

# 医保转型与发展： 从病有所医走向病有良医

申曙光 张家玉

〔摘要〕 经过20余年的改革与发展,我国已经基本建成多元并存、覆盖全民的医疗保障体系,在医疗保障公平与效率的提升、医疗服务质量和可及性的提高等方面都取得了巨大成就,初步实现了“病有所医”的目标。但是,这一目标与我国新时代背景下的新环境、新要求已经不相适应,医疗保障体系自身的发展也面临着一系列困境。为了突破当前困境,并定位新时代我国医保发展的方向与目标,本文提出“小医保”和“大医保”的概念,认为我国医保必须逐步实现从“小医保”到“大医保”的转型,从而不断满足人民群众日益增长的对“病有良医”的需求。

〔关键词〕 病有所医;小医保;病有良医;大医保

我国从1998年正式确定职工基本医疗保险制度到2009年确定建立“全民医保”以来,医疗保障制度建设的目标都是为了分散疾病风险、减轻人们经济负担,提高基本医疗服务的可及性。经过20余年的发展,我国已基本建成全民医保制度,医疗保障水平得到大幅度提升,初步实现了“病有所医”的目标,这是我国民生事业发展取得的重大成就。医疗保障体系的改革与发展为我国社会经济的发展创造了良好的条件与环境,为全世界尤其是发展中国家提供了相关经验。2016年11月17日,国际社会保障协会(ISSA)将“社会保障杰出成就奖”授予中国政府,对我国扩大社保覆盖面的成就予以表彰。<sup>①</sup>然而,与医疗保障的全覆盖、“病有所医”目标的实现相伴而来的是人民群众医疗需求的加速释放,医疗保障体系自身不平衡和不充分的发展与人民群众日益增长的医疗与健康需求之间的矛盾日益凸显。与此同时,新时代背景下,我国医疗保障体系还面临着人口快速老龄化、健康中国战略实施、现代信息技术迅猛发展等一系列新环境带来的新挑战、新要求和新机遇。人民群众对美好生活的向往、健康需求的转型升级使得医疗保障体系必须在“病有所医”的基础上逐步走向“病有良医”。因此,为了适应新时代提出来的新要求、突破医疗保障体系所面临的困境,

〔作者简介〕 申曙光,中山大学政治与公共事务管理学院/岭南学院教授、博士生导师,社会保障研究中心主任。主要研究方向:社会保障。本文另一作者为中山大学政治与公共事务管理学院张家玉。

〔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 郑功成:《中国社会保障改革与经济发展:回顾与展望》,《中国人民大学学报》2018年第1期。

我国必须逐步实现医保转型，不断满足人民群众日益增长的健康需求，为健康中国建设目标的实现做出贡献。

## 一、我国医疗保障体系的改革与发展：“病有所医”目标基本实现

从改革开放以后的政策历程来看，我国医疗保障体系的改革目标随着社会的发展逐步转变。改革开放初期，与整个社会保障体系相一致，医疗保障体系本质上是配合经济体制改革的产物，并未对民生问题进行直接的回应。随后，随着社会经济等多方面条件的改变，医疗保障成为我国一项重要的社会政策。党的十六届六中全会提出要“认真研究并逐步解决群众看病难、看病贵问题”，更加关注国民的就医难题。而为了实现“病有所医”的目标，党的十七大进一步明确提出“建立基本医疗卫生制度，提高全民健康水平”，并把为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务作为发展的重要目标之一。随着医改的深入推进，党的十八大提出重点推进医疗保障与医疗服务等领域的改革，健全全民医保体系，建立重特大疾病保障和救助机制，完善突发公共卫生事件应急和重大疾病防控机制，在基本建成的全民医保体系基础上不断巩固已有改革成果。党的十九大更进一步提出，要全面建立中国特色医疗保障制度，为群众提供全方位的医疗保障。经过多年的努力，我国已经在“全民医保”基本实现的基础上初步实现“病有所医”的发展目标。

### （一）初步建成多元并存、覆盖全民的医疗保障体系

当前，我国初步形成了以基本医疗保险为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障构架，为满足群众的医疗服务需求提供了基本的保障。截至2018年2月，全国基本医疗保险参保人数已超过13.5亿，参保率稳定在95%以上，城乡居民大病保险制度覆盖10.5亿人<sup>①</sup>，医疗保障覆盖的人数不断增长。可以说，我国基本实现了全民医保，绝大多数群众都能享有基本医疗保障。我国城镇职工基本医疗保险正式建立于1998年，涵盖城镇所有用人单位，通过用人单位和个人缴费，建立医疗保险基金为参保人员的医疗费用提供经济保障。新型农村合作医疗制度从2003年起在全国部分县（市）试点，由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主实现农民医疗的互助共济。2009年，这一制度基本实现覆盖全国农村居民的目标。城镇居民基本医疗保险建立于2007年，以政府为主导与居民个人（家庭）缴费为主、政府适度补助为辅的筹资方式，按照缴费标准和待遇水平相一致的原则，满足城镇居民的医保需求。在此基础上，2016年，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号），提出整合城乡居民基本医疗保险，将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度统一为城乡居民基本医疗保险。截至2018年1月，全国共有23个省市实现了城乡居民医保一体化的目标<sup>②</sup>。此外，医疗救助的受益人群规模也逐步扩大，2016年全国累计实施医疗

① 《全国基本医疗保险参保人数超过13.5亿》，新华网：[http://www.xinhuanet.com/2018-02/12/c\\_1122409397.htm](http://www.xinhuanet.com/2018-02/12/c_1122409397.htm)，2018年2月13日。

② 《城乡医保并轨吹响“集结号”》，中央政府门户网站：[www.gov.cn/xinwen/2018-01/15/content\\_5256625.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2018-01/15/content_5256625.htm)，2018年1月15日。

救助 8720.4 万人次<sup>①</sup>，对困难群众实施精准支付。2013 年启动建立的疾病应急救助制度也不断完善，累计救助近 70 万人次<sup>②</sup>。由此，医疗保障体系中的各支柱共同发展，初步构成多元化多层次的全民医保体系。

## （二）医疗保障公平性不断增强

在医疗保障的发展过程中，公平性不断提升，较好地体现了医保的再分配功能。第一，医疗保障制度实现全覆盖，所有人都能得到对应的制度安排。第二，医疗保障一体化快速发展。以往，我国由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗构成的医保体系呈现“碎片化”特征，缴费标准与待遇水平的差异明显，很大程度上影响了医保的公平性。基本医疗保险体系一体化的推进有效地缩小了制度之间的差异，提升了公平性。第三，各项制度保障水平的差距不断缩小。各统筹区内不同制度的报销比例也不断趋同，这与各级财政逐步提高居民医保补助标准相关。以广东省广州市为例，2018 年，参与城乡居民基本医疗保险的非从业居民与老年人在三级定点医疗机构的报销比例从 55% 上调至 70%，而城镇职工基本医疗保险的在职职工同等报销比例为 80%，退休职工为 86%，基金支付比例差距的缩小反映了医保公平性的不断提高。第四，医保统筹层次提升。由于县级的统筹层次极大地限制了医保的可携性，并加剧医疗资源配置不均的状况，因此各地政府都在探索提升基本医疗保险的统筹层次，实现地级市统筹，部分地区开始探索以调剂金等方式进行省级统筹，从而缩小地区之间医疗保障的差距。第五，医保药品报销目录覆盖范围日益扩大。例如，《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 年版）》颁布，基金准予支付费用的药品增加至 2535 个，比 2009 年版的药品目录增加了 16.7%<sup>③</sup>，更好地保障了参保人员的基本用药需求。第六，建立完善城乡居民大病保险制度，进一步强化了医保托底保障功能。截止到 2015 年底，我国全面实施城乡居民大病保险，2016 年底覆盖了超过 10 亿的参保居民，报销比例不低于 50%<sup>④</sup>，切实减轻了人民群众大病医疗费用负担，为消除因病致贫、因病返贫发挥了重要作用。第七，健康扶贫工程深入实施，医疗保障制度进一步保障了困难群众的医疗需求。2016 年，国家提出部署实施健康扶贫工程。2017 年，国家推出“三个一批”行动计划，对患有大病和长期慢性病的农村贫困人口实施分类分批救治<sup>⑤</sup>，加强托底保障。总体而言，医疗保障公平性不断提升，切实保障人人享有医疗保障的权利，这是实现“病有所医”的重要基础。

## （三）医疗保障体系的效率不断提高

我国医疗保障体系的效率不断提高，为群众提供了更充分的基本医疗服务。第一，医保基金管理效率提升，医保控费成效初显。2016 年，城镇职工基本医疗保险基金支出 8013 亿元，比上年

① 《2016 年全国累计实施医疗救助 8720.4 万人次》，中国新闻网：<http://www.chinanews.com/gn/2017/02-21/8155650.shtml>，2017 年 2 月 21 日。

② 《中国多项主要健康指标达中高收入国家平均水平》，新华网：[http://www.xinhuanet.com/2018-02/13/c\\_1122410678.htm](http://www.xinhuanet.com/2018-02/13/c_1122410678.htm)，2018 年 2 月 13 日。

③ 人力资源和社会保障部：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 年版）》，人力资源和社会保障部官网：[www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201702/t20170223\\_266775.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201702/t20170223_266775.html)，2017 年 12 月 21 日。

④ 国务院新闻办公室：《中国的减贫行动与人权进步》（白皮书），国务院新闻办公室官网：[www.scio.gov.cn/zf-bps/32832/Document/1494402/1494402.htm](http://www.scio.gov.cn/zf-bps/32832/Document/1494402/1494402.htm)，2016 年 10 月 17 日。

⑤ 《关于印发健康扶贫工程“三个一批”行动计划的通知》，国家卫生健康委员会官网：[www.nhfpc.gov.cn/caiwu-si/s3577c/201704/4eed42903abd44f99380969824a07923.shtml](http://www.nhfpc.gov.cn/caiwu-si/s3577c/201704/4eed42903abd44f99380969824a07923.shtml)，2017 年 4 月 20 日。

增加 755 亿元，增长 10.4%<sup>①</sup>，相对于过去多年的数据，增速有所放缓，基金运行的可持续性增强。部分地区基于大数据技术构建医保智能监控平台，全面审核监控所有医保单据，有效地规范了医保基金的运行。<sup>②</sup> 第二，医疗服务供给增加明显。2017 年年末全国医疗卫生机构床位 785 万张<sup>③</sup>，对比 2013 年增长超过 27%。医疗服务数量的增加有利于保障群众就医需求的满足，2016 年全年总诊疗人次 79.3 亿<sup>④</sup>，过去五年内增长超过 15%。医疗服务供给能力的增强，一定程度上体现了医疗保障体系整体效率的提高。第三，实现异地就医，简化医疗报销程序。截至 2017 年 9 月，在全国所有省级平台、所有统筹地区均已实现与国家异地就医结算系统对接的基础上，全国跨省定点医疗机构增加到 6976 家，85% 的三级定点医疗机构已联接入网，可以提供跨省异地就医住院医疗费用直接结算服务<sup>⑤</sup>。异地就医的实现使得参保人能够跨越地域限制享有医疗保障，推进不同统筹地区参保人员的“病有所医”。第四，医疗保障制度逐步实现一体化管理，探索转变以往三个制度分开运行的管理模式，促进了基本医疗保障体系的运行效率提升。第五，促进了基层医疗机构的发展。通过调整医保基金支付比例，引导群众实现基层首诊，提升群众就医的便利性，促进医疗服务资源更合理分配，有利于解决看病难与看病贵的问题。第六，医保覆盖范围不断提升，使医保能够实现大数法则，分散了医疗保险基金运行的风险。

#### （四）医疗服务质量不断提升

多层次医疗保障体系的构建大幅度释放了广大群众的医疗服务需求，形成了医疗服务体系发展的强大推力。第一，医疗卫生人员数量增长，在人力资源方面促进了医疗服务质量的提升。2017 年，全国卫生技术人员 891 万人，比 2013 年增加了 13.6%，其中执业医师和执业助理医师人数增加超过 20%<sup>⑥</sup>。第二，医疗服务技术提升。医疗保障的广覆盖与其体系的有序运行为医疗服务技术的发展提供了支持，在此背景下，医疗服务不断突破技术难题，整体提升了疑难危重疾病诊疗水平。第三，为进一步提升医疗服务质量，部分地区探索构建医疗服务智能监管平台，以信息化的监管规范医疗服务行为，引导医疗机构优化内部管理，配合外部的监管手段提升医疗服务提供的专业性和有效性。因此，在满足医疗服务数量需求的基础上，医疗保障体系的改革促进了医疗服务质量的提升。

#### （五）医疗服务可及性提高

医疗保障体系的发展提高了医疗服务的可及性。第一，分级诊疗稳步推进。在“全民医保”的基础上，医疗保障体系的不断完善对分级诊疗的推进起到关键性作用，通过更为合理的报销制

① 财政部：《关于 2016 年全国社会保险基金决算的说明》，财政部官网：[http://sbs.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/shujudongtai/201711/t20171127\\_2757285.html](http://sbs.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/shujudongtai/201711/t20171127_2757285.html)，2017 年 11 月 27 日。

② 人力资源和社会保障部：《2016 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》，人力资源和社会保障部官网：[http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/tjgb/201705/t20170531\\_271671.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/tjgb/201705/t20170531_271671.html)，2017 年 5 月 31 日。

③ 人力资源和社会保障部：《2016 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》，人力资源和社会保障部官网：[http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/tjgb/201705/t20170531\\_271671.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/tjgb/201705/t20170531_271671.html)，2017 年 5 月 31 日。

④ 国家统计局：《2016 年国民经济和社会发展统计公报》，国家统计局官网：[http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201702/t20170228\\_1467424.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201702/t20170228_1467424.html)，2017 年 2 月 28 日。

⑤ 《6976 家定点医疗机构接入国家异地就医结算系统》，中央政府门户网站：[www.gov.cn/fuwu/2017-09/20/content\\_5226258.htm](http://www.gov.cn/fuwu/2017-09/20/content_5226258.htm)，2017 年 9 月 20 日。

⑥ 国家统计局：《2017 年国民经济和社会发展统计公报》，国家统计局官网：[http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201802/t20180228\\_1585631.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201802/t20180228_1585631.html)，2017 年 2 月 28 日。

度设计引导群众的就医行为,从而让更多的参保人方便地在基层医疗机构就医。截至2017年8月,全国分级诊疗试点城市扩大到321个,超过全国城市总数的90%,提前完成了在85%左右地市开展分级诊疗试点的年度目标<sup>①</sup>,实现医疗服务资源下沉,重构医疗资源格局。截至2016年底,我国共有205个地级以上城市开展医联体试点<sup>②</sup>,探索“城市医疗集团、县域医疗共同体、跨区域专科联盟、远程医疗协作网”等多种较为成熟的模式,推动形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗。第二,家庭医生签约服务不断发展。我国从2016年开始推行建立家庭医生的分级诊疗模式,其目标是让诊疗与健康服务延伸到每一个家庭。

“病有所医”需要以“全民医保”的实现为基础,其基本含义是人人都能公平地享有基本医疗保障,且当存在就医需求时能够在经济上负担费用并能够比较方便地看病。从上面的分析可知,在过去的几十年中,我国医疗保障体系经历了“从无到有”“从有到优”的阶段性探索,目前已经初步形成了“全民医保”的制度体系。从制度设计的层面,初步构成了多元并存、覆盖全民的医疗保障体系,实现了基本医疗保险的基本满足;从制度公平性的层面,实现了制度之间、地区之间与人群之间等不同维度的保障水平差距不断缩小,让更多的群众看得起病;从制度效率的层面,实现了医保制度的有效运行并为群众提供了更充分的医疗服务,使得群众能够有更多的就医选择;医疗保障的发展也促进了医疗服务质量的提升,使得群众能够享有更高质量的医疗服务,而医疗服务可及性的提高则使得群众能够更方便地看病。可以说,目前我国基本实现了“病有所医”的发展目标。

## 二、新时代医疗保障体系改革与发展的困境

虽然我国已经基本实现了“病有所医”的目标,但这只是医疗保障体系在改革发展进程中的阶段性成果,面对当今飞速发展的社会经济带来的新要求,我国的医疗保障体系依然在多个方面面临困境,需要通过进一步改革与发展解决难题,建立与新时代新要求相适应的医疗保障体系。

### (一) 多项医疗保障制度碎片化,医疗保障公平性有待进一步提高

医疗保障体系由多项医疗保障制度构成,虽然已经实现了一定程度的整合,但是依然存在不同程度的碎片化。一方面,基本医疗保险存在着碎片化的难题。基本医疗保险的具体政策在人群之间、制度之间与地区之间等多个维度各不相同,制约了医疗保障公平性的提高。基本医疗保险一体化尚未完全实现,正在经历从三元到二元制的过渡;在地区之间,由于医保制度以地市级统筹为主,而分灶吃饭的财政体制与地区之间发展的差异必然导致各地区制度存在差异,在保障力度上依然存在较大的差异。另一方面,医疗救助制度也呈现碎片化,主要体现在按城乡划分救助对象的模式上。城市医疗救助与农村医疗救助在起付线、报销比例与报销额度上均存在不同程度的差异,导致了人民群众的医疗救助享有情况有较大的差异。医疗救助体系存在碎片化,与医疗

① 《公立医院综合改革下半年全面推开 破除以药补医机制》,新华网: [http://www.xinhuanet.com/yuqing/2017-07/26/c\\_129663672.htm](http://www.xinhuanet.com/yuqing/2017-07/26/c_129663672.htm), 2017年7月26日。

② 《截至2016年底 全国共有205个地级以上城市开展医联体试点》,中央政府门户网站: [www.gov.cn/xinwen/2017-04/14/content\\_5185777.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2017-04/14/content_5185777.htm), 2017年4月14日。

救助的财政来源于地方政府相关。而碎片化问题的解决并不是一蹴而就的，地区发展水平的差异加剧了二元制度框架下的碎片化，导致地区之间的医疗救助保障水平差异明显。由此，各项医疗保障制度的碎片化难题对于医疗保障的公平性造成挑战。

## （二）多层次体系发展不充分，制约保障水平的提升

目前，我国基本形成了以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障构架，但多支柱体系在实际发展中面临着难题。第一，作为医疗保障体系中的核心，基本医疗保险并不能完全适应新时代的发展要求，主要体现为基本医疗保险的医保基金运行依然面临着严峻挑战。由于医保覆盖范围的不断扩大、严峻的老龄化趋势和慢性非传染病（慢病）负担加重等因素，我国医疗费用迅速膨胀甚至呈现不合理的增长趋势。2013至2016年，我国国内生产总值年均增长7.2%，而同期人均卫生费用的年均增长率为12.9%<sup>①</sup>，医保需求的增长远快于经济的发展，对医保基金的可持续运行造成严重挑战。第二，作为医疗保障体系中的关键补充，商业医保发展程度低，不利于构建多层次医保体系。虽然我国的商业医疗保险已经进行了相当长时间的探索，国家也出台了一系列的政策推动商业保险的发展，但是由于其经营风险大、医疗信息资源有限，加上国民的商业保险意识薄弱，保险公司提供医疗保险的积极性不高。此外，已有的商业医疗保险产品的同质性高，难以满足国民的多样化需求。2017年，我国商业健康险保费收入仅占卫生总费用的8.72%，赔付支出仅占卫生总费用的2.16%，其市场依然存在较大的发展空间。第三，慈善医疗发展非常落后。虽然越来越多的社会组织有参与慈善医疗的积极性，但是目前国家对其发展的政策支持并不足够，立法方面也并不完善，只有小范围的初步探索。面对新时代的新要求，多元医疗保障体系中各支柱的发展均在不同程度上与群众的期待存在现实差距，亟需进一步充分的发展。

## （三）民生需求转型升级，医疗保障水平与服务质量有待进一步提升

十九大报告指出，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，社会主要矛盾转化意味着民生需求的转型升级。具体到医疗保障领域，群众从以往基本层次的医疗服务与医疗保障的获取转变为对更可靠的医疗保障与更高水平的医疗卫生服务的需要，因此，多样化、个性化与多层次的需求对我国医疗保障体系提出了更高的要求。然而，虽然当前的医疗保障体系已取得长足的进步，但是在多个方面依然存在不足。一方面，当前的医疗保障体系重点关注的依然是医疗保障的筹资与支付环节，即医保基金的管理，对医疗保障的服务递送等其他环节关注不足，不利于医疗服务质量的提升；另一方面，当前的医疗保障以基本医疗保险为绝对核心，但“保基本”的目标已经不能满足群众多样化与多层次的医疗保障需求，更难以回应人民群众对美好生活的向往与期待。

## （四）老龄化形势严峻，医疗保障服务模式有待转变

我国老龄化形势日益严峻，数量庞大的老年人群体对医疗保障体系提出了更高的要求，这需要医疗保障服务模式的转型。2016年，我国65周岁及以上的人口占总人口的比重已达到11.4%<sup>②</sup>，

① 根据历年《中国统计年鉴》整理计算所得。

② 参见国家统计局：《中国统计年鉴（2016）》，中国统计出版社，2016年。

伴随而来的是老年人群体庞大的医疗服务与医疗保障需求。2016年的统计数据显示,我国有近70%的老年人患有慢性病,且失能半失能老年人占老年人口的18.3%<sup>①</sup>,这意味着必须提供更高水平的医疗与护理,加强对慢性病的管理,对医养结合也提出了更高的期待,这要求医疗保障服务模式的转型。同时,随着全民医保的实现和人们生活水平不断提升,健康管理成为了群众尤其是老年人的普遍需求,而当前我国医疗保障的覆盖依然停留在“保疾病”的层次,需要转型为以慢性病管理及预防为重点的医疗保障新模式。

#### (五) 社会管理走向社会治理, 医疗保障主体参与模式有待优化

随着社会治理的不断推进,传统的医保管理模式难以适应对医疗保障与医疗服务在数量与质量上提升的要求。长期以来,我国的医保工作采取单向、单主体和“垄断”的管制方式,对医疗保险活动进行计划、组织、指挥、协调、控制及监督,越来越不适应社会治理创新的要求,体现出明显的单向性、封闭性和强制性。这主要体现为医保的参与依然以政府为绝对的主导,医疗机构和企业等在其中的话语权受到较大的限制,社会力量的专业性与资本等优势难以发挥。这与长久以来医疗保障的定位相关。由于社会都普遍认定医疗保障公益性的性质,强调政府的绝对主导而忽视社会力量的作用,甚至还误认为政府与社会力量是一种对立关系,进一步固化了传统的医保管理模式。因此,实现参与主体多元化成为了我国医保工作转型的必然方向,需要转变对医疗保障的定位,政府需要在具体工作中适当放权,在宏观层面担任主导角色,且在微观层面广泛地应用市场机制,充分发挥市场力量参与医保工作的优势。因此,在社会管理走向社会治理的大局下,医疗保障需要实现从单点到集成、从单向到互动、从单主体到多主体、从垄断到开放和从管制到服务的转变,通过医保领域参与主体的多元化进一步整合资源,优化资源配置模式。

#### (六) “健康中国”建设成为国家优先发展战略, 医疗保障目标有待调整

基于对新时代社会矛盾的准确把握,党和政府把保障人民健康提到新的高度,明确提出了新时代“实施健康中国战略”,其中的一项重要内容是完善健康保障。然而,目前国家关于卫生、健康领域的投入和发展仍然是以“疾病治疗”为中心,这不但难以解决人的健康问题,也造成了经济与财政的沉重负担。由此,基于建设预防为主的健康保障体系的目标,亟需转变发展方向——由“治疗为主”逐渐向“预防为主”转变,这也是医疗服务在新时期探索与发展的关键。医疗保障的发展不能局限于目前“病有所医”的格局,也不能局限于保障基本医疗保险基金的平衡运行,医疗保障目标应当向保障人民健康的方向逐步调整,这是推进实施“健康中国”战略的必然要求。

由此,新时代对医疗保障的发展提出了一系列的新要求,赋予其以新的内涵。目前,与实际的医疗保障需求、转型升级的民生需求、老龄化程度提升伴随快速增长的医疗保障需求等要求相比,我国的医疗保障只是基本实现了“病有所医”的目标,本质上只是一种“小医保”,并且在多方面已经呈现出明显的不相适应,甚至在多个方面陷入困境。因此,我国的医疗保障亟需在现有基础上深化改革,实现转型升级。

① 《三部门发布第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查成果》,全国老龄工作委员会办公室官网: [www.cn-caprc.gov.cn/contents/2/177118.html](http://www.cn-caprc.gov.cn/contents/2/177118.html), 2016年10月9日。

### 三、“大医保”的内涵与要求：“病有良医”目标的提出

由于当前我国医疗保障体系受到内部因素制约与外部环境变化的双重挑战，我们认为，必须拓展医疗保障体系的边界，使“病有所医”的“小医保”向“病有良医”的“大医保”转型，才能突破当前的医保困境，平衡有限的医疗资源与人民群众无限的医疗需求之间的矛盾，从而逐步满足人民群众不断转型升级的健康需求。

#### （一）“大医保”的内涵

“病有良医”的目标既是“病有所医”目标的延续，更是“病有所医”目标的升华。为了实现这一目标的转变，必须实现从“小医保”到“大医保”的转型。“大医保”区别于“小医保”的本质其实就是医疗保障的“边界”问题。“小医保”即传统意义上的医保，以病有所医为目标，以基金筹集、分配与管理为任务；而“大医保”则超越“小医保”，不再只是静态地关注“筹资”和“支付”，而是能够助力“以预防为主”的大健康格局的形成，逐渐实现“病有良医”，其最终目标是保障国民的健康需求。“病有良医”包括四层含义：一是“大医保”应该推动慢性病预防和健康管理工作，从“保疾病”逐渐走向“保健康”；二是“大医保”应致力于提高医疗卫生服务的可及性和效率，一方面使人们获得更可靠、更及时的医疗服务，另一方面使有限的医疗卫生资源发挥出最大的效用；三是“大医保”应致力于提高医疗卫生服务的质量，从“扩面提标”走向“提质增效”；四是“大医保”应以满足人民健康需求为导向，满足人民多样化、个性化的医疗和健康需求。总的来说，实现从“病有所医”到“病有良医”的目标转变是从根本上解决目前医疗保障体系困境的要求；是应对我国健康风险模式转型的必然选择；是新时代背景下回应我国社会主要矛盾转化的价值取向。

目标的不同决定了“大医保”和“小医保”的性质的差异以及在保障范围、结构、权责利关系、运作机制等方面的边界范畴。“大医保”是对医疗保障内涵与边界的重新界定，是更高水平、更多层次和更综合的医疗保障体系，而非一个制度。也就是说，“大医保”并非简单的以筹资和支付为中心而设计的医疗保险制度，而是一个不断适应我国发展变化的政治经济社会环境、不断促进整个医疗服务卫生体系的资源整合和优化，从而更好地满足人民健康保障需求的医疗保障体系。这一体系与“小医保”之间的区别主要体现在以下四个方面：从性质上来看，“大医保”不是对不同人群“分门别类”的保障，而是实现真正的“全民医保”，人人都能公平地享有基本医疗保障；从结构上来看，“大医保”不是以社会医疗保险为绝对主体的保障，而是包含社会医疗保险、商业医疗保险及多种形式的医疗救助的多层次的医疗保障；从责权利关系来看，“大医保”不是政府承担无限责任、个人及其他社会主体责任不明的保障，而是一种制度相对统一、责任明确、分担合理、互助共济的医疗保障；从运作机制来看，“大医保”不是一种只关注基金平衡的医疗保障，而是一种能够平衡人们的医疗服务需求的无限性与医疗资源的有限性，运用自身优势与合理的机制，通过“三医联动”等方式，不断提高医疗服务质量、促进医疗服务效率与整体水平提升的医疗保障。<sup>①</sup>

<sup>①</sup> 申曙光：《医疗保障机构职能整合：从“小医保”走向“大医保”的关键一步》，财新网：<http://opinion.caixin.com/2018-03-17/101222695.html>，2018年3月17日。

## （二）“大医保”的基本要求

新时代“大医保”体系的建立在健康中国战略的背景下展开，是国家治理体系与治理能力现代化的重要组成部分。从“小医保”走向“大医保”，实质上是一种目标的转变。为了实现这一目标转变，“大医保”对医疗保障体系的改革方向和任务提出了新的要求，其中最关键的包括以下三个方面：首先是从“保疾病”逐步走向“保健康”，这是“大医保”自身的定位问题；其次是“大医保”建设力量的问题，即由哪些主体参与“大医保”体系建设，分别扮演什么角色；最后是医疗保障的体制机制问题，要求明确“大医保”的管理边界，以及如何处理医疗保障与整个健康保障系统之间的关系。

### 1. 从“保疾病”走向“保健康”

医疗保障体系既具备分散疾病风险、减轻人们经济负担的“风险池”作用，又具备促进和改善人群健康的作用，“小医保”多强调其“风险池”作用，而对其健康促进作用关注不够。<sup>①</sup>事实上，医疗保险是否具备健康促进作用受到一部分学者的质疑，并且因其在卫生政策中的主体地位及其引起的巨额支出而成为全球经济学家争论的焦点。对于目前各种医疗保险对不同人群健康状况的影响还没有定论，但确实有很多实证研究已经证明，我国的医疗保险制度可以促进参保居民健康水平的提高，<sup>②</sup>这就为进一步完善我国的医疗保障制度，并且将其关注点更多地落在医疗保障的健康促进作用上提供了依据。

由于我国的困难群众还存在“因病致贫、因病返贫”的问题，甚至部分中产阶级也存在“因病致贫”的可能，而“小医保”致力于减轻因疾病带来的经济负担，因此，“病有所医”依然是发展我国城乡居民大病保险、整合城乡居民基本医疗保险制度等各项医疗保险改革的基本目标。但是，新时代背景下，这一目标已经不能应对老龄化高速发展、疾病谱变化带来的健康风险模式转型，即以“传染性疾病”为主要健康风险向以“慢性非传染性疾病-残疾-亚健康”为主要健康风险的模式转型。<sup>③</sup>“小医保”作为一种事后补偿机制，表现出与这种健康风险模式转型的不相适应性：一是“小医保”不能满足慢性病预防和健康管理关口前移的要求，无法产生对以预防为主的大健康格局的促进作用；二是门诊服务补偿水平低，“重住院、轻门诊”的制度设计导致“小病大治”现象严重，医保基金的配置效率较低，无法发挥出医保体系激励医院控制成本的杠杆作用，也不利于形成合理的诊疗体系；三是长期护理保障、家庭医疗服务缺失，无法满足高慢性病发病率和失能率所产生的大量医疗护理需求，一方面导致医保基金压力越来越大，另一方面也降低了居民对医保的获得感和满意度。显然，如果不对医疗保障体系的目标与范围进行重新调整，伴随着我国健康风险模式的转型，医疗支出的长期、大幅上涨将成为必然趋势。根据经济合作与发

① 顾雪非：《从医疗保障向健康保障迈进》，《中国卫生》2016年第7期。

② 吴联灿、申曙光：《新型农村合作医疗制度对农民健康影响的实证研究》，《保险研究》2010年第6期；Hong Wang, et al., "The Impact of Rural Mutual Health Care on Health Status: Evaluation of a Social Experiment in Rural China," *Health Economics*, 2009, 18, S65-S82；黄枫、甘犁：《城镇不同社会医疗保险待遇人群死亡率交叉现象研究》，《人口研究》2010年第1期；潘杰、雷晓燕、刘国恩：《医疗保险促进健康吗？——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析》，《经济研究》2013年第4期。

③ 戴剑波：《中国健康转型研究》，《宁夏社会科学》2017年第3期。

展组织的估计，65岁以上人口人均医疗费用大约是65岁以下人口的2—8倍。<sup>①</sup>可见，老龄化和疾病谱变化将在未来对我国的医保基金造成巨大的压力。“小医保”制度体系已经不再适应转型升级的民生需求，也不符合“健康中国”的建设理念。因此，医疗保障体系不能仅仅满足于“病有所医”“全民医保”这些中间目标的实现，而是要向着“病有良医”的过程目标及“全民健康”的终极目标去定位自身的发展。<sup>②</sup>“小医保”致力于医疗服务的可及性，属于健康维护的范畴，即以“病有所医”为目标；而“大医保”要求从健康的危险因素预防与控制、健康促进与管理等多方面着手，致力于维持和促进居民的健康状态，即以“病有良医”为目标。可见，“大医保”的“以健康为中心”并不是对“保疾病”目标的简单抛弃，而是在“小医保”的基础上对其目标进行延展与升华。

## 2. “保基本”与“多层次”的协同发展

从“小医保”向“大医保”的转型实际上是由我国的社会、经济以及医疗技术快速、深刻的变革所决定的。一方面，随着物质文化水平的显著提升以及医药科技的迅猛发展，人们的生活观念、消费观念和 health 观念也随之发生快速改变，其健康需求从“病有所医”升级为“病有良医”，要求提供内容更丰富、水平更高的医疗保障。因此，对医保的要求就不只是满足人们的安全感，还要提高人们对医保的获得感和幸福感。另一方面，由于地区之间、行业之间的收入差距逐渐扩大，不同人群的健康需求呈现出多层次、多元化和个性化的发展趋向。然而，作为与我国现阶段生产力发展水平相适应的基本医疗保险制度，不可能超越其目标定位，为人们提供水平过高的保障。因此，这些无法得到满足的多元化医疗需求要求逐渐实现“小医保”向“大医保”的转型：一是要根据“兜底线、织密网、建机制”的要求，完善基本医疗保险制度、医疗救助制度和大病保险制度，为人民的健康保驾护航；二是要在建设“保基本”机制的同时，发展“多层次”的医疗保障体系，使其朝着更加精准、多元和个性化的方向发展，多层次和全方位满足人们的医疗保障需求。

事实上，我国以健全基本医疗保障为主体、其他多种形式保障为补充的多层次医疗保障构架已经初步形成，如企业补充医疗保险、商业健康保险等都属于“多层次”的范畴，对满足参保人员需求、提高保障水平具有积极作用。但是，当前既存在“保基本”与“多层次”的发展都不充分的问题，也存在“保基本”与“多层次”之间发展不平衡的问题。基本医保逐渐覆盖全民，但却存在因碎片化带来的公平问题，保障水平较低的问题以及其它诸多治理难题；而商业医疗保险则存在覆盖面非常低，投保人数少，商业保险企业盈利能力弱的问题，总体规模偏小，所起作用有限。多层次医疗保障体系发展缓慢，不能形成相互协调配合的保障合力，不能满足人民群众多元化、个性化的保障需求。实现“小医保”向“大医保”的转型要求明确不同层次医疗保障的责任边界，强化企业、个人的健康责任，建立适应各类人群需求的多层次医疗保障体系，即以医疗救助为主的托底层，以基本医疗保险为主的主体层，以及多种形式的商业医疗保险为主的补充层。对三个层次统筹考虑，才能使其更好地衔接、协调，发挥整体效应。只有调动全社会的积极性，

<sup>①</sup> 国务院发展研究中心“经济转型期的风险防范与应对”课题组：《打好防范化解重大风险攻坚战：思路与对策》，《管理世界》2018年第1期。

<sup>②</sup> 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。

唤起每个责任主体的责任意识,才能发挥出全社会的最大合力,不断满足人民日益升级的对“病有良医”的需求。

### 3. 医疗保障体系与医疗服务体系的协同配合

医疗保障体系与医疗服务体系是健康保障系统的两个不可或缺的子系统,只有二者相互协调配合,共同作用,才有可能实现“病有良医”的目标。这两个子系统既有正向的相互促进的关系,也有反向的相互阻碍的关系。医疗保障体系对医疗服务体系的正向促进作用表现在两个方面:一是医疗保障体系通过分担居民的经济风险,为国民健康提供稳定的资金来源,从而提高了医疗服务体系的服务供给范围;二是医疗保障体系通过补偿机制的设计可以引导医疗服务体系的建设,如通过支付方式改革发挥对医疗服务行为的监督、制约和规范作用,通过报销比例调整引导患者形成合理就医秩序等。<sup>①</sup> 医疗服务体系则是医疗保障体系发挥作用的直接载体,<sup>②</sup> 医疗保障功能必须通过购买医疗服务来实现。并且,医疗服务体系的配合程度和效果将直接影响医疗保障体系“病有良医”目标的实现。

然而,相对于上述两者间理论上的良性互动而言,现实中的医疗保障体系与医疗服务体系之间经常呈现出负向摩擦与冲突。这种摩擦和冲突使得公平与效率及其具象化的政府与市场的关系一直得不到有效的协调。由于“医”“保”分离的体制设计,医疗保障体系与医疗服务体系在具体的管理目标上并不一致,甚至经常发生冲突。医疗服务体系关注服务的质量与可及性,而医保管理则更关注居民的受益面和基金安全问题。尤其是近年来随着基金收支平衡及其可持续发展受到挑战,医保管理部门不得不以“控制医保费用过快增长”为首要目标,这一目标的实现与医疗服务的质量提升很难得到同步保障。也就是说,“病有所医”和“病有良医”的目标都无法很好地实现,导致病人和医生对医疗保障系统的效果都不满意,这也成为医患矛盾长期得不到解决的原因之一。为了使医疗保障体系和医疗服务体系能够协同配合,共同保障人民健康,“大医保”要求两者必须明确各自的重点工作及其相互关系,以“病有良医”的实现为共同目标。2018年3月13日,国务院机构改革将原来分散在人社部、国家卫计委、国家发改委以及民政部等部委的与医疗保障相关的职责和功能加以整合,组建国家医疗保障局。这一改革就是对健康保障系统结构的重新调整,使其更加科学合理,适应新时代的新要求,是从“小医保”走向“大医保”的关键一步。当然,“大医保”并非大包大揽所有职责,而是注重各部门各行业尤其是医保部门与卫健部门的协调配合,以“三医联动”的真正落地为推动力,促进医保系统公平与效率的共同提升。

综上所述,根据“大医保”在其目标与性质、结构与责权利关系以及运作机制等方面提出的要求,可以发现,医疗保障体系的最终目的都是指向“病有良医”的实现。只有发展“大医保”,才能突破当前医疗保障体系的发展瓶颈和障碍,才能保障人民群众获得公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。因此,从“小医保”到“大医保”的转型呼应了人民群众的健康需求和对美好生活的期望,同时也是健康中国战略实施的重要组成部分。

① 参见张亮等:《健康整合——引领卫生系统变革》,科学出版社,2014年。

② 张研、张亮:《医疗保障体系与服务供给体系的摩擦与整合》,《中国卫生经济》2017年第1期。

## 四、从“小医保”走向“大医保”的关键对策

“病有良医”目标的实现需要医疗保障体系与医疗服务体系的共同发展、协同配合，需要全社会长期的共同努力和探索。就医疗保障体系而言，从“小医保”到“大医保”的转型不可能一蹴而就。由于受到当前的社会经济发展水平、政府管理体制机制现状、社会资本的发展程度等因素的限制，医疗保障体系无法在短期内实现高水平高质量的医疗保障，达到“病有良医”，因此要将其作为长期的改革方向和目标，根据医疗保障体系自身面临的难题以及新环境新要求，采取相应的对策，在不断完善“小医保”、更好地实现“病有所医”的同时，逐步发展“大医保”、实现“病有良医”的目标。

### （一）进一步完善全民医保制度

“病有良医”的基础是“病有所医”，因此，只有在继续完善“小医保”的基础上，才能发展“大医保”，实现医保转型。首先，打破当前制度条块分割导致的“碎片化”，实现基本医疗保险城乡均等化、区域均等化、群体均等化，人人公平享有基本医保是当前的首要任务。目前，大多数省市已经实现了新农合与城镇居民基本医疗的“二保合一”，接下来应推进城乡居民基本医疗保险与城镇职工基本医疗保险的“三保合一”。其次，基本医疗保障制度具有社会“稳定器”与“减压阀”的重要作用，对于推进健康领域的“精准扶贫”，防范“因病致贫、因病返贫”现象意义重大。因此，在推进医保制度并轨、完善全民医保的过程中必须向困难群众倾斜，为其参保加大政策及资金支持。需要注意的是，“因病致贫、因病返贫”并不是一个阶段性的问题，对困难群众进行精准扶贫，应该成为医疗保障体系一项持续性和战略性的任务。第三，为了促进基本医保的健康可持续发展，防范基金“穿底”，要通过医保支付方式改革和分级诊疗的同步推进，在减轻参保居民负担的同时，控制医疗费用的不合理增长。一方面，推进医保支付方式改革，从“被动给付”走向“主动购买”。通过鼓励和支持地区创新和试点，探索由单一的按项目付费向点数法、按病种分值付费、按疾病诊断相关分组付费（DRGs）等精细化的支付方式转变。另一方面，加快推进分级诊疗，优化医疗资源结构布局。通过加大对基层医疗机构的支持帮扶力度，促进医保补偿的差异化合理化设计，培养合格的基层卫生人才，完善落实家庭医生签约服务，吸引患者在基层就医，促进基本医疗保障的健康可持续发展。

### （二）发展商业保险，完善多层次的医疗保障体系

以“保基本、兜底线、促公平”为目标和原则的基本医疗保险制度的单一力量并不能满足人民日益增长的对“病有良医”的需求。新时代“大医保”的发展必须以政府、市场和社会组织构成的有机整体为建设力量，推动基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险、社会慈善等多支柱的协同发展，努力构建多领域、多层次、高水平的医疗保障体系。首先，要厘清基本医疗保险和商业健康保险的责任和业务边界，进一步强化两者的衔接配合。基本医疗保险应遵循“保基本”的原则，保持适当、稳定的医疗保险待遇水平，既有效分散风险，又防止个人过度医疗、浪费资源，为商业健康保险的发展留出空间。此外，还应通过建设数据共享平台、活化医保个人账户、开放经办管理服务市场等方式加强基本医保和商业保险之间的合作。其次，为提高医疗保障水平，满

足人民“病有良医”的需求，要充分发挥商业健康保险的优势。一是积极推进大病医疗保险，鼓励和引导人们购买大病保险、护理保险等，利用市场的力量，提高社会抗击疾病风险的能力。二是利用市场竞争机制，发挥商业健康保险在推行价廉质优的医疗服务、控制医疗费用方面的优势。三是通过不断创新补充医疗保险产品，满足人们多样化、多层次的健康需求。随着我国居民收入水平的提高、对健康的更高水平的认识和更高程度的重视，中高端医疗保险产品的市场需求也越来越大，具有很大的发展空间。最后，要通过吸引社会慈善力量增强医疗救助能力。政府应通过完善相关规则和标准的制定、提供政策和财政支持等措施，发掘社会捐赠、慈善基金会、志愿者组织、个人和企业、国际组织等渠道和资源，为困难群众提供形式多样的医疗救助。

### （三）完善医疗保障管理体制，推动医保治理现代化

由于医疗保障管理体制决定了医保治理所采取的组织结构及其职责关系、管理方式等，因此，医保管理体制的改革方向及效果直接影响到医保治理中各个重要关系的处理，如政府与市场的关系，政府与公民的关系，以及基本医保与商业医保的关系，医疗、医保与医药的关系等，直接影响到医保治理体系与治理能力现代化的实现。虽然目前我国已跨出“大医保”管理体制改革的 key 一步，但距离“大医保”的真正实现还有很大距离。当前我国医保管理体制改革的实际是对医保职能的重新整合，变“九龙治水”为“一龙治水”，其主要功能在于提高决策效率和医保政策的执行力。<sup>①</sup>但是，医保治理现代化的关键在于树立共享、共建、共治的现代化医保治理理念，构建多元合作、有机联动的现代化医保治理体系。因此，在对政府与市场这对核心关系的处理上，医保管理体制的改革还需要进一步明晰下一步的改革方向。为了实现医保治理现代化，首要任务就是要积极促进多元共治新格局的形成。通过引入社会力量、积极推动政府购买服务、构建竞争型的市场机制，充分调动和整合全社会的资源，形成医保治理合力。其次，医保治理现代化的实现还需借助先进科技的力量，以技术创新推动管理体制机制的创新。通过促进互联网+、大数据、云计算、人工智能等科学技术在医保领域的全方位应用，助力医保治理规范化和精细化，医保决策专业化和科学化、以及医保服务多样化和个性化的实现。

### （四）适应老龄化发展趋势，促进医养融合

医养融合主要是指将医疗卫生资源引入养老机构、社区和居民家庭，与养老资源相互融合、促进，以满足老年人在养老过程中的医疗卫生服务需求，提升养老服务的整体水平<sup>②</sup>。医养融合包括病前疾病预防、病中便捷就医和病后康复护理三个相互关联的阶段，反映了“持续照料”的养老理念，符合“大医保”对“病有良医”的追求。并且，我国老龄化发展日益面临高龄化、失能化、失智化和空巢化，“小医保”已经无力满足巨大的老年医疗护理需求，医疗资源和医保基金承受着越来越大的压力。因此，为了积极应对老龄化问题，“大医保”的发展应致力于促进医养融合，并尽快建立长期护理保险制度。我国于2016年启动了长期护理保险制度的试点，包括上海、广州、青岛、承德、长春等15个首批试点城市，试点期间，该制度主要覆盖职工基本医保参保人群。长

① 熊茂友：《医保管理体制改革的：支持多保合一 期待管办分离和经办竞争》，健康界：<https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20180315/content-1023382.html>，2018年3月15日。

② 王素英、张作森、孙文灿：《医养结合的模式与路径——关于推进医疗卫生与养老服务相结合的调研报告》，《社会福利》2013年第12期。

远来看，我国长期护理保险制度应由政府主办，由商业保险等市场机构经办，兼顾公平与效率，提供更高效率、更高水平的护理服务。针对当前我国发展长期护理保险基础薄弱的现状，政府要在履行自身职责的基础上，处理好与市场的关系，以此兼顾公平和效率。政府要承担起规则制定、组织管理和财政支持的职能，通过制定和完善法律法规，建立评估标准及监督机制，提供税收优惠政策和宽松的投资政策等，保障参保对象和保险运营机构的合法权益。

### （五）应用大数据技术，建设智慧型大医保体系

互联网+、云计算和大数据等信息技术的发展为“大医保”的发展提供了技术支撑，通过创新医保治理手段和工具，建设智慧医保，有利于“病有良医”目标的实现。建设和推广智慧医保，主要是将现代信息技术，尤其是大数据技术，应用于医保治理，以此引导医疗资源的优化配置，提高医保基金的使用效率。由于智慧医保对于平衡医疗服务质量和基金使用效率之间的矛盾具有促进作用，在实现医保控费的同时又能监控和促进医疗服务行为的规范和质量的提升，因此有助于克服“小医保”无法保障基金可持续发展的局限性，从而逐步走向“病有良医”的“大医保”。具体来说，智慧医保助力“大医保”的发展主要体现在三个方面。第一，依托数据共享平台，优化服务流程，构建全方位、多渠道的服务应用模板，提供规范化、标准化、个性化的经办服务。通过建设“互联网+医保”服务平台，探索提升社保卡线上线下业务支撑能力，开发移动互联网端口，不断拓展和优化各种便民利民服务。第二，通过建立第三方医保基金管理结算平台，实现医保基金的专业化、规范化管理，通过对异常医疗行为的智能化筛查，减少不合理就医行为，实现智能科学控费。第三，通过建设实时智能监管系统，挖掘和应用大数据，建设集稽核内控、基金监管、监管联动、运行分析、风险预警为一体的医保大数据聚合机制和应用体系，对医保经办机构行为、医生医疗服务行为、参保人员就医行为等进行全方位的实时监控，对违规行为实施精准稽查，为医疗保障与医疗服务的专业化、精细化和科学化决策提供依据和支撑。

## **Transforming and Developing Health Protection: From Minimum Essential Coverage to Access to High-quality Healthcare**

Shen Shuguang, Zhang Jiayu

(School of Government, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510006, China)

**Abstract:** After over 20 years of reform and development, China has built a primary universal health protection system comprised of multiple schemes. It has also made great achievements in promoting equality and efficiency of the health protection system, as well as healthcare quality and accessibility. It is fair to say that China has preliminarily achieved the goal of ensuring universal access to essential healthcare. However, this goal is not compatible with the new environ-

ment and requirements for a New Era. Also, the health protection system is facing struggles. In an attempt to address existing problems, this paper puts forward the concept of "narrow" and "broad" scope of health protection. It also points out that China's health protection system must transform from "narrow scope" to "broad scope" in a gradual way, so as to continue to meet the public's growing need for high-quality healthcare.

**Key words:** access to essential healthcare; narrow scope of health protection; access to high-quality healthcare; broad scope of health protection

(责任编辑:仇雨临)