

政策研究报告

2014年第2期 (总第35期)

2014年1月

对我国医疗卫生健康体制改革的回顾与建议

田国强* 陈旭东*

编者按：本期报告从我国医疗卫生健康体制改革发展的历史和现状出发剖析了当前所面临的主要问题。报告认为，医疗卫生是我国整体改革事业中非常滞后的一个部门，在改革的大方向甚至在学理上都没有弄得很清楚，还处在市场好（由市场发挥决定性作用）还是政府好（由政府主导）的大争议中。由于没有弄清政府、市场与社会在医疗卫生发展中的治理边界，过度强调医疗卫生的公益性质而忽视了其一般商品属性的市场性质，使得医疗行业基本上仍然在走计划经济、政府主导模式和垄断的老路，“医疗服务、医疗保障、公共卫生、药品生产流通”四个方面的都存在着很大的问题，导致了“看病贵、看病难”老百姓极为不满的现状和社会问题，使得公平和效率方面存在着严重问题。

由此，报告从国际的视角对国外医疗卫生服务供给机制进行了考察，进而提出了关于建立健全医疗服务和医疗保险市场机制、实现基本医疗保障制度转换衔接、构筑均等化基本公共卫生防线、通过市场机制来激发医药创新等方面的改革建议。报告摘取自田国强、陈旭东合著的书稿——《中国改革从何而来，往何处去——振兴中华变革论》的有关章节，该书的有关内容将陆续以“中国转型发展系列政策研究报告”的形式刊出，供参阅！

* 上海财经大学经济学院/高等研究院院长、教授、博士生导师，中组部首批“千人计划”国家特聘专家，教育部首批人文社会科学“长江学者”讲座教授。研究方向：经济理论、激励机制设计、转型经济。主要著作：《激励、信息与经济机制》、《最优选择与一般均衡》等。

* 上海财经大学高等研究院院长助理、助理研究员。研究方向：经济史学、中国经济。

国民健康是衡量一个社会发展进步的一个极其重要的基本指标，也是一国人力资本存量中的重要组成部分。改革开放以来，中国在国民健康方面取得了明显的进步，来自国家卫生与计划生育委员会的数据显示，2010年人均预期寿命提高到74.83岁，比1980年提高接近8岁，婴儿死亡率则下降到13.1%，5岁以下儿童死亡率下降到16.4%，主要健康指标总体位居发展中国家前列。¹所谓“身体是革命的本钱”，用经济学的语言来讲就是对国民健康的投资是一国人力资本保值增值的基本前提，可以带来与物质资本投资相类似甚至更高的回报。反过来讲，对于像中国这样一个10亿量级的人口大国而言，如果不能对人口健康进行持续的维护和改善，那么庞大的人力资源很有可能会转化为巨大的人口负担和负资产，这将引起经济的波动、停滞甚至是衰退，以及社会的不稳定。

医疗卫生关系亿万国民的健康和生活的质量，关系千家万户的幸福，是重大民生问题。医疗卫生体制改革不仅意义重大，而且也是一项涉及面广、难度大的社会系统工程。再加上医疗卫生服务是一个既包括有一般商品属性的医疗服务（没有什么外部性，传染性很低从而具有很强的排他性和竞争性，如癌症、心脏病、糖尿病等，绝大部分医疗服务是属于此类，从而市场应该发挥作用），也包括有公共商品属性的公共卫生服务（具有很强的外部性，从而市场会失灵，政府应该发挥作用）的双重属性行业，难以界定好政府与市场、政府与社会对医疗卫生的治理边界。这导致改革难上加难，许多政策制定者和学者在医疗卫生健康体制改革的大方向甚至在学理上都没有弄得很清楚，没有明道，还处在市场好（由市场发挥决定性作用）还是政府好（由政府主导）的大争议中。特别是在传统计划经济思想和实践的影响下，后者占了上风。不少人，甚至卫生部门的领导仍然认为，应该

¹ 参见国家卫生与计划生育委员会《卫生事业发展“十二五”规划》。

让政府而不是市场发挥主导作用。

由于理论探索没有先行，思想解放不够彻底，使得中国医疗卫生体制改革严重滞后，至今还没有一套比较系统的科学厘清政府、市场与社会关系的医疗卫生顶层设计整体方案出台，与教育一道成为改革最滞后的两大部门。由于没有弄清政府、市场与社会在医疗卫生发展中的治理边界，过度强调医疗卫生的公益性质而忽视了其一般商品属性的市场性质，使得医疗行业基本上仍然在走计划经济、政府主导模式和垄断的老路，“医疗服务、医疗保障、公共卫生、药品生产流通”四个方面的都存在着很大的问题，导致了“看病贵、看病难”老百姓极为不满的现状和社会问题，使得公平和效率方面存在着严重问题。具体说来，首先，在医疗服务市场依然还是政府补贴的公立医院占主导格局，这本应该是让市场充分发挥基础性和决定性作用的地方，垄断和不公平竞争导致的后果是医疗服务的有效供给严重不足，导致看病难的问题；其次，在医疗保障方面，目前中国的医疗资源网比较碎片化，真正具有一定支付能力的常规稳定医保是城镇职工基本医疗保险²，它只覆盖了3亿人左右，其他10亿多人特别是一些弱势群体则得不到稳定医保支持，导致看病贵的问题；第三，在公共卫生方面，改革30年后自2009年才开始启动国家基本公共卫生服务项目，真正开始落实预防为主的卫生方针及基本公共卫生服务的均等化；第四，在药品生产流通方面，分属不同部门管理，发改委负责药价调控，卫计委分管医院，药监局负责监管，工业与信息化部负责生产，商务部负责流通，存在多头管理、政出多门问题，同时，中国医药研发投入主体依然是国家和科研院所，新药研制与市场严重脱节，这与公立医院居

² 该制度始建于1998年，另两个基本医保制度是以城镇未成年人和没有工作的城镇居民为主要参保对象的城镇居民基本医疗保险以及覆盖农村居民的新型农村合作医疗，分别自2007年和2002年开始推行。这三种医保制度又分别由两个部门负责，城镇职工医保和城镇居民医保由人力资源和社会保障部门主管；新型农村合作医疗由卫生与计划生育委员会管理。这种相对割裂的体制安排带来效率不高、制度衔接不顺、资源重复建设等突出问题。

于垄断地位和以药养医体制有很大关系。

在这些因素的共同作用下，导致目前中国的看病难，特别是医疗费用高昂，一些大城市的三甲医院，平均每次住院费用已超过年人均收入水平。“看病难、看病贵”已成为社会焦点议题，成为压在民众身上的“新的三座大山”之一³，因病致贫、因病返贫现象还比较突出，农村乃至城镇普通职工家庭往往一个人得大病，全家都会陷入困境。然而，在高收费之下，人们还是选择去大型公立医院排长队就医，说明这还是一个竞争不足、供不应求的具有垄断性的市场，难以保证基本医疗服务的可及性和可负担性。与此相伴的则是，医患关系出现空前紧张，患者和医生之间的信任关系变得异常脆弱，暴力伤医案频频发生，2012年全国共发生恶性伤医案件11起，造成35人伤亡，其中7人死亡，28人受伤。⁴医患纠纷已成为社会不和谐的重要影响因素。这是由于医疗卫生领域的长年积弊所致，不是单靠加强安全防护所能根治的，需要医疗卫生健康体制改革的深化。

从下一步改革的方向上看，医疗卫生体制改革的重点和主要思路应该是让市场发挥基础性和决定性作用的条件下，开放医疗市场，引入竞争机制，增加医疗服务的供给，以此满足不断高涨的医疗服务需求。按照卫生和医疗的特殊规律来构建相应的体制和政策体系，进一步明确政府与市场、政府与社会在医疗卫生发展中的责任边界，以尊重市场规律为新改革的基点，用开放和竞争来提高医疗服务市场的有效供给，同时增强政府在医疗保障和公共卫生中的作用，合理界定政府与市场在药品生产流通中的治理边界。凡是市场、社会能够胜任的地方，就交由市场和社会去做；政府仅做那些社会需要的而存在市场失灵和社会力量无法触及或不能持续的地方，多做雪中送炭的事情。

³ 另“两座大山”是教育和住房，这些问题如果不解决或解决不好，会导致更多的社会问题。

⁴ 李松：《医患冲突倒逼医改深化》，《瞭望新闻周刊》，2013年11月2日。

也就是说，政府首先要努力确保人民群众基本公共医疗卫生服务的可及性和可负担性，保障公民最基本的健康权，这里面可能会出现市场失灵，需要政府的介入，但是政府发挥作用更多不应该是越位直接参与医疗服务供给，而应该弥补医疗服务筹资上的缺位，因为公共医疗卫生服务完全可以通过政府购买等手段来实现，由于信息不对称，补贴供方不如赋权需方。

中国医疗卫生健康体制改革基本历程回溯

1978年之前，中国在计划经济背景下实行的是一种由公费医疗、劳保医疗、合作医疗组成的福利性医疗保障制度，这是在“面向工农兵、预防为主、团结中西医”的卫生工作方针下仿照苏联模式制定的。总体上，这是一个低水平的医疗卫生发展均衡。随着国有企业改革和农村包产到户的推进，原有的基于企业劳动福利的城镇居民医疗保障制度和基于人民公社的农村基层医疗体系亟待改革。1984年8月，卫生部起草了《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，提出“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好。”⁵正是在这一政策催动下，1985年以“给政策不给钱”的方式启动了医改，改革的主线还是放权让利，扩大医院的自主权，这差不多也是当时国有企业改革的思路。这一改革取得了与初期国有企业改革相类似的效果，医院的效率和服务量持续增长，但是财政对卫生的投入占比也开始逐步减少，个人医疗费用支付比例逐步提高。

在确立了社会主义市场经济体制的改革目标之后的1992年9月，国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》，其中曾提出要“遵循

⁵ 不难发现，简政放权是早在改革开放之初就已经提出的改革任务，自十八大以来这一任务又被提上议事日程，足见政府职能转变之艰难。

价值规律，改革医疗卫生服务价格体系，调整收费结构，保证基本医疗预防保健服务，放开特殊医疗预防保健服务价格。基本服务部分，适当调整技术劳务项目的收费标准，逐步实现按成本收费；特殊服务部分，分别情况实行浮动定价、同行定价或自行定价。”同时，要“积极推广形式多样、项目不同、标准有别”的医疗保险制度。1994年，国务院率先在江苏镇江和江西九江进行了社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险制度试点，为全国性的医疗保险制度改革探路。经过1996年的试点扩围，1998年国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，要求在全国范围内建立覆盖全体城镇职工、社会统筹与个人账户相结合的基本医疗保险制度。

2000年，为了解决医疗保险制度改革中面临的体制性障碍，国务院又做出了同步推进医疗保险制度、医疗卫生体制和药品流通体制三项改革的决策和部署。以2000年江苏宿迁公开拍卖卫生院为肇端，医院产权改革是这个时期最为明晰的一条主线。2002年10月，《中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》明确指出：要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”，“到2010年，新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民”。2003年，“非典”疫情在全国蔓延，中国开始反思医疗卫生体系和公共卫生体系的漏洞，进而开始检讨整个医疗卫生体制，市场主导和政府主导的争论也由此逐渐深入，不少人认为商业化、市场化不应该是医疗卫生体制的方向⁶。其实，中国面临的不是市场化过度的问题，而是政府定位不准、市场出现扭曲的问题，医疗保障制度的功能缺失与医疗服务的竞争性不足同时存在，核心是政府与市场、政府与社会的治理边界没有得到合理界定。

⁶ 参见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》，《中国发展评论》，2005年增刊第1期；王绍光：《政策导向、汲取能力与卫生公平》，《中国社会科学》，2005年第6期。

“非典”更重要的意义在于，它使得政府意识到，在社会经济的发展中如果只偏重经济发展而忽视卫生、医保、社保等民生问题，这不是一种科学的发展观，有可能给国家发展造成巨大的社会成本，也为新一轮的全方位医药卫生体制改革埋下了伏笔。2007年，为了实现基本建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标，国务院决定从该年起开展城镇居民基本医疗保险试点，其筹资方式以政府为主导，以居民个人（家庭）缴费为主，政府适度补助。2009年4月，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》、《医疗卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011年）》相继正式出台，由此拉开新一轮医疗卫生健康体制改革的大幕。这两份文件确立了改革总体目标，即近期缓解人民群众“看病难、看病贵”的问题，远期建立覆盖全体城乡居民的基本医疗卫生制度，并遵循“保基本、强基层、建机制”的原则要求，明确了近期医改的五大重点：扩大医保覆盖面、建立基本药物制度、社区卫生机构建设、基本公共卫生服务均等化及推行公立医院改革试点，也涉及前面提到的“医疗服务、医疗保障、公共卫生、药品生产流通”等四个方面。

不过，2009年的这一医改方案依然是建立在城乡二元结构基础之上的，虽然实现了基本全覆盖，但城乡居民分属不同的医疗保险体系，二者的医疗保障水平相差悬殊，公平价值难以实现，效率问题也比较突出。并且，方案依然强调“公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则”，这一原则与医疗服务这样一个竞争性的市场属性是不相适应的，仍然没有确定市场化改革的大方向，医疗服务本应该开放给全民来做，打破垄断让市场来做。2010年，走市场化改革的方向终于露出了曙光，国务院曾印发《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，提出“鼓励和支持社会资本举办各类医

疗机构”，“鼓励社会资本参与公立医院改制”，“适度降低公立医院的比重，促进公立医院合理布局，形成多元化办医格局”。应该来说，这一政策是与市场化改革的方向相一致的。但是，与其他很多好的政策一样，也遇到执行和落实的问题。

医疗卫生健康体系建设的国际镜鉴与启示

中国医疗卫生健康体制改革再次站到了一个十字路口之上，通过对国外医疗卫生服务供给机制的考察，可以为下一步改革提供一些有益的启示。目前，国外医疗卫生服务大致可以分为三大类。

一是政府主导型，以英国、瑞典为代表。英国国民医疗卫生服务体系（National Health Service）是欧洲最大的公费医疗机构，由基本护理机构、地区医院和中央医疗服务机构组成，强调政府责任和对弱势群体的公平。其中，基本护理机构主要由开业医生和开业护士提供最基本的医疗保健服务，这部分费用占到国家卫生服务体系总预算的75%。⁷而开业医生所开的诊所均为私人机构，政府是通过合同购买的形式来采购其提供的全部医疗服务。但是，政府完全兜底的垄断体制往往是低效率的，其带来的后果是看病难，效率差的问题，医疗服务需要长时间的排队等待，以及缺乏异质竞争作为提高服务质量的驱动力。

二是市场主导型，以美国为代表。美国的医疗保险，由公立医保（Medicaid与Medicare）、私营医保和管理式医保组成，医保覆盖率约85%左右。不过，整个体系实际是建立在市场化、私有化基础上的，政府也是通过向私有的保险公司和医疗服务机构购买服务来实现其相关职能的。⁸美国医院以私立医院、私人诊所为主，医生以家庭医

⁷ 参见顾海、鲁翔、左楠：《英国医保模式对我国医保制度的启示与借鉴》，《世界经济与政治论坛》，2007年第5期。

⁸ 2010年3月，美国发布了《患者保护和可负担的医疗保健法案》（Patient Protection and Affordable Care

生为主，在其私立医院中的绝大部分又是由教会或慈善机构设立以社区利益为宗旨的非营利医院，而其公立医院约占医院总数的四分之一，主要是针对弥补卫生服务的不公平而设立的，其服务对象主要是现役军人、退役老兵、印第安人以及老年人、贫困人口等弱势群体。美国的非盈利私立医院的发展对中国有较强的借鉴意义，同时美国的市场主导的体系也是最具创新能力的，每年全世界新药中有一半是美国研发出来的。不过，美国也面临一些问题，最根本的问题就是医生供给市场的高度垄断，即美国医疗联合会等排他性的行业协会对医疗市场的垄断，导致了看病贵的问题，其医疗保健费用畸高，个人和政府都不堪其重负。美国是世界上卫生保健支出最大的国家，约占GDP的20%。

三是复合并举型，以德国为代表。德国的医疗保险以法定强制保险为主、私人自愿保险为辅，年收入超过法定界限的就业者和自由职业者可在两类保险中自由选择。一方面，德国政府很重视在医疗服务市场的作用，对公立医院由政府直接管理或交给大学代管，对非政府医院政府给予补贴和税收优惠，对营利性医院由政府建立然后委托给私人机构经营，鼓励各种形式的医院展开竞争。另一方面，社会自治作为一个有益补充也被引入，德国医疗服务的各个层面均建有自治管理组织，在联邦和州层面均设有医生协会。可见，在德国的社会经济制度下，这是一种综合运用政府、市场和社会三种制度安排来提高医疗服务有效供给的发展模式。德国并没有统一的医疗保险经办机构，政府的主要作用就是制定相关法律和设计制度、政策，居中处理

Act, ACA)，希望通过医疗卫生改革来切实改善医疗卫生服务的可及性、可负担性、质量及运行效率，逐步实现全民医保。截止目前，其主要任务措施和进展可归纳为以下几个方面：一是对现有制度漏洞进行修补，为没有医保的人提供可负担的高质量医疗保险，以改进医保可及性；二是建立由医生、医院、长期护理机构和医药供应商等组成的责任保健组织，以改进服务质量；三是降低企业、个人和社会的医疗费用，以遏制过快上涨的趋势。参见王云屏、周晓爽：《美国医改实施的进展、前景与启示》，《中国卫生政策研究》，2013年第3期。

各方面的利益矛盾。⁹

中国下一步医疗卫生健康体制改革的方向

首先要明确的是，我们不能将医疗卫生健康体制改革中出现的问题统统归咎于市场化的改革方向。民众医疗负担重、医保作用有限、医疗资源不均衡等这些问题在很大程度上恰恰是由于市场化改革不够，再加上政府在服务和维护方面缺位，从而没有合理界定和理清政府与市场、政府与社会的治理边界，是政府主导医疗行业，未形成多元办医、有序竞争的格局所致。中国医疗卫生存在的问题，与政府角色的缺位、错位、越位有关，并非简单向里面砸钱就能解决问题的。并且，随着政府财政收入增速的放缓，财政资金投入能否有效应对由于老龄化和医疗成本上升造成的未来财务缺口，还值得进一步研究评估。面向未来，中国依然是要在“医疗服务、医疗保障、公共卫生、药品生产流通”这四个方面的改革中取得突破：一是要进一步充分放开社会资本服务区域和领域，大力促进社会资本办医的发展，增加医疗卫生服务市场的有效供给和均衡性；二是要加快实现城乡居民在基本医疗保险制度上的公平和公共资源上的共享；三要在公共卫生方面建立标准化的服务体系，由公共卫生部门提供服务，政府财政买单；四要进一步完善医药价格形成机制，从根子上消除以药养医问题，建立激励相容的医患利益关系和基于需求的市场导向的医药创新。

十八届三中全会对于医疗卫生体制改革也列出了一些具体的改革清单，这里更多的是希望对一些改革的难点和切入点给出论证，提供一些大的方向性、原则性的思考和改革建议。

第一，政府要从直接参与医疗服务供给方面退出，大力发展非国

⁹ 参见周益众、曹晓红、李力达、陈英耀：《德国医疗服务和医疗保障与监管模式及其启示》，《中华医院管理杂志》，2012年第5期。

立、民营医院，推进公立医院改革，扩大社会力量办医，建立健全医疗服务市场机制。公立医院的改革核心是要解决三个问题，一是人的问题，二是资金来源的问题，三是服务转轨的问题。首先，要打破现有人事体制的束缚，目前公立医院的医生如同准公务员，其收入、晋升、养老等都在体制内，这种人身依附关系是计划经济时代的产物。从国际经验看，医生多点执业是绝大多数国家普遍实行的一种市场化手段，应该通过试点逐步推广¹⁰，让医生走出来，这有助于有效解决医疗资源缺乏的问题。其次，与最初的国有企业一样，目前公立医院不上缴税收，国家给予了大量的优惠政策，包括工资福利以及在药品采购上的部分补贴。由于财政投入不足和预算软约束的问题，公立医院的财务难以持续，面向社会融资是水到渠成的事情。并且，社会资金的进入也有助于促进其改善服务态度、提高服务能力、提升服务品质。再次，公立医院应逐步转轨，主要解决公共卫生服务及医疗卫生服务不公平的问题，其服务对象主要是老年人、贫困人口等弱势群体，当然也可以为公务人员服务，主要由政府提供财政支撑。

除了存量改革，更重要的是增量改革，这也是国有企业改革和民营经济发展给我们的启示。尽管民营医疗机构从无到有、从少到多取得了巨大发展，市场竞争性有所增强，但目前中国超过半数以上的医疗机构依然是由政府设置的公立医疗机构。据国家卫生和计划生育委员会的统计，截至2013年8月，全国医院24106个，其中公立医院13420个，占比55.7%。一直以来，我们都在强调公立医院的公益性，但公立医院实际上却是在自收自支自养的环境下运行的，其公益性更多还是靠国家政策倾斜多创收，然后再为国家承担更多的公益性任务。其实，真正的公益性应该是建立在完善的国民基本医疗保障体系，国家

¹⁰ 现实中其实有不少医生“暗度陈仓”已经走上了这条道路，监管部门不能视而不见，或一棍子打死。改革，就是将人民群众自发的合理行为合法化，如同早起农业改革中的包产到户一样。相关讨论参见刘国恩、李玲：《激辩新医改》，《经济观察报》，2009年6月12日。

成为国民健康服务的主要支付者基础上来实现的。因此，在公立医院的改革中需要进一步解放思想，真正认清医疗服务公益性的本质所在以及政府财政支持的有效性，只有大幅减少公立医院数量才能建立起真正意义上的公立医院，现有的递减变化趋势应该继续下去。

如果公益性应主要体现在医疗服务上的话，那么医疗机构就不一定必须是公立的，完全可以通过政府向社会办医疗机构购买服务、招标采购等途径来实现，应该允许民办医疗机构纳入医保定点范围，用竞争机制激活公立医疗机构的活力，促进医疗卫生服务产出和医疗卫生资源的优化配置¹¹。这是由于绝大部分医疗卫生服务是具有一般商品属性的医疗服务，没有什么外部性，具有很强的排他性和竞争性，从而应该让市场发挥基础性和决定性的作用。

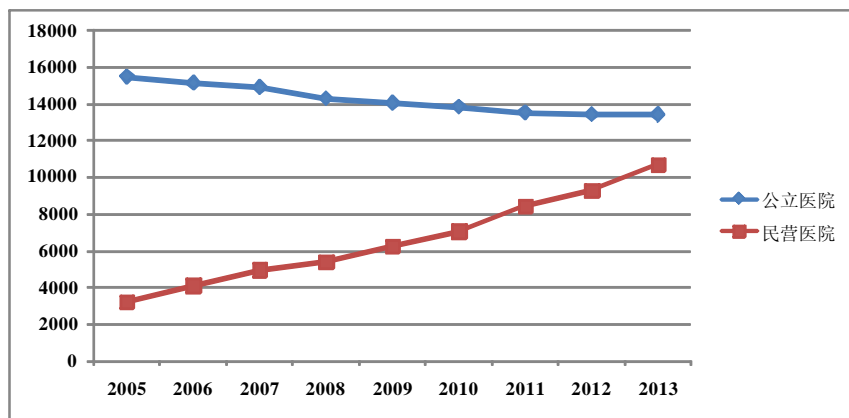


图 2005年以来公立医院与民营医院的数量变化趋势图

数据来源：国家卫生与计划生育委员会，2013年的数据为当年8月底的统计数据。

第二，实现基本医疗保障制度的转换衔接，增强保障水平的公平性和支付能力，推进医疗保险市场化。随着城镇化的推进和城乡户籍制度的改革，对于目前的多种医疗保险制度的并轨提出了越来越迫切的要求。人力资源和社会保障部门与卫生计生部门两套经办机构管理

¹¹ 相关讨论，参见潘杰、秦雪征、刘国恩、尹庆双：《市场竞争可以促进医疗产出吗》，北京大学经济学院工作论文，2013年4月15日；刘国恩：《医改应尊重市场经济基本规律》，《21世纪经济报道》，2012年3月3日。

城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗三种医保制度的做法，带来的效率不高、制度衔接不顺、资源重复建设等问题正变得越来越突出，迫切需要减少部门之间的职责交叉和分散。从长期看，“三保合一”是未来发展的方向，这也是2013年3月《关于国务院机构改革和职能转变方案的说明》明确的一项目标任务。从短期看，可以先将现行的新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度，这两类筹资水平、资金来源和政策待遇方面性质比较接近的医保制度整合为统一的城乡居民基本医疗保险制度，并积极稳妥地扩大大病救助保障范围。

在此基础上，应该大力发展商业健康保险民营保险机构，以此建立由政府出资的基本医疗保险、政府与社会共同出资的国民医疗救助，以及市场化商业健康保险为主体的三种机制构成的医疗卫生保障体系，促进和强化各种机制有机衔接。2012年8月，国家发改委等六部委出台《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，其中提出要“支持商业保险机构承办大病保险，发挥市场机制作用，提高大病保险的运行效率、服务水平和质量”，这也许是在中国的医疗保障制度设计中首次正式地引入商业保险和市场机制。在此基础上，建议进一步允许和引导商业健康保险公司参与公立医院改制重组乃至兴办医疗机构，这样医院可以从医疗保险中分享利润，共担损失，从而有效降低医疗服务费用，提高医疗服务效率。

第三，增加政府基本公共卫生投入，合理划分事权，充实卫生人员，加强卫生立法，构筑均等化基本公共卫生防线。首先，在下一步的改革中应在合理划分中央政府与地方政府的事权和支出责任的大框架之下，进一步明确界定各级政府在基本公共卫生服务供给中的事权和支出责任，对于民众最迫切需要且外部性比较明显的基本公共卫

生服务，应彻底改变以基层财政为主安排公共卫生支出的制度，加大转移支付力度，增加中央和省级政府的支出比重，将支出重心上移。同时，加强基层公共卫生队伍建设和基本公共卫生服务标准化建设，提升基层专业卫生人员待遇水平和专业水平，以吸引、充实和稳定基层卫生服务队伍，这支队伍的水平在很大程度上决定了基本公共卫生服务供给的水平。此外，加强基本公共卫生服务领域的法律法规建设，制定系统的《公共卫生法》，切实保障人们享有基本公共卫生服务的权利和政府在本基本公共卫生服务上的投入。

第四，进一步完善价格形成机制，根治以药养医问题，形成激励相容的医患关系，并通过市场机制来激发医药创新。中国医疗服务市场的政府定价依然占据主导地位，这使得价格机制的三大功能传递信息、提供激励、决定分配发生扭曲，也是导致以药养医问题的根源。作为拥有定价权的发改委，既未承担保障医疗服务有效供给的责任，也不承担支付医疗费用的经济风险，其目标是盯住和控制物价，这就使得跟物价指数相关的医药价格被人为压低，而过低的医药价格、诊疗价格衍生了医务人员过度用药、滥用高价药、拿药品回扣等问题，从长期看这对国民健康也会造成严重负面影响。与此同时，中国目前承担初级卫生保健服务的各类专业公共卫生机构和社区卫生服务机构、农村卫生室与大型综合医院之间，以及各类疾病预防、治疗、康复和护理机构之间还没有建立起有机协作的关系。通过充分利用信息化现代手段建立协作网络，有助于为民众提供从预防到治疗、康复和长期护理的不同病程中的纵向的全程医疗保健服务，有效减少医疗服务市场中供需双方的搜索成本，适度解决信息不对称问题，通过整合和竞争来降低个人和社会的医疗支出，改进医疗服务质量，减少医患之间的潜在冲突。

与此同时，从国际经验看，医药研发创新的主体主要有三类：大学和非盈利科研机构、技术创新型中小公司、超大型制药公司，后两类主要是民营的医药公司。其中，超大型制药公司是核心力量，它们集中了一大批一流的科学家和工程技术人员，有着成熟的技术研发平台和极其精细的技术专业分工，并大量承接了前两类创新主体的研发成果，推动其进入商业化和临床试验阶段。中国迫切需要形成这样一个共生的研发生态体系，而巨大的医药消费需求特别是医保市场是中国最大的药品消费市场，完全可以支撑起这个体系，政府应该借鉴美国、日本、英国等发达国家的做法，建立创新药物准入医保目录¹²的机制，鼓励和支持国内医药企业的创新。同时，政府对于新药定价也应给予更为宽松的政策环境，使研发企业有一定的市场回报作为保障，提高医药创新积极性。

¹² 在很多国家，创新药物得到批准上市一年之后，如被证明是安全有效的，不会引起患者的不良反映，就可以自动进入国家医保目录。

联系人: 陈旭东

电话: 021-65903125

传真: 021-65903688

网址: <http://iar.shufe.edu.cn>

电邮: chen.xudong@mail.shufe.edu.cn

通信地址: 上海市杨浦区武川路 111 号上海财经大学经济学院楼 8 楼