

治理视角下医保利益相关方 权责界定的思考

王震

(中国社会科学院经济研究所 北京 100836)

【摘要】我国医疗保障的制度框架已基本定型,将制度优势转换为治理效能,提升治理能力成为关键。从治理的视角出发,提升治理能力的前提是医保利益相关方权利与责任的清晰界定。我国的医保治理在筹资环节以及医疗服务供给环节都存在权利与责任界定不清的问题:在筹资环节中,职工医保的个人账户制度、居民医保缴费标准以及政府与个人的责任界定都存在问题;在服务供给环节,公立医疗机构的定位不清、权责不对等带来的治理困境,以及医保与医疗机构之间的关系界定等问题。这些问题是导致医保低效率的重要原因。要从提升治理能力的角度入手,界定利益相关方的权责关系,将制度优势转换为治理效能。

【关键词】治理;利益相关方;权责界定

【中图分类号】F840.684 C913.7 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2019)12-21-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2019.12.005

On the Definition of Rights and Responsibilities of Medical Insurance Stakeholders from the Perspective of Governance Wang Zhen(Institute of economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, 100836)

【Abstract】 The system framework of healthcare security in China has been basically finalized, and the key is to transform the institutional advantages into the governance efficiency and improve the governance ability. From the perspective of governance, the premise of improving governance ability is to clearly define the rights and responsibilities of medical insurance stakeholders. There are some problems in the financing and the supply link of medical service in the medical insurance governance of our country, including the problems in the financing link, such as the individual account system of employee medical insurance, the payment standard of resident medical insurance and the responsibility definition of government and individual; in the service supply link, the governance difficulties caused by the unclear positioning of public medical institutions and the unequal rights and responsibilities environment, and the definition of the relationship between medical insurance and medical institutions. These problems are the important reasons for the low efficiency of medical insurance. We should start from the perspective of improving the governance ability, define the rights and responsibilities of stakeholders, and transform the institutional advantages into governance effectiveness.

【Key words】 government, stakeholders, definition of rights and responsibilities

【收稿日期】2019-11-25

【作者简介】王震,中国社会科学院经济研究所公共经济学研究室主任,兼任中国社会科学院公共政策研究中心副主任,主要研究方向:公共经济学、发展经济学、劳动经济学和卫生经济学。

1 引言

党的十九届四中全会提出坚持和完善中国特色社会主义制度,推进

国家治理体系和治理能力现代化。这意味着中国特色社会主义的制度框架基本成型,如何将制度优势转化为治理效能正在成为新时期的关键任务。这一点也同样适用于基本医疗保险制度。中国基本医保的制度框架已经基本成型,将中国特色医疗保障的制度优势转化为良好的治理效能已成为现阶段的主要任务。

权利与责任的清晰界定是建立良好治理体系的前提,也是治理能力提升的基础。过去几十年我国医保制度的建设重点是建章立制,在这个过程中相关方的权利与责任无论在理论上还是实践中都不甚清晰。可以说,利益相关方权利与责任的不清晰是造成治理能力低下的主要原因之一。

本文拟从提升医保治理能力的角度对医保利益相关方之间的权利与责任界定中存在的问题进行初步分析,并提出相关建议。

2 治理视角下权利责任的界定

党的十九届四中全会提出巩固和完善中国特色社会主义制度,推动国家治理能力提升。这一主题背后的逻辑是,在制度框架基本成型的情况下,制度优势的发挥依赖于治理能力的提升。这一逻辑对医疗保障的制度完善与治理能力提升也同样适用。

经过二十多年的建设,中国的基本医疗保险制度已基本成型,但制度运行效率还不够高,现代医疗保险的诸多功能并没有得以充分发挥。现代医疗保险不仅是对参保人罹患疾病后的现金补偿,还应该作为医疗费用的管理者,为参保人提供质优价廉的医疗服务,同时以服务购买者的身份引导医疗资源的配

置。但从医疗保险的治理实践看,我国医保更多充当了参保患者的报销人和医疗服务机构成本的补偿者,医保基金的使用效率有待提高。

从医保目前的运行特征及效率看,与我国设立这项制度的预期并不相符。上世纪90年代之所以确定我国医保制度的主体是医疗保险而非其他,一个重要目的就是要形成参保人与医疗保险、医疗保险与医疗服务供给方之间的多元治理格局。当然,制度效率不高也有其阶段性,毕竟制度框架的建立以及快速扩大覆盖面在政策上更具优先性。但是在制度建立和逐步完善之后,治理能力的提升就成为关键。

治理是一个多维度的概念,不同的学科和视角会有着不同的定义。但总体而言,治理指的是多个参与主体之间的互动和博弈。治理与管理的主要区别在于,管理强调的是单方面的命令执行,被管理方是被动的执行者;而治理则强调多主体之间的互动,强调参与方的自我激励与自我约束。

要想实现自我激励、自我约束,前提是利益相关方的权利与责任的清晰界定。只有权责明确,参与各方的目标才能明确,激励和约束机制才能发挥作用。权利和责任体系混乱导致机会主义盛行,制度交易成本上升,摩擦加大,从而降低制度运行效率。权责不清带来的后果就是人们常说的“推诿扯皮”,要么是过度要求权利而减少责任甚至不负责任,要么是过度承担责任却缺乏相应的权利保障。

具体到医疗保险的治理,从传统的管理思维转换到治理思维,从单方面的行政命令式管理模式转换到多主体参与、多方博弈的治理模

式,要求利益相关方自我激励和自我约束,从而减少摩擦、提高效率。而要实现这一点,前提是利益相关方权利与责任的清晰界定。医保治理领域中的诸多问题,其根本就在于相关利益参与方的权利与责任并未得以清晰界定。权利与责任的边界不清带来的一个后果是利益相关方在医保治理中的定位混乱,从而导致各种机会主义行为。

3 我国医保制度筹资缴费环节权责不清

从医疗保障的筹资模式看,是否需要参保缴费是医疗保险制度与国民健康体系(NHS)的主要区别之一。以英国为代表的国民健康系统(NHS)以政府的一般税收为医疗服务筹资;以德国为代表的医疗保险制度则以雇主和雇员的互助、雇主和雇员的缴费筹资。无论哪种筹资方式,个人的权利与责任、政府的权利与责任、雇主和雇员的权利与责任都是清晰界定的,并由此决定参保人的相应行为。无论英国模式还是德国模式,不同筹资模式的医疗保障制度总体上都平稳运行,这与背后基于权责清晰界定的良好治理能力密不可分。

中国的医疗保险制度目前分为城镇职工医保和城乡居民医保,二者都属于医疗保险,基金都是通过缴费来筹集;但从实践看,二者在筹资环节上都存在权责不清的问题。

3.1 城镇职工医保个人账户相关界定不清

职工医保设立之初之所以建立个人账户制度,有两个目的:一是增强个人的缴费责任和缴费意识,进而增强参保人的控费意识;二是通过个人账户的积累,为老年后的

高额医疗费用进行储蓄。

应该说这两个目的都是有针对性的,也对医保控费起到了一定的作用。但在实践中个人账户的弊端逐步显现出来。

首先,个人账户资产属性不清晰,即个人账户的权利和责任划分不清。个人账户资产到底是个人资产还是公共的医保基金?在各地的实践中,有一些地区将其作为个人资产,个人拥有支配权:比如一些地区允许个人提取个人账户的资金自行安排使用,有些地区将其作为医保基金,虽然严格限制了个人账户资金的使用,但又无法实现统筹使用,导致资金大量闲置,这些都降低了资金的使用效率。

其次,个人账户的权属界定不清晰还带来另一个问题,即个人账户的资产保值增值问题。截至2018年底,我国职工医保基金累积结存18750亿元,其中个人账户累积结存7284亿,占总结存的38.8%。这些资金既不能纳入到统筹基金中进行互助,也不能投入到资本市场中实现保值增值。

这固然有我国资本市场不完善的原因,但对个人账户资金权属的界定不清是制度性的原因。难以保值增值带来的一个后果是,不论是基金管理方还是参保人都倾向于把这部分资金尽快花掉,这也是导致个人账户资金使用效率低下的一个重要原因。这当然也违背了当初设计个人账户制度为个人老年时的高额医疗费用储蓄的初衷。

3.2 城乡居民医保缴费责任设定不清

当前我国城乡居民医保实行的缴费政策是政府补贴与个人缴费相结合,二者都实行固定缴费额的办法。这其中存在两个问题,一是在政府缴费和个人缴费的责任划分

上,政府缴费责任过大。目前综合来看,城乡居民医保中政府和个人缴费的比例大约在7:3左右,政府缴费责任过大并不是说政府不应该加大对城乡居民医保的补贴,而是结构和比例问题。政府缴费比例过高会很容易模糊医疗保险的保险属性。在极端情况下,如果政府筹资占比达到100%,医疗保险就会成为政府福利,这与社会保险的总方针相悖,也非我国医疗保障模式的发展趋势。二是在个人缴费中,由于实行固定额缴费的方法,高收入群体与低收入群体的缴费额相同,这实际上会起到逆向再分配的作用,不利于医疗保险的公平性。社会医疗保险的一个重要特征是“量能缴费”,即高收入者高缴费、低收入者低缴费,但在医疗服务的获得及报销补偿上却是“同病同报销”,从而实现高收入者对低收入者进行补偿。固定额度缴费的方法降低了城乡居民医保收入再分配的功能。

4 我国医疗服务供给方权责界定模糊

相比于筹资方面权利与责任的界定,医疗服务供给方的权利与责任的关系更为复杂。社会医疗保险的制度架构在治理模式上倾向于通过社会化或市场化的服务购买模式为参保人提供医疗服务。从这个角度,在医疗保险的治理中,一个主要内容就是如何与医疗服务供给方进行交易。购买服务、进行有效交易的前提是交易双方的权利与责任清晰。但从目前的情况看,我国医疗服务供给方的权责界定问题以及医保与医疗服务供给方之间关系的权责界定都不清晰。可以说,这些模糊之处是理解中国医疗保障治理

以及医药卫生体制改革的关键。

4.1 公立医院权责定位有冲突

公立医院是我国医疗服务的供给主体。但是公立医院的权利与责任边界至今都没有明确。在计划经济条件下,公立医院不是独立的经营主体,它们以财政拨款作为主要收入来源,按照行政指令向人们提供医疗服务。改革开放后,医疗机构改革的大方向是公立医院成为独立的经营主体,以向社会提供医疗服务获得收入维持运行。2009年新医改关于公立医院改革的方针是包括管办分开、政事分开、医药分开和营利性与非营利性分开在内的“四分开”原则,基本指向是让公立医院成为独立法人。这意味着公立医院与其他性质的医疗机构一样,要自负盈亏、自主经营。应该说,这个权利与责任的界定是清晰的。

但在实践中,公立医院的权责关系却又是模糊的。公立医院在医疗服务供给中的责任和权利是不对称的,收入和服务提供也是不对等的。政府一方面仍然向公立医院进行显性的和隐性的财政补贴,另一方面又通过各种行政手段维持公立医院的垄断地位。

与财政补贴和行政保护的投入责任相对应的,是要求医疗机构提供低于市场均衡价格的医疗服务。但在实际运行中,财政补贴和行政保护的投入导致公立医院缺乏竞争约束,一旦放松行政管制,极易产生各种机会主义行为,即公立医院利用公共资源“谋取私利”。为解决这一问题,行政部门又通过各种管制手段来控制公立医院的经营,甚至变相剥夺其经营自主权,这又导致激励不足带来的运行效率低下问题。权责不对等产生的后果就是

公立医院陷入“一放就乱、一收就死”的困境。

4.2 医保与公立医院关系界定不明

公立医院的权责定位冲突又直接影响医保与公立医院之间关系的界定。

不论是从理论上还是从医疗保险的制度设计上,医保与医疗机构之间的关系都应该是服务购买的关系,即交易关系。但由于公立医院的定位问题,医保与公立医院之间的买卖交易关系并没有得到贯彻。在交易关系中,医保的责任是按照市场价格支付医疗服务费用,同时有获得相应医疗服务的权利,这其中医保没有补偿医疗机构成本的责任。在这一交易关系中,医保对医疗机构支付的费用是医疗服务的价格,成本仅是决定价格的一个因素而已,如果医疗机构不能控制成本而导致亏损,医保并不负有继续支付费用维持医疗机构运行的责任。

但在实践中,公立医院要求医保按照医疗服务的成本进行支付,要求医保成为公立医院的“补偿渠道”,成为“第二财政”。这样导致

的后果就是公立医院的最优选择是通过不断扩大规模、提高成本来获得收入。近二十年来中国超大规模医院的建设、公立医院规模的超常规增长、大医院对基层资源的虹吸等现象,背后逻辑都是医保在很大程度上充当了医疗机构成本的“补偿者”,按照医疗机构的成本来付费,而非按照均衡价格来付费。

5 结论及政策建议

制度框架成型后,发挥制度优势的关键是提升治理能力。从治理的思维出发,提升治理能力需要充分发挥利益相关方自我激励与自我约束的能力,理顺各方面之间的关系,避免机会主义。这其中的关键是理顺和界定利益相关方的权利和责任。

我国医疗保险的治理中利益相关方的权责不清依然存在。从提升治理能力的角度,还需要在以下几个方面厘清参与各方的权利与责任:

一是改革职工医保个人账户制度,清晰界定个人账户资金的权属和个人权责。从医疗保险的保险属性看,改革的方向是取消个人账户,建立门诊统筹。

二是重新设计居民医保的筹资标准和缴费方式,将居民医保筹资标准与居民可支配收入相关联,贯彻“量能缴费”的原则。考虑到我国居民可支配收入的统计问题,可先考虑依据地区调查统计的平均居民可支配收入确定居民的缴费责任。

三是根据新医改“四分开”方针加快推动公立医院去行政化改革,使之成为自主经营、自负盈亏的法人,明确其权利与责任。政府应从公立医院的具体运营和管理中退出,建立多元竞争的服务供给格局。

四是医保治理要切实转变思维,厘清权利与责任边界,改变被动报销、被动支付的局面,从医疗机构成本的“补偿渠道”转变为医疗服务的购买者,同时通过医保医师、医保药师、信用体系建设等治理手段推动公立医院的改革。■

【参考文献】

[1][美]埃莉诺·奥斯特罗姆著,余逊达,陈旭东译.公共事务的治理之道:集体行动制度的演进.[M].上海:上海译文出版社,2012.

[2]王东进.“三医联动”是全面建成医疗保障体系的关键一招[J].中国医疗保险,2019(03):1-4.

[3]朱恒鹏.管制的内生性及其后果:以医药价格管制为例[J].世界经济,2011,34(07):64-90.

职工医保自1998年制度建立起实施统筹基金和个人账户相结合的制度模式。个人账户是职工医保基金的一部分,主要用于保障门诊小病和经统筹基金报销后个人自付的医疗费用。统账结合模式对推进国有企业改革,推动劳保公费医疗制度向社会保险制度平稳过渡发挥了积极作用。但随着制度发展,职工医保个人账户也暴露了一些问题,如记账比例过高、侵蚀统筹基金支撑能力、缺乏共济功能等。党的十八届五中全会和“十三五”规划纲要提出“改进个人账户、开展门诊费用统筹”,按照改革任务要求,在深入调研和广泛听取意见的基础

上,我们正在研究提出完善职工医保门诊保障机制的政策思路,拟从改进个人账户计入办法、优化基金统账结构、规范个人账户使用范围、增强门诊共济保障功能、健全医疗保险对门诊医疗服务和费用的监管等方面,推进相关改革,加强制度可持续性,更好维护参保人权益。

——摘自国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会第二次会议第4094号(社会管理类314号)提案答复的函(医保函〔2019〕168号)