

中国新医改 现实与出路

王虎峰 著

NEW HEALTHCARE REFORM: REALITY AND SOLUTION



人民出版社

中国新医改

现实与出路

王健刚 著

中国社会科学出版社

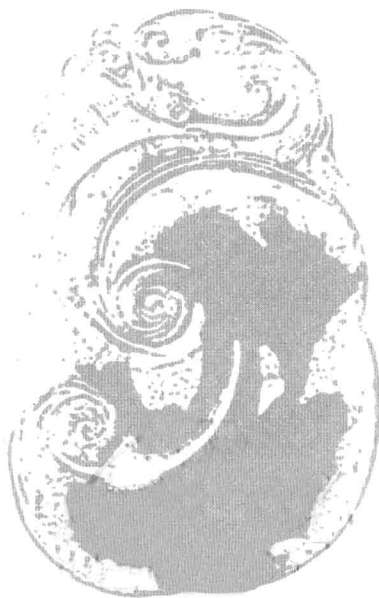


人民卫生出版社

中国新医改 现实与出路

王虎峰 著

NEW HEALTHCARE REFORM: REALITY AND SOLUTION



人民教育出版社

责任编辑：刘敬文

封面设计：肖 辉

图书在版编目（CIP）数据

中国新医改：现实与出路 / 王虎峰 著. — 北京：人民出版社，2012.9

ISBN 978 - 7 - 01 - 011208 - 4

I. ①中… II. ①王… III. ①医疗保健制度 - 体制改革 - 研究 - 中国
IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2012）第 212968 号

中国新医改：现实与出路

ZHONGGUO XIN YIGAI: XIANSHI YU CHULU

王虎峰 著

人民出版社 出版发行

（100706 北京市东城区隆福寺街 99 号）

北京市文林印务有限公司印刷 新华书店经销

2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月北京第 1 次印刷

开本：710 毫米 × 1000 毫米 1/16 印张：19.5

字数：231 千字 印数：0,001 - 8,000 册

ISBN 978 - 7 - 01 - 011208 - 4 定价：32.00 元

邮购地址 100706 北京市东城区隆福寺街 99 号

人民东方图书销售中心 电话（010）65250042 65289539

版权所有 • 侵权必究

凡购买本社图书，如有印制质量问题，我社负责调换。

服务电话：（010）65250042

写在前面的话

健康的事不得不说

健康是人类社会的长期追求，老百姓经常讲“有什么别有病，没什么别没钱”，这句朴素的话折射出人们对于健康的渴望。健康不仅是个人的事情，也是国家乃至国际社会普遍关注的话题，世界卫生组织专门对健康作出过定义，其中最简洁明了的一句话就是“健康是身体上、精神上和社会适应上的完好状态，而不仅仅是没有疾病和不虚弱”。讲到健康，我们首先就要回答这个问题：谁为你的健康负责？按照一般的观点来看，个人应该对健康负有一定责任，因为一些健康问题是由于个人的生活习惯乃至不良嗜好造成的，如吸烟和酗酒导致的健康问题，同时，社会也应对健康负有一定的责任，那就是要提供一个有利于健康的社会环境。这就为我们提出了这样一个问题：如何构建一个有利于健康的卫生医疗制度？应该看到我国改革开放后随着经济的发展及人们生活水平的提高，居民的健康意识日渐觉醒，这表现在人们衣食住行方面更加讲究，更愿意为健康投资，俗话讲“宁愿请人出身汗，不愿请人吃顿饭”，同时，这也对我们的卫生医疗制度提出更高的要求。客观地说国家和政府在改革开放后审时度势，不断加强对卫生事业的投入和支持，及时地调整了工作重点，加强了民生的投入。在过去，我们是以发展经济来解决温饱问题，重点是吃饭问题。最近这些年着

力于改善民生，重点解决看病吃药的问题。应该说进步是显著的。但是，在最近一二十年，卫生医疗服务同人们需求之间的矛盾日益突出，毋庸讳言，在健康方面的问题和挑战依然是很严峻的，表现为缓解“看病难、看病贵”有一定进展，但慢性病蔓延状况依然十分严峻；医改取得了阶段的成果，但是整体来看，医疗改革特别是公立医疗机构的改革依然存在瓶颈，与社会发展和居民需求不相适应；药品生产领域亟待整理和提高；医改的广度和深度还远远不够，特别是与健康相关的部门、相关的领域，还没有真正地行动起来，协同起来。医改的难度不断加大，摆在我们面前有这样几个突出的问题亟待回答：第一，如何处理好解决看病问题和维护健康的关系。上一阶段医改我们重点放在了缓解看病问题上，但是“上医治未病”，未来真正要解决的是提高健康水平，使居民不得病、少得病，如何处理好二者之间的关系是当前应该着重研究解决的问题。第二，医改本身也是上层建筑不断适应经济基础的调整过程，推动医改必然要调整政府相关部门的职能和管理方式。也就是在医改的同时政府自身如何进行相应的改革，这是无法回避的问题。第三，长期以来，很多人狭隘地认为医改就是卫生部门的事，乃至就是医院的事、医生的事。这种认识极大地妨碍了医改的深入，我们如何将影响健康的因素科学合理地进行分类、归纳，并针对这些因素来科学地划分医改的社会系统和行业系统。也就是说在行业层面搞改革还要在社会层面搞改革，这也是当前普遍关心的问题。第四，医改是一个复杂的社会工程，要想将这样的事情说清楚就必须有一整套的分析方法和分析工具。我们应该采用什么理论原则、分析工具来研究和发现医改的规律，避免出现“公说公有理，婆说婆有理”、各执一词、纠缠不休的局面，如何用适当的理论把一些似是而非的问题说清楚也是一项急迫的任务。

本书有哪些人所未言的内容

笔者作为长期跟踪研究医改的高校研究人员，也曾具体参与了20世纪90年代以来的地方医改试点工作和有关部委的实践工作，针对以上问题在借鉴国际经验的基础上，联系医改实际进行了思考，形成了拙著。本书主要有以下内容：

第一部分讲真实的医改。首先，通过研究全球的医改现象来说明医改不是一个偶然的、孤立的现象，在全球范围内是一种普遍规律。笔者曾研究国际上15个国家110年的266次医改，从中可以看到，平均每个国家有17.7次医改，约6.2年发生一次，并且从20世纪70年代后各国的改革频率提高，因此可以说医改是随着社会经济发展而出现的一个常态，并不是一个一劳永逸的事情。第二，根据我国医改的实际情况，特别提出了制定和执行政策，协调和协同是关键，笔者深入参与了上一轮医改方案的研究过程并且作为课题负责人向国务院医改办提供了第八套医改方案，所以对医改政策的协调和协同深有体会，对如何在政策制定和执行的层面利用一个科学的机制来协调推进有感而发，并提出了自己的观点。第三，笔者在研究和参与医改的过程中对经济学这个学科适用性有了新的认识，提出了“在社会领域改革要慎服经济学那剂药”这样一个观点。可能这个说法会引起一些争论甚至忤逆一些热心参与医改的经济学家，但是不同学科的价值选择、学科基础还是有差异的，相关学科的交叉研究是有意义的，但是对于公共管理领域的一些重大政策，还是应选择适当的学科理论作为基础，这一点我是毫不动摇的。结合近年来发生在社会领域的很多问题，我才有针对性地提出了“在社会领域改革要慎服经济学那剂药”的观点。毕竟社会领域和经济领域还是有很大不同的，让大家充分理解、关注这些理论的差异，以避免误导决策者。第四，通过对医改“四领域分析法”

的进一步阐释，在此基础上提出了对社会领域分类管理的概念。这个分类管理和我们事业单位改革提出的分类是不同的，我把民生领域分为三类，这里边既有公共服务的内容，也有准公共服务，也有完全靠市场调节的私人产品。我们应该区别不同的类型，根据它的服务属性采取相应的管理策略，制定相应的管理办法，这样才能够将民生问题管细管好，让百姓满意。第五，提出了政府作用的价值中性问题。对这个问题或许有人不太理解，认为我们的政府是为人民服务的，为什么还要提到价值中性？这里的价值中性恰恰是说在法律法规以及在为人民服务的宗旨的基础上和前提下，政府就没有其他的、额外的倾向或意图。也就是说我们应该严格地按照规律行事，反对地方政府的个别领导打着民生的旗号做政绩工程，打着民生的旗号“瞎折腾”，打着民生的旗号搞民粹主义，打着民生的旗号制定歧视性的福利政策，打着民生的旗号强化传统的计划管理。凡此种种，实际上违背了价值中性的原则。因此笔者提出法治政府应该在施政中保持价值中性。

第二部分讲医改的社会系统。这一部分重点告诉大家影响居民健康或者说致病因素不仅是看病和吃药问题，还有一个重要的社会环境问题，包括健康、锻炼、饮食、环境等方方面面。本部分应该说内容十分丰富，不胜枚举，因此以案例的方式，每一个方面选取一个例子来谈。比如说健康教育就针对当前广告领域当中出现的一些不良情况，特别是对酒和药品的广告进行了剖析，指出了这些问题存在的原因以及提出了校正的办法。在锻炼方面，提到了令国民爱恨交加的足球。用公共管理的理论分析指出了足球具有两重属性，一半是公共产品的属性，一半是私人产品的属性。政府应该针对足球公共产品的属性，把足球作为公共服务的内容来为其提供条件，这样才能够使我们的足球走向正确发展的道路，同时还提出了

足球的“方圆两半论”，让我们重视足球发展的规律，而不仅仅是关注足球比赛的结果。环境问题从机动车说起，这是最近这几年日益突出的问题。从健康的视角看，机动车问题不再是一个保有量、停车场、拥挤程度的概念，更重要的是一个健康的影响因素，我们应从健康的角度去反思、去思考、去制定我们的机动车政策，在这方面有很多问题值得重视，在如何改进城市公共交通方面笔者也深有感触，提出来供大家思考。在食品安全方面，笔者从多次报道过的“种韭菜用农药浇根”说起，用这样一个案例来剖析我们在食品生产流通和食用环节究竟有什么问题，怎么从根本上杜绝这种安全风险，笔者提出我们只能用有效的组织的办法，从把好技术准入关、理顺生产流通体系等做起。

第三部分讲医改的行业系统。这部分主要是研究在此领域如何创新的问题。笔者曾在2008年和2010年出过两本关于医改的书，系统地提出了“四领域分析方法”，建议在四个领域根据不同的服务产品属性采取相应的政策取向，统筹推进四领域的改革。本书重点不再面面俱到地论述四个领域的内容，而是重点讨论当前四个领域中突出的瓶颈问题。在公立医院改革的部分，笔者提出分层协同治理模型，认为当前的主要问题是政府、医疗机构法人治理结构和科室这三个层面协同不够。在解决以药补医方面，缺乏可操作性的方案，缺少达到改革彼岸的渡河工具。当然笔者还是一如既往地对如何认识和把握非公医院的发展提出了个人的见解，认为非公医院的发展重点和难点在于监管和扶持，如果简单一味地提发展恐怕很难达到设计的目标和希望的效果。在药品生产流通领域，笔者从三个维度去思考：一是从满足人们看病的角度思考。如何教育患者学习用药的科普知识，使他们不再对大处方滥用药起推波助澜的作用；对医生则要强化按照规范和标准做事，而不是只要治好病什么

招都能用；对基本药物的使用方面，笔者认为在基层还是应该优先配备使用，而不应认为基层就是绝对的基药，“基层对基药”的管理过于简单化，需要进一步改进。二是从药品行业角度讲，笔者特别强调创新问题，应该说这个问题在认识上有不同意见，但笔者认为未来这个行业的发展离不开一个良性的驱动和奋斗的标杆，那就是创新，离开它恐怕很多医药企业就会迷失方向。三是从政府自身监管角度来讲，提到三个转变，一个是从重审批到注重监管，再一个是从监管到服务，还有一个是从行政管理向专业管理延伸，希望未来监管上有所突破和创新。在医疗保险领域，笔者对大家经常争议的碎片化问题、统筹层次低的问题提出自己的看法，并且对医保在未来医改中的地位和作用有了进一步的认识，提出医保应该努力引导合理就医以及建立有管理的连续的医疗服务，同时适应多元办医的格局，促进医疗服务领域的质量提升和规范化管理。最后提出经办管理服务的创新之路，那就是建立统一的医保公共服务平台，这个平台是跨地区的，可以整合不同部门资源，甚至于由政府所属机构和企业共同来搭建，这样的平台才能适应未来改革发展的需求。同时，这对在其他领域提供公共服务，也是一个示范和借鉴。在公共卫生服务领域，笔者专门提到基本公共卫生服务的均等化，认为均等化是公共卫生的良心所在。再一个重点问题是公共卫生投入的绩效问题。绩效管理方面的问题比较突出，如不尽快解决绩效问题及与之相关的基层工作人员的职称待遇问题，我们这种投入的效率会大打折扣，现实当中也出现了这类问题，所以要特别注意如何科学合理解决医务人员的待遇并进行科学的绩效管理，而不是简单地搞绩效工资。笔者还针对慢性病问题给了重点论述，认为慢性病的问题直接影响到未来医保体系的可持续性，影响到我们整个卫生投入的效率。因此笔者建议国家应在慢性病防控上采取更加积极

有效的策略，动员全社会进行干预，形成应对慢性病坚强有效的屏障，只有这样才能切实提高大家的健康水平和生活质量。

第四部分讲笔者对两个案例的体会。一个是北京市卫生事业发展改革“十二五”规划，一个是对北京市二龙路医院的绩效管理。通过这两个案例的体会，笔者对如何将一些卫生管理的知识、政策分析的工具运用到实际工作中去，使宏观管理及微观操作的绩效有明显的提高，有比较多的感性认识。这些体会讲出来一方面供同道参考，也体现了作者对卫生管理方面的关注和重视。

鸣谢

书稿形成后，曾将征求意见稿送呈一些专家学者评阅，他们在百忙中抽时间反馈了书面点评意见，给予了中肯的评价和热情鼓励，也指出了不足之处，本书诸多关键之处改进得益于这些帮助。他们堪称笔者的良师益友，他们是：中国体制研究会会长宋晓梧、全国人大财政经济委员会副主任委员乌日图、卫生部办公厅副主任杨建立、人力资源和社会保障部社会保障研究所所长金维刚、国家食品药品监管管理局稽查专员许嘉齐、北京市卫生局局长方来英、北京市医管局副局长毛羽等。在此，对他们的大力支持和帮助表示衷心感谢！当然，由于能力和时间有限，文中纰漏在所难免，本人对全书观点负责，同时，恳请同行不吝批评指正。

王虎峰

2012年8月7日



引 言 医改连环问：为什么要改 应该改什么	1
-----------------------------	---

第一部分 真实的医改	13
------------------	----

一、医改是全球现象，是政府治道变革的反映	15
----------------------------	----

二、制定和执行政策的关键是协调与协同	43
--------------------------	----

三、医改及其他社会领域改革慎服经济学那剂药	62
-----------------------------	----

四、医改“四领域分析法”的精髓是对社会领域 分类管理	82
-------------------------------------	----

五、从医改看政府的作用——从责任缺位到归位、 再到价值中性	100
--	-----

第二部分 医改的社会系统：关注健康四件事	115
----------------------------	-----

一、健康教育：广告误导与健康良知	117
------------------------	-----

二、运动与健身：足球的社会属性	129
-----------------------	-----

三、环境问题：从机动车说起.....	138
四、食品安全：从种韭菜用农药浇根说起.....	152
 第三部分 医改的行业系统：“四领域”如何创新.....	167
一、公立医院改革.....	169
二、药品生产流通.....	197
三、医疗保险.....	216
四、公共卫生.....	241
 第四部分 案例体会：从规划设计到绩效管理.....	263
案例一：北京市卫生“十二五”规划.....	265
案例二：二龙路医院绩效管理改革.....	277
 参考文献.....	290
后 记.....	296

· · · · ·
引 言

**医改连环问：
为什么要改 应该改什么**

为什么要医改？这个问题看似简单，实际上很复杂。一般人听到这个问题可能脱口而出：医改就是解决“看病难、看病贵”，因为大家都这么说，甚至很多文件中都这么讲。这样说并不为错，但是我们要想一下：为什么会出现“看病难、看病贵”的现象呢？

先说“看病贵”。在 20 世纪 90 年代一直到 2003 年这段时间，在农村居民当中，以前的合作医疗基本都不复存在了，农民看病基本上是自己。从个人支出的角度来讲，没有补助或者分担风险的机制，全靠自己掏腰包，相对并不宽裕的农民来说，看病自然是贵的事情。在城市里面，1998 年 12 月出台了国发〔1998〕44 号文，就是《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，这个文件实际上把原来的劳动保险里面城镇职工家属、子女半费医疗这个政策取消了。换句话说，城镇的职工是按照新的医疗保险走的，职工的家属在很多单位不再享受这种半费医疗了。也就是说，从支出角度来看，从农村到城市，在这一段时间，居民看病要完全靠自己。恰恰在这一阶段，我国的医疗费用大幅度上涨，并且上涨的幅度高于居民的可支配收入增加的幅度。1990—2004 年，我国城镇居民人均可支配收入由 1510.2 元增加到 9421.6 元，增加了 5.24 倍，农村居民人均纯收入由 686.3 元增加到 4039.6 元，增加了 4.89 倍；而我国城乡居民人均医疗保健支出分别增加了 19.57 倍和 5.86 倍。^① 也就是说，看病所需要的费用占居民可支配收入的比重越来越高，医疗费用不断上涨。与此同时，国家财政对这个领域的投入，从比重上看是逐步递减的。我国卫生总费用由政府财政卫生支出、社会保险及其他卫生支出和个人现金卫生支出三部分组成。

① 参见中国社科院：《社会保障发展报告（2007）No.3》，社会科学文献出版社 2007 年版。

1978—2002年，政府财政卫生支出占卫生总费用比重从32.16%下降到15.21%，社会保险及其他卫生支出所占比重从47.41%下降到26.45%，个人现金卫生支出由20.43%上升到58.34%。^①

从以上三方面的因素可以看出，在这段时间医疗费用上涨了，国家支出递减了，个人支出增加了，导致了“看病贵”这个问题的凸显。这些是从基本面上的分析，现实当中更严重、更突出的问题是很多农村居民因病致贫、因病返贫。在城市里面也经常会展出一些天价医疗费的事情。医疗问题不仅是一个看病问题了，已经关系和影响到社会的稳定。因此，一段时期以来，看病问题同上学、住房问题一起被人们戏称为“新时期的三座大山”。

再说“看病难”。单从人均拥有的医生、病床数和其他医疗资源来看，近年来我国的医疗资源还是不断增加的。1980—2001年我国卫生人员总数从353.47万增加到558.39万，其中医生从115.32万增加到209.97万，护士从46.58万增加到128.69万；床位数从218.44万张增加到320.12万张。^②但是为什么群众反映“看病难”呢？如果在总量的基础上再看一下资源配置的结构就会发现问题了。在这个时期，大部分的卫生资源是集中在城市、城市的大医院，而农村的村级、乡镇级的医院，甚至包括我们当时叫防疫站（主要做公共卫生工作），这类医疗机构的数量是滑坡的、人员是在减少的。1982—2001年间，我国医院床位从205.4万张增加到297.6万张，涨幅为44.9%。在此期间，城镇医院床位从83.2万张增加到195.9万张，涨幅为135.3%，而农村医院床位从122.1万张下降到101.7万张，降幅为16.7%。农村医院床位占床位总数

① 参见赵郁馨、杜乐勋：《中国卫生总费用核算结果和分析》，<http://www.docin.com/p-360750162.html>。

② 参见卫生部：《2004年中国卫生统计年鉴》，中国协和医科大学出版社。