

基于公共产品理论的基本医疗服务政策演变分析

秦才欣^{1,2*} 陈海红^{1,2} 钱东福^{1,2,3}

1. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166

2. 健康江苏研究院 江苏南京 211166

3. 南京医科大学全球健康中心 江苏南京 211166

【摘要】健康关系到人民群众最核心、最直接的切身利益,基本医疗服务作为健康的最基本保障,更是人人都不可或缺的公共需要。回顾我国建国 70 余年的历史征程,我国基本医疗服务的政策导向历经了计划经济时期福利性的政策供给(1949—1978 年)、改革开放时期偏向市场化的政策供给(1978—2003 年)、新时期人人享有的政策供给(2003 年至今)三次变革。基本医疗服务政策核心要素历经了“平均—效率—公平”三次变迁。其提供效果也可归纳为低水平平均、严重失衡、迈向新的均衡三个历史阶段。本文从公共产品理论切入探究其政策提供与其客观定位的偏差异同,以期为基础医疗服务的进一步治理提供智识支持。

【关键词】基本医疗服务;政策演变;准公共产品

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.10.001

Analysis of the evolution of basic medical service policies based on the theory of public goods

QIN Cai-xin^{1,2}, CHEN Hai-hong^{1,2}, QIAN Dong-fu^{1,2,3}

1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

2. Nanjing Medical University Institute of Healthy Jiangsu Development, Nanjing Jiangsu 211166, China

3. Center for Global Health, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

【Abstract】Health is of essential and most direct interest to people. Basic medical service, as one of the most basic guarantees for maintaining public health, has been an indispensable public demand to all citizens. Reviewing the over 70 years of People's Republic of China history, we can see that the policy orientation of basic medical services in China has sequentially gone through three times of revolution: the welfare-oriented policy provision during the planned economy period (1949—1978), the more market-oriented policy provision during the reform and opening period (1978—2003), and the for-all policy provision in the new era (2003—). The core elements of basic health-care service policies have gone through three changes: “average-efficiency-equity”, wherein the policy provision effects can be categorized into three respective historical stages: low-level average, seriously imbalanced, and approaching a new equilibrium. This article explores the similarities and deviations of these basic medical service policies in service provision and objective positioning based on the public goods theory, so as to hopefully provide intellectual and knowledge support for the future management of basic healthcare services.

【Key words】Basic medical services; Policy evolution; Quasi-public goods

健康关系到人民群众最核心、最直接的切身利益,基本医疗服务作为健康的最基本保障,更是人人都不可或缺的公共需要。^[1]回顾我国建国 70 余年的历史征程,我国经济社会历经了几次全面而深刻的

转型。在此宏观背景下,我国的基本医疗服务的提供方式也嵌入其中历经了曲折反复的变迁过程,其间主导公平的政府行动与强调效率的市场力量此消彼长,从中也可以窥见我国治理理念的变迁过程。

* 基金项目:国家社科基金重点项目(20AZD081)

作者简介:秦才欣(1997 年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail:qincx0227@163.com

通讯作者:钱东福。E-mail:dongfu016@126.com

本研究从基本医疗服务提供的政策安排理念入手,以公共产品的视角切入,分析我国建国以来基本医疗服务提供的政策演变历程,以期为基本医疗服务的进一步治理提供智识支持。

1 理论背景

1.1 基本医疗服务

在我国,“基本医疗服务”一词最早出现在 1993 年,由时任卫生部部长陈敏章在全国卫生工作会议中提出,作为一种政策方向,旨在通过“基本医疗”体现政府对社会成员一定的福利照顾。^[2]此后,不管是在官方文件中,还是在学术研讨中,“基本医疗服务”一词被频频提及。但关于基本医疗服务的具体内涵,尚无确切一致的定义。2020 年 6 月 1 日施行的《基本医疗卫生与健康促进法》中说明,基本医疗服务和基本公共卫生服务共同组成基本医疗卫生服务,基本医疗卫生服务是指维护人体健康所必需、与经济社会发展水平相适应、公民可公平获得的,采取适宜药物、适宜技术、适宜设备提供的疾病预防、诊断、治疗和康复等服务。在学术界,从理论上,各学者达成了共识,紧扣“基本”,普遍认为基本医疗服务应具有公平性、普惠性、基础性、经济性、时空性等基本特性。^[3-5]但在实际操作中来界定,研究讨论仍是莫衷一是。不同学者从提供服务的医疗机构的层次、医疗机构的所有权主体,或是从诊治疾病是否为常见病、设置医疗费用阈值等角度出发试图将“基本”与“非基本”医疗服务区分开来。^[6-8]但这些方法各有局限,本研究从基本医疗保障视角入手,其一,因为基本医疗保险覆盖下的医疗服务本身就是考虑国民医疗需求、成本效益等条件后的综合结果,与基本医疗服务的内涵相契合;其二,当前我国基本医疗保险覆盖超十三亿人,以此为标准具有通用性和可行性。因此,本研究认为基本医疗服务从实际界定角度应为居民从医疗机构中能得到的在基本医疗保

险覆盖范围内的医疗服务^[7],它具有广覆盖、可及性、公平性、时空性、成本效果好等特点。

1.2 基本医疗服务的公共属性探究

公共产品理论发展至今,有关公共产品的定义很多,从不同的定义出发探究基本医疗服务的属性能够得出不同的结论。萨缪尔森提出的经典定义认为其是“所有人共享的消费品,且任何个体对这种产品的消费不会导致其他人对该种产品消费的减少”。^[9]公共产品应具有效用的不可分割性、受益的非排他性和消费的非竞争性。从这三重标准考量,基本医疗服务不能划分为公共产品。因为其既不像国防那样效用不可分割、也不像法律那样受益不可排他,并且消费时也具有一定的竞争性。后来,多数学者置疑是否有产品能满足这三重筛选下的严苛标准,这个经典定义在广为流行的同时也颇受置疑。此后,研究者们出于完善、修正或是再次建构的目的出发对公共产品的定义展开了研究阐述,这些研究成果大致可以分为客观性定义和主观性定义两类,客观性定义关注于产品的客观属性,延续着是否有非竞争性和非排他性的标准,对产品分类进行了扩充和连续性处理,最终形成了公共产品、私人产品和介于两者之间的“准公共产品”的三分类产品。^[10]而主观性定义则着眼于强调产品的主观供给决策或供给方式等,从产品是否是满足社会共同需要的产物角度来界定。^[11]

从客观性定义出发发现基本医疗服务应该归为准公共产品,从主观性定义出发,基本医疗服务近乎于全社会成员的必需品,当然这种“必需”呈现出一种不确定性,对于不同的人来说他需要的时间和地点都会有所区别,但无疑基本医疗服务是社会成员的共同需要。因此,基本医疗服务应归类于准公共产品。

下文从政府在医疗服务领域政策供给的导向出发探究政策实践过程中的基本医疗服务的公共属性偏向(表 1)。

表 1 基本医疗服务的政策核心要素、导向、实践效果及公共产品属性视角分析

时期	政策核心要素	政策导向	实践效果	公共产品属性视角分析政策实践
1949—1978 年	平均主义	福利化	低水平平均	大致符合准公共产品定位,对城镇职工是作为公共产品提供的,对于农村居民则倾向于以准公共产品提供
1978—2003 年	效率优先、兼顾公平	市场化	严重失衡	实践中偏离准公共产品定位,对于缺乏医疗保障的公众相当于“商品化”的私人消费品
2003 年至今	效率、公平并重,更加注重公平	基本医疗服务均等化	迈向新的均衡	重新顺应准公共产品定位,从更大的覆盖范围和保障水平作为准公共产品,甚至部分作为公共产品推向全民

2 从公共政策安排视角分析基本医疗服务政策的演变历程

2.1 计划经济时期福利性的基本医疗服务政策供给 (1949—1978 年)

新中国刚刚成立之初,历经了几十年的战乱和社会动荡,传染流行疾病肆虐,政府缺医少药,百姓生存环境恶劣,人民健康状况极差^[3],医疗卫生工作开局处于十分不利的局面。尽管如此,我国仍旧利用有限的医疗卫生资源探索开展了具有中国特色的基本医疗服务发展之路。虽然直到 1993 年,我国政府才首次提出“基本医疗服务”的概念,但彼时虽无“基本医疗服务”这个名词,但实际上的医疗卫生工作正是体现了基本医疗服务的思想和内容。

1952 年,我国就定下了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的工作方针。这四条工作方针分别针对医疗卫生工作的服务对象、重点内容、统一战线和工作方法进行了阐释。^[3]其中,第四条方针揭示了我党执政的根本路线——群众路线。而在 1954 年我国第一部宪法第 93 条列出“国家举办社会保险、社会救济和群众卫生事业,并且逐步扩大这些设施,以保证劳动者享受这种权利”。在当时社会主义意识形态的影响下,平均主义成为卫生政策的核心要素。尽管受制于国家财政能力和卫生资源的不足,我国通过户籍制度,对城市和农村的医疗卫生采取了二元化发展道路,在此前提下基本医疗服务逐步走向全面覆盖、区域均等的发展道路。

在医疗保障领域,计划经济时期我国依赖行政体制建立起基本覆盖全民的医疗保障制度,分别是面向城市居民的劳保医疗和公费医疗和面向农村居民的合作医疗。^[12]医疗保障制度在城市地区率先建立起来,劳保医疗制度起源于 1951 年政务院颁发的《中华人民共和国劳动保险条例》,之后随着 1953 年和 1956 年的修订正式确立,受益人群是企业职工。其间,1952 年公费医疗制度也建立起来,覆盖对象最先是机关及事业单位的工作人员,之后拓展到伤残军人、在校大学生等。劳保医疗和公费医院所需的费用分别由企业或国家财政负担,个人几乎不需要负担医疗费用,劳保医疗还负担了职工直系亲属医疗费用的 1/2。^[13]而在农村地区,更为广大的农民群体还在国家福利体系范围之外,尚未享受到此类医疗保障福利。之后在少部分农村地区,有农民自发

探索尝试以集体和个人共同承担的方式担负医疗卫生费用。但直到 1958 年,这种小型的合作医疗也仅占了全国的 10%。^[3]之后这种小型集体保障医疗引起了毛泽东同志的注意,其后他亲自批发了湖北省长安县乐园人民公社举办合作医疗的经验,称赞“合作医疗好”。^[14]之后,合作医疗制度进入了蓬勃发展阶段。到 1976 年,合作医疗的覆盖率已达到 90% 以上。不同于基本属于免费医疗的劳保和公费医疗,合作医疗不像是一种机构福利,更像是依附于人民公社实现小范围健康和患病人群医药费用再分配的互助组织形式。^[15]

在医疗服务领域,1951 年卫生部要求各级卫生部门负责医疗卫生资源的规划和布局,也就是说,医院由政府举办并进行统一管理。之后我国建设了遍布全国的医疗卫生机构网,为我国全体居民获得卫生服务利用提供了保障。^[16]不仅城市的医疗机构,农村卫生事业也得到了快速发展,到 1965 年,农村三级医疗保健网基本建成。尽管如此,但出于国家工业化建设目标的需要,卫生资源更多地投入到城市中,导致农村缺医少药的局面仍未解决。毛泽东同志意识到城乡居民医疗条件的巨大反差,在 1965 年指示卫生部门“把医疗卫生工作的重点放在农村中去”,史称“六二六”指示。^[17]在此阶段,卫生事业被政府定性为人民福利性事业,政府通过财政投入承担医疗机构的运行费用,具体可分为统收统支(1949—1955 年)、差额补助(1955—1960 年)、定向补助(1960—1970 年)三个阶段。^[18]从中也可以窥见医疗卫生的财政负担越来越重的趋势。

新中国成立后的前 30 年间,我国以行政机制为绝对主宰建立起基本医疗服务体系。面对千疮百孔、百废待兴的医疗卫生事业,在卫生投入仅占 GDP3% 的情况下,通过制度设计和行政安排大体满足了几乎所有社会公民的基本医疗服务需求^[19],在国际上广受赞誉,WHO 和世界银行赞称“中国模式以最少投入获得了最大健康收益”^[20]。此时,我国的医疗服务具有极强的“福利化”特征,值得一提的是,与其他社会主义国家建立的全民公费医疗体制不同^[21],彼时我国的基本医疗服务具有高度行政化和碎片化特征。依托于城乡的三级保健网络和医疗保障制度,对城镇职工是作为公共产品提供的^[1],在公费医疗和劳保医疗体制下的消费者几乎不承担医疗费用,对农村居民则倾向于以准公共产品提供,依托于人民公社等组织来实现互助共济。尽管由于经

济、资源等水平限制以及农村优先支持工业发展的经济制度要求,城乡实行二元分化发展,但由于“平均主义”的执政理念,总体上仍呈现出城乡兼顾的统筹发展局面。政府主导加速并保障了医疗服务供给和医疗保障体系的建立,但却未能保证两者的联系和制约机制的完善,无法避免地造成医疗资源浪费、医疗效率低下、医疗机构供给能力不强等问题。

2.2 改革开放时期偏向市场化的基本医疗服务政策供给(1978—2003年)

在计划经济时期,政府于1958年、1960年、1972年三次大幅度降低医疗服务收费标准。过低的医疗收费标准,限制了医疗机构的供给能力。加上管理混乱、医疗技术发展缓慢等问题,一方面公立医疗机构提供的医疗服务逐渐满足不了国民防病治病需要;另一方面由缺乏制约机制的医疗保障制度也给政府带来了过重的财政压力。受到改革开放“以经济建设为中心”的影响,国家重新树立了“效率优先、兼顾公平”的基本医疗服务价值观,在医疗卫生领域进行了“以消费者付费”为核心的市场化改革,主要表现为政府财政从医疗卫生领域的退出,取而代之的是激励医疗机构自收自支和个人进入机制的确立。^[18,22]

在医疗保险领域,随着改革开放后经济社会发展的重大变革,原先“福利性”的医疗保障制度赖以生存的组织体系消失瓦解。农村首当其冲,随着家庭承包联产责任制的推行,人民公社等集体经济消亡殆尽,到了20世纪90年代,曾经几乎覆盖全国农村的合作医疗制度已不复存在。随后,城市中各种国营企业的改制意味着“迷你型福利国家”的解体,涌现了大量下岗职工,而运营不力的企业也无法继续为员工支付医保补贴。^[21]我国的医疗保障体系出现了“制度漏洞”,广大村民、下岗职工和部分私企的员工又回到自费医疗的老路上。与此同时,公费医疗和劳保医疗制度的改革也在积极探索中,主要表现为医疗费用支付由原则上的个人零负担向强调个人责任的适度自费过渡,但局部的修补并未从根本上解决其制度性弊端,建立覆盖全体城乡居民的新型基本医疗保险制度是必然选择。

顺应市场经济的发展趋势,同时为了扭转医疗机构经营亏损的局面,在医疗服务领域中进行了一系列市场化改革。1979年《加强医院经济管理试点工作的意见》指出要对医院实行定额管理制度,即

“五定一奖”示范模式。^[1]1985年国务院转发卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》指出,要“简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞活”,这一标志性的62号文件奠定了“放权让利”的改革基调,1985年又被称为医改的启动元年。^[23]随后,同年8月《关于开展卫生改革中需要划清的几条政策界限》、1989年《关于扩大医疗服务卫生服务有关问题的意见》、1992年《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》等文件的下发,仿照企业改革方向,在公立医疗机构中引入了各种形式的承包责任制,医院成为了“自负盈亏”的事业单位。与此同时,政府同时还积极鼓励个体承包、个体开办医疗机构,尽管这时其资源和服务量仍无法与公立医院相抗衡,但打破了公立医院一统天下的局面。

改开之后,政府的一系列制度和政策要求医疗机构自收自支,鼓励医疗机构积极创收。这一次改革打破了原有分级诊疗制度依赖的三级医疗服务网,形成了以公有制为主体的多元办医格局。有效增强了医疗机构的活力,提高了医疗机构的服务效率、自我发展能力和医疗服务的供给水平。尽管从政策文本来看,基本医疗卫生政策并未完全放弃公益性原则,我国卫生事业被定性为政府负有重要责任的社会公益事业,市场化导向也从未成为正式的制度安排。^[24]但由于以“发展”为核心的公共政策价值导向造成的偏差以及政府对医疗卫生事业的特殊性认识不足,伴随着国家财政的大规模退出和医保制度的破裂,地方政府激进改革下甚至出现了宿迁卖光公立医院的情形。1978—2002年,政府卫生投入占卫生总费用的比重由32.2%降至16.4%。^[12]2003年我国全国第三次卫生服务总调查结果显示,44.8%的城镇居民、79.1%的农村居民总计10多亿人口被排除在医疗保险覆盖范围外。WHO发布的《2000年世界卫生报告》中,中国卫生费用筹资公平性排名为188位,在191个成员国中位于倒数第四位,被列为筹资最不公平的国家。^[12]政府责任的缺失,医疗机构逐利性增强,一方面导致城市地区尤其是富裕地区的医疗需求被优先满足,医疗资源向城市集中,城乡差异不断扩大;另一方面医院提供基本医疗服务的积极性下降,利用“信息不对称”诱导医疗服务的行为层出不穷。在此时期,医疗机构发生了公益性嬗变,缺乏医保兜底和加上医疗机构逐利,“兼顾公平”理念扭曲为“牺牲公平”,基本医疗服务逐渐演变为“商品化”的私人消费品^[12]，“市场化”调

控不当下激励机制扭曲,最终导致民众看病难、看病贵的问题日益凸显,基本医疗服务的公平与公益性遭到破坏。

2.3 新时期人人享有基本医疗卫生服务的政策供给 (2003 年至今)

2003 年以后,突如其来的“非典”疫情使得医疗卫生中的种种痼疾暴露出来,迫使我国重新审视医疗服务事业的定位及政府的担当责任。2005 年国务院发展研究中心发表的研究报告中,对上一阶段市场化医疗改革进行了评判:“当前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的”。^[3] 政府意识到仅仅凭借经济的增长不足以保证医疗服务的公平获取,基本医疗服务政策核心要素发展为“效率、公平并重,更加注重公平”。从十七大指出“要促进社会公平正义,努力使全体人民病有所医”起,“促进社会公平正义”被多次提及,成为公共政策价值旨归。基本医疗服务作为基本公共服务的重要组成部分,被纳入《中共中央国务院“十三五”推进基本公共服务均等化规划》。本文从政府提供基本医疗服务的意愿和能力角度切入,将其归纳为:旨在将基本医疗服务作为准公共产品提供给全体居民,从实现“人人享有基本医疗服务”走向实现“人均均等享有基本医疗服务”。

此时,经过改革开放我国从“同质性社会”转变为“差异化社会”,不同地区不同人群的医疗服务需求和实际获得的医疗服务供给都存在着很大的差异。^[1] 将基本医疗服务作为准公共产品提供从目标达成过程不是一蹴而就的,我国首先在医疗保障领域发力,完善基本医疗保障制度并作为公共产品覆盖全民。

此前我国就一直在尝试重建医疗保障制度。从 1994 年“两江”试点的成效到 1998 年正式提出建立城镇职工基本医疗保险制度(以下简称“城镇职工医保”)的任务。但此时除了城镇职工医保适用人群的固有局限性,其覆盖率也远远未达到理想层面。到 2005 年,城镇职工医保的参保人数也仅覆盖了城镇人口的 23%。^[25] 之后,我国加快了基本医疗保险建设的全民化进程。分别于 2003 年、2007 年针对农民和城镇非从业居民建立起新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)和城镇居民基本医疗保险制度(以下简称“城镇居民医保”),至此,我国基本医疗保障建设达成了制度全覆盖。借鉴之前近乎免费的劳

保医疗和公费医疗导致参保者盲目消费以及农村合作医疗小范围保障导致抗风险性不强的弊端,基本医疗保险制度尽管在筹资机制、待遇水平上有所不同,但都采取“共付”和“自付”相结合的方式,适度强调了个人责任,而政府财政支持更好地保证了制度的稳定性。

到 2011 年底,我国参保人群已达到 13 亿,基本医疗保险从此基本实现了人群全覆盖,此后我国基本医疗保险的参保率都维持在 95% 以上。医疗保障是实现病有所医的兜底性制度安排,是实现健康权的基础^[25],基本医疗保障制度的全民覆盖为基本医疗服务的可负担性提供了有力保障,是把基本医疗服务作为准公共产品提供的前提基础。

2009 年,标志着新医改第一轮高潮的纲领性文件《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》发布,首次提出要将“基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”,强调维护医疗卫生事业的公益属性。但制度不同于基本医疗服务,能够将制度作为公共产品提供也不等同于能够将基本医疗服务作为公共产品提供。基本医疗服务提供牵涉的主体众多,最重要的就是医疗机构。2010 年,原卫生部联合五部委发布《关于公立医院改革试点的指导意见》,明确指出要“坚持公立医院的公益性质”。公立医院一直在我国医疗服务提供中起到中流砥柱的作用,这一点在新医改之前尤甚,因此,公立医院理所当然成为了医保基金的补偿主体,也就相当于获得了国家财政资金的间接补偿。^[26] 但此时,上一阶段业已形成的医疗机构扭曲的激励机制仍在延续,由于其符合医院的利益、医患双方的巨大信息鸿沟、患者甚至在某些情况下也会成为合谋(比如早期医保门槛费的设置下患者有小病大医的倾向)、“过度医疗”“以药养医”等事件仍然层出不穷。这在很大程度上稀释了政府从供方和需方实际投入的财政拨款,降低了基本医疗服务提供效果。公立医院的固有分利格局亟待改革。之后,我国从基本药物制度建设、药品集中招标采购、改革医保付费方式等方面入手,试图构建运转良好的激励机制。从提高存量效率、质量的角度提升基本医疗服务的供给水平。

2013 年,十八届三中全会的召开拉开了以治理为轴心的新时代序幕,首次提出事业单位改革的“去行政化”方向,为公立医院改革进一步指明了方向。2016 年,我国启动了城乡居民医保和新农合的合并之路,旨在一步步解决医保碎片化难题。2018 年成

立了国家医疗保障局,基本医疗保险也在寻求着高质量发展之路。2017年十九大中明确提出“共建共治共享”的社会治理的建设目标。在医疗卫生领域,政府一方面要加快向“服务型政府”的转型步伐,另一方面要顺应时代需求为市场、社会主体参与让渡空间。近年来我国医改一直在强调公立医院要回归公益性,但是公立医院回归公益性的本质是服务的提供要回归公益性^[27],更准确的说,要首先确保基本医疗服务的提供要回归公益性,这不是指其生产者即医疗机构也必须回归公益性,更不是指基本医疗服务的公益性只能由公立医院维护。政府一方面通过职能转型,采取政府财政购买、医保支付改革等手段参与构建医疗卫生市场机制;另一方面鼓励社会资本积极参与打造医疗服务供给主体多元化格局。我国通过医保建设不断拓宽并提高基本医疗服务的覆盖范围和保障水平,其中有部分基本医疗服务已被基本医疗保险100%覆盖作为公共产品向全民提供;通过医疗服务供给侧改革提升基本医疗服务的供给品质并拓宽其供给主体,进一步推进将基本医疗服务作为准公共产品推向全民。这一阶段总体而言,我国的基本医疗服务政策一直在践行“公平优先”的价值旨归。

3 回顾、反思与启示

回顾建国后医疗卫生领域发展的70余年,我国基本医疗服务的供给大致可归纳为低水平平均、严重失衡、迈向新的均衡三个历史阶段。^[22]随着经济、医学、政策、人民需求等的发展与变革,基本医疗服务概念本身所蕴含的服务内容就在不断地变化和延展。甚至说,“基本医疗服务”这一概念自诞生之初,并不是偏重于医学基础的角度,而是出于其政策功能的考校^[28],基本医疗服务的发展和演变是个不折不扣的政治过程。正因如此,回顾其政策导向演变方能窥见我国经济、政治等宏观领域的深刻变革。

“人们过去做出的选择会决定其目前与未来的选择”,改革不能割断历史,改革不是把过去的制度推倒重来。^[20]医疗卫生政策的变革是经济、政治、文化甚至是人口等因素混杂作用的结果,我们在赞扬计划经济时期有限医疗卫生资源的最大化利用的同时,也不要忽略了由政府、国有企业和集体经济组织几乎包揽下所有医疗服务费用后导致的医疗机构缺乏活力及医疗资源浪费严重等问题。公共政策的改革是因势利导的,政策的改革也是无止境的。政策

和制度必须根据出现的问题和当前的形势做出相应的调整,如果调整不当或失效,政策和制度就会落后于形势。没有一劳永逸的制度或政策,所以需要治理。

基本医疗服务的提供与政府的公共政策导向息息相关,但具体的实践效果还与是否顺应其客观的准公共产品定位有关,除此之外,基本医疗服务还带有一些“强劲”的固有属性,比如说基本医疗服务代表了广大人民群众的利益和福祉,具有很强的公益性,同时也具有很强的溢出效应。从实现角度来看,公益性取决于基本医疗服务的供给方式,而外部性取决于基本医疗服务的供给质量。这些客观定位及固有属性也决定了政府在基本医疗服务领域负有义不容辞的公共责任,一旦政府的公共政策导向偏离其客观属性,就容易导致基本医疗服务的不公平获取,造成深刻的社会矛盾和冲突。就好比市场化改革之后的“看病难、看病贵”局面。

公共政策导向应该恰恰沿着与社会分化方向相反的路径行进。从2003年开始,我国一系列医改一再强调坚持基本医疗服务的公益属性,顺应其客观物品定位进行改革与调整。随着2016年习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调“没有全民健康,就没有全面小康”,十九大报告之后“健康中国”战略开始实施,“健康”取代了“治病”成为了我国当前卫生事业发展的中心。^[29]2020年《基本医疗卫生和健康促进法》施行,十九届五中全会后,保障人民健康被放在了优先发展的战略位置。不管从法律保障还是战略高度上,医疗健康问题的受重视程度都更上了一层楼。基本医疗服务作为保障国民健康的基础与前提,相信在未来会有更多的医疗服务被纳入基本医疗服务范围成为准公共产品,而已有的基本医疗服务中也会有更多的准公共产品升级成为公共产品向全民提供。在政策改革不断向“基本医疗服务均等化”靠拢中,综合来看,下一步的医改不仅仅会针对微观的利益格局纵深调整,还会不断深化宏观医疗卫生体制改革。我们要警惕具有良好初衷的制度设计在具体实施过程中被扭曲形成新的利益集团,或是被固有的利益团体所窃取形成更大的分利格局,将公平性从卫生政策理念更好地落实到政策实践当中。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 任飞, 王俊华. 基于差异的正义: 我国基本医疗服务资源合理配置与实现路径[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2019, 40(5): 27-33.
- [2] 深化卫生改革加快卫生发展——陈敏章部长在 1993 年全国卫生工作会议上的报告(摘要)[J]. 中国医院管理, 1993(3): 5-10.
- [3] 范逢春. 城乡基本医疗卫生服务均等化的制度变迁与治理反思: 基于倡导联盟框架的分析[J]. 中共宁波市委党校学报, 2020, 42(2): 5-14.
- [4] 刘运国. 初级卫生保健的内涵及其在我国的发展回顾[J]. 中国卫生经济, 2007(7): 11-15.
- [5] 于润吉, 马莉. 对基本医疗服务的研究[J]. 卫生经济研究, 1998(6): 4-46.
- [6] 杨文怡. 新医改背景下基本医疗服务和基层医疗卫生机构关系探讨[J]. 中外医学研究, 2011, 9(2): 46-47.
- [7] 张洪才. 关于基本医疗服务若干问题的思考[J]. 卫生经济研究, 2012(2): 10-11.
- [8] 方鹏骞, 杨兴怡, 张霄艳, 等. 再论中国基本医疗服务的内涵[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(6): 52-56.
- [9] 杜万松. 公共产品: 边界迷局及其破解[J]. 福建行政学院学报, 2010(3): 11-16.
- [10] 张晋武, 齐守印. 公共物品概念定义的缺陷及其重新建构[J]. 财政研究, 2016(8): 2-13.
- [11] 秦颖. 论公共产品的本质: 兼论公共产品理论的局限性[J]. 经济学家, 2006(3): 77-82.
- [12] 方鹏骞, 董四平, 肖婧婧. 中国政府卫生投入的制度变迁与路径选择[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2009, 62(2): 201-212.
- [13] 仇雨临. 中国医疗保障 70 年: 回顾与解析[J]. 社会保障评论, 2019, 3(1): 89-101.
- [14] 陈钟. 农村合作医疗制度的回顾和发展研究[DB/OL]. (2006-04-05)[2021-08-31]. http://www.cnr.cn/kby/zt/t20060405_504189971.html
- [15] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障保障制度选择[J]. 中国社会科学, 2000(4): 89-99, 206.
- [16] 陈琴. 政府卫生投入发展状况的实证分析与评价[J]. 中国卫生事业管理, 2006(2): 68-69, 107.
- [17] 姚力. “把医疗卫生工作的重点放到农村去”: 毛泽东“六·二六”指示的历史考察[J]. 当代中国史研究, 2007(3): 99-104, 128.
- [18] 管仲军, 陈昕, 叶小琴. 我国医疗服务供给制度变迁与内在逻辑探析[J]. 中国行政管理, 2017(7): 73-80.
- [19] 柏晶伟. 葛延风: 中国医疗改革违背了卫生事业发展的基本规律[J]. 健康大视野, 2005(8): 27-28.
- [20] 江宇. 从“世界卫生奇迹”到“建设健康中国”[J]. 中国卫生, 2018(12): 14-17.
- [21] 顾昕. 新中国 70 年医疗政策的大转型: 走向行政、市场与社群治理的互补嵌入性[J]. 学习与探索, 2019(7): 1-13, 174.
- [22] 范逢春. 建国以来基本公共服务均等化政策的回顾与反思: 基于文本分析的视角[J]. 上海行政学院学报, 2016, 17(1): 46-57.
- [23] 周毅. 医疗体制改革比较研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2015.
- [24] 邵德兴. 医疗卫生公益性嬗变析论: 以改革开放以来农村基层医疗卫生政策变迁为例[J]. 浙江社会科学, 2015(8): 69-75, 158.
- [25] 王绍光, 何焕荣, 乐园. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005(6): 101-120, 207-208.
- [26] 伍凤兰, 申勇. 公立医院改革: 历史演进、制度困境与路径选择[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(1): 34-39.
- [27] 严妮, 沈晓. 公共产品: 我国卫生服务分类与服务生产和提供方式的理论分析[J]. 理论月刊, 2014(5): 158-161.
- [28] 丁淑娟. 基本医疗服务的界定与政府责任: 兼评“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”[J]. 广西经济管理干部学院学报, 2009, 21(4): 62-65.
- [29] 赵文芳. “健康中国”的多维内涵及其实践意蕴[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(1): 11-14.

[收稿日期:2021-09-24 修回日期:2021-10-15]

(编辑 薛云)