

中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择

许飞琼

〔摘要〕 构建多层次医疗保障体系是我国医疗保障制度改革的既定目标，但实践效果并不理想，关键是法定医疗保障制度尚未成熟，商业健康险发展严重不足，慈善医疗并未引起重视。要完成多层次医疗保障体系建设的目标任务，需要在加快促使法定医疗保险制度定型的同时，重构促进商业健康险与慈善医疗等的精准政策支持体系，而激发市场主体与社会力量的活力应当成为政策促进的重点。

〔关键词〕 医疗保障；多层次体系；现状评估；政策选择

〔作者简介〕 许飞琼：中央财经大学保险学院教授（北京 100081）

构建多层次医疗保障体系是我国医疗保障制度改革的重要目标，但受多种因素的影响，虽然中共中央、国务院及医疗保障主管部门出台过不少政策性文件，实际情况却是体系结构不明、不同层次定位不清、法定保障之外的其他层次均未得到应有的发展，这不仅无法有效满足社会成员多层次的医疗保障与健康服务需求，而且构成了妨碍中国特色医疗保障体系走向成熟的重要因素。为什么要构建多层次医疗保障体系？这一体系建设的现状到底如何？未来需采取哪些措施才能让设定的目标变成现实？这些问题都亟待做出科学的理论回应。

一、对多层次医疗保障体系的理解

走多层次化的发展道路是各国社会保障制度发展的基本取向，但国际上对多层次社会保障体系的研究主要集中在养老保险领域^①，对医疗保障体系的多层次化研究则较为忽略。这主要是因为发达国家的法定医疗保障制度早已成熟且能够满足社会成员的需要，如英国建立的是全民免费医疗保障制度，德国、法国、日本、韩国建立的覆盖全民的高水平社会医疗保险制度，社会成员的疾病医疗后顾之忧能从根本上得到解除，多层次医疗保障体系建设在这些国家并非重要的政策议题。我国已基本实现基本医疗保险覆盖全民的目标，但奉行的是保基本原则，社会成员的疾病医疗后顾之忧特别是重特大疾病医疗仍是影响生计甚至导致灾难性生活后果的重大风险。伴随全面小康社会的建成和民生质量的不断提高，人们对医疗保障与健康提升的诉求也在持续升级，在医疗服务领域的多层次、多样性需求日益显现，这使得构建多层次医疗保障体系成为必要且重要的政策目标。

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

从我国既有政策文件与相关学术文献的表述来看，对构建多层次医疗保障体系具有高度共识，但具体表述却存在差异。政策文件方面，2009年3月中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中，强调要“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险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”“城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系。”“鼓励工会等社会团体开展多种形式的医疗互助活动。鼓励和引导各类组织和个人发展社会慈善医疗救助。”积极发展商业健康险，“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”^①。2012年国务院在《关于印发卫生事业发展“十二五”规划的通知》中提出的目标是：“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险为补充、覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系基本建立，个人医药费用负担进一步减轻。”^②2020年2月中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》是新时代全面深化医保改革的纲领性文件，其强调要“坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系”，明确提出“到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”^③。可见，上述政策性文件对多层次医疗保障体系的具体表述并不一致。

我国学术界对医疗保障体系多层次化的研究主要有以下观点：郑功成认为，“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”^④，其将公共卫生纳入多层次医疗保障体系，将一般意义的医疗保障划分为三个层次。郑秉文认为，现在是国家建立的制度包揽了多层次的初级多层次，而“真正的多层次”是在政府主导的医保制度外建立由市场提供的其他多个制度^⑤，从而形成国家建制与市场提供两个层次。余小豆、袁涛认为，多层次医疗保障体系是指基本医疗保险、大病补充保险、医疗救助和商业医疗保险等在内的多种医疗保障制度形式的统称，其“多层次”主要是指“医保待遇的补充叠加”。^⑥仇雨临、王昭茜提出，我国已建立起医疗救助、基本医疗保险、补充医疗保险、大病保险等多层次的医疗保障制度，需要构建更加完善的以基本医保为主、补充医保为辅、医疗救助兜底的全民医保体系和制度之间的衔接机制^⑦，其将政府负责的医疗救助视为一个独立层次，而市场化的商业健康险未体现在多层次体系之中。顾雪非、赵斌、刘小青认为，“多层次”是医疗保障体系纵向的延伸，中国形成了以基本医疗保险为主体、商业健康险为补充、医疗救助为底线的多层次医疗保障体系。^⑧段迎君、李林认为，我国已初步建立起以基本医疗保险为核心，以补充医疗保险、医疗救助为两翼的多层次医疗保障体系^⑨，其多层次结构分为主、辅两个层次。可见，不同研究者对多层次医疗保障体系的理解是不同的。

笔者认为，对医疗保障多层次体系中的层次结构的理解应立足于公平性强弱和政府在其中扮演

① 《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见（2009年3月17日）》，载《人民日报》，2009-04-07。

② 《国务院关于印发卫生事业发展“十二五”规划的通知》，载《中华人民共和国国务院公报》，2012（30）。

③ 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见（2020年2月25日）》，载《人民日报》，2020-03-06。

④ 郑功成：《多层次社会保障体系建设：现状评估与政策思路》，载《社会保障评论》，2019（1）。

⑤ 郑秉文：《“多层次”医疗保障体系三大亮点与三大挑战——抗击疫情中学习解读〈中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉》，载《中国医疗保险》，2020（4）。

⑥ 余小豆、袁涛：《多层次医疗保障的国际比较与启示》，载《中国医疗保险》，2019（3）。

⑦ 仇雨临、王昭茜：《全民医保与健康中国：基础、纽带和导向》，载《西北大学学报》（哲学社会科学版），2018（3）。

⑧ 顾雪非、赵斌、刘小青：《全民医疗保障体系：成就、形势与展望》，载《中国发展观察》，2019（6）。

⑨ 段迎君、李林：《我国多层次医疗保障体系及其衔接——基于5个典型城市的分析》，载《中国卫生事业管理》，2013（1）。

的角色。综观各国实践,医疗保障制度均呈现出政府责任强弱与公平性强弱正相关规律,凡政府负责或主导的医保制度均以追求公平为目标,凡市场主导的医保制度则以追求效率为目标,而介于两者之间的制度安排可称之政策型保障。以此为依据,多层次医疗保障体系应是指以满足社会成员不同层次的疾病保障与健康服务需求为目标的制度安排构成的一个整体。我国的多层次医疗保障体系可以由四个层次构成:第一层次是国家举办的法定医疗保障,包括政府主导的基本医疗保险与政府负责的医疗救助,它依法建立在财政供款和用人单位及个人缴费的基础之上,以满足全民基本医疗保障需求为目标,奉行公平保障与强制实施原则,遵循的是互助共济法则^①;第二层次是在特定政策支持下由用人单位举办的补充医疗保险,它建立在用人单位与职工共同供款的基础之上,以增进员工福利为己任,强调相对公平与激励功能并重,遵循的是职业福利自主设置的法则;第三层次是商业健康险,它建立在个人与保险机构签订的合同基础之上,以满足参保人在疾病医疗与健康服务方面的个性化需求为目标,遵循自主交易的市场法则;第四层次是社会慈善公益和医疗互助,它建立在社会捐献与互助的基础之上,以帮助解决困难群体疾病医疗问题为指向,遵循的是社会慈善法则。上述四个层次的目标是解除人们的疾病医疗后顾之忧、促进国民健康素质的整体提升;差异性在于不同层次的举办与责任主体有别、权利义务关系有别、满足需求层次有别、制度运行所遵循的法律法规政策有别。需要指出的是,处于第二层次的政策性补充医疗保险作为一种员工福利机制,通常也由用人单位为其员工购买相应的健康险来达到目标,从而与商业健康险具有紧密的逻辑关系,因此,在本文的论述中,并不截然地将两者分开。

在多层次医疗保障体系建设中,第一层次因覆盖全民并提供基本保障,无疑构成了主体部分,其他层次均需发展,但商业健康险最为关键。因为我国的中等收入群体规模在持续快速壮大,中高收入阶层通过市场机制获得更加全面的医疗保障与健康服务具有可行性与现实性;而慈善医疗是建立在自愿捐献基础之上的慈善事业的一部分,发达国家的经验表明其只能起有限的补充作用,国家应当支持慈善医疗发展但不能指望其承担更多责任。如果能够发展好商业健康险,同时促进慈善医疗的发展,就可以超越政府财力有限与法定医疗保障制度定位为保基本的局限,通过调动市场主体、社会力量与个人及家庭的积极性,持续壮大支撑整个医疗保障体系的物质基础,并满足城乡居民多层次、多样性的医疗保障与健康管理服务需求。

二、我国多层次医疗保障体系建设的现状分析

前已述及,将构建多层次医疗保障体系作为既定目标是我国医保改革的基本取向。一方面,法定医疗保障由于财力有限和追求公平取向,只能向全民提供普惠性的基本医疗保障,超过这种保障之外的需求必然需要其他相应的制度安排来满足。以2018年为例,全国参加基本医疗保险人数为134 459万人,其中参加居民基本医保的人数占74%以上。在医保报销方面,职工医保政策范围内住院费用基金支付率为81.6%,实际住院费用基金支付率为71.8%,个人负担率为28.2%;居民医保的同类指标分别为65.6%、56.1%和43.9%。^②这组数据反映了我国基本医疗保险的真实保

^① 将基本医疗保险与医疗救助视为一个层次,是因为这两个制度都是法定的医疗保障制度,其中医疗救助拨款的相当份额被用于帮助贫困人口购买基本医疗保险(如2019年国家全年资助了7 782万人参加基本医疗保险,直接救助6 180万人次),从而与基本医疗保险不可分割。因此,不宜将两项制度分割开来。

^② 国家医疗保障局:《2018年全国基本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/2019/6/30/art_7_1477.html。

障水平，个人负担比偏高，特别是占参保人数近四分之三的城乡居民的个人负担比更是高达43.9%，表明法定医疗保险还不足以解除人民群众疾病医疗的后顾之忧。另一方面，社会成员的多层次、多样性需求只能通过多层次制度安排来满足。据统计，2019年按全国居民年人均可支配收入进行五等份分组，低收入组为7380元，中间偏下收入组为15777元，中间收入组为25035元，中间偏上收入组为39230元，高收入组为76401元^①，低收入组仅相当于高收入组的10%。在法定医疗保障定位于保基本的情形下，中高收入阶层只能寻求其他途径来获得更好的医疗保障，而低收入群体还需要有相应的慈善医疗提供支持。上述分析表明，加快建设多层次医疗保障体系具有必要性、重要性与紧迫性。然而，从现实出发，我国多层次医疗保障体系建设的滞后局面并未改变。

（一）法定医疗保险改革与发展成就巨大，但制度尚未成熟

在多层次医疗保障体系中，法定医疗保险事实上决定着其他层次的发展空间。在国际上，英国实行全民免费医疗服务制度，人们的疾病医疗风险几乎能够通过这一制度得到全面化解，其商业健康险与慈善医疗缺乏发展空间；德国建立的是覆盖全民的社会医疗保险制度，保障水平高，但针对公职人员只提供报销50%的公费医疗待遇，剩余的则通过商业健康险来解决，这部分人群仅占德国总人口的10%左右；美国的法定医疗保障覆盖范围有限，商业健康险与非营利性医疗保障十分发达。可见，只有法定医疗保险制度定型了，人们才能清晰地评估自己承担的疾病医疗风险大小并寻求其他途径来化解剩余的风险，商业健康险等其他层次才会有清晰的发展空间。

我国的法定医疗保险制度包括职工基本医疗保险、居民基本医疗保险以及从中分离出来的居民大病保险。从1994年国务院启动“两江医改”起，经过20多年的探索，我国实现了以社会医疗保险取代计划经济时代的劳保医疗、公费医疗与农村合作医疗的制度转型，基本医疗保险制度已稳定覆盖全国95%以上的人口，医疗保障水平在持续提升，城乡居民的疾病医疗后顾之忧大幅减轻，取得了举世公认的成就。^②然而，我国的法定医疗保险制度并未成熟。其中：职工基本医疗保险制度无论是筹资模式、责任分担，还是待遇清单及保障水平，均在不同地区之间具有差异性与不确定性，更有职工医保个人账户耗损了大量医保基金，折损了这一制度的互助共济功能，还有退休人员不缴费政策陷入僵化境地，表明这一基本制度尚未成熟；居民基本医疗保险同样存在着筹资责任失衡、负担不公问题，特别是按人头缴纳定额且等额的医疗保险费，使亿万富翁与低收入人群承担着等额的缴费义务，这显然违背了法定医疗保险筹资应与收入直接挂钩的基本规则；大病保险是从居民基本医疗保险中分离出来的，实质上是对参保人遭遇重特大疾病时报销医疗费用的待遇叠加，但又交由商业保险公司经办，从而同样是不成熟的制度安排。在法定基本医疗保险制度不成熟的同时，国家逐年提高针对居民的医保补贴与报销水平，但又未建立统一的待遇清单，各地出台的医保待遇政策五花八门且仍处于不断变化之中。

（二）商业健康险在发展，但目标模糊且发展空间不清

据统计，2019年全国经营商业健康险的公司达到150家，在售健康险产品4283款，其中，疾病保险和医疗产品数量约占98%，护理保险和失能损失保险产品各占1%左右。^③2014—2018年商业健康险的保费收入年均增速达36.12%；2019年健康险保费收入7066亿元，同比增长29.7%，

① 国家统计局：《中华人民共和国2019年国民经济和社会发展统计公报》，载《人民日报》，2020-02-29。

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》，载《社会保障评论》，2018（3）。

③ 陈晶晶：《健康险新规引入医疗意外险监管意在鼓励创新》，载《中国经营报》，2019-11-18。

赔付支出 2 351 亿元,同比增长 34.78%。^① 这组数据反映了商业健康险在快速发展。然而,2013—2018 年间商业健康险赔付支出占全国卫生总费用支出比分别仅为 1.3%、1.5%、1.9%、2.2%、2.5%、3%^②,这表明商业健康险的快速发展主要是在低起点的基础上实现的,其发展滞后的格局并未根本改变。造成这种局面的原因主要有以下几个方面:

(1) 市场主体动力不足,保险产品结构不良。由于保险市场供给主体偏少,传统的机动车辆保险、人寿保险等又能给其带来充足业务并赚取较为丰厚的利润,保险公司对关系复杂的健康险缺乏主动发展的积极性。目前,我国健康险市场上的保险产品主要集中于与基本医疗保险具有替代性的医疗保险、与基本医疗保险相衔接的团体补充医疗保险、重大疾病保险等,而存在较大需求的高额医疗费用保险、长期医疗保险以及护理保险等产品占比极低,健康预防管理服务的保险产品种类则更少。据统计,疾病保险和医疗产品数量约占 98%,而护理保险和失能损失保险产品只占 2%左右^③,有的甚至是理财性质的产品。这种不合理的产品结构很难满足近 2.5 亿老年人群、约 3 亿慢性病人群的健康保障需求。不仅如此,商业健康险赔付率除 2011 年超过 50%外,2012 年至今各年均均在 40%以下,其中 2016—2018 年仅分别为 24.75%、29.49%和 32%,与美国同类指标高达 80%相比,我国的赔付率水平明显过低。^④ 可见,商业健康险发展滞后的主要原因是市场主体的内生动力不足,保险产品结构不良。

(2) 政策导向使保险公司迷失了自主开发健康险的方向。近几年商业健康险保费收入快速增长在很大程度上与政府要求保险公司经办属于社会医疗保险范畴的居民大病保险的政策有关。据统计,2007—2011 年,全国商业健康险保费收入分别为 384 亿元、585.5 亿元、573.9 亿元、677.47 亿元和 691.72 亿元,五年年均增长只有 15.85%,低于保险行业同期总保费收入年均增长 2 个百分点。^⑤ 但自 2012 年 8 月相关主管部门推动保险公司经办大病保险业务,特别是 2015 年国务院办公厅印发《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》明确规制后,保险公司通过经办大病保险使自身业务迎来了爆发式增长。2012 年全国商业健康险保费收入为 862.76 亿元,2015 年增长到 2 410.47 亿元,2016 年达 4 042.5 亿元,2018 年进一步增长到 5 448.13 亿元,2013—2018 年商业健康险年新增保费复合增长率达到 35.95%。^⑥ 2018 年国家将居民医保人均新增财政补助中的一半用于大病保险,2019 年全国商业健康险保费收入同比增速达 29.7%。^⑦ 上述现象揭示了商业健康险对国家政策和居民大病保险的强依赖关系,进而揭示出目前的商业健康险是主要依附在法定医疗保险上的产物。

(3) 互联网商业健康险出现恶性竞争现象。我国是互联网大国,通过“互联网+”的方式推销商业健康险亦成为保险公司拓展业务的重要途径。据统计,互联网健康险规模保费从 2015 年的 10.3 亿元增长到 2018 年的 122.9 亿元,三年间增长了 11 倍,较之其他渠道销售的健康险产品增速更快。其中,费用报销型健康险 2018 年累计实现规模保费 64 亿元,同比增长 133.3%,占互联

① 2014—2018 年数据根据中国银行保险监督管理委员会网站公布的数据整理;周延礼:《开展突发公共卫生事件巨灾保险试点》,载《证券时报》,2020-05-20。

②⑤ 许飞琼:《我国商业健康保险:进展、问题与对策》,载《中国医疗保险》,2019(11)。

③ 戴梦希:《险企如何把握健康险发展机遇》,载《金融时报》,2019-02-20。

④ 中国保险行业协会:《中国商业健康保险问题研究及政策建议课题报告》,北京,2018 中国健康保险和健康产业发展论坛,2018-07-26。

⑥ 苏向杲:《互联网健康险保费 3 年增长 11 倍 费用报销型医疗险去年增长 133%》,载《证券日报》,2019-04-25。

⑦ 周延礼:《开展突发公共卫生事件巨灾保险试点》,载《证券时报》,2020-05-20。

网健康险总规模保费的 52.1%；重大疾病保险实现规模保费 33.9 亿元，同比增长 68.7%，占 27.6%。^① 然而，在快速增长的背景下，互联网健康险产品同质化现象严重，一个产品全国通用，地方针对性不足，管理粗放，且价格战十分激烈。如 2018 年财产保险公司推出的短期健康险——“网红百万医疗险”，因激烈不正当竞争，造成了一批公司经营健康险的费用率高达 50%（美国该费率不超过 6%），导致经营者大幅亏损。2018 年有 4 家专业互联网财产保险公司健康险出现承保亏损，承保利润合计为 -4.11 亿元。^② 此外，一些专业性健康险公司在互联网市场上推出的健康险产品忽视健康管理与健康服务核心职能作用而具有准寿险产品的特征，其经营模式存在牺牲健康险业务的利润来捆绑销售寿险产品的问题。

综上，作为多层次医疗保障体系重要构成部分的商业健康险尚未走出迷途，如果不能重构新的政策支持体系来矫正航向，其发展滞后的局面将无法改变，进而使多层次医疗保障体系建设目标无法实现。

（三）慈善医疗尚未引起关注，处于尴尬境地

在现行制度下，法定医疗保障还不能全面解除人们的疾病医疗后顾之忧，低收入困难群体又几乎不可能通过购买商业健康险来解决自负医疗费用问题，这使得建立在社会捐献基础之上的慈善医疗成为现实需要，从而可成为我国多层次医疗保障体系建设中的一个独特层次。在美国，作为非营利性医疗保险服务机构的蓝盾协会，就以把高质量、可负担的医疗服务带给低收入人群、老年人和城镇居民为宗旨，在美国医疗保障体系中发挥了极为重要的作用。我国香港的东华三院、台湾的慈济医院都是在当地极有影响力的慈善公益医疗服务机构。其中，香港东华三院起源于 19 世纪 70 年代，依靠社会捐赠从一个庙宇内的小小中医诊疗亭逐渐成为香港地区规模最大的慈善机构之一，2003 年提供的医院病床数为 3 048 张，其中约 600 张是免费提供给香港地区贫困居民的，目前的东华三院仍是香港地区最有名的中医诊疗之地，有中医及中西医结合医疗机构近 20 家。^③ 台湾慈济医院是 1986 年由慈济基金会 20 万名成员捐资成立的，目前有 6 个院区、1 个门诊中心，不仅在台湾地区开展义诊服务，还到 44 个国家或地区义诊，惠及贫病对象年均超过 200 万人次。^④ 在慈济医院的示范带动下，台湾地区其他财团企业、慈善机构也纷纷认定医疗事业是回馈社会的好方式，并跟进开办新医院，这使得慈善公益医疗机构成为台湾地区医疗卫生服务的一支重要力量。

然而，我国的慈善医疗发展并未引起重视。一方面，尽管 2016 年制定的《慈善法》蕴含了慈善医疗的内容，但迄今尚未出台过具体的促进慈善医疗发展的政策，现有慈善机构与慈善资源主要用于扶贫济困、赈灾及教育等公益领域。另一方面，伴随互联网的日益发达，人们通过众筹或其他网络募捐方式筹集医疗资金的行为日益增多，一些互联网平台也开设了相应的筹资渠道，这种方式既为部分困难群体筹集医疗资金提供了途径，也为一些网络骗局提供了土壤。如水滴筹作为国内知名的大病筹款、救助平台，通过线上筹款为大病患者筹款已逾 200 多亿元，但也受到了一些质疑。通过网络平台筹集疾病医疗资金的欺诈性个案亦不罕见。还有个别医疗机构、企业或者个人通过慈善组织设立“爱心基金”，以免费医疗救助的名义诱导患者到基金“合作”“定点”“指定”的医院

① 苏向杲：《互联网健康险保费 3 年增长 11 倍 费用报销型医疗险去年增长 133%》，载《证券日报》，2019-04-25。

② 苏向杲：《健康险保费上半年大增三成逼近 4 000 亿元“网红百万医疗险”陷入“红海”搏杀态势》，载《证券日报》，2019-08-20。

③ 周雪婷：《香港第一家中医院——东华三院的百年守望》，新华社，2018-09-16。

④ 《台湾慈济慈善医院：救死扶伤 扶助弱者》，凤凰网，https://fo.ifeng.com/special/simiaojianyy/xingyi/detail_2012_11/21/19398901_0.shtml。

进行治疗并收取高额费用,名为慈善救助实为谋取私利,给本来就经济困难的患者家庭带来更大伤害。为此,2018年10月民政部发出通知,要求依法查处以慈善医疗救助名义开展的非法营利活动,同时要求严格规范慈善医疗救助活动。^①这是迄今为止我国有关慈善医疗的唯一一份政策性文件,其目的是惩治不法行为,并非规范、促进慈善医疗发展的政策性文件。

可见,在我国多层次医疗保障体系建设中,慈善医疗尚未真正进入国家视野,当前的自发行动表明我国不乏对疾病患者的关爱之心和可供动员的慈善医疗资源,但并未得到应有的政策支持,这显然不利于慈善医疗的发展。

三、构建多层次医疗保障体系的基本思路

前述分析表明,我国多层次医疗保障体系建设虽已开篇但还处于政策宣示热烈、实践效果不良的状态,要真正完成这一目标任务,关键在于适应新时代的发展要求做好顶层设计,尽快促使法定医疗保障制度定型,同时在发展商业健康险、慈善医疗方面精准发力,并为不同层次的医疗保障创造优良环境。

(一) 做好多层次医疗保障体系的顶层设计

多层次医疗保障体系涉及政府、市场与社会,涉及多种法律规制和多个主管部门,如果缺乏科学的顶层设计便不可能有完整的发展思路。以往社会医疗保险与商业保险相互交织,使两大制度都受到了不利影响,是应当吸取的教训。因此,多层次医疗保障体系建设的当务之急是做好顶层设计。

在本文的第一部分,笔者提出的四个层次架构可为我国多层次医疗保障体系建设提供基本思路,其中补充医疗保险往往由用人单位购买商业健康险来实施,故在层次结构与功能定位上可纳入商业健康险层次。因此,本文将多层次医疗保障体系分为三个层次,即政府主导或负责的法定医疗保障、市场主导的商业健康险和社会力量主导的慈善医疗。如果法定医疗保障能全面满足人们的疾病保障(如免费医疗)需求,多层次医疗保障体系就失去了存在与发展的重要意义;如果不能全部满足这种需求,则超外的需求便只能自我负担或通过商业健康险与慈善医疗来满足。在顶层设计中,应当明确下列三个核心问题:

(1) 明确三个层次的功能定位。处在第一层次的法定医疗保障主要是指面向全民的基本医疗保险,医疗救助是对基本医疗保险制度的补充,其体现的是政府的主导责任与社会公正诉求,它作为多层次医疗保障体系的主体构成部分,应当坚持普惠、公平、保基本的原则,在全国范围内统一筹资标准与待遇标准,满足全体人民的疾病医疗(含大病)基本需要。商业健康险通过市场机制提供,解决的是人们的个性化医疗保障需求并可以扩展到健康服务,满足有需要者(主要是中高收入群体)的需要,可以视为更高层次的医疗保障。慈善医疗则是动员社会力量组织民间资源,奉行利他主义与互助原则,面向有需要的低收入群体的援助机制。对多层次医疗保障体系而言,法定医疗保障制度是根本所在,发展商业健康险是关键,慈善医疗是补充。

(2) 明确三个层次的比例结构(目标)。一个科学的顶层设计,不仅要有明确的结构与清晰的功能定位,还应当有相应的比例结构目标。尽管人们对医疗保障的需求有别,如低收入群体通常只关注疾病医疗问题,中高收入群体则还会更加关注健康管理及相关服务,但总体而言仍然可以设定

^① 《“爱心基金”合作医院骗取患者高额费用 民政部发文加强慈善医疗救助监管》,人民网, <http://sn.people.com.cn/n2/2018/1029/c378287-32216975.html>。

一个总的目标，并在总的目标内对不同层次所占份额加以明确，以此作为政策支持的基本依据。与其他民生保障相比，疾病医疗保障是据需提供，保障水平低不足以解除疾病医疗的后顾之忧，保障水平过高则是资源浪费。因此，在政策目标上，笔者认为可以假设整个疾病医疗费用为100%，其中，基本医疗保险的保障水平以达到医疗费用的80%左右为宜，商业健康险以10%~20%为宜，慈善医疗仅对困难群体起援助作用。这样界定的基本依据在于：一是基本医疗保险是我国多层次医疗保障体系的主体，它覆盖全民，应当从根本上解除全体人民的疾病医疗后顾之忧，但又并非免费医疗服务，让其达到80%左右的份额是必要的，也是合适的，更是广大人民群众所期盼的。二是商业健康险虽然在目前所占份额偏低，但根据德国、日本等国的经验，在法定的基本医疗保险解决全民基本医疗保险需求后，能够满足居民多样性、个性化的疾病医疗与健康服务需求的只能是商业健康险。伴随全面建成小康社会目标的实现，越来越多的人会日益重视通过商业保险市场来选择能够满足自身需求的商业健康险产品。做出上述理论假设的目的，是为政策体系的完善提供目标导向。

(3) 设定相应的政策评估指标。对法定医疗保障而言，应从保障水平封顶转化成个人自负费用封顶，根据医疗费用对个人生活的影响程度与个人及家庭的承受力，以个人自负医疗费用不超过20%为宜，因此我国还需要进一步提高法定医疗保障的保障水平。至于商业健康险的补偿水平，可设定达到全国卫生总费用的10%（即发达国家的平均水平）左右为宜。

（二）尽快促使法定医疗保障制度定型

基本医疗保险事实上决定着其他层次医疗保障的发展空间，只有尽快优化这一制度，市场主体才会有清晰的发展空间和开拓自己业务领域的动力。

(1) 明确基本医疗保险制度的保障责任。在坚守待遇公平的条件下切实解决全体人民的基本医疗保障问题，为所有人提供清晰、理性、稳定的安全预期。只有明确了法定医疗保障的保障水平，才能避免人们对其寄予超高的期望，中高收入群体才有通过商业健康险等寻求更好的医疗保障与健康服务的动机，市场主体才会有清晰的发展空间和开拓自己业务领域的清晰目标。如家庭医生上门诊疗、住舒适的病房以及诊疗之外的健康管理服务等，就只能通过商业健康险途径解决或者自己付费。

(2) 加快优化基本医疗保险制度。包括：通过取消职工医保个人账户以强化其互助共济功能，通过提升个人缴费标准以促使筹资责任走向相对均衡，通过积极稳妥地推进退休人员缴费以增强制度的筹资能力，通过提高基本医疗保险的统筹层次以促使制度更加公正和疾病风险更加分散，通过完善医保支付方式促使医疗费用得到合理控制等，这些均是加快实现法定医疗保障制度走向定型的必要举措。

(3) 让大病保险回归居民基本医疗保险本位。鉴于居民大病保险本质上属于居民基本医疗保险，在构建我国多层次医疗保障体系时，应让其回归本位，并从委托保险公司经办收归社会医疗保险经办机构统一经办，这是居民基本医疗保险制度走向定型的关键，亦可倒逼保险公司全力开拓商业健康险市场。

(4) 将医疗救助制度作为服务相对贫困人口的长久机制并加以完善。基于疾病是贫困与返贫的重要致因，我国应当加强医疗救助制度的建设，包括加大国家财政的投入力度，同时让其与低保标准脱钩，将处于相对贫困状态的低收入困难群体悉数纳入，这样才能更加有效地保障低收入群体的疾病医疗。

（三）着力发展商业健康险

基于我国商业健康险发展滞后的事实，合理的政策取向包括：

(1) 尽快完善相关政策,做到精准发力、精准引导。一是明确政策鼓励的商业健康险业务空间。可将超过基本医疗保险政策范围的医疗保障需求、健康服务需求和基本药物与医用耗材目录之外的药品与耗材等明确为商业健康险的发展空间。二是增加健康险市场的供给主体,通过政策引导与强化市场竞争等手段,激发其开发“适销对路”的医疗与健康保障系列产品,以满足社会成员的个性化需求,同时使其能通过这种业务的开拓实现自己的利润目标,政府的职责重在维持市场秩序和公平交易。三是加快制定商业健康险行政法规,为商业健康险发展提供更精准、更有力的法律与政策支持。

(2) 将公务员医疗补助与职工补充医疗保险转化为商业健康险。根据现行政策,公务员享有医疗补助待遇,但这种待遇通常只有其门诊疾病医疗费用达到一定额度时才直接给予补助,这使得这部分资源无法用于个人自主购买商业健康险服务。而职工补充医疗保险仍附属在基本医疗保险上,未能与商业健康险市场直接对接,限制了商业健康险的发展空间,也妨碍了个人选择的自由。因此,将公务员医疗补助和职工补充医疗保险转化为商业健康险业务来源,不仅有利于公务员与职工拥有更大的选择保险服务机构的自主权,进而获得更好的医疗保险服务,而且可以使商业健康险机构拥有具有相应支付能力的稳定客户群,进而形成有规模的健康险市场,这将是支撑整个商业健康险市场发展的有效力量。

(3) 激发保险公司的内生动力。一是让保险公司按照市场规则发展商业健康险业务,可以受托经办社会医疗保险,坚持本源职责,以开拓商业健康险市场为己任。二是督促保险公司开发“适销对路”的产品,以满足人民群众的个性化医疗保障需求。如开发针对不同年龄、不同性别、不同行业、不同收入群体、不同知识水平的“适销对路”的健康险产品,加快长期和终身医疗费用保险产品或线上线下“按需定制”各类专属保障产品的开发,这一潜在的庞大市场就可以转化为现实市场。三是充分发挥商业健康险管理疾病风险的优势,在预防疾病和个人健康管理方面发挥作用,这是提升其保障功能和服务水平的必由之路。四是夯实技术支撑。在充分保障公民个人隐私的前提下,基于大数据与互联网技术为潜在客户量身定做涵盖运动健身、健康体检、疾病预防、健康咨询、疾病治疗、费用报销、康复护理等的健康险产品,更好地满足社会成员的个性化、差异化需求;同时应用新技术,有效延展健康险的服务空间,推动医疗服务重心由“治病”向“防病”转变。

如果能够在上述三个方面同时发力,必将促使商业健康险进入优质、快速发展的新境界。

(四) 有序促进慈善医疗的发展

借鉴美国等国和我国香港、台湾地区的做法,为慈善医疗提供更加清晰、具体的政策指引。

(1) 对慈善医疗给予明确的特殊优惠政策。疾病是导致贫困的主要原因,促进慈善医疗的发展应当纳入《慈善法》中的“扶贫、济困”范畴并“实行特殊的优惠政策”。建议国家医疗保障局与民政部、财政部联合出台相关政策,将慈善医疗参与多层次医疗保障体系建设列入优先领域并给予相对优厚的财税政策支持,这不仅符合《慈善法》的规制,也更符合慈善减贫的鼓励方向。

(2) 支持成立慈善公益医疗机构。国家应当出台专门的政策,鼓励与支持设立慈善公益医疗机构,让其在为城乡居民提供医疗卫生服务的同时,能够对困难群体提供免费医疗服务。

(3) 规范、引导网络慈善支持困难患者解决相关医疗费用问题。建议出台相关政策性文件,明确规范、引导基于援助困难患者的网络募捐行为,强化网络平台的责任,并加强监管,对有益的网络慈善医疗活动加以倡导,对违背公益慈善宗旨和非营利目的的募捐活动加以处罚,促使网络慈善医疗健康发展。

（五）为多层次医疗保障体系建设创造有利的环境条件

一方面，鉴于医疗卫生服务与医药领域的失范容易造成医保风险失控，国家有必要加快完善对医疗机构与医药供应的有效治理，解决医疗行为失范和过度医疗、药价虚高等问题，为各层次医疗保障发展创造有利条件。在这方面，近年来集体谈判、带量采购等方式已在药品价格合理控制方面收到了很好效果，以后还应扩大应用范围，并加快扩展按病种、DRGs 付费的范围，真正促使整个医疗卫生服务价格回归正常。同时，还应当形成医保、医疗系统的合力，着力强化基层医疗服务机构建设，促使分级诊疗成为现实。^①

另一方面，要重视信息共享机制建设和共同技术支撑。国家应尽快推动公共卫生信息、人口结构与疾病谱变化、医保信息等共享平台的建设，进一步加强诊疗、用药及健康服务等标准化建设，强化智能化监督机制，为不同层次医疗保障机构提供有效的信息与技术支撑，这不仅有利于节约制度运行成本，也能够调集各方之力达到综合效能最高的境界。

The Construction of China's Multi-tiered Healthcare Security System: Status Quo and Policy Option

XU Feiqiong

(School of Insurance, Central University of Finance and Economics, Beijing 100081)

Abstract: Building a multi-tiered healthcare security system is the established goal of China's healthcare security reform, but the result in practice has not been satisfactory. The key issue is that the legal healthcare security system is not yet mature, the commercial health insurance is seriously underdeveloped, and the medical charity is not attached much importance. In order to achieve the goal and task of building a multi-tiered healthcare security system, it is necessary to facilitate the maturity of legal healthcare security system at a faster pace, and meanwhile to reconstruct a targeted policy support system promoting commercial health insurance and medical charity, while activating the market entities and social forces should be the priority of the policy.

Key words: Healthcare security; Multi-tiered system; Status quo evaluation; Policy option

(责任编辑 武京闽 王伯英)

^① 申曙光、杜灵：《我们需要什么样的分级诊疗》，载《社会保障评论》，2019（4）。