

从三方关系论社会医疗保险中的费用控制

张 晨 寒

(河南师范大学 社会事业学院, 河南 新乡 453007)

摘 要:社会医疗保险制度在运行中,涉及医疗服务提供方、医疗服务需求方、医疗保险机构等多个主体,目前社会医疗保险的费用支付方式使医疗保险机构、参保人和医疗机构三方形成三角支付关系、利益竞争关系和信息不对称关系,容易导致医疗保险机构费用控制能力降低,造成医疗保险基金浪费。医疗保险中的费用控制问题归根到底是调整医疗保险机构、医疗机构和参保者之间的利益关系。除了要运用传统的行政、经济、法律等手段规范制度、严格监督管理外,通过创新医疗保险模式,可以有效地重新整合三方关系,改变医疗保险机构在三者关系中的被动地位,提高其费用控制能力,从而实现社会医疗保险资源的合理、高效、规范利用,促进社会医疗保险事业健康发展。

关键词:三方关系;社会医疗保险;费用控制

中图分类号:F840.613

文献标识码:A

文章编号:1000-2359(2014)01-0085-03

作者简介:张晨寒(1967—),女,河南济源人,河南师范大学社会事业学院副教授,主要从事社会保障研究。

伴随着经济体制转型,我国社会医疗保险制度由单位保障发展到社会保障,从局部保障扩大到制度全覆盖,实现了根本性的变革。短短的十几年时间,已经初步形成覆盖城乡的社会医疗保险体系,医疗保险制度改革取得了巨大的成就。但是,在社会医疗保险改革中,费用控制一直是困扰其发展的重要问题。有效控制医疗费用才能使有限的医疗资源为更多的人提供基本医疗服务,促进社会医疗保险健康发展。

一、社会医疗保险的费用控制

社会医疗保险是国家依据法律通过向社会筹集资金,给遭遇疾病风险的投保者提供基本医疗服务和疾病津贴,保障受益人康复和享受基本社会待遇的一项社会保险制度。我国于1998年建立城镇职工基本医疗保险制度,2003年新型农村合作医疗保险制度在部分县市试点,2010年基本实现全国农村居民制度全覆盖,2007年开始城镇居民(非从业人员)基本医疗保险试点,2010年在全国范围全面展开。目前,已形成以城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险为主体,以各种形式的补充医疗

保险为辅助,以医疗救助为底线的多层次社会医疗保障体系。但是,我国现行社会医疗保险保障水平仍然不高,看病贵、因病返贫、因病致贫的问题依然困扰着我们。在现有经济条件下,应当进一步提高社会医疗保险保障水平,减轻参保人看病的经济负担,更加有效的利用医疗保险资源,改变医疗机构和参保人在追求自身利益最大化过程中造成的医疗保险费用浪费现象,利用有限的医疗保险基金更好地实现“人人享有卫生保健”的目标,而其中,医疗保险费用控制问题成为进一步完善我国医疗保险制度的重要内容之一。

社会医疗保险费用控制是医疗保险费用支出管理的手段,即通过各种方式对医疗机构为参保人提供医疗服务时发生的费用实行有效地调控和监督,实现社会医疗保险费用的效益最大化。资金筹集是社会医疗保险基金的入口,费用支出是医疗保险基金的出口,费用控制直接关系到医疗保险基金的存量。医疗保险费用支出缺乏控制导致医疗资源不能合理利用,医疗保险基金短缺,医疗保险制度无法正常运行。

社会医疗保险制度在运行中,涉及医疗服务提供方、医疗服务需求方、医疗保险机构等多个主体,其间形成复杂的

收稿日期:2013-11-28

关系。各主体之间关系的变化,直接影响着各主体的利益。

二、医疗机构、参保人以及医疗保险机构之间的关系

(一) 医疗保险机构、参保人和医疗机构之间的三角支付关系

社会医疗保险是各种社会保险中涉及范围最广、关系最复杂的一项保险。社会医疗保险由参保人向医疗保险机构缴纳一定的费用,在遇到疾病风险时得到医疗保险机构费用支持,医疗机构在医疗保险机构支持费用的情况下为参保人提供医疗服务。社会医疗保险的费用支付方式使医疗保险机构、参保人和医疗机构三方形成三角支付关系。首先由参保人向医疗保险机构支付保费,获得医疗保险承诺。然后,当参保人患病时由医疗机构提供相应服务,其间发生的医疗费用则由医疗保险机构负责支付,医疗服务机构得到费用补偿。这种三角关系使社会医疗保险内部关系复杂化,改变了传统医疗服务中医疗机构和病人之间直接交换的一般商品关系。在一般的商品和服务交易中,享受商品和服务的一方提供商品和服务的一方支付费用。但是,在社会医疗保险的费用支付中,医疗机构提供医疗服务,参保人享受基本医疗服务,享受服务方却不需要支付医疗费用,而由医疗保险机构代替参保人向医疗服务的提供者医疗机构付费。在医疗保险的三角关系中,医疗机构向病人(被保险人)提供医疗服务的关系没有改变,改变的仅仅是支付关系,即由医患之外的第三方付费。社会医疗保险第三方付费的特点,使医疗服务的享受与医疗费用的支付分离,医疗机构和病人之间提供服务和享受服务的关系加强,经济关系退居次要地位。医疗保险机构既不提供医疗服务也不享受医疗服务,仅为医疗机构和参保人提供经济支持。医疗保险机构与其他两方的服务关系较弱,经济关系较强。第三方付费解除了医疗机构和被保险人双方对费用的担忧,医疗服务提供方和医疗保险需求方会产生过度使用医疗保险资源的动机,双方都可能利用各自的优势,过量占有、浪费医疗费用。但是,作为付费的第三方,医疗保险机构却不直接参与供需交易活动,费用控制能力降低,容易造成医疗保险基金浪费。

(二) 医疗保险机构与参保人和医疗机构之间的利益竞争关系

在医疗保险的运行过程中,医疗保险机构最终支付的医疗费用高低主要取决于三个因素:一是疾病的发生频率和严重程度,二是参保人的就医行为,三是医疗服务机构的医疗行为。第一个因素虽具有客观性,不为医疗保险机构所控制,但医疗保险机构会根据“以收定支,量入为出,略有结余”的资金运行原则,调整保障水平,维持资金平衡,保障自身利益。后两个因素具有更多主观性,社会医疗保险的各主体会根据利益关系选择不同的行为。医疗服务的提供方会从自身经济利益出发,通过一些诱导手段过度服务,给需求方提供高标准的服务和药物,获取更多经济收入。由于社会医疗保险基金为医疗服务需求方享受的医疗服务付费,医疗服务需求方作为理性的经济人,同样要追求自身利益的最大化,希望得到更多的服务,尽量争取多利用甚至浪费社会医疗保

险费用。医疗服务中费用上升,参保人和医疗机构两方效用增加,医疗保险机构利益受损,医疗保险机构需对医疗费用进行控制。但是,如果医疗保险机构过度控制又会造成医疗服务机构利润减少,参保人享受的医疗服务水平降低,损害医疗机构和参保人在医疗保险运行过程中的利益,医疗机构和参保人会选择离开该制度,影响医疗保险的正常运行。所以,在医疗保险机构与参保人和医疗服务机构之间的利益冲突关系中,医疗保险机构一方面需要监督参保人和医疗机构在保险范围内合理使用医疗资源,避免过度服务和医疗费用浪费,另一方面又不能控制过度影响医疗保险的正常运行。只有三方利益达到平衡,医疗机构和参保人二者才能提供和使用适度的医疗资源,保证制度有效运行。任何一方出现问题,都会造成社会医疗保险资源的低效率使用,医疗保险制度失去可持续性。

(三) 医疗机构、参保人和医疗保险机构之间的信息不对称关系

首先,在医疗保险运行过程中,医疗保险机构作为第三方被排斥在直接提供和享受医疗服务的医疗机构和参保人之外,缺乏足够信息,不能有效控制费用支出。面对专业技术性极强的医疗服务以及具有隐私性的参保人的健康状况,第三方医疗保险机构无法对医疗机构的服务和参保人的疾病作出精准的量化。因此,在整个过程中,医疗保险机构由于掌握医患双方信息的能力弱,处于信息关系的不利地位,造成它们之间的信息不对称。特别是,随着我国社会医疗保险覆盖面的扩大,参保人员不断壮大,社会医疗保险机构更难以对参保人和医疗服务机构之间的供需交易准确评估。由于医疗费用由保险机构偿付,医疗机构希望提供高价格、高利润的服务,参保人也希望接受医疗机构高费用、高质量治疗的服务。在医疗保险机构与医患双方信息不对称的条件下,医疗机构与参保人完全有动机达成合谋,共同应对医疗保险机构,骗取医疗保险基金^[1],造成过多支付医疗保险赔偿,透支稀缺的社会保险资源。

其次,医疗服务的专业技术性很强,参保者与医疗机构处于严重的信息不对称关系中,只能听凭医疗机构安排,支出更多医疗费用。由于患者的个体差异性、治疗手段的多样化、治疗结果的不确定性和医疗服务的差异性,医疗消费与其他商品消费相比具有很大的不确定性。同一种疾病有多种治疗方案,且医疗费用的多少由患者实际情况、医疗供给方行为和处理方法综合决定,这就给了医疗服务供给方很大的灵活性。在医疗服务过程中,一般参保人没有接受过医疗方面的专业训练,缺乏专业知识,从而很难从成本的角度理解或者评价各种不同的医疗方案。医疗机构利用与参保人不对称的信息关系诱导参保人选择价格高、利润高的治疗方案,达到自身利益最大化,损害参保人的利益,浪费医疗保险基金。另外,医疗机构还可以利用参保人的信息不对称诱导需求,即医疗服务机构向参保人提供参保人拥有完全信息时不会购买的服务^[2]。而且,医疗市场的特殊性使其表现为与普通商品市场不同的情形:在一般商品市场中,供给增加时,将导致商品价格下降。但在医疗市场中,由于医患信息高度

不对称, 医疗服务机构会利用信息优势进行诱导需求, 随着医疗服务供给的增加, 需求也同步甚至更快增加, 医疗服务价格不但不会下降, 还会出现上升趋势。诱导需求和医疗服务价格上涨都导致医疗保险资源的无效运行。

三、调整三方关系控制社会医疗保险费用

医疗保险中的费用控制问题归根到底是调整医疗保险机构、医疗机构和参保者之间的利益关系。在医疗保险的传统模式中很难改变它们之间这种第三方付费、利益竞争、信息不对称的关系。通过创新医疗保险模式, 可以有效地重新整合三方关系^[3], 从而改变医疗保险机构在三者关系中的地位, 提高其费用控制能力。

(一) 建立医疗保险与医疗服务并立的一体化服务模式, 确立医疗保险机构在三角支付关系中的主导地位

我国长期以来主要实行按服务项目付费方式结算医疗费用, 这种支付方式既难以控制支付数量, 又难以控制总医疗费用。医疗服务提供者不承担任何成本风险, 完全由医疗保险机构和患者来承担, 使其很容易从过度医疗中获利。医疗保险需方的需求具有“刚性”, 加强费用控制对其影响有限。所以, 我国目前医疗费用的不合理增长, 主要原因并不来自需方, 而来自供方^[4]。在医疗费用控制中, 加强对供方管理, 通过医疗保险机构建立医疗服务部门, 确立医疗保险机构在三者关系中的主导地位, 能够从源头上控制医疗服务费用的乱收乱支, 保证医疗保险基金的有效利用。

(二) 建立参保人参与医疗机构管理的总额预算制支付模式, 调整三方的利益关系, 实现医疗保险有效运行

医疗机构凭借自身的专业优势, 在三方关系中可以牟取更多利益。加强参保方在医疗服务中的作用, 使参保方参与医疗机构管理, 改变原有的利益关系, 让医疗机构和参保人利益一致, 可以有效节约医疗保险基金。具体可以通过一些大企业或团体成立医疗服务机构, 或参保人直接参与社区医疗机构管理的方式达到被保险人参与医疗服务管理。医疗保险机构对这些参保人管理的医疗服务机构实行总额预算

制管理。总额预算管理方式是医疗保险机构根据预测下一年的医疗保险基金对医疗费用的支付能力, 与约定的医疗服务机构协商, 将医疗费投入总额分解为约定医疗服务机构年度住院、门诊平均费用标准和工作量, 实施总额控制的一种医疗费偿付办法。在总额预算制中, 因全年服务费用是一定的, 服务多造成的亏损由医疗服务机构自负, 服务少产生的费用结余也可以利益独享。因此, 在总额预算制中医疗服务机构往往缩减服务, 造成服务质量下降。而参保人参与管理的医疗服务机构, 参保人利益和医疗服务机构利益一体化, 避免了服务质量缩水, 保证了参保人的利益。同时, 为了自身利益他们又会严格经费控制, 合理利用医疗保险资源。

(三) 建立由医疗服务提供者发起和组织管理的医疗保险, 改变信息不对称的状况, 控制费用支出

在现行的医疗保险体制中, 由于医疗机构和被保险人、医疗保险机构之间的信息不对称, 医疗服务机构凭借其拥有的其他两方很难掌握的专业技术, 在医疗费用的支出中具有更大的确定权。医疗保险机构、被保险人很难对其合理性和经济性进行技术性评估。因此, 医疗服务提供者发起和组织管理医疗保险, 可以彻底改变医疗机构、被保险人、医疗保险机构三方的信息不对称关系, 医疗保险机构和医疗机构具有相同的信息量, 从而有效控制医疗费用的浪费。而且, 这种方法比较容易实行, 一定区域内医疗服务机构可以联合该区域的投保者共同建立医疗保险。医疗服务机构可以通过优惠价格和优质的服务吸引投保者。当然, 这种尝试需要在严格的法律和政府监督之下, 保证参保人接受医疗服务时得到合理治疗。

总之, 医疗保险费用控制问题是医疗保险改革中的难题, 除了要运用传统的行政、经济、法律等手段规范制度, 严格监督管理外, 尝试通过制度创新, 调整医疗服务机构、参保人以及医疗保险机构之间的关系, 改变医疗保险机构在费用支付过程中的被动地位, 亦不失一种对社会医疗保险费用控制的新思路。

参考文献:

- [1] 李长平, 柯慧, 等. 基于“三方四体”的医疗保险费用控制策略研究[J]. 中国卫生事业管理, 2011(10).
- [2] 郑秉文. 信息不对称与医疗保险制度[J]. 经济社会体制比较, 2002(6).
- [3] 张再生, 肖雅楠. 基于现状分析的一种社会医疗保险费用控制模型[J]. 西安电子科技大学学报(社会科学版), 2010(5).
- [4] 马蔚姝. 医疗保险费用控制政策体系及评价[J]. 长春理工大学学报(社会科学版), 2012(8).

On the Expense Control of Social Medical Insurance from Trilateral Relations

ZHANG Chen-han

(Henan Normal University, Xinxiang 453007, China)

Abstract: The expense control is a major problem that troubles the reformation of medical insurance system. To analysis the expense control of social medical insurance from competition relationships of interests, relations of information strength and constraint relationships of expense control of three parts can strengthen medical insurance institutions' principal role in the operational process of medical insurance. By means of medical services provided by the medical insurance institutions, the medical service organizations founded by enterprises or groups, medical expenses managed by medical service providers can curb the cost of medical insurance.

Key words: Trilateral relations; Social medical insurance; Expense control

[责任编辑 迪 尔]