



通向大国之路的
中国民生

大国策

为中国策

为国是谋

全球视野中的医改路径

主 编 唐 晋
执行主编 谈火生 袁贺

人民日报出版社

大國之道 在明明德 在親民
強國之鑒 在止于至善



通向大国之路的
中国民生

大国策

为中国策

为国是谋

全球视野中的医改路径

主 编 唐 晋
执行主编 谈火生 袁贺

人民日报出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

大国策：通向大国之路的中国民生 全球视野中的医改路径/唐晋主编. —北京：人民日报出版社，2009.3

ISBN 978-7-80208-791-0

I. 大… II. 唐… III. 医疗保健制度-体制改革-研究-中国 IV. R199.2
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 034968 号

书 名：大国策：通向大国之路的中国民生 全球视野中的医改路径

出 版 人：董 伟

主 编：唐 晋

责任编辑：曼 嫫 孙 琳

出版发行：人民日报出版社

社 址：北京金台西路2号

邮政编码：100733

发行热线：(010) 65369527 65369512 65369509 65369510

邮购热线：(010) 65369530

编辑热线：(010) 65369511

网 址：[www. peopledailynews. com](http://www.peopledailynews.com)

经 销：新华书店

印 刷：北京市梦宇印务有限公司

开 本：16

字 数：307千字

印 张：18.75

印 次：2009年5月第1版 2009年5月第1次印刷

书 号：ISBN 978-7-80208-791-0

定 价：39.80元

法治成就大国

——《大国策》系列丛书导言

高全喜

《大国策》丛书,旨在为处于转型时期的中国读者提供一份思想的盛宴,为治国理政者提供一份决策参考。丛书共四十多册,荟萃学者五六百人,其主题集中于大国之路和强国之鉴。我曾经主编《大国》学术丛刊,对于现代国家的法政建设有自己办刊的思考,今受嘱谈点感想,权且作为导言。

中国历来就是一个大国,这没有什么可争议的,上下五千年,纵横八千里,无论从历史还是从现实来看,我们的自然禀赋、人口规模、社会结构,乃至意识形态、人文风情,等等,都注定了我国是一个大国。但是,大国不等于强国,更不等于优良的法治之国。对于现代中国人来说,如何从内政上厘清一个大国与强国之间的本质性不同,在外交上构建一种国与国之间的责任关系,需要我们有一双“法眼”。

我们所处的时代已经不同于古代,古代王朝政治的国家治理经验,例如被某些学者所褒扬的“德治”、“峻法”,以及“朝贡体系”,等等,在当今世界,已经失去了原初的功能和效用,现代社会迫使我们建设一个新型的国家,即法治国。一个社会犹如一个活的生命体,法治是其中的骨骼和精髓,其他的所谓国之“大”者,不过是一堆肉泥而已。一个国家如果没有法治,尤其是正义的法律之治,它的国土再大,人口再多,资源再丰,历史有多辉煌,文化有多灿烂,人民有多勤劳,这一切的一切,不

过是人家或列强口中的尤物。

中国的近现代史,从某种意义上来说,就是一部寻求法治国的挫折史。我们知道,鸦片战争以来,中国这个老大的帝国逐步崩溃了,但如何重新建设一个共和国,却是歧路复歧路。我们有康梁变法、孙中山革命、“五四运动”和马克思列宁主义,有对于“德先生”、“赛先生”的呼吁,有实业救国、科学救国的梦想,直到今天,我们才意识到要建设社会主义的“法治国家”。我认为,强国梦的关键在于法治,只有法治国才能成就一个真正的大国,一个在当今全球化时代的强国。

建设一个强大的国家,必须有凝聚力,有支撑一个国家的法律和政治制度。从人类历史的经验来看,凡是真正的持续强大的国家,而不是消耗型的短暂的所谓一时之强国,必定是一个法治国,法治不但可以维护和保障一个社会秩序的稳定,树立国家的权威,而且可以使人民自由和幸福。法治与自由并不矛盾,恰恰相反,只有法律才能防范他人或政府的恣意侵犯,为人民自由地从事经济活动提供规则与秩序。法治是一个国家经济繁荣的基础,凡是法治优良的国家,人民追求财富的合法欲望不会受到压抑,私人财产受到严格保护,市场经济和市民社会在有效法律的调节之下健康而有序地发育和成长,经济和贸易必定繁荣兴旺,充满活力。

从西方近代资本主义的发展史中,我们可以看到,即便是一个政治上专制的国家,但只要它的法律制度是独立的、公正的和有权威的,也仍然可能成为一个强国,例如英国和法国的有限君主专制时期就是如此。当然,如果能够继承自己的政治文化传统,建设一个自由、民主、共和的法治国家,那么,一个自然禀赋上具备了大国条件的国家,就必定是一个强国,而且是一个自由的强国,人民在这样的国家里充分享受了作为大国国民的自由、福祉和荣耀。因此,他们发自内心地把这个国家视为自己的祖国,可以奋不顾身地为自己的祖国牺牲,这就是哈贝马斯等人所说的“宪法爱国主义”,或公民爱国主义。其实,这种爱国主义可

以追溯到古代罗马共和国,正像西塞罗所指出的,罗马人民对于国家的热爱,与其说是对于它的国土,不如说是对于它的法律,对于共和国的政体制度。这种宪法爱国主义与近代日耳曼国家的基于民族精神的爱国主义是大不相同的。

今天在中国的语境下重新思考建设自己的强大的国家,我认为,法治国以及与此相关的法律意义上的爱国主义更具有本质性的积极意义。在近二百年的中国近代历史中,我们的国家建设屡屡受挫,虽然其中的原因是多方面的,但法治不彰显然是一个根本性的原因。要说,我们不缺乏奋斗的勇气、革命的精神和爱国的激情,也不缺乏建国方略、五年纲要和十年规划之类的一系列政治、经济和文化的方针政策,但令人遗憾的是,我们少有法治主义的保守和审慎精神,少有法治国的恒久的建设目标。

因此,建设一个法治国便成为首要的国家主题。法治昌明,政体稳定,人民才有追求财富的欲望和恒心,国家的税收才源源不断,公民美德才得以光大。对此,休谟曾经有精辟的论述,他说:“在所有杰出的留有难忘成就的人物中,首要荣誉看来应属于立法者和国家缔造者,因为他们为保障后代的安宁、幸福和自由,留下了法律制度和政治体制。”

在当今国际社会,人们经常谈到大国责任,做一个负责任的大国,这是大国或超级大国对于今日世界的基本承诺。随着中国的崛起,把中国视为理所当然的大国,并要求其承担必要的大国责任,这似乎已经成为国际社会的一致吁求。

我们看到,无论是从内政还是从外交来说,国家责任都是我国目前面临的一个中心课题,而这一切又都必须依靠法治,法治国是实现国家责任的基础。在国内政治领域,作为国家的治理者和领导者,它的权力是人民赋予的,有责任保障人民的权利不受侵犯,有义务维护政治、经济和社会秩序的稳定、和平与安宁,有责任和义务惩治腐败,建立廉洁、高效的法治政府。在对外关系方面,随着中国的日益强大,关于中国威

胁的论调甚嚣尘上,对此,我们虽然提出了和平发展与和平崛起的方略,但国际社会的担心并没有太大的改观。这是为什么呢?在我看来,关键是法治还没有落实到位,也就是说,由于怀疑我们还不是一个法治国,所以对于我们的承诺,国际社会还大多视为政治上的修辞。

其实,建设社会主义的法治国家,对于我们不仅具有内政的意义,而且还具有深远的国际意义。在当今世界,所谓大国责任,最基本的是意味着法律上的责任,即一个国家在法律制度上要承担的国际责任。它首先要求的是一个法治政府的存在,一个遵循法治的国家,才可能是负责任的,否则无论如何表白,都具有权宜之计的性质。因此,和平发展也好,和平崛起也罢,关键在于要切实地建设一个法治国家。就近代世界历史来看,到目前为止,还没有出现过两个民主法治的国家开战的事件,所以,所谓民主和平论就成为了当今和平论的一个主流理论。无论从近期的国家事务还是长远的民族未来来看,世界和平对于中国来说都是非常必要的,因此,我们有理由把法治国的建设置入国际环境的大背景来考虑。

当然,中国在国际事务做负责任的大国,并不意味着要与美国一致,也不意味着非要与美国对抗。关键在于要做一个具有独立主体意识的国家,而这个国家意识不是某个人或某个集团的一己之私,而是国家利益,是法治下的国家人格,体现的是人民的意志。就目前的情况来看,我认为我们要警惕两种极端的态度,一种是民粹主义的极端情绪,另一种是极端的亲美主义。在我看来,这两种态度都是盲目的、幼稚和非理性的。政治是一种审慎的技艺,需要政治上的实践理性和一个民族的政治成熟。

我们有理由相信,只要我国坚定不移地走法治国家的建设道路,我们就有可能建立国家的自主性,从贫弱的大国走向富强的大国,走向对内对外都负责任的自由的大国。

目录

CONTENTS

法治成就大国

——《大国策》系列丛书导言 高全喜 / 001

医改新方案：“手术刀”挥向医院？

新医改方案“难产”3年，最终撩开了面纱。新医改方案无非是想解决三个问题：一个是“看病难”，“医保一卡通”什么时候通？一个是“看病贵”，得了病会不会倾家荡产？另一个是“全员医保”，能否真正普惠于民？占世界1/5人口的中国一旦推行公益性医改，将是人类历史上的一项创举。把医疗体制重新扳回到公益轨道上来，显示了中国政府的决心和责任。

全球性医疗体制改革的大趋势 顾 昕 / 002

中国医疗保障体系的现状与完善 仇雨临 / 018

通向全民医保的渐进主义之路

——论三层次公立医疗保险体系的构建 顾 昕 / 030

医改困境的新出路：治理与规管 杨团 施育晓 / 041

医疗体制弊端与药品定价扭曲 朱恒鹏 / 052

混合型监管：政策工具视野下的中国药品安全监管 刘 鹏 / 076

医疗的公益与利益之争

新出台的医改方案明显倾向于“公益性”,但“吃甜了嘴”的公立医院会轻易舍弃既得利益吗?事实上很难。一旦确立公立医院的公益性地位,国家财政将耗费巨资打造“公益牌”,但在医院的上游和下游,各种利益关系纠缠在一起,他们在利益驱动之下,会不会“挂羊头,卖狗肉”,出现财政和市场“上下通吃”的糟糕局面?

过度市场化与高度分权化:中国医疗卫生改革的双重误区

..... 刘军民 / 102

重构政府与市场、政府层级间规范的卫生支出责任

——关于中国医疗卫生体制改革的一个建议 刘军民 / 116

健康照顾与国家责任:公共卫生研究典范转变与

重构公共卫生政策框架 刘继同 / 124

从治理模式看公立医院改革

——以无锡市为例 邓国胜 纪颖 / 138

医患关系也要和谐

医生与患者之间的关系似乎说不清楚。是救死扶伤?不像,因为在任何一家医院没钱是治不了病的;是利益共同体?也不像,因为患者是利益提供方;是商业关系?更不像,因为患者在医院根本享受不到无微不至的医疗服务。患者一旦进入医院,即使再有地位,在医生面前都属于“弱势群体”,不仅要正常收费,还要准备红包小费。医院里的“潜规则”并不比其他行业少,按照这个“潜规则”行事,医患关系反而变得“和谐”了,但患者因此付出了代价,也付出了尊严。

我国医疗服务体系的内在特性与改革思路 魏杰 王韧 / 148

医疗救助体系与公立医疗机构的社会公益性

..... 顾昕 高梦滔 张欢 / 161

构建以大病保障为核心的医疗保障制度 丛树海 / 171

医疗费用预付制及其政策启示 于良春 李丽 / 183

中国城市妇幼保健服务的普遍提供

——社会保险制还是事业单位制 顾 昕 / 192

10 元钱的《农村合作医疗证》喜煞老农

自 2006 年实施“新型农村合作医疗制度”以来,每年交 10 块钱,就可以做到“小病不出村,大病不出县”。这个小本子在解决农村就医难方面发挥了重要作用,此前许多农民因为无钱看病,小病拖成大病,大病拖成绝症。中国农民是世界上最容易知足的群体,任何一项惠农措施出台,他们都会高呼万岁。对于这样一个群体,我们的责任是进一步深化农村医保体制,让这项政策惠及更多的人群。

围绕农民健康问题:政府、市场、社会的互动 景天魁 / 210

“能力密集型”合作医疗制度的“自动运行”机制

——中国农村基本医疗保障制度的可持续发展

..... 中国人民大学农业与农村发展学院课题组 / 228

农村新型合作医疗试点中需要解决的几个问题

——对湖南省的调查 杨立雄 刘湘玲 / 256

构建竞争性县乡医疗服务供给机制 朱 玲 / 272

医改新方案：“手术刀”挥向医院？

新医改方案“难产”3年，最终撩开了面纱。新医改方案无非是想解决三个问题：一个是“看病难”，“医保一卡通”什么时候通？一个是“看病贵”，得了病会不会倾家荡产？另一个是“全员医保”，能否真正普惠于民？占世界 1/5 人口的中国一旦推行公益性医改，将是人类历史上的一项创举。把医疗体制重新扳回到公益轨道上来，显示了中国政府的决心和责任。

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。^[1]总体来说,多年的医疗体制改革依然存在诸多问题,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。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。

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。^[2]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。工业革命之后,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。^[3]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。^[4]

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唯有美国。

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,仅仅覆盖贫弱者,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^[5],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(见表 1)。^[6]

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
	A. 国家出资	免费医疗服务 全民健康服务 (英国) (A1)	医疗救助制度 (美国) (A2)	(A3)
筹资 (需求方)	B. 强制保险	(B1)	全民健康保险 (加拿大) 社会保险 (德国) (B2)	(B3)
	C. 强制储蓄	医疗个人账户 (新加坡) (C1)	(C2)	(C3)
	D. 自愿保险	D1	社群保险 (发展中国家) (D2)	商业保险 (美国) (D3)
	E. 病人自付	(E1)	(E2)	(E3)

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 2 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。^[7]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。^[8]

强制保险(社会医疗保险)模式也可分为 2 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”。^[9]

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者。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。^[10]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能力支付。^[11]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。^[12]

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。即使是在这方面明显有问题的美国,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。^[13]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。^[14]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。^[15]

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。

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。^[16]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