

第一章 医疗保险制度的形成

第一节 医疗保险制度的产生

在古代以农业经济为主体的社会中，绝大多数劳动者都是个体生产者，生产规模狭小，产品数量匮乏，处于自给自足的自然经济阶段。由于每家每户是独立的经济单位，生产社会化程度极低，老年人的供养、劳动者的失业、工伤等也不成其为社会性问题。在当时的生产力发展条件下，人们不可能也没有理由要求社会来为每个人解决基本生活来源与基本生存保障。十分低下的生产力水平与极为落后的科学技术，难以使穷人生病得到医治，使丧失劳动能力者有人照顾。职业病、工伤致残、养老等基本生活保障如何解决，是在工业化过程中伴生的社会问题。

医疗保险制度起源于 18 世纪产业革命时代。产业革命解放了生产力，创造了巨大的社会财富，同时也造就了除自己的劳动能力外别无所有的无产阶级，

大批被奴役、被剥削的无产者聚居在条件恶劣、疫病蔓延、道德沦丧的城市贫民窟中。

为了解决社会化大生产和雇佣劳动制度所产生的社会问题，英国在 18 世纪末 19 世纪初开始出现“共济会”、“友谊会”等互助组织，由同一行业或同一地区的工人和其他劳动者自发筹资，建立基金，以解决生、老、病、死等问题。到 1870 年前后，参加这类组织的工人已达 400 余万。这些互助组织的共同特征是自愿参加、合作性质，其会员因患病、失业或其他意外事故而陷入困境时，可从这种组织领取一定数额的基金，获得物质帮助。为了保证会员得到基本的医疗服务，有些组织开始定期与医生签订服务合同，后又发展到组建自己的医疗机构。这种互助共济方法，属于私人自愿投保性质，为后来建立多种形式的医疗保险制度提供了基础。

与此同时，被称为“预付群体医疗”的组织在美国也逐渐形成。这种组织由医生和管理人员发起，参加该组织的每个成员预先交付一定的费用给医疗服务提供者，一旦生病就可获得免费医治。1883 年创立的 Mayo 诊所，可以说是第一个“预付群体医疗”组织。这些组织依靠社区群体互助合作的力量增强了抗御疾病的能力，同时为医疗服务提供者的成本消耗的合理补偿提供了保证，也为后来的商业性医疗保险制度作了初步实验。

第二节 医疗保险制度的演变与发展

医疗保险制度在世界范围内建立与发展，主要是在 19 世纪末和 20 世纪初。由于各国的社会经济状况、政治体制、文化传统和价值观念等的不同，其医疗保险制度也演变成多种多样的模式。

一、德国社会医疗保险的演变

1870 年，德国在普法战争中打败法国后，实现了国家统一，加快了自由资本主义向垄断资本主义发展的进程，无产阶级同资产阶级的阶级矛盾日益激化，首相俾斯麦采取“铁血政策”，镇压工人运动，1878 年颁布“非常法”，取缔社会民主党，强迫解散几万个工人组织，激起工人阶级愈加强烈的反抗斗争。结果，俾斯麦被迫废除“非常法”转而采取“糖果”政策，力图让工人“把帝国看成是一个社会福利机构”。在 1881 年颁布“工人伤残、疾病、养老保险纲领”，1883 年颁布“意外事故保险法”，初步形成社会保险的格局。

“疾病保险法”于 1884 年生效，当时仅手工业工

人、律师和保险机构职员（年工资 2 000 马克以下者）参加，属强制性义务保险，按参保者工资收入的一定比例缴纳保费。疾病保险的管理机构是独立的经济实体——疾病基金会，其职能是给投保者生病时提供医疗费和工资收入的补偿。1885 年德国只有 10% 的居民参加法定的疾病保险，1913 年增加到 25%。

由于小型疾病基金会在有限范围内自主运行与管理，难以解决复杂的抗风险问题。于是，进而产生跨地区的组织——基金会联盟。随着人们医疗需求的增长，疾病保险范围逐步扩大到健康普查、就业前体检等，有些疾病基金会还办起了自己的疗养院、牙科诊所等。

第二次世界大战以后，联邦德国于 1949 年颁布“社会保险调整法”规定工人和企业主各付一半的保险金。1955 年，联邦和州的基金会合法化，并接受国家的监督。1968 年，联邦政府第一次制定国家社会保险预算。1970 年，成立由科学家和各联合会代表组成的审计部门，推动医疗保险的科学管理。1976 年，政府把保险费率提高到工人基本工资的 11.3%。

二、日本社会医疗保险的沿革

日本的医疗保险起源于一些互助组织，本世纪初，一些大公司如金贺富知纺织公司和帝国铁路局分

别创办互助会。第一次世界大战以后，日本产业界面对复杂的劳资矛盾问题，不得不注意改善劳动者的福利，开始建立劳动保险制度，包括早期的医疗保险。

大正 9 年(1920 年)日本农商务省工务局起草了“健康保险法案纲要”经过劳动保险调查会的审议，于 1922 年(大正 11 年)3 月第 45 次帝国议会上以法案形式提出，经两院通过，于 1922 年公布。这是第一部以法律形式的健康保险法案，标志日本社会健康保险制度的建立。当时的健康保险法受各种条件制约，内容有限，由于自然灾害影响，1927 年才生效，只局限于某些产业中的手工劳动者，受保人数不足 200 万人。

1934 年，为了扩充曾是多年悬案的健康保险法的适用范围，对健康保险法进行修改，扩大适用范围，到 1935 年末，被保险者增加到 300 万人。

1938 年日本设置卫生部(厚生省)，把国民健康保险法案提交第 73 次帝国议会审议。4 月通过了国民健康保险法，7 月开始实施。国民健康保险法的实施主体为市镇村及以职业为单位的自愿设立的保险互助会，第一次使日本的医疗保险脱离劳动保险的范围，形成独立的体系。

当时日本正在发动侵华战争，实施所谓的人口国策及健兵政策，加强对劳动者的管理，免除军人家属和劳动者家庭生活的不安等。在健康保险领域中，1939 年延长了对结核病的保险支付期；同时，作为自

愿制度而创设了家属支付。1942年健康保险法进行了第三次修改，将职员健康保险统合到国民健康保险法中，把家属支付及对结核病的延长支付从自愿支付改为法定支付等。1945年互助会数达到10349个，健康保险、船员疾病保险的被保险者约达到5000万人，官办互助会、政府公务员互助会、教职员互助会的会员及健康保险的被抚养者进一步增加，几乎实现全民保险。

战后，日本经济近于崩溃，在健康保险方面，医药品、卫生材料极度缺乏，由于财政艰难和保险诊疗的障碍，1948年，约半数的互助会解散。1956—1973年，日本经济起飞，政府开始实施以国民健康保险为中心的“国民皆保险”目标，1957年日本厚生省设立推进国民皆保险总部，制定四年计划，在全国普及国民健康保险，于1961年实施了国民皆保险的体制。

由于全民保险减轻了患者的医疗费负担，加以人口结构老龄化，医学技术进步及支付水平提高，国民医疗费数额增长率超过了国民收入的增长率。为体现医疗保险制度的支付和负担公平化，1984年又进行了第11次修改，其制度不断完善。

三、英国国家医疗保险制度的发展

17世纪初，英国资产阶级革命胜利后，对内采取

剥夺农民的政策，“圈地运动”使大批农民失去土地成为雇佣工人，加速了资本的积累；对外推行殖民政策，大肆掠夺殖民地财富。19世纪初，英国最先完成了工业革命，并占有世界陆地面积及人口 1/4 的、比本国大 150 倍的殖民地。

18 世纪中叶到 19 世纪初，英国城市卫生条件极差，瘟疫流行。大批低收入工人及无业者，生活穷困，无钱就医，健康状况极差。英国政府于 1911 年颁布了国家健康保险法令，对低收入阶层提供健康保险，这实际上是国家保健体系（NHS）的雏形。

1945 年工党在大选中获胜，艾德礼登台不久，就以著名的“贝弗里奇报告”为基础，制定了许多重要法律。1946 年通过《国民保险法》，是一项以社会保险为核心的全面社会保障计划。经过两年试行，于 1948 年正式实行全国性免费医疗服务，即国家保健服务制。卫生服务的三个方面：医院、通科服务、个人社会服务分三条线管理，在中央一级归属于卫生与社会保障部（见图 1—1）。

NHS 费用的 98% 来自国家财政拨款。建立 40 多年来，英国政府对它一直处于欲废除而不能、欲维持而困窘的境地。因此，采取了一系列的改革措施：

第一，加强中央控制。每年国家对 NHS 费用的财政预算一经确定，即不再追加，超支由地方财政负责补充，使国家财政能事先量力而行。

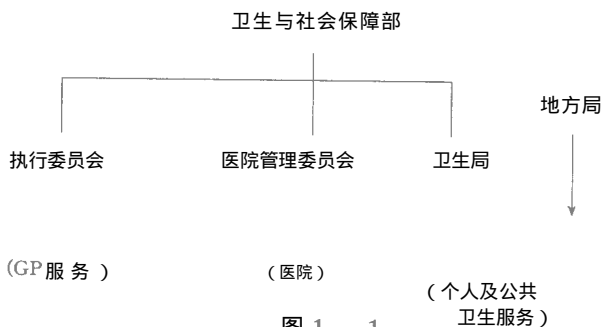


图 1—1

第二，加强基层保健，即社区卫生服务，以节约卫生费用。国家对 NHS 的投入有限额，导致了地方严格控制医疗服务的使用，也造成了医疗设施的缺乏，居民卫生保健需求得不到满足，抗议 NHS 服务质量太差。卫生部门不得不通过耗资较少的社区保健，积极预防，减少居民的发病率，以缓解供求矛盾。

第三，改革管理方式。1948 年的 NHS 卫生服务的三个方面虽然均属卫生及社会保障管理，但分管机构互不联系，资源三条线分配，卫生服务分开提供，不利于合作，尤其不利于开展社区卫生服务。1974 年，英国政府对 NHS 的管理体制进行全面改革，将原来的三条线改为从卫生与社会保障部到各级卫生局一条线管理，卫生服务以社区为中心，医院、GP 服务、社区保健三者相结合。资源分配改为按“块块”即以区为单位分配，以便卫生资源真正落实到社区（见图 1—2）。

经过 20 多年的发展，英国的社区保健已有一套

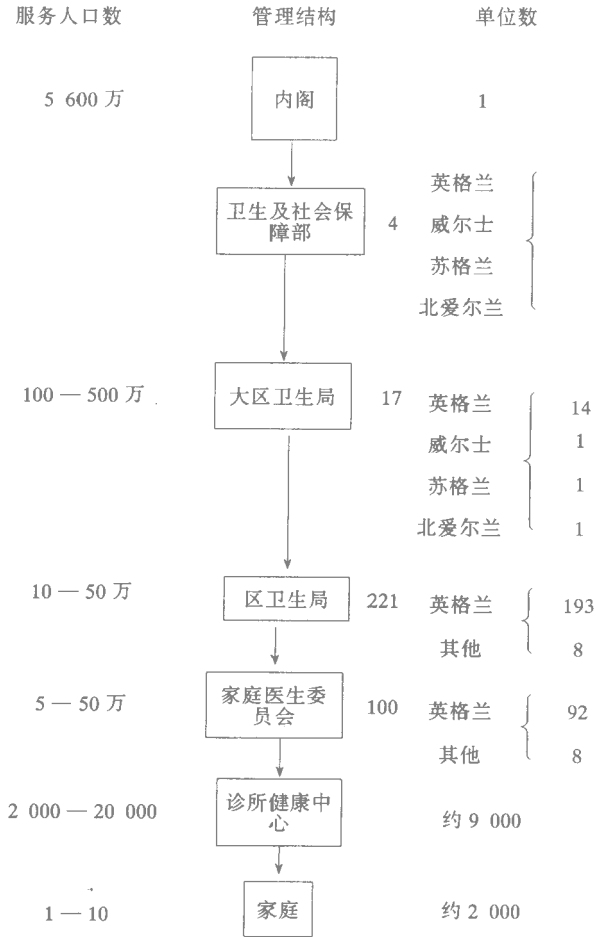


图 1—2

独特健全的管理方式及服务设施，社区保健已成为英国卫生保健服务的主要特点。

四、加拿大医疗保险制度的形成

1914 年，加拿大萨斯喀彻温省首创了加拿大医疗保险雏形——都市医生计划（Municipal Doctor Plan）。这一计划的目标：一是缓和低收入人群支付住院医疗费用的困难；二是留住医生在这个人烟稀少的省份行医。这一试验取得令人瞩目的成效，于是在其他省份传播开来。1944 年，萨斯喀彻温省的合作联邦联盟党（Cooperative Commonwealth Federation, CCF）在该省的竞选中提出“社会化卫生服务”的口号，得到大多数选民的拥护，该党大获全胜。省政府于 1947 年组织省卫生服务计划（SHSP）萨斯喀彻温成为北美大陆第一个实行全民（义务）健康保险的地区。这个计划的保险范围主要是住院服务费用。当时对住院服务的经济补偿按医院病床数为基准核算，这种补偿措施刺激医院扩大规模，增设病床。保险费用支出不断增加，迫使 SHSP 不得限制医院的无计划行为。新的住院保险补偿的核算仍按原病床数为基数，但是医院规模不得超过每千人口 7.5 张病床 病床利用率不得低于 90%。每年核定一次，再核算补偿额，每月下拨一次经费。若发现不合理的住院过度利用，就向有关医院发出警告，再出现同样的问题，就扣减下拨经费。另一方面，若医院得到地方或个人捐款，或病

人愿意进驻单人病房自付额外费用，医院可以留用这些收入而不必担心 SHSP 会减少下拨经费。

1949 年不列颠哥伦比亚省也实施类似于 SHSP 的住院服务保险。由于实行广泛的住院保险，两省医院的经济活力和医疗服务质量大有改善，引起全国民众的极大兴趣。

1956 年，国会通过“全国医疗和诊断服务法案”（National Hospital and Diagnostic Services Act），宣布在全国范围内实行强制性的住院保险，并规定该保险计划的费用一半由省财政承担。

1962 年，萨斯喀温省议会通过“省门诊服务保险法”（Medical Care Insurance Act）对全省居民实行门诊服务保险。虽然保留病人自由选择私人医生的方式和医生仍旧维持传统的服务收费制度，但是消费者个人不再支付任何门诊费用，一切费用由第三方和提供者之间谈判商定。医生集团认为政府第三方统一定价带有政府垄断色彩，影响他们的职业自由和权利。全省私人医生协会发动了北美洲有史以来的第一次罢工，持续 23 天，以后双方达成一项折中协议。在坚持政府作为唯一支付者的原则下，允许医生在特殊情况下，并在病人自愿基础上，向病人收取高于统一费用标准的额外费用，但这种特殊情况不得超过医生治疗人数的 12%。

1966 年通过“全民门诊服务保险”法案。门诊保

险享受者不再需要支付费用，其费用由联邦政府和省政府各负担 50%。到 1971 年，全国十个省全部实行门诊服务保险。

五、美国的商业医疗保险

美国医疗保险的形成可以追溯到 20 世纪初的经济大萧条时期。美国医疗保险形成与发展的动因，主要来自医疗服务的提供方。为了保证提供者的服务成本能够得到补偿，医院通过健康教育运动的方式，鼓励美国中产阶级为不可预见的医疗费用而储备。1929 年，德州贝勒大学医院为大学的 1250 名教师建立预付制度，每位教师每月预付 0.5 美元给大学医院，一旦需要住院，每年可以最多享受 21 天的住院服务。美国医院协会支持这种模式，并为这一模式制定标准，称之为“蓝十字”保险计划。

“蓝盾”保险也诞生于经济大萧条时期，但其组织者是医生而不是医院。1917 年华盛顿州和俄勒冈州的医学会建立“医疗局”，同私人医生和诊所竞争，并与铁路和木材公司签订提供医疗服务的合同。1939 年，“蓝盾”保险计划正式在加州和密西根州建立；1940—1942 年间又有 8 个州先后建立这一保险计划。1942 年美国医学会成立医疗服务与公共关系委员会，为各地的“蓝盾”计划设定标准。

各州政府的保险部或委员会对非营利性的医疗保险组织“蓝十字”和“蓝盾”计划行使审核批准和监督职能。

二战期间，美国最高法院决定在工资冻结同时，应使职工福利合法化。各企业部门寻找医疗保险的供给者，营利性商业医疗保险借机发展，它与“蓝盾”、“蓝十字”保险计划的竞争手段，主要是采取费用分担方法以降低保险金。

健康维持组织（HMO）是由群体行医小组发展而来。1929年，俄克拉荷马州建立了第一个与按项目支付费用机制相反的HMO——农工合作卫生协会。1942年美国最大的恺撒健康组织创立。1972年社会保障修正草案通过，HMO得到法律认可。1973年美国国会正式通过HMO法，联邦政府对HMO给予资金援助，使其迅速发展。HMO在控制医疗费用上涨方面发挥了一定的作用，但是它限制投保人对医疗服务提供者自由选择的权利，因而进一步发展也有阻力。

由于美国医疗保险市场采用市场竞争的方式和非组织化的管理体制，难以执行有效控制费用的措施。同时，由于商业医疗保险以盈利为目的，往往拒绝健康条件差、收入低的居民参加。这使美国政府不得不于1966年7月和1967年1月分别建立了“老年保险”与“穷人保险”计划，为老年人及低收入人群提供医疗保障。

第二章 医疗保险制度模式比较

国际医疗保险制度经过百余年的发展与演变，大体可分为四大类型（或模式）即国家（政府）保险型、社会保险型、商业保险型、储蓄保险型等（还有一类“社区保险”本章从略），就一个国家或地区而言，可能同时存在几种医疗保险制度，但一般都有一种主导模式可作为该国（地区）的代表。^①

第一节 国家政府医疗保险模式

国家医疗保险或称政府医疗保险，是指政府直接举办医疗保险事业，通过税收形式筹措医疗保险基金，采取预算拨款给国立医疗机构的形式，向本国居

参见宋连仲等：《国外医疗保障制度比较研究》，北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社 1999 年 9 月版。

民直接提供免费（或低收费）医疗服务。这类医疗保险的主要特征是：

第一，医疗保险基金绝大部分来源于税收（包括一般税和特殊税）。

第二，政府卫生部门直接参与医疗服务机构的建设，医院建设与日常运行经费一般通过预算下拨给政府开办的医疗机构（或者政府通过合同方式购买民办医疗机构或私人医生的医疗服务）。医疗服务活动具有国家垄断性。

第三，医疗服务覆盖面一般是本国全体公民。医疗服务基本为免费或低收费服务，体现社会分配的公平性与福利性。

第四，医疗卫生资源配置、医疗服务价格等一般由政府管制，不利用市场机制的调节功能。人群的医疗需求往往受到一定程度的限制。实施这类模式的国家以英国、加拿大、原苏联东欧国家为代表。

英国在 1948 年通过并颁布了《国家卫生服务法》，实施全民医疗保险制度。英国国家医疗保险又称国民卫生保健制度（NHS）。其主要特点是政府通过税收筹措医疗卫生经费，按区域人口结合其他因素给国立医疗机构直接拨款，向全体居民提供免费或价格极为低廉的医疗预防保健服务。国立医疗机构的经费 95% 来自政府拨款（其中，81% 来自普通税，14% 来自医疗方面的国民保险收入），另 5% 来自服

务收费等。1996 年度政府预算用于 NHS 的经费约 423 亿英镑，占国内生产总值 (GDP) 的 5.8% 占政府预算总支出的 15% 平均每天支出 1.16 亿英镑 平均每人一年费用 725 英镑)。

英国的医疗卫生服务系统基本上归国家所有，卫生资源的筹集与分配，卫生人力的管理，医疗服务的提供等都由国家集中统一管理。医疗服务机构为非盈利性的单纯服务型机构。

英国的卫生费用在发达国家中属于数额比较低、控制较有效的国家。但政府和居民仍然感到原制度效率不高 浪费严重 财力难以承受 不能适应社会医疗保健需求不断增长的趋势，因而在 90 年代开始 实行了一系列改革。1990 年议会下院通过《卫生医疗服务及社区护理法案》计划于 1996 年形成新制度框架。其主要改革措施是在 NHS 中引进市场机制，建立医疗服务供、需双方“内部市场”关系（译“准市场”）即对医疗服务分为提供方与购买方 提供方包括医疗和部分医院联合托管组织；购买方包括卫生行政当局和部分全科医生 (GP)，政府将议会审定的预算内卫生经费拨款给购买方（卫生行政当局将居民划分为若干分区）。由购买方与提供方建立合同关系。医院及医院联合托管组织建立管理委员会（董事会），主席由卫生局任命，管理委员会聘任执行院长。医院在财务与人事方面享有相当大的自治权，可以自主决

定科室设置、床位与人员编制，自定工资标准，自行处置医院固定资产，包括转卖房产、地产等，可以直接同购买方签订合同等。卫生行政当局作为居民健康利益的代表，制定医疗服务的范围、内容、质量标准及费用水平等，然后与提供方商议年度购买计划，由各分区与医院签订合同，分期付款。同时，政府让部分有医疗经验和管理能力的全科医生掌握一部分经费（全英 2.7 万名全科医生中，有 8 000 名能支配一定数额的经费），代表病人向高层次医院购买专科医疗服务。全科医生在初级卫生保健服务中，作为服务的提供者；在转诊系统中又作为专科医疗服务的购买方，一身而二任。卫生当局掌握总经费的 70% 部分全科医生掌握 30%，这对医院和托管组织提出了严峻的挑战；医院必须按照合同要求，提供适合居民要求的合格服务；托管组织要监督所属医院履行合同，保持对居民医疗保健需求变化的敏感性，保证医疗保健服务供给同居民需求相关性，否则，就可能被取消合同资格。政府对医院总收入的增长幅度加以宏观控制，一般年增长率不超过 6%，对医院购置大型设备规定最高限额，超过限额需经卫生局审批，医院可向政府申请限额以内的设备贷款，要求按期还本付息。

NHS 改革以来，取得初步成效。英国卫生大臣马龙介绍这项改革有两条要求：第一，医院和医生应当对医疗费用的开支承担一定的责任；第二，病人和