

社会医疗保险费用控制机制研究

汪国华 张成杨

〔摘要〕 “看病贵、看病难”是医疗保险体系亟待解决的问题，医疗费用快速增长，加剧了这一问题，控制医疗费用不合理增长，发挥有限医疗保险基金基本健康保障功能成为必要。文章从道德风险、制度缺陷、政府责任和资源配置四个方面，分析医疗费用不合理增长原因。在医疗费用控制策略选择上，依据医疗费用控制内在机理，结合不同类型的医疗费用控制形式，构建了需方费用控制、供方费用控制、供需双方费用控制和系统改革费用控制四种医疗费用控制机制，并进一步提出从参保人和医疗费用产生的源点处进行医疗费用控制。

〔关键词〕 医疗保险费用；运行机理；道德风险；控制机制

〔中图分类号〕 C913.7 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1000-4769 (2015) 05-0115-08

一、社会医疗保险运行机理

社会医疗保险市场不同于一般商品市场，一般商品市场是买方和卖方间的二角关系，简易运行机理是以买方和卖方双方自愿，买方向卖方支付费用，卖方给买方提供商品或服务。而社会医疗保险市场的运行机制是建立在法规制度之上，参保人向医疗保险机构缴纳保费，医疗机构为参保患者提供诊断和治疗服务，医疗费用主要由医疗保险机构支付。社会医疗保险市场有了医疗保险机构加入，就不再是医疗服务需求方和医疗服务供给方二者间的买卖关系，而是参保方、医疗机构和医疗保险机构三者间的三角混合关系。^{〔1〕}

社会医疗保险的简易运行机理如图 1 所示，在政府和市场两大外部因素作用下，参保人按规定的缴费标准向医疗保险机构缴纳医疗保险费用，获取基本医疗健康保障权利，医疗保险机构承担保障参保人在患病时的基本医疗救治和健康保障需求；参保人在患病时诉求于医疗机构获得疾病的诊断和治疗服务，医疗机构按要求为参保患者提供医疗服务，满足参保患者医疗需求；参保患者不直接向医疗机构支付全额医疗费用，医

疗费用的支付主要由医疗保险机构代为支付，医疗保险机构按照不同支付方式向医疗机构支付医疗费用，并对医疗机构实行管理监督，医疗机构按照支付合同履行救治参保病人职责。由此，在社会医疗保险市场中，参保人、医疗机构和医疗保险机构三者间的三角混合关系实为两两制度契约关系，参保人与医疗保险机构间是基本医疗健康权的保障和被保障关系，参保人与医疗机构之间是医疗服务的诉求与满足关系，医疗保险机构和医疗机构之间是医疗费用支付管理和被管理关系。

因此，社会医疗保险制度的通畅运行离不开参保人、医疗机构和医疗保险机构三者间制度契约和谐，需要在社会契约之下^{〔2〕}，实现参保人与医疗保险机构之间权利与义务的对等，参保对象努力参保，医疗保险机构应保尽保；规范参保人与医疗机构的行为，使参保患者理性就医，医疗机构合理行医；明确医疗机构和医疗保险机构的职责，医疗保险机构监督管理有能有效，医疗机构提供的服务质优价廉；促使参保人、医疗机构和医疗保险机构三者间利益协调。

〔作者简介〕 汪国华，安徽财经大学财政与公共管理学院教授，博士；

张成杨，安徽财经大学财政与公共管理学院硕士研究生，安徽 蚌埠 233030。

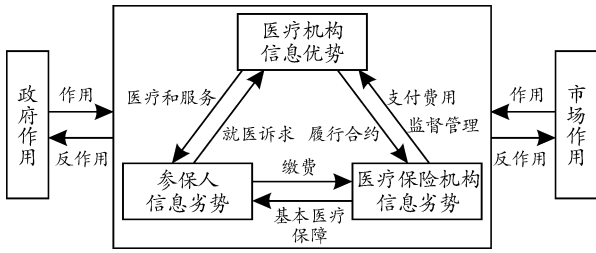


图1 社会医疗保险简易运作机理

二、社会医疗保险费用控制

社会医疗保险主体多元化给社会医疗保险市场的治理带来困难，医疗保险机构参与医疗保险市场，改变了利益相关方的理性抉择。⁽³⁾在医疗保险制度之前，患者需要全额支付医疗服务费用，处于弱势地位，医疗机构在信息不对称的保护下，利用自身信息优势为己谋利。医疗保险机构参与医疗保险市场，建立社会医疗保险制度，一定程度上转变了病人就医过程中的被动局面，保障了人们基本健康保障需求。医疗保险机构改变了病人直接向医疗机构支付全额医疗费用的状况，医疗保险机构承担起医疗费用集中支付的职责，这一支付方式一方面保障了人们基本医疗健康需求，另一方面刺激了医疗服务需求和增加医疗卫生资源消费的倾向。⁽⁴⁾

医疗费用由第三方支付，参保患者的弱势地位和被动处境得以改善，同时减少医疗市场信息不对称造成的社会利益损失。然而，由于社会医疗保险制度本身的缺陷，各主体的行为发生异化，导致参保人、医疗机构和医疗保险机构间的契约关系面临危机。参保患者趋高就医，医疗机构诱导消费，医疗费用支付方式缺乏约束力，致使道德风险频发，医疗费用快速不合理增长，医疗保险基金的平稳运行面临威胁，社会医疗保险制度的可持续性面临挑战。

社会医疗保险制度的无障碍运转和可持续发展要求，必须控制医疗费用的不合理增长，确保医疗保险基金平稳运行。不完善的社会医疗保险制度是医疗费用不合理增长的制度性原因⁽⁵⁾，实现医疗费用控制需要不断完善医疗保险制度，通过制度改革落实社会医疗保险各主体的行为管控。医疗费用控制需要清楚认识医疗费用控制内在机理，医疗费用控制过程也是各主体间利益协调过程。医疗费用控制的宗旨是实现社会医疗保险制度内部和外部整体利益的协调；医疗费用控制的切入点是解决社会医疗保险领域信息不对称的问题，消除信息优势和信息劣势的差异影响，力求信息均衡；医疗费用控制的发力点医疗保险机构，

承担医疗费用控制的重要角色，是医疗费用控制的施控主体；医疗费用控制的目标对象是参保人和医疗机构，需要明确参保人和医疗机构的角色定位，遏制参保人和医疗机构的趋利动机，激励、约束参保人和医疗机构的行为选择。⁽⁶⁾医疗费用控制的内在机理如图2所示。

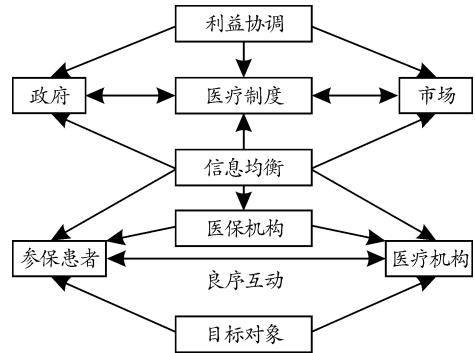


图2 医疗费用控制内在机理

三、社会医疗保险医疗费用控制类型

根据医疗费用控制内在机理，从不同的角度考量，可以得出五种医疗费用控制类型，分别是逐利约束控制型、角色定位控制型、信息均衡控制型、机构主导控制型和利益协调控制型。

(一) 逐利约束控制型

约束参保人逐利动机是医疗费用控制的重要结点之一，参保人患病时的就医行为直接影响医疗消费多少和医疗费用的高低，深层次影响社会医疗保险制度能否可持续性发展。参保患者趋利性影响其就医行为选择，不同的就医行为选择决定了不同的医疗服务消费量和医疗费用支付额。医疗资源的有限性约束了参保人逐利需求，这也是逐利约束型费用控制的归结点，逐利约束费用控制机理的立足点是缓解医疗资源的有限性和参保人逐利无限性之间的矛盾。逐利约束型费用控制机理如图3所示。

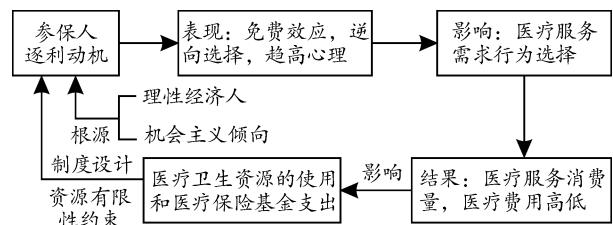


图3 逐利约束型费用控制机理

(二) 角色定位控制型

公立医疗机构公益性角色定位和角色维护是社会医疗保险制度运行的关键，医疗机构的行为决定了医疗费用产生的多少，是医疗费用控制的重点施

控对象和实施主体。若医疗机构公益性角色定位不明，公益性让位于营利性，在趋利本性驱使下，医疗机构行医选择势必会推高医疗服务价格和增加医疗服务数量，结果致使医疗费用支付额度虚高。角色定位型费用控制所需解决的关键问题是，处理好公立医疗机构的公益性角色定位和角色维护问题。角色定位型费用控制机理如图4所示。

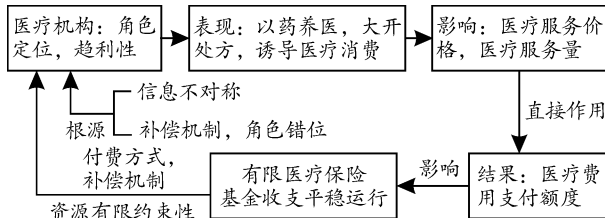


图4 角色定位型费用控制机理

(三) 信息均衡控制型

社会医疗保险市场信息不对称特征明显，信息存在优势和劣势差异，影响参保人、医疗机构和医疗保险机构之间两两制度契约关系的协调，因此，打破信息垄断，均衡参保人、医疗机构和医疗保险机构三者间的信息差别，成为保障社会医疗保险制度顺畅运作的关键，是医疗费用控制着手点的重要内容。信息不对称影响医疗保险机构的监督管理效力，影响医疗机构的医疗供给行为，影响参保患者的就医选择，最终都作用在医疗费用支付额上，进而会影响医疗保险基金的平稳运行，有限的医疗保险基金对信息不对称的影响做出反应，提出信息均衡要求。信息均衡型费用控制机理如图5所示。

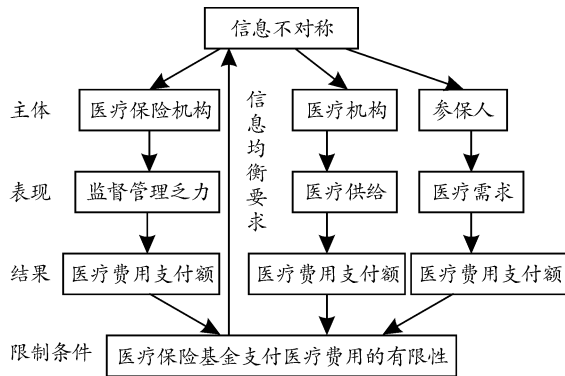


图5 信息均衡型费用控制机理

(四) 机构主导控制型

医疗保险基金的财权和医疗费用支付的事权统一于医疗保险机构，决定了医疗保险机构在医疗费用控制中的核心地位。特定医疗保障水平下，既要实现居民基本医疗健康保障的目标，又要保证医疗保险基金的收支平衡。医疗保险机构的财

权和事权集中体现在医疗费用的支付上，不同的医疗费用支付方式会引导参保患者和医疗机构做出不同的行为选择，产生不同医疗费用结果。医疗保险机构必须调整医疗费用支付方式，实施兼具激励和约束效力的费用支付方式，科学引导参保患者和医疗机构的行为选择。机构主导型费用控制机理如图6所示。

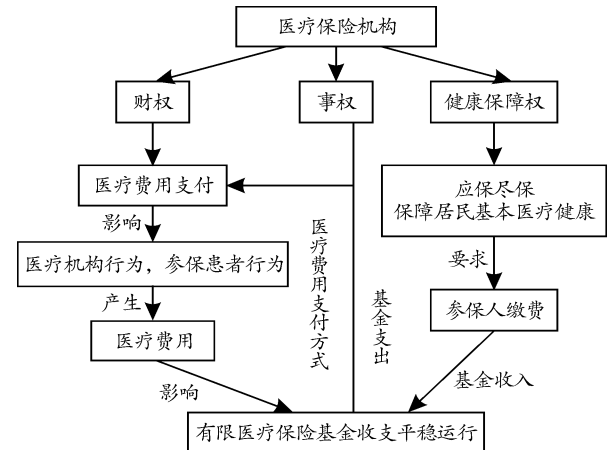


图6 机构主导型费用控制机理

(五) 利益协调控制型

社会医疗保险制度内各主体和制度外各因素间利益协调是制度可持续的基础，社会医疗保险制度受政府和市场的影响，保障社会医疗保险制度的运行顺畅需要政府、市场和社会医疗保险制度间整体利益协调，稳控医疗费用开支，实现医疗保险基金平稳收支。在整体协调的目标要求和资源有限性约束下，需要政府、医疗制度和市场利益协调互动，政府和医疗制度通过政府投入与医疗制度反馈实现利益协调，市场和医疗制度依照同样的路径实现利益合理分配，医疗制度内部通过明确参保人、医疗机构和医疗保险机构权责实现制度内部利益协调。整体利益协调型费用控制机制如图7所示。

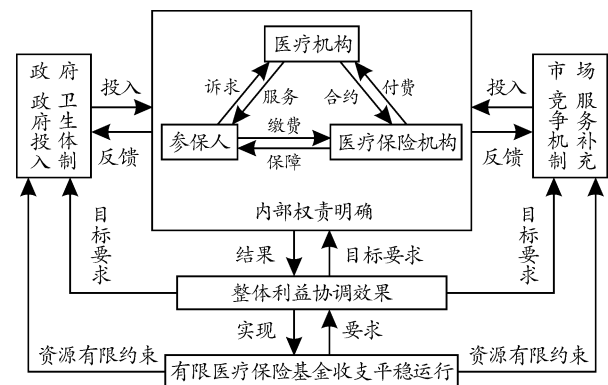


图7 整体利益协调型费用控制机制

四、社会医疗保险医疗费用不合理增长原因分析

(一) 道德风险是医疗费用不合理增长的源点

道德风险始于海上保险,指在信息不对称下被保险人通过刻意制造保险事故不正当获取保险金的行为。Arrow 最早将道德风险引入到医疗市场当中进行分析,提出了道德风险的存在是导致医疗市场失灵的重要原因。⁽⁷⁾在医疗保险领域中,道德风险的表现突出。医疗保险道德风险形式有基本形式和补充形式之分,前者包括参保人道德风险、医疗机构道德风险和医疗保险机构道德风险三种,后者是指在基本道德风险基础之上衍生的道德风险形式,主要是医患合谋共同诈保的道德风险。纵观医疗保险领域道德风险的各种形式,医疗机构的道德风险是影响最大的道德风险形式,居于医疗保险市场道德风险“策源地”的地位。⁽⁸⁾

社会医疗保险道德风险产生的原因有以下几点。首先,“理性经济人”的逐利动机是道德风险产生的根本原因。参保患者和医疗机构“理性人”趋利行为是道德风险行为发生的内在关键因素,处于主导作用位置。其次,信息不对称是道德风险产生的主要原因。医疗保险市场中信息不对称问题显著,医疗机构处于信息垄断优势地位,而参保患者和医疗保险机构处于信息弱势地位⁽⁹⁾,信息不对称状况的存在刺激了道德风险的产生。再次,制度漏洞是道德风险产生的诱发条件。医疗保险制度不完善,给道德风险的发生提供了空间。最后,诚信缺失影响道德风险的产生。参保患者、医疗机构和医疗保险机构诚信缺失,在行为选择上出现内在不自觉。

社会医疗保险领域中的道德风险属性有别于一般商品市场中的道德风险,有其属性的特殊一面。若以“经济人”趋利动机视为一般商品市场道德风险的自然属性,那么医疗保险中的道德风险具有制度性的非自然属性,这种制度性的非自然原因就是医疗保险道德风险性质的特殊之处,医疗保险道德风险产生于医疗保险制度本身⁽¹⁰⁾,所以说,医疗保险中的道德风险具有自然的和制度的双重属性。道德风险的自然属性是医疗保险道德风险产生的基础,非自然制度属性是刺激因素。

(二) 医疗资源配置异化刺激了医疗费用不合理增长

医疗资源配置合理与否,直接关系到参保患

者就医选择,关系到能否实现基本医疗健康保障的目标,也关系到医疗伦理问题。⁽¹¹⁾医疗资源配置异化刺激了医疗费用的不合理增长,我国医疗资源的非均衡配置表现在,城市医疗资源内部、农村公共医疗资源和城乡间医疗资源非均衡三个方面。首先,城市内部医疗资源配置不合理。医疗资源大多集中在大医院,基层医疗机构的医疗资源不足,医疗资源配置没有应对好疾病谱变化,医疗资源利用效率低。其次,农村公共医疗资源配置缺乏公平。数量庞大的农民阶层没有拥有与其数量相匹配的医疗资源⁽¹²⁾,农村公共医疗资源面临基本医疗保障无法满足和基层医疗资源闲置的两难困境。最后,城乡之间医疗资源配置不均衡。城乡区域间医疗资源配置的异化问题突出⁽¹³⁾,医疗资源城乡间配置非均衡,医疗资源地区间配置不合理,各层级医疗服务体系医疗资源配置不当,医疗机构内部不同医疗项目间医疗资源配置扭曲。

医疗资源配置不合理,会导致基本医疗服务的可及性、公平性和效率性缺失。医疗资源配置重治轻防,缺乏长远效益。医疗资源集中在大城市和大医院,广大农村地区和基层医疗机构医疗资源匮乏,基层医疗机构在基本医疗服务提供上有心无力,致使一部分患病人群得不到基本医疗服务,“看病难”问题依旧棘手,医疗资源配置缺乏公平性,而另一部分患病人群不得不进入大医院进行治疗,门诊费、住院花费大为提高,医疗费用增长迅速,“看病贵”问题仍然突出。此外,基层医疗资源得不到充分利用而产生资源闲置和浪费,医疗资源配置缺乏效率性。

(三) 医疗保险制度缺陷和政府责任缺失推动了医疗费用不合理增长

制度缺陷主要表现在医疗费用的支付方式上,第三方集中付费没有发挥应有作用,医疗费用支付方式未能建立起有效的激励、约束和监督机制,参保患者和医疗机构行为选择约束不力,不合理的医疗服务需求和供给大量产生,医疗保险费用虚高。在医疗保险制度运行过程中,政府未能做到为医疗保险制度保驾护航,存在政府责任缺失的问题。第一,政府职能定位不明。政府缺乏对医疗保障特殊性的准确认识⁽¹⁴⁾,没有区分好政府与市场的责任边界,政府过分相信和依赖市场的作用。第二,没有解决好医疗保险突出矛盾。政府没有处理好医疗保险领域的三大矛盾⁽¹⁵⁾,一是无限的健康需求与有限的医疗卫生资源供给之间的矛盾;二是穷人利用不足和富人利用过度之间

的矛盾；三是医疗价格和制度覆盖目标之间的矛盾。第三，没有维护好医疗保险制度运转。在医疗卫生领域，政府投入总量有限，结构不合理，各级政府责任边界模糊，财权事权不统一，医疗保险制度专项法律法规缺失，基本医疗保险制度三制并存，缺乏公平。

医疗保险制度缺陷的影响是，医疗费用第三方集中支付约束效应和医疗费用控制效力未能发挥，医疗费用支付方式未能做到合理引导参保患者理性就医，没有达到激励、约束和规范医疗机构行医，医疗费用增长迅速。政府责任缺失的影响表现在：其一，医疗保险法律法规不完善，居民的医疗保障不力、健康诉求无门；其二，医疗保险制度设计没有克服参保人、医疗机构和医疗保险机构的机会主义行为，参保患者过度消费、医疗机构诱导需求和医疗保险机构监管不力现象依旧存在；其三，政府和市场责任边界划分不清，政府主体责任缺失，补偿医院的机制扭曲，过度依赖市场，医疗资源垄断集中，医疗价格虚高；其四，医疗保险公平和效率缺失，各级政府财权和事权不对等，政府投入重城轻乡，重治轻防，医疗卫生投入总量有限，结构不合理，这样的结果是，一方面部分医疗卫生资源闲置，造成资源浪费，另一方面部分人群的医疗服务可及性面临问题。

五、社会医疗保险医疗费用控制措施

（一）依托社区实现基本医疗保险与公共卫生服务有机结合

基于“经济人”逐利动机和医疗消费趋高心理，参保患者不合理的就医行为刺激了医疗费用的增长。此外，机会主义下参保患者就医道德风险行为加剧了医疗保险费用的不合理增长。因此，在医疗费用的需方控制上，需要解决两个方面问题，一是化解需方道德风险，二是引导参保患者合理就医。

化解参保患者道德风险，需要抑制参保患者逐利动机，消除参保患者医疗消费趋高心理，源头约束参保患者道德风险行为。应发挥医疗保险费用偿付机制的行为管理和风险控制两大功能^[16]，设定合理的医疗费用个人负担比例，使“起付线、共付线和封顶线”能够强化参保患者的医疗费用意识，抑制参保患者不合理医疗服务需求，约束参保患者道德风险行为。引导参保患者合理就医，需要激励参保患者做出费用低效果好的就医选择。医疗费用支付需要向社区医疗倾斜，重视社区门诊费用补偿，加强基层医疗机构

服务能力建设，借此激励参保患者小病、常见病不出社区，实现合理就医。此外，推进公共卫生服务和医疗保险制度的有机结合，取长补短，发挥好社会医疗保险和基本医疗卫生服务的协同效应。一方面，保障理念由事后救治向事前预防倾斜，注重预防保健的功能，加强健康教育与健康促进，从源头入手遏制需方道德风险行为；另一方面，完善以社区医疗机构为基础的双向动态转诊制度，在制度上强制约束参保患者就医行为，发挥好公共医疗卫生资源有效配置功能。

基于此，得到医疗保险需方费用控制措施，即依托社区实现基本医疗保险与公共卫生服务有机结合。其机理是，以社区为平台，做好社区医疗机构吸引力建设，通过增加基层医疗卫生投入，优化基层医疗机构医疗资源配置，提高基层医疗机构的疾病诊断和疾病治疗水平，增加在基层医疗机构诊断和治疗的医疗费用报销比例，依托专家影响力，建立社区医疗机构专家坐诊机制，强化基层医疗机构的吸引力；力促医疗保险制度和公共卫生服务协同衔接，保健预防和患病救治并重；偿付机制和双向转诊机制科学合理，促进参保患者理性就医。医疗保险需方费用控制机制如图8所示。

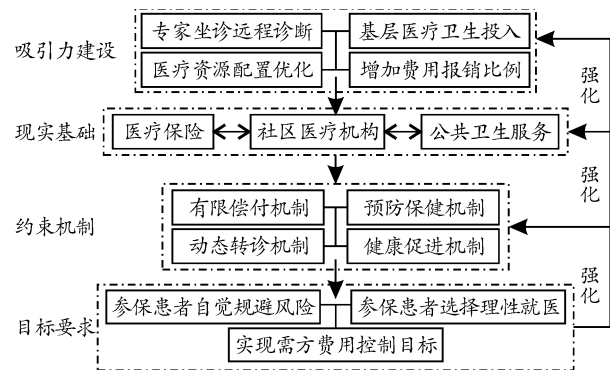


图8 医疗保险需方费用控制机制

（二）明晰角色定位实现公立医疗机构社会公益性

公立医院是医疗卫生服务提供的主体机构，在实现医疗卫生社会公益性中担当着重要角色。当下“以药养医”补偿机制问题突出，公立医疗机构公益性缺失。异化的补偿机制侵蚀公立医疗机构社会公益性，加剧医疗机构逐利行为，因此，需要清楚界定医疗机构社会公益性角色，实现医疗保险供方费用控制。供方费用控制是医疗保险费用控制的重点和难点，重要性体现在医疗机构在医疗保险费用中担当“创造者”的角色^[17]，困难性表现在，医疗机构较之于参保人和医疗保险

机构，处于信息垄断优势地位，信息均衡困难。

实现医疗保险供方费用控制，首先，要明晰公立医疗机构角色定位，维护公立医疗机构社会公益性。^[18] 需要转变“以药养医”的补偿机制，改革医务人员收入分配制度，从源头上抑制医疗机构趋利动机，遏制供方道德风险行为。其次，要调整医疗机构医疗费用控制被动地位，实现医疗机构医疗费用主动控制。建立起医疗机构的激励与约束机制，使医疗机构化消极被动为积极参与，应对医疗费用控制，实施有效的内部竞争管理。一是转变相对单一的医疗费用项目付费支付方式，构建科学合理的复合式费用支付体系，改变医疗费用被动支付的局面；二是加强信息系统建设，推进各方信息融合，实现参保患者信息、医疗资源信息和医疗保险信息资源共享，实施信息管理和信息监管；三是建立医疗信息公开机制，弱化信息不对称对医疗机构的保护作用，削减信息不对称的不良影响。再次，合理设置基本药品目录和诊疗目录，维护基本医疗保险的基本健康保障功能。另外，医疗技术引进按需增减，实现医疗资源的优化配置和效率利用目标。最后，行为约束他律机制和自律机制缺一不可。一方面，依据信息系统，实现医疗保险机构对医疗机构制度性监督管理；另一方面，建立医生和医疗机构的信誉机制，加强医务人员医德教育，要强化医生的职业道德和职业素养，明确医生的权责范围，规范医生的疾病诊治和医疗用药行为。

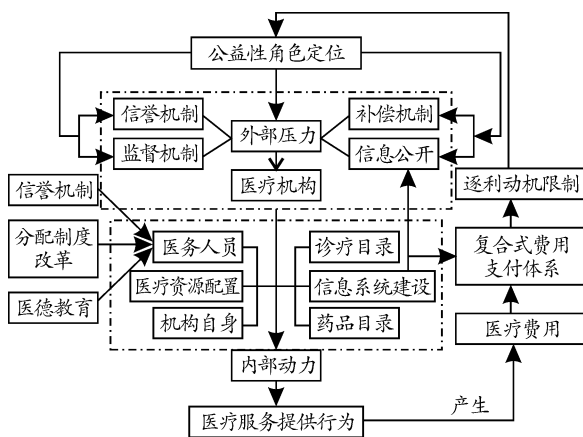


图9 医疗保险供方费用控制机制

由此，明确了医疗费用供方控制方向，即努力转变医疗机构在费用控制上的被动局面，变外部压力为内部动力，推进医疗机构内部管理创新达到供方医疗费用的控制效果。医疗保险费用供方控制机理是，明确医疗机构的公益性角色定位，通过信誉机制、监督机制、补偿机制和信息公开

机制建立医疗机构外部压力；在医院内部，建立起医务人员、医疗卫生资源、医疗机构药品目录和诊疗目录的信息系统，医疗机构实施信息系统管理；利用信息系统构建复合式医疗费用支付体系，落实医疗信息、医务信息和医保信息披露；改革医务人员的薪酬体系，对医务人员进行医德教育，构建医务人员的信誉机制。医疗保险供方医疗费用控制机制如图9所示。

(三) 约束行为选择促进医疗服务供需合理化

医疗费用控制节点是对参保患者和医疗机构的行为进行约束，实质上就是要规避参保患者和医疗机构的道德风险。供方道德风险处于医疗保险领域道德风险“策源地”的位置，是医疗费用不合理增长的主导者。医疗机构道德风险行为引发并影响参保患者道德风险行为的产生，所以，医疗机构应是医疗保险费用控制的重点对象。但是，不能忽视对参保患者的医疗费用控制，医疗费用控制必须兼顾参保患者和医疗机构。控制医疗机构行为目的是保障医疗服务提供的合理化，控制参保患者行为目标是引导医疗服务需求合理化方面，从而实现医疗市场特殊合理化要求下的医疗服务供需均衡。

在约束参保患者和医疗机构行为，促进医疗服务供给与需求合理化方面，需要做好以下几点：第一，明确医疗费用施控主体职责。财权和事权的统一，决定了医疗保险机构在医疗保险费用控制中的关键性作用，是医疗费用的最佳施控主体，应发挥医疗保险机构的医疗费用控制职能，利用好医疗费用的集中支付效能。措施选择上，需要推进医疗费用支付方式改革，促进医疗机构和医疗保险机构风险共担，促使医疗机构医疗服务提供合理化，强化参保人的费用意识，约束参保患者就医行为，促使医疗服务需求合理化。第二，清楚认识医疗费用控制对象和费用控制节点。医疗费用控制的对象是参保患者和医疗机构，其中，医疗机构是医疗费用控制的重要对象，参保患者的医疗费用控制同样不可忽视。医疗费用控制的节点是约束引导参保患者和医疗机构的行为选择，实现医疗服务供需合理化均衡。第三，建立健全信任信誉机制。信任信誉机制建设是医疗费用控制不可或缺的考量因素，参保患者医疗需求与医疗机构医疗供给之间的平衡需要信任信誉机制维系，医疗机构与医疗保险机构之间的利益协调也需要信任信誉机制维护，参保患者与医疗保险机构之间的关系和谐也需要信任信誉机制保障。第

四，重视内在自觉意识培养。参保患者、医疗机构和医疗保险机构的内在自觉作用影响各自行为的选择，参保患者的内在自觉表现在合理就医上，医疗机构的内在自觉体现在医疗服务合理供给上，医疗保险机构的内在自觉展现在积极主动履行自身职责，应当重视参保患者的就医道德、医疗机构的职业道德和医疗保险机构的社会公德教育。

因此，得到供需双方医疗费用控制路径，即约束参保患者和医疗机构行为选择，促进医疗服务供需合理化。医疗保险供需双方费用控制机理是，对参保人、医疗机构和医疗保险机构采取强制控制和软性约束并施的策略，依靠外部硬性控制机制和内部德育自省约束机制，规范引导参保人、医疗机构和医疗保险机构的行为，力求达成参保患者合理就医，医疗机构规范行医，医疗保险机构监管有效；医疗保险机构依托信息系统，对医疗机构和参保患者进行硬性监督管理，通过医疗费用支付方式改革强制约束医疗机构和参保患者的行为选择，力求实现医疗服务供需合理化；加强医疗机构的信任、信誉机制建设，重视对医疗机构医务人员的职业道德教育，突出医疗机构自治约束的作用；加大合理就医宣传，提升参保患者就医道德素质；重视医疗保险机构社会公德教育，敦促医疗保险机构履行医疗保障义务。

（四）医疗系统改革保障制度可持续性发展

实施医疗费用控制是为了消除医疗费用不合理增长的影响，保障社会医疗保险制度的可持续发展。社会医疗保险制度作为一项社会政策，制度的通畅运转与政府和市场紧密相连，离不开政府的投入和市场的补充，因此，在医疗保险费用控制上，并非单一费用控制主体就能达成，需要相关各方协调配合，共同参与，推进社会医疗保险制度系统改革。

医疗保险费用控制应从制度的顶层设计入手，进行系统改革。首先，推进社会医疗保险保障义务、保障能力和保障水平建设。需要政府主导，维护社会医疗卫生服务社会公益性。其一，落实全民医保，实现应保尽保，保障健康公平⁽¹⁹⁾；其二，推进医疗保险制度改革，落实基本社会医疗保险与基层医疗卫生服务的有效衔接；其三，联动推进医疗保险制度改革、医疗卫生体制改革和药品成产流通体制改革，实现基本医疗保险的基本医疗健康保障功能；其四，加大政府投入，优化医疗卫生资源总量配置与结构配置，保障医疗卫生服务的可及性、公平性和效率性；其五，推进医疗费用支付方式改革。其次，利用好市场和

社会的有效补充。市场和社会是对政府的有效补充，市场和社会的补充表现在：私立医院为参保人提供更高质量的医疗服务；商业健康保险为参保患者提供更高层次的健康保障；医药价格和医疗资源配置市场化可以为医疗保险市场增添活力，公益慈善组织可以为基本医疗保险制度补充力量。再次，保障参保患者的主体性。参保患者的主体性表现在对医药和医疗机构的自由选择上，参保患者的自由选择是医疗卫生服务市场竞争机制和淘汰机制形成的基础，使医药和医疗服务朝着质优价廉方向发展。再者，明确医疗保险各主体的权责范围。厘清参保人、医疗机构和医疗保险机构三方利益关系，实现三方利益协调，包括参保人和医疗机构之间的供给需求关系协调，参保人和医疗保险机构之间的权利义务关系协调，医疗机构和医疗保险机构之间的支付关系协调。最后，转变医疗保障理念。既要重视疾病救治，又要重视健康教育和疾病预防，实现预防保障和事后保障并重的局面⁽²⁰⁾，要利用好预防保障的长远效益。

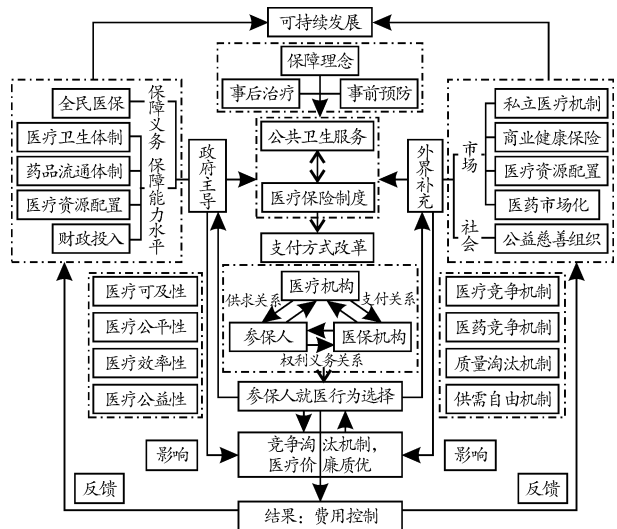


图 10 医疗保险费用系统控制机制

所以，社会医疗保险医疗费用系统改革控制的机理是：依据医疗保险制度可持续发展的宗旨，转变基本医疗保险保障理念，兼顾疾病事后治疗和事前预防；实现医疗保险与基本卫生服务的有机结合；合理划分政府、市场和社会的责任边界，妥善处理政府、市场、社会和医疗保险制度之间的关系；加强医疗保险制度保障义务、保障能力和保障水平建设，实现医疗卫生服务的可及性、公平性和效率性，维护社会医疗卫生的社会公益性；利用市场和社会的有效补充，弥补政府提供

的医疗卫生服务的不足,促进市场竞争机制、质量淘汰机制和供需自由机制完善;尊重参保患者行为选择自主性,通过参保患者的自主选择,推进医药和医疗服务朝着质优价廉方向发展;改革医疗费用支付方式,协调好参保人与医疗机构之间的医疗服务供求关系,解决好参保人与医疗保险机构之间的权利义务关系,处理好医疗机构与医疗保险机构之间的支付关系。医疗费用系统改革控制机制如图 10 所示。

余论

医疗费用控制的关键点是约束参保患者和医疗机构的行为选择,医疗费用控制的目的是解决参保患者和医疗机构之间医疗服务供需间的矛盾。医疗机构虽然在道德风险中担当“策源地”的角色,但是参保患者的就医行为选择才是医疗机构道德风险行为产生的前提,参保患者就医选择为医疗机构道德风险的产生提供了可能,所以,医疗费用控制的重点是管控医疗机构行为选择,而

医疗费用控制的源点却是约束参保患者的就医行为选择。

医疗费用源点控制是医疗费用控制策略选择的突出内容,也是医疗费用控制的必然选择。为此需要进一步研究,一是源头治理,做好参保人就医选择影响因素分析。分析各影响因素的影响力,从根本上解决合理引导参保人就医选择问题。二是转变观念,实现病人跟着费用走。要变被动费用支付为主动行为约束,激励参保患者在基层医疗机构就医。三是利用好基层医疗卫生资源。在双向转诊制的医疗制度下,二、三级大医院只是重大疾病诊治的过度场所,社区医疗机构才是参保患者就医的主要去处,小病常见病社区医疗机构解决,大病康复治疗社区医疗机构也担当重要角色。四是制度衔接发挥协同效应。整合医疗卫生资源,推进基本医疗保险和基本公共卫生服务两种制度有效衔接,发挥制度协同效用。

(参考文献)

- (1) 邓大松. 社会保险 (M). 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2009: 199.
- (2) 卢梭. 社会契约论 (M). 李平沅, 译. 北京: 商务印书馆, 2011: 18 - 19.
- (3) 李珍. 社会保障理论 (M). 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2007: 182 - 185.
- (4) 丁继红, 等. 试论我国医疗保险制度改革与医疗费用增长的有效控制 (J). 南开经济研究, 2004 (4): 96 - 99.
- (5) 罗力. 中国公立医院改革: 关注运行机制和制度环境 (M). 上海: 复旦大学出版社, 2010: 116.
- (6) 唐旭辉. 农村医疗保障制度研究 (M). 成都: 西南财经大学出版社, 2006: 111 - 112.
- (7) Arrow Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (J). *American Economic Review*, 1963, 53 (5): 941 - 973.
- (8) 司选明. 内在约束视角下的医疗道德风险防范探究 (J). 社会保障研究, 2009 (3): 34 - 37.
- (9) 郑秉文. 信息不对称与医疗保险 (J). 经济社会体制比较, 2002 (6): 8 - 15.
- (10) 汪华. 嵌入于医疗保险制度框架内的道德风险与福利损失 (J). 华东理工大学学报 (社会科学版), 2012 (5): 86 - 92.
- (11) [美] 蒙森. 干预与反思: 医学伦理学基本问题 (M). 北京: 首都师范大学出版社, 2010: 1171 - 1172.
- (12) 赵俊福. 社会分层视野下的农村公共医疗资源配置问题探究 (J). 劳动保障世界, 2010 (4): 42 - 45.
- (13) 代英姿, 王兆刚. 中国医疗资源的配置: 失衡与调整 (J). 东北财经大学学报, 2014 (1): 47 - 53.
- (14) 张茂松. 医疗保障中的政府责任研究——兼论我国医疗保障中的政府责任缺失 (J). 经济经纬, 2007 (4): 85 - 88.
- (15) 梁鸿, 等. 中国医疗保险制度改革解析 (J). 复旦学报 (社会科学版), 2007 (1): 123 - 131.
- (16) 梁春贤. 我国基本医疗保险制度中政府责任分析 (J). 管理世界, 2011 (6): 168 - 169.
- (17) 林枫. 城镇居民基本医疗保险费用补偿 (J). 中国社会保障, 2007 (3): 44 - 46.
- (18) 李玲. 健康强国: 李玲话医改 (M). 北京: 北京大学出版社, 2010: 170 - 172.
- (19) 顾昕. 走向全民医保: 中国新医改的战略与战术 (M). 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2008: 88 - 90.
- (20) 翟绍果. 从医疗保险到健康保障的偿付机制研究 (J). 社会保障研究, 2011 (2): 101 - 121.

(责任编辑: 何 频)