

领导干部 决策大参考

ZHONGGUO SHEHUI BAOZHANG FAZHAN BAOGAO

中国社会保障发展报告

主 编 / 陈佳贵 王延中

LINGDAO GANBU
JUECE
DACANKAO



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

领导干部 决策大参考

ZHONGGUO SHEHUI BAOZHANG FAZHAN BAOGAO

中国社会保障发展报告

主 编 / 陈佳贵 王延中



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

领导干部决策大参考

中国社会保障发展报告

主 编 / 陈佳贵 王延中

出 版 人 / 谢寿光

总 编 辑 / 邹东涛

出 版 者 / 社会科学文献出版社

地 址 / 北京市东城区先晓胡同 10 号

邮政编码 / 100005

网 址 / <http://www.ssap.com.cn>

网站支持 / (010) 65269967

责任部门 / 编辑中心 (010) 65232637 bianjibu@ssap.cn

策 划 / 宋月华

责任编辑 / 范 迎 薛铭洁

责任校对 / 吕继中 赵宇红

责任印制 / 盖永东

品牌推广 / 蔡继辉

总 经 销 / 北京时代华语图书股份有限公司

(010) 83670087 83670231

经 销 / 各地书店

印 刷 / 北京市梦宇印务有限公司

开 本 / 700 毫米 × 1000 毫米 1/16

印 张 / 25

字 数 / 426 千字

版 次 / 2008 年 11 月第 2 版

印 次 / 2008 年 11 月第 2 次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5097 - 0425 - 7

定 价 / 88.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误,

请与本社市场部联系更换



版权所有 翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

中国社会保障发展报告/陈佳贵,王延中主编. —2 版.

北京:社会科学文献出版社,2008. 11

(领导干部决策大参考)

ISBN 978 - 7 - 5097 - 0425 - 7

I. 中… II. ①陈…②王… III. 社会保障 - 研究报告 - 中国 IV. D632.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 164385 号

《领导干部决策大参考》书目

- 《中国和平发展战略》
- 《全球化与中国大战略》
- 《全球化与中国发展战略》
- 《中国可持续发展战略》(全二册)
- 《中国经济发展战略》(全三册)
- 《中国经济改革发展战略》
- 《全球视野下的中国经济模式》
- 《中国发展高层论坛》
- 《中国战略机遇期的经济发展报告(2005~2020)》
- 《中国政治发展报告》
- 《中国经济发展和体制改革报告：改革开放 30 年(1978~2008)》
- 《中国全面小康发展报告》
- 《中国医疗卫生发展报告》
- 《中国教育发展报告》
- 《中国妇女发展报告》
- 《中国人才发展报告》

《中国人口与劳动问题报告》(全三册)

《中国社会保障发展报告》

《中国能源发展报告》

《中国城市竞争力发展报告》(全二册)

《中国区域经济发展报告》

《中国新农村建设报告》

《中国金融发展报告》

《中国工业化进程报告》

《中国文化产业发展报告》

《中国民营经济发展报告》

《中国法治发展报告》

《政府创新发展报告》

《中国农村经济形势分析与预测》

《世界经济形势分析与预测》

《日本经济与中日经贸关系发展报告》

《世界经济前沿问题》(全二册)

目 录

第一章 中国经济转型中的卫生公平问题	王延中 / 001
一 经济转型对健康保障提出的挑战与突出问题	/ 002
二 中国健康卫生体制“三项改革”的进展与困惑	/ 005
三 促进卫生发展、健康公平与和谐社会的建议	/ 009
第二章 快速上涨的医疗费用与看病难、看病贵问题	王延中 王文清 / 017
一 快速上涨的医疗费用超出了现阶段人们的经济和心理承受能力	/ 017
二 医疗费用快速上涨造成了一系列的经济社会问题	/ 021
三 医疗费用快速上涨的因素与根源分析	/ 022
四 解决看病难、看病贵问题的思路与对策	/ 028
第三章 城镇职工基本医疗保险制度的发展	关志强 崔 斌 董朝晖 / 037
一 城镇职工医疗保险制度的形成	/ 037
二 医疗卫生发展危机与发展医疗保障制度	/ 043
三 城镇职工医疗保障制度的成长与挑战	/ 051
四 中国社会医疗保险制度的展望	/ 059
第四章 新型农村合作医疗制度的建立与发展	
..... 王延中 刘湘丽 崔红志 唐 钧 / 064	
一 新型农村合作医疗试点工作进展状况	/ 065

二	新型农村合作医疗制度的主要特点	068
三	新型农村合作医疗制度的运行状况	070
四	新型农村合作医疗制度的初步成效	097
五	新型农村合作医疗制度存在的主要问题	099
六	完善新型农村合作医疗制度的思考和建议	112
第五章	城乡医疗救助制度的建立与发展	王海燕 刘蔚玮 唐 钧 / 123
一	城乡医疗救助制度的建立过程	124
二	城乡医疗救助制度实施现状	125
三	城乡医疗救助制度存在的主要问题	132
四	完善医疗救助制度的思考及建议	134
第六章	农民工疾病与医疗保障	郑功成 鲁 全 / 136
一	农民工群体的基本特征	136
二	农民工医疗保障制度的现状与问题	140
三	建立农民工医疗保障体系的政策建议	150
第七章	商业健康保险的发展	郭金龙 段家喜 / 155
一	商业健康保险发展的历史回顾	155
二	我国商业健康保险业务发展的主要成就	162
三	商业健康保险发展存在的问题及原因分析	171
四	商业健康保险发展展望及对策建议	173
五	加快商业健康保险发展的对策建议	177
第八章	医疗保障制度改革国际比较	郑秉文 房连泉 黄 念 / 181
一	国际上主要的医疗保障模式及其面临的共同问题	181
二	欧美医疗保障制度改革	186
三	拉美国家医疗保险制度改革	193
四	亚洲典型国家医疗保障制度比较	202

五 从国际改革趋势看我国个人账户“存废之争”	208
第九章 中国医疗服务体制的改革后果与政府角色	顾 昕 / 213
一 走向自主化：医疗服务机构的改革	215
二 自主化改革引发医疗费用快速增长	217
三 公立医院的主导性与医疗服务体系的社会公益性	222
四 医疗服务递送体系：第三方购买者的缺失	226
五 政府医疗投入不足	228
六 医疗卫生资源的配置：市场失灵与政府扭曲	231
七 政府在医疗服务体制改革上的角色	236
第十章 城镇社区医疗卫生的改革与发展	李士雪 / 240
一 城市社区卫生服务的基本内涵	240
二 我国城市社区卫生服务发展历程	247
三 我国社区卫生服务的主要进展	251
四 发展城市社区卫生服务遇到的问题	258
五 加快发展城市社区卫生服务的政策措施	259
第十一章 农村卫生服务体系建设	杨 团 / 263
一 农村卫生服务发展历程	263
二 农村卫生服务体系的现状	266
三 农村卫生服务体系的主要问题	270
四 农村卫生服务体系的改革尝试	275
五 农村卫生服务体系建设的基本思路	280
六 农村卫生服务体系建设的制度设计	289
第十二章 艾滋病及公共卫生问题	侯红蕊 / 297
一 艾滋病在中国的出现与历年发展状况	298
二 艾滋病的分布与流行特点	299

三 艾滋病流行对社会发展的影响	310
四 我国艾滋病防治对传统公共卫生工作的突破	314
五 艾滋病防治对公共卫生体制的挑战	322
六 艾滋病流行的危险因素与防治建议	326
 第十三章 医疗卫生体制国际改革趋势及启示	顾 昕 / 332
一 医疗服务递送体制的多样性	333
二 走向“有管理的竞争”：全球性医疗服务体制改革的理论基础	336
三 公立医院的组织与治理变革	339
四 医疗体制改革的国际经验对中国的启示	347
 第十四章 中国卫生改革与医疗保障体系建设的总体思路	关志强 崔 斌 董朝晖 王延中 / 350
一 中国医疗卫生服务体系的问题与挑战	351
二 关于医疗卫生发展方向的争论和反思	361
三 发展战略选择与卫生改革方向	367
四 以健康为核心，创新疾病风险防范机制	372
五 以大病社会保险为基础，建立覆盖全民的多层多元医疗保障体系	376
 主要参考文献	379

第一章

中国经济转型中的卫生公平问题

王延中

20 世纪 70 年代末以来，中国逐步从传统的计划经济体制转变为社会主义市场经济体制。经济体制的剧烈变革极大地解放和发展了中国的生产力。经过 30 年的快速经济发展，中国的经济总量和人均 GDP 在世界上的位置明显提前。尽管中国经济体制的深层改革任务（如大中型国有企业改革、金融体制改革等）还很艰巨，但可以说中国的经济体制改革已经取得了举世瞩目的重大成果。然而，在如何建立与社会主义市场经济体制相适应的卫生事业等公共服务方面，尽管中国也进行了艰苦的改革尝试，并取得了一定的阶段性成果，但从整体上看还赶不上经济体制改革的辉煌成就。

我国目前发展的不协调体现在多个方面，集中体现在城乡之间、地区之间、经济社会之间、人和自然之间、国内发展与对外开放之间的不平衡。中国共产党第十六次全国代表大会确立新的科学发展观，目的是解决上述几个方面的不协调问题，实现五个方面的统筹发展。党的十六届六中全会通过的《关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》，将发展卫生事业、保障城乡居民享有公平的卫生服务作为构建社会主义和谐社会的重要内容，反映出党和国家日益重视卫生发展与卫生公平问题。医疗卫生和健康保障曾经是中国计划经济时期的重点发展领域之一，在经济改革过程中卫生事业随着体制的转变出现了一些新情况、新问题。比如，由于医疗费用快速上涨引发的“看病贵、看病难”问题已经成为人们普遍关注的经济和社会热点问题。本文在叙述经济转型过程中卫生事业面临的挑战和问题基础上，着重探讨问题的成因和根源，在完善社会主义市场经济体制的背景下对如何增强卫生发展的公平与效率、充分发挥医疗卫生和健康保障在建设和谐社会中的作用提出一些意见和建议。

一 经济转型对健康保障提出的挑战与突出问题

在计划经济体制下中国卫生事业和健康保障的主要任务是解决“缺医少药”的问题。由于国家重视、指导思想明确、公共卫生体系比较健全，中国在经济水平较低、医疗卫生资源相对短缺的情况下，尽可能为大多数城乡居民提供了较低水平的、最基本的健康保障，曾创造了卫生保健领域的中国模式。

改革开放以来，伴随着经济运行体制和社会组织体系的转型，传统的以单位或社区为依托的健康保障模式面临着很大的挑战。

在公共卫生体系方面，中国曾经动员政府和人民群众的力量，通过大规模的爱国卫生运动、健康教育运动，有力地整治了卫生环境，同时加大了对传染病、地方病的控制力度，比较好地贯彻了“预防为主”的卫生发展战略。改革以后，爱国卫生运动失去了组织基础，政府对公共卫生事业的投入难以维持机构的正常运转，基层医疗卫生机构甚至很多公共卫生机构走向商业化或市场化，影响了公共卫生职能的发挥，“预防为主”事实上变成了“口号”。中国公共卫生问题的频繁发生暴露出经济转型之后公共卫生事业所面临的挑战与困境。

在医疗卫生体制方面，改革开放以来医疗卫生机构在市场化的宽松体制下得到了快速发展，医疗服务的供给能力全面提高，除极少部分人口稀少、交通不便的贫困地区外，基本上解决了“缺医少药”的问题。但是，市场机制的导入又缺乏有效引导及监管，导致医疗卫生领域的扭曲服务和低效，极大地提高了医疗卫生费用和城乡居民的医疗负担，出现了日益严重的“看病难、看病贵”问题。

从结果看，改革以来中国居民健康水平提高幅度与医疗费用快速增长不相匹配。改革以来尤其是20世纪90年代以来医疗费用持续高速增长，远远高于同期GDP及城乡居民收入的增长幅度。1978~2003年间卫生总费用年均增长12.09%，高于同期GDP平均增幅近3个百分点。^①1998~2003年，城市居民年均收入水平增长8.9%、农村增长了2.4%，而年医疗卫生支出城市、农村分别增长了13.5%和11.8%。医疗服务费用增长速度超过了人均收入的增长，医药

① 于德志：《我国卫生费用增长分析》，《中国卫生经济》2005年第3期。

卫生消费支出已经成为家庭食物、教育支出后的第三大消费。2003 年卫生总费用达 6584.1 亿元, 卫生总费用占 GDP 比重 5.62%, 而 1980 年医疗总费用占 GDP 的比重仅为 3.17% (见表 1-1)。值得关注的是医疗费用占城乡居民家庭收入的比重迅速攀升到 10% 以上, 由于相当数量的城乡居民尤其是农村居民缺乏医疗保障, 成为自费医疗群体, 迅速高涨的医疗费用已经成为城乡居民的巨大经济负担 (见表 1-1)。

表 1-1 中国医疗费用的增长情况

项目 \ 年 份	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003
卫生总费用(亿元)	143.2	747.4	2155.1	4586.6	5025.9	5790.0	6584.1
占 GDP 比重(%)	3.17	4.03a	3.69	5.13	5.16	5.51	5.62
全国人均卫生费用(元)	14.51	65.4	177.9	361.9	393.8	450.7	509.5
城镇人均卫生费用(元)		158.5	401.3	813.0	841.2	987.1	1108.9
农村人均卫生费用(元)		38.8	112.9	314.9	244.8	259.3	274.7
城镇人均卫生费用占居民家庭收入比重(%)		10.4	9.4	12.9	12.3	12.1	12.2
城镇人均卫生费用占居民消费性支出比重(%)		12.4	11.3	16.3	15.8	16.4	17.0b
农村人均卫生费用占人均纯收入比重(%)		5.7	7.2	14.0	10.3	10.5	10.5
农村人均卫生费用占人均生活消费支出比重(%)		6.6	8.6	18.9	14.1	14.1	14.1b

说明: a. 根据世界银行测算, 1990 年中国卫生总费用占 GDP 比重为 3.5%, 见《1993 年世界银行发展报告: 投资于健康》, 第 1 页, 中国财政经济出版社, 1993。b. 根据国家统计局住户调查资料, 城乡居民医疗保健支出占居民生活消费支出的比例要明显低于表中统计测算数据。比如, 2002 年和 2003 年, 城镇居民医疗保健支出比重分别为 7.13% 和 7.31%, 农村居民分别为 7.08% 和 7.34%。而在 1990 年和 1995 年, 城镇居民为 2.01% 和 3.11%, 农村居民为 5.06% 和 4.94%, 见《中国统计年鉴(2004)》, 第 359~385 页。

资料来源: 卫生部《2005 年中国卫生统计提要》, 第 31 页, 城乡居民收入数据见相关年份《中国统计年鉴》。

与医疗费用大幅度攀升相对应的是城乡居民的健康状况没有太大改善, 有些健康指标甚至出现下降局面。新中国成立到 1981 年, 大陆居民人均寿命从 35 岁增加到 67.9 岁, 几乎增加一倍。1981~1990 年从 67.9 岁增加到 68.6 岁, 到 2000 年增加到 71.4 岁。后 20 年人均预期寿命增幅明显下降, 同时, 城乡居民的患病

率不断上升。2003 年国家卫生普查显示，调查地区居民两周患病率为 143.0‰（城市为 153.2‰，农村为 139.5‰），其中调查居民慢性病患率为 151.1‰（城市 239.6‰、农村 120.5‰）。此外，近年来重大传染病（如 SARS 等）发病率出现上升势头。1995～2004 年，法定报告传染病 176.24/10 万上升到 235.85/10 万，发病率和死亡率均呈上升趋势（见表 1-2），其危害和潜在风险加大。

表 1-2 1990～2004 年法定报告传染病发病率及死亡率

年 份	发病率(1/100000)	死亡率(1/100000)	病死率(%)
1990	292.22	1.15	0.40
1995	176.24	0.34	0.19
1996	167.05	0.34	0.21
1997	192.11	0.33	0.17
1998	194.80	0.31	0.16
1999	197.63	0.27	0.14
2000	185.98	0.26	0.14
2001	188.62	0.29	0.15
2002	180.14	0.35	0.20
2003	192.18	0.48	0.25
2004	244.66	0.52	0.22
2005	268.31	0.76	0.28

资料来源：卫生部《2006 年中国卫生统计摘要》，第 43 页。

与上述问题相联系，20 世纪 90 年代以来卫生资源的利用效率及公平性均呈下降趋势。公平与效率的关系问题一直是经济学的核心问题之一。在现代经济增长过程中，公平与效率的关系大体可以分为四种类型：经济效率上升，社会公平程度提高；经济效率上升，社会公平停滞甚至弱化；经济效率下降，社会公平提高；经济效率下降，社会公平下降。第一种情况最为理想，但往往需要一个相当长的发展周期。第二、三两种状况在一定程度上反映了不同发展时期经济社会政策的导向或重点，也是可以接受的。第四种情况是最难以接受的。中国为克服计划经济时期的“平均主义”，在经济体制改革中确立了“效率优先、兼顾公平”的改革与发展方针。这一政策对经济发展产生了积极作用。但是，把这一政策应用到市场失灵的经济中，尤其是社会发展领域，如果没有相应的政府作用尤其是严格的市场监管，其结果在公平性下降的同时未必导致效率的提高，卫生行业恰恰不幸成为效率与公平均下降的典型领域。从 1993 年以来的国家卫生服

务调查,清楚地反映出卫生领域并存的“市场失灵”与“政府失效”问题。经过 20 多年的快速增长,医疗设施和设备有所改善,但是城乡居民的就诊率不断下降。城乡居民两周就诊率在 1993 年分别为 19.9% 和 16.0%,在 2003 年分别为 11.8% 和 13.9%;年住院率在 1993 年分别为 5.0% 和 3.1%,在 2003 年分别为 4.2% 和 3.4%。医生人均诊疗人数和医疗机构病床使用率总体上看也呈下降趋势。导致医疗资源利用效率下降的主要原因是医疗费用的上升,使相当多的经济困难群体放弃了医疗机构提供的医疗服务。2003 年调查显示,就诊率比 1998 年下降了 18.4% (城市下降 27.1%,农村下降 15.4%),患者中去医疗机构就诊的占 51.1%,自我医疗占 35.7%,未采取任何治疗措施的占 13.1%。患者未就诊比例为 48.9% (城市为 57.0%,农村为 45.8%)。“看病贵”对城市和农村低收入人群的影响更为严重。未采取任何治疗措施的门诊患者中,38.2% 是由于经济困难;应该住院而未住院患者中,70.0% 是由于经济困难。城乡低收入人群应住院而未住院率的比例达到了 41%,远高于一般收入人群。1993 ~ 2003 年,城乡居民未就诊率、未住院率呈逐步上升的趋势,收入越低,未就诊比例越高,未就诊增加的幅度越高。由此可以看出,城乡卫生服务利用率下降主要归因于低收入人群应当就医而无钱就医。这是中国近年来居民收入差距日益扩大在卫生领域的直接反映。经济不平等性程度的提高也从卫生服务公平性的下降中体现出来。世界卫生组织在全球卫生公平性排序中中国位居倒数第四位的数据,在一定程度上反映出中国卫生公平性下降的事实。

二 中国健康卫生体制“三项改革”的进展与困惑

为了迎接经济转型过程中健康问题的挑战,中国政府采取了一系列的政策措施。20 世纪 80 年代主要采取市场化的手段遏制公费医疗费上涨并为医疗卫生事业的发展筹集资金。90 年代尤其是中期以来,由于市场化后医疗费用上涨的速度更加迅猛,越来越多的人难以就医,政府采取了以加快医疗保障制度、医疗卫生体制和药品生产流通体制改革为核心内容的三项制度改革。这一时期出台的比较有代表性的政策法规包括:《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(1997)、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(1998)、《国务院体改办等部门关于城镇医药卫生体制改革指导意见》(2000)等。

2000 年 7 月,国务院在全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改

革工作会议上明确提出同步推进城镇职工基本医疗保险制度、医疗机构和药品生产流通体制三项改革。2001年9月,在青岛召开的全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议,肯定了一年来城镇职工基本医疗保险制度、医疗卫生体制和药品流通体制三项改革取得的进展^①,提出要继续推进改革。2002年10月,《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》,提出在农村建立适应市场经济要求与农村经济发展水平的卫生服务体系和新型农村合作医疗制度,对政府加大农村卫生投入做出了承诺。2003年突发的SARS(非典型性肺炎)危机使政府不得不把卫生工作重点放到公共卫生应急机制问题建设方面。2003年国务院公布施行了《突发公共卫生事件应急条例》,同时加大了对城乡公共卫生体系及农村新型合作医疗试点的政府投入。

1998年以来,中国城镇医疗保障制度建设发展迅速。主要体现在城镇职工基本医疗保险覆盖面的扩大上。到2004年末,全国参加基本医疗保险的人数为12404万人,其中参保的在职职工9045万人,参保退休人员3359万人。为了缓解所有城镇贫困居民的医疗负担,2005年4月国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动和社会保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》,推进医疗救助制度试点工作。针对农村居民“看病难、看病贵”而又缺乏医疗保障的状况,中国自2003年开始进行新型农村合作医疗制度的试点。中央和地方政府从财政资金中拿出一部分资金,农民以家庭为单位自愿参加,以解决参保农民的大病为主。到2005年6月底,全国已有641个县(市、区)开展了农村新型合作医疗试点工作,覆盖2.25亿农民,其中有1.63亿农民参加了合作医疗,参合率为72.6%;全国共补偿参加合作医疗的农民1.19亿人次,补偿资金支出50.38亿元。^②虽然这已经超出了三项改革中职工基本医疗保险的规定,但也意味着医疗保障范围的逐步扩大。

① 2000~2001年,城镇职工基本医疗保险制度框架初步建立,基本医疗保险覆盖人数已达4800多万人,占全国应参保人数30%。医疗卫生体制改革已经全面启动。城镇医疗机构的分类登记工作基本完成,大多数地区开展了住院费用一日清单、医院药品收支两条线管理、医院后勤社会化、病人选医院选医生、药品集中招标采购等方面的改革试点。整顿药品市场秩序取得较大成果。取缔药品无证经营8600多户,药品零售连锁经营也快速发展,全国已有药品零售连锁企业300多家,连锁门店5100多个。(材料来源于青岛会议材料)

② 2003年中国首批启动的试点县(市、区)有304个,2004年增加到333个,2005年做到每个地(市)至少有一个试点县。引自卫生部网站:《全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效》, <http://www.moh.gov.cn/index.aspx>, 2005.9.16。

医疗卫生体制和药品生产流通体制的改革继续推进，但是，遇到的问题与困惑可能大于进展。目前中国政策制定部门、理论界、普通民众对医疗卫生体制改革的意见分歧很大，这还涉及中国医疗卫生体制及健康保障的发展走向，值得进一步关注。

中国健康卫生体制改革的一个困惑是如何看待中国医疗卫生体制的改革方向。不论理论界还是实际工作部门，虽然都认同改革的总目标是“建立适应社会主义市场经济要求的城镇医药卫生体制”，但对于这一体制的内涵却有不同的理解。一种观点认为：除承担公共卫生职能的医疗卫生服务机构以外，其余机构要从原来的计划管理体制转变为市场化的经营主体，逐步实行卫生服务领域的产业化和市场化。这在经济体制改革过程中逐步成为理论界的主流倾向，政府有关部门在卫生体制改革的有关文件中对医院实施分类改革、一些地方对卫生院实施“产权”改革、允许和鼓励民间资本及外资进入医疗卫生服务系统，都在某种程度上反映了这种倾向。2003年末全国登记注册的28.3万个医疗机构（不含村卫生室）中，国有（8.5万个）和集体（4.9万个）性质的占47.3%，私营（13.6万个）和合资（60个）等性质的占52.7%。从数量上看，非国有、集体经济性质的医疗机构已经成为多数。根据卫生部等部门的分类，上述机构中非营利性医疗机构（13.5万个）占47.7%，营利性医疗机构（14.6万个）占51.6%。在大多数非国有、集体性质的卫生机构尤其是营利性卫生机构中，其行为模式逐步趋同于一般性的企业，即走向市场导向和营利导向。在那些仍保留国有和集体性质甚至分类确定为非营利性质的医疗机构中，由于公共投入不足和整个医疗市场的竞争压力，其主体行为也已经部分市场化甚至主要以营利为目的了。应该说，中国改革以来医疗卫生服务的产业化、市场化走向是十分明显的。另外一种观点认为，尽管国家和社会不能也不必要把全部医疗服务全包下来，市场在医疗卫生服务中的自我调节作用不能忽视，但是卫生发展和医疗卫生服务机构不能盲目提倡产业化，更不应过分强调市场化。其主要理由包括：①医疗服务市场供方和需方之间存在严重的信息不对称，不是一个完全竞争的市场，市场机制不可能发挥充足的作用，更不能有效配置卫生资源，在医疗服务中如果鼓吹市场论将会导致严重的健康不公平。②医疗卫生领域过分强调市场化导致医疗服务既不公平，也没效率，容易导致价格与监管方面的双重扭曲。③在卫生体制改革中商业化、市场化的走向违背了医疗卫生的事业属性、部分公共产品属性和社会公平要求。现代社会没有任何政府完全放任市场力量解决医疗卫生服务问题。