

医疗保险补偿与患者就诊选择

——基于双重差分的实证分析

赵绍阳 尹庆双 臧文斌*

摘要: 本文首次基于微观个体就诊选择的数据,利用成都市城乡医保政策设定的独特环境,通过建立双重差分回归模型,实证检验医疗保险报销比例的“偏向性”设定对患者医疗机构选择的影响。我们发现,医保基金支付的偏向性设定对住院患者选择就诊的医疗机构具有显著影响。具体而言,如果医保报销比例的设定上相对更有利于基层医疗机构,就会引导更多的患者前往基层医疗机构就医,反之亦然。不过,医保补偿对医疗机构选择都只有微弱的影响,医保补偿的价格调节作用仅仅对少数患者产生了效果,还不足以改变当前多数人对大医院的偏好。

关键词: 医疗保险 医疗机构选择 基层医疗卫生 双重差分模型

一、引言

我国大部分城市现有的卫生资源结构和配置存在较为不合理的现象,其中城市卫生资源供给过度集中在大医院,基层的医疗卫生资源较为稀缺。社区医院、卫生站由于医疗设备相对短缺、陈旧,医疗技术、人才稀缺,难以为患者提供基本的医疗服务,而各地的大医院的就诊则往往存在“拥堵”现象,床位十分紧张。医疗卫生资源在供给与需求层面这种“结构性矛盾”可能直接导致“看病贵看病难”问题,制约了我国医疗卫生事业发展。

2006年国务院总理温家宝主持的国务院常务会议审议并原则通过了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,城市社区卫生服务工作受到了各界的高度重视。自推行社区卫生服务体系以来,我国相继出台一系列支持社区卫生服务的法规与政策,其中包括通过医保定点及补偿等方式来扩大对基层医疗服务的需求。为引导患者更多到基层医疗机构就医,职工医保、新农合以及城镇居民医保在报销待遇方面都不同程度地向基层医疗机构倾斜。但是,这些有利于基层医疗机构的医保补贴政策是否有效地影响了居民对基层医疗服务的选择,以及影响效果如何,具有一定的不确定性。

医保报销的倾斜是否可以有效影响参保患者的就医选择,其关键在于,与医疗服务质量的

* 赵绍阳,四川大学经济学院,邮政编码:610065,电子信箱:zhaoshaoyang@scu.edu.cn;尹庆双,西南财经大学公共管理学院,邮政编码:610074,电子信箱:yinqs@swufe.edu.cn;臧文斌(通讯作者),西南财经大学公共管理学院,邮政编码:610074,电子信箱:zangwenbin@swufe.edu.cn。

本研究受到四川大学中央高校基本科研业务费项目“灾后医疗救治费用的分担模式”(项目编号:skzx2013-dz14)、西南财经大学中央高校基本科研业务费项目“医疗保障对参保者消费行为的影响研究”、教育部人文社会科学基金项目“我国农村留守儿童的健康与教育研究”(项目编号:11YJC790257)和国家自然科学基金青年项目“充分统计量方法在医疗保障水平优化设计中的应用探索”(项目编号:71303167)的资助。感谢匿名审稿人提出的宝贵建议,当然文责自负。

差别相比较,价格的差异有多重要?简而言之,如果患者更看重质量的差异,那么即使对基层医疗采取较高的补贴,由于不足以弥补质量方面的差距,患者依然会选择在大医院就医;反之,当基层与大医院之间的服务质量差别较小时,则可能通过医保给予基层医疗服务较高的补贴以促进患者选择基层医疗机构就诊。所以通过提高医保报销比例对基层医疗实施补贴是否具有明显的效果,取决于价格因素在人们做出选择时的相对重要程度(主要相对于服务质量)。

本文首次基于微观个体就诊选择的数据,实证检验医疗保险报销比例的“偏向性”设定是否会对患者选择医疗机构的决定产生影响。这是以往文献几乎没有涉及的领域。过去相关的文献主要侧重于两个方面:或者研究医疗保险覆盖对医疗服务利用的影响(如 Lei and Lin, 2009; Wagstaff, et al., 2009; 封进等, 2010; 刘国恩等, 2011; 程令国、张晔, 2012), 这些研究几乎都忽略了医疗保险(如新农合)对医疗机构选择的影响;或者研究患者选择不同医疗机构的影响因素,其中部分研究考察了医疗保险对医疗机构选择的影响(如王亚东等, 2006; Qian, et al., 2009; 王翌秋、张兵, 2009; 杨建南等, 2011; 江金启, 2013)。这些研究结果表明,患者的个人、家庭特征(疾病特征、收入水平、医保状态)、医疗机构的特征(距离、规模)是影响患者医疗机构选择的重要因素。比如,王翌秋和张兵(2009)基于中国营养和健康调查数据(CHNS)的研究发现,医疗服务价格是制约农村患者选择正规医疗机构的重要因素。不过当患者疾病较严重时,价格因素的作用较弱,此时收入将决定农民的医疗机构层级选择。而江金启(2013)同样利用CHNS数据,发现新农合倾向于基层医疗单位的报销政策调整,对引导农村患者到基层机构就医的作用并不明显,并认为这种结果的出现是由于,新农合开展后参合农民对医疗服务需求的增长要快于服务供给,从而导致医疗价格普遍上涨,加之县、乡级医疗机构间本身存在的较大服务质量差距,因此,即使医保报销待遇上存在一定的倾斜,也难以有效吸引患者前往基层医疗机构就诊。

但是这些研究不仅忽略了医保补偿偏向性设定的影响效果,同时也未能有效控制医疗保险状态的内生性导致的估计偏差问题。比如,如果参保居民(相对于未参保)本身普遍更倾向于生病后去大医院治疗,直接比较参保与未参保患者的医疗机构选择行为,就难以反映医保补偿政策倾斜对患者医疗机构选择的影响。为了解决这一难题,本文利用成都市城乡医保政策设定的独特环境,通过建立双重差分的计量模型,在控制参保者之间的可观测及不可观测特征差异影响的条件下,针对性地考察医保基金支付的偏向性设定对住院患者选择就诊的医疗机构的影响。另外,以往的研究主要侧重于考察新农合的补偿效果,对城镇居民医保补偿效果的研究相对较少。相比较而言,城市地区可能存在更为严重的医疗资源配置不均衡的问题,因此本文基于城乡居民医保参保者的研究将有益于我们认识,通过医保补贴基层医疗机构的做法来吸引患者在基层治疗、促进医疗资源的均衡配置以及缓解“看病难”问题是否可行。

接下来本文首先简要介绍了政策背景以及本文研究采用的数据,基于数据对患者的医疗机构选择进行了简要的描述性分析;然后分别建立截面回归与双重差分模型评估医保政策对医疗机构选择的影响;最后是本文的结论及其政策含义。

二、政策背景与初步描述性分析

(一) 政策背景

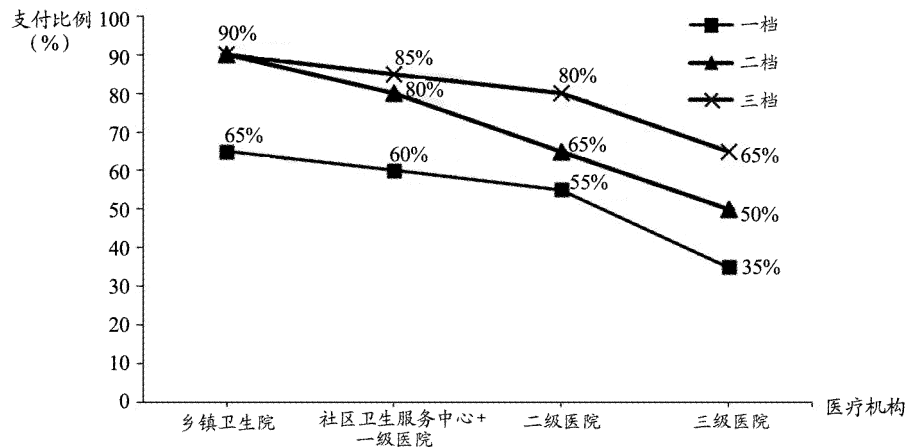
为完善城乡居民基本医疗保障体系,成都市自2009年开始全面实施城乡居民基本医疗保险制度,实现了城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗一体化。考虑到其城乡经济发展水平和城乡居民医疗消费习惯的差异,实行不同的筹资水平和保障标准。具体而言,2009年成年人的缴费标准分为每人每年100元、200元、300元三个档次,参保居民根据家庭的经济或

健康状况选择参加其中的一档;学生儿童则实施统一的缴费标准,每人每年 120 元;各级政府财政基础补助标准为每人每年 80 元(见表 1)。参加不同档次的保险,享受不同的待遇。参保人员在该市基本医疗保险定点医疗机构发生的符合基本医疗保险报销范围的一次性住院医疗费(含门诊特殊疾病医疗费),其数额在基本医疗保险基金起付标准以上的部分,个人先支付应由个人自付的费用后,由基本医疗保险基金根据医疗机构级别按下列比例支付:(1)按第一档缴费的报销比例为:乡镇卫生院 65%,社区卫生服务中心和一级医院 60%,二级医院 55%,三级医院 35%;(2)按第二档缴费的报销比例为:乡镇卫生院 90%,社区卫生服务中心和一级医院 80%,二级医院 65%,三级医院 50%;(3)按第三档缴费的报销比例为:乡镇卫生院 90%,社区卫生服务中心和一级医院 85%,二级医院 80%,三级医院 65%;(4)学生儿童报销比例为:乡镇卫生院 90%,社区卫生服务中心和一级医院 80%,二级医院 65%,三级医院 50%(如图 1 所示)。

表 1 2009 年与 2010 年的筹资政策比较

地区/年份	2009 年			2010 年		
	档次	个人缴费(元)	总筹资(元)	档次	个人缴费(元)	总筹资(元)
中心城区	学生儿童档	40	120	学生儿童档	40	220
	一档	20	100	三档	100	320
	二档	120	200			
	三档	220	300			
周边郊县	学生儿童档	40	120	学生儿童档	40	220
	一档	20	100	二档	40	220
	二档	120	200			
	三档	220	300			

注:(1)资料来源:成都市人力资源与社会保障局网站发布的政策文件;(2)中心城区包括中心五区、高新区、双流县和温江区,周边郊县包括成都市管辖的其他 12 区(县)市。



资料来源:根据成都市人力资源与社会保障局网站发布的政策文件整理。

图 1 基本医疗保险基金对不同医疗机构级别的支付比例

可以发现,医保基金的支付更偏向基层医疗机构,即随着医疗机构级别的提高,基金支付比例明显递减。首先,就不同档次而言,档次越高,支付比例越高;与此同时,基金支付比例随着医疗机构级别提高而递减的速度在不同的档次中存在差别。如果以中间档次“二档”为参

照,那么医保基金对一档参保者的支付比例更偏向基层医疗机构,而基金对三档的支付则更加偏向于高级别的医疗机构(见图1)。如果医保基金支付的这种偏向性会影响参保患者的医疗机构选择,那么,我们期望看到,与二档参保者相比,一档参保者就应该更偏好选择基层医疗机构,而三档参保者则会偏好选择较高级别的医疗机构。

以上的医保基金对不同医疗机构支付比例的差异为我们提供了一个检验医保支付与医疗机构选择关系的“自然实验”环境。而2010年医保政策的整体变化将为本文的研究提供一个更加纯粹的时间维度变化。2010年成都市城乡居民基本医疗保险筹资标准进一步提高到320元/人和220元/人。其中,中心城区、高新区、双流县和温江区等8个较发达的区县(以下简称中心城区)按320元/人执行,其余12个区(市)县(以下简称周边郊县)以及在成都市的52.4万大学生,按220元/人执行,相应的财政补助由2009年的80元/人分别提高到220元/人和180元/人。按每人每年220元标准筹资的区(市)县,个人自愿按320元筹资标准缴费的,其中各级财政补助每人每年180元,个人缴费每人每年140元。因此,中心城区2009年参加各个档次的参保者都需要在2010年加入三档,而且原来一档、二档、三档的参保者个人每年缴费额也分别从20元、120元、220元统一为100元,同时均开始享受三档基本医疗保险的相关待遇;周边区县2009年各个档次的参保者可以选择在2010年参加二档或者三档(见表1),并享受对应档次基本医疗保险的相关待遇。因此,不论是中心城区还是周边区县,整体的筹资水平和待遇都有显著提高,但是相对而言,原来不同档次的参保者医保待遇的提高幅度也存在一定的差异。与之前的分析类似,如果是从原来的一档变化到二档,就会相应地激励对基层医疗机构的选择;而如果是从原来的二档变化到三档,那么就会对应地降低选择基层医疗机构的激励。接下来,我们需要检验的正是,医保待遇的激励变化是否导致了参保患者就诊选择行为的改变?

(二)数据介绍与初步描述

本文的数据来源于成都市城乡居民基本医疗保险参保人员信息。数据以个人为统计单位,包括参保人的基本信息(即性别、年龄、所在地区)、缴费信息(参保档次)以及医疗费用支出信息(即医院等级、住院原因、年度累计住院次数、每次住院总费用、每次住院个人支付费用、每次住院统筹基金支付费用、起付标准、共付比例等)。为了更好地反映社会医疗保险对于参保人医疗服务需求的影响,本文采取追踪研究的技术方法,在原始数据基础上,筛选出连续2年参加保险的参保人,以面板数据的形式,形成最终研究所用样本。表2描述了该面板数据样本中参保者的档次选择情况。其中2009年中心城区的参保居民选择一档、二档及三档的比例分别为3%、85%、12%,到了2010年这些参保者都被“强制”选择参加三档。2009年周边区县参保居民参加一档、二档及三档的比例分别为74%、24%、2%,2010年一档被取消,参加二档和三档的比例都有所增加,但主要以参加二档为主,只有6.4%的参保者选择了三档。

而纵观2009年与2010年住院患者医疗机构选择的变化(见表3),可以发现,虽然参保档次发生了不同程度的变化,但患者对医疗机构的选择倾向变化并不明显。以中心城区参保者的选择行为为例,2010年三个不同档次的参保者被强制归到三档后,虽然参保者在医保报销的待遇在2010年已经没有任何差别,但是其医疗机构选择的差异还是十分明显。2009年参加三档与二档的住院患者中分别有32%与12%的患者选择在三级医院治疗,2010年相应的选择三级医院治疗的比例为32%与14%。医疗机构选择的稳定性表明了原来不同档次参保者本身存在的差异,比如身体状况较差的居民选择参加较高的档次,并且由于患病较严重,因此选择到高级别医疗机构就诊的比例也较高;而不同档次参保者之间的这些差异并不会随着档次的合并而消失,因此就会表现为对不同级别医疗机构选择的差异前后并没有明显变化。

所以,这也从侧面说明,如果只是简单比较不同档次参保者中住院患者医疗机构选择的差异性,并不能直观地识别医疗保险报销政策对医疗机构选择的影响,还需要控制不同医保档次参保者本身可观测与不可观测的特征差异。我们将在下一部分中详细阐述本文的研究策略。

表 2 2009 年与 2010 年的参保档次情况

年份	中心城区				周边区县			
	一档(人)	二档(人)	三档(人)	合计(人)	一档(人)	二档(人)	三档(人)	合计(人)
2009	2 140 (3%)	64 835 (85%)	8 861 (12%)	75 838 (100%)	253 750 (74%)	83 076 (24%)	4 720 (2%)	341 546 (100%)
2010	0	0	75 836	75 836	0	402 767 (94%)	26 575 (6%)	341 546 (100%)

表 3 医保档次与医疗机构选择

档次变化	2009 年选择的医疗机构					2010 年选择的医疗机构				
	中心城区									
	0 级	一级	二级	三级	样本数	0 级	一级	二级	三级	样本数
1→3	0	40%	32%	28%	146	2%	48%	17%	33%	167
2→3	46%	11%	31%	12%	6 262	45%	12%	29%	14%	6 532
3→3	10%	18%	40%	32%	1 101	10%	23%	35%	32%	1 255
平均	40%	13%	31%	16%	7 509	39%	14%	30%	17%	7 954
	郊县地区									
1→2	60%	7%	30%	3%	20 322	61%	9%	27%	3%	25 163
2→2	59%	8%	30%	3%	8 622	56%	12%	28%	4%	9 029
3→2	38%	11%	43%	8%	180	44%	12%	38%	6%	170
1→3	44%	8%	40%	8%	2 561	49%	8%	38%	5%	2 831
2→3	51%	8%	35%	6%	1 367	48%	11%	36%	5%	1 292
3→3	27%	11%	54%	8%	692	26%	12%	53%	9%	708
平均	58%	7%	32%	3%	33 744	58%	10%	28%	4%	39 193

注:(1)医院的分类严格按照医保报销标准,即 0 级代表乡镇卫生院,一级代表社区卫生服务中心和一级医院,二级与三级分别代表二级与三级医院。(2)“1→3”代表 2009 年的档次为一档,2010 年加入三档的参保居民,其他依次类推。

三、估计模型与实证结果

(一) 截面回归(Cross Section Model)

首先,选择 2009 年的住院患者样本,采用简单的多元线性回归以及次序 Probit 模型,在控制个体的年龄、性别以及地区等特征变量的基础上,考察不同档次的住院患者对医疗机构选择的差异,具体模型如下:

$$Y_i = \beta_0 Coverage_i + X_i \gamma + \nu_i \tag{1}$$

其中 Y 表示就诊的医疗机构级别,为四值变量(0-3),分别代表乡镇卫生院、社区卫生服务中心和一级医院、二级医院、三级医院。Coverage 代表住院患者的参保档次,X 为其他控制变量,包括参保者的年龄、性别以及参保者所在区域的虚拟变量。由于大部分参保者在两年中仅住院一次,所以此处采用的是截面回归模型;而考虑到存在部分参保者两年中都有住院经历,模型回归中在个体层面对标准差都进行了聚类调整。

表 4 的 Panel A 报告了对(1)式设定模型的回归结果。可以发现,OLS 与次序 Probit 模型的估计结果基本类似。对中心城区样本回归的结果显示,与一档参保者中住院患者相比,二档参保者中的住院患者更倾向于选择基层的医疗机构(Coverage = 2 的系数显著为负),而三档参保者中的住院患者更倾向于选择较高级别的医疗机构(Coverage = 3 的系数显著为正)。而郊

县地区的回归结果稍有差异,不论是二档还是三档参保者中的住院患者,都更倾向于选择较高级别的医疗机构,只是 $Coverage = 2$ 的系数为正但不显著。另外,年龄的系数都显著为负,表明年龄越大的患者更倾向于选择在基层医疗机构治疗;不同性别之间,其医疗机构的选择偏好则没有表现出明显的差异。而基于次序 Probit 模型边际效应结果(Panel B),可以进一步发现:(1)与一档参保者相比,中心城区的二档参保者更偏好选择乡镇卫生院、社区卫生服务中心和一级医院,三档参保者则更偏好到二级以上医院就诊;(2)对于郊县地区的参保患者而言,二档与一档患者在就诊偏好方面并没有统计上的显著区别,三档参保患者则更偏好于一级以上的医疗机构;(3)在中心城区,年龄越大的患者会相对更偏好社区及一级医院就诊,而在郊县地区,年龄越大的患者更倾向于前往乡镇卫生院看病。

因此,综合来看,截面回归模型的结果基本支持本文之前的推论:由于医保基金支付的偏向性,与二档参保者相比,一档参保者更偏好选择基层医疗机构,而三档参保者则偏好选择较高级别的医疗机构。

表 4

截面模型回归结果

Panel A:模型估计结果				
	中心城区		郊县地区	
	(1) OLS	(2) 次序 Probit	(1) OLS	(2) 次序 Probit
$Coverage = 2$	-0.268 *** (0.0950)	-0.253 ** (0.100)	0.0135 (0.0222)	0.0251 (0.0277)
$Coverage = 3$	0.216 ** (0.0964)	0.244 ** (0.103)	0.586 *** (0.0337)	0.664 *** (0.0395)
Age	-0.0082 *** (0.000651)	-0.0088 *** (0.000714)	-0.009 *** (0.0003)	-0.011 *** (0.0004)
Male	-0.0414 (0.0252)	-0.0316 (0.0278)	0.0061 (0.0107)	0.0190 (0.0135)
样本数	9 814	9 814	33 735	33 735
$R - squared / Pseudo R^2$	0.180	0.0749	0.076	0.0376
Panel B:次序 Probit 的边际效应				
	Y = 0	Y = 1	Y = 2	Y = 3
中心城区				
$Coverage = 2$	0.0953 *** (0.0366)	0.0054 * (0.0033)	-0.0412 *** (0.0143)	-0.0595 ** (0.0256)
$Coverage = 3$	-0.0920 ** (0.0374)	-0.0053 (0.0034)	0.0397 *** (0.0146)	0.0576 ** (0.0262)
Age	0.0034 *** (0.0003)	8.93e - 05 *** (1.78e - 05)	-0.0016 *** (0.0001)	-0.0019 *** (0.0002)
郊县地区				
$Coverage = 2$	0.0159 (0.0113)	-0.0010 (0.0007)	-0.0120 (0.00855)	-0.0028 (0.0020)
$Coverage = 3$	-0.245 *** (0.0146)	0.00144 * (0.0009)	0.170 *** (0.0088)	0.0742 *** (0.0070)
Age	0.0041 *** (0.0001)	-0.0003 *** (1.25e - 05)	-0.0031 *** (0.0001)	-0.0007 *** (3.14e - 05)

注:(1)***、**、* 分别表示 1%、5%、10% 的显著水平,圆括号中的数字为标准误差;(2)档次的参照组为一档;篇幅所限,地区虚拟变量及部分控制变量的系数没有报告。

(二) 双重差分模型回归 (Difference in Difference Model)

为了控制不同档次参保者之间的一些不可观测特征差异,接下来我们基于重复截面数据,

建立双重差分回归模型,进一步考察医保基金支付的偏向性对医疗机构选择的影响:

$$Y_{it} = \beta_1 (T \times After) + \beta_2 T + \beta_3 After + X_{it} \phi + \xi_{it} \quad (2)$$

其中 Y 与 X 的定义与模型(1)类似。为了简化分析,并考虑到样本的分布情况,我们分别选取中心城区的二档与三档参保者,以及郊县地区的一档与二档作为分析对象^①。 T 是代表处理组与控制组的虚拟变量。其中对于中心城区而言, $T=1$ 代表二档参保者(处理组,档次发生了变化), $T=0$ 则为三档参保者(控制组,档次未发生变化);而对于郊县地区, $T=1$ 代表一档参保者(处理组,档次发生了变化), $T=0$ 则为二档参保者(控制组,档次未发生变化)。 $After$ 为年份虚拟变量,2010 年为 1,2009 年为 0。 β_2 、 β_3 分别衡量处理组与控制组的固定差异和年份趋势,而系数 β_1 则衡量我们关心的档次变化带来的医疗机构选择的变化,即医保基金支付的偏向性对医疗机构选择的影响。

表 5 中 Panel A 报告了模型(2)的回归结果。可以明显看到,对于中心城区而言,当参保者从原来的二档变化到三档之后,选择较高级别医疗机构的比例明显提高(交叉项系数显著为正);而对于郊县地区,当参保者从原来的一档变化到二档之后,选择较高级别医疗机构的比例明显下降(交叉项系数显著为负),即更倾向于选择基层医疗机构。

表 5 双重差分模型的估计结果

Panel A: DID 回归结果				
	中心城区		郊县地区	
	(1) OLS	(2) 次序 Probit	(3) OLS	(4) 次序 Probit
T	-0.497 *** (0.0357)	-0.504 *** (0.0366)	0.0151 (0.0260)	0.0199 (0.0333)
$After$	-0.0429 (0.0328)	-0.0382 (0.0349)	0.0697 *** (0.0133)	0.104 *** (0.0168)
$T \times After$	0.0716 * (0.0370)	0.0759 * (0.0396)	-0.0669 *** (0.0157)	-0.0847 *** (0.0200)
样本数	20 819	20 819	82 392	82 392
$R - squared / Pseudo R^2$	0.164	0.0692	0.059	0.0299
Panel B: 次序 Probit 的边际效应				
	$Y=0$	$Y=1$	$Y=2$	$Y=3$
中心城区				
T	0.182 *** (0.0121)	0.0163 *** (0.0021)	-0.0659 *** (0.0036)	-0.133 *** (0.0111)
$After$	0.0148 (0.0135)	0.0004 (0.0004)	-0.00659 (0.00601)	-0.0086 (0.0078)
$T \times After$	-0.0293 * (0.0152)	-0.000808 * (0.0005)	0.0130 * (0.0068)	0.0171 * (0.0089)
郊县地区				
T	-0.0076 (0.0127)	0.0007 (0.0012)	0.0056 (0.0094)	0.0013 (0.0022)
$After$	-0.0398 *** (0.0064)	0.0036 *** (0.0006)	0.0295 *** (0.00474)	0.00677 *** (0.00111)
$T \times After$	0.0324 *** (0.0076)	-0.0029 *** (0.0007)	-0.0240 *** (0.0057)	-0.0055 *** (0.0013)

注: Y 表示就诊的医疗机构级别,为四值变量(0-3),分别代表乡镇卫生院、社区卫生服务中心和一级医院、二级医院、三级医院。

为了更清晰地看到具体影响程度的大小和路径,Panel B 报告了次序 Probit 模型的边际效

^①主要是考虑到,2009 年中心城区一档参保者不足 3%,而郊县地区三档的参保者也不足 2%,剔除这部分样本并不会影响本文的分析结论。

应,结果显示:(1)对于中心城区而言,当参保者从原来的二档变化到三档之后,选择较高级别医疗机构的比例明显提高,即提高了到二级及以上规模医院就诊的比例(分别提高了1.3%与1.7%),相应地降低了到乡镇卫生院和社区卫生服务中心、一级医院就诊的比例(分别降低了3%、0.1%);(2)而对于郊县地区,当参保者从原来的一档变化到二档之后,选择到一级医院及以上规模级别医疗机构住院的比例明显下降(分别下降了0.3%、2.4%、0.55%),更倾向于选择到乡镇卫生院级别的基层医疗机构就诊,大致提高了3.2%的比例;(3)因此,综合来看,不论是中心城区还是郊县地区,医保档次的变动对医疗机构选择都只有微弱的影响,表明医保补偿的调节仅仅对部分“边际上”的患者产生了效果,还不足以改变当前大多数人就诊选择时对大医院的偏好。

(三)对结果的讨论

对本文的实证结果,有两个比较关键的问题值得讨论。首先是,DID模型设定是否满足其关键假设。其一,政策变化是否具有外生性?根据本文在政策背景部分的描述,模型中界定的政策变化均为不同档次的参保者被归并到同一档次,其中一部分参保者档次没有发生变化(控制组),一部分参保者的档次发生了变化(处理组),由于政策变化的过程是完全独立于个体的,所以满足严格外生的假设条件;其二,处理组在不受政策干预的条件下,其因变量的变化趋势是否与控制组相同?在本文的背景下,表现为,原来不同档次的参保者,如果没有发生档次合并,其选择不同医疗机构的偏好应该不变或者变化趋势相同。由于本文考察的政策变化集中在一个城市的同一类基本医疗保险的被保险人群,并且时间跨度仅为一年,所以在同一时期内,几乎不可能发生会对处理组与控制组选择偏好产生不同影响的其他事件。

第二个问题,如何区分医保报销比例普遍提高与偏向性提高同时对医疗机构选择产生的影响。理论上,不仅医保基金支付比例的偏向性会影响患者的选择,还存在一种可能,即基金支付对所有医疗机构就诊的支付比例增加相同的幅度,也可能导致患者的选择发生变化。如果起初选择基层医疗机构就诊的主要原因是无力承担大医院的高费用负担,那么当报销比例整体提高时,不论选择何种医疗机构都变得相对便宜,患者此时还是会更倾向于选择高级别的医疗机构。本文考察的从一档变化到二档的过程中,患者不论选择到何种医疗机构就诊,相比以前报销比例都有提高,只是对基层医疗机构就诊的报销比例提高幅度相对更高一些。如果医保报销比例普遍提高与偏向性提高都会导致患者倾向于选择高级别医疗机构,那么本文的结果到底支持哪一种假说呢?如果本文DID模型估计结果主要是因为医保报销比例普遍提高的效果,那么可以预期,从二档变化到三档的结果应该与一档变化到二档的结果相同,但是这与本文DID模型估计的结果相悖,从而说明基金支付偏向性的影响效果起主导作用。

四、结论与政策意义

本文首次基于微观个体数据,实证检验医疗保险报销比例的“偏向性”设定是否会对患者选择医疗机构产生影响。利用成都市医保政策设定的特殊环境,通过建立双重差分回归模型,在控制参保者之间的可观测及不可观测特征差异的条件下,我们发现,医保基金支付的偏向性设定对住院患者选择就诊的医疗机构具有显著影响。具体而言,如果医保报销比例的设定上相对更有利于基层医疗机构,就会引导更多的患者前往基层医疗机构就医,反之亦然。因此,医保报销比例的倾向性设定可以有效地引导患者对医疗机构的选择。目前我国普遍采用医保补贴基层医疗机构的做法,对于缓解大医院看病的“拥堵现象”以及由此带来的“看病难”问题是有效的。

与此同时,本文的结果也表明患者对于医疗服务的价格具有较为敏感的反应,即不同级别

医疗机构之间在医疗服务质量方面存在较大差异,尤其是基层医疗机构与大医院之间,其服务质量的差异可能如此之大,以至于即使对在基层医疗机构就诊的患者给予再大的补贴,也难以达到影响患者的选择。所以,本文的结果一定程度上说明,当前不同医疗机构之间服务质量的差别并没有如此极端,部分患者对于医疗服务价格的反应是较为敏感的。因此,在不断改善基层医疗卫生服务质量的基础上,通过医保补贴等各种方式降低其服务价格也是促进基层医疗卫生发展的重要举措。

但是,值得注意的是,虽然我们的研究验证了医保报销比例的倾向性设定可以有效地引导患者医疗机构的选择,但不得不承认,医保补偿对医疗机构选择都只有微弱的影响,医保补偿的价格调节作用仅仅对少数患者产生了效果,还不足以改变当前多数人对大医院的偏好。因此,短期内难以仅仅通过医保补偿等价格措施彻底改变这一情形。所以要想真正发挥医保补偿的政策效应,需要进一步加大医保补助的力度,并辅之以其他市场调节手段作为配套,多管齐下,才能有效解决我国医疗卫生资源在供给与需求层面的“结构性矛盾”。

参考文献:

1. 程令国、张晔,2012:《“新农合”:经济绩效还是健康绩效?》,《经济研究》第1期。
2. 封进、刘芳、陈沁,2010:《新型农村合作医疗对县村两级价格的影响》,《经济研究》第11期。
3. 江金启,2013:《新农合政策与农村居民的就医地点选择变化》,《南方经济》第2期。
4. 刘国恩、蔡春光、李林,2011:《中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析》,《经济研究》第3期。
5. 王亚东、关静、李航、李静、方芳、梁万年,2006:《全国社区卫生服务现状调查——影响社区居民选择就诊机构的因素分析》,《中国全科医学》第13期。
6. 王翌秋、张兵,2009:《农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析》,《中国农村经济》第2期。
7. 杨建南、李世云、刘勇华、杨朝伦、李晋蓉,2011:《成都市民患病首选就诊医院原因分析》,《中国卫生质量管理》第6期。
8. Lei, X., and W. Lin. 2009. “The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health?” *Health Economics*, 18(2): S25 – S46.
9. Qian, D., R. Pong, A. Yin, V. Nagarajan, and Q. Meng, 2009. “Determinants of Health Care Demand in Poor, Rural China: The Case of Gansu Province.” *Health Policy and Planning*, 24(5): 324 – 334.
10. Wagstaff, A., M. Lindelow, J. Gao, L. Xu, and J. Qian. 2009. “Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China’s New Cooperative Medical Scheme.” *Journal of Health Economics*, 28(1): 1 – 19.

The Impact of Insurance Reimbursement Rate on the Choice of Hospitals

Zhao Shaoyang¹, Yin Qingshuang² and Zang Wenbin²

(1: School of Economics, Sichuan University;

2: School of Public Administration, Southwestern University of Finance and Economics)

Abstract: This paper presents an empirical analysis using a unique micro data and difference – in – difference method to test whether health insurance reimbursement rate will affect patient’s choice of hospitals when seeking healthcare services. We found that the reimbursement rate settings which favor certain medical institutions will have a significant impact on hospital choice for inpatient health services. Specifically, if the reimbursement rates are more generous for the community hospitals, more patients will seek healthcare services in those hospitals, and vice versa. However, this kind of service seems to be insufficient to alleviate the serious problems of healthcare resource misallocation in China.

Key Words: Medical Insurance; Hospital Choice; Primary Health Care Sector; Difference in Difference Model

JEL Classification: D12, I12

(责任编辑:彭爽)