

社会保障研究

新医改能否短期切实缓解“看病难、看病贵”

张录法¹, 黄 丞²

(1. 上海交通大学 国际与公共事务学院, 上海 200030;
2. 上海交通大学 安泰经济与管理学院, 上海 200052)

摘 要: 基于一个新的“看病难、看病贵”结构分析框架, 利用经济学的供求分析工具, 从医疗需求与医疗供给两方面分析论证了不同结构“看病难、看病贵”的成因及解决举措, 最后对照新医改方案的相应措施分析发现, 解决绝对“看病难”和客观“看病贵”的条件已经具备, 但在解决相对“看病难”和主观“看病贵”方面, 还需要更长的时间。

关键词: 新医改方案; 看病难; 看病贵; 结构分析; 框架

中图分类号: F019.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149 (2010) 05-0043-09

Can the New Healthcare Reform Scheme Relieve “the Difficulty and High Cost of Getting Medical Service” Effectively in the Short Term

ZHANG Lu-fa¹, HUANG Cheng²

(1. School of International and Public Affairs, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200030, China; 2. Antai College of Economics and Management, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200052, China)

Abstract: Based on a new structural analysis framework about “the difficulty and high cost of getting medical service”, this paper analysis this problem from the aspects of demand and supply. Comparing the analysis with the relative measures of the new healthcare reform scheme, we found there is a firm base to resolve the absolute difficulty and objective high cost; but we need more time to resolve the relative difficulty and subjective high cost of getting the medical service.

Keywords: the new healthcare reform scheme; difficulty and high cost of getting medical service; structure division; framework

“看病难、看病贵”是我国社会公认的热点和焦点问题, 2009 年 4 月 6 日, 中共中央 国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称新医改方案), 正式启动了向“看病难、看病贵”开战的深化改革, 以期“到 2011 年切实缓解‘看病难、看病贵’问题”。但是国内外

收稿日期: 2009-12-10; 修订日期: 2010-05-13

基金项目: 教育部社科研究项目 (06JC630019); 上海市哲学社科规划课题 (2006BJB020); 国家社科基金项目 (06BZZ031); 上海交通大学文科科研创新项目 (09QN11)。

作者简介: 张录法 (1975-), 山东潍坊人, 上海交通大学国际与公共事务学院讲师, 博士, 研究方向为卫生管理和医疗保险。

无数次医改的经验证明，改革开始绝不意味着成功唾手可得，新医改方案能否切实在 3 年内有效缓解“看病难、看病贵”问题现在仅有的几篇文献表现出的大多是怀疑的眼光^[1~2]。

“看病难、看病贵”本质是医疗需求与医疗供给之间的不均衡，其内部构成复杂，若不能对其内部结构进行细分，就不能真正刻画其内涵。为此，本文提出了一个新的“看病难、看病贵”结构分析框架，对“看病难、看病贵”进行了更加细致的界定，并基于此框架对新医改方案的可行性进行了客观的前瞻分析。

一、“看病难、看病贵”：一个新的结构分析框架

(一) “看病难”的内涵和构成

“看病难”反映医疗服务的可及性问题，即医疗服务的供给无法满足需求，出现供不应求的状况。“看病难”一般是指群众获得基本医疗服务不方便、不快捷，难以满足需求。总体上，“看病难”包括两个层面的构成。

绝对的“难”。主要是指某一特定范围（就医半径）内医疗需求相对正常，医疗供给完全或者部分缺乏，导致患者的需求难以得到满足。20 世纪七八十年代，这种“难”在我国曾广泛存在。进入 21 世纪后，总体上城市的此类“看病难”大大减少，但部分农村尤其是偏远的地区由于根本没有医疗机构或者医疗机构至少也在几十公里以外，所以看病依然十分困难。

相对的“难”。主要表现为在就医半径内总体医疗服务的供求基本平衡，但结构性供需失衡，比如：①普通医院看病容易但名牌医院看病难。②普通医生看病容易但专家看病难（知名专家看病更难）。2006 年上海交通大学与上海申康医院发展中心针对上海市的研究表明^①，普通门诊排队挂号时间有 95.11% 控制在 30 分钟内，挂号后的等待时间有 61.10% 在 30 分钟内，详见表 1。但专家门诊有 71.80% 的人需要排队在半小时以上才可以拿到号，其中 1 小时以上的达 43.29%。挂号后的等待时间超过 1 小时的也有 24.34%，详见表 2。③普通科室看病容易但专科特色科室看病难，以及一级、二级医院看病容易三级医院看病难等。

表 1 普通门诊就诊花费时间			表 2 专家门诊花费时间		
时间		%	时间		%
时间	排队挂号	等待就诊	时间	排队挂号	等待就诊
10 分钟以下	61.44	15.25	30 分钟以下	28.21	46.05
11 ~ 30 分钟	33.67	45.85	31 ~ 60 分钟	28.51	29.61
31 分钟以上	4.89	38.90	61 分钟以上	43.29	24.34

(二) “看病贵”的内涵和构成

“看病贵”主要指昂贵的医药费影响群众获得基本医疗服务。核心体现为人们的医疗费用负担水平超出人们的承受能力（包括经济和心理承受能力）。“看病贵”由以下两个层面构成。

客观的“贵”。如果实际自掏腰包医疗支出占个人可支配收入的比例确实超出了正常的承受能力范围，就体现为客观上的“看病贵”。这种贵可以用一个简单的公式来表示：用 R 表示自掏腰包医疗支出与可支配收入之间的比值，Rs 表示合适的比例，那么只要 $R > R_s$ ，就出现客观的贵。虽然迄今为止并没有一个国际通行 R_s 的最佳值。但肖特（Short）和班瑟（Banthin）发现，如果设定 R_s 为 10% 时，18.9% 的美国市民将会面临困境^[3]；沃尔夫等也指出届时将有 42% 的越南居民得不到很好的保障^[4]。而根据前述的调研数据分析，2005 年上海居民自掏腰包医疗支出占当年上海城市居民家庭人均可支配收入的比例为 10.7%，因此，上海市也应存在客观的看病贵。调研中 96.19% 的人认为存在看病贵，有力支持了这个判断。

① 2006 年上海交通大学与上海申康医院发展中心联合开展了以“看病难”和“看病贵”问题为主题的现场调查研究，对上海市第一人民医院，上海交通大学附属仁济医院，以及上海中医药大学附属龙华医院 3 家三级甲等医疗机构的 1279 位门诊患者和住院患者开展了问卷调查，文中数据如无单独说明均来自本次调研。

为了横向对比我国看病客观的“贵”的情况，利用国家总体数据来对自掏腰包占可支配收入的比例进行对比。由于得不到其他国家自掏腰包医疗支出占可支配收入的数据，所以用自掏腰包医疗支出占 GDP 比重以及居民可支配收入占 GDP 比重相除来进行估算，在估算中假定国外居民可支配收入占 GDP 比重设定为 60%，而中国的设定为 50%^①，这样可得到表 3 的结果。由表 3 可知，虽然我国居民自负费用占可支配收入的比例总体上还没达到 10%^②，但横向比较中国的值超过了发达国家，所以民众普遍反映看病贵就不难理解。

表 3 2006 年 5 个国家自掏腰包医疗支出占可支配收入比重

	英国	美国	德国	新加坡	中国
自掏腰包支出占 GDP 比重	0.95	1.95	1.40	2.07	2.27
居民可支配收入占 GDP 比重	60	60	60	60	50
自掏腰包占可支配收入比重	1.59	3.25	2.33	3.45	4.53

资料来源：世界卫生组织，《2009 年世界卫生统计》，www.who.int。

主观的“贵”。人人享有初级保健已经成为一种基本的权利。基于对这种权利的保护以及对公平性的追求，传统上政府往往以公益性的低廉价格来提供医疗服务，尤其是我国在计划经济时代，就医费用曾经基本上由政府或者单位全包，这种公益性的定位和历史的沿袭惯性导致患者对医疗服务价格的预期较低，而常见病医疗服务价格过高的现实，同心理预期极易形成强烈反差，出现情感认知上的“看病贵”。在调研中发现，上海居民对就医费用自负比例的期望为 9% ~ 14%，远低于实际值，也低于许克等所建议的 15% 的理想水平^[5]。此外，有时候对某些群体“看病贵”的过度宣传也会让患者产生这种“看病贵”的感觉^③。

二、“看病难、看病贵”的成因分析

在任何市场，供给和需求都可能存在不均衡的现象，医疗服务市场也同样如此。卫生经济学的研究表明，有很多的医疗服务需求是缺乏价格弹性的，而往往正是这些医疗服务才是患者最看重的服务^[6]，因此可以假设医疗服务的需求曲线为一条近似垂直于横轴的曲线，以表明医疗服务缺乏替代性，而由于等价格到了一定程度后，需求会因支付能力不足而消失，因此，医疗服务的需求曲线是一条拐折的曲线^④，如图 1 中 D 所示，同时假设该医疗服务的供给曲线为 S。

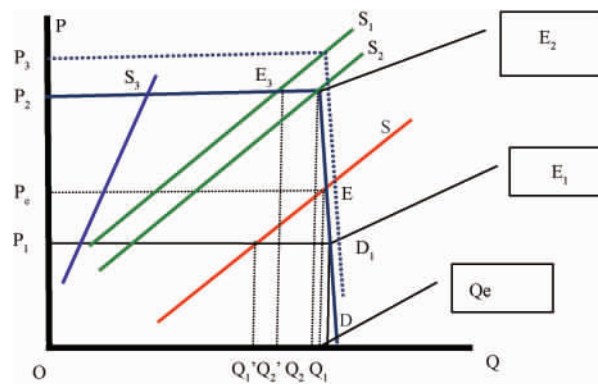


图 1 医疗服务供求均衡分析

由图 1 可知，当市场的价格为 P_e ，数量为 Q_e （E 点所示），供求达到平衡，不存在供需矛盾也就没有“看病难”和“看病贵”。如果此时，政府限制医疗服务的价格，使之成为 P_1 ，这时

① 数据显示，成熟市场经济体中，初次分配后劳动者报酬占 GDP 的比重，美国接近于 70%，其他国家和地区普遍在 54% 至 65% 之间，所以取其中间值 60%。而我国在 1998 年至 2003 年，国民收入初次分配中，劳动者报酬逐步下降，占 GDP 比重从 53.14% 下降到 49.62%，所以也取其均值 50%。相关分析见：徐平生：居民实际可支配收入占 GDP 比重何以出现持续下降。http://gov.ce.cn/china/news/200608/14/t20060814_8122419_1.shtml

② 之所以上海的数据是 10.7% 而全国数据是 4.53%，并非矛盾，也不能由此判断上海民众看病的负担比全国还高，出现这个结果的原因主要是上海的数据来自调查问卷，而被调查者多为患者，但全国统计数据是一个总体样本，既包括患者也包括了未生病的人群。

③ 可能对某个患者而言不存在支付能力的问题，但是其他患者都坚持认为“看病贵”，也会让其主观上加入赞同的行列。

④ 一般情况下经济学的假设为需求曲线为一条斜线或者是一条凸向原点的抛物线，最后逐渐和纵轴相交。但是由于医疗服务的特殊性，这些服务的需求是比较刚性的，因此，对大部分民众而言，等价格到了一定程度，就会出现突然的难以承受，因而出现拐折。当然，对少部分有钱人而言，还有需求，但为了分析主要矛盾，可以做出此假设。

供求之间存在着 Q_1' 、 Q_1 的差额，供给小于需求，就出现绝对的“看病难”。为解决该问题，可以利用市场的价格机制进行调整，只要提高价格，就可以一方面提高供给量，另一方面适度减少需求量，所以当价格上升到 P_e 时供需恢复平衡。在此过程中，患者的消费者剩余从 $P_1E_1E_2P_2$ 减少到 $P_eE_2P_2$ ，但减少不大，表明患者的效用损失不是很严重，因此，在主观上不会因为价格的调整引起极大的不满。但如果缺乏对民众进行健康教育和合理引导，或他们已习惯了 P_1 价格，那么虽然现在客观上民众还有较强承受能力，但也可能会引起主观的“看病贵”。

但医疗市场并非一个有效的市场，信息严重不对称等因素使得供方具备了绝对的优势^[7]，如果在医疗服务的提供中存在着可选择性，比如医生既可以选择进入招标目录的平价药又可选择自费的高价进口药，既可选择普通价廉的常规检查又可选择昂贵的高新检查时，医院和医生就会利用自身的信息和地位优势来选择有利于自身利益的服务。结果是在同样的服务数量上价格大幅上升，在图中表现为供给曲线快速地上移，可假设移到 S_1 处，它和需求曲线的下端不再有交点，而是相交在上端横线上。此时，虽然在理论上分析供需最终可以在价格 P_2 时形成均衡，均衡数量为 Q_2' ，但实际上医疗服务的需求存在隐性的不满足。因为实际的需求并未因为价格的提高立刻减少到 Q_2' ，而仍然保持为 Q_2 ，故需求和供给之间存在着 Q_2Q_2' 缺口，“看病难”依然存在。此刻，如果价格再有微小的上升，需求量将变为 0，患者的需求完全被压抑，其医疗需要因为价格原因不能满足，客观“看病贵”现象出现。此时，消费者剩余变为 0，所减少的剩余一部分为生产者所获取，另一部分则是完全效用损失。消费者剩余的完全丧失，必然导致民众的强烈不满，这也是“看病难”和“看病贵”被广为诟病，怨声四起的原因。

综上所述，在供需总体出现矛盾的时候，“看病难”是必然出现的，如果任由市场调节，“看病难”会随着供给的增加而有所缓解，但由于价格也会上升，如果没有有效的费用分担机制，“看病贵”会开始出现。假如这种服务的供给弹性小（比如垄断），“看病贵”可能会非常严重，而此时“看病贵”又转化为“看病难”，这是最糟糕的结果，其后果是“看病难”和“看病贵”并存，患者的效用大幅降低。

当然，如果进行价格管制，将价格控制在 P_1 或者有完善的医疗保险，完全可以只“难”，但是“不贵”。当然，这时供需存在着巨大的差额，可能会出现很多通过关系进行“加塞”就医等现象。

上面主要分析绝对的“难”。以下用类似的思路分析结构性的“难”。由于门诊服务是一级、二级、三级医疗机构都能提供的服务，所以以三级医院和其他等级的普通门诊服务为例进行分析。

理论上讲，三级医院的普通门诊由于存在着其他等级医院（二级和一级）门诊服务的替代^①，所以患者的需求曲线相对比较平缓，如图 2 中的 D_1 曲线，其价格弹性较高，假设供给曲线为 S （三级医院的门诊服务提供能力基本上能保证供给曲线有类似的形状）。

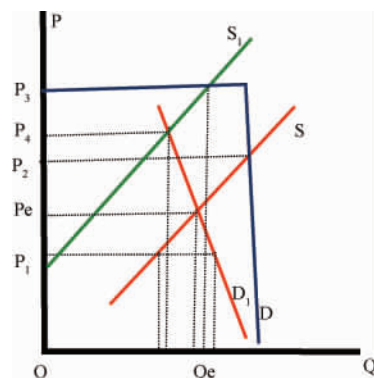


图 2 医疗服务结构性矛盾供求均衡分析

由图 2 可知，价格的升高可以很容易地减少需求量，因此，如果三级医院门诊价格如社会所反映的“贵”，就不应该出现三级医院门诊挤爆的现状，从而也没有相应的“看病难”。而之所以现在三级医院普通门诊中普遍存在“看病难”，原因主要是其他级别门诊服务的质量没有达到消费者的要求，或者消费者既定的思维决定了其选择三级医院门诊的偏好，结果是需求曲线同样

① 比如研究表明，三级医院门诊患者的 60% 完全可以选择二级或社区医疗机构就诊。

变得没有弹性，如同 D 曲线。加之现在政府定价中门诊诊疗费差距及医疗保险的共付比率没有拉开，因此，患者更愿意使用三级医院的门诊服务，从而使得需求大幅增加，同时弹性却有所降低，则结果是结构性的“看病难”出现。当然，类似于前面的分析，提高价格可以减少这种“难”，比如价格大幅上升到 P_2 后，达到供求平衡。其结果是直接大幅减少了消费者剩余，因而消费者必然对到三级医院看病存在着“贵”的印象。三级医院门诊服务的提供也存在很大的不合理成分，使其供给曲线表现为 S_1 ，则价格必须上升到 P_3 才能出现表面均衡，此时依然存在“看病难”，并且原来因消费者剩余损失而产生的主观“看病贵”变成真实的难以支付的“看病贵”。

三、“看病难、看病贵”的解决措施

（一）“看病难”的解决对策

绝对的“难”的解决对策。假如医疗服务的供给曲线如图 1 中的 S_3 所示，根本无法和需求曲线有交点，所以即使提高价格，也无法形成均衡，因而这样的难只能通过增加供给来缓解。

相对的“难”的解决对策。为解决这种“看病难”，应从以下五个方面采取措施。

第一，必须增加需求曲线的弹性。通过提高替代服务的质量，增加患者的需求弹性，让需求曲线变为 D_1 ，甚至更加平缓，这样可以为价格机制发挥作用提供前提条件。

第二，利用价格机制进行分流。在需求弹性提高的基础上，可以适当提高医疗技术服务价格，如诊断费、治疗费、手术费、护理费等，这样既可以体现医务人员专业技术的劳动价值，又可以起到抑制不合理需求的作用，进行更有效的资源配置。从图 2 可知，只要价格从 P_1 上升到 P_e ，均衡实现，患者需求部分被抑止，但价格提高不大，消费者剩余损失不大。而且，即使此时的供给曲线是 S_1 ，也可以在 P_4 处实现均衡，不会出现价格过高而依然难缓解“看病难”的困境。

第三，利用预约机制进行分流和优化就医行为。还应看到的是，目前的“难”实际上与国际上相比并不突出，但是由于缺乏预约机制，直接就医必然导致人为造成的“难”。所以，建立完善的预约机制，尤其是专家预约机制，是重要的分流手段。

第四，合理增加供给。如果有些服务即使分流后还存在供需矛盾，则此时相对的“难”已经转化为绝对的“难”，比如对某些专科和专家门诊而言，因为其替代性不强，所以需求的弹性难以提高，甚至某些医疗服务的供给弹性同样很低，如果提高价格后患者难以承受，此时则必须配合供给的增加来实现均衡。

第五，通过提高供给的有效性，不让供给曲线从 S 变为 S_1 。这项改革思路是治本的，因为现在我国医疗卫生服务中出现的问题主要原因在于 S 曲线的快速上升，比如过度的检查项目、药价虚高和开大处方等，没有提高医疗服务质量，只是激化了供求矛盾。由于医疗市场的特殊情况，让医疗市场成为有效市场不可能完全奏效。但是结合中国的实践，让市场部分回归理性还是大有可为的。

（二）“看病贵”的解决对策

客观的“贵”的解决对策。要解决这种供求的失衡，主要有四种思路（以图 1 为例分析）。

第一，提高市场的有效程度，降低信息的不对称性，使供给曲线回归到 S 位置。增加医疗服务信息公开的强度和有效程度、对患者进行健康教育，以及政府采取有效的干预措施从根本上消除公立医院创收的动力，为医疗机构创造正向激励。

第二，增加供给。如果让供给曲线移动到 S_2 处，则可以在 P_2 价格处实现平衡，但这一平衡不如上一平衡有效率。为此，政府可以采取增加财政投入和进行价格补贴等措施，降低医疗机构的成本，提高供给；还可以适度地放开医疗市场，让私立医疗机构进入来增加供给。

第三，提高患者的购买能力，减少其自付费用。比如通过进一步完善医疗保险，提高医疗保险的覆盖面，通过医疗保险的分担或者政府的转移支付，提高患者的支付能力，增加其需求，让需求曲线上移，也可以在 P_3 处形成均衡，但此时价格更高，需求更多。

第四，解决因患者自由择医而导致个人自负比例过重的“看病贵”。一方面要靠“看门人”制度对患者使用医院和专家等服务进行合理限制和引导（前提是医疗服务的替代性较好，否则不能硬性的限制）。另一方面要对患者进行健康常识教育，打造正确的就医观念，改变其在医疗服务使用中诸如“感冒找专家，伤风寻博士”的盲目偏好。

主观的“贵”的解决对策。针对这种贵，除了上述解决客观“贵”的思路外，还要对患者进行教育引导，塑造公众对医疗服务价格的正确认识，改变医疗服务的“免费”或由政府“全包”的传统思维。

四、新医改方案短期缓解“看病难、看病贵”的可行性分析

（一）缓解“看病难”的可行性分析

1. 缓解绝对的“难”的可行性分析

根据前面的分析，在缓解绝对的“难”方面，增加供给量是最重要的措施。新医改方案以及近期重点实施方案（2009～2011年）中明确提出“加强基层医疗卫生机构建设、鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业，加快形成多元办医格局”等。

由于初级医疗服务的发展相对比较容易^①，也是市场机制不太容易失灵的地方^②。长期以来制约初级医疗服务的瓶颈主要是投入的不足以及政策的不完善，比如限制初级医疗机构尤其是私立医疗机构进入医保定点机构等。本次新医改因为有了中央财政的切实资金保障，只要财政投入、使用、监管到位，我国卫生医疗服务的供给能力尤其是初级医疗服务供给能力将会大大增强。同时，国内（外）社会资本对进入医疗行业存在由来已久的强烈愿望，如果多元化办医等配套政策能够落实，医疗服务的增加是一个可以预见的结果。

这种双管齐下的结果是，短期内绝对的“难”必将得到极大的缓解，尤其是在目前医疗服务提供比较薄弱的农村和不发达地区。

2. 缓解相对的“难”的可行性分析

相对的难是一个结构性矛盾，对照前面提到的五个对策，新医改方案提出了“大力发展基层卫生体系、健全各级、各类医院的功能和职责、建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制；建立实用共享的医药卫生信息系统；建立科学合理的医药价格形成机制，建立高效规范的医药卫生机构运行机制等。”^③其核心是“打造基于社区卫生的医疗服务体系，促使就医重心下沉”，从而优化医疗服务的纵向配置，形成科学的就医流程。

但从中国社区卫生10年左右的发展来看，群众对社区卫生并不认可，最主要原因是其医疗技术水平太低。同时，国外经验表明，就医重心下沉往往需要类似于社区首诊制的“看门人”制度和双向转诊制度以及较明显的收费差距等机制保障^[8]。

目前社区医疗技术水平很难在短期内有根本改变，因此，虽有很多地方探索社区首诊制，但很难推广，如果强制实施，可能后果将非常严重。相应的，虽然提出了“分级定价”，以及“让医疗服务定价体现医疗服务合理成本和技术劳务价值”等措施，但这些措施短期内实现的可能性很小，价格分流机制短期也难以奏效。此外，诸如“预约”等功能，新医改方案也未提及。

① 20世纪60年代农村赤脚医生的发展经验是很好的证明。

② 初级医疗服务的信息不对称性较弱、同质性强，所以可竞争性强。国外大部分国家的全科医生都是独立开业，以及新加坡的初级医疗服务主要由私立医疗机构提供的实践是很好的例证。

③ 后面几项机制的目的主要是为了改变公立医疗机构的扭曲激励，后面分析“贵”时会进行详细分析，故此处不展开论述。

最后，在缺乏“看门人”制度和预约制度下，民众对社区卫生的认可更非短期能够彻底转变，就医行为也很难优化。

综上分析，即使将来各级医疗机构的补偿机制得到根本改善并产生了正向激励，但是由于提高社区卫生服务质量，增加医疗服务需求曲线弹性的首要条件难以满足，因此，相对的“难”在短期内很难解决。

（二）缓解“看病贵”的可行性分析

1. 缓解客观的“贵”的可行性分析

缓解客观的“贵”最重要的是减少患者的自掏腰包费用和对医疗机构的正向激励。由于政府投入不足是我国个人自掏腰包费用高和医疗机构补偿不足进而行为扭曲的主要成因，所以政府的投入效果在解决客观的“贵”方面举足轻重。

（1）政府投入对降低个人自掏腰包费用的效果分析。新医改方案提出，在今后3年，各级政府将新增投入8500亿元用于卫生改革。为此，我们初步估算政府增加投入后对个人自掏腰包费用的影响。

表4 我国2000~2008年卫生总费用及其结构

亿元

项目	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
卫生总费用	4586.6	5025.9	5684.6	6623.3	7590.3	8659.9	9843.0	11289.5	12218.0
政府预算卫生支出	709.5	800.6	864.5	1137.8	1293.6	1552.5	1778.9	2271.7	2444.0
社会卫生支出	1171.9	1211.4	1503.6	1808.4	2225.4	2586.4	3210.9	3894.19	4276.0
个人卫生支出	2705.2	3013.9	3316.5	3677.0	4071.4	4521.0	4853.5	5102.19	5498.0

数据来源：中华人民共和国卫生部，《2008中国卫生统计年鉴》，卫生部网站，www.moh.gov.cn

首先，根据2000~2007年的卫生总费用，以及卫生部测算的2008年卫生总费用（见表4），可以对这9年的数据进行简单加权平均，测算出2000至2008年卫生总费用、社会卫生支出的增长率分别为13.1%和17.8%，由此可以估算出2009年的卫生总费用等数据。

接着，假定政府的8500亿元新增投入按3年平均投入，则每年为2833亿元，那么2009年政府预算支出将增长为5277亿元；根据不同的社会卫生支出，个人卫生支出相应有两种估算，详见表5。

第一种，假定社会卫生支出如果按照前9年均值增长，则其值为

5037.1亿元，以此估算出个人卫生支出为3492.2亿元（个人卫生支出=卫生总费用-政府预算支出-社会卫生支出），占总费用比重为25.3%。

第二种，假定社会卫生开支保持2008年的数值不变，那么个人卫生支出相应为4253.3亿元，占总费用比重为30.8%。

表5 我国2009年卫生总费用及其结构估算 亿元

项目	第一种方法	第二种方法
卫生总费用	13806.3	13806.3
政府预算卫生支出	5277.0	5277.0
社会卫生支出	5037.1	4276.0
个人卫生支出	3492.2	4253.3
个人卫生支出比重	25.3%	30.8%

表6 各国自掏腰包支出占卫生总费用比重

（按收入分层）

%

区域	2000	2006
全球	22.3	20.9
中低收入国家	55.6	48.7
中上收入国家	33.2	31.4
高收入国家	15.7	14.2
中国	59.0	49.3

数据来源：世界卫生组织，《2009年世界卫生统计》，世界卫生组织网站，www.who.int

照此估算，个人卫生支出将在 30% 左右，个人自掏腰包费用比例将低于 27%^①，与以前年份比较有较大改善，对照世界卫生组织的统计数据，这个比例已经进入了中上收入国家的水平（见表 6）。当然，与许克等提及的发达国家 15% 比例尚有很大差距，但这种差距主要是经济发展水平制约下的必然结果，也是卫生发展所无法人为改变的规律。

因此，如果政府能够持续投入，则解决绝对“看病贵”的经济基础初步具备。当然，由于疾病负担的不均匀，最终效果还需考察投入的方式。否则总体自付费用的下降并不能有效缓解少数高额医疗费用病人的负担。但经济基础的具备，充分表明解决绝对“看病贵”是新医改所做出的切实承诺。

（2）政府投入对塑造医疗机构正向激励的效果分析。公立医疗机构的行为受其收入结构的严重制约。对 2007 年和 2008 年公立医院（包含中医院）的收入结构进行分析发现，财政补助和上级补助占医疗机构收入不到 10%，90% 以上依赖业务收入，而其中药品的收入占到了总收入的 42% 左右（见表 7），这是广受诟病的“以药补医”政策后果的真实体现，也是公立医疗机构行为扭曲的重要根源。

但是，需要注意的是，虽然药品收入占总收入的比例很高，但是药品的净收入（药品收入－药品支出）却很低，2007 和 2008 年分别只有 118 亿元和 153 亿元。因此，如果政府新增投入中每年给医院增加的投入能够

达到 150 亿元左右，医院不会因为“以药补医”政策的取消而在收入方面受到实质的影响。根据顾昕的估计，政府今后 3 年对于一般的公立医院即二级、三级综合性医院（不包含中医院）的新增总投入估计在 450 亿元左右^[9]，如果加上中医院，则这个数额会更大。即使仅以 450 亿元估计，那么每年的新增收入应该在 150 亿元，基本上能等同于公立医疗医院销售药品带来的净收入。

因此，如不考虑医改后的医疗需求释放效应，取消“以药补医”政策后，只要政府投入能够真正到位，即使不增加药事费或者调整医疗服务的收费，医院的补偿也不会受到明显影响。当然由于药价存在折扣，医院来自药品的净收入可能在前面的基础上大幅提高^②，这是出台药事服务费、调整医疗服务价格的潜台词。同样，根据顾昕的估计，药事服务费可以使医院增加 268 亿元的收入，如果医疗服务再涨价 10%，则可以产生 238 亿元的收入，3 项总和为 656 亿元，已经是总体药品收入的 30% 多，达到了公认的行业标准数字。

因此，从困惑多年的医院补偿机制来讲，新医改也具备了建立新的正向补偿机制的条件，从而为解决因医院行为扭曲和“药价虚高”造成的“看病贵”创造了坚实的基础。

表 7 2007～2008 年政府办医院的收支结构

项目	2007		2008	
	收入 (万元)	占总收入 比例 (%)	收入 (万元)	占总收入 比例 (%)
机构数 (个)	9565	—	9598	—
总收入	49022319	—	60902189	—
财政补助收入	3960181	8.1	—	—
上级补助收入	207928	0.4	—	—
业务收入	44854210	91.5	55799893	91.6
医疗收入	23784181	48.5	29142407	47.9
药品收入	20234675	41.3	25640097	42.1
其他收入	835353	1.7	—	—
总支出	47858258	—	58953795	—
财政专项支出	1123572	—	—	—
业务支出	46734686	—	57535211	—
医疗支出	27118363	—	32784848	—
药品支出	19058979	—	24113055	—
药品净收入 (药品 收入－药品支出)	1175696	—	1527042	—

数据来源：中华人民共和国卫生部，《2008 中国卫生统计年鉴》、
《2009 中国卫生统计提要》，卫生部网站，www.moh.gov.cn

① 《2009 年世界卫生统计》显示，中国个人卫生支出中自掏腰包的比例在 2000 和 2006 年分别为 95.6% 和 83.1%，因此简单平均也不高于 90%。

② 虽然“以药补医”政策规定，医疗机构的药品加价率为 15% 左右，但加上暗扣等，实际上加成率一般都达到了 30% 以上。

此外，新医改在补贴需方方面也有诸多措施：比如 2010 年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年 120 元，城镇职工医保、城镇居民医保和新农合对政策范围内的住院费用报销比例逐步提高；将城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的 6 倍左右，新农合最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的 6 倍以上；增加医疗救助等措施。这就形成了更好的风险分担机制，提高了医疗风险的分散性，在总体个人医疗费用支出比例降低的前提下，个体的自掏腰包支出分布也会更加平滑。

综上，如果这些措施能够切实到位，客观的“贵”应该在 3 年内有实质性的降低。

2. 缓解主观的“贵”的可行性分析

新医改方案提出：“加强健康促进与教育；加强宣传，正确引导。要坚持正确的舆论导向，广泛宣传改革的重大意义和主要政策措施，积极引导社会预期，增强群众信心，使这项惠及广大人民群众的重大改革深入人心，为深化改革营造良好的舆论环境。”但是由于意识的形成需要较长时期的积累和强化，主观的“贵”是在计划经济的福利定价导致的免费预期以及改革后客观的“贵”双重强化下而形成的，这种惯性改变需要更长的时间，但是这种“贵”的存在不应该成为评价新医改是否能够成功的唯一依据，因为新医改首先要改的是客观的“贵”。

参考文献：

- [1] 江南. 新医改方案是否能够有效缓解看病贵难题 [EB/OL]. www.chinahealthreform.org 2009-03-16.
- [2] 金名. 新医改难治“看病贵” [J]. 上海经济, 2009, (5).
- [3] P. F. Short, J. S. Banthin. New Estimates of the Underinsured Younger than 65 Years [J]. Journal of American Medical Association, 1995, 274 (16).
- [4] Adam Wagstaff and E. Van Doorslaere. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With applications to Vietnam 1993 ~ 1998 [J]. Health Economics, 2003, 12 (11).
- [5] Ke Xu, David B. Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J. L. Murray. Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis [J]. The Lancet, 2003, 362 (7).
- [6] 魏聪. 健康经济学需求理论述评 [D]. 浙江大学硕士学位论文, 2004. 21.
- [7] Phelps C. E. Health Economics [M]. New York: Addison-Wesley Educational Publishers Inc, 1997.
- [8] 张录法. 社区卫生机构和高等级医院互动的四种模式及机制研究 [J]. 经济社会体制比较, 2009, (3).
- [9] 顾昕. 读解 8500 亿新医改“盘子”：供需两方各切半数 [N]. 21 世纪经济报道, 2009-02-13.

[责任编辑 王树新]