

服务价格市场化 :中国医疗卫生体制改革的未尽之路*

□陈 钊 刘晓峰 汪 汇

摘要 :中国的医疗卫生体制改革仅实现了筹资的市场化而医疗服务价格的市场化则严重滞后。基于一个简单的医生职业选择模型,本文发现,这种片面的市场化是造成医改过程中“看病难”与“看病贵”两大矛盾同时凸显的关键。政府不应当以片面市场化条件下的弊病来否定医改的市场化导向,下一步的医改恰恰应当进一步实现医疗服务价格形成机制的市场化。只有这样,才能在彻底消除“以药养医”现象的同时缓解“看病难”与“看病贵”两大矛盾。本文为讨论政府补贴行为、药品流通体制和医疗服务定价等医改中的重大问题提供了一个简洁有力的分析框架。

关键词 :服务价格市场化 医疗体制改革 “看病难” “看病贵”

一、引言

始于 20 世纪 80 年代中期的医疗卫生体制改革随着“看病难”、“看病贵”两大矛盾的日益突出而引起各界的关注。中国社科院社会学所于 2006 年 3 月~7 月在全国开展的“社会和谐稳定问题全国抽样调查”显示,“看病难,看病贵”首次被城乡居民视为最突出的社会问题。社会舆论与学界也因此对历时 20 多年的医疗卫生体制改革产生了质疑。例如,国务院发展研究中心课题组(2005)的研究报告认为:“改革开放以来,中国的医疗卫生体制发生了很大变化,在某些方面也取得了进展,但暴露的问题更为严重。从总体上讲,改革是不成功的”。

对医改是否成功的争论焦点在于过去 20 多年的市场化改革取向是否正确,医改过程中出现的诸多矛盾是不是市场化的必然结果。随着讨论的深入,市场化力量在医疗卫生体系中的作用逐步得到了越来越广泛的认可。例如,在受政府委托的 8 家研究机构独立制定的医改方案中,绝大多数都强调了市场力量的重要性。然而,如果市场化的力量的确不可或缺,为何在前期市场化取向的医改过程中却同时出现了“看病难”与“看病贵”这两大难题?国外经验表明旨在治理药价虚高问题的“医药分离”改革措施是抑制药价、提高公共医疗系统服务效率的有效途径,然而这一在国外行之有效的措施在中国却遭遇了“水土不服”。那么,“医药分离”改革在中国成功实施的条件是什么?这与医疗体制的市场化改革又有什么关系?如果医改中出现的问题是由市场化的不彻底所导致,那么接下来的市场化改革应该朝怎样的方向进行、市场化能否同时缓解“看病难”与“看病贵”这两大难题?

对于上述问题,在目前关于中国医疗体制改革的讨论中都有所涉及,然而,现有的讨论往往仅针对其中的某个或某些方面,我们仍然缺乏一个逻辑一致的全局性的分析框架来同时回答上述问题,因而也无法知道医改中出现的各种矛盾,特别是“看病难”、“看病贵”这两大难题与前期的市场化改革以及近期的“医药分离”改革有着怎样的联系。这就很可能导致在政策操作层面上,我们的医改方案纠缠于一些局部或次要的环节,无法提出一个关于下一步医疗体制改革应当如何进行的全局性的方案来。

本文通过构建简单的医生职业选择模型试图为解答上述问题提供一个视角,为讨论政府

* 本研究受“教育部新世纪优秀人才支持计划”、国家社科基金项目“城市和谐发展的经济学研究”以及上海市重点学科建设项目(B101)的资助,作者也感谢复旦大学经济学院陆铭、封进、许政等“劳动与激励经济学讨论班”成员、复旦大学赵德余、浙江工商大学毛丰付、浙江大学经济学院朱希伟、宋华盛等人的评论与建议。

补贴行为、药品流通体制和医疗服务定价等医改中的重大问题提供了一个简洁有力的分析框架。我们认为,始于20世纪80年代中期的医疗卫生体制市场化改革只是完成了医疗服务筹资模式的商业化,政府不再负担主要的筹资任务,但医疗服务价格形成机制的市场化却没有真正形成。恰恰是在这种片面的市场化条件下,“看病难”与“看病贵”这两大矛盾才难以同时得到解决,政府则不应当以片面市场化条件下的弊病来否定医改的市场化导向。具体而言,由于医疗服务价格的商业化程度较低,医生主要不是按能力高低被支付的,于是,为了留住医疗市场上较高能力的医生,就必须向他们支付较高的与能力无关的报酬,这就导致其他较低能力的医生被过多地支付了。因此,在医疗服务市场化不充分的前提下,留住高能力的医生从而增加医疗市场供给以缓解“看病难”问题,与降低看病成本从而缓解“看病贵”问题,这两个目标是无法同时实现的。在医疗服务筹资市场化而医疗服务价格却并未市场化的条件下,“以药养医”就成为医院增加收入从而留住高能力医生的重要手段。只要医疗服务价格并未充分市场化,试图通过“医药分离”降低药价减少看病成本就必然导致高能力医生的收入下降,使医疗队伍人才流失,加剧“看病难”的矛盾。通过本文模型,我们不难发现,中国医疗体制改革的关键在于将市场化改革进行到底,彻底实现医疗服务价格的商业化,只有这样才能在成功实施“医药分离”改革的同时解决“看病难”与“看病贵”两大难题。

本文接下来首先简单梳理中国医疗体制改革的历史以及当前突出的矛盾,然后借助模型为理解医疗体制改革中出现的“看病难”、“看病贵”及“医药分离”改革的不成功等问题提供一个分析框架,在此基础上最后的结论部分针对今后的医疗体制改革提出相应的政策建议。

二、医改 我们走到了哪里

1985年4月国务院批转了由卫生部起草的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,该文件成为启动医疗体制改革的关键性文件。尽管该文件在强调放权让利、扩大医院自主权的同时也主张中央和地方应逐步增加卫生经费和投资,但此后的事实却是政府在医疗卫生方面的投入力度开始逐步减少。如图1所示,20世纪80年代中后期以来,全国卫生总费用明显上升,但政府预算卫生支出增长较

慢,其占卫生总费用的比例从80年代的接近40%大幅下降到90年代中后期以来的15%~17%。

从医院层面看,如图2所示,20世纪90年代后期以来,卫生部门综合医院的平均收入中,财政补助部分已不足8%,以医疗收入(包括门诊收入与住院收入)和药品收入为主的业务收入成为医院收入的主体。显然,医疗体制改革在筹资市场化这一点上是十分成功的,政府的财政补助不再是医疗体系筹资的主要方式,多数国有医疗卫生机构已成为事实上自负盈亏、自给自足、面对市场的创收经济实体。

然而,到目前为止,医疗卫生领域的市场化仍仅仅局限于筹资模式上,政府对医疗卫生机构的人员构成以及管理方式仍有着较多的行政干预,尤为重要,医疗服务价格的形成并没有真正实现市场化,医疗服务依然实行严格的价格管制,医生收入中,真正能体现医生能力的部分所占比重并不高。即使在2000年政府进一步调整了医疗卫生服务和药品价格政策之后,非营利性医疗服务机构的医疗服务仍由政府制定指导价,并确定浮动范围。如图2所示,在平均每所医院的收入构成中,医疗收入所占比重与药品收入基本持平,扣除该医疗收入统计中与医生能力相关性不强的检查费之后,与

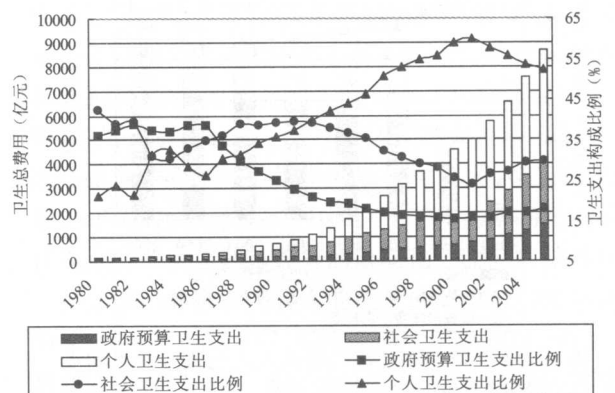


图1 卫生总费用及其构成 (1980~2005)

数据来源:《2006中国卫生统计年鉴》。

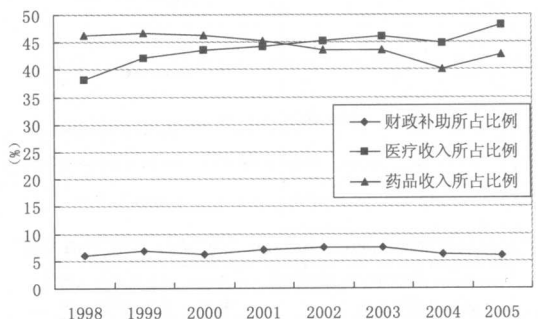


图2 卫生部门综合医院收入构成 (1998~2005)

数据来源:《2006中国卫生统计年鉴》。

医生能力相关的部分就更少了。这就反映出医疗服务价格市场化程度不高,难以体现医生服务水平的现状。图3的数据同样反映了上述事实,门诊病人医疗费用构成中检查治疗费所占比重仅为20%~30%,扣除其中与医生能力较不相关的检查费后,相对较能体现医生服务质量的比例就更低了。

尽管医疗服务的价格并没有充分市场化,然而伴随着医疗卫生体系筹资方式的市场化,“看病贵”的问题逐渐凸显。从图1中可以看出,在逐年递增的卫生总费用中,个人卫生支出的增加速度最快,因而其所占比例也呈现出逐年递增的趋势。从个人的医疗卫生支出数据来看,城乡居民的医疗卫生支出也有较大幅度的增加,从1990年到2005年间,城镇居民人均可支配收入与农村居民人均纯收入分别增长了5.95倍和3.74倍,而同期城乡居民人均医疗保健支出则分别增加了22.4倍和7.84倍。进一步来看,过高的药费开支成为引发“看病贵”矛盾的重要原因。如图3所示,在门诊病

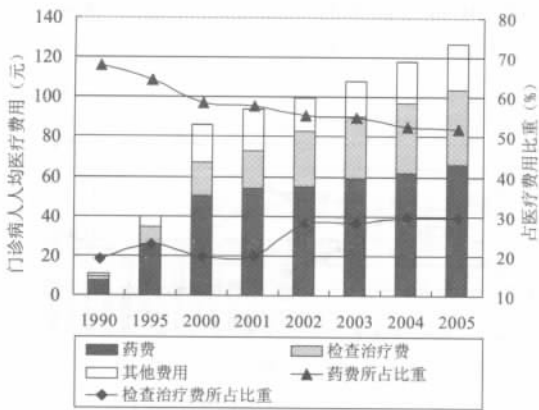


图3 卫生部综合医院门诊病人人均医疗费用构成
数据来源:《2006中国卫生统计年鉴》。

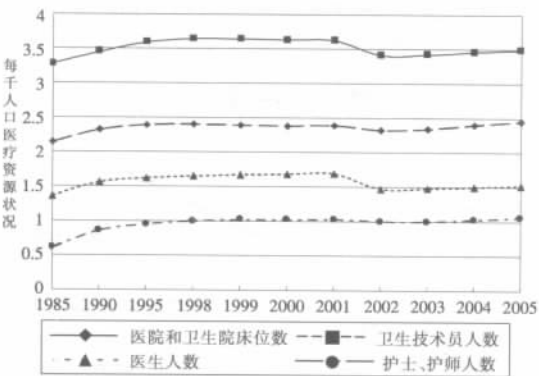


图4 每千人口医疗资源变化情况
数据来源:《2006中国卫生统计年鉴》。

人的人均医疗费用构成中,药费支出始终占一半以上。与此相联系的则是医生以故意开大处方、增加检查项目等形式来提高病人费用的“以药养医”行为。根据有限的访谈和调查,汪丁丁(2005)估计,平均而言,一位内科医师从处方药获取的各种回扣大约占其总收入的80%。虽然政府多次调整药价打击“以药养医”现象,也试图实行“医药分离”等措施,然而在卫生部确定的全国8个省(自治区、直辖市)的医药分离试点中,并未出现成功的案例和模式。完全剥离了药品利润后,大多数医院不仅无法赢利,连生存都成为问题,这一难题在公立医疗机构尤其突出,由于政府筹资比例的下降,公立医疗机构的“创收”已经构成了其收入的主要来源,“医药分离”的改革对其影响更为明显。现实中,这些试图降低药价的最终结果往往是卫生经济学中著名的“气球效应”现象,政府试图将药价压下去,而且短期内似乎是胜利了,但很快药价又通过另一种途径鼓了起来(蔡江南,2007)。

与医疗卫生体制改革中筹资模式的迅速转型以及医疗费用不断攀升形成鲜明对比的则是医疗资源,特别是优质医疗资源相对不足的困境。以医疗卫生领域最重要的资源——医生的数量来计算,中国人均拥有的卫生资源数量低于绝大多数OECD国家,与一些国家的差距非常大(清华大学经济管理学院课题组,2006)。如图4所示,长期以来特别是在20世纪90年代以后人均医疗卫生资源增长缓慢。如果说在旧有的主要依靠政府拨款来维持筹资的医疗卫生体制下,医疗资源的相对匮乏可以归因为政府投入的不足,那么在医疗卫生体系实现筹资市场化之后仍然出现“看病难”的问题,就必须从现行的医疗卫生体制上去查找原因。

三、“看病难”、“看病贵”与医疗服务市场化:一个简单的分析框架

接下来我们把“看病难”、“看病贵”与医疗服务市场化等问题纳入到一个基于医生职业选择的模型中加以考虑。为了简化分析,假定社会上潜在的医生人数固定不变,我们将其标准化为1。医生的能力由 θ 表示,并服从某个正区间上的均匀分布,即:

$$\theta \sim U[\theta, \bar{\theta}], 0 < \theta < \bar{\theta} \quad (1)$$

这些潜在的医生能够自由地进入或退出医疗市场,如果他们进入医疗市场就成为执业医师,并提供质量为 θ 的医疗服务,如果他们退出医疗市场,就获得等于 θ 的保留工资。为方便起见,我们假设每个医生服务的人数相同,或每个医生只为一个病人看病,医生的总收入(I)由下式表示:

$$I = \bar{W} + \alpha F + \beta \theta, \alpha \geq 0, 0 \leq \beta \leq 1 \quad (2)$$

(2)式中等式右边的三项依次代表了现实中构成医生收入的3个重要来源。第一,来自政府的财政补助。这一部分与医生的能力相关性相对较弱,出于分析的方便,我们将其抽象为不变的固定工资,用 \bar{W} 表示($\bar{W} \geq 0$)。第二,药品收入。假设每个病人都需要购买实际成本为 F ,但价格为 $(1+\alpha)F$ 的药品,这里的 α 就代表了医院对药品加价的比例,我们也可以将其理解为“以药养医”的程度, α 越大则“以药养医”现象越严重。同样的,我们假设这一部分收入与医生个人的能力无关。现实中,医生获得的来自于医药提成的收入的确与其个人能力相关性不大。事实上,我们也可以把医生通过让病人做不必要的检查而获得的收入也计入这一部分。第三,医疗收入。不失一般性地,我们用 $\beta\theta$ 表示医疗收入, β 值越大表示医生的医疗收入部分与其能力越是正相关,因而此处 β 也是对医疗服务市场化程度的衡量, β 取值为1表示医疗服务完全市场化^①。在这样的模型设定下,如果从医收入大于等于保留工资,即:

$$I = \bar{W} + \alpha F + \beta \theta \geq \theta \quad (3)$$

那么, θ 类型的医生就会选择进入医疗服务市场。我们接下来的讨论建立在以下(4)式成立的基础上,即:

$$(1-\beta)\theta < \bar{W} + \alpha F < \bar{\theta} \quad (4)$$

(4)式中第一个不等号成立保证了当 θ 取值 θ 时,(3)式一定满足。其含义是,医生的总收入不是太低,至少最低保留工资(能力)的医生会选择进入医疗市场。(4)式中第二个不等号成立保证了 β 取值为0,且 θ 取值 $\bar{\theta}$ 时,(3)式一定不满足。其含义是,如果医疗服务的价格完全非市场化,即医生的收入与个人能力无关,那么最高能力的医生肯定不会进入医疗市场。(4)式所界定的正是最值得分析的情形。这是因为,如果(4)式中第一个不等号不成立,那么没有医生会选择从医,这与现实不符。如果第二个不等号不成立,那么显然所有的医生都选择从医,此时医疗服务的市场化或“以药养医”程度的变化就只体现为医生与病人之间的再分配效应,并不改变医疗市场的总供给。相比之下,我们所要分析的情形更接近现实^②,也更有意义。

图5(a)中向右上方倾斜的实线对应于(2)式中医生的收入曲线。根据(2)式可知,图中实线在横轴上的截距大小由工资中的政府财政补助与“以药

养医”的程度共同决定,该实线的斜率则取决于医疗服务的市场化程度。根据(3)式,该实线与45度线的交点就代表了医疗市场上执业医师的最高能力类型,我们用 θ^M 来表示。根据本文假设, θ^M 事实上也衡量了医疗服务的市场供给量, θ^M 越小就表示医生人数越少,并且好的医生也越为稀缺,此时给定医疗服务的需求不变,“看病难”的矛盾就会更为突出。随着医生收入曲线的上移或变得更为倾斜,收入曲线与45度线的交点就会右移,并最终位于 $\bar{\theta}$ 的右侧,如图5(b)所示,此时, θ^M 就等于 $\bar{\theta}$ 。对应图5中(a)、(b)两图的情况,(5)、(6)两式给出了 θ^M 的取值。

$$\theta^M = \frac{\bar{W} + \alpha F}{1 - \beta}, \quad 0 \leq \beta < 1 - \frac{\bar{W} + \alpha F}{\bar{\theta}} \quad (5)$$

$$\theta^M = \bar{\theta}, \quad 1 - \frac{\bar{W} + \alpha F}{\bar{\theta}} \leq \beta \leq 1 \quad (6)$$

(5)式清楚地表明了医疗服务供给与政府补贴、“以药养医”程度和医疗服务市场化程度之间的关系。由(5)式可知,在医疗服务供给有限的情况下,即图5(a)所示的情形下,增加政府补贴、提高以药养医程度或加强医疗服务的市场化都能够起到增加医疗服务供给、缓解“看病难”矛盾的作用。以医疗服务供给与“以药养医”的关系为例,在医生固定工资(\bar{W})和医疗服务市场化程度(β)都不高的条件下,通常有: $0 \leq \beta < 1 - [(\bar{W} + \alpha F)/\bar{\theta}]$,此时医疗市场上所能提供的最高服务质量为 $\theta^M = (\bar{W} + \alpha F)/(1 - \beta)$,显然, $\partial \theta^M / \partial \alpha = F/(1 - \beta) > 0$ 。即在这种情况下,医疗服务的质量或市场供给量是与“以药养医”的程度正相关的。对照现实,中国的医疗体制市场化改革首先进行了医疗体系筹资的市场化,政府财政补助占卫生部门综合医院收入的比重由20世纪80年代的接近40%下降到90年代后期的不到10%,然而,与此同时,医疗服务的市场化并没有同时放开。这就是现阶段片面强调打击“以药养医”无助于解决问题

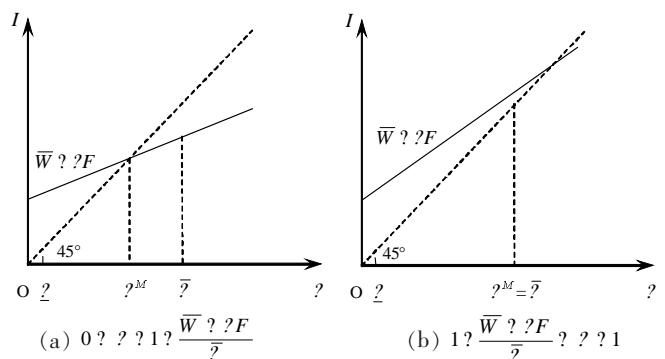


图5 医疗市场上执业医师最高能力类型的决定

的根本原因所在。因为就算“以药养医”的现象能够杜绝,高能力的医生也会退出医疗市场,医疗市场的供给将下降,于是,“看病难”的矛盾就会更为突出。

事实上,由 $\theta^M = (\bar{W} + \alpha F) / (1 - \beta)$ 可得: $\left. \frac{\partial \alpha}{\partial \beta} \right|_{\theta^M} = -\frac{\theta^M}{F} < 0$,

即为了保证 θ^M 值不变,降低 α 的同时必须增加 β 取值。也就是说,为了不加剧“看病难”的矛盾,政府在试图通过打击“以药养医”降低医疗成本的同时,就必须提高医疗服务的市场化程度。

由此,我们得到以下命题。

命题一:在打击“以药养医”的同时如果不提高医疗服务的市场化程度,那么医疗资源将更为稀缺,“看病难”的问题将更为严峻。

政府打击“以药养医”的目的是为了缓解“看病贵”的矛盾。命题一告诉我们,片面打击“以药养医”即使能够缓解“看病贵”的矛盾也必然加剧“看病难”的问题。那么,通过提高医疗服务市场化有可能同时缓解“看病贵”与“看病难”的矛盾吗?为了回答这个问题,我们需要计算病人看病所需的成本。根据前文假设,病人看病所需支付的总成本包括药费与诊费,即 $(1 + \alpha)F + \beta\theta$,由于较高的诊费与病人所得到的较好的医疗服务质量(θ)相关,因此对看病成本的比较应当根据考虑了医疗服务质量调整后的“性价比”,为此,我们用下面的(7)式来定义看病的平均成本(c):

$$c = E \left[\frac{(1 + \alpha)F + \beta\theta}{\theta} \right] = \int_{\underline{\theta}}^{\theta^M} \frac{(1 + \alpha)F + \beta\theta}{\theta} \cdot \frac{1}{\theta^M - \underline{\theta}} d\theta \quad (7)$$

$$= \frac{\ln \theta^M - \ln \underline{\theta}}{\theta^M - \underline{\theta}} (1 + \alpha)F + \beta$$

图6较为清楚地说明了不同医疗服务市场化程度下看病成本的高低。图中医生的收入曲线A'B'与AB分别代表了高低两种医疗服务市场化程度,并且两条曲线与45度线相交于同一点,即两种情形下医疗市场的供给量相同。然而,图中可见,在交点左侧,曲线AB的位置始终较高。也就是说,在较低的医疗服务市场化程度下,绝大部分的医生被

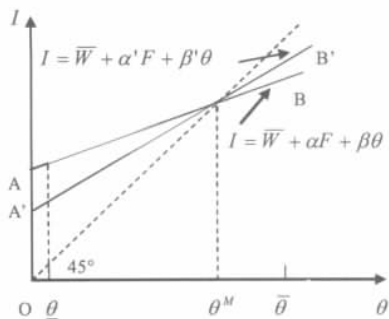


图6 医疗服务市场化程度与看病成本

过多地支付了,其

根本的原因在于,医生主要不是按能力高低被支付的,与能力无关的收入部分比例过高,于是,为了留住医疗市场上较高能力的医生,必须向所有执业医师支付较高的工资。事实上,越是低能力的执业医师,越是被过高地支付了,他们是这一市场化不充分的医疗体制的最大受益者。比较图中A'B'与AB两种情况,在较低的市场化程度下,每个医生被过多支付的部分总和可由图中的阴影部分表示,由于在上述两种情况下,市场上的执业医师服务质量是相同的,因此,更低的市场化程度总是与更高的看病成本联系在一起。

我们也可从数学上证明这一点。考虑两种医疗服务市场化程度 β_1 和 β_2 , 后者市场化程度较高,即 $0 \leq \beta_1 < \beta_2 \leq 1$ 。我们假设两种情况下医生收入中的固定工资部分是相同的,均为 θ^M ,而医院对药品的加价比例则分别为 α_1 和 α_2 。现在保证两种市场化程度下所提供的医疗服务质量是相同的,即医疗市场上医生的最高类型均为 θ^M ,且满足 $\underline{\theta} < \theta^M < \bar{\theta}$ 。根据 $\theta^M = (\bar{W} + \alpha F) / (1 - \beta)$,我们有:

$$\alpha_i = [(1 - \beta_i)\theta^M - \bar{W}] / F, i = 1, 2$$

显然, $\alpha_2 < \alpha_1$,即在保持医疗服务质量不变的条件下,当医疗服务市场化程度提高时,“以药养医”的程度是下降的,这是我们前文中已经得到的结论。现在将 α 的表达式代入(7)式,我们可以得到:

$$c = \beta + \frac{\ln \theta^M - \ln \underline{\theta}}{\theta^M - \underline{\theta}} [(1 - \beta)\theta^M + F - \bar{W}] \quad (8)$$

则两种情况下医疗服务成本的差距为:

$$c_1 - c_2 = \left(1 - \frac{\ln \theta^M - \ln \underline{\theta}}{\theta^M - \underline{\theta}} \cdot \theta^M \right) (\beta_1 - \beta_2) \quad (9)$$

显然, $\beta_1 - \beta_2 < 0$, 而 $1 - [(\ln \theta^M - \ln \underline{\theta}) / (\theta^M - \underline{\theta})] \times \theta^M = 1 - (\theta^M / \xi) < 0$, 其中, $\underline{\theta} \leq \xi \leq \theta^M$, 因此, $c_1 - c_2 > 0$ 。也就是说,在保持医疗服务质量不变的条件下,提高医疗服务市场化的程度,将使病人的看病成本降低。由此我们得到命题二。

命题二:在降低“以药养医”程度的同时提高医疗服务价格的市场化,既可以维持医疗资源的质量与供给,又能够降低病人的看病成本。

命题二告诉我们,只有在打击“以药养医”现象的同时推进医疗服务的市场化,才有可能在缓解“看病贵”问题的同时不加剧“看病难”的矛盾。

根据命题二,我们不难推断只要存在固定

工资且医疗服务价格没有实现完全的市场化(即 $\beta < 1$),那么就可以通过在降低固定工资的同时提高医疗服务市场化程度来缓解“看病贵”的矛盾,其本质就是加强对医生的激励机制的改革。

当我们进一步考虑 θ^H 的取值可能随着市场化程度的提高而增大时,提高市场化程度看似会增加总的医疗成本,但这种成本上升只是医疗服务质量提高的结果,对社会福利而言是一种改进。特别是当固定工资为零时,最优的一个结果是完全的市场化,即 $\beta=1$ ^⑩。此时,根据假设,最高能力类型的医生也将进入医疗服务市场。对照图6,此时病人向能力不高于 θ^H 的医生支付的看病成本降低了,病人向这部分医生支付的平均医疗服务成本刚好就等于 β 。而能力介于 θ^H 与 $\bar{\theta}$ 之间的医生是新加入医疗队伍的,由于此时每个医生所提供服务的看病成本都等于 β ,因而,总的来说,根据服务质量调整后的医疗成本是降低的。由此,我们得到了来自命题二的以下推论。

推论一:医疗服务的完全市场化能够在彻底消除“以药养医”现象的同时,既增加医疗服务的供给,又降低医疗服务的平均成本,此时,“看病贵”与“看病难”的矛盾同时得到了解决。

需要指出的是,即使我们不采用类似“性价比”这样的指标来衡量平均的医疗成本,我们依然能够得到类似的结论。根据前面的分析,在医疗服务价格完全市场化后,病人向能力不高于 θ^H 的医生支付的总的看病成本是降低的。对于能力高于 θ^H 的新加入医疗队伍的医生,此时看起来病人医疗成本的绝对量增加了,但只要病人能够自由选择不同能力的医生,那么我们就可以将其理解为新增的高端医疗服务填补了市场的空缺,这是一种边际上的帕累托改进,是医疗服务水平提高的表现。

需要指出的是,在本文中,政府的补贴与“以药养医”两者都与医生的能力无关。因此,这种吃大锅饭性质的政府补贴与“以药养医”的效果是一样的,同样不能缓解“看病难”与“看病贵”的矛盾。唯一的不同在于,这种性质的政府补贴是让全体纳税人在为低效率的医疗体制“埋单”,而“以药养医”则是让全体病人在为低效率的医疗体制“埋单”^⑪。

当前,中国新的医疗体制改革方案还没有最终出台,但“政府主导”、“强化政府责任”这两点基本受到肯定。本文的结论告诉我们,强调政府在医疗保障中的责任或作用的同时,应当注重对医疗服务市场化的推动,这两者并不必然冲突。也就是说,强

化政府责任不应当是重新回到通过政府投入直接补贴医疗供给^⑫,而应当是政府补贴病人,由病人借助市场向医疗服务提供者按市场化的价格付费。

如果政府的一部分补贴必须直接向医院提供,本文的模型对此也有所启示。在(9)式中我们可以看到,随着 θ^H 取值的提高, $(c_1-c_2)/(\beta_1-\beta_2)$ 的绝对值将变大。这就意味着,越是对服务质量或医生能力要求高的医疗领域,市场化的不足越会导致医疗成本的偏高。也就是说,政府对医院的直接投入应当局限于对医疗服务质量要求不太高的较为基本的医疗领域中。由此我们得到推论二。

推论二:如果政府必须通过对医院的直接投入来提供基本的医疗保障,那么这种投入应当局限于对医疗服务质量要求不太高的基本医疗领域中。

四、结论

当我们指责市场化改革的失败时,错的很可能不是改革的方向,而是我们选择了不恰当的或不彻底的市场化的方式。此时,与其争论市场化的对与错,不如通过寻找和比较不同改革方式与结果之间的逻辑联系,调整市场化改革的方式。这正是当前中国医疗卫生体制改革的真实写照。通过将“看病难”、“看病贵”与医疗服务市场化纳入到一个基于医生职业选择的分析框架之中,本文发现,在医疗筹资方式市场化的同时医疗服务价格市场化的滞后是造成医改过程中“看病难”与“看病贵”两大矛盾同时凸显的关键。此时,片面地通过打击“以药养医”来降低看病成本反而会使医疗资源更为稀缺,加剧“看病难”的矛盾。只有在医疗筹资市场化的同时实现医疗服务价格的市场化,才能在彻底消除“以药养医”现象的同时缓解“看病难”与“看病贵”两大矛盾。

医疗服务的市场化定价需要减少政府对公立医院经营的行政性干预,特别是要在医生的收入决定中充分引入竞争机制。然而,需要指出的是,本文并不否认政府在医改过程中应当积极地发挥向公众特别是中低收入人群提供基本医疗保障的作用。事实上,在医疗体制改革中,政府与市场并不是非此即彼的关系。本文的分析表明,强化政府在医疗保障中的责任也应当在医疗服务价格市场化的前提下进行。只有实现医疗服务价格的市场化,政府所推动的诸如“医药分离”这样的改革才可能取得成功,强化政府责任也才不会再次加重医疗保障体

系的运作成本。

此外,本文也不否认加强对医生的职业道德监督、通过引入类似医疗保险这样的第三方监管、实行合理的医疗卫生体系筹资模式等等措施的重要性,这些措施与本文所强调的医疗服务价格的市场化应该是互补的,相比而言,医疗服务的市场化是更为全局性的,应当成为下一阶段中国医疗卫生体制改革的突破口。缺少了这一重要环节,一些看似美好的改革政策都可能难以达到预想的目标。

最后,由于医疗卫生体制改革涉及许多具体的方面,而本文只是从医疗服务市场化的角度集中分析市场化改革的基本方式及其效果,因而对于其他一些重要的方面难免有所忽略。例如,降低医疗市场的准入门槛让更多的民营医院参与竞争,甚至包括公立医院的民营化改革也是医改中的重要环节。事实上,这些方面的改革措施可以有效地促进本文所强调的医疗服务的市场化定价。限于篇幅,本文对此不能一一展开。类似的,本文为了分析的简化而抽象掉的医生职业活动中由于信息不对称所导致的道德风险问题、医生与医院的委托代理问题等也是医疗卫生体制改革中十分重要的方面。因而在现实中,加强政府对医院的监管力度、完善相关的立法并加强执法的力度等措施,也是维护病人利益的重要方面。最后,需要特别强调的是,通过对重大疾病的事先干预来降低发病概率是降低个人与政府医疗负担的一个非常重要的手段,但这并不否定本文分析的医疗服务定价机制改革对缓解“看病难、看病贵”的意义。

(作者单位:复旦大学中国社会主义市场经济研究中心,责任编辑:尚增健)

注释

这个调查覆盖了28个省、自治区、直辖市、城乡的7140多个住户,获得有效问卷7061份。问卷调查涉及的17个社会问题中,排在“看病贵,看病难”问题之后第2位至第10位的依次是“就业失业”,“收入差距过大、贫富分化”,“贪污腐败”,“养老保障”,“教育收费”,“住房价格过高”,“社会治安”,“社会风气”以及“环境污染”(汝信等,2006)。

参见:《中国医改U形大回转?》,《南方周末》,2007年9月20日。

本文所说的医疗服务市场化是指医疗服务价格的市场化,并非指医疗服务由政府之外的市场主体提供。

构建合理的医疗卫生体系筹资模式也是医改的内容之一,本文对此不作进一步的展开,读者可参见蔡江南等(2007)的相关讨论。

根据历年《中国统计年鉴》中相关数据计算。当然,人均医

疗保健支出的较快增长在一定程度上也是健康需求的收入弹性较高的结果。

医疗服务的质量在这里是一个抽象的概念,我们可以将其理解为,给病人提供服务的满意程度、为病人所开处方的合理性等等。为了便于集中分析医疗服务总的供给,即执业医师的人数与能力的决定,本文暂不考虑单个医生努力程度或服务质量的内生性。

将医生的保留工资等同于其能力类型只是一个出于方便的假设。只要市场对医疗服务的评价高于医生的能力,或医生的保留工资低于其能力,那么从社会福利的角度而言,让所有潜在的医生都进入医疗市场就是最优的结果。

这里隐含的一个假定是病人对于医疗服务的需求是缺乏弹性的,因而看病成本的变化不会影响病人对医疗服务的需求。

假定用药成本相同与医生服务质量有差异并不矛盾,比如,医生的服务质量可以体现在是否选择了正确的药品,虽然不同药品的成本可以是完全相同的。至于现实中存在的医生为病人开大处方的现象,我们可以将其理解为较高的药品加价比例 α 。

因而,在本文中,医疗服务的市场化程度也就是医疗服务的价格与医生提供的服务质量或其能力的相关程度。现实中如何提高医疗服务的市场化程度,这是一个相当重要的问题,但这已经偏离了本文讨论的重点。

①前面已经指出,在本文中,我们并不考虑医生提供的服务随激励强度可能发生的变化,同样,我们也假定医生类型的信息在医院内部是共同知识。这样做,使我们能够方便地把分析的重点放到医疗服务市场化程度、医生的供给(看病难问题)与医疗服务的价格(看病贵问题)三者之间的相互关系上。

②例如,一些医务工作者对某些医疗体制改革建议的担心之一便是可能导致医生队伍的人才流失。对此,我们接下来会详细分析。

③只要最高能力类型的医生没有进入医疗市场, ξ 就始终是小於 θ^m 的。

④此时,更小的 β 取值会使所有医生都退出医疗服务市场,更高的 β 取值则无谓地加重了病人的负担。

⑤当然,考虑到“病人”更可能包括低收入的老年人、就业困难群体甚至因病失业者,那么“以药养医”就会造成更为严重的社会不平等,对社会的危害也就更大。从这一角度而言,目前这种片面的或不彻底的医疗体制市场化改革反而严重损害了弱势群体的利益。

⑥除非政府的补贴能够按照医生能力的高低成为医生的收入。

参考文献

(1)蔡江南:《药价虚高:政府如何应对市场的挑战》,《解放日报》,2007年4月26日。

(2)蔡江南、胡苏云、黄丞、张录法:《社会市场合作模式:中国医疗卫生体制改革的新思路》,《世界经济文汇》,2007年第1期。

(3)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和建议》,《中国发展评论》,2005年第1期(增刊)。

(4)清华大学经济管理学院课题组:《中国医疗体制改革与卫生服务业的发展》,清华大学经济管理学院“促进服务业发展政策研究”课题分报告,2006年,http://www.cheds.pku.edu.cn/download/report/conference_2006_health/BaiCE.doc。

(5)汝信、陆学艺、李培林(主编):《2007年:中国社会形势分析与预测》,社会科学文献出版社,2006年。

(6)汪丁丁:《医生、医院、医疗体制改革》,《财经》,2005年第21期。