

北京市整合城乡居民基本医疗保险对住院费用及其结构影响研究

石振宇^{①②}, 路 凤^③, 王天奇^③, 孟庆跃^②

摘要 目的: 分析北京市整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗政策(整合后为城乡居民基本医疗保险)对住院费用的影响, 并定量估计不合理的住院费用增长所占比例。方法: 利用2017—2018年北京市二、三级医院住院病案首页数据和北京市全国第6次卫生服务调查数据, 采用双重差分模型和对数线性模型。结果: 医保整合政策实施后, 城乡居民基本医疗保险患者的住院实际报销比明显提高, 住院服务可及性提升, 住院总费用有所增长。城乡居民基本医疗保险患者住院费用人均增长约587元, 其中不合理增长占比为32.0%; 改革后人均住院医保支出增加1 237元, 其中不合理增长占比为9.1%。结论: 应当进一步完善医保支付制度, 提高医保基金预算管理水平, 优化医保政策监测和调整机制。

关键词 医疗保险; 医疗费用; 住院费用; 医保补偿水平; 患者成本分担; 北京

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)10-0023-07

The Effect of Integration of Residents' Basic Medical Insurance Schemes on Hospitalization Expenses and Its Structure in Beijing/Shi Zhenyu, Lu Feng, Wang Tianqi, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(10):23-28,32

Abstract Objective: To analyze the impact of integrating urban resident basic medical insurance and the Rural New Cooperative Medical Scheme (referred to as urban and rural resident basic medical insurance after integration) on inpatient expenses in Beijing, and to quantitatively estimate the proportion of unreasonable increase of inpatient expenses. **Methods:** Secondary and tertiary hospitals' discharge records in Beijing from 2017 to 2018 and Beijing Health Services Survey in 2018 (BHSS 2018) were used, with a difference in difference model and a log-linear model. **Results:** The integration of residents' medical insurance schemes increased the reimbursement for urban and rural resident basic medical insurance (URRBMI) inpatients and their accessibility to inpatient services, which was also accompanied by an increase in hospitalization costs. The insurance integration resulted in an increase of average annual hospitalization cost by about 587 yuan per inpatient, of which the unreasonable increase accounted for 32.0%. After the reform, expenditure of medical insurance fund increased by about 1 237 yuan per inpatient, of which 9.1% was unreasonable increase. **Conclusion:** The payment system of medical insurance and the budget management capacity of basic medical insurance fund should be further improved, and the mechanism for monitoring and adjusting medical insurance policies should be optimized.

Keywords health insurance; medical expense; hospitalization expense; reimbursement of health insurance; patient cost-sharing; Beijing

First-author's address Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Peking University, Beijing, 100191, China; China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing, 100191, China

Corresponding author Meng Qingyue, E-mail: qmeng@bjmu.edu.cn

为进一步提高基本医保统筹水平, 促进城市和农村居民基本医保制度公平性, 北京市整合城镇居民基本医疗保险(以下简称城镇居民基本医保)和新型农村合作医疗(以下简称新农合), 于2018年1月1日起正式实施统一的城乡居民基本医疗保险制度(以下简称城乡居民基本医保)^[1]。城乡居民基本医保完成整合后, 筹资水平由人均1 200元提升至人均1 640元, 门诊最高支付标准提高了5个百分点, 住院最高支付标准提高了5~10个百分点^[1]。

目前, 关于北京市整合城镇居民基本医保和新农

合政策(以下简称“两保合一”政策)的实证分析仍有待完善, 关于医保政策导致不合理医疗费用增长的定量分析更是鲜见。基于此, 本研究以北京市住院费用为研究对象, 分析“两保合一”政策对北京市患者住院费用及其结构的影响, 从而为全面认识“两保合一”政策产生的效果以及为未来制定更加科学的医保政策提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究数据来自于北京市卫生健康大数据与政策研究中心, 包括北京市2017—2018年二、三级医院住院病案首页数据和北京市全国第6次卫生服务调查数据(以下简称北京市卫生服务调查数据)。

住院病案首页数据用于分析“两保合一”政策对患者住院费用的影响, 并估计政策实施前后住院实际报销比的变化。数据经清理后, 本研究纳入北京市2017—2018年二、三级医院住院病案首页记录约425.6

① 北京大学医学部公共卫生学院卫生政策与管理系

北京 100191

② 北京大学中国卫生发展研究中心

北京 100191

③ 北京市卫生健康大数据与政策研究中心

北京 100034

作者简介: 石振宇(1995—), 男, 博士在读; 研究方向: 卫生经济与卫生政策; E-mail: shizhenyu@bjmu.edu.cn。

通信作者: 孟庆跃, E-mail: qmeng@bjmu.edu.cn。

万条。北京市卫生服务调查数据及其匹配的住院病案数据用于估计收入弹性以及人均可支配收入，为计算不合理住院费用增长提供必要参数。数据经清理后，本研究纳入与2017年匹配的住院病案记录居民医保被调查者共计2 254人。

1.2 研究方法

1.2.1 “两保合一”政策对住院费用的影响

本研究首先估计了“两保合一”政策对北京市患者住院费用的影响，以全自费住院患者为参照组，构建双重差分模型。

$$\ln(Y_{it}) = \alpha + \sum_{p=1}^4 \beta_p DID_{pit} + \sum_{p=1}^4 \gamma_p Treat_{pi} + \gamma_5 Post_t + \theta_l X_{lit} + \delta_{addr} + \eta_h + \kappa_{month} + \lambda_{year} + \zeta_d + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

式(1)中， $\ln(Y_{it})$ 为因变量，指患者*i*在时间*t*的年度、单次住院费用的对数。本研究进一步加入患者住院天数的对数来估计政策对每床日住院费用的影响。 $Treat_{pi}$ 为患者医保类型生成的哑变量；*p*取值1~4分别代表城镇职工基本医疗保险（以下简称职工基本医保）、城乡居民基本医保、全公费以及其他医保类型； $Post_t$ 代表改革后（即2018年）； DID_{pit} 为 $Treat_{pi} \times Post_t$ ； β_1 、 β_2 和 β_3 可以分别估计政策对职工基本医保、城乡居民基本医保以及全公费患者住院费用的影响； X_{lit} 代表控制变量，包括年龄、性别、职业等社会人口学特征、过敏史及离院方式等住院相关特征。此外，还控制了患者所在区县的人均地区生产总值。 δ_{addr} 、 η_h 、 κ_{month} 和 ζ_d 分别控制患者所在区、医疗机构、月份以及疾病类型的固定效应。在以年度总费用作为因变量时，本研究仅控制住院记录中花费最高那次的相关变量。

通过引入区分城区和郊区患者的哑变量（城区包括东城区、西城区、石景山区、海淀区、朝阳区和丰台区，郊区为城区以外的其他地区）、 DID_{2it} 和 $Treat_{2i}$ 项的交互项，估计政策对城区和郊区患者住院费用的影响。

本研究利用事件研究法分别对每类医保患者与参照组住院费用变化进行平行趋势检验。

$$\ln(Y_{it}) = \alpha + \sum_{q=-3}^{-1} \beta_q I(t_{quarter} - T_D = q) \times (Treat_i = 1) + \sum_{q=1}^4 \beta_q I(t_{quarter} - T_D = q) \times (Treat_i = 1) + \gamma_1 Treat_i + \theta_l X_{lit} + \delta_{addr} + \eta_h + \kappa_{month} + \lambda_{year} + \zeta_d + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

式(2)中， $t_{quarter}$ 代表患者住院所在季度，以2017年第1季度为1， T_D 为参考时点（即2017年第4季度， $t_{quarter} = 4$ ），若满足 β_3 、 β_2 、 β_1 均与0无明

显差异，则认为满足平行趋势检验的要求。

1.2.2 “两保合一”政策对住院费用结构的影响

本研究对不合理住院费用的估算参考了Nyman研究中的方法^[2-3]，将医保报销视为一种转移收入，式(3)通过估计医保报销增加的转移收入以及患者住院费用的收入弹性，估算出获得医保报销后的医疗费用合理增长水平，进而估算出医疗费用合理增长所占比重。

$$\text{合理的住院费用增长占比} = \frac{HE_{\text{仅收入效应}} - HE_{\text{自然增长}}}{HE_{\text{改革后}} - HE_{\text{自然增长}}} \quad (3)$$

$$\begin{aligned} \frac{HE_{\text{仅收入效应}} - HE_{\text{自然增长}}}{HE_{\text{自然增长}}} &= \epsilon \left(\frac{\text{增加的报销费用}}{\text{人均家庭可支配收入}} \right) \\ &= \epsilon \left(\frac{r_1 \times HE_{\text{改革后}} - r_0 \times HE_{\text{自然增长}}}{\text{人均家庭可支配收入}} \right) \end{aligned} \quad (4)$$

仅考虑收入弹性的合理住院费用水平可根据式(4)获得。式(4)中的关键参数为改革前医保实际补偿比 r_0 、改革后医保实际补偿比 r_1 以及住院服务的收入弹性 ϵ 。

实际补偿比通过剔除实际补偿比低于10.0%或高于90.0%的住院病案首页记录后取中位数得到。北京市居民基本医保患者住院费用的收入弹性主要采用对数线性模型估计。

$$\ln(Y_{it}) = \alpha + \beta_1 \ln income_i + \theta_l X_{lit} + \delta_{addr} + \kappa_{month} + \varepsilon_{it} \quad (5)$$

式(5)中， $\ln(Y_{it})$ 指患者年度住院总费用的对数； $\ln income_i$ 为家庭人均可支配收入（去除食品支出后的家庭人均收入）； X_{lit} 代表一系列控制变量； δ_{addr} 和 κ_{month} 分别控制患者所在区、月份固定效应。根据以上模型，患者住院费用的收入弹性为 $(e^{\beta_1} - 1)$ 。本研究通过住院病案首页患者的年龄和医保结构对卫生服务调查数据的回归结果进行加权校正，结果部分汇报了未加权与加权的估计结果。

2 研究结果

2.1 “两保合一”对北京市患者住院费用的影响

表1的结果表明，2017—2018年，参考组（全自费患者）年均和每床日住院费用分别增长约6.2%和3.8%，实际增长 $\exp(0.062) - 1 = 6.4\%$ ，此处汇报系数代表的增长率的约数值。“两保合一”政策使得居民医保患者的年均、次均和每床日住院费用分别增长了4.1%、6.3%和4.9%。

表2结果表明，“两保合一”政策对职工基本医保和全公费患者的住院费用增长也有明显促进作用，尤其是对次均住院费用和每床日住院费用的影响，但政策效应整体小于城乡居民基本医保患者，这提示政策

表1 “两保合一”对北京市患者住院费用的影响

变量名	年均住院费用		次均住院费用		每床日住院费用	
	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
UEBMI×改革后	0.022	0.021	0.049**	0.022	0.045**	0.020
URRBMI×改革后	0.041*	0.021	0.063**	0.022	0.049**	0.019
全公费×改革后	0.036*	0.019	0.063***	0.017	0.046**	0.021
其他付费×改革后	0.016	0.021	0.037	0.023	0.044*	0.022
改革后	0.062***	0.016	0.022	0.018	0.038**	0.016

注：UEBMI为城镇职工基本医疗保险；URRBMI为城乡居民基本医疗保险；*、**、***分别示 $P<0.1$ 、 $P<0.05$ 和 $P<0.01$ ，取患者所在区水平上的聚类标准误。

表2 “两保合一”对城区和郊区患者住院费用的影响

变量名	年均住院费用		次均住院费用		每床日住院费用	
	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
URRBMI×改革后×城区	0.050	0.030	0.078**	0.029	0.049*	0.024
URRBMI×改革后×郊区	0.037*	0.018	0.056**	0.019	0.049**	0.018
改革后	0.064***	0.016	0.026	0.018	0.037**	0.015

注：URRBMI为城乡居民基本医疗保险；*、**、***分别示 $P<0.1$ 、 $P<0.05$ 和 $P<0.01$ ，取患者所在区水平上的聚类标准误。

效应溢出可能也影响到了其他医保患者。

2.2 “两保合一”对北京市患者住院费用结构的影响

如表3所示，“两保合一”政策使得城乡居民基本医保患者住院实际补偿比由54.0%增加至60.3%，结合表1，

可以估计年均住院费用价格弹性约为-0.290。北京市居民医保患者住院费用收入弹性为0.206（加权后）。

“两保合一”政策实施后，城乡居民基本医保患者住院费用平均增长约587元。其中，不合理增长占比

表3 “两保合一”对住院费用结构的影响

变量名	未加权	加权后	
		城区	郊区
住院实际补偿比(%) ^a			
改革前	54.000	57.600	52.700
改革后	60.300	61.800	59.800
住院费用增速估计系数 ^b			
政策效应	0.041	0.050	0.037
参照组(自然增长)	0.062	0.064	0.064
年均住院费用(元) ^c			
改革前(实际)	13 174	14 158	12 734
改革后(模型估计)	14 603	15 867	14 087
改革后(按自然增长)	14 017	15 093	13 575
患者住院费用收入弹性估计系数 ^d	0.213	0.187	0.187
家庭人均可支配收入(元)	8 956	12 393	7 853
新增住院费用(元)	587.000	774.000	512.000
合理部分	78.300	36.000	88.200
不合理部分	21.700	64.000	11.800
新增医保支出(元)	1 237	1 112	1 270
合理部分	93.800	72.500	97.200
不合理部分	6.200	27.500	2.800

注：未加权结果指家庭人均可支配收入以及收入弹性两个参数未加权。所有费用及收入值根据北京市居民消费价格指数调整至2019年可比的水平。a为剔除实际补偿比低于10.0%或高于90.0%的住院病案首页记录后得到的中位数。b取自表1和表2的模型估计结果。c取2017年患者年度住院费用对数的均值，再取逆对数得到。家庭人均可支配收入的计算也采用上述方法。d为居民医保患者的年均住院费用收入弹性。

32.0% (加权后); 人均住院医保支出增加1 237元, 其中, 因住院费用不合理增长导致的额外医保支出占比9.1% (加权后)。

分析政策对城区和郊区住院患者住院费用结构的影响发现, 尽管郊区患者住院实际补偿比增加更多, 但其住院费用增长少于城区住院患者, 其不合理住院费用增长和不合理医保支出增长也较少。

2.3 结果的检验

图1、图2和图3分别展示了政策实施前后职工基本医保、城乡居民基本医保以及全公费患者与参照组全自费患者住院费用变化趋势的差异。事件研究法结果表明, 相较于2017年, 各类医保患者在2018年的住院费用均较参考组(全自费患者)有明显增长, 印证了政策对住院费用增长的促进作用。

图2显示, 城乡居民基本医保患者与全自费患者年均住院费用在2017年第1季度的差异与之后3个季度不同, 这可能会导致对政策效应估计产生偏倚, 进而影响对不合理住院费用的估计。本研究进一步剔除第1季度的样本后结果显示, 剔除第1季度后的政策效应估计结果(表4)与表1中结果基本一致。

3 讨论

3.1 城乡居民基本医保患者住院服务可及性提高, 但应防止住院费用过快增长

“两保合一”政策实施以后, 城乡居民基本医保患

者的住院服务利用程度明显增加, 住院服务可及性明显提高。对年均、次均和每床日住院费用的分析结果显示, 城乡居民基本医保患者的次均住院费用增长主要是每床日住院费用增长所致。患者年均住院费用增幅普遍小于次均住院费用, 提示住院服务可及性的提高可能降低了住院患者的多次住院风险, 对住院服务质量起到了改善作用。

医保补偿水平提升可能是住院服务可及性增加的最主要因素。本研究估计北京市住院患者住院费用的价格弹性系数为-0.29。该价格弹性(绝对值)高于RAND实验的结果。除政策、资源环境差异外, 这可能与RAND实验各组实际自付比整体更低有关(各组实际自付比均不高于31%)^[4-5]。本研究的数据方法与国内杳钰淇等对G市的研究比较相近, 其估计的住院费用价格弹性为-0.11^[6]。研究以职工基本医保患者作为参照组, 可能会因政策对参照组的影响而低估政策效应。若以职工基本医保患者为参照, 本研究得到的年均和次均住院费用价格弹性系数分别约为-0.13和-0.10, 与其比较接近。此外, 该研究^[6]运用医保数据更精确地计算了实际报销比变化, 也可能是其结果与本研究存在差异的一个原因。

除医保补偿水平提升外, 医保定点医院范围的扩大、报销流程的优化等可能也会对住院服务利用产生影响。北京市医疗资源相对丰富, 改革前已有大量医

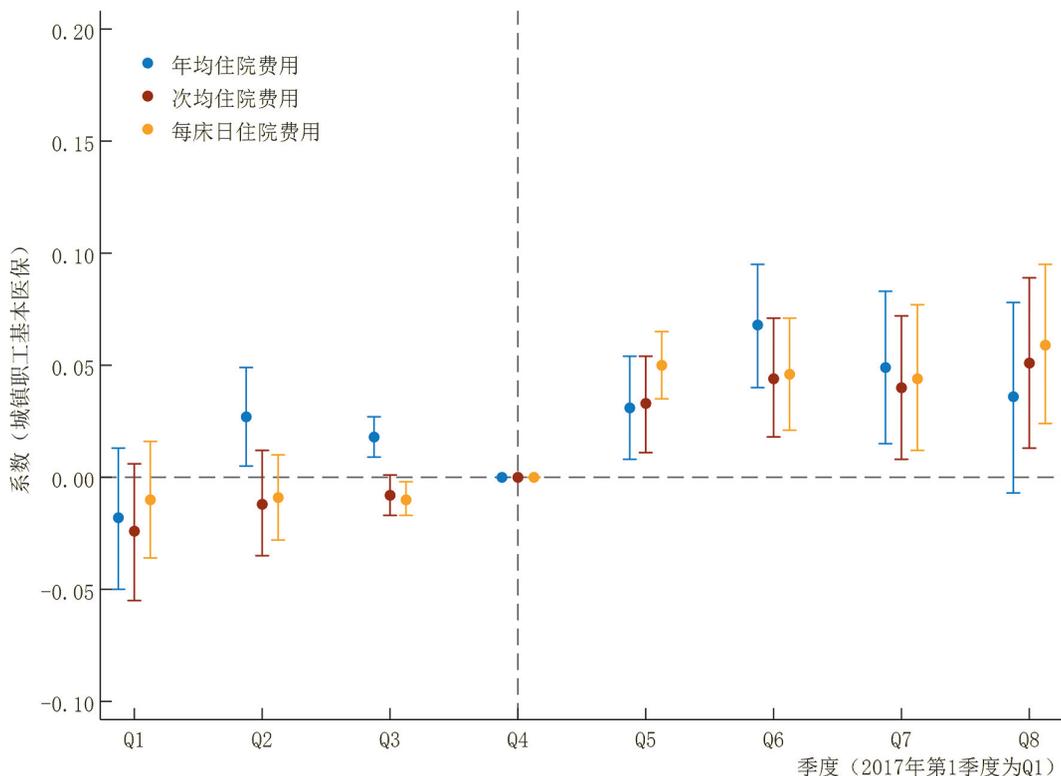


图1 政策实施前后城镇职工基本医保患者与全自费患者住院费用变化差异

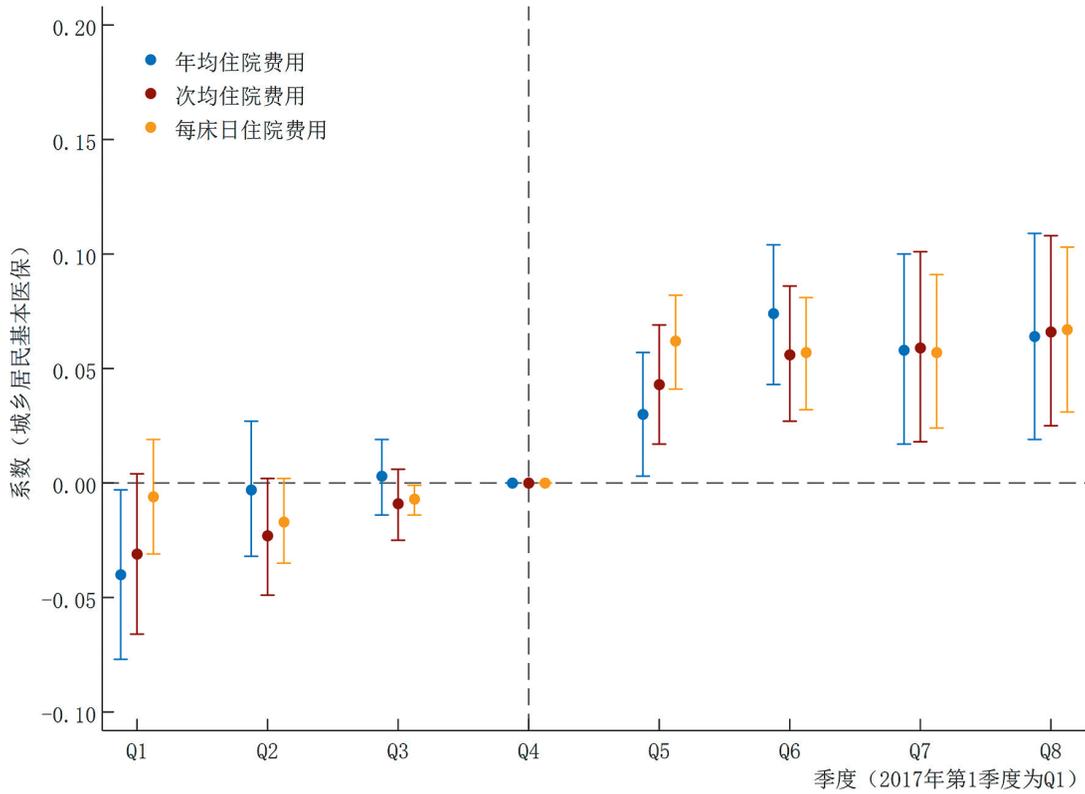


图2 政策实施前后城乡居民基本医保患者与全自费患者住院费用变化差异

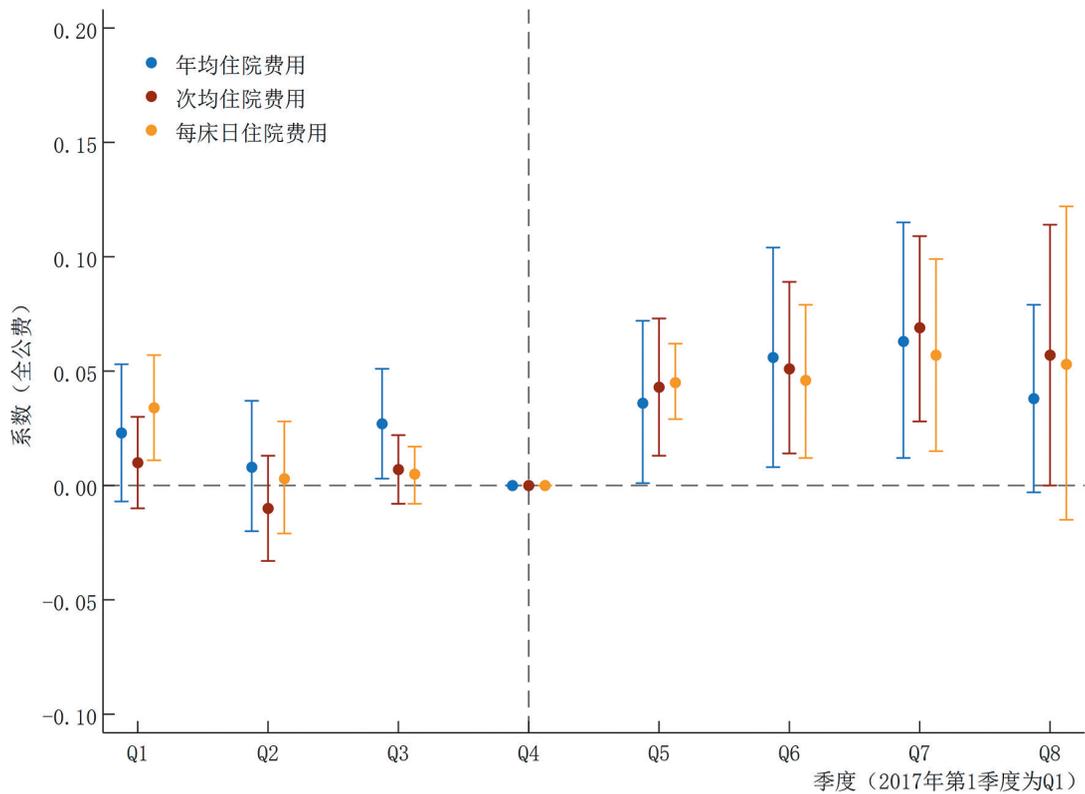


图3 政策实施前后全公费患者与全自费患者住院费用变化差异

表4 “两保合一”对患者住院费用的影响(剔除第1季度)

变量名	年均住院费用		次均住院费用		每床日住院费用	
	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
UEBMI×改革后	0.027	0.024	0.064**	0.026	0.058**	0.024
URRBMI×改革后	0.050*	0.024	0.078***	0.026	0.063**	0.022
全公费×改革后	0.050**	0.021	0.088***	0.022	0.069**	0.026
其他付费×改革后	0.016	0.023	0.050*	0.025	0.058**	0.024
改革后	0.052***	0.017	0.006	0.019	0.020	0.017

注: UEBMI为城镇职工基本医疗保险, URRBMI为城乡居民基本医疗保险。*、**、***分别示 $P<0.1$ 、 $P<0.05$ 和 $P<0.01$ 。取患者所在区水平上的聚类标准误。

院纳入医保定点范围,且住院服务主要针对病情较严重的患者。因此,本研究认为住院服务利用受定点医院范围以及报销流程等的影响相对较小。

“两保合一”提高了患者支付能力,改善了住院服务可及性,但也为住院费用的过快增长提供了空间,需要在提高医保保障水平时,防范因医疗费用的过快增长给个人和医保基金带来新的负担^[7-10]。

医疗费用过快增长的一个证据是“两保合一”政策引起的医疗费用增长与患者支付意愿的提升不同步。本研究通过收入弹性测量了患者支付意愿,进而估计出增长的住院费用中有约1/3的住院费用增长超出了患者支付意愿,给患者带来新的负担,影响其政策获得感。

尽管职工基本医保住院补偿水平并未明显变化,但“两保合一”政策实施后,职工基本医保患者住院费用增速也有所提升,这可能会增加职工基本医保患者的医疗负担。本研究认为,职工基本医保患者住院费用增长主要是受到供方行为变化的影响。

医保基金支出的过快增加,将对个人、社会和政府的医保筹资造成压力。随着医保保费的增长,将会影响个人参加基本医保的意愿,健康和低收入人群退出基本医保的风险可能会升高,将会威胁到全民健康覆盖和基本医保基金的可持续发展^[11-12]。

3.2 基本医保制度的公平性得到明显改善,但仍需关注城乡居民服务利用差距

整合基本医疗保险是促进健康公平的重要措施^[13]。“两保合一”政策实施后,职工和居民医保患者医保补偿水平和住院服务利用的差距逐渐缩小。城区和郊区患者的城乡居民基本医保实际住院补偿比均有所上升,两者住院实际补偿比差距减小,城区和郊区居民基本医保待遇的制度公平得到明显改善。然而,从住院服务利用的角度看,本研究的结果提示,应当关注城乡居民医疗服务利用差异。

北京市郊区农村人口占比高,“两保合一”政策实施后,郊区患者实际住院补偿比提升也更多,但政策对城区患者住院费用的影响可能更大。相比于郊区患者,城区患者支付能力和医疗资源可及性相对更高,

当医保补偿水平提升时,城区患者更有能力也更有条件利用更多的医疗服务。

尽管城乡居民基本医保制度实现了统一,实际补偿比的差距也明显缩小,但城乡居民对“两保合一”政策反应的差异可能会进一步拉大两者在服务利用上的差异,从而导致医保基金过多流向城区居民医保患者,产生“农村补贴城市”“穷人补贴富人”的现象,影响医保整合政策目标的实现^[14]。

4 建议

在医保补偿政策调整完善过程中,应当重视医疗服务供方的合理权益,推动医保打包付费和结余留用政策执行,发挥供方在监督医疗服务利用方面的重要作用;推动治疗方法明确、固定但治疗周期较长的康复等服务在当地或居家治疗,降低患者医疗负担。

应当提高医保基金预算管理水平,建立科学主动的医保筹资策略,实现人群支付能力、医保补偿水平和医疗服务利用的同步增长。建立以收入为基础的城乡居民基本医保筹资模式,减轻低收入群体医保筹资压力,避免保费过快增长造成的脱保等问题,实现基本医保制度的“权责统一”。

应当建立医疗费用和医保基金支出监测体系,科学估算医疗费用和医保支出的合理增长水平,进而制定触发控费政策的“警戒阈值”及明确的控费目标,及时控制医疗费用过快增长并避免盲目控费对医疗服务可及性的影响。科学评估医保政策对不同患者的影响差异,对低收入和资源条件较差地区人群实施有倾斜的补贴和补偿政策,充分保障其享受医保待遇的权利。

参 考 文 献

- [1] 徐仁忠. 北京市全面实施统一的城乡居民医保制度的探索及思考[J]. 中国医疗保险, 2018(2): 27-30.
- [2] NYMAN J A, KOC C, DOWD B E, et al. Decomposition of moral hazard[J]. Journal of health economics, 2018(57): 168-178.

(▶▶下转第32页▶▶)

化方向发展。同时要对手术难度大、风险高的FM19病组，及时调整医疗服务价格，提升医务人员服务占比，保障医务人员劳动积极性。

通过对高值耗材的使用情况进行分析，高值耗材的价格有所下降，但人均使用数量均有所提升。这一方面与高值耗材的降价，导致多数患者都可承担其费用，在数量的选择上“更加充裕”有关。另一方面也可能存在医疗行为不规范的现象，存在高值耗材的滥用，出现“以耗养医”的现象^[6]。因此，建议医疗机构应优先使用集中采购的药品和耗材，降低患者住院负担，同时医疗机构应加强对FM19病组重点耗材的监管，规范医疗行为，避免出现“以耗养医”的现象。

3.3 完善对FM19病组的付费动态调整机制，促进医疗机构精细化管理

通过对FM19病组的支付方式改革实施前后的盈亏情况进行分析，烟台市FM19病组DRG支付标准明显高于实际次均住院费用，每收治1名FM19病组住院患者平均结余为21 577.28元。国家医保局印发的《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》提出，DRG支付标准由前3年的历史数据进行测算得出。但目前，随着心脏冠脉支架、冠脉球囊等高值耗材的集中采购，住院费用下降趋势明显，医保部门根据集中采购前的测算标准拨付医保基金，导致FM19病组的结余较多。因此，各地医保部门要及时对医疗机构开展DRG清算工作，及时有效地获得入组患者的就诊信息，并根据病组的实际历史数据调整支付

标准，实施动态调整机制，保证医保基金的支付合理性。由于医疗机构在FM19病组医保基金结余留用的基础上导致住院人次增加。因此，建议医保部门运用医保基金监管指标体系^[7-8]，加强医生行为的规范性，对入院患者的手术指征加强监管，避免出现诱导入院的情况^[4,9]。

参 考 文 献

- [1] 王娅玲, 张铎龄, 张译丹, 等. 多种统计模型在冠心病医疗费用影响因素中的应用与比较[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(3):198-200,204.
- [2] 《中国心血管健康与疾病报告》2021(冠心病部分内容)[J]. 心肺血管病杂志, 2022, 41(12):1205-1211.
- [3] 江敏. 分段可调式血管压迫器的设计与应用[J]. 中国实用护理杂志, 2012(35):30.
- [4] 马宗奎, 刘明孝, 胡靖琛, 等. 基于新灰色关联与结构变动度的DRG付费改革对冠心病患者次均住院费用影响[J]. 中国医院管理, 2022, 42(8):70-73.
- [5] 阙楚楚, 张晨阳. 冠脉支架集采对医疗机构及医务人员的影响研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(1):93-96,115.
- [6] 徐阅, 刘黎明, 程薇. 基于间断时间序列的北京市冠心病住院费用变化研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(9):53-57.
- [7] 崔斌, 程斌, 朱兆芳, 等. DRG付费模式下的医保基金监管指标体系构建[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(9):29-32.
- [8] 程斌, 朱兆芳, 崔斌, 等. DRG付费模式下医保基金监管机制探讨[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(9):33-36.
- [9] 李洋, 崔立君, 毛静馥, 等. 基于DRG付费改革的医院病组盈亏结构分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(9):81-83.

[收稿日期: 2023-05-20] (编辑: 彭博)

(◀◀上接第28页◀◀)

- [3] NYMAN J A. Is “moral hazard” inefficient The policy implications of a new theory[J]. Health affairs, 2004, 23(5): 194-199.
- [4] MANNING W G, NEWHOUSE J P, DUAN N, et al. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment[J]. American economic review, 1987, 77(3):251-277.
- [5] KEELER E B, ROLPH J E. The demand for episodes of treatment in the health insurance experiment[J]. Journal of health economics, 1988, 7(4):337-367.
- [6] 杳钰淇, 傅虹桥, 李玲. 患者成本分担变动对医疗费用和健康结果的影响——来自住院病案首页数据的经验分析[J]. 经济学, 2020, 19(4):1441-1466.
- [7] LEI X Y, LIN W C. The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health[J]. Health economics, 2009, 18(Suppl 2):S25-S46.
- [8] WAGSTAFF A, LINDELOW M. Can insurance increase financial risk[J]. Journal of health economics, 2008, 27(4): 990-1005.
- [9] HOU Z, VAN DE POEL E, VAN DOORSLAER E, et al. Effects of NCMS on access to care and financial protection in

China[J]. Health economics, 2014, 23(8):917-934.

- [10] HUANG X, WU B. Impact of urban-rural health insurance integration on health care: Evidence from rural China[J]. China economic review, 2020(64):101543.
- [11] XU M, YANG W. Who will drop out of voluntary social health insurance? Evidence from the new cooperative medical scheme in China[J]. Health policy and planning, 2021, 36(7):1013-1022.
- [12] FADLALLAH R, EL-JARDALI F, HEMADI N, et al. Barriers and facilitators to implementation, uptake and sustainability of community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries: a systematic review[J]. International journal for equity in health, 2018(17):18.
- [13] MENG Q, FANG H, LIU X, et al. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system[J]. The lancet, 2015, 386(10002): 1484-1492.
- [14] 陈东权, 郭斌, 程怀志, 等. 医保制度整合背景下我国城乡居民卫生服务利用公平性研究进展[J]. 卫生软科学, 2023, 37(2):1-5.

[收稿日期: 2023-08-26] (编辑: 高非)