# 医疗卫生体制改革：非营利化、非国有化与市场化互不矛盾

来源：网络 作者：琴心剑胆 更新时间：2024-01-27

*最近，国务院 发展 研究 中心课题组的一份研究报告宣称， 中国 医疗卫生体制改革基本不成功，医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下。这个观察至少符合很多人的直觉，因此回应者众，在媒体和 网络 上多有「义愤填膺」的声援。但是上述课题报...*

最近，国务院 发展 研究 中心课题组的一份研究报告宣称， 中国 医疗卫生体制改革基本不成功，医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下。这个观察至少符合很多人的直觉，因此回应者众，在媒体和 网络 上多有「义愤填膺」的声援。但是上述课题报告开出的药方却有些头痛医脚，本末倒置。

更有观点认为中国卫生系统已经患上了「美国病」，这无异于给浮肿病人开起减肥药来了。他们哪里知道「美国病」如果存在「不公平」，在美国也不是对穷人「不公平」，而是对富人「不公平」，因为美国富人承担了较多的 社会 保障税费，而穷人往往倾向于滥用这种社会保障，甚至可能造成「卫生投入的宏观效率低下」。美国的公立 医院 系统也主要是二战以后建成的，如果最近几十年出现「美国病」，则更可能与公立医院有关，而不能简单归咎于私立医院。其实美国民主 政治 下，各政党竞相取悦于多数选民，才造成公共卫生开支的不断膨胀，不仅损害了 经济 效率，也可能造成新的「不公平」。这与中国的情况，恐怕是相差十万八千里。

又有人将「美国病」定义为「市场化」，并且「批评」说，市场主导的结果是，医疗服务愈来愈好，但医疗价格也愈来愈高。可是这又有甚么奇怪呢？按质论价、优质优价本来是一个朴素的道理。这句话的另一面，逻辑上岂不就意味著，市场上基本的医疗服务将趋于低廉的价格呢。

无论促进市场化也好、反对市场化也罢，市场本身已经是客观的存在。反对市场化其实是反对市场的竞争化。须知反对「市场主导」的结果只会是，医疗价格愈来愈高，而医疗服务却可能愈来愈糟。

还有人说，中国人均GDP才1000美元，而美国人均年医疗费用为5000美元左右，许多发达国家也无法达到这个财力，更何况中国。这固然是事实，但决不能成为政府包办的理由。恰恰因为国家财力不足，才要更加发挥民间和市场的潜力。

一 医疗服务并非公共品，公共品也未必要由政府自行生产

必须不客气地指出，国务院发展研究中心的课题报告在 理论 起点上就犯了一个基本错误──报告主笔人葛延风先生接受中国青年报采访时说：「与一般消费品不同，大部分的医疗卫生服务具有公共品或准公共品性质」。

但是，经济学上的公共品是按照「非竞争性」与「非排他性」严格定义的。所谓「非竞争性」是指一旦产品或劳务被生产或提供出来，在边际意义上增加消费所带来的边际成本为零，例如经济学家通常列举的灯塔、国防等产品和服务便是。「非排他性」则指一旦公共品被提供出来，便难以排除任何其他人消费这一产品。因此医疗服务并不是「公共品」，甚至连「准公共品」也算不上。医院每增加一个患者、患者每增加一个疗程，都会带来相应的成本。医生的时间、医院的空间更是有限的，张三的病床不能同时被李四占用。显然葛延风先生混淆了医疗服务与公共卫生（如防疫体系）的区别。

经济理论与实践一再证明，私人品由市场配置是最优化的选择。公共品意味著按照边际成本定价的一般市场规则在此失效，公共品消费上的「搭便车」造成其市场供给必然不足，因此需要政府来提供公共品，同时通过强制税收来补偿公共品的成本。但是，政府「提供」公共品，未必要由政府自行「生产」。号称「世界民营化大师」的美国学者萨瓦斯教授就主张：「服务的生产者直接组织生产，或者直接向消费者提供服务」，而「服务安排者（亦称服务提供者）指派生产者给消费者，指派消费者给生产者，或选择服务的生产者」。例如政府有责任提供国防安全，但具体国防物资的生产却可以通过政府采购交给私营公司去做，这在欧美国家已屡见不鲜，有的国家甚至还有雇佣军团。公共品的「提供」和「生产」相互区分的理论极为重要，「它是整个民营化概念的核心，是政府角色界定的基础」。1

二 警惕垄断与民粹的合流

其实，在今年以来相继举行的医院与医药 企业 峰会、民营医院管理年会以及上海中外医院CEO峰会上，医疗体制改革、特别是民办医院和非营利医院的定位 问题 已经一再引起热烈讨论。由于多年来有关医疗市场化的主张往往不知所云，一些反对的意见也未免无的放矢，替代的思路更可能是南辕北辙。某些主管部门的人士以公益或非营利为由反对其所理解的「市场化」，又以反对市场化为由反对其所理解的「产权改革」或非国有化。既反对市场化、又反对非国有化的结果，是继续维持「国有」医院的特殊垄断地位，更为财政投入乃至社保定点上的歧视性政策提供了依据。

本文作者曾经一再指出中国寡头化与民粹化的双重危险，而在医改问题上，弱势阶层缺医少药的局面以及由此造成的社会不满，恰恰又形成了寡头垄断利益与大众民粹情绪在现阶段的奇异合流，足以使得任何积极的改革胎死腹中。这是尤其需要警惕的。

医疗卫生体制改革事关经济社会发展全局，不能单纯孤立地从行业本位的观点出发，因此需要政府综合部门的强力介入以及公众的广泛参与。但是普遍存在的民粹情绪虽然事出有因，却于事无补，甚至会适得其反。这就要求我们在基础的概念上，大有一一澄清的必要。

三 市场化不等于暴利化

暴利并非市场化所致，服务低劣和短缺更不是市场化的必然。恰恰相反，持续性存在的暴利、服务低劣和短缺只会是垄断的结果。这几乎是一条屡试不爽的铁律：不同地区和行业的改革经验反复证明，愈是市场化的领域，就愈是能够适应 社会 需求，也愈是在长期上趋于社会平均利润。对照医疗体制改革一波三折的现实，可想而知我们真正需要反对的是甚么。

市场本身的存在就是最大的社会福利。只要市场充分开放竞争，则营利性 医院 的价格并不会超出合理水准。如果市场没有开放竞争，哪怕是非营利医院，其软预算约束下的「成本」也必将失去控制。既然饮食行业乃至药品行业几乎都是营利性 企业 为主，则医疗行业出现一些营利性企业也不足为惧。当然，医疗服务的品质技术监督需要加强，这一点对于营利性医院抑或非营利医院、国有医院抑或民办医院都是不可偏废的。

促进市场化则是促进市场的竞争化。市场上的博弈表面上发生在买方与卖方之间，真正的竞争则在主要发生在买方与买方之间、卖方与卖方之间。具体到医疗市场的竞争，这就包括医院与医院的竞争、患者与患者的竞争。医院与医院之间的竞争固然较为明显，而患者与患者之间的竞争虽然不太明显，却使得穷人可能看不起病。但是患者竞争所导致的这种社会后果，不应归咎于医院竞争。恰恰相反，如果缺乏医院竞争，患者包括穷人患者的地位将更为不利。

当前医疗服务市场上出现的「看病贵」、「看病难」等现象，根源并不在于初露头角的市场化因素，而恰恰在于市场的垄断。过去我们的「吃粮难」、「买菜难」种种，不是都通过市场化迎刃而解了吗？人民缺医少药绝不能成为医疗垄断的理由， 经济 的 理论 与实践一再证明，恰恰是垄断导致短缺，而短缺又不断为强化垄断提供口实，造成恶性循环。

四 非国有化不等于私有化

国外通常所谓的私立医院并非私有企业，而是非营利组织。私立医院之于「出资人」不存在所有权（Ownership） 问题 ，而莫如说是一种捐助（Sponsorship）和信托（Trusteeship）关系。这种私立医院与私有企业的差别，也许要比私有企业与国有企业的差别还要大。

汉斯曼（Hansmann）曾以「合约失灵」解释非营利组织特别是非营利医院产生的原因。如果生产者与消费者、特别如医院与患者之间存在「资讯不对称」，非营利组织因为具有不分配盈余的特性，相对比较容易受到信赖。

上述「合约失灵」只是一种理论上的解释，现实中西方民间医院多以非营利医院为主，则是漫长的社会 历史 过程加以选择的结果，足可相互印证。但在市场准入上，也不必排斥营利性医院，非营利性医院与营利性医院完全可以各行其道，共同接受市场、社会和历史的考验。

在我国，医疗领域是计划经济的最后堡垒之一。纵使是国立医院，也不能等同于国有企业。不能简单套用国有企业的改革思路来改革「国有」医院，采取「一卖了之」的「私有化」「产权改革」更是一个误区。但不能因此走向另一个极端，回避国有医院存量资产的优化重组。

非国有化的同时，也要注重非营利化，特别是建立健全有效的非营利医院法人治理，对于规范的非营利医院落实税收优惠措施。

五 非营利化与非国有化并不矛盾

正如彼得•德鲁克 (Peter F. Drucker) 在《大变革 时代 的管理》（Managing In A Time Of Great Change）一书中所说，我们现在需要理解 ，「非营利化」(non-profitization)也许是 现代 社会摆脱福利主义官僚机构错误管理的 方法 。福山（Francis Fukuyama）也指出，「有著如学校、医院、教堂与慈善机构等活跃的私人非营利组织的国家，才可能 发展 出超越家庭，强大的私人经济机构」。吉登斯（Giddens）则宣导以「社会投资型国家」取代传统福利国家。

非营利医院并不一定要由政府来办。对于非营利医院的优惠政策与监管措施都要到位。必须警惕商业化陷阱，但主要是防止行政性垄断；建立健全非营利组织法人治理乃是必由之路。事实上由于欠缺有效的治理结构，「国有」医院也未必能够保证其公益性。

好比是，要解决人民群众的吃饭问题，并不等于政府兴办「人民公社大食堂」。饿死人的年代恰恰是大食堂的年代。虽然吃饭、就医都是人命关天的事情，但除非战争或严重 自然 灾害等紧急状态下，人们只要有足够的钱，就并不会缺医少药。至于钱从哪里来？除了个人积累、社会保障之外，通过重组盘活资产存量，以变现收入补充经费流量，也是一种便捷可行的路径。因此非营利化与非国有化并不矛盾。

在政府投入总量有限的条件下，应适当减少高端供给，大力增加低端供给，政府的重点在于保证全社会的普遍国民待遇和基本医疗服务。医疗高端市场可以让位于民办医院包括营利性医院。

六 非营利化与市场化也无矛盾

非营利组织仍然可以而且必要面对市场选择。非营利化是从主体内部构造的角度来说的，市场化是从主体外部关系的角度来说的。诸如医院与药品、器械供应商的关系当是毫无疑问的市场关系。医院之于员工的关系可以通过劳动力市场加以配置，甚至医院之于院长的关系也可以通过职业经理人市场加以配置。非营利医院的员工包括医生、院长无需是志愿者，完全可以获取市场化的薪酬，甚至是高薪，这与医院本身的非营利性并不冲突。

非营利医院之于患者，不同档次的医疗服务，按质论价，这也是一种市场化。衣、食、住、行等各个领域，又何尝不是如此？如果严格按照市场法则，固然是有钱才能看得起病，花更多的钱才能享受更好的医疗服务，这似乎不近人情。但是，让穷人享受与富人同等的医疗服务，并不现实；要把这个义务强加给医院，更是匪夷所思。

假如政府要扶助弱势群体，也应更多采取补贴个人的方式而不是补贴医院，更不一定要直接举办医院或者限制指定医院。这样才能增加患者的选择余地，促进医疗市场的有序竞争。患者至少要比政府更懂得医院的好坏，也更善于结合自身的经济条件选择医疗服务的功能表。

七 非国有化与市场化更无矛盾

非国有化与市场化之间并不存在矛盾，更是显而易见的。市场是不同主体交易的场所。虽然具体的国有医院与各种供应商、患者之间可以是市场关系，国有医院彼此之间也可以是市场关系，但是国有医院的后台老板毕竟是同一个。卫生主管部门与国有医院之间特殊的「父子关系」，使得政府难以超然行使公共管理职责。一个国有主体充斥的市场，也是难以有效发挥市场功能的。

众所周知， 中国 改革自经济体制改革始。关于经济改革的主线或切入路径，早在80年代，国内就展开了激烈的争论，并大致可归结为两种对立的观点，即企业改革论与市场改革论，分别主张产权先行和价格先行。双方在理论界和决策层各有代表，其力量对比因为形势的变化而互有消长变动不居。当然，企业改革论与市场改革论在二十多年间又各有发展，两者虽相持已久，在实践中却是相互交织，最后是殊途同归的。这一逻辑与历史相结合的过程别有深意，是非常值得医疗卫生体制改革加以借鉴的。

结 束 语

本文的观点是，要市场经济，不要市场社会！或者说，拒绝市场社会，坚持市场经济。市场法则不能突破最基本的社会底线，做到人人有医看，哪怕是没有付费能力。这就需要在政府的主导下建立转移支付的机制。极而言之，甚至可以把现在的那些「好医院」通通卖掉，拿钱补贴穷人。事实上今天的那些「国有」大医院，穷人是难以问津的。医院被人买去，只要有市场，还会是医院，不管是改组为营利医院抑或非营利医院。通过财政上的追加预算以及国有医院存量资产的重组变现，穷人有了看病吃药的钱，反过来会更进一步发展这个市场。总之，对于市场社会倾向的矫正和补偿则尽可能不要扭曲市场经济本身的固有机制。

注释

1 E.S.萨瓦斯：《民营化与公私部门的伙伴关系》，中国人民大学出版社，202\_年，第68、328页

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！