

论我国医疗保障之高质量发展

何文炯

(浙江大学公共管理学院 杭州 310058)

【摘要】近20多年来,我国实现了医疗保障制度全面转型,并将惠及范围向全民扩展,其成就举世瞩目。但应该看到,这一领域还存在不少问题,医疗保障事业发展的质量不够理想。今后一个时期,我国医疗保障应当从规模扩展转向高质量发展,着力优化医疗保障体系、改进医疗保障制度设计、创新医疗保障运行机制,实现医疗保障资源优化配置,为提高国民健康水平、实现国家长治久安作出应有的贡献。

【关键词】医疗保障;高质量发展

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A**【文章编号】**1674-3830(2019)3-10-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2019.3.002

On the High-quality Development of Medical Security in China He Wenjiong(School of Public Administration,Zhejiang University, Hangzhou,310058)

【Abstract】In the past 20 years or more, China has achieved a comprehensive transformation of its medical security system and extended its benefits to all people. Its achievements have attracted worldwide attention. However, it should be noted that there are still many problems in this area, and the quality of medical care development is not satisfactory. In the coming period, China's medical security should shift from scale expansion to high-quality development, focus on optimizing the medical security system, improving the design of the medical security system, and innovating the operating mechanism of medical security so as to optimize the allocation of medical security resources. We will make our due contribution to improving the health of our people and achieving lasting peace and stability in our country.

【Key words】medical security, high-quality development

疾病风险是每一个社会成员面临的基本风险,因而医疗保障是现代社会保障的一个重要项目,也是医药卫生事业的重要组成部分,对于国民健康乃至国家长治久安至为重要。改革开放以来,尤其是近20年来,我国实现了医疗保障制度全面转型,并将惠及范围向全民扩展。对

此,人民群众有切身的感受,国际社会给予高度评价。同时,我们应当看到,医疗保障领域还存在不少问题,医疗保障资源不足且配置不合理甚至存在浪费,部分社会成员的基本医疗保障水平过低,因病致贫、因病返贫的问题还没有从根本上得到解决,也就是说,我国医疗保障事业发

展的质量还不够理想。今后一个时期,我国医疗保障应当从规模扩展转向高质量发展,并在体系框架、制度设计和运行机制诸方面持续努力。

1 优化医疗保障体系

考量医疗保障事业发展的质量,首先是看医疗保障体系之质量。医疗保障体系质量可以从外部关系和内部关系两个视角看,前者是指医疗保障体系与经济社会整体的协调性以及医疗保障与社会保障其他项目职责分工的清晰度与合理

【收稿日期】2019-2-28

【作者简介】何文炯,理学博士,浙江大学民生保障与公共治理研究中心主任,中国社会保障学会副会长,浙江大学公共管理学院教授,主要研究方向:社会保障、风险管理、保险与精算数学和研究。

【基金项目】本文系国家自然科学基金重大项目“人口老龄化与长寿风险管理的理论与政策研究”[项目批准号13&ZD163]的阶段性成果。

性;后者是指医疗保障体系内部结构的合理性,包括纵向的层次结构和横向的项目结构。如果这些关系处理不当,则医疗保障事业发展的质量会打折扣。以此考量我国现行医疗保障体系,就会发现存在诸多问题。为此,今后一个时期需要在以下几个方面努力。

1.1 厘清基本医疗保险与补充性医疗保障的职责

按照多层次风险保障的理论,医疗保障由基本医疗保险与补充性医疗保障两部分构成,其中基本医疗保险是政府运用国家强制力实行的医疗保障项目,补充性医疗保障则是社会成员的自主自愿行为,采用市场化的运行模式,通常只有经济收入和社会地位较高的部分社会成员所拥有。虽然,早在20多年前我国就确定了多层次医疗保障体系的建设思路,但补充性医疗保障的发展一直缓慢,因而多层次医疗保障体系基本上没有形成。有人认为,这是因为补充性医疗保障的产品开发不足、服务能力不足,有人则认为是因为国家的支持政策(含税收优惠政策)力度不够。这些观点都有道理,但更为重要的是因为具有购买能力的那部分社会成员普遍缺乏参与补充性医疗保障的内在动力。事实上,最近10多年来,基本医疗保险、尤其是职工基本医疗保险的保障待遇一直在提高,基本医疗保险目录逐步扩展、定点医院和定点药店持续增多,起付线降低、封顶线提高、报销比率提高,而且各地普遍地建立了门诊统筹,使得基本医疗保险不再仅仅是“大病保险”。在这样的背景下,部分社会成员对于基本医疗保险待遇的预期不断提高,“免费医疗”正在成为他们向往的目标。

因此,要稳定职工基本医疗保险

的保障待遇,使之长期保持在适度的水平上。只有这样,才能使基本医疗保险与补充性保障有清晰的职责分工,才能使社会成员对自己的疾病风险作出合适的风险管理计划,才能使具有购买能力的那部分社会成员有动力去参加补充性医疗保障。

1.2 明确医疗保障若干项目的职责定位

现行医疗保障体系中,基本医疗保险、医疗救助和城乡居民大病保险是三个重要项目,但它们的分工和职责定位有待进一步明晰。

1.2.1 医疗救助与基本医疗保险的有机衔接。从学理上讲,医疗救助作为一项兜底性的医疗保障制度,其职责是解决基本医疗保险所不能解决的那部分医药费用,以防止社会成员因病致贫、因病返贫。然而,根据现行制度设计,医疗救助的范围以基本医疗保险目录为基础,这就使得这个目录之外的医药费用无法通过医疗救助制度得到解决,例如罕见病的“孤儿药”绝大多数不在这个目录之内。所以,医疗救助制度应当根据罹患疾病的社会成员的实际困难程度确定救助与否和救助力度,摒弃简单套用基本医疗保险目录的做法,使得医疗救助与基本医疗保险形成有机的衔接。

1.2.2 规范城乡居民大病保险。这是一项定位不清晰的政策,根据有关方面的解释,既不属于基本医疗保险,也不属于补充性医疗保险,因而实践中出现了许多尴尬的事情,降低了医疗保障体系的运行效率。事实上,从制度设计的初衷看,现行职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险制度都是以“保大病”为主要职责的,可惜的是前些年出现了一些模糊认识,有人把

“保基本”与“保大病”对立起来了。为提高医疗保障体系之质量,建议把城乡居民大病保险明确为补充性医疗保险,明确由商业保险或互助合作保险机构作为大病保险的举办主体,建立稳定持续的大病保险筹资机制,逐步扩大其覆盖范围。

1.2.3 将生育保险与基本医疗保险合并实施。现行生育保险制度提供生育医疗费用和生育津贴两类给付,且主要针对企业职工,既不公平,也缺效率。建议将生育保险权益扩展到全体国民,即无论是工薪劳动者,还是城乡居民,都有权享受这一保障。考虑到生育医疗费用与一般医疗费用不必严格区分,因而可以把二者结合在一起,统一由基本医疗保险解决,这可以降低制度运行成本。此事近年来已经开始逐步推行。但是生育保障的另一项责任需要通过一项新的制度来实现,因而建议尽快实施面向全民的生育津贴制度。

2 改进基本医疗保险制度设计

在医疗保障体系中,补充性医疗保障是市场行为,其产品设计与供求双方根据疾病风险保障需要协商确定。基本医疗保险产品则是一种制度安排,是一种社会契约,需要根据国民的疾病风险保障权益,由政府医疗保障部门设计、通过一定的法律程序得以确定并组织实施。经过20多年的改革探索,形成了现行基本医疗保险制度体系,为提高全社会的医疗保障水平发挥了积极作用。但是,应该看到这套制度还存在一定的缺陷,需要逐步改进,使之更加公平、更可持续、更有效率。

2.1 建立统一的城乡居民基本医疗保险制度

20年前,我们实现了工薪劳动

者医疗保障制度转型,接着先后为农民和城镇居民分别建立了基本医疗保险制度,而后面的这两项制度的性质、技术原理、制度模式和运行方式基本相同。因此,早在10多年前,部分地区已经实行城乡居民基本医疗保险制度整合。2016年初,国务院发文要求全国各地普遍实施此项整合,但由于种种原因,至今部分地区还没有完成此项任务,因而我们希望尽快实现城乡居民基本医疗保险的整合。完成整合后,必须尽快建立全国统一的城乡居民基本医疗保险制度。事实上,尽管全国大多数地区已经实现了城乡居民基本医疗保险制度的整合,且其经办和管理部门均已统一,但各地整合的做法和制度政策仍然有很大的差异,引出诸多矛盾。因此,需要尽快实行统一的制度,规范各地的行为,包括制度政策、管理体制、待遇给付、筹资机制、支付结算、信息系统等。

在此基础上,应当按照国民基本医疗保险权益均等的原则,积极探索职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险的制度整合,逐步形成统一的、覆盖全民的基本医疗保险制度。近年来,南方部分地区在这方面已经做出了有益的探索,应当加以鼓励,适时推广。

2.2 逐步取消基本医疗保险个人账户

根据现行制度设计,职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户基金两部分构成,而且二者互不连通、相互独立,其中个人账户产权属于参保者个人。此项制度设计从一开始就有争议,近年来讨论更多。应当承认,当年设置个人账户有一定积极意义,尤其是在促进职工医疗保障制度改革的顺利推进和新旧

制度平稳过渡方面。然而,从20年来的实际运行情况看,当初设想的其他目标,即保障门诊医疗费用、约束需方浪费行为以控制医疗费用增长、为个人未来医疗储备资金,这三个目标均未能有效达成。又由于管理不到位,实践中还产生了诸多矛盾和问题,尤其是部分个人账户资金被用于非医疗性支出,浪费了医疗保障资源,降低了制度运行的效率。

近年来,关于取消个人账户的呼声很高。值得指出的是,这一个人账户的存废之争,实质是对基本医疗保险制度模式之争,即未来职工基本医疗保险是实行现收现付制还是部分积累制模式。事实上,疾病风险具有很强的射幸性,适宜采用互助共济的保险方式、救助方式或公共福利的方式加以处理。由于个人账户采用储蓄积累的形式,无法实现疾病风险损失的互助共济,此类风险处理方式的效率不高。另一方面,个人账户之存在,在一定程度上制约着统筹基金的规模,从而影响统筹基金的保障能力。所以,建议逐步取消个人账户,但参保者个人依然需要继续缴费,并进入统筹基金,以增强基本医疗保险制度的保险属性,培育国民的互助共济意识。当然,这里需要注意到,含有个人账户的现行制度已经运行20年,已经形成了与个人账户紧密相联的利益关系和思维习惯,因而,关于取消个人账户的改革需要充分注意到这些事实,尤其是退休职工的利益和感受,采用逐步乃淡化、弱化的策略,设计有效的方法,使之能够平稳过渡。

2.3 确立以支定收与以收定支相结合的基金管理原则

20多年来,许多人一直认为“以收定支”是基本医疗保险基金管理

的基本原则,体现于诸多官方文件和学术著述之中,并体现于实际工作之中。这些年来,职工基本医疗保险实际运行中,全国和许多地区出现了大量的基金结余,即使是扣除个人账户累积部分,统筹基金的结余也有不少。同时,还有个别地区出现了当期基金收支亏空的现象。尽管造成基金盈亏的因素很多,但基金管理中并没有意识到“以支定收”原则及其重要性,是一个重要原因。

事实上,把“以收定支”作为基本医疗保险管理的主要原则,是不完整的。在制度设计阶段,根据百姓需要、政府职责和国力,确定保障待遇水平,这就是通常所说的“量入为出”“有多少钱办多少事”。这是很重要的原则,但这是制度设计、尤其是待遇确定的原则,而非基金管理的原则。事实上,在制度确定并进入运行阶段之后,就应当按照以支定收的原则筹集资金,其中包括参保者个人及其用人单位的缴费和财政投入的资金。在待遇给付方面,则按照既定规则执行,确保参保病人的医药费用能够按待遇规则得到给付,同时确保基本医疗保险基金能够实现收支平衡。如果基金收支不平衡,则当年缺口由财政兜底,次年适当提高筹资水平,但不能降低待遇,因为待遇是刚性的,所以绝不可以搞“以收定支”,否则参保者的保障水平就有可能降低。正因为这样,制度设计时,保障待遇的设定要适度。此外,基本医疗保险需要通过有效的医药服务才能实现制度目标,而医药服务是一个复杂的过程,对于基金能否按照既定的规则支付,其中会出现很多的问题,这就需要有效的支付管理,使支出能够与收入

相匹配,这就是许多人常说的“以收定支”。因此,要把以支定收与以收定支这两项原则结合起来。

3 创新医疗保障运行机制

医疗保障制度运行涉及众多的社会主体,包括医疗保障经办机构、参保者及其所在单位、医药服务供给者和医疗保障及相关的各级政府职能部门,他们有着各自的利益诉求。这一庞大的运行体系,需要通过有效的机制,使他们协同起来,才能实现医疗保障制度的政策目标。然而,现实并不令人满意,各主体之间的协调性、合作度均不够,医疗保障资源配置效率不高,甚至存在浪费现象。为此,需要通过体制机制创新,提高医疗保障运行的质量。

3.1 建立基本医疗保险待遇协调机制

现行基本医疗保险制度按人群设置,城乡居民与工薪劳动者之间的保障待遇差距较大。从基本公共服务均等化的要求出发,控制和缩小这两项制度的待遇差距是今后一个时期的重要任务。因此,需要建立基本医疗保险待遇及其调整的协调机制。过去,此项业务由两个不同的行政部门管理,现在已经统一由医疗保障部门管理,这就意味着管理体制上有了良好的条件。

这里的关键是确立基本医疗保险权益均等的理念,并建立有效的机制。一是建立清晰的基本医疗保险待遇确定机制。根据医药卫生体制改革的要求,配合分级诊疗、资源优化配置等工作,优化基本医疗保险病种目录、诊疗目录、药品目录、辅料目录、住院规则,医疗机构和药店定点规则,起付线、封顶线和报销

比率等,同时要建立更加严格的变动和调整程序。我们注意到,最近有关部门已经提出基本医疗保险待遇清单的思路。二是制定控制和缩小群体间基本医疗保险待遇差距的计划。就现行制度而言,应当稳定职工基本医疗保险待遇水平,稳步提高城乡居民基本医疗保险待遇水平。我们理解居民与职工之间存在保障待遇差距的历史原因,但要持续努力改变这种状况,确定相应的进度表,并制定相应筹资方案。三是加大医疗救助力度。逐步增加财政投入,提高医疗救助的保障水平,更好发挥医疗救助在解决因病返贫、因病致贫方面的作用,这也能够在一定程度上增强基本医疗保障的均等程度。

3.2 健全基本医疗保险筹资机制

资金是基本医疗保险制度运行的财务基础。只有持续稳定的资金来源,才能确保医疗保障制度实现其政策目标。当前,职工基本医疗保险基金仍有不少结余,因而关于基金收支平衡的重要性并未引起足够的重视。然而,由于人口老龄化和相关制度导致基本医疗保险“系统老龄化”,由于社会成员对健康更加重视而导致医药服务需求增加,由于疾病谱改变、医疗技术进步、药品创新等导致医疗服务总支出增加,这些都会使得基本医疗保险基金收支平衡的难度加大。

因此,要在保持适度保障待遇的同时,按照权责清晰的原则,拓宽筹资渠道,优化筹资结构,由社会各主体合理分担基本医疗保险的筹资责任。一是明确国家财政、用人单位和社会成员个人三者之间的比例关系,通过有效的筹资机制,确保基金的收入。就城乡居民基本医疗保险而言,目前参保者个人的筹资责任过轻,应

当适度提高。二是对于参保个人及其用人单位,要统一缴费基数确定方法和缴费比率适用规则,规范征缴行为。根据国家行政机关职能调整的有关精神,基本医疗保险费征收主体将由税务部门承担,这是一个重要契机。三是承认医疗保障制度转型引起的历史债务和国家对老一代劳动者的历史承诺,合理计量、妥善处理历史债务,通过国有资本转让等方法,注入医疗保障基金,形成多渠道的筹资机制。四是建立精算平衡机制,充分发挥精算在费率厘定、基金风险评估等方面的作用。

3.3 形成部门行业合作共赢的协同机制

医疗保障制度的有效运行,不仅需要医疗保障制度本身科学合理,还需要有良好的制度运行环境。这就要求医疗保障相关的各社会主体能够互相理解、支持和配合,尤其是医疗服务供给部门、药品供给部门与医疗保障部门建立起有效的合作机制,使得过度治疗能够得到有效控制,医疗保障资源配置效率能够提高。这里的关键是医疗保障中医疗服务和药品的价格形成机制,要在医疗保障部门与医疗机构、药品生产流通机构之间建立起平等协商和谈判的机制,积极推动和支持医、药等行业内部,各自形成有效的行业自律机制。只有这样,才能规范医疗行为,引导医疗费用合理增长,让社会成员在享受医药技术进步的同时不因巨额医疗支出而陷于贫困,并使全社会的医药费用负担处于合理的范围之内。

3.4 加强医疗保障基金监管

现行基本医疗保险基金管理制

孤儿、困难群众等五类人群为保费补助、实时救助对象；将原自费医疗救助并入实时医疗救助，救助对象可直接在救助定点医疗机构实现“一站式”结付，无需个人垫付。

享受保费补助的五类人群参加城乡居民医疗保险时，个人免缴医疗保险费，由统筹地区财政全额补助。低保、低保边缘、孤儿、重点优抚对象等特困群众可享受就医中的实时救助：除享受基本医保待遇外，在救助定点医疗机构免收诊疗费；门诊自负费用一个结算年度内在2000元限额内救助85%，其中经批准享受器官移植后抗排异、恶性肿瘤放化疗和尿毒症透析门特待遇的人员不受限额限制，门诊自负费用可分别救助85%、90%、95%；住院起付标准内全额救助，其他住院自负部分按85%的比例救助；居民医保参保人员超过年度支付上限的住院自负费用救助95%；符合大病保险目录的住院自费费用超过6000元的部分，根据费用区间可按70%—85%的比例救助，新认定人员自费部分可追

溯补偿6个月。低收入人员可享受专项救助：低收入人员获得大病保险补偿后，其大病保险补偿金额占其自负费用之比不足75%的，由社会医疗救助资金补足至自费用用的75%。实现了对低收入等困难人群全方位救助保障，国家和省精准扶贫要求得到落实。2008年上半年市区共有8291人享受保费补助，保费减免金额达209.3万元，8874名实时救助对象救助基金支付1607万元，个人自负率仅为3.15%，救助对象就医负担明显减轻。

4.6 创新监管机制

在多年的实践中，苏州建立起较为完善的监管制度形成“六个结合”，即“随机抽查与定向稽查相结合、一般稽查与重点稽查相结合、信息调阅与明察暗访相结合、内部审核与外部审核相结合、常规检查与专项检查相结合、日常考核与年终考核相结合”；建立起医疗保险定点三层准入机制、定点单位动态分级管理机制、管理政策调整机制、欺诈骗保行为查处机制、医

保违规行为处理和举报奖励机制、定点医疗机构费用分析预警机制。

为提高监管能力和效率，2012年创新监管手段，在全国率先实施“远程电子监控系统”，2013年实施“苏州市区医疗保险费用实时智能监管系统”，2014年实施“参保人就医管理”。通过与定点单位的良性互动，规范医疗行为，从医疗费用发生的源头把控医保基金流向，将医保监管从定点单位向医保医师延伸，将医保管理从重视定点数量向综合治理转变，从单部门操作向多部门协作转变，从定性式向标准化、效能化、数字化、精细化转变，进一步完善“全面、实时、沟通、公平”的苏州医保监管模式。■

【参考文献】

- [1] 王东进. 立足国情 实践创新 走自己的路——中国医疗保障制度改革二十年纪略(上)[J]. 中国医疗保险, 2018.122(11): 1-4.
- [2] 王东进. 立足国情 实践创新 走自己的路——中国医疗保障制度改革二十年纪略(下)[J]. 中国医疗保险, 2018.123(12): 1-3.

(上接第13页)设计的缺陷和运行环境的变化，还有一些问题值得重视，例如屡禁不止的医保诈骗行为，近期发现的“沈阳骗保案”就非常典型。因此，国家医保局今年重点工作中，排在第一的是“维护医保基金安全”。事实上，基金长期收支平衡是基本医疗保险制度实现其目标的基础，这是医疗保障部门的基本职责。因此，要持之以恒强化医疗保障基金监管，落实各项责任，堵塞制度漏洞，保持打击欺诈骗保的高压态势。这种监管还应当采用先进的科学技术，例如智能监控方法，实行事前、事中、事后的精准监控，从而有

效监控医药消费和医疗服务行为，保持合理的医药费用规模。

3.5 加强医疗保障信息化基础设施建设

医疗保障是惠及人数最多、技术性很强的社会保障项目。这一复杂系统的有效运行，需要有统一的制度安排，也需要有统一的规范。然而，目前这一领域的基础信息标准不统一，直接影响制度运行、宏观管理和服务供给。为此，要按照“书同文、车同轨、行同伦、程同准”的原则，加快推进医疗保障标准化建设，包括基本术语、基础信息及其编码的标准化，为提高医疗保障运行质

量、服务质量，实现医疗保障治理现代化奠定坚实的基础。■

【参考文献】

- [1] 何文炯. 中国社会保障：从快速扩展到高质量发展[J]. 中国人口科学, 2019(1).
- [2] 何文炯等. 中国生育保险制度改革研究[J]. 浙江大学学报(人文社会科学版), 2014(4).
- [3] 郑功成. 构建高质量的医疗保障制度[EB/OL]. http://www.sohu.com/a/298482389_439958
- [4] 何文炯, 杨一心. 社会医疗保险筹资若干问题辨析[J]. 中国医疗保险, 2011(3).
- [5] 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(4).
- [6] 胡晓毅等. 基本医疗保险治理机制及其完善[J]. 学术研究, 2018(1).
- [7] 杨一心. 职工医疗保险历史债务研究[D]. 浙江：浙江大学硕士学位论文, 2010-6.