

醫療衛生體制改革：

非營利化、非國有化與市場化互不矛盾

◎ 陳 林

最近，國務院發展研究中心課題組的一份研究報告宣稱，中國醫療衛生體制改革基本不成功，醫療服務的公平性下降和衛生投入的宏觀效率低下。這個觀察至少符合很多人的直覺，因此回應者眾，在媒體和網絡上多有「義憤填膺」的聲援。但是上述課題報告開出的藥方卻有些頭痛醫腳，本末倒置。

更有觀點認為中國衛生系統已經患上了「美國病」，這無異於給浮腫病人開起減肥藥來了。他們哪裏知道「美國病」如果存在「不公平」，在美國也不是對窮人「不公平」，而是對富人「不公平」，因為美國富人承擔了較多的社會保障稅費，而窮人往往傾向於濫用這種社會保障，甚至可能造成「衛生投入的宏觀效率低下」。美國的公立醫院系統也主要是二戰以後建成的，如果最近幾十年出現「美國病」，則更可能與公立醫院有關，而不能簡單歸咎於私立醫院。其實美國民主政治下，各政黨競相取悅於多數選民，才造成公共衛生開支的不斷膨脹，不僅損害了經濟效率，也可能造成新的「不公平」。這與中國的情況，恐怕是相差十萬八千里。

又有人將「美國病」定義為「市場化」，並且「批評」說，市場主導的結果是，醫療服務愈來愈好，但醫療價格也愈來愈高。可是這又有甚麼奇怪呢？按質論價、優質優價本來是一個樸素的道理。這句話的另一面，邏輯上豈不就意味著，市場上基本的醫療服務將趨於低廉的價格呢。

無論促進市場化也好、反對市場化也罷，市場本身已經是客觀的存在。反對市場化其實是反對市場的競爭化。須知反對「市場主導」的結果只會是，醫療價格愈來愈高，而醫療服務卻可能愈來愈糟。

還有人說，中國人均GDP才1000美元，而美國人均年醫療費用為5000美元左右，許多發達國家也無法達到這個財力，更何況中國。這固然是事實，但決不能成為政府包辦的理由。恰恰因為國家財力不足，才要更加發揮民間和市場的潛力。

一 醫療服務並非公共品，公共品也未必要由政府自行生產

必須不客氣地指出，國務院發展研究中心的課題報告在理論起點上就犯了一個基本錯誤——報告主筆人葛延風先生接受中國青年報採訪時說：「與一般消費品不同，大部分的醫療衛生服務具有公共品或准公共品性質」。

但是，經濟學上的公共品是按照「非競爭性」與「非排他性」嚴格定義的。所謂「非競爭性」是指一旦產品或勞務被生產或提供出來，在邊際意義上增加消費所帶來的邊際成本為零，例如經濟學家通常列舉的燈塔、國防等產品和服務便是。「非排他性」則指一旦公共品被提供出來，便難以排除任何其他人士消費這一產品。因此醫療服務並不是「公共品」，甚至連「準公共品」也算不上。醫院每增加一個患者、患者每增加一個療程，都會帶來相應的成本。醫生的時間、醫院的空間更是有限的，張三的病床不能同時被李四佔用。顯然葛延風先生混淆了醫療服務與公共衛生（如防疫體系）的區別。

經濟理論與實踐一再證明，私人品由市場配置是最優化的選擇。公共品意味著按照邊際成本定價的一般市場規則在此失效，公共品消費上的「搭便車」造成其市場供給必然不足，因此需要政府來提供公共品，同時通過強制稅收來補償公共品的成本。但是，政府「提供」公共品，未必要由政府自行「生產」。號稱「世界民營化大師」的美國學者薩瓦斯教授就主張：「服務的生產者直接組織生產，或者直接向消費者提供服務」，而「服務安排者（亦稱服務提供者）指派生產者給消費者，指派消費者給生產者，或選擇服務的生產者」。例如政府有責任提供國防安全，但具體國防物資的生產卻可以通過政府採購交給私營公司去做，這在歐美國家已屢見不鮮，有的國家甚至還有雇傭軍團。公共品的「提供」和「生產」相互區分的理論極為重要，「它是整個民營化概念的核心，是政府角色界定的基礎」。¹

二 警惕壟斷與民粹的合流

其實，在今年以來相繼舉行的醫院與醫藥企業峰會、民營醫院管理年會以及上海中外醫院CEO峰會上，醫療體制改革、特別是民辦醫院和非營利醫院的定位問題已經一再引起熱烈討論。由於多年來有關醫療市場化的主張往往不知所云，一些反對的意見也未免無的放矢，替代的思路更可能是南轅北轍。某些主管部門的人士以公益或非營利為由反對其所理解的「市場化」，又以反對市場化為由反對其所理解的「產權改革」或非國有化。既反對市場化、又反對非國有化的結果，是繼續維持「國有」醫院的特殊壟斷地位，更為財政投入乃至社保定點上的歧視性政策提供了依據。

本文作者曾經一再指出中國寡頭化與民粹化的雙重危險，而在醫改問題上，弱勢階層缺醫少藥的局面以及由此造成的社會不滿，恰恰又形成了寡頭壟斷利益與大眾民粹情緒在現階段的奇異合流，足以使得任何積極的改革胎死腹中。這是尤其需要警惕的。

醫療衛生體制改革事關經濟社會發展全局，不能單純孤立地從行業本位的觀點出發，因此需要政府綜合部門的強力介入以及公眾的廣泛參與。但是普遍存在的民粹情緒雖然事出有因，卻於事無補，甚至會適得其反。這就要求我們在基礎的概念上，大有一一澄清的必要。

三 市場化不等於暴利化

暴利並非市場化所致，服務低劣和短缺更不是市場化的必然。恰恰相反，持續性存在的暴利、服務低劣和短缺只會是壟斷的結果。這幾乎是一條屢試不爽的鐵律：不同地區和行業的改革經驗反覆證明，愈是市場化的領域，就愈是能夠適應社會需求，也愈是在長期上趨於社會平均利潤。對照醫療體制改革一波三折的現實，可想而知我們真正需要反對的是甚麼。

市場本身的存在就是最大的社會福利。只要市場充分開放競爭，則營利性醫院的價格並不會

超出合理水準。如果市場沒有開放競爭，哪怕是非營利醫院，其軟預算約束下的「成本」也必將失去控制。既然飲食行業乃至藥品行業幾乎都是營利性企業為主，則醫療行業出現一些營利性企業也不足為懼。當然，醫療服務的品質技術監督需要加強，這一點對於營利性醫院抑或非營利醫院、國有醫院抑或民辦醫院都是不可偏廢的。

促進市場化則是促進市場的競爭化。市場上的博弈表面上發生在買方與賣方之間，真正的競爭則在主要發生在買方與買方之間、賣方與賣方之間。具體到醫療市場的競爭，這就包括醫院與醫院的競爭、患者與患者的競爭。醫院與醫院之間的競爭固然較為明顯，而患者與患者之間的競爭雖然不太明顯，卻使得窮人可能看不起病。但是患者競爭所導致的這種社會後果，不應歸咎於醫院競爭。恰恰相反，如果缺乏醫院競爭，患者包括窮人患者的地位將更為不利。

當前醫療服務市場上出現的「看病貴」、「看病難」等現象，根源並不在於初露頭角的市場化因素，而恰恰在於市場的壟斷。過去我們的「吃糧難」、「買菜難」種種，不是都通過市場化迎刃而解了嗎？人民缺醫少藥絕不能成為醫療壟斷的理由，經濟的理論與實踐一再證明，恰恰是壟斷導致短缺，而短缺又不斷為強化壟斷提供口實，造成惡性循環。

四 非國有化不等於私有化

國外通常所謂的私立醫院並非私有企業，而是非營利組織。私立醫院之於「出資人」不存在所有權（Ownership）問題，而莫如說是一種捐助（Sponsorship）和信託（Trusteeship）關係。這種私立醫院與私有企業的差別，也許要比私有企業與國有企業的差別還要大。

漢斯曼（Hansmann）曾以「合約失靈」解釋非營利組織特別是非營利醫院產生的原因。如果生產者與消費者、特別如醫院與患者之間存在「資訊不對稱」，非營利組織因為具有不分配盈餘的特性，相對比較容易受到信賴。

上述「合約失靈」只是一種理論上的解釋，現實中西方民間醫院多以非營利醫院為主，則是漫長的社會歷史過程加以選擇的結果，足可相互印證。但在市場准入上，也不必排斥營利性醫院，非營利性醫院與營利性醫院完全可以各行其道，共同接受市場、社會和歷史的考驗。

在我國，醫療領域是計劃經濟的最後堡壘之一。縱使是國立醫院，也不能等同於國有企業。不能簡單套用國有企業的改革思路來改革「國有」醫院，採取「一賣了之」的「私有化」「產權改革」更是一個誤區。但不能因此走向另一個極端，回避國有醫院存量資產的優化重組。

非國有化的同時，也要注重非營利化，特別是建立健全有效的非營利醫院法人治理，對於規範的非營利醫院落實稅收優惠措施。

五 非營利化與非國有化並不矛盾

正如彼得·德魯克（Peter F. Drucker）在《大變革時代的管理》（*Managing In A Time Of Great Change*）一書中所說，我們現在需要理解，「非營利化」（non-profitization）也許是現代社會擺脫福利主義官僚機構錯誤管理的方法。福山（Francis Fukuyama）也指出，「有著如學校、醫院、教堂與慈善機構等活躍的私人非營利組織的國家，才可能發展出超越

家庭，強大的私人經濟機構」。吉登斯（Giddens）則宣導以「社會投資型國家」取代傳統福利國家。

非營利醫院並不一定要由政府來辦。對於非營利醫院的優惠政策與監管措施都要到位。必須警惕商業化陷阱，但主要是防止行政性壟斷；建立健全非營利組織法人治理乃是必由之路。事實上由於欠缺有效的治理結構，「國有」醫院也未必能夠保證其公益性。

好比是，要解決人民群眾的吃飯問題，並不等於政府興辦「人民公社大食堂」。餓死人的年代恰恰是大食堂的年代。雖然吃飯、就醫都是人命關天的事情，但除非戰爭或嚴重自然災害等緊急狀態下，人們只要有足夠的錢，就並不會缺醫少藥。至於錢從哪裏來？除了個人積累、社會保障之外，通過重組盤活資產存量，以變現收入補充經費流量，也是一種便捷可行的路徑。因此非營利化與非國有化並不矛盾。

在政府投入總量有限的條件下，應適當減少高端供給，大力增加低端供給，政府的重點在於保證全社會的普遍國民待遇和基本醫療服務。醫療高端市場可以讓位於民辦醫院包括營利性醫院。

六 非營利化與市場化也無矛盾

非營利組織仍然可以而且必要面對市場選擇。非營利化是從主體內部構造的角度來說的，市場化是從主體外部關係的角度來說的。諸如醫院與藥品、器械供應商的關係當是毫無疑問的市場關係。醫院之於員工的關係可以通過勞動力市場加以配置，甚至醫院之於院長的關係也可以通過職業經理人市場加以配置。非營利醫院的員工包括醫生、院長無需是志願者，完全可以獲取市場化的薪酬，甚至是高薪，這與醫院本身的非營利性並不衝突。

非營利醫院之於患者，不同檔次的醫療服務，按質論價，這也是一種市場化。衣、食、住、行等各個領域，又何嘗不是如此？如果嚴格按照市場法則，固然是有錢才能看得起病，花更多的錢才能享受更好的醫療服務，這似乎不近人情。但是，讓窮人享受與富人同等的醫療服務，並不現實；要把這個義務強加給醫院，更是匪夷所思。

假如政府要扶助弱勢群體，也應更多採取補貼個人的方式而不是補貼醫院，更不一定要直接舉辦醫院或者限制指定醫院。這樣才能增加患者的選擇餘地，促進醫療市場的有序競爭。患者至少要比政府更懂得醫院的好壞，也更善於結合自身的經濟條件選擇醫療服務的功能表。

七 非國有化與市場化更無矛盾

非國有化與市場化之間並不存在矛盾，更是顯而易見的。市場是不同主體交易的場所。雖然具體的國有醫院與各種供應商、患者之間可以是市場關係，國有醫院彼此之間也可以是市場關係，但是國有醫院的後台老闆畢竟是同一個。衛生主管部門與國有醫院之間特殊的「父子關係」，使得政府難以超然行使公共管理職責。一個國有主體充斥的市場，也是難以有效發揮市場功能的。

眾所周知，中國改革自經濟體制改革始。關於經濟改革的主線或切入路徑，早在80年代，國內就展開了激烈的爭論，並大致可歸結為兩種對立的觀點，即企業改革論與市場改革論，分別主張產權先行和價格先行。雙方在理論界和決策層各有代表，其力量對比因為形勢的變化

而互有消長變動不居。當然，企業改革論與市場改革論在二十多年間又各有發展，兩者雖相持已久，在實踐中卻是相互交織，最後是殊途同歸的。這一邏輯與歷史相結合的過程別有深意，是非常值得醫療衛生體制改革加以借鑒的。

結 束 語

本文的觀點是，要市場經濟，不要市場社會！或者說，拒絕市場社會，堅持市場經濟。市場法則不能突破最基本的社會底線，做到人人有醫看，哪怕是沒有付費能力。這就需要在政府的主導下建立轉移支付的機制。極而言之，甚至可以把現在的那些「好醫院」通通賣掉，拿錢補貼窮人。事實上今天的那些「國有」大醫院，窮人是難以問津的。醫院被人買去，只要有市場，還會是醫院，不管是改組為營利醫院抑或非營利醫院。通過財政上的追加預算以及國有醫院存量資產的重組變現，窮人有了看病吃藥的錢，反過來會更進一步發展這個市場。總之，對於市場社會傾向的矯正和補償則盡可能不要扭曲市場經濟本身的固有機制。

註釋

- 1 E.S.薩瓦斯：《民營化與公私部門的夥伴關係》，中國人民大學出版社，2002年，第68、328頁

陳 林 清華大學公共管理學院博士後、浙江省瑞安市人民政府副市長

《二十一世紀》(<http://www.cuhk.edu.hk/ics/21c>) 《二十一世紀》網絡版第四十四期 2005年11月30日

© 香港中文大學

本文於《二十一世紀》網絡版第四十四期（2005年11月30日）首發，如欲轉載、翻譯或收輯本文文字或圖片，必須聯絡作者獲得許可。