

财金论丛·第二辑Ⅲ

社会医疗保险：

制度选择



管理模式

许正中 著

社会科学文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

社会保险：制度选择与管理模式 许正中著 援—北京：
社会科学文献出版社，2004.12
财金论丛·第二辑Ⅲ 雪
陈序苑京康司怨京苑京缘

Ⅰ 许正中 … Ⅱ 许正中 … Ⅲ 医疗保险—研究—中国
IV 912.61 中国

中国版本图书馆CIP数据核字 044004号

财金论丛·第二辑Ⅲ

社会保险：制度选择与管理模式



著 者：许正中
责任编辑：陈斗仁
责任校对：
责任印制：同 非

出版发行：社会科学文献出版社

北京建国门内大街 缘号 电话 远源怨怨 邮编 员园四雪

漂聘聘聘聘聘聘聘聘聘聘聘聘

经 销：新华书店总店北京发行所
排 版：东远先行彩色图文中心
印 刷：北京增富印刷有限责任公司

开 本：愿怨伊政源毫米 员转趣开
印 张：愿缘
字 数：员员千字
版 次：圆四四年 怨月第 员版 圆四四年 怨月第 员次印刷

陈序苑京康司怨京苑京缘· 圆缘

本辑共三册 定价：远源元 每册 圆源元 雪

版权所有 翻印必究

内 容 摘 要

社会医疗保险是传统农业社会向近现代工业社会转变中最早出现的一种社会保险，也是当今市场经济国家中，消耗资金最多、与劳动者个人关系最为密切、结构和关系最为复杂的一类社会保险。中国正处在从计划经济向市场经济的转轨时期，能否建立起一个“社会安全网”是关系改革能否成功的关键因素之一。作为社会安全网重要组成部分的社会保险体系的重要一环——社会医疗保障体系的建立，其作用不言而喻。在中国实践中正在试点，并取得了一定成就，然而在理论研究方面却滞后于实践，目前国内还没有学者对这一问题从理论上做过全面系统地研究，这就是本书选题的基础。

本书第一章首先对有关社会医疗保险的基本内容进行了探讨，并分析了医疗保险特别是社会医疗保险产生的原因及其在现代社会中的作用，区别了社会医疗保险和商业医疗保险，用马斯格雷夫模型对它们两种的替代关系进行了均衡分析。在此基础上对社会医疗保险体系进行了研究，重点指出被保险方的需求和消费特点，同时也分析了医疗服务的公共性、垄断性及其复杂性。

第二章对当前世界各国的社会医疗保险制度进行了比较研究，首先根据社会医疗保险基金的筹集方式与支出模式以及管理体制的不同，把社会医疗保险分为自由企业型、社会型、国

家预算型及储蓄保险型四大类，同时也介绍了一些国家和地区普遍采用的社区合作医疗保险。之后，分别选取五个典型国家作为个案研究。

美国是当今世界最为发达的市场经济国家，它所实行的社会医疗保险制度也高度市场化，80%以上的65岁以下的人群主要依靠不同种类的私人医疗保险，美国政府参与的社会医疗制度有两类：一是主要对伤残导致工资损失部分的补偿和支付部分或全部的医疗服务费用，称为工伤补偿保险；二是专为老年人、残疾人和其他特殊人群服务的医疗保险，称为医疗照顾制度。此外，政府还建立了为年龄小于21岁的未成年人、一部分老年人和残疾人的低收入者人群提供医疗服务费用帮助的医疗支助制度。其医疗服务系统无论是公立的抑或是私立的除现役军队系统外，大部分雇用私人医生。就像市场存在缺陷一样，自由企业社会医疗保险机制也会产生诸如难以控制费用上涨、保证社会公正等缺陷。

与中国一衣带水的日本是亚洲最先导入社会医疗保险制度的东方国家。日本的社会医疗保险是按照被保险人的从业情况来分为职域保险和地域保险两大类。职域保险的对象是所有从业人员，而非从业人员则由地域保险来承担。

政府根据保险对象的不同承担不同比例的财政负担。其显著特点是：①基金负担多样化；②保险范围广泛；③管理层次清晰。

比较有意味的是世界上最先完成工业革命的老牌资本主义国家的英国却同前苏联和东欧社会主义国家一样运行着国家预算型的社会医疗保险制度，国家财政预算在卫生保险方面的投入占总卫生经费的90%以上，居民享受免费程度很高的医疗卫生服务。医院国有公营，医生属于国家公职人员，英国的社会

医疗保险制度带有浓厚的计划缺陷（也称政府失灵），缺乏必要的信息，激励机制反常，效率低下。

新加坡的社会医疗保险的基础是以个人和家庭为单位的保险储蓄，个人生病首先花费个人账户上的保险基金，之后，可以使用家庭其他成员的账户。这明显缺乏社会互济性，针对这一缺陷，政府专门设立了以支付大病或慢性病的医疗费用为目的的保险双全计划。同时为了确保每个新加坡公民都能享受基本医疗服务，由政府拨款，为那些不能支付医疗费用的穷人提供一个安全网——保险基金。自营业者参加自雇人士保险储蓄计划。这样在新加坡就形成了以保健储蓄为基础，以健保双全计划、保健基金以及自雇人士保健计划为补充的社会医疗保险体系。对医生和药品行业都有较为严格的管制。

第三章是研究社会医疗保险基金的管理，它首先是国民收入的再分配范畴，同时也涉及金融市场。本章分为三个部分：①社会基金的筹集；②支付；③为了保证社会医疗保险基金的保值和增值而进行的基金投资。保险基金的筹集属于国民收入的再分配，首先，明确了基金的来源，确定了筹资原则。其次，对不同的筹集资金的方式对个人及其宏观经济的影响进行了研究。最后，以德国和美国为例，介绍了社会医疗保险基金筹集的具体情况。

社会医疗保险基金的支付大体上属于财政支出过程。不同的支付方式和过程产生的经济和社会效果不同，在研究这一问题时，首先，按不同的标准对支付方式进行了分类；其次，按被保险方和医疗服务提供者两个方面来研究不同的支付方式所产生的不同的激励和经济效果；最后，对世界各国的医疗保险支付制度的发展趋势进行了展望。

社会医疗保险能否维系下去，关键在于筹集来的社会医疗

保险基金能否足额保证基金的支付。在医疗保险基金的筹集和支付过程中，将有大量的资金沉淀下来，如果不能正确处理这部分资金，让其流失或贬值，整个保险制度将难以继续运营，本章的第三节提供解决这一问题的思路，在认识到社会保险基金投资特点后，分析了影响社会保险基金选择投资方式的因素，确定了基金的安全、合法、流动、多样及收益的投资原则，选择了正确的投资方式：储蓄存款、有价证券、不动产及公司债券和股票。

第四章主要研究政府对社会医疗保险与服务系统的管理，分析了政府对医疗保险与服务系统进行管制的五种理由：①卖方垄断权力的存在；②补偿不充分的信息；③第三方会费情况的存在；④医院、医生和医药行业的弱可替代性；⑤医疗保险与服务系统中无形资产的高含量。针对上述问题，提出相应的四种管制：①价格上限制度；②特许投标制度；③鼓励区域间的竞争；④社会契约制。

本章的第二、第三和第四节分别研究了医生、医院及药品的管理。关于医生的管理，在探讨了医生与病人的信息非对称问题之后，设计了病人与医生的委托——代理模型，论述了在现实生活中不同行业方式情况下，医生行业的自我管理状况。

对医院管理的研究始于创新医院的公共企业性质。在对不同种类医院进行效率比较之后，着重研究了竞争对医院效率的影响：一方面可以改变医院的服务态度，提高其服务质量与水平；另一方面可以鼓励医院控制费用，提高卫生资源利用率。设计了政府对医院的四种管理方式：①对质量的管制；②对医疗设施的管制；③对服务项目的管制；④服务价格的管制中，对服务利用的审查制度。并在此基础上，对中国医院管理模式的变革进行了回顾与展望。

医药工业从创立至今，一直都属于盈利最高的部门之列，在巨大的利润诱惑下，许多人及企业都加入了制造假药的行列，据世界卫生组织的调查，目前全球所售的药品中至少有 7% 的假药。在有些地区如非洲，假药的比例高达 60%。“药毒一身”。针对这一严重问题，文中设计了加强对药品的生产、管理、消费及价格的措施。这种管制措施并非要求政府替代企业，也不能由于政府的管制来扼杀人们的主动性和创造性，以此阐明了加强对医药管制的出发点。

政府对医生、医院及药品的管制，容易导致人们产生通过过多的行政干预来扼杀人的主动性与创造力的动机，增加人们的寻租心理和行为，使社会医疗保险市场处于低效率或无效率状态，为了解决这个问题，设计了管理竞争模式。社会医疗保险市场的管理竞争模式的出发点是，个体家庭不是在他们生病时而是在他们选择医疗保险时由保险内部专业管理者来完成，通常是通过私有医疗保险部门而不是政府当局控制服务价格、服务利用率和服务质量，其实质是基于人头定额管理保健计划之上，建立一个理想的模型来取代严格控制的财政预算计划。基本做法是简单地给这些计划组织支付一个固定额的风险调整后的人头保险金，然后迫使他们在服务质量上严格竞争。结合美国的实践，对管理竞争的内容及其优点分析之后，也指出其不足和改进措施。

在本书的最后一章，笔者在前四章理论阐述的基础上，对中国现存的社会医疗保险制度进行了剖析，提出了自己的改革设想。本章第一节研究的是中国城市医疗保险制度的产生与发展。在这一节中，对城市存在的二元社会医疗保险时期的具体作法做一历史回顾，指出了二元社会医疗保险制度的缺陷：①医疗费用增长速度过快，国家财政和企业难以承受；②对医疗

供需双方缺乏有效的费用制约机制；③缺乏合理的资金筹措机制；④覆盖面窄，社会化程度低。针对这些欠缺，1994年，首先拉开了在属地统一原则上的制度创新，在江苏镇江和江西九江两城市进行了实验，1996年4月在全国进行扩大试点。本节对这两三年来的改革成效及不足进行了充分地剖析，提出自己的改革思想，并具体阐述了制度创新方面的内容：建立良性的社会医疗保险基金筹集、管理机制；构造社会医疗保险的需求约束机制；建立职工医疗保险基金专项管理制度；建立有效的医疗保险基金的投资运营体系；加强医疗供给方的责任监督机制；强化对社会医疗保险制度的运作监管；为了保证社会医疗保险的良性运作，还必须加快健全社会医疗保险制度的立法工作。为了完成上述医疗保障制度的改革，在具体实施过程中可以分两步走。

第一步实行“一同步，四统一”的医疗制度改革办法，“一同步”就是公费医疗与劳保医疗同步改革，“四统一”是指在同一行政区域内社会医疗保险基金由同一机构按同一比例筹集，实现统一管理，统一调剂使用。

第二步实行医疗保险收、支、管相分离的运营管理机制，将医疗保险制度纳入法制化轨道。

第二节，首先回顾了中国农村合作医疗制度的历史，归纳了当前中国农村健康保障制度的形式和内容，分析了存在的问题，在借鉴国外农村健康保障制度的成功经验之后，指出了完善和发展中国农村健康保险制度的基本原则，并提出了具体的对策。

目 录

第一章 社会医疗保险的起源、发展历史及其体系研究	1
第一节 健康、疾病及疾病风险与医疗保险	1
一 健康与疾病的定义	1
二 疾病风险特征	2
三 疾病风险处理方式	4
四 保险与医疗保险	5
第二节 社会医疗保险的产生与发展	5
一 保险思想的产生与最初实现形式	5
二 社会医疗保险的萌芽形式	7
三 社会医疗保险产生的原因	8
四 政府组织的社会医疗保险的产生	10
第三节 社会医疗保险的作用	14
一 保证社会再生产的顺利进行	14
二 提高劳动者生产积极性，促进经济发展	15
三 维持社会购买力，有利于经济发展	15
第四节 社会医疗保险与商业医疗保险的区别与 联系	16

一	社会保险与商业保险主要的区别	17
二	医疗保险市场中社会医疗保险与私人医疗保险的 均衡分析	20
第五节	社会医疗保险体系构成研究	23
一	医疗保险体系总概念	24
二	医疗保险机构	28
三	医疗保险的被保险方	30
四	医疗服务的提供方	33
第二章	社会医疗保险制度国际比较	36
第一节	当前各国社会医疗保险制度综述	36
一	目前世界上存在的社会医疗保险制度类型	36
二	各国社会医疗保险基金的筹集与支出模式的 比较	41
三	社会医疗保险制度管理制度的比较研究	45
第二节	美国健康保险制度研究	48
一	美国的社会医疗保障	48
二	美国的医疗卫生服务系统	50
三	美国的社会医疗保障模式	53
四	美国医疗保险制度中存在的问题	56
第三节	英国社会医疗保险制度研究	59
一	英国的社会医疗保险制度概要	59
二	国家保健服务制度的产生和变革	60

三 国家保健服务制度的社会保险模式	62
四 英国国家保健制度的费用控制及存在的问题	68
第四节 日本社会医疗保险制度研究	70
一 日本社会医疗保险制度的概要	71
二 “健康保险”与“国民健康保险”	73
三 日本社会医疗保险制度的运行机制	80
四 日本医疗保险的特点及存在的问题	87
第五节 新加坡医疗保障制度概况	89
一 新加坡的卫生服务体系	89
二 新加坡的医疗保健模式	93
三 控制医疗费用的主要举措	103
第三章 社会医疗保险基金管理	107
第一节 社会医疗保险基金的筹集	107
一 社会医疗保险基金的来源	107
二 社会医疗保险基金的筹资原则	109
三 社会医疗保险基金的筹资方式	109
四 基本医疗保险基金的筹集模式	111
五 各国社会医疗保险基金筹资情况简介	120
第二节 社会医疗保险基金的支付	124
一 社会医疗保险基金的支付方式	124
二 被保险方的支付方式	127
三 医疗保险对医生的支付方式和标准	132

四	被保险方参与的支付方式	136
五	各国医疗保险支付制度的发展趋势	138
第三节	社会医疗保险基金的投资	140
一	社会医疗保险基金投资的内涵	140
二	社会医疗保险基金投资的特点	142
三	影响社会医疗保险基金投资选择的因素	143
四	社会医疗保险基金的投资原则	146
五	医疗保险基金的投资方式	149
第四章	社会医疗保险与医疗服务系统的管理	151
第一节	政府对医疗保险及医疗服务系统的管制	151
一	政府对医疗保险与服务系统进行管制的理由	151
二	政府对医疗保险与医疗服务系统管制的方法	155
第二节	医生的管理	158
一	医生与病人的信息非对称问题	158
二	病人与医生的委托——代理模型	160
三	医生行业的自我管理结构	163
第三节	医院的管理	167
一	作为公共企业的医院	167
二	医院的分类与效率比较	169
三	关于医院管理方式及变革	174
第四节	药品的管理	179

一	药品管理的现状与问题	179
二	加强药品管理的措施	183
第五节	社会医疗保险市场的管理竞争模式	187
一	管理竞争模式	188
二	对管理竞争模型的改进	201
第五章	中国社会医疗保险制度的发展与改革	203
第一节	中国城市社会医疗保险制度的历史回顾与 改革探索	205
一	中国城市社会医疗保险的历史回顾	205
二	深化中国城市医疗制度改革之我见	225
三	1998 年以后的改革与存在的问题	232
第二节	中国农村健康保障制度的历史沿革与 改革探索	234
一	中国农村健康保障制度的历史沿革	234
二	当前中国农村健康保障制度的形式与内容	237
三	中国农村健康保障制度中存在的问题	242
四	国外农村健康保障制度成功经验的借鉴	244
五	完善和发展中国农村健康保障制度的 基本原则	248
六	完善农村健康保障制度的对策	249
参考文献	253

编委会

顾 问：王丙乾 王梦奎 陆学艺 何振一
谢寿光 张汉亚 汪海波 刘溶沧

主 编：张宇燕

副主编：高培勇 许正中（执行）

编 委：（按姓氏笔画为序）

王 铮	史世鹏	孙长志	孙国英
刘 力	刘卫华	刘立峰	刘雅露
伍永刚	乐毅仁	李文峰	李俊生
谷克鉴	肖金城	尚教蔚	苑广睿
张其仔	张孝德		

第一章 社会医疗保险的起源、 发展历史及其体系研究

第一节 健康、疾病及疾病风险与医疗保险

一 健康与疾病的定义

健康和医疗保健已经成为大众、政府和学者所一致关心的大事。从 1980 年起，无论在发达国家还是在发展中国家都开展了如何发展卫生保健事业的研讨。然而，讨论至今，研讨者们不但对健康和疾病的定义缺乏统一的意见，而且也没有系统而全面地讨论过定义问题，因此，在开始研究社会医疗保险之前，界定一下有关概念的内涵是必要的。

①从医学角度下定义，以贝克尔的观点为代表，他认为，健康是“一个有机体或有机体的部分处于安宁状态（它的特征是有机体有正常的功能），以及没有疾病”。^①即健康就是没有疾病，生理机能失调就是疾病。

① [美] F.D. 霍林斯基：孙牧虹等译，《健康社会学》，第 123 页，社会科学文献出版社，1992。

②从社会文化角度下定义，帕森斯的意见可为代表，他认为，“健康即履行社会职责的能力”，“健康可以解释为已社会化的个人完成角色和任务的能力处于最适当的状态”。不健康就是疾病，“疾病则是指对个人希望完成任务和角色的能力的干扰”。^①

③从生理、心理和社会多角度观察和下定义，可以世界卫生组织的定义为代表，其定义是“一种完整的肉体、心理和社会良好状态，而不仅仅是没有疾病或伤残”。^②

应当说这三类看法都有道理，现代社会中，人的健康是多方面的。但从医疗保险角度研究健康的内涵则只能从医学、或生理学角度下定义，因此，笔者认为，健康就是人体器官发育良好和各项机能正常。疾病就是人体器官和机能发生不正常的现象。简单地讲，疾病就是不健康，就是生理上发生的不正常状态，健康就是没有病。

二 疾病风险特征

疾病风险，狭义地讲，是由于个人本身患病所引起的在给定情况下和特定时间内，那些可能发生的各种损失和损害；广义地讲，则包括人身的疾病、生育以及伤害等方面存在或引起的各种损失和损害。

疾病风险不同于其他风险，主要有以下几个方面特点：

①疾病风险是一种人身风险，造成暂时地或永久性地丧失劳动能力，甚至死亡。其直接危害对象是人的心理或生理，损

① [美] F.D. 霍林斯基：孙牧虹等译，《健康社会学》，第 131 页，社会科学文献出版社，1992。

② [美] F.D. 霍林斯基：孙牧虹等译，《健康社会学》，第 137 页，社会科学文献出版社，1992。

害的是人体健康，而不是有形或无形的财产。

②疾病风险具有随机性与不可预知性，即使没有任何风险发生，人们也可能生病。生病具有较大的不可避免性、不可预知性。每个人由于个体体质的差异，其健康、疾病有着显著的差别；不可能确切地知道自己何时患病、患什么病。

③疾病风险具有复杂性，主要表现在两个方面：一方面是起因的复杂性；另一方面是造成危害的复杂性。世界上，任何情况或状态均可能引起或表现为疾病风险，不仅自然灾害、意外事故能够引起病患，而且生理、心理、文化、社会环境、生活方式等也可导致疾病。

④疾病风险具有风险连带性，疾病风险不仅仅表现为个人健康损害，常常会对他生活的家庭、地区和社会造成或大或小的危害，严重时，会给整个社会带来毁灭性的危害，如某种传染性疾病的流行，从而加重风险带来的危害和损失。

⑤疾病风险不具有完全经济补偿性，疾病因人而异，具有时效性与复杂性，其造成的危害不仅有病患者的生理和心理的痛苦，而且伴随着经济损失，它们都难以量化为同一的经济损失，不能定额经济补偿，即“金钱买不回健康”。

⑥疾病风险是一种纯粹风险性质的基本风险，纯粹风险是指只有损失机会而无获利机会的风险，这一名词最先是由美国保险学家马伯来使用，人患病时对其个人、家庭和社会造成损失，但仅仅由于人的健康，也不会带来更大的获利，它不同于投机风险，因为投机风险既有损失机会又有获利机会；基本风险是美国保险学家柯尔普首先提出，是指那些非人为行为所造成的，本质上不容易防止的、其结果只有危害而无收益可能的风险。