

城镇低保户医疗服务利用和医疗保障 制度设计对就医行为的影响^{*}

——基于兰州、西宁和白银城镇家庭调查数据的分析

方黎明¹, 张秀兰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:解决低保户看病难问题事关社会底线公平。文章基于2005年三个西北城市的17 690个样本对低保户就医问题展开实证研究,分析结果表明,由于中国医疗机构扭曲的激励机制和偏重住院报销的给付结构,低保户和非低保户两个群体都倾向于自己购药处理日常病患,而减少了门诊利用,经常面临生存危机的低保户由此拖延病情直至病情严重;个人账户既不能横向分散不同人群的疾病风险,也不能纵向分散个人在生命周期不同阶段的疾病风险;职工基本医疗保险能够显著增加中青年低保户对住院服务的利用,但对老龄低保户没有效果。

关键词:医疗保险;低保户;医疗服务;医疗救助

中图分类号:F810.453;F840.613 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-9952(2011)06-0004-12

一、问题的提出

公平性是公共政策的价值基石。因此,弱势群体在某一公共政策中的福利提升状况是衡量该政策公平性的标尺,从而也是判断该政策质量的依据。就医疗卫生政策而言,以贫困人群获得医疗服务的状况来审视该政策的公平性并对其质量进行判断,进而对相关体制改革的命题进行思考,是有意义的探索。不少学者指出,城乡低保户作为城市社会底层群体,医疗服务利用的可及性状况比一般贫困人群更为严峻,高额医疗费用成为其寻求和利用医疗服务最大的障碍。不过,对城镇低保户医疗服务利用行为的特征及其关键影响因素尚缺乏建立在大样本基础上的深入系统的实证研究。有鉴于此,本文基于2005年中国城市贫困监测数据库在兰州、西宁和白银三个城市获得的17 690个城镇居民样本,主要关注下列问题:(1)城镇低保户同其他城镇居民相比在基本门诊服务利用和住院

收稿日期:2011-01-02

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;

张秀兰(1963—),女,北京人,北京师范大学社会发展与公共政策学院教授,博士生导师。

服务利用上是否显著处于劣势；(2)医疗保障制度设计，包括职工基本医疗保险和医疗救助是否有助于减少低保户门诊服务利用和住院服务利用的障碍；(3)医疗保障在低保户不同年龄群体中的作用效果有何不同。

二、兰州、白银和西宁医疗保障制度概况

在 2005 年样本调查进行期间，兰州、白银和西宁主要的医疗保障制度是城镇职工基本医疗保险制度，主要针对低保户的医疗救助制度刚刚启动试点。这三个城市的城镇职工基本医疗保险制度设计基本一致，都设置了个人账户和统筹基金，其中个人账户主要用于支付门诊费用，而统筹基金主要用于支付住院费用。其差异主要表现在住院报销待遇有所不同(见表 1)。甘肃省和青海省 2005 年刚刚开始城市医疗救助试点。因此，医疗救助的政策效果还无法体现。但此前，这两个省份针对特殊困难群体实施了一些医疗费用减免项目。2007 年后这三个城市启动了城镇居民基本医疗保险制度的建设。参加对象主要是没有参加城镇职工基本医疗保险的非从业城镇居民，医保基金主要用于支付住院费用。

表 1 兰州、西宁和白银城镇职工基本医疗保险比较

	兰州	西宁	白银
个人账户和统筹基金	建立个人账户和统筹基金，两者实行分账管理。 个人账户资金包括个人缴纳的参保费和用人单位缴纳的参保费。45 岁及以下按个人上年度工资 1% 划入，45 岁以上至退休按 1.5% 划入，离退休职工按上年度本人养老金 4% 划入。	建立个人账户和统筹基金，两者实行分账管理。 个人账户资金包括个人缴费部分和用人单位缴纳的基本医疗保险费中分年龄段以本人工资为基数划入部分。40 岁及以下按 1%、41 至 50 岁按 2%、51 岁以上按 2.5% 划入，退休人员按本地区上年度职工平均工资的 3% 划入。	建立个人账户和统筹基金，两者实行分账管理。 个人账户资金包括个人缴费部分和用人单位缴费按年龄段划入部分。45 岁及以下按单位缴费 1.2% 划入，45 岁以上至退休按 1.5% 划入，离退休职工按 3.5% 划入。
给付结构	门诊：由个人账户支付，不足部分现金自付。 住院：起付线以上，不足 6 000 元的个人负担 15%，6 000 元以上不足 12 000 元的个人负担 10%，12 000 元至 26 000 元的个人负担 5%，其余由统筹基金支付；离退休人员起付线上自付比例分别为 12%、8% 和 4%。 住院封顶线：年度最高支付限额为 26 000 元。	门诊：由个人账户支付，不足部分现金自付。 住院：起付线由统筹基金按医院等级(三级 65%、二级级 70%、一级 75%)标准支付，其余部分由个人自付。 住院封顶线：上年度职工平均工资的 4 倍。	门诊：由个人账户支付，不足部分现金自付。 住院：起付线以上，年龄在 30 岁以下(含 30 岁)的个人负担 20%，31 岁至 40 岁的个人负担 15%，41 岁至 50 岁的个人负担 10%，51 岁以上的个人负担 5%，其余由统筹基金支付。 住院封顶线：年度最高支付全市职工年平均工资的 4 倍。

资料来源：《兰州市城镇职工基本医疗保险实施方案(试行)》、《白银市城镇职工基本医疗保险制度实施细则(试行)》和《西宁市城镇职工基本医疗保险制度实施方案》。

三、数据概况

(一)数据来源和处理方法。本研究利用民政部和北京师范大学社会发展与公共政策学院的中国城市贫困监测数据库。通过严格的多阶段随机抽样，数据库 2005 年在甘肃省兰州市、白银市和青海省西宁市共获得 7 949 个城镇

住户,22 949个各年龄阶段家庭成员的样本。调查采取面对面的访谈方式,问卷回答率为82.8%。我们主要关注成人的社会经济地位和医疗保障政策对医疗服务利用的影响,因此,本文选取此次基线调查中年龄在18周岁以上的17 690个有效的非学生样本。本文使用 stata10.0 处理和分析数据。

(二)低保户和非低保户样本特征比较。这里对低保户和非低保户样本的人口统计学特征、社会经济特征和健康状况进行简要的比较。在17 690个非学生样本中,低保户居民4 799人,非低保户居民12 891人。表2中,由于所有分类变量按照其类别都被转换成虚拟变量,每个分类变量中任一类别的均值即为其在该分类变量中所占的比例。以城市为例,在全部样本中,兰州、白银和西宁均值分别为0.644、0.145和0.211,即这三个城市在全部样本所占的比例分别为64.4%、14.5%和21.1%。

表2 低保户和非低保户样本特征比较

变 量	全部样本		非低保户		低保户	
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
兰州	0.644	0.479	0.663	0.473	0.435	0.496
白银	0.145	0.352	0.136	0.343	0.238	0.426
西宁	0.211	0.408	0.201	0.401	0.328	0.469
本地城镇户口	0.959	0.198	0.959	0.199	0.967	0.177
家庭规模	3.679	1.320	3.665	1.324	3.832	1.262
汉族	0.885	0.319	0.894	0.308	0.787	0.410
男性	0.491	0.500	0.493	0.500	0.473	0.499
年龄	48	16	48	16	45	14
已婚	0.826	0.379	0.833	0.373	0.751	0.432
离异	0.027	0.161	0.024	0.154	0.054	0.227
未婚	0.086	0.281	0.086	0.280	0.090	0.286
鳏寡	0.061	0.240	0.057	0.232	0.105	0.307
小学及以下	0.223	0.416	0.216	0.411	0.301	0.459
初高中	0.634	0.482	0.631	0.483	0.671	0.470
大专及以上	0.143	0.350	0.153	0.360	0.029	0.167
非公有单位	0.458	0.498	0.433	0.495	0.745	0.436
国企单位	0.424	0.494	0.442	0.497	0.221	0.415
行政事业单位	0.117	0.322	0.125	0.331	0.034	0.180
就业	0.382	0.486	0.391	0.488	0.280	0.449
失业	0.276	0.447	0.256	0.436	0.501	0.500
离退休	0.342	0.474	0.353	0.478	0.219	0.424
中高层管理者	0.109	0.312	0.118	0.323	0.013	0.114
收入	5 644	4 578	5 953	4 644	2 196	1 075
无医疗保障	0.544	0.498	0.524	0.499	0.771	0.420
基本医疗保险	0.435	0.496	0.463	0.499	0.122	0.327
商业医疗保险	0.011	0.106	0.012	0.109	0.003	0.058
医疗救助	0.010	0.098	0.001	0.037	0.104	0.305
健康自评:好	0.149	0.357	0.139	0.346	0.261	0.439
健康自评:差	0.287	0.453	0.283	0.451	0.335	0.472
健康自评:中	0.563	0.496	0.577	0.494	0.404	0.491
BMI:正常	0.734	0.442	0.735	0.442	0.732	0.443
BMI:太低	0.107	0.309	0.103	0.304	0.147	0.354
BMI:太高	0.159	0.365	0.162	0.368	0.121	0.326
无慢性病	0.793	0.405	0.789	0.408	0.827	0.378
患有一种慢性病	0.136	0.343	0.138	0.345	0.115	0.319
两种及以上慢性病	0.071	0.257	0.072	0.259	0.058	0.233
残障	0.036	0.186	0.030	0.172	0.097	0.296

从家庭规模看,低保户家庭规模略大于非低保户,两者家庭规模均值分别为3.8人和3.7人。从民族构成看,在低保户中,少数民族比重相对较高,非低保户家庭成员89.4%为汉族,而低保户家庭成员78.7%为汉族。从性别

看,低保户中男性比重较非低保户中略低,两者分别为 47.3%和 49.3%。从年龄结构看,全部家庭和非低保户家庭年龄均值为 48 岁,而低保户家庭年龄均值为 45 岁,低保户年龄结构相对年轻。从婚姻结构看,低保户家庭中离异和鳏寡状态所占比重分别为 5.4%和 10.5%,而非低保户家庭这两个比重分别为 2.4%和 5.7%。这表明与普通家庭相比,低保户家庭结构更不稳定。

从教育水平看,与普通家庭相比,低保户成年家庭成员教育水平偏低,仅 2.9%接受了大专以上教育,而非低保户成年家庭成员 15.3%接受过大专以上教育,相当于低保户家庭的 5.3 倍。从单位性质看,低保户家庭主要在非体制内单位就业,非正规就业比重相当高。低保户成年家庭成员 74.5%在或曾经在非国有单位(私企、外企、工商户、个体户、集体企业和无单位者)工作,而非低保户家庭这一比例为 43.3%,低保户在非体制内单位工作比例高出非低保户 31.2 个百分点。低保户成年家庭成员在或曾经在国企和行政事业单位工作的比例低得多,分别为 22.1%和 3.4%,仅相当于普通家庭的 50.0%和 26.9%。从目前状态看,与非低保户家庭相比,低保户成年家庭成员失业比例高得多,达到 50.1%,相当于非低保户家庭的 1.96 倍。低保户家庭成员有工作比例为 28.0%,远低于非低保户家庭的 39.1%。非低保户家庭中有 11.8%的成年家庭成员担任中高层管理职位,而低保户中仅有 1.3%的成年家庭成员曾经担任过管理职务。从收入看,低保户人均年收入为 2 196 元,而非低保户人均年收入为 5 953 元,相当于低保户人均收入的 2.6 倍。低保户参加基本医疗保险的比例低得多。低保户中约有 77.1%的家庭成员没有参加任何医疗保障,而非低保户这一指标为 52.4%。低保户基本医疗保险参保率仅为 12.2%,而非低保户参保率为 46.3%,相当于低保户的 3.8 倍。低保户中约有 10.4%的成员拥有医疗救助资格。

与非低保户相比,低保户健康状态整体上处于弱势。和同龄人相比,约有 26.1%的低保户认为自己健康状态较差,而在非低保户中这一比例为 13.9%;低保户中认为自己身体状态较好的比例为 40.4%,而非低保户中这一比例为 57.7%。从 BMI^① 值看,低保户和非低保户中都有超过 70%的样本 BMI 值正常。低保户中 BMI 值偏低的比例稍稍高于非低保户,两者分别为 14.7%和 10.3%,而低保户中 BMI 值偏高的比例稍低于非低保户,两者分别为 16.2%和 12.1%。这表明低保户遭遇营养不良或不足问题较非低保户突出,而非低保户的肥胖问题则更为严重。低保户慢性病患率相对较低,但残障率较高。17.3%的低保户成年家庭成员患有一种及以上慢性病,而非低保户这一比例为 21.0%。低保户和非低保户成年家庭成员残障率分别为 9.7%和 3.0%,低保户残障率相当于非低保户的 3 倍。

可见,同非低保户相比,低保户在社会经济地位,如教育水平、工作单位性质、收入、就业状况和社会保护上都处于较脆弱的地位。尽管低保户慢性病患

病率较低,但其残障率和自我感觉健康状态较差的比例比非低保户高得多。

(三)低保户和非低保户医疗服务利用状况比较。这里比较低保户和非低保户在门诊和住院服务利用上的差异。描述性统计分析结果表明,在过去四周患病情况下,低保户普通门诊服务利用率较低,在住院服务利用上低保户显著处于弱势,面临着较严重的经济障碍。

在过去四周患病情况下,两个群体超过 65%的患者都选择自己购药,而不是去看门诊,但非低保户选择看门诊的比例稍高(见表 3)。非低保户选择看门诊的比例为 23.6%,而低保户为 15.6%,两者相差 8 个百分点。两个群体既看门诊又去药店购药的比例分别为 9.6%和 12.7%,同时有 1.4%

表 3 低保户和非低保户过去四周患病后处置措施比较

	仅购药	看门诊	门诊且购药	没治疗	总计
非低保户	1 229	444	180	27	1 880
%	65.4	23.6	9.6	1.4	100.0
低保户	618	141	115	31	905
%	68.3	15.6	12.7	3.4	100.0
总计	1 847	585	295	58	2 785
%	66.3	21.0	10.6	2.1	100.0

Pearson chi2(3)=36. 8365,Pr = 0. 000

的非低保户和 3.4%的低保户没有采取任何措施。卡方检验结果表明,低保户和非低保户在仅购药、看门诊、门诊且购药以及没治疗这四种策略的选择上具有统计显著性差异。但这种差异是否具有实质性意义,需要在模型分析中通过控制年龄和病情等其他变量才能够确定。

低保户在住院服务利用上显著处于弱势。在过去一年中,医生曾经要求 1 890个城镇居民住院治疗,其中非低保户居民1 294人,低保户居民 596 人。有 39.6%的非低保户居民放弃了住院治疗,而低保户放弃住院治疗的比例高达 63.1%。低保户放弃住院治疗的主要原因是经济障碍。在放弃住院的居民中,因经济原因放弃住院的非低保户占 25.0%,低保户则占 55.5%,为非低保户的 2 倍多。可见,经济问题是低保户住院服务利用可及性最主要的障碍。

表 4 低保户和非低保户住院服务利用

	没住院	住院	总计
非低保户	512	782	1 294
%	39.6	60.4	100.0
低保户	376	220	596
%	63.1	36.9	100
总计	888	1 002	1 890
%	47.0	53.0	100.0

Pearson chi2(1)=90. 6227,Pr=0. 000

表 5 是否因为经济原因放弃治疗

	否	是	总计
非低保户	970	324	1 294
%	75.0	25.0	100.0
低保户	265	331	596
%	44.5	55.5	100.0
总计	1 235	655	1 890
%	65.3	34.7	100.0

Pearson chi2(1)=167. 6041,Pr=0. 000

四、医疗消费行为模型及其分析结果

(一)医疗消费行为模型。为了对三地职工基本医疗保险政策,特别是对其公正性进行分析,需要进一步对影响低保户和非低保户医疗消费行为的主要社会经济地位因素和医疗保障因素进行考察。安德森等创立的医疗消费行为模型(Andersen 和 Newman,1973; Andersen,1995)假设:影响医疗消费行为的个体变量主要包括先决特征(Predisposing)、能促因素(Enabling)和疾病

状况(Illness Level)。其中,先决特征主要包括:(1)人口统计变量,如年龄、性别、婚姻和疾病史等;(2)社会结构因素,如教育、种族、职业、家庭人口和宗教等;(3)观念,即对健康和疾病的价值观念以及关于疾病的知识。能促因素主要包括收入、医疗保险、社区的医疗设施状况以及医疗服务价格等因素。疾病状况指由健康状态引发的对医疗服务的利用,模型中一般通过引入一系列主观和客观的健康指标来衡量。政府能够通过干预能促因素,如增加低收入者收入、扩展医疗保险覆盖率、改进社区的医疗服务设施、管制医疗服务价格和建立合理的医疗机构机制等降低居民医疗服务利用的障碍。因此,能促因素通常是政府实现医疗服务公平的主要政策工具。

本文将衡量医疗服务的两个基本指标,即过去四周是否利用门诊服务和过去一年在医生建议住院的情况下是否利用住院服务作为因变量。本文采用logistic 概率模型展开分析。本文医疗消费行为模型的自变量包括:(1)先决变量,主要有年龄、性别、婚姻状况、民族、户口、家庭人口数、教育水平、是否担任中高层管理职务、工作单位性质和是否是低保户等;(2)能促变量,包括家庭人均可支配收入和参加医疗保险类型;(3)疾病变量,主要包括健康状况总体自评和慢性病患者数量。本文之所以引入工作单位性质和户口这两个具有中国特色的社会经济地位变量,是因为通常认为在国有企业和行政事业单位工作能够获得较好的福利待遇和资源,而非本地城市户口居民通常难以平等享受本地的公共服务,这两个变量可能影响居民对医疗服务的利用。

(二)分析结果。

1. 过去四周门诊服务利用状况。模型 M11 结果表明,尽管低保户看门诊的概率稍低,但和非低保户没有统计显著性差异。因为低保户主要依据收入确定资格,为了避免因收入和低保户高度相关而导致共线性问题使得低保户和非低保户在门诊服务利用上没有显著差异,模型 M12 不再控制收入水平,但结果仍表明两个群体在门诊服务利用上没有显著性差异。

结合前文描述性分析结果,患者没有看门诊并不意味着放弃了治疗,实际上在过去四周患病的2 785个城市居民中仅有 58 人没有采取任何措施,在低保户和非低保户中都有超过 65% 的患者采取了自己购药治疗的方式。这主要是由下列原因引起的:(1)由于中国医疗服务领域普遍存在诱导需求现象,因此,在小病或已确诊慢性病的情况下,患者通常更愿自己购药治疗;(2)医疗资源紧缺,特别是大医院门诊人满为患,患者不愿因小病承受往返医院、排队等候之苦而自行购药处理。

所在单位的所有制性质影响了看门诊的概率。和非国有单位居民相比,在国有企业工作的居民看门诊概率显著较高,而自己购药治疗概率显著较低(模型 M11)。这可能是由于国有企业职工有稳定的收入预期,其医疗服务需求比其他类型工人高(Mocan和Tekin等,2004)。但进一步分析发现,在国

表 6 过去四周患病是否看门诊的 Logistic 概率模型

	M11(所有居民)	M12(所有居民)	M13(低保户)	M14(非低保户)	M15(参保低保户)
低保户	-0.040 (0.188)	-0.195 (0.173)			
国企单位	0.307** (0.154)	0.342** (0.155)	-0.012 (0.258)	0.344** (0.164)	0.777 (0.910)
行政事业单位	0.113 (0.178)	0.256 (0.173)	0.131 (0.741)	0.144 (0.185)	
收入自然对数	0.302** (0.139)		0.256* (0.149)	2.378*** (0.898)	
基本医疗保险	-0.449*** (0.144)	-0.410*** (0.139)	-0.496* (0.279)	-0.443*** (0.158)	
商业保险	-0.733 (0.625)	-0.546 (0.659)	0.558 (0.749)	-0.884 (0.721)	
医疗救助	0.046 (0.416)	0.025 (0.434)	-0.069 (0.367)	1.224 (0.920)	
健康自评差	0.274 (0.180)	0.216 (0.185)	0.025 (0.353)	0.310 (0.190)	1.312** (0.629)
健康自评一般	-0.189 (0.164)	-0.237 (0.173)	0.241 (0.314)	-0.242 (0.169)	2.681*** (0.863)
模型 p 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
样本量	2785	2785	905	1880	123

注:(1)*、**和***分别表示10%、5%和1%的显著性水平;(2)括号内为标准误(se);(3)限于篇幅,城市、民族、户口、性别、婚姻、家庭人口、年龄、年龄平方/100、教育水平、是否担任中高层管理职位、慢性病患病数量、BMI值以及是否残疾等控制变量因不是本文关注焦点而未列出;(4)教育水平、工作单位、目前状态、医疗保障类型和健康自评参照组分别是小学及以下、非国有单位、在职工作、无任何医疗保障和健康自评较好。下同。

企工作只对非低保户城镇居民有效果(模型 M14),而对在或曾在国企工作低保户居民没有效果(模型 M13)。这和低保户所在国企单位效益状况有关,城镇低保户制度的建立在很大程度上是为国企破产导致大量工人失业下岗服务的。由于低保户所在国企单位效益差,停产或破产导致生活窘迫,在或曾在效益差或破产国企工作的低保户门诊服务利用率和那些非国有单位群体没有显著差异。在行政事业单位工作的城镇居民看门诊概率虽然相对较高,但和非国有单位相比,两者没有统计显著性差异。

和预期一致,较高的收入水平显著增加了看门诊概率,这一结论对低保户居民(模型 M13)和非低保户居民(模型 M14)都成立。表明即使在花费较少的普通门诊服务利用中,收入仍发挥着降低经济障碍的作用。医疗服务利用公平意味着医疗服务利用是由疾病等健康需求因素决定,而和社会经济地位无关。收入能够促进门诊服务利用就意味着门诊服务利用中存在不公平问题。同时,从模型 M13 和 M14 结果可以看出,同无任何医疗保险者相比,拥有职工基本医疗保险的低保户和非低保户的门诊利用概率都显著较低,因此,个人账户的设立使得患者更倾向于直接去定点药店购药,而不愿经受看门诊的繁琐程序和排队之苦。

模型 M15 结果表明,收入仍和低保户门诊服务利用概率显著正相关,这说明个人账户的设立并没有有效消除低保户看门诊的经济障碍。个体疾病风

险存在很大差异,但个人账户不能参与社会统筹,因此,一部分人,特别是低收入高疾病风险的老年群体,个人账户资金远远不够支付日常门诊和购药开支,同时大量参保者个人账户资金不断积压,但又不能参与当前门诊和购药费用的社会统筹,从而降低了整个参保人群门诊和购药的经济负担(姚岚和李春坚等,2002)。更重要的是个人账户资金利息所得为当期活期利息,而活期利息一直远远低于每年通货膨胀率,个人账户资金实际上在不断贬值。因此,尽管个人账户有助于实现筹资公平(徐巍巍和刘国恩,2006),控制医疗费用的过度增长(刘国恩等,2009),但它既没有发挥分散同期不同人群横向疾病风险的作用,也难以发挥分散个人在不同生命周期纵向疾病风险的作用。而这这对以低保户为代表的城镇低收入阶层尤为关键。

中国医疗保障制度给付结构偏重住院费用的减免,该规定产生的激励效应恰与当前公共卫生注重预防和对疾病进行上游干预的观点相悖,且长远看可能会增加医疗成本。模型分析结果表明,参保居民主要用个人账户支付药店购药费用,而减少了门诊服务利用。同时,近年来推广实施的城镇医疗救助和城镇居民基本医疗保险制度以报销住院费用为主,仅对少数病种的大额门诊费用予以报销。实际上,中国疾病模式的改变要求我们从疾病形成的上游进行干预。当前,中国疾病模式表现为慢性病取代传染病、急性疾病成为健康主要杀手。而慢性病治疗需要预防为主,寓防于治,这就需要疾病防治关口和重心下移到基层医疗服务系统,普通门诊和基层医疗机构能够更有效地进行防治,而不一定需要住院治疗(卫生部统计信息中心,2009)。然而,在中国医疗服务机构激励机制扭曲和偏重住院费用报销的给付结构下,患者会减少对普通门诊和预防性医疗服务的利用,而偏爱自己购药处理日常病患,这可能导致患者因缺乏对病情监控而延误病情直至病情严重需要住院,反而会增加个人、医疗救助和医疗保险基金的开支。美国相关研究就表明,低收入群体在医疗服务利用需求和紧急的物质需求(如食物、住所)相冲突的情况下常常放弃预防性医疗服务(Gelberg 和 Andersen 等,2000),推迟治疗直到病情严重。减少门诊服务和预防性服务的结果反而会增加医疗服务利用的成本(Lewin 和 Altman,2000)。

对非低保户居民而言,过去四周患病后是否去看门诊和健康状态自评的好坏没有显著关系。但对参保低保户(M15)而言,健康状态差显著增加了其门诊服务利用率,进一步证明了个人账户的设立激励低保户等弱势群体直到病情较严重时才去医院看门诊,这时病情可能已严重到需要住院治疗的地步。

2. 过去一年住院服务利用状况。这里,医生建议住院的有1 890个样本。由于医生建议住院本身是一个客观的健康变量,通常意味着疾病到了较严重的阶段,为避免共线性,这里不再将其他疾病状况变量,如健康自评、慢性病患病数量等纳入模型中,而只关注在医生建议住院情况下,社会经济地位变量和医疗保

险类型对住院行为的影响(见表7)。

表7 过去一年住院服务利用的 logistic 概率模型

	M21(所有居民)	M22(低保户)	M23(工作年龄 低保户)	M24(离退休 低保户)	M25(非低保户)
低保户	-0.383 ** (0.182)				
国企单位	0.008 (0.177)	-0.304 (0.311)	-0.577 (0.363)	0.221 (0.559)	0.053 (0.195)
行政事业单位	-0.268 (0.331)	0.349 (0.801)	0.953 (0.919)	-0.263 (0.335)	
收入自然对数	0.301 ** (0.142)	0.063 (0.235)	-0.213 (0.259)	0.349 (0.402)	0.315 ** (0.160)
职工医疗保险	0.468 *** (0.174)	0.440 (0.372)	1.239 ** (0.499)	-0.749 (0.557)	0.486 ** (0.189)
商业保险	0.977 (0.636)	0.168 (0.694)	0.145 (0.755)	0.521 (1.641)	1.401 (0.938)
医疗救助	-0.385 (0.631)	-0.450 (0.422)	-1.179 *** (0.405)	0.131 (0.993)	-0.496 (1.568)
模型 p 值	0.000	0.000	0.000	0.036	0.000
样本量	1 890	596	385	199	1 294

模型 M21 结果表明,同非低保户相比,低保户住院概率显著较低,这和美国相关研究存在较大差异。如前所述,美国弱势群体的门诊和预防性服务利用率较低,而住院利用率较高,美国的医疗救助也大大降低了他们利用住院服务的经济障碍。而在本调查进行期间,医疗救助刚刚启动,大部分低保户没有任何医疗保障制度,且即使参加了医疗保障,由于医疗保险设置了起付线,在起付线上仍要承担 10%—20%的住院费用,这对经常面临生存困难的低保户而言也是难以承受的经济负担。尽管低保户在门诊服务利用上与非低保户不存在显著差异,但他们的住院服务利用率显著较低。

一般认为在行政事业和国企等体制内单位工作享受社会福利待遇较高,在医生建议住院情况下,住院服务利用率也应该较高。但分析结果表明,在控制住院医疗保险类型等其他变量的情况下,在国企或行政事业单位工作并没有显著增加住院概率,这对所有居民、不同年龄阶段低保户和非低保户居民都适用。

已有研究表明,收入能够降低医疗服务利用的经济障碍,从而增加住院服务利用率(Gao 和 Raven 等,2007)。在模型 M21 中,就全体城镇居民而言,较高收入水平能够显著增加住院服务利用率。但模型 M22、M23、M24 和 M25 分析结果表明,收入只对非低保户住院概率有影响,而对各年龄阶段的低保户住院概率没有统计显著性影响。

医疗保障资格对住院行为有较大影响。参加职工基本医疗保险能够显著增加非低保户(M25)和工作年龄低保户(M23)的住院概率,但对离退休年龄低保户(M24)的住院概率没有显著影响。本研究显示,基本医疗保险对处于社会底层的低保户老人群体住院服务利用率没有显著效果,而只对年轻低保户发挥作用。其原因是:(1)大量老龄低保户在病情严重的情况下不得不接受住院服务;(2)因为治疗无望或即使有医疗保险也负不起自付医疗费用,干脆

放弃住院。因此, 无论是否拥有医疗保险都不影响其住院行为的选择。商业医疗保险对所有群体的住院概率都有正向影响, 但不具有统计显著性。

拥有医疗救助资格反而会降低工作年龄低保户的住院概率且具有统计显著性。这是因为在 2005 年问卷调查期间, 兰州和白银城镇医疗救助刚刚酝酿启动, 曾经享受过临时性非正规医疗救助的都是那些极端贫困的低保户, 而西宁则和国际组织合作开展了一些医疗救助项目, 救助的也是极端贫困的弱势群体。因此, 医疗救助资格在这里代表的是极端贫困和弱势状态。非制度化或报销限制严格的医疗救助并没有有效改进他们对住院服务的利用。另一方面, 已经实施的医疗救助存在报销门槛费偏高、报销比例偏低、手续繁杂等种种问题, 造成低保户对救助资金的利用率较低。这一问题在全国开展医疗救助的城市具有普遍性, 受制于救助资金的不足, 目前城市医疗救助起付线过高、封顶线过低和报销比例有限限制了医疗救助的实施效果。从住院报销比例看, 全国大部分城市医疗救助报销比例在 30% 左右, 远远低于同期各地职工基本医疗保险 60%—80% 的住院报销比例(民政部社会救助司, 2007)。

五、主要结论与政策含义

本文通过对兰州、西宁和白银三个城市低保户居民的医疗消费行为和医疗保障实施效果的大样本分析, 发现低保户在医疗服务利用中明显处于不利地位, 医疗保障的一些制度设计既没有实现促进医疗服务利用公平的目标, 也无助于医疗服务系统效率的提高。

1. 在控制其他变量的情况下, 低保户和非低保户在利用日常门诊服务上没有显著差异, 而在住院服务利用上却存在明显差异。两个群体都倾向于自己购药处理日常病患而不是利用门诊服务, 反映了在错误的政策激励下, 医院医生更倾向于开大处方和提供过度诊断服务等。此外, 职工基本医疗保险偏重住院报销而通过个人账户对门诊服务进行控制也影响了患者的就医选择。由于大部分低保户没有任何医疗保障且经常面临紧急生存压力, 从而难以承担高昂的住院费用, 同非低保户相比, 在医生要求住院的情况下, 低保户住院概率显著较低。

2. 较高的收入能够增加低保户对门诊服务的利用, 即使在拥有职工基本医疗保险, 可以用个人账户看门诊或药店购药的情况下同样如此。因此, 职工基本医疗保险个人账户的存在并没有消除低保户看门诊的经济障碍。

3. 职工基本医疗保险能够显著增加非低保户和工作年龄低保户居民的住院概率, 但对离退休低保户的住院概率没有显著影响。

4. 拥有医疗救助资格反而会降低工作年龄低保户的住院概率。这主要是因为 2005 年问卷调查期间, 兰州和白银城镇医疗救助刚刚酝酿启动, 曾经享受临时性非正规医疗救助的都是极端贫困的低保户。此外, 正在实施中

的医疗救助因报销比例偏低、起付线过高和封顶线过低而对低保户医疗服务利用的促进效果有限。

上述结论指明了中国城镇医疗体制进一步改革的方向。首先,必须改革城镇医疗保障制度重住院轻门诊的给付结构。偏重住院费用报销的制度设计有两大缺陷:第一,它会促使患者尤其是受制于低收入和生存危机的低保户减少对门诊服务的利用,这可能导致病情延误反而会增加个人和医疗保险基金的开支;第二,它无助于改进参保者的健康状况。中国的疾病模式以慢性病为主,而慢性病通过长期预防、监控和践行健康行为能够得到有效控制,普通门诊和预防性医疗服务将是具有成本效益的选择,偏重住院费用报销可能会产生道德风险,使参保者平时疏于健康监控和践行健康行为,反而无助于健康改进。其次,改革个人账户制度。对个人账户实行社会统筹,在不同人群分散疾病风险,或取消个人账户,对个人门诊和购药支出直接进行减免,这样能够有效利用个人账户资金,减少管理成本,提高门诊和购药的报销比例和报销额度,最终减轻个人疾病的经济负担,并能够消除个人账户不断贬值的压力。这对促进低保户等低收入群体的门诊服务利用,避免延误病情尤为关键。再次,目前基本医疗保险在低保户和非低保户中覆盖率都偏低,因此需要进一步提高其覆盖率。医疗救助需要进一步提高报销比例,简化报销程序,降低或取消起付线,提高封顶线。最后,将医疗救助和满足低保户生活需求的救助结合起来,推动低保户等弱势群体的医疗服务利用,同时考虑他们衣食住行等基本生存需求。

*衷心感谢中国社会科学院孟宪范老师对本文的悉心指导。本文得到北京师范大学自主科研基金(2009AAP-10)和对外经济贸易大学新进教师科研启动项目(10QD04)的支持。

注释:

①BMI(Body mass index)指身体质量指数,是目前国际上常用的衡量人体胖瘦程度和是否健康的一个标准。其计算公式为: $BMI = \text{体重(kg)} / \text{身高(m)}^2$ 。据此按照世界卫生组织的标准进行分组,普通成人BMI值不足18.5时为偏瘦(1“Too light”);BMI值在18.5—24.9时为正常(0“Normal”);BMI值在25—30时为超重(2“Too heavy”)。

主要参考文献:

- [1]刘国恩,唐婷婷,雷震.医疗保险个人账户对医疗费用的影响:基于镇江医疗保险数据的面板分析[J].中国卫生经济,2009,(2): 9—12.
- [2]刘岚.论我国基本医疗保险个人账户的功能[J].中国卫生经济,2007,(7): 44—46.
- [3]沈炳珍,陈畴镛.对我国基本医疗保险制度的理论分析[J].管理世界,2002,(8): 131—132.
- [4]卫生部统计信息中心.2008中国卫生服务调查研究[M].北京:中国协和医科大学出版社,2009.
- [5]徐巍巍,刘国恩.中国城镇职工医疗保险个人账户对公平性的影响:基于镇江试点改革的研究[J].世界经济文汇,2006,(1): 67—74.
- [6]薛新东.医保个人账户低效率的经济学分析[J].社保财务理论与实践,2007,(3): 127—

130.

- [7]姚岚,李春坚,陈启鸿,等.参保职工个人账户期望值浅析[J].中国全科医学,2002,(2): 130—131.
- [8]Andersen R M.Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? [J].Journal of Health and Social Behavior,1995,36(1): 1—10.
- [9]Gao J,Raven J H,Tang S. Hospitalisation among the elderly in urban China[J].Health Policy,2007,84(2—3): 210—219.
- [10]Mocan N H,Tekin E,Zax J S The demand for medical care in urban China[J].World Development,2004,32(2): 289—304.

The Health Care Use of Urban Households with Low Health Insurance and the Behavioral Effect of Medical Insurance System Design: Based on Urban Households Survey in Lanzhou, Xining and Baiyin

FANG Li-ming¹, ZHANG Xiu-lan²

(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: The solution to the difficulty in seeing a doctor referring to households with low health insurance is closely related to basic social fairness. Based on a sample of 17 690 households of three north-west cities in China, this paper empirically studies the medical issues of households with low health insurance. The results show that, owing to distort incentive mechanisms in medical institutions and payment structure placing particular emphasis on hospital reimbursement, households with low health insurance and ordinary households are both apt to buy medicine without a prescription and reduce out-patient use, thus households with low health insurance which often face survival crises make their illness delayed or even more serious. Personal accounts can not spread illness risk among different groups or in different stages of individual life cycle. And the basic medical insurance for employees has significant positive impacts on the inpatient use of young and middle-aged households with low health insurance, but no effects on old-aged ones.

Key words: health insurance; household with low health insurance; health care service; medical assistance (责任编辑 许 柏)