

## 【专家观点】

城乡居民医保制度的性质、运行机制  
及对医疗服务市场的影响\*

谭秋成\*\*

**摘要：**在城乡居民医保中，中央政府制定规则，地方根据实际执行规则，居民则根据制度规定好的权利和义务自愿选择参保与否。城乡居民医保由政府管理必然要满足医保之外政府其他有关医疗卫生发展的需要，医保部门通过调节医疗机构垄断租金和政府补助这两大工具来协调医保服务与政府其他医疗卫生发展目标之间可能发生的冲突。城乡居民医保具有区域性，是交一年保费购买一年保险服务，提供的保险品种是单一的。除共付制、起付线和封顶线外，城乡居民医保还设立门诊和住院次均费用、按床日付费，按人头付费等用于考核医院的指标，目的是控制费用，扩大受益人群，防止医院过早、过快花完医保资金。城乡居民医保不存在所谓需求方道德风险问题。城乡居民医保制度建立后，医疗服务价格无论在长期还是短期，上涨是必然趋势。因为大量医保资金突然投放在统筹区，导致更多的资金购买而医疗服务供给不变或增加有限，形成类似于通货膨胀的价格上涨效应。医保制度增加了社会资本进入医疗领域的难度，限制了公立医院之间的竞争，妨碍了分级诊疗和医疗机构之间有效的分工协作。改革城乡居民医保的组织方式和运行机制的主要内容是建立家庭账户，即以家庭为单位，参保成员共同设立一个账户，投保金额可多可少，政府按投保金额一定比例补助。家庭账户的医保基金每年结余可转存累积，家庭成员寻医问诊可自主选择医院。

**关键词：**城乡居民医保 医疗服务供给 医疗服务需求 家庭账户

**中图分类号：**F842.6 **文献标识码：**A **文章编号：**2095-3151(2023)08-0005-17

**DOI:**10.16110/j.cnki.issn2095-3151.2023.08.007

医疗保险的本意是普通风险规避者为防止疾病对收入产生大的冲击而达成的互助互济合约或交易。然而，自罗尔斯主义流行以来，医保越来越被认为是必需的公共品，成为检验社会制度是否公平正义的重要标准之一。发达国家政府不仅斥巨额财政资金资助医保，而且制定各项规则，如选择哪些医院作医保定点机构，决定哪种服务项目和药品纳入医保，就医问诊的费用该由被保人负担多少，等等。医保在医疗服务市场供给和需求之间打入了一个“楔子”，由于限制了供给者和需求者的选择范围，医保引起激励不足、滥用资源等低效率行为，其分散风险产生的收益存在

\* 基金项目：中国社会科学院创新工程项目“基层治理数字化转型研究”（No. 2022NFSB01）。

\*\* 作者简介：谭秋成，中国社会科学院农村发展研究所二级研究员。

被高运行成本所侵蚀的危险。

与通常的、由政府建立的医保制度相比，中国城乡居民医保制度面临两项政策硬约束。其一，管理和组织医保的政府部门是统筹区医疗保险的垄断者和医疗服务的主要购买者；其二，因为医疗服务供给以公立医院为主，医保需要为政府其他医疗卫生发展目标服务。本文研究城乡居民医保制度在这种政策硬约束下的运行机制及对医疗服务市场的影响，分析该医保制度存在的低效率行为及高运行成本趋向，提出改革城乡居民医保制度的建议。

## 一、文献回顾

Arrow (1963) 认为，医疗服务的产品质量具有不确定性，个人生病、何时康复无法预期，这种不确定性因为医生相比于病人在信息和专业知识上的绝对优势而变得更为严重。不确定性导致医疗服务市场竞争不完全而产生低效率，因此有必要建立保险制度平滑风险。Pauly (1968) 和 Zeckhouser (1970) 发现医疗保险建立后产生了风险分散和投保者过度需求之间的冲突。Pauly 认为，由于保险降低了医疗服务支付成本，被保险人将增加对医疗服务的需求，这种额外需求打破了保险公司依精算公式设定的预算平衡，将限制医疗保险服务的范围，Pauly 把这种额外需求称为被保者的道德风险，认为共付制可部分抑制这种道德风险。Zeckhouser 认为，被保险人对医疗费用有相当大的影响，而且风险分散与医保过度支出存在无法克服的内在冲突，因此医疗保险只是次优。Feldstein (1973)、Manning 等 (1987) 计算了这种过度需求对社会福利的损失。Feldstein 据此还研究了医疗保险与医疗服务价格长期来不断上涨的关系，认为医疗保险制度建立后，医疗服务需求增加，引起医护人员收入提高，医疗专家开始稀缺，这就导致了医疗服务价格的上涨。但是，De Meza (1983) 认为，医疗保险引起服务需求增加并不全是价格降低的原因，医保的收入效应同样能助推这一趋势。

部分文献研究了保险对医疗服务供给及市场结构的影响。Chiu (1997) 认为，如果供给缺乏弹性，医疗保险介入市场只会引起医疗服务价格上升。Vaithianathan (2006) 认为，医疗服务供给者一般具有市场势力，机构之间存在古诺竞争行为，一个竞争性的医保市场将导致过度保险和医疗服务价格过高。Ma 和 McGuire (1997) 认为，因为医疗服务的数量无法通过合约确定，即使是事后，基于实际服务数量的保险和支付的市场也是缺失的；又因为在医疗服务中，部分服务的具体内容和细节无法列举出来，如果医保基于可观察的服务给供给者定价则会引起严重的激励不足，保险公司和医疗服务供给者之间合约的不完全性必然导致供给者产生道德风险。Dranove 等 (1993) 认为，与一般产业组织不同，医疗机构对竞争并不敏感，不是竞争越激烈服务定价越低，也不是有一定垄断地位的机构就必然定价过高，因为在医疗服务市场中，机构在信息和专业知识上具有绝对优势。医疗保险建立后，医疗服务支付由需求者个人换成机构，按说这将迫使医疗服务价格下降。但研究健康维护机构 (HMO) 和优选医疗机构 (PPO) 组织下的医院发现，尽管这些医院利润下降，但对竞争仍不敏感，医院利用自己有特色的服务、改变服务内容和模式来获利。

国内研究医保对医疗服务的影响以实证为主，主要涉及需求与供给两方面内容，少见医保对竞争等市场结构影响方面的文献。需求方面包括：(1) 早期医保制度设计本身缺陷对服务需求的影响。赵志刚和高启杰 (2006) 在北京郊区农村进行问卷调查和个案访谈发现，由于农村社区医疗服务的缺位和社区外就医昂贵，农户患病时陷入了“能花小钱就治好时没处治、花大钱才能治

好时治不起”的困境。新农合早期由于只保大病、报销比例低、报销手续烦琐以及看病没有选择权等制度方面的约束,对实现农户医疗需求的作用十分有限。(2) 医保对医疗服务需求的一般影响。黄枫和甘犁(2010)利用 2002~2005 年中国老年人健康长寿影响因素调查数据(CLHLS)估计了医疗保险对我国城镇老年人总医疗支出和家庭自付医疗支出的影响。他们发现,样本中老人年平均家庭自付医疗支出按 2674 元计算,享受医疗保险的老人的年家庭自付医疗支出减少 1149 元,降低 43%。也就是说医保降低了医疗服务的实际价格,减少了老人家庭自费医疗的实际支出。但是,享受保险的老人的医疗支出比无保险的老人增加 28%,医保同时增加了医疗服务需求。王新军和郑超(2014)利用同一数据库 2008~2011 年两期面板数据再次证实了黄枫与甘犁的结论。(3) 城乡居民医疗保险制度整合对医疗服务需求的影响。朱凤梅(2020)通过一个城市案例研究发现,城乡医保整合后农村居民年住院次数明显上升,流向三级甲等医疗机构住院的比例大幅度提高,而且显著提高了农村老年人群的医疗费用支出。蒋云赞和郑恺(2022)利用中国家庭追踪调查(CFPS)数据研究发现,平均而言城乡居民医疗保险统筹使农村家庭医疗支出增加 11.6%,使家庭成员前往基层医疗机构就医的比例降低 1.5%。

供给方面主要包括:(1) 医疗服务机构的道德风险。何文和申曙光(2020)利用沿海经济发展带两地医保系统的门诊服务微观数据库,将支付方式由“按诊次支付”改革为“按用药天数支付”的 A 地区作为实验组,未进行支付方式改革的 B 地区作为对照组,研究发现,A 地“按用药天数支付”后,参保人就诊频率显著降低,而次均医疗费用特别是中药费显著提高,使得总费用仍然维持在较高水平上。从而说明尽管“按用药天数支付”抑制了医疗服务供方“分解就诊次数”的道德风险,但释放了“增加用药”的道德风险。(2) 医保制度建立后,市场结构对供给服务价格的影响。封进等(2010)采用中国健康与营养调查(CHNS)1997 年、2000 年、2004 年和 2006 年四期数据,统计估计发现新农合使县医院价格上涨 20%~40%,但对村诊所服务价格无影响。他们认为这一区别主要是因为县医院处于垄断地位。

## 二、城乡居民医疗保险的性质

### (一) 计划经济时期的医疗保险

1951 年,我国在铁路、邮电、航运及工矿企业等单位建立劳动保险,劳保及其他补助的费用由各工矿企业单位按职工工资总额提取,最初是 3%,1957 年增至 4.5%~5.5%,1967 年增至 6.6%(黄树则和林士笑,1986)。1952 年,国家在政府机关和事业单位实行公费医疗制度;1953 年,这一制度扩大到大学和专科在校学生。享受公费医疗待遇人员的门诊住院所需要的诊疗费、手术费、住院费、药费均由公费解决,退休后待遇不变,公费医疗经费由国家财政开支。在农村地区,我国实行合作医疗。合作医疗未普及地区的农民、城镇个体劳动者及其家属、政府机关及事业单位工作人员的家属等是自费医疗。

合作医疗作为一种正式保健制度在 1959 年提出,20 世纪 60 年代开始推行,至 1965 年有山西、湖北、江西、江苏、福建、广东、新疆等 10 余个省份实践过(黄树则和林士笑,1986),其主要做法是:社员每年交纳一定的保健费,可免费享受预防保健服务,患病就诊时可免挂号费,但必须交部分药费;合作医疗的收入来自农民交纳的保健费,公社和大队公益金中一部分补助、医疗业务收入;大队卫生室医生的收入则采取记工分的形式,回生产队参加分配。当时的农村合

作医疗并不是农民自愿组织起来的合作互济，而是依附于人民公社这一集体经济组织产生的。关于合作医疗的规模及形式、基金如何收取和支付、参加者的权利与义务、减免的范围和比例、药品如何管理等问题，从上到下的政策从未研究（张自宽等，1994）。由于权利责任界定不清，参加合作医疗的农民总想多拿药品；干部及家属不仅多拿药品、拿好药品，而且不主动交费，需要用药的病人却得不到必要的治疗；部分地区认为减免越多越好，大病小病全免费，造成合作医疗长期收不抵支。朱玲（2000）根据自己调研时农民的口述及安徽凤阳县 1949 ~ 1983 年档案资料发现，合作医疗制度实际上在公社最稳定的时期就难以为继，它的衰落是自身缺少制度可持续性的结果。但是，管理混乱只是早期合作医疗不可持续的原因之一，最主要的还是：首先，在一个生产大队内，互助的范围太窄，共济不足以分散健康风险；其次，当时大队卫生室的卫生员或赤脚医生只经过三个月培训，能承担的任务主要是疾病预防和简单的常见病多发病的初级治疗，其工作能力与农民实际需要的医疗服务相去甚远。

## （二）城乡居民医保的性质

1998 年，我国建立城镇职工基本医疗保险制度，将企业劳动保险和行政事业单位公费医疗合并，同时允许集体企业、外资企业、私营企业、个体企业职工参保。2003 年建立了新型农村合作医疗制度，农村居民可自主选择参加。2007 年建立了针对未被城镇职工基本医疗保险制度覆盖的中小学阶段的学生（包括职业高中、中专、技校学生）、少年儿童和其他非从业城镇居民的城镇居民基本医疗保险制度。至此，城乡居民每人都有一项基本医疗保险制度可选择。新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度建立的意义尤其重大，因为符合公平和罗尔斯的正义原则。以公共物品的传统定义衡量，医疗卫生除传染病防治属公共物品外，个人医疗保健主要是维持和提高人力资本，而人力资本获得的收益既是排他也是竞争性的，属于私人物品。但是按照罗尔斯的正义论，个人如果仅因出身和地位得不到教育和发展机会而输在起跑线上，仅因收入低有病得不到治疗或家庭因病陷入贫困，这个社会的制度和分配方式是不正义的（谭秋成，2022）。新农合和城镇居民医保制度建立也是总结 20 世纪 60 年代发展的县、公社、大队三级医疗卫生网经验，充分认识到国家和社会投资医疗保健服务能显著改善居民健康、提高人力资本质量、发展生产力后作出的制度安排。

在 2003 年卫生部、财政部、农业部颁发的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》这一基础性文件中，新农合的性质是如此表述的：新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。“互助共济”实际上是风险共担，属于典型的保险行为，“农民医疗互助共济”意味着保费将主要由农民负担。所以，该文件还规定：县级人民政府成立由有关部门和参加合作医疗的农民代表组成的农村合作医疗管理委员会，负责有关组织、协调、管理和指导工作。但是在随后的实践中，中央和地方财政补助一直是新农合、城居保及后来合并的城乡居民医保的保险基金主要来源，其中中央又是财政补助的主体（见表 1）。因此，城乡居民医保中，中央政府决定统筹的层次、缴费及补助的多少、纳入医保的服务项目和药品、医保支付方式和报销比例、医保基金管理等重大事项，地方政府在中央政策规制下根据本地实际进行落实并可作有限的调整，如决定起付线、封顶线的高低，增补医疗服务项目和医保目录药品。所以，在城乡居民医保三方居民、地方政府、中央政府的关系中，借用企业所有权的定义，中央政府制定规则，行使剩余控制权；地方根据实际执行规

则；居民则面对制度规定好的权利和义务自愿选择参保与否。

表 1 我国中西部地区新农合及城乡居民医保基金的主要来源

年份	居民缴费 (元)	中部地方 财政补助 (元)	西部地方 财政补助 (元)	中央财政 补助中部 (元)	中央财政 补助西部 (元)	财政补助 合计 (元)	医疗保险 基金合计 (元)	居民缴费 占比 (%)	财政补助 占比 (%)
2003	10	10	10	10	10	20	30	33.33	66.67
2009	20	40	40	40	40	80	100	20.00	80.00
2010	30	60	60	60	60	120	150	20.00	80.00
2011	50	92	76	108	124	200	250	20.00	80.00
2012	60	108	84	132	156	240	300	20.00	80.00
2013	70	124	92	156	188	280	350	20.00	80.00
2014	90	140	100	180	220	320	410	21.95	78.05
2015	120	164	112	216	268	380	500	24.00	76.00
2016	150	180	120	240	300	420	570	26.32	73.68
2017	180	192	126	258	324	450	630	28.57	71.43
2018	220	208	134	282	356	490	710	30.99	69.01
2019	250	220	140	300	380	520	770	32.47	67.53
2020	280	232	148	318	404	550	830	33.73	66.27
2021	320	244	154	336	428	580	900	35.56	64.44
2022	350	256	160	354	450	610	960	36.46	63.54

注：(1) 2017 年及之前为新型农村合作医疗保险数据，2018 年及之后为城乡居民医疗保险数据；(2) 2010 年及之前，中央财政补助在中西部地区是相同的，东部地区则按照一定比例补助；2011 ~ 2018 年，每年新增的财政补助在中部地区中央补 60%、地方补 40%，在西部地区中央补 80%、地方补 20%；2019 年及之后，每年新增财政补助按《国务院办公厅关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案的通知》规定实行分档补助，西部地区归为一档，中央和地方按 8:2 的比例分担，中部地区归为二档，中央和地方按 6:4 比例分担。

资料来源：2003 年数据来自《卫生部办公厅关于做好新型农村合作医疗试点工作的通知》《国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见的通知》，2009 ~ 2010 年数据来自《卫生部民政部 财政部 农业部 中医药局关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的意见》，2011 ~ 2017 年数据来自 2011 ~ 2017 年的《关于做好新型农村合作医疗工作的通知》，2018 年及之后数据来自 2018 ~ 2022 年的《关于做好城乡居民基本医疗保障工作的通知》。

### (三) 政府管理医保的两大工具

之前，新农合由统筹区卫生行政部门管理，城镇居民医保由统筹区人社行政部门管理。城乡居民医保统一后，由地市一级人社部门下属机构医保局管理。城乡居民医保由政府管理必然要实现医保之外政府其他有关医疗卫生发展的需要，如疫情防控、公共卫生服务提供、基层医疗卫生机构发展等。医保管理者也有部门利益考虑，如突显本机构工作的重要性，作出更大的成绩得到更多晋升机会等，这是管理者激励之所在。更好的居民医保服务、政府其他医疗卫生发展、医保部门业绩等目标的实现都依赖参保率。参保人数越多，居民缴纳的保费越多，获得中央及地方政府的补助也越多，医保部门管理和控制的预算就越大。医保服务与政府其他医疗卫生发展目标在现实中存在一定冲突，医保部门通过调节医疗机构垄断租金和政府补助这两大工具来协调两者之间的冲突。

医保部门在统筹区是垄断者。因为行政管制，医疗机构在医疗服务市场上实际上也拥有一定的垄断势力。图 1 是假定拥有垄断地位的医疗机构的生产和定价行为。 $E_1$  是边际收益与边际成本相交点，但医疗机构不在该点定价和提供服务，一则因为价格低于平均成本将产生亏损，二则不符合医疗机构利益最大化行为。因为有垄断势力，该医疗机构将在需求线的  $E_3$  点上定价并提供服务，服务少且价格昂贵。但是，医保部门是统筹区医疗保险的垄断者和医疗服务的主要购买者，在长期交往中也知道医疗机构的生产成本，他可以要求医疗机构在需求线的  $E_2$  上定价和提供服务，收取医疗服务价格  $P_2$ ，提供医疗服务数量  $Q_2$ 。由于  $E_2$  位于边际成本与平均成本线最低点相交处， $P_2$  是该医疗机构收取医疗服务的最低价格， $Q_2$  是不亏本时提供医疗服务的最大数量。所以，如果总额预付制给了医疗机构在  $(P_1, Q_1)$  的购买条件，医保部门是完全从医疗机构的利益出发。相反，如果总额预付制只给医疗机构在  $(P_2, Q_2)$  的购买条件，这时医保部门是完全从参保人利益出发。实际情况多介于两者之间。

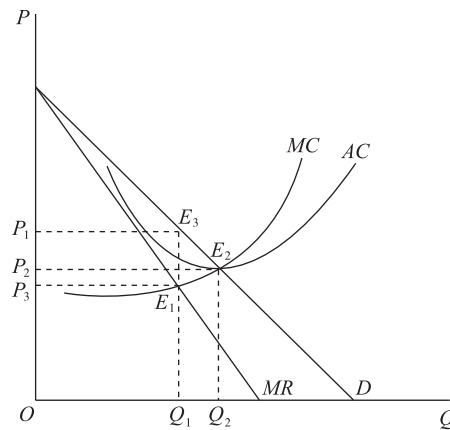


图 1 处于垄断地位的医保部门给医疗服务供给者定价

在城乡居民医保中，医保支付的比例并不就是政策规定的报销率，报销率只在医保规定的项目、规定的药品、规定的起付线和封顶线内由医保支付的份额，实际的报销率要低于政策规定的报销率。因为城乡居民医保有大量政府补贴，医保部门可以通过调整报销比例及各种报销规定平衡参保人利益和政策目标。假定居民当年患病的概率为  $\pi$ ，不患病的概率为  $1 - \pi$ ，患病招致个人收入损失  $C$ 。如果居民参加医保，需交费用  $E$ 。假定医保没有起付线和封顶线，参保后损失补偿采取共付制，个人支付比例为  $\beta$ ， $0 \leq \beta \leq 1$ 。假定居民风险中性，当且仅当生病带来的损失超过未生病缴纳的医疗保险金即式 (1) 成立时居民参加保险：

$$\pi\beta C \geq (1 - \pi) E \tag{1}$$

在统筹区内，假定城乡居民参保人数为  $N$ ，参保人上缴的医保基金为  $NE$ ，中央及地方对医保进行补助，假定补助是个人上缴基金的比例  $S$ ，即每一个参保人补助  $SE$ ，这时统筹区内医保基金为  $N(1 + S)E$ 。当政府无补助时，医保给患病者的补偿为：

$$(1 - \beta) C = \frac{E}{\pi} \tag{2}$$

当政府为每一个参保人补助  $SE$  时，医保给患者的补偿可以为：

$$(1 - \beta) C = \frac{(1 + S) E}{\pi} \tag{3}$$

因为式 (2) 已满足式 (1), 即城乡居民参保时认为所缴保费不亏, 式 (3) 中增加的补助额  $\frac{SE}{\pi}$  便成为医保管理部门可控制使用的资源, 这既是医保部门扩大参保比例的重要激励, 也成为扩大参保比例的重要手段。医保部门可以通过降低  $\beta$ , 提高  $(1-\beta)C$  和参保者的补偿额, 增加医疗保险的边际收益, 吸引更多居民参保。租金  $\frac{SE}{\pi}$  还可以用来实现政府政策意图, 如给医疗服务能力不强但承担有公共卫生任务的乡镇卫生院和社区卫生服务中心多一些医保资金, 等等。

### 三、城乡居民医保的运行机制

#### (一) 区域性

2003 年国务院颁文建立新型农村合作医疗制度时, 要求以县 (市) 为单位进行医保基金统筹, 但也允许一些条件不具备的地方在起步阶段采取以乡 (镇) 为单位进行统筹, 之后再逐步向县 (市) 统筹过渡。2007 年建立城镇居民医保也是以县 (市) 统筹为主。城乡居民医保基金由县统筹意味着这项保障覆盖的是本县除职工外的居民; 基金来自县内城乡居民缴费和政府补贴, 由县内统一管理; 参保居民在定点医院、医保目录、报销比例等待遇上是全县统一的。但是, 如果居民去县外就医, 则需要县一级医院开具转诊手续并取得医保部门同意。而且, 县外就医在医保目录、报销比例等方面执行本县规定, 实际报销的比例比县内医院低很多。2016 年, 国务院出台整合城乡居民基本医疗保险制度的政策, 要求城乡居民医保制度在待遇、基金管理、信息系统和就医结算等方面原则上实行市 (地) 级统筹, 并鼓励有条件的地区实行省级统筹。

早期, 城乡居民医保由县 (市) 统筹主要出于以下考虑: (1) 医保基金管理、基金与医疗服务匹配、定点医疗机构选择和费用控制等方面是存在风险的, 县 (市) 统筹可以将可能发生的风险及造成的社会影响降到较低水平; (2) 因为信息传播、社会与政府之间信任建立需要时间, 农村居民承担医保基金的个人部分需要乡镇、村干部督促或催缴; (3) 不同地区经济发展水平存在差异, 在医保基金统筹范围、报销待遇方面, 由县一级统筹可降低区域间协商成本, 充分调动县一级政府积极性; (4) 居民医保基金部分是由政府补助, 县一级政府承担一定补助比例, 这种分摊方式符合地方财政分权原则, 利于对基金监管; (5) 县一级政府负责基层县乡村三级医疗卫生网的建设和发展, 统筹和管理医保基金有助于实现自己意志。但是, 医保由县一级政府统筹也带来了系列问题, 因为县域人口有限, 医保基金的规模也就有限, 难以应对因参保人数、医疗服务需求突然变化带来的风险。而且, 随着社会经济发展, 居民流动性增加, 城乡居民收入提高后对医疗服务和医疗保障的需求增加, 医保基金由县一级统筹限制了城乡居民选择医疗服务的范围。因为城乡及地区差别, 医疗水平高的三甲医院主要在大城市, 县一级统筹导致城乡居民获得高水平医疗服务的成本很高。此外, 在经济发展水平一般和欠发达地区, 县一级财力不足, 交不上该由本级政府补助居民医保的那部分资金。

城乡居民医保由市 (地) 统筹, 将扩大资金池容量, 提高基金抗风险能力, 增加居民就医机构的选择范围。由于市一级财政能力一般强于县一级, 医保基金中政府补助部分更有保证。这些都是市一级统筹的好处。医保由市一级统筹也存在成本。首先, 市一级人口毕竟还是有限, 如果各县之间异质性较强, 不同县在经济发展、收入水平, 人口结构上差异较大, 即各县参保人员在患病概率、医疗服务需求上并不服从相同的分布, 这时切比雪夫大数定理便不起作用, 市一级统

筹将加大地区之间居民医保不均衡，部分人群可获得的保障待遇较之前可能变差。假定某市存在一发达一落后两县，发达县离市区近，高质量医疗服务易获得，居民收入水平、对医疗服务需求相对较高；落后县离市区远，高质量医疗服务不可及，居民收入水平和对医疗服务需求相对较低。之前，在县一级统筹的情况下，发达县和落后县分别单独使用自己的医保资金。如果两县筹资水平和报销比例相等，发达县医保资金将更紧张。医保由市一级统筹后，全市统一筹资和医保待遇政策，首先，由于医保基金在全市流动，发达县居民使用的医保基金将超出自己所交和政府补助的份额，挤占本属落后县居民的医保资金。其次，城乡居民医保资金总量上是不足的，政府通过配额管理和系列控费措施实现资金紧平衡。县一级医保、卫健等政府部门的监管激励对提高医保资金效率、增加医保受益面非常重要。医保由县一级统筹改由市一级统筹后，延长了管理链，增加了委托代理成本，并可能导致县与县之间基金分配不平衡而产生新的交易成本。最后，市一级统筹将导致医保资金和就医行为在全市范围内流动和竞争，乡镇卫生院长期以来由于地方政府投资不足而在竞争中处于劣势，部分卫生院因为服务能力不足将被关停，经济落后和边远地区尤其如此，而这些卫生院关停将引起当地居民就医不便，使用医保资金的成本更高。

## (二) 一年一保及单一性

城乡居民医保是交一年保费购买一年保险服务，属于一种短期交易，这点与城镇职工医保有很大差别。按《城镇职工基本医疗保险条例》规定，职工不仅在投保期间享有医保，而且当男性职工交满保费30年、女性职工交满保费25年后便终身享有医疗保险。居民医保和职工医保在待遇上的差别源自投保费用的差别。假定生病的概率为 $\pi$ ，病后医保支付费用为 $C_0$ ，城乡居民医保一年缴纳的医保基金为 $\pi C_0$ 。城镇职工医保由于投保后享有终身保险服务，应缴纳的保险费除投保期内还需支付投保期后可能发生的医疗费用。当利息率为 $r$ 时，一年期贴现率便为 $\frac{1}{1+r}$ 。假定投保期间得病的概率为 $\pi_w$ ，投保期后得病的概率为 $\pi_n$ ，一般条件下有 $\pi_n \geq \pi_w$ 。再假定城镇职工男性在60岁、女性在55岁交满医保，职工寿命为80岁，城镇职工投保期交费 $C$ 需要满足以下条件：

$$\sum_{t=1}^{30或25} \pi_w (C^t - C_0^t) (1+r)^t = \sum_{t=1}^{20或25} \pi_n C_0^t (1+r)^{-t} \quad (4)$$

其中，左边表示城镇职工缴纳的保险费扣除当年发生的医疗费用后25年或30年的贴现值， $t=25$ 表示女性， $t=30$ 表示男性；右边表示投保期满后城镇职工享受的25年或20年医保服务的贴现值， $t=25$ 表示女性， $t=20$ 表示男性。贴现值以缴纳医保基金期满的当年为基准。

实践中，城镇职工每年缴纳的医保基金额是显著高于城乡居民的。以2021年为例，全国城镇非私营单位就业人员平均工资为106837元，私营单位就业人员平均工资为62284元，按规定医保基金交工资的8%，非私营单位职工当年须交8546.96元，私营单位职工须交4982.72元。同年，农村居民当年可支配收入总计为18930.9元，扣除财产净收入和转移净收入，工资和经营性净收入合计14524.3元，如果同样按8%的比例上缴医保基金，则需要支付1161.94元。农民实际缴纳320元，国家补助580元。1161.94元对刚刚脱贫的农村居民来说是一个大的负担，而与实际的医疗保险价格差距又太大。所以，城乡居民医保与城镇职工医保在缴费和待遇上的差距根源在于农村居民收入水平不高。

一年一保这种方式最主要的问题是，投保人在生命周期内不能就疾病风险进行跨期交易。年老时预防疾病风险仍需临时购买，而这时恰恰是城乡老年人缺少收入的时候，缴纳医保基金成为



老年人一个很大的负担。但是，一年一保这种方式给了投保人更大选择权，投保人可以随时权衡成本收益决定是否参加，选择的灵活性将迫使医保部门监督医保资金的使用效率。城镇职工这种交够多年费用后终身被保的方式实现了疾病风险跨期交易，减少了消费水平的大幅度波动。但是，保险合同跨期太长，承保人事后可能不会兑现合同规定的条款，存在失信的风险。因为在长时期内，政策环境、人口数量和结构、居民对医疗服务的需求会变化，经济水平会出现波动，新的医疗设备和药品被不断开发，医药成本不断上升。当社会经济条件不利时，承保人通常从当前利益出发修改保险合同。

在统筹区内，城乡居民医保提供的保险品种是单一的，参保人缴相同的费用，享受相同的医保待遇。这与城乡居民医保由政府大幅度补助有关，单一性有利于财政资金分配和管理，有利于医保部门监督医保资金使用，防止医疗机构违规套利交易。但是单一性限制了居民在疾病风险分散上的选择，不同居民收入水平不同，对医疗服务有不同的收入需求弹性，单一性不能让保险品种与个人偏好更好匹配，参保者存在福利损失。单一性也引起了城乡居民医保中的逆向选择及系列相关问题。居民个人无疑比医保部门更知道自己身体状况及可能的疾病风险，通过适当设计，让参保人自己选择医保合约，可以将不同风险偏好和身体状况的居民进行分类。如果只设计一种保险合同，医保依预算平衡制定保险价格必然导致年轻人、身体状况好的居民不参保的逆向选择结局，这意味着筹集到的医保基金十分有限，达不到分散健康风险的效果。为扩大医保基金池，鼓励年轻人和身体状况好的居民参保，政府就必须进行大规模补贴，这就加大了各级政府财政负担，影响城乡居民医保的可持续性。

### （三）医保支付及控费方式

在 2011 年人力资源和社会保障部颁发《关于进一步推进医疗保险支付方式改革的意见》之前，新农合和城镇居民医保对定点医疗机构支付保险费采取的是后付制。后付制易引起定点医疗机构过度治疗、增加医疗成本等机会主义行为，造成医保基金支付波动过大现象，需要医保部门投入大量人财物力进行检查监督，并导致就医看病者报销极不方便。一旦医保基金超支，医保部门事后需要与医疗机构就费用削减进行大量交涉。目前，城乡居民医疗保险中，医保行政部门支付医疗机构医保基金主要有两种方式，分别是总额预付和按病种付费，后者亦称 DRGs (diagnosis related groups)。总额预付制是年初预先支付医疗机构当年可给病人看病时的报销总额，数额一般根据该机构近三年提供的医疗服务量、实际发生的报销额、当地人口变化、全县或全市医保基金总额变化等因素确定。较之事后买单的后付制，预付制规定了医疗机构当年可用医保基金数额，从而迫使机构及医生降低成本，减少过度医疗等道德风险。预付制可减少因费用控制不合理、全县或全市医保基金收不抵支的现象，从而减少因事后不能支付部分医保基金而出现的各种讨价还价和交易成本。预付制的弊端是，那些新建的或正处于发展上升期的医疗机构因之前基数低而得不到支持，区域内医疗机构出现强者恒强、弱者恒弱的现象。此外，部分医疗机构可能出现当年医保预付额大于报销额情况，因害怕以后预付额被削减，机构会采取过度医疗等方式设法花掉而不是节省这部分医保基金。总额预付是对医疗服务一揽子支付，给了医疗机构在医疗服务项目上一定自主权，医疗机构据此可能对不同病人采取不同服务价格的歧视政策。预付制是否有效取决于医保部门的承诺是否可信。首先，医保部门预付保险费的承诺必须是可信的。调查中部分乡镇卫生院和社区卫生服务中心反映，医保基金预付额并未根据前 3 年的情况来确定，而是视上年情

况而定，个别地方的机构甚至到年中或下半年才知道当年的预付额，这就导致机构用于报销的医保基金波动太大，医疗机构无法作合理预期。其次，医保部门结算的承诺也必须是可信的。因为不确定性，如辖区内人口和病人增加、医疗器材成本上升等原因，部分医院可能确实出现支大于收的情况。如果医保部分坚持事前约定的数额，将给这些医疗机构带来财务损失并削弱其发展的努力。相反，如果医保部门增加这些医院的医保报销额，其他医院就会谎称自己成本上升需要追加基金。为应对这种不确定性，医保部门需要明确在支大于收的情况下超支部分由谁承担的规定。例如，2020年笔者调查的江西九江瑞昌市规定：乡镇卫生院当年医疗服务报销额如果超出预付额30%，医保部门补70%；如果超出70%，医保部门补30%；如果超出100%及以上，则全部由卫生院承担。

DRGs是根据国际疾病分类，综合考虑住院病例的临床诊断、患者年龄、性别、手术项目、出院所需时间、并发症等因素，将临床过程相近、费用消耗相似的病例分到同一个组（DRG）中进行医保管理的体系。DRGs以组为单位给医疗服务付费，具体标准由医保部门和医院谈判商定。与总额预付制相比，DRGs无疑更加透明。因为每组病例的医药费用是确定的，医院如果以最有效的方式治疗，节省的费用成为医院的盈利，因此DRGs促使医院提高效率，减少过度医疗问题。但是DRGs可能会过于强化医院降低成本的动机。假定同一诊断组相同病例有不同治疗方式、可使用不同药品，一种效果好但成本高，另一种效果一般但成本低。在DRGs支付方式下，医院更倾向使用后者。但是，成本低、效果一般的治疗方式延长了病人的痛苦，降低了其总福利水平。DRGs还可能导致住院期被压缩、病人未完全康复便仓促出院等问题。此外，如果DRGs分组不合理，或者医保基金本来就不足，医保部门向医院支付的费用不抵治疗成本，医院会拒绝收治部分病人，容易造成社会伦理和信任被破坏，对低水平的城乡居民医疗保障而言更是如此。而且，如果医保部门推广DRGs过于强调节省医保基金，医院便不敢投资新设备，采用新技术和新的治疗方式、使用新的药品，长期来看不利于医疗技术发展和药品创新开发。

实行总额预付制和DRGs后，医保定点医疗机构以直接扣减费用即报销的方式为参保者提供服务。报销的比例，一是取决于参保者投保档次；二是取决于医保基金是否丰盈，即政府是否用财政兜底买单；三是要考虑政策设计导致的激励问题。当前，国际社会普遍推行共付制，医保基金并不支付病人就诊治疗所有费用，患者自身须承担其中一部分，目的是减少医疗机构诱导患者过度医疗的道德风险。共付制也用于调节需求者对医疗服务机构的选择，如乡镇卫生院和社区卫生服务中心的报销比例高于县一级医院，目的在于将城乡居民留在基层就医。然而，这种比例只是政策上或名义上的，计算的是已列入医保项目且治疗使用的药物全在药保目录甲类中。除报销比例外，医保还设有起付线和封顶线。设置封顶线是为了让更多的参保者从医保基金受益，同时防止过度医疗问题。设置起付线的原因一般被认为像头痛发热等小病小痛的病例就诊量大，开支也不多，由患者支付一则不构成太大的经济负担，二则可以避免医保部门审核时处理的工作过于烦琐。但实际情况比政策设计复杂。如果医保基金没有设立个人账户或个人账户金额不多，而设立的起付线又较高的话，起付线可能成为强制病人进行医疗服务消费、剥夺其利益的工具，对慢性病老人尤其如此。患高血压、糖尿病、心脏病等慢性疾病的老人需要长期服药，老人在没有个人账户或账户金额不够时只能去医院门诊就医开药，设立起付线迫使老人只能报销超出起付线部分的金额，起付线越高则报销的比例越低，其利益损失越大。封进等（2021）的关于城镇居民的

案例研究发现,降低起付线能提高就诊次数,显著提高报销比例和费用。

医保部门还设立门诊和住院次均费用、按床日付费、按人头付费等用于考核医院的指标。这些指标首先是为了控制费用,防止医保基金入不敷出;其次是为了扩大受益人群,吸引更多的居民参加;最后容易被忽视的是,这些指标是为了防止医院过早、过快花完医保资金,让医保资金在时间上分配比较均衡。城乡居民医保中个人缴纳的基金不多,基金池里大部分资金来自政府补助,也就是说居民以较低价格购买了医疗保险这一产品。当基金不充裕时,医保部门面临病人和医院两方面竞争而产生的对医保资金的挤兑,使得资金过早被耗竭,导致医院拒收病人,必需的医疗服务得不到支付,大病得不到补偿,医保的信誉被破坏,居民参保意愿下降。病人竞争是为了确保自己的费用能报销;医院竞争是为了确保自己分得的医保资金份额能落实。因为医保基金已成为县级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心收入的主要来源,当医保基金短缺时,各医疗机构一定是早期多开展医疗服务,快用医保基金,以防自己的医保资金份额被调配。

#### 四、城乡居民医保对医疗服务市场的影响

##### (一) 对医疗服务需求的影响

医保对医疗服务需求的影响首先是通过收入效应产生的。De Meza (1983) 是这样解释的,假定现实中存在两种职业,一种收入高但因工作性质导致生病的概率也高,另一种收入低但生病的概率也较低。当医疗保险不存在时,风险规避的劳动力将选择收入和得病概率都低的职业;相反,如果社会提供了医疗保险,风险规避的劳动力会选择高收入职业。收入提高后,这些劳动力自然有更多资源用于医疗保健。医保对医疗服务需求的影响其次是通过价格效应产生的。医保制度建立后,居民就诊购买医疗服务时只支付自己承担的部分,其余由医保基金负责,报销比率给医疗服务价格打了一个折扣。根据需求法则,只要物品价格有弹性,价格下降必然引致物品的需求上升。这一点与 Arrow (1963) 提出建立保险市场平滑风险的假设不一致,因为医疗的风险虽然大部分可视为随机和外生的,但购买医疗保险的投保者可以影响产品的需求。Pauly (1968) 认为,只有当某项医疗服务的价格没有弹性或者某种疾病发生的随机性太强因而分散风险意义很大,或者居民个人属于强烈的风险规避者时,这时建立医疗保险才有意义。一般医疗服务由于存在价格弹性,居民必然增加对医疗服务的需求,Pauly 将这一行为称为“道德风险”,并认为这种道德风险将导致社会效率和福利损失。Feldstein (1973) 曾估计了美国医保制度在 20 世纪 70 年代产生的福利损失。当时,美国由政府 and 私人经营的医疗保险的保费额超过 170 亿美元。Feldstein 认为,如果提高医疗保险中的自付比例,居民将增加疾病风险带来的损失,但社会将减少医疗服务价格扭曲产生的福利损失。权衡两者得失,Feldstein 估计,如果将医疗保险的自付比例平均从 0.33 提高到 0.50 或 0.67,净收益将会超过 40 亿美元。

建立医保制度无疑有成本和社会福利损失,医保基金由政府资助或全部承担的医保制度尤其如此,因为政府的医保基金来自税收,征税不仅消耗人财物力,而且将破坏社会激励结构引起低效率和福利损失。此外,医保制度本身的运转、医保基金使用的监管等行政事务也需要耗费资源。但是,Pauly 和 Feldstein 将医保诱致病人消费更多的医疗服务视为社会效率和福利损失的观点是值得商榷的,除美容、一些高端的保健消费外,大部分医疗服务项目因医保降低价格出现需求上升实际上是有效率和增加福利的。同一种疾病有不同的治疗药物、手段和程序,病人受预算约束时

可能会选择便宜的药物和治疗方式，医保制度实行后病人无疑将选择更高效的药物、更周到的服务、更有效的治疗方法，从而减少痛苦、缩短疗程、更快恢复正常生活或人力资本。这种选择虽然增加了医保资金消费，但也增加了病人的福利。需求方不存在道德风险、过度消费医保资金还有一个重要原因是，在就医看病这一病人与医生的交易过程中，医生是具有信息优势的一方，他们诊断病情，提出治疗方案，病人基本上属于被动的接受方。因此，即使存在所谓的需求方道德风险，也主要是供给方医生或医院诱导的过度治疗。在城乡居民医保中，更不存在需求方因医保降价而出现过度医疗的道德风险问题。首先，进入医保的服务项目和药品都是医保局规定好的，门诊报销都是一些常见病多发病，住院报销主要是防止出现灾难性医疗支出和因病致贫，这些服务项目需求弹性本身就不大，那些高端的医疗服务并没有被纳入医保；其次，城乡居民医保中自付比例高，需求方如果过度治疗需要付出很高的成本。

## （二）对医疗服务供给的影响

城乡居民医保有高比例政府补贴，加上医保可能引致部分居民增加医疗服务需求，因此，医保基金建立大大增加了统筹区内医疗服务的购买水平。购买水平提高后，医疗服务供给方医院有机会通过提供更多、更优质的服务将购买力转化为有效需求，以公平交易的方式一方面提高自己的收入，另一方面增加居民的消费者剩余。但是，实际情况如何则取决于医疗机构面临的约束及激励结构。现实中医疗机构的供给行为有以下五种情况。第一，之前因为需求不足或竞争能力较弱，有些医疗机构存在闲置设备和剩余医疗卫生技术人员，需求增加后这些机构可以充分利用已有的服务能力。大部分乡镇卫生院在新农合建立前就处于这一状况，所以，医保制度建立救活了乡镇卫生院。这种情况下医疗服务增加，价格不变或上升幅度很小。第二，不存在服务能力剩余的医院以提高效率的方式，如通过给员工加薪、扩大设备使用次数等提供更多的服务。因为增加服务导致边际成本上升，这种情况将引起医疗服务价格上涨。第三，少部分医院视医保制度为新的发展机遇，不满足已有的服务能力，通过购买新设备、招揽医疗卫生人才扩大规模、提升竞争力，一则与辖区外医院竞争留住辖区内病人，二则吸收本应由乡镇卫生院和社区卫生服务中心诊疗照看的病人，这主要是县一级医院及少数中心乡镇卫生院。设备、技术和人力资本提升后，医院无疑可为患者提供数量更大、质量更优的医疗服务。但是，技术设备折旧、各项服务和工资等费用必然要摊入医疗服务供给的成本中，居民就医看病的价格也就必然跟着上升。第四，医生利用病人医疗卫生知识缺乏、不了解自己病情和诊疗方法，诱导患者扩大医疗服务需求，如增加检查项目、重复检查、多开药、延长住院期等。这种情况下，医疗机构并未提供有效服务，但是人为推高了居民看病的价格。第五，公立医院由政府管理和控制，承担了传染病防控、老人、妇女儿童健康管理、社会健康卫生宣传等公共卫生服务；公立医院由地方政府投资，受财力限制相当一部分基层医院如乡镇卫生院和社区卫生服务中心长期得不到投资，规模难以扩大，设备很难更新，人才引进不来（谭秋成，2021）。医保部门通过医保配额预付制首先是保证这些医疗机构生存，对医保资金监管通常不会非常严格。

情况一和情况二主要发生在新农合制度建设早期，属于医疗机构短期供应调整；情况三、情况四、情况五则在医保制度大规模推广后，属于医疗机构长期供应调整。由此可以判断，城乡居民医保制度建立后，居民医疗服务价格无论在长期还是短期，上涨是必然趋势。这种必然趋势主要是因为大量医保资金突然投放在统筹区，导致更多的资金购买而医疗服务供给不变或增加有限，

形成类似于通货膨胀的价格上涨效应。价格上涨的程度取决于以下条件：（1）投放的医保基金是否形成有效需求；（2）统筹区内是否存在闲置的服务能力，即上述情况一是否发生；（3）统筹区内医疗服务机构是否有激励提高效率、引进设备和人才、扩大服务规模，即上述情况二和情况三是否发生。在极端情况下，假如投放的医保资金不能形成对医疗服务的有效需求，或者医疗服务机构没有激励提高生产效率、扩大生产规模，这时投放的医保基金既不增加医疗服务供给数量也不提高医疗服务供给质量，只是造成了医疗服务价格上涨，医保基金全部补贴了医疗机构。封进等（2010）认为，新农合建立后，县级医院提供的医疗服务价格开始上涨，原因是这些医疗机构具有垄断定价能力。这种说法不能解释为什么乡镇卫生院提供的医疗服务的价格也大幅度上升。县级医院垄断地位只是有利于其从涨价形成的租金中得到更大份额，不会是区域内医疗服务价格普遍上涨的原因。赵绍阳和臧文斌（2015）认为，新农合和城镇居民医保制度建立后，中国基本实现了全民医保覆盖，医疗服务需求在短期内得到释放，需求急剧增加后，由于供给缺乏弹性，导致医疗服务价格急剧上升。这种说法隐含着所有医保资金投放都转化为医疗服务有效需求的前提，这显然不切合现实。而且，医疗服务短期内虽然缺乏弹性，但长期是可以调整、有弹性的，实际情况是医疗服务的价格一直在上升。

### （三）对医疗服务市场结构的影响

在中国医疗服务市场中，公立医疗卫生机构占主体地位。根据《中国卫生健康统计年鉴（2020）》，2019年，在医疗卫生机构数量、卫生技术人员和医院诊疗人次方面公立部门分别占53.27%、75.45%和85.16%，社会资本进入医疗卫生行业在准入条件、服务项目等方面仍然受到限制。公立医院主要负责人由组织部门或卫健部门任命，一个地方的重点医院的负责人常常是卫健部门的负责人之一；公立医院属于一类事业单位，由政府投资；编制内招聘职位要由人社部门核定指标，编内人员不能因劳动力市场或医院经营状况变化进行解聘；公立医院需要承担防疫、健康卫生宣传等公共卫生事务（谭秋成，2021）。因此，公立医院自然成为医保定点单位。医保制度长期存在过度医疗，套取医保资金的问题，需要医保部门严格监管。私立医院因为法律和政策地位上的差异，医保资金使用出现问题更容易引起社会舆论关注及更可能对医保部门进行问责，为了减少监管不力引起的麻烦，大部分私立医院被排除在医保定点单位之列。所以，医保基金增加了社会资本进入医疗领域的难度，使私立医院在医疗卫生服务市场竞争中处于不利地位。

医保也限制了公立医院之间的竞争。医保报销比例在统筹区域内外相差悬殊，而且，投保的病人如果转院，转诊的手续及报销的程序相当烦琐。地方医保部门努力防止医保资金外流，结果间接限制了辖区内医院，尤其是县一级公立医院来自外面的竞争。在同一统筹区内，各基层医疗卫生机构也因为医保基金配额制及报销比例差别而抑制了竞争。乡镇卫生院报销比例一般要高于县一级医院，医保和卫健部门试图通过服务上的价格差别将更多的病人留在基层，维持乡镇卫生院的生存。此外，笔者在调查点还发现，参加城乡居民医保的病人去县一级医保定点机构可以享受医保待遇，但如果去社区卫生服务中心或乡镇卫生院就诊，则只能选择户籍所在地的卫生服务中心或卫生院才能报销，其他街道卫生服务中心或乡镇卫生院不能报销。还有部分地区如笔者调查的四川三台县，取消了村卫生室作为医保定点机构的资格。医保实行配额制以及在报销比例上的差别对待，一方面是对基层医疗卫生机构承担一些政策性任务的回报；另一方面让医保部门不需要监管医院使用医保基金的细节从而节省成本，但也妨碍了医疗机构之间的竞争，降低了各医

疗机构服务能力的提高和服务质量的改进。各医院为保住医保资金不外流，没有积极性上转和下转病人（赵瑞娜，2021），这就破坏了分级诊疗规则和医疗机构之间有效的分工协作关系。取消村卫生室的医保定点资格危及这一最基层医疗卫生机构的生存，降低了农村居民就医的可及性。

## 五、改革城乡居民医保制度

Feldstein（1973）曾预测医保可能带来一种不利于所有人的“囚徒困境”。购买医保的人数增加后，必然引起医生工资和医院收费上升，而医疗服务高收费将迫使更多的人购买医疗保险。也就是说，保险的推广引致更高的价格和更复杂的医疗服务，这反过来又增加了对保险的购买，居民因为被保而支付了更高的医疗费用，而买更多的保险是因为医疗服务的成本太高。Chiu（1997）指出，医保的初衷是给一般风险规避者减轻因疾病引起的财务风险，改善其福利水平。但是，如果医疗保健行业中医保资金在服务购买中占支配地位，只要医疗服务供给的价格弹性不高，由医保增加的需求将驱动市场价格到这样高的水平，增加的财务负担将超过风险分散带来的利益。医保无论出发点如何好，最终将出现反生产行为，政府补贴引起更多保险购买，这将导致那些无医疗保险的人因为价格高昂支付不起医疗服务，那些有医疗保险的人需要交的保险金直线上升。

城乡居民医保正表现出 Feldstein 和 Chiu 所言的发展趋势，一方面政府大量补贴，参保人员越来越多；另一方面医保资金在统筹区内被垄断使用，医疗机构以公立为主，改善医疗条件、提高服务质量的激励不足，医疗服务价格不断上涨，医保分散风险的收益正被价格上涨所抵消。按现在的组织管理方式和运行机制，城乡居民医保制度将面临更大的挑战，因为城乡居民目前享受的医疗服务仍是初级的，随着收入提高，对医疗服务的需求将增加，人口老龄化现象将进一步扩大这一趋势。需求增加意味着需要更多的财政补助，而这些补助大部分最终落在医疗机构手中，居民实际得益甚少。因此，当前城乡居民医保的发展不应急于加大财政补助、提高居民缴费来加速与城镇职工医保统一，而应改革医保组织方式和运行机制，给居民更大选择权，促进医疗机构竞争和提升其服务能力，最大限度地让医保发挥分散疾病导致收入风险的作用。

改革城乡居民医保的组织方式和运行机制的主要内容是建立家庭账户，即以家庭为单位，参保成员共同设立一账户，投保金额可多可少，政府按投保金额一定比例补助。家庭投保与政府补助构成家庭账户可用医保基金总额，每年结余可转存累积，家庭成员寻医问诊可自主选择医院。家庭账户制不同于目前这种由政府统筹管理的医保制度，它不是通过所有投保人患病概率不同实现共济和分散风险，而是通过跨期或代际交换平滑收入和因疾病引起支出波动过大的风险，跨期交换是在个人不同年龄阶段之间，代际交换是在家庭成员之间。实行家庭账户制后，医保部门负责落实政府补助，监督医疗机构治病开药是否合理，不再具体给医院分配医保基金额度和管理基金如何使用，这就取消了医疗服务供给与需求之间的“楔子”，减少了医保管理的行政费用和医保部门与医疗机构之间的各种交易费用，减少了政府对医疗服务市场的干预，增加了医疗机构有效配置资源的激励和居民自主选择的权利。家庭账户制中医保资金由居民个人而不是机构管理，投保金额可多可少，家庭可以根据成员实际需求投保，减少了逆向选择问题；而投保金额可累积避免了年轻时有收入不需要保险、年老后患病多却无钱买医保的难题，能调动居民参保的积极性。医保资金由家庭管理还减轻了因医保资金短期内大规模投入导致医疗服务价格大幅上涨的通货膨胀效应。家庭自主选择医院一则可以更好地将服务供给与需求进行匹配，二则将促进医疗机构之

间的竞争, 从而降低医疗服务价格, 提高服务质量。此外, 居民更有激励监督医疗机构如何治疗用药, 减少过度医疗问题。

## 参考文献

- [1] 封进, 刘芳, 陈沁. 新型农村合作医疗对县村两级医疗价格的影响 [J]. 经济研究, 2010 (11): 127 - 140.
- [2] 封进, 吕思诺, 王贞. 医保起付线对医疗服务利用和医疗费用的影响 [J]. 保险研究, 2021 (3): 99 - 111.
- [3] 何文, 申曙光. 医保支付方式与医疗服务供方道德风险——基于医疗保险报销数据的经验分析 [J]. 统计研究, 2020 (8): 64 - 76.
- [4] 黄枫, 甘犁. 过度需求还是有效需求——城镇老人健康与医疗保险的实证分析 [J]. 经济研究, 2010 (6): 105 - 119.
- [5] 黄树则, 林士笑. 当代中国的卫生事业 (下) [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1986.
- [6] 蒋云赞, 郑恺. 城乡居民医疗保险统筹、农村就医行为与消费支出 [J]. 北京航空航天大学学报 (社会科学版), 2022 (5): 126 - 138.
- [7] 谭秋成. 村落共同体解体与乡村治理制度建设 [J]. 长白学刊, 2022 (3): 68 - 77.
- [8] 谭秋成. 基层医疗卫生机构的性质、行为及发展问题 [J]. 学术界, 2021 (8): 195 - 209.
- [9] 王新军, 郑超. 医疗保险对老年人医疗支出与健康的影响 [J]. 财经研究, 2014 (12): 65 - 75.
- [10] 张自宽, 朱子会, 王书城, 等. 关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究 [J]. 中国农村卫生事业管理, 1994 (6): 4 - 9.
- [11] 赵志刚, 高启杰. 农户医疗需求的约束因素分析——以京郊农村为例 [J]. 中国农村观察, 2006 (3): 32 - 39.
- [12] 赵瑞娜. 县域医共体的政策效应和实施机制研究 [D]. 北京: 中国社会科学院研究生院, 2021.
- [13] 赵绍阳, 臧文斌. 全民医保的实施为什么没有降低医疗负担 [J]. 经济资料译丛, 2015 (3): 9 - 14.
- [14] 朱凤梅. 城乡医保整合对农村居民医疗服务需求的影响 [J]. 社会保障制度, 2020 (4): 58 - 65.
- [15] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障保障制度选择 [J]. 中国社会科学, 2000 (4): 89 - 99.
- [16] Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care [J]. American Economic Review, 1963, 53 (5): 141 - 149.
- [17] Chiu H. Health Insurance and the Welfare of Health Care Consumers [J]. Journal of Public Economics, 1997 (64): 125 - 133.
- [18] De Meza D. Health Insurance and the Demand for Medical Care [J]. Journal of Health Care, 1983, 2: 47 - 54.
- [19] Dranove D, Shanley M, White W. Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition [J]. Journal of Law & Economics, 1993, 36 (1): 179 - 204.
- [20] Feldstein M. Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics [J]. American Economic Review, 1971, 61 (5): 853 - 872.
- [21] Feldstein M. The Welfare Loss of Excess Health Insurance [J]. Journal of Political Economy, 1973, 81 (2): 251 - 280.
- [22] Ma C, McGuire T. Optimal Health Insurance and Provider Payment [J]. American Economic Review, 1997, 87 (4): 685 - 704.
- [23] Manning W, Newhouse J, Duan H, et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a

Randomized Experiment [J]. American Economic Review, 1987, 77 (3): 251 - 277.

[24] Pauly M. The Economics of Moral Hazard: Comments [J]. American Economic Review, 1968, 58 (3): 531 - 537.

[25] Vaithianathan R. Health Insurance and Imperfect Competition in the Health Care Market [J]. Journal of Health Economics, 2006 (25): 1193 - 1202.

[26] Zeckhouser R. Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives [J]. Journal of Economic Theory, 1970, 2 (1): 10 - 26.

(责任编辑: 初少磊 尹雪晶)

## The Nature, Operation Mechanism and Impacts on Medical Service Market of Medical Insurance for Urban and Rural Residents

Tan Qiucheng

**Abstract:** In medical insurance for urban and rural residents, the central government formulates rules, local governments implement rules, and residents voluntarily choose to participate in insurance in the face of the rights and obligation stipulated by the system. The medical insurance for urban and rural residents is managed by the government, so it has to realize other government's wills related to medical and health development beyond medical insurance. Medical insurance agency coordinates the possible conflicts between medical insurance service and the government's other medical and health development goals by using two major tools, namely adjusting monopoly rent in medical institutions and government subsidies. The medical insurance for urban and rural residents has regional characteristics, residents pay a one-year premium to purchase a one-year insurance service, and it provides single insurance service. Except for the copayment system and the reduction and top lines, the medical insurance for urban and rural residents sets up such indicators as average outpatient and inpatient expenses per time, expenses paid per bed a day and per head to assess hospitals. The purpose is to control expenses, expand the beneficiary population, and prevent hospitals from exhausting medical insurance funds too fast and too early. There doesn't exist moral hazard from the demand in the medical insurance for urban and rural residents. As the medical insurance for urban and rural residents is set up, price rising of medical service, whether in the long or short term, is an inevitable trend. Because a large amount of medical insurance funds have suddenly been invested in the overall planning area. This leads to much more purchase but the supply of medical services remains unchanged or increases limited, and forming a price increase effect similar to inflation. The medical insurance system has increased the difficulty for social capital to enter the medical field, restricted the competition among public hospitals, and obstructed graded diagnosis and treatment and effective division of labor and collaboration among hos-



pitals. The main content to reform the medical insurance for urban and rural residents is to establish family account which on a household basis, insured members jointly sharing one account. In family account, the amount of insurance can be large or small, and the government will provide subsidies according a certain proportion of the insured amount. The annual balance of the medical insurance fund in the family account can be transferred and accumulated, and family members can choose their own hospital for medical consultation.

**Key words:** medical insurance for urban and rural residents    medical service supply    medical service demand    family account

## 经济研究参考

**刊物简介** 《经济研究参考》杂志由我国著名经济学家于光远等老一辈经济学家于 1979 年 1 月创办，原名《经济研究参考资料》，是由中华人民共和国财政部主管、经济科学出版社主办的经济类期刊。杂志自创办以来，在经济学界和社会各方的共同支持下，始终站在中国改革开放最前沿，与中国经济和社会发展同呼吸、共命运。《经济研究参考》向全国省部级主要领导赠阅。

《经济研究参考》国内统一刊号：CN11 - 3007/F，邮发代号：82 - 994，每月 1 期，全年 12 期，全年定价 360.00 元。

**内容与栏目设置** 《经济研究参考》杂志聚焦于中国经济改革进入深水区所面临的深层次问题，贡献理论性或政策前瞻性文章、或注重问题解决的实践性文章，力求对经济社会发展中重大理论与现实问题作出回应。同时，杂志设专家观点、专题研究、专家笔谈、专题研究等栏目。专家观点专注中国改革开放、经济高质量发展过程中面临的新挑战、新问题，经济领域各个方面改革的焦点、难点，发表具有原创性意义的高水平的理论文章、具有现实意义的高质量政策类文章。专家笔谈对照国家战略需求，服务党委政府科学决策，选题追踪学术热点、走深走实，向专家学者约稿，贡献时效性、针对性、准确性、思想性俱佳的短论时评类文章。专题研究就中国经济发展和转型过程中面临的重大经济问题，由该领域专家学者组织专题撰文，从不同角度对同一论题作阐释：既有对该专题最新发展的理论创新，也有该专题的实践发展；既是选题热点的集中体现，又是经典话题与时俱进的体现。