

中国发展研究报告系列丛书

12472

9

2002

# 中国劳动和社会保障 发展研究报告

中国社会医疗保险制度改革与医患双方道德风险规避  
劳动、社会保障、人力资源管理专题研究

中南财经政法大学  
劳动经济研究所·社会保障研究所·人力资源研究中心

 中国财政经济出版社

中国发展研究报告系列丛书

# 2002 中国劳动和社会保障 发展研究报告

- 中国社会医疗保险制度改革与  
医患双方道德风险规避
- 劳动、社会保障、人力资源管理  
专题研究

赵 曼 主编

中国财政经济出版社

图书在版编目(CIP)数据

2002 中国劳动和社会保障发展研究报告/赵曼主编.  
北京:中国财政经济出版社,2002.12  
(中国发展研究报告系列丛书)

ISBN 7-5005-6492-9

I. 2... II. 赵... III. ①劳动经济-研究报告-中国-2002②社会保障-研究报告-中国-2002 IV.

①F249.2②D632.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 027775 号

中国财政经济出版社 出版

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

E-mail: cfeph@dre.gov.cn

(版权所有 翻印必究)

社址:北京海淀区阜成路甲 28 号 邮政编码:100036

发行处电话:88190406 财经书店电话:64033436

太原市力成印刷有限公司印刷 各地新华书店经销

787×1092 毫米 16 开 25.25 印张 650 000 字

2002 年 12 月第 1 版 2002 年 12 月太原第 1 次印刷

定价:90.00 元(全二册)

ISBN 7-5005-6492-9/F·5664

(图书出现印装问题,本社负责调换)

# 2002 中国劳动和社会保障发展研究报告

赵 曼 主编

上篇：中国社会医疗保险制度改革与医患双方道德风险规避

(国家自然科学基金资助项目)

项目负责人：赵 曼

项目组主要成员：

蒋大国 吕国营 蒋天文 周祖荣 蔡 伟 杨海文

下篇：劳动、社会保障、人力资源管理专题研究

作者名单：

张怀富 赵 曼 陈全明 王长城 袁和平 刘恒庆 刘俊霞  
蒋文莉 陈 芳 乐 章 黄贻芳 杨海文 张广科 赵小仕  
周 娟 聂爱霞 黄瑞芹 张 翔 夏 璞 蔡 亮 刘家国  
刘建花 皮祖彪 王 蓓

## 前 言

由中南财经政法大学社会保障研究所、劳动经济研究所和人力资源研究中心组织编写的2001年度《中国劳动和社会保障发展研究报告》已经出版,并得到了社会及学术同仁的较好评价。在此再对有关领导、专家、出版社的大力支持和广大读者的热心帮助表示感谢。

2002年度《中国劳动和社会保障发展研究报告》一书共有上下两篇。上篇是赵曼教授主持的国家自然科学基金项目“中国社会医疗保险制度改革与道德风险规避”的研究报告。该部分从制度变迁的角度描述我国社会医疗保险制度的演进及其多元化的约束条件,针对社会医疗保险制度改革试点地区的成败得失及其机制性、体制性矛盾,从微观主体的行为分析入手,探讨医患双方道德风险的特点及规避措施;研究第三方付费及信息不对称条件下,各种费用支付方式的利弊及适用条件;论证了社会医疗保险制度改革与医改、药政改革的联动效应及完善措施。

该课题报告关于医患双方行为分析,尤其是针对信息不对称条件下,医院(医生)在第三方付费条件下的凭借其主导和垄断地位推动社会医疗保险费用攀升的机制及过程的分析,拓展了国内关于医患双方道德风险的研究深度和空间,丰富了这一领域的理论成果。该研究得出的关于医疗供方的垄断性地位是导致医疗保险费用攀升的主要根源,前期改革中把改革重点建立在保险人与被保险之间的利益制衡关系的做法是“南辕北辙”,事倍功半的结论,对中国医疗保险制度改革重点的选择具有重要的参考价值。

该研究报告提出通过明晰以医术价值为核心内容的“医院声誉”和“医生个人声誉”这种无形资产的所有权,对现有公立医院进行产权改造,在信息结构、决策结构与动力结构相一致的微观基础上建立激励约束机制,使医生,尤其是名医拥有剩余索取权。虽然这一改革设计的具体运作过程有待进一步研究和细化,但是这无疑可以为现行处于“胶着”状态的医疗卫生制度改革提供一种新的思路方面的选择。而且,关于社会医疗保险费用支付方式决定医疗供方的竞争方式的结论有重要的实用价值,能够节约大量的医疗保险费用,有广阔的应用前景。

本书还有作为下篇的专题研究,收录了劳动经济研究所、社会保障研究所和人力资源研究中心的学者及博士研究生、硕士研究生的最新研究成果。这些论文站在回顾与前瞻的角度,对劳动、社会保障和人力资源领域中的一些前沿问题进行了分析和研究,希望藉此能反映相关领域制度创新和理论研究的若干进展。

# 目 录

上册 中国社会医疗保险制度改革与医患双方道德风险规避

引言	(1)
1 社会医疗保险的内涵界定与实施原则	(5)
1.1 社会医疗保险的内涵界定	(5)
1.2 社会医疗保险的特点	(6)
1.3 社会医疗保险的实施原则	(7)
1.4 社会医疗保险的复合性功能	(8)
1.5 多层次的医疗保障体系	(9)
2 社会医疗保险的范围与道德风险	(16)
2.1 社会医疗保险覆盖的人群范围	(16)
2.2 社会医疗保险承保的项目范围的成本与效率分析	(20)
3 医疗保险的供求趋势与基本医疗保险界定	(28)
3.1 医疗费用与医疗保险费用膨胀及其原因分析	(28)
3.2 医疗保障水平与基本医疗保险的界定	(44)
4 社会医疗保险基金的筹资机制与道德风险	(53)
4.1 医疗保险筹资机制的选择基准	(53)
4.2 世界各国的医疗保障筹资体系	(54)
4.3 社会医疗保险筹资的计征办法的分类与利弊分析	(59)
4.4 政府介入社会医疗保险的原动力及其补贴方式	(60)
5 “统账结合”的社会医疗保险基金筹资模式的运行分析	(67)
5.1 “统账结合”的社会医疗保险筹资模式的框架结构与设计特征	(67)
5.2 “统账结合”的社会医疗保险筹资模式的运行分析	(68)
5.3 “起付线法”、“封顶法”和“共付法”的应用与道德风险规避	(74)
6 社会医疗保险支付制度与道德风险	(81)
6.1 社会医疗保险支付制度概述	(81)

6.2	社会医疗保险费用的支付方式的比较研究 .....	(82)
6.3	后付制条件下医患双方道德风险的程度分析 .....	(86)
6.4	医疗费用支偿方式对医疗服务供方竞争方式的影响 .....	(87)
7	医患双方行为特点与道德风险 .....	(94)
7.1	医疗保险领域中“道德风险”的经济学分析 .....	(94)
7.2	医患双方的行为特点与道德风险 .....	(99)
7.3	医疗领域道德风险高规避难度及其伦理道德背景探析 .....	(109)
7.4	“药价虚高”实证分析与综合治理措施 .....	(112)
8	社会医疗保险费用约束机制的路径选择及其效应分析 .....	(125)
8.1	建立社会医疗保险费用约束机制的路径选择 .....	(125)
8.2	医疗保险领域遏制道德风险的措施经济效应分析 .....	(130)
9	医疗服务供方行为的声誉模型与医疗机构产权改革 .....	(135)
9.1	医疗供方声誉模型的基本解释 .....	(135)
9.2	医院产权结构改革的方向与路径选择 .....	(137)
9.3	医院产权结构改革中的规模效应与资本 .....	(139)
10	中国医疗系统供方行为扭曲与经济监管 .....	(141)
10.1	分析背景 .....	(141)
10.2	医疗系统的行为扭曲过程:一个联盟博弈分析角度 .....	(143)
10.3	医疗市场行为纠正及“经济”监管机制 .....	(152)
	附录 .....	(163)
	一、对卫生保健的承诺:可及性、服务与资源表 .....	(163)
	二、医疗保险系统下的医院管理系统开发 .....	(169)
	三、克林顿健康计划 .....	(182)
	四、美国若干医疗保险类型控制成本的方法 .....	(191)

## 下篇 劳动、社会保障、人力资源管理专题研究

养老保险基金投资多元化的制约因素与对策·····	刘俊霞(196)
养老金制度与资本市场·····	张怀富(207)
公务员养老保险国际比较研究·····	黄贻芳(212)
社会保障管理体制中的监管与权力制衡关系·····	赵 曼 刘恒庆(223)
武汉市社会保障需求分析与对策	
——基于第五次人口普查资料的开发研究·····	蒋文莉(231)
我国城镇基本医疗保险风险控制·····	袁和平(240)
社会医疗保险费用膨胀的原因与对策·····	聂爱霞(245)
体制转轨时期就业与失业保险制度的研究思路探讨·····	赵 曼(248)
论 WTO 框架下“就业促进型”失业保险制度的建立·····	陈 芳(251)
风险就业机制中的就业风险与失业安全保障·····	乐 章(256)
我国职业年金制度衔接问题研究·····	张广科 黄瑞芹(267)
我国农村社会保障面临的形势、问题与对策·····	王长城(273)
我国农村社会保障体系建立中的几个问题·····	王 蓓(281)
关于建立农民工养老保险制度的探讨·····	赵小仕(285)
城市的新贫困现象与反贫困的公共政策·····	赵 曼 袁和平(289)
论扩大就业的基本思路·····	王长城(300)
人口城镇化和结构调整对劳动就业的影响与对策·····	
·····	张怀富 王长城 陈 芳 周 娟(306)
湖北省下岗、失业与再就业问题研究·····	皮祖彪 杨海文(325)
人才安全:态势、问题、对策·····	陈全明 张 翔(338)
试论我国人力资本市场建设·····	张怀富(345)
人力资本产权与所有权关系的经济学分析·····	黄瑞芹(352)
影响人力资本、物质资本与企业产权关系的几个因素·····	夏 璞(357)
企业人力资源整体实现价值计量·····	蔡 亮(363)
企业人力资本投资风险与防范·····	刘家国(367)
试论企业培训中的风险防范·····	刘建花(372)
我国员工持股制度的几个问题·····	张怀富(375)
关于借鉴国外员工持股制度的若干思考·····	王长城(381)
企业经营者激励机制之创新·····	聂爱霞(391)
后记·····	(394)



## 上篇

# 中国社会医疗保险制度改革 与医患双方道德风险规避

## 引 言

该课题报告是国家自然科学基金资助项目——《中国社会医疗保险制度改革与医患双方道德风险规避》(批准号:79870101,A类)的主要成果。该课题已于2002年结题。

医疗保险费的过快增长在世界范围内是个普遍现象,如何从制度安排上建立起费用约束机制,以规避医疗保险领域中的道德风险,目前在世界上也尚属难题。社会医疗保险制度受社会需求和经济状况变动的影响,经常在补助水平、受保资格条件和筹资模式等方面进行调整。然而,近几年来在世界范围内人们的观念发生了改变,逐步形成了一种日趋一致的认识,即未来的社会医疗保险已经不可能仅仅通过屡屡提高缴费率或重新调整津贴的补助条件来维系。换言之,技术性调整不再充分奏效,必须在制度的基本结构和政策方面进行根本性变革。究其原因:一是医疗保险市场中的信息不对称使得市场机制在这一领域内部分失效,二是这个领域中还存在许多涉及伦理道德方面的价值判断问题,不能简单地用成本—收益分析作出抉择,并由此导致政策上的两难选择。

世界范围内社会医疗保险制度改革早在20世纪80年代已经开始。改革的目标可归纳为六个字“公平、效率、质量”。(1)所有公民享有均等的最低医疗机会;(2)宏观经济效益:医疗费不能超过国家资源的一定合理比例;(3)微观经济效益:医疗机构提供的服务必须在最低成本下获得良好的效果,同时使受保人满意。各类改革均以提高效率并使医疗资源的分配适当向

低收入群体倾斜为核心,引入激励和竞争机制、增加投保人选择医疗机构和医疗方式的自由度。

近30年来,西方理论界运用新制度经济学、信息经济学、公共选择理论、博弈论等方面最新研究成果,在正式和非正式的理论框架内,把社会医疗保险作为具有典型意义的分析样本,对医患双方道德风险产生的根源,表现形式、规避难点以及制度性的约束措施,给予了较为深入的分析。例如,道德风险作为经济外在性的形式之一是如何导致最优保险合同的失效,并使医疗风险市场具有不完备性;医疗保险中的“隐蔽信息”如何使经济刺激难以达到最优的资源配置;如何以委托—代理理论为基础发展以共同保险和分散风险为核心的激励机制,使非对称信息条件下的医疗保险能够产生次优经济效率,并最终接近对称信息条件下的最优状态;如何通过政策选择建立市场信号,以减少医疗保险市场上的不确定性;等等。

近年来许多国家进行了各具特点的改革及相应的政策研究。例如,新西兰1993年进行了以竞争管理为核心的改革,几乎一夜之间,医疗保险从单一市场转为充满竞争的市场;意大利开放了国家医疗体系;1995年以色列对其医疗制度的组织和筹资模式进行了重大改革,强调了国家的参与;美国克林顿政府于1993年提出的一项旨在建立一个覆盖面广泛的医疗保险改革的立法,虽遭国会否决,但是美国的整个医疗领域却在经历着大的变动:一方面,老年人的医疗保险越来越缩减;另一方面,越来越多的工薪阶层加入到一种护理网络中去。

各国医疗保险制度改革具有如下共性特征:(1)提高医疗保险体系的公平性,使低收入者享受基本的医疗服务。包括如何在地区之间合理分配医疗资源以保证其边际收益递增;如何在支出分摊与收入之间建立更好的联系。(2)扩大投保人对私营医疗保险机构的选择权,这既使人人都能得到医疗保险,也有助于提高医疗服务质量,还可以减轻政府对基本医疗卫生和基本医疗保险体系的资助。(3)提高微观经济效率,通过赋予病人更广泛的选择权来促进医疗效率和医疗保险资金使用效率的提高,例如,采用“综合预算法”,并与提高效率的激励措施结合起来,包括合理地使用高标准的医疗服务和医疗检查设备,实施新的医疗服务费用报销制度,设计住院治疗的替代方案(如有酬的居所护理)等。这使得一些国家医疗费用占国内生产总值的比重有所下降,并较为有效地遏制了医患双方道德风险。

中国社会医疗保险制度改革涉及医政、药政、财政、价格、工资等相关制度的配套改革,产生道德风险的制度背景更加复杂,规避难度也更大。国家1994年在镇江、九江进行以引入个人账户为特点的医疗保险改革综合试点,拟建立以个人负责为基础,政府分担一部分费用,多层次和社会化的医疗保险制度。1998年底,国务院颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,要求1999年底在全国城镇建立“统账结合”的职工医疗保险制度,职工医疗保险从试点转入了全面推行的新阶段。改革已经触及到运行机制等深层次问题,新制度实施取得相当的成效,但利益关系上的矛盾仍然使医疗保险费节节攀高,大量国民收入通过医疗保险这个“漏斗”转化为个人收入。

新制度运行面临重重阻力。是谁抬高了医疗保险费,其传导原理、连锁效应是什么,如何通过制度创新建立医疗保险费用的约束机制,已刻不容缓。本课题研究力图丰富这一领域的理论成果,并提出可供操作的改革方案和政策建言。

国内学术界对医疗保险制度改革及其与医政、药政的综合配套改革进行了卓有成效的研究,许多成果具有开拓性的创新意义。对此问题有代表性的研究成果有:尹力、任明辉著的《医疗保障体制改革》;国家体改委分配与社会保障体制司联合编写《职工医疗保障制度改革》,王

东进主编的《医疗保险操作指南》；世界银行、世界银行中蒙环境、人力资源和城市发展业务处编写的《中国卫生模式转换中的长远对策》；卢昌崇等学者撰写的《道德风险：我国医疗保险的大敌》；等等。本课题在学习、借鉴学术界已有成果基础上，力图从医患双方行为分析的角度，对这一问题进行研究，文献调研结果显示，国内从医患双方行为分析的角度对道德风险问题进行系统研究仍属薄弱环节。存在着“四多四少”：从缓解各种现实矛盾的角度研究多，从市场经济系统建构的角度研究少；从医疗保险制度本身改革的角度研究多，从联系医政、药政、财政等相关制度综合配套改革的角度研究少；对医疗保险享受者的败德行为研究多，对玩弄道德风险的另一群体——医护人员的败德行为以及医患双方在特定条件下形成“联盟”与医疗保险机构进行“博弈”的行为研究少；介绍国外控制医疗费过快增长的具体措施多，从中国国情出发的具有可操作性的制度创新的研究少。

本课题的研究目标有以下特点：

1. 探讨社会医疗保险费用是如何由于棍种体制的和非体制的因素，如人口结构变化，疾病谱变化，医疗资源的使用情况和单位成本的变化等，而不受约束地节节攀升的逻辑过程，分析其对我国未来医疗保险总需求和医疗资源总供给的影响，分析其对当前中国改革中的新的社会医疗保险制度（尤其是筹资模式）所给出的基本约束条件。

2. 在对前期社会医疗保险制度改革轨迹进行实证分析以及综合借鉴国外相关理论和政策研究成果基础上，探索规避医疗保险领域医患双方道德风险的制度创新的路径选择。

3. 围绕医药品和医疗服务的定价与利益均衡，构造具有费用约束功能的社会医疗保险基金运行机制，编制的计算机软件，对理论结果进行仿真计算，对实际数据进行经济计量分析，提供有关技术分析方面的咨询。

4. 具体分析社会医疗保险制度与医政、药政、财政、企业制度、工资结构、物价等相关制度之间在改革中的联动关系、逻辑顺序、临界速度和依托条件等，提供可供操作的政策建议。

本课题的研究内容主要分布在以下3个方面：

1. 以中国社会医疗保险为分析样本，分别从医患双方的行为特征分析道德风险产生的体制性原因和非体制性原因以及二者的叠加效应。分析重点有三：

(1) 医药消费的隐蔽性特性与医疗保险制度中的某些歧视性政策（覆盖面小，待遇标准不一）相叠加，是如何加剧对医药消费的过度需求以及医疗保险费的非正常转移的过程；

(2) 在医疗服务不具备竞争性市场所需的基本条件的背景下，医护人员是如何利用其所拥有信息优势及其在医疗中的主导和垄断地位推动医疗保险费用的攀升，而在制度上得不到相应的监督与制约的过程。

(3) 社会医疗保险制度与医政、药政、财政等相关制度之间改革不配套，是如何导致大量的国民收入通过医疗保险这个“漏斗”流失并转化为个人收入的过程。

2. 社会医疗保险领域中的道德风险的高规避难度探析：

(1) 对公众来说，社会医疗保险属于何种性质的物品，政府对社会医疗保险应当承担何种责任及其承担的程度和方式，并对此进行国内外多种理论和观点的比较研究；

(2) 医疗保险的覆盖范围、承保的项目范围、保障水平与道德风险之间的联动和转换效应如何导致政策选择上的两难境地；

(3) 医疗服务的非均质性如何导致一般的动力机制在该领域内失效，以及建立社会医疗保险体系在技术操作上的障碍；

(4) 社会医疗保险的成本—收益分析与某些社会伦理价值观念的冲突,包括经济价值与生命价值的抉择问题、老年群体的医疗保险费在代际之间的均衡负担问题如何导致医疗保险领域中道德风险的高规避难度;

(5) 社会医疗保险预防性措施和疾病治疗之间在成本—效益方面的比较分析,以及预防费用的财力保证及其可持续性问题。

3. 构造社会医疗保险的筹资模式和供给模式,对于信息不对称、竞争不完全的医疗市场条件下的一般均衡理论的适用性以及医药品和医疗服务的定价模型进行研究,在此基础上构造具有费用约束机制的社会医疗保险筹资模式和供给模式。

拟解决的关键问题:

1. 正确界定医疗社会保险领域中多方主体之间的权益关系及相应的政策界限。

(1) 政府与社会医疗保险享受者之间的关系,政府的责任和义务以何种方式提供,以及提供到何种程度,换言之,政府如何在财务方面扮演“最后出台的角色”;

(2) 政府与医院和药品制造商、经销商之间的关系,政府应如何把医院作为一种微利或低利的经营性企业来办,通过何种途径在对医院实施质量、价格监督的同时降低医院的垄断性,政府应如何对药品这种特殊商品实施质量监督与价格监督(如实行专营),从而在政府与医院之间、政府与药品的制造商、经销商之间形成监督与被监督的关系;

(3) 社会医疗保险机构与医院之间应如何形成商业性的契约关系;

(4) 医院与社会医疗保险享受者之间应如何形成一种缴付费用与提供服务的等价交换关系;

(5) 政府与社会医疗保险机构之间的关系以及社会医疗保险机构的非盈利特性在制度规则和机构置方面的表现形式。

2. 城镇职工个人医疗储蓄基金账户与大病统筹基金相结合的医疗社会保险筹资模式和运作方式在实践中的运行效应及其评价,对其动态跟踪研究基础上有关修正方案的设计及比较择优。如何使其设计特征能够兼容医疗资源分配的公平和提高医疗资源使用效率两个目标。

3. 如何逐步消除社会医疗保险待遇上的歧视性政策,扩大社会医疗保险覆盖面。通过何种方式筹措建立农村社会医疗保险的启动资金。

4. 如何建立国家对医疗器械和医药品的质量及价格的评定体系和监督机制,采取何种措施对从国外进口医疗器械和药品进行质量—价格性能比方面的严格控制。

5. 如何对耗资高的住院治疗实施替代措施。

6. 由于个人或行业“高危”行为造成高额医疗费用开支的定性分析与定量分析以及消除这种“负外部性”的法律、行政、经济等方面的措施。

# 1 社会医疗保险的内涵界定与实施原则

## 1.1 社会医疗保险的内涵界定

国民健康反映了一个国家或地区全体居民的整体健康水平,它是以人的生理表现为基础的社会现象。不论什么社会形态,人类发生病伤需要医疗,由此带来的经济负担,许多劳动者仅靠自己或其家庭的收入是承受不了的,因病致贫,或因贫不能治病的事件大量发生,这就是所谓的疾病风险。社会学家费孝通早年从英国回来在江苏省做过调查,发现江苏省无田的佃户,其中一半以上从前家里有地,只是近两代才开始做佃农的。调查原因发现其中 1/3 是因为户主生病后,为治病卖地,甚至倾家荡产所造成的。收入保障与疾病风险之间的联系体现在两个方面:一是健康状况欠佳对人们获取收入的能力将会产生不利影响;二是如果医疗费用直接由单个家庭承担,将会导致个人可支配的收入减少乃至无力承担,而且这种状况的发生具有随机性,是无法预测的。至于用医疗保险的办法解决众多的劳动者的病、伤医疗问题,则是近一百多年来随着工业化大生产体系的建立而逐渐形成的。它反映了人们在合作的前提下,分散风险,分摊损失,以财务上的确定性来应对自然的、生理的不确定性这样一种选择。时至今日,医疗保险已经成为维持劳动力再生产乃至社会再生产所不可缺少的重要环节。

关于医疗保险的概念,目前国内外学术界尚无统一的定论,对医疗保险表述及内容的界定存在着不同的认识,每个国家各有自己的定义,而且同样的名称很可能内涵不一样,有的叫医疗保险,有的叫健康保险,有的叫疾病保险津贴。

健康保险是广义的医疗保险。英文用“Health Insurance”表示。发达国家的健康保险不仅包括补偿由于疾病给人们带来的直接经济损失(医疗费用),还包括补偿疾病带来的间接经济损失(如误工费),对分娩、疾病、死亡给予的经济补偿以及和疾病预防、健康维持等。简而言之,健康保险包括了支出补偿、收入补偿以及卫生保健服务等内容。

健康保险是经济发展到较高级度的产物。在现代社会,人们日益重视保障健康。比起患病后的“保障”,人们更期望的是健康。国外医学界、社会学界普遍认为,疾病是反福利的。因为健康被破坏,那么作为人类最基本的欲求和生存条件也就无法满足,人类的福利改善也就因此而减少或失去其意义。健康是人的基本权利之一,健康是生命存在和生活质量的基础,并且日益成为社会发展与进步的标志。健康不仅是没有疾病,而是一种个体在身体上、精神上、社

会适应上完好的状态。

狭义的医疗保险,是社会保险中的一个险种,英文用“Medical Insurance”表示,仅指对医疗费用的保险或补偿,或曰仅限于支出补偿。

医疗保险和疾病保险都与病、伤有关,换言之,二者所承保的风险性是相关的,但其保障的范围和作用是不同的。医疗保险待遇仅为直接用于医疗费用的费用补偿,而疾病保险则对因伤病不能工作失去收入影响生活的一种收入补偿。社会保障学界上对两个概念亦区别使用,通常将疾病保险称为疾病津贴或生活补助,如现金补助和生活补助,相当于我国的病假工资。在我国,医疗保险和疾病保险(病假和病假工资)在管理上是泾渭分明的,二者分别是独立的项目,不能相互替代。

医疗保险一般分为社会医疗保险与商业医疗保险两大类。本项目的研究对象主要是社会医疗保险,它是指以立法形式通过强制性的规范或自愿的契约,在一定区域的一定人群中筹集医疗保险基金,并为该人群的每一成员公平地分担,对由于疾病所引起的纯粹以补偿医疗费用为主要目的的社会保险制度中的一个险种。

## 1.2 社会医疗保险的特点

社会医疗保险主要功能是通过分散疾病风险,保障劳动者的身体健康,维持劳动力的再生产。对于在职劳动者来说,用于医疗方面的开支,属于“劳动能力的修理费用”。社会医疗保险除了具有社会保险一般特点之外,还具有自己的特点。

### 1.2.1 社会医疗保险的保险事故发生率高、具有普遍性特征

社会医疗保险与养老保险等其他险种相比有一个很大的不同,就是其风险是即时性的,而不是延时性的。也就是说,疾病风险无处不在、无时不有。一是具有不可避免性和不可预知性,对疾病发生的时间、类型、程度难以准确的预测;二是变异性,自然环境和社会环境导致疾病发生的机率复杂;三是疾病因人而异、因病而异,使风险损失难以统计和精算。一个人在参加了基本医疗保险之后,他发生疾病并需要医疗保险给予帮助的可能性随时存在;承保的风险为疾病、负伤及因生育等引致生理机能由健康转为不健康状况时所需的医治费用。此种风险是每个人从出生到死亡过程中都不可避免和不可预测的。

### 1.2.2 社会医疗保险在社会保险体系中属于关联性最强的险种

社会医疗保险与社会保险其他各类子项目密切交织在一起。被保险人不论是享受生育保险、养老保险、工业伤害保险及失业保险,只要发生疾病、生育、负伤等保险事故都会同时享受社会医疗保险。各项社会保险待遇,除现金补助外,一般都有医疗服务问题,例如生育保险,受保人在获得生育津贴时,也离不开医疗服务;退休者除获得退休金外,也还有权享受医疗服务。

### 1.2.3 社会医疗保险费用必须专款专用

社会医疗保险是支出补偿项目,为达此目的,社会医疗保险主要采用以减费、免费的医疗

形式直接向被保险人提供服务,或者采用凭医疗费单据支付现金补助的办法提供补偿。

#### 1.2.4 社会医疗保险费用开支额度难以预测和控制

人通常都具有强烈的求生欲,这导致人们在生重病时会不择手段地求医。社会医疗保险津贴提供的支付受多种因素影响,其费用额度变化较大,难以掌握。从趋势看,其开支额度随着人民生活水平的提高,健康意识的改变,以及疾病谱的变化,新的医疗手段和药品的问世,医疗需求和供给的增加而不断提高。这一特点决定了社会医疗保险必须采取基金制度形式,集中社会力量筹集资金,由社会保险机构统筹并运用互济手段以及个人账户储存等方式向受保人提供医疗服务,增强受保人承担和分散疾病风险的能力。

### 1.3 社会医疗保险的实施原则

#### 1.3.1 社会医疗保险的待遇一般实行机会均等原则

社会医疗保险领域中的机会均等是指凡被保险人符合享受医疗保险待遇的因病就医、伤残用药,应依据其病伤情况来决定,而不因其社会地位、职业、性别或其他非生理性因素的限制和影响而享受不同标准的医疗待遇。

社会医疗保险待遇方面的机会均等原则可以具体化为两方面<sup>①</sup>:(1)医疗资源的筹集以收入为基础,而与个人健康水平分离;(2)医疗资源的分配以需求为基础,而与支付能力分离。这两个原则一直是人类社会文明发展在医疗健康方面所追求的价值目标。但是,实际运行中,当医疗资源呈稀缺状态时,更为本质问题在于以什么方式来调节医疗资源分配,即使每一个人能得到基本的医疗服务,又使这种分配不致损害效率。

人们倾向于认为,机会均等不能理解为平均主义,享受的前提条件是患病与伤残,以及对弱者的保障,即对残疾者和危重病患者的优先照顾。

#### 1.3.2 建立社会医疗保险基金的专款专用制度

无论采用何种形式筹集的社会医疗保险基金,必须确保其用于疾病治疗,而不得挪作它用。因为社会医疗保险是直接服务于被保险人患病或伤残时分散风险,维持健康的需要。为此,必须严格立章建制,加强管理。

#### 1.3.3 遵循“危险共同分担”原则

社会医疗保险属于缴费性项目,原则上实行“共同保险”方式,即个人负担一定比例的医疗费,这是符合保险机理的。

<sup>①</sup> 尹力、任明辉著:《医疗保障体制改革》,广东经济出版社1998年版。

## 1.4 社会医疗保险的复合性功能

社会医疗保险的功能是多维、复合并且呈叠加效应。

### 1.4.1 促进生产力提高<sup>①</sup>

(1) 增进健康可以减少病休,提高工人生产率。疾病对生产力有很强的破坏性。1998年,因员工患病不能生产,德国的经济损失了400亿欧元。整个社会的健康状况改善后,因病缺工或因为要照顾生病的家人而请假的雇员人数就会减少。对于在职劳动者来说,用于医疗保险方面的开支,属于“劳动能力的修理费用”。在增加教育培训投资的激励的同时,工作寿命的延长,会增加向更高收入岗位的流动机会,生产力将得到相应提高。

(2) 刺激有效需求,增加国民储蓄。随着预期寿命的延长和疾病谱的变化,慢性病患者尤其是老年慢性病患者会越来越多。人们对医疗保健服务的需求上升,这会促进医疗保健行业的发展,增加这个行业的就业和生产,从而带动国民经济的增长。而医疗保健的需求收入弹性大于1,也就是说,随着收入的增加,人们对医疗保健的需求增加的幅度超过收入增加的幅度。另一方面,人们会因为预期寿命延长而增加储蓄,储蓄的增加意味着投资的增加,通过乘数效应,国民收入相应增加。

医疗保健行业具有劳动密集型特性,能够吸纳大量的人口就业。发达国家的大约10个工作岗位中就有1个和医疗保健直接或间接相关。并且,医疗保健领域的技术创新在一般情况下不会导致技术替代人工的现象。

有些卫生投资改善了人们的生存环境,促进了对自然资源的利用,有利于提高土地生产率。

此外,也还有学者提出医疗保健是新一轮经济发展的驱动力。认为医疗保健,尤其是精神卫生领域的创新将取代信息技术成为21世纪新的经济增长点,带动经济进入一个新的发展周期。

### 1.4.2 缓解贫困,促进社会公平

穷人最容易患病,同时,穷人的最大资产是其自身,尤其是其体力。所以,增强穷人体质,增加人力资本,即增加收入,并减少医疗支出,这从两方面增进穷人福利。

### 1.4.3 促进国家整体发展

良好的健康状况,既是人类发展最根本的目标,同时又是加快发展的手段。根据对70个国家1960年至1990年人均收入与以儿童死亡率为指标的卫生状况之间的相关分析显示,儿童死亡率分别为126%、116%、106%,人均收入增长率分别为1.26%、1.4%、1.55%。<sup>②</sup>

① 参见汤晓莉:《国际社会保障学会第27届全会综述》,《社会保险研究》2001年12期。

② 程激兰等编著:《世界银行发展报告20年回顾》,中国经济出版社1999年版。



## 1.5 多层次的医疗保障体系

### 1.5.1 多层次医疗保障体系的结构与功能

世界上大多数国家的医疗保障体系是多层次的,从制度体系的结构及其功能看,多层次(或曰“多支柱”)的医疗保障体系源于医疗保障费用筹资的多元化,它较之单一型制度具有优势。

建立多层次医疗保障体系的出发点实际上是在寻找以下几种平衡的结合点:强制性计划与自愿性计划的平衡;储蓄与保险的平衡;公共保险与私营保险的平衡;集体互助保障与个人自我保障的平衡。以此增加制度体系的强度、弹性及结构功能。

多层次的医疗保障体系不仅仅是满足各类群体多层次医疗需求的现实需要,也是当前建立新的医疗保险制度的现实需要。

我国现阶段的医疗保障体系是多层次的,如图 1-1 所示。它主要包括社会基本医疗保险、医疗福利、医疗救助、商业性医疗保险等。其中,除商业性医疗保险外,其余三项均属于社会保障范畴。

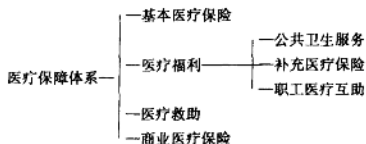


图 1-1 中国现阶段多层次医疗保障体系

在上述医疗保障体系中,基本医疗保险制度构成了我国医疗保障体系的主体和基础。基本医疗保险具有社会保险性质,它由政府的劳动和社会保障部门负责组织举办,国家立法强制推行;现阶段覆盖我国城镇全体劳动者;用人单位和职工分别按职工工资总额和个人工资的一定比例,共同缴纳医疗保险费;基本医疗保险实行个人账户与社会统筹相结合的财务机制和筹资方式。我国目前实施的城镇职工基本医疗保险制度,是整个医疗制度的主体。它既保持了传统医疗保险制度一定的延续性,更满足了构成城镇人口主体的劳动阶层的基本医疗要求。除此之外,政府倡导各企业建立补充医疗保险,并大力繁荣商业性医疗保险。

由于我国现阶段社会生产力水平低,地区之间经济发展不平衡,用人单位的经济负担能力参差不齐,人们的社会地位、经济水平、疾病的严重程度不同,人们在医学科普和医疗保险方面知识水平不同,人们对健康的认识水平和医疗需要的层次也就不同。基本医疗保险以外的各种类型的医疗保障形式面向不同收入水平、不同医疗需求的人群。

属于医疗福利范畴的项目有三个,其功能组合是:公共卫生服务覆盖全民,由卫生部门向需要者以免费或低收费的方式提供。例如,计划免疫和一些低收费的初级医疗服务,费用主要来源于政府财政。补充医疗保险实质上是一种用人单位福利,它为本单位职工谋取基本医疗保险以外的医疗条件和待遇,其资金主要来源于职工福利基金或用人单位的税后利润。职工