

改革开放以来中国医疗行业中 政府与市场关系的演进*

付明卫 薛仙玲

内容提要:改革开放以来,与中国建立和完善社会主义市场经济体制的大进程一致,中国医疗行业供方中公立医疗机构的比例下降,民营医院数目已经超过公立医院,公立医疗机构享有的经营自主权大幅增加,因而整个医改进程是市场导向的。但是,在这一进程的某些时期,政府与市场的关系有变化,具体经历了三个阶段:1978年至1997年的“市场导向、监管缺位”,1997年至2009年的“两相并重、探索前行”和2009年至今的“政府主导、干预回归”。出现这种演变模式的根本原因是市场机制无效这种观点在医疗行业盛行。十九届三中全会推行的党和国家机构改革对医改中政府与市场关系的调整提供了可能。

关键词:政府与市场关系 医改 市场主导 政府主导 信息不对称

一、引言

政府与市场的关系,是伴随着我国改革开放的重大理论问题和实践问题,学界和政策制定界曾就此产生过三次影响深远的大争论。^①1992年,中共十四大报告首次提出,要使市场在资源配置中起基础性作用。2013年11月,中共十八届三中全会报告进一步指出,“使市场在资源配置中起决定性作用和更好发挥政府作用”。2017年,中共十九大报告提出新时代坚持和发展中国特色社会主义的十四条基本方略再次强调“使市场在资源配置中起决定性作用。”虽然在绝大多数行业对此并无疑义,但是医疗行业却存在激烈争论,至今未见此争论有消落的迹象。

2009年开始的新医改在“政府与市场”关系的激烈争论中启航。2009年3月17日,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)(下文简称“意见2009”)发布,标志着新医改启动。在“意见2009”发布之前的学界讨论中,“政府派”认为,医疗行业存在信息不对称问题,市场机制在医疗行业失灵,故应该由政府举办公立医疗机构为居民提供医疗服务。^②然而,“市场派”认为,尽管医疗行业存在信息不对称问题,但政府也不了解患者生什么病和该如何治疗,故政府包办医疗并不能提高资源配置效率。^③国家为制定和出台“意见2009”进行了课题招标。2007年5月

[作者简介] 付明卫,中国社会科学院经济研究所副研究员,北京,100836,邮箱:guoqushiling@163.com。薛仙玲,中国社会科学院研究生院硕士研究生,北京,102488。

* 本文系国家社会科学基金项目“我国医院行业市场机制有效性的实证研究”(批准号:17BGL170)阶段性成果之一。感谢两位匿名审稿专家的宝贵建议。

① 三次大争论的时间分别是1981—1983年、1989—1991年和2004年至今。参见吴敬琏《当代中国经济改革教程》,上海远东出版社2010年版,第393页。

② 王绍光:《中国公共卫生的危机与转机》,《比较》2003年第7期;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(概要与重点)》,《中国发展评论》2005年增刊1期;李玲:《中国应采用政府主导型的医疗体制》,《中国与世界观察》2005年第1期。

③ 顾昕:《走向有管理的市场化:中国医疗体制改革的战略性选择》,《经济社会体制比较》2005年第6期;蔡江南:《社会市场合作模式:中国医疗卫生体制改革的新思路》,《世界经济文汇》2007年第1期;朱恒鹏:《医疗体制弊端与药品定价扭曲》,《中国社会科学》2007年第4期;吴明:《我国医疗卫生领域的市场化程度分析》,《中国卫生经济》2007年第8期;周其仁:《病有所医当问谁》,北京大学出版社2008年版,第7页。

于北京钓鱼台集中过堂评审的八个医改课题报告中,一个半方案是“政府派”,其他都是“市场派”。但是,“意见2009”最终把“政府主导与发挥市场机制作用相结合”确立为四个基本原则之一,政府主导占了上风。随后,一系列政府主导色彩浓厚的政策纷纷出台,譬如药品省级集中统一招标采购制度、国家基本药物制度和基层医疗卫生机构收支两条线制度等等。然而,最近,这三项制度在全国多地纷纷被不同程度地突破、甚至废止。譬如,2009年率先实行“收支两条线”制度的安徽在2014年明确提出废除“收支两条线”制度,广东2017年废止国家基本药物制度,等等。显而易见,医改政策导向在“政府主导还是市场主导”上出现了往复。另外,新医改九年以来,看病难问题并未得到缓解,看病贵问题有所缓解但进展甚微。^①新医改进展缓慢,是否与医疗行业未发挥市场在资源配置中的决定性作用有关?有鉴于此,为了坚定医改政策导向,让人民群众有更多改革获得感,十分有必要系统梳理中国医改40年来政府与市场关系的演进过程,分析背后的动因。

二、演进的理论背景

医疗行业违背完全竞争市场的假定,其中对信息对称、交易成本为零、服务可完全市场化这几个假定的违背最突出。^②信息不对称,导致市场均衡达不到帕累托最优状态,即“市场失灵”。正因如此,肯尼思·阿罗(Kenneth J. Arrow)1963年在被誉为健康经济学开山之作的论文中指出,“医药行业不能采用自由放任的政策,这个已是社会共识。”^③然而,“不能采用自由放任政策”并不意味着就要由政府举办公立医疗机构提供医疗服务。而是要通过加强监管,减少医患之间的信息不对称程度,具体措施是建立医疗服务质量的强制性信息披露制度。美国和英国^④的医改经历均表明,公布服务质量信息后,竞争能提高医疗服务质量。

美国联邦政府1984年开始要求医院填写和公布服务信息卡。之后,进行了两项受人关注的信息披露制度改革:一是护理院(nursing homes)信息公开改革。美国2002年开始在网上公布护理院的质量信息,2009年将护理院的几十个服务质量指标归总为1至5个星级,使服务质量信息更加通俗易懂。二是宾夕法尼亚州1998年开始要求医院填写和公开心脏搭桥手术的信息卡。公布护理院的质量信息提高了护理院的服务质量,并且在竞争激烈的地区提高幅度更大,^⑤2009年的改革进一步强化了市场竞争促进服务质量提升的作用。^⑥但是,由于护理院的质量包括多个维度而只有部分维度被公开,那些被要求公开的质量指标在改革后都改善了,而未要求公开的指标都恶化了。^⑦对于宾夕法尼亚州冠状动脉搭桥手术患者,竞争在1998年前对医院服务质量没影响,之后促使医院治疗患者时提供更多资源,降低严重患者的死亡率;^⑧进一步的研究表明,信息公开后,为了吸引更多患者、增加收入这种外部动因导致死亡率下降0.09个百分点(改革前的平均死亡率是3.42%),希望不断

① 朱恒鹏:《供方市场化改革是医改突破口》,《中国医疗保险》2016年第12期。

② D. Dranove and M. Satterthwaite, “The Industrial Organization of Health Care Markets”, in A. Culyer and J. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, New York and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, 2000, pp. 1094–1139.

③ Kenneth Arrow, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, 1963, pp. 941–973.

④ 本文中英国专指英格兰。

⑤ Chen, *Minimum Quality Standards and Strategic Vertical Differentiation: An Empirical Study of Nursing Homes*, Ph. D dissertation, Northwestern University, 2008.

⑥ Xin Zhao, “Competition, Information, and Quality: Evidence from Nursing Homes”, *Journal of Health Economics*, Vol. 49, 2008, pp. 136–152.

⑦ S. F. Lu, “Information Disclosure, Competition and The Behavior of Firms: Evidence From Nursing Homes”, *Working Paper*, University of Rochester, Simon School of Business, 2008; R. M. Werner, R. T. Konetzka, E. A. Stuart, E. C. Norton, D. Polsky and J. Park, “Impact of Public Reporting on Quality of Post-acute Care”, *Health Services Research*, Vol. 44, No. 4, 2009, pp. 1169–1187.

⑧ S. Y. Chou, M. E. Deily, S. Li and Y. Lu, “Competition and the Impact of Online Hospital Report Cards”, *Journal of Health Economics*, Vol. 34, 2014, pp. 42–58.

改善服务这种内部动因导致死亡率下降 0.30 个百分点。^① 研究发现,在具备强制性信息披露制度的美国医院行业,服务质量越高的医院,市场份额也越大,表明市场机制是有效的。^②

英国的国家卫生保健体系(National Health Service, NHS)于 1948 年建立,其核心是公立医院,由政府出资设立,以前是从政府拿钱后雇人,为国民提供免费医疗服务,提供多少是多少,没有财务自主权、管理自主权和人事任免自主权,类似于卫生行政部门的下设行政部门。^③ 英国 1991—1997 年间的医改,公立医院变为具有一定独立性的法人实体——信托医院(Trusts)。信托医院给国民出售了多少医疗服务,就能拿多少钱,即政府购买服务模式。2002—2015 年间,英国进一步将信托医院改造成自主权更大的基金信托医院(Foundation Trusts),可以有盈利,盈利可用于改善员工待遇和福利,也可用于购置经营性资产。2006 年,英国政府推出网上挂号系统(Choose and Book),强制披露医院的相关信息。患者可在这个系统中按距离远近搜索医院、查看医院的预计等待时间。2007 年,政府建立新网站,提供更为详细的医院信息,包括到医院的距离、不同科室的平均看病等待时间、死亡率、感染率、门诊量、停车场等。结果 1991—1999 年间,医院通过削减降低死亡率的相关服务,以提高缩短患者等待时间的相关服务水平,从而导致死亡率增加、看病等待时间下降。^④ 而在 2006 年之后看病等待时间和患者死亡率信息都公开时,医院间的竞争既降低了看病等待时间,^⑤也降低了死亡率。^⑥

总之,经济学理论表明,信息不对称、交易成本不为零和服务不可完全市场化等特征导致医疗行业的市场均衡结果是次优的,但政府包办医疗并不能实现帕累托改进。外国的医改实践表明,建立医疗服务质量的强制性信息披露制度后,竞争能提高医疗服务质量,市场机制在医疗行业依然有效。

三、演进的起端和终端

分析行业中政府与市场关系的演进,必然要做出“是政府主导还是市场主导”的定性划分。这主要可从如下两个标准去判断:第一,供方是国有企业占主导,还是民营企业占主导。具体到医疗行业,就是看是公立医疗机构占主导,还是民营医疗机构占主导。第二,供方拥有多大程度的经营自主权。独立的经营自主权就是完全的剩余控制权,包括人事任免、收入分配和价格制定等权利。根据这两个标准,改革开放以来,与中国建立和完善社会主义市场经济体制的大进程一致,整个医改进程是市场导向的。这一点通过对比 40 年医改的起端和终端清晰可见。

演进的起端是,医疗供给体系由政府包办,所有公立医疗机构均实行严格的计划管理,是行政机构的附庸,没有经营自主权。在医改之初的 20 世纪 80 年代初期,中国县级及以上医疗卫生机构和工

① Jonathan Kolstad, “Information and Quality When Motivation is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards”, *American Economic Review*, Vol. 103, No. 7, 2013, pp. 2875 – 2910.

② A. Chandra, A. Finkelstein, A. Sacarny and C. Syverson, “Health Care Exceptionalism? Performance and Allocation in the US Health Care Sector”, *American Economic Review*, Vol. 106, No. 8, 2016, pp. 2110 – 2144.

③ 付明卫、朱恒鹏、夏雨青:《英国国家卫生保健体系改革及其对中国的启示》,《国际经济评论》2016 年第 1 期。

④ C. Propper, S. Burgess and K. Green, “Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market”, *Journal of Public Economics*, Vol. 88, No. 7 – 8, 2004, pp. 1247 – 1272; C. Propper, S. Burgess and D. Gossage, “Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991 – 1999”, *Economic Journal*, Vol. 118, 2008, pp. 138 – 170.

⑤ D. Dawson, R. Jacobs, S. Martin and P. Smith, “Evaluation of the London Patient Choice Project: System Wide Impacts”, Final Report, Centre for Health Economics, University of York, 2004; Diane Dawson, Rowena Jacobs, Steve Martin and Peter Smith, “Is Patient Choice an Effective Mechanism to Reduce Waiting Times?” *Applied Health Economics and Health Policy*, Vol. 3, No. 4, 2004, pp. 195 – 203; D. Dawson, H. Gravelle, R. Jacobs, S. Martin and P. C. Smith, “The Effects of Expanding Provider Choice on Waiting Times: Evidence from a Policy Experiment”, *Health Economics*, Vol. 16, No. 2, 2007, pp. 113 – 128; Z. N. Cooper, S. Gibbons, S. Jones and A. McGuire, “Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reform”, *Economic Journal*, Vol. 121, 2010, pp. 228 – 260.

⑥ Z. N. Cooper, S. Gibbons, S. Jones and A. McGuire, “Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reform”, *Economic Journal*, Vol. 121, 2010, pp. 228 – 260; N. Bloom, C. Propper, S. Seiler and J. Van Reenan, “The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals”, *Review of Economic Studies*, Vol. 82, No. 2, 2015, pp. 457 – 489.

矿企业医院均是全民所有制;城市街道基层医疗卫生机构中80%是集体所有制、20%是全民所有制;县以下的公社(乡)卫生院中67%是集体所有制、33%是全民所有制;业务量小的个体开业医生,在城市地区和农村地区分别为5 609人、43 539人。^① 总体而言,各类医疗卫生机构的工资要么是财政直接发放、要么由财政兜底,亏损由财政担保,结余不能用于改善员工福利;其管理层是享有行政级别的干部,职工具有事业单位编制,除非违法犯罪否则不能被辞退;医疗服务价格由政府制定。

演进的终端是,医疗供给体系由政府主导,公立医疗机构享有有限的经营自主权。2018年,近乎所有乡镇卫生院和社区卫生服务中心都是政府举办。根据《中国卫生和计划生育事业统计年鉴2017》,2016年,公立医院的诊疗人次占比降为87.1%、机构数目占比降为43.61%,跟起端时的一统天下局面已截然不同。虽然所有公立医疗机构的服务项目名称和收费标准均由国家统一制定、所售药品必须由省级集中统一招标采购、采购大型医疗技术设备必须经过卫生行政部门审批,但是,公立医疗机构能自主招聘职工,能支配很大比例的结余用于改善职工福利。

对比起端和终端不难发现,供方中公立医疗机构的比例下降,民营医院数目已经超过公立医院,公立医疗机构享有的经营自主权大幅增加。因此,总体而言,中国过去40年的医改是市场导向的。但是,公立医疗机构依然占据主导地位。

公立医疗供给体系内在要求等级化,导致优质医疗资源(尤其是医生资源)集中在高等级公立医疗机构,而公立基层医疗卫生机构缺乏值得患者信任的医生。^② 由此,公立医疗机构占主导的医疗体系,必然会出现基层医疗卫生机构留不住患者、患者涌向大城市的大医院的现象,分级诊疗体系缺失。由图1可知,首先,中国医院完成的诊疗人次占比超过30%,意味着社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院、诊所和村卫生室等基层医疗卫生机构完成的诊疗人次占比不到70%,然而英国、美国、加拿大、澳大利亚、日本等国,以及中国的香港和台湾地区的基层医疗卫生机构的占比均超过80%。^③ 其次,新医改以来,医院的诊疗人次占比稳步攀升,2015年时已经突破40%;尤其是三级医院的诊疗人次占比稳步大幅上升,而其他医院的诊疗人次占比变化甚小,表明新医改以来中国的分级诊疗状况日益恶化。大医院使用高端检查化验设备、高价药品,收费自然也高。基层医疗卫生机构门可罗雀、大医院拥挤不堪,是导致“看病贵”的一个主要原因。

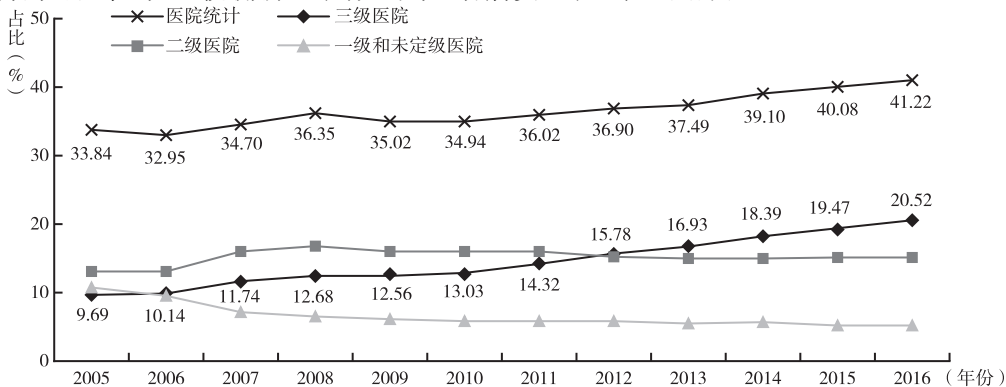


图1 中国医院的诊疗人次占比

资料来源:根据历年《中国卫生统计年鉴》提供的数据计算而得。

说明:历年《中国卫生统计年鉴》未提供2005年之前按医院级别划分的诊疗人次数据,故本图年份始于2005年。

① 黄树则、林士笑主编:《当代中国的卫生事业》(上),北京:中国社会科学出版社1986年版,第44页。

② 杜创、朱恒鹏:《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》,《中国社会科学》2016年第8期。

③ 朱恒鹏:《医保控费导致医院推诿病人:原因和破解之道》,http://blog.sina.com.cn/s/blog_54fa35770101eeq3.html,2014年6月2日。

四、演进的三个阶段

中国40年医改大趋势整体上是市场导向,但具体过程并不是一帆风顺的,而是有波折和往复。在第三部分描述的起端和终端之间,我们具体根据公立医疗机构经营自主权的多少和民营医疗机构的发展环境,将40年医改中“政府与市场关系”的演进历程划分为如下三个阶段。

(一) 第一阶段(1978—1997年):市场导向、监管缺位

1978年12月召开的中共十一届三中全会,是中国各项改革的起点,同样是中国医改的起点。这一阶段医改的指导思想是放权让利、扩大公立医疗机构经营自主权。但是,政府的医疗服务质量监管没有跟上,导致医疗乱象百出。1997年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(中发[1997]3号)(下文简称“决定1997”)发布,明确提出“举办医疗机构要以国家、集体为主,其他社会力量和个人为补充”,“社会力量和个人办医实行自主经营,自负盈亏。政府对其积极引导,依法审批,严格监督管理。当前,要切实纠正‘乱办医’的现象”,标志着这一阶段的结束。

1979年元旦,时任国家卫生部部长钱信忠在接受新华社记者采访时提出,要“运用经济手段管理卫生事业”,“卫生部门也要按经济规律办事!”^①稍后,国家劳动总局、财政部和卫生部联合发布《关于加强医院经济管理试点工作的意见》。该《意见》贯彻十一届三中全会大力精简各级经济行政机构,把它们的大部分职权转交给企业性的专业公司或联合公司,坚决实行按经济规律办事,重视价值规律的作用的精神,决定对公立医院实行经济管理。具体措施包括:(1)对公立医院实行定额管理,即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经费补助(简称“五定”)。(2)对医院的经费补助实行“全额管理、定额补助、结余留用”的制度,逐步用按编制床位实行定额补助的办法替代原来包工资的办法。(3)对完成任务好、成绩优异的单位和个人给以适当的物质鼓励,把完成任务的好坏与职工的利益结合起来,有奖有罚,赏罚分明。由于是试点,政策制定者比较谨慎,规定医院全年各项奖金的提取总额,最多不超过本单位职工一个月的基本工资额,并且明确提出试点的面不要太宽,提倡各省(市、区)在省(市、区)、地、县级医院和不同类型医院中各选择一二所医院试点。

除了放开搞活公立医院外,政府还鼓励个体开业行医。1980年,卫生部发布《关于允许个体开业行医问题的请示报告》(卫办字第141号文),明确允许下列三类个体开业行医:一是过去领有开业执照,现无工作,仍能继续行医者;二是因各种原因,目前未在国家或集体医疗机构工作的中医(包括民族医)、西医、助产士和牙科技工;三是一部分原在国家或集体医疗机构工作现已退休的医生、助产士和牙科技工。同时,明文禁止下述人员个体开业行医:在国家或集体办医疗机构工作的医务人员、国家培养的医务人员不服从分配者、农村生产大队的赤脚医生。

1985年,医改由点上的改革变为全面改革,公立医院经营自主权进一步扩大。1984年,十二届三中全会通过的《中共中央关于经济体制改革的决定》提出,“要使(国有)企业真正成为相对独立的经济实体,成为自主经营、自负盈亏的社会主义商品生产者和经营者,具有自我改造和自我发展的能力,成为具有一定权利和义务的法人。”医改政策制定者将十二届三中全会提出的国有企业改革思路推广到公立医院上,1985年发布《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》(国发[1985]62号)(下文简称“通知1985”)。“通知1985”一方面进一步扩大公立医疗机构的经营自主权。譬如,鼓励全民所有制医疗机构实行院(所、站)长负责制和任期制,从政策上赋予院(所、站)长奖惩、解聘和辞退职工的权力;对医院除大修理和大型设备购置外的补助经费实行定额包干,赋予医院自行支配包干费用的权力。另一方面,“通知1985”鼓励各种社会力量办医。譬如,鼓励集体经济组织、城镇和街道组织、民主党派、群众团体、离退休医务人员举办医疗机构,甚至允许在职

^① 曹海东、傅剑锋:《中国医改20年》,《南方周末》2005年8月4日,第A06版。

医务人员离职办医疗机构;鼓励闲散医务人员和离休退休退职医务人员个体开业行医。最后,允许乡村医生承包村医疗机构。1989年发布的《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(国发[1989]10号),将承包制由村医疗机构扩大到各类医疗机构,允许医疗机构在完成合同任务的前提下自主支配财务收支,自主决定本单位集体福利和奖励基金分配形式。

受邓小平同志南方讲话的影响,1992年发布的《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》(下文简称“意见1992”),鼓励采取部门和企业投资、单位自筹、个人集资、银行贷款、社团捐赠、建立基金等多种形式、多种渠道筹集兴办医疗机构,进一步扩大公立医疗机构经营自主权,并且允许公立医疗机构经办公副业和其他产业,放权程度空前之大。“意见1992”提出了众多沿用至今的经营自主权概念,譬如“使单位真正拥有劳动人事安排权、业务建设决策权、经营开发管理权和工资奖金分配权”,“逐步建立起干部能上能下,职工能进能出,收入能升能降的劳动人事制度。”“意见1992”首次提出,允许公立医疗机构兴办医疗相关的工副业或其他产业,“以工助医”“以副补主”;支持公立医疗机构办成经济实体或实行企业管理,做到自主经营、自负盈亏;对不需要经费补贴的公立医疗机构可以用人放开、自定编制;允许公立医疗机构试行“一院两制”或“一院多制”的经营模式和分配方式,允许公立医疗机构试办股份制医疗卫生机构。

不难发现,这一阶段的改革,基本上是跟着国家“放权让利”的大改革方向走的。特别是对医疗服务主要供方——公立医院的改革措施,基本上复制了国有企业的一些做法。对这些做法也存在反对声音,甚至这种反对声音在卫生行政部门内部都不小。譬如,20世纪90年代末任中国国家卫生部医政司司长的于宗河认为,经济领域的做法不能简单移植到卫生服务上,“如果忽视这一点,就会导致什么环节赚钱资源就往哪里投,谁钱越多谁就能享受越好的医疗服务,而无法顾及医疗的大众属性和起码的社会公平。”^①在1993年5月的全国医政工作会议上,时任中国国家卫生部副部长殷大奎在报告中明确反对医疗服务市场化。然而,由于这一时期整个国家刚刚迈出改革开放的步子,万象更新,再加上各行各业百废待兴,财政吃紧,无力供养公立医疗机构,^②“市场主导”占据绝对优势。

总体而言,这一阶段“市场主导”的改革政策,成效显著。由于政府“放权让利”,“给政策不给钱”,政府在卫生支出中占比下降明显,由1978年的32.2%下降到1997年的16.4%(如图2所示)。但是,得利于政策激励,尽管财政不再给公立医院包工资,但集体经济组织、城镇和街道组织、民主党派等办医积极性高,医院数目稳步增加,由1978年的9293家增加到1997年的15944家(如图3所示),每年平均增速为2.88%。

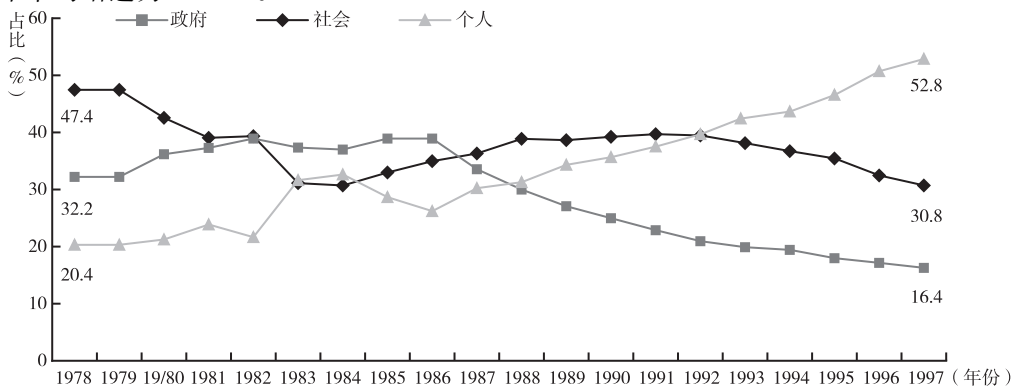


图2 中国各种卫生支出占比

资料来源:卫生部编:《中国卫生统计年鉴2006》,北京:中国协和医科大学出版社2006年版。

① 曹海东、傅剑锋:《中国医改20年》,《南方周末》2005年8月4日,第A06版。

② 高春亮、毛丰付、余晖:《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变——基于建国后医疗制度相关文件的解读》,《管理世界》2009年第4期。

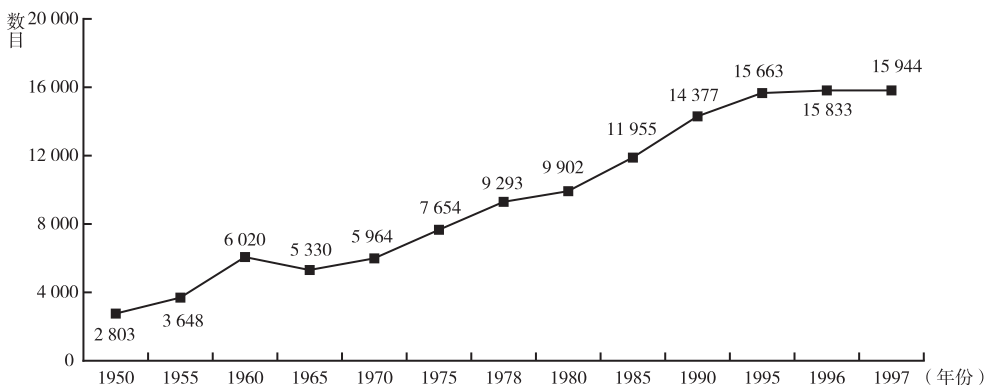


图3 中国医院数目

资料来源:卫生部编:《中国卫生统计年鉴2006》。

这一阶段改革也出现了一些负面的现象。最为明显的是,政府在医疗筹资上放权的同时,没有加强医疗服务质量监管,结果导致医疗乱象频出,譬如开大处方、滥检查、乱收费等。^① 导致监管缺位的主要原因在于,对医疗行业特殊性的认识不深入,不知道医疗行业需要更严格的医疗服务质量监管。当时医疗服务行业市场化改革的反对者,虽然认识到医疗机构和一般企业的不同,但认为医疗服务的特殊性需要的是政府举办公立医疗机构提供医疗服务,而没有认识到必须加强监管。尽管有这些负面影响,但历史地看,这一阶段的改革是进步的。^②

(二) 第二阶段(1997—2009年):两相并重、探索前行

第一阶段的自由放任政策,带来诸多乱象,引起政府办医主导责任在第二阶段的归位,同时引起社会各界对“政府主导还是市场主导”的激烈讨论。但是,这一阶段的改革总体上是政府和市场并重,并没有偏重一方。2009年,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)(下文简称“意见2009”)发布,表明政府主导占了上风,标志着这一阶段的结束。

这一阶段明确提出了中国医疗服务供给体系由政府主导。1997年1月15日发布的“决定1997”首次明确提出“举办医疗机构要以国家、集体为主,其他社会力量和个人为补充”后,该年9月召开的中共十五大提出,“公有制为主体、多种所有制经济共同发展,是我国社会主义初级阶段的一项基本经济制度。”根据中共十五大精神,2000年发布的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》(国办发[2000]16号)(下文简称“意见2000”),进一步提出“非营利性医疗机构^③在医疗服务体系中占主导地位”,2001年发布的《关于农村卫生改革与发展指导意见的通知》(国办发[2001]39号),也提出“农村卫生机构要以公有制为主导”,2006年发布的《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》(国发[2006]10号)提出,社区医疗卫生服务机构也要“坚持政府主导”。

上述政策文件系统地理论上确立了“政府主导”方向,但实践中依然没有限制公立医院改制和民营医疗机构发展。实践中的争论缘起于宿迁医改,此争论因2003年非典型肺炎的爆发而升温。迫于财政压力,江苏省宿迁市1999年开始改制公立医院。“意见2000”提出的“对医疗服务量长期不足,难以正常运转的医疗机构,引导其拓展老年护理等服务领域,或通过兼并、撤销等方式进行调整。鼓励各类医疗机构合作、合并,共建医疗服务集团”,让宿迁找到了公立医院改制的国家政策依据。截至2004年,宿迁全市134家公立医院中,133家完成民营化改制。^④ 国家卫生部调研宿迁医改后,

① 刘军民:《中国医改相关政策研究》,北京:经济科学出版社2012年版,第19页。

② 李玲、江宇、陈秋霖:《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。

③ 公立医疗机构都是非营利医疗机构。

④ 朱恒鹏:《可复制的宿迁民营化医改》,中国社会科学院经济研究所课题报告,2012年。

并没有否定宿迁的作法。此后不久,时任卫生部政策法规司司长吴明江在全国政协举行的一次医改研讨会上说,国家在医疗体制改革中要“大踏步”后退,政府只举办部分公立医院。这一讲话被视为公立医院改制的号角。但是,2005年5月24日,接任吴明江的刘新明的一次讲话,被冠以“市场化非医改方向”的标题,被作为头版头条刊登在国家卫生部下属的《医院报》上,并且于6月20日被《中国青年报》转载。时任卫生部副部长马晓华在2005年5月初发表公开讲话,着重强调,“产权制度改革,不是医疗制度改革的主要途径,我们决不主张民进国退。”^①2005年7月1日,针对政府主导与市场主导的激烈争论,时任国家卫生部部长高强在中央宣传部、中央直属机关工委等联合主办的形势报告会上做了专题报告,指出“发展卫生事业应该坚持以政府为主导,同时发挥市场机制作用的方针”,“今后改革的基本思路是,由政府制订统一区域卫生规划,根据公共卫生服务和居民基本医疗服务需求,确定保留公立医疗机构的数量和规模,负责公共卫生和基本医疗服务,其余的公立医院可引入市场机制,吸收社会资金,改制改造成社会非营利或营利性医疗机构。”^②

这一时期,虽然在供方改革政策导向上存在激烈争论,但需方改革取得了重大进展,即建立了覆盖全民的社会基本医疗保障体系的制度框架。1998年,《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号)发布;2003年,国务院办公厅转发了原国家卫生部、国家财政部和原国家农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发[2003]3号);2007年,《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发[2007]20号)发布。至此,中国建立了覆盖城镇职工、农村居民和未能参加城镇职工医疗保险的城镇居民的全民基本医疗保障体系的制度框架。全民基本医疗保障体系制度框架的建立,为政府通过发挥市场机制向各类医疗机构购买服务的方式、而不是直接举办公立医疗机构的方式,向居民提供基本医疗服务,奠定了基础。

因此,总体而言,这一阶段虽然出现了政府主导的萌芽,但实际政策是政府主导和市场主导两相并重,并伴着对两种政策导向的激烈讨论。这一阶段,政府虽然继续强调扩大公立医疗机构的经营自主权,但一系列干预公立医疗机构经营自主权的政策措施已被提出,包括收支两条线制度、药品集中统一指标制度等。然而,这些干预措施并没有严格执行。

(三) 第三阶段(2009年至今):政府主导、干预回归

2009年,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)发布,新医改启动,标志着医改政策导向回归政府主导。做出回归政府主导这个判断,并不是依据政策鼓不鼓励民营医疗机构的发展,^③而是基于政策对公立医疗机构经营自主权的过度干预。主要的干预措施包括药品省级集中统一招标采购制度、国家基本药物制度和收支两条线制度。

1. 国家基本药物制度。国家基本药物制度始于2009年。该年,原国家卫生部、国家发改委等9部门发布《关于建立国家基本药物制度的实施意见》(卫药政发[2009]79号)及相关配套文件,遴选出307种基本药物,规定“政府举办基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物”,实行零差率销售。实践中,政府举办的基层医疗卫生机构只允许配备和使用基本药物。如此限定用药范围,是对政府办基层医疗卫生机构经营自主权的极大侵犯,导致基层医生缺乏处理一些常见病和多发病的药品。为此,国家卫计委2012年将基本药物增加到520种,2014年发布《关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的意见》(国卫药政发[2014]50号),允许城市社区卫生服务中心和农村乡

① 曹海东、傅剑锋:《中国医改20年》,《南方周末》2005年8月4日,第A06版。

② 高强:《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》, <http://www.moh.gov.cn/wsb/pzcd/200804/21036.shtml>, 2005年7月1日。

③ “意见2009”明确提出,“鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业”。随后,大量支持民营医疗机构发展的专门政策出台,譬如《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》(国办发[2010]58号)、《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发[2013]40号)、《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》(发改价格[2014]503号)、《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》(国办发[2015]45号)。

镇卫生院从医保(新农合)药品报销目录中配备使用一定数量或比例的非基本药品。虽然部分省(市、区)已经实质上不再执行国家基本药物制度,^①但绝大多数省份依然在执行此制度。

2. 收支两条线制度。指医疗机构的全部收入上缴相关政府部门,所有包括药品采购、人员工资等在内的支出由相关政府部门统一拨付,医疗机构从业人员的收入水平由卫生行政部门统一考核、确定。该制度的初衷是限制医疗机构的营利动机,以达到控制医药费用过快增长的目的。但是,由于卫生行政部门不可能准确核定各医疗机构的绩效、制定出合理的分配方案,只好实行平均主义大锅饭。收支两条线制度严重打击了医疗机构的积极性,导致医疗机构推诿患者。

收支两条线制度于2000年被“意见2000”首次提出。“意见2000”规定,“可先对医院药品收入实行收支两条线管理,药品收支结余全部上缴卫生行政部门,纳入财政专户管理,合理返还。”随后发布的《医院药品收支两条线管理暂行办法》(卫规财发[2000]229号)规定,县及县以上公立性医院的药品收入均实行收支两条线管理。2010年发布的《基层医疗卫生机构财务制度》规定,“有条件的地区可探索对基层医疗卫生机构实行收支两条线管理。”

据笔者调研所知,全国近乎所有的公立基层医疗卫生机构均实行过或仍在实行收支两条线制度。2009年,安徽省率先在全省公立基层医疗卫生机构实行收支两条线制度。经过几年运行,收支两条线制度导致了严重的吃大锅饭、推诿病人、业务量下降等问题。2014年,安徽省出台《深化医药卫生体制综合改革试点方案》,在全国率先提出不再实行收支两条线制度。

3. 药品省级集中统一招标采购制度。药品集中统一招标采购早已有之。20世纪90年代末,一些地方卫生行政部门为遏制药费快速上涨势头,自发进行了药品集中统一招标采购。为了规范药品集中招标采购工作,原卫生部、原国家计委等五部门发布《关于印发医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定的通知》(卫规财发[2000]232号)(下文简称“通知2000”),允许医疗机构自行组织或数家医疗机构联合组织招标采购,禁止任何单位和个人为医疗机构指定招标代理机构,或对招标和评标具体活动进行干预或施加影响。这时,医疗机构有权自主选择是否参加集中统一招标。2001年,《关于进一步做好医疗机构药品集中招标采购工作的通知》(卫规财发[2001]208号)要求县及县以上公立医疗机构必须开展药品集中招标采购,原则上要求医疗机构联合或委托中介机构开展药品集中招标采购工作,但仍然允许医疗机构自行组织招标采购,各地市均有权组织辖区内医疗机构的招标采购,参加招标采购的药品品种也不多。因此,对医疗机构经营自主权的约束不大。

严重约束医疗机构经营自主权的省级集中统一招标采购制度,始于2009年。该年1月17日,原卫生部、国家纠风办等六部门联合发布《关于进一步规范医疗机构药品集中采购工作的意见》(卫规财发[2009]7号),要求县及县以上公立医疗机构必须全部参加药品省级集中统一招标采购。随后,所有公立医疗机构使用的药品,都由各地省级药品集中采购管理部门统一竞价采购,形成药品目录及招标价格,公立医疗机构从招标采购核定的药品目录中选购药品,医院可在药品招标价格基础上最高加价15%销售给患者。

总而言之,2009年之后,公立医疗机构的经营自主权严重受限。由于公立医疗机构占据我国医疗服务量的约90%,对公立医疗机构经营自主权的限制,意味着整个医改政策变成了政府主导。

五、演进的原因和总结

医改40年来,政府与市场关系走过了一个从无监督的市场化到回归政府主导的过程,经历了

^① 广东省卫计委2017年发布《关于进一步明确我省基本药物制度有关要求的通知》(粤卫办[2017]37号),宣布自2017年7月1日起,不再对各级医疗机构(含基层医疗卫生机构,下同)配备使用国家基本药物的品规数量和金额比例作具体要求,意味着实质上废止了国家基本药物制度。

“市场导向、监管缺位”，“两相并重、探索前行”和“政府主导、干预回归”的三个阶段。由于“市场机制在医疗行业无效”这种观点在医改政策制定者、医改专家和人民群众中颇具市场，医改政策导向缺乏独立的发展主线，自然而然会随着国家宏观层面改革思潮的大势而动。因此，在1978—1997年间“放权让利”是国家宏观改革的主流思潮时，医改政策也是市场导向的。2004年出现的反市场化宏观改革思潮，^①构成2009年医改政策转向政府主导的主要原因。而当医疗行业在第一阶段出现各种服务质量方面的问题时，政府的反应不是加强服务质量监管，而是在1997年放慢市场导向医改政策的步子。

2018年召开的十九届三中全会，坚持“坚决破除制约使市场在资源配置中起决定性作用、更好发挥政府作用的体制机制弊端”等原则，对党和国家机构设置进行了大力度改革，组建了国家卫生健康委员会和国家医疗保障局，原主导国家医改政策制定、挂靠在卫生行政部门的国务院医改办被撤并。作为医疗服务供方代表的国家卫生健康委员会不再主导而只是协调推进深化医药卫生体制改革，医改政策制定由新成立的中央全面深化改革委员会主导，破除了国家卫生健康委员会的既得利益阻碍。作为医疗服务需方代表的国家医疗保障局被赋予了拟订医疗保障制度政策，组织制定和调整药品、医疗服务价格等职能。这种机构改革方案对医改中政府与市场关系的调整提供了可能。

The Evolution of Government-Market Relationship in China's Health Care Industry Since the Reform and Opening-up

Fu Mingwei Xue Xianling

Abstract: Since the reform and opening-up, accompanied by China's journey to set up and improve a socialist market economy system, the China's health care system reform is market-oriented on the whole, which can be seen from the following stylized facts: firstly, the share that state-owned providers take up has been rising, and the number of private hospital has surpassed that of state-owned hospital in 2015; secondly, state-owned providers have obtained more and more independence in operation. However, market dominates government in some phase of the market-oriented process, while in other phase government dominates market. Exactly, the process can be classified into three stages: *Market Orientation and the Lack of Supervision* between 1978 and 1997, *Unbiased and Trial-and-error Progress* between 1997 and 2009, and *Government Orientation and Intervention Return* since 2009. The primary reason lying behind this mode of evolution is that the wrong mind of ineffectiveness of market mechanism is very popular among China's health care industry. Due to this wrong mind, policy orientation is under the influence of the reform thought tide at the national level and the vested interest group, and as a result the mode appears. The systematic reform on state bureaucratic apparatus put on the third Plenary Session of the 19th CPC Central Committee offers opportunity for the re-adjustment of Government-Market relationship.

Key Words: Government-Market Relationship; Health Care System Reform; Market Orientation; Government Orientation; Information Asymmetry

(责任编辑:王姣娜)

^① 吴敬琏:《当代中国经济改革教程》,上海远东出版社2010年版,第394页。