

医保与“三医”联动:纽带、杠杆和调控阀

仇雨临

(中国人民大学 劳动人事学院, 北京 100872)

摘要: 医保作为“三医”的一方,具有举足轻重的作用。医保是连接医疗服务供方和需方的纽带、引导医疗服务供方的价格杠杆和影响医疗服务行为的调控阀。医保在医改中能够发挥基础性作用,即通过支付机制、谈判机制、价格机制和监管机制来实现对医疗服务供方的调节。医保的改革,说到底还是要以“三医”联动为方向和抓手,进一步夯实信息化建设,完善支付机制、谈判机制、价格机制和监管机制。

关键词: 医疗保险; 医保改革; “三医”联动

中图分类号: D63-31

文献标志码: A

文章编号: 1007-5194(2017)05-0065-07

1 引言

《“健康中国 2030”规划纲要》将完善医疗卫生服务作为打造“健康中国”的三大核心任务之一,必将继续深入推进医疗卫生体制改革。随着医改进入深水区,医疗卫生体制机制问题更加凸显,更需要“三医”在整体性、系统性和协调性方面的联动。医保作为连接医疗卫生服务供给方与需求方的重要纽带,在医改中具有基础性作用,是连接医疗服务和药品市场的杠杆和调节阀,而医保的基础性作用则通过支付机制、谈判机制、价格机制和监督机制得以发挥。深化医保改革和优化“三医”联动,需要在完善信息化基础上,通过统一的全民参保登记计划(社保卡覆盖全民)、医保支付方式、支付标准、谈判机制、智能监管等路径,实现医保在医改中的基础性功能,最终推动“三医”联动发展,实现打造“健康中国”的发展战略。

2 医保在“三医”联动中的定位

2012 年国务院颁布《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,明确提出“充分发挥全民基本医保的基础性作用”,将医保作为整个医药卫生体制改革的基础。医保在医改中的基础性作用体现在纽带、杠杆和调节阀等三个方面。

2.1 连接医疗服务供方和需方的纽带

自从医疗保险制度建立以来,“三医”就已经连接在一起,不能分开。医院和医生作为供方为参保患者提供医疗服务;医药(包括药品、器械、耗材、设备等)是实现医疗服务所使用的工具和产品;而医保作为需方的代理人为患者消耗的医疗费用买单,包括补偿医院的支出和为患者报销费用。医保作为连接医疗卫生服务供给方与需求方的重要纽带,在医改中具有基础性作用,同时也是连接“三医”的重要桥梁。具体而言,医保通过一系列的关联机制来实现与医疗和医药的联动。

2.2 引导医疗服务供方的价格杠杆

收稿日期: 2017-07-13

基金项目: 国家社会科学基金项目“城乡统筹背景下我国医疗保障制度转型与发展路径研究”(13BGL114),项目负责人:仇雨临;中国人民大学科研基金重大项目“大病保险制度创新发展的模式与路径研究”(17XNL009),项目负责人:仇雨临。

作者简介: 仇雨临(1960—),女,博士,中国人民大学劳动人事学院教授,博士生导师。

医保是医院收入和患者支付医药费用的重要来源,对医患之间医疗、医药服务具有引导性的信号作用。首先,医保参与医疗服务产品(如药品、器械、耗材等)的价格制定,可以直接调控医院的收入水平和收入结构。以我国台湾省为例,全民健保实施之后,台湾医疗保险制度从传统的多元社会保险转向了一元的全民保险,实行一元承保和单一支付。健保局对纳入健保给付范围的药品统一制定支付价格,健保局与医院按规定的支付价格结算,医院自行采购药品,可以压低实际进价、获得差价收入^[1]。由此可见,医保通过价格杠杆对医院收入进行调控。其次,价格作为消费者消费选择的重要信号,能够直接引导和调节患者做出医疗服务购买的选择。医保通过制定不同的医疗服务内容(门诊、住院等)的合理报销比例设置不同级别医疗机构(社区医疗服务中心与二级、三级医院)之间的报销差距,能够使这些医疗机构具有相对价格优势,进而引导就医选择向基层医疗机构转移,有助于实现分级诊疗与有序就医。

2.3 影响医疗服务行为的调控阀

医疗保险制度安排包括筹资、基金管理、待遇支付等核心内容,对医疗服务供方行为有直接和间接的影响。一是基本医疗保障范围,实质上划定了基本医疗服务的边界^[2];二是通过医保基金支付为就医患者购买医疗服务,补偿医疗机构的成本支出;三是不同的付费方式组合,能够引导医疗资源的配置方向和结构,如形成“双向转诊”“分级诊疗”的就医格局,有效控制不合理的医疗费用开支;四是依托医保支付标准和谈判机制的建立,以合理价格为手段购买供方的服务;五是在构建医保“大数据”基础上,实现对医疗服务供方的“智能监管”,提升医疗服务机构的服务质量。

医保作为医改大厦的基石,其稳定运行对整个医改将起到支撑作用,是医改的关键节点。广覆盖、多层次、可持续的医疗保障制度一方面给医疗卫生服务需求方一定范围内可负担的医疗费用保障,使其拥有持续的医疗卫生服务购买力,进而提高为健康付费的能力,使医疗卫生体制拥有稳定的需求方;另一方面,医保资金作为医疗机构收入的重要来源,是医疗机构有效运行的物质基础,能够通过有效维持医疗卫生机构的运转,提高医疗卫生机构的医疗卫生服务能力。随着医保在卫生费用支出中所占比重逐年上升,将支持整个医疗卫生服务体系保持持续稳定的供需能力,形成医疗卫生体制的良性互动和可持续发展。

3 医保在医改中发挥基础性作用的关联机制

医保作为“三医”的一方,在医改中能够发挥基础性作用。具体而言,其基础性作用是通过支付机制、谈判机制、价格机制和监管机制来实现的。

3.1 支付机制

社会医疗保险费用支付,也称为医疗保险费用偿付或结算,是由医疗保险组织(机构)按照保险合同的规定,在被保险人接受医疗服务后对其所花费的医疗费用进行部分或全部补偿;也可以理解为对医疗服务机构所消耗的医疗成本进行补偿。医疗保险费用偿付的具体方法和途径,就是医疗保险费用的支付方式。社会医疗保险费用支付是社会医疗保险的一个重要环节,是社会医疗保险的保障功能得以最终实现的有效途径^{[3]190}。一般而言,实行社会医疗保险制度的国家都采用按服务项目付费、按服务单元付费、按人头付费、按病种付费、总额预付制等。在各国的医改中,都将医保支付制度作为改革的重点。支付制度的发展趋势有以下几个方面:一是改变一直以来以按服务项目付费为主的单一方式;二是按病种付费和按病种分组由于控制医疗保险费用上升效果明显,越来越受到关注和普及,在一些易于控制费用的病种中采用,如临床发生频次较高、诊断明确和治疗效果较明显的病种、以手术治疗为主的病种、具有系统治疗代表性的病种、同质性较强的病种等;三是总额预付制与后付制相结合,以总额预付制为基础,进行预付制与后付制的有机组合;四是多种费用偿付方式并存,即不是单一使用某个支付方式,而是根据需求来选择多种支付方式的组合。总之,根据医疗服务特点,按有利于保证医疗、费用控制和管理简便原则,选择相应的费用偿付方式。

医保的基础性作用在很大程度上是通过支付机制得以发挥的。支付制度是连接医保与医疗服务的

最直接的纽带,也是沟通医疗卫生服务供需双方的直接桥梁。此外,支付制度除了影响医疗机构的收入外,还会影响医疗卫生资源的配置、医生的薪酬、医疗服务数量和质量,推动公立医院的改革。

医保支付制度改革随着新医改而逐步深化。在政策层面,2009 年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,“强化医疗保障对医疗服务的监控作用,完善支付制度,积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式,建立激励与惩戒并重的有效约束机制”。2011 年人力资源和社会保障部《关于进一步推进医疗保险支付方式改革意见》指出,“门诊探索实行以按人头付费为主的付费方式,住院及门诊大病探索实行以按病种付费为主的付费方式,有条件的地区可逐步探索按病种分组(DRGs)付费方法”。2012 年国务院《关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》,为医疗服务支付制度改革提供了比较清晰的思路,包括结合疾病临床路径实施以及在全国范围内积极推行按病种付费、按人头付费、总额预付等。2016 年人力资源与社会保障部《关于积极推动医疗、医保、医药联动改革的指导意见》进一步强调“结合医保基金预算管理,全面推进付费总额控制,加快推进按病种、按人头等付费方式,积极推动按病种分组付费的应用,探索总额控制与点数法的结合应用,建立复合式付费方式,促进医疗机构之间良性竞争,激励医疗机构加强自我管理,发挥医保支付对医疗机构和医务人员的激励约束作用”。

从实践看,各地医保经办机构根据国家政策,纷纷探索本地医保支付方式,如上海市医保支付方式的改革经历了“总额控制、结构调整”“总额预算管理下的混合支付方式探索”;北京市从 2011 年开始探索实施“总额预付制”,逐步扩大“总额预付制”医疗机构范围,在控费方面取得了一定的成效。全国范围内,实行总额控制的地方,宏观上加强了基金收支预算管理,微观上实行了包括总额预付、按病种、按人头、按服务单元、按项目结算的组合式支付方式。实践证明,医保支付制度改革有效控制了医疗服务滥用,有利于制约大处方、大检查等过度医疗服务行为的发生,有利于调动医疗机构加强内部管理、降低服务成本、提高医疗效果的积极性。

3.2 谈判机制

医疗保险谈判机制是代表广大参保人利益的医疗保险经办机构,通过协商谈判的方式向医疗服务(包括药品)提供方即医疗机构、药品生产企业和经营企业团购医疗服务和药品,并以此协调和平衡供需双方利益关系的一个互动过程。医疗保险谈判机制的谈判主体主要是医疗保险经办机构与医疗机构、药品生产企业和经营企业,谈判内容主要是医疗服务和药品的价格与质量标准等方面,目标是发挥医疗保险对医疗费用的制约作用^[4]。

在国际上,运用谈判机制来购买医药服务、协调医疗保险经办机构与医疗机构及药品供应商之间的关系已经是很普遍的做法,尤其是在医疗保险制度完善的国家,已经积累了丰富的经验。在我国,医疗保险经办机构对医疗机构和药品供应商的管理也需要逐步引入市场机制,用协商谈判的管理方式来改造甚至替代原有的行政化管理方式。从本质上说,医疗保险经办机构对医药服务的购买过程就是一种市场交易过程,协商谈判理应成为交易双方——服务购买者(医疗保险经办机构)与服务提供者(医疗机构和药品供应商)协调关系、利益博弈的主要手段。尽管举办社会医疗保险是政府的一项重要职能,政府在宏观层面的管理监督不可或缺,但在微观层面的服务购买过程中,市场性质的平等协商谈判应该成为处理医疗保险经办机构、医疗机构和药品供应商之间关系的主要手段。

在新一轮的医疗卫生体制改革中,建立健全医疗保险谈判机制被正式纳入新医改的方案。2009 年颁布的《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出,要“积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制,发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用”。随后,人社部、发改委等部门相继发布了一系列相关规定和通知,对构建医疗保险谈判机制的要求做出了进一步明确和强调,这一举措符合完善医药服务管理、强化医疗保险经办机构服务购买者的功能、变革医药服务管理方式的医疗保险改革的现实需要,为把谈判理念、谈判方式正式引入医疗保险经办机构管理之中提供了政策导向和发展契机。作为第三方支付者的医疗保险经办机构,除了履行其筹资功能外,还必须通

过平等的双边谈判对医疗机构和药品供应商进行管理,而不是继续沿用传统的强制性的行政管理方式^[4]。

医保在医改体系中的基础性作用也表现在医保机构对药品和医疗服务价格的干预,即医疗保险谈判机制。目前,我国已经实现全民医保,医保经办机构已经成为医疗服务和产品(药品、器械、耗材等)的最大购买者,在医疗服务市场具有强大的谈判能力,有义务和责任、也有能力代表参保人利益参与药品和医疗服务的定价,以便购买到性价比最高的医疗产品。近几年来,在新医改文件以及人社部、发改委相关政策的指导下,江苏镇江、四川成都等地都陆续出台了医疗保险谈判机制文件,开始探索并推行医疗保险谈判机制。已经有一些地区,如广州、青岛、成都和长沙就创新药、高价药、仿制药是否医保报销、是否进入医疗救助报销以及药品降价等开展了医保与药品供应商的谈判;上海、珠海和北京医保与医疗服务方进行了总额预付制、按人头付费和按病种付费的有关支付制度的谈判。

3.3 价格机制

价格机制是指在竞争过程中,与供求相互联系、相互制约的市场价格的形成和运行机制。医保作为参保人的代理,使用筹集来的医保基金为参保人享受的医疗服务买单。照理说,医保应该对其购买的医疗服务价格有知情权和参与权。但长期以来,医保都只是简单的费用支付者,并没有发挥价格机制的作用。计划经济时期,我国的药品价格管理带有鲜明的行政性计划管制特色。在政府主管部门的严格管理之下,药品能否获准生产、生产多少、价格水平以及采取何种方式补偿等各个环节都是根据计划的要求按部就班地进行的^[5]。在这种全面控制的管理模式之下,政府负责对药品价格进行审定,并对药品出厂价、批发价和处方价等几项价格进行规定^[6]。20 世纪 80 年代,政府开始改革药品价格管理体系,医药市场引入市场机制,大多数药品主要由医药企业按规定自主定价,政府只对极少数用量大的基本药品实行价格管理。原有的严格分级的药品流通体制被打破,药品批发和零售企业处于无序状态。然而,政府放开药品价格的改革措施并没有达到预期的效果,药品价格混乱问题逐渐引发社会的不满。为了抑制药价的不断攀升,从 20 世纪 90 年代中期开始,政府加强了对药品的价格管理,并加大力度整顿药品价格秩序。国家发改委等部门制定了一系列药品价格管理文件,构成我国药品价格管理政策体系。从新中国建立以来,医药价格经历了政府管制—放开—再管制(部分管制)的过程。目前我国医药市场主要价格形成机制是政府定价和省级药品招标采购。国内药品价格机制是一种典型的“双轨制”,一部分由市场形成,一部分处于政府严格的价格管制之下。国家发改委及地方物价部门对国家基本医疗保险药品目录的药品以及一些垄断性生产经营的药品实施政府定价或政府指导价,其他药品价格由市场自发调节,政府一般不进行干预。具体形式为政府制定最高零售限价,约 2 600 种,占 22% 左右;政府定价和政府指导价以外的药品,实行市场调节,由企业自主定价,占 77% 左右。2000 年起,我国开始实施药品集中招标采购政策,希望通过集中招采制度积极引进竞争机制,降低药品虚高价格,切实减轻患者和社会的不合理医药费。2010 年卫生部发布《医疗机构药品集中采购工作规范》,明确规定“在全国范围内全面实行政府主导、以省(区、市)为单位的网上药品集中采购工作”。此外,从计划经济向市场经济转型过程中,由于政府补助减少,允许公立医院通过药品销售获得补偿,即“以药补医”政策的实施,更是推高了药价。

长期以来,我国药品价格管理制度效果很不理想,无论是定价机制还是集中招标采购制度都问题丛生。药品市场价格混乱无序,参保人药品费用负担沉重,给整个医疗保险基金造成了很大损失。因此,有必要改革现有的药品定价机制,以市场化的、更有效率的协商谈判方式形成合理的药品价格,从整体上规范药品的价格和销量,控制不合理的药品费用,保障广大参保人对药品的可及性并维护医疗保险基金的安全和可持续发展。

2015 年 5 月,国家发改委会同国家卫生计生委、人力资源社会保障部等部门联合发出《关于印发推进药品价格改革意见的通知》,决定“从 2015 年 6 月 1 日起取消绝大部分药品政府定价,药品实际交易价格主要由市场竞争形成”。同时该文件还特别指出“医保基金支付的药品,由医保部门会同有关部门拟定医保药品支付标准……探索建立引导药品价格合理形成的机制”。发改委此举被视为中国药品价格

正在酝酿史上最大规模的改革。长期以来,医保作为参保人医疗服务的最大购买者,不参与药品价格的制定,“只管买单,不问价钱”,在药品价格机制上处于缺位状态。国外医保制度经验表明,医保经办机构应该参与药品和服务价格的制定,以确保医保基金的有效支出和维护参保人利益。因此,医保理应回归到参与医药价格制定和补偿的本位,按照《关于印发推进药品价格改革意见的通知》要求,探索形成医保药品支付标准,发挥医保药品价格机制的作用。

3.4 监管机制

社会医疗保险监督是社会医疗保险管理的重要组成部分,医疗保险经办机构通过法定的方式,依据法定的程序对社会医疗保险系统中各方的行为进行监督和控制,是医保管理的职责所在。建立社会医疗保险的目的是为了保障人们的基本医疗需求,同时,又要控制医疗费用的不合理增长,减少卫生资源的浪费。然而在实施社会医疗保险的过程中,会出现参保单位不按规定参保、参保人不按规定就医、定点医疗机构不按规定提供医疗服务、社会医疗保险机构不按规定运营等行为。为了保证社会医疗保险的有效运行,有必要对社会医疗保险的各个方面进行强有力的监督。社会医疗保险涉及到定点医疗机构、医生、药品(设备、器械、耗材等)、社会医疗保险经办机构、被保险人等多个利益主体,由于各自的经济利益不同,对社会医疗保险的期望不同,在社会医疗保险运行过程中必然会出现各种矛盾,而这些矛盾无一例外地都要求加强社会医疗保险的监督,从而确保社会医疗保险制度的可持续发展。

医疗保险监管分为依照法律(社会保险法)、法规(政策)进行的人工监督和应用智能技术进行的信息化监督。前者如医保经办机构工作人员对医疗机构的监督,主要包括不合理用药、违规用药、药房换药、不必要检查、违规记账、乱收费、不遵从出入院标准、医疗机构工作人员利用工作之便多开药、虚报社会医疗保险医疗费用金额等。而传统的监督手段包括:人工查处方、查病历、查化验单和检查单、查药房、查账、审批偿付费用、受理投诉等。随着参保人数的扩大,管理业务量成倍扩大,医疗服务机构分布广泛,医保结算实时性强,医疗违规行为相对隐蔽,而医保经办人员有限、能力不足,单靠人工审核、重点审核难以做到全面、权威和公平的监管。采用抽样的方式对医疗机构进行审查,不免有以偏概全的误差。因此利用现代化的信息技术对医疗机构进行审核,成为医保经办机构进行监管的新机制。如近些年发展起来的医保基金智能管理平台就是面向医疗保险基金管理部门设计的智能系统,旨在加强医保审核效率和客观性、提高医保基金管理水平、实现更有效的医疗行为监督和医保合理控费。该智能审核系统依托大数据和互联网技术,将医疗保险政策和标准、临床诊疗规范等作为依据,对医疗机构执行医保政策情况、医疗行为、临床规范性行为进行100%的自动审核,保证医生处方的每笔费用都是在符合医保报销规定的前提下进行支付的,从而减少违规和骗取医保费用的行为,减少不合理和过度的医疗费用,提高医保基金的使用效率。智能审核系统的使用,将过去对医院事后人工审核变成审核系统前置和实时审核,可以从医疗行为的源头对医生的处置进行干预,从而减少违规和不合理的医疗费用的发生,大大拓展了审核内容,提升了监管能力。

在实践中,天津市建立起针对定点医院、药店、执业医师、药师、参保人员诊疗就医行为的实时监控系统,实现了医保监管的网上动态监控;上海市建立了以执业医师库为核心的医保基础信息管理平台,通过“事前预防、事中控制、事后审核”的模式实现医保全流程监管,系统能够细化到每个患者的就诊记录,包括患者姓名、医保信息、就诊医院、挂号科室及医生等。杭州市实现医保审核报销规则及临床规则的医保智能审核,通过相关数据的分析发现盲点和相关稽查线索,同时为相关政策的制定、决策、执行提供数据支持。成都市运用医保智能辅助审核系统强化医保审核监管,遏制过度检查、过度诊疗现象多发和高额医疗费用对医保基金造成的危害,提升医保精细化管理水平。

4 医保在医改中发挥基础性作用的实现路径

随着我国医疗保险制度的发展,参保人数逐年增长。全民医保虽然进一步提升了医保在“三医”联动中的基础性作用,但如何充分发挥医保的基础性作用,还是需要从夯实基础和完善机制方面寻找发展

路径。

4.1 夯实基础:完善医保信息化建设

21 世纪是信息化的时代,信息技术广泛应用于经济社会的各个领域,给社会管理和人民生活带来极大的便利。医疗保险担负着管理 13 亿中国人看病就医保障的责任,更需要利用信息化技术提高管理经办能力。

4.1.1 扩大全民参保登记计划和社保卡发放

人社部于 2014 年 5 月印发《关于实施“全民参保登记计划”的通知》,决定自 2014 年至 2017 年在全国范围内逐步实施全民参保登记计划。“十三五”规划也提出“实施社会保障卡工程,持卡人口覆盖率达到 90%”的发展目标。统一的全民参保登记计划是医保发挥基础性作用的信息基础。随着基本医疗保险制度的全覆盖,参保登记走向全民也将成为必然趋势。参保人参保登记的意义在于摸清参保人真实底数,使服务对象“一个都不能少”,同时也杜绝重复参保,造成资源浪费。而集电子凭证、信息记录、自助查询、就医结算、缴费和待遇领取、金融支付等 6 类功能为一身的社保卡成为每个人唯一的社保标识,相当于参保人的“身份证”,是参保人最重要的信息记录和保障工具。据人力资源和社会保障部统计,到 2017 年 5 月 25 日,我国社会保障卡持卡人数突破 10 亿。因此,持续推动全民参保登记工作和社保卡发放是医保最重要的基础性工作。

4.1.2 推动医保大数据的开放和利用

从 1998 年开始城镇职工基本医疗保险制度改革,到后来逐步建立的“新农合”和城镇居民医保,医保经办机构已经积累了大量的数据。现代社会大数据已经成为重要的发展资源,其地位上升到国家战略的高度。《国务院关于印发促进大数据发展行动纲要的通知》(国发〔2015〕50 号)指出:“信息技术与经济社会的交汇融合引发了数据迅猛增长,数据已成为国家基础性战略资源,大数据正日益对全球生产、流通、分配、消费活动以及经济运行机制、社会生活方式和国家治理能力产生重要影响……运用大数据推动经济发展、完善社会治理、提升政府服务和监管能力正成为趋势……建设由城市延伸到农村的统一社会救助、社会福利、社会保障大数据平台……支撑大数据在劳动用工和社保基金监管、医疗保险对医疗服务行为监控、劳动保障监察、内控稽核以及人力资源社会保障相关政策制定和执行效果跟踪评价等方面的应用。”因此,医保经办机构应该重视大数据的采集和利用,通过对大数据的分析研究,提升医保经办服务能力。成都市通过建立医保基础目录库、完善信息技术标准、规范医保数据指标体系,形成医保信息管理平台,在宏观上进行基金预测分析、费用趋势分析以及为决策提供支持;在中观上对定点医疗机构违规行为评分、住院和门诊指标分析以及为支付方式改革提供依据;在微观上查找异常风险点,为经办机构提供管理和稽核重点。国家发展大数据战略为医保建立大数据平台指引了方向,医保的角色要从过去单纯的费用支付扩展为利用大数据参与对医疗机构医疗服务行为的诊断和评估,提高维护参保人利益和医保基金安全的能力。从这点来看,成都市的经验值得推广和借鉴。

4.2 完善机制:多项改革并举

4.2.1 支付机制向复合型和精细化转型

“十三五”规划关于健康中国的实施规划中提出,改革医保管理和支付方式,合理控制医疗费用,实现医保基金可持续平衡。支付方式作为医保的主要手段,对“三医”联动的影响是最直接、也是最见效的。一方面,整体上从单一的后付制向复合多元制组合转变,实现总额预算制下的总额控制、按人头、按病种、按服务项目等支付的多种支付模式,依照医疗机构类别实施差异化的支付方式;另一方面,以医保支付方式为主导,将医疗资源配置引向“强基层”的方向,助推形成“基层首诊,双向转诊”的就医格局。当然,在实践中还可以学习借鉴国外先进经验,进一步细化医保支付方式。如实行医疗保险模式的德国,法定医保的支付分为对医疗机构的费用支付、对门诊医生费用支付和对药品的支付。2000 年德国引进澳大利亚 DRGs,出院病例依据 DRGs 付费系统进行补偿;对门诊医生采用全国范围内统一的医师工作点数为支付方式;对药品费用使用参考价格制度和药费总额预算制度支付。根据现有支付方式的改革实

践,创新改革动态多样化的医保支付机制,通过支付方式的改革优化医保的精细化管理手段,实现医疗卫生资源的有效利用,提高居民对基本公共卫生服务的受益度。

4.2.2 构建医保谈判机制

医疗保险经办机构通过建立健全与医疗机构和药品供应商的谈判机制,科学合理地为参保人购买医药服务,是实现有效控制医疗费用、维护医疗保险基金安全和可持续发展,并从根本上改革我国长期以来医药价格不合理的形成机制的必要手段。但目前来看,由于缺乏法律上和制度上的保障、医保经办人员对谈判机制的认识不足和不具备专业化的谈判能力、多方协调机制尚未形成等原因,真正实行医保谈判的地区很少。因此,建立健全医疗保险谈判机制,需要从政策和理论的高度澄清认识,在此基础上,进行科学的制度设计,指导药品谈判机制工作的开展。可以先从药品谈判开始,逐步扩大到器械、耗材、设备以及医疗服务价格。谈判机制的建立健全是一项系统工程,涉及到的政策制度、相关部门及人员、医药服务的环节众多,必须建立医保、医疗机构、发改委、物价部门、药企等多方参与的医保谈判平台,均衡参保人、医保、医疗和医药各方利益,实现医疗服务和医疗保障共同发展的目标;从谈判主体、谈判内容、谈判依据、谈判流程、谈判协议、评审机构等方面建立谈判框架体系;医保经办人员也需要学习谈判的专业化、职业化知识,提高谈判技巧。

4.2.3 探索建立医保支付标准

长期以来,由于公立医院的垄断地位和医疗卫生事业的行政化管理,公立医疗机构实行医药一体、“以药养医”,导致医保失去了独立的价格谈判功能,对于医疗机构使用的药品和其他服务价格没有影响,在既定的价格体系下,承担“成本补偿”功能^[7]。这种状况造成医保对医疗机构“过度医疗”束手无策,无法控制医保基金的浪费。2015年5月,发改委会同国家卫生计生委、人力资源社会保障部等部门联合发出《关于印发推进药品价格改革意见的通知》,决定取消绝大部分药品政府定价,该文件还特别指出:“医保基金支付的药品,由医保部门会同有关部门拟定医保药品支付标准……探索建立引导药品价格合理形成的机制。”因此,本次药品价格机制改革,主要目的是取消药品的行政定价,形成市场主导的药品价格机制,通过制定医保药品的支付标准来决定医保对医疗机构的支付价格。目前不少地区,如上海、安徽、重庆、杭州、成都、绍兴等地都在积极探索建立医保支付标准,这将成为未来深化医保改革的重点。

4.2.4 强化医保智能化的监管手段

医保作为全民参保的代理人,也是最大的基金持有人和医疗服务购买者,确保基金的安全、可持续成为医保人的首要任务。一方面,医保要不断完善风险防控制度,做到事前、事中、事后对医疗服务机构的全链条监管;另一方面,要善于利用大数据和智能监管系统检测医疗机构的行为。特别是利用信息化手段实现对医疗机构的智能监管,将成为未来医保监管的主要途径。

参考文献:

- [1] 赖新权,薛松,李海,等.关于台湾地区医药卫生体制、健康保险制度与医药价格管理调研报告[J]. 市场经济与价格, 2014(6):10-16+20.
- [2] 顾雪非.进入深水区的医改更强调三医联动改革[J]. 中国医疗保险, 2017(1):16.
- [3] 仇雨临. 医疗保险[M]. 北京:中国劳动保障出版社, 2008.
- [4] 龚文君. 我国医疗保险谈判机制研究——以药品谈判为例[D]. 北京:中国人民大学, 2015.
- [5] 赵晓丽. 中国药品价格规制研究[D]. 大连:大连理工大学, 2006.
- [6] 马特. 我国药品价格虚高成因分析及综合整治方案[D]. 天津:天津大学, 2004.
- [7] 王震. 医保支付标准发挥作用的前提是供方改革[J]. 中国医疗保险, 2016(7):19-20.

责任编辑:午 为