

· 社会保险 ·

新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展

申曙光

[摘要] 过去二十余年我国社会医疗保险改革与发展的最大成就在于制度成功转型,“全民医保”制度体系建成,并在制度与政策层面基本实现“病有所医”。在以民生需求快速提高、人口高速老龄化、经济发展进入“新常态”、互联网和健康医疗大数据技术快速发展为基本特征的新时期,社会医疗保险的改革与发展必须科学处理好公平与效率、政府与市场、医保与医药医疗、医保管理与治理、医疗保障与健康保障、医疗与养老、医疗服务与健康服务业等关系,在此基础上合理确定新目标,完成一系列新任务,以建设公平有效、协调统一并具有可持续发展能力的现代社会医疗保险体系。

[关键词] 医疗保险体系;公平与效率;政府与市场;医保治理;健康服务业

我国自20世纪90年代中期开始的医疗保险(若无特别说明,本文中的医疗保险均指社会医疗保险,下同)改革取得的最大成就在于制度的转型,至今已建立起社会化的“全民医保”体系,并在制度与政策层面初步实现了“病有所医”的目标。然而,我国的社会经济发展已进入了一个新的时期,在这个新的时期,国民对医疗保险的需求以及医疗保险制度所处的内外部环境都发生了深刻变化。新时期医疗保险体系的进一步改革与发展需要在总结既往成就、分析现存问题的基础上,适应现实与未来的发展环境,树立新的思维与理念,确定新的发展目标与任务,满足人民不断增长的医疗与健康保障需求。

一、我国医疗保险体系改革与发展的成就与问题

自1990年代中期以来,我国用了20余年左右的时间建立起了社会化的医疗保险制度体系,成功地实现了制度的转型。在基本实现“病有所医”目标的同时,面临的问题也日益突出。

(一) 医疗保险体系改革的成就

1. 医保制度成功转型,“全民医保”制度体系基本建成

改革开放以来,我国医疗保险制度改革与发展的主线就是从劳保医疗、公费医疗向社会化

[作者简介] 申曙光,中山大学岭南(大学)学院、国家治理研究院教授、博士生导师。主要研究方向:医疗保障。

医疗保险的转型。最初的二十余年是改革模式的小规模多样化探索与“试点”，其后的近二十年逐渐建立起了包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险制度的新型医疗保险制度体系，即形成“全民医保”体系。

“全民医保”体系的建成主要体现在制度层面实现了参保人员的全覆盖。除了少数重复参保、遗漏参保的人员，三大基本医疗保险制度已基本实现“应保尽保”。与此同时，三大基本医疗保险制度和医疗救助制度的建立以及保障水平的逐步提高，使得全体国民“病有所医”的目标基本实现。这不但表现在参保人医保政策范围内的门诊与住院费用报销比例逐步提高方面，也表现在医疗资源日益丰富、医疗服务可及性有效提高、居民就医选择范围不断扩大等方面。

2. 城乡居民大病保险全面推开，与医疗救助制度相衔接助推“精准扶贫”

城乡居民大病保险是在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度安排，是对基本医疗保险的有益补充。这一制度的建立是“十二五”期间医疗保险制度改革与发展的一项重要成就。2012年8月，国家发改委、卫生部、人力资源社会保障部（以下亦简称人社部）与保监会等六部委联合发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会〔2012〕2605号），明确提出针对参保人大病负担重的情况，引入市场机制，建立大病保险制度。2013年，相关部委又发布相应的实施细则，为大病保险试点工作奠定了良好的基础。2014年前后，城乡居民大病保险开始试点，并逐步扩大实施范围。至2015年底，城乡居民大病保险已基本实现全覆盖，使得大病患者的负担进一步减轻。尽管在具体实施机制上还存在一些问題，但大病医保这一制度理念在总体上得到了社会的认同。

特别是，随着城乡居民大病保险制度的进一步巩固完善，大病保险与医疗救助制度进一步衔接，对重点救助对象和低收入救助对象基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销后个人负担的合规医疗费用，直接予以救助，发挥保障合力，助推“精准扶贫”，有效防止了家庭灾难性医疗支出。

3. 医保信息化管理系统发展较快，管理水平不断提升

我国医疗保险信息管理系统的建设始于21世纪初期，其发展经历了从单机系统、局部网络系统到整个部门统一信息系统的发展阶段，目前已经实现国家、省、市、县、乡、村六级网络覆盖，初步实现各种管理功能。特别是，医保管理经办机构与医保定点医疗机构的联网，以及即时结报等业务的快速发展，使得医保管理经办机构能够通过网络平台实时监控，在一定程度上有利于防止开大处方、滥检查、滥用药、乱收费，对于控制医疗费用不合理增长和助力医院的内部管理产生较大的促进作用。

随着“互联网+健康医疗”服务的兴起，部分地区开始通过购买服务的方式引入社会力量，运用互联网技术与智能型监控平台进行医保控费，为未来整合线上线下资源并有针对性地促进以“重心下移、资源下沉”为基本目标的分级诊疗提供了可能，也为实现健康管理奠定了基础。

4. 基本医疗保险制度的改革推动“三医联动”改革

基本医疗保险制度的改革对于深化医药卫生体制改革具有基础性作用。医保作为连接医疗卫

生服务供给方和需求方的纽带，是医改的基础性调节杆、关键性支撑点和持续性反馈链^①。医疗保险制度主要通过支付机制、谈判机制和联动机制在医改中发挥基础性作用，最终推动三医联动改革。例如，医疗保险制度通过制定医疗服务的不同报销比例、不同等级医疗机构之间的报销差距，在引导居民的就医选择，实现看病就医分流，促进分级诊疗的实现方面发挥着重要作用。医保的支付机制在很大程度上左右着医改的纵深发展，通过医保支付方式的改革，在实现对医疗费用进行合理补偿的同时，也可发挥对医疗服务机构的资源配置作用。

（二）医疗保险体系改革与发展的问題

1. 制度公平性程度有待提高

保障全体参保人员不论其户籍、身份、就业等条件如何而享有均等的基本保障待遇是“全民医保”的基本目标；医疗保险的覆盖范围、筹资水平、保障待遇、医保目录等相对一致则是“全民医保”的内在目标。然而，我国医疗保险制度虽然实现了“广覆盖、保基本”，但不同人群进入差异甚大的不同制度、各统筹区制度差异甚大等问题则严重地降低了制度的公平性。

除了强制性参保、筹资水平较高的职工医保外，自愿参保的居民医保和新农合筹资水平较低，职工和城乡居民筹资水平差距大。筹资水平的城乡与人群差异，进一步影响医疗保险待遇的城乡差异、群体差异。特别是，由于公立医院改革始终未破除逐利机制，医疗费用的不合理增长未能得到有效控制，农村居民自费医疗费用占其收入的比重在相当部分地区近年还在上升，“看病贵”仍是农村居民就医的首要难题。

无论是城镇职工基本医疗保险制度，还是城乡居民基本医疗保险制度，或是医疗救助制度，各统筹区在筹资水平、待遇水平等方面都存在差异。就全国范围来看，地区差异较大。这不但影响制度的公平性，更影响了劳动力的流动，影响了统一的社会政策的实现。

2. 医疗保险支付方式不能适应医保控费及医改深化的需求

医疗保险的支付方式作为医院的补偿机制，承担着资源配置和利益调节的机制性功能。医疗保险制度建立之初，医疗机构一般执行“按服务项目付费”方式，这一方式简单易行，但滋生“大处方、滥检查”等过度诊疗行为，增加了医保基金和患者的个人负担。2004年前后，国家开展了按病种付费的改革试点，但成效甚微。2011年5月，人社部发布《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》，明确提出探索总额预付制度改革，在此基础上结合门诊统筹，探索按人头付费；结合住院、门诊大病保障，探索按病种付费。这种改革对医疗费用实现刚性的预算约束，费用控制效果较好，但由于缺乏必要的过程控制，容易导致医疗服务质量下降及高就诊率的形成。

2016年6月底，人社部印发《关于积极推动医疗、医保、医药联动改革的指导意见》，提出要把支付方式改革放在医保改革的突出位置，推进按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等多种付费方式相结合的复合支付方式改革。这种改革的方向是正确的，但由于我国地区差异大，仍难以形成可以普遍推广的模式。如何通过合理的支付方式兼顾患者、医保、医院三方的利益，确保个人负担不增加、医保基金可承受、医院运行能维持将是医疗保险改革的长期议题。

^① 仇雨临、翟绍果：《医保在医改中发挥基础性作用的实现路径》，《中国医疗保险》2016年第12期。

3. 医疗保险管理体制改革滞后

由于当初的医疗保险改革缺乏整体设计,形成了分散的管理体制,客观上增加了管理协调成本,降低了管理经办效率,日益成为医疗保险发展与医改深化的障碍因素。

城乡居民医保制度的整合难题从深层次上反映了这一问题。2016年,国务院发布《整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号),提出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。这种整合有利于提高制度的公平性与效率,但管理体制的问题仍没有得到解决。从实践来看,上述《意见》并未对整合后的管理部门加以明确,更多地只是强调筹资政策、保障待遇、医保目录等政策层面的整合与公平,导致各地出现了不同的整合模式。并且,正因为管理体制仍未实现统一,国家虽大力推动城乡医疗保险制度的整合,但各地区施行进度参差不齐,整合效果也受到影响。

4. 个人账户设置亟需调整

城镇职工基本医疗保险个人账户建立之初是为了吸引职工积极参保,提高参保对象对新制度的认可和个人的责任意识。然而,随着“全民医保”制度的实现,个人账户的弊端日益显现。申曙光、侯小娟基于广东省的数据分析认为,从名义筹资负担比率和实际筹资负担比率来看,个人账户的筹资不公平;弱化个人账户功能有利于统筹基金的平衡运行^①。由于城镇职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户共同组成,个人账户划入比例的不同将对统筹基金的运行和平衡产生较大的影响。根据《2015年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》的数据,个人账户积累4429亿元。这与部分地区统筹基金不足具有直接的关联性。事实上,医疗保险的个人账户资金常常被用于消费医疗服务以外的产品或服务,从而造成了本来就有限的医保资金的浪费。

此外,个人账户的设置阻碍医保体系的一体化整合。在推进城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险整合时,亟需调整、逐步取消个人账户的设置,提高医保的资金统筹能力。

5. 医疗保险的制度理念日显落后,需要“升级换代”以适应民生需求的变化

随着经济水平的提高、社会化医疗保险制度的全面建立和保障水平的逐步提高,我国民众的医疗需求快速释放,且呈现差异化和多层次性。这些都使得传统的医疗保险理念日显落后。

以老龄化造成的疾病谱变化为例,“常见病多发病”日益成为医疗卫生需要解决的主要问题,医疗模式需要做出改变,而这又需要医疗保险理念的改变,“病有所医”的基本理念需要转变为注重“保健康”、“治未病”。这表明,医疗保险的制度理念需要适应新时期民生需求特别是医疗健康需求的变化,进而“升级换代”,更加关注医疗保险对于居民健康的保障作用。

二、我国医疗保险体系改革与发展的新环境

(一) 人口高速老龄化

中国正在进入全面高速老龄化时期,并形成了具有“中国特色”的人口老龄化:老龄人口

^① 申曙光、侯小娟:《医疗保险个人账户的公平与效率研究——基于广东省数据的分析》,《中国人口科学》2011年第5期。

规模大,增速快,“未富先老”。截止2015年底,全国60岁及以上老年人口22200万人,占总人口的16.1%^①。《中国养老金融发展报告(2016)》进一步指出,以65岁以上老龄人口看,预计2030年将达到2.8亿人,占比为20.2%;2055年达到峰值,老龄人口达4亿人,占比27.2%^②。

高速老龄化不仅对医院、医生、医疗服务资源的需求提出了更高的要求,同时也对医疗保险制度的改革与发展、医保基金的收支平衡构成了严峻挑战。研究表明,65岁以上老年人口的人均医疗费用是65岁以下人口的3—5倍^③。据统计,早在2009年,城镇职工医保的参保人口中,只占参保人总数大约1/4的退休人员却消耗掉了住院统筹基金的60%^④。

随着高龄老年人口的增加、疾病谱的变化以及医疗水平的提高,医疗保险基金收支平衡与可持续发展的压力快速增大。统计表明,2013年,我国65岁及以上人口慢性病的患病率为539.9‰。其中,高血压的患病率为142.5‰,糖尿病的患病率为35.1‰,肌肉、骨骼结缔组织疾病的患病率为31.0‰^⑤,多数老年人都患有以上慢性病。多数慢性病治疗周期长,直接增加了医保基金的支出额度,进而增加了医保基金收支平衡的风险。在医疗费用高速增长的压力下,未来新参保人的缴费结余不能满足当期大量退休老人的医疗需求,由此,将会产生更大的医保基金赤字和隐形债务。

为应对这一局面,人们提出了“医养结合”的服务模式,这对整合养老和医疗两方面的资源、优化养老服务与医疗服务的供给提出了新的挑战。特别是,随着经济社会的发展,老年人对于医疗、养老等的需求也发生了变化,不仅追求“病有所医、老有所养”,更加注重晚年生活的质量,追求“健康养老”。基于我国老年人口基数大、增速快的严峻现实,如何实现“医养结合”、应对高速人口老龄化,是新时期我国医保改革与发展面临的主要挑战之一。

(二) 新型城镇化

新型城镇化的核心是以人为本,推动城乡协调发展,消除城乡之间在居住、就业、社保、教育、医疗、税收等方面的不公平,让农村居民与城市居民享受均等的公共服务。其关键在于农民特别是农民工的“市民化”,具体到医疗保险制度方面,就在于农村居民、农村进城务工人员能与城镇居民和职工享受基本一致的医疗保险待遇,即实现医疗保险制度的一体化。

医疗保险一体化的实现与发展在很大程度上取决于医保基金收支平衡状况的变化,取决于地方政府的财政负担是否可承受。然而,一方面,新型城镇化过程中的基础设施建设、公共服务供给、农村劳动力转移等都需要大量资金的支持;另一方面,在经济发展进入新常态时期后,我国广大地区的财政收入增长速度放缓,加之各地区城乡发展的差异,医疗保险制度的一体化

① 《2015年社会服务发展统计公报》,民政部官网:<http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201607/20160700001136.shtml>,2016年7月11日。

② 参见中国养老金融50人论坛:《中国养老金融发展报告(2016)》,社会科学文献出版社,2016年。

③ Ulf-G. Gerdtham, "The Impact of Aging on Health Care Expenditure in Sweden," *Health Policy*, 1993, 24(1).

④ 《老龄化吞噬医保基金 25% 退休人员用去 6 成统筹基金》,全国老龄工作委员会办公室网站:<http://www.cn-caprc.gov.cn/contents/37/21416.html>,2010年8月20日。

⑤ 国家卫生和计划生育委员会:《2015中国卫生和计划生育统计年鉴》,中国协和医科大学出版社,2015年,第238页。

与可持续发展将部分挤占新型城镇化建设的财政资金，并有可能日益成为“难以承受之重”。

（三）经济发展的“新常态”

经济发展“新常态”是指经济从高速增长转向中高速增长的发展阶段。经济增长放缓客观上会影响财政对社保投入的增长。以医疗保险事业为例，新农合和城镇居民医保在短时间内快速发展的一个原因就是财政的直接扶持，随着经济增长方式的调整 and 变化，地方财政收入增速放缓，而现有的待遇水平由于福利刚性难以下调，所以各级政府面临着很大的医保支出压力。

经济发展“新常态”与医疗保险之“全民医保”的新阶段平行发展，经济新常态对全民医保的发展形成挑战。突出表现在：经济增速换挡必然带来财政收入总量和结构的改变，财政收支压力将进一步加大。而医保的全覆盖、高速老龄化等都迫使医保基金支出的增加；与此同时，国家的总的指导方针又是阶段性降低企业社保缴费率，以减轻企业负担。可见，靠扩面征缴或提高缴费比例增加基金收入都不可行，今后医保的改革应当是完善基金使用管理办法，实行科学的控费管理，提高基金使用效率，也包括医保筹资机制的优化，还要建立适应财政、居民收入增长状况和医疗费用上涨趋势的筹资动态增长机制。

（四）互联网和健康医疗大数据的发展

互联网和健康医疗大数据的发展给医疗保险的发展提供了重要的机遇，特别是在改进管理手段、提高管理水平方面，同时也对管理理论与实践提出了更高的要求。

基于互联网技术和医疗大数据的智能化医疗平台既有利于大幅改善患者就医体验，减少信息不对称，提高医院系统的工作效率，也有利于大规模开展医保控费、智能化筛查不合理医疗行为，解决医保费用过快增长的问题。基于大数据和互联网技术，挂号、医生选择、缴费、诊疗排队、开药、主动疾病监测、病例资料信息化、在线医疗服务平台、移动端医疗健康应用等智能化医疗系统平台的开发与利用，能有效地促进医疗资源下沉、增大医疗资源的可及性。未来，基于医保大数据开发的决策支持系统，或会使得“智能机器人医生”看病成为可能。

近年来国家积极出台相关政策，鼓励“互联网+健康医疗”的发展。2016年6月24日，国务院办公厅发布《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》（国办发〔2016〕47号），提出要大力推动政府健康医疗信息系统和公众健康医疗数据互联融合、开放共享，建议通过“互联网+健康医疗”探索服务新模式、培育发展新业态。同年10月底，中共中央、国务院发布《健康中国2030规划纲要》，进一步提出要推进健康医疗大数据应用，推进基于区域人口健康信息平台的医疗健康大数据开发共享、深度挖掘和广泛应用。

这些方面的发展将带来医疗保险和健康医疗模式的深刻变化，有利于激发医药卫生体制改革的动力和活力，提升健康医疗服务效率和质量，扩大资源供给，满足人民群众多层次、多样化的健康需求。

（五）健康中国建设与医疗服务、医药产业的发展

近年来，国家积极促进健康与养老、旅游、互联网、健身休闲等民生产业融合，催生健康新产业、新业态、新模式。一方面，着力优化多元办医格局，积极支持社会力量举办医疗机构，破除社会力量进入医疗领域的不合理限制和隐性壁垒，鼓励医师利用业余时间到基层医疗卫生

机构执业，鼓励退休医师开设工作室，在扩大医疗资源总量的同时，优化医疗服务资源的分配格局。另一方面，加大政府购买医疗服务的力度，支持社会资本投资、设立医疗机构，推动非公立医疗机构向高水平、规模化方向发展。

《健康中国 2030 规划纲要》提出，国家确立以“促进健康为中心”的大健康观和大卫生观，这也对医保制度的改革与发展提出了新要求。其一，医疗保险制度的改革与发展更加注重以人为本，关注全民健康。并从经济社会全局审视、定位医保，关注疾病谱的变化，关注健康 GDP 和如何控制健康危险因素、降低发病率等社会经济问题对医保的制约和影响，并把人民健康融入全民医保的政策和举措之中。其二，医疗保险改革与发展的终极目标是让健康福祉惠及全民。在坚持“广覆盖、保基本、多层次、可持续”的方针下，创新“健康守门人”制度，实现由被动的疾病救治保险向助力预防和健康促进转变，降低居民高血压、心脑血管病等诸多慢性病的发生率。

（六）政府职能从管理向服务的转变

新公共管理理论认为，政府的职能主要是“掌舵”而非“划桨”，因此主张将管理和操作分开，并提倡公共服务的多元化，主张由集权式管理向分权式管理转变。

政府在医疗、养老等社会保障领域承担着巨大的责任，相应地也支配着巨大的社会资源。资源的有限性决定了政府必须“花费更少、做得更好”，更有效地使用公共财政资源。对此，在新公共管理理念的指导下，政府一方面需要采用企业化的管理方式来提高效率，把竞争机制引入到公共服务领域中去，充分借助市场、社会团体、社区、志愿组织等多元主体的力量优化公共服务供给，提高效率；另一方面，需要改变传统的行政管理职能，打造服务型政府模式。

政府职能转变的实质是，使市场在资源配置中起到决定性作用，优化生产要素组合，同时要求政府在政策引导、监管约束和公共服务等方面完善职能。虽然“政府主导抑或市场主导”的医改之争从未平息，但在新时期，在医保、医药、医疗“三医联动”的改革中，共识在快速凝聚，这样一种改革趋势是明确的：政府更多的是解决医疗服务供给的“公平性”问题，医疗服务供给和医疗服务资源配置的“效率”问题则需要发挥市场机构及市场机制的作用。这对于医疗保险的改革与发展必将产生重大的影响。

三、我国医疗保险体系改革与发展中的重要关系

经济与社会发展的新要求新趋势不仅对未来我国医疗保险体系的改革与发展提供了重要的机遇、提出了重大挑战，更突显了改革与发展中所面临的一些彼此既紧密关联又充满矛盾的重要关系。清晰界定并妥善处理这些关系，才能实现我国医疗保险体系的顺利改革与健康发展。

（一）公平与效率的关系

在我国从计划经济向市场经济体制转型的过程中，有关公平与效率的争论一直持续不休，这在具有准公共品性质的医疗和医疗保险领域显得尤为突出。理论上，医疗保险的“绝对公平”意味着所有公民都能享受到完全免费的医疗，而“绝对效率”则要求医疗、健康资源在全社会

成员间实现最优配置。显然，二者都无法在现实生活中完全实现，并且，事实上，缘于医疗与健康需求无限性与医疗资源稀缺性之间的矛盾，无论从理论上还是在实践当中，世界各国医疗保险的改革与发展过程也总是一个公平与效率关系不断调整、不断权衡取舍的过程。

全体公民都能享有较为公平的医疗服务和医疗保险既是我国社会主义市场经济体制的改革目标，也是公民应当享有的基本权利。因此，维护医疗保险的公平性、普惠性、均等化必须作为改革的第一要义，这至少包括建设和发展全民医保体系、确保医疗卫生体系整体上的公益性、重点支持和帮扶弱势群体的医疗保障等重大命题。在确保这一体系普惠公平的基础上，促进医疗资源的最优化配置也同样决定了改革的成效，这包括构建多层次医疗保险体系，实现公立医院与民营医院的并重发展，通过合理的支付方式、合理的监管方式及基层首诊与分级诊疗等手段提高医保与整个医疗体系的效率等。

尽管公平与效率难以兼得，但许多学者认为公平是医疗卫生领域的主要政策目标，甚至应当把公平目标放在效率等其他目标之前考虑^①。尽管二者在很多情况下是互相牵制的，但必须认识到，牺牲公平的效率是不合情的，而牺牲效率的公平是不合理的。而在实践中，医疗保险的公平与效率关系是动态发展的，对二者关系的权衡处理将是世界各国医疗保险体系改革与发展的永恒主题。这一特点在医疗资源和医保资源均更为有限的我国将更加明显。

（二）政府与市场的关系

在医疗保险等领域，政府在促进公平方面具有比较优势，而市场和社会力量“擅长提升效率”。因此，上述有关公平与效率关系的争论在实践过程中往往具象化为政府与市场的角力。在世界范围内，无论是市场化程度高的美国、日本还是相对“保守”的欧洲各国，医疗保险都离不开政府与市场的双重参与。

在我国医疗保险的发展过程中，政府是提供、监督和管理医疗保险的主体，负责基本政策制定、组织协调、筹资管理和具体的监管，以实现维护社会公平、确保所有公民都能公平普惠地享受医疗保险的目标，其基本方式就是推行全民医保、强制参加基本医疗保险等。同时，政府也需要鼓励和支持商业医疗保险参与医疗保险体系的建设，不仅让市场力量作为体系运转的润滑剂，而且充分发挥其在保险精算、专业化管理、纵向及横向配置市场资源等方面的相对优势。另一方面，市场和社会力量应当发挥其专业化、精细化、科学化的经办优势，促进医疗保险资源有效地在公民个体之间优化配置，提高医疗保险体系的效率。例如，商业保险机构能利用专业优势承办保险，提高体系的运行效率、服务水平和质量；市场和社会力量能够补充和完善医疗保险体系，例如投身慈善救助、开展社会援助等；市场和社会力量能够敏锐、及时发掘医疗体系的新兴增长点，例如兴建非营利性医疗机构、投资和参与健康服务业等，这在客观上也可以增大医疗资源的总量，促进医疗保险体系的发展与完善。

总体而言，在医疗保险领域，政府与市场不是对立和矛盾的关系，而是协同和促进的关系。在发挥各自优势的同时，还可以有助于避免行政手段过度干预资源配置，而又确保市场行为的正当性和合规性。换言之，“政府”与“市场”在医疗保险领域也可以实现完美的结合。当然，

^① 参见 Gavin Mooney, *Economics, Medicine and Health Care*, Financial Times Prentice Hall, 2003.

这首先需要政府人员解放思想，在思想理念上认识到二者的价值与优势，认识到二者的缺陷与劣势，从而认同政府责任与市场机制是可以合理结合的。

（三）医保与医药、医疗的关系

在医疗和医药作为主要供方而国民作为需方的医疗卫生体系中，医疗保险通过筹集资金和医疗费用偿付，成为连接供需双方的重要纽带。因此，医疗保险的制度安排——基金筹集方式、报销比例、报销范围、支付方式、管理机制、运行模式，不仅能对参保人的医疗服务需求产生重要影响，而且能够从根本上影响医疗服务、药品的供给方式、价格和质量。

目前，由于医疗卫生体制改革的不到位，医保与医药、医疗“三医”改革脱节，医疗保险改革受到严重阻滞。特别是，医疗保险、医疗服务和医药管理分属人力资源和社会保障部门、卫生计生部门与发改物价部门主管，难以实现联动改革。尽管自上个世纪90年代以来的医疗体制改革就一致强调推进医疗、医保、医药联动，但是“三医联动”的主要抓手、三方改革措施的优先序与匹配性，以及患者、医院和医药厂商利益关系调整等问题都存在众多的“模糊地带”，因此长期的改革都未能实现目标。

“三医”联动是中央为破解医疗卫生体制改革难题提出的要求。这一要求贯彻了政府主导医疗卫生体制改革的基本方针，体现了中央在新一轮深化改革中倡导的整体性、系统性、协同性思维。“三医”联动的要义是强调与医疗卫生体制改革关系密切的医疗、医保、医药领域的改革需要互相协调、形成合力，共同推进医疗卫生体制改革向纵深发展。

（四）医保管理与治理的关系

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》就加强和创新社会治理、推进国家治理体系和治理能力现代化作了全面部署。在我国从社会管理向社会治理转型的新时期，医疗保险体系的改革与发展要以此为契机，实现从管理向治理的转变。

医疗保险管理主要依靠结算方式对医疗机构进行管理和监督。在中国医疗保险体系创立初期，医疗保险管理的行政色彩和部门特征浓厚，都是以基金收支平衡为核心，例如，依赖医疗保险基金收入状况和定点医疗机构上年度的费用状况制定总额控制政策，缺乏对医生、医院治疗诊断行为的充分尊重，缺乏对医院发展的正确引导。从我国迄今为止的医疗卫生体制改革效果来看，这种管理方式对于控制医疗费用的不合理增长收效甚微。不同于医疗保险管理，医疗保险治理是指在医疗服务利益相关方之间建立长期合作与实现共赢的契约机制^①。从管理走向治理，需要传统的行政管理思维向创新的服务管理思维转变，需要打破原有的行政垄断格局，建立多方参与、开放型的治理平台，需要以开放包容、与时俱进的理念实行科学化、智能化、人性化的引导与监管。可以预测，这种转变在具体的实践中将面临部门利益冲突、人员思想观念落后等障碍与困难。

（五）保疾病与保健康的关系

自1998年我国全面开启医疗保险改革以来，政策层面一直以保障公民的医疗服务需求作为医疗保险的目标。无论是城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险抑或新型农村合作医疗，都强调“减轻因疾病带来的经济负担”。时至今日，“保疾病”仍然贯穿于城乡居民大

^① 杨燕绥等：《医疗保障与经济发展相适应的治理机制》，《国家行政学院学报》2016年第2期。

病保险、整合城乡居民基本医疗保险制度等各项医疗保险改革中。

经过近二十年的努力,保障医疗服务需求、实现“病有所医”作为我国医疗保险体系建立初期的政策目标已经基本达到。在新时期,这一政策目标已经不适应于迅速升级的民生需求,医疗保险不能满足于“病有所医”、“全民医保”这些中间目标的实现,而是要向着“保健康”的终极目标去定位自身的发展。在习近平总书记提倡“健康中国”建设理念的大背景下,将保障公民的健康作为未来医疗保险发展与改革的方向不仅是大势所趋,更是“以人为本”的具体体现。“健康中国”建设意味着,需要以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业为重点,把健康融入所有政策,全方位、全周期保障人民健康,大幅提高健康水平,显著改善健康公平。显然,这对于医疗保险体系的改革与发展提出了新的更高的目标与更为丰富的内容。

(六) 医疗与养老的关系

我国的老龄化趋势已然十分严峻。老年人群是医疗服务的主要消费者。老年人群的医疗需求具有频繁、长期、复杂等特点。因此,老年人群的医疗保障必须与养老服务、养老保障相结合,共同确保老年人能够健康、舒适地安享晚年,这不仅是医疗保险公平与效率的要求,也是养老体系发展的基本目标。

近年来,中央政府十分重视推进医疗卫生与养老服务相结合的工作,相继出台了多项政策措施^①,提出把保障老年人基本健康养老需求放在首位,对有需求的失能、部分失能老年人,以机构为依托,做好康复护理服务,着力保障特殊困难老年人的健康养老服务需求;对多数老年人,以社区和居家养老为主,通过医养有机融合,确保人人享有基本健康养老服务。推动普遍性服务和个性化服务协同发展,满足多层次、多样化的健康养老需求。

在医养结合顶层设计的指导下,各级政府需要根据各地现有的医疗资源、养老资源、医疗及养老保险制度、社会经济环境,落实和贯彻“把保障老年人基本健康养老需求放在首位”,针对老年群体的医药需求、健康需求、养老保障、养老模式、养老需求出台一系列有针对性的改革措施,例如为老年群体建立长期照护保险制度,鼓励和发展居家养老,鼓励和发展老年照护机构,借助社会力量方便老年人群的疾病治疗和康复疗养。

(七) 医疗服务与健康服务业的关系

民生需求的迅速升级和发展不仅催生新型民生服务产业,也对传统的民生服务方式、内容、质量提出了新的挑战和要求,其中最为突出的便是居民不再满足于保障其医疗服务需求,而要求保障其健康、长寿的需求。在这样的背景下,我国的健康服务业已经应运而生。健康服务业以维护和促进人民群众身心健康为目标,主要包括医疗服务、健康管理及促进、健康保险以及相关服务,涉及医疗、药品、医疗器械、保健用品、保健食品、健身产品等支撑产业,覆盖面广,产业链长。

加快发展健康服务业,是深化医疗卫生体制改革、改善民生、提升全民健康素质的必然要求,

^① 《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发〔2013〕35号)、《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)、《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》(国办发〔2015〕84号)。

是进一步扩大内需、促进就业、转变经济发展方式的重要举措,对稳增长、调结构、促改革、惠民生,全面建成小康社会具有重要意义。因此,未来我国的医疗保险要鼓励和支持健康服务业的发展。医疗服务是健康服务业的核心,但并不是其全部;健康服务业扩展了医疗服务的内涵,更好地满足了人们的医疗健康需求。医疗保险不应局限于促进医疗服务发展这一小目标,而要服务于健康服务业发展这一大目标。

四、我国医疗保险体系改革与发展的新目标与新任务

综上所述,我国医疗保险体系改革与发展已然取得了令人瞩目的成就,但随着民生需求的快速升级、人口老龄化、互联网科技与大数据时代的来临,医疗保险发展面临着许多机遇和挑战。在新的时期,需要围绕上文所阐述的重要关系,去理解和定位医疗保险体系发展的新目标,完成新任务。

(一) 医疗保险体系改革与发展的新目标

经过三十余年的探索与发展,我国建立了“全民医保”体系,基本实现了“病有所医”,在保障国民医疗需求、提升国民健康水平、配合医药卫生体制改革等方面取得了巨大的成就。但是,应当清醒地认识到,在新的时期,经济、思想、科技、民生都在发生着深刻而快速的变化。我国的医疗保险不仅要适应这些变化,更要将这些外部变化转化为体系改革与发展的动力和优势。这需要突破传统的政府主导一切的行政思维,以开放和包容的心态鼓励市场力量的崛起,运用互联网+、大数据技术提升体系的运行管理效率,协同医疗、医药联动改革,完善各项医疗保险制度,完善全民医保体系,并积极促进医养结合,大力发展健康服务业和健康管理,推进“健康中国”建设,将以“病有所医”为最终目标的“小医保”发展成为保障国民健康需求的“大医保”。

(二) 医疗保险体系改革与发展的新任务

针对上述新目标,在新的时期,我国医疗保险体系改革与发展需要完成六大新任务。

1. 加快制度整合,促进医疗保险的公平化发展

近年来,中央政府已经明确提出了构建城乡居民社会医疗保险体系的要求。从全国范围来看,已经实施新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度整合的省、市也取得了良好的效果。在尚未实现基本医疗保险城乡一体化的统筹区,需要努力减少城乡差异所带来的医疗保险不公平性,使所有社会成员拥有享受医疗卫生服务的同等机会。

已经实现医疗保险城乡一体化的统筹区,应当进一步推进基本医疗保险的一体化进程,缩小城镇职工与城乡居民之间的待遇差距。卫生服务的提供不应根据支付能力大小和地域的及性,而应与社会成员的实际需要相联系即取决于需求水平(健康状况),实际需要相同的人均可以获得同等质量的卫生服务。值得肯定的是,广东省佛山市、东莞市、中山市和深圳市先行先试,已经以不同方式率先实现了基本医疗保险的一体化,这为我国其他统筹区进行制度的最终整合、形成一体化的医疗保险制度提供了经验借鉴。

2. 充分发挥市场机制的作用, 实现医保的科学控费

在国家卫生费用不断增长、医保资金对医院的支付也快速提高的同时, 无论是住院还是门诊, 总医疗费用、人均医疗费用、人次医疗费用近年来都在以较高的速度逐年增长, 其中既有因医疗技术水平提升所导致的“合理增长”, 更有因各种原因特别是因医院“逐利机制”未破除而导致的“不合理增长”。因此, 控制医疗费用的不合理增长依然是我国医疗保险体系改革与发展的重要任务之一。

尽管政府在制度框架设计、监督管理机制等方面发挥主导作用, 但并不排除市场和社会力量在控制医疗费用方面能够发挥独特别的作用。对于医疗费用的监测、监控、管理, 各地政府可以积极探索政府购买公共服务 (PPP) 的具体形式、监督管理机制, 借助第三方信息平台、智能化监控平台对医疗费用的来龙去脉、变化趋势进行精确把控, 对医疗费用的异常变化做到及时发现、及时处理, 从而在更高水平上控制医疗需求和医疗行为中的道德风险。

此外, 医疗保险体系的保障功能必然在一定程度上催生医疗费用的增长。鉴于医疗需求的多样性和复杂性, 政府要在立法、规划、投入和监管四个方面发挥主导作用, 在此前提下大力引入市场机制, 通过二者的有机结合, 既提高医疗保险的公益性和公平性, 又提高医疗服务质量和效率。在宏观调控方面, 医疗保险对于公立与民营医疗机构、公立与民营康复机构、公立与民营养老机构等健康服务业机构要“一视同仁”, 消除歧视, 在资金和政策上公平对待, 满足和保障不同个体、不同层次的医疗健康需求。

3. 以医保支付方式改革为核心, 优化“三医”关系, 促进“三医”联动

“十三五”期间是我国医疗卫生体制改革的又一个攻坚时期, 而突破口便在于医保、医疗、医药联动改革。广义的医疗价格体系是一个包含了价格标准体系 (狭义的价格体系)、医院收入分配体系、医院收入来源体系和医疗保险支付标准体系四个维度的综合性体系。协调改革要求, 以医保支付方式改革为核心, 既调整医疗服务价格, 纠正资源错配, 又推进收入来源体系、收入分配体系以及医疗保险支付标准体系的合理制定, 尤其是发挥医疗保险支付方式与标准的引导作用。最为重要的是, 支付方式与水平应能促进对医生技术劳务价值的认可, 同时坚决控制住医生和医院依靠过度医疗获得收益。

这种改革需要实现“三医联动”。造成过去改革低效的一个重要原因即是各部门“单打独斗”。但是, 这种联动不只是相互之间的配合, 也要求相互之间的制衡。这里需要破除一个思想误区: 将“三医联动”等同于将所有管理职能归于一个政府部门。医疗卫生与医疗保险体系中, 具有众多的要素与不同的利益主体, 不同利益主体关系的处理需要协调, 需要合作, 也需要制衡, 而这并不是一个政府部门所能实现的。因此, 不同政府部门行使不同职能, 以保证制衡机制的实现, 这本身具有合理性和必然性。当然, 这种制衡是共同的最终目标下的制衡, 并不是各类机构为维护自己的利益而相互制肘。

“三医”联动改革的当务之急是推动医院改革、医药改革跟上全民医保的发展步伐。全面推进医疗服务体系的建设, 关键是让公立医院回归公益性, 同时发展民营医疗服务。有必要降低公立医院的份额, 为民营医疗服务业的发展留出空间, 以便调动社会资源投向医疗卫生和健康服务领域。同时, 公立医院改革的一个重要方面是“去行政化”, 实现医院在公益性定位基

基础上的自主运作。完善医药领域的市场化政策,关键在于规范有序、公平竞争、严格监管。放开医药价格管制,是医药领域进一步市场化的标志,但需要尽快完善医药市场的规制,确保有序运行与公平竞争,而严格监管问责制势在必行。

4. 优化利用多元化资源,提高医疗保险体系的效率

鼓励商业医疗保险的参与。商业医疗保险在我国的发展缓慢,其中既有商业保险公司自身的原因,也有社会医疗保险中政府与个人责任边界不清晰的原因。尽管社会医疗保险只能提供基本保障,但制度设计上并没有让人们认识到这一点,相反,在社会医疗保险保障水平并不高的同时,却在多个方面存在着“泛福利化”的趋向,这阻碍了人们通过商业保险转移风险意识的形成,不利于商业医疗保险的发展。当然,政府实施的税收优惠也会促进商业医疗保险的发展,在这一方面,我国尚有很大的发展空间。同时,人们的保险意识在快速提高,这在客观上为商业保险在更大程度上补充社会医疗保险提供了可能。

鼓励和促进医养融合。在我国老龄化日呈高龄化、失能化、失智化、空巢化等严峻挑战的形势下,建立与养老保险和医疗保险制度并行的长期照护保险制度势在必行。在这方面,发挥政府的组织和管理责任非常重要。政府要在全社会范围内建立长期照护制度,做好长期照护服务提供体系的管理和组织工作,鼓励社会力量的加入,促进其在具体的服务提供方面的主体作用,并重视行业组织的发展和自我管理规范能力。

借助“互联网+”与大数据技术能够有效提升医疗保险的效率。鼓励创建智能化的医疗系统与平台,包括挂号、医生选择、缴费、诊疗排队、开药、主动疾病监测、病历资料信息化、在线医疗服务平台、移动端医疗健康应用等。其最重要的作用在于能够促进医疗资源总量的增加,促进医疗资源的合理分配,并有效实现医疗资源下沉、增大医疗资源的可及性。例如,患者通过移动互联网就能完成预约挂号、问诊、重复配药等流程,还可以通过系统对医生和医院进行评价,保持与医生的长期关系等。健康管理的实现也需要重视多元化资源的利用。人们的健康需求既是多样化的,也是个性化的,因此政府资源无法有效地满足所有的需求。

5. 借助新兴科技发展创新,实现医疗保险从管理向治理的转化

国家治理是一个新的概念;医保治理是国家治理的一项重要内容。医保治理的发展具有良好的外在条件。目前,我国乃至全世界已经进入一个全新的“大数据”时代。这对于医疗保险的发展是重大的机遇。应当以此为契机,充分运用互联网+及大数据的优势,鼓励多方参与,建立开放型的治理平台。

建立计算机网络化管理体系,实行对参保信息、收费、药品进销、结算、核补的网络化管理,可以有效排除“随意性”和“非理性”干扰,实现控制医药费用不合理增长;其次,应建立内外结合的价格控制体系,对内利用网络化优势,将各类医、药价格全面纳入信息化管理,实行同级同类医疗机构统一药品最高价格,对外将各类医、药价格进行全社会公布,以广泛接受社会、监督,有效避免乱加价、乱收费问题;同时,应建立相关费用指标控制体系,围绕合理检查、合理用药、合理收费制定限制医药费用不合理增长的各项费用控制指标。

以科技手段与工具促进医疗保险体系公平性的提升。运用互联网+与大数据推进医疗保险治理,将大大减少医疗保险服务供求双方的信息不对称,降低服务获取的门槛,提高服务的可及性,

并解决数字鸿沟、技术歧视等问题,确保服务和产品的公共性质,从而大幅度提升医疗保险的公平性。

6. 发展健康管理,提升国民健康水平

我国未来的医疗保险应当加强对卫生预防及初级医疗服务的投入,从保障国民的医疗服务需求向保障健康需求转变,从“重医疗”转向“重预防”,从“病有所医”转变为“健康管理”,最终走向“健康中国”。

在筹资能力允许的前提下,各地应实行普通门诊统筹。应强调慢性病管理,预防为先的方针;将常规体检纳入医疗保险报销范围;支持家庭医生和全科医生的培养;推进基层首诊、急慢分治、上下联动、分级诊疗的实现。

医疗保险体系的改革与发展要促进发展健康服务业,建立覆盖全生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务业体系,打造良性循环的健康服务产业集群,不断满足广大人民群众的健康服务需求。

从保障“病有所医”走向“促进和保障国民健康”是一个不断发展的过程,对于医疗保险来说无疑是一次革命,无法一蹴而就。这其中首先是观念的转变。这种转变是“小医保”向“大医保”的转变,是医保目标的转变,也是医保方式的转变。这种观念、目标与方式的转变过程也就是我国医疗保险体系改革与发展的过程。

Health Care Reform and Development in China in a New Era

Shen Shuguang

(Lingnan College, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510275, China)

Abstract: During the last twenty years, the greatest achievement of China's medical insurance reform and development has been its successful transformation to universal coverage, which has met people's basic medical needs. In a new era featured by the improvement of living standards, rapid population aging, new norm of economic development, and advancement in Internet technology and big data in health care, the reform and development of medical insurance should coordinate the relationship between equity and efficiency, government and market force, medical insurance and healthcare providers, administration and governance, medical insurance and health insurance, health care and pension, as well as health care and health industry. On the basis of some adaptive goals and new progress, a sustainable, unified, and coordinated social health insurance needs to be in place.

Key words: medical insurance; equity and efficiency; government and market; governance of health-care; healthcare industry

(责任编辑:仇雨临)