

医疗定价机制的医保综合治理研究

杨燕绥 邱晶青

（清华大学医院管理研究院 北京 100084）

【摘要】2016 年我国基本实现了医疗保险全覆盖，卫生支出占 GDP 比重达到 6.2%，而同期全国卫生费用收入弹性为 0.970，已接近奢侈品的边界。显然，价格增长是卫生费用快速增加的主要原因之一，定价机制改革刻不容缓。本文引用和发展肯尼斯·阿罗的理想保险理论，分析医疗定价机制改革医保综合治理的结构，运用金华典型案例，从宏观、中观与微观三个维度验证实现综合治理目标的路径。

【关键词】医疗定价机制；医保综合治理

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A**【文章编号】**1674-3830（2018）7-13-3

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2018.7.004

Medical Pricing Mechanism and Medical Insurance Comprehensive Governance Yang Yansui, Qiu Jingqing (Tsinghua University, Beijing, 100084)

【Abstract】In 2016, the based medical insurance has covered at all in China, health spending as a share of GDP reached 6.2%, at the same time the national health fee income elasticity was 0.970, which is close to the border of luxury goods. Obviously, price growth is one of the main reasons for the rapid increase of health expenses. The reform of pricing mechanism is imperative. This article uses Kenneth Haro's ideal insurance theory to analyze the structure of medical insurance comprehensive reform. Using the typical case of Jinhua, we verify the path of achieving comprehensive governance goals from three dimensions: macro, meso and micro.

【Key words】medical pricing mechanism, medical insurance comprehensive governance

1 医疗定价的阿罗理想保险理论学习与拓展

肯尼斯·阿罗对医疗保健福利经济学的终生研究给我们留下了宝贵财富。他在1963年发表的文章中提出，“医疗保健领域产品质量的不确定性可能比其他任何重要产品都要严重。疾病的痊愈就像疾病的发生一样不可预测。对于大多数产

品来说，从自己或他人经验中学习的可能性很大，因为有足够多的反复试验。如果病情严重，这种学习一般是不可能的”。对具有严重不确定性的医疗行为如何进行定价，此文有如下两点贡献：（1）基于每个人均有效用最大化的期望值，且效用与收入关联的假设，提出期望效用模型（且认为它具有普遍性和

有效性），即在医疗机构收入中扣除一个随机的成本项，由此获得剩余。（2）保险基金规避风险机制，即通过精算找到医疗成本的均值，如果均值为M的随机变量，保险按照M收取保费，再为参保患者分担费用。早在上个世纪60年代，看到半人工计算机的肯尼斯·阿罗提出的“随机”与“均值”的概念，给人们的启发是跨时代的。在其后的20年，按照医疗数据和疾病诊断分组（DRGs）找到随机均值的定价机制和

【收稿日期】2018-6-19

【作者简介】杨燕绥，清华大学医院管理研究院教授，主要研究方向：医疗保障研究。

【基金项目】国家社科基金重大项目“实现积极老龄化的公共政策及其机制研究”（17ZDA121）。

医保支付方式改革在美国等地开展起来，至今在40多个国家被引用。

在学习肯尼斯·阿罗的理想保险理论的基础上，本文有如下两点拓展：第一，通过人工智能方法获得的医疗成本均值优于精算工具。如果依据循证医学的路径研制医保人工智能工具，获取的医疗数据是真实的，优于仿真、预测乃至精算。当然，在医疗大数据基础上进行的仿真分析和精算研究更有意义。第二，以社会随机成本替代一个医院的随机成本。在肯尼斯·阿罗的理想保险理论中提到的随机成本，是一个医院的往期成本，只要医保付费高于某医院的成本，即有激励作用。今天可以依赖人工智能技术获取一个医保统筹地区所有医院的往期成本信息，计算一个地区的某个门诊病种、住院病种或疾病组的均值。在医疗费用增长过快的条件下，约束医院在这个均值下控制成本和获取剩余，引导医疗费用进入合理的增长区间，与地方经济发展水平相适应。

综上所述，《人力资源社会保障部关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》（人社部发〔2014〕54号）要求各地引入智能审核，要求医疗保险经办机构找到与医生对话和获取医疗大数据的路径，解决了信息不对称的问题，搭建了医患保平等对话的平台。《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）（以下简称55号文件）要求实现同地同病同价、结余留用和亏损自负、公私医疗机构公平竞争、医保基于病组分值付费，第三方对医疗服务质量和医保基金利用率开展绩效评估的定价机制和支付方式改革，是对医疗保险

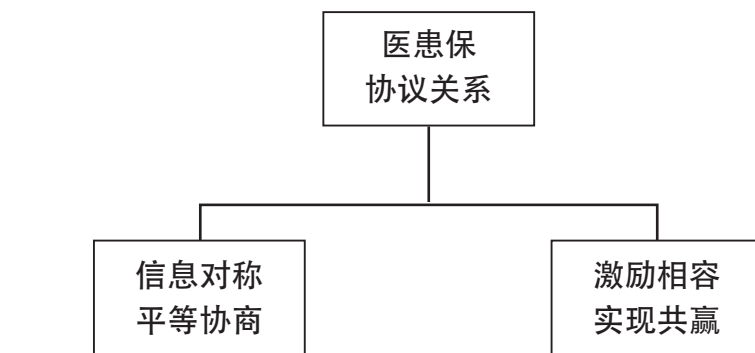


图1 医疗服务综合治理制度安排的结构

福利经济的拓展和实践。

2 医疗定价机制的治理目标与制度结构

治理即利益相关人长期合作与实现共赢的制度安排与实施过程。根据55号文件规定，健全医保支付机制和利益调控机制，实行精细化管理，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展，切实保障广大参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展。其综合治理制度安排的目标是，实现各类医疗机构有管理的竞争，提质控费，保证医疗费用收入弹性小于1。制度安排的结构见图1。

3 医疗定价机制综合治理的实现路径

3.1 通过平等协商订立医疗服务协议

医疗服务利益相关人的地位平等，属于亦公亦私的社会法范畴，应当平等协商，订立医疗服务协议，包括医疗服务供给协议和医保基金支付协议。亦公即指维护全体参保人权益、医保基金使用效益和医疗机构与医务人员的权益；亦

私即指分担每个参保患者的医疗费用，维护他们获得可及的、合理的、可支付的基本医疗服务的权利。

3.2 基于契约信任建立合作机制

长期合作机制即基于信息共享平台，基于平等协商和社会契约信任关系建立合作机制。根据《民法通则》的规定，任何具有欺诈和胁迫情形订立的合同，从订立之日起即无效合同。以智能审核为契机的医疗保险监督包括资金、用药和诊疗行为的审核监控能力，医保基金走到哪里即监控到哪里。随机均值的信息要公开，这是医患保对话与协商的核心标的。以大型综合医院为例，对于出现亏损的疾病组有两个选择，一是放弃接诊，推荐给基层医疗机构，实现合理接诊和分级诊疗；二是对不能放弃接诊的，基层医疗机构没有治疗能力的，不能推诿患者，要合理控费和继续谈判，直到得到合理补偿；三是坚持临床创新、远程医疗等，提供专门的《创新DRGs成本分析报告》，与医保联合建立特病特议制度。

3.3 制定合理的医保基金预算基数和增长率

实现共赢的制度安排应当合理制定医保基金的预算基数和增长率，基于随机均值定价和引入点数法，并形成激励相容的效果。在预算

总额确定的情况下，疾病组的成本点值越低，其获得医保基金的金额越大。例如，某地医保基金预算总额为20亿元，500个疾病组的总点值为20亿，每个点值等于1元，如果增加医疗成本使总点值升为30亿，每个点值等于0.66元；反之，如果医疗成本下降导致点值降为15亿，则每个点值等于1.33元。就是说，医院和医生可以用较少的资源和时间获得较多的医疗保险基金补偿。此外疾病组的难度系数（CMI）值和医院安全质量评估也影响医保支付水平。医疗机构和医生只有在与患者和医保机构积极合作中才能增加获益。

4 医疗定价机制综合治理的典型案例分析

2016年7月金华市上线一揽子改革方案，2018年6月覆盖全市7县市的143家有住院资质的医疗机构，包括民营医院、中医院和社康中心。在宏观上，基于上年医保基金支付基数，按照当地GDP增长水平确定年度医保基金支出增长率为7.5%，2016年实际增长率为7.11%，结余基金用于奖励医疗机构，医保基金扭亏为盈且略有结余，建立了医保基金总额预算、医疗费用合理增长的调控机制。在中观上，基于往期数据（30个月的31万个数据）进行疾病分组595个（此后陆续加入），随机获取数据、权重和均值，根据医疗难度系数获得权重和配给点值（适度考虑医疗机构的当期成本），按照实际点数价值对各医疗机构月度拨付、年末决算。结余部分医保基金分享15%、医疗机构分享85%，同比处理亏损部分。一方面，建立了放水养鱼，不分公私的竞争环境；另一方面，医保基金支付价值随着医疗成本反向变动，医疗成本越低

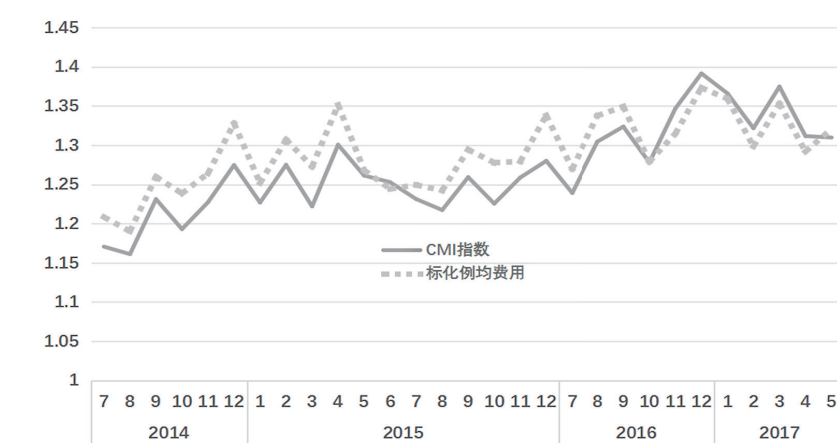


图2 金华市中心医院支付改革后医疗质量和成本的变化

点值越高，在良性循环中建立了医保基金收支平衡的长效机制。在微观上，医疗机构规范疾病编码和病案首页，制定事业发展规划和收支预算，建立了“合理接诊、提高质量，合理控费、结余留用”的内涵发展、外部竞争的运营机制。以该市中心医院为例，在支付方式改革的第4个月，出现医疗难度系数（CMI）快于例均组均费用增长速度的局面（见图2）；年终，该中心医院的医保支付率为103%，做到医院增收、取之有道。2017年，该市医疗机构药占比、检查耗材占比均符合国家规定；均次住院费用下降170元，降幅1.73%，减轻群众负担2370万元；就医人员均次住院费用为9571元，处于近4年最低水平；例均自负费用增长率由2015年增长2%转为负增长0.7%，直接减少群众现金支付362万元；分解住院、频繁转院等现象减少；基层和二级医疗机构服务量和收入增速快于三级医疗机构，出现合理接诊和分级诊疗的趋势。

2018年，金华医保改革面对两个严峻的挑战，一是三级医疗机构如何处理那些亏损的疾病组，是向二级和基层医疗机构分流，还是合理控费和继续谈判？这取决于地方卫生发

展规划，那些常见重病因二级机构无力接诊，三级机构必须接诊、控费和继续谈判，并出具重症DRGs成本效益分析报告，否则属于推诿患者。二是医保智能审核与监控系统应当继续升级，跟随医保改革继续前进，审钱审药审医疗，特别是对于疑似套高编码和多编码病案，要在循证医学知识库的支持下进行医护工作比照，进行比对式审核。

综上所述，金华市医保改革的第一手数据验证了55号文件指导原则的正确性，因此，应当从宏观调控、中观分配和微观竞争三个维度建立医疗定价机制医保综合治理，由此实现深化医保改革的大目标，确保基本医疗保险健康发展。

【参考文献】

- [1] 肯尼斯·阿罗 (Kenneth J. Arrow). 不确定性和医疗保健的福利经济学 (节选) [J]. 美国经济评论, 1963.
- [2] 杨燕绥, 妥宏武. 卫生费用增长与医疗保障治理机制研究 [J]. 国家行政学院学报, 2018 (2).
- [3] Paitoon, Kraipornsak. Factors Determining Health Expenditure in the Asian and the OECD Countries [J]. 经济世界: 英文版, 2017(5):407-417.
- [4] 顾及. 医疗卫生费用增长的原因及控制对策研究 [D]. 复旦大学, 2012.