

国际基本医疗保障制度改革趋同： 对“第三条道路”的解析*

阎建军

〔摘要〕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”。本文采取二维坐标分类方法,将基本医疗保障制度“第三条道路”的内涵界定为强制私营健康保险;探讨“第三条道路”兴起的原因,分析了强制私营健康保险何以有助于达成医改双目标的内在逻辑;并从实现医疗保障全覆盖出发,论述了引入强制保险机制的必要性。

关键词: 医疗保障制度 医药卫生体制改革 健康保险 医疗保险 医疗市场

JEL 分类号: G22 I10 I11

一、进入 21 世纪后国际基本医疗保障制度改革趋同:走向“第三条道路”

在现代社会,资源配置的方式大致有三种,分别是政府、市场和公民社会。与之相对应,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^①:一是政府主导模式,以英国为代表;二是市场主导模式,以美国为代表;三是社团^②主导模式,以德国代表。

按照哈贝马斯(1999)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有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,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,走向“第三条道路”。

(一)美国基本医疗保障制度改革:走向“第三条道路”

1. 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

在美国,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(Medicare)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(Medicaid)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^③获得基本医疗保障。

* 阎建军,中国社会科学院金融研究所,副研究员。

① 丁纯(2009)把新加坡医疗储蓄账户制模式作为一种典型模式,本文没有将其列入研究对象。新加坡中央公积金计划中的医疗储蓄账户(Medisave Account),实质是一种应对医疗风险的强制个人储蓄制度,产权私有,强调自我保障,不能有效分散个人疾病风险。新加坡大病医疗保险计划——健保双全计划(Medishield)及其补充计划基于中央公积金体系筹资,由个人自愿投保并承担较高自付额,中央公积金局只管理标准健保双全计划,其它计划由私营保险机构管理(赵斌、严婵,2009;王勤,2007)。无论医疗储蓄账户还是大病医疗保险计划,都是公私成分的有机结合,与本文的研究对象——基本医疗保障制度“第三条道路”并无矛盾之处,因而不影响本文的论证及其结论。

② 社团是公民社会的主体。

③ 私营健康保险包括营利性的商业健康保险和非营利机构运营的健康保险。

2009年,在美国总计3.04亿人口中,私营健康保险参保人数为1.94亿,占总人口比例63.9%;政府医疗保障参保人数为9317万,占总人口比例30.6%;此外,还有5067万人没有任何医疗保障。1987~2009年,私营健康保险参保人数占全国总人口比例平均在70%左右,政府医疗保障参保人数占全国总人口比例平均在25%左右(见图1)。

2. 奥巴马医改:健康保险
从自愿私营走向“强制与私营相结合”

2010年3月,在奥巴马政府推动下,患者保护与可负担医疗法案(The Patient Protection and Affordable Care Act,以下简称PPACA)被签署为法律。奥氏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;且保留了私营体制在基本医疗保障覆盖面上的主流地位。其主要内容如下:

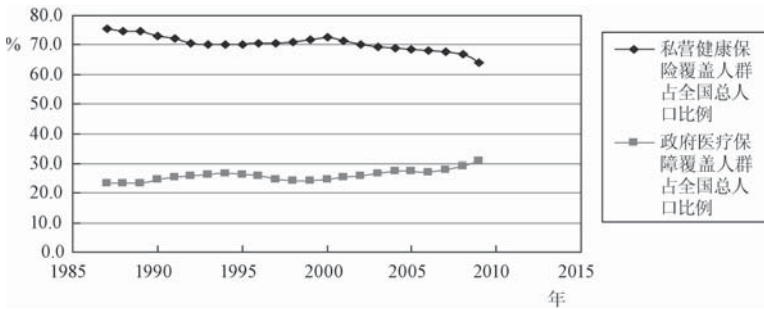


图1 1987~2009年美国私营健康保险和政府医疗保障
覆盖人群占全国总人口比例

数据来源: U.S. Census Bureau(2009)。

引入强制保险:①强制参保的要求。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。对个人的年度罚款将按照以下日程表实施:2014年为95美元,2015年为325美元,2016年为695美元。对家庭的年度罚款不超过对个人年度罚款的3倍,或2014年家庭收入的1%,2015年家庭收入的2%,2016年家庭收入的2.5%(Kaiser Family Foundation, 2010a)。以下特殊群体免于强制参保:收入的8%低于最低成本的健康险计划保费支出的人群;收入低于个人所得税申报起点的人群(2009年税法规定的申报起点是个人9350美元,已婚夫妇家庭18700美元);印地安人、非法移民等特殊群体。为了帮助中低收入人群购买保险,从2014年开始,政府对收入在联邦贫困线水平133%~400%之间的个人和家庭以退税、税收抵免等形式进行保费补贴。拥有不低于50名全职员工的雇主应当为其雇员购买团体保险,如果有全职雇员通过当地的健康保险交易所单独投保并获得保费资助,该雇主将面临罚款,罚金是以下二者的较小者——为每名通过当地的健康保险交易所单独投保并获得保费资助全职雇员缴纳3000美元,或者为扣除30名全职员工之后的每名雇员缴纳2000美元(Kaiser Family Foundation, 2010b)。②强制承保的要求。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,例如,老人的费率不得超出年轻人费率的3倍^①,吸烟者费率不得超出吸烟者费率的1.5倍(Kaiser Family Foundation, 2012b)。三是要求私营保险机构保单提供终生(lifetime)保障条款。除非投保人欺诈,禁止保险机构解除合同。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(Kaiser Family Foundation, 2010b)。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)。

① 把不同年龄组保险费率的浮动幅度限制在3:1的范围内。

完善私营保险竞争机制。①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。②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。

(二)德国基本医疗保障制度改革:走向“第三条道路”

1. 2007 年德国医改之前:“部分强制+有限竞争”的基本医疗保障制度

德国通过社会法典确立了以“法定健康保险为主,商业健康保险为辅”的医保体系。疾病基金会(Sickness Funds)是法定健康保险的运营机构,它是公法法人性质的非营利民间社团,按区域或者分行业等设立。2007 年 3 月,法定健康保险覆盖了全德人口的 88%,约 7034 万人;商业健康保险大约覆盖了全德人口的 10%,约 840 万人(丁纯,2009)。

2007 年,德国法定健康保险赔付 1454 亿欧元,占德国卫生总费用的 57.2%。2005~2009 年,德国法定健康保险赔付占全国卫生总费用的比例都在 56%以上(见表 1)。

表 1 德国卫生费用(单位:10 亿欧元)

年份	1980	1990	1995	2005	2007	2008	2009
卫生总费用	98.5	155.4	187.1	240.5	254.3	264.5	278.3
其中:							
法定健康保险赔付			112.5	135.9	145.4	151.5	160.9
商业健康保险赔付	-	-	14.3	22.0	23.5	24.9	26.0

数据来源: Statistical Yearbook of German Insurance(2011)。

在 2007 年德国医改之前,德国基本医疗保障制度的特征可以概括为:

(1)部分强制保险。中低收入人群必须参加法定健康保险,保费由雇主和雇员各自承担一半。德国高收入人群不被强制参加法定健康保险,可自由选择参加法定健康保险或商业健康保险,但一旦选择参加商业健康保险,就不得随意退出转而加入法定健康保险。

(2)竞争受到过多限制。自由竞争的核心内容应当有三方面,一是公平的游戏规则;二是参保人可以自由选择健康保险机构;三是健康保险机构可以自由选择医疗服务机构。

基于以上三个方面,德国健康保险体系存在竞争不充分问题:①游戏规则不公平。1992 年的德国医改法案在法定健康保险体系引入风险平衡机制,主要考虑年龄、性别、丧失工作能力等因素,没有考虑疾病因素的影响,导致各疾病基金会之间的不公平竞争,诱发各疾病基金会的“撇油”行为,即争夺疾病风险较低的参保人。②参保人不可以自由选择商业健康保险机构。商业健康保险的老年医疗准备金不可携带,参保人一旦退出该商业保险机构,将损失老年医疗准备金。老年医疗准备金制度为参保人自由选择商业健康保险机构造成障碍。③法定健康保险机构只能参与医疗服务提供方的集体合约,不可以自由选择医疗服务机构。

2. 2007 年德国医改后:“全体强制+自由竞争”的基本医疗保障制度

2007 年,德国颁布《法定健康保险强化竞争法》(Statutory Health Insurance Competition Strength-

ening Act),主要包括:

(1)全体强制保险:一是强制参保的要求。在《法定健康保险强化竞争法》实施之前,约有20万的德国人没有健康保险(Lisac et al.,2006)。从2007年4月开始,所有的德国人必须参加传统型法定健康保险或商业健康保险。同时,在商业健康保险中引入一种低廉的“基本收费标准”,为参保人提供可负担的基本医疗保障。二是强制承保的要求。疾病基金会有义务向参保人提供多种形式的健康保险合同,使参保人了解医疗网络和费用情况并进行选择。商业健康保险机构也有义务与参保人签订“基本医保合同”,不得拒保(郭小莎,2007)。

(2)强化自由竞争:一是建立“以发病率为基础的风险平衡机制”(Morbidity-based categories complement),引入更加公平的竞争规则。“以发病率为基础的风险平衡机制”与“中央卫生基金”同时启动。该制度在原先风险结构补偿因子(主要考虑年龄、性别、丧失工作能力等因素)的基础上,加入了对疾病因子的考虑,能够更全面地分析影响医药费用支出结构的因素,从而使风险平衡资金在各疾病基金会之间进行更加公平的分配,推动医疗保险机构间公平竞争,同时也为慢性病或重症患者得到更好的医疗服务创造了条件(Schang,2009),上述疾病包括心血管病、糖尿病、艾滋病等。二是推动疾病基金会和商业健康保险机构之间的平等竞争,规定二者都要向参保人提供基本健康保险合同。从发展趋势上看,有学者建议,应实现疾病基金会和商业健康保险机构之间的广泛趋同(欧伯恩德,2007)。三是参保人可以自由选择商业健康保险机构。2007年德国医改法案要求商业健康保险参保人的老年医疗准备金可携带,参保人一旦退出该商业保险机构,老年医疗准备金可转入其选择的另外一家商业保险机构。四是引入选择性合约(selective contract)制度。疾病基金会可以参加集体合约,也可以自由选择医疗服务机构并为之签署选择性合约,以此推动管理式医疗。

(三)英国基本医疗保障制度改革:走向“第三条道路”

1. 2012年医改之前:英国国家医疗保障主导模式

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(National Health Service,以下简称NHS)为主,商业健康保险为辅(杨星,2009)。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。

截至2011年9月底,在英格兰^①,国营化的NHS系统雇员达135万人,职业医务人员达68.5万人(见表2)。

据NHS于2008年公布的材料^②,全英国的NHS系统每小时收到360次救护呼叫电话,每天接待150万病人,全职的全科医生平均每人每周给255位患者治病。

2. 卡梅伦医改

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)获得签署后成为法律。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:

(1)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

^① 英国NHS系统包括英格兰、威尔士、苏格兰和北爱尔兰,其中英格兰NHS系统是英国NHS系统的主体部分。

^② <http://www.nhs.uk/Livewell/NHS60/Pages/Didyouknow.aspx>.

表 2 英格兰 NHS 系统的员工人数与结构(2011 年 9 月 30 日)

	2001	2005	2008	2009	2010	2011
全部人员	1109131	1298202	1308671	1365086	1370176	1350377
职业医务人员	545760	643219	661993	683703	684812	685066
医生	100319	122987	133662	140897	141326	143836
护士	320345	367581	368425	375505	373429	370327
设备技术人员	110241	134534	142455	149379	151607	152216
救护服务人员	14855	18117	17451	17922	18450	18687
辅助医务人员	298116	344971	334826	352583	356410	347064
基础支持人员	179783	220387	219064	236103	233342	219624
其它人员	85472	89625	92789	92697	98686	101536

资料来源:NHS Workforce:Summary of staff in the NHS,Results from September 2011 Census,<http://www.ic.nhs.uk>。

制^①。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^②。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。

医师受托管理公会的会员以全科医生为主体,原因有二个方面:一是全科医生作为 NHS 的守门人,更加了解患者的需求和当地医疗资源,有能力维护患者利益,帮助患者选择性价比高的医疗方案。二是可以构建激励兼容机制,英国全科医生属于私营性质,NHS 按照全科医生签约患者的数量,对其执行按人头付费。如果全科医生愿意并能够维护患者利益,将获得更多的注册患者和人头付费。

作为公众团体,医师受托管理公会的运行具有较高的透明度,依法公开举行会议、公布会议记录、并公布与医疗供给方的合同细节。医师受托管理公会的内部权力机构是治理委员会(Governing Body),治理委员会的理事除包括家庭医生外,还必须包括一位专科医生和一位注册护士,但为了避免利益冲突,这两位理事不得受雇于当地医疗机构。治理委员会的理事还必须至少包括两位医疗行业之外的人士,其中的一位作为病人和公众的代表,另一位负责对医师受托管理公会的审计和利益冲突等内部治理事宜进行监督。这两位业外人士必须担任治理委员会的主席或者副主席。

从全民医保的基金形态上看,英国医师受托管理公会类似于德国的疾病基金会,二者主要在基金来源上有所不同,前者源于政府预算资金,后者源于会员缴纳保费。

除了医师受托管理公会之外,英国医改法案还要求设立全国性和地方性的医疗消费者组织——健康观察组织(HealthWatch),促进公众积极参与 NHS 事务,对当地的医疗服务改革发表意见,根据消费者投诉进行有关的维权活动。

(2)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)(见图 2)。要求英国医疗质

① NHS Commissioning Board,Frequently asked questions——Towards establishment:Creating responsive and accountable clinical commissioning groups including supporting products. April 2012.

② Local Government Association,Get in on the Act Health and Social Care Act 2012,p40,June 2012. www.local.gov.uk.

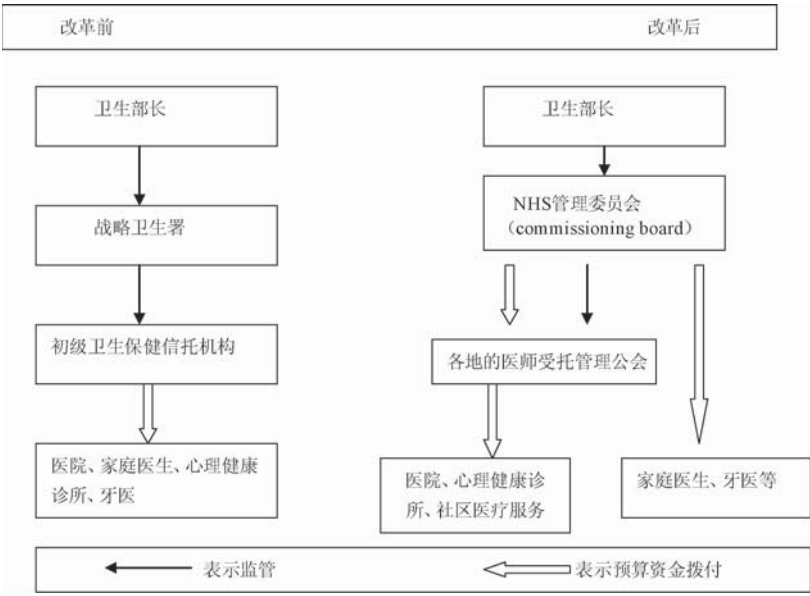


图2 卡梅伦医改前后 NHS 组织体系对比

资料来源：BBC Analysis: The NHS shake-up, <http://www.bbc.co.uk/news/> 3 Apr 2012.

量评估学会 (the National Institute for Health and Care Excellence, 即 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。

(3) 减少中央集权。将国民健康服务系统 (NHS) 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 (PCT) 和 10 家战略卫生署 (SHA)，由医师受托管理公会取而代之 (此法案只限于英格兰)。

(4) 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。

二、基本医疗保障制度“第三条道路”的内涵界定

(一) 文献回顾

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未来之路。吉登斯提出了“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。

吉登斯“第三条道路”理论是关于社会保障制度发展道路的一般性思想，其启发意义在于，应避免陷入“政府”与“市场”两分法的争论之中，关键是如何恰当地应用于医疗保障领域。Ham (1999) 指出，英国布莱尔工党政府是第三条道路思想的积极实践者，但鉴于路径依赖和机制设计失当，其任期内推行的医改政策成为了包含中央指令、地方自治、计划、审批、激励和竞争等因素的

大杂烩。

中国学者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。蔡江南(2007)提出为了更好地兼顾公平与效率,应采用社会主导模式,即在医疗卫生的筹资方式上强调公共和公平,应使各种形式的医疗保险筹资占到医疗保障筹资的 50%左右;而在医疗服务生产方式上则突出竞争和效率,应大力发展非营利性医疗机构,使其占到 60%左右的份额。赵曼、吕国营(2008)提出把管办分离作为中国医改的第三条道路,一是在医疗服务体系改革中解除卫生行政部门与国有医院的父子关系,实现“政事分开、管办分开”。二是在社会医疗保险领域实行管办分离,充分发挥医疗保险机构的谈判功能、信息功能和威慑功能。

中国文献关于医改第三条道路的理论探索,更多的是一种政策建议,而非针对国际基本医疗保障制度改革趋势的理论解释。

(二)对基本医疗保障制度“第三条道路”的内涵界定:基于二维坐标分类方法

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^①,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。

依国内学术传统而言,健康保险分为两类,分别是社会保险和商业保险(郑功成,2000)。

基本医疗保障制度“第三条道路”并非社会保险。正如 Savedoff(2004)指出,社会保险这一概念在医疗保障领域是颇有歧义的^②,部分学者认为其内涵包括所有非营利的健康保险;还有学者认为它意指类似德国模式的由民间社团运营的强制健康保险制度^③;另外的学者则认为它是政府经营的,由确定的工资税提供筹资来源,并提供基本医疗服务的保险制度。无论从上述哪一种颇有歧义的社会保险概念出发,都难以准确界定基本医疗保障制度的第三条道路。

基本医疗保障制度“第三条道路”也非商业保险。基本医疗保障的“私营化”不等同于“商业化”:一是私营健康保险机构既包括商业保险机构,也包括民间社团组织^④。民间社团组织不以营利为目的,例如在德国健康保险领域发挥主导作用的疾病基金会,以及在英国 2012 年通过的医改法案中成为 NHS 运营核心的医师受托管理公会(CCGs)。二是对基本健康保险经营利润加以限制。比如美国奥巴马医改法案规定了私营基本健康保险计划的最低赔付率,瑞士法律规定保险公司在基本健康保险业务上不得获利等。

① 我国的实践部门和学术界经常把健康保险(health insurance)和医疗保险(medical insurance)二词混用,可以把医疗保险称为健康保险发展的初级阶段,当前我国健康保险正处于这一初级阶段。但是 21 世纪以来,美、德、英等 OECD 发达国家的医改文献和学术文章中,已经很少出现医疗保险一词。

② 按照国内的主流观点,社会保险是指在政府干预下,国家以立法形式确定并强制实施的一种旨在对遭受老年、失业、疾病等特定社会风险的劳动者提供基本经济保障的法定保险制度,由政府负责组织、实施并体现一定社会政策目标的制度安排(林义,1997)。上述观点亦体现于 2010 年 10 月我国通过的《中华人民共和国社会保险法》之中,继续强调广覆盖、保基本、强制性和政府部门负责管理。但是关于社会保险概念的上述观点与社会保险的本源意义有较大不同。

③ 社会保险制度源于德国 1883 年《疾病保险法》(郑功成,2000)。本文重新考察德国《疾病保险法》,与我国主流观点不同之处主要包括以下几方面:一是社会保险(social insurance)继承了德国“社团主义”传统,由民间社团组织运营。建立了独立于医疗服务提供系统之外的疾病基金会(Sickness funds),负责社会保险基金的筹集、管理和支付。参保人在一定范围内的医药费用由疾病基金会给予补偿。二是行业自治。即由成员通过社团组织实行自我管理,疾病基金会、医生和患者等各自成立了代表自己利益的社团组织。政府的角色是间接的,就好比足球比赛的裁判,只有当约定的规则被破坏或者出现威胁公众获得医疗服务的僵局时,政府才开始干预(索特曼等,2009)。

④ 又可称之为“社会团体法人”。

社会保险和商业保险“二分法”显然难以准确界定基本医疗保障制度的第三条道路，其中既有政府强制，又有私人保险机构运营。

为了更准确的区分不同的基本医疗保障制度，OECD(2004a)提出了二维坐标分类方法，一是按照基本医疗保障的运营主体分类，分为公营(public)和私营(private)两类；二是按照基本医疗保障的参加方式分类，分为强制(mandatory)和自愿(voluntary)两类。按照上述二维坐标，在理论上，基本医疗保障制度可以分为四种模式(见表3)。

然而，OECD 分类法对医疗保障运营主体的分类并不周全，把各类性质不同的私营健康保险机构混为一谈。各类私营健康保险机构分别隶属于不同的“私人自治领域”，哈贝马斯(1999)把独立于国家

表3 基本医疗保障制度 OECD 分类法中的四种模式及其示例

	公营		私营
	强制	英国 NHS 体系(卡梅伦医改前)	美国奥巴马医改后，雇主发起的健康保险；美国 Medicare 私营化项目
	自愿		美国奥巴马医改前，雇主发起的健康保险

公共权力领域的“私人自治领域”区分为二类，一是经济领域；二是公民社会。经济领域遵循商业原则，公民社会领域遵循公民自治和参与原则。

大多数学者把私营健康保险机构等同于商业健康保险机构，经常忽略公民社会领域内的私营健康保险机构。公民社会的主体是民间社团^①。在具有社团主义传统的民主国家，民间社团的成员独立自主地处理事务，维护自身的社会福利权利或其他权利，尽量减少政府干预和政府机构的管理负担。民间社团还为人们提供了参与讨论有关公众利益事务的场所或论坛，成为连接公民和政府的桥梁与管道，为国家和政治系统提供了合法性基础，避免国家成为各种矛盾和冲突的中心(何增科，1994)。按照“私人自治领域”的二分法，可以把私营健康保险机构分类为商业健康保险机构和民间社团，例如疾病基金会等民间社团是德国实施强制保险时的运营主体，是德国社会福利自治的体现。

本文依然采取二维坐标分类方法，与 OECD 分类法不同的是，把基本医疗保障的运营主体分为政府、民间社团和商业保险机构三类，其中民间社团运营和商业保险运营属于私营领域；按照医疗保障的参加方式分类，分为强制和自愿两类。根据上述二维坐标，在理论上基本医疗保障制度可以分为六种模式(见表4)。

基于上述分类，可把基本医疗保障制度“第三条道路”的内涵界定为“强制私营健康保险”。

表4 基本医疗保障制度的六种模式

	公营		私营	
			民间社团	商业保险机构
强制	英国 NHS 体系(卡梅伦医改前)		德国法定健康保险制度	美国奥巴马医改后，雇主发起的健康保险；美国 Medicare 私营化项目
自愿			1883 年之前，德国一部分行业的疾病互助组织	美国奥巴马医改前，雇主发胡爱平起的健康保险

① 按照哈贝·马斯(1999)的解释，民间社团包括“教会、文化团体和学会、独立的传媒、运动和娱乐协会、辩论俱乐部、市民论坛和市民协会、职业团体、政治党派、工会和其他组织等”。俞可平(1999)指出，民间社团，不应包括宗教团体和政党团体，因为这类团体带有强烈的信仰色彩，从性质上与其他组织差异太大。在理论文献或政府文件中，经常使用的关于民间社团的称呼还有：非政府组织、非营利组织、民间组织、公民团体、中介组织、群众团体、人民团体、社会团体、第三部门组织、志愿者组织等等。

三、“第三条道路”为何兴起：兼容医改双目标

医疗保障体系作为医药卫生体制的一个子系统,其制度安排应当服从于医药卫生体制改革的目标。探讨国际基本医疗保障制度改革为何趋同——走向强制私营健康保险,逻辑起点应当从医药卫生体制改革的目标出发。

近百年来,美、德、英等国医药卫生体制改革的目标主要有两个:一是扩大基本医疗保障覆盖面,直至医疗保障全覆盖。二是在保持医疗质量不变的条件下,控制医药费用的膨胀(富兰德等,2011)。前者是为了保证医疗服务的可及性,实现人类“病有所医”的公平梦想;后者是为了以低成本提供医疗服务,保证医药卫生体制的可持续。

对于基本医疗保障制度改革而言,无论是政府主导的全民医保道路,还是私人领域主导的医保道路,都无法满足同时达成医改两个主要目标的需要。而强制私营健康保险可以兼容医改双目标。

(一)通过私营以控制医药费用膨胀

上世纪 60 年代以来,OECD 国家的医药费用占本国 GDP 的比例呈现长期上涨趋势,以美、英、德、荷兰等国为例,医药费用占本国 GDP 的比例在 1960 年代约为 4%~5%,到 2008 年上升为 8.7%~16%之间^①。

导致医药费用膨胀的一个重要原因是传统医疗市场的低效率,传统医疗市场的买卖双方分别是医生和患者,而一般来说患者相对于医生处于较严重的信息劣势(富兰德等,2004),导致市场信息结构存在“信息不对称”。另外,传统医疗市场推行按服务付费(Fee For Service)的激励机制,引导医生增加医疗服务的数量以增加收入,而对不必要的医疗服务缺乏制约机制(Enthoven A.C., 1993)。在传统医疗市场的运行机制下,较为突出的问题有两个:一是“供给诱导需求”引致的过度医疗,即部分的医疗提供者出于谋利动机,滥用其专业信息优势,诱导病人对不必要的医疗服务增加需求(富兰德等,2004;Fuchs, 1978)。二是疾病预防等保健服务缺失,按服务数量计酬的后付费制度必然激励医生以患者病后的治疗为导向。

现代医疗市场包括三方交易主体,可以用三边医疗市场模型表示(见图 3):医疗服务的使用方和购买方分离,医生、居民和私营保险机构分别是医疗服务市场的提供方、使用方和购买方。居民向私营保险机构缴纳保费作为预付医药费,当看病时获得保险机构的赔付。私营保险机构作为医疗服务的购买方和主要支付方,负责和医院(医生)协商并签订医疗服务合同,以及监督医疗服务合同的执行。

主流文献(OECD, 2004b; Odeyemi and Nixon, 2013; 顾昕, 2009)对于私营健康保险功能的常规解释,忽视了其在现代医疗市场中的作用,聚焦于其在医疗保障体系中的经济补偿作用^②——私营保险机构收取保费并积累基金,将单个被保险人因健康原因所致损失在投保人群间进行分散,实现被保险人的互助共济。然而,公营健康保险同样能够发挥经济补



图 3 三边医疗市场模型

① 数据来源:OECD Health Data。

② 通常把私营健康保险的经济补偿功能分为四种,一是提供基本保障(Primary),见之于美国的雇主医疗保险计划;二是在国民免费医疗服务体系之外,提供平行保障,见之于英国;三是针对患者自付额,提供偿付补充保障,见之于中国;四是针对基本医保目录外的项目,提供服务补充保障,见之于瑞士。

偿作用。

基本医疗保障选择私营的原因，应当是私营健康保险具有不同于公营健康保险的独特功能，这显然不能在医疗保障体系中寻找答案，因为传统的经济补偿功能，并非私营健康保险独有。私营健康保险的功能独特性需要在现代“三边医疗市场”的运行机制内寻找。

管理式医疗(Managed Care)是现代医疗市场的关键运行机制^①。为了合理配置医疗资源，管理式医疗机制把健康保险融资、医疗服务购买与医疗服务管理相结合。从现代医疗市场发展史来看，美国自1973年《健康维护组织法案(HMO Act)》通过后，管理式医疗的兴起与私营健康保险功能创新是一枚硬币的两面。

关于管理式医疗能够一定程度上控制医药费用膨胀，实证研究已有近百篇文献，较为一致的结论包括三点，和传统的按服务项目付费的医疗计划相比：一是实施管理式医疗能够减少医药费用，尤其是减少其中较为昂贵的住院治疗费用；二是管理式医疗服务的质量没有降低；三是管理式医疗服务的价格较低(富兰德，2011)。其中，具有代表性的研究是兰德健康保险试验(RAND HIE)，试验结果表明，在控制了选择性偏差的情况下，以HMO计划为代表的美国管理式医疗计划，和按服务项目付费的二类传统医疗计划(对照组包括患者无成本分担组和25%自付率组)相比，其成员的人均医疗成本分别低28%和29%(Manning et al., 1984)。

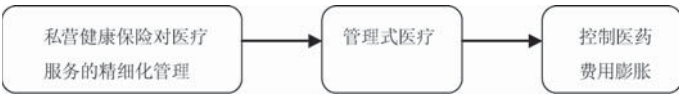


图4 私营健康保险机构控制医药费用膨胀的机理概要

本文认为，私营健康保险控制医药费用膨胀的内在机理，或者说管理式医疗机制的运作基础，在于私营健康保险对医疗服务的精细化管理。一旦抽象出私营健康保险对医疗服务的管理功能，也就解释了管理式医疗。在现有国内文献中，对医疗市场的研究并未把私营健康保险机构纳入分析框架。国外文献中，虽然健康经济学研究已将私营健康保险机构作为现代医疗市场的一部分，但是如前所述，在医疗保障研究领域，关于私营健康保险功能的主流文献尚未引入现代医疗市场理论成果。

私营健康保险愿意对医疗服务实施管理，是因为对医疗服务的管理与私营保险机构的经营目标是激励兼容的。通过对医疗服务实施精细化的管理，帮助投保人减少不必要的医疗支出，可以降低私营保险机构的理赔成本，获得经营利润，或者可以降低保费以吸引更多参保人并获得“规模经济”优势。

私营健康保险能够发挥对医疗服务的精细化管理作用，是因为私营保险机构可通过提升医学专业能力，以减少与医疗供给者的信息不对称，作为“专业购买方”代表投保人(医疗消费者)就医疗服务和药品价格、付费方式、医药费用控制等方面与医疗供给者讨价还价，作为主要支付方监督医疗服务合同的实施。为了提升医学专业能力，私营保险机构通常采取以下三种做法，一是建设医疗信息管理系统。目前，全球领先的健康保险公司都拥有强大的医疗数据收集分析工具以及消费者医疗数据库。比如，2009年，在全球健康保险公司中保费规模最大的联合健康集团(UnitedHealth Group)拥有8500万常模个体的临床数据；可访问1亿7500万人的用药历史记录；拥有1万名技术专家和信息专家，可提供领先的医疗信息分析和挖掘能力^②。医疗信息管理系统有多样用途，其中，理赔数据库可用于对各医疗机构的服务及药品价格进行对比分析，发现性价比高的医疗机构；

① 机制即针对相关博弈主体的规则。

② 数据来源：中国保险行业协会、中国社会科学院课题组(2010)。

医疗专家系统和临床医疗决策支持系统可帮助临床医生确定哪些疗法和药品可以对患者产生高性价比的效果,哪些医生和医院能够提供最优质的医疗服务。二是雇佣医学专业人员。健康保险公司通常雇佣医生、护士、药剂师等具有执业资格的临床专业人员从事核保、理赔、医疗管理和家庭医生工作。目前,联合健康集团、维朋(Wellpoint)等国际大型健康保险公司的员工队伍中有万名以上具备执业资格的临床专业人员^①。三是设立医疗分析专业机构。例如,维朋作为国际大型健康保险公司之一,分别并购了一家专长于分析个人医疗数据的健康分析公司——Resolution Health,和一家从事健康成果和临床研究的公司——Health Core,后者专长于分析是否将临床实验结果用于患者。

总结管理式医疗实践(富兰德,2011;胡爱平、王明叶,2010),私营健康保险对医疗服务的管理内容包括:事前通过医疗服务合同约定以构建对医疗服务供给方的激励约束条件,事前通过保险合同约定以构建对医疗服务消费者的激励约束条件,以及全过程对医疗服务供需行为实施监控等。就提升医疗市场效率而言,私营健康保险对医疗服务的精细化管理功能体现于以下两个方面。

1. 针对过度医疗问题,完善激励约束机制

完善对医疗服务提供方的激励约束机制,控制过度医疗供给:①监督机制基于精细化的过程控制。过程控制通常采取对医疗服务的全过程审核(Utilization Review),包括入院许可、门诊许可、转诊许可、治疗过程中审核、治疗结束后审核等。过程控制也推行对某些诊疗方案的重点干预,例如当可能发生大额医药费用的患者就医时,私营保险机构通常会实施病例管理(Case Management),指定自己雇佣的执业护士来统筹排各个阶段的治疗方案,督促主管医生采用高性价比的方案;又例如保险机构要求被保险人在某些手术之前,除了其主管医生之外,还要征询第二位外科医生的意见^②。②激励机制的核心是私营保险机构对医疗提供者的付费安排,目的是把过度医疗所带来的一部分财务风险、以及合理医疗所带来的一部分收益转移给医疗提供者。以住院按病种付费(简称DRGs)为例,它是私营保险机构与医院就病人住院费用进行结算的方式,运用财务预算管理原理,事先把各种疾病分成不同的组别,然后根据每一组别疾病合理诊疗方案的平均住院费用制定收费标准,对每个DRG类别都事先制订固定的价格,把传统的实报实销的后付费制度改为依据病种的预付费制度。比如某家医院六月的出院病人有500位是属于DRG1,有200位是属于DRG2,DRG1的价格是4000元,DRG2的价格是6000元。这家医院六月可以向保险机构申报总共3200000元($500 \times 4000 + 200 \times 6000$)。无论实际的住院成本是多少,保险机构就只照此给付。DRG制度固定了医院从每个住院病人获取的收入,住院治疗风险转由医院承担,医院若要获取更多的收益,必须加强成本管理。当然,DRG制度必须有保证治疗质量的配套制度,防范医院通过降低治疗质量,向病人转嫁治疗风险(周恬弘,2009)。

完善对医疗服务消费者的激励约束机制,控制过度医疗需求:①以价格杠杆引导消费者选择定点医疗网络。在现代医疗市场,私营保险机构为消费者提供多种管理式医疗计划,不同的医疗计划可供消费者选择的医疗网络的范围不同,形成多层次医疗网络。一般来说,对投保人医疗网络范围限制越多的管理式医疗计划,其价格越便宜,原因在于私营保险机构通过对投保人医疗网络的限制,可以形成团购机制,以市场的力量控制过度医疗供给。在压低医疗费用的同时,反过来吸引消费者选择定点医疗网络,控制过度医疗需求,后者例如小病大看,看病聚集于大医院。以美国市场为例,私营保险机构通常为消费者提供HMO、PPO、POS等管理式医疗计划和传统医疗计划。各类管理式医疗计划都程度不同的以较低的保费、较低的自付率或较低的起付线等价格杠杆,诱导

① 根据上述公司2000年以后的年报。

② 参见亨德森(2008),薛迪、陈洁(1999),赵强(2010)。

病人选择定点医疗网络。传统医疗计划 (Fee-for-Service plan) 不设定点网络,病人完全自主选择医疗供应方,采用费用报销模式,但价格昂贵。依据 Kaiser/HRET (2005)对美国雇主健康保险计划的调查,1988~2005 年,对于单人参保的员工,传统医疗计划的起付线水平是 HMO 计划的 9 倍,是 POS 计划的 3 倍,是 PPO 计划的 1.5 倍(见图 5)。^②建立成本分担机制,控制过度医疗需求。由于个体医药费用被参保群体分担,

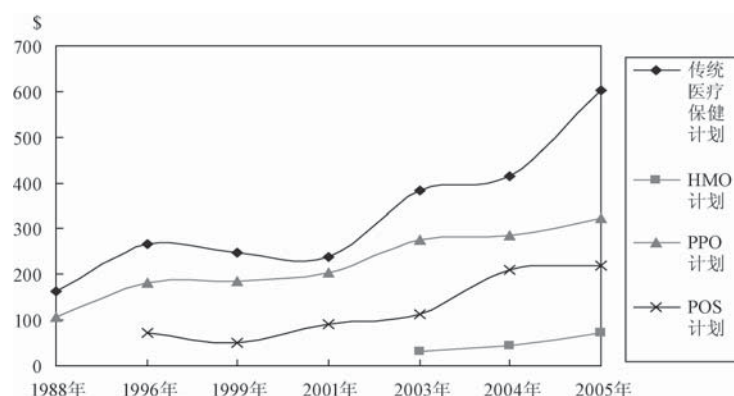


图 5 对于单人参保员工,四种医疗计划每年的平均起付线 (deductible)

数据来源: The 2005 Kaiser/HRET Employer Health Benefit. www.kff.org/insurance/7315.cfm.

部分被保险人会减少预防疾病的努力、或者减少控制医疗成本的努力。为了防止上述道德风险现象,私营保险机构通常采用封顶线、起付线、自付率和门诊自付额等多种形式的成本分担方式,增加投保人对医疗服务消费的成本意识。兰德健康保险试验(RAND HIE)表明,当自付率从 0% 上升到 95%,样本家庭的平均医疗花费下降了 50%;住院率也从 10.3% 下降到 7.9%(富兰德等,2004)。另外,采用“无赔款优待”,奖励那些医药费用较低或者不生病的投保人。

2. 针对保健服务不足,完善激励约束机制。

建立守门人机制,激励全科医生提供疾病预防等保健服务。守门人机制的运作机理是由私营保险机构发起设立管理式医疗组织,例如健康维护组织(HMO)或者服务点计划组织(POS),建立自己的全科医生网络,以较低的保费吸引投保人,但要求投保人必须在全科医生网络内选择一位“守门人”(gatekeeper)。除了对常见疾病进行诊断和治疗之外,守门人应当为参保人和他们的家庭提供连续的、完整的保健服务,包括体检、健康风险评估、免疫接种、疾病筛查、健康生活方式咨询和慢性病管理等(Yokosawa, 2011)。若需要转诊,“守门人”会将病人推荐给相应专科医生或住院诊治,并开具转诊单。若无“守门人”同意,自行转诊的,将全部或部分由病人自费。为了提高转诊的准确率,管理式医疗组织定期向“守门人”公布相关统计结果,通报全科医生的转诊率、医药费用等信息。为了激励守门人努力维护和促进参保人的健康,在私营保险机构主办的管理式医疗组织和守门人之间推行按人头付费(Capitation),保险机构为每个注册者事先确定一笔固定的费用,并按照注册者人头数量,定期向守门人支付款项,无论投保人是否看病。通常预留一定比例的人头费在期末考核后结算,考核不合格,将予以扣除(薛迪、陈洁,1999)。设立奖励制度,依据转诊率、费用成本、病人满意度等评估指标,对绩效较好的全科医生给予一定的经济奖励(胡爱平、王明叶,2010)。因此,“守门人”有动力提供疾病预防等保健服务,以降低参保人群的疾病发生率和转诊率,“守门人”与患者关系的深度要超过专科医生。

激励投保人(医疗消费者)重视疾病预防等保健服务,并藉此降低投保人的慢性病发病率和医疗开支。私营保险机构通常对于重视保健服务的消费者给予保费折扣,通过健康保险产品价格的变化引导投保人接受健康管理机构的保健服务。通常来说,私营保险机构根据客户是否参与健康促进或疾病预防等项目而制定不同的保费标准,保费的优惠程度根据其参与保健项目所取得的成效而定,例如,参与戒烟或减肥活动的投保人可以享受保费优惠的待遇,取得一定成效后还可享受进一步的优惠待遇。作为对民间成功实践的认可,美国 2010 年通过的医改法案规定私营保险机构

对于满足一定健康生活标准的消费者可给予总保费 30% 的折扣或者奖励。另外, 私营保险机构为管理式医疗计划的参加者, 通常免费或低价提供健康促进和疾病预防服务, 包括早期癌变检查、三高^①病人的早期监测、婴儿健康计划、职业安全计划、健康促进教育、生活方式干预、24 小时健康咨询热线等等。

(二) 借助强制以实现医疗保障全覆盖

私营健康保险机构作为基本医疗保障的运营载体, 虽然有助于控制医药费用膨胀, 但是, 自愿的私营健康保险存在一系列局限, 无法实现医疗保障的全民覆盖。

自愿私营健康保险无法实现医疗保障全覆盖, 除了穷人无力负担健康保险之外, 主要原因包括以下三个方面。

1. 撇油效应。撇油效应指私营保险机构挑选比较健康的投保人作为客户, 这些客户的医药费用通常低于他们的风险保费。同时, 私营保险机构拒绝为不健康的投保人提供保障, 这些客户的医药费用要高于他们的风险保费。一国人口中的医药费用分布是高度不对称的, 以美国为例, 对其总人口依据 2009 年医药费用高低进行分类, 前 1% 的人口花费了总人口医药费用的 21.8%, 前 20% 的人口消耗了总人口医药费用的 81.2% (Kaiser Family Foundation, 2012a)。如果私营保险机构可以识别并避开那些低于标准健康水平的投保人, 它们就可以借此提高自己客户的平均健康水平从而降低赔付成本。另外, 撇油效应导致病人保费提高和保障程度降低, 甚至被歧视 (Enthoven, 1988)。

2. 保障中断。如果没有合同约定或者监管规定, 保险公司可能会在合同期满之后, 选择不再与慢性病患者续签保险合同, 使得后者的医疗保障中断。另外, 当慢性病患者已经和一家保险公司签订了终身续保合同, 也无法再去选择其他的保险公司, 通常会被他们拒保。慢性病患者失去了再选择的机会, 使得健康保险市场的竞争机制对他们失灵。

3. 免费搭车。如果允许带病投保, 又会带来新的问题, 许多年轻或健康的消费者将选择“搭便车”——身体健康时不投保, 直到生病以后才购买保险。这将导致保险机制赖以生存的大数法则机制遭到破坏, 甚至部分保险公司退出个人保险市场 (Enthoven, 1988)。

为了实现医疗保障的全民覆盖, 德、英、美等国先后建立了强制健康保险制度。强制保险又称为法定保险, 是指依据法律、行政法规规定, 特定的义务主体必须投保某种险种, 特定的义务主体必须开办相应的险种业务的一种法律制度 (杨华柏, 2006)。

强制健康保险 (mandatory health insurance) 之所以能够实现基本医疗保障全覆盖, 是因为建立在大范围的社会互助机制和政府再分配机制的基础上, 而非以精算为原则 (索特曼等, 2009)。

相比于自愿健康保险, 强制健康保险具有更大范围的互助机制。自愿私营健康保险执行风险保费定价, 包括慢性病人在内的已病投保人或者被拒保、或者难以负担高昂的风险保费, 其互助范围较为狭窄。从有关国家的实践看, 强制健康保险制度对投保人执行社群定价 (community rating), 法律要求私营保险机构以相同的保险费率为投保人提供健康保险保单, 而无论投保人健康状况如何。禁止私营保险机构基于健康状况, 将既往症排除在保障范围以外。执行社群定价, 扩大了健康人群和患病人群之间的互助范围, 有利于基本医疗保障的全覆盖。当然, 为了消除在实施社群保费的情形下私营保险机构“撇奶油”或选择良性风险的激励, 需要实施风险平衡机制等配套的财务机制。值得注意的是, 强制健康保险的互助机制可以不需要政府财政资金的介入, 或者说是财政中性的。

^① “三高”是指: 高血压、高血脂、高血糖。

强制健康保险还具有政府再分配机制。通过政府补贴可使得基本医疗保障更易负担,鼓励人们积极参保,扩大医疗保障覆盖面。政府补贴通常是针对被强制参保、在贫困线之上的中低收入阶层,以降低其健康保险保费负担或者医疗费用负担。政府补贴方式包括两种,一是以税收优惠(tax credits)的方式来减少保费。二是减少个人医疗成本分担额(例如较低的起付线和挂号费)。值得注意的是,收入在贫困线之下的阶层一般被另外纳入政府救助范围,不属于被强制参保对象,比如在美国贫穷阶层通常被纳入州政府主办的穷人医疗救助计划(Medicaid)。

(三)政府为何退出基本医疗保障运营

无论在具有市场主义传统的美国,还是在具有社团主义传统的德国,由于遵循“小政府”原则——“凡是公民能自决的,政府都要退出;凡是市场能调节的,政府都要退出”,当私营健康保险能够发挥对医疗服务的精细化管理功能时,政府自然不愿意介入医疗保障运营。

英国在医疗保障领域最终放弃了政府主导,原因是公营健康保险难以对医疗服务进行精细化管理,这可以从以下四个方面来论述。

1. 激励不兼容。管理式医疗机制的运作前提是医疗保障部门能够实施精细化管理,其中,医疗单据报销审核工作任务繁重细碎并且专业性强;对诊疗行为的事前、事中和事后控制,需要精确跟踪患者诊疗过程以及现场核查;诊疗目录谈判,既需要多方长期耐心细致征求患者意见,又需要耐心与医疗服务供给方谈判。在政府部门熬资历或论资排辈的公务员薪酬体系,以及难以裁员或增员的定岗定编用人机制下,干多干少一个样,很难找到愿意认真承担这些繁重工作的人员。

2. 难以对政府保险机构的运营管理效果进行考核,难以形成有效的行政问责机制。医药费用膨胀往往是多种因素所致,政府保险机构工作人员可以将医药费用膨胀归咎于人口老龄化、国民收入提高、医疗技术进步创造出对医疗服务的新需求、不健康生活人群比例提高等外在因素,而非自己对医疗机构监控不力,上级部门难以对政府保险机构进行目标管理和绩效考核。

3. 对消费者需求变动的反应不灵敏。政府保险机构很难将大量患者的意见纳入到决策体系中,政府保险机构确定的诊疗目录直接影响甚至决定患者的医疗需求,但是,患者的医疗需求往往直接涉及其个人主观的价值判断,涉及物质利益与个人生命健康的个性化选择,比如一种新型疗法可以减轻病人的注射疼痛,另一种新型疗法可以让患者在家里辅助治疗以减少去医院的次数,对于这些新型疗法的性价比,除了涉及个人主观判断之外,还涉及默会知识(tacit knowledge),即患者难以言传的知识。政府部门习惯于统计数据的汇总和对诊疗目录进行简单的统一的增减,上述工作方式难以及时了解各类患者分散化的医疗需求信息,也难以及时更新诊疗目录。

在信息分散化等条件下,指令性计划经济体制或者国有经济,为了实现资源有效配置所需要的信息成本一定比竞争市场机制所需要的多,从而这些机制不是信息有效率的(田国强,2003)。

4. 政府决策多目标,导致医疗定价机制僵化扭曲。比如,医疗服务价格水平应当随通胀水平提高而调整,但政府还对物价总水平的稳定担负政治责任,为了对通货膨胀实施控制,往往不愿意提高医疗服务价格水平,从而扭曲医疗服务价格。例子之一是从1996~2005年,我国医务人员的劳务价格10年不变(周其仁,2008),其间仅居民消费价格定基指数^①就从1995年的396.9,上涨到2005年的464.0,上涨了16.9%。

四、结 语

对于21世纪以来国际基本医疗保障制度改革趋同——走向“第三条道路”,本文提供了两

^① 数据来源,中国统计年鉴2011。<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2011/indexch.htm>。

个线索。

(1)扩展了 OECD(2004a)基本医疗保障制度二维坐标分类框架,借鉴哈贝·马斯(1999)对于公共权力领域和私人自治领域的划分,把“第三条道路”的内涵界定为强制私营健康保险。该方法也可用于重新界定医疗保障制度的多样化模式。鉴于医疗保障制度的独特性,本文没有采用吉登斯(2000)基于“古典社会民主主义”与“新自由主义”之划分对“第三条道路”所做的一般性界定。

(2)揭示“强制私营健康保险”作为一种医疗保障制度安排与医药卫生体制改革目标的关系。要认清私营健康保险控制医药费用膨胀的内在机理,不能就保障论保障,而是要看到私营健康保险对医疗服务的精细化管理功能,发挥对医疗供给方的制约作用以及对医疗消费者的引导作用。私营健康保险既是现代医疗保障体系的运营载体,又是现代医疗服务体系的核心。强制保险包含更大范围的互助机制和政府再分配机制,能够克服自愿健康保险的局限以实现医疗保障全覆盖。

进一步的研究至少应当关注两个问题:一是主要国家走向强制私营健康保险的路径依赖和互补性制度安排,直观的解释为:代议制框架里的政治左右摇摆调整机制(资中筠,2011),或许是医改两种福利思想实现融合与妥协、最终走向中间道路的重要因素。二是探讨实现政府强制与私营保险有机结合的内在机制,如何化解强制私营健康保险两大运营原则的内在矛盾,这两大原则分别是“社会互助原则”和“竞争原则”。

本文关于国际医疗保障制度改革趋同的研究,对中国医药卫生体制改革有以下几个方面的借鉴意义:(1)中国医改应当超越左与右,避免在“政府失灵”还是“市场失灵”等表层问题打转,着力探索“第三条道路”。美德英等大国近百年的医改实践表明,虽然在特定阶段各国对医改的两个目标有所侧重——有时着重医疗保障全覆盖、有时强调控制医药费用膨胀,但百年来各种力量、各种思潮博弈的结果是选择了中间道路。(2)在医疗保障已近全覆盖的情况下,下一步医改应重点引入竞争机制,更大程度更广范围发挥市场机制作用。明确基本医疗保障制度的改革方向是走强制私营健康保险之路。(3)明确医疗服务体系的改革方向是建立现代医疗市场机制,逐步培育包括“医疗供给者、医疗需求者和私营保险机构”在内的三边医疗市场。强制私营健康保险改革和三边医疗市场机制改革相辅相成。至于公立医院改革、药品流通体制改革、医保付费制度改革均是从属性的。

参考文献

- 蔡江南(2007):《社会主导模式:中国医改的第三条道路》,《新青年·权衡》,第3期。
- 丁纯(2009):《世界主要医疗保障制度模式绩效比较》,复旦大学出版社。
- 郭小莎(2007):《德国医疗卫生体制改革及欧美医疗保障体制比较——对中国建立全面医疗保障体制的借鉴意义》,《德国研究》,第3期。
- 富兰德、古德曼、斯坦诺(2004):《卫生经济学》,中国人民大学出版社。
- 富兰德、古德曼、斯坦诺(2011):《卫生经济学(第6版)》,中国人民大学出版社。
- 顾昕(2009):《商业健康保险在全民医保中的定位》,《经济社会体制比较》,第6期。
- 哈贝·马斯(1999):《公共领域的结构转型》,学林出版社。
- 何增科(1994):《市民社会概念的历史演变》,《中国社会科学》,第5期。
- 亨德森(2008):《健康经济学》,人民邮电出版社。
- 胡爱平、王明叶(2010):《管理式医疗》,高等教育出版社。
- 吉登斯(2000):《第三条道路—社会民主主义的复兴》,北京大学出版社。
- 林义(1997):《社会保险制度分析引论》,西南财经大学出版社。
- 欧伯恩德(2007):《卫生经济学与卫生政策》,钟诚译,山西经济出版社。
- 索特曼、里克、布尔玛(2010):《欧洲基本保健体制改革》,中国劳动社会保障出版社。
- 田国强(2003):《经济机制理论:信息效率与激励机制设计》,《经济学(季刊)》第2期(2)。

- 王勤(2007):《新加坡医疗保障制度及其对我国的借鉴》,《经济管理》,第11期。
- 薛迪、陈洁(1999):《管理型医疗保健与医学技术评估》,《中华医院管理杂志》,第6期。
- 杨华柏(2006):《完善我国强制保险制度的思考》,《保险研究》,第10期。
- 杨团(2006):《医疗卫生服务体系改革的第三条道路》,《浙江学刊》,第1期。
- 杨星(2009):《商业健康保险参与社会医疗保障体系管理和服务的国际经验与思考》,《中国保险》,第11期。
- 俞可平(1999):《中国公民社会的兴起与治理的变迁》,《中国社会科学季刊》(秋季号)。
- 赵曼、吕国营(2008):《管办分离:医改的第三条道路》,《中国社会保障》,2008年7期。
- 赵斌、严婵(2009):《新加坡的医疗保障体系》,《东南亚南亚研究》,第4期。
- 赵强(2010):《揭秘美国医疗制度及其相关行业》,东南大学出版社。
- 郑功成(2000):《社会保障学》,商务印书馆。
- 中国保险行业协会、中国社会科学院课题组(2010):《中国健康保险发展报告》,中国财政经济出版社。
- 周其仁(2008):《病有所医当问谁——医改系列评论》,北京大学出版社。
- 周恬弘(2009):《浅谈美国的DRG给付制度》,《中国医改评论》, <http://www.chinahealthreform.org/>。
- 朱铭来、陈妍、王梦雯(2010):《美国医疗保障制度改革述评》,《保险研究》,第11期。
- 资中筠(2011):《2011年度观察家年会》, <http://www.sina.com.cn>。
- Enthoven, A. (1988): “Managed Competition: An Agenda for Action”, *Health Affairs*, 3, 25–47.
- Fuchs, V. (1978): “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations”, *The Economics of Physician and Patient Behavior*, 13, 35–56.
- Ham, C. (1999): “The Third Way in Health Care Reform: does the Emperor have any Clothes?” *Journal of Health Services Research and Policy*, 4, 168–173.
- Kaiser/HRET (2005): “Employer Health Benefits 2005 Annual Survey”, www.kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2012/09/2005ehbs.pdf.
- Kaiser Family Foundation (2010a): “Summary of New Health Reform Law.” dhhm.maryland.gov/mhhd/Documents/FocusonHealthReform.pdf.
- Kaiser Family Foundation (2010b): “Summary of Coverage Provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act”, kff.org/health-costs/issue-brief/summary-of-coverage-provisions-in-the-patient-protection-and-affordable-care-act/.
- Kaiser Family Foundation (2012a): “Health care costs: A Primer Key Information on Health Care Costs and their Impact”, www.insuresense.com/PDF/health%20springfield%20insurance.pdf.
- Kaiser Family Foundation (2012b): “Health Insurance Market Reforms: Rate Restrictions”, kff.org/health-reform/fact-sheet/health-insurance-market-reforms-rate-restrictions/.
- Lisac, M., L. Reimers, K. Hanke, S. Schlette (2010): “Access and Choice——Competition under the Roof of Solidarity in German Health Care: an Analysis of Health Policy Reforms since 2004”, *Health Economics, Policy and Law*, 5, 31–52.
- Manning et al. (1984): “A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services”, *New England Journal of Medicine*, 310, 1505–1510.
- Odeyemi, IA and J. Nixon (2013): “The Role and Uptake of Private Health Insurance in Different Health Care Systems: are there Lessons for Developing Countries?” *Clinicoecon Outcomes Res*, 5, 109–18.
- OECD (2004a): “Proposal for a Taxonomy of Health Insurance: Study on Private Health Insurance”, www.oecd.org.
- OECD (2004b): “Private Health Insurance in OECD Countries”, www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf.
- Savedoff, W. (2004): “Is there a Case for Social Insurance?” *Health Policy and Planning*, 19, 183–184.
- Schang, L. (2009): “Morbidity Based Risk Structure Compensation”, Health Policy Monitor Survey, 13, www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_-_Germany/13/Morbidity-based_risk_structure_compensation.html.
- Statistical Yearbook of German Insurance (2011): German Insurance Association, www.gdv.de/wp.../10/Statistical-Yearbook-German-Insurance-2011.pdf.
- U.S. Census Bureau (2009): “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009”, www.census.gov/hhes/www/poverty/data/inepovhlth/2009/index.html.
- Yokosawa, K. (2011): 《全科医学: 一门致力于不同年龄人群的综合健康保健的学科》,《美中医疗信息交流》第4期, <http://www.uschie.org/web/zh/current4>。

(责任编辑:赵一新 马 辰)