

“十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想

顾海 吴迪

摘要:基本医疗保障制度高质量发展是“十四五”时期的重点建设任务。本文对基本医疗保障制度现存问题与挑战进行分析,清晰界定基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵,从全流程视角探究基本医疗保障制度高质量发展的运行逻辑。以制度供给和供给侧改革为抓手,深入探析基本医疗保障制度高质量发展的战略思路,提出从建立门诊共济保障机制、完善跨区域流动人口医保管理、推动长期护理保险与基本医疗保障制度有机衔接、健全重大疫情基本医疗保障制度应急管理机制、提高医疗救助减贫防贫能力和加快医保立法工作等方面进行制度优化,从巩固药品和医用耗材集中带量采购机制、探索医疗服务价格动态调整机制、深化医保支付方式改革、推进医保数字化治理和发挥商业健康险保基本等方面进行供给侧创新,以期推动基本医疗保障制度惠及全民、助力健康中国战略全面推进。

关键词:基本医疗保障制度 “十四五”时期 高质量发展 基本内涵 战略思路

DOI:10.19744/j.cnki.11-1235/f.2021.0144

一、引言

“十三五”以来,我国基本医疗保障制度实现了快速发展,参保规模、制度整合、保障方式等方面取得了显著成效。参保规模方面,据《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,2020年参加全国基本医疗保险人数达13.61亿人,参保率超过了95%。制度整合方面,城乡居民基本医疗保险筹资方式、待遇标准、定点机构管理等一系列政策先后统一,实现了城镇居民基本医疗保险和新农合两套制度真正的“二合一”(关博,2021)。保障方式方面,医保待遇水平持续升级,城乡居民基本医疗保险住院报销水平和大病保险报销水平稳步提高;医保筹资运行保持平稳,基金收入规模持续增长;医保支付方式不断创新,30个城市开展了按疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作,全部评估考核达标并开始模拟运行,71个城市及自治州开展区域点数法总额预算和按病种分值(DIP)付费国家试点工作,于2021年6月起接受国家医保局评估;医保基金监管力度加强,打击欺诈骗保专项治理工作有序开展,全年共追回资金223.1亿元。基本医疗保障制度逐步健全,使人民群众的医疗服务需求得到了基本满足,个人医疗经济负担明显降低,“看病贵”问题得到一定解决。但是,以就业和非就业参保人群为特征的基本医疗保障制度碎片化现象明显,很大程度上影响其自身公平性的实现。此外社会经济和生活方式不断变化,新的挑战不断涌现,对基本医疗保障制度改革提出了更高的要求。

“十四五”时期,我国基本医疗保障制度即将进入一个从制度建设和数量扩张到高质量发展的新阶段。为解决基本医疗保障制度中的遗留问题,《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》提出健全全民医保制度的具体目标。2020年2月25日,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》要求,完善待遇保障、筹资运行、医保支付和基金监管机制,完成医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。同时,国家医保局研究起草了《医疗保障法(征求意见稿)》,对基本医疗保障制度的各方面工作进行了明确规定。基于此,为进一步促进基本医疗保障制度的高质量发展,本文深入分析基本医疗保障制度建设和发展的基本内涵、运行逻辑和战略思路。本文的主要贡献可以概括为以下几个方面:一是完善基本医疗保障制度的研究思路。基于我国基本医疗保障制度的发展现状,构建了包含基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵、运行逻辑与战略思路在内的研究框架,提炼了基本医疗保障制度高质量发展的研究主线。二是创新基本医疗保障制度的研究视角。有别于其他研究多从单个视角分析,本文创新性地

从全流程视角出发,全面分析基本医疗保障制度的待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等方面的运行机制,并细化各模块的具体内容,进一步探讨了基本医疗保障制度的运行流程。三是丰富基本医疗保障制度的研究内容。本文以促进基本医疗保障制度高质量发展为研究目标,以制度供给和供给侧改革为抓手,提出门诊共济保障、流动人口医保管理、集中带量采购、医疗服务价格调整等改革思路,寻找基本医疗保障制度发展的战略支撑与着力点,为解决基本医疗保障制度中尚存问题提供借鉴。

二、基本医疗保障制度存在的问题与挑战

我国基本医疗保障制度在取得重大成就的同时,也面临着从制度建成到制度完善的一系列困境,主要表现在群体间发展不均衡、地区间发展存在差距、不同险种之间衔接不畅、医保基金收支不平衡、医疗服务定价机制不完善、医保支付机制设计不合理、就医结算方式不够便捷。同时,由于人口老龄化加速、新业态从业人员增多、流动人口规模较大、突发公共卫生事件的考验,基本医疗保障制度的发展面临着一系列的挑战。

(一)基本医疗保障制度存在的问题

1. 群体间发展不均衡

制度分割使群体间的待遇水平存在明显差别。我国现行的基本医疗保障制度中城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险并行,虽然执行了统一的医保目录和定点管理政策,但两者在筹资机制和待遇水平方面差距较大(顾海,2019)。并且,两者的医保政策调整内容和频率不一致,由此导致二者之间的差距呈现出逐年扩大的趋势,增加了将各类参保人员纳入统一的基本医疗保障制度管理中的难度。此外,城镇职工基本医疗保险个人账户仍未取消,使得个人账户资金没有得到充分利用的同时,部分居民却因统筹基金不足而无法获得及时报销,造成了居民的就医负担。

2. 地区间发展存在差距

由于各地社会条件不同,各地医保政策之间也存在较大差异。我国绝大部分地区医保遵循属地化管理的原则,医保政策与当地的经济水平、医疗资源和居民消费水平有密切联系,因此,各统筹区的医保政策内容不尽相同,导致地区间医保制度协同联动存在一定的难点(顾海,2018)。一方面,各地筹资缴费比例不一致,导致各地基金池大小不一;另一方面,各地待遇标准和目录范围呈现出“碎片化”,部分地区在基本医疗保险待遇清单的基础上扩大了清单范围(关博,2021),这些问题成为推进省级统筹的主要阻碍,难以形成地区间常态化协同机制。此外,各地医保存在明显的信息壁垒,不利于推动异地就医结算的实现。

3. 不同险种之间衔接不畅

目前多层次医疗保障体系中的不同险种各自相互独立,参保者在各险种之间转换较为困难。一方面,基本医疗保障制度与商业健康保险之间存在重复保障问题,没有划清各自的功能界限,缺乏科学合理的协作机制(仇雨临、王昭茜,2020)。另一方面,参保者在不同的基本医疗保险之间进行转换存在不协调问题,城镇职工基本医疗保险需要连续参保一定时间才可在退休后继续享有相应报销待遇,但城乡居民基本医疗保险没有这个规定,因此可能出现参保者转为城镇职工基本医疗保险后,连续缴费年限不够而无法在退休后继续享有相应报销待遇的情况。

4. 医保基金收支不平衡

我国目前尚未确立清晰的基本医疗保险筹资责任分担比例,导致各方主体的筹资责任失衡。筹资责任的主要承担者为用人单位和政府,而个人只承担较少的一部分。城镇职工基本医疗保险对退休人员执行不缴费政策,但退休人员的医保报销费用却远高于在岗职工,出现缴费与待遇不匹配的情况(郑功成,2020)。随着我国向深度老龄化社会转变,医保基金的支付压力逐步增大,筹资责任界定不合理将进一步模糊参保人对参保权利和参保义务的认识,造成医保基金规模逐渐缩小,不利于维持医保基金的稳定性。

5. 医疗服务定价机制不完善

长期以来,我国医疗服务价格调整机制未能有效建立,导致价格信号失真,不能准确衡量卫生资源的成本

公共管理

投入与产出,使医保支付标准的确定缺少参考依据,严重影响其对医疗行为的引导和调节。我国现行的医疗服务价格主要由政府规制,但完全的政府规制会导致医疗服务价格不合理,不利于充分体现医疗服务的价值。同时,现行医疗服务定价方式单一,医疗服务价格往往是由医疗机构参照物化成本进行项目成本测算后,上报给省市级价格主管部门进行审批,较少考虑服务提供者的价值成本。

6. 医保支付方式设计不合理

随着全民医保制度的基本建立,基本医疗保险已经成为医疗服务的最大支付方。我国已经在推行按病种付费,但是目前仍在试点阶段,还没有大规模推广使用,大部分地区的医保支付仍实行按项目付费。按项目付费是典型的后付制,支付方和医疗服务提供方事先并未约定支付费率,而是根据在医保目录内实际发生的消费项目予以支付,补偿医疗服务成本。按项目付费会带来一定的问题,比如部分医疗机构存在逐利行为,对医疗费用没有明确控制,医生可能会诱导患者过度使用医疗服务,进而造成整体医疗支出的快速增长。部分地区甚至因为控费效果不理想,而出现了支出赤字。

7. 就医结算方式不够便捷

就医结算方式直接影响就医体验。纸质报销凭证不仅携带麻烦、容易丢失,而且还可能因为资料不全使得患者不得不反复折腾。随着信息技术的不断进化,医保信息被集成到了医保卡中。医保卡虽然比纸质报销凭证小巧,但也有可能出现遗失或忘带的情况,并且卡的种类很多,就诊卡、医保卡、身份证等证件之间无法兼容,患者看病时需要在几种卡之间来回切换,相当不便利。当前,各地虽然在陆续推广全国统一的医保电子凭证,但使用范围还比较局限,比如,有的地方仅限于城镇职工基本医疗保险使用,有的地方只能在定点大医院使用,有的地方规定只有部分诊疗项目可以使用。同时,医保电子凭证的使用也同样面临着信息安全的考验,电子码虽然功能更强大、内容更丰富,但一旦发生信息泄露,会给参保人和医保基金带来极大风险。

(二)基本医疗保障制度面临的挑战

1. 人口老龄化加速

国家统计局发布的《第七次全国人口普查公报》显示,过去10年间,全国60岁及以上人口增长了48.62%,占总人口的比重已由13.26%增至18.70%,上升了5.44个百分点。人口老龄化加速为基本医疗保障制度带来的挑战主要表现在以下几点。一是我国老年人口整体健康状况不容乐观,“带病生存”是老年人的普遍现象,失能、半失能老年人数量众多,是医疗费用支出的主要群体。同时,贫困老年人、高龄老年人是典型的脆弱群体,他们所能获得的医疗资源更加有限,因此面临着更高的健康风险。二是老年人口规模的逐步扩大增加了其与医保基金可持续发展之间的矛盾(丁继红、游丽,2019),由于退休人员执行不缴费政策,人口老龄化将给医保基金的筹资与支出带来巨大的压力和挑战(郑秉文,2021)。三是农村劳动力存在年轻时进城务工、年老时返乡养老的偏好,使得农村地区的人口老龄化形势更为严峻,但农村地区医疗资源数量和水平都十分有限,农村老年人口的健康水平提高亟须制度保障。

2. 新业态从业人员增多

新业态从业人员是指以自雇型劳动者身份灵活就业的人员,在范围上包括了以去雇主化、多雇主化、标准劳动关系新型化等为特征的新就业形态的从业人员(方长春,2020)。随着国家新业态就业政策的密集出台以及新业态就业模式的持续创新,新业态从业人员数量预计在未来将急速增加。新业态从业人员参加现行基本医疗保障制度时面临着以下几个难点:一是新业态从业人员缺乏持续的缴费能力。新业态从业人员所从事的行业缺乏稳定性,这导致从业人员的工作机会和劳动收入在市场风险等因素的影响下面临较大的波动,所以无法进行持续缴费。二是参加城镇职工基本医疗保险需要以建立劳动关系为前提要件的规定不尽合理。按照现行劳动法和医疗保障制度的相关规定,很难将新业态从业人员与企业之间的关系认定为劳动关系,进而难以确定新业态从业人员参加城镇职工基本医疗保险时的缴费主体。这些制度设计上的不完善会导致他们参加城镇职工基本医疗保险的稳定性下降,给其自身保障和医保基金带来风险。

3. 流动人口规模较大

2019年底中共中央办公厅、国务院办公厅发布的《关于促进劳动力和人才社会性流动体制机制改革的意见》中提出全面放宽城区常住人口300万至500万的大城市落户条件,这造成大量农村人口流向城市,导致流动人口的结构发生新变化,同时给基本医疗保障制度带来一定的挑战。一方面,由于大量农村劳动力流向城市,城市人口规模进一步扩大。同时,老年人随子女迁往城市,增加了城市老年人口规模,使得城市医疗保障需求进一步增加,对城市的医疗保障服务供给提出了更高的要求。另一方面,异地就医结算关乎包括流动人口在内的跨地区参保人群的就医保障权益。异地就医信息系统未实现互联互通,就医地和参保地报销政策不同,会使得基金监管等方面面临困难,有可能导致医疗服务行为不规范、过度医疗等问题。

4. 突发公共卫生事件的考验

我国现有的基本医疗保障制度还无法满足重大疫情等引起的应急保障需要。新冠肺炎疫情等突发公共卫生事件为我国基本医疗保障制度带来了重大挑战,主要表现为以下几点。一是医保基金与公共卫生经费责任不清。现有的重大疫情及传染病防治相关法律法规中并未明确规定医保基金与公共卫生经费的负担范围和比例,使得原本应由公共卫生经费支出的费用,实际从医保基金中支出,造成医保基金的支付压力增大(孙淑云,2020)。二是突发公共卫生事件医疗保障应急政策存在临时性。现行有关传染病防治的法律法规,以不同传染病单列立法、零碎立法,主要关注传染病的预防、控制、监督费用,医疗救治费用被当作“附带性”问题予以简略规范。在突发公共卫生事件发生后,国家和各级政府都出台了相应的政策,但大多数都是临时性的政策,从可持续性角度来看并不能长期执行。

三、“十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵

基本医疗保障制度是国家举办的以基本医疗保险为主体、医疗救助为托底、大病保险为延伸的全民医疗保障。具体来看,基本医疗保险由城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险组成,它具有基础性功能(郑功成,2020)。医疗救助是国家对就医困难人员进行社会救助的一种方式,它具有兜底性功能。大病保险由城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助组成,它具有普惠性功能,是在基本医疗保险报销的基础上,对因患大病而产生的高额医疗费用进行二次报销,是对基本医疗保险的有益补充。

推动基本医疗保障制度高质量发展,需要准确把握其基本内涵。“十四五”期间,基本医疗保障制度的高质量发展需要从提“量”向提“质”转变,应在覆盖全民的基础上,通过一系列的政策制度安排和工作方式改进,提高基本医疗保障制度的公平性、高效性、便捷性和可持续性。

(一) 提高基本医疗保障制度的公平性

让人民共享经济社会发展的成果,促进共同富裕和全民健康。借助政策宣传提高居民参加基本医疗保险的积极性,进一步扩大基本医疗保障制度的覆盖面。通过制度整合补齐城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险之间的差距,处理好参保人的权利与义务关系,平衡好待遇保障与公共服务的关系。依靠统筹协调实现地区间基本医疗保障制度的政策统一,促进各地居民享有基本一致的基本医疗保障服务水平。根据脱贫攻坚和乡村振兴工作的推进情况及时调整医疗救助的范围与边界,既使困难群众获得一定程度的政策倾斜,又不出现福利主义。

(二) 提高基本医疗保障制度的高效性

让医保基金投入产出比更优,使有限的资金发挥出更大的价值。借助政策杠杆健全基本医疗保障制度的待遇、筹资、支付和监管机制,提供无缝衔接的医疗保障服务。通过数据跟踪动态调整医保目录的报销范围与报销比例,强调医保基金的使用效益。加强协商谈判推进医保支付方式改革的力度,引导医疗机构进一步提高医疗服务的效率和水平,科学使用医保基金。

(三) 提高基本医疗保障制度的便捷性

让服务过程和服务方式更加人性化,提供人民群众满意的基本医疗保障服务。通过科学规划优化服务流

公共管理

程,减少群众办理基本医疗保障业务的时间和经济成本。依靠信息化手段建立纵向到底、横向到边的医保信息系统,提供数字医保服务,实现医保信息的互通共享,使服务方式更加方便和智能。提高办事人员服务意识,推动传统服务与上门服务相结合,充分考虑特殊群体的服务需求。

(四)提高基本医疗保障制度的可持续性

让医保基金保持动态收支平衡,拥有一定的抗风险能力。通过立法工作明确界定基本医疗保障制度中政府、市场、个人的责任与义务,细化激励措施与惩戒机制。制定合理的医保筹资与待遇标准,保证二者之间的最佳匹配。通过设置应急预案做好基本医疗保障应急管理的事前准备工作,使医保基金能够经受住突发公共事件的冲击,维护最广大人民群众的根本利益。

四、“十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的运行逻辑:全流程视角

完善基本医疗保障制度的运行逻辑,确保待遇保障机制、筹资运行机制、医保支付机制和基金监管机制在流程上的有效衔接,是基本医疗保障制度高质量发展的内在要求。

(一)公平适度的待遇保障机制

待遇保障机制是实现基本医疗保障制度目标的重要支撑。对于基本医疗保险,从待遇标准来看,医保机构应制定与缴费挂钩的基本医疗保险待遇标准,实行医疗保障待遇清单制度。从覆盖范围来看,应建立门诊共济保障机制,降低门诊报销起付线。同时,探索城镇职工基本医疗保险家庭成员待遇共享制度,逐步实现城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险融合。对于医疗救助,应精准识别医疗救助对象,明确救助范围,同时合理控制医疗救助限额。此外,考虑到重大疫情的特殊性,为确保医疗机构先救治、后收费,医保基金需要留出部分专项资金为特殊群体紧急使用。

(二)稳健可持续的筹资运行机制

筹资运行机制是维护医保基金可持续的基本保证。在筹资方面,城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险采取个人缴费、单位/政府补助的形式形成基金池;大病保险基金从城镇职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金中划出一定的比例形成;医疗救助不需要个人缴费,而是通过政府财政补贴。随着社会经济的发展变化,医保机构应动态调整缴费基数和费率,优化个人缴费和单位/政府缴费的补助结构,拓宽筹资渠道。在运行方面,首先,应提高医保统筹层次,实现制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的统筹目标。其次,做好基金预算,应充分考虑异地就医结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展的需求,出台医保基金可承受的、科学合理的收支预算。

(三)管用高效的医保支付机制

医保支付机制是保证基金使用效率的关键步骤。就医保支付内容而言,医保支付建立在动态调整的医保目录基础之上。应兼顾患者需求和临床价值,定期调整医保目录中的药品、诊疗项目、医用耗材支付范围。就医保支付依据而言,医保经办机构应将符合条件的医疗机构纳入医保协议管理范围,根据协议内容对医疗机构的行为规范、服务质量和费用控制进行考核,达不到考核要求的退出协议。就医保支付方式而言,医保经办机构与医疗机构之间应通过协商谈判的方式确定总额预算,通过按病种付费等多元复合的医保支付方式实现医保结算。

(四)严密有力的基金监管机制

基金监管机制是守住人民群众“保命钱”的主要防线。基金监管可通过包括医保部门、医疗机构、群众和媒体等在内的多元主体实现,不同主体应履行各自的监管职能。医保部门是基金监管的主力,通过制定法律法规明确医保使用的规定动作,从根源上杜绝违法行为的发生。还可通过医保监管信息系统实时监控医保使用行为,为纠正和处罚欺诈骗保提供有力证据。医疗机构既是医保基金的被支付方,又是监管方。医疗机构应对每一笔支付金进行严格审查,发现不合理使用应主动、及时的上报医保部门,配合医保部门的调查。群众

和媒体是基金监管的社会力量,他们可以通过举报、曝光、宣传等方式对医保使用情况进行监督,充分发挥民众参与公共服务的自觉性和积极性。

五、“十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的战略思路

“十四五”时期,基本医疗保障制度高质量发展,应以制度供给和供给侧改革为有力抓手,如图1所示。从制度供给角度出发,应建立门诊共济保障机制,完善跨区域流动人口医保管理,推动长期护理保险与基本医疗保障制度有机衔接,健全重大疫情基本医疗保障制度应急管理机制,提高医疗救助减贫防贫能力,加快医保立法工作。从供给侧改革角度出发,应巩固药品和医用耗材集中带量采购机制,探索医疗服务价格动态调整机制,深化医保支付方式改革,推进医保数字化治理,发挥商业健康险保基本作用。

(一)基本医疗保障制度高质量发展的制度供给

1. 建立门诊共济保障机制

国务院办公厅出台的《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》中指出,将门诊费用纳入城镇职工基本医疗保险统筹基金支付范围,允许家庭成员相互共济使用个人账户。这是改革城镇职工基本医疗保险个人账户的重大举措,能够在很大程度上将沉淀过多的个人账户资金灵活运用起来,规范职工门诊就诊行为,充分发挥医保账户的风险共摊功能。

建立门诊共济保障机制需要从以下两个方面入手:首先,调整城镇职工基本医疗保险筹资比例,建立和扩大门诊统筹基金来源。适当增加单位缴费中划入统筹基金的比重,作为门诊统筹基金的重要来源。同时,在一些个人账户累计结余较多的地区,可考虑将个人缴费的一部分划入门诊统筹基金,增加门诊统筹基金的筹资渠道(朱铭来、郑先平,2020)。在改革过程中,应重视对政策的宣传和解读,引导参保职工理解改革的意义和重要性,减少改革阻力。其次,逐步扩大个人账户支付范围,引导合理有序的就诊格局。在保障参保职工常见病、多发病、慢性病和特殊疾病的门诊医疗需求的同时,使参保职工直系亲属也能够享受城镇职工基本医疗保险的保障待遇水平,变“个人医保”为“家庭医保”,减轻家庭疾病经济负担。此外,可参考住院统筹的支付标准,根据门诊医疗机构的不同级别,设置梯度型医保起付线和封顶线,门诊医疗机构级别越低,起付线越低,封顶线越高,以此来引导居民的合理就医行为,助推分级诊疗的开展。

2. 完善跨区域流动人口医保管理

健全跨区域异地就医协议管理机制,实现各地医保信息平台联网互通。破除以户籍为依据的参保条件,确保人户分离状态下的流动人口能够灵活参保。各地异地就医协议中必须明确医保支付范围和支付比例,将具备条件的定点医疗机构全部纳入异地就医协议管理。应平衡异地医疗服务价格与本地医疗服务价格之间的差距,给予在医疗服务价格较高地区就医的患者一定补贴,进一步减少其自费用。打通各地医保信息平台,实现医保信息互通共享,优化就医备案线上服务,提供异地就医联网线上直接结算和转移接续服务,实现“居民少跑腿、数据多跑路”。

建立跨区域医保调剂金,保持各地区医保基金收支平衡。为有效应对部分地区因中青年劳动力人口大量流出、

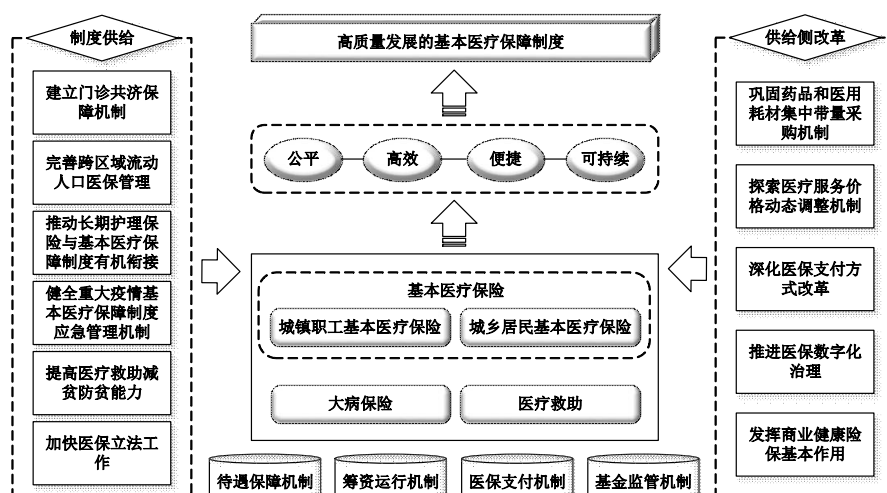


图1 基本医疗保障制度高质量发展的战略路径

公共管理

老龄化问题严重导致的医保基金缺口,应坚持全国“一盘棋”的思想,平衡各地医保基金收支情况,建立跨区域医保调剂金,根据人口流动的趋势和特点,将人口流入多、医保基金结余多的地区的资金转移给人口流出多、医保支付压力大的地区,维持全国医保基金整体动态平衡,避免医保基金出现系统性风险。

3. 推动长期护理保险与基本医疗保障制度有机衔接

随着老龄化社会程度的加深,失能、半失能老年人的规模逐步扩大,带病生存老年人的护理是迫在眉睫的普遍社会问题,架起长期护理保险与基本医疗保障制度的衔接桥梁势在必行。长期护理保险是解决医养问题的关键所在,在对长期护理保险进行顶层设计时,一方面,应明确其与基本医疗保障制度的分割性,抓住其护理的核心功能定位,避免与医疗保险和养老保险的重复保障造成的不合理支出;另一方面,应强调其与医疗保险和养老保险分工协作的角色分配,构建健全的“医+养+护”服务保障供应链。

长期护理保险的设计可参照城乡居民基本医疗保险,通过家庭缴费、政府补助的形式形成护理保险基金池。护理保险中的报销项目应按照基本项目和特需项目进行设置,明确基本项目和特需项目不同的起付线和报销比例。同时,建立护理费用价格补贴机制,将被护理人产生的护理费用以价格补贴的形式支付给护理机构,避免护理费用被挪为他用,真正发挥长期护理保险的作用。此外,逐步建立长期护理保险异地结算,在人口流动量大的现实背景下,充分满足被护理人的长期护理服务需求。

4. 健全重大疫情基本医疗保障制度应急管理机制

设置基本医疗保障制度应急预案,发挥基本医疗保障制度的保基本作用。《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出,在突发疫情等紧急情况时,医疗机构应优先救治患者,之后再进行费用结算。医保经办机构应尽快向医疗机构预付部分资金,保证治疗工作的顺利进行。同时调整医疗机构总额预算指标,单独计算因疫情产生的医疗费用,及时与医疗机构进行结算,减轻医疗机构救治压力。此外,根据疫情形势的发展变化,灵活调整报销范围,将不在医保目录范围内,但需求量大的药品和医疗服务项目临时纳入医保基金支付目录。

优化基本医疗保障经办服务,保证异地就医患者不因无法实现医保支付而产生“看病难”问题。应打通各地医保经办接口,尽快实现全国医保信息系统联网互通,推动医保经办服务“一网通办”。为突发公共卫生事件应急处置期间进行异地就医的患者设立单独的经办服务通道,启动紧急事项“及时办”。同时,疫情中异地就医确诊患者,报销时可不执行异地就医协议中的报销比例规定,按照当地就医报销政策进行报销。

5. 提高医疗救助减贫防贫能力

明确医疗救助覆盖对象,有针对性地实施医疗帮扶。中共中央国务院印发的《乡村振兴战略规划(2018—2022年)》中明确要求,应健全医疗救助与基本医疗保险和大病保险的衔接机制,重点做好农民重特大疾病救助工作。因此,2020年打赢脱贫攻坚战后,对于已脱贫的居民,应及时将其从救助名单中划出,使其回归到城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险中,进一步提高其医疗保障水平,减轻医疗救助基金压力。同时,进一步精准识别贫困人员身份,根据致贫原因的区别,制定不同类型的医疗救助待遇标准。

拓宽医疗救助基金来源,优化医疗救助支出结构。鼓励企业、慈善组织和个人积极承担社会责任,通过捐款、定向资助等多样化的形式扩大医疗救助基金池,同时提高彩票公益金投入医疗救助的比例,打破单纯依靠政府财政支持的筹资模式。此外,应做好医疗救助和医疗服务的协同共治,将医疗救助支出结构从“重大病”向“重预防、保基本”方向转变,推进贫困人口的疾病预防工作,持续开展常见病、慢性病的医疗救治服务,延缓疾病进程,减少重大疾病发生。

6. 加快医保立法工作

制定《医疗保障法》及相关补充条例,明确医疗保障的制度框架和管理机制。《医疗保障法(征求意见稿)》的公布是医疗保障制度改革的一项重要举措,体现了医疗保障立法工作正在逐步落地。下一步,应加快医疗保障法治建设进程,充实细化《医疗保障法》的内容,清晰界定基本医疗保障制度中各利益主体的权责分担和运行机制,量化绩效考核、表彰奖励和违规处罚的指标。同时,可通过出台补充条例等方式对《医疗保障法》中的关键内容进行更详细的说明和阐释,构建起医疗保障法律框架。

做好《医疗保障法》与相关法律的对接,避免出现法律冲突或漏洞。在《医疗保障法》出台之前,国家已在《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律文件中对医疗保障制度的有关内容进行了规定。因此,《医疗保障法》应在前期法律法规的基础上,进一步细化规定和补充解释,同时结合实际发展中出现的新问题、新方向,及时对原有内容进行实质性修改与调整,并增加新的法律规定。

(二)基本医疗保障制度高质量发展的供给侧改革

1. 巩固药品和医用耗材集中带量采购机制

完善药品和医用耗材集中带量采购进入和退出机制,通过谈判定期调整采购目录。“十四五”时期,要充分发挥药品和医用耗材集中带量采购制度在推进医疗服务改革中的引领作用,通过集中带量采购制度遏制药价虚高现象,使医疗服务价值回归服务本身。建立并实施招采信用评价制度,将“以质定量”作为“以量换价、量价挂钩”的前提,不断扩大优质且需求量大的药品和医用耗材的采购品种范围,清除采购目录中质量不佳、需求量小的药品和医用耗材。可通过多种方式实现集中带量采购,对于各地普遍需要的药品和医用耗材,可采取全国联盟的方式进行谈判采购,最大程度上将价格降到最低;对于各地特殊的药品和医用耗材需求,可采取区域联盟的方式进行谈判采购,充分调动各地医保部门参与改革的积极性。

从供给条件和患者感受角度设置中标条件,多维度综合评估采购对象。采购的药品和医用耗材的最终使用者是患者,因此除了从供给条件出发,考虑药品和医用耗材的经济性、质量、效率和供应是否达标,还应定期对使用采购药品和医用耗材的患者进行走访调查,从患者感受角度考虑他们在使用过程中的满意度、身体状况的变化等情况,选出患者更满意的药品和医用耗材。

2. 探索医疗服务价格动态调整机制

依托“三医联动”推动医疗服务价格改革,设置医疗服务价格调整预案。《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确要求,建立科学、确定、动态的医疗服务价格调整机制。医疗服务价格调整是“三医联动”改革的深水区,只有在完善医疗、医药和医保改革的基础上,进一步压缩药品耗材的过高利润,才能为医疗服务价格调整腾出空间,通过“腾笼换鸟”的方式逐步优化公立医疗机构的收入结构。应将部分医疗服务价格调整权限下放至各省市,各级政府部门通过综合考虑本地区的地区生产总值、居民消费水平、医疗机构收支结余、医疗服务价格各部分占比等多重因素,提前设置好包含医疗服务价格调整触发条件、调价规模和调价程序在内的预案。

加强医疗服务价格的分类管理,兼顾公益属性和劳动价值。为了维护最广大人民群众的根本利益,应始终坚持公立医疗机构提供的基本医疗服务实行政府指导价,确保患者整体负担不增加。一方面,对普遍开展、需求量大的医疗服务项目,政府应制定好清晰的价格基准线;另一方面,应提高体现技术劳动价值的医疗服务费用比重,肯定医务人员的价值创造(李玲,2020)。此外,为充分激发医疗服务主体的活力,公立医疗机构提供的特需医疗服务和非公立医疗机构提供的医疗服务应实行市场调节价,由医疗机构自主定价。

3. 深化医保支付方式改革

结合各地特点与疾病情况,建立多元复合的医保支付方式。一方面,对紧密型医联体实行总额付费。促进医保部门与医疗机构的集体协商,建立常态化的协商谈判机制,将医保支付额度与医联体的服务水平、服务质量、业务数量、绩效考核和居民健康水平挂钩,允许在医联体内同一次就医连续计算起付线,要求医联体内医保资金分配适当向基层医疗机构倾斜,以此来引导患者向基层医疗机构下沉,促进本地区医疗机构整体上实现有效控费。另一方面,在医疗机构内部针对不同的疾病类型和治疗状况实行不同的付费方式。对于住院患者,推行DRG和DIP等医保支付方式(李乐乐,2021),对于一些需要长期住院的疾病可实行按床日付费的医保支付方式。这样可以在事前进一步规范医生诊疗行为,减少医保支出的随意性。对于门诊常见病、慢性病患者,应实行按人头付费,根据各地实际情况定制按人头签约服务包,明确按人头付费的支付标准,促进医保战略性购买从疾病治疗模式逐步过渡到健康管理模式。

探索医药分开的支付方式,破除“以药养医”的顽疾。医药分开不是把医疗机构和药房分开,而是把收入和支出机制分开。应实行“一票制”,医保经办机构直接与医药企业结算药品货款,切断用药对医疗机构和医

公共管理

护人员的激励,避免医疗机构和医护人员从药品加成中获得收益,使医疗机构和医护人员的收益完全来自于其服务价值,这样才能有效遏制不合理的药品费用支出,减轻患者的经济负担。

4. 推进医保数字化治理

加强医保信息系统建设,推进医保信息互通共享。夯实医保信息系统基础设施建设,打通医保经办机构系统接口,尽快建立省级医保数据网,逐步形成全国医保信息“一网通管”(申曙光,2021),对定点医疗机构进行实时监管,有效防范价格失信、欺诈骗保行为。同时,提升信息安全保护能力,通过设置防火墙、数字身份认证和智能监控等方式维护数据安全,强化对医保数据的安全保护。

提高数字医保服务能力,打造数字医保应用场景。积极推进医保电子凭证运用,实现医保电子凭证中的医保、医疗、医药信息集成,尽快实现互联网医疗服务系统与医保信息系统的对接,使居民足不出户就能完成线上就医、购药等一站式医疗服务,以及医保缴费、报销等医保经办服务。同时,兼顾老年人不熟悉智能设备的问题,应保留一定数量的线下服务窗口和服务人员,帮助和指导老年人通过线上系统实现医保服务办理,使老年人也能够享受到更加便捷的医保服务。

5. 发挥商业健康险保基本作用

基本医疗保障制度事关公民权利,通常会被认为应由政府提供。然而,受到信息不对称和关注度有限的影响,政府在公共产品的提供中常常显得低效。随着时代的发展,市场主体已具备帮助政府承担部分公共产品供给的能力,在使政府的精力得到释放的同时,一定程度上使社会服务更加合理化和人性化。基本医疗保障制度和商业健康险并不是互斥与对立的关系,可以充分发挥商业健康险保基本的功能,为基本医疗保障制度提供辅助支撑,弥补“政府失灵”的缺陷(孙嘉尉、顾海,2013)。

商业健康险机构可以通过承办的方式,参与城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇提升工作。与基本医疗保险不同,商业健康险更具有灵活性,因此应在保障居民基本待遇的前提下,鼓励商业健康险突破基本医疗保险目录范围、突破既往病史和年龄的限制,设置多档基本医疗补充保险,积极推动惠民保,使有意愿、有条件的居民能够自主选择更高层次的保障水平,有利于尽快补齐城乡居民基本医疗保险与城镇职工基本医疗保险的差距,通过大病保险“三次报销”的形式进一步降低大病患者的疾病经济负担。

(作者单位:南京大学卫生政策与管理研究中心)

参考文献

- (1)丁继红、游丽:《基本医疗保险对老年人灾难性卫生支出的影响研究》,《保险研究》,2019年第12期。
- (2)方长春:《新就业形态的类型特征与发展趋势》,《人民论坛》,2020年第26期。
- (3)顾海:《医保整合要实现更高层次的公平》,《中国医疗保险》,2018年第2期。
- (4)顾海:《统筹城乡医保制度、与收入相关的医疗服务利用和健康不平等》,《社会科学辑刊》,2019年第2期。
- (5)关博:《“十四五”时期“全民医保”的风险挑战与改革路径》,《宏观经济管理》,2021年第3期。
- (6)李乐乐:《政府规制与标尺竞争:医保支付方式改革的治理路径分析》,《经济社会体制比较》,2021年第3期。
- (7)李玲:《完善公立医院医疗服务价格改革的思考》,《财经界》,2020年第15期。
- (8)仇雨临、王昭晔:《从有到优:医疗保障制度高质量发展内涵与路径》,《华中科技大学学报(社会科学版)》,2020年第4期。
- (9)申曙光:《我们需要什么样的医疗保障体系?》,《社会保障评论》,2021年第1期。
- (10)孙嘉尉、顾海:《国外基本医疗保险体系中的商业参与——兼论公共物品供给》,《社会保障研究》,2013年第4期。
- (11)孙淑云:《健全重大疫情医疗救治费用协同保障机制的逻辑理路》,《甘肃社会科学》,2020年第5期。
- (12)郑秉文:《“十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务》,《社会保障研究》,2021年第2期。
- (13)郑功成:《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》,《中国人民大学学报》,2020年第5期。
- (14)朱铭来、郑先平:《关于建立健全职工医保门诊共济保障机制的思考》,《中国医疗保险》,2020年第10期。

Connotation and Strategic Conceptualization of the High-Quality Development of the Essential Healthcare Security System During the 14th Five-Year Plan Period

Gu Hai and Wu Di

(Center for Health Policy and Management Studies of Nanjing University)

Summary: During the 14th Five-Year Plan Period, China's essential healthcare security system will enter a new stage, from system development and scale expansion to high-quality development. Exploring the strategic path of development for the China's essential healthcare security system during the 14th Five-Year Plan Period is critical to promoting the essential healthcare security system to benefit the people, accelerating the full implementation of the Healthy China Strategy, and improving welfare and happiness among the population. To promote the high-quality development of China's essential healthcare security system with a focus on the construction and long-term planning, this study analyzes the existing problems and challenges of China's essential healthcare security system, conceptualize the high-quality development of the essential healthcare security system, explores the operation logic of the high-quality development of the essential healthcare security system with a holistic view. Starting with the system supply and supply-side reform, this study analyzes the strategic path of high-quality development of the essential healthcare security system during the 14th Five-Year Plan Period. This study identifies issues in China's essential healthcare security system, such as unbalanced development, regional disparities in development, poor interchangeability between insurances, unbalanced revenue and expenditure of health insurance funds, imperfect pricing of medical services, poor design of health insurance payment method and inconvenience in the health insurance settlement. With the challenges of accelerating population aging, an increasing number of employees of new industries, a sizeable floating population, and public health emergencies, it is urgent to reform and develop China's essential healthcare security system. Striving to develop a fair, efficient, convenient, and sustainable essential healthcare security system, we will straighten out the operational logic, including fair and appropriate treatment security mechanism, stable and sustainable financing operation mechanism, effective and efficient health insurance payment mechanism, and rigorous and robust fund auditing, etc. From the perspective of system supply, we should establish the outpatient mutual assistance guarantee mechanism, improve the health management of inter-region floating population, promote the organic connection between long-term care insurance and essential healthcare security system, improve the emergency management mechanism of the essential healthcare security system for major epidemics, improve the ability of the health assistance to reduce and prevent poverty, and speed up the legislation related healthcare security. From the perspective of supply-side reform, we should consolidate the centralized procurement mechanism of drugs and medical consumables, explore the dynamic adjustment of the medical service prices, deepen the reform of health insurance payment models, promote the digital governance of health insurance, and enable the critical role of commercial health insurance. This study has the following innovations and contributions. First, it conceptualizes the research on the essential healthcare security system and constructs a research framework of the connotation, operation logic, and strategic path of the high-quality development of the essential healthcare security system; Second, it provides a novel research perspective, and analyzes an operational mechanism in terms of treatment guarantee, financing, health insurance payment, auditing, etc.; Third, it enriches the research on the essential healthcare security system, and clarifies the strategic support and focus of the high-quality development of the essential healthcare security system from the aspects of system supply and supply-side reform.

Keywords: essential healthcare security system; 14th five-year plan period; high-quality development; connotation; strategic path

JEL Classification: H55, H83, I11, I18