

# 从循证研究看卫生改革中的十大政策问题

雷海潮\*

北京市卫生局 北京 100053

**【摘要】**本文从循证研究的角度对我国卫生改革中的 10 个重大政策问题进行了剖析,内容涉及基本医疗卫生制度的模式选择、基本药物制度、竞争、垄断、医疗价格、医疗保险基金管理和公立医院改革等,希望对调整和完善医药卫生体制改革政策有所借鉴。

**【关键词】**卫生改革政策;基本药物;垄断;竞争;价格;医疗保险;公立医院;循证研究

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.05.003

## Thinking about ten key health reform policy issues in China: In the view of evidence-based research

LEI Hai-chao

Beijing Health Bureau, Beijing 100053, China

**【Abstract】** This paper analyzed ten key health reform policy issues in the view of evidence-based research. They were the model choice of the health system, essential medicine policy, competition mechanism, market monopoly, pricing as well as medical insurance premium management and public hospital reform. It is hoped that these analyses will be of helps to the health reform policy adjustment and improvement.

**【Key words】** Health reform policy; Essential medicine; Monopoly; Competition; Price; Medical insurance; Public hospital; Evidence-based research

循证研究强调的是无论公共决策还是个体决策都要建立在可靠的证据和事实基础上,不能仅从主观经验出发。这对于卫生政策研究具有良好的启发和借鉴价值,也产生了积极影响。我国在深化医药卫生体制改革政策的研究中强调尊重规律和科学,中共中央政治局分别在 2006 年 10 月和 2010 年 5 月组织了两次集体学习,专门听取专家学者对医药卫生体制发展规律和如何推进我国卫生改革的讲解。<sup>[1-2]</sup>在改革政策研究过程中,邀请世界卫生组织、北京大学等中外 7 所机构开展改革思路和政策研究。当改革草案形成后,又在 2008 年 10 月进行了为期一个月的公开征询意见的工作。2009 年 3 月 17 日,中共中央、国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》,国务院于次日印发了《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)》。这两个文件是深化医药卫生体制改革的纲领性文件,指

明了中长期和近期改革的目标、道路和重大政策措施。

随着我国深化医药卫生体制改革实践的推进,一些原有的和新的政策问题亟需从循证研究的角度来认识和解决。本文归纳了十大政策问题进行剖析,希望对深化医药卫生体制改革政策的完善和调整有所借鉴。

### 1 关于基本医疗卫生制度的模式与道路选择

深化医药卫生体制改革提出了到 2020 年建立基本医疗卫生制度、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,这是我国政府对全体城乡居民和国际社会做出的庄重承诺,其本质是建立全民统一健康保障体制(universal health coverage)。根据现行政策设计,这一体制主要是通过同时发展公立医疗卫生服务机构和基本医疗保险制度来实现上述目标。但从

\* 作者简介:雷海潮,男(1969 年-),博士,北京市卫生局副局长,主要研究方向为卫生体制与改革政策。

E-mail:leihc@bjhb.gov.cn

理论角度分析,同时发展公立服务机构和社会医疗保险是不划算的、不经济的,将导致有限的公共资源分散投入供方和需方,不能集中使用,且难以组成管理有效的单一费用支付体系(single payer system),不利于控制费用快速上涨。再从国外实践来看,据对179个国家卫生体制的分析,有140个国家通过建立全民预付费的筹资体制如税收方式、依靠公立卫生机构提供的价格低廉的服务来控制居民患病时的经济风险,这一体制就是国民卫生服务制度(National Health Services),也被称为 Nikolai Semashko(前苏联第一任卫生部长)模式。<sup>[3]</sup>另有39个国家采用以居民就业为基础的缴纳医疗保险费的方式筹集卫生资金,化解居民到公立和私立机构接受诊疗服务时的经济风险,这就是社会医疗保险制度。<sup>[4]</sup>国际经验已经证明,这两种制度均是有效的实现全民统一健康保障的卫生体制。但比较研究证明,国民卫生服务制度在健康产出水平、卫生体系整体绩效和卫生筹资公平性等方面稍稍优于社会医疗保险制度。<sup>[5]</sup>此外,社会医疗保险制度实现的前提条件是国家的城市化水平高,农村居民所占比例甚低,且正规部门就业比例高。另从国际上全民统一健康保障制度的实践来看,一般是在国民卫生服务制度和社会医疗保险制度之间进行权衡与选择,以一种方式为主来实现目标,同时发展公立服务机构和社会医疗保险制度的情景是罕见的。

2010年我国城镇化率为47.5%,到2015年预计达到51.5%。<sup>[6]</sup>此外,非正规部门就业使得社会医疗保险费的征缴十分艰难。这些制约因素都影响我国基本医疗卫生制度模式的设计。新中国成立以来,建立了覆盖城乡的公立医疗卫生服务体系,这是我国卫生体制的基础。如果不很好地发挥公立医疗卫生体系的作用,转而去发展社会医疗保险体系,转轨的成本是相当高的,将导致大量的公立医疗卫生机构被迫改变所有制,出现类似前些年国有企业改革的困难,且是一个相当漫长的历史过程,延缓实现全民统一健康保障的时间。因此,我国基本医疗卫生制度的模式必须尽快明确,这是医药卫生体制改革设计的根本问题。

从医药卫生政府监管体制来看,迫切需要实现

精简统一效能的政府行政管理体制改革要求。参与本次医药卫生体制改革研究的中央部门多达16个,推进改革的参与部门更是达到19个之多。行政职能分散影响我国医药卫生事业全面协调可持续发展的科学发展的模式选择和建设成效。据研究,有120多个国家实行的是卫生服务与筹资统一管理的行政体制。这些重要证据和信息应成为我国医药卫生行政管理体制设计与改革的重要依据。

## 2 关于基本药物制度

世界卫生组织(WHO)1975年提出基本药物(essential medicine)的概念,到现在已经经历了36年的时间,从1977年发布第一版基本药物目录到现在也经过了34年的时间,对提高基本药物的可获得性和改善居民健康发挥了重要作用。<sup>[7]</sup>国际上提出和实施基本药物政策的初衷是为了解决一个国家或地区主要的健康问题,控制主要疾病以及危险因素对健康的危害,从而改善居民健康和健康公平。我国从20世纪80年代跟踪国外基本药物政策到90年代发布基本药物目录已经积累了一些经验。这次改革中提出了基本药物制度的概念,试图解决基本药物生产、流通、价格、补偿、使用等一揽子问题。实施两年多以来,虽取得了一些成效,但距离基本药物制度的初衷和国际最佳实践(best practice)仍有较远距离。例如,基本药物是与居民健康问题联系在一起的,不应当与医疗卫生机构的等级相联系,国际上只有与居民健康相联系的基本药物目录和政策,没有与医疗卫生机构等级相联系的做法。然而,现实中我国是根据医疗卫生机构的等级来制定的基本药物目录,2009年底,发布了基本药物目录的基层医疗卫生机构版本,但二、三级医疗机构版本至今未见踪影;各地在执行中较大幅度增加了国家基本药物目录之外的药品,平均增幅达到206种,对地区差异的宽度容忍使得基本药物制度所强调的公平原则大打折扣;基本药物应当由统一的公共筹资政策来确保每个居民对药物的可获得性,然而,在此最关键的环节,没能设计或者整合出统一的卫生筹资政策,而是依靠分散的、碎片化的、待遇不统一的城镇职工基本

医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度来分别支付基本药物费用,使得不同居民在基本药物上仍然存在较大的保障待遇差距。

### 3 关于如何看待医疗竞争机制

在农村联产承包责任制和城市国有企业改革的影响下,我国自 1985 年以来的医药卫生改革逐步强调医疗竞争机制的引入和应用,尤其是 2000 年以来的城镇医药卫生改革更加重视医疗竞争机制的运用,很多人认为,只要降低市场准入门槛,扩大服务规模,增加服务供给,就可以解决医疗服务质量、价格甚至是监管等一系列问题。但从理论角度分析,卫生经济学之父、美国著名经济学家和诺贝尔经济学奖得主 Kenneth Arrow 教授在 1963 年就发表了著名论文《医疗服务中的不确定性及其福利经济学》<sup>[8]</sup>,指出了医疗服务市场与其他产品和服务市场存在的区别,强调了医疗服务的特殊性,认为患者在医疗服务中是难以实现“用脚投票”机制的。

最近,我们做了一项文献评价研究,收集了 64 篇讨论医疗竞争机制的英文文献,分析竞争机制对医疗服务的价格和费用控制等方面的影响。研究发现,64 篇文献中有 26 篇讨论了竞争对于医疗价格的影响,其中 12 篇文献认为竞争导致医疗费用攀升,有 9 篇认为降低了医疗费用,另外 5 篇文献的结论是影响不确定。在医疗质量影响方面,64 篇文献中有 30 篇讨论了竞争对医疗质量的影响。其中有 4 篇文献认为竞争导致医疗质量下降,9 篇认为提升了医疗质量,还有 17 篇文献认为竞争机制的引入对医疗服务质量的影响难以确定。在医疗服务公平性影响方面收集到的文献中,有 4 篇涉及到公平性。这 4 篇文献都认为,竞争机制引入以后,无助于医疗服务公平性的改善,反而会有损公平性。在健康投入产出的宏观效率影响方面,有 4 篇文献进行了分析,结论是一致的:医疗竞争机制引入之后,宏观效率下降。

通过以上竞争机制对医疗费用、质量、公平、效率等方面的分析,对照国内在这方面的认识,显然是把竞争机制想象的过分完美了,应当从更加理性客观的角度来把握和运用市场竞争机制。

### 4 关于如何看待医疗市场“垄断”的判断

垄断是在讨论我国医疗服务市场时经常听到的词汇。近年来的一些改革措施也志在打破垄断,一些人形成了对我国医疗服务市场垄断状态的判断。这一判断正确吗?首先,要明确垄断所讨论和适用的范围。垄断一般是在竞争性生产和服务领域中存在的现象,在竞争机制不能够或者不完全能发挥作用的公共服务和社会管理领域去讨论垄断问题是没有必要的。例如,城市路灯的所有者和管理运行维护如果引入多个机构和组织是不经济的,也是难操作的,更不可能在同一时间创造出多个政府来管理社会事务。所以,在竞争机制发挥作用不确定性的医疗服务领域讨论竞争问题,本身就是值得质疑的,甚至是没有必要的。

第二,退一步来讲,即使可以讨论医疗服务的垄断问题,我国的医疗市场是垄断的吗?根据垄断定义,市场上的服务提供者数量要足够少才是垄断状态。根据 2010 年全国卫生统计,全国有 92.3 万所医疗机构,其中医院 2.1 万所,基层医疗卫生机构 90.2 万所。<sup>[9]</sup>这些机构彼此独立提供服务,没有参与和形成垄断组织。

第三,从所有制角度来看,形成公立医疗机构垄断了吗?根据统计,2010 年全国民营医院已经达到 7 068 所,占医院数量的 34%。在 90.2 万所基层医疗卫生机构中,政府举办的社区卫生服务机构和乡镇卫生院仅有 55 607 所<sup>[9]</sup>,其余基本上是个体力量举办的村卫生室和诊所。因此,在所有制方面也不能得到公有制垄断的结论。事实上,我国自 1979 年开始鼓励个体行医,经过 30 多年的发展,非公医疗机构得到了较大发展,多元化办医的格局已经基本形成。这一点必须形成广泛的共识,才能真正把握好社会力量参与医疗服务提供的政策导向与力度。

### 5 关于如何看待公立和私立医疗机构之间的关系

这个问题与前面讨论的竞争机制有关联。在相当多的国内现实情形中,公立和私立医疗机构之间的关系被理解和界定为竞争关系,政策的调控点也

集中在如何刺激和加强竞争关系。但是,如果将公立和私立医疗机构之间的关系认定为竞争的话,意味着模糊了公立和私立机构之间的使命、任务以及功能的区别。这是因为,竞争产生的前提是两类机构具备形成竞争的条件,即:面对相同的服务人群和医疗需求,提供相近或相同的服务内容。然而,多国经验证明,公立和私立医疗机构设置的初衷和目的是不同的,包括经济政策在内的公共政策也有所区别,公立和私立机构应当是面向不同人群和医疗需求,提供具有差异化的医疗服务内容。从国家医疗服务体系的整体来看,两者之间的关系主要是互补与合作,共同构成一个国家或地区完整的医疗服务体系,竞争关系不是两者之间的主流关系。

## 6 关于公立医院与国有企业的不同点

国有企业改革先于公立医院改革起步,且取得了一定成效。有人认为,国有企业改革的举措如股份制等可用在公立医院改革上,实际中也有经常拿国有企业类比公立医院的情况。但是,公立医院虽与国有企业的资产同属国有资产,但两者之间的不同之处亦是显然的、不可模糊的。不同点表现在:第一,目标不同。国有企业追求的目标是利润最大化,为国家提供经济积累。公立医院追求的目标是公共服务最大化,旨在促进居民健康,不在经济产出指标上。第二,资产属性不同。国有企业属于经营性国有资产,而公立医院属于非经营性国有资产。部分国有企业交由国有资产监督管理委员会(简称国资委)来管理,但公立医院的资产管理者是各级财政部门,不是国资委。极个别地方将公立医院交给国资委管理的做法其实质是改变了公立医院国有资产的非经营性属性,这是非常危险的行为,反映了在思想认识层面已经将公立医院和医疗部门当成了赚取经济利益的领域。第三,经济利益与社会效益之间的统一程度不同。对于国有企业来说,经济收益越高,则意味着企业的产品或服务适销对路,满足了社会需求,其社会效益同时实现,经济利益与社会效益之间是统一的。但对公立医院来说,经济收益越高,并不意味着居民更加健康,社会效益未必能够实现,经济利益与社会效益之间可能是对立或矛盾的。

有鉴于公立医院与国有企业之间的显著差异,不能盲目将国有企业改革的做法套用到公立医院改革上来,尤其不能在公立医院内部实行股份多元化的改革。否则,将导致公立医院严重的目标和利益冲突,是难以管理和维持运行的,更不可能保证公益性。

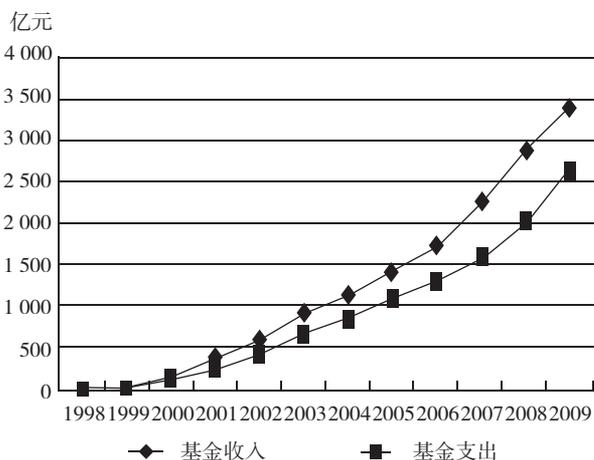
## 7 关于如何看待医疗服务价格

20世纪80年代中后期以来,国内比较注重通过医疗收费来弥补医疗服务的成本,以至于形成了一个带有片面倾向的错误共识:医疗服务价格要反映医疗成本的变化。因此,要求医疗服务涨价的呼声不绝于耳。必须认识到,在存有公立医疗机构的卫生体制内,医疗成本的补偿至少有两个渠道:一是公共财政补助,二是服务收费。财政补助与服务收费共同弥补医疗服务的成本,且是此消彼长的互补关系。在物价总水平居高不下的情况下,应当更多地通过公共财政的投入来弥补医疗成本,而不是提高医疗收费水平,从而进一步推升价格总水平,加剧通货膨胀。国际经验表明,公立医疗机构的医疗收费有两个目的,一是为了弥补部分服务成本,二是控制医疗服务滥用和不必要的医疗需求,这是更重要的目的。例如,我国香港特别行政区,公立医院的支出中仅有2%~5%来自于向患者收费,其余均是通过预算制由特区政府补偿。因此,要全面认识医疗收费的行为和水平,不能一味强调对医疗成本的补偿作用,也不宜宣传医疗收费水平与技术劳动价值之间的关系。自2010年下半年以来,我国价格总水平较高,给宏观经济增长和政策调控带来了巨大压力。在这一形势下,进一步提高医疗收费价格显然是不明智的狭隘短视行为,应当更多地使用财政补助手段来弥补医疗服务成本的上升。

## 8 关于基本医疗保障资金过多结余问题

我国从1998年开始推行城镇职工基本医疗保险,到现在已经有13年的时间。在此期间,基金过多结余的问题一直影响和困扰参保职工的受益程度,也影响该制度的吸引力和可持续发展。据研究,城镇职工基本医疗保险基金年结余率多在25%~35%之间(图1)。一方面是参保人群反映看病贵,个

人自付比例高,负担重;另一方面是医疗保障基金大量沉淀。改变这一状况可以从两方面入手:一是在现有管理体制下建立多元参与的、代表不同方面利益诉求的基金管理新机制,特别是注意增加来自工会和参保居民以及医疗机构的代表。二是改革基本医疗保障制度的行政管理体制,按照“大部门制”改革的要求,将医疗筹资部门与服务管理部门合并到一起。



数据来源:1999—2010 年人力资源和社会保障部事业发展统计公报

图 1 城镇职工基本医疗保险基金筹资与支付情况对比

## 9 关于购买服务说法的辨析

购买服务是近年来国内比较流行的一种说法,来源于国外 20 世纪 80 年代新公共管理学说。国际上所谓的购买医疗卫生服务,包括两种情况,一是部分国家为了弥补政府提供公共服务不足的问题,通过公共财政向私立非营利性甚至是营利性提供者购买服务。但我国的卫生国情与其他国家是不同的。我国已经建立了覆盖城乡的公立医疗卫生服务机构,在机构所有制构成方面与国外不同。如果在存有大量公立医疗卫生机构的情况下,不去考虑如何发挥和利用好这些机构提供公共服务的作用,而是创造一种市场购买机制,将导致公共资源的浪费。另外一种情况是为了提高服务效率和质量而采取购买服务的方式。但这样的做法在国际上仍然属于探索阶段,并没有得到充分的实践证明。2010 年初,国际著名医学杂志《柳叶刀》发表了一篇文章,采用系统评价(Systematic review)的研究方法认定,购买服务的做法尚无成功的国家范例,其少数的成功案例

仅限于狭小地区的小范围试点探索。<sup>[10]</sup>历史上,我国公共医疗卫生服务的提供主要依靠的是各级政府举办的公立医疗卫生机构。购买服务学说在我国的出现意味着政府对这些公立机构补偿的弱化,其实质是减少政府对公共服务的投入,这与国外购买服务学说所倡导的方向和一些国家的做法也是不一致的。

## 10 关于如何看待医生的身份

现在,国内一些人拿美国等部分国家当作世界来概括全球的情况,出现了医生是自由人或者社会人的意见,认为应当学习美国的做法,让医生完全变成自由执业者,与医院之间的关系变为签约式服务。这一意见无论在立论和结论上都是以偏概全的。首先,美国并不代表全世界的做法。其二,美国的卫生体制不是最优卫生体制,反而是绩效比较差的体制,我们应当向差的方向看齐。其三,关于医生的身份及其与医院之间的关系是多变的,与各国历史、文化、价值观、卫生体制特点等密切联系。有的国家的医生是自由执业者,而有的国家的医生就是隶属于医院的,甚至是国家工作人员,如澳大利亚以及其他英联邦国家。全世界在处理医生身份及其与医院的关系上是多种模式的,自由执业者并不是唯一答案,也不代表世界的潮流与方向。所以,我们讨论医生身份这一改革问题时,不能仅仅看到美国等少数国家的情况,更应该针对我国的国情和我们的工作基础与监管能力来妥当处置。

## 致谢

感谢中国医学科学院卫生政策与管理研究中心的林士惠所做的医疗竞争文献分析;本文是在中国医学科学院卫生政策与管理研究中心主办的首届中国卫生政策研究论坛上的演讲稿,感谢《中国卫生政策研究》杂志编辑部对演讲稿的文字整理。

## 参 考 文 献

- [1] 中共中央政治局第三十五次集体学习[EB/OL]. (2006-10-24) [2011-04-25]. [http://news.xinhuanet.com/video/2006-10/24/content\\_5244468.htm](http://news.xinhuanet.com/video/2006-10/24/content_5244468.htm).
- [2] 中共中央政治局第二十次集体学习[EB/OL]. (2010-05-

- 29) [2011-04-25]. [http://www.gov.cn/ldhd/2010-05/29/content\\_1616407.htm](http://www.gov.cn/ldhd/2010-05/29/content_1616407.htm).
- [3] Tragakes E, Lessof S. In: Tragakes E., ed. Health care systems in transition; Russian Federation. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2003; 22.
- [4] 雷海潮. 实现人人享有基本医疗卫生服务的关键问题探讨[J]. 卫生经济研究, 2008(5): 3-5.
- [5] 李立秋, 雷海潮. 卫生筹资与卫生系统绩效之间的关系及对中国的启示研究[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(5): 20-24.
- [6] 国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要(全文) [EB/OL]. (2011-03-16) [2011-04-25]. [http://www.gov.cn/2011lh/content\\_1825838\\_2.htm](http://www.gov.cn/2011lh/content_1825838_2.htm).
- [7] World Health Organization. Essential medicines [EB/OL]. [2011-04-25]. [http://www.who.int/medicines/services/essmedicines\\_def/en/index.html](http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html).
- [8] Kenneth J, Arrow. Uncertainty and welfare economics of medical care [J]. Bulletin of WHO, 2004, 82 (2): 141-149.
- [9] 卫生部. 2010 年我国卫生事业发展统计公报 [EB/OL]. (2011-04-29) [2011-05-04]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201104/51512.htm>.
- [10] Oxman A D, Bjørndal A, Becerra-Posada F, et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions [J]. Lancet, 2010, 375 (9712): 427-431.
- [收稿日期:2011-04-26 修回日期:2011-05-06]  
(编辑 田晓晓)

· 信息动态 ·

## 泰晤士报:英国拯救国民卫生服务体系改革

英国新医改方案公布后,在政界、学界、医疗行业和普通民众中引起广泛争议。人们担心,如此剧烈的改革将破坏国民卫生服务系统(NHS)的稳定,甚至可能导致NHS的土崩瓦解。卫生专家和医生认为,改革计划为私有资本进入NHS大开方便之门,从而会有损NHS一直令人称道的公平性。还有人质疑让全科医生掌握医疗卫生拨款是否恰当。2011年4月4日,英国《泰晤士报》头条刊登题为“最后一搏:拯救国民卫生服务体系改革(Last-ditch attempt to save NHS reforms)”的文章,称“英国首相卡梅伦被警告必须使选民和卫生专家相信NHS改革,否则就会造成严重政治损害”。

2011年4月4日,英国卫生大臣安德鲁·兰斯里在议会宣布,出于对民意的考虑,已经开始执行的

NHS改革将暂缓,从而聆听更多民众的反馈。4月6日,首相卡梅伦、副首相克莱格和卫生大臣兰斯里针对泰晤士报文章纷纷明确表态,一致支持和捍卫NHS改革计划。卡梅伦表示,NHS改革的放缓并不意味着停止改革。政府希望通过放缓节奏,对改革计划进行更多的解释和修改,向民众提供更详尽的改革信息,让民众认识到改革的必要性,从而支持改革。兰斯里坚定地认为:“改革的目标很明确,那就是为病人提供全世界最佳的公费医疗服务。”英国媒体认为,卫生改革问题会影响两党联合政府互信的政治基础,但与“联合政府分裂”的论断尚有距离。

(来源:《泰晤士报》和《星岛环球报》)