

· 社会保险 ·

新冠肺炎疫情防控背景下中国医疗卫生 与医疗保障制度的优化

王延中

[摘要] 新冠肺炎疫情给中国和世界各国带来的冲击与挑战是巨大的，公共卫生系统、医疗卫生服务系统、疫苗及药品研发制造体系、经济社会运行系统乃至整个社会治理体系都不得不进行改革和调整。本文从医疗卫生事业与医疗保障制度两个方面，全面总结了疫情防控取得的成就，分析了存在的主要问题与挑战，特别是针对新冠肺炎疫情防治过程中暴露出来的一些新问题，提出了医疗卫生、医疗保障、公共卫生事业发展的思路和建议。

[关键词] 新冠肺炎；疫情防控；公共卫生；医疗保障

新冠肺炎疫情作为近百年来全球发生的最严重的传染病和最大的重大突发公共卫生事件，对各国卫生系统乃至经济社会文化系统的冲击是巨大的，其直接后果则是推动了公共卫生体制乃至医疗保障系统的转型。

一、新冠肺炎疫情及其对卫生与医保制度的冲击

2019 年年底，中国武汉率先报告发生了一种新型传染性疾病。经过基因测试，这种新型传染性疾病被命名为新型冠状病毒肺炎。与此同时，世界多地也报告当地甚至在武汉报告之前就发生了此类疾病。受大规模且无法中断的人口流动和物流等因素影响，新型冠状病毒肺炎逐步在中国多地和全世界大多数国家流行开来，成为 21 世纪乃至近百年来规模最大的流行性疾病，并对各国的公共卫生系统乃至整个医疗卫生系统、经济社会系统的正常运行带来巨大冲击和深远影响。

截至 2022 年 1 月 31 日 24 时，31 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团报告现有确诊病例 1884 例（其中重症病例 10 例），累计报告确诊病例 106139 例。累计收到港澳台地

[作者简介] 王延中，中国社会科学院民族学与人类学研究所研究员、博士生导师。主要研究方向：社会保障理论与政策。

本文根据即将出版的《社会保障绿皮书：中国社会保障发展报告（2022）》“总报告”修改。该“总报告”的贡献者还包括国务院发展研究中心研究员单大圣、首都师范大学副教授龙玉其、北京大学医学部副研究员侯建林。

区通报确诊病例 32614 例。2022 年第一个月, 31 个省市区新增 3825 例确诊病例, 没有新增死亡病例; 港澳台地区新增 2857 例确诊病例, 新增死亡病例 1 例。

与中国相比, 全世界的新新冠肺炎疫情不论是确诊人数还是死亡人数都是巨量数字。根据世界卫生组织公布的数据, 2021 年 12 月 27 日, 全球报告的确诊病例达到 10063533 人, 已经超过了 1000 万人。进入 2022 年的第一个月, 全球报告的确诊病例达到疫情暴发以来的最高峰。与确诊病例数相关联的是因病死亡人数。截止到格林威治时间 2022 年 2 月 2 日下午 7 时 15 分, 全球累计报告确诊病例 380321615 人, 其中死亡人数 5680741 人 (死亡率约为 1.49%)。^①

根据 2022 年 2 月 2 日的统计数据, 除了 10 个人口极少的海洋岛屿小国尚未报告新冠肺炎疫情外, 超过 90% 的世界卫生组织会员国都或多或少报告了新冠肺炎疫情。这说明这次传染性疾病不仅规模巨大, 而且在全球流行和蔓延。确诊病例数位居前 10 位的国家分别是美国、印度、巴西、法国、英国、俄罗斯、土耳其、意大利、德国、西班牙, 均超过 1000 万人, 除西班牙和土耳其死亡人数没有达到 10 万人以外, 其余 8 个国家死亡人数都超过了 10 万人。美国、印度、巴西三个国家的确诊病例数和死亡人数一直位列世界前三, 其中美国确诊病例达到 7450 万人, 超过全国总人口和全球确诊病例数的 1/5; 死亡人数超过 88 万人, 超过全球统计死亡人数的 1/7 (约占 15.5%), 成为世界第一疫情大国。在那些确诊病例数仍在 1000 万人以下的会员国中, 受卫生服务、药品、疫苗等因素的影响, 也有一些国家的因病死亡人数比较多, 成为病死率比较高的国家。秘鲁、墨西哥、阿根廷、伊朗、哥伦比亚、波兰、印度尼西亚、乌克兰的因病死亡人数均超过 10 万人, 墨西哥超过 30 万人 (病死率为 6.2%), 秘鲁超过 20 万人 (病死率为 6.4%), 成为死亡人数位居世界第五、第六的国家 (见表 1)。^②

表 1 新冠肺炎确诊感染与病死人数一览表

国家	①总人口 (人)	②确诊病例数 (人)	感染率 (%) (②/①)	③死亡人数 (人)	病死率 (%) (③/②)
美国	326766748	74500060	22.80	880580	1.18
印度	1354051854	41630885	3.07	497975	1.20
巴西	210867954	25426744	12.06	627138	2.47
法国	65233271	19010518	29.14	128481	0.68
英国	66573504	17428349	26.18	156875	0.90
俄罗斯	143964709	12128796	8.42	332690	2.74
土耳其	81916871	11721592	14.31	87614	0.75
意大利	60482200	11116422	18.38	146925	1.32
德国	82293457	10186644	12.38	118170	1.16
西班牙	46397452	10039127	21.64	93633	0.93

资料来源: 各国确诊病例数和死亡人数来源于世界卫生组织 2022 年 2 月 2 日疫情统计 (<https://covid19.who.int/table>); 各国人口数来源于 2022 年 2 月 3 日联合国及各国统计局 (<https://web.phb123.com/city/renkou/rk.html>)。比例数系作者计算所得。

① 数据来源于世界卫生组织公布的疫情数据库, 其中疫情死亡率根据相关数据测算所得。参见 [https://covid19.who.int/2022 年 2 月 3 日](https://covid19.who.int/2022年2月3日)。

② 数据来源于世界卫生组织公布的疫情数据库。参见 [https://covid19.who.int/2022 年 2 月 3 日](https://covid19.who.int/2022年2月3日)。

新冠肺炎疫情给中国和世界各国带来的冲击与挑战是巨大的。面对疫情,各国公共卫生系统、医疗卫生服务系统、疫苗及药品研发制造体系、经济社会运行系统乃至整个社会治理体系都不得不进行改革和调整,以适应疫情防控的需要。显然,在应对这场病毒源头不明、病毒变异与扩散速度极快、疫情延续时间长、感染确诊规模巨大、病死人数持续增加的疫情防卫战中,各国情况千差万别,应对理念、策略、政策、措施也各不相同,相应的结果也是大相径庭。

中国为了防止传染源的无序扩散,确保其他地区的平安,对疫情暴发地区一直坚持“封控”为主的防疫策略,同时采取了大数据跟踪、社区管控、居家隔离等一系列极具针对性的防疫措施,建立起了符合中国国情的有效疫情防控机制,在发生地实现了“动态清零”效果。这种防疫举措在两年多的时间内得到严格贯彻落实,尽管中国的卫生服务系统乃至全社会的经济活动如旅游业、服务业等付出了巨大的代价,但是这次来势汹汹的新冠肺炎疫情却在总体上得到了有效控制。

面对这场巨大而又影响深远的全球公共卫生危机,针对疫情防控的不同策略与效果,成为比较不同国家、不同制度运行效果的试金石,进而成为比较不同文化、不同社会运行机理的试验场。美国成为全球新冠肺炎累计确诊人数最多、累计死亡人数最多的国家,也是死亡率很高而累计治愈率比较低的国家。中国则是另外一种情形。疫情防控的“中国之治”和“美国之乱”成为一个制度比较的最好参照系,极大增强了中国人民对中国共产党领导、中国特色社会主义制度的自信心,提升了广大人民群众对党和政府的信任度,也在很大程度上改变着不少人对发达国家尤其是美国的盲目崇拜心理。^①当然,疫情仍在持续,特别是在2022年第一个月全球统计的确诊感染人数达到了一个新的高峰,说明疫情还远远没有结束。同时,疫情对全球卫生系统、各国的经济社会运行的巨大冲击还是十分显著的,导致在相当长的时间内都难以对其进行全面的科学评估。

二、疫情防控背景下的医疗卫生制度改革

(一) 医疗卫生制度的改革进展

1. 公共卫生机构数量显著增长

从1952年到2019年,我国建立起了覆盖城乡居民的公共卫生体系,专业公共卫生服务机构数由500多个发展到15958个。^②基本建立了以疾病预防控制、卫生监督、妇幼保健、应急救治等专业的公共卫生机构为骨干,以各级各类医疗机构为依托的公共卫生服务体系。我国专业公共卫生机构数量总体呈现出增长的趋势。

^① 美国爱德曼公司全球网上问卷调查数据显示,2021年中国百姓对自己国家的信任程度高达83%,中国是被调查的28个国家中唯一一个国民对国家信任程度超过80%的国家。同期美国民众对自己国家的信任程度只有48%。调查公司认为,中国民众的高信任度“得益于中国在面对新冠肺炎疫情的时候展现出的非同寻常的行政能力。”

^② 数据来源于《中国卫生事业发展情况统计公报(2005)》《中国卫生统计年鉴(2011)》《中国卫生统计年鉴(2016)》《2020年我国卫生健康事业发展统计公报》。

2. 基层医疗卫生服务体系不断完善

中央和地方财政都不断加大对基层医疗卫生机构的补助力度。2011—2019年,中央财政累计安排2110.5亿元支持全国14.4万个医疗机构的基础设施建设,其中52.5亿元用于10.8万个村卫生室建设,有效改善了基层医疗卫生服务体系基础设施条件;2019年,中央财政安排11.04亿元专项资金,用于提升深度贫困地区乡村两级临床服务能力,其中部分资金用于为有需要的村卫生室实施维修改造、配备必要的诊疗设备。

3. 公共卫生人才数量和质量稳步提升

2012—2019年,我国专业公共卫生机构人员数量总体呈现出增长趋势,由2012年的667299人增加到2019年的896554人,年均增长率为4.31%。公共卫生机构中执业(助理)医师、注册护士、药师和技师数量均保持逐年增长的趋势,其中,执业医师的年均增长率为4.00%;执业(助理)医师的年均增长率为3.61%;注册护士的年均增长率达到8.92%;药师的年均增长率为4.34%;技师的年均增长率为4.20%。

4. 疾病预防控制取得积极成效

我国于1979年消灭了天花;2000年实现无脊髓灰质炎目标;2006年后连续13年实现了白喉无报告病例,麻疹、乙脑和流脑发病率降幅达99%,风疹发病率较最高年份下降96%,百日咳下降95%,5岁以下儿童乙型肝炎病毒感染率下降至1%以下,摘掉了乙肝大国的帽子。^①2008年,中国在全球率先消灭丝虫病。2012年,世界卫生组织宣布中国消灭孕产妇及新生儿破伤风。2021年6月29日,世界卫生组织宣布中国彻底消灭疟疾。^②妇幼保健成效显著。1950年至1980年间,中国婴儿死亡率的年平均下降速率在5%以上。1990年至2020年间,孕产妇死亡率由888‰下降至169‰,新生儿死亡率由33.1‰下降至3.4‰,婴儿死亡率由50.2‰下降至5.4‰,5岁以下儿童死亡率由61.0‰下降至7.5‰。^③

5. 积极推进公共卫生监测系统与信息化建设

中国建立了国家级疾病预防控制数据中心,采用集中式信息管理方式,辐射全国6万多个各级医疗卫生单位。该系统主要包括以个案监测为基础的法定传染病、专病/单病、传染病预警等疾病监测信息管理系统,以事件监测为基础的突发公共卫生事件监测系统,以疾病预防控制基本信息为基础的疾病预防控制信息系统等业务系统。新医改后,信息化建设思路从以疾病预防控制自我业务管理向以全民健康保障服务为核心转变。以中国疾病预防控制中心建设为依托,积极推动三级平台试点应用,在技术上实现了平台互联互通和数据共享交换。促进电子病历与电子健康档案的公共卫生应用,推动居民电子健康档案、电子病历与网络直报系统的互联互通。开展信息化新技术应用试点。

① 傅卫等:《新中国70年卫生改革发展的道路与展望》,《中国卫生政策研究》2019年第9期。

② 《中国获消除疟疾认证 我国卫生事业史上又一座里程碑》,中国政府网:http://www.gov.cn/xinwen/2021-07/10/content_5623932.htm。

③ 数据来源于《<中国的儿童状况>白皮书》《中国妇幼健康事业发展报告(2019)》、中国妇幼健康监测网站(<http://www.mchscn.cn/BirthDefectMonitoringResults-30/44.html>)及相关年度《我国卫生健康事业发展统计公报》。

（二）医疗卫生制度存在的主要问题

1. 公共卫生财政投入不足、结构不合理

2010年专业公共卫生机构经费支出占各类医疗卫生机构经费支出的7.42%，2019年下降至6.43%，下降了0.9个百分点，这在一定程度上反映了公共卫生领域投入相对不足。2010年疾控中心总经费支出占各类医疗卫生机构经费支出的2.45%，到2019年该比例下降至1.70%。疾控中心经费支出占专业公共卫生机构总经费支出的比例在快速下降，从2010年的33.03%下降至2019年的26.40%，下降了6.63个百分点，疾控中心经费增长速度慢于专业公共卫生机构经费增长速度。

2. 公共卫生人才队伍建设不足

截至2018年末，全国专业机构公共卫生人员中公共卫生类别执业（助理）医师为11.4万人，在各类别执业（助理）医师中占比仅为3.2%。^①截至2020年，我国每万人口公共卫生人员数仅为6.5人，未能达到《医药卫生中长期人才发展规划（2011—2020）》中提出的2020年每万人公共卫生人员8.3人的目标。《疾病预防控制中心机构编制标准指导意见》中提出，每万人需配备1.75名疾控人员，而2020年我国每万人口疾病预防控制中心卫生技术人员仅为1.36人。^②

3. 基层医疗卫生服务体系薄弱

目前基层医疗卫生机构存在对公共卫生服务认识不足、基层公共卫生服务工作量超负荷、补助不到位、乡村医生技术不足、由于设备和人员缺少而无法开展项目等诸多问题。医疗卫生资源分布不均的问题不仅体现在基层医疗卫生机构与大医院之间，在城乡基层医疗机构之间也十分明显。部分村、社区卫生资源匮乏，基础设施差，缺乏独立用房，房屋简陋、狭小，无法正常承担当地预防保健和一般医疗服务工作。基层医疗卫生机构还普遍存在专业技术人才匮乏、从业人员学历和整体业务素质偏低的问题。多数基层医疗卫生机构靠创收维持生存，大部分乡镇卫生院靠医疗收入维持运营。

4. 现代医院管理制度还不完善

中国迄今为止尚未出台有关医院章程制定、实施的法律法规，《关于建立现代医院管理制度的指导意见》及《关于开展制定医院章程试点工作的指导意见》只提出了章程制定框架，而没有具体的要求和指导，“无法可依”导致医院在操作时只有大概框架而没有具体依据和方向。公立医院章程制定是各利益相关方相互协商与调整的过程，既需要政府部门的审批，也需要医院的配合与调动。在实践中，由于医院办医主体多为其上级卫生健康主管部门，如国家卫生健康委、市卫生健康委等，且医院的资金投入管理、人力资源管理、医疗服务收费定价管理等，均受制于公立医院外部的治理结构，主要是由政府相关部门负责。有限的话语权和缺乏真正的经营自主权，导致公立医院的经营命脉由外部治理机构把握，在一定程度上制约和阻碍了公立医院的章程建设。

① 何鸿等：《新形势下基层公共卫生人才发展现状与对策研究》，《中国卫生事业管理》2021年第5期。

② 《2020年我国卫生健康事业发展统计公报》，中国政府网：http://www.gov.cn/guoqing/2021-07/22/content_5626526.htm。

5. 医疗卫生体系对疫情防控的不适应

在疫情防控中，医疗卫生体系存在的短板弱项和难点问题也充分暴露。不论是在最初的武汉，还是在此后一段时间内的其他疫情高风险地区，都发生了医疗卫生体系对疫情防控的不适应问题。首先，传染病网络信息系统失灵，信息报送滞后，在疫情最初阶段并未发挥预报和预警作用。其次，应急物资供给不足。出现疫情后，各行各业对口罩、药品和消毒产品等产生大量需求，造成了短期内供不应求的情况。三是公共卫生服务与医疗服务、疾病控制与临床治疗在协同、衔接上还不够顺畅。不同医疗机构之间在信息传递、收治病人、诊断标准、医疗规范等方面，在应急状态时都出现了转换不顺畅、衔接不及时的问题。有些医疗机构因为对防疫的严防死守政策的理解不到位、执行有偏差，减少了普通医疗服务的提供，或者人为提高了普通民众看病的门槛和难度，也引发了一些其他疾病的“看病难”问题，甚至出现了个别人为的医疗责任事故。^①

三、医疗保障制度的改革与发展

（一）主要进展

1. 不断完善城镇职工基本医疗保险制度

1998年，城镇职工基本医疗保险制度正式建立，实行责任共担的筹资机制，城镇职工和单位共同缴费，具体的筹资和待遇支付办法由各地自行规定。探索建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制。职工医保参保人数持续增加，2020年，参加职工医保的人数达34455万人，比上年增长4.6%。2020年，职工医保基金（含生育保险）收入15732亿元，支出12867亿元；职工医保统筹基金收入9145亿元，支出7931亿元，当期结存1214亿元，累计结存15327亿元；职工医保个人账户收入6587亿元，支出4936亿元，当期结存1650亿元，累计结存10096亿元。^②

2. 实现居民基本医疗保险制度的城乡统筹

2003年，新型农村合作医疗制度正式建立，强调政府组织、引导和支持，农民自愿参加，以大病统筹为主，实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合。2007年，国务院发布了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》，逐步建立以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险制度。2016年1月，国务院发布了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度。2020年，参加全国城乡居民基本医疗保险的人数为101676万人，基金收入9115亿元，支出8165亿元，基金当期结存949亿元，累计结存6077亿元；人均筹资833元；惠及19.9亿人次。^③

3. 建立和完善城乡居民大病保险制度

为进一步完善城乡居民医疗保障制度，提高重特大疾病保障水平，减轻城乡居民的重特大疾

① 2022年1月初，西安市发生了孕妇因为没有核酸检测无法住院导致流产的事件。虽然后续处理了相关责任人，但类似问题在其他疾病治疗服务中也时有发生，只是没有引发舆情或社会关注而已。

② 数据来源于《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》。

③ 数据来源于《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》。

病医疗负担,我国采取向商业保险机构购买大病保险的方式,探索建立城乡居民大病保险制度。国家医保局成立后,从三个方面推动城乡居民大病保险制度的改革和完善。一是加快推动大病保险制度整合,优化医疗保障制度体系的整体框架。二是明确大病保险的筹资渠道,提高筹资水平。城乡居民基本医保新增财政补助的50%要用于大病保险,从而使得城乡居民大病保险的人均筹资水平提高了35元,大大提高了大病保险制度的保障能力。三是在倾斜保障的基础上,普惠性地降低大病保险的受益门槛、提高保障待遇。将大病保险起付线调整为城乡居民人均收入的50%,同时提高政策范围内大病费用的报销比例,全面取消贫困人口的补偿封顶线。

4. 充分发挥医疗救助制度的反贫困作用

为进一步减轻城乡贫困家庭的就医负担,我国分别建立了城乡医疗救助制度。2020年,全国医疗救助基金支出546.84亿元,资助参加基本医疗保险9984万人,提供门诊和住院救助8404万人次,全国平均次均住院救助、门诊救助分别为1056元、93元;中央财政投入医疗救助补助资金260亿元,另外安排40亿元补助资金专门用于提高“三区三州”等深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平,安排15亿元特殊转移支付医疗救助补助资金;2020年全国农村建档立卡贫困人口参保率稳定在99.9%以上;2018年以来各项医保扶贫政策累计惠及贫困人口5.3亿人次,助力近1000万户因病致贫家庭精准脱贫。^①

5. 积极推动商业健康保险的发展

国家在注重基本医疗保障制度发展的同时,也积极推进商业健康保险的发展。2015年,财政部、国家税务总局、保监会印发《关于实施商业健康保险个人所得税政策试点的通知》,对试点地区个人购买符合规定的健康保险产品的支出,按照2400元/年的限额标准在个人所得税前予以扣除。自2017年7月1日起,将商业健康保险个人所得税试点政策推广到全国范围,调动了个人在补充医保中的积极性,有助于提高群众医疗保障水平、满足多层次健康需求。商业健康保险保费收入连年递增,从2010年的573.57亿元增长到2020年的8173亿元,年平均增长率为28.58%,略高于整体商业保险保费收入的增速。健康保险的赔款和赔付支出也逐年增加,近几年增速稳定在30%左右。^②

6. 医疗保险基金总体运行良好

医疗保险基金收入从2015年的11192.9亿元上升到2020年的24638.6亿元,年均增长17.28%。医疗保险基金累计结余逐年增加,从2015年的12542.8亿元增加到2020年的31373.4亿元,年均增长19.83%。医疗保险的报销比例不断提高。2018—2019年城镇职工基本医疗保险政策范围内各类医疗机构住院报销比例均在80%以上,2019年为最高值,分别为三级医疗机构85.0%、二级87.2%、一级及以下89.3%,2020年政策范围内支付比例总体有所下调。实际住院费用支付比例在2018—2019年不断上升,2019年三级、二级、一级及以下医疗机构分别为75.6%、73.7%、85.2%。居民基本医疗保险政策范围内支付比例全国平均值由2018年的

① 数据来源于《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》。

② 2010—2018年数据来源于EPS全球统计数据/分析平台,2019及2020年数据来源于中国银行保险监督管理委员会官网。

65.6% 上升到 2020 年的 70.0%。^① 医疗保险基金的支付范围正在不断扩大, 医保支付的药品种类数量不断增多。

(二) 主要问题

受诸多因素的影响, 我国医疗保障体系依然存在不少问题, 有待于进一步推进改革。

1. 基本医疗保险尚未实现人群全覆盖

总体来看, 我国基本医疗保障制度保持着较广的覆盖面, 但是依然有少部分人尚未参加基本医疗保险, 尤其是部分城乡居民。2020 年参加全国基本医疗保险的人数为 136131 万人, 参保率稳定在 95% 以上, 其中参加全国城乡居民基本医疗保险的人数为 101676 万人, 比上年减少 0.8%。^② 可见, 我国基本医疗保险的参保人数略有减少, 主要是城乡居民基本医疗保险尚未实现全覆盖。基本医疗保险的参保扩面面临三个方面的难题: 一是部分低收入人群或相对贫困人口因为缴费能力不足而不能参保; 二是部分农村劳动力外出务工, 流动性较大, 未能及时参保; 三是居民医疗保险的自愿参保原则、日益上涨的个人缴费金额和定额缴费的不合理性导致部分人群产生逆向选择行为而不参保。因此, 未来基本医疗保险的参保扩面面临稳定参保人群和实现全覆盖的双重任务。

2. 基本医疗保险制度的发展不平衡

由于制度相对分散、制度设计的不完善, 基本医疗保险制度的发展不平衡比较明显, 影响基本医疗保险制度的公平性和收入再分配作用的发挥。主要体现为职工医保与居民医保之间、不同地区之间基本医疗保险的发展不平衡。从不同类型医保制度的待遇水平来看, 2020 年, 职工医保政策范围内住院费用基金支付 85.2%, 居民医保政策范围内住院费用基金支付 70.0%,^③ 城镇职工与城乡居民的医保待遇差距明显。

3. 大病保险制度的定位不明确

由于缺乏清晰明确的制度定位, 大病保险制度是在保障少数人的大病还是令多数参保人普遍受益、向贫困人口倾斜还是提供普惠性补偿、属于应由财政主要负责的救助制度还是全体参保人互助的社会保险制度等关键问题上摇摆不定、做法不一。一些统筹地区将大病保险视为基本医保的二次补偿, 坚持普遍受益原则; 一些统筹地区将大病保险设定为提供托底保障的制度, 在大病保险政策宣传和实施中做出过高承诺; 一些统筹地区认为, 大病保险只是一项过渡性措施; 还有一些统筹地区基于委托商业保险机构承办的特点, 将大病保险制度等同于商业健康保险, 放松了地方政府在筹资、运行、监管等方面的主导责任。

4. 商业健康保险发展滞后

目前的医疗保障体系主要依赖于基本医疗保障, 制度层次相对比较单一, 不利于满足不同人群多样化的医疗保障需求。相比而言, 基本医疗保险的发展成就更加显著, 补充医疗保障和商业健康保险发展严重不足, 慈善医疗也没有引起足够重视。为鼓励居民个人投保健康保

① 数据来源于历年《全国医疗保障事业发展统计公报》。

② 数据来源于《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》。

③ 数据来源于《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》。

险,我国采取了以一定金额在税前扣除的方式,但是税收优惠力度较小,和投保税延健康险复杂的操作流程相比,税收吸引力不大。目前我国健康保险的发展不充分,竞争不完全,保险密度偏低,保险深度不足,区域发展不平衡。

5. 医疗保险基金的管理运行机制不完善

一是医疗保险的筹资机制不完善。职工与居民医疗保险筹资水平差异较大,城乡居民基本医疗保险尚未建立稳定的筹资增长机制。二是医疗保险基金统筹层次过低。主要停留在市县两级,较低的统筹层次不利于发挥医保基金的互助共济功能,地区差异较大,削弱了医保制度的效率性、公平性。三是医疗保险基金的滚存结余过大。2020年我国社会医疗保险基金滚存结余为31373.4亿元,以当年的医疗费用支出20949.3亿元计算,可以支付18个月,远远超过了国家指导的基金结余保证支付6—9个月的要求。四是医疗保险基金支付的次均住院费用持续升高,容易增强患者医疗负担,同时也给医疗保险基金运行带来风险。五是医疗保险基金的监管机制有待完善。一些地方在医疗保险基金的管理、使用方面存在诸多问题,骗取、欺诈、浪费医保基金的现象时有发生。

6. 疫情防控过程中医疗保障制度的问题

为了切实保障新冠肺炎患者的诊疗,中国采取了免费治疗的方式来消除大家的担忧与恐惧,推动了疫情防治工作有序进行。从防疫资金筹资方面看,医保基金承担了早期病例的大部分费用。2021年我国开始为全民免费接种新冠疫苗,费用由医保基金和财政部门共同承担,增加了医疗保险基金的支出。随着疫情逐渐得到控制以及疫苗全面接种的推进,我国社会医疗保险基金支出在未来将有一定程度的增加。另外,疫情的突发性和传染性决定了医疗救助制度必须进行相应的调整。感染者作为公共卫生应急响应服务对象,必须在最短时间内获得有效的救治,然而公共卫生事件中快速响应的救治机制与现行医疗救助的事后经济补偿机制存在明显的时间差。如果仍然按照一般疾病的救助机制进行常规的申报、核查、审批等手续,将使得高危患者很难及时获得有效的救治。在这方面,公共卫生、医疗保险基金、财政资金、救助资金等各方面,都进行了相应的调整,也发挥了较好的作用。但是,在建立应对大规模疫情的新机制方面,还有不少问题值得进一步研究和思考。

四、深化卫生服务与医疗保障改革的政策建议

(一) 以提高公共卫生突发事件应急处理能力为重点,深化公共卫生服务体系改革

突如其来的疫情巨大冲击再次警示,我国发展进入新阶段,各类突发公共卫生事件的风险挑战将日益增多,必须进一步强化公共卫生服务体系建设,提高应对突发公共卫生事件的能力。

一是加大公共卫生资源投入。各级政府应切实改变“重医轻防”的观念,强化公共卫生财政支出责任,积极发挥医疗保障的常态化与应急保障功能,建立多渠道筹资途径,形成稳定长效投资机制。提高应急医疗物资保障能力,建立“中央应急物资储备中心和区域物资储备分中心”的中心—节点型储备网络,设立国家重点医疗物资保障调度平台,优化物资动态管理,完善紧

急征用机制，加强科学调配，有效满足应对重特大突发公共卫生事件需要。在省域范围内建设若干重大疫情救治基地，有序开展公共设施平战结合改造。

二是加强公共卫生人才保障。转变公共卫生人才培养模式，建立健全高校与专业公共卫生机构间的协同育人机制，培养适应公共卫生风险防范与识别、疾病治疗和应急处理需要的多学科复合型人才。科学核定专业公共卫生机构编制，动态足额配备公共卫生人才，完善准入、使用、待遇保障机制，加大政策倾斜力度。建立公共卫生人才薪酬激励机制、职称评审机制和社会认同机制，全面推行公共卫生首席专家制度，实行与其专业技能相匹配的年薪制，保障公共卫生领域顶尖人才的存量与增量。

三是完善重大疫情应急处置机制。要围绕防范和应对重大疫情，完善应急指挥与决策系统，打破部门和区域的界限，理顺中央与地方政府的关系，探索在各省设立中央直属的公共卫生监督派驻机构，协调跨区域跨部门的事项。完善传染病与突发公共卫生事件网络直报系统，取消逐级审核机制，加强居民基础防疫数据、居民健康监测数据（电子病历）、医保社保数据、医院药品器械采购数据、战略储备物资数据等的共享，形成风险联合研判、评估、决策、通报、防控协同等全流程机制。在突发疫情等紧急情况时，要坚持三医联动、协同应对，统筹各类医疗资源、人力资源和物资准备，强化区域协作，完善医疗救治费用保障机制，在基本医疗保险的基础上，发挥大病保险与医疗救助的保障功能，构成“三重”综合保障制度。定期开展区域公共卫生突发事件联合响应演练，加强临床医生应急知识培训。

四是提高应对突发公共卫生事件综合能力。要坚持预防为主、关口前移，进一步优化各级疾病预防控制机构职能设置，着力加强县级及以下基层医疗卫生机构能力建设，重点加强基础设施建设，完善分工协作机制。扎实开展爱国卫生运动，发挥基层社区的社会动员、宣传教育、资源整合等优势，完善防治结合、联防联控、群防群治的工作机制。加强法治保障，完善传染病防治、突发公共卫生事件应急等法律法规，加强监督执法，增强全民守法意识。

（二）以完善制度机制为重点，深化医疗保障制度改革

医疗保障是保障病有所医目标的基础性制度安排，也是应对重大疫情的可靠物质基础。

我国已经建成覆盖全民的基本医疗保障制度，进入新发展阶段，要完善制度机制，着力解决好医疗保障发展不平衡不充分的问题。

一是优化基本医保制度模式。要围绕法定医疗保障制度更加成熟定型的目标，进一步优化各类医保制度模式。改革职工医保筹资机制，逐步形成职工与单位平均分摊缴费责任的机制，建立退休人员参保缴费制度；改革城乡居民医保定额缴费制度，探索按人均可支配收入的一定比例缴费；积极推进个人账户制度改革，探索个人账户的家庭共享机制，继续做小个人账户甚至取消个人账户；完善医疗救助制度，探索对相对贫困人口实行分类分层阶梯式救助；积极探索各类医保制度的衔接和整合，缩小待遇差距。

二是提高基本医保基金管理能力。基金是医保制度运行的重要载体，要确保基金安全，提高基金使用效率，改进医保基金管理。完善医保准入谈判制度、医保目录动态调整制度、医保协议管理制度。深化医疗保险支付方式改革，健全以按病种付费为主的多元复合式医保支付体

系；优化基金支出结构，积极向门诊统筹、慢性病治疗、预防保健支出、罕见病用药等延伸，探索个人自付费用封顶的支付制度。加强基金预算绩效管理和风险评估、预警机制建设，完善基金监管体系，创新监管方式。加大医保经办机构的设施、人员投入，建设数量适度、专业化的经办服务队伍。加强医保信息化、标准化的顶层设计，利用大数据、区块链等信息技术，完善医保基金全过程监管。

三是完善基本医保管理体制和运行机制。要围绕推进医疗保障决策科学化、制度法定化的目标，加快医疗保障法制建设，及时修改《社会保险法》，积极推进医疗保障单独立法。以落实医疗保障待遇清单制度为抓手，规范各级政府医保决策权力、责任、程序，促进医保基本制度、政策的全国统一。扎实推进基本医保基金地市级统筹，积极推进省级统筹。提升医保经办服务能力，力量配备向基层窗口倾斜。推进医保经办机构的法人化发展，加强医疗保障公共服务标准化规范化建设。建立医保跨区域管理协作机制，完善异地就医即时结算制度。

四是大力发展补充医疗保障制度。要推进多层次医疗保障体系发展，加强政府引导和行业监管，鼓励商业保险机构扩大差异化、个性化产品供给，满足中高收入者的医疗保障需求。落实税收优惠、费用减免等政策，积极推动慈善医疗和互联网平台互助健康发展。推动不同层次医保制度的合理分工，促进其制度功能、筹资水平、补偿水平等的协调和衔接。

（三）以建立现代医院管理制度为重点，深化公立医院综合改革

公立医院是卫生服务体系的主干，也是应对重大疫情、保障国民健康的压舱石。进入新的发展阶段，要以建立现代医院管理制度为目标，进一步深化公立医院综合改革，为改善卫生健康绩效提供有力支撑。

一是切实转变政府职能。政府要按照政事分开、管办分离原则，合理区分医疗机构举办和医疗行业管理职能。在举办职能方面，政府要根据区域卫生规划和群众需求变化，合理确定政府举办公立医院的规模布局、层次结构，在此基础上提供充足的财政保障。在行业管理职能方面，政府要强化区域卫生规划、政策引导、监督管理等职能，减少对公立医院不必要的行政干预，落实和扩大公立医院在机构设置、人员聘用、内部收入分配等方面的自主权。

二是完善公立医院法人治理结构和治理机制。坚持和完善党委领导下的院长负责制，健全议事规则与决策程序，完善内部约束和监管机制，扩大职工参与。推动各类公立医院依法制定章程，探索建立医院理事会，形成社会支持和监督医院发展的有效形式。探索实行院长聘任制，推进院长职业化、专业化发展。探索专家治医的有效途径，充分发挥专家在医务、药事管理中的核心作用。

三是加快公立医院薪酬制度改革。适应医疗卫生行业教育年限长、工作压力大、不可替代性强等特点，按照“两个允许”（允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励）要求，切实提高医务人员薪酬水平。进一步改革薪酬支付方式，参照国际经验，提高固定工资在薪酬构成中的比例，建立完善的生活补贴和工作补贴制度，切断医生个人收入与业务收入之间的利益联系。重视非现金性和非经济性薪酬对医务人员的激励作用，探索育儿假、灵活工作时间等，提高医务人员的职

业认同感。^①

四是扩大社会参与和行业自律。推动公立医院信息公开,探索建立医院主动发布年度报告制度,建立健全基于公益性导向的考核评价制度,鼓励智库等第三方机构对医院运行进行独立评估。探索公立医院与科研院所、社会团体的资源共享,提高服务社会能力。积极发挥行业协会、专业学会等各类社会组织在公立医院治理中的作用,强化行业自律和职业道德教育。鼓励社会力量以多种形式参与公立医院改革,加强社会监督。

(四)以强化基层医疗卫生服务体系为重点,促进卫生服务体系合理分工

我国医疗服务供给能力总体适应人民群众就医需求,但是卫生服务体系内部分工不合理、基层医疗服务能力弱的问题十分突出,对应对重大疫情挑战造成隐患。进入新发展阶段,必须下大力气完善基层医疗卫生服务体系,多管齐下推进优质医疗资源有序下沉。

一是科学规划医疗资源布局。根据人口数量和结构、疾病谱变化、城镇化发展水平等情况,科学、动态制定区域卫生规划,强化规划的约束力,促进有限医疗卫生资源的合理布局,既保证医疗卫生服务的可及性,又抑制超标准建设的不合理需求。重点控制三级综合医院投入规模,新增经费投入更多向县级公立医院、基层医疗机构倾斜。综合运用经费投入、绩效考核、医保支付、干部管理等手段,合理定位各级各类医疗机构。

二是强化基层医疗卫生机构条件保障。通过标准化建设和底部攻坚等措施,尽快弥补基层医疗卫生机构的基础设施短板。通过定向培养、订单式培养、进修培训、继续教育等方式,加大基层全科医生人才培养,提高基本医疗和公共卫生服务能力。多措并举,提高基层卫生机构人员薪酬和社会保障待遇水平。鼓励通过对口支援、医师多点执业、定期巡诊等方式,提高基层医疗机构服务能力。

三是积极推进分级诊疗体系建设。坚决落实基层首诊、双向转诊制度,完善基层签约服务制度和全科医生制度,强化医保的限制性和差异化支付政策的约束作用,有效引导医疗卫生资源下沉基层。鼓励基层医疗机构积极为老年人、慢性病患者、孕产妇、婴幼儿等人群提供护理、康复、家庭病床等服务。加强不同层次、类别医疗机构之间的协调、衔接,促进有序转诊、急慢分治,推进医疗机构与专业公共卫生机构、康复机构、长期照护机构的合理分工,促进医疗资源高效利用。

四是有序推进医疗联合体建设。围绕构建区域内医疗卫生机构分工协作机制的目标,进一步扩大县域医共体和城市医疗集团试点规模,积极探索医疗联合体的有效实现形式,统筹推进医保支付方式改革与医疗联合体建设。医疗联合体要力求实效,通过合理的管理机制设计,提升基层医疗卫生服务能力,推动基层首诊、双向转诊,实现内部资源共享和高效利用,从整体上提高区域疾病防治水平。

五是加大优质医疗资源共享。要通过政策引导,打破医疗卫生人才合理流动的体制障碍,鼓励支持医师到基层医疗机构及医疗资源稀缺地区多点执业。充分利用移动互联网、大数据、人工智能等,积极发展提供远程医疗、健康管理服务的互联网医院,推动优质医疗资源和健康

^① 王延中、侯建林:《我国公立医院薪酬制度存在的问题及改革建议》,《中国卫生经济》2015年第1期。

信息的共享，同时要强化医疗质量监管。

此外，要探索适应中国国情的卫生服务与医疗保障管理体制。随着卫生和医疗保障事业的快速发展，我国医改已经进入到系统集成、协同高效的阶段。必须抓紧研究适宜的卫生服务与医疗保障管理体制。只有确保各项改革形成整体合力，才能真正有效应对各种风险挑战。一是建立医防融合的公共卫生体制。二是尽快实现医疗卫生资源的全行业管理。要打破因行政隶属关系、投资主体、经营性质、所有制不同造成的体制分割，按照属地原则，下决心将所有医疗机构统一纳入当地卫生行政部门的全行业管理，统一准入、统一规划、统一监管。三是完善医保决策体制。改革要以提高制度、政策的科学性及增强统一性为目标，提高医保决策的重心，对地方政府决策权限进行有效约束，在尽可能大的范围内实现医保制度、政策的统一。

The Reform of China's Health Services and Social Health Protection: In the Context of the Covid-19 Pandemic Prevention and Control

Wang Yanzhong

(Institute of Ethnology and Anthropology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100102, China)

Abstract: The impact and challenges brought by the Covid-19 pandemic to China and the rest of the world are enormous, so that public health systems, health service systems, pharmaceutical and vaccine industries, economic and social policies, as well as the entire social governance system have to be reformed and adjusted accordingly. This paper analyzes the achievements, major problems and challenges in China's health services and social health protection system. In particular, in view of the emerging problems posed by the Covid-19 pandemic, this paper puts forward ideas and suggestions for the development of health services, social health protection and public health.

Key words: Covid-19 pandemic; prevention and control; public health; social health protection

(责任编辑: 郭林)