

# 激励机制、财政负担与中国 医疗保障制度演变

——基于建国后医疗制度相关文件的解读

□高春亮 毛丰付 余 晖

**摘要** 备受各方关注的医疗体制改革仍处于引而待发阶段,其中医疗服务与医疗保障市场化是医改的核心问题。然而医疗市场的特殊性及其内生的高昂交易成本,却极易成为医疗市场各参与方实现自身利益最大化的工具。复杂的市场特征使政策设计对参与方行为既会产生激励也可能产生扭曲,从而导致制度失范,最终引发制度变迁。本文梳理了建国以来各部委、国务院和中央所颁布的医疗制度相关文件,以医疗制度变迁中激励机制安排为线索,将我国医疗保障制度分为公费医疗、市场化导向和市场失范3个阶段,并对每一阶段医疗体制的关键问题进行了分析。本文认为财政约束、医疗改革的路径依赖和利益集团是深化医疗制度改革限制因素,由此提出矫正激励机制、引入竞争降低成本、统筹社会保障体制和完善社会医疗保险的政策建议。

**关键词** 医疗改革 激励机制 财政负担 制度变迁

## 一、医疗保障制度改革的核心问题

医疗卫生改革成败及出路的大讨论无疑是近年社会公共领域的一件大事。2003年SARS的大规模流行,引发了全体国民对沉寂多年的公共卫生的深切关注。2005年国务院发展研究中心的报告和卫生部门的表态,更使医疗卫生制度改革成为举国关注和争论的焦点。

对现行医疗卫生体制存在的问题批评主要集中在两点。其一公共卫生绩效差,公共卫生体系萎缩,尤其农村的三级防护体系基本瓦解。一个广为引用的证据是世界卫生组织在2000年对191个成员国卫生绩效评估排序中,中国仅居144位。其二是卫生资源配置显失公平性。这种不公平性主要体现在以下3个方面:(1)医疗保障覆盖面窄。我国传统的医疗保障制度只适用于机关事业单位的工作人员、国有企业及部分集体企业的职工,“城镇职工基本医疗保险现在只覆盖23%的城镇人口”(王绍光,2005);城镇其他劳动者,特别是非公有制企业劳动者,如私营企业职工、部分外商投资企业职工和个体经济组织的雇员等没有基本医疗保障。(2)城乡、地区间居民卫生资源占有程度差距巨大。卫生资源集中于城市和东部发达地区,绝大多数农村人口缺乏足够的社会医疗保障。(3)不同群体间卫生资源占有程度显著不同。在医疗服务利用方面,有医疗保险的人与没有医疗保险的人之间,富人与穷人之间的差距在不断扩大。医疗制度改革后,城镇居民中的一些弱势群体也脱离了基本医疗保障,这些群体的生老病死基本上由个体或家庭承担,而恰恰是这些群体承担能力极其有限。快速增长的医疗服务费用和极低的医疗保障覆盖率,使看病就医成为绝大多数城乡居民的沉重负担,无钱看病和因病返贫现象时有发生(许陵,2005)。

在最初的论争中,对医疗卫生改革的思路习惯上被归纳为“政府派”和“市场派”。政府主导的改革思路可以归结为:(1)主要由政府来举办多数医疗卫生机构,为全民提供廉价的医疗卫生服务;(2)使用一定的市场手段来提高医疗卫生机构的效率(国研中心课题组,2005;李

玲,2004;李玲,2006)。市场竞争的改革思路可归结为:(1)政府应当建立完善的医疗保险体系;(2)建立有效机制约束医疗机构行为政府应保证弱势群体基本医疗服务;(3)市场竞争在提高医疗卫生市场效率方面能够发挥重要作用(顾昕、高梦滔、姚洋,2006;刘国恩,2006a;刘国恩,2006b)。

在此基础上,2007年3月,8家机构向决策层提交了医疗卫生改革方案,改革的建议包括健全和完善公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应体系等方面的内容。在这四者当中,公共卫生服务体系的恢复和完善,需要政府承担应尽的职责,是各方的共识,药品供应体系的改革实际上服务和从属于医疗服务体系的改革。那么医疗服务体系和医疗保障体系共同构成的医疗市场的供求变化规律应该是探寻医疗制度改革的核心问题,也是多方争论的焦点。

但是对医改问题的讨论不应止步于此,也许我们应该进一步审视为何医疗事业会面临今天的困境,其发展的动力、演进的逻辑是什么?在各方激辩医疗制度改革的目标、途径以及政策取向时,似乎也应该把医疗改革本身作为对象放在一个更立体的维度下去审视。从横向的制度结构看,医疗卫生体制改革作为我国经济和社会体制改革的重要组成部分,镶嵌于我国的制度改革之中,医疗改革不能脱离这个大的背景;从纵向制度变迁角度看,现有医疗卫生制度绝非凭空出现,而是隐含在历史演进脉络之中,是我国卫生制度发展长河中的一个截面。因此了解该制度形成的背景及其前因后果,更有助于正确认识和准确把握我国医疗制度的演进方向。

我国医疗保障制度如何演进成当前格局?实质上是问:政府、医疗机构和市消费者如何相互作用以促成医疗制度变迁?医疗服务制度和医疗保障制度相互作用,蕴含了医疗机构变迁和病患消费的激励机制。医疗市场中特殊的不确定性、信息不对称最终形成医疗保障制度的高昂交易成本,这种成本却成为医患双方实现个人效用最大化的工具。政府将根据该制度条件下社会福利实现和财政承受能力选择是否进行强制性制度变迁。因此,尽管财政负担在医疗保障体制中若隐若现,却决定了体制改革的进路与方向。医疗体制变迁是管理层、机构和

医护人员共同行为的结果,因此从医疗体制演进过程中探讨当下医疗体制格局是颇为适宜的视角。

与以往分析医疗改革文献的一个重要区别是,本文着重考察了我国医疗制度变迁的动因,并且以建国以来党中央、国务院及各部委所颁布的245项医疗制度相关文件为分析基础(其中与本研究密切相关的主要文件清单参见附表),根据行为主体的激励特征,把我国医疗保障制度变迁划分为3个阶段:(1)1951~1984年公费医疗建立和改进阶段。该制度经过约30年执行最终导致财政难以承受医疗系统的开支而于改革开放初期进行调整。(2)1984~1997年效率导向的医疗体制市场化改革阶段。这一阶段财政逐渐从供给方退出,将承包制引入医院形成科室承包责任制,从机制上确立了医疗机构面向市场的逐利行为,筹资市场化产生的后果是医疗费用高涨。(3)1997年迄今,财政支出逐渐从医疗领域需求方退出,医疗市场失范与利益集团化加剧,个人和企业承担更多医疗支出,最终结果是医疗服务价格成为民生关注焦点。

本文着重从交易成本和制度安排所隐含的激励机制出发,探讨强制性变迁中微观主体的策略性行为如何对制度变迁产生影响,全文共分4个部分:第二节为文献回顾,归纳制度变迁的方向及其决定因素,并提出解释性框架;第三节分析低效率的公费医疗体制、市场导向的医疗体制改革和服务价格管制3个阶段的动因、约束与特征;第四节总结全文并展望我国医疗体制改革的方向。

## 二、医疗市场特征及医疗制度改革的基本逻辑

医疗服务市场同时具有不确定性、信息不对称、外部性、政府干预及非营利性5个特征(Phelps, 1992),其中不确定性、信息不对称及所衍生的代理人问题是医疗经济与卫生政策领域研究的关键。不确定性潜伏在医疗服务市场的每个角落,又不存在能够消除疾病,对冲不确定性的保险市场(Arrow, 1963; Gaynor, 1994),因此尽管信息网络有助于消费者取得健康信息,但是由于治疗效果的不确定,消费者仍然无法拥有完全的信息(Pauly, 1968),也很难自行评估医疗质量的好坏,病患只能委托专业医师为代理人,替自己选择治疗方式和医疗决策。

Chalkley 和 Malcolmsom(1995)指出,不同制度安排提供激励常常导致不同代理问题出现。

从供给方来看,在委托—代理关系中,信息弱勢的病患希望医师做出符合其利益的决策;但厂商和代理人的双重角色极易促使医生行为扭曲,行为扭曲的结果表现为对病患进行需求诱导。学者研究表明供给诱导需求现象普遍存在。Roemer(1961)发现“造好的一张病床就等于填满的一张病床”的现象;Fuch(1978)指出外科医师与人口比愈高,手术次数愈多;Rice(1983)提出医师服务费用下降后,医疗服务量随之上升。Yip(1998)根据诱发需求的假说推断出,当医师的执业项目受收入效应影响时,将会增加服务量来弥补收入的减少。此外,利用加总资料研究所得结果大致都支持供给诱发需求的现象(Fuch,1978;Rice,1983)。制度安排中的激励机制使医生收入与其诊疗收入密切相关,他们将充分利用信息不对称和不确定性,诱导更多医疗需求,增加病患或医疗体系的卫生支出。

从需求方角度看,在多数国家里,医疗市场特征是消费者、付款者和第三方医疗保险提供者的有机组合。第三方保险人的出现意味着需求价格可以在某种程度上独立于供应价格,这使得医疗市场面临需求方的道德风险,没有合适的手段鼓励病人节约使用医疗资源(科尔奈、翁笙,1999)。从医疗保险来看,成本分摊可能激励消费者减少医疗利用率,从而节约医疗费用开支。有研究指出病患负担25%的费用和无需负担医疗费用的制度安排相比,前者将减少19%医疗支出;而负担50%的费用将减少支出30%以上(Newhouse,1988)。Feldstein 和 Gruber(1997)对3种医疗费分摊比例的保险进行分析,结果表明负担50%且10%的自付上限福利绩效最优。Hu(1999)在Lucas人力资本积累与经济成长的分析中加入健康资本因素,研究结果表明个人分摊比例越低或经济增长越快都将使医疗服务需求增加。上述研究的推论显而易见,消费者承担医疗费用比例过低,则可能出现“需求诱发供给”现象。当由第三方(比如说疏于管理的政府)提供医疗服务的资金来源,供需方均不向医疗资源效率负责,因此无论医疗服务的供给者还是需求者均可过度消耗医疗资源,最终交易成本反映为医疗保障体系开支膨胀,从而增加政府财政困难。

医疗保障制度中激励机制和委托—代理问题最终影响医疗开支规模,当医患双方意识到医疗市场特征时,可能利用信息不对称和不确定性以实现个人效用最大化,因而内生的交易成本成为扩大医疗开支的工具。当某一参与方无法负担相关的交易成本,最终将诱发医疗体制变迁。因此现有制度所存在的激励安排有可能诱使行动主体改变现有制度(Steinmo, Thelen and Longstreth, 1992)。

显然医疗保障制度作为一种激励机制会影响各方主体行为。因此可以从激励机制对供需双方的影响出发分析医疗保障制度变迁。如果现有激励机制足够强,相应微观主体缺乏足够激励改变现有状态,倾向于维持现有制度。当微观主体能够从较高交易成本中获得收益时,他们有激励维持较高的交易成本,阻碍交易成本较低的制度形成。

据此,本文的解释性框架包含了3个要点:第一,医疗服务市场信息不对称和不确定性程度较强,因而医疗市场交易成本成为微观主体实现个人目标函数的工具;第二,医患双方均为追求个人效用最大化的理性经济人,制度蕴含的激励机制使其可能利用交易成本强化微观主体的机会主义行为谋求个人或部门利益;第三,政府目标函数是财政支付能力约束下的社会福利最大化,由于社会福利包含多种构成要素,医疗开支仅是财政支出的一个比例。当财政支出结构不变时:(1)医疗费用规模膨胀可能转化为财政支出规模膨胀;(2)若财政退出,则医疗费用膨胀转化为个人支出增加。两种情况均可能导致政府、机构和个人之间寻求新的医疗费用分配方式,并由此促成制度变迁。

### 三、激励机制与中国医疗保障制度变迁的脉络

在探讨医疗保障制度过程中,我们着重以历年政府颁发至今仍然有效的文件所记录的内容作为依据,以此构造解释医疗保障制度变迁的因果证据。医疗体制涉及范围广,涵盖人员、财务、医疗技术等多个方面,但其中主要脉络仍颇为清晰:自新中国到20世纪90年代后期,文件所记录的关键词是效率,医疗投入浪费、财务压力、入不敷出是主要内容;而90年代后期至今,文件所记录的关键词则是医疗服务价格管制。其间机制转换在诸多文献中

已有探讨,“财政退出、个人进入”是激励机制转换的关键。

### (一)1951~1984年:公费医疗阶段

我国最早实行的是公费医疗制度,受益对象为机关与事业单位工作人员,同时亦建立了劳保医疗制度,受益人群为国营企业职工。该项制度的最早起源于1951年由政务院所颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》。建国初期为了体现社会主义优越性,公费医疗涵盖的群体不断扩大,将更多群体纳入到公费医疗保障体系范围之内,享受公费医疗和医疗保障趋势是适用范围不断扩大。除了确定受益人群外,我国也于1952年确定了医疗保障开支主要项目。由于实施公费医疗的是机关与事业单位,这些单位大多没有业务收入,或虽有收入但是不足以抵偿支出,所以公费医疗的经费是由国家通过财政预算的方式去加以编列开支。而公费医疗的经费数额则是根据职工对医药方面的实际需求、国家财力、医药卫生事业单位3方面所能提供的资源综合考虑的,也就是按照每人每年享受公费医疗待遇的预算定额加总,将经费拨交地方管理使用,实际超支部分则由财政补贴。

由于公费医疗体制下的消费者几乎不承担医疗费用,此时激励机制鼓励需方过度利用医疗资源,因而医疗开支膨胀较快。自从1952年确定公费医疗体制后,修补制度缺陷的努力一直未曾中断。1957年政务院就试图遏制干部医疗费用滥用,规定出了10种不得报销的情况,并规定报销必须凭借公费医疗证;到指定的医疗机构或经指定医疗机构同意,转往其他医疗机构的方能报销费用。这些原则在1958年、1961年与1962年又更加细致化,但是作用似乎并不明显。在1962年以前对于公费医疗经费增长的遏制办法,原本试图通过约束病患行为的方式达到减少医疗保障财政支出的目的,然而这些措施在“管办一体”的情况下必然执行不力,常流于形式。由于国家在医疗卫生上的财政负担加重,1965年规定挂号费自理,并且要求各地区医院对于营养滋补药品也要进行收费,以平衡开支,1977年则规定了自费药品范围。

政府试图通过两种方式划分私人支付与财政支付边界,控制医疗开支:一是谁享受公费医疗,即群体的划界标准;二是享受何种程度的公费医疗,

即药品的划界标准。虽说国家为划分私人支付与财政支付边界付出较多努力,但实际操作过程中,两者的边界仍然模糊,经过多次调整,享受公费医疗群体范围难以准确界定,必须的医疗药品和营养滋补品也难以确定。界定无效的原因仍然在于医患双方均无激励节约医疗资源,也无相应的机构有动力去监督;并且由于界定药品和滋补品、享受公费医疗的对象需要较高的专业化知识、技术手段和大量投入,建立有效甄别机制代价高昂。

公费医疗制度固有的缺陷一旦为人们所掌握,他们将会通过机会主义行为谋求个人利益。这表现在两个方面:一是由于群体界定较为模糊,体制外与体制内的群体易于形成合谋,使得体制外的群体能够假手体制内群体获得较为低廉的公费医疗服务。二是尽管国家不断强化药品管理,但利益最大化个人总能够寻找到获利途经。这一阶段的医疗体制具有显著的弱激励机制和高交易成本特征。低激励机制与当时国家分配制度相关,因此在医疗体制内人们有激励改变既有分配方式,高交易成本使得公费医疗体制难以持续。医疗领域较高的交易成本是固有的,在任何制度内都受机会主义行为影响,而在公费医疗制度下,激励机制允许供、需双方都行使机会主义行为,由于缺乏技术手段区分交易成本结构,也缺乏监管机构和必要的监管激励,因此最终固有的交易成本、机会主义行为产生的交易成本共同形成财政难以承担的高额开支。特别到我国改革开放之初,财政更加难以负担医疗领域的开支。

### (二)1984~1997年:市场导向的医疗体制改革

1984~1997年期间我国基本确立了市场导向的医疗体制改革模式。称其为市场导向的改革是因为医疗机构引入城镇企业改革的经验承包责任制,医疗机构也转换为事业单位身份、企业化运作的经营模式。这一改革方向与财政压力密切相关。公费医疗和劳保制度形成了较大规模财政压力,1979年前后医疗投入不足已经有可能影响医疗体制运行,因此制度倾向于激励医疗机构自收自支,以此替代财政在卫生领域的开支。此时激励机制将医生、医疗机构收益与服务供给规模相捆绑,医疗机构倾向于通过收费平衡收支并提高医护人员收入。

市场导向的公费医疗制度改革目的是缓解经

费压力,核心则是财政从医疗供给领域的退出与个人进入机制的确立(使用者付费,虽然比例上不多)。以往公费医疗与劳保医疗原则上都是以个人零负担,即便部分地区需要个人支出,但数量极低。因划界困难以及普遍的机会主义行为,最终导致公费医疗的财政负担不断加大,仅依靠对原有制度修补难以改变医院赔本的局面。从公费医疗发展历程可以看出,在1985年以前制度改良措施包括两个方面:一是管制医院,通过多种途径约束医院任意发放药品和任意扩大受益人群;二是告诫患者,试图通过规章约束患者行为,希望患者自律。当两者达不到制度设计者的初衷时,必然以改革替代改良。而公费医疗改革的方向则无疑由管制医院延伸至既管治医院又管制患者,管制患者如上文所指出的治疗费用“适当与个人挂钩”,由此改变了制度激励机制。

1984年国家明确指出公费医疗制度改革是解决医疗费用居高不下的唯一途径。仔细分析1984年医改文件内容,可以看到其中所规定的在以往政策当中都有表述,《通知》不过是对以往各种管理措施的系统化,并未增加新的内容。这也意味着个人和机构在制度下的行为所形成的利益格局,已经构成原有制度持续的障碍,以至于公费医疗和劳保制度两者都到必须要改革地步。

财政退出的第一步是鼓励医院创收,将医院设定为差额财政拨款单位。具体做法就是首先增加医院收费项目,其次通过承包责任制的确立合理化医院收费。此次制度变革的最大特征是微观主体的逐利行为得到确立,医疗服务供给主体得以进行市场化筹资。在文件中详细记录了政府鼓励医院创收弥补财政拨款不足以解决对其发展的限制,也记录了允许科室承包和明确指出医护人员可以兼职以获得更高个人收入<sup>①</sup>。

这一时期医疗体制改革重点包括:一是改变医疗费用的筹集方式,由改革以前的各单位自行筹集改成各地方政府筹集,以增加医疗保险基金承担风险的能力,同时还可以解决各单位因职工年龄结构不同所带来医疗费用负担不均的问题。二是引入市场机制,增加需求方对医疗服务的付费比例,并希望能制约需求者对医疗保险的过度需求。因此市场导向的医疗体制改革事实上是财政退出与个人进

入过程。不过,我国医疗市场化改革只是完成了医疗服务筹资的市场化,但医疗服务本身的市场化并未实现(陈钊、刘晓峰、汪汇,2008)。

市场导向的医疗体制具有强激励特征,此一阶段医疗机构有足够激励施行“供给诱导需求”以实现医疗机构收入最大。市场导向的医疗体制改革是为了减少卫生财政开支负担,但不应是政府卸责的制度确定过程。然而由于所确立的激励机制,医院收入不足、医护人员收入不足均可通过向消费者收费得以解决,因此当医疗制度中固有的交易成本依然存在,医疗机构必将利用信息不对称,而且有足够的激励去扩大这种不对称以谋求部门利益,而病患则承担了较高的交易成本。

由于激励机制允许医疗机构获得更高收益,因而他们更愿意维持现有状态,市场导向的医疗体制将个人收益与高交易成本捆绑,既然消费者承担交易成本,那么交易成本越高医疗机构和医护人员收益则越高,因此医疗机构有足够意愿维持该体制不变,而且可能成为制度变迁的阻碍。

### (三)1997年之后:医疗市场失范与利益集团化阶段

自1997年正式确定“建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度”以来<sup>②</sup>,我国医疗体制改革重点由供方转向需方,医疗保险制度建立过程似乎是财政支付进一步从需方退出过程。这一阶段所产生的问题集中于医疗服务价格高,医疗服务价格高企在1998年后愈演愈烈,2006年国家多个部门频繁发布文件,提出解决办法以遏制医疗服务价格较高的现象,然而时至今日医疗服务价格仍未能缓解<sup>③</sup>。在上一阶段改革中医疗机构形成的激励机制尚未改变,因此医疗机构倾向于维持现有状态而不愿改变。他们充分利用信息不对称和不确定性增加病患支付水平,通过增加病患个人分摊部分增加医疗机构收入,医院常用的主要方式:科室承包、科室租赁、开单提成、药品回扣等。

政府也试图使医疗机构提供价格合理的医疗服务,主要举措有:(1)调整医院管理体制、医务人员行为管理;(2)鼓励民间资本进入医疗领域;(3)部分药品价格管制。但是现有格局表明依靠增加民营医疗机构以改变当前医疗机构行为,通过竞争矫正医院人员行为难以实现。其原因有二:一是在现

有体制下,人才流动受体制束缚。体制内的医疗技术人员可以获得较高收益且有事业单位身份,而这部分医疗技术人员具有最佳的技术水平,因此民营企业缺乏吸引人才的诱因。二是因为逐利是医疗系统的系统性行为,目前缺乏合理的制度以保证新增加的民营医疗机构的行为与体制内医院有显著差异。基于此,本文认为依靠增量改革的方式需较长时间才有可能纾缓当前的境况。

通过药品收入弥补服务收入不足是医疗机构行为的常见方式,即“以药养医”。药品流通环节存在较多分利阶层,因此药品价格成为很多人生存牟利的重要途径。医院也有足够的方法规避药品价格管制规定,只要激励机制存在,它就设法利用医疗市场特征从中受益<sup>⑩</sup>。文件频发则充分表明药品价格管制难以取得实效,同时也表明医疗机构和医护人员有更多方法规避管制。

在改革中第二阶段财政从供方退出,第三阶段财政从需方退出,然而激励机制却延续下来。当医疗机构通过优势地位向消费者收取较高费用时,消费者因高昂的医疗价格而形成的社会压力成为医疗体制进一步改革的诱因。

第三阶段医疗市场矛盾变得更为突出,原因主要有两个,第一个原因是在第二阶段形成的医疗市场既得利益进一步强化,形成既得利益集团,加剧了医疗市场的利益攫取和分利活动;第二个原因是在此阶段医疗市场需求方力量更弱,原本存在于第二阶段但是被政府负担的责任,此时大部分被转移和释放出来,加剧了医疗市场的矛盾。

必须指出的是,第三阶段的市场失范和利益集团化现象与第二阶段的激励机制一脉相承。相关部门在把医疗市场供给主体推向市场,卸下财政包袱的同时,在管理上也采取了放权卸责的管理模式。一方面采取放权的方式卸去对市场的监管职责,另一方面通过审批权控制市场准入的权力,获得租金参与医疗市场分利活动。

我们认为医疗体制信息不对称决定了医疗体制固有的交易成本,无论何种激励机制均有可能扩大交易成本,其差别仅在于交易成本由谁承担。这种状况普遍存在于各国的医疗服务领域,在现有技术条件下,尚难以寻求最终的解决方法,即使“最复杂的激励机制也不能纠正所有的扭曲行为”。然而

这并不是我们维持现有体制的理由,我们仍然认为,通过深化市场改革方式变革医疗制度的激励机制安排才是可行之道。

#### 四、医疗保障制度改革的方向与政策含义

对医疗供给方而言,我国医疗保障制度具有强激励。承包责任制使医院通过该制度可谋求更大收益,而且承包责任制已为医疗机构广为接受,固化为行业惯例,在缺乏财政资源而又要实现医疗事业发展的前提下,向消费者收费成为必然。卫生部门亦可通过放权、分利谋求部门利益,而随着放权进程,市场规制责任也难以继。至此,在扭曲的激励机制安排下,医疗机构可利用医疗市场的特殊性不断谋求部门利益,微观主体不愿改变现有状态,因而医疗制度改革路径依赖中激励机制扭曲的特征表露无遗。如果说改革之初承包责任制学习模仿了企业改革,并促成医疗事业发展,那么现今企业改革已经走向清晰国有和私营企业边界,为何医疗制度的激励机制仍延续改革之初的制度安排?医疗制度改革是否仍需向企业改革借鉴经验?

医疗机构毕竟不同于企业,根本原因在于所提供产品性质上的特殊性,如医疗服务产品负外部性强、难以标准化、监督成本较大等。因而医疗制度改革很难以继续借鉴企业改革思路,而需充分考虑其特征后重新进行制度安排。总结我国医疗制度变迁历程,前事之师,有3点是我们下一步医改所不能忽略的。

第一,财政约束是制度运行的首要考量。最初国家财政从医疗领域的退出源于政府可支配财力与医疗卫生开支间的巨大缺口,可算无奈之举;此番重提医疗卫生领域政府的基本责任,首先要归功于科学发展观和和谐社会理念对民生问题的关注,不过政府意愿变化背后的践行能力是超过5万亿元的财政收入。一个好的制度设计要有可持续性,应考虑到未来经济放缓和财政收入下降可能对医疗保障制度持续性的影响。

第二,制度的演进和变革既有其路径依赖的特点,也受时代变迁和相关制度的制约,必须审慎对待。不能不考虑既有制度和行为模式对新制度的潜在影响,也不能脱离宏观背景设计制度。

第三,市场导向改革时期的激励制度业已形成相应的利益格局和分利集团。固有的利益格局和分利集团直接影响制度的形成运作,可能导致良好初衷的制度设计在实践中变形,因此对医改制度未来运作的困难应当有充分估计。

相应的,医疗改革的重点也应集中于如下几个方面。

首先,矫正激励机制。无论哪种改革模式,医疗机构都有可能利用信息不对称谋求个人收益,因此从微观上保证医技人员的收入水平源自于所提供的医疗服务是解决医技人员激励行为扭曲的必要条件<sup>⑤</sup>。保证医技人员收入水平是个老问题,当前医生收入主要是医疗服务与药品器械回扣(包括医疗器械使用费提成)两部分,不能从医疗服务中得到相应报酬就必然转向增加药品器械的使用费用(包括价格与数量),药价虚高和医药器械领域乱象在所难免。

其次,引入竞争进行成本控制。根据世界上大多数实施健康保险国家的经验,设计良好的支付制度是控制医疗费用急剧扩大的重要方法。然而更重要的是“激励医生和其他保健提供者降低成本”。科尔奈、翁笙(1999)认为,国家有责任保证每一个公民获得基本医疗保障的权利,这种责任既没有要求国家控制或拥有机构提供这种服务,也没有排除这种可能性。关键取决于哪种所有制形式在有关国家最有效。一般而言,政府规制下的市场费用识别机制优于政府举办,因此引入足够数量的非国有医疗部门是一个更可行的选择,一方面是因为非国有部门必须获得关键性的数量才能终结生产者支配消费者的局面,另一方面则是因为在信息不对称情况下,通过竞争机制显示成本是必要的。

第三,考虑好制度的衔接。这里面有3层含义。第一层含义是医疗保障制度内部的衔接,既包括新旧医疗保障制度的衔接,也包括城乡、地区间医疗保障制度的衔接,其重点在于相对公平性和可操作性。第二层含义在于医疗保障制度和其他保障制度,比如与养老保险、最低工资标准、最低生活保障等的衔接,共同构筑现代社会公民应享有的社会保障权利。第三层含义在于中国医疗制度如何与更大范围的经济社会体制衔接的问题,这实际上意味着“向后退式”的医改必然与社会进程不相适应。

医改中另一重要内容是医保制度的运行和管理如何操作。无论是从中国历史经验还是国外的实践看,对医疗服务供给方的管理都是关键。“社会利益部门化,部门利益单位化,单位利益个人化”,似乎成为渐进改革中许多行业部门的共同特征,多年来政府职能缺失与错位导致的行业既得利益格局形成。从医疗卫生行业来说,相关主体都具有某种程度的信息垄断优势,卫生行政当局行政权力主导更加剧了这种垄断优势。因而,如果没有相应的机制或抗衡的力量打破这种信息优势,那么制度的演进的路径将指向有利于行政权力利益的垄断,有损行政权力利益的改革措施都将难以推行<sup>⑥</sup>。比较国资委与国有企业间的关系,国有企业盈利模式与民营资本进入之间的关系就不难明白这一点。因此管办分离,排除既得利益集团的影响,减少政府的决策范围,破除国家所有和控制的垄断,允许不同的所有制形式和协调机制之间的竞争也许才是正确改革方向。

最后不得不指出的是,目前关于医改方向的讨论中绝大多数讨论都忽略了重要的一点,那就是“政府主导”与“部门主导”的根本性差别。所谓政府主导的真正含义,在于强调国家保证公民获得基本医疗保障权利的根本性责任,政府主导意味着社会公众和各阶层的意见能够充分表达和得到尊重。从这个角度讲,关于医改方向,不论“政府派”还是“市场派”在这一点上是完全可以达成高度一致的。而部门主导改革进程的结果很可能是进一步的利益部门化,我国多项不成功的改革过程已经清晰地昭示了这一点。中国未来改革进程能否打破利益集团化和部门利益化,医疗制度改革将是一块试金石。

(作者单位:高春亮,南京财经大学南京都市圈研究中心;毛丰付,浙江工商大学经济学院;余晖,中国社会科学院工业经济研究所;责任编辑:蒋东生)

### 注释

正如我们后面分析所示,这种习惯性的提法更多的是一种简化,多数学者的讨论并未停留在非此即彼的境地。

一个更详细的医疗市场特征的总结可参见科尔奈、翁笙(1999)。

考虑到前后制度的衔接对应,本文对医疗保障制度的讨论主要指城镇医疗保障制度。

见《中央人民政府政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属的事业单位的国家工作人员实行公费医疗的预防指

示》(1952.6.27)、《中华人民共和国劳动保险条例》(1951.2.26)、《国家工作人员公费医疗预防实施办法》(1952.8.30)、《卫生部关于公费医疗的几项规定》(1953.1.23)。

如《卫生部、财政部关于改进公费医疗管理问题的通知》(1965.10.27)指出:“享受公费医疗待遇的人员治病的门诊挂号费和出诊费,改由个人缴纳,不得在公费医疗费中报销……近几年来很多地区,实行了营养滋补药品(包括可以药用的食品)自费的办法,今后还要坚持执行。”其余记录参见《卫生部关于干部(行政十级与司长级以上)公费医疗报销几项问题的通知》(1957.6.25)、《国务院批转卫生部关于严格限制到外地休养的报告》(1962.6.5)、《卫生部关于严格控制病人转地治疗的通知》(1962.8.20)、《卫生部、财政部、国家劳动总局关于检发〈享受公费医疗、劳保医疗人员自费药品范围的规定〉的通知》(1977.10.18)、《财政部关于改进公费医疗管理问题的通知》(1965.10.27)。

如《贯彻执行〈卫生部等单位关于在全国开展整顿药厂的工作的报告〉的实施细则》(1980.12.2)指出:“发现不少医疗机构成批地购进用陶瓷旅行杯、玻璃旅行杯等作包装的补浆、补汁、止咳露、止咳糖浆等药品……一些地区进了这类药品都从公费医疗费中报销,造成经费大量超支和物资的浪费。一些医院进了这类药品,部分职工为了送人情,乱开处方,给医院的管理工作造成极大的混乱,助长了不正之风,同时,在群众中也造成极坏的影响”。《关于整顿与加强公费医疗管理工作的通知》(1978.8.2)、《全国总工会、国家劳动总局、财政部关于制止把医疗费全部发给职工个人包干使用的通知》(1982.3.18)也有类似的表述。

在《关于解决医院赔本问题的报告》(1981.2.27)指出:“全国每年需要住院的病人二千五百万人次……全国公费医疗费约需增加九千万元,由地方财政负担。劳保医疗费约需增加二亿六千万元,由企业单位分担。实行这个办法后,全国医院还要赔本”。《卫生部、财政部关于进一步加强公费医疗管理的通知》(1984.4.28)也指出:“据统计,1982年全国平均每人公费医疗开支近50元,个别地区高达百元以上,全国超支3.7亿元”。

对这一时期的划定有一定的差异,多数学者的研究认可为20世纪90年代中期。

在20世纪90年代中期国企大规模改制之前,国有企业部门的资金压力是通过预算软约束的方式解决的(非国有经济与劳保医疗无缘),最终买单者仍然是政府。

《卫生部、财政部关于进一步加强公费医疗管理的通知》,1984.4.28。

①《国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知》

(1985.4.25)、《卫生部关于部属医院试行承包责任制的意见(试行)》(1988.5.28)、《卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务总局关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(1988.11.9)均指出:“积极推行各种形式的承包责任制。……单位可以根据国家有关规定,自行管理、自主经营、自主支配财务收支,并决定本单位集体福利和奖励基金分配形式。”《国务院批转国家教委等部门关于深化改革鼓励教育科研卫生单位增加社会服务意见的通

附表 主要参考文件

年度	日期	文件名称
1952	6/27	《中央人民政府政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属的事业单位的国家工作人员实行公费医疗的预防指示》
1952	8/30	《国家工作人员公费医疗预防实施办法》
1953	1/23	《卫生部关于公费医疗的几项规定》
1956	8/21	《国务院人事局、卫生部、内务部为国家机关工作人员退休后仍应享受公费医疗待遇的通知》
1962	9/10	《卫生部关于中央国家机关司、局长及行政十级以上干部公费医疗的报销规定的补充说明》
1974	7/20	《卫生部、财政部关于检发享受公费医疗人员自费药品范围(试行)的联合通知》
1979	4/28	财政部、卫生部与国家劳动总局联合发出《关于加强医院经济管理试点工作意见的通知》
1979	6/22	《卫生部关于加强直属及双重领导事业单位财务管理工作的试行办法》
1979	8/2	《财政部、卫生部关于整顿和加强公费医疗管理工作的通知》
1980	10/23	卫生部发布《卫生部关于当前加强县医院工作的几点意见》
1981	3/18	卫生部颁发《医院经营管理暂行办法》与《关于卫生机构(部含医院)经济管理的意见》
1981	5/22	国务院颁发《关于加强医药管理的决定》
1982	11/6	《卫生部、财政部关于医院实行按成本收费试点情况和今后意见的请示报告》
1984	5/28	卫生部与财政部发出《关于试行预防接种收取劳务费的通知》
1984	6/6	卫生部与财政部印发《关于公费医疗报销问题的批复》
1985	8/30	《医疗卫生事业单位工作人员工资制度改革实施方案》与《关于护士工龄津贴的若干规定》
1986	9/9	《关于业余医疗服务收入提成的暂行规定》
1988	3/1	卫生部、国家物资局、财政部联合颁发了《全国卫生防疫机构收费暂行办法》
1988	10/28	卫生部发出《关于加强医疗工作管理的通知》
1988	11/30	《全面检查清理不合理医疗费的通知》
1989	4/28	卫生部与财政部联合发出《关于对卫生专项补助经费实行项目管理的通知》
1989	8/9	《卫生部、财政部关于印发〈公费医疗管理办法〉的通知》与《公费医疗管理办法》
1990	1/24	《关于整顿中药流通秩序的通知》
1990	7/5	《关于加强卫生防疫防治机构有偿服务管理的工作通知》
1990	9/3	卫生部发出《医药卫生技术贸易管理暂行规定》
1990	10/15	《关于整顿中药价格的通知》
1992	5/4	《国务院办公厅关于进一步做好职工医疗制度改革工作的通知》
1994	4/14	《国家体改委、财政部、劳动部、卫生部印发〈关于职工医疗制度改革的试点意见〉的通知》
1992	5/21	《卫生部加强公费医疗制度改革试点工作的通知》
1994	10/19	《关于进一步加强药品市场管理的通知》
1996	8/21	《国家计委关于发布〈药品价格管理暂行办法〉的通知》
1997	2/22	《国家计委关于印发〈药品价格管理暂行办法的补充规定〉的通知》
1998	11/3	《国家计委关于完善药品价格政策改进药品价格管理的通知》
1999	6/15	《药品流通监督管理办法(暂行)》
1999	10/19	《国家药品监督管理局关于对〈药品流通监督管理办法〉(暂行)执行中有关问题解释的通知》
1999	11/15	《关于印发〈医疗机构“医药分开核算分别管理”暂行办法〉的通知》
2000	2/16	《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》
2000	4/24	《卫生部关于加强医疗机构药品集中采购试点管理工作的通知》
2000	6/7	《国务院批转国家药品监督管理局药品监督管理体制改革方案的通知》
2000	7/10	《关于印发医疗机构集中采购试点工作若干规定的通知》
2000	7/10	《关于医疗卫生机构有关税收政策的通知》
2000	7/20	《国家计委印发关于改革药品价格管理的意见的通知》
2000	7/20	《国家计委、卫生部印发关于改革医疗服务价格管理意见的通知》
2000	11/21	《国家计委关于印发〈药品价格监测办法〉的通知》
2001	7/23	《卫生部关于印发卫生事业第十个五年计划纲要的通知》
2002	8/12	《关于加强城镇职工基本医疗保险个人账户管理的通知》
2002	9/16	《关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》
2003	1/16	《国务院办公厅转发卫生部等部门关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》



知》(1989.1.15)、《〈关于医务人员业余服务和兼职工作管理的规定〉的通知》(1989.4.13)进一步指出:“各单位发放多少奖金,应根据单位收支结余情况和规定的奖励基金提取比例确定。二、允许有条件的单位和医疗卫生人员在保质保量完成承包任务……从事有偿业余服务,有条件的项目也可进行有偿超额劳动。”《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》(1992.9.23)规定:“支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理,做到自主经营、自负盈亏;允许试行‘一院两制’或‘一院多制’的经营模式和分配方式;允许试办股份制医疗卫生机构……特殊服务部分,分别情况实行浮动定价、同行定价或自行定价。不同等级的医疗预防保健单位应拉开收费档次”。

⑫《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(1997.1.15)指出:“改革城镇职工医疗保障制度。建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度,逐步扩大覆盖面,为城镇全体劳动者提供基本医疗保障。保障水平要与社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应。保险费用由国家、用人单位和职工个人三方合理负担。职工社会医疗保险实行属地管理”。

⑬《国家工商行政管理局、卫生部等部门关于印发〈关于全国整治药品回扣违法行为工作情况和意见的报告〉的通知》(1998.4.13)认为“目前,一般折扣比例在15%左右,有的高达30%……特别是与药品有关的收入占医院业务收入的50%~60%。”在《卫生部关于在医疗活动中严禁临床促销费开单费等回扣行为的通知》(1998.9.7)、《卫生部、国家中医药管理局、财政部、国家计委关于印发〈关于城镇医疗机构分类管理的实施意见〉的通知》(2000.7.18)、《卫生部关于印发〈卫生部关于十年五年计划纲要的通知〉(2001.7.23)、《卫生部关于印发〈卫生部关于加强卫生行业作风建设的意见〉的通知》(2004.4.21)、《国家发展改革委、卫生部关于进一步加强医药价格监管减轻社会医药费负担有关问题的通知》(2004.10.9)均有记述并试图通过规范医疗机构行为遏制费用上涨。

⑭《卫生部办公厅转发吉林省卫生厅、监察厅〈关于对全省37家医疗机构贯彻落实相关法律法规情况开展执法监察的通报〉的通知》(2006.2)指出:“37家医院普遍存在个别医疗服务项目收费不规范的问题,如超标准收费、个别项目重复计费、漏收费、自立项目收费和分解收费等问题较多。”《卫生部关于印发在全国卫生系统治理医药购销领域商业贿赂专项工作会议上领导讲话的通知》(2006.4.12)指出:“多年来,在医药购销活动中,一些医药、器材生产和经营企业及经销人员,采取给予财物、有价证券、回扣、提成等不法手段,高价推销其医药产品;一些医疗机构和工作人员谋取不正当利益,利用医药采购、医疗服务、药品处方、检查开单等活动,帮助企业高价销售医药产品。”《国家发展改革委、财政部、卫生部等印发关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见的通知》(2006.5.19)亦有类似阐述。

⑮我国医生收入在药品消费与医疗服务间权衡和替代关系的一个精彩分析,可以参见陈钊等(2008)。

⑯“管办不分”既分散了卫生行政部门的精力,更易产生“管制俘获”,使监管者与监管对象形成合谋,而卫生行政部门与医院之间的“父子关系”则为“管制俘获”的形成提供了天然的条件,这反过来影响监管对象对监管的预期,导致监管者的惩罚是不可置信的,进而导致医疗市场的混乱(赵曼、吕国营,2007)。

### 参考文献

(1)陈钊、刘晓峰、汪汇:《服务价格市场化:中国卫生医疗体制改革改革的突破口》,《管理世界》,2008年第8期。

(2)顾昕、高梦滔、姚洋著:《诊断与处方——直面中国医疗

体制改革》,社会科学文献出版社,2006年。

(3)国研中心课题:《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》,《中国发展评论》,2005年增刊第1期。

(4)科尔奈、翁笙:《轨转中的福利、选择和一致性——东欧国家卫生部门改革》(中译本),中信出版社,2003年。

(5)李玲:《国外医疗卫生体制以及对我国医疗卫生改革的启示》,《红旗文稿》,2004年第21期。

(6)李玲:《我国医疗体制改革趋势》,《红旗文稿》,2006年第10期。

(7)许陵:《我国医疗卫生体制问题及改革思路》,《经济研究参考》,2005年第87期。

(8)王绍光:《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《中国社会科学》,2005年第6期。

(9)汪洋:《中国医疗体制改革“才刚刚开始”——访北京大学经济学家刘国恩教授》,《医药世界》,2006年第2期。

(10)詹初航:《不要误读了政府主导——专访刘国恩》,《中国卫生》,2006年第9期。

(11)赵曼、吕国营:《关于中国医疗保障制度改革的基本建议》,《中国行政管理》,2007年7期。

(12)Arrow K. J., 1963, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review*, vol.53, pp. 941-973.

(13)Chalkley, M. and J. M. Malcolmson, 1995, “Contracts and Competition in the NHS”, Discussion Paper 9513, Department of Economics, University of Southampton.

(14)Gaynor M., 1994, “Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services”, *Journal of Economics and Management Strategy*, vol.3, pp.211-255.

(15)Hu, S., 1999, “Health, Human Capital and Economic Growth”, *the Taipei Conference on Health Economics*, March.

(16)Martin Feldstein & Jonathan Gruber, 1997, “A Major Risk Approach to Health Insurance Reform”, NBER Working Papers 4852.

(17)Newhouse, J. P., 1988, “Has the Erosion of the Medical Marketplace Ended?”, *Journal of Health Politics, Policy and Law* (Summer), vol.13, pp.263-278.

(18)Pauly, Mark V., 1968, “Economics of Moral Hazard: Comment”, *American Economic Review*, vol. 58, pp.531-536.

(19)Phelps, C. E., 1997, *Health Economics*, New York, NY: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.

(20)Roemer, M.I., 1961, “Bed Supply and Hospital Utilization: A Natural Experiment”, *Hospitals*, vol.35, pp.36-42.

(21)Fuch Victor R., 1978, “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations”, *Journal of Human Resources*, vol.13, pp. 35-361.

(22)Rice, T., 1983, “The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-induced Demand”, *Medical Care*, vol.21, pp.803-815.

(23)Steinmo, S., K. A. Thelen and F. Longstreth, 1992, *Structuring Politics*, Cambridge University Press Cambridge.

(24)Yip, W. C., 1998, “Physician Response to Medicare Fee Reductions: Changes in the Volume of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgeries in the Medicare and Private Sectors”, *Journal of Health Economics*, vol.17, pp.675-699.