

# 当前卫生经济的主要矛盾与改革突破

王克春<sup>1</sup>, 凌 晶<sup>2</sup>, 赵华娟<sup>3</sup>

(1. 浙江科技学院 经济与管理系, 浙江 杭州 310023; 2. 浙江科技学院 人事处, 浙江 杭州 310023;  
3. 浙江省卫生厅 规划财务与审计处, 浙江 杭州 310006)

**摘 要:** 20 世纪 90 年代, 在医药合业体制下, 医疗卫生事业获得巨大发展, 充分提高和改善了医疗条件和服务能力。现在, 医疗的可得性问题退居为次要矛盾, 而在以药养医的医药合业模式下发展起来的医疗卫生事业却逐渐暴露出乱收费、高药价的问题, 这些规范性和可及性的问题逐渐变为主要矛盾。这些矛盾已严重阻碍了医疗卫生事业的进一步发展, 而医药合业体制就是这些矛盾的根源。医疗卫生事业的发展必须突破医药合业的体制限制, 方向就是医药分业。医药分业改革可行的前提条件是, 必须在医疗、医药、医保和医疗救助等方面的改革可以综合配套下协调推行。

**关键词:** 医药合业; 医药分业; 医疗可得性; 医疗可及性; 医疗规范性

**中图分类号:** R197

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1671-8798(2005)01-0054-04

## Principal contradictions of present health economic and reform measure

WANG Ke-chun<sup>1</sup>, LIN Jing<sup>2</sup>, ZHAO Hua-juan<sup>3</sup>,

(1. Department of Economy and Management, Zhejiang University of Science and Technology, Hangzhou 310023, China; 2. Personnel Devision, Zhejiang University of Science and Technology, Hangzhou 310023, China; 3. Section of Plan Finance and Audit, Public Health Department of Zhejiang Province, Hangzhou 310006, China)

**Abstract:** In the 1990's, health care industry got a great development and the medical availability got improved greatly. After that, the problem that the medical availability need to be enhanced becamed secondary contradiction. Inferior regulization and accessibility became principle contradiction in the medicine-drug mixed industry system. All these contradictions are barriers to health undertaking, and the medicine-drug mixed industry system is the source of them. The health undertaking should breakthrough toward medicine-drug seperated industry. Taking medicine-drug seperated industry should conclude reforms to coordinate in medicine-drug system——medical treatment, medicine, medical insurance, and medical security.

**Key words:** medicine-drug mixed industry; medicine-drug seperated industry; medical availability; medical accessibility; medical regulization

**收稿日期:** 2004-06-11

**作者简介:** 王克春(1964— ),男,湖北黄梅人,讲师,硕士,主要从事卫生经济、国际贸易的教学与研究。

20世纪80年代,在我国经济体制向市场经济转变的形势下,医疗事业仍然作为福利或公益事业,运行成本日益增加,政府资金投入捉襟见肘,医疗事业发展严重滞后,医疗设施提供不足和医疗工作待遇偏低等成为医疗卫生事业发展的主要矛盾。在医药合业体制下,政府允许医院按一定比例从药品上获得发展资金,但当时药品市场尚未开放,药品的品种和价格相对固化,医院在药品的收入上也相应地较固化,因此,医药合业并没有为医院带来收入的突破<sup>[1]</sup>。直到90年代初,中央将药品价格管理权下放地方,药品市场价格迅速放开,才使得医院可以通过药品价格的灵活变动获得收入的快速增长。由此,医疗的软硬件得到了巨大的改善,医疗事业有了长足的进步。由一组数据可以看出卫生事业的发展变化:80年代期间,卫生总费用占GDP的比例只在3%~3.5%,1989年的卫生费用占GDP比例为3.38%,总费用额不到700亿元;1996年,分别达到4.21%和2857亿元。而到2001年,则分别达到5.37%和5150亿元<sup>[2]</sup>。尤其是1994年以后,卫生总费用增长速度非常快,大大超过了GDP的增长速度,这与当时中央将药品管理权限下放地方和药品价格放开密切相关。我国卫生事业发展目标明确规定,到20世纪末,卫生总费用达到GDP的5%左右。利用灵活的药品市场机制,这一目标已经基本实现<sup>[3]</sup>。

在解决了医疗事业发展的主要矛盾后,也形成了其他的突出矛盾,如城乡医疗资源的严重不平衡,城镇普通市民看病难、看病贵和贫困人群看不起病等,这些矛盾造成的不公平引起社会的严重不满,制约了医疗事业的进一步发展<sup>[1]</sup>。近几年来,城镇的居民看病难、看病贵问题一直没有一个有效的方案给予根本解决。如何解决这一问题是医疗事业获得进一步发展的关键,而医药分业就是突破当前卫生事业发展困境的关键性的方向选择。

## 1 医疗三大矛盾的变化

我国医疗事业发展过程中遇到过三大矛盾:医疗可得性、医疗规范性及医疗可及性。尽管也存在医疗公平性差和政府医疗负担增长过快等问题,但尚未上升为主要矛盾。经过从20世纪90年代到现在的发展,医疗可得性差的矛盾已经得到基本解决。当前医疗领域存在的突出矛盾是医疗可及性与医疗规范性变差两大问题。在分析前,先对三大矛盾的名词加以定义。

卫生服务的可得性是指卫生服务的提供能力,通常为能够满足人民需求的卫生服务提供能力,包括卫生机构的地点、规模及数量,卫生服务类型、质量等都能够满足本地区居民对卫生服务的需求。医疗可得性就是通常所说的医疗条件的水平<sup>[4]</sup>。卫生服务的可及性是指人们具有获得或利用卫生服务的能力,即能够得到所希望得到的卫生服务。它包括两层含义:①尚未利用但有能力利用卫生服务;②已经利用了卫生服务。在居民的一定收入水平下,政府的卫生投入和医疗保障制度及对医疗服务价格的控制就是可及性增加的关键。医疗可及性表明患者是否看得起病的程度<sup>[4]</sup>。按照政府的法律和规章行使医疗服务和用药经营的行为,称为医疗规范。规范的医疗行为在总医疗行为中执行的程度称为医疗规范性,其中,用药规范行为在总用药行为中执行的程度称为用药规范性。规范性的反面是医药行业的不正之风。

显然,20世纪90年代前,可得性是医疗事业发展的主要矛盾。90年代起,药品价格放开释放出了医疗对药品市场的垄断势力,医疗体系迅速从药品市场上获得发展资金,由此,可得性在90年代中期以后得到了一定的解决。90年代中期后,医药合业形成的以药养医的格局产生了名利不一的矛盾。由于既有医院和医生的药品垄断势力又有政府的药品管理,药品供应商必然违规以满足其垄断利益的需求,形成了医药行为的不规范;市场经济的趋利避损,必然导致穷人看不起病,普通人看病贵,使医疗可及性变差。因此,医疗事业在可得性得到解决的同时,规范性和可及性遭到了破坏。

我国的大部分公立医院是非营利的,怎么会以药品来获得垄断利益呢?这要从我国医疗实际承担的社会职责来分析。我国医疗体系实行的是部分福利提供,另一部分就是市场提供。由市场提供的部分由医疗服务收费和药品差价构成,非营利医院将医药收入用于补偿其发展的不足,而不能用于分利。部分福利体现在政府对医院的补贴、限制医疗服务价格和药品进销差价上<sup>[5]</sup>。因此,非营利医院实际上同时承担了两种职能——政府福利职能和市场营利职能。虽然医疗服务和药品价格都受政府的控制,但由于药品的形式复杂多样和变化灵活,使药品价格可以轻易变通而达到垄断高价,并且医院不承担高价形成的责任。既然如此,具有药品垄断势力的医院就很愿意“接受”高价格的药品转卖给患者。



规范性和可及性变差的矛盾严重阻碍着卫生事业的发展。医疗卫生事业需要进一步发展,必须实现其可及性提高的职能,同时要恢复医疗的规范性。否则,既没有社会可及和公平职责的体现,又出现利名相背的不正之风,当然会引起社会的强烈不满,医疗事业由此难以再扩张和增益。

## 2 医药合业不能解决医疗的突出矛盾

在当前的体制下,非营利的公立医院承担部分福利和部分市场的混合职能。在这种情形下,非营利公立医院难以为低收入者提供医疗服务,而只能以市场收入为导向,提供高收益的医疗服务。所以,混合功能的医疗机构无法完成提高医疗可及性的职能。如果要提高医疗可及性,则必须将混合职能分离,医疗机构变成纯粹的福利职能医院和纯粹的营利职能医院。如果医疗体系向福利和营利职能分离转变,在医药合业体制下,福利医疗机构能够承担起可及性向下端改善的职能吗?

医药合业,药品就要在医院销售。只要允许医院从药品上得到收入,不管如何规定药品的价格形成,以药品的繁杂和灵活,医院就能利用垄断势力获得垄断利润的价格。医院和药品经营商总能设法将账面进价拉到与零售价相配的水平,并将垄断利润返还给医院。无法控制药品的零售价格就无法解决低收入者看不起病的问题,也就是不能提高低端可及性。因此,除非完全取消医院从药品上获得收入,否则,医药合业总是要破坏可及性而使其变差。

另外,还存在规范性变差的矛盾。以药养医,本身就是名利不一,即名为医疗服务,利从药品而来,如此则必将导致医疗主体用药行为的不规范。即使政府管理中给出可从药品上获得收入的规定,但这个规定必然是加以限制和固化的,在社会和市场的变化下很容易被医药主体所突破或绕过,也就形成了不规范行为。所以,医药合业体制终将形成乱收费的结局。

## 3 医药分业对两大矛盾的解决及其可行性

### 3.1 医药分业对规范性问题的解决

医药分业使医疗机构依靠医疗服务的收入生存,药店依靠药品经营收入生存,名正言顺。药品的规范性和医疗的规范性都会得到较大的提高。

药品通过竞争而决定价格,所以,有竞争的药品不会产生不合理高价,而垄断性的药品有政府的反

垄断法对其价格加以管制,其不合理高价也能得到抑制。药品的质量和安全方面的不规范问题由药品监督部门的质量管理体系和安全体系加以规范。所以,医药分业后,药品的规范性问题可以得到成熟手段的较好解决。

医疗的收入是医疗服务,如医生的诊疗费、医院的检查费及医院的住院护理费等,这些收入是按照政府的价格规定和市场竞争而获得,是医疗劳动的报酬,无可指责,也名正言顺。不规范的问题主要出现在医疗检查上的多余检查,在住院清单上的清单不清。这些不规范问题主要集中为医疗领域的不规范,而不像医药合业的不规范涉及到药厂、医药公司等,这就可以在卫生主管部门的职权内解决这些问题,使不规范问题的解决相对简单,易于治理。

### 3.2 医药分业对可及性问题的解决

医药分业后,政府更易控制福利医疗机构的福利职能的实施。以福利职能规定医疗服务的低水平价格,规范其医疗服务行为,则可以实现医疗服务的低支付。药品由市场提供,与医院无关,药品费用的支付也由其他渠道解决。有市场普遍竞争形成的药品销售价格存在,住院的药品进价非常容易获得或可知,住院用药的销售价格就可控,如国外药品价格管理以市场平均价格为限价。如此,医疗的可及性可以得到较好的控制和提高。

### 3.3 医药分业的可行性

西方资本主义国家基本上是实行医药分业体制的,而我国台湾、日本、韩国均实施了从医药合业向医药分业的变革。因此,从他们的实践来看,医药分业是可行的。我国于2002年4月开始在青岛、西宁、柳州等地进行了医药分业的试点,但所有试点均以不成功而告结束。青岛医药分家试点工作目前处在停滞阶段,试点医院的门诊药房目前并没有脱离,仍由医院自主经营。柳州门诊药房脱离的试点工作开展得也不很顺利,试点工作进展缓慢。究其原因“财政不到位,医院经营困难”。西宁的医药分业并不是真正将药房从医院脱离而是托给医药公司管理,执行的效果是药品价格没有多少下降,“试点存在最大的问题就是财政补偿不足”<sup>[6]</sup>。

我国医药分业的试点为什么会失败?这要从医药分业的缘由来分析。提出医药分业的原因是药品价格虚高,社会反应强烈。但如果仅以此作为医药分业的主要目标,则会将医药改革限制在医疗和药品的领域内。主要手段也就是要求药房从医院分离,再



对剥离后的医院给予财政补偿。但这没有解决根本的矛盾。药品价格虚高和医药乱收费的一系列弊病所导致的社会问题是医疗保障提供不公平、医疗服务享有的可及性降低、医药乱收费的混乱秩序。当医药分业的改革不能解决这些问题时,医药分业的社会效益就大打折扣,难以得到医疗领域和社会各界的普遍认同和支持。从实施医药分业的条件看,在既没有建立医疗市场的运行环境又没有解决基本医疗保障提供如何保证的情况下,没有了药品的市场化收入,医药分业后的医院是靠政府补助生存还是靠医疗市场生存?政府的医疗保障职责靠谁实现?显然这两大问题都没有着落。政府能不能提供全额补助呢?政府有为难之处:公立非营利医院既有福利职能又有营利职能,怎能承担全部费用?而非营利医院承担的那部分职责的费用是多少,政府很难测算,政府和社会甚至看不清非营利医院是否承担和实现了政府的福利职能,这使补贴很难到位。

医药分业是一次根本性的大变革,要进行医药分业改革,就必须站在全社会的高度,从医疗的供方和需方共同着手,解决医疗公平性、可及性、规范性以及包括医疗和药品经营效率等全局性的问题。在此目标下,医药分业要综合进行多项改革,需要在医药三项改革的基础上再加上事关公平性的贫困群体医疗救助体制的改革,这也正是杭州市正在实行的“四改联动”内容<sup>[7]</sup>。这些综合改革涉及到药品从医院的剥离,非营利医院向福利医院和营利医院的转型,福利医疗体系的建立,医疗市场的建立,药品市场的建立,医保体系的调整和医疗救助体制的改革等多项工程。这几大工程必须互相衔接,整体推进,这样才能真正实现医药分业。而只有推动整体改革的条件具备了,才达到了医药分业的可行性条件。

## 4 结 论

利用医药合业的灵活药品市场化收入方式,医疗事业完成了提高医疗可得性的历史使命,现在,医疗规范性和可及性差的矛盾又成为医疗事业发展的障碍,医疗事业要继续发展就必须解决这些矛盾。医药合业难以承担起根本解决这些矛盾的重任,因此,该体制成为医疗事业进一步发展的瓶颈。医药分业可以解决这些矛盾,但医药分业在中国的可行性及与中国国情相结合的具体形式尚须深入探索,也需要实践的不断证实和创新。当前,社会迫切呼吁提高医疗可及性和规范性,完成这一使命是医疗事业获得突破性发展的重大机会,医疗改革应该考虑采用新的医药分业的方式突破当前医疗卫生事业的困境。

## 参考文献:

- [1] 李卫平,钟东波.中国医疗卫生服务业的现状、问题与发展前景[J].中国卫生经济,2003,22(5):1-5.
- [2] 张仁伟,胡善联,张崖冰.中国药品费用增长情况分析[J].中华医院管理杂志,2002,8(11):648-650.
- [3] 程晓明,罗五金.卫生经济学[M].北京:人民卫生出版社,2003.113-117.
- [4] 胡代光,高鸿业.西方经济学大辞典[M].北京:经济科学出版社,2000.1096.
- [5] 程晓明,罗五金.卫生经济学[M].北京:人民卫生出版社,2003.154.
- [6] 中国经济时报.医药分家试点艰难前行试点医院药品收入下降[EB/OL].<http://www.emkt.com.cn>, 2004-05-13.
- [7] 李爱国,吴槐庆.规范招标行为降低药品价格——杭州市推行药品集中采购的成效与做法[J].价格理论与实践,2004,(3):17-18.

## 启 事

为适应我国信息化建设的需要,扩大作者学术交流渠道,本刊已加入《中国学术期刊(光盘版)》、《中国期刊网》全文数据库和《万方数据——数字化期刊群》等,其作者著作权使用费与本刊稿酬一次性给付。如果作者不同意将文章编入有关数据库,请在来稿时声明,本刊将作适当处理。