

# 中国医疗保险管理体制变革研究:府际关系的视角\*

鲁 全

**[摘要]** 中国医疗保险管理体制政府主导的特征决定了府际关系是理解其变迁和改革的重要视角。其中,横向部门间关系是医疗保障整体转型过程中管理体制分割的历史性因素;而统一基本医疗保险管理体制的改革过程则由于中央层级横向部门间分工的模糊导致了纵向上地方政府决策的困境,而最终仍需要通过中央政府决策来解决。未来,医疗保险统筹层次提高与行政机构纵向上职责同构的冲突将成为进一步优化医疗保险管理体制的关键议题。

**[关键词]** 府际关系;医疗保险;管理体制

**[中图分类号]** D035 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-0863 (2022) 02-0077-06

医疗保险是社会保障体系的重要组成部分,医疗保险管理体制则是国家行政管理体制的有机组成部分。2018年党和国家机构改革决定成立国家医疗保障局,结束了长期以来我国医疗保险管理体制的分割格局,实现了医疗保障事务的相对集中管理。这种相对集中的最主要体现就是将原先分别由人力资源社会保障部门承担的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险管理职责,和由卫生计生部门承担的新型农村合作医疗管理职责进行合并,统一由国家医疗保障局进行管理。<sup>①</sup>

针对这一重要的社会保障管理体制变革,既有的文献或者是从医疗保障制度模式出发,聚焦于分析由哪一个部门主管更为有效,其中,既有观点认为应当由人力资源社会保障部门集中管理,<sup>[1]</sup>也有观点认为应当由卫生计生部门集中管理,<sup>[2]</sup>还有观点认为应当建立独立的新部门。<sup>[3]</sup>2018年改革方案出台后,相关文献则聚焦于医疗保障管理体制的重构对推动医疗保障事业发展的积极作用。<sup>[4]</sup>然而,目前仍然缺乏文献从行政管理尤其是府际关系的视角来系统回顾、总结和解释我国医疗保险管理体制变革的历史进程和基本特点。有鉴于此,本文将从府际关系的视角回顾和总结我国医疗保险管理体制的变革及其特点,分析进一步

深化医疗保险管理体制变革的关键举措。

## 一、医疗保障管理体制与府际关系的分析视角

### (一) 医疗保障模式及其管理体制

医疗保障是抵御人们疾病经济负担的重要制度安排,致力于解决“看病贵”的问题,是各国社会保障体系的重要组成部分。医疗健康服务是一种特殊的商品和服务,存在显著的基于供给方私人信息基础上的“供给诱导需求”现象,价格机制也会在医疗卫生市场上出现部分失灵的情况。从全世界范围来看,在诸多大国之中,除了美国以外,绝大多数国家都建立起了不同模式的医疗保障制度。

在医疗服务市场“供方强势、需方弱势”的基本格局下,有些国家按照“做强需方”的思路,通过建立整合的基本医疗保险,让所有的需求方“团结起来”,以社会医疗保险的方式进行第三方支付,<sup>[5]</sup>从而实现服务提供与费用支付的分离。社会医疗保险作为所有参保人的代言人,通过“团购”实现以量换价,控制医疗总费用。还有一些国家按照“控制供方”的思路,通过为

<sup>①</sup> 除此之外,医疗保障的集中管理还体现在将原先由民政部门主管的医疗救助,原先由发展改革委主管的药品和医疗卫生服务价格管理职责集中交由国家医疗保障局管理。本文主要关注医疗保险领域的集中管理问题。除第一部分涉及客观的医疗保障管理体制,其余部分讨论的是医疗保险管理体制。

\* 基金项目:国家社会科学基金项目“中国社会保险管理体制研究”(编号:19BGL202)

作者:鲁全,中国人民大学劳动人事学院副教授,中国社会保障学会秘书长,北京 100872

医疗服务人员提供体面的薪酬,使之经济利益与医疗器械或药品的使用脱钩,确保医疗机构的公益性,即所谓的全民基本健康服务制度。<sup>[6]</sup>

不同的医疗保障模式要求建立不同的医疗保障管理体制。医疗保障管理体制主要是指医疗保障管理部门的设置及其权责分配。按照社会医疗保险的基本逻辑,需要有代表全体“需求方”的第三方来进行费用支付,因此其管理部门往往独立于医疗机构的管理部门;按照全民基本健康服务制度的逻辑,医疗服务机构肩负提供医疗服务和控制服务价格的双重使命,从而往往由同一个行政部门来负责管理。

## (二) 府际关系的分析视角

作为典型的官僚科层制组织,政府根据横向分工的原则划分为不同的部门,根据纵向分权的原则划分为不同的层级,并由此构成了一个有机联系的总体。在广义的行政体系中,不同主体之间的关系被称为政府间关系,或简称为府际关系,包含纵向的中央政府与地方政府间关系、地方各级政府间关系和横向的各地区政府间关系。<sup>[7]</sup>

改革开放以来,医疗保障制度的改革构成了从国家—单位保障制向国家—社会保障制整体转型的重要组成部分,<sup>[8]</sup>以计划经济为依托的公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗逐渐失去了其赖以生存的经济基础,而逐步向社会医疗保险制度转型。但与德国等典型社会保险国家不同的是,中国的医疗保险制度及其管理具有典型的政府主导特征。其具体表现是,医疗保险的管理经办机构并非是独立的公团法人,<sup>[9]</sup>而往往由政府的行政部门承担管理职责,由准政府性质的事业单位(例如各地五花八门的社会保险事业管理局、医疗保障基金管理局等)承担经办职责。

在这种政府主导的背景下,行政体系中的府际关系便会自然地影响医疗保障管理体制,更为重要的是,我国医疗保障制度改革就是从准全民基本健康服务制度向社会医疗保险制度转型,并成为健康中国建设的重要组成部分。<sup>[10]</sup>在这种转型过程中,必然会有行政管理部门的整合、重组和再造,因此,府际关系是理解和解释中国医疗保障管理体制变革与发展的重要视角。

## 二、基本医疗保险管理体制的历史分割:横向部门间关系的视角

我国计划经济时期的医疗保障制度是一种准全民基本健康服务制度<sup>①</sup>,无论是在农村的村集体,还是在城镇的各类型单位中,往往都设置有卫生站或医务室,直接负责辖区内或单位中人员的基本医疗服务,资金则来源于村集体提留或单位的财政拨款,<sup>[11]</sup>医疗服务和医疗保障的主体合二为一。在这种制度背景下,卫生部门长期作为医疗卫生事业的主管部门实行相对集

中管理,基本不存在府际关系的问题。

伴随着市场经济体制改革,我国的基本医疗保障制度经历了一个渐进发展的过程。首先是在20世纪80年代,一些地区的国有企业因无力承担医疗费用支出而尝试让职工分担医疗费用和社会统筹试点,<sup>[12]</sup>经过不同地区的试点与经验总结,国务院于1998年颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,确立了统账结合的职工基本医疗保险制度模式。在农村地区,随着联产承包责任制的推广,合作医疗失去了其赖以生存的经济基础。2003年,国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的决定》,建立了由多方筹资的新型农村合作医疗制度。2007年,国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,建立了针对城镇中不属于职工基本医疗保险覆盖范围人群的制度,缴费来源为参保家庭和政府补贴。至此,与市场经济体制相适应的基本医疗保险实现了制度全覆盖,这也标志着我国在市场经济体制下,选择了社会医疗保险的基本制度模式。<sup>[13]</sup>

三项基本医疗保险制度建立的时间有早晚,管理部门也不完全一致。1998年的国务院机构改革明确此前由国家体改委承担的医疗保险管理职责划归新成立的劳动和社会保障部,实现了社会保险领域的集中管理。这是我国社会保险改革缘起于国有企业改革,从而与劳动就业相关联的必然结果。但是,2003年正式建立的新型农村合作医疗制度在各地则由当时的卫生部门管理,这不仅是因为农村的医疗保障与劳动就业无关,也与计划经济时期公费医疗和农村合作医疗都长期由卫生部门管理的路径依赖有关。2007年正式建立的城镇居民基本医疗保险,因其覆盖对象在城镇地区,也由劳动保障部门负责管理。至此,基本医疗保险制度的城乡分割导致了管理体制的分割。<sup>[14]</sup>在三大基本医疗保险制度中,卫生部门虽然只管理新型农村合作医疗,但其参保人数众多,截至2014年底,参加新农合的达到7.36亿人;人力资源社会保障部门负责管理城镇职工和城镇居民基本医疗保险,2014年底两项制度的参保人数为5.97亿人。<sup>②</sup>

基本医疗保险管理体制的城乡分割既有历史必然性,更有其历史局限性。具体表现在下述三个方面:其一,如前文所述,只有建立统一的基本医疗保险制度,<sup>[15]</sup>才能扭转医疗服务领域“供给诱导需求”的状况,实现供求双方的相对平衡。而基本医疗保险制度在管

<sup>①</sup> 称其为全民基本健康服务,是因为它不是由政府直接提供的,而是由不同形式的“单位”来提供,城镇地区表现为机关事业单位和公有制企业,农村地区表现为村集体,而它们的背后实质上都是国家。这也是中国计划经济体制下的社会保障被称为“国家—单位”保障制的原因所在。

<sup>②</sup> 数据来源于国家统计局中国统计数据库。因2014年后部分地区整合了基本医疗保险制度,因此本文引用了2014年底的数据。

理体制上的分割成为制度合并的主要阻力,医疗保障制度互助共济的功能无法得到充分发挥。其二,无法有效应对人口的城乡流动,导致重复参保的情况。一方面,新农合以户籍和家庭为单位,进城务工劳动者往往在户籍所在地参加了新农合制度;另一方面,城镇职工基本医疗保险以劳动合同为基础,进城务工劳动者无论是基于签订了劳动合同的参保义务,还是就医的方便考虑,亦在工作地参加了职工基本医疗保险,由此导致重复参保问题。<sup>[16]</sup>其三,导致同一参保地不同身份参保者的待遇不公平。医保管理体制和制度的分割,导致同一市域范围内,不同就业形态、不同户籍身份参保者的待遇不同,从而严重破坏了制度的公平性。

综上所述,从历史变迁的视角看,伴随着经济体制的变革,我国医疗保障制度的整体转型体现为三项基本医疗保险制度的逐次建立,这一方面实现了医疗保障制度的渐进式全覆盖;但另一方面,行政主管部门的不同,又成为医疗保障制度统一的最大阻碍,而不同的管理体制(主管部门)背后所蕴含的则是对医疗保障制度模式选择的不同逻辑。简言之,横向部门间关系既是我国改革开放以来医疗保障管理体制变革的集中表现,也是影响医疗保障制度进一步深化改革的重要因素,从而可以成为理解我国医疗保障制度转型和管理体制分割的重要视角。

### 三、基本医疗保险管理体制整合的地方实践:斜向府际关系的视角

医疗保险制度整合是制度发展规律的基本要求,首要内容就是要整合新农合和城镇居民基本医疗保险。2016年1月,国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,其中明确要求“理顺医保管理体制,统一基本医保行政管理职能”。那么,医疗保险管理权责应当归属于人力资源社会保障部门还是卫生部门呢?

卫生部门和人社部门对此各执一词。卫生部门认为,医疗保险的本质是对医药卫生服务的购买,因此集中管理筹资和服务,才能更好地解决“看病难、看病贵”的问题,此所谓“一手托两家”之说;人社部门则提出,医疗保险的基本逻辑是第三方支付,只有将所有参保者团结到一个制度中,才能够对具有先天信息优势的医疗服务供方产生压力,才能够有效地控制医疗服务价格,此所谓“第三方支付”之说。因此,统一城乡居民基本医疗保险管理体制的关键就是选择行政管理主体,选择不同的管理主体将形成不同的管理体制,也意味着选择了不同的制度模式。

中央政府要求建立统一的城乡居民医疗保险管理体制,但却没有明确具体的管理部门。在医疗保险尚未实现全国统筹的背景下,各级地方政府就成为了决

策主体,横向部门之间的关系此刻转化成了纵向上地方政府的决策,从而形成了斜向府际关系的分析视角。

在实践中,城乡居民医疗保险管理体制的整合过程并不顺利。截至到2015年底,全国只有9个省级单位(包括新疆生产建设兵团)实现了整合。2016年1月,国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》后,各地的管理体制合并工作进入到了“快车道”,截至到2016年8月,就有北京、河北、内蒙古、江西、湖北、湖南、广西和新疆进行了整合,全国20个省份实现了整合。然而,不同省份的选择并不完全一致。虽然中央政府明确要求实现城乡居民医疗保险管理体制的整合,但没有明确要求整合到哪一个部门,而由地方政府自行决定。这是在制度未实现全国统一、统筹层次仍然较低情况下的无奈之举,也是横向部门间关系冲突转移到纵向上地方政府决策的必然结果。表1展示了不同省份对医疗保险管理体制的选择情况。

表1 不同省份城乡统筹医疗保险管理体制选择

时间	省级单位	管理部门	时间	省级单位	管理部门
2008.8	新疆生产建设兵团	人社	2016.8	云南	由地市自行选择
2009.4	天津	人社	2016.9	河南	人社
2010.10	宁夏	人社	2016.10	北京	人社
2014.1	山东	人社	2016.11	山西	人社
2014.10	重庆	人社	2016.11	甘肃	人社
2014.12	浙江	人社	2016.11	黑龙江	人社
2015.10	上海	人社	2016.12	吉林	制度整合、管理分割
2016.5	广东	人社	2016.12	贵州	制度整合、管理分割
2016.5	河北	人社	2016.12	四川	由地市自行选择
2016.5	湖北	人社	2016.12	海南	成立单独部门
2016.6	青海	人社	2016.12	江苏	人社
2016.6	内蒙古	人社	2017.6	陕西	卫生
2016.6	江西	人社	2017.6	福建	成立单独部门
2016.6	新疆	人社	2017.6	安徽	成立单独部门
2016.7	湖南	人社	2018.10	西藏	医保局
2016.7	广西	人社	2019.7	辽宁	医保局

资料来源:作者自制。

通过对上表的分析,我们可以简单区分出地方政府在医疗保险管理体制选择中的五种策略和相应的结果。

第一,采取被动等待的策略,直至中央政府做出新的决策。西藏和辽宁采取了这样的策略,两地一直未出台有关城乡居民医疗保险整合的文件,直至2018年国家机构改革成立了国家医疗保障局,两地才于2018年和2019年先后出台相关文件,而此时的管理体制已不再是“选择题”,自然由各地新组建的医疗保障局承担。

第二,选择由人力资源社会保障部门主管,这是大部分省份的选择。除了在2016年之前就已经明确由人社部门管理的几个省区之外,2016年2月国务院有关整合意见的出台极大地促进了整合的步伐,从而具有很强的推动效应和扩散效应。

第三,选择由卫生部门主管。在所有的32个省级

单位中,只有陕西省明确由卫生行政部门统一管理城乡居民医疗保险。而当笔者进行文献追踪时发现,陕西省人民政府在2016年6月6日印发的《陕西省深化医药卫生体制综合改革试点方案》中提出,“将城镇居民医保和新农合制度整合,建立统一的城乡居民基本医疗保险制度,实行市级统筹,由卫生计生部门统一管理。城镇职工医保仍由人力资源社会保障部门管理。”但是在2016年9月2日印发的《陕西省人民政府办公厅关于统一城乡居民基本医疗保险提升服务效能的实施意见》中不仅没有强调将管理权责集中给卫生部门,却反而又表述为“按照统一政策、集中办公、方便群众的原则,市级依托人力资源社会保障部门管理的城镇居民医保经办机构,县级依托经办机构由人力资源社会保障、卫生计生部门共同对现有经办资源进行评估后择优确定”。虽然管理和经办是适度分开的,但管理由卫生部门,经办又可以自行选择,无疑使得本来就复杂的管理体制更加混乱。虽然前一份文件的签署发布主体层级更高,但后者在文件中明确提出是贯彻落实《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,从而更具有针对性。笔者在这里无意去探究哪份文件的效力更高,而是通过对文献文本的分析,来充分说明在中央政府没有明确决策的情况下,地方政府往往也只能莫衷一是,甚至会出现摇摆不定。

第四,上述两个策略都是“非此即彼、两者选一”,而吉林、贵州则选择了维持现状;云南、四川则进一步将决策责任下移到地市级政府,从而实际上也是在维持现状。根据社会政策决策方案与政策实施之间关系的分析框架,当决策方案本身是模糊的时候,地方政府作为政策的实施者,只能按照自身的利益诉求和结构,采取“再界定”或“再决策”等方式。<sup>[17]</sup>因此,上述四个省份的行动策略,反映了其矛盾和观望的态度,这充分说明当较高层级政府的职能部门之间出现冲突时,如果中央政府不做出决策,而将矛盾在纵向上转移到地方政府,只会导致全域范围内更加复杂的情况,从而与制度和管理的统一要求相违背。

第五,采取增量改革的策略,成立新的管理部门。海南、福建和安徽三省采取了这样的策略,它们并未在人社和卫生之间选择其一,而是建立了相对独立的管理部门,或挂靠在财政部门,或直接隶属于所在地政府。这种模式缘起于对福建三明做法的关注和扩散。根据三明医改操盘手詹积富的介绍,<sup>[18]</sup>三明市于2013年6月整合全市24个原分别由人社、卫生部门管理的经办机构,组建成立了隶属于市政府的“三明市人民政府医疗保障基金管理中心”,暂由市财政局代管,同时各县成立了垂直管理的经办机构。2016年7月,三明市组建市医疗保障管理局,将市人社局有关医疗保险、

生育保险管理职责,市卫生计生委有关药品耗材集中采购职责和新农合管理职责,市民政局有关医疗救助管理职责,以及市物价部门有关医疗服务价格管理职责等进行整合,划入新成立的医疗保障管理局。三明模式在一定范围内被推广,福建省在2016年7月下发了《关于成立省医疗保障管理委员会的通知》,挂靠省财政厅;海南和安徽于2017年9月下文,分别成立了海南省医疗保障管理局和安徽省医疗保障管理委员会。由此可见,上述三省采取增量式改革的方式,成立了独立于人社和卫生部门的医疗保障管理机构。值得关注的是,作为各省中的“少数派”,三省的行动在时间上保持了较高程度的一致,而其中福建的“带头效应”较为明显。这充分说明,在地区分散决策的改革模式下,“少数派”的地区之间会产生显著的抱团效应。

2018年,国家机构改革方案决定,组建国家医疗保障局,作为国务院直属机构。城乡统一的医疗保障管理体制最终通过中央政府的决策,以增量改革,而非“二者选其一”的方式解决了横向部门间关系的矛盾,扫除了医疗保障改革的体制性障碍。较高层级政府横向部门间关系的重组使得纵向上地方政府可以顺理成章地确定相应的医疗保障管理体制。

根据上述分析不难看出,斜向府际关系是理解我国地方政府基本医疗保险管理体制改革的重要视角,它充分说明,当较高层级政府的不同部门之间无法达成一致时,简单将管理体制的决策权在纵向上下移给地方政府只会带来管理体制在地方层面的进一步分割和多元化,从而并不利于制度在全国范围内的整合与统一。与经济体制改革领域的“锦标赛制”鼓励地方创新不同,在社会政策领域,制度的统一性和公平性要求中央政府承担主要的决策职能,在管理体制上处理好横向部门间的职责分配结构,而不宜将管理体制的“决策难题”下移到地方政府。

#### 四、基本医疗保险管理体制的未来发展:纵向府际关系的视角

国家医疗保障局的成立,意味着在中央政府层面医疗保障管理体制的横向部门间关系得以理顺。但是,随之而来的是在纵向府际关系层面的职责同构与医疗保险统筹层次提升之间的矛盾。

所谓职责同构,是指在政府间关系中,不同层级的政府在纵向间职能、职责和机构设置上高度统一、一致,在政府机构设置上表现为“上下对口、左右对齐”。<sup>[19]</sup>中央政府基于职能的分工需要设置不同的部门,而一旦职能部门设置后,基于其自身的权力扩张要求和履行职能的必要,自然希望在每一个政府层级都有相对应的职能部门,从而可以更好实现纵向上的决策部署与实施。这是政府科层制结构的常规形态。中央政府层面

建立了独立的国家医疗保障局,不同层级政府一般也都相应地设置地方的医疗保障行政管理机构。

但与此同时,医疗保险制度改革的基本方向是不断提高统筹层次。根据社会保险法的要求,医疗保险制度应当实行省级统筹,但受到我国社会保险制度改革路径的影响,目前大部分地区都仍处于地市级统筹的阶段。统筹层次意味着权力本位和责任本位,也决定着管理权力的纵向分配结构。那么,在提高医疗保险统筹层次的背景下,统筹层次以下的各级政府是否还要设置医疗保险行政管理机构?这就是现阶段医疗保险管理体制中行政层级的纵向职责同构与提高统筹层次之间的矛盾所在。

破解这个矛盾的根本之道在于明确不同层级部门的职能。按照马克斯·韦伯对经典科层制的设想,<sup>[20]</sup>横向的部门间分工是基于专业化,纵向的层级分工则可以从全流程管理的视角来理解,即较高层级的行政部门承担决策和监督之责,基层的行政部门承担具体的管理或经办之责,从而形成纵向上的决策—实施—监督关系。然而,目前我国的医疗保险管理体制并未按照纵向上管理与经办分离的方式来设计,而是横向上进行了管理经办的形式分离。即各层级政府均设置了医疗保险行政管理部门,并在同层级设置事业单位性质的医疗保险经办机构。在这种管理体制下,医疗保险的行政管理机构与本层级业务经办机构之间是强关系,经办机构的人事和财务都由本级行政部门决定,是实质上的从属关系。在纵向上,无论是不同层次的行政机构,还是不同层级的经办机构(少部分实行垂直经办体制的省份除外),都呈现出了弱关系的特征,彼此只具有业务指导关系,而没有隶属和制约关系。这种横向而非纵向的管理经办结构,会进一步固化纵向上的职责同构,从而成为医疗保险统筹层次提高的阻力。

管理体制的设计应当服从于制度模式与制度发展的客观规律。按照这个原则,根据医疗保险统筹层次提高及统筹层次与管理本位相一致的原则,优化医疗保险管理体制中的纵向权责分配应当遵循两个基本思路。其一,从管理与经办相分离的角度看,管理权责要和统筹层次相一致。即统筹层次一级的政府(目前是市级,未来是省级)设置医疗保险的行政管理机构,而统筹层次以下各层级政府的医疗保险管理机构主要承担医疗保险经办业务(或者以事业单位的形式存在)。在条件成熟的情况下,如果地方层级的医疗保险经办机构实现法人化的独立运行,则可以进一步突破职责同构的制约,在统筹层次以下的各级政府不再设置专门的医疗保险行政机构。其二,从管理和监督相分离的角度看,一方面需要将统筹层次以下各级医疗保险行政部门的职能从管理为主转变为监督为主,从而实

现对经办机构的横向监督;另一方面通过统筹区域内经办机构的垂直管理实现纵向监督。在这种管理体制下,经办机构具有独立的法人地位并实现统筹区域内的垂直管理,其性质不再是地方行政机构的附属,而是统筹层级经办机构的派出机构,其区域分布也无需严格按照行政规划,而可以根据人口的分布来灵活配置。

图1刻画了我国医疗保险行政管理体制的现状与改革方向。包括三个要点:其一,根据医疗保险提高统筹层次的要求,强化经办机构的纵向垂直管理,将经办机构纵向的弱关系转变为强关系,从而一方面破除地方利益的干扰,为提高统筹层次奠定基础;另一方面也实现纵向的经办监督。其二,按照管办分离的原则,将经办机构明确为独立承担责任的法人主体,相应地,同层级行政机构与经办机构之间的关系就从当前从属性的管理关系转变为基于医疗保险运行规则的监督关系,医疗保险行政部门承担监督之责,尤其是统筹层次以下的地方行政部门,主要承担监督职责。其三,从长期看,可以根据统筹层次以下的行政管理幅度,由地方政府自行决定是否需要设置独立的医疗保险行政部门,或与其他业务相关的行政部门(如人社部门)进行整合,从而真正打破组织形态上的职责同构。<sup>[21]</sup>

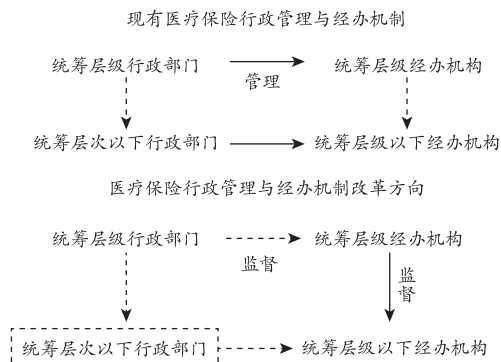


图1 我国医疗保险管理与经办机制的现状与改革方向

除此之外,虽然在较高层级政府实行了医疗保险与其他保险项目管理部门的适度分离,但在基层经办机构建设中,仍然要按照方便群众,“最多跑一次”的原则,建立整合的民生服务经办机构。从现状上看,由于其他社会保险已经有了较为完善的基层经办机构,因此医疗保险可以与其他社会保险联合经办,并在有条件的地区尝试建立包括各项社会保险、社会救助、社会福利以及教育、住房等业务在内的大民生保障经办服务平台,最大程度地方便群众。从中长期看,由于基本医疗保险的法定参保人群范围最大,涉及时间最长,领域最广(包括收入、就业、疾病状况等),从而可以成为民生信息管理与业务经办的核心组成部分。

## 五、结语

中国医疗保险管理体制政府主导的特点,以及中国科层制的行政体制共同决定了府际关系是理解中国

基本医疗保险管理体制变迁的重要视角。在从准全民基本健康服务向社会医疗保险的整体转型中,横向的部门间关系视角颇具解释力。三项基本医疗保险制度和管理部门的分割,使得建立统一的城乡居民基本医疗保险管理体制从根本上看,就是协调横向部门间关系。然而,从斜向府际关系的角度看,在中央政府未明确管理部门的前提下,较高层级政府横向部门分工的模糊直接导致纵向上地方政府的决策困境,直至2018年国家机构改革确立新的医疗保险管理体制。

展望未来,医疗保险统筹层次提高的内在要求与行政管理体制职责同构的内在冲动之间必然产生矛盾。在统筹层次提高的背景下,统筹层次以下的各级政府是否还要设置医疗保险管理部门及其承担的职责,就需要从监督-管理-经办适度分离的现代治理体系建设和优化政府职能的视角出发,打破职责同构的限制,实现纵向上全流程管理的合理分工与有效监督。①

[参考文献]

[1] 朱恒鹏. 城乡居民基本医疗保险制度整合状况初步评估[J]. 中国医疗保险, 2018(2).  
 [2] 王延中, 单大圣. 关于卫生服务与医疗保障管理体制的若干问题[J]. 经济社会体制比较, 2010(5).  
 [3] 王龙兴. 关于中国医疗保障管理体制改革的思考[J]. 中国卫生资源, 1999(6).  
 [4] 郑功成. 中国医疗保障发展报告(2020)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2020.  
 [5] [日] 高山宪之, 王新梅. 日本公共医疗保险制度的互助共济机制[J]. 社会保障评论, 2020(1).  
 [6] 鲁全. 中国医疗保障管理体制变革与发展研究[J]. 中国人民大学学报, 2020(5).  
 [7] 林尚立. 国内政府间关系[M]. 杭州: 浙江人民出

版社, 1998.14.  
 [8] 彭宅文. 改革开放以来的社会医疗保险制度改革: 政策范式转移与制度约束[J]. 社会保障评论, 2018(4).  
 [9] 华颖. 德国医疗保险自治管理模式研究[J]. 社会保障评论, 2017(1).  
 [10] 翟绍果. 从病有所医到健康中国的历史逻辑、机制体系与实现路径[J]. 社会保障评论, 2020(2).  
 [11] [14] 仇雨临. 中国医疗保障70年: 回顾与解析[J]. 社会保障评论, 2019(1).  
 [12] 郑功成等. 从饥寒交迫走向美好生活: 中国民生70年(1949-2019)[M]. 长沙: 湖南教育出版社, 2019.204-205.  
 [13] 吕国营. 新时代中国医疗保障制度如何定型?[J]. 社会保障评论, 2020(3).  
 [15] 顾昕. 走向全民健康保险: 论中国医疗保障制度的转型[J]. 中国行政管理, 2012(8).  
 [16] 王超群. 中国基本医疗保险的实际参保率及其分布特征: 基于多源数据的分析[J]. 社会保障评论, 2020(1).  
 [17] 鲁全. 转型期中国养老保险制度改革中的中央与地方关系研究[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2011.21.  
 [18] 詹积富. 三明医改: 一场倒逼的改革——我所经历的三明医改[J]. 中国医院院长, 2018(23).  
 [19] 张志红. 当代中国政府间纵向关系研究[M]. 天津: 天津人民出版社, 2005.270-280.  
 [20] [德] 马克斯·韦伯. 经济与社会(上)[M]. 林荣远译. 北京: 商务印书馆, 1997.245-246.  
 [21] 周振超. 打破职责同构: 条块关系变革的路径选择[J]. 中国行政管理, 2005(9).

(责任编辑 彭心洋)

Understanding the Health Insurance Management in China from the Perspective of Inter-governmental Relation

Lu Quan

[Abstract] While the government plays an important role in the health insurance management in China, we will better understand the process of it from the perspective of inter-governmental relation. In the history, the integration of rural-urban health insurance management can be explained by horizontal relation, and the division of different ministries in central level led to the confusion of local government in choosing the sector of the management till the central government made decision in 2018. In the future, the conflict between the raising of social health insurance pooling and the isomorphic responsibilities will be the key issue to deal with.

[Keywords] inter-governmental relation, social health insurance, management system

[Author] Lu Quan is Associate Professor at School of Labor and Human Resource Management, Renmin University and also the General Secretary of China Association of Social Security. Beijing 100872