

我国医疗卫生领域中的政府职能演变:回顾与展望

吴筱*

北京中医药大学人文学院 北京 100028

【摘要】从 20 世纪 70 年代后期开始,我国政府借助行政命令、法律规范以及经济激励开始进行医疗卫生体制改革。一方面,市场机制被引入医疗卫生资源的配置过程之中;另一方面,政府仍集所有者、经营者、监管者等多种职能于一身。结果,出现了政府在医疗卫生服务领域的越位、缺位现象,使得许多出于患者利益考虑的改革没有达到预想的效果。因此,需要明确政府在医疗卫生领域的作用框架,逐步转变政府职能,打造有效政府。

【关键词】医疗卫生;医疗体制改革;政府作用

中图分类号:R199.2 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)03-0027-05

Governmental roles in health service: retrospect and prospect

WU Xiao

College of Humanities, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100028, China

【Abstract】Since late 1970s, China began to reform its medical service system through the administrative rule and order, legal and economic incentives. On the one hand, market mechanism has been introduced to allocate resources in medical service, on the other hand, government still is the owner, the operator, the regulator, and has many other functions in one. Therefore, many reform policies have not achieved the desired results. It recommends government should specify its roles in health and health care area, transform its functions, build effective governmental function.

【Key words】Medical service, Health system reform, Governmental roles

在现代国家体制中,保障人民健康已成为政府的一项重要责任。建国以来,特别是改革开放以来,中国政府充分认识到了健康是公民的一项基本权利。为了提高人民的健康水平,中国政府一直致力于此领域的改革。一国的医疗卫生体制会对国民的健康产生重大影响,如何建立公平高效的医疗卫生体制呢?政府如何使公民享受到公平、高效的医疗卫生服务,从而有效地保障全体国民的身体健康呢?本文回顾我国医疗卫生体制改革的历史,结合有效政府理论就这些问题进行探讨。

1 政府职能在医疗卫生服务领域的演变

1.1 改革前的政府“全包全揽”

改革开放之前,医疗卫生部门是计划经济体系的一个组成部分,从运行机制上看,它同其他部门没有任何区别,所有活动都由政府控制。无论是从医

疗卫生服务的需求面,还是从供给面来看,政府扮演的都是全包全揽的角色。

1.1.1 高度集权的资源配置方式

计划经济时期,全国的卫生资源主要由自上而下的卫生行政部门通过计划指令的制定、层层下达和落实来完成配置。行政指令从最高行政部门通过行政层级一直传达到提供医疗服务的基层单位,如县、乡(镇)、村的医疗卫生机构。行政指令的内容无所不包,大到全国和各区域的医疗卫生规划、医疗机构设立的审批、医疗服务价格的确定等,小到医疗卫生机构的投资和财务审批、医务人员的职称评定、医务人员工资、医疗机构间的人事调动等,都由政府通过计划手段来完成。

1.1.2 政事合一的管理体制

医疗卫生机构绝大多数是国有或者集体所有,

* 作者简介:吴筱,女(1981年-),博士,讲师,主要研究方向为卫生经济学,E-mail:debbiwu512@163.com。

与政府有直接和全面的行政隶属关系,成为执行政府指令的载体。^[1]投资决策和计划由上级主管部门决定,管理人员由主管部门任命和调配,职工按照劳动人事部门的政策和计划指标分配和调动,财务按照事业单位的原则来统一管理。重大决策均由政府主管部门做出,政府成为医疗服务行业的主宰。

1.1.3 单一公有产权结构

国家和集体拥有医疗卫生机构的所有权、经营权和使用权。政府统筹规划建设医疗卫生服务机构、统筹安排医疗服务对象,并且,统一规定医疗服务范围、标准和价格。

1.1.4 免费的医疗服务

医疗服务被视为“非生产性”服务,是一种社会公益事业,国家对医疗服务和药品的价格实施严格的计划管理,维持在很低的水平。^[2] 医疗服务机构从服务供给和药品出售所获得的收入,根本无法弥补开支。医疗服务机构不断通过纵向渠道争取政府医疗卫生服务资源。

通过这样的制度安排,在我国整体经济发展水平很低的情况下,居民享受到了相对平等的基本医疗服务。但这种制度也有不少弊端,如医疗机构总体技术水平偏低;医疗服务机构及医疗人员的积极性和创造性较低等。此外,城镇公费医疗和劳保医疗制度一直存在着对患者约束不足以及一定程度的资源浪费问题,农村合作医疗制度则存在互济功能不足的问题。^[3] 医疗卫生体制改革势在必行。

1.2 现阶段政府职能越位、缺位并存

我国医疗卫生体制改革是政府主导下的强制性制度变迁。从 20 世纪 70 年代后期开始,政府借助行政命令、法律规范以及经济激励开始进行医疗卫生体制改革。一方面,市场机制被引入医疗卫生资源配置的过程之中;另一方面,医疗卫生领域仍沿袭计划经济时期的管理体制。这导致了政府机构集多种职能于一身,既是政策制定者,又是政策执行者,同时还是监督者。于是出现了“运动员”与“裁判”重位现象,政府职能存在缺位、越位和错位的问题。许多出于需方——患者利益考虑的改革难以实现预想的效果,甚至适得其反,形成了政府与市场、医疗机构和患者双输的局面。

1.2.1 政府职能越位

政府职能“越位”主要体现在政府对公立卫生机

构的职能定位不清晰,所有权与监管权不分。在计划经济时代,政府扮演着医疗卫生服务领域的主角。在经济转型时期,这种状况并没有从根本上转变,公立医疗机构的投资主体和法人仍是政府。政府集卫生行业管理权、规划权、监督权、所有权和部分经营权于一身,既履行医疗市场的规划、调节和监督职能,又作为医院所有者直接参与微观经营活动,从而诱发诸多问题。

(1) 公有制占主体、管办不分的医疗体制,决定了公立医院长期以来处于垄断地位

目前 90% 的医疗卫生资源仍由公立医院掌握。当然各公立医院之间也存在比较激烈的市场竞争。但是,由于这些医院都是政府同一部门举办的,在实际运行中容易达成垄断市场中的“共谋”,同时政府很难对自己举办的医疗机构进行严格的监督和管理,医疗服务的质量和效率难以通过外部激励而显著提高。^[4]

(2) 政府与公立医院市场目标的错位

政府管理公立医院的目的是如何以较低的资源成本,保障社会基本医疗服务,促进居民身体健康。而医院方面考虑更多的则是在政府补偿机制相对匮乏的前提下如何维持医院的正常运转,在社会和政策允许范围内追求总收益的最大化。两者的目标存在着较明显的差异性。并且医疗机构利用自身的信息优势,最终往往能够突破政府的管制手段,这就使得政府所制定的医疗卫生政策在执行过程中出现与预期目标不一致的情况。

(3) 私人和社会资本进入医疗服务领域存在诸多制度障碍

由于公立医院的投资主体和法人是国家卫生部门,医疗卫生行政部门往往倾向于保护公立医院的发展。因此,在政策设计中或多或少地存在着不是首先从保障居民健康的角度,而是较多地考虑部门和机构的利益的现象。目前,我国并没有充分放开医疗投资市场,社会资本无法正常进入这个领域投资。并且,个体诊所或民营医院不仅得不到大力支持,而且还受到有形无形的限制,由此造成医疗服务领域缺乏竞争,合格的医疗服务资源短缺,多层次的医疗服务需求得不到满足。

1.2.2 政府职能缺位

由于政府对公立医疗机构的职能界定不清,提供了本应由市场提供和分配的服务和资源,这就使

得原本有限的医疗卫生资源配置发生了扭曲,政府关注的重点也发生了偏离,导致政府在医疗卫生领域的“缺位”。

(1) 在提供公共卫生等公共品和准公共品上的缺位

由于这些物品和服务本身存在的非竞争性、非排他性等特征,仅靠市场无法有效提供,政府应该保障这些物品和服务的供给。我国在上世纪七八十年代以后,政府医疗卫生投入比重呈逐年下降趋势,并且,政府所投入的资金不是用于预防保健与基本医疗、农村和城市的社区卫生和公共卫生事业,而是向城市大医院集中。^[5]这样,庞大的公立医院占用了过多的医疗卫生资源,一些本应由政府承担和提供的服务与产品转由市场提供,从而加剧了医疗卫生领域的不公平性,使贫困人口无法获得基本的公共服务。

(2) 在维护医疗卫生体系公平性上的缺位

近十多年来,财政对公共卫生事业的投入无论是占卫生总费用的比例,还是占财政支出的比例,均呈下降趋势,即使与发展中国家相比也处于较低水平。个人直接支付的费用过多就意味着医疗卫生资源主要依据个人的支付能力进行配置,资源就会向高收入人群、高收入地区、高利润项目聚集。这样,我国经济发达的东部地区和城市集中了我国大部分的医疗卫生资源,在城市又集中在少数大医院。而另一方面,中西部和一些贫困地区却连基本的医疗服务都难以普及。医疗保险制度改革后,城镇居民中的一些弱势群体也脱离了医疗保障,这些群体的生老病死基本上由个体负担,而恰恰这些群体承担能力极其有限。^[6]由此可见,在我国医疗卫生服务的筹资和分配中存在着严重的不公平现象。

(3) 政府监管职能缺位

我国的医疗服务市场还不成熟,医疗机构很容易以牺牲消费者的利益(向消费者收取过高的服务费或降低服务质量)为代价为自己牟利。在这样的市场环境中,需要政府的合理有效监管。而目前“政事合一”的管理体制使得作为行政主管部门的医疗卫生行政部门不具有对医院进行监管的内在动力。医疗卫生行政部门的工作重点不是监督医院的行为,而是维持其运转。另外,目前缺少相关的监管法规为监管行为提供合法保证,缺乏明确的、统一的、具有权威的专门执法机构统一执法。

中国医疗卫生制度变迁是一个渐进过程,在这

一过程中,政府和市场的作用边界需要不断进行调整。政府既不能像计划体制下那样大包大揽,也不能像完善市场中那样“无为而治”,而是要由“全能型”政府变为“效能型”政府。

2 医疗服务领域政府的作用框架及政策含义

2.1 明确医疗卫生事业的性质和基本目标

改革、发展的最终目的是提高人们的生活水平,使人们生活得更加健康与幸福。健康指标已成为评价社会发展进步的综合指标中最重要的指标。我国应该实施健康强国战略,把医疗卫生事业的改革和发展纳入到社会经济改革和发展的整体框架之中。党的十七大报告明确指出,新时期医疗卫生事业的总体目标是人人享有基本医疗服务,建立基本医疗卫生制度,提高全民健康水平。这样才能够保证基本医疗服务的可及性,提高人们的健康水平。

政府确定了医疗保健体系的基本目标后,应该划分医疗卫生需求的层次,实施不同的保障方式。对于计划免疫、传染病控制、妇幼保健、环境卫生和健康教育等公共卫生需求,根据其公共品的特点,应免费向全体居民提供。在基本医疗方面,以政府投入为主,如直接提供或购买私人机构的服务,为全民提供所需的基本医疗服务包。制度建设初期,基本服务包的范围可以小一些,随着经济发展和政府投入能力的提高,可逐步扩充服务包的内容。对于基本医疗服务包以外的医疗保健需求,政府不再提供统一的保障。为了降低个人和家庭的风险,鼓励发展自愿性质的商业医疗保险。

2.2 转变政府职能,发挥应尽责任

作为一个发展中大国,要更快地发展医疗卫生事业,满足人们的基本医疗需求,保证卫生服务的公平性,政府必须发挥其应有的核心职能。政府应逐步由办医院、管医院转向办“大卫生”、管市场,职能集中在宏观管理、提供公共服务上来,由全面干预型政府转为有限责任型政府。

2.2.1 通过制订医疗卫生发展中长期规划和区域规划,引导医疗卫生资源的合理使用,提高医疗卫生资源的配置效率

应根据医疗卫生发展的基本目标,制订中长期发展规划和短期实施计划,其中应特别注意合理规划医疗服务体系的地域布局以及医疗服务体系的层

级结构。医疗服务机构合理的分布,能够确保公众及时便捷地获得医疗服务;健全的初级服务体系和完善的多层次服务体系,则有助于更好地满足社会成员的需求。

2.2.2 以政府财政投入为主导,以农村和城市社区卫生服务为载体,以适宜技术和基本药物为手段,免费为群众提供公共卫生服务,低收费为群众提供基本医疗服务

公共卫生服务和基本医疗服务关系到人们生存权利的保障,政府应承担起为全体公民提供此类服务的责任。政府提供公共产品有两种基本方式:一种是政府直接生产,一种是政府间接生产。除了举办公立医疗机构外,政府可以运用间接生产的方式提供医疗卫生服务,如与私立医疗机构签订生产合同、授予经营权、政府参股或经济资助等。^[7]竞争的引入可以使得医疗服务市场更有效率。基于我国现实的考虑,医疗服务体系应该重视疾病预防和控制,尽可能选择价格低廉的适宜技术,政府可综合利用法律、经济乃至行政手段对此进行监督和管理。

2.2.3 对特殊人群进行医疗救助,提高医疗服务公平性

为保证医疗卫生服务的可及性,政府应对特殊人群实施特殊的政策,如给予一次性医疗补助或定额医疗补助等。同时要建立相应的救助基金和减免规定,使特殊人群与其他社会成员一样享有平等就医的权利。

2.2.4 建立和完善医疗卫生行业法律体系,营造开放和公平竞争的医疗卫生市场环境

完善的法规体系包括以下几方面内容:(1)关于医疗行业主体的法律法规。(2)关于医疗行为的法律法规。(3)关于医疗关系中权利的法律法规。卫生事业发展“十一五”规划纲要指出,目前,需要完善基本卫生保健、重大传染病防治、职业病防治、医政管理等方面的法律法规。同时,推动初级卫生保健法、精神卫生法、护士条例、放射损伤防治条例的制定和《公共场所卫生管理条例》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国献血法》、《医疗机构管理条例》等法律的修订,做好卫生法律法规的普及、宣传和培训工作。

2.2.5 对医疗服务机构建立适宜的微观监管制度,进行价格监管或质量监管,维护市场秩序

随着我国以公有制为主体、多种所有制形式共

同发展的医疗服务业新格局的形成,建立医疗卫生微观监管制度是消除市场负面效应,保证医疗卫生工作有序进行的必要手段。从行业准入、价格规制、信息披露、质量监督、患者权利保障等方面着手,构建适应社会主义市场经济特点的现代医疗卫生行业政府规制框架,是卫生体制改革的当务之急。

2.2.6 通过多途径对公众进行健康教育,加强基础性科研投资

大力进行全民健康教育,开展公共卫生、保健和营养知识宣传,倡导健康有益的行为方式。积极开展以公共场所和流动人群为重点的健康教育活动,积极推动健康学校、健康企业、健康社区创建活动。加强应用医学研究、高新技术研究和基础研究,定期公布相关疾病的诊治指南,大力推广适宜技术。

2.3 健全相关制度,鼓励社会多方参与

2.3.1 在医疗服务筹资方面,引入社会资本,建立多元化筹资渠道

1993年《世界银行发展报告——投资于健康》中提出:投资于健康应促成一种能改善居民健康的环境,改善政府对医疗卫生的投入的策略,促进多样化和竞争。为了促进竞争和多样化,应该在投资方面吸纳更多的社会资源投资于健康。主要措施为:多渠道筹集资金和使用用户付费。从世界各国卫生筹资模式的种类来看,至少包括政府预算、社会或私人保险、现金支付和社区筹资五种筹资模式。无论是高收入国家还是低收入国家,都不是单独采用某一种方法,而是根据实际情况,把不同的筹资渠道有机地结合。由于我国财力有限,政府应主要提供高效率的、基本的卫生服务,对于那些特殊的、成本很高、没有良好疗效的服务,国家应该限制免费提供;为了满足具有支付能力的居民的需求,可以发展私立健康保险,这样既能保证基本医疗服务的公平可及性,又能增加人们的选择机会。

2.3.2 在医疗服务提供方面,引入市场机制和竞争,建立多元化供给体系

医疗卫生服务的多层次性决定了多元化的供给机制远比单一的公共供给模式有效,它能综合发挥各主体的优势,满足社会群体多样化的需求。公共卫生服务和基本医疗服务涉及到个人基本的生存权利,不能因为个人支付能力的不同而不平等的享有,因此,往往采用公共供给的方式。但大量超出基本

医疗需求的私人品的存在就需要私人部门参与供给。而介于二者之间的准公共品则可以采取多方分工与合作的方式供给。非营利组织可以用来弥补市场无法满足而政府理论上可以满足但实际上没有满足的需求,如供给政府提供不足的公共医疗服务,对特殊人群进行慈善救助,帮助弱势群体等。

2.3.3 在医疗服务监督方面,健全第三方监督和社会监督

政府除加强自身监管能力外,针对医疗服务市场信息不对称的特点,通过引入比患者更具信息优势的第三方,可以有效改变目前的医患格局,这就是国外很多政府推行的第三方购买机制。第三方购买,就是通过医疗保障制度引入医疗保险机构,并使医疗保险机构成为医疗服务的主要购买者,从而改变患者与医疗机构直接谈判的状况。作为第三方购买者的医疗保险机构成为制约医疗机构行为的主要力量。^[8]

此外,政府还应倡导社会各界的监督以及行业内部的自律行为。诉讼和新闻公开是患者手中重要的武器。政府应鼓励这些手段的应用。医疗团体内部的监督也很重要。应加强医师协会的职能,由医师协会专家起草各种疾病的诊疗规范、用药标准,把它作为医生日常行医的标准,定期审查医生行医行为,逐步形成医生的声誉市场。

2.4 提高自身能力,改善行政管理水平

2.4.1 完善公共财政体制,建立不同层级政府间规范的医疗卫生责任分担与筹资机制

为实现医疗卫生事业,特别是公共卫生及基本医疗事业的均衡发展,需要根据卫生产品和服务的效用外部性边界,并着眼于社会整体公平的考虑,合理划分政府间的卫生事权。

2.4.2 优化财政对医疗卫生事业投资结构,充分体现“有保有放,有进有退,有所为有所不为”的原则

现阶段我国财政投入的重点为:支持健全公共卫生体系和重大传染病防治体系,逐步建立并不断完善公共卫生经费保障机制;加快新型农村合作医

疗制度建立步伐,完善城乡医疗救助制度;实施社区卫生服务补助政策,加快建成比较完善的社区卫生服务体系。

2.4.3 改革监管体制,建立现代监管理念,提高监管水平

目前我国医疗服务行业仍然采用卫生行政主管部门主管以及其他部门联合实施行政管理的模式,这种管理体制从本质上说依然沿袭了计划经济下行政权主导的模式,主管部门职能界定不清晰,相关部门间缺乏有效的沟通协调机制,必须将监管机制的改革纳入未来政府改革方案的设计之中。医疗卫生服务作为一个具有高度技术性和专业性的行业,加强监管机构的能力建设对于其履行好监管职责具有十分重要的意义。因此,监管机构需要引进医疗技术、医院管理、法律、经济、保险、财会等专业性的人才,逐渐建立起知识结构完备的稳定专家团队。

参 考 文 献

- [1] 雷海潮. 转变政府职能 建立与医院间新型的监管关系[J]. 中国医院管理杂志, 2004, 20(9): 521.
- [2] 石光. 当前卫生改革的热点问题之管见[J]. 医院领导决策参考, 2005, 3(11): 23-29.
- [3] 国务院发展研究中心课题组. 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)[J]. 中国医院院长, 2005, 16(16): 36-41.
- [4] 李卫平. 公立医院的体制改革与治理[J]. 江苏社会科学, 2006, 17(5): 72-77.
- [5] 杜乐勋. 我国卫生总费用流向的概略分析和政策建议[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(1): 19-20.
- [6] 世界银行:《中国卫生系统——为什么改革势在必行》[Z]. 中国农村医疗简报系列, 2005.
- [7] Philip M. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns [M]. Washington D. C.: World Bank, 1996.
- [8] 顾昕. 诊断与处方:直面中国医疗体制改革[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.

[收稿日期:2008-07-17 修回日期:2008-10-02]

(编辑 何 平)