

# 强化政府对医疗保健市场的干预 加快医疗保健制度的改革

辜胜阻 李 珍

该文认为医疗保健制度已成为目前影响面最大的社会问题。其成因在相当程度上是由于放任引起的。医疗保健市场是一个具有特殊性的市场,所以政府干预是十分必要的。作者还针对我国实际提出了改革措施。

作者:辜胜阻,男,1956年生,武汉大学经济学院教授;

李珍,女,1956年生,武汉大学经济学院副教授。

1996年下半年一项七城市职工调查表明:城市职工普遍关心的问题是医疗保健制度的改革。人们对这一问题的关心度高于对住房制度的改革和物价及养老保险问题而居第一位。广大群众最大的不安来自于医疗保健制度。随着医疗费用高速增长,一些职工的生活因垫付的巨额医疗费无法报销而受到影响,同时,国家和企业也不堪重负,医疗保健制度已成为目前影响面最大的社会问题。

我国医疗保障的问题主要表现在:(1)国家投入相对下降,医疗费用上涨过快,农村贫困人口和城市困难企业、事业单位的职工有病不敢求医。1978年,政府对医疗卫生的支出占卫生总支出的28%,1993年这一指标下降为14%;同期,个人自付在总支出中的比重由20%上升到42%。1986年到1993年,人均医疗费用年均上升11.2%,同期,人均国内生产总值年均上升7.8%,医疗费用的上升速度大大超过经济的增长。(2)“以药养医”,医药资源浪费巨大。由于医疗服务价格相对较低而药品的价格相对较高,造成医业和药业的合谋,医院、医生通过开大方、用高价药及设备而获取经济利益,造成资源的极大浪费。在发达国家,药费在医疗总费用中的比重约为14%,发展中国家为14-40%不等,而中国则高达52%,北京的这一指标更是高达70%,形成所谓“以药养医”的局面。(3)由于医生和病人的合谋,出现了“一人有保险,全家有药吃”以及“小病大养,无病求医”的现象,造成大量的浪费。目前享受公费和劳保医疗的人约2.3亿,占总人口的19.5%,这部分人口消费的医疗费用占总人口的42.5%,高达480亿元。而且以年平均23.3%的速度增长,大大超过同期国家财政在医疗费用方面的年均12.5%的速度。(4)医疗保障制度覆盖面小,医疗服务资源的享用不公,没有保险的人口,特别是贫困人口,医疗保障需求严重不足。中国公费和劳保医疗制度的覆盖面仅为社会总人口的19.5%,却占用了医疗费总支出的40%以上。农村地区的合作医疗只覆盖了农村人口的10%。(5)混乱的医疗保健市场把原有的以企业为单位的公费医疗制度推向了绝境,公费医疗制度成为许多单位的沉重负担。40%以上的亏损、困难企事业单位的职工看病是先付款后报帐,许多职工医疗费用报销十分困难。群众讲“小病顶,大病抗,重病等着见阎王”。

医疗保健和健康保险制度的改革已是迫在眉睫。我们认为这些年医疗保健及健康保健制度的问题在相当程度上是由于放任引起的。其实,医疗保健市场是一个具有特殊性的市场,政府在这一领域的有效干预是必要的。

医疗保健市场的特殊性主要表现在以下几个方面:第一,供给决定需求。医疗保健市场与一般商品市场不同,在这个市场上,由于信息的非对称性,消费者相对于生产者处在非常不利的地位,在这里医生和医院可以决定病人的需求,是由医生而不是病人指定治疗和所需药物的种类和数量;第二,需求具有刚性。医疗服务需求的特殊性主要表现在医疗服务和药物的需求具有刚性;第三,具有极大的道德风险。由于需求具有刚性而供方又有权决定需求品质和数量,这就使这一市场具有极大的道德风险。医疗保健市场的特殊性,决定了健康保险无论是社会保险还是商业保险,在经营过程中都同样面临巨大的道德风险问题。这样,健康保险和其他保险不同,它的成本除了经营费用之外,主要包括三个方面的内容:真实的医疗费用支出、道德风险引起的支出以及为控制道德风险而支出的费用。而真实的医疗费用又主要包括合理的医生的服务费用、药费、住院费以及医疗设备费。一个有效的健康保险制度应该是在尽可能满足国民医疗服务需求的同时,最大限度地降低道德风险及其控制成本。由于医疗保健市场的特殊性,一般地从理论上讲,市场机制在这一市场可能会失灵,而国家在这一领域的干预是必要的。国际劳工组织对世界范围内的调查研究后证实了这一点。德国以社会保险为主的健康保险制度,90年代初以11%左右的GNP为99.5%的人口提供了医疗费用和疾病收入保障,是一个政府干预成功的典范。而以市场调节为主的美国健康保险制度,1993年花去了GNP的14.6%,但却有3700万人口即18.5%左右的人口没有健康保险,较之于德国,美国的健康保险制度是不经济的。

因为医疗保健市场的特殊性,政府在这一市场的作用应受到应有的重视。在医疗保健市场上,由于信息的绝对不对称,竞争的结果不仅对消费者表现为价格的上升,而且必然引致医疗资源的浪费。无视这一市场的特殊性,完全导入自由竞争的市场机制是有害的,中国近些年的实践已经证明了这一点。可以说,几十年以来运行不错的公费医疗制度的危机是从市场机制引入医院时开始的。中国政府应该和必须做到:第一,有一个符合中国实际的明确的医疗保健政策,并使之成为全民所了解和努力的方向;全民皆保险在中国虽然还遥遥无期,但作为一个目标,政府应胸中有数;第二,中国政府是可以考虑学习德国政府的医疗费用预算制度的。这里重要的是像德国那样将医疗预算的水平与经济水平结合起来考虑,这一点应成为医疗保健政策的重要内容之一。目前中国医疗保健市场上盲目大量进口高级设备、高级药品,完全不顾国民经济的承受能力。为了推销这些产品和服务,药业、相关产业和医业必然合谋算计病人和现存的公费医疗保险制度。第三,政府应在医业、药业、医疗设备业、保险业与国民之间以及各利益集团与经济发展水平之间起更多的协调作用,既要防止各利益集团的冲突,又防止各集团合谋,使医疗保险市场能健康发展。

中国应该建立社会保险、商业保险、合作医疗并重的三位一体的医疗保险制度。

**建立社会医疗保险制度**,为城市职工提供基本保障。社会保险有利于在宏观上控制一国的医疗保健费用,有利于强制国民加入,但是指望单一的社会医疗保险制度来解决12亿中国人口的医疗保健问题是不可能的,这是由中国的经济水平和经济结构决定的。社会医疗保险的对象只能从城镇职工人口开始,逐步扩大。目前对旧有公费医疗制度的改革,就是要建立起以城镇职工为主要保障对象的社会医疗保险制度。

**恢复和完善相互保险性质的合作医疗制度**,为农民提供基本保障。中国60年代建立的农村合作医疗制度,覆盖了85%的农村人口。这一制度曾经以它的低成本为提高广大农民的健康水平起了“举世无双的”作用。如今,在一些国家的医疗保险制度走进了死胡同,他们在探

索借鉴中国合作医疗的作法。遗憾的是,经济体制改革之初,这一制度像澡盆里的孩子,在泼洗澡水时被一起泼了出去,中国的合作医疗制度由于种种原因而解体了。近些年,政府花了很大的气力才将这一制度的覆盖率恢复到 10%。在广大的农村,合作医疗制度曾经很好地为农民的医疗费用风险提供了基本保障,为农村医疗保健事业作出过巨大的贡献。合作医疗制度以前是目前仍然是符合中国农村的一种行之有效的制度,这不仅仅是因为这一制度提供的保障水平与农村居民的经济能力相适应,还因为,这一制度受着农村社区文化的制约,医生、病人的行为都在邻里乡亲的监控之下,所以道德风险可以得到较好的控制而无需为控制行为付出成本。由于这一制度有它存在的合理性,几年之后不少农村地区又自发地建立起合作医疗组织。对于这一符合农村经济水平和农村社区文化的制度,政府应给以足够的重视,尽快将这种自发行为变成自觉行为,普遍建立农村合作医疗制度,还农民以基本保障。

**繁荣商业健康保险,满足国民的不同层次的需要。**以上两种制度并不能保障所有人口,同时也不能为被保人口提供所有风险的保障,尤其是合作医疗保障制度,只能是提供非常基本的保障。这就需要繁荣商业保险来为不同的人群提供不同保障水平的需求,尤其是对高额医疗费用保险的需求。靠新闻媒体宣传、靠“献爱心”的义举是不能保证全民的健康的。保障全民的健康除了社会保险和合作医疗制度外,还要靠能有效地分散风险的商业保险制度。中国开办商业健康保险已有十多年的历史,但因为保险公司内部的问题和缺乏外部环境的配合,一直得不到应有的发展。目前,保险产业内部的全面竞争机制形成,全面开展健康保险业务亟待外部环境的配合。

中国的社会医疗保险和商业保险,关键在于建立风险分担机制,有效控制道德风险,降低医疗成本,减少医疗费用。

第一,加快职工医疗保险制度的改革,扩大风险分散单位,尽快改变目前以企事业单位为基础的脆弱的医疗保险体系。目前以单位为基础的医疗保险体系共济性低、风险分散程度低。从 1978 年到 1994 年,职工医疗费用支出从 27 亿上升到 558 亿,年平均增长 20%,大大高于经济增长速度。一些企事业单位特别是老企业不堪重负。有些单位把医疗费按人头分到工资中,使职工处于高度风险之中。有的单位全部的医疗费用被少数慢性病人用尽,绝大多数人处于无钱治病状况。要改变这一状况,必须加快医疗费用统筹的进程,在大范围内分散风险。

第二,实施医疗费用预算制,控制国民医疗费用总支出。在这一预算内,再细分各科医疗费用预算。预算的水平与经济水平和经济的增长挂钩,同时预算的水平还要考虑人口老化的因素,因为人口老化会引起医疗支出的增加。制定定额结算的标准,实行定额结算,建立医院费用结算审核制度。例如,上海市从 1993 年 7 月到 1994 的 6 月 30 日,医药费上涨 53%。1994 年 7 月,上海开始实施医疗费用预算制:限制医疗费用的增幅为 24%,其中药费支出的上涨不得超过 15%,降低医院药品费、检查费,提高诊疗费、手术费。这种总量控制结构调整的措施克服了医疗一味购置大设备、开大处方、开高级药造成的严重的资源浪费行为。

第三,制定大体统一的主要服务和药品的价格,并予公布,使医疗服务的供方主要在服务方面竞争,而不是价格上竞争。对一般居民必需的基本的医疗服务,实行固定的“低价”政策,而对必需程度低且道德风险高的医疗服务项目,则多由市场定价。分离门诊和住院业务,实行门诊医生服务收费制和医院医生薪水制。医生、医院服务费用是医疗费用的一个重要组成部分,这一部分费用是否合理是很重要的。大量的医疗服务的需求是由门诊来满足的,对于门诊服务费用的控制非常重要。统一的服务价格配合以预算制度,以及下述各项措施,既可以保证

医生在服务方面的充分竞争,又可以有效地控制道德风险,节约医疗费用。

第四,切断医疗服务提供者与消费者之间的现金流。中国供需双方存在现金流制度直接导致了三个方面的问题:医生乱收费和滥用服务的行为无法有效控制,这是造成当前公费医疗制度危机和无保险者“看不起病”的主要原因,也是医疗资源巨大浪费的主要原因之一;现金流制度是公费医疗制度资源的遗漏的条件之一,目前一些人利用先付款后报帐的机会,涂改和制造假发票向公费医疗制度报销,造成公费医疗资源的大量流失;现金流制度迫使各企业、各单位设专人专帐负责报销,这会增加制度的成本。切断医疗服务供需双方的现金流可以减轻问题的严重程度。

第五,分离门诊医生的处方权和售药权,粉碎医业和药业的合谋。中国的医生、医院又开处方又卖药为医生滥用药物提供了便利条件,医生、医院既可从多卖药中多获利,又因多卖而从药业得到“回扣”,医业和药业的合谋已是尽人皆知的事了。为此,人们呼唤医德,这固然是不错的,但仅有医德是不够的,必须建立约束医业和药业合谋的机制。

第六,从供给方控制诱导需求形成的道德风险,降低医疗成本。“无病就医,小病大治”、医生与病家合谋、医业与药业、医业与设备业合谋等等道德风险是普遍存在的,要控制这类道德风险是需要成本的。人们可以通过限制需求方也可通过供给方来控制道德风险。但是通过限制供给方来控制风险的制度是一种成本较低的制度。因为医生人数比被保人少,易于控制,另外,决定医疗服务量的是医生而不是被保人,所以监控医生的行为可以说是抓住了矛盾的主要方面。

第七,采取有力的措施限制医疗器械检查的过度使用,切断医院物质利益同医疗器械供给量之间的关系。这里可以设想总量控制和医疗器械“误用”赔付制。全国CT总量达几千台;北京一地计有核磁共振器8台,而人口规模与北京相差无几的伦敦仅有一台。实行总量控制就是在地区范围内限量。目前我国的CT扫描检查显阳率仅为10%,大大低于50%的平均水平,过度使用十分明显。误用赔付制就是要根据显阴率水平让“误诊者”给予“赔偿”。

第八,加强对非处方药物市场的管理,通过非处方药提高个人自我保健和治疗小病的责任,以便减少医疗费用。发达国家从70年代开始把药物分为处方和非处方药两大类,并实施以相应的管理。国际上的非处方药物市场发展很快,年销售额已达440亿美元,占世界药物市场的16%。在美国,非处方药销售量已占药物市场的60%,在其他一些拉美国家也占到25%左右。首先是“个人健康照护”使得非处方药市场得到了极大的发展。个人健康照护是指个人通过医务人员的建议自我防止和治疗疾病的一种方法。在许多国家,人们认为非处方药柜台对个人健康照护很重要。一个调查表明,在发达国家人们用个人健康照护的方法(包括非处方药)治疗60—95%的小病。在发达国家,个人健康照护已经成为许多居民有意识的行为。其次,由于医疗费用的负担太重,许多国家的政府把非处方药摆在重要的地位,以期通过非处方药提高个人自我保健和治疗小病的责任并减轻政府的负担。越来越多的国家准备在近年扩大非处方药的品种,以便减少医疗费用。另一方面,非处方药物确实可以为消费者省一大笔钱。比如,在美国治疗每一疾病的非处方药物的平均花费不足4美元,而处方药则高达24美元。目前,我国非处方药店、药柜纷纷出现,虽然在经济上和便利程度上起了积极的作用,但是不是安全有效与合理,还是一个问号。只有安全、有效与经济结合起来,非处方药物市场才会健康发展。否则,卫生保健制度的经济性将以牺牲居民用药的安全为代价,这是得不偿失的作法。一方面是要加强药品质量的管理,严防假冒伪劣药品进入市场;另一方面是要提高市场准入的

标准,经营药店的申请者必须拥有足够的医药技术人员为消费者提供咨询,让居民能安全、有效、经济、合理地使用非处方药品。

第九,扩大公共卫生方面的支出,保障贫困人口对医疗的基本需求,缓和因病致贫和因贫致病现象。公共卫生服务具有公共产品的性质,它包括社区卫生服务(如免疫)、卫生行为的矫正(如禁烟、防止性病传染)及环境卫生等。长期以来,我国政府对公共卫生是十分重视的,但近几年来公共卫生面临投入不足和协调机制不灵等多种问题,使公共卫生面临挑战。例如,政府在流行病防治方面的支出占国内生产总值的比重由1978年的0.11%降至1993年的0.04%。这种状况已导致一些流行病的回升。此外,政府也有责任来保障贫困人口的基本医疗保障。虽然我国农村贫困人口在下降,但城镇贫困人口呈增长的趋势。贫困和疾病往往是交织在一起,有人因病致贫,也有人因贫致病。政府要将扶贫和医疗保障服务改革结合起来,增加政府在卫生方面的转移支付,将此作为反贫困的一个工具,努力为贫困人口提供最基本的医疗保障,帮助贫困人口克服“病—贫—病”或“贫—病—贫”的恶性循环。

责任编辑:张力之



### 书 讯

△ 吴根友编著《中国社会思想史》,已由武汉大学出版于1997年1月出版。

全书25万字,定价12.80元。

(张)