

1949年以来中国医改决策的基本历程及其评价

钟裕民

【摘要】 1949年以来,中国的医改决策经历了医疗卫生公益性低水平发展、医疗卫生公益性衰减、医疗卫生事业公益性回归的基本历程,为中国新时期医改决策留下了诸多宝贵的经验:要坚持正确的决策价值导向,要发扬决策民主,要走渐进改革的道路,要不断增强政府的环境回应能力和政策学习能力。

【关键词】 1949年以来; 医改决策; 医疗卫生事业

【中图分类号】 C913 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1004-0633 (2011) 04-096-05

一、1949年以来中国医改决策的基本历程

纵观 60多年来的中国医疗卫生体制改革的决策过程,以决策价值导向为标准,我们可以把它分为医疗卫生公益性低水平发展、医疗卫生公益性衰减、医疗卫生事业公益性回归三个阶段。

(1) 1949-1978年: 政府主导的公益性低水平发展

1950年8月第一次全国卫生工作会议召开,确定了“面向工农兵、预防为主、团结中西医”的卫生工作方针,中国内地逐步建立起由公费医疗、劳保医疗、合作医疗组成的政府主导的低水平福利性医疗保障制度。

1、1949-1955: 公费医疗与劳保医疗制度建立与形成

新中国成立后,为迅速提高医疗服务能力,解决城市缺医少药、预防医疗卫生条件极差的状况,中国政府医疗卫生决策的着力点主要放在解决城市职工的基本医疗保障上,于是逐步在城市建立了劳保医疗制度和公费医疗制度。1951年2月政务院公布了《中华人民共和国劳动保险条例》,标志着以企业职工福利基金为支撑的劳保医疗制度的建立。其享受对象是全民所有制企业的职工及离退休人员,城镇集体企业参照执行,职工直系亲属按规定享受部分项目的半费待遇。劳保医疗制度的建立为国家全局性医疗卫生决策提供了宝贵的经验,在周恩来总理的直接推动下,

1952年,这种医保政策推广到解决国家工作人员的医疗保障问题上来。1952年6月27日,周恩来总理签发了《关于全国人民政府、党派、团体及所属事业的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》,决定自1952年7月开始实行以国家干部为主体、财政提供经费的公费医疗制度。其覆盖范围为各级政府机关、党派、人民团体及文化、教育、科研、卫生等事业单位的工作人员和离退休人员,复员退伍返乡二等乙级以上革命残疾军人和国家教委核准的高等学校在校学生。开支内容包括了疾病预防和治疗、非责任伤害、妇女生育等内容。1953年,将此待遇范围扩大到大学和专科在校学生。随着国家财政状况的根本好转,劳保医疗和公费医疗扩大了实施范围,放宽了条件,并提高了待遇。1953年1月,劳动部颁布了《劳动保险条例实施细则修正草案》,把劳保医疗制度惠及到全民所有制的直系亲属。其覆盖范围包括全民所有制工厂、矿厂、铁路、航运、邮电、交通、基建、地质、商业、外贸、粮食、供销合作、金融、民航、石油、水产、国营农牧场、造林等产业和部门的职工及其供养直系亲属。

2、1955-1965: 公费医疗、劳保医疗制度调整与农村合作医疗创立

公费医疗、劳保医疗制度建立之初运行平稳,但1955年后,国家工作人员由供给制改为工资制,企业就业人数也不断增加,公费医疗和劳保医疗的支出急剧攀升,国家

【基金项目】 国家社会科学基金项目 (项目批准号: 06BZZ011)、南京师范大学社科基金项目 (项目批准号: 0909032) 阶段性成果。

【收稿日期】 2011-04-15

【作者简介】 钟裕民,南京师范大学公共管理学院讲师,南京大学政府管理学院行政管理专业博士研究生,江苏行政学院廉政研究中心兼职研究员,主要从事公共管理研究。

江苏南京 210093

不得不陆续出台政策对建立不久的医疗保障制度进行修补。1957年6月国务院发布了《关于取消随军家属公费医疗待遇的批复》。9月,中共八届三中全会发布《关于劳动工资和劳保福利问题的报告》,提出了“劳保医疗和公费医疗实行少量收费(门诊、住院和药品),取消一切陋规(如转地治疗由医院开支路费,住院病人外出由医院开支路费等),以节约开支”等相关政策。1965年10月,财政部和卫生部共同发布了《关于改进公费医疗管理问题的通知》,规定“享受公费医疗待遇的人员治病的门诊挂号费和出诊费,改由个人缴纳,不得在公费医疗经费中报销”,“实行营养滋补药品(包括可以药用的食品)自费(除医院领导批准使用之外),以合理使用药品和节约经费开支”等措施,从而使公费医疗费用得到了一定的控制。

这种渐进主义决策路线指导着建国之初中国城市医疗卫生决策,同时指导着执政党把政策关注的重点转移到农民上来,恰好此时部分农村正在尝试农村合作医疗制度,这种针对农民医疗保障的决策在诱致性和强制性政策变迁共同作用下展开了。1959年11月,卫生部党组向中央上报了《关于全国农村卫生工作山西稷县现场会议情况的报告》及附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》。《报告》指出:根据目前的生产发展水平和群众觉悟程度等实际情况,以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜”。1960年2月2日,中共中央转发该报告,并做出了要求各地参照执行的决策,从而有力地推动了农村合作医疗在全国的推广。根据安徽医科大学卫生管理学院的统计,1958到1962年四年间,全国行政村(生产大队)举办合作医疗的比重快速上升,1958年为10%,1960年为32%,1962年上升到46%。^[1]1962年初召开七千人大会以后,中央对国民经济进行了大刀阔斧的调整,包括人民公社制度和与之相关的农村医疗卫生体系。1962年8月,卫生部下发了《关于调整农村基层卫生组织问题的意见(草案)》,批评过去几年“在治病方面,一个时期有公社包下来的倾向”。这份文件建议“原由公社或生产大队投资举办的医疗机构,如果继续办下去有困难,可以转为医生集体办”。随着来自集体的投入急剧减少,全国除少数相对富裕的地区外,多数社队的合作医疗都陷入了停顿或半停顿状态,合作医疗的覆盖率也大幅下滑。到1964年,全国农村只有不到30%的社队还维持合作医疗。^[2]

3 1965-1978 农村合作医疗、公费医疗、劳保医疗巩固与发展

农村医疗卫生状况以及与城市之间的反差引起了毛泽东的注意。在毛泽东的支持下,中共中央再次作出了把合作医疗在全国范围内推广的决策。1965年6月26日,毛泽东针对“四清”运动的形势和农村卫生医疗工作存在的问题,做出“把医疗卫生工作重点放到农村去”的指示。1965年8月,卫生部工作队到麻城蹲点,帮助县委、县政

府制定了《关于加强合作医疗管理若干问题的规定》和《麻城县合作医疗暂行管理办法(试行草案)》,对完善合作医疗制度起到了示范作用。1968年,毛泽东亲自批发了湖北长阳县乐园公社举办合作医疗的经验,因而合作医疗被当作“文化大革命”的一个“新生事物”,在全国范围内迅速推广。到1976年,全国实行合作医疗制度的生产大队的比重高达93%,覆盖了全国农村人口的85%。^[3]虽然这一期间农村合作医疗在全国发展很快,但它当时并没有真正从建立农村医疗保障制度的角度入手,没有从合作医疗基金筹集、管理、分配、使用,从供方、需方、第三方的权力责任等关键环节上去规范,在很大程度上带有政治运动的色彩。因而,它的基础是很脆弱的。在1966年到1979年这一阶段,城市医疗保障制度基本上没有大的改动,只是在控制医疗费用的使用上,采取了一些限制性的管理手段,如对转诊手续的规定、对报销药品的限制等,虽然也起到了一定作用,但并未完全遏制医疗经费的浪费使用。

建国后到1978年之间的中国医疗卫生决策总的来讲是成功的。一是从城市到农村、从劳保医疗制度到整体医疗保障制度的构建,这种渐进决策保证了医疗卫生事业发展的逐步有序推进;二是确立了政府主导投入,并统一规划医疗卫生资源在不同卫生领域以及不同群体间的分配的指导思想,在城市和农村实现了低水平、广覆盖的医疗保障体制,较好地实现了公平性,人民健康水平的显著提高,人均期望寿命从解放前的35岁的极低水平上升到1978年的68岁。三是以公有制为基础的计划管理体制保障了政策过程的政府一元主导性,保证了福利性为核心的医疗卫生政策的高效制定和实施。但随着时间推移,随着改革进一步深入,它的缺陷也日益显露出来:一是财力资源的有限性以及缺乏竞争机制,致使医疗技术水平发展缓慢,一些大病、疑难病症难以得到有效救治,医疗卫生服务远远不能适应人民日益增长的防病治病需求。二是决策缺乏系统性考虑,医疗保障由于缺乏一整套合理的医疗经费筹措机制和稳定的医疗费用保障而难以保证其可持续性。三是农民特别弱势群体的政策参与不足,致使他们的医疗保障问题未能得到政策的平等眷顾,城市与农村、单位职工与农民的医保水平差距巨大。

(二) 1978-2003年: 医疗卫生公益性衰减

1、1978-1984年: 医疗卫生事业市场化改革的孕育

1970年代的“平均主义”分配方式带来了医疗卫生领域供给不足与过度浪费并存的局面,因此,激发活力、提高效率就成了改革开放之初医疗卫生决策的核心目标。1979年,卫生部门以党的十一届三中全会提出的全党工作重点转移到现代化建设上来的指导思想为契机,开始加强对卫生事业的管理。同年,按照当时的卫生部部长钱信忠的指示“要按客观经济规律办事,对于医药卫生机构逐步试行用管理企业的办法来管理。要让他们有权决定本单位

的经费开支、核算,仪器购置,晋升晋级,考核奖惩”^[4],卫生部制定了“五定一奖”和对医院“定额补助、经济核算、考核奖惩”的政策,在加强对医院管理的同时,也开辟了医疗主体多元化的先河。1980年,卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》也得到国务院批准。这两项政策的出台标志着政策导向开始转向市场化改革上来。

2. 1985-1992年:医疗卫生事业改革的放权让利

中共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》,确定了整个经济改革的重点:一是农村人民公社制度向家庭联产承包责任制转型;二是企业开始进行以“扩大自主权”为方向的改革试点。在这种经济改革思想影响下,放权让利、扩大医院自主权成为了这一时期医改决策的指导思想。中共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》,标志着经济体制改革包括卫生体制改革全面展开。1985年1月召开的全国卫生局长会议,贯彻中共十二届三中全会《关于经济体制改革的决定》精神,部署全面开展城市卫生改革工作;同年4月,国务院批转了国家卫生部起草的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,确立了“放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子”的医疗卫生决策指导原则。为了推动放权让利改革的顺利进行,1989年国务院批转了卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(国发〔1989〕10号文),文件提出调动医院和医生积极性五条:第一,积极推行各种形式的承包责任制;第二,开展有偿业余服务;第三,进一步调整医疗卫生服务收费标准;第四,卫生预防保健单位开展有偿服务;第五,卫生事业单位实行“以副补主”、“以工助医”。这项卫生政策刺激了医院创收,弥补收入不足,同时也影响了医疗机构公益性的发挥,医疗卫生资源配置不合理问题越来越突出,百姓看病难看病贵问题日渐显现。

3. 1992-2003年:医疗卫生事业市场化改革的深化

这种医院注重效益而忽视公益性的倾向,在卫生部门内部展开了一系列争论。在1993年5月召开的全国医改工作会议上,时任卫生部副部长殷大奎明确表示反对市场化,要求多顾及医疗的大众属性和起码的社会公平。为统一认识,防止片面追求经济收益而忽视社会效益倾向,1997年1月,作为医疗卫生决策的中枢——中共中央出台《关于卫生改革与发展的决定》,明确提出了在医疗领域要改革城镇职工医疗保险制度、改革卫生管理体制、积极发展社区卫生服务、改革卫生机构运行机制等决策思路,并强调要重视医疗保障、医疗卫生服务和药品流通三大体制统筹协调的必要性。但是,由于对医疗卫生行业的属性和特点认识不够,尤其是地方政府,普遍存在着不同程度地将医疗

卫生行业等同于一般竞争性行业,将医疗卫生责任看作单纯的个人责任的看法和做法。在分税制的制度背景和当时政绩考核体系下,医疗卫生受到忽视,以致于《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出的许多正确的方针、政策,在实践中没能得到贯彻。

作为贯彻《关于卫生改革与发展的决定》的总体文件,国务院办公厅于2000年2月转发国务院体改办、卫生部等8部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》。这份文件确定了实行医药分业等几项原则。其中“鼓励各类医疗机构合作、合并”、“共建医疗服务集团”、“盈利性医疗机构医疗服务价格放开”、“依法自主经营、照章纳税”等内容,被解读为完全“市场化”的医改开了绿灯。之后陆续出台了13个配套政策,包括《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》、《关于卫生事业补助政策的意见》、《医院药品收支两条线管理暂行办法》、《关于医疗机构有关税收政策的通知》等等。这一系列文件的出台推动了医院的产权化改革。2000年3月,宿迁公开拍卖卫生院;2001年无锡市政府批转《关于市属医院实行医疗服务资产经营委托管理目标责任的意见(试行)的通知》提出了托管制的构想;2002年年初上海市出台《上海市市级卫生事业单位投融资改革方案》推动医院的产权化改革。

在这一阶段,以市场化改革导向的医疗卫生政策取得了一定的成绩:一是促进了医疗卫生服务的数量和质量大大提高,1980—2003年,全国的医疗机构数从180553个增长到282771个,每千人口卫生技术人员数从2.85人增长到3.42人;^①二是“放权让利”的政策一定程度地解决了当时存在的医院微观效率低下、服务供给不足的问题;三是医院和病人双方吃国家、企业大锅饭的现象也得到了明显改观。然而,这同时带来诸多严峻的问题:一是决策价值导向错位:由于缺乏对医疗卫生事业特殊性的清醒认识,政府选择了一条过度市场化的道路,致使政府逐步递减了对医疗卫生事业的投入,从而影响了基本公共卫生服务提供的质量和可及性,医疗卫生政策逐渐偏离了公益性轨道——公平性问题进一步显现:城市与农村的医疗保障的差距进一步扩大,城市中不同人群基本保障待遇不平等进一步加剧。二是政策干预错位:医疗保障政策存在着严重的“重治轻防”,以至于对于疾病的控制往往是事倍功半;三是政策制定错位:以药养医的医疗机构补偿机制导致患者医药费用快速的不合理增长,百姓看病难看病贵的问题日益突出。

(三) 2003-至今:医疗卫生事业公益性回归

2003年的SARS事件直接暴露出了公共卫生领域的严峻问题,中国卫生决策在人们对现行卫生政策的反思中进入了坚持以科学发展观为指导,强调公益、改善民生的新

① 根据《中国卫生统计年鉴2004》统计。

阶段。2003年1月16日,国务院办公厅转发了卫生部、财政部和农业部的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,医疗卫生决策转向淡忘了20年的农民医疗保障。同时,随着百姓看病难看病贵问题的日益严峻,政府及社会各界对过去二十多年的市场化改革功过的讨论也日益激烈。2005年7月,国务院发展研究中心在媒体发布关于医改的研究报告称,中国医改总体上不成功,其症结是近二十年来医疗服务逐渐市场化、商品化。同年,卫生部制定《关于深化城市医疗体制改革试点指导意见》,保持公立医疗机构的公益性质被确立为新时期医疗卫生决策的宗旨。

为促使医疗卫生事业回归到公益性目标上来,2006年9月,国务院成立了由十一个部委组成的医改协调小组着手制定新医改政策,由国家发展改革委主任和卫生部部长共同出任组长。这一时期,通过探索民主决策途径来提高决策质量是医疗卫生决策的新亮点。2007年年初,医改协调小组委托六家研究机构对医改进行独立、平行研究并提出建议,后研究机构增加至九家。2008年10月14日,《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》开始在网络上征求意见。2009年1月21日,在温家宝总理主持召开的国务院常务会议上,新医改方案获原则通过,并宣布今后3年内将为实施上述重大改革投入8500亿元,目标之一就是3年内使城镇职工和居民基本医疗保险及新型农村合作医疗参保率提高到90%以上。2009年4月,中共中央政治局常委、国务院副总理李克强出任深化医药卫生体制改革领导小组组长,进一步落实和深化以人为本的医疗卫生发展政策。2009年4月6日,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台。4月7日,《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011年)》公布,总体目标是建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

这一阶段的决策逐步把医改拉回到了公益性的轨道上来,实现医疗保障的广覆盖、公平性成为了医疗卫生决策的主旋律。公益性目标的确立带来可喜的变化:一是重新确立了政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位,强化政府责任和投入;二是把解决农民的医疗保障问题作为政府工作的重中之重;三是资源配置重点逐渐转移到了社区医院、乡村医院,城乡之间、医院之间、地区之间的医疗资源配置逐渐走向平衡,百姓看病难的问题在一定程度上得到了缓解;四是基本药物制度的逐步建立在一定程度上遏制了医院的逐利性,缓解了百姓看病贵的问题。但是,虽然确定了政府主导、回归公益性的基调,但新医改仍然具有明显的折中性质。比如,在医疗服务方面,新医改虽然明确了从改革医院补偿机制入手的措施,但并没有从根本上切断医与药的链条关系。在药品供应方面,新医

改提出要建立国家基本药物制度,但又将基本药物的定价权下放到了省级政府。于是,仍然给我们留下了须探索的诸多问题:如何划定政府责任边界?如何有效发挥市场配置资源的机制?如何拓展社会供应医疗服务的渠道?如何确保民众的医疗福利有效改进?这些问题给政府的新时期医疗卫生决策提出了更为严峻的挑战。为回应挑战推进改革,需要全面总结1949年特别是1978年以来中国医疗卫生体制改革决策的基本经验,以利于指导新时期医改决策。

二、1949年以来中国医改决策的基本经验

(一) 正确的决策价值导向是成功决策的根本前提

决策的价值取向,左右着决策方案的选择和命运。从以人为本为根本宗旨进行决策,才能从决策制度上有效地克服地方利益、部门利益、小团体利益和个人利益等局部利益和眼前利益对政府决策的干扰,防止地方利益、部门利益、小团体利益和个人利益取代大多数人的根本利益,防止违背大多数人利益决策的出台。改革开放之后的医改的市场化改革之所以失败,正是因为确立了以经济效益为决策价值导向,于是出现了政府放权让利,医院以药养医,百姓看病贵日愈严重的局面。到今天,百姓看病难看病贵的问题得到了一定程度的缓解,也正是因为中国政府从2003年起重新确立了公益性为医疗改革的最根本价值,加大了对医疗服务体系的直接和间接投入,保障了基本药物制度的实施。

(二) 决策民主是保证政策质量的重要条件

公共政策的制定要落实听证、咨询、公示、监督制度,要倾听人民群众的意见,要让广大人民群众都能充分参与。实际上,中国许多的医疗卫生政策的制定来自于民间的智慧,来自于人民的诉求,来自于群众的首创精神,比如新农村合作医疗就是来自于农民的创造。另外,中国医疗卫生改革政策的决策过程体现了一种较强的集体互动机制。比如,国务院发展研究中心的公开报告引起公众的充分思考、辩论。国家发展与改革委员会也开通了向全社会征集医改的建议信箱。2008年10月14日-11月14日间,《意见(征求意见稿)》全文向社会公布,问计于民,收到群众意见35929件,其中网民意见31320条,传真584份,信件4025封。^①各种利益集团更是利用各种方式参与医改决策,如全国医药企业协会就多次联名上书国务院或发改委,阐述其对当前医疗卫生体制之弊端及其改革的建议。这种广泛充分的社会集体协商机制正是保障新医改决策实现较强科学性的重要原因。

① 新浪财经网: <http://finance.sina.com.cn/g/20090408/07136074555.shtml>

(三) 渐进改革是减少决策失误的一条有效途径

中国医疗改革的一条重要经验就是“摸着石头过河”，即在实践过程中不断设定、不断修正、不断完善医疗发展的目标或方向的过程。比如，中国医疗保障覆盖面的扩展是按照首先建立城镇职工基本医疗保险制度，保障国有企业事业单位职工的基本医疗，以后才逐步扩展至民营企业员工、个体工商户、农民等人群。另外，中国的医改广泛运用了试点法。在城镇职工基本医疗保险制度建立以前的10年里，先有1989年开始的辽宁丹东、吉林四平、湖北黄石和湖南株洲四城市的医疗保险制度改革试点，以及深圳市和海南省的社会保障综合改革试点；后有1994年开始的“两江”试点，以及1996年开始的58个城市扩大医疗保障制度改革试点。这种渐进式的改革妥善处理了既得利益者的关切，有效地减轻了改革的阻力，减少了失误，从而保证中国医疗改革的有序推进。

(四) 公共政策创新必须要以较强的政策学习能力作保障

P. A. 霍尔 (Hal 1993) 认为，政策学习是一种“根据过去政策的结果和新的信息，调整政策的目标和技术的刻意性尝试”。^[5] 不管这个难题是来自于政府自身的自觉还是社会外力的推动，政策学习的本质都落在了一种对达

到（或修正）政策理念体系规则的思考和对行为意图的持续改变之上。^[6] 从地域上来说，政策学习源主要来自国内基层的政策实践和国外的政策经验。

在从计划经济转向市场经济的过程中，个人和组织都离不开政策学习。个人要学习如何对市场信号做出反应，社会要学习哪种制度更有效，组织要学习如何适应环境。在中国这样农民占三分之二人口的国家如何解决医疗保障问题，对于任何一个政府来说都是一个巨大的挑战。但是，计划经济时期的中国却较好地解决了这个问题。根本原因就是中国政府发挥了较强的政策学习能力^[7]：中国政府从黑龙江省一些地区农民群众以粮食、土豆和鸡蛋组建医药合作社得到启发，建构了集体与农民共同负担的农村合作医疗制度，并且针对集体经济瘫痪所带来的合作医疗解体的问题，中国政府又重构了政府和农民共同负担的新型农村合作医疗制度，这种政策创新正是政府较强政策学习能力的结果。这种政策学习能力还表现在对国外医疗保险的经验借鉴上，正如原卫生部政策法规司司长支峻波所说“总体说来，中国必须走医疗保险的路子，这是世界上百多个国家都走的路子，当然做法有所不同，但基本的路子必须这样去走”。^[8]

【参考文献】

- [1] 姚力. 农村合作医疗：经验与反思 [A]. 张星星主编. 当代中国成功发展的历史经验——第五届国史学术年会论文集 [C]. 当代中国出版社, 2007. 432
- [2] 周寿祺. 探寻农民健康保障制度的发展轨迹 [J]. 国际医药卫生导报, 2002 (6).
- [3] 周寿祺, 顾杏元, 朱敖荣. 中国农村健康保健制度的研究进展 [J]. 中国农村卫生事业管理, 1994 (9).
- [4] 佚名. 钱信忠副部长向记者发表谈话——卫生工作的重点转上现代化建设 [N]. 人民日报, 1979-01-13 (4).
- [5] Hal P. A. 1993 “Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain” *Comparative Politics* 25 (3): 275-296
- [6] Sabatier P. A. 1993 “Policy Change over a Decade or More” in *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*, edited by P. A. Sabatier, H. C. Jenkins-Smith and Boulder Colorado Westview Press 13-39
- [7] 王绍光. 学习机制与适应能力：中国农村合作医疗体制变迁的启示 [J]. 中国社会科学, 2008 (6).
- [8] 支峻波. 深化卫生改革的方向、任务与政策 [J]. 医学理论与实践, 1992 (3).

(本文责任编辑 谢莲碧)