

医疗行政部门资源配置的效率与公平性研究

○ 天则经济研究所课题组
(天则经济研究所,北京 100062)

[摘要]在我国,医疗服务的资源基本上是直接或间接由行政部门配置。行政部门一是通过各种行政管制控制社会资源在医疗领域的配置,二是通过行业政策、财政政策在行业体系内根据医疗卫生机构的等级、所有制性质等进行资源分配。本文通过分析医疗行政部门的管制措施及其层层管制下的结果,揭示行政部门的管制不仅没有解决市场失灵,反而带来了政府失灵,降低了资源配置效率。并且通过构造一个资源分配的公平性评价方法和标准,直观地显示了行政部门的科层制配置机制下,医疗资源,尤其是财政医疗资金在省际和群体中配置的失衡和不公平的程度。

[关键词]管制;留租;效率;公平;相对损益指数

一、医疗卫生的经济技术特性

从经济技术特性上讲,医疗服务可以竞争性和排他性的提供,因此本质上应是一种私人物品。然而,医疗服务也有一些公共性质和垄断性质。首先,一些疾病具有外部性,如传染病,预防、治疗传染病具有正的外部性。其次,医疗服务具有某种地理垄断性质,表现为在一定的区域内只有少数几家医疗机构占有比较高的市场份额,垄断着当地的医疗服务市场,医院潜在竞争的压力并不大。再次,医疗往往涉及人的生命,生命的价值是不能用金钱衡量的。涉及到人的生命或者救急救穷的时候,应该是以治病救人第一要义的。现代社会虽可以通过

作者简介:本文是天则经济研究所“中国政府行政部门配置资源的效率与公正研究”报告中医疗部分的缩编稿,其中部分数据有所更新。课题负责人:盛洪,课题组成员:盛洪、钱璞、刘业进、徐振宇、杨俊峰。医疗部分报告主要执笔人:钱璞。

医疗保险解决这一问题,但保险也存在道德风险和逆向选择问题。基于上述原因,可以说医疗是有部分公共性质的私人物品,因而应以市场制度为配置资源的基本制度,辅以非市场的制度,包括政府制度,来克服市场失灵部分。

我国目前医疗资源配置还是延续了计划经济特征,以行政手段为主。虽然近些年医疗改革也出台了很多政策,但是总体上,还是表现为管制过多,以行政化配置资源为主的特征。主要方式,一是通过各种行政管制,包括进入管制、价格管制、人员管制等控制社会资源在医疗领域的配置;二是通过行业政策、财政政策在体系内根据医院级别、所有制性质,以及不同群体进行分配。

二、行政部门对医疗资源的管制机制

医疗资源,包括医疗机构、医护人员和医疗设备等都受到进入、数量、空间布局上的管制。行政主管部门主要通过制定区域卫生规划、制定医疗机构标准、进行行政审批的方式对医疗机构的设立进行管制,其直接结果就是控制医疗机构的数量和基本布局。尤其是行政审批给了行政主管部门很大的自由裁量空间。准入审批制无不造成准入执照短缺,准入执照越短缺,每个执照的含金量就越高,审批者的权力也就越大。

医疗设备购置实行分级审批制。大型医用设备分为甲、乙两级,实行国家宏观调控、配置规划和配置证制度。甲类大型医用设备的配置规划和审批权在卫计委;乙类大型医用设备配置规划和卫计委核准下的审批权在省级卫生行政部门。这样机制下,医院不仅购买大型医用设备的权利受到行政部门的约束;而且购买医疗设备的类型也要受到医院等级的制约,医院缺乏独立自主的决策权。

公立医疗卫生机构被归于事业单位管理,人员编制与按人头拨付经费的财政机制相挂钩,因而医护人员的名额受到严格的控制。医护人员薪酬执行的是事业单位的人事薪酬制度,需遵循人事部门对其作为事业单位的种种规定,工资结构体现了行政等级和论资排辈的特征。此外,医生实行定点执业制度,流动性受到比较严格的管制,这大大阻碍了医疗资源的合理配置和流动。虽然2011年以《政府工作报告》的形式提出了“完善和推进医生多点执业制度”,一定程度上打破了医师流动的禁锢。但按照各地已经实施的多点执业管理办法,要想申请多点执业,至少需要得到第一执业医疗机构的同意,因此执行中还是受到一定的障碍。医师不能成为“自由人”的障碍还来自于体制——事业单位编制身份上捆绑着职称、科研、退休保障等附加因素,离开了公立医院,也就意味着失去了这些资源。

和医生创造医疗劳动直接相关的费用,包括挂号费、诊疗费、手术费等价格也受到低价管制,不同等级医疗机构和不同职称的医务人员提供医疗服务的收费标准没有显著差异。以北京市为例,普通门诊挂号费规定为0.5元/人次,医生按知名专家、主任医师、副主任医师和主治医师职称分为每人次10元、5元、3元和1元,急诊为1元/人次。诊疗费按一、二、三级医院级别分别为每人

次 2.5 元、3 元和 4 元。在手术费定价中,最高的是胰头癌区域性切除术,为 1410 元/例;最便宜的是头皮/皮肤裂伤清创缝合术,最低仅为 6 元/例。在公立医院的收入构成中,来自医生技术服务的收入很少,更多的来自药品收入。在 2014 年全国三级公立医院门诊收入中,挂号收入和手术收入分别仅占门诊收入的 0.9%、1.9%,药费收入占到 50.4%;在住院收入构成中,来自手术的收入也仅占 5.8%,而药费占到 38.1%。

药品价格管制上,虽然去年国家发改委已经取消了最高零售限价,从形式上似乎政府已经不再对药品进行直接价格管制。但是在医疗终端药品零售价格形成机制中,起到重要作用的集中招标机制不仅没有放开,反而进一步得到强化。集中招标机制下,由于中间环节增加,随之带来费用的增加。除了国家规定收取的招标文件费和代理服务费外,实际操作过程中,很多地区还会收取药品质量检验费、样品费、标书工本费、投标品种保证金、中介机构服务费等名目繁多的费用。如果上网投标,企业还需要交网费。更重要的是这一机制弱化了市场在价格形成中的作用,参与招投标的各方不仅没有降价的动力,反而形成了事实上的利益共同体,推动了部分药价的虚高。首先招标采购的主体——医院没有降价的动力,却愿意采购价格更高的药品。因为实行的购销加价率管制,使得医药价格存在“低价药加价少、高价药加价多”的问题,医院采购价格越高,获得明的加价收益和暗的返利越多。其次,药品招标经办机构没有降价的激励机制。招标经办机构一般都与当地卫生部门存在直接或间接的关系,而卫生行政主管部门在其中既不是用药方,也不是付款方,其自身缺乏降价的内在动力。并且经办机构和卫生行政机关存在隶属或利益关系的做法也是违规的。以政府集中招标采购政策为契机,一些地方政府开始深度介入药品采购。出现了由相关行政部门(主要是地方卫生局)统一采购药品,统一收受药品返利(返点)资金,集中使用的做法。实质是药品回扣政府化,药品回扣合法化。这种做法意味着卫生行政部门以合法形式正式参与分享药品收益,这也无助于抑制药价。^[1]再次,作为药品的最终付费方——患者和医疗保险机构则被排除在定价机制之外,在药价形成机制中基本没有话语权。对于药厂,更没有降价的动力,因为一旦它中标之后,在目前招采合一的体制下,就获得了区域药品垄断市场。在这样的价格形成机制当中,药价虚高不可避免。

三、行政部门对医疗资源的配置机制

在组织上,多数公立医院是卫生行政部门的下属机构,行政等级和行政化管理方式仍然起决定性作用。和行政部门的科层制结构相对应,医疗资源的配置在体系内部也呈现出由上到下的等级式配置,与之相匹配的就是财政资金和人力等资源分配向高等级、大医院倾斜,分配体系最末端往往意味着医疗资源质量最难以得到保障。

我国卫生财政投入体制实施的是“分级管理、分灶吃饭”的体制,每一层级

医院由相应层级的财政进行补偿,行政级别越高的医院获得的财政补偿越多。2014年公立医院的一、二、三级医院按医护人员数量计,人均财政补助为11801元、25017元和30938元。同样向居民提供医疗服务的非公立医院,却一直未能建立财政补偿的常规化投入机制。近些年在国家鼓励民营医院发展的政策环境下,非公立医疗机构虽然也能获得财政补助,但是补贴额度很低,人均补贴仅为公立医院的2.4%。在科教项目的申请上对医疗机构也是有等级要求的,例如卫计委明确要求,申报国家临床重点专科建设项目的专科所在医院应为三级医院。由此不同等级医院获得的科教项目资金的差距更大。2014年公立医院的一、二、三级医院平均每所医院人均获得的科教资金为138元、153元和2961元,一级医院的人均科教资金仅是三级医院的4.7%。按等级分配资源的制度已经先定地在现有行政框架中在各个医院间配置了公共卫生资源,无论一个医院如何努力,它都无法突破行政等级的框架。这一配置规则显然与民众对医疗资源的配置要求相距甚远。从对公共医疗资源的配置来讲,本应配置给更缺乏医疗资源的地区和人员,但实际上是背道而驰。其结果就是高等级医院集中了更为优秀的医疗技术人员和先进的检查设备。根据中国卫生统计年鉴,2014年三级医院占医院总数7.6%,集中了42.1%的执业(助理)医师。综合医院的万元以上设备台数占全部医疗卫生机构的58.2%;100万元以上设备数占69.0%,基层医疗卫生机构仅占2.5%。

在医疗保障机制上,我国建立的是分层级的医疗保障体系,包括公费医疗、城镇职工医保、新型农村合作医疗和城镇居民医保,不同群体进入不同保障体系,所获得的财政资金和保障程度也存在差异。

表1 不同医保类型群体的财政补贴(2014年)

注:新农合和城镇居民医保基金支出中包括财政资金支出部分。事业单位和公务员的人均医保资金为人均财政资金加上人均城镇职工医保资金。

数据来源:医保基金支出及参保人数根据人力资源和社会保障部《2014年人力资源和社会保障事业发展统计公报》和国家卫生和计划生育委员会《2015中国卫生和计划生育统计年鉴》中的数据整理计算,医疗保障财政资金数据来源财政部《2014年全国一般公共预算支出决算表》,财政部门户网站 http://yss.mof.gov.cn/2014czys/201507/t20150709_1269855.html。

公务员群体享受公费医疗的制度始于1952年,1998年我国对公费医疗开始进行改革,逐渐将机关、事业单位人员纳入到基本医疗保险制度范围内,遵循和城镇职工相同的医保政策。但同时也规定国家公务员在参加基本医疗保险的基础上,享受医疗补助政策。因此,很多地区的机关事业单位职工并入职工医保

时,均存在着不同名目的“补充医疗保险”,保费仍由财政支付。2014 年国家财政补助事业单位和公务员人均资金 935 元和 1620 元,加上职工医疗保险后,机关事业单位人员的医保待遇仍优于其他群体。面对农民群体的新农合建立以来,国家财政的投入力度不断加大,农民的医疗保障有所改善,2014 年财政补助占新农合支出的 94.5%,农民人均医疗财政资金为 627 元/人。城镇居民的医疗保障资金基本上有一半来自财政,人均 215 元,仅是公务员财政保障资金的 13% 左右。城镇职工则基本上完全靠自己缴纳资金形成的医保基金进行保障,没有财政补贴。

针对一些高等级的官员,很多三甲医院还设立了“干部病房”,并为之配备了优质的医护资源、设备,且享受低价服务。“免费”和较大“折扣”的医疗服务激励需方的过度需求,造成这部分群体的小病大养。在有限的卫生资源情况下,原本大多数人应该享受的医疗服务却被剥夺了,不仅不公平也带来了效率损失。

四、管制下医疗资源的配置效率

行政部门配置资源的恰当范围应是公共物品、准公共物品和对市场失灵的补救,当行政部门超出这一范围去配置资源,就会带来效率损失。这是因为,在市场能够发挥作用的地方采取行政方式配置资源,必然会偏离市场均衡状态,一旦如此,就会产生效率损失。

医疗资源的进入管制抑制了医疗服务市场潜在的供给能力。2014 年名义卫生总费用是 1980 年的 320 倍,剔除掉行业工资上涨和价格因素之后,也有约 40 倍,在一定程度上反映了需求的快速增加。而供给方面上,全国的医院数量仅增加了 161%,其中综合医院增加了 105%;医院卫生床位总数增加了 202% (同期人口增加 41%,所以每千人床位增加 161%)。同期执业(助理)医师增长 151%,注册护士增长 545%,药师(士)仅增长 33%。对人员编制的限定人为减少了医护人员的供给,使得一些医学院毕业生难以进入医疗行业。1981 - 2014 年间全国医学专业毕业人数累计增加 1271 万人,同期卫生技术人员增加 458 万人,为毕业人数的 36.0%。

进入管制减少了市场的有效供给量,在一定程度上造成总量上的供需矛盾。而更严重的矛盾集中在优质医疗资源上,由于高等级医院、高水平的医生过于向大城市、中心城市聚集,相比较下基层医疗机构的设备落后、医生技术水平明显偏低,导致患者过于集中到大医院看病。造成大医院看病的供需矛盾突出,病床和设备处于超负荷运转状态,而基层的利用率很低,大量医疗资源被闲置。全国三级医院数量占全部医院数量的 7.2%,却承担了 45.1% 的诊疗需求,病床使用率超过 100%,而一级医院的病床使用率仅为 60% 左右。这种矛盾的产生除了高等级医疗服务的绝对供给量远小于需求量的原因外,还由于在医疗服务的低价管制下,专家号与普通号的差价不大,出现了常见病也要看专家的现象,导致专家号市场的短缺存在一定的泡沫。伴随着对优质医疗资源的争夺,看病难的

问题凸显。对于患者来说,如果价格不执行配置资源的功能,稀缺的医疗资源将通过其他非价格的方法,例如排队,进行配置。对需要紧急医疗服务的患者,医生可能仍按先来后到的原则提供服务。过多的需求也挤压了医生的问诊时间,和患者沟通时间不足,不仅降低了问诊的效率,在一定程度上也增加了医患双方的矛盾。

图1 医疗卫生市场的供需总量变化(1980-2014年)

说明:卫生总费用的增长是考虑了价格指数和卫生行业工资水平变化后的修正数据,价格指数和卫生行业工资水平数据来自国家统计局《2015中国统计年鉴》,中国统计出版社,2015年。

数据来源:国家卫生和计划生育委员会:《2015中国卫生和计划生育统计年鉴》,中国协和医科大学出版社,2015年。

药品生产市场应是竞争性比较强的市场,政府对医药行业的主要管制应在对新药的审批、用药安全和药品专利保护上。我国目前对药品市场实行的流通和价格管制,以及医保体制则扭曲了厂商的行为,厂商的竞争重点主要围绕进入基本药物目录的竞争和对医院销售渠道的竞争。为了最终进入医疗终端销售领域,医药企业在中间环节开展的竞争耗费了大量的成本,包括以邀请医务人员参加学术会议、出国考察学习、提供咨询费等隐蔽形式进行的行贿费用。^[2]表现在医药公司财务结构中,销售方面的支出非常高,其中差旅费、会议费等支出占有相当大的比例,对药品价格管制机制产生了严重的腐败问题。这些都造成了效率和福利的巨大损失。

在行政部门管制和干预下,民众或企业看到租值将会白白消散,采取自愿的行动,通过合约方式将即将消散的租值留下,即留租,部分地挽回了租值,并一定程度上使分配格局回归由市场决定的分配格局。在医疗领域,留租的形式有以下几种:

第一,依赖于价格被管制产品的互补产品,该产品的价格没有被管制。但当消费者要购买价格被管制产品时,也必须同时购买它的互补产品。这时卖家可以以较高的互补产品价格作为价格被管制产品的配套产品出售,从而弥补价格管制带来的租值消散。医疗服务和药品是互补产品,当医疗服务的价格受到管

制时,如果药品价格不受管制,医生就会用开较高价格的药品、进行过多的检查等来弥补医疗服务价格受到的管制。

第二,供给者与需求者之间私下交易,例如红包,价格管制下,医护人员薪资的“官价”偏低,红包是对医疗服务管制低价的校正^[3]。医生是以自己的人力资本提供服务,服务的质量取决于他的医疗技术。价格管制虽压抑他的收入,却无法控制他的服务质量。病人家属用红包可以调动医生的人力资本投入,红包也是患者对获得稀缺资源的一种竞争价格。但由于是台下交易,这一校正也容易偏离“均衡”的补偿价格。

第三,供给者避开价格管制的区域,到没有价格管制或价格管制比较薄弱的地区去提供产品或服务。如医生在医疗服务价格管制的情况下,到其它价格管制不严的医院去“会诊”,可获得比在本医院更高的收入。据报道,在国内收入最高的医生是神经外科、脊柱外科和心脏外科医生,知名三甲医院外科主任“走穴”,一年最高收入甚至能达到几百万。^[4]

第四,需求者到人为配置资源过多的地区去获得产品或服务,如病人到大城市去求医。北京是优质医疗资源最集中的城市,吸引了大量的外地患者进京看病,2010年北京三级医院诊疗人次为4946.1万人次,2014年底就增长到11058.2万人次,占全部诊疗人次的48.15%,其中外来病人大约占三分之一。^[5]

第五,替代服务合约。即当人们非排他地竞争租值时,有些人提供专业服务使人能够获得较低成本的竞争优势,如票贩子或号贩子专业排队卖号,使买号者节约了竞争成本。当然,如果是采取不正当的方式获得的票或号,如通过管制部门或企业获得,就属于另一种留租活动,即寻租活动。

由此可见,行政部门对医疗服务价格的直接干预,使价格偏离了市场决定的均衡价格。对于服务的供给方——医生,由于其提供的服务价值被压低,从而通过采取“以药养医”“过度医疗”、收取“红包、回扣”等途径获得补偿。服务的需求方——患者则不得不采取排队、挂高价号、送红包等形式竞争优质医疗资源。患者、医生及其他经济主体对层层管制采取的留租行为也显示了管制的失灵。

五、医疗资源配置的公平性

依据2015年的《中国卫生和计划生育统计年鉴》中数据,计算出31个省市的主要卫生资源分配的基尼系数如下。

表2 2014年全国各省卫生资源配置基尼系数

我国一般医疗资源,包括医疗卫生技术人员、医疗卫生机构和执业医师在空间上的分布总体上较为均衡。这也大体符合我国以人口为依据进行地区医疗资源配置的方式。

图2 各省市每百万人拥有医疗卫生技术人员(2014年)

数据来源:国家卫生和计划生育委员会:《2015 中国卫生和计划生育统计年鉴》,中国协和医科大学出版社,2015年。

但在优质医疗资源上,空间分布的不均衡程度增加。在人均拥有三级医院数量上,北京和天津明显高出其他地区。

图3 各省市每百万人拥有三级医院数量(2014年)

数据来源:国家卫生和计划生育委员会:《2015 中国卫生和计划生育统计年鉴》,中国协和医科大学出版社,2015年。

从资源不均衡程度来讲,财政资金配置是最不均衡的。财政资金在地域配置上的公平性直观上可用各地区人均获得医疗卫生财政资金多少来比较。由于各地区在经济发展水平上存在差异,因此需要剔除经济水平的影响。用人均GDP之比对各省市的人均财政资金进行修正后,人均医疗卫生财政资金情况见图4。从获得资金的绝对数量上,西藏、甘肃、新疆、宁夏、北京等地区要高于其他省份。

图4 用人均GDP修正后的各省市人均获得医疗财政资金(2014年) 单位:元

注:用人均GDP之比对各省市的人均财政资金进行了修正。横轴是按各省人均GDP由低向高排列,纵轴是剔除GDP差异后的人均医疗卫生财政资金。

数据来源:国家统计局:《2015 中国统计年鉴》,中国统计出版社,2015年;国家卫生和计划生育委员会:《2015 中国卫生和计划生育统计年鉴》,中国协和医科大学出版社,2015年。

而根据罗尔斯第二正义原则^[6],我们经过技术性设计,构造出一个“相对损益指数”来描绘且量化财政资金在各省间分配的公正性程度。相对损益指数的计算规则是,每一个地区都与所有处于它左边的地区比,如果有一个地区比它低,则记1,有两个则记2,依次类推;如果比它高,则不记分;然后再与处于它右边的所有地区比,如果有一个地区比它高,则记-1,两个则记-2,依次类推;如果比它低,则不记分。每一个地区的得分除以总地区数,即31,就是它的“公正性的相对损益指数”。计算出全国各地区的人均医疗财政补贴的相对损益指数,如表3。

比较各地区的相对损益指数,可以看出在财政资金分配体系中,大部分经济不发达的地区是受损者,直辖市和除广西壮族自治区外其他少数民族自治地区基本上都是获益者,其中北京在医疗人均财政补贴方面占据了最优越的位置,按照“价值解读”的标准,是在这个财政分配体系中的“极不公正获益”者。根据罗尔斯第二正义原则,又是最不公平的。河南、安徽、河北、江西等省则是财政分配体系中的“不公正受损”者。

表3 各省有关医疗的人均财政补贴的相对损益指数

更直观的,如下图:

图5 各省人均医疗财政补贴的相对损益指数

对于相对损益指数的数值的价值解读如下表。

表4 相对损益指数价值解读

在不同群体间,仅考虑财政资金补贴,公务员是受益最多的群体,城镇职工基本上完全靠自己缴纳资金形成的医保基金进行保障,没有财政补助,是最受损群体。从人均医保资金上,获得保障最高的仍是公务员,其次是事业单位员工,而城镇居民则是保障程度最低的群体。

虽然在一个市场机制中,也会存在差异化的保障机制,但是基于参保人自愿选择,保费的高低与风险和收益相匹配的基础上形成的,而非行政化划分的结果。资源在个人间配置是否有效的判别标准是每人享受的由行政部门影响配置的产品或服务的数量是否均等;即使不得不有所倾斜,也应向低收入人群倾斜。其限度,应是这种倾斜不应改变现有的收入结构,即最穷的人的补贴不应使其总收入超过次穷的人的总收入。我国医疗保障程度的划分实际上还是一种行政化划分人群等级的体现。社会各层次人员对资源的占有、分配、使用的不同取决于其经济状况、社会地位的差异。“公费医疗”“干部病房”都直接体现了医疗资源和财政资金向掌握着配置权力官员的倾斜。既降低了资源的配置效率,又加剧了社会的不公平。

对于政府的职能来讲,它的职能本身不是来替代市场,而是要替市场进行补位,当资源不能满足人们需要的时候,或者产生外部性的时候进行投入。在目前的医疗体系当中,行政部门仍然在医疗资源配置当中起到主体作用,对于医生医疗资源的管制,使得有效医疗服务市场没有办法建立起来,市场机制也无法发挥应有的作用。而政府管制和行政化的资源配置方式,也是造成了资源配置的扭曲和医疗失范的现象,从公平上来讲,我们资源配置还是向行政中心、城市、公务员群体倾斜。财政补贴的基本原则,如果要进行补贴的话,应该首先补贴低收入群体。现在补贴体系和财政资金补贴体系当中,受益最明显的还是高收入的地区,高收入群体,以及公务员群体,所以整个来讲,是逆向补贴的行为,实际

上是增加了不公平性。

六、改革建议

第一,增加医疗服务供给,形成自由竞争的供给服务市场。把医疗人员和机构资格审查交给相对公立的职业协会,让更多社会医疗资源服务进入到这个体系,行政部门需要逐渐从医疗服务部门退出,建立多个职业协会相互竞争的市场。放开医生的执业政策,让医生自由地选择执业机构和执业方式,由此培育一个竞争充分、职业声誉机制完善的医生人力资源市场。鼓励民间慈善医疗基金和机构的发展,主要还是补充现在边远农村和贫穷地区的资源供给,对于民营医院要给予公立医院相应政策,包括税收、医保定点、医务人员社会保障和职称评定等等,这方面应该处于公平竞争的市场机制下。

第二,取消对医疗服务价格管制,代之以市场价格服务医疗行业协会,与消费者组织协调。在取消医疗服务价格管制的前提下,取消对于药品的价格管制,代之以市场竞争的机制。对于新药来讲,探索恰当的机制,形成政府与行业协会之间的合作,建立正当的审批程序。

第三,政府财政补偿直接与医院履行的社会公益性服务挂钩,其内容可以包括:医院提供的公共卫生服务;医院在医生人才培养方面的支出,例如住院医生的培养、医生的实习、医院提供的教学任务等;在公共卫生突发事件上,医院提供的公益性医疗服务。具有外部性的公共卫生和急救等医疗服务是政府要承担的职责,可由公共机构承担,也可通过政府购买服务的形式由其它医疗机构承担。

第四,中央政府和各省政府在各地区之间分配医疗财政补助资金时,应遵循罗尔斯第二正义原则,即在平等的基础上向贫困地区倾斜的原则。取消高干病房,将对公务员的公费医疗制度并轨到全民医疗保障制度中。拉平不同群体的负担率,将稀缺的财政资源补贴最穷人群,减轻其负担率。

第五,发展商业医疗保险。逐步形成管办分开的、竞争性的医保经办机构。在社保体系保障民众享有基本医疗服务之外,个体性、差异性和优质化医疗需求主要依靠个人自费和购买商业保险来支付。

注释:

[1]朱恒鹏:《管制的内生性及其后果——以医药价格管制为例》,《世界经济》2011年第7期。

[2]张菜、宗媛媛:《葛兰素史克行贿黑幕曝光 医药行业病态暴利肥了谁》,《北京晚报》2014年5月16日。

[3]周其仁:《病有所医当问谁——医改系列评论》,北京大学出版社,2008年。

[4]钟可芬:《三甲医院院长年收入上百万 灰色收入超工资数倍》,《第一财经日报》2012年1月13日。

[5]刘洋:《今后五年北京将完善分级诊疗体系》,《北京青年报》2016年1月11日。

[6]罗尔斯:《正义论》,中国社会科学出版社,1988年,第292页。

[责任编辑:力 昭]