

新时代中国医疗保障制度如何定型？

吕国营

【摘要】 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》回答了新时代中国建立什么样的医疗保障制度。首先，充分肯定以基本医疗保险为主体的医疗保障制度，坚持“不折腾”。其次，紧扣不平衡不充分的发展问题，强调“统一制度补短板”，加快建立多层次医疗保障体系，结束基本医疗保险单打独斗、叠床架屋的局面。第三，如果说基本医疗保险功能的充分发挥，必然要求“三医联动”，那么，多层次医疗保障体系整体功能的充分发挥，则必然要求全社会“共建共治共享”。最后，新时代中国医疗保障制度将定型于：以基本医疗保险为主体，多层次共同发展的医疗保障体系。多层次之间边界清晰、权责明晰、守土有责、协同发力，超越“三医联动”，实现全社会“共建共治共享”。

【关键词】 不折腾；补短板；统一制度；共建共治共享

2020年3月5日，正值新冠肺炎疫情防控的关键时期，《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》）正式向社会发布。《意见》不仅明确地肯定中国医疗保障事业发展“走过”的路和“走”得怎么样，也清晰地指出中国深化医疗保障制度改革与发展的目标以及实现目标的近期和远期规划。因此，《意见》的发布是中国医疗保障事业建设进程中的重大标志性事件，是深化中国医疗保障制度改革与发展的里程碑。作为里程碑，《意见》一方面构筑起中国医疗保障制度“1+4+2”的总体框架体系，另一方面还深刻地回答了三大战略性问题。这三大问题可以概括为：一是如何看待中国医疗保障制度发展的过去；二是未来中国医疗保障制度改革与发展的重点任务是什么；三是如何促进中国特色的医疗保障制度更加成熟定型。

一、制度自信不折腾，坚持以基本医疗保险为主体的医疗保障制度

制度变迁具有很强的路径依赖特征。如何评价中国医疗保障制度走过的路，对中国医疗保障制度的未来发展，具有决定性的战略意义。《意见》开篇指出，“医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排”。这一制度定位，事实上已经跳出

【作者简介】 吕国营，中南财经政法大学公共管理学院教授、博士生导师。主要研究方向：医疗保障。

【基金项目】 国家社会科学基金一般项目“慢性病对农村老年贫困影响的效应与机制研究”（18BSH050）。感谢中南财经政法大学公共管理学院于长永副教授、华中师范大学公共管理学院王超群副教授的协助。

医保制度本身的范畴,把医疗保障制度纳入到中国特色社会主义制度体系的一部分,并充分肯定中国医改 20 年来尤其是党的十八大以来取得的巨大成就。《意见》指出“党的十八大以来,全民医疗保障制度改革持续推进,在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展。”^①这一高度评价,不仅表明中国医疗保障制度过去 20 多年走过的路是正确的选择,也为中国医疗保障制度的未来发展指明了方向,即进一步坚持和完善,而不是推倒重来。其现实意义在于,它终结了中国医疗保障制度改革与发展过程中,长期以来存在的关于制度模式选择这一重大争论,即中国到底应该选择医疗福利模式,还是应该选择医疗保险模式。《意见》的出台,预示着这一长期存在的重大争论可以休矣,再争论已经毫无意义。

《意见》进一步指出,“到 2025 年,医疗保障制度更加成熟定型”“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、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。”^②这两个地方的表述,一方面明确了中国医疗保障制度未来 5—10 年的发展目标和战略任务,另一方面也明确地指出,中国特色的医疗保障制度到底是什么。中国的医疗保障制度,不是美国的医疗保障模式,也不是英国的医疗保障模式,甚至不是德国的医疗保障模式。美国实行的是以商业医疗保险为核心的医疗保障制度;英国采用医疗福利制度模式;德国医疗保险制度虽然以社会保险为主体,但是相对于中国而言,政府介入医疗保障制度的程度是非常有限的,如德国的医保经办机构是可以破产的,而中国的医保经办机构是政府财政拨款的事业单位。中国医疗保障制度是以基本医疗保险为主体、医疗救助为托底以及其他医疗保障共同发展、多层次的特色医疗保障体系。

中国医疗保障制度的独特性,表现在三个方面。首先,覆盖全民。截止到 2019 年底,中国基本医疗保险参保人数达到 13.6 亿人,覆盖率约达到 97%,建立起世界上最大的健康安全网^③。其次,政府的深度介入。这也体现在三个方面:一是政府对职工医保的参保单位和个人缴费实行税收优惠,参保单位和个人缴纳的医疗保险费直接享受税收减免;二是政府对城乡居民医保缴费环节提供直接财政补贴,而且财政补贴规模占居民医保筹资总规模的 2/3 左右;三是政府对医保基金的兜底保障。第三,快速走向成熟。中国医疗保障的主体是基本医疗保险,而基本医疗保险从 1994 年的“两江试点”,到建立起基本成熟的制度体系,前后历时不到 30 年时间。2016 年国际社会保障协会把“社会保障杰出成就奖”授予中国政府,以表彰我国近年来在扩大社会保障覆盖面工作中取得的卓越成就,就充分证明了这一点,充分体现了中国“党的集中领导,集中力量办大事”的独特制度优势。

《意见》对中国医疗保障发展成效的高度肯定和对未来 10 年发展目标的明确,充分彰显了中国医疗保障的制度自信。制度自信的核心,不是强调一种制度比另一种制度好,而是在承认制度多元性和多样性的前提下,强调制度的“合脚”性。中国的医疗保障制度符合中国的国情,

① 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,国家医疗保障局官网: http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_37_2808.html, 2020 年 3 月 5 日。

② 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,国家医疗保障局官网: http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_37_2808.html, 2020 年 3 月 5 日。

③ 郑功成、桂琰:《中国特色医疗保障制度改革与高质量发展》,《学术研究》2020 年第 4 期。

是被实践证明了的行之有效的中国特色医疗保障制度。这一制度自信,不是盲目的自信,也不是一时的自信,而是深刻孕育在中国医疗保障制度独特的形成逻辑之中。这表现在两个方面:一是始终坚持问题导向。从1994年为解决国有企业改革带来的问题而推动建立职工医保的“两江试点”,到2003年为解决占中国人口绝大多数的广大农民医保制度缺失问题而建立新型农村合作医疗,再到2007年为解决城乡居民医保制度公平问题而建立城镇居民医保等,中国医疗保障制度的改革与发展,始终直面中国的现实问题。二是独特的方法论。中国医疗保障制度改革和发展的方法论与中国改革开放的方法论高度一致,即“试点先行,摸着石头过河”,充分尊重基层的首创精神。职工医保、居民医保、基金监管、药品采购等多项制度建设,无不遵循这一方法论。也就是说,中国的医疗保障制度一直在解决中国现实问题的同时,稳步地沿着正确的方向前行,是有深厚根基的制度自信。

中国医疗保障的制度自信,还缘于它不是一种“今天否定昨天,明天否定今天”的制度,而是一种始终坚持继承和发展、始终保持稳定性和连续性,并不断走向成熟定型的制度。中国医疗保险制度经过十几年实践探索总结出的指导方针,充分体现了这一点。2010年《社会保险法》在总结中国医改十几年经验的基础上,提出了“十二字”指导方针,即“广覆盖、保基本、多层次、可持续”。党的十九大报告提出了“六个要求”,即“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”^①。不难看出,《社会保险法》中的“十二字”方针与党的十九大报告的“六个要求”体现了坚持和完善、继承与发展的关系。“六个要求”中的“覆盖全民”直接对应“十二字”方针中的“广覆盖”,“保障适度”对应“保基本”,“多层次”和“可持续”一直得到坚持。“六个要求”中的“城乡统筹”和“权责清晰”,是“十二字”方针的新发展。而这个新发展是中国医疗保障直面中国现实问题、从注重数量增长到注重高质量发展的必然要求。《意见》基本原则中的“五个坚持”,进一步体现了对“十二字”方针和“六个要求”的继承和发展。这充分表明,中国医疗保障的制度自信是有充分依据和十足底气的制度自信。

二、统一制度补短板,完善多层次的医疗保障制度

在新的时期,坚持和完善中国特色的医疗保障制度,必须准确把握当前中国医疗保障制度发展面临的主要矛盾。党的十九大报告指出“我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。”^②具体到医疗保障事业方面,中国医疗保障制度发展的主要矛盾,已经转变为“人民日益增长的高质量医疗服务需求和不平衡不充分的医疗保障发展之间的矛盾”。因此,着力解决中国医疗保障制度发展的不平衡不充分问题,是未来5—10年中国医疗保障制度改革与发展的重点任务,也是《意见》出台的根本目的与原因。《意

① 吕国营:《论权责清晰与医保治理体系现代化》,《中国医疗保险》2019年第12期。

② 习近平:《决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利——在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告》,中国共产党新闻网: <http://cpc.people.com.cn/n1/2017/1028/c64094-29613660.html>, 2017年10月28日。

见》开篇第一段话的最后一句明确指出,“为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署,着力解决医疗保障发展不平衡不充分的问题,现就深化医疗保障制度改革提出如下意见”^①。

中国医疗保障发展的不平衡,集中体现在地区之间、地区内部和项目之间的显著差异。这种差异既表现在医保筹资方面,也表现在医保待遇方面。筹资方面的差异,主要是不同地区、不同项目之间的筹资标准不同、甚至差异较大。如东莞市职工医保的单位缴费比例仅为缴费基数的2%左右,而北京市职工医保的单位缴费比例为12%,后者是前者的6倍。医保待遇方面的差异,主要是不同地区 and 不同项目之间的保障范围、医保目录、报销比例、起付线和封顶线等存在很大差异。发达地区医保基金较为充裕,医保待遇明显较高,欠发达地区医保基金收不抵支,医保待遇明显偏低。职工医保政策范围内的报销比例,全国平均达到80%以上,而居民医保政策范围内的报销比例仅为65%左右。医疗保障的内部差异,主要表现在同一保障项目在同一地区不同人群之间的差异,如重庆市退休人员的医保报销比例明显高于在职人群,大学生、贫困对象的医保待遇明显高于其他人群。

基本医疗保障发展的不平衡是多种因素共同作用的结果,但是核心因素是地区攀比和福利刚性形成的水涨船高。地区攀比既有发达地区之间的攀比,也有欠发达地区之间的攀比。但是,最为关键的是发达地区之间的攀比。医疗保障是重大的“民生工程”。在民生建设时代,医疗保障待遇高低影响着民心所向,影响着民生政绩和官员升迁。发达地区医保基金较为充裕,受基金约束较小,更有可能提高参保人员的医疗保障待遇。欠发达地区也有动机提高医疗保障待遇,但是受到资金约束,提高程度有限。加之在福利刚性下,福利只能增加不能减少。发达地区医疗保障待遇提升的速度要比欠发达地区更快,地区之间的差距越来越大,医疗保障不平衡发展越来越突出。这一运行机制发挥作用的环境,是中国长期以来实行的“中央确定原则,地方分散决策”^②的制度安排。因此,地方政府的自主决策权是医疗保障发展不平衡的根本原因。要解决医疗保障发展的不平衡,必须约束地方政府的决策权。

《意见》对如何化解不同地区相互攀比而导致的医保基金不可持续性风险,给出了明确的“顶层设计”思路。首先,统一制度、政策、标准和信息系统。《意见》中“统一”二字出现了10次,“标准”二字出现了12次,其中,有两处是关于医保服务和医药服务“标准化”发展的问题。其次,严格执行统一决策部署和标准。如《意见》指出,“严格按照统一部署,健全工作机制,结合实际制定切实可行的政策措施。”又如“严格执行基本支付范围和标准,实施公平适度保障,纠正过度保障和保障不足问题。”再次,增加规定动作,减少自选动作,严格禁止地方随意调整医保目录和医保支付范围。《意见》指出“合理划分中央与地方目录调整职责和权限,各地区不得自行制定目录或调整医保用药限定支付范围”,实行“医疗保障待遇

① 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,国家医疗保障局官网:http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_37_2808.html,2020年3月5日。

② 此为医疗保险研究会会长王东进同志对早年中国医疗保障制度改革实践经验的总结。

清单制度”，“各地区要确保政令畅通，未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。”^①因此，《意见》既是指导中国医疗保障改革与发展的纲领性文件，还是具体指导中国医疗保障制度如何实现未来发展目标的“顶层设计”方案。

中国医疗保障发展的不充分，集中体现在对富裕群体保障的不充分和对贫困群体保障的不充分。站在多层次保障体系的视角看，对富裕群体保障的不充分主要体现在中国商业健康保险发展的严重滞后。从《意见》中可以看出，中国特色的多层次医疗保障体系，是一个由“四个层次”和“十一个制度”构成（长期护理保险制度未包含在内）的有主有次、层次清晰的制度体系。但是，从目前来看，多层次“有名无实”，第一层次“一层独大”的局面长期未能打破。城镇职工医保和居民医保两项制度“覆盖了13.45亿人，占中国14亿人口的96%”；商业健康保险发展严重滞后，2012—2018年我国商业健康保险保费收入复合增长率虽然超过了36%，但是到2018年全国健康保险原保费收入也只有5448亿元；税优健康保险虽然2016年开始试点，但是到2018年税优健康保险的保费收入连普通健康保险的零头都不到^②。商业健康保险发展的不充分，严重削弱了富裕群体对高质量医疗服务的需求。

对贫困群体保障的不充分，体现在两个方面：一是中国医疗卫生总支出中，个人卫生支出占比仍然较高。统计数据显示，2018年，中国政府卫生支出占卫生总费用的比率为28.3%，社会卫生支出占43%，个人卫生支出占28.7%^③。但是，如果按照欧盟国家的统计口径，中国卫生总费用中个人卫生支出占40%左右，是欧盟国家个人卫生支出占比的2倍左右，个人医疗负担仍然较重。二是医疗救助制度发展不充分。中国的医疗救助制度，每年的筹资额仅为300多亿元，不到基本医疗保险筹资总额的2%，缺乏承担兜底线保障功能的财力基础。同时，医疗救助将大量资金用于资助参保环节，而且主要覆盖收入型贫困群体，并采取撒胡椒面的方式进行救助，救助内容也主要限于医疗保险三个目录内医药服务，救助力度有限。对贫困群体保障的不充分，不仅加剧了贫困群体以及贫困边缘群体“因病致贫，因病返贫”的风险，也使得医保基金因过多承担了本该由医疗救助制度承担的责任而面临不可持续性风险，影响全面建成小康社会的实现和“健康中国”战略的顺利实施。

《意见》就如何解决中国医疗保障发展的不充分问题，给出了明确的思路。对于商业健康保险的发展，《意见》要求：一是基本医保坚持“应保尽保，保障基本”“量力而行，尽力而为，实事求是确定保障范围和标准”，为商业健康保险发展留出足够的空间；二是大力发展商业保险“补短板”。《意见》指出，要“加快发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给，用足用好商业健康保险个人所得税政策，研究扩大保险产品范围。”积极引入商业保险公司等社会力量，推进医保治理体制和机制创新。《意见》更加重视发展多层次保障体系中的医疗救助短板。“救助”一词在《意见》全文中竟然出现了16次，成为最为突出的“高频”词汇。在“完善公平适

① 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，国家医疗保障局官网：http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_37_2808.html，2020年3月5日。

② 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〉》，《中国医疗保险》2020年第4期。

③ 《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》，国家卫生健康委员会官网：<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25ffcb0d.shtml>，2019年5月22日。

度的待遇保障机制”这一部分,《意见》明确指出,要“健全统一规范的医疗救助制度”^①,从救助对象、救助范围、救助标准和救助机制等多个方面,规范医疗保险与医疗救助的责任边界,建立起“基本医疗保险+医疗救助”相互衔接、协同发展的兜底保障机制。

解决中国医疗保障制度发展的不平衡,重点在于规范和完善基本医疗保险制度。《意见》中的10个“统一”、12个“标准”以及要求地方严格执行中央决策部署和严格禁止地方随意调整医保目录和用药范围的行为,均体现了力图通过基本医疗保险制度的“统一性”来解决中国医疗保障发展的不平衡问题。解决中国医疗保障发展的不充分问题,《意见》中的基本药方是依靠发展商业保险、医疗救助以及医疗互助和慈善捐赠等其他医疗保障形式,这体现了中国医疗保障发展的“差异性”。这样,“统一性”和“差异性”共存于中国多层次的医疗保障体系。

三、共建共治共享,促进中国医疗保障制度更加成熟定型

多层次就意味着更多的参与主体。如果说发展基本医疗保险需要“三医联动”,那么,建立以基本医疗保险为主体的多层次医疗保障体系,则需要超越“三医联动”,举全社会之力共建共治共享。

多层次医疗保障制度体系下,共建共治共享首先要求权责清晰。权责清晰也是《意见》最鲜明的亮点。权责不清一直是制约我国多层次医疗保障制度体系高质量发展的顽疾。为此,一方面,要厘清多层次医疗保障制度体系各个层次之间的边界。由于基本医保与其他制度的边界模糊,基本医保单打独斗、叠床架屋,挤占了其他层次医疗保障发展的空间。权责清晰的关键在于基本医保要守好边界,守土有责,做好自己该做的事,不缺位,不越位。另一方面,多主体之间权责清晰。中央与地方政府之间、地方政府之间、政府各个部门之间、政府与市场以及政府与社会各方的权责要清晰。没有权责清晰,就谈不上多层次,更谈不上共建共治共享。

首先是共建。共建内容包括筹资渠道、信息系统、标准规范和治理平台等。我国多层次医疗保障制度的筹资主要源于基本医疗保险,其余筹资渠道份额较低。在多层次医疗保障体系下,商业健康保险应发挥更大的作用,慈善救助和互助医疗也应具有更大的空间。在信息系统建设方面,过去医疗保障领域存在多龙治水,信息孤岛现象普遍,医疗保障信息系统与其他领域信息系统兼容性不够,难以实现信息共享。要解决这些问题,《意见》指出,一是要加强顶层设计,建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统。二是要引入多部门合作,共同建设医疗保障信息系统,增强医疗保障信息系统的兼容性。医疗保障共建还要求建立一个多元利益主体协商谈判的平台。多层次医疗保障制度体系涉及的利益主体众多,需要一个共同协商平台。目前,基本医疗保险与医药服务机构建立了协商谈判机制。但是,这仅仅涉及医疗保障基金支出环节。多元主体协商平台应该实现医疗保障闭环运行,涵盖筹资、管理和待遇三大环节。

^① 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,国家医疗保障局官网:http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_37_2808.html,2020年3月5日。

其次是共治。共治集中体现在医疗保障监管,其中包括医保公共服务机构监管、部门协同监管、第三方力量监管和社会监督等多个方面。除了医保公共服务机构监管外,还需要各个政府部门协同监管。医疗保障监管涉及医疗保障部门、卫生部门、财政部门、人社部门、公安部门、民政部门等多个部门,需要建立跨部门监管机制。除了同级政府内各个政府部门的协同监管外,医疗保障还往往涉及跨行政区域,比如医疗保险关系转移接续、异地参保、异地就医等,需要跨区域的医保管理协作机制。针对跨部门监管,《意见》要求“实施跨部门协同监管,积极引入第三方监管力量,强化社会监督……加强部门联合执法,综合运用协议、行政、司法等手段”。针对跨行政区域监管,《意见》要求“探索开展跨区域基金预算试点……探索建立跨区域医保管理协作机制”。审计事务所、会计事务所等市场主体也应该发挥更多的作用。还需要强化信用体系建设和联合惩戒机制,建立医疗保障失信黑名单,有效约束失信行为。

社会力量也是医疗保障共治的重要力量。多层次医疗保障制度体系下,雇主、雇员和普通民众代表、慈善机构、医疗互助机构、社会组织以及高端智库和专业机构等社会力量是重要的参与主体,需要充分发挥其参与治理的作用。应发挥慈善机构在诊断识别、药品研发、患者资助、推动政策制定等方面的作用,鼓励社会舆论和新闻媒体监督。

最后是共享。一方面,共建、共治是手段,共享是目标。共建、共治归根结底是为了共享,共享是检验共建、共治效果的最终标准。通过共建、共治把多层次医疗保障体系的制度优势转换为医保治理效能,进而为人民群众所共享,提高人民群众的获得感。另一方面,共享是共建、共治的动力源泉。每个主体参与共建、共治,都是需要付出成本的。如果不能取得相应的收益,其参与的积极性就会下降。为了激励各方主体积极参与共建、共治,必须建立合理的共享机制。

合理的共享机制应该具有克服搭便车的功能和克服公地悲剧的功能。这里的搭便车是指,每个主体都希望其他主体积极参与共建、共治,自己则坐享其成。如果搭便车现象很严重,共建、共治将成为一句空话。另一个必须解决的问题是公地悲剧。各方主体对医保资源的过度利用可能导致公地悲剧,进而影响医保制度的可持续性。

《意见》指导思想中的“权责清晰”,是建立合理共享机制的基础,是克服搭便车和公地悲剧问题的基础。值得强调的是,共享绝不是平均主义、吃大锅饭。权责清晰不仅要求权利边界和责任边界清晰,而且要求权利与责任相对应。例如,《意见》关于“完善基本医疗保险制度”部分,明确要求“待遇与缴费挂钩”。

共建共治共享的医保治理格局将最终体现于医疗保障法治化。一是要构建医保法律体系。目前基本医疗保险相关法律散见于《社会保险法》和《基本医疗卫生与健康促进法》等。商业健康保险和互助保险相关法律散见于《保险法》,慈善救助可见于《慈善法》。《社会保险法》中涉及医疗保险的内容只有10条,《基本医疗卫生与健康促进法》涉及资金保障的内容只有6条,《保险法》更是涵盖了保险行业的方方面面,直接提到健康保险的只有2处。这些法律只是原则性的规定,自由裁量空间很大。二是要坚持依法办事。要用法律捆住地方政府的手,防止地方政府随意调整医疗保障筹资和待遇政策。

总之,新时代中国医疗保障制度将定型于:以基本医疗保险为主体,多层次共同发展的医

疗保障制度。多层次之间边界清晰、权责明晰、守土有责、协同发力,超越“三医联动”,实现全社会“共建共治共享”。

How to Shape China's Health Care System in the New Era?

Lv Guoying

(School of Public Administration, Zhongnan University of Economics and law, Wuhan 430073, China)

Abstract: The "Opinions on Deepening the Health Care System Reform" promulgated by the CPC Central Committee and the State Council answered what kind of health care system China will build in the new era. First, it confirms the basic medical insurance system as the cornerstone. Second, it focuses on solving the problem of unbalanced and inadequate development, stresses the importance of "narrowing the gaps and unifying the system" and the building of a multi-layer and well-organized health protection system. Third, the coordination of "insurance schemes, healthcare services and pharmaceutical industry" is a prerequisite to bring into full play the medical insurance system. Therefore, to accomplish this goal, the whole society must build, govern, and enjoy the health care system in a collaborative way. Last, China is expected to build a multi-layer health protection system with basic medical insurance as its mainstay, whereas different layers of the system have clearly defined responsibilities and synergies. A health care system based on collaboration, participation and common interests should be established.

Key words: NO Z-turns; narrowing the gap; unifying the system; collaboration, participation, and common interests

(责任编辑:仇雨临)