



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

供医疗保险和经管类相关专业用

医疗保险学

第2版

周绿林 李绍华 主编



科学出版社

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

供医疗保险和经管类相关专业用

医疗保险学

第2版

周绿林 李绍华 主编



YZLI0890169634

科学出版社

北京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书是普通高等教育“十一五”国家级规划教材《医疗保险学》的修订再版,主要介绍了医疗保险基本理论、方法和技术,医疗保险基金的筹集、管理和测算,医疗保险费用偿付方式和费用控制,医疗保险管理与管理体制,补充医疗保险,医疗保险的法律制度和监督,医疗保险评价和政策分析,国内外医疗保险改革与发展等。

本书可作为高等院校医疗保险和经管类相关专业的本科生和研究生用教材以及其他相关专业选修、参考教材,也可作为医疗保险实际工作部门中各类人员的学习参考书或培训用教材。

图书在版编目(CIP)数据

医疗保险学 / 周绿林,李绍华主编. —2版. —北京:科学出版社,2013.1
普通高等教育“十一五”国家级规划教材
ISBN 978-7-03-036365-7

I. 医… II. ①周… ②李… III. 医疗保险-高等学校-教材 IV. F840.684
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 312422 号

责任编辑:陈 伟 杨 扬 / 责任校对:郑金红
责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

骏 立 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2006年8月第一版 开本:850×1168 1/16

2013年1月第二版 印张:15

2013年1月第八次印刷 字数:345 000

定价:36.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

目 录

序

前言

第一章 概论	(1)
第一节 风险与疾病风险	(1)
第二节 保险和社会保险	(2)
第三节 医疗保险	(4)
第四节 医疗保险范围与基本医疗界定	(8)
第五节 医疗保险学	(11)
第二章 医疗保险系统	(14)
第一节 医疗保险系统概述	(14)
第二节 医疗保险组织机构	(16)
第三节 医疗被保险方	(20)
第四节 医疗服务提供方	(21)
第五节 政府与医疗保险	(23)
第三章 医疗保险需求与供给	(28)
第一节 医疗保险需求	(28)
第二节 医疗保险供给	(34)
第三节 医疗保险需求与供给的均衡	(38)
第四章 医疗保险基金筹集	(44)
第一节 医疗保险基金筹集概述	(44)
第二节 医疗保险基金筹集原则和标准	(46)
第三节 医疗保险基金筹集渠道和程序	(48)
第四节 医疗保险基金筹集模式和选择	(50)
第五章 医疗保险基金管理	(56)
第一节 医疗保险基金管理概述	(56)
第二节 医疗保险基金核算	(58)
第三节 医疗保险基金运营管理	(63)
第四节 医疗保险基金监督	(66)
第六章 医疗保险基金的测算	(69)
第一节 医疗保险基金测算概述	(69)
第二节 医疗保险基金的测算内容	(72)
第三节 城镇职工基本医疗保险基金的测算	(77)
第四节 新型农村合作医疗基金的测算	(79)
第七章 医疗保险费用偿付方式	(85)
第一节 医疗保险费用及偿付概述	(85)
第二节 医疗保险被保险方偿付方式	(89)
第三节 医疗保险方偿付方式	(91)
第四节 中国医疗保险费用偿付方式选择	(94)

第八章 医疗保险费用控制	(100)
第一节 医疗保险费用控制概述	(100)
第二节 医疗保险费用控制途径	(104)
第三节 健康管理与医疗保险费用控制	(110)
第九章 补充医疗保险	(115)
第一节 补充医疗保险概述	(115)
第二节 补充医疗保险与基本医疗保险的关系	(118)
第三节 补充医疗保险主要形式	(120)
第四节 补充医疗保险发展的配套政策	(126)
第十章 医疗保险管理与管理体制	(130)
第一节 医疗保险的医疗服务定点管理	(130)
第二节 医疗保险的医疗服务目录管理	(133)
第三节 医疗保险管理体制模式	(138)
第十一章 医疗保险法律制度与监督管理	(141)
第一节 医疗保险法律制度	(141)
第二节 医疗保险监督概述	(148)
第三节 对医疗服务供方行为的监督	(152)
第四节 对医疗服务需方行为的监督	(153)
第五节 对社会医疗保险机构行为的监督	(155)
第十二章 医疗保险评价	(158)
第一节 医疗保险评价概述	(158)
第二节 医疗保险评价的方法	(162)
第三节 医疗保险评价指标体系	(165)
第四节 医疗保险制度评价	(169)
第十三章 医疗保险管理信息系统	(176)
第一节 医疗保险管理信息系统概述	(176)
第二节 医疗保险管理信息系统的结构	(177)
第三节 医疗保险管理信息系统的建设	(181)
第四节 医疗保险管理信息系统的安全	(184)
第十四章 国外医疗保险制度及改革发展	(187)
第一节 国外医疗保险制度的形成和发展	(187)
第二节 国外医疗保险制度的主要模式	(189)
第三节 典型国家医疗保险制度	(191)
第四节 国外医疗保险制度改革与发展趋势	(196)
第十五章 中国医疗保障制度及改革发展	(200)
第一节 中国医疗保障制度的初步建立	(200)
第二节 中国城镇职工基本医疗保险制度的建立	(202)
第三节 中国新型农村合作医疗制度的建立	(204)
第四节 中国城镇居民医疗保险制度的建立	(207)
第五节 中国城乡医疗救助制度的建立	(208)
第十六章 医疗保险政策分析	(212)
第一节 医疗保险政策分析的基本理论	(212)
第二节 医疗保险政策分析的方法	(218)
第三节 中国医疗保险政策分析	(225)
主要参考文献	(226)
医疗保险专业术语中英文对照	(226)

第一章

概 论

内容提要

医疗保险制度作为社会保障制度的重要组成部分，已走过了上百年历史，它是涉及面最广、内容最为复杂、实施难度最大的一项社会保险制度。本章从风险及疾病风险的内涵出发，引出保险和社会保险的概念，阐述了医疗保险相关概念、性质、基本特征、原则和社会作用，以及医疗保险范围与基本医疗界定，并介绍了医疗保险学的研究内容和研究方法。

第一节 风险与疾病风险

一、风 险

1. 风险的定义

俗话说：“天有不测风云，人有旦夕祸福。”人们在进行物质资料生产，向自然界索取生活资料的过程中，常常会遭遇各种自然灾害和意外事故；同时，作为自然人，人们还要受到生、老、病、死等自然规律的支配，影响和危害身体健康乃至生命的事件总有发生。因而，在人们的生活中，总是存在着发生某种不幸事故或疾病的可能性，即存在着种种风险。

关于风险（risk），有多种不同的定义。本书对风险所下的定义是：风险是一种客观存在的、损失的发生具有不确定性的状态。这个定义强调风险具有三个基本特性：客观性、损失性和不确定性。从总体上讲，风险是不以人的意志为转移的客观存在，有其必然性；然而，风险又并非时时发生，也并非人人必定遭遇，所以，风险又有其不确定性；同时，风险事故的发生往往会给人们带来经济上、身体健康等方面的损失。

2. 风险的程度

不同的风险事故，其发生的概率以及给人们造成的损失是不同的，人们通常用风险的程度来反映风险事故的大小。一种风险事故发生的概率越大，其风险程度就越高；同样，一种风险事故给人们造成的损失越大，其风险程度也越高。例如，感冒给人们造成的损失可能不会太大，但发生的概率较高；恶性肿瘤等重大疾病发生的概率相对较低，但一旦发生会给人们造成巨大的损失，因此，这些都是风险程度较大的风险事故，都值得人们重视。

3. 风险的分类

由于分类的标准不同，风险可有许多种类。按照风险的损害对象可将风险分为人身风险和财产风险；按照风险的起源与影响可将风险分为基本风险和特定风险；按照风险所导致的后果可将风险分为纯粹风险和投机风险等。

二、疾 病 风 险

1. 疾病风险的定义

疾病风险（disease risk）的定义有狭义和广义之分。狭义上，疾病风险是指由于人身所患疾病而带来的

经济、生理、心理等损失的风险；广义上，则包括人身的疾病、生育及伤害等方面存在或引起的风险。在保险业务中，一般仅对疾病风险造成的经济损失进行保障。

2. 疾病风险的特点

同其他风险一样，疾病风险也具有客观性、损失性和不确定性等基本特征。一旦疾病风险发生，也会给人们带来困难、损失和不幸。但是，与其他风险相比，疾病风险也有其自身的特点，这主要表现在以下几个方面。

(1) 危害的严重性。疾病风险的发生会给人们带来多重损失：一是医治疾病直接造成经济上的损失；二是疾病可能引起人们工作效率低下、暂时或永久丧失劳动能力，而造成工资收入的减少或丧失；三是除经济损失之外，疾病风险还会给人们的身心健康乃至生命带来损害，这些损害往往具有不可逆转性，是无法弥补的。

(2) 频率的高发性。疾病风险对于每个人、每个家庭来说，其发生频率之高，是其他任何风险无法比拟的。它甚至危及到每个人的生存及生存质量，因此疾病保障是每个人的基本需求。目前，大多数国家都把疾病风险纳入社会保险保障的范畴。

(3) 影响因素的复杂性。与其他风险相比，影响疾病风险的因素不仅类型繁多，而且各因素之间存在着交互作用。疾病风险的发生不仅与个体的生理、心理、生活方式等有关，而且受自然、社会、政治和经济等多种因素的影响。

(4) 群体性和社会性。疾病风险不仅直接给个人带来经济上的损失和个人健康的损害，有的疾病风险还有可能威胁到他人和整个社会。例如，传染性疾病的散发、暴发或流行，会给他人或整个社会造成威胁。

第二节 保险和社会保险

一、保 险

1. 保险的定义

保险 (insurance)，是指投保人根据合同约定，向保险人支付保险费，保险人对于合同约定的可能发生的事故因其发生所造成的财产损失承担经济补偿责任，或当被保险人死亡、伤残、患病等原因，承担给付保险金责任的商业保险行为。

2. 保险的基本职能

现代保险一般具有四项职能，即分散风险、补偿损失、融通资金和监督危险。其中，分散风险、补偿损失是保险的基本职能，是保险本身所固有的职能，它是保险得以产生和发展的内在动力；融通资金和监督危险是保险的派生职能，是由基本职能派生出来的。

(1) 分散风险。保险从单个经济单位着手，把众多的同质风险集中起来，通过收取保险费而后建立保险基金的方法，将风险事故造成的损失分给全体被保险人承担。这就是保险制度最基本的职能，通过它的作用，风险不仅在空间上进行了充分的分散，而且在时间上也达到了充分的分散。

(2) 补偿损失。投保最直接的目的就是为了确保未来经济生活的安定。自然灾害、意外事故、生老病死等的客观存在，决定了对经济损失进行补偿是必不可少的。在国民经济中，用来进行风险损失补偿的后备基金有国家后备基金和经济单位的自保基金等。国家后备基金只能对影响国计民生的重大事故损失给予适当经济补偿，而不能将全社会各经济单位或个人的经济损失完全承担起来；单个经济单位的自保基金或储蓄资金数量有限，不足以应付重大损失。相比之下，保险的“一人为大家、大家为一人”的补偿职能在现代社会中体现得更为明显和重要，因为对于参加保险的人来讲，这种补偿更为充分和有效。

3. 保险的种类

由于分类的标准不同，保险可有许多种类。根据保险的标的，可将保险分为财产保险、人身保险、责任保险和信用保证保险四大类；根据实施方式，可将保险分为强制性保险和自愿保险；根据风险转嫁形式，可将保险分为原保险、再保险和共同保险；根据投保人数，可将保险分为团体保险和个人保险；根据经营的性质，可将保险分为商业保险和社会保险。

二、社会 保 险

1. 社会 保 险 的 概 念

社会 保 险 自 19 世 纪 80 年 代 由 德 国 率 先 实 施 以 来， 至 今 已 经 历 了 100 多 年 的 发 展 历 程。 据 统 计， 1940 年 世 界 上 仅 有 57 个 国 家 实 行 社 会 保 险， 到 2000 年 全 世 界 已 有 170 多 个 国 家 和 地 区 实 行 了 不 同 范 围 和 不 同 水 平 的 社 会 保 险。 其 地 域 范 围 之 广， 参 与 人 口 之 多， 社 会 影 响 之 大， 令 世 人 所 矚 目， 社 会 保 险 已 成 为 当 今 世 界 多 数 国 家 的 一 项 基 本 经 济 制 度。

关 于 社 会 保 险 的 概 念， 目 前 国 际 上 尚 无 统 一 定 论。 1953 年 在 维 也 纳 召 开 的 社 会 保 险 会 议 上 把 社 会 保 险 定 义 为： 社 会 保 险 (social insurance)， 是 以 法 律 保 证 的 一 种 基 本 社 会 权 利， 其 职 能 主 要 是 以 劳 动 为 生 的 人， 在 暂 时 或 永 久 丧 失 劳 动 能 力 时， 能 够 利 用 这 种 权 利 来 维 持 劳 动 者 及 其 家 属 的 生 活。

中 国 学 者 的 认 识 也 不 完 全 一 致。 一 般 认 为， 社 会 保 险 是 根 据 国 家 法 律 规 定， 由 劳 动 者 本 人、 所 在 单 位 及 政 府 多 方 共 同 筹 资， 建 立 社 会 保 险 基 金， 当 劳 动 者 面 临 特 定 风 险 (如 工 伤、 疾 病、 生 育、 年 老、 失 业) 时， 给 予 其 本 人 或 亲 属 一 定 的 物 质 帮 助， 以 保 障 其 基 本 生 活 需 要 的 一 种 社 会 保 障 制 度。

根 据 中 国 社 会 保 险 的 改 革 目 标， 并 参 照 发 达 国 家 社 会 保 险 的 长 期 实 施 经 验， 中 国 社 会 保 险 体 系 由 五 大 保 险 项 目 组 成， 分 别 是 基 本 养 老 保 险、 基 本 医 疗 保 险、 工 伤 保 险、 失 业 保 险 和 生 育 保 险 (图 1-1)。

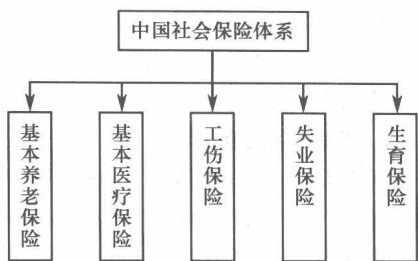


图 1-1 中国社会保险体系框架

2. 社会 保 险 的 特 征

社 会 保 险 作 为 由 国 家 举 办， 通 过 立 法 形 式 强 制 推 行 的 一 种 社 会 制 度， 具 有 以 下 几 个 基 本 特 征：

(1) 强 制 性。 所 谓 强 制 性 就 是 通 过 国 家 立 法， 强 制 符 合 条 件 的 用 人 单 位 和 劳 动 者 参 加 社 会 保 险， 履 行 法 律 所 规 定 的 缴 费 等 义 务， 同 时 国 家 通 过 立 法， 劳 动 者 在 满 足 一 定 条 件 后 可 依 法 享 受 社 会 保 险 待 遇。

(2) 互 助 共 济 性。 社 会 保 险 实 行 互 助 共 济， 讲 求 大 数 法 则。 在 统 筹 范 围 内 统 一 筹 集 和 调 剂 资 金， 依 靠 社 会 力 量 均 衡 负 担 和 分 散 风 险。 具 体 表 现 为 社 会 保 险 基 金 在 年 轻 者 与 年 老 者、 健 康 者 与 疾 病 者、 高 收 入 者 与 低 收 入 者、 在 业 者 与 失 业 者 之 间 调 剂 使 用。

(3) 保 障 性。 保 障 性 是 指 对 劳 动 者 基 本 生 活 的 保 障， 即 当 他 们 失 去 劳 动 能 力 或 中 断 收 入 时， 获 得 必 要 的 物 质 帮 助， 从 而 稳 定 社 会 秩 序， 促 进 经 济 发 展， 这 是 实 施 社 会 保 险 的 最 基 本 目 的。

(4) 福 利 性。 福 利 性 是 指 社 会 保 险 事 业 一 般 由 不 以 营 利 为 目 的 的 公 共 权 力 机 构 进 行 管 理， 被 保 险 人 缴 纳 的 保 险 费 比 较 低， 享 受 时 可 以 以 最 少 的 支 付 获 得 最 大 的 社 会 保 障； 另 外， 社 会 还 根 据 被 保 险 人 的 实 际 需 要 提 供 各 种 社 会 服 务， 如 医 疗 护 理、 职 业 康 复、 职 业 介 绍 等。

(5) 社 会 性。 社 会 性 是 指 社 会 保 险 的 实 施 范 围 很 广， 可 以 把 劳 动 者 普 遍 面 对 的 风 险 都 列 入 相 关 的 保 险 项 目。 社 会 保 险 应 在 全 社 会 范 围 内 普 遍 实 施， 使 所 有 社 会 成 员 都 能 得 到 保 障。 当 然， 由 于 资 金 等 条 件 限 制， 可 以 选 择 最 需 要 保 护 的 群 体 率 先 实 施。

3. 社会 保 险 的 功 能

社 会 保 险 制 度 的 建 立 与 完 善， 对 于 保 障 劳 动 者 的 基 本 生 活、 促 进 经 济 发 展 和 社 会 安 定 都 有 十 分 重 要 的 作 用。 具 体 来 说， 有 以 下 几 个 功 能。

(1) 保 障 劳 动 者 的 基 本 生 活。 在 市 场 经 济 中， 工 资 是 劳 动 者 的 主 要 收 入 来 源， 一 旦 劳 动 者 因 失 业、 伤 残、 疾 病 等 原 因 失 去 工 资 收 入， 其 生 活 就 有 可 能 陷 入 困 境。 社 会 保 险 给 这 些 风 险 提 供 了 分 担 机 制， 当 风 险 发 生 后， 通 过 社 会 保 险 提 供 的 补 偿， 保 障 了 劳 动 者 的 基 本 生 活。

(2) 促 进 社 会 安 定。 社 会 保 险 是 社 会 稳 定 机 制 的 重 要 组 成 部 分， 它 通 过 收 入 再 分 配， 可 以 有 效 地 缩 小 贫 富 差 距， 缓 和 社 会 矛 盾， 促 进 社 会 的 安 定。 所 以， 社 会 保 险 在 西 方 国 家 被 称 之 为 社 会 运 行 的 “安 全 网” 和 “稳 压 器”。

(3) 保 证 劳 动 力 的 生 产 与 再 生 产。 社 会 生 产 包 括 物 质 资 料 的 生 产 与 再 生 产 和 劳 动 力 的 生 产 与 再 生 产， 两 者 缺 一 不 可。 劳 动 力 的 生 产 与 再 生 产 是 在 家 庭 中 完 成 的， 社 会 保 险 保 证 了 劳 动 者 及 其 家 庭 成 员 的 基 本 生 活， 从 而 保 证 了 社 会 劳 动 力 的 生 产 与 再 生 产。

(4) 促进经济发展和社会进步。从市场经济的竞争性来说, 社会保险提供了最后的保障, 有利于安定人心, 鼓励生产要素所有者积极参与竞争, 有利于效率的提高; 对国民收入的再分配达到了促进社会公平的目的, 通过这两方面的作用, 促进经济的发展。对中国而言, 社会保险的建立和完善有利于现代企业制度的建立和市场经济的发展, 促进社会的文明进步。

第三节 医疗保险

一、医疗保险的概念

1. 医疗保障制度的概念

从医疗卫生事业和社会保障的角度来看, 保证公民获得必要的医疗服务或者对医疗费用进行保障的一切计划、制度和安排等, 均称为医疗保障制度。

医疗保障制度的形式有多种, 医疗保险制度仅为其中的一种形式。因而不能把医疗保障制度同医疗保险制度混为一谈。

2. 健康保险的概念

关于健康保险的概念, 2006年中国保险监督管理委员会(以下简称保监会)在《健康保险管理办法》中将其定义为: 健康保险(health insurance), 是指保险公司通过疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险等方式对因健康原因导致的损失给付保险金的保险。

健康保险通常也可称之为广义的医疗保险, 主要是因为健康保险不仅对因疾病或意外伤害所致的医疗费用进行补偿, 而且对预防、保健、康复、健康教育、生育等服务的费用予以补偿。

3. 医疗保险的概念

关于医疗保险的概念, 目前国内外学术界尚无统一的定论。一般认为, 医疗保险(medical insurance)是指以社会保险形式建立的, 为居民提供因疾病或意外伤害所需医疗费用资助的一种保险制度。具体来说, 医疗保险是通过国家立法, 强制性由国家、单位、个人集资建立医疗保险基金, 当个人因疾病或意外伤害接受必需的医疗服务时, 由社会医疗保险机构提供医疗费用补偿的一种社会保险制度。

中国当前实施的医疗保障制度主要包括城镇职工基本医疗保险制度, 城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度等形式。从保障的责任来看, 这些形式均属于医疗保险的范畴。今后随着保险范围的不断完善和扩大, 将发展成为广义的医疗保险, 即健康保险。

二、医疗保险的分类

1. 基于医疗保险性质分类

根据保险性质的不同, 可将医疗保险分为社会医疗保险和商业性医疗保险。社会医疗保险属社会保险范畴, 商业性医疗保险属商业性保险范畴, 两者的基本属性是不同的。两者的主要区别有以下几个方面。

(1) 保险性质不同。社会医疗保险是具有福利性的公益事业, 是国家实施的一项社会制度; 商业医疗保险是一种经济活动, 以营利为目的, 经营运行主要靠市场机制, 自愿投保。

(2) 管理体制不同。社会医疗保险一般由国家某一职能部门统一管理, 社会医疗保险经办机构一般属于财政预算管理的全民事业单位; 商业医疗保险由金融机构领导, 由保险公司具体承办, 保险公司作为相对独立的经济实体, 实行自主经营、自负盈亏。

(3) 参保对象不同。社会医疗保险是以劳动者为对象, 凡是法定参保人必须一律参加, 对参保条件没有什么特殊规定, 健康人可以参保, 患者也可以参保, 一般只接受单位参保; 商业医疗保险的参保条件是参保人必须未患有指定范围内的疾病, 否则不接受参保, 商业医疗保险可以接受个人参保也可以接受单位参保。

(4) 保费的负担主体不同。社会医疗保险的保险费一般由国家、用人单位和个人共同负担, 个人负担较轻; 商业医疗保险的保险费一般由个人全部负担, 负担相对较重。

(5) 保险范围不同。社会医疗保险的保险范围较广, 不仅保“大病”, 而且保“小病”, 不仅对参保人

的住院费用给予一定补偿,而且对其门诊费用给予一定补偿;商业医疗保险的保险范围较小,一般只对指定范围内的几种疾病或某一疾病的住院费用给予一定金额的补偿。

(6) 保障水平不同。社会医疗保险着眼于“基本保障”,一般按医疗费用的一定比例给予补偿,保障水平有限;商业医疗保险着眼于“偿还”,缴纳的保险费越高,补偿金额也就越高,一般保障水平较高。

2. 基于医疗保险层次分类

根据保险层次的不同,可将医疗保险分成基本医疗保险和补充医疗保险。社会基本医疗保险是由社会医疗保险机构提供个人因病获得符合保险范围的必需的医疗服务而进行医疗费用补偿的一种社会医疗保险制度;补充医疗保险则是社会基本医疗保险范围以外的医疗保险,两者在性质、范围、内容和管理等方面有很大的区别,详见第十章“补充医疗保险”。

3. 基于医疗保险对象分类

根据保险对象的不同,可将医疗保险分成城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度等。广大职工是社会物质财富和精神财富的直接创造者,首先建立城镇职工医疗保险制度,对保护劳动力、促进国民经济发展具有深远的现实意义。城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度的建立对于维护社会稳定、促进社会公平等方面具有重要作用。

4. 基于医疗保险范围分类

根据医疗保险范围的不同,可将医疗保险分成综合医疗保险、住院医疗保险和病种医疗保险。综合医疗保险不仅提供门诊医疗费用补偿,而且提供住院医疗费用补偿,即大病、小病均提供医疗保障;住院医疗保险是指当被保险人因疾病或意外伤害需要住院治疗时支出的医疗费用给予补偿的一种医疗保险;病种医疗保险通常是指被保险人患有单个费用较高或病种单纯的疾病,如恶性肿瘤、心脑血管疾病、慢性肾衰竭、糖尿病等,所发生的医疗费用由保险人以定额给付方式进行保障的一种医疗保险。

三、医疗保险的性质

医疗保险的性质,从根本上来说,取决于社会生产力发展水平和社会经济制度、政治制度,但同时又与医学技术的发展、卫生服务状况以及卫生事业在国民经济中的地位、作用等因素直接相关,因此,不同社会制度的国家其医疗保险的性质也不同。

1. 公益性

医疗保险制度的实施直接关系到全社会利益,它不仅使患病的劳动者本人因尽快恢复健康而受益,而且还有助于减少疾病流行,有利于社会生产发展,使整个社会全体成员共同受益。同时,医疗保险涉及的部门、领域众多,需要社会各方面的积极参与。

2. 福利性

医疗保险的福利性是国家、社会和用人单位对劳动者因伤病所需的医疗费用提供的帮助和照顾。中国的政治经济制度和社会主义生产目的,决定了医疗保险必然具有福利性质。福利性要求医疗保险要充分体现社会和政府的责任,体现社会公平,不以营利为目的,始终把社会效益放在首位。

3. 经济性

医疗保险作为一种疾病和意外损失经济补偿方法,既是一种社会保障制度,又是一种分配制度,必然具有经济性质。具体表现在,一方面,医疗保险通过补偿劳动者医疗费用的方式,对劳动力进行再生产投资;另一方面,通过医疗保险不仅减少了劳动者个人的疾病经济负担,而且有利于社会生产的正常发展。

4. 强制性

医疗保险是国家通过法律强制实施的法定保险,它要求所有符合条件的单位和个人必须参加,同时要求所有符合条件的单位和个人参加医疗保险时医疗保险机构必须接受,双方均无自由选择的余地。

5. 保障性

医疗保险保障劳动者的基本医疗需求,从根本上维护社会稳定。尽管医疗保险不是全免费医疗,但毕竟能对基本医疗部分提供免费服务,从而有效减轻劳动者的疾病经济负担,使劳动者的健康有了基本保障。

6. 互助共济性

医疗保险费通常由国家、用人单位和个人三方共同负担,体现了不同单位之间以及单位和政府之间的

互助共济；医疗保险基金在一定范围内统筹调剂使用，体现了不同劳动者之间的互助共济。

7. 储蓄性

中国医疗保险实行社会统筹与个人账户相结合的运行模式。其中，社会统筹基金主要用于保障被保险人的大病和住院医疗费用，要求基金当年收支平衡，无结余或少量结余；个人账户保障被保险人的门诊医疗费用，因被保险人年轻时医疗服务需求相对较低，个人账户基金多数有结余，历年结余的基金可形成一大笔医疗储蓄金，以弥补年老体弱时的费用缺口。因此，中国现行的医疗保险具有部分积累，即部分储蓄的性质。

四、医疗保险的基本特征

医疗保险作为社会保险的一个险种，既具有社会保险的一些共同特征，又具有与其他社会保险险种不同的特征。

1. 保障对象的普遍性

由于每个人都难以避免疾病风险，而疾病风险的发生往往会给人们带来较大的损失，因此医疗保险的保障对象应该是全体居民。目前中国的医疗保险距离全民保障还有差距，但随着中国经济的不断发展以及医疗保险制度的不断完善，普遍保障的目标终会实现。

2. 系统构成的复杂性

从系统的观点来看，医疗保险是一个复杂的系统。其构成要素除了保险中常见的保险人和被保险人之外，还涉及医疗服务机构、用人单位以及政府其他部门。各要素之间相互影响、相互作用，使医疗保险形成了较为复杂的权利和义务关系。

3. 保险赔付的短期性和经常性

医疗保险一般属于短期性保险，保险期限通常为一年。在较短的保险期限内，由于疾病风险发生的随机性和频繁性，使医疗保险的赔付成为经常性事件。因此，医疗保险机构在赔付环节上要注重效率、降低成本、方便患者。

4. 补偿形式的特殊性

在医疗保险中，参保人享受的待遇与其缴纳的医疗保险费之间往往没有直接的关系。医疗保险基金的补偿与实际发生的疾病状况以及医疗服务的利用状况密切相关，通常按照实际发生的医疗费用进行适当补偿，这与社会保险其他险种实行的定额给付明显不同。

5. 保费测算和控制的困难性

人的一生中不可避免会遭遇疾病风险，有的人甚至会多次遇到这种风险；另外，由于疾病风险的大小以及医疗机构提供服务的不同，使每个人每次发生的医疗费用也不相同。也就是说，人们发生疾病的概率以及每次疾病带来的损失均难掌控，使医疗保险在保险费的预测上以及保险费用的控制上都很困难。

五、医疗保险的基本原则

根据医疗保险的性质和基本特征，实施医疗保险必须遵循以下基本原则：

1. 社会化原则

医疗保险的社会化要求所有的社会劳动者全部成为医疗保险的保障对象。社会化既符合大数法则（law of large number）的技术要求，同时也体现出医疗保险的社会公平性。当前中国还有部分人群没有纳入医疗保险的保障范围之中，因病致贫、因病返贫现象屡见不鲜。因此，积极扩大医疗保险的覆盖面，将所有的社会劳动者纳入医疗保险的保障范围之中，实现医疗保险的社会化，既是发展医疗保险的基本原则，也是医疗保险发展的最终目标。

2. 强制性原则

医疗保险通过国家立法，强制实施。所有符合参保条件的单位和劳动者个人都必须依照法律的规定参加，并按规定交纳医疗保险费。

3. 全员参保原则

全员参保原则包括三层含义：一是无论单位性质和经济状况，凡是政策规定的用人单位都必须参保；二是无论居民身份和职工的用工形式，凡是规定的所有居民和职工都必须参保；三是无论身体状况和年龄，凡是规定的居民和职工都必须参保。即无论是患者还是健康人，老年人还是年轻人，都必须参加医疗保险，从而有效减少风险逆向选择。

4. 保障基本医疗原则

医疗保险的保障责任范围是有限的，即只能提供基本医疗的保障。基本医疗以外的其他医疗服务，只能由参保人自己承担或由其他补充医疗保险等途径来解决。对基本医疗提供保障是目前中国医疗保险改革的基本目标。

5. 费用分担原则

费用分担包括两方面内容：一是在医疗保险基金来源上，通常由国家、用人单位和个人三方共同负担；二是在医疗费用的支出上，通常也要求参保个人分担一部分费用，从而改变过去那种公费医疗经费完全由财政支付，劳保医疗经费完全由企业支付的状况，有利于增强个人的费用节约意识。

6. 以支定收、量入为出、收支平衡、略有结余原则

以支定收、量入为出、收支平衡、略有结余原则是医疗保险基金运行的基本原则。其中，“以支定收”是医疗保险基金筹集时遵循的基本原则，即根据往年的医疗费用支出确定下一年度医疗保险基金的筹集标准；“量入为出”是医疗保险基金偿付时遵循的基本原则，即根据当年实际筹集的医疗保险基金确定当年的基金偿付标准；“收支平衡”是医疗保险基金运行的总体要求；“略有结余”是医疗保险基金运行的理想目标，基金不能没有结余，但也不能结余过多，适当结余以备疾病暴发、流行等突发事件。

7. 公平与效率相结合原则

医疗保险首先讲求的是社会公平性，在保证社会公平的前提下，也需兼顾效率。公平（equality）可以理解为参保人无论年龄、职业、职位、用工形式以及身体状况如何，均按相同的比例缴纳医疗保险保险费，均可获得基本医疗的保障。效率（efficiency）主要体现在医疗保险基金的筹集、使用及卫生服务提供等方面。医疗保险基金能够及时、足额筹集到位，医疗服务机构能够做到因病施治、合理治疗等均是医疗保险运行效率的体现。

8. 属地管理原则

中国医疗保险实行属地管理，即符合参保条件的所有用人单位及职工，无论其行业或行政隶属关系如何，均统一参加当地的医疗保险，执行统一政策，实行基金的统一筹集、使用和管理。医疗保险实行属地化管理，可以避免行业统筹的弊端，均衡并减轻用人单位的负担。同时也有利于加强统筹区域内参保职工的就医管理，方便职工就近就医。

六、医疗保险的社会作用

医疗保险制度的实施，对于保障劳动者身体健康、安定人们生活、稳定社会秩序等方面发挥着重要作用。

1. 减轻疾病经济负担

医疗保险的直接作用就是，通过对参保患者提供医疗保险基金的补偿，分担了参保患者的医疗费用，从而在一定程度上减轻了患者的疾病经济负担。

2. 保障居民健康

医疗保险除了能够直接减轻人们的疾病经济负担外，还可通过对参保人提供健康体检、预防接种、健康教育等多种健康保障活动，从根本上提高人们的身体素质、保障人们的身体健康。

3. 规范医疗服务供需双方行为

医疗保险以协议的形式要求定点医疗服务机构做到因病施治、合理检查、合理用药和合理治疗；通过费用分担的办法促使医疗服务需方形成费用节约意识，从而达到控制医疗费用过快增长的目的。

4. 提高劳动生产率

医疗保险是社会进步、生产力提高的必然结果。反过来，医疗保险制度的建立和完善又会进一步促进

社会的进步和生产力的发展。一方面,医疗保险解除了劳动者的后顾之忧,使其安心工作,从而可以提高劳动生产率;另一方面,也保证了劳动者的身心健康,保证了劳动力的正常再生产,而劳动力再生产是社会再生产的基础,因此,在发达国家,医疗保险已成为其经济发展不可或缺的配套措施。在中国,随着改革的进一步深化,劳动用工、企业制度等项改革的进行,要求各项配套措施必须跟上,社会保险制度必须与之相适应。医疗保险作为社会保险的重要组成部分,对于确保社会经济体制改革的顺利进行,同样具有重要作用。

5. 维护社会稳定

医疗保险对患病或意外伤害的劳动者给予经济上的帮助,维持这些人的正常生活,有助于消除因疾病或意外伤害带来的社会不安定因素。一些发达国家虽然也经常面临经济危机,存在着较高的失业率,但社会仍处于较稳定状态,这其中医疗保险发挥了重要作用。目前中国经济体制改革中,竞争加剧,一些企业经济效益滑坡,甚至因此而关、停、并、转或破产。医疗保险制度的实施在一定程度上减轻了劳动者的后顾之忧,有助于社会的稳定。

6. 促进社会文明与进步

医疗保险具有社会互助共济的基本性质,这种性质体现在不同收入的劳动者之间以及不同疾病风险概率的劳动者之间的风险分担和转移,是建立在互助合作的思想基础上的。在现实生活中,人与人之间应该建立起一种相互关心、相互帮助的关系。医疗保险正是体现了“一方有难、八方支援”的新型人际关系,展示了一种社会互助、同舟共济的良好社会风尚,是社会文明与进步的表现。

第四节 医疗保险范围与基本医疗界定

一、医疗保险范围

1. 医疗保险范围的定义

广义地说,医疗保险范围(package of medical insurance)包括医疗保险的承保对象、医疗费用的负担比例及承保的卫生服务项目。简单地说,医疗保险的范围主要指医疗保险的覆盖人群和该人群具体享受到的医疗保障程度。

狭义地说,医疗保险范围主要指医疗保险所承保的医疗服务项目,以及这些项目提供的数量、形式与限制等。通常是通过医疗保险责任范围和医疗保险除外责任两个方面来界定医疗保险范围。责任范围是指保险人负责补偿的风险范围,是医疗补偿的依据;而除外责任是指保险人不负责补偿的风险范围,是不负责赔偿责任的部分。由于社会经济条件的制约和卫生资源的有限性与稀缺性,医疗保险不可能保障所有人的所有医疗风险,医疗保险范围的界定应当综合考虑责任范围和除外责任这两部分的内容。

2. 医疗保险范围的影响因素

对于一个具体的国家或地区来说,在一定时期内,医疗保险的保障范围如何,取决于以下几个方面的因素。

(1) 经济发展水平。经济发展水平反映了一个国家或地区所能提供的经济资源总量。它作为医疗保险支出的最终来源,从根本上制约着医疗保险的覆盖范围。经济发展水平提高,国家经济实力雄厚,税收来源增多,国家财政承受能力就越强。事实上,工业化程度越高的国家或地区,医疗保险的覆盖面就越宽,数量也越多。同时,经济发展水平提高和人民生活水平提高,人们的保险意识亦随之得到增强,必然会自动寻找社会力量来分担疾病风险,达到消除危险或减少风险的目的。

(2) 国家财政的支持能力。医疗保险是公益性福利事业,政府对支付医疗保险费有不可推卸的责任。在医疗保险中劳动者个人缴纳的医疗保险基金一般只占医疗保险基金的一部分,还有一部分由劳动者所在企业和国家财政负担。此外,社会上还有一部分弱势群体无能力缴纳医疗保险费,但是他们又是最需要医疗保障的人群,国家必然要解决特殊群体和弱势群体的医疗保险问题。而且,国家财政还要弥补任何时候出现的医疗保险基金赤字。因此,医疗保险范围越宽,国家财政所承担的医疗保险费用越高。受国家财政支持能力的限制,大多数国家的医疗保险都有限制的保障范围。

(3) 医疗保险制度的健全程度。好的制度可以降低交易费用,优化资源配置,节约资源,在原有的资

源条件下可以取得更多的产出。完善的管理制度,可以节省更多的成本,从而可以为更多的人提供医疗保险服务,医疗保险服务对象可以得到扩大。所以,医疗保险制度的健全程度,也成为制约医疗保险覆盖面的一个重要因素。

(4) 健康观念的转变。传统的健康观念注重单纯消除病症。在这种健康观念的指导下,医疗保险制度首先把疾病津贴作为医疗保险首选内容,继而把治疗费用纳入保障范围。在治疗费用中,首先纳入的是对人们生活水平影响较大的治疗费用,如高额的住院医疗服务费用,继而扩大到一般医疗服务。随着人类健康观念的转变,人类已不能满足于“生病—治病—病愈”的单纯医疗模式,而更注重高质量的生命和生活,对健康的维护也由传统的事后的消极诊疗延伸到事前的积极预防以及病后疗养,一些国家逐步将老年护理、预防保健等内容纳入医疗保险范围。

3. 确定医疗保险范围的原则

(1) 与医疗保险目的一致原则。社会医疗保险作为国家强制保险通常需要体现国家的政治意图,大多数实行社会医疗保险的国家将社会医疗保险的目的确定在为保证全体公民在发生疾病时得到应有的医疗保健服务。在确定社会医疗保险范围时,应该使其能够实现社会医疗保险的目的。例如,预防性服务可以明显改善参保人的健康状况,减少某些疾病发生的概率,从而可以间接减少医疗费用,所以,社会医疗保险愿意越来越多地开展预防服务。

(2) 与经济发展水平相适宜的原则。经济水平制约医疗保险的保障范围和程度。医疗保险的范围越广泛,程度越高,则需要筹集的保险金越多。当确定保险范围所需要的资金数超过了社会经济承受能力,会对保险经营甚至是国家财政造成重大损害。因此,确定医疗保险的范围应当与社会经济发展水平相适宜,要对承保项目作出慎重选择。

(3) 满足参保人医疗保险需求的原则。对于社会医疗保险,不满足参保人需求在某种程度上意味着不能够达到社会医疗保险给大多数人提供医疗保障的目的。

医疗保险范围应该尽可能地满足人民群众对保险的多层次需求。同时,又能使得各筹资方有能力支付。

(4) 充分考虑医疗服务供给状况的原则。医疗保险的一个重要职能是补偿参保人的医药费,而医药费的发生与卫生服务系统提供的卫生服务密不可分。在社会医疗保险系统中,医疗保险机构和医疗服务机构之间也存在一定的供需关系,需方是医疗保险机构,供方是医疗服务机构,医疗保险机构直接或间接购买医疗服务机构所提供的服务。医疗保险机构确定医疗保险的范围实质上就是事先确定要购买服务的清单,因此要充分了解医疗服务的供给状况,了解目前医疗服务机构提供的服务项目、服务类型、服务形式、服务质量和价格等,以及今后医疗服务机构所提供的发展趋势,从而确保医疗保险范围覆盖的服务项目包括在卫生服务提供范围之内,而且在相对较长的时间内具有一定的稳定性,确保医疗保险基金足够支付医疗保险范围所覆盖的医疗服务项目。

(5) 不断发展的原则。医疗保险范围不是一经确定就一成不变的,而是不断发展的。医疗保险范围的发展是因以下一些变化而产生的。

一是医疗保险目的的改变。在不同的历史阶段,社会医疗保险的开展都有不同的目的。随着社会经济水平的提高,人民生活水平的改善,中国今后的医疗保险可能不仅仅保障基本医疗,还会提供更高水平的保障。

二是医疗保险需要的改变。人们对医疗保险的需要受到多种因素的影响,包括人们的健康状况或疾病风险发生概率,疾病风险所造成的经济损失等各种因素。随着疾病谱的改变,医疗卫生条件的改善,这些因素都会发生改变,人们对医疗保险的需要程度也会发生改变,为了满足参保人的需要,医疗保险范围也应该随之改变。

三是医疗保险支付能力的改变。医疗保险筹资主要包括三个来源:政府、单位(雇主)和个人。随着经济水平的改善,三方筹资额都有增加的潜力,参保人对医疗保险的支付能力会增强。在这种情况下,可以适当扩大报销范围或者适当提高可报销服务的级别。当然,如果遇到某些不可预料或不可抗拒的外力,国家和公民对医疗保险的支付能力下降,医疗保险范围也会相应缩小或降低可报销服务的级别。

四是医疗服务提供状况的改变。医疗服务的提供状况,包括服务项目、服务类型、服务形式、服务质量和价格都不会是一成不变的。随着现代科学技术在卫生服务领域中的不断应用,医疗保险范围应该发生适当的变化,与卫生业务相适应。此外,随着时代变迁,很多医疗服务的提供形式都发生了很大的变化。例如,20世纪80年代时在中国很少有人听说“家庭病床”这个词,在公费医疗的报销范围里也没有家

庭病床费用报销的相应规定,但目前在中国的大城市(如上海)涌现出越来越多的家庭病床,许多慢性病患者从大医院的住院服务流向家庭病床服务,因此,上海市基本医疗保险管理办法规定家庭病床的费用可以由统筹基金支付80%,剩余部分由个人账户历年结存资金支付。

4. 确定医疗保险范围的程序

确定医疗保险合理的保障范围,需要进行一系列的调查研究。这些调查研究通常需要一些部门和团体的参与,如卫生部门、财政部门、劳动部门、工会、保险部门、专业性研究机构或专家委员会及研究团体,由这些研究者对经济水平、健康水平、卫生服务供求状况以及人们的意向等进行分析处理,提供方案和建议,交卫生部门、财政部门、劳动部门审核评议,由政府作出最后的决定。

二、基本医疗界定

世界银行的《1993年世界发展报告——投资于健康》中首先提出了“基本医疗卫生服务”的概念,它是指包括基本公共卫生服务包及基本医疗服务包在内的一揽子基本卫生服务项目。卫生部部长陈竺在2008年全国卫生工作会议上指出“基本医疗卫生服务”包括公共卫生服务和基本医疗两大部分,基本医疗即采用基本药物、使用适宜技术,按照规范诊疗程序提供的急慢性疾病的诊断、治疗和康复等医疗服务。

基本医疗目前尚没有统一的定义,它是一个相对概念,具有变动性、地域性和阶段性,在不同的时期、不同地区有不同的内涵与范围,其内容受医学科学技术发展水平及居民疾病构成变动趋势的影响,其水平和方式受社会生产力发展水平,以及国家、集体和个人具体承受能力的制约。

1. 基本医疗字面含义

所谓“基本的”就是指最起码的,最应该具备的。对于某个个体来说,基本医疗是指个体为了挽救生命和延长寿命、提高生存质量从而使个人效用最大化所最需要利用的、最优先利用的医疗服务或医疗措施;对于某个社会来说,基本医疗是指对改善全体公民健康,最应该为全体公民所享受的医疗服务或医疗措施。

2. 个体的基本医疗

(1) 生理学含义。从个人的生理学角度来看,当外部的各种因素(物理、化学、生物和社会经济等因素)导致人体内环境失衡不能迅速恢复时,每个个体为了维持机体生存、正常生育和发展而相应采取的所有医疗措施,都是基本医疗。例如,某人感冒后为了缓解症状到医院取药;某人患有尿毒症,为了缓解症状并延长寿命,每周都要到医院进行血液透析;某人到医院分娩,为了产妇的早日恢复和新生儿的良好休息,享受温馨病房服务。这些都属于基本医疗。

(2) 经济学含义。每个人的收入都有限,都存在预算约束,而且除了医疗服务,还需要利用很多其他的产品或服务,如购买食品、衣物、日常用品、住房等。在这种情况下,人们在自己经济能力允许范围内,选择自己最希望、最迫切、最需要利用的服务,就是经济学约束下的基本医疗。

在经济学中,为了判断人们对某一种物品的需要程度,可以观察人们对该物品的需求价格弹性,不仅不同的卫生服务的需求弹性不同,而且不同的人对同一项卫生服务需求弹性也不同。例如,相同的服务对于收入比较高的人来说,需求弹性比较小,可以界定为经济学的基本医疗;对于贫困人口来说,需求弹性比较大,就无法界定为经济学的基本医疗。

3. 社会的基本医疗

(1) 生理学含义。对于某个社会来说,基本医疗的生理学含义是社会有必要提供的医疗措施或医疗服务。社会的基本医疗可以根据健康问题影响范围的大小、严重性及其可防治性来判断。如果这些医疗措施所处理的是影响大多数人健康的问题或是影响健康的最主要的问题,而且是临床处理这些问题所必需的措施,这些措施是社会最应该提供的措施,属于基本医疗。例如,良好的孕产期保健服务和住院分娩服务可以有效地降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率,因此属于基本医疗。再如,急性阑尾炎、急性胰腺炎和急性肠梗阻的手术治疗等,如果不实施手术,就会危及人的生命;如果实施手术,人们很快就可以恢复正常的生活,这类住院手术服务也属于基本医疗。又如,一般的感冒,通常患者会到医院就医,医生会做简单的体检、测量体温或者做血常规化验,然后患者领取控制症状的常用药,这也属于基本医疗;如果有的人除了上述的医疗措施外,特意要求护士全程陪伴服务、专家诊疗服务、开一些具有营养作用的药品,这样的要求就不属于基本医疗。

(2) 经济学含义。对于某个社会来说, 社会最应该提供的应该是能够充分利用资源, 使资源最大限度改善人类健康的措施, 即经济学基本医疗。经济学评价的方法(包括成本-效果分析、成本-效益分析和成本-效用分析)可以用来判断并选择一些对于某个社会最为经济有效的措施。根据 1993 年世界发展报告, 在任何国家的医疗服务中, 以下五大组干预措施可能都占有重要地位: 围产及分娩保健; 计划生育服务; 病儿管理; 结核病治疗和性传播疾病患者的管理。这五大组干预措施都具有较高的成本效益, 减少一个伤残调整生命年损失所需要的平均成本在低收入国家不超过 50 美元, 中等收入国家不超过 150 美元。同时, 这些措施又都针对影响贫困人群普遍存在的卫生问题, 应该将之列入“一揽子基本临床服务”。

(3) 保险学含义。一个社会之所以提供社会医疗保险, 是为了使人群患病后能够及时就医, 改善人群就医的经济可及性, 使之不会陷入“因病致贫, 因贫致病”的恶性循环。因此, 最能够满足上述目的的医疗措施便是社会医疗保险最应该覆盖的医疗措施, 属于基本医疗。不仅要尽量覆盖群众关注程度比较高的健康问题及医疗措施, 还要考虑基本医疗的界定受到社会医疗保险基金额大小, 即各筹资方筹资能力的制约。保证社会医疗保险基金的收支平衡意味着社会保险计划的可持续性。

第五节 医疗保险学

一、医疗保险学的概念

医疗保险学 (medical insurance science) 是研究医疗保险活动及其发展规律的学科。在跨入 21 世纪的时候, 世界各国医疗服务和保险制度的发展与变革成了人们关注的热点问题。中国的医疗保险改革也进入了一个崭新的阶段, 医疗保险改革中面临的一些问题更需要我们从理论的高度来审视。这是医疗保险学产生的前提, 也为医疗保险学的研究和发展提供了更为广阔的空间。

医疗保险自产生至今, 虽然已有 100 多年的历史, 但是作为一门相对独立的学科还是 20 世纪 70 年代以后的事情, 特别是近 30 年来, 医疗保险越来越受到世界各国、特别是发达国家的政府部门、研究和教育机构的重视, 他们投入了大量的人力、物力对医疗保险进行研究。许多发达国家都设有专门的医疗保险研究机构。在美国和一些国家, 许多大学建立了卫生经济学和保险经济学系, 并有专业人员从事教学和研究, 同时出现了许多有较大影响的教科书和专业性杂志。

中国对医疗保险制度的学术研究始于 20 世纪 80 年代, 开始主要是作为卫生管理学、卫生经济学中的一部分。近 20 年来, 随着中国医疗卫生改革的深入, 特别是医疗保险制度的建立和发展, 对医疗保险学的研究受到各级政府和理论工作者的高度重视。2007 年成立了中国医疗保险研究会, 一些政府机构和高校设立了专门的医疗保险研究机构。特别可喜的是, 自 1995 年起一些高校(最早如江苏大学、湖北医药学院、东南大学等)开设医疗保险专业以来, 迄今全国已有 30 余所高校开始在公共事业管理或劳动与社会保障专业中设置本专业, 为医疗保险事业培养专业人才。一些高校开始在社会医学与卫生事业管理等相关学科点中招收医疗保险方向的研究生。近几年来, 有关医疗保险的研究成果成倍增长, 并出版了一些颇具影响和较高学术价值的教材和著作, 2003 年专业性期刊《中国医疗保险》创刊, 这些无疑为中国医疗保险学的发展奠定了坚实的基础。

医疗保险学科的建立和完善, 对于探究和掌握医疗保险发展规律, 建立与中国社会主义市场经济体制相适应的具有中国特色的医疗保险制度将会发挥越来越重要的作用。

二、医疗保险学的研究内容

医疗保险学作为一门交叉学科, 其涉及面广, 研究内容十分丰富, 根据学科特点, 可将医疗保险学研究内容分为理论研究和应用研究。

1. 医疗保险理论研究

(1) 医疗保险的概念、性质、分类、基本特征和社会作用。研究这些内容的目的主要是界定医疗保险研究范畴、确定医疗保险的地位, 这是其他研究的前提。

(2) 医疗保险的发展史和模式。通过历史研究, 总结出以往的经验教训, 认识医疗保险的发展规律,

探索符合中国国情的医疗保险模式，指导中国医疗保险制度的改革和配套改革。

(3) 医疗保险的基本原理。它是指由医疗保险性质和特征所决定的，对医疗保险活动有普遍指导意义的理论（如疾病风险理论、医疗保险需求与供给理论）以及基本指导思想和原则（如公平与效益原则、保障基本医疗原则等）。

(4) 医疗保险的基本方法。它是指对医疗保险运行有着普遍指导意义的方法，包括医疗保险的规划和决策方法、医疗保险基金的基本测算方法、医疗保险费用的控制方法、医疗服务日常行为监督方法以及医疗保险的评价方法等。

2. 医疗保险应用研究

(1) 医疗保险系统。医疗保险系统的内容主要包括医疗保险系统的要素构成，各构成要素相互之间的权利和义务关系，各构成要素在医疗保险系统中的地位、性质、作用及职能，政府在医疗保险系统中的职能和作用等。

(2) 医疗保险范围。医疗保险不同于一般保险，它有特定的承保人群和保障责任范围，它所承担的风险不仅是对疾病经济损失的补偿，而且还要向被保险人提供医疗服务的保障。内容主要包括医疗保险的覆盖人群范围，即覆盖面，以及医疗保险保障的医疗服务范围，即基本医疗范围。

(3) 医疗保险基金的筹集。这是医疗保险基金运行的第一步。研究内容主要包括两方面：一是运用统计学、保险经济学以及保险精算的知识和技术手段，确定医疗保险费率；二是研究医疗保险基金的筹集渠道、筹集方式及筹集程序等。

(4) 医疗保险费用的支付。医疗保险费用的支付不同于一般商业保险的理赔，它有着“第三方付费”、“复杂性”和“多发性”等特殊性质，因而是医疗保险基金运行过程最复杂的一个环节。如何做到既保护被保险人获得必需的医疗卫生服务，又控制医疗服务的合理消费，这是医疗保险费用支付研究中的核心问题。

(5) 医疗保险基金的管理。管好医疗保险基金是医疗保险运行的基础。研究内容主要包括：医疗保险基金的管理形式、医疗保险基金的分配、医疗保险基金的使用范围、医疗保险基金的投资运营以及医疗保险基金的安全监督等。由于医疗保险的复杂性和现代信息科学的发展，以计算机技术为基础的医疗保险管理信息系统，已经成为现代医疗保险运行中不可分割的重要部分。

(6) 医疗保险法律制度和监督管理。其内容主要包括医疗保险法律法规的制定、执行、监督和完善；参保单位和参保人的参保行为监管；定点医疗服务机构的施医行为监管；被保险人的就医行为监管等。

(7) 医疗保险评价。总结提高医疗保险管理水平的最常用的手段之一。评价本身既是医疗保险管理过程的一个环节，也可看成是医疗保险的一项主要研究活动，研究内容主要包括：评价的目标、内容、方法、程序、指标体系等。

三、医疗保险学的研究方法

中国医疗保险是一项全新的事业，许多新问题需要探索解决，因此，应用适宜的研究方法开展医疗保险研究很有必要。医疗保险学常见的研究方法主要有以下几种。

1. 比较研究

比较研究是医疗保险学最常用、最基本的研究方法之一，操作直接、方便，效果明显，实用性强。在医疗保险研究中，经常涉及以下一些比较内容。①与相关学科和事业的比较。这主要是同商业保险、社会保险及卫生管理学的比较，找出医疗保险和它们之间在理论研究方法上的异同，综合借鉴这些学科的理论和方法，为医疗保险所用。②与不同类型的医疗保险制度进行比较。不同的历史、文化、经济水平、政治制度，以及由此而产生的不同的社会保障和医疗卫生政策，比较研究它们形成的背景及各自的优缺点，能够指导医疗保险的建立或调整。③医疗保险自身的比较，即医疗保险的纵向比较。比较研究医疗保险不同发展阶段的特点、历史的经验，这对现在医疗保险的发展是很有价值的。

2. 调查研究

调查研究是一种传统的，也是应用最广泛的学习研究方法。由于医疗保险直接面向社会人群，涉及内容广泛，因此，调查研究方法必然成为医疗保险研究的一种重要手段。例如，对人口学状况的调查、人口卫生服务利用的调查、医疗费用调查、人口意愿调查等都是医疗保险中经常涉及的研究内容。医疗保险中