


经济学学术前沿书系

WOGUO YILIAO BAOZHANG ZHIDU
YINRU SHICHANG JIZHI GAIGE YANJIU

我国医疗保障制度 引入市场机制改革研究

喻华锋 著

 经济日报出版社

序

文学国

中国人常用“生老病死”四个字形容人生四大重要关口。从经济学的角度来看人生的这四个关节点，每个关节点都有成本负担的问题。如果将“生”视为人出生到成长这一阶段，这个阶段的成本一般都父母负担，父母的养育之恩说的就是这个意思。“老”“病”“死”在中国传统社会，其成本一般由后代负担，所谓“养儿防老”“养老送终”等，传统社会的这种代际传递的成本负担，一直延续到现代社会保障制度建立。“病”又常与“老”伴随，防老与防病常常指的是一回事。现代社会的社会保障制度，通过建立起个人与社会分担的社会成本负担机制，一是保证了社会成员间的大致公平，有儿无儿都能够安然防范病痛，度过晚年；二是减轻了后代的养老负担，将家庭养老防病的负担分摊给了社会。“老有所养”“病有所医”，需要国家建立健全社会保障制度，让社会底层群众与低收入者能够安度晚年，不因病返贫，对于像中国这样人口基数巨大，国民整体还没有真正富裕起来就已经进入老年社会的国家来说，尤其重要。

自从德国宰相俾斯麦于1883年颁布了《劳工疾病保险法》，开创了工人医疗保障制度之先河，该法规定政府强制某些行业低工资的工人必须加入医疗保险基金会，基金会强制性征收工人和雇主应当缴纳的基金。工人医疗保障制度诞生之时就是政府推行的强制性社保制度。20世纪30年代世界经济危机之后，西方资本主义国家纷纷建立了医疗保险制度。我们可以说，资本主义国家建立工人的医疗保险制度主要目的是为了缓和劳资矛盾，维护资产阶级政权的稳定，但客观上保障了无产阶级的基本权利与合法利益，同时，也促进了资本主义经济的发展与繁荣。

新中国成立之后，我国长期实行社会主义福利制度，城市职工与居民享

受政府提供的医疗保险，基本由政府无偿供给。农民当时还没有纳入医疗保险范围。城市居民依据不同的保障对象，分为两个独立的医疗保险体系：一是国家机关、事业单位、人民团体实行“公费医疗制度”；另一个是国有企业职工实行“劳保医疗制度”。随着中国经济体制改革的深化，传统的计划经济模式逐步被市场经济模式替代，建立在计划经济体制基础之上的城市医疗保险体系已经不能适应市场经济体制建立之后的社会需求了。1994年我国开始对传统的医疗保险体系进行根本性的改革。经过了几年的地方改革试点后，于1998年底，我国建立起了以全民保健为基础，以公费和劳保医疗为主体，以合作医疗和其他形式的医疗保障为补充的多层次的社会医疗保障体系，开启了中国医疗保障制度的新篇章。根据国家医疗保障局公布的统计数字，截至2018年末，基本医疗保险参保人数为134452万人，参保覆盖面稳定在95%以上。其中新型农村合作医疗参保人数13038万人。2018年全年基本医疗保险基金总收入21090.11亿元，总支出17607.65亿元。截至2018年末，基本医疗保险累计结存23233.74亿元，其中职工基本医疗保险个人账户积累7144.42亿元。经过20多年的时间，中国建立起了覆盖国民人数95%以上的医疗保险制度体系，医疗保险基金还有数量可观的积累！这无疑是人类历史发展中的一个奇迹！2018年党和国家实施新一轮机构改革，成立了国家医疗保障局，其职能为：完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。可以预见，随着我国医疗保险基金的机构统一和职能统一后，医疗保险基金的统筹能力将会进一步提升，监管水平将会进一步增强，不断提高医疗资源使用效率和全民的医疗保障水平。

我国是后发国家，在建立国家医疗保险制度过程中，需要学习与借鉴发达国家的经验。但医疗保险领域，因国情与一国的经济发展水平与阶段不同，全世界呈现不同的医疗保险模式，在处理政府与市场的关系方面，医疗保险领域也呈现了不同的解决方案。喻华锋博士曾在商业保险公司工作8年的时间，所从事的主要业务是通过商业保险公司与政府的合作共同建立医疗保险基金。他边工作边学习、边思考、边总结，在商业保险参与社会医疗保

险的实践中发现了其中的一些基础理论问题，尤其是在医疗保险领域，政府与市场应该怎样发挥各自的作用，并在此基础上设计出既符合医疗保险运行的内在规律，又符合中国国情的具体实施方案。他在选择博士学位论文题目时，考虑到自己的研究兴趣与工作经验，决定选择如何在社会医疗保险领域引入市场机制的问题。应该说，这是一个富有挑战性的论文选题。好在作者在读博期间刻苦用功，利用几乎所有的业余时间听课与读书，将该问题的一些基本理论进行了梳理，对我国目前商业保险参与医疗保险的各种模式与地方经验进行概括与总结。作者在保险公司工作期间，亲身参与了“湛江模式”“太仓模式”“平谷模式”等改革试点方案，正是作者的这种亲历性经验，使得本文的写作基础建立在中国的国情与经验之上。立足中国大地做学问，总结中国道路与中国模式的科学性，正是当下中国学者的使命与责任。当然，作者出于自身的偏好及坚持的理念，认为“共保联办”模式是中国应该选择的在医疗保险领域引入市场机制的最佳方案，虽然难免给人有敝帚自珍之感，但也体现了作者的理论自信与经验自信！

医疗保险改革是当今一大世界难题，成为许多发达国家的重要政治议题。美国总统奥巴马在任期间费尽周折通过的医保法案，特朗普一上任就将其废弃。其他发达国家也陷入了医疗保险制度改革的困难之中。随着老龄化社会的到来，人们对医疗保障水平的需求不断提高，医疗保险基金入不敷出是一个全球性问题。同时，人人享有医疗保险，也是当代社会的一个基本人权要求。中国的医疗保险制度建设同样任重道远，存在的问题也不少，如还没有达到全民覆盖，保障水平还不高，资金筹集面临新的困难，人口老龄化带来的医疗保障需求不断增长，虽然政府近两来不断扩大医疗保险的范围与报销药品品种，但仍然满足不了人们日益增涨的医疗保障需求。这些问题都是任何一个发展中国家必然面临的问题，好在随着我国综合国力的日益增强，人民生活水平的日益提高，个人、政府、社会投入到医疗保险领域的资金也会日益增加，医疗保险基金定会日益增涨。当然，在发挥政府的主要作用的同时，在医疗保险领域引入市场机制，通过社会资本的进入解决日益增长的基金需求也是需要认真对待与考虑的迫切问题。好在有像喻华锋这样既有实践经验，又有理论学养的学者很早就关注此问题，并亲身参与了其中的改革实践，我们有理由相信中国医疗保障面临的一系列问题都会随着中国的

发展壮大得到根本的解决。

笔者也希望读者们继续关注医疗保障领域的改革，并为此事关国计民生的事业贡献出自己的智慧与力量。

谨为序。

2019年6月11日于上海

摘要

医疗保障一直是世界范围内一个待解的难题，对当今的中国来说更是具有十分重大的意义。关于医疗保障制度的改革方向，也一直存在着不同的观点。总体来看，现在的主流观点认为，由于其自身的特性，医疗保障制度应实行政府与市场相结合的模式，充分发挥两种机制的作用，以兼顾医疗保障可及性、公平性和效率性的要求。从我国的现实情况来看，医疗保障制度的问题突出表现在效率方面。解决效率问题，也存在引入市场机制和增加对政府社保机构投入两种观点。但是，增加对政府社保机构的投入，并不能从根本上解决政府直接操作医保事务天然存在的低效率问题，反而会进一步加重政府财政负担，只有引入市场机制才是我国医保体系提高运行效率的可行之道。

我国在建立社会医疗保障体系后的近 20 年里，摸索出了四种医疗保障制度引入市场机制的模式，即委托管理模式、大病保险模式、全额承保模式和共保联办模式。与我国同样采取社会医疗保障模式的德国、瑞士、荷兰等国也进行了以提高市场参与为主要特征的医保改革，其中荷兰模式广受推崇。这五种模式都可作为我国未来医保引入市场机制改革的政策选项。鉴于荷兰模式所依赖的环境与我国存在很大不同，目前我国还暂不具备推行荷兰模式的现实条件。关于其他四种模式中哪种最适合我国的情况，本书将从四个维度进行比较。

一是基于情境决定论的比较。这是本书借鉴郑功成教授关于社会保障模式的相关理论，结合我国实际提出的一个理论框架，即从管制需求类因素和活力需求类因素两个方面来考量医保模式中政府作用和市场作用的主从关系和配比关系。从社会保障传统、医疗卫生服务市场、参保对象成熟程度、商业健康保险等几个方面分析，中国医保制度中政府和市场应该采取基本对等合作的模式。综合来看，共保联办模式最符合情境决定论对中国的分析。

二是基于实际成效的比较。从实际结果来看，委托管理模式、全额承保

模式、大病保险模式都存在这样那样的问题或者局限。只有共保联办模式能够克服其他三种模式存在的这些问题和局限，总体实现最优的效果。

三是基于交易成本理论比较。依据科斯的交易成本理论，从信息搜寻成本、协商决策成本、契约成本、监督成本、执行成本、转换成本六个方面对四种模式进行综合比较，与其他三种模式相比，共保联办模式的总成本是最低的。而交易成本理论认为，交易成本最低的合作模式是最优的。

四是基于机制设计理论比较。按照机制设计理论，最符合参与约束、信息效率和激励相容约束的合作机制是最优选择。本书从这三个方面分别对四种模式进行了比较分析，发现共保联办模式是最符合上述三个方面要求的。

因此，从四个维度进行比较，共保联办都是我国目前医疗保障制度引入市场机制的最优模式选项。当然，已有的实践并不完美，还需要从各方面深入完善，同时，需要采取各种配套措施，为全面推广共保联办模式创造条件。

从结构上来说，本书分为八章：第一章是绪论，简要介绍相关研究背景及基本情况，包括我国医疗保障制度引入市场机制相关研究综述。第二章介绍医疗保障制度引入市场机制的相关基础理论，并在郑功成理论上发展出医疗保障模式的情境决定论。第三章分析我国医疗保障制度改革所处的特殊环境。第四章对我国基本医疗保险运行中存在的问题进行分析，并指出解决这些问题应通过引入市场机制而不是加大对社保机构投入来解决。第五章介绍我国在医疗保障引入市场机制的探索实践中最典型的四种模式。第六章是对国际经验（主要是德国、瑞士、荷兰）的借鉴，同时基于对三国改革成功所依赖的社会环境的分析，指出我国暂时还不能实行这种改革。第七章分别从情景决定论、实际成效、交易成本、机制设计理论等四个方面对国内探索的四种典型模式进行比较，得出共保联办模式最优的结论。第八章是结论和展望。

关键词：医疗保障 市场机制 改革 共保联办

ABSTRACT

Health care/medical security has been a difficult problem to be solved all over the world. It is of great significance to China. There are different views on the reform of the medical security system. The prevailing view is that both the government and the market should be introduced to the medical security system and be given full-play to the role of the two mechanisms in order to take into account the accessibility, fairness and efficiency requirements of medical security. According to the current state of our country, the main problem of medical security system is the lack of efficiency. To resolve inefficiency, there are two aspects which are to introduce market mechanism and to increase investment in government social security institutions. The increase of government investment in social security institutions cannot radically resolve the problem of better operation in health insurance business, however, it will further increase the financial burden of the government. The introduction of market mechanism is the only way to improve operational efficiency of China's health insurance system.

During the 20 years of the establishment of social health insurance system, China has worked out four kinds of models of introducing market mechanism into health insurance system: delegated administration model, critical illness insurance model, full coverage model and co-grant model. Germany, Switzerland and the Netherlands, which are the three typical countries take the same social health insurance model as China does, have also been to improve market participation as the main feature of the health insurance reform. Dutch model is especially highly respected. These five models can be used as China's future options to introduce market mechanism into health insurance. In view of the difference of the real conditions between China and the Netherlands, China is still not ready to implement

the Dutch model. Of the other four native models as which are the most suited to our country, this paper will compare them from four aspects.

The first is the comparison based on Situational Determinism Theory. This theory derives from Professor Zheng Gongcheng's thesis about the Social Security Model. The writer proposes a theoretical framework about medical security model combining Zheng's theory in the reality of China. That is, the role of government and market in certain medical security system, the relationship of government and market in other words, is determined by two kinds of factors: controlling-demand factors and vitality-demand factors. Considering social security tradition, medical and health service market, the degree of maturity of the insurees, commercial health insurance and so on, the relationship of government-market in China medical insurance system should be a equal cooperation model. On the whole, the model of co-grant is most consistent with Situational Determinism Theory.

The second is based on the comparison of actual results of above four models. From the actual results, there are a lot of problems or limitations in the delegated administration model, full coverage model, and critical illness insurance model. Only the co-grant model can overcome these problems and limitations existing in the other three kinds of models and get optimal effect.

The third is the comparison based on Transaction Cost Theory. According to Coase's theory of transaction cost, the four models are compared comprehensively from the six aspects of information search cost, negotiation decision cost, contract cost, supervision cost, execution cost and conversion cost. Compared with the other three modes, the total cost of the co-grant model is the lowest. The transaction cost theory holds that the cooperation model with the lowest transaction cost is the best.

The fourth is the comparison based on Mechanism Design Theory. According to the Mechanism Design Theory, the cooperation mechanism which is most consistent with the participation constraint, information efficiency and incentive compatibility constraint is the best choice. This article, from comparison in the three aspects among the four models, points out that the co-grant model is the most consistent with the above three requirements.

Therefore, from the four dimensions of comparison, co-grant model is currently

the best option for China to introduce market mechanism to medical insurance system. Of course, the existing practice is not perfect, but also need to improve from all aspects. At the same time, we need to take a variety of supporting measures for the comprehensive promotion of co-grant model.

This article has eight chapters. Chapter One is the introduction which is a brief introduction to the relevant research background and the basic situation. The second chapter is literature review of the basic theory of introducing market mechanism to the medical insurance system and develops the Situational Determinism Theory based on Zheng Gongcheng's theory. The third chapter analyzes the special environment of the medical insurance system reform in our country. The fourth chapter analyzes the problems existing in the operation of basic medical insurance in China and points out that these problems should be solved by introducing market mechanism rather than increasing investment in social security institutions. The fifth chapter introduces the four typical models of introducing market mechanism to medical security in China's practice. The sixth chapter is a review of the international experience (mainly Germany, Switzerland, the Netherlands). At the same time, based on the analysis of the social environment on which the reform of the three countries succeeds, it is pointed out that China cannot implement this kind of reform. In the seventh chapter, the four typical models of domestic exploration are compared from four aspects: situational determinism, actual effect, transaction cost and mechanism design theory, and the conclusion is drawn. Chapter Eight is the conclusion and the prospects.

Key words: medical insurance, market mechanism, reform, co-grant mode

目 录

CONTENTS

第一章 绪论	1
第一节 研究背景和意义	2
一、研究背景	2
二、研究意义	4
第二节 基本概念和研究范围	5
一、医疗保障制度	5
二、本书的研究范围	9
第三节 我国医疗保障引入市场机制研究综述	10
一、关于我国医疗保障制度总体方向的研究	10
二、关于商业保险在我国医疗保障体系中角色定位的研究	14
三、对我国医疗保障引入市场机制实践探索模式的研究	16
第四节 研究的主要问题和研究方法	18
一、研究的主要问题	18
二、主要研究方法	19
第五节 本书创新点和不足之处	20
一、本书的创新点	20
二、本书的不足之处	22
第二章 医疗保障引入市场机制基础理论	23
第一节 社会保障研究中关于政府与市场关系的基本理论	24
一、福利主义社会保障理论	24
二、新自由主义社会保障理论	25

三、第三条道路理论	26
第二节 医疗保障研究中政府与市场各自定位的相关理论	27
一、政府提供论	27
二、市场提供论	30
三、政府与市场结合论	31
第三节 政府与市场相结合前提下主从关系的基础理论	34
一、有管理的竞争理论 (Managed Competition)	34
二、政府委托论	35
三、平等竞争论	36
四、平等合作论	36
第四节 本书对医疗保障中政府与市场关系的理论思考	37
一、医疗保障制度的基本目标	38
二、福利保障文化与传统	39
三、医疗市场的扭曲程度	39
四、参保主体成熟程度	41
五、私营医疗保险市场发育程度	44
第三章 我国医疗保障制度改革环境分析	47
第一节 宏观背景分析	48
一、医疗健康需求和医疗卫生费用都呈现出快速增长的态势	48
二、医疗保障基金筹资增长潜力越来越有限	51
第二节 参保对象分析	55
一、法治意识	55
二、保障意识	56
三、信用水平	59
四、保健意识	60
第三节 医疗服务市场分析	62
一、医疗资源分布严重不均衡	62
二、公立医疗机构定位扭曲	67

三、我国特殊的医疗、医药供给与流通体制	69
四、受雇为主的医师执业体制和不合理的医疗服务收入制度	70
第四节 商业健康保险市场分析	73
一、我国商业健康保险近年来取得的发展成就	73
二、我国商业健康保险存在的问题	75
第四章 我国医疗保障制度现状、存在问题及成因	79
第一节 我国基本医疗保险的制度框架	80
一、筹资模式	80
二、保障水平与保障范围	82
三、运行管理模式	83
第二节 存在的主要问题	84
一、基本医疗保险基金可持续性受到威胁	85
二、医保运行的行政成本居高不下但仍然严重不足	86
三、基本医疗保险服务满意度不尽如人意	88
第三节 主要成因	88
一、医保经办能力不足	89
二、医保管理和经办体系的碎片化	91
第四节 经办能力问题基本解决思路	92
一、两种解决思路	92
二、两种思路的比较分析	93
第五章 我国医疗保障制度引入市场机制的探索	99
第一节 政策演进历程	100
一、第一阶段：医疗保险制度初创期	100
二、第二阶段：新医改多层次医疗保障体系建设期	101
三、第三阶段：基本医保管理体制改革期	103
第二节 几种典型模式	105
一、委托管理模式	105

二、全额承保模式	109
三、大病保险模式	111
四、共保联办模式	115
第六章 医疗保障制度引入市场机制的国际经验	119
第一节 德国医改情况	120
一、医改背景	120
二、医改措施	121
三、医改成效	122
第二节 瑞士医改情况	123
一、医改背景	123
二、医改措施	124
三、医改成效	126
第三节 荷兰医改情况	126
一、医改背景	126
二、医改措施	127
三、医改成效	129
第四节 国际经验总结和启示	129
一、三国医改的共同特征	129
二、值得借鉴的做法	131
三、改革成功所依赖的社会条件	131
第七章 我国医疗保障制度引入市场机制模式选择	135
第一节 基于情境决定论的比较	136
一、活力需求类因素分析	136
二、管制需求类因素分析	138
三、五种模式下政府 - 市场关系分析	140
第二节 基于实际运行效果的比较	142
一、共同点分析	142

二、不同点分析	144
第三节 基于交易成本理论的比较	149
一、交易成本理论概述	149
二、几种模式的交易成本比较分析	151
第四节 基于机制设计理论的比较	156
一、机制设计理论概述	156
二、机制设计理论下几种模式的比较分析	157
第八章 结论与展望	163
第一节 主要结论	164
一、第一层次的结论	164
二、第二层次的结论	165
第二节 未来展望	166
一、目前实践的瑕疵和完善方向	166
二、推广前景及需要进一步创造的条件	171
中外参考文献	174
后记	182

表目

表 2-1	政府—市场发挥作用组合表	45
表 3-1	2016 年我国企业和个人需要负担的社会保险占比	52
表 3-2	部分国家企业法定社会保险及福利缴费比例一览表	53
表 3-3	全国各地地区医疗机构技术水平对比	63
表 3-4	2009 年世界主要国家卫生支出状况对比	68
表 3-5	2009 年我国不同地区公立医院收入构成比例	68
表 3-6	2009 年我国不同级别公立医院收入构成比例	69
表 3-7	健康保险与卫生总费用统计数据	77
表 3-8	2015 年各地区健康保险保费收入及排名	77
表 4-1	我国城镇基本医疗保险基金历年收支结余情况	86
表 4-2	2012 年全国各级社保经办机构人员经费支出情况	88
表 4-3	相关省市效率指标排名情况	96
表 7-1	几种模式下医保主要环节承担主体比较	141
表 7-2	四种模式综合对比评分表	148
表 7-3	四种模式下交易成本比较	155
表 7-4	四种模式下总信息成本比较	160
表 8-1	共保联办模式下社保机构和保险公司分工	170

图目

图 2-1	医保体制政府—市场关系影响因素对应图	45
图 3-1	2010—2015 年我国 GDP 与人均医疗费用增长趋势图	50
图 3-2	中国与发达国家保险密度情况对比	57
图 3-3	中国与发达国家保险深度情况对比	57
图 3-4	中国历年保险密度与人均 GDP	58
图 3-5	各年龄群拥有健康生活方式百分比	61
图 3-6	我国每千人口医疗卫生人才城乡对比图	66
图 3-7	2010—2014 年我国健康保险费收入	73
图 3-8	2010—2014 年我国健康险赔付支出统计	74
图 4-1	各年度分地区政府卫生支出的综合技术效率	95
图 5-1	2010—2015 年保险业经办基本医保业务覆盖县市情况	108
图 5-2	2010—2015 年保险业经办基本医保业务情况	108
图 7-1	五种模式政府与市场作用所占比重示意图	142