

中国政府卫生投入的制度变迁与路径选择

方鹏骞 董四平 肖婧婧

[摘 要] 政府卫生投入方向存在供方或需方两种投入路径,如何进行路径选择是不同医改方案争论的焦点之一。对我国政府卫生投入的制度变迁分析发现,坚持供方和需方共同投入有利于建立均衡的医疗服务和医疗保障制度,同时这也是传统投入方式路径依赖的结果。对不同投入路径的公共经济分析表明,供方路径和需方路径并不是不可调和的,而是公共产品混合提供模式下的两种不同方式。新一轮医疗卫生体制改革应将供方路径和需方路径有机结合起来进行政府卫生投入,同时要完善两种投入路径的相关制度设计。

[关键词] 政府卫生投入;制度变迁;路径选择;需方路径;供方路径

[中图分类号] D035 [文献标识码] A [文章编号] 1672-7320(2009)02-0201-12

2005 年 7 月国务院发展研究中心课题组发布报告,称“中国的医疗卫生体制改革总体上是不成功的”^[1](第 2 页)。一石激起千层浪,该报告引起了政府、社会和学术界的广泛关注,一场关于医药卫生改革是否成功的大讨论在全国范围内展开。关于改革成败的大讨论虽然尚无定论,但却酝酿和催生了新一轮的改革。2006 年 9 月,由国家 11 个有关部委组成的医疗体制改革领导小组成立,着手制定新的医改方案。2007 年 1 月,由卫生部主导制订的以坚持供方投入为基本思路的医改新方案披露后,引发来自各界的争论和质疑,医改协调小组遂决定委托 6 家海内外研究机构参与制定医改方案。我国新医改政策经过长时间的酝酿和讨论,既达成了一定的共识,也存在巨大分歧。一方面认为必须明确政府与社会的投入责任,确立政府在提供公共卫生和基本医疗中的主导地位,建立和完善政府卫生投入机制。另一方面,不同的医改方案还存在诸多分歧,争论的焦点之一是对政府卫生投入路径存在不同意见:有的方案主张直接补贴供方(以下简称“补供”),即对服务提供者提供补贴,而服务提供者则向消费者提供全部或部分免费的服务,北京大学、国务院发展研究中心等机构提出的方案被认为是“补供”的典型代表。有的方案则主张补贴需方(以下简称“补需”),即对消费者进行补贴,由消费者向提供者直接购买服务或向第三方购买医疗保险,清华大学、北京师范大学等机构是旗帜鲜明“补需”的支持者。这些分歧在一定程度上导致了医改方案的多元化和出台时间的一再推迟,也显示出政府政策决策的艰难性。

政府卫生投入又称政府预算卫生支出,是指各级政府用于卫生事业的财政拨款,与社会卫生支出、居民个人现金卫生支出构成了卫生总费用的筹资来源^[2](第 136 页)。作为国家自然科学基金项目“我国非营利性医院投融资机制及其策略选择动态博弈研究”的宏观政策研究内容之一,本课题组对我国政府卫生投入的制度变迁与路径选择进行了深入研究。

一、我国政府卫生投入制度的发展历程

新制度经济学的制度变迁理论认为,一项制度的形成、建立和变革有其深刻的历史背景和社会根

收稿日期: 2008-07-26

作者简介: 方鹏骞,华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心教授,法学博士,卫生政策博士后,博士生导师;湖北 武汉 430030。

董四平,华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心博士生;肖婧婧,武汉大学政治与公共管理学院硕士生。

基金项目: 国家自然科学基金项目(70673026)

源,制度的变迁也存在一定的路径依赖,因此有必要从历史的角度对我国卫生投入的历史演变进行分析,从中挖掘合理成分,总结经验教训,为制定进一步的改革措施提供借鉴。新中国成立至今,政府卫生投入大致经历了以下三个阶段:

(一)计划经济时期的卫生投入制度(1949—1978 年)

党和政府历来高度重视卫生事业的发展,一直把保护人民健康放在重要位置。早在革命战争年代,我们党就遵循“救死扶伤,实行革命的人道主义”的原则,努力解决根据地军民的医疗卫生问题,为赢得战争胜利提供了有力保障。1952 年 12 月在第二次全国卫生工作会议上,以毛泽东为首的党的第一代领导集体制定了“面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作群众运动相结合”的新中国卫生工作四大方针。1965 年毛泽东同志发出了著名的卫生工作“6.26 指示”,号召“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。在党的号召和卫生工作方针的指引下,我国政府建立了必要的卫生投入制度,具体情况如下:

1. 补“供方”构建医疗服务网络

新中国成立后,党和政府开始建设社会主义医疗卫生制度,积极利用外部资源发展医疗卫生事业,并在配置医疗卫生资源时注重向广大农村地区倾斜。社会主义改造完成以后,政府投资建立医疗卫生机构,1951 年中央人民政府卫生部要求中央及各行政区卫生部门应有计划地健全和发展全国现有的卫生院所,使其适应当时的卫生工作方针和任务,“所需之经费,应根据国家财政情况,由中央与地方政府逐步设法解决”。政府承担医疗卫生机构的经济运作责任,对医疗机构实行“差额补助,节余上缴,亏损由政府补偿”,对卫生防病机构实行“全额预算”。在这种情况下,政府卫生投入建立了遍布全国各地的医疗卫生机构网,特别是农村三级医疗保健网^[3](第 68 页)。到 20 世纪 60 年代中期,农村绝大多数地区的县、公社和生产大队都已建立起医疗卫生机构,形成了以人民公社为中心的、包括县医院及其他县级卫生机构、乡(公社)卫生院和村(大队)卫生室三级组成的基层卫生组织网^[4](第 79 页)。

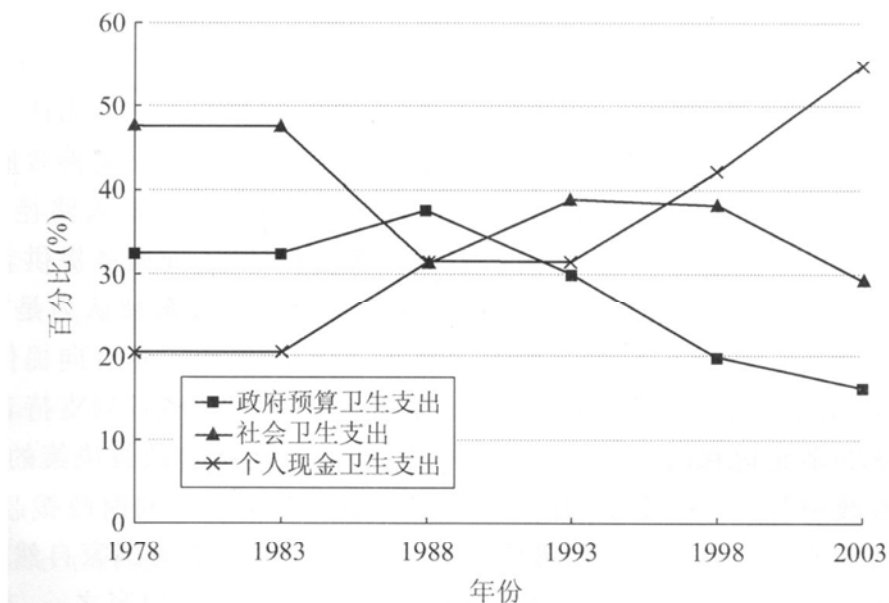


图 1 1978 至 2003 年中国政府预算卫生支出变化趋势

数据来源:中华人民共和国卫生部:《2006 年中国卫生统计年鉴》,北京:协和医科大学出版社 2006 年版。

2. 补“需方”健全医疗保障体系

在坚持供方投入的同时,计划经济时期我国政府还通过需方投入,建立了基本覆盖所有居民的公费医疗、劳保医疗和合作医疗三项医疗保障制度。公费医疗制度属于政府医疗保险,享受对象为机关单位的工作人员、伤残军人和大学生,经费来自各级财政拨款。1952 年政务院发布的《关于国家各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的工作人员实行公费医疗预防措施的指示》标志着公费医疗制度的建立。劳保医疗制度是根据 1951 年 2 月发布的《中华人民共和国劳动保险条例》建立起来的医疗保障制度。

它规定了企业职工本人及其家属生老病死伤残等多方面的待遇，其经费来源于企业按工资总额的一定比例提取的福利金。劳保医疗制度是企业医疗福利的方式，虽然政府没有直接投入，但企业的劳保费用支出是在税前列支的，因此也可以视为隐形的政府投入。1966 年合作医疗制度在全国范围内推广，到 1976 年全国 90% 以上的生产大队都办起了合作医疗，合作医疗成为农村医疗保障体系的主体。合作医疗制度是在政府的支持和集体经济的扶持下得到发展的，在集体经济参与的情况下，实际上也具有政府福利的成分。以上三项保障制度的建立，使绝大部分人口在发生疾病时都可以得到不同程度的费用保障，我国医疗保障体制获得了长足的发展。

3. 计划经济时期卫生投入的绩效

计划经济时期，尽管经济发展水平相对低下，但政府通过有效的制度安排，用占 GDP 比例 3% 左右的卫生投入，从供方投入建立了功能相对齐全的医疗卫生机构网络，从需方投入建立了公费、劳保和合作医疗制度，满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求，国民健康水平迅速提高，不少国民综合健康指标达到了中等收入国家的水平，成绩十分显著，被一些国际机构评价为发展中国家医疗卫生工作的典范。国际上公认我国是世界上卫生投入最少、产出最大、社会效益最好的国家之一，合作医疗制度曾被世界卫生组织誉为“发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例”。

(二)经济转型期的卫生投入政策(1979—2003 年)

改革开放以来，随着经济体制由计划经济体制向市场经济体制过渡，医疗卫生体制也发生了深刻的变化。虽然党和政府十分重视卫生事业，但在“以经济建设为中心”的基本路线的指引下，我国卫生投入政策及其绩效发生了相应变化：

1. 政府卫生投入责任明显弱化

(1)卫生总费用筹资结构及变化。卫生总费用核算的筹资来源法将卫生总费用化分为政府预算卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出。1978 至 2003 年我国卫生总费用筹资结构及变化见图 1。政府卫生投入占卫生总费用比重从 1978 年的 32.2% 下降到 2002 年的 16.4%，24 年下降了 16 个百分点，其中从 1978 年到 1985 年略有上升，7 年间增加了 6 个多百分点，但从 1985 年到 2002 年，政府投入的份额不断下降，17 年间减少了 23.4 个百分点。因此政府卫生投入占卫生总费用比例基本处于下降趋势。与此同时，个人现金卫生支出比例不断上升，从 1978 年的 20.4% 增加到 2002 年的 58.3%，24 年增加了近 38 个百分点，平均每年增加 1.6 个百分点，居民个人负担不断加重。

表 1 卫生事业费占财政支出比例

时期(年份)	国家财政支出 (亿元)	卫生事业费 (亿元)	卫生事业费占国 家财政支出(%)
一五时期(1953—1957)	1345.68	14.55	1.08
二五时期(1958—1962)	2288.67	23.34	1.08
调整时期(1963—1965)	1204.98	18.84	1.02
三五时期(1966—1970)	2518.60	44.50	1.56
四五时期(1971—1975)	3919.60	65.62	1.77
五五时期(1976—1980)	5247.35	111.17	1.67
六五时期(1981—1985)	7483.18	199.08	2.66
七五时期(1986—1990)	13978.30	339.49	2.51
八五时期(1991—1995)	24387.46	600.59	2.46
九五时期(1996—2000)	57043.49	1141.88	2.00
十五时期(2001—2005)	128022.85	2194.93	1.71

数据来源：中华人民共和国卫生部：《2006 年中国卫生统计年鉴》，北京：协和医科大学出版社 2006 年版。

(2)卫生事业费占政府财政支出情况。卫生事业费占国家财政支出的比例反映了政府对卫生事业的重视程度。从表 1 可以看出，卫生事业费占国家财政支出的比例从一五时期的 1.08% 逐步上升到六五时期的 2.66% (其中 1982 年为最高点 2.85%)，然后开始下降至十五时期的 1.71% (其中 2002 年为

最低值 1.59%)。这表明 1983 至 2002 年卫生事业费支出低于同期财政收入增长幅度,政府卫生投入责任不断弱化。

(3)卫生投入总量与结构的国际比较。为进一步说明我国政府卫生投入责任的弱化,可将我国卫生投入总量、结构与不同类型的国家进行比较:

表 2 2002 年不同国家卫生总费用水平及结构比较

国家分类	卫生总费用/GDP(%)	个人支出比例(%)	政府和社会支出比例(%)
中国	5.3	56.0	44.0
发达国家	8.5	27.0	73.0
转型国家	5.3	30.0	70.0
发展中国家	5.6	42.8	57.2
最不发达国家	4.4	40.7	59.3
世界平均	5.7	38.2	61.8

表 2 表明,从卫生总费用总量来看,2002 年中国卫生总费用占 GDP 的比例为 5.3%,不仅低于世界平均水平,还低于发展中国家水平;从卫生总费用构成来看,中国政府和社會支出比例为 44.0%,不仅低于发展中国家平均水平 13.2 个百分点,甚至大大低于最不发达国家水平。

2. 经济转型期卫生投入绩效评价

1978 至 2003 年,政府不仅减少了卫生投入,而且还减少了卫生保健制度的供给。从广大农村地区来看,“家庭联产承包责任制”的实施宣告了农村集体经济的消亡,以之为依托的农村合作医疗也逐步解体。1985 年的调查表明,全国实现合作医疗的行政村已经从 1976 年的 90%下降到 5%。而政府并没有及时地为广大农民建立起相应的医疗保障制度,农村医疗保障制度基本处于“真空期”。从城市来看,公费医疗费用的高增长使政府财政支出不堪重负,1998 年开始建立的城镇职工基本医疗保险制度只覆盖了部分企事业单位的职工,仍然有大部分城镇居民游离在医疗保障制度之外。在这一时期,政府卫生投入减少和制度供给不足导致的问题日益显露出来。2000 年 6 月世界卫生组织(WHO)发布的《2000 年世界卫生报告》表明:在 191 个成员国中,中国卫生系统总体成就排第 132 位、健康状况排第 61 位、卫生系统整体绩效排第 144 位,卫生费用筹资公平性排在倒数第 4 位,被列为筹资最不公平的国家。2003 年全国第三次卫生服务总调查数据得出四点结论^[5](第 7-12 页):一是医疗保障覆盖水平不高,我国城镇居民中还有 44.8%的人口没有任何保险,农村居民没有任何医疗保险的占 79.1%,全国还有 10 多亿人口被挡在了医疗保险的大门之外。二是我国城乡居民卫生服务需要量增加,城乡居民对医疗卫生服务的利用下降,患者未就诊比例为 48.9%,医生诊断应该住院治疗的患者而没有住院的比例为 29.6%。三是重大传染性疾病的防控不容忽视。四是城乡之间卫生服务利用的差异明显,而且差异有扩大的趋势。低收入人群、贫困农村居民卫生服务可及性较差,城乡低收入人群应住院而未住院率的比例达到了 41%,远高于一般收入人群。

(三)新时期政府卫生投入制度(2003 年至今)

2003 年以来,党中央、国务院高度重视解决广大人民群众의医疗保障问题,分别从供方和需方同时加大卫生投入,具体包括:

1. 从需方路径建立起三项医疗保障制度

(1)新型农村合作医疗制度的建立和发展。2002 年 10 月,《中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定》指出:到 2010 年,在全国农村基本建立起以大病统筹为主的新型合作医疗制度和医疗救助制度,使农民人人享有初级卫生保健,主要健康指标达到发展中国家的先进水平。2003 年 1 月,国务院转发卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,决定重建农村合作医疗制度。该制度是由政府组织、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。截至 2007 年 9 月底,全国开展新型农村合作医疗的县(市、区)达 2448 个,参合

农民 7.3 亿人, 参合率达 86.0%。参合农民就医经济负担有所减轻, 就诊率和住院率明显提高。

(2) 医疗救助制度的建立和完善。2002 年中共中央、国务院制定并出台了《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》, 首次提出了在中国农村建立医疗救助制度, 并明确了对农村贫困家庭实行医疗救助、实施以大病补偿为主, 以及对贫困家庭参加合作医疗给予资金补助的救助形式。为贯彻实施该政策, 2003 年 11 月, 民政部、卫生部、财政部三部委联合下发了《关于实施农村医疗救助的意见》, 对农村医疗救助的目标和原则、医疗救助对象的选择、救助基金的筹集和管理、服务提供、纠正制度的管理、组织与实施等方面做出了进一步细化。2005 年国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》, 提出用 2 年的时间在各省、自治区、直辖市的部分县(市、区)进行试点, 再用 2 到 3 年时间在全国建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度。2006 年农村民政部门医疗救助 286.8 万人次, 资助参加新型农村合作医疗 984.4 万人次, 累计 1271.2 万人次, 农村医疗救助支出 8.9 亿元。

(3) 城镇居民基本医疗保险开始试点。2007 年 7 月, 国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》指出, 为实现基本建立覆盖城乡全体居民医疗保障体系的目标, 决定开展城镇居民基本医疗保险试点。2007 年在有条件的省份选择 2 至 3 个城市启动试点, 2008 年扩大试点, 争取 2009 年试点城市达到 80% 以上, 2010 年在全国全面推开, 逐步覆盖全体城镇非从业居民。通过试点, 探索和完善城镇居民基本医疗保险的政策体系, 形成合理的筹资机制、健全的管理体制和规范的运行机制, 逐步建立以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险制度。

2. 加大供方投入健全卫生服务体系

(1) 公共卫生服务体系得到完善。我国政府以 2003 年抗击“非典”为契机, 一方面加大了公共卫生体系建设力度, 逐步完善国家疾病预防控制体系、医疗急救体系和卫生监督体系。2002 年以来, 全国共投资 105 亿元(其中中央专项资金 29 亿元)用于省、市(地)和县(区)疾病预防控制中心基础设施建设。目前全国 98% 的市(地)、94% 的县(区)建立了卫生监督机构, 卫生监督员达 10 万人。部分卫生监督机构由事业单位向行政执法机构转变, 卫生监督员参照公务员管理。另一方面加强了传染病和重大疾病防治, 建立健全了疾病监测网络, 提高了对 SARS、人感染高致病性禽流感等新发传染病和公共卫生突发事件应急处置能力, 对艾滋病、乙肝等重大传染病发现、控制和治疗能力得到提高。

(2) 基层卫生服务体系建设大大加强。一方面加大了对农村卫生服务体系的建设。2004—2007 年中央安排专项资金 94 亿元支持农村卫生服务体系的建设, 县乡村三级卫生服务条件和能力得到提高。2006 年底, 全国 88.1% 的行政村建有村卫生室, 每千农业人口乡村医生和卫生员 1.10 人, 每个乡镇举办 1 所政府办卫生院并上划至县区卫生局管理。另一方面, 城市社区卫生服务迅速发展。2003 年以来, 城市大部分城市街道建立了社区卫生服务机构。2007 年底, 全国社区卫生服务中心(站)2.4 万个, 每个中心平均 31 人, 每站平均 4 人。与 2003 年比较, 社区卫生服务中心(站)增加 1.4 万个, 卫生人员增长 1.6 倍。

二、我国卫生投入制度变迁分析

(一) 卫生投入制度变迁的复杂性

制度变迁是其供给主体在变迁收益大于变迁成本情况下实施的一种理性行为, 获得制度变迁的正效益是其根本目标。新制度经济学认为制度变迁目标的实现可以分为四类: 提高生产效率的变迁、重新分配收入的变迁、重新配置经济机会的变迁和重新分配经济优势的变迁^[6](第 299-306 页)。卫生投入的广泛性和多样性决定了卫生投入制度变迁的复杂性。例如, 卫生投入是投向供方还是需方的选择就是一个关于生产效率的变迁过程。我国计划经济时期坚持供方投入为主, 其“低效率”历来就受到诸多批评, 而现阶段的改革似乎倾向于“市场机制”, 由政府来购买卫生服务, 理论上可以提高服务效率。投入方向的显著变化正是提高生产效率制度变迁的内在要求。再如, 新型农村合作医疗、医疗救助制度和城

镇居民基本医疗保险制度的建立,属于重新分配收入的制度变迁;在卫生投入策略上,是预防保健策略优先?还是保大病优先?这属于重新配置经济机会的制度变迁;在医疗服务供给方面,是否容许外资进入医疗服务领域?这属于重新分配经济优势的变迁。前述三种卫生投入制度变迁对社会福利都做出了积极贡献,最后一种变迁可能对社会福利造成损失,因此在实施卫生投入制度变迁的过程中,应避免制度供给过剩和减少社会福利的制度变迁发生。

(二)卫生投入制度的均衡分析

卫生投入总量及其投入方向的选择实质上是一种制度设计。新制度经济学理论认为,制度既会自然演化和变迁,也可以在人为设计下变迁。那么什么时候应该人为地推动卫生投入制度的变迁?为什么要推动卫生投入制度的变迁?如何推动卫生投入制度的变迁?这些问题需要我们深入地进行考察。新制度经济学沿用新古典经济学的基本分析方法——“需求—供给”方法分析来对制度变迁进行分析。如果制度不均衡,则构成了制度变迁的必要条件。所谓制度均衡,是指人们对既定制度安排和制度结构的一种满足状态或满意状态,因而无意也无力改变现行制度^[7](第 244 页)。卫生投入制度的变迁,正是卫生投入制度不均衡的结果。从历史的角度来考察,我国卫生投入制度供给经历了三个阶段:

1. 计划经济时期卫生投入制度相对均衡

如前所述,计划经济时期我国政府建立了包括公费医疗、劳保医疗制度和合作医疗制度的医疗保障制度,到 1975 年享受医疗保障的人数占到了总人口数的 90%,几乎包括了所有的城市人口和 85% 的农村人口。从新制度经济学的观点来看,该时期制度变迁处于相对均衡的状态。

2. 经济转型时期卫生制度供给严重不足

1978 年以后,随着改革开放和家庭联产承包责任制的实施,农村集体经济逐步解体,无力为农村合作医疗进行社会筹资,农村合作医疗逐渐衰亡。同时,随着国有企业体制改革的推进,劳保医疗制度覆盖范围也日趋减少。20 世纪 80 年代末至 90 年代初,由于宏观经济的发展和卫生经济政策的调整,公费医疗费用支出超出 GDP 增长水平,政府财政不堪重负,公费医疗制度也面临巨大挑战。第三次卫生服务调查结果显示该时期我国医疗保障覆盖水平不高:城市享有各种医疗保险的居民占调查人口数的 49.6%,农村地区有医疗保障居民的比例仅占调查人口的 12.6%。简言之,50% 以上城市人口、88% 以上农村人口无任何医疗保障,医疗保障制度供给严重不足。

3. 新时期卫生投入制度趋向均衡

2003 年以来,党中央、国务院高度重视解决广大人民群众医疗保障问题。一方面从需方入手,在原有城镇职工基本医疗保险制度的基础上,建立起了三项医疗保障制度,即新型农村合作医疗制度、医疗救助制度和城镇居民基本医疗保险制度;另一方面从供方路径入手,完善和加强了公共卫生服务体系、农村卫生服务网、城市社区卫生服务机构和非营利性医疗机构建设。这些制度的建立和完善,很大程度上缓解了经济转型时期卫生投入制度严重不足的局面,使我国卫生投入制度向均衡方向发展。必须指出的是,我国卫生投入制度是趋向均衡而没有达到完全均衡,因为我国的卫生保障体制还需要改革和完善,是一个不断进行“帕累托改进”的过程。

(三)我国卫生投入制度变迁的路径依赖

在制度变迁过程中存在着一种重要现象——路径依赖,它是描述过去对现在和将来产生重大影响的一个专业术语。路径依赖类似于物理学中的惯性,它表明人们过去的选择决定了现在可能的选择,亦即一旦进入某一路径(无论是好的还是坏的)就可能对这种路径存在依赖。诺思将路径依赖分为两类:一种是成功的路径依赖,另一种是失败的路径依赖。一种制度的发展轨迹一旦证明是成功的,它的报酬将会递增发展,制度变迁将会得到支持和巩固。相反,制度的发展如果走上了持续失败的路径,则会像泥牛入海一样在痛苦的深渊里越陷越深^[6](第 313 页)。由于沿着原有制度变迁路径和既定方向改革总比另辟蹊径要容易一些,因此初始制度的选择会提供强化现存体制的刺激和惯性,初始改革的方向有意无意地为下一步的改革指引了方向。我国卫生投入政策和制度的变迁过程广泛存在明显的路径依赖,

例如新型农村合作医疗制度、医疗服务投入制度、公费医疗制度等。

卫生投入制度的改革能否成功,不仅取决于改革方向要正确,还取决于初始路径的选择。因此在选择卫生投入路径时,既要考虑政策的直接效果,研究它的长远影响和发展,还要随时考察改革是否选取了不正确的路径,如果发现了路径偏差要尽快采取措施加以纠正。根据制度的路径依赖理论,路径依赖将制度创新、制度改革、制度变迁引到旧制度的发展轨道上,并且使其包含了旧制度的因素。新制度会不同程度地具有旧制度的影子,最终影响并限制新制度的发展方向和轨迹。在卫生投入制度改革和路径选择过程中,一方面要充分发挥成功制度变迁的依赖性和优越性,以最小的成本推动制度的发展;另一方面对于不合理的制度依赖,政府要以强制性变迁方式推动制度的建立和发展。例如关于新型农村合作医疗改革,理论上存在两种可能的改革方向,一种是继续延续传统合作医疗的路径,在既定的框架内予以改良和发展,逐步解决筹资成本高、筹资机制不稳定、存在逆向选择等问题;另一种是摆脱对传统路径的依赖,将合作医疗转型为国家基本医疗保障制度,实现制度上的重大突破。然而,现阶段的政策立场似乎模糊不清,一方面坚持“合作医疗”的名称不变,另外一方面又不断加大政府出资力度,使农村医疗保障改革面临很大困惑。

(四)我国卫生投入制度变迁的方式

制度变迁的方式是多种多样的,根据不同的标准,可以对制度变迁进行不同的分类。根据制度变迁的主体来考察,可将制度变迁分为诱致性制度变迁与强制性制度变迁,这种划分方式是新制度经济学中最重要的一种制度变迁方式分类,也是影响较大的一种分类。林毅夫认为,诱致性制度变迁是指现行制度安排的变更或替代,或者是新制度安排的创造,它是在制度不均衡时,个人或一群人在响应相应获利机会时自发倡导、组织和施行制度创新。强制性制度变迁是指由政府命令和法律引用而实现的制度变迁,其主体是国家和政府^[6](第315页)。

我国卫生投入制度的变迁包含了这两种形式的制度变迁,不同时期制度变迁的方式侧重点有所不同。计划经济时期传统的农村合作医疗是典型的诱致性制度变迁。20世纪50年代初,广大农村地区的医疗保障是以自费医疗为主;50年代中期出现了由群众自发集资创办的具有公益性质的保健站和医疗站;随后许多地方开始出现以集体经济为基础、个人交费相结合、互助互济的合作医疗站,这标志着具有保险性质的合作医疗制度的正式出现;1959年卫生部正式肯定了农村合作医疗制度;1968年毛泽东做出了“合作医疗好”的著名批示,合作医疗制度迅速在全国推广开来;1975年,中国农村合作医疗的覆盖率曾达到全国行政村的84.6%,70年代末甚至达到过90%以上。农村合作医疗制度的发明和建立,更多的是农民的自发行为和自我探索,而非政府的命令安排,也非政府的强制推行,因此它是一种典型的诱致性制度变迁。

强制性变迁方式主要体现在政府对医疗保障制度的建立。例如我国政府在经过“两江”试点阶段后,并在结合深圳、海南等地试点经验的基础上,1998年发布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,建立了城镇职工基本医疗保险制度,这是一种典型的强制性制度变迁。在这个强制性制度变迁中,双方负担、统账结合、支付起点、最高限额等一系列新型安排对增强个人的责任、减轻国家的负担、控制医疗费用超速上涨等起了很大的作用^[8](第52页)。2002年以后,我国政府在卫生投入方面主要采取了强制性制度变迁方式,先后建立了新型农村合作医疗制度、医疗救助制度、城镇居民基本医疗保险制度等。

以上对我国卫生投入的制度变迁分析表明,在新一轮医疗体制改革中,政府卫生投入要兼顾供方路径和需方路径,原因有三:一是卫生投入的广泛性和多样性决定了卫生投入的复杂性,并进一步决定了卫生投入方向的多途径;二是我国卫生投入制度的均衡分析表明,坚持供方和需方投入有利于建立均衡的医疗服务体系和医疗保障体系,为居民提供基本医疗卫生服务;三是历史地看,我国政府卫生投入已经建立了供方和需方路径,对传统投入方式的路径依赖要求政府卫生投入在原有路径上延续和发展。

三、政府卫生投入的路径选择

(一)不同投入路径的公共经济分析

在医疗体制改革进程中,政府主导派痛斥市场化改革导致了“看病贵,看病难”,把市场化视为现阶段医疗体制弊端的罪魁祸首,主张新的医改方案应坚持供方投入;市场主导派则力呈市场机制的种种优势,批判政府主导的低效率,强调要补贴需方,并指出中国医疗服务并未形成真正的市场机制。孰是孰非似乎难以定论,让我们从经济学的基本问题出发,对这一问题进行辨析。

微观经济学的研究是从三个基本问题开始的,即企业生产什么?企业怎样生产?企业为谁生产?同理,公共经济学也提出了公共产品和服务的三个问题:一是政府要生产和提供什么服务?二是怎么样生产和提供服务?三是为谁生产和提供服务?第一个问题用来界定政府对医疗卫生服务的责任,现阶段达成的共识是政府应该免费或廉价提供基本医疗卫生服务。第三个问题体现了卫生政策的价值取向和目标,现阶段的答案也是明确的,即为全体国民提供基本医疗卫生保障,可以理解为应包括所有游离于现有医疗保障制度之外的人群。

第二个问题是最难以回答的问题,也是公共经济和公共管理学研究的重点内容,因此成为困扰目前医疗卫生体制改革的主要难点。公共经济理论认为公共服务的生产和提供是两个完全不同的概念:前者属于类似于私有物品生产环节的范畴,是一个技术过程;后者属于类似于私有物品交换和消费环节的范畴,是一种制度安排。公共产品的生产既可以由政府为核心的公共部门来组织生产(公共生产),也可由非公共部门进行生产(非公共生产)。医疗产品和服务的生产方式与私人产品的生产方式并无本质区别,例如计划免疫疫苗既可以由政府举办的厂家生产,也可以完全由私有企业生产。因此在医疗卫生生产领域,引入市场机制是无可厚非的,这也是主张引入市场机制的医改方案得到拥护的根本原因。政府主导派担心引入市场机制会改变医疗卫生事业的公益性质,而且还认为医疗服务只能由政府来组织生产,这些观点是站不住脚的。因为卫生事业的公益性取决于医疗服务的提供方式,而不取决于医疗服务的生产方式。

关于公共产品的提供方式,大致可以分为三类:公共提供、市场提供和二者结合的混合提供。具体到卫生服务领域,公共提供是指医疗卫生服务由政府免费或低价向居民提供,例如计划免疫;市场提供是指医疗服务通过市场机制来提供,即服务提供者通过收费来收回成本,如非基本医疗服务;混合提供适合于准公共产品(如基本医疗服务)的提供,它是指医疗服务采取政府补贴(相当于公共提供)和向患者收取一定费用(市场提供)的方式。在混合提供方式下,政府的补贴既可以给医疗服务的供方,弥补其无法回收的成本,提高医疗服务供给量,也可以给医疗服务的需方,由需方在政策许可范围内选择和购买服务^[9](第 47 页)。

供方路径与需方路径看似对立,实则不然。因为从公共经济学的理论和观点来看,双方讨论的不是同一问题,没有找到共同的靶心:市场主导派讨论的是医疗卫生服务的生产问题,政府主导派讨论的是医疗卫生服务的提供方式问题,它们属于前述第二个问题的两个不同层面。补贴供方与补贴需方并不是一对矛盾,而是医疗服务混合提供模式下的两种不同方式。我们不能简单地把政府主导和市场机制对立起来,而要从不同层面把二者有机结合起来,共同推进医疗体制改革。新医改方案如能采取对供方、需方共同补贴的办法,不失为科学的决策。

(二)不同投入路径的优缺点比较

1. 需方路径的优缺点

补贴需方是遵循市场经济教义原旨而形成的一种补贴手段。有的医改方案提出,政府补贴不应该给予公立医疗卫生机构,而应引入购买服务机制,即将财政资金直接补贴到居民个人账户,由政府医疗保险机构进行管理,并代表居民向公立医院、私营诊所和医院购买医疗服务。这种补贴方式的核心思想在于引入市场机制,充分发挥完全竞争自由市场的三大机制——竞争机制、价格机制和供求机制的作

用,来提高医疗卫生服务的质量和效率。在这种方式下,某些医疗服务将不再是免费的,而要通过市场来传递价格信息,引导医疗机构为赢得市场而进行竞争,从而提高服务质量,降低价格。

补贴需方的优越性是显而易见的。首先,对需方(居民)而言,将得到基本的医疗费用补贴,筹资公平性得以改善;卫生服务购买力得到提高,有效需求得到一定程度的释放和满足;需方有机会选择更多的服务提供方,有利于促进供方提高质量和改进服务。其次,对供方(医疗机构)来说,由于需方的有效需求和购买力增加,医疗市场进一步扩大,其经济效益可能相应增加。最后,从整个医疗服务市场来看,有利于形成市场经济的资源配置方式,引导公办、民办医疗机构公平竞争,提高卫生资源的使用效率。

同时,我们也应该看到补贴需方的缺点,一方面体现在组织和管理成本比较高,因为政府必须成立独立于卫生行政部门的管理机构,代表居民购买医疗服务,其运行成本必须由财政来负担。另一方面表现在监管难度大,首先是对需方医疗需求的合理性难以界定,其次是对供方的诱导需求行为难以有效控制,最后是对管理机构的外部监督也存在较大成本。

2. 供方路径的优缺点

供方路径是对服务提供者(供方)提供补贴以弥补其提供产品和服务形成的外部收益损失的一种补贴方式。我国计划经济时代的医疗服务和英国的国家卫生服务体系都属于这种方式。

补贴供方的优点主要体现在三个方面:一是更好地体现社会公平,提高卫生服务的可及性。由于获得补贴的医疗卫生机构将提供免费或廉价的服务,去掉或降低了费用门槛,有医疗服务需求的对象可以直接接受服务。二是生产的规模经济,政府通过区域卫生规划,举办一定数量和规模适度的服务机构,能取得服务产出的规模经济,达到经济学意义上最好的技术效率。例如在一个乡镇举办一所公立的综合卫生服务机构比多家私人服务机构要更有效率。三是较低的管理成本,由于政府不必成立另外的管理机构,不直接管理个体分散的需方,能节约大量的管理成本。

然而,补贴供方存在明显的缺点,这些缺点成为市场主导派攻击的主要标靶。一是效率问题,由于政府举办的服务机构相对垄断了医疗卫生资源,在无相应激励机制的前提下,可能导致医疗机构服务效率低下。二是质量问题,服务机构及其工作人员在利益受到政府保证的前提下,缺乏提高质量的动机,这种质量包括医疗质量和服务质量。以上两个缺点在我国计划经济时代的医疗服务市场均有十分明显的体现。三是财政负担难以承受,由于免费(或廉价)服务必然导致不合理需求的增大,政府可能要不断增加财政投入,否则会导致医疗服务的提供不足。这个缺点是我国原有计划经济公费管理体制解体的重要因素之一。四是供方控制难度较大,在“委托—代理”的管理方式下,医疗机构受托于政府提供医疗服务,难免会存在自身的利益追求。特别是在政府没有完全切断医疗服务供给量与供方的利益纽带带的情况下,供方可能存在诱导需求的行为。

(三)不同卫生投入路径的共同制度要求

1. 需方投入要培育相对完全竞争市场

补贴需方的核心思想在于引入市场机制,充分发挥完全竞争自由市场机制来提高医疗卫生服务的质量和效率。经济学理论认为,要使市场机制发挥作用,最关键的问题是要培育标准竞争性市场。标准竞争性市场具备以下特征^[10](第290页):(1)市场上有许多经济主体,众多供方和需方同时存在。(2)产品是同质的,即任何一个生产者的产品都是无差别的。(3)供需方均没有进入或退出市场的阻碍,各种资源都可以完全自由流动而不受任何限制,这些资源包括劳动力、生产要素和资本。(4)市场信息是完全的和对称的,双方都可以获得完备的市场信息,双方不存在相互的欺骗。我们将医疗卫生服务市场的特征与完全竞争市场进行比较,主要区别见表3。

从比较可以发现,医疗服务市场是一个不完全的市场,因为现阶段医疗服务市场具备以下特征:(1)供方基本是公立医院垄断的(公立医疗机构床位数占95%以上);(2)医疗服务产出具有异质性,医疗质量缺乏统一的评价体系,医疗效果难以客观衡量;(3)医疗服务提供者有严格准入条件,卫生人力资源不能自由流动;(4)医患双方信息严重不对称,供方存在一定程度的诱导需求。从以上分析可以看出,要使

市场机制在医疗服务提供领域发挥作用,关键是要从上述四个方面培育相对完全竞争的医疗服务市场。

表 3 医疗卫生服务市场与完全竞争市场特征比较

比较项目	完全竞争市场	医疗卫生服务市场
供方数量	有充分数量的供方	供方由公立医院垄断
产品质量	产品具有同质性	服务产出具有异质性
信息特征	消费者掌握充分信息	医患双方信息不对称
进退机制	生产要素自由流动	供方有严格准入条件
付费方式	消费者直接付款	患者可能部分付费

2. 供方投入要严格规制和有效激励

针对补供方式的缺点,政府必须采取相应的政策和措施。关于这方面研究,规制经济学为我们提供了有益的思路和启发。激励规制经济学是对政府规制活动所进行的系统研究,是产业经济学的一个重要分支,它是在信息经济学、委托代理理论、机制设计理论、激励理论以及博弈论等理论上迅速发展起来的,为分析规制问题和设计规制方案提供了新的理论和工具。激励规制理论的核心思想是解决政府和医疗机构在信息不对称条件下的最优激励问题,主要是通过设计合理的制度来克服传统政府规制所存在的缺陷,给予医疗机构提高内部效率的激励,从而减少规制成本,同时提高资源配置效率。在政府规制低效与市场失灵同时存在的医疗服务领域,实行部分放松规制和激励性规制便成为政府对公立医疗机构规制的发展方向。医疗服务行业规制机制主要包括进入退出机制、价格调控机制、信息披露机制、质量与安全评估机制、医疗机构内部治理机制等^[11](第 32 页)。为此,要运用现代规制经济学的理论和方法,结合我国社会经济和医疗卫生市场发展的实际状况,研究和设计有效而切实可行的规制机制。

四、政府卫生投入的制度创新与政策建议

(一)卫生投入制度变迁方向与原则

政府卫生投入的资源是有限的,其补助目标应具有一定的针对性,应主要提供卫生基本服务包,确保目标人群真正从政府补助中受益,促进健康,实现公平。世界卫生组织指出,建立覆盖全民的卫生服务系统和社会医疗保险系统,是提高全体国民抗疾病风险能力、保证人民公平地获得基本卫生服务的基础。世界银行认为政府应该实施效益成本比高的卫生公共干预领域,即基本卫生服务包。基本卫生服务包应由公共卫生和基本医疗服务构成,它所涵盖的内容在不同的国家可能有所差异,取决于各国疾病情况和卫生系统的状况。我国现阶段卫生投入制度变迁的目标,应优先考虑提供基本卫生服务包,然后随着经济水平的发展逐步扩大保障内容^[12](第 54 页)。结合目前我国医疗体制改革的实际情况,具体应该采取哪种投入路径,笔者认为要依据医疗服务的种类、价格、供给量以及不同地区补贴对象的收入水平等方面来确定,在此特提出如下卫生投入路径选择的原则:

1. 依据“服务项目”而补

对于公共卫生、预防保健等卫生服务项目,宜采取补贴供方的方式;对于基本医疗服务,宜补贴需方;对非基本医疗服务,则无需补贴。新一轮医疗卫生体制改革应围绕基本医疗卫生项目,由政府直接建立相应的保障制度,

2. 依据“机构级别”而补

对于地市以上公立综合医疗机构,基本可以取消政府补贴,因为就现阶段的补贴情况来看,政府补贴占其业务收入的比例不足 10%,对它们来说只是杯水车薪。对于县级医疗机构和城市二级医疗机构,逐步取消政府补贴。对于乡镇卫生机构和城市社区卫生机构,可以采取定额补助或全额补助的方式。另外,应从税收等政策上对没有享受政府补贴的医疗机构予以支持,保证和强化其公益性。

3. 依据“经济水平”而补

对于经济发达地区的医疗机构,宜取消政府补贴;对中等经济水平地区的医疗机构,逐步取消政府

补贴;对贫困地区的医疗机构应适当补贴。另外,应从税收等政策上对没有享受政府补贴的医疗机构予以支持,用以保证其公益性。

4. 依据“居民状况”而补

对于游离于现有医疗保障制度的居民,应直接给予政府补贴,例如开始试点的城镇居民基本医疗保险就是一项很好的制度设计。同时,要不断提高新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的补贴标准,努力达到城镇职工基本医疗保险的筹资和报销水平,缩小不同制度之间的不公平性,最终形成统一的全民医疗保障制度。

总之,政府应结合不同地区经济发展水平、卫生事业发展状况和医疗保障制度建设情况,因地制宜地制定医疗体制改革政策,合理选择政府卫生支出的投入方向,逐步完善医疗卫生保障制度。

(二)完善不同投入路径的共同制度设计

对政府投入方式的两种路径可分别从不同的经济理论进行分析:从“补需”角度出发,得出政府需要培育相对完全医疗服务市场的结论;从“补供”角度出发,得出政府要对医疗机构实行严格规制和激励性规制的结论。仔细对比二者的内容,发现是殊途同归,所得出的结论有着惊人的相似。这进一步论证了“补供”和“补需”并不是一对矛盾。归纳两种不同分析的结论,政府要从以下几方面改革和创新医疗卫生体制:

1. 充分培育医疗服务供给主体,形成相对完全竞争市场

一方面,当前我国医疗市场的对外开放程度较低,医疗机构的所有制结构比较单一,公立医院一统天下,民营医院规模偏小,其他社会资本进入医疗服务提供领域存在较大障碍。另一方面,医疗机构设立程序繁琐,中外合资医院要经过多个部门的联合审批,外资医院的设立也存在较大障碍。今后宜取消医疗服务行业原有的过多行政干预与政策歧视,允许多种所有制、不同经营方式的医疗机构存在,培育充分数量的医疗服务提供主体,使符合条件的医院能够平等竞争,以满足患者的不同需求,提高医疗服务的质量,降低医疗服务的价格,促进医疗市场从卖方市场向买方市场转变。

2. 推进公立医院“管办分开”,强化卫生行政行业监管

新的卫生体制改革必须改变卫生行政部门既当“裁判员”又做“运动员”的局面(既管医院又办医院),为此,要积极稳妥地推进公立医院管理体制变革,探索医院管办分离的有效实现形式。在政府卫生投入兼顾供方和需方的情况下,为防治医疗服务的“市场失灵”,卫生行政部门的监管职能显得尤为重要。为此,卫生行政及相关部门必须强化监管职能,即要建立行业管理、规范市场和监督医疗机构行为的相关制度,包括制定和落实医疗卫生发展规划,实施公立医院管理机构、人员和设备的准入监管,建立公立医院统一的医疗服务质量标准体系,制定完备的服务质量认证体系和科学的绩效评价制度等。

3. 改革医疗卫生行业规制,促进医疗服务市场竞争

供方路径可能导致医疗卫生服务供给出现“政府失灵”和低效率现象,因此必须促进医疗市场充分竞争,改革现有医疗卫生服务机构规制。具体而言,政府应从制度层面上建立鼓励和促进医疗市场竞争的相应措施,将公立医院内部的微观组织结构安排、资本投入、资金投入和人事安排等决策权下放给医院,使医院成为一个相对独立的市场主体,与民营医院共同竞争发展,激发其市场竞争环境中的微观效率,进而提高其医疗服务效率。另外,充分而公平的外部市场竞争体系不但有利于克服供方投入的低效率,还为监督和约束公立医院提供了评判依据、必要的机制和适宜的环境,有利于卫生行政部门强化监管职能。

4. 推进公立医院治理改革,提高医疗机构服务效率

目前,公立医院产权界定不清,难以引入竞争机制。从长远的发展方向来看,应完善医院内部的治理结构,建立起适应社会主义市场经济需要的现代医院制度——由医院理事会(董事会)、医院管理执行层和政府监管委员会组成的法人治理结构,明确其法人所有权和法人财产,使医院具有独立经营的能力,成为真正的独立法人并进行高效率的运作。通过产权制度改革,形成医疗资本和资源市场,形成产

权的市场价格,使包括劳动力、生产要素和资本的各种医疗资源可以相对自由流动而不受限制,最终提高医疗机构的服务效率。

[参 考 文 献]

- [1] 葛延风、丁宁宁、贡森等:《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)》,载《中国发展评论》(中文版)2005年第A01期。
- [2] 程晓明:《卫生经济学》,北京:人民卫生出版社2007年版。
- [3] 陈琴:《政府卫生投入发展状况的实证分析与评价》,载《中国卫生事业管理》2006年第2期。
- [4] 王列军:《报告五:对中国农村医疗保障制度建设的反思与建议》,载《中国发展评论》(中文版)2005年第A01期。
- [5] 卫生部统计信息中心:《中国卫生服务调查研究:第三次国家卫生服务调查分析报告》,北京:中国协和医科大学出版社2004年版。
- [6] 袁庆明:《新制度经济学》,北京:中国发展出版社2005年版。
- [7] 张曙光:《现代制度经济学》下卷,北京:北京大学出版社2003年版。
- [8] 吴永健:《制度、信息与医疗费用规制》,载《河南社会科学》2006年第6期。
- [9] 沈晓、李滔:《从医疗服务的生产与提供方式看公立医疗机构体制改革》,载《中国卫生人才》2007年第2期。
- [10] Stiglitz, Joseph E. 1998. *Economics of the Public Sector*. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- [11] 王丙毅:《论政府医疗规制制度的完善与优化》,载《学术探索》2006年第6期。
- [12] 刘军民:《转轨过程中政府卫生投入与体制改革的评价及建议》,载《当代财经》2005年第12期。
- [13] 卫生部统计信息中心:《2003—2007年我国卫生发展情况简报》,载 <http://www.moh.gov.cn/newshtml/20964.htm>, 2008-01-15。

(责任编辑 叶娟丽)

The Institutional Change and Approach Choice of Governmental Health Input in China

Fang Pengqian¹, Dong Siping¹, Xiao Jingjing²

(1.Center for Hospital Management and Development Research, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan 430030, Hubei, China;

2.School of Politics & Public Administration, Wuhan University, Wuhan 430072, Hubei, China)

Abstract: There are two kinds of approaches of health input from government: supply-side and demand-side, and the approach choice is the focus of disputing in different proposals about health service reform. The historical analysis with institutional change theory from new institutional economics found that the approaches of both supply-side and demand-side are helpful to keep equilibrium of health service and health security systems, and it is also the result of path dependence. The analysis with the theory of public economics made clear that the supply-side and demand-side approaches are the two kinds of accesses in mixed way for providing public goods or service, so they are not opposite to each other. Therefore, both of the supply-side and demand-side approaches should be adopted in governmental health input and their related system should be established in the new reform of health system.

Key words: governmental health input; institutional change; approach choice; supply-side approach; demand-side approach