

现在全国老百姓当中 49% 的人有病不敢去医院, 29% 的人该住院不住院, 各方面反映看病难、看病贵的问题已经充分说明了医疗改革的“不成功”。

我们现在是 13 亿多人口, 80-90% 的人医疗完全靠个人付费, 变成了完全个人消费品。所以在保障领域, 基本上也是市场化的, 政府的责任完全退出了。

我们大概算了一笔帐, 大约需要 1500 亿到 2000 亿就可以解决全国所有老百姓 (城市和农村) 的常见病、多发病的问题。这是什么概念呢? 我们去年整个财政收入已经超过了 3 万亿, 这些钱相当于财政收入的 6-7%。去年一年的财政增量是 5000 亿, 我们拿出财政增量的 2/3 来就可以解决问题。

# 看病难 看病贵与 医疗市场化

□葛延风

一段时间以来, 关于医疗改革的争论点主要有几个: 一是关于医疗改革“不成功”的具体判断。现在看来, 也许当时我们应该找一个更确切的词, 当时用的词确实不太符合中国人的说话习惯。但是到现在我和课题组的同志仍然认为, 我们有些话并不是没有依据。比如根据卫生部第三次卫生服务调查的结果, 现在全国老百姓当中 49% 的人有病不敢去医院, 29% 的人该住院不住院, 各方面反映看病难、看病贵的问题已经充分说明了这个判断。另外, 从国际组织比如世界卫生组织对公平性的评价、对卫生健康投入的绩效评价看, 我们从 80 年代以来是持续大幅度的下滑。在我们投入大幅度增长的情况下出现一系列的问题, 这至少不能说是成功。还有人讲另外一个问题, 我们现在医疗服务水平大幅度上升了, 很多过去治不了的病能治了, 很多过去没有的设备都有了, 在一些大城市的医疗的设备水平甚至超过了欧美发达国家, 认为这是很大的成绩。这也可以说是成绩。问题是在老百姓总体收入水平比较低的情况下, 我们培养这么一个高消耗的部门是否合理? 我认为这也是要打问号的。

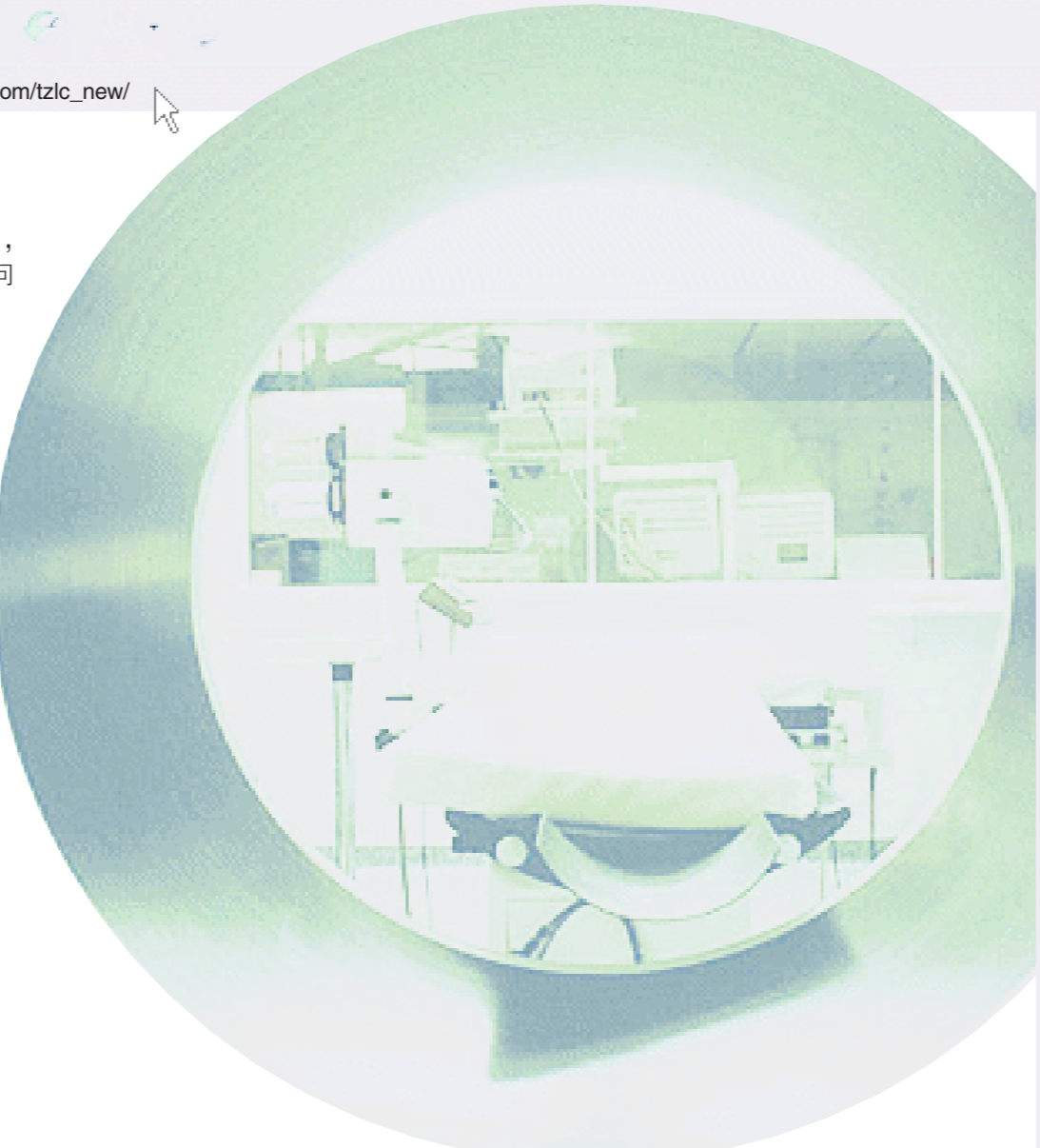
第二个争论比较大的问题是关于市场化的问题。市场化的问题, 其实又可以细分为两个问题, 判断这些年的改革是否走了市场化的道路, 这是分歧点之一。有些人认为没有走市场化道路, 为什么? 两个理由: 一是到现在医院的产权, 尤其二三级医院的产权 90% 多还是公立产权 (私立部门主要是在初级卫生服务体系中占绝大多数)。在二三级以上医院, 公共部门仍然占 90% 以上, 产权制度没有改革, 还不能叫市场化吗? 还有一个不同意见就是, 党中央、国务院的文件从来没有提过医疗卫生事业是公共事业。对于第一个不同意见, 产权结构和是不是靠市场配置资源有没有必然联系? 我认为这是需要研究的课题。对于第二个不同意见, 从医疗卫生服务层面来看, 现在基本都没有退出和进入的限制, 有钱基本上就可以进入, 可以投资任何领域; 在价格形成机制方面, 目前所有医疗的价格都靠供求关系来决定, 还有一点就是整个医疗服务机构, 无论是私立的还是公立的, 它的运作方式基本完全是企业化, 而且目标非常单一, 就是怎么样提高微观经济效益, 和企业的运作方式一样。如果从这几个基本点来看, 我们整个服务体系说是市场化没有问题。我们的药品生产充分市



场化了, 药品的流通也充分市场化了。药品的价格, 现在虽然对一部分价格实施最高零售价格的控制, 但那个控制价格是“天花板价格”, 其实给各个医疗服务机构、药商、生产企业都留下了足够的自我定价空间。还有一块是医疗保障。改革开放前, 城镇劳保医疗加公费医疗、农村合作医疗, 我们基本覆盖了全国 90% 以上的人口。现在农村新型合作医疗才一亿多人, 城市医疗保险也才一亿多人。我们现在是 13 亿多人口, 80-90% 的人医疗完全靠个人付费, 变成了完全个人消费品。所以在保障领域, 我觉得基本上也是市场化的, 政府的责任完全退出了。所以从这几个方面来讲, 对它作出一个市场化的判断, 我认为基本上是有依据的。

第三个比较大的争论是, 市场化能否实现医疗卫生事业的健康发展? 现在有一种意见对此持肯定的回答, 把医疗卫生领域出现的问题归结为市场不规范是一个事实, 但问题在于, 如果市场规范了, 它能不能促进卫生事业健康发展? 我认为, 即使是规范的市场, 它也不能够促进卫生事业健康发展。医疗卫生领域有很多东西具有公共品的性质, 这些东西和商业化、市场化的服务方式之间有天然矛盾。医疗服务要求可及性、公平性, 可及性的要求和市场化服务方式提供之间也存在矛盾。如果有钱, 完全通过市场化私人购买, 哪里购买力强资源就往哪里投? 必然导致区域之间发展的不平衡。其实改革开放以来, 区域之间卫生不平衡的问题已经越来越突出, 这些都有一系列的数据可以说明。

还有医疗卫生事业发展的国家目标或社会目标和市场化服务提供方式当中的企业目标, 这里有一个天然的矛盾。对国家来说, 卫生事业什



基本的判断, 市场化或者以市场作为主导方式解决医疗卫生问题是行不通的。解决问题的出路在哪里? 就是一定要强调政府责任, 政府责任包括投入, 包括医疗卫生的规划, 以及相当一部分医疗卫生服务的提供。现在很多人主张市场化, 反对政府主导, 一个立足点是, 现在我们的政府问题太大, 除了市场失灵问题以外, 还有个政府失灵问题。而且政府包括公共部门腐败的问题决定了, 如果让政府干这事, 干得可能更糟。我觉得这是几个不同层次的问题。现在政府的很多事情没有干好, 这确实是事实。现在核心的问题是公共权力被肢解, 而且很多公共权力被全面异化。但是, 政府现在很多事没干好和应该不应该干好, 通过某种改革能不能干好? 我认为这是不同层次的问题。不能说因为现在很多该它干, 而且该干好的事情没有干好, 以后就什么事都不让它干了, 我觉得这种分析方法是

有问题的。从我们国家这几年的实际经验来看, 除了医疗卫生领域以外, 在教育领域以及其他公共服务领域, 我们在很多方面, 事实上是走了一条市场化或过度利用一般市场机制的道路。比如在资源配置方面, 过度依靠市场的力量, 很多政府的基本责任往后退, 让位给市场, 政府不光是投入责任没有了, 基本的监管、基本的规划等责任也没尽到。

另外值得关注的一个问题是很多的公共服务机构虽然在性质上仍然是国有部门, 名义上仍然应该追求社会效益目标。但事实上在具体的组织方式上, 我们绝大部分的公共服务机构, 包括学校、医院以及其他公共服务等, 过多地采用了企业的组织方式, 在改革调整过程中过多借鉴企业改革, 或者是早期企业改革的一些做法。比如全面放权, 人事分配、业务活动等自主权全部下放给有关机构, 全面强化利益刺激, 比如工资和效益挂钩、层层承包, 甚至在有些领域搞股份制改革的探索, 当然还有一些地方走得更远, 把一些公共服务机构卖掉。应该说企业改革的很多做法已经被广泛地引入这些领域, 所带来

的问题非常多, 比如公平性的问题等。换句话说, 很多基本的公共服务, 它应该具有的扭转初次分配差距的作用, 不但没有发挥, 反而在很大程度上强化了分配差距。仔细看一下现在医疗卫生政策、教育政策, 包括很多其他公共服务政策, 事实上都是在强化这种差距, 或者说具有很强的逆向转移支付的特点, 带来的问题非常突出。

社会事业领域或者公共服务领域和一般经济领域的目标不一样, 评价标准也不一

样。比如经济领域的评价标准就是微观经济效率, 而公共服务领域的评价标准应是社会效益的最大化。另外, 公共服务的组织运行方式也不同, 绝对不能够简单地把经济领域发展的经验和做法简单地移植到社会事业领域或者公共服务部门。

我们目前做的医疗卫生改革第二期研究主要是对后来改革提出一些建设性的思路和建议, 而且尽可能的具有可操作性, 内容涉及医疗卫生服务体制的改革、社会保障体制的改革、药品生产流通体制改革。到现在为止, 我们的基本思路和框架已经出来了, 下一步改革的核心点, 就是立足于现有的体制框架 (比如保险体制等), 在这个基础上构建一个能给全国所有老百姓提供基本健康的体系。这个体系立足于社区卫生服务, 最近中央开了好几次会强调社区卫生服务, 这一点非常重要。但是光强调社区卫生服务是不够的, 同时还应该有一个保障体制, 把政府付费的功能更进一步强化, 而且把它明确起来, 比如设定一个基本的服务包, 让所有的老百姓在基本医疗问题上能够得到像义务教育那种基本的保障。对于这个问题, 很多人会从技术上探讨, 很多人更关心的是我们有没有足够的财政能力。我们大概算了一笔帐, 从两个角度算, 一个是从需求, 即使按照目前的价格, 按照老百姓疾病的发病率, 包括公共卫生服务项目和人口的数量来算; 一个是按服务提供来算, 假如我们构建一个队伍, 基本的设备、人员工资以及包括免费向老百姓提供一些最基本的药品。我们从前两笔帐来算, 对比起来都差不多, 大概需要 1500 亿到 2000 亿就可以解决全国所有老百姓 (城市和农村) 的常见病、多发病的问题。这是什么概念呢? 我们去年整个财政收入已经超过了 3 万亿, 这些钱相当于财政收入的 6-7%。去年一年的财政增量是 5000 亿, 我们拿出财政增量的 2/3 来就可以解决问题。我们现在提出和谐社会建设, 而且提出了新的发展观, 如果构建一个这样的体系, 不光能力上有, 而且政治意义、经济意义都是非常大的。

最后讲一个事情, 在上世纪 90 年代, 我们曾经提出一个目标, 当时已经写进党中央、国务院的很多文件, 而且我们在一些国际机构的国际宣言当中郑重承诺, 2000 年我们人人享有初级卫生保健。最近我们把这个目标的实现时间又推迟了 10 年, 2010 年人人享有基本卫生保健。我希望这个目标的实现日期不要再往后推 10 年。

(作者系国务院发展中心社会发展部副部长)

如果政府把高风险低收入甚至没有工作能力、没有任何收入的人群都保起来, 可能只用 1500-2000 亿, 但不要指望政府把低风险的人群都保起来, 我认为政府肯定是做不好这一点的。

## 医疗费用靠什么保障

□余晖 (社科院工经所研究员)

如果按照中央在上世纪 80 年代末或者 90 年代初期提出的政策, 比如以药养医的政策, 看作是市场化改革的一个举措的话, 我认为葛延风的判断是对的, 市场化改革确实是失败了。但那是不是市场化改革的一个制度安排, 是有疑问的。那个时候, 药品的批零差价是一种政策, 政府为了让医院养活自己。药品是一块, 后来还有高付费的体检设备的增加。三项制度联动的改革是从 2000 年起步, 后来碰到“非典”又停滞了。如果以那时作为市场化改革的正式起点, 那么市场化改革并没有真正地推进, 而是医疗改革起步晚了, 进展慢了, 力度小了。现在, 我们必须加快进展, 加大力度, 但是突破点在什么地方?

要找到所有利益集团都基本同意的突破点, 这样改革才有可能往前推进。张春霖提了一个很好的思路: 付费机制这块非常重要, 穷人要看病, 富人也要看病, 用经济学的话来说就是, 低风险的人群要看病, 高风险的人群也要看病。另外, 国外很多的做法, 比如美国的办法, 高风险的人群或失业没有医疗保障的穷人, 65 岁以上的老人由联邦政府和州政府来付费; 低风险的人群, 是靠商业医疗保险来解决他们支付的机制, 而且商业医疗保险在美国是相互竞争的, 这是一个思路。我觉得这两个思路可以借鉴, 在我们国内有没有可能? 比如政府把高风险低收入甚至没有工作能力、没有任何收入的人群都可以保起来, 可能只用 1500-2000 亿, 只要政府做到这一点, 我们就可以了。不要指望政府把低风险的人群都保起来, 我认为政府肯定是做不好这一点的。

第二个思路就是社区服务这一块。据我所知, 在世界上所有的发达国家, 几乎社区卫生这一块都是由私人提供的。在我们国家的城市化过程中, 在社区高度发

展的过程中, 有没有可能让私人介入这块来提供社区卫生服务, 这是供给方面存在存量调整和增量促进的问题。我们一二级医疗机构有很大的存量, 能否调整过来? 大量的行政事业机关、厂矿医院、学校门诊有没有可能剥离出来提供社区卫生服务? 如果剥离得非常缓慢, 有没有可能直接地引入新的增量, 就是医生自己来举办诊所。刚才提出一个思路, 就是国家包一块, 剩下由商业医疗保险包一块, 从需求方来看是这样的。从供给方来看, 这两块即增量和民间的进入, 包括民营资本对存量部分的改造, 有没有可能推动这个政策? 我觉得这是政府要考虑的。

但这都不是最重要的问题, 医疗领域最重要的问题是在费用的控制上, 不管谁来提供、不管谁来买, 都有医疗费用控制的问题。那么医疗费用控制的机制怎么建立起来? 靠发改委的价格管理部门能否解决问题, 我认为根本不可能。美国的办法给我们的启示是非常好的, 我个人研究了许多国家, 认为经济学的话来说就是, 新加坡也好, 澳大利亚、加拿大也好, 这种高度发达的国家, 人口比较少, 税收比较多, 可以全国背起来, 没问题, 但在中国是不可想象的。恰恰美国提供了一个思路, 就是通过商业保险机构相互的竞争, 达到对费用的控制。这种费用的控制, 我们经济学上叫标尺竞争, 是通过单病种医疗处方的收集和整理, 然后推出影子性的价格, 可以拿这个价格作为标尺跟各个医院谈判。这种竞争性的医疗保险机构的出现, 可以很迅速地把低风险的人群迅速地吸纳到所有的保险领域里去。我们国家在这块有没有可能推动? 标尺竞争除了医疗费用价格, 还有服务质量的考量, 就是我支付医疗价格以后, 质量也要有相应的考量。我认为, 通过商业医疗保险的竞争带动医疗机构之间的竞争, 不但可以使更广泛的人群得到可及的和可支付

## 为啥穷人看不起病 富人也看不起

□张春霖 (世行高级专家)

我觉得现在医疗改革不成功或者还没有成功, 或者还没有解决问题, 最根本的根源是医疗保险制度没有充分建立起来。而在医疗保险制度中, 国家财政对低收入阶层的补贴制度没有建立起来, 这是问题的根源。

我赞成秦辉的观点, 是政府逃避责任造成的, 如果这个观点成立, 问题就不是市场化过度了, 而是政府在医疗行业的职能没有到位, 这样下一步改革的方向和含义就完全不一样了。我们都认可的一个意思是在医疗卫生行业的成本分担机制发生了变化。过去政府承担了很大成本, 现在在医疗保险制度没有充分建立的情况下, 政府把医疗服务付费的责任推给了老百姓个人, 这是发生的事实, 大家都承认。这个事情能否叫市场化? 我认为不能叫市场化。因为市场化, 就是市场机制主导了医疗卫生行业资源配置。付费责任在政府和老百姓个人之间的划分, 不是一个资源如何配置的问题, 实际上是财政体制的问题或者整个医疗卫生行业的成本如何分担的问题。如果我们看一下医疗卫生行业的资源配置是不是由市场机制来调整, 我觉得现在差得很远。比如从投入来说, 医疗卫生行业最重要的投入人是医生和护士的服务, 医疗卫生行

业的劳动力市场现在有没有? 完全没有。医生和护士的报酬水平是否由劳动力市场决定? 多大程度由劳动力市场决定? 基本上不是。

从产出的方面来说, 医疗服务的价格能不能够调整医疗行业的资源配置? 根本不能调整。大家知道医疗服务的价格现在是政府人为压低的, 这是现在出现问题的一个重要原因, 根本不是市场价格。药品确实有市场了, 医疗器械有市场了, 但是这个市场是一个黑市, 是一个没有监管的市场, 比如送红包、宰客, 是完全没有监管的市场。在这种情况下, 说医疗卫生行业是市场机制在配置资源, 我认为恐怕和事实有很大的差距。所以, 我觉得真正的问题, 整个问题的根源, 比如医疗服务的价格为什么不能提高到真实的价格, 医药为什么分不开? 如果追根溯源, 我认为是由于付费机制没有建立, 即医疗保险制度没有建立, 财政对低收入阶层的补贴机制没有建立。所以, 不仅穷人看不起病, 富人也可以看不起病。因为如果没有风险分担机制, 多有钱的富人也不敢说什么病都看得起, 比如得了一个需要花 100 万才能治的病, 可能也看不起。所以真正的根源是政府没有承担起应该付费的责任, 没有建立一个医疗保险的制度, 这个事情在任何国家都是由政府来做的。

