

# 城乡统筹医疗保险真实保障水平研究

## ——基于天津市的实证分析

徐爱好\* 张再生

天津大学管理与经济学部 天津 300072

**【摘要】**目的:对城乡统筹居民医疗保险真实保障水平进行实证研究,为切实提高我国参保患者医疗保障水平提供证据。方法:利用频数分布和虚拟变量回归模型方法对天津市城乡参保居民就医微观数据进行统计分析。结果:城乡居民基本医疗保险真实保障水平与政策范围内保障水平之间差距较大;医疗保险起付线、政策范围内报销比、参保患者年龄、缴费级别、医疗费用、医院级别等因素均会对患者真实保障水平产生显著影响。结论与建议:在医疗保险制度完善阶段,为提高参保患者真实保障水平,应淡化医疗保险政策范围内报销比、设定医疗保险政策范围内保障水平和真实保障水平差距的评价范围、细化医疗保险政策内容,科学设置阶梯型医疗保险政策范围内报销比、增加政府卫生财政投入,同时进一步完善多层次城乡居民医疗保险制度体系。

**【关键词】**城乡统筹; 医疗保险; 政策范围内保障水平; 真实保障水平

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.09.001

### The real rate of reimbursement on urban-rural integration medical insurance: Empirical analysis of Tianjin city

XU Ai-hao, ZHANG Zai-sheng

College of Management and Economics, Tianjin University, Tianjin 300072, China

**【Abstract】** Objective: To effectively improve the health insurance security level of urban-rural residents and offer corresponding policy recommendations, the paper makes an empirical analysis of the security level of China's urban and rural residents health insurance system(U&RRHIS). Methods: Frequency distribution and dummy variable regression tests were conducted with Tianjin's urban-rural residents health insurance database. Results There is a large gap between real rate of reimbursement and policy rate in U&RRHIS; many factors have significant impacts on the real rate of reimbursement, including deductible tables, nominal rates of reimbursement, the age of the insured, insurance payment levels, medical expenses, medical institution classifications, etc. Conclusion: In order to improve the real rate of reimbursement for the insured, more attention should be paid to the real rate of reimbursement which is an important index of health security levels for health insurance policy adjustments; meanwhile, efforts should be made in terms of implementation, for instance, criteria should be established for an evaluation of the gap between the real rate of reimbursement and the policy rate of reimbursement, while medical insurance policies should be refined and a scientific and laddered policy rate of reimbursement should be established; moreover, the government's financial input in healthcare should be increased and the medical insurance system should be improved.

**【Key words】** Urban-rural integration; Medical insurance; Policy rate of reimbursement; Real rate of reimbursement

目前,我国已经建立了由城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民医疗保险和城乡医疗救助构成的“三险一助”医疗保障体系,从制度上逐步实现了“全民医保”。随着医疗保障制度覆

\* 基金项目:天津市人力资源社会保障局、天津市医疗保险研究会资助项目(20130629)

作者简介:徐爱好,女(1982年—),讲师,博士研究生,主要研究方向为公共卫生政策、医疗保险。E-mail:xah@tju.edu.cn

覆盖面不断扩大,居民享受到越来越多的制度红利,但制度的发展还存在不少问题。其中之一就是三项制度分割所产生的影响公平和管理效率的一系列问题。2009年中共中央、国务院出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》,明确提出要做好城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险及新农合制度之间的衔接。有学者提出,我国医疗保障制度改革目标就是对当前城乡分割的三元医疗保障制度进行有机整合,从三元制度整合成城乡统筹的二元制度,再发展成区域性的统一国民医疗保险制度,最终建立起全国统一的国民健康保险制度。<sup>[1]</sup>自2010年开始,我国部分省市人力资源和社会保障部门开展了“3-2-1”医疗保险制度模式改革,如天津、广州、杭州、宁夏、成都等地区先后建立并试行城乡居民基本医疗保险制度改革,将新农合与城镇居民医疗保险进行整合,优先解决了城乡医疗保险统筹制度短板问题,完成了城乡医疗保险统筹的“制度补缺”,实现了我国城乡统筹医疗保险制度发展从“无”到“有”的历史性转变。<sup>[2-3]</sup>目前四年的时间已经过去,需要进一步检验城乡居民基本医疗保险制度效果。

统筹城乡医疗保险制度运行以来,为提高城乡居民医疗保障水平,部分省市人力资源和社会保障部门不断提高城乡居民医疗保险费用政策范围内报销比,如2014年宁夏城乡居民在社区和乡镇医院就医门诊政策范围内报销比例提高到60%,在村卫生室就医门诊政策范围内报销比例提高到70%。2014年天津市第一档、第二档和第三档城乡参保居民在一级医院住院政策范围内报销比分别高达80%、75%和70%,门诊政策范围内报销比统一提高到50%。政策层面保障水平的提高能否减轻居民的医疗费用负担对于政策的持续推进具有重要的意义。相关调查显示,目前仍有95.6%的受访者认为看病较贵,即使有医疗保险,依然难以缓解看病贵的问题,56.8%的受访者认为自己所需承担的医疗保险缴费偏高,62.7%的受访者认为医疗保险报销比例较低。2013年初时任卫生部部长陈竺也曾坦言,“中国目前基本医疗实际报销比例只有50%左右,居民用药费用负担仍然较重”。在城乡医疗保险统筹过程中,城乡居民看病负担并未得到显著改善,医疗保险政策效果与政策预期存在较大差距,医疗保险保障水平提高的实际作用并没有得到真正体现。<sup>[4-5]</sup>

医疗保险保障水平是医疗保险制度效果的集中

体现。为真实反映我国城乡居民医疗保险制度保障水平,需要对医疗保险制度中政策保障水平和真实保障水平进行深入研究。医疗保险政策保障水平通常用医疗保险政策范围内报销比进行衡量,如住院政策范围内报销比和门诊政策范围内报销比。医疗保险住院政策范围内报销比指参保患者就医过程中基本医疗保险规定范围内的住院医疗费用中起付线以上、封顶线以下由基本医疗保险统筹基金支付的比例(门诊政策范围内报销比同上)。医疗保险政策范围内报销比是针对参保人员设定的固定报销比例,各地区政策报销比通常按医院级别、参保人员类别进行调整。医疗保险真实保障水平通常用医疗保险实际报销比进行衡量,主要指就医个体获得的医疗保险基金报销金额占其实际发生的全部医疗费用的比例,医疗保险实际报销比同样包括住院实际报销比和门诊实际报销比两部分。现实生活中,由于医疗保险“三大目录”(药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准)和医疗保险三大政策工具(起付线、封顶线、政策范围内报销比)的存在,参保人员就医时因病发生的医疗费用属于医疗保险“三大目录”之外部分,因不属于基本医疗保险规定的支付范畴而得不到补偿,对于属于基本医疗保险支付范畴内部分还要扣掉起付线,对年度最高支付限额范围内部分按政策报销比例进行报销,同时,存在医疗机构因经济利益产生的过度医疗行为,从而导致就医者实际医疗保险报销比远低于医疗保险政策范围内报销比。<sup>[6-7]</sup>

目前,学术界主要从医疗保险真实保障水平及其影响因素进行了研究。大部分研究通过构建医疗保障水平测量模型,或者用医疗费用或卫生总费用占国内生产总值或国民生产总值的比重对我国医疗保障水平进行分析,研究结果显示我国目前医疗保障水平低于应有的保障水平,与发达国家相比有一定差距。<sup>[8-9]</sup>也有研究对医疗保险真实保障水平影响因素进行了分析,如从微观角度研究认为,参保患者自身健康状况、发病率、药物使用情况、心理健康、生活习惯等个体因素会对患者个体医疗保障水平产生显著影响<sup>[10-13]</sup>;有研究专门对参保患者年龄与医疗保障水平进行了研究,提出了阶梯式医疗保险个人支付率的思路,即按照参保患者年龄与医疗保险支付比进行阶梯式设置,以期提高参保患者医疗保障水平<sup>[14]</sup>;还有研究从宏观角度研究认为参保居民医疗保障水平不仅受政策因素(筹资标准、起付线、封

顶线和共付率等)影响,还会受外部因素(如一国宏观经济变量 GDP 和人口结构等)的影响,因此应通过建立多元化筹资渠道、与居民收入相挂钩的筹资机制,建立居民医保二次补偿机制等措施提高居民真实保障水平。<sup>[15]</sup>很明显,以上研究成果为我国医疗保障水平研究奠定了良好基础,但不可否认的是,一方面,通过宏观指标计算的医疗保障水平与利用微观调研数据测量的医保患者真实保障水平存在明显差异,不能完全代表参保患者真实医疗费用发生与报销情况;另一方面,我国真实医疗保障水平与政策范围内保障水平如何相互影响,它们之间的差距到底有多大,这一差距多大才算合适等问题并没有得到充分研究。因此,本文以天津市城乡居民基本医疗保险制度为代表,基于天津市城乡居民参保患者就医微观数据,对城乡居民医疗保险真实保障水平问题进行研究,为我国社会基本医疗保险体制改革决策提供实证数据的支持。

## 1 资料与方法

研究对象为 2010—2013 年天津市城乡居民参保

人员就医数据,其中成年人平均每年 12 000 条记录,学生、儿童平均每年 5 500 条记录信息。

数据提取采用按区域、缴费类型、缴费级别等多阶段分层随机抽样原则抽取。利用 Stata11.0 软件按照参保人群类型、缴费级别、年龄等进行实际保障水平频数分布分析,利用 SPSS 19.0 对城乡居民真实保障水平影响因素进行回归分析。

由表 1 可知,天津市城乡居民医疗保险制度参保人群分成年人和学生、儿童两部分,成年人缴费分三个档次,第一档、第二档和第三档缴费水平依次递减。2010—2013 年所有参保人群在不同级别医院平均住院报销比为 56%。2014 年天津市城乡居民医疗保险政策保障水平明显提升,最高档缴费参保人员在一级医院住院政策范围内报销比最高,达到 80%。

由表 2 可知,天津市城乡居民参保人群门(急)诊报销比差异主要存在于缴费级别。2010—2013 年第一档缴费人群门诊报销比 40%,高于第二档参保人群门诊报销比 5 个百分点,同样第二档比第三档高 5 个百分点。

表 1 2010—2014 年天津市城乡居民住院补偿情况

年份	参保人群	缴费层次	起付标准(元)	报销上限(万元)	政策范围内报销比(%)		
					一级医院	二级医院	三级医院
2010—2013	成年人	第一档	300*	11	65	60	55
		第二档	400**	9	60	55	50
		第三档	500***	7	55	50	45
	学生、儿童			11	65	60	55
2014	成年人	第一档	500	18	80	70	60
		第二档			75	65	55
		第三档			70	60	50
	学生、儿童				80	70	60

资料来源:天津市城乡居民医疗保险政策文本整理获得。

注:2010—2013 年起付标准指的是 2013 年起付标准,\* 代表一级医院起付标准,\*\* 代表二级医院起付标准,\*\*\* 代表三级医院起付标准。

表 2 2010—2014 年天津市城乡居民门(急)诊补偿情况

年份	参保人群	缴费层次	起付标准(元)	报销上限(元)	一级医院和社区医疗机构报销比(%)
2010—2013	成年人	第一档	800	3 000	40
		第二档			35
		第三档			30
	学生、儿童				30
2014	成年人、学生、儿童	所有缴费级别	500	3 000	50

资料来源:天津市城乡居民医疗保险政策文本整理获得。

## 2 结果

### 2.1 天津市城乡居民医疗保险真实保障水平频数分布

#### 2.1.1 不同类型参保群体住院和门诊真实保障水平

2010—2013 年期间天津市城乡居民中成年人和学生、儿童住院实际报销比主要集中于 30% ~ 45% 之间,其次是 45% ~ 60% 所占人口较多。成年人中 11.39% 的群体住院实际报销比低于 30%,11.82% 的群体住院实际报销比高于 60%; 学生、儿童中 19.59% 的群体住院实际报销比低于 30%, 另外有 16.22% 的群体享受了超过 60% 的高水平报销

(表 3)。通过测算得知成年人和学生、儿童住院实际报销比均值分别为 48% 和 42%, 很明显, 成年人住院实际报销比高于学生、儿童, 同时成年人和学生、儿童住院实际报销比均低于政策平均住院报销比 (56%)。城乡居民参保人群门诊实际报销比均呈右偏分布, 75.84% 的成年人和 90.58% 的学生、儿童门诊实际报销比集中于 15% 及以下 (表 3)。测算得知, 2010—2013 年期间成年人和学生、儿童门诊实际报销比均值分别为 12.03% 和 7.83%, 远低于 2010—2013 年门诊政策范围内报销比 (30% ~ 40%), 也低于 2014 年门诊政策范围内报销比 (50%)。

表 3 2010—2013 年城乡居民医疗保险住院和门诊实际报销比频数分布

实际报销比 (%)	住院实际报销比频数分布				门诊实际报销比频数分布			
	成年人		学生、儿童		成年人		学生、儿童	
	频数	百分比 (%)	频数	百分比 (%)	频数	百分比 (%)	频数	百分比 (%)
0 ~	165	1.05	382	3.43	17 417	75.84	7 888	90.58
15 ~	1 628	10.34	1 799	16.16	2 416	10.52	363	4.17
30 ~	7 083	44.97	4 425	39.76	3 131	13.63	426	4.89
45 ~	5 014	31.83	2 719	24.43	0	0	31*	0.36*
60 ~	1 855	11.78	1 773	15.93				
75 ~	6	0.04	32	0.29				
合计	15 751	100	11 130	100	22 964	100	8 708	100

注: \* 表示实际报销比为 45% 及以上的频数及比例。

#### 2.1.2 不同缴费级别参保群体医疗保险真实保障水平

因学生、儿童按最低档缴纳保费, 按最高档进行医疗费用报销, 为真实反映医保缴费级别与参保患者医疗保障水平之间的关系, 本部分主要考察成年人缴费级别和保障水平之间的关系。由表 4 可知, 2010—2013 年期间不同缴费级别参保群体住院实际报销比呈右偏分布, 其中, 高档群体中 41.91% 的人群住院实际报销比集中于 45% ~ 60%, 中档群体中 48.47% 的人群住院实际报销比集中于 30% ~ 45%, 低档群体中 53.28% 的人群住院实际报销比集中于 30% ~ 45%; 同时高档群体有 6.81% 的患者住院实际报销比低于 30%, 中档群体该比例为 11.07%, 低档群体该比例为 18.17%。进一步测算得知, 高、中、低档缴费层次群体平均住院报销比分别为 50%、47% 和 46%。由此可知, 城乡居民医疗保险实际保障水平与其缴费级别呈正相关, 缴费级别越高, 平均住院报销比例越高。

表 4 2010—2013 年不同缴费级别群体住院实际报销比频数分布

实际报销比 (%)	高档		中档		低档	
	频数	百分比 (%)	频数	百分比 (%)	频数	百分比 (%)
0 ~	49	0.82	38	0.69	78	1.83
15 ~	357	5.99	573	10.38	698	16.34
30 ~	2 132	35.77	2 675	48.47	2 276	53.28
45 ~	2498	41.91	1 525	27.63	997	23.34
60 ~	922	15.47	704	12.76	223	5.22
75 ~	2	0.03	4	0.07	0	0.00
合计	5 960	100	5 519	100	4 272	100

#### 2.1.3 不同年龄参保群体医疗保险真实保障水平

由表 5 可以看出, 2010—2013 年期间 18 岁及以下的学生、儿童住院实际报销比最低, 为 41.58%, 成年人中 19 ~ 35 岁的青年人住院实际报销比异常高, 为 73.57%。36 ~ 55 岁的成年人住院实际报销比相对稳定于 43.85% 左右, 56 岁及以上的成年人住院实际报销比高于 46%; 根据不同年龄参保人群住院实

际报销比与其年平均医疗费用可以看出,参保群体年平均医疗费用随年龄增加基本是逐渐提高的。19~25 岁成年人由于身体状况良好,医疗费用是最低的,正是由于其医疗费用较低,其住院实际报销比在所有年龄段群体中是最高的;56~75 岁老年人年平均医疗费用最高,为 20 283.80 元。

表 5 2010—2013 年不同年龄城乡居民医疗保险平均住院实际报销比和年平均医疗费用

年龄	平均住院实际 报销比(%)	年平均医疗 费用(元)
18 岁及以下	41.58	5 681.58
19~25 岁	73.57	5 009.00
26~35 岁	65.60	8 327.60
36~55 岁	43.85	17 047.28
56~75 岁	46.30	20 283.80
76 岁及以上	47.25	16 798.21

## 2.2 城乡居民医疗保险真实保障水平及其影响因素实证分析

通过医疗保险真实保障水平频数分布及均值测算可知,天津市城乡居民医疗保险真实保障水平与政策保障水平存在显著差异,真实保障水平与参保群体类型、参保缴费级别、医疗费用、年龄等变量有关,同时根据政策文件可知,城乡居民真实医疗保障水平与医疗保险政策工具、基本医疗保险“三大目录”和起付线、名义报销比、年度最高支付限额、缴费档次等政策和变量也相关。

为进一步对医疗保险真实保障水平及其影响因素进行深入分析,本研究根据天津市城乡居民基本医疗保险实际情况,将医疗保险政策变量及参保个体就医信息变量进行量化,建立以下虚拟变量回归模型:

$$R_{ij} = \alpha_j + \beta_{1j} * N_{ij} + \beta_{2j} * X_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

式中, $i$  代表第  $i$  个个体记录, $j$  代表不同项目保障水平测量,其取值为 1 和 2,1 代表住院保障水平测量,2 代表门诊保障水平测量; $R_{i1}$  代表第  $i$  个个体的住院实际报销比, $N_{i1}$  代表第  $i$  个个体住院政策范围内报销比; $R_{i2}$  代表第  $i$  个个体的门诊实际报销比, $N_{i2}$  代表第  $i$  个个体门诊政策范围内报销比; $X_i$  为控制变量,分别表示影响住院保障水平和门诊保障水平的因素,包括起付线、最高支付限额、参保人年龄、缴费档次、医疗费用发生金额等; $\beta_{1j}$ 、 $\beta_{2j}$  分别表示住院和门诊模型中待估参数, $\varepsilon_{ij}$  为模型随机干扰项,假设其满足古典正态分布。并提出以下六个假设:

假设一:政策范围内报销比和实际报销比正相关

关系显著,即政策范围内报销比前面系数为正,政策范围内报销比越高,实际报销比也越高;

假设二:医疗保险起付线与医疗保险实际报销比负相关,医疗保险起付线越低,患者实际报销比越高;

假设三:缴费水平与医疗保险实际报销比正相关,根据医疗保险政策内容分析,为吸引患者提高缴费级别,缴费级别越高,参保患者实际报销比越高;

假设四:医院级别与医疗保险实际报销比负相关,一方面,根据医疗保险政策内容分析,为引导患者合理就医,使医疗资源合理利用,医院级别越高,参保患者实际报销比越低;另一方面,医院级别越高,医疗服务供应方过度医疗机会越大,患者实际医疗保障水平越低;

假设五:患者年龄与医疗保险实际报销比正相关,根据人体身体健康生理发展趋势,年龄越大的参保患者,其身体健康程度越差,在最高限额范围内,其医疗保险利用水平越高;

假设六:患者医疗费用与医疗保险实际报销比正相关,根据医疗保险政策内容分析,在基本医疗保险报销范围内,患者医疗费用越高,其医疗保险共担比越低,医疗保险实际利用水平越高。

模型中城乡居民住院和门诊实际报销比及其影响因素指标统计描述见表 6,模型回归结果见表 7。由表 7 可知,政策范围内报销比系数估计值在住院和门诊两个模型中在 1% 水平下显著,住院政策范围内报销比系数相对较高,处于 0.75~0.81 之间;门诊政策报销比系数相对较低,处于 0.34~0.48 之间,假设一成立。根据实证分析结果可推断,住院政策范围内报销比提高 1 个百分点,医疗保险实际报销比大约提高 0.75~0.81 个百分点;门诊政策范围内报销比提高 1 个百分点,医疗保险实际报销比大约提高 0.34~0.48 个百分点;如果不考虑其他方面约束,城乡居民住院政策范围内报销比实行 100% 的补偿比,实际报销比最高将达到 81% 左右。换言之,二者之间有 19%~25% 的显著差距,属于“保障水平幻觉”;如果不考虑其他方面约束,城乡居民门诊政策范围内报销比实行 100% 的补偿比,门诊实际报销比也将只有 48% 左右,换言之,二者之间有 52%~66% 的差距。

表6 城乡居民住院和门诊实际报销比影响因素主要指标统计描述

变量名称		观测数	均值	标准差	最大值	最小值
住院	实际报销比(%)	16 953	47.96	18.70	96.43	0
	政策范围内报销比(%)	16 953	56.42	6.63	65	45
	起付线(元)	16 953	353.48	177.97	500	0
	高档缴费(哑变量)	6 275	—	—	1	0
	中档缴费(哑变量)	5 884	—	—	1	0
	二级医院(哑变量)	4 169	—	—	1	0
	三级医院(哑变量)	4 668	—	—	1	0
	年龄	16 953	50.56	12.99	100	19
	医疗费用发生额(元)	16 953	16 851	24 944	377 194	25.84
门诊	实际报销比(%)	24 404	7.83	13.62	41.23	0
	政策范围内报销比(%)	24 404	34	4.78	65	30
	起付线(元)	24 404	284.33	202.45	800	0
	高档缴费(哑变量)	7 842	—	—	1	0
	中档缴费(哑变量)	8 209	—	—	1	0
	年龄	24 404	50.48	11.17	95	19
	医疗费用发生额(元)	24 404	696	1 020	14 262	0

表7 城乡居民住院和门诊实际报销比影响因素回归分析结果

变量名称	住院			门诊		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
政策范围内报销比(%)	0.813*** (0.000)	0.794*** (0.000)	0.747*** (0.000)	0.483*** (0.000)	0.351*** (0.000)	0.336*** (0.000)
起付线的对数		-3.72*** (0.000)	-5.06** (0.021)		-4.16** (0.037)	-5.71 (0.114)
高档缴费(哑变量)			0.38** (0.035)			0.35** (0.047)
中档缴费(哑变量)			0.13*** (0.000)			0.28*** (0.000)
二级医院(哑变量)			-1.61*** (0.000)			—
三级医院(哑变量)			-2.32** (0.047)			—
年龄		0.081*** (0.000)	0.079** (0.043)		0.062*** (0.000)	0.068* (0.089)
医疗费用的对数		0.104*** (0.000)	0.118*** (0.000)		0.077*** (0.000)	0.083** (0.064)
常数项	-15.32*** (0.008)	-12.96*** (0.007)	-17.51** (0.011)	-28.15** (0.013)	-24.30* (0.059)	-26.92 (0.275)
Adjusted R-Squared	0.428	0.517	0.536	0.302	0.317	0.419

注:括号内为P值,\*\*\*表示P<0.01,\*\*表示P<0.05,\*表示P<0.1。

通过对表7中起付线对数、缴费级别、医院级别、患者年龄、医疗费用的对数等变量前面的系数观察可知,起付线、缴费级别、医院级别、患者年龄、医疗费用均对城乡居民实际医疗保险保障水平产生影响,且影响显著,假设二、假设三、假设四、假设五和假设六均成立,医疗保险缴费水平、患者年龄、医疗费用在政策范围内报销比和患者实际报销比之间起

正向推动作用,患者参保缴费水平越高、年龄越大、医疗费用越多、其医疗保险利用水平越高,医疗保障水平越高;医疗保险起付线、医院级别在政策范围内报销比和患者实际报销比之间起逆向推动作用,医疗保险起付线越高、参保患者就医级别越高,其医疗保险报销水平越低。

### 3 结论及建议

#### 3.1 结论

有研究通过建立理论模型测算等方法对医疗保险实际保障水平与政策保障水平的关系进行了很好的研究,认为实际保障水平低于政策保障水平。<sup>[16]</sup>本研究利用天津市城乡居民医疗保险数据,不仅从实证角度验证了以上研究的结论,而且提供了来自城乡统筹医疗保险制度经验数据的证据。同时通过研究可知,医疗保险制度本身性质决定了医疗保险实际保障水平和政策保障水平必然存在一定差异,出现“保障水平幻觉”,如果两者差距过大会损害参保人权益,但没有差距或差距太小,又会造成基金风险和道德风险。如何找到两者的平衡点是我们需要研究的重点。

#### 3.2 建议

在医疗保险制度不断完善阶段,为进一步提高城乡居民医疗保险真实保障水平,探寻医疗保险政策范围内保障水平和真实保障水平的平衡,应从多层次、多角度对医疗保险政策内容进行调整完善,将医疗保险真实保障水平指标纳入制度考核体系,淡化医疗保险政策报销比。

医疗保险政策范围内报销比属于名义报销比,但该指标通常高估参保群体保障水平,为真实反映参保群体医疗保险保障水平,应从减轻参保患者实际负担角度出发,倡导应用医疗保险真实保障水平指标,真实、客观反映医保制度效果,降低政策制定者和参保患者对医疗保障水平的感受差异,逐渐消除政策制定者和参保患者对政策认知的偏差。

##### 3.2.1 设定医疗保险政策范围内保障水平和真实保障水平差距的考评范围

通过上述研究可知,医疗保险政策范围内保障水平受医保制度因素(三大目录、起付线、封顶线等)影响,通过鼓励医务人员更多使用医疗保险目录内药品和诊疗设施,适度放宽医疗保险政策变量限制等方式提高参保患者真实保障水平等政策措施存在执行上的障碍,对于消除“保障水平幻觉”的作用不太显著。同时,医疗保险政策范围内报销水平和患者真实保障水平之间差距不能过大,也不能过小,因此可适当设置医疗保险政策范围内保障水平和真实保障水平差距的考评范围,将二者差距控制在可接

受水平,如将二者差距设定为五个水平:I级:0%~5%,理想水平,表示医疗保险政策范围内报销比和患者真实保障水平差距很小,二者基本一致;II级:6%~10%,适度水平;III级:11%~15%,可接受水平;IV级:16%~20%,警惕水平;V级:21%及以上,危险水平。各地区根据实际情况将城乡居民医疗保险真实保障水平和政策范围内报销比控制在可接受水平区间,如果达到了21%及以上的危险水平,则必须采取措施适当降低政策范围内报销比,或者提高真实保障水平,使患者感受与政策目标尽量一致,增强患者对医保制度的信任度。

##### 3.2.2 完善医疗保险政策内容,科学设置阶梯型医疗保险政策范围内报销比

根据医疗保险缴费级别和参保患者年龄等因素,完善医疗保险政策内容。从制度上明确政府和个人筹资比,建立与收入水平相挂钩的个人长效筹资机制;建立医疗保险报销水平与筹资水平相挂钩的激励机制,合理提高低收入者医疗保险风险共担意识,增强参保群体对医保政策认知和参与度;根据参保群体的年龄和医疗费用发生额科学设置阶梯型医疗报销政策,保证不同年龄和健康状况参保群体看病需求。如20~35岁青年群体身体状况良好,医疗费用相对较低,可适度降低这部分群体的门诊和住院政策范围内报销比;55~75岁老年群体,由于人体生理因素变化,其身体健康状况明显下降,可适度提高该群体门诊和住院政策范围内报销比,实现医疗保险年龄和代际之间的平衡。

##### 3.2.3 增加政府卫生财政投入,进一步完善城乡居民医疗保险制度体系

一方面,增加政府卫生政策资金向基层医疗机构倾斜力度,提高一级社区医院和二级医院医疗服务设施和服务质量,实现医疗资源合理分配,提高参保患者基层医疗机构就医政策范围内报销比例,引导参保群体就近就医,最终提高参保患者实际医疗保障水平;另一方面,对于部分经济困难患者和大病患者,因基本医疗保险“保障水平幻觉”的存在,城乡居民基本医疗报销补偿后其自付部分仍然难以承受,所以应增加政府卫生财政投入,进一步探索构建大病补充保险制度和医疗保险救助制度,构建城乡居民基本医疗保险为主、医疗救助和补充保险为辅的三位一体的城乡居民医疗保障体系,提高困难群体和大病患者医疗保障水平。

参 考 文 献

[1] 郑功成. 中国医疗保障改革与发展战略—病有所医及其发展路径[J]. 东岳论丛, 2010 (10): 11-17.

[2] 王禄生, 苗艳青. 城乡居民基本医疗保障制度改革引发的理论思考[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 4(3): 2-8.

[3] 李玲. 新医改的进展评述[J]. 中国卫生经济, 2012, 3(1): 5-9.

[4] 李珍. 重构医疗保险体系, 提高医疗保险覆盖率及保障水平[J]. 卫生经济研究, 2013(6): 5-11.

[5] 夏迎秋, 景鑫亮, 段沁江. 我国城乡居民基本医疗保险制度衔接的现状、问题与建议[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 43-48.

[6] 朱坤, 张小娟. 不同管理体制下城乡居民基本医疗保险运行效果比较——来自苏州市的实证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(2): 8-13.

[7] 王保真, 徐宁, 孙菊. 统筹城乡医疗保障的实质及发展趋势[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(8): 322-325.

[8] 周绿林, 蒋欣, 詹常春. 我国新型农村合作医疗保障水平测量和适度性研究[J]. 华东经济管理, 2014, 2(2): 26-28.

[9] 邵平. 医疗保障水平的测定与分析[J]. 中国卫生经济, 2012, 2(2): 17-19.

[10] Fernandez Olanoa C, Hidalgo J D, Cerda Daz R, et al.

Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system[J]. Health policy, 2006, 75(2): 131-139.

[11] Blanco Moreno A, Urbanos Garrido Rosa M, Thuissard Vassallo I J. Public health care expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors[J]. Health Policy, 2013, 111(1): 34-42.

[12] Gravelle H, Wildman J, Sutton M. Income, income inequality and health: what can we learn from aggregate data [J]. Social Science&Medicine, 2002, 54(4): 577-589.

[13] Li H B, Zhu Y. Income, income inequality, and health: Evidence from China[J]. Journal of Comparative Economics, 2006, 34(4): 668-693.

[14] 张晓娣. 阶梯式医疗保险支付率改革的增长和福利效应——动态 CGE 框架下的政策模拟[J]. 经济学家, 2014(1): 65-75.

[15] 王伟, 邢明浩. 影响我国城镇居民医疗保障水平的因素探讨——以江苏省为例的实证分析[J]. 价格理论与实践, 2013(3): 69-70.

[16] 董曙辉. 应该缩小医疗费用报销比例与医疗保险保障水平的差距[J]. 中国医疗保险, 2014(5): 21-22.

[收稿日期:2014-08-19 修回日期:2014-09-05]

(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

## 肥胖:中国面临的健康新威胁

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“Obesity: a growing threat to health in China”的社论。文章指出,中国在改善全民健康水平、推进全民健康保险覆盖方面取得了巨大进步,但依然面临慢性非传染性疾病负担加重等一系列健康挑战。

文章认为,引起慢性非传染性疾病的主要因素包括吸烟和酗酒、高脂肪、高盐、高糖饮食,缺乏运动以及肥胖。本期杂志中三篇研究性文章系统阐述了中国的肥胖问题:(1)缺乏运动和不健康的饮食习惯是导致肥胖在中国流行的主要原因;(2)通过对

1980—2012 年全球和各地区超重的患病率进行估算发现,与英、美等发达国家相比,2013 年中国成年人肥胖患病率较低,但数量仅次于美国;(3)在英国进行的关于肥胖与癌症之间关系的队列研究发现,体质指数(BMI)的增加伴随着 10 种癌症患病风险的增加,这些证据启示中国应该控制人群体重。

针对慢性非传染性疾病威胁,文章建议中国政府应该加强跨部门的合作与政治参与,增加投入,并努力获取国际社会的支持。

(来源: The Lancet)