

# 全面深化医保改革：进展、挑战与纵深推进

郑功成

**[摘要]**我国已进入全面深化医保改革新阶段，国家通过出台顶层设计、制定医保基金使用监管法规、改革职工医保个人账户、推进市级统筹、实行药品与耗材集中带量采购、扩大按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费试点、建立待遇清单制、发展“惠民保”等一系列重大改革措施，使医保制度释放出日益巨大的改革红利。但也面临着社会风险加剧、财务风险加大、人民群众诉求发生变化以及“三医”之间要求良性互动的挑战。要推进医保改革向纵深发展，需要进一步明确“十四五”“十五五”时期的阶段性目标任务，加快优化现行基本医疗保险制度并力促商业健康保险得到发展，同时还须加快推进医保经办服务机制改革步伐，推进医疗保障法治化进程，尽早建成全国统一的医保信息平台。

## 一、全面深化医保改革已取得重大进展

我国已经开启全面建设社会主义现代化国家新征程，人民群众对切实解除疾病医疗后顾之忧和不断提升健康素质的期盼更加凸显，迫切要求尽快建成中国特色医疗保障制度来提供有效的制度保障。为此，2018年中央决定组建国家医疗保障局，实现对全国医疗保障事务集中统一管理，此举扫除了长期制约我国医保改革与发展的体制性障碍；而国家“十四五”规划和2035年远景目标纲要的制定又为全面推进国家现代化提供了行动纲领，扎实推进共同富裕成为国家新发展阶段的重要目标指向，这决定了医保制度需站在更高的起点上尽快走向成熟、定型并实现高质量、可持续发展。正是在这样的背景下，以2020年2月中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》）为标志，我国正式步入以全面建成中国特色医疗保障制度为目标的全面深化改革阶段，并在短期内取得了多方面的重大进展。

**第一，中央出台科学的顶层设计，为全面深化医保改革提供了行动指南。**由于以往医保改革自下而上、渐进探索的历史局限性及形成的路径依赖，导致现行医保制度存在着筹资失衡、个人账户问题、统筹层次低、各地待遇差距大等一系列缺陷，并深刻影响着医保制度的发展。《意见》是新中国成立以来首次以党中央名义发布的医疗保障领域纲领性文件，为全面深化我国医保制度改革提供了科学的顶层设计。《意见》澄清了以往长期争论不休的制度选择与行动路径的认识误区，明确了全面深化我国医保改革的指导思想、基本原则、发展目标，部署了重点改革任务、发展取向及相应的行动方案，设定了从2020年到2030年分两个阶段全面推进深化改革的路线图。明确的重点改革任务包括七个方面：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，几乎涵盖了医疗保障及相关领域的各项制度建设，为全面深化医保改革提供了系统的行动指南。随后，相关改革措施不断出台，《意见》中的主张逐渐转化为具体的改革行动方案。因此，《意见》的出台及有序付诸实施，标志着我国医保改革从长期试验性改革状态步入了以全面建成高质量、可持续的中国特色医疗保障制度为目标的新发展阶段。

**第二，国务院颁行医保基金使用监管法规，开启了医保法治化大幕。**长期以来，我国医保改革主要依靠政策性文件为依据推进，在地区分割统筹的条件下，从中央政府到县级政府及其主管部门颁发过难以计数的政策性文件，呈现出“红头”文件五花八门、政策措施叠床架屋的现象，这不仅造成了医疗保障制度的统一性、公平性、可持续性弱化，而且衍生出了一系列不良效应，法治不彰的结果是医疗保障制度无法走向统一公平，医保欺诈处于普发高发状态，既危及医保基金的安全，也损害了医保制度的健康持

续发展，并在一定程度上扭曲了医保参与主体的行为。2018年以来，国家医疗保障局联合多个部门掀起反医保欺诈专项行动，取得了显著的效果，也形成了一些日益成熟的做法。2021年1月，国务院颁布《医疗保障基金使用监督管理条例》，这是我国医保领域首部行政法规，为医保基金使用监管和确保基金安全提供了法律依据，可视为医保制度开始走向法治化的重要标志。

**第三，改革医保个人账户，表明国家开始矫正现行制度的内在缺陷。**1994年启动“两江医改”时，将私有化的个人账户引入职工医疗保险，形成了现行的统账结合式医疗保险制度。这一选择在改革初期作为新旧制度转型的探索，有其特定的历史背景，但违背了医疗保险制度应遵循的互助共济法则。近20多年来的实践表明，这种财务机制极大地减损了医疗保险制度的统筹保障功能，也扭曲了参保人员的价值取向，并衍生出个人账户基金利用低效、浪费等不良效应，改革医保个人账户势在必行。但职工医保个人账户形成了强劲的路径依赖，在部分地区甚至蔓延至城乡居民基本医疗保险。国家医疗保障局成立后，迅速将改革医保个人账户提上重要日程，并迈出了两大步：**一是**2019年6月国家医疗保障局与财政部联合发文，明确要求已经建立居民医保个人（家庭）账户的地区应于2020年底前取消并向门诊统筹平稳过渡，已取消个人（家庭）账户的不得恢复或变相设置居民医保个人账户，这是政府主管部门自1994年医保个人账户建立以来首次发出的明确否定信号。**二是**2021年4月，国务院办公厅发布《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，明确规定用人单位缴纳的基本医疗保险费不再划入参保人员的个人账户而是全部计入统筹基金，并对从统筹基金划入退休人员个人账户的额度做出了统一规范，同时建立健全职工门诊共济保障机制，以提高参保人员的门诊待遇。这一改革大幅缩小了医保个人账户规模，强化了基本医疗保险制度的互助共济功能，表明了国家矫正以往遗留的制度性缺陷的正确取向。

**第四，全面做实市级统筹和推进省级统筹，促进基本医疗保险制度的统一公平。**基本医疗保险制度是我国医保体系的主体性制度安排，其统筹层次决定着制度的公平性与统一性。然而，长期以来，绝大多数地区仍然停留在市、县级统筹层次，全国医保统筹区域多达 2000 多个，不仅导致了待遇不公与医保基金余缺并存现象，也增加了患者就医和医疗保险费用结算的不便。《意见》发布后，全面做实市级统筹成为明确目标。2020 年以来，各地市纷纷出台基本医疗保险市级统筹方案，经过 2021 年的实践，将在 2022 年全面实现市级统筹，统筹地区也将从过去的 2000 多个缩减到 300 多个。这意味着基本医疗保险制度将在市级范围内全面走向统一，参保人员同城不同待遇的现象将成为历史，异地就医现象亦将锐减。与此同时，积极推进省级统筹成为新的目标取向。在北京、天津、上海、重庆四个直辖市和宁夏、青海、海南、西藏四个人口偏少的省区实行省级统筹的基础上，人口较多的福建省于 2019 年出台了职工医保基金全省统筹调剂实施意见，2020 年建立了职工医保全省统筹调剂制度，向医保基金省级统筹迈进了一大步。基本医疗保险统筹层次的稳步提升，预示着这一制度正在稳步走向法定的省级统筹目标，这将逐步消除现行医疗保险制度过度的区域碎片化及其对待遇公平与互助共济能力的不利影响，从而成为全面深化医保制度改革的又一重要进展。

**第五，药品、耗材集中带量采购常态化，使医保的战略性购买地位得以确立。**长期以来，我国医疗领域普遍存在着药价虚高、医用耗材滥用等不正常现象，不仅消耗着巨额医保基金，也直接加重了患者的医疗费用负担，更扭曲了医疗服务行为和医药市场竞争秩序，一直是公众诟病的焦点，也是必须通过深化医保改革进行强力根治的痼疾。过去虽采取过一些改革措施，但效果并不理想。2019 年以来，以药品和耗材集中带量采购为突破口，通过完善相关行动方案并使之走向常态化制度化。截至 2019 年底，全国 31 个省（区、市）通过省级药品集中采购平台网采订单总金额

达 9913 亿元，其中西药（化学药品及生物制品）订单金额 8115 亿元、中成药订单金额 1798 亿元。2020 年以来，又连续组织开展了第三、四、五批药品集中带量采购，涉及金额约 2400 亿元，平均降幅达 54%，累计节省药品费用约 1500 亿元；同期组织实施冠脉支架集中带量采购，降幅高达 93%；还启动了人工关节集中带量采购。此外，通过部分药品特别是抗癌药品谈判准入及完善医保报销制度，使涉及癌症、罕见病、肝炎、风湿免疫、糖尿病等临床治疗领域的多个药品的价格得以大幅度降低，再次发挥了医保机构战略性购买者的作用。据国家医疗保障局数据，2018 年以来通过药品目录内的谈判药品降价，共计为患者节省费用达 825 亿元。上述改革促使医保机构作为药品、医用耗材的战略性购买者地位突显，对药品与医用耗材价格虚高痼疾的治理力度显著加大，人民群众的用药负担明显减轻。

**第六，加大按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费试点力度，发出了明确的医疗服务价值导向信号。**长期以来，我国医保领域主要采取总额预算制，即通过医保支付总额设定来约束定点医疗机构的医疗服务行为，但实践效果并不理想，不仅未增强医疗机构追求合理诊疗的内生动力，而且成为定点医疗机构千方百计寻求谋取更多不合理收入的诱因。对此，国家医疗保障局将推进按疾病诊断相关分组付费（DRG）和按病种分值付费（DIP）作为重要改革取向。2019 年 6 月，国家医保局正式启动 30 个城市作为 DRG 付费试点，2020 年 10—11 月又在 71 个城市启动了按病种分值付费试点，至此，在总额预算管理下，能够适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付框架基本形成，这是医保支付方式走向科学、精准的标志。一些地区还在探索对基层医疗服务按人头付费与慢性病管理相结合，完善与门诊共济保障相适应的付费机制，完善符合中医药特点的医保支付政策，推进紧密型县域医共体支付方式改革等，着力支持医保基金向县域医共体和基层医疗机构倾斜。上述医保支付方式的改革，在保障患者医保

权益的同时，亦使医疗机构合理诊疗具有了内生动力，医疗服务的价值正在得到认可，从而使医保管理科学化、规范化和医疗服务管理精细化踏上了新的台阶，并对“三医”有效联动起到了促进作用，从而成为全面深化医保制度改革又一重要进展。

**第七，明确建立待遇清单制，着力促使法定医保制度权益走向公平。**调查发现，在城乡之间、地区之间发展不平衡的现实条件下，由于地区分割统筹且统筹层次偏低，各地医保政策并不一致，并集中表现在基本医疗保险待遇差距较大上。2021年1月，国家医疗保障局会同财政部发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》，为建立医保待遇清单制、促进医保权益公平提供了基本依据。其核心要义是将法定医疗保障制度的定制权及待遇确定权上收到国家层级，明确了医保基本制度、基本政策及医保基金支付的项目和标准、不予支付的范围，以及从现在到全面实施待遇清单制的过渡办法。可以预期，在“十四五”期间，全国将实行统一的医保待遇清单制，这将是我国法定医疗保障制度走向统一、公平的最重要客观标志。

**第八，疫情防控期间出台的应对新政，助推医疗保障应急机制建立。**2020年年初新冠肺炎疫情暴发后，国家医疗保障局及时与相关部门联合或独立发布了一系列新的政策性文件，基本确立了重大突发公共卫生事件中的医保应急机制。例如，明确了“两个确保”，即确保新冠肺炎患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治，形成了医保经办机构应急管理、与医保基金动态监测报告制度，建立了动态调整医保报销范围、及时更新医保信息系统以及与相关部门及医疗机构建立有效对接的机制，优化了应急期间的医保经办服务。这些新政的及时出台与实施，弥补了现行医保制度应急反应规制的不足，不仅及时有效地解除了患者诊疗与医疗机构收治患者的后顾之忧，而且为稳定人心、安定社会起到了重要作用，也为以后应对类似突发公共卫生事件积累了经验，从而有力地促进了我国医保应急机制的建立。

**第九，推动“惠民保”发展，为多层次医保体系建设找到了突破口。**长期以来，由于保险市场欠成熟和保险公司公信力不足，商业健康保险一直未能取得实质性进展。进入2020年后，因有医保行政部门等直接介入，“惠民保”（又称城市定制型医疗保险项目）在各地受到了公众欢迎，从而打破了商业健康保险发展的沉闷局面。以上海为例，从2021年4月27日开通“沪惠保”在线投保到6月30日关闭投保通道，参保人数达718万人，在约1900万上海医保参保人员中参保率达37.4%，累计实收保费约8.5亿元。在“沪惠保”投保人群中，54%的投保人是为家人投保，其中“80后”占比近一半；在为家人投保的投保人中，为子女投保者占19%，为配偶投保者占23%，为父母投保者占33%，还有不少人全家三代人投保。据不完全统计，2020年共有22个省市区、82个地区、179个地市推出了“惠民保”，累计参保人数达4000多万人，保险费收入超过50亿元。进入2021年后，“惠民保”的热度在持续，截至2021年5月31日，各地推出的“惠民保”产品达140款，覆盖了26个省份，不少地方还推出了升级版。调查发现，这种保险既遵循了商业健康保险自愿成交、依约担责的法则，又具有政府主导、适度干预、聚焦重特大疾病、与法定医疗保险相衔接、赔付率较高的特色，从而是具有中国特色的商业健康保险的有益尝试。尽管“惠民保”还在探索之中，但已表现出来的受欢迎程度和起到的补偿作用值得肯定。

**第十，实施规范化、标准化、信息化建设，扎实推动了医保治理现代化。**一是着力推动医保公共服务规范化。2020年以来，国家医疗保障局颁布了《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》和《医疗保障行政处罚程序暂行规定》4部行政规章和多个政策性文件，为医保经办管理服务走向规范化提供了具体的操作依据。二是高起点推进医保标准化、信息化建设。针对长期以来地区分割、部门分割条件下形成的医保经办服务标准不统

一、信息不共享、系统分割、区域封闭格局，国家医疗保障局将医保标准化、信息化建设作为重要工作任务摆在优先推进的地位。2018 年国家医疗保障局委托中国社会保障学会研究制定了疾病诊断和手术操作、药品、医疗服务项目、医用耗材等 15 项医保信息业务编码标准，2019 年开展试运行，2020 年建立了编码标准数据库和动态维护平台，2021 年各种编码标准在广东、青海、河北等 18 个省份的多个地市落地应用，预计 2021 年底基本建成全国统一的医保信息平台。三是实现了异地就医直接结算的升级与扩展。截至 2020 年年底，全国住院费用跨省异地就医直接结算定点医疗机构数量为 44413 家，国家平台有效备案的跨省异地就医人数 771 万人。同年全国职工医保参保人员异地就医 4831 万人次，异地就医费用 1338 亿元；居民医保参保人员异地就医 3407 万人次，异地就医费用 2623 亿元。其中，住院跨省异地就医 585 万人次，直接结算者达 300.23 万人次，直接结算医疗费用 742.80 亿元，基金支付达 438.73 亿元。不仅如此，普通门诊费用跨省直接结算试点亦取得了明显进展，继 2020 年在京津冀、长三角和西南五省区等 12 个省份先行先试基础上，2021 年 1 月又增加了山西、辽宁等 15 个省区作为普通门诊跨省异地就医直接结算试点省份。可见，我国的医保治理正在稳健地走向现代化。

## 二、深化医保制度改革红利正在持续释放

前已述及，全面深化医保制度改革取得了多方面的重要进展，所表现出来的特征至少有：**一是由党中央、国务院直接推动**。不再是过去自下而上的地方摸索，而是通过顶层设计自上而下地统一推进。**二是目标明确、方向正确**。不再是以往不知往何处去的五花八门的试验，而是在遵循医保制度客观规律的条件下，全面建成中国特色的医保制度。**三是向改革要红利**。全面深化医保改革不再是简单的“做加法”，而是以调存量结构和矫正以往制度

性缺陷与失衡利益格局为主。因此，释放出来的是巨大的改革红利。

其一，医疗保障发展理念、目标、路径更加清晰，不再需要付出昂贵的改革成本。在以往医保制度改革进程中，由于发展理念与目标并不十分清晰，许多问题皆因涉及利益格局需要深刻调整而存在重大分歧，地区发展不平衡又使解决这些问题的难度加大，致使医保制度改革难以走向深化，人民群众在医疗保障方面的获得感主要来自扩大公共投入和提高用人单位缴费带来的待遇提升，从而是“做加法”产生的效果。例如，在居民基本医疗保险中，政府财政补助标准从2003年每人每年20元起步，提高到2021年不低于580元，18年间增长了28倍；在职工基本医疗保险中，过去明确的缴费率是用人单位按6%、个人按2%缴费，现在许多地方用人单位的缴费率不断提升，北京提高至逾10%，上海处在9%以上的高位。然而，筹资责任的日益失衡导致政府财政与用人单位的负担持续加重且难以持续，也直接影响到医保制度可持续发展与城乡居民医保待遇的持续改善，如果再沿着“做加法”的路径走下去，必将付出无法估量的成本。在这一轮医保制度改革中，中央就十分明确地确立了医保改革与发展的理念、目标及行动路径，概括起来就是“坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务，增强医疗保障的公平性、协调性，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感”。并设定到2030年时全面建成中国特色的医疗保障制度。在这一纲领性文件指导下，建立公平统一的医疗保障制度、逐步均衡各方筹资责任、改革乃至最终取消职工医保个人账户、通过集中带量采购来发挥医保战略性购买作用以及扎实推进商业健康保险发展等一系列存在分歧或者久拖不决的重大事项得以变成深化改革的共识和意志。因此，2020

年以来，深化改革取得的首要成效就是使整个医疗保障制度发展的理念、改革的目标与行动路径变得清晰化，不会再因利益失衡与意见分歧而影响改革进程，更不会因意见分歧而出现政策效果对冲或反复折腾的现象，而是沿着正确的方向走向系统集成、协同高效，进而持续释放出改革带来的医保红利。

**其二，基本医疗保险制度的公平性明显提升。**各地医保政策的差异性，导致不同地区、不同群体的医疗保障权益不公，这是公众诟病现行医疗保障制度的主要原因。全面深化医保改革以来，全面做实基本医疗保险市级统筹取得了明显的实质性进展，省级统筹在稳健推进，这使得市域范围乃至省域范围内的参保人员能够在统一的制度安排下参保并享受平等的医疗保障待遇，同时也大幅度减少了统筹层次低的情形下的异地就医现象。而伴随医保待遇清单制度的逐步建立，不同地区间的医保待遇不平等也必定随之弱化，医保待遇定制权上升到国家层级，意味着法定医疗保障待遇将走向全国统一。因此，我国医疗保障制度的公平性正在深化改革中得到明显提升，进而使待遇较低的地区或群体能够逐步享受到平等待遇，从而使整个医保制度的保障水平得以提升，这无疑是深化改革促使法定医疗保障制度稳步走向成熟、定型的重要标志。

**其三，基本医疗保险制度的互助共济功能显著增强。**医疗保险制度改革以来，个人账户的设置始终是损害基本医疗保险制度互助共济功能的根本因素。继 2019—2020 年全面清理居民医保个人账户后，按照《意见》中明确提出的“改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制”的要求，2021 年 2 月国务院办公厅发出《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，将职工医保个人账户改革付诸行动。根据这一政策性文件，职工医保个人账户只来源于个人缴费，单位缴纳的基本医疗保险费不再划入职工医保个人账户，全部计入医保统筹基金，这一新政将原来单位缴费中划入职工医保个人账户的 30%

份额直接转化为统筹基金并供参保人员共享，医保统筹基金的份额直接壮大了 30%，而职工医保个人账户规模直接缩小了 47%（1.8/3.8），从而极大地强化了职工基本医疗保险制度的互助共济功能。同时，通过医保个人账户计入方式的调整，又为健全职工门诊共济保障机制并提高参保人员的门诊待遇创造了条件。不仅如此，还对从医保统筹基金中划入退休人员医保个人账户的额度做出了明确规定，即逐步调整到统筹地区当年基本养老金平均水平的 2%左右（目前各地普遍高于这一标准），这意味着划入退休人员医保个人账户的额度明显削减，而门诊保障水平会相应提高；同时规定，职工医保个人账户基金可以用于家庭成员个人负担的医疗费用或者用于参加居民基本医疗保险缴费，这使得个人缴费形成的职工医保个人账户基金可以实现家庭成员之间的互济。经过这一改革，在没有增加用人单位与个人缴费负担的条件下，却直接减少了医保基金因个人账户带来的资金沉淀和低效、浪费现象，强化了医保制度的互助共济功能，提高了参保患者的门诊医保待遇，从而是深化医保制度改革直接释放出来的巨大红利。

**其四，人民群众的重特大疾病负担得到实质性减轻。**一方面，药品、医用耗材集中带量采购使用促使药价虚高现象得到抑制，在惠及普通患者的同时也减轻了大病患者的负担。数据显示，2020 年组织开展了第三批药品集中带量采购，涉及的 112 个药品价格平均降幅达 54%，累计节省药品费用约 1500 亿元；同期组织实施冠脉支架集中带量采购，从均价 1.3 万元左右降至 700 元左右，一大批需要安装冠状支架的患者享受到了这一巨大的降价实惠。另一方面，通过组织开展药品谈判准入和完善医保报销制度，使涉及癌症、罕见病等重特大疾病患者的医疗费用得以实质性降低。2018 年以来，谈判药品降价共计为患者节省费用达 825 亿元，重特大疾病患者的用药负担显著减轻。国家医疗保障局还将高血压、糖尿病、肾透析等部分医疗费用较高的慢性病和特殊疾病纳入了

医保基金支付范围，医疗救助、医保扶贫及“惠民保”亦对减轻重特大疾病医疗费用负担起到了越来越大的作用。2020年中央财政投入医疗救助补助资金260亿元，另外安排40亿元补助资金专门用于提高“三区三州”等深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平，安排15亿元特殊转移支付医疗救助补助资金。全年各项医保扶贫政策累计惠及贫困人口就医1.8亿人次，减轻贫困人口医疗费用负担1188.3亿元，贫困人口的重特大疾病医疗费用报销率在95%以上。各地医保部门还向新冠肺炎患者定点收治医疗机构预拨专项资金194亿元，结算新冠肺炎患者医疗费用28.4亿元，其中医保基金支付16.3亿元。主要承保重特大疾病风险的“惠民保”的兴起，又为参保人员分散重特大疾病医疗风险提供了新的途径。可见，多管齐下的改革措施和多层次保障体系建设的推进，正在使人民群众的重特大疾病风险得到化解。

**其五，医疗保障治理能力提升进入了新境界。**一方面，伴随医保经办服务的办事流程日益规范化和医保标准化、信息化建设的推进，长期存在的医保信息系统碎片化严重、业务编码不统一、数据不互认、参保人办事“多头跑、来回跑”“网上不能办、异地不能办”等问题基本得到了解决，人民群众对医保公共服务的体验满意度持续提升。另一方面，多部门协同机制与应急机制的逐步建立和医保护法化的进展，促使医保治理开始走上了协同高效的现代化轨道。2020年以来，国家医疗保障局与财政部、国家卫生健康委等相关部门联合制定有关政策，合力推进反医保欺诈、药品与医用耗材集中带量采购使用等重点工作，取得了显著的成效，基本形成了国家医疗保障行政部门主导的多部门协同机制。同时，新冠肺炎疫情下的医保应对新政正在使医保应急机制走向制度化，而首部医保行政法规与多部医保行政规章的颁行，又为医保公共服务的不断优化提供了具体依据，使医保治理水平与能力稳步提升。

综上所述，在没有显著增加公共投入且受到新冠肺炎疫情严重冲击的背景下，全面深化医保制度改革取得的成效是卓越的，不仅体现在制度优化和治理体系完善方面迈出了坚实步伐，而且显著增强了人民群众的获得感、幸福感、安全感，它再次证明了改革能够释放出巨大的红利，深化改革必将促使我国医保制度步入高质量、可持续发展新阶段。

### 三、深化医保制度改革面临的主要挑战

客观而论，全面深化医保制度改革虽已取得巨大成效并让人看到了光明的前景，但毕竟处在初始阶段，要全面完成中央既定的目标任务还必须妥善应对面临的挑战。综合考虑影响医保制度发展的因素，当前和今后一个时期面临的挑战主要有：

**一是医保利益格局深刻调整可能导致社会风险加剧。**以往的医保改革主要是通过“做加法”来推进的，要解决的是普惠性问题，通过增加政府公共投入和提高用人单位缴费可以使参保人员普遍性地获得更好的医保待遇，从而得到广泛认同与支持。2020年启动的全面深化改革，是要在巩固普惠性的同时真正解决制度的公平性、互助共济性与可持续性问题的，核心是对存量结构进行优化，尽管最终目的是为了全面解除全体人民的疾病医疗后顾之忧，但不同地区、不同群体之间的现实利益却必然存在着损益差别。如果缺乏全局观、大局观与长远观，加之不时有精于个人现实利益得失算计的观点或舆论误导，既得利益地区和既得利益群体可能成为深化改革的阻力，进而易引发社会风险。一方面，优化基本医疗保险制度可能遭遇阻力。例如，深化职工基本医疗保险改革必须全面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制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相对均衡等，这些改革都是优化现行基本医疗保险制度安排的合理且必要的取向，但均会对现有参保群体的个人利益和待

遇较高、基金结余较多的地区产生较大影响，现实利益受损者可能反对。深化居民医疗保险改革的正确取向，是根据参保人收入状况来确定其应当承担的缴费义务，以取代现行的所有参保居民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，从而可能引发部分人的不满。提高基本医疗保险统筹层次也必然涉及地区之间的基金余缺调剂，这对于负担偏重、基金结存少的地区是增量改革，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，也可能遭遇部分地区的反对。推进药品和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改革内容，但会直接影响到医药行业、医疗卫生机构的现在利益格局，从而同样会遇到既得利益方的抵触与不满。另一方面，医保治理体系建设的推进必然要进一步触及现行体制机制。例如，医疗保障管理体制虽然已经统一，但因医保涉及医疗、医药等行业，相关职责的划分在部门之间仍然存在着分歧；建立全国统一的医保经办机构是确保医保制度规范、有序且高效运行的必要条件，而要实现这一目标就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；医保信息系统建设同样需要从原来隶属人力资源社会保障部门的社会保险信息系统中剥离出来；等等。一些地方在深化医保改革中遇到不小的阻力。因此，全面深化医保制度改革是真正意义上的蹚进了改革“深水区”，要啃的都是硬骨头，不可能一帆风顺，从而特别需要妥善应对和化解可能引发的社会风险。

**二是人口老龄化导致的医疗保障财务风险会加大。**根据第七次全国人口普查数据，全国60岁及以上人口达2.64亿人，占总人口的18.7%，较2000年进入老龄社会时增长了8.4个百分点，与2010年第六次全国人口普查相比上升了5.44个百分点，中国正在快速迈入“中度老龄化”社会。在这一背景下，作为医疗费用

支出主体的老年人群体规模在急剧扩大，而依据现行政策不再缴费的退休人员更会持续增长。据人力资源社会保障部提供的数据，“十四五”期间我国新退休人数将超过 4000 万人（年均增加 800 万人以上），劳动年龄人口净减少 3500 万人（年均净减少约 700 万人），这必然导致医疗保险基金支出增加与筹资来源减少，基本医疗保险制度的财务可持续性面临重大挑战。

**三是新业态的发展和人户分离现象常态化对医保制度改革提出新要求。**一方面，伴随信息技术的进步和互联网的广泛应用，各种新型就业形态在快速发展，灵活就业已经成为就业领域的主流，这使得建立在传统劳动关系基础之上的职工基本医疗保险面临着覆盖面日益收窄的困境，而流离在正规劳动关系之外的劳动者却又缺乏足够的医疗保障，大多选择缴费低、待遇低的居民医疗保险。另一方面，根据第七次全国人口普查数据，2020 年全国人户分离人口高达 4.93 亿人，占总人口之比约 35%，其中流动人口达 3.76 亿人，较 2010 年第六次全国人口普查增长了近 70%；常住人口城镇化率较 2010 年提高 14.21 个百分点。这一组数据表明，我国的人口具有高流动性特点，人户分离现象已经常态化且不可逆转。在这样的背景下，占基本医疗保险参保人数 3/4 的居民医保如果再延续过去以户籍为依据的参保政策，势必造成许多人处于参保地与受益地分离的状态，既不利于医保经办服务，也不利于参保人员就近享受医疗服务。因此，让基本医疗保险制度覆盖常住人口应当是正确的改革取向，但此项改革牵涉到政府财政责任重新配置，即目前由政府承担居民医保筹资 2/3 以上的责任将由户籍所在地政府改为常住地政府承担。调查中发现，无论是人口输出地区还是人口输入地区，都对按常住人口参保持消极态度，因为人口输出地区会因此项改革减少中央财政对当地户籍居民的医保财政补助，人口输入地区则会因覆盖户籍不在本地的常住人口而增加地方财政投入。因此，如何顺应人口流动规律，

让户籍不在本地的常住人口平等地享受到当地的医疗保险待遇，是全面深化居民医疗保险制度改革需要妥善解决的重大问题。

**四是人民群众诉求的发展变化需要不断得到满足。**进入新时代后，人民群众不仅要求切实解除疾病医疗的后顾之忧，而且需要满足其多样性、个性化的健康保障需求，从而表现出诉求升级的趋势。如罕见病患者及其家庭期盼将罕见病医疗费用悉数纳入基本医疗保险，慢性病患者期盼能够将各种慢性病悉数纳入门诊统筹，用药方面则存在着药品与医用耗材更加安全、可靠、低成本化诉求，中高收入阶层还希望有更好的健康管理服务，等等。人民群众对医疗保障诉求的发展变化，对进一步增强法定医疗保障制度的保障能力与水平、加快推动多层次医疗保障体系建设形成了新的压力源，从而需要采取更加得力的措施和更加有效的手段才能不断满足。

**五是“三医”之间良性互动与共同发展需要医疗保障发挥更大更好的作用。**从药品、医用耗材集中带量采购使用到医保药品目录准入谈判，再到医保基金支付方式改革与反医保欺诈，医疗保障制度事实上已经发挥出了战略性购买作用，在有效抑制药品与医用耗材虚高的同时使医疗机构的医疗服务价值得以提升，从而更加紧密地将医保、医药、医疗结合在一起。然而，“三医”之间良性互动、协同发展的局面尚未真正形成，医保机构面临的压力在增加，而医疗机构、医药企业则因原有利益受损并不满意。在新的发展进程中，我国不仅需要医疗保障制度实现高质量发展与可持续发展，而且需要有高质量的医疗服务和能够成为国民经济新支柱的发达的医药工业，因此，如何真正形成“三医”良性互动、相得益彰、共同发展的新局面是全面深化医保制度改革的又一挑战。

综上所述，持续深化医保制度改革的任务还异常艰巨，能否妥善应对上述挑战，客观上决定着中国特色医疗保障制度能否如期全面建成。

#### 四、向纵深推进医保制度改革建议

如果将 2020 年定为中央推进全面深化医保制度改革起始年，以 2030 年为中央明确的全面建成中国特色医疗保障体系实现年，则 10 年间必须完成医保制度改革的目标任务。根据《意见》，2020—2025 年是第一阶段，要求基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等相关领域的改革任务；2026—2030 年是第二阶段，要求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。因此，全面深化医保制度改革是一个持续 10 年时间的进程，在开局良好并开始释放出巨大改革红利的基础上，必须持续强力推动医保制度改革向纵深发展。

##### （一）进一步明确“十四五”“十五五”时期的阶段性目标任务

立足现实，基于目标导向，迫切需要牢固树立大局与全局意识，防止既得利益地区和相关群体阻碍改革推进或者拖延深化改革的时机，特别是要消除精致利己主义者只管自己不顾他人、只论当下不虑长远的错误言论误导公众，营造有利于深化改革的社会氛围，确保中共中央、国务院制定的深化医保制度改革的顶层设计得到全面贯彻落实。同时，将两个阶段的改革目标任务进一步具体化。在“十四五”期间，重点应当是进一步理清发展思路、矫正现行制度安排中的制度性缺陷、遏制路径依赖背景下的问题恶化势头、进一步完善相关体制机制，促使整个医疗保障制度朝着全面建成高质量、可持续的中国特色医疗保障制度阔步迈进。其中，理清发展思路的关键是厘清多层次医疗保障体系中不同层次的责任边界与功能定位，明确基本医疗保险制度统一公平的目标及推进路径与时间表等；需要矫正的制度性缺陷包括最终全面取消职工医保个人账户，逐步消除基本医疗保险待遇差异，积极稳

妥有序地矫正筹资责任失衡，稳妥解决退休人员不缴费问题等；遏制问题恶化势头的关键是要真正明确“三医”之间的责任分工、行为规范及相互关系，对医保欺诈保持高压态势，增强主体各方的守法意识；进一步完善相关体制机制的重点是全面理顺管理体制，建立健全统一、规范有序的经办服务机制，完善“三医”之间的联动机制。进入“十五五”后，重点应当是在巩固优化后的法定医疗保障制度的同时，发展好商业健康保险与慈善医疗，使多层次医疗保障体系能够全面满足全体人民的医疗保障与健康提升的需要，并让整个医疗保障体系运行在法治的轨道上。因此，“十四五”时期是全面深化医保制度改革的关键期，它决定着“十五五”期间能否如期实现全面建成中国特色医疗保障制度的目标。

## （二）加快优化现行基本医疗保险制度安排

基于目标导向，当前应尽快努力完成如下改革任务：**1. 全面取消医保个人账户。**在经历取消居民医保个人账户，全面落实职工医保个人账户已经出台的用人单位缴费不再计入、划入退休人员医保个人账户资金规模相对缩小后，尽早研究个人缴费也全部进入统筹基金并供全体参保人员共享的方案，此举将增加参保人员之间的互助共济，进而使基本医疗保险制度完整地发挥出互助共济的功能。**2. 制定推进主体各方均衡承担筹资责任的行动方案。**中央深化医保制度改革的顶层设计已经明确提出“均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化个人缴费和政府补助结构，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。”在筹资责任严重失衡的条件下，走向筹资均衡不可能一步到位，而是需要分步推进。对职工基本医疗保险，首先应当明确用人单位缴费与个人缴费之比统一回到最初的3:1水平；再通过适当提高个人缴费和降低用人单位缴费，争取在“十四五”末前后能够调整到2:1；到“十五五”期末实现双方均衡承担筹资责任即1:1的最终目标。对居民基本医疗保险，首先需要尽快研究将按人头实行定额等额

缴费制改为与个人或家庭可支配收入挂钩缴费的新方案，并在“十四五”期间开始付诸实施；再在“十五五”期末争取实现政府补助与居民个人缴费等额的目标。同时，尽快研究出台退休人员缴费政策，在“十四五”期间实行让新退休人员以基本养老金为缴费基数并参照在职职工的缴费率缴纳基本医疗保险费，对已退休人员则通过适当提高养老金水平的方式来助力其承担相应的缴费义务，争取在“十五五”期末实现所有退休人员均缴费的政策。

**3. 着力推进基本医保待遇平等。**“十四五”期间，应当建立并全面落实职工与居民两大群体的基本医保待遇清单制，通过提高居民医保待遇使两大群体的权益差距逐步缩小；“十五五”期末应当实现两大群体的基本医保待遇基本一致，为最终实现统一的基本医疗保险制度覆盖全民奠定扎实基础。

**4. 尽快研究稳步推进居民医保覆盖常住人口的政策，**在“十四五”期间可鼓励或选择部分省市开展试点。浙江省作为中央确定的共同富裕先行示范区应当先行一步，在全省范围内将居民基本医疗保险覆盖全部常住人口，并承担相应的财政补助责任；其他省市逐渐跟进，争取在“十五五”期末全面实现这一目标。

**5. 在全面做实市级统筹的基础上，**“十四五”期间应当全面建立省级医保基金调剂制度，“十五五”期末全部实现省级统筹。

**6. 分解生育保险的医疗服务与福利待遇，**并分别纳入基本医疗保险与生育福利津贴。鉴于鼓励生育已经成为明确的政策取向，发展妇女福利与儿童福利事业势在必行，针对多数生育女性不能被现行生育保险制度覆盖的现实，我国应当建立能够覆盖非职业女性的普惠型生育津贴制度，为分解生育保险制度创造条件。在“十四五”期间，国家宜建立覆盖非职业女性的生育津贴制度，“十五五”期间正式将生育保险中的医疗服务直接纳入医疗保险制度，将生育保险中的福利待遇与生育津贴制度并轨，这是改革的正确取向。

**7. 进一步完善医保支付制度。**在坚持基本医疗保险基金总额预算制的条件下，全面推进按疾病诊断相关分组付费（DRG）和按病种分值付费（DIP）方式，同时

健全门诊特别是慢特病的付费机制，确保“十五五”期间医保支付方式能够定型。经过上述改革，我国的基本医疗保险制度就会真正走向成熟，中国特色的医疗保障制度亦必将步入定型发展并能够给全体人民提供清晰、稳定、可靠的安全预期的新阶段。

### **（三）以完善“惠民保”为突破口，加快发展商业健康保险**

目前，打上中国特色烙印的“惠民保”在全国各地快速发展，表明发展商业健康保险找到了新的突破口，政府、保险公司、个人及家庭等的有效合作将是使之持续发展的重要条件。国家应当引导企业职工补充医疗保险、公职人员医疗补助转化成为商业健康保险，使其覆盖人群成为商业健康保险的稳定的主要客户来源，由此形成较大规模的保险市场，进而向其他居民扩展，带动整个商业健康保险步入全面发展的轨道。同时，还应当推动商业保险公司增强服务功能和提升服务质量的内生动力。调查发现，各地的“惠民保”只是在基本医疗保险基础上简单地补偿参保患者的重特大疾病医疗费用，这种做法短期内还可以吸引客户，长远来看显然不具足够吸引力，必须将提供有质量的健康管理和更高水平的医疗服务作为不可替代的增值内容，才能真正赢得保险客户的高度认可，进而使自身得到持续发展。此外，有必要引导公众树立新的健康消费观，在享受法定医疗保障权益的同时真正认知商业健康保险的必要性与重要性，进而通过市场机制获得个人及家庭需求的满足，不能发生让处于较高收入阶层的人员身患重疾向公众募捐以致挤压低收入群体寻求外界援助空间的现象了。可以预期，伴随中等收入群体规模持续快速壮大，只要以“惠民保”为突破口并增加健康管理服务，数以亿计的潜在客户完全可能成为现实中的健康保险消费者，这不仅能够促使医疗保险向健康保障转型升级，而且会促使商业保险进入全面发展、高质量发展的新发展阶段。

### **（四）加快推进医保经办服务机制改革步伐**

经办服务机制是医疗保障制度真正落地的关键性环节，医疗保障制度实践的效果乃至成败，在很大程度上取决于医保经办服务机制是否健全、高效。调查发现，我国医疗保障经办服务的现状不容乐观，各地区的经办服务机构设置存在着定性不一、职责不一、人员编制标准不一、信息系统不一、服务规程不一等问题。因此，深化医保制度改革必须将完善医保经办服务机制摆到重要位置并优先着力推进。一方面，“十四五”期间国家层级应当尽快制定统一的医保经办服务机制政策，为各地医保经办服务机制改革提供统一的依据。核心是对医保经办机构统一定性、统一标识、统一职责、统一人员编制标准、统一信息系统、统一服务规程等，以此确保全国医保经办机构上下一体、左右对接。另一方面，还需要理顺纵横之间的关系，完善内部治理。实行统筹区域内医保经办机构垂直管理，在基层面对公众实行“一窗办理”并提供相关服务；还应当对医保经办机构明确赋权定责，并对其内部治理进行统一规制，使其在接受医疗保障行政主管部门监督的条件下能够自主实施医疗保障制度并承担起应有的责任。

### （五）加快推进医疗保障法治化进程

以法定制、依法实施是现代社会保障制度的内在要求，医疗保障制度因涉及关系复杂及业务链条长而对法治的要求更高，其目的不仅在于确保医保制度规范有序运行，更在于明确赋权明责，即赋予全体人民医疗保障权，同时明确其法定义务。目前，我国基本医疗保险的参保率虽然稳定在95%以上，但始终有一部分人未参保，在参保人员中，大多选择参加居民医保，这表明全民医保目标的全面落实需要以依法强制性参保为条件。因此，加快推进医疗保障法治化进程不仅是全面医保制度改革的重要内容，更是医疗保障制度及其治理现代化的必要条件。2021年1月，国务院颁布的《医疗保障基金使用监督管理条例》是我国医疗保障制度走向法治化的良好开端，也是全面深化医保制度改革取得的重

要突破性进展，但仅此一部行政法规不可能使整个医疗保障制度纳入法治化轨道。“十四五”期间，必须全面加快医疗保障立法步伐，而制定一部综合性的医疗保障法势在必行。目前，第十三届全国人大常委会已将制定医疗保障法列为年度备选立法项目，国家医疗保障局起草的《医疗保障法（征求意见稿）》已向社会公开征求意见，这表明医疗保障法的立法步伐在加快。同时，基于多层次医疗保障体系建设与处理相关关系的需要，我国还应当制定包括医疗救助、商业健康保险、慈善医疗等在内的多部行政法规。

#### （六）加快建成全国统一的医保信息平台

在数字化时代，以互联网平台为依托的信息技术得到了广泛应用，正在全面、深刻、持久地影响着当今世界的生产方式、生活方式与治理方式，并以不可逆转的势头扩展到各个领域。医疗保障作为我国惠及 14 亿人口的最大规模社会保障项目，涉及医疗、医药等行业和特定技术标准与规程，需要及时满足人口高流动性下参保人群在全国范围内参保、就医和医疗费用结算的即时需要，因此，医疗保障制度对信息系统的依赖性明显超过其他制度安排。在中央制定的全面深化医保制度改革顶层设计中，明确提出要统一医疗保障业务标准和技术标准，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实现全国医疗保障信息互联互通，加强数据有序共享。在国家医疗保障局的有力推动下，我国已经制定了 15 项医保信息业务编码标准，并于 2020 年在广东、青海、河北等 18 个省份的多个地市落地应用，全国统一的医保信息平台主体工程已经完成，预计将在 2021 年底基本建成。目前需要做好如下工作：一是各地区医保机构要从全局、大局出发，将以往各行其是的信息系统按照国家统一标准与规程纳入全国医保信息系统，对于超越国家标准与规程的信息进行妥善处理；二是国家医疗保障局还需要对现行编码标准及应用规程做进一步完

善，以使之能够全面涵盖医保业务发展的客观需要。经过统一行动和不断完善，争取在“十四五”期间能够全面实现全国统一的医保信息系统正常运行，并为推进医疗保障公共服务在全国范围内均等可及提供优良的技术支撑。特别需要指出的是，在推进全国统一的医保信息平台建设中，不能对《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》中“完善全国统一的社会保险公共服务平台”进行误读，以为国家要建立的是包括养老保险、失业保险、工伤保险和医疗保障等在内的统一信息平台。事实上，由于不同保险项目覆盖对象、责任范围与运行方式差异性大，加之业务管理的部门分割，不可能将所有保险业务归入一个信息平台运行；况且，医疗保障超越了覆盖劳动者的社会保险范畴，是唯一覆盖全民的社会保障项目，业务经办的即时性、复杂性明显超过养老保险等对信息系统的要求。因此，建立独立的医疗保障信息平台具有必要性。

总之，深化医保制度改革已经取得了卓越成效，但还须向纵深推进。如果能够进一步排除阻力、避免部门利益与地方利益影响改革大局，在上述六个方面同时发力，就一定能够在2030年如期实现全面建成中国特色医疗保障制度并造福全体人民的改革与发展目标。

（来源：《行政管理改革》2021年第10期）