

控制医疗费用必须有相应的配套机制改革

陈秋霖 李玲

北京大学中国经济研究中心

上世纪五六十年代中国的基本医疗服务已经覆盖了 85%左右的人群，城镇公费医疗、劳保医疗和农村的合作医疗等医疗保障方式的建立，大大提高了人们对基本医疗服务的可及性。随着城乡经济的改革，这些医疗保障方式也受到了很大的冲击，医疗保险覆盖的人群减少。1998 年全国被任何一种医疗保障覆盖的人口只占 20.6%，城市为 52.13%，农村为 9.83%¹。

我国卫生总费用占 GDP 的比重近 5%，但只覆盖了 20%的人口，而且消费者共付的比例相当高。相比之下，英国用相当于 GDP 的 5.8%的卫生总费用实现了全民免费医疗，新加坡与日本则分别用 6.1%和 7.4%的 GDP 实现了低共付水平的广覆盖，我国的台湾省则以 5%的 GDP 实现了全民健康保险²。

一方面是医疗保障覆盖率下降，另一方面，医疗机构的门诊、住院费用却在不断上升。卫生部门综合医院的门诊病人人均医疗费用从 1990 年的 10.9 元上升到 2002 年的 99.6 元，出院病人人均医疗费用从 473.3 元增加到 3597.7 元，分别增加了 8.14 倍和 6.6 倍，超过了同期城乡居民人均收入的增长（2002 年农村人均纯收入比 1990 年增加 2.6 倍，2002 年城镇居民人均可支配收入比 1990 年增加了 4.1 倍）。

医疗保障覆盖率下降意味着人们求医问药必须自己直接支付费用。对于中国的一般老百姓来说，尤其是收入不高和缺乏医疗保障的人和来说，医疗费用高直接导致他们对医疗服务的可及性的下降。如果说上世纪七十年代末主要面临医疗服务供给不足导致的“看不上病”的问题，那么现在主要面临的是“看病贵、住院贵、手术贵”导致的“看不起病”的问题。

进入九十年代，人均门诊次数一直处于下降趋势，从 1990 年的 2.24 次下降到 2001 年的 1.64 次；每千人的住院人数也有所下降。2001 年全国医院和卫生院门诊总量为 20.87 亿人次，与 1992 年 25.7 亿相比减少了 4.83 亿。但是城

¹ 根据 1998 年全国卫生服务总调查数据。此处所指医疗保障包括：公费医疗、劳保医疗、半劳保医疗、商业医疗保险、统筹医疗、合作医疗。

² 左学金、胡苏云，城镇医疗保险制度改革：政府与市场的作用，《中国社会科学》2001 年第 5 期。

乡居民的两周患病率从 1993 年的 140.1 提高到 149.76。县及县以上医院的诊疗人数并没有下降，下降的主要是卫生院的诊疗人数，而卫生院主要的服务对象是农民，所以可以推测农村居民医疗卫生服务可及性下降的更多。根据我们对中国医疗保健消费弹性的一项研究发现，1985 年 - 1993 年之间农村和城镇居民医疗消费的变化对价格的变化都不是很敏感，但是 1994 年 - 2001 年之间，农村和城镇居民医疗消费的价格弹性都增加了，尤其是农村居民，这也证明价格的上升导致农民医疗消费下降的程度更为严重。

药品费用是控制医疗费用的难题，1990 年到 2001 年人均药品费用从 3.46 元上升到 180.51 元，年均增长 16.8%。我国出台了很多文件控制药品费用的增加，药品费用总额的上涨速度开始放慢，从 1996 年的 21% 下降到 2001 年的 5%，但药品费用占卫生总费用的比重下降不大，1995 年为 48.8%，2001 年为 44.4%。从医院门诊病人和住院病人的医疗费用看，药品费用的比重 2002 年分别为 55.4% 和 44.4%。有研究显示，乡镇卫生院的药品费用比例更高，一般在 70-80%。

控制医疗费用的另一个难题是过多的使用高科技检查项目。由于机制上的原因，医院倾向于为病人提供更多收费高的服务以增加收入。根据卫生部的统计，医院的大型设备数量逐年上升，拥有率也不断提高，以 CT 为例，2001 年共有 4706 台，医院的拥有率为 30.6%，年增长速度在 10% 以上。

药品费用居高不下、不合理用药大量存在的根本原因归根结蒂在于医院（医生）的偿付机制不合理。但是单纯的限制药品价格和药品费用比例能否解决问题？另一个担心是医疗服务费用的快速上升以弥补降低药品费用导致的医院收入下降，最终人们是否受益？提高医生劳务费用，尊重医生的人力资本是改革的一个重要方向和目标，但同时要严防医疗机构提供过度和不合理的检查和服务。因此，控制医疗费用必须有供方的配套改革，包括偿付机制、监督机制等。

不合理用药和过度高科技高费用检查行为的原因

（1）医院偿付机制不合理导致行为扭曲

随着中国整体经济的发展，卫生总费用在不断地上升，在 GDP 中所占的比重也逐渐上升，1978 年为 3% 左右，到 2001 年已经是 5.37%。但是从卫生总费

用的构成来看，个人支出部分不断上升，而政府和社会支出部分不断下降。2001年个人卫生支出占60.5%，政府卫生支出占15.5%，社会卫生支出占24%。卫生事业费占国家财政支出的比重不断下降，七五期间占2.53%，八五期间占2.37%，九五期间占1.98%，十五期间仅占1.66%。

在原来的体制下，医院基本上是由国家全额拨款，医生拿固定的高于普通职工的工资，没有任何的积极性去开大处方、多做检查、多收费用。但是改革开放以后，国家对医院的投入越来越少，特别是八十年代以后，国家只是给医院政策，医院自负盈亏，财政经常性补偿只能勉强维持医疗机构的人头开支。将医院推向市场，但是配套的机制没有建立和完善，医院要生存和发展，就必须依靠医疗服务收入和销售药品的加成收入。而长期以来，医疗服务实行低于成本的国家定价政策，特别是反映技术劳务的医疗价格偏低医疗服务的价格，医院要维持运行，就趋向于开大处方，让病人多住院，多接受高新设备检查，开展新特项目。这就造成卫生资源使用不太合理，覆盖面很小，费用很贵，个人支付很多。

批零差价留用政策具有“杠杆作用”，医院为了获得药品加成以增加收入，就要出售更多的药品，导致大量不合格和不必要的药品流向患者。2002年，卫生部门综合医院平均每所县属医院总收入为1385.6万元，其中业务收入1258.6万元，占91.3%，业务收入中药品收入占47.2%（附表8）。

（2）医院的管理体制不健全

目前大多数公立医院缺乏专业管理人才，很多管理人员包括院长原来都是医生，而且行政任命的居多。同时，医院缺乏对分配和人事的自主决策权，院长不能灵活采用不同激励机制规范医生的行为，对于医生的聘用和解聘也存在一定的障碍。内部约束的薄弱，进一步加剧了医生的扭曲行为。

（3）公众和患者健康知识缺乏

公众本身健康知识的缺乏也导致了药品和高科技检查服务的过度使用。目前，农民对于药品的信息更多是从各种广告中获得，因此部门就医的农民自身也倾向于消费高价药品、接受更多的检查。需要提高患者对疾病和费用的责任，进行必要的宣传和教育。

基本用药目录管理中存在的问题

2000 年劳动和社会保障部下发了《国家基本医疗保险药品目录》，根本目的是保证城镇职工的基本医疗需求和基本医疗保险基金的收支平衡。基本用药目录实施成功的关键是及时调整和效果评估。国家药品目录原则上每两年调整一次，各省、自治区、直辖市药品目录也要进行相应的调整。国家药品目录的新增补工作每年进行一次，各地不得自行进行新药增补。但实际上并没有有做到及时的更新，基本用药的使用效果也没有合理的比较好的报告机制（按照国外的经验，一般都由基层的医生负责定期报告），这导致。造成这些现象的原因主要有：

（1）多部门分块管理是基本用药管理不善的重要原因

中国药品制造业不论在改革前还是改革后，都分散在多个部门进行分类管理。直接涉及药品管理的部门就有劳动和社会保障部同国家发展和改革委员会价格司、国家经贸委（商务部）医药司、财政部、卫生部、国家药品监督管理局、国家中医药管理局等。国家基本药品目录就是由这些部门共同制定，由劳动和社会保障部发布的。

多部门分块管理首先遇到的问题就是增加沟通成本。协调好每个部门需要一段时间，如果部门之间有摩擦，问题就更复杂。其次，这些部门肩负各自行业的“宏观管理”任务，即“规划、协调和监督”，都有部门利益所在。定期淘汰部分疗效不佳、不良反应大及危害健康的药品并相应撤销其生产批准文号、从基本药品目录中除名等都是国际惯例，无疑对病患者有利。但一旦实行起来，却可能造成某些药品生产企业的产品积压甚至停工停产，直接损害行业和部门的利益。

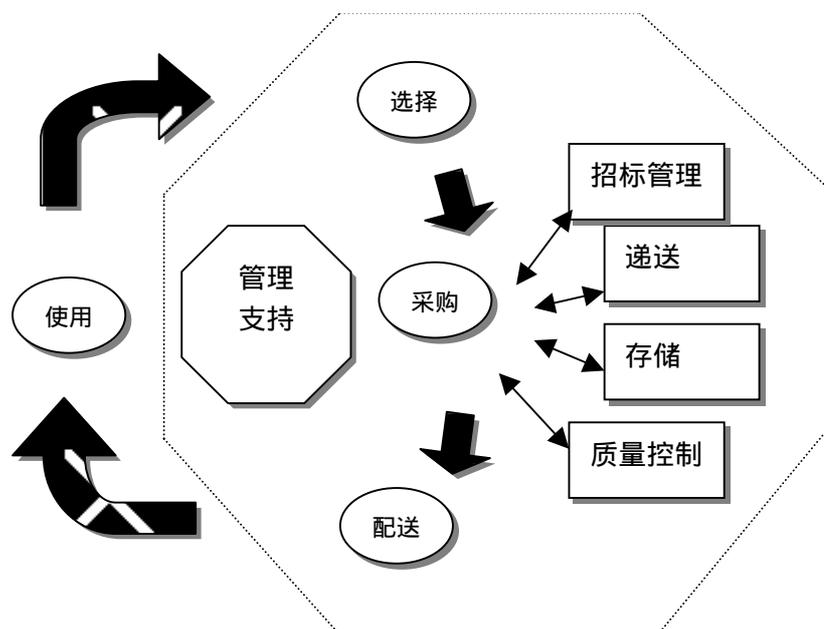
（2）地方保护主义是基本用药管理不善的又一重要原因

改革开放为我国医药业提供了发展的机遇，80 年代初期，对药品价格管理的指导思想、管理体制和价格政策进行了局部的调整和改革。打破了定价权高度集中统一的价格管理模式，逐渐减少中央管理价格的药品，扩大了地方政府的药品价格管理权限，放开了部分小药品的价格，适当扩大了商业经营环节的进销差率。这些改革措施，对调动中央和地方以及生产、经营企业的积极性起到了积极作用，但同时带来了低水平重复生产的严重问题，也加剧了地方保护主义。

配套管理支持上存在的问题

国际经验显示，合理的药品供应管理可以有效的降低医疗费用。药品管理整个流程涉及很多环节（图 1），报告前面涉及了基本用药的选择、药品的采购、药品的合理使用和药品的流通体制上存在地问题。联接这些环节的是医疗卫生体系配套的管理体制。目前我国医疗卫生管理体制中存在主要问题有：

图 1：药品供应管理流程



资料来源：World Health Organization

（1）医疗卫生体系的分块管理不利于药品供应管理的改善

和药品的管理体制类似，目前我国的卫生管理职权也分散在以下部门：卫生部，国家发展和改革委员会，财政部，商务部，劳动和社会保障部，国家质量检验检疫总局，国家食品药品监督管理局，中医药管理局。职权范围的交叉和部门利益潜在的冲突，不利于提高药品供应管理各环节的效率效果，不利于理顺医疗卫生体系的内部关系，也不利于推进医药卫生体制改革。应该有一个明确的部门来全面负责大众的健康维护和促进工作。

（2）卫生行政“管办不分”

医药卫生体系还存在明显得“政企不分”、“政事不分”。各级卫生主管部门同时既承担对卫生部门各级医院的监管，同时也是卫生部门各级医院的直接主

管。“管办不分”导致卫生部成为卫生部属医院的“总院长”，各级卫生行政部门成为各级医院的“总院长”，各级卫生主管部门的精力主要放在本级医院的管理，削弱了监督的功能。

理论上讲，医疗卫生体系中政府监管作用和市场调节作用都是不可缺少的，制药企业、药品销售商、医院和病人之间的关系由市场调节能更好的提高效率，但是必须加强卫生行政部门对制药企业、药品销售商、医院的监管。

(3) 各级政府对卫生投入的激励不足，监督不力

政府在投资的安排上，总是向产业部门倾斜，行政资源也向产业行政部门倾斜。对卫生的投资并不是地方官员优先考虑的问题，各级政府卫生监管部门也多因为资源不足而不能完全履行职责。有研究表明，卫生系统的药品监督机构每年的事业费仅占卫生事业经费总额的 0.77%。大多数地方药检所经费缺口达一半以上。