

三医协同治理视角下我国儿童健康保障政策量化分析

喻月慧^{1,2*} 李 珍³

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872
2. 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872
3. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

【摘要】目的:从三医协同治理视角出发分析新医改以来我国的儿童健康保障政策,为完善政策体系、提高儿童健康保障福祉提供参考。方法:采用内容分析法,构建“政策工具—政策目标”分析框架,对2009年至今中央层面发布的与儿童医疗、医保、医药密切相关的51份政策文本进行编码和量化分析,揭示其主要特征。结果:我国儿童健康保障政策整体偏向于医疗和医药领域,医保方面的政策较少;“三医”领域都有较清晰、集中的政策目标和工具,但是跨领域联动环节的政策工具不足;医疗领域以供给型政策工具为主,其中医疗服务价格调整是短板;医保领域最常用的是完善管理体制机制、法规管制这两类环境型政策工具,其作用目标相对模糊;医药领域以环境型政策工具为主,直接作用于儿童药供给的政策工具偏少。结论:儿童健康保障领域应重点补齐医保政策短板,增强医保对医疗和医药两个领域的激励和调节作用,同时应重视在三医联动环节增加政策工具。

【关键词】儿童健康保障;三医协同治理;政策工具;政策分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.09.002

Quantitative analysis of China's child health protection policy from the perspective of the synergistic governance on healthcare, insurance and pharmaceutical sectors

YU Yue-hui^{1,2}, LI Zhen³

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China
2. Centre for Health Protection Research, Renmin University of China, Beijing 100872, China
3. School of Political Science & Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 Objective: To analyze China's child health protection policy since the new health care reform, guided by the concept of synergistic governance of the health care, insurance and pharmaceutical sectors, so as to provide a reference for improving the policy system and enhancing the health protection and well-being of children. Methods: A “policy tool-policy goal” analysis framework is constructed to codify and quantify 51 policy texts published since 2009 that are closely related to children's healthcare, health insurance and pharmaceuticals, using the content analysis method, to identify their key features. Results: Child health protection policies in China are generally biased towards the medical and pharmaceutical sectors, and there are fewer policies in health insurance; there are clear and focused policy objectives and tools in all three sectors, but insufficient policy tools to link them; the medical sector is dominated by supply-side policy tools, among which the price adjustment of medical services is a shortcoming; the two most commonly used environmental policy tools in the health insurance sector are the improvement of institutional management mechanisms and regulatory control, and their role goals are relatively; the pharmaceutical sector is dominated by environmental policy tools and policies work directly on medical supply to children are insufficient. Conclusion: In the field of children's health security, more attention should be paid to

* 基金项目:中国人民大学健康保障研究中心“完善中国儿童医疗保障制度研究”(2022K20156)

作者简介:喻月慧(1990年—),女,讲师,主要研究方向为健康保障。E-mail: yuyuehui@ruc.edu.cn

通讯作者:李珍。E-mail: lizhen1113@vip.sina.com

making up for the shortcomings of health insurance policies, in order to strengthen the incentive and regulatory role of medical insurance in both the healthcare and pharmaceutical sectors. In addition, more emphasis should be placed on strengthening linkage of these three sectors.

【Key words】 Child health protection; Synergistic governance on healthcare, insurance and pharmaceutical sectors; Policy tools; Policy analysis

儿童健康保障是我国整体医药卫生事业发展的重要组成部分。新医改以来,我国先后制定了多项针对儿童健康的行动计划和政策法规,在历次综合性卫生体制改革中也强调保障儿童的权益,实践中逐步搭建起了医疗、医保、医药三医协同的健康保障政策体系,为儿童保驾护航。

现有研究以分析儿童健康保障面临的实际问题为主^[1-4],较少关注解决这些问题的政策供给。仅有的少量政策研究分散在“三医”中的单个领域^[5-6],未能呈现出较近一段时期内整体的儿童健康保障政策格局。党的二十大报告中提到要“深化医药卫生体制改革,促进医保、医疗、医药协同发展和治理”^[7],本研究从最新政策理念出发对新医改以来我国儿童健康保障领域的重要政策文本进行了量化分析,系统讨论了这一阶段儿童医疗、医保和医药各领域的主要政策工具、目标及“三医”政策的协同性。在此基础上,本研究指出了现有儿童健康保障政策体系有待调整和加强的地方,可为完善政策体系、提高儿童健康保障福祉提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究以“儿童”“医疗”“卫生”“健康”“保险”“保障”“医药”“用药”等为关键词,通过访问国务院、国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家药品监督管理局等政府网站以及北大法宝数据库,检索获取了2009年3月至2022年12月国家层面发布的有关儿童健康保障的政策文本^①。保障儿童健康是我国整体医药卫生体制改革的重要组成部分,因而本研究纳入的政策文本既包含明确针对儿童制定的政策,也包含涉及儿童健康保障福祉的全局性政策文本。

本研究确立的文本纳入标准为:(1)发文机关属于中央政府层面;(2)政策文本涉及到儿童医疗、医

保、医药相关的内容;(3)政策类型包括法律、行政法规和部门规章;(4)政策文本能展现儿童健康保障制度的架构,有明确的目标和政策工具。据此检索到与前述关键词匹配的法律文本和行政法规三百余篇,以及大量部门规章。研究人员对文本进行了筛选,排除标准为:(1)文本内容与本研究关注的儿童健康保障“三医”政策体系相关度较低;(2)文本内容与其他文件重复度高,没有新的政策工具;(3)针对特定医疗卫生服务事项的细节规范,比如针对儿童血液病救治、青少年近视防控等发布的政策。经人工判读,最终纳入51个政策文本,其中有28项(54.9%)是特别针对儿童的政策,其余23项(45.1%)为非针对性政策文本,儿童是政策的目标群体之一。

1.2 分析框架

本研究基于三医协同治理视角,分析中同时包含有关儿童医疗、医保和医药三个领域的政策。分析框架上,本研究使用由Rothwell和Zegveld提出的政策工具理论,将政策工具划分为供给型、需求型和环境型三类,构建“政策工具—政策目标”二维分析框架。^[8]供给型政策工具对政策目标起直接促进作用,通常体现为资金、人才、设施、技术等方面的支持;需求型政策工具对政策目标起拉动作用,释放对政策目标的需求;环境型政策则对政策目标起间接促进作用,通常体现为通过规划、税收、法规管制等方式提供有利的政策环境。政策工具分析近些年被广泛应用于卫生政策量化研究中^[5,9],与本文的研究议题适配度高。

1.3 分析方法

本研究主要采用内容分析法,以“文本序号-政策领域-政策类型-政策工具”方式对符合研究目标的51份政策文本进行编码。比如:9-3-3-2代表第9份政策文件《关于保障儿童用药的若干意见》(国卫药政发

① 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》发布,拉开了新医改的序幕。

[2014]29号)中“建立申报审评专门通道”的内容,政策领域为“三医”中的第3类(医药),政策类型属

于第3种(环境型政策),政策工具是该类属下的第2种(儿童药审批)。本研究部分编码结果展示如表1。

表1 政策文本编码结果示例

政策文件名称	领域	文本内容	编码
关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见(国发[2016]3号)	医保	进一步完善门诊统筹,逐步提高门诊保障水平。逐步缩小政策范围内支付比例与实际支付比例间的差距。	14-2-2-2
关于印发加强儿童医疗卫生服务改革与发展意见的通知(国卫医发[2016]21号)	医疗	进一步加大政府投入,重点支持地市级儿童医院、综合医院儿科和省、市、县妇幼保健机构建设。	16-1-1-1
关于改革完善短缺药品供应保障机制的实施意见(国卫药政发[2017]37号)	医药	实行短缺药品监测信息每月零报告制度,完善监测指标,提高监测效率。指导地方各级部门及时分析、处理和上报监测信息,建立国家、省、地市、县四级监测网络体系和预警机制。	27-3-2-4

2 结果

2.1 儿童健康保障政策基本情况

从纳入研究的51项政策文本来看,新医改至今,我国儿童健康保障领域核心的政策发文包括指导性政策(15项)和规范性政策(36项)两类。指导性政策文件包含宏观的医药卫生体制改革意见、儿童发展纲要、健康中国规划等,这些文件将保障儿童健康纳入了更高位的儿童事业发展议程,从整体医药卫生体制改革层面为儿童健康保障的政策布局提供了框架。规范性政策文件关注儿童健康保障领域的现实困境,针对医疗卫生服务定价、儿科队伍建设、医疗保障覆盖、儿童用药供给与管理等具体议题而出台。

所纳入的文本有34项(66.7%)由单独部门发布,事权集中在“三医”体系内单个领域;余下的17个文本(33.3%)由多部门联合发文,所涉政策议题的事权分散,初步体现了三医协同的特征。

本研究对儿童“三医”领域所涉及的政策文本进行了编码,共析出儿童医疗卫生服务政策工具节点430个、医疗保障政策工具节点146个、儿童用药政策工具节点220个(表2)。总体来看,我国儿童健康保障政策工具偏向于医疗领域(54.02%),其次是医药(27.64%),医保方面的政策工具偏少(18.34%)。儿童医疗卫生服务领域以供给型政策工具为主(55.35%),儿童用药以环境型政策工具为主(53.18%),医保方面在三类政策工具使用上比较平衡。

表2 我国儿童健康保障政策工具分布表(n, %)

政策类型	儿童医疗卫生服务	儿童医疗保障	儿童用药
供给型	238(55.35)	56(38.35)	74(33.64)
需求型	81(18.84)	44(30.14)	29(13.18)
环境型	111(25.81)	46(31.51)	117(53.18)
合计	430(100.00)	146(100.00)	220(100.00)
总占比	54.02	18.34	27.64

2.2 儿童健康保障各领域政策工具分布情况

表3呈现了儿童健康保障各领域政策工具的使用和分布情况。医疗卫生服务领域,供给型政策工具中“完善儿科服务体系”占比最高(22.33%),其次是科技及信息化支持、资金投入、儿科人才支持、儿科机构改革和建设,较少关注中医发展和社会力量参与;需求型政策工具强调规范儿科医疗行为(11.40%),此外也关注调控医疗费用和引导分级诊疗;环境型政策工具主要是完善管理体制机制(8.84%)、法规管制(7.21%)和宣传引导(6.74%),在优化资源配置和对儿科提供政策优惠方面的措施较少。

在儿童医疗保障领域,完善管理体制机制(10.96%)和法规管制(9.59%)这类环境型政策工具最常用;供给型政策工具主要关注医保基金管理和支付改革,各占总政策工具节点的6.85%;需求型政策工具主要包括待遇清单与目录调整(9.59%)、扩大医保覆盖范围(7.53%)、改善医保服务(6.85%)和扩大门诊支付(6.16%)四类,使用上相对均衡。

儿童用药领域以环境型政策为主,主要的政策工具是制定用药规划和清单(16.36%)以及强化监管评估(13.18%),其次是法规制度建设和儿童用药审批,在药品目录调整、对儿童药提供市场保护与优惠及宣传引导方面的政策较少。在供给型政策工具中,药物购用管理占比最高(11.82%),医师药师管理和资金投入方面政策较少;直接作用于用药需求侧的政策工具较少,主要包括开展药品再评价、用药需求监测、特殊用药保障和处方点评。

表 3 我国儿童健康保障相关政策具体的工具、名称及占比

政策类型	儿童医疗卫生服务		儿童医疗保障		儿童用药	
	政策工具	频次(%)	政策工具	频次(%)	政策工具	频次(%)
供给型	儿科机构改革和建设	18(4.19)	分类保障	7(4.79)	医师药师管理	5(2.27)
	发展中医	15(3.49)	医疗救助	5(3.42)	人才队伍建设	13(5.91)
	科技及信息化支持	41(9.53)	信息化支持	8(5.48)	药物购用管理	26(11.82)
	儿科人才支持	27(6.28)	资金投入	8(5.48)	平台建设及信息化	14(6.36)
	资金投入	31(7.21)	发展商业保险	8(5.48)	资金投入	4(1.82)
	鼓励社会力量参与	10(2.33)	基金管理	10(6.85)	发展中医药	12(5.45)
	完善儿科服务体系	96(22.33)	医保支付改革	10(6.85)		
需求型	引导分级诊疗	14(3.26)	改善医保服务	10(6.85)	特殊用药保障	7(3.18)
	规范儿科医疗行为	49(11.40)	扩大门诊支付	9(6.16)	药品再评价	10(4.55)
	调控医疗费用	18(4.19)	待遇清单与目录调整	14(9.59)	处方点评	4(1.82)
			扩大覆盖范围	11(7.53)	用药需求监测	8(3.64)
环境型	提供政策优惠	4(0.93)	优化资源配置	1(0.68)	制定用药规划和清单	36(16.36)
	优化资源配置	9(2.09)	政策倾斜	3(2.05)	儿童用药审批	15(6.82)
	法规管制	31(7.21)	宣传引导	4(2.74)	药品目录调整	6(2.73)
	宣传引导	29(6.74)	法规管制	14(9.59)	市场保护与优惠	8(3.64)
	完善管理体制机制	38(8.84)	完善管理体制机制	16(10.96)	宣传引导	7(3.18)
			协同供给侧的改革	8(5.48)	法规制度建设	16(7.27)
					强化监管评估	29(13.18)

2.3 政策目标—政策工具二维分布情况

本研究整理了 51 份政策文本所要实现的关键政策目标,在编码过程中将政策工具与目标不断匹配,以此计算在各个政策目标上投入的政策工具比例。一个政策工具可能对应多个政策目标,因此政策目标统计总频次高于政策工具数量。

表 4 显示了儿童健康保障各领域的主要政策目标以及政策工具与各个政策目标的交叉分析结果。从使用政策工具的占比来看,当前我国儿童健康保障领域的关键政策目标是增加儿科医疗服务供给总量(21.35%),其次是优化儿童医疗资源布局(12.46%)、增加儿童用药市场供给(12.27%)、促进医院合理使用儿童药(10.63%)、增强儿童医疗保障水平(10.24%)和强化基层儿科医疗服务(9.47%)。

儿科医疗服务方面,增加儿童医疗服务供给和优化儿童医疗资源布局两类政策目标以供给型政策工具为主,占比均超过 50%,需求型和环境型政策工具偏少,对儿科医疗服务供给的激励较弱。强化基层儿科医疗服务方面以供给型和环境型政策工具为主,合理引导医疗服务需求流向基层的政策较少。作用于儿科医疗服务价格调整的政策工具整体偏少

(5.6%),且限于调控医疗费用、法规管制、宣传引导等较泛化的政策工具,缺乏明确的价格调整机制。

儿童医疗保障方面的主要政策目标是提高这一群体的医疗保障水平(10.24%),政策工具使用较为平衡。在编码中,这一政策目标实际包含了两项内容,一方面是提高困境儿童的医疗保障水平,以供给型政策工具为主,例如强化分类保障、加大医疗救助等;另一方面是从整体上提高儿童的医疗保障水平,以环境型政策工具为主,强调对儿童的政策倾斜以及协同儿科医疗服务改革,直接作用于医保供给和需求两侧的政策不足。除提高保障水平外,提升医保基金使用效能(7.54%)、扩大儿童参保率(5.41%)、引导儿科医疗实践(3.96%)也是重要的政策目标,三者都主要采用供给型政策工具。

医药方面,增加儿童用药市场供给主要采用环境型政策工具,例如加快儿童药审批、对儿童药实施市场保护与优惠等,直接作用于儿童药生产和需求引导的政策较少;促进医院合理用药则以供给型政策工具为主,集中在药物购用管理机制建设方面;推动医保报销是促进儿童药生产的重要动力,这方面政策工具较少,尤其缺乏供给型政策工具。

表4 “政策工具—政策目标”二维交叉分析结果(n,%)

领域	关键政策目标	供给型政策	需求型政策	环境型政策	合计	总占比
医疗	增加儿科医疗服务供给	131(59.28)	41(18.55)	49(22.17)	221(100.00)	21.35
	优化儿童医疗资源布局	72(55.81)	28(21.71)	29(22.48)	129(100.00)	12.46
	强化基层儿科医疗服务	42(42.86)	14(14.29)	42(42.86)	98(100.00)	9.47
	合理调整儿科医疗价格	0(0.00)	32(55.17)	26(44.83)	58(100.00)	5.60
医保	扩大儿童参保率	26(46.43)	11(19.64)	19(33.93)	56(100.00)	5.41
	增强儿童医疗保障水平	38(35.85)	37(34.91)	31(29.25)	106(100.00)	10.24
	提高基金使用效能	33(42.31)	18(23.08)	27(34.62)	78(100.00)	7.54
	引导儿科医疗实践	19(46.34)	9(21.95)	13(31.71)	41(100.00)	3.96
医药	增加儿童用药市场供给	30(23.62)	25(19.69)	72(56.69)	127(100.00)	12.27
	促进医院合理用药	58(52.73)	10(9.09)	42(38.18)	110(100.00)	10.63
	推动医保报销儿童药	0(0.00)	5(45.45)	6(54.55)	11(100.00)	1.06

3 讨论

自新医改以来,我国围绕儿童健康保障已形成较为清晰的政策供给格局,推动着儿童健康事业稳步发展。2022年全国婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率分别下降到4.9‰和6.8‰,降至历史最低水平,儿童健康核心指标水平位居全球中高收入国家前列。^[10-11]然而,与其他群体相比,儿童在健康保障方面仍旧相对弱势。^[1]

在现有政策供给下,儿童“看病难、看病贵”的问题仍旧较为突出。这一问题的直接原因是儿科医疗卫生服务供给总量不足且分布结构失衡,推高了儿童的就诊成本。^[1]对此,现有政策工具主要瞄准增加儿科医疗服务供给和优化儿童医疗资源布局两大目标。从三医全局来看,实现这两项医疗领域政策目标既需要医疗保险制度发挥好调节作用,也需以充足的儿童用药作为保障。当前我国儿童健康保障既有“三医”各领域相对独立的问题,也有跨领域的问题,需要从协同治理角度出发调整政策供给。

3.1 儿童医疗服务领域调价工具不足

儿科单次诊疗耗时长、用药量偏小,在统一划定的医疗服务定价体系中,儿科效益更差,因而医生不愿意选择儿科执业,综合医院也不愿重点发展儿科。^[1,12]服务供给不足导致儿童就医难,就诊中“三长一短”问题突出。“收支两条线”管理模式,基层儿科重预防、轻治疗,患儿不能就近看病,儿科医疗资源的“倒三角形”配置不断强化。

无论是总量不足还是结构失衡,儿科医疗服务发展困境的根源都在于价格扭曲。现有政策偏向于使用机构建设、人才支持等供给型政策工具来解决

问题,在服务价格改革方面缺乏明确的实施细则,相关政策工具偏少。不解决定价问题,其他政策就容易“治标不治本”。

2021年由国家医保局等八部门印发的《深化医疗服务价格改革试点方案》是完善医疗服务价格改革的最新指导文件。该文件要求建立更可持续的价格管理总量调控机制,允许历史价格偏低、医疗供给不足的薄弱学科项目价格优先调整。儿科是本次价格改革的领域之一,方案中未强调儿科的特殊性,也缺乏有针对性的调价措施。此外,方案中提到特需服务实行市场调节价,同时限定公立医疗机构实行市场调节价的比例不能超过10%。如果价格调整不及时,儿科特需服务又增加了约束,必将进一步影响儿科医疗服务供给。

3.2 体现“儿童优先”的医保政策较少

当前涉及儿童医保的政策工具主要分布在《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》([国办发[2015]57号])《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》([国发[2016]2号])《关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》(医保发[2020]33号)《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》(国办发[2021]14号)等全局性政策文本当中,儿童只是政策覆盖的人群之一。

儿童所参加的城乡居民基本医疗保险整体筹资水平低,在资金使用上注重保住院、保大病,对普通门诊设置了较高的起付线。儿童的医疗服务利用主要集中在常见的呼吸和消化系统疾病,门诊频次高、门诊累计花费也高,门诊中能获得的医保补偿偏低。^[1,3]即使住院,儿童常见病的住院费用一般也低于成人,医保报销时设置统一的起付线实际上也降

低了对住院患儿的补偿水平。

受制于整体筹资水平,医保领域扩大门诊支付这类需求型政策工具使用较少,偏向儿童的待遇清单与目录调整虽然多次提及,但政策执行难度大。在新农合和城镇居民医疗保险合并之后,居民医保基金的收支压力进一步增加,需求型政策工具的执行困境更为突出,未来应出台政策来增强儿童医保筹资能力。

3.3 直接作用于儿童药供给的政策偏少

受限于实验伦理,儿科药物临床基础较为薄弱,研发和用药评审难度大,儿童药生产厂家少、品种少、适用剂型少已成全球普遍问题。^[1]《2016 年儿童用药安全调查报告白皮书》显示我国 3 500 多种药品中专供儿童使用的仅占 1.7%。为了满足治疗需求,医院通常减量使用成人药品,容易因滥用抗菌药物、维生素等导致药物积蓄中毒和其他药源性疾病。^[13]

我国已陆续公布了四批“鼓励研发申报儿童药物清单”,儿童药市场却始终处于关注度高、实践热度低的状态。^[14]儿童药的用药人数多、市场广,但是研发和生产的性价比偏低,激励不足引发了供需矛盾。当前我国儿童用药政策以强化监管、加快审批等环境型政策工具为主,直接作用于儿童药生产的供给型政策较少,尤其是缺少人才队伍建设和资金投入方面的政策。企业生产儿童药的能力和主动性不足,配套的环境型政策便难以发挥实质作用。

儿童用药领域的供给型政策对应两个目的,一是增加儿童用药市场供给,二是促进医院合理用药,从政策工具的分布来看更关注儿童用药安全管理。“合理用药”目标实际是由儿童用药供给问题衍生的,即因为超说明书用药较为普遍,政策不得不强化管理。未来的政策注意力应着眼于推动儿童药供给,以儿童药逐步替换超说明书用药,以此解决衍生问题。

3.4 儿童健康保障“三医”协同性有待加强

新医改以来的 50 余份儿童健康保障核心政策中,多数发文有明确的政策领域,关注“三医”中某一特定领域,尤其是儿科医疗和医药两个领域。2016 年《关于印发加强儿童医疗卫生服务改革与发展意见的通知》(国卫医发[2016]21 号)将儿童“三医”问题放在了同一个政策文本中,其中医疗服务改革是核心,医保和医药作为加强儿童医疗卫生服务的辅助措施。该文件虽然同时涉及医疗、医保、医药,“三

医”之间的关联机制仍是模糊的,缺乏具体的协同治理方案。

现有儿童健康保障政策在“三医”各领域都有较清晰、集中的政策目标和政策工具,但是在跨领域联动环节的政策工具明显偏少,协同性仍需提升。如在医疗领域,理顺儿科医疗服务价格机制既能增加服务供给,也能为医保支付提供信息基础,针对这一目标的政策工具仅占 5.6%;作为儿科医疗服务的主要买方,医保方的差异化结算和打包支付政策有助于扭转儿科医疗资源“倒三角形”配置,当前引导儿科医疗实践的政策工具仅占 3.96%;推动医保报销儿童药能直接促进儿童医药的发展,这类政策工具仅占 1.06%。

4 政策建议

4.1 重点调整和增加医保领域政策供给

首先,应进一步调整和平衡现有政策工具。对于提高儿童医疗保障水平而言,增强医保基金对儿科医疗服务的购买力度、针对儿童就诊特征扩大门诊支付以及保障措施向儿童倾斜尤为重要,未来应加强战略购买、扩大门诊支付、待遇清单与目录调整等政策工具的使用。针对提高儿童参保率这一政策目标,可以考虑变自愿参保为强制参保,让所有儿童自动进入基本医疗保险体系。

另一方面,应有新的政策工具推动儿童的医保筹资。考虑儿童就诊的特殊性,现有城乡居民医疗保险制度应有所调整,资金使用上适度体现“儿童优先”。同时,还需要新增政策工具去寻找医保基金增量。如将居民医保的定额筹资改为费率制,以此扩充基金总量,让儿童能从增量提升中受益。^[15]此外也可考虑在 2021 年《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》的基础上进一步探索家庭联保,率先将参保职工的未成年子女纳入,让这部分人从目前的个人账户“小共济”走向全体参保人群“大共济”,充分利用好职工基本医疗保险统筹基金结存。^[16]

4.2 在医保和医疗联动环节增加政策工具

首先,医疗供给型政策工具中应强化科技和信息化支持,支撑儿科价格调整。当前应着力完善全国层面的儿科就诊信息采集和管理系统,及时、准确地获取各类医院儿科常见病服务总量、医疗人员和器械投入量、服务收支差等基础信息,综合利用数据

建模和专家研判等方式动态调整儿科常见病定价标准。理顺儿科价格机制,对于留住儿科人才、构建儿科分级诊疗体系、落实医保支付等其他系统性问题都有助益。

另一方面,医疗需求型政策工具应重视与医保改革联动,尤其是将医保差异化结算作为引导分级诊疗的重要工具。基层医疗机构更便捷、成本更低,未来应结合儿科医疗服务调价来确定各层级医院儿科报销比例,偏向基层,吸引普通儿科患者到基层医院就诊,逐步盘活基层医院竞争力。

4.3 推动儿童医药和医疗系统良性发展

首先,应增加推动儿童药研发生产的供给型政策。如通过直接支持儿童药物研发类科研项目、对相关领域专业人才开展培训、搭建多方交流平台等方式汇聚人才优势,推动创新性研究。同时,应增加“国际交流”类的政策工具,充分学习、借鉴其他国家在儿童药研发及政策制定方面的经验。在三医协同体系下,医药领域还需增强“部门协作”类政策工具,疏通儿童药进医保目录、进医院、患儿使用各环节的障碍,增强儿童药研发生产的市场信心。

其次,规范儿科用药实践的政策工具应变约束为指导,在儿童用药可及性和安全性之间寻求新的平衡。可考虑建立全国性的儿童用药信息上报机制,敦促医疗机构对儿科处方中出现频率较高的共用药进行统计,建立用药品类、剂量、疗效、安全性等方面的数据库,利用定性评估、仿真等方法形成用药共识,据此尽快出台儿童超说明书用药指南,让儿科医生有用药依据,降低医院的管理成本。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 喻月慧,李珍. 中国儿童健康保障现状、问题及三医协同治理策略[J]. 社会保障研究, 2023(3): 18-28.

[2] 王晰,殷涛,杨慧敏,等. 城市社区卫生服务中心儿童健康服务能力现状研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(28): 3571-3577.

[3] 万泉,张毓辉,柴培培,等. 中国儿童卫生费用核算结果与分析:基于“卫生费用核算体系 2011”[J]. 卫生经

济研究, 2015(7): 7-10.

[4] 赵建国,温馨. 城乡居民基本医疗保险对儿童健康的影响:基于中国家庭追踪调查数据的实证研究[J]. 社会保障研究, 2021(4): 44-56.

[5] 李新宇,邵蓉,白铭钰,等. 我国儿童药保障政策文本量化分析:基于政策工具、政策目标的二维框架[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 68-73.

[6] 徐楠,顾雪非,向国春. 中国儿童医疗保障政策述评[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(3): 32-35.

[7] 习近平. 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗:在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[M]. 北京:人民出版社, 2022.

[8] Rothwell G, Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and technology[M]. ME Sharpe, 1985.

[9] 邓清文,郑焱莉,魏艳,等. 政策工具视角下我国肿瘤防治领域政策文本研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(7): 16-23.

[10] 三个“降至历史最低水平”显示我国妇女儿童健康水平进一步提升[EB/OL]. (2023-06-01)[2023-07-03]. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202306/content_6884037.htm

[11] 国家卫健委:中国婴儿及5岁以下儿童死亡率远低于中高收入国家平均水平[EB/OL]. (2022-09-07)[2023-07-03]. <https://news.hexun.com/2022-09-07/206725727.html>

[12] 李璇,杨燕绥,袁向东. 儿科医生工作满意度、职业倦怠与离职意向的相关性:基于广东省三甲医院的调查[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(11): 68-72.

[13] 肖月,孙潭霖,赵琨等. 我国儿童药品供应保障体系核心问题及对策[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(6): 6-9.

[14] 行研:我国儿童用药行业发展浅析[EB/OL]. (2022-05-27)[2023-07-03]. <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20220527/content-1364491.html>

[15] 李珍,张楚. 论居民医保个人筹资机制从定额制到定比制的改革[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(7): 1-10.

[16] 李珍. 迈向高质量全民统一覆盖的医疗保险制度[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(1): 2-8.

[收稿日期:2023-07-06 修回日期:2023-08-05]

(编辑 赵晓娟)