

· 社会保险 ·

中国多层次医疗保障发展思辨： 基本多层向多元多层转型

黄国武

【摘 要】多层次医疗保障是医保制度建设的目标之一，医保制度转型以来中国医疗保障逐渐形成了以补偿基本医疗费用为核心的多层次板块化分担机制，呈现出目前基本多层的特点。随着经济社会发展和国民收入的持续提高，人民健康需求的多样化、多元化、复杂化，推动着医疗保障从治疗端向前端预防后端康复延伸，并与公共卫生、医疗、医药融合发展。从政府主导向政府、社会、市场协同治理发展，使中国多层次医疗保障从基本多层向多元多层转型。通过整合大病保险、医疗救助，进一步筑牢做大基本医疗保险，从基金封顶向自付封顶发展，增强基本医保的保障功能，充分化解医疗经济风险；通过制度化逐步提高商业健康保险最低赔付率，鼓励开发差异化健康保险产品，扩展健康保障的宽度；通过规范引导社会、慈善等第三次分配主体参与医疗保障体系，推动共建共享，扩展多元治理的深度。同时以医疗保障的支付方式改革为杠杆，推动中国医疗卫生体系四位一体的发展，形成治理合力，提高医保治理效能。

【关键词】多层次医疗保障；基本多层；多元多层

构建多层次医疗保障体系已经成为中国政策基本目标及理论与实践的共识，但是应该构建怎样的多层次，并没有明确的路径。长期以来基本多层的制度设计与思维惯性深深影响着多层次医疗保障制度的发展理念和实践的探索。从历史发展角度看，基本多层适应了 20 世纪 90 年代以来经济社会和企业改革的发展，尤其是医疗保障制度转型的需要。但是随着中国人均 GDP 突破 1 万美元、人民健康需求快速增长，医疗保障高质量发展等内外部条件的急剧变化，医保多层次的内涵也不断的变化和发展。在新时代共同富裕发展要求下，医疗保障面临着从基本多层向多元多层发展的新要求和新任务。因此，中国医疗保障需要明确多层次的内核、厘清各层次之间的功能、界限和责任等，推动多层次结构性调整和优化，从而为 2030 年我国医保成熟定型打下基础。

【作者简介】黄国武，四川大学公共管理学院副教授。主要研究方向：社会保障、医疗保障。
【基金项目】教育部人文社会科学研究项目“可行能力视阈下深度贫困地区健康贫困治理研究”（20XJC630002）；国家社会科学基金项目“公共卫生体系与医疗保障体系耦合机制研究”（21XGL006）；国家社会科学基金重大项目“以健康价值为导向健全公平可持续的基本医疗保险制度研究”（20ZDA072）。

一、基本多层与多元多层的内涵及差异分析

（一）两者内涵的分析

医疗保障基本多层是指围绕人民的基本医疗需求构建多个制度，通过板块化的医疗费用补偿机制，逐层降低个人自付医疗费用，从而化解疾病的经济风险，满足基本医疗需求。基本多层制度设计下医疗保障各层在基本医疗需求的医疗费用上交叉重叠，凭借多个制度来化解灾难性医疗支出风险，防止因病致贫返贫，如基本医疗保险、大病保险、社会救助、部分补充医疗保险、商业健康保险等。多元多层是根据人民多样化、多元化、多维的健康需要，通过不同的医疗保障制度分别提供保障，虽然也有费用分担，但是除基本医保外，其他层次保障关注的重点向医疗健康前端和后端延伸，及医疗服务实现过程中的一些多样化需求。并且不同层次之间存在医疗服务范围、内容的差异，以及实现方式的差异，例如减少等待时间、提供基本服务以外的保障。基本多层向多元多层发展，不仅是人民健康需求内容、范围、项目等在广度上的扩展，而且是多元主体参与医疗保障深度的延伸（如图1）。这不仅满足人民对健康日益增长的现实需求，而且符合国际国内对健康内涵扩展化丰富化的发展趋势，还增强了多元主体深入融合，推动医疗保险治理现代化发展。

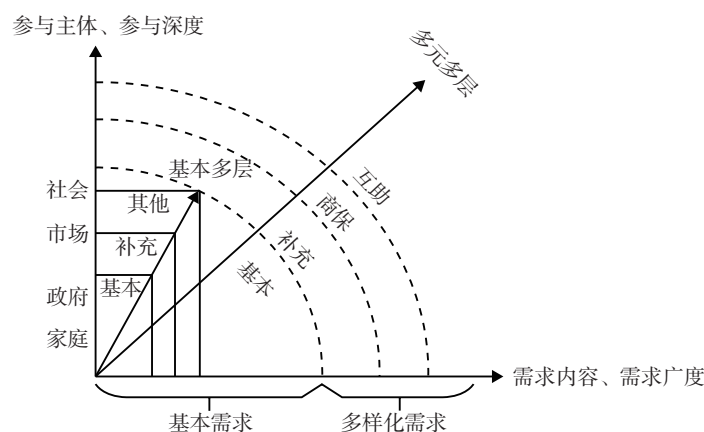


图1 基本多层与多元多层的比较

（二）两者差异的比较分析

基本多层和多元多层之间的差异，主要体现是各层次在医疗保障广度、深度和宽度上的差异。基本多层以基本医疗需求的费用补偿为核心，不管是基本、补充，还是部分商业健康保险等，主要在政策范围内对医疗费用采取板块化的多次报销，各层的功能集中在治疗费用分担上。多元多层在筑牢政府主导的基本医保，充分化解基本医疗费用的前提下，向治疗前端的健康促进、预防、公共卫生等延伸，实现医防融合、防治结合；向治疗后端的康复、护理等延长，实现医养、康养结合；向治疗中的医疗服务方式、内容、条件等扩展，实现医保高质量发展。

两者的差异是法定医疗保障和自愿健康保险在功能、分工和领域上的差异。基于法定医疗保险和自愿健康保险的关系从全球来看主要可以分为3种类型：补充型，针对法定医疗保险不涉及的领域，提供更快、更多的选择；互补型，主要是法定医疗保险提供的保障不充分、不完全，

自愿健康保险针对个人自付过高的共付费用进行补偿,或者扩大基本医保不覆盖的服务范围等;替代型,自愿健康保险提供的服务包含法定医疗保险提供的服务,两者二选一都可以满足医疗保障需求。^①从欧洲整体来看,大多数自愿性健康保险市场都扮演着补充型保障的角色,它提供更快捷的治疗途径、更多的服务供给者和更先进的设备,如英国。^②而互补型,又可以分为在服务或者费用上的互补,这种类型在欧洲比较少。费用互补型,以法国为代表,而服务上的互补以荷兰为代表。替代型主要以德国为代表,为防止逆向选择,如退出法定医疗保险后再次选择法定医疗保险往往要经过严格的审查,一般不允许在法定医疗保险和自愿医疗保险之间进行随意转化。欧洲大部分国家自愿健康保险占医疗卫生总支出比重少于5%,^③自愿健康保险重点并不是分担医疗费用,而是提供差异化服务等满足多元化、多样化的健康需求。其和法定医疗保险有明显的界限,虽然法定医疗保险保障水平较高,但商业健康保险仍然占有重要的地位,并且推动了医药卫生健康等领域的发展、如医药研发、创新,健康促进,护理等。

二、中国基本多层的发展演进

新中国成立后我国分别建立了公费医疗、劳保医疗、农村合作医疗,在计划经济时期,医疗卫生服务属于统一供给制,由于收入差距很小,人民医疗卫生需求差异性较小。虽然医疗水平有限,但在供需双向补偿下,个人自付的医疗费用较少。因此,在这个阶段建立多层次医疗保障没有外在和内在的驱动,更多是制度内的完善和发展,如减少浪费等。改革开放后,我国计划经济向市场经济转型,相应的医疗保障体系进行改革和完善,外部环境急剧变化推动着我国多层次医疗保障的变迁。

(一) 改革开放至1997年:经济转型就业多样化下并行的多层次

改革开放后,计划经济向市场经济转型,基于计划经济、集体经济建立的公费医疗、劳保医疗和合作医疗,随着经济基础的变化医疗保障制度相应进行调整。一方面,向市场经济发展过程中,不同所有制形式不断涌现,人口流动加快,劳动者就业方式多样化,计划经济时期的医疗保障制度与多种用工制度和多种经济形式不相适应,^④如对于一般疾病不予报销的乡镇工业企业占比高达57.4%;^⑤另一方面,农村实行家庭联产承包责任制后,以农村集体经济为基础的合作医疗制度逐渐失去支撑,走向瓦解。如湖北省,1978年合作医疗覆盖率达98.8%,1981年减少到86.2%,1989年则滑跌到5%左右。^⑥我国有80%以上的人属于自费医疗或半免

① Elias Mossialos, Sarah Thomson, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, World Health Organization Press, 2004, pp. 56-60.

② 这里的补充型与中国的补充医疗保险有本质的差异,我国的补充医疗保险属于费用互补型。

③ Anna Sagan, Sarah Thomson, *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*, World Health Organization Press, 2016, p. 12.

④ 天晓:《建立我国医疗保险制度的设想》,《中国卫生经济》1990年第5期。

⑤ 宋文质等:《乡镇工业企业职工医疗保障形式的调查分析》,《中国卫生经济》1993年第8期。

⑥ 赵曼:《我国医疗保险制度的困境及其改革》,《中南财政大学学报》1991年第6期;周大江、赵时:《对实行医疗保险制度的探讨》,《中国医院管理》1987年第12期。

费医疗。^①

社会迫切需要建立多种形式的医疗保障制度，解决覆盖不足的问题。从实际出发，与我国生产力水平相适应，与不同的所有制形式、不同的用工制度相适应，建立了多种类、项目不同、标准有别的多层次的医疗保险制度。^②而层次结构上，建立法定、自愿两种形式的保险。^③面对脱离传统保障模式下的群体，通过多样化的医疗保障制度进行扩面，例如农村开始健康保险的探索，典型的有四川简阳、眉山，上海金山县，湖北监利县等进行的农村健康保险试点，都是借助新的保险方式覆盖未参保者。^④这一阶段的医疗保障多层次主要是扩大覆盖面，实现传统制度未覆盖人群的保障。虽然理论与实务也强调多层次，但这阶段的多层实质是医疗保险模式多样化。该时期的多层次从类型划分上属于相互替代型的多层次，各种医疗保障之间并不是严格意义的上下分明的层次而是相互并列的保障方式。

（二）1998年至2008年：制度转型保基本下费用补偿的多层次

为解决日益严重的医疗费用增长和医疗卫生浪费，建立医疗保障约束机制，1994年江苏镇江与江西九江率先开展职工医保制度改革试点。随后1998年国务院发布的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》中明确提出了“超过最高支付限额的医疗费用，可以通过商业医疗保险等途径解决”，由此从中央层面确立了我国早期对医疗费用补偿的多层次制度设计。这里的“超过最高支付限额的医疗费用”，是指政策范围内的医疗费用，即符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录（三大目录），其实质是对基本医疗费用的补充保障。实践中，各地探索的补充医疗保险、大额医疗费用补充保险，都具有相似的特征。例如，2000年上海市政府颁布的《关于促进本市发展多层次医疗保障的指导意见》中指出“其设立的补充医疗保险基金，主要帮助职工解决门、急诊治疗及住院起付标准中发生的就医困难”，明确了对符合政策医疗费用的补偿。2003年《民政部、卫生部、财政部关于实施农村医疗救助的意见》中明确不管是资助参加新农合，还是对个人负担医疗费用过高的部分再给予适当的医疗救助，都要求“应在规定范围内，按照本地合作医疗或医疗保险用药目录、诊疗项目目录及医疗服务设施目录，为医疗救助对象提供医疗服务”。由此可见，医疗救助，基本医疗保险，补充医疗保险，从政策定位初期来看，都是对基本医疗费用的多层次保障。

这种多层次产生于单位化的劳保医疗、公费医疗，向社会化的城镇职工医疗保险转型的背景下。一方面由于当时经济社会发展水平和国家财政能力有限，基本医疗保险的定位为低水平；另一方面为消除传统个人责任较少导致医疗费用浪费，从而增加个人责任，通过增加个人的自付费用来防止过度医疗。当个人责任增加时，相应家庭医疗经济负担也增加了，为减轻制度转型导致个人及家庭医疗费用负担过重等问题，我国建立多层次的医疗保障，并且集中对基本医疗需求的多层次保障，这属于典型的医疗费用互补型。

① 周寿祺、沈华亮：《协同推进社会医疗保障制度》，《卫生软科学》1994年第3期。

② 王爱红：《具有中国特色的社会医疗保险制度的设想》，《中国卫生事业管理》1985年第1期。

③ 李薇：《谈中国医疗保险的模式》，《辽宁大学学报》1989年第3期。

④ 才生嘎：《为建设具有中国特色的社会医疗保险制度而努力——卫生部医政司才生嘎副司长在中国农村健康保险研讨会上的讲话》，《中国农村卫生事业管理》1987年第10期。

（三）2009年至今：健康保险转型下向需求多元化丰富化扩散的多层次

2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出“加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。鼓励企业和个人通过参加商业保险及多种形式的补充保险解决基本医疗保障之外的需求。”从顶层政策设计上鼓励向非基本的多元转变，即通过补充医保和商业医保等来满足基本医疗需求以外多元化的需求。2016年《“健康中国2030”规划纲要》中要求“实现从胎儿到生命终点的全程健康服务和健康保障”，在新的国家发展战略下，多层次的医疗保障的外延有了进一步的扩展，多层次覆盖的范围不仅仅局限于治疗服务，而且向预防、康复等全生命周期服务扩散。郑功成教授认为政府负责的公共卫生、多方分担责任的法定医疗保障、商业健康保险以及非营利性的公益医保，可以构成我国完整的多层次医疗保障体系。^①该主张与全球健康保障发展的趋势基本一致，也与我国从医疗保险向健康保障发展的战略一致。2020年发布的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确“强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。”多层次医疗保障已经突破传统基于医疗费用补充型，向服务补充型和互补型发展，多层次从内部的协同，向外部协同转变，从疾病治疗同时向前端预防、健康促进和后端康复等扩展。

虽然顶层设计呈现新的发展趋势，但实践中由于制度和思维的惯性仍然以基本多层次为主，如2012年国家发展改革委等6部门联合印发的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》指出，“大病保险主要在参保（合）人患大病发生高额医疗费用的情况下，对城镇居民医保、新农合补偿后需个人负担的合规医疗费用给予保障。”而合规的医疗费用仍然是以符合三大目录的基本医疗费用为主。补充医疗保险在保障责任、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。^②以2020年在全国各大城市快速发展的普惠式健康保险为例，其保障的范围仍然以基本为主，研究显示98%的普惠式健康保险主要对医保目录内费用进行保障，“目录内责任+特药责任”是目前普惠式健康险产品最常见的保障责任组合方式。^③

基本的多层形成于我国医疗保障转型发展过程中，与我国当时的经济社会发展状况相适应，并对制度转型起到积极作用，同时也在一定程度上减轻了人民医疗负担。但是随着国家经济社会发展，社会主要矛盾转化，以及全面建成小康社会向共同富裕发展，在新的时代背景下，不管是满足人民健康需求还是制度本身的高质量发展，都迫切需要我国医疗保障多层次从基本多层向多元多层转化。

三、医保基本多层发展存在的问题

（一）叠床架屋式基本多层次存在灾难性医疗支出风险的制度漏洞

从目前的基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障来看，三者的制度设计，采用保险控

① 郑功成：《多层次社会保障体系建设：现状评估与政策思路》，《社会保障评论》2019年第1期。

② 申曙光：《我国需要什么样的医疗保障体系？》，《社会保障评论》2021年第1期。

③ 于保荣等：《中国普惠式健康险的现状及未来发展建议》，《卫生经济研究》2021年第4期。

费的基本方式，即起付线、共付比、封顶线，并且采取严格的正面清单（三大目录）。职工的补充医疗保险也往往采用同样的方式，大部分对在封顶线上医疗费用和个人自付费用进一步报销，实质上通过不断提高封顶线，使超过封顶线的人群变少，但并没有从制度设计上完全消除灾难性医疗支出风险，进而免除人们大病经济风险的恐惧。灾难性医疗支出是医疗支出与家庭承受力之间的关系，虽然参保标准或阈值有一定差异，如占家庭收入的 5%、10%、20%，^① 占非食品支出的 40%，^② 占家庭消费的 10% 或 25%，^③ 但不管是收入、消费、还是非食品支出，三者都存在正向关系，即一般而言收入越多，支出、消费越多，其中非食品支出也越多。根据相互关系可以画一个简单图（如图 2）。从图上可以明显看出，叠床架屋式的多层次，仅仅使封顶线不断往上移，从 L1 向 L2 移动，从而减少遭受灾难性医疗支出人群的概率，但是从制度设计上并没有消除灾难性医疗支出风险，即 YCDZ 区域在基本保障后，仍存在灾难性医疗支出风险的制度漏洞。

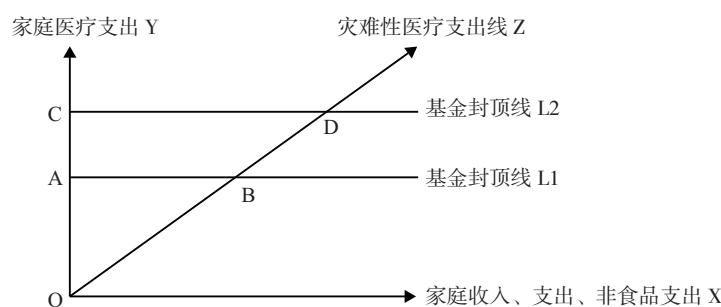


图 2 叠床架屋下多层次的灾难性医疗支出风险图

（二）基本多层弱化了政府责任也限制了健康保险发展的空间

在基本多层次的制度设计下，政府、社会、市场的边界不清，进而导致了多层次的功能结构交叉模糊。在政府层面，投入总量不高，投入结构分散，如医疗救助，一般用来资助参保。城乡居民筹资水平较低，人群比例较大，保障水平较低，如 2019 年实际住院报销比 59.7%。由于基本保障不高，政府、社会希望通过商业医疗保险做进一步补偿，但商业医疗保险的营利性属性决定其分担能力有限。另外由于我国非营利性的健康保险组织和机构的缺乏，实践中营利性的商业保险公司往往从事非营利性的健康保险业务，例如大病保险、普惠型商业健康保险。这混淆了政府、社会、市场的边界，影响了非营利性的社会组织内在发展动力，也限制了商业健康自身优势的发挥。

我国全面建成小康社会后，将向共同富裕发展，对人的全面发展提供充分保障，而健康是促进人全面发展的最基本保障之一。充分化解疾病经济风险，提高人民健康水平，以健康促发展也是健康中国的战略目标。防止因病致贫返贫是政府的基本责任，尤其在法定基本医疗保险中建立相应的兜底安全机制是制度内在要求。但是从整体上看，我国在基本投入上还存在不足。传统的基本多层是希望借助市场、社会等多维的资源来解决人民基本医疗保险保障不足的问题。

① Leon Wyszewski, "Families with Catastrophic Health Care Expenditures," *Health Services Research*, 1986, 21(5).

② Ke Xu, et al., "Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis," *The Lancet*, 2003, 362(9378).

③ Adam Wagstaff, et al., "Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: a Retrospective Observational Study," *The Lancet Global Health*, 2018, 6(2).

但这与商业健康保险营利的属性不符。2020 年健康险保费收入 8173 亿元, 赔付支出 2921 亿元, 赔付比为 35.7% (2016 年低至 24.75%),^① 与 2020 年美国医疗保险 80% 以上赔付率相比,^② 我国商业健康保险的赔付率水平明显过低, 原因是保险产品结构不良。^③ 并且通过商业保险来分担政府责任的期望在实践也不可行, 以商业健康保险为主体的美国为例, 在逆向选择的影响下政府不得不对老年人、儿童、穷人等高风险人群进行保障, 即依靠市场机制并不能降低政府支出, 相反在高度信息不对称的医疗领域, 会导致政府医疗支出持续增加。从全球大部分发达国家来看, 化解医疗经济风险一般依靠一个主体制度, 即政府或法定的医疗保险。市场机制更多是在服务范围、方式上的互补, 而不是医疗费用上的补充。

(三) 基本多层难以满足人民全方位全周期健康需要

我国人均 GDP 已经超过 1 万美元, 将面临跨越“中等收入陷阱”的关键阶段, 随着人们收入的持续提升, 人民对健康的需求也日益增加, 卫生健康收入弹性大于 1, 即人们健康需求增长要快于收入增长, 政府、社会和市场需要寻找一种新的方式使医疗服务配置与收入增长相一致。^④ 人们健康需求呈现出多样化、多元化、多层次化的特点, 其对健康不仅仅局限于治疗费用的分担, 对获得健康, 以及预防等维度也提出更高的要求。如医疗保障多层次仅仅局限在基本医疗费用层面, 将难以适应人们需求的变化。从国际上看, 主要发达国家政府主导的法定性保障水平比较高, 但是商业保险利用差异化竞争仍然获得了较大的市场份额, 其核心并不是在医疗费用上的分担, 而是在差异上的服务竞争。同时更为重要的是非营利机构和商业健康保险在健康领域上的广泛竞争和参与, 向健康前端和后端的延伸, 形成疾病预防、健康促进、治疗康复、老年护理等健康的全链条, 极大的促进了人民健康水平的提高, 同时也促进了健康产业整体的发展, 如医药行业等。由于医药企业及商业保险, 在多元化、多样化需求下进行竞争, 促进了其医药产业发展, 尤其是医药创新方面迅速发展。单一保障向综合保障发展, 也有利于促进医疗卫生体系的改革, 例如公立医院改革, 健康产业的发展。通过健康保险实现医疗保障和医疗服务的融合发展, 推动医疗服务市场的改革。

(四) 基本多层的时代背景已经发生了根本性的变化

20 世纪 90 年代由于地区之间、城乡之间以及城市之间的较大差异, 医保转型时期, 制度设计呈现明显的二元三制的特点。虽然随着城乡统筹的推进, 我国制度完成了两步走, 城乡医保进行了整合, 二元的结构逐渐消除, 但是从全国来看由于统筹层次一般以市级为主, 统筹地区之间在筹资、保障水平等存在较大差异。我国全面建成小康社会向共同富裕发展的过程中, 消除统筹地区之间在基本医疗保障上的差异, 已成为医疗保障实质公平和高质量发展的新目标。消除不平衡需要政府加强对基本医疗保障的投入, 因为经济欠发达地区, 往往医疗资源薄弱,

① 《2020 年 12 月保险业经营情况表》, 中国银行保险监督管理委员会网站: <http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=963080&itemId=954&generaltype=0>, 2021 年 1 月 28 日。

② Thomas Rice, et al., "United States Health System Review," *Health Systems in Transition*, 2020, 22(4).

③ 许飞琼:《中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择》,《中国人民大学学报》2020 年第 5 期。

④ Joseph P. Newhouse, "Medical Care Expenditure: A Cross National Survey," *The Journal of Human Resources*, 1977, 12(1).

财政投入少，市场机制弱，人民购买商业健康保险来化解疾病风险的能力和意愿都较弱，相应商业性的健康保险更加偏向发达地区高收入低风险群体。这样要解决社会主要矛盾，缓解不平衡，只能依靠政府，即从中央政府层面强化基本医疗保险，充分化解其疾病经济风险，平衡区域之间的医疗保障差异。

学界普遍担忧过高的保障水平以及福利刚性带来的严重性后果，这可能被外界夸大。因为我们的保障水平并不高，不管是从医疗卫生总量还是结构上，2019年37个OECD国家医疗卫生支出占GDP比重平均值约为8.86%，我国约为6.64%，但是34个OECD国家个人现金支付占GDP比重约为1.7%，^①而我国约为1.88%。这些数据一方面说明我国医疗卫生支出整体并不是很高，另一方面说明提高我国医疗卫生支出，降低个人支出还有一定的空间。同时，福利刚性带来的问题，可能也被高估了，实践中我国从较高保障水平的公费医疗和劳保医疗向社会医疗保险转化，制度转变促进公平反而提高了满意度，如1994年医保转型试点的镇江市满意度从改革前公费医疗87.8%、劳保医疗80.3%，上升到改革后新职工医保满意度的90.2%。^②现行医保制度面临较大的调整和改革要求。

四、典型国家的多层次医疗保障实践及其经验

从全球典型发达国家的医保实践来看，虽然大部分发达国家医疗保障水平很高，国家卫生服务模式更是提供几乎免费的医疗服务，但是大部分国家医疗卫生保障体系仍然存在政府、市场、社会等融合协同的特点，并且通过医疗保障的多元多层推动整个医药卫生健康行业的发展。

（一）德国相互替代并行式多层次

德国法定医疗保险最早可以追溯到中世纪晚期行业中的互助会，到19世纪新兴工业工人阶级仍然保持了这样的传统。1883年俾斯麦担任总理期间签署了《蓝领工人健康保险法》，基于团结和自治的原则，同时在政治上应对不断发展的工人运动，在国家层面引入强制性健康保险计划。^③随后不断扩展保障的范围和内容，如职业事故、老年和残疾、护理等。覆盖面也不断扩大，由特定蓝领工人向全民医保覆盖发展，从特定行业向全行业发展，从劳动者本人向劳动者家属扩展，从劳动者向失业者和退休人员延伸。法定医疗保险成立之初的1885年覆盖10%的人口，一共有18776个疾病基金，到2020年覆盖85%的人口共有105个疾病基金，覆盖人群快速增加，而疾病基金数量减少了99.4%。^④1936年开始为参保职工家属提供医院护理保险，1941年又进一步扩大到养老金领取者。

德国强制医疗保险和自愿健康保险的关系属于替代型，即二选一，并且是基于收入水平赋予选择权，收入超过一定标准，2020年年收入超过62550欧元（约等于48万人民币）公民可

① OECD, *Health Spending*, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>.

② 国家体改委分配和社会保障司等联合编写：《职工医疗保障制度改革》，改革出版社，1996年，第219页。

③ Reinhard Busse, et al., "Statutory Health Insurance in Germany: a Health System Shaped by 135 Years of Solidarity, Self-governance, and Competition," *Lancet*, 2017, 390(10097).

④ Miriam Blümel, et al., "Germany Health System Review 2020," *Health Systems in Transition*, 2020, 22(6).

以选择私人健康保险,可以选择自愿健康保险。整体上法定强制医疗保险覆盖85%,自愿健康保险覆盖10.8%,政府保险计划覆盖4%,主要面向公务员,但公务员群体同时也可以参加私人健康保险。这实质上给强制医疗保险带来较大的影响,因为筹资上按照比例缴费,高收入缴费相对较高,却参加自愿健康保险,并且这部分群体的健康风险相对较低,例如健康自我评价差的群体比例,法定医疗保险为17.9%,自愿健康保险仅为9.1%,另外平均一年来访问医生的次数,法定保险人群6.21次,私人保险人群5.1次。^①基于收入的替代型自愿性健康保险在一定程度上弱化了社会团结的原则。^②并且会导致逆向选择,因此法律曾规定退出法定医疗保险而参加私人保险者,不允许再参加法定医疗保险,除非经过较严格的审核。

(二) 美国交叉重叠补丁式多层次

美国医疗保障体系是以市场化保险为主的模式,包含针对职工的私营的健康保险,针对特殊人群的医疗保障,如老年人的医疗保障、儿童健康保障、军人和土著人健康保险,及针对穷人的医疗救助进行兜底保障。但是在市场化原则下,美国长期存在低收入者保障不足或者没有参加医保的问题。2009年奥巴马医改前美国大约16%的人口没有任何的医疗保险,其中有56%需要资金帮助才能参加保险,有25%左右具有参加公共医疗保险的资格。^③为解决医疗保障问题,美国经过了百多年的医疗改革尝试。早在1907年,社会各阶层对建立强制性医疗保险展开了广泛的讨论,并且持续了6年左右,^④但并没有形成社会共识,实现全民医保。随后经过多届政府的改革,都未能形成覆盖全民的医疗保障体系。直到奥巴马医改后,美国医保覆盖人群从2009年的82.2%上升到2015年的89.4%,^⑤还是没有实现全民覆盖的目标。由于部分接近贫困标准的低收入者,和宁愿接受罚款而不参加保险者,及没有文件证明可以获得资助参保的部分群体等原因,导致仍然无法全民覆盖。^⑥在美国,仍有7800多万美国人没有足够的医疗保险,占人口的24%左右,其中包括完全没有医疗保险,和虽然有医疗保险,但是自付医疗费用和免赔额占其收入很高的比例的人。^⑦当然奥巴马医改也降低了由于暂时性失业导致的失去医疗保险的比例,据测算如果没有奥巴马医改法案,2020年失去工作同时也失去医保的比例为46%,法案全面实施使该比例下降16.4%。^⑧

以雇佣关系为基础的私人医疗保险,使退休的老年人面临困境,因为退休人员收入低,而疾病风险较高,导致大多数老年人买不起保险。^⑨政府主办老年和残障健康保险(Medicare),主

① Stefan Greb, "Private Health Insurance in Germany: Consequences of a Dual System," *Healthcare Policy*, 2007, 3(2).

② Miriam Blümel, et al., "Germany Health System Review 2020," *Health Systems in Transition*, 2020, 22(6).

③ Lisa Dubay, et al., "The Uninsured and the Affordability of Health Insurance Coverage," *Health Affairs*, 2006, 25(1).

④ Joseph Hirsh, "The Compulsory Health Insurance Movement in the United States," *Social Forces*, 1939, 18(1).

⑤ Jesse Patrick, Philip Q. Yang, "Health Insurance Coverage before and after the Affordable Care Act in the USA," *Multi-disciplinary Digital Publishing Institute*, 2021, 3(2).

⑥ Thomas Rice, et al., "Universal Coverage Reforms in the USA from Obamacare through Trump," *Health Policy*, 2018, 12(2).

⑦ Alison P. Galvani, et al., "Improving the Prognosis of Health Care in the USA," *The Lancet*, 2020, 395(10223).

⑧ Anuj Gangopadhyaya, Bowen Garrett, "Unemployment, Health Insurance and the COVID-19 Recession," *SSRN Timely Analysis of Immediate Health Policy*, 2020, 4(6).

⑨ Robert M. Ball, "Perspectives on Medicare," *Health Affairs*, 1995, 14(4).

要面向 65 周岁以上老年人提供健康保险，最早 1960 年是为老年贫困人口提供医疗援助，1965 年颁布的社会保障法修正案，建立了老年人的健康保险制度，但仍然无法充分化解医疗费用，后在 1988 年建立老年人的大病保险，2003 年又进一步提高了处方药报销水平。资金来源于薪金税，雇主和雇员各缴纳一般工资收入的 2.9%（高收入者为 3.8%），自雇人员由本人全部缴纳，具有一定互助共济的保险性质。虽然有政府的支持，但由于筹资相对较低，整体保障水平并不高，并且在制度发展中，逐渐从住院，向自付费用，向处方药发展。实际上由于保障不足、和美国高昂的医疗费用，除了一种保险的保障外，仍然需要多个保险的支持，不少参保人同时参加多个保险。

（三）英国提升效率服务扩展式的多层次

19 世纪英国卫生服务的提供很大程度上依赖于慈善医院和地方政府运营的市立医院。1911 年《国民保险法案》提出了强制性国家医疗保险计划，覆盖对象主要是就业人员，占人口三分之一。内容主要是全科医生的免费医疗服务，及职业病方面的免费处方和治疗。整体上保障范围、覆盖人群都不够，并引起社会的广泛讨论。二战期间的《贝弗里奇报告》认为“疾病是作为战后重建需要解决的五大问题之一，应为国民提供全方位、广泛的医疗和康复服务，并把让病人恢复健康作为国家和病人自己的责任，保障在任何情况下，只要需要，不需要缴费即可获得全方位的医疗服务。”^① 尽管工党政府受到医学界的一些反对，但是仍然在 1946 年成功通过了《国家卫生服务法案》，从而建立一种与德国俾斯麦模式截然不同的医保模式，即国家健康服务体系（NHS），也称贝弗里奇模式。

尽管大多数 NHS 卫生服务可以免费使用，但是一些服务并不在其覆盖面范围内，因此患者需要自行支付，如私人治疗、非处方药、眼科保健等；或者虽然在覆盖范围内但自己需要负担一部分，如牙科保健等。因此英国人参加私人健康保险的大概有 10% 左右，英国的私人健康保险主要是补充性的保险，即提供增强服务，如为急性疾病私人医疗花费提供保险，急性主要是一种治疗可能快速见效的情况，因此私人保险内容范围比 NHS 要窄。私人保险能够弥补国家医疗服务体系明显缺陷，无论是从舒适性、及时性还是特定药物的覆盖方面的医疗服务，同时寻找和发展愿意为此付费的新消费者，特别是开发团体市场。个人购买私人健康保险，以避免寻求专家诊疗时需要长时间的候诊，同时还可以自由选择就诊专家，并确保获得更舒适的住院环境。

（四）新加坡供需方双向补偿式的多层次

新加坡属于典型的费用补偿型的多层次，医疗保障体系由多个差异较大的复杂制度构成：其中核心是 S+3Ms（Subsidies, Medisave, Medishield Life, Medifund），即政府医疗补助金、保健储蓄（1984 年）、终身健保（1990 年为健保双全，2015 年后改名终身健保）和医疗救助基金（1993 年）。除了这些主要的制度外，针对失能群体尤其是老年人的护理保险需求，2002 年政府建立乐龄健保（Eldersshield），随着人口老龄化加速和医疗费用的持续增长，2020 年又建立了终身照护保险（Careshield Life）等。

新加坡的保健储蓄基金来源于中央公积金，每月拨入保健储蓄户头的资金占收入的 8%—

① 劳动和社会保障部社会保险研究组织翻译：《贝弗里奇报告——社会保险和相关服务》，中国劳动社会保障出版社，2004 年，第 180 页。

10.5%。保健储蓄基金使用范围非常广泛,使用对象从个人扩展到家庭成员,即除了保健储蓄户主外家庭成员也可以使用,如配偶、父母及孩子。从内容上覆盖了健康的全过程,从预防疾病、慢病管理、疾病治疗、出院康复和临终护理。从不同医保制度衔接上看,它还支付终身健保和乐龄健保的保费,甚至在不超过提款限额前提下支付私人综合健保计划的保费,^①这也是研究者把新加坡储蓄计划作为一种模式的重要原因之一。实质上储蓄基金仅仅是作为筹资来源,真正化解医疗风险仍然需要互助共济的医疗保险或者政府提供补贴和救助的制度体系。因此,虽然在20世纪80年代建立了保健储蓄计划,但面对日益高涨的医疗费用,个人和家庭难以承受,尤其是大病医疗费用,于是新加坡随后又建立了健保双全计划,其目的就是通过缴费者的互助共济来化解重特大疾病的医疗经济风险。由于健保双全计划按照保险的共付比和最高支付限额等制度设计,因此重特大疾病的患者,尤其是中低收入者仍然有遭受灾难性医疗支出和无法承受的风险,即存在制度漏洞,于是1993政府又建立了医疗救助基金,进一步解决中低收入者重特大疾病医疗费用过重的问题。

除了通过多层次来不断提高保障水平外,政府通过医疗补助金来保障人民的基本医疗需求。如政府的医疗补助金主要补贴符合要求的在公共医疗机构住院的医疗费用,最高可以补助医疗费用的80%,如C级病房。但享受政府补贴较多的病房医疗费用增长幅度很大,超过补贴小的病房。2006年C级病房补贴同比上年度增长了29.6%,^②同时政府还直接向保健储蓄账户拨款,例如2011年政府支出5亿新元,主要惠及中低收入和45岁以上人群。而医疗救助基金也是由政府拨款设立的捐赠基金,主要为低收入和贫困群体提供保障,如保健储蓄账户余额很低或者没有余额的老年患者有优先权。为防止因病致贫或者破产,对于现金严重不足的患者,公立医院还可以提供分期付款等。^③整体上政府非常重视基本医疗的充分保障,较好的免除了人民的疾病经济风险。超过80%的新加坡人在有政府补助的医疗机构就诊时只需要支付很少费用,甚至零现金支付。^④《柳叶刀》(the Lancet)发布了2019全球医疗质量和可及性排行榜,新加坡位于第22位。

(五) 小结

整体上从典型发达国家的多层次可以总结以下共性。首先,各国医疗保障制度都是在其原有的医疗体制和筹资体制基础上建立的,这折射出该国特有的传统、价值观和社会环境。^⑤例如美国作为发达国家中唯一没有实现全民医疗保障的国家,受到其国民在经济生活中强调自由选择,不希望政府过多的干预,强调以市场为主的医疗保险形式多样化,满足不同人群的医疗健康需求等因素的影响。我国作为社会主义国家,不断加强国民医疗保障水平,充分化解其疾病经济风险是社会主义制度和共同富裕的基本要求。其次,医疗保障费用的分担尤其消除因病

① Booklet on MediSave, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medisave>, 2021-3-9.

② 孙晓明:《发达国家和地区医疗体制与保险制度(第2版)》,上海科学技术出版社,2012年,第4页。

③ 威廉·哈兹尔廷著,王丹译:《价廉质优:新加坡医疗的故事》,化学工业出版社,2016年,第46页。

④ MediShield Life Council Report 2020, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/home/our-healthcare-system/medishield-life/what-is-medishield-life/medishield-life-council>, 2021-1-20.

⑤ Brian Abel Smith, "Major Patterns of Financing and Organization of Medical Care in Countries other than the United States," *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1964, 40(7).

致贫的兜底责任仍然依靠政府而不是市场和家庭个人。不管是以商业保险主导的美国，还是以个人储蓄账户为主的新加坡，从政府财政投入来看，不仅没有减少反而是增加了，因为政府承担了高风险群体，并且政府不得不持续增加对医疗服务供给的补贴。这给我国的启示是政府不能寄希望于通过多层次来解决因病致贫返贫，而是应该逐步提高基本医疗保险的保障水平，和增加医疗救助投入。再次，基本医疗保障水平的进一步提高不会挤出商业保险，也不会限制商业保险发展。虽然发达国家医疗保障水平很高，但是商业保险仍然有广泛的市场，并且通过政府、市场、社会在多维度方面的互补，不仅持续提高了人民的健康水平，如预期寿命；而且推动了整个健康产业的发展，如医药创新等。最后，人口老龄化背景下，医疗保障向健康保障扩展，护理、康复、医养等多形式的健康需求驱使医疗保障从关注费用分担，向服务供给、服务质量等扩展，促进医疗卫生体系的内部整合和协同发展。

五、中国基本多层向多元多层转型的路径

（一）明确各层的边界，强化基本医保的保障功能

1. 整合财政来源的医保制度与政策，做大基本医疗保险

整合大病保险、医疗救济到基本医疗保险中。首先，把大病保险并入基本医疗保险中。因为大病保险在设立之初即明确“不额外增加群众个人缴费负担”，筹资来源于基本医保基金，大部分属于财政增加的投入，保障范围以基本医疗保险的政策内费用为主，实际在运行中政府也规定了补偿标准和水平，在医疗保障体系中仍然属于基本医疗保险的一部分。因此可以把大病保险整体回归到基本医保中，减少叠床架屋式的重复制度建设。其次，基于后扶贫时代保障对象的转变，把医疗救助整合到基本医疗保险中。精准扶贫时期为提高贫困户保障水平，实现贫困患者医疗费用个人平均自付比例控制在 10% 左右的目标，各地纷纷增加建立以财政来源为主的多个制度分担贫困患者医疗费用的机制。如四川的“两保、三救助、三基金”，基本医保、大病保险、城乡医疗救助、疾病应急救助、卫生扶贫救助基金、医药爱心扶贫基金、重大疾病慈善救助基金。^① 进入后扶贫时代，医疗救助对象将逐渐从确定的绝对贫困群体向不确定的相对贫困群体发展，身份绑定式的医疗救助制度难以适应以家庭经济承受能力为主的新的风险化解方式发展的需要。而基本医疗保险正是基于医疗费用的风险设立，两者的整合，有利于从事后的医疗救助向事前的风险化解转变，实现动态的保障。医疗救助的核心仍然依靠基本医疗保险，救助的贫困群体一般参加城乡居民基本医疗保险，两者筹资、支付、保障等方面具有内在一致性。因此整合两者既适应了救助制度转型的时代背景，也符合同质制度整合的内在需要，并且与国际上主要发达国家通过一个主体制度保障基本医疗需求的发展特点一致。

2. 基本医保从基金封顶向个人自付封顶发展，充分化解医疗费用风险

根据前述的分析可知，存在基金封顶的条件下，基本医疗保险无法充分化解灾难性医疗支

^① 刘佩佩：《四川：实施四大措施 推进健康扶贫“靶向治疗”》，四川新闻网：<http://scnews.newssc.org/system/20170516/000779852.html>，2017 年 5 月 16 日。

出风险。因此急需取消基金封顶,并逐渐实现政策范围内个人自付封顶。从全球实践来看,解决灾难性医疗支出的方式主要是设置个人、家庭的自付最大限额(自付封顶线),或建立安全线。超过限额或安全线的医疗费用,个人不再承担经济责任,而由基金负责。自付封顶主要有三种类型。第一种是绝对值封顶,如美国奥巴马医改中规定2013年的自付限额个人为6250美元,家庭为12500美元,澳大利亚持有优惠卡的患者2021年药费安全线为316.8澳元。第二种是相对比封顶,即自付限额与个人或家庭的收入完全挂钩,如德国一般患者最高限额为家庭收入的2%,而慢性病患为家庭收入的1%。第三种是混合方式,即根据收入大致分为三、四个类别,每个类别对应不同的最高限额计算办法,其中既有绝对值也有相对比形式。如日本,高收入者的自付限额为,150000日元+(医疗费用-500000日元)*1%;一般收入者最高限额为,80100日元+(医疗费用-267000日元)*1%;低收入者最高限额为,35400日元。从我国实践来看,贫困户在精准扶贫时期实质上已经运用了相对比封顶,即个人自付控制在10%,不过和德国相比还有一定的差异,其参照的是患者医疗费用,而不是患者家庭收入。我国基本医疗保险应尽快取消基金封顶,并在政策范围内逐步建立个人自付封顶标准,可以设置医疗费用的10%,15%或者20%。从实际来看具有一定的可行性,2021年职工医保政策范围内住院费用基金支付84.4%,居民69.3%。^①未来随着医保制度的进一步发展,从参考医疗费用自付封顶,进一步向参考家庭收入自付封顶发展,从而彻底免除人们疾病尤其是重大疾病恐惧,充分实现基本医疗保险的制度功能。

3. 加快培育非营利组织,规范引导医疗社会互助共济

近年来社会慈善事业发展迅速,尤其是《中华人民共和国慈善法》颁布以来,社会慈善组织参与医疗保障的意愿较强。相对于政府,慈善组织资源更丰富,信息来源更广,方法措施更加灵活,应急反应更加快捷,具有独特的优势。非营利组织是卫生健康部门中的重要组成部分,美国60%的社区医院是非营利性的,为美国70%的住院患者提供治疗服务。^②目前我国慈善组织参与医疗保障的形态主要有五种。一是资助、减免医疗费用。资金来源是慈善组织自筹及募捐而来,资助方式为贫困人群购买基本医疗保险、支付门诊或住院费用,减轻贫困家庭医疗费用负担。二是提供医药服务。慈善组织与医药机构或者企业合作,将医药服务和产品以捐赠的形式提供给救助对象。三是以病种为内容的专项康复服务。如白内障、包虫病等,通过与医疗机构合作,联合提供专项医疗服务。四是网络形式的医疗费用众筹。主要针对重大疾病费用负担超过了家庭承受力的非确定型家庭。五是大型跨国药企的赠药和捐赠行为。但是社会慈善参与医疗保障较为分散,且各自为政,不少组织保障内容和范围存在交叉重叠。因此,在医疗保障领域应加强规范和引导,促进不同的组织之间的协同和联动,基于组织的特长进行领域的划分,交叉的领域应进行资金的统一规范协调。并通过国家补贴、税收优惠等进一步调动非营利组织、慈善机构等参与医疗保障的积极性。

① 《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局网站:http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html,2022年6月8日。

② 舍曼·福兰德等著,王健等译:《卫生经济学(第6版)》,中国人民大学出版社,2011年,第306页。

4. 制度化明确商业健康保险最低赔付率，鼓励开发差异化产品和服务

商业健康保险伴随着我国市场经济发展和医疗保障改革而逐步发展，相对而言其起步早，但发展缓慢。我国基本医疗保险经过几十年的发展已经从覆盖少数人到覆盖全人口，保障水平也持续提高，而商业健康保险发展相对滞后。^①近两年普惠性健康保险借助政府的支持和基本医疗保险的基础一定程度获得了快速发展。但是不管从总规模还是服务内容、项目等方面都与我国巨大的医疗健康需求相差较大。2020 年健康险收入 8173 亿元，支出 2921 亿元，仅约占全国卫生总费用的 4%。基本医保筹资金额是商保 3.9 倍，提供的保障资金是商保的 10 倍，商保的发展并没有提供与其保费收入相当的保障作用，因为基本医保追求是参保人利益最大化，而商保是保险人利益最大化。^②因此，明确商业健康保险发展方向，规范其行为是完善多层次医疗保障的重要内容。一方面从法律法规上逐步提高商业健康保险产品的最低赔付率，可以参考国外的规定方式，例如美国奥巴马医改方案明确规定个人或中型团体保险最低赔付率为 80%，大型团体保险最低赔付率为 85%。商业保险公司通过降低运行成本，提高赔付率，增强信任体系，从而吸引更多有需求有负担能力的参保者。另一方面商业保险应减少对基本医疗保险保障范围的依赖，充分利用自身精算、管理等方面的优势，开发差异化的健康保险，扩展保障的范围，便捷优质医疗渠道，从而与基本医疗保险不仅仅是资金方面的补充，更多在于服务内容、方式等领域的互补。

（二）促进多层次横纵向协同融合，扩展多层次长度与宽度

1. 多层次之间的衔接协同

首先，信息的联动，系统的对接。在法定医疗保险，即医疗救助、基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险上实现完全信息的对接，为实现未来个人自付封顶，进一步对接个人收入信息和家庭总医疗费用信息。在保障基本信息安全的前提下，与经授权的社会慈善组织、商业健康保险之间进行信息共享，尤其是社会慈善机构根据患者需求信息主动提供医药服务和费用的保障，减少信息不对称带来的社会验证成本，及更好的保护个人疾病信息。其次，统一监管，医保智能监管虽然日益普及，从早期个别城市到目前绝大多数城市，但是医保智能监控主要集中在基本医疗保险领域，且一般以统筹地区为单位。而不管是社会慈善还是商业健康保险都具有全国性区域性，因此，在监管方面不仅仅是政府监管，其他医保相关主体也应参与监管，提升行业监管、社会监管等多维监管治理合力。最后，各层保障范围、标准和水平的衔接。虽然基本医疗保险支付标准相对统一，但是各地报销比例、筹资标准相差较大；医疗救助是否沿用基本医疗保险的目录学界也存在一定分歧；部分补充医疗保险、商业健康保险内外部之间的标准相差较大，要实现多层次之间的协同，不仅在支付方式、方法和范围要进一步明确，而且建立相互之间的衔接机制，提高制度运行效率和质量。

2. 多层医疗保障从治疗端向预防、康复和护理延伸

以人民健康为中心，提供全周期的医疗服务，多层次覆盖的保障项目和内容需要进一步的扩展，基本的医疗服务由基本医疗保险保障，逐步扩展医疗保障的功能，如疾病预防、健

① 毛宗福等：《关于“十四五”期间全民医保制度改革思考》，《中国医疗保险》2021 年第 4 期。

② 李珍、王怡欢：《论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接》，《中国卫生政策研究》2020 年第 1 期。

康促进等。例如德国早在1989年就规定,要求所有的疾病基金会对一年内没有就医的参保人返还相当于1个月保险费的“健康奖励”(no Claim Bonuses),同年德国法律对疾病基金会必须承担健康促进的责任做出规定,所有的疾病基金会必须向国民,特别是低收入者进行健康知识教育,联邦卫生部要求所有的基金会用于健康教育宣传的经费,每人每年不少5马克。我国应该在疾病预防与家庭医生和门诊统筹支付方面尽快探索建立更加健全的门诊统筹机制,应对慢性病为主的疾病谱转变,实现以注重治疗的费用补偿向注重健康的预防转变。健康促进、健康行为、健康生活等减少疾病发病率和治疗费用,这既是多元多层作用的结果,同时也是多元多层发展的内在需要。多层次医疗保障在内涵上包括“多类型”的概念,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。^①中国已成为全球老龄化速度最快的国家之一,据预测2050年80岁老年人口占比20%。^②人口老龄化加速对医疗卫生及健康需求持续快速的增加,老年群体的服务供给和费用分担亟需多元化的方式和渠道。应加快促进基本医疗保险与长期护理保险的衔接,基本的护理保障后,商业健康保险针对不同需求层次的患者提供更加个性化、多样化的护理和康复服务的保障。形成多层次的从出生前生育保障到临终前关怀全生命周期的政府、市场、社会、家庭多主体的分工和协作,为人的全面发展提供健康支撑。

3. 加强多层医保与公卫、医疗服务、医药四位一体发展

虽然早在2009年中共中央国务院印发的《关于深化医药卫生体制改革的意见》就提出“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,形成四位一体的基本医疗卫生制度。四大体系相辅相成,配套建设,协调发展”。实践中也推动医保、医疗、医药的“三医联动”,和整合型医疗服务体系建设,但是联动效果仍不佳,无序就医趋势没有得到根本改变,四者治理合力较弱,使“医防分割”“防保脱节”成为我国基本医疗卫生体系中突出的问题。随着我国进入后全民医保时代,医疗保障尤其是基本医疗保险基金持续增加。2020年,全国基本医保基金(含生育保险)总收入和总支出均占当年GDP的2%左右,全国卫生总费用中政府和社会卫生支出约占比72%,不管是从总量上还是结构上都形成了对全国医疗资源配置的核心力量,其中医保的支付机制是重要的杠杆。因此未来需要持续推进支付方式改革带动医疗服务资源配置,完善家庭医生制度,逐步建立准强制的守门制度,推动资源有序下沉。在基层与我国基本药物的安全高效使用进行联动,在国家税收优惠政策的激励下,商业健康保险与创新药,慈善赠药与罕见病等联动。同时促进营利和非营利的自愿健康保险在保障方式、运行模式进行创新式突破,实现医保与医疗服务的融合,发挥鲶鱼效应,激活我国医疗服务供给市场,促进国家医疗服务效率和质量的提升。

① 申曙光:《我们需要什么样的医疗保障体系》,《社会保障评论》2021年第1期。

② 杜鹏、李龙:《新时代中国人口老龄化长期趋势预测》,《中国人民大学学报》2021年第1期。

Understanding the Development of China's Multi-tiered Healthcare System: Towards a Multi-tiered System with Multi-stakeholder Engagement

Huang Guowu

(School of Public Administration, Sichuan University, Chengdu 610065, China)

Abstract: China has been trying to establish a fully-fledged multi-tiered healthcare system, and gradually put in place a rudimentary multi-tiered system with the compensation of healthcare spending as the core. With the socio-economic development and the increase in incomes, the diverse and complex health needs of the people have driven the expansion of healthcare from curative care to prevention and rehabilitation, as well as the coordinated development of public health, medical services and the pharmaceutical industry. With the shift from being government-led to coordinated governance by the government, society and market entities, China's healthcare system has transformed from a rudimentary multi-tiered structure to a multi-tier system with multi-stakeholder engagement. This paper suggests that: 1) integrate the major illness insurance with medical assistance scheme, as well as limit the out-of-pocket payments to strengthen the protection provided by the basic medical insurance scheme; 2) gradually increase the minimum compensation rate of commercial health insurance, promote the development of differentiated health insurance products, and expand the scope of health coverage; 3) regulate and guide the participation of social organizations and charities in providing healthcare, to expand the multi-stakeholder governance. In addition, this paper proposes to use the reform of the payment method of healthcare as a lever to promote the comprehensive development of China's health system, and ultimately form synergies to improve the efficiency of healthcare governance.

Key words: multi-tiered healthcare; rudimentary multi-tier; multi-tier and multi-stakeholder

(责任编辑：仇雨临)