

城镇居民医疗保险收入再分配效应研究:基于江苏省的实证调查分析[△]

曹 阳*,宋 文,文秋香,宋亚红,李 玥(中国药科大学医药产业发展研究中心,南京 211198)

中图分类号 R197 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2014)12-1070-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2014.12.05

摘 要 目的:探讨我国城镇居民医疗保险收入再分配效应,为政府制定医疗保障政策提供参考。方法:对江苏省南京、扬州、淮安的城镇居民进行问卷调查,研究医疗补贴在不同收入人群间的分布,运用 Logistic 回归分析方法测算居民获得医疗补贴的影响因素。结果:南京的城镇居民医疗保险收入再分配效应发挥相对好于扬州和淮安;年龄、健康状况、收入水平、对医保的了解程度和地区等因素会影响居民是否获得医疗补贴。结论:政府与市场协调,加大对弱势群体的保障和补助;重视预防保健,提高医疗补贴的补偿效率;开展好门诊大病统筹;加大医保政策的宣传等,有利于使城镇居民医疗保险更好地发挥收入再分配效应。

关键词 城镇居民医疗保险;收入再分配效应;江苏省;调查分析

Investigation and Analysis of Income Redistribution Effects of Medical Insurance for Urban Residents-based on an Empirical Investigation in Jiangsu Province

CAO Yang, SONG Wen, WEN Qiu-xiang, SONG Ya-hong, LI Yue (Medical and Pharmaceutical Industry Development Research Center, China Pharmaceutical University, Nanjing 211198, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To explore the income redistribution effect of medical insurance for urban residents in China, and to provide reference the formulation of medical insurance policies. METHODS: The questionnaire survey was conducted among urban residents from Nanjing, Yangzhou and Huai'an to discuss the distribution of medical reimbursement for medical expenses among different income groups; Logistic regression analysis was used to estimate the influential factor of residents to obtain medical compensation. RESULTS: The income redistribution effect of medical insurance for urban residents in Nanjing was relatively better than in Yangzhou and Huai'an; the influential factors of medical reimbursement for medical expenses contained age, health situation, income level, the understanding of medical insurance and region, etc. CONCLUSIONS: In order to make medical insurance for urban residents to exert the income redistributive effects, government should cooperate with the market to protect low-income groups to get medical services, improve financing mechanisms, pay attention to prevention and health care, improve the efficiency of medical reimbursement for medical expenses, carry out outpatient comprehensive arrangement for serious disease and reinforce advocacy for health insurance.

KEYWORDS Medical insurance for urban residents; Income redistributive effect; Jiangsu province; Investigation and analysis

九三学社的提案称,我国收入最高的10%的群体和收入最低的10%的群体的收入差距巨大,从1988年的7.3倍上升到了2007年的23倍。政府指出要深化收入分配改革,缩小收入差距。社会保障制度的最大作用是调节功能,将不同群体的待遇差别控制在社会公认的合理范围之内并尽可能缩小这种差距。医疗保障是社会保障制度的一部分,也应起到这种作用。医疗保障制度的收入再分配效应指通过医疗保障的制度安排缩小初次分配造成的社会群体的收入差距。当2004年全国其他省份还在试点期,江苏省就率先实现了城镇居民医疗保险(简称“医保”)制度的全覆盖。所以,笔者选择江苏省为对象,研究其城镇居民医保对参保人收入差距的影响,即其收入再分配效应的发挥情况。

1 对象与方法

1.1 调查地点与背景

按经济发展水平,苏南、苏中、苏北分别代表着江苏省较

发达、中等发达和欠发达3种经济发展水平^[1]。本研究分别选取南京、扬州、淮安作为苏南、苏中、苏北的代表城市。研究三地城镇居民医保收入再分配效应,首先要研究其筹资和补偿政策。

筹资方面,江苏省城镇居民医保采取个人缴费与财政补助相结合,财政补贴向困难群体倾斜的筹集方式。筹资标准在地区间差别明显,南京、扬州、淮安的筹资标准依次递减。三地筹资标准的共同点是:对于不同群体有不同标准,并且低收入的特殊群体的医保费用100%由政府承担。

补偿方面,江苏省规定以大病统筹为主,重点解决住院和门诊大病医疗费用。在门诊大病补偿上,南京更是取消了起付线,纳入了尿毒症透析、恶性肿瘤放疗等共6种大病,一些贫困、重病的人群得到了更多的补偿^[2]。相比之下,淮安和扬州实行门诊统筹稍晚,有些门诊大病不能保障。而且,南京无论报销水平还是报销范围都优于淮安和扬州。

1.2 调查设计与对象

把每个样本城市的区(县)按《2012年江苏统计年鉴》的GDP水平排序,等距抽取3个区(县)。在每个样本区(县)里,

△ 基金项目:教育部人文社会科学研究项目(No.13YJA630003)

* 副教授,博士。研究方向:医药产业经济及政策。电话:025-86633895。E-mail:caoyang6926@sina.com

按收入水平排序,等距随机抽取作为样本的家庭。调查人员进行入户访谈和问卷调查。调查时间为2013年7月。共发放问卷600份,南京、扬州、淮安各200份,回收有效问卷593份,有效回收率为98.83%。

本研究采用的安德森行为模型是国外研究医疗服务利用所广泛采用的模型^[3-4]。决定医疗服务利用的因素主要包括三类变量——先定变量、使能变量和需求变量。其中,先定变量与个体先天性因素有关,包括年龄、性别等;使能变量与个体的经济状况相关,包括收入、教育程度等;需求变量与个体健康状况有关,尤其是指大病和慢性病情。依据安德森行为模型,本文设计的变量为:先定变量(年龄、性别)、使能变量(教育程度、家庭人均年收入)、需求变量(个人健康自评、慢性病情),外加就医行为变量(医疗费用支出、医疗补偿)、影响报销的因素变量(对医保了解程度)、地区虚拟变量。

2 结果与实证分析

2.1 医疗补贴在不同收入人群中的分布

通过观测收入水平与医疗补贴值的关系,来分析城镇居民医保是否起到了缩小收入差距的作用,即低收入人群是否得到了更多的补偿。本研究定义的自评健康状况变量为:与同龄人相比,非常好=1分,稍好一些=2分,差不多=3分,稍差一些=4分,很不好=5分。按收入五分组从高到低排列,观察不同组别的健康状况得分平均值和医疗支出的平均值以及得到医疗补贴的情况,结果详见表1。

表1 自评健康状况、医疗支出、医疗补贴与收入水平的关系
Tab 1 The relationship between income level, self-reported health status, medical expenses and medical reimbursement

人群分组	自评健康状况得分	医疗支出,元	医疗补贴,元
最贫困(20%)	2.67	1 255.56	380.07
次贫困(20%)	2.61	3 378.82	1 834.47
中间组(20%)	2.52	3 382.57	1 868.28
次富裕(20%)	2.54	1 879.99	1 034.60
最富裕(20%)	2.47	1 679.31	657.14

由表1可知,自评健康状况较差的是最贫困和次贫困两组,得分分别为2.67和2.61。最富裕组的健康状况最好。最贫困组的健康状况最差,但是其医疗支出却是最少的,相应得到的医疗补贴也是最少的。收入水平与自评健康状况有比较明显的关系,收入越高,自评健康状况相应越好。

医疗支出更多的是受自评健康状况的影响:健康状况较差则医疗支出较高。但是,最贫困人群仍然受到收入的约束,尽管自评健康较差,医疗支出并不高。

重点观测的医疗补贴主要受到医疗支出的影响,发生的医疗支出越多,获得的医疗补贴越多。除了最贫困组,其他4组的大致规律是收入越低的组获得的医疗补贴值越多。说明调查地区的城镇居民医保对缩小收入差距起到了一定的作用,但是贫困人群得到的医疗补贴仍然较少。

南京、扬州、淮安三地的医疗补贴在不同收入人群间分布的百分比情况详见表2。

由表2可知,南京受益最多的两组是次贫困组和中间组,最贫困组也受益较多,其医保收入再分配效应发挥得相对较好。而淮安受益最多的是次富裕组,扬州受益最多的是最富裕组,都不是贫困人群。本研究从筹资水平和筹资结构两方面来分析其原因。

表2 三地的医疗补贴在不同收入人群间分布的百分比(%)

Tab 2 The percentage of the distribution of the medical reimbursement among the different income groups in three cities(%)

人群分组	南京	扬州	淮安
最贫困(20%)	17.86	10.79	16.09
次贫困(20%)	23.07	15.43	19.14
中间组(20%)	25.63	20.88	25.54
次富裕(20%)	16.90	23.05	25.06
最富裕(20%)	16.54	24.85	14.17

首先,无论是筹资水平还是起付线、封顶线、报销比例,南京均优于扬州和淮安,可见南京城镇居民医保收入再分配效应发挥得最好。

其次,从2013年三地城镇居民医保的筹资结构来说,南京老年居民的自付比例(个人自付额度除以筹资额度)为50%,其他居民为39%,学生儿童为74%;扬州老年居民的自付比例为52%,一般居民为59%,学生儿童为22%;淮安只有一般居民和特殊人群之分,一般居民的自付比例为24%。一般情况下,个人自付比例越高,公平性越差^[6]。采取以个人自费为主的方式,将导致穷人可能会不合理地比富人承担更多的费用以换取健康^[6]。扬州的个人筹资比例比较高,所以其城镇居民医保收入再分配效应发挥得最不好;淮安的自付比例最低,所以其城镇居民医保收入再分配效应发挥比扬州要好一些。由于淮安的筹资水平很低:一般居民只有420元,远低于南京其他居民的720元和扬州的一般居民的680元,这可能是淮安城镇居民医保收入再分配效应发挥要比南京差的原因。

2.2 居民获得医疗补贴的影响因素分析

上文通过低收入居民是否得到更多的医疗补贴来分析城镇居民医保是否发挥了收入再分配效应。那么,居民是否得到医疗补贴与什么因素有关呢?了解了这些因素,就可以为低收入居民争取更多的医疗补贴。

2.2.1 建立模型 由于“居民是否得到医疗补贴”是一个非连续型的二分变量,本文选用二元Logistic回归模型,其公式为:

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \mu$$

式中, P 代表居民“有”医疗补贴的概率, $1-P$ 代表居民“没有”医疗补贴的概率, β_0 为常数项, X 为解释变量, β 为回归系数, n 为解释变量个数, μ 为随机误差项^[7]。

2.2.2 变量选取 据上文调查设计所述,本研究选取年龄 X_1 、性别 X_2 、教育程度 X_3 、个人健康自评 X_4 、家庭人均年收入 X_5 、缴费标准 X_6 、对医保了解程度 X_7 、地区虚拟变量 X_8 作为自变量。其中,家庭人均年收入是按照五分组放入模型的,能更清晰地看出各收入阶层是否得到医疗补贴。医保筹资补偿政策与医疗支出之间有很强的内生性,模型中放入影响医疗支出的因素变量,其结果会更加准确。确定“居民是否得到了医疗补贴”为被解释变量 Y , $Y=0$ 表示居民“没有”得到医疗补贴, $Y=1$ 表示居民“有”得到医疗补贴。各变量的描述性统计分析详见表3。

2.2.3 模型运行结果 采用SPSS17.0进行Logistic回归分析和参数检验。性别、受教育年限、缴费标准3个变量对因变量影响不显著,予以剔除。最终回归分析结果如表4所示,影响因素主要有年龄、自评健康情况、家庭人均年收入、对医保了解程度、地区。

表3 各变量的描述性统计分析

Tab 3 Descriptive statistics analysis of variables

变量	变量定义	均值	标准差
是否得到医疗补贴 Y	得到=1,没得到=0	0.45	0.48
年龄 X_1	实际年龄,周岁	40.07	16.92
性别 X_2	男=1,女=0	0.42	0.49
受教育年限 X_3	在正规学校受到正规教育的年限,年	11.88	3.90
自评健康情况 X_4	与同龄人相比:非常好=1,稍好一些=2,差不多=3,稍差一些=4,很不好=5	2.52	1.04
家庭人均年收入 X_5	过去一年家庭人均年收入,元	26 368.16	12 428.05
缴费标准 X_6	过去一年个人参加城镇居民医疗保险缴费标准,元	178.07	94.13
对医保了解程度 X_7	受访者对医保政策的了解程度:非常了解=1,比较了解=2,一般=3,不太了解=4,非常不了解=5	3.43	0.82
地区 X_8	南京=1,扬州=2,淮安=3	1.99	0.86
观测个数	593		

表4 Logistic回归分析结果

Tab 4 Results of Logistic regression analysis

变量	B	S.E	Wals	df	Sig.	Exp(B)
年龄 X_1	0.027	0.008	10.505	1	0.001	1.027
自评健康情况 X_4			22.915	4	0.000	
自评健康情况 $X_4(1)$	0.219	0.355	0.380	1	0.538	1.245
自评健康情况 $X_4(2)$	0.654	0.350	3.488	1	0.062	1.923
自评健康情况 $X_4(3)$	1.344	0.400	11.260	1	0.001	3.833
自评健康情况 $X_4(4)$	2.283	0.691	10.909	1	0.001	9.809
家庭人均年收入 X_5			7.922	4	0.094	
家庭人均年收入 $X_5(1)$	0.287	0.481	0.357	1	0.550	1.333
家庭人均年收入 $X_5(2)$	-0.139	0.505	0.075	1	0.784	0.870
家庭人均年收入 $X_5(3)$	0.718	0.562	1.635	1	0.201	2.051
家庭人均年收入 $X_5(4)$	0.873	0.649	1.807	1	0.179	2.393
对医保了解程度 X_7			6.093	4	0.099	
对医保了解程度 $X_7(1)$	-0.788	1.004	0.617	1	0.532	0.920
对医保了解程度 $X_7(2)$	-0.596	0.959	0.386	1	0.134	0.815
对医保了解程度 $X_7(3)$	-0.065	0.967	0.004	1	0.097	0.067
对医保了解程度 $X_7(4)$	-0.041	1.034	0.109	1	0.081	0.047
地区 X_8			43.288	2	0.000	
地区 $X_8(1)$	-1.471	0.311	36.145	1	0.000	0.354
地区 $X_8(2)$	-0.871	0.261	25.697	1	0.000	0.523
常量	-1.462	1.352	1.170	1	0.280	0.232

居民年龄 X_1 的估计的系数符号为正,说明年龄越大,得到医疗补贴的概率越大。

自评健康状况 X_4 的估计的系数均为正,说明健康状况越差,得到医疗补贴的概率越大。

家庭人均年收入 X_5 ,除了中间组的系数为负,其他估计的系数均为正。得到医疗补贴的发生比从小到大依次是中间组、最贫困组、次富裕组、次富裕组、最富裕组。可见,低收入人群并没有比高收入人群得到更多的医疗补贴的机会。从得到医疗补贴机会的角度,城镇居民医保还没有起到缩小收入差距的作用,收入再分配效应发挥得不好。

对医保了解程度 X_7 的估计的系数均为负,说明了解程度越高,得到的医疗补贴的概率越高。调查结果还显示,居民最多的是从电视网络等媒体上了解医保政策,但笔者认为媒体报道随机性强且不权威。

地区 X_8 的估计的系数均为负,说明南京的城镇居民得到

医疗补贴的概率高于扬州和淮安。扬州和淮安得到医疗补贴的发生比分别是南京的0.354和0.523倍,这与南京开展门诊大病统筹有关,由于慢性病已成为我国居民健康的一大威胁,慢性病人群的医疗支出越来越多,而南京对门诊大病可以给予补贴。

3 建议

3.1 政府与市场协调,加大对弱势群体的保障和补助

政府应把老人、儿童和经济困难群体作为医疗保障和补助的重点,加大资金投入,提高政府补贴比例,降低其自付比例,完善筹资结构。再有,印度政府会协同行业协会和非政府组织向较低收入群体、妇女以及重体力劳动者提供各种不同形式、保费低廉的非盈利性医疗保险计划,供参保人员根据经济状况自行选择^[8]。这为我国不同收入群体的医疗保障体系提供了一个思路,即政府与市场在医疗卫生服务体系中可以互相协调。

3.2 重视预防保健,提高医疗补贴的补偿效率

目前,我国的医保制度设计着眼于大病保障,生了病才有医疗补贴,缺乏对预防保健的保障。建议我国加快建设基层医疗卫生机构的步伐,使其起到应有的预防保健作用,及时发现小病及时医治,可在很大程度上节约医疗成本。实施部分产前服务免费、儿童免疫接种免费等政策,将政府投入补给最需要医疗服务的人群,从而获得较高的公平性。

3.3 制定合理的门诊统筹政策,开展门诊大病统筹

为了更好地发挥城镇居民医保收入再分配效应,缓解低收入居民的就医负担,居民医保的大病统筹+门诊统筹的补偿模式已成为必然趋势。对收入再分配效应的发挥起到关键作用的问题是门诊统筹的保障范围和优先次序:“保大”(门诊大病)还是“保小”(普通门诊)。南京的做法是“保大”,调查结果说明其城镇居民医保收入再分配效应发挥得比较好,这顺应了慢性病发病率逐年上升的趋势,更多地缓解了城镇居民中慢性病患者和重病患者的医疗负担。应按经济负担严重程度,将尿毒症、恶性肿瘤等医疗费用较高、疾病不易转归的重大疾病归为一类,将常见多发的糖尿病、高血压等一般慢性病归为一类,在起付线、补偿比例、封顶线各方面都区别对待,基金分配上兼顾高效公平,适度提高第一类重病的补偿水平^[9]。

3.4 拓宽宣传途径,加大医疗保险政策的宣传

调查结果表明,了解政策的居民更容易得到医疗补贴。由于医保政策与时俱进,不断变化,政府应及时更新医保部门的官方网站,发布最新最全面的信息,还要运用网络与居民互动交流。医院、社保中心做医保结算的地方也应张贴最新的医保政策。居民没有工作单位,社区和学校可以作为宣传的平台,社区居委会可以定期走访居民,答疑解惑,学校可以定期向学生讲解新政策。

参考文献

- [1] 谭晓婷.新型农村合作医疗制度的收入再分配效应研究[D].南京:南京农业大学,2010.
- [2] 杨风雷.江苏省非从业居民医疗保险制度评价与整合研究[D].杭州:浙江财经学院,2013.
- [3] Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States[J]. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 1973,51(1):95.
- [4] Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, et al. Explor-

江西省药品生产企业人员对药品不良反应监测认知情况的调查分析[△]

余超*,高菁#,周鹃,徐瑾,钟长鸣,万凯化,袁兴东,邓小云(江西省药品不良反应监测中心,南昌330046)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2014)12-1073-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2014.12.06

摘要 目的:了解药品生产企业人员对药品不良反应(ADR)监测的认知程度,为提高药品生产企业ADR监测工作质量提供参考。方法:采用分层抽样法,选取江西省11个地级市的88家药品生产企业,利用经本课题组改良的德尔菲(Delphi)法设计药品生产企业人员对ADR监测的认知度测评量表,对上述企业882名从业人员进行问卷调查,并对结果进行统计和分析。结果:共发放问卷882份,回收有效问卷882份,有效回收率为100.0%。药品生产企业人员的ADR监测认知总分为20.49~90.57分,平均为(53.37±11.31)分。多元线性逐步回归分析结果显示,受教育程度、企业类型、企业开展过ADR监测培训、职称、企业员工数量、上报过ADR监测年度汇总表、接受过ADR监测培训等7个因素与受访者对ADR监测的认知程度存在线性关系。结论:江西省药品生产企业人员对ADR监测的认知程度总体较低。增强从业人员的受教育程度和专业能力、加强专业人员的培训、强化企业内部培训,可能有助于提高其认知程度。

关键词 江西省;药品生产企业;药品不良反应监测;认知度评估;回归分析;调查

Investigation and Analysis of the Awareness of Pharmaceutical Enterprises Staff to ADR Monitoring in Jiangxi Province

YU Chao, GAO Jing, ZHOU Juan, XU Jin, ZHONG Chang-ming, WAN Kai-hua, YUAN Xing-dong, DENG Xiao-yun(Jiangxi Adverse Drug Reaction Monitoring Center, Nanchang 330046, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To understand the awareness of pharmaceutical enterprise staff to ADR monitoring, and to provide reference for the improvement of ADR monitoring in pharmaceutical enterprise. METHODS: Using stratified sampling method, 88 pharmaceutical enterprises were collected from 11 cities in Jiangxi province. Modified Delphi method was used to design awareness evaluation scale of ADR monitoring; questionnaire survey was carried out among 882 staffs, and then results were analyzed statistically. RESULTS: 882 questionnaires were sent out, and all questionnaires were available with effective recovery of 100.0%. The total awareness scores of pharmaceutical staff to ADR monitoring were 20.49-90.57, with average score of (53.37±11.31). A linear stepwise regression analysis indicated that factors such as education, types of enterprise, conducting the training, occupational title, the number of employees, having reported the annual summary table and participating in the training were closely linked with awareness of interviewee to ADR monitoring. CONCLUSIONS: Pharmaceutical enterprises staff have weak awareness to ADR monitoring on the whole. It is helpful to improve the cognitive degree of staff by improving the level of education and professionally abilities, enhancing the training of professional staff and training within industry.

KEYWORDS Jiangxi province; Pharmaceutical enterprises; ADR monitoring; Awareness evaluation; Regression analysis; Investigation

药品不良反应(ADR)监测,是指ADR的发现、报告、评价和控制的过程^[1]。药品生产企业因其最了解药品的质量研究、生产工艺、质量标准、稳定性、储运条件及包装等信息,可直接

从源头上判断、分析ADR发生的原因,因此在ADR监测上具有至关重要的作用^[2-4]。从2001年起,国家相继出台了一些关于建立ADR制度的法律法规,明确了药品生产企业具有开展

ing dimensions of access to medical care[J]. *Health Serv Res*, 1983, 18(1):49.

[5] 李天平,吴斌,许尉.四川省城乡居民大病保险合规医疗费用界定研究(一):2011年城乡居民就医诊疗及医疗保险报销情况分析[J]. *中国药房*, 2013, 24(36):3 361.

△基金项目:江西省软科学研究计划项目(No. 20122BBA10109)

*医师,硕士。研究方向:药物流行病学。E-mail: yuchao9@gmail.com

#通信作者:主任药师,硕士研究生导师。研究方向:药物流行病学。E-mail: gaojing1209@163.com

[6] 尼古拉斯·巴尔.福利国家经济学[M].郑秉文,穆怀申,译.北京:中国劳动社会保障出版社,2003:45-47.

[7] 薛薇.SPSS统计分析方法及应用[M].北京:电子工业出版社,2009:282.

[8] 李琼.印度医疗保障体系公平性分析[J]. *经济评论*, 2009(4):120.

[9] 陆筱聪,项莉,王丽莉.居民医保门诊大病统筹的补偿之道[J]. *中国社会保障*, 2011(9):79.

(收稿日期:2013-10-09 修回日期:2014-01-27)