

医疗保险治理现代化：内在逻辑和路径推演

黄国武，仇雨临

摘要：医疗保险治理现代化是国家治理及社会保障治理现代化的重要组成部分，也是实现健康中国2030战略的关键环节。传统粗放式医疗保险管理方式已经难以适应新时代人民对全周期、高质量、连续性健康医疗服务发展的需求。目前我国医疗保险治理水平和能力不足，既有疾病谱变化、少子老龄化等经济、社会发展内在机理原因；也有保险扩展效应、制度设计漏洞等机制原因。面对人民日益增长的健康需求，亟需加快医疗保险治理现代化。让医疗保险回归制度本源，抵御商品市场思维对具有高度信任要求的医疗服务的侵蚀，调动多元主体的积极性，实现各方利益的均衡，形成多元共治的长效机制，并以法治和现代技术作为保障，实现医疗保险治理的科学化、智能化和精细化，提高制度效率和运行效率。

关键词：医疗保险；治理现代化；健康公平

中图分类号：F840.31，D035 **文献标志码：**A **文章编号：**1006-0766(2019)02-0094-09

在我国，人民对基本医疗保险化解疾病风险、促进健康的期望和需求在不断提升，而医疗服务发展的不均衡和不充分、以及医疗保险管理体制改革的相对滞后使人民需求难以得到充分有效的满足，这是我国实现全民医疗保险后面临的重要问题，也是我国社会保障治理现代化最复杂和最薄弱的环节。加快医疗保险治理现代化建设，不仅有利于解决我国社会保障治理现代化的难点和重点问题，同时也有利于推进国家治理体系和治理能力现代化。

一、医疗保险治理现代化：学界的讨论

社会保障治理对国家治理具有重大意义。^①国家治理需要社会保障充分发挥其积极的社会功能、有效的经济功能、稳健的政治功能以及其及时应对危机的稳定功能。^②社会保障体系内各项目对解决社会各方面问题具有高度的针对性，同时彼此紧密相连构成一个整体，是国家治理的关键环节。

社会医疗保险治理现代化是社会保障治理现代化的重要组成部分，两者具有内在一致性。但是，在我国，由于部分群体保障不足，基金存在潜在风险，医疗保险效率不高和能力不足等原因，医疗保险治理体系的建设还任重道远。^③学界就此也进行了积极的探索。

作者简介：黄国武，四川大学公共管理学院讲师（成都 610064）；仇雨临，中国人民大学劳动人事学院教授（北京 100872）

基金项目：国家社会科学基金重大项目“城乡基本公共服务均等化的实现机制与检测体系研究”（14ZDA030）、2018年度四川大学中央高校基本科研业务费研究专项项目（2018ggzy-04）

① 白维军 《社会保障成为国家治理主题的四个理由》，《中国人力资源社会保障》2017年第7期，第56页；郑功成 《社会保障与国家治理的历史逻辑及未来选择》，《社会保障评论》2017年第1期，第24-33页；林闽钢：《社会保障如何能成为国家治理之“重器”——基于国家治理能力现代化视角的研究》，《社会保障评论》2017年第1期，第34-42页；贾玉娇 《社会保障制度：国家治理有效性提升的重要途径》，《社会科学战线》2016年第5期，第196-205页；何文炯 《社会保障关于国家治理》，《中国社会保障》2018年第2期，第39页。

② 郑功成、郭林 《中国社会保障推进国家治理现代化的基本思路与主要方向》，《社会保障评论》2017年第7期，第3-16页。

③ 何文炯、杨一心 《医疗保障治理与健康中国建设》，《公共管理学报》2017年第2期，第134页。

就医疗保险治理目标而言, 陈迎春和李浩淼等提出在健康中国背景下, 应该将医疗保险转型为健康保险, 因为健康保险相对于现行医疗保险制度更关注医疗保险覆盖的深度, 注重公平与效率。^① 同时, 也更关注服务质量和疾病的预防、治疗与康复。李玲认为建立我国全民健康保障体系应该包含四个要点: 健康融入所有政策、全体国民覆盖、全生命周期以及全民参与。^②

就医疗保险治理内容而言, “三医联动”和医疗保险制度的整合成为研究焦点。“三医联动”不只是政府部门间的联动, 更是各方利益主体通过利益的平衡, 形成改革合力。^③ 翟绍果提出以健康资源的配置为核心, 形成“资源配置—契约治理—健康绩效”的“三医联动”逻辑和“要素整合—结构优化—功能协同”的“三医”内部互律机制, 并建立“自我治理—合作治理—协同治理”的治理路径来实现“三医联动”。^④ 这些研究都在一定程度上反映出了医疗保险治理现代化需要利益相关方共同参与的基本要求。

在医疗保险制度的整合方面, 周强、王宗凡、仇雨临等认为应该让城乡医疗保险从“碎片化”管理走向整体性治理: 一是尽快统一城乡医疗保险制度和城镇职工医疗保险制度, 实现缴费、报销项目和水平等方面的统一和公平; 二是要统一行政管理体制, 由专门部门管理; 三是实现全国统筹, 达到各地统筹层次的统一, 以利于人口的流动和社会公平。^⑤

而在医疗保险制度的运行机制方面, 王琬、詹开明认为应该引入社会力量推进医保体制机制创新, 以先进技术作为支撑。^⑥ 毕兴可等认为应该建立高效的信息交流机制和信用管理机制, 以此提高监督效率, 并建立有限激励制度, 实现对医疗费用的有效控制。^⑦

综上所述, 推进我国医保治理现代化已经形成基本共识, 但实现路径仍不明确, 且存在一定分歧。总体来看, 已有研究比较单一和零散, 缺乏系统性。鉴于此, 本文将从医疗保险治理现代化的本质、内在逻辑出发, 分析我国医疗保险治理能力不足的机理和机制原因, 并基于医保的价值理念和制度发展规律构建出医疗保险现代化治理理论框架, 规划其发展路径, 以期弥补当前研究之不足。

二、医疗保险治理现代化: 特征与内在逻辑

医疗保险治理现代化应具有两个主要特点: 其一, 医保治理现代化是一个相对的更高阶段, 即充分实现了医疗保险的制度功能和价值, 彻底免除疾病尤其是重大疾病给人民带来巨大经济损失的恐惧, 实现家庭疾病风险的无限经济责任向有限可承受范围发展, 体现较高的保障水平。其二, 医保治理现代化是一个动态的过程, 即面对内外部环境的变化, 医疗保险制度通过多方利益主体自治和自调, 修正制度存在的漏洞, 实现利益平衡和制度可持续发展。因此, 医疗保险治理现代化是一个充分利用现代技术实现医疗保险制度根本属性的较高发展阶段, 同时又是一个螺旋上升的, 具有自我平衡、调节、改良的动态过程。

首先, 医疗保险治理现代化要充分化解人民的疾病经济风险。医疗保险核心价值是补偿个人因疾

① 陈迎春等 《健康中国背景下构建全民医疗保险制度的策略探析》, 《中国医院管理》2016年第11期, 第7页。

② 李玲 《全民健康保障研究》, 《社会保障评论》2017年第1期, 第53-62页。

③ 郑秉文 《“健康中国”的解读: 从理念精髓到中国国情——学习习近平总书记在全国卫生与健康大会上讲话的体会》, 《中国医疗保险》2017年第3期, 第18-19页; 王宗凡 《“三医联动”下医疗保险新走向》, 《中国卫生》2016年第7期, 第45页。

④ 翟绍果 《“三医”联动的逻辑、机制与路径》, 《探索》2017年第5期, 第78-83页。

⑤ 周强 《城乡医疗保险“碎片化”管理体制及其整合路径——基于整体性治理视角》, 《云南行政学院学报》2017年第4期, 第143-149页; 王宗凡 《城乡居民医保制度差异和整合策略》, 《中国社会保障》2017年第10期, 第75-77页; 仇雨临、吴伟 《城乡医疗保险制度整合发展: 现状、问题与展望》, 《东岳论丛》2016年第10期, 第30-36页。

⑥ 王琬、詹开明 《社会力量助推医保治理现代化研究》, 《社会保障评论》2018年第1期, 第82页。

⑦ 毕兴可、于凯 《治理现代化视角下职工基本医疗保险运行机制研究》, 《郑州航空工业管理学院学报》2017年第11期, 第88-92页。

病风险遭受的经济损失,通过多方缴费建立医疗保险基金,横向分散个人患病时的财务风险,缓解患病带给家庭难以承受的经济冲击。化解疾病经济风险是医疗保险的根本制度属性,治理现代化则需要充分彻底地消除疾病对人民带来的经济风险和恐惧,免除人民的疾病后顾之忧。

其次,医疗保险治理现代化表现在“动态的治理过程”中。“动态”是相对于当前静态的“单一制”医疗保险管理而言的,它要求医疗保险治理要具备一定的自我调节能力,形成促进制度可持续发展的自我调节、改良机制。要实现这个目标,需要改变传统从上而下的管理模式,引入社会、市场、公众等参与主体,建立一套多方利益主体协同治理的生态系统,构建最广泛的医疗保险利益相关者参与机制和协商机制,面对内外部出现的新形势和新问题,能够进行自我调节,保持制度的稳定性。

再次,相对以前的粗放管理阶段而言,医疗保险治理现代化是一个精算和智慧的治理阶段。基金管理上,充分利用大数据,精准测算统筹区域内的疾病风险概率和经济损失,实现从简单“以收定支”的基金平衡管理,向“以支定收”的保险精算发展。监管上,根据医保政策、临床路径、合理用药规则等建立监管信息库,通过智能监控系统对每一次看病就医行为进行监控,既减少传统随机抽查带来的不公平,又提高监管的有效性和全面性,保障制度的公平和效率。

最后,医疗保险治理现代化还具有促进健康、促进公平的更高价值追求。我国社会主要矛盾已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,而健康是所有美好生活需要的基础和保障。因此,医疗保险治理现代化,不仅应做到人民“看得上医、看得起病”,还要做到“少看病、看好病”,逐步实现从被动费用补偿向主动健康干预和健康管理发展,增强疾病预防、提高人民的健康预期寿命,充分满足人民对健康的需求。同时,医保治理现代化在价值输出上更加强调公平、统一、利他和共享。

三、医疗保险治理现代化:现实的呼唤

医疗保险治理现代化具有更高的目标、更美好的理念,而现阶段的制度设计和制度条件与其有较大差距,迫切需要我们重视并加快推进。

(一) 人口、社会、经济等推动健康需求的跃迁

1. 疾病谱转变、老龄化进程加剧导致医疗经济风险急剧上升

我国疾病谱逐渐从传染性疾病向非传染性疾病转变,并日益成为影响国民健康的重要因素。^①而以慢性病为主的非传染性疾病一般治疗周期长,有些甚至伴随患者一生,需要长期的药物控制和定期的检查,患者医疗经济负担较重,容易遭受灾难性医疗支出。我国目前的医疗保障体系主要针对住院费用和少数门诊特殊病种进行有限补偿,导致慢性病患者的经济风险较大。其次,人口老龄化也是医疗保险面临的严重问题。我国从二十一世纪初步入老龄化社会以来,老龄化程度日益加剧,截止 2017 年末 60 岁以上人口占比 17.3%,^②据世界卫生组织预测,到 2050 年,中国将有 35% 的人口超过 60 岁,成为世界上老龄化最严重的国家。老龄化带来的巨大医疗支出不仅威胁着医疗保险的基金平衡,也使因病致贫的风险加大。数据表明,患者临终前一年中所需的医疗费用几乎占全年所有医疗费用的三分之一,而这类患者仅占登记看病人数的 5%。^③特别是随着家庭规模的缩小,家庭医疗支出占家庭收入的比重整体上升,家庭大病承受能力下降,灾难性医疗支出的风险正不断提高。

2. 随着社会主要矛盾的转变,人民对健康有更多、更高的需要

我国经济长期的高速发展,人均收入水平不断提高,健康收入效应亦日益显著,人民对健康需求

① 白书忠等《中国慢性非传染性疾病管理的目标与对策》,《中华健康管理学杂志》2009 年第 6 期,第 323-328 页。

② 国家统计局《中华人民共和国 2017 年国民经济和社会发展统计公报》,http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201802/t20180228_1585631.html。

③ 世界卫生组织《2010 年报告:卫生系统筹资实现全民覆盖的道路》,https://www.who.int/whr/2010/zh/。

倍速增加。我国基本医疗保险从2003年新农合试点到2009年城居保全面推开,短短6年的时间内保险覆盖面从3亿人扩展到13亿人,覆盖率达到95%以上,保险扩展效应进一步激发了人民对健康的需求。全国医疗卫生机构总诊疗人次从2003年的20.96亿次增长到2017年的81.8亿次,^①增长近四倍。同时收入效应和保险效应叠加,使人民的医疗卫生和健康需求呈现出多样化和高质量的特点,不仅追求生命的长度而且要求生命的宽度,即实现健康长寿。2016年中共中央、国务院印发的《“健康中国2030”规划纲要》也对医疗保险治理现代化提出了更高的要求,如消除一些重大疾病的危害、实现全人群和全生命周期的慢性病健康管理、发挥治未病的主导作用等。而目前医疗保险治理水平和能力与这些更高层次的需要之间还存在较大的差距。

(二) 制度设计的漏洞加剧供需矛盾

1. 责任分担不合理诱发逆向选择风险,影响制度的可持续发展

首先,我国医疗保险在制度设计上存在主体责任分担不合理的问题。一方面,长期以来城乡二元制度的分化状态导致两大后果。一是城乡居民基本医疗保险的泛福利化。新农合和城居保的政府补贴标准从每人每年10元和40元提高到420元,而个人缴费标准从每人10元或50元提高到150元,政府补贴和个人缴费的比重从1:1变成了4:1,个人缴费标准上升幅度明显低于政府补贴标准上升幅度。^②这种“泛福利化”导致城乡居民个人责任的弱化、政府责任的加重。二是城镇职工医疗保险的“个人主义”。个人账户的设置导致医疗保险的互济功能弱化,也导致医疗保险基金的空置和医疗资源的过度消费,更为严重的是助长了利己主义倾向。政府对居民医保的过度补贴和城镇职工医保的个人账户设置都是制度建立之初的激励政策,在当前医保全覆盖的背景下已经不再适用,应当合理分担政府与个人的缴费责任。另一方面,虽然目前我国各地逐渐实现了医疗保险制度二元的城乡统筹,但是在“老人老办法、新人新办法”的路径依赖下,部分地区仍然存在多维制度同时运行的情况。由于城镇职工基本医疗保险的缴费远高于城乡居民基本医疗保险的,而两者的待遇水平差距正在逐渐缩小,未来还将统一,这种情况下逆向选择的风险加剧,不少地区已经出现了农民工(或职工)“就低不就高”现象,给基金的可持续发展带来较大的隐患。以上两种情况都是我国医保制度设计没有合理分担主体责任而引发的不公平问题,这将会持续阻碍医疗保险治理现代化改革的进程,弱化医疗保险的共享互济功能,诱发社会矛盾。

其次,我国医疗保险在制度设计上存在区域责任分担不合理的问题。由于我国医疗保险实行的是市级统筹,导致全国存在上百有一定差异的制度。虽然这些制度设计基本相似,但筹资水平、管理方式、补偿比例差异较大,且跨统筹地区信息共享和资金互济严重不足。东部发达地区与西部落后地区之间的责任分担不合理,发达地区利用健康红利和经济优势加剧马太效应,^③享受着年轻外来人口带来的健康红利,劳动力流出地(一般也是落后地区)却承担起了年轻人口外出带来的人口结构老龄化加快的健康成本。^④并且各统筹区以自身利益为核心在一定区域内封闭运行,迫使国家花费巨大的资金来建设跨区域协调机制,如异地就医结算制度体系和运行系统等,造成人力物力的浪费。

2. 制度碎片化,导致医疗保险制度效益和运行效率低下

首先,医疗保险制度本身设计呈现出碎片化的特点。^⑤同一地区不同群体医疗保险制度存在较大差异,如职工医保和城乡居民医保;同一群体在不同统筹区域医保制度也存在差异,如不同城市的医疗保险制度。这说明我国医保制度设计注重地区、群体的差异性,忽略了参保人整体的共性和医疗保

① 国家卫计委 《2017年我国卫生健康事业发展统计公报》, <http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s10743/201806/44e3cdfel1fa4c7f928c879d435b6a18.shtml>。

② 尚越、吕国营 《“健康中国”战略下基本医疗保险责任分担机制研究》,《中国医疗保险》2017年第8期,第16-20页。

③ 唐蜜 《医疗保险参保现状的社会效应分析》,《国际医药卫生导报》2005年第21期,第10-13页。

④ 仇雨临、黄国武 《中国医患关系的新制度经济学分析》,《北京航空航天大学学报》2015年第1期,第2页。

⑤ 顾昕 《中国医疗保障体系的碎片化及其治理之道》,《学海》2017年第1期,第126页。

险的基本属性。而保险的核心是将大量不同的群体囊括到一个保险制度下，利用大数法则，对整个群体的疾病风险和经济损失进行预测，实现个人风险的不确定到群体风险的可预测和可分散。但碎片化的制度使医疗保险精算平衡的优势难以有效发挥，制度效益不高，人们仍面临较大疾病经济风险。

其次，碎片化的制度设计使得医疗资源配置效率降低。在医疗资源横向配置方面，各地医疗制度不统一；在医疗资源的纵向配置方面，医院体系存在等级差异，优质资源过度向上集中，导致资源浪费和资源不足同时存在。人们盲目选择等级较高的医院就医，最终导致普通病患者与大病患者竞争相同资源，加重了大病患者直接和间接成本；而等级较低的医院由于缺乏有效的制度引导，加之自身服务水平能力和历史原因及制度激励等问题，其资源利用率较低。如 2017 年三级医院病床使用率 98.6%，而一级医院 57.5%，乡镇卫生院 61.3%，社区卫生服务中心 54.8%。^① 碎片化的制度设计也使医保的运行效益降低。由于制度的碎片化，医保部门难以在医药市场中形成强大谈判能力，导致进口药远高于国际平均售价，医保目录内药品价格普遍高于零售价格，使参保人利益受损。

最后，制度碎片化使得保险精算技术效率低下。2017 年全国基本医疗保险基金累计结余 13234 亿元，个人账户积累 6152 亿元，^② 但同时也有部分地区出现资金短缺和整体上基本医疗保险水平不高的情况。这对于以现收现付制为主的社会医疗保险制度来说没有充分发挥保险精算的优势，造成了资源浪费。制度设计上造成基金结余的主要原因是个人账户的设立，随着我国医疗保障的发展，个人账户的历史任务已经完成，不断缩小直至取消个人账户已经成为了必然的选择。^③

四、医疗保险治理现代化：理念与路径

本文从医疗保险治理价值与理念、管理与运行、技术与保障勾画我国医疗保险现代化治理基础框架，如图 1 所示。

（一）医疗保险治理的理念和价值

理念是行动的先导，只有树立先进的理念，才可能设计出合理的制度安排；只有在合理的制度安排下，优良的技术方案才能全面发挥出它的正面效应。^④ 要实现医疗保险治理现代化，首先必须明确医疗保险的价值和理念，正确认识医疗保险在社会中的功能和属性。

1. 医疗保险治理现代化要坚持公平正义原则

健康权是实现个人幸福、发展的基础性权利，实现健康公平是人类共同追求。我国政府颁布的《“健康中国 2030”规划纲要》，将公民健康提升到了

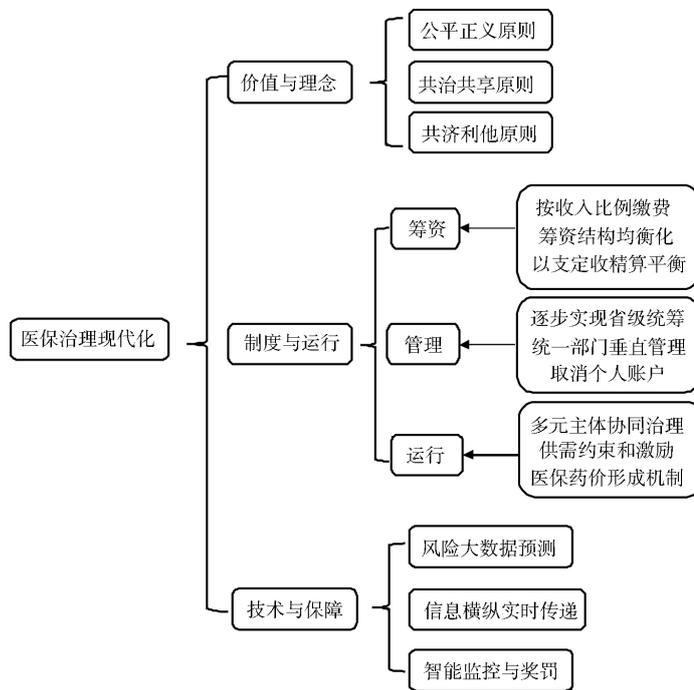


图 1 医疗保险治理现代化基本框架

① 国家卫计委 《2017 年我国卫生健康事业发展统计公报》，<http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s10743/201806/44e3cdf11fa4c7f928c879d435b6a18.shtml>。

② 中华人民共和国人力资源和社会保障部 《2017 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》，http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/tjgb/201805/t20180521_294287.html。

③ 申曙光、候小娟 《我国社会医疗保险制度的碎片化与制度整合目标》，《广东社会科学》2012 年第 3 期，第 19 - 25 页；贾洪波 《中国基本医疗保险制度改革关键问题研究》，北京：北京大学出版社，2013 年，第 92 页。

④ 郑功成 《共享：国家发展理念的突破与升华》，《人民论坛》2015 年第 2 期，第 24 - 26 页。

国家战略的地位, 维护公民的健康权利成为我国医疗保险治理现代化的价值目标。在实现健康公平、维护公民健康权利方面, 社会医疗保险起到了关键性的作用。社会医疗保险具有调节由社会合作产生的利益和负担的制度属性, 具有消除由社会地位、自然禀赋等造成的健康状况的相对不公平的功能, 体现着罗尔斯倡导的社会善的特征。^① 而目前我国医保制度公平性程度还有待提高,^② 亟需整合各统筹地区医保制度, 推动制度的统一, 并逐渐提高保障水平, 使人人享有可负担的医疗服务, 避免个人或家庭因为疾病陷入贫困、因为收入低减少必要医疗需求, 从而实现健康实质公平。

2. 医疗保险治理现代化要坚持共治共享原则

共治共享是医疗保险治理现代化发展的必然规律。治理现代化需要多方主体的参与, 社会与政府的平等共治,^③ 这与我国社会医疗保险具有本质的一致性。医疗保险治理过程要求多元利益相关群体(政府、市场、社会、公众)共同参与, 体现了治理现代化中共治的核心要素。通过多元参与实现利益均衡, 使各方都能共享社会医疗保险的制度价值, 共享医疗技术和服发展的时代成果。共治有利于提高公众的主体意识, 调动其积极性, 发挥其创造性, 提高医疗保险治理的效率。共享有利于激发公众参与医疗治理的内生动力, 实现利益的均衡, 促进社会和谐与公平。共治是过程, 共享是结果, 也体现了社会医疗保险与商业医疗保险及国家卫生服务体系的制度差异。

3. 医疗保险治理现代化要坚持共济利他原则

共济利他既是社会保障最重要的功能, 也是社会医疗保险的基本属性, 同时也符合社会主义的发展要求。强调共济利他原则有利于社会互助共济、集体主义、利他主义等理念和价值取向的发展, 消除日益泛滥的个人主义、利己主义和消费主义对社会医疗保险建制理念、价值和目标的冲击与影响。医疗健康保险具有典型的信息不对称和代理关系,^④ 医生不仅是医疗服务供给方, 同时也是医疗服务需求的引导方, 这与一般的私人产品的供需关系及市场特征具有本质的差异。这也决定了医疗服务供需的良性发展必须建立在高度信任基础之上。^⑤ 但是现实中人们往往习惯于把商品市场思维用于医疗服务, 导致医疗服务的失衡, 造成医患关系的紧张。因此, 在推进医疗保险治理现代化过程中, 亟需促进医保制度回归共济利他的制度初衷, 从价值理念上回归制度本源。

(二) 优化医疗保险制度设计, 促进医疗保险的公平与效率

1. 提高医保补偿水平、优化筹资结构

(1) 从基金封顶向个人自付封顶转变, 实现较充分保障

在我国社会医疗保险建立之初, 为防止过度医疗和基金收不抵支, 医保制度建立了起付线、政策报销比、最高支付限额、药品目录等制度; 其中最高支付限额又称基金封顶线, 即医保报销超过设置的最高线后, 基金不再补偿, 一般规定是当地职工平均工资4倍左右。医保基金封顶线的设计虽然对早期基金安全起到了一定作用, 但是使大病患者尤其是中低收入者面临封顶线以上的无限经济风险。这不仅抑制了应有的健康需求, 而且也有悖于社会医疗保险分散大病风险的制度属性, 从试点和学者的测算也得出取消基金封顶对基金整体收支平衡不会有较大影响。因此, 需尽快取消基金封顶的制度设置, 同时可以借鉴发达国家化解灾难性医疗支出和防止因病致贫的做法, 逐步建立个人自付封顶机制。即设置个人和家庭年度内最大支付限额, 可以是具体的金额, 也可以是和收入建立关联的相对金额; 超过限额的医疗费用由社会医疗保险基金或者医疗救助等承担, 从而实现个人无限经济责任向有限责任的转变, 彻底免除疾病经济风险。

① 约翰·罗尔斯 《正义论》, 何怀宏等译, 北京: 中国社会科学出版社, 2012年, 第90页。

② 申曙光 《新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展》, 《社会保障评论》2017年第4期, 第40-53页。

③ 王浦劬 《国家治理现代化理论与策论》, 北京: 人民出版社, 2016年, 第32页。

④ 舍曼·富兰德等 《卫生经济学(第六版)》, 北京: 中国人民大学出版社, 2011年, 第205页。

⑤ Mark Pauly and Mark Satterthwaite, "The Pricing of Primary Care Physicians' Services: A Test of the Role of Consumer Information," *Bell Journal of Economics*, Vol. 12, No. 2, 1981, pp. 488-506.

(2) 以支定收,从基金静态管理向保险精算动态平衡转变

以支定收是医疗保险风险化解的基本原则。我国基本医疗保险制度建立以来,由于计划经济管理方式的惯性,也受制于医保经办能力和经济发展水平等因素,实践中一般采取以收定支的方式进行基金管理。随着大病风险不断上升,医疗费用持续快速上涨,计划经济向市场经济的转型,人口老龄化及家庭规模小型化等变迁,个人和家庭越来越依靠制度化和方式的方式来化解疾病风险。而传统基金粗放管理方式下的低保障水平,难以适应人民对充分免除大病经济风险的需求。应以人民的基本医疗服务和健康需求出发,以支定收,利用现代技术,通过保险精算,测算疾病风险及经济损失;并结合我国经济社会发展、人口结构,通过中长期的预测和精算,形成弹性、动态、定期的费率调整机制,实现充分满足人民需求的动态的基金平衡机制。

(3) 优化筹资方式和结构,实现权利义务均衡

医疗保险筹资方式和结构合理化是医保制度可持续发展,保障水平持续提高的基础。目前,应合理优化“个人缴费—企业缴费—政府补贴”的筹资结构,逐步推进城乡居民医保缴费方式从绝对数额向个人或家庭收入的一定比例缴费。这样,既能兼顾不同人群的经济承受能力,又适应新就业形态的要求,还使城乡居民与城镇职工缴费统一化和均衡化,缩小两者的缴费差距,促进医疗保险制度转型发展。当前,我国城乡居民基本医疗保险存在泛福利化倾向,造成个人与政府之间的责任分担不合理。应在缴费上回归理性,实现利益主体权利义务的相对均衡,尤其是缴费责任在不同群体之间、政府与居民之间合理化,缩小缴费差距,从目前的4:1逐渐向1:1推进。

2. 改革管理模式,提升制度效率

(1) 逐步实现省级统筹、并建立统一的跨省就医补偿机制

制度碎片化走向一体化是国家治理能力建设的重要任务,^①也是实现医疗保险治理现代化的基本趋势。应建立统一的全民医疗保险或全民健康保险,消除省内不同地区之间制度的差异,实现全省范围内的制度一体化,充分发挥大数法则的制度优势。在医保基金社会统筹方面,应该逐渐提高统筹层次,从目前县市统筹向省级统筹发展。在促进省级统筹的同时,基于人口结构和人口流动特点建立跨省的调剂基金,获得健康红利的人口流入地应承担更多责任,从这些地区的医保基金中划出更多的资金进入调剂金池中,减轻人口流出地的筹资压力;并建立统一的异地就医补偿标准,消除区域之间的差异,促进就医公平。

(2) 加快推进医保局建设,实现垂直管理

整合医疗保险制度职能已经成为制度发展的内在要求,因此,应尽快理顺管理体制,加快推进国家医保局的建设,明确医保局的职能,对医疗服务有交叉的生育保险和医疗保险进行制度融合,对不同层面的医疗救助和医疗保险进行无缝衔接,对原属不同部门管理的新农合与城镇基本医保进行人事合并。从纵向管理结构来看,垂直管理是提高医疗保险治理效率的有利条件。应减少管理层级,变属地管理为垂直管理,提高管理效率,降低管理成本,促进不同层级、不同地区的资源整合与共享,实现医保权益的全国流动。

(3) 弱化直至取消个人账户,强化社会互助共济功能

基于社会医疗保险互助共济的根本制度属性,医保个人账户的改革已成为必然。首先,从法理上明确个人账户的产权,形成共识;并进行制度宣传,让参保人认识到个人账户基金虽然由个人使用,但仍属于医疗保险基金,具有化解个人和群体疾病风险的属性,而不是个人享受完全产权和可以自由支配的资金,使参保人理解并支持个人账户的改革。其次,基于医疗保险基金短期财务平衡的特点,确定改革时间表,除退休人员外,其他参保群体应同步进行改革,消除多种制度并行带来的管理成本。再次,改革策略上宜采取帕累托改进方式,逐步减少划入个人账户的资金,把原有个人账户资金扩展到家庭成员之间统筹使用。最后,通过建立和完善门诊统筹,替代个人账户的保障功能,并配套

^① 丁忠毅 《国家治理能力建设的社会政策之维:依据、路径及提升》,《四川大学学报》2016年第6期,第37页。

降低起付线、提高政策报销比等措施, 弥补参保人因取消个人账户损失的利益, 减少改革阻力。

3. 改革管理方法, 提高运行效率

(1) 构建多元主体协同治理机制

多元共治是实现医疗保险治理现代化的必要条件。在社会医疗保险较完善的国家, 如德国, 政府扮演的是“能促型”角色, 搭建多方参与治理的平台和机制, 保障制度顺利运行。^①但在我国, 基本医疗保险的制度设计、组织运行、监督管理一般由政府主导, 其他利益主体参与少、积极性不高、渠道不畅通。在治理现代化要求下, 政府在医保中的职能要从具体事务管理转移到宏观运行监控和社会引导上, 通过构建多元参与治理平台, 将医院、医生、医保部门、参保人、学者等各方利益代表都纳入联合决策中, 由各方代表就医疗保险费率调整、医疗服务价格、支付方式等医保核心事务进行协商, 实现事后反馈到事前参与的转变。同时建立由社会成员组成的医保监督委员会, 对医保政策执行和成效进行监督和评估, 推动医保利益相关主体形成合作、制衡、共赢的治理机制。

(2) 建立有效的供需双方约束和激励机制

发挥医疗保险对医疗卫生资源配置的杠杆作用, 引导医疗资源向基层、偏远地区、民族地区、落后地区流动, 保障弱势群体健康机会的公平。构建与家庭医生配套的费用补偿机制, 激励医生进行健康教育和管理、促进基层医生角色从疾病治疗向疾病预防、健康促进发展。同时加快医保支付方式改革, 实现从按项目付费向按病种、人头、服务质量等综合付费方式发展, 使医护人员的收入水平体现其服务价值, 调动其积极性。削弱医生收入与患者和药品的经济利益关联度, 提高医疗服务供给质量和水平。建立一视同仁的医保基金支付制度, 建立严格监督管理平台, 让社会、民营等资本都能够进入医疗服务供给, 缓解不充分、不平衡的医疗卫生服务现状。

(3) 确立医保参与药品价格形成的机制

构建科学、合理的药品价格形成机制已成为新医改的重要内容, 国家医保局的成立为全国范围药品价格谈判提供了基础保障。我国医保部门应参与并影响医保药品的价格, 应在药品一致性评价的基础上为药品进行参考价格分组, 在鼓励药品创新的同时, 通过药价比较机制在多方参与条件下得到医保药品支付标准, 并根据市场情况实行动态调整机制。医保部门代表参保人组建医药价格监督小组对医药产品的流动环节进行监督把控, 减少流通环节药价的过快增长现象。其次, 督促医院严格把控药品质量, 按照市场规则采购药品, 接受公众的监督, 降低医药成本, 减少流通环节的腐败行为。在进口药采购上, 政府应该组织专门的团队, 整合全国的药品需求, 与国外的药品生产商进行团购谈判。可以借鉴发达国家的做法, 选取十个或十个以上典型国家为参考, 以他们的平均价格为基准, 设置最高浮动范围进行全球采购, 降低进口药品的价格, 保障参保人利益。

(三) 引入现代技术, 提高医疗保险的技术效率

1. 建立疾病风险大数据测算系统, 实现动态管理

建立全国统一的看病就医信息库, 全面收集就诊信息, 利用大数据、云计算和临床专业知识及疾病谱等, 对各地的疾病风险进行分析, 使个体不确定疾病风险转化为群体可预测性疾病概率; 根据疾病导致的医疗费用进行测算, 计算出年度医疗费用支出总量, 预测出中长期医疗费用的变化趋势, 并结合经济发展情况和上年度医保基金收支变化进行动态调整。同时为进一步的疾病预防和健康干预, 家庭医生服务及资源配置提供指导性参考。

2. 构建信息纵横实时传递平台, 降低衔接成本

采用现代化技术简化医疗服务、医保报销的前台设计, 提高服务的速度和质量。建立医疗服务智能化系统, 实现患者能够在线预约、挂号、缴费、服务评价等功能, 优化看病就医流程, 减少患者就医的间接成本; 同时, 打破信息传递的区域和部门壁垒, 实现统一接口、统一管理, 使参保人健康信息在不同级别医疗机构和跨区域医疗机构的无缝衔接, 减少重复检查带来的浪费, 实现医生对患者全

^① 李珍、赵青 《德国社会医疗保险治理体制机制的经验与启示》, 《德国研究》2015年第2期, 第86-99页。

周期的指导和服务。除此之外,专业的医护人员还可以利用服务平台为公众提供线上健康服务咨询服务,开展健康护理等讲座,提高公众的健康素养、医学常识和技能等,形成健康行为和习惯。

3. 推进监管智能化,减少违规行为

采用智能化的管理技术有利于提高医疗保险治理的效率和准确性。随着近年来互联网的迅猛发展,我国已经进入了全新的“大数据”时代。智能智慧化的医疗服务监控技术日益成熟,我国医保治理现代化应充分利用专业技术,采取向社会组织购买服务方式;在医疗保险、医疗服务和医药供给等方面建立智能化监控管理系统,对医疗保险的报销、医疗服务的提供以及医药的采购等过程进行全程主动监控。智能化筛选出不合理的行为,并进行预警,由相对责任方提供材料佐证,否则基金不予支付,从而约束医疗服务供给方的不当行为,达到控费的目的。另一方面,可以将各类医疗服务费用和医药价格全面纳入智能信息化管理,向社会各界公布医药价格、服务收费、就诊情况等信息,降低行业的信息不对称,提高监督效率,降低医保中的道德风险,减少损害医保基金的行为。

The Modernization of Medical Insurance Governance: Internal Logic and Choice of Path

Huang Guowu , Qiu Yulin

Abstract: The modernization of medical insurance governance is an important part of governance modernization , and it is also a key link in achieving the “Healthy China 2030 ” strategy. Since China implemented universal health care , it has been difficult for the traditional mode of extensive medical insurance management to adapt to the demand of the people of the new era for the development of full-cycle , high-quality , and continuous health care services. At present , the governance of medical insurance in China is inefficient. Besides inherent causes of economic and social development such as changes in the spectrum of diseases and aging population with fewer children , there are also mechanism reasons such as insurance expansion effects and loopholes in the system design. Based on the international experience and the actual situation of medical insurance in China , we can promote the modernization of China ’ s medical insurance governance from such dimensions as the legalization , institutional integration , interest equalization , multi-sector collaboration , and intelligence of methods.

Key words: medical insurance , governance modernization , equality in health care service

(责任编辑:曹玉华)