



社会医疗保险的可持续发展

陈文

社会医疗保险作为卫生筹资的一种重要形式，因其在实现保障卫生服务可及性、服务质量、服务提供的效率与费用控制等政策目标方面符合人们的多重要求而为许多国家所采用。社会医疗保险体系通过不同的制度安排不同程度地实现了资源动员、风险保险与资源再分配的系统目标，但是，在其具体的运行过程中仍然面临着多项政策抉择。系统而深入地研究这些政策抉择，预见性地考虑到每项政策抉择的近期与长远影响，合理权衡，才能保证社会医疗保险体系的可持续发展。

我国社会医疗保险体系已初见雏形，城镇职工基本医疗保险稳步推进、新型农村合作医疗不断拓展、城镇居民医疗保险全面启动、商业医疗保险不断扩展。从制度长远发展的角度，需要本着可持续发展原则，审慎考虑相关政策抉择。

一、抉择筹资强度

筹资强度不仅取决于筹资来源，包括参保者、雇主和政府的筹资能力与出资意愿，而且也取决于社会保险所要覆盖人群的社会经济学特征、医疗消费水平、优先覆盖的医疗服务范围与保障程度等。社会医疗保险作为长期性的社会制度安排，在合理权衡筹资能力、出资意愿与筹资需求的同时，还要适当考虑医疗需求增长与社会经济发展的相对趋势，特别是人口老龄化与疾病模式转变所带来的代际共济问题。

筹资强度具有刚性，既不能调低而降低保障水平，也不能短期内持续调高而影响参保意愿；其起始水平没有通行的技术原则，却需要精妙的决策艺术。多渠道筹资虽是常见做法，却没有固定模式，也欠缺比例分担的理论支持。

随筹资强度而定的共济层次虽是越高越好、共济范围也是越大越好，但显然也会带来管理成本的急剧上升以及人群差异程度加大后导致的不平衡问题。随着社会医疗保险的开展和保障程度提高，卫生筹资公平性相对得到改善，但真正意义上的卫生筹资公平和公正仍会受制于甄别参保者支付能力的技术障碍以及侦察成本。

二、确定保险覆盖范围与保障程度

保险覆盖范围及保障程度与筹资强度是相互作用、相互影响的。在既定的筹资强度下，确定相对较窄的保险覆盖范围或较低的保障程度，则会降低医疗保险资源的利用效率；而相对较广的保险覆盖范围或较高的保障程度，则会造成保险基金的入不敷出或保险覆盖人群医疗服务需求的不能满足。两者之间的平衡与调整还受到供需方费用控制机制、供方支付激励机制以及保险与医疗服务管理机制的多重影响。无论举办社会医疗保险的组织是政府部门，还是独立的非营利性机构，如果没有强有力的外部激励与约束，

在这种政策抉择下一般都会保守地选择相对较窄的保险覆盖范围或较低的保障程度，以应对各种可能的超过预期的医疗保险支出增长，而医疗保险引致的道德风险恰为这一保护性举措提供了确凿证据，这既降低了社会医疗保险资源的利用效率，在某种程度上也可能导致医疗保险管理与医疗服务提供的低效率。

确定保险覆盖范围需要决策者设定必要的价值判断标准，依赖于不同医疗服务项目对健康影响、人群需求强度、技术本身的成本效果，抑或不同标准的组合。在健康状况下、患病情况下，以至突发性或危重状态下，人们对医疗服务项目和技术的主观偏好会发生很大偏移，导致对保险覆盖范围选择的价值偏离。因此，一方面需要对确定保险覆盖范围的价值判断标准有一个共同选择、形成共识和不断修正的机制，另一方面还需要不断宣传教育、获得公众认同的过程。从某种意义上说，社会医疗保险不仅是单纯意义上的医疗保险体系，更应该是广泛意义上的健康保险体系，以促进人群健康为目的的社会健康保险体系不应该割裂医疗服务与预防保健服务的界限，而应该从是否有利于促进健康角度来确定保险覆盖范围，需要从体制与机制上往这一方向进行努力。

三、改进效率

效率是主要政策目标之一，但是，效率改进并不必然伴随着医疗费用的降低。

供方支付方式是有效影响服务提供效率的主要手段之一。按项目付费简便易行，具有一定的操作效率，但是，在缺乏有效监控的情况下，医生诱导需求及不同医疗服务项目之间的价格扭曲则会造成服务提供的极度非效率；按单位服务量或病例付费虽能提高服务提供的效率，但是，也会发生供方选择病人和分解服务的现象；按人头预付是更有效率的支付方式，但也会发生拒绝病者、风险选择与治疗不足的现象，在不充分的按人头预付下，如只对全科医生或门诊服务实施按人头预付，就会促使医生设法将病人向医院服务或其他专科服务转诊，其结果反而降低医疗服务的整体效率；总额预算理论上是最有效率的支付方式，但其实施效果与系统内的制度安排、组织结构与管理机制紧密相关，医疗质量与病人满意度往往是被忽视的方面。任何供方支付机制都不是单一运行的，医师服务与医院服务的支付方式可能不一样，门诊与住院服务可能不同，医师除薪资或按人头额外可能还有其他绩效性激励等等，不一而足。因此，社会医疗保险制度下供方支付方式与卫生系统的组织结构、管理机制及其他监控机制紧密相关，相互共同作用下决定了整个系统服务提供的效率。

购买服务被认为是一种社会医疗保险有效利用市场机制改善效率的方式。当存在多个服务提供者时，医疗保险机构利用购买力垄断而将病人导向具有成本效果的服务提供者使得服务提供者之间因相互竞争而降低医疗费用或提高服务质量。然而，区域内医疗机构数量较少或功能定位存在级差造成竞争不力，供方的相对垄断有可能使得服务购买难以实现。

就微观技术层面而言，临床诊疗规范、病例管理与疾病管理是使用最广泛的改善医疗服务提供效率的措施。临床诊疗规范是就某个疾病诊断或症候群在特定的医疗机构内实施诊治最具成本效果的技术路线，体现的是特定医疗机构内医疗服务的最高效率；病例管理是对特定的重大疾病的诊治实施不间断监控的管理技术，以控制这些病例的医疗费用；疾病管理则强调预防与教育，对特定疾病实施前瞻性与发病时的干预，以控制疾

病发生及改善预后。愈是高级的管理技术愈要求不同种类的医技人员与卫生机构的紧密配合，以达到卫生服务整合与协调提供的效率。卫生服务组织结构的变化与资源配置不是以便于管理为标准，而应以改善整个系统服务提供的效率为标准。

高新医疗技术包括创新药品的使用既可能增加医疗费用，也可能大幅度提高医疗服务效率，从系统角度权衡医疗费用增长与医疗服务效率提高从而决定采用适宜的高新医疗技术也是社会医疗保险政策抉择内容之一。

四、控制费用

社会医疗保险费用约束的刚性(以收定支)决定了其必须采取一定的费用控制机制来平抑医疗服务需求的波动。另一方面，社会医疗保险强制性地要求法律法规所确定的目标人群必须参保，消除了商业医疗保险市场所存在的选择问题，但是，医疗保险所致的道德风险依然存在，必须采取特定的费用控制机制以抑制医疗费用上涨。

社会医疗保险在需方费用控制方面多采用传统的起付线与费用共付要求，以提高保险覆盖人群利用医疗服务时的费用意识。需方控制机制在多大程度上抑制了医疗服务需求，目前还存在争论。有一种观点认为需方控制机制同等地抑制了有效与无效的医疗服务需求，长远而言不一定有利于医疗费用控制。但是，客观上起付线的采用降低了社会医疗保险处理保险费用结算的管理成本，费用共付则为服务供方在保险总额预付或定额标准限制下提供了经济激励，从而提高了服务效率。需要注意的是，由于存在消费者费用共付，供方有可能将保险限制或不覆盖的医疗服务项目更多地转移给病人负担，而就社会医疗保险机构而言，也不存在监控病人经济负担的责任与激励机制，其结果是费用共付惩罚了病人；另一方面，中高收入者可以通过各种形式的补充或附加医疗保险以避免社会医疗保险的起付线、费用共付或封顶以上部分的费用负担，而唯有低收入者才会受到社会保险需方费用控制机制的制约。

医生在医疗服务提供中占据主导地位，既发挥着病人代理人的角色，为病人的疾病诊治提供完全的专家指导，同时他又是服务提供者，控制着医疗费用发生额的绝大部分，这个双重角色在社会医疗保险制度下更有互利关系，单方面的需方控制由于消费者对医疗知识的匮乏显然不能抑制医疗费用的上涨。医疗服务市场的特性决定了改变医师行医方式的困难，合理的支付激励、利用控制机制及选择与竞争机制等管理保健要素可能也是社会医疗保险制度下的政策选择。

五、小结

在社会医疗保险制度下，抉择筹资强度、确定保险覆盖范围与保障程度、改进效率以及控制费用是相辅相承的，每一个方面都与其他方面紧密联系。确定保险覆盖范围与保障程度是以筹资强度为限制，以医疗服务效率为基础的；改进效率意味着长期医疗费用下降与较低的筹资强度；控制费用与改进效率意味着在既定的筹资强度下可以扩展保险覆盖范围与提高保障程度。总之，这相互联系的四个方面以特定的政策目标为核心，构筑起不同的社会医疗保险体系。

我国社会医疗保险体系还处于不断完善发展阶段，不仅有制度初创的磨合与利益调整问题，而且还有不同医疗保险制度之间衔接与切换的现实问题，需要我们本着长远发展的眼光，立足于政策设计的诸多技术考虑，切实推进医疗保险可持续发展。

文档附件：

编辑： 文章来源：

版权所有： 中国社会科学院社会学研究所
E-mail:ios@cass.org.cn
欢迎转载，敬请注明：转载自《中国社会学网》[<http://www.sociology.cass.cn>]