

医疗费用持续增长机制

——基于历史数据和田野资料的分析

刘军强 刘 凯 曾 益

摘 要：中国已顺利实现医疗保险的全民覆盖，这为解决医疗这一世界性难题奠定了良好的基础。然而，全民医保的三大支柱（职工医保、居民医保、新农合）正在面临日益严峻的支付压力。基于过去 25 年医院住院和门诊数据，将费用增长分解为平均费用和服务使用率。平均费用在 1988 年至 1999 年间是住院费用增长的主要动力；从 2000 年至今，平均费用和使用率共同推动了住院费用的上涨。从 1988 年至 2002 年，平均费用是门诊费用增长的主要动力；从 2003 年起，价格和服务使用率共同推动门诊费用增长。根据对河南、四川两省 70 位医保政策相关者的访谈，发现目前医保部门控费工具箱内的六种工具并不总是有效。在医方垄断信息优势、患者因医保而对价格敏感度下降的情况下，医患之间的“共谋”使得过度医疗问题日益严重。通过描绘患者、供方、医保三者间的勾连与矛盾，可以展现理性设计的医保第三方购买机制在现实世界中的扭曲和低效。

关键词：医疗费用 财务可持续性 医保监管 过度医疗

作者刘军强，中山大学中国公共管理研究中心、政治与公共事务管理学院教授（广州 510275）；刘凯，中国人民大学劳动人事学院社会保障系讲师（北京 100872）；曾益，中南财经政法大学公共管理学院讲师（武汉 430073）。

一、引 论

2015 年 4 月 1 日，重庆地区因医疗服务价格调整而引发千余名尿毒症患者抗议，这一改革仅一周即遭终止。这一冲突背后是医保基金日益严峻的支付形势。2013 年，重庆居民医保资金缺口高达 65.39 亿，原本有大量结余的职工医保也出现 2 亿元亏损。^① 重庆的案例只是一个缩影。全国层面，医保基金虽然总量上还有结余，但已有不少地区像重庆那样提前陷入亏损。考虑到医疗支出的刚性和人口结

^① 《医保付费机制亟须改革》，2015 年 4 月 7 日，http://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_1318670，2015 年 5 月 6 日。

构的日益老化,无力支付医疗账单将会带来一系列社会问题。

从历史角度看,医疗费用的膨胀触目惊心。1978年起,中国卫生总费用花了28年达到10000亿的规模。然而,第二个万亿仅用了4年时间,第三个万亿则不到3年(见图1)。1978—2013年的35年间,卫生费用年均增长率超过17.6%,远高于经济和居民收入增速。^①按照这一趋势,卫生总费用将在2020年达到10万亿元,在2030年达到50万亿元,在2040年达到252万亿元。一旦这一情形出现,政府、企业还有个人都将背上不可承受的负担。庞大的卫生费用不仅会使卫生体系本身陷入崩溃,而且会吸走本该投在教育、科研、国防等领域的资源。要扭转这一趋势,首先需要探讨卫生费用增长的机制。

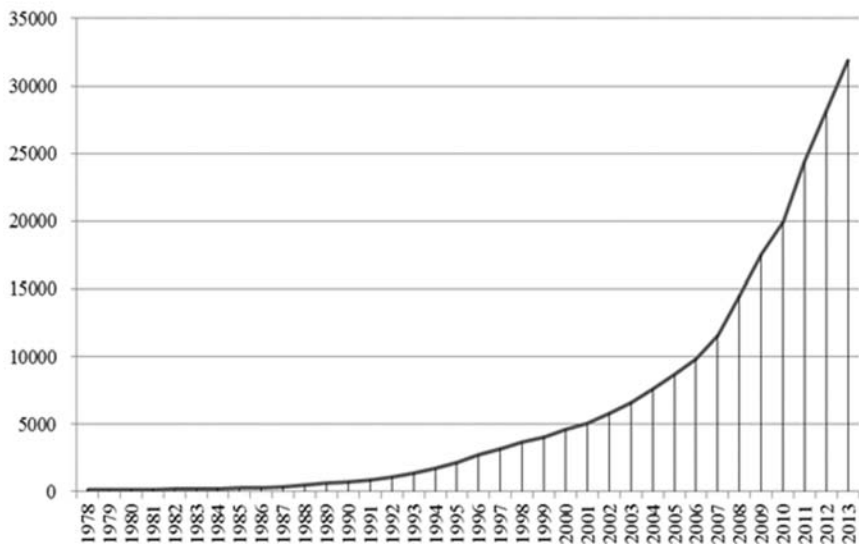


图1 中国卫生总费用(1978—2013),单位:亿元

资料来源:卫生部统计信息中心:《中国卫生统计年鉴》,北京:中国协和医科大学出版社,2014年。

医疗费用增长的诱因错综复杂,例如技术进步、支付方法、医疗制度结构、居民收入水平等,分析难度很高。^②说到底,中国医疗费用膨胀机制本质上是体制和制度设计问题,是政治、经济、社会、文化因素结构性互动、社会博弈与各体系相互影响的必然结果。卫生费用的增长可被分解为两类要素:价格与使用率。^③价格

① Tang Shenglan, et al., "Controlling Cost Escalation of Healthcare: Making Universal Health Coverage Sustainable in China," *BMC Public Health*, vol. 12, no. Suppl. 1, 2012, pp.1-13.

② Michael E. Chernew and Dustin May, "Health Care Cost Growth," in Sherry Gilead and Peter C. Smith, eds., *The Oxford Handbook of Health Economics*, New York: Oxford University Press, 2013, pp. 308-328.

③ M. Kate Bundorf, et al., "Health Care Cost Growth Among the Privately Insured," *Health Affairs*, vol.28, no.5, 2009, pp.1294-1304.

驱动的增长和服务使用驱动的增长需要不同的治理策略才能奏效。那么，中国卫生费用增长是受价格、使用率中的哪种因素驱动？医保基金管理者是如何控制费用的，成效又如何？本文利用历史数据和深度访谈回答上述问题。分析将涵盖中国三大医疗保险制度：城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度（以下分别简称“职工医保”、“居民医保”和“新农合”）。

作为世界上最大的中低收入国家，中国最近几年启动了“复杂而又庞大”的医疗体系改革。^① 政府向医疗体系倾注了海量的资源，从 2009 年至 2013 年，仅财政投入就高达 3.6 万亿。^② 目前医改取得显著进展，三大医保项目覆盖了超过 95% 的人口。然而，卫生资源过度利用的现象很普遍，支付压力越来越大。新医改 5 年以来，住院率迅速攀升。^③ 在人口持续老化、经济增长速度日益放缓的情况下，新近取得的这些成就能否持续？未来中国的稳定将越来越倚重于再分配性的社会保障体系。这一体系通过风险共担、调剂收入差距，在降低普通民众生活风险的同时，提升其安全感和制度认同感，从而减少社会不安定因素。因此，作为社会保障重要的一环，医疗保险制度的可持续性关系到国计民生的重要问题。

此外，世界范围内，许多中低收入国家正在尝试引进和实施社会医疗保险制度。但限于经验、管理能力，实施过程中问题层出。^④ 中国经验对于那些正在努力改善自己国家卫生体系的决策者同样重要。通过分析中国医疗费用膨胀的机制和医疗保险财务状况，可以促进中国治理经验的提升与世界的交流。

虽然已有学者对部分地区的医疗费用情况做了分析，积累了许多成果。^⑤ 但是与问题的重要性和紧迫性相比，对医疗费用膨胀的机制和动力、现实控费策略有效性的研究还不够。^⑥ 尤其是近十几年来，医保机构代表需方购买服务，通过限制供方来控制费用的理念深入人心，但是这一理性设计的制度运行效果如何，我们尚实

① Winnie Chi-Man Yip, et al., “Early Appraisal of China’s Huge and Complex Health-care Reforms,” *Lancet*, vol. 379, 2012, pp.833-842.

② 参见卫生部统计信息中心：《中国卫生统计年鉴》，2014 年。

③ Winnie Yip and William Hsiao, “Harnessing the Privatisation of China’s Fragmented Health-Care Delivery,” *Lancet*, vol.384, 2014, pp.805-818.

④ William C. Hsiao and R. Paul Shaw, eds., *Social Health Insurance for Developing Nations*, Washington D.C.: World Bank, 2007.

⑤ 参见邓大松、杨红燕：《老龄化趋势下基本医疗保险筹资费率测算》，《财经研究》2003 年第 12 期。何文炯等：《基本医疗保险“系统老龄化”及其对策研究》，《中国人口科学》2009 年第 2 期；Xingzhu LIU and William C. Hsiao, “The Cost Escalation of Social Health Insurance Plans in China: Its Implication for Public Policy,” *Social Science & Medicine*, vol. 41, 1995, pp.1095-1101.

⑥ 例外是姚宇：《控费机制与我国公立医院的运行逻辑》，《中国社会科学》2014 年第 12 期。这一研究从公立医院角度探讨控费策略。

证分析。本文综合利用历史数据和对6个省份73个医保政策相关者（经办机构、医院、患者）的深入访谈来分解费用膨胀的动因、医保控费策略及其有效性，希望能提供客观分析和警示性信息，推动医保体系的可持续发展。

二、平均费用和服务量：医疗费用的驱动因素分解

（一）方法：估测公式与数据来源

利用一个标准的分解方法，不仅可将历时的费用变化分解为数量因素和价格因素，还可计算它们的相对比重。^① 在公式（1）中， P_t 是医疗服务在时间 t 的价格， Q_t 是当时的服务数量。所以 t 时的医疗费用为 $P_t * Q_t$ 。医疗费用从 t 到 $t+1$ 时的变化可被分解为：

$$\begin{aligned} & P_{t+1} * Q_{t+1} - P_t * Q_t \\ &= (P_{t+1} * Q_{t+1} - P_{t+1} * Q_t) + (P_{t+1} * Q_t - P_t * Q_t) \\ &= P_{t+1} * (Q_{t+1} - Q_t) + (P_{t+1} - P_t) * Q_t \\ &= P_{t+1} * \Delta Q + \Delta P * Q_t \end{aligned} \quad (1)$$

公式（1）中， $P_{t+1} * \Delta Q$ ，是假定价格不变，从 t 到 $t+1$ 卫生费用变化中可归因于服务数量变化的部分； $\Delta P * Q_t$ ，是假定服务量不变的情况下，卫生费用中归因于价格变化的部分。

数据主要来源于《中国卫生年鉴》和《中国卫生统计年鉴》。^② 从1988年起，卫生部门开始发布医院门诊和住院费用、使用量的年度数据。这是测算卫生费用增长机制的基础。为了使数据在时间维度上可比，将分析范围局限于医院。其他类型的服务提供者，如社区卫生服务中心、疗养院等都被排除在外。2012年，中国有23170家医院，既包括基层的乡镇卫生院，也包括高端的三甲医院。其中，公立医院（国有和集体所有）的床位数占绝大多数。^③ 因此，以医院作为分析对象，可反映中国90%以上住院和门诊费用的变动情况。根据不完全统计，医院的门诊和住院费用能够占到卫生总费用的70%（见图2）。虽然分析仅针对医院，但有利于了解整

① Congressional Budget Office, Factors Underlying the Growth in Medicare's Spending for Physicians' Services, June 1, 2007, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/81xx/doc8193/06-06-MedicareSpending.pdf>, 2013年12月29日。

② 参见卫生部统计信息中心：《中国卫生统计年鉴》；中国卫生年鉴编辑委员会：《中国卫生年鉴》（1988—2012），北京：人民卫生出版社，1989—2013年。除特别注明，文中所有表格及图中的数据皆源自以上文献。

③ 2003年，公立医院床位占总床位的97%，2013年这一比例仍然高达86%。参见卫生部统计信息中心：《中国卫生统计年鉴》，2004年，2014年。

体卫生总费用变化情况。

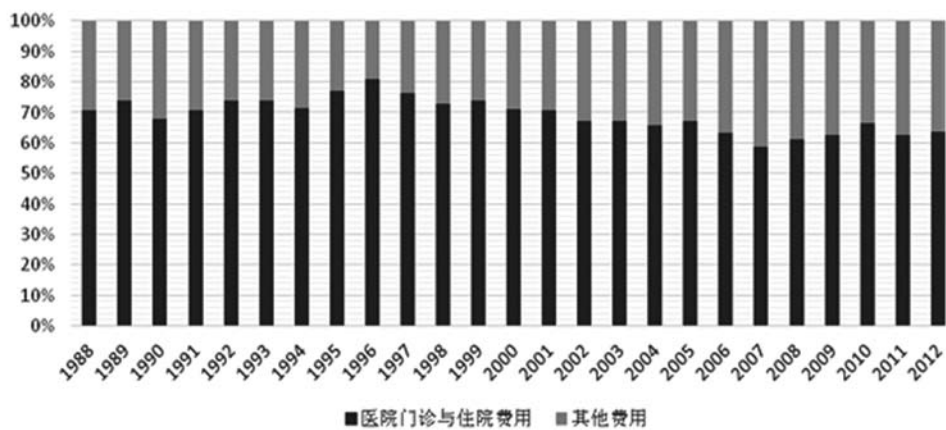


图 2 医院门诊与住院费用占卫生总费用比重

我们使用住院和门诊的平均费用作为它们的价格，并通过居民消费价格指数（consumer price index）进行调整，使得所有数据均以 2012 年的价格为准。严格来讲，这并非是医疗服务的价格，而是平均费用。但由于医疗服务类别繁多，每次医疗服务都包含若干子类的项目（例如挂号、检查、药费、诊疗费，等等），难以用统一的价格反映医疗服务。因此，我们采用平均费用的指标来替代价格。^① 下文中的价格均指平均费用。此外，我们将住院和门诊的服务量除以人口数量，得出的平均使用率成为衡量使用率的指标。在《中国卫生年鉴》中，急诊服务被归入门诊服务，我们遵从了这一处理方式。

（二）平均费用与服务使用率：两个阶段的划分

对住院服务而言，1999 年是一个分水岭：从 1988 年到 1999 年，住院费用增长 226%：价格贡献了 264%，而服务使用率的减少使得费用减少 38%。从 2000 年开始，服务使用率成为显著的费用增长因素，价格虽继续发挥作用，但其重要性已降低。住院费用从 2000 年到 2012 年增长 377%：服务使用率的扩张占 308%，而价格占 69%。如果将上述数据转化为百分制，结果从 1988 到 1999 年，价格因素推动住院费用增加 117%，而服务使用率的萎缩平衡掉 17% 的费用。从 2000 年到 2012 年，价格仅对 18% 的费用增长负责，而服务使用率的膨胀构成了剩余 82% 费用增长的主要原因。

① 狭义的医疗服务价格，例如挂号费、某个药品的价格等由物价部门管制，并不能很好地反映医疗服务的成本和通胀情况。本文的平均费用既包含了上述狭义的价格，又包含了治疗的强度（intensity），同时也糅合了各类不同的医疗服务，因此更能反映单次医疗服务（住院或门诊）的单位成本。

表 1 住院费用变化的分解 (1988—2012)

时间	整体变化 (元)	A: 百分制变化 (%)	B: 服务使用率因素 比重 (%)	C: 平均费用因素 比重 (%)
1988—1989	8.01	16.8	4.5	12.3
1989—1990	1.70	3.1	—3.0	6.0
1990—1991	8.55	14.9	—0.5	15.4
1991—1992	16.19	24.6	1.9	22.7
1992—1993	14.62	17.8	—2.9	20.7
1993—1994	—6.37	—6.6	—7.0	0.4
1994—1995	11.23	12.4	0.5	11.9
1995—1996	21.41	21.1	—0.3	21.4
1996—1997	5.33	4.3	—1.5	5.9
1997—1998	11.88	9.3	—0.5	9.8
1998—1999	15.07	10.7	—2.2	13.0
1999—2000	10.94	7.0	0.8	6.2
2000—2001	13.79	8.3	3.9	4.4
2001—2002	25.92	14.4	2.7	11.7
2002—2003	34.88	16.9	9.5	7.4
2003—2004	15.96	6.6	1.1	5.5
2004—2005	42.24	16.5	9.5	6.9
2005—2006	16.72	5.6	6.9	—1.3
2006—2007	18.65	5.9	9.2	—3.3
2007—2008	97.87	29.3	24.8	4.4
2008—2009	117.15	27.1	17.8	9.3
2009—2010	115.59	21.0	15.6	5.4
2010—2011	54.04	8.1	6.5	1.6
2011—2012	73.25	10.2	7.6	2.6
阶段 I: 1988—1999	108	226	—38	264
阶段 II: 2000—2012	626	377	308	69

注：第三列的百分数等于第四列和第五列之和，即 $A = B + C$ 。因四舍五入，部分数值之和略有差距。

对门诊服务而言，类似的规律也存在，只不过区分时点是 2003 年。在 2003 年前，价格是门诊费用增长的主要动力。从 1988 年到 2002 年，门诊平均费用从 55 元增长到 213 元，增长幅度达 267%。其中，价格贡献了 445%，而服务使用率平衡掉了 178%。1988 年到 2002 年的 15 年中，有 10 年服务使用率起负作用。2003 年后，价格和服务使用率都推动了卫生费用的增长。从 2003 年到 2012 年，平均门诊费用净增长 309 元，增长幅度为 145%。其中，服务使用率贡献了 111%，价格贡献了 35%。

表 2 门诊费用变化的分解 (1988—2012)

时间	整体变化 (元)	A: 百分制变化 (%)	B: 服务使用率 因素比重 (%)	C: 价格因素 比重 (%)
1988—1989	2.09	3.83	−5.86	9.68
1989—1990	5.86	10.34	1.28	9.06
1990—1991	13.85	22.15	0.69	21.46
1991—1992	10.93	14.31	−3.60	17.91
1992—1993	−0.46	−0.53	−18.74	18.21
1993—1994	2.81	3.23	0.95	2.28
1994—1995	9.74	10.86	−4.26	15.12
1995—1996	20.31	20.43	−1.20	21.64
1996—1997	11.92	9.95	−4.15	14.10
1997—1998	13.89	10.56	−2.02	12.57
1998—1999	18.70	12.85	−3.67	16.52
1999—2000	13.80	8.40	0.23	8.17
2000—2001	11.93	6.70	−1.52	8.22
2001—2002	10.35	5.45	−2.55	2.90
2002—2003	12.66	6.32	−1.02	7.34
2003—2004	19.50	9.15	4.39	4.77
2004—2005	25.03	10.77	4.84	5.93
2005—2006	12.30	4.78	4.86	−0.08
2006—2007	3.08	1.14	8.69	−7.55
2007—2008	40.96	15.01	10.26	4.75
2008—2009	59.18	18.86	8.21	10.64
2009—2010	35.32	9.47	3.29	6.18
2010—2011	36.32	8.90	6.63	2.27
2011—2012	77.53	17.43	13.05	4.39
阶段 I: 1988—2002	146	267	−178	445
阶段 II: 2003—2012	309	145	111	35

注：第三列的百分数等于第四列和第五列之和，即 $A = B + C$ 。因四舍五入，部分数值和略有差距。

(三) 解释

如何解释上述现象？具体而言：第一，为什么门诊和住院费用的增长机制可分为两个阶段？第二，为什么价格和服务使用率会在这两个阶段起不同的作用？限于篇幅，不能提供详尽的分析过程和机制，在此只是尝试性地提供一些解释。总体上，需要将费用增长置于中国近 30 年的市场转型和医疗改革。

已有证据显示,医疗保险与医疗服务的使用率密切相关。所以,需要考察中国近 30 年来医疗保险覆盖面的起伏。从 20 世纪 80 年代开始,中国的城乡医保制度一直处在调整中。20 世纪 80—90 年代,计划经济时期遗留下来的医疗保险项目不是崩溃(如农村合作医疗),就是被替代(如公费医疗、劳保医疗)。在农村,合作医疗制度的覆盖率在 80 年代中期跌到谷底。尽管国家曾若干次努力恢复其覆盖率,但直到 2003 年前一直效果不彰。这使得从 20 世纪 80 年代到 21 世纪初的 20 多年间,占人口 70% 的农村居民几乎没有任何医疗保险。

在城镇地区,改革过程中大批国有、集体企业因经营困难而破产。劳保医疗是嵌入到计划经济体制中的。公有制企业的破产使得劳保医疗日益难以为继。20 世纪 90 年代中期,总工会在全国范围的调查发现,30.13% 的公司和 53.07% 的亏损企业都在拖欠支付职工的医疗报销。^① 从 1999 年起,职工医疗保险开始在全国范围内取代劳保医疗和公费医疗,但其覆盖面有限。它主要面向城镇职工,尤其是那些在公共部门和正规部门就业的人群。职工的家属没有被纳入保障范围,未就业人群(老人、儿童)同样在保障范围之外。卫生部组织的国家卫生服务调查显示,1993 年城镇居民中有 27.3% 的人口没有医保,1998 年和 2003 年分别有 44.1% 和 44.8% 的城镇人口没有医保。^②

不断下滑的医保覆盖面成为卫生服务需求的制约因素。门诊和住院服务的使用率在 20 世纪 80 年代末期开始停滞,在 90 年代下降(见图 3)。这些宏观趋势可以在微观层面得到验证。四次国家卫生服务调查的结果显示,居民的两周末就诊率从 1993 年起开始上升,并在 2003 年达到顶峰(48.9%)。在这些生病而没有去寻医问药的居民中,因为经济困难而放弃治疗的比例也在上升:1993 年是 14.3%,2003 年是 38.2%。^③ 以上这些事实与表 1、表 2 的数据吻合:正因为医疗服务使用率不升反降,使得 2000 年以前,服务使用率实际上起到了抑制卫生费用的作用,而价格的变动则成为费用上涨的主要动力。

20 世纪 80—90 年代的卫生体制改革进一步强化了价格在费用上涨中的作用。在计划体制下,卫生服务、药品的价格因国家严格控制而处于较低的水平。市场化改革后,政府将经济激励机制引入医院等供方组织。尽管现在医疗服务价格仍被置于政府管控范围,但医院可针对管控范围外的服务和设备收取高价。同时,政府大

① 参见全国总工会政策研究室:《中国职工状况调查》(1997)(综合卷、典型卷、数据卷),北京:西苑出版社,1999 年。

② 卫生部统计信息中心:《国家卫生服务调查分析报告》(1994、1999、2004、2010),<http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/list.shtml>,2015 年 3 月 1 日。

③ 卫生部统计信息中心:《国家卫生服务调查分析报告》(1994、1999、2004、2010),<http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/list.shtml>,2015 年 3 月 1 日。

幅减少了对医院的财政投入，这使得医院的运营越来越依赖自身的创收。^① 医院和医生都有动机去提供更多、更贵的服务和药品，这就使得医疗服务的平均价格上升。

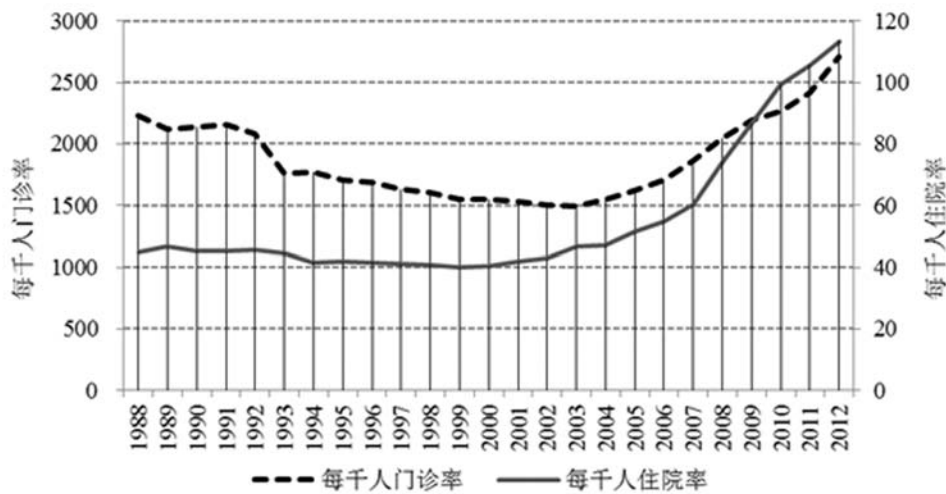


图 3 住院和门诊服务的平均使用率

21 世纪初，政府决定弥补医疗保险方面的漏洞。从 2003 年起仅用 6 年时间，新农合就覆盖了绝大多数的农村居民。在城镇地区，居民医保迅速弥补了职工医保留下的漏洞。到 2010 年，全民医保基本实现。医疗保险覆盖面的提高使得医疗服务使用率中止跌势，日益攀升，服务使用量开始爆炸性增长（见图 3）。^② 服务使用率本身成为费用增长的一个显著因素。同时，医保覆盖面的提高也抬升了医疗服务的平均价格。另外，政府对医院的财政补助无显著增加。为补偿日益升高的运营成本，医院只能继续依赖自身创收（包括以药养医）。现行的按服务项目收费为主的支付制度也刺激了过度的服务供给。因此，2000 年以来，中国医疗费用呈现双驱动的增长机制，服务使用率和价格一起推动费用高速增长。这种双驱动增长的趋势可能持续下去，并使未来几十年的费用控制变得更为艰难。

三、现实世界中的医保控费机制

（一）研究问题与资料来源

面对急遽膨胀的医疗费用，控费主力是各级医疗保险主管部门：城镇地区是职

① Waikeung Tam, “Organizational Corruption by Public Hospitals in China,” *Crime, Law and Social Change*, vol.56, no.3, 2011, pp.265-282.

② Baorong Yu, et al., “How Does the New Cooperative Medical Scheme Influence Health Service Utilization? A Study in Two Provinces in Rural China,” *BMC Health Services Research*, vol.10, 2010, pp.1-9.

工医保和居民医保的管理者,即城镇医疗保险经办机构,归属于人力资源与社会保障部门;农村地区则是新农合的管理者,即县级新农合管理办公室,归属于卫生行政主管部门。理论上,医疗保险的建立意在引入一个独立的第三方购买者,以对抗医疗服务市场中的信息不对称。单个的患者在与医方的博弈中处于弱势,很难影响价格、服务。医保机构作为参保者的代表可发挥购买者、谈判者、监督者等多重角色作用。这意味着医保机构不但要面向参保者提供费用报销,还要通过收集保费形成集团购买力,提高监督力度,通过谈判和付费方式改革等措施监督医疗机构的不规范行为,从而减少医疗费用。^① 这一三角关系是中国社会医疗保险体制的核心架构。

然而,理性设计的制度与实践之间存在差距。医保能否发挥理论上所说的控费作用?在现实中,它们如何与供方(医院)和需方(患者)互动?为探索医保控费机制的实际运作及其效果,我们访谈了三类核心利益相关者:城乡医疗保险经办机构的工作人员、城乡各级医院的医生和医保办公人员以及不同医保项目的参保者等,以及其他利益相关者如政府官员、医药代表等。访谈以河南省三市一县为主。三市按其人口规模可分为大、中、小城市,本文以艾市、博市和池市指代。我们在博市选取了端县,以了解农村医疗机构和新农合的实际运作。此外,还对四川省文区的医保部门做了访谈。^②

河南省的访谈集中在2012年7月至12月。我们访谈了河南省、四川省五个地区的各类型医院、市级和县级城镇医保管理局(处、中心)、县级新农合管理办公室以及病患家庭,共计访谈医生34人,医院医保办公人员7人,城镇医保管理中心经办人员11人,新农合管理办公室经办人员3人,病人14人,医药代表1人等。^③ 限于篇幅,本文不对访谈对象和访谈机构的详细情况进行介绍。^④

研究采用半结构化访谈。访谈提纲的设计围绕一个核心问题:医疗费用为何迅猛增长?笔者在征得访谈者同意的前提下进行录音;若未能征得同意,则通过笔录

① Ray Robinson, Elke Jakubowski and Josep Figueras, "Introduction," in J. Figueras, R. Robinson and E. Jakubowski, eds., *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Maidenhead: Open University Press, 2005, pp. 3-10; Alexander S. Preker, "Managing Scarcity through Strategic Purchasing of Health Care," in A. S. Preker and J. C. Langenbrunner, eds., *Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor*, Washington, D.C.: The World Bank, 2005, pp. 23-39.

② 文中所涉及的市县均使用化名。

③ 我们访谈的医院均为公立医院。

④ 所涉及的被访人员均作匿名处理,首位字母为省代码,第二位为县或市代码(A为艾市,B为博市,C为池市,D为端县,W为文区),第三到十位数字为访谈日期(例如2012年8月1日为20120801),第十一位及以后字母为访谈人员代码。

方式。访谈记录遵循匿名和保密的研究伦理。访谈记录通过专业的定性分析软件(Nvivo 8.0)进行编码,然后采用主题分析的方法,对编码做进一步归类,最后形成相关主题。

(二) 医保控费工具箱

根据访谈资料,发现城乡医保经办机构大致采用六种措施控制医疗费用增长:强调基金安全红线、付费方式改革、指标管理、日常监察、违约处罚和三方谈判。这六种方式构成了医保部门控费的工具箱。值得注意的是,虽然城镇医保管理部门和农村新农合管理部门的控费措施稍有差别,但总体上二者有极高的相似度。我们集中探讨相似的部分,在具体的措施上兼顾二者的差异。

首先,基金安全红线。保证医保基金安全运行是城乡医保经办机构的“第一原则”。各级政府对基金安全问题的三令五申,使得基金收支平衡成为各级经办机构开展工作的风向标。端县一位新农合管理办公室的工作人员表示,保障基金安全被赋予政治责任,新农合每年的报销方案都要根据当年的基金收入情况制定,他们要防止医院的报销支出超过他们的基金收入。因而基金安全这根红线使得医疗费用控制成为题中之义。

新农合资金没人敢动,因为涉及政治方面的问题,各级政府都比较重视。目前核定各个方案都要根据总资金核定,不能超出总资金的承受范围。我们最关注的,一是基金安全,二是方案能否保证基金收支平衡。如果支出太多,就没有充足的资金以供报销;所以方案设定也很重要。(HD20120906PZR)

第二,付费方式改革。医保经办机构普遍将医保付费方式由按项目付费改为预付制,以控制费用增长。这种趋势在2009年新医改之后尤为明显。在河南省,各地普遍开展了预付制,例如,艾市的“省医保”^①、博市的市级职工医保、端县的新农合、池市的市级职工医保和居民医保均开展了住院病人的总额预付;端县尝试推进新农合住院病人按病种付费;池市市级居民医保在门诊方面开展了按人头付费。

其中,总额预付或总量控制是一种颇受欢迎的付费方式。调查地区在推进总额预付时,确定总额的方式无一例外,均是结合各医疗机构前三年的总费用加以平均,以此确定当年医院的报销费用上限。然而,城镇医保经办机构通常会结合更多的指标来设定总额,例如医疗机构过去三年的平均报销费用、住院率、甲类乙类药品和医保目录外药品的费用比例等;而新农合管理部门则未使用类似指标。

定额是这样设定的,我们先参考他们近三年的业务量、住院人次、花费金额、甲类药乙类药和自费药的比例、药品比、自费药品比、检查费比、材料费比、次均费用等各项费用,再把物价上涨和合理增长量等因素考虑进来,做统

^① 医保经办人员用语,指省直机关职工的职工医保。

计分析, 定出各项费用的指标, 然后拿去和医院谈判。双方都认定这些指标以后签订协议, 实行总额预付。(HC20120913YM)

此外, 这些总额的预付方式也涉及不同考量。首先, 预付代替后付, 以降低医院的垫付压力。其次, 预付并非全付, 而只是提供一定比例的报销资金, 剩下的作为质量保证金, 年底结算时, 返还额度视医院在药占比、次均费用等指标上的情况而定。再次, 若年终医院未超支, 经办机构则将部分剩余基金奖励医院; 若其超支, 则适度分担超支部分。这里城乡经办机构的差异在于, 在调查地区, 由于新农合刚推行总额预付不久, 关于“结余奖励、超支分担”的原则并未明文加以确定, 从而引发各级医院的猜疑, 甚至恐慌。

第三, 指标管理。城乡医保经办机构采用指标管理控制医疗费用的增长。相比新农合管理部门, 城镇经办机构通常采用更多的指标, 包括次均费用、人次人头比、住院天数、政策范围内报销比例、目录外药品比例等, 而新农合管理部门较多控制次均费用及其年增长率、目录外药品比例等。

城镇医保会设定次均费用、药占比, 等等。设定得比较细致些, 比如用血, 达到多少指标才能用, 而且目录规范性要比新农合强……新农合的(指标)相对来说要宽泛一些, 所以执行起来也没有那么严格。而城镇医保既然设定了, 那就是必须的……例如需不需要用抗生素的问题, 如果没有相应的指标, 它就认为你不需要用。(HA20121019ZJ)

而医院对这些指标的控制则直接关乎医保质量保证金的返还。例如, 博市医保经办机构每月只发放给医院 80% 的定额基金, 而剩下的 20% 则作为质量保证金。医院若想在年底得到全额的质量保证金, 必须在日常运作中控制这些指标。

我们有质量考核办法, 按照考核打分的形式进行评估。根据考核的结果按比例返还质量保证金。如果一家医院执行指标控制的效果不好, 那么在年终返还质量保证金的时候就要扣除一部分, 而且下一年度定基金份额的时候, 不可能去按照这家医院的实际份额去定, 肯定要扣除一部分。通过这些管理, 绝大多数医院的管理意识都被培养起来了。(HA20121019ZJ)

第四, 监察。医保经办机构采用定期或不定期的监察来监督医疗机构的异常情况。其中, 不定期的监察多依赖人力, 具体表现形式是经办人员不定期到医院检查病历、病房和病人。定期的监察则同时依赖人力和非人力工具, 例如, 在调查地区, 新农合管理部门会在乡级医院长期派驻监管员, 而城镇医保经办机构则通过设立“医保医师”制度和信息平台进行监督。

城乡医保经办机构监察的内容较为相似, 多集中在非法套取医保资金、冒名顶替、挂床、过度医疗等方面。

我们合管办对医院的监督, 首先是核查病人身份, 因为有不参合的, 很多人都借用别人的证件, 但是医院给报销了。然后就是要严格合理用药、合理诊

断，今年对过度医疗的检查特别严格。(HD20120906PZR)

第五，违约处罚。如果医疗机构违反了医保协议中的规定，发生恶意套取基金、过度医疗等行为，医疗机构将面临医保经办机构的违约处罚。经办机构会向医院收取违约金，或者拒付报销费用，从而迫使医院为患者承担这笔费用。如果医院的违规行为屡禁不止，经办机构还会考虑暂停甚至取消其定点资格。

医保部门管得比卫生部门严格得很多，一般他们都设定一些指标，如果医院超标就要扣钱。如果真扣钱了，医院就会让我们医生个人把这笔钱拿出来，这种情况这几年还是很多的。我们医生非常不满意！(HA20121019ZYS)

由于新农合管理办公室和医疗机构同时隶属于卫生局，新农合管理部门会单独或联合卫生局同时实施行政和经济处罚。这些处罚包括拒付报销费用、罚款、通报批评等。

如果查出医院有很多问题，我们医保部门多数都是罚款，有时是通报批评。规定上还说，必要时可取消定点医疗机构资格，取消几个月。(HA20121019ZYS)

第六，三方谈判。由于经办机构管理着海量的医保基金，这使得它们有实力创新第三方购买机制。在调查地区，城镇医保经办机构尝试开展三方谈判，通过和医疗机构以及药品供应商的协商，降低药品、医疗服务和检查的价格。而新农合管理部门普遍未实施三方谈判。

例如，池市的市级医保管理中心选择与社区卫生服务中心和部分药品供应商进行谈判。通过谈判，降低了 30 余种慢性病药品的价格。它还和一些医院谈判，设立这些医院为平价医院，降低部分医疗服务的价格。

我们选择一些社区卫生服务中心谈判慢性病药品的价格。首先我们通知慢性病人到就近的社区去申报常用的、比较贵的药品的名称，生产厂家及其规格；然后我们登记、统计、筛选，把排名前 30 位的选出来……然后我们去搞市场调查，摸清各个层面都是什么价格……然后我们拿着这个单子，去找药品供应商，尽可能让他们保证提供的价格是全市最低价；敲定价格之后，我们再找报名的社区，让他们在对药品进行正常的 15% 加价之后，必须再让 5% 的利润。这样就使得这 30 种药品价格大幅下降，平均降幅 18%，最多 40%。(HC20120912XDW)

此外，一些调查地区的城镇医保经办机构通过谈判，降低了部分贵重医疗耗材和仪器检查的价格，取消了一些药店部分药品的加成，改善了病人的就医选择。

综上，医保控费工具箱内的工具不可谓不丰富，医保部门为控制费用也殚精竭虑。事实上，国家近年来花大力气用于控制医疗费用上涨，医保的一些控费措施甚至被批评为“只关注费用控制，而忽略对医疗质量的监督”。^① 但是，即使医保控费

① Winnie Chi-Man Yip, et al., “Early Appraisal of China’s Huge and Complex Health-Care Reforms,” *Lancet*, vol. 379, 2012, pp.833-842.

被赋予了如此重要的角色，近些年费用增长并未有收敛之势，这说明上述控费工具效果有限。我们将从医保、患者、医方三者互动的角度探讨医保控费低效的原因。

四、医患“共谋”的形成机制与制度根源

除人口结构、技术进步、医保扩面等宏观因素外，医患共谋的出现是费用上涨、医保控费有效性下降的重要原因。根据调研资料，我们发现：医生通过垄断性的信息优势可以诱导患者过度使用医疗服务；患者由于医保报销大部分费用而对费用敏感度下降；部分制度（如报销门槛、比例）存在漏洞，医患双方存在“共谋”的动机和可能性。要监控医患双方的行为，医保部门需要付出极大的信息成本。在这三角博弈过程中，本该强有力的医保变得被动、低效。我们的访谈展现了三者之间的勾连与冲突。

这一关系框架强调不同利益相关者之间的互动以及制度环境对于其行为的塑造。制度学派尤其关注行动者之间有策略的互动对经济政治结果的影响。制度学派强调行动者的主观意图（intentionality）及其之间有策略的互动对结果的作用。这两种方法的差异促成了研究方法论的转变，从构建包含结构变量的回归方程模型，转为探索政治过程的博弈模型。^①医疗费用的增长，正是在医方、患者和医保机构的互动过程中产生的，同时又嵌入在更大的制度环境中。需要注意的是，医患共谋是在中性意义上使用的一个分析概念，仅强调在中国特定的社会经济环境中，医患双方因其信息优势和利益的一致性而发生的“串联”行为。事实上，“共谋”这一概念已被组织社会学广泛使用，用以分析组织间（如政府机构）及个人与组织间制度化了的非正式行为。^②

（一）医患共谋的形成

显而易见，医方（或供方）与医保机构的关注点并不一致。医保经办机构关注费用的控制和基金的合理使用，而医方则重点考虑经济效益和医疗安全。

我作为科室主任，有两个方面需要考虑，一是经济效益，一是安全。我给病人做检查后就放心了，并且检查仪器要好。做个彩超，如果镜像好了，也许病人的问题就查出来了；镜像不好就错过了。这些既增加了治疗的安全性，也促进

① Peter A. Hall and Rosemary C. R. Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalism," *Political Studies*, vol.44, no.5, 1996, pp.936-957.

② 周雪光：《基层政府间的“共谋现象”——一个政府行为的制度逻辑》，《社会学研究》2008年第6期；Jean Tirole, "Hierarchies and Bureaucracies: On the Role of Collusion in Organizations," *Journal of Law, Economics, and Organization*, vol. 2, no. 2, 1986, pp.181-214.

了经济效益。所以费用越来越高。我们就和医保中心打架。(HC20120918WYS)

由于二者的利益出发点不同，医方和医保机构之间常存在冲突。在我们的调查期间，医生普遍对医保机构、尤其对城镇医保经办机构表达了强烈的不满。医生认为经办机构对医院的费用增长控制“太死板”，设定的定额不能满足临床需求。

医保中心就是一个机关，直接且很生硬地给我们设定一个额度……医保中心审核病历、审核费用是按照他们规定的条文和标准进行的，例如规定最多拿15天的药，结果拿了16天的，那就是超标了。他们是按照病历单、处方一条一条去审查。(HC20130918GKZ)

这里需要注意的前提是，中国的医疗卫生体制仍然存在一些问题，具体表现为价格机制扭曲，财政补偿机制依赖医院自主经营，药品体系权力集中，药品回扣问题难以解决等。这些体制问题使得医疗服务提供者能够采用相应的手段应对医保经办机构的控费措施。例如，在医生层面，为了弥补总额预付带来的费用不足问题，医生可以拒收重症患者、增加检查和医疗服务费用来降低药占比；部分医生甚至伪造病历。有的医院为争取下一年拿到更多的医保定额，在本年度可能增加花费，这意味着医院要垫付一定开支。

(总额预付)美其名曰是要促进医院自我管理，但实际上是把社会矛盾推到医院了。医保中心提前搞好预算，医院超支垫付，但是医院哪有这么大的实力？于是就要对有些病人进行选择。现在我们医院对于一些重症患者就选择性接收，因为他们的花费很大；如果全收，我们医院就要吃亏了，负担不起这么一个差额。(HA20121018GJ)

此外，患者的考虑在于治好病，少花钱。而医保报销的提供，使得患者对医疗服务价格的敏感度下降，产生道德风险。一方面，一些患者即使得了小病，也会选择住院或者去三甲医院就诊。虽然一些地区实行了转诊制度，但由于中国特殊的医疗资源分布状况，即医疗资源过度集中在省市级的大医院，患者仍倾向于去大医院就诊。另一方面，参保患者容易滥用医疗资源。在四川省文区，医保部门负责人提到：“居民医保的住院率竟然高达22%。参保的老年人中有41%的住院率，这些人只占参保总体的1/3，却花了医保的2/3的钱。所以我们现在不敢宣传动员了。参保的越多，基金压力越大。基本上都是亏损的。”(SW20120709WJZ)

今年年初定的合作医疗方案……使得人们一拥而上提高待遇。报销比例上来以后导致本来花钱比较少的都去住院了，住院病人突然增加很多，造成了住院率偏高。由于享受到国家的优惠政策，好多门诊病号都转成住院病人了，因为住院报销比例高。(HD20120828GSQ)

不仅住院统筹账户如此，门诊统筹账户同样会造成病人过度使用。在调查地区，新农合和城镇居民医保实施之初只是建立了门诊家庭账户，并没有建立门诊统筹账户。新医改后，各地开始建立门诊统筹账户，每人每年享受一定限额的门诊报销。

而一些居民，即使没有生病，也会使用门诊统筹账户开一些药。他们认为，如果不使用这些限额，就是一种损失。

在这种情况下，医保的报销实际上将医生和患者的利益推向“一致”，医患可能通过“共谋”以获得更多的医保报销费用。医患共谋会使得医患双方同时倾向于过度提供或使用医疗服务。在这个过程中，医生可获得更多收入，患者可获得更多的医疗服务和报销费用。

我们省制定过一个政策，住院花费超过 6 万的，按 80% 报销；超过 10 万的，按照 90% 报销。这个政策的初衷是好的，病人花费多了，报销多一点，能解决一些困难。但在实际操作中，这个政策带来很多问题。比如，有些医生对病人说，“你看你都花了 5 万多了，再多花几千块钱你就能按照 80% 报销了。”无形中就造成几千块钱、上万块钱的浪费，造成新农合资金流失。（HD20120906PZR）

在调查过程中，我们发现这种医患共谋的现象可谓五花八门。一些医患可能会“合理利用”医保政策的漏洞来过度使用医疗服务，而另一些则会明目张胆地通过伪造病历或报销凭证来获得医保报销。例如，端县一位受访患者的父亲和医生商量，使用别人的新农合资格获得报销。

我女儿在学校报销很费劲。最后做手术时，借别人一个新农合证。这还是医生出的主意，说让借一个新农合证。后来花了 2000 块，报销了 900 多块。如果不借的话，2000 块就得全部由我负担。（HD20120906PZR）

（二）医保经办机构的监管失效

医患“共谋”根源于医患双方的利益一致性和信息优势。虽然经办机构拥有多样的控费工具，却在医患合谋的情况下效力大减。同时，医保机构面临激励不足、资源缺乏和监管成本过高等问题，从而在费用控制方面表现不佳。

首先，过度重视基金安全使得经办机构缺乏足够的动力关注费用增长。只要医保基金的支付没有超过“警戒线”，医保项目即被认为安全运行。而费用控制必然涉及到控费手段的创新和政策突破（如对基金结余的使用）。在基金安全问题面前，这些创新和突破的重要性多半退居二位。各地保证基金安全的手段多为调整参保人员待遇，而非转变激励结构，监督医生和患者的行为。因为前一种方式更为直接、省力，而后者则需要耗费大量经费、精力，且效果在短期内不一定明显。

其次，医保经办机构无论在人员、资金还是设施配置方面均缺乏相应资源。国家对医保经办机构的定位是“小马拉大车”，然而目前这匹“小马”过小过瘦，以至于无力承担费用控制的责任。医保经办机构通常只有几十个人，却要应对成百上千的医务人员和成千上万的参保者，控制费用有心无力。而且，经办人员无论在医疗知识、精算能力的掌握，以及谈判技巧方面的素质有待提高。

县级城镇医保管理中心总共有 16 名人员，就算全部都派出去检查，一周检查一个医院，也不见得完全能杜绝这种情况（指过度医疗）。我们医保中心也有处罚（拒付医保费用）的规定，执行起来也不是很容易。（HD20121030GZR）

在经费配置方面，医保经办机构的行政经费由政府专门拨付；而医保基金实行专款专用，不允许医保经办机构进行任何挪用。这样，医保经办机构改革的启动经费只能期待上级拨付。2010 年，这笔行政经费仅占当年医保基金支出的 1% 左右，和世界其他国家的水平相比还有一定距离。^① 中央政府对医保经办机构的投入依然不足，而地方政府的财政能力差异极大。一些地方财政捉襟见肘，这直接影响了经办人员的工作积极性和经办力度。

在设施配置方面，医保经办机构控费的主要平台——软件信息系统的建设举步维艰。信息化的开展可有效克服医保经办机构人员短缺的缺点，然而建立信息平台所需的经费同样依赖上级拨付。目前普遍的状况是信息系统大大落后于经办需求；而且信息平台的建设需要经办机构和医院双方的投入，这无疑为信息化的开展打上了问号。

我们还不能实现即时传输医院数据，因为听说这个软件价值上百万。之所以实现不了，主要是费用的问题。今年省厅下发一个文件，里面有个工作任务，规定部分地市要实现实时监控，但是不给我们拨钱。（HC20120910ZJ）

再次，医保经办机构控费能力弱不仅是部门内部的问题，还由于医疗费用控制本身涉及多部门的合作，而医保经办机构在跨部门的协作中没有明显优势，使得监管成本过高。医保经办机构自身行政级别不高，在跨部门协作中往往没有太大发言权。市级医保经办机构是劳动保障部门下属的处级单位，县级新农合管理办公室是县卫生局下属的科室或二级机构；二者级别上分别与市级医疗机构或县乡级医疗机构平起平坐。因此，尽管医保经办机构管理着海量资金，但并没有与其职责对等的级别与权力，这使得医保经办机构的许多费用控制措施难以实行。

几年前县编委下发一个文件，把新农合管理办公室定为二级机构。但目前并没有完全按照二级机构那样做。我们虽然人员多，机构并没有到位。并没有匹配相应的经费或者办公场所，很多工作开展起来比较被动。（HD20120906PZR）

医疗行业中的信息不对称极为严重。医疗卫生无论作为一门学科，还是作为一个行业，其信息量之大，使得任何形式的监管行为都会面临疏漏和风险。这种信息不对称使得医保经办机构与医院之间的谈判成本过高。医保经办机构的现实选择往往是“睁一眼闭一只眼”，因为“咱们医保部门毕竟不是医生出身，你说这个病人该用啥药，做几次 CT，做啥检查，咱们其实没有啥发言权。”（HB20120920WKZ）

① 劳动和社会保障部社会保险研究所：《国外医疗保险经办机构管理费用研究分析》，北京：劳动社会保障部，2005 年。

(三) 制度环境与机制扭曲

理性设计的医保代表参保者/患者与医方谈判,却演变成医患共谋、医保两线作战的局面。这一扭曲的出现有着深厚的制度根源。尽管新医改赋予各地医保经办机构以更大的责任推动第三方购买机制建设,但这一脆弱的三角关系却嵌合在更大的制度环境中。正是这些更强有力的制度约束使得医保经办机构和医疗机构面临诸多政策限制,使得费用增长得不到有效的控制。

第一,低效的医疗机构补偿机制。20 世纪 90 年代后医疗费用的剧增,很大程度上可归结为政府财政责任的弱化,后者导致医疗机构不得不依赖服务收费维持运营。改革开放前,政府通过直接或间接的补贴维持公立医疗机构的运营,公立医院中超过 50% 的收入来源于政府预算。^①同时,在政府管制下,医疗服务和药品的价格都被控制在成本价之下,这一时期医疗费用的涨幅并不算大。改革开放后,承包、竞争等机制成为政府对医院等部门改革的内容之一,加上经济改革削弱了政府的财政能力,导致无论在卫生总费用还是医疗机构收入中,政府卫生支出的比例均大幅下降。与此同时,城市和农村的经济改革也破坏了城乡医疗保障的制度基础。“软预算约束”的弱化和国企改革破坏了公费医疗和劳保医疗制度的筹资基础;人民公社制度的终结以及农村医疗服务递送体系的市场化则使得农村合作医疗走向衰败。^②在这一制度背景下,医疗机构只能通过对患者的收费来维持运营,进一步导致医疗机构以盈利为导向,以药养医、过度医疗等行为层出不穷。过度医疗虽弥补了医院资金的缺口,但造成了社会资源的浪费。

新医改后,政府财政责任回归,但新增投资并没有流向大医院,而是大约 30% 流向县级医院、社区卫生服务机构、乡镇卫生院和村诊所,其余则主要流向了补贴需方的医疗保险和公共卫生事业等。大医院仍然依赖药品加成、检查收费、手术等创造效益,其盈利动机不仅没有弱化,反而有愈演愈烈之势。初级医疗卫生机构的收入很大程度被财政投入置换。一个悖论的现象是,当财政投入增加以后,这些初级医疗卫生机构的医生反而抱怨他们的收入有所下降。这更促使他们通过过度医疗来弥补收入减少的部分。

新医改以后,政府的确对我们增加了投入。但是这些钱根本不够我们生活。再一个,这些钱都是事后发,按说应该提前发,发完我们才好开展工作。现在在外面打工的,一天收入好几百,我们连在外面打工的都不如;收入还不如过去。原来我自己干的时候一年最起码收入四万块,现在每月只有几百块。

① 王绍光:《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《中国社会科学》2005 年第 6 期。

② 顾昕、方黎明:《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续发展分析》,《社会学研究》2004 年第 5 期。

(HD20120823ZYS)

第二，扭曲的药品定价和集中采购机制。药价高企是造成医疗费用迅猛增长的关键因素。政府希望通过直接价格控制和药品集中采购管理药品价格，结果却适得其反。

一方面，价格部门将医疗服务价格压制在成本之下，同时通过收益率管制政策允许医疗机构对药品加价 15%，这不但赋予了医疗机构抬高药价的合法权力，而且促使其销售高价药品。此外，对新特药品的单独定价政策和宽松的审批制度促使高价药品反复出现，而行业进入管制和医疗保险的定点制度给予了公立医院行政垄断的地位。以上因素使得药品的实际价格大大高于成本价格。其中，对医院和医生的药品回扣占较大比例。药品回扣的出现使得医疗行业腐败行为较为常见，医药代表为推销药品，往往通过“明扣”或“暗扣”的方式返还医院和医生部分医药销售收入；而这部分灰色收入往往远高于医务人员和相关行政人员的正式收入，成为医疗行业最难揭开的灰色利益链条之一。以价格昂贵的单独定价新药为例，经估算，医院销售此类药物的利润率（含回扣）和医生等相关人员的回扣加起来占药品零售价格的 30%—70% 左右。^① 药品回扣造成的医疗腐败问题对医疗费用快速增长起到关键作用。新医改后，政府开始推行基本药物制度，并从基层医疗卫生机构逐渐推向上一级别医院，未来可能推向更高级别的公立医院。基本药物制度仅取消了医疗机构 15% 的药品加成，最新的改革进一步放开了政府对大多数药品的价格管制，但公立医院对药品销售的垄断地位未受影响。药费占整体医疗费用比重的走向目前仍难以预料。

另一方面，绝大多数地区的药品集中采购权力仍掌握在省级的药品招标采购联席会议办公室。它是一个各部门（发改委、卫生部门、财政部门等）联合办公的部门，而城镇医保部门所隶属的劳动保障部门只是列席成员之一。此外，城镇医保和新农合均实行属地管理，市级和县级的医保机构无权就药品的招标、采购和定价与药品供应商进行谈判。医保机构不能主动出击，限制过高的药价，只能沦为付费者。博市一名城镇医保经办人员表示：“招标议价时，把我们人社部门给甩到外面去了；更别说我们这个地级市了，连参与都没法儿参与。”（HB20120924SKZ）

不仅如此，药品集中采购机制还使得医保经办机构无权与医疗机构进行价格谈判，因为相关政策规定，“县级及县级以上人民政府、国有企业（含国有控股企业）等举办的非营利性医疗机构必须参加医疗机构药品集中采购工作。不得进行‘二次议价’”。^② 这进一步压缩了医保经办机构的价格谈判能力。

① 朱恒鹏：《医疗体制弊端与药品定价扭曲》，《中国社会科学》2007 年第 4 期。

② 《关于印发医疗机构药品集中采购工作规范的通知》，2010 年 7 月 7 日，<http://www.moh.gov.cn/mohghcws/s3577/201007/48124.shtml>，2015 年 5 月 9 日。

同时,药品集中招标机制滋生了官商勾结等腐败现象,进一步加剧了药品价格的上涨。药品的集中招标采购本意在于规范药品的定价和配送环节,通过行政监管控制药品价格,保证药品质量。然而,现实中,药品招标权力的集中使得相关部门成为药品供应商的“公关对象”,招标过程很多时候成了腐败行为的演练场;而为了收回公关成本,药品供应商会想尽办法将行贿成本加入到药品成本中,这成了药品价格持续居高不下的主要原因。

药品一直都是省里统一招标,但这个政策有很多问题。举个最简单的例子,很多小厂,平时销量不好,招标的时候为了中标,就给招标的官员送礼,结果就招上了,等于说当官的把钱挣了。而之后,这个公关费用厂家肯定得捞回来,所以价格就得加上去了。(HC20120910ZJ)

第三,医保制度的碎片化。目前,三大社会医疗保险分开运行。这种分立的医保制度源于新旧医保制度更替过程中的制度设计。在计划经济时代,医疗筹资体系包括三种制度:公费医疗制度、劳动保险制度和农村合作医疗制度。公费医疗制度主要面向政府工作人员(包括退休人士)、伤残军人、高校师生、事业单位工作人员及其家属;劳保制度面向国有企业和部分集体企业职工(包括退休人员),并能为其家属报销一半的医疗费用;农村合作医疗主要面向农村居民。然而,随着经济改革的推进,原有的三项制度逐渐丧失了赖以维持的制度环境。为应对这种局面,政府首先建立了城镇职工基本医疗保险制度,逐渐替代公费医疗和劳保医疗。新制度只为正规部门的职工和退休人员提供报销,而不再覆盖职工的亲属。个体从业者、非正式部门的职工和流动人口也没有纳入保险范围。^①2003年,面向广大农村居民,政府推行了新型农村合作医疗。2007年,为将那些没有纳入城镇职工医保的人群纳入医疗保障范围,政府实施了城镇居民基本医疗保险制度。其中,劳动保障部门负责两项城镇医保制度,卫生部门则管辖新农合。

同时,每种医保项目均实行属地管理,市级城镇医保属市级医保经办机构管理,县级城镇医保属县级医保经办机构管理,新农合则属县卫生局下属的新农合管理办公室管理。城镇医保、新农合这两种管理方式使得全国形成了数以千计的医保管理部门,各部门独立运作,相互间几乎没有联系,这使得单个的经办机构势单力薄,本地的经办机构无力监管外地的医疗机构。这种碎片化的管理模式也容易造成信息系统等设施的重复建设,增加机构成本。

卫生部门是为卫生部门的利益考虑的,人社部门是为人社部门的利益考虑的。给医院造成的麻烦就是得安装两个系统。现在我们都讲信息化,那一套系统价值几千万,我们人社部门有一套,卫生部门也要搞一套,这纯属浪费!你也搞,我也搞,重复投资建设是个很大的毛病。(HB20120920BJZ)

^① 王绍光:《政策导向、汲取能力与卫生公平》。

在世界范围,这种碎片化的管理模式比较少见。在全世界 100 多种社保制度中,全国统筹和专户管理是绝大多数国家和社保模式运行的一个通则;在全国统筹下,社保基金由中央政府统收统支,基金集中在中央政府的一个专户里。^① 尽管我国的城镇医疗保险已开始推行市级统筹,但仍需假以时日。目前各地只是将待遇水平加以统一,但医保基金和经办人员的统一管理面临巨大的阻力。

第四,医疗资源分布不平衡。改革开放后,医疗卫生工作的重点开始转向城市。1982 年至 2001 年间,城镇医院床位从 83.2 万张增加到 195.9 万张,而农村医院床位却从 122.1 万张下降到 101.7 万张。在城市,医疗资源相对集中在大城市;而在大城市,医疗资源又集中在大中型医院,形成了大医院“贵族化”现象。农村医院则饱受资源匮乏、设施落后、医护人员素质不高等问题的困扰。^②

有研究表明,政府卫生支出若重点投在基层医疗服务,则居民健康易获得较大程度改善。^③ 但现实的情况是,一个地区的三级医院往往集中了该地区的大部分医疗资源,形成了事实上的寡头,一级二级医院只能在剩下的市场分一杯羹。例如,四川省文区的医保基金“60% 以上流向了市级及更高级别的医院”(SW20120709WJZ);河南省池市“两家市级三甲医院占了(城镇医保)基金支出的 60%”(HC20120917WW)。医疗资源的过分集中加上公立医院的行政垄断地位,大大降低了医疗服务市场的竞争,使得医保经办机构对大医院的监控难上加难。面对具有垄断地位的大医院,医保经办机构很容易沦为单纯的付费者而非服务购买者,限制费用增长成为空谈。

总之,源于制度环境的医患共谋大大削弱了医保经办机构控费工具的效力,使得经办机构不能有效控制患者的道德风险和医生的过度医疗行为,也无力降低虚高的药品价格,从而无法控制医疗费用的过快增长。在医保全民覆盖的时代,这些行为更是有过之而无不及;医保制度不但不能有效限制道德风险,反而会刺激逆向激励的产生,造成大量医疗资源浪费,增加医疗开支。^④

五、讨 论

21 世纪以来的新一轮医疗改革,在短短十年内实现了医疗保险的全民覆盖。城镇职工、城镇居民、新农合三项制度极大扭转了医疗保障筹资方面的不公平,为广

① 郑秉文:《社保基金违规的制度分析与改革思路》,《中国人口科学》2007 年第 4 期。

② 王绍光:《中国公共卫生的危机与转机》,《比较》2003 年第 7 期。

③ 李华、俞卫:《政府卫生支出对中国农村居民健康的影响》,《中国社会科学》2013 年第 10 期。

④ 俞乔、杜修立、赵昌文等:《有限医疗资源在全病种范围配置的有效性分析》,《中国社会科学》2013 年第 10 期。

大民众提供了抵抗疾病风险的保护网。尽管这三大医保制度目前还有不少结余资金，但年均 17.6% 的卫生费用增长率迟早会吞噬掉所有基金。历史数据告诉我们，在过去 25 年，医疗服务的价格和使用率对费用的增长起过不同的作用。2003 年以来，使用率与价格同时主导费用的膨胀，而使用率在大多数时间处于主导地位。对几十位医保相关者的访谈，我们也发现了费用膨胀的微观基础：基于信息优势和利益一致的医患共谋以及弱势的医保监管，导致过度医疗。

理性设计的医保制度旨在建立医保第三方购买机制，限制医方的过度医疗和患者的道德风险，控制费用增长。这种机制的关键在于各方力量的平衡，尤其是医保购买者既要具有足够的购买能力，又能代表患者，具备和医方、药品供应商的谈判议价能力。然而，在现实世界中，这一制度却同时受制于微观层面的行动者之间的互动和更大的制度环境。多重约束下，医保机构有丰富的控费工具却难以推行，形成了弱势的监管方式。因而，医保第三方购买在现实中变成了强势医方和弱势患者的共谋。这一扭曲的机制造成大量医保资金浪费，构成医疗费用膨胀的重要原因。

我们希望此项研究能增进学界对于真实世界中医保运作的认识，尤其是加深对医保、患者、供方相互勾连的复杂关系的认识。因为任何政策最终都需要落脚到这些利益相关者，而它们的反馈、适应、变通、抵制会决定政策的效果。毕竟医疗体系是一个典型的复杂系统，单纯的线性思维、单一来源的数据都无法应对这一复杂的动力机制。

医疗保险体制从属于更宏观的社会保障体制。经过 30 余年的改革重构，社会保障体系已初步完成制度设计和框架建设。制度治理、可持续性、再分配效果将是未来几十年最为重要的研究议题。就医疗保障而言，能否建立具有财务可持续性的医保体系，关系到医改成果能否继续，关系到普通民众的健康和社会稳定。未来的政策发展将需要确定医疗费用的合理增长机制和比例，讨论医疗费用不合理地过快增长和如何控费才有理论与政策意义。未来的研究应当聚焦于上述重要议题，以保证医改成果的巩固与继续。

〔责任编辑：刘亚秋 责任编辑：冯小双〕