

中国社会科学院保险与经济发展研究中心系列丛书

中国健康保险发展报告2015

Development Report of China Health Insurance

中国医改方向与 商业健康保险发展路径

■ 阎建军 主编

 中国金融出版社

中国健康保险发展报告2015

Development Report of China Health Insurance

中国医改方向与 商业健康保险发展路径

■ 阎建军 主编

 中国金融出版社

责任编辑：贾 真

责任校对：张志文

责任印制：丁淮宾

图书在版编目（CIP）数据

中国健康保险发展报告. 2015 (zhongguo jiankang baoxian fazhan baogao 2015) / 阎建军主编. —北京：中国金融出版社，2015.7

ISBN 978-7-5049-7994-0

I. ①中… II. ①阎… III. ①健康保险 — 研究报告 — 中国 — 2015 IV. ①F842.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 145117 号

出版

发行 **中国金融出版社**

社址 北京市丰台区益泽路 2 号

市场开发部 (010) 63266347, 63805472, 63439533 (传真)

网上书店 <http://www.chinafph.com>

(010) 63286832, 63365686 (传真)

读者服务部 (010) 66070833, 62568380

邮编 100071

经销 新华书店

印刷 北京市松源印刷有限公司

尺寸 169 毫米 × 239 毫米

印张 16.5

字数 200 千

版次 2015 年 7 月第 1 版

印次 2015 年 7 月第 1 次印刷

定价 38.00 元

ISBN 978-7-5049-7994-0/F.7554

如出现印装错误本社负责调换 联系电话 (010) 63263947

编委会

主 任：殷剑峰

（中国社科院金融研究所副所长，“百千万人才工程”
国家级人选，享受国务院“政府特殊津贴”）

主 编：阎建军

编 委：叶立坚 汤子欧 季序我 何 毅

执行编委：彭晓博 武晓明 王向楠 孙 佳

前 言

医改是公认的世界性难题，探寻医改规律需要一代人甚至几代人持之以恒的努力，医改求道者要如《礼记·中庸》所言“博学之，审问之，慎思之，明辨之，笃行之”。

《中国健康保险发展报告 2015》是中国社会科学院保险与发展研究中心组织编写的年度性研究报告，致力于对中国医改和健康保险发展面临的长期性、根本性、前沿性问题的研究，汇聚政、产、学、研力量，走理论与实践相结合、国际视野与国内实际相结合之路，为主管部门提供政策储备，为健康产业链中的相关机构提供经营参考。

全书采用总、分报告体例。总报告是对当前中国医改和健康保险发展中某一重大问题的分析与建言。总报告名即是书名。分报告分为两大体系，一方面为总报告提供理论与实践经验支持；另一方面对最近一年中国医改和健康保险业发展和运行中的主要情况进行概括和分析，对所发生的一些主要事件进行研讨和评论。

《中国健康保险发展报告 2015》的主要内容如下：

总报告的主题为“中国医改方向与商业健康保险发展路径”，把商业健康保险发展置于中国深化医改的大背景下，寻找二者的交集。中国医改进入深水区，我们构建医疗服务合同理论，探寻大国

医改规律，指出中国深化医改的方向，展望商业健康保险创新发展之路。

分报告共有八个专题，首先，描述了2014年的中国健康保险业发展状况、中国医疗责任保险试点典型案例、大病保险的“湛江模式”；其次，利用2001~2013年省际数据，对中国健康保险发展的影响因素进行实证分析；再次，放眼于健康产业链，概要记述了2013~2014年中国健康服务业发展环境，探讨培育完善的健康产业链，并在全球视角下分析了中国社会资本办医机遇；最后，对2009年以来新医改若干重大问题进行梳理和阐释，以加深对医改“拦路虎”的认识。

本报告是集体研究成果，作者主要由中国社会科学院金融研究所的研究人员、中国社会科学院博士后研究人员、业内专家和机构等组成，阎建军对报告全文进行统编、修改和定稿。各部分的作者分别为：总报告（阎建军），分报告1（武晓明、阎建军），分报告2（阎建军、彭晓博），分报告3（好人生集团），分报告4（季序我），分报告5（彭晓博），分报告6（王向楠、阎建军），分报告7（孙佳），分报告8（中国人保健康湛江中心支公司）。

我们一如既往地期盼着各种批评建议。

编 者

2015年6月8日

目 录

总报告 中国医改方向与商业健康保险发展路径

.....	阎建军 / 001
一、新医改成绩	/ 002
二、中国医改何处去	/ 003
三、大国医改方向图	/ 014
四、大国健康保险业发展路径	/ 024
五、中国商业健康保险发展分析	/ 038
六、结论与建议	/ 042

分报告 1 2014 年的中国健康保险业

.....	武晓明 阎建军 / 046
一、2014 年市场格局	/ 047
二、2014 年经办政府委托业务状况	/ 053
三、重大政策出台	/ 057
四、健康产业风生水起	/ 062
五、健康保险业创新	/ 065
六、健康保险未来展望	/ 070

分报告 2 中国医疗责任保险试点案例与国际经验借鉴

.....	阎建军 彭晓博 / 073
-------	---------------

一、中国医疗责任保险试点的典型案例	074
(一) 宁波案例	074
(二) 天津案例	080
(三) 苏州案例	084
(四) 北京案例	089
二、医疗责任保险发展的国际经验	094
三、发展中国医疗责任保险的几点建议	103

分报告 3 培育完善的健康产业链 大力发展战略新经济

.....好人生集团	105
一、健康产业缘何兴起	106
二、中国健康产业面临的问题	108
三、美国健康产业借鉴	109
四、培育我国完善的健康产业链	127

分报告 4 全球视角下的中国社会资本办医机遇

.....季序我	142
一、医疗服务供需矛盾催生全球社会资本办医浪潮	142
二、政策助力,我国社会资本办医有望驶入快车道	160

分报告 5 中国医药卫生体制改革若干重大问题

.....彭晓博	171
一、公立医院改革	172
二、基本医保支付方式改革	176
三、分级诊疗	180
四、药品价格改革	184

分报告6 中国健康保险发展机理(2001~2013年)

..... 王向楠 阎建军 /	189
一、引言	189
二、商业健康保险发展的影响因素: 保费收入角度	190
三、商业健康保险发展的影响因素: 经济补偿视角	205
四、启示和建议	215

分报告7 中国健康服务业发展环境(2013~2014年)

..... 孙 佳 /	218
一、人口老龄化加速	218
二、流动人口数量持续上升	221
三、城镇化进程不断推进	223
四、覆盖全民的基本医疗保障体系全面建成	224
五、积极推进医疗服务体系改革	227
六、第五次国家卫生服务调查结果公布	228
七、卫生事业发展	231

分报告8 案例分析: 大病保险的“湛江模式”

..... 中国人保健康湛江中心支公司 /	234
一、经办项目	234
二、风险共担机制	236
三、医保“湛江模式”基本运行情况	236
四、存在问题	243
五、对我国发展大病保险的建议	244

参考文献	247
------------	-----

总 报 告

中国医改方向与商业健康保险发展路径

◎ 阎建军

2014年，是中国全面深化改革的元年，深化医药卫生体制改革取得了新的进展和成效。随着中国医改向纵深推进，一些长期悬而未决的难题成为“拦路虎”。破解医改难题，需要创新思路，重新审视下一步医改的方向。

医改的方向决定商业健康保险^①的发展方向。商业健康保险的发展，只有服务于国家医药卫生体制改革全局，才能拥有光明的未来。

① 我国的实践部门和学术界经常把健康保险（Health Insurance）和医疗保险（Medical Insurance）二词混用，可以把医疗保险称为健康保险发展的初级阶段，当前我国健康保险正处于这一初级阶段。但是21世纪以来，美国、德国、英国等OECD发达国家的医改文献和学术文章中，已经很少出现医疗保险一词。医疗保险关注患者医药费用的补偿；健康保险关注病前健康维护，诊疗活动的事前、事中和事后全程管理，以及医药费用补偿。目前，我国政府医保部门接受基本医疗保险一词，尚未接受基本健康保险这一提法。但是健康保险概念已为商业保险行业广为接受。为了尊重约定俗成，本文分别采用了健康保险和基本医疗保险两种提法。

一、新医改成绩

2009年新医改方案发布实施之后,我国仅用了三年时间就实现了基本医疗保障的全覆盖,取得了举世瞩目的成绩。^①我国新医改的成就主要包括三方面:

一是“全民医保”接近实现,国民基本医疗保障覆盖面明显提高。2011~2014年,城镇职工基本医疗保险(以下简称职工医保)、城镇居民基本医疗保险(以下简称城镇居民医保)和新型农村合作医疗(以下简称新农合)三项基本医疗保障参保(合)率稳定在95%以上。^②

二是卫生总费用发生结构性变化,“看病贵”问题有所缓解。我国卫生总费用中个人卫生支出比重从2001年的59.97%下降到2013年的33.88%(见图1)。新农合参合农民自付医药费用比例从2008年的73.4%下降到2011年的49.5%,看病就医经济负担有了一定减轻(陈竺,2012)。

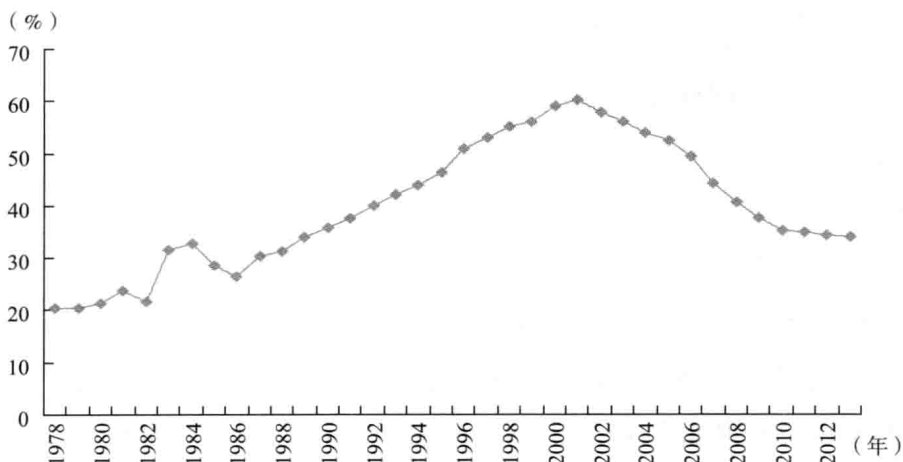
三是非公立医疗机构发展政策破题,医疗服务体系运行机制改善。

国务院2010年11月发布《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》,明确要求“消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍,确保非公立医疗机构在准入、执业等方面与公立医疗机构享受同等待遇”。云南和北京等省市先后出台实施细则。2010年昆明市启动了市第一人民医院、口腔医院、儿童医院3家医院的股

^① 世界卫生组织认为,中国卫生体系朝着正确的方向前进。世界著名医学杂志《柳叶刀》评价,中国医改的目标和总体战略是值得效仿的,中国在为全民提供平价且公平的基本医疗服务方面已经取得了巨大成就。参见《人民日报》(2012)。

^② 数据来源:新华网:“《深化医药卫生体制改革三年总结报告》出台”,2012-06-25;2012~2015年中国统计局统计公报及各年统计年鉴。

份制改革工作。2012年8月,北京市制定18条扶持政策,鼓励社会资本在北京举办各级各类医疗机构,强调北京新建医院优先由社会资本举办。



资料来源:《中国统计年鉴 2014》。

图1 我国卫生总费用中个人卫生支出比重

2013年10月国务院出台《关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号),指出:要形成“公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的多元办医格局”;“引导非公立医疗机构向高水平、规模化方向发展,鼓励发展专业性医院管理集团”。

允许社会资本办医,给予非公立医疗机构平等发展权利,一系列政策的出台完善了医疗服务体系竞争机制。

二、中国医改何处去

在“摸石头过河”的过程中,我国医药卫生体制的深层次问题逐步暴露。当前,我国医药卫生体制改革进入了深水区,需要反思改革的思路,探索下一步医改的方向。

（一）药品定价改革思路走不通

在 2009 年以来的新医改中，政府强化了对基本药物价格控制，实施药品省级政府集中采购制度。但是药品价格依然没有实质性下降，患者负担也没有下降。原因有以下两方面：

一是集中采购制度诱发行政部门的设租、寻租行为，研究表明，^①医药公司公关的对象除了医院管理层和医生之外，又增加了招标办和管理招标办的政府部门及其官员。近年来，医药企业负责政府公关的部门越来越庞大，负责政府公关的专职人员越来越多，投入到政府公关的精力和资金越来越多。药品由政府集中采购是一种典型的计划经济思维，没有从根本上认识到招标的问题所在。

“谁埋单，谁招标”符合常理，政府负责招标却不负责买单，最终价格高低与己无关，能有多少专业性和“敬业”精神发挥其中，无人知晓，但却可以享受招标权所带来的垄断租金。如此，很难有动机和动力来降低药价而损害其租金收入。

二是基本药物零差率政策可能事与愿违。作为严厉的管制措施之一，基本药物价格改革方案要求医院药品零售价等于药品采购价，以切断买药和医生处方行为之间的利益链。^②对于这种管制措施，医院和医生的应对措施是与药商合谋抬高药品中标价，以中标价采购并以该价格销售，然后以返利回扣形式暗箱获得垄断卖药收益。这种管制措施并没有降低基层医疗机构的实际药品价格和患者的医疗负担，反而是再次消灭了一部分低价药。

现行的两种管理药品价格的方式，无论是政府物价管理部门（发展改革委）直接进行价格控制，还是药品集中采购，都是由政

① 朱恒鹏. 管制的内生性及其后果——以医药价格管制为例 [J]. 世界经济, 2011 (7).

② 《关于建立国家基本药物制度的实施意见》（卫药政发〔2009〕78号）。

府有关部门代表药品消费者与药厂（医院）博弈药价，但是在中国乃至全世界都没有有效构建对政府招标（或定价）人员的激励机制，使得其个人利益与社会利益难以达到激励相容。

据悉，国家将要在 2015 年 9 月前出台基本医保药品支付标准执行规则，并按照分类管理思路，除麻醉、一类精神药品外，取消政府定价，由基本医保药品支付方与医院（药厂）谈判基本医保药品价格。^①问题是，基本医保药品支付方也是准政府性质的机构，这一思路是把代表消费者与药厂（医院）博弈药价的机构，由政府药品招标办（或发展改革部门）转移到政府医保部门，能否奏效，尚须时日验证。

（二）公立医院改革思路走不通

在 2009 年以来的新医改中，政府大体保持了对医疗服务和药品的价格管制。价格管制措施导致医疗医药价格体系扭曲，为了稳定物价总水平，医务人员劳务价格明显偏低，传统设备检查治疗收费偏低，普药价格偏低，但是不计入物价指数的新设备检查收费和新药价格明显偏高（周其仁，2008；朱恒鹏，2010）。当公立医院在医疗服务和药品零售市场上的垄断地位没有消除时，价格管制导致医生诊疗行为扭曲，无助于减轻患者的医药费用负担，而且带来严重的弊端，比如大量的社会资源浪费、过度用药、滥用药、商业贿赂泛滥、医疗医药行业大面积违规违法，医药行业“多、小、散、乱”格局（朱恒鹏，2011a）。

公立医院改革的重点是力图破除公立医院“以药补医”，为医

^① 药品政府定价废止，医保支付价格政策 9 月前出台 [OL]. 医学界产业报道，2015-04-14.

生的医疗服务建立新的补偿机制。可以把当前公立医院改革举措或思路分为两方面：

第一，对于县级以下的基层医疗卫生机构，为补偿基层医疗卫生机构卖药损失，政府在基层医疗卫生机构推行综合配套改革，对其进行财政补偿，建立的是公立卫生院（以及公立社区卫生服务中心）占据主导地位的基层医疗组织结构。其中村医又被纳入乡村一体化管理。卫生院和社区卫生服务中心采取的是“定岗定编”的人事制度和“收支两条线+绩效工资制度”的收入分配制度。这种体制形成的是“行政等级制+弱激励机制”，最终导致的结果是：基层医疗机构吸引不到、留不住好医生，同时在位的医生人浮于事，严重缺乏工作积极性（朱恒鹏，2011b），造成基层医疗机构医疗人员推诿病人的现象。

第二，对于县级及以上公立医院，各地在取消药品加成、调整医疗服务价格、改革财政拨款机制等方面进行了一些探索。必须解决而又无法解决的难题是如何对医生的医疗服务实施量化管理。以上海市为例，公立医院改革以“转机制”作为方向，改变按收支结余提取医院可分配总额和按业务收入提成的内部分配方式，在国家和本市绩效工资改革的整体框架下，建立以工作量核定和人员成本核算为基础的工资总额核定办法以及基于绩效考核的医务人员收入分配机制，^①由于医疗机构存在门诊、急诊、抢救、住院、手术、公共卫生等各种类型服务，将引入“标化工作量”便于统计。将岗位工作量、服务质量、费用控制、患者满意度等作为医务人员收入分配的依据。^②上述改革思路，类似于我国20世纪50年代至70年代“人

① 参见《上海市“十二五”期间（2013—2015年）深化医药卫生体制改革实施方案》。

② 参见中国新闻网对2013年7月9日上海市政府新闻发布会的报道。

民公社化”运动中，对社员推行“工分”评价制度。手段是建立信息化监管平台，运用“制度+科技”手段，对公立医院和医务人员的医疗行为实行实时、全程、智能化监管，将监管结果应用到公立医院综合评价、院长和科主任绩效考核。但问题是，医生的诊疗判断依赖于转瞬即逝的“现场知识”，其诊疗方案是否合理不能用大一统的“工分”评价制度加以考核。另外，医生的诊疗技术，需要不断创新，创新型诊疗方案又如何能够用大一统的“工分”评价制度加以考核？另外，政府有关部门人员有多大的动力和专业能力对公立医院及其执业医师的行为实施“量化管理”？

当前公立医院改革思路之所以走不通，原因还是政府决定医疗服务价格，还是政府监督医生行为。

（三）分级诊疗改革思路走不通

从2009~2014年，全国财政医疗卫生支出累计过4万亿元，部分投入基层医疗机构建设，意在强基层以建立分级诊疗体系。但无论是卫生部门通过行政手段构建医联体，限制公立医院规模，还是医保部门在不同级别医疗机构间区别补偿比例和价格，强制基层首诊，不转诊不予报销，仍难改观大医院“战时状态”，患者无论大病小病都蜂拥至大医院，三级医院的住院和门急诊份额都在上升，病人和医保资金被三级医院“虹吸”，居民“看病难”、“看病贵”未见缓解。也就是说，分级诊疗体系并没有在中国得以建立。

造成这种结果的主要原因是公立医院体制必需的行政等级制扭曲了医疗行业的自然特征。^①医疗体系的行政垄断以及与之配套的行政等级制阻碍了好医生流向社区，没有患者信任的好医生，患者自

^① 朱恒鹏，为何中国没有形成分级诊疗格局[OL]. 新浪博客.

然不会到社区到基层就诊。

当前分级诊疗改革思路走不通，原因仍然是由政府医保部门引导病人进行分级诊疗，仍然是由政府有关部门为全科医生定价并监督全科医生行为。

（四）基本医保支付方式改革思路走不通

为了遏制基本医保基金支出过快增长势头，新医改以来政府医保部门推行了基本医保支付方式改革，包括总额预付、按病种付费（DRG）等。

顺利推行总额预付和按病种分组预付的前提有三方面：一是医院（医生）愿意承担风险。二是不能转移风险给患者，出现服务提供不足、推诿重症患者等行为。三是政府医保经办机构能够给各个医疗机构确定合理的、符合实际的资金定额，后者能够承担医保总额预付带来的风险。在我国医保支付方式改革试点中，上述三个条件难以满足。其一，尚未形成充分竞争的医疗服务市场，大型医院无须争夺病人，自然不愿意承担医保支付方式改变带来的风险。其二，没有引入参保人满意度调查、同行评议等评价方式，尚未形成医院声誉评价机制，医院能够转移风险给病人。其三，医保双方并非对等谈判，政府医保经办机构没有必要充分考虑影响预付金额的各种因素，^①往往借助政府行政权力，由政府医保机构给医院定指标，医院给科室定指标，医生收治职工医保病人，一旦超额就由医生垫付。

值得注意的是，合理确定总额预付和按病种付费的资金定额，

^① 比如参保人员就医分布以及费用支出水平，定点医疗机构服务内容、服务能力以及所承担医疗保险服务量，以及经济社会发展、医疗服务提供能力、适宜技术服务利用、消费价格指数和医药价格变动等因素。