

医改需要清醒，更需要警惕

<http://www.criifs.org.cn> 2005年10月10日 刘晶

将医疗体制改革“基本不成功”归咎于“市场化”，是在回避政府部门管制不力的责任，政府部门的责任缺位才是改革走向歧途的根本原因。对“大政府”模式的呼唤回避了一些隐蔽的巨大危险，必须提起人们的警惕

自从国务院发展研究中心向社会发布了“对中国医疗卫生体制改革的评价与建议（概要与重点）”（以下简称“医改摘要”）以来，舆论反响一直广泛而激烈。医改摘要最引人注目的一点，便是对进行至今的医疗卫生体制改革评价为“基本不成功”。更令人惊讶的是，医改摘要明确地将“市场化”改革思路认定为医改失败的主要原因，一时间“市场化”背负着千夫所指。

医改摘要用了一个既新鲜又刺激的词：“美国病”。医改摘要认为，高度市场化的医疗体系造成医疗保障的覆盖率低，个人医疗费用负担过高，而这正是“美国病”的普遍特征。在探讨这一局面的肇因时，医疗改革的市场化路径成了罪魁祸首。因此，无论是医改摘要还是卫生部门官员在摘要公布后的一系列表态，都强调要彻底改变市场化的医改方向，加大政府干预力度。

真是“市场化”之罪？

在市场经济已经深入人心的今天，将某一项改革的失败归因于“市场化”多少会令人感到惊讶，这不符合上世纪80年代初以来人们的惯性认识——市场化成就了中国的繁荣。如果说哪一个领域的市场化反而造就了贫弱，那么导致贫弱的这一市场化过程就值得好好分析了。令人遗憾的是，至今没有看到对医改市场化之过的系统梳理分析。在舆论的情绪宣泄中，人们对“市场化”这一“罪名”的具体含义几乎一无所知。

回顾一下医改历史，我们会惊讶地发现，医疗体制的所谓“市场化”改革伊始，并没有如其他领域市场化改革那样，经过相当充分的理论论证和公众意见讨论，而是在一种无可奈何、半推半就的情况下开始的。

1985年启动的医疗体制改革，从一开始就没有制定明确的医改目标。这一点尤为体现在照搬同期国企改革“放权让利，扩大自主权”的思路。今天来看，这样一个思路，对于企业的市场化改革是可以的，而对于具有公共物品性质的医疗体制改革，这一思路不仅不够清晰，而且公共医疗卫生中极为重要的政府责任在对“放权让利”思想的含混理解下，几乎从一开始就自动退出了。事实上，医改中“放权让利”的真正指向，是让资金紧张、缺乏改革动力的旧有体制下的医院，自己想办法增加收入，弥补财政补贴之不足。至于用什么办法增加收入，医疗服务应该达到什么目标，这些都只给出了缺乏操作性的原则。

医改初始的年月，还有一个与之密切相关的情况。这就是当时的城镇公费医疗和劳保卫生体制还仍旧建立在传统计划经济框架内，单位为职工看病公费埋单还是天经地义的事。“单位”这一当时真正的医疗消费埋单者，成了80年代医疗系统的衣食父母。在“扩大自主权”的合法庇护下，同等疗效下用贵药（利润含量高）代替一般药，药方里开出非处方的滋补品甚至家用电器，成了医院增收的一大特色。当时，在“单位报销”的庇护下，职工对“大药方”并无切肤之痛。

这一切也为后来的“以药养医”模式埋下了伏笔。进入90年代，药品流通领域和医疗器械市场的放开，则将80年代以贵药代替一般药这类医疗单位单方面的“以药养医”模式，逐渐改变为医药和医疗器械厂商与医疗单位和医生共谋的“双向以药养医”模式。与此同时，政府在医疗卫生领域的投入比例却在不断的下降。1978年以后城市公费和劳动保险医疗费用年均上涨20.8%。1994年以后，职工卫生总费用年增长12%—18%，而同期GDP 增长7%—8%，城镇居民家庭人均可支配收入增长5.1%—7.9%，农村居民家庭人均可支配收入增长3.4%—2.2%。

卫生支出占GDP比重一路下滑，与此同期的国有企业改革也已经进入了新的阶段，大量的国有、集体企业或破产倒闭或改制转卖，政府开始大力推行社会保障政策，原来计划体制下劳保医疗由企业负担模式逐步转变为社会保障模式，公费医疗的覆盖面在急剧缩减。原本作为三大医疗保障模式之一的公费医疗，已经成为特殊待遇，在城镇范围内，医疗保障的主要方式只剩下企业改革后由企业和职工个人缴纳的医疗保险模式，公费医疗在总体社会保障中所起到的作用微不足道。大量的城镇下岗失业人员、自雇职业者和城乡流动人口成为没有医疗保障庇护的人群。在农村，合作医疗缴费不仅因缺乏强制性而愈发失效，而且在90年代末的那一轮为农民减负的摊派清理中，被当作摊派而砍掉。因城乡二元结构冲突的加剧，资本和人才进一步向城镇聚拢，原来计划体制下，建立在相对稳定的农村社会结构基础之上的乡村医保体系几乎彻底瓦解。

进入21世纪，医疗产业出现了空前的繁荣，其显著特征是民间资本和海外资本对医疗市场不约而同的乐观。今年初，据说就有百亿以上的资本伺机进入医疗产业。而7月份在上海召开的“中外医院CEO峰会”，以近乎宣言的方式敦促政府不要排斥医院部门的“非国有化”和“市场化竞争”。同在7月，名噪全国的江苏宿迁医疗改革又一次吸引媒体聚焦，当地的宿迁市人民医院70%的股权被上市公司金陵药业收购，被称为上市公司收购公立医院第一家。与投资医疗行业火爆异常景象相对应的是，人均诊疗费和住院费的惊人增长——不过需要指出的一点是，媒体的大量报道显示，诊疗费和住院费的增长并非民营医院或改制后医院独然，那些公立大医院在这方面的表现也毫不逊色。应该承认，无目的、无规划的医改已经催生了一个庞大的资本利益集团，但同样应该承认的是，这一集团本身并不应受到过分的道义谴责，因为资本的天然逐利性，我们不能寄望于它的自我约束。

回溯医疗改革这段历史，一个简洁的概括是：医疗机构在持续商业化，逐利行为在不断强化，而旧有的医疗保障体系却在崩溃，新的保障体系又迟迟没有建立起来，于是攀升不止的医疗费用负担不断地压到了居民个人身上——这一过程，难道应该由“市场化”负其咎吗？

因此，上述结论的另一种表达只能是：政府部门责任的缺位才是医疗改革走向歧途的根本原因！医疗费用无节制的上涨，中低收入人群医疗费用负担的日益加重，表面上是医疗服务市场的失灵，其实是政府部门失灵。自始至终，卫生监管部门都对改革最终要达到的公共医疗服务目标和医疗部门商业化目标缺乏明确的认识，医疗机构商业化是在财政投入匮乏的被动局面下做出的决策；而另一方面，完全应该由政府负责的医疗保障体制建设迄今为止成果寥寥。

可以说，将医疗改革的失败统统归咎于市场化，是在回避政府部门管制不力的责任。

医改得的到底是“哪国病”？

医改摘要从结论上支持了近几年以香港学者王绍光为代表的“中国医疗体制患上美国病”的判断。持此看法的学者所列举的证据主要是：一，卫生支出费用中政府所占比例低；二，没有全民基本医疗服务；三，个人医疗负担较重；四，医疗公平性较差；五，医疗救济制度效果不佳。

但如果把中美两国的医疗体制放到显微镜下细细比较，那么“美国病”之说很可能就是误诊了。美国的医疗机构可以划分为三类。一类是非营利性私立医院，这类医院的特点是开办主体社会化（一般是由宗教团体和慈善机构开办）；第二类是营利性私立医院，由私人企业或组织开办；最后一类是由联邦、州和地方政府开办的公立医院。截至1995年，这三类医院分别占到美国医院总数的56%、19%和25%。而中国的医疗服务机构目前90%以上为公立医疗机构，真正有一定规模的民营医院在全国不过1600家左右，这其中能被纳入“医保”指定医院的只占5%。从这个数据对比来看，美国的医疗体系是典型的社会办医院，而中国则是典型的政府主导。

卫生支出费用中政府所占比例，美国虽然较其他发达国家为低，但仍超过40%，远高于中国的17%。美国虽然是工业化国家中惟一不提供全民基本医疗服务的国家，但是美国的强制性住院医疗保险和补充医疗保险的覆盖面相当宽，因为在政策上做到了企业广泛参保，加之发达的商业医疗保险，所以只有15%左右的美国人没有医疗保险，超过70%的美国人仍能得到满意的医疗服务。在衡量卫生指标的诸多选项中，美国在大病治愈5年以上存活率方面，远远好于实行全民免费医疗服务的英国等国。相比之下，医改摘要中披露的目前中国城镇人口有近50%没有医疗保险，农村高达八成农民没有任何医疗保障的现实，实在无法与美国的医疗体制同日而语。相应的，如果比照在美国作为医疗保险之外补充的贫困人群医疗救助，中国的医疗保险模式反倒成了补充方案。

对比中美两国的个人医疗负担，情况也是大相径庭。虽然直观感受上，美国的医疗服务对于普通人来讲意味着不轻的支出负担，但美国极少出现有病没钱就医的情况，而今年卫生部公布的第三次全国卫生服务调查数据显示：中国约有48.9%的居民有病不就医，29.6%应住院不住院。

表面上，中国实施的统筹医疗保险与美国的管理医疗（Managed Care）模式很相像，但是在协调投保人、医疗机构和保险公司三方利益上，美国的管理医疗模式作用要显著得多。医改摘要对医疗保险制度着墨不多，然而这却是医疗体制中如何有效利用市场机制的关键。以现在颇受好评的英国NHS（国民保险制度）模式为例，其全民免费医疗体制下，医疗机构向公民免费提供医疗服务，由政府向医疗机构支付医疗费用。NHS面临的一大困难就是医疗机构在与政府机构谈判医疗费用时，存在着极大的道德风险，即由于不存在医疗服务市场所能提供的价格信号，医疗机构有夸大医疗费用的强烈动机，从而导致医疗总费用的不断上涨，政府财政压力越来越大。相对的，在美国的管理医疗体制下，投保人接受医疗服务，由保险公司与医疗机构谈判费用，保险公司不同于政府的地方在于，前者有足够的激励去压低医疗费用，以保证其自身的盈利，投保人因此受惠。中国的现行医疗体制下，医疗检查费和医药费的高价，和保险公司作为议价方的缺位关系很大。

医改摘要发布后，饱受批评的医改显现的诸多弊端，只能说是貌似“美国病”。事实是，中国的医疗卫生领域，不仅没有能达到广泛覆盖城乡人群的强制性社会医疗保险，而且没有建立起成熟的医疗保险卖方市场。“大病统筹、小病自费”的城镇医疗保险，也难以与管理医疗模式下从初级

医疗服务到大病医治俱全的情况相提并论。由此可见，中国医疗改革的“美国病”并不很“美国”。

警惕“大政府”模式的危险

医改摘要在7月29日发布之后，卫生部网站于8月3日登出了7月1日卫生部长高强在多家部委联合形势报告会上所作的《发展医疗卫生事业，为构建社会主义和谐社会做贡献》专题报告。报告中对医改市场化的明确批评和事隔近一个月发布的医改摘要所表达的看法竟然相当一致，这表明在政府卫生主管部门内部，对医疗卫生改革的重新审视和未来医改规划早已开始，并且已经有了较为明确的方案。高强在报告中指出“以往由于财政投入很少，使相当多的公立医疗机构仅保留‘公立’的外壳，内部运行机制却出现了市场化的倾向。”并提出，今后要转变政府职能，加强公共卫生管理，明确提出“按照属地化原则，建立不分医疗卫生机构隶属关系，均由当地政府主管部门实施行业监管的机制，严格医疗资格准入，规范医疗秩序，强化医疗质量评价”的改革思路。

这一思路是很耐人寻味的。回顾20年来的医改进程，政府卫生部门一直处在“多出指导性原则、少直接干预、不断下放自主权”的状态。高强报告的这一表态，表明了卫生部改变既有管理模式、加强政府介入的决心，或者说显示了“收权”的趋势。从这个角度看，卫生部门批评医改“基本不成功”的“勇气”就很容易理解了。

医改摘要发布之后，要求在医疗体制中由“大政府”主导的呼声却变得很高。也就是说，一方面要求政府大规模增加对医疗领域的财政投入，另一方面则要求政府对公共卫生医疗机构实行更加有力的管理。应该说，政府责任重新进入医疗改革进程是绝对必要之举。但是否在加强政府管制的同时有必要形成一个“大政府”式的干预呢？

“大政府”模式面临的第一大困难，就是巨大的医疗财政压力。典型的医疗大政府模式，如实行全民免费医疗的英国，预计到2008年，仅卫生费用总支出就将占到GDP的9.2%，而在1997年，这个比例是6.8%，上升速度令人瞠目。如果将解决全社会的医疗费用推向政府，作为发展中国家的中国所面临的财政压力会难以承受。这意味着，目前GDP中占5.6%的卫生开支不仅要由政府承担其中的大部分，而且在可预见的未来，这一比例会随着医疗保障覆盖面的扩大和老龄化社会的迫近而大幅度增加。据世界银行估算，由于中国日渐加速的老龄化社会，到2010年，老年人口医疗费用支出将占到GDP的5%，到2030年将达到7%。所有这些，尚没有考虑进医疗以外的其他社会福利支出。

“大政府”模式面临的第二个也是容易被忽略的困难，是出于公益考虑的政府干预，很有可能在干预市场的同时也抑制了社会参与对解决医疗问题所能起到的巨大作用。以英国为例，从1601年出台的《济贫法》，直到1834年颁布《济贫法修正案》，两百多年间，现代意义上的社会救济工作，几乎都是在济贫法的框架下，由修道院和社会慈善团体具体实施的。更为重要的是，在英国步入工业时代的过程中，与之相应的社会救济政策的改革，也都是由社会团体推进的。政府在其中所起的作用更多的是立法规则的确认。英国的济贫法案例，为后来的社会政策理论所广泛研究，其中一个重要的观点是：这种由社会参与自发形成的救助模式，能有效控制市场经济给个体带来的社会风险。而在中国，包括医疗保障政策在内的诸多社会政策，在实施过程中显著的特征便是政府和市场之间缺乏社会参与所能带来的缓冲和协调机制，这一点才正是中国的医疗保障体系同西方发达国家的医保体系之间，最为根本的一个区别。“大政府”干预模式的危险在于，行政权力的广泛介入，可能反倒压制、破坏了社会形成这种自发保护机制的能力，其后果是政府面临的社会风险压力

会毫无缓冲、日益巨大，更危险的是一旦政府出现“失灵”，整个社会保障政策的运转也将随之“失灵”。这种更深层次的危险，不应被“大政府”的设计者们回避。

徘徊在十字路口的中国医疗改革

目前，中国医疗改革亟待解决的首要问题仍然是医疗保险覆盖率过低的问题。目前在城镇推行的个人账户与基本医疗保险相结合的统筹医疗保险政策，以及在农村中恢复实施的合作医疗保险制度，在方案上是符合现代医疗保障模式的。城镇医保在推广中面临的困难是缺乏强制性缴纳。由于缺乏强制性，企业参保的高自主性导致非参保企业省下了大量本应用于职工社会福利的资金，这对参保企业无疑是价格不公平，而且有强烈的负面示范效果。目前城镇医保较低的企业参保状况，很大程度上便源于此。在医疗公平性上佳的德国，正是由于政府对企业的职工福利做出了严格的强制性规定，才保障了德国的强制性社会医疗保险能够做到覆盖全社会。这一点尤其值得中国借鉴。

另一方面农村医保推广的困难，是不同地区和人群保费水平的确定。现在试行的合作医疗保险，每人缴纳10元的金额，应该说在向农民提供基本医疗服务时勉强可以应付。如果不考虑差异化人群和收费，那么日后覆盖全国的农村合作医疗保险在管理和支付上会出现诸多困难。此外，同城镇医疗保险一样，农村合作医疗保险也宜实行强制缴纳，一方面保证医保的公平性，另一方面能够最大限度的发挥强制医保的社会共济功能。

此外，在城市中推广商业医疗保险仍然大有必要。商业医保的好处在于，可以通过市场划分不同的医保消费群体，由此带来的差别化医疗服务可以更好的发挥市场对医疗服务质量的改善作用。另外，商业医疗保险可以作为社会医疗保险的有力补充，分担政府在提供社会医疗保障时的诸多压力。更进一步看，一个健全的商业医疗保险市场的存在，等于为医保参与的各方提供了最为清晰的参照，这对于消解医疗服务中的信息不对称，降低医疗服务成本裨益多多。

只有在医疗保险广泛覆盖的基础之上，政府对医疗机构和医疗市场的管制才可能产生广泛的公共效果。可以说，医疗卫生保障领域中的政府责任，强制性更多地体现在为达到公共医疗服务目标而必须采取的措施上，如推行强制性医保和对公立医疗机构的监管；而协调性和灵活性则更多地体现在对医疗服务市场的调节上，如对私立医疗机构的扶持和培育建立商业医疗保险市场。在未明确目标下，迷信政府干预的效果，并不能算是政府责任的体现，其结果也很可能适得其反。

过去20年因“市场化”而败的中国医疗改革，正徘徊在一个十字路口。因对某种既有局面大泄不满而矫枉过正，因对某个“理想图景”想当然而操之过急，都有可能酿成今后医疗改革的二次失败。清醒的人们不可不警惕。

文章来源：经济 （责任编辑： zfy）

