

推进医药卫生治理体系和治理能力 现代化的路径与对策^{*}

——基于突发公共卫生事件长效应对视角

◎ 马颖颖 申曙光

内容提要 医药卫生治理是国家治理的重要组成部分,医疗卫生服务治理、医疗保障治理和药品供应保障治理是医药卫生治理体系中紧密联系、互为支撑的三项基本要素。在新冠肺炎疫情防控与救治中,我国医药卫生体系在整体上经受住了“大考”,但也存在明显的不足和治理短板。从更深层次和更广范围来看,应对突发公共卫生事件的长效机制是优化能够适应现代风险的医药卫生体系,推进医药卫生治理体系和治理能力现代化。为此,要实现健康干预重点、治理手段、医疗服务模式、医疗保障目标等四个方面的路径转变,构建具有中国特色的医药卫生长效治理体系,促进治理能力向着专业化、科学化、精准化方向发展。

关键词 新型冠状病毒肺炎疫情 医药卫生治理体系 实现路径 关键对策
(中图分类号)D630.8;R197.1 (文献标识码)A (文章编号)0447-662X(2020)06-0104-08

一、引言

由新型冠状病毒(COVID-19)所引发的肺炎疫情(以下简称“新冠肺炎疫情”),造成了广泛而严重的生命健康与社会经济影响,也给包括中国在内的全世界医疗卫生系统与医疗保障体系带来了巨大挑战。^①从本质上看,此次新冠肺炎疫情属于突发重大公共卫生事件,具有成因多样性、后果复杂性、传播广泛性、群体性等特征。通过总结本次疫情的应对经验和教训,从更深层次和更广范围对完善我国医药卫生治理体系及其相关政策进行中长期维度的探讨,具有重要的现实意义。

医药卫生治理体系是国家治理体系的重要组成部分,直接影响着突发公共卫生事件预防、救治、救助、管理的效率和效果。近年来,随着社会经济的不断发展和“新医改”的持续推进,我国医疗卫生水平不断提高,并已建成覆盖13.5亿人口的“全民医保”体系,^②在方便群众就医、减轻看病用药负担上取得了显著成效。从整体上来看,此次疫情防控中,我国医药卫生治理体系经受住了“大考”。在肯定总体成效的同时,应该深刻地认识到此次疫情也暴露出我国医药卫生治理方面的一些不足和短板,具体包括:重“治”轻“防”,疾控事业发展滞后;公共卫生服务体系和医疗体系协调有限;应对重大突发公共卫生事件的人员和物资设备

* 基金项目:国家社会科学基金青年项目“公私合作视角下社会医疗保险科学控费的机制创新研究”(2018CZZ031)

① Q. Li, X. Guan, P. Wu, et al., “Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus - Infected Pneumonia,” *The New England Journal of Medicine*, vol. 382, no. 13, 2020, pp. 1199 ~ 1207.

② 国家医疗保障局《2019年医疗保障事业发展统计快报》,国家医疗保障局网站, http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/30/art_7_2930.html.

不足;基层医疗卫生机构作用未能得到很好的发挥等。疫情治理中暴露出的短板问题为我国医药卫生治理的进一步优化指明了方向,我国在医疗、医保、医药等领域采取的一系列行之有效的应对策略也为医药卫生治理手段创新提供了经验。

从外部环境的变化来看,随着现代风险因素和种类不断增加,再加上食品卫生、环境污染等问题的恶化,我国已进入典型的“风险社会”。^①新世纪以来,我国传染病疫情总体发展形势虽然稳中有降,但是新发传染性疾病多发、频发,对维持健康提出了新的要求。2003年的SARS、2009年的甲型H1N1流感、2010年的人感染高致病性禽流感,以及近期爆发的新冠病毒肺炎等新发传染病相继出现。由于新发传染病多数为首发传染病,人类对其发病原因、传播途径、健康危害以及诊断和治疗措施都知之甚少,^②易在短时期内造成大量人口的伤害和疾病问题,对国家安全、全球安全和人类健康造成严重威胁。在这种新形势下,亟需根据新发传染病的特征出台针对性措施,构建适应风险社会特征的医药卫生治理体系。

从更深层次的中长期维度来看,应对重大疫情,或者说突发公共卫生事件的根本路径和长效机制是强化能够适应“现代风险”特征的医药卫生体系,推进医药卫生治理体系和治理能力现代化。本文基于我国医药卫生治理体系的基本要素和内容,深入分析此次疫情防控中医药卫生治理方面的经验和不足,研究并提出进一步完善的路径和对策,以期为构建中国特色的医药卫生治理体系提供依据。

二、疫情防控中的医药卫生治理体系:基本要素、优势及局限

根据党的十九届四中全会《关于坚持和完善中国特色社会主义制度推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》,国家治理领域中的一个重大问题是“强化提高人民健康水平的制度保障”,要“深化医药卫生体制改革,提高公共卫生服务、医疗服务、医疗保障、药品供应保障水平。”^③可见,医药卫生治理是国家治理的重要组成部分,关系到人民健康需求的满足和健康中国战略目标的实现。

1. 我国医药卫生治理体系的基本要素

国务院《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》对医药卫生治理体系和治理能力现代化做出了重要部署,明确提出要坚持医疗、医保、医药联动改革,在分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管五项重点任务上取得新突破。这五项重点任务归纳起来主要涉及到医疗卫生服务、医疗保障和药品供应三个领域的综合改革。结合相关学者的观点,我国医药卫生治理体系主要包含三个紧密联系、互为支撑的基本要素,分别是:医疗卫生服务体系的治理、医疗保障体系的治理以及药品供应保障体系的治理。^④其中,医疗卫生服务体系是直接提供医疗和健康服务的供给体系,医疗保障体系和药品供应保障体系是医疗卫生服务能力实现的重要保障。

医疗卫生服务体系作为供给方,由各级医疗机构和公共卫生机构组成,旨在为个体或群体提供疾病诊疗、健康促进和维护等服务,其目标是保障人的身体、精神和社会适应性都处于良好的状态。截至2019年11月底,全国医疗卫生机构数量已达101.4万个,其中,医院3.4万个、基层医疗卫生机构96万个、专业的公共卫生机构1.7万个。2019年1月至11月,全国医疗卫生机构总诊疗人次达77.5亿人次。^⑤公立医院的快速扩张使得我国医疗服务供给能力大大增强,但也在很大程度上造成了资源配置失衡。因此,近年来,在

① 童星《新时代情境下对中国转型期社会风险与治理的再审视》,《中共南京市委党校学报》2019年第1期。

② 彭宅文《如何应对新发传染病挑战》,《社会科学报》2020年2月27日。

③ 《中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》,中华人民共和国中央人民政府网站,http://www.gov.cn/zhengce/2019-11/05/content_5449023.htm。

④ 胡善联《在国家治理体系框架下加强医药卫生体系治理能力的建设》,《卫生经济研究》2020年第1期。

⑤ 国家卫生健康委员会统计信息中心《2019年11月底全国医疗卫生机构数》,国家卫生健康委员会网站,http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/202001/d73a47fbd0e4ea4bbb8d20387992871.shtml。



“新医改”的推动下,我国医疗服务体系治理的核心任务是坚持医疗卫生服务的公共物品性质,促进医疗服务的均等化。

医疗保障作为医疗费用最大的支付渠道,通过分担居民经济风险,可以提高医疗服务供给体系的服务范围,还可以通过支付方式设计规范医疗服务行为。随着“全民医保”体系建设的不断完善,我国已基本建成“三横两纵”的医疗保障体系。“三横”是指医疗保障体系包含三种保障层次,以覆盖全民的社会医疗保险体系为“主体层”,以面向贫困人群的医疗救助体系为“保底层”,以满足高层次、多样化需求为目标的商业健康保险体系为“补充层”。由于社会医疗保险是我国医疗保障体系中覆盖人数最多、资金收支最大的主体制度安排,“两纵”主要指社会医疗保险体系的制度框架,包括面向企业职工的医疗保险和面向城乡居民的医疗保险两种制度。近年来,我国社会医疗保险体系的覆盖面不断扩大,目前已发展成为全球覆盖人数最多的医疗保险体系,参保人数逾13.5亿人;保障水平也得到大幅提升,实际报销比例普遍达到50%以上,低收入人群的实际报销比例普遍高于60%;医疗保险基金平稳运行,截至2019年末,全国基本医疗保险基金累计结余超过2.69万亿元。^①药品供应保障体系则是医疗卫生体系顺畅运行的后方补给。药品供应保障体系的治理主要是指药品生产、流通、使用全流程改革,以保障药品安全有效、价格合理、供应充分。^②我国一系列药品供应保障改革措施的实施,如公立医院药品零差价销售、药品招标采购、第三方药品电子交易新模式等,推进了药品回到真实成本,大大减轻了群众用药负担。

2. 疫情防控中我国医药卫生治理体系的优势及局限

此次重大疫情是对我国医药卫生治理体系的全面检验。现有体系在发挥出制度优势的同时,也存在一些短板和不足。

(1) 医药卫生治理体系在重大疫情治理中的优势

首先,自上而下的统筹部署是医药卫生治理体系制度优势得以发挥的重要前提。自疫情出现以来至2020年4月22日,中共中央政治局常委会先后于1月25日、2月3日、2月12日、2月19日、2月26日、3月4日、3月18日、3月27日、4月8日、4月17日召开了十次关于新冠肺炎疫情防控的会议,要求“把人民群众生命安全和身体健康放在第一位”,并对医疗救治、药品和救治物资供应、救治费用保障、疫苗和药物研发等相关工作做出统筹部署和安排。自上而下的统筹安排为医疗、医保、药品供应、公共卫生等多方面防疫工作的有序开展提供了切实有效的指引。

其次,近年来全国医疗资源总量的不断增加为疫情救治提供了坚实基础。随着各级政府在医药卫生领域投入的不断增加,我国医疗健康事业加快发展,已形成覆盖全国的医疗卫生服务网络。截至2018年,国家在医疗卫生领域的投入连续六年增长超过11%。^③与此同时,医学人才数量稳步增长,医疗技术水平不断提升,这使得在此次疫情发生时,我国能够迅速建立“一省包一市”的对口支援关系。29个省(自治区、直辖市)共派出超过4万余名呼吸、感染、重症、麻醉等专业医务人员,以及一大批护理人员支持湖北武汉,^④为“应收尽收”、及时救治创造了条件。

再次,医疗保障相关报销政策为应对疫情做出了及时调整。我国“常规性”的医疗保障制度设计在应对突发重大公共卫生事件时面临很多阻碍,如地区之间制度割裂,因身份界限造成的待遇水平差异,“三大目录”报销范围导致用药限制,起付线、封顶线等规则使患者承受巨大医疗费用压力,药品招标采购流程影响

^① 国家医疗保障局《2019年医疗保障事业发展统计快报》,国家医疗保障局网站,http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/30/art_7_2930.html。

^② 申曙光、马颖颖《新时代健康中国的战略论纲》,《改革》2018年第2期。

^③ 《十三届全国人大二次会议记者会》,人民网,http://lianghui.people.com.cn/2019npc/n1/2019/0310/c425476-30967829.html。

^④ 《国务院新闻办湖北武汉新闻发布会》,央视网,http://tv.people.com.cn/n1/2020/0228/c61600-31610211.html。



了用药可及性等。为保障疫情发生后的及时救治,国家医疗保障局和财政部联合印发了《关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情医疗保障的通知》,提出了“两个确保”要求:一方面,为确保患者不因费用问题影响就医,医保对于确诊和疑似患者全部实行先救治、后结算,充分发挥基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重医疗保障的作用。广东省、浙江省等地区也及时调整,建立了应对疫情的临时性报销政策。例如,广东省将确认疑似和确诊的参保人的全部医疗费用纳入到医保支付范围,取消起付线和目录限制,个人负担部分由财政给予补助;将定点和非定点所有医院救治的费用均纳入医保支付范围;突破对异地就医患者的原有报销规定,先救治后结算,不降低报销比例。截至4月6日,全国各地新冠确诊和疑似患者的医保结算,涉及总费用约为14.86亿元,其中,医保基金支付9.9亿元,实际报销比例达66.6%,剩余部分由财政资金给予补助。^①另一方面,为确保收治医院不因支付政策影响救治,医保部门及时调整定点收治医疗机构的总额预算指标,并预付专项资金减轻医院垫付压力。截至3月19日,各地医保部门累计拨付资金193亿元。^②医疗保障政策的及时调整解决了患者和医院的“后顾之忧”,这在很大程度上得益于我国“全民医保”的制度基础及其良好的基金运行状况。

最后,药品供应政策的同步支持。一方面,医疗保障部门建立了有序的药品供应保障制度,开通药品招标采购“绿色通道”,对于疫情所需的药品、耗材直接挂网采购或由医院自主采购,不受备案比例和数量的限制。另一方面,为缓解医疗物资供应紧张,国家药品监管部门打破常规监管模式,建立应急审批通道,帮助医用器械生产企业合法合规地加快医用防护物资生产。以防护服生产为例,截至3月27日,全国共有医用防护服注册证280张,其中应急审批239张;生产企业323家,应急审批191家。^③

(2) 我国医药卫生治理“短板”

第一,重“治”轻“防”,公共卫生和疾病防控体系建设不足。长期以来,我国医药卫生体制改革的重点主要集中于公立医院、药品供应、基层医疗、医疗保障支付等领域,对于公共卫生体系、尤其是疾病防控方面的投入和发展相对不足。可以说,公共卫生与传染病防治是我国经济供给侧结构性改革的落后领域。^④SARS过后,我国的公共卫生体系建设在短期内获得了快速发展,2003年国内已有疾控中心3584个,然而,到2019年11月,全国疾控中心下降到3456个,下降了3.6%;与疾控机构数量下降形成鲜明对比的是医疗机构数量的稳步增长,从2003年至2019年增长了20.5%(见图1)。更为严重的是,应急人员队伍也呈现出数量不足、流失严重、整体学历偏低等特点。有关调查显示,2002年至2012年间,全国疾控中心平均在岗人数下降了11%,^⑤2017年与2010年相比,全国疾控中心人员总数也减少了2.42%。^⑥这导致基层在传染病识别和重大突发传染病疫情应对方面能力的不足。

第二,公共卫生服务体系和医疗体系联动不强。在流感监测和传染病防控等工作中,公共卫生与医疗服务机构协作不畅、联动不强,难以实现早预防、早发现;在临床治疗中,往往也容易忽略人群疾病流行模式的改变;医学教育中临床医学和预防医学的教学交叉相对较少;^⑦部分基层医疗卫生服务机构在实践中也存

① 中央纪委国家监委《国家医保局:新冠肺炎重症患者人均治疗费用超过15万元,均按规定予以报销》,中央纪委国家监委网站, http://www.ccdi.gov.cn/yaowen/202004/t20200411_215163.html。

② 中央纪委国家监委《国家医保局:以人民为中心,切实保障患者医疗费用》,中央纪委国家监委网站, <http://v.ccdi.gov.cn/2020/03/27/VIDEDMwkHHUz0Xv10VGdJUXN200327.shtml>。

③ 中央电视台“每周质量报告”2020年3月29日。

④ 黄奇帆《新冠肺炎疫情下对中国公共卫生防疫体系改革的建议》,《第一财经日报》2020年2月13日。

⑤ 邓峰、吕菊红、高建民《中国疾病预防控制体系发展与改革情况综述》,《中国公共卫生管理》2019年第4期; C. Li, M. Sun, Y. Wang, et al., “The Centers for Disease Control and Prevention System in China: Trends from 2002 – 2012,” *American Journal of Public Health*, vol. 106, 2016, pp. 2093 – 2102.

⑥ 苏彬彬、曹炜、贾金忠等《我国疾病预防控制机构人力资源现状及其配置公平性研究》,《中国卫生政策研究》2016年第6期。

⑦ 丁蕾、蔡伟、江帆等《新型冠状病毒感染疫情下的思考》,《中国科学》2020年第3期。



在将公共卫生和医疗服务割裂考虑的现象。

第三,应对重大突发公共卫生事件的人员和物资设备缺乏。现有医疗服务体系中缺乏处理重大传染病疫情等突发公共卫生事件的专业队伍,传染病专科医院日渐萎缩。以此次疫情最为严重的武汉市为例,其作为一个拥有1400万人口的大城市,全市专门的传染病医院仅有两家(金银潭医院和肺科医院),共900多张床位,平均每万人仅拥有0.64张床位,远低于国家规定的每万人1.2~1.5张传染病床位的标准。^①一些综合性医院感染病区专业设施与能力不足,隔离病房和普通病区规划不合理,院感应急处置能力较弱,在此次疫情中,致使缺乏防护物资的医护人员超负荷工作,甚至大面积感染。部分二级医院甚至缺乏常规抢救设备,严重影响了病例救治。

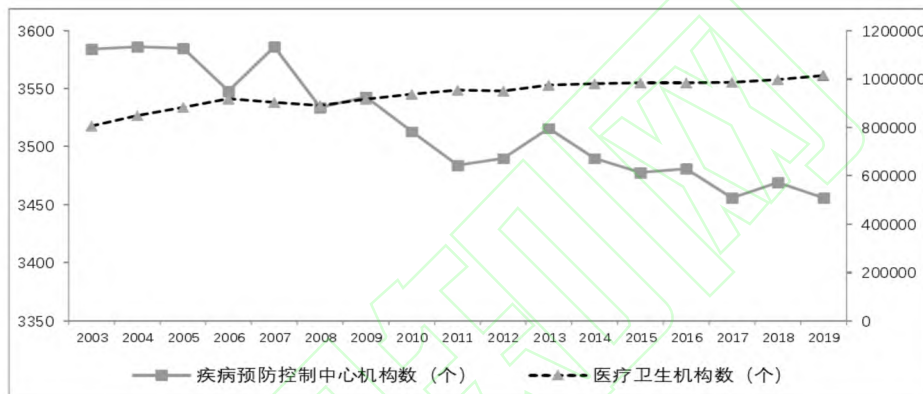


图1 全国疾病预防控制中心与医疗卫生机构数量发展趋势对比^②

第四,基层医疗卫生机构服务能力有限。数量众多、分布广泛的基层医疗机构在疫情防治中的优势和力量体现较少。主要表现在:社区卫生服务机构人员疫情应急和处置的综合素质不高,疫情初期大量的疑似病人和一般感冒病人均涌向少数三级医院,造成医疗资源的挤占,也致使感染人群无法获得及时的“识别”、分类与救治,并在拥挤和长时期等候过程中面临交叉感染的严重风险。

三、医药卫生治理体系和治理能力现代化的实现路径

从满足健康需求的角度看,医药卫生服务体系优化的核心即为健康需求的满足。^③随着健康风险的加剧以及人们健康需求的转型升级,政府及其相关部门作为居民健康需求满足的责任主体,^④要通过深化改革,进一步提升医药卫生长效治理水平,使广大人民群众公平地享有安全、优质、高效的健康服务。我们将结合我国医药卫生治理体系的基本要素,从健康干预的重点、医药卫生治理手段、医疗服务模式以及医疗保障的发展目标四个方面,分析当前医药卫生治理存在的局限性,提出新形势下医药卫生治理体系和治理能力现代化的实现路径。其中,健康干预的重点关系到医疗卫生、医疗保障、药品供应领域政策发展的方向,医药卫生治理手段关系到政策运行的整体效率,医疗服务模式转变和医疗保障支付是医药卫生治理的重点任务。

1. 健康干预的重点:从“治疗为中心”向“预防为中心”转变

过去相当长的一段时期内,我国健康干预的重点是提升疾病治疗水平,各地区医疗服务事业的发展以

① 丁蕾、蔡伟、江帆等《新型冠状病毒感染疫情下的思考》,《中国科学》2020年第3期。

② 数据来源:2003-2019年全国医疗卫生机构数,国家卫生健康委员会统计信息中心。

③ A. Williams, *Need as a Demand Concept (With Special Reference to Health)*, *Economic Policies and Social Goals*, London: Martin Robertson, 1974.

④ 李忠、张亮《新时代下的健康需要、卫生服务需求与利用:一个新的分析框架》,《中国卫生政策研究》2019年第9期。

大医院的扩张为主要内容,专注于高水平诊疗技术的发展,基层医疗卫生机构发展相对不足,对慢性病预防、健康管理等方面的重视不够,基于预防保健、健康维护与健康促进的相关行业与产业也一直未得到充分发展。^① 现代风险管理理论提出,风险管理应注重对风险因素的管理而不是对事故的处理。对医药卫生领域风险因素的管理即体现为以预防为主的思想。随着生活方式的多样化,以及人口老龄化的加速,影响人群健康的风险因素也随之增加,以肿瘤、心脑血管病、糖尿病、高血压和慢性呼吸系统疾病等为代表的慢性病已经成为威胁我国公众健康的主要问题。显然,新时代人类疾病谱的变化对健康干预提出了更高要求,“治疗为主”的理念已经不能适应人们日益增长的健康需求。^② 党的十九大报告和健康中国建设战略提出了“预防为主、防治结合”的健康指导方针,为实现全民健康指明了方向。因此,未来如何将既定的“预防为主”方针进一步落实,变“被动应对”为“主动预防”,是医药卫生治理工作的一项重要内容和发展方向。

2. 医药卫生治理手段:从“碎片化”治理向整体性治理转变

理论上,医药卫生治理体系是一个包含了众多要素和主体的复杂体系,医药卫生体系的治理必须是系统、整体、协调性治理。而实际上,由于不同部门之间法律规则和工作机制存在差异,沟通协调成本高,我国医药卫生治理呈现出一种碎片化的治理状态。^③ 府际之间的横向合作障碍是医药卫生协同治理的重要瓶颈。^④ 一方面,传统以职能部门为依托的“分类管理、分级负责和属地管理”模式在应对突发公共卫生事件时,容易出现应急救援队伍参差不齐,救援物资重复配置,部门之间各自为政、缺乏协作等弊端。^⑤ 在此次疫情治理中,各地区成立的疫情防控工作领导小组和指挥部虽然能起到统一领导和跨部门协调指挥作用,在特定时期是十分必要的,但是,如果不能将这种临时机构的组织管理经验及时总结并转化为长效的行政措施,就无法实现“治本”的效果。另一方面,我国医改目前已步入“深水区”,面临着一系列深层次矛盾与阻力,这导致医疗、医保、医药在政策制定与执行环节未能形成合力,在医联体建设、基本药物制度实施、分级诊疗制度建立等多项改革工作中的衔接性和协调性不足。

鉴于此,推进医药卫生治理体系和治理能力现代化的重要手段是克服碎片化,形成协同与连续性。要实现全面统筹,在进一步巩固“三医联动”改革基础的同时,补齐短板,推进“四方协同”,即促进公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应体系更加紧密地协调与衔接,实现事前预防与健康促进、事中治疗和保健、事后康复护理相结合的全过程治理。需要重点协作的领域有:加强公共卫生服务与医疗服务在疾病预防和传染病防控方面的有效衔接;促进医保基金和公共卫生资金在基层预防、健康管理等方面的统筹使用;强化卫生健康部门和医保部门在分级诊疗上的协调推进;提高医疗保障基金监管效能,运用智能化、精细化的监管方式,规范医疗行为,控制医疗费用不合理增长,促进医疗服务质量提升。

3. 医疗服务模式:从“层级型”医疗服务向整合型医疗服务转变

我国医疗卫生服务机构被划分为一级、二级、三级医院,每一级医院又有不同等级,形成了一种“层级型”医疗服务供给模式。各级医疗卫生机构之间的沟通和协作较少,甚至处于无序竞争的状态,不利于居民获得连续、有效、适宜的服务。具体而言,医疗卫生供给面临一系列亟待解决的问题和难题:医疗卫生资源总量不足,特别是优质资源缺乏;城乡、区域、人群之间资源配置结构失衡,影响健康的公平可及;不同类别、层级的医疗卫生机构之间缺乏协作,影响医疗资源供给效率;基层医疗卫生机构能力不足,分级诊疗有待进一步加强;人才队伍建设不足,尤其是全科医生和应急医疗队伍的数量和素质均有待提高。此次疫情救治当

① 申曙光《推进医药卫生治理体系现代化》,《社会科学报》2020年2月20日。

② 申曙光、曾望峰《健康中国建设的理念、框架与路径》,《中山大学学报》2020年第1期。

③ 孙玉栋、丁鹏程《突发公共卫生事件的网络化治理》,《中国特色社会主义研究》2020年第1期。

④ K. Fierbeck, “Public Health and Collaborative Governance,” *Canadian Public Administration*, vol. 53, 2010, pp. 1 ~ 19.

⑤ 陈珑凯、梁虹、唐敏康《应急管理协调的痛点、难点和着力点》,《中国公共安全(学术版)》2019年第4期。



中出现的一系列问题实际上也是医疗卫生服务模式不适应现实需求的反映,各级医疗机构之间缺乏沟通、协作,能够提供有效服务的医疗机构和医生数量有限,加剧了疫情救治初期的“看病难”问题。

为着力解决医疗卫生服务领域供给侧的不平衡、不充分问题,《“健康中国2030”规划纲要》从健康中国建设的原则、目标、内容等方面均提出要构建整合型医疗服务体系。整合型医疗卫生服务模式以初级卫生保健为基础,推进健康管理,降低医疗成本,通过不同类型和层级的医疗卫生机构紧密合作,为居民提供集健康促进、疾病预防、医疗诊断、康复护理于一体的无缝隙服务网络。^①构建覆盖全方位、全周期、整合型医疗服务模式是发展优质、高效医疗服务的方向,也是健康领域供给侧平衡充分发展的突破口。

4. 医疗保障的发展目标:从“小医保”向“大医保”转变

医疗保障在医药卫生治理中发挥着基础性的兜底作用。目前,我国医疗保障体系在覆盖面、保障水平、公平性、可及性等方面取得的成效标志着“病有所医”的目标已基本实现。然而,面对健康风险的加剧以及人们健康需求转型升级带来的新要求,未来若医疗保障仅停留于“保疾病”的层次,势必无法解决人民日益增长的健康保障需求与不平衡不充分的医疗保障体系建设之间的矛盾。

为助力以“预防为主”的大健康格局的形成,未来医疗保障体系治理应以“病有良医”为目标,推进“小医保”向“大医保”转型,即建立更高水平、更高目标和更多层次的医疗保障体系,其最终目标是保障国民的健康需求。^②一方面,人口老龄化的加剧,要求医疗保障模式从“保疾病”的层次逐步转型为以慢性病管理及预防为重点的医疗保障新模式;另一方面,还应发挥医疗保障的经济杠杆作用,通过支付方式改革、医保药品管理和价格体系改革以及医保基金监管方式改革,更好地推进分级诊疗和医联体工作的开展。

四、推进医药卫生治理体系和治理能力现代化的关键对策

医药卫生治理体系现代化的目标是实现系统性和长效性,核心任务在于理顺关系,实现整体性治理,要加强医疗服务体系、公共卫生体系、医保体系与药品供应体系之间的联动,建立跨区域合作机制,促进不同层级医疗机构紧密合作,完善社会动员机制;治理能力现代化的目标是提高治理效率,核心任务是创新治理手段,实现治理方式的专业化、科学化、精细化。我们从医药卫生“治理体系”和“治理能力”建设两个方面提出七项关键对策。

1. 理顺关系,实现整体性治理

第一,补齐短板,加强预防型公共卫生防疫体系建设。制定公共卫生防疫的发展规划和年度计划,加大人员、技术、设备投入,尤其要加强常态化基层应急防控能力建设,如:购买社区专用防疫医疗设施、利用移动医疗建设传染病防治网络与居民病例病种档案库、加强公共卫生应急药品与器械战略储备等。还要设立危机发生时跨地区医疗支援资金。

第二,加快分级诊疗和医联体建设。分级诊疗制度是整合和优化资源配置的治本之策。应细化和明确不同层级医疗机构的转诊规范和流程;提升基层医疗机构在初级诊疗、初级防疫、健康管理等方面的“属地化管理”水平;尤其要加强对社区全科医生及家庭医生传染病防控素质的培养,使其能够真正发挥健康“守门人”作用。

第三,建立应急医疗保障机制。我国“常规性”医疗保障制度设计在应对突发重大公共卫生事件时面临很多阻碍。长远来看,亟需建立起能够适应突发重大公共卫生事件的应急医疗保障机制,当国家宣布进入某种应急或紧急状态时,直接适用于医疗救治的费用负担。应急医疗保障机制要在保障对象上摆脱人员身份与区域限制,形成“一体化”的制度,在重大疫情发生时避免因“异地就医”“异地参保人”等规则限制造成

^① 申曙光《推进医药卫生治理体系现代化》,《社会科学报》2020年2月20日。

^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》,《社会保障评论》2018年第3期。



的保障不公平性;在支付标准上,对常规医保的起付线、封顶线和报销比例视情况加以放宽或取消;在支付范围上,对医保“三大目录”进行突破,保证患者获得药品与医疗器械目录范围外的可行性治疗。此外,还要动员社会力量,建立国家应急医疗保障专项资金,以便在突发重大公共卫生事件应对中发挥及时、高效的保障和兜底作用。

第四,建立多方参与的多元共治机制。长效治理体系除了要发挥政府部门的主导、协调作用,还要引入社会力量,发挥多元主体的“共治”。商业保险机构、慈善组织、社工组织、医药公司、互联网和大数据平台企业等不同主体能够在医药卫生治理中发挥重要的补充作用,政府要创造条件,引导并支持其参与大健康服务,出台相关政策,规范不同主体的行为,促进各方互信和良性互动。

2. 实现治理方式的专业化、科学化、精细化

第一,加强公共卫生应急管理专业化人才队伍建设。根据新发传染病形势,要加大对应急型预防医学人才的培养,提升其对新发传染病的认识,使其不仅具有整体控制能力和对疾病的预见性,又有实验研究分析能力,还有良好的现场掌控能力和团队协作能力;强化综合医院临床医学人才传染病防控和应急知识培训;加大对检验检测、健康教育等人才的培养;建立一支复合型应急管理队伍,使之在危机发生时能够迅速展开灾难评定、卫生防疫和心理疏导等工作。

第二,加强健康教育,提高公民健康素养。我国居民健康素养平均值为14.18%,与西方发达国家有较大差距。^①健康教育是树立居民健康意识、提高全民健康素养的有效途径,也是健康中国建设的应有之义。世界卫生组织将健康教育与健康促进、计划免疫、疾病监测共同确定为21世纪疾病预防与控制的三大优先策略。^②短期内可以通过核心信息发布制度加强对居民健康生活方式、传染病相关知识、行为和技能的培养,长期来看,要加强学校教育和社区教育,还要健全覆盖全国的健康素养和生活方式监测体系。

第三,以信息技术和人工智能为载体,推动互联网医院、健康管理等智慧医疗服务的发展。首先,要支持远程医疗的发展。互联网医疗在很大程度上改革和创新了流行病应对的治疗和管理方式,其非接触优势,及网上咨询、AI医生辅助群众自我判断等服务能够大大减轻医疗机构的门诊压力和交叉感染风险,还能帮助解决城乡、区域医疗资源分配不均衡问题。政府要扶持互联网医院和远程医疗的发展,打破行政壁垒,加强横向跨部门合作及监管。其次,加强医疗和健康大数据的决策分析。借助疫情监测、诊疗、医保、健康档案等数据,建立智慧型健康管理体系统,促进“预防为主”健康方针的实现。再次,支持第三方医学检测及病理诊断平台的发展。目前已有一批市场化的医学检测平台在疾病防控、精准医学、病理诊断等方面发挥了良好作用。未来,政府部门可以通过政策支持与规范,引入第三方医学检验机构建立公共监测服务平台,发挥规模化、标准化、专业化的优势,补充现有医疗机构资源的不足。

作者单位:马颖颖,华南农业大学公共管理学院;申曙光,中山大学岭南学院、政治与公共事务管理学院
责任编辑:秦开凤

^① 《2017年中国居民健康素养水平为14.18%》,中国新闻网, <http://www.chinanews.com/jk/2018/09-19/8631500.shtml>。

^② 刘谦《统一思想 开拓创新 全面推进健康教育工作科学发展——刘谦副部长在全国健康教育与健康促进工作座谈会上的讲话》,《中国健康教育》2012年第5期。

