

“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务

郑功成

[摘要] 经过 20 多年的探索特别是“十三五”期间奠定的基础，“十四五”应是中国特色医疗保障制度从长期试验性改革状态走向基本成熟的关键时期。但现行制度存在的缺陷及面临的诸多挑战决定了要实现这一目标并非易事，亟待确立理念清晰、目标明确、举措妥当的发展思路。全面优化现行制度安排，抓住重点领域与关键环节着力推进改革深化，同时健全医疗保障法律法规，将是“十四五”时期应当完成的繁重任务。

[关键词] 医疗保障；“十四五”规划；发展思路；目标任务

[作者简介] 郑功成：中国人民大学中国社会保障研究中心教授（北京 100872）

2020 年 1 月新冠肺炎疫情暴发后，国家医疗保障局迅速出台相应的政策性文件，通过免除参保人的新冠肺炎诊疗费用、增加诊疗与药品项目、实行异地先救治后结算、打破固定程序将新建立的专门医院与临时性的方舱医院纳入定点医疗机构等一系列举措，迅速起到了安定人心、解除医疗机构后顾之忧、避免患者或疑似患者为诊疗费用而逃脱医检的良好作用，为有效抗击疫情做出了至关重要的贡献。应对这次疫情的实践证明，医疗保障作为我国民生保障制度体系的重要组成部分和社会保障制度体系的主干项目，不仅是解除 14 亿人疾病医疗后顾之忧和增进人民健康的最大民生工程，而且是应对突发重大公共卫生事件、建设健康中国、完善国家治理体系的重要制度保障。然而，依靠大量政策性文件（俗称“红头文件”）实施的现实，又表明我国的医疗保障制度还远未成熟，基本医疗保险的制度性缺陷日益显性化，商业健康保险与慈善医疗的发展严重滞后，城乡居民疾病医疗特别是重大疾病医疗的后顾之忧依然存在，对多层次医疗保障与健康服务的需求仍然不能得到满足，这种状况亟待改变。本文旨在评估现状的基础上，为“十四五”时期我国医疗保障制度步入基本成熟的新发展阶段提出基本思路。

一、“十四五”时期中国医疗保障制度发展的现实基础与制约因素

从 1994 年国务院启动“两江医改”拉开医疗保障制度改革大幕以来，经过 20 多年的探索，我国已将传统的劳保医疗、公费医疗与农村合作医疗制度变成了历史，以权利义务相结合的社会医疗保险为主体、以政府负责的医疗救助和市场提供的商业健康保险等为辅助的医疗保障体系框架基本建立。截至 2019 年底，全国参加基本医疗保险（包括职工医保、居民医保）的人数达 135 407 万人，占全国总人口的 96.7%，全民医保目标基本实现；职工实际住院费用报销率

为75.6%，城乡居民为59.7%。^①新型医疗保障制度的快速发展，使人民群众的医疗服务需求得到了基本满足，疾病医疗后顾之忧大幅度减轻，全民健康水平不断提升，2019年我国人均预期寿命达到77岁，居民主要健康指标在总体上已经优于中高等收入国家的平均水平，这表明我国医疗保障制度改革追求的全民医保目标与社会保险方向是正确的。^②在“十三五”即将收官之际，我国需要立足现实基础，坚持问题与目标双导向，科学筹划“十四五”期间的医疗保障发展规划。

（一）“十三五”奠定的发展基础

“十三五”以来，我国医疗保障事业实现了快速发展，在机构改革、制度整合、财政投入、药品集中招标采购、信息化建设、医保反欺诈等方面均取得了显著成效，老百姓获得感不断增强。“十三五”期间为“十四五”时期社会保障制度发展奠定的基础，主要表现在如下四个方面：

（1）出台了全面深化医疗保障制度改革的顶层设计。以往长期奉行的自下而上试验性改革所暴露出来的历史局限性与不良效应，表明中央层级制定科学的顶层设计对于我国医疗保障制度走向基本成熟至关重要。2018年8月，国家医保局按照中央部署启动全面深化医疗保障制度改革专题研究并形成政策文件草案。2020年2月，中共中央、国务院正式发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》），这是新时代全面深化我国医疗保障制度改革的纲领性文件。《意见》直面医疗保障发展不平衡不充分的问题，明确提出两个阶段的目标任务：从现在起到2025年即“十四五”期末，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务；到2030年即“十五五”期末，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，管理服务优化便捷，医保治理现代化水平显著提升，实现更好保障病有所医的目标。《意见》还从完善公平适度的待遇保障机制、健全稳健可持续的筹资运行机制、建立管用高效的医保支付机制、健全严密有力的基金监管机制、协同推进医药服务供给侧改革、优化医疗保障公共管理服务、组织保障等方面入手，系统地阐明了深化改革的具体目标任务与行动纲领。可见，《意见》实质上是我国医疗保障制度走向成熟、定型发展阶段的顶层设计，为医疗保障“十四五”规划提供了基本依据。

（2）医疗保障管理体制从部门分割走向了集中统一。20多年的实践表明，多部门分割管理的格局是影响医疗保障制度改革与制度建设的重大体制性障碍，既直接损害了医疗保险制度的统一性与公平性，弱化了医疗保险的保障能力，又造成了医疗保险业务经办不一、信息系统不一等弊端，导致了制度运行的低效率与资源浪费现象，甚至不同部门的相关政策还存在着效果对冲，漏保、断保、重复参保及医保领域欺诈现象时有发生，进而直接制约了医疗保障制度改革深化与医保治理现代化。2018年5月，国务院机构改革中组建国家医保局统管全国的医疗保障事务及相关工作，该部门将人力资源和社会保障部的城镇职工和城镇居民基本医疗保险与生育保险及试点中的护理保险管理职责、国家卫生和计划生育委员会的新型农村合作医疗管理职责、国家发展和改革委员会的药品和医疗服务价格管理职责、民政部的医疗救助管理职责整合在一起，实现了全国医疗保障事务集中统一监管的目标。此后的实践表明，集中统一的医疗保障管理体制因消除了部门之间的掣肘而加快了医保制度的整合与优化步伐，极大地节约了行政成本与业务经办成本，还实现了对医药价格与医疗行为更加有效的直接管治。因此，国家医保局的成立是新时代提升医疗保障管理能力和促进医疗保障治理体系现代化的重要举措，它构成了“十四五”时期推动我国医疗保障制度改革全面走向深化，进而实现基本成熟、定型目标的组织基础。

^① 国家医疗保障局：《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html。

^② 郑功成、桂琰：《中国特色医疗保障制度改革与高质量发展》，载《学术研究》，2020（4）。

(3) 相关改革与制度建设取得了重要进展。主要表现在：第一，实现了城乡居民社会医疗保险制度整合。从制度规律出发，用一个医疗保障制度覆盖全民才是最公平且有效率的制度安排，因为不同的制度安排必定在不同的适用人群中存在权益方面的不平等，也会因资源分割而减损制度的效能。针对我国渐进改革中出现的职工、城镇居民、农村居民医保制度分立局面，国务院从2016年开始推进城乡居民基本医疗保险整合，2020年将完成这一任务，我国的医疗保险制度将从职工、城镇居民、农村居民三元并立走向职工与居民双轨并行，这为最终走向完全统一创造了条件。第二，明确取消居民医保个人账户和推进职工医保个人账户改革的取向。针对医保个人账户这一重大制度性缺陷及其导致的诸多弊端，2019年5月国家医保局、财政部联合发文，明确取消居民医保个人账户的政策，这是我国政府主管部门对医保个人账户首次表示否定。中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》亦明确提出改革职工医保个人账户，可视为对引入私有化的个人账户将进行矫正。上述文件意味着强化医保制度互助共济功能已成必然取向。第三，医保支付方式改革走向深化。2019年国家医保局启动30个城市作为DRGs付费国家试点，并建立了全国统一的DRGs技术标准规范和智能监控指标体系，为下一步全面开展DRGs付费工作打下基础。同时，基于大数据的病种分值付费的规则、标准，完善绩效考核指标体系，指导部分地区探索开展按病种分值付费，并从部分病种升级到病种全覆盖。目前，总额预算管理下的多元复合式付费框架基本形成。此外，异地就医直接结算系统得到升级，并建立了跨省异地就医结算业务协同管理工作机制，同步开发上线了国家医保异地备案小程序，完善了国家异地就医结算系统功能，使全国医保统一线上备案、费用协查、问题协同、信息共享等工作得以推进。第四，医保基金监管体系建设已经起步。在医保领域各种欺诈骗保行为普发高发且难以治理的情形下，2018年以来采取打击骗保专项行动并取得阶段性成果后，2020年6月国务院办公厅发布《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，明确要求加快推进医保基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，并强调坚持完善法治、依法监管，还提出了具体的行动方案。国务院已将制定专门的医保基金监管条例纳入2020年立法规划。这些可以视为我国医保制度在运行监管方面将从放任不管或无法监管转向依法有序的全方位、全流程监管。第五，药品专项谈判制度与集中采购和使用机制初步建立。药价虚高与过度消耗是长期困扰医保制度并给患者带来巨大负担的又一痼疾。近年来，国家医保局通过试点改革并将其逐步推广，积极推进抗癌药医保准入专项谈判和省级专项集中采购，加快完善了药品集中采购机制和以市场为主导的药品价格形成机制，推动了药品医保支付标准的建立与药品待遇支付方式的完善，进而有效地发挥了以医保制度推进“三医”联动的杠杆作用，对医疗费用支付方式与医疗机构补偿方式改革产生了积极、深远的影响。

(4) 医保信息化、标准化建设取得全面进展。疾病发生的普遍性、医保关系的复杂性和医疗行为的专业性，决定了信息化与标准化建设是维系医保制度建设的基础性工程，它不仅关乎医疗保障制度运行的规范有序和效率，而且直接影响到参保人的权益实现与医疗服务的质量。但长期以来，由于我国实行部门分割管理，形成了标准不统一、信息不共享、系统分割、区域封闭的格局，影响了医疗保障制度的实施与发展。2018年国家医保局成立后，医保信息化、标准化建设被列为最优先的重大工作任务并着力全面推进。在信息化建设方面，包含公共服务、经办管理、智能监控、宏观决策四大类14个子系统的信息平台建设工程项目已进入了实施阶段。在医保标准化建设方面，国家医保局按照“统一规划、统一分类、统一编码、统一发布、统一管理”的总体要求，委托中国社会保障学会组织专家团队，完成了15项医保信息业务编码标准制定工作，国家医保局网站开通了“医保信息业务编码标准数据库动态维护”窗口。至此，全国统一的医保信息业务编码平台基本建立，为提升我国医疗保障治理能力，推进医保高质量发展提供了技术支撑。

(二) 影响“十四五”时期医疗保障制度改革的主要因素

尽管“十三五”已经打下了一定的基础,但“十四五”期间能否顺利实现医疗保障制度走向基本成熟、定型的目标,还取决于能否有效化解现存的制度性缺陷、可能出现的社会风险以及如何有效应对面临的主要挑战。

(1) 医疗保障的制度性缺陷日益显性化。受经济体制改革渐进策略的影响,我国的医疗保障制度改革也一直采取渐进改革策略,它虽可避免因改革决策失误而导致全局性社会风险,但也因受制于当时当地的实际情形而缺乏长远谋划与精心设计,其局限性明显,并存在着制度性缺陷:一是主体各方权责不清晰,导致基本医疗保险筹资责任日益失衡。综观世界,英国等福利国家建立的是税收支撑的全民免费医疗服务模式,所有纳税人分担着全民的疾病医疗筹资保障;德国、法国、日本、韩国等国家建立的是强调权利义务相结合并采取劳资双方合理分担筹资责任的社会医疗保险模式;此外,还有美国的混合型模式和新加坡的公积金模式。我国选择的是大多数国家采取的社会医疗保险模式,其国际惯例是筹资责任通常采取劳资双方各负一半的做法,但我国迄今仍未确立明晰的责任分担比例,致使筹资责任在主体各方中日益失衡。以职工医疗保险为例,现行制度下的单位缴费率为6%、个人为2%,但实际上一些地区的单位缴费率更高(如上海为9.5%),在单位缴费中还有30%划入个人账户,从而实质上体现为单位或雇主责任;在居民医疗保险中,2003年确立的政府补贴与个人缴费之比是2:1,现在普遍变成了3:1以上,个别地区甚至达到15:1。这种责任失衡的筹资结构背离了权责清晰、互助共济原则,不仅减损了医保制度的可持续性,也极易造成医保制度发展的理性丧失。不仅如此,现行医保筹资机制还存在着如下严重缺陷:其一,职工基本医疗保险中一直僵化地延续着退休人员不缴费政策,而退休人员从医疗保险基金中支出的医疗费用却是在岗职工的3倍甚至更高,导致了责任错位;其二,在城乡居民基本医疗保险中,高收入者与低收入者均缴纳绝对值相等的医疗保险费,严重背离了筹资责任应按收入高低合理分担的基本原则,亦抑制了个人筹资水平的提升。筹资责任失衡局面还模糊了参保人的权利义务关系,也使主体各方丧失了清晰的责任承担预期,从而不利于整个制度的健康持续发展。二是职工医保个人账户的结构性缺陷仍未矫正,导致医保制度统筹保障能力大幅削弱。虽然居民医保个人账户被明令取消,但职工医保个人账户仍然存在。2018年,全国基本医保统筹基金累计结存16156亿元,职工医保个人账户累计结存7284亿元,后者相当于前者的45%^①;2019年,全国职工基本医疗保险统筹基金累计结存(含生育保险)14128亿元,职工医保个人账户累计结存8426亿元,后者相当于前者的近60%^②。这还不包括医保个人账户用于非疾病医疗支出等低效率的使用。在个人账户基金大量闲置的同时,部分人却因统筹基金保障不足而因病陷入沉重负担之中。三是缺乏统一的法定医保待遇清单,导致各地差距过大且易引发矛盾。一方面,制度分割造成群体之间的待遇差距过大。如职工医保的保障水平明显高于城乡居民,2018年职工次均住院费用为11181元,实际报销比例为70.1%;居民保险则分别为6577元和55.3%^③。另一方面,医疗保险大多处于市县级统筹层次,不同统筹地区之间的医保待遇执行标准存在着较大差异。这种群体分割、城乡分割、区域分割的制度安排不仅与疾病医疗风险分散的大数法则相悖,更使医疗保险制度的公平性受到影响。四是法制化程度极低,极大地制约着医疗保障的发展。目前医疗保障制度实施的主要依据只有2010年《社会保险法》中对职工基本医疗保险的简单规制,存在法律条文规制过时、规定不全、操作性不强等现象;亦未有相应的行政法规为依据,其实际运行主要依靠从国务院到县级政府发布的大量政策性文件。法制的缺失不仅使医疗保障制度在实践中产生的一系列问题无法得到解决,也使履行医疗保

^{①③} 国家医疗保障局:《2018年全国基本医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局网站,http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html。

^② 国家医疗保障局:《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局网站,http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html。

障的行政部门处于无法可依的境地，导致这一领域违法行为与不规范使用医保基金等现象普发高发，严重危及医保基金安全与医保制度的健康发展。

(2) 深化医疗保障制度改革的社会风险持续加大。“十四五”期间要实现医疗保障制度走向基本成熟的目标，就必须对失衡的利益格局进行深刻调整，这必然遇到来自既得利益地区、既得利益群体的强大阻力，能否破除这种阻力是深化改革取胜的关键所在。第一，以深化职工医疗保险改革为例，必须取消医保个人账户以增强互助共济功能，必须确立退休人员缴费以扩充筹资来源并实现所有老年人医保筹资责任分担的公平性，必须提高职工个人缴费占比以逐步走向用人单位与职工负担的相对均衡等，这些改革措施都是优化现行制度安排的合理取向，但均会对现有参保群体的个人利益产生较大影响，能否顺利推进取决于改革方案的合理性与推进策略。第二，以深化居民医疗保险改革为例，正确的取向是根据参保人的收入状况来确定缴费义务，以取代现行的所有参保人均按定额且等额缴费的政策，这有助于居民医保筹资责任的合理分担、有利于减轻低收入群体的负担并增加医保资金的来源，但对中高收入群体而言则意味着增加筹资责任的分担份额，从而可能引发一部分人的不满。第三，以提升医疗保险统筹层次为例，《社会保险法》明确的是省级统筹，需要形成的是省级范围内的共建共享体制，这必然涉及地区之间利益格局的调整。对于负担偏重、基金结存少的地区而言是获益的改革，对于负担偏轻、基金结存偏多的地区则须放弃一部分既得利益，从而可能遭遇部分地区的反对。第四，以深化医保经办机构改革为例，统一的经办机制是确保整个医疗保障制度规范、有序且高效运行的必要条件，但现实格局却是各地并不统一。要实现统一经办的改革目标，必然需要打破各地现行的机构定性差异、干部人事体制以及相关的财物管理制度等等。第五，以深化“三医”协同改革为例，推进药品、医用耗材价格合理确定，提升医疗服务质量和切实推行分组诊疗是深化改革中必须积极稳妥推进的重要内容，但它会直接影响到医药行业、医疗卫生机构的既有利益格局，从而同样会遭遇抵触与不满。可见，“十四五”期间医疗保障制度改革已经进入深水区，深化改革的核心任务是要调整日趋固化的、失衡的利益关系。如何破除利益固化的藩篱，促使地区之间、城乡之间、群体之间在理性博弈的条件下，从利益失衡或医保权益失衡状态走向相对均衡、相对公平状态，是现阶段必须积极推进并需要妥善应对的重大挑战。

(3) 面临的挑战日益增大。影响医疗保障制度发展的外部因素很多，除国民经济持续发展与社会财富持续积累为不断壮大医疗保障制度的物质基础创造了条件外，其他因素的深刻变化则会给医疗保障制度发展带来日益严峻的挑战。一是人口结构的深刻变化。一方面，我国是世界上人口老龄化速度最快、规模最大且家庭保障功能因少子高龄化而持续大幅度弱化的国家。自1999年底步入人口老龄化社会到2019年末，全国60周岁及以上人口占总人口之比从10%提高到18.1%，其中65周岁及以上人口占总人口之比从2000年的7%提高到12.6%。“十四五”期间，我国将由老龄化社会进入到老龄社会，到21世纪中叶我国的人口老龄化将达到最高峰，65岁及以上老年人口占比将接近30%。^① 人口老龄化将不可避免地带来医疗费用的持续增长。尤其是在现行制度下，退休人员及其原单位不再缴纳医疗保险费，导致出现缴费人群相对缩小、享受待遇人群持续扩大的“系统老龄化”趋势，给医保筹资和待遇支付带来了巨大挑战。另一方面，伴随大规模的工业化与城镇化进程，我国人口流动的规模庞大，人户分离现象成为社会生活的常态。据统计，2019年全国人户分离的人口高达2.8亿人，其中流动人口2.36亿人。^② 而居民医疗保险以户籍为依据参保，这种状况急需改变，进而需要调适财政补贴机制才能使医疗卫生服务真正沿着覆盖常住人口的正确方向发展。二是疾病谱变化。伴随工业化、城镇化进程的持续加快与影响健康的因素日益复杂，我国

^① 《积极应对老龄社会——〈中国发展报告2020〉发布》，中国日报网，<http://fashion.chinadaily.com.cn/a/202006/15/WS5ee71bb4a31027ab2a8d02d8.html>。

^② 国家统计局：《中华人民共和国2019年国民经济和社会发展统计公报》，载《人民日报》，2020-02-29。

的疾病谱也从传统的传染性疾病为主转变为以多种慢性病为主,恶性肿瘤、脑血管病、心脏病、呼吸系统疾病、糖尿病等慢性非传染性疾病成为居民死亡和患病的主要疾病种类。据统计,我国的慢性病患者已超过3亿人,慢性病致死人数占到全国因病死亡人数的80%,导致的疾病负担占到总疾病负担的70%。^①特别是以糖尿病、高血压为代表的慢性病呈现年轻化趋势。因此,慢性病已成为医疗费用支出的主要构成部分,给医疗保障制度带来了相应的挑战,进而使构建有效的慢性病综合防治体系成为必要且具有紧迫性。三是就业形态发生深刻变化。与传统的标准就业或正规就业相比,灵活就业成为越来越多劳动者的选择。特别是以互联网为平台,各种新业态呈爆发状态,与之相适应,“一仆多主”“无主用工”“租赁员工”“共享员工”等多种劳动就业方式并存,这使以标准或正规劳动关系为基本依据的职工基本医疗保险很难适应,从而需要不断调整。四是健康保障需求持续升级。一般而言,当物质生活处于较低水平时,人们对健康的诉求只是期望“不生病”并让自己的身体能够胜任体力劳动和维持日常生活,即使处于身体不适的亚健康状态也能接受。伴随城乡居民生活水平的不断提高,人们的健康期望与标准也在提升,加之各种新设备、新技术、新药品不断应用于临床医学,人们对健康的诉求从“不生病”变为追求身体素质的高质量,这种转变是社会发展的客观结果,很自然地转变为对医疗服务需求的升级。因此,人们不会再满足于以往的保基本,而是要求获得更公平、更高水平的医疗保障与医疗卫生服务,并必然呈现出多样化、个性化与多层次的需求,进而对整个医疗保障体系的建构与发展提出挑战。

综上,“十四五”时期面临的问题、风险与挑战是严峻的,让医疗保障走向基本成熟还面临着十分繁重的任务。

二、“十四五”时期医疗保障制度改革与发展的理念创新与目标设定

“十四五”时期是我国全面建设社会主义现代化国家新征程的起步期,也是各类矛盾风险多易发的关键时期,追求高质量发展将是“十四五”时期国家经济社会发展的主基调,在这样的背景下,我国医疗保障制度改革需要创新发展理念,明确目标导向,并解决好若干重点问题。

(一) 创新医疗保障制度的发展理念

作为重要的社会保障制度安排,医疗保障必须遵循公平正义的原则,实现普惠全民的目标。因此,“十四五”时期我国医疗保障制度改革与体系建设应当坚持以人民健康为中心的发展思想,以切实解除人民群众疾病医疗后顾之忧、构建高质量的中国特色的医疗保障制度为目标,以优化基本医疗保险制度和促进多层次医疗保障体系加快发展为着力点。为此,需要对现行制度所持理念做出优化,它至少包括:

(1) 从覆盖全民走向普惠公平。我国已经初步实现了全民医保目标,但这一目标还处于低层次上,除仍有一部分人未参保外,更在城乡之间、地区之间、群体之间存在着筹资与待遇的差异。因此,未来的发展必须坚持并落实全民参保、制度统一的公平医保取向,以制度公平保障全民权利公平。普惠体现在全体人民一个不少地被医疗保障制度所覆盖,落实这一原则的关键在于促使所有职工依法悉数参加基本医疗保险,同时将城乡居民自愿参保调整为强制或自动参保;公平主要体现在筹资责任合理分担和待遇标准的统一上,应当通过调整主体各方的责任分担比例,推动不同群体间的制度整合,逐步缩小城乡间、地区间、群体间医疗保障公共服务和待遇标准的差异。

(2) 从统账分割走向互助共济。医疗保险制度最核心的内容是以确定的集体力量来化解个体不确定的疾病风险,其可靠性只能建立在互助共济基础之上,从而必须遵循风险共担、风险分摊的法

^① 《我国慢病患者已超3亿人 专家:慢病治疗不应依赖某种药物》,中国网财经频道, <http://finance.china.com.cn/news/20170512/4210999.shtml>。

则，最大化释放“一个制度、一个基金”和“人人参与、人人共享”的互助共济功能。必须充分认识到私有化的医保个人账户不仅与医疗保险制度的本质相悖，更带来了大幅减损医保制度保障功能并衍生出利己取向、增加运行成本、浪费医保资源等诸多不良后果。因此，必须全面强化医保制度的互助共济功能，通过取消医保个人账户与相应的权益置换，提高医保基金统筹层次，夯实以“大医保、大健康”为导向的社会统筹基金，真正化解全体人民的疾病医疗后顾之忧。

(3) 从权责不清走向权责匹配。前已述及，在我国的医疗保障实践中，政府与用人单位的筹资责任持续加重，个人负担持续相对减轻。在占总人口约四分之三的城乡居民医疗保险中，各地政府的筹资责任增加明显快于个人，而个人享受的医疗保险权益却在刚性发展。特别是对居民采取等额定额缴费制，亿万富豪与低收入家庭按照同一定额（绝对值）标准缴费，这使得居民医疗保险制度存在逆向调节现象，也让具备缴费承受能力的中高收入者搭上了“便宜”的便车。因此，未来需要将权责清晰且责任分担均衡化作为医疗保障制度走向成熟的基本理念，建立个人缴费标准与居民收入相挂钩的动态调节机制，以此确保医疗保险基金能够伴随收入增长和责任均衡而持续增长。

(4) 从以收定支走向以支定收。以往医疗保险制度改革中的一条重要法则是强调以收定支，其理论假设是有多少钱办多少事，能够筹集到多少医保基金便为人民群众提供多少医疗保障，这种理念指导下的医疗保障实践必然是人民的医保权益受制于筹资规模；反之，如果奉行以支定收的理念，必定以切实解除全体人民疾病医疗后顾之忧并满足其需要为出发点，需要多少钱就要尽可能筹集多少钱。显然，以支定收的理念更加符合以人民健康为中心和全民医保制度的内在要求，这种理念指导下的医疗保障实践还能够倒逼筹资责任走向均衡和权责边界走向清晰，使多层次医疗保障体系建设具有动力。

(二) 医疗保障制度的发展目标与考核指标设定

中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了我国医疗保障制度在“十四五”“十五五”期间的目标任务。据此可以确定，“十四五”应当是朝着制度统一、运行规范、稳健持续的方向稳步发展并走向定型、完善的关键时期，其主要发展目标是基本建成真正覆盖全民、权责关系清晰、体系结构合理、运行机制高效、预期清晰稳定的中国特色医疗保障制度，实现人人享有基本医疗保障与医保治理现代化，不断增进人民的健康福祉。

(1) 实现全民参保。巩固与扩大基本医疗保险人口覆盖率，实现“一个不能少”的人口全覆盖目标。为此，职工基本医疗保险应严格按照劳动关系参保缴费，居民基本医疗保险应由自愿参保转为强制或自动参保，同时还需要创新经办方式，将灵活就业与新业态从业人员全部纳入医保体系，全面启用新生儿自动参保，完善断保、漏保的政策性补救办法，改依据户籍参保为依据常住人口参保，以此确保人户分离状态下的流动人口有保可参，实现全生命周期内参保并具有连续性。

(2) 促使筹资相对均衡。健全医保参保缴费政策，逐步均衡各方筹资责任，坚守互助共济本质，稳步走向责任共担、相对均衡、稳定可持续的筹资机制。同时，还需要改变医保基金结余偏多的现象，在年度收支平衡、略有结余的前提下，适当调整单位和个人缴费率，强化个人参保意识，适当提高个人缴费比例，逐步实行“老人老办法、新人新办法、中人中办法”的退休人员缴费过渡政策。探索建立适合农村贫困人口的参保办法，将相对贫困人口作为医疗救助对象，实现相对贫困人口应保尽保，稳步提高医保筹资水平和医疗救助政府补助水平。

(3) 切实推进法定医保待遇公平。建立全国统一的基本医疗保障待遇清单，明确待遇确定和调整的政策权限、依据和程序，确保待遇水平、待遇调整和待遇落实统一，合理提高待遇水平。同时，对医保基金池内的资金流向进行结构重组，从预防保健、门诊治疗和住院治疗三方面对参保人员进行保障，提高参保人群病前预防控制、门诊医疗保障和住院费用报销的水平，全方位发挥医疗保险的风险保障与健康管理作用。在统一国家医保基本待遇清单的基础上，探索地方附加公共卫生项目，增加特定人群待遇，切实解除参保人员因灾难性医疗支出带来的后顾之忧。协同门诊统筹、按人头支付改

革,稳步推进分级诊疗制度,提升异地就医管理制度趋同、系统容纳趋活、报销结算趋简的水平。

(4) 加强法治化建设。在深化改革、优化制度安排的条件下,加快医疗保障的法制建设步伐,以推动医疗保障专门立法为统领,不断提升医疗保障的法治化水平。“十四五”期间应当推动制定《医疗保障法》,为整个医疗保障制度提供法律依据;启动《社会保险法》实质性修改,出台《基本医疗保险条例》《医疗救助条例》《商业健康保险条例》《慈善医疗条例》《医疗保障基金监管条例》等行政法规,构建起医保法治化的基本法律框架。在有法可依的前提下,加强医保执法,逐步建立专业、成熟的医疗保障执法队伍和管理规范,依法打击欺诈骗保行为,引导全社会增强医保法治意识和法治责任。

(5) 坚持医保基金预算平衡。预算平衡、略有结余是各国医保制度追求的基本目标。以德国为例,其法律规定各个医疗保险机构的基金结余可留作储备金,最低限额为月支出的25%,最高限额不得超过1个月的支出,超出最高限额的结余可直接返还参保人,也可通过增加支付项目、引入新类型的医疗服务(家庭医生、一体化治疗等)使参保人获益,进而增强保险机构的吸引力。^①在韩国,法律规定储备基金累积至少相当于其财务年度保险给付成本所需费用的5%,直到该基金达到该会计年度所需费用的50%,换言之,韩国的医保基金结存额限定在0.6个月至6个月。^②这两个国家的医保基金结存不高,但制度运行稳健,完全可以作为我国的参照系。我国目前的医疗保险基金结余过多,2019年末全国基本医保基金(含生育保险)累计结存达到27697亿元,其中基本医保统筹基金(含生育保险)累计结存19270亿元,职工医保个人账户累计结存8426亿元,而同年全国基本医保基金(含生育保险)总支出为20854亿元^③,这意味着现有基金结存足够支付全国人民的医疗保险待遇16个月。造成这种局面的主要原因有两个:一是职工医保个人账户基金结存不能共享造成了参保人之间缺乏有效互济;二是医保统筹层次偏低导致基金分割在数百上千的统筹地区,造成不同地区基金支付能力强弱有别。因此,“十四五”时期应当确定预算平衡、略有结余的目标,而增强参保人之间的互济性和提高统筹层次应当成为必由之路。

(6) 积极推进体系结构多层次化。不同收入层次的人群对医疗保障的需求必然存在差异性,越是高收入阶层越是需要更加全面的医疗保障与健康服务,其个性化需求要求建立多层次医疗保障体系。因此,“十四五”时期应当明确多层次医疗保障体系建设的结构与功能定位,并采取措施稳步推进,以充分调动市场主体与社会力量的积极性。

依据上述目标,可以设定若干关键指标,见表1。

表1 “十四五”时期医疗保障考核指标

关键指标	2020年	2025年	考察维度	指标属性
法定医疗保险参保率	96%	100%	覆盖范围	约束性
政策范围内报销比例	70%左右	85%左右	保障程度	约束性
个人自付医疗费用率	30%左右	20%左右	保障程度	约束性
重大疾病医疗费用自付率	/	20%以内	保障程度	约束性
医保筹资个人负担比率	25%左右	40%左右	责任分担	约束性
职保与居保人均医保资金支出差距	3000元左右	2000元左右	稳健持续	预期性
医保基金结余率	16个月左右	6个月	稳健持续	约束性

① 《德国社会法典第五册——法定医疗保险法》第8章“筹资”,德国法律信息门户网站, https://dejure.org/gesetze/SGB_V。

② 韩国《国民健康保险法》第38条“储备金”,韩国国民健康保险公团官网, <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0704.html>。

③ 国家医疗保障局:《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局网站, http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html。

表 1 设定的具体指标建立在必要且可行的基础之上。

第一，参保率是衡量人人享有基本医疗保障和健康公平的关键指标。在现有制度二元运行结构下，法定医疗保险实现“应保尽保”应具有可行性。据统计，全国基本医疗保险参保人数在 2018、2019 年分别为 134 459 万人、135 407 万人，分别占总人口的 96%、96.7%。^① 从 2020 年到 2025 年尚有 6 年时间，平均每年增长 0.55 个百分点即可以实现全民 100% 参保。因此，这并非不能完成的目标任务。关键是要严格执行劳动合同法，推动职工基本医疗保险全覆盖；对城乡居民从自愿参保改为强制或自动参保，特别是对新生儿等特殊群体需要尽快采用自动参保机制，确保“一个也不漏保”。

第二，法定医疗保障报销比和个人自付医疗费用率是衡量人民疾病医疗后顾之忧的关键指标。持续提高基本医疗保险的待遇水平，切实解决人民疾病医疗后顾之忧是我国医保制度的根本宗旨，而重点解决重大疾病医疗费用支出则是降低因病致贫、返贫的关键。因此，“十四五”期间应当进一步提高医保政策范围内的报销比例，降低个人自付医疗费用率，进而积极探索基本医疗费用从基金支付封顶转向个人自付费用封顶。据统计，2018 年全国职工医保政策范围内住院费用基金支付比达 81.6%，实际住院费用基金支付 71.8%，个人负担 28.2%；同年居民医保的指标分别为 65.6%、56.1% 和 43.9%。^② 2019 年全国职工医保政策范围内住院费用基金支付 85.8%，实际住院费用基金支付 75.6%，个人负担 24.4%；居民医保的上述指标分别为 68.8%、59.7% 和 40.3%。^③ 可见，到 2025 年将政策范围内报销比例统一提高到 85%、个人自负比降低至 20% 左右是可行的。

第三，个人负担筹资比是评价筹资机制责任分担合理性的重要指标。“十四五”期间，职工医保可将用人单位缴费率稳定在 6%，逐步提高个人缴费率，向最终达成缴费各半的目标稳步迈进。在居民医保中宜合理划分政府与个人的筹资责任，在继续提高政府补助标准的同时，改革城乡居民等额定额缴费的做法，探索按居民收入分等缴费，适当提高个人缴费比重，将个人承担的医疗保险筹资份额从当前不足 30% 逐步提升到“十四五”末的 40% 左右，这是促使医疗保障制度理性发展、可持续发展的重要条件。

第四，职工医保与居民医保人均医保资金支出差距和医保基金结余率是考察待遇结构均衡性和基金可持续性的客观标准。一方面，医保待遇水平是医疗保障制度运行效果的现实反映，也是衡量制度公平与否的基本标尺。目前职工与居民基本医疗保险的待遇水平差距较大，“十四五”期间应持续缩小差距。为此，宜进一步提高居民住院费用报销比例，将门诊慢性病报销范围逐步扩大，重点降低灾难性医疗费用发生比率，而制定相对统一的医保待遇清单是必要的举措。另一方面，在医保基金总量结余过多、地区分布差距大的现实条件下，可通过完善基本医保待遇清单动态管理制度，控制基金累计结余率，将医保基金结余可支付时间从 2019 年的 16 个月逐渐降至 6 个月左右，同时通过提高统筹层次和建立中央与省级调剂基金来促进地区之间的互助共济。

如果在“十四五”期间能够实现上述目标，我国医疗保障制度将真正走向基本成熟，并为“十五五”期间走向最终成熟、定型奠定牢固的基础。

三、“十四五”时期医疗保障制度改革与发展的重点任务

基于前述新理念的引领与目标导向，“十四五”期间我国医疗保障制度改革与发展的重点任务

^① 数据分别来源于《2018 年全国基本医疗保险事业发展统计公报》和《2019 年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医疗保障局网站。

^② 国家医疗保障局：《2018 年全国基本医疗保险事业发展统计公报》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html。

^③ 国家医疗保障局：《2019 年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html。

应当是全面加快法定医疗保障制度的优化与定型,同时构建相对健全的医疗保障法律制度并促使其步入法治化轨道。

(一) 优化现行制度安排,促使法定医疗保险制度走向成熟

中国特色医疗保障制度的成熟与定型,从根本上取决于法定医疗保险制度的成熟与定型。因此,“十四五”时期医疗保障制度改革与发展的首要任务就是直面现行医疗保险制度安排中的缺陷与不足,采取多管齐下的有效举措,促使其尽快实现结构与功能的优化,并成为基本成熟的法定制度安排。在这方面,值得努力的方向包括:

(1) 进一步明确法定医疗保险制度的主体地位与功能定位。我国的法定医疗保险制度包括职工基本医疗保险、居民基本医疗保险及其衍生的大病保险,因其覆盖全民并提供基本医疗保险,体现的是国家追求的社会发展目标和人民法定权益以及政府与社会的重大责任,从而是整个医疗保障体系的决定性构成部分。在“十四五”期间,必须进一步巩固法定医疗保险的主体地位,包括确保全民“一个不少”地被制度覆盖并实现自己的医保权益,所筹基金足够支付参保人享受基本医疗服务的费用。在这方面,核心是人民群众的疾病医疗特别是重大疾病医疗后顾之忧能够从根本上得到解除,通过法定医疗保险制度阻断因病致贫、因病返贫现象,任何人不再因重大疾病的发生而使生活质量受到较大影响,这就是合理的法定医疗保险功能定位,也是发达国家(除美国外)法定医疗保障已普遍达到的功能定位。

(2) 取消医保个人账户,矫正法定医疗保险的制度性缺陷。鉴于医保个人账户的不良后果日益放大,无论阻力多大,“十四五”期间均须坚决推进医保个人账户改革。改革的目標是不再设置医保个人账户,法定医疗保险的所有筹资全部进入社会统筹基金,由所有参保人共享,用于支付所有患者的疾病医疗费用,如果能够做到这样,则法定医疗保险制度就扫除了影响其走向基本成熟的障碍。适宜的改革方案包括:一是实行权益转换,即以门诊医疗费用社会统筹取代职工医保个人账户,通过互助共济的方式提高医疗保险资金利用效率,进而提高参保患者门诊医疗保障水平。这一方案隐含的法理逻辑是,医保个人账户是社会保险法已经赋予参保职工的权益,简单地取消医保个人账户等于减损其法定权益,只有通过相应的权益置换才符合社会公正原则。不过,个人账户的处置必然引发个体利益与群体利益、短期利益与长远利益的冲突,因为个人账户基金属于参保人所有,年轻人与健康者可持续积累,老年人与疾患者却会出现个人账户基金不足,这使得在年轻人与老年人、健康者与疾患者之间出现既得利益的损益分化,前者较后者呈现利益受损现象。从群体利益高于个体利益、长远利益高于短期利益的角度出发,取消医保个人账户势在必行,但也需要理性引导。二是取消医保个人账户可以分步推进。如取消用人单位缴费中部分划入医保个人账户的政策,使单位缴费全部进入医保统筹基金;以医疗保障待遇清单为基准,在住院统筹的基础上拓展门诊医疗的保障范围,提高待遇水平,以此置换职工医保个人账户;同时,应停止或减少向退休人员的医保个人账户划拨资金;按比例或按老中青区别对待,最终实现所有缴费全部划入医保统筹基金,用于支持门诊和住院医疗保障待遇。走好了这几步即能顺利达至全面取消医保个人账户的目标。三是不动医保个人账户上已积累的基金。为减少改革阻力,对于新政策实施前已积累的个人账户基金宜留存归己并继续用于支付其自己负担的医疗费用,也可允许用于个人及家庭成员的健康体检以及购买商业健康保险等。此外,还需要明确引导公众对法定医疗保险形成正确认识,即法定医疗保险不是为了个人医疗费用结余,而是为了解除全民的疾病医疗后顾之忧,只有将个人账户基金转化为社会统筹基金,才能有效地化解全体人民的疾病医疗风险。

(3) 积极稳妥地推进筹资责任均衡化和医保待遇清单统一。可持续的法定医疗保险制度需要稳定的筹资来源并能够提供清晰的医保待遇预期。一是稳步迈向用人单位与职工个人筹资责任分担均衡化。基本取向应当是保持医保资金平稳发展,其中用人单位负担保持稳定、财政支出平稳增长、个人缴费比例逐步提高。在职工医疗保险中,宜参照国际惯例,以单位与职工各负担50%的缴费

责任为目标，使单位与职工筹资负担比由目前的3:1调整到“十四五”末的2:1。二是适时废止退休人员不缴费的规则，推行退休人员继续缴费参保的政策。这不仅是为了应对人口老龄化加速发展对医保制度造成的日益巨大的冲击，而且是基于退休人员与城乡居民中的老年人公平承担缴费义务的需要，更是彻底解决统筹区域之间医疗保险关系转移难题、减少未来异地就医困难的关键。可以按照“老人老办法、新人新办法、花钱买机制”的路径，平稳有序地推进退休人员医保缴费政策。可以适度调整基本养老保险的待遇水平，让养老金包含缴纳医疗保险费的份额，以提高退休待遇置换缴费机制的方式来取消退休人员医保个人账户，保障大部分人的权益不受损。三是对居民法定医保的筹资机制进行彻底改造。“十四五”期间，宜由目前的定额、等额缴费制转向以收入为基准的多档缴费，最终走向按收入比例缴费，同时加快提高居民个人筹资水平，使之达至政府筹资水平的50%左右，最终实现政府补贴与个人缴费各占其半的目标。这种改革背后的逻辑是，实行定额且等额缴费制的结果必定是高收入者的实际缴费负担低，低收入者的实际缴费负担重，这不符合医疗保险的筹资法则，也对收入高低对疾病医疗与健康标准的关注度形成了反向调节，而通过上述改革则能克服筹资负担的累退性问题，使筹资的公平性提高，同时还可以使筹资水平随收入提高而增长，从而有利于提高基金的可持续性。四是建立法定医疗保险待遇清单制度，确保所有参保人的医保待遇公平。“十四五”期间宜将法定医疗保险待遇确定权提升到国家层级即国家医保局，同时允许省级医保行政部门出台补充政策，以不断增进人民群众的医疗保障福祉。在统一法定医保待遇清单的条件下，建立个人自负医疗费用的封顶线。

(4) 提高法定医保制度的统筹层次，全面实现省级统筹。针对统一医保目录、基于法定医疗保险统筹层次大多停留在市县级的现实及其带来的不良效应，“十四五”期间应当确立全面做实法定医疗保险市级统筹，基本实现省级统筹的目标，以进一步促进制度公平并增强制度在区域之间的互助共济功能。同时，有必要建立法定医疗保险统筹基金调剂机制，重点补助在医保转移接续过程中引发的利益分配问题和突发公共卫生事件导致的医保基金支付负担不均问题，进而使这一制度在全国范围内具备更强的保障能力与可持续发展能力。

(5) 进一步推进法定医疗保险制度整合。最公平、最有效率的医疗保险制度是全国统一的制度安排。我国基本医疗保险制度亦应当明确以同一种制度覆盖全民为目标，因此，“十四五”期间需要加大推进制度整合的力度，不仅应当高质量地完成城乡居民基本医疗保险制度整合的任务，而且应当在职工基本医疗保险与居民基本医疗保险制度整合方面迈出稳健步伐，争取在“十四五”期末或“十五五”期间能够使统一的法定医保制度安排覆盖全民，让全体人民在统一的医保制度安排下享受到公平的基本医疗保障。在推进法定制度整合的过程中，关键是要以职工基本医疗保险为标杆，推动居民基本医疗保险在筹资、待遇、服务购买、费用支付、经办管理等政策措施上逐步向其看齐。应当鼓励发达地区先行探索，通过基金一体化实现法定医疗保险制度的一元化。

如果“十四五”期间能够在上述方面取得进展，则我国的法定医疗保险制度将走向基本成熟，进而为中国特色医疗保障体系的全面建成奠定坚实的基础。

(二) 建立护理保险制度，发展补充医疗保障

在推进中国特色医疗保障体系建设的进程中，有两类情形需要同时考虑。一是失能老年人往往因缺乏相应的护理费用保障而陷入困境，或者变成了医保基金的负担，构成了法定医疗保险制度的新的压力源，需要有专门的护理制度安排予以应对。二是超越法定医疗保险之外的疾病医疗与健康服务需求同样需要有专门的制度安排来满足，但多层次医疗保障体系仍处于残缺状态，这使得人们对法定医疗保险寄予过高期望。因此，加快建立护理保险制度与发展包括商业健康保险与慈善医疗等在内的补充医疗保障，对于全面建成中国特色医疗保障体系具有直接且重要的意义，它应当被同步纳入“十四五”规划并采取相应的行动。

(1) 加快建立适合国情的长期护理保险制度。在人口老龄化快速发展的背景下，老年人的失能

风险在持续加大,而家庭保障功能的持续弱化又使社会化护理成为必然趋势,护理保险则是解决失能老年人护理需求的经济来源的专项社会保险制度。建立这一制度的必要性在于,避免因老年失能而加重老年人及其家庭的经济负担,同时让社会化的护理事业具有稳定的物质基础。2016年,在人力资源和社会保障部门的推动下,我国在15个城市开展护理保险试点工作,2020年5月国家医保局决定扩大试点范围。但总体而言,试点地区普遍需要依靠现有法定医疗保险制度,尚未真正建立新的筹资机制与独立运行的制度安排^①,有的地区还将失能护理与疾病医疗混杂在一起,这既不利于法定医疗保险制度的健康发展,也难以从根本上解决老年失能护理需求问题。因此,无论是从满足社会需要出发还是从维护法定医疗保险制度的健康发展出发,“十四五”期间都应当加快长期护理保险建制步伐,在厘清疾病治疗与失能护理责任边界的前提下,以“大众参与、小众受益、保障有效”为建制目标,遵循互助共济原则,在满足有需要者的护理需求的同时,确保法定医保基金不受非疾病医疗风险的侵蚀。

(2) 重点发展商业健康保险与慈善医疗。基于中高收入阶层对超越法定医疗保险制度之外的医疗与健康服务的需求,发展商业健康保险是必由之路;而低收入困难群体则还需要社会慈善医疗的援助。因此,我国多层次医疗保障体系的建设应在建立健全的法定医疗保险与医疗救助制度的同时,促进商业健康保险与慈善医疗的发展。这一政策思路迄今尚未真正取得成效,“十四五”期间应取得实质性进展。为此,一是应当出台多层次医疗保障体系建设的顶层设计,明确不同层次的功能定位。二是将商业健康保险作为关键着力点,核心在于促使中高收入阶层通过保险市场来获得更全面的医疗保障与健康服务。这不仅需要税收政策帮助有需要者发力,还应当激发商业保险公司拓展此类业务的内生动力并形成新的专业优势,最终形成有规模的健康保险市场。三是将促进慈善医疗的发展列为多层次医疗保障体系建设的必要内容并依照慈善法的规制加大扶持力度。因为疾病是贫困的主要致因,帮助困难群体全面解除疾病医疗的后顾之忧不仅需要法定医疗保险与医疗救助,还需要社会力量参与,而慈善事业是义利相融并兼具精神力量与物质力量的社会机制,可以成为解决困难群体疾病医疗与健康服务问题的有益补充力量,也应当成为发展我国慈善事业的优先方向。

如果商业健康保险与慈善医疗能够得到充分发展,我国多层次医疗保障体系必将步入体系健全、保障全面的新境界,不仅能够解决长久支撑整个医疗保障体系的物质基础问题,而且能够真正满足人们多样性、多层次医疗保障与健康服务需求,这无疑是“十四五”期间应当努力推进并取得实质性进展的重要方向。

(三) 加快法制建设,促使医疗保障制度步入法治化轨道

法治化是医疗保障制度成熟、定型的标志,更是这一制度的内在要求,因为在各项民生保障制度中,唯有医疗保障制度涉及面更广、利益关系更复杂、专业性更强,需要有清晰而具体的法律规制。我国医疗保障领域迄今一直依靠从中央到县级的政策性文件(俗称“红头文件”)实施规制。法制的缺失,造成了医疗保障制度的不统一与失范严重,既不能给人民群众清晰赋权,也无法对主体各方明责。因此,“十四五”期间需要将医疗保障法治化作为十分重要的目标任务,全面加快医疗保障法制建设,并初步形成相对完整的法律制度框架,以便为医疗保障制度的发展提供相应的法律依据,并以此为依据确保医保制度的统一性,防止乃至杜绝地方政府等主体的不当作为扭曲医保制度。在这方面,值得努力的方向包括:

(1) 制定专门的医疗保障法律。考虑到立法的可行性,有两个方案可供选择:一是制定综合性的《医疗保障法》作为基本法,明确赋予全民的法定医疗保障权,明确各方主体的责任,突出权利与义务相结合的规制,并对多层次医疗保障体系进行全方位的规制;二是制定《医疗保险法》,主要对法定基本医疗保险进行全面规制,为医疗保障体系的主体项目提供尽可能全面的法律依据,同

^① 曹信邦:《中国长期护理保险制度构建的理论逻辑和现实路径》,载《社会保障评论》,2018(4)。

时明确多层次医疗保障制度体系并授权国务院制定相应的法规。无论采取哪种方案，均须明确我国医疗保障制度体系的基本框架、政府责任、筹资机制与责任分担比例、管理体制及运行机制、监督机制等；明确公民的法定医疗保障权，其覆盖范围应当为全民。其中，基本医疗保险应当采取强制（自动）参保方式，以确保全民参保；明确医疗救助的覆盖对象；支持非营利性医保发展；鼓励个人参加商业性的健康保险。

(2) 全面加快医疗保障法规与规章建设。根据我国立法工作的经验，医疗保障法律不可能为制度实践提供可操作的全面依据，往往需要通过相应的行政法规、部门规章将法律原则加以具体化。如果再考虑到制定综合性的医疗保障基本法存在的困难，通过制定行政法规、部门规章的方式来满足医疗保障法治化的需要则更加具有必要性与重要性。“十四五”期间，根据医疗保障制度的法治需要，应当制定有关基本医疗保险、医疗救助、商业健康保险、慈善医疗以及医保基金监管、医保信息化与标准化建设、医疗保险经办等多种行政法规或部门规章，为整个医疗保障制度体系的正常运行与健康发展提供明确、具体的依据。

(3) 构建完整的行政、司法和社会监督体系。医疗保障法治化要求严格依法治理，这使得建立完整的监督体系至关重要。我国医保欺诈案件长期处于普发高发状态，法律缺失只是一个方面的原因，监督不严构成了又一重要原因。因此，“十四五”期间，需要强化法治意识，并通过健全医保行政监察机制、落实司法监督机制、推进社会监督机制建设实现医疗保障主体各方及医疗、医药等利益相关方循规守法。为此，需要明确国家医保局为全国统一的医疗保障行政监管和执法主体，实行一部门负责、多部门配合制，同时加强与监察、公安、卫健、药监、审计等部门的协调配合，形成监管合力。通过调查、抽查、受理举报投诉等方式，对医疗保险经办机构、医疗服务机构及药品经营单位以及用人单位、参保人员循规守法情况进行监督检查。还应当充分利用基于大数据、人工智能的智能监控等手段，不断提升对医疗保障制度特别是医保基金的监管能力和水平。而对违法违规行及其责任人采取必要的司法手段亦属必要。

总之，“十四五”是我国医疗保障制度建设至关重要的时期，如果能够创新发展理念、明确目标导向，在全面优化现行制度安排、实质性地促进多层次医疗保障体系建设、全面加快医疗保障法制建设方面取得重大进展，中国特色的医疗保障制度将步入基本成熟、定型的新境界。

Development Ideas and Key Tasks of China's Healthcare Security System During the 14th Five-Year Plan

ZHENG Gongcheng

(Social Security Research Center of China, Renmin University of China, Beijing 100872)

Abstract: After more than 20 years of exploration, especially the foundation laid in the period of the 13th Five-Year Plan, the period of the 14th Five-Year Plan will be the crucial stage when the healthcare security system with Chinese characteristics shifts from long-term tentative reform to basic maturity. However, given the drawbacks of the current system and various challenges at present, it is not easy to achieve this goal. It is urgent to establish the development ideas with clarified concepts, clear objectives and appropriate measures. And the heavy tasks that should be accomplished during the 14th Five-Year Plan include comprehensively speeding up the optimization of the current system, focusing on key areas and links to deepen the reform, and accelerating the improvement of healthcare security laws and regulations.

Key words: Healthcare security; 14th Five-Year Plan; Development ideas; Objectives and tasks

(责任编辑 武京闽 王伯英)