

# 中国医疗卫生改革的出路

## ——对江苏宿迁医改的反思

郭炜佳

(厦门大学公共事务学院 福建 厦门 361005)

**摘要:**公共医疗卫生事业有着一般行业所没有的特殊使命,那就是保障一般公民的基本生存权。除此之外,还有个其他所有行业都不具备的特征,那就是医患双方之间信息的极度不平衡问题。所以,宿迁市将市内所属的各级医院机构全部由原来的公共部门转变为私人部门所有,从政府垄断走向私人垄断是行不通的。

**关键词:**公共物品;信息不对称;江苏宿迁;医改

**中图分类号:** F120.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1673-291X(2010)15-0205-02

从2001年开始,以医疗卫生市场化筹资,也即业界俗称的以“卖光”为主线的宿迁医改开始启动。宿迁地区134家公立医院进行了产权制度改革,包括124所乡镇卫生院和10所县级以上医院,形成了合伙制、混合所有制、股份制、独资等办医主体。虽然个别医院和外部公立医院联合(如鼓楼医院集团宿迁市人民医院),或者有个别外部公立医院在宿迁建分院(如上海东方医院宿迁分院),目前宿迁地区各个层次的医疗服务机构都已经由民间资本购买或经营,宿迁地区政府已经完全从办医中退出。

### 一、医疗改革的动因分析

宿迁地处苏北,是1996年新组建的地级市,总人口达517万,陆地面积8555平方公里,经济比较落后。导致财政基本处于“吃饭财政”的状况。需要财政支持的医疗、教育等社会事业的发展,面临极大的困难。尤其是财政分权改革后,社会公共支出的职责也分权到地方,宿迁政府确实没有很多资金投入医疗卫生事业,直接导致卫生资源不足,基层医疗卫生单位条件差、水平低。截至2000年,全市乡镇卫生院总资产为17058.6万元,负债总额为8316.7万元,资产负债率为48.8%,床位利用率是20%;全市1万元以上设备总值仅为1868.6万元;乡镇卫生院在职职工中具有本科学历的仅34人,占职工总数的0.6%,大专学历669人,占12.30%,初级和无职称人员占近90%。

当时,摆在新上任的市长仇和面前的,只有两条路:维持旧体制,“苟延残喘”还是创新新机制,“刮骨疗毒”。

### 二、医疗卫生服务的公共物品属性

医疗和卫生有着本质的区别。卫生服务包括预防、疾病控制、健康教育、妇幼保健等内容,行为指向是群体性,具有非排他性、非拥挤性和不可分性,应定性为公共产品。医疗服务则指就诊、住院和治疗等,行为指向是个体的,具有很强的个人消费性质,消费时可以分割,具有排他性和拥挤性,不应

该定性为公共产品。根据现代公共经济学的观点,私人物品一般由私人部门生产和提供,公共物品则一般由公共部门生产和提供,但在可能允许的条件下公共提供,私人生产似乎是一种较为有效的公共物品供给方法。部分公共品由私人提供、私人生产、公共监督也被证明是可行有效的。

在理论上认识了医疗卫生服务的经济属性后,我们再转入宿迁市的医疗改革中来。宿迁市在本市财政实力不足的情况下,将市内所有医院通过股份制、私人投资等方式由国营变成私营,政府利用变卖医院的存量资金投资于公共卫生防疫体系的建设,似乎符合公共物品(公共卫生防疫)公共提供,私人物品(医院的疾病治疗)私人提供和生产的理论。但是,公共医疗卫生事业有着一般行业所没有的特殊使命,那就是保障一般公民的基本生存权。一个国家要实现社会公平,一个重要的目标就是保障每个社会公民的基本生存权,尤其是不同收入阶层公民的相同的基本生存权,而这个基本使命,仅仅靠盈利性的医疗卫生部门是无法做到的,需要更多的非盈利性的机构去承担这部分责任。

### 三、医疗费用问题的解决困境

“宿迁模式”把医疗卫生事业定义为“经营性行业”,并认为“只要是经营性的行业,就可以到市场上去竞争,通过竞争降低价格,提高质量,改善服务。”而事实证明了这样的定位是不准确的。

宿迁卫生局提供的数据表明:1999年与2005年比较,人均门诊费用市县级医院下降了8.3%,乡级医院下降了25%。每病床日收费市县级医院下降了0.1%,县乡级医院下降了15.5%。出院者平均医药费用,市县级医院下降了1.0%;乡级医院下降了13.5%。可是在上述价格下降的同时,不仅没有一家医院破产,反而许多医院的收入大幅度上升。例如,报载宿迁市人民医院2004年收入9000多万元,而2005年上半年,医院的收入就达到6500万元。而且,直到目前为止,新的医院还在宿迁不断地落户,如果没有较高的利润率,不可能

收稿日期:2010-03-01

作者简介:郭炜佳(1990-),女,安徽巢湖人,学生,从事公共事务管理研究。

出现这样的趋势。

理论上,“价格降低”和“费用降低”是两个概念。事实上,目前中国的医疗服务价格和药品价格是国家控制的,老百姓感受到的“看病贵”主要指的是医疗费用,是价格和数量的乘积。老百姓最能够观察和比较的是价格信息。医院通过降低单项价格来吸引病人,而对于“量”,基本只能听从医生的安排。治得了“价”,治不了“量”,老百姓的医疗支出总额还是不断高涨。

医疗卫生领域是一个典型的非对称信息市场,在这个市场中,卖方拥有着完全的信息,而卖方则对信息不了解或不了解。而且在这个市场中,卖方对买方有完全的话语权,买方一旦进入了这个市场就不可能选择放弃交易,因为生病后不能不治疗,没人敢拿自己的生命不当一回事。从这个角度分析,医生收取大量不当的医药费,收取回扣,红包也就不足为奇了。由于这个非对称信息市场是由医疗卫生事业的特殊实际造成的,所以有的时候通过降低价格的方法并不是最有效率的,因为医生可以通过自己拥有的不对称单方完全信息去创造需求。

在一个信息不对称的市场中,如果想改变这样的状况,很明显的道理:最简单的方法就是改变这种信息不对称的现象,难的是到底要怎样才能改变。一个有效的方法就是通过专业认证机构对卖方发来的信息进行判断和甄选,从而提高买方与卖方议价的能力。这个专业认证机构既要拥有足够大的财力支撑其专业鉴别认证系统,又要有足够的动力为买方服务,还要确保其不会和医院合谋,这是至关重要的一点。符合这些条件的,医疗保险系统就是个很好的选择,医疗保险基金运营公司可以集中广大医疗市场买方的资金,从而有能力集中专业的医疗专家学者和财会人员,对卖方提供的大量医疗单据进行集中核对,指出其收费不合理的地方,从而一定程度上解决乱收费的问题。

#### 四、医疗服务体系的层级配置问题

中国原有的覆盖城乡的三级医疗服务网络,初衷是为了通过转诊体系有效配置医疗资源,防止病人的趋高倾向。宿迁在鼓励医院竞争和引入社会资本办医的同时,没有进行任何区域卫生规划,完全打破了原有的三级网络和转诊体系,导致宿迁市医疗机构过度供给,必定诱导过度需求,使老百姓医疗负担加重,而且,大大小小的医院都在相同层次上竞争,功能没有划分,导致医疗资源的浪费和无效率。另一方面,各级医院都不惜成本争取病人,医院广告铺天盖地,一些医院通过回扣等手段争夺病人。不少社区医生手里有一张沭阳县人民医院发的“会员证”,如果社区医生介绍一位门诊病人去沭阳县人民医院,可以获得100元回扣,病人住院回扣是手术费用的10%。这种回扣甚至成了村卫生室医生收入的重要来源,人为地增加了医疗成本,加重病人负担。

#### 五、政府监管上的新问题

首先,在医疗准入的监管上,宿迁在鼓励大量社会资本进入医疗卫生领域的同时,也降低了医院准入的门槛。由于审批手续简单,只要有钱,任何人都可以申办医院,使得许多

乡镇医院的老板都是有钱而根本不懂医疗的人,这难免不会降低原来的医疗水平。在实际操作上,医疗机构准入的审批权在市长、县长手中。办医院需要交给政府一笔钱,由于政府审批医院的级别不同,收费标准也不一样,而新办的医院千方百计的想要得到高级别的审批,所以政府通过这种方式敛财,也导致了一些名不副实的二级医院的出现。而这样的医院在面向病人营业以后,很难相信它不会将这笔费用间接地转嫁到患者的身上。

其次,在医院转为民营后,政府监管到底管什么,怎么管,目前还是探索中的问题。政府不再办医院了,但是这并不代表政府也不再管医院了。医疗行业是个关系到公民生存健康的行业,政府绝对不可以从这个行业退出。对于一些医院的违规违法行为,比如过度医疗、检查,药品以次充好,延长治疗期,服务态度差等,在政策层面上,政府应该出台相应的政策或规定,制定一个大的详细的框架,不能让它们有政策上的漏洞可钻,将医院的所作所为牢牢地固定在这个框架内,明确地告诉它们哪些可以做,哪些不能做。在组织层面上,应该有一个专门的机构代表政府在监督这些政策的执行和反馈。

最后,针对财务监管不足的现象,很多民营医院打着非盈利性机构的幌子,逃避税收,私下分红,而政府往往由于无法掌握医院经营的数据而只能对其听之任之,长期以往,对国家税收收入是个巨大的损失。

#### 六、结语

宿迁的医改,通过公立医疗机构的转制,改变了政府直接办医的局面,通过引入社会资本,快速扩大了医疗资源,并形成了医疗市场的竞争格局,促使医疗机构引入企业经营机制,从而提高了医务人员的积极性,改善了医疗服务的质量,扩大了医疗服务项目,降低了挂号费、药品单价和检查项目单价。但是医改的最重要的目标:公共卫生发展和“看病贵”的问题还没有解决。

其原因在于,市场机制发挥作用也无法回避医疗卫生事业的自身规律。改革后,医院赢利动机并未消除,反而得到了加强,过快地开放医疗服务市场,一味追求资源总量的扩张,确实导致了大量不规范竞争行为的存在;由于信息不对称,医院总是可以通过各种手段来增加收益,都会竞相引进专家技术,购置更先进的医疗设备。

作为配置资源的工具,市场只能解决效率的问题,而不能解决公平的问题。在市场机制的条件下,发挥政府的主导作用,这才是医疗改革的精髓。政府责任实际就是要在加大公共卫生投入的同时,把基本医疗和社会医疗救助这两块做扎实。我们所说的基本医疗实际上是必需医疗,是国家根据成本有效性排序、由财政的承受能力决定的。做好了基本医疗,大多数老百姓看病的需求就基本有了保障,在此基础上,针对困难群众的具体问题,还需要把社会医疗救助真正落实。

任何国家都只能做到有多少钱治多少病,技术进步、制度等可以改善卫生总费用在控制疾病和增进健康上的效率,但改变不了经济水平决定健康水平这个规律。因此,中国的国情决定了我们只能保证基本医疗、必需医疗。

参考文献:

- [1] 王宁.中国医疗卫生改革的出路——对江苏宿迁医改的反思[J].湖北社会科学,2007(7):187-189.
- [2] 北京大学中国经济研究中心医疗卫生改革课题组.北大课题组宿迁医改调研报告[J].医院领导决策参考,2006(13).
- [3] 吕建昆.正确认识和处理好医疗信息不对称[J].医学与社会,2007(6):21-22.
- [4] 包永辉,朱旭东.关注宿迁市公立医疗改革系列报道——宿迁医改,好得很还是糟得很[J].医院领导决策参考,2004(5):27-32.
- [5] 宿迁市人民政府网站,http://www.suqian.gov.cn,2010-1-12.

[责任编辑 王 薇]