

持续巩固拓展全民参保成果

我国已建成全世界最大、覆盖全民的基本医疗保障网。为积极应对人口老龄化、就业形式多样化,需进一步健全保障和改善民生制度体系。党的二十届三中全会围绕深化医药卫生体制改革作出重要部署,提出促进医疗、医保、医药协同发展和治理。2024年8月,国办印发《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》,旨在持续巩固拓展全民参保成果。本期邀请专家围绕相关问题进行研讨。

超大城市要取消灵活就业人员、农民工、新就业形态人员在就业地参加基本医保的户籍限制,做好在就业地参加职工医保工作。

——《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》

党的十八大以来,我国坚定不移深化医疗保障改革,不断提升医保管理服务水平,促进医疗、医保、医药“三医”协同发展和治理,实现了医保覆盖面从小到大、保障水平从低到高、管理服务从有到优的转变。

医疗保障关乎人民群众健康福祉,在“三医”协同发展和治理中具有重要作用,兼具民生工程和经济杠杆的双重功能。中共中央、国务院印发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出,到2030年,全面建成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、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系,待遇保障公平适度,基金运行稳健持续,管理服务优化便捷,医保治理现代化水平显著提升,实现更好保障病有所医的目标。

近年来,我国促进“三医”协同发展和治理取得显著成效。也要看到,在推进高质量发展的过程中依然面临挑战。一方面,医保筹资有限性与医药费用快速增长之间的矛盾凸显。人民群众对医疗服务需求和医保待遇期待逐步提升,医疗卫生资源配置总量不断增加,加之临床诊疗技术进步、医药创新等因素推动医药费用快速增长,使医保基金持续承压。病人就医持续向高级别医疗机构集聚,基层出现脆弱化、空心化现象,分级诊疗体系受到一定冲击。近年来,职工医保和居民医保政策范围内住院报销比总体稳定在85%和70%左右,但居民医保门诊报销比的提高尚未有相应的筹资支撑。另一方面,多层次医疗保障制度体系建设亟需突破。我国基本医保制度正在逐步走向成熟定型,但商业健康保险制度建设和发展与经济社会发展阶段、人民群众医疗服务需求依然存在一定差距,社会慈善和捐赠等发挥的作用尚不充分。

新时代新征程,健康绩效是深化医药卫生体制改革、促进“三医”协同发展和治理的目的及方向。需进一步支持医疗服务体系有能力诊治疾病、促进医疗卫生机构有动力预防疾病、制定完善各项制度政策有合力促进健康。具体可以从以下方面着力,更好促进“三医”协同发展和治理。

第一,科学制定区域卫生规划,提高资源配置效率。落实各级政府办医、管医责任,健全医疗卫生服务体系建设。与经济社会发展阶段相适应、以人民群众全生命周期医疗服务需求为导向,综合考虑疾病谱变化、人口老龄化、人口密度、地理环境、交通便利程度等因素,以“管控增量、调优存量”为总体思路,科学测定区域医疗卫生资源配置规模,不断优化结构。适当拓展特需服务,延伸康复护理服务。守牢疾病预防关口,在基层的疾病预防、慢病管理等资源配置、能力建设和机构构建方面下足功夫。全面提升医疗卫生资源配置效率,提高医疗服务费用含金量。依据政府财力、医保筹资、服务可及性等因素,科学制定基本医保定点规划,守住“保基本”边界,实现源头治理。

第二,推进县域医共体建设,筑牢“保基本”根基。医共体建设已成为各方共识,各地正在推进实施。着力做实县域医共体,真正成为“责任、管理、服务和利益”共同体,以家庭医生签约为抓手,促进机构功能互补整合,实现“医、养、防、治、康”连续服务。通过对医共体实施按人头总额预付,购买区域医疗健康服务,落实“结余留用,合理超支分担”政策,叠加基层病种支付政策,实现对医疗卫生资源配置、管理服务行为等的调控和引导,使医共体成为基本医疗服务和医保基金的“双守门人”,推进分级诊疗制度建设,提升医疗资源使用效率。

第三,着力深化医保领域重点改革,实现提质增效。注重医保待遇政策优化、目录调整、药耗集采、价格改革、医保支付、基金监管等改革协同发力。全方位、多维度引导医疗卫生资源配置科学适宜、医疗服务规范合理和运行机制正向转变,积极支持医药产业和中医药传承创新发展。

第四,健全多层次医疗保障体系,协同卫生健康事业发展。推动建立“1+3+N”多层次医疗保障体系,探索商业健康险与基本医保错位发展具体路径,尽快明晰“惠民保”的发展定位和方向,构建和落实调动社会力量参与的支持体系,保障人民群众多层次医疗服务需求。更有力地支持新药、新技术、新设备的研发与应用,实现医保基金更加安全有效、医疗服务提质增效、医药产业创新发展、人民群众得实惠的多方共赢。

(作者系首都医科大学国家医疗保障研究院执行院长、二级研究员)

促进

应亚珍

我国基本医保参保质量持续提升

数据技术提醒失业人员及其他应参保未参保人员及时参保。浙江省整合医保、人社、民政、教育、公安等多部门数据,建立“一人一档”医保基础数据库,形成“一企一档、一户一档、一域一档”精准化参保工作机制,对地区、企业、家庭和个人参保情况进行精准识别,保持了全省户籍人口99%以上参保率以及常住人口应保尽保。广泛宣传参保缴费政策。山东省通过医保干部进基层、医保政策进万家活动,深入基层一线实地调研,及时掌握第一手材料,并采用快板书、山东琴书等群众喜闻乐见的方式,让群众在医保平台“多走一步,多看一眼,多坐一会,多聊一句,多听一点”。南京市开发参保“活地图”,实现全险种联动、全人群呼应、全时段监测、全过程跟踪。

锚定重点人群集成办理。云南省进一步规范新生儿参加城乡居民基本医疗保险的举措,不再以“身份证”而是以“出生医学证明”作为身份标识进行参保和缴费,并将经办窗口拓展到定点医疗机构,让新生儿在取得“出生医学证明”后即可及时参保,解决了之前新生儿因未落户、未取得身份证而不能参保的问题。重庆市通过“智慧医保”系统联通新业态从业人员信息,有效扩大了新就业群体的参保覆盖面。

也要看到,随着人口老龄化、就业形式多样化带来的人口流动和参保需求变化,医保制度运行过程中还存在短板弱项。例如,一些群众还不能很好地在常住地参保,居民医保筹资机制还不够完善,参保群众连续参保激励不足、主动性不强,中断参保也缺乏有效制约,基层工作人员难以掌握未参保人员的准确数据,一些群众对基本医保的共济性质、保障功能等还缺乏必要的了解。

2024年8月,国办印发《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》,明确了强化常住地参保、健全激励约束、完善筹资政策、健全精准扩面、强化宣传动员、强化部门联动、保障资金支持等机制,参保人享有“放、扩、提、奖、便”五大红利。其中,“放”是指进一步放宽放开参保的户籍限制,让中小学生、学龄前儿童可以在常住地参保,超大城市也要取消对灵活就业人员、农民工、新就业形态人员参加职工医保的户籍限制。“扩”是指扩大职工医保个人账户共济范围,由家庭成员扩展到近亲属。“提”是指连续参加居民医保的参保人员提高大病保险封顶线,也就是我们常说的最高支付限额。“奖”是指建立居民医保基金零报销人员的奖励机制,当年没有享受报销的参保群众,次年提高大

全面取消在就业地参保户籍限制

视,不断完善参保政策。例如,明确有稳定劳动关系的进城务工人员随用人单位参加职工医保;不稳定就业的可以个人身份参加职工医保;参加职工医保有困难的农民工可根据情况选择参加居住地或户籍地居民医保;大力推进异地就医直接结算工作,简化和优化异地就医备案方式,方便农民工等各类人群异地就医享受待遇等。

党的二十届三中全会围绕健全社会保障体系作出部署,提出“健全灵活就业人员、农民工、新就业形态人员社保制度”“全面取消在就业地参保户籍限制”。2024年8月,国办印发《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》,强调进一步放开放宽在常住地、就业地参加基本医保的户籍限制。今年1月,国家发展改革委发布《全国统一大市场建设指引(试行)》,要求各地区不得在户籍、地域、身份、档案、人事关系等方面设置影响人才流动的政策性障碍。

近年来,不少城市参保户籍限制逐步放宽直至取消,同时落户门槛也在降低。但从各地实践情况看,以下几类人群的待遇保障还存在一些差异。

一是在就业地有稳定就业和固定单位的流动人口。目前,他们参加就业地的

职工医保不再受户籍限制。早在2006年,国务院印发的《关于解决农民工问题的若干意见》明确,有条件的地方可直接将稳定就业的农民工纳入城镇职工基本医疗保险。据了解,所有地区都已落实了符合条件的非户籍就业职工参加就业地职工医保的要求。

二是非本地户籍的灵活就业人员。灵活就业人员没有稳定的劳动关系,因此在参加职工医保时就没有单位为其缴纳单位承担的那部分参保费用。职工医保制度建立之初,多数地区不允许灵活就业人员参保。随着我国鼓励和支持灵活就业政策的不断出台,各地陆续放开灵活就业人员参加职工医保的政策限制,允许灵活就业人员自己承担所有缴费参加当地职工医保,缴费费率 and 缴费基数可适当降低。但由于涉及各地财政对职工医保的兜底责任以及人口管理问题,多数地区并未放开非本地户籍人口以灵活就业人员身份参加职工医保。2020年,国办发布《关于支持多渠道灵活就业的意见》,强调加大对灵活就业人员的保障支持。多数城市陆续放开政策限制。例如,上海市出台关于灵活就业人员参加本市职工基本养老、职工基本医疗保险有关问题的通知,明确符合条件的外省市户籍灵活就业

病保险的封顶线。“便”是指更加方便参保人员就近享受医疗服务,推动更多村卫生室纳入基本医保定点,并直接结算,推动集采药品更多在基层落地,把集采红利更多释放给基层。

为持续巩固拓展全民参保成果,当前和今后一个时期,需进一步提升医保服务便捷性、可及性和定点医药机构服务规范性,不断提高参保群众满意度和获得感。其一,优化完善医保参保缴费政策。研究探索将职工医保和居民医保合并实施,建立按家庭参保缴费,按家庭和个人的全口径收入(包括工资性收入、经营性收入、财产性收入和转移性收入等)为基础、单位和居民自主申报、医保和税务部门依法监管的“缴费即参保”机制,体现参保缴费制度的公平性和基本医保再分配功能。其二,坚持依法治理、依法参保。加快推进医疗保障立法进程,通过法律法规规范约束各类用人单位和居民的参保行为、责任权利和义务,推动高质量参保。其三,建立以参保登记、缴费、就诊及居民健康状况等为主要内容的居民健康保障全生命周期档案,通过大数据、区块链和AI等新技术,对单位、家庭和个人的就业、收入、参保、缴费及待遇信息等实时动态跟踪记录,精准实施医保救助兜底,保持基本医保全覆盖。

人员可在本地参保。

三是外来的、非就业的居民,主要是学生、随迁的儿童、老人以及其他未被职工医保覆盖的群体。由于居民医保在参保缴费时直接涉及财政补贴,而各地财政状况存在差异,地区补贴水平也有差距,往往一些大城市的补贴额与中小城市有几倍之差,因此多数地区未放开非本地户籍居民参保。近年来,随着公共服务均等化不断推进,一些地区开始放开非本地户籍居民在本地参加居民医保的限制。比如天津,外地户籍居民只要在天津居住且有参保意愿均可参加当地的居民医保。

今年6月,中办、国办发布的《关于进一步保障和改善民生 着力解决群众急难愁盼的意见》提出,全面取消在就业地参加社会保险的户籍限制,健全参保激励约束机制,完善转移接续机制,稳妥有序提高城镇就业人员参加职工基本养老保险和医疗保险比例。未来,需积极稳妥推进非本地户籍人口在就业地和居住地参加基本医保,创新特大城市人口管理模式,发挥各地基层网格化管理优势。建立以常住人口为基础的全统一的参保人员信息库,解决重复参保、规避参保等问题,全面提高参保质量。做实地市级统筹、推进省级统筹,建立更高层次的基金调剂机制,全面打破基本医保的区域分割,推动民生建设更加公平、均衡、普惠、可及。

沉淀的个人账户资金,提升了医保基金使用效率,减轻了家庭医疗费用负担。据国家医保局数据,今年1月至6月,职工医保个人账户共济2亿人次,金额261.77亿元。从共济用途看,即时调用被绑定人个人账户方式共济用于支付在定点医疗机构就医发生的个人负担的医疗费用234.97亿元,用于支付在定点零售药店发生的个人负担的费用14.93亿元,用于参加基本医保等的个人缴费7.28亿元。通过“医保钱包”转账方式进行共济的数据也在持续增长,仅今年6月,以此方式实现省内、跨省共济共3.59万笔,转账金额2290.19万元。其中跨省转账1.11万笔,转账金额857.32万元。各地积极扩大职工医保个人账户共济范围,有效缓解了家庭医疗费用负担。例如,江苏省通过推动个人账户家庭共济,明显降低了家庭成员慢性患者的用药压力;浙江省统计发现,部分家庭的年医疗费用支出下降了10%至15%。

未来,需持续提升医保服务可及性和定点医药机构服务规范性,不断提高参保群众满意度和获得感。提高经办管理效率,增加账户资金共济使用的便捷性。健全完善个人账户使用管理办法,做好收支信息统计,切实解决好群众看病就医的后顾之忧。

近年来,我国在提升参保质量、优化参保结构方面取得哪些积极成效?

谭中和(中国劳动学会薪酬委员会会长、中国劳动和社会保障科学研究院副院长):医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。我国基本医疗保险制度包括城镇职工基本医疗保险(简称“职工医保”)和城乡居民基本医疗保险(简称“居民医保”),覆盖城乡全体就业和非就业人口,公平普惠保障人民群众基本医疗需求。

党的十八大以来,我国基本医保参保质量持续提升,参保结构更加优化。日前发布的《2024年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,截至2024年底,全国基本医疗保险参保约13.27亿人,参保率稳定在95%以上。其中,职工医保参保37948.34万人,居民医保参保94713.73万人。全国基本医疗保险基金总收入34913.37亿元,基金总支出29764.03亿元。各地深入实施全民参保计划,优化参保结构,提高参保质量,维护群众依法参保权益,切实解决好群众看病就医的后顾之忧。

数智赋能摸清参保底数。沈阳市以医保码为码源,将医保参保融入政务服务一码通办和公共服务一码通用,新增参保、中断参保、续保等30多项业务均可掌上办、网上办、窗口办、自助办,并利用大

进一步开放放宽在常住地、就业地参加基本医保的户籍限制,有何重要意义?

王震(中国社会科学院经济研究所公共经济学研究室主任、中国社会科学院大学教授):职工医保和居民医保两者的筹资模式不同。职工医保由用人单位和职工双方共同负担,居民医保则由财政补贴和个人缴费共同筹资。我国基本医保目前主要是地市级统筹,实行属地化管理,医保基金在统筹区内(通常是同一个地级市)维持平衡,各级财政负责对居民医保缴费进行补贴,并对职工医保和居民医保基金平衡担负兜底责任。

在我国基本医疗保障制度建立早期,各个统筹区主要以覆盖本统筹区内的职工和居民为主,他们通常具有本地户籍。随着改革开放深入推进,区域分割、属地化管理的制度模式已不能适应人口大规模流动、就业形式多样化的形势。一是大量流动人口参保难,在就业地和居住地难以参保,回到流出地参保又面临额外成本。二是医保管理难,各个统筹区之间经常处在部分群体重复参保和参保不足的两难境地。三是限制了劳动力的正常流动,不符合积极融入全国统一大市场建设的要求。第七次人口普查数据显示,我国流动人口为3.76亿人,占全国总人口的四分之一,其中跨省流动人口为1.25亿人。对流动人口的参保问题,国家高度重

家庭共济的涵义是什么?扩大职工医保个人账户共济范围进展如何?

王宗凡(中国劳动和社会保障科学研究院医疗保障和护理保障研究室主任、研究员):家庭共济是指职工医保个人账户的资金,从仅供本人使用,拓展到可以给家庭成员和近亲属使用。但需符合两个前提,一是家庭成员和近亲属也参加了基本医保(包括职工医保和居民医保),二是办理了个人账户家庭共济。

参保人可通过国家医保服务平台APP地方专区、当地医保部门微信公众号、官方网站等的“职工医保个人账户家庭共济”功能模块线上办理个人账户家庭共济。需要注意的是:其一,家庭共济成员不包含配偶的父母;其二,被共济人可以使用共济人的个人账户资金支付在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用,但不能享受共济人的医保报销待遇,比如我们把手个人账户里的钱给父母使用,但父母看病能报销多少还是要依据他们参加的医保制度,参加职工医保的享受职工医保相应待遇,参加居民医保的享受居民医保相应待遇。

1998年,国务院作出《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,要求城

镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险,实行属地管理;基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合。

由于职工医保个人账户缺乏社会共济性,出现了参保职工“有病的不够花,没病的用不了”的状况,在一定程度上失去了医疗保障作为一种社会保障制度的再分配功能。例如,年轻、健康人群很少生病、很少发生门诊费用,个人账户就会大量结余,而年老、体弱人群发病频率高、医疗费用多,其个人账户常常入不敷出,自付的医疗费用负担沉重。在这种情况下,迫切需要通过建立共济保障机制,发挥医保在保障方面的作用。

2021年,国办印发的《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》提出规范个人账户使用范围,将职工医保个人账户使用人的范围从职工本人,扩大到其参加基本医保的“配偶、父母、子女”。2024年,国办印发《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导

意见》,进一步将职工医保个人账户共济亲属的范围由“配偶、父母、子女”扩大