

中国医改的“公益性”该如何体现？

徐轶青/文

《华尔街日报》中文网·公共利益论坛

2013年9月17日

“公益性”是近年来中国医改的关键词。2009年3月16日，中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》七次提及“公益性”，要求“从改革方案设计、卫生制度建立到服务体系建设都要遵循公益性的原则”、“公立医院要遵循公益性质和社会效益原则”等等。

但是，2009年至今的医疗改革，虽然以“公益性”为口号，却没有解释“公益性”在医疗卫生领域的具体涵义。“公益性”是否仅仅意味着政府加大投入，或政府主导（涵义亦不清），学界和公众都不清楚。一些专家甚至对它提出公开质疑，认为“公益性”这一提法已成为学术界和理论界的“公害”。

今年2月至7月，笔者参与了由哈佛大学公共卫生学院萧庆伦教授领衔的研究团队。研究的目的是要厘清“公益性”在医疗卫生领域的确切涵义。

在关于卫生体系的理论研究和大量的经验证据的基础上，我们提出，“公益性”的提法有意义，但它并不单纯等于政府投入或政府举办，也不同于经济学中的外部性概念。医疗卫生领域的“公益性”，实际上是指医疗卫生服务的分配效率和生产效率。明确“公益性”的具体涵义，对下一步医改的方向和成败有重大的影响。

首先，在分配维度，公益性要求一国的医疗卫生制度大致反映大众的公平观。医疗卫生资源的公平分配，在一定程度上要求健康结果的平等。分配效率是由社会价值决定，医疗政策的分配目标是公共选择的结果。中国政府提出“人人享有基本医疗卫生服务”，即是对这种社会价值的确认和回应。

在现实中，社会成员的支付能力大相径庭，使得完全由市场机制决定的资源配置无法实现分配效率。这主要是由于高收入者不仅收入高，而且流动性资产也多，其信贷约束远比低收入者宽松。

由于支付能力的巨大差异，使得政府需要承担相当的分配职能。其一，是通过适当的筹资或保险机制减少社会成员的支付能力差异。社会保险是重要功能之一是再分配。与美国的情况不同，在中国，尽管存在城乡差异，政府仍然是医疗费用支出的主要筹资人。中国相对单一的筹资体系具有比较强的再分配功能，对实现分配效率是有利的。

其二，是将医疗服务的价格压低到低收入者能够负担的水平，同时通过控制支付渠道管理高收入者的支付能力。理论上来说，政府“扭曲”医疗服务价格的目的是使得穷人买得起医疗服务，同时富人在公立卫生体系内无法单纯用钱买到服务的优先权。

然而，被人为压低的服务价格创造了寻租的空间。一方面，医院可以为了创收巧立名目；另一方面，支付能力强的患者可以通过各种手段获取优质医疗资源。从医生的角度看，由于服务价格被严重压低，医生的人力资本无法得到合理回报，他们会通过额外的收费弥补这种损失。因此患者给医生送红包就成了家常便饭。这种医生与患者之间非正常的交易关系，破坏了医患之间的信任，可能是近年来暴力伤医事件频发的原因。

但这并不意味着说医疗改革要放弃分配效率。医改的目的在很大程度上就是要通过理顺筹资体系、改革医院内部治理和增加供给等多种途径缓和目前遇到的矛盾。长期来看，刺激供给是重要的。为了给医生的教育培训市场提供正确的价格信号，一方面要提高医疗服务相对于药品的价格，另一方面，也需要开放一部私人市场，使得支付能力特别高的社会成员可以选择去私人部门消费。英国、澳大利亚这些对就医的公平性特别重视的国家，都是通过开放一部分私人市场（约 10%）来释放医疗消费能力。但特别需要注意的是，公立部门和私立部门之间的平衡非常微妙。在印度、南非等国家，由于私人市场吸收了最优秀的医疗资源，出现了泾渭分明的“二元结构”，结果，穷人只能在服务能力差的公立机构治疗，从而造成了更大的社会不公。

“公益性”的第二个维度是医疗服务的生产效率。医疗服务的过程不易观察，结果不确定性很高，患者很难判断治疗的合理性，疗效也不易验证。这些因素使得医疗服务区别于一般的私人商品，从而造成严重的市场失灵。例如，在利益驱动之下，医院和医生可以引导病人对医疗服务的需求。并且，由于患者对医疗服务的合理性认识有限——合理，有时意味着不做不必要的检查——医院之间以吸引患者为目的的竞争可能演变化为购置先进医疗设备的竞争（俗称“医疗军备竞赛”），从而造成社会资源的极大浪费。

困难在于，存在市场失灵的同时还存在政府失灵，后者往往造成比市场失灵更严重的后果。例如，在印度，政府试图维持一个对穷人大体免费的医疗体系，但政府向公共医疗部门投入的资金却不足 GDP 的 1%。并且，由于公立体系内的医院缺少有效的激励，出现了大量医生“翘班”的现象，这在中国是不可想象的。政府缺位使得印度的医疗体系的效率十分低下。虽然私营医院可以提供高水平的医疗服务，普通民众对其高昂的收费却只能望而却步。可见，市场失灵并不意味着政府直接举办医院就能解决问题。在当前中国的医院管理体系下，政府举办的医院也有很强的利润动机。

因此，医疗体系的“公益性”原则，体现在分配效率和生产效率两分面。仅仅强调政府加大投入或政府主导是不够的。为了实现公益性目标，政府可以从几方面入手，包括：完善的筹资体系建设、调整产业组织形式（例如，政府购买服务和鼓励社会资本参与建立非营利性医

院)、以及公立医院内部治理。就目前中国医疗体系的现状而言, 公立医院内部治理显得尤为重要。

中国医疗卫生体系缺乏“公益性”的一个重要原因, 是公立医院治理结构混乱。一方面, 公立医院由卫生部、财政部、发改委、人事部等部门多头管理, 各部委制定的政策经常相互矛盾, 使医院院长感到无所适从。另一方面, 公立医院在医院发展和创收方面仍享有较大的自主权, 多个政府主管部门却很少对其进行问责。上级政府可能既没有积极性, 也缺少足够的信息。

因此, 在思考医改的具体措施时, 政策制定者应重视医院内部治理结构的改革。当然, 这必然会涉及对既得利益的调整。一个可参考的思路, 是建立由社会力量广泛参与的医院管理理事会, 监督医院的运营, 对医院院长问责, 并向公众及时反馈。只有搞对公立医院的“参数”, 医改方能找到突破口, “遵循公益性原则”才不至于是一句空话。

(作者徐轶青系麻省理工学院政治系博士生候选人。文中多数观点来自哈佛大学公共卫生学院萧庆伦教授领衔的研究团队的集体成果。)