



刘远立,国务院参事,国家特聘专家,中国医学科学院 北京协和医学院长聘教授,卫生政策与管理学博士生导师。

2020 年 7 月-2023 年 11 月担任北京协和医学院卫生健康管理政策学院执行院长,2013 年 7 月-2020 年 7 月担任北京协和医学院公共卫生学院院长。1993-2013 年曾分别在美国哈佛大学公共卫生学院卫生政策与管理学系、全球健康学系工作,参与创立卫生健康体系学这门交叉学科,曾经担任联合国“千年发展目标”顾问委员会委员(2001-2002)。长期深入参与中国卫生健康领域一系列重大政策研究与战略咨询,曾获“国家智库”征文一等奖,主要社会兼职包括:中央统战部党外知识分子建言献策专家组成员,第二、三届国务院深化医改领导小组专家咨询委员会委员。出版了 8 本学术专著,由刘远立主编的《健康中国建设蓝皮书》荣获“2024 年新皮书奖”,发表论文 400 余篇,2022、2023 年位列斯坦福大学全球前 2% 顶尖科学家及入选爱思唯尔中国高被引学者榜单。

• 特邀来稿 •

医药卫生体制改革的中国之路

刘远立

北京协和医学院卫生健康管理政策学院, 北京, 100193

摘要 今年是实施新一轮深化医改方案的第 15 年,党的二十届三中全会作出关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定,明确了 2024-2029 年深化医药卫生体制改革的重点任务,其中包括促进医疗、医保、医药协同发展和治理等内容。要在解决医改这个世界性难题的过程中走出中国道路、贡献中国智慧,既需要理论指导,也需要实践探索,更需要制度创新。在梳理医改相关问题的基本概念和分析框架的基础上,从不同阶段的主要目标和手段两个方面,总结新中国成立以来医药卫生体制的历史发展沿革,分析未来 5 年深化医改的重点难点问题,并提出有一定针对性和创新性的政策建议。

关键词 医药卫生体制改革;基本概念;历史沿革;政策建议

中图分类号: R-05;R197.1

文献标识码: A

DOI:10.13723/j.xysh.2024.12.001

文章编号: 1006-5563(2024)12-0001-10

China's Journey in Health System Reforms

LIU Yuanli

School of Health Policy and Management, Peking Union Medical College, Beijing, 100193, China

Abstract This year marks the 15th anniversary of the New Round of Healthcare Reforms. The Central Government of China just announced series of policy decisions on carrying out comprehensive reforms to help with the process of Modernization with Chinese characteristics, including initiatives of deepening healthcare reforms, which shall be implemented between 2024 and 2029. Improving health system performance via reforms, a worldwide issue, China needs innovation in theories, practice and systems, for developing effective solutions to address special problems within China's socioeconomic context. This article first clarifies important concepts and analytical framework pertaining to healthcare reform research studies. Then, we discuss evolution of the Chinese health system since founding of the PRC. We conclude with an exploration into relevant policy recommendations for better dealing with some of the major contemporary issues underpinning China's healthcare reforms.

Key Words Health System Reform; Key Concept; Evolution; Policy Proposal

健康长寿是人类永恒的共同追求,随着经济社会和科学技术的不断发展,拯救生命以及维护、修复、促进健康的干预措施的技术含量越来越高,药品和器械的种类越来越多,使得有组织地提供以及支撑、保障健康促进、疾病预防、疾病诊断、疾病治疗和康复服务的医药卫生体系变得越来越复杂,成本也越来越高。“国家卫生账户”(National Health Account)所测量的,是一个国家在一年里医药卫生事业产业所创造的总产值(国内一直以来称为“卫生总费用”),它占国内生产总值(Gross Domestic Product, GDP)的比重不断增加,成为在很多国家出现的一个普遍现象。这一方面说明同时受到需求侧和供给侧驱动的医药卫生事业产业在整个国民经济中的地位不断提升,另一方面也给医药卫生体系运行成本的主要承担方带来了挑战,因为可供配置利用的资源总是有限的。因此,各国的医药卫生体制改革都旨在动态平衡确证有效的医药卫生产品和服务的可及性、可负担性这两个核心目标。

中国共产党和政府历来重视人民健康和卫生健康工作。一方面,通过不断建立健全基于“预防为主”方针的公共卫生体系,对严重危害人民健康的各种重大疾病及其各种危险因素予以预防和控制,并广泛开展健康促进活动(特别是影响深远的“爱国卫生运动”),实现“病有所防”;另一方面,通过不断发展医药卫生体系以及改革和完善医药卫生体制,从而不断提高医药卫生服务的可及性、可负担性及适宜性,实现“病有所医”。新中国成立以来,尽管不同阶段需要解决的主要问题不同,医药卫生体制改革(以下简称“医改”)一直没有停止过。自2009年国务院颁布新一轮深化医改方案以来的15年里,特别是党的十八大以来,我国的深化医改工作不断取得一个个重要的阶段性成果,包括基本医疗保障制度的全民覆盖。习近平总书记提出健康优先发展战略,医药卫生体制改革被纳入健康中国战略,也成为党和国家全面深化改革、推动中国式现代化的重要内容。党的二十大报告提出,到2035年基本实现中国式现代化,重点任务之一是“建成健康中国”。2024年7月18日,中国共产党第二十届中央委员会第三次全体会议通过了《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》(以下简称三中全会《决定》),明确提出了到2029年要完成的全面深化改革任务,包括深化医改的重点任务。

要在解决医改这个世界性难题的过程中走出中国道路、贡献中国智慧,既需要理论指导,也需要实践探索,更需要制度创新。因此,本文首先通过卫生体系学的概论介绍,梳理医改相关问题的基本概念和分析框架;然后,从不同阶段的主要目标和手段两个方面,总结新中国成立以来医药卫生体制的历史发展沿革,因为历史就像一条连续不断的河流,上游和下游密不可分;最后,本文将分析未来5年深化医改的重点难点问题,提出有一定针对性和创新性的政策建议,供决策者参考,促研究者思考。

1 医药卫生体制改革的相关理论和概念

1.1 卫生体系与体制

根据世界卫生组织提出的分析框架,卫生体系与一栋建筑类似,它由若干“建筑板块”(Building Blocks)构成^[1]。鉴于卫生健康体系实际上是一个活跃的复杂系统,我们可以把它比作一个人体,用两手提供服务(一手抓预防,一手抓治疗),靠两条腿走路(物质与人力资源的供应,可持续的财务保障),受一个大脑指挥(有效的规制与监管)。具体而言,整个卫生健康体系由4个功能子系统相辅相成:资源供应系统,包括物质资源和人力资源供应;服务提供系统,包括健康促进、疾病预防、疾病诊疗、康复等方面的专业服务;财务保障系统,从有组织的筹资方式上看包括政府筹资、社会保险、商业保险,从功能上看包括筹资、福利包设计、承办服务(特别是对服务提供方的支付结算);规制监管系统,包括制订规制和标准、监督评估、实施奖惩^[2]。见图1。

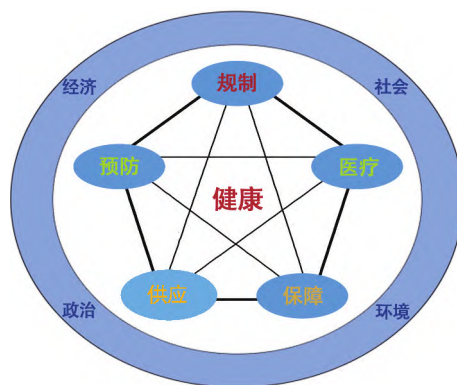


图 1 卫生健康体系的结构

体系是客观存在的,体制是主观的反映。“卫生体制”可以定义为:为了让卫生体系能够正常良好的运行以达到预期的绩效目标,而做出的一系列制度

性安排和规则。这些规则的设计和制定是建立在我们对于事物的运行机制,也就是因果关系的认识与判断基础上的。因此,所谓的卫生体系改革,实际上就是通过卫生体制的改革,使得整个卫生健康体系的运行绩效得到改善。

哈佛大学的 Marc Roberts, William Hsiao, Michael Reich, Peter Berman 教授将影响卫生健康体系运行绩效的主要因素概括为 5 个抓手(Five Control Knobs),即筹资(Financing)、支付(Payment)、组织(Organization)、监管(Regulation)和说服(Persuasion)^[3]。基于心理学、组织行为学等相关学科理论以及相关实践,刘远立提出“三力”理论,即能力、动力和压力,用以概括影响卫生健康体系绩效的核心因素^[4]。

首先,卫生健康体系的运行绩效与能力紧密相关。一定的技术能力、组织能力、管理能力等(硬件和软件条件)是支撑这个系统运行的必要条件,但并不是充分条件。任何社会系统最终还是取决于人的问题,即:卫生健康系统的从业人员是否具备做好工作的足够动力和压力,而这种动力和压力又常常源自卫生健康体系自身拥有的激励和约束机制。

1.2 医药卫生体制改革

医药卫生体制改革(深化医改)本身并不是目的,而是改善卫生健康体系运行绩效的手段。深化医改是一个发现问题-分析原因-实施改革-评估效果的循环往复的过程。由上述分析可见,整个医药卫生体系的高效运转,离不开四个功能子系统的完善以及相互间的良性互动;因此,所有的医药卫生体制改革均需通过改变四个功能子系统的互动方式来改良整个体系的运行绩效。

医疗、医保、医药协同发展和治理(“三医联动”)涉及到筹资支付、服务提供、资源供应三个功能子系统之间的互动。其中医药卫生服务和医药卫生保障是整个医药卫生体系的两个核心功能子系统,前者负责向有需要的人群和个体采取其所需要的各种类型的健康干预措施(公共卫生、基本诊疗、专科、康复等)、提供各个层次的服务(基层社区卫生、三级综合医院、专科医院及国家区域医疗中心等),它所具有的能力、动力、压力之大小,决定了其在多大程度上能够实现优质高效、患者满意的核心目标;后者负责通过有组织的筹资(包括政府财政投入、社会医疗保险、商业健康保险等渠道)、福利包的设计(覆盖哪些人、覆盖哪些服务项目、覆盖到什么程度)和支付方式(支付单元和定价)的确定,从而决定医药卫

生服务提供过程中所产生的费用在多大程度上能够实现成本的合理补偿、财务风险是如何在保方和供方之间分摊的、经济激励和约束机制又是如何促使供方的行为改变以人民的健康福祉为导向的。而医药的生产和流通属于资源供应系统,俗话说,“兵马未到,粮草先行”,由于医药供应的数量和质量受到医保的直接影响(通过纳入、定价、支付等环节)以及间接影响(通过服务提供方的处方行为改变),因此医保对于医疗、医药来说,起着“牵一发而动全身”的作用。

运用卫生体系学的主要理论和方法来研究医改问题,就不难发现:有效推进深化医改,关键在于将能力、动力、压力建设(“三力建设”)贯彻到卫生体系的四大体系的完善以及相互之间的协同。

1.3 国内生产总值与卫生事业产业

国内生产总值是指一个国家的本国居民和在本国的外国居民在一定时期内(通常是一年)在本国所生产的全部最终产品和劳务的价值总和,反映了整个国民经济活动的最终成果。因此,就像农业产值一样,“卫生总费用”及其占 GDP 的比重其实反映的是卫生行业的总产值,即对国民经济的贡献。2023 年我国卫生行业的总产值为 90575 亿元,对 GDP 的贡献为 7.2%^[5];但同样的数字,如果我们冠之以“卫生总费用”,就有意无意地把它看成了资源的消耗。

按照一般的定义,事业和产业有以下区别。①事业和产业生产目的不同。事业通常指为满足社会公共需要或国家需要而进行的活动,其生产目的是为了提供公共产品或服务;产业则是以市场需要为导向,主要目的是满足市场需求,追求经济效益。②资本来源不同。事业通常由国家或社会提供资本支持,其生产资本主要来源于政府拨款或社会捐赠。产业则面向市场,其资本来源多样化,包括个人投资、企业投资等,依赖于市场融资。③机构性质不同。事业机构通常是非营利性机构,其运营和管理受到政府的直接或间接控制。产业机构则是企业单位,常以营利性企业法人进行经营活动,遵循市场规则和企业规制。④调控方式不同。对事业单位,国家可以采取行政命令的方式直接调控,要求它生产什么样的产品,怎样为大众提供服务。对企业单位,一般地说,是以间接调控为主,通过法律、税收政策、价格杠杆等方式进行引导。由此可见,医药卫生行业既有事业的性质、也有产业的性质。

2019 年国家统计局首次发布健康产业分类,将健康产业定义为以医疗卫生和生物技术、生命科学

为基础,以维护、改善和促进人民群众健康为目的,为社会公众提供与健康直接或密切相关的产品(货物和服务)的生产活动集合。将健康产业范围确定为医疗卫生服务,健康事务、健康环境管理与科研技术服务,健康人才教育与健康知识普及,健康促进服务,健康保障与金融服务,智慧健康技术服务,药品及其他健康产品流通服务,其他与健康相关服务,医药制造,医疗仪器设备及器械制造,健康用品、器材与智能设备制造,医疗卫生机构设施建设,中药材种植、养殖和采集等 13 个大类。

1.4 公益性

“不以营利为目的”是我们经常听到的对“公益性”的解读,这个定义足够清晰吗?值得指出的是,“以(不以)XYZ 为目的”是一个有关行为动机的陈述,而不是具体的行为本身。如果“不以营利为目的”仅仅是要求特定行为主体注意其行为动机不要出现偏差的一种意识形态方面的倡导没有问题,但如果是作为行为主体实际行为的一种规范,那就必须搞清楚:什么样的可测量的行为表现可以被认定为是反映了(折射出)“以营利为目的”的动机?相对于“营利性组织”(如:包括国有企业在内的各种各样公司),“非营利性组织”(如:公立医院)有两个特点:一是可以有业务收入,但必须按法律的规定提供一定程度的公益性服务(例如:不得拒收有医疗需要但无支付能力的患者);二是收支可以有盈余(连续亏损的非营利性组织不可持续),但不得给投资者分红,盈余可以用来发展再生产以及改善员工福利。显然,在市场经济条件下,特别是在政府财政直接投入不足的情况下,单纯用盈余的有无及其大小来衡量医疗卫生机构这种非营利性组织的“公益性”是没有法律依据的。

在《正确把握推进健康中国建设的重大问题》(《习近平著作选读》第一卷)这篇重要文献中,习近平总书记深刻剖析并强调了卫生健康事业的特殊性和坚持基本医疗卫生事业公益性之必要^[4]。卫生健康工作与其他工作有何不同?习近平总书记从人民的利益和党的性质出发,深刻指出:“人民健康既是民生问题,也是社会政治问题。”人最宝贵的是生命,而卫生与健康事业涉及每个人的生命安全和千家万户的幸福安康,是一项极其崇高也非常特殊的事业。同时,我们党是全心全意为人民服务的党,我们国家是人民当家作主的社会主义国家,这就决定了我们必须坚持基本医疗卫生事业的公益性。因此,习近平总书记强调,无论社会发展到什么程度,

我们都要毫不动摇把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上,不能走全盘市场化、商业化的路子。习近平总书记强调:“政府投入要重点用于基本医疗卫生服务。”基本医疗卫生服务是指医疗卫生服务中最基础最核心的部分,应该主要由政府负责保障,全体人民公平获得。在此基础上,政府要不断完善制度、扩展服务、提高质量,让广大人民群众享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。近些年来,在这一重要论述的指引下,我国通过建立健全覆盖全民的医疗保障制度(特别是医疗救助、疾病应急救助制度)、以妇幼、老人、慢病人群为重点实施的“国家基本公共卫生服务项目”、为农村孕产妇提供免费住院分娩服务、在贫困农村妇女中开展免费的乳腺癌、宫颈癌筛查项目(“两癌筛查”)等,我国基本医疗卫生事业的公益性显著增强。

然而,强调公益性并不是要全盘否定市场的作用。针对如何正确处理政府和市场关系这一问题,习近平总书记指出,发展卫生与健康事业,要科学界定政府和市场的边界。第一,在基本医疗卫生服务领域,政府要有所为,坚持政府领导责任、保障责任、管理责任、监督责任,通过多种方式为人民提供基本医疗服务,支持基础医学研究,同时适当引入竞争机制,鼓励社会力量兴办非营利性医疗机构。例如:政府可以通过直接提供服务或向社会力量兴办的机构采购服务的方式保证“家庭医生签约服务制度”的全民覆盖。第二,在非基本医疗卫生服务领域,市场要有活力,鼓励社会力量提供服务,满足群众多样化、差异化、个性化健康需求。要放宽准入、拓宽投融资渠道、消除政策障碍,增加医疗卫生资源供给、优化结构。

本文作者在《公立医院改革:为何改?如何改?》这篇文章中,提出“公益性”包括两个方面的内涵:一是诊疗行为要符合“公理”原则;二是资源配置要符合“公平”原则^[6]。符合“公理”意味着针对不同人群的健康问题,医疗服务项目的选择一定要有科学依据,要真正有用,这也是“精准医疗”的精髓所在。例如,大量使用临床非必须的药品就不符合公理,也就是不符合公益性的最基本原则。在医疗服务的提供上讲公平就意味着要将有用的医疗服务资源“按需分配”,而不是按病人支付能力的大小分配资源。概括起来讲,强调公益性就是要将有用的医疗服务让需要的群众公平受益。然而,维护公益性的目标不能靠牺牲公立医院及其从业者的利益而实现,而必须要通过建立起符合行业特点、体现其劳动价值的人事薪酬制度等手段来调动“主力军”参与医改的

积极性。因此,调动积极性是维护公益性的必要条件。与此同时,由于维护公益性和调动积极性都是有成本的,而资源又是永远有限的,所以,如同任何改革措施一样,公立医院的改革也要考虑可持续性的问题,避免掉进以政府财政“债台高筑、难以为继”为突出表现的“福利社会”的陷阱。

2 社会主义革命和建设时期的医药卫生体制改革

新中国成立后,公有制的建立和资源配置的公平性始终是执政党强调的基本原则之一。为了解决“缺医少药”的问题,除了通过“大学西迁”解决人才培养资源配置不平衡的问题,党和政府十分重视建立健全基层医疗卫生服务体系。建国初期,国家首先在县一级投资建立卫生院,在农村将原先的个体中西医组织成联合诊所,农民到联合诊所自费看病。农业合作化运动中,农业生产合作社开始兴办保健站,由经过十天至半个月左右培训的保健员宣传卫生政策,协助卫生部门开展预防接种,为社员提供伤口包扎和急救之类的简单医疗服务。大队一级设立“赤脚医生”,同时建立合作医疗制度,成为当时中国的新生事物,加上在城市地区实行公费医疗和劳保医疗,中国建立起当时世界上最大规模的基本医疗服务和保障制度,这是具有中国特色的“全民健康覆盖”的初级版。世界银行行长金墉曾经感叹道“几十年前,中国在卫生领域推行赤脚医生和合作医疗等创新措施,向世界展示提高数亿人的健康水平和大幅延长预期寿命是可能的^[7]。”

然而,需要客观指出的是,毛泽东时代,尽管靠着“赤脚医生”与“合作医疗”解决了人民群众最基本的医疗保健就近可及性和财务可负担性问题,但受经济发展水平的制约,医药资源总体缺乏、质量不高,与发达国家的医学发展水平有很大差距。

3 改革开放和社会主义现代化建设新时期的医药卫生体制改革

3.1 改革开放初期的医药卫生体制改革

1978年12月,党的十一届三中全会召开,这次会议作出把党和国家的工作重心转移到经济建设上来,实行改革开放的伟大决策,中国进入了改革开放和社会主义现代化建设的历史新时期。“发展是硬道理”的理念体现在医疗卫生相关政策上的最大改变就是允许并鼓励医疗卫生机构靠“创收”来发展事业、改善医务工作者的薪酬待遇。就像实施家庭联产承包责任制极大地调动了广大农民的生产积极性

一样,市场经济的一些激励手段也给广大医疗卫生机构和医务工作者带来了“多劳多得”、以创收促发展的动力和活力,推动了医疗卫生事业的快速发展。

反映医疗卫生总体量的指标——卫生总费用,从1978年的110亿元提高到1998年的3678亿元,20年间翻了33倍之多^[8]。但这段时间得到快速发展的主要是医院、特别是大医院,基层卫生发展明显滞后。1980年,各类医疗机构总床位数为218万张,其中医院占比54%,卫生院占比35%;到了1999年,各类医疗机构总床位数增长到315万张,其中医院占比提高至69%,卫生院占比降至23%^[9]。

同时,应该看到,卫生总费用快速增长的背后,一方面是医疗卫生机构业务收入的增加,使得医疗服务提供方的数量和质量得到提高(如:药品和设备的供应、医务人员出国进修等方面的提高)、医务人员薪酬待遇得到改善,另一方面是患者看病就医的成本也明显增加。在这一时期,由于其赖以生存的集体经济基础发生了很大改变,“合作医疗”这一农村人口的基本医疗保障制度不复存在;同时,城市经济体制改革冲击了原来基于单位的“劳保医疗”和“公费医疗”制度,一时间大部分城乡居民看病需要自己掏腰包,对于收入增加较快的人可能问题不大,但对于低收入群体和患有大病的人群,就面临“因病致贫”这一新的风险。

3.2 “两江试点”开启全民医保建设

20世纪90年代末,我国启动医疗保障制度改革。1997年1月,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》旨在解决地区间卫生发展不平衡、农村卫生和预防保健工作薄弱、医疗保障制度不健全、卫生投入不足、资源配置不够合理、医药费用过快上涨等主要问题。1998年12月,国务院召开全国医疗保险制度改革工作会议,发布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》;2002年10月,《中共中央 国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》发布,提出到2010年,在全国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村合作医疗制度。受2003年非典疫情的影响,这一决定的实施延迟到2004年。

所以,进入21世纪的头十年,我国医疗卫生领域发展和改革的主题是建立健全医疗保障制度,从分别巩固完善城镇职工基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度开始。2007年7月,针对没有医疗保障制度安排的城镇非从业居民,国务院决定开展

城镇居民基本医疗保险试点,以实现基本建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标。这一系列政策的出台,使得我国城乡居民基本医疗保险制度的覆盖面不断扩展。参加城镇职工基本医疗保险的人数从 2000 年的 0.4 亿增加到 2008 年的 3.1 亿;截至 2008 年 3 月底,全国已经开展新农合的县(市、区)数达 2679 个,占应开展(有农业人口)县(市、区)数的 98.17%,占全国总县(市、区)数的 93.57%。参加合作医疗人口 8 亿,参合率为 91.05%。随着基本医保人群覆盖率的不断提升,个人卫生支出占卫生总费用的比重从 2000 年的 60% 左右下降到 2008 年的 40% 左右^[9-11]。

3.3 启动新一轮医药卫生体制改革

2009 年 3 月,《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6 号)(以下简称《意见》)出台^[12],开启了新一轮的深化医药卫生体制改革。虽然建议中提出了包括“基本公共卫生服务得到普及”在内的一系列目标任务,但还是以控制医疗费用为主旋律,重点解决“看病贵、看病难”的问题,而且大部分医改政策是在党的十八大之后得到实质性实施的。

4 中国特色社会主义新时代的医药卫生体制改革

4.1 深化医改纳入健康中国建设

2013–2023 年这 10 年间,我国深化医改的任务既是 2009 年启动的新一轮深化医改实施方案的延续,又有新时代更高的目标和定位(图 2)。从切实缓解人民群众最为关切的“看病难、看病贵”问题入手,新一轮医改遵循“保基本、强基层、建机制”的原则,

通过完善医药卫生的四大体系及八个方面的体制机制(“四梁八柱”),着力抓好 2009–2011 年的五项重点改革,以期实现“明显提高基本医疗卫生服务可及性、有效减轻居民就医费用负担”的近期目标和“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标。

为了积极应对到 2020 全面建成小康社会期间所面临的“工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和生态环境变化等给医药卫生工作带来的一系列新的严峻挑战”,有效解决我国医药卫生工作中存在的“公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱”等问题,《意见》明确提出坚持“预防为主”的方针,强调“四大体系建设”,即:医疗服务体系、公共卫生服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系建设。

随后,国家陆续颁布 2009–2011 年三年医改重点工作、十八大报告、“十二五”医改和卫生事业发展规划,以期落实《意见》提出的任务。2016 年 8 月,全国卫生与健康大会召开,以习近平同志为核心的党中央提出了新时期卫生与健康工作方针:“以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,把健康融入所有政策,人民共建共享”。同年 10 月,中共中央、国务院颁布《“健康中国 2030”规划纲要》,开始实施健康中国战略,医改进入新的阶段。紧接着,“十三五”医改和卫生事业发展规划、十九大报告、健康中国行动等文件颁布,“十四五规划”开始实施,党的二十大召开。这一阶段的医改有两个特点:一是更加突出以人民健康为中心,将深化医改纳入健康中国建设这个系统工程;二是在保基本的基础之上更加强调医药卫生服务的高质量发展。

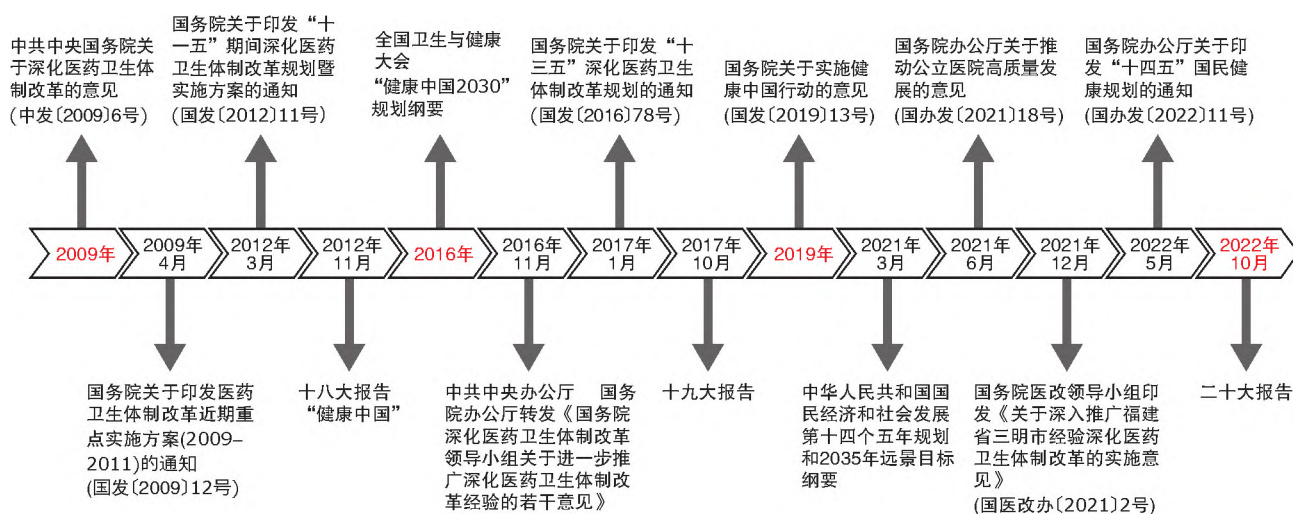


图 2 卫生健康改革与发展重要政策文件

4.2 党的二十届三中全会《决定》提出深化医改的重点任务

围绕推进中国式现代化这个核心目标,党的二十届三中全会《决定》提出了 2024–2029 年需要完成的一系列全面深化改革的重点任务。与深化医改相关的内容体现在十一、健全保障和改善民生制度体系这一部分的 3 个章节(44、45、46),重点内容如下。

(44)健全社会保障体系。发挥各类商业保险补充保障作用。推进基本医疗保险省级统筹,深化医保支付方式改革,完善大病保险和医疗救助制度,加强医保基金监管。健全社会救助体系。

(45)深化医药卫生体制改革。实施健康优先发展战略,健全公共卫生体系,促进社会共治、医防协同、医防融合,强化监测预警、风险评估、流行病学调查、检验检测、应急处置、医疗救治等能力。促进医疗、医保、医药协同发展和治理。促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局,加快建设分级诊疗体系,推进紧密型医联体建设,强化基层医疗卫生服务。深化以公益性为导向的公立医院改革,建立以医疗服务为主导的收费机制,完善薪酬制度,建立编制动态调整机制。引导规范民营医院发展。创新医疗卫生监管手段。健全支持创新药和医疗器械发展机制,完善中医药传承创新发展机制。

(46)健全人口发展支持和服务体系。加快建立长期护理保险制度。

雷海潮发表在《求是》2024/17 上的解读文章,阐述了新时代深化医改的四大意义(民生意义、强国意义、安全发展意义以及凸显社会主要制度优越性的政治意义)、五项原则(党的领导、健康优先发展、公益性、卫生工作方针、立足国情)以及六个重点任务(分级诊疗、三医协同、公共卫生、公立医院改革、科技创新、中医药发展)^[13]。

为了更好地理解二十届三中全会《决定》提出的深化医改的有关发展和改革的重点任务,可以按照任务目标和措施手段将文件中与改革紧密相关的内容进行一个梳理和分类。见表 1。

从以上的梳理和总结不难看出,有些领域的目标和手段(措施)比较清晰,而有些领域的目标和措施(手段)还有待进一步明确,这就构成了有价值的、旨在拾遗补缺的应用性政策研究的焦点问题。

三医协同、分级诊疗、公立医院改革是三中全会《决定》提出的未来 5 年深化医改的三项重点任务,受篇幅的限制,下面对重点任务的讨论将聚焦三医

协同,因为解决好三医协同问题是整个深化医改的“牵牛鼻子”工程。

表 1 党的二十届三中全会《决定》提出的深化医改任务中以改革为主题的内容

目标	手段
促进医疗、医保、医药协同发展和治理	健全目标统一、政策衔接、信息联通、监管联动等机制,建立健全体现医疗服务技术劳动价值的收费机制,有序引导群众到基层就诊,激发医疗机构和医务人员活力
加快建设分级诊疗体系	推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉;推动紧密型县域医共体全覆盖;加强基层医疗卫生服务,强化防病治病和健康管理能力
深化以公益性为导向的公立医院改革	建立稳定的财政投入政策,建立编制动态调整机制;“两个允许”,稳妥有序开展特需医疗服务;强化机构监管、行为监管、功能监管、穿透式监管、持续监管

一个公平高效的医药卫生体系,取决于这个体系中三个功能子系统的协同程度,即:医疗卫生服务系统负责提供公平高效的医疗卫生服务,医疗保障系统负责服务成本科学合理的分摊和补偿,药品和设备的生产供应系统负责确证有效的医疗投入要素的支撑保障。虽然为了提高人民的健康福祉,这三个系统缺一不可、相辅相成,但各自的优先目标是不一致的、在实际工作中甚至是有矛盾的。例如:医疗服务系统常常在追求高科技发展的同时忽视了成本控制,医疗保障系统如果过于强调控费降价就会导致患者对优医优药的需求得不到及时满足,而药械产业如果过分追求市场扩张和高额利润又会影响有限资源的有效配置。因此,三中全会《决定》将促进医疗、医保、医药协同发展和治理作为 2024–2029 年间深化医药卫生体制改革的重点任务。

作为主要指导思想,三中全会《决定》提出,要以促进社会公平正义、增进人民福祉为出发点和落脚点,更加注重系统集成,更加注重突出重点,更加注重改革实效,把经济政策和非经济性政策都纳入宏观政策取向一致性评估。同时,我们也注意到,《决定》将三医协同的顺序调整为医疗、医保、医药,这就意味着要紧紧围绕医疗卫生事业产业高质量发展目标,在认识并尊重医疗卫生行业发展规律的基础上,充分发挥医保事业、医药产业的财务保障、供应保障作用。由于医保已经成为医疗服务和医药产品的主要购买者,因此,三医协同的关键在于医保如何发挥好其战略性购买作用。

2020 年 2 月,《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》就明确提出,通过统一制度、

完善政策、健全机制、提升服务,增强医疗保障的公平性、协调性,发挥医保基金战略性购买作用,推进医疗保障和医药服务高质量协同发展^[14]。

从医疗服务成本补偿方式的变化来看,人类的医疗与医保的协同发展和治理经历了 3 个阶段:自费型医疗→补偿型医疗→管理型医疗。在传统医学时代,患者在看病时根据自己的经济能力直接以现金或实物的形式向“医生”支付一定的费用,关键词是“交易”;随着科技的发展和医疗成本的攀升,看病所需费用常常超出了个人或家庭的经济负担能力,因此从 19 世纪末开始,发端于德国的有组织的筹资模式(包括各种互助共济基金、社会医疗保险、商业医疗保险等)代替了自费型医疗制度,这时候的关键词是“补偿”,即医疗成本越来越多地由“第三方”保障组织来分摊(“赔付”);随着保障组织面临的基金收支平衡压力的增大以及“循证医学”的出现,第三方保障组织的功能逐渐从被动地赔付转变为主动地“购买”,即以“价值医疗”为目标综合考虑以下问题:买什么(不买什么)?向谁买?如何买?也就是说,保障组织逐步加强了对医疗服务方的监督管理。

所谓战略性购买就是医疗服务的购买者(医保)为了实现价值医疗的极大化这一目标,而在整个采购环节所采取的一系列制度性安排。所谓的“价值医疗”是近些年来国际上在综合评价医疗保健绩效时所广泛使用的一个理论框架(Value-based Medicine),它提倡以患者为中心,以病症为核心,强调高性价比的医疗服务,并且在结局测量中关注患者的临床指标、功能状态和康复情况。概况而言,就是以实现医疗服务的优质高效为目标导向,有针对性地设计具体的医保政策,从而为医疗服务提供方的相应行为提供激励和约束^[14]。

如图 3 所示,战略性购买的具体措施反映在“购买”医疗服务的四个关键环节上的掌握和控制。

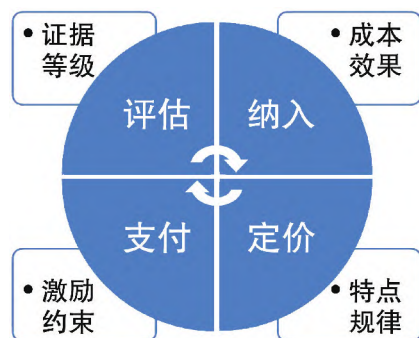


图 3 战略性采购的关键环节

第一,通过成本-效果分析,决定是否将某一项

医疗服务纳入医保报销目录。目前,我国对于创新药品的医保纳入,主要是由医保局组织每年一次的专家论证会后决定,专家论证的意见仅供官方参考。相对而言,发达国家创新药品的医保纳入决策流程具有决策主体更加多元化(多方参与)、速度更快等特点。

第二,基于对医疗服务特殊性和复杂性认识的定价。无论是政府主导还是市场主导,各国医疗行业的定价过程都呈现出明显的“路径依赖”,例如:今天的价格总是会参照昨天的价格。然而,我国医疗领域长期以来存在着“价格扭曲”的问题,即:医疗服务定价过低,药品价格相对较高,事实上存在“以药养医”的情况。实施公立医院药品销售“零差率”改革措施后,不仅药品购买和仓储、药事服务等成本补偿问题凸显,医疗服务的价格调整更是面临巨大挑战。值得借鉴的国际经验包括:在给某项技术服务定价时,应当考虑它的物耗成本、人力成本(所需专业教育、培训的年限)、体力和脑力劳动强度、执业风险等因素,应当充分尊重并发挥在第一线工作的临床专家的专业判断和积极性。

第三,支付。支付方式指的是医疗服务购买方与提供方就结算方式在两个方面(支付单元和支付额度)所做出的约定。不同的支付方式反映在所采用的不同付费单元(如:以每一项服务为单元还是每一个住院天为单元)和每一个单元的付费额度(就是价格)。支付方式之所以重要,是因为它同时具有成本补偿功能(决定在多大程度上让服务过程中所发生的总成本得到合理的补偿)、风险分摊功能(决定在实际成本超过预期标准时由谁来承担主要的财务风险)以及经济激励功能(决定怎样提供以及提供什么样的服务可以得到更多补偿)。支付制度就是各种支付方式的制度性组合,支付制度的设计者需要清楚地了解各种主要支付方式的优缺点。

第四,评估。战略性购买医疗服务的第四个环节是评估,也就是看看有无证据表明(需要考虑证据的等级高低),采取了新的纳入、定价、支付措施之后,优质高效的战略目标有没有真正实现。客观科学的评估结果对于下一轮的纳入、定价、支付措施的改革和优化有重要的指导作用。

现实情况如何?2016 年以来,我国医保人群覆盖率一直维持在 95% 以上,职工医保和城镇居民医保待遇享受人次从 2013 年的 16.7 亿增加到 2022 年的 42.6 亿^[15]。面对医保基金收支矛盾的不断增长,医保部门近些年来对自身的核心功能定位是,通

过一系列监管(如:“飞行检查”“智能处方审核”)、集采降价和支付方式改革等控费措施,规范医疗行为,“守住人民群众的救命钱”。医保部门在维护和发展世界上最大的医疗保障网、为参保人员提供便捷化经办服务、大力监督和规范医疗行为、有效控制医疗费用过快增长等方面所发挥的巨大作用,所取得的成绩来之不易。在充分肯定成绩的同时,我们应当看到,医疗和医保之间目前还存在以下突出矛盾:一是目标不一致,医疗要求高质量发展,而医保聚焦控费降价;二是权力不平衡,医保在定价和支付过程中处于强势主导地位;三是能力不对称,在医学专业能力上,医疗部门当然是内行,但医保部门尽管是“外行”,特别是不理解临床实践最大的特点是“不确定性”(患者的情况千差万别),却常常机械地套用一般性的“指南”来粗放式地管制医疗服务提供方;四是关系不和谐,由于上述矛盾造成的医方对很多保方在经办和监督过程中给医方扣上的“骗保”帽子、作出的“拒付”决定不服,但又缺乏科学、公正、有效的纠纷解决机制。因此,实现战略性购买的前提是医保部门在定位上要有两个理念的转变。

其一,在机构功能定位上,从单纯地控费降价转变为发展赋能。这里需要申明一下,我不是全盘否定控费降价的必要性,该控制的诱导需求和无效支出当然要旗帜鲜明地加以控制,而且医疗部门在加强行业自律的基础上应当欢迎医保这个第三方来帮助从业者规范诊疗行为;然而,由于医疗高质量发展和医药的创新发展都离不开医保部门在整个战略性购买过程中的支持,因此,医保部门如果单纯强调控费降价,就会影响人民群众日益增长的优医优药需求的满足,影响高质量发展,不利于调动广大医务工作者的积极性,也会限制医药卫生这个关乎民生福祉、国家安全、宏观经济增长的重要行业的创新发展。

其二,在服务对象的定位上,从只服务于参保人员转变为同时服务于参保人员以及服务于为参保人员的健康“保驾护航”的医药服务提供方(即定点医疗和医药机构,“双定机构”)。应当指出,每天需要直接应对千万个参保人员各种疾病挑战并在“第一线”与疾病作战的“将士”,不是医保部门,而是医药部门。俗话说,兵马未动粮草先行,医保部门有责任为“前方”及时提供所需的“枪炮弹药”,不能无故“克扣军饷”,更不能越权瞎指挥前方作战。因此,尽管分工不同,“三医”都是为人民的健康服务的同盟军,理应相互配合、相向而行。

接下来,改善医疗和医保关系的重点措施是建

立健全医保医疗之间的协商谈判机制。在纳入、定价、支付、评估等战略性购买的全过程中,充分发挥医疗行业学会协会的专业作用,特别是当医保与医疗双方产生矛盾、发生纠纷(例如:医院对于医保的某些“拒付”行为不满)时,充分发挥独立、科学、客观的第三方专业机构公平的评估作用。

实施医保基金的战略性购买有无财务可行性?国家医保局于2024年7月25日发布的《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,截至2023年底,全国基本医疗保险基金总收入33501.36亿元,总支出28208.38亿元(平均月支出2350.69亿元),当期结存5039.59亿元,累计结存33979.75亿元(相当于14.5个月的平均支出)^[15]。

2009年8月5日,人社部、财政部联合发布《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见(人社部发〔2009〕67号)》,规定统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余原则上应控制在6-9个月平均支付水平。城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余超过15个月平均支付水平的,为结余过多状态,累计结余低于3个月平均支付水平的,为结余不足状态。要求基金结余较多的城市适当调整基金支付政策,避免结余过多。按照这个标准,从全国总体情况来看,我国基本医保统筹基金从2013年以来基本上一直处于“过多结余”状态^[16]。

鉴于我国目前医保基金的统筹层次大多在地市级,而出现基金收支失衡问题的主要是城镇居民医保,医保最初的设计就是“现收现付制”,所以近期可以考虑分三步走,扩大和提高医保基金的互助共济范围及水平,从而解决医保基金“大河有水小河干”的问题:第一步,允许同一统筹地区(如:地级市)城镇职工和城镇居民医保基金之间实行“临时性互助解困”措施,在维持各自基金筹资和待遇水平不变的前提下,帮助出现收支失衡的“兄弟基金”度过财务难关;第二步,建立省级医保基金风险预警和调剂机制,在地市医保基金出现(或将要出现)结余不足、甚至收不抵支的情况时提供资金支持;第三步,采取多种筹资渠道(包括福利彩票)建立全国医保基金风险预警和调剂机制。

实施医保基金的战略性购买有无技术可行性?医保部门的角色定位如果能从一个医疗费用的被动赔付者转变为人民生命健康的主动投资者,就能充分发挥好医保基金这个世界上最大规模、以获得治病救人、健康改善最大“回报”为目标、以支付方式改革为手段的“健康投资基金”的战略性购买作用;通

过更加及时地纳入确证有效的创新药品和服务项目,及时满足人民“治病救人”的特殊需要并促进医疗医药的创新;通过更加合理的协商定价机制,充分尊重和体现医疗服务的技术价值,调动广大医务工作者的积极性。要实现上述目标,医保基金战略性购买的科学决策就需要基于循证医学,而大数据和人工智能可以发挥重要作用。

数字化可以促进医保管理工作的标准化和规范化。作为系统对接、数据交流最基础的语言,编码标准是信息化建设的先决条件。医疗保障信息业务编码标准主要包含医保疾病诊断和手术操作、药品、医疗服务项目、医用耗材四项信息业务编码规则。目前,医保疾病诊断、手术操作、医保药品、医用耗材、体外诊断试剂等 18 项编码标准已全部完成^[17]。编码标准的落地,彻底结束了过去数据难互认、信息难共享的历史,助力医保大数据治理向标准化建设和“统一、高效、兼容、便捷、安全”管理迈进。

用数字化进一步探索医保管理效率的提升。2023 年,《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》要求,到 2023 年底前全部统筹地区上线智能监管子系统,规范定点医药机构服务行为,初步实现全国智能监控“一张网”。同时,各地医保经办机构利用医保智能审核系统,对医保基金的使用进行日常审核结算。目前,全国统一的医保信息平台日均结算量达到 1800 万人次,最高达到 3476 万人次^[18],实际上已经产生了世界上最大规模的“真实世界的”医疗健康大数据。如果未来医保部门跟医疗部门、大数据及人工智能专家团队能够在全国智能监控“一张网”的健全和利用上更加紧密地合作,将不仅有助于发挥医保基金的战略性购买作用、从而高效推动医疗、医保、医药协同发展和治理,还会促进中国特色的医疗健康数字经济的大发展。

参考文献

- [1] World Health Organization. Health system building blocks [EB/OL]. [2024-09-24] https://extranet.who.int/nhp-tool/Building_Block.aspx.
- [2] 刘远立.健康中国建设研究报告(2023)[M].北京:社会科学文献出版社,2023.
- [3] ROBERTS M, HSIAO W, BERMAN P, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity[M]. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- [4] 刘远立.引领卫生健康事业高质量发展——读习近平总书记《正确把握推进健康中国建设的重大问题》[EB/

OL]. [2024-08-29]. https://www.cntheory.com/dszx/202402/t20240228_63376.html.

- [5] 国家卫生健康委员会. 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. [2024-08-29]. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202408/content_6971241.htm.
- [6] 刘远立.公立医院改革:为何改?如何改?[J].中国卫生,2015(6):30-31.
- [7] 世界银行,世界卫生组织,财政部,等.三方五家”医改联合研究报告发布[EB/OL].(2016-07-22)[2024-09-24]. http://www.xinhuanet.com/politics/2016-07/22/c_129170783.html.
- [8] 国家卫生健康委员会.1998 年卫生事业发展统计公告 [EB/OL]. [2024-09-24]. <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/200804/19428.shtml>.
- [9] 中共中央,国务院.中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定 [EB/OL]. (1997-01-15) [2024-09-24]. <https://www.pkulaw.com>.
- [10] 姚力.中国共产党对医疗保障制度的探索与经验[J].当代中国史研究,2011,18(4):28-35.
- [11] 中共中央,国务院.关于深化医药卫生体制改革的意见 [EB/OL]. (2009-04-08) [2024-09-24]. http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.html.
- [12] 雷海潮.深化医药卫生体制改革 [EB/OL]. (2024-09-01) [2024-09-24]. http://www.qstheory.cn/dukan/qs/2024-09/01/c_1130197115.html.
- [13] 中共中央,国务院.中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见 [EB/OL]. (2020-03-06) [2024-09-24]. http://www.qstheory.cn/yaowen/2020-03/06/c_1125669563.html.
- [14] 刘远立.促进医保、医疗、医药协同发展和治理[J].行政管理改革,2023(3):4-13.
- [15] 国家医保局.2023 年全国医疗保障事业发展统计公报 [EB/OL]. (2024-07-25) [2024-09-24]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/25/art_7_13340.html.
- [16] 人力资源和社会保障部,财政部.关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见 [EB/OL]. (2009-08-05) [2024-09-24]. https://www.gov.cn/zwgg/2009-08/05/content_1384088.html.
- [17] 国家医疗保障局.国家医疗保障局关于印发医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法的通知 [EB/OL]. (2019-10-08) [2024-09-24]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/8/art_53_1837.html.
- [18] 国家医疗保障局.国新办举行加强医疗保障基金使用常态化监管国务院政策例行吹风会 [EB/OL]. (2023-06-09) [2024-09-24]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/6/9/art_14_10782.html.

(收稿日期 2024-09-10; 编辑 张治国)