

对医保与医改的一些探讨意见

贾 康*

财政部财政科学研究所 北京 100142

【摘要】从基本公共服务均等化的角度提出了我国医改和医保的一些探讨性意见,认为核心是要科学处理好政府主导与发挥好市场机制之间的关系,重点需在创新体制机制、优化监管、提高绩效上努力。肯定了政府把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,并且强调即使在需要政府介入的基层医疗服务领域,也不能忽视市场的作用。此外,政府在加大医疗卫生投入的同时,要强化监督,提高投资绩效。

【关键词】医疗卫生体制改革;基本医疗保障制度;均等化;公共产品;市场机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.01.008

Some observations on health system reform and basic medical security system

JIA Kang

Research Institute for Fiscal Science, Ministry of Finance, Beijing 100142, China

【Abstract】 The paper develops some viewpoints based on the notion of equalization of essential public services. We hold the pivotal issue that health system reform lies on the proper tackling the relationship between government function and market mechanism, hence the priorities are to carry forward institutional and mechanical innovation, to strengthen monitoring, and to raise performance. In this paper, we hold that basic health services should be provided by the government as public goods to all the people, and the force of market mechanism should not be ignored even in the basic health services which need to be intervened by the government. Besides, the paper highlights the supervision on the performances of government investment. Meanwhile, the government decides to increase the health input.

【Key words】 Health system reform; Basic medical security system; Equalization; Public goods; Market mechanism

1 新医改的亮点

1.1 明确地把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供

《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出,要把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,这是医疗卫生事业发展从理念到实施的重大转变,预示着全民覆盖、全民医保时代的到来,也成为医疗卫生领域明确和强调政府责任的理论基点和决策依据。把基本医疗卫生制度作为公共产品,是因为它符合公共产品的基本特征,具有很强的正外部效应,对于维护社会稳定、促进全体社会成员的和谐不可或缺,而市场又不能有效提供,政府必须发挥主导作用。一方面要为使人人享有基本医疗卫生服务提供必要的制度安排,另一方面要建立政府主导的多元化卫生投入机制。^[1]

基本医疗卫生制度所提供的使最低收入阶层也能获得的基本医疗卫生保障,保证人人享有基本医疗卫生服务,支撑着全体社会成员共享的和谐稳定,更是惠及全民、人人受益的公共产品。对于这种公共产品的提供,公共财政责无旁贷,因为公共财政最基本的定位,就是要满足社会公共需要,提供公共产品,推进基本公共服务均等化,实现其公益性、公平性。^[2]

我国经过 30 多年的改革开放,财政经济实力显著增强,为将基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,解决包括建立基本医疗卫生制度在内的民生问题,奠定了坚实的物质基础。把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的医改方案,标志着我国政府职能的转变和整合,也标志着公共财政建设进入了一个具有新高度的新阶段。

* 作者简介:贾康,男(1954 年-),研究员,博士生导师,财政部财政科学研究所所长,主要研究方向财政理论与政策。E-mail: mofjk@163.com

1.2 推进基本医疗卫生服务均等化是医改的重要切入点

当前我国基本医疗卫生制度体系建设及“新医改”，重点要解决的关键问题，是形成覆盖全民的基本医疗保障制度和高效的医疗卫生服务体系。基本医疗保障制度改革非常复杂，其中的政府导向，是要落实到以政府为主导，使全体社会成员得以享受基本的“病有所医”的医疗服务，也即人人享有基本医疗制度。首先是要能形成一种“托底”的保障条件，使最低收入阶层的人、边远地区的人，也要和其他社会成员一样，有病能得到医治，大病也不至于由于经济原因而弃医——此之谓“基本公共服务均等化”的境界。

显然，我们目前与这一境界还有相当大的距离，但其方向，已随“新医改”方案的公布而前所未有地明确起来了。在现阶段，“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”就是这样的一个鲜明导向。党的十六届六中全会明确提出了逐步实现基本公共服务均等化的方针，基本医疗保障与此逻辑上完全一致。从长期看，包括基本就业机会、基本养老保障、基本教育保障、基本住房保障和基本医疗保障等的均等化制度建设，是中国实现现代化的经济社会转型所必须要经历的重要阶段。另外，从短期来看，现在实行反周期宏观调控之中一个很重要的问题，是需要解决社会成员的“后顾之忧”，让大家敢于增加消费，而其中一个需消除的很主要的“后顾之忧”，就是人们攒钱来防范因病造成家庭困难或“因病致贫、返贫”的风险。

2 基本医疗卫生服务均等化的内涵

新医改所要求的基本医疗卫生服务均等化的内涵是什么？需要什么样的实现形式？举两个例子，一个是澳大利亚，拥有世界上最高水平的均等化制度，有一整套操作安排，当然包括医疗服务。按照澳大利亚人强调的理念，均等化一定是在“使用价值形态上”的均等化，不是按人均财力，也不是按简单可计算的人均物质投入量的量化指标。^[3]比如说在悉尼、墨尔本这样有几百万人口的大城市，假设均等化的医疗条件要表现为患者急救，医护人员要及时到场。这可能是要在城区内择点建立若干个急救站，不论在何地，都可以立即得到急救服务，这样就大体“均等化”了。至于地广人稀的区域、例如总共只有19万人口的北方领地，要达到大致相同的“使用价值

形态”，就得考虑建若干个配备直升飞机的急救站和有水准的驾驶员和医护人员。显然这个成本摊到每个人头上将非常之高，但是按照上述均等化的理念和目标，最后必须要做到这样才算实现了均等化。这样才真正叫均等化：不论在悉尼、墨尔本，还是在北方领地，接到一个急救电话后，最迟都是20分钟之内医护人员到现场进行急救——这当然是一个很理想化的状态。

另外一个例子是日本。日本公民如果患病在其本土的任何一家医院，都会得到治疗，医疗费用依靠一个结算体系就能解决。也就是说，日本人在体制框架上已经做到了不分地域的全民医保，不附加更多的条件，结算通过覆盖全国的核算系统去处理。这可以算是“均等化”了。即便是在北海道偏僻的海岛上，有人得了急病，按照通常做法，首先看有无民用快艇能过去救他，如果没有，急救中心可以打电话给自卫队，请自卫队派军用快艇或直升飞机过去救他，理论上讲派军舰或直升飞机去都是有可能的。很显然，达到这样的一个覆盖全部国土的救助水平，在中国将会比澳大利亚和日本都艰巨很多倍。我们不奢求在这个导向上能一步做到程度非常高的均等化，但是这个导向在中国的现代化过程中，却已到了需要明确树立的时候。

3 处理好政府主导与发挥市场机制的关系是问题的关键

在医改方案设计里面，基本医疗保障制度的运行机制是一大难点。如何妥善处理“政府主导”和“市场化”的关系，一直是医改的争论热点。

第一，在推行医疗卫生体系改革和基本公共服务均等化方面，医疗领域适当的产业化和市场化，政府主导和市场机制需要相互结合，而不是互相排斥。而且在结合中，首先要由粗到细地分好层次。政府主导，当然首先要解决保基本的、托底的医疗保障，但与此同时又不能排除中高档的医疗服务，要在不断提高中高档医疗技术水平的同时，把低端的水平逐渐提升。政府所要托的底，现在就是最低基本保障，同时应该运用其他的资源，特别是开放条件下的资源，从整体上提高医疗卫生服务水平。所以中高档的医疗服务水平也应该提高，而越是中高档越需要市场竞争因素和社会各方的参与（包括民间资本），不能简单地只依靠政府，这是一个两者结合中的“分层次”角度的考虑。^[4]

第二,哪怕是需政府介入和主导的最低层次“托底”的基本医疗保障,也应加入必要的市场化竞争和专业化管理的因素。例如,陕西不算是发达的地区,当地的财政系统已经开始支持医疗保障建设,并在实验村医的政府采购。因为在农村,有一些村医,可能没有执业医师资格,但是他们在当地长期行医,获得了老百姓的认可。通过相对规范的政府采购程序,对村医进行认证,然后给予相应的财政支持,同时明确村医的责任、配合年度的业务考核目标等,合理利用现有资源,而不是简单依靠行政命令从头做起。对于村医务室,运用已有资源和通过政府采购的透明、公平的竞争机制,提高资源的配置效率,是值得肯定的探索方向。政府购买服务是使政府的行为和市场机制兼容,而不是使两者相互排斥。^[4-5]另一个例子是江苏宿迁,这里进行了激进型的医改实践,引起很大争议。宿迁的医疗服务机构进行了产权重组,不再具有公立医院的所有权性质,政府只保留卫生防疫的运行体系。凡是提供医疗服务的医院,“产权置换”之后,通过竞争提供服务,让病人有选择地就医。有了竞争的理念和机制之后,政府如何介入?宿迁地方政府引入了一个很好的制度:经与上级有关部门沟通协调,聘请省城大医院的业务骨干到宿迁完成 1—2 年的对口支援服务,并且支援回去才能具备晋升副主任医师和主任医师的条件,这样就促进了宿迁医疗服务水平的提高。这种政府介入的形式很有道理,它回答了我们不少的疑惑,是不是医院民营化后或民营持股后就必定是简单的唯利是图和政府的“大撒把”,不顾医疗水平的提高?市场竞争环境下的一些问题怎样处理还需有更多探索,但基本医疗保障的政府主导与市场化因素,不是截然对立的关系。^[4]

第三,不能把医疗体制中存在的问题,简单地归结为“过度市场化”。医疗体系内确实存在过度市场化的、过分“创收”的行为,但我们现在的医疗体系中也存在着明显的“过度官场化”。很多医疗卫生机构的人员的行为方式不是面对市场、为患者服务,而是摆出衙门架势、官僚模式,是打官腔的、冷漠、僵化的行为模式。从体制上看,国有医疗机构的工作人员参照公务员管理,也是管理上官僚化的表现之一。

这里不考虑对医疗人员的道德判断,而是从“制度安排”的角度考察,在现行的制度环境里,医疗行为里既有过度市场化问题,也有官本位化的弊病。不同级别的干部享受不同级别的医疗保健待遇。而

且,这些待遇近年不是在收缩而是在扩大,被很多地方层层仿效、套用、放大,带来医疗资源配置的很大不平等。我们要从中国的渐进改革路径角度考虑逐步消除这方面的不合理状态,应该鼓励民间医疗服务规范发展,使富裕起来的人,可以更多地到民间医疗机构享受中高级的医疗服务。在社会转型中,我们要逐渐淡化这种政治等级化的“医疗待遇”,政府要大力投入针对低收入阶层的基本医疗机构,同时要鼓励民间医疗机构发展高质量服务,最终把“高干医疗”适度收缩到很小的高级领导人范围内。

现有医疗资源的分布存在显著的不均衡,“看病难,看病贵”的问题需要具体分析。在大城市,“看病难、看病贵”要从两个方面来看:看病难,是难在获得高端的专家、高水平的医疗诊断和疑难杂症的处治;看病贵,则首先是贵在医生给那些感冒发烧的病人动不动就开出几百块钱的方子。诊治一般疾病的医疗机构很多,而大部分的患者都涌入大医院,看专家门诊。要解决好这个问题,一要形成基本医疗保障层面的合理、有效的流程和转诊制度;二要加入适当的市场调节和健康、有效的“供方竞争”。因为现实生活中不可能所有医生的医疗水平都很高,必须探索一个合理的流程。比如农村医疗卫生服务提供上,可以在流程上规定:通常情况下,农村居民一开始生病的时候,应就近在村里面和乡里面就诊,被认为需转诊的,再通过流程转到县级医院,县里没有足够的诊疗能力,再进省城、进大城市。这样的流程可以排除很多不合理的盲目流动,缓解“看病难、看病贵”的问题。但这个流程又不能绝对化,应给需方留出一定选择空间,从而激励供方的良性竞争因素。比如,农民去东乡还是去西乡,都不违反流程,可刺激乡级医疗机构努力提高技术水平和改进服务质量,吸引病人就诊。当然这还仅是一个例子,政府与市场作用如何在医疗领域合理结合,是世界性的难题,需要大量的实践探索。

4 加大投入的同时,创新体制机制、强化监管、追求绩效应是新医改的重要导向

加大资金投入是推进医药卫生体制改革的基础和保障,同时也是一种重要的引导和调控手段。政策效果关键在于如何使用好这个有力的“指挥棒”。若使用得当,则能带动体制和机制的优化,产生事半功倍的效果;反之,管理不佳,就会使政府有限的资金投入发生严重“漏损”,百姓终难得到真正实惠。

因此,政府要加大卫生投入,更要高度重视制度和机制设计的优化,着力提高投入效率,只有制度和机制设计得对,同时辅之于严格的监管和有效的绩效考评机制,政府卫生投入才会起到好的效果。^[6-7]

简言之,资金投入(input)是手段,投入的产出(output)是医疗卫生服务机构服务能力的提高(取决于物质资本和人力资本的增加和提高),其最终结果(outcome)是要使人人都享有基本医疗卫生服务,特别是有效解决群众“看病难、看病贵”的问题,也即效果(effect)。相关体制和机制则贯穿在这之中的多个环节,其设计和执行水平将直接决定卫生投入的绩效,决定投入能否转化为公平有效的医疗卫生服务供给。

以医疗卫生队伍建设为例,客观地讲,我国医疗领域“人才不足”方面表现出的问题,与我们教育制度安排、人才使用政策是联系在一起的。以医学毕业生为例,现在每年培养了很多医学毕业生,但毕业后愿意去农村的很少。即使愿去农村,这些毕业生能不能发挥作用也是问题。基层最需要的是全科医生,但在我们目前的医学教育体系中却没有这种“全科医生”的专业规划和课程安排。可以说,现阶段我们医科大学培养出来的毕业生没有体现应有的教育投入绩效。据教育部统计数据,我国每年有12.5万医学本科毕业生。另外据卫生部的调查和推算,2008年全国城乡基层医疗卫生机构每年接受的本科医学毕业生规模约1.5万人,占医学本科毕业生总数的比重仅为12%。而在英美等一些国家,每年40%~60%的医学毕业生都进入全科医生行列。美国的全科医生数量占全部医生数量的30%,英国占40%,台湾也达32%。更为严重的是,现有政策无法支持清晰的职业发展路径,缺乏激励约束机制和科学的绩效考评制度,加上工资待遇和社会认同度低,基层医疗卫生机构难以吸引和稳定人才,特别是条件较为艰苦的山区、贫困地区、民族地区和边远地区尤为突出。2003—2007年,基层医疗卫生机构流失的正高、副高和中级专业技术资格人员分别占在岗相应职称人员总数的35.7%、10.1%和9.5%,严重削弱了基层医疗卫生队伍的力量,制约了基层医疗卫生事业发展。

上述这些问题纠缠在一起,表明多种因素是有机联系的,发展教育、发展医疗,并不是简单依靠政府加大投入就能解决好的。为有效解决投入绩效的

问题,新医改中,政府在加大投入的同时,一定要加强体制机制创新和监督管理,加快相关领域的配套改革,并强化绩效考评与约束,依靠制度、机制的力量追求绩效。如果认识到加强监管和绩效导向的重要性,有没有与市场规则适应的公众监督、制约力量,有没有激励机制推动当事人关注和提升绩效,有没有适度竞争压力促使医护人员努力提升本领、钻研业务、改进服务、适应需求,都是不容忽视的重要问题。

最后,还需指出的是,医改是个世界性难题,无论是哪个国家,都没有真正解决好医疗卫生问题,即便是在经济最发达、卫生花费最高(卫生总费用达GDP的17%)的美国,医疗保障也是一个“老大难”问题,依然有大约4600万居民没有被任何医疗保障体系覆盖,医改也成为奥巴马政府的一项艰巨任务。中国也不能就妄自菲薄,在这个世界性难题面前,如果中国在改革发展中积极探索,我们是有可能逐步形成带有中国特色的可持续模式的。在积极推进、动态改进医疗体系建设方面,现在有了一个通盘改革计划和三年重点实施方案,这是重大进步,如何改进它,这是一个需要大家共同努力的方向。

参 考 文 献

- [1] 贾康. 新医改方案最大亮点在改革原则[J]. 山东卫生, 2009(4): 52.
- [2] 贾康. 新医改方案亮点纷呈[J]. 中国财政, 2009(9): 1.
- [3] 贾康. 如何理解“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”[J]. 中国财经信息资料, 2009(11): 12.
- [4] 贾康. “新医改”:理顺政府主导与市场化的关系[J]. 地方财政研究, 2009(6): 4-6.
- [5] 贾康, 孙洁. 在公立医院改革中采用PPP管理模式的探讨[J]. 中国财经信息资料, 2009(16): 1-5.
- [6] 孙志筠, 余功斌, 宋其超, 等. 深化卫生医疗体制改革的基本思路及相关财政政策[C]. //2007 财税改革纵论——财税改革论文及调研报告文集. 北京: 经济科学出版社, 2007.
- [7] 余功斌, 何锦国, 邸东辉. 改革与投入并重,完善卫生医疗体制[C]. //2004 财税改革纵论——财税改革论文及调研报告文集. 北京: 经济科学出版社, 2004.

[收稿日期:2009-11-04 修回日期:2009-11-12]

(编辑 许素友)