

中国式现代化与医疗保障体系改革

李亚青

〔摘 要〕 中国式现代化的内涵和本质要求为医疗保障体系改革指明了方向。未来医疗保障应注重全民共享的普惠性，实现保健康“一个都不能少”；重视制度设计的公平性，有效促进共同富裕；提升基金管理的效率性，确保制度的安全规范和可持续运行；推动中医药传承创新发展，体现健康文化的民族性；推动构建人类卫生健康共同体，实现保障方案的世界性。然而，现行医疗保障体系存在与中国式现代化不适应的一系列问题，主要表现在：尚未实现“应保尽保”、共济性和公平性不足、医保治理不协同、多层次医疗保障体系还未形成合力等。从中国式现代化的内在要求出发，医疗保障改革理念要实现从形式普惠到实质公平、从疾病治疗到健康促进、从费用控制到价值购买、由分散治理到协同治理的转变，并从优化制度设计、强化扶贫扶弱、倡导价值医疗和推进协同治理等 4 个方面全面深化改革。

〔关键词〕 中国式现代化；医疗保障；普惠；公平；共同富裕

一、引言

党的二十大报告提出以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴，并明确了中国式现代化六个特征，即“中国共产党领导的社会主义现代化”“人口规模巨大的现代化”“全体人民共同富裕的现代化”“物质文明和精神文明相协调的现代化”“人与自然和谐共生的现代化”和“走和平发展道路的现代化”。中国式现代化是中国共产党带领全国各族人民全面建成社会主义现代化强国、实现第二个百年奋斗目标的指导思想和工作主线，是未来很长一段时期内全党全国各项工作必须坚持的原则和方向，对于中国医疗保障体系改革也有着深远的指导意义。

自 1994 年“两江”试点开启了改革大幕，中国医疗保障开始从计划经济时代的劳保医疗向市场经济时代的社会医疗保险模式转型。1998 年，覆盖城镇就业群体的城镇职工基本医疗保险（简称“职工医保”）在全国铺开。2003 年和 2007 年，新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险先后实施，分别覆盖广大农村居民和城镇非就业群体。2016 年，国家将二者整合成为城乡居民基本医疗保险（简称“城乡居民医保”）。短短 20 余年，中国建立起覆盖全体国民的、

〔作者简介〕 李亚青，广东财经大学金融学院副院长、副教授。主要研究方向：健康经济和医疗保障。

〔基金项目〕 国家社会科学基金项目“医疗保障制度对健康平等的精准化改进研究”（18BJY215）。

世界上最大的医疗保障体系，人民健康水平持续提升，群众“看病难、看病贵”问题得到缓解，所取得的伟大成就令世界为之瞩目。2016年11月国际社会保障协会（ISSA）授予中国政府“社会保障杰出成就奖”。2018年国家医保局成立以后，在医保信息化建设、医保支付方式改革、医保基金监管、药品专项谈判与集中采购等方面实施了一系列改革举措并取得突出成效。但是从总体上看，医疗保障发展依然存在不平衡不充分问题，突出地表现在：尚未实现“应保尽保”；制度之间、地区之间差异过大，济贫性和公平性不足；医保治理不协同，基金运行效率不高；多层次医疗保障体系还未形成合力等。

党的二十大报告强调要“健全社会保障体系，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”。医疗保障体系是保障国民健康的关键制度安排，对于增进民生福祉，提高人民生活品质起着至关重要的作用，也将在中国式现代化进程中扮演重要角色。新时期中国式现代化对医疗保障体系改革也提出了新要求。未来医疗保障体系改革和高质量发展，应当紧密围绕中国式现代化的内涵和本质要求开展各项工作。

二、中国式现代化对医疗保障体系的内在要求

（一）全民共享的普惠性：保健康“一个都不能少”

中国式现代化的突出特征是“人口规模巨大的现代化”。人口规模是中国经济社会发展首先不能忽视的现实国情。中国医疗保障体系无疑也是以人口规模巨大为突出特征的，当前覆盖了近14亿人口，涉及56个不同的民族，其参保人分布在31个省（自治区、直辖市）。不同地区之间社会经济发展水平差异很大。虽然全民医疗保障体系已经基本建成，但是尚未实现对全体人员的覆盖。还有一部分人因为种种原因游离在医疗保障的安全网之外。

医疗保障是普惠性质的重大民生工程。作为保障国民基本健康权利的制度安排，医疗保障应当惠及全体国民，保健康“一个都不能少”。党的二十大报告也指出中国多层次社会保障体系建设应当“覆盖全民、统筹城乡”。这意味着新时期医疗保障应当是“全民参加、全民共享、全民受惠”的。每个社会成员，无论其户籍、职业、身份地位如何都有权利参加医疗保障和分享社会经济发展成果。这就要求医疗保障制度不仅要覆盖本地户籍居民，也要覆盖在快速城镇化过程中实际居住地与户籍地被迫分离的进城务工人员；不仅要覆盖稳定的正规就业群体，也要覆盖随着数字经济的发展而涌现的网约车、外卖骑手、网络直播等新业态就业人员；不仅要覆盖城镇职工和有支付能力的城乡居民，也要将特困老人、残疾人、失能人群、罕见病患者等困难群体纳入保障网，使他们不因其社会弱势地位无法参保或充分受益。

（二）制度设计的公平性：有效促进共同富裕

“实现全体人民共同富裕”是中国式现代化的本质要求。在全面建成小康社会之后，站在第二个一百年的新起点上，中国把推进共同富裕放到非常重要的位置。医疗保障是国家反贫困

和国民收入再分配的重要机制。尽管政府通过全额资助特困人员参加居民医保、为城乡居民参保提供高比例补贴等措施,使医疗保障在促进共同富裕方面发挥了重要作用,但是从总体来看,医疗保障统一性、公平性、规范性不足,再分配力度弱,甚至因为制度和项目设置不合理等产生了收入再分配的负面效应,从而不能很好地服务于共同富裕的目标。^①为实现“全体人民共同富裕的现代化”,要求医疗保障将促进共同富裕作为首要的价值追求。新时期医疗保障项目体系、各项目的筹资和待遇政策设计等均要充分体现公平性。一是要完善医疗保障的收入再分配机制,缩小城乡之间法定保障项目差异,以及同一保障项目在地区之间和群体之间的筹资和保障水平差距。二是医疗保障要更加突出反贫困功能,有效降低贫困地区和弱势群体的因病致贫或因病返贫风险,不断巩固脱贫攻坚和健康扶贫成果,确保社会困难群体和弱势群体基本健康权利能够得到保障。三是医疗资源和基本医疗服务要更加公平可及,逐步缩小城乡之间、不同区域和人群之间的医疗服务差距和健康水平差距。

中国式现代化还是“物质文明和精神文明相协调的现代化”。这就意味着医疗保障不仅要在经济上重视筹资公平与待遇公平,也要关注制度给人们精神上带来的安全感、幸福感和获得感。中国传统文化“不患寡而患不均”。公平有效的医疗保障除了能够有效分散健康风险,还能提升国民的认可度和满意度,使全体国民形成良好的安全预期,有利于促进整个社会的和谐稳定,也为国民经济的健康发展创造了良好的外部环境。如果医疗保障能够充分体现公平性,如果社会最弱势群体都无需担忧因病致贫或因病返贫,那么老百姓就不再有对贫困的恐惧,全社会共同富裕就有了坚实的基础。

(三) 基金管理的效率性: 确保安全规范和可持续运行

“人口规模巨大的现代化”意味着要实现中国式现代化不仅要考虑人口众多的国情,也要重视大规模人口的年龄结构转变趋势。根据第七次全国人口普查,中国 60 岁及以上人口为 2.64 亿人,占全国人口的 18.70%。其中,65 岁及以上人口为 1.91 亿人,占 13.50%。未富先老、老龄人口庞大,是未来很长一段时期医保制度可持续发展面临的严峻现实。与此同时,国民疾病谱也在发生变化,恶性肿瘤、脑血管病、心脏病等慢性病成为威胁居民健康的主要疾病。据统计,中国 55—64 岁、65 岁及以上群体的慢性病发病率分别高达 48.4% 和 62.3%;心脑血管疾病、糖尿病和癌症等重大慢性病占疾病经济负担的比重已经超过 90%。^②

老龄化和疾病谱的变化正在不断加大医保基金筹资和支付压力。老龄人口的持续攀升,筹资负担的代际转移不断加重,也将不可避免地给医保筹资和财政补贴的可持续性带来挑战。未来医疗保障要实现可持续发展,做“增量”的空间越来越少,做好“存量”的重要性不断凸显。制度全覆盖以后,新时期医疗保障要实现从粗放式扩张到高质量发展的转型,要特别重视提升

① 郑功成:《共同富裕与社会保障的逻辑关系及福利中国建设实践》,《社会保障评论》2022 年第 1 期;何文炯:《建设适应共同富裕的社会保障制度》,《社会保障评论》2022 年第 1 期。

② 《我国慢性病防治有成效 识别干预亟待加强》,人民网: <http://kpzg.people.com.cn/n1/2022/0623/c404214-32454093.html>, 2022 年 6 月 23 日。

医保基金的使用效率,使有限的基金最大限度地发挥作用。

(四) 健康文化的民族性:促进中医药传承创新发展

中国式现代化另一个特征是“人与自然和谐共生的现代化”。为此,党的二十大报告提出要“加快发展方式绿色转型,实施全面节约战略,发展绿色低碳产业,倡导绿色消费,推动形成绿色低碳的生产方式和生活方式”。可见,“人与自然和谐共生的现代化”也将对国民的消费观念和社会生产生活方式起指引作用。医疗消费在居民(特别是老年群体)的消费支出中占据重要地位。跟西药相比,中草药源于自然,服务于自然(人类),对人体毒副作用小,对大自然基本没有污染。因此,中草药是典型的绿色产品,中医药治疗服务是典型的绿色消费,对于发展环境友好型社会,促进人与自然和谐共生有着重要意义。而且,中医药治疗费用低廉,甚至远远低于同类西药。推广中医药对于“实施全面节约战略”,控制医疗费用和基金支出的不合理增长意义重大。当前的中国医疗保障体系中,中医药健康服务发挥着重要作用。特别是2019年新冠疫情暴发以后,中医药参与救治确诊病例的占比达到92%,在防疫和治疗过程中发挥了积极作用。^①但是,总体来看,中医药及传统健康文化在医疗保障体系中所起的作用还很不够。

医疗保障是长期性的制度安排,植根于经济社会之中,离不开民族文化的滋养。中医传统特色疗法体现出独特的生命观、健康观、疾病观,是中华健康文化的重要组成部分。与此同时,医疗保障体系的运行也在推动形成特定的健康文化。在全民医保体系之下,医保机构是医疗服务的最大购买方,对于倡导医疗绿色消费,推动中医治疗和养生保健起着“指挥棒”的作用。为呼应“人与自然和谐共生的现代化”,新时期医疗保障发展就要强化文化自信,通过完善体制机制充分发挥中医药在“治未病”、疾病治疗及康复等方面的作用。通过中医药传承创新发展,鼓励医疗绿色消费和特色康复服务,大力弘扬中华健康文化。

(五) 保障方案的世界性:推动构建人类卫生健康共同体

习近平同志在党的十八大报告中提出的“人类命运共同体”的主张,正在对全球各国产生越来越积极的影响。党的二十大报告把这一思想融入中国式现代化的建设进程,强调中国式现代化是“走和平发展道路的现代化”,要着力于“推动构建人类命运共同体,创造人类文明新形态”。对此,医疗保障也应肩负相应的使命。健康问题是全球面临的共同问题,也是世界各国人民关注的热点问题,关系到人类共同利益,具有复杂性、长期性、多变性等特点。特别是新冠疫情的全球大暴发进一步表明,在当前世界各国相互依赖、联系日益紧密的情况下,只有打破民族藩篱和意识形态隔膜,加强对话与合作,构建人类卫生健康共同体,才能更好地应对全球健康问题带来的挑战。与以资本为本位的西方式现代化截然不同,中国式现代化以全体人民共同富裕为目标,具有人民性特征、先进性品质和可持续发展优势。包括医疗保障在内的中

^① 《抗击新冠肺炎疫情的中国行动》(白皮书),中国政府网:http://www.gov.cn/zhengce/2020-06/07/content_5517737.htm,2020年6月7日。

国社会保障制度是具备中华本土性元素的新制度文明，^①正在为全球社会保障制度文明新形态作出新贡献。

过去 20 余年，中国在医疗保障、疾病防控、医疗服务整合等方面进行了大胆的实践探索，构建了包括“疾病防控共同体、医疗健康联合体、全民健康共同体”在内的卫生健康共同体实践样本，不仅为全球健康治理作出了贡献，也为全球健康保障提供了中国方案和中国智慧。^②中国人口占世界人口总数的近 1/5。中国以医疗保障为核心的健康保障方案，既是中国的，也应当是世界的。“人类卫生健康共同体”与习近平同志提出的“人类命运共同体”一脉相承，可被视为是“人类命运共同体”的重要组成部分。当前，中国正以开放包容的姿态崛起于世界民族之林。在中国式现代化进程中，中国医疗保障应站在人类共同价值的高度，坚持“共商共建共享”理念，积极探索“人类卫生健康共同体”的典型模式，引领各个国家和地区的健康政策对话和健康行动合作，以中国方案、中国经验和中国智慧推动构建“人类卫生健康共同体”和“人类命运共同体”，让中国共产党领导的社会主义现代化影响世界，让中华制度文明和中华健康文化更好地走向世界。

三、现行医疗保障体系与中国式现代化不相适应的主要表现

（一）尚未做到“应保尽保”

截至 2021 年底，全国基本医疗保险参保总人数为 13.63 亿人，参保率在 95% 以上。过去 5 年来，尽管各地一直致力于扩大覆盖面，但是参保率并没有实质性增加。^③按全国总人口 14.2 亿人来估计，还有约 7000 万人未纳入医疗保障网。因为重复参保现象的存在，^④实际参保率可能还要下调。因此，尽管我们基本实现了全民医保，但并未真正实现“应保尽保”，“脱保”“漏保”“断保”现象还大量存在。^⑤

一是参保稳定性不足。首先是法定的职工医保远未实现应保尽保。截至 2021 年底，全国职工医保参保人数为 3.54 亿人，但同年二三产业从业人数则有 5.76 亿人，意味着大量本应参加职工医保的人没有参保或参加了城乡居民医保。^⑥其次，对于覆盖参保总人数 74% 以上的城乡居民医保而言，因为采用自愿参保原则，加上定额缴费使低收入群体缴费压力过大，大量身

① 郑功成：《中国式现代化与社会保障新制度文明》，《社会保障评论》2023 年第 1 期。

② 庄琦：《始终把人民健康放在优先发展的战略地位——党的十八大以来健康中国行动的成就与经验》，《管理世界》2022 年第 7 期。

③ 2018 年至 2021 年，国家医疗保障局发布的《全国基本医疗保障事业发展统计公报》均报告“参保率在 95% 以上”，说明扩大覆盖面遇到了瓶颈。

④ 王超群：《中国基本医疗保险的实际参保率及其分布特征：基于多源数据的分析》，《社会保障评论》2020 年第 1 期。

⑤ 王东进：《推动医保高质量发展与促进共同富裕》，《中国医疗保险》2021 年第 11 期。

⑥ 《2021 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/202206/t20220607_452104.html，2022 年 6 月 7 日。

体健康者、进城务工人员或低收入群体选择不参保或不续保。^①

二是大量新业态从业人员游离在制度之外。随着数字经济异军突起,基于互联网的新业态不断涌现,网店经营、网络直播、外卖送餐、自我雇佣的脑力劳动者等新的自由职业者数量迅速增长,“无主用工”“租赁员工”“一仆多主”等多样化的劳动就业方式并存,传统以固定劳动关系为基础的基本医疗保险面临挑战。^②对于这些新自由职业者,中国《社会保险法》赋予他们加入职工医保的选择权,但并未强制参保。因为难以确定雇主的缴费责任(或本身就属于自雇劳动者),他们即便选择参加职工医保,除了承担个人缴费部分,还往往要承担原本由单位承担的缴费责任。^③因此,这些群体通常选择不参保,或参加缴费水平低得多的城乡居民医保。数据显示,2021年,中国灵活就业人员已经达到了2亿人,但参加职工医保的灵活就业等其他人员仅4853万人。^④

三是户籍门槛影响了流动就业人员的参保权益。在经济社会结构急速转型过程中,流动就业人数继续增加,人户分离的现象十分普遍。据统计,2021年中国人户分离人口为5亿人,比上年增加1153万人;其中流动人口为3.85亿人,比上年增加885万人。^⑤他们很多属于中小企业的雇员,不一定存在稳定明确的劳动关系。而中小企业因为缴费能力相对较弱,不一定有动机为他们加入职工医保承担缴费责任,导致“脱保”“漏保”现象。如果流动就业人员选择参加当地的城乡居民医保又通常面临户籍限制。因为城乡居民医保的筹资主体是政府提供的财政补贴,只针对本地户籍居民,全国绝大多数地区规定参加居民医保必须具有本地户籍,从而把大批进城务工的外地籍人员拒之门外。^⑥

(二) 制度框架的公平性有待加强

在“先试点、再推广”的渐进式改革路径之下,中国虽然已经建立了全国统一的医疗保障制度框架,但发展不平衡不充分问题突出。城乡之间、地区之间和群体之间均存在明显差异,导致医疗保险公平性不足、再分配力度弱。首先,统筹层次过低造成地区差异。医疗保险大多处于市县级统筹层次,影响了健康风险在更大范围的互助共济,也削弱了收入再分配效果。各统筹地区之间因为经济发展水平、人口年龄结构等的不同而存在明显的筹资与保障水平差异。在实行属地管理的情况下,统筹层次过低也在客观上造成地区分割,使国家制度安排沦为地方

① 仇雨临、王昭茜:《从有到优:医疗保障制度高质量发展内涵与路径》,《华中科技大学学报(社会科学版)》2020年第4期。

② 郑功成:《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》,《中国人民大学学报》2020年第5期。

③ 《社会保险法》第23条规定,无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险,由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。

④ 根据2021年国民经济运行情况新闻发布会公布的数据,目前中国灵活就业人员已经达到了2亿人左右。

⑤ 《中华人民共和国2021年国民经济和社会发展统计公报》,中国政府网:http://www.gov.cn/xinwen/2022-02/28/content_5676015.htm,2022年2月28日。

⑥ 王超群:《中国基本医疗保险的实际参保率及其分布特征:基于多源数据的分析》,《社会保障评论》2020年第1期。

利益,形成后续改革的阻力。^①其次,户籍壁垒导致城乡差异。一方面,城镇职工和公职人员可以享有生育保险或生育福利,而以农民为主体的其他社会成员就没有对应的保障项目。^②另一方面,现行医疗救助和特殊群体福利依然以户籍为基础界定保障对象,进城务工的流动就业人员即便在城镇居住地从业并纳税多年,也难以享受相关待遇,在遭遇大病冲击的时候,不得不回户籍地就医。^③第三,制度分设引致群体差异。职工医保和城乡居民医保之间的待遇差距依然很大。数据显示,2021年职工医保人均基金支出是2630.8元/人,而城乡居民医保仅931.6元/人,前者是后者的近3.0倍;同年职工医保政策范围内住院费用报销比例为84.4%,而城乡居民医保仅为69.3%,前者比后者高15.1个百分点。^④

就单个社会保障项目而言,都不同程度地存在制度性缺陷导致的公平性问题。最早建立的职工医保由单位和个人共同筹资,但“单位缴费率为6%、个人为2%”的筹资政策依然沿用的是1998年的规定。与劳资双方各负一半的国际惯例相比,单位筹资负担过重。^⑤而且,长期以来在“统账结合”模式下,^⑥职工个人缴费全部划入个人账户,单位缴费中还有30%左右划入个人账户,极大地削弱了医保基金风险的共济能力。数据显示,个人账户结存资金还在不断增加,2018年个人账户积累1084亿元,累计结存7284亿元,到了2021年,当年积累1713.61亿元,累计结存高达11753.98亿元。^⑦尽管2021年起国家规定单位缴费不再划入个人账户,大幅缩小了医保个人账户规模,^⑧但个人账户占据了筹资总额四成左右的比例,影响了筹资公平和基金的共济能力。与此同时,职工医保实行退休人员不缴费政策导致权责错位。城乡居民医保实行“财政补贴为主,个人缴费为辅”的缴费政策,政府承担了60%以上的责任,个人承担责任较弱。而城乡居民医保忽略收入水平差异实行按人头定额筹资政策,不仅影响筹资的可持续性,也使低收入群体缴费负担过重,导致筹资不公平问题。上述问题的存在,直接影响了制度体系的互助共济性,与共同富裕的目标背道而驰。

(三) 医保治理不协同问题突出

医疗保障不仅是疾病风险分散和管理机制,也是现代国家治理体系的重要组成部分。医保治理水平直接影响到整个医疗保障体系的效率。医保治理是一个复杂的系统工程,涉及卫

① 郑功成:《共同富裕与社会保障的逻辑关系及福利中国建设实践》,《社会保障评论》2022年第1期。

② 国务院办公厅发布《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》,要求2019年底前实现生育保险和职工基本医疗保险合并。

③ 何文炯:《数字化、非正规就业与社会保障制度改革》,《社会保障评论》2020年第3期。

④ 《2021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/2022/6/8/art_7_8276.html,2022年6月8日。

⑤ 郑功成:《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》,《中国人民大学学报》2020年第5期。

⑥ 根据《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》,职工医保统账结合和单建统筹参保人员分别为32714万人、2717万人,分别占职工医保参保总人数的92.3%和7.7%。

⑦ 数据来源于2018年和2021年《全国医疗保障事业发展统计公报》。

⑧ 2021年4月,国务院办公厅发布《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》,明确规定用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金,并对从统筹基金划入退休人员个人账户的额度做出了统一规范,同时强调要建立完善职工门诊共济保障机制。

生、财政、民政、医保管理等多个部门,需要医保、医药、医疗的良性互动,更离不开各级政府、各类单位和社会民众的协同配合。目前,医保治理不协同问题突出,主要体现在以下方面。

一是医疗保障法律体系尚不健全,医保治理缺乏顶层设计。目前医保运行和治理主要依靠中央和地方各级政府定期发布的大量政策性文件,而缺乏专门的《医疗保障法》或相应的行政法规,导致医保筹资、运行、支付和监管各环节缺乏刚性约束,医保欺诈骗或不规范使用医保基金等现象频频发生。二是管理与服务体制尚未理顺,经办效率还有待提升。尽管2018年国家医疗保障局的成立从根本上改变了人力资源社会保障、卫生、民政等部门分割管理的状况,但与基层的业务经办管理体制尚未理顺。^①面对医保信息化、智能化管理趋势,基层经办能力不足,欺诈骗保现象屡禁不止,医保基金监管机制亟须改进,健康治理的精细化和智能化水平还有待提高。三是“三医”联动不足,医保、医药、医疗协同发展的局面尚未真正形成。尽管通过药品和医用耗材的集中带量采购、医保药品目录准入谈判等,医疗保障已开始发挥战略性购买作用,但因此导致医保机构面临过大压力,而医疗机构、医药企业则因既得利益受损并不满意。^②医疗机构诱导需求、“小病大治”等现象依然存在。基层医疗卫生服务能力薄弱,三级医院人满为患,基于分级诊疗的合理就医格局难以形成。四是医保支付方式不完善,中医药服务、预防性医疗作用发挥不足,未能形成遏制医疗费用不合理增长的长效机制。

(四)多层次医疗保障体系有待完善

中国式现代化过程中,人们的健康需求必将呈现多样化且不断升级的特征。构建多层次医疗保障体系已经成为政府与学界的共识。目前,中国已初步建立包括基本医疗保险、大病保险、医疗救助和商业健康保险等项目在内的多层次医疗保障体系,但总体上来看,各项目之间协同性不强,存在结构性失衡问题。^③

首先,现有制度之间衔接不畅。突出地体现在基本医保、大病保险和医疗救助“三重保障”功能定位不明,保障内容交织重叠、互补衔接不够,并未真正形成梯次减负格局。承担主体功能的基本医保因内在制度性缺陷,互助共济性(特别是门诊互助共济)还有待加强。承担补充保障功能的大病保险因其起付线、高额医疗费用标准不合理等,而“补缺性”不足、“普惠性”有余。^④作为托底保障的医疗救助,因筹资有限、目录内合规费用的限制、基金补偿封顶等也未能起到真正托底作用。^⑤在实践中,上述3个项目均有针对重点人群的特殊保障,但彼此分

① 仇雨临、王昭茜:《从有到优:医疗保障制度高质量发展内涵与路径》,《华中科技大学学报(社会科学版)》2020年第4期。

② 郑功成:《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》,《中国人民大学学报》2020年第5期。

③ 郑功成:《共同富裕与社会保障的逻辑关系及福利中国建设实践》,《社会保障评论》2022年第1期。

④ 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。

⑤ 胡宏伟、王红波:《完善重特大疾病医疗保险和救助制度的路径探讨》,《中国医疗保险》2022年第8期。

工不明。^①例如一些地区用基本医保提高建档立卡人员就医时的报销和救助水平，模糊了基本医保和医疗救助的功能界限。^②

其次，整个体系存在结构性失衡。一是重政府主导，轻市场力量。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严重不足，政府主导的三重保障起着绝对主体作用，商业健康保险和非营利性的健康保险组织所起的作用还非常有限。^③从国际经验来看，引入市场力量的价值在于激励非营利机构和商业健康保险在健康领域中的广泛竞争，有利于形成疾病预防、健康促进、治疗康复、老年护理等健康治理的全链条，并驱动医药等健康产业的发展。^④二是重正规就业群体，轻灵活就业人员。职工医保率先发展且相对成熟，保障水平也最高。对于规模日益庞大的灵活就业人员的医疗保障，在参保门槛、待遇标准等方面还缺乏有效的顶层设计。三是重经济保障，轻服务保障。医疗保障各项目的关注重点是为出现健康风险的参保人提供事后经济补偿，对于事前的健康宣传、疾病预防，以及经济补偿之后的康复服务等，未能充分发挥应有的作用。特别是老龄化背景下，中国当前有超过 4200 万的失能老人，大约每 6 个老人中就有 1 个带病生存或生活不能自理，对长期护理服务存在巨大的需求。但与此相关的康复服务和长期护理服务发展滞后。长期护理保险还处在试点阶段，在医疗保障体系中尚未有明确的定位。对于长期护理保险与基本医疗保险、基本养老保险之间的分工协作和相互衔接机制有待明晰，“医 + 养 + 护”服务保障供应链有待建立健全。^⑤

四、基于中国式现代化的医疗保障体系改革

（一）改革理念

从中国式现代化的要求出发，医疗保障应该站在构建人类卫生健康共同体的高度上，围绕健康中国建设和共同富裕目标全面深化改革。为此，新时期医疗保障改革要从理念上实现四个转变。

1. 从形式普惠到实质公平

建立了覆盖全体国民的医疗保障制度，意味着已经初步实现形式普惠和机会公平。但这仅仅是低层次的普惠目标，未能实现“应保尽保”，筹资责任分担不合理，城乡之间、地区之间、群体之间差距过大，弱势群体的健康权利未能得到充分保障，尚未达到共同富裕所要求的高层次公平。未来需要完善筹资与保障机制，逐步实现从形式普惠到实质公平的转变。

① 顾雪非：《重特大疾病医疗保险和救助制度的发展与展望》，《中国医疗保险》2022 年第 9 期。

② 仇雨临、王昭茜：《从有到优：医疗保障制度高质量发展内涵与路径》，《华中科技大学学报（社会科学版）》2020 年第 4 期。

③ 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。

④ 黄国武：《中国多层次医疗保障发展思辨：基本多层向多元多层转型》，《社会保障评论》2022 年第 4 期。

⑤ 顾海：《“十四五”时期基本医疗保障高质量发展的基本内涵与战略构想》，《管理世界》2021 年第 9 期。

2. 从疾病治疗到健康促进

在健康中国建设的背景下,医疗保障也应当把促进国民健康作为最终目标,不仅要关注事后的疾病治疗,更要重视事前的疾病预防与健康管理;不仅要关注医疗费用分担,更要加强对病人的康复护理和健康生活习惯的引导。通过医疗保障的经济杠杆作用,把全过程全方位全周期的健康管理落到实处。

3. 从费用控制到价值购买

过去20余年来,控制医疗费用的过快增长,几乎是各地医保管理和支付方式改革的中心目标,而相对忽视了医疗费用支出的健康效果。未来医疗费用支出应突出价值医疗(Value-Based Health Care, VBHC)理念,强调医疗费用的支出应以获得最优医疗价值和效果为目标;相应地,未来医保支付方式改革不应只限于医疗费用控制,更应该强调价值购买,通过质量评价和奖惩机制来激励医疗机构提高服务质量、减少不必要的医疗费用,让有限的医疗保障资源能够买到参保人所需、价有所值的医疗服务。^①

4. 由分散治理到协同治理

医保协同治理,最为核心的是实现“三医”协同发展。为此,要发挥医保的战略性购买作用,通过医保目录的准入、药品耗材的集中采购、医保支付方式改革等举措,带动医药、医疗领域的改革,促进医疗资源合理化配置,提升医疗系统运行效率。与此同时,在完善法律制度、医保信息系统及征信体系建设的基础上,加强政府、市场和社会各方力量的协同合作,不断提升医保治理现代化水平。

(二) 改革重点

1. 优化顶层设计,提升制度对经济社会发展的适应性

经济社会的数字化转型呼唤更具灵活性、适应性的医疗保障。为此,首先要加快《医疗保障法》立法步伐,提升医疗保障运行的规范性和统一性。要通过立法加强顶层设计,明确城乡居民医保的强制参保原则;明晰政府、单位和个人各方筹资责任,形成更加公平和可持续发展的筹资机制;逐步取消职工医保个人账户,提高统筹层次,缩小城乡之间的制度差距,建立全国统一的待遇清单制度;完善多层次医疗保障体系,明确各层次的功能定位,加快建立长期护理保险和发展商业健康保险。其次,突破户籍、地域和劳动关系的限制,建立更具灵活性的参保政策,加快完善新业态从业人员的参保机制。突破户籍限制对于实现新业态从业人员的“应保尽保”意义重大。要通过完善制度设计,降低医保财政补助和医疗救助的户籍关联度,使非户籍常住人口能够享受与常住地户籍人口相同的待遇。第三,积极探索雇员与雇主相分离的参保缴费机制。随着社会的数字化转型,劳动者收入来源多元化,应改变过去以工资为基础的缴费办法,逐步形成以个人收入为基础的医疗保险缴费基数核定机制,任何

① 仇雨临:《守正、发展与创新:“十四五”时期医疗保障的完善思路》,《行政管理改革》2021年第4期。

劳动者均应按收入水平的一定比例缴费，任何涉及劳动报酬支付的雇主或平台均应按照规则承担相应的缴费义务。^①

2. 强化扶贫扶弱，增强医疗保障的再分配功能

消除贫困是实现共同富裕的前提。中国已经历史性解决了绝对贫困问题，但还须警惕相对贫困现象和重新返贫问题。^② 在中国式现代化背景下，未来应进一步强化扶贫扶弱的价值理念，强化医疗保障的再分配功能。为此，首先要提高医疗救助减贫防贫能力。作为非缴费型医疗保障项目，医疗救助针对社会最弱势群体，具有很强的收入再分配效应。未来医疗救助的覆盖对象要从绝对贫困人口扩展到相对贫困人口，创新救助对象“瞄准”方法，建立健全基于大数据分析的高额医疗费用支出预警机制，不断提高救助工作的精准性，并通过加强社会救助与大病保险、慈善救助等机制的衔接，逐步形成防范和化解因病致贫返贫长效机制。其次，增强整个医疗保障体系对大病风险的抵御能力。因病致贫和因病返贫，很多时候是因为受到重大疾病的冲击。近年来，尽管医疗保障的报销比例在不断上调，城乡居民的医疗负担还比较重，重大疾病依然是绝大多数社会成员的后顾之忧。^③ 究其原因，主要是基本医疗保障资源分散，各项目没有形成解决大病保险的合力。特别是基本医疗保险、大病保险均实行基金报销封顶制，而医疗救助覆盖面小，救助力度不足，导致不能从根本上解决参保人尤其是困难群体的自付医疗费用负担。未来待遇机制的设计，要在明确基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障之间责任及衔接机制的基础上，尽快实现医疗费用由基金责任封顶制向个人责任封顶制的转变。除此以外，还要完善医保财政投入机制，不断强化财政投入资金的再分配效果；加快推动城乡医保一体化，逐步缩小城乡之间和制度之间的差距；提高医疗保险统筹层次并逐步向省级统筹过渡，以实现更大范围的风险共济和更高层次的制度公平。

3. 倡导价值医疗，探索按价值付费的支付方式

在医患双方关系中，医疗保障作为第三方购买者，对于规范医疗服务和控制医疗费用的不合理增长，扮演着重要角色。而科学合理的医保支付方式是保证基金使用效率的关键环节。2018 年国家医保局成立以来，药品、耗材集中带量采购常态化基本确立了医保的战略性购买地位，以按疾病诊断相关分组付费（DRG）和按病种分值付费（DIP）为主要方向的医保支付方式改革初步体现了医疗服务的价值导向。但总体上看，“价值医疗”理念还没有深入地推广，医疗保障第三方购买的经济杠杆作用还有待加强。医疗机构诱导需求现象依然普遍存在，造成医保基金浪费的同时，也影响了制度的安全和可持续运行。“价值医疗”以病患的整体健康结果为导向提供整合的、连续的诊疗服务，强调以同等的医疗费用获得最优医疗价值。^④ 未来只

① 何文炯：《数字化、非正规就业与社会保障制度改革》，《社会保障评论》2020 年第 3 期。

② 习近平：《在庆祝中国共产党成立 100 周年大会上的讲话》，《求是》2021 年第 14 期。

③ 何文炯：《建设适应共同富裕的社会保障制度》，《社会保障评论》2022 年第 1 期。

④ 黄晓：《探索建立适合中医药发展的医保支付体系》，《中国医疗保险》2022 年第 5 期。

有把价值医疗理念融入医保支付方式改革,对医疗机构的考核评价突出价值医疗的导向,通过质量评价和奖惩机制来引导医疗机构行为,才能从根本上减少不必要的医疗费用,提高医疗服务的合理性。特别是,探索按价值付费的支付方式,有利于充分发挥中医药治疗优势,充分体现中医药在健康管理中的作用。因为中医药能够“未病先防、既病防变、瘥后防复”,从疾病预防到疾病控制都具有独特优势,非常契合按价值付费的理念。中医药具有“简、便、廉、验”和整体性、辨证施治特点,有利于促进个体加强健康管理,降低患病率,提高疾病可控程度,减少医疗费用的不合理支出,在分级诊疗、慢性病管理乃至整个医疗服务领域能够发挥不可替代的作用。在此过程中,推广中医药治疗、普及“以预防为主的大健康”理念及推动中医药健康产业发展,对于弘扬中华民族传统的健康文化也有重要意义。

4. 推进协同治理,加快医疗保障的数字化转型

在数字中国和网络强国建设进程中,发展数字医保,实现医疗保障的数字化转型是必然趋势。数字医保是依托于大数据、人工智能、区块链等数字技术开展的医保治理。^①2020年国家智慧医保实验室启动,将推动医保决策数字化、医保管理精细化和医保服务智慧化。^②国家数字医保建设正在提速,为构建共商共建共治共享的医保治理格局提供了新的契机。首先,推进跨部门协同治理。强化跨部门的信息共享,理顺经办服务、异地结算、基金监测等常规工作,建立基于大数据的医保反欺诈和智能风控平台,逐渐形成一体化的健康监测平台和政策执行的协同机制,形成有中国特色的健康治理模式。其次,推进制度间的协同治理。在全国统一的信息平台基础上,加强多层次医疗保障体系的协同,重点是进一步加强基本医保、大病保险和医疗救助三重保障的互补衔接,强化基本医保的普惠性、大病保险的“补缺”性和医疗救助的“兜底”性,并为商业健康保险、慈善医疗、社会捐赠等提供发展空间。最后,推进“三医”协同发展。其中关键是充分发挥医疗保障的战略性购买作用和杠杆作用。通过医保目录谈判、药品耗材的集中带量采购、医保支付方式改革等,撬动医药和医疗改革进程,促进医药价格回归理性、医疗机构提高服务质量。要以促进国民健康为宗旨,将健康融入万策,加快普及数字疗法、远程医疗、智慧医疗等数字医疗,以数字医疗的发展推动医疗保障的数字化转型,促进健康资源的有效配置和医疗效率的提升。通过“三医”良性互动,凝聚各方合力,逐步形成包括疾病预防、健康管理、疾病治疗、护理康复和突发重大疫情救治等在内的全方位、全流程、具有中国特色的健康保障体系。

① 杨红燕:《数字化时代的数字医保:内涵、价值、挑战与治理思路》,《华中科技大学学报(社会科学版)》2021年第2期。

② 但彦铮:《国家智慧医保实验室助力医保制度改革实现“智”的飞跃》,《中国医疗保险》2021年第8期。

Chinese-Style Modernization and the Reform of China's Healthcare System

Li Yaqing

(School of Finance, Guangdong University of Finance & Economics, Guangzhou 510320, China)

Abstract: The essence and core requirements of Chinese-style modernization provide guidance for reforming China's healthcare system. In the future, China's healthcare system should prioritize universality to ensure equitable access to healthcare for all. Attention should also be given to designing a fair system that promotes common prosperity. Enhancing the efficiency of fund management is crucial for the safe, appropriate, and sustainable operation of the system. Additionally, promoting the inheritance and innovative development of Chinese medicine, which reflects the national characteristics of healthcare culture, is essential. Strengthening the establishment of a global community of health for all can provide solutions to healthcare challenges worldwide. However, the current system faces several issues incongruent with Chinese-style modernization, including incomplete insurance coverage, insufficient poverty alleviation, fairness concerns, uncoordinated governance, and a lack of synergy among different levels of the healthcare system. Based on the inherent requirements of Chinese-style modernization, reform concepts should aim to transition from universal benefit to substantive fairness, from disease treatment to health promotion, from cost control to value-based healthcare, and from decentralized governance to coordinated governance. Comprehensive reforms are necessary to optimize institutional design, strengthen poverty alleviation and support for vulnerable groups, advocate value-based healthcare, and promote coordinated governance.

Key words: Chinese-style modernization; healthcare; universality; fairness; common prosperity

(责任编辑: 郭 林)