

从有到优: 医疗保障制度高质量发展内涵与路径

□ 仇雨临, 王昭茜

摘要: 历经 20 余年的发展, 我国医疗保障制度建设实现了从无到有, 但仍需要继续深化改革, 实现高质量发展, 推进医疗保障从有到优。立足于全民医保制度在覆盖面、制度体系、保障待遇、管理经办等方面取得的成就和面临的困境, 医疗保障高质量发展意味着从以数量扩张为主的制度初建设阶段向以质量提升为主的效率优化阶段转型, 表现在医疗保障制度理念目标的坚守与创新、结构内容的优化配置和责任主体的合作共赢等方面。实现医疗保障高质量发展需要在筹资与待遇调整机制、多层次医疗保障体系、多元化医保支付方式、高品质医保经办服务、医保治理能力与治理体系现代化等方面做出完善和突破。

关键词: 医疗保障; 高质量发展; 从有到优

中图分类号: C913.7

文献标识码: A

文章编号: 1671-7023(2020)04-0055-08

十九大报告提出“我国经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段”。随着经济进入高质量发展阶段、新时代社会主要矛盾的转变、健康中国战略的提出以及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构想的形成, 医疗保障制度作为中国特色社会主义制度的组成部分, 医疗保障治理作为国家治理体系和治理能力的组成内容, 医疗保障也需要在制度理念、制度架构、基金持续、服务可及、协同治理等方面实现高质量发展。因此, 本文从我国医疗保障发展的历史阶段、实践现状、内涵机理、优化路径等方面分析探究医疗保障高质量发展的基础依据、理论框架和实现路径。

一、医疗保障发展的历史阶段: 从无到有走向从有到优

中华人民共和国成立以来, 医疗保障制度经过了从无到有、试点探索、全民覆盖、新一轮完善等发展阶段^[1]。医疗保障制度是社会保障和医药卫生事业共同的组成部分, 医疗保障建设贯穿整个社会保障制度体系建设和医药卫生体制改革的全过程。回顾社会保障、医药卫生和医疗保障制度最近 20 余年的发展, 从十四届三中全会提出“建立多层次的社会保障制度, 为城乡居民提供同我国国情相适应的社会保障, 促进经济发展和社会稳定”, 到十九大报告宣布“覆盖城乡居民的社会保障体系基本建立”, 同时提出“按照兜底线、织密网、建机制的要求, 全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系”, 我国社会保障制度实现了从无到有的超越。从 2006 年胡锦涛同志在中共中央政治局集体学习上强调“建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度”, 到 2016 年习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调“把人民健康放在优先发展战略地位”, 以及“加快推进健康中国建设, 努力全方位、全周期保障人民健康”, 我国卫生健康事业发展经过了从基本医疗卫生到健康中国定位的提升。而从 1998 年国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》, 我国第一次有了真正意义上的社会医疗保险制度, 到 2018 年 5 月国家医疗保障局成立, 再到 2020 年 3 月中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》, 我国医疗保障制度同样是完成了从无到有、建成覆盖全民的医疗保障体系的跨越。基于社会保障制度不断完善、卫生健康事业从低到高的既定背景和未来目标, 医疗保障下

作者简介: 仇雨临, 中国人民大学劳动人事学院教授、博士生导师; 王昭茜, 中国人民大学劳动人事学院博士研究生

基金项目: 国家社会科学基金重点项目“健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度研究”(20AZD076)

收稿日期: 2020-03-20

一步需要深化改革,实现高质量发展,推进从有到优的完善。那么,在明晰医疗保障从无到有走向从有到优这一历史阶段后,医疗保障的优需要立足于哪些现实基础,又包含哪些内容,如何具体推进?这些是研究医疗保障制度高质量发展的基本和关键问题。

二、医疗保障高质量发展的基础依据:当前医疗保障制度的成就与困境

我国覆盖全民的医疗保障体系在覆盖面、制度体系、保障待遇、管理经办等方面取得了突出成就,尤其是在制度的数量建设上成果显著,实现了从无到有;但同时,医疗保障也面临着从制度建成到制度完善、管理经办业务转型和效率提升等一系列困境。这些成就与困境既是医疗保障高质量发展的基础资源,也是需要突破的制约瓶颈,当前医疗保障制度的成就与困境共同构成了其高质量发展的基础依据。

(一) 全民医保覆盖基本实现,但参保稳定性不足

随着城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险三项制度的依次建立,我国医疗保障实现制度全覆盖,而后又在实践中逐步实现人群全覆盖。《2019年全国基本医疗保险事业发展统计公报》显示,2019年135407万人参加全国基本医疗保险,参保率稳定在95%以上^[2],基本实现人员全覆盖。但在95%以上覆盖率的背景下,仍有一些人群未被稳定地纳入基本医疗保险之中,这既是制度设计本身的一些漏洞所致,也是社会经济发展带来的新挑战。全民医保的不完全、不稳定覆盖具体表现在:一方面,仍存在部分未覆盖群体。随着以互联网为载体的新经济、平台经济快速发展,共享经济、平台用工越来越普遍化,各种类型的灵活就业人员越来越多,这为医疗保险的参保覆盖带来了挑战。《中国共享经济发展年度报告(2019)》显示,2018年我国共享经济参与提供服务者人数约7500万人,平台员工数为598万人(相比2017年增长约7.5%)^[3]。在共享经济用工中,由于政策上无法判定劳动者与平台之间是否存在雇佣关系,所以导致整个社会保险制度面临着巨大挑战^[4]。如何界定新经济从业人员的参保类型,在职工医疗保险中如何寻找雇主的缴费责任,在居民医疗保险中如何破除户籍的界限,这些新因素都挑战着全民医保覆盖面的稳定性。另一方面,原有的制度内参保者不连续参保问题时有发生。在作者研究团队的调研中发现部分地区存在参保扩面难的情况,表现在本年度的参保人在下一年度会选择从原有制度中退出,集中体现在身体健康、外出务工或家庭经济能力不足的参保者。产生这种现象的原因包括居民医疗保险自愿参保的规定、不合理的缴费机制(定额缴费使低收入群体缴费压力大)、个体的逆向选择行为等。

总之,参保的稳定性和全民医保的覆盖面是医疗保障制度在各方面发展的基础,“基础不牢,地动山摇”,在后续的发展完善中,需要重视巩固全民医保的覆盖面,从医疗保障全民覆盖到医疗保障全民稳定覆盖。

(二) 医疗保障制度结构从分割到整合,但公平性有待加强

随着城乡一体化发展进程的加快和2016年《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》的发布,城乡居民医疗保险整合实践进程加速推进,2018年国家医疗保障局提出,2019年全国范围内统一的城乡居民医疗保险制度将全面启动实施。医疗保障的制度结构从之前的三维制度类型、城乡二元分割走向了城乡统一。但是,由于城乡居民医疗保险和城镇职工医疗保险依旧分立运行,以及不同区域之间、城乡之间固有的差异,现行医疗保障制度在制度之间、区域之间、城乡之间仍存在公平性有待加强的空间。

首先,在城镇职工医疗保险与城乡居民医疗保险之间,尽管城乡居民医疗保险合并后,医保目录“就宽不就窄”,城乡居民医保的目录整体得到扩充,但在起付线、封顶线和支付比例的基金支付规则下,居民医保支付水平还是低于职工医保支付水平。例如,2019年三级医院实际住院费用基金支付比例城镇职工医保为73.7%,居民医保为53.5%,相差约20%^[2]。其次,在城镇职工或城乡居民医保制度内部,不同区域之间存在着较大差距。以城乡居民医保的财政补贴为例,上海对居民医保财政补贴最高可到每人每年6000元,北京最高也在4000元以上,而大多数西部地区采取的仍旧是每人每年四五百元的国家最低标准。再次,城乡之间、区域之间因医疗资源、经济发展水平、居民收入等影响个人获得医疗服务的因素存在较大差异,进而导致了医疗保障的公平性不足。例如,在宏观上,城市的医疗资源分布

优于农村,但农村的健康指标更差,农村人均医疗卫生保健支出给农村居民带来更大的生活压力(表 1);在微观上,医疗保险通过医疗服务对健康公平产生影响,不同的保险项目对医疗支出和健康水平的影响存在差异^[5],不同的统筹模式对居民医疗服务利用和健康的机会平等的影响也存在差异^[6]。因此,在肯定医疗保障制度从分割到整合的成就的同时,也需要认识到制度本身在运行中仍存在的差异和产生不公平性的因素,继续关注全民医保未来从形式统筹到实质统筹,从局部统筹到全面统筹,从形式公平到实质公平的发展方向。

表 1 2015—2017 年不同区域卫生资源、健康指标与居民医疗消费

年份	卫生资源配置				健康指标				医疗消费	
	每千人卫生技术人员/人		每千人医疗卫生机构床位数/张		新生儿死亡率/ ‰		婴儿死亡率/ ‰		居民医疗保健支出 占消费性支出/%	
	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城镇	农村
2015	10.21	3.90	8.27	3.71	3.3	6.4	4.7	9.6	6.7	9.2
2016	10.42	4.08	8.41	3.91	2.9	5.7	4.2	9.0	7.1	9.2
2017	10.87	4.28	8.75	4.19	2.6	5.3	4.1	7.9	7.3	9.7

数据来源:2018年《中国卫生健康统计年鉴》

(三) 医疗保障待遇水平稳步提升,但筹资与待遇的调整机制更需合理

全民医保的保障水平稳步提升,保障范围逐步扩大。一方面,享受待遇的人数、次数和支付水平稳步提高。2019年职工医保政策范围内住院费用基金支付比例为85.8%,实际支付比例为75.6%;职工医保的享受待遇人次从2012年的12.3亿人次增长到2019年的21.2亿人次。城乡居民医保整合后的政策范围内目标支付比例为75%,2019年政策范围内住院费用基金支付比例为68.8%,实际住院费用基金支付比例为59.7%^[2]。另一方面,保障范围逐步扩大,主要表现在慢性病用药、抗癌药等药品逐步纳入基本医疗保险的保障范围。例如,2019年国家医疗保障局等发布《关于完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》,明确以二级及以下定点基层医疗机构为依托,对“两病”参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付,政策范围内支付比例要达到50%以上。此外,抗癌药不仅纳入医保目录,更是通过药品的集中谈判采购实现了大幅度降价。

但与此同时,筹资与待遇之间的调整机制有待进一步合理化,医疗保障制度的可持续性面临挑战。目前,我们还没有建立起医疗保障筹资、待遇相挂钩的科学调整机制,只是提出“以收定支、收支平衡”,职工医疗保险按固定比例征收,与工资水平挂钩;居民医疗保险征收固定数额,更多是与地方财政实力挂钩。而现实的问题是医疗保障待遇范围不断扩充、待遇水平不断提高,同时待遇需求又是刚需增长,这就使得医疗保障基金支出刚性增长,“支”并不是完全依据“收”来确定,收支脱节。此外,在人口老龄化的现实背景以及降费的政策窗口期下,医疗保障的筹资来源也受到挤压。可见,在医疗保障基金支出无法“节流”而“开源”受限的约束条件下,筹资与待遇的调整机制有待进一步理顺,从而保障医疗保障基金的可持续发展。

(四) 多层次医疗保障体系建立,但制度间的衔接不畅

我国已建立基本医疗保险、医疗救助、商业健康保险等多层次的医疗保障制度。但是,这些制度之间存在定位不清、衔接不畅、重复保障等问题^[7],表现在医疗救助与医疗保险保障内容与待遇水平的互相挤占,基本医疗保险与商业健康保险缺乏科学合理的协作机制等^[8]。而近年来的健康扶贫政策,强调对建档立卡贫困人口的托底保障,这无疑是利民的好措施,但健康扶贫的资金如何界定,是否需要从基本医疗保险基金中划转成为争议性问题。很多地方的政策是对建档立卡贫困人口医疗保障待遇支付提高5到10个百分点,这笔开支是来自健康扶贫专项资金还是基本医疗保险基金,很难看到明确的政策规定。实践中确实有一些地区用基本医疗保险基金提高建档立卡人员就医时的报销和救助水平,其实是模糊了基本医疗保险基金与医疗救助基金的使用范围。此外,就基本医疗保险与商业健康保险关系来看,目前商业健康保险的产品众多,保障范围和水平多样,但由于长期以来受到其在整个医疗保障体系中定位与角色不够明晰、政策支持力度有限、专业经营能力不高等因素的影响,商业健康保险还没

有发挥出其重要的补充作用。就其与基本医疗保险的关系来看,商业健康保险产品在保障人群的认定、保障责任的划分等方面还存在较大的不确定性和不足。商业健康保险与基本医保之间还没有在保障对象、保障范围、保障水平等方面形成清晰的参保、结算等对接机制,补充作用有待进一步挖掘。因此,如何进一步厘清多层次医疗保障体系各自的制度定位,界定彼此之间的界限,完善衔接机制,是医疗保障高质量发展需要关注的话题。

(五) 医疗保障管理体制创新性发展,但管理与服务的机制尚未理顺

一直以来医疗保障的管理机构呈现部门分割状态,集中表现在城镇居民医疗保险、城镇职工医疗保险和新型农村合作医疗主要分属人力资源和社会保障、卫生两个部门管理,部分地区由人民政府、财政部门或医改领导小组等部门管理,管理部门较为多元;托底性保障的医疗救助主要由民政部门管理。管理部门的分割也限制了医疗保障的统筹管理,制约了保障功能的发挥。2018年国家医疗保障局的成立不仅终结了这种分割管理,更是整合了医疗服务、药品耗材的目录确定、谈判采购等职能,在管理上赋予了医疗保障独立第三方支付的角色,使得医疗保障的管理体制得到创新性发展。

但是,在实践中,顶层设计的管理体制与基层的业务经办之间却存在一些错位的环节。例如,原本人社部门推广了多年的“金保工程”^①“五险合一”^②计划,面对医疗保障管理部门的独立,已经实行“五险合一”的地方医疗保险与其余的“四险”是分还是合?若按照新的管理体制分开管理,原有的全民参保系统、信息网络、基层的经办机构 and 经办人员就要进行大的调整,势必导致管理系统的重复建设和经办资源的浪费,在短期内给基层的管理经办带来困难。参保人和用人单位的“五险”经办业务从一个对口部门变成两个对口部门,也会给参保者和社会单位带来经办的不便利。因此,在充分认可管理体制突破性发展的基础上,也需要注意如何协调制度设计、制度管理与经办服务之间的关系。

(六) 医疗保障经办服务水平有很大提高,但管理经办能力和效率还亟须改进

长期以来,医疗保障经办机构被称为“小马拉大车”,以较少的人力、物力承担着联结医疗保障制度和参保人之间“最后一公里”的职能。随着互联网信息化的发展,经办的智能化水平有了很大提高,例如患者就医从事后报销到即时结算,异地就医的直接结算平台更是连通全国。但在人员、经费等资源限制和激励机制的约束下,管理经办面临能力不足与效率不高的双重困境,医疗保障管理经办能力和效率还有待进一步改进。近年来,各级医保部门持续开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理。2019年全年各级医保部门共检查定点医药机构81.5万家,查处违法违规违约医药机构26.4万家^[2]。这既说明了打击欺诈骗保的成效,但三分之一的被抽查机构都存在违规行为,也从侧面反映了医保基金在监管过程中的漏洞。因此,需要建立突击性检查与常态化监督并存的监管机制,使得欺诈骗保者对医保基金“不想骗,不敢骗,不能骗”。此外,在商业保险公司经办模式下,人员和经费支出更多,从侧面反映政府经办模式下人力和经费的不足^[9];激励不足、资源匮乏和监管成本过高也限制了医保经办机构控制医疗费用增长的能力^[10]。

三、医疗保障高质量发展的理论框架:理念、结构与主体

以十九大报告提出的社会主要矛盾的转变为背景,以健康中国战略为方向,基于医疗保障当前发展的成就与问题,医疗保障高质量发展意味着从以数量扩张为主的制度初建阶段向以质量提升为主的效率优化阶段转型,具体表现在医保制度理念目标的坚守与创新、结构内容的优化配置和责任主体的合作共赢等方面。

(一) 制度理念目标

立足于人民群众日益增加的健康需求与不平衡、不充分的医疗保障供给之间的矛盾,要实现医疗保障的高质量发展,就需要在守恒与创新的思路下,树立医疗保障公平共享、可持续发展的制度理念,明确医疗保障从基本保障到适度保障、从局部统筹到全面统筹、从形式公平到实质公平、从制度扩面到效率

^① 金保工程是指利用先进的信息技术,以集中管理的数据中心为基础,以覆盖全国、联通城乡的信息网络为依托,支持人力资源社会保障业务经办、公共服务、基金监管和宏观决策等核心应用,安全、高效全国统一的人力资源和社会保障电子政务工程。

^② 指养老保险、医疗保险、失业保险、工伤保险、生育保险“五险”统一登记、统一征缴结算、待遇统一支付、基金统一稽核

提升的制度目标。这些理念目标来源于医疗保障的基本原理,贯穿于医疗保障制度建设全过程,在新时代医疗保障发展的新阶段又被赋予新的内涵,即保持本身具有的护卫健康、维护公平的理念价值,再赋予适度保障、共享发展、提高效率等新的要求。具体表现在:一方面,坚守医疗保障固有的基本原理和主要原则,在保障公平性、促进可持续上做出坚守与发展。公平是医疗卫生领域以及整个健康治理体系的价值追求,对健康公平的关注是健康促进的核心价值取向,在健康促进中倡导公平是全球共识^[11]。医疗保障是医疗卫生领域的重要组成部分,能够补偿参保人获取医疗服务的费用,保障病有所医,维护健康,促进健康,因此公平是医疗保障持之以恒的理念追寻。当前城乡居民医疗保险的统筹基本实现了城乡的形式公平,若要实现实质公平,就需要进一步弥合城乡之间、不同区域之间在医疗资源以及社会经济发展方面的差距,同时探索从城乡居民医疗保险统筹走向职工和居民医疗保险整合,真正实现全民医保的统一。在公平性之外,要稳定地保障病有所医,便依赖于医疗保障基金的安全性,也就是可持续发展,否则参保人的健康保障便是“无源之水、无本之木”。总之,公平、可持续是医疗保障坚守的目标理念。

另一方面,根据新时代的新发展,适时做出创新性调整,从基本保障到适度保障,进一步提高制度效率,实现全民共享医疗保障发展成果。十九大报告提出“保障适度”的社会保障建设目标。对于保障水平,我们经历了从“低水平”到“保基本”,再到“保障适度”的理念变迁,保障水平的确定机制更加理性^[12]。与社会保障的保障水平相类似,医疗保障的保障水平也从基本保障到追求适度保障。在新医改^①之前和医改初期,医疗卫生的发展目标是人人享有基本卫生保健服务,医疗保障的发展目标是基本医疗保险全民覆盖,也就是实现从无到有。而新时代的医疗卫生健康强调全人群、全方位、全生命周期的健康管理服务,与此对应医疗保障的目标也要提升为从有到优的高质量发展,既需要在基金可持续的前提下提高保障水平,做到适度保障;又需要在制度建设之外,更注重管理服务的高效、可及。

(二) 制度结构内容

制度的结构内容(图1)也就是制度本身的组成部分,在医疗保障中包括待遇、筹资、支付、监管等具体的制度要素,各个制度要素优化组合与科学配置是高质量医保的内在条件。中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出“1+4+2”的总体改革框架,即一个目标,“力争到2030年,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多层次医疗保障制度体系”;健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管四个机制;完善医药服务供给和医疗保障服务两个支撑。第一,筹资运行和待遇保障是制度前端和末端的两个环节,决定了医疗保障基金“从哪来,到哪去”,而支付则是连接这两个环节的纽带。第二,基金监管是医疗保障基金安全、可持续运行的保障,确保医疗保障制度远离风险。第三,医疗保障服务虽定义为支撑体系,但却是参保人获得医疗保障的“最后一公里”,在某种程度上与筹资、待遇是一体的。如果说前面的四大机制是医疗保障制度的生产,那么服务就是医疗保障制度的递送。第四,医药服务供给既是医疗保障制度的外部环境,又是医疗保障的支付对象,无论是待遇还是支付,最终作用于医药服务的供给侧。如果说医疗保障通过作用于医药服务来解决“看病贵”的问题,那么医药服务供给本身更多是独立解决“看病难”的问题。总之,四大机制和两个支撑体系是一种“生死与共”的关系,只有科学配置,才能形成制度的合力。

(三) 制度责任主体

由于医疗保障制度具有第三方支付的特征,因此围绕医疗保障制度的需求主体、供给主体与功能载体,参保个体、医保经办机构与医药服务机构共同构成医保制度的责任主体与利益主体。而一项高质量

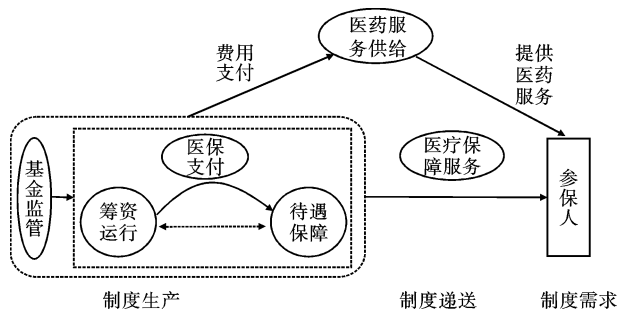


图1 医疗保障高质量发展的制度结构内容

^① 以2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)的发布为标志,进入医药卫生体制改革的新阶段。

发展的制度,不仅需要立足于自身的体制机制完善,更需要重视“客户体验”,着眼于不同责任主体的协同发展,实现多方利益主体的互利共赢(表2)。

首先,参保人是医疗保障制度的需求主体。医疗保障制度为了解决人民群众“看病贵”的问题,为参保人提供保障服务,参保人对制度是否满意,获得感如何,民众“看病贵”问题解决的程度,甚至可以决定整个医保制度的成败。健康中国建设以人民健康为中心,医疗保障制度建设便是以参保人为中心,而在全民医保下也就是以全体国民的健康和疾病治疗费用为中心,以人民群众日益增长的健康需求和不平衡、不充分的医保制度之间的矛盾为依据。因此,医疗保障的高质量发展在制度主体之间,首先就需要提高参保个体对医疗保障的获得感和满足感,引导个体的健康行为和健康改善,回应人民群众日益增长的健康需求。

其次,医疗保障管理和经办机构是医保制度的供给主体。医疗保障管理和经办机构承担着医保制度的设计、管理和服务等责任,包括各级医疗保障局、医保经办机构等机构,从制度构建到最终的服务递送,其角色贯穿医保的全链条、全方位,其管理能力和效率引导着整个制度的走向。然而,在实践中,这一主体却很可能被“忽视”,因此,医疗保障的高质量发展需要关注医保管理和经办机构的能力建设,从机制设计、物质资源、人力资源、技术资源等方面予以全面支持,进一步提升医疗保障管理和服务的效率。

最后,医疗服务与医药是医疗保障制度实现其功能的载体。医疗保障承担着护卫人民健康的重要任务,但医保本身却不能独立发挥作用,必须通过医疗服务和医药产品尤其是医疗服务得以实现。没有有效的医疗医药供给侧,医保也只能是“巧妇难为无米之炊”。因此,医疗保障高质量发展便需要建立有效的激励约束机制,通过医疗、医药与医保制度的良性互动,提高医疗医药对医保的支撑能力。

表2 医疗保障高质量发展的制度责任主体及发展方向

责任主体	功能角色	发展方向
参保人	制度需求主体	提高参保个体对医疗保障的获得感和满足感,回应人民群众日益增长的健康需求
医保经办机构	制度供给主体	提升医保管理和经办机构的能力建设,助推医保的高效率发展
医药服务机构	制度功能载体	增强有效的激励和约束机制,强化医疗医药对医保的支撑作用

四、医疗保障高质量发展的实现路径

在明确现行医疗保障制度的历史定位、实践成就与困境,厘清高质量医保的目标、内容与责任主体的基础上,要建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系,需要在基金可持续、筹资与待遇的关联和调整机制、多层次医疗保障体系、多元化医保支付方式、高品质医保经办服务、医保治理能力与治理体系现代化等方面做出完善和突破。

(一) 立足基金的可持续性,优化筹资与待遇的调整机制

筹资与待遇是医疗保障制度前端和末端的两个关键节点,优化筹资与待遇的调整机制是实现医疗保障高质量、可持续发展的基础。我国医疗保障基金在管理过程中采取的是“以收定支、收支平衡”的原则,但在待遇刚性增长、支付范围扩大、标准提高而筹资缺乏稳定的增长机制的背景下,完全意义上的“以收定支,量入为出”是无法实现收支平衡,从而有效保障参保人权益的。基于保险是对风险的补偿的基本运行原理,以及可持续保障参保人权益的需求,增强医疗保障制度的可持续性需要按照“以支定收”的原则,建立真正意义上的基本医疗保险基金现收现付制度,做实缴费基数,规范缴费行为,适时适度提高个人缴费比重,完善筹资机制^[13]。而在“以支定收”的原则下,待遇水平的确定就至关重要。先行确定科学适度的医保待遇水平,是医保基金自我平衡的内在需要^[14]。因此,在经济、财政、居民收入各方承受能力的约束条件下,确定支付范围和支付水平,从住院重大疾病到慢性病再到常见病、门诊小病,小步渐进扩大支付范围,建立全国统一的待遇清单制度,然后从低到高逐步测算医疗费用的支出比例,并据此设定稳定的、动态增长的筹资机制,即《关于深化医疗保障制度改革的意见》中提到的“尽力而为,量力而行”。

(二) 明确制度定位,完善多层次医疗保障体系

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

共同发展的多层次医疗保障制度体系是我国医疗保障制度深化改革的目标。但不同保障层次因资金来源不同、性质不同,其背后的保障逻辑和发展逻辑也不同,因此需要明晰不同制度在多层次医疗保障体系中的定位,进而畅通衔接机制,最终完善多层次医疗保障体系。

一方面,就基本医疗保险与医疗救助而言,在资金来源上,医疗保险来源于参保人、用人单位和财政的多方缴费,医疗救助来源于财政的补助;在性质上,医疗保险具有长期可预期性,是一种稳定的常态化的保障,其支付规则反映的是权利与义务、缴费与待遇的匹配性。医疗救助是对“因病致贫”者的帮助,是一种兜底性保障,与医疗保险有所区分。因此,不能用保险资金做救助的事情,导致重复保障;也不能允许过高的个人负担使参保人无法承受高额医疗费用支出,导致保障不足。二者应在目录内外、起付线、封顶线、个人自付比例上做好衔接,医疗保险在统一的待遇规则下支付所有参保者的合规医疗费用,剩余的个人自付费用,如果是困难人群,则根据个人负担比例由医疗救助突破医保目录内外的限制,再次兜底保障。

另一方面,在基本医疗保险与商业健康保险之间,商业健康保险在运行逻辑上是市场化的机制,保障与赢利是共同的目标;在技术手段上遵从纯粹的保险精算原则,因此被纳入保障范围的可能更多的是低风险群体,真正需要保障的高风险群体却可能被排斥在产品之外。因此,商业健康保险需要规范和创新并存,除了原有的为企业和高收入人群提供补充医疗保险外,政府还可以通过政策引导、税收补贴方式鼓励其开展针对其他社会群体的商业健康保险险种,以高效率的市场机制补充政府承办的社会医疗保险的不足,实现商业健康保险市场利益与社会利益、精算原则与社会原则的平衡。而在衔接上,仍可以社会医疗保险没有覆盖的所有医疗项目和费用为目标,起到对社会医疗保险的重要补充作用。

(三) 深化医保支付方式改革,建立多元复合型医保支付方式

支付方式是连接医疗保障制度与医疗医药的纽带,同时也是参保人获得医保待遇的途径,多元复合型医保支付方式是当前改革的重点领域。支付方式改革的规范化和制度化能够加快重构医疗供给侧的激励结构,让医疗机构有更高的积极性,从而为参保者提供性价比高的医药服务^[15]。支付方式的改革应从以单一的控制总额费用为目标到关注为参保人购买高质量、可负担、可及性的医疗和医药服务。在技术手段上,充分运用大数据、信息化等工具,完善支付方式的基础资源;在机制设计上,通过按病种、按疾病诊断相关分组付费(DRG)等重点支付方式的协同改革,在打包支付、重点领域倾斜支付等方面做出创新探索。例如,对于病情清晰稳定、需要长期诊疗的慢性病,考虑按人头、按单病种付费;对于病情复杂、并发症多的诊疗项目,采取精细化的按疾病诊断相关分组付费,同时辅助按服务项目付费,给予医生灵活处置权。通过多元复合支付方式在不同人群、不同病种、不同医疗机构之间的综合配置,逐步推动支付方式改革在分级诊疗、慢性病管理乃至整个医疗服务领域发挥杠杆性的调节作用。

(四) 提高医疗保障管理经办效率,提供高品质的医疗保障服务

医疗保障经办管理部门的管理能力与服务水平,是医疗保障各项功能有效发挥的组织基础。医疗保障局的成立既扩展了原各级医疗保障管理部门单一的医保政策设计功能,纳入了医疗服务与药品价格谈判等职能,同时医保标准化建设等工作也意味着医保局整合了原有的经办机构服务提供职能,医疗保障管理部门与经办机构将形成集医疗保障本身的政策设计、医疗服务供给侧调节、面向参保人的服务提供于一体的制度供给链条。《关于深化医疗保障制度改革的意见》中也将优化医疗保障公共管理服务列为专项改革内容,作为医疗保障的支撑体系。因此,需要厘清和合理划分各级管理机构职责,从人员培养、经费投入、标准化、信息化、一体化等方面完善现有国家、省、市级医保局的制度设计职能,提高各级医保局的医疗服务购买能力,做强基层经办机构的服务递送业务。医保经办机构不仅要履行医保报销职责,更要发挥能动者的作用,对医疗服务体系、药品供应体系和公共卫生体系都应发挥监督、调节和激励的作用,小马拉大车的“小马”应具有更强的能力^[10]。

此外,可以创新经办模式,通过社保机构和商业保险公司的合作,通过购买服务的方式,将医疗保障非核心业务外包给市场机构,分担医保经办能力不足的压力,提高医疗保障经办的专业化水平。例如,可以采取政府购买商业保险公司服务,商保公司派人到医保中心担任业务员,合署办公;或是直接将审核、监管等专业化更强的业务外包给商保公司等市场机构。

(五) 创新医疗保障治理机制,从单一主体管理到多元主体合作治理

推进中国医保事业高质量发展,全面建成中国特色医疗保障体系需要进一步丰富“三医联动”的内

涵,加大实施融合创新、协同发展的力度与进度。新时代医保改革发展需要把握全局性、整体性、系统性、协同性的特征^[16]。十九届四中全会提出国家治理体系和治理能力现代化的战略规划,基于此,在医疗保障领域,则需要创新医疗保障治理机制,构建共商共建共治共享的医保多元治理格局。首先,任何一项可能涉及相关利益主体的政策出台,都需要各主体合作商议;其次,通过支付、监督等机制完善激励约束,立足医疗健康事业全局,以整体观构建医疗保障在医药服务供给侧改革中的作用体系;此外,在国家面临传染疾病等突发公共卫生事件时,及时扩充支付目录,提高支付标准,统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金的使用。总之,我国的实践已经证明,没有医疗服务与医药流通的有效配合,医疗保险制度便失去了稳定的基础;没有医疗保险制度的支撑,医疗服务与医药行业也必定受到制约^[17]。高质量的医疗保障制度应回应新医改方案“四位一体”的部署,强化与各种医疗保障支持系统的关联和合作,实现多元主体的合作共赢,最终助力全人群、全方位、全生命周期的健康服务。

参考文献:

- [1]仇雨临.中国医疗保障70年:回顾与解析[J].社会保障评论,2019,3(1):89-101.
- [2]国家医疗保障局.2019年全国基本医疗保险事业发展统计公报[EB/OL].http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html 2020-06-24.
- [3]国家信息中心分享经济研究中心.中国共享经济发展年度报告(2019)[EB/OL].<http://www.sic.gov.cn/News/557/9904.htm> 2019-03-01.
- [4]吴清军,张艺园,周广肃.互联网平台用工与劳动政策未来发展趋势——以劳动者身份判定为基础的分析[J].中国行政管理,2019(4):116-123.
- [5]刘晓婷,黄洪.医疗保障制度改革与老年群体的健康公平——基于浙江的研究[J].社会学研究,2015,30(4):94-117.
- [6]马超,顾海,孙徐辉.医保统筹模式对城乡居民医疗服务利用和健康实质公平的影响——基于机会平等理论的分析[J].公共管理学报,2017,14(2):97-109.
- [7]仇雨临,王昭茜.全民医保与健康中国:基础、纽带和导向[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2018,48(3):40-47.
- [8]仇雨临,王昭茜.我国医疗保险制度发展四十年:进程、经验与展望[J].华中师范大学学报(人文社会科学版),2019,58(1):23-30.
- [9]于保荣,张小娟.商业保险公司参与经办新农合的效果分析[J].中国卫生政策研究,2018,11(8):63-68.
- [10]刘凯,和经纬.激励机制、资源约束与监管成本——医保经办机构组织能力影响医疗费用增长的实证研究[J].公共行政评论,2018,11(2):114-136.
- [11]王虎峰.全球健康促进30年的共识与经验——基于全球健康促进大会宣言的文本分析[J].中国行政管理,2019(12):133-139.
- [12]李珍.新时代:中国社会保障发展的新蓝图[J].社会保障研究,2017(6):3-10.
- [13]何文炯,杨一心.医疗保障治理与健康中国建设[J].公共管理学报,2017,14(2):132-138.
- [14]袁涛.构建医保筹资与待遇支付关联机制的理论思考[J].社会保障评论,2018,2(4):149.
- [15]顾昕.中国新医改的新时代与国家医疗保障面临的新挑战[J].学海,2019(1):106-115.
- [16]王东进.从三医联动改革到融合创新协同发展[J].中国医疗保险,2020(2):1-3.
- [17]郑功成.健康中国建设与全民医保制度的完善[J].学术研究,2018(1):76-83.

From Being to Better: The Meaning and Path of Health Security's High-quality Development

QIU Yu-lin, WANG Zhao-xi, Renmin University of China

Abstract: After 20 years of development, China's health security system has been constructed, which needs to continue to focus on further reform, high-quality development, and the improvement from being to better. Based on the outstanding achievements and dilemmas faced by the national health security in terms of coverage, system, guarantee treatment, and management, the high-quality development of health security means moving from the system construction stage based on quantitative expansion to quality promotion, including the adherence and innovation of the philosophy and goals, the optimization of the structure and content, and the cooperation and win-win of the responsible subjects. Achieving high-quality development of health security requires improvements and breakthroughs in the areas of sustainable fund development, funding and treatment adjustment mechanisms, a multi-level health security system, diversified health security payment methods, high-quality health security handling services, and modernization of health insurance governance capabilities.

Key words: health security; high-quality development; from being to better 责任编辑 吴兰丽