

社会医疗保险基金支付监管的难点与对策： 以浙江省为例

黄佳莺^①，金晔方^②

【摘要】 医保基金的不合理支出会造成医疗资源的浪费，也影响了医疗服务的公平性和可及性，因此控制医疗费用的不合理增长已成为医保管理工作的核心问题。对医保基金支付环节监管是否有效对医疗费用的控制具有最直接的作用。通过对浙江省医保基金支付监管情况的调研，分析医保基金支付监管存在的难点，总结各地采取的有效措施，并对加强医保基金支付监管提出思考和建议。

【关键词】 医疗保险；基金；支付监管；浙江

【中图分类号】 R1-9；R197

【文献标识码】 A

【文章编号】 1003-0743（2012）11-0025-03

医疗保险基金支付的监管一直是一个世界性的难题。在医疗服务市场中引入医疗保险制度后，医疗供给方、被保险方和医疗保险管理方形成了复杂的三角“委托-代理”关系，医疗保险特有的“第三方”付费机制和信息不对称使医患合谋产生的道德风险难以监控，这就使医保费用支出的控制变得尤为艰难^[1]。如何在保证参保人员基本医疗需求的前提下，控制医疗费用的不合理增长已成为医保管理工作的核心问题。对医保基金支付环节监管是否有效对医疗费用的控制具有最直接的作用，医保基金支付监管包括对医保待遇水平的合理控制、使用有效的费用支付方式以及控制道德风险的产生等方面。因此，医疗保险的制度设计、费用支付方式、监管体制和手段都会对医保基金支付监管的成效带来影响。

1 社会医疗保险基金支付监管的难点

1.1 医疗保险制度设计缺陷

一是社会医疗保险的统筹层次较低，政策制度呈现碎片化。目前我国的社会医疗保险制度主要由城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗组成，三项制度在筹资水平、保障水平、支付方式等方面均有差异。制度的碎片化不但给统计、管理带来了难度，而且容易造成各统筹地参保人员之间的攀比，一个地区待遇的上调会使得其周边地区也被迫进行待遇的调整，这就给基金支付带来了压力。

二是在设计医保待遇时，对未来基金的收支运行情况缺乏科学的测算机制作保障。医保的待遇水平具有刚性，一旦由于待遇水平上升过快导致基金支付有压力后，待遇下调的阻力将非常大，只能通过提高缴费标准进行弥补。由于退休人员不缴纳医疗保险费，而根据以往统计，退休人员的人均医疗费用支出达到了在职人员的 6 倍左右，随着未来人口的老齡化，医疗保险基金支付压力会不断上升。

1.2 医疗保险基金管理体制未理顺

收稿日期：2012-09-25

① 浙江省劳动和社会保障科学研究院 杭州 310007

② 中共温州市瓯海区直属机关工作委员会 浙江 温州 325000

作者简介：黄佳莺（1985-），女，硕士学位，助理研究员；研究方向：社会保障；E-mail: huangjiaying500@sohu.com。

我国医疗保险 3 项制度在管理主体的职能划分上,存在着职能交叉、多头管理的问题,监管的主体不明确^[2]。3 项制度中,多数统筹地区的城镇职工医疗保险由社会保险部门管理和经办,而面向城乡居民的医疗保障体系的保障模式和管理体制就较为复杂,很多地区形成了社会保障、卫生、计划生育、政府服务中心等多部门管理的局面。这就造成了政策制度的碎片化和责任主体的不明确。多头管理、机构重复设置增加了政府行政开支,带来了较高的管理成本,也使监管的难度加大,产生了诸如重复参保、统计数据口径不一致、管理协调工作困难等问题。

1.3 医疗保险基金监管手段不足

对于过度医疗和不合理支付等违规使用医保基金现象一直缺乏有效的监管手段^[3]。一方面,由于缺乏出入院、用药、检查化验等各类临床医疗技术标准,对定点医疗机构通过小病大治、重复用药、重复检查和挂床住院等过度医疗产生的基金不合理支出的监管难度较大。另一方面,参保人员就医或配药时所发生的不符合医保诊疗项目、医疗服务设施、用药范围和支付标准的医疗费用转嫁给医保承担的现象仍无法杜绝。例如,一些营养保健药品通过医保支付,因斗殴、交通事故、自杀等所造成的外伤医疗费用由医保支付,异地就医人员编造病情、滥用新药等违规现象,由于缺乏具体的支付政策和审核办法,依旧是监管的难点。

1.4 医疗保险费用支付方式单一

在医疗保险中,不同医疗费用支付方式会对医疗服务的提供者产生不同的激励和制约机制。目前,我国多数地区实行的是按服务项目付费的结算方式。按服务项目付费指医疗保险机构根据医疗机构上报的医疗服务项目和服务量向医疗机构支付费用,它属于事后付费。这种付费方式具有实际操作方便、与数量直接相关的特点,但是对医、患双方都缺乏费用控制机制,医院和医生可以通过开大处方、重复检查、延长住院时间和增加医疗单元等来增加不必要的服务,容易产生诱导需求和过度医疗服务。

2 浙江省对加强医保支付监管进行的探索

为加强医保支付监管,控制医保费用不合理支出,浙江省医疗保险管理机构通过实行网络化管理、加强对定点医疗机构的监控、尝试改革医保费用支付方式等多种方法对基金支付进行监管,取得了一定的效果:

2.1 对医保基金收支各环节实行网络化管理

通过公开招标,浙江省医保中心开发了着重针对各类违规行为的监控软件。管理软件应用后,实现了医疗费用和住院信息的实时上传、实时提醒,有效制止了违规人员在多家医院反复就诊,骗取医保基金支出的行为;参保人员在各医院、药店用药量实现实时统计累加,超过设定限额时在医生开处方时弹出提醒窗口,防止参保人员将自己的医保待遇转借他人甚至倒卖药品牟利;对“3 个目录”(医保药品、诊疗项目、医疗服务设施)进行创建和准入,由系统自动控制某个药品、诊疗项目是否进医保范围,这也为了解疾病发生情况和统计分析单病种费用创造了条件。除此之外,浙江省湖州市利用医保信息系统对基金收支运行进行预警监控,对增幅较大、超平均值较多的单位进行跟踪监控,提出限期整改意见;浙江省桐庐县实现了“双定”机构出入库明细和日报表、月报表实时上传,做到每日药品数量和医疗收入金额的实时监控。

2.2 加强对医保定点医院(药店)的监控

浙江省湖州市建立了医保医师协议管理制度,从预防和控制医保违规发生的源头着眼,充分发挥医师在医保基金管理中的重要作用。湖州市医保局委托医院与医师签订医保服务协议,根据协议约定,对医保医师的申请准入、考核激励、违规退出等制定一系列管理措施。目前,湖州市区 81 家定点医疗机构的 2900 多名医师全部签订了医保服务协议。通过计算机管理模块,对医师的医保服务实行积分制管理,签订协议的医师累计扣分超过限额的,将被终止医保服务协议,这对促进医师加强自律、

规范服务起到了很好的作用。2007 年湖州市区在参保人员净增 2.04 万人的情况下，基金支出同比减少了 1215 万元。浙江省杭州市余杭区引入中介机构，用“第三只眼”参与对定点单位的监管。借助中介机构的财务审查能力，并辅以医保机构的专业监管能力，较全面地掌握定点单位的医保费用发生情况，使医保基金监管制度更具有针对性和可操作性。定点药店由于分布分散、违规操作“便利”，监管难度更大。在对定点药店的管理上，湖州市实行了医保药品专区经营、专柜存放、专账管理和专人负责“四专”管理模式，将医保药品陈列专柜，独立建账管理，实现医保药品进、销、存计算机实时规范管理。

2.3 探索对医保费用支付方式进行改革

针对按项目付费对医保费用无法进行控制的缺陷，浙江省杭州市从 2010 年 1 月 1 日起对各定点医疗机构的医保费用支出实行总额预算管理。其年度医疗费用预算总额在年初确定，年末结合医疗机构实际提供的医疗服务量、日常管理服务情况及绩效评定等进行年度决算。超过决算指标的医疗费由医疗机构自行承担大部分。通过 1 年多的实践，总额预算付费制度控费效果表现明显，2011 年 1~3 季度，门诊次均费用与上年同期相比增幅仅为 0.56%，而一般住院次均费用比上年同期下降了 4.58%。浙江省金华市对医保费用支付方式进行了多年的改革和探索，形成了以“服务单元付费（定额结算）为主、高额费用补助、病种付费等为辅，以考核浮动补助为补充”的综合性付费方式。即先将各医疗机构的单病种费用、高额费用、床日费用进行结算，再按确定的定额结算标准结算其他住院人次的医疗费用，年终再根据医疗机构全年住院医疗费用及考核情况进行总结算。

3 对加强医保基金支付监管的思考和建议

3.1 创新医保基金支付监管模式

在创新监管模式方面应广开思路，多出新举措，可以借鉴的经验有：一是建立定点医疗机构医保医师协议管理制度。在医保机构与医师签订医保服务协议，并施行考核激励、违规退出等一系列管理措施后，医保机构可以直接参与对医师的管理。这一方面可以从预防和控制医保违规发生的源头入手，减少管理层次，提高监管效率；另一方面也提高了医师的自律意识，解决了医师个人违规医院受罚的问题。由于设置了医保医师违规退出的规定，在医疗保险覆盖面越来越大的情况下，对医师的约束作用也会更加明显。二是引入外部监督机制。引入第三方医疗费用审核机构，可以弥补医保部门监管力量的不足，也可以使审核更加中立和公正。日本实行的“第三方审核制度”值得我们借鉴。在日本，医疗机构定期把医疗结算清单送交医保部门，医保部门委托医疗费用支付基金会和国民健康保险团体联合会（第三方机构）进行审查。如果发现医院开大处方等违规行为，会立即取消该医院为被保险人提供医疗服务的资格。这虽然会增加一定的审核费用支出，但在控制医保基金不合理支出方面会产生明显的作用。此外，还可以适当引入社会监督机制。通过聘请义务监督员、设立投诉举报中心等方式，充分发挥群众的监督作用^[4]。

3.2 建立多元化的医保费用支付机制

不同的医疗费用支付方式会对医疗服务供给者产生不同的激励和约束机制，每一种支付方式也有其优缺点，针对不同种类的医疗服务建立多元化、混合的支付体系，可以消除某一支付体系的负面效应而保留综合优势。在未来医保费用支付体系建设时，可以考虑以总额预算方式为基础，建立预付制和后付制相结合的费用补偿机制，形成互为补充的复合式支付体系^[5]。采取总额预付制有利于从宏观上控制医疗费用的增长规模，同时，针对医疗服务的多样性，综合应用多种支付方式。对诊断明确、临床治疗路径稳定的病种可以实行按病种付费；对床日费用变动较小、难以通过延长住院天数来增加费用的疾病可按床日费用付费；对社区、村镇医疗卫生服务中心可实行按人头付费办法。

3.3 理顺医保基金监管体制

提高统筹层次，统一医疗保险管理机构，减少制度的碎片化将是未来医疗保险改革的趋势。目前首先可以实现管理部门和

经办部门的统一，在此基础上实现制度的城乡统一，考虑到城乡生活水平的差异，在制度设计上应具有一定的弹性，允许筹资水平与待遇水平挂钩。另外，在目前分散管理、统筹层次较低的情况下，各地在设计城居医保和新农合的筹资标准和待遇水平时自主性较大，政策的变动性也较大，这不利于制度的可持续运行。在整合制度、提高统筹层次后，对筹资标准和待遇水平的设计要进行科学的测算，考虑到未来人口老龄化的趋势，并充分估计财政支出的承受能力。

3.4 加强医保机构人员保障机制

在参保人数大幅增加，就医人数日益增多的情况下，医保经办和管理人员工作量繁重，各地医保机构人员保障不足的问题都很突出。充足的人员保障和高素质的医保人才队伍可以说是医保监管的基础。在医保机构人员保障机制方面，应确定合理的经办机构管理人员与服务对象人数的配比比例，根据国家社会保障经办人员与服务对象 1:5000 的标准设置医保机构的人员编制，保证医保监督管理人员队伍的稳定性，并且通过举办培训班、经验交流活动等形式，提高工作人员的业务能力，规范经办、稽核的工作标准。在劳动保障基层服务平台建设方面，要加快建立乡镇（街道）、村、社区劳动保障站，配备劳动保障员，做到人员和经费的到位，使劳动保障服务工作向基层延伸。

3.5 充分发挥计算机信息网络的数据监控作用

在管理人员紧缺的情况下，有效利用计算机技术对加强基金的审核、稽核的效率可以起到重要的作用^[6]。计算机信息网络技术的应用一方面可以合理设置基金征缴、支付和审核的流程和岗位权限，及时发现不合理支付的现象；另一方面还可以利用计算机技术建立医保基金收支检测预警系统。在数据采集和统计的基础上，利用数据挖掘技术对数据进行分析 and 利用，对包括参保人员构成和职工赡养系数、基金征缴率、医疗费用个人负担率及基金收支平衡点等指标进行动态监测，尽可能早地发现医保基金运行中的潜在风险，及时研究化解风险的对策和方法。

另外，由于医保业务的复杂性，医保软件前期研发的成本巨大。目前医保软件的研发由各统筹地区自行完成，每次都需投入大量的研发经费，且因为研发单位的不同，软件的种类也各不相同，不利于各地区信息的交换和数据统计口径的统一。建议医保软件的开发工作由全省统一完成，这样既避免了重复投入，在以后实行全省医保“一卡通”后也有利于各地信息的交换和费用的结算。

参考文献：

- [1]周学荣. 中国医疗价格的政府管制研究[M]. 北京：中国社会科学出版社，2008.
- [2]安华. 英美全科医生对我国医疗保险费用控制的启示[J]. 北京市工会干部学院学报，2005, 20(4):38-42.
- [3]马军生, 李若山, 李永伟. 完善我国医疗保险基金监管体系的思考[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(10):50-52.
- [4]杨东. 医疗保险费用控制机制分析[J]. 财经界，2008(11):35.
- [5]郑大喜. 医疗保险费用支付方式的比较及其选择[J]. 中国初级卫生保健，2005, 19(6):6-9.
- [6]陈蕙. 中国医疗费用控制：来自 HMO 的启示[D]. 厦门大学硕士毕业论文，2007.