华南农业大学学报(社会科学版)
2012年第4期 JOURNAL OF SOUTH CHINA AGRICULTURAL UNIVERSITY No.4 2012
(第11卷) (SOCIAL SCIENCE EDITION) (Vol.11)

基于面板数据的新农合费用控制机制分析

蒋翠珍

(江西理工大学 应用科学学院,江西 赣州 341000)

摘 要: 基于新农合运行机制的定性分析和面板数据模型的实证研究,讨论了新农合费用快速增长的原因。研究发现,新农合医疗费用快速增长的根源在于费用控制机制在重心定位、支付方式选择、监管主体能力等方面存在先天不足;重塑新农合费用控制机制应实现控制重心由新农合经办机构向医疗服务提供方转移,支付方式由后付制向预付制、混合制转变,监管手段由依附式被动手工审核向独立化主动信息预警系统过渡,医疗机构管理模式由僵化的行政式管理向重差异重竞争的市场化管理方式演变。

关键词: 新型农村合作医疗; 费用控制; 支付方式

中图分类号: F840.613 **文献标识码:** A **文章编号:** 1672-0202(2012)04-0036-11

一、引言

新型农村合作医疗实施以来,通过不断扩大试点、完善机制,现已实现全覆盖。随着制度框架和运行机制的日益成熟,运行之初存在的农民参合率较低、逆向选择突出、筹资水平偏低以及报销手续繁琐、实际补偿比低等问题逐渐得到改善,农民"看病难、看病贵"问题有所减轻,因病致贫、因病返贫状况得到缓解。然而近年来,一些新的问题浮出水面,这其中医疗费用的快速增长尤其值得关注,主要体现在两个看似矛盾的并存现象:一是不断出台的费用控制政策与快速增长的农民医疗支出并存。目前新农合经办机构通常都会通过与定点医疗机构签定协议、制定操作规程和引入基本药物目录等事前控制,结合医疗费用审核、审计以及通报处理等事后控制来保障新农合基金安全,部分地区在此基础上还推出限定非基本药物费用比例、单病种限价等等手段,以控制医疗费用的快速增长,然而结果却并不理想。以江西省为例,参保农民住院费用从2007年的444980.15万元增长到2010年832260.04万元,年均增长高达23.2%,而同期农民纯收入、当地财政收入和GDP年均增长率不过分别才6.69%、18.17%和14.06%。二是筹资水平、补偿比不断提高与农民医疗支出快速增长并存。例如江西省新农合筹资总额从2007年129972.12万元增长到2010年的474229.29万元,年均增长53.95%,实际住院补偿比从31.43%提高到2010年42.67%;但农民医疗支出并未因此减缓,参保农民次均住院费用从2007年的2111.94增长到2010年的2848.79,年均增长10.49%①,人均医疗保健支出从210.24元增长到326.04元,年均增长高达15.75%,占生活消费支出比重也从6.52%增长到7.44%②。更令人担忧的是,新农合医疗费用快速增长不仅仅是局部现象,而是带有普遍性质。如果不加强医疗费用控制,新型农村合作医疗的保障作用将很快被淹没在快速上涨的医疗费用中。

基于上述目的,本文对新农合制度运行过程定性研究的基础上,采用江西省县级面板数据模

收稿日期: 2012-05-04

基金项目: 江西省社会科学规划项目(10YJ50)

作者简介: 蒋翠珍(1966—),女,湖北黄梅人,江西理工大学应用科学学院讲师,主要研究方向为社会保障.

① 江西省新农合运行数据来自《江西省新型农村合作医疗信息统计手册(2010年)》。

② 农村居民家庭人均医疗保健支出数据来自历年《中国统计年鉴》。

型对监管人数和次均住院费用关系进行实证分析,试图对新农合医疗费用快速增长现象进行剖析,以期为农村合作医疗制度的完善提供参考。

二、新农合费用控制机制的定性分析

新农合制度实际上是参合农民、医疗机构以及新农合经办机构三方就医疗费用和医疗质量展开博弈的过程。以江西省为例,其流程大体为:新农合经办机构和医疗机构签订定点协议,制定医疗流程、基本药物目录以及相关的医疗机构约束条款;参合农民按照自愿原则缴纳一定数量的费用参加新农合,出现医疗需求后到定点医院治疗、支付医疗费用,再持参保凭证按照起付线、封顶线、补偿比到新农合经办机构审核、予以报销;新农合经办机构不定期对医疗机构进行监管。其运行过程见图 1。

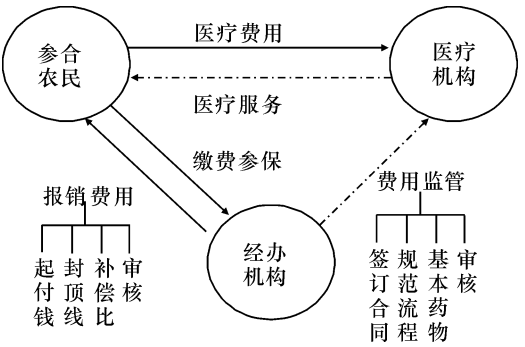


图 1　江西省新农合制度运行图

在制度运行过程中,参与三方都会采取一定的行为措施,以谋取自身利益的最大化。具体来看,参合农民、医疗机构和经办机构之间存在着三个不对称博弈。

(1)参合农民和医疗机构之间的信息不对称博弈。在这个博弈中,参合农民作为新农合制度的直接受益者,他希望最少的医疗支出获得有效安全的治疗。作为医疗服务提供者,医疗机构承担着一定的社会职能,虽然名义上是非营利性机构,但在政府投入严重不足的情况下,已经成为一个以追求利润最大化为目标的经济组织。由于医生拥有专业知识,对于患者情况比较了解,信息优势使医疗机构在这一博弈过程中占据绝对的主导地位。如果外部对医疗供给方诊断过程缺乏有效的监管,出于自身经济利益最大化和医疗事故最小化的考虑,医疗供给方具有诱导需求的强烈动机。这样,大处方、高价药、住院时间延长等现象就可能存在了。

(2)参合农民和新农合经办机构的权力不对称博弈。新农合经办机构代表政府行使制度管理职能,通过制定规则,达到既能保证医疗质量又能实现费用控制的目的。在这个博弈过程中,参合农民追求尽可能多的补偿,经办机构追求尽量实现参保农民利益的同时保证基金的安全运行,两者目标函数方向基本一致。但经办机构制定参保农民的起付线、封顶线、补偿比、二次补偿受益人群以及补偿审核,因此两者在权力上不对等,经办机构明显属于优势一方,有能力使博弈朝着自己的目标函数进行。

(3)医疗机构和新农合经办机构之间的虚位博弈。在这个博弈中,新农合经办机构和定点医疗机构是委托代理关系,经办机构通过选择定点医疗机构,与其签订合同,制定技术流程,对医疗机构进行审核监管等方式约束医疗机构规范的为参保农民提供医疗服务。拥有信息优势的定点医院和拥有权力优势的经办机构之间的博弈是新农合制度中最关键的博弈,它直接关系到参保农合利益的实现和基金的安全。表面上来看,经办机构处于优势地位,然而要实现对定点医疗机构的有效监管,不仅需要数量充足、知识结构合理的人员,必要的经费,完善的信息化系统,更需要经办机构拥有与其职责相对应的职权和独立的地位。目前经办机构几乎不可能达到这些要求,只能是形式上的虚位监管。

基于目前新农合的运行机制,国内学者就新农合现状和存在的问题做了多视角分析,比较一致的观点认为,当前新农合医疗费用快速增长的根源在于医疗供给方诱导需求。医疗供给方诱导需求是医疗服务供给方利用其信息优势,在医疗服务过程中为实现自身利益最大化而采取的与需

求方最优利益不符的行为,是因医生经济利益或自我保护需要所引致的超过最佳治疗需要的需求[1]。Shain and Roemer 通过对美国短期普通医院的每千人病床数和每千人住院天数之间的相关性研究发现,两者之间存在正相关关系,Roemer 将其描述为"只要有病床,就有人来用病床",即罗默法则[2]。此后,Feldstein 的目标收入模型[3]、Evans 基于判断力的负效用模型[4]、Stano 的利润最大化模型[5]就医疗供给方诱导需求进行了数理模型解释。Rizzo and Blumenthal、Yip、李德玲、毛正中、干春晖、李军山等纷纷证实医疗供给方诱导需求对于医疗费用增长的正向作用[6-11]。然而进一步分析不难发现,这种观点仅是对新农合医疗费用快速上涨表象的解读,医疗供给方诱导需求是一种行为表示,它是各种内外因作用的综合结果,如果把费用上涨的责任归于医疗机构市场化带来的诱导需求,其实并没有抓住其深层次的原因。本文认为,新农合医疗费用快速上涨是由于下列原因造成的:

1. 政府医疗卫生投入不足是医疗供给方诱导需求的根源。市场化以后,我国医疗机构管理体制与运行机制一直尚未理清,国家对医疗机构的投入长期不足。目前我国政府卫生支出占 GDP 比重仅为 1.4%,不仅远远低于发达国家水平,甚至还低于泰国、越南等发展中国家①。更严重的是,有限的投入也被优先满足城镇医疗体系的需求,农村医疗投入更是少之又少,这一点从医疗机构收入结构也得到反映。从表 1 中可以看到,不论是村卫生室、卫生院还是综合医院,业务收入均为其收入的主要来源,几乎都占到总收入的 80% 以上。更值得关注的是,近年来卫生院和村卫生院财政补助和上级补助占其收入总额的比重还在逐年下降。不难想象,在医疗机构市场化的背景下,政府投入不足使得追求自身经济利益最大化的医疗机构具有强烈的诱导需求动机,医院不得不通过自主经营获取运营经费,大处方、高药价、住院时间延长的现象便应运而生。

表 1 近三年我国各级医疗机构收入结构

	业务收入(%)			财政补助 + 上级补助(%)		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
总计	80.58	87.14	89.59	14.39	11.75	10.28
医院	91.70	91.90	91.58	8.30	8.10	8.42
社区卫生服务中心(站)	88.89	79.26	78.25	11.11	20.74	21.75
社区卫生服务中心	82.68	77.43	76.45	17.32	22.57	23.56
社区卫生服务站	96.55	91.79	86.81	3.45	8.21	13.19
卫生院	74.73	81.64	80.20	25.27	18.36	19.80
街道卫生院	72.17	83.62	83.69	27.83	16.38	16.31
乡镇卫生院	74.79	81.55	80.03	25.21	18.45	19.97
村卫生室	73.79	80.54	92.98	26.21	19.46	4.14

数据来源:中国卫生统计年鉴。

2. 按项目支付方式为医疗供给方诱导需求提供了便利。医疗供给方诱导需求的问题直指当今医疗卫生政策的核心,而按服务项目支付方式则为之敞开了"方便之门"[12]。按服务项目支付是指医疗需求方根据定点医院所提供医疗服务的项目和服务量做出费用补偿的办法,属于后付制。这种支付方式优点是服务费用的测算比较直观,适用范围较广,有利于调动医疗服务提供方的积极性;缺点在于医院的收入与其服务量有关,因而具有诱导医疗服务机构提供过度医疗服务的倾向,同时因为医疗费用由第三方事后支付,医院与病人都不关心费用问题,加之第三方只能在

① 根据《中国卫生统计年鉴 2009》数据计算,2006 年法国、德国、英国、美国以及加拿大等国家政府卫生支出占 GDP 比重均超过 7%,而我国周边的泰国、越南等发展中国家这一比例也超过 2%。

事后对帐单进行审查,极大的增加管理成本,难以有效控制医疗费用的浪费。目前,我国新农合制度基本实行按项目支付方式,这种缺乏控制力的制度缺陷间接助力于供方诱导需求,致使过度医疗有加剧之势。据国外研究估计,卫生医疗费用上涨的 12% 左右是由社会医疗保险机构按服务项目补偿造成的[13]。

3. 监管不到位。从目前实践看,绝大部分地区新农合经办机构都由卫生行政部门来主管。这样的管理体制决定了经办机构和医疗服务机构更容易形成合作关系,而不是监督与被监督的关系,也就造成了经办机构对医疗机构的监督无力,无法真正约束和规范医疗机构的医疗行为。加之,新农合经办机构管理手段落后,未建立制度运行信息系统,经办机构人员少、素质和管理能力尚待提高,财务管理和会计制度不完善,这样就导致了新农合经办机构只是作为形式上的第三方,没有足够的实力去监管新农合供需双方。这也就不难解释为什么一系列费用控制政策出台后,参合农民医疗费用依然快速增长。

综上所述,新农合医疗费用快速上涨的根源在于医疗供给方诱导需求,但其更深层的原因在于医疗服务市场结构不健全。政府医疗卫生投入不足,导致医疗机构具有强烈的诱导需求动机,按项目支付方式又为这种动机打开了方便之门,加之政府相关监管机构的缺位和不作为,新农合医疗费用的快速上涨难以避免。

三、新农合费用控制机制的实证分析

理论上,新农合费用控制机制存在诸多不足,实证数据是否支持理论分析的结论呢? 本部分利用省级面板和县级面板数据分别从供给方诱导需求和监管机制对新农合费用控制机构进行实证分析。

(一)医疗供给方诱导需求:基于省级面板的罗默法则验证

罗默法则通过验证每千人病床数和每千人住院天数之间的正向相关关系,认为"只要有病床,就有人来用病床"[2],实质上指出医疗供给方存在诱导需求倾向。本文实证部分遵循罗默分析框架,考察医疗设施和医护人员数量对于医疗费用、住院天数的影响,以此对我国新农合医疗机构诱导需求现状进行初步判断。

考虑到收入水平的提高和地区经济发展水平都将激发医疗需求,因此,建立如下实证分析模型:

$$medexpd_{it}(Day) = \alpha_i + \beta_1 bed_{it} + \beta_2 doct_{it} + \beta_3 rincome_{it} + \beta_4 rgdp_{it} + \varepsilon_{it}$$

其中 *medexpd* 为人均住院费用,*Day* 为每千农村居民住院天数,*doct* 是每千农村居民医疗服务人员数量,*bed* 是每千农村居民床位数量,*rgdp* 是人均真实 GDP,*rincome* 是农村居民真实人均纯收入,α_i 是与行业相关、时间无关的未观测个体效应。

本文面板数据来自于《中国卫生统计年鉴》和《中国统计年鉴》,包括 2003—2009 年 31 个省市区数据,统计口径为乡镇卫生院。

近年来,农村居民的医疗需求得到释放,乡镇卫生院人均住院费用和每千农村居民住院天数均呈现逐年增长趋势。人均住院费用从 2003 年的 110.41 元增长到 2009 年的 255.9 元,每千农村居民住院天数从 2005 年的 78 天增长到 2009 的 181 天,见图 2。

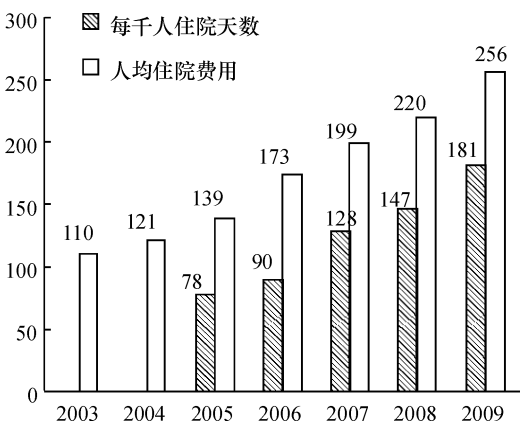


图 2　每千农村居民住院天数、人均住院费用变动情况

表2报告了主要变量的统计特征和变量间的相关系数矩阵。粗略的看，人均住院费用、每千人住院天数与每千人医护人员数量、每千人床位数、人均纯收入以及人均GDP均显著正相关。

表2 主要变量的统计特性和相关系数

变量	均值	标准差	最小值	最大值	相关系数矩阵					
					人均住院费用	每千人住院日	每千人医护数	每千人床位数	人均纯收入	人均GDP
人均住院费用	174.1	105.2	21.3	709.4	1.00					
每千人住院天数	124.7	63.8	26.8	319.1	0.35***	1.00				
每千农民医护人数	1.21	0.39	0.57	2.72	0.52***	0.28***	1.00			
每千农民床位数	0.84	0.23	0.42	1.55	0.31***	0.46***	0.61***	1.00		
人均纯收入	3512	1506	1564	9863	0.79***	0.28***	0.65***	0.4***	1.00	
人均GDP	16305	10049	3601	58145	0.82***	0.37***	0.65***	0.48***	0.96***	1.00

注：人均住院费用是指住院人员产生住院费用的均值，每千人住院天数是指每一千位住院人员的住院时间总和，每千农民医护数、每千农民床位数、人均纯收入统计对象均是农村居民。

进一步的散点图分析也显示人均住院费用与床位数、人均纯收入之间正向线性相关趋势明显，每千人住院天数与这些变量的散点图也初步显示正相关关系。

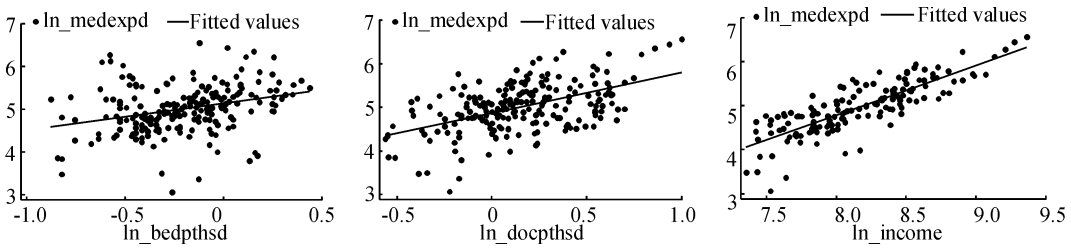


图3 人均住院费用与床位数、医生数、人均纯收入散点图

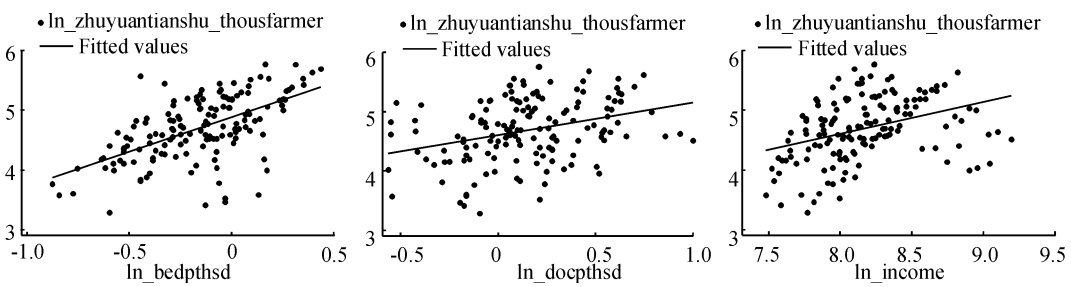


图4 每千农村居民住院天数与床位数、医生数、人均纯收入散点图

在面板数据条件下，参数估计可以通过随机效应和固定效应等方法进行。通常情况下，地区固定效应与其他解释变量是相关的，因而随机效应估计相比较固定效应估计更有可能是有偏不一致的。对于本文方程数据的Hausman Test检验也支持上述观点。鉴于此，本文应用差分固定效应变换来消除方程中未可观测的地区固定效应。即：

$$\Delta medexpd_{it}(Day) = \beta_1 \Delta bed_{it} + \beta_2 \Delta doct_{it} + \beta_3 \Delta rincome_{it} + \beta_4 \Delta rgdp_{it} + \varepsilon_{it}$$

采用拉格朗日乘数检验（BP test）和Hausman Test判断采用固定效应模型。通过FEM，将残差与解释变量进行再次回归，并未发现存在明显的相关关系，因此初步判断不存在内生变量。利用Wooldridge test对残差进行自相关检验，发现不存在一阶自相关。估计结果如表3。

表 3　固定效应估计结果

	每千人住院天数		人均住院费用	
	(1)	(2)	(3)	(4)
每千人床位数	1.33(0.187)**	1.27(0.231)***	0.17(0.078)**	0.18(0.097)**
每千人医护人数	−1.05(0.312)***	−1.1(0.402)***	−0.54(0.115)***	−0.54(0.153)***
人均纯收入	1.76(0.206)***	1.44(0.688)**	1.74(0.06)***	1.60(0.239)***
人均 GDP		0.29(0.465)		0.08(0.148)
Con.	−9.34(1.688)**	−9.58(2.152)***	−8.96(0.519)***	−8.65(0.750)***
Obs.	150	120	210	150
R^2	0.3074	0.3079	0.6010	0.6090

注:***、**、*分别表示 1%、5%、10% 水平下显著,括号内为标准差。

在这部分分析中,我们首先估计医护人员数、床位数对住院天数、住院费用的影响,估计结果在第(1)、(3)列,然后引入人均 GDP 变量考察上述估计的稳健性。在每千人住院天数模型中,每千人床位数的系数显著为正,表明"只要有病床,就有人来用病床"的现象也存在乡镇卫生院;人均纯收入的系数也显著为正,说明随着收入水平的提高,农民的自我保健意识得到加强,长久受到压抑的医疗需求得以释放;每千人医护人员数的系数显著为负,这意味着医护人员数量增多会降低诱导医疗需求动机,减少住院天数;同样,在人均住院费用模型中,每千人床位数、人均纯收入的系数均显著为正,每千人医护人员数的系数显著为负,说明床位数量的增加导致医疗费用的显著提高。在引入人均 GDP 变量之后,各变量的系数大小和显著程度均未出现明显的变化,估计结果较为稳健。总体来看,实证分析在一定程度上验证了医疗供给方诱导需求导致患者住院天数和医疗费用的提高。

(二)新农合监管对于费用控制的效果分析:基于江西省县级面板数据

政府医疗卫生投入偏低以及按项目支付方式为医疗供给方诱导需求提供了滋生的沃土。但是,如果监管措施有力到位,则依然能够抑制新农合医疗费用的快速增长。国内新农合制度运行效果较好的黔江地区就得益于完善的监管和实施机制。本部分以江西省为例,讨论新农合监管机制在费用控制中的作用。

$$medexpd_{it} = \alpha_i + \beta_1 supersison_{it} + \beta_2 rgdp_{it} + \beta_3 rincome_{it} + \varepsilon_{it}$$

其中 *medexpd* 为次均住院费用,*supervison* 为监管人数,用每十万农民经办机构人员数衡量,*rgdp* 是人均真实 *GDP*,*rincome* 是农村居民真实人均纯收入,α_i 是与行业相关、时间无关的未观测个体效应。数据来自于《江西省新型农村合作医疗信息统计手册》(2008—2010),包括 92 个县 2008—2010 年共 276 个样本。

表 4 是主要变量的统计特性和相关系数。初略的看,次均住院费用和地方 GDP 水平显著相关,而与监管人数相关系数为负,与农民人均纯收入相关系数为正,但均不显著。监管人数与 GDP 显著负相关,与人均纯收入显著正相关。

表 4　主要变量的统计特性和相关系数

变量	均值	标准差	最小值	最大值	相关系数矩阵			
					次均住院费用	十万农民监管人数	GDP	人均收入
次均住院费用	7.919	0.163	7.406	8.288	1.00			
十万农民监管人数	1.062	0.455	0.086	2.693	−0.0120	1.00		
GDP	12.79	0.672	9.708	14.54	0.267***	−0.197***	1.00	
人均纯收入	8.260	0.335	7.21	8.825	0.072	0.306***	0.377***	1.00

注:所有变量均为对数形式;***、**、*分别表示 1%、5%、10% 水平下显著。

通过对散点图的分析发现,每十万人经办机构人数与农业人口的散点图呈现明显的"L"型曲线,见图5左图,而在经办机构人数与农业人口的散点图中,可以发现农村人口规模在20万内的散点分布和其他区间存在明显差异,见图5右图。

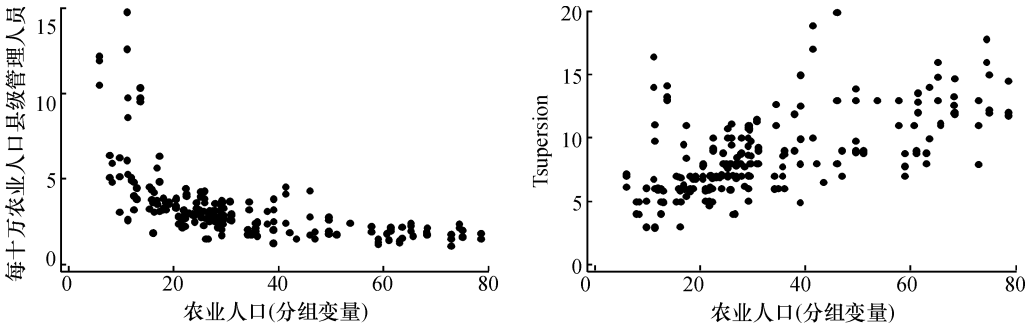


图5 监管人数与农村人口散点图

对分组后变量的描述性统计分析证实了这种差异,见表5。由此,我们将样本以农村人口规模等于20万为界分为两组,分别进行回归。

表5 按农村人口规模分组后变量统计特性

		Obs	Mean	Std. dev	min	max			Obs	Mean	Std. dev	min	max
农业人口≤20万	十万农村居民经办机构人数	66	1.53	0.44	0.63	2.69	农业人口>20万	十万农村居民经办机构人数	189	0.9	0.33	0.09	1.52
	次均住院费用	66	7.93	0.16	7.6	8.29		次均住院费用	189	7.91	0.16	7.41	8.29

注:所有变量均为对数形式。

采用拉格朗日乘数检验(BP test)和hausman test判断采用固定效应模型。通过FEM,将残差与解释变量进行再次回归,并未发现存在明显的相关关系,因此初步判断不存在内生变量。利用Wooldridge test对残差进行自相关检验,发现不存在自相关。估计结果如表6。

表6 监管人数与次均住院费用(县级面板数据估计结果)

解释变量:*Lnmedexp*	整体			农业人口>20万		农业人口<20万
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Lnsupn	0.075 (0.049)	-0.852((0.742)	-0.551(0.542)	0.122 * (0.071)	-2.04 ** (0.832)	0.032(0.058)
lnGDP	0.056 *** (0.018)	0.057 *** (0.018)	-0.012(0.061)	0.077 *** (0.025)	-0.129(0.083)	0.028(0.025)
lnIncome	0.188 *** (0.048)	0.086(0.094)	0.212 *** (0.052)	0.123 *** (0.056)	0.187(0.060)	0.524 *** (0.114)
*Lnsupn * LnGDP*			0.048(0.041)		0.168 *** (0.064)	
*Lnsupn * LnIncome*		0.110(.088)				
cons	5.56 *** (0.388)	6.39 *** (0.770)	6.25 *** (0.709)	5.78 *** (0.432)	7.93 *** (0.925)	3.15 *** (0.947)
F	14.03 (0.000)	10.95(0.000)	10.88(0.000)	9.92(0.000)	9.51(0.000)	8.84(0.000)
R_sq	0.02	0.02	0.01	0.03	0.02	0.02

注: ***、**、*分别表示1%、5%、10%水平下显著。

在表6的第一列回归中,解释变量包括监管人数、GDP、农民人均纯收入。估计结果显示,GDP、农民纯收入与次均住院费用系数显著为正,说明地区经济越发达、农民收入越高,对医疗需求也越高。监管人数系数为正,且不显著。第二列回归中引入监管人数和农民人均纯收入交互变量,以反映监管人数和农民人均纯收入之间的互相影响。如果交叉项的系数符号为正,则表明在

监管人数一定的条件下,农民人均纯收入越高越容易导致较高的次均住院费用。回归(2)的估计结果表明,交叉项的系数为正,但不显著,表明没有明显证据说明监管人数对次均住院费用的效应大小与农民人均纯收入有关。值得注意的是,监管人数的系数在 20% 的水平下显著为负。回归(3)引入了监管人数与 GDP 交互变量,但也为不显著,监管人数的系数在 25% 的水平下显著为负。

在农村人口大于 20 万的分组中,监管人数与次均住院费用显著负相关,监管人数与 GDP 交互变量系数为正,说明在监管人数一定的条件下,GDP 越高越容易导致较高的次均住院费用。在农村人口小于 20 万的分组中,除了农民人均纯收入与次均住院费用显著正相关外,其余变量都没有通过显著性水平检验。

表 4 的估计表明,监管人数和次均住院费用之间的相关性并不明显。表 5 的分组统计显示,新农合经办机构人员规模与农民人口规模之间没有明显关系,这也从侧面说明新农合经办机构并没有将管理中心放在制度的监管。

四、 新农合费用控制机制应考虑的因素

以上分析说明新农合医疗费用快速增长是由医疗供给方诱导需求造成的,但其深层次的原因在于费用控制机制存在着重心错位、支付方式失效、监管主体虚位等先天不足,新农合费用控制模式改进需涉及支付方式、政府投入以及相关部门监管等多个方面,是一项系统工程,应理顺思路,循序渐进。

从当前实际情况分析,在构造新的医疗费用控制模式时,必须注意以下几点:

1. 定点医院和医生位于医药利益链的最前端,是医疗供给方诱导需求的执行主体,他们对患者情况最清楚,是诱导需求开大处方还是适当医疗都取决于他们的态度。因此,新农合医疗费用控制模式应该以医疗提供方为中心,围绕医疗供给方诱导需求的影响因素展开控制。

2. 医疗机构在新农合制度中处于医疗信息垄断地位,并且可以通过药价、材料费用、诊断费用、床位费用、服务费用以及住院天数等多种手段影响医疗费用,直接对其医疗行为进行监管往往难度很大,并且现阶段新农合经办机构无论财力物力,还是人员配置都达不到有效监管的要求。因此,对于医疗机构的监管应该转换思路,促使医疗机构形成自我监管的动力,主动降低医疗过程中不合理的费用。要实现这一模式也并非不可能。医疗供给方诱导需求的内在原因在于医疗服务提供方目标函数和参保农民的目标函数不一致。在按项目支付方式制度下,医疗机构追求自身利益最大化的手段是诱导过度医疗以增加收入,而这恰恰损害参保农民的利益。事实上,医疗费用支付方式的不同选择,例如变后付制为预付制,可以使两者目标函数趋于一致,即以节约医疗费用支出来实现利益的最大化。国内外已有研究对于预付制能有效遏制医疗费用快速增长的观点也已基本形成共识。

3. 外部约束乏力是当前新农合医疗费用快速增长的主要原因之一。我们发现,国内较为成功的黔江模式,其显著的费用控制效果就来自于监管制度。仔细观察黔江新农合发展过程就不难看到,每一次新农合政策改革或调整,都会出台相应的、严格的监管和实施制度,例如按月度的住院病例抽查制、出院病人回访制度、住院病人随访制度等等,这些制度构成了一套行之有效的费用监管制度。当然,也要看到,现阶段新农合监管乏力有体制方面的原因,也有诸如监管部门人员素质、财力物力等方面的硬约束,改善外部约束薄弱现状也非一朝一夕能完成,需循序渐进。

因此,新农合医疗费用控制模式的基本格局,应该把对医疗服务提供方的约束和激励置于中心地位,以医疗费用支付方式改革为基点,以医疗机构对医疗费用内部控制,经办机构强化监管能力建设相统一为特征的综合控制体系。

五、完善新农合费用控制机制的建议

新农合医疗费用快速增长的根源不在于医疗供给方诱导需求,而是其费用控制机制存在着重心错位、支付方式失效、监管主体虚位等先天不足。没有制度制衡,要想在信息和权力不对等博弈中实现对弱势的参合农民的权益保护无疑是痴人说梦。在重塑新农合费用管理机制的过程中,我们应从机制理念、费用支付方式、监管手段和医疗机构管理模式等多个方面,依循费用控制内部化、管理机构独立化,管理方式市场化的思路展开。

(一)费用控制中心由新农合经办机构向医疗服务提供方转移

在现阶段新农合费用控制机制中,经办机构毫无疑问处于中心位置,它需要履行较多的职责和功能,包括参保农民费用收取、补偿比确定、补偿审核;对定点医疗机构行为监管、费用审核与控制等等。然而,从目前情况来看,经办机构是否有能力和条件担负如此重要的职责很值得忧虑。名义上,经办机构代表参保农民的利益,实质上却隶属于卫生系统,机构不独立,没有处罚权是它的硬伤;人员素质不高、缺少信息化管理手段是它的软肋;加之医疗供给方的信息垄断地位,在这种情况下,要实现经办机构对医疗机构医疗费用的有效监管几乎是不可能完成的任务。

因此,重塑新农合医疗费用控制机制需要调整思路,将控制中心由经办机构向医疗服务提供方转移,以医疗费用支付方式的改革实现医疗机构从被动的接受经办机构的费用监管到主动进行内部控制,在实现自身利益最大化的同时实现参保农民的利益,达到两者共赢。经办机构工作重心则从复杂的微观医疗行为监管、费用控制转向制度建设、费用总额控制等宏观层面。

(二)医疗费用支付方式由后付制向预付制、混合制转变

在新农合制度中,占据信息优势的医疗机构与拥有权力优势的管理机构之间的委托代理博弈是核心,而联系两者之间的枢纽就是医疗费用的支付。实际上,不同的支付方式能显著地影响医疗机构和参保农民双方的利益,能控制新农合制度中有限资源的流向和流量大小,是制度中利益分配的指挥棒。因此,选择何种方式的医疗费用支付方式将直接影响到新农合制度目标的实现和长远的发展。

目前,我国新农合普遍实行按项目付费,属于后付制,虽然简便易行,但其为医疗提供方诱导需求提供方便,侧重医疗机构利益的实现,容易损害参合农民的利益。预付制的基本思路是按照某种标准预先向医疗服务提供方支付固定数量的费用,由医疗提供方自行控制医疗过程和医疗费用支出,结余归己,超出不补。目前比较常见的预付制包括按人头付费、按床日付费、按病种定额付费以及总额预付制等。

不难发现,预付制能改变医疗机构获取经济利益的模式,在激励医疗机构主动控制医疗费用方面有着明显的作用,缺点在于有可能造成医疗提供方积极性下降,出现减少必要医疗服务、降低服务质量、推诿病人以及限制新技术使用等问题,同时需要制定科学的费用控制标准和质量控制标准,对管理机构要求较高。国内外实践经验说明,预付制能一定程度上控制医疗费用的快速增长,但无论是何种预付制都无法独立的实现有效的费用控制。因此,在支付方式选择上,我们可以依据常见病、多发病和重病、疑难病将后付制和预付制结合起来实现混合支付方式,各取所长,实现医疗机构和参合农民的利益共赢。

在具体的支付方式选择上,可以做如下安排:(1)常见病和多发病选择按病种定额与总额预付制结合的支付方式。一般情况下,常见病、多发病诊断相对明确,医疗费用变动浮动有限,这种情况下应尽量实行预付制。而在预付制的多种形式中,按病种定额付费,更符合医药行业临床规律,不需要服务人群相对固定,医疗机构操作性更强;总额预付制度能保证基金的安全,因此,两者结

合既能尽量实现参保农民的利益又能保证基金运行安全。在实践方面,美国按疾病分类预付制(DRGs-PPS)费用控制效果明显,国内重庆黔江的单病种限额付费为主的混合支付方式以及陕西镇安的单病种定额付费为主的混合支付方式都取得了成功。(2)重病大病、疑难病选择按服务项目付费和总额预付制相结合的支付方式。由于重病大病、疑难病不确定因素较多,使用预付制存在费用标准难以测算等问题,且预付制会降低医疗机构积极性,阻碍其对高端技术的探索。因此,对这部分重病大病、疑难病宜采用按项目付费支付方式,并结合总额预付制保证基金安全运行。

(三)医疗费用监管手段由依附式被动手工审核向独立化主动信息预警系统过渡

有研究指出,即使实现预付制,也仍应与其他相应的监管措施一起实施,才能达到较好的费用控制效果[14]。目前,多数新农合经办机构依附于卫生系统,监管手段停留在传统的对参合农民医疗费用凭证进行手工审核,不仅需要大量人力物力,加上没有实质处理权,难以达到监管的目的。重塑新农合医疗费用监管体系,需要从以下几个方面进行:

(1)经办机构独立性。逐步实现新农合经办机构和医疗卫生系统的分离,由卫生系统主管改为市、县政府直管,经费由当地财政直接拨款,在人员安排上落实专职工作人员,并采取异地任职、定期轮岗制度。同时,赋予经办机构对医疗机构违规行为的处罚权。

(2)信息化系统建立。从我们调研情况来看,多数管理者都认为新农合信息系统建设严重滞后,给医疗费用审核工作带来了极大的困难。新农合信息系统应包括医院信息预警系统和经办机构信息预警系统两个部分。医院信息预警系统主要实现对目录药品比重,药品费用、检查费用及劳务费用在总费用中的比例,单病种总费用是否超过定额或限额标准,住院次数的预警;经办机构信息预警系统主要实现定点医院预警项目提示,定点医院医疗费用总额预警、参保农民异常医疗预警、基金总额预警等。

(3)医疗服务质量监管。在实现预付制为主的支付方式之后,对于医疗服务提供方的监管应转向到对医疗质量的监管。定点医院基于成本最小化的考虑,有可能减少必要的医疗服务项目、推诿病人、降低医疗服务质量等。经办机构应制定相应的监管手段,例如住院病例抽查制、出院病人回访制度、住院病人随访制度等,开通参保农民医疗服务投诉热线,并采取严格的处罚手段,以实现对医疗质量的监控。

(四)医疗机构管理模式由现行的行政式管理向重差异重竞争的市场化管理方式演变

当前,新农合对于医疗机构的管理模式僵化,体现在几个方面:一是定点医院的选取通常以行政命令的方式实现,准入政策缺少竞争;二是参保农民补偿比分级固定,市级、县级和乡级由低到高,同一级的定点医院补偿比相同,这就相当于赋予了定点医院的垄断经营地位,损害参保农民的利益。在重塑新农合管理模式的过程中,尤其应注重差异化管理,通过准入退出机制、差异化补偿比制度实现同级定点医院间,市、县、乡不同级医疗机构间的合理竞争格局,提高参保农民的福利水平。具体来看:(1)完善准入退出机制。降低准入门槛,鼓励民营医疗机构参与新农合,形成公立民营的竞争格局,以公立医院牵制民营医院过分抬高费用的倾向,同时又通过民营医院较高的服务效率和质量促进公立医院的效率和质量的改善;建立退出机制,对违规行为多、参保农民反应差的医院实行处罚,并强制其退出新农合制度。(2)差异化补偿比设计。不仅在市、县、乡实行不同的补偿比,在同级定点医院中也实行差异化的补偿比,形成同级医院的竞争态势,以充分的竞争实现参保农合利益的保护。

参考文献:

[1]　周良荣. 医生诱导需求的经济学分析[J]. 广东社会科学,2007,(6).

[2] SHAIN MAX, ROEMER, MILTON I. Hospital Costs Relate to the Supply of Beds[J]. Modem Hospital, 1959, (92).
[3] FELDSTEIN. The Rising Price of Physician Services [J]. The Review of Economics and Statistics, 1970, 52(2).
[4] EVANS R. Supplier – induced demand: some empirical evidence and implications[M]. London: the Economics of Health and Medical Care, 1974.
[5] STANO M. A clarification of theories and evidence on supplier – induced demand for physicians services[J]. Journal of Human Resources, 1987,(22).
[6] RIZZO J A D. Blumenthal. Is the target income hypothesis an economic heresy [J]. Medical Care Research and Review,1996, 53(3).
[7] YIP WINNIE C. Physician response to Medicare fee reductions: changes in the volume of coronary artery bypass graft(CABG) surgeries in the Medicare and private sectors [J]. Journal of Health Economics, 1998,(17).
[8] 李德玲. 过度医疗的成因与对策[J]. 医学与哲学,2003,(9).
[9] 毛正中,蒋家林. 我国诱导需求的数量估计[J]. 中国卫生经济,2006,(1).
[10] 干春晖,周 习,郑若谷. 不完美信息、供给者诱导需求与医疗服务质量[J]. 财经研究,2007,(8).
[11] 李军山,周世新,赵 敏. "药价虚高"与医疗行为的经济学分析[J]. 价格月刊,2008,(4).
[12] REINHARDT U E. Economists in health care: saviors or elephants in a porcelain shop [J]. American Economic Review,1989, 79(5).
[13] 江里程,林 峰,范国富. "就诊人头"指标在医疗保险费用结算中的应用[J]. 镇江医改,2003,(3).
[14] 姚 岚,聂春雷,刘运国. 论我国农村医疗机构按病种可行性模式构建[J]. 中国医院管理,2007,(7).

On the Medical Expense Control Mechanism of New Rural Cooperative Medical: Based on Chinese Provincial and County Panel Data

JIANG Cui-zhen

(*College of Applied Science*, *JiangXi University of Science and Technology*, *GanZhou* 341000, *China*)

Abstract: The rising medical expense of new rural cooperative medical gains widely attention. We present a theoretical framework and discuss the reasons of the rising medical expense by exploring Chinese provincial and county panel data. The results show that the key point of rising medical expense of new rural cooperative medical may be some inherent shortages in the control centre, payment and capacity of supervision; rebuilding the control mechanism of medical expense should shift the control centre from government to hospitals and doctors, change the post payment mode to prospective payment system, from handwork supervision to independent information self-warning system, from rigid administrative model to market-led management.

Key Words: new rural cooperative medical; control of medical expense; payment