

全民医保的 新探索

*U*niversal Coverage of Health Care
Insurance in China: New Frontiers

顾昕◇著



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

全民医保的

新探索

*U*niversal Coverage of Health Care
Insurance in China: New Frontiers

顾昕◇著



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

图书在版编目 (CIP) 数据

全民医保的新探索/顾昕著. —北京: 社会科学文献出版社, 2010. 8

ISBN 978 - 7 - 5097 - 1590 - 1

I. ①全… II. ①顾… III. ①医疗保险 - 研究 - 中国
IV. ①F842. 684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 110956 号

全民医保的新探索

著 者 / 顾 昕

出 版 人 / 谢寿光

总 编 辑 / 邹东涛

出 版 者 / 社会科学文献出版社

地 址 / 北京市西城区北三环中路甲 29 号院 3 号楼华龙大厦

邮政编码 / 100029

网 址 / <http://www.ssap.com.cn>

网站支持 / (010) 59367077

责任部门 / 社会科学图书事业部 (010) 59367156

电子信箱 / shekebu@ssap.cn

项目经理 / 王 绯

责任编辑 / 盛爱珍 郑 嫵

责任校对 / 谢 华

责任印制 / 郭 妍 岳 阳 吴 波

总 经 销 / 社会科学文献出版社发行部

(010) 59367080 59367097

经 销 / 各地书店

读者服务 / 读者服务中心 (010) 59367028

排 版 / 北京中文天地文化艺术有限公司

印 刷 / 北京季蜂印刷有限公司

开 本 / 787mm × 1092mm 1/20

印 张 / 9.6

字 数 / 153 千字

版 次 / 2010 年 8 月第 1 版

印 次 / 2010 年 8 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5097 - 1590 - 1

定 价 / 28.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误,
请与本社读者服务中心联系更换



版权所有 翻印必究

前 言

全民医保的新探索

——制度建设的若干问题

《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称“新医改方案”）的公布，为中国医疗卫生事业的改革与发展指出了新的方向。走向全民医保，是以往的医改方案未能突出的地方，具有历史性的进步意义。医疗保障体系是社会保障体系的一个重要组成部分。“新医改方案”所明确的全民医保原则，不仅是促进新医改的新原则，也是推进整个社会经济发展的新原则，具有伟大的战略意义。正是在这一点上，“新医改方案”具有超越医疗卫生体制改革的深远意义。

全民医保未来的制度建设至关重要，其中医疗筹资体系的制度化、参保覆盖面的拓展、筹资水平的提高、基金结余水平的控制（即保障水平的提高）、职能定位的明确（即为参保者购买医药服务，包括基本药物）、付费机制的改善、治理模式的变革等，是未来工作的重心。

2009年，笔者在北京大学“985工程”（2004~2007年）建设项目“中国城镇居民基本医疗保险的可持续性发展”的支持下，完成了本书的写作，对全民医保的上述制度建设问题进行了探讨。

在过去的十多年中，中国医疗卫生领域最为显著的变化在于公共财政的转型与政府在卫生筹资责任上的回归。在 20 世纪 90 年代，中国的公共财政在卫生筹资领域的责任弱化，导致民众医药费用负担大大加重，产生了严重的社会不公现象。然而，自 2003 年以来，这种局面开始逆转，中国卫生总费用中公共筹资即广义政府卫生支出的比重大幅度提高，开始接近并将超过发展中国家的平均水平。与此同时，公共财政的转型在医疗卫生领域有了充分的体现，即政府不再独揽卫生筹资和基本医疗卫生服务提供的责任，而是通过发挥公共财政的筹资优势及政府购买服务的方式，动员社会资本进入医疗卫生领域，在服务提供方面引入竞争。政府还调整了公共资源的配置方向，强化对农村地区基本医疗卫生服务体系和城乡基本医疗保障体系的投入。所有这些，均为全球性公共管理变革以及中国政府转型大趋势的具体体现。“新医改方案”明确了医疗卫生领域公共财政转型的新原则，不仅为中国医药卫生事业的发展指出了新方向，而且将对中国经济社会和谐发展产生深远的影响。

随着公共财政的转型，通过拓展基本医疗保障体系的覆盖面以实现全民医保的目标得到确立，亦即到 2011 ~ 2012 年，三大公立医疗保险实现目标覆盖人群 90% 以上的覆盖率。

实际上，城镇地区基本医疗保障覆盖率在 2008 年首次突破了 60% 的大关。在农村地区，如果以农村居民人口为基数，那么“新农合”的覆盖率在 2007 年底就已达到 99.8%。2008 年，“新农合”参保人数已超过农村居民人数，接近农业户籍人口数。

城镇基本医疗保险在不同地区的发展很不平衡。覆盖率高同经济发展水平高低关系不大。对于某些经济发展水平较高的沿海省份，尽快推进城镇基本医疗保险覆盖率的提高，有很大的空间。“新农合”在不同地区的发展也是不均衡的，但由于其覆盖率已经很高了，因此这一问题在未来三年内并不严重。在三年内实现全民

医保的新医改目标，在农村地区似乎并不困难。农村地区全民医保的主要问题在于提高筹资水平和保障水平。推进全民医保的难点和关键在于城镇地区。

分别面向非工作人群和就业人口的城镇居民医保和城镇职工医保，均面临着拓展覆盖面的严峻挑战。城镇居民医保必须要突破自愿性医疗保险所面临的“逆向选择”困境，而城镇职工医保则必须要解决民营企业逃避雇主社会保险缴费责任的问题。要在 2012 年之前实现城镇基本医疗保障体系 90% 的覆盖率，恐怕要各级政府付出极其艰苦的努力。如果中央政府和党的组织部门将基本医疗保障体系覆盖率作为地方政府官员政绩考核的重要指标之一，基本医疗保障体系覆盖率的拓展就将得到保障。

走向全民医保所面临的第二项重大挑战，在于提高各项公立医疗保险的筹资水平和保障水平。在全国范围内，基本医疗保障体系在过去若干年内的筹资水平及其占卫生总费用的比重都有了显著的提高。尽管如此，到 2008 年，基本医疗保障体系的筹资总额还不到卫生总费用的三成。基本医疗保障体系在卫生筹资体系中的作用还有待加强。

基本医疗保障体系筹资水平的城乡差距很大。在城镇地区，基本医疗保障体系筹资总额占城镇地区卫生总费用的比重，在 2008 年达到了 31.2%；与此相对照，“新农合”筹资总额占农村地区卫生总费用的比重，在 2008 年仅为 29.6%。

无论是农村卫生总费用还是农村基本医疗保障体系的筹资水平，都是非常低的。要想在农村真正解决“看病贵”的问题，“新农合”的筹资水平必须大幅度提高。除了政府补贴水平的提高之外，农民参保者的缴费水平也应该相应提高。

由于筹资水平较低，基本医疗保障体系的支付水平自然较低。在过去的几年内，基本医疗保障体系基金支出总额逐年增加，但基

本医疗保障基金支付占医疗机构业务收入的比重依然不高，到2008年也不足四成。当然，一部分患者由于未参加基本医疗保障体系，他们在看病治病时可能要百分之百地自付医药费用。因此，作为参保者的患者在看病治病时，其医药费用由基本医疗保障体系支付的平均比例肯定会高于40%，估计在50%左右。尽管如此，这个比例还是低的。这个比例至少要达到70%，基本医疗保障体系才能切实发挥其应有的作用，即分摊民众医药费用的风险。公立医疗保险对于医疗机构的购买力有限，无法有效地形成第三方购买机制，从而不能约束医疗机构为参保者提供合理的医疗和用药服务。

新医改方案明确了公共财政“补需方”的新原则。具体措施是通过提高政府补贴水平的公共财政手段，带动民众缴费水平的提高，从而从整体上提高城乡居民医疗保险的筹资水平，这是非常正确而又及时的。新医改方案全面实施之后，如果全国城乡基本医疗保障机构将每年筹资的90%用在参保者身上（另外10%用于风险防范），那么大体而言医保付费就可以支付参保者医药总费用的70%。因此，这笔来自基本医疗保障体系的付账足以实现医保付大头、民众付小头的目标。

综上所述，依照新医改方案的规划，在全民医保之后，老百姓看病治病时自费（或自付）的比重将有望降低，估计可降到30%左右。对于这30%的自付，很有必要通过商业保险公司发展各种各样的补充型或增补型医疗保险，进一步分摊风险。这就是新医改方案给老百姓带来的好处。这些好处能够不折不扣地落实，有赖于地方政府通过有效施政合理控制医保基金的结余水平，并积极发展商业健康保险，覆盖民众的医药自费支出，也是非常重要的。

公立医疗保险制度的根本目的，在于汇集所有民众的医疗费用，分摊患病参保者医药费用的风险。医保基金当年筹集的大部分参保费应该用于支付参保者当年的防病、看病、治病。然而，目前

普遍存在的一个问题是，很多地方城乡医保基金的结余额过高，参保者无法享受到适当的医疗保障。

同样是公立医疗保险，不同部门对有关基金的信息披露情况不一样。人保部公布了城镇职工医保和城镇居民医保全国和分省的基金收入、基金支出和累计结余。但是，卫生部仅仅披露了全国和分省的“新农合”基金收入和全国的基金支出，却没有披露分省的“新农合”基金支出，更没有任何累计结余的信息。

就全国而言，“新农合”基金每年都有一定的结余，结余率还很高。但在过去的若干年，“新农合”基金当年结余率逐年下降，2004年是40.3%，到2008年已下降到15.6%，接近“新医改近期实施方案”提出的15%指标。然而，由于过去有不少结余，如果要想实现累计结余不超过当年收入25%这一指标，“新农合”的支出水平还必须有所提高。

由于历年《中国卫生统计年鉴》中公布的“新农合”统计数据具有选择性，尤其是在分省数据方面，只公布了基金收入但未公布基金支出，因此我们无法考察各省“新农合”基金结余的情况。信息公开是政府走向服务型政府的重要一环，也是促进公共管理变革的重要手段，《中国卫生统计年鉴》信息披露的不完整令人遗憾。

2007年，城镇居民医保基金收入为43.0亿元，但支出仅仅为10.1亿元，不足1/4，当年结余占当年收入的比重高达76.5%，占累计结余的比重居然高达91.1%。由于城镇居民医保自2007年下半年才开始试点，因此在基金结余控制上出现一些混乱在所难免。2008年，城镇居民医保基金的结余水平大幅度下降，为39.9%，结余率依然相当高。城镇居民医保基金结余的控制，还有很大的改善空间。

历史最为悠久的城镇职工医保基金结余率普遍较高。2008年，城镇职工医保的当年结余率和累计结余率分别高达30.0%和

114.5%，其累计结余额高达 3303.6 亿元。这可是一笔巨款。当年，城镇职工医保基金的支出仅为 2019.7 亿元。依照这一支出速度，即使暂缓城镇职工医保的缴费，城镇职工医保基金累计结余仍可以支出 19.6 个月。不少人把城镇职工医保基金结余过多主要归因于个人账户，其实是不对的。2008 年，个人账户结余只占当年结余总额的 1/3 强。

在 2008 年城镇职工医保基金当年结余率最高的省份中，江西、福建和重庆名列三甲，均超过 40%，而低于 15% 的仅有上海、天津和新疆，其中上海的当年结余率最低，为 10.3%。累计结余最多的省份是广东、福建和广西，分别可在 2008 年的水平上支出 33.4、31.3、30.5 个月。

城镇职工医保基金结余率较高的一个合理因素是离退休者无需缴费，随着老龄化的进展，城镇职工医保基金有必要保持稍高的结余，以应对未来越来越多老龄参保者的需要。但我们发现，城镇职工医保的负担比，即职工参保者与离退休者参保者人数之比，在过去五年内稳定下来了。而且，基金结余率最高的省份，也不是负担最重的省份。因此，不少地区城镇职工医保基金的结余较高，主要还是当地医保管理理念的问题。

公立医疗保险基金大量沉淀下来是极大的浪费。无论是从目前“扩内需、保增长、调结构、重民生”的短期需求来看，还是从健全医疗保障体系的长期目标来看，降低城乡医保基金的结余率都刻不容缓。“新医改方案”提出了改革意见——积极探索合理的结余水平，并适当调整结余率。这是新医改的新亮点之一。

“新医改近期实施方案”对“新农合”基金结余率的控制目标，给予了明确的规定，即当年结余一般不得超过当年收入的 15%，累计结余不得超过当年收入的 25%。这是一项非常必要而且效果显著的措施，利国利民。这样的规定在农村地区已经推行两

年了，效果良好。

城镇居民基本医疗保险也是自愿性的公立医疗保险。其参保率（或者说覆盖率）的高低，很大程度上取决于这项制度能否为参保者带来实惠。为了增强其吸引力，使这项制度可持续性发展，建议财政部、人保部和卫生部联合下发文件，仿照“新农合”相关措施，对城镇居民医保基金的结余率进行管制。

要解决医保基金结余过多的问题，难点在于城镇职工医保。城镇职工医保有三个客观的制度因素造成结余过多。其一是破产、关闭与困难企业离退休人员的缴费问题；其二是个人账户的问题；其三是离退休参保者免于缴费的游戏规则。

就第一个问题，新医改方案已经明确提出，要在三年内，通过公共财政彻底解决破产、关闭、困难的国有企业离退休者参加城镇职工医保的历史遗留问题。

就第二个问题，即个人账户带来的结余过多问题，可以通过多种方式来缓解。一些地方规定，城镇职工医保参加者可以使用个人账户中的钱为其直系亲属缴纳参加城镇居民医保的保费；另一些地方规定，个人账户中的钱可以用于参保者健康体检和住院医药费用的自付部分。这些都是值得推广的。如果有关部门允许参保者使用个人账户中资金参加各种补充性医疗保险（或健康保险），那么商业健康保险的发展将更加迅速。

真正难以解决的问题是第三个问题，即城镇职工医保离退休参保者免于缴费的游戏规则。从短期甚至中期来看，可行的解决办法是为城镇职工医保设定一个合理的结余率，其水平比“新农合”和城镇居民医保的结余率要高。我们有必要专门组织力量，对各地城镇职工医保的动态负担比、不同年龄层参保者的平均医药费用和城镇职工医保基金的适当结余率，展开深入的研究。

基本医疗保障体系与基本药物制度的关系，是新医改面临的一

项新挑战。“新医改方案”第七条明确规定：“基本药物全部纳入基本医疗保障药物报销目录，报销比例明显高于非基本药物。”这意味着，在全民医保的大背景下，医保机构将成为基本药物的主要付费者。

基本药物制度与基本医疗保障制度的衔接至关重要。基本药物目录与基本医疗保障体系的药品目录究竟是什么关系？基本药物制度在城乡之间运行是否存在一定差别？医保机构在基本药物的遴选以及基本药物目录的编订上究竟扮演什么角色？在购销环节（尤其是“集中招标采购”）上，基本药物与医保用药有何区别？就医疗机构对基本药物和医保用药的合理使用方面，卫生行政部门的行政性规范机制与医保机构的市场性付费机制，究竟是相互替代还是互为补充的关系？

在公众眼里，在大众媒体上，甚至在不少决策者的心目中，都存在着一个错误的印象，即基本药物等于廉价药。而值得关注的是，一味强调基本药物的廉价性，对于维护公众健康是不利的。能否确保基本药物的可及性及合理利用，关键在于谁来埋单，而不是其出厂价格或零售价格是否低廉。只有将药费开支的大部分纳入医保，即使某些基本药物的价格不那么低廉，老百姓也是可承受的。

既然医保机构扮演基本药物付费者的角色，那么医保机构理应在基本药物的遴选以及基本药物目录的编订过程中扮演一定的角色。基本药物目录所涵盖的药物，必须是城乡医保机构有能力支付的药物；否则，即便从临床医学和药学的角度来看再“基本”的药物，也不能成为“基本药物”。目前，基本药物遴选过程中的很多争论，集中在医学、药学领域，表面上看起来很“科学”，但在很大程度上模糊了制度设计的焦点，即忽视了医保机构的角色。

基本药物目录的制定必须科学、公开。公开透明性，不仅在于以公正的程序筛选合适的医学和药学专家进行面对面的讨论。在各

种评选、遴选过程中，专家们的讨论常常变成冗长的扯皮，最终无法达成共识。科学的程序（例如特尔斐法）应该有助于在分歧展现的过程凸显“重叠共识”，逐步缩小分歧的范围。在这一过程中，共识点和分歧点的公开透明会更加有助于共识的达成。

国家基本药物目录应该是一个最低水平的目录，其目的是确立基本药物的最低保障制度。基本药物的“低保”制度，对于基本医疗保障体系的所有参保者来说，都是高度可及的。从这个意义上说，国家基本药物目录较短是合理的。在相当一部分地区，具体执行中的基本药物制度应该是有弹性的，由地方政府在国家基本药物目录的基础上增加药品的种类。但这并不意味着各个地方政府有必要编订各自地方的基本药物目录，各地只需要在各自城乡基本医疗保障体系的用药目录中进行更新调整。基本药物目录要真正发挥作用，最终还是要转化为基本医疗保障体系的药品目录。城镇基本医疗保险甲类用药目录，实际上就是城镇地区的基本药物目录。“新农合”用药目录，就是农村地区的基本药物目录。城乡医保用药目录的更新，应该依照科学、客观、公正、透明的程序定期进行，其原则与上述基本药物目录的编订原则应该一致。

基本药物的使用环节至关重要。基本药物制度失灵，根源在于公立医院中存在的“以药养医”的制度结构。“以药养医”扭曲了医生们的处方行为，公立医院普遍不愿意为患者推荐相对物美价廉的基本药物，而是推荐价格相对较高的药物。价格较高的药，有些是原基本药物目录中的药，有些则不是。面对“以药养医”，国家基本药物制度实施方案倾向于采用行政化的方式来“规范”（实质是“强制”）公立医疗机构对基本药物的使用。之所以要采用行政规范手段，是因为在现有的体制下公立医院没有足够的动力使用相对物美价廉的基本药物，也没有动力推进各种药物的合理使用。强制手段的实施必然伴随着自上而下、没完没了的考核、评比，不

仅不会产生应有的效果，反而会带来无穷无尽的新问题，尤其是“潜规则”盛行。

“以药养医”根源于政府的两项不当管制：其一，政府对医疗服务实施严格的低价管制，医生们被迫从职业行医者转型成为职业卖药者；其二，政府对公立医疗机构的药品出售设置利润率管制，即通称的“药品加成政策”（目前设定的最高加成率为15%）。从而使得在其他条件大体相同的情况下，公立医院倾向于采购价格较高的药品。药品进价越高、售药越多，医疗机构收入越高。

要根治“以药养医”，正确的思路是推动政府管制的改革，解除不当管制、维持适当的管制。具体措施有三：①取消药品出售利润率（即药品加成）管制，允许医疗机构自行设置加价率，但政府设置药品最高零售限价；②推动医保付费机制改革，以多元付费机制代替按项目付费；③解除对医疗服务的价格管制措施。

在医治“以药养医”的顽症时，医保付费改革最为关键。目前普遍实行的医保付费方式（即医保结算方式）是按项目付费，而这一付费方式容易导致供方诱导过度消费，包括药品的不合理使用。医保的付费方式是调整医疗机构行为的有力杠杆，因此推动医保付费改革，是根除公立医疗机构“以药养医”的治本之道。

基本药物的供应保障如果纳入现行的药品集中招标体制，依然问题重重。药品集中招标并不是药品集中采购。招标中介机构，实际上是“只招标、不采购”，只是为公立医院的药品采购设立了“二次市场准入”。具体的药品采购者依然是公立医院。由于“以药养医”，公立医院大多倾向于大量采购高价中标的药品，而低价中标的药品采购量相对偏低。“低价标”最终大多会“流标”。

要建立健全药品供应保障体系，非常重要的一项工作是对现行的药品集中招标采购制度进行深入研究，并提出切实可行的改革思路。在改变“以药养医”制度结构的前提下，推进市场化药品集

中招标采购制度的形成，医保机构在这一制度架构中可以扮演团购者的角色。

全民医保新制度建设的重要一环，是明确医保经办机构的角色定位，即成为参保者的经纪人，代表参保者的利益，集团购买医疗服务和用药服务。然而，在现行高度行政化的公立医疗保险体系中，医保经办机构是否具有足够的动力，以最具有成本—效益性的方式开展购买医药服务的业务，尚属疑问。因此，推动医保经办机构的治理变革，促进医疗保障服务水平的提高，已经成为新医改的一项新改革原则。

医保经办服务，主要是指医疗保险购买医药服务的部分，而不是医保筹资的部分。改善筹资工作，对于推进全民医保是非常重要的，但从某种意义上说，医保的付费环节比筹资环节更加重要，因为提高付费环节的服务水平可以有效地促进筹资工作的开展。付费方式的改革是医疗体制改革中最为根本、最为重要的一个环节。

综观世界各国，医疗体制改革的核心其实就是医保付费方式的改革。医保付费不同于其他服务的付费，而是一个专业。各国的医保机构都在探寻其他各种付费方式的组合，从而部分替代原来盛行的工资制付费和按项目付费。除了“新医改方案”列举的几种付费方式（即按人头付费、按病种付费、总额预付制）之外，各国还普遍采用其他一些付费方式。不同的付费方式，有各自的好处和坏处，适用于不同类型的医药服务。

医保付费方式不应该是单一的，而应该是多种付费方式的组合。具体的组合方式，要取决于各地医疗服务的内容和价格，由各地的医保经办机构和医疗机构进行谈判确定，谈判及各种付费方式的具体运作均需要专业人士的参与。总之，医保经办（亦即医保付费）应成为一种专业化的公共服务。

在我国，医保经办服务的专业化显然处于发展不足的阶段。首

先，医保经办本身并不是一项专门的职业，也没有职业等级的评定。其次，医保经办人员的专业培训并没有制度化，大学教育中缺乏有关专业，医疗保险相关教育散落在高等学校中的保险专业和社会保障专业，但教育培训内容五花八门、支离破碎。最后，医保经办机构具有垄断性，缺乏足够动力来推动服务的专业化。

推进医保经办机构的专业化和法人化势在必行。具体的改革路径建议如下：①推进专业化：这是当务之急，应该尽快提上政府的议事日程；②推进竞争化：如果医保统筹层次从县区提高到市级，那么原本区县一级设立的医保经办机构可以继续保留，相互竞争，跨区县为参保者服务；③推进法人化：医保经办机构不再作为政府行政机构的一部分，而应转型为公共服务机构，走上独立法人的道路。

医保经办机构治理变革的另一个方向，是在商业健康保险大发展的基础上，推进医疗保险领域中的公私合作伙伴关系（public-private partnership）。在维持全民医保基本制度架构不变的前提下，政府可以通过直接补贴、税务优惠等多种方式推进民营医疗保险业的发展，一方面使之成为公共医疗保障体系的重要补充，另一方面以促进竞争的方式鼓励公共医疗保障机构改善绩效。

我国基本医疗保障体系的保障水平还较低，绝对无法满足城乡居民对于多样化医药服务的需求，在某些情况下甚至无法满足对一些基本医药服务的需求，因此商业健康保险理应获得较大的发展，发挥对基本医疗保障制度的补充作用。世界各国通行的各种商业健康保险模式，都可以在中国找到发展的空间。但是，目前我国商业健康保险经营管理的专业化程度还不高，商业健康保险行业整体上还处于发展的初级阶段。

商业健康保险在中国整个医疗筹资体系中的地位很弱。在1999年，商业健康保险的赔付支出占卫生总费用的比重可谓微乎

其微，仅为0.3%。到2006年，这一比重上升到了1.3%，但还是属于微不足道的范围。虽然商业健康保险的潜在市场很广阔，民众的潜在需求十分强劲，但这种“潜在的需求”并没有转化为“现实的需求”。

商业健康保险参与基本医疗保障基金的第三方管理，尽管已经起步，但也处在相当初期的发展阶段。商业健康保险第三方管理在“新农合”和城镇居民医保中的人口覆盖率仅为4.0%和0.7%，基金覆盖率仅为8.3%和0.1%。对此新医改方案特别提出：“在确保基金安全和有效监管的前提下，积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务。”

目前，补充性医疗保险业务在中国相当不发达，原因之一在于商业健康保险在普通医疗保险的付费服务方面同样处于专业化发展不足的阶段。中国商业健康保险公司现在都把竞争的焦点放在如何控制参保者上。而在较高的发展阶段，商业健康保险的竞争重点应该放在控制医疗服务提供者的行为上，即采用多元付费方式的组合，促使医疗服务提供者参保者提供合理的医药服务。

可以预计，医疗保险领域中的公私合作伙伴关系，在未来的若干年内，将取得实质性的发展。各地政府的积极探索是至关重要的。近期内具体的发展领域包括：①公立医疗保险基金的第三方管理。目前，这项业务在“新农合”中已经有了很好的起步，但是在城镇地区还没有迈开步伐，主要是城镇职工医保的第三方管理尚未开展起来。②大病统筹的再保险。大病再保险的公私合作伙伴关系在少数地区已经起步了。③大力发展补充性医疗保险。

无论是公立医疗保险经办机构，还是商业保险公司，在控制医疗机构的专业水平上都需要大幅度提高。在此之后，一个良好的“有管理的竞争”局面，有望在医疗保险领域形成。这是全民医保

改革的方向。

全民医保改革中的制度建设，还有很多方面，例如公立医疗保险的城乡一体化、跨地区的可携带性、医保统筹层次的提高、医保筹资的费改税等等。在很大程度上，医保制度的细节设计，决定着全民医保的改革能否成功。本书限于篇幅的限制，对上述的问题未加讨论。

除了得到北京大学的支持之外，本书的写作还获得了北京长策智库信息咨询有限公司的支持，其大部分内容曾经作为长策智库的研究报告在有关部门内部散发。在这里，我特别要向余晖、关志强、朱恒鹏、雒亚龙、刘翔等朋友致谢。没有他们的大力支持，本书的写作将艰难无比。

本书众多章节的内容，已经陆续在一些学术刊物中发表，其中包括《中国社会科学》、《中国行政管理》、《比较社会经济体制》、《学习与探索》、《东岳论丛》、《保险研究》、《河南社会科学》、《国家行政学院学报》和《中国社会科学院研究生院学报》，特此向这些刊物的编辑部表示感谢。在收录到本书之时，笔者对所有数据进行了更新，并且对一些内容进行了增补。值得庆幸的是，在这些刊物所发文章中表达的诸多论点，均没有随着数据的更新和内容的增补而有实质性的改变。