

## 一调二立三完善 用好这笔“救命钱”

### ——关于职工基本医保基金管理的几个问题

清华大学医院管理研究院 杨燕绥 清华大学公共管理学院 常培笙

我国职工基本医疗保险费率为工资总额的8%左右,近几年国家连续降低社会保险费率,均未涉及到医疗保险费率。主要原因如下:一是在国际比较中看到,我国医疗保险费率居于中等水平。例如,美国老遗残社会医疗保险费率为工资总额的6.4%,德国社会医疗保险费率为14%。二是目前一些大病被医保基金支付封顶线排除在外,部分参保职工家庭因病致贫,从长远来看,职工医保基金还面临着较大的支付压力。

在1998年-2017年的20年里,我国基本医疗保险覆盖1.35亿人,基本实现了城乡居民全覆盖,完成了中国医疗保障制度架构建设。但是,企业缴费的30%即1.8%、职工个人缴费2%,共计3.8%被划入参保职工的个人账户,没有社会互济性。如果再减去被套取欺诈和被过度医疗的医保基金,职工基本医保基金有多少被用于“合理的医疗服务”?可见,确保医保基金安全和提高使用效率成为我国医疗保险在新时期的核心任务。

调整用人单位医疗保险缴费,全部计入社会统筹基金。

1998年国务院发布的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》规定,城镇职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成,用人单位缴费的30%计入参保职工的个人账户,用于支付门诊医疗费用。在实践中,这个政策的执行出现三级分化的问题。有些地区按照参保人员年龄增长,提高企业缴费划入个人账户的资金额度,甚至出现企业医疗保险缴费的50%以上计入职工的个人账户,社会统筹基金收入不足工资总额的4%。有些地区不对个人账户资金进行封闭管理,个人账户资金被用于日常开支,实行门诊统筹时又增加企业缴费,企业医保费率达到工资总额的8%以上。还有一些地区没有开设职工基本医保个人账户。

文献研究结果显示,只有新加坡在公积金制度下设立了家庭医疗储蓄账户,美国商业健康保险设有个人账户,全球几乎没有在社会医疗保险计划内设立个人账户的制度安排。1998年,我国要求将部分用人单位缴费计入职工个人账户的主要目的是用于支付门诊医疗费用。如今伴随慢病高发和医疗费用增长,门诊小病可以自费、门诊大病个人账户资金远远不够,部分参保患者为了治疗门诊大病去医院“占床”的情况时有发生。2010年颁布的《社会保险法》中没有提及职工医疗保险个人账户,职工基本医疗保险个人账户的制度安排已经没有法律依据。国家医疗保障局发布的《2018年医疗保障事业发展统计快报》中透露,截至2018年来,职工基本医疗保险基金累计结余23233.74亿元,其中职工医疗保险个人账户积累7144.42亿元,人均仅有2000多元。为此,有学者建议取消个人账户,有地区为激活个人账户积累资金,允许用其为参保职工自己和家人购买商业健康保险产品、进行体检,甚至购买健康卡和游泳卡等。总之,一方面,医保个人账户的地方政策和基金管理出现了乱象;另一方面,职工医保统筹基金设有封顶线,将部分大病医疗费用推向自费,导致因病致贫现象发生。虽然从基本医保基金中划拨部分资金给商业健康保险公司进行二次赔付,大病金贫现象有所缓解,但大部分商业健康保险公司在亏损中运营,难以彻底解决。综上所述,个人账户政策好比“前窗后门走风漏气”的房子,亟待修缮。

鉴于福利的刚性,简单取消个人账户不如通过门诊大病统筹进行权益置换。权益置换指在增加A权益的同时,降低B权益,受益人的总体利益没有下降,但利益格局有所变化。社会保险不同于社

会救助,强调权利与义务对等原则,先有参保缴费的权益记录,才能享有医疗保险待遇,权益不宜轻易被取消,权益置换具有帕累托改进的效果。用人单位缴费划入个人账户资金最多的是 50 岁-60 岁的职工,他们也是门诊大病医疗费用最高的人群,通过宣传教育他们能够明白这个道理。至于计入个人账户的职工缴费部分(个人工资的 2%),建议 1%用于参加门诊统筹,1%用于参加长期护理保险。

建立健全一体化医疗保险基金监督机制,严防医保基金被欺诈。

套取和欺诈医保基金的行为,属违规违法的行为。近期,国家医保局通报了飞行检查的 16 起骗保案例,地方医保局也通报了一批处罚决定。骗保现象层出不穷,亟待建立全国一体化的医保基金监督管理办法。

近年来,在人社部《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》和《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》的指导下,宁夏、广西柳州、江苏苏州等地先行引入智能审核监控系统。上海和天津建立了专职医保监督检查所,广州建立了专职医保监督检查队伍,强化了医保行政监督与执法的力度。综上所述,一个“事前提示的过程监控(医生-患者)、长期合作的协议管理(医保-医院)和依法办事的行政监督(政府-相对人)”三维一体全程智能的综合治理机制雏形已经形成。

应当践行十九大报告中提出的“打造共建共治共享的社会治理格局”的要求,通过医疗过程监控和运用大数据发现问题,依靠医生自律解决 90% 以上的问题;通过医疗服务协议管理,在医院医保自我管理解决剩余问题的 90% 以上,最后通过行政监督解决剩余 1% 的问题,但要遵循医护规律,做到有法可依、违法必究,且有强有力的执法机构。

完善医疗过程智能监控和医保支付引导,慎防医保基金被过度医疗侵蚀。

过度医疗包括如下两种情况:一是基于趋利原则故意开具大处方的行为;二是由于不谨慎或缺乏经验而不适当地使用了医疗资源。两种行为的后果均属于不利于患者的行为,又违背了医疗伦理原则。对于前者应当严肃处罚直接和相关责任人。对于后者应当加强培训和考核,屡次做出不利于患者行为的医师,应当取消医保医师的处方权,甚至使其离开医师队伍。

如何识别和抑制过度医疗,在实践中有个案识别法、小众识别法和大数据识别法。个案识别法即指基于病种和病组的数据进行验证。小众识别法即指通过医保经办机构对有过度医疗嫌疑者进行约谈。大数据识别法即指基于医疗大数据提出合理医疗标准,指导医药人员合理医疗。

识别和抑制过度医疗是世界性难题,进入互联网时代以后,建立具有事前提示和过程监控功能的医疗信息系统是全世界通行的做法。为此,要加强医保基金日常管理,一要做到基于医药知识库提示医患合理诊疗与就医,将监督视角从后置监督变为事前提示、事中预警、事后追溯;二要将医保基金稽核与审计工作嵌入医院绩效考核、财务管理和医师伦理教育工作,通过医疗服务协议管理,约束签约医疗机构和医师药师合理使用医疗资源、主动用好医保基金;三要与医疗服务定价和医保基金支付挂钩,奖励合理使用医疗资源的医疗机构和医师药师。