

中国医疗市场政府管制的历史演进及制度反思^{*}

王晓玲

(深圳大学经济学院 518060)

内容提要: 建国以来,我国医疗市场政府管制经历了四个阶段:1949—1979 年计划经济时期行政管制阶段;1980—1989 年管制改革起步;1990—2005 年改革深入展开;2006 年以后改革调整和创新阶段。本文力图以史实为依据,解释中国医疗市场政府管制变革的经济背景,对不同经济背景下医疗管制困境进行理论反思。历史实践表明,打破行政垄断,引入竞争是符合医疗市场发展规律的。为避免医疗供方利用信息优势地位加剧市场利益的攫取,需加强其行为的管制。直接干预的管制方式已被证明是收效甚微的,应通过能改变激励机制的间接管制方式。同时,政府需强化社会性管制,扭转消费者信息弱势地位,确保医疗服务的公益性和公平性。

关键词: 医疗市场 政府管制 管制改革

医疗市场政府管制是指政府依据法律、法规和相关制度,对医疗市场参与主体行为进行干预。从管制内容来看,可分为经济性管制和社会性管制。经济性管制是主要是指政府对医疗机构的市场进入、退出、定价、服务水平等微观行为进行约束和干预。社会性管制是主要针对医疗市场的外部性、信息不对称等问题所带来的社会问题进行管制。

早在根据地时期,中国共产党就已经开始探索医疗保障方面的实践。1940 年,陕甘宁边区政府公布了《边区战时工厂集体合同暂行准则》,强调了厂方在保护女工生育期间的待遇及承担工人医疗保险费用等问题上的责任和义务。^② 抗战胜利后,东北解放区成为党落实医疗保障实践的更大试验场。^③ 1948 年 8 月 1 日,东北行政委员会劳动总局和工会拟定了《东北公营企业战时暂行劳动保险条例》,对医疗保障制度作出较为详尽的安排。根据地和东北解放区的医疗实践为建国后我国建立计划经济时期的医疗政府管制体系积累了宝贵经验。^④

建国后,我国逐步建立了医疗管制体系并经历了几次大的调整。医疗改革一直是政府十分重视的问题,但改革的结果备受争议与诟病。医疗管制到底出现了什么问题?如何建立有效的医疗管制模式?学术界对此进行了激烈争论。主要形成了三种观点。第一种观点主张由政府医疗市场进行严格管制^⑤。第二种观点则认为要引入市场竞争机制,政府的角色是培育市场^⑥。第三种观点则认为政府主导医疗保障,市场主导医疗服务^⑦。这些研究,主要是考察现行管制模式存在的问题,却没有深入剖析问题是如何形成的。近年来,也有学者采用演进主义逻辑来考查中国医疗改革^⑧,但从政府管制角度来研究医疗制度变迁的并不多见。本文采用经济史学的研究范式,首先对建国以来我国医

* 本文是广东社哲学社会科学“十一五”规划项目:医疗服务市场政府管制问题研究(GD10YYJ03)的阶段性成果。

② 杨志文《陕甘宁边区社会保障政策初探》,《中共党史研究》1997 年第 6 期。

③ 姚力《中国共产党对医疗保障制度的探索与经验》,《当代中国史研究》2011 年第 4 期。

④ 锡仁《东北解放区创建的社会保障制度》,《劳动保障通讯》2001 年第 7 期。

⑤ 李玲等《改革开放背景下的我国医改 30 年》,《中国卫生经济》2008 年第 2 期。

⑥ 刘国恩《我国医改成功的关键》,《中国药物经济学》2007 年第 7 期。

⑦ 顾昕《走向全民医保》,中国劳动社会保障出版社 2008 年版,第 342 页。

⑧ 郑秉文《新中国 60 年社会保障回顾》,《当代中国史研究》2010 年第 2 期。

疗市场政府管制的发展路径及特点作历史描述,在此基础上对管制困境进行理论分析,在历史、现实、理论三位一体的逻辑结构中对我国医疗政府管制体系进行反思。

一、中国医疗市场政府管制的历史演进

建国 60 年来,我国医疗管制及其制度体系一直处于不断改革和完善之中,以管制特征为线索,可将这个过程分为四个阶段。

(一) 计划经济体制下行政性管制阶段(1949—1979)

从 1949 年新中国成立到 1979 年改革开放之前,我国实行的是计划经济体制,并逐步建立了与当时计划经济相适应的医疗服务管制体系,主要由三大部分构成,分别是公费医疗制度、劳保医疗制度和合作医疗制度。

1. 公费医疗制度。1952 年 6 月,政务院发布《关于全国人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》,在国家公职人员和革命残废军人中推行公费医疗制度。同年 8 月,政务院又将享受公费医疗的人员范围扩大到在乡干部和大专院校学生。1979 年 6 月,离退休人员也被纳入到公费医疗体系中来。医享受公费医疗人员根据规定到指定医疗机构就诊、住院或转院,符合规定的医疗费用,从公费医疗经费中报销,实际超支部分则由国家财政补贴。^①

2. 劳保医疗制度。根据政务院 1951 年发布的《中华人民共和国劳动保险条例》及随后劳动部发布的《劳动保险条例实施细则修正草案》规定,对国营、公私合营、私营及合作社经营的工厂、矿场及其附属单位的职工及其供养的直系亲属实行劳保医疗制度,后来扩大到铁路、航运、邮电、交通、建筑等行业,以及区、县以上的集体企业。有别于公费医疗的财政筹资,劳保医疗的经费来源于企业纯收入,根据职工工资总额的一定比例提取,可计入企业生产成本项目。

3. 合作医疗制度。合作医疗制度是我国农村健康保障的重要形式。早在建国初期,在东北各省曾经积极举办具有互助共济性质的医疗合作社,成为合作医疗的雏形。随着农业合作化的发展,1955 年在山西省高平县率先实行了医疗合作社和生产合作社相结合的集体医疗保健制度,标志着我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗制度。^② 1968 年,毛泽东批示了湖北省长阳县乐园人民公社举办合作医疗的经验,合作医疗制度在全国蓬勃发展起来。^③

在计划经济时期,政府医疗管制具有如下特点:首先,对医疗服务实施直接而严格的行政性管制。医疗卫生的投入以政府为主,禁止私人资本进入医疗服务领域;政府对医疗服务价格进行直接定价,提供低廉甚至免费的医疗服务。政府在 1952 年、1960 年和 1972 年三次大幅降低医疗价格收费标准,低于成本部分进行财政补贴。第二,介入医疗服务机构的微观管理。政府直接兴办医院,统一管理,对医院的日常运营和投资进行财政补贴,对医疗资源进行统一全盘分配;医院的主要管理人员由医疗卫生管理部门任命。第三,实行高度集中的医疗服务管理体制,按行政区划和隶属关系建立了垂直一体化和条块分割相结合的体制。各级政府均设立了相应的卫生行政机构,负责医疗卫生资源规划与布局、各级各类医疗机构的设置与监督及医务人员职业管理等工作。^④

到 1952 年底,全国 90% 以上的地区建立了县级卫生机构,县级卫生院达到 2 123 所。^⑤ 到了 20

① 见《中央人民政府政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属的事业单位的国家工作人员实行公费医疗的预防指示》(1952.6.27)、《中华人民共和国劳动保险条例》(1951.2.26)、《国家工作人员公费医疗预防实施办法》(1952.8.30)、《卫生部关于公费医疗的几项规定》(1953.1.23)。

② 宋晓梧《中国社会保障制度 20 年》,中国古籍出版社 1998 年版,第 278 页。

③ 蔡仁华《中国医疗保障改革实用全书》,中国人事出版社 1988 年版,第 344 页。

④ 参见 1953 年前后政务院、国务院批转的《医院诊所管理暂行条例》、《县卫生院暂行组织通则》、《县属区卫生所暂行组织通则》、《医师暂行条例》、《中医师暂行条例》等行政性文件,转引自王丙毅、刘法力《医疗市场的政府管制改革与制度变迁及其启示》,《经济体制改革》2005 年第 5 期。

⑤ 《当代中国的卫生事业》(上),中国社会科学出版社 1986 年版,第 43 页。

世纪70年代末,三大医疗制度基本覆盖了全国。中国用占GDP3%左右的卫生投入,大体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。^①这种医疗管制模式在当时国家经济发展水平较低,人们对医疗服务需求还处于最基本层次的情况下,对于保证社会公众享受到最基本的医疗保健服务起到了重要作用。

(二) 管制改革起步阶段(1980—1989)

改革开放之后,我国随之进入了经济社会的转轨时期,医疗服务领域的深刻变革也随之拉开了序幕,这时期政府对医疗服务的管制采取了许多新举措,主要有以下几个方面。

1. 逐步放松直接经济性管制^②,初步开放医疗服务体系。1980年9月,国务院批准了卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》,把个体开业行医纳入政府管理体系。1985年4月,针对当时卫生事业供需不平衡、发展缓慢等情况,国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,提出“放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子”。^③打破公立医院、集体医院垄断医疗服务市场的局面,其它所有制形式的医疗机构相继出现。在医疗服务价格管制方面,医疗机构开始实施不将医务人员工资纳入成本计算的医疗服务收费制度,在一定范围内允许医院价格浮动。

2. 减少对公立医院内部的微观管理。1989年十三届四中全会以后,国务院批转了卫生部等《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》的报告,提出了积极推行医疗机构各种形式的承包责任制。^④医疗事业单位确保完成与卫生行政主管部门订立的合同任务情况下,可自主经营、自行管理并拥有决定本单位集体福利和薪酬奖励等分配形式的财务权,根据多劳多得、按劳付酬等方式发放各种奖金。允许有条件的单位和医疗卫生人员从事有偿业余服务。^⑤

3. 探索城镇医疗保险制度改革。1988年,卫生部、财政部、劳动部等八部门成立医疗保险改革研讨小组,研究社会医疗保险改革方案并进行试点。1989年,批准辽宁丹东、吉林四平、湖北黄石和湖南株洲四城市作为医疗保险制度改革试点城市。^⑥针对公费医疗和劳保医疗制度,政府对医疗费用的支付方式和费用报销进行了改革,以控制医疗费用开支。^⑦

4. 转变医疗服务机构的管理体制。在此期间,国家先后出台了一系列加强医疗服务机构内部管理的政策法规。1988年颁布的《医院财务管理办法》和《会计制度(试行)》规定,医院财务实行“统一领导、分级负责、归口管理”,并实行总会计师责任制。各级卫生管理机构对医疗服务机构的管理也发生了较大改变。1989年颁布《医疗机构分级管理办法(试行)》。医疗机构不再按行政隶属关系划分行政等级,而是根据其功能、条件、技术和服务质量等综合水平进行评定等级,分级管理。医疗管理机构对直属医疗事业单位由直接管理转变为间接管理。

(三) 管制改革深入展开阶段(1990—2005)

在此期间我国初步建立了社会主义市场经济体制,继续探索与之相适应的医疗卫生体制,医疗服务管制改革深入展开。

1. 改革医疗服务价格管理模式,取消政府直接定价。2000年2月国务院发布《关于城镇医药卫

① 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》,《卫生政策》2005年第10期。

② 这里“直接经济性管制”主要是指政府对医疗机构的进入、退出、价格、服务数量和质量等有关方面的微观行为进行直接约束和干预,比如政府通过禁止、认可和许可手段,直接限制医疗机构的数量;直接举办和经营医院;对医疗服务直接定价等。

③ 李玲、江宇等《改革开放背景下的我国医改30年》,《中国卫生经济》2008年第2期。

④ 夏冕、罗五金《我国医疗体制改革的路径变迁》,《卫生经济研究》2009年第9期。

⑤ 参见《卫生部关于部属医院试行承包责任制的意见(试行)》(1988.5.28)、《卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务总局关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(1988.11.9)、《国务院批转国家教委等部门关于深化改革鼓励教育科研卫生单位增加社会服务意见的通知》(1989.1.15)、《〈关于医务人员业余服务和兼职工作管理的规定〉的通知》(1989.4.13)

⑥ 邓大松、刘昌平等《改革开放30年中国社会保障制度改革回顾、评估与展望》,中国社会科学出版社2009年版,第90页。

⑦ 参见《卫生部、财政部关于进一步加强公费医疗管理的通知》(1984.4.28)、《国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知》(1985.4.25)。

生体制改革指导意见》,在 1988 年实行医疗机构分级管理的基础上提出了分类管理制度。将医院根据其类型,而不是行政隶属关系,划分为营利性机构和非营利性机构。2000 年 7 月,原国家计委、卫生部经国务院同意,下发了《关于改革医疗价格管理的意见》,取消政府直接定价。营利性医疗机构实行自主定价;非营利性医疗机构实行政府指导价。第三,规范医疗服务价格项目,加强价格监督。2001 年,《全国医疗价格项目规范》发布,全国实行统一的医疗服务价格项目名称和服务内容。要求医疗机构增加价格透明度,按照有关规定在提供服务场所的显著位置公布主要服务项目名称和价格,并接受公众的查询和监督。

2. 进一步扩大医疗服务机构的自主权,开放市场准入,引入竞争。1990 年,全国卫生厅局长会议总结了卫生改革的经验,提出进一步治理整顿,深化改革的要求。1992 年 9 月国务院下发《关于深化医疗卫生体制改革的几点意见》,进一步扩大医疗卫生单位自主权;要求医疗机构要积极兴办医疗卫生延伸服务的工副业或其他产业。这些措施基本上是对 1985 年以来改革措施的归纳与延续,在医疗服务系统内引入承包责任制,实行企业化运作。同时,医疗服务市场进一步开放,允许社会资本进入,鼓励公平竞争。^① 2000 年城镇医药卫生体制改革启动后,部分地方开始尝试公立医疗机构改革试点。2000 年 3 月,宿迁公开拍卖卫生院,拉开了产权改革的序幕,共有一百多家公立医院被拍卖。2001 年无锡市政府批转《关于市属医院实行医疗服务资产经营委托管理目标责任的意见(试行)的通知》提出了托管制的构想;2002 年年初《上海市市级卫生事业单位投融资改革方案》出台,这也是产权化改革的探索;有些地区开始进行“医药分家”的试点,将药房从医院中剥离,但未获得重大进展。^②

3. 构建医疗社会性管制体系^③。政府致力于建立以社会医疗保险为核心的城乡医疗保障制度。1994 年 3 月,国家体改委、财政部、卫生部、劳动部共同制定了《关于职工医疗保险制度改革的试点意见》,就建立社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险进行试点。经国务院批准,开始在江苏镇江和江西九江进行试点。1996 年 4 月,国务院在总结“两江”试点的基础上,又选择了 58 个城市扩大医疗保障制度改革试点范围。1997 年 1 月,中共中央、国务院下发了《关于卫生改革与发展的决定》。1998 年 12 月,国务院在继续总结试点经验的基础上,发布关于《建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,正式确定建立社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险制度,实现了我国医疗保险制度的历史性突破。^④ 与此同时,城镇职工的公费医疗、劳保医疗制度时代宣布结束。在此期间,沉寂了多年的关于农村医疗保障改革也重新掀起。2003 年 1 月,国务院转发了卫生部、财政部和农业部发布的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,提出了要实现覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度的目标。同时,建立了以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度,因地制宜地确定合作方式、筹资标准、报销比例,逐步提高保健水平,并向社会医疗保险过渡。随后,城乡医疗救助制度开始试点。2005 年之前,我国是没有医疗救助制度的。2005 年 4 月民政部、卫生部、劳动和社会保障部、财政部发布《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》,指出从 2005 年开始,逐步在全国范围内建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度。在对医疗机构社会性管制方面,1993 年 9 月卫生部发出了《关于加强医疗质量管理的通知》要求医务人员提高医疗质量意识,1994 年 2 月国务院发布《医疗机构管理条例》,对医疗机构的规划布局、登记执业、监督管理等法律责任进行了规范,医疗机构的执业管理纳入了法制轨道。

(四) 管制改革调整创新阶段(2006 年以后)

2006 年之后,老百姓“看病难、看病贵”问题越来越成为医疗领域的突出矛盾,市场经济条件下建

① 夏冕、罗五金《我国医疗体制改革的路径变迁》,《卫生经济研究》2009 年第 9 期。

② 周梅沙等《我国公立医院政策演化评述》,《中国医院管理》2005 年第 8 期。

③ 这里的医疗服务社会性管制是针对医疗市场外部性和信息不对称所带来的社会问题进行的管制措施,主要包括社会医疗保险制度、社会医疗救助制度、医疗机构质量监督及信息披露制度等。

④ 邓大松、刘昌平《改革开放 30 年:中国社会保障制度改革回顾、评估与展望》,第 101 页。

立的医疗管制体系已经不适应当前经济社会的发展,医疗管制模式亟待调整。

1. 强化对医疗服务收费的控制。2006 年国家多个部门加强了对医疗机构的执法监察,频繁发布文件进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序。各省和地方纷纷出台医疗服务价格改革方案,不同程度调低部分医疗服务项目收费。2009 年 9 月 28 日,发改委颁布了《关于公布国家基本药物零售指导价的通知》,对基本药物目录的药品实行最高限价措施,共涉及 2 349 个具体剂型规格药品。其中,有 45% 的药品降价,平均降幅 12% 左右;有 6% 的短缺药品价格有所提高。^①

2. 完善统筹城乡的基本医疗保障制度。为解决城镇非从业人员,特别是中小學生、少年儿童、老年人、残疾人等群体的医疗保险问题,国务院在认真总结各地实践探索基础上,决定从 2007 年开始展开大病统筹为主的城镇居民医疗保险试点工作。2007 年国务院下发了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,首批确立了 79 个试点城市,到 2010 年在全国全面实施,惠及两亿多城镇非从业居民。与城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保障制度一起,覆盖城乡的基本医疗保障制度体系已基本建立。

3. 启动新一轮医疗卫生体制改革。围绕医疗改革所面临的重大问题,相关部门和学者展开了一系列研究和讨论。2006 年 9 月,国务院成立了由 11 个部委组成的医改协调小组,我国医疗改革正式进入调整和创新阶段。2009 年 4 月,酝酿许久的《中共中央、国务院关于深化医疗卫生体制改革的意见》正式出台,标志新医改的正式启动。新一轮改革与以往不同之处在于,突出“政府主导,回归公益”两大亮点,具体表现为:第一是强化政府责任和投入,确立政府在提供公共卫生和基本医疗保险中的主导地位。第二是加强农村和城市社区医疗卫生服务体系建设。第三点是改革医药管理体制和运行机制,深化公立医院改革。第四点是要加快多层次医疗保障体系建设。此轮改革的成效目前尚在观察,难以定论。能否重构符合我国经济社会特点的有效的医疗管制体系是其中的关键。

二、制度反思: 放松管制还是强化管制?

建国后我国医疗管制遵循“直接行政管制——放松管制——强化管制”的发展路径。面对放松管制后所出现的乱象,政府试图通过加强管制来解决,能否达到预期效果? 新医改背景下,应该继续放松还是强化管制? 如何放松或强化管制? 本文以史实为依据,剖析不同经济背景下医疗管制变迁的内在逻辑,以揭示管制变革的发展方向。

1. 计划经济时期我国医疗政府管制遵循政府筹资 + 直接管制的逻辑,是与当时经济高度集中统一、人民生活相当贫困的背景相适应的,这种管制方式仅能使医疗服务处于低水平状态,存在自身难以克服的局限性,必然难以持续。1951 年《劳动保险条例》颁布后,为体现社会主义优越性,公费医疗涵盖的受益群体不断扩大。由于公费医疗体制下消费者几乎不承担医疗费用,因此需方过度消费的激励很强,导致医疗开支膨胀较快。自从 1952 年确定公费医疗体制后,政府管制的核心就是抑制不合理的医疗费用开支。1957 年政务院发布《卫生部关于干部公费医疗报销几项问题的通知》,规定了 10 种药物不得报销的情况,并提出需持公费医疗证、经指定医疗机构同意,才能转诊报销等规定。这些管制措施在 1958 年、1961 年和 1962 年又更为细化,但是收效不明显。^② 1965 年,卫生部、财政部作出了向个人收取职工挂号费的决定,并要求各地医院对营养滋补药品也进行收费,以平衡收支。到 70 年代末期,公费医疗制度存在的问题逐渐突出起来。为此,国家采取了一些措施,把公费医疗经费从卫生事业费中单列出来。1977 年,卫生部、财政部发布通知,规定了自费药品的范围。^③

① 国家发展与改革委员会: <http://www.sdpc.gov.cn/shfz/yywstzg/>

② 高春亮等《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变》,《管理世界》2009 年第 4 期。

③ 见卫生部、财政部《关于改进公费医疗管理问题的通知》(1965. 10. 27)、卫生部等《关于检发〈享受公费医疗、劳保医疗人员自费药品范围的规定〉的通知》(1977. 10. 18)

由此可见,在计划经济背景下,政府是通过管制需方来控制医疗费用支出的。一是对享受公费医疗待遇的人群进行划分;二是对享受公费医疗的程度进行控制。政府虽然通过不间断的制度修补来严格划分私人支付和财政支付的边界,但在实际操作中,如何确定覆盖人群和享受程度往往无法界定或者界定成本很高,医患双方节约医疗资源的激励十分微弱,也无相应机构有动力去进行监督。在这种以高成本、弱激励为特征的管制模式下,供需方的机会主义行为盛行,易于形成合谋,导致医疗费用迅速增加,国家财政日益难以负担。据统计,1982 年全国平均每人公费医疗开支近 50 元,个别地区高达百元以上,全国超支 3.7 亿元。^①另一方面,过分严格的行政管制,不能充分调动一切社会资源来解决人民群众日益增长的多样化的医疗需求;长期的低价政策,难以形成对医疗机构及医疗人员提高服务质量的激励,影响了工作积极性和创造性。^②这种管制模式的弊端随着社会主义市场经济体制的建立愈显突出,公政府难以负担医疗领域的开支,实行管制变革,放松管制自然势在必行。

2. 社会主义市场经济条件下我国医疗管制改革遵循私人筹资 + 放松直接经济性管制的逻辑,取得一定效果,但在医疗市场失灵领域政府管制缺失和错位,导致新制度困境的形成。这个阶段分为两个小阶段:第一个阶段是政府逐步减少对供方的财政补贴。1985 年—1997 年期间,国家颁布的一系列文件,政府鼓励医疗机构自收自支,允许其增加收费项目,并通过承包责任制确立医院收费的合法性。医务人员可以兼职或通过药品加成以获得更高个人收入。^③同时,在医疗服务领域引入市场机制,增加个人在医疗服务上的支付比例。第二个阶段是政府逐步减少对需方的财政补贴,建立多层次的医疗保障制度。从 1997 年正式确定“社会统筹与个人账户相结合的社会保险制度”之后,政府在医疗服务方面对需方的责任进一步弱化,个人费用负担逐步增强。在 1997—2000 年间,政府医疗卫生支出占 GDP 比重由 32.12% 下降到 15.5%,而个人现金支出则从 20.14% 上升到 60%。^④可见,医疗费用的增长主要是由消费者个人负担。

社会主义市场经济条件下的管制改革似乎是针对旧体系弊端展开,在意图终止旧制度困境的同时,新制度困境已然形成。究其原因,首先是政府管制的缺位。由于个体消费者在市场经济背景下天然弱势,无法与医疗服务机构进行平等博弈,在没有第三方(政府)牵制和干预下,消费者注定是输家。相比之下,医院和医生则具有信息优势,可以诱导客户增加医疗服务需求,并通过市场合法地将“诱导需求”转化为货币收入。约束和监督医方行为的管制缺失,导致医疗供方地位十分强大。此时的医疗管制模式将个人收益与高交易成本捆绑,消费者承担了高成本,而激励机制允许医疗机构获得高收益,因此医疗机构有较强的意愿推高医药费用,形成了强大的既得利益集团。

其次,政府管制的错位。首先,强化对医方直接的价格控制。随着老百姓“看病贵”问题日益严重,2001 年之后,全国各省市陆续根据价格管制改革的要求,先后进行了相应医疗价格调整。接着,政府又连续多次对药品进行了直接降价,对医疗服务的使用量和费用实行更为严格的控制,以抑制医方的逐利行为。从管制效果上看,短期对遏制医疗费用增长有一定效果,但是长期效果并不明显。限价管制导致医方收入减少,如果没有相应机制来制衡医方信息优势地位,依然可以采取策略性行为来规避管制,以弥补收入损失。2006 年 4 月,在全国卫生系统治理医药购销领域商业贿赂专项会议上,卫生部官员指出:“一些医疗机构和工作人员谋取不正当利益,利用医药采购、医疗服务、药品处方、

① 蔡仁华《中国医疗保障改革实用全书》,中国人事出版社 1988 年版,第 155 页。

② 邹建峰《构建农民医疗安全网——访国务院发展研究中心农业经济研究部部长》,《中国经济时报》2003 年 5 月 27 日。

③ 如在 1989 年 4 月颁布的《〈关于医务人员业务服务和兼职工作管理规定的通知〉》指出“各单位发放多少奖金,应根据单位收支结余情况和规定的奖励基金提取比例规定。”“允许有条件的单位和医疗卫生人员在保证质量完成承保任务……从事有偿业务服务。”1992 年《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》规定“支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理,做到自主经营,自负盈亏。”

④ 王晓玲《医疗市场政府规制体系构建》,光明日报出版社 2011 年版,第 160—161 页。

检查开单等活动,帮助企业高价销售医药产品。”^①直接限价管制没有根本上改变医方的激励机制,影响了管制效果。第二,医疗服务准入的行政管制仍未消除。在开放医疗市场过程中,沿袭计划经济的制度依赖,政府对公立医院的支持仍然很多,给社会资本和外资进入医疗市场造成了严重的政策壁垒。比如,1999年卫生部等部门发布了《基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》,对医保定点机构资格作出了规定。虽然《办法》并没有把民营、外资医疗机构排除在外,但管理部门在进行资格认定的过程中向公立医院倾斜。据统计,2009年上海有200多家民营医院,仅有23家加入医保定点,每年100亿元左右的社会医保经费,几乎没有民营医院的份。^②第三,社会性管制缺失使老百姓医疗保障程度较低,总体抵御医疗风险的能力很弱。现行统账结合的社会医疗保险制度并不是完全意义上的保险。个人账户用于门诊,实收实支,超支部分只能自负,不能起到风险共担,统筹共济的保险保障职能。对于社会贫困人群以及丧失劳动能力的弱势群体,甚至没有任何医疗保障。根据第四次全国卫生服务调查,2008年经医生诊断需要住院而未住院的城乡居民比例为21%,其中70%是因为经济困难。在住院病人中,由于无力支付而提前出院的占54.5%。^③医疗管制错位和缺位的结果,导致消费者主要承担了面对医疗风险的高额成本,由此形成的社会压力成为现行医疗体制难以为继的诱因。

计划经济条件下和市场经济条件下医疗政府管制遵循不一样的制度逻辑,但都出现了各自的制度困境:计划经济条件下“一管就死”;市场经济条件下“一放就乱”。因此简单的“管”或者“放”的制度逻辑已经不适应现实需要,必须重构现行医疗管制模式。从经济特征上,医疗服务具有私人品特征,具有排他性和竞争性,无论是从中国历史经验还是国外实践看,放松对医疗服务的直接经济性管制,引入市场竞争,动用社会力量参与提供医疗服务,是符合医疗发展的客观规律的。医疗市场与普通商品市场不同,具有较严重的信息不对称性,政府放松经济性管制的同时,为避免医疗供方利用信息优势地位加剧医疗市场的利益攫取和分利活动,应该加强对供方行为的管制。直接管制如果没有从根本上改变激励机制,收效甚微。应该以改变医疗市场激励机制的管制改革才是可行之道。同时,为保障公民应有的医疗保障权利,政府应该强化社会性管制职能,扭转消费者在市场中与供方利益博弈的弱势地位,确保医疗服务的公平性和公益性。

三、结语

通过对上述历史演进的考察,我们得出以下结论:

第一,经过20世纪80年代以来两次大的变革,我国医疗管制已经不能退回到计划经济下的直接行政性管制模式。新型医疗管制模式和制度体系已经具有一定的雏形,但现有的制度困境表明完善和成熟的管制模式尚未最终确立。

第二,中国医疗管制改革的三个主要趋势不会改变:一是放松直接经济管制,引入竞争。二是完善间接管制。直接经济性管制已经被证明不是有效的管制方式,规范市场主体行为应采用能保持有效竞争、改变激励机制的间接管制方式。三是强化社会性管制,提高防范和分散疾病风险能力,实现医疗服务的公平性和公益性。各国政府管制改革的历史经验也表明,在放松管制的背景下,同时强化社会管制已经成为现代国家进行社会管理的一种共识。

① 见卫生部《关于印发在全国卫生系统治理医药购销领域商业贿赂专项工作会议上领导的讲话的通知》,2006年6月4日。

② 张文鸣、杜乐勋、赵红《民营医疗机构今后发展问题》,http://www.globrand.com/2009/221262.shtml

③ 卫生部办公厅:卫生部公布第四次国家卫生服务调查结果,http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/200902/39201.htm。