

金融博士论丛·第十六辑

Universal Health Care:  
from Fragmentation  
to Funds Integration

# 全民医保:从“碎片化” 到基金整合

[◎ 何毅 著]

■ 近年来，我国医疗保险制度发展迅速，但仍处于严重的小地域统筹和多标准分割人群的局面，全国目前存在几千个医疗保险基金，基金分散化问题严重。本书立足于通过基金视角的分析，寻找一个决定经济体医疗保险基金形态的“技术标准”，以为读者提供一个可供参考的基金整合决策思路。

 中国金融出版社

[◎ 何毅 著]

Universal Health Care :  
from Fragmentation  
to Funds Integration

# 全民医保:从“碎片化” 到基金整合

金融博士论丛·第十六辑

 中国金融出版社

责任编辑：王效端 王 君

责任校对：张志文

责任印制：陈晓川

### 图书在版编目 (CIP) 数据

全民医保：从“碎片化”到基金整合 (Quanmin Yibao: Cong “Suipianhua”  
dao Jijin Zhenghe) /何毅著. —北京：中国金融出版社，2014. 1

(金融博士论丛. 第16辑)

ISBN 978 - 7 - 5049 - 7260 - 6

I. ①全… II. ①何… 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 (2013) 第 312941 号

出版 **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 利兴印刷有限公司

尺寸 169 毫米 × 239 毫米

印张 23

字数 408 千

版次 2014 年 1 月第 1 版

印次 2014 年 1 月第 1 次印刷

定价 46.00 元

ISBN 978 - 7 - 5049 - 7260 - 6/F. 6820

如出现印装错误本社负责调换 联系电话(010)63263947

编辑部邮箱: [jiaocaiyibu@126.com](mailto:jiaocaiyibu@126.com)

# 摘 要

走向全民医保、扩大卫生统筹已经成为当今全球医改浪潮的主旋律。但是所有国家的全覆盖之路都需要经历一个将原来自主设立、分散统筹的多个基金进行统一整合和利益协调的过程。如何实现医疗保险基金对于全体国民的统筹、协调、可持续覆盖，成为各国医疗保险制度设计必须面对的现实问题。可以说，全民医保时代的到来，使医疗保险制度“碎片化”问题迅速凸显，成为社会高度关注的社会民生问题。

我国“全民医保”进展迅速，从2006年提出目标开始，经过三年时间，人群覆盖率已经超过90%，实现了制度全覆盖。但是，我国医疗保险制度仍然存在严重的小地域统筹和多标准分割人群的局面，全国目前存在几千个医疗保险基金，基金分散化问题严重。医疗保险基金分散化导致了制度的“碎片化”，形成了待遇差别、重复参保、重复补贴、转移接续等一系列严重的社会经济问题。

面对问题，各方提出了一系列政策建议，从制度并轨、待遇拉平、人群划分等方面提出了改进措施。但是，由于分散的多基金格局在技术上意味着风险共济只在小群体内实现，在政治上则意味着利益集团的既得利益分割。因此，缺乏系统性的理论研究，就很难形成基金整合的“技术标准”，决策思路就极易被“利益集团”绑架或陷入随意性与无序化。

本书应用规范与实证分析相结合、宏观与微观分析相印证、国内与国外分析相衔接的研究方法，立足于通过基金视角的分析，寻找决定一个经济体医疗保险基金形态的“技术标准”，为决策者提供一个可供参考的基金整合决策思路。

全书共6章。

第1章导论。阐述了全书的选题背景和实践意义，综述了医疗保险制度“碎片化”治理和基金整合的国内外相关文献，说明了文章的研究方法、研究思路和框架结构，并对研究的拟创新之处和不足之处进行简要论述。

第2章现象描述与问题分析。重点分析我国医疗保险制度“碎片化”问题的表现形式、本质属性和制度根源。首先介绍并评价了对制度“碎片化”的传统认识，提出“不统一”并非制度“碎片化”的实质。文章独创性地从

基金的视角重新审视制度“碎片化”问题，提出制度“碎片化”的实质是基金的分散化，是基金形式上的“分”与内容上的“散”的结合，是“分立”的各个基金之间无法通过风险管理机制实现利益协调导致“全民覆盖”失败的现象。本章在深入分析我国医疗保险制度“碎片化”诸多表现形式（重复参保、覆盖遗漏、待遇攀比、转移接续）的基础上，从剖析医疗保险基金构成入手，指出这些问题的实质在于多标准分割基金导致的基金边界模糊和风险承担者利益多元化问题，并进一步阐释了形成这种基金分割形势的制度根源。

第3章理论基础与决策思路。首先探讨了对称信息条件下基金整合的理论问题，借助证券组合理论和基金破产理论的进一步分析，试图解决平行的多个基金在对称信息条件下的合并和风险交易问题，其着眼点是“整合”中如何“合”的问题；本章主体部分研究信息不对称条件下医疗保险市场中基金形态的决定问题。该部分的分析按照三条线索分别进行，信息不对称条件下医疗保险市场的均衡理论是一条主要线索，是确定基金形态能否保证不同风险状态个体同时达成市场均衡的判断工具，信息不对称条件下的“风险分类理论”和“政府管制理论”是两条重要的辅助线索，风险分类的状态和政府管制的不同举措对竞争性市场施加的影响将很大程度上决定市场均衡中医疗保险基金的状态。最终，本章以单一基金、“俾斯麦式”竞争型基金、“贝弗里奇式”垄断分割基金三大类基本基金形态的形成和决定过程作为小结，详细解析了信息不对称条件下，参保人风险分类定价受限、政府强制参保、价格管制、风险调剂等管制措施下，如何形成特定的医疗保险基金形态，解决“整合”问题中如何“整”的问题。

第4章国际比较与经验总结。本章深入分析了德国、英国、美国以“全民覆盖”为目标的“碎片化”医疗保险基金整合的历史进程、关键改革和共济特点。以基金的视角，重新解构国际三大医疗保险模式中基金构成、共济体系及发展路径，将所谓“模式”争论具象化到基金运作层面，深入探讨了当代西方医疗保险市场最主流的两大基金构成形态“俾斯麦式”竞争型基金和“贝弗里奇式”垄断分割基金的分层、组合和嵌套，对二者的运作方式进行归纳总结，并以此为参照对其他西方国家的医疗保险基金整合进程进行简要剖析。

第5章微观实证与现实模拟。考虑到基金整合问题是一个重要的医疗保险市场中观问题，既是医疗保险模式宏观决定的重要依据，也是医疗保险个体风险聚散的制度基础。因此本章选取东部沿海一个地级市TZ市作为分析对象，深入调查了TZ市医疗保险基金在不同人群、不同行业、不同区域之间分割的

状态，研究了TZ市级统筹改革的核心政策并对其得失进行了评价。本章进一步应用TZ市30万个体多年医疗费用发生数据，对个体风险评估方法的应用，对垄断分割基金和竞争型基金不同条件下参保人共济体系的设计进行了实证分析，并对风险调剂和风险共担机制的现实运用进行了模拟测算，提供了竞争型基金构建的重要实证依据。

第6章模式架构与政策建议。本章首先通过对全国医疗费用按照区域和城乡分布的泰尔指数和基尼系数的双变量分析，计算了当前医疗费用差异在东中西部之间、在各省和城乡之间的分布以及各自的比重，并借助上述分析结果，阐释了适合我国现实状况的医疗保险基金形态的决策框架。按照这个决策框架，本章进一步讨论了城乡差异的规模及其垄断基金分割的不可持续性。为了进一步讨论我国“城乡统筹”与“区域统筹”的优先性问题，文章在宏观分析中引入人口统计学因素和历史医疗费用因素对医疗风险评估模型进行了模拟测算。文章在差异分解、价格差异化空间、共济体系构建等一系列测算的基础上，提出了我国当前医疗保险基金整合的模式架构设计及相关政策建议。

全书通过分析论证，提出“构建全民健保主干项目，实施省级垄断基金分割，大病保险和门诊统筹嵌套竞争型基金”的决策思路，为配合基金整合的政策建议，本书最后还提出了一系列配套改革的建议：“在基础建设方面，建议完善三大基础改革：风险评估方法改革，信息系统统一设计，管理平台并轨改造；在机制建设方面，建议实行三大机制转型：财政补贴机制转型，风险调剂机制转型，风险承担机制转型；在关键障碍克服方面，建议重点治理待遇差异、转移接续、重复参保三大问题。

**关键词：**医疗保险 碎片化 基金 整合

# Abstract

Universal health care and expanded health co-ordination has become the main theme of today's global wave of medical reform. How to realize the orderly medical insurance coverage for all citizens has become a practical problem faced by all nations designing the medical insurance systems. However, the roads to universal coverage for all the countries have to undergo a process of integration and coordination of interests of funds originally set up individually and dispersed. It can be said that the era of universal health care highlights the "fragmentation" of the medical insurance system which becomes a social concern.

Rapid progress of China's "universal health care" started from 2006 when the target was set. In three years, the system achieved full coverage, and more than 90% of the population was covered. However, China's medical insurance system has a serious condition of small geographical coordination and multi-standard split of the population. There are thousands of medical insurance funds, which lead to the fragmentation of the system and the formation of a series of serious socio-economic problems such as difference of treatment, repeated insurance, repeated subsidies etc. .

Facing these questions, various policy recommendations were put forward in terms of consolidation of the systems, leveled treatment and segmentation of crowds etc. . However, due to the dispersed pattern of multi-funds which technically means that the risk spread only within small groups, politically, it means the partition of interests among interest groups. Therefore, the lack of systematic theoretical study makes it difficult to form a "technical standards" to integrate the funds. No consensus has been made about the administration of "fragmentation" at the theoretical level and at the practical level.

This paper applies theoretical and empirical methods, macroscopic and microscopic analysis on both domestic and foreign data. Through the perspective of fund analysis, we try to find "technical standards" of medical insurance fund in an economy, in order to provide decision makers with a useful reference on fund integration.

The paper is composed of six chapters.

Chapter 1 Introduction. This chapter introduces the research background and practical significance of the thesis, and gives a literature reviews of relevant domestic and foreign studies on the “fragmentation” of medical insurance system and fund consolidation. It illustrates the research methods, research ideas and frame structure, and briefs the proposed innovations and inadequacies of this study.

Chapter 2, Phenomenon Description and Analysis. Analyzing the appearance, essentials and systematical origin of the “fragmentation” of China’s medical insurance system. Starting from the introduction and evaluation of the traditional recognition, putting forward subsequently that the “disunity” is not the essential of “fragmentation”. The paper innovatively re-examines the “fragmentation” issue from the perspective of fund, then proposes the essentials of “fragmentation” are the decentralization of fund which is the combination of “dispersion” in form and “scatter” in content leading to the failure of “universal coverage” through risk management system. On the basis of in-depth analysis of the “fragmentation” of medical insurance system (repeated insured, coverage omissions, treatment comparisons and transfer continuation), the paper analyzes the composition of medical insurance fund to point out the essentials of these issues lie in the vague boundaries by multi-standard fund division and the interest diversification of the risk undertaker. Furthermore, the paper explains the policy root for this fund division.

Chapter 3, Theoretical Basis and Decision Considerations. First discussing the theoretical issues on fund integration under asymmetric information to solve the problem of “how to combine”, which studies the integration of several independent funds; then the major part of this chapter is studying the decision of the fund morphology under asymmetric information. The overall analysis follows three clues separately. The equilibrium theory of medical insurance market under asymmetric information is the main one to determine whether the fund morphology can achieve the simultaneous equilibrium for different risk individuals, while the “risk classification theory” and “government control theory” under asymmetric information are two significant auxiliary clues since the impact of the situation of risk classification and different government controls for competitive market will largely determine the medical insurance fund morphology. At last, this chapter concludes the decision issue for the integration morphology of single funds, “Bismarck” competitive funds and “Beveridge” monopoly split funds, and detailed analyzes how to form certain medical insurance fund mor-



phology under asymmetric information with the limitation of the pricing for the insured risk classification, compulsory government insured, price controls, risk adjustment and other control measures, which solve the problem of “how to integrate” .

Chapter 4, Comparative Study and Lessons Learned. This chapter in-depth analyzes the historical process, key reforms and mutual aid characteristics of the integration for the “fragmentation” medical insurance funds aiming to “universal coverage” in Germany, UK and USA. From the perspective of funds, re-deconstructing the constitution, relationship and growth of the top-three international medical insurance modes, concreting the discussion of so-called “mode” to operation level of funds, in-depth analyzing the layering, assembling and nesting of the most mainstream two funds constitute form - “Bismarck” competitive funds and “Beveridge” monopoly split funds— in modern western insurance market, summarizing the operation of these two and briefly profiling the integration process of medical insurance funds of other western countries for comparison.

Chapter 5, Micro-empirical Study and Reality Stimulation. Taking into account the fund integration is an important macro-level issue in medical insurance market, which is not only the significant basis for the macro-decision of medical insurance mode, but also the policy foundation for the individual risk integration and spread. Therefore, the paper takes Taizhou, Zhejiang as an analysis object to in-depth investigate the split situation of Taizhou medical insurance funds in different populations, industries and regions, research and evaluate the core reform policy of Taizhou municipal co-ordination arrangement. In addition, using the medical cost data for 300 thousand individuals for several years in Taizhou, this chapter makes positive analysis on the utilization of individual risk evaluation methods and the design for the mutual aid system for the insured under different conditions of competitive funds and monopoly split funds, and simulated calculation on the practice of risk adjustment and risk sharing system to provide significant empirical basis for the construction of competitive funds.

Chapter 6, Mode Design and Policy Recommendations. This chapter first calculates the distribution and ratio of the medical cost difference among the east, middle and west, provinces and urban and rural areas through the analysis of the Theil Index and the Gini coefficient of the whole country, on which the decision-making framework suitable for the medical insurance fund in China is explained. According to this

framework, this chapter further discusses the scale of urban and rural difference and the unsustainability of monopoly funds split. In order to study the priority issues of “urban and rural co-ordination” and “regional co-ordination”, the paper makes a simulated calculation with the factors of demography and historical medical cost under the macro analysis on medical risk evaluation model. The paper proposes the design for mode architecture of the integration of medical insurance funds in China and related policy recommendations on the calculation on the differentiation decomposition, the price differentiation space and the construction of mutual aid system.

On above analysis and argumentation, the paper proposes the decision-making thought of “building NHI backbone project, implementing the provincial monopoly funds split, and nesting competitive funds with serious illness insurance and patient co-ordination”. At last, the paper raises a series supporting reform proposals: In infrastructure, propose to perfect three basic reforms: risk evaluation methods reform, unified designation for information system and management platform transformation; in mechanism construction, propose to implement three mechanism transformations: the financial subsidy mechanism transformation, the risk adjustment mechanism transformation, and the risk undertaking mechanism transformation; in key obstacles to overcome, propose to solve three problems: treatment differences, transfer continuation and repeated insured.

**Keywords:** Medical Insurance, Fragmentation, Funds, Integration

# 目 录

<b>1 导 论</b> .....	1
1.1 选题的背景和意义 .....	1
1.2 国内外研究的现状 .....	3
1.2.1 国外研究 .....	3
1.2.2 国内研究 .....	7
1.2.3 研究现状的简要评述 .....	10
1.3 本书研究方法、创新与不足之处 .....	11
1.3.1 研究方法 .....	11
1.3.2 创新之处 .....	12
1.3.3 不足之处与未来研究方向 .....	14
1.4 研究思路与框架结构 .....	14
<b>2 现象描述与问题分析</b> .....	16
2.1 医疗保险制度“碎片化”问题描述 .....	16
2.1.1 医疗保险制度“碎片化”问题的初步认识及评价 .....	16
2.1.2 医疗保险制度“碎片化”问题的实质 .....	21
2.2 我国医疗保险制度“碎片化”的表现形式 .....	27
2.2.1 医保“全民覆盖”目标尚未达成 .....	27
2.2.2 重复参保导致资源浪费 .....	31
2.2.3 医保关系转移接续难题 .....	33
2.2.4 受健康公平观影响导致待遇攀比问题 .....	37
2.3 从基金视角剖析我国医疗保险制度“碎片化”问题 .....	39
2.3.1 我国医疗保险基金按人群划分的特点 .....	39
2.3.2 我国医疗保险基金“分散化”的特点 .....	44
2.3.3 从基金“分散化”到制度“碎片化” .....	51
2.4 “碎片化”问题的历史渊源和制度背景 .....	53
2.4.1 “碎片化”问题的历史渊源 .....	53
2.4.2 我国医疗保险制度“碎片化”的制度背景 .....	57

<b>3 理论基础与决策思路</b> .....	64
3.1 对称信息条件下医疗保险基金整合的基本理论问题.....	64
3.1.1 证券组合理论、线性定价法则与基金整合问题.....	64
3.1.2 偿付能力理论与基金整合的资本约束.....	67
3.1.3 对称信息条件下的基金博弈与市场均衡理论.....	69
3.2 信息不对称条件下医疗保险基金博弈与市场均衡.....	72
3.2.1 混同均衡.....	73
3.2.2 分离均衡.....	77
3.2.3 医疗保险市场均衡与基金整合问题.....	79
3.3 风险分类理论.....	80
3.3.1 风险分类的有效性.....	80
3.3.2 信息获取与风险分类成本.....	85
3.3.3 小结：信息的价值与分类定价的有限性.....	87
3.4 政府介入对医疗保险市场均衡的影响.....	89
3.4.1 强制参保.....	89
3.4.2 价格管制.....	95
3.4.3 转移支付.....	103
3.4.4 行政化经办.....	109
3.5 基金整合问题的决策框架.....	111
3.5.1 实现个体间风险共济的手段.....	112
3.5.2 政策协调与全民医保目标的实现.....	118
<b>4 国际比较与经验总结</b> .....	126
4.1 德国医疗保险基金整合——竞争型基金模式探讨.....	126
4.1.1 德国医疗保险基金整合的基本情况.....	126
4.1.2 德国医疗保险基金整合过程中的关键改革进程.....	130
4.2 英国医疗保险基金整合的历史经验.....	137
4.2.1 英国实现“全民覆盖”之路.....	138
4.2.2 英国医疗保险基金的预算分解和区域基金的形成（20世纪 70年代改革）.....	140
4.2.3 内部市场改革与第三方购买机制的形成（1990年改革）.....	144
4.2.4 初级医疗保健基金 PCTs 的十年兴衰——垄断型基金与竞争型基金 之间的交替选择（布莱尔医改与卡梅伦医改的双重逻辑）.....	150
4.3 奥巴马医改与美国医疗保险基金整合思路.....	153

---

4.3.1	奥巴马医改面临的基金“碎片化”格局 .....	154
4.3.2	奥巴马医改解决“碎片化”问题的主要举措 .....	164
4.4	医疗保险基金整合与市场均衡的经验总结 .....	170
4.4.1	人头费、预算分解与基金整合——分散基金存在形态的宏观 视角 .....	171
4.4.2	“贝弗里奇”模式的主要运作经验 .....	176
4.4.3	“俾斯麦”模式的运作原理与运作经验 .....	185
<b>5</b>	<b>微观实证与现实模拟 .....</b>	<b>198</b>
5.1	TZ市医疗保险基金分割与整合进程 .....	198
5.1.1	TZ市医疗保险基金分割的基本情况 .....	198
5.1.2	TZ市城镇职工医疗保险市级统筹改革 .....	210
5.2	风险评估模型构建的实证——以TZ市数据为基础的证据 .....	213
5.2.1	风险评估模型的一般形式 .....	213
5.2.2	关于以TZ市数据为基础的模拟实证 .....	217
5.3	价格管制、基金分割与共济体系构建方式的实证研究——基于 TZ市区2011年医疗费用数据的分析 .....	229
5.3.1	垄断型多基金格局的共济体系设计 .....	229
5.3.2	竞争型多基金格局的共济体系设计 .....	239
5.3.3	风险共担机制 .....	252
<b>6</b>	<b>模式架构与政策建议 .....</b>	<b>266</b>
6.1	我国医疗保险基金整合的决策机制 .....	266
6.1.1	医疗费用差异分解——基于泰尔指数分解的实证 .....	266
6.1.2	价格差异程度与转移支付规模——基于基尼系数的分析 .....	278
6.1.3	风险调剂、政府补贴与基金形态决策 .....	289
6.2	我国医疗保险基金整合路径选择的讨论 .....	294
6.2.1	解决制度“碎片化”的现有观点及其政策主张 .....	294
6.2.2	三类观点的理论实质及内在缺陷 .....	297
6.2.3	关于我国医疗保险基金整合问题的看法与实证 .....	301
6.3	我国医疗保险制度“碎片化”治理的政策建议 .....	320
6.3.1	基金整合及路径选择的政策建议 .....	320
6.3.2	完善三大基础性配套改革的政策建议 .....	326
6.3.3	转型三大核心机制的政策建议 .....	329
6.3.4	对“碎片化”突出问题进行综合治理的政策建议 .....	333

参考文献..... 337

后记..... 345

图目录

图 1-1 本书研究思路图..... 15

图 2-1 2011 年各省级行政区的平均实际费率..... 17

图 2-2 2010 年各省级行政区的平均实际报销比例..... 18

图 2-3 衡量理想的医保基金统筹水平的三个维度..... 23

图 2-4 世界全民医保实现地图..... 23

图 2-5 不同统筹地区不同保险项目的转移情况..... 35

图 2-6 全体国民统筹共济体系..... 45

图 2-7 统筹层级较低导致的“碎片化”格局..... 46

图 2-8 基金边界模糊后的制度“碎片化”格局..... 47

图 2-9 横向分割代替纵向分割与基金分散化格局..... 49

图 2-10 我国医疗保险制度“碎片化”问题分析框架..... 52

图 3-1 保险与资金流..... 67

图 3-2 盈余过程图..... 68

图 3-3 状态空间图..... 70

图 3-4 完全竞争市场均衡..... 71

图 3-5 完全垄断市场均衡..... 71

图 3-6 垄断竞争市场均衡..... 72

图 3-7 完全竞争市场结构下的混同均衡..... 74

图 3-8 逆向选择条件下的混同均衡..... 76

图 3-9 极端情况下的混同均衡..... 76

图 3-10 单一垄断基金的混同均衡..... 77

图 3-11 完全竞争市场结构下的分离均衡..... 78

图 3-12 完全垄断市场结构下的分离均衡..... 78

图 3-13 存在隐藏信息条件下的风险分类..... 83

图 3-14 完全风险分类对市场均衡的影响..... 83

图 3-15 不完全风险分类对市场均衡的影响..... 84

图 3-16 风险分类成本的上限..... 86

图 3-17 分类成本的转嫁（向次健体）..... 86

图 3-18	分类成本向健康个体转嫁 .....	87
图 3-19	强制保险效率增进理论 .....	91
图 3-20	强制保险效率增进的条件 .....	91
图 3-21	风险特性交易成本理论 .....	93
图 3-22	高低限价管制的均衡 .....	96
图 3-23	均衡费率管制下的均衡 .....	99
图 3-24	保费定额补贴政策下医疗保险基金的均衡 .....	106
图 3-25	收入差异与费率优惠 .....	108
图 3-26	风险升贴水与费率优惠 .....	110
图 3-27	三种人群之间的共济关系 .....	113
图 3-28	三大共济政策的协调配合 .....	117
图 3-29	政策协调与全民医保目标的实现 .....	119
图 4-1	德国现行医疗保障制度的结构 .....	129
图 4-2	德国主要疾病基金缴费率情况表 .....	137
图 4-3	内部市场形成以前的国家保险 .....	145
图 4-4	NHS 内部市场的形成 .....	148
图 4-5	美国医疗保险筹资和偿付渠道 .....	159
图 4-6	美国个人强制投保政策的执行过程 .....	165
图 4-7	法国医疗保险系统的资金流 .....	180
图 4-8	韩国医疗保险体系整合过程 .....	184
图 4-9	荷兰的医疗保险体系 .....	193
图 4-10	荷兰医疗保险中的风险调剂系统 .....	194
图 5-1	TZ 市医疗保险基金的区域分割与人群分割 .....	204
图 5-2	TZ 市城镇职工医疗保险基金多基金纵向共存格局 .....	205
图 5-3	1992—1993 年美国商业保险参保人的情形 .....	214
图 5-4	2011 年 TZ 市样本个体分年龄平均医疗费情况 .....	218
图 5-5	2011 年 TZ 市 20~80 岁样本个体分年龄医疗费情况 .....	218
图 5-6	TZ 市实际按年龄平均的医疗费用曲线 .....	245
图 5-7	实际价格线、均衡价格线与受限价格线 .....	246
图 5-8	截尾价格线 .....	247
图 5-9	退休人员不缴费政策下的“受限价格线” .....	251
图 5-10	TZ 市本级城镇职工参保人员住院医疗费用对数正态分析拟合图 .....	259
图 6-1	基尼系数定义 .....	267
图 6-2	分组价格水平与 2010 年人均年消费支出的比较关系 .....	288

图 6-3	构造共济体系的三大政策工具 .....	290
图 6-4	引入风险调剂可以拓宽基金形态选择的空间 .....	291
图 6-5	财政补贴通过共济体系构建影响基金形态 .....	293
图 6-6	流动人口分年龄频数分布 .....	305

## 表目录

表 2-1	三种医疗保险制度缴费方式及标准的比较（以济南市为例） .....	19
表 2-2	各省 2011 年医疗保险覆盖率情况 .....	28
表 2-3	三大主要医保项目人员覆盖率变化情况 .....	29
表 2-4	农民工可选择的医疗保险方案 .....	50
表 2-5	近年中央与地方财政社会保障补助支出差异 .....	60
表 2-6	各省十年间社会保障补助支出增长幅度 .....	61
表 3-1	不考虑分类成本的风险分类有效性 .....	85
表 3-2	价格管制后高低风险个体对保险基金预期利润的影响 .....	101
表 4-1	德国医疗保障的资金来源 .....	130
表 4-2	德国各类社会医疗保险基金会参保情况 .....	131
表 4-3	医院和社区医疗服务基础人头费标准（英格兰，1997—1998 年） .....	142
表 4-4	NHS 市场化改革进程 .....	144
表 4-5	美国保险覆盖情况 .....	156
表 4-6	美国医疗保险初级购买者构成 .....	158
表 4-7	“贝弗里奇”模式和“俾斯麦”模式基金形态与风险调剂情况汇总 .....	174
表 4-8	风险调剂三大运作模式的优劣比较 .....	190
表 5-1	TZ 市城镇居民医疗保险区域基金运作情况 .....	198
表 5-2	TZ 市城镇居民医疗保险区域基金运作情况 .....	199
表 5-3	2010 年各县市区失地农民养老保险与新型农村合作医疗保险情况 .....	200
表 5-4	浙江省 TZ 市 2006—2007 结算年度三大基金缴费比例及标准 .....	202
表 5-5	TZ 市卫生事业基本情况 .....	208
表 5-6	对数化及样本数量变化对于模型统计结果的影响 .....	225
表 5-7	TZ 市 1995—2010 年基本医疗保险情况 .....	250



表 5-8	风险共担方法的关键指标构成 .....	256
表 5-9	TZ 市大病保险基金 2008—2011 保单年度运行情况 .....	258
表 5-10	TZ 市 2008—2011 年参保人员住院费用各构成要素分布 情况 .....	259
表 5-11	TZ 市 2008—2011 年参保人员住院费用各构成要素占比 分析 .....	260
表 5-12	TZ 市大病保险基金起付线调整对覆盖人群和补偿费用的 影响 .....	260
表 5-13	TZ 市风险共担机制模拟测算 .....	262
表 5-14	TZ 市超额风险共担法下 T 值大小与共担效果比较 .....	263
表 5-15	TZ 市离风险共担法下 P 值大小与共担效果比较 .....	264
表 6-1	“大区—城乡—分省”嵌套模式下医疗费用差异分解情况 .....	270
表 6-2	“大区—分省—城乡”嵌套模式下医疗费用差异分解的 测算 .....	272
表 6-3	剔除大区差异后的各省间差异 .....	272
表 6-4	各省内城乡间差异的表现 .....	273
表 6-5	“大区—城乡—分省”嵌套模式下的差异分解情况 .....	275
表 6-6	泰尔指数分解与差异在不同基金形式下的消化 .....	276
表 6-7	62 个分组的基尼系数 .....	279
表 6-8	城乡两个组的基尼系数 .....	279
表 6-9	城乡内部按省分 31 个组的基尼系数 .....	280
表 6-10	城乡内部按照大区分 3 个组的基尼系数 .....	280
表 6-11	按大区分 3 个组的基尼系数 .....	280
表 6-12	大区分组内部按城乡各分两组的基尼系数 .....	281
表 6-13	大区分组内部按省份和城乡分组的基尼系数 .....	281
表 6-14	大区分组内部按省分组的基尼系数 .....	282
表 6-15 (1)	按省分为 31 个组的基尼系数 .....	282
表 6-15 (2)	各省内部按照城乡分为两组的基尼系数 (2010 年) .....	283
表 6-16	双因素分 6 组的基尼系数 .....	284
表 6-17	6 组内部基尼系数 .....	284
表 6-18	双因素分 64 组的基尼系数 .....	285
表 6-19	价格差异与转移支付受限倒逼基金形态 .....	286
表 6-20	2005 年以来民政系统进行医疗救助的情况 .....	293
表 6-21	第五、第六次人口普查数据公报 .....	303