

基本医疗保险省级统筹 经验、困境与对策

曾望峰¹

【摘要】当前,我国基本医疗保险省级统筹的实际推进非常缓慢。调研发现,基本医疗保险省级统筹面临利益博弈、政策“碎片化”、权责利不对称、支出责任分担困难和道德风险等现实困境。对此,需要从建立基金管理制度体系、缩小政策差异、改革经办体制、统一信息系统、推进“三医”协同等方面协同发力。

【关键词】基本医疗保险;省级统筹;统筹层次

中图分类号:F840.684

文献标识码:A

文章编号:1004-7778(2024)09-0034-04

Unified Planning for Basic Medical Insurance at the Provincial Level: Experiences, Dilemmas and Countermeasures

ZENG Wangfeng

Abstract: At present, the actual promotion of unified planning for basic medical insurance at the provincial level in China is very slow. The research has found that unified planning for basic medical insurance at the provincial level faced with practical dilemmas, such as interest game, policy fragmentation, asymmetry of rights, responsibility and benefits, difficulties in sharing expenditure responsibilities, and moral hazards. In this regard, it is necessary to make collaborative efforts to establish a fund management system, reduce policy differences, reform the management system, unify the information system, and promote the synergy of medical services, health insurance, and the medicine industry.

Key words: basic medical insurance; unified planning at the provincial level; unified planning level

Author's address: Department of Public Administration, Party School of Hunan Provincial Committee of C.P.C.(Hunan Academy of Governance), Changsha Hunan 410006, China.

长期以来,较低的统筹层次制约着我国基本医疗保险制度公平和基金使用效率,不利于共同富裕战略目标的实现。对此,党和国家大力推进基本医疗保险省级统筹(以下简称“医保省级统筹”)。2016年国务院《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》提出,“到2020年建立医保基金调剂平衡机制,逐步实现医保省级统筹”。2020年《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了实施医保省级统筹的思路和要求。2022年党的二十大报告再次强调要推进医保省级统筹。尽管党和国家的决策部署十分明确,但医保省级统筹的实际推进不如预期。与此同时,我国地区之间医保基金差距不断扩大,越来越多的地区出现收不抵支甚至基金穿底。为此,本文基于对各地政策实践的调研,总结当前医保省级统筹政策推进的主要经验及面临的困境,提出推进医保省级统筹的对策建议。

1.中共湖南省委党校(湖南行政学院)公共管理教研部,湖南长沙410006
基金项目:湖南省哲学社会科学基金青年项目“全过程人民民主视角下公共政策过程优化研究”(22YBQ103)。

1 基本医疗保险省级统筹的地区实践

我国较早实施医保省级统筹的地区有:京津沪渝4个直辖市,以及西藏(职工医保)、宁夏、青海(居民医保)、海南、福建(职工医保)。安徽、山东和四川当前正在加快推进医保省级统筹,广东、贵州等地也在探索制定医保省级统筹方案(见表1)。这些地区的实践为其他地区实施医保省级统筹积累了宝贵经验。

1.1 以渐进式改革为路径,稳步推进医保省级统筹

我国基本医保制度建立之初,采取的就是渐进式变迁的路径^[1],统筹层次的提升同样如此。为确保医保省级统筹平稳、顺利实施,各地政策虽然在“先统基金”还是“先统政策”上有所差异,但都强调根据实际省情采取分步走策略。例如,海南自2008年就逐步修订城镇职工基本医疗保险条例,逐步缩小地区待遇差距,到2012年才建立调剂金制度。福建职工医保省级统筹先行建立调剂金制度,统筹基金调剂比例从2019年的30%逐渐提高到2022年的50%,在此过程中不断缩小地区待遇差异,推动全省医保政策统一,再逐步过渡到100%统筹调剂的

统收统支模式。安徽、山东和广东等地也采取分步走策略,将政策统一作为省级统筹的基础和保障,以此维护

制度公平和基金在全省范围内的长期平衡。

表1 基本医疗保险省级统筹的地区实践

地区	对象	模式	风险调剂制度	激励约束机制	实施时间
西藏	职工医保	统收统支	-	超收奖励	2009 年
宁夏	居民医保	调剂金	事后缺口分担	无	2015 年
	职工医保	调剂金	事后缺口分担	考核调剂制度	2017 年
青海	居民医保	统收统支	事后缺口分担	结余奖励 超支分担 工作目标考核制度	2016 年
海南	职工医保	调剂金	事后缺口分担	超支惩罚	2012 年
	城镇居民医保	转统收统支	事后缺口分担	工作目标考核制度	2015—2020 年
福建	职工医保	调剂金	事前风险调剂	超收留存 超额弥补 统筹封顶调节机制 分配激励约束机制	2019 年
安徽	居民医保	调剂金	事前风险调剂	预算绩效管理	2023 年
	职工医保	调剂金	事后缺口分担	预算绩效管理	2024 年
山东	职工医保	调剂金	事后缺口分担	工作目标考核制度	2024 年
四川	基本医保	调剂金	事后缺口分担	预算绩效管理	2024 年

1.2 以风险调剂制度为核心,均衡基金风险

医保省级统筹的题中之义是发挥“大数法则”作用,提高医保基金分散风险的能力。为此,各地医保省级统筹政策的核心就是建立完善风险调剂制度,主要包括事前风险调剂和事后缺口分担两种模式(见表2)。

表2 各地医保省级统筹风险调剂制度

地区	对象	调剂金筹集	调剂金分配
宁夏	居民医保	-	80%~100%
	职工医保	上年度基金收入的 3% (基础调剂金 70%+考核 调剂金 30%)	基础调剂金 100% +考核调剂金 80% ~100%
海南	职工医保	上年度基金收入的 10% (基础调剂金)+[1%~6%] (附加调剂金)	30%~100%
	城镇居民医保	上年度基金收入的 5% (基础调剂金)+[1%~3%] (附加调剂金)	30%~100%
福建	职工医保	上年度基金收入的 30% (2019 年) 50%(2022 年)	以在职与退休参 保人员结构为计 算因素
安徽	居民医保	不高于上年度基金收入 的 5%	一部分按照因素 法分配,一部分 作为超支分担的 调剂金
	职工医保	不高于上年度基金收入 的 5%	
山东	职工医保	上年度基金收入的 3%	最多不超过上年 度该地市调剂金 上解额的 2 倍
四川	职工医保	统筹基金收入的 10%	-
	居民医保	统筹基金收入的 5%	-

当前除了福建职工医保采取事前风险调剂,其他地区均以事后风险调剂为主。事前风险调剂是指在风险管理和评估的基础上,对部分或全部保费收入实行再分配,作为当年预算进行使用,达到均衡基金风险、有效控

制支出风险的目的。事后缺口分担则是指各地市上缴一定比例医保基金作为省级调剂金,当某地市统筹基金出现当期缺口时,由省级调剂金按比例补偿。

1.3 以激励约束机制为保障,提高管理积极性

医保省级统筹制度设计必须解决激励相容问题,即如何使作为委托人的省级医保部门与作为代理人的地市医保部门,以及作为委托人的医保部门与作为代理人的医疗机构之间,实现理性行动者双方的效用最大化。为此,各地在进行制度设计时采取了两种激励约束机制:一是建立目标考核制度,将医保年度考核与全省目标责任(绩效)考核同步进行,考核结果按一定比例折算后计入地市年度考核总分;二是建立基金筹集与分配的激励约束机制,例如基金筹集方面建立“超收留存、差额弥补”的激励约束机制,基金分配方面建立“结余奖励、超支分担”的激励约束机制,其中,调剂金省级分担限定了补偿条件和补偿比例。

1.4 以科学控费为基础,维护基金安全

医保基金安全是实施省级统筹的生命线,青海、宁夏和海南的医保省级统筹政策都强调要通过医保、医疗、医药等方面的措施严格控制医疗费用的不合理增长,主要包括:一是深化医保支付方式改革,二是健全医保信息系统,三是建立医保政策动态调整机制。

2 基本医疗保险省级统筹的现实困境

医保省级统筹是一个需要人力、资金、技术等多方支持的复杂工程,既涉及权责关系和利益格局的结构性调整,也涉及医保制度的参数性调整。医保省级统筹政策制定和实施过程面临诸多困境,阻碍了各地尤其是省域发展不充分不平衡地区政策共识的形成,导致医保省

级统筹政策实践推进缓慢,同时也会影响和制约政策效果,阻碍医保省级统筹“控风险、促公平、提效率”政策目标的实现。

2.1 利益博弈

医保省级统筹过程中,省级政府、地市政府、医保部门、财政部门、医疗服务机构、金融机构、参保人等不同政策主体有不同的利益诉求和政策偏好。在利益无法调和的情况下,部分地区迟迟无法启动政策议程,或者启动议程后无法形成政策共识。对财政资金充足的发达地区而言,有能力有意愿为本地民生释放更多福利,提升统筹层次意味着失去增加筹资补偿的灵活性,因此可能会对此有所抵触或消极执行政策^[2]。对财政紧张的欠发达地区而言,由于医疗服务可及性差、利用率低,实施省级统筹后可能导致本地投入医保筹资的财政补贴外流,带来“逆向再分配”问题,因此对医保省级统筹的态度较为犹疑。

2.2 政策“碎片化”

探索适宜的筹资标准,确定合理的待遇水平,既能满足个人医疗需求,又能保障基金安全,是实施医保省级统筹的必要条件。然而,即使是同一省域,不同地区的医保缴费基数、费率、缴费年限、起付标准、报销比例和最高支付限额等政策规定也都有差异,尤其是广东、四川、山东、江苏等省,省内地区之间的经济发展和工资水平差距较大,难以确定全省统一的缴费基数。我国企业法定社保缴费率处于较高水平,居民医保个人缴费标准逐年提升,如何在不增加企业和个人缴费负担的前提下充实资金来源、提升筹资能力,也是医保省级统筹面临的一大难题。另外,由于各地医疗服务水平、住院待遇政策差异巨大,确定全省统一的待遇标准也十分困难。

2.3 权责利不对称

理论上,医保省级统筹意味着由省级医保部门上收地方的医保政策制定权和基金管理权,并相应承担财政兜底责任,实现权责统一。但实际上,在我国现行分级管理的医保经办体制下,市级医保部门仍然是监管责任主体,相应由市级财政承担兜底责任,由此产生权责利不对称问题。由于省级医保部门无法对各级经办机构进行有效的纵向监管,而市级医保部门失去了医保政策制定权,为此两级财政都不愿承担医保省级统筹尤其是居民医保省级统筹带来的风险。提升居民医保统筹层次,对青海、宁夏等中央财政补贴为主的省份而言,财政部门阻力较小,而在那些主要由省级以下财政承担权责的省份,则面临较大阻碍。

2.4 支出责任分担困境

合理确定基金风险的省市责任是调剂金制度安排的难题,同时也是制约省级统筹调剂效果的关键因素。

调研显示,由于缺乏经验,宁夏城乡居民医保调剂金制度不完善,没有明确规定何时启动、如何启动调剂金,实操过程演变为根据各地基金运行情况实施有区别的财政补助。此外,医保省级统筹后,如果市县承担的缺口补偿责任太小,将造成“鞭打快牛”和“吃大锅饭”,影响制度公平性和基金安全性,如果市县承担的缺口补偿责任太大,可能导致市县财政压力大而省级调剂金资金大量沉淀。根据调研,海南调剂金上解比例较大,但由于受到征缴和控费等考核指标的限制,省级调剂比例仅40%或30%,市级财政面临较大的填补缺口压力,省级调剂金大量沉淀。为此,海南于2020年将调剂金模式调整为基金统收统支模式,以此破解这一困局。

2.5 道德风险

医保省级统筹后,由于管理体制的转变和利益格局的调整,无论是参保人、定点机构,还是地方政府或地方经办机构,都存在道德风险,对医保基金的使用效率和安全造成威胁。省级统筹后,尤其是实现基金统收统支、全省待遇水平统一后,省域内患病的参保人将倾向于离开本地,前往省会城市等经济发达地区的三甲医院就医。依靠现有经办管理体制和力量,难以实施有效的异地就医监管,从而间接推动医疗费用和医保基金支出的不合理增长^[3]。同时,省级统筹后,如果省、市、县三级医保经办机构关系没有理顺、基金管理不到位,可能导致县级医保部门放松征缴动力,带来地方道德风险^[2],如果未能有效激发地市医保监管动力,过度医疗和医保欺诈行为将严重损害参保人利益并危害基金安全。

3 推进基本医疗保险省级统筹的对策建议

3.1 建立完善医保基金管理制度体系

(1)实行全省统一预算管理。科学编制医保基金收支预算,逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化趋势等纳入预算编制因素,医保部门和财政部门要加强对基金预算执行情况的监控预警。

(2)建立医保基金绩效管理体系。根据各地经济发展水平、人口老龄化程度、人均可支配收入等因素,科学合理地选择具有指导性和引领性的综合指标,逐步建立起可考核、易评价的医保基金绩效管理体系^[4]。

(3)建立科学精细的风险调剂制度。提升省级统筹效益,关键在于风险调剂制度^[5]。我国医保基金存在区域风险差异的原因不仅在于人口结构差异,还在于经济发展、医疗资源分布和医保待遇的差异,因此风险调剂机制的设计不仅要平衡风险差异,还要作为促进社会公平的手段,均衡筹资负担以及待遇差异^[6]。为此,推进医保省级统筹应综合运用事前风险调剂和事后缺口分担机制。

3.2 逐步缩小政策差异,分步推进省级统筹

一方面,医保基金省级统筹的目标包括统一医保政

策;另一方面,缩小地区之间政策差异,也是保障医保基金安全和可持续发展、促进医保管理水平提升的重要举措。控费压力大、省级统筹条件不充分的省份,可以先行建立调剂金制度,完善科学控费和监管措施,再在一定期限内逐步统一医保政策,提升省级调剂金再分配比例,最终实现基金统收统支,如宁夏、福建采取的都是这一思路。省内区域发展差异较大的省份,可以通过逐步缩小政策差异、建立省级风险调整机制、统一完善医保信息系统、提升省级医保经办能力等,减少医保省级统筹的风险和阻力,最终实现基金统收统支,如海南、广东、安徽、山东采取的就是这一思路。

3.3 理顺经办体制,提升经办能力

(1)在顶层设计,探索管办分离和垂直管理模式,明晰各级权责。省级医保部门承担决策和监督职责,地方医保部门承担管理或经办职责,实现经办机构纵向垂直管理,强化经办机构的监管约束,探索经办机构法人化,逐步实现管办分离^[7]。

(2)在地方层面,全面提升医保经办管理和服务能力。建立职业化、专业化的医保经办队伍,健全统一规范的经办服务和监管标准体系^[8],加强医保与税务、人社、公安、民政等部门的合作,推进精准扩面,优化参保服务,落实精准便捷参保,规范经办机构协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及稽查审核责任;完善医保经办机构与医疗机构之间的协商谈判机制,规范定点机构医药服务行为。

3.4 建立完善全省统一的医保信息系统

(1)完善统一医保信息系统,提升医保管理水平。按照国家统一标准,统一建设业务管理类、生产经办类、数据分析类等业务系统,实现全省医保制度统一、流程统一、操作统一、结果统一,全面提升管理水平^[9]。

(2)完善医保智能监控系统,实现医保监管精准化。建设医保档案库、电子病历库、医保医师库,通过与定点医疗机构和药店数据全口径对接,实现对医疗服务和基金支付行为的精准审核和监测。

(3)不断创新医保智能服务,建设智慧医保。加快推动“互联网+医保”建设,构建统一的医保服务信息化支撑体系,建立基本医疗保险、大病保险、医疗救助衔接机制,实现医疗费用“一站式”结算。

3.5 深入推进“三医”协同,强化科学控费

(1)将医保省级统筹纳入全民医保体系发展和深化医改全局,统筹安排,合理规划,突出医保、医疗、医药三医联动,强化制度的系统性、整体性、协同性。

(2)在医保治理的政策工具中,医保支付方式是“总闸门、总杠杆、总抓手、牛鼻子”,因此要深入推进医保支付方式改革,将其作为推进医保省级统筹的前提和基础。

(3)在优势医疗资源过于集中或十分匮乏的情况下,医保省级统筹可能导致无序就医行为的增加^[10]。防范化解异地就医带来的基金风险,治本之策在于推动优质医疗资源均衡配置,提升欠发达地区的医疗服务可及性,不断完善分级诊疗体系。

参考文献

- [1] 贾洪波.基本医疗保险制度变迁与国民获得感提升[J].社会科学辑刊,2022(03):39-49.
- [2] 高秋明,王洪娜.财政分权体制对医疗保险统筹层次的影响研究[J].中国特色社会主义研究,2020(04):47-55.
- [3] 李亚青.基本医保省级统筹后的政府间基金风险共担机制研究[J].中国医疗保险,2020(02):20-25.
- [4] 蒋建国.运用绩效管理助推医保事业高质量可持续发展[J].中国医疗保险,2020(09):29-30.
- [5] 曾望峰.大数据助推实现医保治理现代化:价值、现状与路径[J].卫生经济研究,2023,40(08):33-35,39.
- [6] 王震.共同富裕背景下医疗保障的公平性:以职工医保为例[J].经济学动态,2022(03):56-70.
- [7] 鲁全.中国医疗保险管理体制变革研究:府际关系的视角[J].中国行政管理,2022(02):77-82.
- [8] 华颖.中国医疗保险经办机构:现状评估与未来展望[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2020(03):157-166.
- [9] 何林生,阙俊忠.医疗保险基金省级统筹运行机制初探[J].中共福建省委党校学报,2011(12):68-74.
- [10] 袁涛.基本医疗保险省级统筹的科学内涵与路径优化[J].中州学刊,2022(12):85-94.

作者简介:曾望峰(1990—),女,湖南双峰人,讲师,博士,研究方向:公共政策与社会保障。

【收稿日期 2024-03-02】【责任编辑 胡希家】