

全民医疗保障与社会治理： 新中国成立70年的探索

杨燕绥 刘 懿

[摘要] 实现全民医疗与健康是一项社会主义原则。新中国成立70年经历了计划经济与公共卫生、市场机制与基本医疗、社会治理与全民医疗保障三个发展阶段。本文基于文献综述和大数
据国际比较评价三个阶段的绩效和挑战，总结医疗领域政府失灵和市场失灵的问题，讨论
包括医疗利益相关人、治理目标、平衡机制等重点问题，为实现健康中国奠定理论基础。

[关键词] 全民医保；政府管制；市场机制；社会治理

[中图分类号] D63

[文献标识码] A

DOI:10.14150/j.cnki.1674-7453.2019.08.001

马克思关于“对劳动所得进行六项扣除，社会成员平等分配以应付不幸事件等”的思想是社会主义原则和社会保障制度的渊源。1907年世界卫生组织（WHO）的前身源自巴黎，1948年正式成立。在此后的30年里，WHO努力推行公共卫生和老幼弱势群体的健康保护。1978年在阿拉木图宣言中提出人人享有初级保健。2000年世纪之交时提出实现人人享有基本医疗，现拥有包括中国在内的190多个成员国。2007年提出“投资健康，构建安全未来”的发展目标。1954年新中国第一部《宪法》第93条规定：“劳动者在年老、疾病或丧失劳动能力时，有获得物质帮助

的权利。国家举办社会保险、社会救助和群众卫生事业，并且逐步扩大这些设施，以保证劳动者享有这些权利”。此后，中国经历了公共卫生（30年）、基本医疗（30余年）和全民医保（近10年）三个发展阶段，目前正在进入全民健康发展新时期。在体制上，从政府管制到市场机制，最终走向社会治理。

一、经济发展与国民健康的政策探索

本文引入国民人均GDP、卫生总费用占GDP比重、国民平均预期寿命和政府社会个人卫生支

[基金项目] 国家社会科学基金重大项目（17ZDA121）；教育部人文社会科学重点项目（16JJD840010）；深圳人文社会科学重点研究基地项目（20199730040）。

[作者简介] 杨燕绥，清华大学医院管理研究院教授、博士生导师；刘懿，清华大学公共管理学院博士研究生。

出四个指标,运用官方统计大数据,分析经济发展、制度安排与国民健康的关系并进行国际比较。

(一)坚持公有制经济与公共卫生发展的30年(1949-1978)

1949年,中国人口5.4亿,人均GDP只有23美元,卫生支出占GDP比例不足1%,国民平均预期寿命不足40岁。1954年《宪法》体现了民主和社会主义原则,巩固和发展公有制经济。农业方面在土地集体所有制基础上大力发展人民公社制,工业方面实行国营企业制,整个国家进入社会主义计划经济时代。

1978年中国实行改革开放政策时,我国人均GDP为381美元,卫生支出占GDP的3%,人均医疗费用为11.5元人民币,个人支出占比为卫生总费用的20%,国民平均预期寿命从建国初期的35岁上升到68岁(见图1和图2),^①30年

增长33岁。同期,美国人均GDP超过1.5万美元,卫生支出占GDP的9%,个人支出占比接近30%,国民平均预期寿命接近73岁;德国人均GDP接近1万美元,卫生支出占GDP的8%,个人支出占比10%,国民平均预期寿命73岁;英国人均GDP约7000美元,卫生支出占GDP的5%,个人支出占比10%,国民平均预期寿命73岁。显然,当时的中国经济发展水平和国民健康投入均远远低于发达国家,但卫生投入产出的绩效却高于美国、德国和英国。

在此期间,国家重在办好人民卫生福利事业,城市以公共财政拨款为主、农村以集体经济合作为主,提供公共卫生和初级保健服务。在供给方面,先在城市举办公立医院,1949-1955年

①中国数据来源: <http://data.stats.gov.cn/>。

图1 中国人均GDP与人均预期寿命例

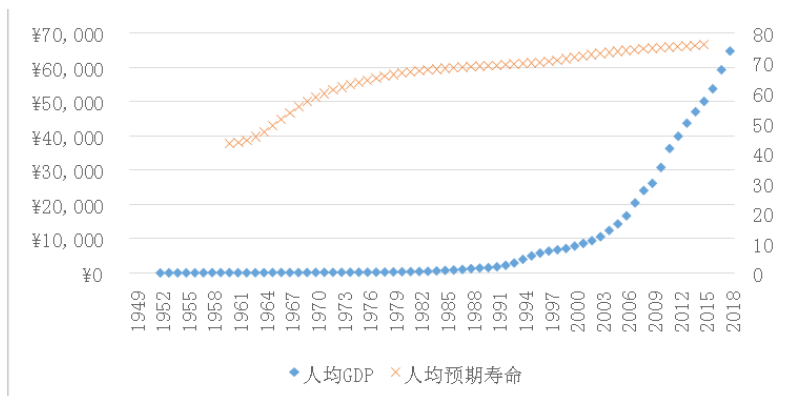
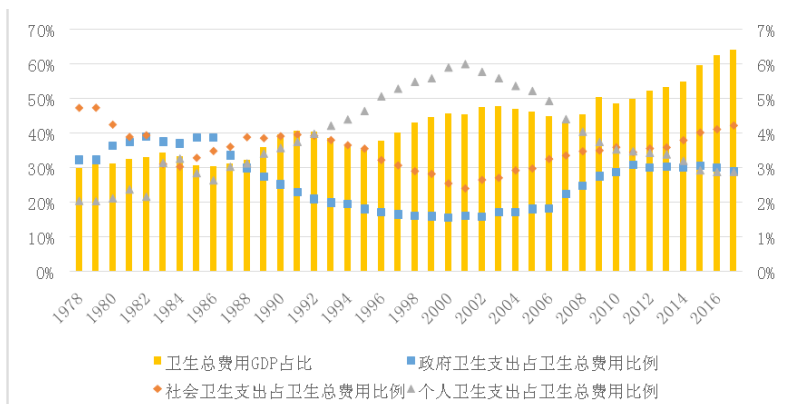


图2 中国卫生费用支出比例



庆祝新中国成立70周年

间实行统收统支、1956–1960 年间实行差额补贴、1961–1978 年间实行定向补贴制度，允许医疗机构用药加价。1965 年 1 月，毛泽东主席做出“把卫生工作重点放到农村去”的指示，1969 年出现大办农村合作医疗的热潮和“赤脚医生”现象，1974 年对集体所有制的公社卫生院按正常收入（不含药物加成）的 35% 给予补贴。截至 1977 年年底，^①全国 85% 的生产大队实行了合作医疗、覆盖人口 80% 以上，农村从事医疗卫生工作的人员达到 500 万（不脱产）。在需求方面，机关事业单位实行公费医疗、企业实行劳保医疗、农村居民实行合作医疗。在 1974 年世界卫生大会上，中国农村合作医疗和防控流行病方面取得的成绩受到关注，世界卫生组织和世界银行将此称为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

综上所述，只要坚持公平原则和国民健康理念，公有制和计划经济体制可以促进初级保健发展。

（二）探索市场供给与基本医疗发展的 30 余年（1979–2009）

1978 年，党的十一届三中全会报告提出“解放思想”，改革与快速发展的生产力不相适应的生产关系和上层建筑，建设社会主义现代化，农村实行了家庭联产承包责任制，城市扩大了企业经营自主权。1993 年，党的十四届三中全会提出“建立社会主义市场经济体制”的发展目标。

改革开放 30 年后，我国人均 GDP 接近 4000 美元，比 1979 年的 419 元人民币增长了 60 多倍，卫生支出占 GDP 的 5%，个人支出占比高达 38%（2001 年达到 60%），国民平均预期寿命 74 岁，30 年增长 6 岁。同期，美国人均 GDP 超过 4.8 万美元，卫生支出占 GDP 的 11%，个人支出占卫生总费用的 10%，国民平均预期寿命接近 78 岁；德国人均 GDP 接近 3.8 万美元，卫生支出占 GDP 的 8%，个人支出占卫生总费用比例低于 10%，国民平均预期寿命 80 岁；英国人均

GDP 约 3.5 万美元，卫生支出占 GDP 的 8%，个人支出占卫生总费用的 10% 以下，国民平均预期寿命超过 80 岁。显然，在此期间中国卫生投入产出绩效在下降，个人支出占比从 20% 升至 38%，在 2001 年曾经达到 60%，美国、德国和英国均在 10%。中国学者从树海对 1997–2002 年数据进行实证分析，结果显示公共卫生和基本医疗均整体绩效呈下降趋势。在 2002 年世界卫生组织对 191 个成员国的卫生总体绩效进行评估与排序时，中国被排在第 144 位，比苏丹（134 位）、海地（138 位）还低，这些国家的人均 GDP 远低于中国。在发展社会主义市场经济的体制改革中，公共卫生事业何去何从，人民群众日益增长的医疗需求如何满足？

1979 年，卫生部、财政部、原国家劳动总局颁布在《关于加强医院经济管理试点工作的意见》中提出，对医院经费逐步实行“全额管理、定额补助、结余留用”，以激励医院和医务人员增加工作量，缓解看病难的问题。医院开始鼓励医生多开药和开好药以增加收入。1980 年，卫生部发文允许个体开业行医。

1985 年，逐步形成政府定价、指导价和市场价并存的新格局。医疗机构陷入尴尬境地，收费实行计划体制，采购实行市场体制。为此，国务院批转了原卫生部《卫生工作改革若干政策》，仿照国企改革路子“多给政策、少拨款”，提出“扩大经营自主权，提高医院的效率和效益”的改革原则，推出承包责任制、允许开展有偿业余服务等措施。政府卫生支出占卫生总费用的比重从 1985 年 40% 降至 2000 年的 15%。一位负责写病案的年轻医生描述道：“医院规定下午 4:00–6:00 为加班时间，科室提成医疗收入的 50% 作为奖金分配，科室购买了钟挂在诊室的墙上。下

^①参见原卫生部基层卫生与妇幼保健司编《农村卫生改革与发展文件汇编（1951–2000）》。

午 4:00 前,我导师已显得疲倦和不耐烦,不时抬头看钟,终于挨到 4:00,教授顿时精神焕发地说,快!收拾整齐,多接诊。”同期,在国家实行财政分灶吃饭后,多数农村地区卫生和医疗事业发展经费短缺,伴随人民公社集体经济体制解体、知青回城、农村居民进城打工,1989 年的一项调查表明,合作医疗覆盖率从 90% 降至 4.8%。

1989 年,国务院批转原卫生部《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》,按照任务和功能将医院分为三级十等,以促进公立医院在政府控制下竞争。

1992 年,《国务院深化医改意见》提出“建设靠国家、吃饭靠自己”的社会主义市场经济条件下的医疗卫生体制。国家拨款用于医院建设用地、盖房和大型设备,逐渐减少人工费,要求医院以副业补主业。以药养医的情况愈演愈烈,药品收入占医院业务收入的 60%、总收入的 50%、卫生总费用的 40%,医生劳务收入占比趋低。

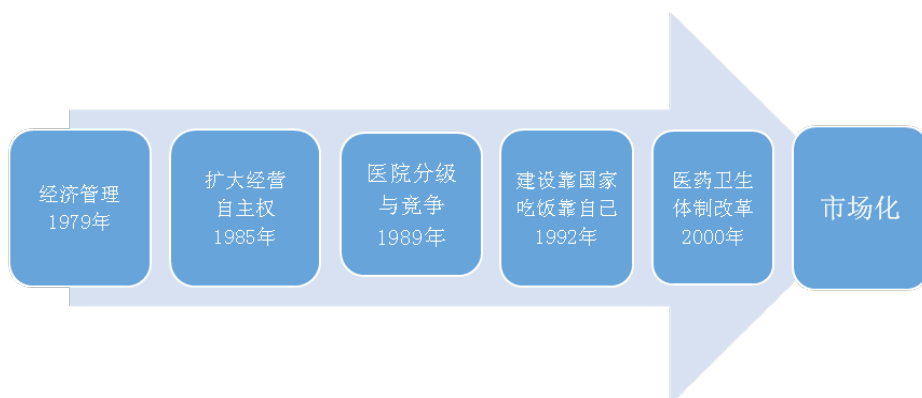
2000 年,个人医药支出占到卫生总费用的 60%,因病致贫事件频出;领导干部医疗福利包越来越大,甚至存在严重的浪费。国务院出台《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》和 13 个配套文件。同年,宿迁市拍卖部分公立医院建设县域疾控中心,卫生院实行民营化。上海市出台政策鼓励托管公立医院。2000 年世界卫生组织对

中国卫生医疗给出“末位排序”。2002 年中国出现了 SARS 事件,当发烧农民工从医院溜回老家时,我国农村疾控空虚和医疗机构弱化的问题暴露无遗,这让高层领导非常担忧出现病毒蔓延失控的后果,此后加大了公共卫生投资,在农村地区重建疾控体系。医疗体制市场化势头仍然不减,一轮又一轮的医疗体制改革,基本上沿袭国营企业改革做法,逐渐放权促其自主经营(见图 3),公立医院不得不趋利,距离公益性越来越远。

2005 年 7 月,国务院发展研究中心《中国医疗卫生体制改革》课题组公开了“医疗改革基本不成功”的结论,时任卫生部部长高强也称医改问题多,不能算成功,此后医改风向标开始改变。国务院启动了持续 4 年的新医改方案设计,听取了国内外学术机构和部委研究机构的建议。

2009 年 3 月 17 日,中共中央、国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出,“坚持公共卫生公益性”和“强化政府责任和投入”,建设具有中国特色的医药卫生体制,包括公共卫生、基本医疗、药物供给、医疗保障的顶层设计,逐步实现人人享有基本医药卫生服务的目标,并将推进基本医疗保障制度建设作为重点工作之一,带动管理体制、运行机制、多元投入、价格机制、法律制度、监督监管、人才保障和信息体系建设,即“四梁八柱”的顶层设计。还涉及

图3 中国医改关键词和时间顺序图



庆祝新中国成立70周年

基本药物、基层医疗、公共卫生和公立医院五项重点制度改革。此后，基层卫生医疗机构得到发展，医疗卫生信息化有所进步，公共卫生水平有所提高，县域公立医院服务能力有所提高。但在取消药品耗材加成、限制药占比时，公立医院借助医疗联合体跑马圈地，虹吸基层医疗资源，助推了看病难的问题；大处方和以药养医还在继续，各家公立医院竞相做出亏损账目，医疗费用快速上涨，看病贵还是社会问题。

综上所述，在此期间中国试图通过医疗市场化增加供给以满足人民群众的医疗需求，但这种尝试是失败的，凸显了医疗领域市场失灵问题。政府派在强调增加投入时批评公立医院挣钱没有良心底线，市场派说各国公立医院改革均在放权和推动市场化，如何解决政府失灵和市场失灵没有答案。

（三）实现全民医保与开拓社会治理的 10 年（2010-2019）

2012 年，党的十八大报告提出了“医疗保障全覆盖”的发展目标。

近 10 年来，我国人均 GDP 超过 9000 美元，比 2009 年的 3837.9 美元增长了 2 倍多，卫生支出占 GDP 的 6% 以上，个人支出占比降至 28% 左右，国民平均预期寿命 77.6 岁，10 年增长 2.5 岁。同期，美国人均 GDP 超过 5.6 万美元，卫生支出占 GDP 的 16.82%，个人支出占卫生总费用的 11.14%，国民平均预期寿命 78.7 岁；德国人均 GDP 接近 4.2 万美元，卫生支出占 GDP 的 9.79%，个人支出占卫生总费用比为 14.93%，国民平均预期寿命 81 岁；英国人均 GDP 约 4.7 万美元，卫生支出占 GDP 11.14%，个人支出占卫生总费用的 12.41%，国民平均预期寿命超过 80.7 岁。此期间中国卫生投入产出绩效上升，个人支出占比从 38% 升至 28%，大大缩小了与发达国家的差距。

2010 年我国颁布了《社会保险法》并于 2011 年 11 月正式实施。该法第七十二条规定：“统筹地区设立社会保险经办机构”，第七十三条规定：“社会保险经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度”，由此明确了医疗保险的法定代理人和职责。2014 年，人社部在《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》（简称 54 号文件）中提出，引入医保智能审核与建设医保医院医生对话平台的要求。2017 年，国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（简称“55 号文件”）提出，正确处理政府和市场关系，健全医保支付机制和利益调控机制，引导医保进入定价机制改革。综上所述，由此形成以“法定代理人—社会契约—社会对话—协议定价—支付激励”为核心词的“一法两规”的医疗社会治理架构。

2018 年 5 月，国家医疗保障局成立，其主要职责之一即“推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度”。一年来，国家医保局开展了以下工作：一是统一标准。2019 年 6 月 28 日，医保业务编码标准动态维护窗口上线运行，统一疾病诊断、医疗服务、医药和医用耗材等 15 项业务编码，夯实了医保智能监控、疾病分组定价和支付方式改革的基础。二是谈判价格与集中采购。2018 年 6 月，启动目录外抗癌药医保准入专项谈判，经过 3 个月准备于 9 月 15 日进入谈判过程，17 个谈判药品与平均零售价相比均降幅度达到 56.7%。2019 年，启动 4+7 城市集中采购试点。三是推进支付方式改革。2019 年 5 月 20 日召开疾病诊断相关组（DRG）付费国家试点工作启动视频会议，要求 30 个试点城市在省政府统一领导下合力推进。四是建立“智能审核—协议管理—行政监督”全国一体化医保基金监控系统。2019 年 5 月 21 日，

启动了医保智能审核监控示范、基金监管和信用体系建设的“两试点一示范”工作。

综上所述,2009年以前,中国已完成社会保险的制度架构,并从职工延伸到城乡居民。2019年,基本医疗保险覆盖13.5亿人口,成为新医改的亮点。更重要的是在贯彻党的“打造共建共治共享社会治理格局”方面打开了局面。

二、国民健康与社会治理的理论架构

2016年8月,习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出,没有全民健康,就没有全民小康。中国需要通过创新体制机制解决医疗发展不平衡不充分的问题。

吉拉德·德鲁克(Gerard Debreu)在他的《价值理论:对经济均衡的公理分析》中,把价格置于核心地位并贯彻始终。^[1]但其均衡假设是私有制和充分市场竞争,这在医疗领域找不到实证。日本学者愈炳匡提出一个社会治理方案,^[2]公示有关利益冲突的信息和引入第三方参与,让医疗供给者与消费者保持力量平衡,推进医疗市场和政府监管。治理(Governance)不同于管理,其隐含了一个政治进程,即众多利益主体发挥作用和取得共识。社会治理是纠正政府失灵与市场失灵的第三条道路,是社会利益相关人长期合作与实现共赢的制度安排与实施过程。总之,面对医疗领域的政府失灵和市场失灵,引入医疗利益相关人介入改革,实施共建共治共享是互联网社会建设的必由之路。

(一) 医疗利益相关人及逻辑关系

医疗利益相关人可归纳为医患、医院、医药、支付者、社会公众五个方面,其诉求及逻辑关系如下:

1. 医患是利益主体,一个是寻求健康的居民,另一个是提供医护服务的医生,二者属于信任托付关系,签约家庭医生和社区全科团队

服务是进入社会治理的起点。

2. 医院以提供专科门诊和住院服务为主,合理接诊与医护是医疗社会治理的重要环节,以便在全科-专科-专家之间形成分级诊疗和分类医护(医疗-康复-护理)体系。早期是具有经验的医生管理医院,合理与否全凭良心。20世纪80年代以后,在计算机技术支持下,循证医学与医疗应运而生,人们基于疾病诊断、医药耗材编码,从病案首页获得疾病分组及医疗质量信息和财务数据,合理与否用数据说话。伴随互联网医疗的出现,人们开始追求精准医疗和精益医院管理,合理与否用疗效说话。

3. 医药耗材供给商,包括研发、生产的销售机构。医药和医用耗材非普通商品,其质量与价格直接影响医护疗效,是医疗社会治理的重要环节。

4. 支付者握着补偿医生、医院和医药器械商的指挥棒,包括财政预算和社会医疗保险基金,其定价和支付具有引导和激励作用。医护追求同质性,基于疾病分组的随机均值大数据定价和补偿医生成为社会治理的工具。1883年源自德国的医疗保险基金采取门诊人头和住院床日的数量付费原则,激励医疗机构增加门诊和做大医院。1980年以后的DRG付费和结余留用原则,则激励医疗机构提质控费。2010年以后在美国兴起价值付费,激励医疗机构关注质量与安全、成本和患者体验。医药追求差异性,一致性评价、集体谈判定价和集中采购是医疗保险的主要做法。

5. 社会评价是公众参与医疗治理的通道,是促进实现治理目标的助力。医疗产出的内涵是什么?全科医生可能认为是门诊量,专科医生认为是手术级别。Christopher.M等认为,^[3]应当包括成本(价值方程的分母)、结果和患者体验。以基层医疗共同体为例,如果实行按人头总额付费和结余留用,必然激励医疗机构

进行控费,是否存在挤出必要医疗服务的情况呢?第三方的健康评估是医疗社会治理的必要环节。

(二) 医疗社会治理的理论架构

社会医疗保险基金是全体参保人的俱乐部,需要社会治理。如果其法定代理人坚持基本医疗公益性原则,紧紧握住医保基金支付的指挥棒,基于医疗质量与成本信息建立利益相关人参与的评价、定价和激励相容的支付机制,即可能形成一个两维五圈型医疗社会治理的架构(见图4),以平衡医疗利益相关人的诉求。

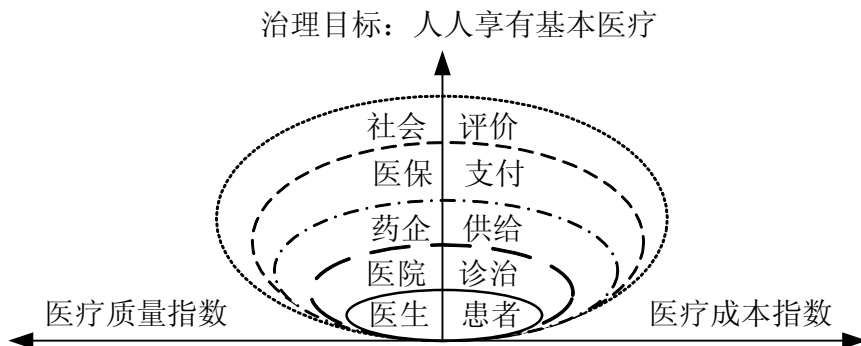
1. 医疗社会治理的目标即坚持医疗公益性,让人人享有合理医护。一是价格弹性小于1,基于医疗大数据评估质量和协商价格。二是通过第三方分担费用,将患者负担降至一个合理区间。以2015年为例,美国为11.14%、英国为14.93%、德国为12.41%,中国为29.1%。

公益性即指谋求社会效益和不趋利。在美国,投资不趋利(不做股东)医疗机构的民间资本被称为自愿从医资本(voluntary)。如今医院有政府医院、社会医院和股份医院,呈现“一主两辅”的结构。一主即指社会资本办公益医院(可能包括政府补贴)为大众提供基本医疗,按平价收费(如DRG支付价),由公共基金和个人共付,没有税收和股东,盈余用于改善医

疗条件和医务人员待遇。两辅之一即指政府医院(案例很少)为荣誉国民和贫民提供免费的福利医疗。两辅之二即指股份医院提供个性和高端医疗,按照服务质量进行市场竞争定价,由商保和个人付费,盈余用于股东分配和投入再生产。

2. 医疗利益相关人的平衡机制。一是平等协商。《社会保险法》第31条明确了医保基金和医疗机构之间的社会契约关系,结束了20多年来关于“行政共同”与“民事合同”的争议。二是信息对称。54号文件提出建立医疗保险监控系统,规范医疗服务信息监控标准,加强医疗服务协议管理,积极探索将监管延伸到医务人员医疗服务行为的有效方式。2011年,从广西柳州市开始引入医保智能审核与监控系统,医疗-医保-医生间的对话平台日趋完善。三是社会契约。“55号文件”提出的医保支付制度改革如同放水养鱼,参与改革的医院不分公立和民营,基于同地同病同治的随机均值协商定价、医保点值点数预付、结余留用与合理超支分担。社会契约不是一张纸,而是在医生之间就医护质量与成本达成的共识。四是激励相容。要让为实现医疗保障大目标全力合作的医生、医院、医药受益。在金华市,那些控费提质内生动力足的医院的医保支付率超过100%。

图4 支付引擎两维五圈医疗社会治理理论架构



在医院内部，力争实现医护劳务占医疗费用的50%以上，医生收入达到同地同级教授的1.5倍和公务员的2倍，建立公共部门薪酬治理机制，给公立医院医生一个体面的薪酬。总之，在医疗领域只有共赢，没有谁的利益最大化。

3. 抓主要矛盾，解决药品利益冲突。2012年，一瓶芦笋片出厂价15.5元，省医药公司采购再批发给其他医药公司的价格为30~40元，通过医药代表进医院，医生每开出一瓶获利80元，当地药品集中采购管理办公室的指导价为136元，购进医院加价56%，零售价升至213元。在这个故事背后，生产商利润低、患者负担重，问题出在定价和采购环节，流通渠道长且不透明，中间人层层加价，医院和医生偏好高价药和高提成。党的十九大报告提出“全面取消以药养医，健全药品供给保障制度”。2018年以后，基于“国家组织、协商议价、联盟采购、平台操作”的机制，31个试点品种有25个中选，其中原研药3个、仿制药22个，药品中选价比试点城市2017年同种药品最低采购价均降52%。在此基础上建立药品研发、生产、销售和使用的治理机制。

4. 改革公立医院，坚持基本医疗公益性。20世纪50年代兴起政府办医院高潮，如今这种案例越来越少。1948年，英国政府买下所有医院，现在已转化为信托医院。在德国和法国很少有政府买地全资举办医院的案例。美国是个特例，国家为现役军人和退役军人举办政府医院。当今公益医院有三类：一是社会医院，以德国、法国为例，社会投资医院与政府签约以获得服务补偿。二是信托医院，以英国为例，由专业机构托管医院和提供平价医疗服务，再进入全科医生转诊的内部竞争机制，其资产永远属于社会。三是公私合营PPP医院，以新加坡为例，政府拥有医院全部重资产，委托医院法人自主经营（商业会计制度），政府支付年度

维修费用和监督定价。

中国公立医院重资产以政府投资为主，轻资产以医保基金补偿为主，剩余部分由个人支付，属于传统的、未社会化的公益医院。为什么很多公立医院号称亏损、以药养医、趋利劲头不减，原因是多方面的。一是财政分灶吃饭，有些经济欠发达地方财政补偿不足，是真亏损；二是没有规范的医院财务制度，有些故意做亏账目以争取财政拨款；三是医院管理不专业，缺乏战略规划、预算决算制度，且存在流程浪费；四是药品和耗材占比高，挤占了医务人员待遇；五是非医务人员占比高，降低了劳动生产率；六是医院盲目扩张导致基建和大型设备举债多；七是缺乏合理定价机制，为单病种伴随症开药、接诊居民医保患者均属于亏损项目；八是政府无偿摊派工作；九是医护体系混乱，康复护理占床、门诊过度使用专家；十是缺乏薪酬治理，医生收入不均且不透明。解决以上诸多问题依赖政府推动一项政策改革，如取消药品加成，事实证明效果甚微。在政府和市场之间引入社会治理，让公立医院和医生参与改革，建立公开、公正的一致性评价机制、利益相关方参与的定价机制、财政和医保联动的激励相容的补偿机制是必由之路。

2018年以来，国家医保局推出的“统一标准、谈判药价、支付改革、基金监控”合力举措，符合一法两规社会治理架构。不同于以往，这次改革既不靠行政命令，也不是自由竞争，是在政府引导下，充分发挥市场功能，建立社会治理机制的行动计划。诸多学者、学会、医疗信息公司、医疗专家、新闻工作者和居民纷纷参与进来。在广西柳州市，130多家各类医疗机构全部参与支付方式改革，支持医保精细化管理，强化了基层医护能力，减少了异地医疗，最终99%医疗机构实现结余留用，职工和居民医保基金双结余，人均医疗费用增长速度下降，

重点人群医疗保障水平提高。

总之，新中国成立 70 年来，我国基于社会主义原则在全民公共卫生、医疗和健康领域不断探索和发展，经过政府管制和市场机制的探索，终于走上医疗利益相关人参与和共赢的社会治理道路。但是，我国尚缺乏完整的社会治理的法律体系和司法制度，目前开展的医保智能监控、协议管理和行政监督尚缺乏法律依据。在国家进入发展新时期，亟待加强社会治理、社会法治、社会医院的理论研究和实践探索，引导中国社会治理健康发展。

[参 考 文 献]

- [1]吉拉德·德鲁克.价值理论：对经济均衡的公理分析[M].北京:机械工业出版社，2015:6.
- [2]俞炳匡.医疗改革的经济学[M].北京:中信出版社，2008:158-170.
- [3]Christopher. Moriates,Vineet A,Christopher. M,Christopher.Mrora,Neel Shan.以价值为导向的医疗服务[M].北京:北京大学医学出版社,2018:78.

责任编辑：刘翠霞

Universal Medical Insurance & Social Governance: Exploration in the 70 Years after the Founding of the People's Republic of China

Yang Yansui & Liu Yi

[Abstract] It is a socialist principle to realize universal medical treatment and health. In the 70 years since its founding, China has experienced three development stages: planned economy and public health, market mechanism and basic medical care, and social governance and universal medical care. Based on literature review and big data comparison, this paper evaluates the performance and challenges of these three stages, summarizes the problems of government failure and market failure in the medical field, and extracts the definition, core characteristics and China's practice path of social governance, including medical stakeholders, goals, balance mechanism and key issues. Lay a theoretical foundation for the realization of a healthy China.

[Key Words] Universal Medical Insurance; Government Regulation; Market Mechanism; Social Governance