

基于医疗服务需求的健康扶贫政策医疗保险资金需求分析

薛秋霖^{1*} 蒋俊男² 辛艳姣² 王雪峰² 项莉²

1. 民政部低收入家庭认定指导中心 北京 100054

2. 华中科技大学同济医学院 湖北武汉 430030

【摘要】目的:分析建档立卡人群的住院服务利用和医疗费用现状,衡量健康扶贫政策实施后所增加的医疗保险基金需求。方法:利用湖北省 A 地 2016 年新农合补偿数据库,采用描述性方法和保险精算法。结果:建档立卡人群住院率、平均住院天数、住院次数、人均住院总费用均高于非建档立卡人群。由于健康扶贫政策的实施,该地区人均筹资需要增加 15.8 元,其中 11.7 元用于基本医保补偿,4.1 元用于大病保险报销。结论:建档立卡人群的住院服务需求明显高于非建档立卡人群,各地区应合理测算健康扶贫政策带来的资金需求,保证政府对健康扶贫增加的投入,合理使用医保基金。加强部门合作,建立多路径健康保障体系。

【关键词】医疗服务需求;健康扶贫政策;贫困户;基金

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.008

Analysis of the need for medical insurance funds based on healthcare demand of Health Poverty Alleviation Policy

XUE Qiu-jin¹, JIANG Jun-nan², XIN Yan-jiao², WANG Xue-feng², XIANG Li²

1. Center for Monitoring and Verification of Low Income Families, Beijing 100054, China

2. Tongji Medical college, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objectives: This research is made to analyze the status of inpatient service consumption and medical expenses of poor households, and to measure the trend of increase in demand for health insurance funds after the Health Poverty Alleviation Policy implementation. Methods: This paper uses the 2016 New Rural Cooperative Medical System Compensation Database from Hubei Province, Area A, and adopts descriptive methods and insurance precision algorithms to get desirable results. Results: The hospitalization rate, the average hospitalization time and period, and the per capita hospitalization cost for poor households were higher than those attributed to rich households, being estimated at 12.4%. Due to the Health Poverty Alleviation Policy implementation, the per capita fundraising in the region needs to increase by 15.8RMB of which 11.7RMB is for basic medical insurance compensation and the remaining 4.1RMB for catastrophic disease insurance payment. Conclusion: The results found that the inpatient service demand of poor households is significantly higher than that of well-off families. All regions should reasonably make a good quotation of need for funds during the Health Poverty Alleviation Policies, ensure that the government has provided enough investment in the policies designed to alleviate health-related poverty, and rationally use the medical insurance funds. Therefore, the departmental collaboration should be strengthened and a multi-path health security system established.

【Key words】 Medical service demand; Health Poverty Alleviation Policy; Poor households; Funds

国务院扶贫办建档立卡数据显示,截至 2016 年,全国因病致贫返贫 734 万人,占全部贫困人口的

比例为 44%。^[1]许多贫困家庭成员患大病却无力就医的问题十分严重,家庭长期处于贫一病一贫的恶

* 基金项目:国家自然科学基金(71573095)

作者简介:薛秋霖,女(1986 年—),博士研究生,主要研究方向为卫生经济。E-mail: xueqj2006@163.com

通讯作者:项莉。E-mail: xlyf@hust.edu.cn

性循环之中。2015 年中共中央、国务院印发《关于打赢脱贫攻坚战的决定》^[2],明确提出要开展医疗保险和医疗救助脱贫,实施健康扶贫工程。各地医保部门纷纷出台相应政策,提高建档立卡人群基本医保和大病保险报销比例,防止因病致贫、因病返贫。然而建档立卡人群许多是因病致贫,其卫生服务需求和普通人群可能存在较大差异,提高补偿水平可能会对基本医保及大病保险资金造成较大压力,此顾虑制约了许多地区基本医保和大病医保健康扶贫政策的制定和实施。本研究以湖北省 A 市为例,对该地农村建档立卡人群和非建档立卡人群住院服务利用和费用情况进行比较,衡量对该部分人群实施健康扶贫政策后基本医保及大病保险基金需求增量,为合理测算基金需求,完善医疗保险的健康扶贫政策,满足贫困人口就医需求提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究数据来源于湖北省 A 地 2016 年新农合参保库和补偿数据库,从中提取参保人数、参保人员属性、住院人次数、住院天数、住院费用、自付费用等变量。同时搜集 A 市基本医保 2016 年住院费用补

偿的实施办法及健康扶贫政策。

1.2 研究方法

将湖北省 A 地居住半年以上的建档立卡农村居民作为贫困人口。利用 stata12.0 对贫困人口和非建档立卡人群的住院率、住院天数、住院费用、实际补偿等情况进行分析。运用保险精算相关公式,计算基本医保和大病保险对贫困户政策倾斜后所需要的增量资金,分析健康扶贫政策实施后对基本医保基金运行所产生的影响。

2 结果

2.1 A 地基本医保、大病医疗保险及健康扶贫政策

该市基本医保住院补偿政策规定不同等级的医疗机构住院费用报销比例和起付线不同,随医疗机构等级升高,补偿比例降低,起付线提高。为进一步减轻贫困患者就医负担,A 市于 2016 年起实施精准扶贫医疗保障政策,在基本医保报销中取消建档立卡的农村患者的起付线,报销比例相对其他人群提高 5%~10%。在大病保险报销政策中将建档立卡农村患者的起付线由 12 000 元降低至 8 000 元,各费用段大病医疗保险报销比例提高 5% (表 1)。

表 1 2016 年 A 地基本医保、大病保险补偿办法及健康扶贫政策

	起付线	报销比例	封顶线
基本医保	一级医疗机构:100 元; 二级医疗机构:500 元; 三级医疗机构:800 元; 省级定点及市外医疗机构:2 000 元;	超过起付标准以上合规医疗费用 市内:一级医疗机构补偿 90%; 二级医疗机构补偿 70%; 三级医疗机构补偿 65%; 省级定点医疗机构:50%~65% 市外非定点的非营利性医疗机构:40%	参保农民年度 个人累计住院 补偿限额为 10 万元
大病医疗保险	基本医保按政策补偿后,参保农民年内个人累计自付合规医疗费用超过起付标准 12 000 元以上部分(不含基本医保基本医疗补偿起付线)纳入大病保险保障范围	12 000 元~3 万元:55%; 3 万元~5 万元:65%; 5 万元以上:75%	不设封顶线
健康扶贫政策	基本医保:精准扶贫对象取消起付线 大病保险:精准扶贫对象起付标准降低至 8 000 元	基本医保: 市级医疗机构住院提高 10 个百分点,省级 定点医疗机构住院提高 5 个百分点 大病保险: 对贫困患者赔付比例相比普通患者各个 费用档次分别提高 5 个百分点	不设封顶线

2.2 A 地建档立卡农村居民和非建档立卡人群住院卫生服务利用及费用情况

2016 年该地建档立卡人数为 54 645 人,占该地参保人数的 5.0%。贫困户平均住院率为 34.8%,明显高于非建档立卡人群(表 2)。贫困户的人均住院次数(2.2 次)高于普通人群(1.4

次),贫困户的人均住院天数为 23.3 天,非建档立卡人群人均住院天数为 10.3 天。和非建档立卡人群相比,该地区建档立卡患者住院更多选择市内医疗机构,市外仅占 7%。在市内就医选择中,贫困户在市内三级医疗机构住院占比为 37%,高于非建档立卡人群(图 1)。

表 2 2016 年 A 地建档立卡农村居民和非建档立卡人群住院卫生服务利用情况

变量	总人数	住院人次	住院率/%	住院人数	人均住院次数	人均住院天数
建档立卡	54 645	19 024	34.8	8 551	2.2	23.3
非建档立卡人群	1 045 290	129 814	12.4	91 737	1.4	10.3

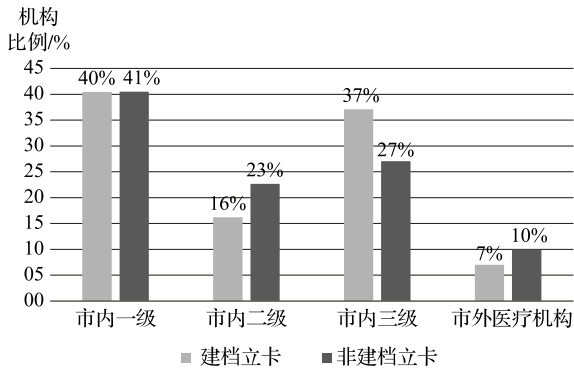


图 1 A 地建档立卡农村居民和非建档立卡人群住院机构等级

该地区 2016 年建档立卡的农村患者次均住院费用为 4 583 元, 低于非建档立卡人群。其中合规费用为 3 912 元, 占比略高于非建档立卡人群。贫困户的人均自付费用为 3 431 元, 实际补偿比为 66.3%, 比普通人群高约 16%。贫困户中有 11 人超过了当年基本医保赔付金额封顶线 (10 万元), 占人群的 0.13%, 这个比例明显超过非建档立卡人群 (0.03%)。住院的贫困户中有 7.9% 的患者合规后自付费用进入大病保险报销范畴, 而非建档立卡人群中仅有 3.8%。贫困户人均大病保险赔付额为 612 元, 是非建档立卡人群赔付额的 2 倍以上 (表 3)。

表 3 A 地建档立卡农村居民和非建档立卡人群住院卫生费用情况

变量	建档立卡	非建档立卡
次均住院总费用/元	4 583	5 018
次均合规费用/元	3 912	4 121
次均自付费用/元	1 542	2 546
人均住院总费用/元	10 196	7 101
人均合规费用/元	8 703	5 832
人均自付费用/元	3 431	3 602
合规费用比例/%	85.4	82.1
政策范围报销比/%	73.7	61.8
实际报销比/%	66.3	49.3
基本医保超过封顶线的患者比例/%	0.13	0.03
进入大病保险的患者比例/%	7.9	3.8
大病保险平均赔付金额/元	612	255

2.3 基于医疗服务需求的健康扶贫医保资金需求

本研究参考易春黎^[3]、乔慧^[4]等人的研究成果, 运用保险精算的方法, 结合基本医保以及大病保险对贫困户的报销政策倾斜, 计算报销政策调整后对

医保基金的影响。其中 A 地区实施精准扶贫医疗保障政策后基本医保的增长基金 F_b 为:

$$F_b = F_{b1} + F_{b2} + F_{b3} + F_{b4} \quad (1)$$

$F_{b1} \sim F_{b4}$ 分别指的是由于起付线、报销比例、封顶线调整以及需求增加导致的保险因子引起基本医保增加的基金数额。其中:

$$F_{b1} = N \times P_p \times IR \times D \times C_r \quad (2)$$

$$D = \sum_i^h P_i \times D_i \quad (3)$$

公式 (2) 中 N 是该地参保人数, P_p 是贫困户比例, IR (Inpatient Rate) 是贫困户住院率, D 是贫困户平均起付线。公式 (3) 中 P_i 是贫困户患者去第 i 个等级医疗机构就诊的比例, D_i 是基本医疗保险补偿第 i 个等级机构就医的起付线, C_r 代表基本医疗保险对该部分患者的政策范围内补偿比例。

$$F_{b2} = N \times P_p \times IR \times (TME \times P_d + D \times P_d) \times IRR \quad (4)$$

其中, TME (Total Medical Expenditure) 代表贫困户次均住院费用总额, IRR 是政策规定增加的报销比例, P_d 指合规费用比例。

$$F_{b3} = N \times P_p \times IR_p \times P_c \times (TME_c \times C_r \times P_d - T) \quad (5)$$

公式 (5) 中是 IR_p 是人均住院率, P_c 是超过封顶线的贫困户患者比例, TME_c 是这部分住院总费用, T 为基本医疗保险封顶线。

$$F_{b4} = (F_{b1} + F_{b2} + F_{b3}) \times (N_r - 1) \quad (6)$$

公式 (6) 中保险因子的计算参考美国兰德公司的研究, 其发现对于住院服务而言, 若补偿比由 0% 增加到 10% 或 80% 时, 保险因子在 1.01 ~ 1.93 之间, 对于住院服务保险因子可以按公式 $1 + 1.1 * \text{提高的报销比例}$ (占可报销费用) 计算。该地区政策指出建档立卡人群的兜底报销比例为 90%, 由前述数据得知住院基本医保报销比例提高 16.3 个百分点, 按上述公式计算得 1.18。

A 地区实施精准扶贫医疗保障政策后大病保险的增长基金为:

$$F_c = F_{c1} + F_{c2} + F_{c3} \quad (7)$$

$F_{c1} \sim F_{c3}$ 分别是起付线、报销比例、以及需求增加

导致保险因子引起大病医保增加的基金额。其中：

$$F_{c1} = N_k \times (TME_k \times P_{dk} - D_k) \times C_{ri=1} + (D_{i=1} - D_k) \times C_{ri=1} \times N \times P_p \times IR_p \times P_k \quad (8)$$

公式(8)中 N_k 是由于降低起付线新纳入大病保险的贫困户, TME_k 是这部分患者的人均住院费用, P_{dk} 是合规费用比例, D_k 是降低后的起付线, $C_{ri=1}$ 代表大病保险对个人支付费用在第 i 个费用分层的救助比例, 其中 $i=1$ 是大病保险第一个费用分层。 $D_{i=1}$ 是原起付线, P_k 是指贫困户进入大病保险的比例。

$$F_{c2} = \{ N_k \times (TME_k \times P_{dk} - D_k) \times C_{ri=1} + (D_{i=1} - D_k) \times C_{ri=1} + ACR \} \times N \times P_p \times IR_p \times P_k \quad (9)$$

其中, ACR 是贫困户大病保险平均赔付金额。

$$F_{c3} = (F_{c1} + F_{c2}) \times (N_r - 1) \quad (10)$$

公式(10)中的 N_r 和公式(6)中保持一致。

按照2016年A地区参合人数计算, 实施精准扶贫医疗保障政策后医保增加的平均筹资额度为15.8元, 其中11.7元用于基本医保, 4.1元用于大病保险。2016年A地基本医保筹资中参合居民个人缴费标准是每人150元, 其中25元作为大病保险保费。新增加的医保筹资占个人缴费的10.5%, 占大病保险筹资金额的16.4%。在增加的筹资额中, 由于取消或降低起付线增长的基金最多, 为9.4元, 其中基本医保7.1元, 大病保险2.3元。封顶线调整造成的资金增长最少, 人均0.2元(表4)。

表4 A地区实施精准扶贫医疗保障政策后基本医保及大病保险的增长基金/元

增长基金	基本医保	大病保险	合计
起付线	7.1	2.3	9.4
报销比例	2.6	1.2	3.8
封顶线	0.2	—	0.2
保险因子	1.8	0.6	2.4
全人群人均增加筹资额度	11.7	4.1	15.8
贫困户人均增加筹资额度	235.5	82.5	318

3 讨论

3.1 建档立卡的贫困人口卫生服务需求更大

从数值上看, A地贫困人口的医疗服务利用水平明显高于整个人群。其原因在于建档立卡人群中很大一部分是因病致贫或返贫。国务院扶贫办建档立卡数据显示, 2015—2016年, 因病致贫和返贫仍是贫困的主要原因, 分别占比为42%和44%。^[1]部分农村村民因患各类疾病丧失劳动能力, 家庭收入骤减, 同时还要支出较大的医疗费用, 导致生产生活陷入困境。这些

疾病通常需要频繁住院, 也导致了建档立卡人群的住院率、住院次数、住院天数均高于非建档立卡人群。受报销比例限制, 和非建档立卡人群相比, 贫困户市外就医的比例较低。2016年, A市住院贫困人口中0.13%的患者基本医保赔付超过了封顶线10万元, 说明需要超高治疗费用的贫困户依然存在。

有研究发现贫困农民次均医疗费用高出一般农民900元, 经济负担更重^[5]。研究发现贫困人口住院率和次均住院费用均高于非贫困人口, 差异有统计学意义($P < 0.05$)^[6], 与本研究结果相似, 进一步验证了贫困户往往存在更高的卫生服务需求和卫生总费用。

3.2 健康扶贫政策实施显著增加了基本医保和大病医保基金压力

分析表3发现, 健康扶贫政策提高了对贫困住院患者的费用补偿水平, 导致基本医保和大病保险住院统筹基金运行压力进一步增加。虽然建档立卡贫困户仅占全人群的5%, 但政策倾斜带来的筹资需求却占基本医保个人缴费总额的10.5%。出现此种情况的原因在于, 建档立卡的贫困户医疗需求较大, 住院率高, 平均住院费用是非建档立卡人群的3倍。同时, 在提高基本医保和大病保险的报销比例后, 该人群的卫生服务需求会进一步释放, 这些因素都会导致医保资金的大幅增加。

健康扶贫政策下, 需要更多医保资金用于取消或减少起付线, 其次是调整保险因子。原因是该地区贫困户住院次数较多, 基本医保起付线设置较高, 市外机构到达2000元, 取消基本医保起付线会给基金带来一定的压力。另外, 起付线会使一批新患者进入大病保险报销范畴, 原先不能报销的费用也可以部分报销, 基金压力进一步增大。报销比例提高带来的需求释放也是筹资水平增加的重要原因之一。基本医保封顶线的取消带来的基金压力较小, 是因为在贫困户中基本医保赔付超过封顶线的人数有限, 占用的资金也较少。

该政策2016年开始实施, 第一年的需求释放通常较小, 保险因子会随着政策的实施逐渐加大。同时A地区健康扶贫政策中基本医保和大病医保住院政策范围内费用报销比例增加了5%~10%, 而其他地方政策中提高的报销比例可能更高。如2017年《云南省健康扶贫30条措施》提到住院政策范围内费用报销比例比其他城乡居民提高10~20个百分点, 县级由70%~80%提高到80%~85%, 省、州市

级由 50% ~ 60% 提高到 70%。^[7] 高需求释放及高报销比例均会进一步对当地医保资金造成压力。

基本医保的定位是要降低居民就医经济风险, 缓解居民因病致贫、因病返贫程度, 提高居民医疗保障水平, 改善健康状况。逐步实现卫生公平性和居民人人享有基本卫生保健。作为普惠制的医疗保障承担建档立卡贫困户的资金压力是否合适仍值得商榷。特殊群体特惠性的补偿和救助应该有专项资金实施, 过多占用医保基金会普通群体造成利益损害, 违背基本医保的初衷。目前许多地区已经建立健康扶贫专项资金, 用于资助贫困人群参加城乡医保、促进贫困地区标准化村卫生室建设等。^[9]

4 政策建议

4.1 合理测算健康扶贫政策带来的资金需求

与非建档立卡人群相比, 贫困户的医疗服务需求更高。虽然每个地区建档立卡的总人数有限, 但是在提高这部分人群的医保报销比例时仍需要精准测算。各地医保部门应同时考虑贫困人群的就医特点、政策倾斜后的起付线调整、医疗需求释放以及不同报销比例所带来的基金压力, 利用当地数据测算不同报销比例下所需要的增量资金。在参考当地医保筹资总额的情况下, 合理制定健康扶贫政策, 适当的降低起付线和提高报销比例。切勿按照一般人群的卫生服务需求数据测算总筹资, 盲目地大幅度提高报销比例只会给当地的医保基金带来压力, 出现政策亏损。

4.2 保证健康扶贫投入增加, 综合使用医保基金

随着我国精准扶贫事业的不断推进, 贫困户的医疗保障水平也不断增加。在提高医疗报销比例的同时, 提升当地基本医保筹资水平。政府应逐渐加大贫困地区的卫生投入, 完善稳定的财政投入和分担机制。^[8] 根据 2018 年 3 月出台的《深化党和国家机构改革方案》, 将城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险, 新型农村合作医疗, 药品和医疗服务价格管理, 医疗救助多项职责整合, 组建国家医疗保障局, 作为国务院直属机构。三种基本医保统一管理对健康扶贫政策的开展有着十分重要的意义。在医保局的管理下, 整合扶贫、医疗保险、社会救助等各类信息系统, 精准建立涵盖医保基金、健康扶贫措施、因病致贫家庭情况、社会救助内容、金额和频次等信息的数据库。同时, 对数据库实时更新, 动态管理, 让新发生因病致贫的家庭及时纳入扶贫对象, 对

医保和救助基金进行综合管理, 避免超负荷运行。

4.3 加强部门协同合作, 建立多路径健康保障体系

基本医保是降低建档立卡贫困人群医疗自付费用和疾病经济负担的基础之一。随着健康扶贫的不断发展, 多方面、多角度的提高建档立卡人的健康保障水平, 建立多路径的健康保障体系十分重要。^[10] 目前我国城乡居民大病保险主要由商业保险公司经办, 将来基本医保与商业保险的合作可以在更多方面对建档立卡人群进行倾斜, 提升贫困人口受益水平。同时医保部门应积极推进一站式结算工作, 加强部门协作, 实现基本医保、大病保险和医疗救助实时结算, 减少建档立卡人群的垫付资金, 进一步减轻该人群的疾病经济负担。^[11]

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 十二届全国人大常委会第二十九次会议举行联组会议审议并专题询问脱贫攻坚工作情况报告[J]. 吉林人大, 2017(8): 2.
- [2] 中共中央、国务院. 关于打赢脱贫攻坚战的决定(中发〔2015〕34号)[Z]. 2015.
- [3] 易春黎. 城市医疗救助筹资需求测算及其支出影响因素研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2010.
- [4] 乔慧, 任彬彬, 刘秀英, 等. 银川市城镇居民医疗保险筹资水平及补偿方案测算研究[J]. 中国卫生统计, 2009, 26(4): 359-362.
- [5] 张文静, 李颖琰. 河南省贫困农民的医疗费用、疾病经济风险和影响因素分析[J]. 郑州大学学报(医学版), 2007, 42(3): 490-494.
- [6] 陈晓梅, 杨继文, 孙平辉, 等. 参加新型农村合作医疗农村贫困人口和非贫困人口卫生服务利用的调查研究[J]. 中国初级卫生保健, 2013, 27(12): 26-28.
- [7] 云南省卫生和计划生育委员会. 云南省健康扶贫 30 条措施(云政办发〔2017〕102号)[Z]. 2017
- [8] 蒋帅, 吴维民, 范丽, 等. 广西壮族自治区财政对县级公立医院投入状况调查分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2014(10): 1189-1191.
- [9] 汤少梁, 许可塑. 贫困慢性病患者疾病负担与健康精准扶贫政策研究[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(6): 64-67.
- [10] 方鹏骞, 苏敏. 论我国健康扶贫的关键问题与体系构建[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(6): 60-63.
- [11] 黄成慧, 曾巧妹. 一站式结算方便困难群众[J]. 中国民政, 2016(4): 64.

[收稿日期:2018-06-14 修回日期:2018-12-19]

(编辑 刘博)