

# 中国医疗卫生改革十年（2009~2019）研究报告

王震 朱凤梅\*

**摘要：**本报告首先从医保、医疗和医药三个方面梳理并回顾了2009~2018年度我国医疗卫生体制改革的政策进展情况。通过回顾发现，我国基本建成覆盖全民的基本医保制度，通过组建国家医疗保障局理顺医保管理体制；医疗服务体系上持续深化公立医院改革，加大政府投入破除以药养医问题；药品供应体制上实施“4+7”药品带量采购试点。但相关数据显示，在政府财政投入明显增加的同时，公立医院药品收入增速并未出现显著减缓；有序就诊的分级诊疗体系尚未形成，2018年三级医院诊疗人次占比和住院人次占比分别高达51.5%、46.4%；药品定价机制和医保药品支付标准仍在探索中。此外，本报告还分析了我国医疗卫生发展和体制改革面临的挑战，并提出相应的政策建议。

**关键词：**全民医保 医保管理体制 健康扶贫 公立医院改革 分级诊疗制度 药品带量采购

自2009年启动新一轮医疗卫生体制改革以来，至今已过去十年。在这十年间医疗卫生越来越成为社会关注的焦点和热点问题，成为历年政府工作报告中的重点问题。习近平总书记在十九大报告中指出：“我国社会主要矛盾已

---

\* 王震，中国社会科学院经济研究所研究员；朱凤梅，中国医学科学院医学信息研究所助理研究员。



经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。”与这一社会主要矛盾转化相一致，当前我国城乡居民对美好生活的向往相对集中地体现在对医疗服务以及医疗保障的诉求上。从居民需求的角度看，医疗卫生服务供给“不平衡、不充分”的情况越来越凸显。因此，在2018年这一新医改十年转折点，有必要从政策层面、制度层面及治理结构层面对我国十年医疗卫生事业的发展 and 改革进行评估性梳理和分析，为下一步医疗卫生事业发展及体制改革提供借鉴。

## 一 十年医改进展与成效<sup>①</sup>

### （一）医疗保障体系改革

#### 1. 基本建成全民医保制度

经过20年的发展，我国基本建立起覆盖全民的基本医保制度。截至2018年末，参保人数13.45亿人，占全国总人口的95%以上。其中，针对城镇职工的城镇企业职工基本医疗保险（简称城职保）于1997年逐步建立，采用“社会统筹+个人账户”模式；针对农村居民的新型农村合作医疗制度（简称新农合），于2003年开始试点，2007年全面铺开，其筹资模式以财政补贴为主，且补贴额度越来越高，并以县为单位建立统筹区，突破了村级范围；而对于城镇非就业居民，包括老人、儿童以及其他非就业群体，从2007年开始试点，2011年正式在全国建立了城镇居民基本医疗保险制度（简称城居保），其筹资模式和运行机制与新农合类似。在新农合和城居保建立期间，机关事业单位人员也已逐步参加城职保，仅有少数机关事业单位仍保留公费医疗。至2013年，我国基本实现了人群的全覆盖。2013年后，我国覆盖全民的基本医疗保险制度基本定形，参保率稳定在95%左右，三大医保制度分别覆盖不同人群，并在统筹层次上逐步探索市级统筹。

<sup>①</sup> 本文数据如无特殊说明，均来自历年中国卫生健康统计年鉴。

党的十八大后，我国公共政策的一个主要取向是逐渐消除医疗保障的城乡差别和人群差别，建设城乡一体化、全民共享的医疗保障体系。特别是随着大规模的人口流动，针对城镇居民和农村居民分割的基本医疗保险制度既不公平也缺乏效率，各地开始探索整合新农合和城居保，建立城乡居民基本医疗保险制度（简称城乡居民医保）。从表1也可以看出，2014年后新农合参保人数开始减少，城镇居民医保参保人数开始增加。2016年，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，要求全国以“六统一”（统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一目录范围、统一定点管理、统一基金管理）为原则实现城乡居民基本医疗保险的整合。截至2018年底，仅有13300万新农合参保人员未并入城乡居民医保。

表1 基本医疗保险制度参保人数及覆盖率（1999~2018）年

单位：万人，%

年份	城镇职工基本医疗保险年 未参保人数	城镇居民基本医疗保险年 未参保人数	新农合参保人数	覆盖率
1999	2065.3			1.6
2000	3786.9			3.0
2001	7285.9			5.7
2002	9401.2			7.3
2003	10901.7			8.4
2004	12403.7		8000.0	15.7
2005	13782.9		17900.0	24.2
2006	15731.9		41000.0	43.2
2007	18020.3	4291.0	72600.0	71.8
2008	19995.6	11826.0	81500.0	85.3
2009	21937.4	18209.6	83300.0	92.5
2010	23734.7	19472.0	83600.0	94.6
2011	25227.1	22116.1	83200.0	96.9
2012	26485.6	27155.7	80500.0	99.1
2013	27443.1	29629.4	80200.0	100.9
2014	28296.0	31450.9	73600.0	97.5



续表				
年份	城镇职工基本医疗保险年 未参保人数	城镇居民基本医疗保险年 未参保人数	新农合参保人数	覆盖率
2015	28893.1	37688.5	67000.0	97.2
2016	29531.5	44860.0	63879.0	100.0
2017	30322.7	87358.7	13300.0	94.2
2018	31673.0	89738.0	13300.0	96.5

资料来源：历年中国卫生和计划生育统计年鉴；历年中国统计年鉴；国家医疗保障局 2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报。

## 2. 改革医保支付方式

长期以来，医疗服务市场存在严重的信息不对称，医保作为第三方代表患者向医疗机构付费，其管理效率直接影响一个地区医疗费用的支出效果，即过严控费可能抑制地区医疗水平的发展、医疗人才的增加；过松控费则可能造成医疗资源浪费、患者负担过重等。

为了激励医生提供质量和数量适宜的医疗服务，近年来开始积极改革医保支付方式。2015 年，原国家卫生计生委发布《国家卫生计生委医政医管局关于进一步加强疾病诊断相关分组协作工作的函》（国卫医评价便函〔2015〕80 号）；2018 年，国家医保局发布《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》（医保办发〔2018〕23 号）等。但我国医疗保障支付方式改革面临的一些外部条件尚不成熟，且至今还包含着与市场经济发展不匹配的制度因素。首先，医保作为购买服务的第三方，与医疗机构平等协商的市场主体关系尚未形成。医保面对的仍是一个以公立为主导且具有垄断地位的医疗服务市场。其次，实施 DRG 的医疗基础信息建设滞后。目前，我国不管是医疗机构病案首页数据的标准化程度还是医疗机构成本核算体系均尚未提上日程，难以保障 DRG 分组的质量和 DRG 付费的有效性。最后，跨部门的数据共享机制尚未建立。跨部门的数据共享是推进 DRG 改革顺利实施的重要保障，当前，我国卫健、医保、医院和商保部门之间的信息系统尚未打通，相关医疗费用数据亦未实现共享，不利于 DRG 成本数据核算。

### 3. 理顺医保管理体制

2009年新医改要解决的主要问题之一是“以药养医”问题以及由此带来的药物滥用和医保资金浪费问题。对此，基层医疗卫生机构率先实施了基本药物制度和药品零差率销售政策，随后县级公立医院改革以及城市公立医院改革也逐渐采取了药品零差率销售政策。为配合这一政策的有效实施，降低居民个人医疗费用负担，合理规范和引导医疗机构行为，不仅需要医疗保险作为第三方支付者改革医保付费方式、提高医疗保险报销额度和报销比例，还需要药品集中采购模式的转变、医疗服务价格的调整以及由此带来的医疗机构收入结构的变化。2016年，中办、国办转发《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》，将“三医联动”确定为“建立强有力的领导体制和医疗、医保、医药‘三医’联动工作机制，为深化医改提供组织保障”，即旨在通过行政管理体制改革提高部门间行政协调能力。

按照国务院机构改革的统一部署，国家医疗保障局于2018年5月31日挂牌成立，是国务院直属机构。新组建的国家医保局将分散在国家发改委、原卫生计生委和人社部的药品（医用耗材）、医疗服务项目和医疗服务设施等医保目录制定、价格管理、招标采购职能，以及定点医药机构协议制定、支付管理和基金监管职能进行集中，不仅意味着管理职权的集中，还意味着医保和医疗救助基金的集中。随着医保支付占医疗机构业务收入比例的持续上升，医疗保障制度将逐步由被动支付方向战略购买方的角色转变，为引导医疗资源配置、规范医患双方诊疗行为提供了经济基础和组织保障，有助于提高行政效力，发挥医保战略性购买职能，提升医保治理能力和医保基金使用效率。

### 4. 医疗保障健康扶贫

医疗保障制度作为收入再分配和卫生资源（资金）筹集的一种形式，调节着卫生资源和配置，并通过不同的支付方式和费用分担方式影响供需双方的行为，进而对卫生服务利用和提供以及卫生费用产生影响。

从我国卫生总费用情况来看，与OECD国家相比，我国卫生总费用占GDP的比重（2017年6.2%）并不低，基本与我国经济发展水平相适应。从卫生总费用的结构看，自20世纪80年代中期之后卫生总费用中个人现金支出



占比开始上升，从 25% 左右一路上涨到 2000 年左右的 60%，2001 年后开始有所下降。2009 年新医改以来，卫生总费用中个人卫生支出比例持续下降，由 2009 年的 37.5% 下降至 2018 年的 28.6%，政府卫生支出比例稳定在 30.0% 左右，社会卫生支出持续上升，2018 年达 43.7%（见图 1）。

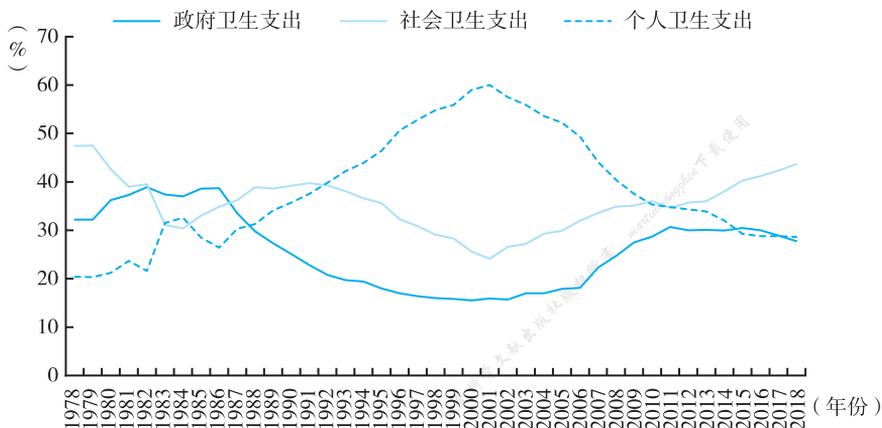


图 1 中国卫生总费用的构成变动情况（1978~2018 年）

但城乡居民家庭消费支出中医疗保健支出占比从 20 世纪 90 年代中期的不到 4% 一路上升到 2008 年的 7% 和 6.7%，至 2018 年分别达到 7.8% 和 10.2%（见图 2）。罹患大病的医疗费用支出导致的“因病致贫、因病返贫”，仍是贫困人口长期陷入贫困的重要原因。国家统计局统计监测公报显示，截至 2014 年底，我国农村因病致贫人口占总贫困人口的 42%，现有 3000 多万仍然贫困的建档立卡贫困人口中，老年人、病人、残疾人等特殊贫困群众比例在增大，“因病致贫”成为脱贫攻坚最后一段路上的最大挑战。2020 年实现全面脱贫，医疗保障制度将发挥重要作用，并在 2020 年后继续发挥托底功能。

2018 年国家医保局、财政部、国务院扶贫办关于印发《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020 年)》的通知，要求重点聚焦深度贫困地区和因病因残致贫返贫等特殊贫困人口，中央财政连续三年通过医疗救助资金渠道安排补助资金，通过城乡医疗救助制度，对经城乡居民基本医疗保险和城乡

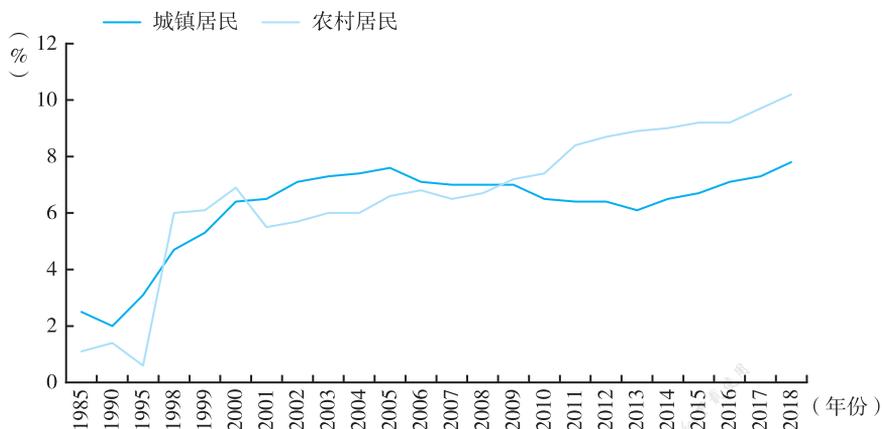


图2 历年城乡居民医疗保健支出占家庭消费支出的比重

资料来源：《中国统计年鉴2018》。

居民大病保险报销后的个人自付医疗费用给予倾斜救助，降低起付线50%，提高报销比例5个百分点，逐步提高并取消封顶线，将农村贫困人口住院及门诊大病、长期慢性病医疗费用个人自付比例控制在可承受范围内，以提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平。具体包括：一是到2020年实现农村贫困人口制度全覆盖，基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率均达到100%；二是对大病保险加大倾斜力度，农村贫困人口大病保险起付线降低50%、支付比例提高5个百分点、逐步提高并取消封顶线；三是医疗救助托底保障能力进一步增强，确保年度救助限额内农村贫困人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例不低于70%，对特殊困难的进一步加大倾斜救助力度。相关数据显示，2017年我国建档立卡贫困人口医疗费用个人自付比例已由2016年的43%下降至为2017年的16%。因病致贫返贫户由2015年底的726.9万户下降到2017年的388.2万户，因病致贫返贫户减少近一半。据国家统计局全国农村贫困监测调查，按现行国家农村贫困标准测算，2018年末，全国农村贫困人口1660万人，比上年末减少1386万人；贫困发生率1.7%，比上年下降1.4个百分点。<sup>①</sup>

① 国家统计局网站，[http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190215\\_1649231.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190215_1649231.html)。



## （二）医疗服务体系改革

### 1. 破除公立医院以药养医

公立医院是我国医疗卫生服务供给的主体，也是新一轮医改的重点。我国 2009 年新一轮医改方案提出的公立医院改革的原则是在坚持公益性的基础上，实现“四分开”，即政事分开、管办分开、医药分开、营利性与非营利性分开。政事分开、管办分开要求公立医院作为独立的医疗服务供给主体与卫生行政部门脱钩，卫生行政部门作为全行业监管的政府机关不再直接经营公立医院，实现“运动员与裁判员”分开。医药分开主要针对的是以药养医体制，要求公立医院转换收入结构，取消通过药品销售获得收入的补偿渠道，建立合理的医院收入及医生薪酬机制。营利性与非营利性分开的目的则在于引入和鼓励社会办医，形成与公立医院公平竞争的多元供给格局。在社会办医中要区分营利性与非营利性的医疗机构，进行分类管理。

以药养医或以药补医是我国医药卫生领域的主要特征之一，也是主要的弊端所在。2017 年原国家卫计委等七部门《关于全面推开公立医院综合改革工作的通知》提出公立医院综合改革的核心是医药分开，取消药品加成，破除以药养医。2018 年 3 月，原国家卫计委印发《关于巩固破除以药补医成果持续深化公立医院综合改革的通知》（国卫体改发〔2018〕4 号），强调建立补偿新机制、落实政府投入责任等。2018 年 8 月，国务院办公厅《关于印发深化医药卫生体制改革 2018 年下半年重点工作任务的通知》（国办发〔2018〕83 号）提出按照“腾空间、调结构、保衔接”的思路，通过规范诊疗行为，降低药品、医用耗材等费用，腾出空间，优化调整医疗服务价格。

从公立医院财政补贴占比情况来看，2018 年之前中医院的财政补贴收入占总收入的比例一直略高于公立医院的平均补贴水平，2018 年公立医院财政补贴水平显著上升，比 2017 年高出 7.45 个百分点，比中医院高出 5.98 个百分点（见图 3）。

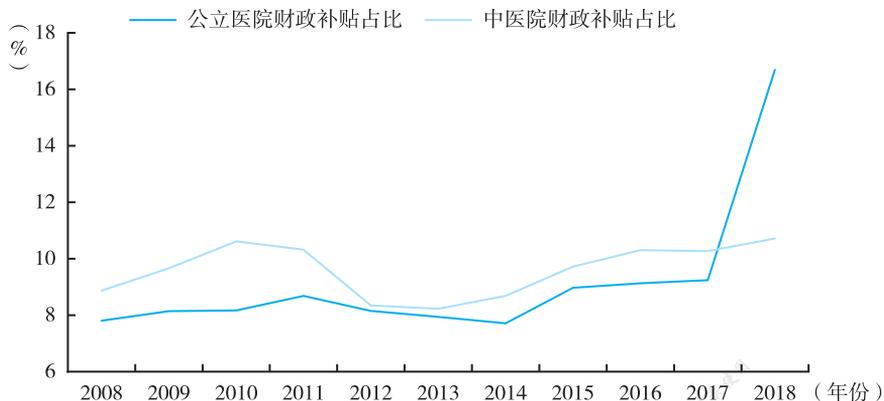


图3 公立医院、中医院财政补贴收入占总收入的比例 (2008~2018年)

但实施医药分开改革、取消药品加成并未取得预期的效果。从理论上讲，公立医院取消药品加成 15%，药品销售收入增速应该是 -13%。但统计数据表明，相比于改革前药品收入并没有出现大幅度下降，2017 年增速仅为 -0.5%，2018 年相比上年增速甚至出现上升，达 1.44%（见图 4）。除了药品销售收入下降未达到预期外，另一个结果是医院的检查费出现了上涨的趋势。从公立医院人均检查费看，上涨幅度达到了 9.1%（见图 5）。



图4 公立医院总收入、药品收入及财政补贴收入增速 (2013~2018年)

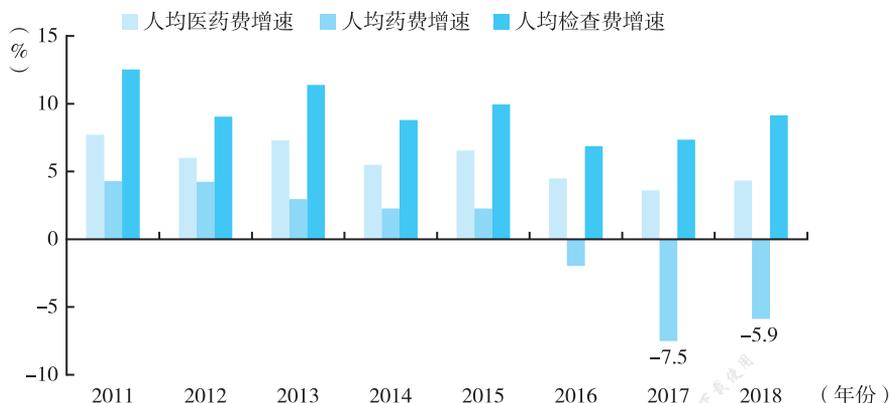


图5 公立医院人均医药费增速（2011~2018年）

## 2. 推进分级诊疗制度建设

按照在医疗卫生服务体系中承担的职能不同，我国的医疗卫生服务机构分为社区（基层）医疗卫生机构与医院两类。社区（基层）医疗卫生机构主要是初级医疗卫生保健服务的供给，具体而言负责公共卫生服务的供给，常见病、多发病的诊治，以及提供与社区居民健康管理相关的卫生服务，提供相当于国外医疗卫生服务体系中的全科医生或家庭医生服务。医院则主要提供住院服务以及重大疾病的诊治，相当于国外医疗卫生体系中的专科服务。社区医疗卫生机构在农村主要是乡镇卫生院与村卫生室，在城镇地区则是社区医疗卫生服务中心（站）。

但社区医疗卫生服务收支两条线管理以及基本药物制度的实施在保障公立的社区医疗卫生服务机构运转的同时，也带来了一个弊端，即社区机构提供基本医疗服务的动力和能力下降，难以吸引社区居民就诊。居民不管大病小病都涌入医院就诊，导致社区医疗卫生机构“门可罗雀”、大医院“人满为患”的状况。

2015年1月全国卫生计生工作会议的一个主题就是推进分级诊疗。2015年9月国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，提出分级诊疗的目标是基层医疗卫生机构诊疗量比例明显提升，就医秩

序更加合理规范，到2020年形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系。根据国家卫计委公布的数据，截至2017年底，全国分级诊疗试点城市已达到321个，占地市级城市总数的94.7%。全国县域内就诊率达到82.5%，上转患者1455万例次，下转患者483万例次，同比分别增长99.8%和91.2%。<sup>①</sup>2018年8月，国家卫生健康委与国家中医药管理局联合印发《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》（国卫医发〔2018〕28号），明确以“区域医疗中心建设、医联体建设、县医院能力建设、家庭医生签约服务、基层医疗卫生机构远程医疗”等为重点的分级诊疗体系建设。一是要统筹规划建设医联体，根据医疗资源和医疗服务需求科学规划、布局医联体。二是要实现“四个分开”，即以区域医疗中心建设为重点推进分级诊疗区域分开，以县医院能力建设为重点推进分级诊疗城乡分开，以重大疾病单病种管理为重点推进分级诊疗上下分开，以三级医院日间服务为重点推进分级诊疗急慢分开。

然而上述政策自2015年开始推进以来，并未缓解大医院的拥挤状态，基层社区医疗卫生机构的诊疗人次占比依然在下降，医院诊疗人次占比依然在上升。从三级医院诊疗人次占全国总诊疗人次的比例来看，2009~2018年，呈持续攀升趋势，由2009年的35.87%上升到2018年的51.85%（见图6），说明一、二级医院诊疗人次占比呈下降趋势。三级医院住院人次占比呈现同样的趋势（见图7），我国就医结构不合理的状况仍然存在。

究其原因，基层社区医疗卫生机构在收支两条线与基本药物制度的束缚下缺乏提供基本医疗卫生服务的动力和能力。而推进分级诊疗的这些政策并未触及这两个问题。我国医疗体制所存在问题的直接表现是“看病难”，以及作为其特有副产品的“看病贵”。医疗费用快速上涨，除技术进步这个适用于当今世界各国的一般性原因外，中国今天的“看病贵”直接根源于中国所特有的“看病难”。而我们所特有的“看病难”，直接原

<sup>①</sup> 《官方解读〈关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知〉》，《健康报》2018年8月27日，[https://www.sohu.com/a/250310820\\_464387](https://www.sohu.com/a/250310820_464387)。

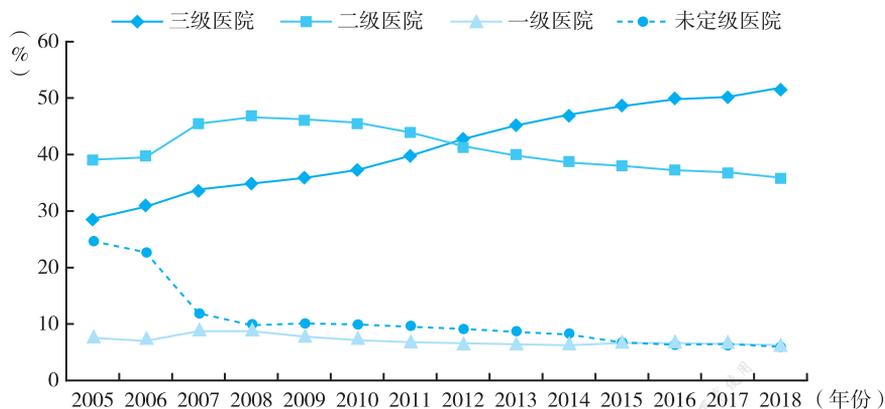


图6 不同等级医院诊疗人次分布情况(2005~2018年)

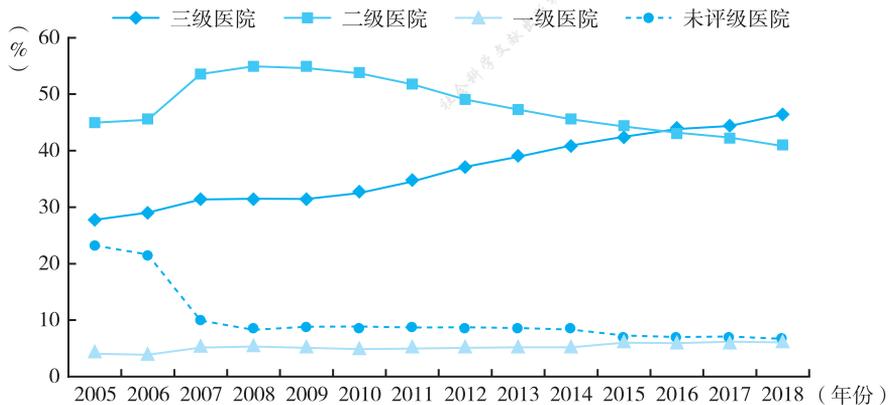


图7 不同等级医院住院人次分布情况(2005~2018)年

因是医疗资源配置严重失衡,优质医疗资源过度集中在高等级医院,特别是三级医院。从医院床位规模占有率来看,尽管公立医院床位占比已由2009年89.48%下降至2018年的73.66%,但三级公立医院的床位占公立医院总床位规模的比例却呈逐年上升趋势,2018年高达50%以上(见图8)。这说明,在我国每千人口床位数不断上升的同时,高等级公立医院从未停止过扩张和对医疗资源的垄断。

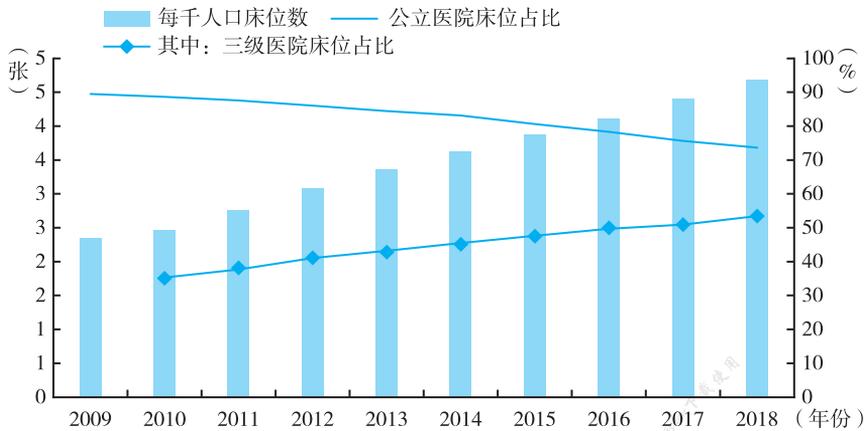


图8 每千人口床位数与公立医院床位规模情况（2009~2018年）

### （三）药品供应体制改革

#### 1. 药品集中采购与“4+7”试点

20世纪80年代和90年代初中期，医疗机构药品实施自行采购政策。但在当时存在加成率的情况下，医疗机构倾向于采购高价药。一些药品生产企业为了打开市场，也通过各种方式突破政府的药品定价，抬高药品价格，滋生了大量的不规范行为以及腐败行为。对此问题，除了加强药品的价格管制外，另一个方法就是集中采购。集中采购的目的，一是规范医疗机构的采购行为，二是通过集中采购加强与药品供应商的谈判能力，通过量价挂钩、以量换价的方法降低药品价格。

因此，药品集中采购自新医改以来就是深化医改、解决患者“看病难、看病贵”问题的重大举措。如2015年国务院办公厅《关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》对省级集中采购的模式又进行了进一步的规范，实行一个平台、上下联动、公开透明、分类采购、招生产企业、量价挂钩、双信封制等措施。特别是量价挂钩，这个文件专门规定了带量采购的具体执行标准，要求医院按照不低于上年度药品实际使用量的80%制定采购计划和



预算，并具体到品种、剂型和规格。

但药品的省级集中采购并未遏制或解决药品的价格虚高问题。国家医保局成立后，药品集中采购职能从供方转向了需方。在药品集中采购方面最大的措施是2018年下半年开始实施的“4+7”带量采购试点，将北京、天津、上海、重庆和沈阳、大连、厦门、广州、深圳、成都、西安11个城市作为试点城市。实际上，带量采购、量价挂钩并不是新措施，在2015年的文件中就有明确的规定。但医保局主导的带量采购有三个最主要的特征：一是单一质量层次，摒弃了之前集中采购的质量分层，减少低质低价带来的“劣币逐良”；二是医保局在谈判中承诺了使用量；三是使用医保基金对药品费用进行提前支付，减少原先医疗机构对药品供应商的压款。由于实施时间比较短，到目前为止还未观察到“4+7”带量采购的实际效果。但从实施过程看，确实压低了中标药品的价格。现在最主要的问题就是如何保证采购药品的使用量达到承诺的目标。

除了带量采购外，国家医保局成立后在药品供应上的另一个趋势是集中采购与医保药品支付标准的合并实施。尽管目前医保的药品支付标准并未形成一个统一的标准和流程。但从国际经验看，通过谈判形成药品支付标准是一个重要的途径。“4+7”带量采购中确定的中标药品价格也同时成为非中标药品的医保支付标准。

## 2. 药品定价机制与支付标准

计划经济时期我国形成了三级批发、统购包销的药品流通体制，药品的生产、销售、价格等都严格按照指令性计划执行。到了20世纪80年代，为了提高医疗机构的运营效率，给予医疗机构经营自主权成为改革的主导方向。但是这一改革并未放开对医疗服务价格和药品价格的管制，药品价格仍实行国家定价、国家指导价与市场议价三种定价方式。导致药品供应普遍出现“高价格、大折扣、高返利”的现象。对此，1996年国家计委发布《药品价格管理暂行办法》，确定了药品销售差率不突破15%的原则。

但药品的行政定价并未遏制药品价格虚高问题，药品出厂价与药品销售价之间的巨大空间导致患者的医疗费用过度上涨。2015年，国家发改委发布

《关于推进药品价格改革意见的通知》，取消了药品的行政定价，除麻醉药品和第一类精神药品外，药品价格主要由市场竞争形成。取消药品行政定价后，医保目录内的药品由医保部门制定药品的医保支付标准。

但医保的药品支付标准并不是药品的价格，而只是医保根据医保基金的承受能力以及药品成本和市场结构确定的医保对药品的支付费用。从国际经验看，医保药品的支付标准或参考价格，主要有两种制定的办法：对于创新药品主要是通过多方谈判的方式确定；对于非创新药主要是根据药品的有效成分，在同一通用名下，采用市场平均价格的方式确定。

对于我国医保药品的支付标准，并未形成全国统一的制定药品支付标准的方法和流程。从各地的实践看，多数地区使用的是药品集中招标采购的中标价。这固然也是医保药品支付标准的形成方式之一，但与理论上的医保药品支付标准并不一致：药品的支付标准只是医保的出价，并不是最终的实际价格。药品的最终价格还需要依赖医院、药房、患者等方面的采购与支付。

2018年下半年，国家医保局开始试点“4+7”带量采购。带量采购中标药品的价格即作为非中标药品的医保支付标准。此外，国家医保局成立后，还进行了抗肿瘤药的医保准入及价格谈判。如2018年10月，国家医保局发布《国家医疗保障局关于将17种抗癌药纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》，将阿扎胞苷等17种药品纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017年版）》乙类范围，并确定了医保支付标准。通过谈判形成的药品价格也带有医保支付标准的色彩。但不管怎样，我国还未形成成熟的医保药品支付标准的制定方法和流程。

## 二 尚存挑战及政策选择

### （一）公立医院改革与价格机制形成

从整个医改的历程看，特别是近年来所采取的政策措施的效果并未实现预期目标，公立医院以药养医问题并未彻底解决。这背后的原因则在于我国医药卫生领域至今为止并未形成对医院和医生的合理支付机制，医院服务与



医生服务没有合理的价格形成机制。

从政策角度形成医生合理的定价机制以及支付机制，首先，要改革事业单位编制管理，淡化事业单位编制背后的隐性福利与隐性保障。这些隐性福利与保障，包括但不限于事业单位职工的社会保障制度、技术人员的职称评定体制、医生的医疗责任保险制度、医生的学术进阶体制等。在这方面，近几年实际上是有比较大的推进的，比如国务院办公厅《关于印发深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务的通知》提出建立健全现代医院管理制度，及时总结公立医院薪酬制度改革试点经验，推动建立符合行业特点的薪酬制度。又比如机关事业单位养老金制度改革，新建立的机关事业单位养老金制度与企业职工养老金制度在缴费率、缴费基数、缴费年限等方面已经并轨，而且建立二者之间的转移接续通道。这为公立机构医生走出公立机构到社会办医机构执业提供了便利。再有，近几年大力推动的医生多点执业，也使得一些希望走出公立机构的医生有了用武之地。

其次，医保作为当前最大的医疗服务和药品的付费方，也要助推公立医疗机构的改革。一是逐步探索和建立医保医师制度，将医保的协议管理单位具体到医生，而不是放到医院层面。具体到医生后，一方面医保可以更有效地监管医生行为，另一方面也有助于医生脱离公立机构之后的多点执业。二是在建立医保的药品支付标准的同时，探索建立医保对医院服务的支付标准以及对医生的支付标准，建立对药品、医生服务、医院服务的分账支付制度。

## （二）医保基金使用效率偏低与支付方式改革

我国医疗保障制度自建立以来，在医疗服务供给方监管中面临的一个关键性问题是，面对占主导地位的公立医疗服务市场，医保监管难以切实到位。同时医保支付设计尚不完善，导致医保基金使用效率低下。特别是个人账户一直处于低效运行状态，难以发挥医保互助共济功能。国家医保局《2018年度全国基本医疗保障事业发展统计公报》显示，2018年职工医保个人账户累计结存已达7284亿元，是当年统筹基金累计结存规模（11466亿元）的63.5%。由于部分地区和人群职工医保个人账户往往还带有社会福利的性质，

类似于个人储蓄账户，非医疗性支出现象普遍存在，不仅降低了基金的使用效率，而且降低了制度的公平性。

城乡居民医保个人账户已准备取消，但城镇职工医保个人账户是否取消仍存有争议。当前我国已基本建立包括特殊病、慢性病等在内的门诊保障机制，取消个人账户，实现门诊统筹，不仅一些常见病、多发病门诊医疗费用可报销，特慢病的门诊保障水平也有望提高。提高了人民群众获得感的同时，也有助于扭转当前“重住院、轻门诊”的制度设计，促进医疗保障从“保疾病”走向“保健康”，不断提高医疗保障基金配置效率，形成合理的就医诊疗体系。

同时，需持续深化医保支付方式改革。当前我国医保覆盖率已稳定在95%左右，医保基金扩面的可能性已不大，而经济下行条件下，医保缴费交由税务征缴，企业降费率呼声较高，收缴额度亦不会有较大增长。在医保基金有限的情况下，如何在保障人民群众医疗水平的同时，合理地控制费用是医保支付的重要话题。2019年5月，国家医保局联合其他三部门发布《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》（医保发〔2019〕34号），提出在30个试点城市（含兵团直属、十一师、十二师）探索建立DRG付费体系。在此基础上，还应从通过支付方式改革引导患者往门诊和基层医疗机构流动，并以此规范医疗机构行为，促进分级诊疗形成的角度进行考虑，探索建立多元复合式医保支付方式，如针对普通门诊按人头付费，门诊特慢病按人头病种付费，让医保基金跟人走，引导患者基层就诊，降低个人就医负担；针对长期住院的精神病等特殊疾病按床日付费；针对一些病情单一、诊断明确、费用成本和疗效较为明确的病种可考虑按单病种支付。同时，还应结合“互联网+”医疗、家庭医生服务、家庭病床服务等的发展，不断完善医保基金支付政策。

### （三）人口老龄化与长期护理保险制度设立

中国老龄科学研究中心的调查数据显示，2010年我国部分失能和完全失能老人数量高达3300万人（占老年人口的19%），其中完全失能老人1084.3



万人（占老年人口的6.25%），68.1%的老人分布在农村地区；至2015年，我国部分失能和完全失能老人数量增至4000万人，其中完全失能老人1239.7万，66.9%的老人分布在农村地区。但通过养老机构实现养老照料方式的比例并不高，目前养老机构收养的老人数共计169.3万人，其中不能自理老人18.2万人，仅占我国完全失能老人的1.5%、占有养老服务需求老人数的2.2%，需要依靠机构以外设施养老的失能老人数达到810.8万人。

早在2016年6月，人社部就发布《关于开展长期照护保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号），开始在全国15个地区（承德市、长春市、齐齐哈尔市、上海市、南通市、苏州市、宁波市、安庆市、上饶市、青岛市、荆门市、广州市、重庆市、成都市、石河子市）试点针对失能老人的长期护理保险制度。但由于没有制定统一的制度框架，各地试点的筹资渠道有所不同，导致保障范围、保障对象、受益规模、待遇形式等方面也存在较大差异。总的来说，大部分试点地区走的是“财政补贴+医保统筹基金划拨+个人缴费（有医保个人账户的从个人账户中划转）或不缴费”的模式。其中个人不缴费的地区是上海、宁波和广州三个经济发达地区。参保对象主要覆盖城镇职工老年人群，其中6个试点地区未覆盖城乡居民老年人群。

实际上，长期护理保险支付是某种形式的医保支付。从技术上看，可以将长期照护作为一项带有医疗服务特征的服务纳入医保支付范围。借鉴中国台湾地区的经验，可以将长照险作为一种新的筹资方式来拓宽医保筹资渠道，当然必须认识到它和医保支付的替代性，因此必须和医保基金统筹使用，以免出现双重支付的情况。

#### （四）健康扶贫与完善贫困人口医疗保障救助机制

因病致贫、因病返贫是当前扶贫攻坚的重点任务。自中央到地方各级政府均出台了一系列保障措施，包括住院免交押金、免起付线、个人自付比例不超过10%、实施一站式结算等，提高了贫困人口医疗服务可及性，减轻了贫困人口就医经济负担，为2020年全面实现脱贫提供了坚实的基础。但是，随着扶贫保障措施的不断完善，贫困人口医疗服务使用中的一些问题也逐渐

暴露出来，过度诊疗、住院服务滥用等现象时有发生，给医保基金和财政投入造成浪费。

从理论上讲，医疗保险是保基本，发挥的是风险分散机制的作用，利用基本医保来缓解贫困，不仅可能带来费用不可控的风险，也容易被质疑为福利陷阱、过度保障，引起非贫困人口的攀比心理。医疗保障局对医疗保险与医疗救助职能的整合，应该在二者的制度衔接上做好工作，发挥医疗救助对低收入群体的保障功能。同时完善基本医保制度设计，合理设置医疗保障扶贫政策，特别是完善门诊报销机制。当前，慢性非传染性疾病已成为我国城乡居民的主要疾病，日常的疾病管理和用药控制比住院治疗更为重要。贫困人口亦不例外。而当前城乡居民医保报销仅限于住院和纳入报销范围内的少数门诊特慢病，普通门诊则不予报销。但对贫困人口来说，普通门诊的费用也偏高。在医保基金允许的情况下，考虑将城乡居民门诊纳入医保报销范围，提高贫困人口门诊保障能力。

另外，实施“贫困边缘人口”医疗保障救助制度。贫困边缘人口不属于贫困人口却也是最容易陷入贫困的一类人群，也最容易发生因病致贫。将这一部分人纳入医疗保障救助范围，助力扶贫工作推进。