

医保“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制？

何文 申曙光

【摘要】 我国的基本医疗保险制度一直以提高住院待遇水平,减少人民患大病的经济风险为出发点,基本医保实质上就是基本大病医保。然而在新时代下,这种以“保大病”为定位的医保制度已经无法满足人民日益增长的对健康生活的需求,同时在兼顾健康保障与费用控制方面面临越来越大的难题,医保制度改革与优化正面临着理念和定位的调整问题,即从只保大病走向大小病兼保。因此,本文在我国进行健康中国建设,构建预防为主的大健康格局背景下,研究“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制,从而明确基本医保是否应该重视保障“小病”的问题,为医保的再定位提供决策依据。一方面论证了基本医疗保险“保小病”的学理依据和重要意义,另一方面构建起个人健康保障、个人医疗费用负担和医保基金收支平衡风险三个维度的制度评价框架。通过两部模型分析得出:医保对“小病”的保障水平与个人健康水平以及医保基金支出存在非线性关系,在[42.27% 50.45%]的实际保障水平区间内,能够保障个人健康,降低个人患大病的风险;同时,既减少了个人医疗费用支出,又降低了医保基金支出过快的风险,从而起到控制社会医疗费用快速增长的作用,即“保小病”能够兼顾健康保障与费用控制。在考虑了参保人群、门诊待遇类别、医疗服务水平等方面异质性的情况下,本文的结论依旧稳健。

【关键词】 基本医疗保险;保小病;健康保障;费用控制

【中图分类号】 C812 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1004-3306(2018)11-0093-14

DOI: 10.13497/j.cnki.is.2018.11.008

一、引言

“健康中国2030”规划纲要明确提出“推进健康中国建设,要坚持预防为主”,并要“强化早诊断、早治疗、早康复”。近年来,我国基本医疗保险制度不断发展和完善,待遇水平不断提升,参保人数稳步增长,现已基本实现全民医保(申曙光,2017),为全民健康保障提供了有力支撑。一直以来,我国基本医疗保险制度以大病统筹为主体,为缓解人民特别是农村居民因“灾难性卫生支出”造成的家庭困难做出了重要贡献(谢远涛等,2018)。然而,这种“保大病”、“保住院”的制度模式忽视了疾病演变前端的保障,同时医疗费用的快速增长给个人以及医保基金带来了越来越大的压力,使得“保大病”的医疗保险在提供充足的健康保障与控制医疗费用快速增长方面面临越来越大的困难。那么,在以构建预防为主的大健康格局背景下,基本医保的定位和方向是什么,基本医保是否就是基本大病医保?以及基本医保是否应该在“保大病”的基础上,加大对“小病”的保障力度,且“保小病”能否解决目前医保制度所面临的问题?无论从理论上还是实践中都是一个值得深入研究的话题。探讨这些问题,将有助于认识我国医疗服务体系和医疗保障制度存在的问题和缺陷,为新时代下如何完善医疗保险制度提供方向和思路。本文首先在“预防为主”的理念下,详细剖析和论证基本医保“保小病”的学理依据及重大意义,为我国建立更加科学可持续的医保制度提供理论基础和发展

【基金项目】 本文获得国家社会科学基金重大项目“预防为主的大健康格局和健康中国建设研究”(17ZDA080);教育部人文社会科学重点研究基地项目“社会政策创新与共享发展”(16JJD630011)的资助。

【作者简介】 何文,中山大学岭南学院博士生;申曙光,中山大学岭南学院教授、博士生导师。

方向。其次 构建起个人健康保障、个人医疗费用负担和医保基金收支平衡风险三个维度的评价体系,利用医保系统微观数据进行实证研究,客观评价与验证基本医保“保小病”在健康保障与医疗费用控制方面的效果,为相关研究提供新的研究框架。最后 对结论进行了参保人群、年龄结构、医疗服务水平、计量模型等方面的异质性和稳健性分析,提高了结论的科学性和可推广性,也为分级诊疗、异地就医、门诊精细化管理等研究提供了方向。

全文结构安排如下:第二部分为文献梳理与理论探讨,第三部分为研究设计,第四部分为研究发现,第五部分为结论。

二、文献梳理与理论探讨

Grossman(1972)提出的健康生产理论指出:健康是由生活方式、生活环境、教育水平、收入水平、医疗服务以及社会保障等一系列投入要素共同生产的特殊商品。其中,医疗保险作为社会保障的重要组成部分,主要通过减少居民患病的经济风险,达到保障健康的效果(Cutler et al. 2005; Finkelstein et al. 2008),同时通过科学合理的制度设计,引导居民合理利用医疗资源(Goldfield et al. 2003; Jamison et al. 2006)。目前,我国已经构建起覆盖不同人群的基本医疗保险制度体系,包括城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗保险制度(以下分别简称“城职医保”、“城居医保”和“新农合”),且大部分地区已经整合了城居医保和新农合,建立起了城乡居民基本医疗保险制度(以下简称“城乡医保”)。在保障项目方面,形成了普通门诊、门诊特定病种、门诊慢性病种、住院、家庭病床等保障体系。在保障水平层面,2016年国务院《发展权:中国的理念、实践与贡献》白皮书显示:截至2015年,城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗政策范围内住院医疗费用报销比例分别已经达到80%以上、70%以上和75%左右,基金最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和当地居民年人均可支配收入的6倍。日益完善的医保制度对人民的健康起到了较好的保障作用(封进等,2007;李华等,2013;马超等,2016),但同时个人的医疗负担也在不断增加(潘杰等,2013)。

(一) 医保“保大病”模式的局限性研究

我国的基本医疗保险制度有明显的“保大病”倾向,如城职医保所采用的“统账结合”模式,实质就是个人账户用来解决小病问题,统筹基金重点保障大病的医疗负担。而早期的新农合制度,更是以“大病统筹”为基本定位,重点解决农村居民患大病的经济风险。显然,从特征上来看,我国的基本医疗保险实质上就是“大病基本医疗保险”,“保基本”就是“保大病”(吕国营,2013)。但是发展至今,制度的弊端逐渐显露,“大病统筹”模式的科学性和有效性受到的质疑越来越大。首先,制度的公平性大大降低,大病统筹模式使得只有少数患大病的参保人受益,可能造成“穷人补贴富人”的逆向补贴情况(朱玲,2000;解垚,2009),且不利于根本解决贫困人员的就医问题(鲍震宇等,2018);其次,“保大病”会产生严重的逆向选择和道德风险问题,造成了“小病不治”,“小病大医”等问题,既无益于健康,也增大了基金支出风险;最后,“保大病”忽视了预防保健的作用(傅虹桥等,2017),不利于真正改善居民的健康状况(封进等,2009),降低了医疗服务效率。总的来说,仅仅补偿“大病”的住院费用对减轻医疗负担,提高健康水平作用十分有限。国外的相关研究也得到了同样的结论(Pillayvan et al. 2017)。

(二) 医保的预防性功能分析

此外,在新时代,人民的需求也在不断提高,“不平衡、不充分”的医保发展已经无法满足人民对健康生活的需要(申曙光等,2018)。医疗保险同样应该体现以预防为主和健康管理理念,从注重疾病治疗转向注重疾病管理,加大对预防保健、“小病”等方面的保障水平,以践行“健康中国建设”“预防为主”的基本理念。从预防医学的角度,预防通常包括三个层级的含义。第一级预防称为病因预防,是直接防止致病因素与人体接触;第二级预防为临床前期预防,即在疾病的临床前期作好早期发现、早期诊断、早期治

疗的“三早”预防措施;第三级预防为临床预防,对已患某些疾病者及时治疗,防止恶化。疾病预防与疾病治疗是一组相对概念,疾病治疗是为患者去除病痛恢复健康的手段和过程,重要性不言而喻。“健康中国2030”提出了“预防为主”的新观念,并不是忽视疾病治疗的作用,而是将整个医疗服务体系延伸到预防领域,更加重视“防治结合”,这同时也是“大健康”理念的基本要求。在实践中我国绝大多数地区医保没有支付体检费用,也就是说目前医疗保险制度尚没有实现“第一级预防”;而“第二级预防”和“第三级预防”都是在就诊者出现患病迹象后对疾病的干预,即通过临床“早发现”、“早诊断”以及“早治疗”,防止疾病恶化,将疾病“大而化小”、“小而化无”。从这种层面上说,目前的医保待遇项目已经完全能够达到第二级和第三级预防的要求。

但是,“重大病、轻小病”,“重住院、轻门诊”的保障模式,决定了“看小病”的费用只能得到极小部分的报销,甚至得不到报销。“小病”和“大病”是一组相对概念,由于疾病演变发展过程具有极大的复杂性,因此目前无论是学界还是实务界尚没有统一的界定依据。“小病”与“大病”更多情况下都是以医疗费用的支出大小加以衡量,在这种层面上,“保小病”就是指“保门诊”,“保大病”就是指“保住院”。但是,很长时间我国很多地区都没有实现门诊统筹,也就意味着看“小病”的门诊费用得不到报销。尽管经过近几年的发展,初步建立了门诊统筹,但是门诊的待遇水平也要远远低于住院。

(三) 医保“保小病”的作用分析

从疾病预防以及医疗服务链的角度来说,门诊服务和住院服务应该扮演着不同的角色,门诊服务应该着重于解决“小病”,而住院服务应该专注于治疗“大病”。一定程度上“保小病”比“保大病”要更困难也更有意义。合理的医保门诊保障水平在践行预防理念、提高健康保障水平、提高基金使用效率、降低道德风险、促进分级诊疗等方面都能发挥一定的作用。第一,发挥健康“守门人”的作用,破除“因病致贫、因贫致病”的循环怪圈。“因病致贫”的影响往往被忽视,贫困对人类健康具有持续的负面影响,贫困导致的健康风险往往要高于其他因素。部分学者认为“小病”无需保障,因为小病的经济负担完全可以承受。然而对于贫困家庭,相对较低的门诊费用可能就是难以承受的经济负担,只保大病可能造成保障有名无实的情况,进一步可能带来了小病不治,小病恶化成大病的问题。并且,在疾病演变发展的过程中,往往伴随着并发症。2016年卫生资料显示:高血压已经是我国国民致死率第二高的疾病,而其中90%以上的死亡源自于高血压的并发症。如果能够提高门诊的保障水平,做到早发现、早诊断、早治疗,那么很多“小病”在门诊就能够得到足够的医疗服务,减少了延误病情的可能性以及并发症的发生,从而起到健康守门人的作用。第二,降低道德风险。目前门诊纳入医保报销的药品目录以及诊疗服务项目相对较少,再加上起付线、封顶线等的限制,使得门诊的保障水平远低于住院的保障水平,因此参保人往往会更倾向于利用住院服务,从而造成医疗资源和医保基金的浪费,滋生了患者和医生的道德风险,出现小病大治、诱导需求、过度医疗等问题(Arrow,1965;黄枫等,2013;谢明明等,2016)。而且,如果只保“大病”,贫困人群可能出现小病不治,拖成大病再去就医的情况,既增加了医保支出,也无益于身体健康,同时也不利于“精准扶贫”事业的发展。第三,优化医保基金支出结构,提高医保基金的使用效率。全国慢性病中心统计数据显示,“老年人群罹患常见慢性病住院一次,普通家庭至少花费人均收入的一半,低收入家庭至少花费人均收入的1.3倍。”且绝大部分地区住院费用要占到全部基金支出的六成以上。如果在门诊就能够给病患提供充足的诊疗服务,切断疾病的演变发展,实现“病有良医”,那么就能够减少医保基金的支出,特别是在医疗费用飞速上涨,医疗服务需求日益增长的时期,加强门诊保障不会削弱医保基金抗大病风险的能力,反而能够降低基金穿底的风险。最后,促进医疗资源的合理配置,完善基层首诊、分级诊疗制度。目前大医院人满为患,病床需求十分紧张。将绝大多数“小病”患者留在基层门诊,能够减缓大医院的压力,促进医疗资源的合理分配,同时也能减轻患者“看病难,看病贵”的压力,提高健康水平(姚泽麟等,2016)。

“保大病”是我国基本医疗保险制度设置之初提出的基本目标,在初期也确实起到了很好的效果。门诊

能否起到健康“守门人”的作用,关键在于治“小病”的门诊与治“大病”的住院之间的相互作用关系,以及“保小病”的门诊待遇能够在促进健康的同时,降低医疗经济负担。目前,国内外学者针对门诊与住院的相互作用关系做了一些实证研究,结论主要是门诊与住院存在着替代关系(Izumida et al.,1999),且住院服务转化为门诊服务能够降低整体的医疗费用(简伟研等,2015),并提出加大门诊保险覆盖率与保障水平的建议(章湖洋等,2016)。

综上所述,我国基本医保制度的健康保障效果已经得到很多分析和论证,部分学者深入辨析了“保大病”模式取得的成效与存在的问题,并进一步对医保的预防职能、门诊统筹效果、门诊与住院作用关系等方面进行了一些探索,为本文提供了初步的研究基础。然而,已有研究还存在不足:第一,对医保政策效果的评估研究往往是从控制费用支出或者保障健康水平等单方面进行分析论证,然而医保本身是一种风险分担机制,不能直接解决医疗服务质量问题,因此对医保政策的评估需要搭建起一个评价体系。建立医保制度的最终目的是保障健康,同时它作为医疗服务的购买方与医疗费用支出密切相关,能否实现合理控费同样是评价医保制度优劣的关键指标,此外医保涉及到个人、医疗机构以及医保基金等主体,因此,需要把个人的健康保障、医疗费用负担以及医保基金的可持续性纳入统一的框架,才能科学合理评判一项制度的效果。第二,医保制度已经经过了近二十年的发展,由于不同时期社会大环境存在差异,制度的目标也会有差异,研究医保“保小病”一定程度上响应了预防为主的健康中国建设大战略,为新时代下医保发展的再定位提供依据。第三,已有的实证研究主要使用CHARLS、CNHS等微观调查数据或者宏观报表数据,微观调查数据受个体主观性影响较大,宏观报表数据无法体现个体差异,因此在结论的科学性和可推广性方面都具有一定的局限性。本文将构建起医保制度的评价框架,运用样本地区医保系统真实发生的个人医疗卫生利用与费用微观数据进行实证分析,辅以必要的异质性和稳健性检验,验证基本医保“保小病”在健康保障、医疗费用控制方面是否具有政策效果。

三、研究设计

(一) 研究假设

基本医保是一项关系国计民生的社会保障制度,以减小人民患病的经济风险,保障健康作为目标。因此,不能单一地以控制费用支出或者保障健康水平等作为评判医保制度是否科学合理的依据。单一的研究具有片面性,得到的结论不具有现实意义。一方面,如果居民在提高门诊服务利用的同时,住院服务的利用率没有显著降低,那么就说明两者之间没有形成良性的互动关系,门诊服务反而起到了延误病情、浪费医疗资源的反作用。另一方面,如果提高医保的“小病”保障水平后,个人费用支出和医保基金支出都大大增加,那么医保“保小病”并没有对保障健康,降低个人经济负担、缓解医保支出压力起到实质性作用。

基于以上分析,为了进一步论证我国基本医保制度“保小病”能够兼顾健康保障与费用控制,本文主要通过个人健康保障、个人医疗费用负担和医保基金收支平衡风险三个维度进行实证研究,现提出了以下几个假设:

假设1:门诊服务与住院服务存在替代关系,增加对小病(门诊)的保障水平,能够降低参保人患大病(住院)的风险;

假设2:增加对“小病”的保障水平,在保障健康的同时,能够减少参保人医疗费用负担;

假设3:在一定的保障水平范围内,提高对“小病”的保障水平,医保基金支出风险有限且可控。

(二) 数据来源

数据来源于2012~2016年样本地区的城镇职工医保参保人医疗费用与报销微观数据。该地区不同区域经济发展水平、医疗服务水平与质量具有一定的差异性,具有一定的代表性。相关数据取自于该地区医保信息管理部门微观信息系统,这些微观信息具体到参保人每一次看病的时间、看病医院、诊断结果以及各项

费用等。此外,由于数据直接来源于参保人每一次就医信息的真实记录,并且采用随机^①的方式进行抽样,因此相比于调查数据,具有极小的系统性偏误,保证了研究结果的客观性、真实性以及准确性。尽管它不能提供与调查数据相等的人口统计学信息,但数据的获取方式一定程度上保证了结果的稳健性。

(三) 变量选择与描述性统计

为了验证上述三个假设,需要解决两个关键问题。一是如何衡量医疗保险“保小病”。根据国家政策文件以及相关医学理论,在本文中“保小病”即为“保门诊”。另外,直观上衡量参保人医保待遇的指标是政策范围内报销比例,但是由于医保“三大目录”(药品、诊疗项目和医疗服务设施目录范围)以及起付线和封顶线的存在,参保人实际得到的补偿比例要低于政策范围内的报销比例。因此,在本文中用门诊实际补偿比^②(Reimbursement)来衡量医保门诊待遇,能够更为全面地衡量实际中门诊的待遇水平。

二是如何量化个人健康保障、个人医疗费用负担和医保基金收支平衡风险。在个人健康保障方面,考虑到住院一定程度上说明健康水平受到了较大的威胁或损害,本文使用参保人住院服务的使用率来度量健康风险,具体的指标为一年内次均住院天数(Inpatient)。在个人医疗费用支出负担方面,具体指标为年内个人医疗费用支出(P_Expenses)以及年内医疗费用支出总额(T_Expenses)。在基金收支平衡风险方面,用报销总费用来衡量基金风险,具体指标为年内医保报销费用(C_Expenses)。

此外,为了更加科学合理地验证上述假设,本文在进行检验时还加入了如下可能影响因变量的因素作为控制变量,以控制其余因素对实验结果的干扰。

主要控制变量的分布情况

表 1

变量	描述	定义
Gener	性别	Gender = 0 男(47.42%); Gender = 1 女(52.58%)
Age	年龄	Age = 1 0 ~ 20 岁(1.58%); Age = 2 21 ~ 30 岁(30.16%); Age = 3 31 ~ 40 岁(25.62%); Age = 4 41 ~ 50 岁(19.39%); Age = 5 51 ~ 60 岁(11.90%); Age = 6 60 岁以上(11.35%)
Income	个人收入	以医保个人缴费为代理变量,根据医保政策,医保的个人缴费与个人收入相关,一般为2%左右
Profession	人员身份	Profession = 1 国家公务员(0.1%); Profession = 2 专业技术人员(0.01%); Profession = 3 企业管理人员(21.12%); Profession = 4 工人(62.49%); Profession = 5 自由职业者(15.21%); Profession = 6 个人经营者(0.29%); Profession = 0 其他(0.78%)
Status	人员状态	Status = 1 在职人员(88.74%); Status = 2 退休人员(9.85%); Status = 3 灵活就业(0.80%); Status = 4 失业人员(0.61%)
Insured	参保状态	Insured = 0 缴费(87.02%); Insured = 1(12.98%)
hukou	户籍地	Hukou = 1 本地城镇户口(56.17%); Hukou = 2 外地城镇户口(12.92%); Hukou = 3 本地农村户口(7.16%); Hukou = 4 外地农村户口(23.66%); Hukou = 0 其他(0.09%)
flhospital	一级医院就诊比例	样本地不同级别医院同一项目的政策待遇水平不同,为了适应分级诊疗的需要,一般一级医院的政策待遇水平最高
District	地区	虚拟变量,不同地区的环境、医疗服务可及性、优质医疗服务可及性等具有差异性,样本地区含有多个区域,在经济、医疗卫生发展等发展不均衡,因此,加入地区虚拟变量可以控制这些因素的影响
Year	年份	虚拟变量,控制时间因素对结果的影响

① 按照5%的抽样比例从数据库中按年龄分组共抽取31240个参保人的数据,一共1100493次就医数据。

② 门诊实际补偿比 = 医保基金对门诊的报销费用 / 医疗总费用。

(四) 实证方法

通常情况下,患者在决定是否购买医疗服务时,会有两个决策阶段,并且这两个阶段拥有不同的决策机制。比如,在第一阶段决定是否购买医疗服务,称为“参与决策”;而在第二阶段决定购买的数量和类型,称为“数量决策”。

基于此,Cragg(1971)推广了Tobit模型,提出了“两部分模型”(two-part model)。两部分模型定义如下:首先定义虚拟变量 d ,购买医疗服务的记为 $d=1$,反之则记为 $d=0$ 。对于 $d=1$ 的,可以观测到 $y>0$,且 $f(y|d=1)=P(d=1|x)f(y|d=1,x)$;而对于 $d=0$ 的,只能观测到 $y=0$,只能估计 $P(d=0)$ 。因此,关于 y 的两部分模型为:

$$f(y|x) = \begin{cases} P(d=0|x) & \text{当 } y=0 \\ P(d=1|x)f(y|d=1,x) & \text{当 } y>0 \end{cases} \quad \text{式(1)}$$

其中 $f(y|d=1,x)$ 通常为取值为正的随机变量的密度函数,以保证 y 为正数。对于第一阶段的参与决策 d ,通常采用全样本数据进行Probit或Logit模型估计;而对于第二阶段的数量决策 y ,则选择 $d=1$ 的子样本进行OLS估计。由于本文所使用的是2012~2016年的面板数据,因此在第一阶段将建立面板Probit模型,模型形式如下所示:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + \beta_2 \text{gender}_{it} + \beta_3 \text{age}_{it} + \beta_4 \text{income}_{it} + \beta_5 \text{profession}_{it} + \beta_6 \text{status}_{it} + \beta_7 \text{insured}_{it} + \beta_8 \text{hukou}_{it} + u_i + \varepsilon_{it} \quad \text{式(2)}$$

其中 Y_{it} 为0-1变量,表示在年内是否住过院,0表示没有,1表示有。 X_{it} 表示研究的自变量,包括年内门诊次数(outpatient),门诊实际补偿比(Reimbursement)。

在第二阶段,为了控制微观人口统计学特征等变量对实证结果的影响,使用随机效应模型进行估计,在控制变量方面进一步加入一级医院就诊次数、地区虚拟变量、时间虚拟变量等控制变量,模型形式如下所示:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + \beta_2 \text{gender}_{it} + \beta_3 \text{age}_{it} + \beta_4 \text{income}_{it} + \beta_5 \text{profession}_{it} + \beta_6 \text{status}_{it} + \beta_7 \text{insured}_{it} + \beta_8 \text{hukou}_{it} + \beta_9 \text{flhospital}_{it} + \sum \varphi_i \text{district}_{it} + \sum \varphi_i \text{year}_{it} + u_i + \varepsilon_{it} \quad \text{式(3)}$$

其中 Y_{it} 为研究的因变量,包括次均住院天数(Inpatient)、医疗总费用(T_Expenses)、医疗总自费(P_Expenses)和报销总费用(C_Expenses)。 X_{it} 为研究的自变量,包括年内门诊次数(outpatient),门诊实际补偿比(Reimbursement)。其中费用变量都经过了对数化处理。

四、实证分析

基于以上实验设计,本部分将报告三个假设的验证过程,在此基础上,进一步进行结果的异质性和稳健性检验,以确保结论的科学性和有效性。本部分包括门诊服务对住院服务利用率的影响分析、医保门诊(小病)政策对医疗费用的影响分析、参保人群异质性分析、门诊待遇类别异质性分析以及医疗服务水平异质性分析等。

(一) 医保门诊(小病)政策对住院服务使用率的影响分析

从表1可以看出,参与决策阶段(第一阶段),在1%的显著水平下,门诊次数与门诊实际补偿比都显著负向影响住院的发生概率,从而证实患者就医的门诊服务利用与住院服务使用之间存在替代关系,门诊服务使用多,住院服务相对使用会较少。此外,门诊实际补偿比也能显著降低住院的发生概率,一定程度上说明了医疗服务价格仍然是影响参保人就医选择的显著因素。因此,加强医疗机构对门诊的配套医疗设施,适当提高医保门诊待遇的保障水平,能够降低参保人患大病的健康风险。

数量决策阶段(第二阶段),对于利用过住院医疗服务的人群,一方面同样在1%的显著水平下,门诊服务利用次数显著降低了住院服务的利用次数,且门诊服务利用次数增加1%,次均住院天数平均降低0.12%。另一方面,进一步检验门诊实际补偿比对住院医疗服务的利用影响,结果发现门诊实际补偿比对住院医疗服务的利用存在非线性影响。首先,模型4的结果显示门诊实际补偿比的系数为正,但没有通过显著性

检验。接着 在模型 4 的基础上加入门诊实际补偿比的二次项 ,以检验门诊实际补偿比与住院医疗服务间是否存在非线性关系。结果显示 门诊实际补偿比及其二次方项都通过了显著性检验 ,且二次方项系数为正 ,说明门诊实际补偿比与住院医疗服务间存在“U 型”的非线性关系 ,临界点为 50.45%。即在门诊实际

门诊服务对住院服务使用率的回归结果

表 2

变量	第一阶段: 是否住院		第二阶段: 次均住院天数			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
门诊次数	-1.456*** (0.025)		-0.120*** (0.005)			
门诊实际补偿比		-0.881*** (0.052)		0.046 (0.035)	-0.445*** (0.149)	-0.665* (0.399)
门诊实际补偿比二次方					0.441*** (0.130)	0.998 (0.955)
门诊实际补偿比三次方						-0.361 (0.615)
性别	0.050 (0.035)	0.018 (0.038)	0.006 (0.017)	0.008 (0.022)	0.005 (0.022)	0.006 (0.022)
年龄	0.047*** (0.002)	0.046*** (0.002)	-0.002* (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)
收入水平	0.182*** (0.039)	0.034 (0.042)	-0.008 (0.020)	0.003 (0.026)	0.002 (0.026)	0.002 (0.026)
人员状态	-0.014 (0.034)	0.005 (0.035)	0.006 (0.016)	0.003 (0.020)	0.005 (0.019)	0.005 (0.019)
人员身份	0.010*** (0.001)	0.009*** (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.001)
参保状态	0.042 (0.050)	0.046 (0.052)	-0.021 (0.022)	-0.015 (0.028)	-0.014 (0.028)	-0.014 (0.028)
户籍地	-0.004 (0.004)	-0.011*** (0.004)	0.001 (0.002)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)
一级医院就诊比例			-0.044** (0.020)	-0.101*** (0.024)	-0.095*** (0.024)	-0.095*** (0.024)
年份	控制	控制	控制	控制	控制	控制
地区	控制	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	-2.674*** (0.284)	-5.012*** (0.305)	1.970*** (0.144)	1.775*** (0.190)	1.846*** (0.191)	1.868*** (0.193)
样本量	78287	76624	6849	5207	5207	5207
wald 统计量	3850.52***	1167.24***	890.13***	94.75***	108.78***	109.35***
正确预测比率/R ²	90.69%	91.83%	0.36	0.21	0.23	0.23

注: ①括号中为异方差自相关稳健的标准误差; ***、**、* 分别表示在 1%、5%、10% 的显著水平下显著,下同; ②wald 统计量表示模型整体的显著性水平,通过检验可知所有模型的整体显著程度较高,下同; ③对于面板 logit 模型,正确预测比率代表模型的拟合优度,由计算结果可知模型的拟合程度好,下同; ④通过 LR 检验和 Hausman 检验,本文中第一阶段使用的面板 logit 随机效应模型,第二阶段使用面板随机效应模型,限于表格篇幅,省略了所有模型选择的检验结果,下同。

补偿比位于 [0, 50.45%] 这个区间时, 随着门诊实际补偿比的增加, 次均住院天数会逐渐降低; 而当门诊实际补偿比超过临界点, 来到 (50.45%, 100%) 的区间时, 门诊实际补偿比反而会促进次均住院天数。由此可见, 门诊保障水平不能过高, 过高的保障水平会诱发道德风险, 反而造成医疗资源的浪费。最后, 进一步加入门诊实际补偿比的三次方项, 结果发现没有通过显著性检验。因此, 门诊实际补偿比与住院医疗服务利用存在非线性的关系。在适当的保障范围内, 提高门诊保障水平能够降低住院医疗服务需求, 即降低参保人患大病的风险, 假设 1 得证。

(二) 医保门诊(小病)政策对医疗费用的影响分析

表 3 为在数量决策阶段(第二阶段), 医保门诊待遇对医疗费用支出的影响结果。

门诊服务对住院服务使用率的回归结果

表 3

变量	总自费		报销费用	
	(1)	(2)	(3)	(4)
门诊实际补偿比	-8.140 ^{***} (0.100)	7.376 ^{***} (0.096)	9.842 ^{***} (0.316)	7.432 ^{***} (0.816)
门诊实际补偿比二次方			-2.211 ^{***} (0.295)	3.825 [*] (2.058)
门诊实际补偿比三次方				-3.887 ^{***} (1.368)
性别	-0.163 ^{***} (0.060)	-0.069 (0.050)	-0.057 (0.049)	-0.056 (0.049)
年龄	0.006 ^{**} (0.003)	0.019 ^{***} (0.003)	0.017 ^{***} (0.003)	0.017 ^{***} (0.003)
收入水平	0.075 (0.067)	-0.096 [*] (0.057)	-0.093 (0.057)	-0.095 [*] (0.057)
人员身份	-0.002 (0.002)	0.005 ^{***} (0.002)	0.005 ^{***} (0.002)	0.005 ^{***} (0.002)
人员状态	0.092 [*] (0.052)	-0.065 (0.041)	-0.072 [*] (0.041)	-0.071 [*] (0.041)
参保状态	0.062 (0.082)	-0.044 (0.068)	-0.051 (0.067)	-0.052 (0.067)
户籍地	-0.013 [*] (0.008)	0.001 (0.006)	0.002 (0.006)	0.002 (0.006)
一级医院就诊比例	-0.575 ^{***} (0.064)	0.213 ^{***} (0.052)	0.186 ^{***} (0.052)	0.188 ^{***} (0.052)
次均住院天数	0.242 ^{***} (0.046)	-0.508 ^{***} (0.040)	-0.497 ^{***} (0.040)	-0.497 ^{***} (0.040)
年份	控制	控制	控制	控制
地点	控制	控制	控制	控制
常数项	12.820 ^{***} (0.512)	4.224 ^{***} (0.434)	3.846 ^{***} (0.433)	4.081 ^{***} (0.436)
样本量	76624	76624	76624	76624
wald 统计量	7442.91 ^{***}	7274.75 ^{***}	8247.75 ^{***}	8308.95 ^{***}
R ²	0.53	0.59	0.59	0.60

由表3可知,一方面,在1%的显著水平下,门诊实际补偿比显著负向影响个人医疗费用支出,且门诊实际补偿比提高1%,个人医疗费用支出平均降低8.14%,说明提高门诊待遇能够进一步降低参保人的医疗支出负担,降低经济风险。另一方面,同样检验了门诊实际补偿比与医保基金支出之间是否存在非线性关系,结果发现两者之间存在三次型的非线性关系,且临界值为42.27%,在门诊实际补偿比位于[0,42.27%]这个区间时,随着门诊实际补偿比的增加,医保基金支出会逐渐升高,门诊待遇的提高对医保基金平衡带来了冲击,说明如果门诊保障水平较低,无法提供充足有效的医疗服务,可能因为延误病情等给就医者的健康造成进一步的损害,反而进一步加大了医保基金支出;而当门诊实际补偿比超过临界点,来到(42.27%,100%]的区间时,门诊实际补偿比会带来医保基金支出的减少,说明当门诊的保障水平较高时,能够在门诊阶段提供充足的医疗服务需求,对患者来说,降低了患大病的经济风险,对于医保基金来说,降低了支出过快给收支平衡带来的压力。

综合医保门诊政策对住院服务使用率以及医疗费用的影响可知,一方面,患者就医的门诊服务使用与住院服务使用之间存在替代关系。在一定的保障范围内,提高医保的门诊服务待遇能够降低患者对住院服务的使用率,即降低了患者患大病的健康风险,假设1得证。另一方面,在一定的保障范围内,提高医保的门诊服务待遇能够降低患者的医疗费用支出,同时控制了医保基金支出的迅速膨胀,从而控制了医疗费用支出的过快增长,假设2和假设3得证。此外,实证结果说明医保对门诊待遇的保障水平不是越高越好,当保障水平位于[42.27%,50.45%]区间时,医保“保小病”能够兼顾健康保障与费用控制。

(三) 参保人群异质性分析

在这部分将考虑对于城乡医保参保人^①群体,上述结论是否成立。由于历史原因,目前我国绝大多数地区医保政策存在“城乡二元”分立的情况,即职工参加城镇职工基本医疗保险,而广大农村居民和城市未就业的居民参加城乡居民基本医疗保险,部分地区还存在“三元分立”情况,即农村居民参保新农合医保,而城镇居民参保城镇居民医保。由于不同的医保政策缴费水平与保障水平都有很大差异,职工医保的缴费和待遇都要高于居民医保,对应的参保人社会地位、经济能力、健康状况等也存在一定差异。本文进一步利用样本地区居民医保参保人医疗服务利用和费用的相关数据使用相同的方法,检验之前的结论在居民参保人中是否成立。

由结果可知,在第一阶段,门诊次数正向影响住院的概率,这与前面得到的结论相悖。原因在于医保门诊保障水平较低,居民医保的门诊保障水平更低,过低的保障水平一方面无法提供充分的医疗服务,造成推延病情的情况;另一方面,可能诱发道德风险,增大住院的概率,以获得更高的报销水平。在第二阶段,使用过住院医保待遇的人群,门诊使用率越高,住院服务的利用率越低,一定程度上验证了上述原因存在的可能性。而其他结果基本与之前得到的结论一致。

(四) 门诊待遇类别异质性分析

部分地区对于门诊待遇做了进一步的精细化管理,对于常见的治疗周期长的慢性病如糖尿病、高血压等疾病,设置了专门的门诊慢性病种(以下简称“门慢”)保障待遇,对于肝硬化、肺结核、心肌病等费用高的门诊项目,设置了门诊特殊病种保障待遇等。这些项目在待遇水平上要高于一般(普通)门诊的保障待遇,比如不设置起付线,报销水平与住院待遇一致等。以下将分别以利用过普通门诊、门慢待遇的人群为子样本进行异质性分析。

表5为普通门诊使用与待遇对住院服务使用与费用的影响情况。由结果可知,普通门诊服务使用率和报销水平显著负向影响住院服务的发生率。同时,对于费用的影响也大致与全样本回归结果一致,从而验证了基本结论的稳健性。

^① 按照同样的抽样方法,获得样本地区18001个参保人合计154000条就医资料数据。

城乡居民参保人回归结果^①

表 4

变量	是否住院		次均住院天数		总自费	报销费用
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
门诊次数	0.518*** (0.028)		-0.534*** (0.016)			
门诊实际补偿比		-1.271*** (0.095)		-1.867*** (0.321)	-6.630*** (0.149)	6.147*** (0.853)
门诊实际补偿比二次方				1.267*** (0.359)		2.058 (1.865)
门诊实际补偿比三次方						-2.728** (1.140)
样本量	25030	23058	2855	2398	2398	2398
wald 统计量	925.95***	888.75***	20146.20***	10083.60***	2783.00***	11375.50***
正确预测比率/R ²	83.27%	83.27%	0.35	0.15	0.52	0.36

普通门诊待遇项目回归结果

表 5

变量	是否住院		次均住院天数		总自费	报销费用
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
普门次数	-1.159*** (0.021)		-0.113*** (0.006)			
普门实际补偿比		-0.820*** (0.052)		-0.357** (0.149)	-7.511*** (0.110)	8.880*** (0.332)
普门实际补偿比二次方				0.371*** (0.130)		-1.880*** (0.309)
普门实际补偿比三次方						-1.259** (0.630)
样本量	78287	75814	6849	5105	5105	5105
wald 统计量	3523.50***	1151.60***	782.03***	104.88***	5430.00***	6449.70***
正确预测比率/R ²	89.76%	91.08%	0.24	0.21	0.46	0.51

表 6 为门慢使用与待遇对住院服务使用与费用的影响情况。结果显示,在第一阶段,门慢服务使用越多,住院的概率会显著增加。造成这种结果的原因可能是:能够纳入门诊慢性病种报销的病种在病理上存在一定的特殊性,这些病种对机体的损害具有不可逆性。并且,往往患有这些病种的人群会有一些并发症,世界卫生组织(WHO)资料显示,糖尿病患者中同时患高血压的人约占 20%~40%,是非糖尿病患者的 1.5~2 倍。此外,老年人群体往往是患有这些病种的高发人群,因此,使用过门慢待遇的人群使用住院服务的概率

① 为节约版面,其余控制变量的回归信息已省略,下同。

也可能增加。不过,门慢保障待遇水平显著降低住院服务的使用概率。说明,门慢服务待遇的提升有利于保障慢性病群体的健康,健全的慢病服务待遇能够降低慢性病患者并发症的发生概率,从而降低住院服务的使用率。而第二阶段的结果基本上与全样本回归结果一致。

门慢待遇项目回归结果

表 6

变量	是否住院		次均住院天数		总自费	报销费用
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
门慢总次数	0.275*** (0.012)		-0.079*** (0.008)			
门慢实际补偿比		-1.045*** (0.174)		-0.908*** (0.126)	-3.883*** (0.303)	9.493*** (2.276)
门慢实际补偿比二次方				0.694*** (0.203)		4.314*** (1.634)
门慢实际补偿比三次方						-3.982*** (1.783)
样本量	78287	6533	6849	1187	1187	1187
wald 统计量	841.67***	69.23***	297.84***	73.61***	231.80***	240.83***
正确预测比率/R ²	89.79%	85.79%	0.21	0.21	0.29	0.32

因此,为了最大程度上发挥医保门诊待遇对保障居民健康水平,降低居民“因病致贫”的经济风险,以及降低基金的运营风险,门诊待遇应该更加精细化,如设置门慢待遇、门特待遇等,而具体纳入的病种需要根据发病率以及基金承受能力做全面考虑。

(五) 医疗服务水平异质性分析

医疗机构医疗服务水平同样也是影响医疗服务利用的重要因素。随着收入水平的提高,以及对健康的重视,价格因素对国民选择医疗服务的影响可能有限,而医疗服务水平是影响医疗服务利用的另一个关键因素。因此,在经济发展水平和医疗卫生发展水平不同的地区,医保政策对于居民就医选择的影响可能存在差异。本文所使用的样本地在经济发展水平、医疗服务能力等方面都位于全国前列,因此可能一些内生因素会对本文的结论造成一定的干扰。^①为了排除这部分因素的干扰,验证结论的稳健性以及可推广性,本文以另一个样本地区的微观数据做进一步分析。该地区发展水平在全国范围也属于落后水平,医疗服务能力也较差,可以代表发展落后地区的普遍水平。

表 7 为该样本地区的回归结果,在之前回归分析的基础上加入了异地住院因素的分析。由回归结果可知,在第一阶段,提高门诊的待遇水平,能够同时降低住院的使用概率以及异地住院的使用概率。而在第二阶段,对于使用过住院服务的人群,提高门诊保障待遇能够降低医疗费用支出以及个人医疗费用支出,这与之前结论也是一致的。因此,本文的结论对于不同医疗服务发展水平也是稳健的。

(六) 其余稳健性分析

此外,还针对参保人年龄进行了异质性分析,对数据进行 5% 的缩尾处理,以消除异常值影响,并使用面板 Tobit 模型等数据模型进行稳健性检验,均得到相同的结论。限于篇幅,不作具体汇报。

^① 尽管在前面的回归分析中控制了地区因素,且样本地区各区域发展水平也有较大差异,但是享受的医保待遇一致,并且跨区域就医的经济成本不大。

医疗服务水平异质性回归结果

表 7

变量	是否住院		是否异地住院		次均住院 天数	次均异地 住院天数	总自费	报销费用
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
门诊次数	-0.645*** (0.014)		-1.100*** (0.042)		0.472*** (0.022)	-0.180** (0.075)		
门诊实际补偿比		-1.602*** (0.080)		-0.552** (0.220)			-5.666*** (0.068)	5.786*** (0.774)
门诊实际补偿比二次方								1.521 (1.118)
门诊实际补偿比三次方								-1.626*** (0.500)
样本量	325107	155546	325107	155546	29810	6396	2722	2722
wald 统计量	6431.00***	9218.20***	1612.80***	1595.20***	1719.90***	125.93***	45247.50***	82916.40***
正确预测比率/R ²	89.08%	85.37%	89.07%	86.23%	0.15	0.12	0.35	0.42

四、结 论

习近平总书记曾强调“没有全民健康 就没有全面小康”。提高医保对“小病”的保障水平,能够在践行预防理念、提高健康保障水平,提高基金使用效率,降低道德风险,促进分级诊疗等方面发挥积极作用,并且响应了我国推进“预防为主”健康中国建设的国家战略。“保小病”的基本医保是“将健康融入所有政策”的积极体现。

本文通过个人健康保障、个人医疗费用负担和医保基金收支平衡风险三个维度,对基本医保“保小病”的效果进行实证分析,发现:第一,适当提高医保门诊待遇,即提高对小病的保障水平,能够降低参保人患大病的健康风险,说明门诊服务真正起到了疾病早发现、早治疗、防患于未然的预防作用,减少居民患大病的健康风险;第二,通过对“小病”的保障,降低了居民患大病的经济风险,从而降低了个人医疗负担;第三,医保基金支出可控,医保基金支出与保障水平具有非线性的 U 型关系,最优的门诊实际补偿比例区间为 [42.27%, 50.45%],说明增大医保的保障待遇并不会加大基金穿底的风险。因此,医保“保小病”能够兼顾健康保障与费用控制。

在此基本结论的基础上,本文进一步做了异质性和稳健性检验,发现:首先,促进门诊保障水平的精细化设置能够更充分发挥预防功能;其次,对于欠发达地区,提高门诊保障水平,能够减少异地住院的数量,缓解大城市大医院的医疗服务压力;最后,本文所得结论在不同的参保人群、不同年龄、不同医疗卫生发展水平、不同分析模型等方面基本一致,说明本文的结论具有充分的科学性和稳健性。与此同时,本文还存在以下两点不足,一是在分析医保的预防功能时,没有对健康体检的作用进行实证分析;二是对分级诊疗与门诊的相互关系没有进行深入研究,需要在后续的研究中进行完善。

通过本文的研究可知,“保小病”能够起到保障健康、降低个人医疗费用负担以及减少医保基金“穿底”风险的政策效果,即医保“保小病”能够兼顾健康保障与费用控制。因此,医保制度改革不能拘泥于过去的发展理念和思维范式,受限于保险原理、福利化的某一概念。并且“保小病”并不是否定了过去的发展理念与取得的效果,只是新时代对医保制度提出了更高的要求。与此同时,医疗保险的改革无法解决所有问题,事实上医保保障水平只能改变居民就医的相对价格,而提高居民健康水平的另一个关键因素在于医疗机构服务能力与水平。因此,在医保制度进行自我完善的同时,应该进一步促进三医联动的改革发展,助力健康中国战略的实现!

[参考文献]

- [1] 鲍震宇,赵元凤. 农村居民医疗保险的反贫困效果研究——基于 PSM 的实证分析[J]. 江西财经大学学报 2018 (1): 90 - 105.
- [2] 封进,宋铮. 中国农村医疗保障制度: 一项基于异质性个体决策行为的理论研究[J]. 经济学(季刊) 2007 (3): 841 - 858.
- [3] 封进,李珍珍. 中国农村医疗保障制度的补偿模式研究[J]. 经济研究 2009 44 (4): 103 - 115.
- [4] 傅虹桥,袁东,雷晓燕. 健康水平、医疗保险与事前道德风险——来自新农合的经验证据[J]. 经济学(季刊) 2017 16 (2): 599 - 620.
- [5] 黄枫,甘犁. 医疗保险中的道德风险研究——基于微观数据的分析[J]. 金融研究 2012 (5): 193 - 206.
- [6] 简伟研,方海. 门诊服务对住院服务替代效应的实证分析[J]. 北京大学学报(医学版) 2015 47 (03): 459 - 463.
- [7] 李华,俞卫. 政府卫生支出对中国农村居民健康的影响[J]. 中国社会科学 2013 (10): 41 - 60 + 205.
- [8] 吕国营. 基本医疗保险实质上就是大病基本医疗保险[J]. 中国医疗保险 2013 (8): 43 - 44.
- [9] 马超,赵广川,顾海. 城乡医保一体化制度对农村居民就医行为的影响[J]. 统计研究 2016 33(4): 78 - 85.
- [10] 潘杰,雷晓燕,刘国恩. 医疗保险促进健康吗? ——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J]. 经济研究 2013 48(4): 130 - 142 + 156.
- [11] 申曙光. 新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展[J]. 社会保障评论 2017 (2): 40 - 53.
- [12] 申曙光,马颖颖. 新时代健康中国战略论纲[J]. 改革 2018 (04): 17 - 28.
- [13] 解垚. 与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J]. 经济研究 2009 44(2): 92 - 105.
- [14] 谢明明,王美娇,熊先军. 道德风险还是医疗需求释放? ——医疗保险与医疗费用增长[J]. 保险研究, 2016 (1): 102 - 112.
- [15] 谢远涛,杨娟. 医疗保险全覆盖对抑制因病致贫返贫的政策效应[J]. 北京师范大学学报(社会科学版) 2018 (4): 141 - 156.
- [16] 姚泽麟. 政府职能与分级诊疗——“制度嵌入性”视角的历史总结[J]. 公共管理学报 2016 13(3): 61 - 70 + 155 - 156.
- [17] 章湖洋,简伟研,方海. 新型农村合作医疗的高血压患者门诊费用对住院费用的替代效应[J]. 北京大学学报(医学版) 2016 48(3): 472 - 477.
- [18] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障制度选择[J]. 中国社会科学 2000 (4): 89 - 99 + 206.
- [19] Arrow K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Reply(The Implications of Transaction Costs and Adjustment Lags) [J]. American Economic Review 1965 55(1): 154 - 158.
- [20] Cragg J G. Some Statistical Models for Limited Dependent Variables with Application to the Demand for Durable Goods [J]. Econometrica 1971 39 829 - 844.
- [21] Cutler D, M and E. R. Vigdor. The Impact of Health Insurance on Health: Evidence from People Experiencing Health Shocks [J]. National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper No. 16417 ,Cambridge MA 2005.
- [22] Finkelstein A ,Mcknight R. What did Medicare do? The Initial Impact of Medicare on Mortality and out of Pocket Medical Spending [J]. Journal of Public Economics 2008 92(7): 1644 - 1668.

- [23] Goldfield N ,Ghani S ,Majeed A. Primary Care in the United States: Profiling Performance in Primary Care in the United States [J]. *BMJ* 2003 326(7392) : 744 – 747.
- [24] Grossman M . Front Matter ,The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation [J]. *Journal of the Royal Statistical Society* ,1972 ,137(2) : 335 – 340.
- [25] Izumida N ,Urushi H ,Nakanishi S. An Empirical Study of the Physician – Induced Demand Hypothesis – The Cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan [J]. 1999.
- [26] Jamison ,D. T ,Mosley ,W. H ,Measham ,A. R ,Bobadilla ,J. L. *Disease Control Priorities in Developing Countries* [M]. London; Oxford University Press 2006.
- [27] Pillayvan WV ,Bradshaw D. Mortality and Socioeconomic Status: The Vicious Cycle between Poverty and Ill Health [J]. *Lancet Glob Health* 2017 5(9) : 851 – 852.

Can Social Health Insurance Balance Health Protection and Cost Control while Insuring “Minor Illness”

HE Wen ,SHEN Shu – guang

Abstract: China’s basic social health insurance system aims to improving the level of hospitalization treatment and reducing the financial risk of people suffering from serious diseases ,therefore ,the basic health insurance is essentially the basic health insurance for serious diseases. However ,in the new era ,such a system based on “insuring serious illness” has been unable to meet the people’s growing demand for a healthy life ,and at the same time it’s facing a growing dilemma to balance the health protection and cost control. Therefore ,the reform and optimization of the social health insurance system lies with conceptual change and repositioning ,namely ,moving from only covering serious illness towards covering both minor and serious illness. Under the background of the Healthy China initiative and the formation of prevention – oriented inclusive health objective ,it has both theoretical value and practical significance to study whether the social health insurance system should cover “minor illness” and whether balance between health protection and cost control can be achieved when covering “minor illness”. This can provide decision – making basis for the repositioning of the social health insurance. On the one hand ,this paper analyzed and demonstrated the theoretical basis and important significance of “insuring minor diseases” in basic health insurance ,and on the other hand ,it innovatively constructed the system evaluation framework of three dimensions: personal health insurance ,personal medical expense burden and the equilibrium risk of the basic insurance fund. Through the two – part model ,it has been found that: there is a non – linear relationship between the level of insurance for “minor ailments” and personal health status as well as the expenditure of social health insurance fund. In the actual payment range of [42.27% ,50.45%] ,it can protect personal health and reduce the risk of serious illness ,and also reduce personal medical expenditure and quick draining of the fund ,thus controls the rapid growth of social medical expenses. To sum up ,insuring “minor illness” can achieve both goals of health protection and cost control. The conclusions of this paper hold well even considering the heterogeneity of the insured population ,outpatient services , and medical service levels.

Key words: basic social health insurance; insuring “minor illness”; health protection; cost control

[编辑:孟慧新]