



● 他山之石

▶ 他山之石

▶ 国际观察

▶ 热点关注

他山之石

浅谈基本医疗保险制度对医药费用的影响

2010-11-24 | 访问次数: | 编辑: rky | 【大 中 小】

2010-11-24

摘要: 我国基本医疗保险制度在10余年的道路中, 不断地深化改革, 对医药行业的发展有一定的影响作用。本文采用比较和文献分析法, 对基本医疗保险制度下医药费用在某些方面出现的问题进行研究, 阐述了存在此类问题的症结所在, 从而提出控制药价方面的对策和建议。

关键词: 基本医疗保险, 医药, 费用

1 基本医疗保险制度下医药价格存在的问题

基本医疗保险制度, 是由社会医疗保险机构提供个人因病获得符合保险范围的必须的医疗服务而进行医疗费用补偿的一种社会医疗保险制度[1]。当劳动者患病后能对其医疗费用提供帮助或者仅限于医药费用的支付补偿, 使之尽快恢复身体健康。由于我国医疗保险制度起步晚, 在发展过程中, 出现了一些不可避免的弊端, 对药品价格方面产生了较为突出的影响。

1.1 医保制度助长“以药养医”

医疗服务提供者、消费者、第三方付费人是医疗服务市场的三个经济主体。医疗服务又与其他的商品不同, 由政府补偿、社会支出和个人卫生费用支出三部分共同筹资。两个原因导致医疗机构不得不以增加药品收入为主要途径来提高医院总收入: 第一, 在市场经济的大环境下, 医疗成本随经济增长不断攀升, 政府的补偿平均占医院总收入的比例较少, 形成了一定的亏损; 第二, 医疗服务市场具有一定的专业性, 一些医生可以通过技术上的决策权诱导病人过度医疗。据有关部门统计, 县级以上医院的药费基本占总收入的60%以上(一些超过了65%), 这与45%的规定是有距离的。基本医疗保险制度在一定程度上成为了医院销售药品的助推器, 在第三方付费的前提下, 很容易导致医患所谓的互利现象, 增加道德风险。于是, 医疗机构的住院、门诊部就成为最大药品经销商。

1.2 积累制的个人账户造成基金的巨大浪费

我国城镇职工医疗保险的模式是“统帐结合”, 其中基金账户是积累制的。据统计公报, 城镇基本医疗保险统筹基金累计结存2882亿元, 个人账户积累1394亿元。这样的结果显然违背了医疗社会保障支出救贫、救急、救命的初衷。更值得我们深思的是, 不仅这些结余没有达到社会价值最大化, 在所花销的费用中也存在着严重的医药资源不合理使用的现象。其中, 定点药店的违规行为有: 第一, 向参保人员销售假冒伪劣药品; 第二, 药品价格高于物价部门或医保管理部门规定的限价, 高于向非参保人员销售的同种药品的价格; 第三, 使用IC销售或变相销售营养保健品、化妆品、生活用品等药品以外的商品。参保人员方面的行为有: 参保人员对“积累账户”的认识不够明确, 贮备以防疾病风险发生的意识不足, 只看到眼前的利益, 就有利用医保卡采购基本生活用品的意愿, 把钱零着花, 导致医疗基金不能得到正常使用。医疗机构的行为有: 重复用药, 开出超治疗范围的“大处方”, 出院超量带药, “搭车”药, 甚至冒名顶替开药。此外, 还有一些药贩子趁机做起了“高价收药”的生意, 回收多种药品以谋取利益: 参与者每次看病要求医生多开药、开贵药, 然后转手, 通过医保基金套取现金。这样就给国家的财政支出带来了不必要的浪费。

1.3 《基本医疗保险药品目录》存在的一些不足有待于进一步改进

我国采用《基本医疗保险药品目录》的办法，是在保证基本医疗需求，保证医保基金收支平衡的前提下，

根据药品的性质、疗效和价格，将参保人员的用药限制在一定范围内，来控制药品费用支出。但是，根据我国国情建立起来的“低水平，广覆盖”的原则对医药行业的发展以及居民所受保障的质量提出了新的课题。虽然被列入《目录》的药品因价格有上限的约束，对企业的利润可能有所影响，但是国家为了提高其积极性，对其有补贴的政策。另外，药品采购、医院开方、参保人员用药都会选择其范围内的药品，所以进入《目录》的医药企业占有强势地位。入选《目录》的重要条件之一是相对价格低廉，于是，企业纷纷生产低水平的药品，或更名制造一些所谓的“新药”抬高价格，通过非常规手段挤进限制范围内，而药品质量和治疗效果却差异不大。这样，《目录》将成为低水平药品生存的土壤，治疗所需的范围以外的好药没办法报销，还是没有减轻患者的医药费负担。

2 药品价格虚高的症结所在

2.1 信息不对称使医生占有绝对的决策权

由于我国医疗资源短缺和布局相对的不平衡，加上医疗技术的专业性和治疗结果的不确定性，形成了医疗服务供需双方高度的信息不对称，导致了卖方市场的状况。疾病的经济风险即医疗费用的多少，与医疗服务供给方有密切的关系。医疗机构是为人类健康服务的社会群体，以救死扶伤、防病治病、保护人体健康为宗旨，从事疾病诊断、治疗活动的社会组织。在医保制度改革之前，医疗机构所面对的都是自费医疗患者，所思考的是如何做好患者的医疗服务工作；实行改革后，限价、限量、限种数和“总量控制，结构调整”政策的实施，使医院以医生处方为入口来实现药品收入的增长。药费、疗效、报销、厂家以及患者的需求成为影响医生处方的综合因素。医疗保险制度是按病情进行经济补偿，而医疗服务必须在医院及医务人员直接提供或在其指导下进行。由于患者对各种治疗所带来的作用和风险不甚了解，只能听取医生的建议。在经济利益的推动下，医疗服务提供方很容易不顾患者的利益来获取切身利益。

2.2 第三方付费下医患双方的道德危害

对于消费者来说道德危害主要有：第一，以治疗代替自我预防、自我保健，造成医药费用浪费；第二，超本人范围医疗消费，形成“一人看病，多人吃药”的现象。一方面，信息匮乏的患者急切治疗以求速愈的心理，易使他们提出过高的医疗需求；另一方面，第三方即保险方支付费用，在感觉上和医生的“交易”过程感觉上是免费的，一定程度上不用受支付能力的限制，容易形成与医疗机构“共赢”的微妙关系，使私人成本和社会成本背离，形成道德危害，保险机构就成为了买单者。

2.3 医保管理人才缺乏

作为社会保障重要组成部分的基本医疗保险管理机构，有对定点医疗机构进行资格审查、确定医疗保险的基本范畴和药物的使用范围、监督诊断应用等管理职能。目前的监管对医疗机构虽然有一定的约束力，但是相对于数目众多的定点医疗机构和药店，医保管理人员显得极度有限，而且专业性较为缺乏，不能深入到医学领域的技术底层，专业、有效地执行监督管理。

3 对策分析

根据我国的基本国情，为充分利用我国有限的医疗资源，加强医药费用的合理使用，笔者认为可以从以下几个方面入手：

3.1 发展补充医疗保险，加强保险机构与医疗机构的合作

一方面，我们应该着重增强患者的消费观念，可以通过适当地同时增加基本医疗保险的自付比例和保额，提高医疗服务供需双方方的适度医疗意识，把克服浪费变成医、患双方的自觉行动。另一方面，要充分发挥补充医疗保险的作用。随着经济的发展，仅依靠有限的财政资金投入，远不能满足人民日益高涨的、具有稀缺性的医疗保障需求。相对于基本医疗保险，补充医疗保险就具有更多层次、高水平的医疗保障。可以通过宣传保险知识，使人们了解疾病风险，加深对商业保险的认识，从而使商业保险为国家分担保障。此外，为预防道德风险的发生，医保机构需要健全医院医保管理队伍，及时制订各项规章制度和措施，聘专职保险医师对定点医院实行监督管理，实施风险控制；多增设定点单位，给病人更多的选择权，打破垄断的格局；医疗机构应重点提高医务人员的认识水平，规范医院的服务行为。

开拓医疗保险机构与医疗机构的合作模式也是完善医疗保障体系的发展趋势。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称《意见》）中鼓励社会资本依法兴办非营利性医疗机构，国家制定公立医院改制的指导性意见，积极引导社会资本以各种方式参与包括国有企业所办医院在内的部分公立医院改制重组。虽然保险公司投资或开办自己的医疗机构还有一定的困难，但是，日益专业化的商业保险公司一定能够逐渐参与医疗机构的建设，实现与定点医院网络对接、信息资源共享，和医院携手管理风险，从而促进完善和改良医疗保险运行的环境。

3.2 规范药品的生产采购渠道

第一，整合生产渠道，提升效率。北京大学公共卫生管理学院教授、卫生部顾问专家周子君说，“在医院补偿机制没有建立的情况下，取消药品加价意义不大。”医院完全可以利用自己的垄断地位将低价药排除出医院，多开非医保目录内的药品。我国药品生产企业几千家，品种上万，生产存在一定重复性。对于药厂“多，小，散，乱”的情况，应“精兵简政”，适当地进行资源整合，同时也能够减少监管成本，突出特色产品，提高生产质量，做到少而精；实行药品招标，集中采购，以防流通环节利润的大量流失，使销售成本贴近生产成本，严格对《目录》药物的经济学评价结果审核把关；对医药营销员进行培训宣传，使他们了解医保制度，才能有的放矢，消除带金销售，减少厂家对经销商的依赖性。

第二，加强政府部门对医院药品出售的规范性管理。政府机构具有对供、需、保“三角”关系的宏观调解的职能，通过统一规划，制定方针政策，用法律法规来约束医保制度下的医疗行为。例如推行“条形码”，是卫生部在加强合理用药、最终保护病人利益所作出的尝试，通过它可以对参保人员的身份进行识别。患者看病必须拿贴着条形码的蓝本，医生用扫描仪将其扫到医保信息系统中，个人在医院的就诊信息就直接上传了；医院是否有违规行为也可以得到监控，经过审核后通知保险机构给予支付。另外，传统的医疗服务价格由服务提供者制定，这种可自由变动的价格很容易造成费用上涨。所以政府可以加强定价职能，监控药价。

3.3 逐步实现医药分业，提高诊疗技术费用

《意见》中指出要逐步实现“医药分家”，同时完善公立医院的补偿机制，落实政府补助政策。诚然，药品服务和医疗服务如果不分业管理，药品的销售与医生的收入必然有千丝万缕的联系，那么药价的上涨就很难得到控制。定点药店虽然对医院的药品销售有所冲击，但医生仍具有处方主导权，使市场竞争机制受限，因此，要调整医疗机构补偿政策，切断与药品销售的直接利益关系，减少医药经销环节，规范药品代理商行为，这样医疗机构的经济利益和药品才能彻底脱钩。要保持整体的医疗费用相对稳定，在缓解了药价虚高现象的同时，可以提高医生的诊疗费用，以体现医生的诊疗价值。此外，可以适当增加常规医疗服务的价格。一个服务单元包括药品、医疗用品、常规医疗服务和高新医疗服务。而四者中政府定价的常规医疗服务价格是低于成本的。所以在稳定了药品价格的同时，适当增加常规医疗服务的价格也是弥补医院医疗成本的一个有效途径。

参考文献：

- [1]张肖敏，李跃平，黄子杰。医疗保险基本理论与实践[M].世界医药出版社，1999，（10）。
- [2]王保真。医疗保障[M].人民卫生出版社，2005.3.
- [3]张贺恒，李道军，张作玉。卖方医疗市场中健康保险的专业化发展之路[J].保险研究，2007，（2）。
- [4]李万华，张艳芳。医疗机构医保管理面临困难的原因分析及对策[J].实用全科医学，2007，（4）。

作者：张医

来源：《价值工程》2010年第25期

[>>返回](#)

相关新闻

- 人民日报连发四文聚焦国内收入差距问题 2011-02-18
- 中科院传达尹蔚民部长“关于加强人力资源社会保障科研工作座谈会上的讲话” 2011-02-17
- 公务员“凡进必考”不动摇 正确看待“公务员热” 2011-02-17
- 世界一些发达国家统筹城乡基本公共服务的经验 2011-02-17
- 罗正恩：北京拟采取多种举措调控人口将收紧进京指标 2011-02-17
- 人社部副部长：公务员制度改革路向何方 2011-02-16
- 新加坡营造电子政务技术的良性生态环境 2011-02-15

Copyright (c) 2010 中国人事科学研究院 版权所有

地址：北京市朝阳区育慧里5号 邮编：100101 院办电话：010-84635652

科研管理处：010-84635686、84622949

京ICP备10211434号