

天津市城市贫困人口医疗救助的实证研究

徐晓雯¹ 唐 玮²

(1. 山东财经大学 MPA 教育中心, 山东 济南 250014; 2. 广发银行股份有限公司天津滨海支行, 天津 300457)

[摘 要] 建立和完善城市医疗救助制度是从根本上解决城市贫困人口的医疗问题, 发挥安全网作用的根本途径。本文通过对天津市城市贫困人口所面临的医疗困境的分析, 总结了天津市城市贫困人口医疗救助的发展现状及成效, 采用问卷调查方式、运用统计学软件实证分析天津市城市贫困人口的医疗救助的实施效果及影响因素, 在此基础上提出完善天津市城市贫困人口医疗救助的对策建议。

[关键词] 城市贫困人口; 最低生活保障; 医疗救助

[中图分类号] F127 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095 - 3410(2013)05 - 0153 - 08

20 世纪 90 年代以来, 随着经济体制改革, 社会结构重组, 城市化进程进一步加快, 下岗、待业一时之间成为城市最热门的话题, 城市贫困问题迅速凸显出来。由于卫生费用的增长过快、医疗保障制度的不完善和卫生资源的不合理分配, 城市贫困人口卫生服务的不公平日益加剧。2008 年卫生部第四次国家卫生服务调查结果显示, 在城市低收入人口中, 有 43.9% 的患者由于经济困难而没有进行治疗, 37.6% 的患者应该住院而未住院。贫困人口因贫致病、因病返贫的现象非常严重, 成为社会最受关注、最迫切需要解决的重大民生问题。

作为我国重要城市的天津, 于 2006 年 6 月 30 日发布了《天津市城市医疗救助制度试点工作方案》(津政办发[2006]39 号)。提出总体目标: 从 2006 年 7 月 1 日起, 一年的时间内, 在南开区、塘沽区、汉沽区、大港区、宝坻区进行试点, 之后推广试点经验。用两年的时间在全市建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度。通过财政资金适当补助、医疗机构降低收费标准、社会捐赠等多种形式

对贫困人口进行医疗救助, 合理配置社会救助资源, 逐步建立和完善适合天津的城市医疗救助制度, 切实缓解城市贫困人口看病难的问题。

本文对天津市城市医疗救助具体情况进行了广泛调研, 并对南开、宝坻、塘沽、汉沽四区的城市医疗救助政策进行比较分析, 以期了解和掌握现行城市医疗救助制度的实施效果以及存在的问题, 并在此基础上, 提出完善天津市城市贫困人口医疗救助的对策建议, 为贫困人口获得基本医疗权利构筑最后一道安全网。

一、相关文献综述

西方国家的医疗救助有较早的发展历史, 萌芽时期可以追溯到 16 世纪。1601 年英国率先颁布《伊丽莎白济贫法》, 其内容包括世界上最早以法律形式确定的医疗救助。西方社会保障制度始于福利经济学, 阿尔弗雷德·马歇尔(A. Marshall)是新古典经济学派创始人, 他在《经济学原理》一书中, 阐述了通过收入分配改革以增进社会福利, 从而完善对贫困人群的救济问题。^[1] 福利经济学代表人物亚

[基金项目] 本文是山东省自然科学基金项目“推动山东省创新型省份建设的政府投入及其管理模式研究”(项目编号: ZR2011GL009)和山东省教育厅人文社会科学计划研究项目“财政科技投入绩效评价及绩效管理研究”(项目编号: J10WF04)的阶段性成果。

[作者简介] 徐晓雯(1966 -), 女, 山东济宁人, 山东财经大学 MPA 教育中心教授, 博士。主要研究方向: 公共管理理论与实务。

瑟·赛西尔·庇古(A. C. Pigou)主张国家实行对贫困人口的救济制度。^[2]英国学者威廉姆·贝弗里奇(W. Beveridge)认为,社会保障应包括社会保险、社会救济和自愿保险三种方法,该理论成为西方社会保障理论发展历史上的一个重要里程碑。^[3]

19世纪末20世纪初,社会救助制度发生了本质性的变化。1899年英国经济学家M. 郎特里(M. Rowntree)在《贫困:有关城镇生活的调查》一书中提出了贫病关系,认为贫困的原因在于社会,并非个人原因所致,济贫并不是一种施舍,而是国家的责任。医学学者贾米森·亨利(J. B. Hurry)在1921年提出了贫病的因果联系及人口问题。英国卫生部部长于1944年发布了卫生白皮书,确定树立一个宗旨,即无论患者的收入水平和支付能力如何,均有权获得良好的医疗服务。此后美国、澳大利亚、日本和韩国等都通过立法的形式来提供城市居民的医疗救助,其资金来源于国家财政拨款,形成了一套比较完善的救助机制。

在制度规定上,不同国家对贫困人口的医疗救助存在差异,但都具有以下共同特点:(1)注重对社会弱势群体的救助。各国大多以家庭经济收入来划定医疗救助的对象,重点都放在老年人、残疾人、儿童身上,这些弱势群体的卫生服务需求较强,经济能力却十分有限。(2)强调政府责任。美国、新加坡的医疗卫生服务体系强调的是市场导向、个人责任;英国、德国的卫生服务体系强调的是国家、社会责任,这些发达国家尽管都已形成全方位的医疗保障筹资渠道,但是都将医疗救助作为政府责任,政府的财政支持是医疗救助资金的主要来源。(3)建立严格的管理制度。具有健全的医疗救助资金管理体系和严格的受益者资格审批程序,对不同群体设定不同的救助标准,并注重监督管理。(4)将医疗救助视作最低层次安全网。保障的项目方面包括医疗保健服务、医疗费用支付、家庭护理等,但提供的均是最低层次、最基本的医疗服务。

我国则借鉴国外医疗救助的核心思想和实践经验,结合我国国情建立和完善适合我国的医疗救助制度。国内对医疗救助的研究主要围绕筹资机制,服务提供机制,管理机制,评估机制,社区运作机制,救助方式等方面。

张太海(2003)认为我国城市医疗救助资金的筹资渠道大体上有政府财政拨款,社会各界捐助,国内外企业、慈善组织、医疗机构的支持,建立全国及各地的医疗救助基金以及吸纳部分彩票资金等^[4]。杜克林等(2002)提出医疗救助能够有效的实施、医疗救助成果能够切实的保障依赖于科学的管理机制,其中包含了对救助对象的合理判别和动态管理,对救助款项、相关服务的规划和监管等内容,在组织上要强调社区组织和社区卫生服务机构的作用^[5]。关信平(2003)提出根据我国的实际情况,如何建立一套主要以社区为救助实施单位,完善高效的管理体制是当务之急,其中组建能代表广大贫困人口、并在相关政策的制定和实施管理中发挥实际作用的管理实体迫在眉睫^[6]。李超宝,林爱华(2012)提出加强信息化建设、提高贫困人口医疗救助效率和资金利用率、加强宣传力度、提升管理人员业务能力和服务水平、整合各种医疗救助资源、构建医疗救助网等政策建议^[7]。张海峰(2013)认为就城乡医疗救助而言,政府既是医疗救助政策的制定者,又是医疗救助活动的组织者和实施者,在医疗救助过程中,政府始终居于主导地位。强化政府在医疗救助中的职责,探索建立实现政府责任的新机制,是解决当前医疗救助问题的突破口^[8]。

二、天津市城市贫困人口的医疗困境

(一)医疗费用增长过快

天津市医药费用的增长速度,虽然低于同期城市居民人均可支配收入的增长速度,但对于城市居民的整体生活而言,依然是一项沉重的经济负担。

如表1所示,从2006年到2010年,天津市门诊病人人次均医药费增长分别为-3.1%、4.0%、9.1%、12.2%、4.9%,出院病人人均医疗费用增长分别为3.3%、9.2%、13.2%、8.8%、11.0%。而同期发放的人均最低生活保障金远远低于人均医疗费用,以2010年为例,人均最低生活保障金为4702.4元,仅为出院病人人均医疗费用的40%。据天津市卫生局统计,2011年天津市门诊病人人次均医药费和出院病人人均医药费分别为234.4元和12428.9元^[9],加之医疗费用增长速度过快,这些都大大降低了城市贫困人口对医疗需求的可及性。

表 1 2006 - 2010 年天津市人均医疗费用增长情况

年份	2006	2007	2008	2009	2010
门诊病人次均医药费(元)	170.3	177.0	193.1	216.6	227.3
同比增长(%)	-3.1	4.0	9.1	12.2	4.9
出院病人人均医药费(元)	7849.9	8575.0	9702.8	10559.5	11719.9
同比增长(%)	3.3	9.2	13.2	8.8	11.0

资料来源:根据 2006 - 2011 年中国卫生统计年鉴整理、计算。

(二) 个人医疗负担过重

近年来,天津卫生总费用持续快速增长,尽管政府采取了一定措施以提高各类社会医疗保险制度的报销比例,个人负担的费用占总费用的比重有所下降,但是个人卫生总费用依然逐年增加,个人所负担医疗费用的比例仍处于较高水平。

2006 - 2010 年天津市个人卫生支出占卫生总费用的比重

年份	2006	2007	2008	2009	2010
卫生总费用(亿元)	171.73	225.88	264.13	315.45	355.65
卫生总费用占 GDP 比重(%)	3.9	4.5	4.2	4.2	3.9
人均卫生费用(元)	1597.45	2025.80	2246.02	2568.46	2737.28
个人卫生费用占卫生总费用(%)	44.8	43.0	42.4	38.3	35.7

资料来源:2011 年天津统计年鉴。

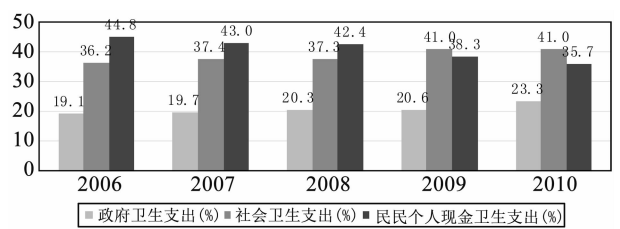


图 1 2010 年天津市卫生总费用筹资构成
资料来源:2011 年天津统计年鉴。

如表 2、图 1 所示,2010 年天津市卫生总费用达 355.65 亿元,其中:政府卫生支出 82.9 亿元(占 23.3%),社会卫生支出 145.8 亿元(占 41.0%),个人卫生支出 127.0 亿元(占 35.7%)。2010 年,天津市卫生总费用占 GDP 百分比为 3.9%,卫生总费用达 355.65 亿元,人均卫生费用 2737.28 元。沉重的个人医疗负担会使贫困人口中抗病延医的现象普遍存在,严重影响贫困人口的健康状况。

(三) 城市低保金只能维持基本生活

20 世纪 90 年代以来,随着市场经济体制改革的不断深化,市场竞争加剧,贫富差距日益严重,天

津市城市贫困人口规模呈现扩大趋势,传统的社会救助由于救助水平低、覆盖范围有限,很难发挥“最后一道防线”的作用。2001 年天津市政府颁布了《天津最低生活保障办法》,天津市城市居民最低生活保障制度由此确立。然而该制度的目的只是为了保障贫困群体的基本生活,依据维持基本生活所需的衣、食、住费用,以及酌情考虑水电煤气和未成年人义务教育费用来制定的标准,但其中并未包括医疗费用。因此城市低保人群一旦患病,就不得使用维持基本生活的开支来支付医疗费,这样一来,他们的基本生活就会失去保障,因病致贫的比例不断攀升。

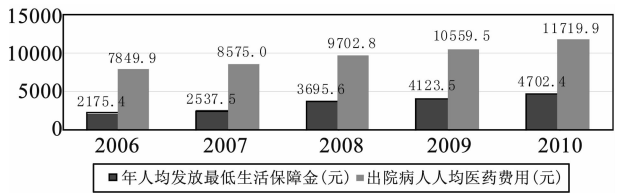


图 2 天津市城市人均最低生活保障金与出院病人人均医药费比较

资料来源:2006 - 2011 年中国卫生统计年鉴,2007 - 2011 年天津统计年鉴。

通过天津市年人均发放最低生活保障金与出院病人人均医药费、门诊病人次均医药费的比较,可以很容易地看出城市贫困人口获得医疗服务的困难程度。自 2006 年到 2010 年,天津市每年发放的人均低保金从 2175.4 元到 4702.4 元,上涨了 2527 元,而同期的出院病人人均医疗费用从 7849.9 元到 11719.9 元,上涨了 3870 元(如图 2)。可见,天津市每年发放的人均低保金都远低于同期出院病人人均医药费。2006 年,年人均低保金仅为出院病人人均医药费的 27.7%,尽管近几年城市低保金的标准有所提升,2010 年天津市人均低保金也只是占同期出院病人医药费用的 40%。这就意味着,城市低保人群一旦患上慢性病、重病时,全年多半的收入都会用来支付医药费,余下的钱很难维持正常生活。

(四) 商业医疗保险排斥贫困群体

随着我国的经济转轨、社会转型,商业医疗保险在我国实现了较大的发展。商业医疗保险按照市场机制运行,遵循利润最大化原则。虽然大部分贫困人口在日益增长的医疗费用下有对商业保险的需求,但是作为以利润最大化为原则的商业医疗保险

公司,往往采取提高保费、实施严格控制支付等措施,排斥低收入者。商业保险公司把低收入者定义为“坏风险”,将他们拒之门外。贫困人口一是负担不起与他们自身风险相关的保险费,二是缺乏自我保障意识以及对商业保险的认识,因此他们选择商业保险的比率极低。商业保险公司不会接受高风险又缺乏投保能力的贫困人口。因此无论是从理论上还是从实践中,商业医疗保险对于贫困群体而言是不可及的,它不是获得医疗保障的最佳选择,而仅能作为一个补充。

综上所述,天津市医疗费用大幅度增长的背景下,无论是城市最低生活保障制度,还是商业医疗保险都无法帮助城市贫困人口缓解沉重的医疗负担。只有城市医疗救助制度才能从根本上解决城市贫困人口的医疗问题,发挥最后一道安全网的保障作用,建立和完善天津市城市医疗救助势在必行。

三、天津市城市贫困人口医疗救助的发展现状

(一)天津市城市医疗救助制度的建立与发展

为保障城市贫困人口享有基本医疗权利,普遍提高他们的健康水平,政府将医疗救助制度化建设提上了工作日程。2006 年 6 月 30 日,天津市人民政府发布了《天津市城市医疗救助制度试点工作方案》(津政办发[2006]39 号)。提出总体目标:从 2006 年 7 月 1 日起,用一年的时间,在南开区、塘沽区、汉沽区、大港区、宝坻区进行试点,之后推广试点经验。用两年的时间在全市建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度。^[10]通过财政资金适当补助、医疗机构降低收费标准、社会捐赠等多种形式对贫困人口进行医疗救助,合理配置社会救助资源,逐步建立和完善适合天津市的城市医疗救助制度,切实缓解了城市贫困人口看病难的问题。

自 2006 年起,天津市城市医疗救助工作如火如荼地开展起来。为确保大额医疗救助制度的平稳运行,保障患大病、重病参保人员能够得到及时救助,根据《天津市城镇职工大额医疗费救助办法》规定,全市从 2006 年 8 月起调整大额医疗救助筹资标准和救助待遇,由每人每年 60 元调整为 100 元。^[11]同年 10 月,出台《关于建立以社区卫生服务机构为基础的困难群众基本医疗救助制度和试行办法》,规定符合条件的困难群众首诊在社区,同时享受每人

每年 60 元的医疗救助,而且家庭成员可以共享。^[12]2009 年,天津市制定了新的医疗救助保障措施,实现与基本医疗保险制度对接,城市医疗救助实行市级统筹。2010 年 5 月,天津市医疗救助实行定点就医制度,市民政、人力社保部门在各区县共同指定 2 到 4 所一级、二级医院作为定点就医医院,承担住院医疗工作。同年 8 月,出台《天津市城乡医疗救助资金管理办法》,规定救助对象在社区卫生服务机构门诊就医的医疗费用,经基本医疗保险报销后,由医疗救助资金给予门诊医疗救助,城市“三无”人员救助最高限额为每人每年 200 元。^[13]2011 年天津市在和平、河北区推行家庭责任医生试点工作,家庭责任医生团队基本框架模式初步建立,密切了社区医生与居民的关系。

由于各地区的经济、社会发展情况不尽相同,天津市的城市医疗救助制度呈现的态势也有所差别,下面以南开区、宝坻区、塘沽区、汉沽区城市医疗救助的救助对象、救助标准、救助方式以及资金筹集等方面来进行比较说明。

(二)天津市城市医疗救助的成效

天津市自 2006 年实行城市医疗救助试点以来,城市医疗救助制度稳步发展,缓解了城市贫困人口“看病难”的问题。在覆盖面上,从 2006 年的 5 个试点区到现在基本实现了市内全覆盖。在救助对象上,由城市低保、特困救助对象,扩大到因大病至贫的特殊救助对象。从 2006 年的 6561 人增加到 2010 年的 79038 人。在财政部门发放的救助资金上,从 2006 年的 774.2 万元增加到 2010 年的 4447.8 万元(见表 3),稳定的资金筹集机制基本形成。

2006 - 2010 年天津市城市医疗救助人数
表 3 及支出情况

	2006	2007	2008	2009	2010
城市医疗救助支出(万元)	774.2	2539.6	3112.8	4736.4	4447.8
城市医疗救助人数(人)	6561	22772	38239	41957	79038

资料来源:2007 - 2011 年天津统计年鉴。

在救助方式上,2009 年天津市新制定的医疗救助保障措施,提出在各辖区内选取 2 至 4 家医疗救助定点医院,免收医疗救助对象住院押金。医疗救助对象在二级、三级医疗机构^①住院,分别收取 500、1000 元押金,各级医疗机构开辟绿色通道,确保救

助对象就医。^[14]此外,2011 年天津市在和平、河北区推行家庭责任医生试点工作,家庭责任医生团队基本框架模式初步建立。和平区采取社区医生与居民家庭签约的形式确定双方的责任和义务,已建立由全科医生、中医全科医生、全科护士以及公卫医生组成的家庭责任医生服务团队 39 支,成员共计 156 人。河北区侧重以责任医生团队的形式,按照中心分配的责任辖区对居民进行健康管理和履行服务职责,已建责任团队 76 支,成员共计 228 人。目前,天津市正不断完善城市医疗救助体系,提高医疗救助的水平,有效地缓解了城市贫困人口看病难、看病贵的问题。

四、天津市城市贫困人口医疗救助利用情况及影响因素分析

(一)单因素分析思路及方法

单因素分析方法以低保人群为调查对象,调查内容涉及性别、年龄、就业情况、文化程度、健康状况、医疗保障形式、收入水平、医疗支出水平。囊括了社会经济与人口学特征、服务可得性和医疗保障制度、居民健康状况、患病严重程度四大类。利用医疗救助利用率作为实际医疗救助实施效果的代理变量,通过统计数据的对比,筛选出影响天津市城市医疗救助效果的主要因素。

(二)调查对象一般情况

本次问卷调查得到了天津市卫生局相关工作人员的帮助。该问卷由户主或其家人回答。调查覆盖了天津市具有典型性的南开、河西、塘沽、汉沽四个区的 160 户贫困家庭,共计 403 人,有效问卷 384 份,其中南开区 91 份、河西区 98 份、塘沽区 102 份、汉沽区 93 份。受访居民中男女比例分别为 54% 和 46%,平均年龄 49.54 岁,年龄中位数为 38.42 岁。

1. 年龄情况。调查的贫困人口年龄主要集中在 30 - 50 岁的范围内,合计占到了总调查人数的 67.3%,50 岁以上的对象占 26.7%,而 30 岁以下对象仅占 6.0%。其中汉沽区低于 30 岁的贫困人口比例最高为 6.5%,而塘沽区大于 60 岁的贫困人口比例最高为 12.7%。

2. 文化情况。文化程度很大程度上体现了一个人的自身素质,而且也会对人的生活习惯、健康观念产生潜移默化的重要影响,本次调查将调查对象的

文化程度大致分为四个层次:小学及以下、初中、高中/中专、大专及以上。通过汇集的数据可以发现贫困人口的文化程度普遍偏低,小学及以下文化程度的占最大比例 30.2%,其次是高中及中专占 28.3%。文化程度较低的结果导致了贫困人口的就业形势也不容乐观,无业人数占到了 59%,也成为构成贫困的重要原因之一。南开区和河西区的总体文化程度较高,高中以上文化的人数占比分别为 37.7%、36.8%,塘沽区的文化程度较低,小学及以下的人数占 24.5%。

3. 就业情况。由于贫困人口文化程度普遍较低,严重地影响了其就业情况。在调查中,仅有 10.7% 的人目前在业,而绝大部分 89.3% 处于失业状态,这是导致其贫困的重要因素。在这里汉沽区的就业情况最不乐观仅有 7.5%。

4. 医疗保障形式。在受调查的贫困人口中有 75.5% 除了医疗救助外没有任何医疗保障,仅有 21.9% 的人参加了城镇职工医疗保险。汉沽区的无医疗保障比例最高达到了 81.7%,南开和河西区参加城镇职工医保的比例较高些,分别为 24.2% 和 24.5%。可见医疗救助是保障贫困人口享受医疗服务的最后屏障,承担的责任十分重大。

5. 健康状况。自我健康评价体现了居民对卫生医疗服务的需求程度,是利用医疗服务的原动力。贫困人口由于生活条件较差,卫生习惯不佳等原因都会很大程度上影响其健康状况。根据统计情况,健康状况不太好和很不好的总共占了 58.8% 的比例。超过 30% 的人长期患病,最高的为南开区的 35.2%,这些人群需要长期的治疗,对医疗服务的需求也最大,随之承受相应的经济负担也最重,造成了这类家庭难以摆脱贫困的状况,成为医疗救助的重点对象。

6. 家庭经济状况。受访人群 2011 年的人均月收入 460.7 元,稍高于天津市低保标准,地区之间收入略有差距,调查中市内两区人均收入较高分别为 481.7 元/月和 473.5 元/月。这与地区经济发展水平有着紧密的关系。相应的人均月支出以及月人均医疗支出都呈现出类似特征。而且各区贫困家庭基本都能入大于出,有所盈余。而医疗支出在总支出所占比例大约在 32% 左右,医疗费用的压力不是很

大。这也是近几年天津医疗制度改革成果体现。

7. 样本地区医疗救助开展情况。医疗救助利用与否的界定标准为调查家庭是否从城市医疗救助管理部门得到医疗费用补助。而医疗救助利用率则是调查中利用或享受过政府提供的医疗救助服务的家庭数与实际调查总人数的比值。它可以作为一个地区医疗救助服务开展情况及效果的衡量指标。根据问卷和相应的定义,计算的贫困人口门诊救助利用率和住院救助利用率分别是 19.0% 和 12.2%,总计有 28.1% 的人口利用了医疗救助。同样市内两个区的医疗救助利用率相对较高,都在 30% 以上,这主要是由于其较高的补贴比例(门诊救助 70%,住

院救助 30% – 50%)。

(三)天津市城市医疗救助利用率单因素分析

医疗救助的需求是由于基本的卫生服务利用需求无法得到满足而派生出的。医疗救助的目的是使救助对象享受合理的医疗卫生服务,主要形式为经济补贴。而现实中各种主客观因素相互交织、相互作用,共同影响着卫生服务需求的产生到利用的整个过程。

根据以往卫生服务利用的相关研究,可以从社会人口学特征、经济学特征、医疗保障制度可得性、居民文化程度及健康状况四大方面,对影响医疗救助利用的因素一一加以分析。

表 4 各影响因素对调查对象医疗救助利用率的影响情况表

	医疗救助利用率(%)	门诊救助利用率(%)	住院救助利用率(%)
性别:	$\chi^2 = 0.923$ p = 0.337	$\chi^2 = 0.376$ p = 0.540	$\chi^2 = 0.174$ p = 0.676
男	26.1	17.9	11.6
女	30.5	20.3	13.0
受访居民身份:	$\chi^2 = 0.090$ p = 0.765	$\chi^2 = 1.023$ p = 0.312	$\chi^2 = 0.705$ p = 0.401
低保对象	28.9	22.2	12.2
其他救助对象	24.7	15.1	13.7
年龄:	$\chi^2 = 1.477$ p = 0.478	$\chi^2 = 2.657$ p = 0.265	$\chi^2 = 0.069$ p = 0.966
<40 岁	22.5	15.0	11.7
40 – 60 岁	28.4	21.6	12.4
≥60 岁	28.3	23.9	13.0
是否在业:	$\chi^2 = 2.419$ p = 0.120	$\chi^2 = 0.300$ p = 0.584	$\chi^2 = 0.215$ p = 0.643
在业	39.0	24.4	9.8
不在业	27.4	20.7	12.2
医疗保障:	$\chi^2 = 8.565$ p = 0.014	$\chi^2 = 8.287$ p = 0.016	$\chi^2 = 4.191$ p = 0.123
城镇职工保险	16.7	9.5	8.3
其他保障	50.0	30.0	30.0
无任何保障	30.3	23.4	12.4
文化程度:	$\chi^2 = 0.466$ p = 0.926	$\chi^2 = 0.730$ p = 0.866	$\chi^2 = 0.737$ p = 0.864
小学及以下	30.2	23.3	14.0
初中	26.4	19.0	10.4
高中、中专	28.3	21.3	12.6
大专及以上	25.0	25.0	12.5
健康状况:	$\chi^2 = 22.932$ p = 0.000	$\chi^2 = 12.401$ p = 0.006	$\chi^2 = 19.127$ p = 0.000
很好	4.8	4.8	0.0
一般	16.1	13.1	2.9
不太好	30.1	19.4	15.1
很不好	38.3	27.8	17.3
人均月收入:	$\chi^2 = 44.057$ p = 0.000	$\chi^2 = 49.493$ p = 0.000	$\chi^2 = 7.349$ p = 0.025
≤400 元	12.3	7.4	6.2
400 – 500 元	26.1	16.4	14.5
>500 元	52.9	44.9	19.6
人均月医疗支出:	$\chi^2 = 39.858$ p = 0.000	$\chi^2 = 17.756$ p = 0.000	$\chi^2 = 24.483$ p = 0.000
≤50 元	12.9	10.0	5.2
50 – 100 元	23.0	20.7	6.4
100 – 150 元	44.5	32.0	17.9
150 – 300 元	45.6	33.8	19.7
>300 元	56.1	35.9	37.0

表4分析了各种影响因素对调查对象医疗救助利用率的影响,包括调查对象的性别、年龄、就业情况、文化程度、健康状况、医保形式、收入水平、医疗支出水平。

观察表中各因素的卡方检验结果可以看出,被调查者的性别、身份、年龄、就业情况、文化程度等因素对医疗救助的利用率影响不显著($P > 0.05$);而医疗保障形式、收入水平、健康状况、月医疗支出对医疗救助利用率的影响较大,统计分析显示影响具有显著型($P \leq 0.05$)。

具体来看,享受城镇职工基本医疗保险对象的医疗救助利用率明显低于无医疗保障和享受其他保障的对象。这里其他医疗保障包括公费医疗、商业保险等。其他医疗保障人群对各类医疗救助的利用率最高达到50%,这可能与其医疗保障程度较高、对卫生服务利用较多有一定的关系。

再从健康状况角度分析,由于身体健康的人对于各种医疗服务的需求相对较少,体现在医疗救助利用率上也较少;相反,对于健康状况不佳,如长期患病的人群对医疗服务的依赖较强,救助利用率也较高。表中健康状况很好的调查对象医疗救助利用率仅为4.8%,不及身体状况很不好的调查对象的1/9,住院救助利用率甚至为0。

从收入的角度来看,人均月收入与医疗救助利用率呈现正相关的关系,也就是人均月收入越高,医疗救助利用率也越高。表中月收入低于400元的调查对象医疗救助利用率还不到月收入500元以上的调查对象的1/4,而门诊救助、住院救助利用率分别仅约为收入500元以上组的1/3和1/6。这种情况表现出现今城市医疗救助服务的不公平和逆向转移问题,由于补贴比例、起付门槛等限制的存在,医疗救助资源的利用往往也是需要一定经济基础和成本的,医疗救助资源更多地被贫困人口中的相对富裕者所利用。

月人均医疗费用支出是体现调查对象健康状况和患病状况的侧面指标,健康状况越差,所患疾病也就越严重,对医疗服务的认知和利用也就越多,相对医疗费用支出也越多。这种正比的依存关系充分说明了医疗服务利用与医疗救助的相互联系,对医疗服务利用的影响都将直接或间接影响医疗救助的利

用。

五、完善天津市城市贫困人口医疗救助的对策建议

1. 扩大医疗救助覆盖范围。可以把贫困化分为三个等级,从而确定不同的救助额度。对绝对贫困可以按医疗补偿标准的100%给付;对二等贫困可以按医疗补偿标准的80%给付;对相对贫困可以按医疗补偿标准的60%给付^[15]。梯状等级贫困评估体系,既能体现医疗救助的共济性,同时体现医疗服务公平性。由此,可以将医疗救助的覆盖范围由低保对象有效扩大到其他低保边缘群体,将天津市一部分流动人口、暂住人口、贫困学生等由于特殊原因导致贫困的人群及家庭,纳入到医疗救助范围之内。

2. 拓宽医疗救助筹资渠道。在逐步扩大政府卫生事业的财政投入,尽快实现财政单列,专项资金用于医疗救助的同时,还应该广泛发动社会各界力量开展医疗救助。一是要完善天津市慈善公益事业、相应的激励机制、捐赠登记管理以及捐赠的监督机制,鼓励开展医疗救助的慈善捐赠活动;二是鼓励企业内部设立形式多样的医疗救助基金会,对他们为医疗救助事业所做的贡献予以肯定及表彰;三是在彩票公益金分配时,要提升医疗救助在公共项目中的位置,由立法机关对公益金流向医疗救助的比例进行界定说明。

3. 简化申请程序和报销程序。天津市民政局应该尽可能地简化申请程序和报销程序,与社保局、卫生局加强沟通,实现数据网络化管理,方便医疗救助对象的申请与报销;此外,政府应采取各种宣传形式,用通俗易懂的语言和方式讲解医疗救助的各项具体政策,使贫困人口了解医疗救助的申请程序、救助标准、救助方式、救助范围等,真正从群众的利益出发,最大限度发挥医疗救助的功能。

4. 优化医疗费用结算方法。天津市应以《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》作为参考,结合实际的发展情况,尽快优化费用结算方式,使医疗救助实施效率进一步提高。此外,也可以借鉴浙江省海盐县医疗费用结算采用的“三合一”模式。这种报销医药费用的模式依托新型农村合作医疗的管理信息系统,该系统联网医院、社区卫生服务机

构,这样只要在软件系统中进行一次操作,即可完成对医疗救助对象医疗费用的及时报销。

5. 发挥社区卫生服务机构的主导作用。社区卫生服务是以社区为依托,基层卫生机构为主体,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务于一体的基层卫生服务。社区卫生服务机构使居民能够在方便地获得医疗卫生服务的同时还降低了直接和间接医疗费用。社区卫生人员深入社区,可以加强宣传让居民更多地了解社区卫生服务。社区卫生服务在地理位置、服务技术、社会心理以及经济等方面保证了贫困人口对基本医疗卫生资源和卫生服务的可及性。

6. 完善医疗救助评价机制。对医疗救助整个实施过程进行动态、科学地质量评价将有利于医疗救助资金发挥最大效用,从而可以保证医疗救助的实施效果。医疗救助评价体系应该兼顾公平与效率,可以从制定医疗救助政策方案、政策执行过程和政策执行效果三个层面分别开展^[16]。

7. 预防优先、防治结合。天津市城市贫困人口的医疗救助过程中,必须纠正过去以大病救助、疾病诊治为主要内容的做法,而是应该转移到以疾病预防的方面为主。

8. 强化医疗救助管理部门之间的协调。天津市城市医疗救助的实施主体基本上都是以民政部门为主导,财政局、卫生局、劳动和社会保障局等其他相关部门配合。在多部门共同管理的条件下,管理部门之间更加需要相互沟通,从而建立有机协调与统一管理机制,逐步实现科学、合理的管理平台,做好资源管理的整合与共享,对医疗救助实施的质量和效果定期评价与全程监督,发挥医疗救助对城市贫困人口最后一道安全网的保障作用,使有限的医疗救助资金达到最合理的使用。

【注】

①医院按其功能、任务不同划分:一级医院:是直接向一定人口的社区提供医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院;二级医院:是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担

一定教学、科研任务的地区性医院;三级医院:是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教育、科研任务的区域性以上的医院。

参考文献:

- [1]阿弗里德·马歇尔. 经济学原理[M]. 北京:华夏出版社, 2005.
- [2]亚瑟·赛斯尔·庇古. 福利经济学[M]. 上海:上海财经大学出版社, 2009.
- [3]陈小律. 英国福利制度的由来与发展[M]. 南京:南京大学出版社, 1996.
- [4]张太海,程茂金等. 关于城镇弱势群体医疗保障问题的探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2003,(03).
- [5]杜克琳,张开宁. 贫困人群医疗救助——理论、案例及其操作指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002.
- [6]关信平. 城市贫困人群社会救助政策及效果研究[J]. 中国卫生经济, 2003,(05).
- [7]李超宝,林爱华. 广州市贫困人口医疗救助发展状况及其政策建议[J]. 中国社会医学杂志, 2012,(02).
- [8]张海峰. 医疗救助中的政府责任及其实现机制[J]. 长江大学学报(社会科学版), 2013,(04).
- [9]天津市卫生局. 2011年天津市卫生事业发展情况[R]. 天津:天津市卫生局, 2011.
- [10]国际在线. 天津出台城市医疗救助制度试点工作方案[EB/OL]. www.crionline.cn, 2006-07-19.
- [11]崔宪伟. 大额医疗救助上限升至20万[N]. 天津日报, 2006-08-31.
- [12]中国政府网. 天津:医疗救助制度坚持首诊在社区制度[EB/OL]. 中央政府门户网站, 2006-10-27.
- [13]李海燕,李茜,徐杨. “三无”人员五保户医疗救助最高200元[EB/OL]. 天津网, 2010-08-04.
- [14]天津市民政局. 天津市进一步完善城乡医疗救助制度[EB/OL]. 天津网, 2009-03-04.
- [15]谢曙. 应当建立社会救助贫困评估体系[EB/OL]. 民政部网站, 2008-04-16.
- [16]卢祖洵. 社会医疗保险学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007.

(责任编辑:刘 军)