

资源消耗视角下职工医保统筹层次提升的绩效分析： 兼论效率与公平

孙菊^{1,2*} 杨一帆^{1,2} 李浩淼^{1,2}

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 武汉大学健康治理研究中心 湖北武汉 430072

【摘要】本研究基于中国家庭追踪调查数据,从医疗资源消耗视角,结合效率与公平,检验职工医保统筹层次提高的绩效。结果表明,职工医保市级统筹和省级统筹具有明显不同的绩效表现,市级统筹在并未增加资源消耗的情况下改善了参保人的健康水平,省级统筹显著增加了医疗资源消耗和医保基金支出,却并未改善参保人健康水平。此外,省级统筹还加剧弱势地区基金风险和弱势人群医疗服务利用的实质不公。因此,在推进省级统筹前,应夯实市级统筹,注重健康绩效,兼顾医保基金效率与区域、人群公平,稳慎推进省级统筹。

【关键词】 医保统筹层次; 资源消耗; 效率; 公平; 交叠双重差分法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.11.001

Performance analysis of increasing pooling level of employee medical insurance from the perspective of resource consumption: An integrated analysis of efficiency and equity

SUN Ju^{1,2}, YANG Yi-fan^{1,2}, LI Hao-miao^{1,2}

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. The Research Center for Health Governance, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 Based on data from the China Family Panel Studies, this study examined the effects of higher pooling levels of Employee Medical Insurance from the perspective of medical resource consumption, considering both efficiency and equity. The results showed significant differences between municipal-level and provincial-level pooling. Municipal-level pooling improved the health of insured individuals without increasing resource consumption. In contrast, provincial-level pooling significantly increased medical resource consumption and insurance fund expenditures without better health outcomes. Furthermore, provincial-level pooling exacerbated fund risks in disadvantaged areas and inequities in medical service utilization for disadvantaged populations. Therefore, before promoting provincial pooling, current reforms should focus on strengthening municipal-level pooling, while paying attention to health performance, giving full consideration to the efficiency of medical insurance funds and the equity between regions and populations, steadily promoting provincial pooling.

【Key words】 Medical insurance pooling level; Resource consumption; Efficiency; Equity; Staggered difference-in-difference

1 引言

医保通过提高统筹层次可以联通分散孤立的基金池,更好地发挥“大数法则”,有效提高医保基金的

抗风险能力,提升医保公平性^[1]、有助于提高医保议价能力,降低医疗服务价格^[2],提高基金使用效率,进而减少医疗支出^[3]。然而,统筹层次提升不仅涉及医保资金、财政预算和基金管理权责的调整,还受

* 基金项目:国家卫健委卫生技术评估重点实验室 2023—2024 年度开放基金(FHTA2023-04)

作者简介:孙菊(1971年—),女,教授,博士生导师,主要研究方向为医疗保险。E-mail:sunju@whu.edu.cn

通讯作者:李浩淼。E-mail:lihaomiao@whu.edu.cn

到各地社会经济发展、医疗资源、人口老龄化等因素的制约,因此统筹层次提高带来的影响极其复杂,可能产生政策预期的积极效应,也可能产生新的风险点,可能催生的核心风险点之一就是医疗资源的无效消耗会显著增加。第一,管理权限上解,但地方医保部门仍承担大量责任,可能因权责不对等导致下级医保机构放松监管^[4],进而引发医疗机构提供更多服务,消耗更多的医疗资源^[4-5];第二,统筹层次提升需要统一政策待遇,而不同地区间医保补偿水平存在较大差距,待遇统一后部分地区医保基金支出可能会急速增加^[6];第三,统筹层次提升后居民就医的自由性进一步增强,而在地区医疗发展差距客观存在的情况下,居民可能流向医疗资源更丰富、服务能力更强地区,进而引致较大的医疗资源消耗增幅^[7]。当然,医疗资源消耗的增加并不一定无效率。若统筹层次提升后消耗的医疗资源改善了参保人群健康,那么资源消耗仍可被认为有效率,然而已有研究对医保统筹层次提升后资源消耗的效率讨论较少。此外,提高统筹层次的公平性问题也有待检验。理论上说,统筹层次提升有利于地区间分担医保基金风险,居民可以更平等地享受和利用医疗资源,但由于地区间、城乡间医疗资源配置的差距,医保统筹层次提升也有可能加剧卫生领域原有的不公平,甚至出现农村补贴城市、穷人补贴富人和弱势群体补贴强势群体等不公平问题^[8],使得强者愈强,弱者愈弱^[9]。此外,风险池扩容也将导致管理成本增加,因此省级统筹改革的最终收益存疑。^[10]

纵观已有研究,提高统筹层次的必要性已成学界共识,但统筹层次并非越高越好^[11],统筹层次提高容易引致道德风险^[12],信息不完全等原因会降低地方经办积极性、增大监管难度^[13],要在统筹层次提高所获收益和道德风险所致损失间寻求平衡^[14]。政策层面,2020年中共中央、国务院出台《关于深化医疗保障制度改革的意见》,明确提出要做实基本医保市地级统筹,鼓励有条件的省(自治区、直辖市)推进省级统筹,而非全面推进基本医保省级统筹。显然,基本医保统筹层次如何推进需要证据。直接提高到省级统筹,还是先做实市级统筹,等条件成熟后再提高到省级统筹?为回答上述问题,本研究使用中国家庭追踪调查数据,将医疗费用作为医疗资源消耗的代理变量,采用交叠双重差分法实证分析统筹层次提升后的医疗资源消耗变化情况,并从效率和公平两个视角对其进行评价,以期了解医保统筹层次提

升的政策效果,为各地推进医保统筹层次提升工作提供实证支持。

2 资料与方法

2.1 数据来源

本研究微观数据来自2014—2020年中国家庭追踪调查(Chinese Family Panel Studies, CFPS)。CFPS重点关注中国居民的经济与非经济福利。其样本覆盖25个省(自治区、直辖市),样本规模近15 000户,调查对象包含样本家户中的全部家庭成员。其样本丰富度能够满足本研究的数据要求。宏观数据主要来自《中国城市统计年鉴》,主要信息是各地区医疗发展水平。各地医保统筹的政策细节来自各地政府官方文件。

考虑到本研究主要关注城镇职工医保统筹层次提升的政策效果,因此仅保留了城镇职工医疗保险在保的个体,观测值为17 159个。之后,根据所在地统筹层次匹配情况,进一步筛选获取观测值13 572个。排除医疗资源消耗等关键变量缺失样本后,最终样本数为5 264个。

2.2 交叠双重差分法

鉴于我国提升医保统筹层次的渐进性特点,本文参考已有文献^[15-16]构建交叠双重差分模型进行研究。具体模型如下:

$$Y_{it} = \beta_1 policy_{ict}^c + \beta_2 policy_{ict}^p + \sum_k \alpha_k X_{it}^k + \beta_0 + \gamma_c + \delta_t + \varepsilon_{ict} \quad (1)$$

在此模型中, Y_{it} 表示个体*i*在*t*期的医疗资源消耗,参考已有研究^[3],本文以个体*i*一年内的医疗总费用代表其在*t*期的医疗资源消耗,采用自付费用和报销费用表明医疗资源消耗成本在个人与医保基金间分担情况。

考虑到我国职工医保目前存在三种统筹层次,即县级、市级和省级统筹。本研究参考已有文献设置两个核心解释变量^[5]: $policy_{ict}^c$ 和 $policy_{ict}^p$ 。其中, $policy_{ict}^c$ 为市级统筹虚拟变量,若个体*i*所在地区*c*在*t*期处在市级统筹层次,则取值为1,否则为0; $policy_{ict}^p$ 则为省级统筹虚拟变量,若个体*i*所在地区*c*在*t*期处在省级统筹层次,则取值为1,否则取值为0。 X_{it}^k 则是一组个体特征相关的控制变量^[17],包括年龄、性别、婚否等人口学变量,收入水平等社会经济变量,吸烟行为、饮酒行为等健康相关变量。在本模型中, β_1 和 β_2 是本次研究关注的关键系数,而 β_0 为常数

项。若 β_1 显著大于 0,说明在实现市级统筹后,个体消耗的医疗资源增多。若 β_2 大于 0,说明实现省级统筹后,个体消耗的医疗资源增多。考虑到地区发

展水平的异质性因素对估计结果可能的干扰,本研究纳入地区固定效应 γ_c ,同时也纳入时间固定效应 δ_t, ϵ_{ict} 是随机扰动项。具体变量释义详见表 1。

表 1 变量释义

变量名称	释义
因变量	
医疗总花费	过去一年内医疗服务利用所产生的所有费用,表示医疗资源消耗情况
自付费用	过去一年内除已报销或预计报销外的医疗费用,表示个人分担的医疗资源消耗成本
报销费用	过去一年内已报销或预计报销的医疗费用,表示医保基金分担的医疗资源消耗成本
自评健康	个体在过去一年内自评健康状况,取值为 1、2、3、4、5;数值越大,自评健康状况越好
自变量	
市级统筹	所在地区是否实现市级统筹
省级统筹	所在地区是否实现省级统筹
控制变量	
年龄	连续型变量
性别	男性赋值为 1,女性赋值为 0
饮酒状况	若个体在过去一月内每周饮酒超过三次,取值为 1,反之为 0
吸烟状况	若个体在过去一月内吸烟,取值为 1,反之为 0
受教育水平	文盲/半文盲、小学、初中、高中、大专、本科、硕士、博士分别赋值 1~8
婚姻情况	若个体在婚(有配偶)赋值为 1,反之为 0
收入	个体过去一年内所获得的收入,为连续型变量

3 实证结果

3.1 描述性统计

考虑到各地统筹层次变化具有时序特征,本研究在比较统筹层次提升前后样本指标的差异时并未采取面板数据常见方法对 2014 年、2016 年、2018 年和 2020 年样本进行描述性统计,而是根据样本所在地医保统筹政策推行状况对市级和省级统筹子样本分别进行统计,结果如表 2 所示。所在地已实现市级统筹样本的年人均医疗总费用为 4 028.65 元,其中个人自付费用为 2 299.11 元,占比 57.07%,医保报销费用为 1 729.54 元,占比 42.93%。而未实现市级统筹样本的年人均医疗总费用为 4 079.86 元,其中个人自付费用为 2 379.60 元,占比 58.33%,医保报销费用为 1 700.26 元,占比 41.67%。列(3)表明市级和非市级统筹组居民的医疗资源消耗无显著差异,但市级统筹组的自评健康显著高于非市级统筹组。

所在地已实现省级统筹样本的年人均医疗总费用为 5 998.02 元,其中个人自付费用为 2 188.21 元,占比 36.48%,医保报销费用为 3 809.82 元,占比

63.52%。而所在地未实现省级统筹样本的年人均医疗总费用为 4 041.58 元,其中个人自付费用为 2 319.43 元,占比 57.39%,医保报销费用为 1 722.15 元,占比 42.61%。列(6)则表明省级统筹组的医疗资源消耗显著高于非省级统筹组,但省级统筹组的自评健康显著低于非省级统筹组。

列(3)和列(6)的 t 检验结果指明:不同层次医保统筹政策在资源消耗和效率表现上存在差异,省级统筹政策存在改革成本增加却未促进居民健康改善的风险。

3.2 医保统筹层次与医疗资源消耗及其分担情况

医保统筹层次提升带来的医疗资源消耗及成本分担情况如表 3 所示。市级统筹没有带来医疗资源消耗的显著增加,市级统筹后,医保报销费用、患者自付费用均未显著增加。而省级统筹则相反,参保人医疗总费用显著增加了 2 049.40 元,其中,人均医保报销费用显著增加了 1 952.11 元,个人自付费用没有显著增加,说明省级统筹带来的改革成本增加主要由医保基金分担。

表2 描述性统计

变量名称	市级统筹			省级统筹		
	是	否	差异	是	否	差异
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
医疗总费用(元)	4 028.65 (17 671.48)	4 079.86 (8 878.03)	-51.21 (15 915.42)	5 998.02 (20 874.59)	4 041.58 (15 915.42)	1 956.45*** (17 141.84)
报销费用(元)	1 729.54 (8 662.92)	1 700.26 (4 922.53)	29.28 (7 887.13)	3 809.82 (16 807.39)	1 722.15 (7 887.13)	2 087.67*** (10 543.12)
自付费用(元)	2 299.11 (11 298.78)	2 379.60 (5 865.55)	-80.49 (10 203.07)	2 188.21 (6 158.96)	2 319.43 (10 203.07)	-131.23 (9 465.84)
自评健康	2.97 (1.03)	2.81 (1.07)	0.17*** (1.04)	2.86 (0.98)	2.93 (1.04)	-0.07*** (1.03)
年龄(岁)	43.57 (14.11)	46.72 (15.39)	-3.15*** (14.51)	45.04 (14.95)	44.37 (14.51)	0.68 (14.61)
性别	0.54 (0.50)	0.58 (0.49)	-0.03 (0.50)	0.53 (0.50)	0.55 (0.50)	-0.02 (0.50)
婚姻状况	0.81 (0.39)	0.85 (0.36)	-0.04*** (0.39)	0.83 (0.38)	0.82 (0.39)	0.01 (0.38)
受教育水平	4.26 (1.37)	3.93 (1.48)	0.33*** (1.41)	4.24 (1.46)	4.17 (1.41)	0.06 (1.42)
饮酒状况	0.14 (0.35)	0.15 (0.35)	-0.01 (0.35)	0.16 (0.36)	0.14 (0.35)	0.02 (0.35)
吸烟状况	0.30 (0.45)	0.29 (0.46)	0.001 (0.46)	0.26 (0.44)	0.30 (0.46)	-0.03*** (0.45)
收入水平	38 238.62 (37 709.04)	27 009.66 (29 510.87)	11 228.96*** (36 143.96)	54 606.98 (66 137.56)	35 403.38 (36 143.96)	19 203.60*** (45 174.45)
样本量	3 073	1 038	4 111	1 153	4 111	5 264

注:括号内为标准误,第(3)列和第(6)列为t检验结果;***、**、*分别表示 $P < 0.01$, $P < 0.05$, $P < 0.1$ 。

表3 统筹层次提升的改革成本及健康结果

变量名称	医疗总费用(元)	报销费用(元)	自付费用(元)	自评健康
市级统筹	301.68 (429.97)	268.87 (225.69)	32.81 (268.51)	0.12*** (0.04)
省级统筹	2 049.40*** (762.33)	1 952.11*** (426.95)	97.29 (333.27)	0.03 (0.05)
常数项	-3 151.33 (2 174.16)	-3 740.73*** (1 787.84)	589.40 (692.38)	3.77 (0.10)
控制变量组	控制	控制	控制	控制
时间固定效应	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
观测值	5 264	5 264	5 264	5 264
R ²	0.03	0.03	0.01	0.12

注:括号内为标准误;***、**、*分别表示 $P < 0.01$, $P < 0.05$, $P < 0.1$ 。

3.3 统筹层次提升对健康产出效率及公平的影响

3.3.1 对健康产出效率的影响

若统筹层次提升带来的资源消耗增加能够有效转化为健康产出,那么这种资源消耗仍然可以认为是有效率的。本文将个体自评健康作为其健康状况的代理变量纳入到模型中(表3),结果显示,市级统筹后,在医疗资源消耗并未显著增加的情况下,个体自评健康水平显著提高了0.12分。而省级统筹在医疗资源消耗显著增加、医保基金承担压力增大的情况下并未带来个人健康的显著改善。

3.3.2 对区域公平性的影响

为分析统筹层次提升政策对不同医疗发展水

平区域间公平性的影响,本文以每千人口床位数作为分组变量,进行亚组分析,结果如表4所示。省级统筹后,省内医疗发展水平较低的地区人均医疗总费用显著增加了3 169.92元,人均医保报销费用显著增加了2 610.98元;在省内医疗发展水平较高的地区,医疗总费用没有显著增加,但人均医保报销费用显著减少了1 604.22元。这提示省级统筹后医疗发展水平较低地区的医保基金风险增加,其原因可能是其辖区内参保患者的就医需求进一步释放,患者更多流入医疗发展水平较高地区和更高级别的医疗机构,因此带来了更大的医保基金消耗。

表 4 省级统筹在不同医疗发展水平地区的效应(元)

变量名称	医疗发展水平较低地区			医疗发展水平较高地区		
	医疗总费用	报销费用	自付费用	医疗总费用	报销费用	自付费用
省级统筹	3 169.92*** (651.62)	2 610.98*** (478.92)	558.94* (288.70)	-1 111.07 (1 361.34)	-1 604.22*** (745.69)	493.15 (901.25)
常数项	-5 086.14 (3 240.03)	-5 716.72*** (2 730.79)	630.58 (964.15)	-264.34 (2 279.30)	-629.91 (1 506.64)	365.57 (1 037.89)
控制变量组	控制	控制	控制	控制	控制	控制
时间固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制
观测值	3 242	3 242	3 242	2 022	2 022	2 022
R ²	0.03	0.04	0.01	0.04	0.03	0.03

注:括号内为标准误;***、**、* 分别表示 $P < 0.01, P < 0.05, P < 0.1$ 。

为验证这一假设,本文对不同医疗发展水平地区参保患者就医级别的中介效应进行亚组分析(表 5),结果显示,在医疗发展水平较低地区,患者的趋高就医趋势中介了省级统筹与医疗资源消耗、医保基金支出的正相关关系,而在医疗发展水平较高地

区,中介效应并不显著。即医疗发展水平较低地区在省级统筹后的患者外流引发医疗资源消耗增多,并增加了本地的医保基金风险。需要进一步说明的是,囿于无法获取各县的医疗资源发展水平情况,此处仅分析省级统筹的政策效应。

表 5 就医级别在不同医疗发展水平地区的中介效应(元)

中介变量	效应	医疗发展水平较低地区		医疗发展水平较高地区	
		医疗总费用	报销费用	医疗总费用	报销费用
总体效应		2 648.59*** (845.62)	2 552.22*** (501.51)	-779.00 (10 261)	-1 345.86 (6 784.14)
就医级别	直接效应	2 184.12*** (847.91)	2 305.33*** (503.24)	8.82 (10 201.4)	-943.19 (6 761.63)
	间接效应	464.47*** (119.42)	246.89*** (68.22)	-787.82 (1 149.42)	-402.68 (591.26)

注:括号内为标准误;***、**、* 分别表示 $P < 0.01, P < 0.05, P < 0.1$ 。

3.3.3 对人群公平性的影响

为分析统筹层次提升政策对不同收入群体间公平性的影响,本文以个体收入作为分组变量进行亚组分析。如表 6 所示,低收入组统筹层次由县级提升到市级、省级的过程中消耗的医疗资源均未出现显著增长。中等收入组在市级统筹后,医疗总费用

和医保报销费用分别显著增加了 1 573.79 元和 706.74 元,省级统筹后进一步扩大到 4 039.45 元和 3 148.07 元。高收入组在市级统筹后医疗总费用和医保报销费用均没有显著增加,但在省级统筹后医保报销费用显著增加了 881.02 元。

表 6 统筹层次提升在不同收入群体的效应(元)

变量名称	低收入组			中等收入组			高收入组		
	医疗总费用	报销费用	自付费用	医疗总费用	报销费用	自付费用	医疗总费用	报销费用	自付费用
市级统筹	-705.46 (638.22)	56.47 (342.16)	-761.93* (422.56)	1 573.79*** (783.23)	706.74* (392.08)	867.044* (502.15)	-370.49 (697.16)	-348.52 (389.27)	-21.96 (391.82)
省级统筹	-25.48 (1 100.61)	578.79 (723.47)	-604.27 (587.66)	4 039.45*** (1 586.85)	3 148.07*** (1 181.71)	891.38 (648.30)	711.06 (738.53)	881.02*** (424.97)	-169.96 (424.19)
常数项	2 433.67 (2 549.66)	-328.70 (1 579.73)	2 762.38*** (1 324.28)	-4 774.35 (5 118.06)	-4 974.31 (4 091.64)	199.96 (1 984.03)	1 470.81 (1 272.58)	466.32 (913.39)	1 004.48 (647.72)
控制变量组	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制
时间固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制
观测值	1 926	1 926	1 926	1 832	1 832	1 832	1 506	1 506	1 506
R ²	0.02	0.02	0.03	0.05	0.07	0.02	0.02	0.02	0.02

注:括号内为标准误;***、**、* 分别表示 $P < 0.01, P < 0.05, P < 0.1$ 。

3.4 稳健性检验

3.4.1 平行趋势检验

交叠双重差分模型作为双重差分法的变体,仍需满足平行趋势假设以排除其他事件对模型回归估计准确性的影响。参考已有文献^[18],本文运用事件研究法进行平行趋势检验。由于本文中统筹层次分为县级、市级与省级统筹,并由此生成了两个虚拟变量,检验时分别构建了两个模型:

$$Y_{it} = \sum_{m=-3}^5 \alpha_m policy_{ic,t-m}^c + \varphi X_{it}^k + \beta_0 + \gamma_c + \delta_t + \varepsilon_{iet} \quad (2)$$

$$Y_{it} = \sum_{m=-5}^{15} \sigma_m policy_{ic,t-m}^p + \varphi X_{it}^k + \beta_0 + \gamma_c + \delta_t + \varepsilon_{iet} \quad (3)$$

其中,公式(2)和(3)分别用于检验市级和省级统筹前的平行趋势。其中, $policy_{ic,t-m}^c$ 和 $policy_{ic,t-m}^p$ 为两组虚拟变量,用以区分样本是否在 $t-m$ 期实现了市级或省级统筹。若个体在 $t-m$ 期发生了统筹层次提升,则取值为1,否则为0。若政策冲击前虚拟变量系数不显著异于0,则说明平行趋势假设成立。

从图1可见,参保人医疗资源消耗在实现市级统筹前的系数存在显著异于0的情况,证明平行趋势假设不成立,参保人医疗资源消耗的变化与市级统筹政策无关。而参保人健康状况在市级统筹前每期系数均未出现显著异于0的情况,证明平行趋势成立。同理,图2表明省级统筹基准模型通过平行趋势检验。此外,省级统筹前各期系数接近0,而省级统筹后系数显著大于0,进一步论证省级统筹政策很可能是医疗资源消耗水平增加的主要诱因。

3.4.2 安慰剂检验

本研究还参考已有文献引入安慰剂检验来验证研究稳健性。^[19]安慰剂检验的核心是反事实检验法,其逻辑是设置理论上不影响结果的错误干预变量 $policy_{fake}^c$ 、 $policy_{fake}^p$ 进行多次回归。由于 $policy_{fake}^c$ 、 $policy_{fake}^p$ 是随机生成的,其实际效应为0。在随机设置干预变量后,本研究中多次回归次数为1000,结果显示回归中错误干预变量实际效应基本围绕0值呈正态分布,说明安慰剂检验通过。

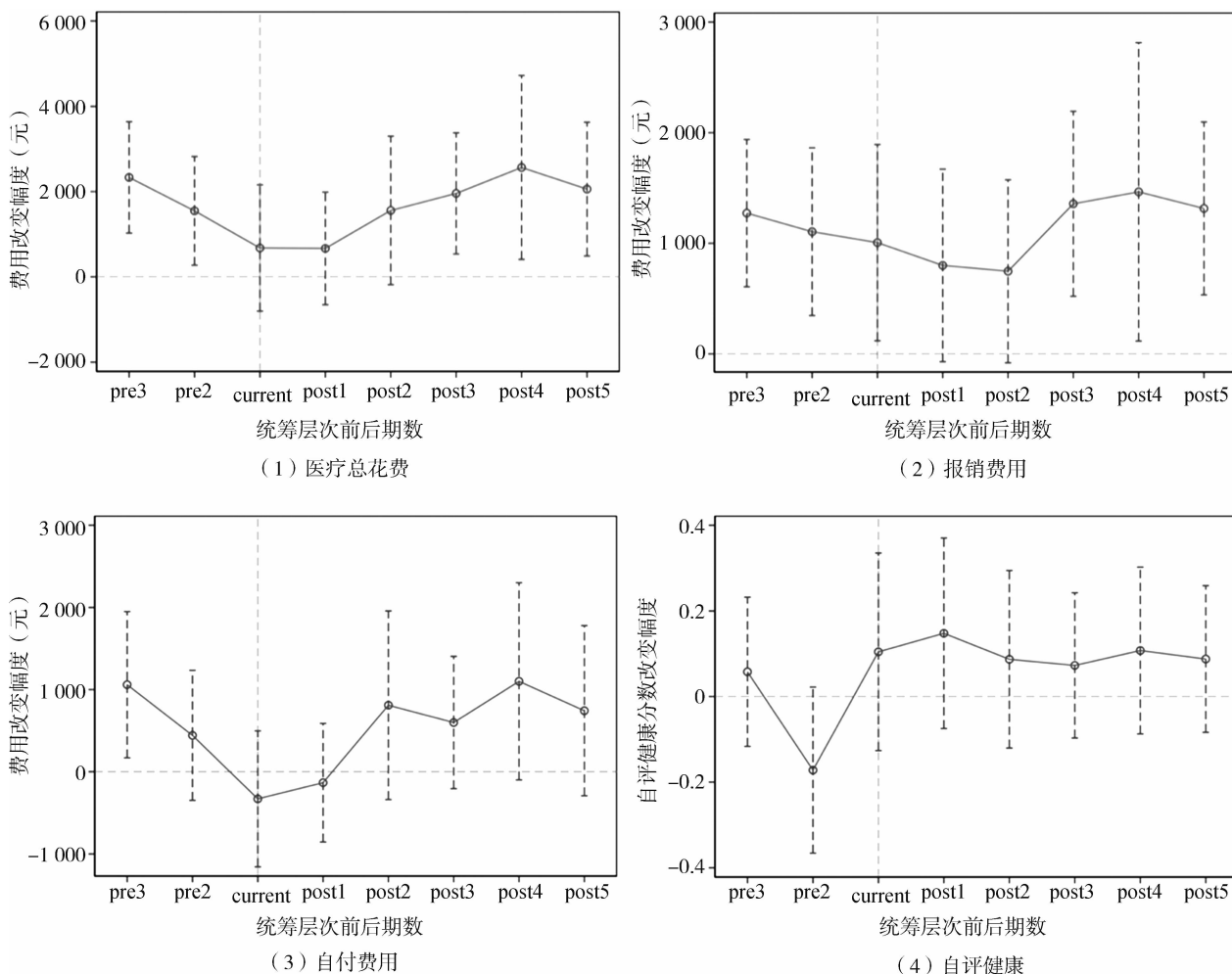


图1 市级统筹前后参保人各项医疗费用及其健康情况变化

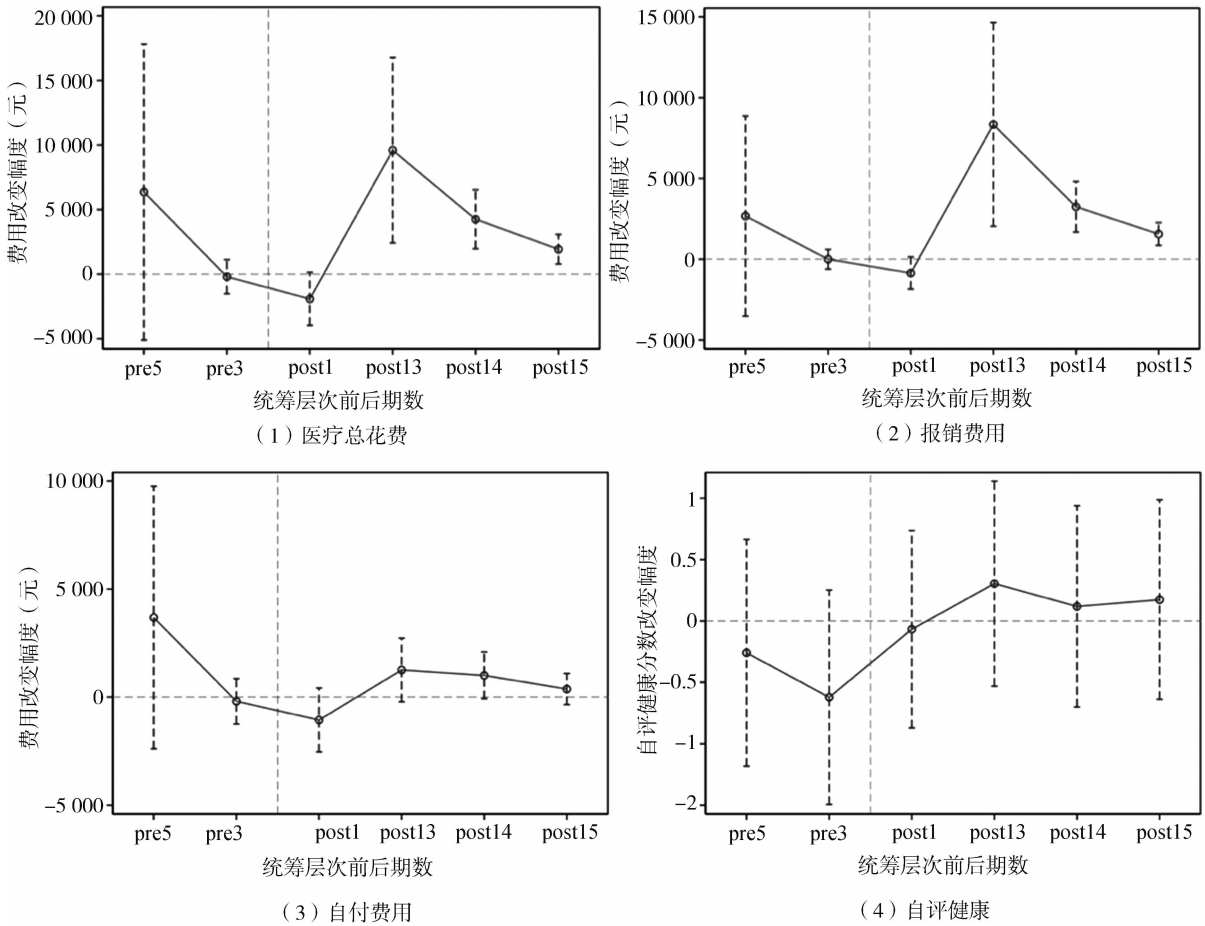


图2 省级统筹前后参保人各项医疗费用及其健康情况变化

4 讨论

4.1 资源消耗:省级统筹显著增加医疗资源消耗水平

本研究发现,市级统筹并未显著增加医疗资源消耗,但省级统筹显著增加了医疗资源消耗和医保基金支出。医疗资源消耗增加的可能原因涉及到统筹层次提升政策在设计、执行、监督等多个环节。从政策设计来看,各地区在推进省级统筹时面对区域内福利待遇参差不齐的状况,采取了“报销比例就高不就低”的调整措施,以解决部分高福利地区在统筹后可能出现福利退步问题,最终使得区域内的报销比例总体提高。^[20]同时,原本区隔的统筹单元被有效整合后,区域内的医保经办系统的协同性得到了有效增强,个人在不同医疗机构就医后的报销流程也大大简化^[21],个体的就医自由度进一步提升。而报销比例越高、报销流程越简便,个人医疗服务利用需求的释放也相应增多^[22],进而消耗更多的医疗资源。

在执行、监督环节,医保经办系统内复杂的委托—代理关系本就存在引发道德风险的可能^[23],使得其监督医保基金支出的积极性减弱,而统筹层次

提升政策使得医保系统同医疗服务提供方及利用方的关系更加复杂,地方医保经办机构作为上级医保基金管理工作的代理人,其维护医保基金运行安全的动机进一步减弱。^[5]调研中也发现,统筹层次提升后,部分地区存在卫生部门和医保部门合谋,共同向上级医保部门争取对当地公立医院更多的医保基金补偿额度的现象。^[10]

本研究通过纳入多种混杂因素(如地区固定效应)和展开多轮稳健性检验,论证了统筹层次与医疗资源消耗之间的关系,但无法控制所有混杂因素,例如不能完全排除地区之间的经济差异影响,所以还需要通过更长期的效果监测来论证上述关系。

4.2 效率维度:市级统筹可以提升医保基金使用效率,但省级统筹作用有限

本研究结果显示,医保市级统筹在未显著增加医疗资源消耗的情况下,显著改善健康结果,但省级统筹却在消耗更多医疗资源,增加医保基金运营风险的同时,并未带来人群健康改善。这一结果进一步呼应了前文对医保统筹层次提升政策执行和监督环节中可能存在道德风险的推断,说明省级统筹可

能尚未实现提高医保基金使用效率这一预期的改革目标。医保省级统筹过程中的资源消耗并未有效转化为健康产出很有可能是因为统筹层次提升的过程中医疗服务利用方的“趋高就医”^[7]和医疗服务提供方的“诱导需求”^[24],导致了部分医疗资源被无效浪费。这一点说明省级统筹并未实现提高医保基金使用效率这一预期的改革目标。中介效应分析结果也在一定程度上印证了“趋高就医”是统筹层次提升过程中资源浪费的一大诱因。

4.3 公平维度:省级统筹加剧弱势地区基金风险和弱势群体医疗服务利用的实质不公

无论是在区域层面还是个体层面,医保省级统筹政策均未实现改善公平的改革目标。在区域层面,实施省级统筹后,医疗事业欠发达地区,由于辖区内参保患者更多流入医疗水平较高地区,导致更大的医保基金消耗,增加了医保基金风险。理论上,实施省级统筹的目标之一就是通过更大范围内的风险共济来平衡地区间的医保基金压力,但实际并非如此。课题组曾对中部某省进行调研,省内各市(州)待遇标准差异大,以住院待遇为例,一级医疗机构住院报销比例极差6个百分点,起付线最高是最低的5倍;二级医疗机构报销比例极差10个百分点,起付线最高是最低的2倍;三级医疗机构极差15个百分点,起付线最高是最低的2.4倍。在政策差异如此大,又叠加参保人年龄结构、经济发展水平、医疗资源、医保治理能力等因素的情况下,推进省级统筹一方面可能会冲击医保基金的风险,另一方面可能会出现逆补贴现象。尤其是对于医疗事业发展落后的地区,在省级统筹过程中,可能会面临更严重的资源外流。

在个体层面,推进医保省级统筹,省内无异地,无论收入高低均可自由就医,且可以享受同等的医保待遇,是为“形式上的公平”,但这种形式上的更大范围的公平却导致“实质上的不公平”,加剧了低收入群体向高收入群体“逆向再分配”现象。随着统筹层次从市级提高到省级,医疗资源和医保基金消耗显著扩大,但实证分析结果显示,低收入群体在统筹层次渐进提升的过程中所利用的医疗资源并未出现较明显的变化,而中高收入群体消耗的医疗资源均显著提高。上述结果提示,低收入群体没有享受医保统筹层次提升政策带来的红利,因此无论是市级还是省级统筹,其缴纳的保费实际上被更高收入群体消耗,最终加剧了不同收入群体间的不公平。

5 政策建议

5.1 省级统筹需要谨慎稳妥地向前推进

本研究并非否认医保省级统筹的必要性,而是认为,如果要推进省级统筹,需要在条件成熟的情况下,有条不紊地推进。尽管不少省份在积极探索基本医保省级统筹,但本研究认为对多数省份而言,在推进省级统筹之前,应先夯实市级统筹,正如《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出的,“全面做实基本医疗保险市地级统筹”“鼓励有条件的省(自治区、直辖市)按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,推进省级统筹”,否则不但难以实现改革预期目标,反而可能会降低医保基金效率并加剧不公平。尤其对一些省内差异特别大的省份,需要首先评估地区经济发展、医疗资源和医保待遇水平的差异,权衡省级统筹的条件是否成熟。如果还不具备省级统筹“统收统支”的条件,可以在改革初期,优先使用调剂金制度,将人群因健康水平差异带来的结构性风险因素作为关键调节依据,并且在调剂金分配方案制定过程中,将地区经济、医疗资源发展水平纳入测算模型^[25],确定适宜的调剂金提取比例和分配权重。实行省级风险调剂、市级统收统支、省市县三级责任共担和分级经办管理,逐步实现预算管理、基金管理、参保筹资、待遇保障、医保支付、服务管理等“六统一”,向基金统收统支的全省统筹模式过渡,待条件成熟后推动建立省级统筹统收统支制度。^[26]

5.2 统筹层次提升需要兼顾效率和公平

第一,针对效率问题,医保基金效率降低的核心诱因在于监管薄弱和道德风险的发生。因此,必须充分尊重政府间财力“此消彼长”的客观事实,构建与医保统筹层次匹配的政府间利益平衡机制,提高省级财政的支出责任。同时,需要夯实各级政府医保管理主体责任,明确省、市、县在基金筹集、使用和监管等方面的权限,构建政府与社会协同监督机制,并通过新技术、新方法,加强对医保基金使用的监管效率。^[27]建立健全责任分担机制和目标考核机制,构建与政府绩效、基金分配额度、医疗机构考核结果相挂钩的绩效评估与风险监管体系。^[28]系统推进医联体、医共体改革,完善医保总额预付机制,优化支付方式,逐步构建医保与医疗协同发展机制,发挥医保战略购买功能,促进医疗机构主动节约医疗成本,提升服务质量。

第二,针对公平问题,在区域层面,国家、地区需要加强对落后区域的医疗资源支持力度,落实优质

资源下沉,并通过加强点对点帮扶,逐步缩小区域之间医疗服务质量的差异。在人群方面,一是要通过差异化报销比例、签约服务、医联体/医共体建设等,扎实推进分级诊疗制度建设,对非必要的趋高就医行为进行合理约束;二是通过门诊统筹、慢特病门诊等政策的不断完善,提升医保基金的受益面和受益水平,这也是提升医保基金效率性的重要手段。另外,前述将人群健康因素带来的结构性风险作为省级统筹风险调剂的关键依据,本身也是提升医保受益公平性的重要手段。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 顾海, 吴迪. “十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想[J]. 管理世界, 2021, 37(9): 158-167.
- [2] 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.
- [3] 王力男, 丁玲玲, 方欣叶, 等. 老年人消耗的医疗资源分析: 基于上海市医疗机构数据 [J]. 中国卫生经济, 2018, 37(4): 61-66.
- [4] 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.
- [5] 朱恒鹏, 岳阳, 林振翻. 统筹层次提高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] 白兰, 顾海. 异地就医结算背景下医保参保地差异对老年流动人口医疗资源利用的影响研究[J]. 兰州学刊, 2021(5): 181-196.
- [7] 王乔. 职工医保统筹层次提高对患者就医机构选择的影响[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(9): 36-43.
- [8] 吴传俭. 提高医疗保险统筹层次的公平性问题研究[J]. 医学与哲学(A), 2015, 36(3): 58-60, 93.
- [9] 何文, 申曙光. 城乡居民医保一体化政策缓解了健康不平等吗: 来自中国地级市准自然实验的经验证据[J]. 中国农村观察, 2021(3): 67-85.
- [10] 朱恒鹏, 孙梦婷. 地方财力对城乡居民医保基金结余的影响研究[J]. 社会保障评论, 2023, 7(6): 71-88.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] Fung K K. Decentralizing tragic choices: Pooling health risks with health unions [J]. American Journal of Economics and Sociology, 1998, 57(1): 71-94.
- [14] Ellis R P, Jiang S Y, Manning W G. Optimal health insurance for multiple goods and time periods[J]. Journal of Health Economics, 2015, 41: 89-106.
- [15] Goodman Bacon A. Difference-in-difference with variation in treatment timing[J]. Journal of Econometrics, 2021, 225(2): 254-277.
- [16] 黄乾, 晋晓飞. 生育政策放松对中国城镇女性收入的影响[J]. 人口研究, 2022, 46(6): 103-116.
- [17] 陈鸣声. 安德森卫生服务利用行为模型演变及其应用[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(1): 5-8.
- [18] Beck T, Levine R, Levkov A. Big Bad Banks? The Winners and Losers from Bank Deregulation in the United States[J]. Journal of Finance, 2010, 65(5): 1637-1667.
- [19] 宋弘, 孙雅洁, 陈登科. 政府空气污染治理效应评估: 来自中国“低碳城市”建设的经验研究[J]. 管理世界, 2019, 35(6): 95-108, 95.
- [20] 王超群. 城乡居民基本医疗保险制度整合: 基于 28 个省的政策比较[J]. 东岳论丛, 2018, 39(11): 83-92.
- [21] 张国英, 吴少龙. 流动、保险与就医: 基于老年流动人口的实证研究: 兼论医保统筹的路径与目标[J]. 广东社会科学, 2022(6): 199-211, 82.
- [22] 朱铭来, 王恩楠. 医疗需求释放、患者道德风险还是供方诱导需求: 基本医疗保险类型转换后医疗费用上涨的路径研究[J]. 经济科学, 2021(2): 110-122.
- [23] 李勇杰. 社会医疗保险体制中道德风险的防范策略: 基于委托代理理论的视角[J]. 社会科学家, 2008(8): 123-125, 31.
- [24] 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.
- [25] 罗佳莹, 吴彬, 罗仁夏. 福建省城镇职工医保基金省级统筹模型实证研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(10): 27-29.
- [26] 王琬. 国家医疗保障风险调剂金的制度理性与现实选择[J]. 社会保障评论, 2022, 6(6): 68-84.
- [27] 王琬, 詹开明. 社会力量助推医保治理现代化研究[J]. 社会保障评论, 2018, 2(1): 82-91.
- [28] 李乐乐, 张雨晴, 古德彬. 地方政府对中央政策响应差异化的影响因素及机制分析: 基于医保支付方式改革的多案例比较[J]. 公共管理学报, 2024, 21(2): 153-165, 76.

[收稿日期:2024-07-07 修回日期:2024-10-31]

(编辑 薛云)