

引入市场竞争机制,以政府购买服务方式引入商业保险经办基本医保服务,构建政府引导、市场运作、管办分离、相互制约的医保新机制。

找准医改突破口

——关于医保制度改革创新的思考

湖南省财政厅副厅长 | 欧阳煌

自2009年新一轮医改实施以来,我国全面推进基本医药制度、县级公立医院、城乡医疗保险等多项改革,一定程度缓解了群众“看病难、看病贵”问题。当然,医改作为一个世界性的难题,过去几年虽然我们对其中根本性、关键性、持续性问题都有所触及,但距离找到理想的解决办法仍然为时甚远,医改道路依然崎岖漫长。一是在处理政府和市场的关系上,政府缺位与越位并存,医院市场化之路部分走偏;大医院人满为患、小医院门可罗雀,反映出医疗资源分布过于集中,基层医疗实力依然非常薄弱。二是在处理供方与需方关系上,政府既想保需方,又想保供方,政策设计目标太高,与参与其中的多元主体间利益存在明显冲突,尽管投入力度很大,但供需双方对医改成果都不太认同。三是在处理节奏与力度的关系上,步子太快,摊子太大,多项改革同时推进,未能很好突出重心和要害。四是在处理政府与个人责任的关系上,保基本和非基本的界限不清晰,一方面,医保基金运行风险凸显,以湖南省为例,2015年全省职工医保136个统筹地区有40个当期收不抵支,21个出现累计亏

损,城乡居民医保123个县市区20个当期收不抵支;另一方面,人民群众对逐年提高个人缴费标准也有意见。

回顾过去几年的医改实践,我们已经到了对医改顶层设计进行再思考、再完善的关键时刻。鉴于此,建议把医保制度改革创新作为突破口,集中力量,重点突破。这是因为在“三医”(医疗、医保、医药)联动改革中,医保是连接供方与需方的桥梁,处于核心和关键地位。思路是引入市场竞争机制,以政府购买服务方式引入商业保险经办基本医保服务,构建政府主导、市场运作、管办分离、相互制约的医保新机制。

优化政府定位 回归监管本职

当前,政府对居民基本医保基金实行“收支管”一体化管控,集运动员、裁判员于一身,独立性、专业性、积极性都不够,难有能力对医保基金运作实行规范化、精细化管理。只有厘清政府与市场定位,该管的管,该放的放,才能走上良性发展轨道。

一是改革政府补贴模式。将现行以家庭为单位参保的方式改变为按人头参保,政府补贴部分(现行年人均420元)

按一定比例拆分,大头(或存量)用于购买基本医疗保险,并要求个人定额投保,实现保基本、全覆盖;小头(或增量)用于引导个人缴费,比照养老保险基金模式,实行分档缴费,政府对个人缴费部分给予相应档次的补助,多缴多补、少缴少补、不缴不补,并设置缴费封顶线。

二是改革基金收缴方式。可实行短期、中期、远期“三步走”:短期内,考虑到政府征缴信誉高、效率高等优势以及居民的政策惯性,仍由政府代收居民个人参保费用;中期,单位代缴代扣部分逐步过渡为由保险公司负责收缴,村民及无固定单位的城市居民仍由政府征收代缴;长期看,随着社保卡推广以及社会商业保险意识的提升,政府可逐步从征缴事务中退出,全部改由保险公司代收代缴。

三是改革基金支付方式。将现行的由医保中心审核报销医疗费用,改为商业保险机构根据委托经办服务协议和服务合同,具体经办城乡居民基本医保费用的审核、支付和结算,严控不合理医疗费用增长,提升医保基金使用的科学性和合理性。

四是改革基金监管模式。比照证监

会、银监会的职能，将各级城乡居民基本医疗保险基金管理机构的改组为医监局，剥离医保经办职能，改为主要负责对医疗保险基金、医保报销、医疗机构的运行监管，以及对商业保险机构按合同履行经办服务的考核监督。

推行购买服务 引入商业保险

探索政府购买服务的市场化运作方式，委托商业保险机构经办城乡居民基本医疗保险服务，进一步降低成本、提高效率、规范服务、方便群众。

一是保险公司公开招标。坚持公开、公正、公平、竞争、择优的原则，放开市场准入，只要符合资质条件、行业信誉良好、愿意履行社会责任、具备先进技术和管理经验、能够提供优质服务的保险机构，都可自愿参与经办业务。政府通过公开招标形式，择优选择一家或多家保险公司，签订合同协议，经办本区域内的居民基本医保业务。

二是中标保险公司受控竞争。引导中标保险公司通过降低运营成本、控制基金支出等手段来获取合理利润，提高自身竞争实力。综合考虑医保基金规模、参保人数、服务内容等因素，科学确定商业保险机构经办基本医保的费用标准，并建立与人力资本、物价等因素挂钩的动态调整机制。经办费用总体上遵循非营利性原则，由同级财政在现有预算中统筹安排。合理控制商业机构盈余亏损，医保基金超额结余部分滚入下一年基金池；由于保险机构经营管理不善造成的亏损，由保险机构自行承担；因突发公共卫生事件、重大自然灾害等不可抗因素造成的保险机构亏损，政府酌情给予一定补偿。

三是报销目录和待遇标准逐步实行省级统一。坚持城乡居民医保“保基本、保公平、保统一”的属性，逐步实现基本医保“报销一个目录，待遇一个标准”，对于大病及各地特殊化、个性化病种，

引导居民购买其他商业保险予以补充。适应保险“大数法”要求，在条件成熟时，实现城乡居民医保基金省级统筹，提高医保基金的共济能力和抗风险能力，促进基金稳健、良性、可持续运行。

发挥保险优势 控制费用支出

充分发挥商业保险机构法人统一管理、机构网络健全、专业技术水平精湛以及风险管控能力较强等优势，严控不合理医疗费用支出，提高基本医保的服务质量和水平。

一是厘清基本医疗保险与商业健康保险的边界。合理确定个人起付线（或免赔额），超过起付线部分的目录内费用（药品目录、诊疗目录、服务设施目录）属于基本医疗保险范畴，按规定比例报销；目录内自付费用和目录外费用则由健康保险根据患者投保情况给予补偿。同时将现行基本医疗保险与大病保险合并。

二是严格管控医疗费用。在自身利益的驱动下，商业保险有足够的积极性主动对参保人员的门诊、住院以及第三方责任进行实时、实地和全面审核，有效控制大处方、过度医疗、冒名顶替医疗、骗保等不规范行为，减少医保基金的“跑冒滴漏”。将支付方式、结算标准、费用管控、目录外用药控制等纳入协议范围，运用医保支付手段促使定点医疗机构规范诊疗服务和收费行为。建立定点医疗机构违规医疗行为上报、约谈、警告、处罚机制，遏制医院套取医保资金等违规行为。

三是提升信息化建设水平。支持商业保险机构与基本医疗保险信息系统、医疗机构信息系统进行必要的信息共享。引导商业机构加大基本医保业务研发系统投入，开发或引入医疗费用智能审核系统，及时甄别不合规、非正常及疑似案例，减少欺诈、浪费和不合理医疗费用支出。

四是优化医保经办服务。加强商业保险机构基础配套建设，完善组织架构，将经办服务网络延伸至乡镇一级，在家门口为城乡居民提供“一站式”的便民服务。加强经办人才队伍建设，建立具有医学背景的服务团队，提高从业人员专业能力和职业素质。

加强监督考核 激励约束并用

建立科学的绩效考评机制，依法加强监督管理，充分调动政府各部门、医院、保险公司和参保居民参与基本医保模式改革的积极性。

一是正确处理政府部门与保险公司的关系。政府一方面要敢于自我割肉，真正赋予保险公司经办医保的权力，不能明放暗不放，放虚不放实，不得行政干预商业保险的日常工作。另一方面，督促卫生计生、医保、财政、人力资源和社会保障、保监等部门各司其职、各履其责，依法依规指导和督促商业保险机构开展经办服务工作。

二是正确处理保险公司与医院的关系。改革之后，保险公司与医院就变成监管者与被监管者的关系。对于不配合保险公司开展工作的医院，可探索采取全面通报、约谈医院主要负责人、取消医院定点资格等手段，督促医院遵从监管规则，高效为民服务。

三是正确处理保险公司与参保居民的关系。保险公司在精算平衡、合规控费基础上获取合理利润，不实行按比例付费和费用托底，但对商业保险机构因规范管理、有效管控减少支付的医疗费用，可按合同约定给予一定奖励。不得人为设置苛刻条款，抬高报销门槛，降低居民医疗费用报销比例，增加居民就医负担。探索建立与服务水平和参保群众满意度为核心的考核评价体系，考核结果与经办服务费用挂钩，连续多年考核不合格的，取消保险公司经办资格。□

责任编辑 黄悦