

李
琼
著

ZHONGGUO QUANMIN YILIAO
BAOZHANG SHIXIAN LUJING YANJIU

中国全民医疗保障 实现路径研究

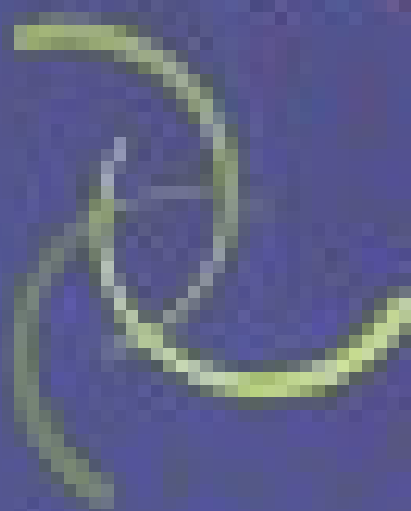
 人 民 出 版 社

中国医疗保障

中国医疗保障体系建设与改革
中国医疗保障体系建设与改革

中国全民医疗保障

实现路径研究



中国医疗保障体系建设与改革

李
琼
著

ZHONGGUO QUANMIN YILIAO
BAOZHANG SHIXIAN LUJING YANJIU

中国全民医疗保障 实现路径研究



人民出版社

责任编辑:陈 登

图书在版编目(CIP)数据

中国全民医疗保障实现路径研究/李琼 著. -北京:人民出版社,2009. 10
ISBN 978 - 7 - 01 - 008420 - 6

I. 中… II. 李… III. 医疗保健制度-研究-中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 197589 号

中国全民医疗保障实现路径研究

ZHONGGUO QUANMIN YILIAO BAOZHANG SHIXIAN LUJING YANJIU

李 琼 著

人民出版社 出版发行
(100706 北京朝阳门内大街 166 号)

北京龙之冉印务有限公司印刷 新华书店经销

2009 年 10 月第 1 版 2009 年 10 月北京第 1 次印刷

开本:710 毫米×1000 毫米 1/16 印张:21.5

字数:297 千字 印数:0,001 - 3,000 册

ISBN 978 - 7 - 01 - 008420 - 6 定价:45.00 元

邮购地址 100706 北京朝阳门内大街 166 号

人民东方图书销售中心 电话 (010)65250042 65289539

前 言

医疗卫生事业的发展，直接关系到人民群众的身体健康与生命安全，是社会进步和人类社会全面发展的标志，历来是全社会高度关注的热点。我国对医疗保障制度的探索与研究由来已久。从政府层面看，自新中国成立以来，我国历届政府高度重视医疗保障事业的发展，从实行劳保、公费医疗制度到建立城镇职工基本医疗保险制度和城市居民基本医疗保险制度，从推广农村合作医疗制度到普及新型农村合作医疗制度，始终没有停止过对医疗保障制度的改革与探索。从理论界看，国内许多学者（也有的是来自政府部门）长期致力于中国医疗保障制度及模式的研究，在对世界各国医疗保障制度进行广泛研究的基础上，结合我国的具体国情，提出了有价值的政策主张与改革思路。例如，乌日图先生在《医疗保障制度国际比较》（2003）一书中，对中国医疗保障制度提出了“建立一个体系、完善一个制度、构建一个网络”的改革思路，即建立多层次的城镇医疗保障制度体系、完善城镇社会医疗保险制度、构建医疗保障管理和服务网络。总而言之，这些努力为探索建立我国有特色的医疗卫生保障道路打下了很好的基础。

2009年4月，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称《意见》）出台，这是一部为了建立中国特色的医药卫生体制，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务远大目标的纲领性文件，在我国医疗卫生事业的发展征程中具有划时代的里程碑意义。自此，关于应该选择怎样的医疗保障制度之争尘埃落定，人们关注的焦点开始转向对如何实现全民基本医疗保障的思考。《意见》的出台，使中国医疗

保障制度的边界越来越清晰，目标越来越明确。但对于人口众多、综合国力不强的中国来说，实现人人享有基本的医疗卫生服务，无论在理论研究还是实践探索方面，还会遇到许多新的问题，例如现实中普遍反映的“看病贵”、“看病难”问题也不会一蹴而就得到彻底解决。《中国全民医疗保障实现路径研究》一书针对医疗保障制度改革中存在的突出问题，在借鉴发达国家医疗保障制度建设经验的基础上，目的在于探索如何通过有效发挥政府与市场的作用，合理配置医疗资源，构筑可行的全民医疗保障实现路径。基于这些考虑，本书共分五个部分展开研究。

第一部分，医疗保障制度的理论渊源。这部分对与医疗保障制度密切相关的健康经济学、福利经济学、凯恩斯经济理论、公共产品理论和信息经济学进行了简要评述。健康经济学、福利经济学以及凯恩斯的经典理论对全民医疗保障的建立起到了重要的指导与推动作用；公共产品理论和信息经济学则对如何适度、有效地提供医疗保障这一特殊产品，如何避免与克服制度运行中的逆向选择和道德风险等问题提供了理论依据。

第二部分，中国医疗保障制度发展回顾与评价。长期以来，我国医疗保障制度的变迁受到城乡二元结构的影响，在城镇实行公费、劳保医疗制度，在农村实行合作医疗制度。这些制度在改善城乡居民的生存状况，提高民众的健康水平方面卓有成效，曾被世界卫生组织誉为“用最低廉的成本保护了世界上最多人口的健康”。随着经济、社会的发展，加之制度自身存在的缺陷，传统的医疗卫生保障制度的问题日渐暴露。这部分对传统的医疗卫生保障制度进行了客观的评价，认为现行的医疗保障制度难以实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，建立包括城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度在内的多层次的全民医疗保障制度才是必由之路。

第三部分，中国实现全民基本医疗保障的背景分析。实现人人享有基本医疗保障是整个国际社会为之努力的方向，也是中国政府的职责。中国作为世界卫生组织与联合国儿童基金会共同通过的《阿拉木图宣

言》签约国之一，有义务实现宣言倡导的目标，事实上我国的确为此进行了漫长而艰难的城乡医疗保障制度改革。我们认为，在医疗体制改革的问题上，政府的主要职责之一应该是推动建立一个普遍覆盖的医疗保障体系，也就是“全民医疗保障”。一方面在于能极大地促进医疗负担的公平性，另一方面能够有效抑制医疗费用的快速上涨。实行全民医疗保障后，医疗费用不仅可以在健康人群与病患之间分摊，而且可以在民众健康与患病时段分摊，从而能够避免目前大部分医疗费用由患者负担的局面，实现医疗服务“人人可享”。

第四部分，德国、英国、美国与印度的医疗保障制度及其借鉴。德国、英国与美国是世界上三种不同医疗保障制度模式的典型代表，我国的邻国印度在保证医疗保障制度公平性方面也有特别值得借鉴之处。这部分以这些国家的医疗保障制度为研究对象，全面分析了政府与市场在医疗保障筹资、医疗服务提供以及在医疗价格控制方面所起的作用，评述了德国、英国、美国以及印度四国医疗保障制度的发展情况。作者认为，一国究竟应当采用何种医疗保障模式，不仅取决于该国的社会制度与经济发展水平，还取决于该国政府在医疗保障中的角色定位与目标定位。从这些国家医疗保障的实践经验来看，社会医疗保险侧重于体现政府追求“公平”的行为目标，而商业健康保险侧重于体现政府追求“效率”的行为目标。单纯发展任何一种模式，都很难实现公平与效率的有效平衡。因此，各国政府解决医疗保障问题应该奉行“政府干预、市场参与”的原则，建立以城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗制度为主体，辅之以城镇居民医疗保险、商业健康保险以及社会医疗救助制度的多层次医疗保障制度体系，才能较好地解决中国的医疗保障问题，最终实现全民享有基本医疗保障的目标。

第五部分，中国实现全民医疗保障的路径选择。作者从实现路径的角度探讨了我国实现全民基本医疗保障的可能，即：完善城镇社会医疗保险制度；完善新型农村合作医疗制度；加强商业健康保险与社会医疗保险的有效配合；促进商业健康保险的发展。我们认为，我国在实行全

民医疗保障的过程中，需要正确划定政府与市场发挥作用的边界，实现公平与效率的有效平衡。具体而言，政府应主导完善城镇社会医疗保险制度和新型农村合作医疗制度，市场则通过促进商业健康保险的发展来参与全民医疗保障的实施。只有加强商业健康保险与社会医疗保险的有效配合，才能实现“政府主导”和“市场参与”的有机衔接。

本书只是在借鉴前人已有研究成果的基础上，进行了一些基础性的研究工作，提出了一些新思路，但需要继续深化研究的问题还有很多。作者冀望本书在以下方面实现一些有益的创新：一是从医疗服务分类、公平与效率关系以及卫生体制改革目标的角度，探讨政府与市场的角色定位。二是通过对德国、英国、美国与印度四国医疗保障制度的研究借鉴，提出只有社会医疗保险与商业健康保险协同发展、有效配合，才能较好地解决中国的医疗保障问题。三是提出中国实现全民医疗保障的可行路径。

总而言之，当前我国的医疗卫生保障制度正在经历一个关键的转变时期，在这个过程中，医疗保障制度改革的每一个动作都牵动亿万民众的神经，可谓影响深远。作者期待《中国全民医疗保障实现路径研究》一书的出版，能够起到抛砖引玉的效果，在理论界与实务界引起更为广泛的关注，推动更为深入的研究，为医疗卫生保障制度的完善、为大众福祉的实现添砖加瓦。

作者真诚地接受来自各方读者的批评与指教。

目 录

第一章 医疗保障制度的理论渊源	1
第一节 医疗保障制度的理论渊源之一：健康经济学	1
一、健康经济学的发端与早期研究	1
二、政策导向的健康经济学	3
三、主流经济学研究框架下的健康经济学	4
四、立足于经验研究的健康经济学	5
五、健康经济学未来发展趋势	5
第二节 医疗保障制度的理论渊源之二：福利经济学	6
一、福利经济学及其社会保障政策主张	6
二、福利国家理论及其对医疗保障制度建设的影响	11
第三节 医疗保障制度的理论渊源之三：凯恩斯理论	14
一、凯恩斯理论产生的社会背景	15
二、凯恩斯理论的基本内涵	15
三、凯恩斯理论对社会保障制度的影响	16
第四节 医疗保障制度的理论渊源之四：公共产品理论	17
一、公共产品理论的基本内涵	18
二、医疗服务属于准公共产品范畴	19
三、公共产品理论对医疗保障供给与需求的分析	20
第五节 医疗保障制度的理论渊源之五：信息经济学	22
一、逆向选择理论	23

二、道德风险理论	25
三、逆向选择、道德风险对医疗保险市场的影响	27
第二章 中国医疗保障制度发展回顾与评价	31
第一节 中国城镇医疗保障制度的建立与变迁	31
一、劳保、公费医疗制度的建立与改革	31
二、城镇职工基本医疗保险制度的建立	43
第二节 中国农村医疗保障制度的建立与变迁	54
一、农村合作医疗制度建立的社会背景	55
二、农村合作医疗制度的发展与变革	57
三、新型农村合作医疗制度的建立	62
第三节 中国医疗保障制度运行效果评价	70
一、中国医疗保障制度建立以来的成就	71
二、中国医疗保障制度存在的突出问题	77
第三章 中国建立全民医疗保障制度的环境分析	83
第一节 中国建立全民医疗保障制度的重要意义	83
一、维护社会公平的需要	84
二、实现公民健康权的需要	86
三、保障社会人力资本最大化的需要	87
四、实现风险分散的需要	88
五、履行国际公约的责任	89
第二节 中国建立全民医疗保障制度的有利因素	90
一、人民群众对医疗保障的需求越来越大	90
二、医药资源不断丰富, 医药技术不断成熟	91
三、多层次医疗保障制度已经建立	95
四、政府深度参与医疗保障事务	97
五、国家财政有能力提供全民基本医疗服务	100
第三节 中国建立全民医疗保障制度面临的挑战	104

一、医疗服务需求方存在的制约因素	104
二、医疗服务供给方存在的制约因素	108
三、现行医疗保障制度存在的缺陷	114
四、医疗卫生监管存在的问题	118
五、非理性传统观念的制约	121
第四章 德国、英国、美国、印度医疗保障制度及其借鉴	122
第一节 德国的医疗保障制度	122
一、德国人口与健康状况	122
二、德国医疗保障制度的演变过程	124
三、德国医疗保障制度的基本内容	133
四、德国医疗保障制度的特点	139
第二节 英国的医疗保障制度	142
一、英国人口与健康概况	142
二、英国医疗保障制度的建立与发展	144
三、英国医疗保障制度的基本内容	155
四、英国医疗保障制度的特点	160
第三节 美国的医疗保障制度	162
一、美国人口与健康状况	162
二、美国医疗保障制度的建立与发展	164
三、美国医疗保障制度的基本内容	171
四、美国医疗保障制度的特点	181
第四节 印度的医疗保障制度	183
一、印度人口与健康状况	184
二、印度医疗保障体系的建立与发展	184
三、印度医疗保障制度的主要内容	187
四、印度医疗保障制度的主要特点	192
第五节 国际医疗保障制度变迁对中国的借鉴意义	195

第五章 中国实现全民医疗保障的路径	198
第一节 实现全民医疗保障的总体思路	198
一、总体战略目标	199
二、指导思想与原则	200
三、基本思路	203
第二节 政府在建立全民医疗保障制度中的主导作用	211
一、政府干预的理论依据	212
二、政府干预的积极意义	214
三、政府干预的手段	216
第三节 建立健全初级卫生保健机制	221
一、初级卫生保健的内涵及特点	221
二、发展初级卫生保健的重要性	224
三、中国初级卫生保健的现状与问题	226
四、发展初级卫生保健的政策主张	227
第四节 大力发展民营医疗服务	231
一、民营医疗机构的内涵及特征	231
二、民营医疗机构产生与发展的背景分析	236
三、发展民营医疗服务的必要性	239
四、发展民营医疗服务面临的外部障碍及对策	243
第五节 大力发展商业健康保险	249
一、商业健康保险的现状	249
二、大力发展商业健康保险的意义	255
三、中国商业健康保险的发展策略	258
附 录	269
中共中央、国务院及相关职能部门关于医疗保障制度的	
主要规定性文件	271
《阿拉木图宣言》	274

目 录

《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》	278
《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》	283
《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》	288
《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011 年）》	307
参考文献	317
后 记	331

第一章 医疗保障制度的理论渊源

理论指导实践发展，实践促进理论创新。一国医疗保障制度的建立与实施，离不开理论的奠基和指引。实践表明，医疗保障制度的探索与发展，始终离不开相关理论的指导。本章简要评述与医疗保障制度相关的经济学理论，剖析医疗保障制度得以建立和发展的理论基础。

第一节 医疗保障制度的理论渊源

之一：健康经济学

医疗保障制度建立的根本目的是为了保障国民的身体健康。因此，健康经济学的相关理论也是医疗保障制度的理论渊源之一。从 20 世纪 60 年代开始，健康经济学在美国逐渐发展成为主流经济学的一个重要的应用分支。健康经济学着眼于如何在整个社会中配置医疗资源，从而最大限度地提高社会整体福利。它的研究对象与公共政策直接相关，是一个国家医疗保障制度建立的重要理论依据。

一、健康经济学的发端与早期研究

早在 1909 年，美国著名经济学家费雪（Irving Fisher）在向国会提交的《国家健康报告》中就指出，从广义的角度看，健康首先是一个财富的形式。在报告中，费雪界定了疾病所带来的损失，主要包括：

(1) 因为早亡而丧失的未来收益的净现值；(2) 因为疾病而丧失的工作时间；(3) 花费在治疗上的成本。费雪估计美国的健康资本存量在1900年为2500亿美元，大大超过了其他形式的财富数量（Mushkin, 1962）。丹尼逊（Denison）在规模收益不变的假设下，估算出如果死亡率在1960—1970年期间下降10个百分点，则美国经济增长率可以提高0.02个百分点。

将健康作为人力资本构成部分而正式提出的是苗希金（Mushkin）。其在《健康作为一种投资》（1962）一文中，一开始就提到人力资本的理论正在构建之中，并且将“教育与健康”并列为人力资本框架下的孪生概念（Mushkin, 1962）。沿着丹尼逊的思路，他计算出了美国在1900—1960年间，由于人口死亡率下降带来的经济收益约为8200亿美元，从而总结出疾病对人力资本劳动生产率造成损失的“3D”框架，即死亡（Death）、残疾（Disability）和衰弱（Debility）。

健康经济学真正建立的标志是美国著名经济学家、1972年诺贝尔经济学奖获得者阿罗（Arrow）于1963年发表的经典论文《不确定性和福利经济学》。阿罗在文中运用福利经济学第一定理和第二定理界定了医疗服务市场与完全竞争市场的偏离，尤其是疾病发生的不确定性所带来的风险分担市场的缺失。以此为背景，他着重讨论了下面几个问题：(1) 医疗市场的特殊性。指出医疗需求是不稳定的，医生作为患者的代理人也是利润最大化的行为者。阿罗同时强调了医疗市场产出的不确定性、人自身健康状态的不确定性以及医疗服务供给存在的进入障碍。(2) 在确定性的假设下，他分析了医疗市场与完全竞争市场的差异，指出差异存在于三个方面，即收益递增、进入障碍以及医疗定价行为的价格歧视。(3) 在不确定性的假设下，比较了医疗市场与完全竞争市场的差异。他运用期望效用函数描述了理想的保险原则（在风险规避的假设下），论述了道德风险、第三方支付和逆向选择行为对于医疗保险市场的影响，并建立了风险规避条件下最优保险政策的理论模型。

由以上分析可以发现，健康经济学从早期研究开始就具有三个显著

的特点：(1) 强烈的政策导向性；(2) 从创立伊始就纳入了主流经济学的分析框架中（诸如人力资本理论、保险理论、委托—代理理论和市场不完全理论等等）；(3) 非常注重经验研究与经济计量方法的运用。

在阿罗之后，经过维克多·福克斯（Victor R. Fuchs）、马丁·费尔德斯坦（Martin S. Feldstein）、弗兰克·斯隆（Frank A. Sloan）、约瑟夫·纽豪斯（Joseph P. Newhouse）、马克·保利（Mark V. Pauly）、米切尔·格罗斯曼（Michel. Grossman）、罗伯特·伊文斯（Robert G. Evans）和卡尔耶（A. J. Culyer）等经济学家的努力，健康经济学逐渐建立了一个完整的体系。

二、政策导向的健康经济学

作为政策导向健康经济学的主要代表人物首推美国著名经济学家、斯坦福大学荣誉教授维克托·R. 福克斯（Victor R. Fuchs）^①。福克斯在其著作《谁将生存？健康，经济学和社会选择》（2000）一书中指出，医疗对健康具有护理与诊断功能而非治疗功能，因为人类 80% 的疾病是自限性疾病，不需借助特殊医疗手段便可自行恢复；有 10% 的疾病医疗技术对此根本无计可施；只有 10% 的疾病医疗技术能够发挥作用。尽管在发达国家，医疗服务的边际效用微乎其微，但除了降低死亡率和发病率之外，更为重要的是它的护理作用和诊断功能，昂贵的医疗设施只能是增加患者的舒适度。同时，福克斯通过比较美国西部两个临近的州——内华达州和犹他州的死亡率，考察了人们的生活方式对健康的影响。福克斯认为人类行为从某种意义上讲是一种慢性自杀行为，人们都是在牺牲自己的身体健康来换取其他方面的收益（Fuchs, 1982），从而将卫生保健政策分析纳入了经济学的视角之中。

福克斯也对美国老年人医疗保健问题进行研究，其论述极为精彩。他指出美国 65 岁以上老年人消耗的卫生资源是其他年龄组总和的 3 倍，

^① 维克托·R. 福克斯（Victor R. Fuchs）曾任 1995 年美国经济学会主席。

其中 80 岁以上老年人的医疗支出又占老年人医疗卫生支出的四分之三以上。为什么政府的健康保障政策对老年群体如此优厚呢？福克斯认为这是因为老年人的选举投票缺席率大大低于其他年龄组，因此可以给政府施加压力。在公共卫生政策方面有重要影响的健康经济学家还有费尔德斯坦、纽豪斯等人。

三、主流经济学研究框架下的健康经济学

继阿罗之后，美国著名经济学家米切尔·格罗斯曼（Michel Grossman）完善了健康经济学分析的框架，他对于卫生保健需求的研究有重大的理论创新。格罗斯曼 1972 年发表的经典论文《健康需求：理论与实证研究》确立了健康需求理论，第一次构建了健康资本需求模型，将贝克尔（Becker）提出的家庭生产函数成功地引入到健康效用函数分析之中，提出医疗保健需求是一种派生需求（induced demand）的观点，进而确立了消费者行为的人力资本模型。格罗斯曼假定消费者个人为了决定他们最理想的健康状况，对能改善其健康状况的开支进行估价并与花费在其他商品上的开支比较。他假定消费者在健康生产函数上享有完全信息，从而可以计算出带有时间效用函数的最大值，并建立了健康需求的均衡模型。美国经济学家艾可顿（Acton, 1975）和 Nathanson C. A（1977）在格罗斯曼需求模型的基础上，探讨了性别等其他非经济因素在医疗需求上的差异，进一步完善了格罗斯曼的医疗需求模型。

为了简化分析，格罗斯曼假定纯粹消费模型与纯粹投资模型两种形式，分析结论是：健康存量是现有健康存量、健康恶化率以及健康投资的函数（Grossman, 1972）。此后，菲尔普斯（Phelps）在格罗斯曼模型的基础上建立了不确定性条件下的医疗保健需求函数与医疗保险需求函数，纽豪斯将共保率引入到格罗斯曼的纯粹投资模型中，兰德（Rand）公司医疗保险研究小组则采用经验数据计算了健康保险对于医疗保健的效用。尤其重要的是，格罗斯曼和乔艾斯（Joyce）拓展了家庭内部时间分配对家庭成员健康影响的分析，他们发现妻子的时间是丈