

# 市场、政府 与全民医疗保障

MARKET, GOVERNMENT AND HEALTH  
INSURANCE SYSTEM

段家喜 著



中国财政经济出版社

本书系国家社科基金重点项目

——建立覆盖城乡的社会保障制度（项目序号 07ASH008）

阶段性研究成果

# 市场、政府与全民医疗保障

段家喜 著

中国财政经济出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

市场、政府与全民医疗保障 / 段家喜著. —北京: 中国财政经济出版社, 2009. 4

ISBN 978 - 7 - 5095 - 1545 - 7

I. 市… II. 段… III. 医疗保险 - 研究 - 中国 IV. F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 053512 号

责任编辑: 马 真 张冬梅

责任校对: 胡永立

封面设计: 耕 者

版式设计: 兰 波

中国财政经济出版社出版

URL: <http://www.cfeph.cn>

E-mail: [cfeph@cfeph.cn](mailto:cfeph@cfeph.cn)

(版权所有 翻印必究)

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮政编码: 100142

发行处电话: 88190406 财经书店电话: 64033436

北京财经印刷厂印刷 各地新华书店经销

787 × 960 毫米 16 开 21.75 印张 361 000 字

2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月北京第 1 次印刷

定价: 39.00 元

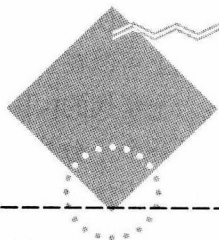
ISBN 978 - 7 - 5095 - 1545 - 7/F · 1338

(图书出现印装问题, 本社负责调换)

本社质量投诉电话: 010 - 88190744

---

# 序言



---

度 国 柱

继《养老保险制度中的政府行为》一书之后，段家喜博士新著的《市场、政府与全民医疗保障》一书又要问世了。阅读这厚厚的书稿，领略字里行间所表达出来的作者有深度和见解独特的观点和论证，我感到由衷的兴奋和喜悦。

近年来，全国上下对于建立覆盖城乡的健康保障制度问题给予了持久的关注和热烈的讨论。最近中央政府公布的“医改方案”征求到公众数以万计的意见和建议，可见民众关注度之高。这本书专题考察和讨论了中国全民医疗保障体系建设问题，它是段家喜博士研究生毕业后，在从事健康保险监管工作实践中的理论研究、思考和总结，也是对我国健康保障制度建立和完善方面发表的一家之言。

## (一)

在这本书里，作者主要从自由发展的医疗保障观念、市场与政府关系及其在医疗保障体系中的责任与作用的视角，来讨论研究这一问题的。而自由发展的医疗保障观念与传统的医疗保障观念有明显的区别。传统的医疗保障观念是基于对疾病的治疗与费用的控制，主要注重医疗服务供给的总量及效率的提高。而基于自由发展的医疗保障观念认为，医疗保障的本意在于提升和保障人们免于疾病苦痛的自由和可行能力，在于提高居民对于疾病苦痛的抵抗能力、可行能力及自由度，不仅要注重医疗供给的总量，更要注重其结构与分配，不

仅要注重体系的效率，更要注重体系的公平。医疗保障既是目标也是手段，有充分的证据表明，即使收入水平相对较低，一个为全体居民提供医疗保障和教育的国家，实际上可以在全体居民寿命和生活质量上取得非常突出的成就，比如上个世纪五六十年代的中国。

医疗保障是一个十分热点的研究课题。关于医疗保障的研究可谓汗牛充栋，这些研究成果大体可以分为两类：一是已被或逐步被学界、业界甚至决策层接受，并应用于指导实践活动，产生正面效果；二是虽然被接受并应用于指导实践，但由于理论与建议的不正确或不符合实际而产生负面效果。做任何一门学科的研究，研究者都希望能够达到第一类型的境界，我想本书的作者亦不例外。既然有这么多前人的研究，并且这些研究中不乏真知灼见，为什么作者还要做进一步研究呢？原因主要在于医疗保障问题本身的重要性、环境发生了变化，以及研究视角的不同。

近年来关于建立和完善全民医疗保障体系的声音越来越大。这种现象的背后原因是复杂多样的，以笔者陋见，主要有以下几点：

1. 经济的崛起与分享成果的众望。今天的中国正处于一个全新的时代。综合国力和财政负担能力大增，民众关注民生，政府重视民生，但各类民生问题的解决依然困难重重。“看病难、看病贵”就是当前城乡居民反映最强烈的、急需解决的民生问题之一。从综合国力和财政负担能力来看，有条件解决好“看病难、看病贵”等民生问题。在建设社会主义市场经济过程中，我国经济得到快速增长，以等价购买力计算，中国进入世界经济前五强，人们的生活水平显著提高。据统计，2007年中国国民生产总值达到24.66万亿元，是1978年的近68倍；人均国民生产总值达到18665元，是1978年的50倍。国民经济与政府财力持续高速增长，为推动包括医疗保障在内的社会保障体系改革提供了物质基础；建立包括医疗保障在内的、覆盖城乡居民的社会保障体系是国民分享经济社会发展成果的重要渠道。应当通过社会保障制度的建设来达到国民福利与国民经济、政府财力同步增长的合理目标。以中国现有的经济发展水平与国家财力，建设一个水平适度的能够覆盖城乡居民的医疗保障体系、解决好“看病难、看病贵”等民生问题，是完全能够做到的。在越来越多的国家已经将医疗保障等社会保障作为公民的一项基本权利，这种理念被越来越多的国人所认识和接受。如何获得包括医疗保障在内的社会保障权，已经成为公民和维护社会公平的一项政治诉求。

2. 全球化。越来越少的国家能够置身于世界经济大趋势之外，全球化市



场范围内的劳动力分工趋势实际上已经影响到每一个国家。健康风险、医疗保障制度的建设与改革也不例外。健康风险出现全球风险趋同化的走势，正如经济全球化改变各民族的习惯和生活方式一样，它也使得与那些生活方式相关的各种风险日趋同化。在经济发展过程中，随着生活方式变得越来越城市化以及工作中体力劳动变得越来越少，心血管病、癌症以及糖尿病等非传染性疾病已经迅速在发展中国家蔓延流行。而且全球旅游和经济交流也使流行性疾病的风险在全球范围内趋同化，所有国家都会同等地受到源于一个国家流行性疾病的威胁。医疗保障制度建设与改革也受到来自国际组织及福利国家模式的影响，将医疗保障视作一项基本人权的理念由发达国家向发展中国家蔓延，并为越来越多的发展中国家所接受。全球化不仅会提升发展中国家居民对社会福利和保障的诉求，还会在一定程度上削弱这些国家独立制定社会政策的能力。

3. 市场主导思想的统治地位。改革开放 30 年，在一定程度上就是以市场经济取代计划经济模式的过程。市场机制已经在经济领域对资源配置起着主导或基础性的作用。包括医疗保障在内的社会保障制度属于社会政策，市场要求在这些政策中进一步发挥作用，这种要求的合理性在于市场往往比政府更有效率。这种要求可以分为两个层次：一是不限制市场作用在这些社会政策实施中的发挥，二是通过社会经济政策鼓励甚至激励市场在其中发挥更大的作用。

4. 对政府能力与效率的怀疑。20 世纪各国社会保障制度所面临的困难与挑战，使得部分人对其失去信心，特别是较年轻的一代，普遍对政府是否有能力、高效率地解决医疗保障问题信心不足。但医疗保障体系的建设与改革依然离不开政府的作用。

5. “看病难、看病贵”问题的突出性。从现状来看，“看病难、看病贵”依然是当前社会各界普遍关心的民生问题之一。1978 年国际劳工组织（ILO）通过的第 67 号国际公约，呼吁各国政府为达到 2000 年“人人享有医疗”的目标而努力；1997 年 1 月 15 日中国政府承诺于 2000 年基本实现“人人享有初级卫生保健”。但时至今日，问题依然没有得到有效和满意的解决，甚至可能在某种程度上还恶化了。中国在 20 世纪 80 年代经济发展取得的成就是引人注目的，但在经济快速增长以后，无论从预期寿命，还是从婴儿死亡率来看，进步却比不上韩国、斯里兰卡和印度，80 年代中期死亡率甚至有所上升。直到 1999 年以后，中国的人口死亡率才普遍下降到 6.5‰ 以下，而这个数字仍然高于改革开放初期的水平。中国人平均预期寿命虽然有所提高，但中国农村居民的预期寿命比城市居民低 6 岁，而中国最富和最穷的省市（北京和贵州）

居民预期寿命之间相差 10 岁。为此, 2006 年 8 月, 国务院启动由 16 个部委组成的工作小组, 专项研究医疗卫生体制改革问题。

6. 医疗保障制度是解决“看病难、看病贵”问题的瓶颈。“看病难、看病贵”的理论解释就是人民群众医疗卫生服务的可及性差。医疗卫生服务的可及性包括两个方面的内涵: 一是物理上的可及性, 即人民群众就医的方便程度, 常用离最近医疗机构的距离或时间表示; 二是经济上的可及性, 即人民群众就医的支付能力, 通常从人民群众个人的现金支付能力和享受医疗保险覆盖水平两个方面来考察。从物理上的可及性来看, 问题似乎并不大, 我国卫生服务资源总体不短缺, 主要是结构及利用效率方面的问题。2006 年我国每千人口的执业医师数和护士数分别为 1.54 和 1.10; 中国每千人口的执业医师数(不包括乡村医生)已经超过实行全民医疗保障的泰国、土耳其和中国台湾地区, 与新加坡、墨西哥和韩国相当<sup>①</sup>。只有每千人口的护士数明显低于其他国家。城市 82%、农村 61% 的住户, 1 公里之内或 10 分钟内就可到达最近的医疗机构。但存在卫生资源城乡差异大, 以及利用率不高等问题。第三次国家卫生调查结果表明, 城市街道卫生院床位利用率从 1997 年的 65.9% 下降到 2002 年的 39.2%。问题主要集中在经济可及性上。在改革过程中, 个人支付的比例不断上升, 到 2006 年我国个人卫生支出占卫生总费用的比例为 49.3%, 个人支出的比例远高于同期发达国家的水平。

医疗保障制度在整个医药卫生体制中处于重要的地位, 但中国医疗保障体系存在保障水平低及制度不健全等问题。此次深化医药卫生体制改革将医疗保障制度改革作为四大专题之一来考虑, 在未来框架中, 将医疗保障制度作为“四梁八柱”中的一根“梁”来建设。但我们可以看出, 第一, 对于医疗保障体系在医药卫生体制中的地位, 以及医疗保障体系改革对于保证医药卫生体制改革有效且成功的重要意义, 认识是不足的。更多的笔墨集中于公共筹资、医疗服务体系改革、医疗卫生付费机制的改革等内容上。第二, 对于完善全民医疗保障体系的细节问题讨论不足, 更多的笔墨在讨论制度框架。其实全民医疗保障体系的制度框架和实质内容大同小异, 无非是政府要以低费或免费等救助方式为低收入人群或全体居民提供最基本的医疗卫生服务、政府组织提供收费项目等基本保险为居民提供基本保障、鼓励商业保险发展以提高保障水平。目

---

<sup>①</sup> 如果将中国 88 万乡村医生的一部分计算为执业(助理)医生, 那么我国每千人口的执业医生数则接近世界上最富有的国家(如日本和美国等)。

前中国名义上已实现全民医疗保障，但各种制度四分五裂，在这种状况下，如何进行整合和有效衔接，以形成一个有效的系统，理顺社会保险、商业保险以及社会救助之间的关系，是建设全民医疗保障体系过程中急需解决的问题。

对于同一问题，从不同的角度去研究、去看待，就会得出不同的结论，这对于社会政策问题尤其如此。作为出发点的理念和价值判断，对于认识和结论起着重要作用。此外，研究者不同的学术背景以及工作背景也会对其研究结论产生影响。段家喜博士这本书主要是从理顺政府与市场关系的角度，去探索有中国特色的全民医疗保障体系建设之路；以医疗保障体系为思考的平台和载体，专题研究社会保险与商业保险的关系，探讨优化社会保险与商业保险在体系中的作用途径、方式、领域与空间，重点研究政府与市场的关系及其在体系中的地位与作用；在总结和分析现代医疗保障制度中社会保险与商业保险关系的理论基础上，着重研究各国社会医疗保险与商业健康保险的关系及中国实践，最终目的是提出政策建议，积极探索符合中国实际的医疗保障建设和改革之路。由于工作原因，作者作为中国保监会的代表之一参与了2006年启动的深化医药卫生体制改革工作，身处这样的重大变革和工作中，他努力去学习医疗保障制度方面的文献，思考在中国这样一个大国，如何为全体居民提供安全、有效、充分的医疗保障。

除了上述背景，我想，还有一些原因也促使作者做该研究：第一，医疗保障是一个非常复杂的问题，这主要源于医疗费用风险本身的复杂性、医疗服务机构介入使得当事人之间关系变得更为复杂。第二，改革是一个持续、永恒的过程，不可能一劳永逸。因为医药卫生体制及医疗保障体系建设问题是非常复杂的，认识有一个不断深化的过程；即使是一个非常好的制度也有效力递减的问题，随着时间的推移，经济社会不断发展，原有制度可能就不能适应新形势的需要，在实施过程中也会产生新的问题，需要去研究、去解决。第三，社会保险与商业保险的关系是研究医疗保障制度改革的重要内容之一。因为在医疗保障体系中，政府与市场、社会保险与商业保险共同发挥作用，形成一个整体，共同抵御疾病风险。研究社会保险与商业保险的关系，有助于我们更好地了解各国不同医疗保障制度运行及绩效，而且对于推动我国医疗保障制度的改革也有重要的指导意义。特别是在中国，正处于经济发展转型、社会关系转型、人口结构转型和政府职能转型的过程之中，如何发挥、协调好政府与市场在经济发展与社会进步（包括促进社会保障体系的完善）方面的作用，是这一时代的根本任务之一，必须全面理解、理顺政府与市场的关系与作用，具体

到医疗保障体系，就是要理顺社会保险与商业保险的关系。只有理顺了社会保险与商业保险的关系才能有效保证医疗保障体系的高效持续运行。

## (二)

段家喜博士在写这本书的时候，有四个不同的身份：医药卫生体制改革的参与者、商业健康保险的监管者、社会公众，以及作为中国社会科学院博士后流动站的研究人员。读者会发现，这本书的讨论有多种不同视角，因为他不断地在这四种角色和身份中去转换、去换位思考中国医疗保障制度改革问题。

任何研究的目的都是从个性中寻求共性的东西，并将其结论应用于实践并指导实践。本书研究医疗保障制度中社会保险与商业保险的关系，其目的在于：探索在社会主义市场经济条件下，如何才能更好地促进社会保险与商业保险形成良性互动的关系，适应经济社会发展和政治人口变化的客观要求，促进医疗保障制度的科学持续发展，提高医疗保障制度服务医药卫生体制改革的能力，提升医疗保障制度应对疾病风险的能力。为此，作者在本书中重点思考和研究了以下几个问题：

1. 国际上医疗费用支出是一个什么样的水平，中国处于什么样的位置？讨论医疗费用快速上涨的原因，及其与医疗保障制度的关系。

2. 总体考察国际健康水平，分析健康不公平问题的现状与根源，及其与医疗保障、交换权利的关系。

3. 医疗保障制度的本质与内含是什么？医疗保障制度有什么样的特征？

4. 医疗保障制度中的市场作用及其失灵，以及对于失灵的解决方法。

5. 医疗保障制度中政府的行为与作用。

6. 在医疗保障制度中，社会保险与商业保险的关系是什么样的？其理论基础是什么？而在实践中又做了哪些探索？有哪些经验和教训？

7. 以国际的视角，依政府在医疗保障制度中的地位与作用如何将各国医疗保障制度进行分类？不同类别的医疗保障制度发展有哪些经验与教训？对于中国有什么样的借鉴意义？

8. 中国医疗保障制度历史发展的经验与教训是什么？如何评价改革的成就与不足？

9. 中国医疗保障制度改革的背景是什么？什么是理想的医疗保障制度模式？

## 10. 中国医疗保障制度改革应该向何处去？又如何去？

通过研究分析，在本书中形成以下观点和结论：

1. 首创式地提出基于自由的医疗保障观念，认为医疗保障既是手段又是目标，这对于更充分地认识建设全民医疗保障体系的意义，以及校正改革的方向和目标，具有重要的意义。

2. 进一步比较分析了中国医疗费用水平及其在国际中的地位，实证分析了医疗总费用快速上涨的原因。得出医疗费用支出与健康状况并非必然联系的观点，健康状况既取决于一国医疗卫生资源的投入，也取决于其结构。

3. 总结分析了健康不公平问题，指出中国健康不公平问题的严重性。

4. 首创式地提出健康交换权利的概念，并分析了健康、医疗保障与交换权利的关系，分析了影响个人交换权利的因素。首次提出将医疗保障划分为政府保障、市场保障和个体（家庭）保障三个层次。

5. 系统总结了医疗保障的市场特征（或市场失灵），包括外部性、信息不对称以及利益博弈。比较全面地分析了利益集团对医疗保障政策及市场的影响，首次引入并构建委托代理模型对医疗保障市场中保险机构与医疗机构的关系，进行博弈分析。

6. 系统梳理了医疗保障中政府的作用，提出医疗保障体系中政府的作用主要包括制度设计、经营管理、财政扶助以及监督管理四个方面，并从国际的角度系统分析了这四种作用的形式及内含。

7. 基于政府与市场关系的视角，讨论了医疗保障体系中社会保险与商业保险的关系，将这种关系归纳为竞争替代、互补合作与协调渗透三种类型，实证分析了中国大陆、中国台湾以及拉美国家的经验，并进行了案例分析。

8. 首创式地以政府在医疗保障体系中的作用程度作为划分医疗保障模式的标准，并将各国医疗保障划分为政府包揽型、政府主导型和政府补缺型三种模式，认为这三种模式的理论依据分别是福利国家主义、国家干预主义以及经济自由主义及有限政府干预理论，比较分析了不同模式的特点及绩效，并分析了决定一国医疗保障制度模式的因素，包括：经济发展水平、经济体制、文化理念以及历史沿革。

9. 系统分析了中国医疗保障体系改革的背景，包括国际背景、历史背景、经济背景、人口背景以及社会文化背景。首次提出风险社会化、改革政治化等概念，并分析了不同背景对医疗保障体系建设与改革的影响。

10. 提出多层次、覆盖全民、有效衔接的医疗保障体系改革目标，并首创

式地提出“三步走”战略，以实现从覆盖到衔接的改革目标，提出从城乡覆盖到城乡衔接，再到城乡和谐的全民医疗保障体系改革路径与措施，并对改革措施的可行性进行了论证。

11. 进一步强调商业健康保险是我国医疗保障体系的重要组成部分，在医疗保障体系的不同层面可以发挥重要作用。坚持政府主导下的市场化发展方向和改革理论，并对商业健康保险作用的途径与方式进行了分析，包括：在基本医疗保障层面，商业健康保险提供技术支持和管理服务，提高医疗保障体系的运行效率；在基本医疗保障以上层面，商业健康保险发挥主导作用，提供更灵活的保险产品和更高的保障程度，有效弥补基本医疗保障的供给不足，健全和完善了医疗保障体系。

我之所以不厌其烦地介绍作者写这本书的背景并罗列书里的主要成果，是想给有兴趣的读者一个阅读提示。当然这其中我归纳和评价得是否恰当，有待读者的判断和裁决。

### (三)

段家喜曾经是我的学生，而且是最优秀的学生之一。20世纪90年代，他在西北农业大学经贸学院经济管理专业读本科期间，就是全校少有的连续四年获得“优秀学生”称号并获一等奖学金的学生之一。本来当时作为学院院长的我，并不认识这个学生，但是一个偶然的机，使我不仅认识了这位学生，而且从那以后我们有了至今14年的深厚的师生情谊，我很欣赏这个学生坚强的个性以及刻苦好学的精神。在他工作两年之后，考入我现在供职的首都经济贸易大学金融学院学习，跟我一起研究保险，先后读完硕士和博士，2005年获得博士学位。

段家喜是一位对经济学、保险学有特殊兴趣和极高悟性的年轻学者，又是一位事业心、责任心很强且具有坚韧和刻苦精神的青年。他硕士毕业后从2000年起就开始了其保险监管的职业生涯。与有些同事不同的是，他总是善于对工作中遇到的问题进行梳理和思考，也乐于不断进行理论探索。他利用业余时间作为主要成员之一，参与了我所主持的国家社科基金课题《我国农村社会保障问题研究》、《建立覆盖城乡的社会保障制度研究》和国家自然科学基金课题《农业保险与农村社会保障制度的建设与宏观管理研究》、中国保监会“十一五”规划课题《保险业新增长点的培育和开发研究》、北京市保监局



委托研究课题《北京市补充医疗保险研究》、寿险公司委托研究项目《寿险公司县域保险发展战略》等，写出了几十万字的研究报告，同时也在保险和金融类学术期刊上发表了数十篇论文，有的论文还被人大报刊复印资料《金融与保险》转载。在此期间他结合自己所从事的养老保险的监管工作实际，完成了他的 27 万字的博士学位论文《养老保险制度中的政府行为研究》，这篇论文受到国内著名专家的肯定和好评。在读博期间，因其出色的研究成果和学习成绩，第一位获得了学院一等“保罗（Dr. Paul McCormick）奖学金”。

对于任何一个人来说，每天 24 小时，一年 365 天都是一样的，段家喜在出色做好公职工作之余，做了这么多的研究，写作了这么多论文，他需要多大毅力，需要付出多大代价是可想而知的。但我想，对于一位有事业心、又勤于和善于思考的青年文员来说，这种辛劳就是一种乐趣和享受。其实，就我所接触和认识的保险监管部门的同仁中，这样的青年文员还有很多。从他们身上我看到了中国保险业和保险监管工作的勃勃生机。

在这本专著出版之际，说了这么多感想，表达自己高兴的心情，也表示对段家喜新学术成果的祝贺，是以为序。

2009 年 2 月 20 日于北京

（庾国柱：中国著名农业保险专家，首都经济贸易大学教授、博士生导师）

---

# 目 录

---

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| <b>第一章 卫生筹资与资源</b> .....        | ( 1 )   |
| 第一节 中国医疗费用水平及其国际比较 .....        | ( 2 )   |
| 第二节 中国医疗卫生设施状况及其分布 .....        | ( 14 )  |
| 第三节 相关关系及实证分析 .....             | ( 23 )  |
| <b>第二章 健康、医疗保障与交换权利</b> .....   | ( 40 )  |
| 第一节 健康状况的总体考察 .....             | ( 41 )  |
| 第二节 医疗保障的内涵与外延 .....            | ( 45 )  |
| 第三节 健康与交换权利 .....               | ( 57 )  |
| <b>第三章 医疗保障中的市场</b> .....       | ( 64 )  |
| 第一节 医疗保障的外部性 .....              | ( 65 )  |
| 第二节 医疗保障的信息不对称 .....            | ( 71 )  |
| 第三节 医疗保障体系中的多集团利益分析 .....       | ( 79 )  |
| 第四节 医疗保障领域中保险机构与医疗机构的博弈分析 ..... | ( 90 )  |
| <b>第四章 医疗保障中的政府</b> .....       | ( 99 )  |
| 第一节 政府行为之一：制度设计 .....           | ( 100 ) |
| 第二节 政府行为之二：经营管理 .....           | ( 112 ) |
| 第三节 政府行为之三：财政扶助 .....           | ( 119 ) |
| 第四节 政府行为之四：监督管理 .....           | ( 128 ) |



|                                          |       |
|------------------------------------------|-------|
| <b>第五章 政府与市场——社会保险与商业保险关系分析</b> .....    | (137) |
| 第一节 社会保险与商业保险关系的理论分析 .....               | (138) |
| 第二节 社会保险与商业保险关系实证分析 .....                | (149) |
| 第三节 社会保险与商业保险关系案例分析 .....                | (164) |
| <b>第六章 国际比较及启示</b> .....                 | (172) |
| 第一节 政府包揽型医疗保障模式 .....                    | (173) |
| 第二节 政府主导型医疗保障模式 .....                    | (186) |
| 第三节 政府补缺型医疗保障模式 .....                    | (195) |
| 第四节 比较分析 .....                           | (206) |
| <b>第七章 改革背景分析</b> .....                  | (215) |
| 第一节 国际背景：全球医疗保障制度改革及其趋势 .....            | (216) |
| 第二节 历史背景：中国医疗保障体系改革成就及问题 .....           | (226) |
| 第三节 经济背景：市场化及其不平衡 .....                  | (252) |
| 第四节 人口背景：老龄化及贫困人口 .....                  | (257) |
| 第五节 社会文化背景：风险社会化及改革政治化 .....             | (265) |
| <b>第八章 走向全民医疗保障</b> .....                | (276) |
| 第一节 改革目标——多层次、覆盖全民、有效衔接的医疗保障<br>体系 ..... | (277) |
| 第二节 改革路径与任务——从覆盖到衔接“三步走”战略 .....         | (288) |
| 第三节 可行性分析 .....                          | (302) |
| <b>参考文献</b> .....                        | (322) |

## 第一章

## 卫生筹资与资源

做任何事情首先面临的的就是经济资源问题，否则就成了“巧妇难为无米之炊”。要为居民提供充分有效的医疗保障，首要问题是卫生筹资与卫生资源投入，然后才是效率问题，即如何使得同样多的卫生资源投入发挥更大的作用，提供更好、更充分的保障。从卫生资源筹集及分配的角度来看，医疗保障或卫生服务保障包括三个层面：一是筹集足够的用于医疗服务或卫生的经济资源；二是将这些经济资源转化为有效的医疗服务供给；三是将医疗服务供给公平而有效地分配给需要的人。卫生资源投入是决定一国医疗服务供给水平的重要因素，是物质基础，是前提。在许多发展中国家，特别是中低收入国家，医疗卫生资源投入不足是制约其医疗卫生保障体系发挥作用的重要因素。但卫生资源投入并非医疗服务供给水平的唯一决定因素，医疗服务的公平与效率很大程度上还取决于卫生资源投入分配的结构及效率。从世界各国医疗卫生保障的情况比较来看，没有足够的证据表明，医疗卫生资源投入越多，其医疗保障的效果就越好。反面的例子不少，例如，美国的卫生投入，无论是从人均医疗卫生费用，还是从医疗卫生费用占 GDP 的比重，均在全球处于前列，但其医疗保障体系却受到诸多批评。但这并不能否认，医疗卫生资源投入对于保证体系发挥有效作用的重要性。

当前对于中国医疗保障及医疗卫生的批评首先往往是投入不足，尤其认为政府投入不足是体系保障能力不足的重要原因。但中国在医疗卫生及保障领域

究竟应该投入多少的资源，答案还是很不清楚的。同样，对于政府在总投入中的合理比重，也存在争议，医疗卫生主管部门、社会保险经办部门总希望政府多投入点，而财政部门则认为，政府投入并非免费午餐。确定中国医疗卫生资源的投入水平以及政府的责任，需要将中国的医疗卫生及医疗保障投入放在全球的背景下进行比较，不仅要与世界平均水平相比较，更要与经济社会发展水平相当的国家相比较。

目前主要用医疗总费用，包括医疗总费用占 GDP 的比重和人均医疗费用等指标来分析评估经济资源在医疗卫生领域的投入，来比较不同国家在医疗卫生领域投入的水平，并用不同途径的投入（如政府与个人、公共与非公共等）在医疗总费用中的占比来评判不同途径在医疗卫生领域中的作用。医疗服务供给水平则主要是从实物供给水平来比较医疗服务机构、医疗服务人员及其使用状况。本章主要从费用及实物两个方面考察中国卫生资源投入及服务供给状况，并进行了国际比较，在此基础上，进一步分析医疗服务与医疗保障、健康状况等的关系。

## 第一节

### 中国医疗费用水平及其国际比较

#### 一、医疗总费用的总体情况

医疗总费用是指一个国家用于医疗卫生保健服务所消耗的资金总量。反映医疗总费用水平及其变动情况的指标主要有两个：医疗总费用占 GDP 的比重、人均医疗总费用。

##### （一）医疗费用占 GDP 的比重

这一指标主要反映一定时期国家对卫生事业的资金投入力度，以及政府和社会对卫生及居民健康的重视程度。中国这样一个人口众多、政策向关注民生转型的国家，面临医疗卫生资源短缺问题，控制好医疗费用的不合理增长，将有限的医疗卫生资源用于有效的医疗保障，是改革努力的方向之一。2003 年中国医疗费用占 GDP 的比重为 5.6%，在全球这一指标的排名中列第 100

位；在同等经济发展水平的国家中，这一比例为中等偏上，比印度、埃及要高。这一指标比 1990 年（当时为 4%）增长了近 2 个百分点，高于同时期澳大利亚、加拿大、法国、日本和英国的增长幅度。

从全球范围来看，医疗费用占 GDP 比重这一指标呈现以下特点：

1. 同一时期各国医疗费用占 GDP 的比重水平不一。如表 1-1 所示，这一指标最低在 3% 左右（如 2003 年伊拉克这一指标为 2.7%），最高为美国（2003 年达到 15.2%）。对 2003 年全球 192 个国家的比较分析发现，该指标在 5% 以下的有 66 个国家，占总数的 34%；在 5%~9% 之间的有 99 个国家，占总数的 52%；在 9% 以上的国家有 27 个，占总数的 14%。总体而言，经济越发达的国家，医疗费用占 GDP 的比重会越高，但例外的情况比较多。例如，2003 年柬埔寨的经济发展很低，人均 GDP 303 美元，但医疗费用占 GDP 的比重高达 10.9%，远高于日本、卢森堡等发达国家，接近德国和瑞士等社会福利国家的水平；2003 年科威特的人均 GDP 高达 16571 美元，而其医疗费用占 GDP 的比重仅为 3.5%，与许多欠发达国家的水平相当。

表 1-1 部分国家医疗支出占 GDP 比重及人均医疗支出（2003）

| 国家   | A    | B  | C   | 国家   | A   | B   | C    | 国家   | A    | B    | C     |
|------|------|----|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|-------|
| 阿富汗  | 6.5  | 11 | 169 | 马尔代夫 | 6.2 | 136 | 2194 | 科威特  | 3.5  | 580  | 16571 |
| 柬埔寨  | 10.9 | 33 | 303 | 秘鲁   | 4.4 | 98  | 2227 | 以色列  | 8.9  | 1514 | 17011 |
| 孟加拉国 | 3.4  | 14 | 412 | 马其顿  | 7.1 | 161 | 2268 | 新西兰  | 8.1  | 1618 | 19975 |
| 越南   | 5.4  | 26 | 481 | 泰国   | 3.3 | 76  | 2303 | 西班牙  | 7.7  | 1541 | 20013 |
| 苏丹   | 4.3  | 21 | 488 | 保加利亚 | 7.5 | 191 | 2547 | 新加坡  | 4.5  | 964  | 21422 |
| 蒙古   | 6.7  | 33 | 493 | 罗马尼亚 | 6.1 | 159 | 2607 | 意大利  | 8.4  | 2139 | 25464 |
| 巴基斯坦 | 2.4  | 13 | 542 | 巴西   | 7.6 | 212 | 2789 | 澳大利亚 | 9.5  | 2519 | 26516 |
| 印度   | 4.8  | 27 | 563 | 古巴   | 7.3 | 211 | 2890 | 加拿大  | 9.9  | 2669 | 26960 |
| 尼加拉瓜 | 7.7  | 60 | 779 | 俄罗斯  | 5.6 | 167 | 2982 | 德国   | 11.1 | 3204 | 28865 |
| 伊拉克  | 2.7  | 23 | 852 | 土耳其  | 7.6 | 257 | 3382 | 法国   | 10.1 | 2981 | 29515 |
| 斯里兰卡 | 3.5  | 31 | 886 | 阿根廷  | 8.9 | 305 | 3427 | 比利时  | 9.4  | 2796 | 29745 |
| 玻利维亚 | 6.7  | 61 | 910 | 马来西亚 | 3.8 | 163 | 4289 | 英国   | 8.0  | 2428 | 30350 |
| 亚美尼亚 | 6.0  | 55 | 917 | 智利   | 6.1 | 282 | 4623 | 芬兰   | 7.4  | 2307 | 31176 |