

中国医疗保障制度的参量改革

申曙光¹ 吴庆艳^{2*}

(1.中山大学 岭南学院/政治与公共事务管理学院,广东 广州 510275; 2.广东药科大学 医药商学院,广东 广州 510006)

摘要: 我国的医疗保障制度改革存在制度改革、管理改革和参量改革三种基本路径; 我国的医疗保障进入以病有良医为目标的高质量发展阶段后, 参量改革将成为改革的主要路径。要论证以上观点, 需要系统分析我国医疗保障制度的参量体系及其目前改革的基本状况, 并从扩大筹资规模、控制待遇过快增长、优化支付结构和提升管理效率等四个方面分析“十四五”期间医保参量改革的主要任务与内容, 最后提出医保参量改革的基本原则和关键对策。

关键词: “十四五”时期; 医疗保障; 高质量发展; 参量改革

作者简介: 申曙光(1963—) 男, 湖南邵东人, 中山大学岭南学院、政治与公共事务管理学院教授、博士生导师, 主要从事医疗保障与医药卫生体制改革研究; 吴庆艳(1976—) 女, 湖北荆州人, 广东药科大学医药商学院副教授, 主要从事医疗保障理论与政策研究。

基金项目: 国家社会科学基金重大项目“预防为主的大健康格局与健康中国建设研究”(项目编号: 17ZDA080) 的阶段性成果。

中图分类号: C913.7 文献标识码: A 文章编号: 1001-4403(2021)04-0032-11 收稿日期: 2021-02-24
DOI: 10.19563/j.cnki.sdzs.2021.04.005

在全民医保体系初步建成、病有所医的目标基本实现后, 我国的医疗保障改革进入了一个以“病有良医”为目标的新的发展阶段——高质量发展阶段。^[1] 医疗保障的高质量发展, 也就是更有效率、更加公平、更可持续、更为安全的发展。在医疗保障新的发展阶段, 需要有新的改革思路、改革路径和改革举措。本文拟从参量改革角度, 探讨如何推进以病有良医为目标的医疗保障的高质量发展。

任何事物都既有质的规定性, 又有量的规定性。“质”与“量”构成一个事物的整体, 缺一不可。就医疗保障而言, 质的规定性主要体现在医疗保障制度的模式类型、责任主体、责任分担方

式、基金来源、缴费方式、待遇类型、待遇享受对象、待遇享受条件、参与方及其相互关系、多方联动机制及管理方式与手段等诸多方面; 量的规定性主要体现在缴费水平、缴费基数与比例、待遇水平、定点医疗医药机构的数量、药品器械与手术的类型和数量、医药服务中的各种标准和价格、医保经办与管理中的各种标准与数量目标等。这些方面的“质”与“量”的差异, 构成了不同国家不同性质类型、不同发展水平、不同保障层次甚至不同追求目标的各种医疗保障制度及制度体系。医疗保障的参量改革是指对医疗保障各类参量(参数)进行调整和优化以实现某种目标的过程。中国医疗保障的参量改革是通过调整基本医疗保险、大病

* 通信作者: 吴庆艳, E-mail: wuqingyan@gdpu.edu.cn.

医疗、医疗救助等基本医保制度和其他补充性保障制度相关的筹资、待遇、支付和管理参量,实现医保制度的调整与优化、医药服务供给质量的改进、医保与医药的协同发展及医保管理服务水平的提升,并促进多层次医疗保障体系的全面建成。因此,对中国医疗保障参量改革进行研究,有助于进一步明晰中国医疗保障这一重要的社会保障制度全面深化改革的基本内容、具体方向和关键环节,也有助于在医疗保障改革中加强医疗保障制度的系统集成,优化医疗保障中的各种关系,推进医疗保障与相关领域的协同改革。

一、我国医疗保障改革的基本路径

2019年9月,习近平总书记在中央全面深化改革委员会工作会议上深入阐述了改革的“前期”“中期”和“现在”三个阶段及其重点任务,指出前期是“夯基垒台、立柱架梁”,中期是“全面推进、积厚成势”,并强调现在要“把着力点放到加强系统集成、协同高效上来”。¹就内容和任务而言,我国医疗保障制度改革的进程也完全符合这一规律,并着重体现在三种不同的改革路径上。

(一) 医疗保障制度体系的确立

改革开放以来,我国进行了社会医疗保障制度的大幅度改革;迄今,以基本医疗保障为主体的医疗保障制度体系已经初步确立。我国的基本医疗保障制度包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、大病医疗保险和医疗救助制度。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》,确立城镇职工基本医疗保险制度。2003年、2006年放开和允许城镇灵活就业人员和农民工参加城镇职工医疗保险。2003年,开始建立新型农村合作医疗保险制度;2007年,开始城镇居民基本医疗保险试点;2016年1月,国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险实现整合,成为城乡居民基本医疗保险。城乡医疗救助于2003年和2005年分别在农村和城市开始试点,2008年医疗救助制度全面建立。2015年确立城乡居民大病保险制度。在此发展进程中,商业健康保险和慈善医疗也得到了一定程度的发展。其中,2016年9月1日开始实施《中华人民共和国慈善法》,为以基金会、社会团体和社会服务机构为代表的慈善组织更加规范地通过慈善捐赠的形式开展医疗救助提供了法律依据。此外,医

疗互助也在一定范围内得以开展,主要体现为中华全国总工会成立了中国职工保险互助会开展互助保障,各省市总工会在地方政府的支持下开展职工医疗互助,铁路、民航、钢铁、电力、煤炭等行业的大型企业工会开展职工医疗互助活动等。^[2]这一系列医疗保障制度的建立标志着我国多层次医疗保障体系初步建成。

由上可见,我国医疗保障制度体系的确立走的是一条循序渐进之路,这是符合我国国情的改革道路:一方面,在改革开放之初,存在着多种针对不同人群的不同医疗保障制度,这些制度不但差异巨大,而且都已不适应改革开放后新的社会经济形势;另一方面,经济体制改革是当时的主要任务,包括医疗保障在内的社会保障制度改革总体上只是一种“配套性”改革,服务和从属于经济体制改革,因此在实际上难以通过“总体设计”一步到位地建立统一的医疗保障制度。在这个时期,各种类型的医疗保障制度的建立和多层次医疗保障体系的初步建成,实际上是在“夯基垒台、立柱架梁”符合我国改革“前期”的任务要求,也为后续中期的“全面推进、积厚成势”型改革并促进制度更加成熟定型和实现制度的高质量发展提供了基础。

(二) 医疗保障制度管理改革的推进

医疗保障是一项重要的民生事业,事关所有国民,涉及众多行业和部门。医疗保障服务环节众多,参与主体众多。医疗保障每一项制度的实施效果如何,目标能否实现,不但取决于制度性质与目标,也同样取决于运行与管理质量和效率。因此,医疗保障的管理和运行至关重要。伴随医疗保障制度体系的初步确立,以及新医改的不断推进,医疗保障制度的管理改革也逐步推进,这标志着医疗保障制度进入了完成改革任务的“全面推进、积厚成势”型中期阶段。

尽管医疗保障制度体系的确立与管理改革是两种不同的路径,分别反映了以某种改革为主要路径的两个不同的改革发展阶段,但实际上两者不可能孤立存在;相反,这两种路径总是交织在一起,互相包含,互为支撑。事实上,在以制度体系的确立为主要路径的改革的初期阶段,就已存在配套性的管理改革。例如,在1998年建立城镇职工基本医疗保险制度的同时,即配套出台了《城镇

¹ 参见《习近平的全面深改“阶段论”》,新华社官网,http://www.xinhuanet.com/politics/xxjxs/2019-09/11/c_1124986750.htm.

职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》
《城镇职工基本医疗保险用药范围管理暂行办法》
《城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》
《关于城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理的意见》
《关于城镇职工基本医疗保险费用结算管理的意见》
《关于城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的意见》等 6 个文件,其内容涉及“三大目录”“两定机构”和医疗保险费用结算,以明确基本医疗、药品和诊疗项目的范围和标准,实施对医保定点医药机构的管理。这 6 个文件的出台,为医疗保障的管理提供了最基本的依据。

随着医疗保障改革的进一步深入,管理改革也逐步推行。例如,为规范基本医疗保险的用药行为,2000 年开始实施国家基本医疗保险药品目录,到 2020 年已经有 5 个版本的目录。为落实“放管服”的要求,2015 年全面取消了“两定机构”资格审查。为确定医疗保险费用结算方式,

更好地优化、平衡医疗保障中各方主体的权利和义务关系,更好地实现基金的收支平衡,为基金有效监管提供科学依据;通过调整参量,可以直接影响医药服务供给,促进高质量、有效率、能负担的医疗服务的提供。在我国进入以病有良医为目标的医疗保障高质量发展的新阶段,参量改革也将成为改革的重心。

二、我国医疗保障制度的参量体系

从制度内容和管理运行来看,我国医疗保障的主要参量可以分为筹资参量、待遇参量、支付参量、监管参量、医药服务供给参量和经办服务参量等六个类型。不同参量间具有相互关联性,共同构成一个有机整体。

(一) 筹资参量

筹资参量是医疗保障中最基础的参量。在我国医疗保障“以收定支”的基本原则下,筹资参量的水平决定了基金筹资的整体规模,也就决定了待遇保障的整体水平。从医疗保障制度长期可持续发展的要求来看,能够筹集到充足的医保基金是前提。并且,从客观需求来看,筹资参量也需要不断调整,以满足不断增长的医疗费用支出和医保资金支付要求。

一是职工医保的筹资参量。职工医保的缴费主体为企业和职工本人,筹资参量主要涉及缴费基数、缴费比率、缴费年限、个人账户和统筹账户的资金分配比率等指标。基本的政策要求为,以上一年度职工平均工资水平为缴费基数,企业缴费6%,个人缴费2%;企业缴费的70%进入统筹账户,个人缴费的全部及企业缴费的30%进入个人账户;缴费期限为在退休前男职工缴满20年,女职工缴满15年。但这些都是基本政策层面的规定,事实上,各地具体设定差异较大。从全国整体来看,缴费基数多以当地职工平均工资为准;缴费比率多为企业缴纳7%左右,职工个人缴纳2%左右^[5];最低缴费年限为15~30年左右不等¹。

二是城乡居民医疗保险的筹资参量。城乡居民医疗保险基金来源于居民个人缴费和财政补贴两部分,相应的筹资参量就是指居民个人缴费金额和人均财政补贴金额。这两种参量都逐年进行调整,并呈现逐年增长的特点。例如,从2016年至2020年,财政补贴的金额年均增加近40元,居民个人缴费金额年均增加约20元。

三是大病保险的筹资参量。大病保险不另行

单独筹资,其资金分别来源于城镇职工基本医疗保险基金和城乡居民医疗保险基金,从中划出一定比例或金额形成大病保险基金。这一比例或金额即为大病保险的筹资参量。从实质上来看,大病保险也是政府、单位、个人分担的多渠道筹资机制,各方的筹资比例也是一种筹资参量。大病保险的筹资参量在各统筹区也有较大差异。

(二) 待遇参量

我国基本医疗保险制度建立之初的主要目标是补偿因疾病而产生的高额住院费用,因此待遇参量主要是指住院医疗待遇参量。随着城乡居民医疗保险门诊统筹和职工基本医疗保险门诊共济保障的推进,门诊的医疗费用逐渐纳入医疗保险的保障范围,因此门诊(小病和慢特病)也有医疗待遇参量。此外,大病保险也设有相应的住院医疗待遇参量。

一是住院医疗待遇参量。住院医疗待遇参量包括起付线、报销比例和封顶线等指标。相关政策规定,起付标准为当地职工年平均工资的10%左右,最高支付限额原为当地职工年平均工资的4倍左右。实践中,同一统筹地区参量的设定依据医疗机构的等级而不同,基层医疗机构的起付线最低、报销比例最高,退休职工普遍享有更高报销的优惠。封顶线按照统筹地区的基金收支情况设定。按照上年度在岗职工平均工资设定的,规定为其6~8倍不等;也有直接给出金额,规定为10~50万左右的。封顶线在不同统筹区之间差异较大。总体上,2019年,职工医保的住院政策范围内医疗费用报销比例达到80%以上;城乡居民医保政策范围内住院费用支付比例已经达到70%左右。²2019年,大病保险的起付线全面降低并得到统一,以按上一年度居民人均可支配收入的50%为起付线最高标准,政策范围内报销比例由50%提高至60%。贫困人口的起付线降低50%、支付比例提高5%,且全面取消封顶线。³

¹ 参见《中华人民共和国社会保险法释义(十二)》,中华人民共和国人力资源和社会保障部, http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/rdzt/syshehuibaodianfa/bxfgauijijiedu/201208/t20120807_28573.html。

² 参见《〈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〉政策解读》,国家医疗保障局, http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/10/art_38_1844.html。

³ 参见《医保待遇再提升 大病保险报销比例由50%提高至60%》,新华网, http://www.xinhuanet.com/politics/2019-05/12/c_1124483305.htm。

二是门诊医疗待遇参量。门诊医疗待遇参量主要包括起付标准、限额标准和报销比例等与报销相关的参量,也包括适用病种类型的病种参量。其中,城乡居民基本医疗保险的门诊医疗多以自付为主,随着城乡居民医疗保险个人账户的取消,2020年城乡居民门诊统筹在全国范围开始普遍施行,其区分日常门诊、慢性病和特种疾病门诊,设定分类门诊起付标准,实行分类参保人年度基金支付限额管理;日常门诊家庭成员限额可以共用,剩余金额可以结转下一年度;日常门诊报销比例在基层医疗机构更高,门诊慢性病需在指定医疗机构就诊等。在城镇职工基本医疗保险方面,门诊医疗一直是使用个人账户进行支付,超出部分自付;2020年8月,国家医疗保障局发布《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(征求意见稿)》,职工基本医疗保险的门诊共济将逐渐在全国范围推行,普通门诊统筹覆盖全体职工医保参保人员,支付比例从50%起步。门诊慢性病和门诊特种疾病实行清单管理,适用的病种类型由各地根据当地实际情况自行确定,适用病种数量地区差异明显。如2019年安徽省城乡居民医保在基金保障范围内的门诊慢性病病种达到47个;2020年广东省基本医疗保险门诊特定病种从原有28个扩大到52个。

(三) 支付参量

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制¹,通过对医疗机构提供的医药服务进行补偿,可以促进医药服务水平的提升,也是推进三医联动的重要手段。医保支付涉及医保目录、支付方式、协议、结算管理等多个方面,支付参量主要包括医保目录参量和支付方式参量两类。

一是医保目录参量。目前的医保目录包括三大类,即基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准。这三大目录都随着社会经济的发展、医药服务技术和产品的更新而相应进行调整。其中变动较多的是基本医疗保险药品目录,药品包括西药、中成药(含民族药)、中药饮片,以及协议期内谈判药品部分。药品又分为甲类和乙类两类。目前总共有2700多种药品,未来随着医保用药目录动态调整方案的推行,目录的药品变动将更加频繁。医保目录参量具体包括:各种类型的药品数量、比例结构和总数量为基本医保药品目录参量;诊疗项目和医疗服务设施标准的

价格和纳入补偿比例参量。

二是支付方式参量。支付标准是医保支付方式的核心参量,直接影响着医药服务质量和医保基金使用效率。在目前的多元复合式支付方式下,参量更多也更复杂。在以总额预算为前提、推行按病种付费为主,并综合运用人头付费、项目付费、DRGS、DIP付费的多元复合式医保支付方式下,对应各种支付方式的支付标准参量的设定和调整反映了医药服务的补偿标准变化。标准的确定涉及各种权重和等级值的设定,如广州市在推行DIP付费(按病种分值付费)方法中,区分不同级别医疗机构的费用差异,按照医疗机构类型分一级、二级、三级设置基本权重系数,2019年的值分别为0.47、0.728、1。^[6]所有这些标准和权重都构成医保支付参量,其计算和调整一定程度上反映医院、医疗服务过程、设备、技术等多方面因素影响下的成本变动。

(四) 监管参量

医保基金监管对保障基金安全高效、合理使用发挥着重要作用。医保基金监管包括对医保基金运行进行监管、对医保全流程业务过程进行监管和对医保基金管理进行监管等多个方面,相应地主要有监管标准和绩效评价两类参量。

一是监管标准参量。在2014年国家人力资源和社会保障部印发的《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》中对医保监管设置了特定的指标监管参量,如医务人员的服务人数、人次和增长情况,次均费用和总费用增长情况;对参保人员的就医频次、购药数量和金额等方面设置参考基准,对明显偏离者进行重点监管。2018年国家医疗保障局成立后,大力推行智能监管,目的是以大数据为基础实现全面监控,将监控环节从事后转移到事前。高效的智能监控有赖于监控规则库的建设。规则库包括医保政策规则、三大目录规则、合理用药规则、诊疗服务规则、医用材料规则、检验检查规则等。^{[3]338-354}三大目录中的参量,以及“次均住院日”“次均住院费用”“目录内项目占住院费用比例”和“次均大检费用”等作为诊疗服务相应指标加以设定,这类型的指标即为医保监管标准参量,这些参量的设定和调整对医

¹ 参见中共中央、国务院《关于全面深化医疗保障改革的意见》,中国政府网,http://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm.

保监管效果产生直接影响。

二是绩效评价参量。2018年9月中共中央、国务院印发《关于全面实施预算绩效管理的意见》,要求开展“全方位、全过程、全覆盖”的绩效管理。在2020年10月1日起施行的《新预算法》中,社会保险基金预算作为一个统一的预算体系中的单独部分,包括医疗保障基金预算。加强医保基金预算绩效评价,有利于全面提升医保治理效率。在绩效评价体系中,除了有定性评价之外,更强调定量评价。定量评价指标值即为绩效评价参量,其设定和调整将更加直观地衡量医疗保障治理水平。虽然目前还没有绩效评价的指标方案,但是医保服务过程各环节许多指标可以纳入评价参量体系,如医保资金年度收支比例、门诊和住院医疗报销比例、区域内转诊率等对于医药服务过程进行考核的指标,都可以设定基准参量纳入医保基金预算绩效评价的参量体系。

(五) 其他重要参量

一是医药服务供给参量。医药服务供给直接关系到人民健康和医疗保障功能的实现¹,因而医疗服务供给指标虽然是由卫健部门设定,但实际上也需要纳入医疗保障参量体系中。医药服务供给参量包括医疗机构和设施的配置数量参量和医疗范围和水平评价参量,如三级医疗机构数量、半小时范围各类医院数量以及千人床位数等参量指标,这些参量反映了医疗服务的可及性,从而影响医疗保障的效果。在医疗卫生机构服务质量要求方面,国家卫健委提出了系列要求,并于2020年8月发布《关于加强基层医疗卫生机构绩效考核的指导意见(试行)》,设置4个方面42项指标进行考核,院内感染率、患者满意度和医务人员满意度、健康教育及健康管理率等都纳入考核指标中,这类比例基准的参量设置和调整直接影响优质医药服务的可获得性。

二是医保经办服务参量。医保的重要性及医保面对参保人提供公共服务的内容决定了医保经办相关参量受到密切关注。2020年5月,国家医疗保障局印发《全国医疗保障经办政务服务事项清单》,对于10大类、28项全国通用政务服务事项规定了限期办理的时间。这一时间标准即是医保经办参量,其设定和调整对医保经办服务的软件和硬件提出了直接要求,例如需要加强医保经办队伍建设、推动医保经办服务的规范化和标准化建设,以及大力建设医保信息系统尤其是网上经

办服务系统。与医疗保障范围和经办内容逐渐扩展不相匹配的是经办队伍力量弱,受限于各地经办机构行政属性和人员编制,经办力量不足的问题较为明显。例如,2019年,广州市医保经办人员服务参保人次负荷比达到1:42 811^[7],成都市的这一比例为1:16 494^[8],因此经办机构的经办服务压力大。由此,合理确定医保经办人员配置参量显得非常重要。

(六) 参量之间的关联性

由前述分析可知,医疗保障参量都是相应医疗保障制度和管理的的基本内容在数量上的反映,各类参量之间、同一类型的不同参量之间并非独立存在,而是相互联系和作用,相互影响,形成一个参量的有机体系,共同构成医疗保障运转的基本依据和重要支撑。

第一,筹资参量与待遇参量之间呈现正相关。筹资水平的高低直接决定了待遇水平的高低。因此,要取得基金的平衡,待遇参数的调整需要与筹资参数的调整联动实施。第二,待遇参量对支付参量也有决定性的影响,因为无论是医保目录参量还是支付方式参量,其实都是建立在待遇参量的基础之上,支付参量的调整都是待遇水平调整的反映。由此,支付参量实际上也受到筹资参量的间接影响。第三,待遇和支付参量的设置对筹资水平有着直接的影响,虽然目前支付方式改革是以总额预算为前提,但是待遇水平和支付范围的扩大需要有筹资作为支撑,这也是保障医保基金可持续发展的必然要求。第四,监管参量的设置受到支付参量的影响,监管效率的提升能够在一定程度上降低缴费参量提升的压力。第五,医药服务供给参量影响医药服务的可获得性,受政府部门行政指引的影响,其也会因为支付参量的调整而发生变化。

参量之间的这种关联关系提示我们,在进行参量调整时,必须具有系统的观念,认识清楚一个参量的调整对其他参量的影响,在此基础上才能进行合理决策。

三、医疗保障制度参量改革的主要任务与内容

如前所述,在医疗保障制度建立和管理改革

¹ 参见《医保待遇再提升 大病保险报销比例由50%提高至60%》,新华网, http://www.xinhuanet.com/politics/2019-05/12/c_1124483305.htm.

中,必然涉及参量改革的内容。但是,这种参量改革往往只是作为医疗保障制度改革或管理改革的配套,从属于某一制度,或服务于某种单一的管理改革,因而通常都是“就事论事”地改革单一类型的参量。在这种情况下,相关的改革主要是“质”的改革,量的规定性与规范性不强。随着医疗保障改革的深化,为促进医疗保障的高质量发展和病有良医目标的实现,医疗保障的参量改革必然具有明确的任务,相应地也具有特定的内容。本文从四个方面分析参量改革的主要任务与相应的内容。

(一) 扩大筹资规模

人口老龄化的加剧和医疗保障普惠性水平的提升,对增强医疗保障体系的整体筹资能力有着强烈的现实需求。然而,在各地的医疗保障改革实践中,对于筹资参数的调整却难以支持筹资规模的扩大。

一是城镇职工基本医疗保险筹资参数的调整。已有改革主要涉及三个方面。第一,缴费率的调整。1998年城镇职工基本医疗保险制度实施决定中对于缴费率的规定为:随着经济发展,用人单位和职工缴费率可作相应调整。实践中,各地医保费率主要根据当地的经济水平和发展水平、个人的承受能力以及统筹地区医保基金的收支结余情况进行调整。2019年全国职工医保平均费率为9.5%,单位平均费率为7.5%左右,个人平均费率为2%左右。参照医疗保险缴费率的世界水平,我国的这种费率已经到达同等水平;同时,随着全国近年减税降费政策的推行,各地职工医疗保险缴费比率将维持现有水平且有下调趋势。第二,缴费年限的调整。各地规定的缴费年限存在较大差别,并且存在最低缴费年限和最低实际缴费年限规定的较大差异。各地对于缴费年限参数的调整各有不同。如2016年沈阳市城镇职工基本医疗保险的最低实际缴费年限采取每年递增1年的方式,由5年逐步调整为15年。从扩大筹资的目标而言,延长缴费年限是一个很好的选择,但若涉及职工退休后缴费则会面临较大的现实压力。第三,缴费基数调整。多数地市参考上一年度本市在岗职工月平均工资水平动态调整,确定月缴费基数上下限;也有些地市是按各单位在职职工月平均缴费工资为基数进行年度缴费基数调整。随着经济收入水平的不断提升,缴费基数相应提高,在年度间缴费基数变动不大。但是,很多地市

的缴费基数设定远低于平均工资水平。

二是城乡居民基本医疗保险筹资参数的调整。按照国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》中“六统一”对于筹资的要求,采用“筹资就低不就高”的原则,区分地区差异大小,采取“一制多档”或“一制一档”,逐步实现平稳过渡。年度居民医保筹资参数的调整包括居民个人缴费金额和人均财政补贴金额的调整,也包括了“一制多档”地区在调整过程中不同档次差异化的金额调整,以缩小各档次缴费参数的差异,逐步向“一制一档”过渡。还有相当多地区需要调整个人缴费参量以实现统一筹资标准。目前财政补贴占比达到70%,未来财政补贴参量的继续上调也是必然,但是因其定位为补充、而非缴费责任主体,未来如何调整尚有待探讨。

从上述分析可以看出,筹资参数虽然可以进行一定范围的调整以扩大筹资规模,但这种调整存在较大的实际难度,同时也相应产生了许多实际问题。一是筹资政策的碎片化明显。区分制度、地区和人群的筹资责任差异大,未来“三险合一”以及提升统筹层次的难度大。二是责任分担日益失衡。城镇职工医保中企业承担了主要责任,城乡居民医保中政府承担了主要责任,未来需要促进责任分担,走向相对均衡。三是医疗保险筹资水平难以有效支持长期护理保险制度的建立。在目前开展长期护理保险试点的地区,主要采取部分或全部由医保统筹基金划拨的方式进行筹资,长期护理保险的支出随着覆盖人群规模的扩大及老龄化程度的不断加强,资金压力将持续增加。

(二) 控制待遇增长

以基金平衡为目标,在难以大幅度扩大筹资规模的情况下,需要严格控制医保待遇的增长。但是实践中待遇参量调整的举措却增大了基金平衡的压力。

一是住院医疗待遇参量的调整。第一,职工住院医疗待遇参量的调整。政策允许“统筹地区根据以收定支、收支平衡的原则”进行待遇调整。随着经济发展及部分地区医疗保险基金结余的累积和医疗保障福利水平的提升,参量调整体现为调低起付线、调高封顶线和报销比例的特征。第二,城乡居民住院医疗待遇参量的调整。按照城乡居民基本医疗保险制度整合意见中“六统一”对于待遇标准的要求,采用“待遇就高不就低”的原

则,对于原新农合参保人的医疗保障待遇相应提升。同时为了引导各类参保人的就医行为,促进分级诊疗,对各类医疗保险待遇参量进行了差异化调整,优化参量结构,即在降低起付线时,对基层医疗机构的起付线下调更大;提高报销比例时,对基层医疗机构的报销比例提升更高。

二是门诊医疗待遇参量的调整。主要包括两种类型:第一,报销参量调整。城乡居民和城镇职工门诊医疗的统筹虽然在各地较早就有一些尝试,但是在全国范围的建立和大范围推行都是从2020年开始。在各地的实践中,对于门诊医疗待遇参量的调整主要表现为调低起付标准,调高限额标准和报销比例。第二,调整病种参量。各类医疗保险的门诊统筹慢性病和特种病的病种数量都不断增加,并提升相应病种的支付限额。如广州市基本医疗保险统筹基金支付慢性病种数量2013年为17种,2019年增加到29种;城镇职工基本医疗保险的门诊慢性病最高支付限额2013年为每病种每人每月150元,2019年提升至每病种每人每月200~500元不等。

从上述分析可以看出,待遇参数近年主要是从提升各类医疗保险的待遇水平、促进城乡医疗保障的公平性出发进行的调整。在无法有效扩大筹资规模时,医疗保险待遇水平的进一步提升对于基金平衡必然产生巨大压力,同时还产生了一系列问题。第一,待遇政策的碎片化,这将增加未来医疗保障制度整合改革的难度;第二,在目前待遇就高不就低的情况下,推进改革的过程伴随着医疗保险基金可持续性的压力增大;第三,待遇参量调整引导分级诊疗效果不明显,同时出现增加医保支出的问题。医疗卫生服务资源的分布不均衡,基层医疗机构缺乏首诊能力和首诊动力时,提升基层机构转诊到三级医疗机构的报销比例可能导致基层出卖“转诊权”,进而将导致诊疗费用的提高。^[9]

(三) 优化支付结构

医保目录的调整和医保支付范围的调节,在于以医保补偿的方式提供参保人低成本获得优质医药的保障;医保支付方式改革,在于引入先进的支付方式,以科学管理医疗服务提供的医保支付标准,从而提高医保基金的使用效率。

一是医保目录参量调整。主要包括三个方面的内容:第一,医保药品目录中的药品种类参量。从2000年到2019年,国家医保药品目录共有5个

版本。其中,2009版有2151个药品,2019版有2709个药品,药品数量不断增加。在历次调整中,甲类乙类药品的转换是一项重要内容,2019版将甲类调整为乙类的药品有7个,由乙类调整为甲类的药品共124个。甲类药由医保全部支付,有利于降低参保人负担。第二,谈判药品快速引入医保目录。作为医保目录调整工作安排一部分的药品谈判,大幅度降低了谈判药品价格,2019版国家医保目录已经纳入谈判成功的97个药品,这一过程中引入的药品经济学评价等也有利于提供给参保人更多优质低价的药品。第三,特殊疾病用药纳入医保目录。2017年将17种抗癌药纳入医保乙类范围;32种罕见病治疗用药也已经纳入医保目录范围。随着医药技术的发展,设置和调整这类药品数量参量将有利于促进健康公平的实现。第四,城乡医保整合医保目录调整。按照“六统一”中的“目录就宽不就窄”的原则,对城乡居民医保目录进行了统一,相应提高了原新农合的医保目录药品种类参量。

二是医保支付方式参量调整。医保支付标准作为核心参量,其计算基础包括了医疗过程的各项费用,因此要根据使用药品和耗材价格的变动相应进行参量调整。在按病种付费的支付方式下,需要基于病种成本管理,进而进行参量调整。目前医保支付标准参量由各统筹地区出台具体调整方案,根据实际情况动态调整,有上调也有下调。

医保支付参量调整的方向应该是优化医保支付结构,并发挥引导医药服务行为的作用,如广东珠海市通过采用对住院分娩等按病种付费,引导临床剖宫产率由58%下降至38.7%。但在这种调整中还存在一些问题。首先,对基金的可持续产生直接的压力。虽然医保基金支出有其相应的起付和封顶线规定,但是随着医保药品目录种类参量的扩大,更多的药品和参保人的支付纳入医保支付范围。其次,不利于促进合理医药服务行为的开展。虽然医药价格改革正在推进过程中,但药品和耗材价格偏高、医疗服务价格偏低的问题仍然存在,以此为基础计算的医保支付标准偏差明显,不能充分体现医生的劳动价值。

(四) 提升管理效率

医疗保障管理涉及医疗保障相关的各个环节和多种主体,过去的首要任务是保障经办的正常运转,维护基金安全,未来也应包括促进人民健

康、提升基金运行效率和医药服务质量。

一是监管标准参量调整。在医保监管参量的设定中包含了医药服务的参量和医保支付的参量等内容,随着智能监管手段的运用,通过大数据方法统计出医药服务过程的主要指标,这些指标也可纳入监管参量。影响这些指标变化的基础是医疗服务的提供、医药技术的发展、医院管理水平的提升等。因此,相关参量也应当着眼于三医联动的推进而进行相应的调整。

二是绩效评价参量调整。目前来看,绩效评价尚主要处于理论探讨阶段。未来要进行绩效评价必然需要跟踪整个医保服务过程,如对前述的各类型指标以及对医药服务过程的技术变化、管理提升都应加以跟踪,并体现在绩效评价参量的调整中。

监管效率的提升、医保治理水平和医药服务质量这三者的关系是动态联系、相互制约的。监管可以改善医保基金使用效率,提升医保治理水平;医保监管参量要依据医药服务质量而确定,要以促进医药服务质量的提升为前提开展医保监管;医保治理水平的提升也必然体现在监管效率的提升和医药服务质量提升上。

四、我国医疗保障参量改革的基本原则和关键对策

(一) 参量改革的基本原则

参量是医疗保障制度的重要构成内容,参量改革需要服从医疗保障改革的基本原则。除此之外,由于参量体系内容丰富,参量之间相互关联程度高,要全面发挥参量改革的效益,需要根据参量改革自身的特点,遵循三个方面的基本原则。

一是公平性原则。参量改革的公平性区别于医疗保障制度的公平性。医疗保障制度的公平性是通过制度的设计和机制的保障来实现的,而参量改革的公平性是通过参量的设置和调整促进制度和机制的完善和优化来实现的。参量改革的公平性包括三个方面的要求:第一,人群公平。通过参量的设置和调整,实现参保人基本医保待遇一致;参保人医疗保险筹资缴费标准与收入直接挂钩,加上企业承担的部分或财政补贴的部分,各类参保人群的筹资标准基本一致。这也是整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度实施城乡居民医疗保险,进而在未来将职工基本医保与居民医保制度进一步整合为一体化的医疗保

障制度的必然要求。第二,地域公平。同一省份内,不同地区保障水平相对均衡,这也是未来推进省级统筹的意义所在。实现地域保障公平,不仅涉及医疗保障,同样重要的是需要加强医药服务体系的建设,通过医药服务供给参量的调整,促进医疗资源的均等化配置,提升医药服务供给的及性和质量。第三,疾病保障公平。要使门诊和住院治疗的疾病、普通病与重大疾病、常见病与罕见疾病能够得到均衡的风险保障,需要推进门诊医疗统筹,调整门诊医疗的待遇参量,提升门诊医疗的保障水平。通过待遇参量调节,实现普通住院和大病医疗保险的有效衔接。

二是系统性原则。参量改革的系统性是指参量改革需要从整个医疗保障体系的效率与功能出发,充分考量一种参量的调整对其他相关参量与整个系统的影响,以避免参量调整的效应冲突,促进“激励相容”效应的实现,从而达到改革的目标。参量的系统性改革具有两个层面的内容。一是医疗保障制度范围内的参量系统化改革。待遇参量与筹资参量改革之间、支付参量与筹资参量改革之间、待遇参量与支付参量改革之间、支付参量与监管参量改革之间应当形成系统性改革。这些参量改革支撑相应的机制改革和相关的医保制度改革。事实上,在相关政策文件中,也体现了开展系统性改革的要求,如在2015年国务院《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》中,完善医疗救助制度的基本原则之一就是“统筹衔接”,要求“加强与相关医疗保障制度的衔接”。在2017年民政部等六部委联合印发的《关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》中,要求各地进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险管理的多方面衔接。这些要求都需要依靠相关参量的系统调整去实现。二是与其他社会保障制度改革相联系的系统化改革。如长期护理保险、生育保险等制度与医疗保障制度的筹资参量、待遇参量等紧密关联,需要联动性、系统性调整,以确保医保基金可持续运行。

三是科学性原则。参量改革的科学性是指参量指标的确定和调整过程应遵循科学的计算方法、科学的决策机制,并对实施的效果用科学的方法进行评价。科学的计算方法涉及:在筹资和待遇参量确定中,引入保险精算方法;在支付参量确定中,更多使用成本分析、卫生经济学和药物经济

学评价等方式和方法。通过引入决策论证制度,由相关行业的专业人士、相应领域的研究人员,对参量调整的可行性与方案提供意见和建议,以提升参量决策的科学性。参量调整后,利用医疗保障系统提供的大数据,进行效果分析评价。

(二) 参量改革的关键对策

“十二五”及“十三五”期间我国医疗保障改革的主要内容是“建章立制”,即主要进行制度建设,从而使得我国的多层次医疗保障体系得以初步建成。“十四五”期间,我国医疗保障改革的主要任务是使制度初步成熟定型,这需要优化各种制度之间、制度与制度外“环境要素”之间、制度内不同政策之间的关系,这就需要突出参量改革。换言之,参量改革可以成为“十四五”期间我国医疗保障改革的基本手段。医疗保障的参量改革是一个巨大的系统工程。“十四五”期间参量改革的推进,需要抓住关键问题、采用合适的对策才能取得成效。

一是动态调整参量指标。这是医疗保障与经济发展水平相适应的必然要求。第一,需要建立筹资参量与收入水平相挂钩的动态调整机制。目前虽然职工医疗保险的缴费基数在一定范围按照工资收入水平进行调整,但是其缴费率主要是各统筹区根据基金结余的状况进行调整。对于城乡居民医疗保险,2016年国务院发布的《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》要求,逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制,但是在全国范围内,目前并没有建立起这一机制。第二,需要根据筹资情况动态调整相应的待遇参量。在保障医保基金可持续前提下,动态调整门诊和住院医疗的起付线、封顶线和报销比例及门诊医疗的病种参量,并相应动态调整大病保险、医疗救助等的待遇参量,确保医疗保障不同制度间的有效衔接。第三,在支付参量中,要建立医保支付标准与集中采购价格协同动态调整机制;医保目录药品的动态调整机制;医保支付参量与医药服务成本挂钩的协同调整机制等。第四,动态调整监管参量。支付参量中的许多参量同时也是监管参量中的规则参量,如三大目录的规则

参量,在动态调整支付参量时,需要相应动态调整监管参量。

二是协同推进参量改革。医疗保障参量体系与社会经济体系的多个方面有着密切的联系。第一,医保参量科学确定依赖高质量的数据信息。需要在各地政数局的统一建设和管理下,统一开展各部门的基础数据标准化、规范化建设,并实现数据共享。第二,医保参量改革应与社会信用体系相联动。医保监管、经办相关参量的设置和调整需要以信用信息作为依据,医保监管的相关信息也构成社会信用体系的重要内容。第三,医保参量改革与社会治理整体水平有着密切的关系。医保参量优化可以促进医保治理水平的提升,而这一优化过程又涉及与民政、公安、卫生健康、医药、市场监管、财政等多部门的协作,因此影响着整个社会治理水平的整体提升^[10]。

三是健康为中心整体开展参量体系整体设计。区别于已有的参量设计中公平、效率和提升福利水平的导向,“以健康为中心”的筹资、待遇、支付、监管和其他各类型参量的设定,应以引导建立预防观念、促进参保人医疗保障意识的提升,实现健康公平为目标。城乡居民基本医疗保险中,筹资参量可以与起始参保年龄挂钩,以调动其参保积极性,建立促进及早参保、连续参保的机制;待遇参量与疾病负担挂钩,以更好促进健康公平;引入药物经济学、卫生经济学的评价方法,将药品和医疗卫生的成本效用分析引入支付参量的设置;医保监管指标设定也需要相应考虑调整,以提升医保的管理成效。

四是积极开展医保参量改革的规划与研究。医保参量体系内在的逻辑联系决定了参量改革时需要有系统思维,从而避免参量改革中的矛盾和冲突。这需要在医疗保障系统内强化规划部门的职责与力量,从国家层面开展总体方向性的参量改革规划,明晰参量系统改革的方向,并给予地方参量改革指引和基准参考;在整个社会层面,要充分调动和发挥学术机构与民间智库的作用,集思广益,促进医疗保障参量改革共建共治共享的实现。

参考文献

- [1]申曙光,张家玉.医保转型与发展:从病有所医走向病有良医[J].社会保障评论,2018,(3).
[2]宋占军,李静.医疗互助与多层次医疗保障体系建设[J].中国医疗保险,2020,(12).

- [3]郑功成,申曙光.中国医疗保障发展报告 2020[M].北京:科学文献出版社,2020.
- [4]申曙光.指导医疗保障走向高质量发展的纲领性文件——《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》解读[J].中国医疗保险,2020(4).
- [5]费太安.完善筹资控费机制推动职工基本医保基金稳健运行[J].中国财政,2020(15).
- [6]于保荣.DRG与DIP的改革实践及发展内涵[J].卫生经济研究,2021(1).
- [7]潘惠娟,李欣,张蕾.广州市医保经办一体化垂直管理的实践与创新[J].中国医疗保险,2020(6).
- [8]雷咸胜.我国医保基金监管现存问题与对策[J].中国卫生经济,2019(8).
- [9]蔡雪妮,王震.城乡居民医保待遇调整对基金支出的影响分析——基于浙江某市的调查[J].中国医疗保险,2018(2).
- [10]申曙光,吴庆艳.健康治理视角下的数字健康:内涵、价值及应用[J].改革,2020(12).

[责任编辑:赵强]

Parameter Reform of the Healthcare System in China

! < (O ! ' @ : 6 @ 3 % 6 ¹ AB 9 # % 6 : C 3 % ²

(1.Lingnan College,School of Politics and Public Affairs,Sun Yat-sen University,Guangzhou,Guangdong 510275,China;
2.School of Medicine and Business,Guangdong Pharmaceutical University,Guangzhou,Guangdong 510006,China)

Abstract: There are three basic ways of the Healthcare System reform in China: establishment of system structure,management reform,and parameter reform.After China's Healthcare System enters the stage of high-quality development with "providing good medical treatment for patients" as its goal,parametric reform will become the main path of reform.In order to prove the above viewpoints,this paper need to systematically analyze the parameter system of the Healthcare System and the basic situation of current reform.Taking the goal of expanding the scale of financing,controlling excessive growth of treatment,optimizing the pay structure and improving management efficiency as the main task of the parameter reform,these tasks are analyzed in detail.At last,the basic principles and key countermeasures of Healthcare System parameter reform are put forward.

Key words: The 14th Five-year Plan period; Healthcare System; parameter reform; high-quality development