

《厦门大学法律评论》第十七辑
厦门大学出版社 2009 年 6 月版
《我国医疗卫生制度改革的合理化路径选择》
第 131 页 ~ 第 160 页

我国医疗卫生制度改革的 合理化路径选择

——法经济学视角的分析

李晓辉 *

目 次

- 一、前言
- 二、法经济学视角下的医疗卫生服务
- 三、法经济学视角下我国医疗卫生制度改革“基本不成功”的原因探析
- 四、法经济学视角下我国医疗卫生制度改革的路径选择
- 五、从法经济学视角透视我国新一轮医疗卫生体制改革的创新

一、前言

近些年来,我国医疗卫生体制改革遭受着多方的质疑与批评。肇始于 1985 年的医疗卫生制度改革煮成了“夹生饭”:患者不满意,医院不满意,政

* 李晓辉,1980 年生,厦门大学法学院经济法学博士研究生,电子邮箱:jackleelxh@yaho.com.cn。本论文是福建省社科规划办课题“经济法视野中的当代民生问题研究”(2008B022)的研究成果之一。

府不满意;富裕阶层不满意,中等收入阶层不满意,低收入阶层更不满意。“看病难、看病贵”、“因病致贫、因病返贫”似乎成了普遍现象,老百姓甚至将“医疗、教育、养老”三大支出比喻为“新三座大山”。所有这些停留在浅层次的感受,也得到了相关机构研究成果的证实。在世界卫生组织《2000年世界卫生报告》对成员国医疗费用筹资和负担的公平性排序中,中国位列第188位,倒数第四。2004年底,卫生部公布的《第三次国家卫生服务调查主要结果》显示:我国医疗卫生服务费用的增速已超过人均收入的增长,医药费用居高不下的直接后果是48.9%的居民生了病不去医院看病,29.6%的患者该住院却未住院治疗。同时,我国医疗保障覆盖水平不高,在城镇地区没有任何医疗保险占44.8%,在农村地区没有任何医疗保险占79.1%。2005年7月,国务院发展研究中心发布了《中国医疗卫生体制改革》的报告,其结论为:“目前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的。”以上事实一再表明,我国以商品化、市场化为导向的医疗卫生体制改革已经撞上了“南墙”。

2008年10月,国家发展与改革委员会发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》(征求意见稿),明确了规定了政府在医疗卫生领域的责任,即“坚持公平效率统一,实行政府主导与发挥市场机制作用相结合”,将总体目标定位于“建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。到2020年,覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立”。2009年3月,政府年度政府工作报告再次强调“要坚持公共医疗卫生的公益性质”、“努力建成覆盖全国城乡的基本医疗卫生制度,初步

医疗费用负担的公平性(fairness of financial contribution to the financing of health system)所测量的指标是家庭的医疗费用支出(含医疗保险税费)相对于(不包括食物支出的)总支出的比率。医疗费用负担的公平性低表明,与高收入家庭相比,低收入家庭的上述比率反而高。参见WHO,2000 World Health Report。

数据来源:卫生部2004年12月2日公布的《第三次国家卫生服务调查主要结果》。

国务院发展研究中心课题组:《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》,载《中国发展评论》2005年第A1期(增刊)。

实现人人享有基本医疗卫生服务”,这为新一轮的医疗卫生制度改革指明了方向。2009年4月6日,历经3年、多次征求社会意见的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》发布,4月7日《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2010年)》出台,提出了“有效减轻居民就医费用负担,切实缓解‘看病难、看病贵’的近期目标和‘建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务’的长远目标。这标志着我国新一轮医疗卫生体制改革的正式启动。

从法经济学视角来看,医疗卫生经济天然具有福利经济的特征,大部分的医疗卫生服务具有公共物品或准公共物品的性质,需要强化政府的责任和投入。同时,无论是医疗需求方还是医疗供给方都存在严重的信息不对称,医疗的生产和消费中存在着广泛的外部效应,使市场机制无法正常发挥作用,导致了医疗需求方和供给方的双重道德危害,需要制度设计予以规制和约束。对我国医疗卫生制度改革困境进行法经济学分析,有助于我们深入反思前期改革的经验教训,强化政府责任,提高医疗资源配置的效率,有效化解“医患”矛盾,逐步实现基本公共卫生服务的均等化,逐步建立起与我国经济发展水平相适应的医疗卫生体制,提高全民的健康水平。

二、法经济学视角下的医疗卫生服务

(一) 医疗卫生服务供给

不同于一般的商品或服务的生产,医疗服务供给的目的通常不是为获得产出的最大化,或者利润的最大化,更多的是通过医疗服务的提供,承担起保护人们身心健康的社会职能,以达到社会效益的最大化,其特定的属性主要有:

1. 公共物品和准公共物品属性

公共物品是指在消费时具有非竞争性与非排他性的物品。公共物品的非竞争性和非排他性会导致“搭便车”行为的普遍发生,因此需要政府提供公共物品并对之实行公共管理。根据非竞争性与非排他性的程度,公共物品可以分成两类:纯公共物品和准公共物品。费尔德斯坦认为,在医疗卫生服务产品中有一部分具有公共物品属性,还有相当一部分虽不是严格意义

上的公共物品,但因其具有较强的正外部性,具有准公共产品的性质,无法按“谁受益,谁分担”的原则进行补偿。国务院发展研究中心课题组认为,大体上而言,医疗服务可分为三个层次,即公共卫生服务、基本医疗服务和非基本医疗服务。公共卫生服务,例如空气和水污染的控制、疾病传播的媒介的控制、免疫接种、健康教育等,具有纯公共物品属性。“纯公共物品是这样一种物品,将它提供为额外一个人的边际成本严格等于零,并且不可能将人们排除在享受这种物品之外。”这样的纯公共物品追求利润最大化的厂商是不会主动提供的,因为不付费的人可以“免费搭便车”,以至于使厂商无利可图,因此应由政府提供。基本医疗服务具有准公共物品属性,它具有两个特性:一是消费中的争夺性,即一个人对某物品的消费可能会减少其他人对该物品的消费(质量和数量);二是消费中具有排斥性,即只有那些按价付款的人才能享受该物品,对它的消费产生的社会收益大于私人收益。

按照经济学理论,市场机制的帕累托最优的条件是私人边际成本与私人边际收益相等,同时又等于其社会边际成本与社会边际收益。当私人边际成本和社会边际成本之间,私人边际收益与社会边际收益之间出现不一致时,经济主体行为的成本和收益会出现“外溢”的现象,也即是“成本外部化”或“收益外部化”,这样,价格机制就会受到扭曲,无法传递正确的价格信号,资源就会得不到有效配置。在基本医疗服务市场上,医疗服务的提供方就常常会面临着边际成本往往大于边际收益的情形,这迫使他们减少基本医疗服务的提供,最终导致不能满足群众的需要。基本医疗服务的准公

[美]保罗·J. 费尔德斯坦:《卫生保健经济学》,费朝晖译,经济科学出版社1998年第4版,第324页。

国务院发展研究中心课题组:《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》,载《中国发展评论》2005年第A1期(增刊)。

[美]约瑟夫·E. 斯蒂格利茨、卡尔·E. 沃尔什:《经济学》(第三版),黄险峰、张帆译,中国人民大学出版社2005年版,第245页。

[美]雷克斯福特·E. 桑特勒、斯蒂芬·P. 纽恩:《卫生经济学》,程晓明、叶露等译,北京大学医学出版社、北京大学出版社2006年第3版,第37~38页。

王锡源:《我国医疗体制改革的经济分析》,载《江苏卫生保健》2007年第4期。

其产品身份带来了“政府的困境”：既不能对其进行国家垄断——由政府制定价格或者政府购买；也不能让其价格完全由市场决定。因此，基本医疗服务的提供仅靠市场是不能够满足的，应由政府和个人共同承担其费用。而非基本医疗服务更多的应由市场提供，政府的作用应集中于利用间接手段对其市场失灵部分予以弥补。相应地，医疗体制改革也演变为一个世界性的难题，没有哪种模式能够真正获得长久、持续的称赞：美国的市场模式被指责效率太差；英国注重公平的福利化模式使得政府不堪重负；韩国医疗改革曾经因为医生大罢工而作罢；新加坡的号称是效率极高的公私功能互补型模式难以被复制；德国的公共合同式体制的患者承担费用过高问题得不到解决等。

2. 垄断性

医疗服务具有天然的垄断性。一方面，医疗服务是专业性很强的领域，任何国家都对进入医疗行业作出了严格的限制，提供医疗服务的机构多为政府设立或许可的机构，并按区域规划设置和进行资源分配，具有一定的供给特权和区域垄断地位。另一方面，卫生服务供给数量和质量直接关系到人的健康和生命，医疗服务的提供者必须具备医学及其相关专业知识和技术能力，只有经过专门的医学教育和培训并取得相关的医疗资格证书，具备良好的职业道德，并且获得卫生行政部门认定的准入资格者才能从事医疗服务工作，非专业人士很难对医疗检查、医疗处理、医疗处方等进行判断，因此医疗服务提供者相对于患者具有知识和技术上的垄断。

3. 外部性

同一般的商品和服务不同，医疗服务的供给具有外部性的特征。外部性，也称为外部效应或外部影响，是指在一种商品的消费（或生产）过程中，第三方虽然没有参与消费（或生产）却受到影响，并且不能因此而获得任何补偿或报酬，就产生了外部性。这种外部性包括正外部性和负外部性，其划分取决于个人是否无偿地享有额外收益，或者承受了不是由个人所导致的额外成本。正外部性是指医疗服务提供者的生产行为对他人产生了积极

程晓明：《卫生经济学》，人民卫生出版社 2007 年版，第 38 页。

的、有利的影响,但自身并未从中获得相应的收益。这将导致具有正外部性的产品在市场上的供应不足。例如医疗技术的新突破大大地扩展了可以治疗病患的范围,同时减轻了人们患病的痛苦,因此,医疗服务供给在提高了人们的整体福利水平的同时,增进了人们的身体健康,也同时增强了社会的劳动力供给,最终增加了社会财富。许多疾病具有传染性和遗传性,个人对这些疾病的治愈或者控制在很大程度上消除了疾病传播的可能,为社会节约了医疗费用支出。负外部性是指那些供给者的生产行为对他人产生了不利的影响,使他人为此付出了代价而并未得到补偿,如滥用抗生素、小病开大处方等。如果缺乏政府的有效干预,具有负外部性的产品在市场上可能会供给过量。

(二) 医疗卫生服务需求

医疗需求是人们在一定价格水平下对医疗服务的需要。它包括人们有需要的欲望同时具有支付的能力。对于大多数商品而言,消费者基本上能够了解其价格与质量构成,即使不了解也会通过使用它而逐步了解,并根据这一信息再决定是否继续购买该产品。但人们通常无法预见自己什么时候会生病、生什么病、需要如何治疗等,因此医疗需求具有特殊属性。

1. 不确定性和高风险性

疾病的发生具有突然性,是随机事件。由于疾病的发生具有突发性和偶然性,人们通常无法预见自己什么时候会生病、生什么病,需要怎样的治疗等,而且由于个体的差异,即使相同病症的人,所应获得的服务也可能不一样,利用卫生服务产生的结果也有所不同。诺贝尔经济学奖获得者肯尼思·阿罗认为:“相较于其它的重要商品而言,医疗服务的产品质量也许具有最大的不确定性。”^⑩珍妮特·M. 麦克莱伦也认为:“在医疗服务选择过程中普遍存在着疗效及因此导致的医疗技术有效使用的不确定性,一定的诊治手段与疾病之间的关系无法得到精确的说明,也很难区分不同诊治手

^⑩ Arrow K J., *Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care*, *The American Economic Review*, 1963, Vol. 5.

段的医疗效果。”^⑪这样,医疗服务的需求者也便难以计划开支和储蓄,以保证随时应付意外的医疗花费,虽然具有高费用的疾病发生的几率不高,但是一旦发生,医疗费用常常超过一般人的经济承受能力,风险很大。

2. 消费者信息缺乏

对于大多数商品而言,消费者基本上能够了解其价格与质量构成,即使不了解也会通过使用它而逐步了解,并根据这一信息再决定是否继续购买该产品。但医疗服务完全不同,医疗服务的提供者(医生)和消费者(患者)之间的信息存在着不平衡。疾病的治疗具有很高的专业性,普通的患者通常在治疗之前根本不了解自己疾病的严重程度,不了解哪种方式适合自己,也不了解治疗会不会有效,同时医生所提供服务,皆是针对每一个病人的需要,服务具异质性,不可转售给别的病人。医生所提供的服务的异质性和不可转售性使消费者对这项服务是否必要缺乏完全的信息。^⑫而且,医疗大多数是不能重复的,治疗也不能标准化,即使消费者发现某种治疗方式不适合自己,再想更换治疗方式也为时已晚。因此,不论在治疗前还是治疗后,患者都无法作出明智的选择。最为可行的办法就是求助于专业人士——医生。^⑬这样的信息不对称状况,使医疗服务提供者则被赋予相当大的垄断权,而患者因缺乏有效信息,不能作出理性选择。

3. 医疗服务费用支付的多源性

人人享有健康的权利,而医疗卫生服务是保障人民健康的重要手段。为获得基本的医疗卫生服务,保障全体人民的健康,减轻疾病对个体带来的经济风险,在医疗卫生服务领域的筹资系统中,除了患者个人承担部分以外,通常还会有医疗保险、企业、政府、社会救助等的介入,这些介入使一部分人的收入部分地转移给卫生服务的消费者。这种第三方支付制度的存在

^⑪ Janet M. McClellan, Uncertainty, Health-Care Technologies, and Health-Care Choices, *The American Economic Review*, 1995, Vol. 2.

^⑫ Sorensen, R. J., Grytten, J. 1999: Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees, *Journal of Health Economics*, Vol. 8, pp. 497 ~ 508.

^⑬ 王根贤:《关于医疗需求的经济学分析》,载《商业研究》2007年第5期。

使得患者并不承担所有成本,从而改变了医疗卫生服务消费者的购买力以及对医疗卫生服务价格的敏感度,改变了其消费行为,也改变了卫生服务需求的数量和质量。

(三) 医疗卫生服务中的信息不对称

诺贝尔经济学奖获得者肯尼思·阿罗 1963 年发表的《不确定性和医疗保健经济学》开拓了医疗服务市场信息不对称性领域的研究。阿罗认为,医疗保健市场不适用于相关标准假定,它具有许多不确定性,患者极度缺乏治疗效果的概率和相对效率的信息。对医疗保健服务的消费缺乏何时需求和需求多少等相关信息,较弱的信息可获性导致了较弱的判断力,由此产生一些不确定性。^⑭ 消费者要想知道这些信息就只有向医生咨询,而医生恰恰是出售这种商品的人。退一步讲,患者即使获得了某些信息,也不一定能够作出完全正确的理解,错误的判断很可能导致选择失误。而选择失误的成本很高,与其他商品相比,医疗服务在许多情况下往往具有不可更改性、不可重复性、不可逆转性等特点。

市场机制发挥作用并实现效率是有条件的,最基本的条件是消费者知晓所要购买的商品或服务的价值和成本、自己作出购买决策、得到所购买商品的全部价值并承担全部成本。但是在医疗服务市场中,需要在专业知识背景下迅速作出相应的治疗决策,患者没有足够时间评价他所享受的医疗服务的价值,而且也缺乏相应的决策能力,这导致医疗服务的类型和成本主要由供给者决定,患者对医疗服务的选择受制于供给者。此外,第三方支付制度的存在使得患者并不承担所有成本,从而改变了他们的消费行为。斯蒂格利茨在对医疗市场与标准竞争性市场进行比较之后,发现前者具有许多特殊性。(见表 1)

^⑭ Arrow. K.J. , 1963 : Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care , *The American Economic Review* , Vol. 53 , pp. 942 ~ 973 .

表 1 医疗市场与标准竞争性市场之间的区别

标准竞争性市场	医疗市场
有许多卖者	医院的数量有限(除少数大城市以外)
公司的目标是利润最大化	大部分医疗不以营利为目的
商品具有同质性	商品具有不同质性
买者的信息是充分的	买者的信息是不充分的
消费者直接付款	消费者只支付一部分费用

资料来源: Stiglitz. J. E, 1998: *Economics of the public Sector*, 2nd edition, New York: W. W. Norton & Company, Inc. ,p. 290 ,table. - 。

在斯蒂格利茨看来,医疗保健市场的主要问题在于市场失灵的存在,具体表现为有限的竞争和有限的信息。不能满足上述标准竞争性市场的五项条件就必然导致消费不足,经济就没有效率,从而需要国家的介入。^⑮

同时,信息经济学的研究认为,只要存在信息不对称,就必然存在道德风险。而医疗市场上患者与医疗服务供给方之间存在的严重的信息不对称,必然诱发医院的败德行为,为了追求自身利益最大化而损害患者的利益。在现实中,医疗服务技术的专业性和复杂性赋予医疗机构和医生优势地位,医生对患者的病情和治疗方案等情况了解得较清楚,明白怎样为病人多提供服务以取得高额酬金;医疗机构同样希望病人多花钱多治疗以增加收入。患者则相对处于信息劣势地位,对病情、可能的治疗方法、预期结果、其他服务提供者出的价格水平、不同医疗机构、不同医生提供的服务质量及其差异不了解,只能依靠医疗服务提供者作出决定,为了早日康复,对供方的要求不敢怠慢。

(四) 医疗服务中的供给者诱导需求

供给者诱导需求(SID, supplier-induced demand)是指由于供求双方信息不对称,供给方出于自身利益创造出额外需求的情况,这种现象在医疗领

^⑮ Stiglitz J. E. , 1998: *Economics of the public Sector*, 2nd edition, New York: W. W. Norton & Company, Inc. , pp. 293 ~ 294.

域中表现为医疗服务诱导需求问题。^{①⑥} 医疗行业的高度专业化使得一般的医疗消费者在接收医疗卫生服务时通常没有什么发言权,一切随医生摆布,在市场经济条件下,作为具有自身利益的群体——医生,有着追求自身经济利益最大化的冲动。医生出于自身利益的考虑,往往诱使病人做不必要的医疗检查和治疗,造成医疗资源的浪费和医疗费用的上涨。供给者诱导需求又称之为“罗默定律”。^{①⑦} 谢恩和罗默在 1959 至 1961 年的研究中发现,短期综合医院每千人床位数和每千人住院天数成正相关关系,即在一个国家,在其他因素都不变的情况下,医院床位的突然增加,会导致利用率的急剧上升。这种现象也被称为“只要有床位,就有人来住”。^{①⑧} 1978 年美国著名卫生经济学家福克斯在对外科医生供给和外科手术数量之间的关系进行定量分析后认为,更多的外科医生很可能既增加了外科手术的数量又提高了它的价格。^{①⑨} 同时,福克斯认为医疗服务过多不是由于病人需求的增加,而是涉及医生的负责任问题。如果说,医疗费用好比是自来水,医生就好比是水龙头。所以,要节省医疗费用,关键是做好医生的工作,改变医生的行为,使医生具有正确的经济观点,不解决医生的问题,医疗费用危机就解决不了。

加拿大的罗伯特·埃文斯在此基础上进一步提出了医疗服务诱导需求理论,认为垄断广泛存在于医疗服务市场中,供给方拥有信息和知识的优势,对医疗服务的利用具有决定作用,可以影响需求方的选择,由此产生医疗服务诱导需求问题。^{②⑩} 罗伯特·埃文斯同时认为,由于医疗服务市场存

^{①⑥} 朱生伟:《供给诱导需求:医疗改革中被忽视的问题》,载《中南民族大学学报》(人文社会科学版)2006年第3期。

^{①⑦} Roemer Milton, 1961: Bed supply and hospital utilization: A national experiment. *Hospitals*, Vol. 35, pp. 988 ~ 993.

^{①⑧} Shain Max, Roemer Milton. Hospital costs relate to the supply of beds, *Modern Hospital*, 1959, Vol. 92, pp. 71 ~ 73.

^{①⑨} Fuchs Vr. 1978: The supply of surgeons and the demand for operations, explorations in economic research. *Journal of human resources*, supplement, Vol. 13, pp. 35 ~ 36.

^{②⑩} 田文华:《卫生服务诱导需求理论》,载《解放军医院管理杂志》1995年第4期。

在垄断和严重的信息不对称问题,传统意义上的市场供求关系并不适用于该特殊市场,在该领域过分强调市场化往往导致资源配置的低效率。^⑲ 威林斯基和罗西特在 1984 年指出,在极端的情况下,当假设医生没有引导需求的限制时,可以得出只要医疗服务价格高于其边际成本,医生就会不断引导需求直到耗尽患者的全部财产的结论。^⑳ 虽然诱导需求问题具有一定的普遍性,在律师业、中介服务业等许多领域中都存在,但它在医疗服务领域中的影响尤为严重,因此有必要深入分析其成因,并在此基础上寻求有效的解决之道。

供给者诱导需求现象产生的原因是医生具有双重角色:既作为病人的咨询者,又作为医疗卫生服务的提供者。当医生与病人平等地接受信息,或者医生始终作为良好的代理,即他处于只以关心病人的福利为出发点的状态时,供给者诱导需求现象是不存在的。^㉑ 然而,在现实中,医疗服务提供者有时滥用了他们的信息优势来制造和产生需求,使他们的行为超出了规范中医生的职能。在这种情况下,若又不存在独立于医院的第三方监督机构或者监督不到位,那么兼具服务建议者和提供者双重身份的医生就可以很方便地实现诱导需求的目标。哈维·S·罗森指出:“更为复杂的情况是,可能你言听计从的人,即你的医生,恰恰是要向你出售这种商品的人。”^㉒ 经济学家乌韦·瑞哈特曾明确指出:“医生诱导需求的问题一直是当代卫生政策中的一个重要的挑战,即是通过需求方还是通过供给方,才能对卫生保健系统内部资源配置进行适宜的控制”,^㉓ 同时他对医疗服务市场能

⑲ Evans. Robert , Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications , *The Economics of Health and Medical Care* , edited by Mark Perlman , London : Macmillan.

⑳ Rossiter , Louis F. And Gail R. Wilensky , 1984 : Identification of Physician Induced Demand , *Journal of Human Resources* , Vol. 19 , pp. 231 ~ 244.

㉑ Uwe Reinhardt , Economists in health care : saviors , or elephants in a porcelain shop , *American Economic Review* , 1989 , Vol. 79 , pp. 337 ~ 342.

㉒ [美]哈维·S·罗森:《财政学》,赵志耘译,中国人民大学出版社 2003 年第 6 版,第 188 页。

㉓ 程晓明:《卫生经济学》,人民卫生出版社 2007 年版,第 63 页。

够按标准的供求理论运行表示怀疑,认为如果消费者需求在很大程度上受供给者的影响,那么市场力量可能不足以约束价格、限制医疗服务的消费、实现资源最优配置。

(五) 医疗保险对卫生供给和需求的影响

我们在前面提到医疗服务费用支付具有多源性的特征,其中医疗保险是其中最重要的一种。医疗需求的随机性和高风险特征决定了保险市场的存在是必然的。^{②6} 保险是规避风险达到社会共济的有效途径。医疗保险作为一种第三者支付,是影响医疗卫生服务需求的重要因素,它使消费者就医时所面对的价格发生了变化,从而引起消费者行为的变化。

1. 医疗需求方的道德危害

在购买医疗保险之前,医疗需求方可以通过自己的预防努力,对疾病损失发生的概率产生影响,但当医疗需求方购买了医疗保险之后,保险降低了对疾病预防的激励,对风险事件采取漠然的态度,因而使患病的几率增加。同时,保险的介入使得医疗市场中,许多病人并不直接支付医疗费用给医疗服务提供者,参与社会医疗保险的投保人,由社会医疗保险机构采取与投保人分担医疗费用的支付方式,参加医疗保险的人是由所投保的保险公司来支付费用,所以形成第三者付费的现象。然而这种第三者付费的方式,实现了医疗费用发生和医疗费用支付的分离,会造成消费者降低对医疗服务的价格弹性,消费者就医时所支付的价格,不一定等于保险人支付给医疗服务提供者的价格,从而降低了医疗需求者节约医疗费用的激励,这会刺激他消费更多的服务,使得医疗消费膨胀。最后,医疗保险的存在也降低了消费者对医疗卫生服务提供者的供给行为进行监督的激励,使医生的诱导需求增加。这种由保险引起的健康行为和对医疗卫生消费行为的变化被称之为道德危害。

2. 医疗需求方的“逆选择”

不同的人感染疾病的禀赋是不同的,有着不同的风险状况,因而他们的

^{②6} Arrow. K.J, 1963: Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, Vol. 53, pp. 942 ~ 973.

期望损失也是不同的。如果对高期望的损失和低期望损失的人都按同一价格收取同样的保险费,那么由于投保人比承保人更了解自己的风险状况,具有较低期望损失的人就不会买这种保险,或者已在保险计划中的人会选择退出保险,而只有期望损失较高的那些人购买这种保险或留在保险人群中。投保人的这种行为就称为“逆选择”,也是柠檬市场在医疗保险领域的体现,因为“潜在的被保险人掌握他们下一期卫生支出的信息比保险公司多”。^⑲从理论上讲,天生体弱者只能支付较高的保险费才能买到医疗保险,但是,“逆选择”的结果是高风险的人隐瞒其真实风险状况,积极投保的人很可能都是天生体弱的人,“购买保险的人恰恰是那些更加需要保险的人,所以,由于购买保险的人的风险高于平均风险,在美国 65 岁以上的老年人很难轻松地买到医疗保险”。^⑳投保者藏匿私人信息的行动使保险商发现公司在亏损,为了经营下去,他只好提高保费,但这样的结果却使风险相对较小的人觉得吃亏而纷纷退出市场。面对留下的风险较高的人,保险商出于经营的目的须再次提高保费从而再次逼使一些人退出保险,这种恶性循环继续下去将会使退出市场的人越来越多,最后,在其他假设条件不变的情况下,医疗保险市场就会难以维持,出现供给不足。

3. 医疗供给方的“撇奶油”

因为医疗需求方的道德危害和“逆选择”的客观存在,作为承保人——纯粹以商业为目的的医疗保险机构——将不可避免地存在推诿高费用风险人群问题,保险公司也会试图采用各种方式区别不同风险的消费者,选择那些期望损失低于纯保险费的消费者以增加其利润。“由于管理保健保险计划中存在吸收健康人群的强烈竞争,又称‘撇奶油’或‘摘樱桃’,已经说明保险人对寻找有利人群而非提供高品质服务更有兴趣”,^㉑结果导致社会上贫

^⑲ [美]舍曼·富兰德、艾伦·C·古德曼、迈伦·斯坦诺:《卫生经济学》,中国人民大学出版社 2004 年第 3 版,第 207 页。

^⑳ Akerlof, George A., 1970: The Market for “Lemons”: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism, *quarterly Journal of Economics*, Vol. 84(Aug.) ,pp.492 ~ 493.

^㉑ [美]舍曼·富兰德、艾伦·C·古德曼、迈伦·斯坦诺:《卫生经济学》,中国人民大学出版社 2004 年第 3 版,第 208 页。

困的高医疗费用风险的人群不能得到应有的保障。

(六) 药物经济学

药物经济学目前已发展成为一门新兴的边缘学科,受到越来越多的研究者的重视,药物经济学在我国兴起于20世纪70年代。随着人类社会对卫生保健的需求日益增加,药物治疗费用的迅速增长已经成为妨碍各国医疗事业的沉重负担。因此,在药物选用的原则上,除了高效和安全,药物治疗的费用问题(即对药物进行经济分析)作为指导临床治疗决策和合理用药的一个方面,近年来备受关注。药物经济学是一门将经济学基本原理、方法和分析技术应用于评价临床药物治疗过程,并以药物流行病学的人群观为指导,从全社会角度展开研究,以求最大限度地合理利用现有的医疗卫生资源的综合性应用科学。^{③①} 药物经济学的主要任务是鉴别、测量、对比分析和评价不同药物治疗方案与其他治疗方案(如手术、理疗等),以及不同卫生或社会服务项目(如社会养老、家庭病床等)所产生的相对社会经济效果,为临床合理用药和疾病防治决策提供科学依据。^{③②}

药物经济学的服务对象包括医疗保健体系的所有参与者、政府管理部门、医疗提供单位、医疗保险公司、医生以及病人。药物经济学的用途既可用于宏观药品政策研究,又可用于微观的药品经济学评价(研究其成本及结果)。它可为制定医疗保险药品目录及医院用药目录服务,可有效地配置药品资源,可帮助药品市场营销,以及帮助循证医学中最佳药物应用的研究。^{③②}

三、法经济学视角下我国医疗卫生制度改革“基本不成功”的原因探析

(一) 市场化方向违背了医疗卫生制度的基本规律

1985年4月,国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,提出:“必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生

^{③①} 胡善联、杨莉、陈慧云:《药物经济学评价指南研究》,复旦大学出版社2004年版,第23页。

^{③②} 孙树华、蔡宁:《药物经济学与医药产业》,科学出版社2004年版,第3页。

^{③③} 胡善联、杨莉、陈慧云:《药物经济学评价指南研究》,复旦大学出版社2004年版,第131~146页。

事业的路子,把卫生工作搞好”,由此拉开了医疗机构市场化转型的序幕。1989年国务院发布了《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》,文件提出五点:第一,积极推行各种形式的承包责任制;第二,开展有偿业余服务;第三,进一步调整医疗卫生服务收费标准;第四,卫生预防保健单位开展有偿服务;第五,卫生事业单位实行“以副补主”、“以工助医”。其中特别强调“给予卫生生产业企业三年免税政策,积极发展卫生产业”。这个文件进一步提出通过市场化来调动企业及相关人员积极性,从而拓宽卫生事业发展的道路。随着市场化的不断演进,公立医疗机构的公益性质逐渐淡化,追求经济利益导向在卫生医疗领域蔓延开来。

医疗卫生服务的公共物品和非公共物品性质,决定了它必须能够及时满足每一位患者的需要。医疗卫生事业发展的合理目标应当是以尽可能低的医疗卫生投入实现尽可能好的全民健康结果。对于我国这样的发展中国家,只有选择成本低、健康效益好的医疗卫生干预重点及适宜的技术路线,才能实现上述目标。但自1985年开始的医疗体制改革却以商业化、市场化为发展方向,医疗卫生服务机构及医务人员出于对营利目标和自身经济效益的追求,其行为必然与上述目标发生矛盾。在医疗卫生干预重点的选择上,只要将经济效益放在首位,就必然出现轻预防、重治疗,轻常见病、多发病、重大病,轻适宜技术、重高新技术的倾向,更为严重的是,一些医疗卫生服务机构基于牟利动机甚至不惜损害患者的健康,提供大量的过度服务,造成“看病贵”的不合理现象。

(二) 政府责任的缺失

我国自1985年医疗卫生制度改革以来,政府的财政投入严重不足,且呈逐年下降趋势,导致医疗机构主要靠向患者就诊收费维持运转,其公益性日益淡化。1992年9月,国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》,卫生部的贯彻实施文件提出了“建设靠国家,吃饭靠自己”的精神,卫生部门工作会议中要求医院要在“以工助医、以副补主”等方面取得新成绩。这项卫生政策刺激了医院创收,弥补收入不足,导致了“以药养医”模式的出现。改革初期,“以药养医”模式主要通过开大处方、同等疗效下用贵药(利润含量高)代替一般药,增开非处方滋补品等形式出现。进入20世纪

90年代后,伴随药品流通领域和医疗器械市场的放开,传统的医疗单位单方面“以药养医”模式则逐渐转变成医药厂商与医疗机构共谋的“双向以药养医”模式。^{③③}一方面,药品、保险、医疗器材等与医疗相关的产品都被采取市场化改革,而政府控制下的医疗服务价格却依然低于市场价格,并由此造成医疗服务机构的收益迅速下降;另一方面,由于政府对医院的财政补贴逐年下降,为保持医院的正常运转,政府许可了医院通过药品和检查费用收入提成进行补贴的做法。这样,医院为了保持其收益,被迫在医疗服务之外设法通过药物和检查等手段来赚取收入以补贴亏空,与医药厂商进行共谋,并追求“以药养医”的模式也随之产生,酿成“看病难、看病贵”问题,群众反映强烈,同时也影响了医疗机构公益性的发挥。据统计,一般医院的总收入中,药品收入约占48%,医疗服务收入约占47%,财政拨款等约占5%。显然,药品销售收入是医院最主要的经济来源,医药不分、以药养医的现状造成了目前普遍存在的多开药、开贵药、拿回扣等不良现象,也直接导致了药价的居高不下。“医药费用居高不下的直接后果是48.9%的居民生了病不去医院看病,29.6%的患者该住院却未住院治疗。”^{③④}

随着市场化改革的不断深入,政府卫生投入绝对额逐年增多,但是政府投入占总的卫生费用的比重却在下降,迫于经营困难,在2000年前后有一些地方就开始公开拍卖、出售乡镇卫生院和地方的国有医院。据2000年WHO的评估,中国卫生支出占国民生产总值的4.5%,在全球191个国家中排名第188位,而WHO制定的最低投入标准是5%,世界经济合作组织为8.4%。^{③⑤}政府医疗卫生支出占GDP的比重,发达国家一般是在5%~7%,美国2003年为16%。2003年全国卫生总费用(包含政府支出、企业支出和个人支出)虽已达到GDP的5.42%,但中央财政投入的卫生经费和公费医疗仅占卫生总费用的15.2%,社会卫生支出占26.5%;居民个人卫生

^{③③} 袁莉:《医疗体制改革困境的经济学分析》,载《当代经济》2007年第8期。

^{③④} 数据来源:卫生部2004年12月2日公布的《第三次国家卫生服务调查主要结果》。

^{③⑤} 数据来源:《2000年世界卫生报告》,王汝宽等译,人民卫生出版社2000年版,第63页。

占 58.3%,个人承担比例明显过大。^{③⑥} 2004 年全国卫生总费用相对 GDP 比例为 5.55%,2005 年全国的卫生总费用占 GDP 的比例为 4.73%,2006 年卫生总费用占全国 GDP 的比例为 4.67%,2007 年全国的卫生总费用占 GDP 的比例为 4.52%,同样也都存在个人承担比例过大问题。

(三) 医生的医疗服务价值长期被低估

在我国,一名医生,特别是经验丰富的临床医生的培养是十分漫长且昂贵的,但长期以来他们的收入并不能反映其高昂的成本。根据我国目前的医师培养方式,医学学士需要 5 年,医学硕士和博士分别需要 8 年和 11 年,对学生的父母和家庭而言,基于投资预期,将要求与“教育时间”成正比的投资回报率。我国和西方的经验研究都表明,教育投资的回报率随教育时间的延长而增加。汪丁丁通过分析我国医生的收入后认为:“(1)在中国,医师这一职业的从业人员创造了比他们合法得到的收入大约高十倍的价值。(2)为了使医师遵守其希波拉底誓言,他们只需要得到他们创造的全部价值的五分之二作为他们的合法收入。因此,作为上述第(2)项结论的推论:(3)中国的医疗服务体制,至少耗费了医师创造的全部价值的五分之三,至多,这一体制耗费了医师创造的全部价值的十分之九。一套制度竟然耗费了劳动者创造的总价值的 90%,它怎么可能持续存在呢?我们当然要坚持市场化的医疗服务体制改革……。这里失灵的不仅是市场,更主要的,是政府。”^{③⑦}因此,他认为医生及各类辅助人员的报酬制度的市场化,其意义远比药品竞标重大得多。

目前主治医师的正当收入约为三四千元,比公务员还少,与他们需要承担的风险和职业预期相差甚远。据调查显示,医生的预期年收入为 20 万元,其中的差额,便成为“红包”、“回扣”、“开单提成”等“灰色收入”泛滥的源头,形成了令人扼腕痛惜的“医殇”现象。汪丁丁认为,从某种意义上讲,医务人员的“灰色收入”固然需要通过健全、完善有关法律来加以约束,但从另一角度衡

^{③⑥} 数据来源:卫生部 2008 年 1 月 7 日公布的《2003—2007 年我国卫生发展情况简报》。

^{③⑦} 汪丁丁:《市场经济与道德基础》,世纪出版集团、上海人民出版社 2007 年版,第 78 页。

量,这也是市场对于医务人员过低收入的一种补偿,某种程度上“是必需的”。^{③⑧}

(四) 药价管理机制不完善

为治理医疗卫生领域的药价虚高问题,我国从 1997 年至 2008 年进行了 22 次药品的降价管制,先后出台了限制部分药品最高零售价、推行药品集中招标采购等多项措施。(详见表 2)

表 2 1997 年以来我国药品价格管理一览表

执行日期	文件标题	品种数量	降价 次目	降价金额 (亿元)
1997 年 10 月 10 日	国家计委关于颁布第一批中央管理药品价格的通知	47	一	20
1998 年 5 月 5 日	国家计委关于颁布第二批中央管理的药品价格的通知	38	二	15
1999 年 4 月 25 日	国家计委关于重新审定头孢类等部分中央管理的药品价格的通知	26	三	20
1999 年 6 月 20 日	国家计委关于降低西力欣等 14 种进口(进口分装)药品价格的通知	114	四	8
1999 年 9 月 1 日	国家计委办公厅关于降低降纤酶等 2 种生化药品价格的通知	2	五	1.2
2000 年 2 月 10 日	国家计委关于降低机采人血白蛋白等部分生物制品价格的通知	13	六	3.4
2000 年 7 月 10 日	国家计委关于调整头孢拉定等 9 种中管国产药品零售价格的通知	9	七	12
2000 年 11 月 5 日	国家计委关于调整氨苄青霉素等部分中管国产药品零售价格的通知	22	八	18

^{③⑧} 张映光、李其谚:《发改委力收药品定价权:初衷可嘉方法不可取》,载《医院领导决策参考》2006 年第 6 期。

续表

执行日期	文件标题	品种数量	降价 次目	降价金额 (亿元)
2001年5月20日	国家计委关于制定公布69种化学药品价格的通知	69	九	20
2001年7月23日	国家计委关于制定公布49种中成药零售价格的通知	49	十	4
2001年9月22日	国家计委办公厅关于制定公布69种化学药品补充剂型规格价格的通知			
2001年12月28日	国家计委关于公布383种药品价格的通知	383	十一	20
2002年1月5日	国家计委办公厅关于印发30种抗感染类药品单独定价方案(暂行)的通知	30		
2002年2月10日	国家计委办公厅关于降低佳息患等3种进口药品零售价格的通知	3	十二	
2002年6月15日	国家计委办公厅关于制定公布262种药品补充剂型规格价格的通知			
2002年12月20日	国家计委办公厅关于印发阿司匹林等24种单独定价药品价格的通知	24	十三	
2003年1月15日	国家计委关于公布199种西药价格的通知	199	十四	20
2003年2月18日	国家计委关于制定公布267种中成药零售价格的通知	267	十五	10
2003年10月15日	国家发展改革委关于制定公布107种中成药价格的通知	107	十六	
2004年6月7日	国家发展改革委关于降低24种抗感染类药品零售价格的通知	24	十七	35
2004年7月28日	国家发展改革委办公厅关于印发18种药品单独定价方案的通知	18		
2005年10月10日	国家发展改革委关于降低头孢呋辛等22种药品零售价格的通知	22	十八	40

续表

执行日期	文件标题	品种数量	降价 次目	降价金额 (亿元)
2006年6月12日	国家发展改革委关于制定阿霉素等抗肿瘤药品最高零售价格的通知	67	十九	23
2006年8月28日	国家发展改革委关于制定青霉素等99种抗微生物药品最高零售价格的通知	99	二十	43
2006年11月20日	关于制定华蟾素注射液等32种中成药肿瘤用药最高零售价格的通知	32	二十一	13
2007年1月26日	关于精氨酸等354种药品最高零售价格的通知	354	二十二	70
2007年3月15日	关于制定九味羌活颗粒等278种中成药内科学用药最高零售价格的通知	260	二十五	50
2007年4月16日	关于制定追风透骨片等188种中成药最高零售价格的通知	188	二十四	16
2007年5月15日	关于制定吡嗪酮等260种药品最高零售价格的通知	260	二十五	50
2008年11月15日	关于降低正柴胡饮颗粒等252种中成药最高零售价格的通知	13	二十六	0.54

制表时间为2008年12月21日。

特别值得一提的是为了抑制药价虚高,国家不断加大对药品监管的力度,在大规模调整药品价格的基础上,被列入政府定价范围的品种逐年增多,过去只有200多种药品由政府管理,到2000年扩大为1500种。2005年10月,发展和改革委员会在推行第18次药品降价的同时,重新修订了政府制定价格的药品目录。修订后的新目录品种数量,由原来的1500种左右扩大至2400种左右,约占药品总数量的20%,但市场份额则高达60%。同时,根据《药品管理法实施条例》的规定,纳入国家基本医疗保险报销药品品种应实行政府指导价或政府定价。纳入政府制定价格范围的药品,分为两部分,一部分执行政府定价,企业不得自行调整价格;另一部分执行政府指导价,经营者可以在此基础上在政府规定的价格上限内下调价格,降价幅度不限。另外,在报销药品中,处方药价格由国家负责制定,其中,属于政府指导价的,地方可以根据本地实际购销等情况,降低在本地区执行的最高零售价;非处方药价格由地方政府制定。2006年8月,国家发展和改革委员会

运用“组合拳”方式,协同药监局、卫生部等多部门出台配套措施,在降低药品零售价的同时严格规定医院加价幅度不得超过 15%。然而,直至今日,药价虚高尚未显示出“祛除虚火”的明显迹象。

毋庸置疑,政府加强对医疗市场的价格监管是必要的,但如果直接统管定价,可能会出现很多问题:一是监管成本过高,一个部门要定几千种药价;二是在这种情况下,必然造成管理效率低下;三是由于药品生产的技术性强,过程十分复杂,行政部门对药品这种特殊的商品了解十分有限,导致信息的严重不对称,定价难免不合理。在具体操作中,企业本身虚报时会请精算师“自圆其说”,每个条款看上去都很合理。而物价部门没有足够的专业人才,不可能完全懂得制药的成本,看不出问题,外行指导内行的结果就是基本上企业报多少就批多少,而企业动辄又以商业机密为由阻挠物价部门的成本核算。早在 2000 年,原国家计委在《关于改革药品价格管理的意见》里,便提出国家计委和省级价格主管部门应建立药品政府定价专家评审制度,聘请有关方面专家,开展药品价格评审工作,并依据评审意见制定药品价格。但直到 2005 年 10 月,国家发展和改革委员会才正式成立了药品价格评审中心。2007 年 2 月国家发展和改革委员会公布了《医药价格工作守则(暂行)》,明确提出,制定医药价格必须经过成本价格调查、专家评审或论证、听取各方面意见、集体讨论、集体审议的程序,这将进一步促进药品定价的科学性。

实际上,单纯的政府定价、限价并不能从根本上解决药价的不合理状况,药价的制定既要考虑药品的成本因素,同时也考虑比价关系和竞争因素,并且能够鼓励药品创新。价格制定的方法要由按成本定价转向按药品“性价比”定价,对药物进行经济学分析。药物经济学是应用现代经济学的研究手段,结合流行病学、决策学、生物统计学等多学科研究成果,全方位地分析不同药物治疗方案、药物治疗方案与其它方案,如手术治疗,以及不同医疗或社会服务项目,如社会养老与家庭照顾等的成本、效益或效果及效用,评价其经济学价值的差别。合理的定价应借鉴药物经济学原理,从按生产成本加合理利润的定价公式过渡到依据治疗费用的节约程度来定价,从而实现降低总费用的目标。

四、法经济学视角下我国医疗卫生制度改革的路径选择

通过对医疗卫生制度的法经济学分析,我们不难看出大部分的医疗卫生服务具有公共品或准公共品性质,而具有公共物品性质的服务往往是市场主体干不了、干不好或不愿干的,同时在医疗的生产和消费中存在着广泛的外部效应,需要政府的干预和扶持。医疗卫生服务分为公共卫生服务、基本医疗卫生服务和非基本医疗卫生服务三个层次,需要区别对待。长期以来,我国的医疗卫生体制改革经常作为一个笼统的概念出现在人们的视野中,在目前改革过程中区分政府责任与个体责任的定位方法将为新一轮的医疗卫生体制改革指明政府扶持的方向、干预的重点和放开的领域。

(一) 健全公共卫生服务体系

公共卫生服务的纯公共物品属性决定了其应由政府向全体社会成员免费提供,但我国长期以来市场化倾向的医疗体制改革进程弱化了政府在公共卫生服务领域的责任,导致了严重的社会问题,改革开放前已被控制的部分传染病、地方病开始死灰复燃,一些地区的卫生、健康指标甚至开始恶化,2003年SARS的爆发更凸显了我国在公共卫生领域建设的薄弱。目前,政府的财政支持主要用于补助已经占据了大部分市场份额的大医院,尤其是高等级医院。无论是乡镇卫生院,还是城市社区医疗卫生机构,从政府那里获得的补助都很少。据《中国卫生统计年鉴》统计,2004年,国家对医疗机构的拨款中,医院占64%,妇幼保健院占8%,城市社区医疗机构占2%,专科疾病防治院占3%,其他医疗机构占23%。可见,有限的政府投入,更多的是流向了高端市场,而没有用到国民的基本医疗保健上。今后我国政府应加大支持公共卫生服务体系建设的力度,健全疾病预防控制、计划免疫、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督、职业卫生、环境卫生和计划生育等专业公共卫生服务网络,并完善以基层医疗卫生服务网络为基础的医疗服务体系的公共卫生服务功能,建立分工明确、信息互通、资源共享、协调互动的公共卫生服务体系,提高公共卫生服务能力和突发公共卫生事件应急处置能力,促进城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务。公共卫生服务体系建设的应主要解决预防、保健、传染病控制等问

题,支持基层医疗机构面向老百姓提供必要的、基本的公共卫生服务,对重大传染病患者,比如艾滋病、结核病、血吸虫病、SARS等,政府要实行免费救治,承担应尽的责任。^{③9}

(二)完善医疗服务体系改革

鉴于基本医疗服务的准公共物品属性,在基本医疗服务方面,应以政府投入为主,针对绝大部分的常见病、多发病,为全民提供所需药品和诊疗手段,期间所发生大部分成本由政府财政负担,为避免浪费,个人需少量付费。对于一些特殊困难群体,需自费部分可进行减免。对于基本医疗服务外的医疗卫生需求,政府不提供统一的保障。为了降低个人和家庭风险,鼓励发展自愿性质的商业医疗保险。政府提供税收减免等优惠政策,鼓励企业为职工购买不同形式的商业医疗保险,也鼓励有条件的农村集体参加多种形式的商业医疗保险。非基本医疗服务需求属于私人消费品,政府不提供统一的保障,主要靠市场化方式来提供。在这一领域可以充分引进市场竞争机制,鼓励盈利性医疗机构的发展,政府对其资质条件、服务价格、服务质量等实施全面有效的监管。要对医疗机构进行合理分工,分层次开展医疗服务,特别是要大力发展城镇社区卫生服务和农村新型合作医疗医院,加强农村乡镇卫生院、村卫生室建设。

当前我国的医疗服务在体制上还存在着一个重要问题,就是公立医疗机构垄断的局面还没有改变,我国95%以上的医院是公立医院,政府、社会、个人多渠道、多种经营方式发展医疗服务的局面并没有形成,公立医院与私立医院实行差别待遇,医疗机构之间科学有序的竞争秩序并没有建立起来,医疗服务资源满足不了社会不同群体的需求。在今后的改革中应逐步确立统一的市场准入标准和财政补贴标准,创造公平的竞争环境,并制定优惠政策,引导投资者以社会需求为导向,设置具有市场竞争力和自身发展潜力的特色专科医院,与公立大型医院形成“错位竞争”、良性发展的格局,最终实现公立医疗机构、非公立医疗机构的共同发展,形成布局合理、分工

^{③9} 廖新波:《政府失灵:医疗体制改革不成功的深层次原因》,载《医院领导决策考》2006年第3期。

明确、防治结合、保证质量、技术适宜、运转有序的医疗服务体系。

(三) 建立多层次的医疗保障体系

目前,我国应加快建立和完善以基本医疗保障为主体,医疗保险和商业健康保险为补充,打破城乡、所有制等界限,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系,即城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系,分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。其中,医疗救助是典型的政府责任;社会医疗保险需要政府给予一定的支持,但是还需要单位、个人负担一部分;商业补充健康保险就是市场行为。在我国目前的医疗保障体系建设中,一个突出的问题是缺乏长效的法治化机制,政府政策的随机性很大,建议国家根据 GDP 总量按照一定比例来持续地、动态地保障对医疗保障体系的投入,逐步扩大医疗保障制度的覆盖面,并建立医疗保障费用支出效果的综合评价机制,确定政府的补助标准和个人的负担比例。在新型农村合作医疗领域,建议按照农民年均纯收入的一定比例筹资,各级政府支持农民“参合”的补助资金,应按照不低于农民“参合”年人均筹资总额 60% 的比例,纳入年度财政预算予以保证。

(四) 规范药品供应保障体系

当前,在医疗卫生领域人们的普遍反映是“看病贵”,其中一个重要的环节是药价虚高,有些药品的实际成本价和零售价相差数倍,甚至数十倍。究其原因主要有两条:

一是药品定价机制不科学,政府定价范围过大。2005 年 10 月,国家发展和改革委员会重新修订了政府制定价格的药品目录。修订后的新目录品种数量,由原来的 1500 种左右扩大至 2400 种左右,约占药品总数量的 20%,但市场份额则高达 60%。按照《药品管理法实施条例》,处方药价格由国家发展和改革委员会实行政府统一定价和确定最高零售价相结合的价格调控政策,而非处方药定价权由省级价格主管部门负责。实际上,单纯的政府定价、限价并不能从根本上解决药价的不合理状况,药价的制定既要考虑药品的成本因素,同时也考虑比价关系和竞争因素,并且能够鼓励药品创新。

二是药品流通体制不完善,层层加价,环环回扣,存在广泛的“寻租”空间。要改革医院管理体制和运行机制,实行医药收支分开管理,逐步取消“以药养医”机制,切断医院运行与药品销售的利益联系,降低药品价格。政府一方面应该保留当前对药品经销公司的限制,另一方面,必须彻底改革当前的药品和医疗器械的流通体制。首先,中央政府应在全国范围内进行药品和医疗器械的统一招标,而不是当前的各级政府的各类机构均可自主进行招标,导致全国范围内药品和医疗器械价格的混乱,同一药品在不同地区的中标价格差异巨大。其次,允许具有供货能力的药品经销公司在全国范围内投标,通过招标,政府制定最高零售价格并将招标信息挂网,各级医疗机构实行网上采购;鼓励成立大型药品及医疗器械物流公司,取缔二级、三级经销商以减少流通环节,降低流通成本;加强并规范对制药企业的监管,逐步淘汰生产技术低下、以重复产品生产为主的中小企业,鼓励具有自主知识产权的药品的生产与销售。通过建立政府基本药物购销体系,国家可以调控医药产品结构,鼓励基本药物的生产和供应,保护医药产业安全;更好地对药品质量进行控制,防范假冒伪劣产品;利用被招标企业间的竞争大幅度消除虚高定价等问题;并可以对零售价格实施严格控制,有效地切断医院和药品生产企业之间的利益联系。

(五) 完善医疗机构内部管理体制

医院作为医疗体制改革的桥头堡,其内部管理体制的理顺对整体改革的成败起着至关重要的作用。首先,医院应坚持公益性方向,“以药补医”已经不符合时代的要求,并且带来很多负面的效果,政府应在取消药品加价销售后的补偿机制方面做比较大的改革,公共财政需要加大投入力度。其次,为克服医生在诊疗活动中的随意性,需要注重引入卫生经济学的概念,在医院内部实行精细化管理,逐步建立规范化诊疗指南体系。在规范化诊疗指南中规定的标准化诊疗方案,将既能体现现有的医疗技术含量,又能与现有国力、基本医疗的承受能力、人民群众的承受能力结合在一起,避免诊疗活动的随意性,提高质量和效率。再次,在医院内部管理机制上应建立对医生诊疗行为的合理激励机制,充分体现医生医术的实际价值,逐步由目前的多劳多得向优劳优得转变。最后,国家应逐步在全国范围内建立个人健康档

案制度,将体现个人健康状况的资料纳入其中,如儿童的出生情况、疫苗接种情况、中老年人的慢性病情况、大医院的就诊记录以及既往诊断治疗的重要的记录,如CT、核磁、X线的检查、影像学的资料都可以建立在这个档案当中。这样,个人无论是在基层就医或者到大医院就医,医生在很短的时间内就可以了解患者的病史,避免了很多不必要的、重复的医学检查,既提高了效率,也节省了患者支出。

五、从法经济学视角透视我国新一轮医疗卫生体制改革的创新

2009年4月6日,历经3年、多次征求社会意见的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》)公布实施,4月7日《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2010年)》(以下简称《近期重点实施方案》)出台,提出了“有效减轻居民就医费用负担,切实缓解‘看病难、看病贵’”的近期目标和“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标,标志着新一轮医疗卫生体制改革的正式启动。与以往相比,新一轮医疗体制改革引入了法经济学的相关理念,进行了诸多制度创新,主要体现在:

(一)明确基本医疗卫生服务的公共物品属性

《意见》要求“以人人享有基本医疗卫生服务”为根本出发点和落脚点,从改革方案设计、卫生制度建立到服务体系建设都要遵循公益性的原则,“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”。同时,《意见》明确把“基本医疗卫生服务”看作是一种公共物品——也即所提供的使最低收入阶层也能获得的基本医疗卫生保障将是一种惠及全民、人人受益的公共产品,并“尽快实现对城乡全体居民的全面覆盖,并随经济发展逐步提高保障水平”。这为人人享有基本医疗卫生服务提供了制度上的保证。

(二)确立基本公共卫生服务均等化目标

《意见》提出,从2009年开始,国家将“逐步向城乡居民统一提供疾病预防控制、妇幼保健、健康教育等基本公共卫生服务”,逐步缩小城乡居民基本公共卫生服务差距,力争让群众少生病。定期为65岁以上老年人做健康检查、为3岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视,

为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群提供防治指导服务,从2009年开始增加为15岁以下人群补种乙肝疫苗;消除燃煤型氟中毒危害;农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等,预防出生缺陷;贫困白内障患者复明和农村改水改厕等项目。实现基本公共卫生服务均等化,其目标是保障城乡居民获得最基本、最有效的基本公共卫生服务,缩小城乡居民基本公共卫生服务的差距,使大家都能享受到基本公共卫生服务,最终使老百姓不得病、少得病、晚得病、不得大病。同时,我们也应认识到,与其他领域不同,基本公共卫生服务的均等化并不意味着每个人都必须得到相同的服务,而是根据健康需求的不同而有所差异。但基本公共卫生服务一定是为了保护全体居民的健康与预防疾病的流行所提供的基础性服务。

(三) 强化政府责任和投入

《意见》强化了政府在本医疗卫生制度中的责任,加强了政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的职责,维护公共医疗卫生的公益性,促进公平公正;明确了所有医疗卫生机构,不论所有制、投资主体、隶属关系和经营性质,均由所在地卫生行政部门实行统一规划、统一准入、统一监管;明确了政府、社会与个人在卫生投入方面的责任,确立了政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位。公共卫生服务主要通过政府筹资,向城乡居民均等化提供;基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担费用;特需医疗服务则由个人直接付费或通过商业健康保险支付。在医疗卫生投入方面,《意见》提出逐步提高政府卫生投入占卫生总费用的比重,使居民个人基本医疗卫生费用负担有效减轻;政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出的增长幅度,使政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高。

(四) 医疗市场迈向了有管理的竞争

从整体制度设计上看,新医改方案给政府和市场划清了边界,即通过市场机制来保障医疗效率及有效供给竞争,通过建立全民医保体系来展现医疗的公益性,而此两者的基础是政府行政部门回归监管角色,即政事分开、管办分开,即迈向了有管理的竞争。《意见》中提出“积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制,发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用”。在医疗保障服务领域,政府委托具有资质的商业保

险机构经办各类医疗保障管理服务,并积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制,发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约和监控作用,积极探索按人头付费、按病种付费、总额预付等方式。在医疗保险领域,医疗保险机构是患者的经纪人,代表患者去跟医疗机构谈判,以期购买到高质量医疗服务和支付合理的医疗价格。在基本药物制度改革领域,政府此次改革也摒弃了备受争议的“统购统销”模式,在药品流通体系体现了符合市场基本规律的改革思路,即“在政府宏观调控下充分发挥市场机制的作用,基本药物实行公开招标采购,统一配送,减少中间环节,保障群众基本用药。国家制定基本药物零售指导价格,在指导价格内,由省级政府根据招标情况确定本地区的统一采购价格”。在民营资本进入医疗服务市场方面,《近期重点实施方案》指出,“鼓励民营资本举办非营利性医院。民营医院在医保定点、科研立项、职称评定和继续教育等方面,与公立医院享受同等待遇;对其在服务准入、监督管理等方面一视同仁”。

(五) 构建基本药物制度

《意见》提出建立国家基本药物制度。中央政府统一制定和发布国家基本药物目录,按照防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重的原则,结合我国用药特点,参照国际经验,合理确定品种和数量。实施基本药物制度,对医保药物将实行统一招标、配送,将规范药品流通。医药价格形成机制对新药和专利药品逐步实行定价前药物经济性评价制度。《意见》指出,2009年国家将公布基本药物目录,同时规范基本药物采购和配送,合理确定基本药物的价格。从2009年起,政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物,其他各类医疗机构也都必须按规定使用基本药物,所有零售药店均应配备和销售基本药物,同时完善基本药物的医保报销政策。基本药物制度旨在降低医疗费用,是保证老百姓有药可用,用得起药,能合理用药的重要手段。

(六) 改革药品、医疗技术服务价格形成机制

长期以来,医院药房按照药价顺加15%的做法被广为诟病,同时医生的医疗服务价格却长期以来处于低估状态,成为诸多医疗混乱现象的孽根。《意见》指出,“要改革药品加成政策,实行药品零差率销售”。《近期重点实

施方案》指出,“推进医药分开,逐步取消药品加成,不得接受药品折扣”、“适当提高医疗技术服务价格,降低药品、医用耗材和大型设备检查价格”、“国家制定基本药物零售指导价格。省级人民政府根据招标情况在国家指导价格规定的幅度内确定本地区基本药物统一采购价格,其中包含配送费用。政府举办的基层医疗卫生机构按购进价格实行零差率销售”。在医生的医疗服务价格改革方面,《意见》提出“稳步推动医务人员的合理流动,促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流,研究探索注册医师多点执业”。《近期重点实施方案》指出,“鼓励地方探索注册医师多点执业的办法和形式”。医师多点执业有助于促进人才合理流动,一方面可以增加医务人员的经济收入,自身价值也得到社会认可,另一方面也使得基层群众能就近得到较高质量的医疗服务。药品、医疗技术服务价格形成机制的改革将从体制上改变“看病贵”的痼疾。

(七) 构建覆盖全民的基本医疗保障制度

根据《意见》,我国将逐步建立覆盖全民的基本医疗保障制度,首次实现医疗保障的全覆盖。在目前城镇职工或居民医疗保障和农村合作医疗的基础上,国家还将把关闭、破产企业和困难企业职工、大学生、非公经济组织从业人员和灵活就业人员纳入城镇职工或居民医疗保障范围。2010年,各级财政对城镇居民医疗保障和新农合的补助标准提高到每人每年120元,增幅为50%,并逐步提高政策范围内的住院报销比例和门诊费用报销范围和比例。另外,城镇职工或居民医疗保障最高支付限额分别逐步提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的6倍左右,新农合最高支付限额逐步提高到当地农民人均纯收入的6倍以上。同时,加快扩大医疗保险覆盖面,三年内城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗覆盖城乡全体居民,参保率均提高到90%以上,并逐步提高对政策范围内的住院费用报销比例和最高支付限额,逐步扩大门诊费用报销范围和比例。

(八) 建立实用、共享的医药卫生信息系统

《意见》提出,以推进公共卫生、医疗、医保、药品、财务监管信息化建设为着力点,整合资源,加强信息标准化和公共服务信息平台建设,逐步实现

统一高效、互联互通。完善以疾病控制网络为主体的公共卫生信息系统,提高预测预警和分析报告能力;以建立居民健康档案为重点,构建乡村和社区卫生信息网络平台;以医院管理和电子病历为重点,推进医院信息化建设;利用网络信息技术,促进城市医院与社区卫生服务机构的合作。积极发展面向农村及边远地区的远程医疗。《近期重点实施方案》提出,从2009年开始,逐步在全国统一建立居民健康档案,并实施规范管理。

(九) 从关注治病环节转向防病环节

中国目前面临着双重疾病负担,一是传统传染病,如肝炎、肺结核,新发传染病不断出现;二是慢性病威胁越来越大,慢性病治疗约占卫生总资源80%,如不进行早期干预,慢性病的疾病负担将难以想象。《意见》提出“坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针”,提出完善重大疾病防控体系和突发公共卫生事件应急机制,加强对严重威胁人民健康的传染病、慢性病、地方病、职业病和出生缺陷等疾病的监测与预防控制;加强城乡急救体系建设。加强健康促进与教育,医疗卫生机构及机关、学校、社区、企业等要大力开展健康教育,充分利用各种媒体,加强健康、医药卫生知识的传播,倡导健康文明的生活方式,促进公众合理营养,提高群众的健康意识和自我保健能力。同时,《意见》明确的基本公共卫生服务和重大疾病防控体系将对疾病预防控制产生重大影响,防患于未然,使人们少得病、不得大病,早期发现、早期治疗,有利于疾病负担的减轻。