

城乡居民医保待遇调整 对基金支出的影响分析

——基于浙江某市的调查

蔡雪妮¹ 王震²

(¹中国社会科学院研究生院 北京 102488; ²中国社会科学院经济研究所 北京 100836)

【摘要】城乡居民医保整合后必然面临待遇的调整;而待遇调整将对基金支出带来一定影响。如何评估这一影响不仅关系基金的可持续性,而且关系基金的使用效率和参保人的获得感。本文基于浙江某市的调查,分析居民医保待遇调整对基金支出的影响,发现待遇调整后的基金使用效率有待提高。住院待遇提高存在过度医疗的风险,在门诊中提高基层就诊和转诊待遇则可能导致基层出卖转诊权,引致基金浪费。其主要原因在于供方的行政垄断以及由此导致的竞争约束缺乏。

【关键词】城乡居民医保整合;医保待遇调整;基金支出

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2018)2-31-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2018.2.007

The Analyses of Benefit Adjustments of Urban and Rural Residents Medical Insurance on Fund Expenditure—Based on a Survey in Zhejiang Cai Xueni¹, Wang Zhen² (¹Graduate School of Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, 102488; ²Institute of Economics, Chinese Academy of Social Science, Beijing, 100836)

【Abstract】 After the integration of medical insurance between urban and rural residents, the benefit adjustment will inevitably be faced, which will bring a certain impact on fund expenditure. And how to evaluate this impact is not only related to the fun sustainability, but also to the efficiency of fund use and the acquisition sense of the insured. This paper evaluated the above issue based the survey in one of the areas of Zhejiang, and found that the efficiency of fund use need to be improved. The key reason is the administrative monopoly of the supplier and the resulting lack of competition constraint.

【Key words】 medical insurance integration between urban and rural residents, benefit adjustments of medical insurance, fund expenditure

2016年初国务院出台文件要求全面推进城乡居民医保整合,目前除西藏外,其他省(市、自治区)均作出了规划部署,或出台整合城乡医疗保险的政策文件,推进两保整合工作。城

乡医保整合后,为缩小城镇居民及农民的待遇差距,一般都会进行待遇调整。了解医保待遇调整对基金支出影响的路径,有助于提高待遇调整政策的针对性,避免待遇调整后产生的弊

端,进而提高医保基金使用效率。浙江某市案例说明,医保整合后待遇调整还需充分考虑供方面临的条件和约束,否则待遇调整效应可能会被医疗机构的激励扭曲所吸收,并不能真正落到参保人身上。

浙江某市本级在2011年已实现城乡居民医保整合,之后在2014年、2015

【收稿日期】2018-1-10

【作者简介】蔡雪妮,中国社会科学院研究生院博士研究生,主要研究方向:卫生经济学与公共政策。

年进行了待遇调整,主要包括提高基层门诊就诊及转诊待遇,总体提高住院待遇。以上待遇调整将对患者及医生行为造成何种影响,又将如何影响医疗和基金支出?本文将基于该市居民医保待遇调整后基金运行数据和参保人就医数据,评估医保待遇调整对基金可持续性的影响。

1 居民医保基本情况和待遇调整政策

1.1 该市经济社会以及居民医保基本情况

该市属东部沿海发达城市,2016年人均GDP12万元,其中城镇居民人均可支配收入52185元。2016年该市每千人卫生技术人员11人,每千人医师数4.16人,每千人床位数7.37张(按常住人口计算)。

本文主要关注该市本级居民医保的运行情况。本级居民医保参保人群分为大学生、少儿以及老年I档、老年II档四类。当前四类人群缴费各不相同,待遇略有差异:普通门(急)诊中,大学生、少儿以及老年I档待遇完全相同,老年II档待遇略低;住院待遇中,少儿与老年人相同,大学生只在封顶线以及以上部分较前者保障水平更高。从参保情况看(见图1),2012-2014年增长较为稳定(约5%),但是2015年由于周边的一个区划入本级,导致参保人数快速增加,增速提高至13%,其中老年人增速提高至45%;学生儿童占比相对稳定,2015年虽有所降低,仍然达到84%。需要指出的是,老年人可自由选择老年I档和II档,该市17万老年居民中有13万人选择待遇较高的I档。

1.2 居民医保待遇调整情况

居民医保整合后,为了提高参保人的待遇水平,该市在2014年开始实

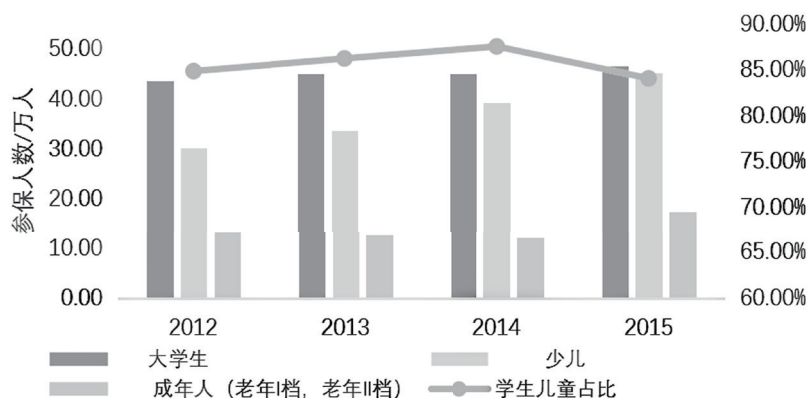


图1 2012-2015年居民医保参保情况

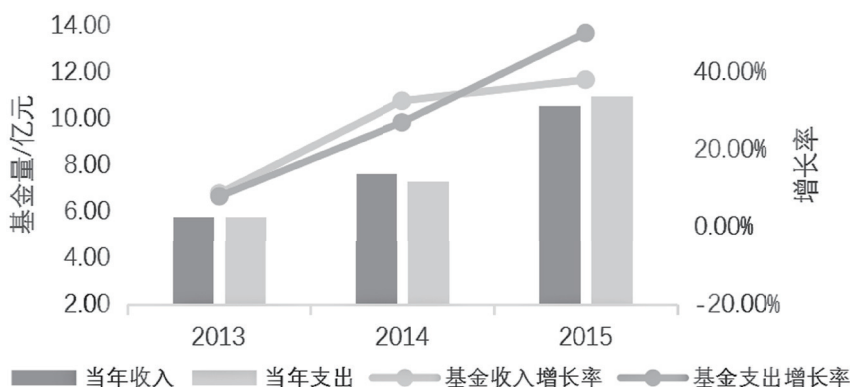


图2 2013-2015年居民医保基金收支以及增幅情况

行新的基本医疗保障办法:(1)住院待遇方面,报销比例只区分医院级别,不再区分费用段,总体而言提高了学生儿童低费用段(2万元以下)以及老年人全费用段的待遇水平;同时也提高了少儿以及老年人的封顶线。(2)门诊待遇方面,提高了基层就诊的待遇水平,除老年II档外的参保人在社区以及一级机构的报销比例由60%提高到70%。

为了深入推进分级诊疗,该市本级在2015年全面推行家庭医生签约,居民医保患者通过签约机构转诊到三级医疗机构接受门诊服务,报销比例由非转诊前的40%提高为70%。

2 医保待遇调整对基金支出的影响

2.1 基金收入和支出都大幅增长,但支出快于收入

2014年医保新政策在提高待遇的同时也提高了缴费水平,因此基金收入持续增长(见图2),增幅均超过30%;基金支出也出现大幅提升,2014年增幅为27%,2015年达到50%,比基金收入增速高出12个百分点。2015年当期基金出现收不抵支。从基金累计结余看,备付月份已从2013年的3.1个月逐年降低到2015年的1.5个月。

从医保基金在各级医疗机构的支出结构看(见图3),2013-2014年,各级费用占比相对稳定,2015年,三级占比降为52%,一级占比提高至41%。从费用绝对值看,2014年、2015年增幅不断提高,其中2015年一级和三级的增长率分别达到81%和28%。从诊疗项

目的支出结构看(见图4),普通门(急)诊与住院费用占比超过90%,两者比重相当;2014年均有一定增长,2015年出现大幅增长,普通门(急)诊与住院费用的增速分别达到54%和41%。

2.2 待遇调整对门诊和住院的影响

2014年、2015年待遇调整总体上提高了门诊以及住院的诊疗人次和费用。对于普通门(急)诊(见表1),2014年一级、三级的普通门(急)诊人次均出现大幅增长,三级略高于一级;2015年就诊人次也出现大幅增长,一级增速较三级高出一倍。门诊费用的变化与人次类似(见表2),2014年一级机构与三级机构的增速相当;到2015年三级机构费用增速略微降低(20%),一级机构增速达到76%,一级占比也提高了8个百分点。从住院情况看(见表3),2015年出院人次呈现一定增长(14%),2015年增幅达到42%;住院费用变化与出院人次类似,增幅持续提高,2015年达到40%。

2.3 基金支出快速增长原因

门诊数据显示,2014年门诊人次跟门诊费用均出现大幅增长,一级机构与三级机构增幅相当,但2015年一级机构增速超过三级,考虑到2014年与2015年的政策差异只在于转诊待遇差异,表面上看2015年人次和费用变化似乎促进了分级诊疗。但从人均费用看并不支持以上结论。如表4所示,尽管次均普通门(急)诊费用降低,但人均年度普通门(急)诊费用提高,2015年较2014年增长30%。假定2015年家庭医生制度促进了分级诊疗,患者倾向于社区就诊,那么2015年人均年度费用增长应与2014年相当或者更低,实则不然。

综上,我们初步认为2015年推行家庭医生签约后,患者仍然涌向大医

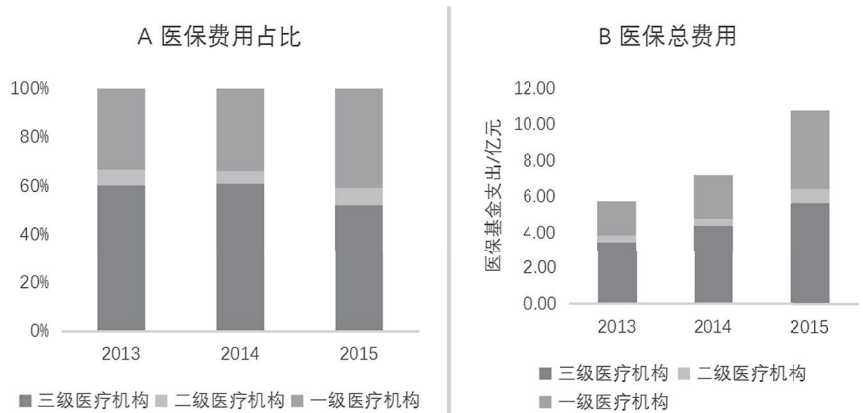


图3 2013-2015年居民医保基金在各级医疗机构支出占比(A)及费用总额(B)

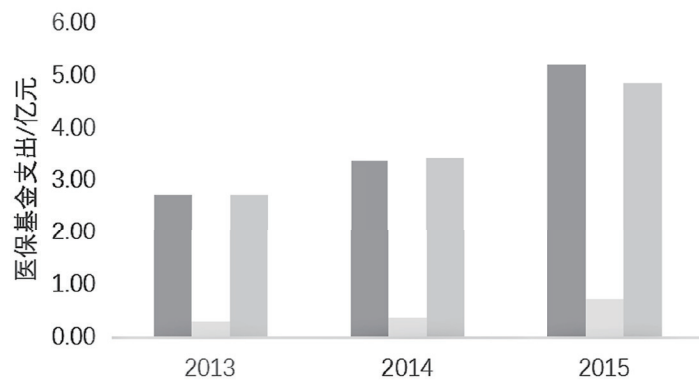


图4 2013-2015年居民医保基金在各诊疗项目支出情况

表1 2013-2015年普通门(急)诊人次变化

	2013年		2014年		2015年	
	占比	占比	增长率	占比	增长率	
合计			129.87%		53.86%	
一级医疗机构	41.92%	42.08%	130.75%	47.84%	74.93%	
二级医疗机构	13.32%	9.17%	58.38%	9.61%	61.10%	
三级医疗机构	44.76%	48.74%	150.31%	42.55%	34.30%	

表2 2013-2015年普通门(急)诊费用变化(单位:亿元)

	2013年		2014年			2015年		
	总费用	占比	总费用	占比	增长率	总费用	占比	增长率
合计	6.61		7.99		20.87%	11.53		44.42%
一级医疗机构	2.56	38.73%	3.09	38.69%	20.75%	5.44	47.13%	75.93%
二级医疗机构	0.68	10.25%	0.74	9.28%	9.38%	1.09	9.48%	47.66%
三级医疗机构	3.37	51.02%	4.16	52.04%	23.28%	5.00	43.39%	20.41%

表3 2013-2015年居民医保住院费用与出院人次变化

	2013年		2014年		2015年	
	总费用	增长率	总费用	增长率	总费用	增长率
住院总费用(亿元)	5.36	18.59%	6.36	18.59%	8.92	40.22%
出院人次	53207	14.38%	60859	14.38%	86288	41.78%

表 4 2013-2015 年居民医保患者门诊以及住院费用负担(单位:元)

	2013 年		2014 年		2015 年	
	费用	增长率	费用	增长率	费用	增长率
次均普通门(急)诊费用	152.31	-47.42%	80.09	-47.42%	75.18	-6.13%
人均年普通门(急)诊费用	777.33	13.72%	884	13.72%	1148.5	29.92%
人均年住院费用	1360.36	13.53%	1544.4	13.53%	1966.03	27.30%

表 5 2013-2015 年居民医保患者的补偿情况

	2013 年	2014 年	2015 年
总体实际补偿比	46.00%	48.00%	50.00%
其中,普通门(急)诊	41.00%	42.00%	45.00%
住院	51.00%	54.00%	54.00%
人均年自费费用(就医负担)	714.78 元	783.15 元	956.31 元

院就诊,但是为了增加报销比例,患者在基层“过水”后再转诊到三级。之所以出现上述现象,是因为当前的激励机制下,基层医疗机构既缺乏首诊能力,又缺乏首诊动力,面对待遇调整政策,基层医疗机构很可能通过出卖“转诊权”变现,而非将合适的患者留在社区。此种引导就诊的方式无益于推进分级诊疗,还进一步增加了医保基金的支出。

住院待遇调整仅在2014年,但是2015年人均住院费用增幅为2014年的两倍(见表4),说明待遇提高后很可能因患者的“需求反应”导致医疗支出增加。

从患者补偿情况看(见表5),总体实际补偿比从2013年的46%提高到2015年的50%,不论是普通门(急)诊还是住院均有所提高。而从人均自费费用看,2014年略有提高,较2013年增长10%,但人均自费费用由2014年783元提高到2015年956元,增幅高达22%。实际补偿比逐步提高,但个人负担却在增加,说明在患者“需求反应”基础上很可能存在过度医疗问题。

3 总结与政策建议

城乡居民医保整合的初衷之一是在城乡一体化的大框架下,逐步实现

城乡居民医疗保障待遇的公平。主要措施就是在城乡居民医保整合后,提高居民医保特别是原新农合参保人的待遇。当前大多数省份都实现了城乡居民医保整合,也都在整合的同时逐步拉平城乡居民的医保待遇。但是,这种待遇调整的效果需要进行审慎评估,在考虑待遇提高的同时,也要充分考虑基金使用效率。

本文分析表明,城乡居民医保整合后待遇水平提高的效应并没有充分落到参保人身上,基金使用效率有待提高。鼓励基层首诊的政策并未真正引导分级诊疗,只是增加了患者就诊的环节,患者经基层转诊后继续涌向大医院就诊,使医保基金在基层医疗机构被耗散掉。此外,提高医保待遇后,患者自费费用不降反升,说明待遇提高后供方存在诱导就医问题。

概言之,医保待遇提高后,尽管基金支出快速增长,但患者个人负担并未降低,基金未实现高效使用。其背后原因主要是公立机构行政化垄断,导致其缺乏外部竞争约束。以基层医疗卫生机构而言,该市已突破了“收支两条线”管理,以激发基层医疗卫生机构提供服务的积极性。但在行政垄断的保护下,基层医疗卫生机构并未提供合适的医疗服务,而是利

用这一政策优势“谋取私利”。到基层首诊可以提高到大医院就诊的报销比例实际上是一种“政策特权”,其初衷是吸引居民基层首诊,从而实现分级诊疗,但在没有竞争约束的条件下,却演变为“开转诊单赚钱”。

该市居民医保待遇调整冲击基金可持续的问题,在当前居民医保基本实现整合的现实下具有重要的参考价值,至少有三点启示:

第一,旨在通过不同级别医疗机构差别化的报销比例引导分级诊疗的政策需慎重,因为分级诊疗的关键在于形成合理的医疗服务分工体系,提高社区的医疗服务供给能力,进而对不同类型的医疗服务给予差别化的报销政策,提高医保基金的使用效率。而不是简单地赋予基层医疗机构过高的报销比例。

第二,必须深入推进供方改革,形成有竞争约束的供方格局。随着经济社会的不断发展,我国医保待遇的提升是必然的。但要真正落到参保人身上,首先要提高基金使用效率。而基金使用效率的提升需要对供方既有激励、又有竞争约束,两者缺一不可。

第三,加强对基层医疗机构或者家庭医生转诊率的考核内容。尽管供方改革是解决基金使用效率问题的本质要求,但是任重道远,从短期看,还应加强转诊相关的考核机制,以约束基层医疗机构或者家庭医生盲目转诊的行为,提高医保基金使用效率。■

【参考文献】

- [1] 王震,蔡雪妮,王清华. 医保报销政策能否引导分级诊疗——基于江苏某市的调查[J]. 中国医疗保险, 2017(5): 10-13.