

# 职工医保统筹层次提高对患者就医机构选择的影响

王 乔\*

中南财经政法大学公共管理学院 湖北武汉 430073

**【摘要】**提高医保统筹层次能扩大基金覆盖范围,但也可能会导致无序就医。本文基于中国家庭追踪调查数据(CFPS),构建多时点双重差分模型,实证分析了职工医保统筹层次提高对患者就医机构选择的影响及其传导机制。研究发现:实施职工医保省级统筹会导致患者就医机构上移,且结果具有稳健性;对于高收入和健康的患者,职工医保省级统筹导致患者就医机构上移作用更明显,存在“穷人补贴富人”和“不健康患者补贴健康患者”的现象;影响机制分析发现,提高医保统筹层次使得报销比例提高和就医环境改善,导致患者就医机构上移,并且下级政府的道德风险纵容了患者就医机构上移。因此,在实施省级统筹的过程中,既要注意防范患者的道德风险,也要应对下级政府的道德风险,从而使得患者有序就医,实现医疗资源的合理配置。

**【关键词】** 医保统筹层次; 就医机构选择; 道德风险; 逆向补贴

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.09.006

## The impact of the improvement of the employee medical insurance pooling level on the patients' choice of medical institution

WANG Qiao

School of Public Administration, Zhongnan University of Economics and Law, Wuhan Hubei 430073, China

**【Abstract】** Improving the overall level of medical insurance can expand the coverage of the fund, but it may also lead to disorderly medical treatment for patients. Based on the China Family Panel Survey (CFPS), this paper constructs a multi-temporal double difference model, and empirically analyzes the impact of the improvement of employee medical insurance coordination level on patients' choice of medical institutions and its transmission mechanism. The study finds that the implementation of the provincial-level coordination of employee medical insurance will lead to the upward movement of patients' medical institutions, and the results are robust; For high-income and healthy patients, the provincial-level coordination of employee medical insurance has led to a more significant upward shift in patient medical institutions, resulting in the unreasonable use of medical resources such as "poor people subsidizing the rich" and "unhealthy patients subsidizing healthy patients"; The analysis of the impact mechanism shows that the improvement of the level of medical insurance overall planning leads to the increase in the reimbursement ratio and the improvement in the medical environment, resulting in upward movement of patients' medical institutions, while the moral hazard of the lower-level government condones the upward movement of patients' medical institutions. Therefore, in the process of implementing provincial-level overall planning, attention should be paid to preventing patients' moral hazard, but also establishment of the medical insurance overall planning policy of power division and expenditure responsibility to deal with the moral hazard of the lower-level government, so as to provide patients with an orderly environment for medical care and realize the reasonable allocation of medical resources.

**【Key words】** Medicare insurance pooling level; Choice of medical institutions; Moral hazard; Reversed subsidy

\* 基金项目:国家社科基金一般项目(21BGL192)

作者简介:王乔(1997年—),女,博士研究生,主要研究方向为医疗保险。E-mail: 3242747636@qq.com

## 1 引言

提高医保统筹层次,是我国基本医疗保险制度建立初期就明确的目标。2020 年 3 月中共中央、国务院《关于深化医疗保障改革的意见》和 2021 年国务院《关于印发“十四五”就业促进规划的通知》提出全面做实地市级统筹,鼓励有条件的省(自治区、直辖市)推进省级统筹。2022 年党的二十大报告再次强调要推动基本医疗保险省级统筹。

现有文献普遍关注到提高医保统筹层次的积极意义。如扩大医保基金统筹范围,提高基金抗风险能力。<sup>[1]</sup>统筹区域扩大使异地就医减少,免去异地转诊和报销等一系列手续,医疗可及性增加。<sup>[2]</sup>参保人在统筹区域内享受统一的医保待遇,医疗满意度和公平感提高。<sup>[3]</sup>由于统筹区域内参保人变多,医保经办机构和医疗机构、药企进行博弈时,具有更大的团购能力和谈判能力,使医疗服务价格和药品价格控制在一定范围内,让患者享受更合理的价格。<sup>[4]</sup>

提高医保统筹层次,伴随而来的道德风险问题不容忽视。根据委托代理理论,提高医保统筹层次导致上下级政府的博弈,引发下级政府的道德风险。朱恒鹏等学者实证得出实施职工医保省级统筹使医保基金收入减少。<sup>[5]</sup>具体而言,实施医保省级统筹,基金管理权限从市级政府上移到省级政府,此时由省级政府承担基金支出的兜底责任,而基金的征收和监督责任由市级政府承担,财权和事权的分离导致市级政府基金征缴力度和支出监管力度下降。<sup>[6-8]</sup>

同时,提高医保统筹层次引发参保人的道德风险。李锐等学者实证得出实施职工医保省级统筹使患者医疗费用增加,尤其是门诊费用和报销费用显著上升。<sup>[9]</sup>申宇鹏实证得出实施省级统筹导致患者医疗费用增加,但没有带来健康效益。<sup>[10]</sup>此外,有学者认为医保统筹提高使患者就医机构上移,其原因是提高医保统筹层次使定点医院数量增加,出于对医疗质量的追求,患者会涌向更高级别的医院就医,导致医疗资源的不合理使用<sup>[11-13]</sup>,但这缺乏相应的机制分析和实证检验。

因此,医保统筹层次提高对患者就医机构选择的影响是一个实证问题。如果省级统筹会导致患者就医机构上移,说明省级统筹制度导致大医院虹吸效应更为严重,因此各地需要谨慎提高统筹层次,并制定相关政策来应对患者无序就医的风险。如果省级统筹不会导致患者就医机构上移,那么各地可以

放心提高医保统筹层次。本文通过实证研究城镇职工医保统筹层次提高对患者就医机构选择的影响,从患者的角度为统筹层次政策的制定者提供一定的思考,有利于我国医疗资源的合理配置和医保基金的可持续发展。

## 2 政策背景和研究假设

### 2.1 政策背景

我国省级统筹的模式有两种,第一种是省级风险调剂金制度。在这种模式下,全省并没有形成统一的基金池,各地市按照一定比例向省级政府及相关部门缴纳医保基金。当各地市医保基金出现缺口,先使用各地市历年结余弥补缺口,仍然不足部分由各地市和省级政府的调剂金按照一定比例承担。省级调剂金模式的优点是只按一定比例缴纳医保基金,推行阻力相对较小,市级政府监督力度变化不大。对于医保基金大省来说,实施调剂金制度可以发挥医保基金风险共担和调剂的作用,其缺点是风险调剂的能力有限,尤其对于医保基金池较小的省份,其风险调剂效果不显著。<sup>[14]</sup>

第二种是省级统收统支制度。在这一模式下,全省形成统一基金池,市级政府把收到的医保基金全额上缴给省级政府及相关部门。由省级政府进行统一收支,进行基金平衡精算。统收统支模式的优点是更好地运用大数法则,发挥风险调剂的功能,缺点是财权和事权的分离严重,导致市级政府医保基金征缴和监督积极性下降。<sup>[15]</sup>

表 1 城镇职工医保实施省级统筹地区的概述

省份	整合模式	整合时间
上海	统收统支	2000. 12. 1
北京	统收统支	2001. 4. 1
天津	统收统支	2001. 11. 1
西藏	统收统支	2009. 10. 1
重庆	统收统支	2011. 10. 24
海南	调剂金	2012. 1. 1
	统收统支	2020. 1. 1
宁夏	调剂金	2017. 1. 1
福建	调剂金	2019. 1. 1

### 2.2 理论分析与研究假设

#### 2.2.1 医保统筹层次提高和患者就医机构选择

医保统筹层次提高带来报销比例、就医手续和定点医院发生变化,从而影响患者的就医机构选择。第一,报销比例上升。由于福利刚性,不同区域统筹成一个区域之后,报销比例就高不就低,导致整体的

报销比例进一步上升,相当于一个收入效应,患者看病所要自付比例进一步减少,因此他们可能会选择往更高级别的医院就医。第二,就医手续简化。异地就医患者需要主管医生填写转院审核表,在相关部门审核盖章之后,报同级医保经办机构核准备案之后,方可去统筹区域外机构就医。异地就医手续繁杂,等待期较长,时间机会成本高。提高统筹层次之后,统筹区域范围扩大,异地就医患者大大减少,就医不需要办理转诊、备案等手续,流程大大减化,患者就医积极性增加,会选择更高级别医院就医。第三,定点医院扩大。提高医保统筹层次之后,定点医院数量大幅度增加。参保人可以选择更多的定点医院,医疗可及性增强,出于对医疗服务质量的追求,患者会选择往更高级别医院就医。

研究假设 1:提高医保统筹层次,使得患者就医机构上移。

### 2.2.2 医保统筹层次提高对就医机构选择的异质性

低收入群体对医疗服务价格敏感,在省级统筹政策实施前,基于预算约束,生病之后选择不就医或者去低等级医院就医,导致合理的医疗服务需求得不到满足,而高收入群体对价格不敏感,遏制医疗服务需求可能性小。因此,提高统筹层次之后,随着报销比例提高,低收入群体更倾向于选择更高级别医院就医,从而满足合理的医疗服务需求。根据 Gertler 卫生服务需求模型<sup>[16]</sup>,健康程度更差的患者比健康程度更好的患者会选择更多的医疗消费,并且健康程度更差的患者对医疗服务的质量更为敏感。提高医保统筹层次之后,随着医疗可及性的增强和报销比例的提升,使得健康程度更差的患者能使用更多的医疗服务,并且出于对医疗质量的追求,健康程度更差的患者会选择更高级别的医院就诊。

研究假设 2:提高医保统筹层次,使得低收入和健康状况差的患者就医机构上移更明显。

### 2.2.3 医保统筹层次提高对就医机构选择的机制分析

从政府角度,医保省级统筹会导致省级政府与市级政府的博弈,引发市级政府的道德风险。实施省级统筹,基金兜底责任由市级政府上移到省级政府,市级政府拥有基金监管权,财权和事权分离,会导致市级政府对基金监管力度下降。具体而言,未实施省级统筹的省份,医保基金缺口由市级政府完全承担,因此对本市患者就医监管要严格。实施省级统筹的省份,市级政府的医保基金上交到省级政府,市级医保基金有缺口,先由市级累计结余承担,

不足再由省级政府承担。此时,市级政府不承担兜底责任,对患者就医监管力度下降,会降低患者去高等级医院的审核标准,减少对医疗机构诊疗行为的审查力度,使得患者就医机构上移。

从患者角度,实施省级统筹,一方面提高报销比例。不同区域统筹成一个区域之后,报销比例就高不就低,导致整体的报销比例进一步上升。另一方面就医环境改善,统筹区域范围扩大,定点医院数量增加,在本省就医不需要办理异地就医转诊、备案等手续,出于对医疗服务质量的需求,患者会选择往更高级别医院就医。

研究假设 3:提高医保统筹层次使得报销比例提高和就医环境改善,导致患者往更高级别医院就医,而提高统筹层次伴随而来的下级政府道德风险纵容了患者就医机构上移。

## 3 研究设计

### 3.1 数据来源

本文使用的数据包括两类,第一类是个体数据。其数据来源于 2010 年、2012 年、2014 年、2016 年、2018 年和 2020 年的中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies, CFPS)数据。第二类是各省区实施省级统筹的时间数据,来自于北大法宝和各省区政府文件。本文选取参与职工医保的随访者作为研究对象,在剔除各变量的缺失值和异常值之后,得到样本数据 15 180 个。

### 3.2 变量选取

#### 3.2.1 被解释变量

被解释变量是患者就医机构选择行为。对应 CFPS 问卷中的问题是“您若找医生看病,一般去哪儿看病?”把“诊所”“社区卫生服务站/村卫生室”“社区卫生服务中心/乡镇卫生院”定义为基层医疗机构,赋值为 0,把“专科医院”和“综合医院”定义为医院,赋值为 1。

#### 3.2.2 解释变量

解释变量为是否实施省级统筹。如果  $c$  省份在第  $t$  年是省级统筹,其取值为 1,否则取值为 0。本文从各省级政府和医保局收集到实施省级统筹时间,从 CFPS 中的样本信息获取到样本采集的时间,把这两个时间进行对比,如果省级统筹实施时间早于样本采集时间,则定义为“1”,表示该省份已经实施了城镇职工医保省级统筹政策,否则定义为“0”,表示

该省份没有实施城镇职工医保省级统筹政策。

### 3.2.3 控制变量

参考 Grossman 模型<sup>[17]</sup>, 本文的控制变量包括性

别、年龄、婚姻状况、受教育程度、被访者的个人收入、自评健康和慢性病。除此之外, 本文对时间变量进行了固定。具体变量的定义及描述见表 2。

表 2 主要变量描述性统计

变量名称	变量含义	均值	标准差	最小值	最大值
就医机构	基层医疗机构 = 0; 医院 = 1	0.647	0.478	0	1
省级统筹	是 = 1; 否 = 0	0.211	0.408	0	1
性别	男 = 1; 女 = 0	0.567	0.496	0	1
年龄(岁)	连续变量	43.46	14.86	16	93
受教育程度	文盲/半文盲、从未上过学 = 0; 小学 = 1; 初中 = 2; 高中/中专/技校/职高 = 3; 大专、大学本科、硕士和博士 = 4	2.904	1.164	0	4
婚姻状态	已婚或同居 = 1; 分居、丧偶、离异和未婚 = 0	0.813	0.390	0	1
自评健康	健康 = 1; 一般 = 2; 比较不健康 = 3; 不健康 = 4; 非常不健康 = 5	2.886	1.063	1	5
慢性病	是 = 1, 否 = 0	0.153	0.360	0	1
个人收入	加 1 取对数	9.371	3.021	0	14.40

### 3.3 模型设定

由于省级统筹实施的时间具有差异性, 本文采用多时点双重差分法来探讨省级统筹对患者就医机构选择的影响, 并控制了时间固定效应和省份固定效应:

$$Y_{ict} = \beta_0 + \beta_1 Policy_{ict} + \eta x_{ict} + \gamma_c + \mu_t + \varepsilon_{ict} \quad (1)$$

其中, 被解释变量  $Y_{ict}$  表示患者就医机构选择行为。 $Y_{ict} = 0$  表示基层医疗机构就医,  $Y_{ict} = 1$  表示医院就医。 $Policy_{ict}$  为省级统筹哑变量, 如果个体  $i$  所在省份  $c$  在第  $t$  期实施了省级统筹, 其取值为 1, 否则取值为 0。 $x_{ict}$  为控制变量组, 包括性别、年龄、教育年限、婚姻状况、自评健康、慢性病和个人收入。 $\gamma_c$  为省份固定效应,  $\mu_t$  为年份固定效应,  $\varepsilon_{ict}$  为随机扰动项。

本文参考高秋明等学者的做法, 假定方程(1)为线性概率模型, 采用最小二乘法进行回归估计。虽然二元离散情况下, 选择 probit 和 logit 模型比较常见, 但在双重差分的假定下, 基于其原理, 普通线性模型估计可能优于 probit 和 logit, 在下文估计中采用 ols 做基本回归结果, logit 做稳健性检验。<sup>[18]</sup>

## 4 实证结果

### 4.1 基准回归结果

表 3 结果显示, 实施省级统筹显著提高了患者去非基层医疗机构就医的比例。具体来看, 第一列报告了未加任何控制变量, 省级统筹的系数为 0.1184, 并且在 1% 的水平下显著, 表明实施省级统筹能够促使患者去非基层医院就医。第二列控制了个体特征变量后, 省级统筹的系数显著为正, 但较列(1)有所下降。第三列控制了家庭经济状况变量和健康状况变量后, 上述结论仍成立。第四列使用 logit 边际效应, 得到相似结果。说明实施省级统筹导致患者就医机构上移。

表 3 城镇职工医保省级统筹对患者就医机构选择的影响

	就医机构选择			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	DID	DID	DID	Logit
省级统筹	0.1184*** (0.000)	0.1154*** (0.000)	0.1110*** (0.000)	0.1167*** (0.000)
男性		-0.0540*** (0.000)	-0.0489*** (0.000)	-0.0488*** (0.000)
年龄		0.0026*** (0.000)	0.0017*** (0.000)	0.0016*** (0.000)
婚姻状况		-0.0197* (0.051)	-0.0215** (0.032)	-0.0220** (0.030)
教育程度		0.0654*** (0.000)	0.0645*** (0.000)	0.0629*** (0.000)
健康			0.0313*** (0.000)	0.0308*** (0.000)
慢性病			0.0605*** (0.000)	0.0645*** (0.000)
收入			0.0025* (0.059)	0.0024* (0.058)
年份固定效应	control	control	control	control
省份固定效应	control	control	control	control
常数项	0.6218*** (0.000)	0.3652*** (0.000)	0.2868*** (0.000)	
N	15 180	15 180	15 180	15 180
R <sup>2</sup>	0.0102	0.0310	0.0387	

注: (1) 括号中为标准误。(2) \*、\*\* 和 \*\*\* 分别代表在 10%、5% 和 1% 的水平上显著。(3) logit 汇报的是边际效应, 因此没有常数项。

### 4.2 稳健性检验

#### 4.2.1 平行趋势检验

本文参考刘金科等学者的做法<sup>[19]</sup>, 以政策实施前一年作为基准项, 图 1 展示了实施省级统筹对患者就医机构选择的动态变化, 在省级统筹实施之前, 就医机构选择位于 0 附近, 即就医机构选择没有任何变化, 因此就医机构选择的回归模型满足平行趋

势假设。随着省级统筹政策的实施,就医机构选择有明显的上移。图 1 表明,省级统筹政策实施当年(横坐标 0)和后一年就医上移不明显,第二年和第三年出现显著上移,说明患者接收政策具有一定的滞后性。

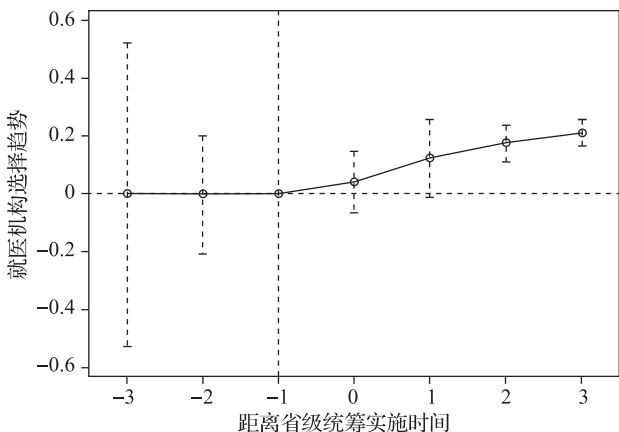


图 1 就医机构选择的动态效应

#### 4.2.2 PSM-DID 检验

参照朱铭来等学者的做法<sup>[20]</sup>,使得 PSM 和多时点 DID 相结合,表 4 为采用 PSM-DID 得到的回归结果。采用了近邻匹配和核密度匹配,在控制相关变量之后,省级统筹的系数值分别是 11.10% 和 2.97%,且在 1% 的水平下显著,说明此前基准回归中省级统筹对患者就医机构选择的影响结果较为稳健。

表 4 PSM-DID 检验

	就医机构选择	
	(1) 近邻匹配	(2) 核密度匹配
省级统筹	0.1110 *** (0.000)	0.0297 *** (0.000)
常数项	0.2848 *** (0.000)	0.2880 *** (0.000)
控制变量	control	control
年份固定效应	control	control
省份固定效应	control	control
N	15 169	15 169
R <sup>2</sup>	0.038 7	0.039 2

注:(1)括号中为标准误;(2)\*、\*\*、\*\*\* 分别代表在 10%、5% 和 1% 的水平上显著。(3)近邻匹配为 1:1,核匹配为默认带宽。

### 4.3 异质性分析

#### 4.3.1 收入异质性

为了检验省级统筹对不同收入职工就医机构选择的影响,把总体样本按家庭人均收入中位数分为高收入和低收入群体。表 5 第(1)、(2)列反映了省

级统筹下高收入和低收入患者就医机构选择的差异,组间效应检验经验 P 值在 1% 水平下显著。从影响程度看,实施省级统筹,高收入患者就医机构上移的幅度高于低收入患者。说明实施省级统筹后,高收入患者更能享受到高质量的医疗资源。其原因是,实施省级统筹政策之后,高收入的患者对价格不敏感,更关注医疗质量,患病之后会选择去更高级别医院就医;而低收入患者对医疗价格敏感,但考虑到交通费和住宿费,其对高级别医院就医的需求不足,因此存在“穷人补贴富人”的现象。

#### 4.3.2 健康异质性

为检验省级统筹对不同健康患者就医机构选择的影响,本文选取具有就医行为的患者作为样本,根据傅虹桥等学者的做法<sup>[21]</sup>,把自评健康回答“健康”或者“一般”,归类为健康人群,表示自评健康较好;把“比较不健康”“不健康”和“非常不健康”归类为不健康人群,表示自评健康较差。表 5 第(3)、(4)列反映了省级统筹对于健康和 unhealthy 患者就医机构选择的差异,组间效应检验经验 P 值在 1% 水平上显著。实施省级统筹,健康和 unhealthy 都会选择更高级别医院就医,但健康的患者就医机构上移的幅度高于 unhealthy 的患者,说明实施省级统筹存在医疗资源不合理使用的情况。其原因是,unhealthy 的患者医疗需求价格弹性小,无论是否实施省级统筹,患者基于病情的严重程度和就医需要,会选择大医院就医,实施省级统筹之后,患者就医上移的幅度较少;而健康的患者医疗需求价格弹性大,实施省级统筹之后,使得本应该基层就医的患者选择大医院就医,因此上移幅度较大。

表 5 异质性分析

	就医机构选择			
	(1) 低收入	(2) 高收入	(3) 不健康	(4) 健康
省级统筹	0.0586 *** (0.000)	0.1208 *** (0.000)	0.0958 *** (0.000)	0.1515 *** (0.000)
常数项	0.3169 *** (0.000)	-0.4621 *** (0.000)	0.2742 *** (0.000)	0.3336 *** (0.000)
控制变量	control	control	control	control
年份固定效应	control	control	control	control
省份固定效应	control	control	control	control
N	7 590	7 590	10 483	4 697
R <sup>2</sup>	0.033 1	0.049 4	0.033 9	0.037 3
经验 P 值	0.000 ***		0.001 ***	

注:括号中为标准误;\*、\*\*、\*\*\* 分别代表在 10%、5% 和 1% 的水平上显著。

#### 4.4 影响机制

##### 4.4.1 委托代理视角——省级统筹模式对城镇职工就医机构选择的影响

实施省级统筹“统收统支”制度,财政兜底责任由市级政府变为省级政府,市级政府产生较大道德风险,监管力度下降;实施省级统筹“调剂金”制度,采取“责任分担”,财政兜底责任在市级政府,其道德风险较小,监管力度变化不大。为探讨不同统筹模式对患者就医机构选择的影响,根据范子英等学者的方法<sup>[22]</sup>,把实验组按统筹模式划分为统收统支和调剂金两组,然后分别与对照组做回归(表 6)。

表 6 统筹模式对城镇职工就医机构选择的影响

	就医机构选择	
	(1) 统收统支	(2) 调剂金
省级统筹	0.1129*** (0.000)	-0.0815 (0.351)
常数项	0.2881*** (0.000)	0.2198*** (0.000)
控制变量	control	control
年份固定效应	control	control
省份固定效应	control	control
N	15 150	12 001
R <sup>2</sup>	0.0390	0.0313

注:括号中为标准误;\*、\*\*、\*\*\* 分别代表在 10%、5% 和 1% 的水平上显著。

如表 6 所示,第(1)列表示实施省级“统收统支”制度能够促进患者去非基层医疗机构就医,其系数为 0.1129,且该效应在 1% 的水平上显著,第(2)列结果表明,实施省级调剂金制度,患者就医机构选择没有显著变化。由此可见,实施省级“统收统支制度”使得患者就医机构上移。究其原因,实施省级统筹“统收统支”制度,省级政府需要承担财政兜底责任,市级政府由财政兜底人变为省级政府的代理人,市级政府医保基金监管力度下降,导致参保地区患者就医机构选择上移。调剂金制度对患者就医机构选择没有显著影响。在调剂金模式下,市级医保基金有缺口,先由市级累计结余承担,不足再由省级政府和市级政府财政按比例承担,统筹基金的财政兜底责任仍然在市级,市级政府监督力度变化不大。因此,市级政府的道德风险是省级统筹影响患者就医机构选择的核心机制。

##### 4.4.2 患者视角——省级统筹和报销比例、就医条件通过整理省级统筹实施办法发现,实施省级统筹,

在“报销比例”和“就医条件”两个方面对参保人产生影响。第一,报销比例上升。实施省级统筹,由于福利刚性,不同区域统筹整合成一个区域,报销比例就高不就低,导致整体的报销比例上升,相当于一个收入效应,患者看病自付比例减少,因此患者会选择往更高级别的医院就医。第二,就医条件改善。实施省级统筹后,患者可以选择在省内任意定点医院就医,省内住院不需要逐级转诊,不用事前办理异地就医备案,跨市就医看病变得更加方便和快捷。并使用社保卡进行实时结算,不用自己垫支任何医疗费用,个人只需负担医疗报销以外的自费部分。医疗可及性增加,患者会选择往更高级别医院就医。因此本文选取了“报销比例”和“就医条件”两个变量,考察省级统筹之后,报销比例和就医条件是否发生变化。“报销比例”由问卷中报销费用除以总医疗费用得出;“就医条件”由问卷中“您对看病点的整体就医条件是……”得到,将“很不满意、不满意、一般、满意、很满意”依次赋值 1~5,数值越大表示满意度越高。省级统筹对参保人的中介效应如表 7 所示。第(1)列和第(2)列表示省级统筹实施后,实际报销比例会提升 21.78%,患者的实际自付比例减少,从而患者会选择往更高级别医院就医。第(3)列和第(4)列表示省级统筹后,就医条件满意度会提高 6.67%,说明实施省级统筹,就医便利性和可及性增加,患者会选择往更高级别医院就医。

表 7 中介效应分析

	(1)	(2)	(3)	(4)
	报销比例	就医机构选择	就医条件	就医机构选择
省级统筹	0.2178*** (0.000)		0.0667*** (0.000)	
报销比例		0.1982*** (0.000)		
就医条件				0.0126*** (0.005)
常数项	-0.0087 (0.864)	0.1095 (0.104)	3.4298*** (0.000)	0.2404*** (0.000)
控制变量	control	control	control	control
年份固定效应	control	control	control	control
省份固定效应	control	control	control	control
N	9 083	9 083	15 153	15 153
R <sup>2</sup>	0.0635	0.0646	0.0829	0.0300

注:括号中为标准误;\*、\*\*、\*\*\* 分别代表在 10%、5% 和 1% 的水平上显著。

综合上述中介效应模型检验的结果,省级统筹通过提高报销比例和改善就医环境两个渠道使得患者往更高级别医院就医。

## 5 结论与政策建议

本文利用 2010—2020 年 CFPS 数据,构建多时点双重差分模型检验城镇职工医保省级统筹对患者就医机构选择的影响及影响机制。研究发现:第一,实施城镇职工基本医疗保险省级统筹使得城镇职工就医机构上移。第二,就医机构上移可从政策设计和政府监管两个方面进行解释。一方面是提高医保统筹层次使得报销比例提升和就医环境改善,导致患者往更高级别医院就医。另一方面是下级政府的道德风险纵容了患者就医机构上移。第三,省级统筹“统收统支”模式,使得市级政府放松对医保基金的监管,从而使得患者就医机构上移。第四,省级统筹“调剂金”模式,统筹基金的财政兜底责任仍然在市级,市级政府监管力度变化不大,对患者就医机构选择没有显著影响。第五,市级政府的道德风险诱发了患者的过度医疗,由于市级政府放松对医保基金的监管,使得高收入患者和健康状况较好的患者就医机构上移更显著,存在“穷帮富”和医疗资源不合理使用的情况。

本文提出以下政策建议。第一,实施省级统筹应逐步推进。实施省级统筹使得患者就医机构上移,包括合理的就医需求释放和不同程度的道德风险。道德风险对医保基金的收支平衡会造成威胁,因此实施省级统筹需要权衡其带来的风险溢价和道德风险。其次,实施省级统筹需要考虑各省之间的差异,对于医保基金池较少的省份,可以优先实施“统收统支”的省级统筹政策。对于医保基金池较多的省份,可以先实施调剂金制度,等到条件成熟再落实统收统支政策。第二,强化分级诊疗。实施省级统筹使得报销比例提升和就医环境改善,导致患者就医机构上移。因此实施省级统筹过程中,要根据各省市情况合理扩大不同级别医院报销比例差距,引导患者根据病情的严重程度就医,巩固分级诊疗制度。第三,建立事权和支出责任划分的医保统筹政策。实施省级统筹“统收统支”政策导致市级政府对医保基金监管力度下降,其主要原因是省级政府承担财政兜底责任,而市级政府作为代理人拥有基

金监督权。上下级政府存在信息不对称,因此需要出台事权划分和支出责任相匹配的政策应对市级政府的道德风险。首先,落实责任分担机制。市级医保基金的缺口由省市政府按比例进行承担,其次,设置精细化的考核方式。把就医上移指标纳入省政府对地方政府的考核指标,与市县政府绩效挂钩,从而控制下级政府的道德风险。<sup>[23]</sup>第四,加强基层医疗资源建设。实施城镇职工省级统筹之后,出现患者就医机构选择上移的现象。长此以往,“大医院人满为患,基层医疗机构门可罗雀”现象更为严重。为吸引患者去基层就医,需要加强基层医疗资源建设,实现医疗资源的合理配置。这不仅需要加强对基层医疗资源的财政投入,建设基层医疗基础设施,更重要的是基层卫生人才建设,使得患者对基层就医信任度提高。第五,实施省级统筹政策注重公平。实施省级统筹使得高收入患者和健康程度较好患者就医上移更显著,因此在实施省级统筹的过程中,需要考虑参保人群患病风险的统筹,根据患者收入和健康等指标合理配置医疗资源,加强对低收入患者医疗资源倾斜,从而使得政策实施过程更为公平。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 王虎峰. 中国社会医疗保险统筹层次提升的模式选择: 基于国际经验借鉴的视角[J]. 经济社会体制比较, 2009(6): 60-67.
- [2] 李健. 推进地级统筹需关注五大问题[J]. 中国医疗保险, 2009(10): 16-17.
- [3] 何健文, 李熹, 朱欢欢, 等. 哈尔滨市城镇职工基本医疗保险市级统筹满意度分析[J]. 中国医院管理, 2017, 37(6): 60-62.
- [4] 陈仰东. 提高统筹层次需要利益机制助推[J]. 中国医疗保险, 2010(4): 8-10, 23.
- [5] 朱恒鹏, 岳阳, 林振翻. 医保统筹层次如何影响社保基金收支: 委托—代理视角下的经验证据[J]. 经济研究, 2020, 55(11): 101-120.
- [6] 高秋明, 王洪娜. 财政分权体制对医疗保险统筹层次的影响研究[J]. 中国特色社会主义研究, 2020(4): 47-55.
- [7] 朱恒鹏, 田文文, 孙梦婷. 从国家治理能力现代化视角看社保医保统筹层次[J]. 科学社会主义, 2021(6): 105-114.



- [8] 朱凤梅. 我国基本医保省级统筹的政策选择:基于国际经验的视角[J]. 中国医疗保险, 2021(4): 72-80.
- [9] 李锐, 吴菁, 杨华磊. 职工医保省级统筹对医疗费用支出的影响:基于 CFPS 数据的研究[J]. 保险研究, 2022(6): 83-98.
- [10] 申宇鹏. 医保统筹层次、医疗服务利用与健康福利:兼论省级统筹下医疗费用上涨的中介机制[J]. 社会保障评论, 2022, 6(4): 83-101.
- [11] 袁妮. 实现我国医疗保险市级统筹的建议[J]. 中国药房, 2011, 22(9): 769-771.
- [12] 白兰, 顾海. 基本医疗保险市级统筹的困境分析与思考:基于江苏省五市的调研[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(2): 35-38.
- [13] 王宗凡. 医保统筹层次并非越高越好[J]. 中国社会保障, 2019(4): 84.
- [14] 高健, 徐英奇, 李华. 德国经验对中国社会医疗保险省级统筹设计的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 29-34.
- [15] 付明卫, 徐文慧. 中国基本医疗保险省级统筹的影响因素和经验模式研究[J]. 消费经济, 2019, 35(5): 6-13.
- [16] Gertler P. The willingness to pay for medical care[M]. 1990.
- [17] Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health [J]. Journal of Political Economy, 1972, 80(2): 223-255.
- [18] 高秋明, 王天宇. 差异化报销比例设计能够助推分级诊疗吗:来自住院赔付数据的证据[J]. 保险研究, 2018(7): 89-103.
- [19] 刘金科, 肖翊阳. 中国环境保护税与绿色创新:杠杆效应还是挤出效应? [J]. 经济研究, 2022, 57(1): 72-88.
- [20] 朱铭来, 何敏. 长期护理保险会挤出家庭照护吗?:基于 2011~2018 年 CHARLS 数据的实证分析[J]. 保险研究, 2021(12): 21-38.
- [21] 傅虹桥, 袁东, 雷晓燕. 健康水平、医疗保险与事前道德风险:来自新农合的经验证据[J]. 经济学(季刊), 2017, 16(2): 599-620.
- [22] 范子英, 周小昶. 财政激励、市场一体化与企业跨地区投资:基于所得税分享改革的研究[J]. 中国工业经济, 2022(2): 118-136.
- [23] 朱凤梅, 贺方兴. 基本医保省级统筹风险调剂机制研究:基于结构性风险与管理风险相分离视角[J]. 中国医疗保险, 2023(6): 32-38.

[收稿日期:2023-06-12 修回日期:2023-09-05]

(编辑 薛云)

## 2023 年世界患者安全日

9 月 17 日是一年一度的世界患者安全日,今年的主题是“患者安全需要患者参与”,旨在认可患者、家庭和照护人员在卫生保健安全方面所发挥的关键作用。

有证据表明,让患者作为合作伙伴参与其自身的医疗护理,可在安全性、患者满意度和健康结果方面取得显著成效。如果患者能成为医疗团队的积极成员,可为其自身的医疗安全和整个卫生保健体系的安全做出贡献。

世卫组织通过“提高患者的发言权!”这一口号呼吁所有利益攸关方采取必要行动,确保让患者参与政策制定,在治理结构中享有发言权,参与共同设计安全策略,并在自身的护理中发挥积极作用。要做到这一点,唯一的途径是为各种不同患者、家庭和社区提供平台和机会,使其能表达自己的意见、关

切、期望和偏好,从而提高安全性,确保以患者为中心,并增强可信度与公平。

实现这一目标每个人都需要发挥作用,包括决策者、卫生保健领导人、卫生和护理工作、患者及其家属、患者倡导者和民间社会。让我们共同努力,使卫生保健更加安全:

- 无论何时何地,安全的医疗保健都是所有患者的一项基本权利。
- 患者和家庭参与是发展更安全卫生系统的关键战略。
- 患者和家属应参与各级保健,从充分知情同意和在护理点共同决策,到决策和规划。
- 任何人都不应在医疗保健中受到伤害。我们必须提高病人的声音,我们必须倾听和学习。

(摘编自世界卫生组织网站)