

完善社会医疗保障的政策工具选择

——基于城乡居民医保整合的实证研究

□ 高秋明 王 震

[摘要]随着社会医疗保障的目标由单一待遇水平提高转向全方位实际保障程度提升,相应完善制度的工具也需要脱离目前单一依赖参数调节的状况。正在推行的城乡居民医保整合作为十年来最重大的医保结构性改革,提供了一个汇集多种政策工具共同作用的范例。通过对主要医保政策措施进行梳理和归类,继而以城乡居民医保整合为背景,使用样本城市数据分离各工具的实际作用效果并进行比较。研究结果显示,下一步制度完善可以从纳入更多的非参数手段,以及推出面向多类特定人群的针对性措施来着手,推动医疗保障制度的精细化和精准化转型。

[关键词]社会医疗保障 城乡居民医保整合 政策工具

[中图分类号] F062.6 [文献标识码] A [文章编号] 1006-6470(2019)04-0063-06

[作者简介]高秋明,中国政法大学商学院讲师;王震,中国社会科学院经济研究所研究员

引言

二十年来我国医疗卫生领域的一大成就是从无到有建立了覆盖全体国民的医疗保障制度。城镇职工医疗保险、新型农村合作医疗以及城镇居民医疗保险组成护卫人民健康的重要基石,也成为实施健康中国战略的强大基础。而随着2019年新农合和城镇居民医保城乡整合的完成,医疗保障在现有政策框架下的名义水平已到达高位。如何完善和提升实际保障水平成为下一步政策关注的目标。2019年国家医疗保障局的组建进一步显示了这一方向改革的预期。

为适应目标转变,完善社会医疗保障的政策措施也需要做出相应调整。过去保障水平的提升长期

依赖报销比例调整这一单一手段。国家有关部委在历年指导居民医保(新农合)工作的通知中,均将报销比例标准列为关键目标。逐年的累积在改善居民待遇水平上发挥了重要作用,但随着提高空间的缩小这一工具的应用也面临制约。而从单一工具转向多样化的政策组合,首先需要对各类潜在工具的作用范围和作用效果有清晰的理解。

在这方面,城乡居民医保整合提供了一些有益借鉴。作为2008年以来医保体系的一次重大结构性改革,城乡居民医保整合立足实现城乡保障均等化,在拉平两类居民待遇的过程中涉及多方面的因素调整。本文以某大型城市为样本,借助其整合制度设计来识别各类政策工具,分析其作用效果并比较,从中析出有效的工具建议。本文的研究可为下

收稿日期 2019-07-11

本文系国家自然科学基金项目“基于医保赔付数据的不合理医疗支出构成及约束机制研究”(项目编号:17CGL035)的阶段性研究成果。

一步完善社会医疗保障的政策制定提供参考。

一、社会医疗保障政策工具分类

可以将影响社会医疗保障水平的因素归为三类,分别是参数因素、非参数因素和覆盖人群。对该类因素进行的调整即构成一类医保政策工具。

1. 参数工具

医疗保险补偿制度的三个核心参数是起付线、报销比例以及封顶线。起付线是指纳入医保报销范围的费用在进入报销程序前需要首先扣除的部分,这部分完全由患者个人承担。报销比例是指进入报销程序后,由医保基金支付的比例。封顶线是指一段时期内医保基金为单个患者支付的最高限额。其中,封顶线各地一般在15万以上,能够达到封顶线的人数只占总患者的数百分之一或千分之一,而起付线和报销比例是每个患者均需面对的,因此对总体保障水平有显著影响。

可以看到,参数涉及待遇支付的细节,参数调整的最大特点就是连续性、显性化。参数设定可以在小范围内连续变动,例如,2009年卫生部提出新农合报销住院比例当年提高5个百分点,其后又在绝对数要求上从2011年的70%上调到2015年的75%。连续性带来了调整时的灵活性,因而受到政策制定者青睐。另一方面,参数改变对个体医疗费用的影响能够通过直接计算为患者所知,因此最易为参保人所感知。这意味着参保人容易对该政策做出反应。目前在基本医疗保险之外设立的补充性医疗保险政策包括医疗保障扶贫政策的主要载体补充保险也都是通过改变参数的方式来增加保险待遇。

2. 非参数工具

影响保障水平的非参数因素主要是医保目录范围和定点医疗机构范围。前者决定了医疗费用中能够纳入报销的品目种类,后者决定了能够实施即时报销的就诊机构。

相比于显性的参数调整,这类调整的效果不易事前估算,也不易被参保人察觉,但由于调整是跳跃式而非小幅连续的,其产生的实际影响甚至可能超过前者。例如,目前国家定期调整医保目录,对品类进行增补,一种新型止血纱布的纳入可以使大量手术患者获益从而对患者群体的影响可能超过些许报

销比例的变动。

3. 覆盖人群设定调整

将某一类人群分列单独设定保障参数甚至保障项目,也构成影响保障水平的一种方式。例如,为血液透析患者或器官移植患者设定单独的报销比例;为肿瘤病人提供单独的抗癌药品;或者从基本医疗保险基金中分切出长期护理保险,来支持失能老人的照护等。

覆盖人群设定是一种有针对性的保障措施,它与面向全体参保人的普惠性的保障措施相对。由于人群存在差别,普惠性的保障措施可能在不同人群之间产生效果的差异,例如在不同疾病之间或者不同收入水平之间。这使得针对性措施作为补充措施存在。不过现有的针对性措施主要围绕疾病界定,这使得有些时候选择哪一些疾病进行特殊对待可能存在争议。

二、城乡居民医保整合中政策工具的使用

国务院国发(2016)3号文《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》对于整合后的制度设计提出了明确要求,具体概括为“六统一”,即“统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理”。其中,与城镇居民“统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理”构成了政策上面向农村居民的主要待遇释放点。

“统一保障待遇”涉及参数调整。抹平城乡原有的参数差距是城乡居民医保整合的一项重要内容。原先新农合在基层医院的报销比例等同甚至超过城镇居民医保,但是在三级医院的报销比例显著低于城镇居民医保。高秋明和王大树(2017)总结了2010至2015年先期完成整合的49个城市^①在整合前的两保待遇差异情况,发现三级医院报销比例新农合平均低于城镇居民医保约5个百分点,部分地区甚至可达20个百分点。考虑到自发整合城市之所以能够先行整合,部分原因就在于原有政策差距小,因此从全国城市总体来看这一差距可能更大。“统一保障待遇”即是通过参数调整来提升农村政策设定的保障水平。

“统一医保目录、统一定点管理”属于非参数调整。在目录范围和定点范围两方面,整合前的城乡

表 1 样本城市整合前后政策变化

		整合前		整合后	
		城镇居民医保	新农合(三县)	高档	低档
药品目录		2400 余种(甲乙类)	900 余种	2800 余种(甲乙类)	
定点范围		全市	本县	全市	
起付线	一级医院	500	100	200	
	二级医院	670	300	500	
	三级医院	840	500	800	
报销比例	一级医院	分段累加 ,75%- 85%	80%- 90%	85%	80%
	二级医院	分段累加 ,75%- 85%	70%	80%	70%
	三级医院	分段累加 ,65%- 85%	55%	70%	55%

注:整合后城乡少年儿童统一按低档缴费、高档享受待遇,同时报销比例在成人高档基础上再提高 5 个百分点。

差异较大。就目录而言,整合前山东省原新农合目录含药品 1127 种,而城镇居民医保目录含药品 2387 种;广东省原新农合目录含药品 1083 种,而城镇居民医保目录含药品 2875 种,其他地区也存在显著差距,主要是乙类药品。^②因此统一目录后,普遍产生原新农合参保人的适用目录大幅度扩张的情况,这意味着有更多药品可以被纳入报销范围,因而有助于提高农村患者的实际补偿水平。就定点范围而言,原先新农合实行县级统筹,这意味着位于市区的三级医院并不在其定点范围之内。农民去往三级医院不能即时报销,而是需要先行垫付医疗费再从县内报销,这就与能够直接报销的城镇医保患者相比,增加了就医的费用门槛和手续成本。因此在扩大定点范围之后,农村居民去往三级医院就医的隐性成本大幅度降低。

此外,城乡居民医保整合意在使“城乡居民公平享有基本医疗保险权益”,因此是一项普惠性的制度,没有针对特定人群。

本文使用的样本城市为某北方大型城市,2018 年全市常住人口约 1000 万,人均 GDP 约 15000 美元。该城市在中央方案出台之前推行整合,因此在整合后的筹资待遇设定上能够设置两个档位。表 1 提供了该城市整合前后政策调整的具体情况。可以看到,从参数调整来看,整合后农村居民的起付线提高,但报销比例不变,城镇居民两者均有变化;从非参数方面来看,整合后农村居民的药品和定点范围都扩大,但城镇居民不变;从覆盖人群来看,整合是普惠性政策,对全体居民产生影响。下面本文就利用不同变动方式构造识别,来分离不同工具的效果。

三、各类工具的作用效果比较

(一)识别方法

本文使用计量方法来分离整合前后的制度差异中不同的政策工具,继而评估其实际作用效果。使用的数据为样本城市开展城乡居民医保整合之前两年和之后两年的医疗保险住院明细,涵盖了该市所有城镇居民医保参保人和新农合参保人,由当地医疗保障局提供。一次住院形成一条观测值,变量包括患者的年龄、所在地区、就诊医院名称、医院级别、疾病类型、就诊天数等,以及详细的费用构成信息。

由于农村居民是待遇提升的目标群体,本文主要围绕农村居民进行考察。由于样本城市规定整合后原城镇居民参保人必须选择高档,并将原新农合统筹区中临近市区的 3 个县也一起划入高档,而对于地处远郊的 3 个县则允许其原新农合参保人选择低档。因此本文提取 3 个远郊县作为主要分析对象,将整合前的新农合患者和整合后的低档患者视为农村居民,整合前的城镇居民医保患者和整合后的高档患者视为城镇居民。由于少年儿童在整合后统一进入高档,无法分辨,因此只保留成年人样本。

本文用于识别的模型主要是 $y = \alpha + \beta_1 \text{treat} + \beta_2 \text{treat} + \beta_3 \text{after} + \gamma_d + X\delta + \varepsilon$ (1)

其中 y 为表示医疗资源利用的变量。 treat 为区分处置组与对照组的虚拟变量, $\text{treat} = 1$ 为处置组即农村患者, $\text{treat} = 0$ 为对照组即城镇患者。 after 为区分政策前后的虚拟变量, $\text{after} = 0$ 为政策前即城乡整合之前, $\text{after} = 1$ 为政策后即整合之后。交叉项 $\text{treat} \cdot$

after 的系数 β ,显示了双重差分的结果,是本文关注的主要对象。 γ_d 表示患者所在地区(县)的固定效应。 X 为一组患者个人特征的控制变量,包括患者的年龄、年龄平方、是否年内单次住院、疾病固定效应等。也就是说,在城镇居民整合前后政策不变时,本文利用这一模型剔除城乡居民之间的固有差异,所余即政策工具对农村居民产生的效果。

(二) 参数工具和非参数工具的作用效果

参数工具方面。尽管整合没有涉及报销比例调整,但高秋明和王天宇(2018)给出了同一城市新农合报销比例变化的影响,发现县内二级医院报销比例提高 5 个百分点,能够带动二级医院就诊增加 0.5 个百分点。这里只研究起付线调整的影响。由表 1 可知,整合后三个级别医院的起付线都发生了变化,但由于二三级医院同时受到目录范围和定点范围调整的影响,因此只使用一级医院进行考察。一级医院用药以基本药物为主,这使得目录扩张对其几无影响。使用简单线性回归模型,表 2 的第(1)列^③使用总费用 25%分位数以下观测值组成的住院样本进行回归,结果显示起付线降低 100 元,住院总费用平均降低 102 元。也就是说,起付线下降能够等额地带动较低花费的医疗需求进入该层次医院。不过这一作用程度可能随医院级别的升高而减弱。因为 100 元的规模虽然占该组平均住院费用的 11.1%,但只占样本中一级医院总体平均费用的 3.7%、二级医院平均费用的 1.3%、三级医院平均费用的 0.7%。因此起付线调整的作用在低等级医院较为有效。

非参数工具方面。表 3 的第(1)(2)列提供了以实际补偿比作为方程(1)中因变量的回归结果。由于政策报销比例没有变动,补偿效果的变化主要反映目录调整的影响。可以看到,整合后农村患者在县内二级医院住院所获得的实际报销比例相比城镇患者

表 2 起付线调整的影响

因变量:总费用	(1)25%分位数以下
起付线(百元)	102.08***(1.556)
观测值	121,249
R-平方	0.150

注:括号内为标准误,*、**、*** 分别代表在 10%、5%、1%水平上显著。控制变量包括年龄、年龄平方、是否单次住院、疾病固定效应(ICD-10 的 3 位数标准)以及地区固定效应。

降低了 6.9 个百分点,但是在城区三级医院的补偿比提高了 3.7 个百分点。目录变化对高等级医院的作用效果更明显。第(3)列显示了以“是否在三级医院住院”虚拟变量作为因变量的回归结果。去往三级医院的就医选择主要反映了定点范围扩大的影响。虽然实际补偿变化也可能发挥作用,但由于三级医院的住院总费用和从远郊去往城区的交通、陪护费用显著更高,因此实际补偿比的些许改善不足以抵补这一开支增加。可以看到,整合后农村居民进入三级医院的概率有显著提升,增加了 4.5 个百分点。换用 Probit 形式进行验证(Allison, 1999),第(4)列显示的结果仍然稳健。

总起来看,参数工具和非参数工具都能够达到提升实际待遇水平的目标,但是参数工具在低等级医院较为有效,而目录和定点范围扩大在高等级医疗机构更有效。另一方面,第(1)列中目录扩大导致二级医院实际补偿比下降,这与通常的预期相悖,造成这一现象的原因可能在于县内二级医院在面对病源向三级流失的情况下改变了自身利润模式,引入了更多不能报销的医保目录外药品。因此,医疗保障提升的实际效果还与供方行为的配合密切相关。

(三)对不同人群的作用效果差异

尽管城乡居民医保整合是普惠性政策,但这一政策是否能使各群体平均受益,是我们这一部分观察的内容。本文分析两类需要重点保障的群体:重大疾病患者和贫困地区农民。

表 3 目录调整和定点调整的影响

	(1)	(2)	(3)	(4)
因变量:	二级医院实际补偿比	三级医院实际补偿比	三级医院就医选择(LPM)	三级医院就医选择(Probit)
处置组*政策后	-0.069***(0.001)	0.037***(0.003)	0.045***(0.003)	0.233***(0.018)
观测值	414,495	83,136	579,629	574,290
R-平方	0.244	0.397	0.180	

注:括号内为标准误,*、**、*** 分别代表在 10%、5%、1%水平上显著。

表 4 重大疾病在三级医院就医变化

因变量	(1)恶性肿瘤	(2)血液	(3)循环系统	(4)呼吸系统
(1)实际补偿比	0.016***(0.005)	0.058***(0.009)	0.083***(0.005)	0.077***(0.009)
(2)就医选择	0.056***(0.011)	0.109***(0.022)	0.032***(0.006)	0.061***(0.009)

注:系数为交叉项系数,括号内为标准误,*、**、***分别代表在10%、5%、1%水平上显著。方程中还控制了处置组虚拟变量、政策后虚拟变量、年龄、年龄平方、是否单次住院、疾病固定效应以及地区固定效应。

1. 重大疾病群体

根据2018年《中国卫生健康统计年鉴》,目前我国居民疾病死亡率中排名前五位的分别是恶性肿瘤、心脏病、脑血管病、呼吸系统疾病、损伤和中毒等外部原因。除去第五类带有意外性质的疾病,本文按照ICD-10的1位数编码分别提取其他四类的子样本,重复基准回归,来分析整合对农村重大疾病保障的改善情况。由于三级医院是诊治重大疾病的主要机构,本文以三级医院住院子样本进行考察。

仍使用方程(1)进行回归。表4的第(1)行显示,从实际补偿比来看,整合后四类重大疾病的农村患者在三级医院获得的实际报销水平均有上升,与表3第(2)列相比,除恶性肿瘤外其他三类疾病的补偿上升均高于平均水平,尤以循环系统和呼吸系统疾病上升的幅度最大,超过平均水平2倍。第(2)行显示,从就医选择来看,重大疾病在三级医院就医的比重也均上升,其中恶性肿瘤和呼吸系统疾病的上升幅度超过表3第(3)列的总体水平。上述结果表明,整合对农村患者重大疾病的保障有显著改善作用,特别是在缓解就诊费用的压力方面效果明显。

2. 贫困地区农民群体

本文在前文回归样本的基础上,在这一部分将样本城市的近郊3县也纳入进来,通过近郊和远郊的比较,来观察较为贫困的远郊农民获得保障改善的情况。由于近郊无法区分农村和城镇,本文使用全体居民作为考察对象。因为面向城镇的医保政策在整合前后基本保持不变,可以认为两类地区居民的获益差异主要来自其农村居民的获益差异。

将方程(1)中区分“是否处置组”的虚拟变量替换为区分“是否远郊”的虚拟变量。表5的第(1)列提供了交叉项的回归结果。可以看到,相比近郊居民,整合后远郊居民去往三级医院就医的比重反而降低了0.6个百分点,这表明整合后远郊居民在高等级医疗资源使用方面的获益低于近郊居民。但这也可

表 5 近郊和远郊的受益比较

因变量 就医选择	(1)近郊远郊	(2)距离
是否远郊 * 政策后	-0.006***(0.002)	
距离 * 政策后		-0.000***(0.000)
观测值	783,132	783,127
R-平方	0.201	0.201

注:括号内为标准误,*、**、***分别代表在10%、5%、1%水平上显著。方程中还控制了处置组虚拟变量、政策后虚拟变量、年龄、年龄平方、是否单次住院、疾病固定效应以及地区固定效应。

能与近郊农民都进入高档,从而报销比例更高有关。为了排除这一影响,本文将“是否远郊”的二元变量换为连续变量“该县中心到市中心的距离”重复回归,表5的第(2)列显示,交叉项的系数仍为负且显著,表明距离(及其高度相关的收入)是影响农村居民获益的重要因素。因此,尽管整合有助于改善农村居民整体的优质医疗资源使用状况,但近郊农民在其中的获益更大。这一结果提示,后续仍需进一步配合针对偏远地区的医疗扶助措施。

四、结论和建议

本文梳理并以实证方法识别、比较了三类社会医疗保障政策工具,参数调整、非参数调整和覆盖人群设定的作用效果。使用某北方大型城市的医保住院数据和计量经济学方法,分析结果表明,参数调整的效果较为微弱,主要对低等级医院就医有效,非参数调整的效果较为明显,特别是促进高等级医院保障水平和可及性的提高。普惠性的政策能够更大程度支持重大疾病患者,但可能使偏远地区农民获益少于近郊农民。

本文的研究结果有以下启示:

第一,在由单一政策工具转向多样化政策组合的过程中,应当重视非参数手段的运用,特别是在优质医疗资源分配方面。在现有保障水平高位上,参数调整的空间已经有限,而本文发现患者的边际反应也同时减弱,因此传统上依赖报销比例和起付线

的政策调整方式将不再适用。考虑到非参数措施的作用效果明显,可以将现有参数措施和更多的非参数措施结合起来。例如,从原先对三级医院设定统一报销比例转为对省级、市级、坐落于县级的三级医院设定递增的报销比例,来提升农村居民对于优质医疗资源的使用。这种复合政策也是实现医疗保险精细化管理的一种表现。

第二,扩大现有针对性保障措施的实施范围和实施方式。本文的研究发现,普惠性政策可能更有利于近郊群体,因此需要对远郊地区完善补充性保障政策。一方面,面向贫困地区贫困人口的现有医保扶贫计划将在2020年结束,需要持续改良推广;另一方面,面向其他群体,例如一般贫困地区的特殊疾病人群,也可以设定政策支持。这类政策支持可以以经济保障的方式进行,例如分地区提供补充保险;更重要的是,也可以以实物保障的方式进行,例如指定或建立特殊的检验中心、远程诊疗中心,只有在这些机构就诊才能获得优惠,这也有助于缓解现行医保扶贫政策所引发的道德风险和基金浪费。后一类政策属于非参数措施,尚未得到广泛重视,但应当成为今后推广的方向。

第三,需方政策工具的实际效果有赖供方配合,因此也需要继续推进公立医院改革和促进改革的医保支持措施。本文中参数提高反而在县二级医院造

成降低方向的效果,这提示需要继续深化县级公立医院改革和基层医疗机构改革,消除公立医院逐利机制,来避免医疗保障政策施加的福利被供方转移。另一方面,农村地区地处偏远的自然条件无法改变,促进农村高质量医疗资源使用可以引入科技手段,通过各类可携带设备、远程监测设施、远程诊疗网络的铺设及使用,从基层医疗卫生机构直接对接三级医院,这相比通过医联体带来的资源下沉更具有可持续性。增加这一领域的医保制度支持,也可以被看作医保领域精准扶贫的一种方式。

注释:

①在2016年中央方案出台前,已经有部分城市自发开展了整合。这部分城市的情况见高秋明和王大树《影响城乡居民医保整合的制度融合因素研究》[J]. 中国特色社会主义研究,2017(6):79-85。

②城镇医保目录药品区分甲类乙类,其中甲类是必需药品,全部纳入报销;乙类相对非必需,患者先自付一部分,再纳入报销,即实际报销比例更低。甲类目录与新农合目录基本一致,因此整合后使用统一城镇目录主要是扩充了乙类药品。

③限于篇幅,下文所有回归结果只报告关键系数,需要完整结果可向作者索取。

责任编辑 陆焱