

医疗保险与医药价格改革

王震

(中国社会科学院经济研究所 北京 100836)

【摘要】在全民医保背景下,医保不仅是风险分散的手段,而且作为医疗服务的主要付费方和需方代理人,应在医药价格形成中充分利用市场机制,通过参与价格形成发挥医疗资源配置者的功能。当前的主要障碍:一是医药的行政定价;二是供方事实上的行政垄断。政策突破口是建立医保医师制度,打破公立医院垄断,充分利用市场机制形成合理的医药定价机制。

【关键词】全民医保;定价机制;价格改革;医保医师

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A**【文章编号】**1674-3830(2015)8-14-3

doi:10.369/j.issn.1674-3830.2015.8.4

The Medical Insurance and Medical Care Price Reform Wang Zhen (Institute of Economics, Chinese Academy of Social Science, Beijing, 100836)

【Abstract】 Under the background of universal health care, medical insurance should play role in allocating medical resources amongst different parties in medical industries by involving in price forming system, since medical insurance is not only a way of risk diversifying, but also the main payers and the agents of the insured. However, the basic medical insurance in China is excluded from the medical price forming system, because of the monopolistic position of public hospitals in medical services and governmental price forming. The ways to solve this problem is to build a direct physician contracting system, break the monopoly of public hospitals, and construct a reasonable medical pricing system based on market mechanism.

【Key words】 universal medical insurance, pricing mechanism, pricing system reform, health insurance contracted physicians

2015年3月份重庆医改持续一周即告结束,成为各界关注的焦点。重庆医改的核心是价格改革,目标是破除以药养医,方式是“结构平移”,即通过提高医疗服务价格弥补药品加成取消后的损失,改革原则是患者负担不增加、医院收入不降低。但是,由于不同病种的治疗过程中医疗服务和药品的构成差别

很大,导致一些医疗服务占比较大的病种总费用上升。以血液透析为例,医疗服务占比较高,药品占比较低。在“结构平移”过程中,血液透析的总价格上升,从而导致血液透析患者的抗议。这是重庆医改失败的导火索。

与此相关,一种看法认为之所以患者自付费用上升,是因为医疗

保险的报销政策没有配套,从而将失败归结到“医保不配合”上。事实上,重庆市医保报销政策的调整设置了一个星期的过渡期;过渡期后医保新政策下,报销结构也将随之调整。

那么,问题在于,医保作为医疗服务最大的付费方,最主要的“购买者”,为什么在医药价格改革中没有主动介入,而是等到方案确定后,再顺次调整报销结构,成为被动的价格“接盘者”?在全民

【收稿日期】2015-7-8

【作者简介】王震,中国社会科学院经济研究所微观经济学研究室副主任,公共政策研究中心副主任,主要研究方向:社会保障,医疗卫生体制改革。*本文为国家社科基金项目《医保付费机制创新与公立医院改革研究》(14BGL145)的阶段性成果。

医保的背景下，医保在医药价格形成中应该起什么样的作用？又通过什么样的方式介入医药价格形成？在下一步改革过程中，医保的政策选择在哪里？本文将对此进行分析。

1 全民医保条件下的医药价格形成机制

从社会医疗保险的性质来看，除了分散疾病风险带来的家庭财务风险这一基本功能外，作为需方代理人，医保还应该代表需方，通过与供方议价的方式形成合理的价格。随着这一作用的强化和延伸，医保开始发挥医疗资源配置者的作用。

从国际经验来看，社会医疗保险通过与供方谈判形成合理的价格也是通行做法。比如德国社会医疗保险的经办方，通过与供方（医师协会和医院协会）的谈判达成付费协议，形成医疗服务价格，日本的模式和德国类似；美国最大的社会医疗保险Medicare及Medicaid也通过与供方谈判达成价格，并成为商业医保和医疗机构谈判定价的重要标杆。

从我国实际情况看，医疗保险的全覆盖已经实现，三大医保基金

的支付占医疗机构业务总收入的比重逐年增加，到2013年已达到50%以上（见表），医疗保险已成为医疗服务的主要支付方。因此，医疗保险代表需方与供方谈判确定医疗服务价格，符合市场规律，也符合国际经验，是全民医保下医疗服务价格形成的合理机制。

但是，从当前我国医药价格的形成看，主要还是行政定价为主，医保难以发挥医疗资源配置者的作用，成为医疗价格的“被动接单者”。在医疗服务方面，公立医疗机构以及纳入医保定点的社会办医疗机构，执行的是物价部门的定价；在药品方面，虽然是市场定价，但在药品集中采购的制度下，医疗机构只能按政府的集中招标价购买，也是一种行政定价方式，不过定价主导权从物价部门转移到了集中招标部门。

行政定价的一个依据是所谓“按成本定价”，但在没有需方的有效参与下，“按成本定价”不能反映真实的市场供求状况，由此也无法准确反映医疗服务提供的真实机会成本，所以是极为扭曲的定价机制。价格作为资源配置的信号，一旦扭曲，必然反映到医疗资源的配置上，“以药养医”就是这一扭

曲的价格机制的产物。

为破除“以药养医”，新医改以来，各地实践了一些做法，比较普遍的是所谓“结构平移”，即取消药品加成，并将药品损失平移到医疗服务价格中。但是，这仍是“成本定价”的变形，而且是一种静态思维，作为需方代理人的医保并未介入到价格形成过程。“结构平移”后形成的价格仍是扭曲的，不能反映真实的市场供需状况，也无从反映真实的成本状况。

2 医保如何介入医药价格形成

医疗保险作为主要付费方和需方代理人通过与供方谈判形成价格的机制，主要表现形式就是医保对供方的付费方式。传统上，实行的是按服务项目定价的后付制。其优点是简单明了、容易操作，但是供方和患者都没有控费动力，医保作为第三方付费，远离医疗服务的提供过程，难以控制医疗费用。为解决这一难题，一般的医疗保险都会设计患者自付比例，通过增加患者支付负担，抑制不必要的医疗支出。但是，患者自付比例难以确定：过高则增加了患者负担，失去了医保的本来含义；过低则无法形成有效激励。此外，为了控制不合理支出，医保还需要成立各种庞大的医疗费用报销监督和监管机构。

传统的按服务项目付费的模式，对供方行为也产生影响：因为供方收入依赖于提供的诊疗服务，因此治疗的疾病越多，则供方收入越高。这反映到现实中，则产生过度治疗、滥用药物等弊端。为解决这些问题，医保付费模式的改革趋势，是从后付制转向预付制。

根据预付规则的不同，预付制

表 医保基金支出占医疗机构收入的比重（单位：亿元，%）

年份	医疗机构总收入	其中业务收入	医保基金支出总额	医保基金支出占比	
				占医疗机构总收入的比重	占医疗机构业务收入的比重
2008	9153.9	8181.4	2745.9	30.00%	33.56%
2009	11309.9	10132.7	3720.3	32.89%	36.72%
2010	13726.3	11847.2	4725.9	34.43%	39.89%
2011	16473.0	13926.8	6141.6	37.28%	44.10%
2012	19985.8	16539.5	7951.6	39.79%	48.08%
2013	23147.5	19147.5	9710.2	41.95%	50.71%

注：1. 医保基金支出总额等于新农合、城居保和城职保三大医保基金支出之和；2. 医疗机构总收入等于业务收入加财政补贴收入。

数据来源：历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国劳动统计年鉴》。

可以分为总额预付、按人头付费、按病种付费等方式。其本质是将控费责任转移到供方，理论依据是供方在医疗服务提供中握有信息优势，信息优势方应承担控费风险，同时获得剩余索取权。

但是，预付制也存在一个弊端：为控制成本，供方有减少必要的治疗服务及药物使用的倾向，乃至发生“推诿重症患者”的现象。因此，实行预付制的前提条件是患者有选择权，通过“用脚投票”减少供方的机会主义行为；而患者能够“用脚投票”的前提条件又是供方形成竞争格局。在供方垄断的条件下，患者无从选择，对供方的机会主义行为就失去了制约。

各地实践中，总额预付、按病种付费、按人头付费等形式都有，但基本上都搞成了既有价格体系下的限费制：总额限费、按病种限费、按人头限费等。预付制的实质是医疗服务价格形成机制的改革，是形成新的供需双方议价的定价机制。但限额制下，仍然依据原有的定价模式，医疗机构的行为扭曲难以得到根本改变。

之所以出现上述问题，有三个主要的制度性原因：一是行政主导定价的机制导致不管如何改革付费机制，都只能执行政府定价；二是供方事实上的垄断地位，导致需方难以通过“用脚投票”来约束供方的机会主义行为。三是供方的公立主导特征，使得医药价格调整和付费方式改革均和医务人员收入获得完全割裂。在公立主导体制下，医务人员收入分配只能实施论资排辈的平均主义大锅饭体制，无法随着医药价格和医保付费方式的变化而变化，从而使得通过调整医药价

格和付费方式引导医生行为的机制完全失效。事实上，公立主导是上述问题最为根本的制度原因，是坚持行政定价和供方行政垄断的制度基础。公立主导不仅体现在对主要的、核心的医疗资源的控制上，还体现在对市场准入的行政性管制上。在这种情况下，医保付费模式的改革无从取得实质性进展，医保在价格形成机制中的被动地位难以改变。

3 医保在医药价格体制改革中的政策选择

在全民医保体制下，医保要成为医疗资源配置的引导者，以及医患双方诊疗和健康行为的引导者，当前要突破两个障碍：一是行政主导定价；二是供方的行政垄断。

实际上，新医改对这两个障碍也提出了相应的改革思路，并取得一些成果，但没有实质突破。在价格方面，放开了非公立机构的医疗服务价格，但占有绝对优势的公立机构仍然保持了行政定价；放开了大多数药物的价格管制，但仍然坚持集中招标采购，实质上仍是行政定价。

供方形成有序竞争格局的改革思路主要有两个：一是公立医院法人化改革，去行政化，成为独立于行政机构的主体；二是促进社会办医，通过社会办医形成对公立机构的倒逼机制，形成有序竞争。但均收效甚微：公立医院的法人化改革，在“管办分开不分家”的思路下，仍隶属于行政部门。在社会办医方面，公立机构一方面获得各种财政补贴以及土地优惠，形成对社会办医的不公平竞争；其次，通过事业单位编制管理、职称评定等控

制了人才资源；第三，通过行政化的准入管制，特别是所谓的区域卫生规划限制了社会办医的空间。

在这种情况下，医保要在医药价格体制改革中发挥作用，充分利用市场机制形成医药价格的合理定价机制，需要选择政策突破口，尽快建立医保医师制度不失为一个可行的选择。

首先，医保直接定点到医师后，有利于实现医师自由执业。将医师从被公立医院垄断的“单位人”变为自由执业的“社会人”已成为医改的共识，近年来也采取了多种措施，例如推动医师“多点执业”等。但是，医师多点执业的前提是自由执业；在医师主要是公立医院单位职工的情况下，多点执业涉及到如何处理几个单位之间就业的关系问题，缺乏可操作性。而医师自由执业难以推进，一个重要的原因是医师离开单位后难以获得医保定点资格。

其次，医保定点到医师有利于打破公立医院，特别是大型公立医院的垄断地位，推进公立医院改革。医保医师制度下，医保直接定点到医师，医保与医师形成议价关系，从而绕开公立医院，形成供方有序竞争格局，通过与医师的议价推动新型付费方式，同时医师之间的竞争也使得患者“用脚投票”成为可能。从这个角度看，医保医师制度的建立不仅是医保充分发挥医疗资源配置功能的前提，也是促进社会办医，推动医改深入的重要契机。■

【参考文献】

- [1] 朱恒鹏. 管制的内生性及其后果：以医药价格管制为例[J]. 世界经济, 2011(7):64-90.