



中国卫生经济学会系列杂志

卫生经济研究

WEISHENG JINGJI YANJIU

中国核心期刊（遴选）数据库收录期刊

中国期刊全文数据库（CJFD）全文收录期刊

中国学术期刊综合评价数据库（CAJCED）统计源期刊

中文科技期刊数据库收录期刊

“万方数据——数字化期刊群”全文上网

卫生发展路径：市场机制与政府责任的有机结合
经济增长与国家医改

深化医改中推进卫生领域反腐倡廉建设的进展与思考
绩效式管理促进卫生包容性发展的探讨

全民医保背景下实现分级诊疗的路径研究

ISSN 1004-7778



0.1>

9 771004 777007

01/2014

ISSN:1004-7778

CN:33-1056/F

经济增长与国家医改

——关于“中国梦”的实质

刘国恩

(北京大学国家发展研究院, 北京 100871)

中图分类号: R19

文献标识码: A

文章编号: 1004-7778(2014)01-0004-04

党的十八大以来, 习近平主席提出并深刻阐述了实现中华民族伟大复兴的中国梦, 社会各界高度关注并热烈讨论其重大意义与核心实质。与之相应, 党的十八大提出了实现中国 2020 小康社会的发展目标, 其中包括五个方面: 一是经济持续健康发展, 使国内生产总值和城乡居民人均收入比 2010 年翻番; 二是人民民主不断扩大; 三是文化软实力增强, 加强社会主义核心价值观体系建设, 文化产业成为国民经济支柱性产业; 四是人民生活水平全面提高, 包括了公共服务、全民教育、充分就业、收入分配、社会保障; 五是建成资源节约型、环境友好型社会, 即以更可持续、更高质量的方式推进经济增长。相对而言, 经济增长目标比较可行, 只要保持 7% 以上的稳定增长, 2020 年实现 2010 年经济总量的翻番应该没有太大悬念。更重要、更挑战的问题是, 经济增长的财富质量和财富分配应该如何得以提高和完善, 这关系到实现中国梦的实质、核心问题。

一、中国梦: 国富还是民富?

中国梦包含了五个方面的内容, 其内涵到底是国富梦还是民富梦? 它们之间虽然紧密相连, 但绝不是相等的概念。我们先看看美国梦的实质, 它的核心价值并不强调抽象的国家性, 而强调每位公民的个体性(individualism), 旨在使每位公民在每个方面都得到全面发展, 人人皆知认同; 它的内在逻辑是: 当一个国家的每位公民都得以全面发展并致富时, 国富、国强就是必然结果, 但反之则不然。中国梦, 现在大家说得更多的是强国梦, 作为终极目标本身没有问题。需要讨论的是实现的路径, 因为它既可以是国富, 也可以是民富, 或者共同富裕。清朝时期, 经济总量

世界第一, 比中国现在的世界经济排名还高, 然而民不聊生, 外强中干, 不堪一击! 由此说明真正的国强必须民富, 民富促进国富, 从而就有国强。美国的实践, 为民富、国富、国强的关系式提供了佐证。

我国建立并完善了社会主义市场经济体制, 从制度形式看确是创新, 没有前车之鉴。最大特征就是政府代表国家直接拥有主要资产, 并主导和参与属于“国计民生”的经济活动, 即所谓的“国家资本主义”。国企、央企代表政府参与经济活动是国家资本主义配置资源的主要方式, 与非国有的经济主体比较, 国企、央企具有绝对的先天优势: 投资主体的行政优势、融资优势、要素优势及税收优势。经济学常识告诉我们, 如果市场的部分主体具有超越市场竞争的特殊力量优势, 市场垄断及随之导致的低效和无为损失(deadweight loss)就无可避免。当然, 国企、央企自然要向国家财政上缴不少收入, 国家财政收入多年以来以 25%~30% 的速度增长, 与央企、国企的税收贡献不无关系。然而至今仍然不清的是, 如此庞大的国家财政积累究竟以什么具体而有效、公平的方式再分配到你理论上的所有者——全民?

其实, 关于全民所有制经济的国家财富积累和分配问题早已受到学者和政治家的关注。2013 年初, 胡德平出版的《为改革放言》一书披露, 其父胡耀邦同志早在文革期间, 就全民所有制经济存在的问题直言毛泽东主席, 如果全民所有制经济不能解决全民所得问题, 就可能变相成为全民所无。这个问题到今天解决得如何呢? 如果我们比较基于私有产权的个体私有制, 基于公有产权的全民所有制就实际结果看的确更不利于一般百姓的收入分配。

注: 本文根据 2013 年 5 月 8 日在上海交大安泰经管学院《经邦论道》改革系列讲座录音整理、修改而成。

以美国为例,从宏观数据看,GDP 的 65%~70% 直接为劳动者所得,30%~35% 属于政府所得;而我国 GDP 仅 40% 为劳动者所得。从微观数据看,美国企业收入分配的 71% 为职工收入,企业所有者利润只占 9%;而我国劳动者收入即使是在 2009 年最高时也没超过 48%,一般停留于 45% 左右,相比美国还相差甚远。

当然从理论上讲,政府所得中的很大部分主要以各种形式再分配给百姓,但是国家二次分配存在极大的效率、公平及浪费问题,我国目前正在竭力遏制的大量腐败问题,其普遍性和规模性历史空前,正是过度庞大的“公有”资产最终必然上演的“公地悲剧”。

二、中国梦:经济增长与民富机制

从我国经济结构看,固定资产投资仍然是历年经济增长的最主要源泉。在 2012 年的总产值构成中(52 万亿元),69% 属于投资形成的固定资产类项目,28% 为直接居民消费品,还有 3% 的净出口。高达近 70% 的资源用于资本性项目,不仅直接挤压了居民消费品,同时还必然受边际收益递减规律的约束,从而付出巨大的机会成本。以上问题就是当前我国正着力解决的转变经济发展方式问题,其关键在于如何加大市场配置资源的作用,从根本上提升居民的消费水平,这不仅直接惠及千家万户,也是内需增长的重要动力源(刘国恩,2013)。毋庸置疑,提高居民消费必须解决两个关键条件,一是消费能力,二是消费意愿。

1. 关于居民消费能力。决定居民消费能力的首要因素是收入水平,因此如何提高居民劳动生产的创收能力是关键。经济学诺贝尔奖得主 Amartya Sen 认为,个人创造财富的能力是全面发展的核心,这包括了三个重要条件。一是个人参与经济活动的公平机会,特别是自由迁徙和职业选择的机会。我国现行的户口、编制等都是阻碍个人全面发展的制度性因素,越早结束,越是利大于弊。二是个人参与经济活动的动力。在同样条件下,个人产权越受保护,个人劳动财富越有保障,个人创造财富的动力自然有所增加。三是个人参与经济活动的自身能力。授人以鱼不如授人以渔,人力资本理论和人类实践充分表明,个人自身能力建设的最重要方面就是知识和身体,因此教育投资和健康投资是人力资本的两大基石。根据“中国营养与健康调查”数据的实证分析,个人

健康水平确实是影响人们收入生产力的重要因素(Liu et al, 2008)。

2. 关于居民消费意愿。在同等收入条件下,影响人们消费的因素还包括消费意愿,即人们敢于消费,不用顾虑太多,这里主要涉及后顾之忧和消费安全两大问题。经济学中关于人们“预防性储蓄”行为(precautionary savings)的重要命题,讲的就是同样问题:人们储蓄的一个主因是预防未来不测。因此,如果一个制度安排能减少人们的未来不确定性,自然会促进当前消费。在我国医改的五大重点中,建立覆盖全民的基本医疗保险体系五年来进展最显著,从 2007 年开始到目前已覆盖了近 13 亿人。

根据国务院城镇居民基本医疗保险入户调查数据,我们特别分析了该项制度究竟如何影响参保居民的消费行为。研究结果发现,参保家庭全年的非医疗消费比未参保家庭增长约 13%,医疗消费并未发生显著变化。更有意义的是,保险制度对低收入家庭的非医疗消费影响更大,接近 20% (藏文斌,刘国恩,徐菲,2012)。其他学者使用农村合作医疗数据的近期研究也得到了一致的结论(白重恩等,2011)。因此,医疗保险制度不仅直接提高居民医疗服务的可及性,同时有利于拉动内需。其他研究还表明,医疗保障制度也有利于促进就业。医疗卫生是美国最大的行业,占 GDP 的 18%,也是全美就业人数最多的行业。在发达国家,医药卫生产业占 GDP 的比重平均在 10% 左右。

三、中国梦:深化国家医改,避免概念误区

根据全球发展趋势,医疗服务体系不仅是关系全民看病就医的重大民生工程,也注定是国家经济举足轻重的支柱产业,因此,深化医改必须是今后相当长时间要重点把关、推进得当的中心工作。然而,医改的确是世界性难题,不仅我国如此,发达国家也是如此。医改为何如此之难,究其主因,包括三点。首先,医改是关系到每个人幸福安康的制度安排,谁又能泰然处之呢? 其次,医改涉及巨大的资源配置,发达国家经济总量用于医疗服务的平均比重高达 10%,是绝对的产业大户。最后,医疗服务还有其若干特征,主要包括需求的不确定性、信息的不对称性及政府干预(Arrow, 1963)。据此,有人进行过度演绎、推广,为政府广泛干预医疗市场提供论据,进而受到相关行政部门的青睐。

但问题是,政府干预仍然面临三大悬而未决的

挑战。其一,干预什么?全面干预,还是有其侧重?其二,如果真有市场失灵,政府干预就一定是更好的选择吗?其三,对选择性大的个人医疗服务,市场机制与行政干预哪个更有效?从过去几年的中国医改实践看,筹资制度取得了一定成效,但在服务制度安排方面,特别是公立医院改革,进展甚微,困惑重重。究其根源,还是与政府、市场的定位不清、概念混乱不无关系。归纳起来,主要表现在以下几个误区。

第一,关于医疗服务的主次矛盾认识不清。从经济学角度看,我国医疗问题的主要矛盾是供不应求,因此医改的重点是如何开放市场,解放生产力。

我国医疗问题集中表现为“看病难、看病贵”,并且长期挥之不去,从经济学角度看,主要矛盾是供不应求,判断依据是什么呢?首先,根据经济学常识,无论什么市场,如果一样东西既贵又难,且长期如此,只有一种解释:垄断。否则,如果存在经济利润,为什么没有新增投资进来分享呢?事实上,我国医疗市场的进入壁垒众所周知,主要包括庞大的公立医院的行业垄断及长期低效的行政审批等准入障碍。两者都是行政垄断所致,而非过度市场化惹的祸。

再从供需的决定因素分析,不难得到一致的判断。先看我国医疗服务需求的变化,改革开放以来,其决定因素基本是以市场力量为主,这包括了疾病谱由传染性向慢性病的转型、医疗技术进步、期望寿命提高、居民收入增长及医疗保障制度完善等,都是长期助推医疗服务需求增长的市场力量。反观医疗服务供应体系,其决定因素基本都是行政力量为主,这几乎涵盖了从医疗机构准入到医务人员配置的各个方面。首先,各地的医疗机构准入还深陷在行政主导的区域卫生规划里。其次,240万医务人员目前仍是机构人。人挪活,树挪死。固化到一家医院的执业关系,以及附属在机构上的各种权利、机会、福利待遇,绑架了多少本可以发挥更大、更好作用的广大医务人员?这不仅直接影响了本可以更高的医务生产力,对医务人员的个人发展而言,又有什么比如如此的桎梏更具杀伤力呢?

第二,价格机制是市场有效配置资源的根本手段。然而,价格机制能仅靠政府有关部门更好地工作,就把扭曲的医药价格体系重新准确定价吗?不能,因为行政定价本身就有违价格机制的核心功能:传递信息,提供激励。

货币经济学大师弗里德曼告诫(1980),市场经

济之所以胜过计划经济,是因为价格机制这只无形之手发挥着无与伦比的有效配置资源的作用,其中包括两大功能:其一,为供需双方提供趋向供需均衡的市场信息;其二,灵活的价格机制也为参与市场活动的供需双方提供了不可或缺的重要激励,使市场信息具有使用价值,利用得当受益,利用不当受损。显而易见,价格机制的功能就在于其反映市场供需缺口的上下变动性。因此,行政定价能否定准是一个问题,定价本身更是伪命题,否则就无法理解价格机制调整资源配置的决定性作用。有些人一边说价格形成机制,一边又强调政府如何定价,不着边际,不负责任。

也有人说,对一般市场而言可以发挥资源配置的决定性作用,但有些市场比较特殊而应例外,其中包括医疗市场。医疗市场尽管有很多特点,但毕竟是一个服务市场,从供方看,看不出它特殊到不遵从投入产出的基本原理和成本约束;从需方看,服务价格越高,医疗负担越大,自然抑制需求,反之亦然。这些都是市场经济的一般规律,怎么看都无法得出市场机制在医疗领域完全失灵的判断。因此,要谨防“特殊论”的误导,否则就无法充分调动全社会力量和解放医疗生产力,致使供不应求矛盾难以解决。

第三,发挥市场配置资源的决定性作用,应该如何理解政府的主导作用呢?其实,政府发挥主导作用和市场配置资源的决定性作用不该对立,其相容性可以通过各就各位而得以统一。市场主导服务供应,政府负责保驾护航、基础兜底。

市场经济理论鼻祖亚当·斯密早在1776年所著的《国富论》中就明确阐述,在市场经济中政府具有不可或缺的三大主导作用。第一,建立国家军队,维护国家安全;第二,建立司法制度,解决人民内部矛盾;第三,负责社会所需、市场力量暂无能力提供的服务,比如公共卫生、基本医疗。同此理论一致,党的十八届三中全会关于医改的指导思想是,社会力量主要提供多元、有选择的个性化医疗服务,政府负责监管、信息共享,并兜底保障面向全民的基本医疗服务。

第四,现代医院体系应该集中急诊、住院服务,而不是“眉毛胡子一把抓”,尤其是针对常见病、多发病的门诊服务,应该通过优质资源下基层社区,转变目前医院导向的就医模式。

绝大多数国家的实践显示,最有效的就医模是

急诊、住院集中在医院,大量门诊消化在基层社区诊所。流行病学理论告知,平均 100 个人在一年中只有七八个人要住院,而 80%的疾病是门诊服务,主要针对常见病、多发病及慢性病的长期护理,西方国家因此形成了根植于社区的家庭医生服务市场,主要是各种民营的普通和专科诊所。

反观今天的中国就医模式,大病、小病,只要有条件,都往大医院跑,其结果是大医院门庭若市,基层医疗机构门可罗雀,不仅导致了大量资源浪费,“看病难”成为国人挥之不去的阴影。百姓就医不理性吗?不是,如果优质资源高度集中在大医院,人们不去大医院才是不理性!因此,要破中国就医模式难题,关键在于破除大医院的行政干预体系,加大市场配置资源的决定性作用。庆幸的是,党的十八届三中全会特别指出要逐步取消医院的行政级别管理,支持社会资本办医,并鼓励参与公立医院改制重组,支持医生多点执业。如果认真落实这些政策,相信中国就医模式的合理改变指日可待。

第五,国家医改的根本目的是什么?短期来说可以是病有所医;从长计议应该是全民健康。二者虽紧密相关,但不是同一回事,本末分明,不能倒置。我国医改应该尽早转型升级,转变以疾病治疗为中心的医疗服务体系,迈向以全民健康为中心的健康服务体系。

2012 年我国经济总量为 52 万亿元,2020 年预计超过 80 万亿元。参照世界中上收入国家的比例,再考虑全民医保、疾病转型及收入增长等因素,我国 2020 年经济总量用于医疗卫生预计 8 万亿元左右,而现在是 2.5 万亿元上下。因此,目前国家医改有两条可选路径,一是继续目前以疾病为中心的医学模式,那么可以肯定的是,2020 年的 8 万亿元将花在打针吃药、住院、手术等医疗服务上;二是推进以疾病为中心的医疗服务体系向以健康促进为中心的健康服务体系转型,那么 8 万亿元的相当部分可以用于促进健康的新兴健康产品和服务市场。两条路径的本质区别是,医疗服务以人们的疾病、生命为代价,降低人们的生命价值和社会福祉;健康服务则服务于人们的健康生活,因此促进人们的生命价值和社会福利。

上世纪 90 年代,美国医学会会刊(JAMA)发表的论文显示,基于死因分析,人们行为方式决定健康的程度高达 60%左右,医疗技术的决定程度大约 10%,

其他归结为社会生活环境及遗传基因等因素。相关研究也得到类似结论。总之,基于人类迄今为止的科学认知,个人行为、生活方式对人类健康的影响是决定性的,这为人类积极探索疾病医学向健康医学的模式转型提供了理由和依据。令人鼓舞的是,国务院近期印发了《关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发[2013]40 号),为我国医改迈向健康服务体系提供了政策指南。从范围看,大健康服务业旨在医疗服务市场的前移、后延:前移部分以促进健康的新兴产品和服务市场为主,后延部分以康复、护理及健康养老服务市场为主。

从国家发展视角看,国发[2013]40 号文件提出的中国健康服务业是极具战略意义的新兴产业布局和社会发展蓝图,如能认真践行,相信至少在四大方面将产生积极影响和竞争优势。第一,有利于提高医疗体系的服务效率;第二,有利于促进社会和谐与医患关系;第三,有利于改善与健康相关的生态环境;第四,有利于助推我国经济发展方式的转型升级。

参考文献:

- [1]亚当·斯密.国富论,国民财富的性质和原因的研究[M].北京:商务印书馆,1974.
- [2]胡德平.改革方言录[M].北京:人民出版社,2013.
- [3]白重恩,李宏彬,吴斌珍.医疗保险与消费:来自新型农村合作医疗的证据[J].经济研究,2012,(2): 41-53.
- [4]藏文斌,刘国恩,徐菲.中国城镇基本医疗保险对家庭消费的影响[J].经济研究,2012,(7):75-85.
- [5]刘国恩.转变经济发展方式靠什么:论两只看不见的手[J].比较,2013,(3):130-144.
- [6]Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care [J].American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.
- [7]Friedman M and Friedman R. Free to Choose, Harcourt, 1980.
- [8]Liu GG., Dow W., Fu AZ., Akin J.and Lance P. Income productivity in China: on the role of health[J]. Journal of Health Economics, 2008,(22): 22-44.
- [9]McGinnis JM and Foege WH. Actual causes of death in the United States [J].JAMA, 1993, 270:2207-2212.

收稿日期:2013-12-10 (责任编辑 叶向明)