

新医改突破与中国医疗卫生服务业发展^①

高传胜*

南京大学公共管理学院 江苏南京 210093

【摘要】新医改方案的公布实施,并不意味着医改到此止步,也不代表“看病难、看病贵”问题得以根本解决。根治“看病难、看病贵”问题,最根本的是要稳步推进医疗卫生服务业发展,增加医疗卫生服务的有效供给。为此,需要实现以下方面的重点突破:规范市场准入,营造公平环境,广泛动员各种社会资源参与发展;适应国民需求,适度发展大中型医院,增加优质医疗资源供给;鼓励民办非营利医院,打破公立医院垄断经营格局;发展营利性医院,配套支撑非营利性医院健康发展;深化医院管理体制和劳动人事体制改革,促进医学毕业生充分就业,增加医疗卫生服务供给;纠正扭曲的价格形成机制,还医生一个合理正常的报酬;充分利用信息网络技术,为医疗卫生服务业健康发展搭建信息支撑平台。

【关键词】新医改;医疗卫生服务业;非营利性医院;大中型医院

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)06-0027-05

Breakthrough in new health system and development of health services in China

GAO Chuan-sheng

School of Public Policy & Management, Nanjing University, Jiangsu Nanjing 210093, China

【Abstract】Neither does the implementation of new health system reform program mean the reform is stop, nor the problem of ‘difficulty and overly expensiveness to consult a doctor’ is fundamentally resolved. The key solution for the medical problem is to develop health service sector steadily and increase health services effectively. Thus, it is necessary to achieve breakthroughs in following areas: make market access normally and mobilize social resources extensively, develop large and medium-sized hospitals and increase the supplies of high-quality medical resources, encourage private non-profit hospitals and break the monopoly structure of public hospitals, develop profit hospitals and support the development of non-profit hospitals welfare, deepen the reform of hospital personnel system and promote the full employment of medical graduates, adjust the distorted price formation mechanism and pay doctor a reasonable reward, take full advantage of information network technology and support the development of health care services sector.

【Key words】New health system reform, Health services sector, Non-profit hospitals, Large and medium -sized hospitals

经过三年多时间的反复酝酿,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》(以下合称“新医改方案”)终于公布实施。新医改方案提出了到2011年实现全民医保、到2020年实现全民医疗卫生服务可及的奋斗目标。为此,方案提出要建设公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系等四大体系,着力完善管理、

运行、投入、价格、监管、科技与人才、信息、法制等八项支撑体制机制。此外,还针对五项重点改革特别制定了近期实施方案。总体而言,新方案针对“看病难、看病贵”问题提出了全面改革计划,并且在改革计划中强化政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的职责,以期维护公共医疗卫生的公益性。

但是,指望短短2万字左右的新医改方案来一下子解决“看病难、看病贵”问题,显然是不现实的。

* 基金项目:国家社会科学重点项目“现代服务业发展战略研究”(编号:08AJY046)。

作者简介:高传胜,男(1973年-),博士,讲师,主要研究方向为公共政策,E-mail:gcsnj@nju.edu.cn。

①本文的医疗卫生服务业是指公益性的公共卫生服务、非营利性的基本医疗服务和营利性商业医疗服务提供者的总称。

新医改方案不仅面临着如何贯彻落实等诸多执行问题,而且还有不少地方有待进一步探索与突破,比如:如何广泛动员社会资源发展医疗卫生服务业,如何突破公办非营利医院的单一办医模式,如何打破大型综合医院的公办垄断格局,如何营造有利于非营利医院健康发展的配套支撑环境,如何将每年培养的大量医学专业毕业生吸纳进医疗卫生队伍,如何改变医生和医院的过分趋利性行为,等等。诸如此类的问题,正是本文要予以回答的。

造成“看病难、看病贵”的原因是多方面的:其中既有政府投入不足^[1],导致公立医院不得不追求创收的原因,也有价格形成机制扭曲、监管不到位,造成医生报酬不合理和医药价格虚高的原因^[2];既有医疗保障体系不健全,导致个人负担过重^[3]的原因,也有大型综合医院的公办垄断经营^[4],造成医院缺乏有效竞争的原因;但是,最根本的,还是医疗卫生服务有效供给不足的原因。鉴于此,本文重点从如何增加医疗卫生服务的有效供给视角来分析如何实现中国医疗卫生服务业的突破发展问题。

1 规范市场准入,营造公平环境,广泛动员社会资源参与发展

医疗卫生服务具有公益性、非营利性和营利性等多种成分,因而,不能完全依靠政府一方资源,而应该广泛动员各种社会资源参与发展。否则,不仅会遇到公共财政的瓶颈约束,而且可能出现激励弱化、效率低下等诸多问题。前者已经得到现代福利国家实践的证明,后者则得到现代福利国家和早期计划经济国家的印证。在我国目前阶段,由于经济发展水平还比较低、政府财力也较为有限,因此,特别需要广泛动员各种社会资源参与医疗卫生服务业发展。而公共卫生服务由于其极强的公共产品特征和明显的外部性,则需要政府发展主导作用。

事实上,我国“看病难、看病贵”问题的重要原因,就是政府未能广泛调动各种社会资源^[4],提供多样化、多层次的医疗卫生服务,以满足国民日益增长的多样化和多层次需求。

根据《中国卫生统计年鉴 2008》提供的数据,2006 年与 1980 年相比,我国人均卫生费用,无论是扣除价格因素后的实际增长,还是相对于 GDP 的相对增长,都达到 10 多倍,即分别增长了 12.01 倍和 15.75 倍。再看卫生部医院的诊疗人次和入院人数,2007 年与 1980 年相比,分别增长了 1.22 倍和 2.47

倍。与医疗卫生需求迅速增长形成明显对照的是,医疗卫生资源的生长却慢得多。2007 年与 1980 年相比,每千人医疗机构床位数和每千人医生数分别增长了 0.30 倍和 0.31 倍。

因此,要解决我国的“看病难、看病贵”问题,必须广泛动员各种社会资源参与医疗卫生服务业发展,切实增加医疗卫生服务供给的有效供给。为此,必须规范市场准入、营造公平环境,让各种不同性质的社会资本能与公有资本公平竞争和发展。

2 适应国民需求,适度发展大型医院,增加优质医疗资源供给

为了增强公共卫生服务的公益性和基本医疗服务的可及性,新医改方案将健全基层医疗卫生服务体系作为近期的重点改革项目加以推进,并且试图通过建立基层首诊、分级医疗和双向转诊的机制,以疏导医疗卫生服务需求,缓解大型综合医院等优质医疗资源的供应紧张状况。无疑,政府加大投入,加强基层医疗服务体系建设,有助于发挥公共卫生服务的公益性、提高基本医疗服务的可及性,体现政府增强在医疗卫生领域应该承担的责任。但是,如果投资过于分散,可能既达不到很好的投资效果,也未必能满足国民对医疗服务的现实需求。

首先,过于重视基层医疗卫生服务体系建设的分散投资方式,可能未必切中居民的理性现实需求。从需求层次上看,“看病难”主要包括三个层面:一是偏远欠发达地区老百姓的缺医少药问题;二是城乡居民到大城市大医院,寻求专家门诊等优质医疗卫生服务比较困难的问题;三是中高收入阶层的个性化、高端医疗卫生服务需求难以得到充分满足的问题^[5]。偏远欠发达地区由于交通条件的限制,无法获得必要的医疗卫生服务,确实需要适当投入,以保证居民的基本医疗卫生服务需求。但是,对于后两类医疗卫生服务需求,居民需要的主要是优质医疗资源和服务供给,而不是乡镇卫生院和社区服务中心的一般性医疗资源和服务。乡镇卫生院和社区服务中心,一方面由于地理位置、市场范围以及工作条件和机会等方面的原因,因而往往难以吸引到专业水平较高的高层次医护人员;另一方面由于规模经济和范围经济效应难以实现,因而往往也难以支撑一些成本较高的高端医疗检测设备物质卫生资源的有效运行。正因为如此,基层医疗服务机构往往较难取得居民的信任^[6],普通居民的疑难杂症的首诊

和需求层次较高的中高收入阶层通常都不会把这里选作就医的主要去处,而是把这里作为公共卫生服务和基本医疗服务的基层服务网点。

其次,如果将新医改的重点过多地放在基层医疗卫生服务体系的建设上,不仅会造成投资过于分散,而且不利于发挥建立在专业化分工基础上的医疗服务的规模经济性。相对于基层医疗卫生机构,大中型综合医院不仅有助于发挥医护人员的学习效应,而且可以充分利用医疗设备、器械和床位等非人力资源,发挥它们的规模经济和范围经济效应。基层医疗机构的医疗资源利用率目前远低于大中型综合医院就是明证。根据《中国卫生统计年鉴 2008》上的数据,从 1980 年到 2007 年期间,乡镇卫生院的病床使用率最高时不到 60%,最低只有 31%,绝大多数时候都在 40% 上下,而卫生部的综合医院,其对应数据分别为 90%、63%、70%。由于居民就医需求具有趋高性^[7],因此,即使将来基层医疗机构的医疗资源增加了,如果没有强制性分层转诊措施作保证,恐怕也难保证这些医疗资源能实现规模效应。

既然如此,为什么不集中资源,在大中城市多建一些大中型综合医院呢?既满足了国民的理性现实需求,也有利于发挥医护人员的学习效应和专业化基础上的规模经济效应,同时也有利于充分利用医疗场所、医疗设备、器械和床位等非人力资源,实现其规模经济效应。同时,还有助于促进大中型综合医院之间的竞争,通过竞争压力促使他们改善服务质量、水平,提高服务效率,真正体现以人为本的服务理念。

3 发展民办非营利性医院,打破公立医院垄断经营格局,促进有序竞争

非营利性医院和营利性医院不仅追求的目标不同,而且其盈余在用途上有着根本不同。营利性医院的盈余可以用于给投资者分配、分红甚至转变为投资者财产,而非营利性医院的盈余则不能,只能留在医院用于再发展。尽管如此,并不代表民间资本对非营利性医院就没有投资意愿,远的姑且不说,近的台湾地区的医院就有不少民间资本投资的非营利性医院,而且这些医院在台湾不仅占有相当大的市场份额,而且形成了良好声誉^[4]。

从国内外的实证研究结果上看,如果排除垄断因素之外,公有资本创建的实体,其运营效率通常总是不如民营资本创办的实体,其原因可能在于激励

和约束机制存在根本不同,经营管理方式方法也有明显差异。我国目前的主要医疗机构基本上都是公有资本兴办的。以 2007 年为例,如表 1 所示,在各类医疗机构数当中,公有机构都占据 50% 以上的比例,其中老百姓较为青睐的综合医院和中医医院则分别高达 78.1% 和 86.7%。在表 2 中,公有医院拥有的医护人员所占比例更是占绝对优势,其中医师高达 85.82%,护士高达 89.35%,而政府办和卫生部门办的医院,上述两项指标也都在 70% 以上,具有绝对垄断地位。

表 1 公有医疗机构所占比例(%)

	公有
综合医院	78.09
中医医院	86.73
中西医结合医院	51.43
民族医院	93.50
专科医院	53.78

数据来源:根据《中国卫生统计年鉴 2008》数据计算。

表 2 公有机构主要医护人员所占比例(%)

	医师	护士
公有	85.82	89.35
政府	74.26	77.17
卫生部门	72.32	74.93

数据来源:根据《中国卫生统计年鉴 2008》数据测算。

虽然我们难以取得直接证据证明我国的公办医院效率低下,但是经济学常识告诉我们,垄断肯定会影响消费者福利,促进竞争则有助于增进消费者福利。鉴于此,鼓励发展民办非营利性医院,不仅有助于打破公立医院一统天下的垄断局面,有效增进国民福利,而且通过引进民办非营利性医院,还可能会起到“鲶鱼效应”,迫使公立医院增强竞争意识,提高医疗服务的质量和效率。同时,还可以促进医疗机构之间的竞争与合作,从长远上看推进我国医疗卫生服务业的整体发展。事实上,鼓励发展民办非营利性医院,还可以满足更多人投身医疗卫生服务业发展的需求,让他们实现自身的价值,真正体现以人为本的科学发展观。

台湾长庚医院等民办非营利性医院的成功实践已经表明,民间资本不仅可以兴办非营利性医院,而且还可以经营得很好,可以赢得民众的广泛信赖与赞誉。而且,中国古代的药堂也都是民间郎中私人创办的,公办的御医,只是为帝王一家之私服务。因此,我们完全可以借鉴台湾地区非营利性医院和中

国古代药堂的成功发展经验,一方面发挥民间资本发展的自主性,节约政府投资;另一方面还可以起到激励和约束公立医院的效果。

4 发展营利性医院,配套支撑非营利性医院健康发展

英美等发达国家的经验表明,非营利性医院的健康发展离不开营利性医院的配套支撑。首先,非营利性医院由于收费不高,往往会吸引相当多的中低收入群体来就医,因而人满为患是其常态,而候诊时间比较长、服务水平不高则是其重要特征^[4]。然而,并不是所有疾病都能够承受得起漫长的等待时间。而且,非营利性医院本身没有积极性提供高水平的医疗卫生服务,激励较弱是重要特征。

其次,对于那些对价格不是很敏感的中高收入群体,往往更需要及时、周到、高水平、高质量的个性化医疗卫生服务,而非营利性医院由于其自身定位的缘故,往往不能提供这样的医疗卫生服务。而这些人正当的医疗卫生服务需求,如果得不到满足,对一个社会来讲,也是不公平的,这有违以人为本的科学发展理念。

第三,非营利性医院支付给医护人员的报酬往往要比营利性医院低很多,如果没有相应的收入补偿渠道和机制,往往难以稳定医护人员的工作心态。毕竟,医护人员都需要较长时间的人力资本投资,作为一个社会,理应满足他们正常的回报需求。

以上三个方面,可以通过提供商业性医疗服务、发展营利性医院,来加以解决。在充分竞争环境中,营利性医院通过收取高于非营利医院的费用而提供较为及时的医疗卫生服务,以满足对时间比较敏感的那部分人群的需求。同时,他们也提供周到全面的高水平服务来满足需求价格弹性不高的中高收入人群的需求,虽然他们的收费相对要比非营利医院来得高。再者,营利性医院通过提供高报酬的岗位,吸引非营利性医院的医生来兼职,这有利于稳定医生在非营利性医院工作的心态。因此,商业性医疗机构,客观上既起到与非营利性医院互补的作用,同时也为非营利性医院的正常运行提供了不可或缺的贡献。事实上,美国的商业医疗保险组织和英国的商业医疗机构就是发挥这样的作用。

5 深化医院管理体制和劳动人事改革,促进医学专业毕业生充分就业

医疗卫生服务需求增长较快,而医疗卫生资源与服务供给增长较慢,必然会出现医疗卫生服务有效供给不足,这是“看病难、看病贵”问题产生的重要原因之一。之所以医疗资源,特别是优质医疗资源和服务增长缓慢,其重要原因是目前医院管理体制仍然过紧,类似于计划经济体制下政府对企业的管理模式,这在一定程度上会制约医院自主发展。目前我国的医院特别是大中型医院主要依靠政府来办,理论上政府既管理医院的投资与经费,也管医院的干部、劳动人事和定价,等等。但是,由于政府预算非常有限,因此对医院的编制和人头费控制得比较严,这样就造成医院可以吸纳的医生数量非常有限,增长速度则更为缓慢。正因为如此,每年有大量的医学专业毕业的研究生、大学生和中等职业学校学生都难以充分补充到医疗服务体系当中去,而医疗卫生服务的供给也因此受到极大限制,毕竟,医护人员是医疗服务供给的能动主体。

根据《2008年中国卫生统计年鉴》提供的数据,2007年医学专业毕业的研究生、大学生和中等职业学校学生数量分别是1982年的76.8倍、10.5倍和5.4倍,而2007年的卫生人员数、医生数和护师(士)数的存量分别为1982年的1.5倍、1.5倍和2.7倍,而其增量则分别为1982年的1.8倍、0.3倍和3.0倍。不仅医疗卫生服务人员数存量增长得比较慢,增量增长得也极为缓慢。这充分说明每年国家培养的医学专业毕业生并没有被充分吸收到医疗卫生服务体系当中去。由于医护人员是医疗服务的主要提供者,因此,这必然会严重制约医疗卫生服务的有效供给。

鉴于此,除了要规范市场准入、建立公平环境,动员社会资源办医外,还要改革公立医院管理体制。一方面让医院有更多的自主权决定医院发展,以适应国民日益增长的多样化、多层次的医疗卫生服务需求;另一方面,要深化医院劳动人事管理体制改革,让医院根据发展需要不断补充医学专业的毕业生,进而切实增加医疗卫生服务的有效供给。可以肯定地说,如果医院的医护人员数量不能根据医疗服务需求增长而作相应增加,医疗卫生服务的供给肯定仍然不能满足日益增长的多样化、多层次需求,“看病难、看病贵”也不可能得到根本解决。正因为

如此,在新医改方案中也提到要改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制,改革人事制度,推行聘用制度,但是最终能改革到什么程度,还有待进一步试点与探索。

6 纠正严重扭曲的医疗服务价格形成机制,还医生一个合理正常报酬

医生作为医疗卫生服务的主要提供者,对医疗卫生服务具有重要决定权。培养医生需要前期大量的人力资本投资,因而其服务中才包含有相当多的知识资本和技术资本成分。按理讲,这在医疗服务的收费上应该得到充分体现。然而,现行的医疗卫生价格机制并没有充分反映医生服务的价值^[2],医生的门诊费长期以来都执行政府指导价,而这种价格甚至不及理发师傅的劳动价值。迫于无奈,医生只能通过拿红包、开大处方等以药养医的变相方式来弥补自己报酬过低的状况。然而,这种变相弥补方式却带来了一系列不良后果。

在药品固定加成定价机制下,医生开大处方等变相补偿自身报酬过低的方式,不仅为高价药的销售人员提供可乘之机,而且又严重阻碍了廉价药进入医院,影响老百姓的切身利益,同时还助长了药品价格虚高的不正常定价之风。因此,医生劳务定价过低、扭曲的价格形成机制,不仅直接侵害了医生的利益,也严重干扰了医药行业的健康发展,更影响到老百姓的现实福利。改革已经刻不容缓。

鉴于此,新医改方案中已经明确提出了一些改革措施,比如增设药事服务费、适当调整医疗服务价格,等等。然而,需要指出的是,没有一个竞争性市场为参考,可能未必能形成医疗服务的合理定价机制,因此,医疗服务价格形成机制改革与医疗市场的充分放开是密切相关的,此其一;其二,在目前医药流通体制尚未规范、药价还没有理顺的情况下,如何规避药价和服务价格双高,导致“看病贵”问题更加严重,则是一个值得继续探讨的问题。

7 充分利用信息技术,为医疗服务业健康发展搭建信息支撑平台

我国的医药卫生领域,不仅高度不分家,而且存在着严重的信息不透明、不公开现象。这既加剧了医患双方的信息不对称,增加了行业监管难度,而且也

为医疗卫生服务业健康发展留下了不小隐患。医药不分家为医生开大处方、药品销售商进行商业贿赂等不正当行为提供了可乘之机;信息不透明、不公开,不仅为医疗机构虚高定价、乱收费等行为准备了温床,而且也供方诱导需方提供了有利条件。因此,消除这些隐患,不仅是我国医药卫生体制改革的重要内容,同时也是医疗卫生服务业发展的重要前提。而日益发达的现代信息技术,则可以为此提供有力的信息支撑平台。

新医改方案虽然提出了医药分开的改革思路,但是最终医药能否真正分开,不仅需要相关配套改革的推进,而且还有赖于相关条件的有力支撑。通过利用现代信息技术,可以搭建设一个全国性的公开信息网络平台。利用这一信息平台,可以及时公布全国所有厂家生产和进口的所有药品的相关信息,其中包括品名、主要成分含量、主要功能以及价格、数量和包装,等等。这样,既减少了医患双方之间的信息不对称,使得医生随便开大处方、接受商业贿赂没有藏身之地,同时又方便了监管部门的监督管理。

此外,监管部门还可以通过搭建网络信息平台,要求医院及时公布医院提供的服务和临床用药的价格等必要信息。通过这些信息公示,不仅可以方便患者选择医疗机构,同时也方便了监管部门对医院行为的监督管理,而且还为医院之间的公平有序竞争铺垫了基础。

参 考 文 献

- [1] 刘国恩. 医疗改革让市场更好地发挥作用[N]. 经济观察报, 2007-01-13.
- [2] 汪丁丁. 医生、医院、医疗体制改革[J]. 财经, 2005, (21): 102-108.
- [3] 李玲. 全民医保是不是中国医改的救命良药?[EB/OL]. (2009-03-26) [2009-05-06]. <http://www.szvtv.com.cn/>.
- [4] 周其仁. 病有所医当问谁: 医改系列评论[M]. 北京: 北京大学出版社, 2008.
- [5] 高传胜, 刘志彪. 以国民为基础的国民经济发展观[J]. 南京大学学报(哲学·人文科学·社会科学版), 2005, 42(2): 71-79.
- [6] 王君平. 新医改能否“药到病除”[N]. 人民日报, 2008-11-14.
- [7] 李玲. 全球视角下的中国医改[N]. 文汇报, 2007-12-24.

[收稿日期:2009-05-13 修回日期:2009-06-08]

(编辑 许素友)