

中国医改评论

2008年6月24日 第五期 电子双周刊

中国经济体制改革研究会医改课题组

www.chinahealthreform.org www.healthreform.org.cn

www.crcpp.org www.cser.org.cn



林枫，江苏省镇江市人民政府副秘书长，江苏大学工商管理学院医疗保险和医院管理研究所所长。

目录

- 不以“成败”论医改
- “市场化”不是一宗罪
- 将“市场化”进行到底
- 资金跟着病人走
- 医改迈出了坚实一步

不以“成败”论医改

林枫

2005年7月，国务院发展研究中心一份关于“医改基本不成功的”研究报告激起全国上下对医疗卫生体制改革的空前关注。作为一名长期从事医疗卫生体制改革的实际工作者，笔者认为，从政府到学界都来反思医改是一件好事，但是，一项改革是否成功，应从两个方面去评判。一方面，判断改革是否达到预期目标；另一方面，分析改革措施在实现改革目标过程中发挥的作用与存在的问题。

医卫事业确有巨大发展

那么医疗卫生体制改革的情况究竟如何呢？客观地讲，从结果来分析，改革开放以来我国医疗卫生事业有了长足的进步。第一，改变了缺医少药，医疗服务供不应求的局面。改革开放初期，住院很难，医院床位紧张，病人排队等着住院。药品紧缺，许多药品供应困难，医院连青霉素这样的常用药品也经常缺货。即便有青霉素供应，病人如果在医院没有熟人，那也只能使用青霉素钾盐肌肉注射，疼痛难忍。但现在，全国医疗服务机构数、床位数、医生数量有了明显增长，除城市大医院外其它医疗机构床位使用率很低，出现普遍供过于求现象。药品供给从数量、品种到质量都有了彻底改善。可以说医疗服务从总供给与总需求上来看，已彻底告别了缺医少药的年代。第二，医疗技术水平有了很大提高。改革开放后，医疗卫生行业与其它所有行业一样，引进了国际先进设备、先进技术，开展了国际学术交流，注重医药人才培养。医疗技术、医疗水平、医疗质量明显提高。从服务能力上看基本能满足人们医疗服务的需求。第三，城乡居民健康水平不断提高。城乡居民平均预期寿命不断提高，孕产妇死亡率、新生儿死亡率不断下降，城乡居民死亡的主要原因也由原来传染性疾病转变为非传染性疾病。第四，实施医疗保障制度改革，筹资公平性正在得到改善。

众所周知，世界卫生组织2000年公布的数据显示，中国卫生筹资与分配公平性在191个国家中列倒数第4位。但这并不能否定，新的医疗保障制度比原来公费医疗、劳保医疗在公平性上有了很大进步。公费医疗到后期在基层机关、事业单位中已名存实亡，劳保医疗的情况则是许多困难企业职工无法享受。改革后，原公费、劳保医疗人

群的医疗公平性有了很大改善，特别是大量困难企业退休职工有了医疗保障。尤其新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险推进后，随着各级财政投入资金的不断加大，城乡居民的卫生筹资与分配公平性也必将改善。综上所述，改革开放以来（这里不用医疗卫生改革这一时间概念）医疗卫生领域取得成绩是主流，应充分肯定。

“医改”举措并没有错

另外，从改革开放以来医疗卫生体制改革的具体措施来分析。上个世纪八十年代初期，医疗卫生所面临的主要矛盾是供不应求，缺医少药。主要原因是医疗卫生投入不足，医疗卫生机构缺乏活力，医务人员缺乏积极性。广大人民群众普遍反映看病难、住院难。医疗卫生运行效率低下、浪费严重，医务人员技术水平不高、服务质量不高。为解决上述问题，卫生系统进行了医疗机构内部人事分配制度改革，并采取了扩大医疗机构经营自主权的措施。改革后医院发展很快，医务人员积极性有了较大提高，看病难、住院难也有了很大缓解。1998年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》颁布后，医疗卫生体制改革同步推进，出台了一系列改革文件。主要改革措施有：1、实行卫生工作全行业管理。2、建立新的医疗机构分类管理制度。3、建立健全社区卫生服务组织、综合医院和专科医院合理分工的医疗服务体系。4、加强卫生资源配置宏观管理。5、改革预防保健体系。6、转变公立医疗机构运行机制。7、实行医药分开核算，分别管理。8、规范财政补助范围和方式。9、调整医疗服务价格。10、加大药品生产结构调整力度。11、推进药品流通体制改革，整顿药品流通秩序。12、加强药品执法监督管理。13、调整药品价格。

“改革推进不力”才是问题所在

这些改革措施就医疗卫生出现的新问题而言很有针对性，应该说每条措施方向正确，行之应该有效，但10年过去了，改革并没有达到预期目标，医疗卫生事业在市场经济的建立过程中反而出现了许多新问题新情况。其主要表现在以下几个方面：第一，广大人民群众感受到看病难看病贵；第二，城乡居民之间，城市有保障与无保障人群之间公平性下降；第三，医疗卫生行业效率不高，资源浪费严重；第四，医德医风明显下滑。

这些问题是伴随着计划经济向市场经济过渡而生的，全行业管理也好，医疗机构分类管理也好，医药分开核算、分别管理也好，药品价格调整也好，医疗资源宏观配置也好，都没有能取得实质性进展。文件出了，政策有了，但具体推进进展缓慢，没有相应的细化措施，有的甚至按兵不动，这样的改革显然达不到预期目标。因此不能简单地下一个结论“医疗卫生体制改革基本不成功”。事实上不是改革不成功，而是改革推进不力，没有达到预期改革目标。

既然医疗卫生改革的许多举措并没有错，我们就不应该走回头路，而是应该更大胆地去推进改革，争取实现预期目标。

“市场化”不是一宗罪

林枫

改革开放以来，医疗卫生改革没有取得预期效果，有人将这归罪于“医疗卫生服务市场化”，但笔者不这样认为。

“市场化”从来都没有主导过医改

第一，在医疗卫生体制改革进程中，国家并没有在改革文件中指出医疗卫生要走市场化的道路，更没有全面推进公立医疗机构私营化。相反仍然在大力发展公立医疗机构。各地除开支公共卫生经费外，大部分医疗卫生事业经费都投入到了医院建设中，甚至许多医疗机构还大量负债搞建设。卫生行政部门则是以“办医院作为己任”，扮演着各医院总院长的角色。

第二，公共卫生服务体系没有任何市场化的倾向。从医疗卫生体制改革初期到现在，没有任何政府正式给出的改革政策显示公共卫生要市场化，就连学术界也没有人认为公共卫生应该走市场化道路。

第三，医疗卫生服务市场化并没有形成气候。像江苏宿迁那样进行医院体制改革的地方还很少，就全国而言，类似改革在总量上微乎其微，根本不可能左右医疗服务市场价格。何况并没有研究成果表明，私有化后医疗服务价格普遍上升，效率普遍下降。相反有研究表明，私营部门效率普遍高于公立部门。

第四，医院内部市场化改革方向并没有错。在同样宏观卫生行业管理政策下，医院内部市场化改革有助于提高效率，减少浪费。现在连政府部门都提出要引入市场化管理机制以提高效率。

第五，公有制医院在改革开放前就陷入了困境。浪费严重，效率低下，人浮于事，医务人员行为明显有追逐个人利益倾向。相反这些方面在私营医疗机构中并不严重，医务人员并不敢“收红包，吃回扣”。

根据以上分析，可以看出“市场化”从来都没有主导过医改，而且“医疗机构市场化”也不是导致“看病贵，看病难”“医疗公平性下降”“效率低下”等问题的主要原因。那么真正的原因又在哪里呢？

公有制弊端导致效率低下、医疗公平性差

原因之一，城乡二元经济结构导致了城乡居民之间医疗卫生服务公平性越来越差。医疗卫生公平性差与整个社会公平性差同因，改革开放以来，我国城乡差距在不断拉大，这种差别几乎是全方位的，居民收入、公共卫生、医疗服务、义务教育、交通条件、文化设施等。只是因为医疗服务需求具有刚性，对于每个人来说，生命只有一次，不可选择，所以在医疗卫生服务需求上这种差异性反映得更为强烈。另外财政体制改革在很大程度上加大了城乡之间的差距。财政体制改革中财权事权分离，财权相对向上集中，事权没有随之变化。导致基层政府运转困难、公共投入严重不足，农村与城市在许多方面差距越来越大。

原因之二，计划经济时代根据人的身份实行不同经济福利政策，导致医疗卫生服务在不同社会人群中公平性越来越差。计划经济时代城市居民与农村居民，干部与工人，国营与集体，有单位人群与无单位人群之间的卫生福利政策差别很大。这些差别一直延续到改革开放后，并在一系列改革政策中留下了深深的痕迹。“建立全民医疗保障体系”在改革初期并没有被提到议事日程上来，改革分头进行，分兵突进，导致“身份不同、福利不同、保障不同”的状况无法改变。

原因之三，计划经济时代公有制的固有弊端，导致了医疗机构人浮于事，效率低下，浪费严重。传统的办医模式，医疗投入一直以医院自身需要为投资、补偿标准。在纯之又纯的公有制下，以医疗投入、医疗消耗及人员经费为国家集体拨款标准，医院收入与为百姓提供多少服务，产出效能如何并无关系。改革开放至今，医药定价原则、财政补偿标准仍然是以“养”医作为标准，也就是保证医院有多少收入才能把医院“养”起来，还是与为患者提供多少服务及服务好坏无关。在这种机制下，公立医院没有控制医疗成本的积极性，看病自然不会便宜，效率也不可能提高。众所周知，效率只有在“资金跟着病人走”的前提下才能得以提高。为社会提供服务多少，质量好坏才应是医院获得补偿的标准。

原因之四，在发展市场经济过程中，市场失灵部分政府干预不力。改革开放建立社会主义市场经济体制，“市场”已经深入到经济、政治、文化、社会的各个方面。这种历史发展趋势不可逆转，任何部门都不可能游离于市场经济之外，封闭起来搞计划经济那一套。但是在医疗服务这样的市场失灵部分，政府一定要设法干预。当然市场失灵的地方不一定政府干预就灵。“无形的手”管不好的地方，“有形的手”也不一定有用。在政府或市场的选择中应是两利相比取其优，两害相比取其轻。取舍不是非此即彼，而是可以两个方面取长补短。计划经济的医疗体制在计划经济年代曾取得过辉煌业绩，但在市场经济建立过程中已被实践证明是不适应新形势新情况的。不然就不要进行医疗卫生体制改革了。试想如果像英国那样搞个国家福利制度，国人做个胆囊结石手术也要等上一年半载，恐怕也不会满意，也不能称之为“医改成功”。

“市场化”程度还不够，政府手段不得法

在问题归因分析中，不能片面地强调市场是好的，或者政府（计划）是好的，也不能把问题简单地归因于市场或政府。邓小平同志早就指出“市场与计划都是手段”，医疗卫生改革要善于利用这两种手段。中国在选择市场经济道路后已经无法不使用市场这个手段了，但西方经济社会发展历史证明，即便是市场经济也必须使用政府（计划）这个手段。在中国的医疗卫生发展中，不是市场手段用多了，而是用得还不够；也不是政府手段用少了，而是用得不得法。简单来说：在我国医疗卫生领域，市场作用发挥得不够，政府定位不准确、干预效果不好。

市场手段用得不够反映在两个方面。一是在医疗卫生投入上利用市场不够。从产品角度看，医疗卫生服务可分为纯公共产品（如计划免疫），准公共产品（如基本医疗服务），非公共产品（如特需医疗、美容等）。由于医疗卫生服务市场化不够，国家并没有放开准公共产品与非公共产品，以引导社会资金投入，减少国家投资的压力。二是在医疗卫生行业管理上并没有引入市场经济的手段来提高服务效率。1997年中央《关于加快卫生改革发展步伐的决定》仍然规定国家对医疗机构的拨款采用人员经费、项目投资的方式进行。并没有实现“资金跟着病人走”，让医院在为社会提供更多更好的服务中得到补偿。结果是大多数医疗机构床位使用率极低，大量资产闲置，有限的卫生资源得不到有效利用。如果再一味强调公有制，并且政府拨款是“养医”而不是补偿医疗服务，必将造成更大的资源浪费，同时很难改善目前“看病难，看病贵”的局

面。

政府在市场经济中的定位不准确、干预效果不好，主要反映在以下三个方面。

一是政府缺位。正如大家所说的医疗卫生服务存在外部性，存在严重的信息不对称，对个人而言存在经济上的风险，市场存在失灵，所以政府一定要有干预。很显然改革开放这些年，政府在医疗卫生资源配置过程中存在缺位。社会医疗卫生总费用占GDP比重已增至5.42%，不可谓少，但在投入上重医疗轻预防，重城市轻农村，重大医院轻社区卫生机构，造成医疗服务公平性差，效率不高。这些问题的存在便是政府没有很好干预的表现，应该用政府缺位来解释，不能怪罪于市场的逐利倾向。同样，在药品价格管理中政府也缺位，这使得药品虚高定价盛行，市场流通秩序混乱，医疗机构滥用药物现象普遍存在。

二是政府错位。在医疗卫生领域政府的主要责任应是公共卫生投入，医疗市场规则制订，市场监管。但目前政府把主要精力放在了办医院上，这里所指的“医院”还是政府直属的医院。因为政府忙于扮演“总院长”的角色，结果导致对基层社区卫生投入不足，对医院监管不力，《医疗机构管理办法》、《医师法》等形同虚设，没能发挥应有作用。

三是政府越位。一些卫生主管部门热衷于帮助医院建大楼买设备，搞什么“医院宾馆化”，使医院医疗成本节节攀升，最终只能通过乱检查、滥用药、乱收费、增加患者负担来“养”活医院。更有甚者，社会与患者已不堪重负，但医疗机构仍然亏损严重。有的地方卫生行政部门热衷于药品集中招标采购，在行政部门下设一个招标中心代替医疗机构的招标主体资格，使药品招标改革偏离了方向。而这些政府的缺位、错位、越位并非医疗卫生体制改革题中应有之意，也不符合任何一个医疗卫生体制改革文件。

总之，在医疗资源总量相对稀缺，医疗需求总是无限的情况下，要解决好这对矛盾，就要提高医疗服务的效率，就必须由政府来干预市场失灵部分，优化医疗卫生资源配置，用尽可能少的投入满足人们基本医疗的需要。

将“市场化”进行到底

林枫

“看病难，看病贵”以及“医疗卫生服务效率与公平性差”是眼下民众反映比较强烈的问题。要解决这些问题，首先要厘清市场和政府各自在医疗卫生服务中的定位，即市场应发挥何种作用，政府该承担何种责任。

政府应承担的相应责任

有人提出现代政府是有限责任政府，这很有道理。在医疗卫生领域，政府扮演的就应该是有限责任政府角色。有限责任政府是从责任范围上来说的，也就是说，不是医疗卫生服务的任何责任都应该由政府来承担。但政府应承担公共卫生及基本医疗服务的最终责任。具体来说，政府在医疗卫生服务方面应承担以下责任：一是公共卫生服务领域的投入责任。政府应确保公共卫生事业发展，保障公共卫生产品供给。二是建立健全医疗保障体系，确保全体公民得到基本医疗服务。落实到当前就是建立稳定的筹资机制，合理分配卫生资源，努力缩小社会不同人群中的医疗服务可及性差异，并承担贫困人群的基本医疗保障责任。三是有效地实行医疗卫生全行业管理。卫生行政部门要转变职能、政事分开，有效配置、充分利用卫生资源，用法律、经济、行政手段加强宏观管理，实现对全行业的有效监管。不管是以政府为主、市场为主、还是政府与市场相结合，都要使医疗机构、医生的行为符合患者的利益，因此制定规则和严格监管非常重要。其中最重要的是市场准入、医疗质量管理和医疗费用增长控制。

“市场”可发挥的两方作用

一个可行的医疗卫生改革方案，不仅强调政府应承担什么责任，还应充分考虑政府承担责任的能力。如果是政府没有能力承担应该承担的责任，那这种责任就无法落实，结果可想而知。在计划经济后期，政府对于自己在医疗卫生方面应该承担什么样的责任是非常明确的，但因为缺乏能力，走了放开搞活医疗机构的道路，这是迫于无奈，也是一种现实的选择。同样，现阶段我国经济基础还很薄弱，国家有限的财力满足不了民众无限的医疗需求，这就需要发挥市场的作用。

市场在医疗卫生改革中应发挥两个方面的作用。一是补充由于政府能力不足造成的对医疗卫生服务领域投资不足。目前医疗机构投资主体主要是政府、集体，政府财力根本负担不起所有国有、集体医疗机构。应该实行产权制度改革，引入民间资本，将部分医疗机构转变为投资主体多元化的营利性或非营利性医院，来弥补政府投入能力不足、满足人们基本的医疗需要。在非基本医疗服务领域，政府可以完全退出让位给市场，或者原有的政府投入的医疗机构实行完全市场化运作，取得回报，以减轻政府的负担。二是通过市场的手段使医疗机构之间、医院内部形成竞争，提高效率。政府投资的医疗机构由于公有制本身的局限造成低效率在所难免。所以要引入市场经济管理手段，实行全成本核算，进行绩效考核，改革人事分配机制，增强医疗机构内在活力，以提高医疗卫生投入总效益。

医改应采取的主要措施

根据市场能够解决的尽量交给市场，市场不能解决的政府承担责任的原则，今后的医疗卫生体制改革应重点抓好以下几个方面。

一是切实转变卫生行政部门职能，实行政事分开。由于利益驱动，只要卫生行政部门是医疗机构的投资主体、医院的“总院长”，卫生行政部门的行政监管就不可能公平、公正，医疗卫生效率就难以提高。这是卫生行政部门既当裁判员又当运动员的必然结果。公立医疗机构的出资人应为各级政府国有资产管理部门，由他们去负责资产的保值增值。同时应该在整个医疗卫生服务市场建立统一的规章制度。市场没有规制，就会产生不公平。非市场没有规制，就会产生低效率和不公平。从国民待遇同等的意义上讲，国资、民资、外资医院应享有平等的权利，承担同样的义务。不能因为投资主体是国资，患者就应更多地去购买医疗服务；也不能因为投资主体是民资，就不让其进入基本医疗服务定点。卫生行政部门与医院分离后，应不断提高公共服务的能力和公共管理的技术水平。卫生行政部门应站在一个公正的立场上，制定规章、有效监管，切实承担起维护医疗卫生市场健康运行、维护广大人民群众健康利益的责任。

二是政府应增加公共卫生投入，整合社会资源，提高公共产品供给的有效性。由于公共卫生有典型的外部性，属纯公共产品，应由政府承担责任，满足群众需要。但由政府提供公共产品，不等于公共产品完全由政府自己生产，实行政府包办。政府应

该有效利用和整合全社会资源为公民提供公共产品服务。例如预防接种这一服务应由政府承担费用，并严格监管，但接种服务可以由社会医疗机构承担。政府应制定准入制度，选择服务提供者，政府应与社会服务机构签订合同以规范各方行为。过去几年我国在公共卫生服务领域的投入行为有一些是不科学的，例如投入大量资金用于医疗服务机构的建设。其实政府通过“向医疗机构购买”的形式为民众提供公共卫生服务会更经济更高效。这其中最值得一提的就是充分利用社区卫生服务中心（站）来开展工作。社区卫生组织贴近服务对象，能更好地提供便捷、高效、价廉的服务。另一个值得注意的问题是，建立公共卫生的应激机制比盲目投入公共卫生设施更为有效。但以往“政治过程固有的近视”总是导致决策忽视未来成本与未来效率。例如非典过后，全国掀起了传染病院投资热，绝大多数城市在城外投资新建传染病院。笔者认为这种投入值得商榷。因为其能否提高传染病入院率，能否留住人才有利于专科建设，能否提高效率、降低成本都值得怀疑。重大传染疾病流行是一种偶发性事件，象战争一样并不常见，用大规模投入备战偶发事件会导致资源的巨大浪费。更为有效而适当的方法就是建立应激机制，当传染性疾病流行时，能迅速动员社会各种力量投入抗病，在短时间内聚集决定胜利的力量。所以说政府要增加公共卫生投入，但更应重视提高公共卫生投入的效率，使社会福利最大化。

三是构建城乡一体医疗保障体系。目前“看病难”与改革开放初期的“看病难”有着本质区别。原来“看病难”主要是因为医疗服务总供给能力差，现在“看病难”，主要是因为“看病贵”与医疗资源分布不均衡造成。市场经济必须通过二次分配来实现财富由少数富人向大多数穷人的转移。要解决“看病难”，构建惠及全体城乡居民的医疗保障体系最为重要。在医疗保险费用负担上要体现“各尽所能”，即收入高的要多负担，收入少的应少负担，实现参保人员之间的“纵向公平”。在基本医疗服务上要体现“各取所需”，制度设计要让患同样疾病的不同人群得到同样的基本医疗，实现基本医疗待遇上的“横向公平”。城镇医疗保障体系不能仅局限于城镇企事业单位职工，要逐步向城镇其他就业人员、城镇其他居民扩展。农村要大力推进新型合作医疗，并不断加大财政扶持力度，逐步增加财政补助比例，最终财政负担费用要超过农村居民个人出资部分。要逐步提高农村合作医疗保障水平，缩小其与城镇医疗保障体系的差距，最终实行全民一体化保障。在沿海经济发达地区可先行一步，用10—20年时间将农村医疗保障水平提高到城镇保障水平。将城保与农保经办工作合二为一，以减少财政开支，提高经办效率，并有利于城乡制度接轨。要重视城乡困难人员医疗救助，将城乡

低保人员、三无人员、五保户、大龄失业人员等困难人员纳入救助体系，由财政安排专项基金帮助他们缴费参保，并对他们自付医疗费用的部分进行救助，帮助他们获取最基本医疗服务。在整个保障制度安排中，政府要重点解决好困难人员医疗服务，在基本医疗服务上，政府要承担最终责任，让全体公民都能享受基本人权范畴的基本生命健康权。

四是政府应鼓励多渠道办医，用政策引导社会资金投入医疗服务。政府除了投资公共卫生外，在各地还应重点投入1—2所三级医院，推动医疗科学的发展，为大病重症患者提供住院服务。政府应重点投入资金构建社区卫生服务组织，让人们很方便地得到公共卫生、健康干预和基本医疗服务，有效降低医疗成本。企业所办医疗机构在改革改制过程中，有条件的应转化为社区卫生服务机构，其余走市场化道路。二级医疗机构除部分成为社区卫生服务中心外，也应引入多元化投资主体。总而言之，政府在医疗机构建设中应“抓两头，放中间”。医疗机构不管是政府投入，还是社会投入，政府用医疗保险基金购买医疗服务时都应一视同仁。比价格，比服务，比质量。签订服务协议，加强定点管理，健全进出机制，形成有竞争的管理型医疗。让广大人民群众享受质优价廉的基本医疗服务。

资金跟着病人走

林枫

国家发展卫生事业，进行医疗制度改革，目的都是为了人人享有卫生保健，不断提高全民族健康素质。办医院，就是为病人提供医疗服务，为人民群众的健康服务。病人是医疗服务的对象，是医院生存的前提，是医院竞争中最好的裁判，也是医院投入建设发展需要之所在。服务病人的多少，服务质量的优劣，是政府对医院补偿的依据，更是社会医疗保险与医院结算的依据。然而，我国许多地区现行的政策与通常的做法却常常偏离着这些目标，有意无意地在违背这些内在规律，导致事与愿违、结果与目标相悖。笔者试图通过对医疗服务偿付机制的反思，提出“一切以病人为中心，资金跟着病人走”的观点，以供同仁参考。

对医疗服务偿付机制的反思

对医疗保险付费方法的反思。我国社会医疗保险最常用的付费方法有三种：按项目付费、按定额付费、按总额控制付费。这三种付费方法都没能做到以病人为中心，按医院真正服务病人多少，服务质量的优劣来付费。按项目付费，是根据医院为病人提供的服务项目多少付费，实质上是“费用跟着医生笔头走”。医院往往因为利益驱动，诱导医疗服务消费，为病人提供过度服务，甚至提供对病人有害的服务，如滥用抗生素。按定额付费，是根据医院为病人提供门诊、住院服务的次数按均次费用付费，实质是“费用跟着诊号走”。医院收入与提供服务次数有关，这就导致医院、医生通过分解处方、重复住院来获取收入。医院诊疗的病人数并没有增加，而给病人增添了麻烦，增加了病人到医院诊疗的次数，增加了医保支付的费用。按总额控制付费，不管医院服务病人多少、服务质量如何，根据年初下达的总控指标付费，实质上是“费用跟着指标走”。结果是年初争抢病人，提高均次费用，造成浪费；年底推诿病人，控制均次费用，服务提供不足。

对财政补偿机制的反思。发展卫生事业，增强人民群众的健康素质，必须增加对卫生的投入。政府对卫生事业的投入，要随着经济的发展逐年增加，增加幅度不低于财政支出的增长幅度。但是，政府依据什么对医院投入，怎样的投入最有益，最能激励医院更多更好地服务病人是一个非常重要的问题。眼下通行的按项目专项经费与人头经费两种补助方式，主要是按照基本建设及大型设备的购置、维修，由政府按区

域卫生规划的要求给予安排。这在医疗服务付费办法不尽合理的情况下，很容易刺激医院盲目上项目，上了项目再通过增加“医疗服务”加速收回投资，而不考虑病人是否真正需要这些服务项目，最终产生病人到医院不是去“看医生”，而是去“看机器”的奇怪现象。这种投入机制必然导致医院外延式扩展。资源浪费的现实结果是：重复建设；服务效率下降；医疗费用越增加病人就越少，医院效益就越差；再重复建设，指望通过所谓新项目来扩大服务，这就形成恶性循环。许多数据表明医疗费用增长过快的一个主要原因是新项目的开展与过度利用。此外，政府根据医疗机构的不同情况及其承担的任务，对人员经费给予一定比例的补助。依据医院人员经费进行一定补偿，那么医院人员越多，补偿越多。所以医院减员增效就没有内在动力，这就是目前医院人浮于事，效率低下的重要原因。这种投入方式与许多欧洲国家通过控制医生增长速度来控制医疗费用的做法是背道而驰的。

由此可见，财政依据医院的要素进行投入，淡化了对病人的服务，注重了投入，轻视了产出。政府虽然花钱不少，病人获得的有效服务却不多。甚至由于医院成本的增加，让病人花费更多的医疗费用，以保证医院的利润。

对医院内部管理考核的反思。由于医疗保险的付费、财政的投入机制不以病人为中心，医院内部的管理考核就必然注重经济效益，并将经济效益与部门、医生的收入挂钩。部门及医生也根据自身的经济利益而不是根据病人的需要提供医疗服务。医院、医生的效益、收入上去了，而社会效益下来了，在财政补偿不减少的情况下，整体上看，医疗服务投入的经济效益就下降了。

从以上分析可知，目前我国大多数地区的医疗服务偿付机制中，医疗保险的付费，财政的投入，医院内部管理考核三个方面都没有真正以病人为中心，从而发生了不少事与愿违的现象。所以，有必要加以改进。

以病人为中心，资金跟着病人走

政府的投入，医疗保险的偿付，目的都是通过医院用比较低廉的费用向病人提供比较优质服务，病人是财政投入、医疗保险偿付的最终落脚点。只有病人获得满意的卫生服务，才是对政府投入的回报，才是医疗保险偿付的实现；只有病人得到满意的医疗服务，才有人民满意的医院、人民满意的医疗保险。对于令病人满意的医院，应增加财政投入，对于令病人满意的服务，应优先偿付医疗保险资金，这样才能实现医

疗服务经济效益与社会效益的统一。因此，应当建立“以病人为中心，资金跟着病人走”的医疗服务偿付机制，并在实际工作中贯彻始终。

以病人为中心，科学合理地评价医院服务。科学合理地评价医院的服务，是财政投入和医疗保险偿付的关键。这其中既要注意服务的量，又要判断是否是真正的量，更要注重服务的质。而病人对医院服务的质量最有发言权。医院服务的质量比较好，到这个医院看病的人就会多，医院的工作量就真正的增加。反之，医院服务的质比较差，到这个医院看病的人就少，工作量的增加往往靠分解处方、重复住院。因此，评价医院的服务，必须将质和量相结合，将病人人头数和人次相结合。笔者认为，在病人自由选择定点医院的政策前提下，科学合理地评医院的服务，应运用五项指标。

(1) 人头指标，即年度内到该院看病的人数。一个人不管到这个医院看几次病，只计算一个人头；这个人如到几个医院看病，每个医院相应各计算一个人头。这一指数反映区域内所有人员选择医院的倾向，反映病人对医院服务的认同程度，是体现医院服务质量的一个实际指标。一般说来，一个医院看病的人数越多，该医院的服务相对比较好，反映该医院向病人收取的费用也较为合理。(2) 人次指标，即所有病人到一个医院就诊的总人次。这一指标具有双重性：一方面如果医院服务好，看病的人头多了，人次也自然多了，或者因该医院服务好，病人相对固定在这个医院看病，从而人次多了；另一方面，因医院服务质量不高，迫使病人因一次病到这个医院就诊几次，或者医院人为地增加了工作量，如输三天液挂三个号等。所以人次指标不全是病人客观选择所决定的，还包含着医院的人为因素。因此，人次指标必须与人头指标结合起来，才具有科学意义。(3) 人头人次比指标，即到某一医院看病的人头数与人次数之比。这是一个相对指标，体现了病人对医院选择倾向及就诊频率。一般说来，在没有重大疾病流行的前提下，因一个城市医院、人口布局及医院服务状况，病人的选择偏好等因素是相对稳定的，相应各个医院的人头人次比指标也是稳定的。这样通过对该指标纵横对比，可以判断出某医院工作量的真实程度，从而比较合理地评价某一医院向病人提供的真实服务量。(4) 每百门诊人头的入院人数指标。即某医院期内入院人数除以期内门诊人头数乘以100。在一个地区，相同等级医院，或一个医院不同年份，这个指标应基本稳定。如上升过快为放宽住院指征，诱导病人住院，小病大治所致。该指标可用来判断住院人次指标的真实性。(5) 门诊、住院均次费用指标。在一个地区相同等级医院门诊、住院均次费用是按一定比例稳步上升的。任何大起大落都反映了医院在费用控制方面的人为因素影响。如不合理检查、治疗、用药、收费，或过度分解处方所致。所以均次费用也是医院医疗服务的重要质量指标。

建立医疗费用偿付引导机制，使医保资金支付跟着病人走。首先，统筹地区将当年筹集的全部医疗保险资金，除必要的风险基金提留与个人账户自然沉淀量预留后，全部作为当年医疗费用支出预算。根据各医院工作量、均次费用等历史数据，将总预算支出，分解细化为各医院年度预算指标。具体有工作量指标：包括门诊人次、人头人次比、住院人次；均次费用指标包括门诊均次费用、住院均次费用、单病种均次费用；药品比例包括总药品比例、门诊药品比例、住院药品比例等等。其次，在每月、每季考核预付的基础上，年终进行医疗费用支付结算。工作量未超指标，根据均次费用、药品比例等指标控制情况，按实际完成工作量结算。实际工作量超过指标，先根据人头人次比等指标确定实际有效工作量，再依据均次费用、药品比等指标控制情况按一定比例结算。这就叫做“总额预算、弹性决算”的复合式付费方式。这一办法在宏观上实现“总额控制”，在微观上做到“合理补偿”。再次，在平时和年终对定点医疗机构进行考核，考核执行政策、指标控制，医疗质量、服务态度等内容，根据考核结果进行奖励。

完善财政补偿机制，使财政投入资金跟着病人走。首先，政府根据区域卫生规划要求，在确保对卫生投入增长不低于同期财政支出增长的前提下，预算年度财政卫生经费；其次，在卫生经费中医院部分大多数按病人流动方向补助。利用每年统计数据，根据医院各指标完成情况确定各医院真实有效工作量。按工作量多少（即服务病人数多少），按比例补助财政经费。这样一来，医院只有通过改善服务态度，提高服务质量，控制医疗费用来吸引更多的病人增加收入。医院就会从原来的重投入轻产出转变为重产出轻投入；从片面追求项目建设向追求为病人提供优质服务转变；从过去的外延式扩展转变为内涵式发展。真正体现病人是上帝，投入为病人的新理念。

完善医院内部考核动力机制，使医院收入分配跟着病人走。无论是医疗保险资金，还是财政投入资金，只有通过医生的手，才能转变为医疗服务供给。因此，只有医疗保险偿付及财政投入引导机制是不够的，还必须转变医院考核管理重经济效益轻社会效益的观念，将医院内部管理考核机制变为一切围着病人转的动力机制，使医院内部各科室、医务人员的经济利益与为病人服务的数量挂钩、与实际向病人提供的优质服务挂钩。因为只有病人增加了，才能获得医疗保险更多的偿付，使医生的付出真正得到回报，才能获得财政的更多投入，使医院再生产得以延续。在竞争中效率好的医院将得到扶持，效率差的医院必将被淘汰。

总之，通过建立“一切以病人为中心，资金跟着病人走”的资金循环机制，就会形成资金投入病人受益的良性运行，即医生用比较低廉的费用为病人提供比较优质的服务——吸引更多病人——获得更多的医疗保险偿付和财政投入——改善医院条件，提高医院服务能力的良性循环。

医改迈出了坚实一步

林枫

正当“理想主义者”为医疗制度改革新方案争论不休时，国务院决定，从2007年起开展城镇居民基本医疗保险试点。这表明党中央、国务院高度重视解决广大人民群众的基本医疗问题，并采取更加理性、更加客观、更加现实的行动，实事求是、实实在在地推进医疗制度改革。

城镇居民基本医疗保险试点工作具有标志性意义

从1995年“两江”试点开始建立社会化的医疗保险制度，到1998年国务院下发《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，全国城镇职工基本医疗保险制度正式建立，我国基本医疗保险的参保人数迄今已突破2亿大关。2003年“新型农村合作医疗”制度开始快速推进，至今已覆盖近7亿农民。作为医保改革早期试点城市之一的镇江市，从2000年起探索学生儿童医疗统筹，2004年起将其他城镇居民纳入社会医疗保险体系。但就全国而言，2亿多城镇居民并没有制度安排。2006年中共十六届六中全会通过的《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》提出“建立以大病统筹为主的城镇居民医疗保险”，这项工作被提上了议事日程。2007年国务院启动试点工作，标志着以“城镇职工基本医疗保险”为“一体”，以“新型农村合作医疗”“城镇居民基本医疗保险”为“两翼”的覆盖城乡全体居民的医疗保险制度框架基本形成。

在试点指导意见中，城镇居民基本医疗保险参保范围为不属城镇职工基本医疗保险覆盖范围的学生、儿童和其他非从业居民。在城镇，它与职工医保是非此即彼的关系，实现了职工医保外人群的全覆盖。实质上，在操作过程中，城镇职工医保、城镇居民医保、新农合三个基本险种并无严格的界限，有条件的城镇非从业居民也可以参加职工基本医疗保险，而没有缴费能力的城镇从业人员也可以参加城镇居民医保，进城务工农民及其子女也可以参加城镇居民医保，在乡镇居住的城镇居民也可以参加新农合。三个制度相对分工，但相互交叉，使城乡各类人员没有“被遗忘的角落”。所以城镇居民基本医疗保险试点，标志着覆盖全体社会成员的医疗保障体系开始形成，在医疗制度公平性上的意义十分重大。

“低水平起步”就是好

指导意见指出：试点工作要坚持“低水平起步”。这个“低水平起步”看似一小步，实则是向解决全民基本医保迈出了关键的一步，扎扎实实的一步。这个“低水平起步”表明了党中央、国务院一种务实推进的决心，也提醒“完美主义”者不要去寻找医疗制度改革的万全之策了，医疗制度改革需要“实干家”，需要为城乡居民实实在在地做几件事。镇江的实践经验最重要的一条是“走稳步、不停步，年年有进步，少走弯路、回头路”。社会保障有不可逆性，倡导“渐进主义”，即先构建一个政策制度框架，低水平起步，再逐步完善它。这总比把“全民免费医疗”口号喊得响亮的，把群众胃口吊得高高的，而行动上无所作为要好得多。“低水平”不是居民医保制度的终极目标，这种保障水平是“初级阶段”，通过不断完善、发展，达到职工基本医疗保险的保障水平，才实现了制度的最终目标。“低水平起步”是从国情出发，符合现实经济发展水平，各级财政承受能力，以及个人对保险的接受程度。只要改革的方向是正确的，随着经济的发展，财政不断提高补助水平，个人逐步提高缴费水平，居民的基本医疗就会得到很好地解决。

指导意见在吸取了地方探索取得的经验基础上，采取了对所有参保居民普遍补助和对困难人员重点补助相结合的政策。对参保居民普遍补助，体现了国家对居民基本医疗建立一种分担机制，实现了国家对医疗卫生费用投向的改变，国家除重点投向公共卫生、基层卫生组织建设外，开始投向参保居民。通过对参保居民的补贴，建立多元化筹资机制，引导居民参加医疗保险，提高居民购买基本医疗服务的能力。对困难居民重点补助，实质上实现了困难人员参保缴费全额或大部分由政府承担。这是政府为了“人人享有医疗保障”应该承担的责任。重点补助解决了困难居民缴不起费的问题，避免了医疗保险成为“有钱人俱乐部”。只有当财政不断提高对参保人员普遍补助标准，并通过重点补助确保困难人员享有基本医疗保险，才能不断改善我国医疗制度筹资的公平性和基本医疗服务的可及性。

试点目的是探索有效机制

我国各地经济发展很不平衡，社会文化差别也很大，指导意见只是规定了一些原

则。试点不仅是将指导意见的原则实现地方化，更主要的是在实践中探索出一些能够实现改革目标的好的机制。医疗保险制度成败的关键不是待遇水平高低，而是是否建立起合理稳定的多元筹资机制，方便可及的医疗服务机制，科学有效的费用偿付机制。

探索稳定的筹资机制，解决钱从何处来。改革的目的是让所有城镇居民享有基本医疗保障，所以试点的首要任务是实现制度目标人群的全覆盖，并建立稳定的筹资机制。从保险本质来看，大数法则是基本原则，不断扩大参保面是经办机构的基本任务，也是制度正常运转的前提条件。指导意见中强调了“坚持自愿原则，充分尊重群众意愿”，城镇居民基本医疗保险既无强制参保的法律依据，也没有强制扩面的行政手段，只能依靠制度的吸引力与经办的引导机制来解决扩面筹资问题。困难人员重点补助后，个人基本不缴费，由经办机构通过基层社区直接办理参保没有多大问题。普通居民，虽然财政普遍补助增加了制度的吸引力，但个人缴费仍有一定负担，“有病参保、无病退保”逆向选择普遍存在，难以做到应保尽保。

现行的居民缴费则财政补贴，居民不缴费则财政不补贴的“钓鱼式”筹资机制很不合理。社会保险的原则不应是权利义务对等，应是权利义务挂钩。财政补助与个人缴费相脱钩，个人缴费与待遇相挂钩。财政补助资金根据政策规定对应参保居民全额全员预算安排到位。所有应参保居民全部登记参保，建立参保档案，并享受财政补助资金相应承担的大病起付线以上医疗补助。如果个人缴纳参保费用，享受完整的政策待遇。如果个人未缴纳参保费用，信息系统内作欠费停保处理，当患者发生医疗费用时，可享受财政补助承担的大病医疗补助，并扣缴个人历年所欠参保费用，扣缴参保费用后，可从下月起享受完整的政策待遇，欠费期间与个人缴费相挂钩的待遇不补。这种方式有三个好处，一是政府承担了应尽责任，让人人都有医保待遇，特别是大病风险互济，减少因病致贫、因病返贫。二是个人待遇与缴费挂钩，体现了个人责任，个人缴费享受完全的医保待遇，个人不缴费，享受政府大病补助。三是实现了连续缴费年限管理，只要享受大病补助待遇，就必须补缴个人欠费，只有补足了个人欠费，才能开始享受相应待遇。

建立社区平台，解决由谁提供服务。居民与社区有着天然不可分割的联系，居民医疗保险参保动员、缴费、续保、变更等经办服务要向基层延伸。要加强社区劳动保障平台建设，充分利用现有社区资源为居民提供方便、快捷、高效的服务。要大力推

进社区卫生服务体系建设，引导居民在社会卫生服务机构接受诊疗服务。实行居民基本医疗保险社区医疗机构管理的机制，对参保居民在社区内的基本医疗消费给予支付政策倾斜，降低个人自比例，实行药品统一采购，零差率供应，让参保居民在社区就诊得到实实在在的优惠。要充分发挥社区卫生服务机构在医疗保险经办工作中的作用，利用居民到社区就诊，动员居民参保，帮助办理参保手续，在费用结算时扣缴居民参保费用和历年欠费，以确保居民连续缴费参保，享受应有的医保待遇。充分利用社区平台可以改善医疗保险服务水平，提供连续、全面、方便的医疗健康服务。同时可以大大节省居民个人医疗费用支出和提高医疗保险基金使用效率。只要社区平台利用得好，就可以用远比职工基本医疗保险少的费用，达到同样的保障水平。

完善支付办法，解决如何购买服务。 医疗保险的一个作用是风险共担，分担部分医疗费用。另一个作用是形成一个博弈体系，通过博弈各方利益在这个体系中得到均衡，这个均衡就是通过付费制度引导和激励供方提高医疗效率来实现患、保、供三赢的结果。经办机构既要管好，更要用好“保命钱”。管好用好有三条标准，实现保障目标，确保基金安全，发挥最大效益。要用医疗保险费用结算办法“牵着医院鼻子走”，使医疗机构承担起在医疗保险体系中提供医疗和管理医疗费用的双重职能。如果制度筹资标准过高，而管理是粗放式的，会成为浪费的“典范”。医疗制度的问题，首先是个效率问题，不是多花钱多办事，而是要少花钱多办事、办好事。如果结算办法科学有效，提高了基金使用效率，再加快提高保险筹资、补助、待遇水平，那么就能多快好省地为人民群众提供基本医疗服务。

全民医疗保障是发展趋势

为了让人人享有基本医疗保障，目前从现实出发，建立了“一体两翼”的保障体系。两翼的保障水平有限，参保城乡居民基本医疗可及性、公平性都没有达到应有水平。要通过发展两翼，收拢两翼，最终实现制度一体化。

两翼齐飞。 城镇居民医保与新农合在制度框架、保障水平、管理办法上有许多相似之处，只是由于城乡二元结构，行政分工不同造成了分而治之。在城市化率已达到45%的今天，许多农村居民拆组转户或进城务工，已成为事实上的城镇居民，两个制度参保人员交叉和转移的很多。为了减少今后制度改革成本，两翼应同步推进、同步发

展。要保持制度框架的一致性，要同步提高保障水平。采取属地参保原则，不分城乡，在常住地参保，方便参保人员。有条件的地方可以城乡一体化管理，降低经办成本，提高管理效率，提高服务水平。城市应将农民融入城镇居民医保体系，县、乡应将城镇居民纳入新农合管理。学生、儿童医疗保险可采取与居民基本医疗保险不同筹资标准、相同医疗待遇的方式来一体化管理。为合理确定不同的筹资水平，可以分别统计、独立核算。医疗保险遵循的是大数法则，一般来说，一个保险统筹地区只有达到30万参保人员，才能统筹互济、避免风险。

一体两翼融合。职工基本医疗保险筹资水平远高于全国人均医疗费用水平。如果管理得当，保障水平应该能满足基本医疗需求。职工基本医疗保险改革的重点应是不断完善机制，提高基金使用效率。同时不断扩大覆盖面，将更多的城乡居民纳入体系。居民医保与新农合更要通过管理出效益，在筹资水平提高的同时更快地提高待遇水平。争取用最快的速度、最小的代价赶上城镇职工基本医疗保险，最后融合为统一的基本医疗保险。在过渡阶段不同险种可统一按基金一定比例提取风险调节金，统一管理、统一使用，起到类似再保险的抵御风险作用。

总之，世界上没有最好的医疗制度，只有更好的管理机制。在城镇居民基本医疗保险试点过程中，各地区应根据实际情况因地制宜，确定具体筹资标准、待遇水平、财政补助标准。不要别出心裁，把一个基本制度搞得五花八门，而是要把人力、物力、财力集中在机制的创新上，使制度的受益面更广，提供的服务更好，基金使用效率更高，早日实现“人人享有基本医疗保险，人人享受基本医疗服务”的目标。