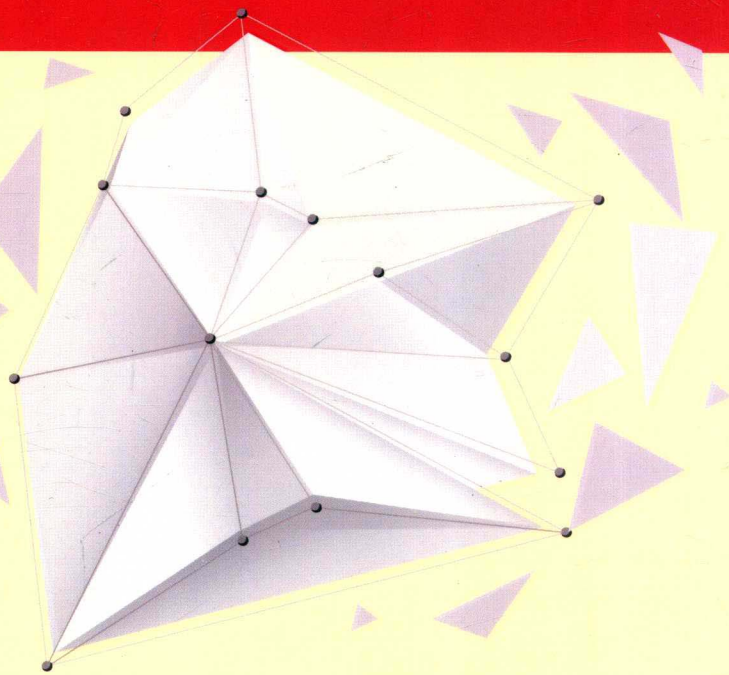


医疗改革的 新逻辑

王文娟 蔡媛青 著



中国财经出版传媒集团



经济科学出版社
Economic Science Press

中央财经大学专业提升暨专业综合改革项目资助出版

医疗改革的新逻辑

王文娟 蔡媛青 著

中国财经出版传媒集团



经济科学出版社
Economic Science Press

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗改革的新逻辑/王文娟, 蔡媛青著. —北京:
经济科学出版社, 2019. 2

ISBN 978 - 7 - 5218 - 0221 - 4

I. ①医… II. ①王…②蔡… III. ①医疗保健制度 -
体制改革 - 研究 - 中国 IV. ①R197. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 023842 号

责任编辑: 王 洁

责任校对: 蒋子明

责任印制: 王世伟

医疗改革的新逻辑

王文娟 蔡媛青 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编: 100142

总编部电话: 010 - 88191217 发行部电话: 010 - 88191522

网址: [www. esp. com. cn](http://www.esp.com.cn)

电子邮件: [esp@ esp. com. cn](mailto:esp@esp.com.cn)

天猫网店: 经济科学出版社旗舰店

网址: [http: //jjkxcbs. tmall. com](http://jjkxcbs.tmall.com)

北京季蜂印刷有限公司印装

710 × 1000 16 开 8.75 印张 170000 字

2019 年 2 月第 1 版 2019 年 2 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5218 - 0221 - 4 定价: 36.00 元

(图书出现印装问题, 本社负责调换。电话: 010 - 88191510)

(版权所有 侵权必究 打击盗版 举报热线: 010 - 88191661)

QQ: 2242791300 营销中心电话: 010 - 88191537

电子邮箱: [dbts@ esp. com. cn](mailto:dbts@esp.com.cn))

前 言

党的十九大报告指出，中国特色社会主义进入新时代，我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。站在新的历史起点上，我国的医疗改革已经不再仅仅迫于“看病难”“看病贵”两大问题，更需要看清自身所处的方位和发展的方向。新时代、新矛盾、新方位，呼唤新逻辑。本书以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以党的十九大和2017年中央经济工作会议明确的发展思路为主线，从主要矛盾的主要方面——供给侧切入，深入分析当前医疗改革的现状及问题，透析当前医疗改革举措能否适应高质量发展的要求、能否应对社会主要矛盾的转化，并在此基础上提炼医疗改革的新逻辑。

本书认为，医疗改革正视新矛盾，首先要认清“看病贵”问题。因技术进步、医疗服务质量提升、条件改善等因素产生的供给多元化伴随的整体价格上涨，属于合理上涨的范围；而因人为因素制造稀缺、诱导需求等因素造成的价格上涨，才是真正的“看病贵”问题。医疗费用上涨有合理的成分，也有不合理成分，关键是医疗费用花得值不值。

具体来说，一是政府以提供或促进更高水平的医疗服务为目的，正视技术进步、收入增长所带来的供给多元化（包括种类、数量及质量等层面）及其伴随的医疗费用的上涨趋势，并将其作为基准线提升的重要依据。二是创新医疗卫生服务供给模式，建立不同层级、不同类别医疗卫生机构间目标明确、权责清晰的分工协作机制，不断完善服务网络、运行机制和激励机制。

全书共分三部分。

第一部分为导论，主要阐释医疗改革的新逻辑。第一章以新思想、新理念为指导，从经济学的视角对医疗改革的现实进行反思；第二章

系统分析医疗服务市场的一般性与特殊性；第三章基于供给侧改革与高质量发展的视角看医疗改革。

第二部分主要介绍医疗改革的实践及其逻辑。第四章通过比较美国、英国、德国、日本、俄罗斯、加拿大、澳大利亚等世界发达国家的医疗体制改革的逻辑，分析不同国家医疗改革的焦点问题、基本措施以及效果评价，深入探讨其对中国医疗改革的有益启示；第五章从采用怎样的供给模式、筹资模式、监管模式，以及这些模式之间如何配合来思索中国医疗体制改革的新逻辑；第六章分析我国医疗改革的沿革和逻辑，将医疗体制改革划分为四个阶段——计划经济时期医疗体制、市场化医改初期、市场化医改中后期、十八大以来的医改，并逐一分析每一阶段的社会经济背景、改革进程及阶段特点。

第三部分提出政策建议。理性思考中国医疗改革，从供给侧结构性改革与高质量发展的视角提出建议：优化医疗服务供给结构，创新医疗市场准入机制，理顺医疗市场价格机制，优化医疗筹资支付模式；增强医疗服务供给活力，提升医疗服务供给绩效，推动医疗服务供给增加，实现医疗服务协同发展。

本书可作为公共政策制定者、研究人员和学生的参考书目，还可作为卫生事业管理等领域的研究人员和学生的补充读物。

目 录

第一部分 导论	1
第一章 起点：对现实的反思	3
第一节 医疗改革的理念	3
第二节 医疗改革主体间的关系	6
第三节 医疗改革的焦点	8
第二章 基础：医疗服务市场的一般性与特殊性	11
第一节 医疗服务市场的一般性	11
第二节 医疗服务市场的特殊性	16
第三节 对医疗服务市场一般性与特殊性的再认识	19
第三章 视角：供给侧结构性改革与高质量发展	21
第一节 供给侧结构性改革与高质量发展的视角	21
第二节 基于供给侧结构性改革与高质量发展视角看医改	23
第二部分 医疗改革的实践及其逻辑	31
第四章 发达国家的医改及其逻辑	33
第一节 美国医改及其逻辑	33
第二节 英国医改及其逻辑	41
第三节 德国医改及其逻辑	47

第四节	日本医改及其逻辑	54
第五节	俄罗斯医改及其逻辑	60
第六节	加拿大医改及其逻辑	65
第七节	澳大利亚医改及其逻辑	69
第五章	国际经验及其启示	76
第一节	医疗服务供给模式	78
第二节	医疗服务筹资模式	80
第三节	医疗服务监管模式	83
第六章	我国医改沿革及其逻辑	86
第一节	我国医改沿革	86
第二节	我国医改的逻辑路线	97
第三节	未来医改的逻辑走向	102
第三部分	政策建议	107
第七章	优化医疗服务供给结构	109
第一节	创新医疗市场准入机制	109
第二节	理顺医疗市场价格机制	110
第三节	优化医疗筹资支付模式	113
第八章	增强医疗服务供给活力	115
第一节	提升医疗服务供给绩效	115
第二节	推动医疗服务供给增加	116
第三节	实现医疗服务协同发展	117
参考文献		119
后记		132

第一部分 导 论

第一章 起点：对现实的反思

亚里士多德说：“凡是属于大多数人的公共事物，常常是最少受人照顾的事物。”

在医疗服务市场中，医疗体制改革的重要组成部分就是释放利益的力量和思想的力量。亚当·斯密强调关于利益在激励人类行为中的作用，这种简化的经济逻辑在人类思想永不改变的情况下有较好的解释力^①。但现实中，人们的思想时刻处于变动之中，大卫·休谟曾说，利益是思想的奴隶。医疗体制改革受思想和利益的双重影响。追逐利益是医疗体制改革的重要推动力，但如何改革却很大程度上由思想左右，如果不能正确处理医疗改革中利益与思想的冲撞，改革往往会因此受阻。

第一节 医疗改革的理念

随着医疗技术的进步、老龄化社会的到来等，医疗卫生费用上涨对各国政府的财政压力逐年提升。世界各国纷纷探索医药卫生领域的资源配置方法：传统上依赖市场的国家加大了计划的力量；传统上依赖计划的国家更多地引入竞争。然而，从社会整体效率来看，这些改革只不过是把某部门的医疗费转嫁到其他部门，效率并没有改善。^②因此，政府作为医疗体制改革的重要力量之一，其改革目标与举措需要符合整个社会的运行规律。从医疗服务的发展历程来看，经历着由“模糊医疗”“经验医疗”向“精准医疗”的发展。本书所讨论的医疗改革，是“经验医疗”阶段的改革。但随着医疗可穿戴设备、5G网络、移动医疗等的出现，以及机器学习、大数据监管等的发展，在共享经济时代和零边际成本社会

① 罗纳德·哈里·科斯、王宁：《变革中国：市场经济的中国之路》，中信出版社2013年版。

② 俞炳匡：《医疗改革的经济学》，中信出版社2008年版。

中，需要看到“精准医疗”阶段医改所面临条件的改变^①。

目前，国内外学者对医疗体制改革的研究主要集中于七个方面。

第一，运用计量经济学方法，对医疗费用上涨的成因进行分析，探究控制医疗成本的方法及措施^{②③④}。多数学者认为医疗技术的进步是导致医疗费用上涨的直接原因；而人口老龄化、医疗保险制度的普及、国民收入的增加、医生诱导需求等对医疗费用上涨的作用尚存在争议。然而，这些研究形成了对单一行业利润最大化的依赖，并未站在社会整体财富的视角思考这一问题。

第二，对医疗卫生费用与质量关系、医疗卫生效率与公平关系的研究，探究优化医药卫生领域资源配置的方法^{⑤⑥}。相关研究分别从健康价值与公平、收入与公平、医疗投入与公平等角度阐释了医疗卫生效率与公平间的关系，但并未突破就医论医的范畴，资源配置的方法处于较低的博弈层次。

第三，引入其他领域的理论与工具探索医疗体制改革，力图从多个视角拓宽改革的思路^{⑦⑧}。当前学者已将卫生经济学与福利经济学、信息技术、计量经济学工具、各种财政金融工具、行为经济学等结合在一起，通过这些研究，突破了就医论医的范畴，打破了传统的思维方式，引发了学者们对利润最大化假设的质疑，对医生数量与医疗卫生产品或服务价格、对方习惯与收入水平等进行重新思考。然而，这些研究大都聚焦于中观微观领域，对宏观问题特别是医疗卫生系统特性的研究相对缺乏。

第四，对医疗保障制度改革进行研究，探究供给方、需求方和支付方之间的关系及处理策略^{⑨⑩}。医疗保障的覆盖范围（包括人群和项目等）、支付方式及补

① 克莱顿·克里斯坦森、杰罗姆·格罗斯曼、黄捷升：《创新者的处方》，中国人民大学出版社 2015 年版。

② 俞炳匡：《医疗改革的经济学》，中信出版社 2008 年版。

③ 庄宁、李伟：《医院医疗服务效率测量方法应用评价》，载于《中国卫生资源》2001 年第 3 期，第 124～127 页。

④ 张羽、张晓芬：《我国医疗费用不合理上升的原因探析——基于信息不对称视角》，载于《科技与企业》2014 年第 1 期，第 15～18 页。

⑤ 刘民权、顾昕、王曲：《健康的价值与健康不平等》，中国人民大学出版社 2010 年版。

⑥ 齐亚强：《收入不平等与健康》，知识产权出版社 2012 年版。

⑦ 彼得·戴蒙德、汉努·瓦蒂艾宁：《行为经济学及其应用》，中国人民大学出版社 2011 年版。

⑧ 雅诺什·科尔奈、翁笙：《转轨中的福利、选择与一致性：东欧国家卫生部门改革》，中信出版社 2003 年版。

⑨ Saksena, P., Antunes, A. F., Xu, K., Musango, L. and Carrin, G., 2011: Mutual Health Insurance in Rwanda: Evidence on Access to Care and Financial Risk Protection. Health Policy, Vol. 99, No. 3.

⑩ 顾昕：《走向全民医保——中国新医改的战略与战术》，中国劳动社会保障出版社 2008 年版。

偿机制是研究的重点；公众对高覆盖度的需求与政府财力的矛盾，不同支付方式导致的医疗服务成本与医疗服务质量的矛盾，是该领域的主要矛盾。在我国还存在不同医疗保障制度间的公平性问题。然而，这些研究并未挖掘不平等关系的基础及其发生交换的机理，所提出的解决措施多是将某部门的矛盾转移到其他部门，而抓不住问题的根本。

第五，对医院管理制度改革的研究^{①②}。公立医院的法人化是近期研究的重点；相关学者对医院产权与服务效率和公平性的研究显示，公立医院并不必然具有低效率，而私立医院也并不必然导致不公平；非营利医院在实践中的高效率与相对公平引起了学者的广泛关注。在我国，公立医院回归公益性已成为政府和学者的广泛共识。然而，由于对回归公益性的基础把握不足，对医院和医生在整个医疗体制改革中的地位认识不清，这些研究并未找到回归公益性的有效路径。

第六，对具体医疗卫生产品或服务项目的研究^{③④}。这些研究为本项目的研究提供了研究素材，但结论停留在就医论医的范畴。

第七，对中国现阶段特有问题的研究，包括国家基本药物制度的执行情况^{⑤⑥}，基本公共卫生服务的均等化问题^⑦，基层医疗卫生服务体系的建设情况^⑧等。

综上，医药卫生事业已经超出了医药卫生系统内部调整的范畴，基于就医论医的范畴难以实现新医改的目标。当前层次的博弈是不经济的，原因就在于新医改的各项措施处于更高层次的博弈之下。因此，新医改需要各利益主体（或子系统）的协同参与。虽然当前已有超出这一范畴的探索，但这些探索大都集中于中观微观的领域，并未从社会整体财富的视角进行探讨，缺乏协同的思想与方法。

① 亚历山大·S·普力克：《卫生服务提供体系创新——公立医院法人化》，中国人民大学出版社2011年版。

② 曹永福、陈晓阳：《公立医院回归公益性的体制难题及政策建议》，载于《山东大学学报（哲学社会科学版）》2011年第1期，第152~156页。

③ 约翰·沃利、约翰·怀特、约翰·赫布利：《发展中国家改善公共卫生指南》，北京大学出版社2009年版。

④ 格劳班、张国萍：《精益医院：世界最佳医院管理实践》，机械工业出版社2014年版。

⑤ 蒋虹丽、陈鸣声：《国家基本药物制度实施的阶段性效果和问题分析》，载于《中国卫生信息管理杂志》2012年第1期，第40~43页。

⑥ 蒋岩、刘国祥：《基本药物制度对县级医疗机构经济运营的影响研究》，载于《中国卫生经济》2013年第8期，第60~62页。

⑦ 朱金鹤、李放、崔登峰：《实现基本公共卫生服务均等化的国内外实践经验借鉴》，载于《中国卫生事业管理》2013年第2期，第84~86页。

⑧ 贺小林、梁鸿：《巩固基层医疗卫生服务体系建设成果：基于公共政策理论的逻辑思考》，载于《中国卫生资源》2012年第6期，第505~507页。

在改革实践中，政府部门及相关学者逐渐认识到：“医改”已经不再是医药卫生系统内的单一问题，而是一个复杂的社会改良问题，需要各利益主体（子系统）的协同参与。当前国内外对医改模式的研究较多，但对医疗协同改革的研究相对较少；已有对医疗协同改革的探索大都停留在协同的可行性探讨或就协同谈协同的层次，没有深入挖掘医疗协同改革的基础和可行的方案。本书从主要矛盾的主要方面——供给侧切入，深入分析当前医疗改革的现状及问题，透析当前医疗改革举措能否适应高质量发展的要求、能否应对社会主要矛盾的转化，并在此基础上提炼医疗改革的新逻辑，具有重要的理论意义和现实意义。

（1）理论意义。第一，从供给侧结构性改革的角度切入，拓宽了医疗改革领域的研究视野，为我国医疗体制改革提供基于系统收益的经济学阐释；第二，透析当前医疗改革举措能否适应高质量发展的要求，研究如何实现资源配置的最优效率，为研究医疗体制改革提供经济学的基础；第三，本研究将为深化我国医疗体制改革提供具体可行的改革建议。

（2）现实意义。第一，从医疗改革措施能否适应高质量发展的要求来阐述我国医疗体制改革的根本目标，是站在更高的博弈层次，有利于改善当前不同主体（子系统）未有效发挥作用的弊端；第二，从长远来说，供给侧结构性改革不仅能够为医疗卫生系统提供吸引社会资本的环境，而且能够促进我国医疗卫生资源的合理配置。

第二节 医疗改革主体间的关系

医疗服务市场的主体包括供给方、需求方和支付方。面临人民日益增长的多元化需求与不平衡不充分的投入之间的矛盾，医疗体制改革中需要考虑不同主体（供给方、需求方、支付方）之间如何实现利益平衡。供给方、需求方、支付方三方利益兼顾，是医改的基本宗旨。在医疗供给方、需求方与支付方产生后，医疗改革需要理顺、协调和规范三方之间的关系^①。供给方即拥有质量信息的医疗机构，包括医疗服务和药品供应机构，可以是公立医院、非营利机构和私营机构。医疗服务市场作为特殊的卖方市场，患者作为需方向供方求医，不同于一般的市场供需关系。医疗机构和医务人员作为供方，提供的医疗服务商品具有一定

^① 王文娟：《医改新出路：重新定义医疗服务市场》，北京大学出版社2017年版。

的垄断、决定权，从而形成了供需之间的决定与服从的关系。尽管患者作为需方可以选择医疗机构和医生，而供需关系一旦形成，供需双方对需要的选择权就有一定程度的不平等性。

需求方即患者，需求方拥有健康信息。供给方提供的医疗服务与需求方形成了供需之间的关系，可能会对需求方产生诱导需求的现象。需求方处于中间位置，通过对需求方的利益实现，可以促使关系中利益由优势一方向弱势一方转移，从而实现医疗服务市场的利益协同。由于医疗服务市场存在信息不对称，为防止供给诱导需求和患者在治疗时遇到的支付危机，提供成本信息的医疗支付方应运而生。

支付方包括非营利机构和营利机构中支付医疗服务费和收取保费的主体。支付方在整个关系中处于弱势地位，需要加强支付方在整个管制与市场措施中的参与程度。支付方与供给方之间可能存在多余服务，而支付方与需求方可能会产生逆向选择的问题。供给方、需求方、支付方三方关系如图 1-1 所示。

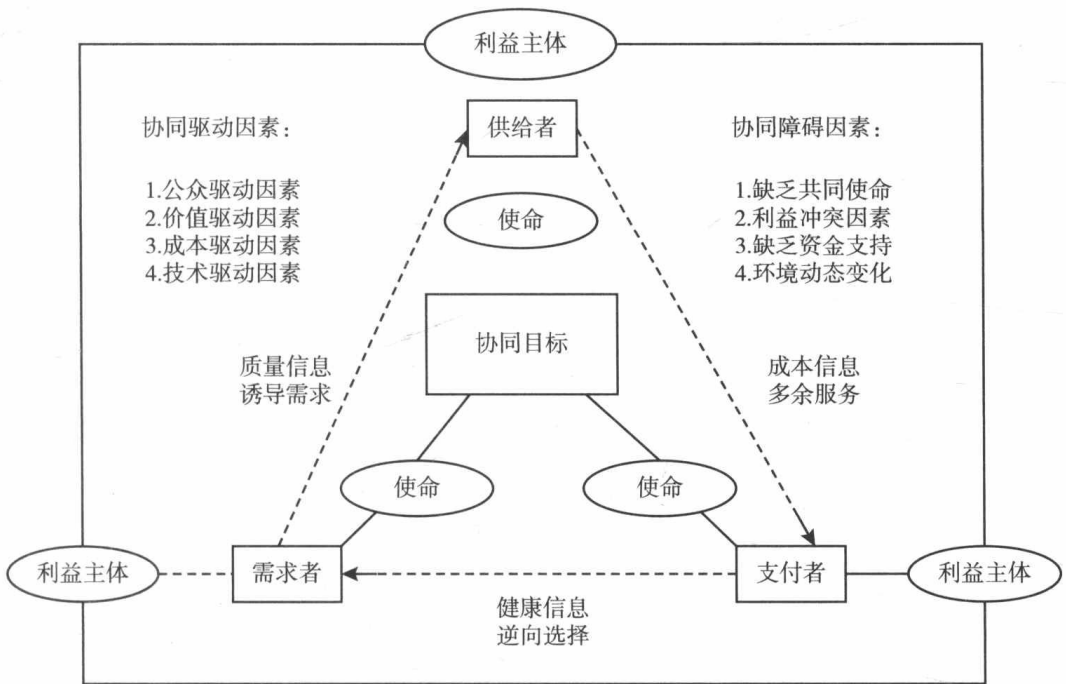


图 1-1 医疗服务市场三方关系

三方主体均基于各自的利益驱动来进行策略选择。需求方的利益机制是以最低的费用、甚至不需缴费即可获得最好的医疗服务。支付方中的非营利支付方追

求收支平衡，例如，医疗保险基金无追求投资回报的偏好，需要在年内做到收支平衡即不会破产。而营利支付方要追求利润，无论怎样支付方都需要制约患者行为和医疗服务行为。供给方的利益机制是以最低成本的医疗服务换取最好的补偿，包括通过有效管理降低成本，也包括通过减少服务和低质量服务来降低成本。供给方的策略在不同的制度安排下会有不同表现：如果支付方过度宽容，他们则不需要考虑医疗成本，医生的偏好的策略是通过最大化地满足患者需要来实现自己利益的最大化；如果需要供给方考虑医疗服务成本，医方的偏好和策略即是以牺牲需求方（患者）利益来降低服务成本，以保全供给方（医院和医生）的利益。

第三节 医疗改革的焦点

自2009年“新医改”实施以来，我国医药卫生事业取得了一系列进展：卫生资源的总量有较大提升；医保覆盖范围达到95%以上；基本药物制度初具规模；社会资本进入医药卫生领域的相对量不断增加；公立医院改革试点逐步推进等。但是，这些进展呈现出一种不平衡的格局。

1. 供需规模不平衡

供需规模不平衡主要体现为：随着医疗费用快速上涨、医疗需求不断膨胀，医疗卫生服务供给总量仍然处于相对稀缺的水平。资源总量不足、资源配置在城乡、地区间差异比较明显，资源配置体系“倒三角”现象日益严重。例如，三甲医院单体服务能力明显强于整体服务能力，制约了中国卫生服务水平和效率。公共卫生在一些地方特别是中西部地区投入不足，基层公共卫生服务网络不健全。

2. 供需结构不协调

所谓供需结构不协调，是指现有的医疗卫生服务供给结构，难以满足社会公众多层次和多样化的医疗卫生服务需求，尤其是针对高收入者的高端服务、针对贫困人群的底线服务以及针对特定对象的特殊服务。例如，从我国综合医院和专科医院数量来看：1980年分别为7859个和694个，2016年分别为18020个和6642个；其中综合医院数增长了1.3倍左右，而专科医院则增长了8.6倍左右。这说明我国较为优质的医疗卫生服务资源远不能满足社会公众的旺盛需求，原因在于医疗卫生服务市场准入门槛过高，对国外资本和民营资本开放不足，导致供给潜力无法得到充分释放。供需存在较大差距，结构失衡却没有带来供给的迅速

增长。例如，民营医院与公立医院提供的服务种类和水平存在较大差距等。近年来民营医院数量激增，在2016年达到16432家，而公立医院的数量为12708家。因此，尽管政府陆续出台相关政策，鼓励社会资本办医、促进健康服务业发展，但是医疗卫生领域的非公有资本参与程度仍然有待提高。

3. 市场价格机制引导作用有限

市场价格机制引导作用有限，意味着价格无法准确反映资源要素的相对稀缺程度，进一步影响供需均衡水平和资源有效配置的实现。在资源配置上，卫生和医疗资源向“上”集中，向“中心”集中；医疗保障利益向职工特别是正规就业人群集中；药品相关利益向流通使用环节当事人集中等。在我国医疗卫生领域，无论是对于居民而言过高的医疗费用负担，还是对于医生而言过低的收入水平，都是我国医疗卫生服务市场价格机制发生扭曲的具体表现。医疗服务需求方虽然承担高价格，而医生作为重要供给方却没有获得相应的收入水平，这说明我国医疗市场的价格机制受到限制，难以充分发挥其生产激励效应和资源配置作用。医疗服务体系碎片化矛盾问题日益突出。例如，补贴水平高的地区或个人更容易获得服务，且享有更高财政补贴。国有医疗机构经营权、使用权和剩余索取权等权力行使不清晰，功能定位不明确，费用筹措存在严重问题，医院具有创收的压力和冲动，公益性作用下降。同时，非公有医疗机构发展严重滞后，影响了整个医疗体制改革的进程。

新医改措施纷纷出台，例如2016年《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》指出要按照腾空间、调结构、保衔接的基本路径逐步理顺医疗服务价格；2018年《政府工作报告》中指出协调推进医疗价格、人事薪酬、药品流通、医保支付改革，提高医疗卫生服务质量。政策涉及很多的细节，而将所有的问题总结起来，问题的焦点其实只有一个，那便是如何推进和实现医疗服务的高质量发展。诺贝尔经济学奖获得者肯尼思·阿罗认为“相较于其它的重要商品而言，医疗服务的产品质量也许具有最大的不确定性”^①。在医疗服务选择过程中，普遍存在着疗效及因此导致的医疗技术有效使用的不确定性。风险和不确定性是医疗服务市场的重要因素，一定的诊治手段与疾病之间的关系无法得到精确的说明，也很难区分不同诊治手段的医疗效果。从目前已经出台的众多政策来看，降价将是必然的趋势。从药品零加成，到耗材将来的托管，再到检验项目的第三方外包，所有的措施都瞄准了服务

^① Arrow, K. J., 1965: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review, Vol. 55.

的价格，降价难以避免。但是，降价不能不考虑医院的利益，这是个关系到医疗质量的大问题。作为医改的主导者，政府不可能忽略医院的需求。我们认为，因技术进步、医疗服务质量提升、条件改善等因素产生的供给多元化伴随的整体价格上涨，属于合理上涨的范围；而因人为因素制造稀缺、诱导需求等因素造成的价格上涨，才是真正的“看病贵”问题。医疗费用上涨有合理的成分，也有不合理成分，关键是医疗费用花得值不值。