

整体性治理视域下多层次医疗保障体系的概念厘定、发展困境及路径选择

龚曦^{1,2*} 王红波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. 山西医科大学管理学院 山西晋中 030600

【摘要】多层次医疗保障体系内涵不清晰及治理碎片化使医疗保障高质量发展受到挑战。文章以整体性治理理论对多层次医疗保障体系概念内涵进行厘定,从制度的本质属性及直接功能角度区分了托底层、基本层和补充层,并对各层次及其所含子制度间的关系做了阐释。进而从整体性治理视域检视了当下实践,发现碎片化管理思维主导、子制度功能定位不清、政策协同性不足、参与主体单一、平等协商机制缺乏等困境制约着多层次医疗保障体系的整体效能,需要从整体性治理视角采取系统性、针对性改革予以完善。

【关键词】整体性治理;多层次医疗保障;碎片化;政策协同

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.02.001

The conceptual definition, development dilemma, and path selection of a multi-level healthcare security system under the perspective of holistic governance

GONG Xi^{1,2}, WANG Hong-bo³

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Health Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

3. School of Management, Shanxi Medical University, Jinzhong Shanxi 030600, China

【Abstract】The unclear connotation and fragmented governance of the multi-tiered medical security system pose challenges to its high-quality development. This article redefines the concept and connotation of the multi-tiered medical security system using holistic governance theory. It distinguishes the bottom layer, basic layer, and supplementary layer from the perspective of the essential attributes and direct functions of each system. Furthermore, from the perspective of holistic governance, the article analyzes the current reform practice and finds that fragmented management thinking, unclear positioning of sub-system functions, insufficient policy coordination, single participation subject, and lack of equal negotiation mechanisms are constraints on the overall effectiveness of the multi-tiered medical security system. Therefore, it is necessary to adopt systematic and targeted reform measures from the perspective of holistic governance to improve the system.

【Key words】Holistic governance; Multi-level healthcare security system; Fragmented; Policy coordination

1 问题提出

中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)中提出“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”,在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

* 基金项目:中国人民大学“中央高校建设世界一流大学(学科)和特色发展引导专项资金”支持项目;国家社会科学基金(22BRK037)

作者简介:龚曦(1992年—),女,博士研究生,主要研究方向为健康保障。E-mail:xigong0504_xg@163.com

通讯作者:王红波。E-mail:whb2020@ruc.edu.cn

体系”^[1],明确了医保改革目标是建立多层次医疗保障体系。然而,“多层次医疗保障体系”改革在理论和实务两个层面均存在不足:从理论层面看,“多层次医疗保障体系”仍需进一步明确,不同制度的分层依据和制度间关系也不够清晰;从实务层面看,多层次医疗保障体系虽然实现了一定的保障效果^[2],但仍面临制度分割和碎片化^[3]、基本医保之外制度发展缓慢^[4]、基本医保和其他保障制度衔接不畅^[5]、不同主体责任不均衡等问题^[6]。

本文认为,多层次医疗保障体系理论内涵不清晰与实践困境之间具有内在因果关系,由于不能从理论上清晰阐释“多层次”具体内涵、不同层次相互关系等关键问题,也就难以为制度实践提供科学指导,甚至误导实践方向。这种理论和实践双重困境的根源在于,长期以来学界和实务界都未将“多层次医疗保障体系”视为一个整体性治理对象,而是沿用碎片化的理论研究和治理思维,使各项制度改革处于“碎片化”状态,政策协同性不够,难以发挥“多层次”的整体效能。鉴于此,本文将整体性治理与多层次医疗保障体系相结合,把多层次医疗保障体系建设上升至治理的理论高度,进一步厘定多层次医疗保障体系的概念内涵,在此基础上,以整体性治理理论检视多层次医疗保障体系存在的问题,并提出整体性改革建议。

2 整体性治理理论内涵及我国多层次医疗保障体系的概念厘定

2.1 整体性治理的理论内涵

整体性治理(holistic governance)以治理理论为基础,着眼于治理的整体性视野。其产生背景包括:一是新公共管理所推崇的竞争机制虽然提高了政府运行效率,但也带来了公共管理的“碎片化”,突出体现在分工细化的部门改革使得部门间政策冲突更加频繁,且跨部门协调日益困难,人们开始谋求整体性的应对之道。二是信息化迅速发展使政府可以在信息共享的基础上进行部门功能整合,改善公共管理的“碎片化”。^[7]该理论包括治理理念、治理主体和治理机制等核心内容。

从治理理念看,整体性治理是对新公共管理的超越,摆脱了单一的经济效率目标,回归到应对社会问题的价值追求上,强调政府以解决公共问题为追求并注重政策整合。从治理主体看,整体性治理秉持了多元主体参与原则,主张多元主体通过协商、沟

通达成应对公共问题的共识。它注重政府的资源整合作用,认为政府更具有整合和协调不同主体的责任和能力,进而发挥市场和社会力量的功能。^[8]从治理机制看,整体性治理突出了协调与整合,并注重对现代信息技术的运用。其包含四个维度:一是协调维度。即协调主体间利益以缓解整体网络关系,增强治理主体间的合作动力。二是整合维度。即政府要致力于不同部门的功能整合,解决公共服务碎片化问题,提供无缝隙的整合型服务。三是信任维度。要求建立不同主体间的信任机制以强化凝聚力。^[7]四是技术维度,要重视信息技术应用,建立跨部门信息共享平台为公共问题整体性应对提供条件。

整体性治理理论内涵可为分析和解决碎片化公共政策和公共管理问题提供有益框架,也能够为解决多层次医疗保障体系因缺乏整体性治理视野导致的碎片化问题提供指导。

2.2 多层次医疗保障体系的概念变迁与争议

“多层次医疗保障体系”理论内涵与医保改革变迁密切相关。从直接含义看,它指医疗保障包含不同的层次结构,各层级共同构成医保整体体系。概念提出的目的在于构建分层别类的医疗保障形式以满足不同层级保障需求。从提出背景看,原因是国家主导的社会医疗保险无法完全满足全人群健康需求,期望多元力量与政府相配合,为全体人群提供充分健康保障。为理解这一概念的演变过程,我们对十四大以来党和国家有关多层次社会保障和医疗保障体系的关键政策做了文本分析。表1显示了1992年十四大以来,中国共产党历次全国代表大会报告、国家经济社会发展五年计划(规划)、国家卫生部门卫生健康规划、中央有关健康事业发展的纲领性文件等的相关表述。

从表1可见,由于现行社会保障制度普遍建立于20世纪90年代中后期,十四大和十五大报告中对社会保障及医疗保障体系的描述很少,尚未清晰界定制度内容。而2001年“十五”计划首次提及要实现社会保障体系的资金来源“多元化”,2006年“十一五”计划首次明确建立“多层次的医疗保障体系”。此时,我国已在职工医保基础上建立了新农合,并相继在农村和城市试点医疗救助,多层次医疗保障体系架构逐渐形成。不过,2006—2016年多份中央文件均未再强调医疗保障的多层次,说明这一概念使用尚未普遍。直至2016年健康中国规划纲要明确提出“健全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体系”,既强调了“多层次医疗保障体系”的概念术语,也指出了具体内容。此后,这一概念屡屡出现在多个重要文件中。2020 年,中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5 号)详细地描述了不同层次组成部分和相应功能:作为主

体层的基本医疗保险,作为托底层的医疗救助,以及作为补充层的补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等。不过,这一界定相对宏观,没有明确一些具体制度的归属,例如城乡居民大病保险和城镇职工大额医疗补助的层次归属并不清楚,也没有说明层次划分的具体依据。

表 1 党和国家重要政策文件中有关“多层次医疗保障体系”的表述

年份	文件名称	关键表述
1992	十四大报告	积极建立待业、养老、医疗等社会保障制度。
1997	十五大报告	实行社会统筹和个人账户相结合的养老、医疗保险制度。
2001	“十五”计划	建成独立于企业事业单位之外、资金来源多元化、保障制度规范化、管理服务社会化的社会保障体系。
2002	十六大报告	建立健全同经济发展水平相适应的社会保障体系;建立适应新形势要求的卫生服务体系和医疗保障体系。
2006	“十一五”计划	建立健全与经济发展水平相适应的分层次、广覆盖的社会保障体系;扩大基本医疗保险覆盖范围,健全多层次的医疗保障体系。
2007	十七大报告	加快建立覆盖城乡居民的社会保障体系;鼓励社会参与,建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系。
2011	“十二五”规划	坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续方针,加快推进覆盖城乡居民的社会保障体系建设;健全覆盖城乡居民的基本医疗保障体系,进一步完善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制度。
2012	十八大报告	全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系;健全全民医保体系。
2016	“十三五”规划	健全全民医疗保障体系;建立健全更加公平、可持续的社会保障制度。
2016	“健康中国 2030”规划纲要	健全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体系。
2016	“十三五”卫生与健康规划	实行医疗、医保、医药联动改革,建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,健全全民医疗保障制度。
2017	十九大报告	全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系;完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度。
2020	关于深化医疗保障制度改革的意见	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;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、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。
2021	“十四五”规划	健全全民医保制度;健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次社会保障体系。
2021	“十四五”全民医疗保障规划	加快建设覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系。
2022	二十大报告	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。

学界对“多层次医疗保障体系”内涵与外延的认识也存在分歧。如郑功成认为多层次医疗保障体系包括政府负责的公共卫生、多方分担责任的法定医疗保障、商业健康保险以及非营利性的公益医保^[9];许飞琼划分为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三个层次^[10];俞卫则主张第一层次是确保覆盖公平的基本医保和大病保险,第二层次是企业单位或政府补贴的过渡性补充医保,第三层次是个人购买的商业健康保险^[11]。可见,“多层次医疗保障体系”概念仍存在争议,这种认知不清则会妨碍制度的完善。

2.3 整体性治理视域下“多层次医疗保障体系”的概念厘定

要推进多层次医疗保障体系建设首先应厘定其内涵与外延。针对概念存在的制度功能定位不清、关系不明确等问题,应从整体性治理高度重新明确多层次医疗保障体系内涵,即清晰界定制度属性与制度关系。目前常见的医保制度层次分类掺杂着不同的标准^①,包括举办主体、资金来源等维度,以致制度类别的互斥性不强、层次关系模糊不清,很难从某一维度准确区别制度的“层次”水平(表 2)。

① 这种划分方式常见于国家医疗保障主管部门政策表述及部分学者研究成果中,其中值得注意的是,职工大额医疗互助和城乡居民大病保险常被官方视为补充层,例如 2012 年有关部门在《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605 号)中明确指出“城乡居民大病保险……是对基本医疗保障的有益补充”。

表 2 当前“多层次医疗保障体系”划分情况

层次	名称	举办主体	资金来源	强制性
基本层	职工、居民基本医保	政府	政府、参保人、单位	是
补充层	职工大额医疗补助	政府	参保人、单位	是
	职工大病医疗互助	工会等	参保人、单位	否
	居民大病保险	政府	政府、参保人	是
	企业补充保险	职工单位	参保人、单位	否
	商业健康保险	保险公司	参保人	否
托底层	慈善医疗	公益组织	社会捐赠	否
	医疗救助	政府	政府	是

从整体性治理视域下重新厘定多层次医疗保障体系的概念需要明确不同层次划分的依据,尽量使层次间具有类属互斥性,进而实现不同层次医保制度相互配合、共同指向“健康”这一整体目标。明确不同制度层次关系的关键是结合我国医保制度情境,对各项制度的本质属性及其直接功能进行分析,以此明晰制度互斥性或替补关系。首先,基本层应集中体现社会医疗保险的制度特征,而社会医疗保险本质属性是医保在普遍人群范围内的互助共济和再分配,其直接功能是在力所能及的基础上保障全体参保人的日常医疗需求。从这一点看,职工和居民基本医保、职工大额医疗补助和居民大病保险四项制度应归为基本层。其次,托底层本质属性是为

解决部分人群的“底线”保障而实施的制度,直接功能是为特定人群提供医疗福利,其供给主体可以是政府、市场或社会。常见形式包括政府主导的医疗救助以及社会主导的慈善医疗。最后,补充层本质属性是小范围内的选择性医疗保障服务,可以是购买的市场保险,也可以是社区或部分人群间的互助,直接功能是小范围内满足部分人群的差异化需求。各地出现的制度形式不一,包括企事业单位举办的大病医疗互助、企业补充保险、商业健康保险、城市定制型商业医疗保险(惠民保)等。虽然不同层次体现的直接性功能存在差异,但最终目标又趋于一致,即改善人群健康福祉。图 1 归纳了上述分层的制度关系及逻辑。

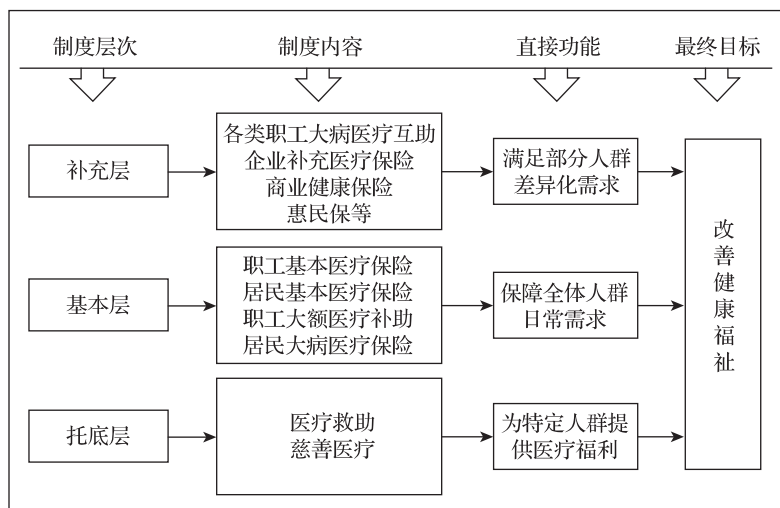


图 1 多层次医疗保障体系结构关系图

3 整体性治理视域下多层次医疗保障体系改革检视

运用整体性治理理论对多层次医疗保障体系建设进行审视,可发现以下突出问题抑制了医保体系整体效能发挥。

3.1 “碎片化”管理思维主导制度建设,未建立整体性治理理念

从制度演变看,多层次医疗保障体系建设沿用了“碎片化”管理思维,即主要以对单个制度“打补丁”式改革完善保障效果,很少从整体性视角规划制度建设。由于临时性措施缺乏系统性考虑,最终可

能随着时间推移而不适应社会变化,甚至成为改革障碍。例如,职工医保“个人账户”早已在理论上被认为不符合社会保险互助共济原则^[12],但该设计还是被引入早期新农合和城镇居民医保中,导致制度多年的低效运行。

3.2 不同层次制度功能定位不清,制度间关系亟待明确

如前文所述,现行常见的多层次划分并无规范标准,制度间存在的定位交叉和互斥性弱,不利于政策协同。例如,大病保险常被视为补充性医疗保险,对罹患重疾需要支出高额医疗费用的居民进行补偿。但从运行机制看,一方面,它由政府主导建立并与基本医保覆盖对象一致。另一方面,多数地区大病保险统筹资金源于基本医保基金按照一定标准的划拨,且所保障的服务内容与基本医保无异。因此,大病保险事实上可归为基本医保。^[13]其他制度关系也存在相似问题。例如,大病保险常作为倾斜性政策承担医疗救助的功能,但这可能与大病保险制度属性相违背,因为大病保险资金源于所有参保人,而获得医疗救助的资格却并非全部参保人,这与被保人待遇一致原则相矛盾。另外,慈善医疗作为医保体系的一部分,同时从属于民政事业,部门职责交叉可能影响其整体发展。

3.3 制度改革的政策协同性不足,重复建设与建设不足并存

因缺乏整体性视角,制度间政策往往难以协同。例如,申请医疗救助一般需参加基本医保,这可能将未参保群体排除在外。而医疗救助源于财政税收,全体公民均应具有申请资格。在未参保绝对规模仍庞大的现实下,这种政策设定对于未参保而面临高额医疗支出的居民并不公平。此外,制度重复建设和建设不足并存。例如脱贫攻坚期间部分地区存在事实上针对部分人群的重复保障问题,既容易诱发福利依赖,也可能挤占其他群体资源而导致医疗服务利用不公平。与重复建设相比,制度建设不足更明显。例如基本医保门诊统筹改革滞后,与基本医保相衔接的商业健康保险产品较少,慈善医疗项目总量少,企业主导的补充保险主要集中在国有企业等。

3.4 参与主体单一且碎片化,制度信任待提高

一是多层次医疗保障体系建设主要依靠政府推动,其他主体参与少,制度多元参与机制仍未形成。例如,企业参与补充医疗保险的积极性不高,商业健

康保险的制度环境也不完善。同时,由于参保人对医保制度的政策内容、政策目标、政策信息了解较少,参保人对制度改革的信任度有待提升。二是政府作为主导者也面临碎片化问题,体现在政府层级间的碎片化和同一层级不同部门间碎片化。以居民医保门诊统筹改革历程为例,虽然很多省市很早就制定了门诊统筹政策,但许多区县在执行中常走样为家庭账户或个人账户。

3.5 不同主体间平等协商机制仍不完善,制约改革进度

多元主体协商共治机制是推动改革的保障。当前医保、医疗和医药领域不同主体的协商机制仍不完善。因部门协同不佳影响改革进度的现象仍比较普遍,例如许多地区紧密型医共体人头打包付费改革推进缓慢的主要原因是当地医保和卫生部门不易取得共识^[14],而这有待于从整体性角度对双方工作人员加以培训,塑造改善健康绩效的共同目标。此外,医保和医药企业、社会组织等的对话机制也需改善。在罕见病用药保障、集中带量采购等关键政策过程中,医保和医药主体的平等沟通协商机制仍有待完善。同时,社会组织因其力量不足和缺乏沟通平台,在医保改革中的参与度也不高。

3.6 现代化信息技术运用不足,共享数据难,阻碍制度衔接

我国医保体系改革的信息化起步较晚,国家医保局成立后全国才正式启动统一的医疗保障信息化平台的建设,而长期以来的信息化滞后制约了制度协同。特别是医保基金要发挥有效作用,必须对所利用医保基金的人群状况进行科学分析,在此基础上制定相应政策,但医保和卫生系统数据分隔明显制约着上述改革。此外,医保部门对参保缴费、服务利用、基金收支等重要信息的公开性有待改善,以促进各主体对医保改革的认同。

4 整体性治理视域下优化多层次医疗保障体系的政策建议

针对上述问题,应当在以整体性治理视角厘清多层次医疗保障体系的概念与外延的基础上,出台整体性治理措施推动医保体系的完善。

4.1 树立整体性治理理念,以实现健康中国为最终治理目标

多层次医疗保障体系建设要将“多层次”视为一个整体,即将不同制度视为医疗保障体系的整体组

成部分。以改善居民健康水平、实现健康中国为医疗保障建设的根本目标,在此基础上整体谋划和设计。任何的制度调整目标都是增强多层次体系的整体效能,而非为建设某一制度而单独行动。如政府不应仅为发展补充医疗保险将太多精力投入在补充医保的推广上,而要科学评估诸如“普惠保”等补充医保的保障效应和受益程度等,同等情况下,将更多注意力投入在基本医保上。

首先,要清晰界定不同制度功能定位及相互关系。可尝试根据本文的结构分层来优化政策措施,鉴于基本层的核心地位,以及托底层关系着最弱势群体的医疗保障问题,政府应将重点放在基本层和托底层。其次,处理好历史沿革和新政策关系。改革要考虑既有政策的惯性。例如,从整体性角度看,脱贫攻坚时期的各项倾斜性政策亟待评估,虽然各地已经取消了大部分高水平保障政策,但曾享受这些政策的群体是否真正脱贫且不再面临返贫风险,尚需持续关注,做好旧政策和新制度的衔接。最后,要对未来改革进行整体谋划,从长远角度考虑医疗保障体系的建设,尤其是回应人口老龄化程度加深和慢性病负担加重对健康需求提出的要求,增强基本医保风险共济功能,持续推进门诊统筹,提高门诊统筹保障水平,着重提供慢性病保障等。

4.2 从整体性视角出发制定各项政策,强化政策协同性

首先,要强化基本层改革,增强基本层内部的协同发展。一是深化职工医保改革,进一步探索更完善的筹资参保机制。要完善权利义务对等的筹资改革,适时推动退休职工参保缴费。注重改善参保结构,探索将平台经济组织和新业态人员共同纳入参保范围,并制定适合灵活就业人员缴费能力、缴费方式的缴费机制,尽快将更多灵活就业者纳入职工医保。在出台个人账户改革和门诊统筹共济的基础上,进一步细化改革举措,持续关注改革对老年群体可能带来的就医不便等负面影响,增强参保人获得感。二是变革居民医保筹资机制,尽快探索将固定缴费转为费率制,以增强制度的筹资能力和公平性。落实流动人口在常住地参保政策,减少因人口流动摩擦导致的断保、弃保现象。三是统筹基本医保和大病保险融合发展,逐步降低大病保险起付线,提高困难群体医疗服务利用率。通过政策试点,尝试将二者合并运行。四是探索职工医保和居民医保融合

发展的体制改革思路,研究以家庭联保方式,将“一老一小”带入职工医保,逐步改善非正规就业居民待遇水平,从而缩小双轨制的“剪刀差”发展态势,为医保一体化奠定基础。^[15]

其次,协同推进补充医疗保险发展。一是界定政府在补充医疗保险中的职责边界,重点为其提供发展创新的政策环境,而不直接介入产品管理、运营。二是从整体角度设计政府对补充医疗保险支持政策,充分考虑基本层和补充层的差异性,重点支持与基本层保障范围有差异的补充保险。三是积极推动企业自主举办的补充医保发展,采取合适的税收优惠政策,扩大企业补充医疗保险覆盖范围。

再次,应当大力支持慈善医疗发展。一是政府主动为慈善医疗组织解决发展中的政策困境、管理困境等问题。将慈善医疗作为托底层的主要组成部分,鼓励社会组织捐赠,协助政府的医疗救助,共同为居民建立健康保障安全网。二是厘清相关政府部门在慈善医疗事务中的权责关系,尤其是民政部门、医保部门、工商部门对慈善医疗组织的监管范围,尽可能减少多头监管并优化慈善医疗融入多层次医保体系的体制结构。三是慈善组织自身应研究并拓展慈善医疗的实践性质,探索与医疗卫生机构、企业等主体多元化的合作形式,丰富慈善医疗供给内容。

最后,处理好医保政策和其他政策,尤其是卫生政策的协同性。一是各方应在健康中国目标的前提下,实现医保、医疗、医药等政策的联动改革。任何一方政策的出台都要考虑到可能对其他利益相关者的影响,例如,深入分析医共体打包付费和医保资金市级统筹、省级统筹之间可能遇到的冲突,寻找在不改变医共体激励相容政策前提下提升统筹层次的最优解。二是对于涉及多方关联业务政策,要采取联合发文方式,提升政策协同的执行力度。三是医保政策调整尤其要注重对政府健康绩效目标的影响。比如,探索将更多疗效确切的初级保健项目纳入医共体打包付费考核内容,从健康的整体视角改革医共体医保支付机制。

4.3 培育多元主体参与能力,改变政府单一参与现状

第一,提高医药企业、医疗机构等在医疗保障制度建设中的参与能力,畅通其参与渠道。作为医保政策最为核心的主体,其行为直接关系到医保政策实施效果。然而,当前不论是医药企业还是医疗机构基本都是医疗保障政策的直接接受者,在政策改

革发展中参与度很低。为提高其政策参与度,相关部门应主动联系医药企业、医疗机构进行政策宣传,制定并严格遵守多元主体政策协商的参与机制,规范参与程序、拓宽外部监督形式并提高建言反馈质量。

第二,提高参保人和社会组织在医保改革中的参与度。一方面,参保人是医保基金的所有者,理论上是医保基金的委托人,政府医保部门和经办机构只是医保基金管理受托人,对参保人负责。但现阶段参保人真正参与医保政策的实践还非常少,政府应主动进行政策宣传,提高参保人关注政策的积极性,并为其参与政策交流提供平台。可从发挥现有社会保险监督委员会功能做起,提升参保人的外部监督地位。将参保人意见纳入医保政策评估框架中,改善医保政策获得感。另一方面,社会组织中的医师协会、药品企业协会、医院协会等代表着医生、企业、医院的利益,可以作为这些分散主体的代表参与到医保政策制定中来。但目前社会组织的代表性较差,更多的是一种学术或商业交流组织,未来应当开发其代表协商功能,并参与到医保政策中。特别是注重培育学术社团组织政策议事能力,优化专家团队组成结构,让专家代表社团参与医保政策制定和业务监管。

第三,多元主体参与过程中,重点提高各主体在政策制定、政策反馈阶段的参与度。目前政府之外各个主体参与医保政策的方式主要在政策公示阶段,即医保局等制定政策后进行公示和征求意见,未来应当拓展至政策理念形成阶段、政策执行反馈阶段等,进而改善医保政策的社会认同。

4.4 强化多元主体协商合作机制,改善参与主体行为碎片化

在保障多元参与基础上,要强化协商合作机制,既包括改善政府部门间的协商合作,也包括改善与其他社会主体的合作机制。

第一,要改善不同层级政府间协商合作机制。从整体性视角出发落实政策制定、执行和评估,上级政府医保政策设计和执行要与下级政府有很好的沟通协商,确保政策能够顺利实施并一以贯之。具体实践中,上级政府应该建立多种形式的常态化沟通机制,如定期调研、选择基层医疗机构工作人员参加政策制定座谈会、定期听取汇报等,确保上级政府能够对下级政府所面临的政策环境有比较全面的了解。

第二,要改善不同政府部门间的协商合作机制。由于不同政府部门涉及医保政策时的侧重点存在差异,例如医保基金安全是医保部门的重点考虑维度,卫生部门更关心医保能否为医疗服务提供支持,医药部门则更关心医保的准入设置,这种工作目标差异并不容易实现协商共治,因此,需要由政府作为元治理主体,在健康中国共同目标下,将各个部门凝聚在一起,建立可持续的定期沟通交流机制,尤其要将健康的理念传递至每个相关部门,进而实现政策协同。^[16]

第三,政府要主动作为,搭建政府与医疗机构、医药企业、参保人之间的协商沟通机制,通过创新多种沟通形式,使各方主体能够围绕医疗保障的多层次建设发表意见。例如,定期的政策会商、多媒体形式的政策宣传和意见征集等。

4.5 加快统一的医疗保障信息平台建设,实现健康数据共享

第一,继续建设统一的全国医疗保障信息平台,为参保人、医保管理者、相关群体提供及时、便捷的信息传输服务,方便参保缴费、异地就医、待遇查询等服务。统一的信息平台应将基本层和托底层相衔接,实现待遇一站式结算,信息一站式查询。

第二,重点围绕医保和医疗服务信息传输建设共享信息机制。医保和医疗服务的共同目的都是参保人健康水平的改善,因此,要将基于参保人健康管理、医疗诊断、医疗利用的信息数据作为信息整合的内容,建立互联互通的信息整合平台,便于双方利用共享信息共同规划医疗保障和医疗服务政策的实施重点。

第三,建立医保、医疗管理部门信息分享机制。结合多元主体的协商互动,管理者和政策制定者要互通信息,为整体性的政策制定提供基础条件。信息互动的内容包括医保制度改革方向、医疗服务规划方案、医保和医疗结合的发展动态等。

第四,各方主体应及时披露信息,便于社会利用和监督。医保基金收支和医疗卫生服务利用数据可以为多层次医疗保障体系建设提供分析资源,也是多元社会主体实施有效监督的重要依据。医疗保障部门要及时全面披露全国医保基金运行情况,医疗服务部门应及时披露参保人医保基金利用的分布情况等,从而为各主体在充分客观分析数据基础上制定科学的政策提供前提。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中央人民政府网. 中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见[EB/OL]. (2020-03-05)[2023-12-10]. https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm
- [2] 朱铭来, 仝洋, 周佳卉, 等. 多层次医疗保障体系评估: 基于复合维度的发展指数测算[J]. 保险研究, 2022(10): 3-18.
- [3] 仇雨临, 王昭茜. 我国医疗保险制度发展四十年: 进程、经验与展望[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2019(1): 23-30.
- [4] 郑功成, 桂琰. 中国特色医疗保障制度改革与高质量发展[J]. 学术研究, 2020(4): 79-86, 177.
- [5] 董克用, 郭珉江, 赵斌. “健康中国”目标下完善我国多层次医疗保障体系的探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(1): 2-8.
- [6] 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》[J]. 中国医疗保险, 2020(4): 6-9.
- [7] 胡象明, 唐波勇. 整体性治理: 公共管理的新范式[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2010(1): 11-15.
- [8] 寇丹. 整体性治理: 政府治理的新趋向[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2012, 14(3): 230-233.
- [9] 郑功成. 多层次社会保障体系建设: 现状评估与政策思路[J]. 社会保障评论, 2019(1): 3-29.
- [10] 许飞琼. 中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择[J]. 中国人民大学学报, 2020(5): 15-24.
- [11] 俞卫. 新发展阶段全面提升我国医疗保险体系质量的思路与建议[J]. 人民论坛·学术前沿, 2021(14): 122-127.
- [12] 王超群, 李珍. 中国医疗保险个人账户的制度性缺陷与改革路径[J]. 华中农业大学学报(社会科学版), 2019(2): 27-37, 164.
- [13] 李珍. 论大病保险回归基本医疗保险的历史必然性[J]. 社会保障评论, 2024(2): 74-88.
- [14] 王红波, 张开然, 龚曦. 县域医共体与医保的协同发展: 理论缘由、实践困境与优化策略[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(9): 1-7.
- [15] 李珍. 基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径[J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2022(11): 69-79.
- [16] 杨帆. 元治理理论视角下的三明医改经验[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 1-6.

[收稿日期:2024-01-02 修回日期:2024-01-31]

(编辑 薛云)