

基于门诊和住院保障的视角重构医保待遇保障组合

张小娟^{1,2*}

1. 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

2. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】本文梳理了基本医保门诊保障政策的形成和变迁,并实证分析门诊费用是引致疾病经济风险的重要原因。由于对门诊费用和门诊保障的认识并未跟进,造成门诊保障政策的不完善和门诊保障不足。建议重构医保待遇保障组合,瞄准风险提高医保制度的经济风险保护效能。

【关键词】待遇保障组合;门诊保障;板块式支付

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.05.004

Reconstruction of the medical insurance benefit package based on the perspective of outpatient and inpatient cost protection

ZHANG Xiao-juan^{1,2}

1. Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 This paper analyzed the formation of and changes in outpatient cost protection policies related to the basic medical insurance, and empirically analyzed the outpatient cost as an important cause of healthcare financial risks. However, because the theoretical understanding of outpatient costs and compensation has not been thoroughly followed up, the outpatient cost compensation policy is imperfect and the outpatient cost protection is inadequate. It is recommended that the medical insurance benefit package should be restructured, and the risks should be rationally investigated and mitigated in order to realize effective health financial risk protection.

【Key words】 Medical insurance benefit package; Outpatient cost protection; Separated out-inpatient cost payment

2021年4月7日,国务院常务会议确定建立健全职工基本医保门诊共济保障机制的措施,提出将更多门诊费用纳入医保报销;2019年9月国家医保局等四部门联合发布《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》,提出增强居民医保门诊保障能力。门诊费用保障问题受到越来越多的关注;但一直以来,门诊费用保障存在争论。有学者将住院等同于大病,门诊等同于小病,反对保障门诊费用,如张玉新等提出普通门诊疾病病程短、医疗费用低,不足以对参保患者造成过重经济负担,而且认为“保门诊”是泛福利制度,违背了保险的大数法则和互助共济原理。^[1]而姜日进等支持“保门诊”的观点,认为门诊属于基本医疗需求应该保障,而且

门诊服务对于预防和管理慢病至关重要,对门诊服务的保障有限,可能会增加财务风险。^[2,4]反对者将门诊费用等同于低费用,而支持者并未就此进行论证和反驳。李珍等从社会医疗保险的功能定位出发驳斥了以上两种争论,认为基本医保的目标是降低参保人灾难性卫生支出风险,所以基本医保应该保障超过灾难性支出的费用,而不是所谓的“大病”“小病”“门诊”或“住院”。^[5]

当前关于门诊费用保障的讨论主要在理论层面,实证分析不足。本研究试图梳理基本医保门诊住院板块式支付的起源、发展及门诊保障政策的形成和变迁;实证分析门诊费用结构及其引致的疾病经济风险;并基于基本医保分散和保护风险的目标,

* 基金项目:国家自然科学基金(573276);深圳市卫生系统科研项目资助(SZWG2018001)

作者简介:张小娟(1985年—),女,博士研究生,副研究员,主要研究方向为基层卫生和医疗保障。E-mail:zhangxiaojuan@imicams.ac.cn

重构门诊住院待遇保障组合。

1 资料与方法

1.1 资料来源

中国家庭追踪调查 (China Family Panel Studies, CFPS) 是由北京大学中国社会科学调查中心实施的一项全国性、综合性的社会追踪调查项目。本研究利用 2014—2018 年数据分析调查对象门诊支出及疾病经济风险情况。

1.2 研究方法

由于 CFPS 数据仅收集了调查对象的住院和门诊费用及家庭自付的总医疗费用,并未收集个人自付的门诊和住院费用信息,因此难以直接分析个人自付门诊费用对疾病经济风险的影响。本文采用反证法,即分析发生疾病经济风险的家庭各成员住院服务利用情况。疾病经济风险测量指标为灾难性卫生支出和跌落贫困线。

(1)灾难性卫生支出:
假设 T 为患者家庭的医疗支出 (OOP); X 为家庭总支出; N 为样本的家庭数; $f(x)$ 为食品支出 (必需支出); z 为灾难性卫生支出标准。如果 $T/x > z$ 或 $T/f(x) > z$ 则认为发生灾难性支出。

灾难性支出发生率 H 定义为发生灾难性支出的家庭占总样本的比重。

$$H = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i$$

如果 $T_i/x_i > z$ 或 $T_i/f(x_i) > z$, $E = 1$, 否则 $E = 0$ 。
以上计算以家庭总支出为例,均可以用 $f(x_i)$ 代替 x_i 做分母,计算基于家庭非食品支出的灾难性支出。

(2)跌落贫困线:
假设 T 为家庭人均医疗支出; x 为家庭人均总支出; PL 为贫困线; S_i 为家庭人口规模; N 为样本的家庭数; H^{gross} 为基于家庭总支出计算的贫困率, H^{net} 为基于家庭非医疗支出的贫困率,两者之差为因病致贫率。

$$H^{gross} = \frac{\sum_{i=1}^N S_i p_i^{gross}}{\sum_{i=1}^N S_i}$$

如果 $x_i < PL, p_i^{gross} = 1$; 否则 $p_i^{gross} = 0$

$$H^{net} = \frac{\sum_{i=1}^N S_i p_i^{net}}{\sum_{i=1}^N S_i}$$

如果 $x_i - T_i < PL, p_i^{net} = 1$; 否则 $p_i^{net} = 0$
具体的贫困线标准如表 1 所示。

表 1 我国和国际贫困线 (元)

	我国贫困线 2 300 元 (2010 年不变价)	国际贫困线 (2011 年购买力平价)		
		贫困线 1 (1.9 美元)	贫困线 2 (3.2 美元)	贫困线 3 (5.5 美元)
2014	2 800	2 610	4 397	7 557
2016	2 952	2 700	4 548	7 816
2018	3 053	2 801	4 717	8 108

2 结果

2.1 门诊和住院板块式支付的起源与发展

受职工养老保险统账结合制度的影响,职工医保建立之初分别建立统筹基金和个人账户。统账结合一方面受德国社会保险模式的影响,另一方面受新加坡个人账户制度的影响,是自由主义和社会主义之间的取舍。当时的改革采取了折中的方式,建立了统账结合的制度,试图获取两种制度的优势。1998 年《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44 号)(以下简称“44 号文”)规定,统筹基金和个人账户划定各自的支付范围,分别核算,不得互相挤占。统筹基金支付起付线以上部分,个人账户支付起付线以下部分。44 号文以起付线为界划定了统筹基金和个人账户的支付范围,并未区分门诊和住院费用。但后来的实践中大多将个人账户的支付范围理解为门诊费用和起付标准以下的住院费用。^[6]个人账户支付门诊费用,而统筹基金支付住院费用的模式通常称为板块式。全国绝大部分地区职工医保都采用了板块式的报销方式,个人账户支付门诊费用成为“共识”。

20 世纪 90 年代末期,信息化等技术水平偏低,医保报销很大程度上还需要手工完成,门诊费用琐碎,审核报销工作量大,管理成本高,监管难度大。另外,当时的门诊费用整体较低,住院费用是造成疾病经济风险的主要原因。因此,实施门诊、住院板块式支付制度,个人账户和统筹基金分别用于门诊和住院大病保障在当时的技术和认识水平下是可以理解的,也是恰当合理的。

2003 年建立的新农合,由于筹资水平很低,初建时人均筹资仅 30 元,只能主要保障住院大病费用,难以兼顾门诊。同时,新农合实施自愿参合原则,为提升参合积极性,促进个人或家庭缴费,部分地区借

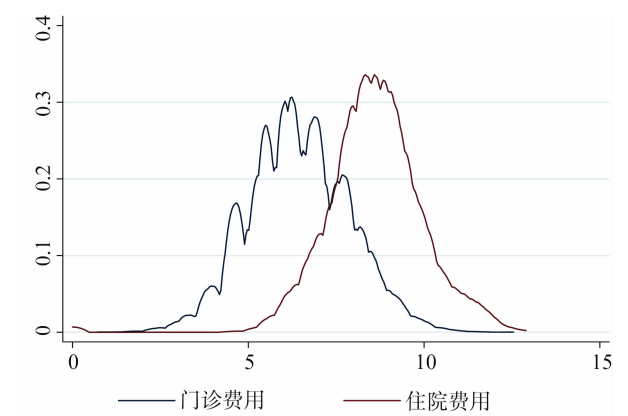
鉴职工医保的做法,设立个人(家庭)账户,主要用于支付门诊费用。^[7]2007 年建立的城镇居民医保并未建立个人或家庭账户,但受到板块式支付的影响,再加上筹资水平较低,城镇居民医保主要保障住院和门诊大病。

2.2 门诊费用的变化

职工医保建立初期,门诊费用较低,门诊费用风险不是患者及家庭面对的主要风险。但疾病谱已经发生变化,医疗技术也不断进步,门诊诊疗范围已与往日大不相同,门诊费用还是低费用吗? 门诊费用会引致疾病经济风险吗? 本文利用 CFPS 数据实证分析。

2.2.1 门诊费用并不等于低费用

从图 1 可以看出,患者年门诊费用和年住院费用有明显的交叉,门诊费用并不一定是低费用。将 CFPS 调查对象进一步区分为职工医保和居民医保,也显示同样的结果(图 2)。



注:横坐标为费用的对数,纵坐标为费用对应的密度,下同。

图 1 2018 年 CFPS 全调查对象年门诊和年住院费用对数核密度分布

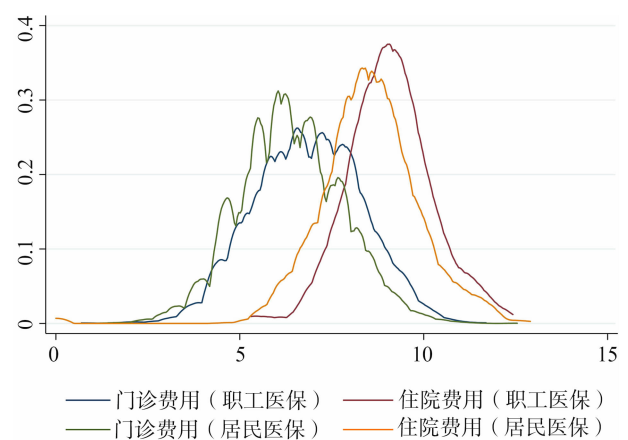


图 2 2018 年 CFPS 职工医保和居民医保年门诊和年住院费用对数核密度分布

对居民医保和职工医保患者年门诊和年住院费用分组分析发现,2014—2018 年居民医保年住院费用 5 000 元以下组患者占比超过一半,而门诊费用在 5 000 元以上的患者占比约 5%~8%,表明住院费用并非一定是高费用,而门诊费用不一定是低费用,也会产高额费用负担。职工医保患者情况类似,职工医保住院和门诊高费用段患者占比高于居民医保,但同样存在门诊费用和住院费用的交叉(表 2、表 3)。

表 2 CFPS 居民医保患者费用分组分析(%)

费用(元)	2014		2016		2018	
	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院
(0,1000)	75.74	12.03	74.66	10.85	70.99	11.61
[1000,3000)	15.80	26.92	15.89	26.21	18.13	23.50
[3000,5000)	4.10	17.46	4.52	17.16	5.22	16.99
[5000,10000)	3.01	21.72	3.29	20.61	3.87	21.81
[10000,)	1.34	21.86	1.64	25.16	1.80	26.09

表 3 CFPS 职工医保患者费用分组分析(%)

费用(元)	2014		2016		2018	
	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院
(0,1000)	63.73	3.56	60.83	3.37	56.75	3.02
[1000,3000)	22.05	16.02	21.54	14.25	23.85	15.71
[3000,5000)	5.84	18.69	7.93	13.73	8.63	15.11
[5000,10000)	4.76	28.78	5.68	29.02	7.02	23.56
[10000,)	3.61	32.94	4.02	39.64	3.75	42.60

以上的分析表明,门诊费用不一定等于低费用,那么发生高额门诊费用的患者是否均为慢病患者? 对门诊费用进行对数转换后,对不同医保类型慢病患者和非慢病患者的门诊费用对数进行 *t* 检验发现,各类医保慢病患者门诊费用对数均数都高于非慢病患者(表 4)。

表 4 不同类型医保患者年门诊费用对数 *t* 检验

		公费 医疗	职工 医保	居民 医保	无基本 医保	总体
均值	非慢病患者	6.785	6.559	6.296	6.230	6.338
	慢病患者	7.715	7.861	7.419	7.675	7.511
<i>t</i>		4.910	17.19	32.58	11.12	38.80
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

利用 GraphPad Prism9 作小提琴图发现,慢病患者和非慢病患者年门诊费用对数的分布是相似的,均呈中间大两头小,且存在离散值,各类医保人员及调查对象总体中慢病患者的费用相对较高,但非慢病患者也有高费用支出的可能(图3、图4)。

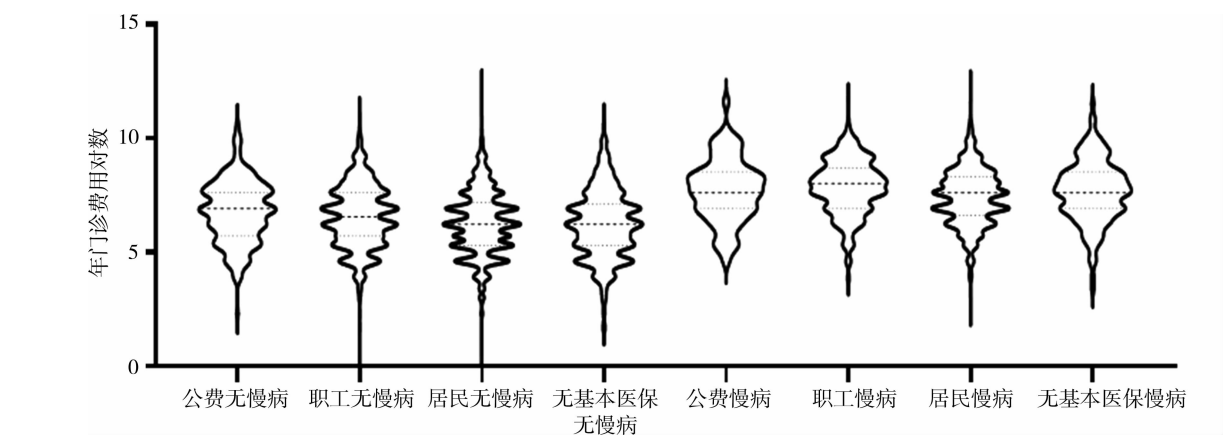


图3 慢病患者与非慢病患者年门诊费用对数分布情况

图4 各类医保慢病患者与非慢病患者年门诊费用对数分布情况

由表5可以看出,慢病患者的门诊费用高于非慢病患者,且差异有统计学意义;但非慢病患者仍有可能发生高额门诊费用支出,这在一定程度上说明当前的门诊慢病、特病保障政策不足以覆盖高额门诊费用患者。

表5 是否患慢病对门诊费用的影响分析(%)

费用(元)	居民 [*]		职工 [#]	
	非慢病	慢病	非慢病	慢病
(0,1000)	73.74	40.24	65.70	25.42
[1000,3000)	16.97	31.20	21.48	31.96
[3000,5000)	4.43	13.21	6.58	15.98
[5000,10000)	3.33	10.18	4.16	17.19
[10000,)	1.52	5.17	2.08	9.44

注: ^{*}: $\chi^2 = 878.8982$ $P = 0.000$ [#]: $\chi^2 = 263.4005$ $P = 0.000$

2.2.2 门诊费用引致疾病经济风险

以上分析表明门诊费用不等于低费用,那么门诊费用是否会引致疾病经济风险? 2014—2018 年发生灾难性卫生支出家庭中,不同灾难性卫生支出标准下所有家庭成员均未住院的比例在 27% ~ 59% 之间,说明即使全家成员均未曾住院,门诊费用支出也会造成家庭发生灾难性卫生支出(表6、表7)。

表6 发生灾难性性支出(家庭非食品支出)家庭全家均未住院率分析(%)

灾难性卫生支出标准	2014	2016	2018
15%	56.66	52.08	37.95
20%	54.47	49.88	35.26
25%	52.39	47.32	32.85
30%	50.65	46.40	30.79
35%	49.15	45.74	29.20
40%	48.88	46.30	27.58

表7 发生灾难性卫生支出(家庭总支出)家庭全家均未住院率分析(%)

灾难性卫生支出标准	2014	2016	2018
5%	58.96	57.13	42.52
10%	54.29	50.14	36.28
15%	50.14	45.79	32.05
20%	47.89	44.85	29.77
25%	45.89	43.03	27.16

由表8可以看出,2014 和 2016 年因病致贫家庭全家均未住院的比例超过一半,2018 年有所下降,占比约三分之一;说明全家均未住院的情况下,很多家庭因门诊费用因病致贫。

表 8 2014—2018 年因病致贫家庭
全家均未住院率分析(%)

年份	我国贫困线	国际贫困线 1	国际贫困线 2	国际贫困线 3
2014	54.72	57.25	55.20	50.71
2016	55.14	57.27	53.52	52.85
2018	36.92	34.71	36.83	30.50

灾难性卫生支出和跌落贫困线两个指标均表明门诊费用是引致疾病经济风险的重要原因。那么因门诊费用发生灾难性卫生支出的家庭是因为罹患慢病还是因为本身为经济脆弱的低收入家庭?表 9 分析发现,不同灾难性卫生支出标准下,发生灾难性卫生支出家庭中所有家庭成员均未患慢病的家庭占大多数,超过 65%,说明因门诊费用引致灾难性卫生支出的家庭并非一定患慢病。

表 9 因门诊费用引致灾难性卫生支出(非食品支出)
家庭患慢病分析(%)

灾难性卫生支出标准	2014	2016	2018
15%	66.07	67.28	69.19
20%	64.93	80.15	69.36
25%	65.27	79.56	69.84
30%	66.4	79.31	69.53
35%	66.56	79.04	70.74
40%	67.06	78.86	69.19

表 10 可以看出,发生灾难性卫生支出家庭中最低收入组占比最高,最高收入组占比最低,但并非只有低收入家庭才会因门诊费用发生灾难性卫生支出。

表 10 因门诊费用引致灾难性卫生支出
家庭收入分布分析(%)

不同收入组	未发生灾难性卫生支出			发生灾难性卫生支出		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
最低 25%	22.09	22.16	21.39	41.69	48.50	51.39
中下 25%	21.90	24.95	25.63	22.78	19.53	20.91
中上 25%	24.73	26.76	26.45	18.68	18.45	15.62
最高 25%	31.28	26.13	26.52	16.86	13.52	12.09

2.3 门诊保障政策的变迁

我国基本医保一直强调大病保障,医保制度建立初期各地将大病保障等同于住院保障。但后来实践中发现部分患者的门诊费用并不低,很多患者尤其是慢病患者个人账户不足以支付门诊费用,患者因此面临疾病经济风险。^[8]在此背景下,各地职工医保、新农合和城镇居民医保都开始探索“补丁”制度,

实施门诊大病(特病、慢病)政策,大多是利用统筹基金报销特定病种的门诊费用,各地的规定病种差异较大。门诊特病、慢病政策对部分患者的门诊费用提供了保护,但因为按病种保障且病种有限,仍有很多所患疾病未包含在规定病种范围内的患者,门诊疾病经济风险并没有得到防范。

为更好地防范患者的门诊费用风险,各地开始探索普通门诊统筹。目前,大多统筹地区均建立了门诊统筹政策,但因为门诊和住院分开保障、板块式支付,再加上居民医保筹资水平不高,绝大多数统筹地区门诊统筹的起付线和封顶线均较低,如部分地区居民医保起付线 50 元,封顶线 100 元,此种门诊统筹与家庭或个人账户在分散和保护风险方面并未有本质差异,基金支出效率低下,增加的基金支出没有发挥分散和保护门诊费用风险的作用。^[9]还有少部分经济发达地区,在较高的筹资水平下建立了支付限额较高的普通门诊统筹制度,如北京、上海、杭州、厦门等。但即便如此,门诊和住院板块式支付的问题仍然存在。除非不设门诊支付限额,否则部分高门诊费用患者的经济风险仍然难以得到有效防范。

不管是普通门诊还是慢病门诊都存在保障不足的问题。门诊费用的变化已经得到了初步认识,政府不断尝试修订完善门诊保障政策;但受限于理论认识水平和门诊、住院板块式待遇保障组合结构,门诊保障水平没有充分提高,门诊保障不足。

2.4 门诊保障的再认识

随着疾病谱的变化、诊疗技术的进步,门诊服务内涵和费用也在不断变化,需要重新认识。一是随着疾病谱的变化,慢病已经成为威胁生命健康和造成疾病经济负担的主要原因。这些患者需要长期用药,若病情控制良好,无需住院诊疗,但因为长期治疗,虽次均门诊费用不高,但患者的年门诊费用可能并不低,甚至超过家庭的可支付能力,带来经济风险。二是随着医疗技术的进步,服务提供方式已经有了明显变化。许多原本需住院提供的服务,可以在门诊提供,甚至许多手术都可以在门诊完成。这也造成门诊诊疗范围的变化,门诊疾病不一定是小病,而费用也不一定是低费用。文中的分析已经证明门诊费用不等于低费用,是引致经济风险的重要原因,且慢病患者的门诊费用风险更高。三是疾病经济风险会随患者病情的发展而变化,如果不治疗,

小病会拖成大病,疾病经济风险会更大。对于慢病患者这种情况尤为严重,这些患者大多仅需门诊治疗便可维持病情的稳定,门诊不予支付的待遇保障政策下,患者特别是低收入患者极有可能放弃诊疗,而最终小病变大病。四是门诊报销政策会影响医疗服务利用的公平性。门诊不报销的情况下,部分低收入患者因无力支付门诊费用会选择放弃医疗服务,最终造成卫生服务利用的不公平。五是随着信息化水平的提高,基金管理能力也不断改进,门诊费用报销和监管的成本已经大幅降低,为实施门诊费用保障提供了基础。

门诊诊疗范围和费用已经发生明显变化,门诊的保障也应该随之变化。医保的目标是分散和保护风险,是否引致风险是判断哪些费用应该被覆盖的关键指标。门诊费用是否应该被保障同样应该判断门诊费用是否会引致疾病经济风险。既往基于服务类型对门诊和住院费用分别支付的政策已不能满足当前疾病经济风险保护的需要,亟需改革。

2.5 基于疾病经济风险保护的目标瞄准风险重构医保待遇保障组合

基本医保的目标是保护疾病经济风险,不管是门诊还是住院费用保障都是为了防范风险。但当前基本医保待遇保障组合基于“门诊是小病,住院是大病”的错误假设,造成部分风险没有被保障的同时,大量资金流向了低风险甚至无风险处。要改进基本医保的疾病经济风险保护效能,重构待遇保障组合势在必行。

近年来,我国政府一直在推动普通门诊统筹,但除个别筹资水平较高的地区外,多执行低起付(甚至无起付),低报销限额(几百元)的门诊报销政策。这种门诊统筹报销政策几乎无法实现风险分散和保护的功能。一方面这种门诊统筹保护的并非风险。极低的起付线和限额几百元的门诊费用对于绝大部分家庭不会造成疾病经济风险,因此这种普通门诊统筹保障的并非风险,是一种泛福利制度。另一方面真正的门诊费用风险无法通过这种门诊统筹获得保护。极低的起付线造成普通门诊统筹成为“撒芝麻”式保障,再加上较低的筹资水平限制,支付限额只能很低,真正发生门诊费用风险的患者得不到保护。

除门诊费用存在医保基金利用效率低下的问题外,住院费用保障也有类似的问题。当前各地住院

起付线偏低,大多仅不足千元,基层医疗机构甚至不设起付线或者起付线仅 100 元。如此之低的住院起付线加上门诊保障不足为门诊转住院大开方便之门。以某地居民医保报销政策为例,基层医疗机构住院起付线 100 元,报销比例 95%,假设该患者次住院费用 2 000 元,全部使用目录内服务和药品,该患者仅需个人支付起付线以下的 100 元和起付线以上个人共付的 95 元,共计 195 元。195 元对于绝大多数家庭而言,并不会带来风险。这种住院报销存在过度保障的嫌疑,医保基金支出效率低下,与基本医保实现风险分散的目标相背离。

要提高门诊保障水平,改进医保基金支出效率,打破门诊和住院板块式支付是关键,即通过调整待遇保障组合,瞄准风险优化医保基金支出结构,改善医保经济风险保护效能。对于患者而言,门诊和住院费用都会造成经济风险,那么从医保疾病经济风险保护的功能定位而言都应获得保护。而 2010 年颁布实施的《社会保险法》明确规定“符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用,按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。”并未区分门诊费用和住院费用。即使是最早的 44 号文也并未将门诊和住院分开支付。医保基金是有限的,而当前医保基金的支出效率有提高的空间。实施门诊和住院按费用风险统筹支付,门诊和住院费用执行统一的起付线(体现风险分散,同时考虑到家庭的支付能力)和封顶线;同时为了防止道德风险,门诊报销比例可略低,但与住院报销比例不宜差异过大。

3 讨论与建议

3.1 疾病经济风险研究需要更好的数据支持

疾病经济风险的研究一直存在一个两难问题,一是人群调查数据能够收集患者的家庭经济情况及费用信息,但费用主要基于调查对象的回忆,存在回忆性偏差,而门诊费用是琐碎的,回忆偏差可能更大。二是基于医疗服务机构或者医保部门收集的数据,有准确的费用信息,却没有患者家庭经济情况数据,无法分析疾病经济风险状况。与第二个问题相比,第一个问题虽存在一定的偏差,但仍可探讨和分析。CFPS 数据是当前质量较好的全国代表性数据,虽未收集患者门诊和住院费用报销后的个人自付费用信息,但仍可以通过侧面分析反映门诊费用变化及引致的疾病经济风险情况。

3.2 门诊费用引致的疾病经济风险是患者及家庭面临的重要风险

当前对疾病经济风险的分析主要基于患者或家庭支付的总费用或者住院费用,鲜有实证研究关注门诊费用引致的疾病经济风险问题。但在我国基本医保门诊和住院“双”式支付,门诊和住院费用保障存在明显差异的背景下,门诊费用风险值得关注。本文先用反证法证明门诊费用是引致疾病经济风险的重要原因,这表明当前的门诊保障政策不足以充分保障门诊费用风险。随后进一步分析因门诊费用引致疾病经济风险的家庭患慢病情况和经济状况,发现尽管因门诊费用发生“难”性卫生支出与慢病和收入情况相关,但无慢病患者的家庭和非低收入家庭也会因门诊费用而引致疾病经济风险。这说明慢病患者和低收入家庭的门诊费用风险的确更高,也更值得关注,但普通家庭的门诊费用风险也不容忽视。

3.3 重构医保待遇保障组合,优化基金支出结构,提高基金支出效率,改善疾病经济风险保护效能

20 世纪 90 年代建立的职工医保采取门诊和住院“双”式支付制度,但随着门诊服务范围和费用的变化,门诊保障的理论和认识没有与时俱进,门诊保障政策不能满足当前门诊费用的保障需求,造成门诊保障不足。纵观实行社会医疗保险制度的国家,尤其是医保制度较为完善的国家,均未将门诊和住院费用分开保障,而是基于费用风险统筹支付。目前,我国医保制度逐步完善,门诊和住院“双”式支付制度造成医保基金支出效率低下,风险保障不足,亟待改革。建议重构基本医保待遇保障组合,打破门诊住院“双”式支付,基于基本医保的风险保障目标,探索瞄准风险的待遇保障组合。将门诊和住院费用统筹计算起付线和封顶线,起付线不宜过低,应充分

体现风险保障并避免道德风险(通过医疗救助制度或者降低低收入人群起付线等措施保障低收入人群起付线以下部分费用带来的风险),门诊和住院执行相同或者差距较小的报销比例。重构的待遇保障组合可以调整基金的支出结构,瞄准风险进行保障,避免“撒胡椒面”式保障,提高医保制度的风险保障效能。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 张新. 两种门诊统筹模式之比较[J]. 中国医疗保险, 2011(5): 27-29.
- [2] Hou Z, Van de Poel E, Van Doorslaer E, et al. Effects of NCMS on access to care and financial protection in China [J]. Health Econ, 2014, 23 (8): 917-934.
- [3] 日进. 门诊统筹:我国基本医疗保险发展的必由之路[J]. 山东人力资源和社会保障, 2011(4): 36-37.
- [4] 胤歆, 刘文彬. 新增医疗服务项目纳入医保目录管理机制探索[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(3): 35-37.
- [5] 李珍, 王怡欢. 论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(1): 9-14.
- [6] 枫. 论医疗保险个人账户[J]. 中国卫生经济, 2004 (4): 30-33.
- [7] 朱铭来, 先平. 个人医保的前世今生[J]. 中国卫生, 2019(9): 62-63.
- [8] 王宗凡. 门诊大病医疗保障政策的比较分析[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(4): 13-16.
- [9] 熊先. 门诊统筹难负调整资源配置之重[N]. 中国医药报, 2015-01-07(004).

[收稿日期:2021-03-10 修回日期:2021-05-10]

(编辑 赵晓娟)