实现“病有所医”目标的初步探讨

——也谈政府与市场、“补需方”与“补供方”

王保真

摘要 要实现党的十七大提出的“病有所医”目标,必须处理好医疗卫生领域中政府主导与市场机制的关系,政府投入的“补需方”与“补供方”的关系。

关键词 病有所医 政府 市场机制 需方 供方

中图分类号: R 197.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1003-0743(2008)03-0000-00

Initial Discussion on Aim of “Sickness to Have a Medicine”——Government and Market, “Makes up the Consumer” and “makes up the Supplier” /WANG Bao-zhen Chinese Health Economics, 2008, 27(3): 05-08

Abstract Must loudly realize the 17th Party Congress to propose “sickness to have a medicine” the goal, must process in the good health domain the government leadership and the market mechanism relations, the government invests “makes up the consumer” and “makes up the supplier” the relations.

Key words sickness to have a medicine, government, market mechanism, consumer, supplier

Author's address Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuchang, Wuhan, 430072, China

党的十七大报告明确提出了实现全面建设小康社会奋斗目标的新要求,提出了以改善民生为重点的社会建设六大任务,即努力使全体人民学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居,推动建设和谐社会^[1]。本文简要论述了要实现“病有所医”,就必须处理好医疗卫生领域的政府主导与市场机制的关系、政府投入的“补需方”与“补供方”的关系。

基本医疗卫生制度是党的十七大确立的“病有所医”目标落到实处的制度框架。这一制度有别于已有的医疗卫生服务制度,也有别于现行的基本医疗保险制度,是对现有医疗服务制度与医疗保险制度的创新,即相对于长期以来我国建立的公共卫生与医疗服务提供制度以及 20 世纪 90 年代初所建立的初级卫生保健制度而言,是医疗卫生服务制度的一种创新;相对于现有的城镇职工与城镇居民基本医疗保险制度以及新型农村合作医疗制度来讲,也是一种制度创新。建立并逐步完善这一崭新的制度,必须同时改革现行的公立医院管理体制与运行机制。笔者认为,正确处理医疗卫生领域的政府主导与市场机制的关系,处理好政府投入的“补需方”与“补供方”关系问题是十分重要的。

1 正确处理政府主导与市场机制的关系

2005 年伊始,社会舆论、媒体及学术界曾对公立非营

武汉大学社会保障研究中心 武汉 武昌 430072

作者简介:王保真(1942-),女,教授;主要研究方向:卫生经济与管理、医疗保障;E-mail:wbz380@yahoo.com.cn.

利医疗机构改革的取向展开了争论,其焦点即指公立非营利性医疗机构是“走市场竞争之路”,还是对其实行“以政府为主导”的集中管理。各有所异的观点不断见诸于报端和网络。有的争论所指的对象或内容往往不同,不宜讨论;有的需要通过研究取得共识;有的则属于学术争论,可能还会继续。笔者认为,对医疗卫生领域的政府主导与市场机制的关系须作具体分析。

1.1 必须界定“政府主导”的涵义,明确政府“导”什么

笔者理解的“主导”,是指能决定总体的发展方向或变动趋势的作用。相对于企事业单位的管理层与管理者及社会法人组织等,政府对庞大的公立非营利性医疗机构引导其向公益型发展,则是能起决定性作用的主体。因此,笔者所论述的“政府主导”,是指地位与方向的主导,即指在医疗卫生领域,政府对其必须举办的公共卫生机构和部分公立非营利性医疗机构,在服务方向上的带头、引导、示范和纠偏作用,也就是引导其向公益型发展所发挥的方向性引导及调控作用。这里的“主导”不是指公立非营利性医疗机构在市场占有率方面的规定性。

1.2 为什么强调“政府主导”

第一,强调“政府主导”与我国医疗体制中微观“收费补偿为主”模式的弊端密切相关。众所周知,长期以来,我国卫生总费用筹资与分配结构严重失衡,政府对卫生的预算支出占总费用的比例相对减少,20 世纪 80 年代占总费用近 1/3,到了 21 世纪初期仅占 1/6。尤其在 1985 年实行“分灶吃饭”的财政管理体制以来,各级财政财权、事权分离,医

医疗机构主要按照行政隶属关系申请同级财政的补偿，上级财政对医院的专项转移支付补助资金甚微。部分财政困难的县级财政对医院不但没有补助，反而以各种名目要求医院“反哺”财政。财政补助水平的变化，对医疗机构的合理补偿产生了巨大影响，客观上促使医院不得不更多地通过服务收费来弥补其开支不足。“以药补医”（或以设备检查收费补医），单纯追求经济收益的问题日趋突出。而收费补偿或药品加成补偿方式的过度利用，必然使医药费用大幅度增长。从这个意义上讲，医疗机构过分追求收费补偿，社会批评指责的“逐利”行为、“商业化经营”以及过度“市场化”等，致使百姓“看病难、看病贵”，正是“分灶吃饭”财税管理体制“倒逼机制”作用的直接后果和产物。而要彻底扭转筹资与分配结构的失衡，扭转“收费补偿为主”的不合理模式，必须确立政府对公立医疗机构投入与补偿的主导地位，变“收费补偿为主”为“政府补偿为主与市场补偿为辅的复合型补偿”模式。同时，强化对医疗服务、药品、医用耗材和医疗器械等价格的严格监管，控制价格的不合理上涨，促使其达到医疗服务提供的公益性效果。

第二，医疗机构是落实各项制度的平台与载体，是体现制度性质的行为主体和有效组织形式。建立完善的基本医疗卫生制度，改革公立医院管理与运行体制，是一项复杂的系统工程，涉及到医疗保障、医药流通、医疗救助制度的全面创新与发展完善。而这些制度的实施与运行一刻也离不开医疗机构。实践表明，医疗机构是落实各项制度的平台与载体，是体现制度性质的行为主体和有效组织形式，没有这个载体，再好的制度也只能是一纸空文。比如，政府举办的体现公益性和福利性的基本医疗保险、补充医疗保险及医疗救助等制度的实施、发展与完善，必须通过医疗机构这一载体进行，依赖其提供服务来实施各项制度具体方案，落实各项措施办法；各类参保人群或特困人群能否享用到符合基本医疗保险及医疗救助要求的医疗服务，必须有各级各类医院参与；基本医疗保险和医疗救助基金的分配、管理、支付和结算的各个环节，都与医疗机构的资金运行密切相连；这些制度成败的关键，也与医疗机构费用的合理支出与有效控制有关。而基本医疗保险制度又是我国整个医疗保障体系的核心制度，这一制度的运行关系到全体国民的健康保障。正因为如此，必须坚持政府对其筹资与补偿模式的主导作用，才能有效地引导其庞大的公立医疗机构向公益性方向回归，才能使其成为体现医疗救助、医保制度福利性和公益性的行为主体和有效组织形式，才能使政府为民谋利的意志得以贯彻实行。

第三，强调“政府主导”是由新制度建立的长期复杂性及我国财政实力决定的。从制度创新的角度看，为了实现“病有所医”目标，贯彻落实党的十七大提出的建立完善的基本医疗卫生制度，改革公立医院管理体制与运行机制，是一项长期复杂的渐进过程，必然涉及到深层次的体制、结构与机制改革。如何建立这一崭新的制度，如何改革公立医疗机构过分逐利的机制，政府的主导作用是其他任何主体都无法替代的。令人十分欣喜的是，目前我国财政实力已大大增强，继2003年财政收入首度突破2万亿元，2005年突破3万亿元，2006年接近4万亿元，2007年全国财政收入将超过5.1万亿元^[2]。国家财政收入的增长对卫生筹资模式的彻

底转变奠定了雄厚的物质基础，即以国家财政筹资为主渠道，逐步增加医疗卫生的开支提供了资金保障。据统计，2007年1—11月，中央和地方财政用于医疗卫生的支出已经达到1418.85亿元，比2006年同比增长40.6%^[3]。可以预见，“政府主导”的地位与作用将日趋凸现与增强。

1.3 政府怎样“主导”，“主导”什么

笔者认为，政府的“主导”就是发挥引导及调控卫生服务的提供方朝公益型方向发展的作用。包括：规划引导、信息引导、间接宏观调控、环境疏导、政策法规引导（财政投入政策、服务收费的价格政策以及收入分配政策等）和非常状态下的微观直接干预（比如非典时期的行政、经济与政策干预等）。具体体现在：第一，政府要提供方向支持。社会各界与各级政府要统一按照中央的部署和要求，以科学发展观为指导，提高对实现“病有所医”的意义与重要性认识；认识到崭新制度的构建与完善，公立医院管理与运行体制的改革是一个长期的过程；切实把握好舆论导向，统筹推进；充分调动广大医技人员的积极性和发挥公立医院的主体性作用；动员社会广泛参与新制度与机制的建设。第二，政府通过存量与结构调整，在缩短原有公立非营利性医院战线的基础上，要为继续举办机构的生存发展提供动力支撑，即提供资金、人才和技术上的支持。履行政府出资者的职责与义务，承担相关责任。其中，公共财政政策性投入的经济责任起关键性导向作用，这是“政府主导”的核心。第三，政府要为基本医疗卫生制度的构建，公立医院管理与运行体制的改革，提供秩序保证：一是要坚持公平原则，改革现行不合理的体制和制度；二是逐步完善和健全不足的制度体系；三是要保证制度的有效性。第四，尽快转变政府职能，从管理型政府转变为服务型政府，尤其是卫生行政部门要做好公立医院管理与运行体制改革的统筹规划；坚持因地制宜、因时制宜的原则，不搞一刀切，立足于本地实际，实行差异化战略；坚持部门协调，合力推进，提高各方面社会成员参与的积极性和创造性，这既是新制度得以顺利推进的保证，也是转变政府职能、建立现代医疗管理体制的客观要求。

1.4 市场机制的作用依然不可忽视

发挥政府的主导作用，并不是要求政府包揽一切，还必须坚持政府主导与市场的有机结合。从宏观层面分析，目前全国有1.8万余家医院，其中1.7万余家均是非营利性的国有医院，的确属于国有医院“大一统”的垄断格局。我国民营的非营利和营利性医院虽然有了一定发展，但是，较之集中在大、中城市的由各级卫生部门所辖的非营利性国有医院，不仅规模小，其人员、床位、资金与技术力量等均难以与之抗衡。因此，可以通过引入社会资本，也可以通过存量调整，举办老年护理、长期照料与临终关怀等“短缺专科”，开办由于城市化、工业化及环境污染带来新的疾病的“精品专科”与特色医院，举办适宜特殊需求人群的民营医院，发挥非政府资金举办医疗机构的积极作用。一方面，可以满足不同收入人群的不同医疗需求，起到对医疗市场“拾遗补缺”的作用；另一方面，有利于打破大、中城市国有医院“大一统”的垄断格局，有利于促进国有医院服务效率及管理水平的提高和服务态度与作风的转变。

另外，政府投入的主导作用虽然能改变非营利性国有医

院不合理的补偿机制和管理体制的某些问题，然而却难以取代微观运行和内部管理方面相关机制的转变。非营利性国有医院还必须面对复杂多变且不确定的医疗需求，依赖市场机制对内部医疗资源配置的调节与整合作用。因此，市场机制与市场调节对于打破国有医院的垄断格局，促使非政府增量资金的投入，促使医院微观运行尽快适应不同收入人群的医疗需求，都是有积极作用的。

由此可见，在市场经济体制下，为了解决“以药补医”与“收费补偿”模式带来的负面影响，引导公立非营利医疗机构回归公益型的宗旨与目标，必须实行补偿机制的“政府主导”。同时，欲打破国有“大一统”的垄断格局，使微观运行充满活力，医疗市场的调节作用不可或缺。从这个意义上讲，新一轮的改革，要发挥好政府与市场两方面的力量，还必须坚持实行政府主导与市场机制相结合的新体制与新机制。这对政府的管理能力与管理水平也是严峻的考验。在实践中，笔者认为，不应把由于政府部门管理不到位或者医疗市场化不足而出现的一些问题，不分青红皂白地简单归咎于“市场失灵”。那样反而会为政府的过度失灵或不当干预提供理由和条件，进而在客观上助长“政府失灵”或政府“缺位”、“错位”等状况的延续。同时，笔者认为，还应区分医疗领域的“市场化机制”与医疗机构实行的“商业化经营”方式，不宜“胡子眉毛”一把抓，不应该断定其逐利行为就是“市场化机制”的必然产物。

2 正确处理政府投入的“补需方”与“补供方”关系

近年来，国家开始转变总体预算支出，已经在整个公共财政支出中拿出一定比例的资金投在卫生医疗方面，公共财政也明确了加大投向的优先领域是公共卫生和农村卫生，大幅度增加了对农村和公共卫生的投入。然而对医疗领域的投入至今未能有清晰的思路和方案，且分歧甚多：一是涉及政府对供方的投入，即政府是继续采取向“大一统”的1.7万余家非营利性的国有医院实行“撒胡椒面”式的投入方式，还是尽量收缩“大一统”医院过长过大的战线，将有限的资金集中投入到部分医院身上。二是政府加大对基本医疗服务的投入，是投向基本医疗服务的提供方，还是投向基本医疗的需求方（即享用基本医疗保障制度的和新型农村合作医疗的民众）。这一投向关系到制度的公平和效率，直接关系到医疗体系与体制的设计，涉及到医疗资源配置效率和激励机制问题，而且投入的取向对不同收入水平群体的影响也是不同的。

笔者以为，具体问题具体分析是马克思主义活的灵魂。对上述问题，要对医疗资源城乡配置状况和不同级次医疗机构的服务功能进行实事求是的具体分析。

首先，将公共财政用于举办城镇职工医疗保险制度和新型农村合作医疗，让城乡人群分别享用这两个制度规定的医疗保险待遇。这一投向是公共财政投向城乡需方人群的具体体现，既体现财政资金满足基本医疗需求的职能，也是政府义不容辞的义务，而且今后这一投向还将呈现扩大的趋向。这是1998年城镇职工基本医疗保险制度实施以来有目共睹的客观事实，也是不容置疑的。仅以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度为例，2003—2006年中央财政共安排了55亿元补助资金，4.1亿农民从中受益，2008年这项制度的试

点范围要扩大到全国80%以上的县^④。

其次，公共财政投向公共卫生机构和农村基层卫生机构，既是财政资金满足公共卫生需求的经济责任体现，也是政府的职责所在。长期以来，我国城乡卫生资源配置严重失衡，呈现“倒三角”的配置与分布，80%以上的高、精、尖设备及人力、物力和财力资源配置在城市医疗和预防保健机构，基层仅占极少数。这种重城市轻农村、重医疗轻预防、重大医院，轻基层社区的配置格局，宏观上一直未能得到根本扭转，而且比20世纪80年代更加严重。而卫生资源分配的严重失衡，其根源在于政府公共职能的“缺位”和“不到位”。对公共卫生和农村卫生，特别是基层卫生机构资金投入的严重不足，投入的经费比例逐年下降，致使基本医疗服务的提供能力严重不足。国家卫生部2003年的一个研究项目表明，门诊病例中的64.8%可以在社区解决，住院病例中的慢性病患者中，有76.8%可以在社区解决或接受家庭医疗照顾，如果通过医疗资源的调整，实现病人的合理分流，则可以节约40%的医疗费用。目前，我国正在建立以民生为导向的财政政策体系，围绕解决民生问题来确定财政投入的方向，加大公共卫生、义务教育、社会保障以及各项社会事业的投入，实现公共服务均等化，致力于多层次调节收入分配。2007年中央财政安排了医疗卫生支出312.76亿元，比2006年增长86.8%^⑤。因此，不论从增加公共卫生与基本医疗的供给，还是提升其服务的提供能力，将公共财政资金投向公共卫生机构，投向农村和城市基层卫生机构（社区），都是顺理成章和情理之中的事。

第三，公共财政投向济困惠民医院，是体现医疗救助制度福利性和公益性，体现政府扶贫济困意志的职责所在。众所周知，城市医院既可提供基本医疗服务，也可提供特殊医疗服务。那么，是否将公共财政资金投向供方，就要视医院服务的人群和特定服务功能具体而定。比如：政府的职责决定了必须建立完善的社会医疗救助制度，而具有特殊功能的济困惠民医院，既是连接医疗救助管理部门和救助对象的纽带，又是实现医疗救助制度功能的载体。近年来，各地涌现出来的政府举办的济困惠民医院的实践，表明了这类医院是整个公办医疗服务体系中，最能体现政府扶贫济困意志，最能体现救助制度福利性和公益性的行为主体和有效的组织形式，是特困群体看得起病、看得好病的良好场所，是缓解医患利益矛盾与冲突的有益探索。政府承担了医疗救助的职责，就应投入足够的人员、经费和诊治疾病必须的工作经费。这种投向看起来是对医院供方的投入，但归根结底是为了需方的利益。

最后，除了济困惠民和社区卫生服务机构以外的其他二、三级医院（不论是公立医院还是社会举办的非营利性与营利性的私立医院），则主要通过对接需方的补助，并视医院提供服务的类别，实行不同的卫生经济政策，以实现公共财政的投入与补偿。当然，对这类医院不应一概而论，笔者认为需作以下区分：在这类医院中，如果属于社会基本医疗保险确定的定点医院，即可通过其服务于参保人群，获得政府举办的基本医疗保险和新农合等制度规定的费用补偿。特别是在医疗保险全民覆盖的条件下，这一需方补偿将成为医院重要的、稳定的收入来源。对社会举办的非营利性医院，一方面，可以通过成为基本医保的定点医院获得政府

举办的基本医疗保险和新农合等制度规定的费用补偿;另一方面,则可凭借其专科服务与政府规定的服务收费,获得补偿与收入,并享有政府赋予的医疗服务免税经营的优惠,其优惠政策是公共财政间接补偿的体现。营利性私立医院,一是通过成为基本医保的定点医院,获得医保制度规定的费用补偿;二是可享受政策规定期限内的免税经营,免税的优惠也是公共财政的间接补偿;三是这类医院(包括社会举办的非营利性医院)如果将其收益的一定比例直接用于贫困人群的医疗费用减免,政府可按对贫困患者费用减免的额度,对营业税予以适当减免,以资鼓励。严格限制政府举办的国有公立大医院开展“特需医疗”的数量与资金运用,切实控制其优质医疗资源的使用方向和比例,不仅应限制大医院只能提供用于疑难、重、急、危症病人的住院诊治,而且对开设的“院中院”,应分开经营,独立核算,规范其收费行为,对按政策规定利用有限的优质医疗资源,向高消费能力人群提供高等级设施与医疗服务以外的特殊服务,其创收的这部分收入可规定提取一定比例必须用于贫困人群的医疗费用减免,也可开征营业税。

因此,笔者认为,不能笼统地论定政府的投入只“补需方”或只“补供方”,对医疗卫生与医疗保障这个世界性难题,需要理性的深入具体剖析,细致梳理,优选方案,务实操作,这既是决策层与管理层需要认真对待的严肃政策性问题,也是对政府医疗卫生驾驭监管能力的严峻考验。

笔者认为,还需要强调的是,目前政府对参加城镇职工医疗保险制度和新型农村合作医疗的城乡人群,以一定资金的补助,让其分别享用这两个制度规定的医疗保险待遇,这一投向是公共财政投向城乡需方人群的具体体现。但是这一投入方式,严格地讲是直接投给政府所属的医保经办机构了,即投给各级各类劳动保障部门所属的医疗保险中心(或“医疗保险基金管理机构”),对参保的需方而言,属于间接补贴,而不是直接投给参保者本人。其中隐含了一个假设的前提,即各级各类医保经办机构是绝对可信并能管好其基金,是完全能够代表参保需求方的利益的。但是,现实情况

并非如此。

犹如我国于 2004 年实行的对农民粮食直接补贴政策的初期,即由省级部门确定本地区的补贴粮数量,再将补贴粮数量分配到各县、市,然后由县、市政府将有补贴的收购量逐级分解到户的补贴办法,这与目前实行的粮食直补机制,即“补贴资金一竿子插到底”,“从国库直接通到农民口袋,通到农民存折上,中间环节省、县一级根本就见不到钱^⑥”是完全不同的。前者地方政府的行政效率、行政成本及政府的政策执行力,与后者的直补机制所带来的制度效率和农民能否在最短的时间内得到优惠是全然不一样的。

笔者认为“补给需方”与补给“需方的代理机构”是不同的概念,“补给需方”不等于直接补给了“参保者”个人,两者的涵义、效果与方式是有区别的。有的学者主张采取发放“基本医保券”方式“补给需方”,再由“参保者”个人选择医保代理机构,这属于直补给需方。对此需专文阐述,本文不赘述。

参 考 文 献

- 1 新华社.胡锦涛在中共第十七次全国代表大会上的报告全文[EB/OL]. 中华人民共和国中央人民政府门户网站, 2007-10-24.
- 2 长江商报.财政收入同比增加逾万亿[EB/OL]. www.changjiangtimes.com, 2007-12-20.
- 3 全国财政工作会议召开 今年财政收入将超 5.1 万亿[EB/OL]. 财政部网站, 2007-12-19.
- 4 人民日报.我国财政收入大幅增长 民生投入走向“全覆盖”[EB/OL]. http://news.xinhuanet.com/fortune/2007-07/19/content_6398943.htm, 2007-07-19.
- 5 长安街时报.中国财政收入连续 5 年实现高速增长[EB/OL]. http://www.ccaj.net/html/1/2007/9/5/f408626.shtml, 2007-09-05.
- 6 国家财政部, 国家发展改革委, 国家农业部, 等. 印发《关于进一步完善对种粮农民直接补贴政策的意见》的通知[EB/OL]. http://www.mof.gov.cn/news/20050517_1996_6840.htm, 2005-02-03.

[收稿日期 2008-01-20] (责任编辑 滕百军)

欢迎订阅《新型农村合作医疗论文汇编(第一、二集)》

新型农村合作医疗试点工作在全国开展以来,国内外专家、学者和实践工作者,积极参与新型农村合作医疗制度的探索 and 试点工作的经验总结,撰写了大量的理论研究和实践经验总结报告,但这些文稿发表得较为分散,使用者查阅和引用甚为不便。为配合全国新型农村合作医疗试点工作的进一步开展,总结各地来自实践的宝贵经验,汇集各方有关新型农村合作医疗制度建设的研究成果,中国卫生经济学会组织并会同《中国卫生经济》、《中国初级卫生保健》、《中国卫生资源》、《卫生软科学》和《卫生经济研究》等杂志,将各刊自 2003 年 1 月-2005 年 4 月间发表的相关论文精选 150 篇汇编成集。《新型农村合作医疗论文汇编(第一集)》理应为扩大试点和全面建立新型农村合作医疗制度提供有价值的信息,为这项伟大工程的实践者和研究者提供资料查阅的便利条件。

根据新型农村合作医疗的特点,为便于读者查阅,《新型农村合作医疗论文汇编(第一集)》将所收录的文稿

分为理论研究、组织管理与监管、补偿模式与费用支付、基金管理与会计核算、基线调查与评价指标、综合和案例等 7 个栏目。《新型农村合作医疗论文汇编(第一集)》从不同层次和不同角度反映了近 2 年来新型农村合作医疗制度建设的政策脉络、理论研究成果和试点工作经验。

《新型农村合作医疗论文汇编(第一集)》已由中国卫生经济杂志社出版发行(内部),定价为 35 元/本,欢迎广大读者订阅。

开户行:工商银行哈尔滨市大直支行

账号:3500040109008901415

户名:中国医院管理杂志社

地址:哈尔滨市香坊区香顺街 41 号

邮政编号:150036

联系人:田志远

联系电话:0451-87253027

E-mail:yyongmeng@sohu.com