

高级政治经济学课程报告



清华大学
Tsinghua University

中外医保政策对比分析与探讨

张芳瑞 房晨

清华大学经济管理学院

2023年12月6日

目录

■ 背景与概况

- 再分配的重要性、医疗领域的经济学特殊性、对比中外医保的意义
- 中美医保制度改革背景，欧洲各国医保体系概况

■ 进展与困难

- 美国医改推行的困难，中国医改的实践

■ 讨论与思考

- “公平-效率”的权衡、一般均衡的考量、兼顾竞争性的福利政策
- 政治经济学视角下的医疗系统、财政赤字与福利政策

背景与概况

- ◆ 再分配的重要性
- ◆ 医疗领域的经济学特殊性
- ◆ 对比中外医保的意义
- ◆ 中美医保制度改革背景
- ◆ 欧洲各国医保体系概况

背景介绍

再分配在实现共同富裕过程中的重要性

- **现状：**收入差距较大（城乡、区域间、行业间、不同所有制……）
- **我们在社会主义初级阶段分配领域坚持效率优先、兼顾平等的原则**
 - **效率优先：**健全生产要素市场，完善要素市场化配置体制机制，平等保护各种市场经济主体权益等等
 - **兼顾平等：**把初次分配中形成的收入差距控制在社会成员能承受的合理范围内
- **共同富裕的目标对我们提出了合理调整收入分配关系的要求**
 - **初次分配：**效率，坚持按生产要素贡献分配
 - **二次分配：**兼顾平等，使最弱势群体的福利逐步改善。
 - **三次分配：**讲爱心，先富裕起来的阶层增强社会责任感，积极投身慈善事业
- **税收和基本公共服务的均等化**
- **社会保障、社会福利和转移支付等政策的调节**

背景介绍

医疗领域在再分配当中的特殊性

- **经济学视角下，医疗领域的特殊性——Arrow (1963)**
 - **信息不对称**：医生和患者关于医疗信息不对称程度高
 - 委托-代理与道德风险
 - **不确定性**：何时生病，生什么病，是否看病，是否治愈，何时痊愈
 - **需求的刚性**：需求价格弹性较小
 - **政府干预：监管者、筹资者、服务供给者……**
 - **几乎所有国家**都有医疗卫生相关的保险政策实现医疗领域再分配
- **健康资本与派生需求——Grossman (2017)**
 - **服务效用**：模糊性
 - **健康：投资品or消费品——人力资本与国家经济发展**
- **医疗领域的政策与福利水平息息相关**

背景介绍

为什么要比较中美欧国家的医保制度？

■ 中国

- **例如：《关于深化医药卫生体制改革的意见》**（2009年3月）
 - 建立比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系
 - 建立比较健全的医疗保障体系和比较规范的药品供应保障体系
 - 卫生人力资源建设、卫生筹资改革、医疗卫生机构管理机制和运行机制改革.....

■ 美国（目标近似，时间重合）

- **奥巴马医改**（2010年3月）：患者保护和平价医疗法案
- 卫生总费用占GDP比重为17%，每年的医疗花费高达2万亿美元
- 强制公民购买医疗保险，对未购买医疗保险的人群收取惩罚性税收

■ 欧洲（体系成熟，面对新问题）

- 较早建立、全面覆盖的（基本）免费医疗体系
- 医疗技术进步和人口结构的变化带来的**入不敷出**问题

概况介绍

中国医疗保险政策与改革背景

■ 历史发展

- **1998年：城镇职工基本医疗保险**
 - 城市正式工作人群+退休职工
- **2004年：新型农村合作医疗**
 - 农村居民
- **2007年：城镇居民基本医疗保险**
 - 儿童、老人和非正式就业人群

2016两保合一
城乡居民医保

托底层：医疗救助等项目



主干层



补充层：大病医疗、商业医疗保险

■ 存在的问题

- 城乡健康公平问题严峻（“看病难”）
- 缺失医疗财务保障，自付比例较高（“看病贵”）

■ 背后的原因

- 医疗市场**竞争不足**，不充分，市场没有达到均衡，医疗服务供不应求（刘国恩，2007）
- 倡导**政府主导**，医疗机构的公益性改革，反对全盘市场化、商业化（李玲，2006）

概况介绍

美国医疗保险政策与改革背景

■ 基本组成

- 针对退伍军人、现役军人、印第安人等建立的**公费医疗体制**
- 政府设置的**Medicare和Medicaid**
 - 州政府主办、面向儿童的儿童健保（State Child Health Insurance Program, SCHIP）
- **商业医保**

■ 存在的问题

- **没有建立全民医疗保障体系**
 - 公费医疗体制覆盖范围窄（65岁以上老年人、贫困线以下的群体和退伍军人等，34.6%）
 - 约七分之一的美国人没有医疗保险
- **私人保险保费高**
 - 对患病的群体收取更高额的保费
 - 工资低的人群无法负担

概况介绍

美国医疗保险政策与改革背景

■ Medicare

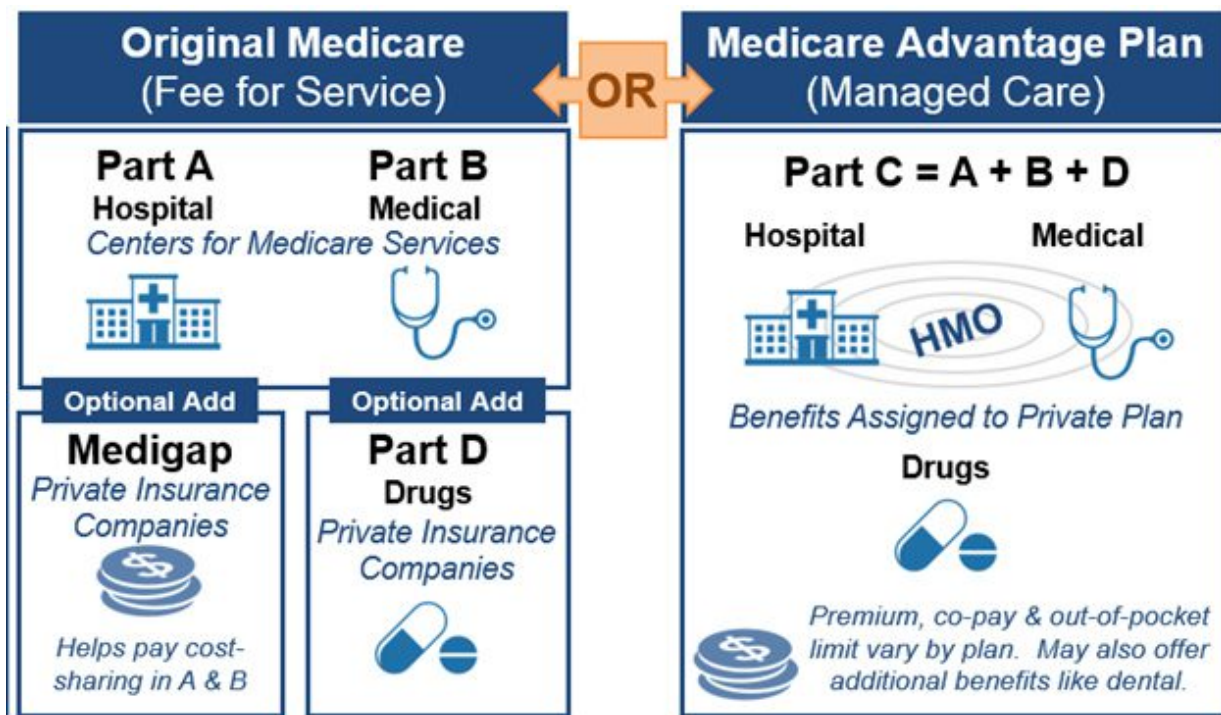
- **筹资来源**：工资税（雇主+雇员），专款专用
- **传统项目**（Traditional Medicare, TM）
 - Part A: 住院保险
 - Part B: 门诊保险
 - Part D: 处方药计划
- **优势项目**（Medicare Advantage, MA）
 - Part C: 商业医保公司提供的医保优势项目
 - MA至少覆盖**住院保险**和**门诊保险**保障范畴，除了按项目付费部分外，还要覆盖**处方药计划**

■ Medicaid

- 联邦政府和州政府合作，为**低收入者**提供医疗服务的保险
- 主要由州政府出资，联邦政府通过联邦医保和医助服务中心(CMS)提供部分资金

概况介绍

美国医疗保险政策与改革背景



Source: Health Insurance Counseling and Advocacy Program

图 Medicare不同部分之间的关系

概况介绍

英国医疗保险政策

表 英国医疗保险政策体系

| | 覆盖人群 | 保障责任 | 资金来源 | 特点 |
|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------|
| 国民医疗服务体制 (NHS) | 全民覆盖 | 门诊、手术和药品等大多数医疗费用 | 国家税收 | 分级医疗体系 全民覆盖 强调公平性 |
| 社会医疗救助 | 老年人、低收入者、孕妇、儿童和患某些特定疾病的人群 | 处方费、部分眼科和牙科等NHS范围外的医疗相关费用 | 国家税收 | |
| 商业健康险 | 自由选择 | 主要报销私人医院（NHS范围外）的医疗相关费用，商业重疾和长期护理险等 | 雇主（购买团险）或个人 | 可能出现重复投保（与NHS责任重复） |

- 效率较低：排队等待就医时间长（分级诊疗+转诊）
- 入不敷出：平均医疗健康投入、医院建设和设备采购支出等方面长期低于欧盟平均水平

概况介绍

法国医疗保险政策

表 法国医疗保险政策体系

| | 覆盖人群 | 保障责任 | 资金来源 | 特点 |
|--------|----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 社会医疗保险 | 2000年后实现 全民覆盖 | 门诊、手术和药品等大多数医疗费用 | 主要为 就业人员缴纳的分摊金和国家税收 | 具有 强制性 (医疗保险分摊金和一般收入税) |
| 补充医疗保险 | 自由选择 | 提供社会医疗保险外的保障 | 国家税收 | 互助保险 |

- 税负过重
 - **职员工资+企业+税收+国家补贴**叠加（医疗保险的税负即占民众收入的**近一半**）
- 马克龙：停止基于医疗活动的费用支付制度（2023年1月）
 - 避免“无用且有利可图”的诊疗活动

概况介绍

德国医疗保险政策

表 德国医疗保险政策体系

| | 覆盖人群 | 保障责任 | 资金来源 | 特点 |
|----------------------|----------------------------|--|--------------------------|-----------------|
| 法定社会医疗保险 | 超过90%的居民 | 覆盖责任广 (门诊、药品、手术、住院、一定条件的康复治疗费……) 投保人自付一部分药品费用 | 工资薪酬为主 政府补贴为辅 | 低收入者强制参加 |
| 法定长期护理保险 | 大多数人 | 护理费用 ，根据护理等级评估决定给付额度 (部分给付) | 工资薪酬 | 与医疗保险捆绑 |
| 商业医疗保险 (商业长期护理保险) | 符合条件者可自由选择商业医疗保险 替代其他两类 | 不同产品保障程度不同 通常能提供更高的保障 | 雇主 (购买团险) 或个人 | |

进展与困难

- ◆ 美国医改推行的困难
- ◆ 中国医改的实践

进展与困难

美国医改推进的困难

■ 公共保险计划

■ 支持方：

- 医疗保险不适合由私人市场竞争（**逆向选择**）
- 当一部分美国人无法负担私人医疗保险公司的保费，或被私人医疗保险公司拒绝时，公共医疗保险可以提供更实惠的最后保障
- 在与医院和医生谈判时，政府作为最大的买方，强大的议价能力来谈判，降低医疗费用

■ 反对方：

- 财力雄厚的保险公司及其游说集团
- 药品行业和医生协会：担心政府作为买方的议价能力加强，更方便控制药品和医疗服务的费用，从而影响药企和医生的收入，
- 共和党：出于政治立场，攻击公共医疗保险是“阴谋扩大政府权力”和“破坏美国价值观和生活方式”，加深民众对奥巴马医改方案的疑虑。

■ 被迫让步

- 政府设定一系列医疗保险的监管制度，其中包括不得拒保、规定医疗保险的基本覆盖范围、最低给付水平和最高保费标准等，对所有符合上述监管条件的医疗保险机构予以补贴。

进展与困难

美国医改推进的困难

■ 全民强制参保引发的不满

- **中产阶级**：医改后，保费上升，没有政府补贴的中产阶级在医疗保险上将比原来支付得多
- **年轻人**：年轻人因为身体健康，获得医疗赔偿的概率很小，但若依照医改法案，也不得不购买保险，这对他们来说等于被强制为年老体弱者埋单
- **小企业**：规模小，没有竞争力，利润相对较小，为了求得生存，通常不给雇员购买医疗保险，经营成本大幅增加
- 截至2011年8月，有26个州控告这项医改法案违宪
- 截至2016年，迫于巨大的政治压力，特别是由于雇工少于100名的雇主的强烈不满，奥巴马政府尚未实施对雇主的强制保险法令
- 在2017年，国会取消了对本年度未参保个人的税收惩罚

进展与困难

中国医改的实践

■ 增加覆盖范围，加大保障力度

- 2009：加大政府卫生支出增加医保覆盖范围与保障力度，将全体城乡居民纳入基本医疗保障制度，切实减轻群众个人支付的医药费用负担
- 2011：新农合参保人数达到8.32亿，参合率96%
- 2013：上升至99%，新农合主要补助参合农民的**大额医疗费用或住院医疗费用**
 - 新农合制度之下，大约有8亿农村居民获得基本以及分级的医疗保险涵盖，中央和省级政府负担部分医疗费用，达到30-80%的程度，新农合保障重大疾病22种
 - 参加城镇居民基本医疗保险人数也已达到2.99亿人

进展与困难

中国医改的实践

■ 市场机制设计，实现降本增效

- 2011年实现了政府办基层医疗卫生机构全部实施基本药物零差价销售
 - 全面实施基层医疗机构基本药物零差价，导致基层医疗机构收入过低，政府财政补助无法有效支持且存在政府投入相对不足的情况，出现基层医疗机构收不抵支的情况
- 2012年开始降本增效的进一步改革，提高基本医疗卫生服务效率和公平可及，
 - **健全医保体系**：巩固扩大基本医保覆盖面，提高基本医疗保障水平，积极发展商业健康保险
 - **加强基层服务网络建设**：推进分级诊疗和人才建设
 - **完善基本药物制度**：完善并扩大国家基本药物目录、规范基本药物采购机制和药物零差价全面实施
 - **控制卫生总费用**：加快推进基本医疗卫生保障制度建设，基层医疗补偿机制
- 2018：国家医疗保障局成立
 - 管理城镇职工基本医疗保险计划，城乡居民基本医疗保险计划（城镇居民基本医疗保险和新型合作医疗制度合并）、医疗救助、药品定价和监督采购……
 - 国家卫生委员会继续规划、管理和规范卫生保健提供系统

进展与困难

中美对比的启示

■ 现状

- 信息不对称框架下，由于**逆向选择**和**道德风险**等原因，推动完全保险的执行具有困难
- 医疗尤其是信息不对称严重的领域，医保的制定与执行总是出现各种各样的问题

■ 解决思路

- 整个国家治理体系共同发力，不能仅由独立的部门推动
 - 例如，在医疗保险改革中，既要求企业管理部门制定完善的政策，不扭曲劳动力市场
 - 又要求医保相关部门统筹兼顾，对不同部门进行合理的筹资
 - 还要求医疗机构在医生激励机制方面采取相应措施以防止医疗保险引起的低效医疗服务行为。

■ 类似的困境

- 失业保险、财产税、养老保险等并非社会单个部门可以进行，在实际中一旦推行必然引起整个社会的**一般均衡的改变**
- 制定合理的二次分配政策，必须**从整体出发**，落实到整个体系，各个部门协调一致、同向运动，才能落实好效率优先、兼顾公平的分配制度。

讨论与政策建议

- ◆ “公平-效率” 的权衡
- ◆ 一般均衡的考量
- ◆ 兼顾竞争性的福利政策
- ◆ 政治经济学视角下的医疗系统
- ◆ 财政赤字与福利政策

讨论与政策建议

中美欧医保制度的“公平-效率”权衡

■ 欧美

- 英法：公平但**效率低**（多余的检查，长时间排队）
- 美国：公平性与覆盖率有待提高，资源浪费（防御性医疗），药企创新性与竞争力强
- 德国：二者兼顾较好

■ 中国

- **分级诊疗、医疗结构竞争等相关制度的缺失，效率有待提高**
- **覆盖率高：95%**
- **覆盖的服务、共付比、最高支付限额**等也是重要的衡量指标
- 一线城市与三四线城市间的差距
- “深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务”（2021）
 - 分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核
 - 基本医保市地级统筹→省级统筹

讨论与政策建议

再分配政策制定时的一般均衡效应

■ 医生行为的改变

- 将心脏支架列入集采清单后
 - 以此为断点的断点回归设计发现，这之后心脏支架的用量大幅减少，球囊的用量大幅提升
 - 心脏支架的费用大幅度降低，医生从中获得的利润大幅度降低
- 医疗领域具有大量的**替代性产品**，需求方即患者对各类产品的认知不足，因此一般的经济政策未必会达到预想当中的效果

■ 药企行为的改变

- 过度的价格管制会导致药企的创新激励降低（专利保护）
 - 不再开发更高质量的药品，长期来看也会导致全民福利下降
- 最有利于药企的产品类型：可以缓解症状而不彻底治疗疾病的药物
 - 产生大量**黏性患者**
- 通过对医疗服务方面政策的制定，可以从结果上规范药企行为

讨论与政策建议

从政治经济学角度看医疗系统

■ 医生劳动、医院、药品在健康经济学中所扮演的角色

- 医生劳动和药品并不具有内在统一性
- 门诊医生的劳动，医生要在对药品的药理作用及劳动者身体状况综合了解的基础上做出相应的判断并提出治疗方案，即“对症下药”，并不需要现实的药品参与劳动过程中。
- 住院医生的劳动，对于医生劳动必须有实实在在的现实药品作为生产资料参与劳动过程，否则，医生劳动过程无法完成。但是，药品是作为生产资料参与劳动过程的，药品价值实现与医生劳动力价值补偿并没有任何关系。
- 医院自身再生产仍然存在价值补偿问题，医院是提供医疗服务的载体，远离物质生产领域，并不形成新的社会财富，应根据承担的社会职能通过一定的社会关系获得物质产品生产领域内创造的价值
- 在定价过程之中，应该考虑不同类型的定价手段：药品定价与医疗服务定价，是否有医生参与的医疗服务定价，都应该具有不同的激励机制。

讨论与政策建议

制定兼顾竞争性的福利政策——医疗定价模式的创新改变

■ 疾病诊断相关分组 (DRG)

- 数据统计分析工具
- 它根据患者的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度、住院费用、合并症与并发症及转归等因素，将相似病例分到同一组
- 然后决定应该给医院多少补偿替代
- 《关于印发疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点技术规范和分组方案的通知》(医保办发〔2019〕36号) (2019年10月)

■ DIP (Diagnosis-Intervention Packet) 付费模式

- 将区域点数法总额预算和按病种分值付费两者相结合
- 运用大数据技术对病种进行分类组合，赋予相应的分值，配以相应的点数后结算
- 只考虑疾病与治疗方式的组合，起步较为简便，医疗机构接受程度高
- 在一个统筹区范围内实施，同一病种组合在不同医疗机构间的治疗横向比较
 - 促进区域内医疗机构间的良性竞争和考核监管

讨论与政策建议

我国医改产生问题的可能原因

■ 医院企业化、医生劳动资本化

- 在服务对象上，将医疗资源集中于收入较高和购买能力较强的经济发达区域，破坏分级诊疗体系，不愿意将常见病、多发病的患者以及处于稳定期、恢复期的患者按照相应的层次进行分流和转诊
- 在技术选择上，放弃适宜的技术路线，偏向于获利较高的技术和设备，盲目引进医疗设备和扩张基础设施。
- 在药品生产上，当前我国药品生产流通存在的突出问题是只注意到药品的商品属性，而忽视药品的特殊使用价值。
- 在激励机制上，允许医院通过加成进行“创收”，加强了医院、医生和药品企业的利益勾结，医院和医生以利润为目标选择和使用药品，共同推动药品价格上涨。

■ 医疗保障市场化

- “小病自费、大病统筹”制度设计为企业化的医院提供了逐利空间。
- 个人账户主要用于平时门诊费用，不能使用社会统筹，无法起到化解风险的作用。

讨论与政策建议

从政治经济学角度看医疗保险等福利政策

■ 西方福利制度与资本主义私有制

- 劳动力商品的价值同其他商品的价值一样，是由生产和再生产劳动力商品的社会必要劳动时间决定的，而劳动力商品的价值规定必然包含历史和道德的因素，这在当代就要包含若干保险等较广的福利因素。
- 各项社会保险和医疗保险涉及的养老、失业、工伤、疾病等事项，显然都属于劳动力再生产的基本内容，其相应的各项福利支出在实质上是对劳动力价值的部分支付。
- 当代资本主义国家工人的劳动力商品价值应当包括工资类收入和福利类收入两大类，其中福利类收入本质上依然是劳动所得。
- 工人获得的社会福利收入是由工人活劳动创造的、通过企业交税、个人交税、国家预算等环节来实现再分配的，而不是来自于资产阶级无偿占有的利润的施舍。
- 资本投资率和利润率下降的根本原因在于资本主义的基本矛盾，即生产资料的私人占有制与生产的社会化之间的矛盾，以及这一矛盾通过私人资本没有预期利润就不投资和生产经营而导致的投资和就业不足。

讨论与政策建议

财政赤字是否可以由削减福利制度解决

■ 福利制度维护着现行垄断资本主义的制度稳定和经济运转

- 用于中下层人民福利的财政支出几乎百分百地形成消费需求一定程度上提升了劳动力再生产的质量，维护了劳动力要素的供给
- 相较于货币政策而言，财政税收政策被用作针对资本主义市场经济的政府干预手段时，可以更明确地表达出一种对经济利益在不同社会阶级阶层之间进行再分配的预先设计。

■ 财政困境的诱因

- 无效率的税收政策。例如，在新自由主义思潮取代凯恩斯主义成为美欧国家主流意识形态的背景下，美国政府的数次税改方案最终都被证实是为富人和大公司减税。
- 许多无效率的其它花销增加了财政困难，比如庞大的军费开支，为“防备根本不存在的敌人”而购买的武器
- 政府运行效率低下所导致的过高财政开支。
- 没有达到增加社会公平目的的福利政策。

参考资料

- 陈胜辉,李策划.马克思主义政治经济学视阈下我国医疗问题研究[J].当代经济研究,2018(04):30-38.
- 褚福灵.德国法定健康保险制度框架与借鉴[J].中国医疗保险,2017(08):69-72.DOI:10.19546/j.issn.1674-3830.2017.8.016.
- 顾海,鲁翔,左楠.英国医保模式对我国医保制度的启示与借鉴[J].世界经济与政治论坛,2007(05):106-111.
- 郭小沙.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[J].德国研究,2007(03):31-36+78.
- 李玲.国外医疗卫生体制以及对我国医疗卫生改革的启示[J].红旗文稿,2004(21):18-21.
- 李玲,陈秋霖,张维等.公立医院的公益性及其保障措施[J].中国卫生政策研究,2010,3(05):7-11.
- 李筠怡,杨子仪.医保DRG/DIP支付制度改革及对创新药的影响[J].生命科学与医疗健康,2023.04
- 刘国恩,陈佳鹏.中国人口健康模式与医疗体制改革[J].市场与人口分析,2006(06):22-25+72.
- 刘国恩,董朝晖,孟庆勋等.医疗保险个人账户的功能和影响(综述)[J].中国卫生经济,2006(02):61-64.
- 刘挺军.美国MA计划及对我国社商医保合作的启示[J].保险理论与实践,2022(04):141-154.
- 乌日图. 医疗保障制度国际比较研究及政策选择[D].中国社会科学院研究生院,2004.
- 吴晶,刘国恩.成本-效果可接受曲线:不确定状态下的医疗决策方法[J].中国药物经济学,2006(03):55-59.

参考资料

- 薛秋霁,孙菊,姚强.全民医保下的医疗救助模式研究——英国、澳大利亚、德国的经验及启示[J].卫生经济研究,2017(02):49-54.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.20170213.003.
- 王雁菊,孙明媚,宋禾.英国医疗保障制度的改革经验及对中国的启示[J].医学与哲学(人文社会医学版),2007(08):18-20.
- 张淑玲.美国医疗保险改革的政治经济学解读[J].商业时代,2011(34):108-110.
- 赵斌,陈曼莉.美国Medicare和Medicaid对长期护理服务的付费方式及对我国的启示[J].中国卫生政策研究,2018,11(08):22-28.
- Arrow, K. J. (1978). Uncertainty and the welfare economics of medical care. In Uncertainty in economics (pp. 345-375). Academic Press.
- Grossman, M. (2017). On the concept of health capital and the demand for health. In Determinants of health: an economic perspective (pp. 6-41). Columbia University Press.
- 《2022年医疗保障事业发展统计快报》，国家医疗保障局，http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art_7_10250.html
- 《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知》，国家医疗保障局，http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_14_1874.html



谢谢大家!

张芳瑞 房晨

清华大学经济管理学院

2023年12月6日