

论支付制度改革在医保改革中的重要地位及方向

侯天媛

一、我国医保支付制度改革中遇到的障碍

(一) 医保工作人员认知水平有限

因各地医保工作者对新医改付费机制的内容掌握有限,对很多细节上的问题理解有偏差,这不仅导致新付费机制在操作中出现了误差,也可能使医务人员工作的积极性受影响。如,门诊统筹的大面积开展使医保和医务工作者误以为

是工作量大幅度增加的前奏,因而对新医改持消极态度。

(二) “超支不完全自理,结余不完全归己”使改革发生异变

新医保付费方式的核心原则是“超支自理,结余归己”,但在实践中却出现了各种偏差。常见操作异变有以下情况(见下表):

付费方式	按服务人次付费	按病种付费	总额预付制
制度操作 方案一	依医保机构规定,若病例费用超过标准价,医保机构按标准价支付,若低于标准价,则按实际费用支付。	先确定最高限价,再限定固定百分比,假设70%,小于最高费用的70%按实际费用支付,70%到100%之间按最高限价支付。	若医疗机构的实际费用在总额费用控制标准下,结余部分由医疗机构和医保机构按比例分配,且后者占较大比例。
方案二	医保机构始终按标准价格支付,但对一定时期内平均病例费用超过标准价的机构给予惩罚,甚至取消医保定点资格。	按病种设定支付标准后在结算过程中审核“实际费用”。超支费用和结余费用由医疗机构和医保机构按比例承担分配。	若实际费用超过总额费用的控制标准,超支费用由医疗机构和医保机构共同分担。
演变结果	按服务人次限费	按病种限费	总额控制制

(三) 我国当前国情衍生的障碍

1. 医药行政定价制导致医疗机构与医保机构之间的“扯皮”。对于所有的医疗服务,先由卫生部确定医疗服务的组别,然后再由市内外专家根据情况对其进行定价;在药品的定价上,则是由物价部门对绝大多数药品实施最高零售的限价管制。市场上药品千千万万,物价部门不可能了解全面的价格信息,行政定价与市场均衡价格的偏离在所难免。行政定价体制的羁绊以及医药价格的扭曲,诱使医疗机构提供过度服务并倾向于采用定价高、利润高的服务和药品,并想方设法计算出更高的结算金额,于是,“扯皮”现象应然而生。

2. 药品加成管制致使药价的虚高。依政府规定,所有公立医院在出售药品时,最高加成率可达10%以上,如此大的利益驱使导致药价虚高的表现有两种:一是对不同公司生产的同类药品,公立医院往往倾向于使用价格偏高的药品,二是对于相同厂家生产的同一药品,公立医院的零售价往往远高于市场价格,一个出厂价不过一两元甚至几毛钱的药品,到患者身上已摇身一变为“昂贵名药”,怎能不令人愤慨。

3. 药品集中招标制使老百姓看病贵雪上加霜。所谓“上有政策,下有对策”,政府主导的集中招标采购为一些非法的幕后交易披上了合法的外衣。大多数医药企业为了“中标”费尽心机,不惜投入大量的人力、物力、财力,这无形中增加了药品成本。

二、我国医保支付制度改革的方向

(一) 支付方式向以预付制为主,后付制为辅的方向发展

后付制方式往往会诱导医疗服务提供者提供过度服务,使医疗成本难以控制,而预付制方式恰恰可弥补这一点。该方式通过制定预付标准控制总支出,以预算约束将经济风险强加于提供者,提高服务提供者的自觉性。同时,预付制大大调动了医院和医生合理使用资源的积极性,它将医疗保险费用的使用和管理权交给医疗服务的提供者,这在保证服务质量的基础上控制了成本费用。

(二) 由单一支付方式向多元支付方式转变

我们应把改革的重点放在各种付费方式的优化组合上,针对不同类型的医疗机构和服务创造并形成最合理的付费机制,以形成适当的经济激励机制,在取得医疗机构、医保机构和参保人三方满意的前提下实现经济利益的最大化。

(三) 建立有效的奖惩制度和激励机制

效率薪酬理论告诉我们,适当的激励会成为改革的助推剂,使医生工作的积极性大大提高。同时,政府部门应以正式文件对各种损害人民利益的行为严惩不贷,并建立规范的指标评定体系作为奖惩依据。

三、结语

医疗保险之所以被称为世界性难题,难就难在现行支付制度,它将医、保、药、患等多方主体牢牢牵系在一条线上。我们应始终把付费制度的改革视为医疗卫生事业改革工作的重中之重,不断审时度势,在推进全民医保过程中,化解“看病难”的问题。

(作者单位:厦门大学公共事务学院)