

法治医保大目标 与医疗协议关系分析

杨燕绥 王宇田

(清华大学医院管理研究院 深圳 518055)

【摘要】 医疗服务利益相关人地位平等且非属商品交易关系，医疗保障法属于非公非私、亦公亦私的第三法域，即社会法。本文基于可及性、安全性和可支付的铁三角定理描述了医疗保障大目标及其立法原则；基于社会契约特征描述了医疗服务协议的平等协商原则和社会治理机制。医保机构作为参保人的法定代理人，具有甲方地位和先行要约权，由此发挥医保对医院发展和医生行为的引导作用。

【关键词】 医疗保障目标；医疗服务协议；法治医保

【中图分类号】 F840.684 C913.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3830 (2018) 10-14-3

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2018.10.004

Medical Insurance Governance Goal in Law and Medical Service Agreement Relationship

Yang Yansui, Wang Yutian (Hospital Management Research Institute, Tsinghua University, Shenzhen, 518055)

【Abstract】 The health service stakeholders have equal status and non-commodity trading relations, and the medical security legal system belongs to the third legal field of non-public, non-private, but also public and also private —social law. Based on the triangulation theorem of accessibility, safety and affordability, this paper describes the objectives of medical security and its legislation. Based on the characteristics of social agreement, the principle of equal consultation of medical service agreement and the operation mechanism of social governance are described. As the legal agent of the insured, the medical insurance institution has the status of a party and the right of first offer, thus playing the role of medical insurance as an engine of hospital legal system and doctor behavior.

【Key words】 medical security target, medical service agreement, medical insurance governance in law

法治即指依法治理。其含义在于，一是有法可依。法律应当是利益相关人之间的妥协与共识，但在特定的国家里其取决于话语权的归属和立法程序。二是走治理之路。治理即指利益相关人之间长期合

作与实现共赢的制度安排和实施过程。医疗服务的利益相关人相对较多，但人的生命不是交易标的，由于医疗资源有限、信息不对称，容易导致政府失灵和市场失灵，由此依法进行社会治理是必由之路，即

在国家、社会和居民之间形成社会契约关系。目前，在世界卫生组织的194个成员国中，已有114个国家基于卫生法、医疗法和医保法建立了医疗保障制度。

1 依法界定医疗保障大目标

1977年世界卫生组织（WHO）提出“人人享有基本医疗服务”的社会保障目标，一般指初级诊疗，

【收稿日期】 2018-9-10

【作者简介】 杨燕绥，清华大学医院管理研究院教授，主要研究方向：医疗保障研究。

【基金项目】 国家社科基金重大项目“实现积极老龄化的公共政策及其机制研究”

(17ZDA121)。

乃至个性化特需医疗以外的全部医疗。具体保障水平取决于一个国家的经济发展水平,服务质量取决于可及性、安全性、可支付铁三角定理的法治架构(见图1)。

可及性涉及国民获得基本医疗服务的半径和路径。国家要基于卫生法合理配置医疗资源和制定卫生发展规划,辅之以财政和医保基金的分级付费,支持合理就医、合理接诊和分级诊疗,着重发展社区家庭医生团队签约服务的预防保健、首诊和慢病管理,打造大全科一小专科和疑难危症找专家的正三角就医格局。应当将其纳入地方政府绩效考核指标,由此鉴别卫生政策和医保政策的可及性,警惕打着医联体旗号跑马圈地的白色GDP利益集团扰乱国家医改方向,纠正倒三角的就医秩序。

安全性即指国家基于医疗法实施全面质量控制,规范医疗行为和评价医疗机构,确保患者获得可信任的医疗服务。现代管理即指“总结过去——立足当今——对接未来”的过程,经验医疗属于农耕式生产方式,注重数量而无暇顾及质量;循证医疗属于工业化生产方式,因注重质量而关注诊疗信息化、病例规范化、治疗路径化(退让要给理由)和医生组的能力;精准医疗属于互联网生产方式,让医疗资源有效利用且围着患者转。在现代医院管理的过程中,质量管理经历了“可忽略——可评估——看疗效”的过程,医疗服务的可及性不断提高。目前我国经验医疗仍占主导地位,大部分医疗机构信息化不达标,难以进入循证医疗的路径,阻碍了健康大数据的生产,现代医院建设任重道远。

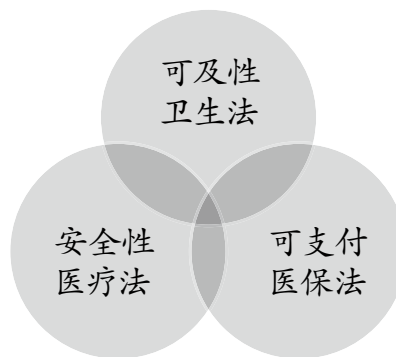


图1 界定医疗保障目标的法治架构

可支付即指基于医疗保险法或者医疗筹资与支付法将基本医疗服务成本和价格控制在一个可支付的水平内,不能因贫困拒绝服务。为此,需要国家依法建立综合治理机制:一是基于经济发展水平制定服务包,任何人都没有权力随意减少和增加;二是基于医生共识和社会契约建立随机均值定价机制,停止政府定价和垄断企业定价;三是改革支付方式促进医疗机构有序竞争;最终确保基本医疗服务价格弹性小于1。在医疗总支出中,财政预算30%、社会互济45%(含社保和商保)、个人支付25%,对灾难性支出的人群实行精准扶贫的救助。财政补偿与医院责任和绩效关联,医保基金补偿与医生组的质量和风险关联,个人补偿与个人收入关联。

2 医疗服务协议的社会契约运行机制

在医患保等利益相关人之间建立社会治理机制,兑现可支付原则,是实现法治医保的前提条件。医疗法律、医保法律和医疗服务协议均属于社会法范畴,诸多利益主体处于平等地位,既不是行政法的隶属关系,也不是民法的交易关系。社会法具有亦公亦私的特征,

这要求,一要坚持人人享有基本医疗服务的公共目标;二要确保每个参保人的合法权益、患者的健康权及信息安全。

2010年颁布的社会保险法第31条已经明确规定:“社会保险经办机构根据管理服务的需要,可以与医疗机构、药品经营单位签订服务协议,规范医疗服务行为”。一个医生处方涉及十几个或者几十个供应商和上百种产品,政府部门包揽定价不仅是行不通的,反而有利于培育寻租文化和滋生腐败。以往医保单方定点、指令协议和医保基金总额切割的做法该刹车了。坚持以社会契约和社会法治原则打造医疗服务协议的运行机制,应当坚持如下三个原则。

2.1 地位平等的协商机制

医患保等利益相关人地位平等,需要建立协商决策机制。国家医保局属于法治权威机构,主要职责在于打造医疗保障的社会治理机制,而不是发出行政命令。在医疗服务社会契约中,医保经办机构和医疗机构是具有代表性的主体。

医疗保险经办机构是全体参保人的法定代理人,是拥有先行要约权的甲方,包括提出基本医疗目录草案、药品目录草案、遴选协议医

疗机构和医师的规则、智能监控规则、医疗保险待遇及其调待规则、定价与支付改革议案等；其甚至可以先对医疗服务定价的随机均值做减值 $(1-x)$ 处理，再对儿科、精神科、老年科等收入低的医生组做增值 $(1+x)$ 处理，从而维护基本医疗服务的均衡性，进而促进所有利益相关人达成共识。

医疗机构包括医务人员和连带药品医用耗材供应商，共同属于乙方，应当接受甲方的合理要求，也具有反要约和提出新要约的权利，直到双方达成共识。例如，实行疾病组(DRGs)点数付费制度，需要医保和医疗机构及其医生组就疾病分组和权重进行充分的讨论。有些中心医院的部分重大疾病组处于亏损状态，在不能推诿的情况下应当做出DRGs成本疗效分析报告，一方面做好控费，另一方面与医保支付改革小组和相关人进行再对话和再谈判。

在医疗保险计划内，参保人的诸多权利被视为默认代理，如定价与支付、质量评估等，由此形成对参保人、医疗机构和医务人员的话语权。但法律明确规定的个人责任，则由个人承担，如依法申报缴费基数和缴纳医疗保险费。再如，我国社会保险法第88条规定：“以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的”情况，应当退还骗取的社会保险金，处以罚款，严重的还追究其刑事责任。

2.2 信息共享的履约过程

信息共享是平等协商的前提条件。甲方必须将与医疗服务协议相关的机构遴选、管理规则、定价过程、支付标准、监控结果、医保基金运行、参保人权益记录等信息定期进行披露，包括向社会公众、参

保人和参保患者的分类披露。为此，甲方可以要求乙方提供标准的、准确的、可统计的医疗信息，包括健康档案信息、病案首页信息、临床路径信息，以及可分解的用药、手术与耗材等数据。乙方可以要求甲方在实施全程智能监控时，将监督寓于服务中，向医务人员提供信息服务和医保政策的事前指导。如医保实行总额预算付费制度，预先确定支付标准，在医疗服务结束时即时付费，以支持医疗机构完善预算制度和实施成本控制。2014年，人社部《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》(人社部发〔2014〕54号)要求医疗保险经办机构引入智能审核与监控，找到与医生对话的办法，改变信息不对称的局面。

2.3 实现多方共赢的综合治理

实现基本医疗利益相关人共赢的目标需要综合治理和建立一系列考核指标。

首先是宏观指标——资源配置。基本医疗供给要与经济发展水平相适应，OECD数据显示其主要成员国家的卫生医疗总费用的同期均值是GDP的7%左右，目前我国达到6.5%，还有提升的空间。其中，财政预算占卫生总费用的30%，个人支出不高于30%，社会互济达到40%以上，显示我国近期数据在基本合理区间内。2016年国务院提出将年均卫生医疗总费用增长率控制在10%以内，还要控制价格增长，医疗服务价格弹性必须小于1。继而针对遇到灾难性医疗支出的人群实施精准扶贫。

其次是中观指标——补偿机制。合理补偿(compensation)机制是确保基本医疗服务和公立医院公

益性的必要条件。一是占卫生总费用30%的财政预算，对公立和民营医疗机构的差别拨款要合理，对承担不同责任的医疗机构和项目的拨款要有针对性，通过绩效考评实行奖励性拨款。二是占卫生总费用的45%左右的医保基金的支付方式，要借助互联网、智能监控和医疗大数据，建立科学评估定价机制，通过学习与创新逐步从农耕式数量(Fee For Service)评估定价到工业化质量(疾病分组, DRGs)评估定价和互联网价值(VBP)评估定价；要以总额预算付费(PPS)替代按项目付费，预先公布下一年度的医保基金支出预算和提示疾病组支付标准(基于往期数据的随机均值)，方便医疗机构制定事业发展规划和财务预算，这是医疗机构合理控费和提高质量的管理基础。以金华和柳州等地开展的“病组点数”付费方法为例，其有效地将医保基金配置到医生组的绩效上，形成“低成本、高点值，高成本、低点值”的激励相容的支付机制和平衡机制，引导医疗机构合理接诊、控制成本和提高质量。

最后是微观指标——有序竞争。激励医疗机构建立提质控费的内生机制，做好事业规划，合理接诊；完善信息化，进入循证医疗；完善财务预算，做好成本管理，健全薪酬制度；全程质量控制，提高医疗质量。■

【参考文献】

[1] 肯尼斯·阿罗(Kenneth J.Arrow).不确定性和医疗保健的福利经济学(节选)[J].美国经济评论,1963.

[2] 董文勇.医疗费用控制法律与政策[M].北京:中国方正出版社,2011-09.