

医保报销政策能否引导分级诊疗

——基于江苏某市的调查

王震¹ 蔡雪妮² 王清华³

(¹中国社科院经济研究所 北京 100836; ²中国社科院研究生院 北京 100836; ³连云港市人社局 连云港 222006)

【摘要】 医保报销政策引导分级诊疗的目的是通过建立“守门人”制度提高参保人获得不同类别医疗服务的匹配度,从而提高基金使用效率。但是当前医保差别性报销政策主要依据是不同行政等级、不同医疗服务质量的医疗机构,并要求最底层的定点机构首诊。这不仅难以起到推动分级诊疗的作用,而且将医保资金倾斜投入到低质量的、无效的医疗服务中,带来基金浪费。本文基于江苏省某市的调查数据对此进行了分析。

【关键词】 医保报销;社区首诊;分级诊疗

【中图分类号】 F840.684 C913.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3830(2017)5-10-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2017.5.003

The Impact of Reimbursement Policy of Social Medical Insurance on the Care Using Patterns of the Insured —Based on a Survey in Jiangsu Wang Zhen¹, Cai Xueni², Wang Qinghua³(1Institute of Economics, Chinese Academy of Social Science, Beijing, 100836; 2Graduate School of Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, 100102; 3Lianyungang Bureau of Human Resources and Social Security, Lianyungang, 222000)

【Abstract】 The aim of the “Gate Keeping” pattern of medical care using of the insured is to improve matching efficiency between the insured and various types of medical care and fund use efficiency. However, the reimbursement policy of medical insurance in some areas is differentiated according to hierarchical providers, i. e. providers with higher administrative hierarchy having lower reimbursement, and these lowest hierarchical providers are designed as “Gate Keeper”. These policies will lead medical insurance fund to the medical care providers with low quality, which causing waste for the fund. The paper evaluates the impact of reimbursement policy of social medical insurance on the care using patterns of the insured based the survey in one of the areas of Jiangsu

【Key words】 reimbursement of medical insurance, the community first-treatment, the tiered medical services

实现合理分级诊疗是我国深化医改的重点任务之一,甚至被当做医改能否成功的“关键”。对此,各地也进行了全方位的探索,其中通过医疗保险报销政策的调整来引导分级诊疗被寄予厚望,也是多数地区推进分级诊疗的主要政策工具。

一些观点还认为,之所以分级诊疗难以成功,主要是因为医保报销政策的调节引导作用没有发挥好。

那么,医保报销政策引导分级诊疗的逻辑是什么?在现实中是否起到了引导合理分级诊疗的作用?其背后的原因是什么?本文将基于

在江苏某市的调查对医保报销政策推动分级诊疗的问题进行分析。

1 医保政策引导分级诊疗的逻辑
分级诊疗就其本来含义而言是形成初级诊疗、二级诊疗和三级诊疗之间的金字塔形的医疗服务结构。从理论上来说,初级诊疗与二级和三级诊疗之间并不存在医疗质

【收稿日期】 2017-4-20

【作者简介】 王震,中国社会科学院经济研究所微观经济学研究室主任、研究员,主要研究方向:收入分配、社会保障、医疗卫生。

量上的差异,而是医疗服务供给体系中不同的分工而已。在患者疾病与所需要的医疗服务类别之间若不存在匹配问题,即患者清楚知道自己所患疾病需要找哪一类型的医生,那么医疗保险无需对不同类别的医疗服务进行差别性报销。

但是,在现实中患者难以对自己所患疾病的轻重程度、风险大小进行准确评估,在这样的情况下,就会发生“小病大治、大病误诊”等因为“错配”而产生的问题。解决这些问题的一个方法是建立家庭医生或全科医生的“守门人”制度,在患者与社区或家庭医生之间建立长期关系,家庭医生成为患者的“代理人”,不仅对患者提供诊疗服务,而且还担当患者寻找合适的医疗服务的指导人角色。这种模式一般称为“守门人(Gate Keeper)”模式。与之相对应的是“自由选择(Free Choice)”模式。相比于“自由选择”模式,“守门人”模式可以减少因为“错配”带来的问题。

在英国NHS(国家健康服务体系)中,全科医生即承担起了“守门人”的责任,患者须经过全科医生首诊;在德国等社会保险为主的国家,家庭医生作为“守门人”也很普遍;而在美国以商业保险为主的国家,不同的保险公司提供了不同的选择,一些保险公司提供的是“守门人”模式的服务,也有一些保险公司提供的是“自由选择”模式的服务。从成本支出的角度,“守门人”模式有费用节约的优势;但“自由选择”模式也受到一些居民的欢迎。从近年来的发展趋势看,出于节约费用、提高匹配效率的目的,“守门人”模式越来越普遍。为了推动更多的参保人选择“守门

人”模式,一些国家和地区的医疗保险对选择“守门人”模式的参保人提供了更多的报销,这就是差别式报销引导分级诊疗的由来。

但是,医保报销政策引导“守门人”模式的前提条件是不同类别的医疗服务只是分工不同,没有质量上的差异。若不同医疗服务存在质量差异,那么针对不同服务质量等级的差别式报销待遇对于医保而言就是“高价买劣质服务”,失去了引导患者合理“匹配”医疗服务的本意。若在一个可以自由选择的市场中,医疗保险的这种“高价买劣质服务”的行为将导致大量参保人的流失。若在强制性单一保险市场中,医保的这种将直接导致参保人的福利损失,甚至一些参保人会自费或通过其他渠道进行“自由选择”,向高质量医疗服务提供者集中。

从当前我国医疗资源和医疗服务的配置看,仍然是典型的行政等级制,不同等级医疗机构之间提供的医疗服务在内容上雷同,但在质量上存在明显差距,而且这种质量差距还通过行政定级的方式固定下来。这与上面所分析的不同类别之间的医疗服务的分工不同但质量相同的状况正好相反。在这种情况下,所谓的分级诊疗失去了“守门人”模式的本来含义,变成了“按人下菜碟”的等级制医疗。在当前人口可以自由流动的情况下,这种等级制医疗根本无法控制患者向高质量(高等级)医疗服务集中的趋势。这也是分级诊疗这个政策提出几年来没有实质性进展的主要原因。

不改变等级制医疗的条件下,要求医保按照不同等级医疗机构设定不同的报销待遇,以实现分级诊疗的目标,是存在问题的。从医保

的角度,这属于典型的“高价买劣质服务”。若医保不能为参保人提供与缴费相应的服务,可能导致参保人的退保与脱保,影响基金可持续性。再退一步,即使参保人不能退保和脱保,仍然可以通过各种途径,包括提高自付费用的方式寻求高等级医疗服务。从现实情况看,一些地区虽然采取了医保的差别化报销政策以及社区首诊制等政策,但仍未降低参保人到高等级机构寻求医疗服务的比重。笔者在江苏某市的调查也证明了这一点。

2 医保报销政策对分级诊疗的影响分析

2.1 苏北某市基本情况

该市位于江苏北部,常住人口447万,市区(不含下辖县)常住人口208万。2015年该市人均GDP7792美元。全市共有卫生机构2708家(市区1369家),其中医院70家,妇幼保健院1家,卫生院91家,社区卫生服务中心25家,疗养院1家。按常住人口算,全市每千人卫技人员数5.15(市区6.70),每千人(执业)医师数1.94(市区2.47),每千人床位数4.25(市区5.06)。该市社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险和城镇居民医疗保险。2015年,两项社会医疗保险参保总人数71.5万,当年基金总收入14.5亿,总支出12.9亿。在城镇职工基本医疗保险中,在职职工47.2万,在职退休比2.29。在居民医保中,主要是学生儿童,占比72.8%(见表1)。

2.2 引导分级诊疗为目标的医保报销政策

本文主要关注医保的门诊报销政策及对门诊患者分级诊疗的影响。从各地的实践看,医保报销政

策引导分级诊疗不外乎如下做法：一是差别化报销，二是首诊制。该市在医保报销政策的制定与调整上也意在引导分级诊疗。

第一，城职保报销比例与定点医疗机构级别挂钩，低等级机构报销比例高、高等级机构报销比例低。门诊统筹自2010年起实行差别化报销，社区卫生机构、一级二级医院和三级医院的报销比例分别为60%、50%和40%；门诊慢病自2008年起在社区、一级和二级、三级医疗定点机构之间的报销比例分别为90%、85%和80%，2012年调整为85%、75%和65%，进一步拉大了

不同等级之间的报销比例。

第二，在居民医保方面，实行社区首诊制，参保人员在年度参保缴费时可选择一家定点社区机构作为首诊机构；转诊到非首诊机构就医的，必须经由首诊机构转诊才可报销。为控制社区首诊医疗机构过度转诊，对社区首诊机构实行总额控费，所有转诊患者的费用均纳入首诊机构全年的费用总额指标。

2.3 医保政策调整引导分级诊疗的效果

城职保门诊。2010年该市执行不同等级医疗机构的差别报销政策，社区门诊就诊的人次占比有所上升，

从2010年的3.50%上升到2015年的6.90%；但是绝大部分就诊患者流入到了三级医疗机构，三级医疗机构门诊就诊人次占比从2010年的48.20%上升到2015年的82.70%。当然，这其中有2012年二级医院升级为三级医院的原因，但不可否认门诊就诊人次流向高等级医院的趋势并没有因为差别性报销政策而发生改变。从门诊统筹基金的分布变化看，也呈现出相同的趋势，绝大多数基金流入了三级医院（见表2）。

城职保门诊慢病。社区医疗机构占比呈上升趋势，2015年占到了门诊慢病就诊人次的28.60%以及基金支出的33.80%（见表3）。但是，需要指出的是门诊慢病基本上属于病情比较稳定、依靠药物维持的疾病，对诊疗水平不敏感。对于主要依靠药物维持的慢病控制而言，医保差别性报销政策有作用，能够吸引患者到社区就诊。但对于其他一般性门诊，差别性报销待遇并未呈现出应有的效果。

居民医保门诊。从数据上看更多患者到了社区首诊机构就诊，但是这并不代表社区首诊机构有能力将首诊患者留在社区，而更多起到了一个“二传手”的作用。这一点可以通过2013年放开居民医保学生儿童的社区首诊后的就诊人次变动上明显体现出来。2013年该市放开了学生儿童的社区首诊制，这使得当年到社区首诊机构就医的患者占比从50.84%快速下降到只有27.71%，甚至低于2008年的比例（见表4）。这表明社区卫生机构没有主动吸引患者就医的能力和动力。

2.4 小结

总体而言，医保差别性报销在引导分级诊疗方面起到的作用微乎其微。在门诊慢病方面的作用也只能表

表1 某市社会医疗保险基本情况

		2012	2013	2014	2015
参保人数(万人)	城职保	44.2	46.1	46.6	47.2
	城居保	22.9	22.5	23.3	24.3
	合计	67.1	68.6	69.9	71.5
当年基金总收入(万元)	城职保	84705	104270	118024	136537
	城居保	7683	9548	9840	8890
	合计	92388	113818	127864	145427
当年基金总支出(万元)	城职保	84226	97328	114614	121708
	城居保	5362	6239	4901	7143
	合计	89588	103567	119515	128851

注：本文数据来源于该市人力资源和社会保障局。

表2 某市城职保门诊统筹患者就医人次及基金支出分布

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
门诊统筹就医人次分级占比	社区	3.50%	3.80%	5.40%	5.40%	5.90%	6.90%
	一、二级	48.30%	31.90%	13.10%	12.70%	10.60%	10.40%
	三级	48.20%	64.30%	81.50%	81.90%	83.50%	82.70%
门诊统筹基金支出分级占比	社区	3.40%	3.00%	4.50%	6.80%	8.30%	9.90%
	一、二级	41.30%	23.60%	14.20%	16.80%	14.60%	14.60%
	三级	55.30%	73.40%	81.20%	76.40%	77.10%	75.40%

注：2012年该市部分二级医院升级为三级医院。

表3 某市城职保门诊慢病就医人次及基金支出分布

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
门诊慢病就医人次分级占比	社区	1.40%	6.00%	6.20%	12.40%	21.20%	26.60%	27.70%	28.60%
	一、二级	70.50%	57.90%	71.70%	56.60%	43.90%	41.30%	39.00%	36.20%
	三级	28.20%	36.10%	22.10%	31.10%	34.90%	32.10%	33.30%	35.20%
门诊慢病统筹基金支出占比	社区	1.20%	5.30%	7.70%	16.80%	25.80%	34.10%	33.10%	33.80%
	一、二级	75.80%	67.60%	78.30%	63.40%	52.70%	48.40%	45.80%	43.00%
	三级	23.00%	27.20%	14.00%	19.80%	21.40%	17.50%	21.10%	23.20%

表4 某市城镇居民医保门诊就医人次及基金支出分布

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
居民医保门诊就医占比	40.62%	49.16%	51.47%	51.10%	50.84%	27.71%	24.82%	23.85%
首诊机构	40.62%	49.16%	51.47%	51.10%	50.84%	27.71%	24.82%	23.85%
转诊机构	59.38%	50.84%	48.53%	48.90%	49.16%	72.29%	75.18%	76.15%
居民医保门诊基金分等级占比								
社区	32.97%	45.94%	47.40%	46.80%	49.45%	33.25%	27.17%	23.82%
一、二级	67.03%	54.03%	52.05%	52.09%	24.41%	9.06%	7.72%	6.11%
三级	0.00%	0.03%	0.54%	2.13%	26.14%	57.69%	65.11%	70.07%

注:首诊和转诊机构分别为居民保确定首诊社区卫生服务机构与转诊医疗卫生机构。2013年取消了学生儿童的社区首诊规定。

表5 市第一人民医院与25家承担首诊的一级及社区卫生服务机构医师分布情况

医师类别	一级及社区(人)	市一院(人)	比值(人)
主任医师(副主任医师)	94	266	2.83
主治医师	169	231	1.37
医师(医士)	114	141	1.24

表6 某市执业医师在不同医疗机构中的分布情况

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
医院	3152	3178	3551	3766	3906	4213
社区及卫生院	1674	1568	1623	1655	1680	1856
比值	1.88	2.03	2.19	2.28	2.33	2.27

明社区卫生服务机构更多具有了“药房”的性质。而强制性的社区首诊虽然可以在就诊人次的数字上有所体现,但并不能改变社区卫生服务机构在医疗服务质量上的低劣。从该市的情况看,这种社区首诊制更多的是让社区卫生服务机构成为了转诊的“过水通道”,徒增参保人的麻烦。

出现这种状况的根源就在于等级制的医疗服务供给安排。在这种等级制的供给安排下,社区与医院、低等级医院与高等级医院不是服务类别上的分工关系,而是不同等级间的服务质量差异。仍以该市区市的医疗资源分布情况分析,该市第一人民医院主任(副主任)医师数就是所有25家承担首诊责任的社区及一级医院主任(副主任)医师数的2.83倍(见表5)。从全市的角度,执业医师主要分布在医院中,是社区和卫生院执业医师数的2.27倍(2015年),而且这个差距在过去几年并未有所改善(见表6)。

在这种状况下,医保的差别化报销政策难以起到引导患者合理“匹配”医疗服务供给的作用,甚至在统计数字上也难以表现出效果。而社区首诊虽然可以强制参保人到社区“走一趟”,但其代价是参保人福利损失和医保基金的无效使用。

3 医保推进分级诊疗的政策选择

医疗保险推进分级诊疗的目的在于为参保人建立“守门人”制度,提高参保人获得合适的医疗服务的“匹配”度,减少因为“错配”带来的效率损失,提高基金使用效率。而要实现这个目的的前提是在医疗服务的供给安排中有一个合理的医疗服务分工体系,这个体系是不同类别医疗服务之间的分工,而不是医疗服务质量差别的等级制。在服务质量相同的情况下,医保引导分级诊疗是通过资金的倾斜将参保人引导到初级医疗保健服务中,以初级医疗保健服务作为

“守门人”,通过初级医疗保健服务来引导参保人的就医行为。

但是,在服务供给等级制的条件下,根据等级来制定差别化报销政策或所谓的最底层首诊制度,实际上是将大量医保资金用到了低质量的医疗服务上面。在人口流动常态化的背景下,医保依据定点机构的行政等级来实行差别化的报销待遇,而且将服务质量最差的定点机构作为首诊,难以取得应有的效果,是医保资金的浪费。

从这个角度,医保要引导分级诊疗,首先是要引导形成合理的医疗服务分工体系,在此基础上,差别性报销政策依据的不是机构等级,而是不同类别医疗服务;社区首诊也不是最低等级的社区卫生服务机构或卫生院来首诊,而是有资质、符合条件的家庭医生或全科医生首诊。通过家庭医生或全科医生的“守门人”作用,引导参保人在初级卫生保健服务和二级以及三级服务之间合理就医,提高医疗需求与供给之间的匹配度,提高资金使用效率。■

【参考文献】

- [1]Forrest, C. B., 2003, Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? BMJ Vol. 326, 29 March, 2003.
- [2]Hofmarcher, M. M., Oxley, H., and Rusticelli, E., 2007, Improved health system performance through better care coordination, OECD Health Working Paper, No. 30.
- [3]Saltman, R. B., Rico, A., and Boerma, W. G. W.,(eds), 2006, Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care, Open University Press.
- [4]王东进. 分级诊疗须过五道关 [J]. 中国医疗保险, 2016,97(10): 5-8.
- [5]王震. 深入推进供方改革 实现合理分级诊疗 [J]. 中国医疗保险, 2015,85(10): 15-17.
- [6]朱恒鹏. 医保如何助力建立分级诊疗体系 [J]. 中国医疗保险, 2015,81(6): 9-11.