

四川省南充市科技局基础研究课题（项目批准号：18SXHZ0199）资助



基本医疗保险基础理论与实践研究

蓝英◎编著

西南交通大学出版社

·成都·



前言

卫生总费用是以货币形式作为计量手段，全面反映一个国家或地区在一定时期内（通常为 1 年）为全社会用于疾病预防、治疗、康复和健康教育等卫生服务所消耗的资金总额。从筹资来源法角度讲，卫生总费用分为政府卫生支出、社会卫生支出、居民个人卫生支出三类。按照国家医改相关规定，要逐步增加政府卫生支出和社会卫生支出比重，降低居民个人卫生支出比重。1980 年以来，政府卫生支出占卫生总费用的比重经历了先下降后快速上升的演变过程，到 2016 年其占卫生总费用的比重达到 30.01%。从资金用途角度讲，政府卫生支出主要用于医疗保障、医疗卫生服务、行政管理事务支出和人口与计划生育事务四个方面的资金支出，2016 年四项支出占比分别为 46.7%、42.2%、5.7%、5.4%，即接近 50% 的政府卫生经费都用在了医疗保障上。

我国分别在 1998 年、2003 年、2007 年实行了城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险和城镇居民基本医疗保险，这些构成了相当长一段时期内医疗保险体系的主要内容，到 2010 年全国实现了医保制度的全覆盖。2016 年，三项医疗保险基金支出达到 17 720.6 亿元，占当年国内生产总值（GDP）的 2.79%。据《中国卫生统计年鉴》数据资料推算，新医改以来三项基本医疗保险基金支出总额年均增长率超过 GDP 年均增长 10.2 个百分点，超过国家一般公共预算财政支出 9.1 个百分点。居民人均卫生支出占人均消费性支出的比例维持在 12%~14% 之间；人均卫生支出年均增长率超过人均可支配收入，人均卫生支出占其人均收入的比重较高。

一方面，医疗保险基金支出总额快速增长；另一方面，居民疾病经

济负担并不轻松，“看病难看病贵”问题依然存在。在有限的医保基金支出预算前提下，如何提高医保基金的使用效率，确保医保基金平稳可持续运行，降低居民的疾病经济负担，让人民看得起病而不至于因病致贫和因病返贫，维护居民健康权利，提高其生存质量，提升老百姓在全面建成小康社会过程中的获得感值得进一步深入研究。

本书的主要内容及结构安排如下：

第一章首先介绍研究背景和选题意义，接着梳理国外医疗保险主要模式和国内医疗保险研究现状，然后界定了本书的研究对象，说明拟采用的研究方法，归纳主要研究结论。

第二章主要梳理社会保障、社会保险、社会医疗保险等核心概念，接着介绍现行基本医疗保险体系以及基本医疗保险基金的筹集和支付情况。

第三章主要分析基本医疗保险现状，主要实证分析了基本医疗保险的城乡和区域差距。第一节首先从全国角度出发，梳理了三大医疗保险运行情况，发现我国医疗保险服务的城乡差距非常明显。第二节根据数据的可得性和连续性原则，主要梳理对比了我国东中西部地区城镇职工医疗保险运行情况和新型农村合作医疗保险运行情况。或许受经济发展水平影响，东部城镇职工医保基金收入总额明显高于中部和西部，是中西部的三至四倍。人均城镇职工医保基金支出由高到低排序为西部—东部—中部。无论从新型农村合作医疗保险的筹资水平还是人均受益人次比较，东部都最高。由此看出医疗保险的地区差距还是比较明显的。

第四章第一节首先以不同学科视角从理论上阐述效率理论，然后解析了医疗保险基金的使用效率含义。在此基础上探讨了当前我国医疗保险基金使用效率现状，发现当前医疗保险基金使用效率还有较大提升空间，并简要分析了影响医疗保险基金使用效率的主要原因，也就是第二节的主要内容。第三节主要梳理美国、英国、澳大利亚等国关于医疗保险基金使用效率的评价研究。而国内关于医疗保障（险）效率的评估相对较晚，主要分为三个层次：从宏观上研究医疗保障制度本身的效率以及医疗保障（险）效率与公平的关系，从中观上研究三大基本医疗保险的效率评价，从微观上研究政府卫生支出的绩效。第四节则借鉴国内外

关于医疗保险基金使用效率的评价方法，以我国官方公布的数据资料为基准，同时从医疗保险基金的技术效率、产出效率和结果效率三个层面实证分析近年来医疗保险基金的使用效率后得出结论：过去几十年来医疗卫生改革取得的成绩是显著的。总体上看，医疗保险基金的技术效率和产出效率都是可观的，其结果效率也是显著的。但是，医疗保险基金的技术效率、产出效率和结果效率都表现出明显的城乡差距。

第五章首先介绍风险管理相关理论，推导出医疗保险市场同样具有风险，因而医疗保险基金风险控制有其客观必要性。此外，分析了我国人口老龄化问题、基金结余问题等医疗保险基金运行存在的潜在或现实风险。在分析借鉴国外医疗保险基金风险控制成功经验的基础上，创造性地构建了由政府、基金管理机构、患者、医疗机构和医药企业五个主体组成的医疗保险基金风险控制模型，最后提出控制医疗保险基金风险各主体应当采取的措施建议。

第六章首先从理论上论述医疗保险市场的逆向选择及道德风险对医疗保险基金收支平衡的危害，然后对学界关于医疗保险基金收入和支出可持续发展研究进行述评，最后选取 2001—2017 年四川省城镇职工医疗保险基金收入和支出样本数据，采用时间序列模型进行建模做实证分析，之后对 2018—2040 年城镇职工医疗保险基金的收入和支出进行预测得出结论：只要保持现有医保基金收支政策的延续性，医保基金收支是可持续的，不会发生失衡风险。

第七章在吸收借鉴前人研究的基础上，作者认为医疗费用不断上涨的原因，总体上来自医保、医疗、医药即传统的“三医”、社会经济因素及患者本人因素五个方面。医疗保险使医疗服务价格相对下降，人们医疗需求得到一定的释放，原本看不起病的人们开始利用医疗资源。同时，随着保障水平以及居民收入水平的提升，部分医疗服务需求者存在过度利用医疗资源的倾向，从而出现道德风险问题，导致医疗费用不合理增长。现有医保的管理模式和结算模式都有可能增加医疗费用。卫生服务需求的特点、医疗技术的更新换代、医院的经营模式以及生存环境都有可能增加医疗费用。老龄化、经济增长及人民收入水平的提高带来卫生服务需求前所未有的释放、疾病谱的改变、患者的就医习惯、“预防重于

治疗”卫生工作方针的落实不力等都将增加医疗费用。

最后以人均基本医疗保险基金为被解释变量，选取人均 GDP 代表经济发展水平，65 岁以上人口所占比例代表老龄化速度，城镇化率代表城镇化速度，用卫生机构数、医疗卫生机构住院病人手术人次、医院平均住院日、平均每所公立医院医疗收入、医院住院病人人均医药费用代表医疗机构对医疗保险基金的影响以及性别比共九个指标作为解释变量，实证分析了基本医疗保险基金，发现：公立医院的医疗收入直接导致我国医疗保险基金支出不断上涨，而人均 GDP、65 岁以上人口所占比例、城镇化率、卫生机构数、医疗卫生机构住院病人手术人次、医院平均住院日、医院住院病人人均医药费用及性别比等因素都通过公立医院的医疗收入间接地影响我国的医疗保险基金。控制医疗保险基金增长态势的关键是要控制公立医院的医疗收入。

本书的创新之处有以下三点：

第一，构建了由政府、基金管理机构、医疗机构、医药企业和患者五个主体组成的医疗保险基金风险控制模型，分析了各主体之间的相互关系及作用机理。为提高对医院的监管效果，提出了组建由多学科背景的专家（代表）构成的第三方机构的建议，具体可考虑由医生、医学院校的知名教授、药企企业家、医保机构经办人员、专业会计和审计人员及典型疾病的部分患者等组成。

第二，在研究医疗费用上涨原因时，系统分析了来自医疗、医保、医药即传统的“三医”、社会经济因素及患者自身各方面原因，在理论分析之后还做了实证分析。

第三，本书研究对象为基本医疗保险，研究范围有“点”有“面”，既有研究全国基本医疗保险问题，也有研究区域基本医疗保险问题。

本书是作者在前期主要科研工作的基础上总结撰写而成的，但限于科研条件及作者本身学识和能力水平，难免存在疏漏。如实证分析多使用官方公布的统计数据，不是亲自做调查所得的一手数据。所有不足之处，恳请同行和读者批评指正，本人不胜感激。

蓝 英

2019年11月

 目 录

第一章 绪 论	1
第一节 研究背景及意义	1
第二节 国外医疗保险主要模式	2
第三节 国内医疗保险研究现状	9
第四节 研究内容及主要研究结论	23
第二章 医疗保险相关理论	错误!未定义书签。
第一节 社会医疗保险	错误!未定义书签。
第二节 现行基本医疗保险体系	错误!未定义书签。
第三节 现行基本医疗保险基金筹集	错误!未定义书签。
第四节 现行基本医疗保险基金支付	错误!未定义书签。
第三章 基本医疗保险现状	错误!未定义书签。
第一节 基本医疗保险的城乡差异	错误!未定义书签。
第二节 基本医疗保险的地区差距	错误!未定义书签。
第四章 医疗保险基金效率评价	错误!未定义书签。
第一节 效率理论	错误!未定义书签。

- 第二节 医疗保险基金的使用效率…………… 错误!未定义书签。
- 第三节 国内外医疗保险基金使用效率等相关问题研究错误!未定义书签。
- 第四节 医疗保险基金使用效率实证分析 ……… 错误!未定义书签。

第五章 医疗保险基金风险控制研究…………… 错误!未定义书签。

- 第一节 风险管理相关理论…………… 错误!未定义书签。
- 第二节 医疗保险基金风险控制的必要性 ……… 错误!未定义书签。
- 第三节 国外医疗保险基金控制发展趋势 ……… 错误!未定义书签。
- 第四节 医疗保险基金控制…………… 错误!未定义书签。

第六章 医疗保险基金收支平衡及可持续发展研究 错误!未定义书签。

- 第一节 医疗保险市场的逆向选择和道德风险 … 错误!未定义书签。
- 第二节 医疗保险基金收支平衡及可持续发展研究述评错误!未定义书签。
- 第三节 四川省城镇职工医疗保险基金收支平衡实证分析错误!未定义书签。

第七章 医疗费用不断上涨原因 …………… 错误!未定义书签。

- 第一节 医疗保险或可导致医疗费用上涨 ……… 错误!未定义书签。
- 第二节 医疗机构及医疗服务或可助推医疗费用不断上涨错误!未定义书签。
- 第三节 医药生产流通环节导致药品价格上涨 … 错误!未定义书签。
- 第四节 社会经济因素导致医疗费用上涨 ……… 错误!未定义书签。
- 第五节 患者本人就医习惯导致医疗费用上涨 … 错误!未定义书签。
- 第六节 医疗费用实证分析…………… 错误!未定义书签。

参考文献 错误!未定义书签。

第一章 绪 论

第一节 研究背景及意义

卫生总费用(Total Health Expenditure)是以货币形式作为计量手段,全面反映一个国家或地区在一定时期内(通常为 1 年)为全社会用于疾病预防、治疗、康复和健康教育等卫生服务所消耗的资金总额。从筹资来源法角度讲,卫生总费用分为政府卫生支出(Government Health Expenditure)、社会卫生支出(Social Health Expenditure)、居民个人卫生支出(Out-of-Pocket Health Expenditure)三类。我国卫生总费用从 1980 年的 143.23 亿元增长到 2016 年的 46 344.88 亿元,从绝对数上看增长达 300 倍。按照国家医改相关规定,要逐步增加政府卫生和社会卫生支出的比重,降低居民个人卫生支出的比重。1980 年以来,政府卫生支出占卫生总费用的比重经历了先下降后快速上升的演变过程,到 2016 年占卫生总费用的比重达到 30.01%。政府卫生支出主要用于医疗保障、医疗卫生服务、行政管理事务支出和人口与计划生育事务四个方面,2016 年四项支出占比为 46.7%、42.2%、5.7%、5.4%。

我国分别在 1998 年、2003 年、2007 年实行了城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险和城镇居民基本医疗保险,这些构成了相当长一段时期内医疗保险体系的主要内容。2016 年,三项医疗保险基金支出达到 17 720.6 亿元,占当年国内生产总值(GDP)的 2.79%。据《中

国卫生统计年鉴》数据资料推算，新医改以来三项基本医疗保险基金支出总额年均增长率超过 GDP 年均增长 10.2 个百分点，超过国家一般公共预算财政支出 9.1 个百分点。居民人均卫生支出占人均消费性支出比例维持在 12%~14% 之间；人均卫生支出年均增长率超过人均可支配收入，人均卫生支出占其人均收入的比重较高。

一方面，医疗保险基金支出总额增长较快；另一方面，居民疾病经济负担并不轻松，“看病难看病贵”问题依然存在。在有限的医保基金支出预算前提下，如何提高医保基金的使用效率，确保医保基金平稳可持续运行，降低居民的疾病经济负担，维护居民健康权利，提高其生存质量，提升老百姓在全面建成小康社会过程中的获得感，值得进一步深入研究。

第二节 国外医疗保险主要模式

一、医疗保险模式

(一) 主要国家医疗保险模式

到 20 世纪末，国际基本医疗保障制度主要有三种代表性模式：一是政府主导模式，以英国为代表；二是市场主导模式，以美国为代表；三是社团主导模式，以德国为代表。按照哈贝马斯（1999）关于公共权力领域和私人自治领域的划分，可以进一步把基本医疗保障制度的典型模式分为政府主导的全民医保和私人领域主导的医保两条道路，这里的私人领域包括市场和社团。2007—2012 年间，基本医疗保障制度的三个代表性国家先后通过了医改法案，上述大国的基本医疗保障制度当前已不存在纯粹的政府主导或纯粹的私人领域主导，而是二者有机结合。

1. 英国模式

英国自 1948 年建立起国民健康服务体系（National Health Service，NHS），即国家医疗保障制度。医疗保障制度与医疗服务密不可分，英国是世界上典型的实行国家医疗保障制度的国家，其医疗保障体系以国民

健康服务系统为主，商业健康保险为辅。国民健康服务系统的经费主要通过一般税和国民保险税筹措（丁纯，2009）。政府负责管理医保基金，举办公立医院，支付 NHS 医疗服务人员报酬，并根据集体负责的原则，向全体国民提供近乎免费使用的全面医疗服务。通过国营化，NHS 系统把国民健康保险、医疗救助和医疗服务的提供混为一体。这种国家医疗保障主导模式一直持续到 2012 年卡梅伦医改之前。2012 年 3 月，由英国卡梅伦政府推动的《健康与社会医疗法案》（Health and Social Care Act）获得签署后生效。卡梅伦政府实施医改的目的是通过强化 NHS 体系内部的竞争，以提高国民健康服务系统效率并削减开支。内容可概括为以下四个方面：

第一，以民间社团作为 NHS 运营的核心。在英国各地成立医师受托管理公会（Clinical Commissioning Groups, CCGs），其性质是法定公众团体（Statutory Public Body），不准营利，实行会员制。全科医生（General Practitioners, GP）必须成为医师受托管理公会的会员，专科医生、专业护士和非专业人士也可加入。医师受托管理公会成为 NHS 医疗基金的管理机构，负责掌管 NHS 的大部分预算，代表患者利益，对患者所需的医疗服务进行规划和设计，作为购买方向专科医生和医院等付费，签署专科和住院医疗服务合同并监督其执行，促进医疗服务的整合。

第二，成立新的政府机构——NHS 管理委员会（NHS Commissioning Board），负责对医师受托管理公会实施监管，并负责管理初级医疗保健服务（Primary Care Services）。要求英国医疗质量评估学会（The National Institute for Health and Care Excellence, NICE），负责对各地医师受托管理公会的管理质量和效果进行评估。

第三，减少中央集权。将国民健康服务系统的公共卫生职能交给了地方行政当局负责。减少 NHS 的“官僚层级”，取消 151 家初级卫生保健信托机构（Primary Care Trust, PCT）和 10 家战略卫生署（Strategic Health Authority, SHA），由医师受托管理公会取而代之（此法案只限于英格兰）。

第四，加强医疗机构之间的竞争。所有的 NHS 医院成为基金会信托机构，为了从医师受托管理公会获得合同而相互竞争。鼓励私立医院与

NHS 竞争病人和服务。

2. 美国模式

美国的医疗保障属于市场主导型，主要通过雇主和雇员购买私人医疗保险来筹资，医疗服务几乎由私营医疗机构来提供。在美国，由政府提供的基本医疗保障计划包括三类，分别是联邦医疗照顾计划（Medicare）、医疗救助计划（Medicaid）以及军人医疗保健计划。联邦医疗照顾计划面向 65 岁以上的老人、严重残障人士及需要做肾脏透析的病人等。医疗救助计划面向贫困个人以及低收入家庭。绝大多数美国人被排除在政府医疗保障计划之外，只能通过购买私营健康保险获得基本医疗保障。奥巴马医改前美国自愿私营健康保险在覆盖面上占据主导地位。

2010 年 3 月，在奥巴马政府的推动下，健康保险从自愿私营走向“强制与私营相结合”。患者保护与可负担医疗法案（The Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA）被签署为法律。奥巴马医改法案既实现了医疗保障的强制全覆盖，使得以中低收入阶层为主的四千多万没有健康保险的国民可以享有医疗保障；又保留了私营体制在基本医疗保障覆盖面上的主流地位。其主要内容有：

第一，引入强制保险，包括强制参保和强制承保的要求。强制参保规定从 2014 年开始，符合条件的每一名美国公民必须投保，否则将被处以罚款。强制承保要求 PPACA 法案规定私营保险机构不得以客户健康状况为由拒保或收取高额保费。一是禁止私营保险机构基于健康状况进行区别定价。二是对保险公司基于年龄和健康习惯实施的差别定价幅度加以限制。三是要求私营保险机构保单提供终生保障条款。四是把保险等待期限限制在 90 天之内（从 2014 年 1 月 1 日起）。五是保险机构提高健康险保费将受到审核。六是 2010 年以后，所有保险公司不仅要公布医药费用赔付支出，还要公布其他费用支出，2011 年起大型团体保险计划的医疗赔付率不低于 85%，小型团体保险计划和个人保险计划的医疗赔付率不低于 80%，否则要求保险公司退还一定的保费（朱铭来等，2010）。

第二，完善私营保险竞争机制。一是设立健康保险交易所。那些被排除在政府医疗保障计划之外、又不能获得雇主保险计划的人们可以通

过保险交易所购买医疗保障。交易所最初主要为个人和小型雇主购买基本医保计划提供服务，在实施几年后，可以向大型雇主开放。交易所建立了统一的承保和费率规则，推行基本医保计划的标准化，实现众多私营保险机构基本医保计划的集中上市，增强了市场竞争。交易所还对拟上市的基本医保计划进行合格认证，减少了参保人的交易成本。二是建立风险平衡机制。美国全部人口中的医药费用分布是高度不对称的，在强制私营健康保险的运营中，法律要求私营保险机构不得基于健康状况进行区别定价，这将导致一部分私营保险机构因为接受高风险投保人过多而出现高赔付，因此有必要建立风险平衡机制，对接受高风险投保人的私营保险机构进行补偿，为私营保险机构之间的公平竞争创造条件。

3. 德国模式

自 1883 年俾斯麦时期的德国国会通过《工人疾病保险法》以来，德国医疗保险制度历经百余年的历史，不断发展和演进，成为社会保险型医疗保障模式的典范，并为包括中国在内的诸多国家所效仿。现行的德国医疗保险制度以法定医疗保险 (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) 为主、私人医疗保险 (Private Krankenversicherung, PKV) 为辅。自 2009 年起，德国所有国民和永久居民都被强制性地纳入该医疗保险体系中。以法定医疗保险为主体的德国医疗保障制度，有力地保障着民众的健康。在世界卫生组织的评估中，德国医疗卫生体系的整体满意度、筹资公平性和健康保障目标实现方面都居世界前列。

德国的法定医疗保险机构，即法定医疗保险的支付方，直译为“疾病保险基金（德语：Krankenkassen）”，是具有独立公法法人地位和相应的权利及责任的自治管理主体。目前共有六大类、134 个相互竞争的疾病基金作为法定医疗保险的支付方。不同类别由可溯及不同的历史背景、各异的法律地位，相沿成习，发展至今已无实质性的差别，被保险人有在其中大部分基金间自由选择参保的权利。德国的法定医疗保险以自治管理为主要特征。德国法定医疗保险谈判以利益相关者的自治管理、共同参与为基础，国家只提供法律框架和监督，具体的实施和细节的拟定

则交由自治管理的疾病基金和医疗服务提供者。这些彼此制衡的利益相关者通过不同层面的平等互动、透明协商，取得共识和平衡点，共同治理医疗保险系统。

德国社会医疗保障实行的是家庭共同保险政策，“一人参保，全家受益”。目前法定医疗保险的保费缴纳只与收入水平有关，而且对于所有参加保险的人实行的是相同的收入百分比，同时根据社会经济发展状况每年进行调整。德国现行社会医疗保险资金筹集制度在老龄化和人口数量不断下降的压力下亟须改革。改革的目的是把目前的法定医疗保险与私人医疗保险并存的双轨制转变为社会医疗保险单轨制，并在结合其他配套措施的基础上由传统社会福利国家转向现代社会保险国家。改革的核心是探讨目前家庭共同保险制度框架下的少年儿童和不工作的配偶是否继续仍然不用缴纳保费而享有保险。目前存在着三种可供选择的改革方案，即单一的社会医疗保险模式、按人头计算保险费用模式、按风险程度支付保险费用模式。

4. 日本模式

日本的医疗保险制度是通过一系列的医疗保险组织实施的。日本的医疗保险组织从大的方面来看，可分为两大类：一类是以产业工人、政府机关工作人员、公共事业人员等在职职工及家属为对象，叫作职工医疗保险，亦称雇佣者医疗保险或职域保险。另一类是以农民、自由职业者等为对象，叫作国民健康保险或地域保险。实际上，不同医疗保险制度之间也有相互交叉的部分。一般而言，被雇佣者退休后，即可作为被赡养者（家属）参加被雇佣者保险，也可作为国民健康保险的被保险者。因此，根据选择的不同，可以由一种保险类型转变为另一种保险类型。除了上述医疗保险以外，日本有专门针对企业退休人员和老年人的医疗费调节制度，它们是由各医疗保险制度共同上缴的资金以及公费为财源，由市町村负责运营的“老年人保健”制度，以及以被雇佣者保险提供资金为主要财源，由国民健康保险负责实施的“退休者医疗制度”。

另外，因工作或上班途中导致的负伤、疾病、残疾以及死亡等职业伤病，主要根据《劳动基准法》和《劳动者伤害补偿法》，由劳动灾害保

险提供医疗，患者的医疗费可全额报销；因工作以外的其他原因引起的伤病等进行治疗和康复护理，以及为达到预防疾病目的而进行的医疗活动，则主要通过职业型医疗保险来提供。并且，日本还有全额由国家 and 地方政府负担的公费医疗制度。如因战争伤病、原子弹受害者等的医疗费、根据结核病防治法接受强制隔离治疗的结核病人的医疗费等，全部由公费支付。除此之外，还有对低收入者、身体残疾者以及社会弱势群体补贴或减免医疗费用的制度规定。

日本医疗保险的管理体制，由政府实行立法、指导、组织、监督，具体由厚生省（日本负责医疗卫生和社会保障的主要部门）有关厅局实施。各类制度各自独立管理。日本的医疗费主要是由国家、企业单位和个人三者共同负担。各种医疗保险的筹资方式和水平各不相同。

5. 瑞典模式

众所周知，瑞典是个高收入、高福利、高税收的国家。高税收是建立从“摇篮到坟墓”的高福利的基金来源。在瑞典，每个公民一出生就会获得一个终生纳税号码，类似于国内的身份证号码。通过这个税务号码，税务机关可以掌握纳税人的一切经济活动、收入取得及财产状况。公民在银行开户、缴纳社会保险学费等均需提供税务号码，成为个人及企业生存和发展的基础。税务机关及相关部门要掌握纳税人的纳税情况、个人的社会征信信息等都可以通过税务号码进行查询。正是由于这样严格监管、信息共享的社会税务号码，使得瑞典的各项基金有了坚实的经济基础。

一般来讲，医疗保险基金的筹资模式主要包括国家卫生服务模式、社会医疗保险模式、商业医疗保险模式和储蓄型医疗保险模式四大类，它们的区别见表 1-1。

表 1-1 四类医疗保险模式的区别

保险模式	主要责任主体	主要资金来源	保障对象	权利义务关系
------	--------	--------	------	--------

国家卫生服务模式	国家（政府）财政、税收		全体公民	不对等
社会医疗保险模式	企业和雇员	企业和雇员	法律规定的投保人员	相对对等
商业医疗保险模式	个人	个人和企业	个人	对等
储蓄医疗保险模式	个人	个人	个人	对等

瑞典是采用国家卫生服务模式的典型北欧国家之一。医疗保障基金的筹资模式一般有现收现付制、完全积累制和部分积累制。瑞典的医疗保险基金采取的现收现付制。现收现付制是指：一种以近期横向收支平衡为指导原则的社会医疗保险基金筹集方式，由医疗保险机构按所需支付的待遇总额进行社会筹资，一般由雇主和雇员按工资总额的一定比例缴纳社会保险税。其最大的特点是体现了税收的社会再分配功能，极大地促进和维护了社会公平。

（二）医疗保险改革的“第三条道路”

“第三条道路”最初由吉登斯（2000）指出。到20世纪90年代末，欧美发达国家社会保障制度存在两条不同的道路，一是古典的社会民主主义道路，强调国家的责任和作用，力图创造一个“结果更加平等”的社会，为个人和家庭提供较全面的保护；二是现代新自由主义道路，强调市场力量和个人责任，把“大包大揽”的福利国家看成是一切罪恶的源泉，因为它削弱了个人的进取和自立精神。实践证明，两条道路都难以成为社会保障制度的未来之路。吉登斯提出“第三条道路”社会保障思想，批评自上而下的包办造成了依赖，强调国家不要让国民依赖无条件的福利，主张构建积极的福利社会，鼓励人们以主动精神去工作或创业并尽可能放弃福利救济，提出福利供给的重组应当与积极发展公民社会结合起来。

中国学者（杨团，2006；蔡江南，2007；赵曼、吕国营，2008）也在尝试探索中国医改的第三条道路理论。杨团（2006）首先提出中国医改既不能走完全市场化的道路，又不能退回到计划经济，需要构建公共服务产业和公共服务市场的第三条道路。学者阎建军（2013）研究认为，

进入 21 世纪后国际基本医疗保障制度改革出现趋同,走向“第三条道路”。基本医疗保障体系一般包括由政府提供或者私人部门提供的基本健康保险,以及政府针对贫困人群等提供的医疗救助。基本健康保险覆盖绝大多数国民,是美、英、德等国家基本医疗保障制度走向“第三条道路”的改革重心。

二、医疗保险基金监督分类

国外对医保基金监督的研究集中在监督分类标准上。按监督方法分类,医保基金监督可以分为前瞻性监督和回顾性监督。前瞻性监督指监督机构对医保基金的活动实行实时监控,并通过对外瞻性进行绩效评估提出监督意见;而回顾性监督则重在事后进行分析检查,查处违法违规行。按监督对象分类,医保基金监督可以分为程序监督和结果监督。结果监督的目的是纠正基金管理中的错误行为,而程序监督则指向医保机构的组织架构及其管理质量。按监督目标分类,医保基金监督可以划分为机构监督和系统监督。机构监督的目标是评估某个医保机构或医疗服务机构的绩效。而系统监督则更加关注基金的宏观绩效,并因此影响政策或立法调整(傅鸿翔,2013)。

第三节 国内医疗保险研究现状

不可忽视的是,由于受特定社会历史背景和条件的限制,社会医疗保险制度呈现“碎片化”的现状,导致社会医疗保险领域存在诸多问题。就具体研究内容的侧重点看,学界研究成果主要围绕着社会医疗保险基金支出影响因素、社会医疗保险支出效率或效益、社会医疗保险欺诈、社会医疗保险的制度整合、社会医疗保险基金的监督控制、社会医疗保险基金平衡及预警机制以及保值增值等问题而展开。

一、社会医疗保险基金支出影响因素的研究

按照国家相关规定，我国社会医疗保险分个人账户和统筹基金。统筹基金与个人账户是分开管理和使用的，各自规定了报销的范围。一般，个人账户用于支付门诊或小额医疗费用；统筹基金用于支付住院或大额医疗费用。因此医疗保险费用的报销主要分为门诊费用和住院费用两个部分。相关研究总体表现出两“多”两“少”的特点。研究住院费用的

文献多，研究门诊费用的文献少。研究城镇职工的文献多，研究“新农合”和城市居民的文献少。有的学者从整体角度研究医保费用，而有的学者专门研究特定病种患者的医保费用。

王晓林等（2008）分析了新型农村合作医疗保险基金后发现，新农合医保基金影响因素与定点医疗机构的门诊和住院补偿比、参合农民的“道德损害”行为、管理机构的监督有关。姚瑶等通过对广州 2014 年 7 月至 2015 年 6 月共计 12 个月的医保参保人员医保费用影响因素研究后认为，年龄、人员类别、住院天数、是否抢救病人、是否手术、病例分型、入院途径是影响医保超支的危险因素。徐伟、李静（2013）采用逐步多元回归分析发现，城镇居民人均可支配收入和城镇职工住院人次对城镇职工医保费用有显著影响。张燕等（2012）研究认为，老年人口抚养比逐渐上升，老龄化的加剧使得医疗保险基金支出压力增大。刘石柱（2012）通过对江苏省镇江市医保中心数据分析认为，医保费用重要影响因素有患者可报费用、药品费用、参保人员的年龄结构和医院级别。潘东颖等（2015）通过对杭州和宝鸡两地不同医疗保险参保患者医疗费用比较分析发现，医保费用与当地经济发展水平、患者参保类型有关。周绿林（2014）认为，医疗服务市场的需方和供方是医疗费用的共同决定因素，65 岁以上人口数、政府卫生支出、平均每所医院的业务收入、住院病人人均医药费等是医疗保险基金支出的重要影响因素。蓝英等（2016）实证分析了基本医疗保险基金发现，公立医院的医疗收入直接导致我国医疗保险基金支出不断上涨，而人均 GDP、65 岁以上人口所占比例、城镇化率、卫生机构数、医疗卫生机构住院病人手术人次、医院平均住院日、医院住院病人人均医药费用及性别比等因素都通过公立医院的医疗收入间接地影响我国的医疗保险基金支出。控制医疗保险基金增长的态势关键要控制公立医院的医疗收入。李瑱玲、冯国忠（2018）基于改进 GRA 模型，实证分析我国医疗保险基金支出影响因素发现，欲控制我国医疗保险基金支出的不断上涨，政府应尽可能地增加对医院的财政补助以减少医院对医疗收入的依赖，研究结论与蓝英等（2016）的研究结论不谋而合。

可以看出，上述社会医疗保险基金支出影响因素主要受到来自医疗、

医药和医保的“三医”、社会经济因素以及患者本人收入水平、就医倾向等。

二、社会医疗保险基金支出效率的研究

社会医疗保险基金的来源是相对有限的，而公民对健康的需求则是无限的，并且中国快速步入老龄化社会，因而基金运行具有长期性、持续性。由此可见，社会医疗保险基金支出应当在保障国民医疗服务需求的同时，有效控制医疗费用及基金支出的过快增长，这是社会医疗保险基金支出效率的首要任务。再有，社会医疗保险基金支出应当能引导参保人的就医选择，有助于合理分配医疗资源，缓解“看病难、看病贵”问题，这是体现社会医疗保险基金支出效率的次要任务。

清华大学课题组（2007）研究认为，政府可以考虑使用“医疗保险券”的形式，即政府每年向全国居民发放等额的“医疗保险券”，由居民自己选择加入哪一个医保项目，同时允许居民在不同年份里，只要符合一定的条件，可以更换自己选择的医保项目。医疗保险券方案在设计理念上是“靠脚投票”，即将医疗卫生资源的部分控制权转移给参保人，强调通过充分发挥市场机制配置资源的作用，拉平多种医保制度的差异。

路云、周茂华（2013）采用平衡记分卡研究了我国从2006年到2010年医疗保险基金的运行绩效。他们以平衡记分卡为工具，选取财务、客户、内部运行、学习与成长四个方面包括四个一级指标共计十五个二级指标，运用层次分析法确定各评价指标的权重，得出研究结论：我国医保基金的绩效呈现一个良好的上升态势，基金绩效的提高在关注财务指标的同时，应更多地关注能有效促进基金可持续发展的基金内生动力——机构整体服务能力、管理人员的综合素质以及流程的改善。

在关注医疗保险基金支出效率的同时，学者始终不能忽视与效率伴随的另一个命题，即医疗保险基金支出的公平性。从参保对象角度来说，根据经济发展水平、收入水平和健康条件缴纳相应的费用；从政府角度来说，最好就是向所有居民提供同等数量和质量的医疗保险服务套餐。如果按照效率优先，那么交费水平高的参保对象就应该享受更多更优质的医疗服务，交费水平低的参保对象就应该获得较少较低质量的医疗服

务。如果按照公平优先原则，人的生命权是平等的，不论交费水平高低，在疾病面前都应该获得同等质量的医疗服务。目前城乡居民医疗保险整合通过在个别省市试点之后，正逐步向全国推广。生育医疗保险整合到基本医疗保险当中的研究也取得一定的研究绩效，如 2017 年 1 月 19 号国务院发布《生育保险和职工基本医疗保险合并实施试点方案》通知，要求在河北省邯郸市、山西省晋中市、辽宁省沈阳市、江苏省泰州市、安徽省合肥市、山东省威海市、河南省郑州市、湖南省岳阳市、广东省珠海市、重庆市、四川省内江市、云南省昆明市开展两项保险合并实施试点，在当年 6 月底前完全启动。通过试点探索适应我国经济发展水平、优化保险管理资源、促进两项保险合并实施的制度体系和运行机制。整合城乡居民医保一定程度上能够促进农村居民和城市居民医疗保险待遇享受上的公平。

三、社会医疗保险欺诈问题的研究

关于社会医疗保险欺诈问题的研究，目前主要表现为理论研究，研究问题主要包括欺诈的类型及其表现形式、欺诈的成因分析和反欺诈措施等。

（一）社会医疗保险欺诈的类型

章瑛、周霓（2010）从信息非对称发生时间的角度将保险欺诈分为两种类型：一是签约之前的逆向选择，二是签约之后的道德风险。周建涛、巨珣、董楠（2011）根据是否编造、夸大保险事故将其分为硬欺诈和软欺诈，其中，硬欺诈是指编造保险事故，而软欺诈是指将保险事故夸大。刘敏（2013）从欺诈行为主体的角度将其分为三种类型：一是医疗机构单独所为（供方欺诈），二是参保人员单独所为（需方欺诈），三是医疗机构与参保人员共同所为（医患合谋欺诈）。孙建才（2017）将医疗保险欺诈分为参保欺诈、内部欺诈、支付欺诈三部分加以表述。其中，参保欺诈是指参保单位违反医疗保险管理相关法规，采取虚假申报手段少缴、不缴医疗保险费，侵害劳动者合法权益和医疗保险基金管理制度

的违法行为；内部欺诈是指基金管理机构或人员、经办服务机构及人员侵占、挪用或者与他人合谋骗取医疗保险基金的违法犯罪行为；支付欺诈行为是指参保单位、参保人、药品、医疗器械经营单位、定点服务机构等违反医疗保险相关法律、法规或者合同（医疗保险服务协议）约定，通过虚构事实、隐瞒真相以及其他方法虚假申报，使得医疗保险经办机构和管理机构和人员发生错误认识，从而达到骗取医疗保险基金或者医疗保险待遇目的的违法犯罪行为。

（二）社会医疗保险欺诈的成因

关于欺诈的成因分析，理论上，社会医疗保险欺诈发生的原因是信息不对称，实际中社会医疗保险欺诈发生的根本原因是内在利益的驱动，欺诈是由多方面因素共同造成的，学者们的研究视角主要集中在以下两个方面。

1. 从社会医疗保险制度缺陷的视角出发

从社会医疗保险制度缺陷的视角出发有以下五个方面原因。

原因之一是社会医疗保险付费制度本身存在的问题。有文献从基金统账结合的角度将支付方式分为两种：通道式和板块式。通道式支付方式的缺点在于促使参保者加速使用个人账户，进而使用统筹基金，造成医保基金浪费；而板块式支付的缺点在于使用限制较多，阻碍社保基金的功效发挥（刘潇，2008）。孙建才（2017）分析昆明市医疗保险欺诈典型案例后认为，医疗保险支付制度不完善、改革滞后是大量界限模糊的欺诈行为赖以生存的土壤。

原因之二是社会医疗保险管理模式存在的问题。有文献从监管主体角度分析管理模式存在的不足。首先，合管办医疗模式使监督管理机构不能有效监督医疗服务供给方的行为；其次，社会医疗经办机构主管模式同样使监督管理机构对于医疗服务信息掌握不完全，不能对其进行有效监管；最后，商业保险公司主管模式理论上较为可行，但不排除商业保险公司为了自身利益最大化而损害参保人利益的可能（赵艳飞、薛兴利，2011）。

原因之三是社会医疗保险价格补偿机制存在的问题。面对不同类型的疾病,同一种补偿机制显然不能够实现社保存在的效用最大化。对此,有文献认为,我国目前的价格补偿机制主要是指医药费用补偿。存在的问题包括因信息不对称而掌握实质信息的医疗服务机构为获取高额利润会鼓励患者小病大医,进而诱发道德风险(常峰、达庆利、张子蔚,2009)。

原因之四是社会医疗保险公平性存在的问题。有文献指出,每个公民都有参加社会医疗保险的权利,享受社会医疗保险的待遇,同时,参保的公民要承担一部分费用(房珊彬、徐程、刘国恩、赵绍阳,2012)。但目前来看,社会医疗保险覆盖并不完全,一部分人的医疗需求没有保障,同一类型的医疗保险报销比例也不尽相同,形成制度内的不公平。还有文献指出,个人承担的医疗费用也因个人收入不同而表现出对医疗保险使用的不同,收入高的患者较多使用社保基金,造成社会医疗保险制度施行的不公平(王飞跃,2011)。

原因之五是社会医疗保险监管方面存在的问题。有文献指出,我国现行的社会医疗保险监管运营体系不完善,监管人才、监管硬件、监管力度不够,使得各利益主体有机可乘(徐清照,2010)。孙建才(2017)通过对昆明市医疗保险欺诈案件的剖析认为,监管体制混乱、责权不清、力量薄弱、漏洞大量存在是医疗保险欺诈蔓延的助推力。

2. 从信息不对称的视角出发

从信息不对称的视角出发,社会医疗保险欺诈的原因有逆向选择、道德风险。王小莉(2009)指出,投保人利用保险市场上的信息不对称,采取隐瞒自己的真实情况,设法使用保险人无法观察到的信息优势来骗取保险金额。陈翔、王小丽(2010)认为,在保险市场上,面临高风险的人对保险有强烈的需求意愿,因此,风险损失高的人投保概率大。道德风险是造成保险欺诈的根本原因。卢洪友、连玉君、卢盛峰(2011)从保险市场和医疗服务市场的角度阐述了道德风险产生的根源,认为保险市场上参保人的过度需求和医疗服务机构的诱导消费造成了医疗服务资源的浪费;医疗服务市场上医生和医院相关部门在交易中所拥有的信息优势导致由过度供给所引发的扩张性需求的产生,从而加剧道德风险

的产生。

（三）社会医疗保险反欺诈的措施

通过反欺诈措施的研究发现，可从改革现行的医疗保险费用支付方式、构建合理医疗成本分担机制、建立医疗保险市场信息管理制度、推进医药分离体制改革几个方面来改革现有社会医疗保险制度的弊端。同时还需完善相关法律法规，建立相关奖惩制度，推进诚信体系建设，加强相关部门的监督管理（刘喜华、魏超，2013）。孙菊（2017）研究认为，可借鉴公共产品合作治理理论为保险反欺诈提供了一个跨部门、跨领域的合作路径。政府改变以往自上而下的权力运行方向，构建分权合作型政府，而拥有独立性的非政府组织与政府处于平等的地位，政府、私人部门和非营利组织联合起来共同完成对医疗保险公共产品的治理。大数据技术也推进了医疗保险反欺诈技术的提升，如李杰等（2018）以我国基本医疗保险诊疗历史记录的大规模真实数据为基础，应用 XGBoost 算法和 EasyEnsemble 方法构造基本医疗保险参保人欺诈风险评估集成模型，该模型能够有效地用于识别潜在欺诈人员。

四、社会医疗保险制度整合的研究

在我国医保制度多元分割问题日趋严重的背景下，研究医保制度的整合不仅可以完善社会医疗保障理论与公共管理理论，还可以为政府制定统筹城乡政策、实现医保服务均等化提供科学依据，具有重要的理论意义和实际价值。正因为如此，学术界对医保制度整合的研究非常重视。学者主要围绕整合的内涵与外延、方案与标准、资金筹集三个方面展开，并取得了一定的研究成果。

（一）关于整合的内涵与外延

学术界对“社会医疗保险制度整合”概念的研究，较多情况表现在与“全民医保”“医保一体化”“城乡医保统筹与衔接”等相关概念的论述中。关于“医保制度整合”与“全民医保”的联系与区别。朱俊生（2006）

提出“全民医保”的核心内容至少有两点：一是全面覆盖，二是同一受益标准。世界卫生组织（WHO）与瑞典国际发展合作机构（SIDA）指出：社会成员应该以需求为导向获得卫生服务，而不是取决于社会地位、收入水平等因素，也就是说，具有相同的卫生服务需求的社会成员应该获得相同的卫生服务。依据这一原则，胡爱平（2009）建议以人为本，借助制度整合实现全民医保，整合办法是打破现有以户籍制度为界限的人群划分法，依据就业状态和收入来源，重构医保对象的社会群体分类，并调整相应的医保制度。不难看出，全民医保是整合的目标，整合蕴含着动态性，是实现全民医保的必要手段。

关于整合与“医保一体化”的关系。陈健生、陈家泽、余梦秋（2009）在综合前人观点的基础上，将医保一体化界定为“通过在制度上整合规范、在管理上统筹安排、在组织上统一协调、在受益上基本均等，实现医保体制机制的一致性”。基于上述分析，“医保制度整合”与“全民医保”“医保一体化”三者之间的内在逻辑关系可以表述为：只有通过整合实现了医保制度一体化、管理一体化和组织一体化，才能实现均等化层次上的全民医保，使医保体系全面、协调、可持续发展。

“城乡医保统筹与衔接”也是在讨论医保制度整合时出现频率较高的一个概念。从实务部门的角度出发，医保制度的“统筹”主要是指医保基金的统一管理以及医保经办机构的归并合一（林红，2008），“衔接”是指在不同社保制度间建立良好的转换机制，方便参保人社保关系的转、接、并、续（赵曼、刘鑫宏，2009）。因此，“统筹”侧重医保基金的整合和管理的整合，“衔接”侧重个人医保关系转接，两者都是整合的重要组成部分。在我国以城乡对立为主要特征的二元社会保障制度下，“城乡医保统筹与衔接”则聚焦于打破人为的城乡户籍界限，使得城镇居民和农村居民之间医保偿付水平逐步拉近，偿付范围不断靠拢，医保功能趋于相同（翟绍果、仇雨临，2010），因此，“城乡医保统筹与衔接”的最终目的也是通过整合实现医保服务均等化，特别是城乡之间的均等化。在总结已有研究基础上，孙翎（2013）对医保制度整合的解释为：医保制度整合是指打破以医保制度的人群分割与城乡分割，建立制度相对统一、责任明确、转接灵活的医保体系，实现多种医保制度在较高统筹层

次上的管理、组织、信息和标准一体化。

（二）关于整合的方案与标准

由于不同的医保制度在筹资和保障水平上差异较大，对于整合后的标准，新医改之前学术界存在三种意见：第一种意见是“一个制度，一种标准”，即将现行各制度统一为所有参保人的缴费、待遇标准相同的制度。刘福垣（2007）认为，如果想实现真正意义上的社会保障，应该纳入财政预算，一步到位建立全覆盖全国统一的社会保障制度，不能分区分片。第二种意见是“一个制度，多种标准”，即将现行各制度统一为一个制度，但是针对不同人群规定不同的缴费标准和相应的待遇标准，并允许参保人根据自身的需求和缴费能力选择参保档次。刘继同、陈育德（2006）认为整合最后应达到“一个制度、多种标准”，也就是现行各制度统一为一个制度，但是针对不同人群设计多种缴费标准，顾昕（2007）也认为三大医保制度要构成缴费水平不同、给付水平不同、服务水平不同的三层次医保体系，类似的还包括李迎生（2006）提出的“有差别的统一”的“城乡整合”模式，其主要思路是在制度统一的情况下，具体给付标准可根据城乡、地区生活水平差异的实际而有所不同。高和荣（2003）也认为整合后的社会保障制度应当是刚性与柔性的统一，有差别的统一，职业与户籍相一致，以及国家、个人和集体共负担的新型社会保障制度。第三种意见是一种折中观点，即近期内标准差异化，等时机成熟再向一个标准转变。例如，孙祁祥、朱俊生、郑伟等（2007）认为目前城乡医保体系的保障水平差异很大，实现城镇医保制度与农村医保制度的整合的主导思想是：在未来一段时间内，稳定城镇医疗保障水平，提高农村医疗保障水平，待条件成熟以后，最终要实现不同制度框架下保障水平“多种标准”向“单一标准”的转化。

新医改之后，学者们对社会医疗保险基金整合模式基本达成了两种整合模式的共识：“一个制度、多种标准”和“一个制度、一种标准”。“一个制度、多种标准”模式，即将现行各制度统一为一个制度，但是针对不同人群规定不同的缴费标准和相应的待遇标准，并允许参保人根据自

身的需求和缴费能力选择参保档次（申曙光、侯小娟，2012）。“一个制度、一种标准”模式，即将现行各制度统一为所有参保人的缴费、待遇标准相同的制度。两种整合模式的主要区别仍然在于对公平和效率这对天然矛盾的拿捏和处理上。整合模式的公平性是指让参保人能公平地享有医疗保障。显然，从公平性来看，“一种标准”模式的公平性更高；从效率性来看，“多种标准”模式的运行效率可能更高，即采用该模式整合后的基金运行更具有可持续性且能约束参保人的就医行为（申曙光、易沛、瞿婷婷，2014）。

总体上看，“一个制度、多种标准”得到了大部分学者的认可，在实践中也得到了具体应用。如2007年，四川成都市将居民医疗保险和新农合整合为统一的城乡居民基本医保制度之后，提供了3种自愿选择方案和1种学生、儿童方案。其余如天津市、佛山市、湛江市、长春市、镇江市和重庆市等也先后采用了“一个制度、多种标准”模式。其余如江苏省太仓市也采用了“一个制度、多种标准”模式。采用“一个制度、一个标准”的地区目前还比较少见，东莞市的案例具有一定的示范性，东莞市的企业职工、居民、农民、灵活就业人员、退休人员及失业人员，都被统一纳入东莞市社会基本医保制度中，然后依据就业状态，将所有参保人划分成“由用人单位办理参保”“个人以灵活就业人员身份参保”和“村（居）民委员会办理参保”三类。

（三）关于整合后的资金筹集

整合后的资金筹集主要围绕着筹资渠道、筹资方式、筹资水平展开讨论。就筹资渠道而言，通过个人（家庭）、国家和单位的多渠道筹资是学术界的基本共识，例如：胡大洋（2008）认为在其提出的“以家庭为参保缴费单位的全民医保制度”下，筹资来源主要是家庭、雇主和政府。对于各渠道的筹资比例，一些学者对比例分配原则进行了探讨，政府的筹资比例得到许多学者的关注，其中隐含的一个问题是筹资中的政府责任，一些学者建议政府应当在医疗筹资领域发挥主导作用，随着政府财政筹资能力的进一步增强，可以适当增加政府的分担比例，各地可以根

据实际经济情况具体确定保费分担比例（李明强，2008）。

关于筹资方式，目前，我国三大医保制度采取的主要筹资方式是由个人和企业缴纳社会医疗保险费。来自世界卫生组织、世界银行和许多学者的研究表明，税收作为一种医疗筹资渠道不仅公平性强，而且管理效率高，世界卫生组织中超过 55% 的国家或地区都是以税收筹资为主的医疗筹资体系（Savedoff W., 2004）。据此，有学者认为税收是医保筹资领域最有效率的筹资手段，税收筹资的作用不断增强是医保筹资领域不可逆转的趋势，目前由三大医保制度以及其他配套机制形成的全民医保框架，在长期中有望过渡到以税收筹资为主的全民医保体系（李明强，2008）。

现有的三大医保制度无论是筹资水平还是待遇水平都存在明显差异，由于福利制度的向下刚性，在医保制度整合过程中，需要对低待遇水平的制度进行提升，依据医保基金收支当期平衡的原则，一个不可避免的问题是需要提高筹资水平。针对如何对筹资水平进行调整，周寿祺（2007）提出不同费率的城乡医保制度衔接必须经过政府“托低就高”，增加投入；刘继同（2007）也建议逐步增加政府对全民医保的投资力度和规模，加快制度创新与整合，利用社会保险大数法则与风险分担机制，解决筹资问题。

（四）关于城乡医疗保险制度整合的评估

2016 年 1 月，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3 号，以下简称《意见》），将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度合并为统一的城乡居民基本医疗保险，覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。目前，各省均在《意见》的框架下作出了规划部署，或出台了整合城乡医疗保险的政策文件。

学者高程程（2018）以南京市为例，调查研究了南京市城乡居民对城乡医保整合后的满意度发现，整体满意度较高。不满意的原因主要有：一是起付标准抬高，增加了原新农合参保人负担。二是医疗待遇水平上

升，增加了成本，目录范围的扩大和就医范围的增广导致医疗费用监管难度提升，抗风险能力降低。三是医疗基础与服务水平分布不均等。仇雨临、王昭茜（2018）研究认为：城乡居民医保整合在实际进展上落后于预期规划，需要加速从制度整合到实践整合；在制度目标方面实现了制度层面的显性公平，但仍存在隐性不公平的约束，从形式公平到实质公平的转变成为下一步的发展目标。国内一些先行地区已经用实践为我国医保制度整合的可行性作出了肯定的回答，但国际经验表明整合的过程将会是漫长而艰苦的。

五、社会医疗保险基金监督控制的研究

关于医保基金监督，学者主要围绕医保基金监督的概念、医保违规的主要利益主体、加强监管的对策等问题展开。

在利益的驱使下，违规套取医保基金参与主体主要有定点医疗机构和定点药店的“两定”机构违规、参保人违规、医保经办机构违规，此外，还有“两定机构”与参保人联手违规套取国家医保基金。一些定点医疗机构的医务人员和药店的销售人员在利益化的驱动下，对参保人就医购药环节把关不严，存在乱开药、开贵药的现象；一些医疗机构对患者开大处方、大检查及高价医用材料项目；给病人挂床住院，甚至还伪造医疗文书骗取医保基金等。参保人的违规主要体现在参保人冒名顶替享受医疗保险的优惠和待遇。目前还存在医疗机构、其他利益单位和参保人为获取利益而联合违规的现象（揭伏玲，2017）。

完善监管对策、提升监管效果主要要从完善医疗保障立法、加大违法成本，从筹集到管理和使用各个环节监管不遗漏，提升监管人员的综合素质来抓起。当前的监管人员知识结构比较单一。将来在聘请人员的时候，要提高准入门槛，聘请具有医学专业知识背景的管理人员，使其在管理的过程中不至于对相关医学问题一无所知，这样才能提高监管人员的业务素质。除此之外，还要对监管人员进行定期或不定期的培训，提高监管人员在医学、审计、财务以及管理等方面的专业素养，提高监管时的工作效率，保证监管工作的有效落实。

从根本上影响当前监管效果的还有体制的问题，表现为条块分割和监督管理脱节。当前，我国对医疗监管缺乏一套行之有效的岗位制度和行之有效的相互制约机制，如负责监管医保基金的是社会保险基金管理部门，而负责监管医院人事的是卫生医疗主管部门（罗长斌，2017）。

六、社会医疗保险基金平衡、预警机制及保值增值的研究

（一）社会医疗保险基金平衡及保值增值

关于社会医疗保险基金平衡的研究，学者主要围绕着基金的筹集管理、使用管理、经济效益和社会效益管理展开。千方百计增加医疗保险基金收入，经济高效科学地使用医疗保险基金，建立和完善立体监督体系，引入第三方监督机构，包括对医疗机构的监督，对医疗保险机构的监督等，向弱势群体倾斜，最大限度地发挥医疗保险基金的社会效益和经济效益（黄显官、吕春、余郭莉、彭博文、郑远秀，2013）。

随着我国老龄化的深入，我国医疗保险基金将出现短缺并且缺口将不断加大，研究医疗保险基金的平衡及保值增值就显得尤其必要（张梦遥，2016；林建、张梦遥，2016）。为此，需要不断完善二胎配套政策，提高人口自然增长率，扭转或减小我国医疗保险基金未来将会出现的巨大缺口；成立专门的医疗保险基金运营及监督管理机构，为医疗服务市场提供公平的竞争秩序和环境；完善与医疗保险基金关联的个人资产注册制度，充分利用医疗保险个人账户的余额，通过各种基金进行投资以实现基金的增值；提高医疗保险基金信息化，对医疗保险基金的结算情况进行实时的监控和分析，确保信息的更新，不能滞后，从而从信息的源头上杜绝错误信息的产生；建立包括最基础层次的医疗保险、辅助的补充医疗保险、商业保险等多层次的医疗保险体系（张梦遥，2016）。

（二）社会医疗保险基金平衡预警

路云、许珍子（2012）从财务性、客户性和成长性三个方面建立了

医保基金运行平衡的预警指标体系。其中财务性指标包括医疗保险基金收入、基金支出总额、基金年剩余率、政府补助金占筹资总额比例几个二级指标；客户性指标包括参保者基金人均实有额、参保人数年增长率两个二级指标；成长性指标包括职工医保缴费基数增长率、基数占平均工资比例、退休在职比、医保基金支出占 GDP 比率四个二级指标。在预警体系中明确警情是第一步，寻找警源是预警过程的起点和基础，分析警兆是预警过程中的关键环节，预报实际警情的严重程度是预警的目标，这就是预报警度。

第四节 研究内容及主要研究结论

一、研究对象

本研究将主要研究范围界定在我国现行基本医疗保险范围内（城镇职工基本医疗保险、城市居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险），不包括补充医疗保险和商业医疗保险。在书中如没特别说明，“职工医保”与“城镇职工基本医疗保险”、“新农合”与“新型农村合作医疗保险”、“居民医保”与“城镇居民基本医疗保险”是同义语混用。个别章节，还使用“医疗费用”代替“医保基金”。数据资料来源于历年《中国卫生统计年鉴》《2013年第五次国家卫生服务调查结果报告》《中国统计年鉴》等官方正式公布的数据资料。

二、研究内容与研究方法

（一）研究内容

笔者在广泛深入研读现有社会医疗保险方面的研究成果基础上确定了本书的研究内容。本书的主要研究内容为：探讨再认识我国医疗保险基金运行现状，评价医疗保险基金的使用效率，构建医疗保险基金风险

控制系统，研究医疗保险基金的收支平衡并对基金的可持续运行进行预测和研判。最后还探究医疗费用不断上涨的原因。

（二）研究方法

本书主要运用了定性分析与定量分析相结合的方法、文献资料法、比较研究法。如对问题研究现状的梳理多采用文献阅读梳理总结法。在书中，关于医疗保险基金的筹集和支付、医疗保险基金运行表现出明显的城乡差距和区域差距、医疗保险基金使用效率、医保基金上涨原因、医疗保险基金运行潜在和现实风险、医疗保险基金收支平衡等问题都采用了定量分析法。比较研究法的运用主要体现在三大医疗保险运行之间的比较，三大医疗保险基金筹集和支出在城乡和区域之间的比较，同一研究对象的国内和国外的比较等。

三、研究创新及不足

在第五章医疗保险基金风险控制研究部分，在前人研究的基础上，本研究完善了医疗保险基金控制系统模型，创造性地构建了由政府、基金管理机构、患者、医疗机构和医药企业五个主体组成的医疗保险基金风险控制系统模型。五个主体在控费机制中分别处于不同位置，发挥不同职责和功能。政府从全局上制定医保政策，为患者提供医疗社会兜底，确保人民健康权利。参保患者向基金管理机构缴纳保费、委托代为管理医保基金。基金管理机构为参保患者管理基金、支付和控制费用。参保患者去医院看病，属于医疗服务的实际需求者。定点医疗机构作为医疗服务的供给者，为患者提供优质的医疗卫生服务。药品生产和流通企业为定点医疗机构供给药品，定点医疗机构是药品的中间需求方，药品的最终需求方是患者。基金监督机构监督定点医疗机构医疗行为的合规、合法、合理性，代患者支付费用。定点医疗机构执行医保政策，接受监督机构的监督。政府需要监督基金管理机构执行医保政策，监督药品质量，监督定点医疗机构执行医疗卫生政策和行业标准。

研究的不足一是体现在，受资料数据可得性限制，部分问题研究的

样本范围不够宽泛。其二，在做实证分析过程中，所使用的数据都为官方公布的统计数据，而不是亲自做的田野调查获得的第一手数据。在今后的研究中需进一步改进和完善。

四、主要研究结论

本书主要梳理了医疗保险相关理论，对医疗保险运行现状进行再认识，评价其运行效率。从风险控制的一般理论出发探讨医疗保险的风险控制，对医疗保险基金的收支失衡风险及可持续发展进行分析和研判。最后还延伸研究了医疗保险与医疗费用的相互关系。主要研究结论如下。

（一）医疗保险基金现状主要研究结论

我国医疗保险基金运行表现出明显的城乡差距和区域差距。相对于城镇职工或城市居民的人均医保基金支出水平，农村居民都显得太低。从区域差距看：全国城镇职工人均医保基金支出的比较中，西部最高，东部第二，中部最低。全国新型农村合作医疗保险的人均筹资水平，东部最高，中西部相当；从全国新型农村合作医疗保险人均受益人次看，东部最高，中部次之，西部最低。总体上看，社会医疗保险加政府医疗救助有效地改善了人民的健康水平。

（二）医疗保险基金使用效率评价主要研究结论

借鉴国内外关于医疗保险基金使用效率的评价方法，同时从技术效率、产出效率和结果效率实证分析我国近年来医疗保险基金的使用效率后发现：过去几十年来，我国的医疗卫生改革取得的成绩是显著的。国家重视医疗卫生最直接的体现是医疗卫生费用随着经济的增长而同比率甚至更大比率地增长。总体上看，医疗保险基金的技术效率和产出效率都是可观的，其结果效率也是显著的。表现在，卫生总费用的逐渐递增，政府和社会卫生费用增速较快，居民个人现金卫生支出下降明显；实际报销率逐渐提高，有利于缓解患者的疾病经济负担；医疗机构提供的诊疗人次、病床使用率、平均住院日日趋合理，距离最近的医疗机构的距

离和就诊时间日益改善，体现出就医的便捷性和医疗服务的可及性逐渐改善。唯两周患病率和慢性病患病率处于上升态势，需要从改善生活环境、养成健康的日常生活习惯等环节抓起。患者对医疗服务的总体满意度约占 70%，对门诊就诊体验的满意度高于对住院体验的满意度，农村患者对医疗服务的满意度整体上高于城市患者。处在农村和城市患者不满意前三位的原因基本相同，分别是医疗费用高、技术水平低、服务态度差。但医疗保险基金的技术效率、产出效率和结果效率都表现出明显的城乡差距，这值得高度重视。

（三）医疗保险基金风险控制主要研究结论

医疗保险市场同样具有风险，因而医疗保险基金风险控制有其客观必要性。我国人口老龄化问题、基金结余问题、道德风险问题、逆向选择风险问题等构成医疗保险基金运行存在的潜在及现实风险，需要引起政府足够的重视。他山之石，可以攻玉。在分析借鉴国外医疗保险基金风险控制成功经验的基础上，笔者创造性地构建了由政府、基金管理机构、患者、医疗机构和医药企业五个主体组成的医疗保险基金风险控制系统模型。从政府角度出发，从顶层设计上制定完善医疗保险相关制度。从参保患者方出发，需拓宽医疗保险基金筹资渠道，有计划分步骤实施退休人员缴纳医保基金，确保筹资水平稳步增长。作为医保基金管理机构，需要重塑支付流程，优化医疗保险经办机构服务水平。在降低药企成本环节，规范医药生产，减少流通环节，分级实行招标管理是降低医药成本的关键；药品的生产带有明显的正外部效应，必要时政府可给予适当的补贴，以降低药企成本。必要时考虑由多学科背景专家组成，如医生、医学院校的知名教授、药企企业家、医保机构经办人员、专业会计和审计人员及部分患者等组成第三方监管机构。政府委托第三方机构负责监督医院的履职情况，考核诊疗的科学性、医院经营决策的科学性、成本费用控制的合理性等。

（四）医疗保险基金收支平衡及可持续发展主要研究结论

医疗保险市场的逆向选择和道德风险影响医疗保险基金的收支平衡。具体来讲，逆向选择影响医疗保险的覆盖率，降低医疗保险基金收入；道德风险增加医疗保险基金支出，影响全民医保费用的可持续性。关于医疗保险基金平衡的前期研究成果主要集中在阐述医保基金收支数量平衡的重要性和维持平衡的技术方法，以及医保基金收支风险的评估方法。新医改以后，相关研究重点已经从维持医保基金数量平衡关系，转向责任划分和重视服务水平，做到“控费”与“服务”并重，努力做到数量平衡与质量提升相结合上。以四川省 2001—2017 年城镇职工医疗保险基金收入和支出样本数据为基础，采用时间序列模型进行建模做实证分析，笔者得出只要保持现有医保基金收支政策的延续性，医保基金收支是可持续的，预测 2018—2040 年城镇职工医疗保险基金的收入和支出能够实现平衡。

（五）医疗费用上涨原因主要研究结论

医疗费用支出不断上涨的原因，总体上来自医疗、医药、医保即传统的“三医”、社会经济因素及患者本人因素五个方面。医疗机构技术设施的更新及过度依赖医疗收入的医院经营模式、医疗知识的专业性导致诱导需求和过度医疗现象时有发生或可助推医疗费用不断上涨。医药生产流通环节亦可增加药品本身价格导致医疗费用增加。现有医疗保险的监管模式及支付结算模式或可助推医疗费用上涨。政府财政投入供给与民众卫生健康服务需求不对称、人口老龄化及生态环境改变带来疾病谱的改变或可导致医疗费用不断上涨。长期医疗形成的重治轻防的就医和卫生服务习惯、卫生资源分布失衡导致患者不愿意在基层就诊等都有可能助推医疗费用快速上涨。从实证分析结果看，公立医院的医疗收入直接导致我国医疗保险基金支出不断上涨，而人均 GDP、65 岁以上人口所占比例、城镇化率、卫生机构数、医疗卫生机构住院病人手术人次、医院平均住院日、医院住院病人人均医药费用及性别比因素都通过公立医院的医疗收入间接地影响我国的医疗保险基金。控制医疗保险基金增长的态势关键要控制公立医院的医疗收入。控制医疗保险基金不合理增长

的最终目的是推动实现医疗保险基金增长与经济社会发展、医保基金运行和群众承受能力相协调，切实维护群众健康权益，减轻群众就医负担，促进医疗行业健康发展。

