

我国医疗保障的制度转型与发展路径研究

仇雨临¹, 翟绍果²

(1. 中国人民大学劳动人事学院, 北京 100872; 2. 西北大学公共管理学院, 陕西 西安 710127)

摘要: 我国基本医疗保障制度已实现全民覆盖, 面临着从形式普惠到实质公平的制度转型。在从全民覆盖到城乡统筹的转型背景下, 以及从“病有所医”到“人人享有健康”的转型方向下, 文章提出通过制度设计、服务供给、经济支持三位一体的制度转型路径, 提升医疗服务质量和优化医保服务水平, 匹配持续的筹资体系与完善的支付系统, 在公共卫生、医疗服务、医疗保障和药品供应四位一体的转型条件下, 逐步实现从全民医保到国民健康保障的转型与发展。

关键词: 全民医保; 制度转型; 发展路径

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2014)02-0114-06

DOI: 10.3969/j.issn.1000-4149.2014.02.013

System Transformation and Development Path on Medical Care

QIU Yulin¹, ZHAI Shaoguo²

(1. School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China;

2. School of Public Administration, Northwest University, Xi'an 710127, China)

Abstract: China's basic medical care system has achieved universal coverage, faced the system transformation with substance fair. Under the transformation background from universal coverage to integration on urban and rural areas, and the transformation direction from the “medical care” to “health for all”, through the institutional transition path on system design, service delivery, financial support, this paper points out that how to improve quality of medical care and optimizing the level of health care services, match sustainable funding system and improving payment system, which in public health, medical services, medical care and medicine supply, realize the transformation and the development from universal medical care to health care.

Keywords: universal medical care; system transformation; development path

收稿日期: 2013-07-19; 修订日期: 2013-11-18

基金项目: 国家社科基金一般项目“城乡统筹背景下我国医疗保障制度转型与路径选择研究”(13BGL114); 国家社科基金青年项目“基于国民均等受益的健康保障路径研究”(11CGL070)。

作者简介: 仇雨临, 中国人民大学劳动人事学院教授、博士生导师, 经济学博士; 翟绍果, 西北大学公共管理学院讲师。

新医改实施四年来，我国基本医疗保险制度已实现全民覆盖，城乡居民“病有所医”的目标已经实现。在这样的背景下，我国医疗保障进入“后全覆盖时期”，面临着从城乡二元分立到城乡一体化、从形式普惠到实质公平的制度转型。城乡统筹成为医疗保障制度发展的大方向，“公平医保”成为国民新的期望。医疗保障制度转型的路径在于通过结构的优化和整合来应对深水区医改的要求，提升医疗服务质量，优化医保服务水平，从全民医保走向国民健康保障。

一、转型背景：从全民覆盖到城乡统筹

我国基本医疗保险制度已实现全民覆盖，覆盖率从2003年的29.7%增加到2011年的95.7%^①，超过13亿的国民拥有了基本医疗保障，实现了历史性跨越。在这样的背景下，我国医疗保障进入“后全覆盖时期”和建设“质量医保”的新阶段^[1]。但城乡医疗服务资源配置失衡，医疗服务质量得不到很好的保障；城乡医疗保障制度分割，管理体制不顺，保障程度不足，参保者疾病经济负担较重，健康权益得不到维护等问题依然存在。

首先，我国城乡之间的医疗卫生资源在起点、过程、结果的整个动态过程中都存在明显的差异。起点方面，国家对医疗卫生资源的分配不均，2011年城市医疗卫生总费用是农村的3.24倍，人均费用城市是农村的3.09倍；过程方面，我国医疗资源过分向上集中，优质医疗资源和经验丰富的医生大多集中在城市，农村居民利用优质医疗资源的隐性成本远远要高于城市居民，医疗服务对农村居民来说，其可及性不如城市居民；结果方面，城乡之间在新生儿、婴幼儿等死亡率上明显存在差异，如2012年农村新生儿死亡率是城市的2.08倍，农村婴儿死亡率是城市的2.38倍，农村5岁以下儿童死亡率是城市的2.75倍^②。

其次，目前的医疗保障体制在资金筹集、制度整合、保障水平、覆盖面、公平性、可持续发展等方面还存在着诸多问题与难点，呈现出服务二元失衡和制度三维分立的状况，这使得我国的“看病难、看病贵”问题没有从根本上得到解决^[2]。医改已经进入深水区，医疗卫生体制的改革成为医保发展的瓶颈。老龄化和医保待遇的提升以及一系列惠民政策的实施使医保基金的风险更加大了。大（重）病保障在政策统一、规范运行等方面也存在问题。另外，在经办管理方面，简单粗放的控制办法、单一滞后的管理手段、薄弱的监控技术已经难以跟上快速发展的全民医保步伐。

总之，医疗保障制度的“碎片化”既不公平又损效率，优化和整合现有制度已经基本形成共识，医疗保障转变发展方式尤为必要和迫切。因此，我国医疗保障体系亟待进一步转型，从全民覆盖到城乡统筹，从“病有所医”到“人人享有健康”，最终发展成为国民健康保障制度^[3]。

二、转型方向：从“病有所医”到“人人享有健康”

一个国家的卫生保健政策虽然不可能完全消除居民间的健康不公平现象，但国家有义务与责任减少这种不公平现象的扩大趋势^[4-5]。改革目标含糊不清和充满歧义是中国卫生改革面临的重大问题^[6]。新医改实施几年来，中国健康不公平现象有所缓解。2011年世界卫生组织等国际机构发布的报告积极评价了中国医改取得的阶段性成果，认为中国通过提高农村地区基层医疗卫生服务的努力有力缩小了城乡间卫生服务体系的不平等状况。在制度上实现全覆盖后，我国医疗保障制度面临着从城乡二元分立到城乡一体化的转型，需要从“病有所医”发展到“人人享有健康”。

① 数据来源：2003年及2011年国家卫生服务调查数据。

② 数据来源：《2012年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》。

维持、改善和增进健康是医疗保障制度的根本目标。以解决疾病风险为主的医疗保险，是对疾病经济损失给予补偿的保障机制，注重患疾病之后的经济补偿，而没有考虑疾病预防和卫生保健方面的偿付问题。随着人口老龄化的加剧、疾病谱的变化和医疗技术的进步，医疗费用在持续攀升，给医疗保险制度带来了巨大的财务风险；而且费用偿付的后付制会诱发道德风险，在降低疾病风险发生和控制医疗费用上涨方面没有作用^[7]。随着医学模式由重治疗的“疾病医学”向重预防的“健康医学”转变，在生物医学模式基础上建立的医疗保险制度已经难以保障人类生命健康的延续和生活质量的提高^[8]。从全球医疗保障的发展趋势来看，随着国民健康权益的普及和健康需求的增加，世界各个国家和地区越来越注重医疗保险从补偿疾病费用、收入损失到预防保健，逐步将医疗保险从保大病发展到兼顾小病，进而发展到保障健康，更加强调医疗保险制度对健康的促进作用。

因此，我国医疗保障制度未来的发展方向将从“数量”扩张转变到“质量”提升，从“外延式”发展转变到“内涵式”发展。全民医保进一步发展的关键，需要制度整合，理顺决策体制、监管体制与实施机制的关系，合理界定政府责任，并优化各项制度，从现行的三元制度过渡到二元制度再发展到一元制度，从人人享有转向人人公平享有。通过城乡统筹的制度安排，逐步体现制度的公平性，并且在现有普惠的基础上，促进“制度建设”向“服务提供”的转型，构建国民健康保障制度，实现从“病有所医”到“人人享有健康”的制度转型。

三、转型路径：制度设计、服务供给、经济支持三位一体

医疗保险系统和医疗服务系统从来就不能真正分开^[9]。从国际上看，21世纪共同的挑战是如何重新设计初级卫生保健系统，以使得医疗服务更加可及、持续、合作和以病人为中心。我国医疗保险制度虽然基本实现全覆盖，但缺乏高效便捷的管理服务体系，在国民医疗保障制度建设过程中，形成了比较分散的卫生服务与医疗保障管理体制。因此，我国医疗保障制度转型的路径在于通过结构的优化和整合来应对深水区医改的要求，通过提升医疗服务质量和优化医保服务水平，实现医疗保障制度向统一的国民健康保障制度转型。医疗保障体系结构的优化不仅仅是制度简单的合并和完善，还包括医疗服务及时、高质量的供给，资金的高效利用以及可持续支持。制度设计、服务供给和经济支持三者相互影响，相互作用，缺一不可，共同构成了我国医疗保障转型的基本要素。

1. 完善全民医保制度设计

制度设计是实现全民医保转型的关键。完善全民医保制度设计的路径可从以下四方面考虑。首先，实现基本医疗保险城乡统筹。通过基本医疗保险的城乡统筹，实现人人享有公平的医疗保障。目前需要将城乡分立运行的城镇居民医保和新型农村合作医疗合并为统一的城乡居民医保，并尽快启动城乡居民医保与城镇职工医保整合衔接，最终实现国民均等受益的统一的医疗保障制度。其次，建立基本医疗保险门诊统筹。门诊统筹是全民医保发展的关键路径，通过基本医疗保险的门诊统筹，实现“重预防”的制度转型目标。随着基本医疗保险的城乡统筹，门诊统筹制度应该覆盖全部统筹区域，发挥基本医保制度既保大病又保小病的双重功能，切实减轻患者的疾病经济负担，并促进医保制度目标从事后医疗服务向事前疾病预防转变。再次，落实医疗保险关系转移接续。随着人员流动的日趋频繁，医疗保险关系转移接续问题越来越突出。目前需要尽快出台医疗保险关系转移接续的具体实施办法，以便捷可及为目标，避免参保群体由于地域流动而带来的医疗保险权益损失，并确保其医疗保险关系和待遇的衔接与持续。最后，完善多层次医疗保险体系建设。全民医保的发展转型，离不开社会基本医疗保险、地方补充医疗保险、单位补充医疗保险和商业医疗保险等多层次医疗保险体

系的支撑。通过多层次医疗保险体系的建设，进而完善全民医保的制度设计。

2. 提升全民医保服务供给

服务供给是实现全民医保转型的核心。提升全民医保服务供给的路径在于提升医疗服务质量和优化医保服务水平。

首先，完善医疗服务供给方式，提高医疗服务质量，建设基层医疗卫生服务平台，实现医疗资源向下分散以及医疗服务网络化、信息化。基层医疗服务体系的构建需要从以下几个机制入手：一是全科医生作为健康“守护者”为居民提供健康和医疗服务，参照英国基层医疗制度中全科医生的经验，为每一位居民注册一位全科医生，全程为居民提供健康服务；二是建立门诊统筹制度，居民小病也可以报销，有效避免小病酿成大病的风险，最大限度地保障居民健康；三是通过“首诊在社区”和“双向转诊”的制度安排和政策引导，使居民乐意接受“小病在社区”、“大病去医院”的就医模式；四是通过医保支付制度改革这个杠杆，促进以上机制的实现。

其次，整合医保经办机构，优化医保服务水平。为了约束医疗服务提供者的行为和维护参保者的利益，需要探索建立医保经办机构与医药服务提供方的谈判机制，建立科学合理的医疗服务价格和医药价格形成机制。医保经办机构作为“第三方支付”的主体，要充当广大参保人员利益的维护者和代言人的角色，通过谈判，对医药提供方进行必要且有效的监督，制约和减少不规范的诊疗行为和虚高要价，完善医疗服务合同，加强医疗服务提供者之间的竞争。另外，在谈判机制构建中还需要妥善处理好医疗保险部门与参保者之间的利益关系，发挥参保者对于医疗保险机构和医疗服务机构的监督作用。目前应尽快确定医保经办机构的统一管理体制，明确整合统一后的医保经办机构职责，并优化医保服务水平，以便参保者能享受到便捷、可及、高效的医保服务。

3. 加大全民医保经济支持

公平、有效的医疗保健需要匹配合适的筹资方法、安排适当的筹资体系和设计完善的支付系统^[10]。因此，全民医保需要建立合理稳定的筹资机制和完善有效的偿付机制，以实现筹资公平、受益均等和健康平等的目标。我国医疗保障制度转型的要领在于，探讨在既定医疗保险费率条件下，通过医疗保险协议（包括支付制度和方式）购买合理的医疗服务，确保医保基金在中长期综合因素下实现收支平衡，确保参保人的利益，实现制度的可持续发展。

首先，完善医保筹资机制。筹资问题关系到医保基金和医保制度的可持续性。针对目前医保制度筹资来源不明晰、筹资结构不合理、筹资方式单一、筹资水平缺乏动态增长机制等风险，需要建立“多方筹资、合理分摊、财政补贴、动态增长”的筹资机制^[11]并确保医保资金年度内精算平衡，加强医保基金监管。短期内，各项医保制度的筹资需要保持公平性，适当平衡筹资结构，提高统筹层次，实现地市级统筹。长期来看，根据各地的经济发展水平，并考虑城镇居民、农民家庭和财政负担能力，需要强化政府责任，建立政府主导的投入稳定增长机制，稳步适度提高个人缴费标准，逐步拉近各项制度的筹资水平，为建立统一的国民基本医疗保障制度创造条件。

其次，改革医保支付制度。在世界各国医疗保健与卫生体制改革的实践中，费用偿付机制的改革处于变革的中心和焦点。在我国医疗卫生体制改革中，医疗保险付费机制的转型是新医改的核心。医保支付制度的优化路径在于，合理分担健康责任，住院统筹与门诊统筹有机结合，保障项目选择注重“保基本、重健康”，混合设计供需双方偿付方式，平衡各项医保待遇，动态调整受益水平；构建预防、治疗、康复和健康促进一体化的健康管理偿付平台。针对我国医疗保障支付方式缺乏约束、健康绩效差的问题，供方支付方式可以采取分类偿付的组合策略^[12]，综合运用按病种付费、按人头支付

和总额预算等多种定额预付方式,在有条件的地区试行按结果(绩效)支付的机制。对于基本公共卫生服务,政府可以通过购买合同的“团购”形式,采取按人头付费的方式,对公共卫生机构提供的基本公共卫生服务进行成本补偿。对于住院医疗服务,主要选择按病种、人头和住院天数的付费制度,或者是总额预付制。对于门诊医疗服务,可以尝试将参保者个人账户的部分资金按人头数定额包干给社区卫生服务机构,参保者通过社区卫生服务机构获得包括小病治疗、预防、保健、健康教育和促进等在内的一揽子基本医疗保健服务包;同样,农村合作医疗可以用定额包干方式与乡镇卫生院、村卫生室和乡村医生签订服务合同,提供最基本的医疗卫生服务,发挥合作医疗基金的最大使用效益。

四、转型条件:公共卫生、医疗服务、医疗保障和药品供应四位一体

全民医保发展的长远目标,需要将国民基本医疗保险制度与公共卫生、医疗服务和药品供应等制度实现并轨融合,形成广义上的四位一体的国民健康保障制度;建立国民、医保经办机构、公共卫生部门、医疗服务机构、药品供应厂商、社区卫生服务中心、社会组织等多方参与的健康管理机制,实现国民平等的健康受益目标。因此,健康服务体系的构建需要相关政策的配套,例如公立医院改革(体制、机制)、理顺药品生产流通体制、全科医生培养和激励政策、政府对社区卫生服务机构的投入和政策支持等。

首先,加大基本公共卫生服务投入。根据《国民经济和社会发展规划第十二个五年规划纲要》的要求,我国在公共卫生服务领域将逐步完善重大疾病防控等专业公共卫生服务网络,提高人均基本公共卫生服务经费标准,扩大国家基本公共卫生服务项目,实施重大公共卫生服务项目,积极预防重大传染病、慢性病、职业病、地方病和精神疾病,提高重大突发公共卫生事件处置能力。可见,未来健康保障制度的构建将逐渐从医疗保险领域向基本公共卫生领域扩展。从医疗保险向健康保障的转变,以及改变疾病保险模式为健康保险模式,需要与公共卫生整合,强调预防保健的重要性,形成预防、治疗、康复和健康促进一体化的偿付机制,并且根据健康管理需要和慢性病干预的成本效果,引导基层卫生服务机构为全民提供预防为主的慢性病防治和健康促进等基本医疗卫生保健服务,引导和规范基层医疗卫生机构提供针对慢性病的防治结合、以防为主的服务理念与服务模式,从而提供满足人群健康需要的方便、可及、技术适宜、费用合理的综合性健康管理。

其次,逐步推进公立医院改革。新医改明确提出,改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制;推进公立医院补偿机制改革;加快形成多元办医格局。因此,需要完善医疗机构运行补偿机制,形成符合市场竞争和医疗卫生服务自身规律的价格形成机制,切实解决“以药养医”的问题,减少医疗服务和医药的过度供给和资源浪费,抑制医药费用超常快速增长。公立医院需要在公益性指导下,承担人群健康责任,构建人群健康管理平台,保障基本健康服务包的公平性和可及性;实行管办分开,推进法人化治理结构,引入多中心治理机制;组建区域人群的医疗服务中心,整合各级医疗卫生服务资源,明确各级区域医疗卫生服务机构在疾病诊断、治疗,以及慢性病和健康管理、康复、保健、妇幼计划生育和疾病预防中承担的职责任务和服务范围,建立各级医疗机构间功能互补的整合型医疗卫生服务体系,最终实现公立医院的健康绩效目标。例如,在每30万~50万人口的居住区,由社区卫生服务网络、一家大型综合性医院、几家专科医院、护理院和康复院为主要元素,组建区域医疗服务中心。在公立医院改革中,关键问题是对公立医院的补偿机制问题。在补偿公立医院时,需要以人群健康绩效为目标,取消药品加成,根据服务成本和社会承受能力增设药事服务费,并纳入基本医疗保险报销范围,加大政府财政投入。总之,公立医院补偿机制改革需要以人群健康绩效为目标,

促进基本健康服务包的公平性和可及性。

再次，完善国家基本药物制度。基本药物制度的实施影响着政府的政策制定、医药企业的药品生产、医疗机构的药品采购、医生的开药施医、患者的用药习惯、药店的售药种类、医保机构的报销政策，涉及基本药物的遴选、生产、定价、招标、配送、使用、报销等各个环节，是对基层医疗卫生机构药品供应保障体系的根本性变革。因此，需要多方联动，建立全程监管机制，完善维护公益性、调动积极性、保障可持续的基层运行新机制，从而确保老百姓用上安全质优、价格合理的放心药。确保基本药物生产、流通、销售环节尽量公开、透明，使得药企专心生产，医疗机构公心采购，医生用心开药，群众才能安心用药。政府要定期开展检查，严格执行诚信记录和市场清退制度，对基本药物质量问题要“零容忍”。此外，监管主体可以多元化，引入第三方监管力量。

最后，构建公共卫生、医疗服务、医疗保障和药品供应四位一体的健康管理服务系统。新医改实施方案确定了五项改革，包括加快推进基本医疗保障制度建设，初步建立国家基本药物制度，健全基层医疗卫生服务体系，促进基本公共卫生服务逐步均等化，推进公立医院改革试点。这五项系统改革，相互支持，相互配套，旨在维持医疗卫生事业的公益性，解决城乡居民“看病难、看病贵”的问题，实现“平时少得病、得病有保障、看病更方便、治病少花钱”的目标。因此，需要明确健康管理服务系统提供的基本公共卫生服务项目、基本医疗服务项目、基本医疗保障项目和基本医疗药品目录，保障城乡居民的健康水平。总之，为了促进全民医保向国民健康保障的转型，维持和改善城乡居民的健康水平，需要构建公共卫生、医疗服务、医疗保障和药品供应四位一体的健康管理服务系统。通过综合性的健康管理服务系统的建立，应实现通过信息化覆盖全民的全程健康管理与服务，提供从母婴保健、出生档案、儿童保健（免费接种、体格检查）、成年保健（健康体检、计划生育指导、妇科检查、社区康复、健康教育与促进）、老人保健（老人体检、慢性病管理、健康教育与促进、健康评估、老人随访、家庭病床）、临终关怀，从出生到死亡的全人、全程健康服务。

参考文献：

- [1] 唐钧. 后全覆盖时期的医疗保障 [J]. 中国社会保障, 2012, (6) .
- [2] 申曙光, 侯小娟. 我国社会医疗保险制度的碎片化与制度整合目标 [J]. 广东社会科学, 2012, (3) .
- [3] 顾昕. 走向全民健康保险: 论中国医疗保障制度的转型 [J]. 中国行政管理, 2012, (8) .
- [4] Hossain, S. I. Tackling Health Transition in China [R]. The World Bank, 1997.
- [5] Bogg, L. Health Care Financing in China: Equity in Transition [M]. Stockholm: Karolinska University Press, Division of International Health, Department of Public Health Science, 2002.
- [6] William Hsiao. 抓住机遇深化卫生改革 [J]. 卫生经济研究, 2000, (10) .
- [7] 关志强. 从疾病保险到健康保险 [J]. 医院院长论坛, 2009, (1) .
- [8] 罗景虹, 石美遐, 王佩. 从疾病保险到健康保险的战略选择 [J]. 中国药物经济学, 2007, (1) .
- [9] Peter, D. Organizing the Health Insurance Market [J]. Econometrica, 1992, 60 (6) .
- [10] William C. H. Why Is a Systemic View of Health Financing Necessary? [J]. Health Affairs, 2007, 26 (4) .
- [11] 仇雨临, 翟绍果. 完善全民医保筹资机制的理性思考 [J]. 中国医疗保险, 2010, (5) .
- [12] 翟绍果. 从医疗保险到健康保障的偿付机制研究 [D]. 中国人民大学博士学位论文, 2010.

[责任编辑 冯 乐]