

我国农村居民灾难性卫生支出的制度成因分析

李 叶* 吴群红 高力军

哈尔滨医科大学卫生管理学院 黑龙江哈尔滨 150081

【摘要】目的:中国农村人口的健康问题与中国社会的可持续发展密切相关。我国农村仍存在因病致贫、因病返贫现象。利用灾难性卫生支出率和致贫率作为测量工具,来衡量新型农村合作医疗的保障力度。方法:数据来源于第四次卫生服务调查,采用 WHO 推荐的方法计算灾难性卫生支出。结果:农村人口的灾难性卫生支出发生率为 14.4%,致贫率为 9.2%,且两者与地区经济水平呈负相关,最为贫困的西部灾难性卫生支出发生率及致贫率最高,分别为 15.8% 和 10.8%;有住院病人的农村家庭发生灾难性卫生支出和致贫的风险最大。结论与建议:中国农村灾难性卫生支出发生率较高是受多种因素共同影响的结果。其中,新农合制度的保障水平不高,缺乏遏制医疗费用快速上涨有效机制,特别是现存以服务项目付费为主导的支付方式,是导致农村灾难性卫生支出发生率较高的主要制度成因。因此,应以完善新型农村合作医疗的制度设计为重点,加大政府对医疗机构的投入,强化各种配套制度和机制的安排。

【关键词】灾难性卫生支出;因病致贫;农村

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.11.009

Analysis on causes of catastrophic health expenditure in rural China from perspective of system analysis

LI Ye, WU Qun-hong, GAO Li-jun

Harbin Medical University, Health management college, Heilongjiang Harbin, 150081

【Abstract】 Objective: The health status of rural population is closely related to the future of the sustainable development of China. It is a serious phenomenon that rural households are impoverished from medical expenses. In our study, we used the incidence of catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses as the tool to measure the financial level of New Rural Cooperative Medical Scheme(NRCMS). Methods: We analyzed the data from the Fourth National Health Service Survey and adopted the method of WHO to calculate the incidence of catastrophic health expenditure and impoverishment. Results: The incidence of catastrophic health expenditure in rural China was 14.4% and the incidence of impoverishment was 9.2%; the factors of family income level and their living regions are inversely associated with it. The poor Western region, compared to the Eastern and the Central region, suffered the highest incidence of catastrophic health expenditure and impoverishment, which was 15.8% and 10.8% respectively. The rural families having members being hospitalized subjected to the highest risk to suffer catastrophic health expenditure and impoverishment. Conclusions and suggestions: Relative high level of catastrophic medical expenditure and impoverish rate in rural areas are the results of joint actions of many factors, among them, limited financial protection level, of NRCMS, ineffective mechanism to control the rising medical cost and the dominant payment method of pay for service are the major underlying causes for it. Therefore, more comprehensive strategies are needed to conquer those problems.

【Key words】 Catastrophic health expenditure; Impoverishment from medical expenses; Rural areas

* 基金项目:国家自然科学基金(71073044);CMB 杰出教授基金(09-979)

作者简介:李叶,女(1984 年—),博士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail: xiaonan8459@yahoo.com.cn

通讯作者:吴群红。E-mail: wuqunhong@163.com

中国 13 亿人口中约有 9 亿是农村人口。这一人口特征结构决定了农村人口问题是中国可持续发展面临的首要问题,同样,农村人口的健康也关乎国家发展的前途与命脉。改革开放以来,合作医疗制度覆盖面曾出现大幅度下滑,最低点时覆盖人口不足 5%,导致广大农村因病致贫、因病返贫现象严重。2002 年,中国政府启动新型农村合作医疗制度,通过中央政府、地方政府和家庭个人三方筹资,旨在为农村人口提供抵御疾病经济风险的制度保障。其参合率由 1999 年的 7% 上升到 2011 年的 97.5%。^[1]

然而,不容忽视的是,农村人口因病致贫的现象仍是影响中国和谐社会发展目标的重要瓶颈。因此,如何对因病致贫现象进行定量测评和研究,了解其现状和水平,找出导致其发生的深层次原因,成为国内外卫生政策和体制研究者关注的重要议题。基于这一迫切的需要,WHO 开发了灾难性卫生支出的测评工具,它被广泛地认为是卫生筹资领域有效的测量工具,其主要用途有:测量因医疗保险保障力度不足而引发的灾难性医疗卫生费用;揭示贫困与灾难性卫生支出之间的内在联系;衡量医疗保险制度的绩效。^[2] 本文拟通过测量灾难性卫生支出和致贫率,分析新型农村合作医疗的保障能力与水平,探究控制医疗卫生费用上涨的机制与手段,为今后的卫生政策制定提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本文采用《第四次国家卫生服务调查》数据作为计算灾难性卫生支出和致贫率的原始数据,并使用世界卫生组织(WHO)的方法对上述两率进行计算。^[3] 本研究对缺失数据进行清理后,获得农村家庭样本 38 945 户。

1.2 相关概念

本研究涉及相关概念如下^[4]:

(1) 食品支出比率,即家庭食品性支出除以家庭的总支出;

(2) 等价食品支出,即每个家庭的食品支出除以家庭成员人数;

(3) 贫困线,即计算加权排位在 45 至 55 个百分点的食品支出的平均支出;

(4) 家庭生活消费支出,即贫困线乘以标化后的家庭规模;

(5) 家庭支付能力。当家庭消费支出小于等于食品支出时,家庭支付能力 = 家庭总支出 - 家庭生活消费支出,但当家庭消费支出大于食品支出时,家庭支付能力 = 家庭总支出 - 食品支出;

(6) 基于家庭支付能力的居民现金卫生支出,即卫生支出负担($oopctp_h$),其计算公式为: $oopctp_h = \frac{oop_h}{ctp_h}$,其中, oop 为年度居民现金卫生支出, ctp 为家庭支付能力;

(7) 灾难性卫生支出($cata$),如果 $oop_h/ctp_h \geq 0.4$,则 $cata_h = 1$,表示该家庭发生了灾难性卫生支出,如果 $oop_h/ctp_h < 0.4$,则 $cata_h = 0$,表示未发生灾难性卫生支出;

(8) 致贫是指当家庭总支出等于或大于基本生活消费,且除去现金卫生支出外的其他家庭总支出小于基本生活消费时,我们认为该家庭已经因购买卫生服务而导致贫困。

2 结果

2.1 我国农村地区灾难性卫生支出发生情况

2.1.1 总体情况

2008 年,共有 5 608 户农村家庭因为支付了医疗费用而发生了灾难性卫生支出,农村灾难性卫生支出发生率为 14.4%,约是城市地区(9.5%)的 1.5 倍。同时,灾难性支出的发生情况与地区经济水平呈相反趋势,即经济较发达地区的灾难性卫生支出发生率较低:东部农村地区的发生率最低,为 13.8%,中部为 14.2%,而西部最高,为 15.8%。农村居民现金卫生支出平均为 1 579.7 元,其中,中部地区最低,为 1 397.0 元,而东部最高为 1 799.5 元,西部为 1 549.4 元。

2.1.2 不同特征家庭灾难性卫生支出发生情况

对农村地区不同特征家庭灾难性卫生支出发生情况进行分析,结果显示,有慢性病人的家庭,其灾难性卫生支出发生率为 26.0%,远远高于普通家庭(8.1%);而对于有住院病人的家庭来说,其发生灾难性卫生支出的风险则更大,为 34.9%,是普通家庭的 3.3 倍;相比之下,有 60 岁以上老人和 5 岁以下儿

童的家庭,灾难性卫生支出发生率则相对较低,分别为 21.9% 和 15.8%,但也同样高于农村地区的总体发生率(14.4%)(表 1)。不难看出,家庭特征对于灾难性卫生支出的发生率有直接影响。

表 1 农村地区不同特征家庭灾难性卫生支出发生情况

家庭特征	发生灾难性卫生支出的家庭数	家庭总数	发生率 (%)
家庭中是否有慢性病人			
是	3 714	14 266	26.0**
否	2 007	24 679	8.1
家庭中是否有住院病人			
是	2 258	6 452	34.9**
否	3 463	32 493	10.7
家庭中是否有 60 岁以上老人			
是	3 691	16 875	21.9**
否	2 030	22 070	9.2
家庭中是否有 5 岁以下儿童			
是	359	2 279	15.8
否	5 362	36 666	14.6

注: ** $P < 0.01$

2.2 我国农村地区因病致贫情况

2.2.1 总体情况

2008 年,有 3 582 户农村家庭因病致贫,即农村地区总体致贫率为 9.2%,且致贫情况的严重程度远远高于城市地区(3.3%),约为城市地区的 2.8 倍。同时,在农村地区,致贫发生率随着经济水平的提高而降低,东部农村地区致贫发生率最低,为 7.3%,其次是中部地区,为 9.3%,西部地区则高达 10.8%。

2.2.2 不同特征家庭因病致贫情况

分析农村地区不同特征家庭的致贫发生情况,结果显示,有住院病人的家庭,其致贫风险最大,为 16.8%,是普通家庭的 2.2 倍;其次是有慢性病病人的家庭,致贫率为 13.4%,是普通家庭的 1.9 倍;而有 60 岁以上老人和 5 岁以下儿童的家庭,致贫率相对较低,分别为 11.8% 和 10.5%(表 2)。

表 2 农村地区不同特征家庭因病致贫发生情况

家庭特征	发生致贫的家庭频数	发生率 (%)
家庭中是否有慢性病人		
是	1 911	13.4**
否	1 695	6.9
家庭中是否有住院病人		
是	1 086	16.8**
否	2 520	7.8
家庭中是否有 60 岁以上老人		
是	1 996	11.8**
否	1 610	7.3
家庭中是否有 5 岁以下儿童		
是	240	10.5*
否	3 366	9.2

注: ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

3 讨论与建议

我国农村灾难性卫生支出和因病致贫的发生率整体水平较高,分别为 14.4% 和 9.2%,特别是对于经济发展水平相对落后的西部地区,其灾难性卫生支出发生率高达 15.8%。如此高水平的灾难性卫生支出发生率和因病致贫率,提示我国农村人口抵御疾病经济风险的能力非常有限。本研究将对导致农村灾难性支出的内外部制度成因进行分析(图 1)。

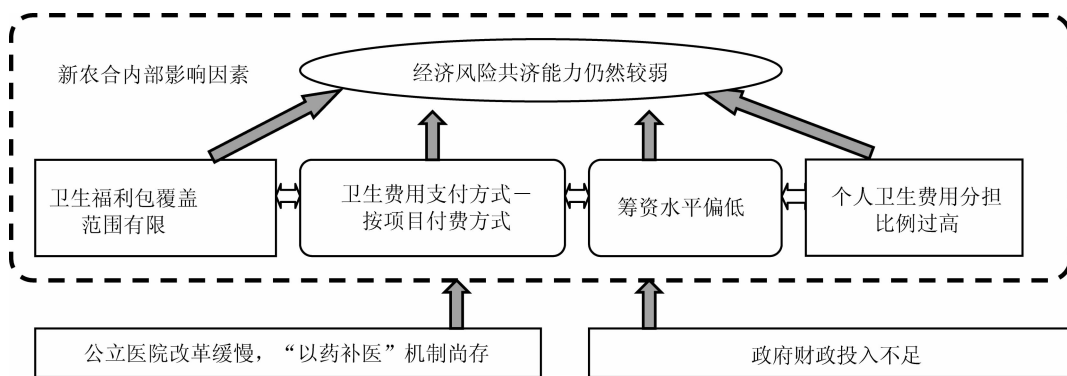


图 1 我国农村居民灾难性卫生支出制度成因的分析框架

3.1 新型农村合作医疗制度设计有待于进一步完善

2008年,中国农村人口的医疗保险覆盖率为93%。虽然人群覆盖率值得欣慰,但根据WHO对于医疗保险广泛覆盖的界定标准,不仅要实现广度上的人群覆盖,还要注重对覆盖深度(卫生服务内容)与覆盖高度(卫生费用分担比例)两方面进行加强。^[5]

新农合有待进一步加强制度覆盖深度的设计。结果表明,2008年住院病人家庭的灾难性卫生支出发生率为34.9%,其风险是普通家庭发生灾难性卫生支出的3.3倍。对于有慢性病人和老年人口的脆弱家庭,其灾难性卫生支出发生率也高于平均水平。与其他文献研究结果相同,家中有住院病人、慢性病人、老年病人被认为是导致灾难性卫生支出和致贫发生的危险因素。^[6-7]医疗卫生服务需求是导致灾难性卫生支出发生水平过高的原因之一。鉴于有脆弱人群的家庭发生灾难性卫生支出和致贫的比率较高,因此,在新型农村合作医疗制度设计时,应优先考虑设计覆盖脆弱人群的卫生服务福利包,增加政策倾斜力度和保护力度。同时,还应适当扩大对门诊统筹的报销比例及基本药物报销范畴,增加卫生服务的可及性,帮助农村居民形成有病及时就医的良好习惯,进一步节省卫生资源。

医疗保险的经济保障能力被视为家庭抵御疾病经济风险的重要保护手段。然而,2008年,农村人口的住院报销比例仅为29.9%,比例明显偏低,实际医疗卫生费用的相当大一部分由农村居民个人承担,导致许多贫困家庭难以抵抗灾难性卫生支出风险。而对于重大疾病,一旦医疗费用超过了设定的封顶线,则剩余的费用由农村居民独自负担。基于其他各国的经验,为了减少灾难性卫生支出的发生,住院病人的报销比应达到70%~80%。^[8-9]同时,筹资水平仍有待提高。虽然新农合的人均筹资额从最初的30元(中央、地方政府各10元,农民个人出10元)增长到2008年的100元。然而,与2008年城镇职工医保的平均筹资水平相比(2338元),仅是其1/20。有限的筹资水平无疑极大地限制了新农合的保障水平。有限的报销比、不断上涨的医疗费用,是导致灾难性医疗支出仍然高发的重要原因。

因此,扩大报销比例与范畴是提高合作医疗经济保障力度的重要方法,即适当降低起付线、提高封顶线,超过封顶线部分的医疗卫生费用,应由医疗保险负责承担;适当扩大报销目录的覆盖范畴;同时,还应提高各级政府对新农合的筹资水平^[10],全方位地提高新农合的经济保障能力。

3.2 加快县级公立医院改革步伐,消除以药补医机制

医疗卫生服务费用过高,很大一部分原因在于“以药补医”机制的存在。由于长期以来,我国政府对卫生事业投入有限,公立医院的卫生服务提供者为了弥补体现技术劳务价值的医疗服务价格长期低于成本的现象^[11],逐渐将卫生服务提供过程渲染上逐利的色彩。公立医院依靠“以药补医”机制维持在市场经济中的竞争地位,形成经营的恶性循环,不仅破坏了公立医院的公益性,更增加了居民的疾病经济负担。然而,政府主要是在基层医疗卫生机构实施了基本药物制度,而在住院卫生服务利用最为频繁的县级医院以及门诊利用非常频繁的村卫生室则尚未全面推广。在县级医院,药品加成是医院补偿的主要渠道之一,进而导致卫生服务供方诱导需求增多,医疗费用过高。因此,应加快县级公立医院改革的步伐,明确政府对县级公立医院的筹资责任,以消除县级医院“以药补医”机制为突破口,从根源上遏制卫生服务费用的上涨,减轻居民的疾病经济负担。同时,建立县、乡、村有序配合的三级卫生服务体系,使之形成良性竞争的关系,使农村居民成为优质卫生服务的最终受惠者。

3.3 改变按项目付费的支付方式,建立卫生费用控制机制与策略

我国目前的卫生费用支付方法为按项目付费,这是导致医疗卫生费用过高的另一个主要原因,这一瓶颈问题亟待解决。^[12]积极转变支付方式,转变成诸如按病种付费和按人头付费,由后付制转向预付制,不但有利于发挥新型农村合作医疗的保障作用,还有利于帮助公立医院转变补偿机制,调动卫生服务者主动参与到卫生服务费用的控制过程中来。此外,还应加强医疗费用控制的机制与策略探索,将其与公立医院甚至卫生服务提供者个人的工作绩效紧密联系起来,以期实现对医疗费用的有效控制。

参 考 文 献

- [1] Rao K, Xu L, Barber S L, et al. Changes in Health Service Use and Expenditure in China during 2003-2008: Results from the National Health Services Surveys[R]. 2010.
- [2] Naga R H A. Catastrophic health expenditure and household well-being [R]. 2008.
- [3] 卫生部卫生统计与信息中心. 第四次全国卫生服务调查报告[R]. 2009.
- [4] Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology[R]. Geneva: World Health Organization, 2005.
- [5] The world health report 2008, primary health care - now more than ever [R] . Geneva: World Health Organization, 2008.
- [6] Su T T, Kouyate B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso [J]. Bulletin of the World Health Organization, 2006, 84(1): 21-27.
- [7] Cavagnero E, Carrin G, Xu K, et al. Health financing in Argentina an empirical study of health care expenditure and utilization [R] . Argentina: Ministry of Health of Mexico, 2006.
- [8] World Health Organization. World Health Report Background Paper: Health insurance systems in China: a briefing note[R]. 2010.
- [9] Health Financing Strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015)[R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [10] Li Y, Wu Q H. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance [J]. Bulletin of the World Health Organization, 2012, 90(9): 664-671.
- [11] 国务院办公厅. 关于县级公立医院综合改革试点的意见[Z]. 2012.
- [12] Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2004, 82(7): 532-538.

[收稿日期:2012-07-31 修回日期:2012-09-27]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

世界卫生组织发布《2012 年全球结核病报告》

2012 年 10 月 17 日,世界卫生组织发布了《2012 年全球结核病报告》。该报告的数据来源于 204 个国家和地区,涵盖了耐多药结核病、结核病/艾滋病、研究与开发以及结核病筹资等各个方面。

报告指出,在各国的领导和国际社会的支持下,结核病的防控和治疗工作取得了显著成就。一些国家的结核病患者率开始下降,2002—2011 年,柬埔寨的结核病患者率下降了 45%;全自动核酸扩增实验加快了结核病检测的速度;新型结核病药物方面取得医学突破,有望于 2013 年上市。

报告认为,结核病仍然是当今一个主要的传染

病杀手,防治形势不容乐观:2011 年有 870 万的新发结核病病例,全球负担仍然很重;结核病成为全球妇女的主要死因之一,非洲和欧洲区尚不能按计划实现 2015 年将 1990 年死亡率数字减半的目标;在应对耐多药结核病方面进展比较缓慢;每年 14 亿美元资金缺口可能阻碍结核病治疗的进步。为解决结核病筹资问题,世界卫生组织呼吁国际捐助者提供有针对性的资助,各国持续投资,用以维护最近取得的成绩并且确保不断取得进步。

(来源:世界卫生组织网站)