



第6卷

阎建军 等 ■ 著

医药卫生体制改革与上海健康保险  
交易所设立构想

总编 ■ 李扬 主编 ■ 殷剑峰 副主编 ■ 何海峰

REPORT OF LUJIAZUI INSTITUTE, CASS

# 基地报告



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

# 基地报告

REPORT OF LUJIAZUI INSTITUTE, CASS

总编■李 扬 主编■殷剑峰 副主编■何海峰

## 第6卷

阎建军 等■著

医药卫生体制改革与上海健康保险交易所设立构想



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

## 图书在版编目(CIP)数据

医药卫生体制改革与上海健康保险交易所设立构想/  
阎建军等著. —北京: 社会科学文献出版社, 2015. 5

(基地报告)

ISBN 978 - 7 - 5097 - 7389 - 5

I. ①医… II. ①阎… III. ①医疗保健制度 - 体制  
改革 - 研究 - 上海市 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 076133 号

· 基地报告 ·

## 医药卫生体制改革与上海健康保险交易所设立构想

著 者 / 阎建军 等

出 版 人 / 谢寿光

项目统筹 / 恽 薇 陈 欣

责任编辑 / 颜林柯

出 版 / 社会科学文献出版社 · 经济与管理出版分社 (010) 59367226

地址: 北京市北三环中路甲 29 号院华龙大厦 邮编: 100029

网址: [www.ssap.com.cn](http://www.ssap.com.cn)

发 行 / 市场营销中心 (010) 59367081 59367090

读者服务中心 (010) 59367028

印 装 / 三河市尚艺印装有限公司

规 格 / 开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 14 字 数: 179 千字

版 次 / 2015 年 5 月第 1 版 2015 年 5 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5097 - 7389 - 5

定 价 / 69.00 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

# 中国社会科学院陆家嘴研究基地

## 主要成员

顾 问 屠光绍 上海市人民政府常务副市长

理 事 长 李 扬 中国社会科学院副院长、经济学部主任

学术委员会联合主席

蔡 昉 中国社会科学院副院长、学部委员

吴晓灵 全国人大常委、财经委副主任委员

副理事长 王国刚 中国社会科学院金融研究所所长、学部委员

郑 杨 上海市金融服务办公室主任

秘 书 长 殷剑峰 中国社会科学院金融研究所副所长

常务副秘书长 何海峰 中国社会科学院金融政策研究中心主任

副 秘 书 长 钱学宁 博士

学术交流中心主任 骆立云 博士

# 前 言

## 一 研究意义

健康保险交易所是国际医改“第三条道路”的载体，是政府和市场两种机制的结合，它首先为 OECD 医改的典范——瑞士和荷兰医改采用，2009 年又为美国奥巴马医改采用。以健康保险交易所为平台，既实现了基本医疗保障的全民覆盖，又能够发挥私营健康保险提升医疗服务市场效率、控制医疗费用膨胀的功能。

自 20 世纪 90 年代以来，中国医改在“政府主导”与“市场主导”两种思路之间几经反复，目前又退回到以“基本药品价格管制”、“政府在公立医院改革中对医生实施量化管理”和“基层医院公益化”为特征的政府主导老路。我国医改已进入深水区，亟待探索新模式和理论突破。设立健康保险交易所，可以为中国医改探索新路，建立把医改双目标有机结合的微观机制。

中国保险业的转型需要突破口，在上海设立健康保险交易所，将推动保险业更深地融入医药卫生体系，做强保障主业。

未来十年乃至三十年，上海基本医疗保险基金面临较大赤字压力。设立健康保险交易所，实现基本医疗保险的市场化运营，有助于控制医药费

用膨胀，缓解财政压力。

设立健康保险交易所，还有助于推进上海市“四个中心”建设。一是有助于打造现代医疗服务体系，推进上海加快发展成为东亚乃至亚洲的医疗服务业中心。二是有助于推动上海成为东亚乃至亚洲的健康保险业中心，对完善上海国际金融中心的地位具有重要意义。

## 二 研究框架与主要内容

本研究旨在把保险创新与解决医改难题相结合，分析上海市设立健康保险交易所对全国医改的突破性意义，并初步提出可行性方案。本研究分为以下六章。

第一章探讨健康保险交易所的产生背景。传统上，英国、美国和德国分别是基本医疗保障制度政府主导模式、市场主导模式和社团主导模式的代表。从2007年到2012年，基本医疗保障制度的三个代表性国家先后通过了医改法案，上述各国的基本医疗保障制度已不存在纯粹的政府主导或是纯粹的私人领域主导，而是二者有机结合，走向“第三条道路”。第一章采取二维坐标分类方法，将基本医疗保障制度“第三条道路”的内涵界定为强制私营健康保险。探讨“第三条道路”兴起的原因，分析强制私营健康保险何以有助于达成医改双目标的内在逻辑。建立三边医疗市场分析框架，探讨私营健康保险控制医药费用膨胀的机理。并从实现医疗保障全覆盖出发，论述引入强制保险机制的必要性。

第二章探讨健康保险交易所的功能。健康保险交易所是医改“第三条道路”的载体。一是提供交易平台，实现强制保险与市场竞争的结合；二是提供风险平衡清算平台，化解“第三条道路”中“强制”与“私营”的内在矛盾。

第三章和第四章对各国健康保险交易所的实践进行比较分析，抽出其中的共性与个性，探讨健康保险交易所的原理和运作方式，尤其是探讨了健康保险交易所风险平衡机制的精算模型、实证模拟和效果，以资借鉴。

健康保险交易所的实践效果难以单独评价，第五章用医改“第三条道路”的实践效果对之进行反映。瑞士、荷兰和美国马萨诸塞州等国家或地区的医改较早推行了“第三条道路”，基于渐进改革理念的小规模试验提供了满足医改双目标的证据。走医改“第三条道路”需要一系列前提条件，健康保险交易所的重要职能是促使这些条件逐渐实现，这也是设计健康保险交易所的机制时需要着重考虑的因素。

第六章结合上海市医改实践，对上海市未来十年乃至三十年的医药费用和基本医疗保险基金状况进行测算。通过大量实地调研，总结我国的医改经验和不足，根据我国和上海市医改的路径依赖，提出设立上海健康保险交易所的方案。上海健康保险交易所的设立应遵循“先易后难、局部试点、渐进改革、统筹兼顾”的原则，实现用人单位和个人参保的平滑过渡。方案论述了设立上海健康保险交易所应当关注的优先顺序、工作机制和制度框架。制度框架包括六个重点领域，分别是交易所的定位、设置方式与组织结构、保障范围与交易主体、交易标的、医保谈判机制和风险平衡机制。

毋庸置疑，以上方案仍是初步的，有待未来进一步研究和细化。本书研究框架如图1所示。

全书各部分的撰写人员为：第一章、第三章、第五章、第六章和附录一（阎建军），第二章（阎建军、娄宇），第四章（阎建军、何毅、黄昊天、宋雪荣），附录二（阎建军、宋雪荣）。

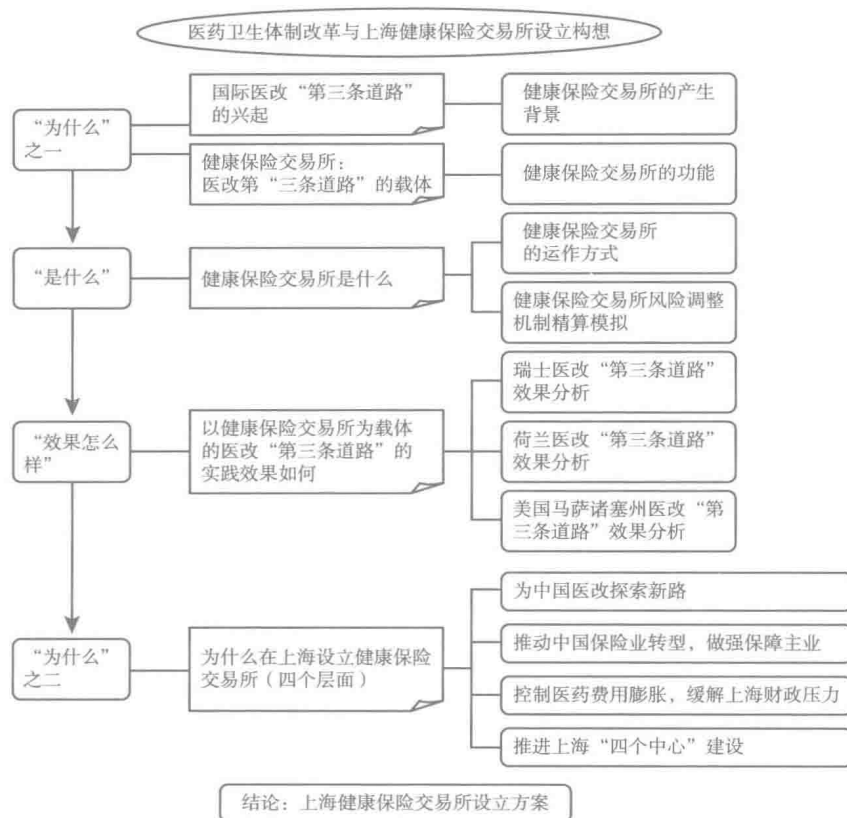


图1 研究框架

# 目 录

## CONTENTS

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| 前 言                                         | 001 |
| 第一章 健康保险交易所的产生背景：国际医改“第三条道路”兴起              | 001 |
| 第一节 进入 21 世纪后国际基本医疗保障制度改革趋同：<br>走向“第三条道路”   | 001 |
| 第二节 基本医疗保障制度“第三条道路”的内涵界定                    | 011 |
| 第三节 “第三条道路”为何兴起：兼容医改双目标                     | 016 |
| 第四节 小结                                      | 033 |
| 第二章 健康保险交易所功能：医改“第三条道路”的载体                  | 035 |
| 第一节 提供交易平台，实现强制保险与市场竞争的结合                   | 035 |
| 第二节 提供风险平衡清算平台，化解“第三条道路”中<br>“强制”与“私营”的内在矛盾 | 055 |
| 第三章 健康保险交易所的运作方式                            | 064 |
| 第一节 健康保险交易所的类型                              | 064 |
| 第二节 健康保险交易所的设立                              | 067 |
| 第三节 业务规则                                    | 077 |
| 第四节 交易所治理                                   | 077 |
| 第五节 交易所财务管理                                 | 081 |

|             |                                   |            |
|-------------|-----------------------------------|------------|
| 第六节         | 政府对交易所的监管                         | 082        |
| 第七节         | 简易健康保险交易所案例：加利福尼亚州的实践             | 086        |
| <b>第四章</b>  | <b>健康保险交易所风险平衡机制的模拟实证与效果评估</b>    | <b>088</b> |
| 第一节         | 风险平衡机制的原理与方法                      | 088        |
| 第二节         | 风险平衡机制的精算模型及效果演示                  | 093        |
| 第三节         | 风险平衡机制的实证模拟                       | 104        |
| 第四节         | 风险平衡机制的效果评估                       | 114        |
| <b>第五章</b>  | <b>以健康保险交易所为载体的医改“第三条道路”的实践效果</b> | <b>121</b> |
| 第一节         | 瑞士医改“第三条道路”的效果分析                  | 121        |
| 第二节         | 荷兰医改“第三条道路”的效果分析                  | 125        |
| 第三节         | 美国马萨诸塞州医改“第三条道路”的效果分析             | 131        |
| 第四节         | 走医改“第三条道路”的前提条件                   | 146        |
| <b>第六章</b>  | <b>上海健康保险交易所方案设想</b>              | <b>148</b> |
| 第一节         | 我国医药卫生体制改革：成就与问题                  | 148        |
| 第二节         | 设立上海健康保险交易所的意义                    | 154        |
| 第三节         | 上海健康保险交易所的设立方案                    | 159        |
| <b>附录一</b>  | <b>医药费用持续增长的原因</b>                | <b>167</b> |
| <b>附录二</b>  | <b>未来10年上海市医药费用和基本医疗保险基金状况测算</b>  | <b>172</b> |
| <b>参考文献</b> |                                   | <b>203</b> |

## | 第 | 一 | 章 |

# 健康保险交易所的产生背景： 国际医改“第三条道路”兴起

健康保险交易所是国际医改“第三条道路”的载体，因此，当探讨主要国家的全民医保改革为何引入健康保险交易所时，逻辑起点应是解释进入 21 世纪后国际医改“第三条道路”的兴起。

### 第一节 进入 21 世纪后国际基本医疗保障制度改革 趋同：走向“第三条道路”

在现代社会，资源配置的方式大致有三种，分别是政府、市场和公民社会。与之相对，到 20 世纪末，国际基本医疗保障制度主要有三种代表性模式<sup>①</sup>：第一，政府主导模式，以英国为代表；第二，市场主导模式，以美国为代表；第三，社团<sup>②</sup>主导模式，以德国为代表。

---

① 丁纯（2009）把新加坡医疗储蓄账户模式作为一种典型模式，本书没有将其列为研究对象。新加坡中央公积金计划中的医疗储蓄账户（Medisave Account），实质上是一种应对医疗风险的强制个人储蓄制度，产权私有，强调自我保障，不能有效分散个人疾病风险。新加坡大病医疗保险计划——健保双全计划（Medishield）及其补充计划基于中央公积金体系筹资，由个人自愿投保并承担较高自付额，中央公积金局只管理标准健保双全计划，其他计划由私营保险机构管理（赵斌、严婵，2009；王勤，2007）。无论医疗储蓄账户还是大病医疗保险计划，都是公私成分的有机结合，与本书的研究对象——基本医疗保障制度“第三条道路”并无矛盾之处，因而不影响本书的论证及其结论。

② 社团是公民社会的主体。

按照哈贝马斯(1999)对公共权力领域和私人自治领域的划分,可以进一步把基本医疗保障制度的典型模式区分为两条道路:第一,政府主导的全民医保道路;第二,私人领域主导的医保道路。这里的私人领域包括市场和社团。

进入21世纪后,从2007年到2012年,基本医疗保障制度的三个代表性国家(英国、美国和德国)先后通过了医改法案,上述各国的基本医疗保障制度已不存在纯粹的政府主导或是纯粹的私人领域主导,而是二者有机结合,走向“第三条道路”。

### (一) 美国基本医疗保障制度改革:走向“第三条道路”

#### 1. 奥巴马医改之前,美国自愿私营健康保险在覆盖面上占主导地位

在美国,政府提供的基本医疗保障计划包括三类,分别是联邦医疗照顾计划(Medicare)、医疗救助计划(Medicaid)以及军人医疗保健计划。联邦医疗照顾计划面向65岁及以上的老人、65岁以下的严重残障人士及需要做肾脏透析的病人等。医疗救助计划面向贫困个人以及低收入家庭。绝大多数美国人被排除在政府医疗保障计划之外,只能通过购买私营健康保险<sup>①</sup>获得基本医疗保障。

2009年,在总计3.04亿美国人口中,私营健康保险参保人数为1.94亿,占总人口的比例达63.8%;政府医疗保障的参保人数为9317万,占总人口的比例达30.6%;此外,还有5067万人没有任何医疗保障。1987~2009年,私营健康保险参保人数占全国总人口的比例平均为70%左右,政府医疗保障参保人数占全国总人口的比例平均为25%左右(见图1-1)。

---

<sup>①</sup> 私营健康保险包括营利性的商业健康保险和非营利机构运营的健康保险。

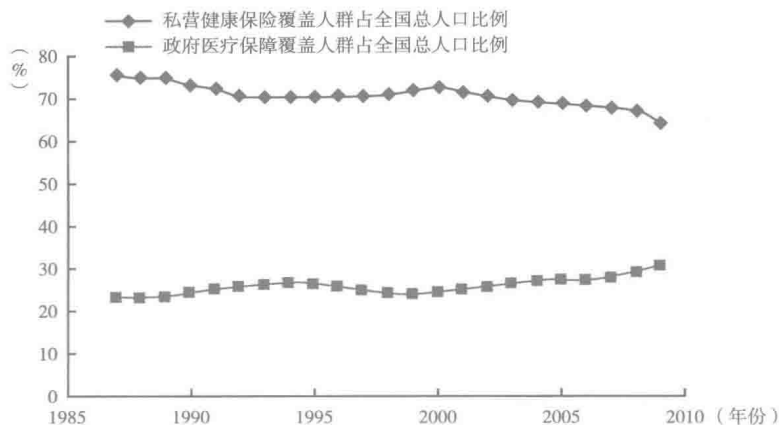


图 1-1 1987~2009 年美国私营健康保险和政府医疗保障覆盖人群占全国总人口比例

资料来源：U. S. Census Bureau (2009)。

## 2. 奥巴马医改：健康保险从自愿私营走向强制与私营相结合

2010 年 3 月，在奥巴马政府推动下，患者保护与可负担医疗法案（*The Patient Protection and Affordable Care Act*, PPACA）被签署为法律。奥巴马医改法案既实现了医疗保障的强制全覆盖，使以中低收入阶层为主的 4000 多万名没有健康保险的国民终于可以享有医疗保障，又保留了私营体制在基本医疗保障覆盖面上的主流地位。其主要内容有以下两方面。

### （1）引入强制保险。

强制参保的要求。从 2014 年开始，符合条件的每一名美国公民都必须投保，否则将被处以罚款。对个人的年度罚款将按照以下日程表实施：2014 年为 95 美元，2015 年为 325 美元，2016 年为 695 美元。对家庭的年度罚款不超过对个人年度罚款的 3 倍，或 2014 年家庭收入的 1%，2015 年家庭收入的 2%，2016 年家庭收入的 2.5%（Kaiser Family Foundation, 2010d）。以下特殊群体免于强制参保：收入的 8% 少于最低成本的健康险计划保费支出的人群；收入低于个人所得税申报起点的人群（2009 年税

法规定的申报起点是个人 9350 美元,已婚夫妇家庭 18700 美元);印第安人、非法移民等特殊群体。为了帮助中低收入人群购买保险,从 2014 年开始,美国政府对收入处在联邦贫困线水平 133%~400% 的个人和家庭以退税、税收抵免等形式进行保费补贴。拥有不少于 50 名全职员工的雇主应当为其雇员购买团体保险,如果有全职雇员通过当地的健康保险交易所单独投保并获得保费资助,该雇主将面临罚款,罚金是以下二者的较小者——为每名通过当地的健康保险交易所单独投保并获得保费资助的全职雇员缴纳 3000 美元,或者为扣除 30 名全职员工之后的每名雇员缴纳 2000 美元 (Kaiser Family Foundation, 2010c)。

强制承保的要求。PPACA 规定私营保险机构不得以客户健康状况为由拒保或收取高额保费。一是禁止私营保险机构基于健康状况进行区别定价。二是对保险公司基于年龄和健康习惯实施的差别定价幅度加以限制。例如,老人的费率不得超出年轻人费率的 3 倍<sup>①</sup>,吸烟者的费率不得超出不吸烟者费率的 1.5 倍 (Kaiser Family Foundation, 2012d)。三是要求私营保险机构在保单上提供终身保障条款。除非投保人欺诈,禁止保险机构解除合同。四是把保险等待期限限制在 90 天之内 (从 2014 年 1 月 1 日起)。五是保险机构提高健康险保费将受到审核 (Kaiser Family Foundation, 2010c)。六是 2010 年以后,所有保险公司不仅要公布医药费用赔付支出,还要公布其他费用支出。从 2011 年起大型团体保险计划的医疗赔付率不低于 85%,小型团体保险计划和个人保险计划的医疗赔付率不低于 80%,否则要求保险公司退还一定的保费 (朱铭来等, 2010)。

## (2) 完善私营保险竞争机制。

设立健康保险交易所。那些被排除在政府医疗保障计划之外而又不能获得雇主保险计划的人可以通过保险交易所购买基本医疗保障。交易所最

---

① 把不同年龄组保险费率的浮动幅度限制在 3:1 的范围内。

初主要为个人和小型雇主购买健康保险计划提供服务，在实施几年后，可以向大型雇主开放。交易所建立了统一的承保和费率规则，推行健康保险计划的标准化，实现众多私营保险机构健康保险计划的集中上市，增强了市场竞争。交易所还对拟上市的健康保险计划进行合格认证，减少了参保人的交易成本。

建立风险平衡机制。美国全部人口中的医药费用分布是高度不对称的，在强制私营健康保险的运营中，法律要求私营保险机构不得基于健康状况进行区别定价，这将导致一部分私营保险机构因为接受过多高风险投保人而出现高赔付现象，因此有必要建立风险平衡机制对接受高风险投保人的私营保险机构进行补偿，为私营保险机构之间的公平竞争创造条件。

## （二）德国基本医疗保障制度改革：走向“第三条道路”

### 1. 2007 年德国医改之前：“部分强制 + 有限竞争”的基本医疗保障制度

德国通过社会法典确立了以法定健康保险为主、商业健康保险为辅的医保体系。疾病基金会（Sickness Funds）是法定健康保险的运营机构，它是公法法人性质的非营利民间社团，按区域或行业等设立。2007 年 3 月，法定健康保险覆盖了德国人口的 88%，约 7034 万人；商业健康保险大约覆盖了德国人口的 10%，约 840 万人（丁纯，2009）。

2007 年，德国法定健康保险赔付额为 1454 亿欧元，占德国卫生总费用的 57.2%。2005 ~ 2009 年，德国法定健康保险赔付额占全国卫生总费用的比例都在 56% 以上（见表 1-1）。

在 2007 年德国医改之前，德国基本医疗保障制度的特征可以概括为以下两个方面。

表 1-1 德国卫生费用

单位: 10 亿欧元

| 年份       | 1980 | 1990  | 1995  | 2005  | 2007  | 2008  | 2009  |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 卫生总费用    | 98.5 | 155.4 | 187.1 | 240.5 | 254.3 | 264.5 | 278.3 |
| 其中:      |      |       |       |       |       |       |       |
| 法定健康保险赔付 |      |       | 112.5 | 135.9 | 145.4 | 151.5 | 160.9 |
| 商业健康保险赔付 | —    | —     | 14.3  | 22    | 23.5  | 24.9  | 26    |

资料来源: *Statistical Yearbook of German Insurance 2011*。

## (1) 部分强制保险。

中低收入人群 (2008 年为 4012 欧元/月以下) 必须参加法定健康保险, 保费由雇主和雇员各承担一半。德国高收入人群不被强制参加法定健康保险, 可自由选择参加法定健康保险或商业健康保险, 但一旦选择参加商业健康保险, 就不得随意退出而加入法定健康保险。

## (2) 竞争受到过多限制。

自由竞争的核心内容应当有三方面: 一是公平的游戏规则; 二是参保人可以自由选择健康保险机构; 三是健康保险机构可以自由选择医疗服务机构。在以上三个方面, 德国健康保险体系存在竞争不充分问题。首先, 游戏规则不公平。1992 年实施的德国医改法案在法定健康保险体系中引入风险平衡机制, 主要考虑年龄、性别、丧失工作能力等因素, 没有考虑疾病因素的影响, 导致各疾病基金会之间产生不公平竞争, 诱发各疾病基金会的“撇油”行为, 即争夺疾病风险较低的参保人。其次, 参保人不可以自由选择商业健康保险机构。商业健康保险的老年医疗准备金不可携带, 参保人一旦退出该商业保险机构, 就将损失老年医疗准备金。老年医疗准备金制度为参保人自由选择商业健康保险机构造成障碍。最后, 法定健康保险机构只能参与与医疗服务提供方缔结的集体合约, 不可以自由选择医疗服务机构。

## 2. 2007 年德国医改后: “全体强制 + 自由竞争” 的基本医疗保障制度

2007 年, 德国颁布《法定健康保险强化竞争法》 (*Statutory Health*

*Insurance Competition Strengthening Act*), 主要内容包括以下两个方面。

(1) 全体强制保险。

一是强制参保的要求。在《法定健康保险强化竞争法》实施之前, 约有 20 万名德国人没有健康保险 (Lisac et al., 2006)。从 2007 年 4 月开始, 所有德国人必须参加传统法定健康保险或商业健康保险。同时, 在商业健康保险中引入一种低廉的基本收费标准, 为参保人提供可负担的基本医疗保障。二是强制承保的要求。疾病基金会会有义务向参保人提供多种形式的健康保险合同, 使参保人了解医疗网络和费用情况并进行选择。商业健康保险机构也有义务与参保人签订基本医保合同, 不得拒保 (郭小莎, 2007)。

(2) 强化自由竞争。

一是建立“以发病率为基础的风险平衡机制”(Morbidity-based Categories Complement), 引入更加公平的竞争规则。“以发病率为基础的风险平衡机制”与“中央卫生基金”同时启动。该制度在原先风险结构补偿因子(主要考虑年龄、性别、丧失工作能力等因素)的基础上, 加入了对疾病因子的考虑, 能够更全面地分析影响医药费用支出结构的因素, 从而使风险平衡资金在各疾病基金会之间进行更加公平的分配, 推动医疗保险机构之间公平竞争, 同时也为慢性病或重症患者得到更好的医疗服务创造了条件 (L. Schang, 2009)。上述疾病包括心血管病、糖尿病、艾滋病等。二是推动疾病基金会和商业健康保险机构之间展开公平竞争, 规定二者都要向参保人提供基本健康保险合同。有学者建议, 应实现疾病基金会和商业健康保险机构之间的广泛趋同 (欧伯恩德, 2007)。三是参保人可以自由选择商业健康保险机构。2007 年德国医改法案要求商业健康保险参保人的老年医疗准备金可携带, 一旦参保人退出该商业保险机构, 老年医疗准备金就可转入其选择的另外一家商业保险机构。四是引入选择性合约 (Selective Contract) 制度。疾病基金会可以参加集体合约,