

医疗服务和保险中公共机制和市场机制的作用

胡苏云

(上海社会科学院 人口与发展研究所, 上海 200020)

摘要: 在医疗保险制度的实践中, 各国政府起着重要作用, 大多数发达国家具有政府筹资或组织的针对全体人口的医疗保险制度, 即使是在市场经济占主导的美国, 也具有政府筹资和组织的老年医疗保险和穷人医疗保险, 而且, 医疗领域是美国政府干预最多的领域。卫生经济学理论认为这是由于医疗服务和保险是种特殊商品, 而且作为社会保障制度的一部分, 医疗服务和保险制度要兼顾效率和公平。但是理论和实践都证明, 政府的公共机制并非是对市场失灵纠正的完美机制, 存在政府失灵, 会造成全社会的福利损失, 这在市场机制本身并不完善的发展中国家尤其严重。各国改革的实践中越来越注重市场机制和公共机制的结合, 追求效率和公平的均衡, 费用控制和服务质量的兼顾。

关键词: 医疗服务; 医疗保险; 公共机制; 市场机制; 效率

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2000)06-0042-04

Rules of Public and Market Mechanism in Medical Service and Insurance

HU Su-yun

(Institute of Population and Development, Shanghai Academy of Social Science, Shanghai, 200020)

Abstract Governments play important rules in practice of medical insurance. Government funded medical insurance systems for the whole people are available in many developed countries. In United States, which is dominated by market economy, medical insurance for the aged and poor is also provided. According to medical economics, medical service and insurance are special commodities. As a part of social security, both efficiency and equality should be considered. However, theories and practices have proved that government rule in this field did not work well, especially in those developing countries whose market economic system did not well established. In reforms of many countries, integration of public and market mechanism is stressed to seek harmonious progress in efficiency and equality, cost control and quality of service.

Keywords: medical service; medical insurance; public mechanism; market mechanism; efficiency

由于人口老龄化, 科技进步和疾病谱变化以及人们医疗需求提高等原因造成医疗费用的上升, 原

有的医疗保险制度的危机, 使得医疗服务和保险制度日益成为世界各国研究的热点。上述现实需要以

收稿日期: 2000-04-29

作者简介: 胡苏云(1964-), 女, 上海市社会科学院人口与发展研究所副研究员, 在职经济学博士。主要研究方向: 社会保障(医疗保险和养老), 城市化和流动人口。

及经济学理论本身的发展,使得几十年来在发达国家形成了健康经济学(Health Economics 我国医学界称为卫生经济学),对医疗服务及其相关领域进行广泛分析,其中包括健康这一商品的经济学分析,医疗服务经济学分析(包括服务供需双方经济学分析,服务提供机构——医院和医生的行为及其组织方法的经济学分析,服务的效益和成本分析,服务质量经济学分析等),医疗保险经济学分析(包括医疗保险商品供给、需求和行为分析,医疗保险产业组织形式分析,尤其是医疗保险制度的分析),国家对健康、医疗服务和医疗保险干预政策和方法研究。与医疗服务和保险有关的有药品市场和医疗器械市场,医疗服务教育市场,这是医疗保险制度分析不可缺少的部分。

一、医疗市场失灵和政府干预

医疗服务和保险首先是种商品,具有一般商品的共同特点,有其供给和需求。维持生命和健康是人们的基本需求,提供有关的服务必定能得到相应的回报,医疗服务和保险可以视为私有产品市场;与此同时,医疗服务提供和医疗保险计划成为政府关注的问题,医疗服务和保险又有可能成为一种公共商品,或部分公共品性质的商品;加上健康商品需求不同于纯粹疾病治疗服务需求,健康往往与人们的年龄、收入、教育程度和地位密切相关,医疗服务又是对健康需求的衍生。对健康和医疗服务需求是涉及全部人群、所有年龄、所有阶层的涵盖一切人的需求,其市场容量极大。所以,医疗和健康领域的科技发展受需求(个人和公共)的刺激突飞猛进,不同程度上引发医疗费用的上涨。

但是医疗服务和保险是种特殊的商品,具有许多与一般服务不同的特点:

首先是普遍存在的不确定性,包括个人疾病发生的随机性,医疗服务干预后的随机结果,不同医生治疗疾病后有效性的不确定。不确定事件引导着医疗服务中的个体行为,同时导致医疗保险的发展,后者反过来控制和引导着整个经济的资源利用;不确定性还能解释政府在医疗市场的广泛干预。

其次是严重的信息不对称现象,既包括承保人(保险公司)与投保人之间的信息不对称,由此产生投保人因医疗保险而过度使用医疗服务的道德风险,以及高风险人群倾向于选择保险和多保险,而低风险人群可能因此而不保险的逆选择问题;又包括医生和病人之间的信息不对称,医生对治疗过程更

多的信息和对疾病更多的了解,容易导致不是出于病人利益,而是从医生本身利益出发的诱导需求。

再者,医疗服务还存在外部性,包括传染性疾病,行为方式的影响,医疗卫生知识的传播。所有这些都是政府在医疗服务和保险市场干预的原因。

再者,医疗服务往往与社会追求收入平等、社会公平目标相联系。由于一个人的健康状况(或疾病)直接影响其收入能力和生活质量,如果完全由市场来决定医疗资源的配置,低收入人群在疾病的打击下极易陷入贫困,从而加剧收入的不平等性。医疗服务应该是公民的基本权利,因此政府有必要进行干预使人人能享受基本医疗,这就是许多西方福利国家设计各种福利性医疗服务和保险制度的原因,其极端观点是根据人们要求分配医疗服务资源以实现社会福利最大化。

但是根据要求分配医疗服务资源的概念与主流经济学的观点相背离,因此遭到批评,主要有以下几种批评。第一,无底洞观点。健康无疑遵循生产中边际效率递减的规律,因此,如果选择技术层面的健康最大值,医疗服务的边际量将对健康水平没有影响。由于社会目标不可能都得到最大化的实现,如果社会能适当减少医疗服务,将资源用于其他目标,社会福利函数将有所改善。由此看来,技术层面的健康最大值犹如无底洞,可能会耗尽社会所有资源。第二,需要不能不顾成本来选择。社会健康水平目标部分要根据健康的成本以及健康服务的价格来决定,没有一个社会会富裕到能实现所有目标的最大化,健康是有机成本。第三,决定要求中的某种药品的作用。健康要求也不能单纯由科学的医疗知识来决定,医疗专家是分析需要的关键因素,尤其是决定达到既定健康目标时医疗投入量需要方面是关键。但是,适当的健康水平目标必须在经济制约及其价值基础上选择,有时候,要有政治程序来决定社会在各种目标之间的权衡选择。第四,单一需要问题。在分析需要时以人均健康资源需要为指标,通常是错误假定只有一种技术方法能实现既定健康目标,而实际上会有几种可以替代的方法,不仅存在于医疗服务不同投入之间,而且存在于医疗服务投入和健康函数的其他投入之间^[1]。

二、政府失灵和公共机制缺陷

医疗服务和保险市场的特殊性成为政府运用公共机制进行各种干预的主要理由。但是,与此同时,不少学者对公共机制提出了异议,甚至认为会出现

政府失灵^[4]。

过去 30 年许多国家的政府对医疗服务和保险制度的许多干预的实践显示,其干预效果并不佳^[3]。

首先,因为政府的决策往往在很大程度上取决于政治上各派别的协商和讨价还价,因此势力相对强大的利益集团能影响和决定资源的配置和公共计划中费用的主要承担者和利益的主要享受者。

其次,通常情况是公共医疗资源总是流向富裕的城市中等阶层,而不是低收入的穷人;同时,治疗性医疗服务总是受到偏爱,而有效的初级医疗以及预防性服务总是遭到忽视。

再者,大多数政府以命令控制式的官僚规则管理制度运行,由于公共设施通常是以垄断形式运作,即使是用心最良苦的官僚机构也会由于信息的缺乏和对病人实际需求的隔膜而日益退化,因此,公共医疗服务往往会漠视病人的要求和需求。没有竞争,公共医疗服务运行效率就会退化。而且,政治团体操纵公共医疗服务的运作,将其变为某些团体就业和其他利益的庇护场所,以此来博取自己的政治资本和培植自己的拥护者。

最后,医疗服务市场中的医生和医院具有一定程度的垄断权,与此同时,消费者对于价格和治疗没有完善的信息,信息不对称对医生有利。当缺乏必要的制约和平衡机制时,公共机构中的医护人员的利益会威胁到病人的利益,许多发展中国家普遍存在医护人员的腐败,欺诈,收取回扣和红包等现象就是明证。如果政策消除了因行医执照造成的偏离,而却没法消除信息问题造成的偏离,病人的福利还是会受到损害。福利经济学中的次佳原理认为不能相信政策能促进福利^[4]。

三、各国实践:公共机制和市场机制的结合

发达国家在谋求实现医疗服务保险制度的上述目标时所遇到的严重的市场失灵和政府失灵导致它们以不同方式构筑其医疗制度的努力,许多国家试图结合政府作用和市场机制作用。任何国家影响医疗制度主要有四种机制:筹资机制,组织机制,激励机制和调控机制。所有机制有时围绕四个因素进行:效率,公平,医疗费用和服务质量。

1. 效率和公平的权衡

前面主要从市场效率角度来考虑公共机制和市场机制的作用,实际上其中还涉及公平和效率之争。社会中许多人会不满意效率至上的配置结果,就是说会存在高于效率的其他考虑,如公平性。在医疗

服务中,公平性考虑最关注的是人们是否得到他们所需要的医疗服务。对于需要的定义千差万别,这里定义医疗服务要求是从社会对人口健康的考虑出发。一般而言,一个国家的医疗服务有四个目标:(1)引入具有社会效率性的医疗服务利用体系;(2)在不同人口中分布风险;(3)在人的一生中分布风险;(4)根据需求(反映收入和健康状况的需求)分配资源。第一和第三个目标注重效率,因此倾向于发挥市场的作用,第二和第四个目标则更注重平等性。任何国家干预的医疗保险计划首先都是在效率和平等间的权衡^[5]。

公平包括筹资的公平和医疗服务获取的公平。医疗服务的公平性很大程度上取决于筹资方法,其中涉及水平公平和垂直公平。水平公平指对于处于相同状况的人同等对待,在政府社会保险项目中,相同状况可以指相同的贡献(支出,如缴费多少),也可以指相同的受益(收益,领取多少)。垂直公平是指对于不同等的人区别对待。从贡献方面看,如果缴费是根据人们的支付能力设定的,就是垂直公平;从受益方面看,如果收益随着人们的要求水平而增加就是垂直公平。此外还有个人公平和代际公平。个人公平是个人收益的期望现值等于其贡献的期望现值。如果不同代的人相对其贡献获得相同价值的收益就是代际公平。

效率除了帕累托效率,还有管理效率,GNP 效率和目标效率。管理效率是在既定水平的管理成本下取得最高水平的计划目标;或者以最小的管理成本获得既定的计划目标。GNP 效率是指以一定的投入(土地、劳动、资本等)取得最大的产出。目标效率是指计划成功地集中支持了那些被选中的受益者。任何项目就是在各种目标间权衡选择,政府在目标权衡中起着主要作用。

从筹资角度看涉及六种效率。(1)医疗服务的生产效率(运营效率),即在给定的服务模式中,每服务单位以最低的单元成本进行提供,即利润驱动下使边际成本等于边际效益。其影响因素包括管理能力和动机、管理机构规模和配置、会计核算体系的充分性和服务提供者勤奋工作的动力;(2)医疗服务的利用效率(内部配置效率),它有三个相关方面:首先,资源转化为满足实际需要时是否使用了最有效模型(社会性效率);其次,给定的医疗服务模型是否以合适水平为人口中每人使用;第三,服务模型或某一特定提供制度是否倾向为疾病群体,或那些受惠

后能最有效地阻止疾病妨碍整个经济发展的人口群体提供服务；(3)资金效率则是所筹资金用于医疗服务生产部分，与资金筹集及资源转移到特定点点的管理成本之间比率的函数；(4)筹资平等，包括特定制度的筹资是如何影响一国居民的经济状况(相对全国经济平等目标而言)；(5)医疗服务分配平等，指人口中医疗服务获取的平等水平；(6)医疗部门所筹资金从社会整体所有部门考察的配置效率(部门间配置效率)^[9]。第一、二、三的效率被认为是私营部门更能有效的实现。第四和第五实际上是医疗服务的分配平等和筹资平等问题。配置效率至少要实现两个目标：成本效果和风险共担。当然，效率会受到激励机制的影响，包括需方(病人)激励机制和供方(医生)激励机制，因此病人自付的设计和对医生付费方式的设计很重要。技术性效率受到医疗服务机构组织方法和供给方组织激励机制的影响，以及政府调控机制的影响。

效率的考虑并非政府干预的惟一和主要的原因，再分配起着重要作用。对于政府干预的形式——强制计划、直接提供服务和商品、再分配和调控在医疗服务市场中都存在。且不说一些欧洲福利国家，如英国具有全民保健计划，由政府为全体人民提供强制性的医疗服务和保险，或者如德国那样强制性建立社会保险计划，就是美国这样典型的市场经济主导国家，也有部分的强制的医疗保险计划和直接提供医疗服务计划，老年医疗保险和穷人医疗保险是美国对部分人口实行的强制性社会医疗保险计划；通过公立医院、退伍军人管委会和其他计划，政府直接提供了大量的医疗服务。医疗服务和医疗保险的提供成为收入再分配的主要手段。政府还直接对医院进行资助，对食物和药品进行管理，推行强制性医疗保险(主要由州一级进行)，税收政策(州和联邦政府提供大量税收补贴，对雇主购买的保险进行免税)，政府提供公共卫生服务以及资助教育和医学院。此外，政府充当了重要的调控者角色。

2 医疗费用和质量

在过去的 20 多年内，发达国家找到了有效管理医疗费用上涨的方法，医疗服务组织和筹资方法是关键，其中依赖国家预算筹资或者在总额预算下的多样性保险计划以及单一的付费来源是最有效的。现在的问题不仅是如何控制费用，而且是如何与此

同时能在确保病人和公众合理的满意度情况下提供成本效果良好的各种医疗服务组合。

医疗服务的质量包括技术和人员质量。医疗服务的技術质量很大程度上取决于组织机构，调控措施和激励机制。虽然技术质量取决于医务人员教育和培训情况，但是后者不能确保医疗质量，医护人员的行为很大程度取决于其职业道德水平，其所在环境的行医标准，有效的同伴评比和收入分配激励机制。各国实践证明保证医疗服务质量是医疗服务领域最复杂、最困难的内容。自我调控和约束不起作用，外在调控并不公平和理想，而且程序复杂，管理成本高。几个专业人员组成合伙团体进行内部互相比较监督，并承担外部责任也许是目前最有效的方法。

从国际上看，医疗服务和保险基本有五种模式：英国式的全民服务模式，加拿大式的全民健康保险模式，德国和澳大利亚式的社会保险模式，美国的自愿型医疗保险模式，新加坡的大病医疗账户模式。这些制度的公共机制和市场机制运用程度各不相同，其形成具有历史的、文化的、政治的和经济社会原因，医疗制度的效果也千差万别，难以判定优劣，各国也在纷纷探索和改革，目前还没有一种较完美的医疗制度，中国的医疗保险制度改革只能根据自己的历史文化背景和社会经济条件，遵循有关的理论，适当吸收有效的措施和方法，通过不断实践和探索，逐步改革，建立适合中国的医疗保险制度。

参考文献：

- [1] Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M., *The Economics of Health and Health Care*, Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 1997.
- [2] Stiglitz Joseph, *Redefining the Role of the State*, World Bank file from website. Presented on the Tenth Anniversary of MITI Research Institute, 1998.
- [3] Hsiao, William, Winnie Yip, et al. *International Comparison of Health System*, Special Report 2 for Hongkong Health System Reform, 1999.
- [4] 同 1
- [5] Donaldson, C. & Karen G., *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand* New York: St. Martin's Press, 1993.
- [6] Andreano R & Thomas H., *The Role of Private Sector in Health Care in the Developing Countries*, in *Health Care Financing*, 1987.