

优先愿景下的中国儿童医疗保障双重不平等现状研究

姚强^{1,2*} 焦月芳¹ 陈山泉³ 李嘉斌^{4,5} 徐玮泽^{4,5}

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072
2. 武汉大学社会保障研究中心 湖北武汉 430072
3. 伦敦卫生与热带医学院流行病学与人口健康学院 英国伦敦 WC1E 7HT
4. 浙江大学医学院附属儿童医院 浙江杭州 310051
5. 国家儿童健康与疾病临床医学研究中心 国家儿童区域医疗中心 浙江杭州 310051

【摘要】目的:分析儿童优先愿景下我国儿童医疗保障水平及其不平等现状。方法:利用中国家庭追踪调查 2020 年数据,基于全民健康覆盖立方体框架,采用多元回归分析儿童与成人、儿童不同群体之间的医疗保障不平等现状。结果:我国儿童参保率为 80.96%,住院和非住院群体医疗费用自付比例分别为 64.71% 和 90.09%。参保率方面,儿童显著低于成人($OR = 0.434, P < 0.01$);上学儿童显著高于未上学儿童($OR = 2.075, P < 0.01$),留守儿童显著低于非留守儿童($OR = 0.791, P < 0.05$)。医疗费用方面,儿童自付比例显著高于成人($\beta = 0.066, P < 0.01$);6 周岁及以上儿童自付医疗费用更低($\beta < -0.316, P < 0.01$),家庭收入较高($\beta < -0.022, P < 0.05$)、参保($\beta = -0.033, P < 0.01$)、住院($\beta = -0.270, P < 0.01$)儿童自付比例更低。结论:我国儿童医疗保障呈现双重不平等,即儿童保障水平显著低于成人,0~5 周岁、未上学、留守以及低收入家庭儿童保障水平相对较低。建议通过优化儿童缴费标准和推行家庭联保等措施提高儿童参保率。同时,医保政策综合考虑儿童医疗卫生服务需求特点以提高保障水平。此外,重点关注和帮扶儿童医疗保障弱势群体,最终实现医疗保障领域的“儿童优先”。

【关键词】 儿童优先; 医疗保障; 不平等; 中国

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.09.002

The backward reality under the prioritized vision: A study on the current situation of double inequality medical security for children in China

YAO Qiang^{1,2}, JIAO Yue-fang¹, CHEN Shan-quan³, LI Jia-bin^{4,5}, XU Wei-ze^{4,5}

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China
2. Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China
3. Faculty of Epidemiology and Population Health, The London School of Hygiene & Tropical Medicine, London WC1E 7HT, United Kingdom
4. Children's Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou Zhejiang 310051, China
5. National Clinical Research Center for Child Health, National Children's Reginal Medical Center, Hangzhou Zhejiang 310051, China

【Abstract】 Objective: The main purpose of this study is to analyse the current situation and inequity status of children's medical security in China from the vision of children first. Methods: Using data from the China Family Panel Studies 2020 and based on the framework of universal health coverage cube, multivariate regression is used to analyse the differences in medical security between children and adults and among groups of children. Results: The participation rate of children in China is 80.96%, out-of-pocket ratios are 64.71% and 90.09% for inpatient and outpatient groups respectively. In terms of participation rate, insured children are less than that of adults ($OR =$

* 基金项目:国家儿童健康与疾病临床医学研究中心自主设计项目(R23F0002);国家自然科学基金面上项目(72174149;82270309)
 作者简介:姚强(1988 年—),男,博士,副教授,研究员,主要研究方向为卫生服务、健康保障和健康公平等。E-mail: yaoqianghero@126.com
 通讯作者:徐玮泽。E-mail: weizexu@zju.edu.cn

0.434, $P < 0.01$); within children's groups, attending school ($OR = 2.075$, $P < 0.01$) significantly increases children's participation rate, while left-behind by parent(s) ($OR = 0.791$, $P < 0.05$) significantly decrease children's participation rate. With respect to service and cost coverage, children have higher out-of-pocket ratios compared to adults ($\beta = 0.066$, $P < 0.01$); within children's groups, children aged 6 years and older have lower out-of-pocket medical expenses ($\beta < -0.316$, $P < 0.01$), children with higher family income ($\beta < -0.022$, $P < 0.05$), participated ($\beta = -0.033$, $P < 0.01$), and hospitalized ($\beta = -0.270$, $P < 0.01$) have lower out-of-pocket ratios. Conclusion: Double inequality exists in children's medical security in China. The level of children's health security in China is significantly lower than that of adults; within children's groups, children aged 0~5 years, not in school, left-behind by parent(s), and from lower-income families are more vulnerable. It is proposed to focus on increasing the participation rate of children through measures such as optimizing the contribution for children and launching family joint insurance. Policy design should also consider the needs of children and raise the level of children's benefits. Meanwhile, the focus should be on helping vulnerable groups in children, so as to ultimately achieve "children first" in health security.

【Key words】 Children first; Medical security; Inequity; China

1 引言

儿童是国家的未来,民族的希望,优先保障儿童发展已成为全球共识。1989 年联合国《儿童权利公约》提出“儿童优先”原则,包括为每个儿童提供可达到的最高标准的健康,以及相应的医疗和康复设施。^[1]2020 年第七次全国人口普查显示,我国 0~17 周岁人口为 2.98 亿,居世界儿童人口数第二位。^[2]医疗保险作为分担医疗费用的重要保障制度,一方面能够显著增加儿童获得医疗服务的机会,改善儿童卫生服务利用情况^[3];另一方面能够降低儿童家庭医疗费用负担^[4],从而避免儿童因无法得到及时有效治疗而造成的家庭与社会损失。

近年来,诸多国家在医疗保障体系中贯彻“儿童优先”原则,提高儿童医疗保障水平。儿童医疗保障覆盖方面,英国等实行国家卫生服务制度的国家将儿童纳入全民医保覆盖范围^[5];德国等实行社会医疗保险制度的国家遵循家庭联保原则,允许子女随父母参保^[6];荷兰的补充自愿医疗保险同样遵循家庭联保原则^[5];美国则通过 Medicaid 和州儿童健康保险计划 (States Child Health Insurance Program, SCHIP) 覆盖贫困和中低收入家庭儿童^[7]。即使在医疗保障覆盖率较低的国家,如越南,也通过 6 岁以下儿童免费医疗保险和学生儿童医疗保险为儿童提供医疗保障。^[8]此外,部分国家通过免除共付额、降低共付比例及拓展儿童服务包等措施提高儿童的医疗保障水平。^[9]

目前,我国儿童基本医疗保障体系主要由“基本医保 + 大病保险 + 医疗救助”三重保障制度组成,儿童通过参加保障水平相对较低的城乡居民医疗保险

获得医疗保障覆盖。同时,城乡居民基本医疗保险制度下儿童多与成年居民执行统一的缴费标准、待遇设计和医保目录^[9],仅部分地区对儿童缴费与待遇保障予以倾斜,且医保资金及当地经济状况影响倾斜政策的实施^[10]。筹资方面,部分地区对儿童参加居民医保的缴费标准予以倾斜,具体表现为儿童缴费低于其他人群;儿童低档缴费,享受高档待遇。待遇保障方面,部分地区在待遇设计中儿童予以倾斜,具体包括降低门诊和住院起付线或提高门诊和住院报销比例。

然而,目前我国关于儿童医疗保障的研究以政策分析及保障水平衡量为主。儿童医疗保障政策方面,主要通过政策文本等方法分析我国儿童医疗保障政策现状^[9-11];儿童医疗保障水平方面,包括利用宏观数据如卫生健康统计年鉴、卫生总费用报告等对儿童群体筹资水平^[12]和卫生总费用水平^[13]进行测算;或利用微观数据对儿童参保^[14]、卫生服务利用^[15]和健康水平^[16]等进行分析。目前尚缺乏从公平视角对儿童与成人及儿童内部不同群体间医疗保障水平不平等的研究,无法了解我国儿童“优先原则”在医保领域的落实现状。因此,本研究利用全国代表性数据,分析我国儿童医疗保障水平及其不平等状况,包括儿童与成人及儿童内部不同群体间的医疗保障水平差异,为了解“儿童优先”原则在我国医疗保障领域的实践现状和儿童医疗保障政策优化提供证据。

2 数据与方法

2.1 数据来源

本文数据来自 2020 年第 5 轮中国家庭追踪调查

(China Family Panel Studies, CFPS), 调查覆盖全国 25 个省(自治区、直辖市), 包含家庭问卷、个人自答问卷及少儿代答问卷。参考联合国儿童基金会与国家统计局发布的《2020 年中国儿童人口状况: 事实与数据》, 本文将儿童界定为未满 18 周岁的人口, 即 0~17 周岁人口。^[17] 尽管 CFPS 个人自答问卷包含 9 岁以上儿童, 但其个人医疗健康认知未必准确, 同时为了保证数据调查方式的一致性, 本研究儿童样本

来自少儿代答问卷, 包含 0~16 周岁儿童; 成人样本来自个人自答问卷, 包含 18 周岁及以上成人。剔除“有哪些医疗保险”题项回答缺失的样本并匹配家庭变量后, 最终保留儿童样本 6 261 个, 成人样本 21 000 个。分析实际自付医疗费用和自付比例时, 研究对象为对医疗费用相关问题作出回答的群体, 包含儿童样本 4 333 个(其中住院样本 404 个), 成人样本 11 872 个(其中住院样本 1 995 个)(图 1)。

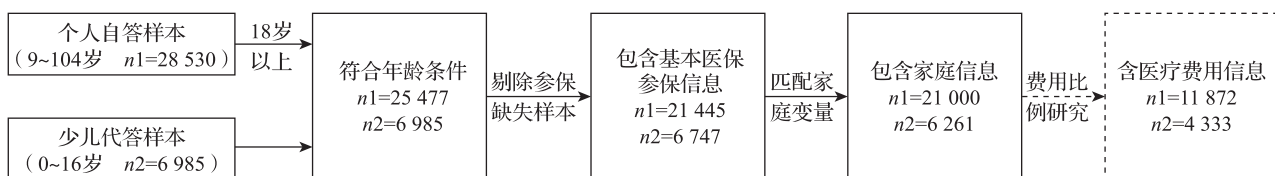


图 1 样本纳入流程

2.2 理论框架

2010 年世界卫生报告《卫生系统筹资: 实现全民覆盖的道路》从人群、服务和费用三方面描述了全民健康覆盖的概念。本研究基于全民健康覆盖立方体 (Universal Health Coverage Cube) 构建医疗保障水平评价维度, 主要包括: (1) 保障广度: 参保率; (2) 保障深度: 实际自付医疗费用与自付比例。其中, 保障广度指标反映人群覆盖情况。本研究选择自付比例而非实际报销比例的主要原因是自付比例更能从负面直接反映保障水平(除基本医疗保险外还有其他保障的覆盖)。同时, 对于参保人群, 保障深度指标反映服务和费用覆盖两个维度的综合保障效应; 对于全体人群, 保障深度指标反映人口、服务和费用覆盖三个维度的综合保障效应(图 2)。

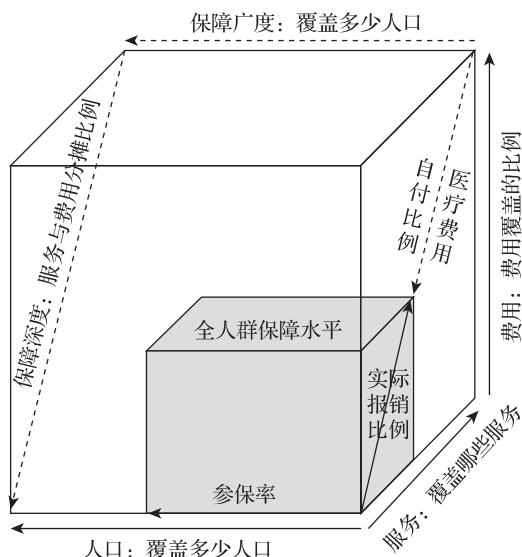


图 2 理论框架

2.3 变量选择

2.3.1 被解释变量

本文个体层面选取基本医疗保险参保率、实际自付医疗费用取对数(\log)及自付比例作为被解释变量。依据问题“有哪些医疗保险”, 选项为公费医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险(含一老一小保险)、新型农村合作医疗和城乡居民基本医疗保险的视为参加基本医疗保险; 住院费用来自问题“住院总费用”, 门诊费用来自问题“其他伤病花费”, 实际自付医疗费用来自问题“医疗费用自付花费”; 自付比例为实际自付医疗费用和医疗总费用之比。

2.3.2 解释变量

围绕儿童优先和不平等目标, 本文解释变量包含两类: (1) 成人与儿童的外部不平等研究中, 以“是否为儿童”为解释变量; (2) 儿童内部不平等研究中, 以年龄、是否上学、是否跨地市流动、是否留守及城乡特征为解释变量。

2.3.3 控制变量

本文基于 Andersen 模型及相关文献选择控制变量^[18-19], 包括个人、家庭和区域特征。个人特征包括性别、是否参加商业医疗保险、BMI、年龄别身高(HAZ)、过去四周是否患病及过去一年是否住院; 家庭特征为家庭人均收入(五等分); 区域特征为我国地理分布西部、中部、东北部和东部。具体变量选取与定义详见表 1。

2.4 统计方法

2.4.1 描述性统计

本研究首先通过频次和百分比对样本基本情况

进行描述,然后通过均值对参保率、实际自付医疗费用和自付比例进行描述性分析,从而反映儿童医疗保障水平。

表 1 变量选取与定义

| 变量 | 变量定义及赋值 | 参考组 |
|------------|---|-----------|
| 被解释变量 | | |
| 是否参加基本医疗保险 | 1 = 是, 0 = 否 | 否 |
| 自付医疗费用 | $\log(\text{个人实际自付医疗费用})$ | — |
| 自付比例* | 实际自付医疗费用/医疗费用 * 100% | — |
| 解释变量 | | |
| 是否为儿童 | 1 = 儿童, 0 = 成人 | 成人 |
| 年龄组 | 仅儿童: 0 = 0 ~ 5 周岁, 1 = 6 ~ 12 周岁, 2 = 13 ~ 16 周岁 (未满 n 周岁视为 $n-1$ 周岁) | 0 ~ 5 周岁 |
| 是否上学 | 1 = 上学, 0 = 未上学 | 未上学 |
| 是否跨地市流动 | 1 = 跨地市流动, 0 = 未流动 | 未流动 |
| 是否留守城乡 | 1 = 留守, 0 = 未留守 1 = 城市, 0 = 农村 | 未留守 农村 |
| 控制变量 | | |
| 性别 | 1 = 男, 0 = 女 | 女 |
| 是否参加商业医疗保险 | 1 = 是, 0 = 否 | 否 |
| BMI | 0 = 正常, 1 = 偏瘦, 2 = 肥胖 | 正常 |
| HAZ | 取值 0 ~ 5, 值越大代表健康状况越好 | 取值为 0 |
| 过去四周是否患病 | 1 = 是, 0 = 否 | 否 |
| 过去一年是否住院 | 1 = 是, 0 = 否 | 否 |
| 家庭人均收入 | 取值 0 ~ 4, 值越大家庭经济状况越好 | 取值为 0 |
| 区域特征 | 0 = 西部, 1 = 中部, 2 = 东部, 3 = 东部北部 | 西部 |

注: * CFPS 并未说明自付医疗费用之外的医疗费用来源,可能包含基本医疗保险报销、商业医疗保险报销与慈善捐助等,因此本文定义未参保群体自付比例并非 100%。

2.4.2 多元线性回归

由于经对数处理后的个体自付医疗费用及自付比例为大于等于 0 的连续变量,因此选用多元线性回归模型:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_n X_{in} + \varepsilon_i \quad (1)$$

式中: Y_i 为个体自付医疗费用及自付比例, β_0 为常数, $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ 为偏回归系数, $X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{in}$ 为个体 i 的解释变量和控制变量, ε_i 为扰动项。

2.4.3 二元 Logistic 回归模型

由于是否参加基本医疗保险为二分类变量,因

此采用二元 Logistic 回归模型:

$$\text{logit}(P_i) = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_n X_{in} + \varepsilon_i \quad (2)$$

式中: P_i 为第 i 个个体参保的概率; $1-P_i$ 为未参保的概率; $\frac{P_i}{1-P_i}$ 为参保与未参保的比率。 β_0 为常数, $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ 为偏回归系数, $X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{in}$ 为个体 i 的解释变量和控制变量, ε_i 为扰动项。

本研究使用统计软件为 Stata16.0 SE。

3 实证结果

3.1 调查样本基本情况

调查样本儿童为 6 261 人,占总体样本的 22.97%。儿童样本中,6 ~ 12 周岁占 48.38%,13 ~ 16 周岁占 17.19%;男童占 53.67%,21.82% 的儿童未上学,流动与留守儿童分别占 2.16% 和 15.06%,47.66% 的儿童居住在城市。80.96% 的儿童参加了基本医疗保险,22.25% 的儿童参加了商业医疗保险。20.81% 的儿童近四周患病,6.71% 的儿童过去一年住过院(表 2)。

表 2 调查样本基本情况

| 变量 | 含义 | 成人 | | 儿童 | |
|----------|---------|--------|--------|-------|-------|
| | | 数量 | 占比(%) | 数量 | 占比(%) |
| 性别 | 女 | 10 475 | 49.88 | 2 901 | 46.33 |
| | 男 | 10 525 | 50.12 | 3 360 | 53.67 |
| 年龄组 | 0 ~ 5 | — | — | 2 156 | 34.43 |
| | 6 ~ 12 | — | — | 3 029 | 48.38 |
| | 13 ~ 16 | — | — | 1 076 | 17.19 |
| | 18 ~ | 21 000 | 100.00 | — | — |
| 是否上学 | 否 | — | — | 1 366 | 21.82 |
| | 是 | — | — | 4 895 | 78.18 |
| 是否跨地市流动 | 否 | 20 241 | 96.39 | 6 126 | 97.84 |
| | 是 | 759 | 3.61 | 135 | 2.16 |
| 是否留守 | 否 | — | — | 5 318 | 84.94 |
| | 是 | — | — | 943 | 15.06 |
| 家庭收入 | 最低 | 3 864 | 18.40 | 1 413 | 22.57 |
| | 中下 | 4 519 | 21.52 | 1 728 | 27.60 |
| | 中等 | 4 572 | 21.77 | 1 380 | 22.04 |
| | 中上 | 4 339 | 20.66 | 1 032 | 16.48 |
| | 最高 | 3 706 | 17.65 | 708 | 11.31 |
| 是否参加基本医保 | 否 | 2 050 | 9.76 | 1 192 | 19.04 |
| | 是 | 18 950 | 90.24 | 5 069 | 80.96 |
| 是否参加商业医保 | 否 | — | — | 4 857 | 77.75 |
| | 是 | — | — | 1 390 | 22.25 |
| BMI | 正常 | 11 252 | 53.58 | 5 567 | 88.92 |
| | 偏瘦 | 1 446 | 6.89 | 8 | 0.13 |
| | 肥胖 | 8 302 | 39.53 | 686 | 10.96 |

表2 调查样本基本情况(续)

| 变量 | 含义 | 成人 | | 儿童 | |
|----------|------------------|--------|--------|-------|--------|
| | | 数量 | 占比(%) | 数量 | 占比(%) |
| HAZ | $z \leq -2$ | — | — | 261 | 4.17 |
| | $-2 < z \leq -1$ | — | — | 552 | 8.82 |
| | $-1 < z \leq 0$ | — | — | 1 984 | 31.69 |
| | $0 < z \leq 1$ | — | — | 2 776 | 44.34 |
| | $1 < z \leq 2$ | — | — | 629 | 10.05 |
| | $z > 2$ | — | — | 59 | 0.94 |
| 过去四周是否患病 | 否 | — | — | 4 957 | 79.19 |
| | 是 | — | — | 1 303 | 20.81 |
| 过去一年是否住院 | 否 | 18 909 | 90.05 | 5 841 | 93.29 |
| | 是 | 2 090 | 9.95 | 420 | 6.71 |
| 区域 | 西部 | 6 205 | 29.55 | 2 060 | 32.90 |
| | 中部 | 5 082 | 24.20 | 1 732 | 27.66 |
| | 东北部 | 6 966 | 33.17 | 431 | 6.88 |
| | 东部 | 9 694 | 48.55 | 2 038 | 32.55 |
| 城乡 | 农村 | 9 694 | 48.55 | 3 165 | 52.34 |
| | 城市 | 10 274 | 51.45 | 2 882 | 47.66 |
| 合计 | | 21 000 | 100.00 | 6 261 | 100.00 |

3.2 医疗保障水平基本情况

同成人相比,参保率方面,儿童全体人群参保率约为80%,较成人全体人群低近10个百分点(表2)。医疗费用方面,住院群体中,儿童平均住院费用较成人低约8 500元,平均门诊费用低约2 000元,自付医疗费用约为成人的60%;而未住院群体中,儿童平均门诊费用较成人低约1 500元,自付医疗费用约为成人的45%。自付比例方面,住院群体中,儿童自付比例较成人高约10个百分点;而未住院群体中,儿童自付比例较成人高约15个百分点(表3)。

表3 儿童与成人医疗保障水平情况

| | 儿童 | 成人 |
|-----------|----------|-----------|
| 住院群体 | | |
| 数量(人) | 420 | 2 090 |
| 住院医疗费用(元) | 8 630.74 | 17 134.17 |
| 门诊医疗费用(元) | 1 967.53 | 3 968.43 |
| 自付医疗费用(元) | 6 858.58 | 11 519.59 |
| 自付比例(%) | 64.71 | 54.59 |
| 未住院群体 | | |
| 数量(人) | 5 841 | 18 909 |
| 门诊医疗费用(元) | 906.18 | 2 400.99 |
| 自付医疗费用(元) | 816.38 | 1 801.60 |
| 自付比例(%) | 90.09 | 75.04 |

儿童群体内部,参保率方面,0~5周岁儿童参保率仅为76.67%,较6周岁及以上儿童低约7个百分点;仅72.25%的未上学儿童参保,较上学儿童低约11个百分点;流动儿童参保率较本地户籍非流动儿童低约8个百分点。自付医疗费用方面,住院群体中,0~12周岁儿童自付医疗费用约为13周岁及以上儿童的2倍,未上学儿童自付医疗费用约为上学儿童的1.4倍,流动儿童自付医疗费用约为本地户籍儿童的2倍,留守儿童约为非留守儿童1.3倍;未住院群体中,0~5周岁儿童自付医疗费用约为6周岁及以上儿童的1.5倍,未上学儿童自付医疗费用约为上学儿童的1.4倍。自付比例方面,住院群体中,0~12周岁儿童自付比例较13周岁及以上儿童高约15个百分点,留守儿童自付比例较非留守儿童高约8个百分点,农村儿童自付比例较城市儿童高约7个百分点;未住院群体中,儿童内部不同群体间自付比例相差不大,约为90%(表4)。

表4 不同儿童群体医疗保障水平情况

| 儿童分组 | 参保率(%) | 住院群体 | | | | | 未住院群体 | | | |
|--------|--------|------|-----------|-----------|-----------|---------|-------|-----------|-----------|---------|
| | | 数量 | 住院医疗费用(元) | 门诊医疗费用(元) | 自付医疗费用(元) | 自付比例(%) | 数量 | 门诊医疗费用(元) | 自付医疗费用(元) | 自付比例(%) |
| 0~5 | 76.67 | 239 | 8 663.29 | 2 065.00 | 6 907.25 | 64.38 | 1 917 | 1 193.40 | 1 060.49 | 88.86 |
| 6~12 | 83.29 | 145 | 9 222.21 | 1 767.77 | 7 415.75 | 67.48 | 2 884 | 727.61 | 659.06 | 90.58 |
| 13~16 | 82.99 | 36 | 5 616.67 | 2 145.17 | 3 857.00 | 49.69 | 1 040 | 816.91 | 756.96 | 92.66 |
| 未上学 | 72.25 | 169 | 10 032.17 | 2 376.22 | 8 290.12 | 66.81 | 1 197 | 1 268.47 | 1 079.51 | 85.10 |
| 上学 | 83.39 | 251 | 7 653.28 | 1 683.52 | 5 862.46 | 62.79 | 4 644 | 810.68 | 747.02 | 88.59 |
| 未跨地市流动 | 81.13 | 409 | 8 289.26 | 1 995.28 | 6 694.04 | 65.09 | 5 717 | 903.29 | 812.18 | 89.91 |
| 跨地市流动* | 73.33 | 11 | 20 827.27 | 885.00 | 12 781.82 | 58.87 | 124 | 1 046.65 | 1 020.95 | 97.54 |
| 非留守 | 81.27 | 344 | 8 501.20 | 1 900.18 | 6 559.64 | 63.07 | 4 974 | 948.72 | 854.51 | 90.07 |
| 留守 | 79.22 | 76 | 9 238.31 | 2 290.58 | 8 249.44 | 71.55 | 867 | 654.04 | 582.31 | 89.03 |
| 农村 | 82.12 | 200 | 7 871.25 | 1 713.74 | 6 606.58 | 68.93 | 2 965 | 868.30 | 819.25 | 94.35 |
| 城市 | 79.81 | 198 | 9 910.25 | 2 273.39 | 7 510.89 | 61.65 | 2 684 | 947.56 | 813.41 | 85.84 |

注:* 由于住院的跨地市流动儿童样本较少,其费用及自付比例稳定性可能相对其他数据较弱,请谨慎使用。

3.3 医疗保障水平回归分析

儿童参保率显著低于成人 ($OR = 0.434, P < 0.01$)。上学 ($OR = 2.075, P < 0.01$)、过去四周内患病 ($OR = 1.216, P < 0.05$)、过去一年内住院 ($OR = 1.562, P < 0.01$) 的儿童参保率更高;而留守 ($OR = 0.791, P < 0.05$)、参加商业医疗保险 ($OR = 0.537, P < 0.01$)、东北地区 ($OR = 0.456, P < 0.01$)、东部地区 ($OR = 0.816, P < 0.05$) 及城市 ($OR = 0.874, P < 0.1$) 儿童参保率更低。

儿童自付医疗费用显著低于成人 ($\beta = -0.388, P < 0.01$)。男童 ($\beta = 0.104, P < 0.05$)、过去四周内

患病 ($\beta = 0.483, P < 0.01$)、过去一年内住院 ($\beta = 1.967, P < 0.01$) 的儿童自付医疗费用更高;而 6 周岁及以上 ($\beta = -0.536 \sim -0.316, P < 0.01$)、中部地区 ($\beta = -0.143, P < 0.01$) 儿童自付医疗费用更低。

儿童自付比例显著高于成人 ($\beta = 0.066, P < 0.01$)。家庭收入较高 ($\beta = -0.050 \sim -0.022, P < 0.05$)、参加基本医保 ($\beta = -0.033, P < 0.01$) 和商业医保 ($\beta = -0.031, P < 0.01$) 及过去一年内住院 ($\beta = -0.270, P < 0.01$) 的儿童自付比例更低;而过去四周内患病 ($\beta = 0.017, P < 0.01$) 的儿童自付比例更高(表 5)。

表 5 医疗保障水平回归结果

| 变量 | 含义 | 参保率 | | Log(自付医疗费用) | | 自付比例 | |
|----------------|-------|----------|----------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| | | 全人群 | 儿童 | 全人群 | 儿童 | 全人群 | 儿童 |
| | | OR | OR | β | β | β | β |
| 年龄组 | 0~5 | | — | | — | | — |
| | 6~12 | 0.434*** | 1.039 | -0.388*** | -0.316*** | -0.066*** | |
| | 13~16 | | 1.056 | | -0.536*** | | -0.006 |
| 性别 | 男 | 1.067* | 1.036 | -0.240*** | 0.104** | -0.020*** | -0.002 |
| 是否上学 | 是 | — | 2.075*** | — | -0.049 | — | -0.001 |
| 是否流动 | 是 | 0.730** | 0.794 | 0.082 | 0.084 | 0.041*** | 0.034 |
| 是否留守 | 是 | — | 0.791** | — | -0.073 | — | 0.004 |
| 家庭收入 | 中下 | 1.388*** | 1.449*** | -0.026 | 0.019 | 0.004 | 0.008 |
| | 中等 | 1.514*** | 1.799*** | -0.032 | -0.024 | 0.001 | -0.006 |
| | 中上 | 1.366*** | 1.534*** | -0.155*** | 0.108 | -0.046*** | -0.022** |
| | 最高 | 1.471*** | 1.299** | -0.202*** | 0.061 | -0.107*** | -0.050*** |
| 是否参加基本医保 | 是 | — | — | -0.119* | -0.081 | -0.042*** | -0.033*** |
| 是否参加商业医保 | 是 | — | 0.537*** | — | 0.037 | — | -0.031*** |
| 过去四周是否患病 | 是 | — | 1.216** | — | 0.483*** | — | 0.017*** |
| 过去一年是否住院 | 是 | 1.649*** | 1.562*** | 2.142*** | 1.967*** | -0.287*** | -0.270*** |
| 区域 | 中部 | 0.832*** | 0.923 | -0.021 | -0.143*** | 0.014*** | -0.002 |
| | 东北部 | 0.458*** | 0.456*** | 0.287*** | -0.001 | 0.017** | -0.013 |
| | 东部 | 0.606*** | 0.816** | 0.053 | -0.056 | -0.026*** | 0.001 |
| 城乡 | 城市 | 0.874*** | 0.874* | 0.015 | 0.054 | -0.024*** | -0.007 |
| 其它控制变量 BMI、HAZ | | | | | | | |

注: * $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$ 。

4 讨论

截至 2022 年底,我国居民参保率稳定在 95% 以上,医疗保险有效分担了参保人群的医疗费用,但本研究发​​现儿童医疗保障仍存在儿童与成人、儿童人群内部的双重不平等挑战。一方面,儿童参保率低于成人,医疗费用自付比例显著高于成人;另一方面,5 周岁及以下、未上学、留守及低收入家庭儿童的医疗保险覆盖和保障水平处于弱势地位。

4.1 儿童医疗保险覆盖率低于成人,5 周岁及以下、未上学、流动及留守儿童是漏保重点人群

目前我国儿童仅可通过参加居民医保实现基本医疗保险覆盖,与城镇职工由单位统一强制参保不

同,居民医保实行“自愿参保”原则,部分家庭可能由于低估儿童健康风险、经济条件制约及医保参保和待遇政策认识不足等因素选择不为儿童参保。^[10] 尤其 5 周岁及以下、未上学、流动及留守儿童参保率更低,这是因为新生儿女父母对参保信息了解不足及出生后 3~6 个月的参保登记限制^[20],5 周岁及以下与未上学儿童缺乏学校监督^[21],留守儿童缺乏父母足够关注和照料^[22],流动儿童户籍制度及参保门槛制约等^[23],导致这些儿童成为漏保的主要人群。

4.2 “儿童优先”原则未转化为实际行动,儿童医疗保障水平需进一步提高

儿童自付医疗费用较成人更低,是因为儿童疾病主要发生于呼吸和消化系统^[9],多见于门急诊服

务,治疗周期短、费用低;且儿童住院以常见病为主,医疗服务及检查项目少,次均住院费用低^[10]。然而儿童药店购药费用与医疗费用自付比例通常更高^[24],因此,儿童医疗费用负担仍不容忽视。这主要是由于目前在基本医疗保险的整体制度设计中,儿童多与其他群体执行统一的待遇水平和医保目录,且目前居民医疗保险制度设计偏重住院和大病保障,对门诊服务关注不足。首先,多数地区居民医保门诊封顶线仅几百元,难以保障以门急诊服务为主的儿童的门诊需求;其次,在与全人群执行统一住院起付线的情况下,儿童医疗总费用和可报销费用比例较低,进一步降低了儿童住院的实际补偿水平;最后,尽管《中国儿童发展纲要(2021—2030)》提出探索制定国家儿童基本药物目录,但目前尚未出台。现行医保目录中儿童用药品种数量较为有限^[11],许多儿童药品仍需患儿家庭完全自付。

4.3 儿童内部医保待遇水平存在差距,5 周岁及以下、留守及低收入家庭儿童处于弱势地位

0~5 周岁儿童往往自付医疗费用更高。这可能是由于 0~5 周岁儿童处于快速生长发育的阶段,健康风险较高,用药需求更为特殊,无差别的待遇设计,更难以适应低龄儿童的健康需求。^[19]同时,有研究发现留守儿童往往医疗费用更低。但这是由于留守儿童由祖辈而非父母照料,健康问题更易被忽视,难以及时利用医疗服务及满足其健康需求导致。^[22]低收入家庭儿童自付比例更高。这可能是由于与高收入家庭相比,低收入家庭由于经济制约,健康投资能力有限,从而限制家中儿童参加城乡居民基本医疗保险及购买商业医疗保险。^[19]

5 政策建议

目前,多数国家采用将儿童纳入总体医疗保障体系而非单独建制的方式实现儿童医疗保障覆盖。借鉴国际尤其是实行社会医疗保险制度的国家的经验,我国同样不宜通过单独建制实现医保领域“儿童优先”。一方面,无论年龄如何,基于社会保险的权利义务对等原则,儿童均需承担一定的缴费责任^[9];另一方面,单独建制将加剧医保制度的碎片化,不利于形成统一覆盖的医疗保险制度^[6]。但儿童医疗保障具有其特殊性,并非简单纳入城乡居民基本医疗保险即可。因此,在现行医疗保障制度体系内对儿童予以倾斜是我国医疗保障领域实现“儿童优先”的可行路径。

5.1 优化儿童参保缴费标准,重点提高漏保儿童参保率

儿童医保缴费主要由家庭承担,参保缴费时突出年龄差异有利于增强父母为儿童投保的动力。筹资方面可探索儿童按成年居民缴费标准的 50% (如杭州)或依年龄阶段调整儿童缴费标准。关注漏保重点群体,对于新生儿或学龄前儿童,一方面需要通过对其父母进行针对性政策宣传(如在产科及儿科布置展板),提升其对新生儿及学龄前儿童参保政策的了解;另一方面可以探索新生儿出生“落地即保”和当年免缴自动纳入医保,如武汉父母一方参保及郑州本地户籍可免参保费等,破除新生儿参保时限制约。对于未上学儿童,学校及教育部门的监督至关重要,需通过提高适龄入学率减少此类儿童漏保。对于流动儿童,则要求适应人口流动现实需求,逐步放宽参保户籍地限制,鼓励并支持流动儿童常住地参保。对于留守儿童,一方面需要对其祖辈进行针对性参保政策宣传,另一方面则依赖激励居委会(村委会)进行征缴。

5.2 医保政策考虑儿童医疗需求特点,在医疗服务、药品目录和报销水平等方面予以倾斜

一是提高儿童门急诊待遇水平。儿童常见病多发于呼吸与消化系统,多见于门急诊服务,可以通过降低或取消儿童门诊起付线(如厦门),门诊报销比例提高 10%~20% (如天津),同时设置更高的门诊报销封顶线等措施来提升儿童门诊保障水平。二是改善儿童住院待遇。儿童平均住院日与住院费用均低于成人,可以采取儿童住院起付线减半(如北京),同时将住院报销比例上调 5%~10% (如济南),从而提升儿童的住院保障水平。三是医保目录调整充分考虑儿童特殊需求。一方面将符合条件的儿童特殊用药纳入目录,探索制定国家儿童基本药物目录;另一方面可以借鉴英国、荷兰,尝试将眼科、牙科等儿童所需医疗服务纳入医保支付范围。

5.3 关注 5 周岁及以下、留守及低收入家庭儿童,提升儿童医疗保障公平性

首先,0~5 周岁儿童在生理和心理发育方面极具特殊性,健康风险与卫生服务需求更高。医疗保障制度设计需要关注其卫生服务与用药需求的特殊性并加强公共卫生服务的覆盖,可借鉴德国将低龄儿童非处方药以及疾病筛查、免疫检测等特殊服务纳入医保支付范围。其次,改善留守儿童医疗保障

水平,一方面通过居委会(村委会)宣传,提升祖辈对儿童健康的关注;另一方面则通过卫生投入实现农村及欠发达地区医疗资源的改善。最后,对低收入家庭儿童而言,可以通过资助参保将其尽可能纳入医保覆盖范围,另外尝试在报销比例方面对低收入及困境家庭儿童予以更多倾斜。

5.4 实施“家庭联保”模式,提高儿童医疗保障覆盖和保障水平

在贯彻“家庭联保”模式的国家或地区中,联保范围一般遵循逐步扩大的原则,实践中往往以儿童优先。不同于居民医保,职工医保具有“强制参保”属性,儿童随父母进行参保可以在节约制度运行成本的基础上提升儿童覆盖率;另一方面,相比居民医保,职工医保待遇设计更为优越,可以在一定程度上提升儿童的医疗保障水平。但在具体实践中,仍需考虑实行儿童缴费问题,在坚持“儿童优先”原则下科学确定儿童缴费水平。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] UNICEF. Convention on the rights of the child[R]. 1989.
- [2] 国务院第七次全国人口普查领导小组办公室. 中国人口普查年鉴 2020[M]. 中国统计出版社, 2022.
- [3] Flores G, Lin H, Walker C, et al. The health and healthcare impact of providing insurance coverage to uninsured children: a prospective observational study[J]. BMC Public Health, 2017, 17(1): 1-14.
- [4] Galárraga O, Sosa-Rubí S G, Salinas-Rodríguez A, et al. Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico[J]. The European Journal of Health Economics, 2010, 11(5): 437-447.
- [5] Office of Retirement and Disability Policy S S A, Office of Research Evaluation and Statistics S S A. Social security programs throughout the world: Europe, 2018[M]. SSA Publication, 2018.
- [6] 蒋浩琛, 李珍. 从参保机制看日本医疗保险制度的经验与教训[J]. 社会保障研究, 2021, 14(5): 103-111.
- [7] 陈静. 美国儿童医疗保障政策研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2019.
- [8] Nguyen H, Knowles J. Demand for voluntary health insurance in developing countries: the case of Vietnam's school-age children and adolescent student health insurance program[J]. Social Science & Medicine, 2010, 71(12): 2074-2082.
- [9] 王宗凡, 李娟. 我国儿童医疗保障现状、问题及政策建议[J]. 兰州学刊, 2022, 43(9): 113-123.
- [10] 喻月慧, 李珍. 中国儿童健康保障现状、问题及三医协同治理策略[J]. 社会保障研究, 2023, 16(3): 18-28.
- [11] 喻月慧, 李珍. 三医协同治理视角下我国儿童健康保障政策量化分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(9): 8-14.
- [12] 蒋虹丽, 陈文. 我国城镇儿童医疗保险的筹资研究[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(3): 6-9.
- [13] Zhang Y, Chai P, Huang X, et al. Financing adolescent health in China: how much, who pays, and where it goes[J]. Journal of Adolescent Health, 2020, 67(5): S38-S47.
- [14] Xiong J, Hipgrave D, Myklebust K, et al. Child health security in China: a survey of child health insurance coverage in diverse areas of the country[J]. Social Science & Medicine, 2013, 97(22): 15-19.
- [15] 李姣媛, 方向明. 社会医疗保险对儿童健康和医疗服务消费的影响研究[J]. 保险研究, 2018, 39(4): 98-111.
- [16] 刘玮, 孟昭群, 韩笑. 医疗保险对儿童健康的影响[J]. 保险研究, 2016, 37(4): 77-87.
- [17] 国家统计局, 联合国儿童基金会, 联合国人口基金. 2020 年中国儿童人口状况: 事实与数据[R]. 2023.
- [18] Lederle M, Tempes J, Bitzer E M. Application of Andersen's behavioural model of health services use: a scoping review with a focus on qualitative health services research[J]. BMJ Open, 2021, 11(5): e045018.
- [19] 赵建国, 温馨. 城乡居民基本医疗保险对儿童健康的影响: 基于中国家庭追踪调查数据的实证研究[J]. 社会保障研究, 2021, 14(4): 44-56.
- [20] 赵绍阳, 陈钰晓, 何庆红. 新生儿未参保之谜: 基本事实、成因及其影响[J]. 中国工业经济, 2020, 37(4): 61-78.
- [21] 王超群. 谁没有参保? 中国城乡居民医疗保险参保的人群特征研究[J]. 社会保障评论, 2023, 7(2): 76-93.
- [22] 殷俊, 张邹, 段亚男. 隔代关爱的“力量”: 祖辈照料对早期儿童健康的影响分析[J]. 社会保障研究, 2023, 16(6): 52-62.
- [23] 申梦晗. 中国大城市流动儿童医疗保险参保问题研究: 基于断点回归与双重差分模型的实证分析[J]. 社会保障评论, 2022, 6(2): 74-87.
- [24] 李新宇, 邵蓉, 白铭钰, 等. 我国儿童药保障政策文本量化分析: 基于政策工具、政策目标的二维框架[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 68-73.

[收稿日期:2024-06-28 修回日期:2024-08-16]

(编辑 薛云)