

多元合作视角下社会医疗保险控费机制及其优化

曹爱群

(江苏省连云港市东海县人力资源和社会保障局, 江苏 连云港, 222300)

一、引言

医疗保障作为我国的重大民生问题, 经过多年改革已取得长足进步。尤其是党的十八大以来, 我国建成了全世界最大规模的社会医疗保障体系, 实现了基本医疗保障制度全覆盖, 医疗保险服务管理和政策安排不断完善, 人民群众医疗保障水平显著提升。

二、医保控费机制的作用机理

作为我国改善民生和社会保障体系的重要组成部分, 社会医疗保险良好的服务水平和可持续发展能力直接关系到居民美好生活的实现, 而有效的医疗保险管理更直接影响着我国在改善民生过程中的社会管理水平。医疗保险管理的核心是通过加强医保控费实现医保资金收支增速均衡、确保基金的安全和可持续发展, 从而为持续改善人民群众的医疗水平提供保障。医保控费作为合理控制医疗费用增长而形成的机制, 其管理、运行等一系列制度的安排和“关系组合”, 不仅是医疗事务的公共管理问题, 更是涉及医疗监督管理方、医疗产品和服务供给方、需求方等主体的利益分配的问题。因此, 医疗控费机制本质是一种公共资源的管理或治理制度, 是包括政府、企业、社会、公民在内的多元利益主体的关系协调与共同合作。

三、医疗保险费用支出过快增长的主要原因

医疗保险费用过度增长的原因主要有三。第一, 缺乏完善的法律制度。严格来说, 由于我国的社会医疗保险制度发展相对较晚, 并且受到其内容和制度等因素的影响, 因此医疗保险制度并不完善, 随着社会经济的快速发展, 还有待进一步完善。例如, 被保险人在系统机制中没有获得相应的权利, 从而导致被保险人的不平衡。第二, 信息不对称导致机会主义行为。机会主义行为较多, 医疗保险领域也无法避免。从某种角度来看, 由于保险公司和投保人对信息掌握的不对等, 因此社会医疗保险在支付保险费用前后会存在一定风险。在机会主义的影响下, 医疗保险制度的运行效率会降低。从另一个角度来看, 在三方持有的信息中, 投保人掌握的信息最多。但是, 在保险费用赔付过程中, 由于保险公司对投保人的身体状况缺乏判断, 因此医

疗保险的覆盖率将在一定程度上降低。第三, 患者和医院追求利益最大化。患者与医院都是社会医疗保险的参与者, 无论是寻求医疗服务还是经济效益, 其目的都是追求自身利益的最大化。如果患者希望以最低的成本获得最好的医疗服务, 医疗机构在为患者提供医疗服务时就需要通过医疗保险为患者提供费用支持。这种情况会或多或少地增加医疗保险管理的监督难度, 影响其有序运行。

四、社会医疗保险控费的现状

(一) 支付制度不合理

医疗保险的主要付款方法是按服务项目付款。按服务项目付款是指医院在医疗服务流程中为每个服务项目定价, 投保人领取医疗福利时, 按福利项目价格计算费用, 然后由医疗保险向投保人或医疗服务机构提供支付费用。按服务项目支付制度属于事后支付类型, 医疗保险机构只能在事件发生后审查与核实医疗账单, 但不能事先指导和规范服务机构的医疗行为, 因此容易导致医疗行为过度 and 保险欺诈等情况, 最终造成社会保险费用的浪费。为了吸引更多的投保人接受医疗服务, 以获得最大经济效益, 医疗机构往往过于重视精密准确的高端设备在诊断和治疗中的运用, 而忽视初级保健和预防。同时, 为获得更好的治疗效果, 被保险人往往会选择价格较高的治疗方法, 例如使用高科技检查设备、昂贵治疗药品、延长住院时间等。这些不必要的治疗方法无疑会给社会医疗保险带来不必要的费用支出。

(二) 社会医疗保险数据质量较低

近年来, 各级社会保险机构和商业保险机构共同努力, 既提高了数据信息的应用水平, 又确保了保险机构收集的社会保险数据的质量, 从而为社会保险的运行和国家宏观决策提供了重要基础。但是, 我们也应该看到, 社会保障在数据质量、数据能力及其发展速度等方面仍存在一定问题。受我国社会保险传统运作方式的影响, 长期以来, 社会保险数据质量受到主、客观因素的影响, 对此需要用科学的手段加以解决。当前, 从商业保险公司绘制的社会保障数据的质量来看, 基础数据仍然反映出一些问题, 例如人员配置不明、账户信息混乱等。

上述问题可能导致社会保险医疗服务质量下降，影响相关企业对接。因此，在大数据时代，社会保险必须优化数据质量。

（三）中国医疗保险管理的现状

当前我国医疗保险机构主要由中央政府和各级管理部门组成。基本医疗保险对象主要由城市职工、城镇居民组成，统一由地方政府管理。当前，虽然商业保险的逐步完善与发展有效补充了基本医疗保险服务，但是其总市场规模仍然比较小，还不到基本医疗保险规模的十分之一。商业医疗保险用于纯医疗支付的保险类型更少，而可以发挥纯医疗保险作用的小规模商业保险更少。在当今的医疗保险业务中，三分之一的商业保险客户来自集团客户，其余三分之二是单个客户。此外，更多人倾向于选择储蓄型保险业务，对医疗保险效果关注不多，从而影响商业保险的发展。

五、多元合作视角下社会医疗保险控费机制及其优化

（一）提高保险公司管理效率

保险产品易受医疗政策、“医疗通胀”、再保险安排等因素的影响，不确定性风险较大，因此，保险公司应不断提高其管理效率，降低经营成本和综合费用率。具体措施有以下三点。第一，努力提高管理人员和员工的内控意识，通过开展定期培训和设定奖励机制，使其形成正确的内部管理意识，积极主动参与管理。第二，尽快建立风险预测防范机制，强化员工的风险意识。在核保环节，保险公司应对投保人的健康告知进行仔细调查，明确可保与不可保的范围，实现精准定价；在理赔环节，建立严格索赔审批制度和索赔标准，并提高索赔人员的专业化水平，强化索赔风险意识。第三，长期医疗保险不仅要考虑产品、销售、风控等因素，还要考虑会计和偿付能力因素，不断提高长期医疗保险产品的监督和内部审计工作水平，为公司长期稳定运营提供坚强保障。

（二）构建信息共享平台实现信息交换

不同地点的社保服务安置是一个巨大的信息处理过程，包括跨区域医疗机构的信息交流，因此，建立以更新信息为核心的国家数据网络平台，实现信息共享以优化各地结算非常重要。第一，扩大医疗保险卡的应用范围。全国发行的社会保险卡不仅可以验证身份，还可以查询电子病历等，提高投保人医疗信息的可移植性。第二，在考虑各方相关利益的基础上，完善信息要求和技术标准，确保信息系统稳定而高效地运行，特别应加强医院信息和

医疗保险信息之间的有效联系，实现信息的有效传递。第三，确保信息系统的安全。因为信息平台具有信息流动量大的特点，所以增加了信息泄露的风险。只有通过严格的防范措施，才能避免信息泄露，确保各地医保的有序结算。

（三）构建多层次家庭医疗保障体系

近年来，有许多学者在研究以医保个人账户结余资金购买家庭成员共享的补充大病商业保险。从研究结果来看，男性账户的筹资水平与结余更高，但女性的医疗需求与账户使用更多。因此将“个人账户”向“家庭账户”转变，实现“一人购买、全家可享、社会共济”成为医保个人账户改革的可行政策与路径。目前，上海市开展“沪惠保”试点工作，允许投保人使用医保个人账户结余为自己和直系亲属购买补充大病商业保险。该举措有助于构建“社会医疗保险+商业医疗保险”的多层次保障体系。从2021年4月27日该政策正式上线到6月30日投保渠道关闭，民众反响热烈并踊跃参与，“沪惠保”投保人数达到739万人，已成为提升医保个人账户运行效率和保障水平的有益实践。

（四）深化医疗健康产业战略布局

目前，大部分保险公司都在尝试与医院、药店、健康管理服务等进行深度融合。这是由于保险公司在大健康产业链条中一直处于被支配地位，话语权较小，导致保险公司在医疗数据获取和医疗费用控制上处于劣势。因此，保险公司如能深化医疗健康产业战略布局，打造医疗健康生态圈，便能获得更多的数据优势与技术能力，进而改变被动局面。舍弃传统医疗控费的博弈思维，真正做到从健康产业的服务属性出发，通过健康管理服务，对消费者的行为和生活习惯进行健康引导，降低未来患病概率，从根源上减少医疗费用支出，实现对消费者诊前、诊中、诊后全周期的管理。

（五）健全异地就医监管制度，保证社会医疗服务

保险制度的安全运行离不开健全的就医监管制度，不同地点的健全医疗监控系统是不同地点保险系统有效实施计费的保障。虽然一些省份建立了省际“一对一”异地安置合作项目，但是该项目目前很难解决大问题与多方面之间的矛盾。因此，建立从中央到地方的协作管理体系，可以扩大不同地点的医疗范围，规范不同地点的医疗标准。各地医疗监控系统的不断完善与发展，可有效控制各地医疗人员滥用医保的行为，也可避免投保人无序流动造成的“双向转诊制度”现象。同时，应设立专门监督部门，严格检查医疗机构，以避免虚报病历现象。

（六）拓展医保个人账户互助共济功能

医保个人账户的取消是一个长期过程，并非一蹴而就的，因此，需通过“活化”医保个人账户功能提高互助共济性。第一，取消个人账户缺乏法律依据。第二，大多数群众认为个人账户为私有财产，难以接受取消医保个人账户的做法。医保个人账户与养老个人账户进行对比，二者适用范围会有显著不同。因为疾病与必然会发生的衰老不同，疾病在生命的任何一个阶段都有可能发生，具有时间、病情、个体等不确定因素，而衰老是生命的必然结局。因此通过大数法则分散风险的保险模式优于个人纵向储蓄，而加强医保个人账户互助共济性功能是完全符合医保个人账户的改革方向，也是目前降低医保个人账户性别差异的有效举措。

（七）加速医疗保险支付方式的整体化和统一化改革

医疗保险的支付方式经历了按数量付费、按质量付费与按价值付费这三个阶段。现阶段，国家主张多元复合式的支付方式，但目前市场大力推行的DRG和DIP付费主要面向住院项目，而门诊和基层服务仍然以自行付费为主。就全国各个地区的试点效果来看，虽然付费方式的改革在局部控费上是有效的，但是整个制度的付费方式依然呈现碎片化。虽然住院服务支付方式的改革已经取得了明显成效，但也存在着高额医疗费用向门诊转移的趋势，从而对门诊统筹基金的安全性造成影响。从顶层设计出发，建立并实施医疗保险整体付费，不仅有利于控制医疗保险费用、提高资金使用效率，更能从深层次上推动医疗、医保、医药“三医”的互联互通，实现医疗保险制度更好的发展。

（八）药品价格管制

过高的药品价格往往意味着药品生产、经营有充分的利润空间，而在利益的诱惑下，个别医生会给患者开具大处方，从而造成医疗资源及医保资金的浪费。通过合理的价格管制手段限制医药企业的利润空间，能够减少医药企业通过利益诱惑医生开具大处方的现象。值得注意的是，药品降价后，其用量往往会出现断崖式下降，这提示我们该药品可能出现了其他可替代药品，并且，在医药企业与医生之间可能仍存在可替代药品的利益输送情况。如此，部分医生可能出于经济利益的考虑而仍旧使用未降价的同类药品。对此，相关部门在对各类药品价格进行管制时，应考虑对具有相同药理作用的药品进行同步降价，以督促医生开具正确恰当的处

方，回归正确方向。

（九）利用大数据实现标准化的信息联系

当前，一些保险公司在开展保险数据处理工作时，往往是手动输入数据信息，但是其所输入的大部分数据信息是由当地政府提供，因此无法有效保证这些数据信息的完整性和准确性。如此，既会影响社会医疗保险数据质量的提高，也会影响整个社会医疗保险服务的质量。数据处理过程中如果能合理应用大数据，就可以充分利用社会保险数据、公安部预算注册数据等实现联系信息的标准化。如此，既可以保证数据的完整性，又可以提高数据的准确性，从而优化社会医疗保险质量。总之，大数据的运用可以有效提高社会医疗保险的工作效率，同时，医保理赔服务提供将变得十分便捷，从而赢得更多民众的信任。

六、结语

我国医疗保险制度发展不平衡，因此需要立足多元合作视角对社会医疗保险控费机制进行优化。目前，虽然城镇职工基本医疗保险制度日趋完善，取得了一定成果，但是居民医疗保险制度还不够完善，同时医疗保险改革须突破难点，以及一些民众对保险机构缺乏信任，这些问题会一定程度上动摇相关部门对社会保障制度进行改革的决心。对此，相关人员有必要在理论和实践中认识到多元合作视角下社会医疗保险控费机制的重要性，积极分析影响其效益的主要原因，并探讨如何通过深化改革来充分发挥该机制的作用。

【作者简介】曹爱群（1974—），女，江苏淮安人，本科，江苏省连云港市东海县人力资源和社会保障局。