



基金偏离视角下的社会医疗保险 风险因子及可持续分析

郭超凡

(中南财经政法大学 公共管理学院,湖北 武汉 430073)

摘要:社会医疗保险基金的可持续是医疗保险制度存在的基础。通过梳理影响医疗保险基金平衡的因素,从四个维度总结出人口年龄结构、医疗服务成本增长率、统筹层次水平等十二个风险因子的影响程度,从而以医药卫生“四位一体”联动机制构建、统筹城乡医疗保险制度、社会医疗保险监管体制创新三个方面为切入点,探讨社会医疗保险基金可持续发展的对策建议。

关键词:基金偏离;社会医疗保险;风险因子;四位一体

中图分类号: F840.613

文献标识码: A

文章编号: 1671-931X (2016) 05-0018-05

一、医疗保险基金可持续性研究动因

(一)医疗保险基金可持续性研究动因分析:制度存在的基础

如图 1 所示,社会医疗保险基金可持续的基本要求是从一个整体的时间周期上而言,其基金筹集规模要始终大于基金对于医疗服务费用的支出水平。医疗保险基金的适度结余能力,能够及时防范参保人“因病致贫、因病返贫”的风险,是社会医疗保险制度存在的基础。

(二)医疗保险基金可持续性研究动因分析:功能实现的条件

如图 2 所示,社会医疗保险保险作为短期支付类项目,其基本功能是在参保人面临疾病风险时,通过一定的医疗补偿制度化解患者巨大的经济负担,参保人只需负担医疗服务总费用减去医疗补贴的部分。因此,为保障医疗保险制度的平稳运行,这就要求在一定时期内医疗保险的服务总费用始终大于医

疗基金的补偿费用,留有一部分让参保患者能够承担的起的医疗费用,从而不影响参保人及家庭的基本经济生活状况。

(三)医疗保险基金可持续性研究动因分析:长期稳健筹集与支付适度水平的要求

社会医疗保险的筹集规模要满足三个层次的要求。国家层面,要与财政收支水平适度;企业层面,要与企业经营收益相协调;个体层面,要与个人或家庭收入相匹配。社会保险法指出社会医疗保险要坚持与社会经济发展水平相适应。筹集能力不足会引发筹集规模曲线向下方倾斜,与医疗保险支出曲线相交于某一点。而过高的费率会提高企业产品的人工成本,加重企业的缴费负担。当费率达到某一临界值时,征缴效率将明显下降^[1],其结果也将致使基金筹集曲线向右下方倾斜,如图 3 所示。

这种基金的不可持续性偏离是由宏观、微观两方面因素所致。具体而言,宏观上与基金征缴对象的收入水平有关,既包括国家整体经济发展状况和财

收稿日期:2016-05-23

作者简介:郭超凡(1991-),男,山东济宁人,中南财经政法大学社会保障专业硕士,研究方向:社会保障基金与管理。

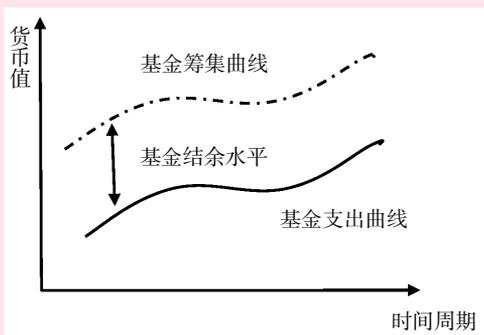


图1 社会保险基金筹集与支付水平总体趋势要求

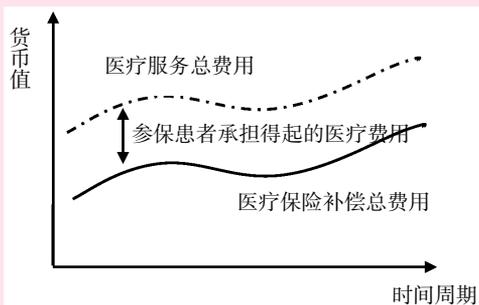


图2 医疗保险基金补偿制度的功能

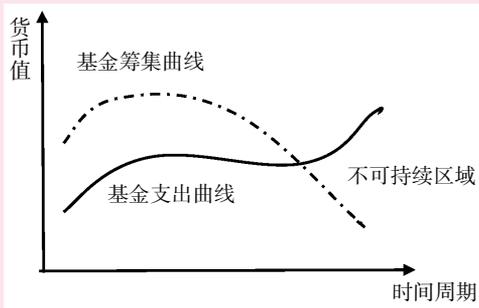


图3 筹集规模不足引发的基金不可持续性偏离

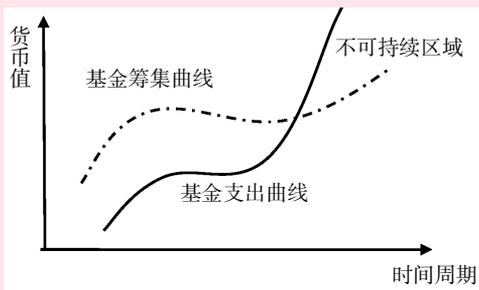


图4 支出规模过快增长引发的基金不可持续性偏离

政收入水平^[2]，也包括某一费用分担主体在某个较长时期出现支付能力不足的现象。微观上是与医疗保险补偿水平难以满足参保人员医疗需求相挂钩，迫

使参保人员缴费积极性下降，社会医疗保险的逆向选择问题严重。

同样，在基金筹集曲线不变的情况下，医疗保险支出水平的过度增长也会引发基金的不可持续性偏离，如图4所示。这种偏离会加大财政支出负担，影响政府对医疗保险的补贴力度，而补偿机制的“福利刚性”最终会导致社会医疗保险走向解体。因此，只有长期稳健的筹集与支付能力，才能保持与各方主体适度的承受力关系，实现社会医疗保险的可持续。

医疗保险基金支出规模的剧增与诸多因素有关。其中既有医疗服务生产成本增加的内在因素，还包括人口老龄化的增长促使医疗服务费用不断攀升；参保人在接受医疗救治过程中对先进医疗设备的盲目依赖；城镇职工家庭成员对医保卡的冒用；个人账户的套利行为；医疗保险经办机构使用与监管能力不完善等外部因素。本文将在文章下一部分做具体分析。

二、影响医疗保险基金可持续性风险因子分析

社会医疗保险基金的收支平衡是医疗保险制度平稳运行的基础，由各风险因子引发的基金偏离则打破了平衡。通过对当前学者已有研究的梳理，本文选取了四个维度，每个维度下又包含了部分影响社会医疗保险基金可持续发展的风险因子，如表1所示。

（一）人口年龄结构变动 C1 与医疗服务成本增长率 C2

这两个因子是医疗保险基金面临不可持续性风险的外部因素，也是目前医疗保险无法通过制度变革克服的条件。随着社会经济的发展，我国的人口年龄结构不断发生变动，人口老龄化趋势不断上升。据第六次人口普查，我国60岁以上人口高达13.3%。目前我国老龄人口正以每年1000万的人数增加，预计到2033年将突破4亿，老年人口就医比例的提高

表1 社会医疗保险基金风险因子分类

维度	风险因子
医疗保险外部因素 A1	人口年龄结构变动 C1
	医疗服务成本增长率 C2
医疗保险内部因素 A2	第三方付费制度 C3
	统筹层次水平 C4
	地区基金结余不平衡 C5
道德风险 A3	城镇职工医保卡套现程度 C6
	重复参保率 C7
	追求医疗服务差别程度 C8
	医生诱导需求 C9
医疗保险经办机构管理与监督 A4	医疗服务价格补偿机制 C10
	医疗保险基金挪用率 C11
	医保基金投资收益率 C12

极大地增加了医疗支出费用。

近年来,医疗服务成本的飞速增长,对医疗保险基金使用规模带来负面影响。这不仅与经济过热所导致的通货膨胀率上升有关,还与医疗技术的进步引发诊治成本增加有关。如表 2 所示,2009 年我国医疗服务总费用为 17541.92 亿元人民币,到 2013 年高达 31868.95 亿元,卫生总费用占 GDP 比重达 5.57%,与 2009 年比较,增长 81.7%。究其原因,医疗费用的上升既有合理的部分,但也含有部分不合理的人为因素。

表 2 2009—2013 年卫生总费用及其构成

年份	卫生总费用构成(%)				卫生总费用占 GDP%
	合计 (亿元)	政府卫生支出	社会卫生支出	个人卫生支出	
2009	17541.92	27.5	35.1	37.5	5.15
2010	19980.39	28.7	36.0	35.3	4.98
2011	24345.91	30.7	34.6	34.8	5.15
2012	27846.84	30.0	35.6	34.4	5.36
2013	31868.95	30.1	36.0	33.9	5.57

数据来源：中华人民共和国卫生与计划生育委员会《2014 中国卫生统计年鉴》。

(二) 第三方付费制度 C3

我国医疗保险实行后付制的付费方式,采用按项目付费的形式,参保患者在接受诊疗时自负医疗服务费用,然后由医疗经办机构给予报销。这种第三方付费的传统方式,使患者和医生在“交易”过程中的心理感受都是“免费的”。^[3]医院收入与医疗服务的数量与价格挂钩,这种激励机制刺激了医疗服务供给方增加不必要的医疗服务项目,导致医疗服务机构性质的扭曲。正如原卫生部长陈竺所言:“公立医院以药养医体制和医疗保险按项目付费方式是卫生系统的两大毒瘤”。探索医疗保险付费方式改革,增强医疗保险治理医疗服务能力成为实现十八届三中全会提出的“全面深化医药卫生体制改革”目标的重要任务。

(三) 统筹层次水平 C4

统筹层次的高低影响社会医疗保险的调剂功能,社会保险法规定医疗保险要实现市级统筹的水平,但就目前的实际来看,县级统筹仍然是我国医疗保险基金的主要统筹层级。其弊端包括医保转移接续关系不方便、管理主体不明确、医保基金管理不安全。因此,统筹层次水平是关乎医疗保险基金平衡问题的重要内容。

(四) 地区基金结余不平衡 C5

截止 2011 年底,城镇职工医疗保险基金东部、中部、西部结余分别为 3351.10 亿元、1040.38 亿元和 1134.04 亿元,分别占 60.65%、18.83%和 20.52%。居民医疗保险基金东部、中部、西部结余分别为

450.97 亿元、490.15 亿元和 422.66 亿元^[4]。无论是城镇职工还是城乡居民医疗保险,基金结余都出现了地区差异,而这种差异削弱了保险的横向调剂功能,使得医疗保险补偿能力下降,也加大了基金管理的风险。

(五) 城镇职工医保卡套现程度 C6 与重复参保率 C7

参保患者的道德风险也是引发医疗保险基金偏离的重要因素,其中比较典型的行为就是医保卡内个人账户资金的套现行为。随着定点药店逐利行为的增加,城镇职工利用医保卡购买日常生活用品、换取现金的现象屡见不鲜。同时,重复参保现象也是不容忽视的问题。目前全国重复参保率在 10%左右,有超过 1 亿人重复参保,这既增加了财政无效补贴,也增加了参保人的缴费负担。当参保患者发生医疗费用时,重复报销行为无疑增加了医疗费用的支出。

(六) 追求医疗服务差别程度 C8

在第三方付费制度下,参保患者有“小病大养”、“门诊及住院”和过度追求高层次医疗服务的倾向。诸多学者将这些行为解释为参保患者的道德风险所致,但笔者认为这其中也隐含部分客观因素。

据表 3 得知,公立医院医疗服务量约 23.5 亿人次,同比提高 8.2%;民营医院 2.8 亿人次,同比提高 13.3%。而基层医疗卫生机构中的社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院分别为 5.9 亿、8.9 亿人次,仅同比提高 3.3%和 2.5%。不难看出,参保患者前往条件较好医院就医的意愿增加。目前我国医疗保险制度根据患者就诊医院等级实行不同的补偿比例,医院等级越高,报销比例越低。目的是引导患者根据实际病情选择医疗服务机构,从而实现医疗支出的控费。但基层医疗服务机构对参保患者的就诊吸引力偏低,无论是医疗诊断设备还是医护人员的综合素质都与等级较高的医院存在差距,患者的疾病治愈效果不佳,导致很多患者在病情加重以后才转向大医院就诊。久而久之,患者对基层医疗服务机构出现心理排斥,追求医疗服务水平的程度加深,最终造成医疗服务费用的攀升。

(七) 医生诱导需求 C9

医生在向参保患者提供医疗服务的过程中出于自身利益有诱导需求的倾向。医疗保险制度实行的后付制也刺激了医生通过增加服务次数及过量的医疗服务来获得更多的补偿费用。医生的道德风险行为不但波及医疗保险覆盖范围外人群的就医成本,还造成了医疗资源的极大浪费,加重了医疗保险基金的支出程度,是影响社会医疗保险基金可持续的重要风险因子。

(八) 以药养医的医疗服务价格补偿机制 C10

医疗服务价格补偿机制是诱发医疗服务供给方

表3 2014年1—11月全国医疗卫生机构医疗服务量

	诊疗人次(万人次)		诊疗人次 增长(%)	出院人数(万人)		出院人数 增长(%)
	2013年1—11月	2014年1—11月		2013年1—11月	2014年1—11月	
医疗卫生机构合计	641456.5	677419.5	5.6	16824.7	17881.6	6.3
一、医院	241479.5	262538.1	8.7	12310.4	13489.2	9.6
按经济类型分						
公立医院	217125.1	234952.4	8.2	10924.9	11858.7	8.5
民营医院	24354.4	27585.7	13.3	1385.4	1630.4	17.7
按医院等级分						
三级医院	106371.4	121058.1	13.8	4682.0	5406.4	15.5
二级医院	99166.6	104229.5	5.1	5975.6	6299.8	5.4
一级医院	1506.2	15704.1	4.3	602.5	674.6	12.0
未定级医院	20879.3	21546.4	3.2	1050.3	1108.4	5.5
二、基层医疗卫生机构	378777.3	391806.6	3.4	3718.9	3528.1	-5.1
#社区卫生服务中心(站)	56866.5	58770.5	3.3	251.8	263.3	4.6
#政府办	51299.8	50101.0	-2.3	204.0	210.3	3.1
乡镇卫生院	86739.1	88915.3	2.5	3426.2	3228.4	-5.8
#政府办	86172.0	88310.7	2.5	3406.2	3209.1	-5.8
诊所(医务室)	49880.0	51680.0	3.6	-	-	-
村卫生室	177280.0	184050.0	3.8	-	-	-

数据来源:中华人民共和国卫生与计划生育委员会《2014年1—11月全国医疗服务情况》。

道德风险的潜在因素。政府对公立医院财政投入不足,允许医院以抬高某种服务弥补收入损失。而在医护工作者的绩效测算方面,不少医疗服务项目在收费定价方面依旧使用的是基数增量法,编制与成本相脱节^[4]。这种“功效挂钩,开单提成”的激励方式引发了国家、医院、患者及医疗保险机构自身利益的博弈。它不仅阻碍了医院的正常发展,所诱发的道德风险行为导致了社会医疗保险基金收支平衡的偏离,威胁了医疗保险制度的可持续。

(九)医疗保险基金挪用率C11与医保基金投资收益率C12

近年我国社会医疗保险基金结余不断增加,2013年我国社会医疗保险基金收入8248.3亿元,基金支出6801.0亿元,积累结余9116.5亿元。如图5所示,医疗保险基金累计结余呈现连年增长的态势,2014年年末已超10000亿元。医疗保险作为短期支付类项目,巨额的基金结余对医疗保险经办机构的

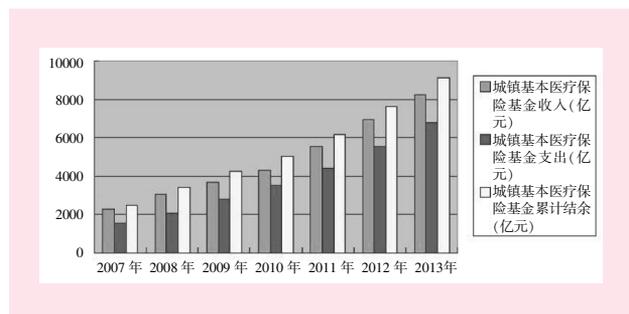


图5 2007—2013年全国医疗保险基金收支状况

数据来源:中华人民共和国国家统计局历年统计年鉴。

管理与投资能力提出挑战。作为理性人主体的政府部门为凸显业绩,当财政收入吃紧时往往挪用医疗保险基金用于经济发展;通货膨胀率的增长、资本市场的健全、政府与保险经办机构对医疗保险基金保值增值手段的不完善,使得保险基金面临贬值的风险。此外,医疗保险经办机构对于大规模基金结余的管理工作也难免会出现疏漏,造成医疗保险基金的滥用,2007年上海医疗保险基金案就是典型的案例。

三、医疗保险基金可持续发展机制建设

确保社会医疗保险基金的可持续发展,要立足宏观视角,提高统筹层次;通过机制创新抑制医疗服务供求双方的道德风险行为,力求实现基金统筹与支付的平衡;以及完善保险经办机构的监督管理模式。

(一)医药卫生“四位一体”联动机制^[5]构建

1. 医疗卫生体制改革要扩大医院自主经营权,制定行业声誉评级标准

事业单位性质的公立医院根据提供医疗资源的性质、承接的社会任务与分担的社会责任进行分类管理,逐步过渡到市场化的运作模式,力求扩大医院的自主经营权;政府部门放松对医院的管制力度,转而着力培育医院的市场声誉机制,制定行业声誉评级标准,以奖惩激励机制淘汰信誉较差的医疗服务机构,从而达到约束医院及医生行为的目的;改革医院内部人事制度,对医院高管工资信息进行公开,医生的工资与医疗服务质量、患者信誉度相挂钩,实现公平合理的绩效考评;同时,打破公立医院的垄断地位,鼓励民间非营利性医院的发展,形成多元化的医

疗服务市场竞争格局。

2.健全社区卫生服务机构的基层医疗服务体系,优化医疗资源配置

社区卫生服务机构能够满足广大群众基本的医疗服务需求,简化了参保患者的就诊程序,抑制了过度追求医疗服务的盲目性。中央与地方财政要加大对基层医疗服务机构的资金投入,着力于医疗设备与医护人员队伍建设;对社区卫生服务人员提供额外福利津贴,鼓励“技高德重”的优秀医护人员到基层工作;缩小城乡医疗资源配置差距,提高参保患者对基层医疗服务机构的依赖度。同时要建立健全双向逐级转诊制度,确保参保患者对就诊服务机构有充分的自主选择权,防范基层医疗机构对患者疾病治愈效果不佳后才要求转入大医院救治造成的医疗费用的浪费。

3.整顿药品生产流通秩序,防止医药生产过度垄断

不合理的药品生产流通秩序是药品价格虚高的根源。早在2000年国务院办公厅就转发了《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》,提出整顿药品生产流通秩序的办法。其中包括将医院的门诊药房采用企业化的运营方式,实行独立核算和照章纳税;加强企业准入管理,严格控制药品生产新增能力;采用集中采购方式,确保药品质量与安全性。2015年多部、委联合发布《推进药品价格改革的意见》,自2015年6月1日起,除麻醉药品和第一类精神药品外,取消原政府制定的药品价格。其目的是逐步建立以市场为主导的药品价格形成机制,充分发挥市场机制作用,有效规范药品市场价格行为。^[6]

4.改革医疗保险制度单一付费方式,侧重卫生预防保健体制建设

健全多层次的医疗保障体系能够加强制度体系的弹性与结构功能,满足不同层次的医疗服务需求。因此,要明确划清医疗保障体系中各子系统的界限,防止不同险种之间的风险转嫁;改变社会医疗保险内部各险种的分散管理,做好不同医疗保险制度之间的转移与衔接;强化预付制控费能力强的认识,探索多元化的医疗保险付费方式,打破按项目付费单一模式^[7],增强经办机构与医疗服务机构的谈判协商能力。值得思考的是,政府部门要逐步缩小对医疗保险的补贴力度,转而致力于卫生预防保健体制建设。从长远来看,坚持预防为主方针,重视社会整体卫生预防保健事业,降低群众疾病发生率,才是降低医疗服务费用的“治本”之策。

(二)统筹城乡医疗保险制度,缩小地区保障差距

目前我国医疗保险制度实行两套模式,公务员与机关事业单位职工仍采用公费医疗的形式,由国家财政负担。即便是城镇职工、城镇居民医疗保险和新农合在保障程度上也存在较大差距。为此,由人社部牵头规划和设计全国性的医保统筹组织结构,明

确系统建设要求,先行建立跨区域的管理和结算平台^[8],实行“自上而下”的制度改革成为提高统筹层次的基本要求。在基本医疗保险的基础上,对公务员、事业单位员工、企业职工可以依据自愿原则,建立个人医疗保险账户,并实行统账分离管理^[9]。提高统筹层次可以简化保险关系转移接续,克服社会医疗保险基金地区结余不平衡问题,但也不容忽视地区保障差异水平的现象。政府要强化医疗资源的配置责任,加大对西部地区、偏远地区及农村地区医疗设施的投入及医疗保障力度,缩小城乡之间、地域之间的医疗保障差距。对西部地区、农村地区倾向性的巨额资金投入会加大中央与地方的财政资金压力,短期内无法实现医疗资源的均等化,但政府不应放松对医疗资源匮乏地区的基层性医疗投入。具体而言,在缩小地区医疗保障差距的进程中,政府应该侧重于对农村和偏远地区的卫生预防保健工作,鼓励社会组织提供医疗宣传与服务,加大对基层医疗队伍的培训,培育满足基层群众医疗需要的全科型“赤脚医生”。

(三)社会医疗保险监管体制创新

完善的医疗保险监管体制能够及时识别影响医疗保险基金的风险因子,以有效的事前预防、事中控制及事后弥补为手段,准确抑制保险基金的偏离。而就目前我国医疗保险监管体制来看,仍需要通过创新体制实现以下四个方面的转变:

一是依托计算机等高新技术建立规范的医疗服务信息系统^[10],患者的基本信息、疾病状况、就医过程及治愈结果、就诊医师的基本信息、处方药品名称等都将由该系统统一记录,从而增强医疗保险经办机构对医疗供需双方行为的监督力度。二是在大部制改革的背景下,实现保险经办机构的部门整合,结束城镇职工与城镇居民医疗保险由社保部门分管和新农合由卫生部门分管的割裂局面,简化工作流程,提高服务效率。三是建立合理的基金结余预警机制,拓展基金投资手段,扩大投资领域的市场开放力度,实现基金的保值增值。同时,建立保险基金收支与投资回报的动态监控系统,对每一笔基金的流向实行全程的动态监控。四是要加强医疗保险基金的财务与绩效审计体制建设,对保险基金收支所涉及各类主体(投保人、用人单位、医疗服务供给方、保险经办机构、基金管理机构等)定期审核,防范医疗保险基金筹集与支付环节中出现的滥用、挪用等问题;侧重于医疗资源的经济性与效率性,对政策执行的绩效结果定期评估,发现不合理的执行环节及时纠偏。

参考文献:

[1] 赵曼,吕国营.社会保障学[M].北京:高等教育出版社,2010.

(下转第31页)

- [2] 吴传俭. 社会医疗保险承受力问题研究[M]. 北京: 经济科学出版社, 2014.
- [3] 李翔. 城镇居民医疗保险中道德风险的防范与控制[J]. 中国卫生事业管理, 2011, (3).
- [4] 唐焱. 关于公立医院医疗服务价格补偿机制存在问题及对策的若干思考[J]. 财经界, 2014, (21).
- [5] 吴传俭, 王玉芳. 社会医疗保险可持续发展机制研究[M]. 北京: 经济科学出版社, 2014.
- [6] 国家发改委、卫计委、人社部、工信部、财政部、商务部、食品药品监管总局. 推进药品价格改革的意见[EB/OL]. [http:// politics.people.com.cn/n/2015/0505/c70731-26951136.](http://politics.people.com.cn/n/2015/0505/c70731-26951136.html)

html, 2015-05-05.

- [7] 赵云. 医疗保险付费方式改革研究——以制度分析为视角[M]. 北京: 科学出版社, 2015.
- [8] 李常印, 郝春彭. 基本医疗保险基金结余与动态平衡[J]. 中国医疗保险, 2012, (4).
- [9] 刘俊霞. 我国医疗保险制度可持续发展面临的风险及对策[J]. 财政研究, 2013, (10).
- [10] 翁小丹. 医疗保险的基础风险与医疗保障制度建设[M]. 北京: 经济管理出版社, 2010.

[责任编辑: 张 磊]

The Analysis of Social Medical Insurance Risk Factors and Sustainability in the Perspective of Fund Deviation

GUO Chao-fan

(School of Public Administration, Zhongnan University of Economics and Law, Wuhan430073, China)

Abstract: The sustainability of the social medical insurance fund is the basis of medical insurance system. By analyzing the influenced factors of the balance of medical insurance fund, we can summarize the influence degree of the twelve risk factors which include population age structure, growth rate of medical cost, pool level and so on from four aspects. Eventually, by building quaternary linkage mechanism of medicine and health, balancing urban and rural medical insurance system, innovating regulation system of social medical insurance, we probe into the countermeasures for the sustainable development of social medical insurance fund.

Key words: fund deviation; social medical insurance; risk factors; quaternary