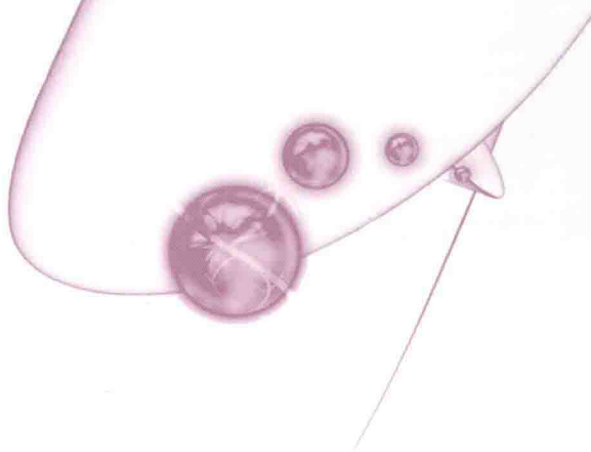


社会医疗保险承受力与可持续发展系列



社会医疗保险承受力 问题研究

SheHui YiLiaoBaoXian ChengShouLi
WenTi YanJiu

吴传俭 / 著



经济科学出版社
Economic Science Press

社会医疗保险承受力与可持续发展系列

社会医疗保险承受力问题研究

吴传俭 著

经济科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

社会医疗保险承受力问题研究 / 吴传俭著. —北京:
经济科学出版社, 2014. 11

ISBN 978 - 7 - 5141 - 5160 - 2

I. ①社… II. ①吴… 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 (2014) 第 261109 号

责任编辑: 王长廷 袁 激

责任校对: 徐领柱

版式设计: 齐 天

责任印制: 邱 天



社会医疗保险承受力问题研究

吴传俭 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编: 100142

总编部电话: 010 - 88191217 发行部电话: 010 - 88191522

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

电子邮件: [esp@ esp. com. cn](mailto:esp@esp.com.cn)

天猫网店: 经济科学出版社旗舰店

网址: [http://jjkxeps. tmall. com](http://jjkxeps.tmall.com)

北京密兴印刷厂印装

710 × 1000 16 开 18.25 印张 310000 字

2014 年 11 月第 1 版 2014 年 11 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5141 - 5160 - 2 定价: 66.00 元

(图书出现印装问题, 本社负责调换。电话: 010 - 88191502)

(版权所有 侵权必究 举报电话: 010 - 88191586)

电子邮箱: [dbts@ esp. com. cn](mailto:dbts@esp.com.cn)

本著作得到了江苏省高校优势学科建设工程“南京审计学院应用经济学”（苏政办发〔2014〕37号）、教育部地方所属高校“本科教学工程”大学生校外实践教育基地建设项目南京审计学院——中国民生银行股份有限公司南京分行经济学实践教育基地（教高司函〔2013〕48号）、教育部“十二五”专业综合改革试点项目金融学、江苏省“十二五”高等学校重点专业金融学类专业（苏教高〔2012〕23号）、江苏高校哲学社会科学重点研究基地“南京审计学院金融风险管理中心”（苏教社政〔2010〕9号）、江苏高校人文社会科学校外研究基地江苏科技金融体系创新研究基地（苏教社政〔2012〕1号）、南京审计学院金融学院和弘业期货股份有限公司合作基地“对冲基金研究所”、江苏省2014年度研究生教育教学改革研究与实践课题校政企研联合培养研究生模式及基础建设的研究与实践（JGZZ14—071）的资助。

前 言

医疗保险最初萌芽于民间的医疗互助行为，是基于社会贫困阶层缓解疾病治疗经济压力的一种自发帮助。随着保险理论的发展和功能的完善，德国的俾斯麦政府在1883年颁布了《疾病保险法案》，其所具有分散疾病风险与缓和阶级矛盾的功能，逐渐被西方国家认可和推广，并成为各国解决社会疾病风险的主要政策工具。而第二次世界大战以后，随着社会福利思想的发展，特别是英国根据《贝弗里奇报告》于1948年7月颁布《国民医疗保险法案》并在随后首相艾德礼宣布建成第一个福利国家以来，各国纷纷建立了以医疗福利促进和健康保障为目标的医疗保险制度，逐渐形成了以英国和北欧国家为代表的国家保险模式、德国为代表的社会医疗保险模式、新加坡为代表的储蓄保险模式和美国为代表的健康保险模式。在不同模式的初始阶段，政府、用人单位和个人所承担的职责任和分担的保险费用比例也相差较大。但近年来随着医疗费用增长过快，各种保险模式的国家都相继展开了新一轮医疗保险改革，其基本特征就是改变了制度建立初期鲜明的费用分担主体责任，不断调整和均衡相关利益主体对保险费用和医疗费用分担比例，使各种模式相互融合，逐渐向混合模式发展。

医疗保险被赋予越来越多的功能的同时，也面临着如何根据经济社会发展水平确定适度的保费规模和医疗费用补偿范围的问题，支付能力或者负担能力也是各国政府在医疗保险改革中重点考虑的内容。从整个系统的资金流向看，社会医疗保险承受力是由医疗保险费用分担支付能力、保险基金补偿能力、医疗费用补偿后参保人员自付能力、基本医疗服务供给能力，以及医疗保险制度抵御各类风险冲击保持可持续发展的能力等多种能力共同构成的复杂承受力体系。建立在适度承受力基础上的医疗保险水平，原则上是随着医疗保险功能定位和经济社会发展水平的变化而不断调整的，但实际上对医疗保险福利待遇的追求，总是存在与经济社会发展水平相偏离的刚性兑付与刚性增长问题，这既有政策与制度决策者的原因，也有民众的期待效用原因。由此造成医疗保险承受压力的持续增长性累加，会导致保险制度对各类风险因素的影响过度敏感，进而可能损害制度可持续发展的承受力基础。这也是本书重点考虑的问题。

从全书的章节结构看，主要是由6个章节构成，分别讨论了社会医疗保险的

功能定位的演变历程及其对支付能力的影响,相关的理论和理论模型,以及承受力的偏离问题,最后利用调查数据和相关统计数据资料,对我国的社会医疗保险承受力进行了实证分析。

第1章是绪论部分,首先是对社会医疗保险的发展历程与基本功能定位的演变进行了梳理,认为社会医疗保险的功能定位对保险目标的确定与基金筹资水平具有决定性的影响作用,而筹资水平又是社会医疗保险承受力的决定性因素。其次,围绕着这种观点,结合承受力的基本含义,对社会医疗保险承受力的概念进行了界定,探讨了社会医疗保险承受力的形成机制问题,并对国内外的研究现状加以综述分析,总结借鉴相关研究成果,用以指导研究的展开。

第2章是社会医疗保险承受力相关基础理论研究,为探讨医疗保险费用的分担机制、保费支付偏倚和保险套利,以及如何更好地实现承受力改进和保险制度的可持续发展,寻找理论依据和指导。社会医疗保险的可持续发展,必须借助有效的风险管理技术,全面控制可持续发展中存在的各种风险问题,尤其是医疗服务供给阶段的市场和政府失灵问题。

第3章是基于社会医疗保险功能定位和概念内涵,在相关基础理论的指导下,构建了社会医疗保险承受力综合评价理论模型体系。研究结论主要是,社会医疗保险是由多方费用分担主体和制度运行监管主体构成的复杂体系,面临着来自经济社会发展平稳性、人口老龄化、决策者制度偏好、不同费用分担主体经济支付能力变动和保险基金监管与支付能力等的风险。承受力问题的研究要坚持适度性、动态发展、多层次等基本原则要求,基于政策法规和相关理论,科学确定医疗保险费用的分担主体和分担额度。

第4章分别从医疗保险道德风险与保险欺诈、医疗保险选择效力等角度,阐述了社会医疗保险保费支付偏离的形成机制,以及如何有效地促进更为理性的保费支付行为问题。研究结论包括:医疗保险费用具有健康投资的属性,医疗保险供给的准公共物品属性,要求医疗保险费用必须以政府为主导、用人单位和个人等多方面共同参与。通过引入行为经济学期望效用贴现理论和心理核算机制,探讨了医疗保险费用与期望收益之间的偏离关系,以及对保费缴纳额度的影响。

第5章是社会医疗保险承受力的现状调查分析,以江苏省部分典型城市为主体,对照分析省外部分地区的资料,并结合国家审计署2012年公布的社会保障基金审计结果,分别从医疗保险参保人员、用人单位、定点医药机构和政府四个责任主体角度,调查分析了各主体对保险费用、基本医疗服务供给和自付费用的承担能力。

第6章是对社会医疗保险承受力适度性和风险因素的影响情况进行的综合实证分析,与社会医疗保险承受力理论模型相呼应。尽管从理论上,社会医疗保险

承受力需要深入细致和全面地对各种影响因素数据进行收集，但事实上一些数据，尤其是效用和违规性敏感数据，可及性和连续性很差。对此，为了对医疗保险承受力与风险因素的连续性稳定评估，数据主要采用了各类年鉴和公报资料等连续公开的数据资料。

本书是笔者承担的江苏省教育厅重点项目“社会医疗保险承受力与可持续发展机制研究”的第一部分研究成果，因而在重点论述社会医疗保险承受力问题的同时，也有所侧重地分析了社会医疗保险承受力与可持续发展之间的关系。在本著作先行出版以后，将出版第二部分可持续发展的研究内容，两部著作既是相对独立的，又是相互关联的。

如有不妥之处，敬请批评指正！

作者

2014年10月于南京审计学院

目 录

第 1 章 社会医疗保险承受力问题的提出与研究框架	1
1.1 医疗保险发展历程中的功能定位演变与支付能力	1
1.1.1 医疗保险制度形成阶段的功能定位	1
1.1.2 医疗保险制度改革阶段的功能定位调整	9
1.1.3 我国社会医疗保险制度的功能定位	15
1.2 社会医疗保险承受力问题的提出与国内外研究现状	19
1.2.1 社会医疗保险承受力概念的界定	20
1.2.2 社会医疗保险承受力的形成机制问题	23
1.2.3 国内外医疗保险承受力相关问题的研究现状	26
第 2 章 社会医疗保险承受力相关基础理论	32
2.1 社会医疗保险承受力基础理论	32
2.1.1 疾病风险贫困理论与健康投资理论	32
2.1.2 社会医疗保险的供给理论	39
2.1.3 社会医疗保险的需求理论	44
2.1.4 社会医疗保险供给与需求的效用理论	47
2.2 社会医疗保险可持续发展理论	51
2.2.1 社会医疗保险可持续发展的基本要求	51
2.2.2 社会医疗保险可持续的风险管理理论	53
2.2.3 医疗保险的市场失灵理论和政府失灵理论	57
2.3 社会医疗保险承受力与可持续发展内在关联机制	60
2.3.1 承受力是社会医疗保险可持续发展的基础	60
2.3.2 社会医疗保险可持续发展对承受力的基本要求	62
2.3.3 社会医疗保险可持续发展与承受力的关联机制	64
第 3 章 社会医疗保险承受力理论模型体系构建	66
3.1 社会医疗保险责任主体识别与风险来源分析	66

3.1.1	社会医疗保险承受力评价的复杂性分析	67
3.1.2	社会医疗保险基金筹集的来源主体与法理基础	70
3.1.3	社会医疗保险主要风险因素分析	73
3.2	社会医疗保险承受力复杂系统构建	79
3.2.1	社会医疗保险承受力评价基本原理	79
3.2.2	社会医疗保险承受力框架模型	84
3.2.3	社会医疗保险承受力风险识别与评估模型	86
3.2.4	社会医疗保险承受力适度性综合评价理论模型	89
3.3	不同责任主体医疗保险承受力适度性因子展开模型	91
3.3.1	社会医疗保险承受力一般均衡模型	91
3.3.2	社会医疗保险适度承受力评价模型构建的 基本原则与假设	92
3.3.3	社会医疗保险承受力评价模型影响因子展开	98
第4章	社会医疗保险费投入的非理性偏离分析	109
4.1	社会医疗保险费投入偏离的形成机制	109
4.1.1	社会医疗保险费的投资属性与医疗供给的特殊性	110
4.1.2	医疗保险费投入供需平衡偏离的内生机制	116
4.1.3	医疗保险保费投入非理性行为的效用贴现机制	126
4.2	社会医疗保险费投入的宏观偏离度分析	129
4.2.1	我国医疗保险保费投入基本情况分析	129
4.2.2	医疗保险深度国内外比较分析	133
4.2.3	医疗保险密度国内外比较分析	145
4.3	社会医疗保险费投入的微观偏离度分析	154
4.3.1	供需均衡与医疗保险保费投入偏离的关联性	154
4.3.2	商业医疗保险与社会医疗保险缴费偏离度比较	155
4.3.3	医疗保险保费支付偏离度对比分析	158
4.3.4	不同层级间医疗保险保费投入过度问题分析	161
4.4	社会医疗保险费投入的非理性纠偏对策	166
4.4.1	基于经济承受力适度性改善医疗保险资金投入预期	166
4.4.2	改善医疗保险认知效用的供需均衡与续保意愿	167
4.4.3	构建社会医疗保险为基础的多层次医疗保障体系	169
4.4.4	构建多部门共同参与的医疗保险非理性纠偏与监控机制	172
第5章	社会医疗保险承受力与基金安全现状分析	174
5.1	社会医疗保险承受力现状调查分析	174

5.1.1	问卷设计与数据资料调查的基本情况	174
5.1.2	参保个体社会医疗保险承受力相关调研结果分析	176
5.1.3	用人单位社会医疗保险承受力相关调研结果	184
5.1.4	社会医疗保险定点医院和药店承受力资料调研结果分析	186
5.1.5	政府财政与社会医疗保险承办机构情况	188
5.2	全国社会保障基金审计报告中反映的医疗保险基金安全问题	193
5.2.1	审计报告中关于基本医疗保险发展情况的资料	193
5.2.2	审计报告发现的主要问题分析	197
5.3	医疗保险承受力调查与社保审计发现问题的解决对策	199
5.3.1	改善社会医疗保险承受力的基本思路	199
5.3.2	医疗保险缴费主体的承受力问题与解决措施	201
5.3.3	医药卫生服务机构承受力的改善策略	203
5.3.4	政府部门财政承受力的改善措施	205
第6章	社会医疗保险承受力适度性与违约风险	
	实证分析	207
6.1	社会医疗保险各责任主体承受能力分析	207
6.1.1	社会医疗保险费用筹集能力分析	207
6.1.2	医疗服务费用补偿能力分析	213
6.2	社会医疗保险承受力风险因子影响作用分析	223
6.2.1	社会医疗保险系统内生性风险因子的影响作用	223
6.2.2	社会医疗保险外部系统风险因子影响作用	227
6.2.3	基于尚未有效识别因子的医疗保险弹性空间分析	231
6.3	社会医疗保险基金补偿能力的违约风险分析	233
6.3.1	医疗保险基金补偿能力违约风险测度原理与参数设定	233
6.3.2	社会医疗保险承受力违约风险评估	237
第7章	总结：医疗保险承受力与可持续发展再认识	246
7.1	社会医疗保险存在：适度承受力与可持续发展	246
7.1.1	研究社会医疗保险承受力问题的动因	246
7.1.2	社会医疗保险承受力偏离导致的不可持续问题	250
7.2	研究内容总结与未来研究方向展望	254
7.2.1	主要研究内容总结	254
7.2.2	未来相关课题的研究展望	256

附录：部分调查问卷	260
附录 1 我国社会医疗保险问题调查问卷——个人部分	260
附录 2 我国社会医疗保险问题调查问卷——用人单位基本情况	264
附录 3 我国社会医疗保险问题调查问卷——地方医药服务机构情况	266
附录 4 我国社会医疗保险问题调查问卷——地方医疗保险承保机构	268
参考文献	270

第 1 章

社会医疗保险承受力问题的提出与研究框架

社会医疗保险承受力问题的研究与社会医疗保险的功能定位关系密切，社会医疗保险制度承受力是否适度 and 可持续能力，与其功能定位的科学性与保障目标密切相关。社会医疗保险功能定位，又受到医疗保险水平的制约，如果保险水平偏低，导致医疗费用补偿比例偏低，必然难以实现医疗保险政策设定目标；保险水平偏高，又可能超越了一定时期保险基金的筹集能力、医药卫生服务的供给能力，以及医疗保险基金的支付能力。保险水平与功能定位必须根据特定时期的经济社会发展水平，适度满足社会成员医疗服务需求，并对医疗服务需求的合理性及其影响因素进行有效的控制和防范，即医疗保险承受能力要适度。从逻辑关系上看，医疗保险承受力的适度性，决定了医疗保险制度发展的可持续性，而要保持社会医疗保险制度的可持续发展，又必须对医疗保险承受力的基本要素进行分析，判断医疗保险承受力面临的风险因素，并采取有效措施进行控制，避免医疗保险陷入基金筹集、支付和保值增值等困境中。这是整个研究框架的基本指导思想 and 研究技术路线设计的设计基础。

1.1 医疗保险发展历程中的功能定位演变与支付能力

1.1.1 医疗保险制度形成阶段的功能定位

(1) 疾病风险防范的经济支付能力与医疗保险功能定位内在关系

人类对疾病风险的抵御能力，由人类早期社会出于对神灵惩罚畏惧的被动接受，到以家庭和氏族内部的经济互助、君主等统治阶层的恩惠、宗教组织的慈善救助，都是在自然经济生产方式下，基于基层家庭或部落组织的经济支撑能力，

对疾病进行被动的治疗的,因为医疗技术水平和经济支付能力限制,对生命的有限性放弃,是早期人类社会抵御疾病风险的基本方式。在资本主义生产方式出现以后,自给自足的小农社会生活方式被打破,大量的无产劳动者开始进入手工作坊和工厂车间,在集中起来出卖劳动力换取收入的同时,在相对恶劣的生产环境和高强度的劳动下,疾病也由原来的散发状态,变得相对集中,疾病与失业、贫困甚至是死亡,也具有越来越强的关联关系,为了避免因为疾病导致的失业和贫困等问题,在资本主义的早期,出现了很多工人互助组织,以在患病以后获得一定的经济救助。但随着资本主义大生产的扩大和自我意识的觉醒,在工人互助组织的因病致贫救济能力不足的情况下,工人阶级通过罢工、斗争等方式,开始向资产阶级和统治者寻求疾病保障经济支持,为了缓和阶级矛盾维护统治阶级的利益,很多国家开始出现了济贫类法案。1883年德国俾斯麦政府正式颁布了《工人医疗保险法》,标志着社会医疗保险制度开始正式出现。

现代意义上的社会医疗保险制度在德国出现以后,各国出于不同的目的,如英国的战争动员和战后经济社会秩序调整、美国的经济激励等,在20世纪前半叶逐渐建立起具有本国特点的医疗保险制度。但是基于各国经济发展水平和各种政治性因素考虑,对医疗保险的功能定位也存在一定的差异,并且随着医疗保险制度的发展过程,也对医疗保险的功能定位进行了调整,各类缴费主体的保费分担模式也发生了较大的变化,分化成国家福利型、社会保险、商业健康型和储蓄型等多种医疗保险模式,对不同主体的经济支付能力产生了一定的影响。按照时间顺序层面,现代医疗保险制度经历了第二次世界大战之前的初步发展阶段、第二次世界大战及第二次世界大战以后的全面建立与完善阶段,20世纪70年代以后的改革调整阶段,以及当前在2008年金融危机背景下采取的一系列改革。现代医疗保险制度的建立与发展、改革,更加突出了医疗保险的功能定位与各方责任主体承受力调整问题,单一化的医疗费用分担方式得到调整,国家、用人单位和个人三方分担的模式日趋明显。

由此可以看出,医疗保险制度的出现,既是人类对疾病风险抵御经济支出的个人负担,逐渐向社会相关利益者共同负担的过程,也是由原来简单的资金筹集的方式向具有维护社会秩序、维持和促进人类健康的社会功能演变的过程。它既是经济社会发展的产物,也对经济社会生活的发展具有很大的反向作用。因而医疗保险制度的功能定位,在当前重视医疗保险对经济社会作用的情况下,与医疗保险的经济支付能力和可持续发展能力,具有重要的影响作用。分析不同阶段医疗保险制度的形成、发展与改革过程,对于科学定位医疗保险的功能,确定合理的保险费用筹集规模和筹集机制,推动和保持医疗保险制度的可持续发展,具有基础性作用。图1-1给出了医疗保险制度的形成与发展过程中的经济支付、医疗服务需求和功能定位的关系。

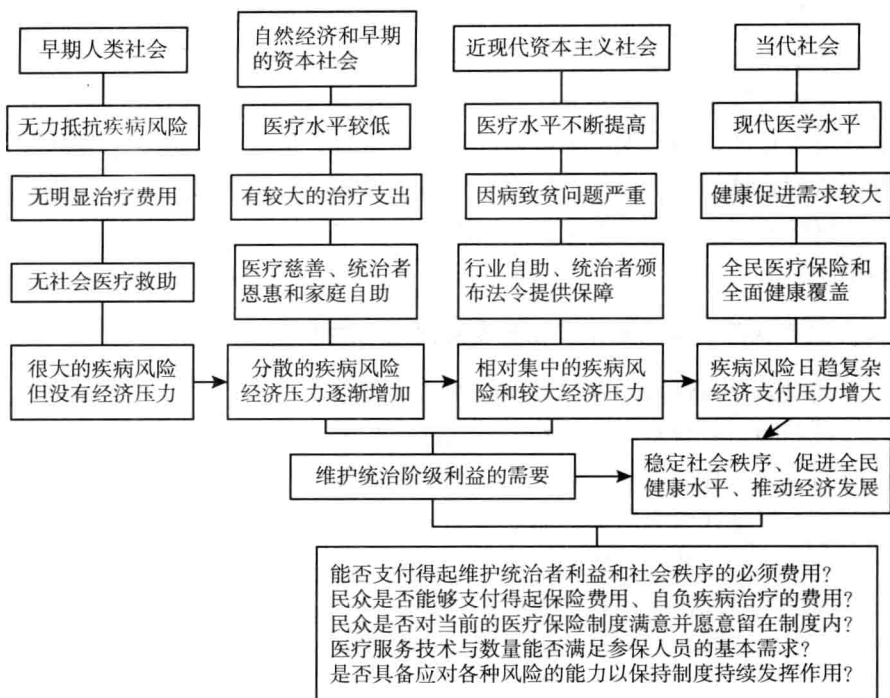


图 1-1 人类社会不同时期疾病损失和保险功能定位与支付能力的演进

由图 1-1 人类社会不同时期的疾病风险和治疗费用、保险功能定位与支付能力的演进过程可以看出，早期人类由于缺乏基本的疾病治疗技术，人在大自然面前显得无能为力，也没有所谓的经济支付问题。但随着货币的出现和基本医疗能力提高，人们需要用经济资源换取医疗救治，开始在家庭或家族层面出现治疗疾病的经济费用，但在自然经济生产方式下，人类主要依据家庭经济资源支付治疗费用，统治者和宗教组织也会无偿的提供一些疾病救治的帮助，但直接的经济资助很少。到近代资本主义阶段，人类生产方式向工厂或手工作坊集中，在医疗技术水平得到较大的提高以后，疾病治疗的需求和相应的费用也开始增加，这时就需要从家庭保障走向社会保障，民间出现了一些自发的互助组织，政府参与的程度很低，直到资本主义工业革命以后，集中大量无产工人阶级的大工厂开始出现，才推动了资本主义国家颁布了救助和医疗保险等相关法律。

医疗保险制度不仅能够维护统治和社会秩序，维护社会民众的健康，防范因为疾病救治陷入困境，而且还能在一定程度上激励生产效率和宏观经济发展，因而资本主义国家又将保险制度上升为调控经济的一种手段。医疗保险制度的功能不断增加，因而其担负的社会责任也在增加，需要的财政支持资金也必然需要增加，因而开始出现政府的财政是否能够具备维持制度正常运转的资金支持，资金

的支持调整是否会影响到参保人员的保险费用和医疗费用的支付能力,是否会因此导致他们退出医疗保险,进而引发新的社会问题。同时作为一种长期存在的制度,医疗保险制度是否能够充分的抵御发展过程中存在的各种风险问题,包括宏观外部环境变化的影响、保险体系内部微观环境的变化等,因而医疗保险的支付能力和可持续发展能力,成为医疗保险制度的改革和完善需要深入思考的问题。因而医疗保险制度科学的功能定位,对医疗保险的支付能力和稳定发展,具有深远的影响。

(2) 医疗保险制度的萌芽和初步发展阶段的功能定位

①疾病风险与医疗费用支付能力问题的出现。

人类社会的历史就是人类不断与疾病进行斗争的历史,疾病是影响人类生存的最重要的威胁,规避疾病风险并及时对疾病损害进行健康修复,贯穿于整个人类的发展史。但是在疾病的损害面前,单个个体显得非常渺小,因而出现了团结合作共同解决疾病与死亡威胁的行为,并形成了医疗互助行为和相应组织,这些互助行为和组织可以追溯到远古时代的部落成员之间简单的疾病救治互助行为。而到了中国的西周时期,开始出现了老幼群体的因病致贫问题进行就医费用的社会救助办法,并且逐渐成为官方的政府行为。早期的医疗救助,主要是提供直接的医疗救治,或者在陷入贫困以后给予少量的经济帮助,是被动的事后救济性质的弥补只能维持基本生存需要的帮助。

疾病风险发生的必然性和偶然性双重特征,与疾病发生以后的救治费用给患者及其家庭带来的支付压力,是医疗保险需求产生的最根本原因。疾病风险发生的必然性是指在每个人的一生中,“生病”这个事件是个确切的概率,偶然性则是对不同个体来讲,在某个确切的时间点上又是不可预知的。也正是由于疾病这种伴随生命过程中的必然性和偶然性特征,以及疾病对人类健康甚至是生命存续的威胁,人类才想方设法对疾病风险进行规避,但早期人类对疾病风险的防治能力是被动的,甚至是迷信的,占卜与巫医成为早期人类预防和治疗疾病的一种流行方式。随着医学科学技术的发展进步,人类对疾病的认识逐渐趋于理性和科学,治疗疾病的技术和药物水平也得到较大提升,但与之相伴随的就是医疗费用支付规模的增长,已经超越很多群体承受的能力,无力支付高昂的医药费用,逐渐成为社会底层群体生命健康最大的问题。

在资本主义产生以前,由于人类主要从事自给自足的小农经济,疾病风险在人群中的分布是零散的,而且彼此之间的帮助也仅限于家庭或家族成员之间,也是疾病治疗费用主要的来源途径,在封建迷信和宗教行为占主流意识形态的背景下,人们将疾病的发生归因于上帝或神灵的惩罚,在救治途径上,一些宗教组织开始为资金的信徒提供一些医疗救治或费用上的支持。当前世界四大宗教组织,

都形成了自己相对独特的预防或治疗疾病的方式，编撰了常见疾病的治疗典籍。其中对现代医疗救治具有重要影响的是基督教系，包括他们的教会医院和各种慈善组织。在基督教盛行的大部分国家，随着基督教堂的建立而建立的一批教会医院，负责为信教教徒和普通的民众提供一些免费或基本免费的医疗救治措施。当前世界上公认的现代意义上的第一所医院，是公元330年在基督教统治时代的罗马帝国国王康斯坦丁的母亲圣·海伦娜创立的^①。人类对疾病和生死的畏惧促进了对宗教信仰，而宗教慈善机构的发展，又推动了医疗慈善和医疗救助的发展，其中教徒内部又有一些在医疗方面的经济互助行为。

随着资本主义生产方式的出现，尤其是资本主义工业革命以后，人类的生产生活方式发生较大的转变，工业作坊对工人进行集中的同时，也使得疾病的发生由原来自然经济时期的“散发”，开始具有一定的“聚集性”特点。而资产阶级对雇工的经济剥削，又逐渐加大了社会贫富差距，无产阶级力量开始形成。随着工人工作环境日趋恶劣，流行性疾病和工伤问题，也逐渐成为影响其健康与生存的问题。但在资本主义社会发展的早期，工人阶级力量相对弱小，人们对疾病风险的预防与疾病治疗，大多只能采取民间互助的方式。这种方式在13~16世纪的欧洲得到较大发展，行会、公典和年金制度中开始出现与医疗互助有关的行为。特别是在英国，随着宗教医院的较快发展，在1123年开始出现了具有慈善性质的大型教会医院，这些教会医院开始为普通病人免费提供医疗服务，其资金来源主要是富有教徒的慈善捐赠。但这些行业组织的医疗互助行为和教会慈善捐助，都无力解决资本主义大生产方式下大规模的医疗救治费用问题，必然会导致更大规模的阶级之间的斗争，以争取从资产阶级那里能够获得更大的防治疾病的经济支持。

② 医疗保险制度的形成与基本功能定位。

具有法律标志的医疗保险制度的萌芽是英国1601年颁布的《济贫法》，对因病和其他原因陷入困境的民众提供少量的国家救济。1834年英国又对《济贫法》进行修订，颁布了新的济贫法案，进一步扩大了贫困救助的保障范围。但之后在世界范围内政府的行为并没有明显的进展，直到19世纪的后半叶，随着无产阶级队伍的壮大，在与资产阶级的斗争中，逐渐向资产阶级提出为工人疾病治疗提供必要的经济帮助，这些诉求和逐渐紧张的劳资关系，推动了国家对医疗救治问题的干预。为了资产阶级生产秩序和统治阶级利益，德国的俾斯麦政府在1883年推出了《工人医疗保险法》，建立了世界上第一个社会医疗保险制度。但此时德国政府建立的社会医疗保险制度，其最初的动因是为了解决工业化带来的社会问题与阶级矛盾的缓和，以巩固其统治阶级利益。事实上，各国在19世纪末20

^① 兰木. 医院发展史提纲 [J]. 医院管理, 1984, (04): 48-50.

世纪初期制定的一系列包括医疗保险在内的社会保障制度，也确实达到了缓和阶级矛盾的作用。但此时的医疗保险制度只是政府被动提供的、低水平的、少数范围内群体能够得到保障的初级医疗保险。

在德国颁布《工人医疗保险法》等一系列法案以后，毗邻的欧洲国家，诸如意大利、瑞典、英国和法国等西欧国家，先后出台了一系列与医疗保险相关的社会保险法规。意大利分别在1898年和1910年颁布了《老龄残疾保险》和《生育保险》。瑞典虽然在19世纪后半期就已经出现了类似医疗保险的合作组织，而且中央政府早在1891年就正式给予财政援助，但直到1910年才正式颁布了《疾病保险法》。英国早期的《国民保险法》是自由党执政以后，在1911年12月颁布的，该法案将医疗保险作为国民保险体系的一项重要内容。法国1928年在全国推行包括疾病、生育、死亡和残疾等内容在内的《社会保险法》。

因而西欧国家在第一次世界大战前后颁布的医疗保险的相关法律，既是为了巩固国内阶级矛盾的需要，也与其他政治经济目的有关。此时的医疗保险虽然没有普及到全部民众，但在法律上，已经成为民众能够见到和享受到的一项社会保障制度，也切实缓解了国内日益严重的阶级矛盾问题。而与该时期资本主义国家医疗保险性质不同的，是1917年十月革命胜利后成立的苏联政府建立的社会主义制度下的医疗保障制度，其目的是为了维护工人的根本利益，是社会主义制度人民当家做主地位的重要体现。苏联医疗保障制度的功能定位在于维护和提高劳动人民的健康水平，因而国家承担了绝大部分医疗服务费用，并且是以接受基本免费医疗服务的形式提供医疗保障的。

从社会医疗保险制度的形成过程可以看出，社会医疗保险的基本功能就是在国家加以干预并提供支持的前提下，社会成员通过共同筹集医疗费用，在社会成员患病治疗时产生的费用进行适度的救济或补贴。由于资本主义社会的资产阶级与无产阶级之间不可调和的矛盾，他们的医疗保险制度的建立是被动的，是为了达到安抚民心 and 稳定社会生产秩序的目的。在社会医疗保险早期的功能定位中，尚未达到权利与义务对等的现代社会医疗保险高度，该阶段的医疗保险具有鲜明的阶级矛盾缓和色彩与目的，政府财政和雇主所承担的医疗保险费用，难以充分满足社会成员有效抵御疾病风险的经济支撑能力，政府所附加的福利水平较低。

(3) 医疗保险制度的全面建立与完善阶段功能定位

在第二次世界大战期间，英国基于战争动员和重建家园的需要，以《贝弗里奇报告》为标志，开始筹划提供全面医疗保障的国家福利制度，并对西欧等国家第二次世界大战以后医疗保险制度的建立，产生了非常大的影响作用。第二次世界大战以后各国医疗保险制度的全面建立和改进，既是基于维护阶级秩序和经济社会秩序的考虑，也有分享战争胜利成果、增强国家和民族自豪感的动因。因