

新农合患者大病医疗救助水平分析

——以湖北省 A 地和贵州省 B 地为例

罗会秋 吴姝德 李聪 李云飞 潘瑶 项莉

(华中科技大学同济医学院)

摘要: 目的: 分析 A、B 两地大病医疗救助情况, 为提高大病医疗救助水平和保障效果提出可行性建议。方法: 选取湖北省 A 地和贵州省 B 地, 2013 年通过现场调查获取问卷 872 份, 分析大病医疗救助受益患者的概况, 计算救助前后年度自付费用以及灾难性卫生支出发生率、相对差距。结果: 大病医疗救助对患者经济负担缓解作用有限; 目前大病医疗救助政策救助比偏低, 救助范围较窄, 非五保、低保大病患者救助起付线高且年救助封顶线低, 导致实际救助比远低于政策救助比。结论: 逐步拓宽大病患者合规费用救助范围并提高救助比; 做好大病医疗救助与大病医疗保险、基本医疗保险的有效衔接; 将大病门诊自付费用纳入大病医疗救助范围。

关键词: 大病医疗救助, 救助水平, 新农合

2009 年, 民政部等四部委下发《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》, 标志着我国医疗救助制度改革进入新阶段。[1]医疗救助作为医疗保障体系重要组成部分, 是整个医疗保障体系的最后防线。[2]目前各地普通医疗救助体系已基本建立起来, 随着现行大病医疗保险的推进, 大病医疗救助日趋受到关注。2012 年, 民政部等四部门联合发布《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》, 确定了 273 个试点地区, 对大病医疗救助的相关政策措施、管理体制和运行机制进行试点。十八届三中全会进一步明确提出加快健全大病医疗保险和救助制度。为加强大病保障水平, 提高联合保障效应, 各地在出台大病医保政策的同时出台了大病医疗救助政策。本文通过分析大病医疗救助现况, 为提高救助水平和保障效果提出可行性建议。

1 资料与方法

1.1 调查对象

调查以经济发展水平为标准, 在中西部地区分别选取湖北省 A 地和贵州省 B 地, 根据新农合信息库, 选出 2013 年出院的大病患者(年度自付医疗费用高于当地年人均纯收入的患者), 从中随机选取五个乡镇(其中一个乡作为备选), 根据各乡患者人数, 实行按比例规模整群抽样(PPS)。最终得到有效问卷 872 份(A 地 472 份, B 地 400 份), 其中大病医疗救助受益患者 258 人(A 地 134 人, B 地 124 人)。

对 A、B 两地区的医保、民政部门负责人进行访谈, 对基本医疗保险、大病医疗保险、大病医疗救助等相关情况进行了解。对大病患者进行焦点小组访谈, 了解其费用、报销和救助相

关情况。

1.2 调查内容

调查内容包括患者基本社会人口学特征，住院及费用情况(包括就诊机构、医疗总费用、自付费用等)，两周就诊及费用情况(包括就诊机构、总医疗费用、自付费用等)，家庭收支情况(其中的食品支出和医疗费用支出)，是否为五保/低保对象，大病医疗救助情况等。

1.3 数据分析

运用 NVivo8 对定性资料进行整理分析。构建定性资料分析框架，对内容进行梳理。

采用 EpiData3.1 对搜集的数据进行双录入，导入 Excel2010 中进行数据处理，并用 SPSS13.0 进行统计分析。

1.4 指标界定

(1)大病救助覆盖率反映大病医疗救助覆盖对象范围的广度。

大病救助覆盖率=救助人数/总调查人数

(2)救助比是指大病医疗救助的实际救助比，反映大病医疗救助水平。

救助比=救助金额/患者自付费用

(3)灾难性卫生支出发生率是指发生灾难性卫生支出家庭数占全部样本家庭数的比例，反映灾难性卫生支出的广度。本研究将家庭自付医疗卫生费用占家庭非食品消费性支出的比例超过 40%作为灾难性卫生支出界定标准。[3]

(4)灾难性卫生支出的相对差距反映灾难性卫生支出对灾难性卫生支出家庭生活水平的打击程度。[4]

本文运用反事实分析法，假设没有大病医疗救助时，其他条件保持不变。分别计算大病医疗救助前后大病患者灾难性卫生支出发生率和灾难性卫生支出相对差距。

具体公式为：建立变量 m_i ： $m_i = P_i - Q_i$

P_i 表示卫生支出占家庭非食品性支出的比重， Q_i 表示灾难性卫生支出的临界标准。且当 $P_i < Q_i$ 时使得 $m_i = 0$

$$G = \sum_{i=1}^n m_i / N_i$$

G 表示灾难性卫生支出相对差距， $\sum_{i=1}^n m_i$ 表示发生灾难性卫生支出的累积差距， N_i 表示发生灾难性卫生支出的家庭数。

2 结果

2.1 基本情况

2013 年,A 地人口数为 150 万,B 地人口数为 25 万。A、B 两地农民人均纯收入分别为 10255 元和 6999 元,A 地经济水平高于 B 地。A 地交通便利,B 地交通相对闭塞,A 地县(市)外就诊的地理可及性远好于 B 地。A、B 两地救助资金的来源基本相同,均为上级医疗救助补助资金、县(市)级财政、福利彩票公益金、社会捐赠、以及按规定可用于医疗救助的其他资金。A、B 两地财政均是按每人每年 1 元的标准安排大病医疗救助专项资金,A 地人口数约为 B 地的 6 倍,加上 A 地提取福利彩票公益金的 20%纳入大病医疗救助统筹使用,而 B 地只提取福利彩票公益金的 10%纳入大病医疗救助统筹使用,救助资金的总额,A 地高于 B 地。

2.2 大病医疗救助政策

A、B 两地大病医疗救助政策实施时间均为 2012 年。A 地只救助五保/低保、低收入对象,且只覆盖国家 2012 年规定的 20 个病种,B 地大病医疗救助不局限于五保/低保、低收入对象,也不局限于病种,只要医疗保险专家鉴定小组认定的疑难重症疾病均纳入救助范围。A 地只救助住院患者,而 B 地救助包括门诊和住院患者。为了防止过度医疗,A、B 两地救助范围都限于医保可报销范围内自付费用(A 地儿童先心病/急性白血病除外)。政策文件及访谈资料整理内容具体见表 1。

表1 A、B两地大病医疗救助政策

分类	项目	A	B
住院救助	起付线	儿童先心病、乳腺癌等15种疾病无起付线;血友病、1型糖尿病等5种疾病五保/低保患者无起付线,低收入患者起付线为2万元	对特殊原因致使家庭生活困难的人员,起付线为3万元,其他类型救助对象无起付线。
	封顶线	儿童先心病、乳腺癌等15种疾病五保患者1万元/年,低保/低收入患者8000元/年;血友病、1型糖尿病等5种疾病,五保/低保对象2~3万元/年;低收入对象: C≥5万,1.5万元/年; 2万≤C<5万,7000元/年	3~5万元/年
	救助范围	儿童先心病/急性白血病为总自付费用;其他疾病为医保可报销范围内自付费用	均为医保可报销范围内自付费用
	救助比	儿童先心病20%~25%;儿童急性白血病10%~20%;宫颈癌、乳腺癌等13种疾病60%~100%;血友病、1型糖尿病等5种疾病,五保/低保对象70%,低收入对象: C≥5万,对超出部分按60%救助,2万≤C<5万,按15%救助	对特殊原因致使家庭生活困难,单次住院个人自付费用在3万元以上的: 3万≤C<5万,10%; 5万≤C<10万,20%; 10万及以上,一次性救助3万元;其他救助对象,按60%~100%救助
门诊救助	救助比	无	恶性肿瘤、肾衰等17种病种: 50%;其他疾病: 60%~100%
	封顶线		恶性肿瘤、肾衰等17种病种: 2万元/年,其他疾病: 500元/年~1000元/年

注: 1. 起付线费用是指可报销范围内自付费用;

2. C 表示自付费用;

3. A、B 两地在县(市)级医院就诊,实行一站式结算,县(市)外医院就诊,则实行医后救助。其中,湖北省 A 地针对某些病种,与市外医院签署协议,患特殊病种的大病患者在 A 地签署协议的市外医院就诊,大病医疗救助也可以一站式结算。大病患者基本都有市外就诊经历,大病医疗救助主要为医后救助,无法与大病医疗保险/基本医疗保险无缝衔接。

2.3 数据分析

2.3.1 大病医疗救助受益人群概况

对获得大病医疗救助的 258 位受益患者进行分析，因为 A、B 两地对不同救助对象实行分类救助，五保/低保大病患者救助政策比远高于其他救助对象，所以进行分类分析(表 2)。

表2 大病救助受益人群信息

地区	分类	人数(人)	超救助封顶线人数(人)	家庭收入(元)	患者自付费用(元)		救助覆盖率(%)	救助金额(元)	救助比(%)
					救助前	救助后			
A	五保/低保患者	46	0	22279	30310	25761	29	4529	14.9
	低收入患者	88	8	26747	41351	38056		3295	8.0
	合计	134	8	25258	37561	33842		3719	9.9
B	五保/低保患者	31	0	22139	28940	22647	31	6294	21.7
	其他患者	93	2	28239	37466	30589		6877	18.4
	合计	124	2	26714	35334	28603		6731	19.0

A、B 两地受益人群家庭收入均较低(非参数检验，Mann-Whitney U 检验，P 值为 0.409)。救助后，A、B 两地患者自付费用均下降，但是 A 地救助前后患者自付费用差异无统计学意义，而 B 地有统计学意义(非参数检验，P 值分别为 0.155 和 0.013)。A、B 两地救助覆盖率均较低，为 30%左右，救助比偏低，A 地为 10%，B 地为 19%，救助比 B 地远高于 A 地。A、B 两地五保/低保患者自付费用均低于其他类型救助患者，救助比均高于其他类型救助患者。

2.3.2 A 地大病医疗救助受益人群中儿童先心/急性白血病患者概况

A 地对于儿童先心病/急性白血病按总自付费用予以救助，其他疾病均是在可报销范围内自付费用予以救助。大病救助费用范围对救助水平产生直接影响，为此，对湖北省 A 地儿童先心病/急性白血病患者大病医疗救助情况进行分析。A 地 134 人中有 3 人为儿童先心病/急性白血病，救助金额为 6 433 元，实际救助比为 28.5%，远高于总体患者。

2.3.3 大病医疗救助受益人群灾难性卫生支出情况

将大病医疗救助受益患者的家庭收入、医疗卫生支出指标带入公式，计算受益人群灾难性卫生支出发生率和相对差距(表 3)。

表3 受益人群灾难性卫生支出发生率和相对差距

地区	灾难性卫生支出发生率(%)		下降程度	灾难性卫生支出相对差距		下降程度
	医疗救助前	医疗救助后		医疗救助前	医疗救助后	
A	91.0	89.6	1.4	6.2	5.8	0.4
B	96.0	96.0	0	6.4	5.6	0.8

A、B 两地灾难性卫生支出发生率均较高，相对差距较小，无论发生率还是相对差距均是 B 地高于 A 地(经卡方检验 P 值为 0.016)。救助后，A 地灾难性卫生支出发生率下降(经卡方检验 P 值为 0.529，无统计学意义)，B 地无变化。灾难性卫生支出相对差距下降，下降幅度 B 地高于 A 地。

3 讨论

3.1 大病医疗救助患者负担仍然沉重，救助对患者经济负担缓解作用有限

救助后，中西部地区大病患者自付费用依然高昂，灾难性卫生支出发生率居高不下，灾难性卫生支出相对差距下降程度不明显。其原因，一是大病医疗救助水平偏低。五保/低保患者救助比例相对较高，但 A 地低收入患者自付费用为 2 万~5 万的救助比仅为 15%，而 B 地对特殊原因致使家庭生活困难的人员，自付费用在 3 万~10 万的大病患者，救助比也仅为 10%~20%。二是目前基本医疗保险和大病医疗保险保障水平偏低，经基本医疗保险和大病医疗保险报销后，大病患者自付费用依然很高(救助前患者自付费用均值为 35 334 元)。医疗救助本身处于补充地位，大病医疗救助只能在一定程度上提高联合保障效应，仅依靠大病医疗救助难以从根本上缓解大病患者疾病经济负担。

3.2 大病医疗救助水平偏低的原因

3.2.1 救助比偏低

大病医疗救助政策救助比偏低，加之，大病医疗救助对不同救助对象分别设置了起付线和封顶线，而且起付线费用局限于可报销范围内自付费用。A 地对低收入大病患者起付线为 2 万元，B 地对于特殊原因致使家庭生活困难的人员救助起付线为 3 万元，较高的起付线，降低了患者的费用基数，导致实际救助额度有限。A 地自付费用在 2 万~5 万低收入患者封顶线仅为 7000 元，低收入患者中超过封顶线的达 8 人，占低收入受益患者总数的 10%。偏高的起付线和较低的封顶线，导致实际救助比远低于原本就偏低的政策救助比。

3.2.2 救助范围较窄

大病医疗救助费用范围仅为医保可报销范围内自付费用(A 地儿童先心病/急性白血病除外)，但目前医保目录较窄，而大病患者的病情复杂，较多费用项目不在医保可报销范围内，导致救助基数变小，影响救助水平。在访谈中了解到，把救助范围规定为医保可报销范围内自付费用主要是为了防止过度医疗。湖北 A 地儿童先心病/急性白血病救助模式为后期拓宽救助费用范围提供有益借鉴。对大病患者的合规费用，可以考虑逐步拓宽救助范围。然而，快速扩大救助范围可能会带来基金安全问题。同时，福利具有不可逆性，这样也会对后期政策的持续性带来不良影响。

3.2.3 缺乏门诊费用救助

A、B 两地政策救助比例相差不大，且 A 地救助资金总额高于 B 地，大病医疗救助受益患者人数接近，但 B 地救助水平高于 A 地，其中一个重要原因是 B 地把某些重大病种的门诊费用纳入救助范围。大病患者病情复杂，迁延反复，门诊经济负担沉重。从访谈资料中得知，某些癌症患者门诊费用甚至高于住院费用。目前基本医疗保险对门诊费用保障水平偏低，虽然已有慢病门诊统筹，但其覆盖范围较窄。世界卫生组织曾对灾难性卫生支出的动因作了测算[5]，中国的家庭总自付费用对灾难性医疗支出发生率贡献为 14.39%，其中住院费用的发生率贡献为 1.65%，门诊费用发生率贡献为 5.00%，门诊费用已经成为导致患者发生灾难性卫生支出的重要原因。

4 建议

4.1 对大病患者合规费用逐步拓宽救助范围并提高救助比

遵循循序渐进原则，逐步拓宽大病患者合规费用的救助范围。在大病患者合规自付费用纳入大病医疗保险可报销范围的地区，可以试行与大病医疗保险一致的救助范围，对大病救助对象的合规自付费用均予以一定比例救助。在大病保险报销范围未拓宽至合规费用的地区，可以从临床技术成熟、治疗成本效果好，推行临床路径的大病病种着手，与目前各地公立医院改革推行临床路径相结合，先试行拓宽此类病种的救助范围。此外，根据筹资水平逐步提高大病救助比例，特别是五保/低保对象以外的低收入人群，应适度降低起付线、提高封顶线。

4.2 做好大病医疗救助与大病医疗保险/基本医疗保险的有效衔接

进一步完善大病医疗救助与大病医疗保险/基本医疗保险之间的有效衔接。[6-8]逐步提高大病医疗救助的水平和大病医疗保险/基本医疗保险保障水平。大病医疗救助与大病医疗保险/基本医疗保险多措并举，提高联合保障效应，有效缓解大病患者疾病经济负担。

4.3 将合规门诊自付费用纳入大病医疗救助范围

大病一般迁延反复，门诊治疗周期长，为缓解患者疾病经济负担，应把大病患者门诊自付费用纳入大病医疗救助范围。各地区根据实际情况可以选择不同纳入形式，一是把门诊和住院自付费用一起打包纳入救助范围，制定救助比和年封顶线；二是门诊和住院分开，分别制定不同的救助比和年封顶线。

参考文献：

[1]邓练兵，徐宁，王保真.我国城乡地区医疗救助政策分析及改进[J].中国卫生经济，2010，29(5)：36-39.

[2]冯芮华，姚岚.城市医疗救助对象疾病经济负担与风险的影响因素研究[J].中国卫生经济，2010，29(3)：32-34.

[3]Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure[J]. Bulletin of the World Health

Organization, 2002, 80(8): 612-612.

[4]闫菊娥, 郝妮娜, 廖胜敏, 等. 新医改前后农村家庭灾难性卫生支出变化及影响因素——基于陕西省眉县的抽样调查[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(2): 30-33.

[5]Saksena P, Xu K, Duraira V. The drivers of catastrophic expenditure: outpatient serices, hospitalization or medicines[EB/OL]. (2011-11-12)[2015-01-01]. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/21whr-bp.pdf>

[6]高建民, 卢丽, 石福妹, 等. 新型农村合作医疗与医疗救助制度衔接实施状况研究[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(6): 52-54.

[7]胡敏, 陈文. 上海市城市弱势群体医疗保障制度的现状、挑战与对策[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(3): 10-15.

[8]陈家应, 林振平. 农村医疗救助与新型农村合作医疗制度衔接机制研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(2): 6-10.