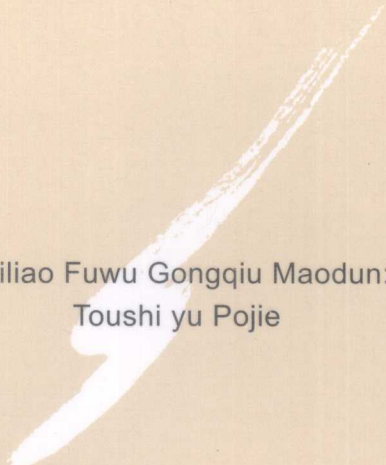




Y iliao Fuwu Gongqiu Maodun:
Toushi yu Pojie

医疗服务供求矛盾： 透视与破解



黄 丞 张录法 著

上海三联书店

Yongnian Design Studio
YONGNIAN

医疗服务供求矛盾

透视与破解

中国医药出版社

中国医药出版社

医疗服务供求矛盾： 透视与破解



黄 丞 张录法 著



上海三联书店

图书在版编目(CIP)数据

医疗服务供求矛盾：透视与破解/黄丞,张录法著.
—上海:上海三联书店,2009.11
ISBN 978-7-5426-3171-8

I. ①医… II. ①黄…②张… III. ①卫生服务—供求关系—研究—上海市 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 204088 号

医疗服务供求矛盾：透视与破解

著 者 / 黄 丞 张录法

责任编辑 / 戴 俊 叶 庆

装帧设计 / 鲁继德

监 制 / 研 发

出版发行 / 上海三联书店

(200031)中国上海市乌鲁木齐南路 396 弄 10 号

<http://www.sanlian.com>

E-mail: shsanlian@yahoo.com.cn

印 刷 / 上海展强印刷有限公司

版 次 / 2009 年 11 月第 1 版

印 次 / 2009 年 11 月第 1 次印刷

开 本 / 640×960 1/16

字 数 / 200 千字

印 张 / 15

ISBN 978-7-5426-3171-8

R·83 定价: 30.00 元

前 言

我国医疗卫生事业取得了明显进展,医疗服务提供能力显著增强,以城镇职工基本医疗保险为主体的多层次医疗保障体系框架基本形成,人民群众的医疗保障水平不断提高。但是随着社会发展进入新阶段,医疗卫生事业和医疗保障制度乃至医药生产流通体系的交错掣肘和摩擦,与市场经济环境的不适应性都导致人民群众日益增长的基本医疗需求和多层次医疗需求不能得到很好的满足,凸显出一些具有新时代特点的民众“看病难、看病贵”问题,影响了广大群众的生活品质和社会安定,引起了社会各界乃至政府对“看病难、看病贵”问题广泛而高度的关注。“看病难、看病贵”成为制约和谐社会构建的焦点问题,切实解决“看病难、看病贵”问题也是我国医疗卫生体制改革的根本目的所在。

“看病难、看病贵”问题是医疗卫生领域面临的一个永恒课题,其本质是医疗需求与医疗供给之间的矛盾。这一矛盾在世界各国和地区都不同程度地存在着,其间既有一般性成因,亦有因各国和地区的历史、文化、传统、习俗、制度模式等不同而体现出的各不相同的特色成因,所以不可避免地体现为其程度和特点有所不同,进而解决对策也肯定不尽相同。从我国的实际来看,在医疗服务的需求层面,随着社会经济结构的变迁、市场经济发展的深化、人口老龄化趋势的加重,多年来独生子女政策的广泛影响,以及城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民医疗保险制度和新型农村合作医疗制度等的实施和推进,使得对我国医疗服务的需求既凸显出量的增加又表现为多层次的特点;而医疗服务的供给层面,则由于外在经济社会市场环境的变化,医疗卫生体制和医药生产流通体制历经改革并不断变迁仍然导致医疗机构公益性淡化、在医疗服务提供中过度追逐利润等不良问题的出现,医疗服务供求之间形成了非常尖锐、异常复杂的矛盾。新医改方案出台前后出现的众多争论和分歧,从表面上看是改革路径的差别,实质上是因为对出现问题致因诊断的差别,如何寻求到造成该

问题的关键致因，寻求到诊断的科学依据成为深化改革的重心所在。

为此，本书首先从实证的角度，以上海市这个改革开放的前沿阵地为主要分析对象，采用问卷调查、文献搜集和整理、深度访谈等手段，运用定性和定量分析相结合，理论和实证分析相结合，直观和深刻分析相结合，博弈论、公共管理、卫生经济学等理论和方法相结合，针对医疗服务供求失衡造成的“看病难、看病贵”这个核心问题，有效界定失衡中“看病难”和“看病贵”的真正内涵，从供求的不同视角筛选出评估指标，并于此基础上，分门别类地进行了广泛的调查研究，在充分利用各类资料（统计年鉴、网站资源等）的基础上，比较、分析、评估上海医疗服务供求失衡的实际严重程度和结构形态，运用系统动态思想，透视和分析失衡的内在机理，深入地系统地分析医疗卫生服务提供与消费中主要问题产生的关键致因，借鉴国内外经验，论证破解之策，以期助益于社会各界找准医疗卫生服务供给与需求中存在的根本问题，更好地寻求到解决医疗服务供求失衡造成的“看病难、看病贵”难题的根本大策，实现医疗服务有效、良性供求平衡的回归，保障经济和社会的和谐发展，更好地服务于广大民众的健康福祉。

目 录

前 言	1
第一章 医疗服务供求分析	1
1.1 医疗服务需求行为分析	1
1.1.1 人口因素	1
1.1.2 经济因素	2
1.1.3 其他因素	5
1.2 医疗服务供给行为分析	6
1.3 医疗服务供求均衡和失衡分析	8
1.4 医疗服务供求矛盾的具体表现和分析思路	10
1.4.1 “看病难”	10
1.4.2 “看病贵”	14
第二章 医疗服务供求矛盾程度评估指标体系	18
2.1 从就诊流程看供求矛盾程度衡量指标	18
2.2 评估指标体系构成	21
2.2.1 供给视角指标	22
2.2.2 需求视角指标	22
第三章 医疗服务供求矛盾程度实证评估	24
3.1 调查方式和内容	25
3.1.1 调查方式	25
3.1.2 调查地点	25
3.1.3 调查对象和时间	26
3.1.4 调查对象数量	26
3.1.5 调查问卷内容	26
3.1.6 被调查人员的结构分布	26
3.2 医疗服务供求矛盾的供给视角评估	33

3.2.1 “难”的视角	33
3.2.2 “贵”的视角	41
3.3 医疗服务供求矛盾的需求视角评估	50
3.3.1 “难”的视角	50
3.3.2 “贵”的视角	75
3.4 京津渝穗医疗服务供求矛盾分析	92
3.4.1 “难”的视角	92
3.4.2 “贵”的视角	93
3.5 医疗服务供求矛盾程度评估结论	96
3.5.1 总体结论	96
3.5.2 若干分结论	97
第四章 医疗服务供求矛盾的成因分析	102
4.1 政府职能越位、错位和缺位	102
4.1.1 政府对医疗机构的管理体制尚未理顺	102
4.1.2 政府卫生筹资功能缺位	105
4.1.3 政府对医疗机构的补偿机制不合理	108
4.2 医疗服务特殊性与供方诱导需求	111
4.2.1 医疗服务消费的特点分析	111
4.2.2 医疗服务供求双方的关系分析	113
4.2.3 医疗保险支付制度对医疗服务供方行为的影响	114
4.2.4 供方诱导需求	115
4.3 “医药合谋”	117
4.3.1 “医药合谋”内在机理的定性分析	117
4.3.2 “医药合谋”内在机理的数理分析	118
4.4 “医患合谋”	122
4.5 信息公开不足	127
4.5.1 医疗机构信息公开的现状和不足	127
4.5.2 信息公开不足导致的后果	129
4.6 “看门人”制度缺失、医疗机构的功能定位混乱	132
4.6.1 “看门人”制度的含义	132

4.6.2 “看门人”制度的特点	133
4.6.3 “看门人”制度的作用	133
4.6.4 “看门人”制度的借鉴	136
4.6.5 “看门人”制度缺失的后果	138
4.6.6 符合中国国情的“社区‘看门人’制度”	139
4.6.7 “社区‘看门人’制度”的内在机理	142
第五章 国内缓解医疗服务供求矛盾改革述评	146
5.1 宏观制度改革综述	146
5.1.1 医疗保险制度改革的历史述评	146
5.1.2 医疗卫生体制改革的历史述评	150
5.1.3 医药生产流通体制改革的历史述评	155
5.2 国内主要城市改革措施比较	158
第六章 典型国家和地区解决供求矛盾改革措施借鉴	166
6.1 新加坡	166
6.1.1 新加坡基本情况概述	166
6.1.2 新加坡解决医疗服务供求矛盾措施	170
6.2 英国	177
6.2.1 英国基本情况概述	177
6.2.2 英国解决医疗服务供求矛盾措施	180
6.3 台湾地区	188
6.3.1 台湾地区基本情况概述	188
6.3.2 台湾解决医疗服务供求矛盾措施	190
6.4 香港特别行政区	197
6.4.1 香港基本情况概述	197
6.4.2 香港解决医疗服务供求矛盾措施	199
6.5 总结与启示	202
6.5.1 供给层面的措施借鉴	202
6.5.2 需求层面的措施借鉴	205
第七章 破解医疗服务供求矛盾之改革方略	206
7.1 确立政府对公立医疗机构持续正向投入机制	206

7.2 建立和完善“社区‘看门人’”制度	208
7.3 优化医疗服务提供主体多元化	209
7.4 完善信息公开制度	211
7.5 强化医疗机构科学管理	213
7.6 实现医疗保障多层次发展	214
7.7 着力对患者的教育和引导	214
7.8 加强医疗监督机制的建设	215
7.9 深化“三医”联动改革	216
参考文献	218
附表1	221
附表2	226
后记	229

第一章 医疗服务供求分析

资源稀缺性假定是经济学的前提,资源稀缺性假定是指相对于人们无穷多样的需要,资源总是不够的。假如资源是足够的,那就不需要选择,也就不必考虑成本。医疗服务同样是一种稀缺的资源,它和一般的资源有共性,又有特殊性。我国社会中现存的“看病难”和“看病贵”就是医疗服务供求矛盾的集中体现,因此,为了更好地了解现存问题的成因,并寻求相应的解决对策,就必须对医疗服务的供求行为进行分析。

1.1 医疗服务需求行为分析

医疗服务需求是一种派生需求,是源于人们对健康的追求,当消费者存在健康问题时,就有可能产生使用医疗服务的愿望(健康问题越多,愿望越多;疾病发病率越高,愿望越高),如果同时具有支付能力,就会形成对医疗服务的需求。影响医疗服务需求的因素很多,总体而言,可以分为人口因素、经济因素和其他因素三类,下面进行具体分析:

1.1.1 人口因素

在影响医疗服务需求的人口因素中包括许多方面,如人口的数量、人口的年龄构成、人群的健康程度、婚姻状况、家庭人口数以及受教育年限等,它们会对医疗服务需求产生不同的影响。

(1) 人口的数量:从人口学角度考虑,在其他因素不变的情况下,人口的数量是决定医疗服务需求最重要的因素之一。人口数量增加,

医疗需求也随之增加；人口减少，医疗需求也随之减少。有研究显示，人口总量变化对医疗服务需求的弹性系数在 2 以上。^①

(2) 人口的年龄结构：年龄结构对医疗服务需求影响很大。一般而言，老年人和婴幼儿对医疗服务的需求率较高，因而比青壮年有着更高的医疗需求。因此，在其他条件不变的情况下，老年人口比例高的地区其医疗服务需求也较高。

(3) 人群的健康状况：人群的健康程度越高，对医疗服务的需求越少，而人群的健康状况越差、患病率越高，对医疗服务的需求越大。

(4) 婚姻状况：婚姻状况对医疗服务需求有一定影响。独身、鳏寡、离婚者比有配偶者的医疗服务需求大。尤其是在家庭病床能够替代住院的条件下，有配偶者的住院时间缩短，陪同去门诊治疗代替住院或需要在家疗养的人比以前增多。独身者要比有配偶者更易发生身心疾病，使得医疗服务的利用增加。

(5) 家庭人口数：在相同收入的前提下，规模大的家庭人均收入要比规模小的家庭的少，进而从收入方面影响了医疗服务的需求。

(6) 受教育程度：家庭受教育程度高，可能识别疾病的早期症状，从而寻求早期治疗，他们常常用于预防的费用更多一些，减少了患病的概率。受教育程度的提高还可以增加家庭购买和使用医疗服务的效率。家庭间受教育程度不同，会导致医疗服务利用和费用上的差异。如果分析儿童的医疗服务需求，则要考虑其母亲的受教育程度。^②

1.1.2 经济因素

(1) 收入：收入是决定医疗需求极重要的因素。经济收入水平决定着人们有支付能力的需求，它不仅影响医疗服务需求的总额，也影响医疗服务需求的构成和水平。当居民的经济收入较少，吃、穿等基

① 孔凡玲，赵增科等. 山东省医疗服务需求影响因素的导数和点弹性分析[J]. 预防医学论坛, 2005, 1: 99-101.

② 黄如欣. 医疗服务市场需求的特点[J]. 中国医院管理, 2003, 11: 41-42.

本物质生活需要尚未得到解决之前,除了急救性的医疗服务消费还有需求之外,其他医疗服务需求则由于支付能力所限而常常被推迟或抑制。而当居民的经济收入水平已达到除满足基本物质生活需要外尚有较多剩余时,不但对医疗服务消费需求总量会有所增加,对服务质量和项目也将提出新的、更高的要求。这些情况表明,人们对医疗服务的需求受到收入水平的明显制约,并表现出不同的需求层次性。更加深入的分析可将收入分为总体收入和可支配收入,它们对医疗服务需求的影响有一定差别。Newhouse(1977)^①利用 13 个 OECD 国家的数据,分析了人均 GDP 对医疗支出的影响,研究表明医疗支出的收入弹性在 1.26~1.31。而其他研究分析了个人和家庭可支配收入和医疗服务费用之间的关系后发现:高收入家庭其医疗服务费用也高,但医疗服务费用占其收入的比重随着收入的增加而下降,医疗服务费用的收入弹性小于 1,即医疗服务费用增加的比重小于收入增加的比重。

(2) 价格:根据 Grossman(1972)^②的需求理论,价格对医疗需求量有影响,在医疗服务市场中需求定律同样存在。当医疗服务价格降低后,消费者对医疗服务的需求量就增加。但是由于医疗服务需求具有其自身的特殊性,使得其内容和数量具有不可替代的“刚性”,因而提高支付价格是否能够有效减少医疗服务需求呢?

卫生经济学对于价格对医疗服务市场的影响,有相当完整的实证研究。尽管实证方法和数据各种各样,但研究结果一致认为健康保健需求是缺乏价格弹性的。尽管价格弹性估计的范围相对较大,它还是趋近中间值-0.17。^③一般的医疗保健服务价格弹性相对较低,然而特定的保健项目对价格却是敏感的。预防保健需求较之其他保健类

① Newhouse, J. P. Medical care expenditure: a cross-national survey[J]. Journal of Human Resources, 1977, 12: 115 - 125.

② Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for health[J]. Journal of Political Economy, 1972, 80: 223 - 255.

③ 魏聪. 健康经济学需求理论述评[D]. 浙江大学硕士学位论文, 2004: 21.

型价格更敏感这并不奇怪。产品的可替代性是需求弹性的主要决定因素。作为预防保健,大多商品和服务是可替代的。结果当保健品价格上升时,消费者能够选择其他商品和服务来促进健康,比如补充营养或健康食物。另外,预防医疗服务常常被看成奢侈品而非必需品,当价格上升时就会被放弃。

(3) 医疗保险制度:医疗保险对医疗需求有重要影响,因为它改变了医疗保健的价格、被保险人的收入和疾病时间的机会成本。在医疗保险制度采取全部免费医疗的情况下,个人收入对医疗服务需求就不具有限制力。因为医疗消费者不会感到医疗费用支出会占其收入的一定比例。

由于医疗保险改变了医疗服务的价格和收入,所以它导致了在健康行为和保健消费方面严重的道德风险。道德风险可以分为事前和事后的道德风险。假设消费者预防疾病的努力能够影响患病的概率,医疗保险的覆盖会影响消费者预防疾病的激励。由于医疗保险的覆盖降低消费者预防疾病的激励导致的损失首先影响健康存量,而从长期看,消费者对于健康存量有一定控制力,所以事先道德风险与生命周期行为相关。由于消费者预防疾病发生的动因降低,进而提高患病概率使社会医疗支出增加。与事先道德风险相反,事后的道德风险是在健康损失出现后发生的。在这个阶段,即医疗保险降低了消费者个人支付医疗服务的净货币价格,而保险偿付病假工资会减少生病时间的机会成本,这将导致医疗服务需求增加或者请病假。

道德风险还可以分为静态与动态的道德风险。静态的道德风险是指给定医疗技术条件下的消费者激励。而医疗保健中除常规的医疗技术,还有新的医疗技术,动态道德风险是指医疗保险制度下,消费者不用负担全部医疗成本,对最新的尖端医疗服务有强烈需求,促使消费者产生要求高品质医疗服务的激励,从而使高科技医疗技术传播速度加快,进而造成医疗支出的持续上升。^①

① 魏聪. 健康经济学需求理论述评[D]. 浙江大学硕士学位论文, 2004: 26-31.

1.1.3 其他因素

(1) 时间价值: 时间价值是影响医疗服务需求的一个很重要的因素。消费者的时间可以被认为是对生产商品和服务的投入。因为疾病时间具有机会代价, 时间是有限的, 应当视为消费者有限资源之一。在商品与服务的消费中不仅要算货币成本, 而且要算时间成本, 这样才能准确地解释和预测消费者的需求。就医的方便程度就是考量时间价值的问题。所谓就医的方便程度, 主要包括两层意思: 一是就诊过程的各个环节是否简便、省时、省力; 二是医疗服务网点的布局与居住区的集中程度是否相适应。

所以, 在收费标准、技术水平、装备条件、服务质量等方面都基本相同的情况下, 距离居民的工作和生活区越近、就医所需时间越少的医疗服务网点, 其接诊人次一般都会多于其他医疗服务网点。因为就近就医, 不仅可以减少患者精神和体力消耗, 而且还可减少其因就医所造成的工资或工时等方面的经济损失, 增大顾客让渡价值。反之, 由于就医不方便, 就会压抑人们的医疗服务需求。

(2) 供方诱导需求: 消费者在使用医疗服务时, 既缺乏做决定所需正确知识, 又无法依靠契约来保证医疗服务提供的效率, 只能依靠医生的专业标准来帮助他做出适当的决定 (Arrow, 1963)^①。医生的治疗决策将直接影响到医疗资源的使用效率, 包括医疗资源数量和品质, 进而影响整个医疗体系的费用和疗效, 因此医生行为研究是医疗服务市场的核心课题。医生既是医疗服务的提供者又是医疗需求方的代理人, 这决定了医生不可能完全从患者利益出发。卫生经济学普遍认为医疗服务的提供者具有影响自身产品的需求的能力。这种供给方对于需求的影响被称为供方诱导需求 (supply induced demand, SID)。

^① Arrow, K. J. Uncertainty and Welfare economics of medical care [J]. The American Economic Review, 1963, 53: 941 - 973.

1.2 医疗服务供给行为分析

影响医疗服务供给的主要因素有以下几个：

(1) 价格：价格对医疗服务供给量有一定的影响作用。但不同类型医疗服务的价格弹性不尽相同。基本医疗服务的供给量受价格的影响较小，其供给的弹性较小，尤其是某些特殊服务，比如专家服务等。但随着卫生保健制度的改革，医疗服务向更专业化的方向发展以及医疗技术水平的提高，价格对供给的影响会越来越明显。比如高新技术检查价格的提高会立刻引起医院竞相购买 CT 等大型医疗设备。

(2) 成本：卫生机构成本的高低，受生产要素价格和技术水平的影响。如果生产要素价格下降或技术水平改进，生产成本就会下降，从而扩大服务供给量。但是，事实常常相反，由于医疗卫生机构不易又不宜大批量生产，医疗技术的提高和医生待遇的改善多半会使单位成本上升。

(3) 相关服务项目或产品的价格：有些医疗或检查手段在一定程度上可以互相替代，如普通型阑尾炎手术治疗与保守治疗、面部神经炎的针灸疗法和药物疗法等，以及许多医疗保健品之间都可以相互替代。当一种服务的价格不变而其替代手段的价格上升时，医疗机构就会转向提供替代服务，而减少这种服务的供给量。这也是目前一些医院争相购置高技术检查设备却忽视常规检查手段的一个重要原因。有些服务项目之间则可以相互补充，如手术与麻醉。当一种服务或产品的互补价格上涨时，由于这种服务或产品也会随之涨价，提供者就会增加这种服务或产品的供给量。

(4) 时间长短：医疗服务中很多类型的供给和时间有很大关系。比如，现在我国全科医生数量很少，所以全科服务在短时间内难以增加供给。但是，在较长的时间里，可以通过增加全科医生的教育和培训来增加其数量。

(5) 政府政策导向：政府政策包括区域规划政策、医疗准入政策、医疗服务的补偿机制、医疗服务的价格机制和医疗保险制度等。

① 区域规划政策。为了提高医疗资源的利用效率,各个国家都对医疗服务进行区域规划。一旦卫生区域规划形成后,一方面不能随便增加,另一方面可能形成垄断,成为制约供给的重要影响因素。

② 医疗准入政策。由于医疗服务的质量特殊性,政府对医疗机构和医生实行准入制或者许可证制度。未经批准,不可随便开设新的医疗机构或提供医疗服务。长期以来,我国在医疗机构准入方面对民营机构设置过多限制,使其无法进入医疗服务提供市场,使某些医疗服务的供给很难在短期内增加。

③ 医疗服务补偿机制。目前,我国医院获得补偿的渠道主要是政府财政拨款、医疗收入(即挂号、诊疗、检查、化验、手术、住院等)和药品加成收入。政府对医院的财政投入在不断减少,很多医疗服务收费远远低于成本,医院越来越多地依赖于市场补偿。因此导致医院经营行为的市场取向和过度追求自身经济利益的特征:第一,超标准收费。超标准收费往往通过分解服务项目和直接向病人收取超过规定标准的费用来实现,结果实际收费远远超过收费标准,甚至远远超过成本。第二,过度提供盈利性服务项目。政府价格政策是新仪器、新价格、高技术服务项目的收费标准可以高于成本。这种扭曲的收费标准为医院赢利提供了机会,经济利益的刺激使得医院提供更多高技术类服务,以弥补那些收费标准低于成本的服务项目造成的亏损。无论是三级医院、专科医院,还是二级医院,不考虑人群需要不需要、区域内购置的重复与否,都纷纷集资或负债购买 CT、MRI 等高新技术设备,其后果是高新技术设备的购买和使用的失控,造成医疗费用大幅度上升。第三,开大处方增加收入。我国医院提供卫生服务时拥有双重权利,即不仅能够决定病人使用何种药物,而且能够直接出售药物并从中赢利。医院通过出售药品获得收入,是补偿其收费水平与成本之差的主要途径。国家财政补贴不足,因而允许医院实行药品的进价加