

本文引用格式:孙武,陈家应.分级诊疗背景下职工医保服务利用与费用分析[J].安徽医学,2023,44(5):599-602.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.05.024

分级诊疗背景下职工医保服务利用与费用分析

孙武 陈家应

[摘要] 目的 了解分级诊疗背景下,城镇职工参保者住院服务利用和费用的变化趋势以及存在的问题。方法 本研究基于2010-2018年南通市城镇职工基本医疗保险基金运行数据,并通过文献研究和现场调查,收集南通市职工医保政策和国内外文献。使用SPSS 20.0软件进行数据录入和统计,采用描述性统计分析了解参保者就医流向和住院费用的变化趋势。结果 2010-2018年,参保人数逐年增加;住院率不断升高,9年间提高了12.8个百分点;9年间住院费用增长了近3倍,61.8%以上的费用集中在三级医院;61.0%以上的医保基金流向三级医院。结论 2010-2018年,城镇职工住院率升高,住院人次不断增加,且集中在三级医院,导致医疗费用快速上涨,三级医院消耗大部分医保基金。

[关键词] 分级诊疗;住院率;住院费用;基层首诊;城镇职工基本医疗保险

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.05.024

新医改以来,通过提升基层医疗卫生服务能力、推进全民医保制度建设和深化公立医院改革,“看病难”的状况有了一定缓解,但是合理的就医秩序尚未形成,基层医疗机构尚未充分发挥“守门人”的作用。不理性 and 无序的就医秩序,导致大医院“人满为患”,在一定程度上推动医疗费用快速增长,加重医保基金负担。数据^[1]显示,我国卫生总费用从2010年的19 980.4亿元增长到2018年的59 121.91亿元,9年时间增长了2倍,卫生费用负担有待进一步减轻,如何控制医疗费用增长已成为社会普遍关注的问题。2015年,国家卫生计生委等部门联合印发《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》,明确要求将控制公立医院医疗费用不合理增长作为重要目标和任务。深化医改也希望通过分级诊疗来改变“看病难、看病贵”的现状,以减轻就医经济负担^[2-3]。国家卫生健康委主任马晓伟^[4]指出,只有分级诊疗制度真正实现,医改才能取得成功。在此背景下,本文以2010-2018年南通市城镇职工医疗保险基金运行数据为基础,对城镇职工住院服务利用和费用情况进行研究,通过对住院人次、住院费用、住院补偿情况等指标进行对比分析,了解职工就医流向对住院服务利用和费用的影响,进一步探讨控制医疗费用增长的有效措施,以期对政策制定提供参考,促进分级诊疗建设。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本文分析所用资料来源于南通市市区职工2010-2018年城镇职工医疗保险基金运行数据,包括南通市职工医保参保者在市内和市外医疗机构的住院与补偿信息,数据信息包括参保者年龄、性别、住院机构、出入院时间、住院总费用与住院补偿费用。

1.2 数据清理 原始数据库中存在参保者1天内存在多次住院记录的情况,由于都产生了费用,因此保留住院费用信息,但合并住院记录为1次。

1.3 分析方法

1.3.1 文献研究法 利用Web of science、PubMed、中国知网、万方、维普等数据库以及图书馆馆藏资源,检索国内外相关文献。本文重点针对分级诊疗制度和城镇职工医保基金的相关文献阅读。

1.3.2 现场调查法 实地考察南通市城镇职工医保基金运行情况,并进行现有资料收集,包括职工医保政策和参保者住院服务利用和费用信息。

2 结果

2.1 南通市城镇职工医保参保者基本情况 2010-2018年南通市区城镇职工参保人数逐年增加,由2010年的526 400人增长到2018年的754 600人。从住院

基金项目:国家自然科学基金项目(编号:71874087)

作者单位:211166 江苏南京 南京医科大学公共卫生学院(孙武)

222000 江苏连云港 南京医科大学康达学院(陈家应)

通信作者:陈家应, jychen@njmu.edu.cn

人次来看,2010-2018 年,城镇职工参保者住院人次不断增加,住院率由 8.9% 上升到 21.7%,9 年间增长了 12.8 个百分点。见表 1。

2.2 参保者住院服务利用情况

2.2.1 住院机构分布 优质医疗资源集中在大城市、大医院,从住院机构分布情况可见,三级医院住院人次远高于一级、二级医院。2018 年,一级医院住院人次占比仅为 13.7%,二级医院住院人次占比为 28.3%,三级医院住院人次占比达到 58.0%,三级医院承担了一半以上的住院患者。从不同年份来看,2010-2018 年,各级医院住院人次不断增加,一级、二级、三级医院住院人次年均增长率分别为 23.2%、11.2% 和 15.6%,住院

表 1 2010-2018 年南通市城镇职工医保参保者基本情况

年份	参保人数(人)	住院人次(人)	住院率(%)
2010	526 400	46 995	8.9
2011	559 500	55 564	9.9
2012	591 200	66 624	11.3
2013	618 500	81 522	13.2
2014	643 900	118 451	18.4
2015	667 400	134 712	20.2
2016	686 700	142 245	20.7
2017	713 800	155 344	21.8
2018	754 600	163 494	21.7

总人次年均增长率为 14.9%,一级医院住院人次年均增长率最高。见表 2。

表 2 2010-2018 南通市城镇职工医保参保者住院机构分布情况

年份	一级医院		二级医院		三级医院		住院总人次(人)
	住院人次(人)	占比(%)	住院人次(人)	占比(%)	住院人次(人)	占比(%)	
2010	3 435	7.3	17 797	37.9	25 763	54.8	46 995
2011	3 488	6.3	21 716	39.1	30 360	54.6	55 564
2012	3 481	5.2	15 289	22.9	47 854	71.8	66 624
2013	6 309	7.7	16 450	20.2	58 763	72.1	81 522
2014	17 822	15.0	32 620	27.5	68 009	57.4	118 451
2015	21 587	16.0	37 509	27.8	75 616	56.1	134 712
2016	22 427	15.8	39 403	27.7	80 415	56.5	142 245
2017	24 238	15.6	43 125	27.8	87 981	56.6	155 344
2018	22 406	13.7	46 282	28.3	94 806	58.0	163 494

注:年均增长率计算公式为: n 年数据的增长率= $[(\text{本期}/\text{前}n\text{年})^{1/(n-1)}-1]\times 100\%$ 。

2.2.2 各级医疗机构患者平均住院日和次均住院费用情况 2010-2018 年间,各级医院平均住院日逐年降低,一级医院平均住院日下降最明显。其中 2010-2013

年一级医院住院日远远高于二级、三级医院,从次均费用方面来看,三级医院次均住院费用最高。见表 3。

表 3 2010-2018 年南通市城镇职工医保住院患者平均住院日和次均住院费用情况

年份	一级医院		二级医院		三级医院	
	平均住院日(d)	次均费用(元)	平均住院日(d)	次均费用(元)	平均住院日(d)	次均费用(元)
2010	25	4 793.7	19	11 119.1	16	13 453.0
2011	22	5 107.4	19	11 795.6	16	15 158.0
2012	26	5 285.0	18	11 550.8	15	15 504.6
2013	23	5 320.4	14	10 751.0	14	16 245.1
2014	14	4 818.6	13	11 373.6	13	17 167.0
2015	13	4 704.2	13	11 645.0	13	17 454.8
2016	12	4 712.9	14	11 085.6	12	17 562.6
2017	11	4 742.8	15	11 151.6	12	17 134.6
2018	12	4 594.4	15	11 160.6	11	16 997.6

2.3 参保者住院费用变化情况

2.3.1 参保者住院费用情况 2010-2018 年,城镇职工住院总费用呈现上升趋势,9 年间住院总费用增长近 3 倍。从不同等级医疗机构来看,三级医院住院费用普

遍高于一、二级医院,三级医院住院费用占比总体呈现上升趋势。从不同年份来看,2018 年三级医院总费用占比为 72.2%,较 2010 年提高了 10.4 个百分点;二级医院总费用占比由 2010 年的 35.3% 下降到 23.2%;

一级医院总费用占比只有 4.6%,较 2010 年有所提高。 见表 4。

表 4 2010–2018 年南通市城镇职工医保住院总费用分布情况

年份	一级医院		二级医院		三级医院		住院总费用(万元)
	住院费用(万元)	占比(%)	住院费用(万元)	占比(%)	住院费用(万元)	占比(%)	
2010	1 646.6	2.9	19 788.6	35.3	34 659.0	61.8	56 094.2
2011	1 781.5	2.4	25 615.3	34.9	46 019.7	62.7	73 416.5
2012	1 839.7	2.0	17 660.1	18.8	74 195.9	79.2	93 695.7
2013	3 356.6	2.9	17 685.3	15.2	95 461.3	81.9	116 503.2
2014	8 587.7	5.3	37 100.7	22.8	116 750.7	71.9	162 439.1
2015	10 155.0	5.5	43 679.2	23.5	131 986.0	71.0	185 820.1
2016	10 569.5	5.4	43 680.5	22.3	14 1229.6	72.2	195 479.6
2017	11 495.6	5.5	48 091.4	22.9	150 751.6	71.7	210 338.7
2018	10 294.1	4.6	51 653.5	23.2	161 147.4	72.2	223 095.0

2.3.2 参保者住院费用补偿情况 从住院补偿比例来看,随着医院等级的提高,住院补偿比例逐级递减,2018 年一级医院补偿比例为 82.4%,三级医院补偿比例为 70.0%,补偿比例即参保者住院时获得医保基金补偿比例,反映参保者的住院报销情况,住院补偿比例

越高即报销比例越高。从补偿费用占比情况来看,2018 年一级医院住院费用补偿占比仅为 5.3%,而三级医院占比达到 70.2%,较 2010 年提高了 9.2 个百分点。见表 5。

表 5 2010–2018 年南通市城镇职工医保住院费用补偿情况

年份	一级医院			二级医院			三级医院			住院总补偿费用(万元)
	补偿费用(万元)	补偿比例(%)	占比(%)	补偿费用(万元)	补偿比例(%)	占比(%)	补偿费用(万元)	补偿比例(%)	占比(%)	
2010	1 343.8	81.6	3.3	14 698.8	74.3	35.7	25 130.7	72.5	61.0	41 173.3
2011	1 452.9	81.6	2.6	20 138.2	78.6	35.7	34 771.1	75.6	61.7	56 362.1
2012	1 521.9	82.7	2.1	14 031.6	79.5	19.2	57 394.9	77.4	78.7	72 948.4
2013	2 794.2	83.2	3.1	14 074.7	79.6	15.8	72 001.0	75.4	81.0	88 869.9
2014	7 345.8	85.5	5.9	29 954.7	80.7	24.1	86 964.1	74.5	70.0	124 264.7
2015	8 774.2	86.4	6.1	35 616.1	81.5	24.8	99 051.8	75.0	69.1	143 442.1
2016	9 027.5	85.4	6.1	35 002.1	80.1	23.6	104 484.8	74.0	70.4	148 514.4
2017	9 787.5	85.1	6.2	38 182.0	79.4	24.3	109 279.6	72.5	69.5	157 249.1
2018	8 482.9	82.4	5.3	39 405.4	76.3	24.5	112 851.3	70.0	70.2	160 739.6

注:补偿比例=补偿费用/住院费用(表 4),占比=补偿费用/住院总补偿费用。

3 讨论

3.1 住院率升高、住院向大医院集中是医疗费用增长的重要因素 由 2010–2018 年城镇职工住院机构分布情况可以看到,职工住院人次不断增加且一半以上的住院患者集中在三级医院,与贺小林^[5]的研究结果一致。造成这种现象的原因,一方面是医疗资源配置不均,大城市拥有更优质的医疗资源,基层卫生服务能力薄弱^[6];另一方面是分级诊疗的措施没有健全,没有引导患者在基层首诊的机制,基层首诊难以实现。杨颖等^[7]研究认为,我国医疗卫生领域供给侧结构性问题严重,倒三角的医疗卫生资源布局结构难以适应正三角的居民健康需求,患者集中在大医院,在一定程度上阻

碍了分级诊疗制度落地。此外,三级医院次均费用水平远高于一、二级医院,导致医疗费用水平快速上涨,与雒敏等^[8]研究结果一致。可见,不理性和无序的就医,使患者集中在三级医院,产生了高额医疗费用,也消耗了大部分医保基金^[9]。同时,住院人数增加、住院率升高在一定程度上推动医疗费用上涨^[10]。由表 2~4 可见,住院总人次 9 年间增长了 2.5 倍,住院总费用 9 年间增长了近 3 倍。与王芳^[11]对职工医保基金运行趋势的研究是一致的;另一方面,人口的老龄化给职工医保基金带来一定压力,在一定程度上消耗大量的卫生资源和医疗费用。

3.2 基层首诊、急慢分治有利于控制医疗服务的增

长。世界卫生组织认为80%以上的健康问题可以在基层社区得到解决^[12]。通过基层首诊,发挥好基层“健康守门人”的作用,可以使基层医疗卫生服务利用效率提高,将更多患者留在基层医疗机构就诊。另一方面,“急慢分治”可以使医疗资源得到充分利用,在一定程度上缓解大医院“看病难、住院难”的现状^[13]。由深圳罗湖医改的成功经验可见,通过家庭医生引导基层首诊,引导就医秩序,将会有更多患者在基层首诊,医疗费用将会大大降低^[14-15]。

3.3 发挥医保杠杆,医保政策应有利于分级诊疗实现 医保支付方式是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆^[16]。现行的城镇职工医保制度并不健全,缺乏引导分级诊疗的机制^[17],一方面,医保补偿政策与是否基层首诊、是否按序转诊没有关系,不利于分级诊疗的形成;另一方面,从基层医疗机构到大医院,参保者住院补偿比例逐渐下降,与吴晓丽^[18]的研究结果一致。虽然让不必要的大医院就医者负担加重,但患大病需要到大医院就医的患者同样会大大增加费用负担,这与医保抗风险目标是相悖的。

在医保支付政策方面,应探索建立医保支付对医疗机构及医务人员的激励机制^[19-20],促使医疗机构主动规范医疗服务行为,有效提高医疗机构服务效率和积极性。此外,在医保补偿政策方面,加大对基层首诊和分级诊疗的引导和约束作用,促进参保职工更多地利用基层卫生服务,主动遵守分级诊疗的就诊秩序,让遵守基层首诊、分级诊疗的患者必要的大医院就医也能获得更高的费用补偿比例。同时,如果经过家庭医生或社区首诊,减少不必要住院和外转,基层卫生服务利用效率得以提高,住院率上升会得到控制,医疗费用支出也会明显下降,需要转诊到大医院的,提高住院费用补偿比例是完全可行的,这也符合医保制度的根本目的。

参考文献

- [1] 李岩,张毓辉,万泉,等.2020年中国卫生总费用核算结果与分析[J].卫生经济研究,2022,39(1):2-6.
- [2] 朱鸿飞,杨婷婷,凌志海.美国控制医疗费用的措施、效果及对我国的启示[J].现代医院,2021,21(8):1211-1214.
- [3] 张奇,鄢卫东.贵州省分级诊疗制度的政策历程、困境及建议[J].卫生软科学,2022,36(4):6-10.
- [4] 李晶泉.医联体视域下的分级诊疗制度建设研究—以浙江实践为蓝本[J].卫生经济研究,2022,39(5):49-52.
- [5] 贺小林.上海职工医保参保人员住院负担分析与政策思考[J].中国医疗保险,2017(6):32-35.
- [6] 赵冠宏.看病难在无序就医看病贵在高值耗材[J].中国医疗保险,2014(12):24-25.
- [7] 杨颖,康军,邱景富.从供给侧角度探讨基层首诊的实现对策[J].中国农村卫生事业管理,2022,42(8):569-571,587.
- [8] 雒敏,沈婉兰,陶红滨,等.分级诊疗背景下江苏省居民住院流向及费用负担变化情况分析[J].中国卫生经济,2019,38(10):62-64.
- [9] 杨帆.职工门诊保障水平提升对医疗服务利用、医保基金支出的影响—基于福建省三明市的案例分析[J].中国卫生政策研究,2021,14(9):8-13.
- [10] 高筱雨,杜珠英,黄伊妮,等.城镇居民医保和职工医保住院病人总费用影响因素的分析[J].广东药科大学学报,2018,34(6):793-797.
- [11] 王芳.人口老龄化对职工医保基金长期稳定运行的影响分析[J].人才资源开发,2014(23):28-30.
- [12] 黄德圣,潘小妹.医院分级诊疗的现状与对策[J].基层医学论坛,2014(34):4727-4729.
- [13] 张颂奇.医养合作探路急慢分治[J].中国医院院长,2013(6):65.
- [14] 安然,秦立建,杨晓胜,等.广东省城乡居民基本医疗保险参保者基层首诊意愿的影响因素分析[J].医学与社会,2022,35(11):61-65.
- [15] 刘海兰,何胜红,雷光和,等.东莞市医疗卫生体制改革现状及发展建议—以深圳罗湖为鉴[J].中国卫生事业管理,2019,36(4):241-243,254.
- [16] 邱晓禹.医保支付方式改革需不断推动制度现代化[J].中国医疗保险,2020,141(6):33-34.
- [17] 李兴俊,陈永聪,李宏,等.兰州市城镇职工医保2010-2013年住院费用分析[J].中国医疗保险,2014(11):29-31.
- [18] 吴晓丽.城乡居民基本医疗保险中住院补偿和服务满意度研究[D].山东:山东农业大学,2019.
- [19] 宫芳芳,孙喜琢,李亚男,等.以健康为导向的医保支付方式改革实践研究[J].中国医院管理,2020,40(6):86-88.
- [20] 王群,杨瑾,朱坤.德国医疗费用控制的经验与启示[J].卫生经济研究,2019,36(9):22-24,28.

(2022-09-20收稿)

(本文编校:周雪春,张迪)