

# 中国城市医疗卫生体制的演变逻辑\*

杜 创 朱恒鹏

摘 要：通过建立一个综合性理论框架，阐释中国城市医疗卫生体制的演变逻辑发现，新中国成立后形成的城市医疗卫生计划体制与当时的外部环境相适应，且内部各组成要素之间协调互补。改革开放以来，整体社会经济制度走向市场体制，人口特征与疾病谱显著改变，居民收入水平显著提高且差距拉大，医疗卫生人员素质普遍提高，外部环境这些不可逆转的变化，内在地要求城市医疗卫生事业走出传统计划体制。这期间发生的诸多问题，源于体制转变期的冲突，是渐进式改革难以避免的。因此，不能以“改革”之名退回传统计划体制，应该逐步完善新体制，使其既与外部环境相适应，又能实现内部要素间的协调互补。

关键词：医疗卫生体制 计划体制 市场体制 渐进式改革

作者杜创，中国社会科学院经济研究所副研究员（北京 100836）；朱恒鹏，中国社会科学院经济研究所研究员（北京 100836）。

计划经济时期，中国医疗卫生事业取得了巨大成就。中国迅速建立起基层卫生组织，形成了城乡三级医疗网络；逐渐控制住各类传染病，消灭了鼠疫、霍乱、天花。新中国成立前居民预期寿命在 35 岁左右，1981 年提高到 67.9 岁；新中国成立前婴儿死亡率高达 200‰，1981 年降到 34.7‰。<sup>①</sup> 这些成就是在怎样的医疗卫生体制下取得的；半个多世纪以来，该体制又经历了怎样的演变过程，背后的逻辑何在；如何认识今天医疗卫生领域出现的诸多问题，回归计划经济体制是不是深化医改的良方？

本文以城市地区为重点，<sup>②</sup> 借鉴并整合激励理论中的互补理论、任务冲突理论

\* 本文为国家社会科学基金“医保付费机制创新与公立医院改革研究”（14BGL145）、中国社会科学院创新工程重大项目“改善民生、健全社会保障体系、加强社会建设研究——激励机制的视角”的研究成果。感谢匿名审稿人的建设性意见。

① 国家卫生和计划生育委员会编：《2015 中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社，2015 年，表 9—2—1。

② 发展中国家存在城乡二元分割，中国也不例外，城市与农村医疗卫生体制各自相对独立。限于篇幅，本文重点讨论城市。

以及公共财政等理论，分析上述三个相互关联的问题。该理论框架要点如下。医疗卫生体制要为一系列问题提供整体性解决方案，不能顾此失彼。这些问题包括实现服务供给中多重任务的激励平衡、权衡医疗保障中的效率与风险、解决医疗卫生服务中的任务冲突和正外部性等。因此，良好的医疗卫生体制具有以下特征及演变逻辑：（1）体制内部各要素不是随机出现的，彼此具有很强的互补性，使整体绩效大于部分之和；（2）医疗卫生体制要与外部环境相适应，外部环境变了，体制变迁不可避免；（3）不同类型医疗卫生体制，其各自的组成要素不能混搭，因为它们之间存在着相互冲突。

根据上述理论框架分析中国城市医疗卫生体制演变，本文得到以下的结论。

第一，城市医疗卫生当初实行计划体制，有历史合理性。本文概括了医疗卫生计划体制的一系列要素特征，包括免费医疗、公有制、弱激励、财政补供方、行政等级化体系、管办合一、准入控制、压低医疗服务价格等。这些制度安排共同构成了互补性的系统，彼此协调、相互支撑。最为关键的是，医疗卫生计划体制与当时的外部环境相适应。这些外部环境包括：整体社会经济为计划体制，居民收入水平很低且高度平均，急慢性传染病、寄生虫病和地方病是威胁居民生命健康的最主要疾病，医疗卫生技术亟待普及。这是计划经济时期我国医疗卫生事业取得一系列成就的体制背景。

第二，城市医疗卫生后来走出计划体制，是顺势而为。因为外部环境发生了重大变化：整体社会经济走向市场体制，居民收入水平显著提高且差距拉大，慢性、非传染性疾病在居民患病结构中占比迅速上升，医疗卫生人员素质普遍提高。这些变化不可逆转，医疗卫生计划体制不再与外部环境相适应，转型势在必行。

第三，城市医疗卫生改革是渐进式的，新老体制各要素相互冲突，不可避免出现许多问题。但是，外部环境已经变化，医疗卫生体制局部回归计划体制，不会达到预期效果。深化医改，应该顺势而为，摒弃依然存在的传统体制要素，使新体制内部要素协调互补，并和整个社会经济环境相适应。

本文余下部分安排如下：第一部分根据医疗卫生体制要解决的一系列问题，梳理相关学术文献，建立综合性的理论分析框架；第二部分概括我国城市医疗卫生计划体制的一系列要素特征，阐明要素互补关系；第三部分分析外部环境变化如何影响医疗卫生体制的变迁；第四部分讨论城市医疗卫生体制改革中遇到的种种问题，包括局部市场化、局部回归计划体制等；最后是总结。

## 一、理论框架

### （一）医疗卫生体制要解决什么问题

分析医疗卫生体制，逻辑起点是它要解决的问题。从医疗卫生服务的性质出发，

主要有四个方面：医疗卫生服务供给具有典型的多任务性质，医疗保障制度需要在效率与风险分担之间权衡，医疗卫生服务中存在“任务冲突”，医疗卫生服务的正外部性。下面分别阐述。

医疗卫生服务供给具有典型的多任务性质。其一，要激励医生努力工作。但是，上级机构无法直接观察到医生的努力程度，只能借助一些不完全的信号（指标）推断医生行为，如诊疗人次、业务收入、诊疗效果等。医生有可能偷懒、推诿病人。其二，患者缺乏专业知识，需要医生代为选择有效且便宜的诊疗方案。但是医生可能出于个人（机构）收入的考量而诱导患者过度诊疗。卫生经济学著名的“供给诱导需求”假说就是这个意思。其三，若允许多点执业，医生如何在不同医疗机构间分配精力难以观察。其四，医生需要终身学习。但是从付出努力到显著提高医术，是长期的过程，往往要过若干年才显现效果。<sup>①</sup> 激励方案要在这些任务之间平衡，不能顾此失彼。比如，将医生收入直接和诊疗人次或费用挂钩，实施高强度激励，可能刺激“供给诱导需求”；固定工资可以缓和“供给诱导需求”，但又会显著抑制医生的积极性。

医疗保障制度需要在效率与风险分担之间权衡。从医疗服务的需求方看，患病有不确定性，部分疾病还可能给个人甚至家庭造成毁灭性打击。因此医疗需求不能仅由个人偏好和收入决定，必须在社会成员间进行互助共济以分散风险，相应的制度安排或为医保或为救助。然而，医疗资源又是稀缺的，患者道德风险问题不容忽视，过度保障即过度的风险分担，往往导致对医疗资源的滥用。医疗保障制度需要在二者之间权衡。而且，需方和供方的多重任务同样需要平衡：患者道德风险和医生道德风险往往交织在一起，共同推高医疗费用。

医疗卫生服务中存在“任务冲突”。普通医疗服务和公共卫生服务两项任务的绩效可能是彼此抵消的。例如疾病防治，成功预防意味着减少治疗，不利于积累治疗经验，也可能影响医疗业务收入。此外，政府同时举办医疗卫生机构与监管医疗卫生机构，两个任务潜在地相互冲突，也就是通常所说的“运动员”与“裁判员”的角色冲突。

医疗卫生服务的正外部性。部分公共卫生服务具有公共产品的性质。普通医疗服务虽不是严格意义上的公共产品，也有很强的正外部性。如何消除这种外部性对效率的影响？

## （二）已有理论

关于医疗服务供给中多任务激励平衡问题，信息经济学的激励系统（incentive

<sup>①</sup> 任务一讨论既定医术水平下的认真、敬业程度，任务四讨论如何提高医术本身。

system) 理论<sup>①</sup>已经给出了一般性解答。该理论假设委托人有多个任务需要同一代理人完成, 其中一些较易观测, 另一些较难甚至不能观测, 因此面临代理人的多维道德风险。若用绩效考核指标激励较易观测的短期任务, 用产权激励较难观测的长期任务, 两种手段之间应可平衡。产权激励是强激励, 代理人拥有产权, 就应配合用强绩效考核激励短期任务; 代理人不拥有产权, 则应配合用弱绩效考核激励短期任务。换言之, 产权激励与(短期)绩效激励是互补的。委托人究竟应该选择强激励体系, 还是弱激励体系呢? 这取决于一系列外生参数, 包括社会经济体制、代理人风险偏好、考核指标方差、不同任务的相对重要性等。

不仅组织内部的激励方案具有互补性, 从更广阔的视角观察, 制度也是如此。新制度主义(New Institutionalism)<sup>②</sup>中的历史制度主义学派, 研究制度嵌入性(embeddedness),<sup>③</sup>强调制度的关联性特征。它考察特定制度安排如何“嵌入”更广泛的社会环境, 经典案例有对资本主义多样性的研究,<sup>④</sup>等等。

无论激励系统理论, 还是历史制度主义, 其背后都有着相同的数学结构, 即互补。从数学角度看, 多元函数中变量互补(complementarity)是指增加一个自变量的值, 其他自变量对函数值的边际效应会增大。若多元函数是连续函数, 互补即指该函数对自变量的交叉偏导数为正。讨论单个行为人最大化某多元收益函数时, 不同选择变量间的互补性, 或多个行为人博弈时, 策略互补如何出现, 已经有了成熟的理论, 即“互补理论”。<sup>⑤</sup>互补理论为我们以整体视野观察制度或组织, 提供了坚

① B. Holmstrom and P. Milgrom, “Multitask Principal-Agent Analysis: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design,” *Journal of Law, Economics & Organization*, vol. 7, Special Issue, 1991, pp. 24-52; B. Holmstrom and P. Milgrom, “The Firm as an Incentive System,” *The American Economic Review*, vol. 84, no. 4, 1994, pp. 972-991.

② 新制度主义有三个分支: 社会学制度主义、历史制度主义、理性选择制度主义, 参见 P. Hall and R. Taylor, “Political Science and the Three New Institutionalisms,” *Political Studies*, vol. 44, no. 5, 1996, pp. 936-957.

③ “嵌入性”本指非经济制度对经济活动的约束程度, 参见 K. Polanyi, “The Economy as Instituted Process,” in E. LeClair and H. Schneider, eds., *Economic Anthropology*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968, p. 126.

④ P. Hall and D. Soskice, eds., *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*, New York: Oxford University Press, 2001.

⑤ 更学术化的称谓是“超模函数优化理论和超模博弈理论”(The Theories of Optimization of Supermodular Functions and of Supermodular Games), 但是解释“超模”概念将使我们陷入一些繁琐的技术细节。本文取其核心含义, 使用了简化说法——“互补理论”。基本文献包括: D. Topkis, “Minimizing a Submodular Function on a Lattice,” *Operations Research*, vol. 26, no. 2, 1978, pp. 305-321; D. Topkis, “Equilibrium Points in Nonzero-Sum n-Person Submodular Games,” *Siam Journal of Control and Optimization*, vol. 17, no. 6, 1979, pp. 773-787; P. Milgrom and J. Roberts, “Rationalizability, Learning and

实的理论基础。制度由一系列要素 (elements) 构成, 这些要素可用连续变量或有序的离散变量<sup>①</sup>表示。若把制度绩效看成要素的函数, 同时受一些外生参数影响, 则最优制度安排可简化为绩效函数最大化的解; 或复杂一点, 多个行为人博弈的均衡解。从互补理论看制度, 有这样一些基本结论。<sup>②</sup> (1) 最优制度内部各要素不是随机出现的, 同一制度内各组成要素间互补, 即增强一种要素, 其他要素产生的边际收益也会提高。但不同制度的组成要素相互冲突, 仅仅采纳最优制度的某个要素特征, 不调整其他要素, 往往无法实现最优制度绩效, 甚至使绩效更差。(2) 最优制度安排由外部环境条件 (外生参数) 决定。当外部环境变化引起制度内某一要素的使用强度增加时, 与之互补的其他要素的边际效应会增加, 这些效应相互强化, 形成正反馈机制。也就是说, 制度内的要素最终会以协同方式变动。

与激励系统理论相似, “任务冲突”理论也研究多任务条件下的最优激励方案, 委托人需要将多项任务交给代理人。不同的是, 这些任务的绩效相互冲突, 即一项任务绩效是其他任务绩效的减函数。此时最优激励方案取决于任务冲突的程度。若冲突足够大, 应该将冲突的任务交给不同代理人承担。例如违法行为的“事前”防范和“事后”披露。违法行为发生了, 监管机构若揭露出来, 则表明事前防范措施失效, 因此由相同监管机构负责事前防范和事后披露可能会导致“任务冲突”。要避免监管机构“护短”, 最好把这两项任务分配给不同的机构。<sup>③</sup>

最后是公共财政理论及对外部性的研究。一般而言, 纯粹的私人产品领域, 市场机制可以充分发挥作用。然而, 政府似乎有理由干预公共产品、公益性私人产品的配置。由于非排他性和非竞争性, 完全依靠市场调节公共产品可能会供给不足。公益性私人产品有正外部性, 私人收益小于社会收益, 完全依靠市场化配置也有可能导致不公平或供给不足。传统观点认为, 政府介入公共产品或公益性私人产品配置, 就是建立公立机构直接生产, 这也是西方福利国家模式的理论基础。然而最近几十年, 公共财政理论发展及全球性公共管理变革的共同趋势, 是将公共产品及公

---

Equilibrium in Games with Strategic Complementarities,” *Econometrica*, vol. 58, no. 6, 1990, pp. 1255-1278; P. Milgrom and J. Roberts, “Comparing Equilibria,” *The American Economic Review*, vol. 84, no. 3, 1994, pp. 441-459; P. Milgrom and C. Shannon, “Monotone Comparative Statics,” *Econometrica*, vol. 62, no. 1, 1994, pp. 157-180.

① 例如有无某种特征, 可用离散变量 (0, 1) 表示。

② P. Milgrom and J. Roberts, “Complementarities and Systems: Understanding Japanese Economic Organization,” *Estudios Economicos*, vol. 9, no. 1, 1994, pp. 3-42.

③ A. W. A. Boot and A. V. Thakor, “Self-Interested Bank Regulation,” *The American Economic Review*, vol. 83, no. 2, 1993, pp. 206-212; M. Dewatripont and J. Tirole, *The Prudential Regulation of Banks*, Cambridge, MA: MIT Press, 1994.

益性私人产品的“提供”（筹资）和“生产”区分开，出现了以下现象。政府负责筹资，但不必直接生产，生产可以外包给私人企业或非营利组织，包括采取政府购买服务的方式。这种转型实践的理论基础自认为，民营机构生产公共产品更有效率，竞争会提高效率改进质量。而经验研究则表明，欧美各国政府 20 世纪 80 年代开始大规模外包公共产品生产环节，或直接将公共部门民营化，财政压力也是重要动因。<sup>①</sup>当然，不是所有的公共产品都适宜外包。政府直接生产还是购买，类似企业理论中“生产还是购买”（make or buy）的问题，只不过我们还需要考虑到政府特殊性、医疗卫生服务特点。例如，根据不完全合约理论，<sup>②</sup>可从剩余控制权角度分析；根据激励系统理论，可从多任务激励平衡角度分析。<sup>③</sup>

上文提到的互补理论、任务冲突理论、公共财政理论，国内已有一些应用研究。如运用激励系统理论分析历史上的商帮治理问题，<sup>④</sup>从历史制度主义视角分析中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续发展<sup>⑤</sup>等。但总体上看，运用互补理论研究中国问题，尤其是医疗卫生领域问题的文献很少，更多文献是从公共财政视角讨论医疗卫生领域的政府责任。比如，针对医改中政府责任缺失的批评，<sup>⑥</sup>新近研究讨论了 2009 年新医改以来医疗卫生领域的公共财政转型（确立“补需方”原则）。<sup>⑦</sup>个别文献同时从激励机制和财政负担两个维度，分析了我国医疗保障制度的演变，<sup>⑧</sup>但并未涉及多任务激励平衡与制度互补性。值得注意的是，还有研究从历史案例出发，讨论了重大传染病防治作为公共产品的“公共性程度”问题。<sup>⑨</sup>此外，国内已

- 
- ① 维托·坦齐、卢德格尔·舒克内希特：《20 世纪的公共支出》，胡家勇译，北京：商务印书馆，2005 年，第 77—87、218 页。
- ② S. Grossman and O. Hart, “The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration,” *Journal of Political Economy*, vol. 94, no. 4, 1986, pp. 691-719.
- ③ 激励系统理论既可以归入多维度道德风险条件下的激励理论，也可以视为企业理论之一，因为激励系统理论从产权与其他激励手段互补的角度解释了企业产权配置问题。
- ④ 蔡洪滨、周黎安、吴意云：《宗族制度、商人信仰与商帮治理：关于明清时期徽商与晋商的比较研究》，《管理世界》2008 年第 8 期。
- ⑤ 顾昕、方黎明：《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续发展分析》，《社会学研究》2004 年第 5 期。
- ⑥ 王绍光、何焕荣、乐园：《政策导向、汲取能力与卫生公平》，《中国社会科学》2005 年第 6 期。
- ⑦ 顾昕：《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》，《中国社会科学》2010 年第 2 期。
- ⑧ 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。
- ⑨ 重大传染病防治虽然是公共产品，但传染病影响范围有一个地理边界，边界不同，则中央政府与地方政府责任有别。这方面一个有启发意义的案例，参见曹树基：《国家与地方的公共卫生——以 1918 年山西肺鼠疫流行为中心》，《中国社会科学》2006 年第 1 期。

经有过对新医改前城镇医药卫生体制改革的整体研究,<sup>①</sup> 本文则将视野拓展到了1949年以来的整个时间段,并力图用统一的理论框架说明体制变迁的逻辑。

### (三) 理论框架整合

综上所述,医疗卫生服务有许多特殊之处,如信息不对称、正外部性等,都会影响其制度安排,已有理论往往侧重于分析其中一点。将医疗卫生体制作为完整系统看待,对诸多问题应该有系统的解决方案。只有综合分析,才能窥其全貌,全局性透视中国城市医疗卫生体制半个多世纪的演变过程,才能明晰其演变逻辑。本小节将以互补理论为基础,结合任务冲突理论与公共财政理论,构建综合性理论框架。

分析医疗卫生体制,需要区别三个层次的概念:医疗卫生体制,制度要素,要素特征。医疗卫生体制是由一系列制度要素组成的整体,这些要素可归为三大类。一是需方制度安排,即如何为医疗卫生筹资,具体包括管理体制、筹资制度、保障程度、就医权利等。二是供方(医疗卫生机构和医务人员)组织制度安排。即如何提供医疗服务,具体又分为两个层面:医疗卫生产业组织(医疗卫生体系分工、不同所有制机构的分布等)和医疗卫生机构内部(医生与医疗机构的关系等)。三是监管制度,具体包括监管体制、市场准入管制、价格管制等。各个要素呈现出的具体形式,就是要素特征。<sup>②</sup> 如需方要素之一的“保障程度”,可以有不同的特征:接近免费的公费医疗、部分自费的医疗保险制度、完全自费等(实际上是连续变量)。各个要素的特征汇总起来,就刻画了具体的医疗卫生体制。

影响医疗卫生体制的外部环境条件(外生参数),包括整体社会经济制度、人口特征和疾病谱、消费者个人(家庭)收入、技术状况(如全社会医疗卫生人员平均技术水平及其分布)。

特定医疗卫生体制内部各要素特征之间是什么关系,是随机组合还是内生决定?医疗卫生体制与外部环境条件又是什么关系?依据互补理论,本文提出三个基本观点。<sup>③</sup> 医疗卫生体制内部各要素特征不是随机出现的,彼此具有很强的互补性;医疗卫生体制要与外部环境相适应;不同类型医疗卫生体制的组成要素相互冲突。其详解如下。

医疗卫生体制内部各要素特征不是随机出现的,彼此具有很强的互补性。中国城市医疗卫生计划体制在长期运转中,形成了内部要素互补的均衡;医改所要建立

<sup>①</sup> 参见杜乐勋:《我国城镇医药卫生体制改革的回顾与展望》,《中国卫生经济》2006年第1期。

<sup>②</sup> 从数学上说,要素就是一个变量,要素特征则是这些变量的具体值。

<sup>③</sup> 按照互补理论,本质上就是两个理论要点:一是同一制度内部要素互补,不同制度要素相互替代(冲突);二是外部条件决定最优制度选择。为分析问题需要,我们将第一个要点一分为二。

的新体制也应该是内部要素互补的。本文第二部分将具体阐释城市医疗卫生计划体制要素的特征，以及其如何互补。

医疗卫生体制要与外部环境相适应。中国城市医疗卫生计划体制与当时的外部环境条件是适应的。改革开放以来，随着外部环境的变化，二者不再相互协调，体制变革不可避免。本文第三部分具体阐释外部环境变化如何引发体制变迁。

不同类型医疗卫生体制的组成要素相互冲突。新体制无法一蹴而就，体制内部要素互补性缺失，这是改革开放以来中国城市医疗卫生领域诸多问题的根源。一是传统体制的某些要素特征保留下来，并与新体制冲突。二是虽然传统体制某些要素特征改变了，但并未与新体制其他要素形成互补。因此，在改革推进到关键时刻，可能出现两种“改革”思路：或回归计划体制，恢复传统体制要素的互补关系；或继续改革，逐步完善内部要素互补的新体制。如何选择，取决于城市医疗卫生体制外部环境条件的变动趋势。本文第四部分具体阐释两种体制的冲突，以及两种“改革”思路。

互补理论相对抽象，在将其作为基本框架具体分析医疗卫生体制时，需要结合任务冲突理论与公共财政理论，解决两个理论难点。

第一，医疗卫生领域的多重任务中，也存在任务绩效相互冲突的情形。任务冲突理论经典文献通常外生设定了任务冲突的程度，并据此判断是否需要分设机构。但就本文研究的问题而言，“任务冲突”程度内生于特定的体制选择。例如，医疗卫生计划体制的弱激励，冲淡了预防对治疗的负面（财务）效应；相反，如果对医疗机构和医生实施强激励，预防对治疗的负面（财务）效应就会比较明显。又如，计划体制下所有医疗机构都是公立医疗机构，“管办合一”就不存在角色冲突问题；只有走出计划体制之后，出现民营医疗机构，“管办合一”导致的角色冲突问题才会比较明显。因此，机构分设还是统一，须与医疗卫生体制其他要素互补，任务冲突分析可统一于互补理论基本框架之中。

第二，医疗卫生体制外部环境对体制选择的作用机理。技术状况和消费者收入作为决定供求的基本因素，会影响体制选择，这并不难理解。然而疾病谱具体如何影响体制选择，对这个问题的解答却要借助公共财政理论。医疗卫生服务具有外部性，但外部性程度有别。比如，改善卫生条件、饮用水质，对突发重大传染病的控制等公共卫生服务，无差别地使公共人群受益，可视为纯公共产品。另一部分公共卫生服务，如注射疫苗，可减少其他人感染的风险，也有较高的正外部性，但不能算作纯公共产品，因为疫苗注射有排他性、也有竞争性。至于普通医疗服务，在使患者本人恢复健康的同时，也体现了“病有所医”的人类价值观，可算作公益性私人产品，有一定正外部性，但外部性相对较弱。由此可知，疾病谱的分布特征决定了医疗卫生服务整体上外部性的程度，进而影响医疗卫生体制选择。比如，当各种传染病是居民健康的主要威胁时，其他条件不变，政府会更倾向于直接提供医疗卫生服务，建立公有的医疗卫生机构。当慢性、非传染性疾病占主导时，政府介入医疗卫生的程度会相对减



弱；或者转变介入方式，比如从直接提供转到政府购买服务。

图 1 是本文综合理论框架的一个直观表达。

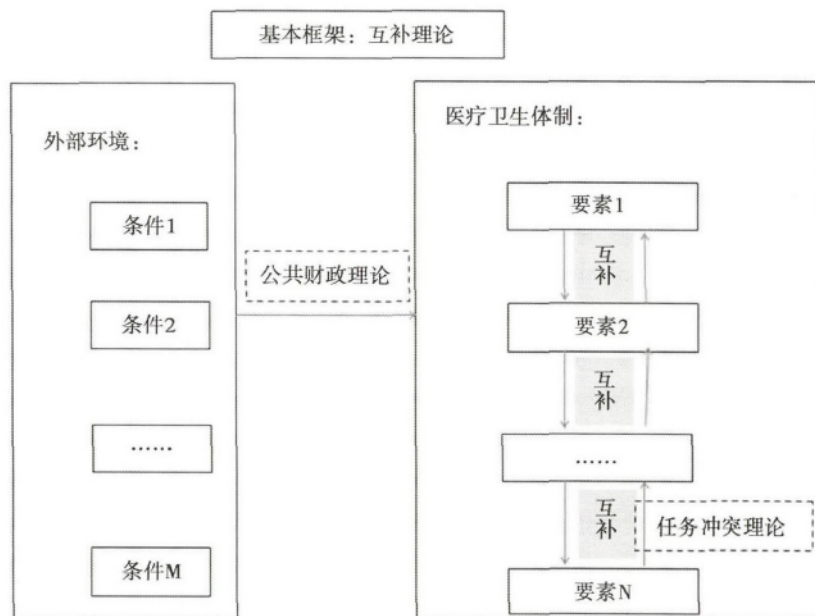


图 1 综合的理论框架

注：“基本框架：互补理论”的方框为实线，表示图中箭头关系（外部环境对体制、体制内部要素互补）基本可由该理论解释。“公共财政理论”、“任务冲突理论”的方框为虚线，表示解释某些外部环境条件影响体制内部要素的具体机制或解释某些要素互补时，需要结合该理论。

## 二、计划体制要素互补

本文理论框架的第一个基本观点是：均衡的医疗卫生体制，其内部各要素特征并非随机出现，彼此具有很强的互补性。中国城市医疗卫生计划体制在长期运转中，形成了内部要素互补的均衡。本节将从三方面具体阐述这些要素的特征及其如何互补。一是需方制度安排，即如何为医疗卫生筹资；二是供方制度安排，即如何提供医疗服务；三是监管体制安排。不仅需求、供给、监管各自内部要素互补，三者之间也是互补的。

表 1 给出了我国城市医疗卫生计划体制的关键要素特征和外部环境条件。

表 1 城市医疗卫生计划体制

	要素/外部环境	要素/外部环境特征
需求 (筹资)	管理体制	公费医疗、劳保医疗、病人欠费基金，各单位自成系统
	筹资方式	财政主导
	保障程度	接近免费
	就医权利	患者无选择权，按居住地域或工作单位确定首诊基层医疗卫生机构，逐级转诊

续表 1

	要素/外部环境	要素/外部环境特征
供给	医疗卫生体系	横向分割（地方、国企等自成系统），纵向等级化（三级医疗卫生体系）
	医疗机构与公共卫生机构的关系	基层医疗卫生机构一体化，医院与专业公共卫生机构分设
	医疗卫生机构所有制	公有制
	补偿机制	直接财政投入为主、药品收入为辅
	医生与医疗机构的关系	医生是医疗机构的“铁饭碗”职工（干部）
	绩效激励	弱（平均主义大锅饭）
	是否限制医师兼职	是
	是否有行政（技术）等级	是（职称制度）
监管	监管体制	管办合一、条块分割
	价格形成	压低医疗服务价格，药品加成定价
	市场准入	计划控制
外部环境	整体社会经济制度	计划体制
	疾病谱、人口特征	传染病、地方病、寄生虫病、感染性疾病为主要威胁；预期寿命低，人口结构年轻化
	医疗卫生技术	亟待普及
	居民收入	水平低、差距小

### （一）需求

如前所述，医疗保障制度要在效率与风险分担之间权衡。我国计划体制时期城市医疗保障制度，选择了风险分担为主的做法，即免费医疗。当时城市医疗保障主要是公费医疗和劳保医疗。公费医疗面向机关事业单位工作人员（含退休人员）和大专院校学生。劳动保险则是综合险，涉及医疗、工伤、生育、养老等内容，实施范围包括各类国营企业。此外，财政还直接拨款给公立医院，设立病人欠费基金，面向无保障、无支付能力的患者。

公费医疗和劳保医疗可看作近乎免费。门诊住院所需的诊疗、手术、住院费用都由单位负担。药费方面，机关比企业待遇更好一点，只要是经医师处方的，均由机关医药费拨付；企业一般只管普通药品，贵重药品费用个人负担。当然也有救济措施，住院膳费、就医路费、企业职工贵重药费虽是个人负担，实有困难，机关（行政费）或企业（劳保基金）可酌情补助。此外，职工供养的直系亲属，在本企业医疗院所、外部定点医疗机构诊疗，手术和普通药费企业负担一半。

但是效率问题无法回避，计划体制发展出一系列的制度安排与免费医疗互补（详见表 1）。仅就需方而言，这些制度安排包括：限制就医选择权、财政主导筹资、医疗保障制度条块分割等。

因待遇近乎免费，政府（及国营企业）就有理由限制患者选择权，二者是互补的。否则，免费的患者完全自主选择医，滥用医疗资源现象不可避免。限制患者就医权利的具体表现，一是享受劳保医疗的职工患病或（非因工）负伤，应否住院（或转院医治）完全由医院决定，二是严格执行分级诊疗。要求患者首先在本地（本企业）医疗机构就诊，如有需要再逐级转诊。例如，政策规定，凡享受公费医疗的国家工作人员，因病需转院治疗时，应该先转到当地高一级的医疗机构，一般不应转到外地；因病必须转到外地治疗时，凡在本省范围内转地治疗的，应由指定的医疗机构出具证明，并须经当地卫生部门批准；凡转到外省治疗的，须经本省卫生厅（局）批准，并事先与转往的医院联系妥当，取得同意后方能介绍转院治疗；没有经联系同意的，不让病人直接前往。<sup>①</sup>除了上述行政强制，也有经济上的激励。企业职工患病和非因工负伤，在指定的医院或本单位附设的医院治疗，挂号和出诊费均由职工个人负担；但在本单位附设的医务室、保健室看病，一般可以不收挂号费。

与免费医疗配套的，是财政主导筹资。各级政府将公费医疗经费列入财政预算，由本级卫生行政部门掌握使用，专款专用，不得平均分发。<sup>②</sup>劳保医疗方面，1951年出台的《劳动保险条例》，规定劳动保险各项费用全部由企业行政方面或资方负担；随着社会主义改造完成，实行劳动保险的企业以国营企业为主，由于国营企业统收统支，资金的最终来源实质上还是财政。

免费医疗下，财政投入医疗保障的方式也就有讲究。当时并没有用财政资金建立全社会统一的医疗保障制度，而是各单位自成系统、条块分割。不仅有公费医疗、劳保医疗之别，同一个城市市级机关、区级机关工作人员也属于不同的医疗保障系统。按政策要求，各级政府都要组织公费医疗预防实施管理委员会，由多个政府部门的人员共同组成，卫生部门的代表为主任委员。国营企业的医疗保障也自成系统。虽然中华全国总工会是全国劳动保险事业的最高领导机关，统筹全国劳动保险事业，但中华全国总工会和各地方工会能够调剂的其实只是劳动保险基金，而医药费用一般并不从劳动保险基金中支出，各企业相对独立。

免费医疗、财政主导筹资、医疗保障制度条块分割，三者也是互补的。财政主导筹资，如果建立大一统的医疗保障制度，医疗待遇又是近乎免费，会导致资源过度滥用。缩小保障单位等于缩小“大锅饭”范围，强化了单位内成员之间的相互影响和相互监督水平，有助于控制费用。但是，这样条块分割、低统筹层次的医疗保障制度，看起来不符合保险的大数原则。财政主导筹资则一定程度上弥补了这一缺陷。各级财政作为最后兜底者，将本级政府机关、本级国营企业统筹起来，实际上

① 《国务院批转卫生部、财政部关于享受公费医疗的国家工作人员到外地就医路费问题的报告的通知》（1964）。

② 《国家工作人员公费医疗预防实施办法》（1952年政务院颁布）。

形成了一个大盘子，起到分散风险的作用。不过与现代保险制度不同，计划体制下医疗风险的分散不是发生在医疗保障制度内部，而是通过各级财政实现的。然而，这样一种制度安排又带来了更深层次的问题。了解计划经济体制的学者一般都熟悉“预算软约束”概念，财政兜底会不会最终导致各级医疗机构和患者过度使用医疗资源？这就取决于供方的制度安排了。

## （二）供给：政府与医疗卫生产业组织

中国计划体制时期主要是政府办医院。如前所述，当时医疗保障制度是横向分割、各单位自成系统的，医疗卫生机构也是如此。各级政府办医院，形成部级、省级、地市级、区县级医院；各级政府的不同部门办医院，有卫生的、教育的、民政的、司法的、军队的；各级政府下属国营企业办医院，形成企业医院。不仅条块分割，各单位都自成系统。同一个系统内部，医疗卫生服务供需双方却是一体化的，有相同的主管部门。如前所述，在小范围内（企业内部或各级政府机关内部）实行医疗服务提供与医疗保障一体化，降低了“大锅饭”范围，有助于控制医疗费用。

政府办医院，包括各级政府直接财政投入或国营企业自建，加上社会主义改造，医疗卫生服务体系自然变成公有制为主体。20世纪80年代初期，我国县级及县以上医疗卫生机构均为全民所有制；城市街道基层卫生机构中，集体所有制占80%，全民所有制占20%。<sup>①</sup> 城市地区个体开业医生很少，可忽略不计。医疗机构财政补偿政策尽管时有变化，但有两项逐渐固定下来：财政发放医务人员工资，业务收入结余不可用于人员薪酬。<sup>②</sup> 由于财政困难，药品收入就成为第二补偿渠道。自1954年开始，我国对公立医疗机构用药实行顺加15%的差价率作价政策。补偿机制以药品收入为辅，也固化了医药不分的体制。<sup>③</sup>

医疗卫生体系行政等级化。医疗卫生机构不仅有行政级别，而且业务上逐渐形成了城市三级医疗卫生网。其特征一是双向转诊，二是自上而下逐级业务指导，提

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，第44页。

② 计划经济时期，也没有严格执行医院收支两条线政策。20世纪50年代医疗机构财政补偿政策数变，期间短暂实行过“统收统支”。1960年，卫生部、财政部联合发布《关于医院工作人员的工资全部由国家预算开支的联合通知》，此后近20年，医疗机构财政补偿政策固定为“全额管理，定项补助，预算包干”，即财政拨款解决医院工作人员的基本工资、占工资总额1%的福利费、2%的工会会费，其他由医院收费解决。

③ 也有研究者认为，“医药不分”源于医疗服务与药品销售的“范围经济”，医疗机构售药有助于确保药品质量、明确医疗事故责任，但这无法解释为什么在发达市场经济国家普遍都实现“医药分开”。

高技术水平。20世纪80年代，一部政府出版物这样描述计划经济时期的城市三级医疗卫生网：“（1）街道卫生院和工厂保健站为初级。该级医疗卫生单位承担地段内居民群众、厂内职工及家属的初级保健任务，以地段医疗预防工作为主要形式。遇到疑难急重病人时，可以要求上级医院采取多种形式协助诊疗，或派人会诊，或转院诊疗。（2）区级综合医院、专科防治所、保健所、企业职工医院为二级。该级医疗卫生单位主要协助基层医疗单位解决医疗预防中的难题，再转请上一级医院协助解决。区级医院在城市三级医疗网中是承上启下的纽带，起着重要的作用。（3）省市级综合医院、教学医院和各企业的中心医院为三级。省市级医院面向全省或全市，其主要任务是，集中精力处理疑难急重病人，全面搞好医疗、教学、科研工作。在三级医疗网中，省市级医院的主要职责，一是协助下级医院诊治疑难急重病人，或接受住院治疗，或下到基层医院进行会诊和实行手术；二是帮助下级医院的医务人员提高技术水平，或接收进修，或派专家、骨干下去开展培训。”<sup>①</sup>

等级化医疗卫生体系适应了免费医疗的逐级转诊要求，而医疗保障制度对就医权利的限制反过来也强化了等级化体系。基层医疗卫生机构处于等级最低端，必然导致其医务人员平均技术能力低于上级医疗机构，也最缺乏社会资源。<sup>②</sup> 因为能力更强、更有社会资源的医务人员，都会尽力流动到上一级医疗机构，支配更多资源、提高医术。这样要控制医疗费用，维持体系运转，必须限制患者自由择医的权利。否则，最底端的基层医疗卫生机构必然不受信任，患者会倾向于去等级体系顶端的三级医疗机构，除非受到经济能力或地理距离等自然因素的限制。

医疗卫生体系等级化与公有制即直接财政投入为主的补偿机制也是互补的。当时双向转诊、自上而下逐级指导业务，均具行政命令色彩，要求医疗卫生机构不以追求业务收入为目标，公有制概有助于此。<sup>③</sup> 反过来，公有制也内在要求等级化体系。传统公有制，虽然资源名义上属全民所有，但缺乏具体化的实际所有者。若没有有效的制衡机制，资源就会被过度使用。经济学著名的“公地悲剧”说的就是这种情形。

等级化的医疗卫生服务体系还有一个特点：医院和专业公共卫生机构分设；而基层医疗机构和基层公共卫生机构则为一体化模式，即“地段医疗制度”。医院也有防疫科，但政府单设妇幼保健院（所、站）、专科疾病防治院、防疫站等专业公共卫生机构，主要负责专项公共卫生任务。城市基层医疗卫生机构，包括街道卫生院、

① 黄树则、林士笑主编：《当代中国的卫生事业》（下），北京：中国社会科学出版社，1986年，第31页。

② 我们不否认有个别技术能力很强的医务人员扎根基层，但毕竟是少数。

③ 计划体制内生要求公有制，不仅医疗卫生行业如此，也适用于整个社会经济领域。（参见林毅夫、蔡昉、李周：《中国的奇迹：发展战略与经济改革》，上海：上海三联书店、上海人民出版社，1999年，第2章）

卫生所、医务室等，则不仅承担地段内的疾病治疗任务，同时承担该地段基层公共卫生职能。这样的设计与公有制等级化的医疗卫生体系相一致。普通医疗服务和公共卫生服务有着潜在的“任务冲突”。例如疾病防治，成功预防意味着减少治疗，不利于积累治疗经验，也可能影响医疗业务收入。根据“任务冲突”理论，普通医疗服务机构和公共卫生机构是否分设，取决于任务冲突的程度。医疗卫生体系是等级化的，基层技术水平提高受到多种限制，积累病例经验、提高医务水平对大医院医生才更有意义，因此技术方面，基层的任务冲突程度小于大医院。而在公有制财政直接补偿供方条件下，医疗机构及其医生不以业务收入为目标，也冲淡了预防对治疗的负面财务效应。

### （三）供给：医疗机构内部激励机制

激励系统理论预测，多任务环境可能出现弱激励系统或强激励系统。发达国家和地区常见的模式是医疗服务强激励系统，医生独立开诊所，与医院形成合约关系；医生收支自主，绩效激励强；医生可与多个医院签约，“多点执业”。我国城市医疗卫生计划体制则为弱激励系统，医生普遍是公立机构职工，弱绩效激励（平均主义“大锅饭”）不允许兼职。此外，机构内医生有严格的职称等级。

医生普遍是公立机构职工、弱绩效激励、不允许兼职、医师技术等级制这四个特征是互补的。医生没有医疗机构剩余索取权，管理层就无法激励其关注那些很难观测的任务，为患者制订符合成本效益比的诊疗方案；因此也不能用收入分配差距激励医生追逐那些相对容易观测的绩效指标，如诊疗人次、诊疗收入等，否则必将促使医生过度关注这些短期目标，无视长期目标。不允许兼职也可看作弱激励模式的特征。允许兼职、多点执业，一定是有水平的医生兼职多、收入高，没水平的兼职少、收入低，收入差距就拉开了；而且，编制内医生面对弱绩效激励，必然仅在本单位付出最低努力水平，而将大量精力用于兼职。另外，若医生个体开业，产权、诊疗收入都会自动激励医生提高医术；公立医疗机构将医生聚集在“单位”，绩效激励又很弱，如何引导医生提高医术呢？职称等级制度解决了这个难题。职称意味着收入和地位差异。不过，由于弱绩效激励，职称造成的工资差异并不大。

医疗机构内部激励机制与医疗卫生产业组织特征也互补。第一，等级化的医疗卫生体系要求医生只能集中在医疗机构，成为内部职工。否则，独立开业医生凭医术获得客户赚取收入、优胜劣汰，会迅速冲垮等级化体系。第二，公有制防止资源耗散的逻辑，不仅适用于医疗卫生体系设计，也适用于医疗机构内部。内部行政等级、职称等级都可缓解“公地悲剧”。第三，医疗机构补偿机制与弱绩效激励互补。由于弱绩效激励，医生无法拉开收入差距，工作积极性受到抑制，此时主要靠业务弥补资本投入、日常运营并不现实，因此财政投入是最重要的补偿机制。当财政投

入不完全充足，计划价格就开了口子，使医疗机构凭药品销售可获得一定的利润。这可能与弱绩效激励冲突。但计划体制时期，允许药品收入补偿是现实可行的次优选择，可谓“两弊相权取其轻”。例如，诊费体现了医生技术水平，提高诊费就是允许按医术差别化收费，必然冲击内部分配制度。不如将收入补偿归结到药品上，并形成一种氛围：医疗技术不赚钱，赚钱的是药品。而且，当时直接财政投入仍然是重要的收入来源，也减弱了“药品创收”激励。

#### (四) 监管

计划体制时期，医疗卫生、医疗保障体系横向分割，各单位自成系统；与此相适应，医疗卫生监管体制也呈现为横向分割、各单位自成系统，即“管办合一”。政府既举办医疗机构又监管医疗机构，是宽泛意义上的“管办合一”。更具体地说，当时卫生部门既监管医疗行业，又主办公立医疗机构，同时负责管理公费医疗，这是“管办合一”。而民政、司法等行政部门以及军队和国营企业，也同时主办系统内的公立医疗机构，并监管自己主办的医疗机构，这也是“管办合一”。

“管办合一”可能导致“任务冲突”，但冲突程度却与医疗卫生体制相关。若个人或民营组织拥有部分医疗机构，政府举办部分医疗机构且是监管者，则政府兼有“裁判员”和“运动员”角色，“任务冲突”程度会比较大，难以实现对医疗行业的公平监管。但如果所有医疗机构都是政府举办的公有机构，“任务冲突”程度会极大降低，“管办合一”一般并不会导致对特定机构的歧视。因此“管办合一”还是“管办分开”，并非绝对，而是要与特定的医疗卫生体制要素互补。

在具体监管方式方面，城市医疗卫生计划体制的特征，一是计划控制市场准入，二是行政定价。当时一切基建投资必须通过国家计划。控制市场准入意味着现有医疗机构获得垄断地位，如果允许自由定价，则形成的垄断价格必然高于平均成本。医疗机构获得垄断利润，这是当时政府不愿看到的。通过行政计划确定医疗服务和药品价格，而不是由市场供求决定，也就顺理成章了。前文已提到，计划定价的主要特征是压低医疗服务价格，允许医疗机构凭借药品销售获得一定利润。诊费（挂号费）、手术费等体现了医生技术水平，但按边际成本定价，并不像国外那样包含医学教育成本，因此可以定得非常低。确定药品利润的主要方式则是成本加成，即前文所述的15%加价率。

城市医疗卫生计划体制内部要素互补，形成了复杂网络，牵涉要素之多、互补性联系程度之丰富，超过本节描述。不过，已经列出的这些联系就足以告诉我们，应整体看待城市医疗卫生计划体制。不同维度上的要素特征并非随意选择，而是有很强的内在互补性。计划体制时期的“管办不分”、医药不分等现象，在此框架内可以得到逻辑一致的解释。然而，特定的医疗卫生体制是如何被特定社会所选择的，又为什么会发生制度变迁？

### 三、环境变迁引发医疗改革

信息不对称使得任何均衡的制度安排都是次优的，缺陷不可避免，制度选择只能“两弊相权取其轻”。城市医疗卫生计划体制有下列缺陷：（1）免费医疗浪费资源，制度要素互补可以缓解但没有消除浪费。（2）虽然家庭收入差异对医疗服务利用差异的影响减少了，却产生了其他形式的不平等。例如，身份、行政级别引起医疗服务利用的不平等。（3）医疗卫生人员缺乏积极性，干多干少一个样。这些缺陷程度高低、是不是属于可容忍范围，可否通过小的修补维持制度运行，取决于外部环境。

本文理论框架的第二个基本观点是，均衡的医疗卫生体制与外部环境条件相适应，外部环境条件主要包括整体社会经济制度、疾病谱、居民收入、卫生技术四个方面。中国城市医疗卫生计划体制与当时的外部环境条件是适应的，但改革开放以来，随着外部环境的变化，二者不再相互协调，体制变革不可避免。

#### （一）整体社会经济制度

20世纪50年代社会主义改造完成以后，全社会普遍实行了计划体制和公有制，医疗卫生领域自然也不例外。城市医疗卫生体制“嵌入”整体社会经济制度，重要渠道是财政供养能力和供养方式。全社会计划体制和公有制赋予政府强大的财政汲取能力，可以主导城市医疗卫生筹资；还可以将大部分城市医疗卫生机构作为事业单位供养。而且，教育筹资基本由财政负担。医生是医疗卫生行业最重要的生产要素，国外医疗服务价格高昂，重要原因是医生自费接受医学教育，个人投资成本很高，需要弥补。我国计划体制时期，个人免费接受医学教育，使得压低医疗服务价格及医疗机构采取弱激励具备了条件。

1979年以来，由于市场化改革，城市医疗卫生逐步脱离计划体制，这是自然的趋势。相比计划体制时期，政府财政汲取能力下降，难以继续大面积供养医疗机构，公费医疗制度也不堪重负。国有企业拨改贷切断了企业医院的财政补偿渠道，国企产权改革、主辅分离改革更将企业医院进一步推向市场。1979—2003年，医改可以说是政府迫于财政压力不断减负的过程。最近10年，政府（尤其是中央政府）财力有较大幅度回升，这是医疗卫生领域局部回归计划体制的财政基础。<sup>①</sup>此外，改革开放之后，医学教育筹资也更多依靠个人自费了。

#### （二）疾病谱

疾病谱是指将疾病按其患病率的高低而排列的顺序。疾病谱可以用来描述一个

<sup>①</sup> 但其可持续性仍充满疑问，参见下节。



国家或特定地区人群的患病状况，分析疾病的流行特点和某些因素与疾病的关系，以获得居民的患病规律，为采取综合防病措施提供依据。<sup>①</sup>如第一节所述，疾病谱影响医疗卫生体制选择的机制是，疾病谱影响特定社会医疗卫生服务整体上的外部性程度，进而影响政府干预医疗卫生的程度。

1949年前后，我国居民预期寿命只有35岁，不存在老龄化问题；威胁居民生命健康的最主要疾病是急慢性传染病以及寄生虫病和地方病。“据解放初期调查，仅黑热病患者全国就有53万人，结核病更是广泛流行，其他如天花、伤寒、疟疾、鼠疫、血吸虫病、麻风、性病、钩虫病、沙眼、产褥热、新生儿破伤风等传染病、寄生虫病和其他地方病也都为害严重。”<sup>②</sup>统计数据也显示，1955—1980年，我国甲乙类法定报告传染病发病率均在2000/10万以上（见表2）。控制传染病、提高公共卫生绩效是当时压倒性的任务，“预防为主”成为新中国卫生工作四大方针之一。但当时，医疗卫生服务供给并不适应这样的需求状况。1949年，全国卫生机构只有3670个，主要是各类医院（2600所）和门诊部（769个）；公共卫生机构很少，仅有11所专科疾病防治院（所、站）和9所妇幼保健院（所、站），没有综合的疾病防控机构（防疫站）。<sup>③</sup>

急慢性传染病、寄生虫病和地方病高发，使得医疗卫生服务整体上具有很强的正外部性。此时，财政大规模投入，推行免费医疗，建立基层防治合一、公有、等级化的医疗卫生体系，并以行政手段快速动员，更容易出效果。计划经济时期我国改善公共卫生、控制流行疾病、保护母婴健康，成就世界瞩目，并非偶然。

20世纪80年代起，人口老龄化逐渐成为社会必须面对的重大问题。伴随经济发展和老龄化的是疾病谱转型，慢性、非传染性疾病成为威胁城乡居民生命健康的主要疾病。如表2所示，1980年以来，我国甲乙类法定报告传染病发病率持续下降。1985年为874.82/10万，2000年已不足200/10万，近年虽有反复，但仍维持较低水平。而且，政府对城市居民主要死因的顺位抽样调查显示，从20世纪50年代到80年代初，前3位死因由呼吸系统疾病、传染病和消化系统疾病转变为脑血管病、心脏病和恶性肿瘤。<sup>④</sup>

① 参见王翔朴、王营通、李珏声主编：《卫生学大辞典》，青岛：青岛出版社，2000年，第351页。

② 黄树则、林士笑主编：《当代中国的卫生事业》（下），第1页。

③ 国家卫生和计划生育委员会编：《2013中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社，表1—1—1，2—2—1，3—1—1。

④ 《中国卫生年鉴》编辑委员会编：《中国卫生年鉴（1983）》，北京：人民卫生出版社，1983年，第67页。

表 2 我国甲乙类法定报告传染病发病率、死亡率 (1955—2014 年)

年 份	发病率 (1/10 万)	死亡率 (1/10 万)	年 份	发病率 (1/10 万)	死亡率 (1/10 万)
1955	2139.69	18.43	1990	297.24	1.17
1960	2448.35	7.47	1995	176.37	0.34
1965	3501.36	18.71	2000	192.59	0.36
1970	7061.86	7.73	2005	268.31	0.76
1975	5070.27	7.40	2010	238.69	1.07
1980	2079.79	3.76	2014	226.98	1.19
1985	874.82	2.41			

资料来源：国家卫生和计划生育委员会编：《2015 中国卫生和计划生育统计年鉴》，表 10—1—3。

疾病谱转型，慢性、非传染性疾病成为主要疾病，医疗卫生服务整体上的外部性就减弱了。这并不是说政府在医疗卫生领域的责任完全消失。公共财政理论的启示是，政府不必直接投资建立医疗机构、不需要建立行政等级化的医疗卫生体系了，更不必以行政手段动员资源；政府承担一定的筹资责任，并通过医疗保险（救助）制度购买服务即可。

当然，人口特征和疾病谱转型过程缓慢，甚至会有反复。2003 年 SARS 流行，导致“公共卫生危机”，此后城市医疗卫生领域局部回归了计划体制。

### （三）居民收入

计划体制时期，人民只是享有低水平的医疗保障。当时收入水平普遍较低，改善公共卫生和营养条件，就能满足基本医疗卫生需求。普遍低下和平均化的收入，也使得居民易于接受分级诊疗制度，不服从就无法享受免费医疗，只能完全自费，普通家庭难以承担。客观地讲，当时的分级诊疗格局是居民收入低下的自然结果，并非转诊制度设计的结果。此外，国家资源匮乏，免费医疗虽有浪费，程度还是可控的。

随着收入水平逐步提高，收入差距拉大，居民越来越关注医疗技术水平和医疗服务质量，医疗卫生需求也日益呈现出明显的多样化和个性化特征。单一的计划体制已经不能满足这些需求。例如，现在不少地方试图利用差别化医保报销比例，实现强制基层首诊，促进分级诊疗，但收效甚微。社区卫生服务机构很大程度上沦为开转诊单的地方，反而增加了居民就医成本；更富裕的城市居民，干脆直接绕开基层，自费去三甲医院。根本原因就在于收入水平显著提高后，居民更重视医疗技术水平。不提高基层医疗技术水平，仅仅沿袭计划经济时期的转诊制度已经不再有效。

### （四）卫生技术

1949 年，全国卫生技术人员总数仅 505040 人（中西医师、士 363400 人），其中城市 176764 人（中西医师、士 65980 人）；按每千人口计算，城市卫生技术人员

仅 1.87 人。<sup>①</sup> 不但人员少，受过正规教育者更少。据 1949 年统计，解放前 60 余年中，全国医学院校仅培养出 2 万名西医、300 名牙医、2000 名药剂师、1 万名助产士。<sup>②</sup>

面对这样参差不齐的医疗卫生人员技术水平，政府建立等级化的医疗卫生服务体系是顺势而为。而且当时的重要任务是技术普及，迅速、大范围地提高医疗卫生人员技术水平。但是，技术普及有正外部性，与短期个人收入难以直接联系起来。利用等级化体系，自上而下逐级业务指导，能很快提高各基层医疗卫生机构的基本技术水平和护理质量。同时，将医务人员从分散的诊所集中到公立医疗机构，实行技术等级制度，也有助于迅速提高和普及技术。

20 世纪 80 年代以来，医学教育普及了，平均技术水平提高了，再借助行政等级化体系、职称制度推广医疗卫生技术，必要性就不那么明显了；不仅如此，其弊端也更多显露出来。本来，等级化医疗卫生体系、事业编制身份、职称制度是适应当时医生水平参差不齐、优质医生不足的状态建立的。但制度一旦形成，又反过来固化了医生水平参差不齐、优质医生不足的状态。因为在“金字塔”式体系中，正式体制设计的、处于顶端的医生群体总只是少部分人。这样一来，虽然高等医学教育已经为培养整齐划一、高水平的医生群体奠定了基础，患者对优质医疗资源的需求也越来越高，计划体制下对高水平医生的需求却始终处于供给不足状态。

综上所述，建立城市医疗卫生计划体制，与当时外部环境是协调的，有历史合理性。但是，改革开放以来，整体社会经济制度市场化、人口特征与疾病谱转变、居民收入水平提高且差距扩大、医疗技术进步等，共同决定了我国城市医疗卫生必然走出计划体制。当然，这个过程可能会有一些反复。突发公共卫生事件、政府财政供养能力增强，短期内都会使得城市医疗卫生局部地回归计划体制。

#### 四、改革艰难源于体制冲突

本文理论框架的第三个基本观点是，不同类型医疗卫生体制的组成要素相互冲突，仅仅采纳绩优制度模式的某个方面，忽视其他互补的要素，难以取得预期效果；但现实中，制度变迁常常是渐进性的，无法一步到位，于是其间会出现许多问题，成为渐进式改革难以避免的成本。由此就容易理解，体制内部要素互补性缺失，这是改革开放以来中国城市医疗卫生领域面临诸多问题的根源。本节将具体阐释 1979 年后中国城市医疗卫生体制的演变，重点不是具体历程或分期，而是改革中先后出现的两种倾向：市场化改革与回归计划体制。

<sup>①</sup> 《中国卫生年鉴（1983）》，第 54 页。

<sup>②</sup> 转引自黄树则、林士笑主编：《当代中国的卫生事业》（下），第 2 页。

### （一）局部市场化

1979—2003年，城市医疗卫生体制改革趋势为市场化。该趋势受到的批评主要有四条：（1）缺乏公平；（2）公共卫生绩效差；（3）过度医疗；（4）很多民营医疗机构行为不规范。<sup>①</sup> 本文按照以上逻辑推理，认为问题的根源不在市场化改革本身，而是新体制无法一夜之间建立，体制内部要素互补性缺失。具体来看又有两种情况。一是传统体制的某些要素保留下来，并与新体制冲突；二是虽然传统体制要素特征改变了，但并未与新体制其他要素形成互补。

1979年以后，政府开始减少对医疗机构的直接补助，要求加强经济管理、搞活医院，<sup>②</sup> 这一思路主导了此后很长时间的供方改革。供方市场化改革主要有以下内容。一是改革医疗机构补偿机制。国家对医院的补助经费，除大修理、大型设备购置外，实行定额包干。实际上，公立医院搞基建、购置大型设备，基本也依靠自筹资金。扩大公立医疗卫生机构经营自主权，包括搞承包制。“以药补医”从此成为医疗机构补偿的主渠道。二是鼓励在职医务人员到基层医疗卫生机构兼职、当技术顾问等。<sup>③</sup> 三是放松了非公立医疗机构审批，大量民营诊所、门诊部、小医院获准设立。这些非公立机构的名称显示其规模很小，可归入基层医疗机构之列，但一般不承担公共卫生职能，由此也逐渐改变了基层医卫一体的模式。

但是，计划体制的许多要素也保留下来。公立医疗机构编制内医生仍是事业单位职工（干部身份），走出体制独立开业更是凤毛麟角。政府依然维持医师职称制度。市场准入方面，执行区域卫生规划，而且随着逐步打破医疗卫生体系横向分割，准入管制实际上有所强化。1999年实施的《中华人民共和国执业医师法》，建立执业医师制度，变成医疗机构、医生双准入管制。医药价格管制模式基本没变，压低技术劳务价格，保留医保药品15%的加成利润。<sup>④</sup>

新老体制要素冲突，导致了过度医疗（过度用药、过度检查）。准入管制维持了公立医疗机构垄断地位，医药不分家，价格管制低估技术劳务价格，并允许药品利

① 很多研究文献提到这几个问题。

② 《卫生部、财政部、国家劳动总局关于加强医院经济管理试点工作的意见》（1979）。

③ 1999年《执业医师法》实施后，实际上不再允许上述多点执业。

④ 药品价格管制几经反复，最后形成的模式为国家计委2000年发布的《关于改革药品价格管理的意见》，药品价格实行政府定价和市场调节价。实行政府定价的药品，限于列入国家基本医疗保险药品目录的药品，以及其他生产经营具有垄断性的少量特殊药品（包括国家计划生产供应的精神、麻醉、预防免疫、计划生育等药品）。政府定价主要是规定药品最高零售价，1999年之后二、三级公立医院还实行药品集中采购。价格管制政策也开了两个小口子：一是政府定价以外的其他药品，实行市场调节价；二是2009年前，城市基层医疗卫生机构药品销售不受15%加价率管制。

润，公立医疗机构直接财政补偿减少，机构和医生的经济绩效激励增强，这些新、旧要素掺杂在一起，导致了普遍的过度用药现象。前三个要素计划体制时期就有，当时过度用药并不明显。反过来，若价格合理，医疗机构市场化（财政补偿减少）也并不必然导致过度用药。因为过度用药增加了医疗机构的成本，需要以更高的价格购入昂贵药品；这些都抬高医疗费用，减少了最终需求和可得利润。如果合理定价，医疗机构一次性收取足额诊费，就可以得到全部垄断租金，没有必要采用成本高昂的过度医疗包括过度用药方式。<sup>①</sup>

新老体制要素冲突，导致基层医疗、公共卫生成为城市医疗卫生体系的薄弱环节。居民个人收入快速增长，个人支付能力显著提高，却不改变等级化的医疗卫生服务递送体系。此时允许患者自由择医，必然导致患者大规模涌向高等级医院，加之医院自收自支，进一步强化高等级医院优势地位，城市基层医疗机构变得门可罗雀，看病难、看病贵在城市地区成为普遍现象。我们知道，医患双方信息不对称，患者缺乏疾病诊疗所需的专业知识，也无法判断医生技术水平。医院行政等级、医生职称却可以作为有价值的信号显示医术水平。等级与医术并不完全对应，但是基本上可以判断，行政等级越高的医疗机构，医生的技术水平越高；职称等级越高的医生，技术水平也越高。基层医疗机构很少有副高以上职称者。与农村地区相比，这个问题在城市尤为明显。农村地区医疗机构与患者的平均地理距离更远，小病小灾跑到县医院乃至更高等级医院，交通成本、时间成本都非常高，而且农民收入水平相对更低，因此至少村卫生室还有较大的业务量。而城市地区尤其是大城市，医疗机构与患者的平均地理距离更近，市民收入水平、医疗保障程度都更高，因此就医更加重视医生技术水平。

新老体制要素冲突，导致民营医疗机构不规范行为比较普遍。政府、民间同时举办医疗机构，“管办不分”的体制弊端显露。由于“玻璃门”式的准入限制，民营医疗机构通常只能起到补充作用，补充政府办医疗机构未覆盖的地区、专科领域，一般规模较小。相当长一段时间，大量获得快速发展的基层民营医疗机构，主要是口腔诊所、整形美容门诊部等特殊专科，男科、生殖门诊等也出现了畸形发展。此外，民营医疗机构即使办起来了，也很难成为医保定点。在一般性医疗服务领域，民营医院发展的最大制约因素是无法吸引到中年骨干医生，由于成型于计划经济时代的事业单位体制不仅没有改革，还有所强化，事业编制身份对医生的吸引力非常大，特别是事业单位退休金制度严重限制了中年医生流出公立医院的可能。此外，专业技术等级制度又是一个障碍，民营医疗机构内职称上升空间狭窄，无法吸引人才。这些因素合在一起，最终使民营医疗机构不规范行为比较普遍。

关于体制要素特征破而未立的最显著表现是，20世纪90年代以前，需方制度

<sup>①</sup> 参见杜创：《价格管制与过度医疗》，《世界经济》2013年第1期。

改革严重滞后于供方，长期破旧而未立新，导致了医疗卫生服务利用中的不公平现象。首先松动的是医疗救助。1979年，政府对医院实行“全额管理、定额补助，结余留用”的经费补助制度，病人欠费基金不包括在定额补助之内（每年根据财力可能专项安排）。20世纪80年代，公费医疗制度有一些改变，方向也是增加患者自付水平。而随着国营企业改革深化，劳保医疗制度逐步瓦解。1998年国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，将劳保医疗改为城镇职工基本医疗保险。城镇职工基本医疗保险没有“守门人制度”，患者自由择医，可以直接到定点大医院看病，无需基层医疗机构转诊，但是职工家属无法再报销一半医药费了。大量下岗职工更加缺乏医疗保障。2007年，城镇居民基本医疗保险开始试点，2009年之后大规模铺开。至此，需方体制新框架才基本确立。城市基本医疗保障制度长期缺位，患者一下子被推到医疗市场之中，仅凭家庭一己之力负担医疗费用。个人（家庭）收入水平直接决定了就医选择，医疗服务利用的不公平随之而生。

## （二）局部回归计划体制

2003年“非典”的发生使舆论和政策逐渐转向。2006年开始，政府在全国范围加大城市基层医疗卫生机构的建设力度，逐渐形成新型社区卫生服务体制，“强基层、保基本”。2009年新医改启动，进一步强调政府在医疗卫生领域的责任。然而，如何“更好发挥政府作用”，值得探讨。新医改以来，医疗卫生领域公共财政转型、确立“补需方”原则，是一种趋向。<sup>①</sup>但同时在基层医疗卫生领域出现了局部回归计划体制的趋向。<sup>②</sup>其主要表现是：通过大规模财政投入，建立政府主导的社区卫生服务体系，并重建回归计划体制的补偿机制和运行机制。

政府主导社区卫生服务体系，努力在许多方面重返计划体制。一是再度强调行政等级化的三级医疗卫生体系。社区卫生服务机构主要提供公共卫生服务（疾病预防控制等），一般常见病、多发病的初级诊疗服务，慢性病管理和康复服务。政府要求城市医院通过技术支持、人员培训等方式，带动社区卫生服务持续发展。二是严格核定人员编制，实行收支两条线，明确收支范围标准，核定任务、核定收支，按“绩效考核”发放补助。政府举办的城市社区卫生服务中心（站），财政保障基本建设经费、设备购置经费、人员经费、承担公共卫生服务的业务经费。三是实行基本药物制度，基层医疗卫生机构全部配备使用基本药物，药品零差率销售。

政策制定者可能或多或少注意到了制度要素之间的互补性，不难看出，社区卫生服务体系重返计划体制，三条措施是相互匹配的。如第二节所述，行政等级化的

<sup>①</sup> 参见顾昕：《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》，《中国社会科学》2010年第2期。

<sup>②</sup> 部分地区公立医院改革中也出现了程度不等的回归计划体制现象，限于篇幅，本文未展开论述，仅以基层为例。

医疗卫生体系要求基层医疗卫生机构内部弱激励。而要真正执行药品零差率销售，切断基层医疗卫生机构的药品收入补偿渠道，同时维持弱激励模式，就只能以财政补偿为主，不能靠提高医疗服务价格。

但是，上述社区卫生服务体系的建立，不但没有扭转病人集中到大医院的趋势，大医院所占市场份额反而进一步上升，分级诊疗、社区首诊、双向转诊机制不但未能建立起来，局势反而进一步恶化。许多地方的社区卫生服务机构甚至变成了专门的公共卫生机构，基本医疗业务很少。严格的收支两条线政策难以为继，<sup>①</sup>基本药物制度也明显松动。<sup>②</sup>

基层医疗卫生改革出现诸多问题，尤其是分级诊疗体系未形成，根本原因在于行政等级化的医疗卫生体系已经不适应当前环境。也许会有人认为，分级诊疗不成功，原因在于城市公立医院改革进展缓慢，没有按照基层那样的思路改革。换句话说，回归计划体制还不彻底，城市公立医院也完全回归计划体制，问题可能就没那么严重了。按照互补理论，似乎如此，无论哪种制度，内部逻辑要一致。市场化改革确实出现了许多问题，但当面临两种相互替代的体制，各自须内部互补，究竟选择谁应取决于外部环境。第三节已经详细分析，外部环境变化为何必然引起医疗改革、走出计划体制。此处不妨结合当前现实，再做简单阐释。首先，随着十八届三中全会精神得到逐步贯彻，整体社会经济制度会进一步市场化，尤其是财政收入占GDP的比重，不可能再持续提高。继续要求各级政府“供养”医疗卫生机构，并不现实。其次，公共卫生危机时或出现，但不可能像计划体制时期那样成为持续影响居民健康的重大问题，慢性、非传染性疾病主导的总趋势不会改变。行政力量决定医疗卫生资源配置，已经不适合。再次，随着人民生活水平逐渐提高，收入差距也大于计划经济时期，低水平、过度讲究公平的医疗卫生体制已不适应群众需求。最后，医疗卫生技术水平持续提高，尤其是医生流动性越来越大，加之当前出现的互联网医疗，会进一步冲破传统体制藩篱。

## 五、结 论

本文应用“互补理论”、任务冲突理论、公共财政理论等，建立综合的理论框架，说明了我国城市医疗卫生体制的演变逻辑。新中国成立后形成的城市医疗卫生

- 
- ① 例如，作为基层医改的“样本”，安徽对基层医疗卫生机构将不再实行收支两条线管理，医疗服务收入扣除运行成本后主要用于人员奖励。（参见《医界快讯：安徽出台医改方案基层机构不再收支两条线》，《医院领导决策参考》2015年第4期）
  - ② 2014年，国家卫生和计划生育委员会印发《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》，调整了基层医疗卫生机构药品配备使用政策，基层可配备使用一定数量或比例的非基本药物。

计划体制与当时的外部环境相协调，内部要素互补、彼此适应、相互强化，有历史合理性。改革开放以来，外部环境发生了不可逆转的变化，整体社会经济制度走向市场体制，人口特征与疾病谱转变，居民收入水平显著提高且差距拉大，医疗卫生人员素质普遍提高，我国城市医疗卫生体系走出传统计划体制是大势所趋。这期间发生诸多问题，源于新老体制冲突，是渐进式改革难以避免的。进一步推动医改，不能以“改革”之名退回传统计划体制，应该顺势而为，逐步完善新体制，使其既要与外部环境相适应，又要实现内部要素间的协调互补。

这些结论带给我们一些启示。

第一，均衡的医疗卫生体制内部要素互补，这或可看作当前医改要求“医保、医疗、医药”三医联动的经济学理论基础。但是，“三医联动”可以有不同的方向。以改革开放以来形成的一些新体制要素特征为基础，寻求互补要素特征，推动改革，是一种方向。以医疗卫生计划体制残留的一些要素特征为基础，寻求互补要素，力图回归传统计划体制，是另一种“改革”方向。对此，本文分析进一步表明，医疗卫生体制如何选择，应取决于外部环境条件，并使二者相协调。外部环境变化了，城市医疗卫生走出计划体制是必然趋势。

第二，如何具体描述改革所要形成的新体制？国外现成模式未必可以套用。美国、德国、英国的医疗卫生体制各不相同，其内部要素应该是互补的，单纯拿来一个要素，未必有效；全盘拿来也有问题，不能忽视各自外部环境之差异。不过，大的方向可以确定。相比计划体制时期，我们应该更加注重医疗卫生体制的效率问题，更大发挥市场在资源配置中的作用，减少政府对医疗供方的直接干预。因此至少应该是一个混合的供方所有制结构，公立、民营非营利、民营营利性医疗机构并存；多层次的医疗保障制度，社会医疗保险、商业医疗保险并存。当然，也不能忽视公平，不能推卸政府该负的责任，比如政府在医疗卫生筹资中的责任。至于最优的量化比例，尚待深入研究；但原则在于新体制要素互补，与变动的外部环境相协调。

以互补理论为基础，有大量问题尚待进一步深入研究。一是开展跨国医疗卫生体制比较分析，二是研究中国农村医疗卫生制度的演变逻辑及其与城市医疗卫生体制的关联，三是从定量角度刻画改革所要形成的新体制细节。

〔责任编辑：梁 华 责任编辑：许建康〕



engineering. As a new form by which social agents can adapt to, rely upon, transform and change the social world, producing and reproducing their “social relations,” social engineering has become a basic way in which human beings in modern society can grasp the world; it is thus the transforming or modern narrative form of Marx’ s practical dialectics. Reform and opening to the outside world, which are still ongoing and will never come to an end, represent system engineering, and the social engineering form of practical dialectics implements top-level design with strategic thinking, grasps progressive directions with historical thinking, learns about the rules of practice with dialectical thinking, handles transformative capability with innovative thinking, and fulfills minimum goals with bottom-line thinking. In this sense, the “five-in-one” overall plan of socialism with Chinese characteristics, the “Four-Comprehensives” strategic planning of the CPC for national governance and the five ideas of “innovative, coordinated, green, open and shared” development constitute the unity of both theoretical and practical logic in social engineering methodology. The three together form the strict logical system of social engineering which will enable China to face the future “sequel to modernity.”

### **(3) The New Construction of Empiricism in Philosophy of Science**

*Liu Dachun and Zhao Junhai* • 47 •

The constructivist empiricist mode of constructivism is a current that has profoundly influenced the development of philosophy of science in the past four decades. The practice of this new empiricist construction of the philosophy of science takes effect through four main paths: new experimentalism, the hermeneutic theory of scientific practice, new empiricism, and the sociology of scientific knowledge, all of which, characterized philosophically by constructivism, are very unlike the traditional empiricist philosophy of science. The philosophical transformation triggered by the new construction of empiricism includes a turn from prioritizing theory to prioritizing practice, a re-orientation of experimental activities, the dominance of indigenous knowledge, and so on. This new construction of empiricism, however, requires some further discussion about how to view scientific progress, how to treat the fundamental and essential nature of science, how to judge scientific phenomena, rules, etc.

### **(4) The Evolutionary Logic of Urban Health Care Systems in China**

*Du Chuang and Zhu Hengpeng* • 66 •

Establishment of a comprehensive theoretical framework enables us to explain the evolutionary logic of Chinese urban medical care systems. It indicates that the

• 205 •

planned system of urban medical care that came into being after the founding of New China in 1949 suited the external conditions of the times and had internal elements that were coordinated and complementary. Since reform and opening to the outside world in 1978, the whole socioeconomic system has become marketized; China's demographic character has undergone a marked change, as has the spectrum of diseases; residents' incomes have risen considerably but there is a larger gap between them; and the qualifications of health care professionals have improved everywhere. All of these irreversible changes in external conditions by their nature require a break with the traditional planned system. The many problems that have arisen over these years originate in the conflicts of a period of systemic transition; they are inevitable in an incremental reform. Therefore, we cannot retreat to the traditional planned system in the name of "reform"; rather, we should gradually improve the new system so that it suits external conditions and also achieves the coordination and complementarity of various internal elements.

**(5) The Diffusion of Social Policies from the Perspective of Inter-governmental Relations:  
A Case Study of the Urban Subsistence Allowance (1993-1999)**

*Zhu Xufeng and Zhao Hui* • 95 •

Universal access to China's social welfare system involved a process of diffusion from localities to the whole country on the basis of innovative social policy. Inter-governmental relations have played an important part in facilitating and encouraging innovation in and diffusion of social policy. The rapid establishment of the urban subsistence allowance in more than 200 cities and towns throughout the country in seven years (1993-1999) serves as a case study for analysis of the mechanism of diffusion of social policy innovation at different levels of government. Our findings show, firstly, that in adopting a new social policy, urban governments have to respond to the requirements of local society and take into account fiscal constraints. At the same time, they are affected by administrative orders from higher levels of government and the fiscal relations between higher and lower governmental levels, and are also subject to competitive pressures from cities at the same level. Secondly, urban governments' policy innovations offer an opportunity for higher levels of government to learn from their experience. Thirdly, central government orders simultaneously exert a direct and indirect influence upon urban governments, with provincial orders acting as intermediaries and conductors. And fourthly, there is a clear difference between the lagged effect of orders from the central government and those at provincial level upon urban governments' adoption of policies.

• 206 •