

论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接

李 珍* 王怡欢

中国人民大学公共管理学院 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872

【摘要】文章基于学理与实践数据的分析,认为从保障的作用看,基本医保在公平性的投入产出比等方面具有无可替代的作用,基本医保已经且必须继续发挥核心基础作用,商保则应发挥补充保障作用;从保障的内容看,基本医保“保基本”,“保基本”的内涵是保障基本医保目录内的医疗费用,目录应符合临床必需、安全、有效、经济的原则,而高于这些原则的药物、服务及设施就可视为“非基本”,商保应与基本医保互补,保障居民“非基本”的差异化、高层次服务需求,从而实现有效衔接。文章认为新时代背景下,基本医保筹资与需求的缺口,只能通过完善待遇组合模式及城乡居民医保的筹资机制来解决。

【关键词】基本医疗保险;商业健康保险;多层次医疗保障体系;定位与衔接

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.01.002

Discussion on positioning and connection of basic medical insurance and commercial health insurance

LI Zhen, WANG Yi-huan

School of Public Administration and Policy, Health Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 This paper emphasizes the irreplaceable role that plays the basic medical insurance in the aspect of input-output ratio of fairness based on the theoretical and practical data analysis. The basic medical insurance has been in instrumental action and must continue to play the core basic role, while the commercial insurance should play the supplementary role. From the perspective of the insurance content, the basic medical insurance “guarantees the basic health needs” and the connotation of “basic insurance” is to guarantee the medical expenses in the catalogue of basic medical insurance, which should conform to the principles of clinical necessity, safety, effectiveness and economy. Medicines, services and facilities which are not registered with these principles in the basic medical insurance catalog can be regarded as “non-basic”, and thus be excluded from the basic need guarantees to be provided with residents. Commercial insurance and basic medical insurance should complement each other to ensure residents are provided with differentiated and high-level service needs, which can realize effective connection. In this new era, the gap between available funds and the demands of basic medical insurance can only be bridged by improving the treatment combination mode and the financing mechanism of urban-rural medical insurance for residents.

【Key words】 Basic medical insurance; Commercial health insurance; Multi-level medical insurance system; Positioning and connection

目前我国已建成以基本医疗保险为主体,医疗救助为兜底,其他保障为补充的多层次医疗保障体系。但是基本医疗保险(以下简称“基本医保”)与商

业健康保险(以下简称“商保”)的定位及有效衔接仍缺乏充分的讨论与共识。有学者提出为了满足实现多层次制度的形式,政府应留出空间发展商保^[1];随

* 基金项目:国家医保局委托重点研究课题:“2020 年医疗保障战略目标与‘十四五’重点任务研究”(2019K20256)

作者简介:李珍(1956 年—),女,博士,教授,博士生导师,中国人民大学健康保障中心主任,主要研究方向为社会保障理论与政策。

E-mail:lizhen1113@vip.sina.com

随着经济进入新常态,覆盖 10 亿多人口的居民医保筹资增速可能会大幅下降,而居民医保的需求不断扩大,慢病、癌症、罕见病等渐次纳入医保后,居民对医保的需求大于筹资供给能力,还有论者主张通过发展商保填补居民医保的供需缺口。

本文认为:第一,从保障的作用看,基本医保在公平性的投入产出比等方面具有无可替代的作用,基本医保已经且必须继续发挥核心基础作用,商保则应发挥补充保障作用。第二,从保障的内容看,基本医保“保基本”,“保基本”的内涵是保障基本医保目录内的医疗费用,基本医保目录(三个目录^①)应符合临床必需、安全、有效、经济的原则,而高于这些原则的药物、服务及设施就可视为“非基本”;商保应与基本医保互补,保障居民的差异化、高层次服务需求,从而实现有效衔接。第三,新时代背景下,基本医保筹资的有限性与医保需求的无限性之间的缺口,只能通过完善基本医保待遇组合模式、优化居民医保筹资机制来解决,商保的营利性决定了它无法填补居民医保筹资与需求的缺口。

1 基本医保与商保的定位与衔接:学理分析

基本医保和商保的定位取决于两项制度各自的性质。基于学理分析,商业保险的市场失灵导致各国政府通过建立包括社会保险制度在内的手段干预医保领域;基于国内实践分析,我国基本医保起到了广覆盖、保基本的核心作用,从社会公平性、投入产出的绩效看,基本医保是更优的制度选择,符合社会政策“雪中送炭”的原则,而商保则是“锦上添花”的制度^②。

1.1 社会医疗保险与商业健康保险的定位:基于制度性质的学理分析

社会医疗保险作为分散参保人医疗费用灾难性支出风险的机制,与商保相同,但本质区别在于两者性质不同,前者以追求参保人福利最大化和社会公平为目的,而后者以营利为目的。

商保是以追求营利为目的的经济组织,商保的利源之一是毛保费与净保费之差。它的性质决定了保险市场存在以下特征及市场失灵。^[2]第一,选择性的覆盖对象。商保的第一原则是风险选择,即不承

保发生风险事故概率高的人群,一般来说,保险公司会拒绝 60 岁以上、有基础性疾病的投保人;第二,保险市场广泛存在信息不对称,不能保证公平交易。一是投保人倾向于“逆向选择”,即健康的人不倾向于买保险^[3];二是从保单制定过程到保单的解释、理赔等环节,信息偏在保险人;三是如果没有赔付率的监管,保险产品的性价比对投保人不利于,而我国目前尚缺乏健康险赔付率的监管^[4];四是参保人有动机参与医患合谋,制造道德风险,这一点与社会医疗保险相同,不同的是社会医疗保险作为战略购买者能够通过支付方式的完善对医院和医生进行比较有效的激励约束,而商业保险人对医院和医生的激励约束能力较弱,这也是为什么美国医生协会一直以来强烈反对社会医疗保险的缘故;五是商保的利润、营销和监督成本、各项税负等,使得保险产品的性价比不高。上述种种特征决定了商保只能为中高收入人群“锦上添花”,而不能为全体居民“雪中送炭”。

社会医疗保险与商保不同,它强调的是其社会性。它的社会性表现在,第一,社会医疗保险追求全体社会成员负担得起的医疗费用自付部分,从而提高居民对卫生服务的经济可及性。第二,强调社会成员的共济作用。社会医疗保险以全民覆盖为目标,不对风险进行选择,在待遇端使健康和不健康的人群风险共担。第三,风险和福利的再分配。绝大多数实行社会医疗保险的国家采取家庭联保,实现了不同负担的家庭之间风险和福利的再分配。第四,在筹资端实现收入再分配。到目前为止,社会医疗保险制度下,绝大多数国家是以工资(收入)为基数缴纳保险费,这就意味着社保发挥了收入再分配的功能。第五,具有较高的投入产出比。社会医疗保险不存在利润、营销成本和税负等,投入产出比较高。

医疗保险是重要的民生领域,但上述讨论发现,该领域内市场是失灵的。基于理论分析,社会医疗保险较之于商保具有明显的公平性和效率两方面优势,所以社会医疗保险应该发挥核心基础作用,商保起补充保障的作用,这种作用表现为满足居民差异化、高层次的需求。如果一个国家的社保制度没有能发挥上述作用,那是制度安排出错了,而不是制度的必然结果,应该做的事情是修正和完善社会医疗

① 《中华人民共和国社保法》规定的三个目录包括,基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准。

② 早在 1937 年,美国第 32 任总统富兰克林·罗斯福就曾指出,“我们的社会保障制度,不在于是否为富人锦上添花,而在于是否为穷人雪中送炭!”

保险制度,而不是矮化该制度。

1.2 公共保障制度与商业健康保险的定位与衔接:基于 OECD 国家的观察

健康的重要性及商保市场的失灵,使得各国政府通过提供公共保障制度弥补市场失灵。公共保障主要有两类,一类是以英国为代表的国家卫生服务制度,它以一般税收补贴居民医疗服务费用;一类是以德国为代表的社会医疗保险制度。无论哪种方式,政府干预的目的是为了降低居民在利用医疗服务时的自付费用,提高居民医疗服务的经济可及性和公平性。^[5,6]

本文通过对 OECD 国家的观察发现:

第一,公共保障在这些国家发挥着核心的作用,私人保险市场(包括商业保险和相互保险)起补充作用;如果过度依赖市场则公平与效率双受损。35 个 OECD 国家中除美国外都选择以政府干预为主、市场补充为辅的医疗保障制度。2015 年 35 个国家的卫生费用支出中,政府直接提供的保障和社会医疗保险支出占 72%,商保仅占 6%,其中商保份额占卫生支出 5% 及以下的国家有 24 个^①。美国是高收入国家中唯一没有全民社会医疗保险的国家,美国 55% 的人口由商业保险保护,商保支出占卫生支出的 35%。2015 年美国人均卫生费用支出 10 000 美元,是 OECD 国家平均费用水平的 2.5 倍,同时也是 OECD 国家中经济可及性最差的:美国 8% 的人口没有医疗保险;2016 年性别一年龄标准化后,因经济原因每 100 人中有 22 人有过应该就诊未就诊或未咨询医生的经历,18 人有过应购买未买处方药的经历^②。尽管美国出现上述问题的原因是多方面的,但以商保为主的保障体制是重要原因之一。

第二,在公共保障与私人保险衔接方面,有三种形式,一是互补型(Supplementary),即私人市场补充公共保障不足的部分,比如一些公共计划不保牙科或者某些处方药,私人市场会提供此类保险;二是增强型(Complementary),通过自愿的私人保险购买额外的医疗保险,以分摊社会保险范围之外的医疗费用;三是复制型(Duplicate),公共保障制度提供某类保障,但服务供给不足,需要排队,私人市场可以提

供保障以解决患者等待的问题。本文通过进一步分析发现,德国模式下的国家倾向于利用增强型,例如法国 96% 的人口被增强型保险覆盖;而国家卫生服务模式下的国家,例如澳大利亚倾向于利用复制型;荷兰、以色列等国家则倾向于互补型保险^③。

1.3 我国基本医保与商保的定位与衔接:基于学理的分析

我国的基本医疗保险是社会医疗保险,只是因为经济发展水平的约束,才将“保基本”^④作为社会主义初级阶段的原则之一。“保基本”的原则虽然被广泛接受,但关于“保基本”的内涵仍存在分歧。由于职工医保是社会统筹和个人账户相结合的制度,社会统筹保住院,个人账户保门诊,板块式保障将论者引入了一个两度思维的轨道,学界围绕着基本医保是“保大病”还是“保小病”、“保门诊”还是“保住院”展开了激烈的讨论。“保大病”的观点认为基本医保应以保大病为主,大病通常指住院病例^[7]，“保小病”的观点认为能够兼顾健康保障与费用控制,小病通常指门诊病例。^[8]“保门诊”的观点认为门诊属于基本医疗需求,应该保障^[9]，“保住院”的观点则批判“保门诊”是泛福利制度,违背了保险的“大数法则”和互助共济原理。^[10]

社会医疗保险是降低参保人医疗费用灾难性支出风险的机制,所以超过灾难性支出的费用才是它的标的,而不是所谓“大病”、“小病”,“门诊”或“住院”,如果我们还陷在原有的思维路径中,则偏离了社会医疗保险的目标。第一,疾病的“大”与“小”是相对的,小病可以发展成大病;不一定所有住院病例都花费高,不一定所有门诊病例都花费低。若低收入患者因为看不起“小病”,导致小病耽搁转成大病,甚至造成生命威胁,就违背了基本医保制度建立的初衷。第二,板块式报销制度,社会统筹“保住院”,推高了住院率,造成了一定的资源浪费。第三,我国慢性病患者呈逐年快速增长趋势,尽管次均医疗费用低,但累计医疗费用高,给中低收入患者及家庭带来了沉重负担,导致因病致贫、因病返贫问题突出。

基本医保的保险标的是医疗费用,由于筹资金

① 数据来源于《Health at a Glance OECD 2017》报告第 139 页。

② 数据来源于《Health at a Glance OECD 2017》报告第 91 页。

③ 参见《Health at a Glance OECD 2017》报告第 88 页。

④ 《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》国发[1998]44 号文指出,建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应,即“保基本”。

平有限,尤其是居民医保筹资水平有限,所以制度强调“保基本”,也就是保障水平是有限的。保障水平的高低由医保目录的宽度和政策报销比的高度两个维度决定。在筹资有限的情况下,政策报销比的高度越高,对中低收入者越有利,因而剩下的只有医保目录一个要素,即“保基本”本质上是规定医保目录的“保基本”。因此,“保基本”的内涵是保障基本医保目录内的医疗费用,基本医保目录(三个目录^①)应符合临床必需、安全、有效、经济的原则,而高于这些原则的药物、服务及设施就可视为“非基本”;“保基本”是动态发展的,它从早期“低水平”^②起步发展而来,十九大报告提出“保障适度”^③,可以预期未来随着社会经济的发展,基本医保的保障水平的提高,基本医保的目录也将有可能会扩大至“非基本”。

基于上述学理分析,本文认为,基本医疗保险在现阶段的定位就是在符合“基本医保”目录内发挥核心基础作用,为全民提供保障。从商保与基本医保的有效衔接关系看,商保应该为居民提供“基本医保三个目录”之外的医疗和健康保险,以满足“非基本”的差异化、高端化需求。按 OECD 对公共保障和私人保险的关系的分类,目前我国商保与基本医保的衔接存在重复保障问题^[11],属于增强型,而非应然的互补型。鉴于基本医保提供的保障水平有限,互补型商保比增强型商保更能精准满足保险需求而避免重复保险。而且,由于我国卫生服务体系的反应性较好,患者的等待不是主要矛盾,人民需要的仍然是医疗费用的保障,所以复制型商保也不是当下最紧迫的需求。

2 基本医保与商保的定位:实践数据的分析

本文利用可及的数据对基本医保和商保进行简单对比分析发现:第一,基本医保已经发挥了核心基础作用,且基本医保的投入产出比远高于商保,因而必须加强基本医保的建设;第二,商保保障的对象主要是年轻且收入较高的人群,而基本医保需求与筹资供给的缺口发生在居民医保中,其中 80% 的人口

是农民,商保对农民而言是昂贵的,商保不会也不能够填补这个缺口,更不利于福利最大化;第三,只有通过优化居民医保筹资机制,提高筹资水平,并在筹资约束下完善基本医保待遇组合模式,才能缓解中低收入者因病致贫、因病返贫的困境。

2.1 从保障作用看基本医保与商保的定位

我国基本医保已经且必须继续发挥核心基础作用,而商保发挥的补充保障作用与保费收入并不匹配。医疗保险制度的作用不仅取决于保费收入的规模,更取决于保费支出的规模。保费收入代表制度的发展水平,赔付(补偿)支出代表保障的作用。2018 年基本医保基金总收入 21 384 亿元,总支出 17 822 亿元,占全国卫生总支出的 30.7%;商保收入 5 448.13 亿元,赔付支出 1 744.3 元,仅占全国卫生总支出的 3%^④,基本医保筹资水平是商保的 3.9 倍,提供的保障却是商保的 10 倍。该数据一方面说明基本医保在多层次医保体系中发挥了核心的基础作用,另一方面说明商保的发展并没有提供与其保费收入相当的保障作用。这是因为基本医保基金的使用率为 83.34% (结余部分仍归参保人所有),而商保的赔付率仅为 32.02%。最终的原因是基本医保追求的是参保人利益最大化,而商保的目标是保险人利润最大化,基本医保应继续发挥核心作用,而不是腾出空间给商保。

2.2 从投入产出比看基本医保与商保的定位

从参保人的角度分析,在投入产出比方面,基本医保比商保具有无可比拟的优势,其核心地位是毫无疑问的。这里的投入是指保险费收入,产出指公平性和保障水平(包括覆盖率、受益率、报销水平等)。由于商保的一些数据不可获得,不能完全将两项制度一一对应比较,但已有的数据仍可印证上文的理论分析。

参保率或覆盖率以及制度为什么人提供保障是衡量医保制度公平性最重要的指标。国家统计局 2019 年统计数据显示,基本医保制度覆盖率达 95%,实现了人群基本全覆盖。但本文基于 2015 年中国

① 《中华人民共和国社保法》规定的三个目录包括,基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准。

② 1993 年十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》首次在党的文件中规定要建立社会保障制度,社会保障水平要与我国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应。面对相对低下的社会生产力发展水平,劳动和社会保障部提出,社会保障制度改革必须坚持“低水平、广覆盖、多层次”的基本方针。

③ 党的十九大报告指出,要全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。

④ 数据来源于《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》、《2018 年我国卫生健康事业发展统计公报》、《2018 年保险统计数据报告》

综合社会调查 (Chinese General Social Survey) 数据分析发现,我国基本医保参保率在 90% 左右,年长者参保率高于年轻人,参保人具有明显的逆向选择性;而且,商保的参保率仅在 8% 左右,参保者主要集中于年轻人和收入较高的人,保险人对参保人具有明显的风险选择性(图 1、图 2)。

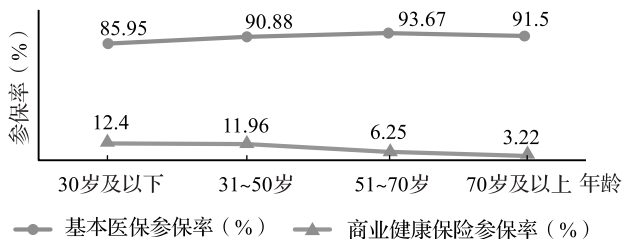


图 1 2015 年基本医保与商保各年龄段群体参保情况

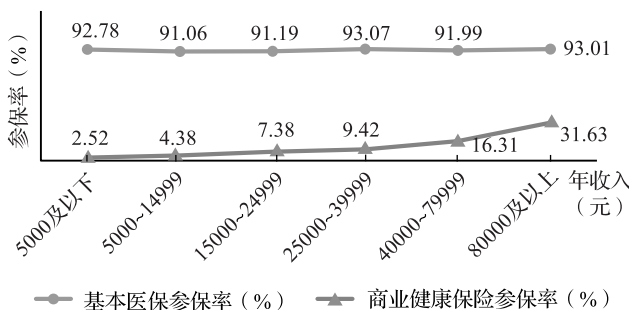


图 2 2015 年基本医保与商保不同收入群体参保情况

从保障水平来看,2018 年基本医保制度受益率(受益人数比参保人数)为 90% 左右,12 亿左右人口获得医疗费用补偿;职工医保政策范围内住院费用报销比为 81.6%,实际住院报销比为 71.8%;居民医保政策范围内住院费用报销比为 65.6%,实际住院费用报销比为 56.1%。居民医保的人均缴费为 776.8 元,人均支出为 699.5 元,基金的使用率高达 90%,受益率约为 90%^①。商业保险产业没有公开的数据,所以只能以个案为例:某保险公司“保险收入超 1 700 亿,累计服务 2.25 亿个人客户,理赔客户 1 908 万人,支付理赔金 351 亿元”^②,此案例中,该保险公司人均缴纳保费为 755 元,赔付率为 21%(赔付额比保险费收入);受益率为 8%,即 100 个人参保,8 个人获得保障;受益人人均获得赔付金额为 1 840 元。该案例中,商保与居民医保人均筹资水平差别不大,但保障水平远低于居民医保。

3 基本医保问题及解决方案

本文基于上文的讨论,得到下述结论:基本医保的问题只能通过完善基本医保制度来解决。我国基本医保体系内包含职工医保与居民医保两项制度,从多层次医保制度建设的角度看,两者面临的问题是不同的。职工医保的主要问题是医保目录包含了太多“非基本”的内容^[12-15],存在资金使用效率低下的问题;居民医保的主要问题是筹资水平较低^[16],以收定支,“有多少钱办多少事”,尚没有保住“基本”,自费部分是因病致贫、因病返贫最主要的原因。另外,由于居民医保是自愿性保险,基本医保还未实现全民覆盖,在未参保的人群中,流动人口、婴幼儿占比较高,同时存在明显的逆向选择,年轻人参保率低于老年人(图 1)。

本文认为可以通过以下措施应对:

第一,制定配套措施,实践强制参保立法,实现人人有保险。2019 年 12 月通过的《基本卫生与健康促进法》已规定公民有参加基本医保的权利与义务。强制参保已是法律制度,现需要制定配套措施实现全民参保。

第二,完善基本医疗保险待遇组合模式。在筹资水平一定时,收紧医保目录可以提高政策性报销水平,这样的待遇组合有利于提高中低收入者的医疗卫生服务使用率和医保资金利用率,从而有效防止中低收入者因病致贫、因病返贫。本文将“紧目录、高报销比”的待遇组合称之为“社会包容性待遇组合”。在社会主义初级阶段,基本医保的发展方向应该是坚持社会包容性待遇组合模式,职工医保应按此原则清理现存的目录,坚持医保目录“保基本”,并在未来的动态调整过程中坚持上述原则。

第三,优化居民医保筹资机制。要解决居民医保筹资与需求的缺口问题,只能是重新平衡政府与个人的责任,提高居民个人的缴费水平并将目前的定额缴费改为费率制度,建立居民医保筹资的动态调整机制,紧紧盯住“保基本”原则与目标,降低参保人自费水平,让居民敢看病、也看得起病。

优化筹资机制的改革将会产生较大阻力,但我们需要更新理念:医保保费的支出是居民的“必需消费品”而非“可选消费品”。居民的基本医疗服务需求

① 数据来源于《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》

② 数据来源泰康在线财产保险股份有限公司——微医保百万医疗

<https://www.wesure.cn/health.html?code=PH01>。尽管上述数据包括该公司的全部保险产品,但计算结果和其他公司公布的健康险赔付水平大致相同,且该公司是业界标杆,具备一定代表性。为方便计算,本文将客户数量理解为参保人数。

是刚需,如果筹资水平不足则个人自费部分会增加。世界范围内的经验证明,社会医疗保险是分散个人自费风险的有效手段,公共政策要做的是将自付的医疗费用转化为基本医保缴费。居民医保在很大程度上解决了“不敢看病”的问题,但由于医疗服务需求增加而使自付费用上升,因病致贫、因病返贫的问题不降反升。^[17]国家统计局数据显示,农村家庭医疗保健支出占人均消费支出的比重由2003年的5.7%上升到2018年的10.2%(年人均医疗保健消费额为1240元)。后精准扶贫时代,公共政策需要在较低筹资水平下居民自付费用上升导致的“高贫困率”和将自付医疗费用转化为基本医保缴费的“高居民医保筹资水平”之间进行选择。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 郑功成, 赵晓强. 社保与商保应在分工明确前提下实现共赢[J]. 中国医疗保险, 2014(9): 9-12, 15.
- [2] 李珍. 社会保障理论(第三版)[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2013: 215.
- [3] 李珍. 基本医疗保险70年: 从无到有实现人群基本全覆盖[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(12): 1-6.
- [4] 朱铭来, 崔晶晶. 美国商保医疗赔付率监管的经验借鉴[J]. 中国医疗保险, 2015(8): 64-67.
- [5] World Health Organization. Achieving universal health coverage: developing the health financing system[J]. World Health Organization, 2005 (Technical Briefs for Policy Makers No. 1).
- [6] World Health Organization. Health systems: improving performance. The World Health Report[R]. 2000.
- [7] 马琳. 基本医疗保险究竟应该保大病还是保小病[J]. 商情, 2016(38): 46.
- [8] 何文炯, 申曙光. 医保“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制?[J]. 保险研究, 2018(11): 93-106.
- [9] 姜日进. 门诊统筹, 我国基本医疗保险发展的必由之路[J]. 山东人力资源和社会保障, 2011(4): 36-37.
- [10] 张玉新. 两种门诊统筹模式之比较[J]. 中国医疗保险, 2011(5): 27-29.
- [11] 董克用, 郭珉江, 赵斌. “健康中国”目标下完善我国多层次医疗保障体系的探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(1): 2-8.
- [12] 张川, 王莉, 袁强, 等. 我国基本药物目录、基本医疗保险药物目录和WHO基本药物目录比较[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(7): 765-773.
- [13] 史强, 凌沛学. 《国家基本医疗保险药品目录》存在的问题及解决方案研究[J]. 食品与药品, 2006(12): 55-59.
- [14] 李红. 完善医保“三大目录”的构想[J]. 中国社会保障, 2008(8): 78-79.
- [15] 熊先军, 李静湖, 张杰, 等. 全国城镇基本医疗保险参保住院患者药品、医疗器械和诊疗项目利用情况调查[J]. 中国医疗保险, 2012(7): 34-39.
- [16] 李珍, 王怡欢, 杨帆. 论新时代医疗保险公法人治理体制的创新——基于多中心治理理论[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(11): 16-22.
- [17] 于新亮, 上官熠文. 因病致贫: 健康冲击如何影响收入水平? ——兼论医疗保险的脱贫效应[A]. 第三届中国医疗保健国际交流促进会健康保障分会学术征文获奖论文集[C]. 2019: 29-48.

[收稿日期:2019-12-10 修回日期:2020-01-05]

(编辑 薛云)