

王延中等 著

*The Empirical Study
on China's Health Reform and Development*

中国卫生改革与发展 实证研究

中国卫生改革与发展 实证研究

图书在版编目(CIP)数据

中国卫生改革与发展实证研究 / 王延中著. —北京: 中国劳动社会保障出版社, 2008

ISBN 978-7-5045-7285-1

I. 中… II. 王… III. 卫生体制-体制改革-研究-中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 117882 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码: 100029)

出版人: 张梦欣

*

世界知识印刷厂印刷装订 新华书店经销

787 毫米 × 1092 毫米 16 开本 24.5 印张 2 插页 359 千字

2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 次印刷

定价: 58.00 元

读者服务部电话: 010-64929211

发行部电话: 010-64927085

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话: 010-64954652

目
录

绪论 市场竞争中的卫生问题	
——文献述评	1
第一节 医院卫生服务的产业性与非产业性	1
第二节 医院卫生服务的提供方式	14
第三节 医院卫生行业中的腐败问题及治理	22
第一篇 中国公立医院的营利性行为分析	35
第一节 公立医院改革路径与治理结构的扭曲	35
第二节 公立医院“以药养医”行为的经济分析	45
第三节 价格管制下的医生、医院和病人的行为分析	50
第四节 成本分担对医院行为的影响	57
第二篇 转型中的乡镇卫生院	
——以山东省 W 县 T 镇卫生院为例	68
第一节 乡镇卫生院的历史沿革	69
第二节 乡镇卫生院的运行状况	73

第三节	乡镇卫生院的问题与改革建议	98
第三篇	乡村卫生室的变迁	
——	山东鲁村卫生室调查	116
第一节	农村卫生体制变迁与鲁村卫生室的发展	117
第二节	土地与打工：鲁村卫生室的经济环境	123
第三节	家族与人情：卫生室与乡村人际网络的互利与制衡	134
第四节	政策与监管：卫生室对正式权力的服从和变通	144
第五节	村卫生室的未来发展	155
第四篇	新型农村合作医疗的运行	
——	以甘肃宁县为例	168
第一节	宁县经济社会发展状况	168
第二节	宁县新型合作医疗制度的运行状况	169
第三节	新型合作医疗运行中的主要问题	177
第四节	新型合作医疗发展的思考和建议	188
第五篇	新型农村合作医疗的监管	
——	重庆市石柱县的探索	203

第一节	建立健全新型农村合作医疗监管体系的 意义	204
第二节	石柱县新型农村合作医疗的建立 与发展	205
第三节	新型农村合作医疗监督体系建设	213
第四节	新型农村合作医疗监管中的问题 与建议	223
第六篇 建立全民医疗保障制度		
	——上海市的探索	230
第一节	上海市医疗保障制度的改革与 发展	231
第二节	基本医疗保障体系的运行状况	242
第三节	全民医保体系建设中的主要问题	248
第四节	完善全民医疗保障制度的思考	259
第七篇 医疗保险费用的控制		
	——上海市的实践	276
第一节	上海市医疗保险制度的建立及 现状	276
第二节	医疗保险费用的不合理增长问题	280
第三节	上海市控制医疗保险费用措施 分析	294

第四节 完善医疗保险费用控制机制的思考及建议	305
第八篇 中国的药品监管问题	321
第一节 我国药品监管体制的变迁	322
第二节 我国药品监管的主要问题	326
第三节 药品监管的影响因素分析	333
第四节 完善我国药品监管的思路与对策	336
第九篇 新农村建设与农村卫生发展	345
第一节 农村卫生在新农村建设中的作用	346
第二节 农村卫生发展的新机遇和新挑战	349
第三节 加快农村卫生事业发展的重要作用	356
第四节 农村卫生事业发展的思路和建议	360
第十篇 中国医疗卫生改革走向的理论分析	
——“甩包袱”式市场化改革的教训	370
第一节 “甩包袱”式市场化改革的主要特征	372
第二节 “甩包袱”式市场化的改革后果：资源集聚效应	375
第三节 医疗卫生服务的性质与市场失灵	380
后记	386

绪 论

市场竞争中的卫生问题

——文献述评

健康是人类的基本需求之一，优质的医疗服务是人类拥有健康的保证。与市场交易的普通商品不同，医疗服务自身的特殊性决定了政府必须其中扮演重要的角色，如设立公立医院、介入卫生筹资体系、管制医疗服务和药品价格、监管医疗服务及其相关行业等。然而，政府的参与和干预也带来了一些新的问题。下面我们从文献回顾的角度，对市场竞争环境下卫生发展有关问题的研究进行一些梳理，为后面的实证研究提供一些理论依据。

第一节 医院卫生服务的产业性与非产业性

一、医院卫生服务的产业性

（一）医院卫生服务可以成为一种产业

根据中国国家统计局行业分类，医院产业分类编号是 851，属于卫生、社会保障和社会福利业之下的一个细分类产业。尽管医院产业在行业分类上仅仅是细分类产业之一，医院产业既有与其他产业共同的属



性，也有许多异于其他产业的特性，使得其成为产业研究中广为探讨的热门产业之一。

从总体上看，在市场竞争的环境下，医院产业与其他产业一样，也要通过一定的市场竞争获取营业收入，维持日常的财务运转，获得发展壮大资金来源。从医院所提供的“产品”性质可发现，不同医院所提供的服务，对消费者而言皆是有差异的。此种产品的异质性所涵盖的层面相当广，包括医院所有权（公立或私立）、地理位置、提供的科别服务与技术水准、病房品质及医护人员的配置比率等。此外，医院服务亦具有产品不能转售（nonretradable）的特性。这是因为医院所提供的服务，皆必须有病患直接参与，且服务的内容（诊断或治疗）皆是针对每一特定病患的需要，无法转售给他人。同时，病患的偏好亦具有异质性，亦即不同的消费者对不同的医院服务属性会有不同的偏好。因此，以病患的观点而言，不同的医院之间并不能完全替代，因为消费者就医时会选择能使其获得最大效用的医院，若消费者转移到其他医院就医则其效用会降低。综合医院服务的异质性、不可转售性与消费者偏好异质性等三项特性所呈现出的影响，即是让医院能拥有市场力量，而在此一特性之下，一般经济学文献皆以异质的寡占市场来分析医院的行为。（McGuire, 2000; Gaynor and Vogt, 2000）

以产品与偏好的异质性以及产品不可转售的特性来看，医院产业的特性与其他生产异质性产品的产业相比并无不同。但医院产业与其他产业不同之处，在于健康保险制度的介入，使医院产业展现市场力量的方式与其他产业有相当的差异。在一般异质的寡占市场中，厂商所展现的市场力量主要是以价格的决定为主。但在医院产业，健康保险所造成的第三方付费方式，使价格的主控权转移到政府或保险厂商手中，个别的医院通常不具有价格的主导能力。因此，医院产业展现市场力量的方式即取决于保险人所设定的支付制度方式。在传统以成本为基础的按服务收费制度之下，医院之间的竞争主要是以非价格的形态为主。近年有些国家的保险人尝试开始以价格作为选择特约医院的基础，促使医院之间的竞争行为朝向价格竞争发展（Dranove et al., 1993）。

(二) 医院卫生服务提供中的竞争行为

1. 医院市场竞争性的衡量

相关文献在衡量医院市场的竞争程度时，会面临两个常引起争辩的问题：(1) 医院地理市场的定义；(2) 医院产品市场的定义。纯就理论的角度而言，医院地理市场的定义，是指在一个地理区域内，区域内的医院提供医疗服务给区域外（出口）居民的比例，以及区域内的居民至区域外医疗机构就医（进口）的比例皆很小。（Gaynor and Vogt, 2000）换言之，一个理想的医院地理市场的定义，必须是该区域内医院服务的进出口皆占很小的比例，即民众越区就医（border crossing）的现象并不明显。但在实务上，何谓“很小”并没有明确的定义，以致形成衡量方法的争议。传统文献上常见的医院地理市场定义方法有三种：(1) 固定半径的方式，例如 Robinson and Luft (1985) 以医院所在地的 15 英里半径范围，定义医院的地理市场；(2) 变动半径的方式，亦即将固定半径的医院市场加以加权平均，而权重则是根据病患居住地邮递区号所计算而得的市场占有率（Melnick et al., 1992）；(3) 直接以行政区域或人口统计上的都会区来定义市场范围（Noether, 1988; Lynk, 1995）。尽管文献上以使用第三种方法者最多，但是何种方法较好并无定论。（Gaynor and Vogt, 2000）

至于医院产品市场的定义，文献上所使用的衡量方法包括医院的总收入、住院收入、病床数、住院天数与出院人次。由于不同的定义，对衡量医院市场竞争程度的结果并无显著的差异，文献上对医院产品市场定义的争论相对较小。（Gaynor and Vogt, 2000）目前文献上最广为采用的方法，是以“出院人次”衡量医院市场的产品。Dranove 等（1993）、Keeler 等（1999）、Kessler and McClellan（2000）的研究指出，传统文献用于衡量医院地理市场与产品市场的方法有内生（endogenous）的问题，使实证估计竞争的影响效果产生偏误。因此，Kessler 和 McClellan 发展出二阶段方法，将医院的选择建构在外生的因素上，然后以病患对医院的选择为基础，进一步建构竞争指数。这种方法可确保指定给每一病患的医院市场结构之衡量方式，皆与个别病患、个别医



院及医院地理市场上无法观察到的异质性无关。同时，二阶段方法所定义的地理市场，不以固定的距离去界定医院所属的地理市场，而是包含所有的潜在竞争医院，但其考量的程度（权数）仅限于医院对特定地理区域的预期服务能量。目前，此二阶段的方法是文献上衡量医院市场竞争性的最新科技，但需倚赖非常详尽的病患出院资料方能进行估计，因此尚不多见。

2. 医院产业竞争形态

在医院产业竞争形态的实证研究方面，Dranove 等人曾以美国支付制度的变革为例，清楚刻画医院产业的竞争形态与支付制度的关系。（Dranove et al., 1993）在 20 世纪 80 年代初期，美国对医院服务的支付制度，主要是采取以成本为基础的按服务项目收费制。这一支付制度加上病患可以自由选择就医地点的医疗环境，促成医院之间的竞争形态以“非价格竞争”为主。Dranove 将此一时期美国医院产业竞争形态称为病患主导的竞争（patient-driven competition）。这是因为当病患可自由选择就医地点时，医院之间的竞争，主要是透过有保险但信息不足的病患及其（基层）医师代理人来驱动。因为基层医师作为病患的代理人，会影响病患对医院的选择。由于医院如直接付费给转介病患住院的医师，并不符合医学专业伦理，同时许多保险人（例如美国的 Medicare）皆有明文禁止的规定，医院吸引医师的方式就倾向于多提供可以提高医生产力的各项设备。（Dranove and Satterthwaite, 2000）例如，医院往往竞相投入大量资本，扩建医院软硬体设备，购买最先进的高科技医疗器材。而医院多提供设备所增加的成本，在以成本为基础的支付制度下，则转嫁负担给保险人。文献将上述竞争行为形容为医武竞赛（medical arms race），并视之为一种非价格竞争行为。（Robinson and Luft, 1985；Dranove and Satterthwaite, 2000）

许多学者的研究已明确指出，医武竞赛会造成医院成本的上升，形成无效率的品质竞争。（Allen, 1992；Robinson and Luft, 1985；Noether, 1988）同时，亦有许多研究指出，医院所提供的“服务量”与“服务品质”之间有一正相关，即存在“熟能生巧”的学习效果。在

此情形下，医武竞赛所导致的高科技医疗服务扩散，最后可能造成医疗品质的降低，例如住院的死亡率上升等现象。（Dranove and Satterthwaite, 2000）

为因应医院之间从事医武竞赛所造成的成本上涨问题，美国管理式健康保险计划（managed care plan）开始采行选择性契约（selective contracting）的方式，即保险人与特定的医院签约，以获取优惠的折扣价格，而保险人则鼓励其所属被保险人选择签约的特惠医院作为回报。而美国加州州政府首先于 1982 年通过法案，准许保险人可选择性特约医疗提供者，开启医院之间从事价格竞争（price competition）的时代。Dranove 将此种市场竞争本质称为付费者主导的竞争（payer-driven competition）。在此竞争环境下，保险人可借其所掌握的“特约权”，与市场上的各医院协商支付标准（价格）的折扣，因此位于高竞争性地区的医院，在竞争的压力下，会比较愿意接受较低的价格。

最近 10 年来许多探讨医院市场竞争行为的文献已经证实，在选择性特约法案通过后，美国医院之间的竞争行为已朝向价格竞争发展。例如：Dranove et al.（1993）以美国加州的医院进行研究，发现在 1983 年的资料中，衡量市场集中度的贺氏指数对医院的价差比率：（价格－平均成本）/价格，并没有显著的影响，但在 1988 年的资料中，贺氏指数对医院的价差比率已产生显著的正影响，显示竞争程度越高的市场，医院的价差比率越小。此一不同期间估计结果的不同，正反映出加州在可选择性特约法案实施前后医院之间竞争方式的改变。Melnick et al.（1992）的研究则是以蓝十字保险公司在 1987 年特约的 190 家医院为样本，亦发现市场的竞争度越高，保险人与医院之间所协商的支付价格就越低。Keeler et al.（1999）的研究亦是以加州的医院为分析样本，但涵盖的时间则包括 1986 年、1989 年、1992 年与 1994 年 4 年。研究结果发现，贺氏指数对医院的价格有显著的正影响，而且其影响程度随时间的增加而增加，显示价格竞争在医院市场的竞争行为中，扮演越来越重要的角色。

美国医院市场在 20 世纪 80 年代以来的发展经验显示，保险人对医



院服务所采取的支付制度，对医院市场的竞争本质会有决定性的影响。而医院市场竞争本质的不同，竞争行为所导致的结果就大不相同。在病患主导的竞争环境下，医院之间的竞争行为主要是非价格竞争，竞争的结果反而会造成医院成本的上升，与一般经济学的理论正好相反，此时医院的竞争反而是一种社会浪费。（Allen，1992）但是在付费者主导的竞争环境下，竞争的行为则是以价格竞争为主，竞争的结果则导致价格的降低，符合一般经济学的理论预测。Kessler 和 McClellan（2000）的研究更进一步指出，美国医院市场在 20 世纪 90 年代付费者主导的竞争环境下，医院之间的竞争不仅会降低罹患急性心肌梗塞病患的平均住院支出，亦同时改善病患治疗的疗效。这一结果推翻早期文献认为医院之间的竞争是一种社会浪费的观点，证实医院之间的竞争将可提高社会福利。

二、医院卫生服务的非产业性

1. 医院服务市场的不完全信息

医院提供的医疗卫生服务，具有“非完全产业”的性质。首先是信息不完全所衍生的问题。第一种信息不对称的现象，存在于保险人与消费者之间。在健康保险市场，因为保险人缺乏足够的信息验证消费者所罹患疾病的性质与适当的治疗方式，因而形成消费者的道德危害。除过度使用医疗服务之外，道德危害在医院市场所展现的另一种方式，即是消费者缺乏搜寻市场上最低服务价格的经济诱因。由于健康保险制度的设计，消费者仅需负担医院服务货币价格的一小部分（通常低于 10%），导致消费者搜寻最低价格所能获得的报酬可能小于搜寻的成本，而缺乏搜寻最低价格的诱因，因此医院之间的竞争则倾向以非价格的形式展现。为解决上述道德危害的问题，美国许多新兴的管理式健康保险组织，即是借由组织的力量帮助病患搜寻市场上的最低价格，同时限制病患“自由就医”的权利。因此，在医院服务市场，病患是否具有自由就医的权利，亦会影响到医院产业的竞争形态。

另一种信息不对称的现象，则是存在于病患与医疗服务提供者之

间。一般而言,病患对各种治疗方式的潜在效益与风险,所掌握的信息通常比医疗服务提供者少。由于医疗服务供给者具有双重角色:一方面是病患的代理人,提供各项诊断的信息与治疗的建议给病患;另一方面又是实际医疗服务的提供者。在医疗服务提供者与病患之间存在信息不对称的现象下,医疗服务提供者的双重角色使其易面临病患利益与自身利益冲突的情况,即医疗服务提供者有可能运用其所享有的信息优势诱发病患需求,以满足自身的利益。此一现象在文献上被称为供给者诱发需求,而其所产生的最直接影响即是医疗支出的增加。为解决诱发需求现象所带来的医疗支出上涨压力,各国常见的对策主要有两种方式:一种方式是从支付制度的改革着手,借改变医疗服务提供者的财务诱因,减缓诱发需求的问题;另一种方式则是以管制的方式,直接限制各项医疗服务资源的供给量(例如,限制医院的兴建或医疗仪器的购置),根本消除诱发需求的潜在来源。因此信息不对称现象所导致的诱发需求问题,对各国医院产业的可能影响程度,需视各国采取的因应对策而定。

2. 政府对医院产业的管制措施更加严格,管制措施的影响深远

由于医院提供的医疗卫生服务特殊性更强,出于公众压力,政府对医院市场采取了许多管制的措施。具体的管制内容包括价格管制与资本支出管制,而后的涵盖项目则包含新医院加入与旧医院扩建的管制,以及新增医疗仪器设备的管制。政府对医院产业采行直接管制的理由,除了前文已提到的控制医疗支出成长外,文献上强调的另一个因素,即是以管制达到课税或消费者交互补贴的目的。(Salkever, 2000)例如,政府在核准新医院的兴建或旧医院扩建时,可能会透过正式的附加条件或非正式的协商,要求医院同时提供具有公益性质的其他服务。政府对新医院加入与旧医院投资采行管制的直接影响,即是形成医院市场的加入障碍,进而强化市场上既有的厂商垄断力量。而政府对医院产业的价格管制措施,则会影响到医院市场的竞争形态,使医院之间的竞争更朝向非价格的方向发展。

管制政策可以产生多方面的影响。以美国为例可以看出,美国纽约州于20世纪60年代末期率先开始对医院产业采取两种主要的管制措



施：（1）借助核发需要证明控制医院的投资支出；（2）对医院的收费标准，进行费率管制。美国其他各州则于 70 年代陆续跟进，纷纷对医院产业采取类似的管制措施。美国各州政府实施上述管制的主要目的，是希望借此控制医院成本的上升。因此相关实证文献分析的重点，即是评估管制政策对控制医院成本的成效。现有实证文献的证据显示，美国所采取的医院产业管制政策对成本的影响随时间而异。运用 70 年代初期资料所得到的研究结果，发现大部分管制政策对抑制费用成长的效果非常有限，但是以 70 年代末期与 80 年代初期资料为样本的研究，则发现管制政策对抑制成本上升的效果非常显著。（Sloan and Steinwald, 1980; Dranove and Cone, 1985）此种差异的原因，一方面可能是政策的学习效果，造成管制政策初期效果不彰，到后期则渐入佳境，使效果逐渐显现；但另一方面也可能是源于各州医疗体制的环境变化所致（Salkever, 2000）。至于诸多探讨投资管制的文献，其实证发现则并不完全一致。因此现有文献无法提供强力证据支持投资管制政策的成效。（Salkever and Bice, 1976; Sloan, 1981）与前文所分析的各项实证研究文献相比较，有关管制政策实证研究的最大特色即是“研究结果相当分歧”。Salkever（2000）认为，这是不同研究者所选择的试验组与控制组之间的异质性所造成。换言之，美国各州政府所采取管制政策本身的异质性，同时考量控制组中各州医疗环境的快速变化，导致研究者无法控制其他因子不变，因而造成文献上对医院产业管制政策的影响效果尚缺乏一致的共识。

三、医疗服务价格的管制及效果

（一）医疗卫生服务价格管制的主要理由

目前关于医疗卫生服务价格管制的理由很多，形成的主要理论包括：公共利益规制理论和利益集团规制理论。公共利益规制理论以市场失灵为理论基础，认为政府是公众利益的保护者，政府利用价格规制政策纠正市场偏差具有一定的合理性，规制可能提高社会福利。医疗服务市场存在各种形式的市场失灵，如不确定性和信息不对称（Arrow，

1963)、公共品和外部性(费尔德斯坦,1998)、公平的重要性(科尔奈,2003)等。根据“公共利益规制理论”,医疗服务领域中的市场失灵不容易通过某些形式的竞争加强而得到纠正,在市场失灵的情况下,医疗服务价格机制的作用具有很大局限性,政府应当介入医疗服务领域,对医疗服务价格进行一定程度的规制。合理有效的医疗服务价格规制能够实现“公共利益”目标:公平性、公民更好的健康状况、医疗卫生资源更有效的配置。利益集团规制理论假设政府的基础性资源是能使社会福利在不同人之间转移的强制权,规制的需求方和供给方都是理性的“经济人”,他们可以通过选择行为实现效用最大化。该理论强调特殊利益集团在公共政策形成过程中的重要作用,认为利益集团通过寻求政府规制来增进其利益,因而政府规制是利益集团驱动的结果,是为满足特定利益集团追求其成员收益最大化的需要而实施的。斯蒂格勒(stigler,1971)开创的规制经济理论最具代表性,该理论将政治行为纳入经济学的供求分析框架,有力地解释了利益集团如何控制或者影响政府规制,提出一个集团成功获取规制的可能性取决于其预期在规制中所获收益与其组织成本之间的权衡比较。由于相对于数量众多的消费者而言,一个产业的成员人数比较少,更易于组织,并且从规制中获取的人均收益较大,所以产业影响政治的激励更大,规制者可能被产业集团所俘获。佩尔兹曼扩展和完善了斯蒂格勒的理论,并将其模型化。在佩尔兹曼模型中,政治支持是关于利益集团规制收益的函数,而每个利益集团(生产者和消费者)都包含不同的子集团,规制者将选择使其政治支持函数最大化的政策。贝克尔提出政治均衡模型,该模型关注于利益集团之间的竞争。贝克尔认为,规制主要是用来提高更有影响力的利益集团的福利。欧文和布拉尤提盖姆(Owen and Braeutigam,1978)认为,很多产业策略性的运用规制政策至少和决策价格、进入、创新等变量一样重要。威廉姆森(Wiiliamson)认为,“生产者利益集团有动力和能力组织起来,问题并不在于他们是否组织,而是如何组织。一种组织方式是形成协会或者卡特尔,另一种方式是通过俘获规制委员会。不过尽管存在俘获,消费者的利益还是能够通过规制得到一定的保护。”



根据利益集团规制理论，政府规制限制了竞争，增加了特殊利益集团的收益，所以该理论主张放松甚至取消规制，包括医疗服务市场领域的规制，并认为通过自由的市场机制能够实现医疗服务领域的效率。

医疗服务价格规制过程中的确存在满足特殊集团利益需要的问题，但是并不能依此提出取消该领域的政府规制。因为单纯的市场机制并不能保证医疗服务领域的效率和患者权益。市场机制发挥作用并实现效率是有条件的，最基本的条件是消费者知晓所要购买的商品或服务的价值和成本、自己作出购买决策、得到所购买商品的全部价值并承担全部成本。但是在医疗服务市场中，由于疾病的突发性和治疗的及时性要求，医患双方需要在专业知识背景下迅速作出相应的治疗决策。一般情况下，患者没有足够的时间和精力评价他所接受的医疗服务的价值，也不具备医学专业技术知识，缺乏作出相应治疗决策的能力，这导致医疗服务的类型和成本主要由服务供给者决定，患者对医疗服务的选择受制于医疗服务供给者；此外，第三方支付制度的存在使得患者并不承担医疗服务的所有成本。所以，上述三个条件中的任何一个都不能在医疗服务市场中得以满足，市场机制不能保证医疗服务领域效率的实现。因而，尽管关于医疗服务价格是否需要政府规制还存在争议，但从医疗服务市场的特殊性以及目前的实践来看，在该领域还没有达到不需要规制或者完全取消规制的阶段，问题的关键在于如何将公共利益规制理论和利益集团规制理论的观点有机结合，通过设计更适宜的制度框架使政府对医疗服务价格的规制行为尽可能地符合公众利益，降低规制俘获的可能性，而不是将上述两种理论视为完全对立。

（二）医疗服务价格规制效果

随着医疗服务价格规制政策的实行，一些学者采用实证分析方法对这一规制措施在控制医疗服务成本或医疗费用方面的效果展开了研究。比利斯（Biles et al.，1980）、梅尔尼克（Melnick et al.，1981）以及斯隆（Sloan，1983）等人对医疗服务价格规制效果的实证没有涉及跨地区比较，其结果表明，从总体来讲，费率规制降低了医院费用。莫里西等人（Morrisey et al.，1983）对美国实行费率规制的几个州的医疗服