

城乡居民医保省级统筹、就医行为与医疗费用增长

谢明明* 杨洁 杨晔

郑州大学商学院 河南郑州 450001

【摘要】目的:分析城乡居民医保省级统筹对医疗费用的影响,以评估其政策效果。方法:基于2012—2020年中国家庭追踪调查数据(CFPS)五期面板数据,采用双重差分模型(DID)检验城乡居民医保省级统筹对医疗费用的影响及其作用机制。结果:城乡居民医保省级统筹显著促进了总医疗费用的增长,且按诊疗方式(门诊和住院费用)和按支付渠道(自付和报销费用)区分的各项医疗费用同样有显著上涨,尤其是报销费用上涨显著。中介效应和调节效应分析显示,省级统筹政策的实施会通过就医行为影响参保人各项医疗费用,个体健康水平对省级统筹政策与医疗费用支出间的影响具有显著的正向调节效应。异质性分析发现,省级统筹对医疗费用的正向影响在青年人群、农村参保群体及患有慢性病的参保群体中的作用更为显著。结论和建议:考虑不同统筹地区医疗资源配置和医疗保障治理能力的差异,因地制宜推进城乡居民医保省级统筹;建立统一的医保政策;加强跨区域医疗资源整合,促进优质医疗资源向基层倾斜。

【关键词】省级统筹;城乡居民医保;医疗费用;就医行为

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.11.002

Provincial overall planning of basic medical insurance for urban and rural residents, healthcare-seeking behavior and medical expense growth

XIE Ming-ming, YANG Jie, YANG Ye

Business School, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

【Abstract】 Objective: Analyze the impact of provincial overall planning of urban-rural resident medical insurance on medical expenses, in order to evaluate the policy effectiveness of provincial overall planning of residents' medical insurance. Methods: Based on the five period panel data of China Family Panel Studies (CFPS) from 2012 to 2020, a Difference in Differences (DID) Model was used to test the impact and mechanism of the provincial overall planning of urban-rural resident medical insurance on medical expenses. Results: The provincial overall planning policy of basic medical insurance for residents significantly promotes the growth of total medical expenses, and various medical expenses classified by diagnosis and treatment methods (hospitalization and outpatient expenses) and payment channels (out of pocket expenses, reimbursement expenses) also show significant increases, especially in reimbursable expenses. The analysis of intermediary and mediation effects shows that the implementation of provincial overall planning policies will affect the various medical expenses of insured persons through their healthcare-seeking behavior. Individual health levels have a significant positive moderating effect. Heterogeneity analysis found that the positive impact of provincial overall planning on medical expenses is more significant among young people, rural insured groups, and insured groups with chronic diseases. Conclusions and suggestions: Considering the differences in medical resource allocation and medical security governance capabilities in different coordinated regions, it is necessary to promote the provincial overall planning of residents' medical insurance according to local conditions. Establish a unified medical insurance policy. Strengthen the integration of cross regional medical resources and promote the tilt of high-quality medical resources towards the grassroots level.

* 基金项目:国家社会科学基金青年项目(20CSH029)

作者简介:谢明明(1989年—),男,博士,副教授,主要研究方向为健康经济与医疗保障。E-mail:xieming1989@126.com

通讯作者:杨洁。E-mail:yangjie0326@126.com

【Key words】 Provincial overall planning; Basic medical insurance for urban and rural residents; Medical expenses; Healthcare-seeking behavior

我国基本医疗保险基金运行呈现基本面稳定但收支平衡风险存在的情况,2023 年城乡居民基本医疗保险(以下简称“城乡居民医保”)当期结余仅有 112.06 亿元,处于“紧平衡”状态。^[1]随着我国人口老龄化的逐步加深及人们对医疗需求的不断提升,医疗费用的持续增长会进一步影响医保基金的可持续运行。因此,提高医保基金统筹层次对于均衡地区间医保基金风险具有重要意义。2021 年《“十四五”全民医疗保障规划》(国办发〔2021〕36 号)、2022 年党的二十大报告和 2024 年“政府工作报告”中均提及要推动基本医疗保险省级统筹。目前,我国基本医疗保险在大多数地方已经实现了地市级统筹,北京、天津、上海、重庆 4 个直辖市和海南、青海、宁夏等省份已经实现了省级统筹。

医保省级统筹有助于提高医保公平性和医保基金抗风险能力。一方面,省级统筹可以使全省执行统一的目录和支付标准,弥合省内不同地区之间医保待遇差异,从而提高医保制度公平性;另一方面,从保险的属性来看,统筹层次越高,基金规模越大,医疗保险应对风险的能力也越强。医保省级统筹可能带来的问题也需要关注:第一,省级统筹之后,医保基金归省级管理,县级基金监管积极性弱化,从而出现财权和事权分离的“委托—代理”问题^[2];第二,省级统筹统一待遇,可能会出现患者倾向于高级别医疗机构就医,从而导致医疗费用的增长^[3]。然而,医保省级统筹也为药品谈判提供了更好的制度环境,有利于降低药品价格,且建立全省统一的考评机制,可以更好地落实各主体控费管理的监督责任,从而控制医疗费用上涨。^[4]因此,推进医保省级统筹虽是我国医疗保障制度的重要改革内容,但也应关注提高统筹层次可能带来的负面作用,以更好地在实施省级统筹过程中精准施策,助力医疗保障制度高质量发展。

既往研究肯定了医保统筹层次提高的意义,认为提高医保统筹层次可以促进医疗保障制度的公平性以及提升基金抗风险能力。^[5-8]然而,提高医保统筹层次也可能带来基层管理部门积极性弱化、管理效率下降等问题。^[2,9-11]同时,已有研究也关注到医保统筹层次提高对于就医行为和医疗费用的影响,多数研究以职工医保为研究对象,认为提升医保统筹层次会使患者选择更高级别医疗机构就医,促进医

疗费用的增加^[2-3,12-14],但甘晓成等研究发现,城乡居民医保省级统筹政策可以显著降低居民的医疗费用支出且能改善健康状况^[4]。总之,既往实证研究多以职工医保作为研究对象,对于居民医保的研究相对较少,仅有的实证研究得出了居民医保省级统筹可以降低医疗费用的结论,和其他研究结论有较大差异,且未检验其中的内在机理。实际上,居民医保和职工医保的就医行为存在一定差异,职工医保的待遇水平相对较高,省级统筹带来的就医便利可能会引致需方道德风险,而居民医保待遇水平较低,参保人是否因为省级统筹而选择高级别医疗机构的优质医疗资源并不确定。

本文可能的边际贡献在于:第一,以城乡居民医保省级统筹作为研究对象,将省级统筹、就医行为和医疗费用纳入同一分析框架,对城乡居民医保省级统筹的政策效果进行检验和评估,丰富省级统筹对居民医疗费用影响的相关研究;第二,将医疗费用按医疗项目(门诊和住院费用)和按支付渠道(自付和报销费用)划分,实证检验省级统筹对不同类型医疗费用影响的差异性,从微观角度给出统筹层次影响医保基金运行的切实证据;第三,实证检验了居民就医行为的中介作用和健康水平的调节作用,以更好地解释省级统筹影响居民医疗费用的作用机理。

1 研究设计

1.1 数据来源

本文数据来源于中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies, CFPS)2012—2020 年五期面板数据。CFPS 是由北京大学中国社会科学调查中心发起并实施的一项以家庭为单位的全国性、综合性、长期追踪的社会追踪调查,每两年进行一次调查,内容涵盖经济活动、家庭动态和结构、健康状况以及社会参与等。为避免异常值带来的偏差,对数据进行缩尾处理,最终获得五期平衡面板数据的 2 855 个观察值。

1.2 模型设定

1.2.1 基准回归模型

基于各地区城乡居民医保省级统筹实施时间的差异,采用双重差分法(DID)和面板双向固定效应模型检验省级统筹对医疗费用支出的影响。模型设定

如下:

$$Y_{ict} = \beta_1 + \beta_2 Policy_{ict} + \beta_3 X_{ict} + \mu_t + \gamma_c + \varepsilon_{ict} \quad (1)$$

其中,被解释变量 Y_{ict} 为医疗费用支出;核心解释变量 $Policy_{ict}$ 是时间和省份的交互项,为个体 i 所在的省份 c 在第 t 期是否实施了居民医保省级统筹; X_{ict} 为控制变量集合,包括年龄、性别、城乡、教育、收入、婚姻、慢性病等; μ_t 和 γ_c 分别表示时间固定效应和省份固定效应; ε_{ict} 为随机扰动项。

1.2.2 中介效应模型

为检验“就医行为(Hospital)”在省级统筹政策与医疗费用支出之间的中介效应,借鉴既往研究影响机制的检验方法,在基准回归的基础上构建如下模型^[15]:

$$Y_{ict} = \alpha_1 + \alpha_1 Policy_{ict} + \alpha_3 X_{ict} + \mu_t + \gamma_c + \varepsilon_{ict} \quad (2)$$

$$Hospital_{ict} = \beta_1 + \beta_2 Policy_{ict} + \beta_3 X_{ict} + \mu_t + \gamma_c + \varepsilon_{ict} \quad (3)$$

其中,式(2)是检验省级统筹对各项医疗费用支出的影响效应,式(3)是省级统筹对中介变量即“就医行为(Hospital)”的影响效应。如果模型(2)中的回归系数 α_1 显著,同时模型(3)中系数 β_2 也显著,则存在中介作用。变量的解释同式(1)。

1.2.3 调节效应模型

为检验“健康水平(Health)”在省级统筹政策与医疗费用支出之间的调节效应,在模型中加入其作为调节变量。回归模型中加入调节变量 $Health_{ict}$ 与政策变量 $Policy_{ict}$ 的交互项,构建如式(4)模型:

$$Y_{ict} = \beta_1 + \beta_2 Policy_{ict} + \beta_3 Policy_{ict} \times Health_{ict} + \beta_4 X_{ict} + \mu_t + \gamma_c + \varepsilon_{ict} \quad (4)$$

其中, $Policy_{ict} \times Health_{ict}$ 为政策变量与调节变量的交互项,其他变量含义同式(1)。

1.3 变量设定

1.3.1 被解释变量

被解释变量为医疗费用支出。根据样本中居民医保医疗费用支出类型,按照诊疗方式划分为门诊和住院费用,按照支付渠道划分为自付和报销费用。参考申宇鹏、李锐等关于医保统筹对医疗费用影响的研究^[2-3],涉及医疗费用的变量均未取对数,因此本文关于总医疗费用、住院费用、门诊费用、自付费用、报销费用等医疗费用相关变量均未取对数。

1.3.2 解释变量

解释变量为是否实行了城乡居民医保省级统

筹。构建样本所在省份与调查时间年份交互的虚拟变量。首先,收集相关地区是否实施城乡居民医保省级统筹的政策信息,确认哪些地区发布了相应的政策,并记录政策的实施年份。根据样本时间,全国有8个地区实现了统收统支的省级统筹,具体的实施地区和时间见表1。其次,根据收集到的数据,为每个地区创建一个地区虚拟变量,如果该地区实施了城乡居民医保省级统筹政策,则该虚拟变量赋值为1,否则为0;再次,创建时间虚拟变量,需要确定每个地区政策的实施年份,匹配政策实施年份与调查年份,每个地区将政策的实施年份与CFPS的问卷调查年份进行匹配。如果政策实施年份早于或等于调查年份,那么表示在调查时该政策已经在该地区实施,相应的虚拟变量取值为1;如果政策实施年份晚于调查年份,表示在调查时该政策尚未在该地区实施,相应的虚拟变量取值为0。最后,创建的地区虚拟变量与时间虚拟变量进行交乘,生成一个新的虚拟变量,得到是否实现省级统筹的虚拟变量。

表1 省级统筹实施地区和时间

省份	统筹时间	基金统筹模式	基金经办管理模式
上海	2016	统收统支	分级管理
北京	2018	统收统支	分级管理
天津	2010	统收统支	垂直管理
重庆	2011	风险调剂	分级管理
西藏	2018	统收统支	分级管理
海南	2015	统收统支	分级管理
宁夏	2015	风险调剂	分级管理
青海	2016	风险调剂	分级管理

资料来源:各省(自治区、直辖市)政府、医保局、人社局等部门门官方文件。

1.3.3 中介变量和调节变量

中介变量“就医行为”表示患者就诊的医疗机构级别。根据问卷中的问题“去哪里看病”,对就诊的不同医疗机构分别赋值为1~5,数值越大医疗机构的等级越低;调节变量“健康水平”用“自评健康”衡量。根据问卷中“您认为自己的健康状况如何”,对不同的健康状况分别赋值为1~5,数值越大健康状况越差。由于交互项与自变量、调节变量之间存在共线性,将自变量和调节变量进行中心化(即变量减去均值)。

2 结果

2.1 样本基本情况

如表2所示,医疗总费用的均值为1659元。按诊疗方式划分为门诊和住院费用,均值分别为681.8元和966.3元,按支付渠道划分为自付和报销费用,

其均值分别为 941.8 元和 719.0 元,实际报销比例约为 43.3%,总体水平较低;19.7% 的观测值所在地区实施了省级统筹。

表 2 样本描述性统计 (n = 2 855)

变量	均值	标准差	最小值	最大值
年龄(岁)	51.78	13.18	19	72
性别	0.450	0.498	0	1
城乡	0.307	0.461	0	1
教育程度	2.461	1.009	1	5
婚姻	0.942	0.233	0	1
收入(元)	13 620	18 076	0	91 000
慢性病	0.209	0.407	0	1
省级统筹	0.197	0.398	0	1
就医行为	3.039	0.323	1	5
自评健康	3.108	1.207	1	5
总医疗费用(元)	1 659	3 112	0	33 000
门诊费用(元)	681.8	1 388	0	8 000
住院费用(元)	966.3	2 261	0	30 000
自付费用(元)	941.8	2 026	0	10 000
报销费用(元)	719.0	1 543	0	23 000

2.2 居民医保省级统筹对医疗费用影响实证结果

2.2.1 基准回归

表 3 所示,城乡居民医保省级统筹政策在 1% 的显著性水平上正向影响总医疗费用、门诊、自付和报销费用,在 5% 的显著性水平上正向影响住院费用。本文以上海市政策为例解读该结果,上海市实施省级统筹之后,门诊费用的基金支付比例方面,一级医疗机构从 65% 提高到 70%,二级医疗机构从 55% 提高到 60%,三级医疗机构维持 50%,村卫生室门诊也纳入医保基金支付范围,支付比例为 80%;住院费用的基金支付比例方面,一级医疗机构维持 80%,二级医疗机构从 70% 提高到 75%,三级医疗机构维持 60%。总体上看,省级统筹之后,门诊和住院费用的基金支付比例均有所提升,一方面会释放医疗服务需求,使更多人前往医院就医,另一方面会引导患者对高级别优质诊疗服务的使用,从而导致整体医疗支出的增加。

表 3 居民医保省级统筹对医疗费用影响实证结果

变量	总医疗费用	按医疗项目		按支付渠道	
		住院费用	门诊费用	自付费用	报销费用
省级统筹	1 051 *** (258.6)	490.0 ** (197.8)	561.1 *** (126.6)	592.1 *** (169.9)	458.7 *** (138.8)
年龄	10.50 (7.155)	7.435 (5.473)	3.064 (3.502)	1.279 (4.702)	9.246 ** (3.840)
性别	-56.61 (161.0)	-5.603 (123.2)	-51.01 (78.81)	8.954 (105.8)	-66.61 (86.41)
城乡	274.0 (199.4)	204.8 (152.6)	69.18 (97.63)	102.8 (131.1)	170.4 (107.0)
教育程度	89.67 (87.84)	100.5 (67.19)	-10.86 (43.00)	20.56 (57.73)	68.90 (47.14)
婚姻	-143.0 (332.5)	-75.08 (254.3)	-67.97 (162.8)	86.52 (218.5)	-229.1 (178.5)
收入	162.905 (20.68)	106.84 (9.16)	51.377 * (5.68)	84.611 * (5.85)	8.417 (1.18)
慢性病	2 261 *** (204.7)	1 450 *** (156.6)	810.8 *** (100.2)	1 393 *** (134.5)	867.1 *** (109.8)
时间固定	控制	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	-117 416 (75 158)	-65 376 (57 488)	-52 041 (36 789)	-52 122 (49 391)	-64 775 (40 335)
观测值	2 855	2 855	2 855	2 855	2 855
R ²	0.241	0.170	0.168	0.193	0.174

注:***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著;括号内为标准误。

2.2.2 稳健性检验

(1) 平行趋势检验

图 1 至图 5 展示了五类费用的平行趋势检验结

果。其中,横坐标 current 为政策实施当期,pre 及 post 分别为实施前和实施后,需要特别说明的是,此处将政策实施点前一期的数据作为基准期,所以在

图中并未显示 pre_1 的结果。检验结果显示,交互项的系数在政策前并不显著异于0(95%的置信区间包含了0值),说明政策时点前处理组和控制组之间不存在显著差异,即满足平行趋势的假设;而政策后数期系数显著为正,说明政策在推行后产生了一个显著的正向效应,即导致医疗费用支出上涨。

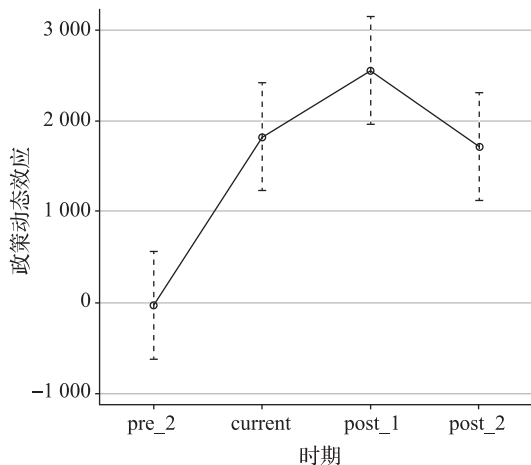


图1 总医疗费用平行趋势检验

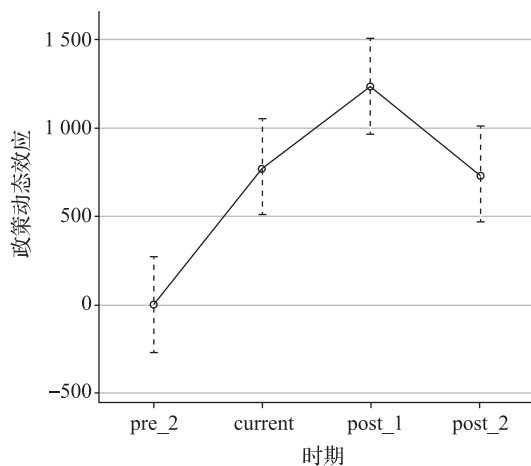


图2 门诊费用的平行趋势检验

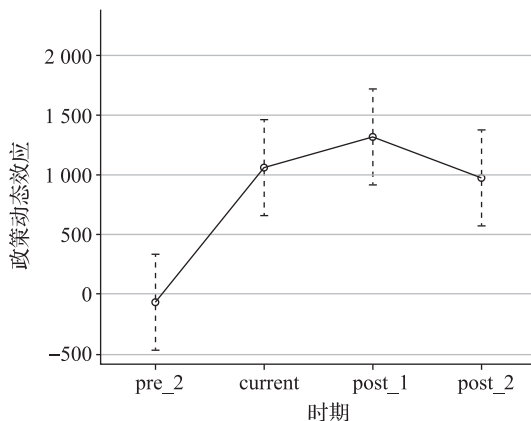


图3 住院费用的平行趋势检验

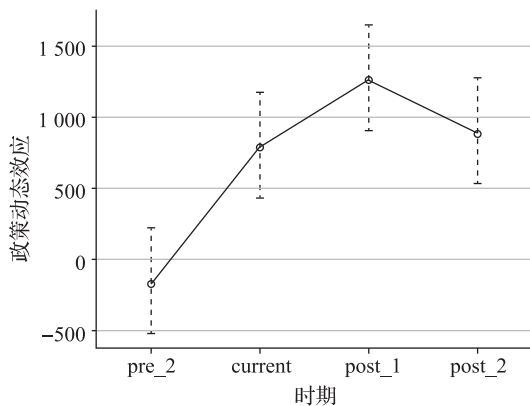


图4 自付费用的平行趋势检验

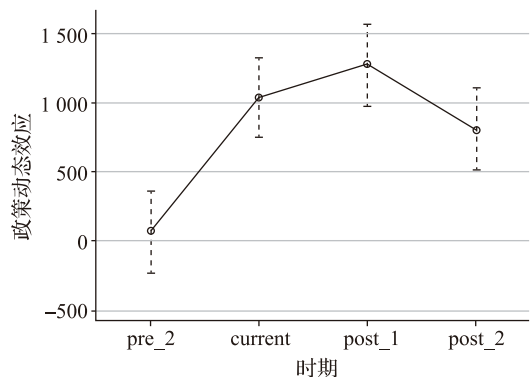


图5 报销费用的平行趋势检验

(2) 双重差分倾向得分匹配

采用双重差分倾向得分匹配(PSM-DID)模型进行稳健性检验。在倾向得分匹配过程中,基于处理组和控制组在政策实施前的可观测变量,使用Logit模型估计了每个样本的倾向得分。然后,采用最近邻匹配方法,为处理组中的每个样本找到了一个或多个具有相似倾向得分的控制组样本。如表4所示,城乡居民医保省级统筹政策对各项医疗费用都有显著的正向影响,与前文基准回归结果一致,进一步证实了省级统筹政策对医疗费用支出的正向效应。

2.3 异质性分析

2.3.1 按照年龄分组

依据样本的年龄差异,将样本分为青年组(40岁以下)、中年组(40~60岁)和老年组(60岁及以上),检验不同年龄段省级统筹对医疗费用支出的差异,以总医疗费用和可报销费用为例,实证结果如表5所示。可以看出,城乡居民医保省级统筹政策在不同年龄段的影响差异主要体现在可报销医疗费用方面,对于青年组和老年组的影响较为显著,分别使可报销医疗费用提高了616元和544元,而对于中年组的影响并不显著。

表 4 PSM-DID 回归结果

变量	总医疗费用	按医疗项目		按支付渠道	
		住院费用	门诊费用	自付费用	报销费用
省级统筹	872.0*** (282.8)	365.7* (216.8)	506.3*** (138.1)	518.1*** (187.3)	353.9** (152.2)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制
时间固定	控制	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	-2 293*** (812.2)	-1 725*** (622.7)	-567.3 (396.6)	-992.1* (537.8)	-1 296*** (437.0)
观测值	1 158	1 158	1 158	1 158	1 158
R ²	0.229	0.161	0.159	0.182	0.164

注：***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著；括号内为标准误。

表 5 年龄异质性

变量	青年组		中年组		老年组	
	总医疗费用	报销费用	总医疗费用	报销费用	总医疗费用	报销费用
省级统筹	1 847*** (703.7)	616.3** (291.7)	987.3** (501.7)	282.1 (258.2)	1 060** (453.7)	544.3** (246.8)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
时间固定	控制	控制	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	14 150 (132 325)	32 775 (54 853)	-207 036* (116 277)	-119 872** (59 838)	136 948 (182 478)	51 845 (99 255)
观测值	588	588	1 385	1 385	882	882
R ²	0.027	0.019	0.014	0.015	0.109	0.094

注：***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著；括号内为标准误。

2.3.2 按照户籍分组

分组检验省级统筹对城市和农村居民医疗费用支出的影响效果,以总医疗费用和可报销费用为例(表 6),城乡居民间的差异主要体现在可报销费用方面,省级统筹对农村参保居民医疗费用支出的影响效果更为显著,可报销费用支出增加了 480 元。而对于城市居民而言,可报销费用部分没有显著提升。

2.3.3 按照是否有慢性病分组

将样本按照是否患有慢性病进行分类,以探讨政策在不同健康状态下的参保者之间的异质性效应(表 7),第一,对于没有慢性病的参保者,医保省级统筹政策的实施主要带来的是医保待遇的提升,这部分参保者在政策实施后,会因为报销比例提高而增加对医疗服务的利用,从而带来报销费用增加,但由于其整体健康状况较好,总医疗费用的增加并不显著;第二,对于患有慢性病的参保者,医保省级统筹政策的实施则可能带来更为显著的影响。这部分参

保者由于健康状况较差,对医疗服务的需求更为迫切,更有可能寻求医疗服务,包括更频繁的就医、使用更昂贵的药物或接受更复杂的治疗等,这些行为都导致其总医疗费用和报销费用的显著增加。

表 6 户籍异质性

变量	城镇		乡村	
	总医疗费用	报销费用	总医疗费用	报销费用
省级统筹	674.4* (401.9)	192.8 (213.0)	904.1** (437.8)	480.3** (229.3)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间固定	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制
常数项	-177 906 (177 456)	-100 383 (94 026)	-139 918* (83 900)	-68 610 (43 942)
观测值	895	895	1 960	1 960
R ²	0.226	0.201	0.130	0.084

注：***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著；括号内为标准误。

表 7 是否患有慢性病异质性

变量	患有慢性病		未患有慢性病	
	总医疗费用	报销费用	总医疗费用	报销费用
省级统筹	1881 ^{***} (591.8)	537.9 [*] (298.4)	796.2 (515.1)	388.9 ^{**} (155.9)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间固定	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制
常数项	-433 901 ^{**} (203 196)	-171 523 [*] (102 480)	39 339 (109 868)	-15 316 (41 923)
观测值	600	600	2 255	2 255
R ²	0.073	0.067	0.083	0.043

注:***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著;括号内为标准误。

2.4 机制分析

2.4.1 中介机制:就医行为

就医行为在省级统筹促进医疗费用增长中的中介作用检验结果如表 8 所示,列(1)~(5)为基准回归,列(6)为中介变量。从列(6)可以看出,城乡居民医保省级统筹在 1% 的显著性水平上负向影响就医行为,根据前文设置,就医行为数值越小代表医疗机构等级越高,因此省级统筹可以促使参保人向更高级别的医疗机构就医。通常情况下,高级别医疗机构的平均医疗费用更高,因此省级统筹通过改变参保患者的就医行为,促使参保人更倾向于前往医疗条件更好、资质更优秀的高级别医疗机构就医,进而导致医疗费用的显著增加。

表 8 就医行为的中介效应

变量	(1) 总医疗费用	(2) 住院费用	(3) 门诊费用	(4) 自付费用	(5) 报销费用	(6) 就医行为
省级统筹	1 051 ^{***} (258.6)	490.0 ^{**} (197.8)	561.1 ^{***} (126.6)	592.1 ^{***} (169.9)	458.7 ^{***} (138.8)	-0.757 ^{***} (0.123)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
时间固定	控制	控制	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	-117 416 (75 158)	-65 376 (57 488)	-52 041 (36 789)	-52 122 (49 391)	-64 775 (40 335)	17.24 (35.66)
观测值	1 375	1 375	1 375	1 375	1 375	1 364
R ²	0.241	0.170	0.168	0.193	0.174	0.078

注:***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著;括号内为标准误。

2.4.2 调节机制:健康水平

健康水平的调节效应检验结果如表 9 所示,居民医保省级统筹政策会使得医疗费用支出显著增

加,主效应和交互项的系数同号,证明健康水平强化了省级统筹政策对医疗费用支出的影响。

表 9 健康水平的调节效应

变量	总医疗费用	门诊费用	住院费用	自付费用	报销费用
省级统筹	964.6 ^{***} (202.0)	470.9 ^{***} (152.6)	500.6 ^{***} (91.98)	417.8 ^{***} (135.4)	558.8 ^{***} (102.0)
省级统筹×健康水平	835.9 ^{***} (150.0)	472.0 ^{***} (113.3)	372.8 ^{***} (68.30)	457.6 ^{***} (100.6)	367.5 ^{***} (75.72)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制
时间固定	控制	控制	控制	控制	控制
省份固定	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	-250 882 ^{***} (40 111)	-179 939 ^{***} (30 286)	-81 338 ^{***} (18 260)	-138 734 ^{***} (26 885)	-121 043 ^{***} (20 244)
观测值	2 789	2 789	2 789	2 789	2 789
R ²	0.191	0.131	0.154	0.139	0.160

注:***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 水平上显著;括号内为标准误。

3 讨论

3.1 城乡居民医保省级统筹对医疗费用支出有显著的正向影响

实证结果显示,城乡居民医保省级统筹对各项医疗费用支出都有显著的正向影响。主要原因是,一方面,随着省级统筹带来保障水平的提高,如报销比例的增加和保障范围的扩大,参保者的医疗需求可能会相应增加,且更倾向于寻求高层次医疗服务,这在一定程度上可以提高参保者的健康水平,但同时也可能导致医疗服务的过度利用,从而推高医疗费用。另一方面,省级统筹将使得医保基金的管理责任从市级政府转移到省级政府,导致省级政府在医保资金使用和监管方面承担更大责任,市级政府不再直接承担医保基金的底线责任,放松对医疗服务质量和成本的监管,导致医疗费用的增长和医保支出的增加。

3.2 城乡居民医保省级统筹通过改变就医行为影响医疗费用

实证结果证明了就医行为在省级统筹影响医疗费用支出过程中的中介效应。其中的原因是,医保统筹层次提升通过提高报销比例、简化就医手续和增加医疗可及性,增加患者就医机构选择。^[16]第一,报销比例和额度的提高。省级统筹政策通常会涉及报销比例和额度的调整,由于福利刚性的存在,待遇水平通常是“就高不就低”,省级统筹后提高了区域整体的保障水平。不论个体的收入水平如何,医保政策对医疗费用的报销比例和额度都是固定的或基本固定的。因此,省级统筹政策的实施相当于产生了收入效应,让参保人的自付比例相对减少,减轻了其医疗费用负担,从而增加了其选择高级别医疗机构就医的动机;第二,就医手续简化。省级统筹政策可能会对就医流程进行简化和优化,如取消或简化异地就医手续、加快报销流程等,因此,患者前往高级别医院就医的障碍减少,就医过程更加便利和顺畅,增加了选择高级别医疗机构的动力。如在省级统筹政策下,异地就医无需相关部门对于转院单进行审核盖章、核准备案,减少了等待时间,避免了时间成本,使得个体可以在其他城市或地区就医。这一举措可以让个体在需要时选择离家较远但医疗水平更高的医院,而不必担心手续繁琐或报销问题;第三,医疗可及性增加。随着居民医保统筹层次的提

升,统筹区内的定点医疗机构增加,参保居民就医时有更多的医疗机构可以选择,患者为了得到更好的医疗服务质量,在同样保障水平之下会选择更高级别优质的医疗服务。

3.3 健康水平在城乡居民医保省级统筹影响医疗费用支出过程中起到强化作用

不同健康水平的人群,其医疗服务利用水平存在差异性。青年组由于年龄较轻,对于新政策的领会力和适应力较好,因此在省级统筹政策实施后,他们可能更倾向于利用医保资源,增加医疗支出。相比之下,老年组虽然健康状况较差,但由于医保制度对其已经较为优惠,因此增加的医疗支出相对较少。^[17]中年组医疗支出增加的程度最少,一方面是由于中年组人群身体情况更为稳定,对于医疗服务利用更遵循规律和计划,另一方面是由于中年组人群家庭或社会经济压力较大,对于医疗方面的支出相对较少。在省级统筹前,城市居民的医保待遇就要高于农村居民,所以统筹后农村居民享受的待遇提升^[18],由此促发了医疗费用支出的增加,而城镇居民则无明显改变。

总之,健康水平较差的人群医疗服务利用更多,更可能会因为省级统筹带来的便利性、保障水平提升、医疗可及性增加而提升医疗服务利用水平,增加医疗费用支出。相反,如果参保人群的健康状况较好,医疗服务利用水平本身就比较低,省级统筹对医疗费用的影响更小。因此,健康水平在省级统筹影响医疗费用支出的过程中起到调节作用。

4 结论和建议

本文利用 2012—2020 年中国家庭追踪调查(CFPS)五期面板数据,采用双重差分模型(DID)检验了居民医保省级统筹对医疗费用的影响,主要结论如下:第一,城乡居民医保省级统筹政策显著促进了总医疗费用的增长,且按诊疗方式(门诊和住院费用)和按支付渠道区分(自付和报销费用)的各项医疗费用同样有显著上涨,尤其是对报销费用的影响更大,经过稳健性检验后结论依然成立;第二,省级统筹政策的实施会通过就医行为影响参保人各项医疗费用;第三,个体健康水平对省级统筹政策与医疗费用支出间的影响关系具有显著的强化或促进作用,这种效应在健康水平较差的参保群体中得到了进一步放大;第四,异质性分析发现,城乡居民医保

省级统筹对医疗费用支出的影响在不同年龄段、不同户籍和是否患慢性病的样本之间存在差异:城乡省级统筹对青年人群可报销费用影响最大,老年人群次之,中年人群不显著;省级统筹对农村参保居民及患有慢性病的参保群体医疗费用支出的影响效果更为显著。

基于以上结论,提出如下建议:第一,因地制宜推进城乡居民医保省级统筹。我国区域间经济社会发展水平差异较大,医疗资源配置和医疗保障治理能力在不同统筹区域间也存在较大差异。对于经济发达、医保基金结余较多的地区,可以率先实现全面省级统筹。对于经济相对落后、医保基金压力较大的地区,可以从部分项目或人群开始逐步推进,以确保省级统筹的平稳过渡和可持续发展;第二,建立统一的医保政策。我国居民医保制度自建立之初的统筹层次就低于职工医保,导致不同统筹地区的医保政策差异较大。统一的医保政策,包括统一的医保信息系统、医保基金预结算体系、医保待遇水平等,这有助于降低地方医保机构道德风险,有效激励和调动地方医保机构的积极性;第三,加强跨区域医疗资源整合。建立和完善省级之间、省内不同地区间的医疗资源共享和调度机制,优化医疗资源配置。包括促进优质医疗资源向基层和偏远地区倾斜,增强基层医疗服务能力。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 国家医疗保障局. 2023年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2024-07-25)[2024-08-21]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/25/art_7_13340.html

[2] 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.

[3] 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.

[4] 甘晓成, 姚娇, 蔡瑶瑶. 城乡居民基本医疗保险省级统

筹对我国居民医疗费用支出和健康状况的影响[J]. 医学与社会, 2024, 37(4): 90-96.

[5] 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.

[6] 顾海. 医保整合要实现更高层次的公平[J]. 中国医疗保险, 2018(2): 26.

[7] 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.

[8] 李勇辉, 刘南南, 陈华帅, 等. 城乡医保统筹缓解农民工过度劳动了吗?[J]. 中国农村经济, 2022(7): 124-144.

[9] 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.

[10] 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.

[11] 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.

[12] 陈仰东. 统筹层次对基金风险的影响分析[J]. 中国医疗保险, 2014(11): 8-10.

[13] 付明卫, 王普鹤, 赵嘉珩, 等. 市级统筹、制度设计与医保控费[J]. 产业经济评论, 2020(6): 53-69.

[14] 贾茜媛, 张鑫武, 周明. 共同富裕背景下基本医疗保险省级统筹对医疗支出负担的影响[J]. 西安财经大学学报, 2023, 36(3): 76-86.

[15] 江艇. 因果推断经验研究中的中介效应与调节效应[J]. 中国工业经济, 2022(5): 100-120.

[16] 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.

[17] 曾雁冰, 袁志鹏, 方亚. 中国老年人就医行为及其影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2020, 37(2): 199-205.

[18] 何文, 申曙光. 门诊统筹改变了农村中老年人的医疗行为吗:来自医疗保险微观报销数据的经验证据[J]. 农业技术经济, 2022(9): 74-87.

[收稿日期:2024-09-05 修回日期:2024-11-07]
(编辑 赵晓娟)