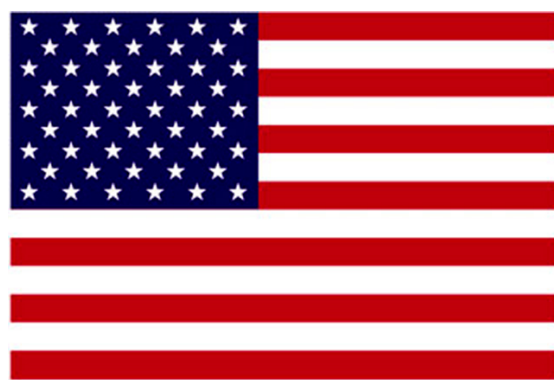


中国医改评论

2011年2月22日（总第十八期）

美英医改新动向对中国的启示



美国医改：公私合作 扩大医保

英国医改：管办分离 提高效率

英国全民免费医疗走向市场化

英国走向内部市场制：服务购买者与服务提供者分开

按人头付费：英国初级卫生保健的市场机制

中国经济体制改革研究会公共政策研究中心
长策智库

www.chinahealthreform.org

www.changce.org

英国全民免费医疗走向市场化

顾昕

北京大学政府管理学院教授

中国经济体制改革研究会公共政策研究中心暨长策智库首席社会政策专家

www.chinahealthreform.org

www.changce.org

2011-01-26

医改是不是一个世界性难题，这姑且不论，但世界上的很多国家都在不断地进行医改，这倒是事实。君不见，共和党占上风的美国众议院最近通过法案，企图废除奥巴马总统签署的医改法案。当然，这一企图能否变成现实，还需要参议院说了算，而参议院则是民主党占上风，看来医改法案在参议院上被否决的可能性很小。因此奥巴马的医改法案生死如何还不到做最终评价的时候。

而在大西洋的另一侧，英国的新一轮医改也开始了。1月19日，英国保守党与自由民主党联合政府在卡梅隆首相的领导下，向国会提交了《健康与社会保障法案》（征求意见稿），迈开了新医改的第一步。新法案的核心是改革已有的初级卫生保健信托机构，由家庭医生联盟取而代之。

“初级卫生保健信托机构”，其实就是为初级卫生保健付账的机构。医疗保健服务千差万别、种类繁多，无论是为了政策操作还是分析研究，进行一下分类总是免不了的。在世界各国，一般把林林总总的医疗保健服务分成三类：初级保健服务、二级保健服务和三级保健服务。这一分类在国际上非常通行，可惜我国在这方面却与国际不接轨。说白了，初级卫生保健服务就是预防和小病治疗，二级保健服务包括急诊、大病诊疗和专科医疗服务，而三级保健服务则由一些特别的护理服务所组成。

英国的新医改，其核心就是对初级保健服务的付费机构进行改革。初级保健服务，在中国就是社区卫生服务。中国新医改的最新政府指导原则是“保基本、强基层、建机制”。“保基本”就是建立健全基本医疗保障体系，让广大参保者不会因为没钱而不去看病；“强基层”就是强化城乡社区卫生服务机构的服务能力，吸引老百姓“小病进社区”；“建机制”就是建立一整套新的机制，让医疗机构具有努力改善服务的内在动力。

可以说，中国新医改在“保基本”方面已经迈开了大步，在“强基层”方面政府也砸了不少钱，但是在“建机制”方面却步履蹒跚。恰恰在后两个方面，尤其是最后一个环节，英国的新医改能给我们带来很多新的启示。

一、公费医疗体制必须改革

作为老牌经济发达国家，英国在“保基本”方面可以说早就功德圆满了。早在二十世纪四十年代，英国就在世界上率先建立全民免费医疗体制，成为全民医疗保障的典范，也成为福利国家的典范。

中国人对于“全民免费医疗”的高昂兴致已经无需赘言了。然而，很多国人一根筋地将“全民免费医疗”理解为医疗服务的计划体制，即国家对医疗筹资和服务实行统包统揽；更有甚者，很多人不仅持这样的看法，而且还对此赞赏有加，认定不如此不仅不能推进中国的新医改，而且还不能解决全世界都面临的医改难题，尤其是美国的医疗体制弊端。于是就出现了只有社会主义才能救美国医疗的论调，其核心是将“社会主义”等同于“计划体制”。

中国人用中文给美国人开药方，真可谓醉翁之意不在酒。在一个开放的时代，对于医疗卫生体制中国家与市场的关系，尤其是医疗的计划体制究竟是否可行的问题，或者说，全民免费医疗是不是等同于医疗的计划体制，我们还是应该放眼看一下世界。说到“全民免费医疗”，必须要考察其鼻祖和典范——英国的全民健康服务（NHS）体系。

英国的全民健康服务是全世界最大的公共医疗卫生服务体系，服务范围涵盖了从预防到康复、从孕检到临终护理、从头疼感冒的小病到心脏搭桥等大病的各类医疗保健服务。所有英国合法居民都有权基本上免费享受 NHS 的服务；另外，欧共体居民或与英国签订互惠协议国家的居民也有如此待遇。所谓“基本上免费”，是指民众在看病治病时还需要支付小额费用，主要是用于购买处方药。

老百姓看病治病基本上免费，医护人员的收入以及医疗机构的运行经费，自然基本上要来自国家预算。很显然，如果国家财政不给力，医护人员和医疗机构入不敷出，“全民免费医疗”就难免会变成摆设。很多中国人喜欢举出印度实行“全民免费医疗”的例子，并发出诸如“印度能、为什么中国不能”的议论。但殊不知，由于政府在公立医疗机构中的投入太少，“全民免费医疗”在印度实际上只是一个花瓶。事实上，根据世界卫生组织的统计数据，在 2006 年，印度卫生费用中公共筹资的比重仅为 25.0%，而当年中国的这一比重已经高达 40.7% 了。这说明，即便印度建立了“全民免费医疗”制度，但其民众看病治病时基本上无法免费，还要自己从口袋里支付大约 70% 的医药费用。事实上，印度的民营医疗机构非常发达，相当一部分印度民众在那里要么自费看病治病，要么通过参加民营医疗保险来购买私立医疗机构的服务。

与印度不同，英国的政府卫生预算多多少少还是给力的。近年来，英国用于 NHS 的预算高达 1000 亿英镑（人均 1980 英镑）上下，达到其 GDP 的 9% 左右。这笔钱，大约 80% 来自政府一般税收、约 10% 来自国家健康保险税、约 4-5% 来自病人自付费用、其他来自商业医疗保险、利息等收入来源。

既然是国家付大钱让老百姓看病治病，我们很多人就会认为，国家一定会建立大量的公立医疗机构，然后政府直接向这些医疗机构拨款，让它们好好为人民服务。为了做到最后一点，政府自然要建立一整套考核制度，在公立医疗机构中搞一些评劳模、选先进、发奖金的活动，以便调动大家的积极性。这样的考核制度安排在不同时期有不同的名称，最时尚的名称就是“绩效工资制”。在这一体系中，公立医疗机构只不过是国家的预算单位，本身没有什么自主性，其职责只不过是把政府拨下来的款尽量花完，把政府安排下来的活儿好歹干完。

中国人都知道，这就是计划体系中的事业单位体制。有趣的是，英国的 NHS 在 1980 年以前，大体上也是如此。这是一个非常怪异的事情，整体来说英国是正宗的市场经济体，但其医疗部门却长期实施计划体系。在计划体系中兴办事业单位，无论是中国人还是英国人，都会一团糟。人浮于事、服务低劣、看病排队到以月年计、浪费惊人，这些弊端无论在英国的旧 NHS 体制还是在中国的旧公费医疗中，都一模一样地令人厌烦、令人头痛。

于是，哪国都一样，都必须改革。中国公费医疗的缓慢改革暂且搁下。英国全民免费医疗的改革早在 1979 年撒切尔夫人领导的保守党执政之后就开始了，一直绵延不绝到今天。

二、英国走向内部市场制：服务购买者与服务提供者分开

英国医改的关键词就三个字：市场化。需要注意的是，市场化并不意味着卖医院。那是民营化，两者词汇不同，含义也大不一样。

英国医疗市场化的核心内容，是政府转变职能，将其统包统揽的全能型角色瓦解，建立医疗服务购买者与医疗服务提供者分开的新体制。简言之，在撒切尔夫人主政时期，英国专门建立了法人化的公立机构，代表民众负责向医护人员和医疗机构购买医疗服务。这种全新的体制，在学术上被称为“内部市场制”，亦即政府在维持公共部门整体组织架构不变的情况下，在其内部模拟市场机制，来促进公共服务提供者之间的竞争。

推动这一改革的理据不难理解。谁都知道，要想当全能运动员，这可不是一般的艰难，而要当全能冠军，更是难上加难。相比而言，争当单项冠军的难度稍微低一些。政府改革的道理也是如此。如果政府自以为是观世音，法力无边，无所不能，其结果极有可能是灾难性的。英国医改的实质，说穿了，无非是政府改革，其核心就转变政府职能，将原来政府所扮演的全能型角色分拆开来，让不同的公立机构扮演不同的角色，而且不同的公立机构各自走上法人化、专业化的道路。这样的改革模式，不仅具有可持续性，而且具有可复制性。实际上，英国医改的模式后来不仅在世界各国（尤其是很多实行全民免费医疗的国家）推广，而且还推广到其他公共服务领域。“内部市场制”成为全球性公共管理变革的一个重要内容。

“内部市场制”改革由撒切尔夫人发起，到今天很多年轻人可能根本不知道这位铁娘子何许人也。有不少人对英国医改模式的可持续性抱持怀疑，这是因为英国同许多发达国家一样，总是免不了政党轮替。每一次竞选，反对党总是会拿医疗说事儿（这也说明旧体制是多么糟糕以及改革是多么艰难），而且总是放一些狠话，宣称要颠覆前任的改革措施。然而，在政党轮替成为现实之后，竞选狠话就会温柔化，“颠覆”就会变成“平稳”，于是小修小补的改革就会推出，而整个改革的轨道并不会更换。

具体来说，英国医改的核心是建立政府购买医疗服务的组织和机制，而扮演购买者角色的这个组织经常更换名称和人员。在保守党撒切尔夫人时代，负责购买初级卫生保健的机构名为“全科医生基金持有者”（GP Fundholders）；到了工党布莱尔时代，行使同一职能的机构更名为“初级卫生保健信托”（Primary care trusts, PCTs）；现在，到了保守党-自由民主党联合执政的新时期，这一机构更换为家庭医生联盟（Family Doctor Alliance）。

无论怎样改变，其服务购买者与服务提供者分开的原则没有变，其新建立起来的内部市场制也没有变，所改变的只是政府购买服务的组织和制度。中国有些不明就里或者别有用心评论者，常常会喋喋不休地宣称工党执政时的英国医改放弃了市场化的方向，并认定政府购买服务是比政府提供服务更差的制度安排。在他们看来，中国的事业单位体制根本没有必要进行大的改革，只需小修小补就可以了，具体来说就是由政府把公立医疗机构的“绩效”评估好，把劳模评好，把先进选对，把奖金发足。

三、初级卫生保健服务至关重要

很多读者对服务购买者与服务提供者分开的道理，很快就会了然于心，但可能会纳闷，为什么在英国，初级卫生保健的埋单者如此重要。英国医改，改来改去，似乎就是要为社区卫生服务找到合适的埋单者。无论政府砸多少钱，社区卫生服务在百姓当中普遍不受到重视，这是一个长期困扰着中国医疗卫生政策决策者的头痛问题。为什么在英国，初级卫生保健就如此重要。

的确如此。在英国，初级卫生保健提供者不单是搞搞预防、看看小病，而且还是整个医疗服务体系的守门人。

在很多国家，初级卫生保健服务提供者主要是“全科医生”，俗称就是“家庭医生”。家庭医生其实都是个体户，他们要么自办诊所，要么联合开业，都在社区附近，以便吸引民众家庭选择自己担任家庭医生。家庭医生除了为民众提供预防和小病诊疗之外，最为重要的一件事情为某些病人（例如怪病、慢性重病患者）推荐最为合适的医疗机构或专科医生。对于很多老百姓来说，医疗服务体系就是一个大迷宫。不幸进入这个迷宫的人，要想在里面不迷路，就需要在迷宫的门口处遇到合适的守门人来指点迷津。因此，家庭医生又被称为“守门人”，而

这套由初级保健提供者提供首诊和转诊服务的制度，就是“守门人制度”。

在很多医疗卫生专业人士看来，“守门人制度”是最合理的。君不见，中国老百姓看病治病的时候，满世界寻找名医。当然，极少有人能分辨清医疗迷宫中的曲折道路，绝大多数民众干脆就直奔大城市的大医院。于是，大医院人满为患，小医院门可罗雀。

在所有实行守门人制度的国家，所谓医院，根本就没有普通门诊部。如果不是急诊的话，有病到医院是去了白去。笔者在荷兰留学期间曾经到校医学院附属医院去看病，在窗明几净、安安静静的走道里逛了半小时，愣是没找到挂号窗口，后来终于碰到一位护士，极其耐心地为我这个没头苍蝇详细讲解了家庭医生的功能。在守门人制度中，所有人看病治病，只要不急，都必须在家庭医生那里首诊。

可以说，唯有在守门人制度下，“强基层”才能真正变成现实。如果没有守门人制度，大家随随便便都能到任何医疗机构去看病，或者无论大小病都到大医院去问诊求医，那么基层医疗机构就会成为摆设。

在英国，“强基层”是真真切切的现实。尽管是个体户，但英国的全科医生不仅收入高，而且地位重要。他们不仅为民众提供初级卫生保健服务，而且更为重要的是，他们决定着医疗资源的分配。相应地，为全科医生付账的机构也就变得举足轻重。事实上，初级卫生保健信托掌管着 NHS 体系 80% 预算的配置。

四、按人头付费：初级卫生保健的市场机制

看到这里，估计不少人会为英国人操一些心。依照中国人的比附，社区卫生服务机构竟然在英国成为医疗体制的重心啦。既然家庭医生如此重要，而他们的收入主要来自公立埋单者的支付，那么如何保证他们有积极性为民众好好服务呢？

尤其是预防服务。谁都知道，预防服务对受益者来说大多是免费的，但国家拨下来的钱也不会多，而医疗服务（即看病治病）才是真正值钱的。倘若积极开展预防服务，老百姓健健康康，看病治病的人次不增加，家庭医生岂不是要呜呼哀哉了？要知道，在中国，无论是社区卫生服务机构，还是大小医院，大家都热衷于多开药、开贵药、多检查，这在学术界被称为“供方诱导过度消费”，简称“过度医疗”。中国的社区卫生服务机构大多是公立的，要为老百姓提供包括基本医疗、计划免疫、妇幼保健、计划生育、健康教育和社区卫生在内的“六位一体”服务；可是在现实中，“六位一体”一直就是一句空话，“医疗为主、其他为辅”的格局多年没有改变。

值得注意的是，英国以及许多国家的“家庭医生”或“全科医生”，并不热衷于通过看病治病来赚钱，而是热心关注社区居民的健康。他们这样做，并非因为他们高风亮节，天天把“社会公益性”挂在嘴边，心甘情愿为了民众的健康而

放弃本来可以通过看病治病而获得的高收入。恰恰相反，外国家庭医生的收入并不低，在有些国家甚至还超过了在医院工作的专科医生。这是我国民众甚至医疗服务工作者都难以想象的。在全民医保的国家，他们的收入当然主要来自医疗服务的第三方购买者。具体而言，在英国式的全民免费医疗体制中，国家财政为全科医生们付费，而在德国式的社会医疗保险体制中，公立（或准公立）医疗保险机构为全科医生们付费。

“家庭医生”或“全科医生”并不热衷于看病治病，完全是因为这些国家的医疗付费者，设计一种巧妙的激励机制，可以让“家庭医生”或“全科医生”通过维护民众的健康而获得更多的收入。在这种激励机制下，病患越多，家庭医生们的收入反而更低。这种激励机制的核心，就是“按人头付费”。需要说明的是，这种巧妙的付费机制，固然不是英国人发明的，但却是英国通过以前的“全科医生基金持有者”和现在的“初级卫生保健信托”，在社区卫生服务体系中得到了广泛的使用。这说明，在“建机制”方面，英国的内部市场制改革又走在了全世界的前面。

在新的机制中，英国的家庭医生们都能从初级卫生保健信托那里获得一定的底薪，但是初级卫生保健信托主要采用了“按人头付费”来支付家庭医生的大部分费用，一般会达到其收入总额的60%。具体做法如下：

(1) 政府要求所有民众必须在尚未生病前到一个家庭医生的诊所注册，该诊所以后就成为定点门诊服务机构；（当然，为了吸引老百姓，家庭医生也会主动走访家庭。）

(2) 每一个家庭医生或其诊所在一定时间内有一定数量的注册民众，付费者（即初级卫生保健信托）同该家庭医生或其诊所签订一个合同，根据注册者人头多少定期付出一笔固定的款项，让后者照顾这些注册者的健康。人头费的设定，主要依据社区居民的发病率、常见病病种、平均费用以及注册者的年龄、慢性病患病情况等等。

(3) 人头费中包含转诊费。这就是说，每当家庭医生进行一次转诊时，接受转诊的医生或医疗机构将会从家庭医生那里获得一笔转诊费；当然，其余的医疗服务费用由付费者另行支付。

在这样的游戏规则下，家庭医生一定会全力以赴地开展预防保健、妇幼保健和其他公共卫生服务，绝不会走形式主义。因为他们都明白，唯有如此，才能花小钱、付小力，让定点注册的老百姓保持健康。唯有如此，家庭医生才能获得较高的收入。

无论如何健康，人总是会生病的。病人来了，家庭医生自然会根据其病情选择性价比高的医疗服务，绝不会过度医疗。过度医疗的结果只能使数额固定的人头费缩水，最终使自己的腰包变瘪。家庭医生也会合理转诊，因为无论是该转诊而不转诊还是一味地给自己的关系户转诊，倘若病人的病治不好，自己从初级卫

生保健信托那里获得的人头费就会无情地流失。因此，对家庭医生来说，对病人病情的判断以及对其他医疗服务机构特点的了解，是不可或缺的技能。

不少人会说，这有什么新鲜，哪里有什么新的机制？这不就是“社区首诊制”吗？在我们中国也有。

但貌似而不神似。问题在于，中国的社区首诊制赋予社区卫生服务机构某种垄断性。在中国现行的“社区首诊制”下，某一片社区的居民只能选择社区附近的社区卫生服务中心为首诊机构。试想，如果医疗机构处于垄断地位，那么它们就有可能通过尽量减少服务的提供以达到节省人头费的目的。但是，由于缺乏竞争机制，老百姓没有更换首诊医疗机构的权利，定点首诊医疗机构如果减少服务量或者降低服务质量，患者也无可奈何。

促进竞争正是打破这种局面的不二法门。为了促进家庭医生或社区医疗机构的竞争，英国政府允许民众在一定期限内（一年左右）更换在家庭医生那里的注册。由于付费者是根据注册人头为家庭医生付费，因此如果家庭医生因服务不佳而流失了注册民众，其获得的人头费就会减少。这样一来，医疗费用就可以“随着病人走”。这种全新的机制后来被很多国家所采纳。

从中国来看，“保基本、强基层、建机制”在英国早已实现了。英国最近推动的新医改，要害在于“改机制”。自撒切尔夫人以来，英国政府将购买医疗服务的权力交给了法人化的政府公立机构，而此次新医改的走向是将这一权力交给民间组织——家庭医生联盟。这体现了英国新政府大力推动政府公共服务外包的新努力。大家知道，在很多情况下，公立机构很有可能缺乏改善服务的内在动力，这在医疗服务的购买领域也是一样。因此，对很多国家来说，推动医疗服务的政府购买者进行改革，就成为新医改的主要内容。实际上，在实行全民医疗保险制的德国，新医改也在如火如荼地进行，其核心是推动医保经办机构之间的竞争。

其实，中国的国家新医改方案在这一点也具有一定的先见之明。新医改方案提出，要推动医疗保险经办服务委托商业保险公司来管理。实际上，这就是一种公共服务外包的新思路。但是，在全民医疗保险尚未巩固的阶段，全面推动医保服务的外包，在中国可能为时过早，但局部地区的探索是值得鼓励的。

美英两国医改新动向及对中国医改的启示

蔡江南

中国经济体制改革研究会公共政策研究中心高级研究员

中欧商学院和上海财大兼职教授

美国麻省卫生福利部高级研究员

www.chinahealthreform.org

www.change.org

2011-02-11

最近美国和英国的医改都有一些比较大的动作，在各自国内产生了极大影响和震动。与此同时，中国的新医改也在艰难的向前推进，在取得了一些初步进展后，下一步的深化改革却举步维艰。本文对于美英两国医改方面的新动向做一个简单介绍，然后来看一下他们对于中国医改有什么启示。

一、美国医改：公私合作，扩大医保

2011年1月31日，美国佛罗里达州联邦地方法院做出宣判，不仅认为奥巴马医改立法中强制个人购买医保的规定违宪，而且认为由于整个奥巴马医改立法是一个整体，所以需要全部推翻。目前美国有26个州向联邦地方法院提出上诉，除了一个州以外，提出上诉案的25个州都是共和党掌权。在已经做出宣判的4个联邦地方法院中，两个民主党的法官宣布上诉案败诉，两个共和党的法官宣布胜诉。接下来，美国联邦政府将向申诉法庭提出申诉，最后还需要上联邦最高法院进行裁决。最后结果如何还是一个悬案，取决于最高大法官之间的争斗和表决。但是根据分析，最高法院判决整个奥巴马医改立法都违宪的可能性不大。

除了法庭上的斗争外，美国两党在国会中也在进行有关奥巴马医改立法的斗争。去年共和党在中期国会竞选中赢得了众议院多数党的地位，马上在今年1月19日晚上投票，以245票对189票，通过了废除奥巴马医改立法的议案。除了3位民主党人支持共和党之外，投票完全是以两党来分野的。共和党又在参议院中推动类似的投票，最后民主党以51比47的多数，使得共和党的提案失败。

奥巴马总统本身享有否决权，也将有效阻止类似法案在国会通过。因此，共和党在国会中的行动在更大意义上是一种宣传，是为 2012 年美国大选挑战奥巴马连任做准备。

奥巴马本人深知围绕医改立法斗争上蕴含的深远意义，因此他在 1 月 25 日晚上发表年度国情咨文时，直接向两党、更是直接向全国人民，表达了他对于医改立法的态度。他表示任何东西都可以改进，任何人如果有改进医改立法的好点子，能够改进医疗、使得医疗更便宜的话，他都愿意与其一起进行改进。但是，奥巴马明确表示，他并不是没有任何原则，并不准备放弃一些重要的医改立法内容。他认为不需要一切从头开始，不要回到他刚开始当总统的两年之前，重新开始过去两年的医改斗争，而是对需要修改的地方进行修改，向前看。

奥巴马于 2010 年 3 月 23 日签署的美国医改立法，从医改的基本原则和主要内容上，都参照了 2006 年通过的美国第一个全民医保的麻州立法。麻州医改立法是在当时的共和党州长罗姆尼主导下，与民主党占多数的州参众两院的妥协之下通过的，因此是一个比较温和、中立的医改立法，其基本原则和精神就是“公私合作，责任分担”。医改的主要目标是扩大医保覆盖面，争取实现全民医保。而实现的途径则是依靠各方面的努力，包括政府、企业、医疗服务方、个人，大家都出资，逐步扩大医保覆盖面。因此，这是一个并非由政府一手包办的医改立法，而是一个与共和党的一贯主张比较吻合的做法。

与美国一个世纪以来反对实现全民医保的情况不同，以前一直是某一个医疗利益集团的极力反对，使得医改立法的努力无法成功。这一次，医疗利益集团没有公开站在奥巴马医改的对立面，而共和党却成为反对奥巴马医改的政治力量。更有意思的是，共和党的主要感兴趣点并不在于奥巴马医改立法本身，正是“项庄舞剑，意在沛公”，根本目的在于阻止奥巴马连任总统。所以，尽管奥巴马医改立法本身包含了共和党历来的许多主张，尽管奥巴马一再希望共和党提出改进的建议，共和党却根本不予理睬，根本不愿意进行任何妥协，而是最初力图阻止任何医改立法通过，现在则力图改变推翻已经通过的医改立法，从而使得奥巴马威信扫地，无法实现连任。

美国医改的主要目标集中在扩大医保覆盖面，是在医疗体制需求方面的改革，即改变医疗资金的筹资方式，使得医疗费用的支付主要来自医疗保险，缩小个人自付的比重，实行全民医保。伴随着医保覆盖面的扩大，控制医疗费用的过度增长便成为下一步的主要议题。在控制医疗费用的手段中，如何支付医疗费用，以及如何组织医疗服务的提供方式，会成为下一步医改的重要内容。但在美国目前的医疗体制下，医疗服务提供方式的改革涉及的主要不是所有制产权方面的改革，也不是政府与市场之间作用调节的改革，而主要是各个医疗服务单位之间的协作组织方式，即如何作为一个经济合作单位来承担医疗费用风险的问题。

政府与市场（个人）的作用是体现美国建国原则和建国精神的大问题，也是任何国家医改的主要争论问题之一。尽管奥巴马医改基本上是一个比较温和妥协

的立法，政府和市场都发挥着重要的作用，原来医疗市场的作用基本上没有发生大的变化，但共和党还是抓住了一个围绕政府与个人作用的问题作为攻击点，即医改立法中要求个人必须购买医疗保险。这个问题容易得到人们的关注，也是一个与美国宪法密切相关的争议问题，所以自然成为一个争论的靶子。

奥巴马医改立法中还有一个重要内容，即不允许医疗保险公司将医保购买人以前存在的疾病排除在保险范围之外。因此，如果允许人们自由选择是否购买医保，就会有人采取投机取巧的办法，在身体好的时候不去买保险，一直等到生病后需要使用医疗服务时才购买医保。如果医保公司必须接受任何人的话，就必须接受这些投机取巧的人，医保费用便会由于这种“逆向选择”的情况而不断增长。结果便会是，健康的人不买保险，而生病的人买不起保险。从而全民医保便无法实现。因此，强制人人购买医保，是强制医保公司对任何人开放保险的必要前提。

奥巴马医改立法斗争的结果，一方面取决于最高法院的判决，时间大约还会有两年的拖延。另一方面也与两年后美国总统大选的结果有关。如果奥巴马胜利连任，那么国会中的结果便会控制在奥巴马手中。除了以上政府中进行的立法和国会两条战线的斗争外，美国民意也是影响斗争结局的重要因素。奥巴马医改立法中的一部分内容已经开始实行，例如强制医保公司开放保险的规定，子女参加父母医保的年龄延长至 26 岁，医保公司不能限制投保人一生能够获得的最大保险额度。还有许多医改立法内容要到 2014 年才开始实行。但从已经实行的部分医改立法内容来看，任何人也无法让老百姓再放弃这些保护和利益。即使共和党提出任何替代医改方案，也不可能完全推翻这些内容。

美国民意测验的结果也反映了老百姓对于奥巴马医改立法的意向。当问人们是反对还是支持医改立法这样一个非黑即白的问题时，反对的人数略多于支持的人。然而如果问人们，国会应当如何对待医改立法时，只有 26% 的人认为应当完全推翻，43% 的人认为应当修改并且进行更大的改革，19% 的人认为应当保持现有立法不变。因此，共和党主张完全推翻奥巴马医改立法的作法并不代表多数人的意愿。

医改的实际推进在很大程度上还取决于州一级的层面。目前尽管有 26 个州加入了对奥巴马医改立法的上诉，但这并不意味着所有这些州的政府都停止了执行医改立法。医改立法中有一个重要内容，就是建立州一级的医保交易中心，将小企业和个人购买医保的力量组合起来，与医保公司谈判，以获得更廉价的医保。奥巴马医改立法规定，如果一个州放弃自己建立医保交易中心的话，便等于将权力自动交给联邦政府。由于许多州不愿意让联邦政府来控制，因此在提出上诉的同时，也在推进医保交易中心的工作，以便能够扩大本州的医保覆盖面。

美国医改在激烈的政治斗争中推进着，不管奥巴马医改立法最后的命运如何，即使共和党能够完全推翻现有的医改立法，也无法完全抛弃这个立法中包含的许多改革内容。任何政党都会在扩大医保覆盖面上做出不同程度的努力，作为政绩和争取民心的重要内容。从这个意义上来说，美国医改必将在斗争中逐步推

进，而不可能完全走回头路。实际上，对于美国医改来说，更重大的挑战是在扩大医保覆盖面的同时或之后，如何进一步控制医疗费用的过度增长，这也是医改覆盖面扩大和持续的重要保证。

二、英国医改：管办分离，提高效率

与美国医改主要致力于扩大医保覆盖面不同，英国早已解决了全民医保的问题，因此英国医改主要是在改革医疗服务供给方面的努力，力图提高服务效率和质量，控制医疗费用的过度增长。今年1月19日，保守党领导的英国联合政府公布了新的医改草案，在英国引起了很大震动，被称为是英国国民健康服务体系（NHS）的一场革命。**英国医改的主要精神是减少政府在医疗卫生体制中的作用，在医疗服务体系中实行进一步的管办分离。**

英国医改的主要内容是在医疗费用风险承担上进行改革，将原来由政府直接承担的风险移交给全科医生（GP）。全科医生结合成新的医疗费用风险承担组织“全科医生联盟”，由全科医生代表病人购买所有的医疗服务。这意味着英国国民健康服务体系70-80%的医疗预算，将交给全科家庭医生来负责，并承担相应的医疗费用风险。目前政府负责的152家初级卫生信托机构将被取消，由全科医生联盟来发挥这些机构的作用。

与此同时，所有公立医院和社区医疗机构将变成独立的组织。**尽管他们的公有制性质保留不变，这些医疗服务组织将不再直接受英国卫生部的领导。社区医疗服务机构将成为非营利性的社会机构，机构的工作人员将不再是国民健康服务体系的公务员。**

新的医改草案提出，建立一个全国性的理事会来负责监管全科医生联盟的工作，同时还要负责监管医疗服务供给方的市场准入和退出、促进竞争、核定医疗服务的价格。这些原来由政府卫生部来做的事情，现在直接由理事会来负责，从而使得政府官员不再直接参与国民健康服务体系的日常活动，有利于实现管办分离。

事实上，英国目前提出的新医改步骤，是其过去二十年来医改的继续和深化，并不是医改方向上的全新革命。医改以前，英国的医疗卫生体制是一个高度集中化和行政化的体制，这表现在两个方面的二位一体：一是医疗服务供求双方的二位一体，即经费都是从政府一个口袋里来；二是政府行政管理与医疗服务实际工作部门的二位一体，即管办不分。

由于英国国民健康服务体系的医疗经费主要来自政府税收，同时医疗服务的供给方主要是公立医院，这样医疗费用的支付方是政府，而医疗费用的接受方也

是政府领导的医院，因此资金只是在一个政府主体的两个不同口袋之间移动。由于公立医院不直接面对市场压力和病人支付医疗费用的压力，因此公立医院运营效率不高，对病人的需要无法做出直接和及时的反应，病人获得医疗服务的等候时间过长。

因此，英国二十年来的医改，主要目标就是将医疗服务的需求方和供给方分离，人为地制造出一个医疗服务市场。具体的改革办法就是将医疗服务的供方公立医院，从政府卫生部门的直接领导下分离出来，让公立医院变成独立经营的实体和独立法人机构，成立医院信托机构（托拉斯）。与此同时，医疗服务的需方病人的医疗费用支付，则交给政府管理的初级卫生保健信托机构来管理。这样，医院的收入不再由政府直接拨付，而必须直接面向市场和病人。因此，医院只有通过改进服务质量和效率，才能够吸引更多病人，获得更多收入。

这种分离医疗服务供求双方的改革，在某种程度上可以同时达到管办分离的目的，即使得政府行政管理与医疗服务的运行管理两者分离。但从英国公立医院改革的实际操作过程来看，管办分离还不彻底，政府卫生部门还在相当程度上限制和控制着公立医院的管理权限。而在需求方医疗费用的支付上，经费仍然操纵在政府机构手里，即初级卫生保健信托机构手中。因此，目前提出的医改步骤，就是要在医疗经费的支付方面推进管办分离，将医疗经费直接交给家庭全科医生来掌握，由他们来代表病人，而不再由政府行政部门掌握。

成立全科医生联盟，由全科家庭医生代表病人掌握医疗经费，将极大增强全科医生的支配权，加强基础医疗的地位，也有利于提高医疗服务的系统管理质量和节省医疗费用，这从理念上讲是一个正确的选择。但从操作层面上看，还有一系列的实际问题需要解决，这包括需要有多大规模的全科医生组成一个联盟组织，由谁来提供联盟需要的专业管理知识和管理技术的支持，如何与医院谈判，如何管理资金风险。许多全科医生并没有相应的专业知识和管理技能，一些全科医生本身也担心，在这种新的组织形式下，自己将被迫承担起控制医疗费用的角色，这可能与病人的利益发生冲突。

英国的这项改革措施目前还只是政府的计划草案，还需要变成立法才能够推行。但在保守党占多数的联合政府领导下，这项改革计划在议会通过的可能性非常大。政府希望最晚在 2013 年推行这些改革措施，但不少人担心改革的步子太大、改革的速度太快。最悲观的看法认为，改革的结果可能会是，新的全科医生联盟与现有的初级卫生信托机构并没有多大差别。

英国二十年来的医改，在医疗费用的筹资方面没有什么变化，都是通过国民健康服务体系来集中资金，政府税收作为主要来源，因此医改的方向不在于医疗卫生体制的需求方，而在于供给方，在于如何将经费支付给医疗服务的供方，如何改革供方的组织管理体制，从而达到控制医疗费用的过度增长、改进服务质量、提高医疗体系的效率。

反观美国医改的主攻方向是在医疗卫生体制的需求方面，即筹资方面，以扩大医保覆盖面、实现全民医保为主要目标。尽管这两个国家医改的主攻方向不同，但是也有一些类似的地方。美国医改在扩大医保覆盖面的同时，也必须注意控制医疗费用的过度增长，改进医疗服务质量和提高效率，因此也需要在医疗服务的供给方面进行改革，即改进医疗费用的支付方式，以及医疗服务供给的组织方式。

英国正在计划改革全科家庭医生的组织方式，形成新的联合组织方式，代表病人的利益与医院谈判，承担病人的医疗费用风险，改善病人的健康状况，控制医疗费用的使用。英国的国民健康服务体系与新的全科医生联盟之间，将形成一种按人头付费的承包关系：政府按照全科医生联盟承担的人口数目，支付给联盟预算，全科医生联盟再根据病人的使用情况支付给其他医疗服务供给方。

美国的医保组织也在探索支付医疗费用的各种新的方式，包括按人头付费，这样便需要在医疗服务的组织形式上进行相应的改革。美国目前在探索一种医疗服务的联合组织方式，称为医疗责任组织（Accountable Care Organization, ACO）。这种合作组织可以包括各种不同类型的医疗服务机构，包括医院、医生、检验中心等。合作的方式可以是一种实体性的组合，即医疗集团，也可以是虚拟性的结合，即只是合同关系，一起协调医疗服务、共同承担医疗费用的风险。这种医疗责任组织包括的医疗服务供给者范围比英国更广泛，后者只局限在全科医生上。

比较英美两国医改可以发现，尽管美国的医改目前主要集中在扩大医保上，主要在医疗卫生体制的需求方，但下一步也需要在医疗卫生体制的供给方进行改革。由于英国已经解决了全民医保的问题，所以只需要集中精力在供给方的改革。从这个意义上说，英国的新医改措施比美国医改涉及的面要窄，走在更前面。但从另一个角度看，美国的医疗卫生体制供给方，主要是民营主导，政府基本不直接涉足医疗卫生的供给，因此美国在供给方的改革主要集中在医疗服务的支付和组织形式上面，不涉及政府职能、管办分离和所有制方面的改革。从这个意义上讲，美国医改在供给方面改革的程度和难度比英国要小。

比较美英两国的医改还可以发现一个反差：在美国医改中，政府的职能在进一步强化，而在英国医改中，政府职能在进一步弱化。仔细分析，政府职能在两国医改中反方向的变化并不矛盾。美国医改中强化的主要是政府在医疗费用筹资方面的功能，以及在控制医疗费用中政府的领导组织功能。而在英国医改中，弱化的是政府直接控制医疗服务供给以及控制医疗经费的功能，让医疗服务的实际供给者（医院和医生）来直接进行管理，政府退出直接管理的功能。因此，两国医改的基本方向是一致的，在筹资和医疗卫生体制的宏观管理上，发挥政府的组织领导功能，而在医疗卫生的实际生产和微观管理过程中，政府放手和退出。政府需要明确自己在医疗卫生体制中的角色和地位，该管的不管不行，不该管的硬

抓着不放也不行。

三、中国医改：打破垄断，推进医改

英美两国医改中对于政府职能的调整，对于中国医改具有重要的启示意义。从医疗卫生费用的来源结构看，最近 2009 年的数据表明，我国政府卫生经费支出占整个卫生费用的比重为 27%，而个人卫生支出的比重为 38%。而在美国，政府卫生支出的比重占整个卫生费用的近一半，而个人卫生支出只占 14%。英国卫生费用中，政府支出占压倒多数，个人只是很小部分。因此，在卫生费用的来源上，进一步提高政府支持的比重是我国医改的努力方向。中国政府已经提出，将个人支出的比重下降至 30% 以下。从中国经济和国民收入的增长状况来看，从政府财政收入增长速度来看，进一步提高政府卫生支出的比重并不是一个难以达到的目标。

除了筹资中的作用以外，中国政府职能需要增强的地方还在于对医疗卫生体制的宏观管理。政府作为医疗卫生行业的监管人，需要对于所有医疗服务供给者，包括公立和私立，发挥一视同仁的公正和有效的监督职能。监督的内容包括，公平的市场竞争、限制和消除垄断、医疗服务的安全和质量、市场准入、重要医疗资源的区域配置、医疗费用上升速度、社会弱势群体对于医疗服务的可及性等。政府的监督职能具体可以通过三个渠道来发挥作用：1) 通过卫生政策来规定医疗服务的发展方向；2) 通过政府的规制来限制和影响医疗服务供给者的行为；3) 通过信息披露来监督医疗服务供给者的行为和绩效。

由于目前政府卫生部门的主要精力仍然放在对公立医院的微观管理上，所以无法独立公正地对所有医疗服务机构进行行业管理，同时也缺乏一系列手段来进行行业监管。在医改革过程中，如何转变政府职能，是一个极为重要的关键。如果在向医疗服务供给方放权的同时，政府没有能够承担起有效的监管职能的话，放权后的医疗机构很容易只顾自己的经济利益，忽视医疗服务质量和病人利益，无法保证医疗服务的社会职能和公益性。

中国医改的最大难度在于如何让政府退出对医疗服务行业的微观管理，扩大民间的力量，发挥医疗服务供给方本身的积极性，形成健康和完善的行业监督和管理和市场竞争功能。阻碍我国医改推进的真正阻力，主要在于由政府力量作为背景的各种各样的行政垄断力量。如果我们不能有力地打破各种垄断，医改便难于有实质性的进展，现存的各种难题，包括看病难看病贵，便难于得到根本的解决。这些行政垄断主要包括以下：

1. 公立医院对医疗服务行业的垄断

在改革开放三十多年后的今天，除了国有垄断行业外，医疗也许是公有制比重最大的行业。公立医院几乎占医院总数的70%，公立医院病床数目更是高占全国医院病床总数的近90%。尽管新医改方案提出，积极促进非公医疗卫生机构发展，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制，但在现实中公立医院垄断了各种重要的医疗资源，各种所有制医院之间不存在平等竞争的环境，民营医院生存艰难。多数民营医院只能从事一些边缘性的医疗服务项目（某些专科项目），只能向城市边缘人口（流动人口、外地人口、农民工等）提供服务。

许多民营医院服务水平和质量低下，损害病人利益的事情并不罕见，这与现有的不公平竞争办医环境不无关系。不少人只是从现象出发，不去探究事情的本质，反而进一步主张加强公立医院，限制民营医院的发展。许多国家医疗服务行业的情况表明，民营医疗机构无论在服务水平和服务质量上，并不比公立医院差，而且往往相反。即使从我国许多行业的情况来看，在服务质量和考虑消费者利益方面，民营经济并不一定比国有经济做得差，而恰恰是国有垄断行业从消费者身上获得垄断暴利。

2. 政府卫生部门对办医权的垄断

尽管新医改方案提出，明确所有者和管理者的责权，建立和完善医院法人治理结构，落实公立医院独立法人地位，但是公立医院的管办分离改革至今没有明显推进。争论往往围绕着“体制内分权”与“体制外分权”，即在政府卫生部门内部成立一个管理公立医院的部门，还是在政府卫生部门之外成立一个独立的医管局。如果办医的权利只是在不同政府部门和机构之间划分，而不是下放给医院本身，那么无论体制内还是体制外分权，都无法真正达到管办分离的目的。

衡量办医权是否真正下放到医院，至少需要考虑几个重要方面：1) 用人权：医院管理层本身究竟是政府卫生部门直接任命，还是医院内部产生；医院本身的用工权，是依靠行政编制控制，还是根据医院发展需要来吸收和解雇职工。2) 政府与医院之间的关系：是上下级之间的行政命令关系，还是行业监管者与被监管之间的关系，以及合同约束关系。政府作为公立医院的出资人，可以通过合同明确双方的责权利。政府不能无偿地要求医院提供公益性的医疗服务，可以选择有偿购买服务、税收减免、以及专项拨款等方式。

3. 医院等级划分的行政垄断

政府垄断了对医院的划分权力，同时等级划分后又造成某些医院对于医疗资源的垄断权。政府通过行政管理的方法，对医院进行三六九等的等级划分。为了等级上升，医院使出浑身解数，扩大规模、上高精尖项目、购买大型设备、吸引高级人才、发表论文和争取研究课题。一旦达到三级甲等，医院便享有种种特权和垄断地位，包括人才竞争、病人竞争、科研经费竞争和政府投入竞争等方面。目前三甲医院规模不断扩大，大有扫平天下的气势。

由于医疗服务本身的特点，服务质量信息本身难以获得。在医院行政分级制

度下，病人自然便以医院的级别来判断医院本身的服务质量。这在很大程度上鼓励病人往三甲医院去，加剧了看病难。许多国家并不对医院进行行政化的分级制度，而是由行业协会或社会组织，根据医院的服务质量来进行考核。

4. 对医疗人才的行政垄断

医生，特别是高水平的医生，是医疗服务行业最重要和稀缺的资源。我国医生基本上都是某一个医院的职工，他们只能将自己的工作时间合法地用于自己就职的医院。三甲医院垄断着最重要的医疗人才资源，其他医院无法与之进行公平竞争。而在许多国家，除了住院医生外，大多数医生都是个体或合伙经营者，不直接受雇于任何医院。医生与医院是双向选择的合同关系，一个医生可以同时与多家医院签约。医院需要竞相吸引优秀医生，医生也需要竞相与好医院签约，这种竞争的结果，会促进优秀医生资源的最有效利用，而不是被某一家医院垄断。

5. 医保资源的行政垄断

我国目前的医疗保险主要由政府独家管理运作。医保经费的使用都由政府部门一家决定，没有来自其他政府部门、医疗服务供给方和病人的外部独立监管。同时也没有采取医保管办分离的办法，不存在不同医疗保险计划之间的竞争。所以政府医保部门对使用医疗保险经费享有完全的行政垄断权力，不仅垄断着医保经费的使用，而且还垄断着医保经费使用的数据，不允许其他政府部门、社会和研究人員接触。

我国医疗服务行政性垄断并不止上述几项，至少还包括医药价格的行政垄断定价机制、医疗科研经费的行政垄断、医疗人员专业职称的行政评定、医药市场的地区行政垄断等。与市场经济中存在的市场垄断和自然垄断不同，政府行政垄断产生的根源并不在于市场力量的扩大，而在于政府行政力量的过度扩展和不受任何约束。因此，将医疗领域存在的种种困境简单地归因于市场力量，恰恰是混淆了问题的本质。这些行政性垄断严重阻碍了医疗行业的健康发展，如果我们不在打破行政垄断机制方面有所作为，我国的医改便无法取得根本性的突破。