前后对比,并运用疾病相对经济风险度 Y/S 衡量低保人群在城市医疗救助制度开展前后的疾病经济风险的变化。

一、现况分析

(一) 全国城市医疗救助试点资金的筹集和使用情况

从 2005 年到 2006 年底,我国已累计投入城市医疗救助预算资金 29.70 亿元,其中中央财政安排了 7.8 亿元,地方各级财政安排了 21.90 亿元。2006 年,中央财政安排的城市医疗救助预算资金为 4.8 亿元,比 2005 年增长了 60%,地方各级财政安排的城市医疗救助预算资金为 13.49 亿元,比 2005 年增长了 61%,具体到各地区医疗救助预算资金情况见表 1。

表 1 2006 年全国地方各级财政对城市医疗救助预算资金的安排情况

地区	合计	省本级	地市本级	县(市、区、旗)级	万元
全国合计	134924.8	45573.9	33777.6	55573.1	
北京市	3901.0	0.0	—	3901.0	
天津市	878.6	414.3	—	464.3	
河北省	3215.0	996.3	1147.4	1071.3	
山西省	3691.0	1928.0	1367.0	396.0	
内蒙古自治区	1173.8	750.0	80.0	343.8	
辽宁省	14039.0	3000.0	6386.0	4653.0	
吉林省	3331.0	1510.0	367.0	1454.0	
黑龙江省	4173.2	1700.0	1862.7	610.5	
上海市	12000.0	8000.0	—	4000.0	
江苏省	7554.0	310.0	5870.0	1374.0	
浙江省	8125.0	1106.7	1551.4	5466.9	
安徽省	1231.0	280.0	538.0	413.0	
福建省	1620.2	283.0	339.0	998.2	
江西省	10212.2	4987.0	2380.4	2844.8	
山东省	6826.9	266.0	2228.0	4332.9	
河南省	7411.0	3750.0	450.0	3211.0	
湖北省	7148.4	2000.0	640.8	4507.6	
湖南省	4410.9	800.0	1060.0	2550.9	
广东省	8958.5	2500.0	2263.7	4194.8	
广西壮族自治区	1098.3	500.0	370.0	228.3	
海南省	418.0	140.0	200.0	78.0	
重庆市	2457.0	800.0	—	1657.0	
四川省	4590.4	2000.0	732.8	1857.6	
贵州省	1007.0	300.0	282.0	425.0	
云南省	2670.3	2175.0	255.0	240.3	
西藏自治区	360.4	285.3	3.2	71.9	
陕西省	2195.8	1000.0	589.0	606.8	
甘肃省	669.9	100.0	135.9	433.9	
青海省	1519.3	1320.0	67.0	132.3	
宁夏回族自治区	584.0	500.0	0.0	84.0	
新疆维吾尔自治区	6919.1	1832.3	2306.4	2780.4	
兵团	534.7	40.0	304.9	189.8	

^① 国办发[2005]10号,《民政部、卫生部、劳动保障部、财政部〈关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见〉的通知》,中华人民共和国民政部网站。

从表 2 人均筹资水平来看, 2006 年全国城市医疗救助人均筹资额 112.56 元, 低于全国城市地区的均次门诊费用 219 元, 仅为全国城市地区均次住院费用的 1.60%。与同期的城镇职工基本医疗保险 1019.37 元的人均筹资额度相比, 城市医疗救助人均筹资额仅为城镇职工基本医疗保险人均筹资额度的 11.94%。

表 2 全国医疗救助人均筹资水平比较

元

医疗救助人均筹资额	2005 年职工平均工资	职工基本医疗保险人均筹资额	均次门诊费用	均次住院费用	最低生活保障平均月标准
112.56	20079	1019.37	219	7606	162

数据来源: 民政部 2006 年医疗救助汇总表、民政部网站、《2005 年度劳动和社会保障事业发展统计公报》、第三次国家卫生服务调查 (不含西藏地区)。

如表 3 所示, 就有限的救助资金而言, 许多试点地区尚存在资金利用率不高的问题。2006 年全年累计使用救助资金 10.23 亿元, 仅以年度地方各级财政城市医疗救助预算资金为基数, 结余资金 3.26 亿元, 资金结余率为 24.2%, 资金结余率超过 50% 的省份达 11 个。

表 3 2006 年城市医疗救助资金结余率超过 50% 的省份统计表

地区	财政预算安排 万元	资金支出 万元	结余率 %
全国合计	134924.8	102338.3	24.2
福建省	1620.2	256.2	84.2
天津市	878.6	148.5	83.1
云南省	2670.3	722.6	72.9
西藏自治区	360.4	105.8	70.6
河南省	7411.0	2398.4	67.6
上海市	12000.0	4094.7	65.9
海南省	418.0	144.9	65.3
辽宁省	14039.0	5227.9	62.8
山西省	3691.0	1939.2	47.5
北京市	3901.0	2062.3	47.1
广东省	8958.5	4754.1	46.9

(二) 城市医疗救助制度覆盖面和利用情况

从我国城市医疗救助试点的制度设计来看, 覆盖对象范围的主体是城市居民中未参加城镇职工基本医疗保险或已参加城镇职工基本医疗保险但个人疾病负担仍然很重的低保人群。尽管制度规定其他有特殊困难群众也应纳入城市医疗救助的对象范围, 但对其他特殊困难群体是指哪些人并未做出明确说明, 其具体条件需要由地方政府会同卫生、劳动保障、财政等部门制订并报同级人民政府批准。这是一项较有弹性的政策规定, 意味着地方政府可以根据自己的实际经济状况进行选择和调整。根据民政部的统计, 截止 2006 年底, 以省为单位, 全部试点地区都已将未参加城镇职工基本医疗保险的低保对象纳入救助对象范围, 已有 61% 的试点地区将参加城镇职工基本医疗保险后个人疾病负担仍然很重的低保人群纳入救助对象范围, 医疗救助覆盖了 1440 万困难人群, 占我国城镇低保人口的 64% 和城镇总人口的 2.6%。但将低保边缘群体纳入救助对象范围的试点地区只有 17%, 且大多都是经济较为发达的地区。尽管有 62% 的地区将救助范围扩展到特殊困难群体 (主要是儿童、老人、残疾人、重点优抚对象、流动人口等等), 但这些地区通常只是将这一群体中的少部分对象纳入医疗救助范围, 并未实现全面覆盖。

从医疗救助制度的利用来看, 2006 年全年, 试点地区贫困群体患大病人数为 146.7 万人, 约占城市医疗救助覆盖人群总数的 10%, 而城市医疗救助累计救助 211 万人次, 其中住院救助仅 44.3 万人次, 这意味着还有大量患大病的城市贫困群众无法享受到住院救助。民政部城市医疗救助试点工作评估课题组对大连等 6 城市低保对象的问卷调查结果也显示, 试点地区患病低保对象利用过医疗救助的比例仅为 34.8%, 见表 4。

表4 2006年患病低保对象是否利用过医疗救助

是否利用过救助	人数	比例 %
利用过	383	34.8
没有利用	717	65.2
合计	1100	100.0

(三) 救助对象受益程度

截止2006年底,全国各试点地区已累计资助各类贫困对象利用卫生服务384.42万人次,人均资助金额401.38元。2006年资助救助对象利用卫生服务211.08万人次,与2005年同比增长了29.23%,其中资助救助对象利用住院服务10.69万人次,门诊服务165.25万人次,人均资助额度分别达到1704.73元和129.85元,直接资助水平分别达到城市地区次均住院费用的22.41%和次均门诊费用的59.29%。

民政部城市医疗救助试点工作评估课题组对大连等6城市低保对象的问卷调查结果显示,城市医疗救助试点工作开展之前,贫困居民患病时明显以“自我医疗”为主要处理方式,见表5。然而城市医疗救助试点工作开展之后,“看医生”为患病时处理方式的贫困居民比例明显增高,达到实际调查人口的48.47%。表6中蒙特卡罗配对卡方检验证实,救助开展前后贫困居民患病处理方式具有显著性差别,医疗救助政策的出台和制度的建立对于贫困居民获得医疗服务有帮助。

表5 救助开展前后患病的处理方式变化(按配对卡方整理)

处理方式	医疗救助开展后				合计
	不作处理	自我医疗	看医生	其他	
医疗救助开展前	11	12	7	1	31
不作处理	10	467	172	2	651
自我医疗	4	57	269	2	332
看医生	0	3	9	4	16
其他	25	539	457	9	1030
合计					

表6 卡方检验结果

	值	自由度	双尾检验显著性
皮尔逊卡方	536.805 (a)	9	0
似然比	362.666	9	0
蒙特卡罗配对卡方检验	-	6	0
有效样本量	1030	-	-

从低保人群的疾病经济负担分析,城市医疗救助试点开展以来,贫困人群中患病家庭抗疾病能力得到提高,疾病经济负担得到缓解。患病相对经济风险度 Y/S 是平均人均月实际医疗支出与人均月收入的比例,反映患病家庭疾病经济风险程度,值越小,说明家庭疾病经济风险越小,抗疾病能力越强^[2]。从表7数据,我们可以看到未开展医疗救助时,城市贫困家庭疾病相对经济风险度是0.56,到2005年开展医疗救助后,疾病相对经济风险度为0.39,2006年风险度降为0.33。

表7 贫困疾病家庭疾病经济负担情况

	总量			元
	开展城市医疗救助以前	开展城市医疗救助之后的2005年	开展城市医疗救助之后的2006年	
人均月收入 S	323.54	327.80	332.12	
人均月医疗救助水平	0	53.14	72.26	
平均人均月实际医疗支出 Y	182.73	129.59	110.47	
Y/S	0.56	0.39	0.33	

二、研究结论

(一) 城市医疗救助试点工作完善了我国医疗保障体系和社会救助体系, 促进了健康公平与社会和谐

城市医疗救助试点工作的开展首次将大批的低保贫困对象和社会弱势群体纳入到社会保障体系, 对他们的基本健康权益给予了关注和保护, 这是对现有医疗保障体系的一次重要补位。而且作为社会救助的重要内容, 城市医疗救助制度的建立弥补了现有社会救助体系对疾病风险以及疾病与贫困关系的双重忽视^[3], 完善了现有的社会救助体系。

(二) 医疗救助资金筹集水平不足, 医疗救助方案设计不合理, 影响了贫困居民医疗救助的可及性

正如上文所述, 城市医疗救助资金总体水平不足, 还不能满足我国城市贫困群体的医疗需求。医疗救助资金筹集不足引发了资金性可及性障碍。由于筹集的医疗救助资金本身并不能够满足所有城市贫困人群解决所有的疾病经济问题, 所以只能将资源首先提供给贫困人群最急需的大病医疗救助, 并且需要设置病种范围、封顶线和补偿比例等种种关卡, 保证有限的资金供最需要的贫困人群使用, 这些关卡必然会将一部分有需要的贫困人群排除在医疗救助之外, 造成可及性障碍, 即资金性可及性障碍。这部分贫困人群所认为的病种范围狭窄、封顶线过低, 补偿水平低等问题并不是医疗救助制度本身造成的, 而是受到当地社会经济发展水平的影响^[4]。所以, 要解决这种可及性障碍, 只能加大筹资力度, 拓宽筹资渠道。

另外, 医疗救助方案设计中存在技术性问题, 引起医疗救助资金利用率低, 造成技术性可及性障碍。2006年上半年全国平均救助资金利用率只有24.2%, 有11个省份低于50%, 这一统计结果是以当年本省地方各级城市医疗救助财政预算资金为基数, 如果考虑中央财政资金和当地2005年的结转资金, 结余率会更高。之所以出现这种资金利用率较低现象, 是因为上述医疗救助制度中可以合理存在的关卡, 究竟应该如何设置, 在不同社会经济条件地区尚无统一做法, 民政部门的管理者为避免资金使用超支, 只能采取保守方案, 如选择少数几种或十几种大病病种; 设置较高起付线和较低的封顶线; 采取事后救助方式等, 来确保救助资金不会超支, 但过度限制了救助资金的使用, 造成资金利用率低, 形成技术性可及性障碍。这类可及性障碍是不合理的, 可以通过实践和探索逐步避免。

三、建议

(一) 进一步扩展覆盖面

根据民政部的统计, 截止2007年3月, 开展城市医疗救助试点工作的县(市、区)为2180个, 占全国县(市、区)总数的76%, 仍有24%的县没有推行试点。2006年累计救助211.08万人次, 对于全国2200多万城市低保人口总数来说还是微不足道的。所以为了进一步加快城市医疗救助制度化建设, 完善多层次医疗保障体系和社会救助体系, 促进健康公平, 维护社会和谐发展, 政府部门应加大试点工作力度, 进一步扩大医疗救助的覆盖面, 加快城市医疗救助制度建立的进程。

(二) 加大政府筹资力度, 同时拓展社会筹资渠道

医疗救助强调的是政府责任, 所以政府应在筹资中占主要角色, 以同期的城镇职工基本医疗保险1019.37元的人均筹资额度为参照, 我国医疗救助筹资水平应为146.80亿元, 与现实水平相差甚远。因此, 中央和地方各级特别是省级财政应不断调整财政支出结构, 增加资金投入, 扩大医疗救助基金规模。同时, 也需要进一步加大宣传力度, 广泛动员社会力量, 通过慈善机构、单位和个人多渠道募集救助资金, 以弥补财政的不足。

(三) 合理设计救助方案

医疗救助制度是以政府为主导,社会力量广泛参与,为贫困群体中因疾病致使生活陷入困境的人群提供救助,旨在帮助恢复健康,缓解疾病对家庭生计造成的负担,体现的是对公民健康权的保护。所以它的特点是强调政府职责,以贫困人群为对象,维护健康公平。这与医疗保险有着本质不同。因此在救助方案的设计时,不适合全盘套用医疗保险的合计模式,应充分考虑其特点,优先纳入最贫困的人群,解决其最迫切的疾病问题。

1. 由大病到慢性病和常见病,从住院到门诊循序渐进地扩展病种范围。在目前医疗救助资金有限,且贫困人群首要希望保障大病的形势下,刚开始试点时,可以采取以大病为主,兼顾慢性病和常见病的策略。然后根据当地财政的能力,逐步实践,积累经验,扩展救助范围。

2. 逐步取消起付线,医疗救助的目的就是促进健康公平,所以如果只能纳入有限对象,那么应该是贫困人群中最为困难、最需要帮助的那部分人群,而起付线恰恰把这部分人群拦在救助范围之外。所以在城市医疗救助试点救助方案设计中应取消起付线,做到“应救尽救”。对于受到财政条件制约的地区,可以从降低起付线做起,或者先对部分最困难人群实行“零起付”,待条件成熟时再对所有救助对象实行“零起付”。同时可以通过封顶线和救助比例的调节,来保证救助资金的安全。

3. 适当提高救助比例,提倡分类设置救助比例,有条件的地方可以探索按病种定额付费。提高救助比例是真正提高贫困人群救助水平的关键。由于救助对象贫困程度各不相同,为了真正做到公平,应该按照对象经济水平给予不同水平的救助比例。

4. 转事后救助为事前或事中救助。对于无力事先自己支付较大额度医疗费用或者支付之后基本生活费用紧张的救助对象来说,事后救助无疑是阻挡其获得医疗救助的巨大障碍。问卷调查也显示绝大多数的贫困居民也希望采取这一救助方式。在实施时,当地民政部门可以先采取医前医后混合救助方式,逐步过渡。

(四) 医疗救助与社区卫生服务体系相结合。现行的医疗救助制度设计主要是从医疗救助基金使用与管理单一要素出发。事实上,一个科学合理的医疗保障制度设计必须与医疗服务供给体系有效链接。从单一救助基金扩展为救助基金、服务体系和社会医疗保障制度三元要素的互动框架^[5],才能在社会发展与卫生改革的宏观背景下,实现贫困医疗救助与有效率的服务体系相结合。本着选择最具成本一效益的机构的原则,在城市,医疗救助应该着重构建以社区卫生服务为基础的医疗救助模式。因为在我国现阶段国情下,医疗救助资金是有限的,只有这样与基层医疗机构紧密联合,使医疗救助服务成本一效益最大化,才能够使有限资源得到有效利用,进一步降低贫困人群的疾病经济风险,增强其经济可及性。

参考文献:

- [1] 王保真,李琦. 医疗救助在医疗保障体系中的地位和作用. 中国卫生经济, 2006, 25(1): 40-43.
- [2] 陶成文. 关于建立我国医疗救助制度的思考. 中国卫生事业管理, 2003, (4): 216-221.
- [3] 刘远立,程晓明,孟庆跃. 贫困人群医疗救助基本服务包的设计. 中国卫生经济, 2003, 22(6): 14-15.
- [4] 吴宪. 关于城市贫困人口医疗救助的思考. 卫生经济研究, 2003, (4): 129.
- [5] 吴群鸿,张振忠,刘运国. 关于中国建立特困人口医疗救助制度的必要性探讨. 中国农村卫生事业管理, 2001, 21(6): 6

- 9.

[责任编辑 王树新]