

中国多层次医疗保障体系再思考

——兼析补充保障的模式创新与协同发展

张宗良 褚福灵

【摘要】构建多层次社会保障体系是国际趋势,也是我国的既定目标,但长期以来医疗保障领域的多层次化鲜有理论研究且实践效果不及预期。随着医疗保障体系发展不平衡、不充分的结构性缺陷日益凸显,如何构建权责明晰、功能协同、衔接顺畅的多层次体系亟待破题。文章从理论溯源、体系解构、问题反思等方面构建分析框架,对当前医疗保障体系外部环境转变、体系结构失衡、制度定位不清、层次衔接不畅等问题作出系统思考,并以普惠健康保险、网络大病互助和慈善等新型补充保障模式为突破口,总结互补衔接、多元协同、共建共治的创新路径。通过分析,文章从发展理念、制度完善、创新监管、科技赋能、法治保障等角度对健全多层次医疗保障体系得出启示和建议。

【关键词】多层次社会保障;医疗保险;商业健康保险;惠民保;互助慈善

【作者简介】张宗良,中央财经大学保险学院博士研究生;褚福灵,中央财经大学保险学院教授,博士生导师,中央财经大学中国社会保障研究中心主任。

【原文出处】《经济社会体制比较》(京),2023.1.79~92

【基金项目】国家社会科学基金重点项目“医保费用科学分配及有效监控的技术方法研究”(项目编号:14AZD117);国家社会科学基金一般项目“健康中国战略视域下农村居家医养结合养老服务研究”(项目编号:19BSH179)。

一、引言

医疗保障作为民生保障工程和健康中国战略中最具基础性、广泛性、普惠性的制度安排(王东进,2021),是化解疾病风险、减轻就医负担、增进健康福祉的重要保证。我国全民医疗保障在参保范围、基金规模、待遇标准、管理服务等方面不断优化,个人医疗费用负担明显降低(顾海、吴迪,2021)。然而,随着“全民覆盖”和“基本保障”的实现,人民健康需求的释放使得医疗保障体系发展不平衡、不充分的结构缺陷愈发凸显(申曙光、张家玉,2018)。这主要表现为,多层次保障“有名无实”(吕国营,2020),政府主导的基本保障承担绝对责任,而商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等补充保障模式发展滞后,政府、市场和社会之间未能充分互补衔接。这就导致在基本医疗保障制度补偿比例达到较高水平下,医疗卫生支出的个人自付占比依然较大,看病就医“贵”甚至“负担不起”的矛盾依旧存

在,多样化的医疗服务与健康管理需求仍难得到精准满足。在此背景下,构建权责明晰、功能协同、衔接顺畅的多层次医疗保障体系成为医保改革的重要任务。

当前我国经济社会发展进入新阶段,健全多层次医疗保障体系需把握时代性、规律性和创新性。老龄化提速、社会主要矛盾转变、医疗消费扩张等新形势推动着多层次体系从数量扩展向质量提升的目标转变;《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》等新政策勾勒出多层次体系从碎片制度到立体架构的治理蓝图;普惠健康险、网络大病互助和慈善等新模式彰显了多层次体系从国际借鉴到中国特色的智慧贡献。面对这些转变,如何理解制度内涵、迎接现实挑战、总结创新经验,成为构建多层次医疗保障体系的关键所在。

有鉴于此,本文将从理论溯源、体系解构、问题反思、创新实践等方面对多层次医疗保障体系进行再思

考。创新之处在于:一是立足医疗保障领域对多层次社会保障体系的理论研究进行补充探讨;二是基于国际理论和国内政策的双重视角、整体协同和局部创新的两大维度来回应有关“多层次”框架结构、责任边界和功能衔接的学界争议;三是专门分析普惠健康险、网络大病互助等国内特有的新型补充保障模式,强调对中国特色医疗保障治理优势和制度自信的重视。

二、溯源:“多层次”的理论基础与政策回顾

多层次道路并非“无源之水”,其能成为社会保障体系发展的实然选择,有着深刻的应然逻辑。回溯国际社会保障的理论实践和国内医保政策的变迁更迭,可对构建多层次医疗保障体系作出规律性把握。

(一)多层次是国际社会保障体系改革的共同趋势

1.“多层次”是现代社会保障制度的内在要求

纵观全球社会保障的演变历程,“多层次”理念蕴含在以责任主体和价值诉求为核心的讨论中。1601年英国《济贫法》首次在立法中提及政府责任,但受限于自由主义思想,政府救助也仅是一种低水平、惩戒性的“施舍”(公维才、薛兴利,2011)。此后,在新历史学派、凯恩斯主义和福利国家主义等国家干预思想的影响下,现代社会保障制度诞生:19世纪末,德国俾斯麦政府首创社会保险制度,将参加社保视为基本人权和政府职能;20世纪初,美国罗斯福政府颁布《社会保障法》,在追求经济效率和弥补市场失灵的两难下,拓展出政府基本保障、市场商保支撑与社会慈善机制三足鼎立的制度体系(华颖,2019);20世纪40年代,英国工党政府发表《贝弗里奇报告》,以“福利国家”的形式建设全民普遍的社会保障体系,却因政府“能力边界”而面临财政危机。最终,在平衡政府与市场的责任关系、公平和效率的价值诉求下,福利多元主义成为持续发展的必要选择,即不只强调国家一元角色,而是倡导多元主体、多种机制彼此依赖、交叠以提供福利公共品(刘涛,2021)。可见,国际社会保障体系实现了从单一项目向多种形式综合发展、从强调政府或市场“单向归属”到协同各方“多重责任”的重大转变。这构成了“多层次”的理论渊源,使得责任主体多元化、供需匹配有效化、待遇水平合理化成为社会保障制度的内在要求。

2.国际医疗保障模式呈现“多层次”混合趋同

“多层次”理念显性化为指导实践的理论,源自20世纪的国际养老金改革浪潮。其间,世界银行提出的“三支柱”或“五支柱”体系(World Bank, 1994; Holzmann & Hinz, 2005)、国际劳工组织主张的“四层次”框架(科林·吉列恩, 2002),以及国际货币基金组织倡导的“三层级”制度(邓大松、刘昌平, 2004),建立起“多层次”的理论根基和国际标准。辨析发现,“支柱”(pillar)强调责任主体、筹资渠道的来源多样,而“层次”(tier)和“层级”(layer)等则重在区分保障水平和功能需求的等级高低,体现出主次关系和先后次序的价值判断(陈秉正, 2021),但本质都是社会保障结构性改革的体现。

较之养老保障,医疗保障的“多层次”并非重要政策议题。原因在于,医保体系在建立之初并不绝对依赖政府,尤其在市场或慈善机制完善的发达国家,市场和社会力量甚至可以先行介入并将其“独揽”。不过,为了在覆盖全民健康需求和控制医疗费用支出之间找到平衡点(陈璐、费清, 2019),国际主要医疗保障模式均在筹资和支出结构上呈现出多主体、多层次的混合趋同(见图1)^①,这在艾斯平-安德森的医保去商品化指标^②测算中也得以验证(郑秉文, 2021)。相比之下,我国医疗卫生支出扩张和经济承受能力有限的矛盾更突出,但政府筹资比例更高,为医保多层次化改革埋下伏笔。

(二)多层次概念在国内医疗保障政策演变中深化

我国医保体系建设呈现阶段性特征,“多层次”概念也经历了萌芽、发展、深化的递进过程(见图2)。

1.改革开放以后的初步探索阶段(1993—2008年)

国内“多层次”理念萌芽于改革开放后的社会主义市场经济体制建设。1993年《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》首次前瞻性地提出“建立多层次的社会保障体系”,强调市场在国家宏观调控下对资源配置的基础性作用,也为医疗保障制度的多层次化提供了依据,揭开了从“免费医疗”走向“社会保险”模式的改革序幕。20世纪90年代末,我国初步建立起“统账结合”的基本医疗保险制度,其多方责任分担的社会化理念构成了“多层次”的概念雏形。

2.全民医保时期的框架构筑阶段(2009—2019年)

“新医改”后的全民医保时期,“多层次”在医疗

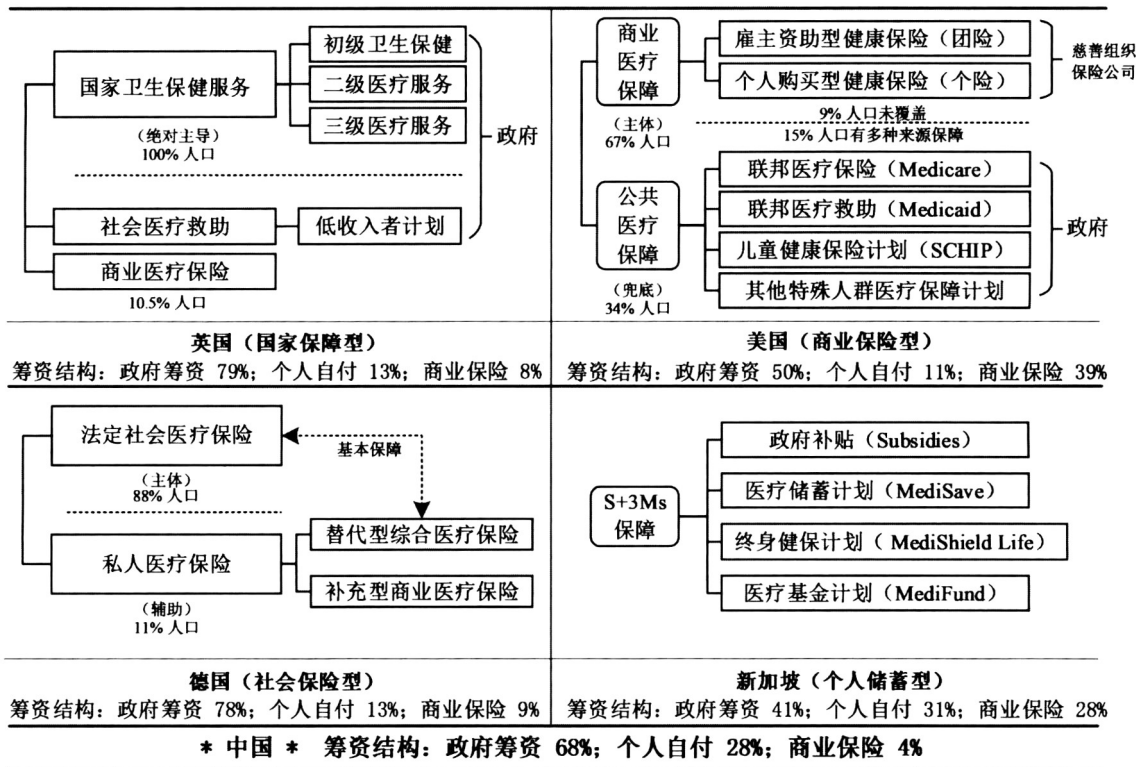


图1 国际主要医疗保障模式及其筹资结构

资料来源：作者自制，数据参考The Commonwealth Fund(2020)、郑秉文(2021)等文献。

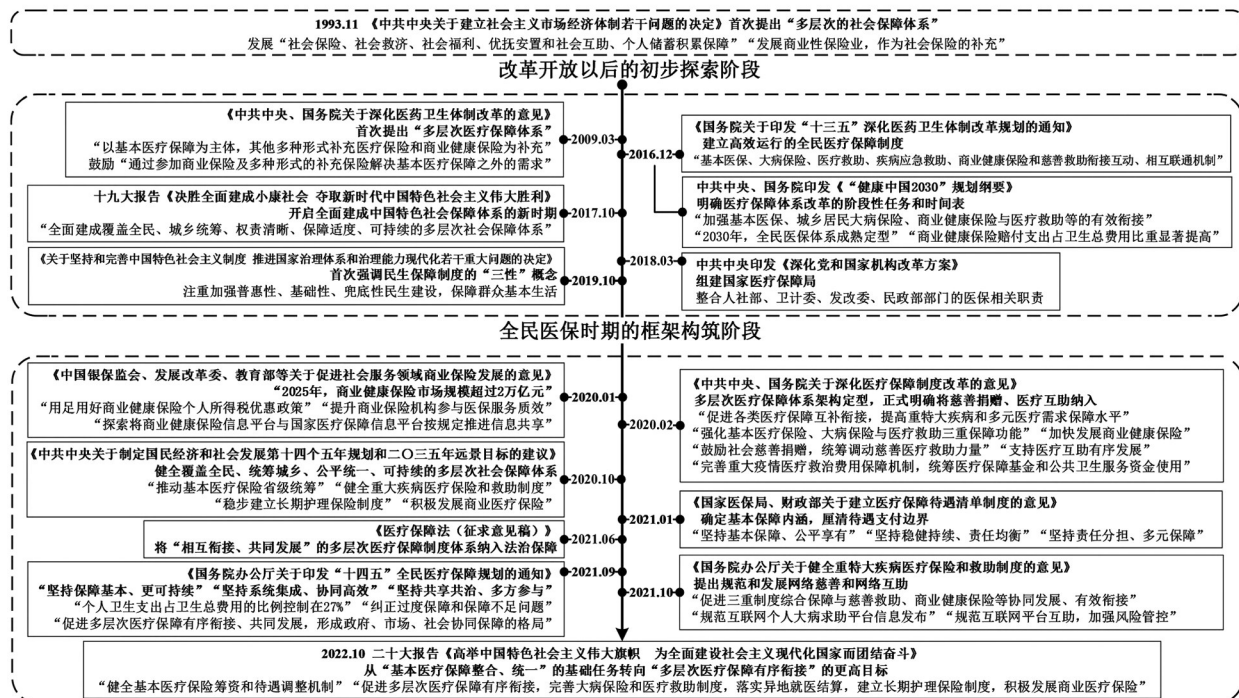


图2 多层次医疗保障政策的演变历程

资料来源：作者自制。

保障领域落地实践。2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》正式提出“多层次医疗保障”的概念,初步明确了“基本医疗保障为主体,其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充”的总体架构,多元协调的混合模式便由此形成。此后十年间,基本医疗保险实现了“职工+居民”的全民覆盖,医疗救助、大病保险等带有兜底、二次补偿属性的制度应运而生,发挥补充保障功能的商业健康保险也不断发展(仇雨临,2019),多层次体系实现了“从无到有”“立梁架柱”的制度积累。与此同时,实施“健康中国”战略、阐发新时代指导思想、组建医疗保障局等重大决策(见图2),也为体系优化提供了理论储备、目标指引和组织基础。

3. 高质量发展下的协同发展阶段(2020年至今)

2020年《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和2021年《“十四五”全民医疗保障规划》两大全面深化医保改革的纲领性文件颁布,健全多层次体系成为解决医疗保障不平衡、不充分问题的关键。党的二十大报告也将“多层次医疗保障有序衔接”升至战略举措。现阶段政策呈现出高质量发展的新变化:一是完善体系架构,正式纳入慈善、互助等社会力量,还通过待遇清单、医保立法等明确各层次功

能定位和责任边界;二是强调协同发展,提出系统集成、多方参与、共治共享等指导原则,推进制度间衔接协作;三是细化构建举措,除了“鼓励”“支持”的政策宣示,还设定务实的量化指标,推出经办、监管、财税等配套措施,更加重视补充保障模式的激励和管控。

三、解构:多层次医疗保障的内涵理解与体系框架

我国医疗保障体系将定型于“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”的特色框架,有关医保模式选择的长期争论也宣告终结(吕国营,2020)。厘清多层次体系的划分标准、功能定位、构建时序、衔接机制等细节问题则成为当下统理念、育先机、开新局的关键(王东进,2021)。

(一) 内部供需视角的多层次化

在医疗保障体系中,“多层次”的核心划分标准更宜确定为政府责任的大小与制度公平性的强弱:一方面,供给主体的属性、责任差异决定着各项制度公平获得的可能性和保障程度的合理性;另一方面,多层次体系所满足的必然是多样化的需求,这就需要引入补充保障来改善运行效率。基于此,多层次医疗保障体系可由基本医疗保险和补充医疗保障两大层次构成(何文炯、杨一心,2017)。如图3所示,基本医疗保

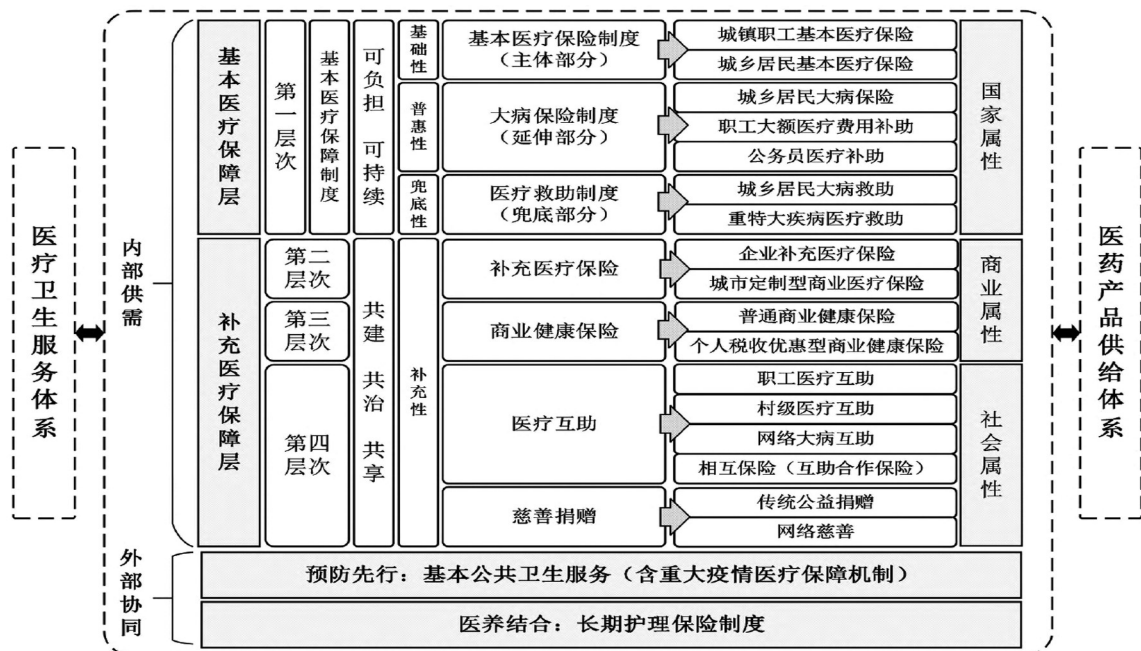


图3 多层次医疗保障体系的基本架构

资料来源:作者自制。

障由政府主导,以公平普惠、互助共济为目标,在可负担、可持续的前提下满足医疗服务和健康管理的基本需要;补充医疗保障则是发挥市场机制与社会资源的比较优势,基于“剩余思维”对基本保障无法有效覆盖的需求进行“查缺补漏”或“锦上添花”。其中,各项制度“对号入座”,可细分为以下四个层次。

第一层次是基本医疗保障制度,以国家财政、用人单位和个人缴费为基础,由医疗保障局管理。其中,基本医疗保险是核心主体;大病保险作为延伸部分,对封顶线以上的医疗费用进行“二次报销”;医疗救助按照“先保险后救助”的原则对特殊困难人员进行兜底保障。三者联合实现保基本、防大病、兜底线的“三重保障”,与基础性、普惠性、兜底性的民生保障要求相对应。需要特别指出的是,本文将补充医疗保险制度中的城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助也纳入广义的大病保险,原因在于三者筹资来源、医保目录、待遇清单管理等方面均依附于基本医疗保险,本质上仍发挥基本保障功能。

第二层次是补充医疗保险,主要指雇主举办的企业补充医疗保险,具有员工福利性质。通常有两种开办方式:一是由雇主在税收优惠等政策的鼓励下自主设置,采用单位和员工共同缴费形式,兼顾相对公平与适当激励;二是由雇主为员工直接购买商业团体健康保险。此外,“惠民保”等城市定制型补充医疗保险也可纳入该层次,其定位介于社会医疗保险和商业健康保险之间,成为体系创新的重要突破口。

第三层次是保险机构开发的商业健康保险,包括普通商业健康险和个人税优健康险。个人可自愿与保险机构建立合同关系,转嫁风险的同时,获得个性化、高水平的医疗服务。同时,商业健康保险还积极参与社会医疗保险经办,在制衡供求关系、减少信息不对称、提高经办服务效率等方面具有协同作用。

第四层次是医疗互助和慈善捐赠,旨在集聚社会资源解决中低收入群体的重疾医疗问题。医疗互助主要包括传统线下的医疗互助项目、互联网平台

发起的网络大病互助和尚未纳入《保险法》监管的相互保险。慈善捐赠作为自愿的共享机制,主要包括以基金会、企业为发起人的传统慈善和以大病众筹平台为载体的网络慈善。借助互联网科技,互助和慈善在医疗健康领域的保障潜力得以释放,为补充保障的模式创新提供新思路。

在上述体系中,各层次需权责分明、互补衔接,谋求差序格局中的协同发展。一方面,基本保障层处于根本地位,决定着补充保障层所能开展的细分领域。另一方面,发挥补充保障功能的第二、三、四层次虽有层次之分,但无先后之序,应寻求差异保障下的协作平衡,避免功能交叠的恶性竞争。

(二)外部协同视角的多层次化

医疗保障体系与公共卫生、养老保障、医疗服务、医药供给等外部制度体系也有着密切联系(见图3)。在健康理念更倾向“预防为主”、疫情防控更需要医保机制支撑、养老保障更注重医养融合、深化改革更强调“三医联动”的背景下,“大医保”的概念呼之欲出,“多层次”的内涵得以延伸。

从衔接公共卫生体系的角度来看,医疗保障体系可协助重大疫情防控与初级卫生保健管理。一方面,在救治费用报销、医保基金调剂、医保支付与结算等方面可为疫情防控提供应急保障。另一方面,通过与公卫经费资源统筹,医保基金可用于引导预防性的初级卫生保健,减少疾病发生,从而控制医疗费用支出。

从衔接养老保障与服务体系的角度来看,医疗保障体系通过长期护理保险制度将疾病保障延伸到老年照料、失能护理领域。无论未来两大制度体系融合发展抑或是分立并行,均需厘清医疗服务和日常护理的责任边界,增强医疗保障体系对长期护理保险基金筹资和商业性失能护理保险供给的支持。

从衔接医疗卫生服务、医药供给体系的角度来看,医疗保障体系在“三医联动”中发挥基础性作用。通过基金监管、支付方式改革等内部机制,医疗保障体系积极对接基层医疗、分级诊疗、卫生防疫、药品管理和价格体系建设等改革事项,促进医疗卫生资源的整合优化。

四、反思：多层次医疗保障的现实依据与问题导向

(一)现实依据：外部环境发生深刻改变，多层次建设面临新挑战

第一，老龄化正提速，疾病谱已改变，疾病风险深化，仍存后顾之忧。过去10年间，我国人口年龄结构的倒金字塔型更为凸显，家庭户的平均规模缩小为2.62人^③，基本保障抚养比迅速攀升，给医保基金的持续运营带来挑战。同时，慢性病、重特大疾病、罕见病保障依旧失位，多层次体系需从医疗救助、商业保险等多渠道对慢病防治、高额医疗费用分摊、特药保障等问题作出回应。

第二，社会主要矛盾转变，健康需求升级，贫富差距尚存，更需“瞻前顾后”。人民群众对医疗保障的基础性需要正转向高质量服务追求，但是不同群体对疾病风险的承受能力和对健康保障的诉求因贫富差距而各有差异(王鸿勇等,2003)。“多层次”的结构性改革既要丰富商业性补充保障来满足改善性需求，也要加强基本医保、慈善医疗等来维护公平性。

第三，城市化进程快，人口流动频繁，平台经济考验医保全覆盖。一方面，城乡区隔、人群分割仍是医保体系发展的阻碍，尤其居民医保以户籍为参保依据，在异地就医结算系统尚未联通、报销政策不同的情况下，容易引发健康机会不平等、医疗服务行为不规范、过度医疗等问题(顾海、吴迪,2021)。另一方面，平台经济下新业态从业者在工作时间、流程和收入等方面均存在较强不确定性，现行劳动法难以基于人格、经济从属性认定其劳动关系(姜宇,2020)，阻碍了职工医保的公平性覆盖。

(二)结构失衡：基本保障独大但未定型，补充保障滞后难及预期

体系框架已定，并不意味着发展理念、构建策略清晰得当(郑功成,2019)。实践中，医保体系看重制度项目的扩围叠加，忽视不同层次的权责分担，“保基本”和“多层次”之间存在结构性失衡。

基本保障层存在“一层独大”和“尚未定型”的矛盾冲突。从2020年医疗卫生支出的筹资结构来看，政府筹资占比高达68.2%，商业健康保险仅占4.0%，个人自付仍占27.7%(郑秉文,2021)，这意味着基本

保障层承担起医疗费用报销的绝对责任，且在待遇清单尚未统一的情况下持续扩张。即便如此，也未能彻底解决“看病贵”的自付之忧，反而加剧了人民群众对政府责任的不合理依赖。实际上，医保基金支出持续承压，基本保障层仍存在诸多制约待遇提升和体系持续的不完善因素，如基本医保个人缴费比例过低造成的资源分配扭曲、大病保险尚未独立筹资造成的福利扩张压力、医疗救助制度化不足导致的兜底保障缺失、职工医保个人账户基金闲置引发的互助共济效果减弱、流动人口等群体的参保公平性问题等。因此，在控制责任分担的基础上完善基本保障层，是多层次体系发展的当务之急。

补充保障层面临“政策宣示”和“实践滞后”的尴尬境地。一方面，商业健康保险因处于政策鼓励的起步红利阶段而实现了高速增长，但4.0%的医疗卫生支出筹资占比表明其作用相对有限。究其原因，很大程度在于经办大病保险等政策牵引了险企自主研发的能动性(许飞琼,2020)，致使产品设计多依附于社会医疗保险，未能有效回应市场需求。另一方面，医疗互助、慈善捐赠等社会机制的潜力并未引起重视，相关法律政策缺乏支持网络大病互助和慈善等新型模式的实质性规范。可见，补充保障层的功能发挥仍受限，制约了多层次体系物质积累与保障供给的持续壮大。

(三)衔接不畅：功能交叠和保障空缺并存，体系协同效应待提升

尽管多层次体系取得了“立梁架柱”的重要突破，但仍存在制度碎片化、信息割裂化、利益复杂化等问题，不同层次间因缺乏衔接机制而呈现“分而治之”的局面。

制度功能的互补衔接方面，功能交叠和保障空缺现象并存。一方面，基本保障层的各项制度存在功能交叠。医疗救助和大病保险在筹资补偿、运营管理等方面过度依附于基本医疗保险，导致“三重保障”功能难以精准实现。例如，医疗救助范围仍套用医保目录，且救助资金和医保基金存在混用现象，针对重特大疾病、罕见病、“孤儿药”的“救穷救急”作用未凸显；大病保险未独立筹资，保障范围也未突破医

保目录,加之增设的起付线导致实际获得高额医疗费用补偿的群体占比较低(王琬、吴晨晨,2019),重疾保障程度受限。另一方面,社会医疗保险“基础性”保障和商业健康保险“盈利性”保障的衔接处存在空白地带。例如,社会医疗保险在重特大疾病报销、创新诊疗技术和高价特效药物获得等方面存在局限性,而商业健康保险虽可覆盖但往往设定参保限制或高昂保费,导致年老、带病、低收入等群体缺少普惠的优质保障。

协同发展的衔接机制方面,共建共治共享的统筹设计不足。一方面,医疗保障体系在衔接养老照护、公共卫生服务等外部关联制度时存在模糊地带,影响医保基金稳定。例如,长期护理保险未与基本医保分立并行,两者基金支付存在重复报销、资金套取等现象;医保基金与公卫经费的分担范围和比例不明确,尤其是新冠肺炎疫情期间的诸多应急措施造成医保基金支付压力大增。另一方面,医疗保障体系的多元治理面临多重壁垒。例如,统筹层次低、城乡二元区隔、各地政策差异仍是融合发展的制度壁垒;管理系统不互联、医疗数据不互通的信息壁垒限制了医保资源整合;分管部门、参与主体繁多,导致利益协调、目标兼容、效率提升等方面存在管理壁垒;法治不健全,政策不具体,补充保障领域的模式创新面临强大监管壁垒。

五、突破:补充医疗保障的模式创新与协同发展

在政策推动和互联网技术支持下,补充医疗保障成为健全多层次体系的重要突破口。本文对“惠

民保”、网络大病互助和慈善等模式创新进行分析,为探索互补衔接、协同共治的多层次保障总结中国经验。

(一)社商融合下的多元主体协作:“惠民保”类普惠健康险

“惠民保”是普惠商业健康保险的简称,是在社会医疗保险之上,针对重特大疾病而建立的一种城市定制、政府主(指)导、商保承办、多方协作的自愿性、补充性医疗保险方案。截至2021年底,有28个省122个地区244个地市推出177款“惠民保”产品,参保人数超1.4亿,累计保费超140亿元(郭志强,2022)。

1. 定位社商融合,兼具普惠属性和高额保障的双重特质

作为社会医疗保险和商业健康保险的过渡形式,“惠民保”弥补了“基础性”保障和“盈利性”保障之间的空白地带,实现了普惠性和高保额的兼顾。

一方面,“惠民保”通过提升保额、延伸服务范围的方式拓展了基本医疗保障功能。如图4所示,现行社会医疗保险制度仍存保障缺口:一是医保目录内的起付线以下、大病保险免赔额部分(I和II)、起付线至封顶线之间的个人自付部分(III和IV)、大病医保封顶线以上的个人承担部分(V);二是医保目录外的个人自费部分(VI)。而“惠民保”则针对社保无力涵盖的高额风险成本(V和VI)进行补充保障,将高额医疗费用的赔付比例提升至70%~80%(见图4中③所示)。相较于大病保险,“惠民保”增加了医保目录内外的诊疗保障报销比例,拓展了特药赔付比例,利于

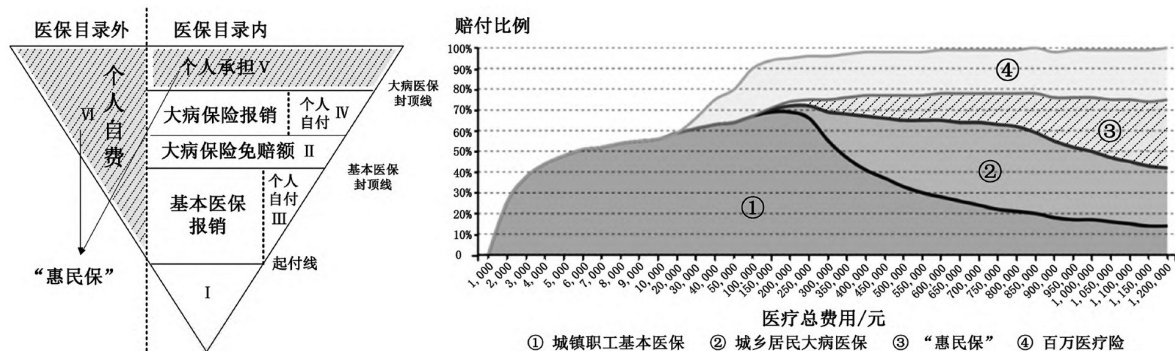


图4 各类医疗保障项目的保障范围和赔付比例对比

资料来源:复旦大学中国保险与社会安全研究中心《普惠保险在健康管理中的应用——基于惠民保的深度分析》, https://fddi.fudan.edu.cn/_upload/article/files/3b/69/60043be24093b72813c85705521d/54636931-ea6f-4f50-9719-482748f79e73.pdf; "HDHL Medical Insurance in China: Part 1", <https://theactuarymagazine.org/hdhl-medical-insurance-in-china-part-1/>。

解决“看病贵”的实际需求(见表1)。

另一方面,“惠民保”以低保费、低门槛的设计缓解了商业保险参保人逆向选择以及保险公司风险选择行为而带来的效率不足和公平缺失问题。结合图4和表1,与百万医疗险相比,“惠民保”面向所有基本医疗保险参保人,取消年龄、健康、职业限制,降低保费的同时仍保留百万级别的保额,较好覆盖了长尾高额医疗费用,降低了非标准体人群的投保壁垒;与一般商业健康保险相比,“惠民保”依托互联网渠道,使销售、理赔、服务流程更加高效,增加了高龄、健康状况不佳者的服务可及性。此外,“惠民保”的推广具有保险知识普及和商业保险启蒙教育的作用,强化了多层次改革的民意基础。

2. 力促多元参与,实现分工协作和利益平衡的协同治理

“惠民保”以其独特的运作机制成为政府背书、

商保协作、市场参与的合作典范(见图5)。政府作为医保体系的设计者、监管者,统筹多部门为项目运行提供数据、监督、医保个人账户等资源支持,同时以公信力背书来增进民众信任、降低营销阻力(许闲等,2020);保险公司作为运营和赔付的主体,采取共保体模式以实现风险共担、资源整合、高效低耗的协作状态,产生共享医保数据、拓展获客渠道、提升行业声誉等溢出效应;第三方管理平台和医药企业也在该模式中迎来发展契机,前者在产品测算、健康管理、数据分析、线上运营等方面提供专业服务,而后者在特药、创新药保障方面获得了创新支付方式的机会,为险企直接谈判议价提供可能。整体而言,“惠民保”各参与主体在优势互补、利益平衡中形成一个可持续的健康保障闭环,为高额医疗费用补偿的缺口问题提供了“抓手”,促进政府职能、市场优势融合转化为治理效能。

表1 “惠民保”和大病保险、百万医疗险的对比

项目险种		城乡居民大病保险	“惠民保”	百万医疗险
参保人要求		符合参加基本医疗保险的条件且属于在保人员(既往症群体可参保)		严格限制年龄、健康、职业等
诊疗保障 (住院、门诊)	免赔额	依据居民可支配收入设定,一般约为0.5万元~2万元	多数产品设定为2万元	多数产品设定为0.6万元~1万元
	保险金额	大多20万元~40万元,其中贫困人群不封顶	多数产品设定为100万元	200万元~600万元,常见300万元
	赔付比例	分段设置报销比例	多数产品仅保障医保目录内70%~80%,且既往症人群、医保目录外的赔付比例大幅降低	医保目录内/外均保障有社保100%、无社保60%
药品保障	报销范围	仅医保目录内(甲类、乙类)	医保目录内+目录外特定药品	医保目录内+目录外
	报销比例	甲类100% 乙类70%~90%	医保目录内100% 医保目录外60~80%	有社保100%、无社保60%
增值服务		无	有,如就医陪护、药品服务、重疾绿通、慢病服务、体检服务	
筹资方式		基本医保统筹基金历年结余	个人账户+团体投保+个人投保	个人投保
承办方式		医保局招标,保险公司经办,大多有损失调节机制	医保局招标,保险公司承办,呈现出“一城一策”态势;自愿投保较多,一般无损失调节	纯商业模式 保险公司自负盈亏
保费		很低(15元~60元)	较低(30元~190元),多数在100元以下	较高(100元~2000元)

资料来源:作者自制。

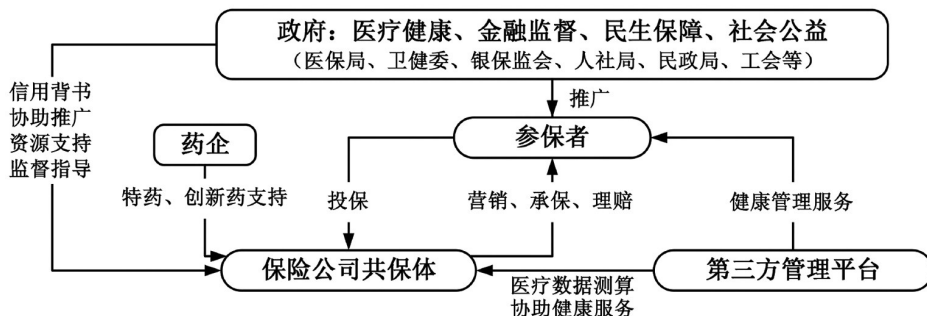


图5 “惠民保”的模式创新

资料来源:作者自制。

(二)互联网科技下的社会力量集聚:网络大病互助和慈善

医疗互助和慈善捐赠被纳入顶层设计,标志着社会力量与多层次体系在政策层面实现了对接,打破了其长期相对独立于医保和救助体系的局面。而网络大病互助和慈善的扩展,进一步彰显了社会力量的集聚效应和社会资源的渗透能力,为丰富补充医疗保障模式提供了更多可能。

1.回归保障初心,互联网科技+共享理念赋能互助模式重生

受益于互联网科技和共享理念发展,传统互助组织在会员扩展、信息披露和支付赔偿等方面的效率得以改善(张宗良、庞楷,2019),并在大病保障领域催生了以互联网平台为载体的新型模式——“网络大病互助”。如图6所示,该模式以签订互助协议的方式组建互助团体,当特定会员触发重大疾病风险事件时,全体会员有义务通过分摊互助金额来给予经济援助(10万~30万元)。其优势主要有三:一是互助模式的普惠性和互联网的信息撮合能力相结合,充分汇集同质风险群体,确保“低门槛—广覆盖—低成本”的良性循环,使得大病保障支出由个体责任下的低频高额转为共享模式下的高频低额;二是互助模式的社群性和网络平台的“去中心化”相呼应,利用区块链等技术确保互助机制的透明性,既避免了社会医疗保险因控费所引发的委托代理博弈,也消除了商业健康保险基于死差益、利差益产生的额外费用,回归保障初心;三是互助模式的协作性与大数据时代的资源共享性相融合,互助平台往往联

合第三方机构对资金管理、审核理赔、医疗资源等信息进行再开发,为用户提供健康管理、药品保障等升级服务。

基于上述特点,网络大病互助对保障中低收入群体和未参加基本医保的流动人口、新业态人员等具有现实意义。据统计,多数互助平台用户收入中等偏低、保障相对缺乏、大病负担能力较低,其中近80%年收入在10万元以下,72.1%来自三线及以下城市、农村,12.93%自述没有医保,68.4%自述没有商业健康保险。^④正因如此,网络大病互助一度成为基本医保、商业健康保险之外发展规模最大、保障贡献度较高的医疗保障形式。尽管互助平台在监管不明的情况下处于下行状态,但是一系列最新政策表述仍对其给予认可,未来互助平台或将在规范发展中“重获新生”。

2.推动全民参与,去中心化+社交链条助力大病慈善网编织

慈善事业通过调动社会力量对救助资源加以整合,正成为政府救助外的重要补充力量。而互联网“共享”思维恰与慈善事业的“利他”“公益”理念相契合,催生出网络大病慈善^⑤这一新型模式,精准化解困难群体在重大疾病、罕见病保障领域内因政府救助制度化不足、基本医保目录范围受限、商保费用自负昂贵而面临的现实阻力。

如图6所示,网络大病慈善利用互联网的“去中心”特性和社交链条的广度和深度,使患者家庭的大病求助信息精准、迅速地扩散,建立起患者家庭和捐赠者的筹款渠道。正是这看似简单的逻辑链条,对

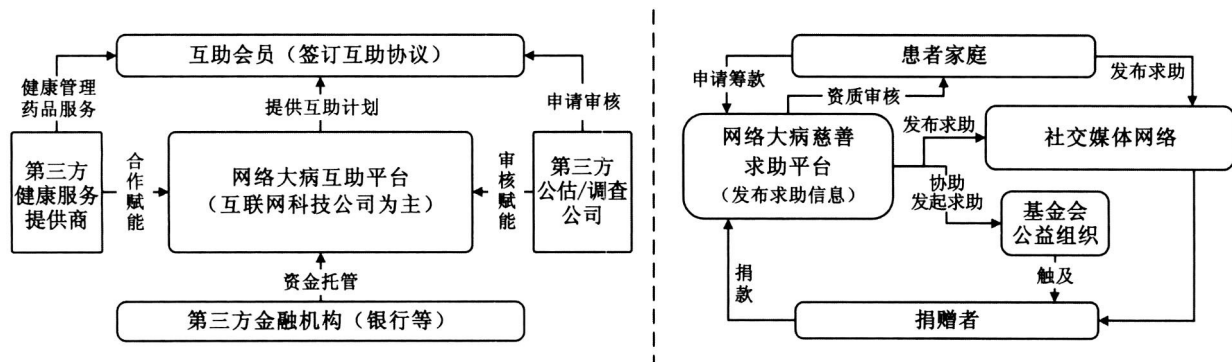


图6 网络大病互助与网络大病慈善的模式创新对比

资料来源:中国医药教育协会、艾康社:《慈善捐赠与医疗互助:健全完善多层次医疗保障体系》, <http://www.askhealth.com.cn/wp-content/uploads/2021/04/charity-donation-and-medical-mutual-aid-0425.pdf>。

传统慈善救助模式具有颠覆性意义:第一,救助的发起方由官方和慈善组织扩展至万千大众,身处底层的困难群众皆有平等的自我发声机会;第二,求助流程简易、付款途径清晰、分享模式便捷、捐赠额度灵活等特征降低了求助和捐赠双方的参与门槛,利于实现共建共享的“主动慈善”和“全民慈善”;第三,基于互联网和社交媒体网络的线上方式,在降低成本的同时,打破了时空限制,利于求助信息的重复、持续传递;第四,网络平台作为信息、服务中介,在审核求助患者信息、指导求助文案撰写、协调慈善组织参与等事务中积累了大量有关求助者患病诊疗情况和医疗卫生费用开支的信息,这些宝贵数据对健全特定疾病、群体的医疗保障决策具有重要意义。

表2 “惠民保”、网络大病互助与网络大病慈善的多维比较

		“惠民保”	网络大病互助	网络大病慈善
本质属性		保险(商业属性)	互助行为(兼具商业属性和社会属性)	慈善行为(社会属性)
用户特征	共性特征	具有重特大疾病保障需求的中低收入群体、中高风险群体		
	资格条件	年龄、职业、健康状况不限,但需参加基本医保	对患病历史、等待期等有要求	无门槛
	偏好差异(风险&经济)	用户有一定保费缴纳能力,且多为高龄、高危职业、既往症群体	用户多为无基本医保或无法承担商保费用的人群	
	风险分散	风险转移(保险公司中心化)	风险共担(去中心化)	因病受困的任何群体
模式特点	缴费定价	事前预收保费,一城一价(基于大数法则、精算技术)	无保费,事后平均分摊互助金(几乎不涉及精算技术)	救助资金众筹
	用户成本	无需承担预付保费之外的费用,保费一般在100元/年以内,个人负担能预期	支出视当期所需互助金额而定,负担无法预期,但一般低于200元/年	收取一定比例手续费
	保障供给	保障额度一般在100万元左右,有刚性赔付保障(保险公司托底)	保障额度一般为10万元~30万元,无刚性赔付保障	筹资随意性、随机性
	费用补偿	费用补偿(医保内外)+特药创新药+增值服务	费用补偿或收入补偿	费用救济
运营特色	权利义务	投保人、被保险人与保险人双方为当事人,基于商业合同关系进行“等价”交换	互助计划的每个会员间均为当事人,并相互对等、“利他”且“利己”	“利他”赠与(单向)
	共性特色	普惠性强、覆盖范围大、多方参与、利益共赢,互联网科技和共享思维成为模式创新和运营的基础		
	盈亏平衡	以保本微利为原则,展业、核保、理赔等环节管理费用较高,借助互联网渠道降低管理成本	模式本身具有非营利性,但需向其他相关业务引流赚取利润,用于维持平台运营	
	运行模式	政府指导、商保承办、多方协作,深度融合并形成健康保障闭环生态	平台与保险、健康管理、第三方评估调查等机构展开运营合作,同时积极对接政府部门并联合开展救助项目	
核心风险	互联网平台	非运营主体,仅作为线上渠道	平台为运营主体,但仅承担技术、信息、服务中介功能	
	经营风险	逆选择与道德风险→死亡螺旋→用户信任&参与度(或参保率)面临可持续发展的威胁	风控对策:去中心化+区块链和大数据技术+社群管理	
	法律风险	监管对策:可依据《保险法》《关于进一步规范保险机构互联网人身保险业务有关事项的通知》《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》等法律法规及政策进行风险管控,相关立法及政策规定较为完善	监管对策:现有的《保险法》《慈善法》无法对网络互助或慈善平台进行专门约束,平台行为处于无主管、无监管、无标准、无规范的状态;平台暂时只能由《民法典》《刑法》《合同法》等一般法进行相关法律关系调整或依靠行业自律公约进行自我规范	
	发展趋势	政府用“政策”换“效率”,险企用“盈利”换“市场”,社会用“规模”换“公益”	目前呈倒闭下行趋势,同时面临“惠民保”的替代竞争,能否复苏需在立法层面给予性质厘定	
		在保证参保率、赔付率和险企盈利情况下,发展前景广阔,可成长为补充保障层的主力	积极对接政府救助,定位社保和商保以外的支付困难	

资料来源:作者自制。

中低收入群体与中高风险群体的高额医疗费用分摊是亟待破解的难题,三种模式均围绕该需求痛点提供了相匹配的费用分担机制和服务供给方式;三是技术驱动,互联网科技的进步为曾经难以触及的底层群体和多样需求提供了渠道,如区块链技术重构了互助模式所依赖的“信任机制”,大数据技术促进“惠民保”对接地方医保数据以提供差异化保障,数字技术助推了慈善救助突破时空限制等,医疗保障的外延得以拓展;四是理念驱动,多层次体系正经历从风险管理的工具性功能向医保治理的价值功能转型的过程,加之互联网共享思维、共同富裕目标 and 高质量发展思想的助推,三种模式均体现了全民性、共享性、普惠性的价值理念,确保了结构改革的民意基础、社会价值和治理潜能。

从纵向比较来看,三种模式均面临制约其可持续发展的差异化因素,这将决定其能否稳定融入多层次体系。首先,三种模式作为新生事物难逃“创新悖论”。现行法律在性质厘定、风险监管等方面仍缺少及时、有效规制,这种规则供给的失位在当前难以容错、厌恶风险的监管环境下正成为新模式探索的最大障碍,而网络大病互助的倒闭潮便是真实反映。其次,信任机制是三种模式持续经营的根基。“惠民保”利用政府指导和衔接医保的“公信力”优势来实现更高参保率,网络互助和慈善也依托互联网科技重构信任机制以确保“流量”规模,目的均在于避免健康保障的“死亡螺旋”。最后,三种模式在功能定位、用户特征等方面存在目标一致性,但分属保险、互助、慈善三种机制,必然会在实践中接受“谁优谁劣”的考量。从梯度降低个人自付医疗费用负担的逻辑链条来看,“惠民保”或将凭借其成熟的商保机制和深度的政府参与,成为继社保之后优先于救助和慈善的重要选择。随着精细化运营的深入,三种模式可实现细分领域的差异保障,致力于衔接基本医保和医疗救助的协同发展。

六、展望:多层次医疗保障体系的启示和建议

以分散风险,促进可持续性、充足性为目标的多层次社会保障体系构建已成为全球趋势(贾丽萍, 2021)。而我国多层次医疗保障体系的构建,是吸取国际经验、传承中国特色的理论创新和实践拓展。

本文从发展理念、制度完善、创新监管、科技赋能、法治保障等角度得出如下启示与建议。

(一)明晰医疗保障发展理念,在守正创新中协同发展

多层次医疗保障的核心是医疗费用的补偿,根本目的是解除“花钱看病”的后顾之忧。为此,需深入理解政府与市场、公平与效率、供给与需求等关系在医疗保障体系中的应用,明晰各项制度的分层标准、功能定位、责任边界。“多层次”不是要求政府包办医疗支出,也不是要求人人待遇均同,而是要发挥多元主体的供给优势去承担应有的责任,让个性化的社会成员既能获得与经济社会进步发展相适应的基础性福利,又能结合自身健康风险和需求通过市场机制和社会渠道得到相对应的多样化供给。医疗保障体系需兼顾“保基本”和“多层次”的守正创新,既要坚持人民中心、公平正义的价值追求,也要调动一切力量来改善体系效能,树立系统性、协同性的理念,实现优化基本保障和发展多种形式的补充保障并行。

(二)优化定型基本医保制度,厘清补充保障发展空间

只有尽快定型基本保障的“三重制度”,才能让补充保障层厘清其发展空间。基本医疗保障制度的优化可从以下几点考虑:一是辩证理解“保基本”和“保大病”的关系,“保基本”应当是“保大病的基本”,在满足基本需要的基础上向重疾风险保障倾斜,变“统筹基金医疗费用封顶”为“个人自付医疗费用封顶”;二是积极盘活职工医保的个人账户,健全门诊共济保障机制来确保互助共济功能的最大化实现;三是逐步回调职工医保中用人单位较高的缴费比例,更改居民医保由定额缴费为比例缴费(鲁全, 2021),适度提升个人缴费责任,同时出台退休人员缴费政策以应对系统老龄化;四是落实待遇清单制度及其动态调整机制,并配套建立精算报告制度,避免泛福利化发生;五是破除居民医保的户籍限制,建立面向常住居民的制度体系;六是探讨整合“广义”大病保险制度的可能性,设置独立的全国性专项保险基金,由非营利的保险机构提供经办服务(褚福灵, 2019);七是加快医疗救助的制度进程,加强政

府医疗救助与社会慈善救助的协作;八是规范医保基金在长期护理保险制度、重大疫情医疗费用救治保障制度中的参与机制。

(三)细化补充保障制度建设,平衡创新和监管的适度

壮大补充医疗保障是健全多层次体系的重要突破口,其有赖于创新和监管的平衡适度。一方面,需明确商业健康保险、医疗互助与慈善的责任边界,在模式创新、产品优化、医保信息共享等方面为其提供差别化的支持政策,增强补充保障的针对性、灵活性和创造性。例如,商业健康保险应将医保目录外的费用承担作为其拓展空间,坚持探索以“惠民保”为代表的产品创新,并通过税收优惠、财政补贴、政府指导、资源共享等激励性手段来增强各方参与积极性;医疗互助和慈善捐赠应正视互联网科技下社会资源集聚的巨大潜力,包容网络互助和互联网慈善等创新,尽快在法律层面给予其合规地位。另一方面,在鼓励市场主体和社会力量参与补充保障的同时,需防范恶性竞争、违规运营、道德风险等问题的发生,既要及时予以规范纠正,也要杜绝以立法滞后为由而引发的“一刀切”式监管。通过强化监管科技,给予新事物发展的试错空间,实现监管主动回应创新、创新积极拥抱监管的良性互动。

(四)信息技术赋能医保系统,互联网催生保障新形态

信息技术的进步赋予多层次体系挖潜赋能的新动力,由此带来的不仅是互联互通的便捷方式,更是开放包容的思维模式。一是应利用区块链、云计算、人工智能等互联网科技完善医保系统的技术支撑体系,为医保基金管理、医保经办服务、医保信息共享、医疗卫生服务提供畅通的信息链接通道,为医保政策精准实施奠定坚实基础,为医保体系全国统筹提供可能;二是利用互联网思维、技术拓宽补充医疗保障的边界,催生更多的新型保障模式,充分吸纳社会化、平民化、透明化的广泛力量,使医疗保障安全网进一步下沉;三是建立信息技术团队或引进第三方服务平台,对医疗保障体系各环节的数据信息进行评估和挖掘,提升多层次体系的制度效率、治理能力和监管水平。

(五)政策主导转为法治保障,促多层次体系行稳致远

推进医保政策的立法转化是多层次医疗保障体系成熟的标志。未来立法工作需充分考虑医疗保障体系的动态性、复杂性、多元化特征,重点落实以下任务:一是完善《医疗保障法》这一专门性、基本性、综合性立法,既要对接制度框架、层次功能、主体责任作出根本性指导,也要对筹资缴费、待遇计发、基金监管、经办服务等实务问题作出具体规定,使医疗保障的权益救济、运行管理有据可循;二是针对基本医保、医疗救助、商业健康保险、慈善医疗等细分制度设立专门法规条例,并与银保监会、卫健委、民政、财政等部门现有的医疗保障规范对应整合;三是协调好医疗保障立法与相关立法的关系,避免与社会保障、医疗卫生、商业保险、民政慈善等领域立法产生冲突。

注释:

①图1中的筹资和支出结构指国家、个人和市场支出在医疗卫生总费用的占比情况。

②去商品化衡量的是社会成员在福利制度之外从市场上可以获得福利多寡的程度,去商品化程度高(定义为“高组”)的国家倾向于引入市场因素,反之则倾向提高政府干预,各国普遍有向中组“靠拢”的趋势。

③数据来源:国家统计局《第七次全国人口普查公报》, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/>。

④数据来源:蚂蚁集团研究院《网络互助行业白皮书(2020年)》, <https://antcloud-cnzh02-athomeweb-01.oss-cn-hzfinance.aliyuncs.com/attachment/2020-06-13/f900e1a-d421-49ba-a635-bb9792a0179f.pdf>。

⑤网络大病慈善也被称为“网络大病众筹”或“互联网大病个人求助”。

参考文献:

[1]陈秉正,2021:“多层次、多支柱养老金体系辨析及商业保险的作用”,《中国保险》,2021,4:8—14。

[2]陈璐、费清,2019:“美国医疗保障制度的演进与启示”。

基于‘选购难题’的视角”,《理论学刊》,2019,1:96—104。

[3]褚福灵,2019:“中国医疗保障制度现状与改革方略”,《北京劳动保障职业学院学报》,2019,4:3—13。

[4]邓大松、刘昌平,2004:《中国企业年金制度研究》,北京:人民出版社。

[5]公维才、薛兴利,2011:“西方社会保障理念的嬗变及其启示——兼论社会保障制度中的政府职能”,《中国特色社会主义研究》,2011,4:75—80。

[6]顾海、吴迪,2021:“‘十四五’时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想”,《管理世界》,2021,9:158—167。

[7]顾昕,2019:“新中国70年医疗政策的大转型:走向行政、市场与社群治理的互补嵌入性”,《学习与探索》,2019,7:1—13+174。

[8]郭志强,2022:“1.4亿人参保的惠民保产品如何治理?”,《中国经济周刊》,2022,6:104—105。

[9]何文炯、杨一心,2017:“医疗保障治理与健康中国建设”,《公共管理学报》,2017,2:132—138+159。

[10]华颖,2019:“中国社会保障70年变迁的国际借鉴”,《中国人民大学学报》,2019,5:17—26。

[11]贾丽萍,2021:“多层次养老保障体系的国际架构与中国治理实践”,《社会科学战线》,2021,4:229—239。

[12]刘涛,2021:“共同富裕治理的制度主义方法论”,《治理研究》,2021,6:22—32+2。

[13]娄宇,2020:“平台经济从业者社会保险法律制度的构建”,《法学研究》,2020,2:190—208。

[14]鲁全,2021:“新时代中国社会保障体系建设的路径——兼论‘十四五’时期社会保障改革新要求”,《行政管理改革》,2021,4:42—50。

[15]吕国营,2020:“新时代中国医疗保障制度如何定型?”,《社会保障评论》,2020,3:39—46。

[16]仇雨临,2019:“中国医疗保障70年:回顾与解析”,《社会保障评论》,2019,1:89—101。

[17]申曙光、张家玉,2018:“医保转型与发展:从病有所医走向病有良医”,《社会保障评论》,2018,3:51—65。

[18]王东进,2021:“立足新阶段坚持新理念开启新征程——关于医疗保障体系现代化的几点思考”,《中国医疗保险》,2021,1:1—4。

[19]王鸿勇、邵明远、徐媛,2003:“多层次医疗保障体系的理论基础与政策框架”,《卫生经济研究》,2003,5:7—9。

[20]王琬、吴晨晨,2019:“制度缘起、政策争议与发展对策——大病保险研究现状与思考”,《华中师范大学学报(人文社会科学版)》,2019,1:31—37。

[21]许飞琼,2020:“中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择”,《中国人民大学学报》,2020,5:15—24。

[22]许闲、罗婧文、王佳歆、李兆,2020:“普惠保险在健康管理中的应用——基于惠民保的深度分析”,《保险理论与实践》,2020,12:22—34。

[23]郑秉文,2021:“实行待遇清单制度框定公共筹资边界大力发展商业健康保险”,《中国医疗保险》,2021,9:11—15。

[24]郑功成,2019:“多层次社会保障体系建设:现状评估与政策思路”,《社会保障评论》,2019,1:3—29。

[25]张宗良、庞楷,2019:“类保险网络互助的性质厘定、风险识别与监管对策”,《金融与经济》,2019,12:55—61。

[26]科林、吉列恩,2002:《全球养老保障:改革与发展》,杨燕绥等译,北京:中国劳动社会保障出版社。

[27]Holzmann, R. and R. Hinz, 2005. Old Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform. The World Bank, Washington D.C..

[28]The Commonwealth Fund, 2020. "International Profiles of Health Care Systems(2020)". https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.

[29]World Bank, 1994. Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth. Oxford: Oxford University Press.