

# 我们需要什么样的医疗保障体系？

申曙光

**【摘要】** 在全民医保体系初步建成、“病有所医”的目标基本实现以后，在我国开启“第二个百年奋斗目标”新征程之际，我们必须回答一个问题：我国医疗保障进一步发展的方向与目标是什么？我们需要一个什么样的医疗保障体系？本文提出，我国医疗保障的发展可分为“病有所医”“病有良医”和“以健康为导向”的医疗保障三个阶段。过去七十余年我国的医疗保障走过了一条以“病有所医”为目标的发展之路，下一阶段的发展目标应当是“病有良医”。在未来十几年，“病有良医”是医疗保障发展的主体目标，与此同时也必然交织着以“病有所医”为目标的发展，同时也会逐步过渡到“以健康为导向”的医疗保障的发展。文章对“病有所医”目标阶段我国医保发展的成就和问题进行分析，提出“病有良医”目标阶段我国医保发展的关键对策，最后对“以健康为导向”的医疗保障进行了展望。

**【关键词】** 医疗保障体系；病有所医；病有良医；健康导向

## 一、引言

疾病不仅对个体生命健康造成严重的威胁，也对个人和家庭的工作与生活状态产生多方面的不利影响，从而制约着国家与社会的和谐发展。因此，现代国家都高度重视疾病风险的防范与应对问题。1883年，德国政府颁布《疾病社会保险法》，标志着医疗保障作为一种强制性社会保障制度的开始，<sup>①</sup>开启了疾病风险的防范与应对走向制度化建设的阶段。自此以后，多数国家建立了某种形式的医疗保障制度。从本质上来看，医疗保障是提供疾病风险费用保障的一种社会互助机制。但实际上，医疗保障不只是提供疾病风险的经济保障，还对医疗卫生乃至相关行业、产业和经济部门都产生着重大的影响。到如今，现代医疗保障制度经历了一百多年的发展，其内容不断丰富，形式日趋多样化，并随着人类对健康的需求升级，内涵也不断深化，已经成为现代社会保障体系乃至人类文明的重要组成部分。

我国在 20 世纪 50—60 年代建立了公费医疗、劳保医疗及农村合作医疗三种覆盖不同群体

**【作者简介】** 申曙光，中山大学岭南学院、政治与公共事务管理学院、国家治理研究院教授。主要研究方向：医疗保障、医药卫生体制改革。

**【基金项目】** 国家社会科学基金重大项目“预防为主的大健康格局与健康中国建设研究”（17ZDA080）。

① 李宏：《德国的社会保险制度概况及其危机与改革》，《技术经济》2007 年第 5 期。

的医疗保障制度。改革开放以后,这些制度不再适应新的社会经济形态。为此,在全国范围内开启了医疗保障制度改革的探索和试点。1994年,国家在“两江”(江西九江市和江苏镇江市)等地改革模式的基础上确立了建立社会型医疗保险的整体思路,随后逐步建立起了城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险,医疗救助和大病保险制度也在这个过程中发展起来。由此,我国的全民医保体系得以初步建成。

2007年,党的十七大报告提出了民生“五有”——“学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居”的发展目标;2017年,党的十九大报告进一步提出了民生“七有”——“幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶”的发展目标。实际上,“病有所医”正是新中国成立后医疗保障发展的基本目标。经过七十余年的努力,我国终于建成了世界上规模最大的医疗保障体系,并在总体上基本实现了“病有所医”的目标。<sup>①</sup>任何事物的发展都有自己的内在规律和一定的阶段性。在全民医保体系初步建成、“病有所医”的目标基本实现以后,在我国开启“第二个百年奋斗目标”新征程之际,我们必须回答一个问题,我国医疗保障进一步发展的方向与目标是什么?我们需要一个什么样的医疗保障体系?显然,这是一个需要深入探讨的重要话题。对这个问题的回答,不但在中短期影响着我国医疗保障改革与发展的方向和战略决策,也在中长期决定了我国医疗保障发展道路的选择。我们认为,从我国医疗保障发展的历程、趋势和外在环境与要求来看,我国的医疗保障发展可以分为三个阶段:第一,实现“病有所医”发展目标的阶段;第二,实现“病有良医”发展目标的阶段;第三,以健康为导向的医保发展阶段。我国过去七十余年的医保实际上走过了一条以“病有所医”为目标的发展之路,下一步应当发展和完善“病有良医”型医疗保障体系。然而,病有良医并非最终目标,最终目标应该是建立以健康为导向的医疗保障体系。当然,三个阶段的划分不是绝对的区分,三种形态的医疗保障也不可能是孤立或“纯粹”的存在。由于医保制度和体系的复杂性,更由于区域发展的不平衡性,在未来一段时期,病有良医型医疗保障是我国医疗保障体系发展的主体内容,与此同时,必然交织着病有所医型医疗保障的进一步发展完善,也内含着、并会逐步地过渡到以健康为导向的医疗保障体系的兴起与发展。

## 二、“病有所医”与全民医保的发展

1998年正式建立的城镇职工基本医疗保险制度与随后逐步建立的新型农村合作医疗及城镇居民基本医疗保险制度,共同构成了我国医疗保障体系的主体。覆盖全民的医疗保障体系在此基础上得以建立,并成为“病有所医”目标实现的重要制度基础。

### (一)“病有所医”目标下医疗保障发展的成效与目标实现机制

“病有所医”是对“看病难、看病贵”社会现象的回应,以人人享有基本医疗卫生服务和费用保障为出发点,立足于满足民众在患病时能够就近便捷抵达医疗卫生机构看病、且不会造成严重的家庭经济负担的现实诉求。由此可见,“病有所医”有两个具体任务:一是解决医疗

<sup>①</sup> 申曙光、张家玉:《医保转型与发展:从病有所医走向病有良医》,《社会保障评论》2018年第3期。

资源和医疗机构不足的问题，满足人民群众的基本医疗服务需求；二是解决医疗费用负担的问题，满足人民群众的基本医疗保障需求。

改革开放以来，我国的医疗卫生与医疗保障事业取得了巨大成效，“病有所医”的目标基本上得以实现。一是医疗卫生资源供给显著增加，医疗服务水平不断提升。2009年至2019年的10余年间，全国医院总数、医疗机构床位数以及卫生人员总数均有大幅度增长，年均增长率分别达到5.41%、7.15%和5.20%；每千人口医疗卫生机构床位数从2009年的3.31张提高到2019年的6.30张，为人民群众获取医疗服务提供了基础资源（表1）。在医疗卫生资源供给增加的同时，医疗服务水平也得到提升。新医改后医院平均住院日连年下降，由2010年的10.49天下降到2019年的9.1天。<sup>①</sup>住院患者总死亡率由2005年的1.10%下降至2018年的0.44%，稳定在较低水平。<sup>②</sup>二是多层次医保体系得以建立。全民医保将绝大多数人纳入到不同类型的医疗保障制度下，使全民看病就医有了基础性的经济保障。为解决仍有部分贫困家庭容易陷入灾难性医疗支出困境的难题，国家还建立了医疗救助制度和大病保险制度为其提供托底保障。同时，国家鼓励发展商业健康保险等补充医疗保险。<sup>③</sup>三是全民参保得以基本实现。“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，参保率稳定在95%以上，<sup>④</sup>“不敢看病、看不起病”的状况有明显好转。四是医疗保障水平持续提高。受益于统筹层次提升、医保支付比例提高、医保药品目录优化调整、城乡居民医疗保险一体化发展、大病保险制度实施、医疗救助托底及健康扶贫工程的开展，参保人员待遇水平不断提升，群众医疗费用负担持续降低，职工医保和居民医保政策范围内的住院报销比例在2019年分别达到85.8%和68.8%。<sup>⑤</sup>此外，截至2019年底，医保扶贫综合保障政策惠及贫困人口近2亿人次，帮助418万因病致贫人口实现精准脱贫。<sup>⑥</sup>

表1 2009—2019年全国医疗服务资源的增長

	医疗机构（个）		卫生机构床位数（张）			医疗机构人员总数（人）		
	医院	基层医疗卫生机构	总数	医院	基层医疗卫生机构	总数	医院	基层医疗卫生机构
2009	20291	882148	4416612	3120773	1099791	7781448	3957727	3152040
2019	34353	954390	8806956	6866546	1631123	12928335	7782171	4160571
年均增长率（%）	5.41	0.80	7.15	8.20	4.00	5.20	7.00	2.81

资料来源：《2010年中国卫生统计年鉴》和《2020年中国卫生健康统计年鉴》。

注：医院指的是，综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、各类专科医院和护理院，不包括专科疾病防治院、妇幼保健院和疗养院；基层医疗卫生机构指的是，社区卫生服务中心、卫生院（街道和乡镇）、门诊部、村卫生室、诊所。

① 数据来源于《中国卫生（健康）统计年鉴（2011—2020）》。

② 国家卫生健康委：《中国住院患者总死亡率逐步下降》，中国新闻网：<https://www.chinanews.com/shipin/cns-d/2019/10-09/news834014.shtml>，2019年10月9日。

③ 仇雨临：《中国医疗保障70年：回顾与解析》，《社会保障评论》2019年第1期。

④ 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2期。

⑤ 《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医疗保障局官网：[http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art\\_7\\_3268.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html)，2020年6月24日。

⑥ 参见李红梅：《医保帮扶418万因病致贫者脱贫》，《人民日报》，2020年3月31日。

“病有所医”目标下医疗保障巨大成效的取得,得益于医疗卫生和医疗保障领域建立的一系列体制机制。一是财政投入机制。新医改以来,国家通过持续增加对医疗卫生机构的投入,使得医疗卫生机构总量尤其是医院总量大幅增加。二是多元办医机制。医疗服务供给不足导致了“看病难”问题的产生,公立医院对基本医疗服务的供给又难以满足群众就医的多样化需求。为增加医疗服务机构体量,国家鼓励社会资本参与医院建设,以满足群众就医的多样化、个性化需求。三是医疗费用补偿机制。由于多种因素的综合作用,长期以来,医疗费用增长很快,直接造成了“看病贵”问题。我国建立起的多层次医疗保障体系为分散全体成员支付医疗费用的经济风险提供了基本保障。四是分级诊疗机制。分级诊疗既有利于解决“看病难”问题,也有利于解决“看病贵”问题,因此,实现分级诊疗成为新医改重要的政策目标。

## (二) “病有所医”目标下医疗保障体系面临的问题

全民医保体系的建立与“病有所医”目标的实现,基本上解决了医疗服务可及性问题。但是,也应当看到,“病有所医”型医保体系尚面临诸多问题。

第一,医疗服务质量不高问题。过去几十年,受益于改革开放后经济的发展和科技水平的提升,我国医疗技术与诊疗水平大幅度提升。例如,我国的 HAQ 指数(医疗质量和可及性)排名从 1990 年的全球第 110 位提高到了 2016 年的第 48 位,在肿瘤、心血管、消化内镜等领域的医疗技术和医疗水平已达到国际先进水平。<sup>①</sup>药品和医疗器械供应也非常丰富,国外先进药品和医疗器械引进速度不断加快。但医疗技术与诊疗水平的提升并不必然意味着医疗服务质量高。相反,我国的医疗服务质量整体水平偏低。医疗服务质量指的是临床疗效、身心健康、医患互动以及费用负担等方面的综合质量。<sup>②</sup>目前我国还存在着相当普遍的过度医疗、医患关系紧张<sup>③</sup>及费用负担过重<sup>④</sup>等情况。医院及医生的“趋利式”医疗行为及患者对医疗费用支出敏感性下降导致小病大治等过度医疗现象广泛存在,这必然引起医疗费用持续增长。例如,调整“药占比”的政策结果显示,基本医疗保险支付的费用并没有因“药占比”的下降而下降,反而一直保持在 20% 左右的增速。不仅如此,医疗信息的不对称也造成了医患关系的紧张,甚至是各种形式的医患纠纷。尽管医疗服务质量不高是医疗卫生和医疗服务领域的问题,但与医疗保障制度的缺陷及管理不健全、医药服务模式不明确及三医联动不畅通不无关系。

第二,医保运行的可持续性受到挑战问题。从目前全国基本医保基金累计结存的数据来看,短期内医保基金可以实现收支平衡。但从地区收支结构及中长期发展角度来看,医保基金收支平衡面临严峻挑战。例如,不少统筹区的基金结存早已越过“满足 6 至 9 个月支付需求”的红线,

① 参见鄢光哲:《我国医疗质量全球排名跃升至第四十八位》,《中国青年报》,2018年6月14日。

② 李俏君等:《基于价值医疗的住院医疗服务质量核心评价指标体系实证研究》,《中国卫生经济》2020年第8期。

③ 廖澍华:《“行政发包制”模式下的医患关系研究——基于深圳市的实证研究》,武汉大学博士学位论文,2016年;汪新建、王丛:《医患信任关系的特征、现状与研究展望》,《南京师大学报(社会科学版)》2016年第2期。

④ 于明远:《过度医疗、预算约束与医疗、行业激励性规制》,《经济理论与经济管理》2020年第9期;李亚青、罗耀:《大病保险是否改善了医疗弱势群体的保障状况——以老年人和低收入群体为例》,《广东财经大学学报》2020年第6期。

甚至已陷入收不抵支的困境。<sup>①</sup>造成这一困境的原因既有制度设计方面的缺陷，也受经济、社会以及人口发展形势的影响。现行以单位或财政为主体的缴费机制导致了筹资责任的错位与失衡。在人口快速且大规模老龄化加速医疗需求释放，而经济发展速度放缓、社保仍在降费阶段的政策窗口期的叠加效应下，出现缴费人群缩小、享受待遇人群却持续扩大的“系统老龄化”趋势，<sup>②</sup>这势必会加大医疗保障基金支出规模的增长。在基金支出快速增加与筹资机制存在缺陷的双重压力下，医保的可持续发展受到严峻挑战。

第三，医疗保障的公平性不足问题。全民医保制度的建立及城市与农村居民医保制度的整合使得医疗保障的公平性得到大幅度改进，但仍存在公平性不足的问题，突出表现在不同人群与地区的待遇水平差异较大。医保制度的“身份”和“地域”差异使同一地区不同身份的基本医保制度和不同地区同一基本医保制度在起付线、封顶线、个人自付比例、门诊统筹、慢病以及门特病种等方面的规定不尽相同，影响了医疗保障的实质公平。不仅如此，医保制度碎片化还影响了流动人口与新业态从业人员的参保。居民医保对参保人户籍的限制以及职工医保与劳动合同相关联的缴费性质，使流动人口和新业态从业人员无论选择哪种制度安排，其付出的成本均要高于当地居民及职工医保参保人，因此不参保或是弃保的情况还在一定范围内存在。

第四，多层次医保体系发展不充分问题。尽管我国已建立起多层次医保体系，但这一体系的发展并不充分，主要表现在基本医保一“制”独大，补充医疗保险发展缓慢，慈善捐赠和医疗互助发展程度更低。究其原因，一是基本医疗保险快速发展及保障水平不断提高产生的泛福利化倾向，使国民在一定程度上产生了对基本医疗保险的“福利依赖”。二是由于补充医疗保险定位模糊不清，并且得到的政策支持有限，导致保障责任、保障范围、保障项目等与基本医疗保险或大病保险存在较高程度的责任重合。除此之外，商业健康保险对投保人群和病种限制较多，抑制了参保人购买商业健康保险的欲望。

第五，“三医”改革不协同问题。“三医”联动的要义是医疗、医保、医药领域的改革需要互相协调、形成合力，共同推进医药卫生体制改革向纵深发展。<sup>③</sup>尽管医改打破了“医和药”之间的交易黑洞，在药品零加成、两票制、药品谈判和集中招标采购等“药改”领域中取得了良好成效，但是在不同主体目标取向和价值取向上没有形成共识、公立医院盈利导向未能改变的情况下，“三医联而不动”的现象难以改变。在这种局面下，单纯依靠医疗保障无法解决的一个重大问题就是，过度医疗现象尚普遍存在。过度医疗不但浪费了医保基金和病患家庭的资金，更浪费了医疗卫生资源，降低了医疗服务的效能。这是未来医保高质量发展、病有良医目标实现的最大障碍。

① 马颖颖、申曙光：《引入市场力量促进医保科学控费的机制与实现路径研究——基于公私合作（PPP）的视角》，《学术研究》2018年第1期。

② 郑功成等：《中国医疗保障发展报告（2020）》，社会科学文献出版社，2020年，第37页。

③ 胡大洋：《三医联动的顶层要求和专家观点及思考》，《中国医疗保险》2017年第9期。

### 三、我国医疗保障体系发展的目标转换：从“病有所医”到“病有良医”

经济由高速增长向高质量发展的转变、健康中国战略的实施、人口老龄化的加速以及疾病谱的演变，使人们对医疗卫生服务的要求已经从改革初期的“人人享有基本医疗卫生服务”发展到“人人享受全方位全周期的健康医疗保障服务”。<sup>①</sup>显然，当前的医疗服务与保障供给质量和结构与这一目标还存在较大的差距。上一节所分析的“病有所医”目标下医保存在的问题也表明，医疗服务与保障亟待实现从有到优的升级，由“病有所医”阶段的扩容增量向满足不同群体需求的优质医疗服务和保障的提质增效转变。而实现医疗服务供给和保障“从有到优”的转变，需要有新的理念和目标导向。在这样的背景下，学术界提出了“病有良医”的概念和发展目标，认为医疗保障应在“病有所医”的基础上向着“病有良医”的新目标去定位和实现自身的发展，以满足人民群众不断增长的医疗保障与健康需求。<sup>②</sup>2019年《中共中央国务院关于支持深圳建设中国特色社会主义先行示范区的意见》明确要求，深圳要率先实现“病有良医”。这意味着，“病有良医”已从学术观点探讨转而成为了医保的国家发展战略，并进入到了实践探索和试点阶段。这一发展也表明，“病有良医”将成为新时期中国特色高质量医疗保障体系发展的基本理念与目标。

#### （一）“病有良医”的目标与现实基础

“病有良医”，从字面上可以理解为，患者的“病”需要良好的“医”。但在这里，“病”并非传统意义上的“疾病”，指的是广义上的“身体状况”，即全生命周期内的健康维护与疾病预防状况、患病后的疾病治疗与疾病康复以及年老后的康复护理与安宁疗养状况等；“良医”不仅是指医术精湛、医德高尚的优秀医生，更是指能够为人民群众提供满足其全生命周期的健康、医疗与康复等服务需求，服务过程令人满意并具有适宜性价比的医疗服务。“病有良医”本质上是让患者能够以合理、可负担的经济成本获得价格与品质相当的适宜、优质的医疗和保健服务，以保持或改善自身的健康状况。也就是说，个体在患病时不仅能够“看得上病”“看得起病”，更是能够“看得好病”。“病有良医”的实现意味人人能够获取优质的医疗卫生服务。优质的医疗服务并非一味追求办大医院，更不是只存在于三甲医院或综合医院，而应该是基于专业分工而不断提高的工作品质。<sup>③</sup>“病有良医”的实现也意味着高效能医保制度体系的建立。通过制度相对统一、责任分工明确、支付方式高效、筹资机制科学合理、救助制度精准有效、保障待遇实质公平、重特大疾病保障健全、社商多元有效合作、医保基金“收、管、用”高效运转的多层次医疗保障体系，<sup>④</sup>提高国民全生命周期内的医疗保障水平。此外，“病有良医”的发展目标虽然还不能等同于“以健康为导向”的目标，但在聚焦于医疗服务的同时，也要关

① 胡善联：《新医改十年的回顾与展望——战略、政府、市场、激励》，《卫生软科学》2019年第8期。

② 申曙光、张家玉：《医保转型与发展：从病有所医走向病有良医》，《社会保障评论》2018年第3期；申曙光：《新时期我国医疗保障的发展：迈向“病有良医”的伟大征程》，《中国医疗保险》2019年第11期；王东进：《高质医保与病有良医》，《中国医疗保险》2020年第3期。

③ 杨燕绥：《医保“十四五”时期的四个关键词和七个重点问题》，《中国医疗保险》2021年第1期。

④ 申曙光、张家玉：《医保转型与发展：从病有所医走向病有良医》，《社会保障评论》2018年第3期。

注个体的健康管理、疾病预防与康复护理等，致力于维持和促进居民健康状态，推动慢性病预防和健康管理。因此，“病有良医”的核心任务应聚焦于识别个体的广义的医疗服务需求，并为其提供公平、合理、优质、有效、可承担的医疗保障服务。

当前我国政治、经济、技术及医保制度自身的完善与发展为“病有良医”的实现奠定了坚实的基础。一是党和政府高度重视民生发展和民生保障，高度重视医疗保障和医疗卫生事业的发展，医疗保障进入快速改革与发展时期，为病有良医的实现提供了政治基础。二是全民医保体系建成，各项制度与政策不断得到优化，病有所医的目标基本实现，从而为实现更高的目标提供了制度基础。三是医保管理体制变革，以往“分而治之”的医保管理体制成为影响医保深化改革的体制性障碍因素。随着国家和地方医保局的成立，医保的管理职能也走向集中，有效提高了医保的战略购买、价格谈判、费用支付和服务监管能力，为“病有良医”实现现代化治理奠定了组织基础。四是经济快速发展，我国已成为世界第二大经济体，尽管过去四十余年那种长时期的高速发展或许难以再现，但仍有很大可能保持中高速度发展，使国家持续增加对医疗卫生和医疗保障的投入更加有了“底气”，为病有良医目标的实现提供了经济基础。五是医疗大数据、互联网、区块链、人工智能等现代信息技术在医保治理中的运用可以加强对医保基金的智能监管，提高基金使用效率，控制医疗服务成本的过快增长，并促进医保经办管理服务水平的提升，从而为“病有良医”目标的实现提供了技术基础。六是国民健康意识的增强。“健康中国”战略的实施，使全社会的健康和健康风险保障意识逐步提升，越来越多的人关注到“健康”的重要性并主动维护自身的健康，这为病有良医目标的实现提供了社会基础。基于以上分析，我们认为，从“病有所医”走向“病有良医”，已经具备了充分的条件和基础。

## （二）“病有良医”的基本要求

“病有良医”的实现，需要处理好效率与公平、政府与市场、保障的充分性与适度性以及供给与需求之间的关系。

第一，兼顾效率与公平。公平，既指人们所拥有的机会均等，即形式上的公平，也指所要实现或达到的结果是公平的，即实质上的公平。“病有良医”所要实现的公平，既是指人民获取优质医疗服务和基本医疗保障的机会均等，即形式公平，也要实现医保待遇、医疗服务资源获取及使用等实质性的公平。目前，还有一小部分人因为各种原因没有参保，或阶段性地“脱保”，意味着依然存在“病有所医”未能得到完全解决的问题。如何解决这一问题，如何缩小乃至逐渐消除城乡之间、不同区域之间的保障待遇差异和医疗服务资源的非均等化，成为关系到“病有良医”能否实现的基础性问题。“效率”是指通过合理的资源配置，以尽可能低的成本去获取人们所需要的尽可能多的收益。<sup>①</sup>在“病有良医”目标导向下，医保作为筹资方在购买医疗服务时需要考虑如何选择恰当有效的支付方式，为参保人购买到最优性价比的医疗服务，以实现医保基金的最大化效用以及最优的使用效率。<sup>②</sup>效率的要求也意味着医疗服务治理效率的提升。这需要医疗保障部门及其经办机构运用先进的治理方式和机制提高医疗服务的购买与

① 陈良瑾：《社会救助与社会福利》，中国劳动社会保障出版社，2009年，第38页。

② 王震：《新形势下我国医保治理模式的选择》，《中国医疗保险》2018年第11期。

递送以及整个医疗体系运行的效率。病有良医的效率还意味着应当允许和支持各地区结合当地实际,先行先试开展能够为当地民众提供更高医疗福祉的举措。

第二,优化政府与市场关系。无论是在国内还是国外,医疗领域一直存在“政府供给还是市场供给”之争。实践中,纯粹的市场供给和政府供给都会导致市场失灵。因此,我国在吸取了过往医疗保障经验教训、吸纳并实践“政府是掌舵而非划桨”等新公共管理理论中,达成了医疗保障不是要在政府与市场两个极端中作方向选择,而是要在市场机制与政府的优势互补中作具体方式选择的共识,并建立起了多层次的医保体系。在这种体系中,基本医疗保险制度是主体,其覆盖全民的特性决定了只有政府能够凭借其强大的政治动员力和强制执行力为全民提供保障。而对“有限政府”理论的实践意味着政府所提供的医疗保障只能是适度保障。因此,对于基本医疗保险未涵盖的保障责任或是高层次的医疗保障,需要市场主体针对基本医疗保险在医疗保障中的缺位之处,从人群范围覆盖、保障项目覆盖、保障水平提升等方面与基本医疗保险形成互补。实际上,多层次医保体系中的政府与市场这两大主体究竟是优势互补还是相互排斥,其关键在于政府与市场的边界划分是否合理,<sup>①</sup>这就需要厘清基本医疗保险与补充医疗保险的制度边界和功能定位,且能够按照一定的规制在各自的边界范围内提供医疗保障,共同为参保人提供衔接有序、保障递增的服务。

第三,确保保障的充分性与适度性。医疗保障的充分性要求意味着需要补足过去因为各个地区经济和制度差异导致的统筹层次较低、保障水平不高带来的保障不足、保障差异问题。基本医疗保险最重要的核心公平价值依据是,在相对应的筹资责任下全体公民的受益程度应该相差无几,以实现保障的同质化、保障层次性和个性化兼顾。在适度保障层面,必须把握好医疗保障的“度”。过去由于适度保障的理念不明确,未能建立医疗保障“适度”的量化指标,导致在实际中出现了保障不足和过度保障同时存在的情况,影响医保制度的可持续发展,因此界定适度保障的标准至关重要。当然,适度保障的标准必须与经济社会发展水平相适应,因此这种标准并非一成不变,而是需要随经济发展水平和人民需求的变化而进行动态调整。

第四,供给与需求的匹配。人的需求是不断发展变化的,而需求的满足又是相对的、有条件的。不以需求为导向的服务和产品供给必然会造成供给的无序扩张和效率低下。这要求供给主体必须根据需求的发展变化及时调整服务供给内容和产品,否则就会产生供求失衡的现象。如前所述,当前随着社会经济形势的发展变化以及“健康中国”战略的实施,人民的医疗服务需求发生了明显的变化:既需要获得优质医疗服务,也更加关注自身健康的维持。于供给侧角度而言,医疗保障作为满足人民医疗需求的重要机制,在新时代不能拘泥于过去的发展理念和思维范式,把“控费”作为医保政策的核心追求,而应该是站在促进人的全面发展的高度,从健康预防、促进与疾病控制等方面着手,立足于增加优质医疗资源供给、提高医疗服务质量及提升医疗保障水平而使人民群众获得感得到满足等涉及群众根本利益的深层次问题,强化医保对医疗服务供需双方的引导和医疗费用的制约作用,逐步实现从“保疾病”向“保健康”的转变。

<sup>①</sup> 杨娉:《医疗保障体制及政府与市场的边界》,《金融发展研究》2017年第9期。

### （三）“病有良医”的实现机制

医疗保障目标的实现有赖于合理的机制及机制的综合作用。在系统性、整体性及协同合作的思维视角下，破除传统思维束缚，不断优化和完善各种机制，才能实现“病有良医”的目标。

一是制度保障机制。党的十九届四中全会明确指出了制度建设和完善的重要意义。在我国医疗卫生改革进入深水区及“病有良医”成为新时期发展目标的关键时期，我们更需要科学、合理和可操作性强的制度体系，确保医疗保障体系健康有序运行。这需要厘清当前医疗保障的缺陷和问题，在“大医保”的思维视野下，加强医疗保障体系制度建设，加强这一体系与医疗、医药、公共卫生等体系制度的协调，尤其是在与相关利益主体充分沟通的基础上，“共建”医疗服务改革领域的重要制度。

二是协同合作机制。协同共治是实现治理现代化的本质要求，其强调通过部门间的协调和合作，激发相关主体之间的内生合作动力。其一，“三医联动”的深度协同是重中之重。“三医”联动不畅通的根源在于三者并非利益共同体。因此将医疗和医药及医保三者变成利益共同体，使三者之间实现利益平衡，才能够促成“三医”深度协同。其二，医保与健康管理服务供给主体的协同合作。医保与健康管理的关系在制度和政策上尚不明确。我们认为，在“病有良医”的发展目标下，应该探索通过医保购买适宜的健康管理服务的方式，为人民提供一定的健康管理服务的经济保障。其三，医保与社会力量的协同合作。社会力量是医保体制机制创新的重要主体，在医保治理现代化中，引入第三方经办和监管力量参与医保治理，可以促使医保监管由粗糙式管理向精细化管理进化，提高医保基金的使用效率，提高经办管理效率。

三是约束与激励机制。其一，对医药相关主体的激励与约束机制。需要约束医院及医生的“趋利式”行为，抑制过度诊疗、医药合谋及医患合谋等现象，增强医保基金的抗风险能力。<sup>①</sup>但对医疗行为单纯的约束可能使医疗机构为了节约成本而产生“重症轻治、轻症不治”或是开具医保目录外药品等逆向选择，增加了低质量医疗服务供给或是高价格医疗消费的风险。因此，也需要在医疗、医保、医药之间实现常态化沟通以及对话的基础上，建立能够激励医疗机构在保证服务质量的同时又主动控费的机制。其二，为了控制参保人的道德风险，需要建立对参保人的约束机制。此外，个人是健康保障的第一责任人。疾病的发生、治疗和康复，都离不开个人的参与。<sup>②</sup>这需要加强个人对健康的生活方式的重视，建立参保人健康习惯行为养成的激励机制。

四是医疗服务资源的整合机制。医疗服务资源配置不均的结构性矛盾得不到根治，就不能实现“病有良医”。这需要对现有的医疗服务资源与医疗卫生服务模式进行整合与重构。资源整合与服务模式的重构重点在于“强基层”。通过整合推进区域医疗资源共享，医联体、医疗集团、对口支援、远程医疗、“互联网+”医疗等与基本医疗保险的支付制度相配合，促进基层医疗卫生机构的充分发展与水平提升。<sup>③</sup>资源整合与服务模式的重构还在于补短板。需要厘

① 申曙光：《新时期我国医疗保障的发展：迈向“病有良医”的伟大征程》，《中国医疗保险》2019年第11期。

② 王冬：《基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新》，《社会保障评论》2019年第3期。

③ 李显文：《对我国分级诊疗模式相关问题的思考》，《卫生经济研究》2015年第3期。

清当前制约资源整合与服务模式重构的关键性问题及制约性因素, 补足医疗服务与保障中的短板, 提高医疗服务能力和保障水平。

五是运行治理机制。规范化的运行治理机制是实现医保治理现代化的重要条件。其一, 信息标准化的建设。信息标准化是高质量大数据的基础。当前不统一、不规范的疾病管理信息(基本信息、诊断信息、医疗服务项目、手术操作、耗材及药品使用信息)导致医保大数据可利用程度低, 难以提升医保治理水平。需要统一数据字段标准, 实现业务编码、数据交换接口的标准化。其二, 服务标准化。可从组织管理标准化、业务经办流程标准化等方面建立医保服务标准化的长效机制, 使标准化成为常规管理工作不可分的组成部分。其三, 信息化技术手段。信息化技术是实现医保治理体系现代化的技术支撑。需要发挥大数据、互联网、信息化平台、区块链、人工智能等现代技术在医保基金智能监管、打击欺诈骗保、异地就医结算、电子病历、费用审核管理和服务中的技术优势, 控制医疗费用不合理增长、提高基金使用效率。<sup>①</sup> 移动互联网具有配置优质医疗服务资源的巨大优势, 通过建立和完善“互联网+”医疗的医保支付制度, 能够促进人们共享全国的优质医疗服务。

#### 四、“病有良医”目标下医疗保障发展的关键对策

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称《意见》)提出了我国医疗保障改革的总体框架, 是我国医疗保障进入高质量发展阶段的纲领性文件, 将对未来相当长一段时期、特别是“十四五”和“十五五”社会经济发展规划时期医疗保障事业的发展产生重要的影响。<sup>②</sup> 《意见》既包含了完善现有相关制度、巩固我国“病有所医”目标下医疗保障发展成果的内容, 也包含了创新政策和制度、推进“病有良医”目标实现的战略安排。本部分在前文所提出的病有所医目标阶段我国医保体系存在的问题及病有良医的基本要求与实现机制的基础上, 以《意见》为基本依据, 以病有良医的发展为主要目标, 从六个方面提出我国医疗保障体系未来一段时期发展的关键对策。

##### (一) 建立层次分明有机衔接的多层次医保体系

我国已经建立了医疗救助为托底、基本医疗保险为主体、商业健康保险等为补充的多支柱医保体系, 但这一体系仍存在诸多结构性缺陷。一方面, 主体层次的基本医疗保险尽管在理论定位上清晰合理, 但在实际制度和政策层面往往定位不清, 既存在保障过度也存在保障不足的问题, 这制约了其他保障制度的发展; 另一方面, 补充性保障制度发育不足, 资源未能得到有效利用, 既增加了基本医保的财政和行政“负担”, 又损失了相应的“效率”。更为严重的是, 这两者之间互为因果, 容易形成恶性循环。“病有良医”的目标决定了我国医疗保障的未来发展需要建立起层次分明有机衔接的多层次医疗保障体系。

① 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2期。

② 申曙光:《指导医疗保障走向高质量发展的纲领性文件——〈中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉解读》,《中国医疗保险》2020年第4期。

第一，明确各层次的目标定位和边界划分。法定基本医疗保险坚持普惠、公平、保基本的原则，满足全体人民疾病医疗基本需要。这一层次的医疗保障必须追求公平性。目前的“大病保险”也是这一层次的制度，在适当的时候可以考虑并入城镇居民基本医疗保险或职工基本医疗保险制度，不必单独存在。兼具公益性和商业性的不同类型的补充医疗保险应当成为一个独立的层次，由商业保险机构与社会公益或非营利机构提供。纯粹的商业健康保险则主要是针对中高收入者，以满足有购买能力的投保人的个性化保障需求为目标。这种划分不只是一种理论上的划分，而应当在制度与政策层面明确不同层次医疗保障的制度边界、保障范围与水平。这里的关键问题是，政府既要切实承担起保底线和保基本的责任，也要明确地界定保障范围和水平，将应该交由社会和市场保障的空间留给社会和市场去提供，并在政策上予以灵活性支持。

第二，建立满足不同类型需求的多层次多类型保障制度体系。病有良医目标下的多层次医疗保障在内涵上也包括“多类型”的概念，即既要满足疾病保障的需求，也要满足生育与康复、护理等保障的需求。这同样要坚持“广覆盖、保基本、多层次、可持续”的发展方针，优化基本医疗保险、大病保险、医疗救助三种医疗保障制度的衔接；支持补充医疗保险产品的开发；做好生育保险和医疗保险合并实施后的统一管理，实现二险合并后在缴费标准、责任机制及信息化系统等方面的衔接，实现生育保险政策和生育政策之间的对接，充分保障妇女和婴儿的权益；加快推进长期护理保险制度在全国的试点与推广，探索和优化长期护理保险筹资机制和保障机制，做好其与基本医疗保险、养老服务制度的衔接；同时，还要适应快速老龄化的需求，更加重视康复医疗保障。

## （二）建立相互协调的筹资和待遇保障机制

筹资方式和待遇保障机制是影响医疗保障“病有良医”目标能否实现的关键因素。一方面，合理的筹资方式能够最大限度地降低政府普及基本医疗保险的难度，提高参保人的参保积极性，同时减少政府的财政和行政负担；另一方面，良好的保障机制又决定了参保人的疾病和医疗风险能够得到适当的保障，保障的门槛太高或者太低都容易产生问题。同时，筹资机制和待遇保障机制只有相互协调，才能保证医疗保障体系发挥最大效用。

第一，建立规范和动态的筹资机制。以增强个人责任为基本方向，均衡政府、单位和个人的缴费筹资责任，提升筹资机制的稳健性和可持续性，明确各级政府在基本医保筹资中的责任，理顺政府各类投入渠道，形成稳固且能推动医保可持续发展的财政筹资比例和分担责任。建立统一规范的职工医保基准费率制度，统一规范缴费基数，合理确定费率，实行筹资动态调整。

第二，完善基本医疗保险的待遇政策。以增强基本医疗保险的公平性为目标，建立与筹资责任相适应、符合不同收入人群保障再分配要求的医疗保障制度。应尽快将依然处于县区统筹层面的医疗保障提升到地市级统筹层次，加强基金的互助共济功能，减少区域内的保障差异。具备条件的地区逐步提升基本医疗保险统筹层次到省一级水平，老龄化程度较高的省份先行改革；完善适合门诊就医特点的保障机制，以权益转换的方式将门诊、住院医疗“板块式”的筹资、财务及待遇结构转变成“通道式”的筹资、财务及待遇结构。

### （三）建立合理的医保支付机制

医保支付机制是决定医疗与医保资源能否得到有效利用的重要机制，同时也对医疗行为、医院运行和发展及医药行业产生深刻影响。为了更好地实现“病有良医”，医保支付方式改革需要实施两项关键对策。

第一，完善医保支付机制。适应医药行业发展和人民群众看病就医的需求，规范和完善医保目录管理体制，支持医疗服务体系建设。这需要系统研究和评估近年来国家药品谈判及集中招采模式的影响和效应，总结经验，优化制度。同时，要制定医保支付标准，建立医保支付标准与集中招采价格协同机制；健全医保目录动态调整机制，使其能够更好地与药品集中采购相衔接。为支持互联网医疗的发展，应该在通过合理合规性评定的基础上将“互联网+”医疗的基本医疗服务项目纳入医保支付范围。

第二，推进医保支付方式改革和创新。任何一种支付方式都有其优势也有其弊端。支付方式改革的核心问题是要根据医疗服务内容和类型，甚至要根据病种而采用不同的支付方式，并形成综合性支付方式体系，同时要运用现代技术手段实行精细化管理。从长远看，支付方式需要向更加有利于“保健康”的方向转变。这需要推动门诊统筹，探索开展门诊慢性病按病种付费或按人头付费，降低住院带来的资源浪费和对居民造成的医疗负担。一个重要的方面是，要建立符合中医药特点的医保支付方式，支持中医药的发展，并发挥其在健康预防方面的价值。

### （四）推进医药服务供给侧改革

在医药服务供给侧层面，医保体制改革、卫生体制改革与药品流通体制改革需要联动和协同，医保的单方面改革难以取得实际效果。医保要积极发挥其杠杆功能，同时需要提升与卫生和药品体制改革的配合能力。为实现“病有良医”，推进医药服务供给侧改革需要实施三项关键对策。

第一，深化药品与耗材集中采购机制改革。关键是要更加有效地发挥市场机制的作用，建立以集团采购为主的药品和医用耗材采购工作机制，通过区域联盟、医联体、医共体等方式组成联合采购集团，实行谈判和竞价等采购模式，招采合一。还需要推进医保基金与医药企业直接结算，建立跨区域采购协作和信息共享机制，推动药品、医用耗材价格跨区域联动，形成合理比价关系。逐步建立统一的医药采购监管系统，推进医药采购、交易、结算等全流程监管。

第二，建立和优化医药价格形成机制和信息披露机制。统一规范医疗服务价格管理。完善价格管理方式，优化调价规则和程序，并建立价格的动态调整机制。建立医疗服务日常监管机制。建立和完善医药价格、病种费用等信息监测与信息披露制度。

第三，建立医保医药服务考核评价体系。建立医保医药服务考核评价办法，定点机构考核规则要突出对服务质量和控费的考核，并将其与医保基金支付挂钩。建立规范的医保医师制度，对医保医师的考核评价要突出价值医疗的导向。建立药品与耗材和技术服务的经济性评价体系，以价值医保为导向，评估药品、医用耗材、医疗技术在医保支付中的经济性。

### （五）优化医疗保障治理机制

医疗保障公共服务水平的提升是确保群众获得良好服务和体验的基础，也是医疗和医药机

构在服务提供和产品交易过程中减少交易成本、提升交易效率的重要前提。为实现“病有良医”，优化医疗保障治理机制要实施三项关键对策。

第一，提升医疗保障法制规范化水平。医疗保障事关所有国民的重大利益，事关多个行业的发展，涉及主体多，关系复杂，需要完备的法律体系的规范。但从实际情况来看，目前的医保法制规范化程度非常低，这造成了医保制度实施和运行中的许多问题。当务之急是要出台医疗保障基本法，对几十年来的医保改革成果进行总结，形成基本的规范，并为医保的进一步改革发展创造条件 and 提供支持。在此基础上要在医保基金监管、医药服务管理和医保支付方式等方面出台一系列规范性文件或法律制度。

第二，推进医疗保障公共服务标准化和规范化。医疗保障涉及到众多的政府部门和多个行业，涉及到不同层次和类型的医疗和医药机构，并越来越多地涉及到各种类型的养老与健康服务机构，现有的相关服务标准多样化、异质性强，不适应医疗保障治理现代化的需要。要以公共治理的“系统、协同和开放”思维，加快医疗保障公共服务标准化和规范化建设，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。在大力加强医保经办能力建设的同时，加快建立全国统一的医疗保障基础共性标准，构建省一级统一的医疗保障规范化经办管理体系，推进地市级以下医疗保障部门垂直管理，通过政府购买服务或设立机构等方式推进服务下沉。

第三，建立严密有力的基金监管机制。以建立医保基金长效监管体系为目标，建立健全基金监管执法体系，加强人员力量，强化技术手段。利用智能监控、第三方力量、现场稽核、专家力量等手段，实现医保基金初审全覆盖。理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，明确行政监管与经办稽核的职责边界。建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，促进信息共享，健全协同执法工作机制。加快医疗保障基金智能监控建设，加强大数据应用，提升智能监控水平。开展医保信用体系建设，建立长效性的医保信用管理机制。

#### （六）推进智慧医保建设

信息技术已经深刻地影响了社会生活的多个方面，大数据技术和人工智能也将渗透到人类生活的方方面面，医疗保障管理需要善用这类技术以提高资源利用和行政效率，便利民众的生活。<sup>①</sup>推进智慧医保建设对于发展“病有良医”型医疗保障具有特殊的意义。

第一，加快医疗保障大数据信息平台建设。建设集管理、决策、应用三大功能于一体的医疗保障大数据信息平台，构建全国规范的医疗保障信息系统，实现通用信息的全国互联互通。关键是要实现医保部门、卫健部门、医疗机构跨部门信息互通。完善基本医疗保障全国联网和异地就医直接结算，健全异地转诊的政策措施，提高医疗服务工作效率。

第二，推进智慧医保在医疗保障管理中的实际应用。推进智慧医保基础平台与系统建设。在数字政府的大框架下，以实现多部门数据共享为抓手，打通数据壁垒，应用好大数据资源，建立完整、闭合、智能的医保管理和服务生态链。推进“互联网+”医保服务的发展。优化医保智能经办系统，将医保经办服务事项和办事指南全部纳入系统建设，简化流程、减少材料、缩短时限。推进医保处方共享平台建设，推广电子处方，支持处方外流。推进“互联网+”医

① 申曙光、吴庆艳：《健康治理视角下的数字健康：内涵、价值及应用》，《改革》2020年第12期。

保监管,推动医保监管向智能化、精准化发展。支持学术机构与民间智库的医保研究,以大数据分析为基础,提升医保的科学决策水平。

## 五、我国医疗保障体系发展的中长期目标:以健康为导向的医保

如前所述,总体上我们已经完成了医保体系建设第一阶段的任务,全国范围内基本上实现“病有所医”,开始进入医保体系发展的第二阶段——以“病有良医”为目标的阶段。未来一段时期医保体系建设和发展的主要任务是全面建成多层次医疗保障体系,全面实现“病有良医”,实现医保治理现代化。同时,为了实施健康中国战略,也为了应对居民对健康医疗服务的需求升级,需要同时发展以健康为导向的医疗保障。健康权是人最基本的权利,医疗保障的最终目的不应当只局限于疾病诊断和身体修复,也应当着眼于从根本上降低各种类型的疾病风险,提升社会的人力资本水平和人民幸福生活水平。从这个意义上来讲,“病有良医”的目标与“健康促进”的目标不是一种绝对的区分,而是互相包含,互为因果。一方面,病有良医型医保的发展必然包含着健康导向型医保发展的成分,并成为健康导向型医保发展的基础;另一方面,健康促进型医保的发展也必然引领着病有良医向更高水平的方向发展。只是由于医疗保障发展的阶段性特征,由于我国的基本国情特征,健康导向型医保的发展是中长期的事业,而在未来一段时期内,病有良医是医疗保障发展的主要目标,尽管其中必然也交织着“健康促进”的发展。因此,在病有良医的医保体系发展过程中,要在可能的范围内,着眼于健康促进的发展,为以健康为导向的医保体系建设奠定基础。同时,也要鼓励医保改革走在全国前列的省市,在初步实现“病有良医”之后,提前进入以健康为导向的医保发展阶段。从2030年到本世纪中叶,将是我国全面建设以健康为导向的医保的主要阶段。

党的十九大报告和《“健康中国2030”规划纲要》都倡导健康中国建设要以提高人民健康水平为核心,全方位、全周期维护和保障人民健康,这实质上是在提倡一种新型的健康理念——大健康。<sup>①</sup>大健康是健康中国建设的基本理念,也必然成为医疗保障发展的基本理念。“大健康”下的医疗保障既需要充当“分散全人群间疾病风险”的经济保障机制,又需要充当“降低个体全生命周期疾病风险”的风险管理机制,更要充当全方位的健康促进机制。作为“分散全人群间疾病风险”的经济保障机制,大健康理念下医疗保障的发展就是不断提升“病有所医”的覆盖范围,优化保障机制,在此基础上逐步向病有良医过渡,这是过去几十年我国医疗保障发展的主体内容。作为“降低个体全生命周期疾病风险”的风险管理机制,大健康理念下的医疗保障需要深化医疗保障的内涵,扩展医疗保障的外延,让每一个国民都能实现病有良医,并在此基础上向以健康为导向的医疗保障过渡,这是未来十余年我国医疗保障发展的主体内容。作为全方位的健康促进机制,医疗保障的发展目标就是在全面实现病有良医以后,进一步转向促进人民健康,这就是以健康为导向的医疗保障。

① 申曙光、曾望峰:《健康中国建设的理念、框架与路径》,《中山大学学报(社会科学版)》2020年第1期。

建设以健康为导向的医疗保障体系,必须坚持以人民为中心的发展思想,牢固树立“大健康”理念,在“病有良医”的基础上,将健康融入到医保政策体系中,促进以“疾病治疗”为中心向以“预防为主”和“健康”为中心转变。具体而言,以健康为导向的医保体系建设应从以下几个方面着手。

第一,加强宣传教育,普及健康知识。通过开展健康教育活动,提升全民健康素养;通过动员更多的居民参与健康行动,激发居民热爱健康、追求健康的热情,养成符合自身和家庭特点的健康生活方式,实现健康生活。

第二,促进基层医疗的发展和分级诊疗建设,合理配置医疗健康资源,高效利用医疗保障资源。一方面,彻底改变就医秩序混乱的现状,以推行规范化的基层首诊为突破口,加大医保政策引导参保人基层首诊的力度,完善门诊医保政策,引导患者需求下沉,引导轻症患者基层就诊,引导居民合理有序就医。另一方面,要综合运用医疗、医保、价格等手段,不断推动公共卫生资源向基层延伸,构建优质均衡的公共服务体系。这需要强力支持全科医生、家庭医生的发展,支持家庭病床的发展。

第三,加强医药服务管理,促进健康服务能力提升。建立医保医疗服务考核评价体系,提高医疗服务质量和医保资金使用效率。利用医保的战略购买能力,切实降低居民医药负担,规范药品流通秩序,并促进医药产业良性发展。

第四,推进中医药的发展。实施中医治未病与健康工程,发挥中医药治未病与养生保健的优势,推进中医药与养生、养老融合发展。

第五,助力健康产业的发展,满足人民日益增长的多层次、多样化的健康需求。通过制定医保优惠政策,引入各类社会资本投资健康体检、健康管理、康复医疗、医养结合等医疗健康产业,鼓励商业保险公司开发与健康管理服务相关的健康保险产品。支持“互联网+”健康、健康管理、医疗旅游等新业态、新模式的发展;支持医学科技创新体系的建立;支持医疗卫生机构、医药产业和健康相关企业协同发展,打造全流程健康产业链。

第六,协同推进人民“全面健康”的实现。进一步改革和优化健康中国建设的管理体制与实现机制,整合医疗保障、公共卫生、安全生产、健康管理、商业保险、健康产业、养老保障和养老服务的资源和力量,分工协作,并运用互联网、大数据和人工智能等现代化技术手段,不断提高运行效率,提高整体服务与保障能力,促进国民的全面健康。

以病有良医为目标的医保是对以病有所医为目标的医保的继承与发展,同样,以健康为导向的医保是对以病有良医为目标的医保的继承与发展。尽管在病有良医型医疗保障发展过程中也有以健康为导向的医疗保障的探索和发展,但在总体上,以健康为导向的医疗保障必然建立在病有良医型医疗保障得到充分发展的基础之上。必须强调的是,以健康为导向的医疗保障,必然是与医药卫生政策及健康中国战略高度协同、充分融合的医疗保障。只有各方既充分履行自身的责任,又在发挥各自优势的基础上协同行动,才能形成促进人民健康的整体合力。医疗保障作为疾病经济风险保障的承担者和医药卫生服务的战略购买者,如何充分发挥自身的机制优势,促进健康中国建设,促进人民健康,这是未来以健康为导向的医疗保障发展中所要解决的核心问题。

# What Kind of Healthcare System do We Need?

Shen Shuguang

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

**Abstract:** After achieving the goal of "providing access to essential healthcare" by a nearly universal health insurance system, we are now faced with the questions: where is China's healthcare protection system heading and what kind of healthcare protection system do we need? This paper points out that the development of China's healthcare protection system can be divided into three stages: "providing access to essential healthcare", "providing access to high-quality healthcare" and "health-oriented healthcare". For the past 70 years, the goal was to provide access to essential healthcare. In the next 10-20 years, while consolidating access to essential healthcare, providing access to high-quality healthcare will become the major goal and a health-oriented healthcare system will gradually emerge. This paper also analyzes the achievements and problems of China's healthcare system, puts forward the key measures for the next stage of development, and finally looks forward to the health-oriented healthcare protection system.

**Key words:** healthcare system; access to essential healthcare; access to high-quality healthcare; health-oriented

(责任编辑: 仇雨临)