

药品谈判

理论、
机制
及
实践

龚文君 著

DRUG NEGOTIATION
Theory, Mechanism and Practice



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

G

药品谈判

理论、
机制
及
实践

龚文君 著

DRUG NEGOTIATION
Theory, Mechanism and Practice



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

图书在版编目(CIP)数据

药品谈判：理论、机制及实践 / 龚文君著. -- 北京：社会科学文献出版社，2019.5
ISBN 978-7-5201-4816-0

I. ①药… II. ①龚… III. ①医疗保险-药品-谈判-研究-中国 IV. ①F842.613

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 089001 号

药品谈判：理论、机制及实践

著 者 / 龚文君

出 版 人 / 谢寿光

责任编辑 / 易 卉 佟英磊

文稿编辑 / 朱子晔

出 版 / 社会科学文献出版社·群学出版分社 (010) 59366453

地址：北京市北三环中路甲 29 号院华龙大厦 邮编：100029

网址：www.ssap.com.cn

发 行 / 市场营销中心 (010) 59367081 59367083

印 装 / 三河市龙林印务有限公司

规 格 / 开 本：787mm × 1092mm 1/16

印 张：16.5 字 数：278 千字

版 次 / 2019 年 5 月第 1 版 2019 年 5 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978-7-5201-4816-0

定 价 / 98.00 元

本书如有印装质量问题，请与读者服务中心 (010-59367028) 联系

 版权所有 翻印必究

前 言

在国际上，运用谈判机制来购买医药服务、协调医疗保险经办机构与医疗机构及药品供应商之间的关系已经是很普遍的做法，尤其是医疗保险制度完善的国家，已经积累了丰富的经验。在我国，医疗保险经办机构对医疗机构和药品供应商的管理也需要逐步引入市场机制，主要表现为用协商谈判的管理方式来改造甚至替代原有的行政化管理方式，用平等的协商谈判来体现服务购买双方合同关系的平等性，用协商谈判的灵活性来适应医药服务管理的复杂性。从本质上说，医疗保险经办机构购买医药服务的过程就是一种市场交易过程，协商谈判理应成为交易双方——服务购买者（医疗保险经办机构）与服务提供者（医疗机构和药品供应商）协调关系、进行利益博弈的主要手段。尽管举办社会医疗保险是政府的一项重要职能，政府在宏观层面的管理监督不可或缺，但在微观层面的服务购买过程中，市场性质平等的协商谈判应该成为处理医疗保险经办机构、医疗机构和药品供应商之间关系的主要手段。

在新一轮的医疗卫生体制改革中，建立健全医疗保险谈判机制被正式纳入新医改的方案。2009年4月颁布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）明确提出，要“积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用”。随后，人社部、国家发改委相继颁布了一系列相关规定和通知，对构建医疗保险谈判机制的要求进行了进一步明确和强调，这与完善医药服务管理、强化医疗保险经办机构服务购买者的功能、变革医药服务管理方式的医疗保险改革的现实需要相吻合，为把谈判理念、谈判方式正式引入医疗保险经办机构管理之中提供了政策导向和发展契机。作为第三方支付者的医疗保险经办机构，除了要发挥其筹资功能外，还必须通过平等的双边谈判对医疗机

构和药品供应商进行管理，而不是继续沿用传统的强制性的行政管理方法。近几年，在新医改文件以及国务院、人社部、国家发改委等陆续出台的相关政策指导下，国内一些地区陆续出台了医疗保险谈判机制文件，开始探索并推行医疗保险谈判机制。在实践中，由于各地经济发展水平、人口结构、医疗资源和医保管理水平存在差异，工作具体实施情况也有较大的不同。构建医疗保险谈判机制在我国还处于初级阶段，目前尚未形成成熟的理论和运作模式，因此，对其开展研究是一项必要而紧迫的任务。

近十年来，我国的医疗费用增长速度一直领先于经济增长速度，超出了全球卫生费用的平均增长水平和发达国家卫生费用的增长水平，也超出了一个发展中国家所能负担的最大限度。我国医疗费用过快增长的原因较多，其中，“以药养医”的制度性痼疾之下的药品费用占比过大居于首位。在我国，总体的医疗费用中有相当大的比例来自药品的销售收入。笔者认为，药品费用的增加是医疗费用过高和急剧增长的主要原因。这一方面加重了广大参保人看病就医的经济负担，加剧了“看病贵”问题；另一方面也使国家财政和医疗费用筹资面临诸多困难，有限的卫生资源难以得到合理分配。因此，合理控制药品费用就成为有效控制医疗费用过快增长的关键。长期以来，我国药品价格管理制度不够完善，无论是定价机制还是集中采购制度，都有很大的改进空间。药品市场价格混乱无序，参保人药品费用负担沉重，给整个医疗保险基金造成了很大损失。因此，有必要改革现有的药品定价机制，以市场化、更有效率的协商谈判方式形成合理的药品价格，从整体上规范药品的价格、销量，控制不合理的药品费用，保障广大参保人对药品的可及性，并维护医疗保险基金的安全和可持续发展。

医疗保险谈判机制在我国还是一个新生事物，尚处于研究和探索的阶段，需要理论和实践层面的思考与推广。本书选择医疗保险谈判机制中的药品谈判这个视角，分七个章节对我国建立健全药品谈判机制进行分析和阐述。

第一章为导论，介绍研究背景、选题意义，界定概念并明确研究范围、研究思路和研究方法。在此基础上，进行医疗保险谈判机制的国际、国内研究文献综述，主要从医疗保险模式选择、医疗保险中的道德风险、药品价格管理、医保经办机构管理改革以及医疗保险谈判机制的应用几个相关方面展开。

第二章为理论基础。在医疗保险的相关利益主体中，医疗保险经办机构、

医疗机构、药品供应商和患者之间相互联系、相互牵制。医疗保险谈判是指医疗保险经办机构和医疗机构及药品供应商针对医疗服务及药品的范围、价格和质量展开谈判。正确认识并把握医疗保险谈判机制的理论基础，是协调处理好医疗保险相关利益主体之间关系，从而搭建谈判基本框架的前提条件。本章主要从谈判理论、委托代理理论和新公共管理理论的角度，探讨这几个理论在医疗保险谈判机制中的体现和应用。

第三章为药品谈判机制的国际经验。在不同的医疗保障制度体系中，谈判机制的运用有着明显的不同。如国家保障型医疗保险模式的代表国英国，建立了医药服务供需双方的内部市场，以药品价格管制方案下卫生部和制药行业协会谈判达成自愿协议的方式控制药品费用。在社会医疗保险体制比较完善的国家，如德国等，多是先由市场形成医药服务的原始价格，再由保险方和医院医生行业协会谈判确定实际支付价格；而选择商业保险型医疗保险模式的美国，则基本上采用了完全市场化的谈判。在政府举办的社会医疗保险性质的老人医疗照顾和医疗援助等制度，以及非营利和营利性的私人医疗保险组织或管理型医疗保险组织中，都运用了谈判机制来实现药品费用控制。研究国外主要国家的药品谈判模式，能够为我国建立健全药品谈判机制、制定相应政策和规范提供有益启示。

第四章为我国药品价格管理制度概述。药品价格管理是一项系统工程，贯穿药品生产、流通、销售等各个环节，涉及卫生、发改、药监、社保等多个部门，也联系着药品生产企业、经营企业、医院、医生及患者等利益相关方。我国的药品价格管理制度大致经历了从全部管制到基本放开，再到部分管制的过程。本章通过对我国药品价格管理制度基本情况的介绍，分析制度中存在的缺陷，包括定价机制及集中采购采购制度中存在的问题，并在此基础上探讨引入谈判机制改革我国药品价格管理制度的必要性和意义。

第五章为国内实践情况介绍。选择在国内较早开展谈判机制实践的成都市基本药物目录内的药品谈判加以分析。建立健全药品谈判机制的前景光明、道路曲折，这是目前全国开展谈判机制实践的真实写照。中央、省级与省级以下建立各级谈判机制，权限的重大差别使得建立的难易程度也有重大差别。地方建立医保谈判机制的实践取得了一些阶段性成绩，其中不乏亮点，所面临的主要问题在全国范围内也具有一定的代表性。介绍典型地区的实践，可以给全国

其他地区开展谈判机制工作提供参考。国家层面的药品谈判试点工作于2015年10月拉开帷幕。2017年，国家卫计委等多个部门协同开展了首次医保药品目录准入谈判。2018年，国家医疗保障局牵头开展了抗癌药医保准入专项谈判。各省（自治区、直辖市）陆续按照国家药品价格谈判的结果颁布了相应的政策文件，具体落实谈判后的药品价格以及医保药品目录、报销标准等，推动药品谈判机制运行日益成熟、高效。

第六章为建立我国药品谈判机制的构想。医疗保险经办机构通过建立健全与医疗机构和药品供应商之间的谈判机制，科学合理地为参保人购买医药服务，是实现有效控制医疗费用、维护医疗保险基金安全和可持续发展，并从根本上改革我国长期以来医药价格不合理的形成机制的必要手段。建立健全医疗保险谈判机制，需要从政策和理论的高度澄清认识，需要对国际先进经验进行批判吸收，更需要对我国的政治经济环境、医疗保障制度特点等现实国情加以正确把握。只有在此基础上，才能进行科学的谈判机制框架设计，指导药品谈判机制工作顺利开展。

第七章为余论。前面六章在对药品谈判机制的理论基础、国际经验、国内实践情况进行分析的基础上，结合我国具体国情对构建药品谈判机制进行了框架设计。此外，需要注意的是，药品谈判机制乃至整个医疗保险谈判机制的建立健全是一项系统工程，涉及的政策制度、相关部门及人员、医药服务的环节众多，必须对一些亟待解决的问题有清晰的认识，并考虑合理的应对措施。

总体而言，本书的研究创新主要体现在以下两个方面。

第一，理论创新。我国对于医疗保险谈判机制的理论研究尚处于初级阶段，少数地区开展医疗服务谈判抑或药品谈判的试点工作也起步不久，因此，理论层面还有继续深入研究的较大空间。从已有的文献来看，药品谈判研究相较于医疗服务谈判研究数量更少。究其原因，药品是特殊商品，其成本、定价、利润以及招标采购等方面的信息较难获得，所以研究的难度更大。本书在界定医疗保险谈判机制基本理论框架的基础上，选择药品谈判这个方面，通过实证研究获取必要的数据和信息。除了谈判理论、委托代理理论之外，还从新公共管理理论的视角探讨药品谈判机制设计存在的问题，突出了医保经办机构角色转换的要求。本书的研究视角新颖，可以为医疗保险谈判机制的理论研究做出一定贡献。

第二，政策价值。本书立足我国药品谈判的实践情况进行深入分析，探讨了现阶段我国开展药品谈判所面临的主要问题及产生的原因，并结合不同医疗保障模式国家建立药品谈判机制的经验，构建符合我国国情的药品谈判机制框架，并对实施规则进行设计，可以为我国相关部门制定药品谈判机制方案提供政策建议，对策转化力较强，具有较高的实用价值。

目 录

第 1 章 导论	001
1.1 研究背景	001
1.2 概念界定	024
1.3 研究范围	028
1.4 文献综述	031
1.5 研究路线与方法	041
1.6 创新与不足之处	042
第 2 章 医疗保险谈判机制的理论基础	044
2.1 谈判理论与医疗保险谈判机制	044
2.2 委托代理理论与医疗保险谈判机制	048
2.3 新公共管理理论与医疗保险谈判机制	054
第 3 章 药品谈判机制的国际经验	061
3.1 英国：利润控制制度下的 PPRS 谈判	061
3.2 德国：参考定价制度下的集体谈判	072
3.3 美国：市场自主定价制度下的个体谈判	083
3.4 各国药品谈判机制的模式总结及启示	093
第 4 章 我国药品价格管理制度概述	103
4.1 药品定价制度	103
4.2 药品集中招标采购制度	123

4.3 药品谈判机制	131
第5章 国内药品谈判实践	137
5.1 成都市药品谈判	140
5.2 国家层面的药品谈判	164
第6章 建立我国药品谈判机制的构想	184
6.1 医疗保险谈判机制的“中国特色”	184
6.2 我国药品谈判机制的框架设计	187
6.3 药品谈判机制实施的协调机制	215
6.4 医疗保险经办机构开展谈判的激励机制	221
第7章 余论	231
7.1 谈判机制的适用范围	231
7.2 谈判方式和谈判层级	232
7.3 谈判机制中政府与市场的关系	235
参考文献	237
后 记	254

第1章 导 论

1.1 研究背景

1.1.1 全民医保亟须提高管理效率和服务质量

作为一种主要的疾病风险损失分散机制，医疗保险在全世界得到了普遍运用，并且大多通过立法强制要求国家、雇主和个人等各方按照责任共担的原则筹集资金，建立起医疗保险基金，保障参保人在遭遇疾病风险、需要医疗服务时得到经济补偿的一种制度安排。1883年，德国颁布《疾病社会保险法》，标志着社会医疗保险制度的诞生。随后，其他西方国家纷纷效仿，使医疗保险成为社会保障体系的重要组成部分。发展到今天，全世界已有145个国家建立了社会医疗保险制度，模式不同，发展水平不等。130多年来，社会医疗保险制度在促进医疗服务的可及性和可得性方面都发挥了积极作用。在这些国家和地区，社会医疗保险不断进化，制度覆盖人口持续增加，制度支付医疗费用占医疗总费用的比例也逐步扩大。但是，与此同时，社会医疗保险制度的发展也不可避免地遇到了困难和障碍。从20世纪90年代开始，世界各国普遍面临医疗费用急剧上涨导致的医疗保险基金大量流失的问题。

对中国而言，解除国民的疾病医疗后顾之忧，实现“病有所医”，提供优质的医疗保障以提高国民健康素质，是社会建设的重要任务之一。目前，我国的医疗保障制度已经建成了基于社会保险原则的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗以及基于社会救助原则的城乡医疗救

助，即“三险一助”的基本构架体系，制度建设取得了显著成就。医疗保障由过去的板块分割、封闭运行状态走向社会化，初步建立了医疗费用分担机制，医疗保障对象的就医选择范围得到扩大，公共卫生体系建设以及医药生产与流通体制建设也获得了较大的发展，市场机制的引入促进了医疗服务系统竞争力和医疗服务供给能力的全面提升，这些成就都为医疗保障制度以及公共卫生事业的进一步发展奠定了良好的基础。

尽管改革取得了显著的成就，但城乡居民“看病难、看病贵”的问题仍未得到解决，并且以新的形式不断升级，医疗保障制度在体系设计、运行和管理等方面都存在很多突出的问题。2005年，国务院发展研究中心发布报告，认为我国医改“基本不成功”，引起社会各界广泛关注。该报告指出，由于我国的医疗市场近年来商业化程度严重，医疗服务和药品的价格都偏离了正常轨道，医疗费用逐年攀升，社会成员看病就医的负担仍然沉重。

2009年，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》得以颁布，提出我国应继续着力解决医药卫生体制存在的各种问题，并大力完善覆盖全民的基本医疗卫生制度。自2009年新一轮医改启动实施以来，各地各部门认真贯彻落实中央的决策部署，在“保基本、强基层、建机制”三项基本原则的要求下，统筹安排、突出重点、循序渐进，取得了阶段性的成果。截至2011年底，我国“三险一助”体系覆盖的人口已经接近13亿人，参保率在95%以上。2017年末，全国参加基本医疗保险的人数为117681万人，比上年末增加43290万人，参保率稳定在95%以上。其中，参加职工基本医疗保险的人数为30323万人，比上年末增加791万人；参加城乡居民基本医疗保险的人数为87359万人，比上年末增加42499万人。在参加职工基本医疗保险人数中，参保职工22288万人，参保退休人员8034万人，分别比上年末增加568万人和223万人。2017年末参加基本医疗保险的农民工人数为6225万人，比上年末增加1399万人。2017年全年基本医疗保险基金总收入17932亿元，支出14422亿元，分别比上年增长37.0%和33.9%。2017年末基本医疗保险统筹基金累计结存13234亿元（含城乡居民基本医疗保险基金累计结存3535亿元），个人账户积累6152亿元。^① 李

① 《2017年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》，中华人民共和国人力资源和社会保障部，
http://www.mohrss.gov.cn/gbnews/BHCSWgongzuodongtai/201805/t20180521_294290.html。

李克强总理在 2018 年政府工作报告中也指出,目前我国基本医疗保险覆盖 13.5 亿人,已经织就了世界上最大的社会保障网。可以说,我国的基本医疗保障制度基本在制度层面上达到了覆盖全民的目标。除了覆盖面的扩大,政府各级财政对城乡居民的人均补助标准也在大幅度提升,从 2009 年的人均 80 元提高到 2017 年的人均 450 元,医保目录新增 375 个药品,这直接极大地促进了我国医疗保障水平的持续提高。城乡居民在政策范围内住院费用的报销比例已在 70% 以上,并普遍建立了门诊统筹制度。2014 年,28 个省份启动实施了城乡居民大病保险试点。截至 2017 年底,大病保险制度已经基本建立,覆盖 10.5 亿人,大病患者合规医疗费用报销比例平均提高 12 个百分点左右,已有 1700 多万人次受益。疾病应急救助制度已累计救助近 70 万人次。此外,基本医疗保障制度城乡统筹的步伐在持续加快,不同地区在试点中摸索基本医疗保障管理体制的改革方向,即如何在统筹城乡的要求下对城镇职工基本医保、城镇居民基本医保和新型农村合作医疗的管理、经办、信息资源等方面进行整合、并轨。国务院于 2016 年 1 月 12 日发布的《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》要求,明确工作进度和责任分工。各省(区、市)要于 2016 年 6 月底前对整合城乡居民医保工作做出规划和部署,明确时间表、路线图,健全工作推进和考核评价机制,严格落实责任制,确保各项政策措施落实到位。各统筹地区要于 2016 年 12 月底前出台具体实施方案。2016 年 10 月 9 日,人力资源和社会保障部发布通知,提出加快推动城乡基本医保整合,努力实现所有省年底前(区、市)出台整合方案,从 2017 年开始建立统一的城乡居民医保制度。

2018 年 8 月,国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2018 年下半年重点工作任务》(国办发〔2018〕83 号),提出:加快完善全民医保制度,制定完善中国特色医疗保障制度改革方案(国家医保局、财政部、国家卫生健康委、银保监会负责);提高基本医保和大病保险保障水平,居民基本医保人均财政补助标准再增加 40 元,一半用于大病保险,同步提高个人缴费标准(财政部、税务总局、国家医保局分别负责,银保监会参与);扩大职工医疗互助覆盖面,促进医疗互助健康发展(全国总工会负责);深化医保支付方式改革(国家医保局、财政部、人力资源和社会保障部、国家卫生健康委、国家中医药局负责);全面落实异地就医结算政策,扩大定点机构覆盖面(国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局负责);强化医保对医疗行为的监管,

科学控制医疗费用的不合理增长（国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局负责）；发展商业健康保险（银保监会负责）；完善以政府购买服务方式引导具有资质的商业保险机构等社会力量参与基本医保的经办服务（国家医保局、银保监会负责）；探索建立长期护理保险制度（国家医保局负责）。

笔者认为，我国的全民医保体系已经初步形成，基本医疗保障“量”的问题已经基本解决。但是，应该看到，在这一阶段改革的成果之外，人民的医疗后顾之忧尚未解决。除了长期以来城乡分割之下的多元制度并存导致医疗保障权益不平等以及医疗资源浪费和行政效率低下之外，和医改相关的配套机制改革仍然滞后。比如，公立医院迄今还并未在真正意义上实现医药分开、管办分离，医疗服务价格和药品价格仍然存在不同程度的不合理，社会普遍反映医患关系较为紧张，等等。医疗服务提供方、需求方和管理方的关系处于严重失衡状态，医疗服务提供效率低下，需方承担的卫生支出比例过大，医疗保险基金的平衡也岌岌可危。因此，在完成制度扩面任务，即从制度上实现对城乡居民的全覆盖之后，我国医疗保障制度改革的重点和方向应该从解决“量”的问题转向解决“质”的问题，迫切需要通过有效措施强化管理服务、提高管理效率，使制度真正惠及全民。

1.1.2 传统的医保管理方式面临挑战

医疗保险经办机构是专门负责医疗保险各项具体事务性工作的机构，其职能和任务与医疗保险行政机构有着明显的区别。早在1998年，即我国基本医疗保险改革开始之时，在政事分开的原则下，医疗保险行政管理机构之外就已经建起相对独立的医疗保险经办机构。医疗保险经办机构与广大参保人之间是一种委托代理关系。参保人是委托方，将主要由医疗保险缴费构成的医疗保险基金委托给医疗保险经办机构管理；医疗保险经办机构则是代理方，代表广大参保人的利益向医疗机构和药品供应商购买医疗服务和药品，对保证医疗保险基金的安全、有效利用以及控制不合理的医疗费用支出负有责任，并在此基础上积极为参保人争取利益最大化。

长期以来，由于基本医疗保险覆盖面过小，加上医疗保险经办机构不具备足够的医学、药学方面的专业知识，因此在与医疗机构和药品供应商的博弈中，医疗保险经办机构基本处于弱势地位。近年来，随着基本医疗保险覆盖面

的不断扩大，医疗保险经办机构与医疗机构及药品供应商的力量对比逐渐发生了变化。进入全民医保时代之后，医疗保险经办机构事实上已经成为广大医疗机构和药品供应商唯一的、处于垄断地位的“超级团购者”。此外，在实践中，由于长期的工作经验积累，医疗保险经办机构的管理能力和专业技术水平也逐渐提升，而医疗机构之间的竞争、药品供应商之间的竞争也在日益加剧。这样一来，医疗保险经办机构的地位逐渐变得强势，而医疗机构和药品供应商逐渐变得弱势，医疗保险经办机构可以凭借自身越来越强大的团购实力对医疗机构和药品供应商施加日益重大的影响。

我国在实现全民医保之后，对医疗保险经办机构提出了改善管理服务、提高管理效率的要求。医疗保险经办机构对医疗机构和药品供应商的管理从本质上说就是履行服务购买的功能，即向医疗机构和药品供应商购买什么服务（包括药品）、采取何种付费方式以及如何监管医疗服务和药品的质量等。因此，强化管理服务，提高管理效率，就要强化医疗保险经办机构的服务购买功能。

在20年来医疗保险改革的过程中，我国的医疗保险经办机构在具体事务性管理工作之外，还承担了大量的行政性管理工作，比如根据医疗保险行政管理机构的要求，投入大量人力、物力、财力和时间去动员各级各类单位参保，努力扩大医疗保险覆盖面，为医疗保险政策的不断调整出谋划策，甚至直接承担政策文件的研究、起草和修改任务。因此，医疗保险事实上并未真正实现政事分开，医疗保险经办机构承担了大量的制定医疗保险政策和监督医疗保险政策执行的工作，在一定程度上扮演了一个行政管理者的角色，但这些工作本来是应该由医疗保险行政机构完成的。这种强制性的行政管理虽然有一定的积极作用，但也产生了许多负面效应。一是缺乏充分沟通和平等协商的强制性行政管理方式往往会招致许多医院和医生的不满，容易导致医院对医疗保险经办机构管理阳奉阴违，比如通过大处方、大检查、过度治疗、分解住院、变相降低医疗服务质量等手段来化解医疗机构的经济风险。这无疑会损害广大参保患者的利益，增加患者不合理的医疗费用支出，造成医疗保险基金的流失。二是医疗保险的行政化管理常常具有一般的行政管理普遍存在的刻板僵化、缺乏灵活性、变通性和适应性弱的弱点，并不能满足错综复杂、灵活多变的医疗服务管理过程的实际需要。比如，医疗服务付费标准由医疗保险经办机构单方面制定，采取的是统一的、一成不变的形式，通常很难满足不同医疗机构面对的千

变万化而又具有个体差异的疾病的诊疗需要。当这些缺乏协商、强制性的管理措施和指标不符合医疗机构的实际情况时，医疗机构就会利用其信息和专业方面的优势，采取相应的“对策”来应对医疗保险经办机构的“政策”。在医疗保险经办机构的地位由弱转强，对医疗机构和药品供应商的医疗服务管理日渐成为整个医疗保险管理工作重心的情况下，传统的医疗保险管理方式亟待调整和变革。

2018年5月31日，中华人民共和国国家医疗保障局作为国务院直属机构正式挂牌。人社部的城镇职工和城镇居民基本医疗保险与生育保险职责、国家卫生健康委员会的新型农村合作医疗职责、国家发改委的药品和医疗服务价格管理职责和民政部的医疗救助职责得以整合并转至国家医疗保障局。同时，该局还被明确赋予以下职责：拟定医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的政策、规划、标准并组织实施，监督管理相关医疗保障基金，完善国家异地就医管理和费用结算平台，组织制定和调整药品、医疗服务的价格和收费标准，制定药品和医用耗材的招标采购政策并监督实施，监督管理纳入医保范围的医疗机构相关服务行为和医疗费用等，并确保基本医疗保险费、生育保险费交由税务部门统一征收，以提高医保资金的征管效率。

这一重大的机构改革对医疗保障而言，具有划时代意义。我国医疗保障改革与制度建设将自此由部门分割、政策分割、经办分割、资源分割、信息分割的旧格局，进入统筹规划、集权管理、资源整合、信息一体、统一实施的新时代。其最大的特点就是尊重医疗保障制度的客观规律，彻底打破城乡分割、群体分割的体制性障碍，真正实行集权管理、集中问责制度，从而成为矫治医疗保障制度现存种种弊端的治本之策。

对于医疗保障制度体系而言，统一的国家医疗保障局将因彻底化解部门之间推诿扯皮的现象而使自身的行政效能得到极大提升，将可以统筹医疗保障体系建设并合理设定其结构功能而使制度碎片化现象加剧的问题得到解决，将消除资源分割格局及其带来的浪费现象而使医疗保险基金使用效率得到提升，将统一经办信息系统而大幅度降低制度运行成本，将使参保人唯一的代理人在控制医疗费用方面更具话语权，将国家把发改委的药品与服务价格职能、原卫计委的药品与耗材招标职能全部划入而成为可以同时节制医保、医药、医疗服务三方的监管机构，还将把医保与生育保险的征缴划归税务部门而增强财政与医疗保障制度间的联动。因此，新组建的国家医疗保障局将是一个相对强势的政

府管理部门,可以对原有的医疗保险管理方式进行根本性的变革。

1.1.3 医疗费用失控加剧“看病贵”和医保基金支付压力

医疗费用是指患病者为治疗疾病而产生的各种费用的总和。卫生总费用则是指在一定时间范围内,一个国家或地区为了进行卫生服务方面的活动,从社会各方面筹集的卫生资源的总额。该指标能够反映一国政府、社会和社会成员个人等各方对医疗卫生的重视程度以及各方的费用负担比例,并从宏观上体现各种卫生筹资模式的基本特点和筹资模式是否公平、是否合理。国际上普遍通过卫生总费用测算结果从宏观上评价医疗费用的增长趋势。

从世界范围来看,各国的医疗费用呈逐年增长态势。医疗费用过快增长,会给国民经济带来沉重负担,进而影响一国医疗卫生事业的发展和人民健康水平的提高。合理控制医疗费用增长,已经成为世界各国医疗卫生改革的重点。仇雨临对国际上医疗费用变化发展的趋势、不同国家对医疗费用的控制措施及其效果等进行了研究,认为20世纪60年代至70年代中期,西方发达国家医疗费用增长速度最快,超过了当时的国内生产总值。自20世纪70年代中期以来,各国采取措施控制医疗费用上涨,取得了一定成效。从20世纪80年代中期开始,医疗费用增长速度趋缓并相对稳定,但给政府和个人带来的经济负担仍然沉重。^①按照OECD统一口径,2013年美国卫生总费用占GDP比例为16.4%,德国为11.0%,法国为10.9%,英国为8.5%。美国联邦医疗保险和救助总局于2015年发布报告指出,2014~2024年,预计每年美国医疗卫生支出增长5.8%,比GDP增速高1.1个百分点。由此预测,到2024年,美国卫生费用占GDP比例将由2014年的17.3%上升为19.6%。^②国外研究表明,卫生费用的增长速度高于GDP增长速度1.0~1.5个百分点,这在一定的社会经济增长时期内是可以接受的,但超过2个百分点就说明差距过大了。在我国,卫生政策调整伴随卫生总费用增长过快,导致我国卫生总费用与GDP的增速难以同步、协调发展。《中国卫生总费用研究报告2013》指出,我国人均卫生费用由1978年的11.50元到2014年的2581.66元增长了223.49倍,而人均GDP由381

① 仇雨临:《国外医疗保险制度的主要问题与改革》,《卫生经济研究》2002年第5期。

② 咎馨、朱恒鹏:《美国医疗体制的特征及其对中国的启示》,《比较》2016年第6期。