

医疗体系优化改革的新视角

李丙魁¹, 高洁²

(1. 陕西师范大学 国际商学院, 陕西 西安 710062; 2. 西安理工大学 工商管理学院, 陕西 西安 710054)

摘要: 针对医疗体系中的突出问题, 从深层分析了医疗服务产品的属性、以药养医模式形成的供求分析和相容利益理论框架下的相容利益主体的定位, 提出政府为主导的对医疗服务产品的供给、以药养医模式的破解, 最后建立相容利益视角下的优化模型。

关键词: 医疗服务产品; 相容利益; 优化

中图分类号: F840.684 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2008)05-0071-05

A New Perspective of Optimizing Reform of Medical System

LI Bing kui¹, GAO Jie²

(1. School of International Business, Shaanxi Normal University, Xi'an 710062, China,

2. Shaanxi Institution of Business Administration, Xi'an University of Technology, Xi'an 710054, China)

Abstract: Aiming at solving outstanding problems existing in current medical system, the paper analyzes the attribute of medical products and the supply and demand formed under the mode of supporting hospitals by selling medication as well as orientation of main beneficiary under the frame of common interest theory. The paper puts forward to some proposes that medical product's supply should be led by government and the mode of supporting hospitals mainly by selling medication, and in conclusion it establishes an optimization model under common interest.

Keywords: medical products; common interest; optimization

一、问题的提出

2000年底, 我国城镇基本医疗保险制度已经初步建立。同时, 我国仍积极探索与基本医疗卫生体制和药品流通体制的配套改革。十七大报告中强调: 建立基本医疗卫生制度, 提高全民健康水平, 并着重强调了政府在改革中的责任。目前, 有关医疗服务体系改革代表性的观点主要有“政府主导论”和“市场主导论”。

“政府主导论”: 代英姿^[1]认为“政府在居民医疗卫生方面应承担更多的责任, 医疗服务的融资应以政府为主”; 朱铭来、丁继红^[2]强调了“医疗保障是一种特殊的公共产品, 政府必须在此作出较大投入和管理力度”; 马维胜^[3]指出政府可以通过医师协会建立对医生的第三方监管, 利用执照制度约束医生的权力, 调整医生的收入分配体制, 改变医院的管理方式, 最终顺利完成医疗改革。

收稿日期: 2008-01-14

作者简介: 李丙魁(1983-), 安徽亳州人, 陕西师范大学国际商学院研究生, 研究方向为社会保障理论。

“市场主导论”：邹至庄^[4]以宿迁市医疗改革为例，说明医疗服务由非政府供给会增加其数量和质量；卢传坚、谢秀丽认为改革的重点放在对初级医疗市场的完善，药品市场的调控和加强第三方购买制度限制供给方需求诱导^[5]；王延中、冯立果^[6]强调“继续市场化改革的同时，政府必须鼓励医疗服务竞争、打击垄断、维护好市场秩序，并承担公共卫生和最低层次基本医疗服务的责任”。

市场论和政府论没有真正的把握医疗服务产品的属性，没有对医疗服务产品进行分类分析，没有对医疗服务产品的利益相关者的利益关系进行深层次的剖析，也没有解决目前医疗市场存在的诸如看病难、看病贵等根本性问题。因此，笔者从经济学和管理学的角度剖析并提出相应的解决对策，不失为一个新的视角。

本文的研究方向旨在当前医疗体系的优化改革。试图从一个新的视角另辟蹊径，突破以往医疗改革的主要障碍，重新思考医疗体系改革的方法。本文研究的重点是在相容利益理论框架内，试图改变以政府为中心的现行模式，通过调整政府与患者的角色，实现患者、医药企业、医院及政府的四方共赢，达到相容利益模式的最优化。

二、当前医疗服务市场常见问题产生的深层原因

1. 医疗服务产品的经济学分析

经济学中把公共产品定义为具有非排他性和非竞争性的产品，非排他性是指一个消费者对某一产品消费的同时不能排斥其他消费者的消费；非竞争性是指任何人对某一产品的消费都不会影响其他人对这一产品的消费。私人产品是个人消费品，具有消费上的排他性和按照产品付费的特点。通常情况下，私人产品通过市场竞争供给是有效率的，而公共产品的提供则是政府的责任与义务^[7]。

医疗市场和产品市场不同，产品市场可以在价格机制的调解下实现供给与需求的均衡，消费者可以直接从产品中获得效用，具有一定的产品识别能力。在医疗产品市场上，消费者（患者）购买医疗产品时，几乎没有任何识别、选择能力，因此需要对医疗服务产品进行界定。

根据公共产品理论，可以认为医疗服务产品兼具公共产品和私人产品的双重性质，因此，医疗服务产品的属性可以定为不完全公共产品，理由如下：首先，多数医疗产品都不能完全满足非排他性和非竞争性的特征；其次，政府投资于公共产品性质的医疗产品的财力有限，主要为如传染性疾病预防和控制等；再次，有些医疗服务是为了满足某些特定人群的需要，如美容、保健等；最后，某种医疗服务是否采用公共产品的供给方式取决于效率因素。

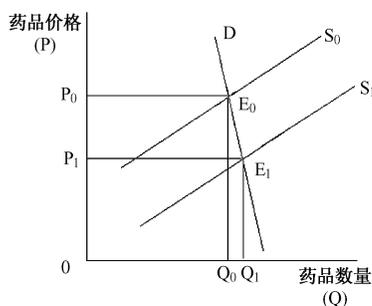


图1 医疗产品市场的均衡分析

从经济学弹性理论分析，不完全公共产品性质的医疗服务产品需求是缺乏弹性的 ($0 < E_d < 1$) (生病是难以避免的，看病也是必需的)，图1是医疗产品市场的均衡分析。需求曲线D是向下倾斜很陡峭的一条直线，供给曲线S是向上倾斜的，均衡点是E0点。当需求不变时，供给增加即供给曲线从S₀移动到S₁，均衡点从E₀移动到E₁点，均衡价格P₀下降到P₁，下降幅度很大。因此，医疗产品的供给需要政府为主导，增加供给可以大幅度降低药价，使患者获得福利。

2. 以药养医模式形成机制的分析

当前医疗服务体系中最为突出的问题就是医疗费用高涨的问题，此问题最直接的原因就是以药养医模式。多数学者都对以药养医模式的产生进行了研究，魏杰、王韧^[8]认为市场化改革的过程中政府责任的缺失是产生以药养医模式的根本原因；马维胜^[9]认为医疗服务中医患双方信息的严重不对称为以药养医模式的形成提供了必要的条件。但这些研究没有触及深层原因，下文笔者将患者、医药企业和医院三方联系起来，从经济学中的供求理论分析以药养医模式形成的深层原因。

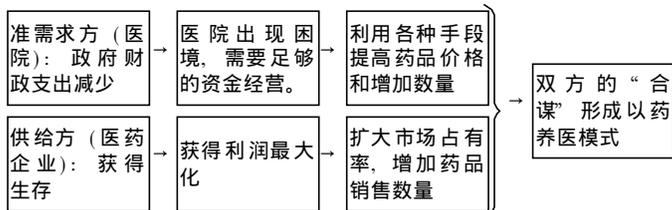


图2 以药养医模式形成机制分析

首先，从医院角度分析，由于政府对医院的财政补贴不断减少，政府控制下的医疗服务价格低于市场价格，医生工资水平长期处于较低的水平，多数国有医院出现财政困难。为了解决财政问题，医院则通过增加药品和检查收入提成补贴的做法增加医院和医生的收入。从某种意义上讲，医院是药品或医疗器械的准消费者，因为医生可以利用自身的技术优势诱导患者消费，医院在需求方面有着很大的主导作用，因此笔者把医院定性为“准需求方”，真正的需求方则是患者；从医药企业分析，它和其他行业的企业一样是一个追求利润最大化的主体，为了追逐更大的利润必须扩大其产品的市场占有率，显然，医药企业是供给方。这样，极力想扩大市场的供给方和极力想扩大药品数量增加收入的准需求方就会“合谋”，结果就是药价上涨，消费者是“合谋”的承受者。形成机制如图1表示。从经济学角度分析，由于医患之间的信息不对称，诱导需求无疑会使需求曲线本身向右移动（这里不是沿着需求曲线移动），供给一定时，结果就是医药费用的上涨。

3. 现行体制下的相容利益模型分析

“相容利益”（encompassing interests）理论是由美国著名学者麦克—奥尔森^[10]（Mancur Olson）提出的。其内容是描述政府权力与私人权力、政府与市场之间的关系：理性的个人和具有凝聚力的某个组织追求自身利益的同时，如果能够获得特定社会所有产出增长额中相当大的部分、同时会因该社会产出的减少而遭受极大的损失，则他们在此社会中便拥有了相容利益。相容利益诱使个人或组织关心全社会的长期稳定增长。如果主体是追求“狭隘利益”的个人或组织，“由于他们只能享有或丧失社会产出增减量中的微不足道的部分，因此

他们对增加社会产出毫无兴趣，仅仅热衷于再分配以寻求该社会产出的更大份额，甚至不惜损害社会福利”^[2]。

根据相容利益理论，在医疗市场上，目前的利益模型主体：政府、医药企业和医院三方显然是狭隘利益的追求者。作为医疗服务的患者被排斥在外，成为最大的利益受损者，同时社会总福利也会减少。因此，可视这种利益模型为“三方共赢的狭隘相容利益模型”（图3所示），该模型的存在是医疗服务体系改革的最大的障碍。

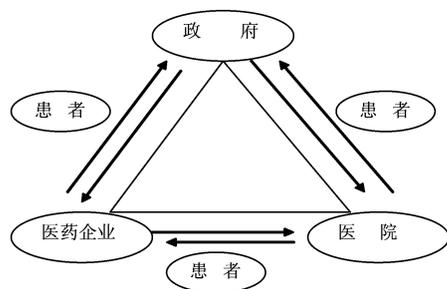


图3 三方共赢的狭隘相容利益模型

如图3所示，可以作出如下分析：

1. 政府与医药企业的双赢：由于政府政策的支持，医药企业利润的增加，上缴的税收增加，政府财政收入增加，从就业角度讲，医药企业的效益好也会减少就业压力，这也进一步促使政府维护医药企业利益的动机。

2. 政府与医院的双赢：政府许可医院、医生收入与医疗服务受益挂钩，这样医院收入增加，减轻了政府财政压力，增加了上缴的利润和税收，政府收入增加，进而制定有利于医院的相关政策或对医院的行为采用暧昧态度；

3. 医药企业与医院的双赢：医药企业通过医院的“诱导需求”扩大了药品的销售数量，效益增加，就会出现“寻租”行为即劝说政府维持着这样的局面，同时，医院也增加了

收入，也想继续维持着这样的局面，利益的统一促使两者行为的高度一致性；

政府、医院、医药企业构成了“铁三角”式的相容利益模型，患者作为医疗服务的消费者被排挤出这个利益模型，这是医疗改革步履维艰的深层原因。相容利益模型主体错位是该模型最大的缺陷，针对该模型的缺陷，笔者初步建立改进后的相容利益最优模型，如图4所示。该模型将政府置于一个监督者、协调者的角色，同时将患者纳入共同利益模型中。在该模型中政府与医院、患者、医药企业相互作用，实现四方共赢，优化了医疗体系，具体分析在下文中有详述。

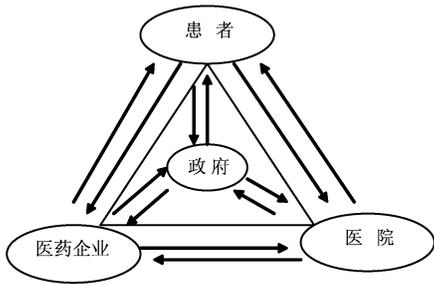


图4 政府主导四方共赢的最优化模型

三、医疗服务体系改革的对策

1. 政府承担起医疗服务产品的供给

医疗服务属于不完全公共产品，而且医疗市场存在市场失灵和信息不对称的情况，因此单纯依靠市场不能解决根本问题。因此，在医疗服务领域，对传染病、地方病、职业病的预防、控制和治疗应该作为公共产品由政府来提供，对非传染性疾病的预防和治疗也需要政府进行管制性的干预。这是从效率的角度进行的干预，如果从公平的角度和优先权的设置方面考虑，非传染病的预防、控制和治疗虽然不一定作为公共产品提供，但也可以作为社会服务提供^[1]。如图1所示，医疗产品的供给增加，医药价格会出现大幅度下降趋势。

2. “以药养医”模式的破解

从图2可以看出，目前处于主导地位的是需求，这里的需求是指医生的诱导需求。因此，以药养医模式的破解首先要抑制诱导需求。政府对需求方（医院）的改革要从其内部入手，重点是解决诱导需求。首先，政府应

适当提高各等级医生的工资水平，减少他们寻租的动力；其次，改革将医生个人收入与医疗服务收益挂钩的方法，建立科学的医疗工作绩效评价机制；第三，出台相应的监管和惩罚制度，从而约束医疗机构产生的合谋冲动，而这些都是基于政府监管力度的加强。

另外，针对充当“合谋”的供给方，政府也应有所作为，重点是医药产品定价机制的改革，一方面，通过政府制定相应的标准来规范医药产品的定价机制，并强化对定价过程的监督；另一方面，强化对医药产品流通机制的清理，保证医药生产企业和医疗机构间交易的公开化、透明化^[12]。

3. 最优化相容利益模型的构建

从图3可以看出，相容利益主体的错位导致了医疗体系改革的艰难性。相容利益模型主体的正确定位是将患者纳入，将政府作为政策制定者、监督者和协调者角色存在，如图4所示。在该模型中，患者与医药企业、患者与医院以及医院与医药企业这三种关系将会在政府作用下实现根本性好转，相容利益模型也会得到根本性的优化。

政府作为中间人所要做的就是对医院内部进行有效的改革，破解以药养医模式，并制定相关的监管政策等，在上文中已详述；对患者要加大医疗知识的宣传，鼓励主动监督医院医疗行为，降低成本；对医药企业，主要对药品定价机制和医药企业与医院的交易过程进行控制和监督。

优化后的相容利益模型四方共赢分析：1. 患者与医院实现双赢：医院在政府的监督下，诱导需求得到很好的控制，服务质量和数量会有很大的提高，患者得到了优质的医疗服务，健康得到保证，医院也获得了更多的收入；2. 医院与医药企业实现双赢：医药企业通过销售更多的药品获得了更多的利润，医院由于患者需求的增多，收入也会增加；3. 政府在协调监管中获益：政府得到了更多的税收和利润收入，减轻了财政负担，并且在一定程度上缓解了就业的压力，民众对政府的信任度增加等等。这就是相容利益机制主体转变带来的巨大的变化，实现了医疗体系的优化，实现了四方

共赢。

四、结论

基于对当前医疗体系中的看病难和看病贵问题,分析医疗服务产品的属性、以药养医模式的形成原因和相容利益主体的错位,并提出了相应的改革思路,重点是在相容利益理论视角下建立医疗体系优化模型。当然,中国的医疗服务体系的改革处在经济转型时期这个特定阶段,转型时期经济的复杂性决定了其改革的艰难性,具体实现方式和手段还必须在实践中不断摸索。

参考文献:

- [1] 代英姿. 试论我国医疗体制改革的路径 [J]. 南方经济研究, 2007, (2).
- [2] 朱铭来, 丁继红. 我国医疗保障制度再构建的经济学分析 [J]. 南京经济研究, 2006, (4).
- [3] 马维胜. 医疗改革的核心问题和未来出路 [J]. 中南民族大学学报, 2006, (3).

族大学学报, 2006, (3).

- [4] 邹至庄. 中国医疗改革——医疗供给: 国营还是民营? [J]. 南方经济, 2006, (12).
- [5] 卢传坚, 谢秀丽. 我国医疗改革的现状分析 [J]. 医学与哲学, 2007, (2).
- [6] 王延中, 冯立果. 中国医疗改革何处去 [J]. 中国工业经济, 2007, (8).
- [7] 高鸿业. 西方经济学 [M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2000.
- [8] 魏杰, 王韧. 我国医疗服务体系的内在特性与改革思路 [J]. 改革, 2006, (3).
- [9] 马维胜. 医疗改革的核心问题和未来出路 [J]. 中南民族大学学报, 2006, (3).
- [10] 奥尔森. 权力与繁荣 [M]. 上海: 上海人民出版社 2005
- [11] 杨伟民. 论医疗服务的公共属性和社会属性 [J]. 社会, 2006, (2).
- [12] 魏杰, 王韧. 我国医疗服务体系的内在特征与改革思路 [J]. 改革, 2006, (3).

[责任编辑 王树新]

(上接第 80 页)

(三) 政府角色选择: 出资人及监管者

首先, 政府是出资人。国际比较结果表明, 对于职域保险, 政府要承担“最后出场人”的角色; 而地域保险中, 政府将作为一方重要的出资人而出现, 出资比例甚至会达到 50%。医疗救助和公共卫生项目更是大部分来自于财政拨款。因此, 政府必须通盘考虑财政实力、各方负担能力与保障需求, 使保障水平与各方负担能力相一致。而目前“新农合”制度中政府负担 80% 的筹资结构显然使财政负担过于沉重并使制度呈现浓重的福利色彩, 不利于制度的可持续发展。其次, 制度的管理人。全民医疗保障宜实行政府与民间共同管理的形式。在当前市场主体发育滞后的形势下, 宜采取政府管理为主的形式, 尤其是医疗救助和公共卫生项目。同时, 在社会医疗保险制度内, 政府要逐步尝试向市场主体让渡部分管理权, 包括盈利性的商业保险公司和非盈利性的自治组织, 如工会或农民社团。在卫生体制方面, 借鉴国外政府与市场机制相结合的经验, 未来发展的方向应该是公、私营医疗机构并存的格局。最后, 制度的监督人。不管是医疗保障与卫生保健领域竞争规则的制定、维护, 还是相关主体关系的协调, 都是政府理所当然的责任。

参考文献:

- [1] 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与建议 [J]. <http://www.drcnet.com.cn/drcnet.common.web/docviewforsearch.aspx?docid=1223320>.
- [2] 董郁玉. 全民医保: 到底需要多少钱——与顾昕对话 [N]. 光明日报, 2005-09-19
- [3] 胡舒立. 谨防医保改革刮“共产风” [J]. 财经, 2005, (16).
- [4] Brown LD. Comparing Health Systems in Four Countries: Lessons for the United States [J]. American Journal Of Public Health, 2003, 93 (1).
- [5] 张蕾. 墨西哥“大众医疗保险” [N]. 人民日报, 2007-01-26.
- [6] 林义. 农村社会保障的国际比较及启示研究 [M]. 北京: 中国劳动出版社, 2006. 157.
- [7] 姜相春, 徐杰. 巴西医疗卫生体制考察与思考 [J]. 中国初级卫生保健, 2003, (7): 93
- [8] 杨红燕. 世界各国主要医疗保障模式比较分析 [J]. 医学与哲学, 2002, (5).
- [9] 吕学静. 日本社会保障制度 [M]. 北京: 经济管理出版社, 2000.
- [10] 盖伊·卡林, 刘成礼译. 发展中国家的社会医疗保险 [J]. 社会保障制度, 2006, (3).
- [11] Elias PE, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider [J]. American Journal of Public Health 2003, 93 (1).

[责任编辑 王树新]