

作者：尉银杰

学号：1700015437

学校院系：国家发展研究院

提交日期：2021 年 1 月 4 日

论中国医疗系统的症结和改革路径

【林愈（学生、民众）】

尊敬的两位先生，我听闻您们对于大家所关心的中国医改问题持有不同的观点，究竟各自持怎样的逻辑，今天愿闻其详。我本人自幼多病，婴儿时曾经进过 ICU，幼年时也一直与哮喘和肺炎为伴，西医和中医都常看，但都收效甚微。儿时并没有听说过社区医院和家庭医生，去的一直是市三级公立医院，但是也并不曾感到“看病难”和“看病贵”的问题。反倒是去年留美期间，一夜因感风寒，咳嗽不止，忙驱车前往附近医院急诊，上来就做了非常全面的检查，医生和护士的服务都非常周到，结果无非是陈年旧疾复发，但账单上的数字却几乎是我在中国半年的生活费。从我过往的经验来看，似乎中国的医疗体系非但不差，反而优于西方国家。

但最近一年，我又在北京看了几次病，却才真真切切地感受到了中国医疗系统的问题所在。举例而言，北京口腔医院的专家号虽然只需要 50 元，但是蹲点等放号也难抢到。普通号虽然有余，但在疫情时期拥挤的候诊室里等候两小时后，医生给出了由于智齿情况复杂，建议改日挂专家号的意见。四处询问后，我才知道即使是家乡三线城市的口腔专家号也非常难得。生活在城市的我们如此，县城和乡村的情况必然更不容乐观。而与此同时，美国的账单经过多次斡旋，最终因为留学生的零收入证明得到了教会基金会的全额资助。由此我对两国医疗体系的观点又有了翻转。在中国，“看病难、看病贵”长期以来困扰着老百姓，而 2009 年以来的新医改已经进行了十余年，可以说目前改革远远没有完成，那么两位认为中国医疗系统的症结在，改革的关键又是什么呢？

【贾政益（政府派）】

小林啊，我想你遇到的问题大家都颇有体会。中国的医疗卫生系统确实存在不少问题，但是中国作为一个发展中国家，在公共卫生领域已经取得了非常优秀的成果：在计划经济时期，我们成功仿制了抗生素药物，用成本一份钱的药代替原本几百元的进口抗生素，挽救了不计其数的生命；在传染病领域，我们的科学家成功研制出了消灭小儿麻痹症糖丸；在公共卫生领域，我们的赤脚医生在农村领域有效地降低了常见病的死亡率。改革开放以前，可以说中国的医疗完全是一项政府主导的公益性事业。但是在改革开放以后，顺应市场化的潮流，政策鼓励医院自主创收，按照市场化的方式运营；而有的地方政府甚至直接将医院卖掉，全部地民营化。在这期间就形成了医疗体系的几大痼疾：一是“以药养医”，医生的基本工资和奖金收入较欧美国家有较大差距，而没有政府注资的医院作为利润最大化的市场主体，也倾向于借卖药创收，这样一来一是药品价格虚高，药厂占有垄断利润，另一方面百姓往往过

度用药，造成不必要的医疗资源浪费，这是看病贵；二是分级诊疗体系的缺失，一方面是因为公立医院在固有路径下积累了大量声誉资本，习惯的力量短期很难扭转，另一方面也是因为激励机制不健全导致优秀的医生不愿下沉，一边是公立医院不断扩张但仍然一号难求，另一边是基层卫生单位门可罗雀、搞形式主义，这就是看病难。

可以看到，市场化扭曲了医疗事业的公益性，并且分级诊疗没有政府的干预就很难建立，因此中国的“医改”必须由政府来主导。一是通过改革激励机制和分配机制，通过按病种和人头收费等方式使得卖药的利润成为提供医疗服务的成本，使医生的收入与药品和耗材的销售脱钩，同时提高医生服务性报酬，并且通过集中采购等方式压低药品价格，提高老百姓的获得感。二是通过公立医院包干等措施逐渐建设分级诊疗体系，适度提供激励诱导优秀人才下沉，并且通过改善从医激励扩大医疗人才池子，从源头上解决医疗资源短缺的问题。事实证明，医疗系统的市场化弊大于利，宿迁市重新买回了曾经卖掉的公立医院，甚至还花 26 亿新建了市人民医院，证明曾经的市场派认识到只有让医疗回归公益性，只有让政府在医疗系统的改革中主刀才能收获成效。不知甄先生有何见解？

【甄市引（市场派）】

贾先生的一席话似乎把我置于非常困难的境地，仿佛我要反驳他的观点就是支持卖公立医院，让医院都市场化了。但是我想说我们市场派不是全盘市场化派，我们反对计划经济式的政府主导，但是绝对承认政府在医疗改革领域能够有所作为。事实上，没有一个发达国家的政府在医疗系统中缺席。加拿大的普通医院都是公立的，德国强制医疗保险并且给予私人医保以政府补贴。美国政府更是对 65 岁以上公民提供免费医保，而此次大选中有候选人甚至提出了全民医保的方案。可见医疗的特殊性是被所有国家重视的。

但是政府在其中扮演的角色是什么呢？按照贾先生所说，过去医生工资太低，要靠卖药来赚钱，而事实上三明医改的逻辑就是把灰色收入合理化，把卖药的回扣转化成较高的工资。但是医生工资偏低难道不是政府过度干预的结果吗？医生服务的价格目前还是靠政府管制定价，您却说解决的方案是靠政府来提升工资，那为什么不能直接由市场来决定医生的工资，难道那样不是更有效率，更能吸引人才从医吗？然而，在现行的公立医院为主体，医生从属于医院的行业格局下，民营医院缺乏市场力量，从而没有激励，也不能有效地拉高行业工资。另外，和公立医院一样“以药养医”显然是成本更低廉的做法，莆田系医院的滋长就是最典型的例子，你们计划派习惯拿莆田系的污名强加到市场派头上，但实际上如果市场化机制足够有效，监管足够成熟，劣币驱逐良币的现象就不会存在。参照欧美的做法，医生的工资有行业协会制定标准，而医生和医院的关系是独立的，医生同时服务于多家医院，收取劳动报酬，仅仅开具处方而不买药，由患者自行到药房购买。医生对于自身服务有定价权，其报酬势必能够反映是市场需求，从而能够部分解决人才问题。当然，不光是行业协会，政府也是起到关键的作用的。这两者从道德和法律层面严格地将医疗和药品行业划分开来，使得医生既没有激励也不敢收医药代表的回扣。我国医疗改革的大方向应该向欧美看齐，但是一定要看到政府不是万能，政府对于医疗行业的运行只能充当监管者和守夜人，而不是直接干预医院的运行。政府能做的更多是需求侧的改革。

2000 字

【贾政益】

甄先生提出了一个非常有力的观点，让市场来决定医生的工资，顺便解决人才短缺的问题。但是您举例的由行业协会决定工资和由政府部门制定并没有本质的区别。此外，如果药价也由市场化机制决定，即便医药分离了，消费者的权益也无法得到保障。由于医药行业有高度的垄断势力，如果政府不直接干预其运行，即药品定价，医改又怎么可能取得成效呢。事实上，特朗普在今年 9 月 13 日就下了一道行政令，要求国内药企对本国居民销售的药价不得高于对外国销售的最低价，这一方面体现出药企存在非常大的价格歧视的自由度，另一方面也反映出市场化无助于解决看病（用药）贵的问题。政府必须直接出面干预价格，诚然补需方是必要的，但是干预医疗服务和医药的定价也是改革的应有之义。

看待政府在医疗系统中的地位，需要从两方面入手。一是其在医疗改革中的地位，二是其在医疗系统日常运行中的角色。您已经承认了政府在医疗系统日常运营中的角色，即用强力的监管保证医药分离，而且基于医疗服务的公益色彩，需要对需求方进行一定的补贴。而在医疗改革方面，我们且不论欧美国家公立医院诸多的事实，暂且承认您让医院或者医生自行制定医疗服务价格的观点。您认为在改革中如果市场竞争足够充分，就能够将莆田系医院挤出市场，但您却没有告诉我们如何才能使优质的民间医疗资源从现行的公立医院独大的局面中涌现。政府放手不管，或者仅仅是严格监管医药分离就够了吗？显然没有那么简单。公立医院对人才和资源仍然有巨大的虹吸效应，且仍将以其信任资本吸收大部分病人，看病难的问题仍然不可能得到有效的解决。事实上公立还是私立并不是问题的要害，“医药分离”、“分级诊疗”才是，只有政府才能够有力地推动医疗资源的更有效运用，从最基层的预防保健开始提高人民群众的健康水平，缓解医疗资源的短缺。

【甄市场】

贾先生认为政府定价和行业协会自律没有区别的观点是错误的。所谓行业协会自律更多反映的了市场的供需，其灵活性远高于政府定价。诚然出于公共利益的考虑，政府应该对药品价格加以关注，但是另一方面，药企的研发成本和周期非常长，其收取一定的垄断利润也有其合理性，有利于行业的健康发展，且一个充分竞争的医药行业（包括仿制药）是能够最大程度的压低药价的，总量采购压低药价自然符合各方利益，但是请注意它本身是一个市场化而不是计划的结果。而药品行业协会并不是对美国政府言听计从，降价谈判本质上仍然反映了市场的力量。

此外医疗服务提供主体的市场化也是必要的，市场比政府更能推动分级诊疗的实施。与其让政府强推基层医疗，通过扭曲激励的方式实现“家庭医生”的普及，给医生提供一个便捷的开办私人诊所，提供便捷的社区化医疗服务的市场环境岂不是更好？事实上私人诊所是一个国际上受到肯定的解决医疗资源浪费的好办法，是实现分级诊疗的基础，但是在中国即便没有从业的限制，医务人员也很少愿意自立门户。原因就在于医疗行业的计划程度太高。医生的事业编制一日不解除，医生与医院的绑定关系一日不取消，医疗作为服务业的性质一日没有得到深刻的认识，医疗资源的充分有效分配就不可能实现。医生不是公务员，我们历史上给了医生很高的社会承认，但是行业本质仍然是服务业，其作为公益性行业应该受到补贴，但其运行没有理由不像其他服务业一样按照市场规律行事。

在现有的公立医院的考核机制下，院长考虑的是如何把医院做大而不是如何管理好团队，提高服务质量，创造更好的效益，而对于民营医院来说，亏本的扩张是不可能实施的。公立医院的比例越高，医疗服务的地理覆盖面就越低；医疗系统的市场化程度越高，医院多点开

2000 字

花，解决看病难问题的概率就越大。

在改革方面，应该由政府负责逐步解除历史遗留问题，但是说改革由政府主导没有意义。没有不由政府主导的改革，重要的是政府改革的内容。政府改革的目的应该是为医疗行业创造一个有效的市场环境。市场的机制设计可以包括医药分离、行业规范监管、供给和需求侧的补贴等等。这些政府行为和医疗行业的市场化并行不悖。

对于贾先生提到的宿迁例子，我想说它并不能说明市场化有问题，而恰恰说明了政府过度干预的副作用。事实上，宿迁的意愿民营化以后，患者的门诊（买药）费用的确下降了，而且患者外流率甚至低于看成医改先驱的三明市¹。而之所以政府选择重新买回亿元，是因为江苏省政府开始给予公立医院补贴，而这种补贴之下新建医院的决定也未必是有效率的。从这个意义上讲，政府主导扭曲了激励，反而不利于市场发挥其作用。

【林愈愈】

甄先生提高很多欧美国家市场化运作的案例，但是我又一个疑问，中国作为发展中国家，有广大的农村和欠发达地区，欧美日模式能够保证医疗资源分配的公平吗？举例而言，对于缺乏客户基础的人口稀疏的地区，市场化能够保证医疗服务的充分供给吗？

【甄市引】

农村偏远地区的医疗服务供给的确是个难题，这些地区不具备市场化的人才和需求基础，因此政府确实应该有所作为，通过培养村医、家庭医生等方式，从卫生保健的源头做起，保障农村群众的健康生活。此外上述的市场化机制在乡镇一级运行不成问题，医疗资源点的广泛覆盖性可以保证。诚然，最好的医疗资源必然仍然向大城市聚集，但是由于就近就医的便捷性，随着服务质量的提高和民众习惯的改变，分级诊疗体系最终能够形成，看病难的问题也有望得到缓解。

【贾政益】

甄先生最多论证了市场化是一种理论上可行的方案，您认为公立医院独大，医生事业编制不利于医疗体系发展，但事实上欧美许多被认为非常有效的医疗系统也是以公立医院为主体的，香港的医生待遇相当于公务员，政府高薪养廉，重视医生人才队伍建设，怎见得不比市场化有效？正是由于医疗服务的公益属性，它的外部性应该得到补贴，这一点上政府甚至能够比市场做的更好。您所说的市场化+严监管+补需方的方案距离中国的现实距离太远，需要触动太多的利益和习惯。我重申，公立医院为主体，改革薪酬激励机制，医保高层次统筹压低药价，用财政推动医生人才储备扩充和多级诊疗体系完善是成本最小，最有效的改革路径。

2000 字

¹ 文（2）指出宿迁医院民营化以后，客户中心的意识有所加强，服务质量提高，但李玲等学者指出所谓的次均费用下降实际是不必要的就诊和住院增加了，老百姓看病反而更贵。

【林总愈】

我想两位先生虽然对改革方案有着不同的意见，但是根本诉求是一致的，那就是提高医务工作者待遇，扩大医疗人才储备，严格的医药分离，优化激励，并且通过政府的手段降低老百姓的医疗支出。我想市场化也好政府主导也好，通过各地多年的摸索试点，中国必能探索出一条符合国情的改革道路，解决“看病难、看病贵”问题，我们且拭目以待。■

参考文献

- (1) Yip W, Fu H, Chen A T, et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in universal health coverage[J]. The Lancet, 2019, 394(10204): 1192-1204.
- (2) 朱恒鹏, 2018, 《医改八年, 你的“获得感”强不强? 》
<https://mp.weixin.qq.com/s/kVOz74emg6WdKj72HoRucg>
- (3) 柴会群、谭畅, 2018-03-09, 《新医改第十年, 仍处于深水区》, 南方周末
https://mp.weixin.qq.com/s/RDTVwN05IRpnY_0B1CHHgg

2000 字