

# 全球性医疗体制改革的大趋势

顾 昕\*

中国医疗卫生体制的改革正处在十字路口。<sup>①</sup> 总体来说, 20 多年来的医疗体制改革是不成功的, 这集中体现为医疗费用的超常快速增长、医疗费用负担不公平、低收入人群医疗可及性下降、医疗服务水平改善幅度有限等等。尽管人们对这些现象的存在没有多大争议, 但对改革失败的原因却众说纷纭。概括起来, 两种意见最为典型: 一种把矛头指向“市场化”, 从而把改革的方向定位为重新确立公立医疗服务提供者的主导地位, 恢复并扩展公费医疗体制; 另一种意见认为改革不成功的原因恰恰在于市场化的不完善和国家职能的定位不清, 因此改革的方向应该在进一步市场化的过程中重新定位国家的职能。很显然, 国家与市场的关系再次成为争论的焦点。这一争论不仅具有深刻的学术意义, 而且对中国医疗体制改革的走向具有重要的战略意义。

这一切并不仅仅在中国发生。实际上, 医疗体制改革是一个全球性的现象, 焦点也是国家与市场关系的调整。虽然各国的改革存在诸多差异, 但两大共同趋势依然可辨: (1) 医疗保障体系走向普遍覆盖; (2) 医疗服务递送体系走向“管理型市场化”(managed marketization, 或译为“有管理的市场化”)。毫无疑问, 系统了解全球性医疗体制改革中国家与市场关系调整的大趋势, 对于中国医疗体制改革的战略选择是有益的。实际上, 中国其他领域的市场转型也是不断汲取世界各国的经验从而不断调整国家与市场关系的过程。

为了系统全面地讨论国际医疗改革的大趋势, 本文分为三个部分: 第一部分对各种医疗体制进行分类, 以确立分析框架, 并简要陈述医疗体制需求面也就是医疗保障的制度安排, 而这一方面各国都保持着相对的稳定; 第二部分重点讨论医疗体制供给面的改革, 也就是走向管理型市场化的浪潮。最后的结论部分总结全文的发现, 并简要讨论一下这些发现对中国的意义。

## 一、医疗体制的多样性

为各种各样的医疗体制进行分类是研究的起点。一般而言, 分类的主要维度当属医疗服务的需求面和供给面, 也就是筹资模式和服务递送模式。

所谓筹资模式, 就是人们如何花钱抵御疾病风险的问题。无论从逻辑上还是在现实世界中, 无非有五大模式, 即病人自费、自愿保险、强制储蓄、强制保险和国家出资。自愿保险模式又可分为社区保险和商业保险两个小类, 前者中的保险者属非营利组织, 而后者中的保险者以赚取利润为目的。当然, 国家也可以在自愿的基础上兴办非营利性的医疗保险事业。

自费医疗模式历史最为悠久且至今依然无所不在, 其筹资者是一个人、家庭及其社会网络(包括家族和朋友)。这种机制有三大弊病: (1) 缺乏公平性: 穷人因无力支付医药费用而坐以待毙的例子屡见不鲜; (2) 抗风险性低: 即使对中等甚至殷实的家庭来说, 因病致贫的现象比比皆是, 而社会网络筹资机制具有非正式性亦即可靠性不足的缺点; (3) 信息不对称性: 自掏腰包看病吃药的病人没有办法应对因医疗服务双方信息不对称而引发的供方诱导过度消费问题, 也就是所谓医患双方的“契约失灵”问题。<sup>②</sup> 可以说, 医疗事业发展的历史, 在很大程度上就是其他医疗保障制度取代自费医疗模式的历史。

从历史上看, 社区医疗筹资最早得到发展。早在中世纪, 欧洲就出现了手工业者自发组织的“行会”, 其职能之一就是为会员提供医疗费用补偿。产业革命

\* 作者顾昕, 1963 年生, 北京师范大学社会发展与公共政策研究所教授(北京 100875)。

① 从分析的角度来看“卫生体制”(health system)与“医疗体制”(health care system)是有区别的。后者仅仅包括各种医疗服务, 前者则包含很多并不治病但同维护人民健康水平密切相关的服务, 其中包括公共卫生。本文讨论的重点实际上是医疗体制, 因此不涉及国家是否应该在公共卫生服务方面扮演更重要角色的问题, 尽管这一问题极具战略意义。

② 对所谓“供方诱导性需求”现象的分析, 是卫生经济学的基石。限于篇幅, 本文不予详述, 细节参见 Sherman Folland, Allen C. Goodman, and Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care*, 3<sup>rd</sup> edition, Upper Saddle River, Prentice Hall, 1997, pp. 187—226.

之后,欧洲涌现了大量自愿性互助组织,包括行会、工会、互助社等,以互助互济的原则,为成员提供医疗保险以及其他社会服务。在美国,类似的组织也得到了快速的发展,形成了为法国思想家托克维尔所赞赏的公民社会传统。到了19世纪末,社区医疗筹资在欧洲和北美覆盖了相当大的一部分人群。<sup>①</sup>但是,这一模式有两个致命缺陷,即风险分担的池子太小和“逆向选择”问题(也就是身体健康的人一般选择不投保,从而使保险的风险加大)。目前,无论在发达国家还是在发展中国家,社区医疗保险模式仅仅扮演补充性的角色。<sup>②</sup>

商业性医疗保险的兴起,为医疗保障制度的建立提供了一种新的选择。但是,同自愿性的社区医疗保险一样,商业性医疗保险的困难在于应付“逆向选择”难题。保险公司为了盈利,往往在风险规避上想尽办法,尽可能把医疗风险高的人群排除在外,从而使社区医疗保险所面临的单向逆向选择变成了双向逆向选择。由于逆向选择的普遍存在,商业医疗保险的发展受到很大的限制,不可能普遍覆盖所有人群。在发达国家中,以商业保险为医疗保障制度主干的国家惟有美国。

要取代自费模式,离不开国家的介入。国家介入的方式有多种:(1)强制民众储蓄;(2)直接经办医疗保险,在自愿基础上鼓励民众参加或者强制民众参加;(3)强制所有公民加入民间兴办的医疗保险,同时强制民间保险机构以一种大体一致的服务包接纳所有申请者;(4)直接从一般税收中出资。

强制性医疗储蓄的出现可以帮助所有人实现医疗费用风险在其健康与生病时期分摊,但是由于这一制度缺乏在健康人群与生病者之间分散风险的机制以及完全缺乏再分配机制,无论是从风险分担还是从公平的角度来看,都不能令人满意,因此其适用范围不太广泛。目前,世界上只有新加坡将强制储蓄制度作为医疗保障制度的主干,因此这一模式一般被称为“新加坡模式”。国家也可以通过建立自愿性的医疗保险制度,为国民提供医疗保障。一般而言,国家必须为参保者提供补贴以保持参保费用低廉,而且必须是非营利性,否则便同商业性医疗保险无异而缺乏吸引力。中国改革前的合作医疗属于社区医疗保险,而近来的新型合作医疗已经由县政府接手,成为一种国家兴办并且给予补贴的、自愿性、非营利性的医疗保险。公共救助模式,也就是医疗救助模式,仅仅覆盖贫穷者,虽有助于增进公平,但在分散风险性方面无所作为,在医疗保障体系中充其量只能成为必要的补充。由于美国以商业保险为主、社会保险为辅,因此医疗救助(Medicaid)就成为其医疗保障体系中重要的一环。

直到社会医疗保险的兴起,以强制性保险取代了

自愿性保险,医疗保障制度的抗风险性和公平性才得到极大的增强。比社会医疗保险模式更进一步,则是公费医疗体制,亦即全体国民无论贫富,均可获得近乎免费的医疗服务。

除了在医疗服务的需求面,医患双方契约失灵的问题,也在医疗服务的供给面诱导出新的制度安排:非营利性医疗服务提供者是一种选择,而国家直接接管医疗服务提供(也就是公立医疗机构的建立)则是另一种选择。

公共部门卷入医疗筹资和服务递送的程度与方式,是有关文献对医疗体制进行分类所依据的主要维度。根据国家卷入医疗服务筹资和递送的不同程度与方式,笔者曾构造了一个二维类型学,<sup>③</sup>把筹资这一维度分为5种亚类型,把服务提供这一维度分为3种亚类型;由此,共构造出15种理想类型(参见表1)。<sup>④</sup>

这15种理想类型在现实世界中都有实际例证。A模式就是“公费医疗模式”,医疗服务的费用由国家通过税收来筹集并支付。这一模式一般有两种:全民公费和贫困者公费。前者的样板为英国“全民健康服务”(NHS)模式和盛行于社会主义国家的全民公费

① David T. Beito, *From Mutual Aid to the Welfare State: Fraternal Societies and Social Services, 1890—1967*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press, 2000.

② 参见 United Nations: *Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors*. New York: United Nations, 1997.

③ 参见顾昕《中国城市医疗体制的转型:国家与市场关系的演化》,《比较》第19辑,中信出版社,2005年,第31—52页。

④ 已有文献中的类似二维类型学往往做不到逻辑上的完备性,常常忽视强制储蓄和社群筹资。当然,这一缺陷同现有文献的西方中心论倾向不无联系,因为这两种医疗筹资模式只是在非西方国家中才常见。参见科尔奈、翁笙和《转轨中的福利、选择和一致性:东欧国家卫生部门改革》,罗淑锦译,中信出版社,2003年,第57页; Anne Mills, Sara Bennett and Steven Russell, *The Challenge of Health Sector Reform*, Hampshire, U. K.: Palgrave, 2001, p. 22; OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1994, p. 11.

医疗模式；后者就是美国采用的医疗救助模式。当然，改革前的中国在这方面是一个特例，仅有少数人，即城市国有和集体部门的正式职工，享有公费医疗。<sup>①</sup>值得注意的是，即使是在公费医疗体制下，医疗服务的提供还是可以市场化运作的。国家完全可以通过合同的方式向私立医疗机构以及作为自雇人士的全科医生购买医疗服务。这一点是社会主义公费医疗体制中所没有的。<sup>②</sup>

表 1 医疗卫生体制的类型学

		服务提供（供给方）		
		国 营	民 营	
		1. 公立机构	2. 私立非营利性组织	3. 私立营利性组织
筹资（需求方）	A. 国家出资	免费医疗服务 全民健康服务 (英国) (A 1)	医疗救助制度 (美国) (A 2)	(A 3)
	B. 强制保险	(B1)	全民健康保险 (加拿大) 社会保险 (德国) (B 2)	(B 3)
	C. 强制储蓄	医疗个人账户 (新加坡) (C 1)	(C 2)	(C 3)
	D. 自愿保险	(D 1)	社群保险 (发展中国家) (D 2)	商业保险 (美国) (D 3)
	E. 病人自付	(E 1)	(E 2)	(E 3)

强制保险（社会医疗保险）模式也可分为两种类型：加拿大模式和德国模式。前者又称“全民健康保险”，在加拿大、澳大利亚、韩国等地得到采纳，其基本运作方式是所有公民都缴纳健康保险费（要么单独缴纳，要么通过税收体系缴纳），保险业务由公立机构运营。后者又称分散化的“社会保险”模式，在德国、荷兰、日本等地流行，其中负责运营保险的机构是依照地区或者行业而设立的所谓“疾病基金”（sickness funds），在法律上属于民办非营利组织，政府的功能只是就保费和服务内容设立统一的最低标准。值得注意的是，无论是何种社会保险模式，都可以同私立医疗服务提供者并存。

在商业医疗保险模式中，民众个人或集体（多由雇主来组织）自愿购买商业性医疗保险，然后根据保险机构同各种医疗服务提供者达成的契约接受医疗服务。这一模式一般被称为“美国模式”。<sup>③</sup>

必须说明的是，把任何一个模式用某一国家来命

名，仅仅是为了方便而已。事实上，任何国家的医疗体制都是上述多种理想类型的混杂体。例如在美国，占据主流的是 D2、D3 模式，但医疗救助是 A1、A2 和 A3 类型的混合，医疗照顾是 B1、B2 和 B3 类型的混合，即各种类型的医疗服务提供者都能成为政府两大医疗项目的承包商。还有大约 15%—20% 的美国人没有任何医疗保障，他们主要在公立医疗机构或私立非营利医疗机构中接受服务，因此属于 E1 和 E2 类型的混合。<sup>④</sup>此外，美国还有少量的医疗合作社，提供医疗保险和医疗服务，属于 D2 类型。

在医疗体制需求面，或者说医疗保障制度方面，全球性改革方向无疑是走向普遍覆盖，从而实现整个医疗卫生费用负担的公平性。对于大多数发达国家来说，这一公平性已经不成问题。在英国模式下，医疗保障的普遍覆盖自不待言，因为所有公民（甚至外国籍居民）都可以享受公费医疗。在社会保险模式下，低收入者或者没有工作者可能无力或无法参保，但是发达国家一般通过社会救助体系把弱势群体也纳入到全民社会医疗保险之中。强制储蓄模式缺乏社会共济性，弱势群体有可能会因为医疗账户中的储蓄耗尽而无力负担医疗费用，为此新加坡政府专门设立的“健保基金”（Medifund），为那些穷尽其他各种渠道而依然无力负担医疗费用的病人提供援助，从而发挥医疗保障安全网的作用。此外，新加坡政府还为公立医院中的低档次病床提供价格补贴，从而确保低收入者有

① 陷于篇幅，我们这里暂且不考虑适用于行政与事业单位的公费医疗模式与适用于企业的劳保医疗模式的细微差别。我们也不分析这种独特体制形成的前因后果。

② 社会主义全民公费医疗模式同 NHS 模式的其他重要区别，可参见科尔奈、翁笙和《转轨中的福利、选择和一致性：东欧国家卫生部门改革》第 105—109 页。

③ 关于医疗筹资与服务的“美国模式”，可参见 Steven Jonas, *An Introduction to the U. S. Health Care System*, 5<sup>th</sup> edition, New York: Springer Publishing, 2003.

④ 关于美国医疗体系中为无医疗保障者和低收入者提供服务的情况，参见 Marion E. Lewin and Stuart Altman (eds.), *America's Health Care Safety Net*, Washington, D. C.: National Academy Press, 2000.

能力支付。<sup>①</sup> 在发达国家中只有美国没有实现医疗保障的普遍覆盖。为了改变这一局面,克林顿曾试图推动一个雇主缴费的强制性全民健保体系,但由于遭到国会的反对而在 1994 年流产。<sup>②</sup>

由于发达国家大多在医疗费用负担的公平性方面取得了巨大的成就,其医疗保障体制已经成为各自国家的象征和骄傲,因此不是医疗改革的主要对象。即使是在这方面有明显问题的美国,也固守其传统的自愿保险模式不变。当然,既有制度的小修小补是不可避免的。引入使用者付费 (user's charges) 或者共付机制 (co-payment), 是发达国家医疗保障体制中小修小补的共同方向。<sup>③</sup> 很显然,这种小改革的目的是为了控制医疗服务消费者(患者)一方的败德行为 (moral hazard), 也就是滥用公费医疗或者医疗保险的情形。<sup>④</sup> 发达国家医疗保障(或医疗筹资)体制改革的另外一个大趋势,就是在维持其基本制度架构不变的前提下,政府通过直接补贴、税务优惠等多种方式推进民间医疗保险业的发展,以促进竞争。<sup>⑤</sup>

实现医疗保障的普遍覆盖,对于发展中国家和转型国家来说,依然是艰巨的任务。这些国家选择什么样的制度,往往同历史背景有关。大多数转型国家,采纳了德国式社会保险的基本架构,只有中国城市医疗保障体制改革在此基础上加上了新加坡模式(即个人账户)的要素。具有英国殖民背景的发展中国家和地区(例如马来西亚、斯里兰卡以及中国香港)选择了英国式的公费医疗体制。另外一些国家和地区则选择了加拿大式的全民健保体制。

## 二、走向管理型市场化: 医疗供给面的改革

如果说发达国家医疗体制需求面较少受到全球性改革浪潮冲击的话,那么供给面的改革则是真正全球性的。无论是发达国家还是发展中国家,所有的医疗服务提供者都面临改革的压力,而改革的大方向就是引入竞争、引入市场机制。<sup>⑥</sup> 一句话,走向有管理的市场化,是全球性医疗服务递送体制改革的大趋势。

当然,由于不同国家医疗服务供给面原有的组织和制度模式不同,这一改革浪潮对各国冲击的程度和性质也大不相同。对这一现象,研究制度变革的文献一般归结为所谓的“起点约束性”或者“路径依赖”。为深入了解改革的多样性,我们必须对医疗服务递送体制 (delivery of health care) 的多样性进行分析。

首先,正如前文所述,医疗服务提供者的组织类型可以分为三种,即公立组织、民营非营利性组织和民营营利性组织。绝大多数国家都同时存在公立和民营的医疗服务提供者。在大多数市场经济国家中,医疗服务常常被分为初级、二级和三级三类。初级服务主要是针对一些非急性的疾病提供一般的门诊,在许多国家由所谓“全科医生”(general practitioners) 执业;二级服务则由医院提供,主要针对急诊、需要专科医生治疗的疾病以及需要住院治疗的重病;三级医

疗服务则是针对一些特殊的疾病,提供非常专业化的特殊护理。全科医生往往是病人接触医疗体系的第一站,而且在大多数国家他们扮演了所谓“守门人”的角色,即如果不经过全科医生的转诊,非急诊病人一般无法接触二级和三级医疗服务。<sup>⑦</sup> 几乎在所有市场经济体制中,全科医生都是自雇人士,要么独立开业,要么以合伙制的组织形式行医,即使在公立部门占主导地位的英国也不例外。<sup>⑧</sup> 在实施内部市场改革之前,英国的全科医生们是 NHS 体系的独立承包商,

① 参见 Kai Hong Phua, *Attacking Hospital Performance on Two Fronts: Network Corporatization and Financing Reforms in Singapore*, in Alexander S. Preker and April Harding (eds.), *Innovations in Health Service Delivery*. Washington, D. C.: The World Bank, 2003, pp. 451—483.

② 参见 Theda Skocpol, *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U. S. Politics*. New York: W. W. Norton & Company, 1996.

③ Barbara McPake, Lilani Kumaranayake, and Charles Normand, *Health Economics: An International Perspective*. London and New York: Routledge, pp. 236—238.

④ 中国在这方面也做出了很多努力,但是总体来说已经过分了。由于自付比例很高,医疗保险会丧失其部分保障功能,也对医疗费用负担的公平性造成负面影响。

⑤ 参见 Claudia Scott, *Public and Private Roles in Health Care Systems: Reform Experience in Seven OECD Countries*. Buckingham, UK: Open University Press, 2001, p. 146.

⑥ 参见 Barbara McPake, Lilani Kumaranayake, and Charles Normand, *Health Economics: An International Perspective*, pp. 238—244.

⑦ 在发达国家中,这一点似乎仅在管理型医疗兴起之前的美国是例外。在美国,非急诊病人都可以直接接触医院寻求专科医疗服务。但近来,在美国,某些保险公司也在其保单中设立了全科医生充当守门人的条件(参见 Claudia Scott, *Public and Private Roles in Health Care Systems*, pp. 73—74); 而管理型医疗组织则直接雇佣全科医生,在其内部充当守门人的角色。

⑧ 参见 Sherman Folland, Allen C. Goodman, and Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care*, p. 533. 本书的作者指出,美国人对此也有误解,常常把英国的全科医生视为国家雇员。有这种误解的中国医疗政策研究者也大有人在。

他们领取底薪，然后 NHS 管理部门再根据其服务的人数支付额外的医疗费。<sup>①</sup>此外，全科医生还承担了不少非医疗性初级卫生服务，不少属于公共卫生的范畴，国家则根据合同向他们支付有关的服务费。由此可见，在发达国家中，初级医疗卫生服务是高度市场化的，即使在英国模式下的公费医疗体制也不例外。

至于在医疗服务体系中举足轻重的二级医疗服务提供者，也就是一般的医院，其所有制的模式在世界各国颇为不同（参见表 2）。其中值得注意的是，私立医院为主的医疗服务递送体制，不仅同民间自愿保险主导的美国模式相容，而且还同全民健保体制（加拿大）和分散化社会保险制度（荷兰）相容。即使是在公立医院主导的地方，例如在英国，私立医院也同样存在。

表 2 经济合作与发展组织成员国  
二级医疗服务提供者的所有制形式 1992 年

国 家	主要提供者
英国、爱尔兰（英伦三岛）	公共
瑞典、挪威、丹麦、芬兰、冰岛（北欧）	
意大利、西班牙、葡萄牙、希腊（南欧）	
法国、德国、比利时、奥地利、卢森堡（欧洲大陆）	公共与民间
土耳其（欧亚大陆）	
日本、澳大利亚、新西兰（亚太）	民间
美国、加拿大（北美）	
荷兰、瑞士（欧洲大陆）	

资料来源：OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries* p. 11.

值得注意的是，走向管理型市场化的全球性改革，在美国和其他一些国家呈现出略微不同的态势。在美国，这一改革浪潮的表现是所谓“管理型医疗”的兴起，其核心是在原本已经高度竞争性、高度市场化的体制中引入更多的管理和计划，而政府和大的保险机构在这些管理和计划中都发挥重要的作用。需要强调的是，这一趋势并不表明对原有市场化模式的否定；恰恰相反，管理型医疗模式的兴起正是众多民营医疗保险商顺应市场竞争的结果。政府也从来不算打算取代市场，而是在顺应市场竞争的各种制度创新中扮演帮助者（facilitator）的角色。在其他国家，原有体制中计划和管理的因素本来比较强，因此改革的重点放在推动市场竞争上。公立医院纷纷引入商业组织的管理机制，甚至走向法人化和民营化，以提高效率。即使不是如此激进，各种引入内部市场的改革也颇为盛行。

从大的背景来看，医疗服务递送体制日益走向管理型市场化，乃是全球性公共部门治理改革（或新公共管理运动）的一个组成部分，其核心就是采用商业管理的理论、方法和技术，引入市场竞争机制，提高公共管理水平和公共服务质量。<sup>②</sup>在医疗领域，管理型市场化的兴起，在很大程度上要归功于所谓“管理型竞争”或“有管理的竞争”（managed competition）的理论。这一理论是由斯坦福大学医疗保险专家 Alain C. Enthoven 教授在 1977 年提出的，其要旨是在医疗保险和医疗服务递送两方面，在加强竞争的基础上同时加强管理。这一理论的内容比较繁复，笔者将另文详细分解，这里只概述其基本要义。

管理型竞争的理论首先针对的是美国医疗保险模式。在 Enthoven 看来，美国医疗体制的根本问题之一在于众多营利性的医疗保险公司把竞争焦点放在风险规避而不是降低成本、提高服务质量上。对此，他提出了一个引入管理者的思路，即民众向管理者缴纳保费但还必须加入一个保险组织，管理者按照参保人人头向保险组织分配保费；在此过程中，保险人必须满足管理者的监管条件，即不得拒绝任何人的参保申请，同时还必须对所有参保人提供一种价格划一的基本服务包。这样一来，由于排除了医疗风险评估上的竞争，那些原来因为容易患病而被保险公司排除在外的人群也有机会获得保险。如果对低收入者实施医疗保险救助，那么这一模式有望在不改变美国自愿性医疗保险基本架构的前提下实现医疗保障的普遍覆盖。<sup>③</sup>

管理型竞争的理论后来成为克林顿医疗改革方案的指导方针，但是同 Enthoven 教授的理论有所不同的是，克林顿改革方案的核心是引入了社会保险的要素，力图建立一个雇主缴费型的强制性医疗保险计划。虽然这一所谓“左派版的管理型竞争”改革方案由于势力强大的医疗专业人士和保险业界的反对而在 1994 年流产，但是 Enthoven 的管理型竞争理论在美

① 有关详情，参见 Claudia Scott, *Public and Private Roles in Health Care Systems*, p. 108.

② 参见 OECD, *Governance in Transition: Public Management Reforms in OECD Countries*. Paris: Organisation of Economic Cooperation and Development, 1995.

③ Alain C. Enthoven, *Health Plan: The Only Practical Solution to Soaring Cost of Medical Care*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1980; Alain C. Enthoven, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland, 1988.

国依然受到广泛的重视。实际上, Enthoven 理论的初衷就是创造一种激励机制, 以促使人们更多地选择加入各种管理型医疗组织, 尤其是健康维护组织 (health maintenance organizations, HMOs)。<sup>①</sup> 管理型医疗的兴起是私立医疗保险机构出于利润最大化和加强竞争力而自发推进的一种组织和制度创新。虽然其组织和制度模式多种多样, 但其共同点在于医疗保险公司与医疗服务提供者要么结盟、要么干脆合并, 以较为低廉的价格为参保者提供全方位的基本医疗服务。根据有关的研究, 这种创新的出现可以追溯到 1930 年代, 但长期以来没有受到重视, 到 1980 年仅有大约 5% 的美国人加入了管理型医疗组织。1973 年, 美国国会通过了 HMO 法案, 不仅提供启动资金以推动健康维护组织的发展, 而且还要求大公司都必须为其员工提供 HMO 式的选择。自此之后, 管理型医疗得到迅速发展, 到 1993 年, 已经有 70% 的医疗保险投保者选择了管理型医疗组织。<sup>②</sup> 管理型医疗模式的\*\*最大特色就是\*\*医疗保险者开始将其主要精力放在基本服务包的设计之上, 并且高度重视在保证服务质量和降低服务价格两者之间保持平衡。Enthoven 的管理型竞争理论正是在 HMO 法案生效后不久推出的, 其目的就是通过加强管制促使参保者更多地选择加入管理型医疗组织, 而不是继续在传统的医疗保险公司投保。

管理型竞争理论不仅在美国受到重视, 而且在欧洲的许多地方, 尤其是在荷兰、英国、瑞典和德国, 开花结果。<sup>③</sup> 由于欧洲国家已经实现了全民医疗保障, 因此在具体改革中, Enthoven 理论中有关保险者竞争的内容变得不相干, 人们仅仅关注医疗服务递送上的改革, 也就是推进所谓的“计划型市场”或“有计划的市场”(planned market)。<sup>④</sup> 改革的焦点放在了医疗服务购买者与提供者的关系上。在改革之前, 欧洲医疗服务购买者与提供者的关系主要为两种模式所主导: (1) 公共契约模式, 即政府或者强制性医疗保险机构同医疗服务提供者订立契约为投保者服务; (2) 公共集成模式, 即国家建立公立组织同时负责医疗服务的购买和提供。很显然, 前者主要在社会保险制的国家(例如德国、荷兰、法国等)实行, 而后者则是在公费医疗制的国家(例如英国、瑞典、意大利等)实行。<sup>⑤</sup>

在公共集成模式下, 医疗服务购买者与提供者并没有分开, 公费医疗体系实际上是一个庞大的等级化体系。在这样的体系中, 交易成本固然没有, 但却产生了大量官僚成本。所以, 对公费医疗主导的国家来说, 推进计划型市场改革的核心, 恰恰就是将医疗服务购买者与提供者分开, 并在两者中引入契约化的安排。由于在这些国家中, 医疗服务购买者依然是公立组织, 故其改革可以归结为从公共集成模式走向公共

契约模式的过程。因此, 在公费医疗盛行的国家中, 共同的改革举措是创建“内部市场”: 在不改变公有制的前提下, 打破医疗服务提供者等级化的组织模式, 赋予病人选择权, 引入竞争。英国在这方面最具有典型性。

英国的国民健康服务(NHS)原本是一个独立的科层化组织体系, 资金来源于国家预算, 医疗机构依照地区建制来设置, 有关资金配置的决策高度集中化, 具体医疗机构的管理者没有什么权力。自 1980 年代后期, 在撒切尔主义的指导下, NHS 开始了创建内部市场的改革。1997 年工党政府执政后, 内部市场改革的具体方式有所变化, 但其方向没有改变。基本上, 内部市场化的一个基本原则是将医疗服务的筹资者、购买者与提供者分开。筹资者自然还是国家, 但从原来单一的 NHS 体系变成了地方化、分权化的卫

① 参见 Jacob S. Hacker, *The Road to Nowhere: The Genesis of President Clinton's Plan for Health Security*. Princeton: Princeton University Press, 1997, p. 5.

② Sherry Glied, *Managed Care*, in Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, pp. 717—721.

③ 有关详情, 参见 Colleen M. Flood, *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*. London: Routledge, 2000; Wendy Ranade, *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. London: Longman, 1998.

④ 参见 Richard B. Saltman and Casten Von Otter (eds.), *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*. Buckingham: Open University Press, 1995. 此书汇集了多篇论文, 详细介绍了欧洲各国推进“计划型市场”的努力。计划型市场的另一种说法是“管理型市场”或“有管理的市场”。

⑤ OECD, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1992, pp. 19—27. 美国在管理型医疗兴起之前主要是所谓的“自愿契约模式”, 也就是自愿性医疗保险机构同医疗服务提供者订立契约为投保者服务。从自愿契约模式向自愿集成模式转型, 体现了节省契约成本(亦即交易成本)的努力。

生署，筹资者将购买医疗服务的合同外包给多元的医疗服务购买者，而医疗服务提供者必须向购买者竞争服务合同。在这一体制下，全科医生们竞争压力加大，而医院也不再是官僚体系的一个预算单位，而变成了拥有高度自主性的实体，开始以各种方式提高自身的竞争力。<sup>①</sup>

在公共契约模式下，也就是在众多实施社会医疗保险的国家中，医疗服务的购买者与提供者原本已然分开，因此改革重点在于契约化过程中竞争性的提高。在荷兰和德国，医疗保险基金管理者，也就是所谓疾病基金，原来对医疗服务提供者的服务价格、质量并不热心监管，但现在情况发生了变化。一方面，一些疾病基金依然沿用公共契约模式，但通过各种支付手段，力图创造激励机制，使医疗服务提供者争取提供价廉物美的医疗服务；另一方面，这些国家开始向美国的管理型医疗借镜，探索疾病基金同医疗服务提供者的整合模式，从而以一种全新的、不同于公费医疗的模式走向“公共集成模式”。

### 三、结论：全球化医疗改革对中国的启示

全球化医疗改革的经验和教训至少可以归结为以下几点：第一，建立全民医疗保障体系是世界各国普遍追求的目标，因为这一点对于确保医疗费用负担的公平性至关重要，而且也能促进医疗服务可及性上的公平。实现全民医疗保障可以殊途同归，而公费医疗和社会保险制最为常见，不同的体制难分高下。世界各国在全球性的改革浪潮中大都固守其原有医疗保障体系的基本架构不变，就说明了这一点。

第二，美国医疗保障制度改革失败证明，要想在自愿性医疗保险主导的体制下实现医疗保障的普遍覆盖，在理论上是可能的，而在现实世界中是困难的，其最重要的前提条件是政府必须扮演积极的监管者角色。美国可以说是世界上民众对政府最不信任的国家之一，因此在全球性放松管制兴起以及美国本土保守主义抬头的历史背景下，任何强调强化政府监管职能的努力均以失败而告终并不奇怪。

第三，在医疗服务的递送体系中，引入或者强化市场机制以推动不同服务提供者之间的竞争，尤其是在服务质量和价格上的竞争，乃是各国医疗体制改革的不二法门。竞争推动的具体方式各异：完善原有的契约制度安排是一种选择，而借鉴美国式管理型医疗模式是另一种。管理型医疗，或称自愿集成模式，是自愿性医疗保险体制在高度竞争的情况下自发形成的一种新秩序，但是作为一种组织形式，也可以在其他制度环境中以变种的形式得到发展。值得注意的是，在医疗服务的递送上推动竞争，甚至走向市场化，并不一定对医疗费用负担的公平性带来多大负面的影响。事实上，在那些业已实现了医疗保障普遍覆盖的国家，这一问题并不存在。

第四，只要存在某种机制让医疗服务提供者的收

入同其服务量挂钩，不论医疗服务的市场化程度如何，医疗服务的购买者必须通过各种制度安排，对提供者的败德行为加以约束，方能有效控制医疗费用的上涨。国际经验表明，就这些制度安排，同样有多种选择，但医疗服务的购买者同提供者分开并且通过契约方式来控制后者，在许多国家依然占据主流。即使在管理型医疗模式兴起的国家，如果医疗服务的购买者是公立机构的话，购买者与提供者依然是分开的。例如在美国，很多管理型医疗机构是政府医疗照顾（Medicare）和医疗救助计划的定点服务商，但在此安排下，有关政府计划与服务商依然保持着契约关系。

中国的医疗体制无疑处于病态之中。但是病因何在？进一步的改革方向是什么？我们如何能从全球性医疗改革中汲取有益的经验教训？笔者将另文分析。<sup>②</sup> 本文的讨论如能帮助我们首先澄清某些误解，那就足以给我们带来必要的启示。

正如本文开篇所说，不少论者把中国医疗体制的病因归结为“市场化”。如果这里所谓的“市场”，指的是杂乱无章的“市场”，那么有关诊断无疑是正确的。还有不少论者断言中国正在追寻美国模式，因此中国医疗体制之病就是“美国病”。从比较制度分析的角度来看，这种诊断则具有很大的误导性。首先，自愿性医疗保险，无论是营利性还是非营利性的，在中国都不发达。也没有任何证据表明政府有意把民间自愿性医疗保险视为医疗保障体系中的主干。众所周知，在中国城市，占据主导地位的是社会医疗保险，而在农村，原来是一种国家动员体制下的社区医疗保险（也就是“合作医疗”），而现在政府试图发展的是一种国家补贴下的公立自愿医疗保险（亦即所谓的“新型合作医疗”）。

其次，中国和美国都没有实现医疗保障的普遍覆盖，这的确是一个共同点，但其背后的原因截然不同。美国未能实现医疗保障的普遍覆盖，乃是根源于自愿性医疗保险制度本身的运作逻辑以及美国民众怀疑政府的政治文化。尽管如此，美国政府依然在市场

① 参见 Karen Bloor and Alan Maynard, “Universal Coverage and Cost Control: The United Kingdom National Health Service” in Khi V. Thai, Edward T. Wimberley, and Sharon M. McManus (eds.), *Handbook of International Health Care Systems*. New York: Marcel Dekker, Inc., 2002, pp. 261—286.

② 笔者已经另外撰写了题为《走向有管理的市场化：中国医疗体制改革的战略性选择》（《比较经济社会体制》2005年第6期即将刊出）一文，对这些问题给出了详尽的分析。

明显失灵的地方发挥了政府应该扮演的职能，为老人和穷人建立了医疗保障。中国未能实现医疗保障的普遍覆盖，的确是医疗体制的最大病象，但其根源却极其复杂多样，而历史因素和发展水平的制约至关重要。就农村而言，发展水平、对合作医疗的迷思、政府的意愿、基层政权的治理水平以及合作医疗本身的制度问题，都制约了医疗保障走向普遍覆盖。<sup>①</sup>就城市而言，我们目前实施的社会保险制度本身存在着大量的制度设计缺陷，同国际通行的社会保险制，无论是分散化还是集中化的模式，都有很大的不同，其中对受雇者家庭成员（尤其是儿童）未能保护是最大的中国特色。与此同时，我们在社会医疗保险的强制性方面也有着其他国家不存在的具有中国特色的问题，即征缴率不足的问题。

再次，中国同美国不同，也同任何发达国家医疗体制的不同，或许也是最重要的特色之一，即在于我们的医疗服务第三方购买者并没有正确地行使其职责。虽然我们至少在城市中有了名义上的医疗服务购买者，那就是医保机构，它们也同医疗服务提供者是分开的，但在大多数情况下，这些医保机构并没有运用其强大的购买力代表病人向医疗服务机构购买服务，从而对医疗服务的品质和价格实施有效的监控，而是依然让病人在接受医疗服务时先付款，然后再向医保机构寻求报销。这样一来，所谓第三方购买者变成原本购买者的管家或者婆婆。医保机构通过设定自付率、起付线、封顶线、可报销药品目录等各种手段，对病人的就医行为施加了严格的控制，但是对服务提供者的行为却近乎不闻不问。在这样的制度安排下，无论是公立还是民营，都挡不住服务提供者过分提供服务的种种败德行为。

最后，中国和美国另一个表面相似之处是医疗费用高。虽然中国目前的医疗费用水平占GDP的比重远远不能同美国相比，但其增长

势头迅猛。然而，中国和美国医疗费用高启的原因很不相同。在中国，问题的症结之一是第三方购买者根本没有形成，而在美国，解释其医疗费用居高不下的因素很多，但是几乎没有人归结为医疗服务提供者的所有制性质，或者笼统的市场化。<sup>②</sup>

因此，从比较制度分析的角度来看，我们可以得出结论，让所谓的“市场化”承担中国医疗体制改革失败的骂名，具有相当的误导性。正常的“市场”，或者说在发达的市场经济体制下运作的市场，绝非人们想象中的杂乱无章的市场，也不是不少论者所认定或批判的完全自由放任的市场，而是由众多制度安排（游戏规则）所治理的市场，其中相当一部分游戏规则的制定和实施都需要公共部门的努力。中国的问题在于，各种必要的制度安排市场化过程中要么缺失，要么错位。就缺失而言，我们的医疗保障体系缺乏普遍覆盖的制度安排；我们缺乏完整的初级医疗服务体系以及守门人制度；我们缺乏真正意义上的医疗服务第三方购买者。就错位而言，我们的医保系统设立了过高比例的自付额以致部分丧失了保障功能；我们的大多数医疗服务机构因不公不私而治理结构不清；我们的政府要么对某些重要的医疗服务投资不足要么不知道如何运用其强大的服务购买力以引导服务提供者承担社会责任。对种种的制度缺失和错位，我们还需要进行深入的经验研究。

[本文责任编辑：冯小双]

① 参见顾昕、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性发展分析》，载《社会学研究》2004年第5期。

② 美国医疗费用居高不下是多种因素造成的，经常被提及的因素包括高度依赖新技术去医疗一些在其他国家难以治疗的疾病、美国人好讼的文化迫使医生过度依赖各种检查以自保、长期护理（long-term care）的费用计算在医疗费用之中等等。