

第3章

价值导向下的新特色

——价值型保障篇

在过去的“十三五”期间，我国医疗保障工作事业的改革发展取得了突破性进展，为缓解群众“看病难、看病贵”问题发挥了重要作用，基本形成了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、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度框架，更好地满足了人民群众多元化医疗保障需求。但是我国医疗保障发展仍不平衡、不充分，多层次医疗保障体系尚不健全，医保、医疗、医药改革协同性需进一步增强。目前城镇化和就业方式多样化发展迅速，疾病谱变化影响更加复杂，对完善医疗保障制度政策提出更高要求。建立价值型医疗保障体系，是未来我国医疗保障事业发展的需要。本章重点从多层次医疗保障体系的价值特性、个人账户的价值型改革以及医保经办服务价值型创新改革三个小节进行阐述。

3.1 多层次医疗保障体系及价值特性

3.1.1 医疗保障的内涵与价值

1. 医疗保障的内涵

医疗保障是以国家或政府为主体，依据有关法律规定，通过国民收

入再分配，在公民因患病、年老体弱或意外事故造成身体疾病时，能提供基本医疗服务并给予经济补偿与帮助，缓解因治疗疾病而产生的经济风险，保障国民得到基本医疗服务的一项经济补偿制度。医疗保障制度既是健康保障的一部分，又是社会保障体系的有机组成部分，其核心是社会医疗保险制度。

我国的全民医疗保障制度，主体是由个人和单位缴费、财政补助等多种筹资来源构成的社会医疗保险制度。社会医疗保险强调筹资公平和医疗服务可及性的公平。社会医疗保险根据个人（或家庭）的支付能力进行筹资，对失业人员、退休者和低收入人群给予缴费优惠或豁免，保证每个社会成员都有机会参保。在筹资水平一定的情况下，社会医疗保险优先保证参保人对必需服务的可及性，在个体的生命周期中，年老时期疾病风险往往高于年轻时期；在社会总体收入结构中，低收入人群的疾病风险往往高于中高收入人群。社会医疗保险脱离了缴费与待遇完全对等的精算原则的影响，体现了社会互助共济的特性。

2. 医疗保障制度的价值体现

（1）医疗服务需求方

医疗保障制度是通过参保者发挥医疗费用分担的作用来体现价值。疾病是人一生难以避免的最大的健康风险，它在给人们带来病痛的同时，也带来了经济风险。疾病的经济风险表现在两个方面：一是由于疾病导致人们丧失劳动力，二是因为治疗费用可能导致个人和家庭难以承受而陷入贫困。人们通常会采取两类方式来面对疾病经济风险：一是以个人或家庭为单位的应对方式，二是寻求外部支持的社会应对方式。以个人或家庭为单位的应对方式是非常脆弱的，往往会严重影响家庭的生活质量，降低家庭的经济水平，一定程度上还会将家庭拖入临时性或永久性贫困。寻求外部支持的社会应对方式主要有三种方式，分别是正式或非正式渠道的借贷行为、寻求各种社会援助和捐赠、融入预防性的风险共担网络。前两种行为仍然是对疾病经济风险的事后应对，而且其可获得性取决于社会经济发展水平及个人的社会经济地位，并非稳定的社会支持来源。

医疗保障制度是针对疾病经济风险的事前预防方式，是更为积极的应对方式。医疗保障的价值性在于应对现有和潜在的疾病风险，缓解人群因疾病问题导致的经济负担。各种医疗保障制度通过发挥经济风险共担的核心机制，即通过收集并管理各种资金来源，将经济风险从个人承担转为所有参与者共担，在一定程度上改变了医疗卫生服务供需双方在资源配置中的地位，从而能够实现抵御疾病经济风险的作用。

（2）医疗服务提供方

基本医疗保险制度是医疗保障制度的重要组成部分，其制度安排包括筹资、基金管理、待遇支付等核心内容，对医疗服务供方行为有直接和间接的影响。一是通过基本医疗保险范围的确定划定基本医疗服务的边界；二是通过医保基金支付为参保人购买医疗服务，补偿医疗机构的成本支出；三是不同的医保支付方式组合，能够引导医疗资源的配置方向和结构，有效控制不合理的医疗费用开支；四是通过医保监管，规范医疗服务提供方的医疗行为，提升医疗服务质量。

医保基金作为重要的卫生资金，引导其他卫生资源配置发挥价值。医保资金作为医疗机构收入的重要来源，是医疗机构有效运行的物质基础，通过有效维持医疗卫生机构的运转，提高医疗卫生服务能力。随着医保资金在卫生费用支出中所占比重逐年上升，将支持整个医疗卫生服务体系保持持续稳定的供需能力，形成医疗卫生体制的良性互动和可持续发展。

当前，我国的医疗保险正通过战略性购买来发挥价值，助推优质高效的整合型卫生服务体系构建。所谓的战略性购买就是医疗保险方积极地、以询证为基础地介入到确定服务组合和服务量、选择提供者组合的过程，使保险的社会目标最大化。以价值为导向的医保支付是指以医保费用为经济杠杆，通过质量评价和奖惩机制，激励医疗机构提高服务质量、改善患者体验、减少不必要医疗费用的一种支付策略。医保支付可从多个层面调节医疗服务行为、引导医疗资源配置。微观上，对单家机构实施疾病诊断相关分组（DRG）和基于大数据的病种分值付费（diagnosis-intervention packet, DIP），并辅以质量监控，提高医院内在合理控费动力，

减少浪费,保证临床质量;中观上,针对病种的全过程诊疗进行捆绑支付,促进疾病治疗、康复等不同阶段不同服务的合理组合,提高全病程质量和效率,提升疾病预后;宏观上,实行医联体内的总额预付,促进治疗转向预防,优化就诊结构,引导宏观配置效率的提升,最终目标是提升全人群健康。

3.1.2 我国多层次医疗保障体系的建立与发展

作为世界上最大的医疗保障安全网,我国基本医疗保险在“健康中国”建设中发挥着极为重要的作用,通过分担疾病经济风险来防止因病致贫(返贫)的发生及促进社会公平,通过服务购买引导卫生资源的合理配置和有效利用。从1994年国务院启动“两江医改”拉开医疗保障制度改革大幕以来,经过20多年的探索,传统的劳保医疗、公费医疗与农村合作医疗制度已变成了历史,以权利义务相结合的社会医疗保险为主体、以政府负责的医疗救助和市场提供的商业健康保险等为辅助的多层次医疗保障体系框架基本建立。以基本医疗保险制度为基础,医疗救助托底线,补充健康保障为补充,结合我国城乡差异的实际情况,我国目前的医疗保障制度可以总结为“两纵三横”制度格局。“两纵”即城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险,“三横”即基本医疗保险、补充健康保障和医疗救助,见图3-1。

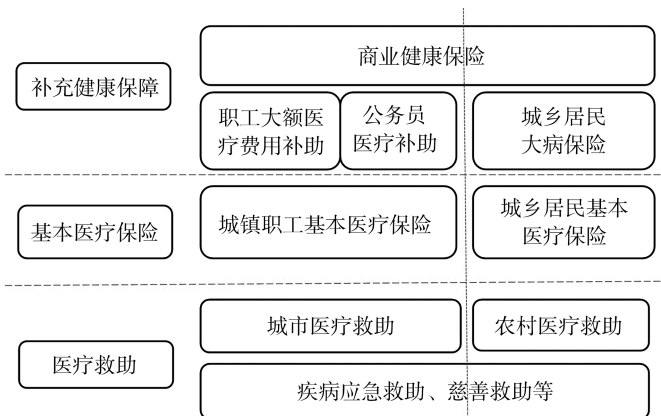


图 3-1 我国“三横两纵”的全民医疗保障制度格局示意图

基本医疗保险在筹资水平、保障程度、支付效率、经办管理能力等方面得到提升，在保障居民基本医疗服务需求、减轻居民疾病经济负担方面发挥了巨大的作用。居民自愿购买商业健康保险，享受其提供的补充保障。当遭遇医疗费用支付困难时，民众还可以向各类慈善机构申请慈善救助。

1. 基本医疗保险制度的建立与发展

1998年12月，国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号），正式提出在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革，标志着与就业关联的医疗保险制度正式建立。我国实行了将近半个世纪的公费医疗和劳保医疗制度，被新的职工医疗保险制度所取代。覆盖城镇所有用人单位及职工，基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费水平一般按照当地职工工资总额的6%左右确定，职工个人缴费水平一般为本人工资收入的2%。经过多年发展，城镇职工基本医疗保险制度基本覆盖了全部就业人群。

2002年10月，《中共中央国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》（中发〔2002〕13号），在农村逐步建立适应社会主义市场经济体制要求和农村经济发展水平，以大病统筹为主的新型农村合作医疗和救助制度。2003年1月国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》实施新型农村合作医疗制度，由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。2007年，在全国建立城镇居民基本医疗保险制度，重点解决城镇非从业人口（俗称“一老一小”）的基本医疗保障。这两项制度以城乡居民为保障对象，以自愿参保为原则，在筹资来源上实行政府补助与个人缴费相结合，保障水平以大病统筹为最初的设计定位。2016年1月，国务院决定整合城镇居民医保和新农合，建立城乡居民基本医疗保险制度，基本实现了覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”（全国除少数省/区外）。

（1）基本医保参保筹资状况

我国基本医疗保险覆盖人数快速增长，截至2019年底，全国参加基本医疗保险（包括职工医保、居民医保）的人数达13.5亿人，占全国总

人口的96.7%，全民医保目标基本实现。如表3-1所示，2019年城镇职工医疗保险参保人数为3.29亿人，占全国总人口的23.5%。

表3-1 基本医疗保险参保人数

年份	新农合 / 亿人	职工医疗保险 / 亿人	城镇 / 乡居民医疗保险 / 亿人	总参保人数 / 亿人	全国总人口 / 亿人	参保率 / %
2013	8.02	2.74	2.96	13.73	13.61	100.87
2014	7.66	2.83	3.15	13.64	13.68	99.69
2015	6.70	2.89	3.77	13.36	13.75	97.16
2016	6.00	2.95	4.49	13.44	13.95	96.34
2017	1.60	3.03	8.74	13.37	13.90	96.19
2018	1.30	3.17	8.97	13.45	13.95	96.38
2019	—	3.29	10.25	13.54	14.00	96.71

资料来源：历年《中国统计年鉴》《2018年全国基本医疗保障事业发展统计公报》。

备注：“—”代表缺乏数据，2019年城镇居民和新农合数据合并，故新农合项目不再统计，下同。

表3-2显示，2013—2019年，基本医疗保险筹资总额与人均筹资快速增长。2019年医保各筹资总额合计已达到24420亿元。从人均每年的筹资水平看，职工医保从2013年的2573.3元上升到2019年的4816.1元；城镇/城乡居民医保从2013年的400.6元上升到2019年的781.0元。

表3-2 基本医疗保险筹资总额与人均筹资

年份	筹资总额			人均筹资		
	新农合 / 亿元	城镇 / 乡居民医疗保险 / 亿元	职工医疗保险 / 亿元	新农合 / 元	城镇 / 乡居民医疗保险 / 元	职工医疗保险 / 元
2013	2972.1	1187.0	7062.0	370.6	400.6	2573.3
2014	3024.2	1649.0	8038.0	410.9	524.3	2840.7
2015	3285.0	2109.0	9084.0	490.3	559.6	3144.0
2016	—	2811.0	10274.0	—	626.6	3479.0
2017	816.5	5653.3	12278.3	510.3	647.1	4049.2
2018	856.9	6971.0	13538.0	657.2	776.8	4274.3
2019	—	8575.0	15845.0	—	781.0	4816.11

资料来源：历年《中国统计年鉴》《中国卫生统计年鉴》《中国卫生和计划生育统计年鉴》《2019年全国基本医疗保障事业发展统计公报》。

(2) 基本医保待遇水平状况

2019年全国基本医疗保障事业发展统计公报显示,全国基本医保基金(含生育保险)总收入24421亿元,比上年增长10.2%,占当年GDP比重约2.5%;全国基本医保基金(含生育保险)总支出20854亿元,比上年增长12.2%,占当年GDP比重约2.1%;全国基本医保基金(含生育保险)累计结存27697亿元,其中基本医保统筹基金(含生育保险)累计结存19270亿元,职工基本医疗保险(以下简称职工医保)个人账户累计结存8426亿元,见表3-3。

表3-3 基本医疗保险基金支出与人均支出

年份	基金支出			人均支出		
	新农合 /亿元	城镇/乡居民医 疗保险/亿元	职工医疗保 险/亿元	新农合 /元	城镇/乡居民 医疗保险/元	职工医疗 保险/元
2013	2909.2	971.0	5830.0	362.7	327.7	2124.4
2014	2890.4	1437.0	6697.0	392.7	456.9	2366.8
2015	2993.0	1781.0	7532.0	437.8	472.6	2606.9
2016	—	2480.0	8287.0	—	552.8	2806.2
2017	754.1	4954.8	9466.9	471.3	567.2	3122.1
2018	818.2	6277.0	10707.0	627.6	699.5	3380.5
2019	—	8191	12663.0	—	799.12	3848.94

资料来源:历年《中国统计年鉴》《中国卫生统计年鉴》《中国卫生和计划生育统计年鉴》《2019年全国基本医疗保障事业发展统计公报》。

在报销比例方面,如表3-4所示,2019年职工实际住院费用报销率为75.6%,城乡居民为59.7%。

表3-4 城镇/城乡基本医疗保险住院政策范围内报销比例与实际报销比例

年份	职工医疗保险		城镇/城乡居民医疗保险	
	政策范围内住院费 用基金支付比例	实际住院费用 基金支付比例	政策范围内住院费 用基金支付比例	实际住院费用 基金支付比例
2013	81.9	73.2	66.7	56.9
2014	82.1	73.2	66.5	57.0
2015	81.9	72.8	64.6	55.0

续表

年份	职工医疗保险		城镇/城乡居民医疗保险	
	政策范围内住院费用基金支付比例	实际住院费用基金支付比例	政策范围内住院费用基金支付比例	实际住院费用基金支付比例
2016	81.7	72.2	65.8	56.3
2017	81.7	72.0	66.2	56.0
2018	81.6	71.8	65.6	56.1
2019	85.8	75.6	68.8	59.7

资料来源：历年《全国医疗生育保险运行分析报告》《2019年全国基本医疗保险事业发展统计公报》。

（3）保障范围扩大，政策范围内补偿水平稳步提高

基本医疗保障范围有所扩大，一是基本医保已经逐步转成门诊统筹与住院统筹相结合的模式，提高了门诊费用的保障水平。城乡居民的普通门诊实施统筹，部分地区的职工医保也在积极探索实施门诊统筹；二是在药品目录方面，药品保障力度得到提升。2019年版的常规准入部分共2643个药品，药品目录进一步扩大，目录调整时间间隔缩短，居民的药物可及性增加。

医疗救助方面，保大病回归至保基本，解决了贫困人口的基本医疗卫生服务问题。表3-5显示，2019年全国医疗救助基金支出502.2亿元，资助参加基本医疗保险8751万人，实施门诊和住院救助7050万人次，全国平均次均住院救助、门诊救助分别为1123元、93元。

表3-5 2015—2019年我国医疗救助情况

项目	2019年	2018年	2017年	2016年	2015年
全国医疗救助基金支出/亿元	502.20	424.60	376.20	332.30	333.10
资助参加基本医疗保险/万人	8751.00	7673.90	5621.00	5560.40	6634.70
实施门诊和住院救助/万人次	7050.00	5361.00	3517.10	2696.10	2889.10
全国平均次均住院救助/元	1123.00	1151.00	1498.40	1709.10	1595.69
全国平均次均门诊救助/元	93.00	106.00	153.20	190.00	177.08

资料来源：历年民政部《社会服务发展统计公报》《2019年医疗救助统计快报》。

医疗服务利用快速上升，表 3-6 显示，2013—2019 年，医疗卫生机构服务量快速上升。基本医疗保障制度大幅降低了民众实际面对的医疗服务价格，促进医疗服务利用快速上升。由于医疗保障制度主要定位于保大病，其结果是住院服务利用上升更快。发生在医院中的医疗服务利用上升速度要快于全部医疗卫生机构。

表 3-6 2013—2019 年医疗卫生机构服务量

年份	诊疗人次数			入院人数		
	医疗卫生机构合计 / 亿人次	其中，医院 / 亿人次	医院中：三级医院占比 / %	医疗卫生机构合计 / 万人	其中，医院 / 万人	医院中：三级医院占比 / %
2013	73.1	27.4	45.26	19215	14007	38.91
2014	76.0	29.7	47.14	20441	15375	40.92
2015	76.9	30.8	48.7	21054	16087	42.45
2016	79.3	32.7	49.85	22728	17528	43.85
2017	81.8	34.4	50.29	24436	18915	44.39
2018	83.1	35.8	51.68	25453	20017	46.42
2019	87.2	38.4	53.6	26596	21183	49.49

资料来源：历年《中国卫生和计划生育事业发展统计公报》《中国卫生健康事业发展统计公报》。

衡量医疗保障制度有效性的另一指标是应就诊未就诊率和应住院未住院率。根据 1993 年以来的第五次全国卫生服务调查，中国应就诊未就诊率经历了一个先上升后下降的阶段。下降的拐点在 2003 年，即新农合建立当年。而应住院未住院率一直在不断下降，并且有加速下降的趋势，见表 3-7。

表 3-7 1993—2013 年我国应就诊未就诊率和应住院未住院率（单位：%）

年份	应就诊未就诊率			应住院未住院率		
	合计	城市	农村	合计	城市	农村
1993	36.4	42.4	37.8	35.9	26.2	40.6
1998	38.5	49.9	45.8	32.3	27.5	34.5
2003	48.9	57	45.8	29.6	27.8	30.3

续表

年份	应就诊未就诊率			应住院未住院率		
	合计	城市	农村	合计	城市	农村
2008	37.6	37.3	37.8	25.1	26.0	24.7
2013	27.3	32.9	22	17.1	17.6	16.7

数据来源：2008年《国家卫生服务调查》，2013年《国家卫生服务调查》。

2. 补充医疗保险 / 救助发展状况

在基本医疗保险制度与医疗救助制度的基础上，各地区逐步探索建立了各种形式的补充医疗保险制度，其中包括公务员医疗补助、大额医疗费用补助、工会医疗互助、企业补充医疗保险，城乡居民大病保险以及各种商业医疗保险等。补充医疗保险的主要类型如下：

（1）公务员医疗补助

公务员医疗补助是对于参加职工基本医疗保险制度的公务员实施的一种补充性医疗保险制度，其目的是让享受原公费医疗的人员过渡到职工医保制度后，待遇不降低。根据《关于实行国家公务员医疗补助意见的通知》（国办发〔2000〕37号），公务员医疗补助的对象是国家行政机关工作人员，依照公务员管理的事业单位人员，党群机关、人大、政协等单位的工作人员。医疗补助经费由同级财政列入当年财政预算，具体筹资标准应根据原公费医疗的实际支出、基本医疗保险的筹资水平和财政承受能力等情况合理确定。从各地实施情况看，公务员医疗补助的筹资水平为工资的4%~6%，委托医保经办机构统一管理。

公务员医疗补助主要支付基本医疗保险统封顶线以上的基本医疗保险目录范围内费用、个人自付超过一定数额的基本医疗保险目录内费用、中央和省级人民政府规定享受医疗照顾人员的医疗费用等。

（2）城镇职工补充医疗保险

一些地区在职工医保制度改革过程中建立了职工补充医保制度，尽可能不低于改革前的单位劳保制度的待遇水平。各地职工补充医疗保险有所不同，包括“大额医疗费用补助”“大额医疗保险”等。各地职工补充医疗保险采取的主要做法如下：一是由地方政府制定职工补充医疗