

医疗保险对中医医院住院服务的影响

刘超^{1,4} 徐程^{2*} 刘国恩³ 常精华⁴

(1. 澳门大学中华医药研究院, 澳门特别行政区氹仔徐日昇寅公马路; 2. 西南财经大学公共管理学院;

3. 北京大学光华管理学院; 4. 北京大学中国医药经济研究中心)

* 通讯作者: judyxu10@hotmail.com, 13880733839

[摘要] 目的 研究医疗保险对中医医院住院医疗服务利用的影响及其机制。方法 收集全国 100 家中医医院住院患者资料, 以医疗服务利用行为模型为理论框架, 以 Multinomial Logit Model 方法分析医疗保险对治疗方式选择的影响, 以 Logit Model 分析医疗保险对中草药、中成药使用的影响, 以 OLS Regression Model 分析医疗保险对住院费用的影响。结果 相对自费患者, 公费和社保患者接受中西医结合治疗的概率最高, 中医治疗最低。同时有医疗保险的患者接受中草药和中成药治疗的概率也比自费患者高。住院费用方面, 有医疗保险患者的费用显著高于自费医疗的患者。结论 医疗保险对中医医疗服务的利用起着重要的作用, 医疗保险制度需要合理设计, 以整合和优化中西医医疗资源, 充分发挥中医药优势。

[关键词] 医疗保险; 中医医疗服务; 住院患者; 治疗方式; 住院费用

随着“看病难、看病贵”的呼声日隆, 政府将实行全面医疗改革, 建立全面的基础医疗保障制度来解决这一难题。中医药具有简、便、验、廉的特点, 即用药简单、药材取材方便、疗效确切、价格经济^[1], 在合作医疗时代发挥着重要作用^[2], 可能成为缓解日趋严重的医疗服务压力的途径之一。然而, 目前医疗保险对中医医疗服务利用的影响的实证研究却很少, 仅有的研究也只局限于少数医院, 样本量有限^[3-9]。本文采用大样本临床数据, 重点分析医疗保险对于中医医院住院医疗服务利用的影响, 深入探讨其影响机制, 为决策提供实证依据。

1 资料

本文使用的数据来源于中医医院医疗质量监测中心(简称监测中心)。监测中心从 2020 所中医医院的样本中, 按地区、中医医院的级别并根据“整群分层、随机抽样”的统计学原则, 抽取全国除台湾省、香港特别行政区、西藏自治区、青海省、宁夏回族自治区外各省、自治区、直辖市的 100 家中医医院作为监测对象, 是国内最庞大、最完整的中医药信息资源平台。本文数据为 2003—2007 年 100 家中医医院的住院监测数据, 包括国家中医药管理局 30 个重点专科主攻病种的完整住院病历首页信息。在全部的 141 780 份病历中, 选择样本量大于 10 000 的 4 个病种纳入分析, 分别是肺恶性肿瘤(疾病 ICD10 编码: C34.901)、非胰岛素依赖型糖尿病(E11.901)、腰椎间盘突出(M51.202)和颈椎关节强硬(M47.821)。将研究变量存在缺失的记录剔除后, 纳入分析的病例共计 87 248 例。

2 方法

2.1 理论模型

本文旨在研究中医医院住院医疗服务的中医使用率和费用, 因此采用医疗保健服务利用行为模型。该模型由 Andersen 在 1968 年创立, 认为一个人在决定是否利用医疗保健服务时主要受到预置(Pre-disposing)、能力(Enabling)、和需要(Need)3 个方面的因素影响^[10]。预置因素指疾病发生之前, 有哪些特质的人比较倾向于使用医疗保健服务; 能力因素指个人获得医疗保健服务的能力; 需要因素指个人感受到某些医疗保健需要后才产生求医行为。根据 Andersen 模型框架, 本研究模型的解释变量包含上述 3 大类因素, 具体为年龄、性别、民族、婚姻状态(独身、已婚)、支付手段(公费、社会保险、自费和其他方式)、疾病严重程度(如疾病种类、入院方式、入院情况)、出院科室、医院级别、医院地区及入院的年份。

2.2 计量模型

住院治疗方式采用离散选择模型(Multinomial Logit Model)。当人们发生疾病需要医疗卫生服务的时候, 所面临的可供选择的治疗方式有很多, 例如本研究中医医院的住院患者有中医、西医及中西医结合治疗 3 种可能。这样的决策过程属于多项离散选择问题, 考虑应用 Luce^[11] 首先推导、后由 McFadden^[12] 为代表发展起来的、专门用于分析无序多分类的多项 Logistic 回归模型^[13-14]。我们先以中医为对照, 分析包含医疗保险在内的影响因素对患者使用中西医结合、西医与中医治疗方式的差别。再以西医为对照, 分析中西医结合与西医的差别。

中草药和中成药的使用采用二元选择模型 Logit Model 进行回归分析。

住院费用模型,考虑到住院费用作为因变量的回归模型中采用的是 OLS Regression Model,根据标准的经验法则,对于一个以正值数量为单位的变量,通常都是取对数,所以住院费用分析模型中被解释变量采用的是住院费用的对数形式。

以上研究均使用 STATA 9.2 统计软件进行分析。

3 结果

3.1 描述性分析结果

表 1 示,按照治疗方式分类,大部分病例为中西医结合治疗,占 54%,其次为中医治疗,西医治疗只占 11%。从支付方式上来看,自费医疗约占一半左右,其余是社保占 40%左右,公费医疗占 3%~6%。拥有医疗保险(公费、基本医疗)的患者选择中医治疗的比例高于自费医疗的患者。

表 1 不同治疗方式与保险的统计描述[例(%)]

支付方式	自费	公费	社保	其他	合计
中医	16637(54)	980(3)	12246(40)	999(3)	30862(35)
中西医	22326(47)	2610(6)	20594(43)	1798(4)	47328(54)
西医	4661(51)	332(4)	3572(39)	493(6)	9058(11)
总计	43624(50)	3922(4)	36412(42)	3290(4)	87248(100)

表 2 示,西药在中医治疗和中西医结合治疗中的使用率都高达 96%和 98%。另有 52%的西药治疗患者使用了中成药,26%的西药治疗患者使用了中草药。中西医结合治疗的患者使用中草药和中成药的比例分别为 58%和 80%。说明在中医医院的临床业务中,中医与西医并非泾渭分明,而是互有借鉴。除西药外,中医治疗的患者也广泛使用了如尿检、血检、X 线、MRI 等现代诊断方式(数据未报告)。

表 2 不同治疗方式中草药、中成药和西药的使用比例(%)

治疗方式	中草药	中成药	西药
中医	70	81	96
中西医	58	80	98
西医	26	52	96

3.2 模型分析结果

表 3 示,保险与选择治疗方式之间有相关性。相比中医治疗和西医治疗,公费对患者使用中西医结合治疗有显著的正向影响,且具有统计学意义($P<0.01$)。相比中医治疗,公费医疗的患者更倾向于选择西医治疗。拥有社保的患者也更偏向使用中西医结合治疗($P<0.01$),但是这些患者使用中医的可能性略高于西医治疗($P<0.1$)。

表 3 医疗保险对治疗方式的影响

支付方式 (对照:自费)	中西医 (对照:中医)	西医 (对照:中医)	中西医 (对照:西医)
公费	2.19** [2.00—2.40]	1.37** [1.18—1.59]	1.60** [1.41—1.82]
社保	1.12** [1.08—1.16]	0.95* [0.89—1.00]	1.18** [1.12—1.24]
其他	1.10* [1.00—1.20]	1.09 [0.95—1.25]	1.00 [0.89—1.13]

注:括号内为置信区间 CI; * $P<0.05$, ** $P<0.01$;模型中控制了但未报告的变量还包括患者年龄、性别、婚姻状况、民族、入院方式、入院情况、出院科室、疾病种类、医院级别、地区以及入院年份等,模型截距未报告

表 4 示,在控制其他因素之后,保险的覆盖对患者使用中草药和中成药都有显著的正向影响。

表 4 医疗保险对中草药和中成药使用的影响

支付方式(对照:自费)	中草药	中成药
公费	1.40[1.30—1.51]*	2.07[1.89—2.27]*
社保	1.32[1.28—1.36]*	1.84[1.77—1.91]*
其他	1.34[1.24—1.46]*	1.43[1.31—1.57]*

注:括号内为置信区间 CI; * $P<0.01$;模型中控制了但未报告的变量还包括患者年龄、性别、婚姻状况、民族、入院方式、入院情况、出院科室、疾病种类、医院级别、地区以及入院年份等,模型截距未报告

表 5 示,医疗保险对医疗费用的影响十分显著。公费医疗、拥有社保或者其他医疗保险的患者的医疗费用都明显高于没有保险的患者($P<0.01$)。

表 5 医疗保险对住院费用的影响

支付方式(对照:自费)	住院费用
公费	1.629[0.0236]*
社保	1.335[0.0084]*
其他	1.242[0.0196]*

注:括号内为置信区间 SE; * $P<0.01$;模型中控制了但未报告的变量还包括患者年龄、性别、婚姻状况、民族、入院方式、入院情况、出院科室、疾病种类、医院级别、地区以及入院年份等,模型截距未报告

4 讨论

以上研究结果显示,医疗保险可以明显提高中医医院住院患者中草药和中成药的使用。但是与单纯的中医或者西医治疗相比,公费医疗和社会保险患者接受中西医结合治疗的可能性远远高于自费患者。同时医疗保险患者的住院费用也明显高于自费患者。这在一定程度上说明医疗保险对中医药简、便、验、廉特色服务发挥的影响具有两面性。其一,医疗保险可以降低住院患者的医疗负担,提高医疗服务的可行性,有利于患者和医务人员合理使用中医和西医的临床诊疗服务。尤其是目前我国医疗保险对中草药的覆盖率较高。由于中草药的药源广泛,药材品种繁多,使用剂量和规格差别大,医疗保

险对中草药采用排除法,制定不予支付的药品目录。这种方式将绝大多数中草药纳入了医疗保险的偿付范围内。另外,各省市根据自身条件,制定了相应的提高中医药特色服务的补偿比例、降低报销起付线等倾向政策。这些都有利于促进中医药特色服务的使用。其二,医疗保险有可能导致参保患者过度利用医疗服务,造成更大的资源浪费。我国目前医院的收入主要分为财政/上级补助收入和营业收入两大部分。随着中国的经济改革,医院从政府获得的财政补贴越来越不足以维持发展的需要。医院主要依靠自身营业收入(医疗服务收入+药品收入)来维持发展。根据2009年中国卫生统计年鉴,综合医院和中医院从财政和上级补助得到的收入占总收入不足10%。而医院业务收入中,药品收入就占到近一半,其中中医院为50.28%,略高于综合医院的45.50%。

从医疗服务的角度来看,中医医疗服务范围窄,项目数目少,定价偏低,有些项目甚至低于成本。目前国家确定《全国医疗服务价格项目规范》中,西医的诊疗收费项目有近4000项,而中医则不足100项。同时,中医传统的诊疗项目收费标准远低于西医诊疗项目的收费标准,且多年未变,如肩关节脱位切开复位术(编码:331506002)1300元,中医项目肩关节脱位整复(编码:420000005-1)115元。同样的医疗服务因手段不同价格就相差10倍,中医师服务的人力成本得不到体现。国家中医药管理局曾对66家中医院的54个中医诊疗服务收费项目进行了成本与价值的比较,发现最常用的中药熏药治疗、骨折手法整复术、普通针刺、耳针、灸法、拔罐疗法,其盈利率均为负数^[15]。一些具有中医特色的传统治疗方法没有纳入医疗保险偿付范围,比如只适用于保健和养生防病,不能列入新农合的补偿范围。以上这些因素的存在,使医疗提供方中医院通过提供大量西医服务以弥补收入。

因此,医疗保险有可能导致患者和医务人员从经济利益的角度出发,重复使用西医药和中医药,这不仅会导致医疗费用的不合理上涨,还将导致医保患者的自付费用不仅没有下降,反而有所上升,加重了经济负担,降低了社会福利。

本研究在以下几个方面存在局限:首先,本研究只涵盖中医医院的住院数据,没有包括门诊数据。统计数据显示,中医以及中西医结合的年均门诊量高达13亿人次,并且门诊患者使用中药的比例更高,也更能体现中医“治未病”的特色优势。因此,中医门诊患者的数据分析将十分有意义。其次,本研

究的疾病按照西医ICD10来分类。由于医学理论的巨大差异,中、西医在诊断、治疗效果的判断标准往往难以统一。进一步的研究可以考虑专家意见,以中医的疾病诊断分类,参考中医对于病情以及愈后的判断,对中医药做成本效益分析。

参考文献

- [1]张金生,许华.浅论简便验廉是中医药的最大优势[J].中国医药指南,2007,9(S1):158-159.
- [2]吕勇.赤脚医生的历史作用对新型农村合作医疗的启示[J].卫生软科学,2006,20(4):346-348.
- [3]赵延奎,陈祥华,刘成凤,等.农村居民中医药服务利用水平及影响因素分析[J].中国卫生事业管理,2005,20(8):504-506.
- [4]肖蕾,曹治清,景琳,等.四川省农村中医药服务利用的影响因素分析[J].中国农村卫生事业管理,2009,29(4):289-292.
- [5]邱鸿钟.影响中医药服务利用的因素分析[J].中医药管理杂志,2008,2(9):93-95.
- [6]Lu AP, Jia HW, Xiao C, et al. Theory of traditional Chinese medicine and therapeutic method of diseases[J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(13):1854-1856.
- [7]Xu J, Yang Y. Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system[J]. Health Policy, 2009, 90(2-3):133-139.
- [8]Robinson N. Integrated traditional Chinese medicine[J]. Complement Ther Clin Pract, 2006, 12(2):132-140.
- [9]Jiang WY. Therapeutic wisdom in traditional Chinese medicine: a perspective from modern science[J]. Trends Pharmacol Sci, 2005, 26(11):558-563.
- [10]Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the U. S.: realized and potential[J]. Med Care, 1978, 16(7):533-546.
- [11]Luce RD. Individual choice behavior[M]. Oxford, England: John Wiley, 1959:159.
- [12]McFadden D. Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. Frontiers in Econometrics[M]. New York: Academic Press, 1974:105-142.
- [13]曹红艳,曾平,刘桂芬.多项式Logit离散选择模型的应用限制及检验[J].现代预防医学,2009,36(5):806-809.
- [14]郭鹏飞,张罗漫,熊林平,等.华东某地区军队人员门诊服务利用及影响因素分析[J].第二军医大学学报,2004,25(10):1117-1120.
- [15]北京中医药大学.中医医院及中医服务特色发展相关卫生经济政策研究//国家中医药管理局政策法规与监督司.政策法规研究项目报告汇编(2004-2007年)[M].北京,2008:3-14.

(收稿日期:2012-01-11;修回日期:2012-02-10)

[编辑:崔京艳]