

[文章编号] 1672-7320(2010)01-0103-06

基于医疗服务特异性的政府定位

王 根 贤

[摘 要] 改革开放以来,我国把医疗服务等同于普通商品的消费逐步推向市场。结果是医疗(药)费飞速增长。医疗服务和普通商品消费不同,存在供给方诱发医疗需求、医疗领域存在着较强的价格机制缺陷及医院间自由竞争导致医疗装备竞赛和医疗(药)费越来越贵等问题。因此,通过市场交易规则提供医疗服务会产生严重的市场失灵。基于医疗服务特异性所导致的严重市场失灵,医疗事业应该坚持以政府为主导的发展思路,基本医疗要建立和健全覆盖全民的社会医疗保障制度。

[关键词] 医疗;市场失灵;政府定位

[中图分类号] D01 [文献标识码] A

改革开放以来,我国在经济领域引进了市场机制,在医疗领域也逐步引进了市场机制。市场机制促进了我国经济快速发展,但在医疗市场化的改革中却产生了严重的问题,即医疗(药)费飞速增长,人民群众面临看病难和看病贵的问题。

面对改革开放以来我国医疗保障制度出现的困境,政府和理论界高度重视,积极寻求新的改革思路及对策。集中表现为两种不同的改革思路:第一种思路认为,之所以出现医疗卫生保障制度改革困境,是因为改革开放以来在医疗卫生领域盲目引入市场化所导致的,改革思路是重新确立以政府为主导的医疗卫生事业。第二种思路认为,之所以出现医疗卫生制度改革困境,是因为医疗卫生领域的市场化改革不彻底,建议把医疗和卫生分开,公共卫生领域由政府承当,在医疗领域进一步朝着市场化方向改革。第二种思路在实践中的集中表现是宿迁医改。医疗服务领域能否按市场化的改革思路进一步发展?首先要判断医疗服务的消费和普通商品的消费是否基本相同或者说医疗服务是否是经济理论中的私人品。

一、医疗服务的特异性分析

私人品是相对应于公共品而言,公共品之所以是“公共”,是因为其消费涉及的不是一个人,而是许多人或一个集体。因此,有学者又把它称之为共用品。公共品具有两个特点:一是消费的非竞争性(non-rivalry),二是消费的非排他性(non-excludability)。萨缪尔森在 1954 年对公共品给出了一个数学表达式为: $X_{n+j} = X_{n+j}^i$ ($i=1, 2, \dots, m$)。即对任意一个消费者 i ,他所消费的该公共品的数量就是该公共品的总量 X_{n+j} ,这意味着公共品在一组消费者中是不可分割的,这就产生了市场失灵。

私人品用数学表示是: $X = \sum_{i=1}^n x_i$,表示私人品的消费总量是每一个消费者的消费量之和。私人品就具有了竞争性和排他性的特点且私人品的消费总量是可以在每一个消费者之间进行分割的。由于私人品的消费可在消费者之间进行分割,因此,在一般情况下,普通商品的买卖双方就可以通过谈判、讨价还价形成双方满意的价格,这就为市场交易提供了可能。

一般来说,医疗是疾病的治疗,一般不具有传染性疾病的治疗就具备了消费的竞争性和排他性的私人品特点。正因为如此,有学者认为医疗服务属于个人消费品,可以按市场交易规则提供。但是,医疗服务的消费还具有不同于普通消费品的特异性,若按照普通消费品的市场交易方式提供,将无法避免严重的市场失灵。

(一)医疗服务供给方或医生诱导医疗需求模型

医疗需求是人们在一定价格水平下对医疗服务的需要,它包括人们有需要的欲望同时具有支付的能力。在一个充分竞争市场的模型中,消费者做出理性判断的基础是信息充分。因此,供求关系的均衡状态是建立在供求双方拥有价格、质量等充分信息的基础之上。然而,不完全信息和非对称信息是医疗消费过程中的突出特征。图 1 说明了医疗供给方或医生诱发医疗需求的情况。

若在市场机制作用下,供给方必然追求利润最大化。尤其是当医院是私营医院,既没有社会慈善捐助也没有财政拨款、自负盈亏时,医院必然要以盈利为目标。以盈利为目标的医院必然要把医生的收入水平同看病治疗(开药)费用建立关联。医院和医生在利益动机的激励下,总是想把医疗(药)费推高。在现实中常常表现为:一是医生让患者多做检查、小病大治等,结果是需求曲线从 D 移动到 D_1 (图 1)。在医药费用价格不变的条件下,医院的总收益 $= PQ$; 当需求量从 Q_0 增加到 Q_1 , 医院总收益从 P_0Q_0 增加到 P_0Q_1 , 总收益增加量是 $P_0Q_1 - P_0Q_0 = P_0(Q_1 - Q_0)$ 。二是需求量没有变化,医生通过使用价格高的药品和治疗手段等而使价格从 P_0 增加到 P_1 , 医院总收益就从 P_0Q_0 增加到 P_1Q_0 , 总收益增加量是 $P_1Q_0 - P_0Q_0 = Q_0(P_1 - P_0)$ 。三是上述两种方法综合运用,医院总收益的增加量是: $P_1Q_1 - P_0Q_0$, 此时的结果大于上述两种方法增加量之和。

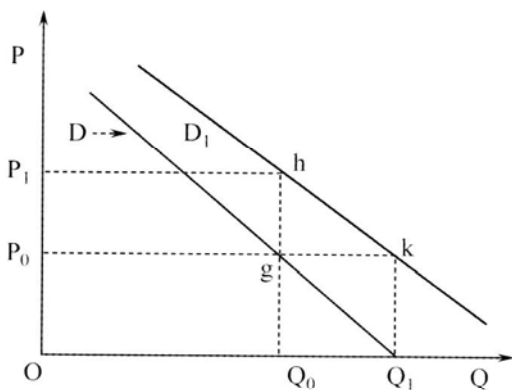


图 1 医生诱发的医疗需求曲线

另一方面,医院和医生也具备了把医疗(药)推高的能力和手段。这是因为医疗服务是一种专家服务,具有天生的非同质性和供给方信息垄断性,医生对疾病的严重程度、治疗手段的有效性、医疗(药)服务的适度性等信息更为了解。相比之下,患者及其家属由于缺乏医学知识和对疾病的恐惧心理,对医生往往持服从态度。在这种情况下,即使存在独立于医院的第三方监督机构也很难进行有效监督。那么,兼具服务建议者和服务提供者双重身份的医生就可以很方便地实现诱发需求的目标。

事实上,即使存在独立于医院的第三方监督机构,也只能在一定程度起作用,只要医院和医生以盈利为目标,医院和医生推高医疗(药)就无法避免。这种情况在美国也屡见不鲜。罗森指出:“更为复杂的情况是,可能你言听计从的人,即你的医生,恰恰是要向你出售这种商品的人。”^①

结论是不论医疗市场化程度如何,只要存在医院以盈利为目标和医生的收入同看病治疗(开药)费用挂钩的市场提供方式,医院、医生诱发医疗需求情况就无法避免。

(二)医疗服务的垄断性和特殊性导致严重的价格机制失灵

在亚当·斯密的自由放任的竞争市场模型中形成的有效的市场价格,有两个显著特点:一是供求双方很多,二是提供的产品是同质的。然而,现实中医疗服务的市场供给同完全竞争市场模型相差甚远:

一是医院存在垄断性,二是医生提供的服务具有天然垄断性。因此,如果医院和医生追求利润最大化,医疗服务的供给者很容易利用医疗服务的垄断性和特殊性牺牲患者的利益。如图2所示,在垄断条件下,边际收益线位于需求曲线D的下方,垄断势力索取的价格将超过生产的边际成本,价格与边际成本之间的差距产生了福利损失。因此,医疗服务领域存在着明显的市场价格机制失灵。

在图2中,如果长期内供给是完全弹性的竞争性供给,供给曲线也是平均成本AC的边际成本MC,则竞争性的价格和产量分别是 P_0 和 Q_0 。如果该行业是垄断的并且需求和成本是不变的,利润最大化的产出为 Q_1 ,此时 $MR=MC$,垄断价格为 P_1 ,福利损失由三角形ABC表示。

如果此时政府对医疗卫生服务的价格进行适当管制,可以在一定程度上减少由垄断造成的福利损失。假定政府设定医药费最高限价为 P_2 ,垄断者的边际收益在产量小于 Q_2 前都是水平的,等于 P_2 。在产量为 Q_2 前,边际收益都超出了边际成本,因此,垄断者至少会提供 Q_2 数量的产品和服务。当利润最大化的产出是 Q_2 时,福利损失将减少四边形EFBC,由原来的三角形ABC变化为三角形AFE, $\triangle ABC - \triangle AFE = \text{四边形EFBC}$,由此可以得出,政府的价格管制可能是降低价格、减少垄断者获取垄断利润、减少福利损失的一个有效工具。

另一方面,医疗服务在很多情况下充满着不确定性。在很多情况下,医疗服务提供者和得到服务的消费者之间无法通过谈判讨价还价形成双方满意的价格。美国经济学家兼医生杰弗里·哈里斯讲到:“X先生发烧、咳嗽,于是去看A医生。胸部X光透视检查发现了阴影,他住进了医院,医生给他注射了青霉素,这让他的烧退了,但X光复查发现阴影没有消失。于是进行痰液检查,查出了肺癌。进一步的研究表明,外科手术可以切除病灶。于是进行手术,不幸的是,发生了术后大出血,尽管如此,随后还是发生了心力衰竭,医生宣布进行紧急复苏抢救。X先生被转移到特护室,插着胸管,戴着呼吸器。血管的专项扫描发现了出血点,于是再次进行手术。”^[1] (第421页)这说明医疗服务在很多情况下具有不可预见性,医疗服务提供者不像市场上普通商品的提供者。在一些情况下,医生更像消防员,匆促地为需要者提供服务。要求医生在治疗前就同患者进行谈判,并给患者一个精确的、就像市场上那样的通过谈判讨价还价形成双方满意的价格谈判是不可能的。医疗产品的信息不对称和信息不完全,也使医疗产品的消费者难以展开讨价还价的谈判。这样一来,医院与患者、医生与患者之间的信息不对称就产生了。医生在治病过程中,在很多情况下是用非价格决策规则支配他的医疗行为的。

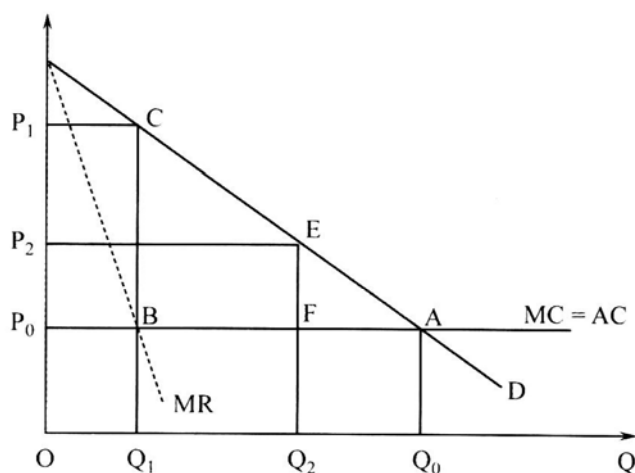


图2 医疗服务的垄断导致的价格机制失灵

因此,医疗服务的提供者和需求者之间不可能像一般市场交易那样,一开始就可以通过谈判形成确定的交易价格。医院和医生在很多情况下是用非市场交易价格决策规则进行的。有的情形是患者痛苦的呐喊和尖叫,指引着有良知的医生和白衣天使像战场上的战士一样匆忙地进行战斗即提供医疗服务。因此,医疗服务消费存在着明显的价格机制缺陷,企图通过一般的市场机制提供医疗服务并运用市场供

求规则确定价格,这是不能实现的。医疗服务领域存在着明显的市场价格机制失灵。

(三)医院间的自由竞争导致医疗(药)费越来越贵

假设医院自负盈亏且医院之间可以自由竞争,那么,医院要生存和发展,必须吸引更多的消费者即患者。若一个需手术治疗的患者面前有 A 和 B 两家医院, A 医院医疗设备先进是个大医院, B 医院医疗设备次之是个中型医院。患者将选择哪个医院就医?一般来说,患者是基于生命攸关、生命无价和手术治疗不是普通商品服务,选择错了不可以重来这样的理念来选择医院的,所以,理性的选择是 A 医院。事实上,不需手术而需其他方法治疗的患者也同样是以这样的理念选择医院的。于是, B 医院为了吸引患者也必然购买先进的医疗设备和聘名医,以吸引患者。最后结果是,在自由竞争的医院市场中,生存下来的医院都具有一流的且齐全的医疗设备,而一流的且齐全的医疗设备都需要患者分摊成本。而患者到医院看病,做什么检查,用什么方法治疗,都是医生安排,这就为患者分摊医疗设备成本成为可能。就这样,医院间的自由竞争导致医院的医疗装备竞赛,最后是医疗费昂贵。

下面再用博弈论分析之, A、B 两家规模基本相同的医院都在独自决定是否引进肺器官移植新技术和新设备。如图 3,若两家医院都不购买,总利润为 5 亿元。若 A 购买, B 不购买, A 得 3 亿元, B 将损失 0.6 亿元。若 A 不购买, B 购买, A 将损失 0.6 亿元, B 将得 3 亿元。若 A 购买, B 购买, A 得 2 亿元, B 也得 2 亿元。两家医院的策略选择是什么?

若两家医院的策略是都不购买,总利润为 5 亿元是最好的结果。按照博弈论的观点,两家医院都将选择购买。因为,两家医院即使达成一致不购买,这种情况也不会长期保持,盈利和竞争的动机也会促使有医院购买,更何况两家医院是竞争对手,达成不购买的一致协议较难且这样的协议也不受法律保护。因此,两家医院都有其优超策略。即无论 B 如何选择, A 选择购买的利润都将大于不购买,所以 A 的选择是购买。类似地, B 的优超策略也是选择购买。最终就出现了医疗装备竞赛,竞赛的结果是医疗费越来越贵。

		医院 B	
		购买	不购买
医院 A	购买	2, 2	3, -0.6
	不购买	-0.6, 3	2.5, 2.5

图 3 医院间的医疗装备竞赛博弈

二、基于医疗服务特异性的政府定位

由于医疗服务存在着供给方诱发医疗消费需求、医疗服务领域存在着明显的价格机制缺陷及医院间的自由竞争导致医疗装备竞赛和医疗(药)费越来越贵等现象的存在,通过一般的市场交易规则提供医疗服务会产生严重的市场失灵。因此,医疗(药)费飞速增长和公众面临看病贵是运用市场交易规则提供医疗服务的必然结果。这就从理论上论证了医疗市场化改革行不通。

美国是一个崇尚自由、市场和个人选择的社会。因此,美国医疗服务的整个体系主要是建立在市场化基础上且没有全民社会医疗保障制度。但医疗领域固有的市场失灵使美国主要以市场化、私有化为基础的医疗制度陷入困境。实现全民社会医疗保障的国家挪威,2001 年的医疗卫生支出占 GDP 的比例是 7.5%,同期美国是 14.1%。美国医疗卫生耗资一直巨大,2005 年其医疗卫生费占 GDP 比重甚至高达 15%,但是仍有 4000 万人没有享受医保。在美国,平均每一个公民的医疗卫生支出费用比加拿大多 1/3,是日本的 2 倍,是英国的 3 倍^[2](第 345 页)。后两者都是实行全民社会医疗保障制度的国家,因此,政府对医疗的供给方和医疗的需求方都要有恰当的公共制度安排。

自改革开放以来,市场化的改革取向被逐步引入到了我国医疗卫生领域。政府为了减轻财政负担,把医院由原来的全额预算管理变为定项定额补助。我国医疗卫生体制改革走过的 20 多年,是在财政投

入逐步下降和政府监管逐步放松的条件下进行的。政策上对公立医院的逐步放权和实际操作中的财务包干促成了公立医疗机构的医疗公益性下降和盈利性经营模式的形成,结果导致公立医疗服务机构背离了公益性。政府规定医院可以从自己的收入结余中用于发放职工奖金和职工福利,结余资金也可用于医院的基本建设、设备购置等,这实际上等于承认医院可以创收,成为一个盈利性部门,一些地方干脆把公立医院私有化,医疗服务按照市场交易规则提供,谁有钱,谁看病。医院要创收、盈利就要吸引患者,要吸引患者就要进行医疗装备竞赛。根据前面的讨论知晓,医院进行医疗装备竞赛的结果是新技术、新设备和新药等的过度使用,导致医疗成本超常增长。医院在生存压力和盈利动机驱使下,为了多创收往往诱导患者小病大治、多做检查、开大处方和用贵药。医院常常想方设法多收医药费,使病人不堪重负。自改革开放以来,我国各地的医院基本上都建立了医生的看病治疗费用同医生的收入水平挂钩的制度。比如,武汉市同济医院推行医院成本核算,该医院的做法主要有^[3](第239页):一是划小核算单位,将全院分为132个核算单位,每个单位设独立的内部账户。二是把职工利益与收入支出紧密联系。这实际上是把医生的看病治疗费用同医生的收入水平挂钩。1998年实行成本核算后,该医院业务收入比上年增长了17%。广东省中医院在20世纪80年代末提出了“充分量化,切实挂钩”的口号。医疗卫生领域存在着严重的信息不对称,患者如何治疗和使用什么药品都是医生给选择的,医生的看病治疗费用同医生的收入水平挂钩的直接结果是“小病大治、多做检查、开大处方和用贵药”变为常态。疗效确切又便宜的药在各个医院基本上都没有了。医生使用价格虚高药品→医院收入增大→医生对医院贡献增加→医生收入增加是其普遍现象。改革开放以来,在医疗卫生领域的市场化改革下,医院盈利变为常态,医疗装备竞赛变为常态,医疗供给方诱导医疗需求方变为常态,医生用高价药和多做检查变为常态,结果必然是看病越来越多贵变为常态。从图4、图5中可以更清楚地看到改革开放以来我国医疗卫生费的超常增长。

图4中,Y是总医疗卫生支出, X_1 是个人现金医疗卫生支出, X_2 是政府预算医疗卫生支出, X_3 是社会医疗卫生支出。

图5中, X_1 是个人现金医疗卫生支出占总医疗卫生支出比重, X_2 是政府预算医疗卫生支出占总医疗卫生支出比重, X_3 是社会医疗卫生支出占总医疗卫生支出比重。

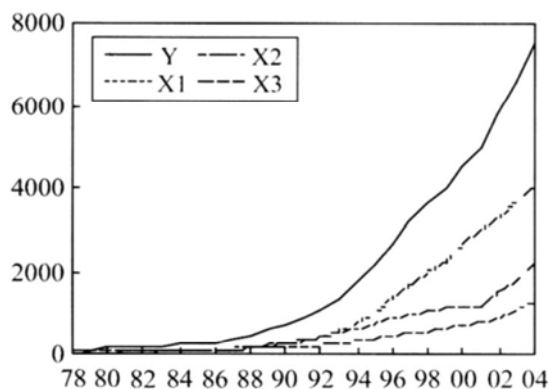


图4 历年医疗卫生费的绝对指标

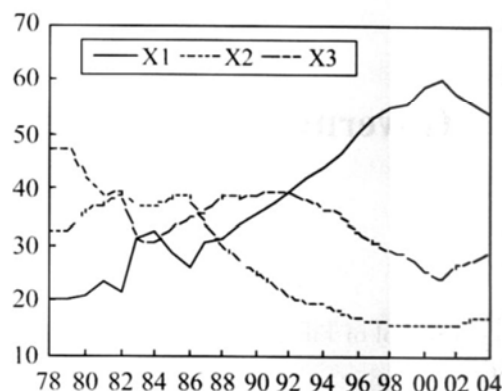


图5 历年医疗卫生费的相对指标

资料来源:卫生部网站《2006年中国卫生统计年鉴》

由图4、图5可以看到,从1978年到2004年,我国的医疗卫生费增长快速,个人支付医疗卫生费的比重在增加,社会和政府支付医疗卫生费的比重在下降。1978年的医疗卫生费为110.21亿元,2004年的医疗卫生费增加到7590.29亿元。2004年比1978年医疗卫生费用增长69倍。1978年的医疗卫生费中个人支付占的比重为20.4%,2004年个人支付医疗卫生费占的比重为53.6%。因此,社会公众越来越感到看病贵。1978年的医疗卫生费占GDP的比重为3.04%,2004年的医疗卫生费占GDP的比重变为4.75%。即使是实行全民社会医疗保障制度的英国、法国、德国,在20世纪60年代其医疗卫生

费占 GDP 的比重也只有 3.9%, 4.2%, 4.8%^[1] (第 570 页), 都不到 5%。我国的医疗卫生改革陷入困境之中。然而, 目前我国仍有一种观点认为: 改革开放以来, 医疗制度改革的失误主要是医疗领域市场化不彻底和医院市场化的竞争程度不够。若按照这样的思路对医疗保障制度进行改革, 在不考虑收入效应引起医药费增长的条件下, 我国医疗(药)费增长的相对速度将超过美国。因为美国面对困境, 政府正在着手向着有管理的竞争方向组建管理医疗组织。而认为我国改革开放以来医疗保障制度改革的失误主要是医疗领域市场化、不彻底的思路, 恰恰是向相反的方向发展。

基于医疗服务本身所具有的特异性, 医疗领域存在着严重的市场失灵, 不能简单地把医疗服务界定为私人消费品, 主要按市场交易规则提供。医疗服务应分为基本医疗服务和非基本医疗服务, 基本医疗保障范围不是固定不变的, 而应随着经济社会发展和国家财力的增加相应拓展。基本医疗服务应被看作准公共品甚至公共品, 基本医疗要建立和健全覆盖全民的社会医疗保障制度。发展医疗卫生事业应该坚持以政府为主导的发展思路, 医疗服务不能成为盈利性行业。

注 释:

- ① 罗森教授是美国著名财政学家, 在谈到医疗保健市场失灵和政府是否应当涉及医疗保健时, 讲了上述内容。进一步的详细内容见[美]哈维·S. 罗森:《财政学》, 平新乔等译, 中国人民大学出版社 2003 年版, 第 188 页。

[参 考 文 献]

- [1] [美]舍曼·富兰德等:《卫生经济学》, 王健等译, 北京: 中国人民大学出版社 2004 年版。
[2] [美]大卫·N. 海曼:《财政学理论在政策中的当代应用》, 张进昌译, 北京: 北京大学出版社 2006 年版。
[3] 邱鸿钟:《新编卫生经济学》, 广州: 华南理工大学出版社 2002 年版。
[4] [美]雷克斯福特·E. 桑特勒:《卫生经济学》, 程晓明译, 北京: 北京大学出版社 2006 年版。
[5] 顾昕:《全球性医疗体制改革的大趋势》, 载《中国社会科学》2005 年第 6 期。
[6] 葛延风:《反思中国医疗卫生体制改革》, 载《新华文摘》2005 年第 16 期。
[7] 王绍光:《大转型: 1980 年代以来中国的双向运动》, 载《中国社会科学》2008 年第 1 期。

(责任编辑 叶娟丽)

Government's Location Based on Peculiarity of Medical Treatment Service

Wang Genxian

(School of Finance & Tax, Guangdong Business College, Guangzhou 510320, Guangdong, China)

Abstract: Since the Reform and Opening Policy, our medical treatment service has developed into marketability step by step as common goods. The result is the high medical treatment cost. This paper proves that medical treatment service isn't the common goods. Medical treatment service exists severe failing of market which supply induces demand of medical treatment and medical treatment fields exists severe failing of price and freedom competition of hospitals results in competition of medical treatment equipments and the high medical treatment cost. Medical treatment service undertaking should insist on governmental leading and basic medical treatment should cover whole citizen based on peculiarity of medical treatment service.

Key words: medical treatment; market failure; government location