

省级公立医院补偿机制改革对 医保基金支出和个人负担的影响

刘晓婷 惠 文*

【摘要】以实施药品零差率和调整医疗服务价格为核心的公立医院补偿机制改革，是对公立医院药品和医疗服务价格体系进行的重要结构调整，对医药总费用及其结构产生了重要影响，进而影响医疗保险基金支出和个人医疗费用负担。改革的目标“医保基金可承受、个人负担不增加”，则遭到了医疗总费用上涨的挑战。论文通过对浙江省的省级公立医院补偿机制改革进行实证分析，发现改革后省级医院综合补偿率为134%，大大高于政策规定的90%；省级医保基金支出和参保者个人负担都显著增加，并没有达到医药费用“总量控制”的目标；在揭示了医疗费用上涨由价格和使用量共同作用的基础上，呼吁关注改革对各利益主体行为变化的影响及其造成服务量增加的事实。

【关键字】省级公立医院 补偿机制 医保基金 个人负担

【中图分类号】D669.7

【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486(2015)05-0030-20

一、引言

一直以来，因医疗服务价格低估而导致的“以药补医”赋予了医疗机构抬高药价的合法权力（朱恒鹏，2007）。“十二五”以来，为破除“以药补医”机制，公立医院补偿机制改革不断深化。主要措施是将公立医院收入补偿由药品加成收入、服务收费和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道（国务院，2012），即实行药品零差率，同时提高部分医疗服务价格、增加财政投入。然而，在未曾撼动价格管制和定价机制的前提下，依靠药品价格下降与医疗服务价格抬高这“一升一降”作用，能否成为深化医药体制改革的突破口，

* 刘晓婷，浙江大学公共管理学院，讲师；惠文，浙江财经大学东方学院，助教。感谢匿名评审人的意见。

基金项目：国家社科基金青年项目（14CSH056）、国家社科基金重大项目（13&ZD163）。

切实降低患者的医药费用负担？

新医改以来，社会医疗保险制度在保障需方基本医疗福利权益方面，切实取得了可喜成绩。中国医改问题研究专家叶志敏（Chi - Man Yip）等（Yip et al. , 2012: 833 - 842）认为：中国能够在如此短的时间内实现社会医疗保险的全覆盖，是一个非凡成就，在政府支持下保险待遇逐步提高也是值得骄傲的成功经验。但是，面对患者的经济负担重、医疗服务质量低、满意度差等深层次矛盾，专家们也达成了共识：亟需在医疗服务体制方面实现供方改革的突破，合理引导供方行为，减轻灾难性医疗支出带来的压力，促进健康公平（Liu et al. , 2008；Wagstaff et al. , 2009；Ramesh & Wu, 2009）。自从2010年卫生部医疗服务监管司印发《关于公立医院改革试点的指导意见》以来，以“药品零差率”为切入点的公立医院改革成为供方改革的核心。2014年浙江省在全部县级和市级公立医院完成改革的基础上，省级医院也加入综合改革队伍，率先实现了公立医院综合改革全覆盖。那么，“改革的效果如何”则成为业界和学界共同关心的焦点问题。

一些对县级公立医院改革效果的评估分析，把药品费用占医药总费用比率的下降和次均药费的下降作为公立医院补偿机制改革的成效（胡慧美等，2014；张建琴等，2015）。但是，改革后公立医院药品总费用的“不降反升”和药品用量的增加也是不争的事实。那么，以省级公立医院为例，重新审视公立医院补偿机制改革带来的医疗保险参保人员医药费用总量和结构的变化，分析背后所反映的医患行为的变化，则成为本文的立足点。由于医药费用一部分通过医疗保险基金支付，一部分由患者个人承担，因此医药费用总量和结构的变化、医疗保险待遇的提高势必对医保基金支出和个人负担（个人自费、自负和自理的支出）产生重要影响。图1反映了公立医院补偿机制改革对医保基金支出和个人负担影响的路径机理。

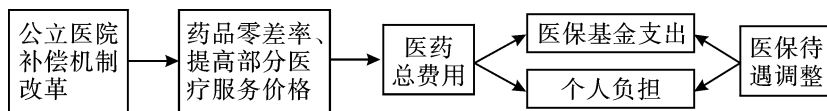


图1 公立医院补偿机制改革对医保基金支出和个人负担影响的路径

资料来源：作者自制。

公立医院补偿机制对医药卫生服务供方的影响主要体现在两个方面：成本弥补和费用控制，成本弥补是一种激励机制，而费用控制是一种约束机制（赵云，2013）。在国际上，公立医院的补偿机制主要有两种模式，即以政府补偿为

主的模式和以财政与医疗保险筹资的双重补偿模式。从目前我国各地区的实践来看，有四种模式来补偿公立医院实施药品零差率而减少的收入：一是完全依靠财政投入，如陕西省；二是同时增加财政投入和调整医疗服务价格，如吉林、河南、山东等省；三是由财政投入、调整医疗服务价格和医院三方共担，如四川、福建、甘肃等省；四是调整医疗服务价格和医院分担，如浙江省。各地医疗服务调价的项目和幅度也不尽相同，有的地区只对某一项或几项医疗服务价格做了调整，也有地区对医疗服务价格进行了广泛的综合调整，如浙江省调整了4 000多项医疗服务价格。

在医疗保险待遇调整方面，有的地区规定，将若干医疗服务价格调高部分直接由医保基金承担或提高报销比率。如湖北省鄂州市将提高的住院和门诊诊查费全部由医保报销；贵州省遵义市取消了普通门诊挂号费、门急诊和住院诊查费，增设医事服务费，由基本医疗保险予以全额或部分支付；四川省也将门（急）诊诊查费的上调纳入医保统筹基金全额报销；重庆市增设的门（急）诊药事服务费由参保者承担2元/人次，剩余部分由财政和医保各承担50%，住院药事服务费由个人承担10%，其余由财政和医保各承担45%；北京市取消了挂号费，增设了医事服务费，医保定额支付每人次40元；杭州市提高了市本级医疗保险统筹基金支付的报销比率。

在文献中，学者们认为补偿机制改革是公立医院改革的重点与难点（杨敬宇，2012）。一些研究指出了公立医院补偿机制存在的问题，包括政府补偿不足，缺乏科学、有效的财政补偿依据，补偿范围模糊，医疗服务收费不合理，社会补偿渠道缺乏（陈清梅等，2013）。也有学者对县级公立医院补偿机制改革利益相关者进行行为分析，从目标函数、动力机制、约束机制和道德风险的角度构建利益相关者的一般均衡模型（王湘生等，2014）。还有研究从政府责任视角出发，对新医改补偿机制中政府投入责任、宏观调控责任和监管责任进行综合评价（刘鹤等，2015）。

一些学者针对“实施药品零差率和调整医疗服务价格对医药费用的影响”进行相关研究，得出的结论也不完全一致。例如，傅炽良和阳建民（2013）评估了深圳市的相关改革对公立医院住院费用的影响。通过比较4家二级甲等公立医院改革前后出院病人的住院费用，发现人均住院费用下降，其中药品费、化验费、检查费和床位费都下降，但诊查费、手术费、护理费和其他费用上升。王曦和明少兰（2013）对鄂州市公立医院取消药品加成政策进行了评估，发现药品价格下降、患者就医负担下降、医院药占比下降。但是，姚瑶和肖宏浩（2012）认为，药品零加成未能撼动高药价基础，由于医院和医生加大服务量和

检查等方式弥补损失，患者负担有可能反而增长。周琦荟等（2014）对宁波市第一人民医院改革后的运行情况进行了分析，发现实际补偿率达到了132%，没有真正降低患者的负担。

这些研究为本文进行浙江省省级公立医院补偿机制改革评估提供了重要的参考依据。然而，在实现基本医疗保险制度人员全覆盖的背景下，医疗保险作为重要的付费方，其基金支出及其所代表的参保人员的个人负担，在多大程度上受到补偿机制改革的影响，尚缺乏研究与评估。本研究从医疗保障的视角切入，对完善医保政策和公立医院改革都十分必要。省级公立医院补偿机制改革和医保待遇调整政策究竟会增加还是减少医保基金支出和参保者个人负担？改革能否实现“医保基金可承受、个人负担不增加”的政策目标？

二、实证分析

（一）浙江省公立医院补偿机制改革的主要措施

浙江省自2011年启动以“药品零差率”为抓手的县级公立医院改革后，于2014年4月1日正式启动了省级和市级公立医院补偿机制改革，按照“总量控制，结构调整”的原则，医疗服务费用提高部分不超过取消药品加成减少收入的90%，即补偿率不超过90%。具体措施为：省市公立医院销售的所有药品（中药饮片除外）实行“零差率”销售，同时调整诊查费、护理费、治疗费、手术费服务价格。

为进一步直观地认识这次医疗服务价格调整幅度，作者根据该省医疗服务指导价格表，比较了调整前后部分医疗服务价格。例如，诊查费（含挂号费、药事服务成本）比调价前高了7-8元/次；护理费调价幅度不等，其中等级护理费提高了12元（提高1.5倍），精神病护理费上调20元（提高了1.3倍），动静脉置管护理费上调13元（提高了2.6倍）；检查费和手术费调价项目较多，平均按30%幅度调整，如口腔模型制备提价幅度为10%，幕上深部脑室内肿瘤切除术上调1850元，幅度为33%，颅骨修补术上调384元，增幅19%。

在医疗保障政策方面，省本级职工基本医疗保险待遇没有变化，省会城市提高了医保待遇。为了控制医保待遇变化的干扰，本研究选取医保政策无变化的省本级职工医保（省级单位职工基本医疗保险，下同）为分析对象，重点评估其参保人员在13家省级公立医院就医时发生的医药总费用、医保基金支出和个人负担的变化。

（二）数据来源

为了进行改革前后的比较分析，本研究从浙江省省级医疗保险服务中心获取了如下三个时间段省本级职工医保参保人员在 13 家省级公立医院就医的个人基本信息、基金支出和个人负担数据：①2009 年—2013 年历年数据；②2013 年 4—12 月每个月的数据；③2014 年 4—12 月每个月的数据。其中，收集 2009 年—2013 年历年数据是为了控制历年医药费用和服务量的自然增幅；选取 2013 年 4—12 月和 2014 年 4—12 月数据，是为了分析改革前后医保基金和个人负担的同期增幅。基金支出数据包含总基金支出、门诊基金支出和住院基金支出，个人负担数据包括个人总负担、门诊个人负担和住院个人负担。这里的基金是指统筹基金、个人账户基金和公务员补助，个人负担指个人现金支出。

由于本文只针对省级公立医院改革对省级医保基金和参保者负担进行研究，因此只包含 21.7 万省本级职工医保参保者，不包含城乡居民基本医疗保险参保者。表 1 反映了 2009 年以来省本级职工医保参保者在 13 家省级公立医院就医的结构特征。截至 2014 年底，省本级职工医保参保在职职工 15.6 万人，退休人员 6.2 万人，历年总参保人数逐年增加。但是由于人口老龄化，职退比（在职参保人数/退休参保人数）则逐年下降，由 2009 年的 2.73 下降至 2014 年底的 2.50。另外，每年约有 65% 左右的参保者选择到省级公立医院就诊，退休人员就诊率高于在职职工，改革前后在职职工就诊率提高 2.9%，退休人员提高 3.6%。

表 1 省本级职工医疗保险参保者特征及其在 13 家省级公立医院就医情况

年份	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年 4—12 月	2014 年 4—12 月
总参保人数	185 345	190 121	194 131	204 984	211 233	211 233	217 970
在职	135 673	138 066	140 497	148 222	151 428	151 428	155 762
退休	49 672	52 055	53 634	56 762	59 805	59 805	62 208
参保职退比	2.73	2.65	2.62	2.61	2.53	2.53	2.50
总就医人数	122 053	123 757	127 907	132 891	136 485	136 485	140 676
就诊率	66%	65%	66%	65%	65%	65%	65%
在职就诊人数	87 659	87 748	90 092	93 329	95 503	95 503	98 226
在职就诊率	65%	64%	64%	63%	63%	63%	63%
退休就诊人数	34 394	36 009	37 815	39 562	40 982	40 982	42 450
退休就诊率	69%	69%	71%	70%	69%	69%	68%

资料来源：作者自制。

(三) 住院与门诊医药费用变化情况

1. 医药总费用变化

2014 年改革后省级医保参保人员在省级公立医院发生的医药总费用,比上年同期增加 10.7% (由 5.44 亿元增加到 6.03 亿元),高于 2010 年以来的历年增长率和 2009 年—2013 年的年均增长率(8.4%)。同时,改革后人均医药费用较上年同期也增长了 8.1%,与医药总费用的变化趋势相同(表 2)。省级公立医院医药价格结构调整后,参保人员在省级公立医院就医的医药总费用与调整前同期相比,反而有所增加,增幅高于前五年平均增长率。

表 2 省级医保参保人员在省级公立医院就医的医药费用变化情况

年度	医药总费用		人均医药费用	
	费用(亿元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009 年	5.06	—	4 173	—
2010 年	5.72	13.2	4 656	11.6
2011 年	6.11	6.7	4 805	3.2
2012 年	6.69	9.5	5 067	5.5
2013 年	6.97	4.2	5 140	1.4
2013 年 4—12 月	5.44	—	4 344	—
2014 年 4—12 月	6.03	10.7	4 695	8.1

资料来源:作者自制。

2. 门诊医药费用

2014 改革后省级医保参保人员在省级公立医院就医的门诊医药费用比 2013 年同期增长 5.1%,高于 2013 年增长率,但低于 2009 年—2013 年年均增长率(7.8%);人均医药费用和次均医药费用也呈现相同特点(表 3)。这说明,省级公立医院医药价格调整后,省级参保人员的门诊费用(门诊总费用、人均门诊费用和次均门诊费用)较调整前同期没有下降,但增长幅度有所放缓。

表3 省级医保参保者在省级公立医院就医的门诊医药费用变化情况

年度	门诊医药费用		就医者人均门诊医药费用		门诊次均医药费用	
	费用(亿元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009年	2.65	—	2 181		290	—
2010年	2.93	10.6	2 379	9.1	315	8.6
2011年	3.21	9.4	2 519	5.9	329	4.5
2012年	3.53	9.9	2 665	5.8	341	3.7
2013年	3.58	1.4	2 631	-1.3	341	-0.1
2013年4—12月	2.76	—	2 200	—	344	—
2014年4—12月	2.90	5.1	2 258	2.6	355	3.2

资料来源：作者自制。

3. 住院医药费用

2014年改革后住院医药费用总额比2013年同期增长16.4%，高于2009年—2013历年增长率和年均增长率（9.0%）。2014年4—12月住院者人均住院医药费用比2013年同期上涨6.9%，高于2010年—2013年各年增长率和2009年—2013年年均增长率（1.6%），日均住院医药费用也呈现相似的变化规律（表4）。

表4 省级医保者在省级公立医院就医者的住院医药费用变化情况

年度	住院医药费用		住院者人均住院医药费用		住院日均医药费用	
	费用(亿元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009年	2.40	—	29 428	—	1 090	—
2010年	2.79	16.0	31 529	7.1	1 127	3.4
2011年	2.90	3.9	31 256	-0.9	1 194	5.9
2012年	3.16	8.9	32 251	3.2	1 297	8.6
2013年	3.39	7.4	32 111	-0.4	1 337	3.1
2013年4—12月	2.68	—	30 409	—	1 351	—
2014年4—12月	3.12	16.4	32 500	6.9	1 492	10.4

资料来源：作者自制。

4. 实际补偿率

实际补偿率是测算由于价格调整增加的医疗服务收入对取消药品（中药饮片除外）加成减少的收入的实际补偿程度。2014年4—12月省直医保参保人员

发生在省级公立医院的门诊人次数和住院人次数分别为 81.8 万人次和 9 591 人次, 分别比 2013 年同期增长 1.9% 和 8.8%; 以 2013 年 4—12 月为基数, 静态预测 2014 年同期门诊和住院医药收入为 8 330 万元和 15 599 万元。其实际门诊和住院医药收入与预测值相比分别增加 1 842 万元和 2 825 万元, 即由于医疗服务价格调整合计增收 4 667 万元。2014 年 4—12 月省直医保参保人员发生在省级公立医院的药品费用为 31 661 万元, 按药品加成率 11% 计算 (不含中药饮片), 公立医院损失药品加成收入 3 483 万元。

上述两者合计, 省直医保参保人员发生在省级公立医院的费用, 由于医药价格调整使得省级公立医院获得净收益 1 184 万元, 由此在省级公立医院发生的省直医保参保人员的药品加成补偿率为 134.0%, 远远超过了政策预期的 90%。

表 5 省级医保参保人员对省级公立医院药品加成的实际补偿率

项目	2013 年 4 —12 月(1)	2014 年 4 —12 月(2)	服务量增长 率(%) (3)	在 2013 年基础上 预测 2014 年平衡 性收入(4) = (1) * (3) + (1)	损益
药品零差率的收益					
门诊人次(万人次)	80.3	81.8	1.9		
住院人数(人次)	8 812	9 591	8.8		
门诊医疗收入(万元)	8 176	10 172		8 330	1 842
住院医疗收入(万元)	14 332	18 424		15 599	2 825
小计					4 667
药品零差率的损失					
药品收入(万元)	31 932	31 661			
药品加成(万元)(按 11%)		3 483			-3 483
净收益(万元)					1 184
药品加成的补偿率(%)					134.0

资料来源:作者自制。

(四) 医保基金支出变化分析

改革之后, 医保基金支出略有下降是省级公立医院医药价格结构调整的政策预期。但是由上述分析可见, 参保人员在省级公立医院就医的医疗总费用持

续增加，在“按项目付费”为医疗保险主要支付方式的前提下，是否意味着医保基金的实际支出也相应增加？

1. 总基金支出变化

2014 年 4—12 月省本级医保参保人员在省级公立医院就医的医保基金支出总额比 2013 年同期增长了 10.2%（总量增加 3 900 万元），人均基金支出比 2013 年同期增长 7.6%（人均基金支出增加约 230 元），高于 2010 年—2013 年年均增长率（5.9%）。大额医疗补助基金支出改革后较上年同期增长了 19.9%，高于 2009 年—2013 年历年增长率。这里的大额医疗补助基金支出，是指医疗费用在 18 万元以上的医疗补助基金。造成较高增长率的部分原因是治疗重大疾病往往依赖比较多的检查、治疗、手术、护理等医疗服务，由于医疗服务价格大幅度调价，而这类需求价格弹性又较小，医药费用总额增长显著，从而增加医疗保险基金支出。

表 6 省本级职工医保参保人员在省级公立医院就医的基金支出变化情况

年度	基金支出总额		就诊者人均基金支出		大额医疗补助基金支出		基金支出占医药费用的比率（%）
	费用 （万元）	增长率 （%）	费用 （元）	增长率 （%）	费用 （万元）	增长率 （%）	
2009 年	35 686	—	2 924	—	2 850	—	70.5
2010 年	40 689	14.0	3 288	12.4	3 180	11.6	71.1
2011 年	43 519	7.0	3 402	3.5	3 397	6.8	71.2
2012 年	47 972	10.2	3 610	6.1	4 055	19.4	71.7
2013 年	50 073	4.4	3 669	1.6	3 871	-4.5	71.8
2013 年 4—12 月	38 203	—	3 034	—	3 666	—	70.2
2014 年 4—12 月	42 099	10.2	3 264	7.6	4 395	19.9	69.9

资料来源：作者自制。

2. 门诊医保基金支出

2014 年 4—12 月省本级门诊医保基金支出比 2013 年同期增长 4.2%，高于 2013 年增长率；就诊者人均和次均门诊基金支出分别增长 1.8% 和 2.3%。门诊基金支出增长率有所下降，可能的原因是门诊药品使用量大，取消药品加成，影响了药品费用的增长幅度。

表7 省本级医保参保者在省级公立医院门诊的基金支出变化情况

年度	门诊相关 基金支出		就诊者人均门诊 相关基金支出		就诊者次均门诊 相关基金支出	
	费用(万元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009年	17 990	—	1 478	—	197	
2010年	19 883	10.5	1 612	9.0	213	8.6
2011年	22 061	11.0	1 730	7.3	226	5.9
2012年	24 531	11.2	1 852	7.0	237	4.9
2013年	25 056	2.1	1 841	-0.6	239	0.6
2013年4—12月	18 392	—	1 465	—	229	—
2014年4—12月	19 173	4.2	1 491	1.8	234	2.3

资料来源:作者自制。

3. 住院医保基金支出

2014年4—12月住院医保基金支出比2013年同期增长了15.7%,高于2010年—2013年历年增长率和2009年—2013年年均增长率(9.2%),人均住院和日均住院医保基金支出比2013年同期分别上升6.3%(人均住院基金支出增加1 404元)和9.8%(日均住院基金增加98元),高于2009年—2013年历年增长率。可能的原因是住院患者所需医疗服务较多,尤其是护理、检查、手术等,而这些服务项目价格在改革中上调幅度较大,进一步造成了住院医保基金支出的增加。

表8 省本级医保参保者在省级公立医院住院的基金支出变化情况

年度	住院相关 基金支出		住院者人均 相关基金支出		住院者日均 基金支出	
	费用(万元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009年	17 696	—	21 654	—	802	—
2010年	20 806	17.6	23 512	8.6	840	4.8
2011年	21 458	3.1	23 148	-1.5	884	5.2
2012年	23 441	9.2	23 949	3.5	963	8.9
2013年	25 016	6.7	23 703	-1.0	987	2.5
2013年4—12月	19 811	—	22 457	—	998	—
2014年4—12月	22 926	15.7	23 861	6.3	1 095	9.8

资料来源:作者自制。

（四）参保者个人负担变化分析

“公立医院医药价格调整使参保人员总体费用负担不增加”是改革的重要目标。但是随着医药总费用和医保基金支出的增加，个人费用负担变化情况亦需要进一步评估。

1. 就诊的参保者个人总负担

2014年4—12月省级医保参保者在省级公立医院就医者的个人费用负担比上年同期增长了11.8%，高于2009年—2013年历年增长率；就医者人均个人负担增长9.2%（人均个人负担增加约118元），高于2009年—2013年历年增长率和2009年—2013年年均增长率（4.2%）。由于基本医疗保险待遇政策不变，个人负担占医药总费用的比率稳定在29%左右。

表9 省本级医保参保者在省级公立医院就医的个人总负担变化情况

年度	个人负担总额		就诊者人均个人负担		个人负担占医药费用的比率(%)
	费用(万元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	
2009年	14 907	—	1 221	—	29.5
2010年	16 558	11.1	1 338	9.5	28.9
2011年	17 575	6.1	1 374	2.7	28.8
2012年	18 897	7.5	1 422	3.5	28.3
2013年	19 626	3.9	1 438	1.1	28.2
2013年4—12月	16 238	—	1 290	—	29.8
2014年4—12月	18 158	11.8	1 408	9.2	30.1

资料来源：作者自制。

2. 就诊的参保者门诊费用个人负担

改革后在省级公立医院就医的参保者门诊个人负担比2013年同期增长了6.9%，高于2010年—2013年历年增长率和2009年—2013年年均增长率（6.0%）；人均和次均门诊个人负担分别增长4.4%（人均增加32元）和4.9%（次均增加5元），也呈现相同特点。

表 10 省本级医保参保者在省级公立医院就医的门诊个人负担变化情况

年度	门诊相关个人负担总额		人均门诊个人负担		就诊者次均门诊个人负担	
	费用(万元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009 年	8 554	—	703	—	93	—
2010 年	9 463	10.6	767	9.1	102	8.7
2011 年	10 059	6.3	789	2.8	103	1.5
2012 年	10 770	7.1	813	3.0	104	1.1
2013 年	10 752	-0.2	790	-2.8	102	-1.7
2013 年 4—12 月	9 222	—	735	—	115	—
2014 年 4—12 月	9 858	6.9	767	4.4	120	4.9

资料来源:作者自制。

3. 就诊的参保者住院费用个人负担

改革后在省级公立医院住院的参保者个人费用负担总额比 2013 年同期增长 18.3%，高于 2009 年—2013 年历年增长率；住院者人均个人负担增长 8.6%（人均增加 686 元），也高于 2009 年—2013 年历年增长率。同时，住院者日均住院费用个人负担增长也比较明显，2014 年 4—12 月较上年同期增长了约 18.3%（日均增加 65 元）。

表 11 省级医保参保者在省级公立医院住院者的住院个人负担变化情况

年度	住院相关个人负担总额		住院者人均个人负担		住院者日均个人负担	
	费用(万元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)
2009 年	6 353	—	7774	—	288	—
2010 年	7 095	11.7	8 018	3.1	287	-0.5
2011 年	7 516	5.9	8 108	1.1	310	8.1
2012 年	8 127	8.1	8 303	2.4	334	7.8
2013 年	8 874	9.2	8 408	1.3	350	4.9
2013 年 4—12 月	7 016	—	7 952	—	353	—
2014 年 4—12 月	8 300	18.3	8 638	8.6	418	18.3

资料来源:作者自制。

综上所述，通过对浙江省取消药品加成和调整医疗服务价格的省级公立医院补偿机制改革进行效果评估，我们可以总结以下研究发现：

(1) 省本级职工医保参保人员在省级公立医院就医的医药总费用和人均医药费用，较改革前同期增加，增长率高于前4年历年的增长率。药品总费用下降，但降幅非常小，仅0.9%。医药总费用、门诊和住院医药费用、人均医药费用、次均门诊费用和日均住院费用都显著增加，远远高于前4年历年的增长率。

(2) 由医疗服务价格调整增加的收入带来的对取消药品加成减少的收入的实际综合补偿率达到了134%。也就是说，对于省级公立医院而言，提高医疗服务价格而带来的增收远远高于药品加成减少的收入，补偿率超过政策预期。

(3) 省本级职工医保基金支出总额和就医者人均医保基金支出额，都比改革前同期有显著增加，也高于改革前4年的增长率。其中，大额医疗补助基金支出增长率更高。门诊基金支出总额和就医者人均、次均门诊基金支出增加，但增幅略有下降；但是，住院医保基金支出的增长率则持续提高。

(4) 改革后，省本级医保参保人员个人现金支出总额也显著增加。其中，门诊个人负担增加，人均和次均门诊个人负担增长率高于前4年历年的增长率；住院个人负担总额、人均和日均个人负担增幅均显著提高。

三、机理分析

通过数据分析，我们发现：省级公立医院补偿机制改革并未降低医疗保险基金支出和个人负担，医院的综合补偿率不降反升。造成这一结果的原因十分复杂，但不能忽略的是：在医疗价格与服务量共同作用下的医疗总费用未得到有效控制。而价格和服务量也是促进医疗费用增长的两个重要驱动因素（刘军强等，2015；Bundorf et al.，2009）。

我们将建立理论模型，并针对医药总费用变化进行学理分析。

（一）评估模型

虽然改革调整的是药价和服务价格，但是用药量和服务量也可能相应改变，从而引起医疗总费用变化。我们假设疾病谱不变和职工基本医疗保险待遇政策不变，医药总费用是影响医保基金支出和参保者个人负担的关键因素。因此，研究基本医疗保险基金的支出和个人的负担变化情况，根本的是把握总费用的变化规律。总费用由医药价格和相应医疗服务和药品使用量共同决定。据此，我们可以建立如下理论模型：

$$y_0 = p_{0i1} * x_{0i1} + p_{0i2} * x_{0i2} + \cdots + p_{0in} * x_{0in}$$

其中, y_0 表示改革前某一时期医药总费用, p_{0in} 表示改革前第 n 种药品、服务或耗材的价格, x_{0in} 表示改革前第 n 种药品、服务或耗材的使用量, $i = 1, 2$ 或 3 , $i = 1$ 表示药品, $i = 2$ 表示医疗服务, $i = 3$ 表示耗材。

$$y_1 = p_{1i1} * x_{1i1} + p_{1i2} * x_{1i2} + \cdots + p_{1in} * x_{1in}$$

其中, y_1 表示改革后同期医药总费用, p_{1in} 表示改革后第 n 种药品、服务或耗材的价格, x_{1in} 表示改革后第 n 种药品、服务或耗材的使用量, $i = 1, 2$ 或 3 , $i = 1$ 表示药品, $i = 2$ 表服务, $i = 3$ 表示耗材。

通过模型我们可以看出, 药品、医疗服务以及医用耗材的价格及使用量的改变共同影响了医药总费用的变化。一般而言, 价格的变动会导致市场需求量或供给量的变动, 这就意味着药品价格下降未必会导致药品费用下降, 因为药品使用量可能会增加, 抵消了降价的效果; 医疗服务价格上升可能会使供给量增加, 进而使医疗服务总费用提高。

(二) 价格与服务量共同作用下的总费用上涨

从学理上分析, 在疾病谱不变、基本医疗保险制度及其待遇政策不变的情况下, 基本医疗保险基金的支出和参保者就医的个人负担, 与医药费用的总量(即总费用)直接相关, 总费用越高, 则医保基金支出越多, 个人负担也越重; 反之, 则基金支出越少, 个人负担越轻。此次省级公立医院改革的总体目标是降低药品费用, 提高医疗服务费用, 控制医药总费用, 最终实现“总量控制、结构调整”。药品总费用由药品价格和药量共同决定, 而医疗服务费用由服务价格和服务量决定。然而在改革中, 90% 的综合补偿率目标并未考虑到服务量变化的静态测算。这也是为什么实际补偿率 134% 远远超过预测补偿率的重要原因。

改革前后同期, 省级公立医院药品收入虽下降约 271 万元, 但仅下降不到 1%, 与取消药价加成的预测下降率 13% (中药饮片除外) 相去甚远。药品降价并未造成总药费的明显减少, 可能的原因是药品使用量大幅度增加。经测算, 与改革前同期相比, 省本级参保人员实际用药总量和人均用药量分别增加了约 10% 和 8%。这说明医生的开药量并未减少, 补偿机制改革控制了医院法人因药品逐利的动机, 但并未控制医生的行为。药品零差率对医院而言, 药品销售由盈利中心变为了非盈利甚至亏损中心, 以往医院多卖药的经济激励大大削弱, 但是医生与药品销售的“灰色收入”或者回扣并没有完全隔离。因此, 药品价

格下降与药品使用量的增加得到了抵消，导致药品总费用下降甚微。

另一方面，医疗服务费用实际增长远远超过预期，这也是医疗服务价格和医疗服务使用量共同作用的结果。价格作为配置资源最重要的手段，会影响医改中各利益相关者的行为，进而影响医疗服务量和结构的变化。在理论上，医疗服务价格调高，增加了患者的医疗服务支出，降低了医疗服务可及性，有可能抑制医疗服务的需求量。但是，对于手术等关乎生命的医疗服务需求具有刚性，是缺乏价格敏感和替代性的，价格提高对减少参保人员的医疗服务需求，在一定程度上是有限的。我国80%的医疗服务由公立医院提供，医院级别越高，吸引患者的优质资源越集中，市场垄断也越强，医疗服务的可替代性就越弱，因此医疗服务价格的提高对医疗服务需求量的改变就显得十分有限。

医生作为医疗服务的供给主体，其提供的医疗服务量，也取决于所追求的目标和自身的资源、制度约束。医疗服务市场最大的特点是医患双方存在严重的信息不对称，为医生诱导医疗服务需求提供了有利条件。取消药品加成，没有从根本上改变公立医院追逐利益的动机，只不过获利来源由“药”变成了“医”。在追求收益最大化的目标下，公立医院会将管理重点转为医疗服务，通过增加医疗服务收入来维持医院的运营和发展，这就为医院依靠医疗服务创收提供了内在的激励。在此激励下，医院会进行严格的成本核算，以增加医疗服务收入来弥补取消药品加成带来的损失。医院和医生之间实际也是一种委托—代理关系，医院会将增加收入的目标通过考核及薪酬福利等方式分解给医生，在这种情况下，医院和医生的目标又趋于一致，都有内在的增加医疗服务收入的动机。

浙江省主要依靠调整医疗服务价格来弥补取消药品加成而减少的收益，总体调价幅度不超过90%，剩余不足部分由医院加强管理自行消化，财政不进行直接补贴。在这种补偿模式下，省级公立医院对增加医疗服务收入的诉求加强，这在一定程度上会造成医疗服务的供方诱导需求量，进而促进医疗服务费用大幅增长。

（三）医疗保险基金支出变化机理分析

医疗保险基金的基本职能是对参保人员符合规定的医药费用进行补偿，属于第三方付费。在这种机制下，医疗保险、医疗服务提供者和参保人员的目标不完全一致。医疗保险基金管理者有义务在保障参保人员基本医疗保障的同时，尽可能控制赔付额，以保障基金的可持续运行；医疗服务提供者则希望尽量多地获得基金支付；参保人员则希望以较少的个人负担获得优质的医疗服务。在

三者的博弈中，医疗保险基金支付的增加会降低参保者个人负担，也减弱了其医疗价格变化的敏感程度，为了追求优质的医疗服务，容易与医疗服务提供者利益统一；医疗保险与医疗服务提供者之间的博弈，其关键在于医保基金支付的结算方式。

目前，医保基金对医疗机构的结算方式主要有：按服务项目付费、按人头付费、总额预付、按病种付费和按服务单元付费等。每一种付费方式都有其特点，对控费的作用也不同。其中，按服务项目付费的方式是运用最广泛的，也最容易操作。但是，它不利于控制医药费用，医院提供的医疗服务项目越多、价格越贵，获得的医保基金补偿就越多，可能激励医院和医生过度医疗。因此，医保经办机构开始探索和实施其他的付费方式，如总额预付制。这种结算方式以“超支自负，结余自留”的方式对医疗机构形成成本控制的激励，有利于控制费用。

浙江省省级公立医院采用的是按项目付费为主的支付方式，由于改革前后医保待遇政策未变，医保基金支出必然随着医药总费用上涨而增加。但是我们应当注意的是，医疗费用上涨并不必然导致医保基金支出增加，因为这与支付方式密切相关。浙江省省会城市市级公立医院与省级公立医院同步改革，市级医保基金支付采用了“总额预付制下多种结算方式并存”的方式，我们可以对比省本级和市级医保参保人员在省级公立医院就医费用变化的差异。

省会城市医保参保者在省级医院就医者的门诊次均医药费用 2014 年 4—12 月比 2013 年同期下降了 18.9%，但是省本级职工医保的门诊费用却上涨了 3.2%；门诊次均药品费用二者都下降，但是市级下降幅度更大，达到了 26.3%，而省本级职工医保仅下降了 4.8%，二者的差异达到了 20% 以上。造成省级和市级门诊次均费用和药费下降差异的原因有很多，如市本级在取消药品加成和调整医疗服务价格的同时，提高了门诊和住院基本医疗保险的待遇水平，不增加参保人员负担，提高了市本级参保人员在省级公立医院的就诊率，大大减低了次均药品费用和门诊次均费用。另外，这也与该市医保自 2010 年实施的部分医疗项目按照总额预付制有密切关系。与医院的费用结算方式主要按照次均费用、人头人次比和就诊人头数为基础，医院实际医疗费用低于医保总额预算之间的差额部分由医保基金和医院分享，医院超支自负，这就为医院注重控费提供了激励。进一步对比省市医保基金支出的差异，我们可以发现，市级医保参保人员 2014 年 4—12 月在省级公立医院就医的医保基金的次均支出下降了 18%，而省本级却上升了 2.3%。

控制医保基金支出的核心在于控制医药总费用，而控费与医保支付方式密

切相关，医保支付方式会对医院和医生的行为产生影响。通过与市级医保基金支出的比较，造成省本级医保基金大幅度增加的原因，也与其按项目付费为主、缺少总额控费的基金支付方式相关。

（四）个人费用负担变化的机理分析

省本级参保人员的个人医疗负担在公立医院价格调整后并没有下降，次均个人负担较前4年的增长率也有所提高，尤其是住院个人负担增长较快。这主要是由于医药总费用增加和医疗保障待遇未变化造成的。

需要格外引起注意的是，改革前后个人负担的增长率高于医药总费用和医保基金支出的增长率，也就是说改革造成了个人负担相对增加更多。门诊医药费用不降反升，对参保人员个人账户基金消耗比较快，一定程度上增加了个人现金支付压力。另外，住院医疗服务，尤其是手术、护理费等增幅明显，这也进一步加剧了个人的经济负担。

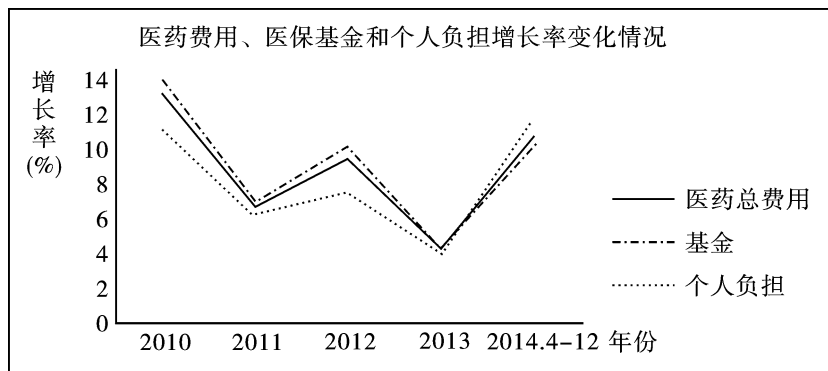


图2 医药费用、医保基金支出和个人负担增长率变化情况

资料来源：作者自制。

四、结论

公立医院补偿机制改革对参保者在省级公立医院就医的医药总费用产生直接影响，进而影响到医保基金支出和个人负担，因此控制医疗总费用是关键。本研究发现，省级公立医院改革之后，参保人员的医药总费用显著增加，医保基金支出大幅增多，参保就医者个人负担加重。

此次公立医院改革并没有完全达到改革初衷，原因是多方面的。由于医药费用增长原因的复杂性，医药总费用的管控是世界性难题，不能仅依靠医药价

格调整这种价格管制的手段。事实上，补偿机制改革仅是收入结构的调整，由“以药补医”改为“以医补医”或“以医补药”，尚未触及深层次矛盾，尤其是医院的管理体制、运行机制等。在公立医院医药价格形成的机制上，没有形成真正体现医药服务价值和成本的市场定价机制，仍然是采用行政手段对医药价格进行管制，无法从根本上建立公立医院合理的补偿机制。未来应该进一步加强如下几个方面的深化改革，重点形成医药服务供给主体的激励机制。

（一）医药监管体制

通过数据分析发现，改革后医药总费用显著增长。这是因为，政策目标“控制医药总费用”的实现是由两个要素决定的：医药价格和医药使用量。这次改革仅仅是针对医药价格调整，未考虑到价格调整会带来医疗服务供需双方行为的变化。虽然药品的单价实现了“零差率”，但是药品的使用量没有得到有效控制；而随着医疗费用的上涨，进一步刺激了检查数量的增加、手术级别的提高等供给行为的变化，以尽力弥补药品加成取消而带来的收入损失。因此，虽然实现了价格结构的调整，但是服务量和服务级别没有得到有效的监管和控制。

（二）医院内部分配制度

虽然药品单价下降，人均药品费用下降，但是药品总费用“不降反升”，只是涨幅有所回落。潜在的原因可能是，虽然切断了医院法人“以药养医”的动机，但是是否也破除了医生“卖药”的动力呢？问题的解决，需要在收入分配机制中使得医生的劳动价值得到充分体现。医院收入的增加，能够在多大程度上惠及医生？医生的收入水平在数量和结构上究竟发生了什么样的变化？如果医院没有适时优化内部分配制度，医生付出的劳动依然没有得到相应回报，“药品”的利益链条不会得到根本的切断。

（三）医疗保险控费机制

在改革之后，由于医疗总费用的上升导致医疗保险基金支出显著增长，参保人员负担加重。社会医疗保险管理经办部门代表参保者向医疗服务机构团体购买医药服务，努力以最合理的基金支出取得优质医药服务，从而保障参保者权益。那么，在出台公立医院改革政策之时，要充分考虑到改革可能给医保基金和个人负担带来的风险，进而通过改进支付方式实现对医药总费用的控制。医疗保险基金不应该被动地为日益提高的医药费用“买单”。

本研究评估了浙江省以“药品零差率”或医药价格结构调整为核心的省级

公立医院补偿机制改革的效果，仍然存在一些不足之处。首先，本文只是对公立医院补偿机制改革诸多模式的一种进行研究，而且仅关注省级公立医院，研究结论具有局限性。其次，改革前后，医药费用上涨的影响因素颇为复杂，本文重点分析了医药价格改革和医药服务量变化的可能影响，有待进一步深入探究更加复杂的机制，如药品招投标政策等。最后，由于政策实施可能存在时间效应，我们尽管搜集了浙江省省级公立医院改革前后三个季度的数据，却无法将时间变量纳入，对公立医院医药价格结构调整政策进行效应分析，唯有今后加强。

参考文献

- 陈清梅、尹爱田、秦雪(2013). 公立医院扭转以药补医改革补偿机制研究述评. 中国卫生事业管理, 10: 726-727.
- 傅炽良、阳建民(2013). 深圳市实施药品零加成政策对公立医院住院费用的影响. 中国医院管理, 2: 4-6.
- 国务院(2012). 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(国发[2012]11号).
- 刘军强、刘凯、曾益(2015). 医疗费用持续增长机制：基于历史数据和田野资料的分析. 中国社会科学, 8: 107-128.
- 刘鹤、焦明丽、张靖婧、吴群红、王国栋、金红兵、黄照权、石武祥、李叶、邢凯、赵思奇(2015). 全国16省份县级公立医院补偿方案比较分析. 中国医院管理, 4: 9-11.
- 胡慧美、董恒进、杨芊、张皓、郅琳、王林浩、刘小方、顾淑燕(2014). 浙江省县级公立医院改革政策实施效果评价. 中华医院管理杂志, 5: 328-331.
- 王曦、明少兰(2013). 鄂州市公立医院取消药品加成的效果与思考. 药事分析, 3: 49-50.
- 王湘生、宁德斌、杜颖、邹健、刘龄予、吴琼(2014). 县级公立医院补偿机制改革利益相关者的行为分析. 中国医院管理, 5: 21-23.
- 卫生部医疗服务监管司(2010). 关于公立医院改革试点的指导意见(卫医管发[2010]20号).
- 杨敬宇(2012). 医保支付制度改革是公立医院补偿机制改革的核心. 中国医疗保险, 10: 15-18.
- 姚瑶、肖宏浩(2012). 浅析药品“零加成”政策的实施. 江西中医学院学报, 3: 77-78.
- 朱恒鹏(2007). 医疗体制弊端与药品定价扭曲. 中国社会科学, 4: 89-103.
- 张建琴、卢丽娟、张幸国、戴秀兰、马葵芬(2015). 浙江省县级医疗机构药品零差率对其经济运营的影响. 中国卫生经济, 3: 71-73.
- 赵云(2013). 我国县级公立医院补偿机制改革的路径选择(一). 现代医院管理, 1: 25-28.
- 周琦荟、刘海容、葛惠雄(2014). 医疗服务价格调整对医院收入的影响. 医院管理论坛, 11: 22-24.

- Bundorf, M. K. , Royalty, A. & Baker, L. C. (2009). Health Care Cost Growth Among the Privately Insured. *Health Affairs*, 28(5): 1294 – 304.
- Liu, Y. , Rao, K. , Wu, J. & Gakidou, E. (2008). China's Health System Performance. *The Lancet*, 372(9653): 1914 – 1923.
- Ramesh, M. & Wu, X. (2009). Health Policy Reform in China: Lessons from Asia. *Social Science & Medicine*, 68(12): 2256 – 2262.
- Wagstaff, A. , Yip, W. , Lindelow, M. & Hsiao, W. C. (2009). China's Health System and Its Reform: A Review of Recent Studies. *Health Economics*, 18(S2): 7 – 23.
- Yip, W. C – M. , Hsiao, W. C. , Chen, W. , Hu, S. , Ma, J. & Maynard, A. (2012). Early Appraisal of China's Huge and Complex Health – care Reforms. *The Lancet*, 379(9818): 833 – 842.