

践行三中全会改革要义 推进医改转型避免误区



刘国恩

北大国家发展研究院

gordonliu@nsd.pku.edu.cn

电话：1390 135 9157

全国人口健康信息化培训，大连，**2014-8-20**

十八届三中全会《决定》要义

“经济体制改革是全面深化改革的重点，核心问题是处理好政府和市场的关系，使市场在资源配置中起决定性作用和更好发挥政府作用。市场决定资源配置是市场经济的一般规律，健全社会主义市场经济体制必须遵循这条规律，着力解决市场体系不完善、政府干预过多和监管不到位问题。”

两次三中全会，争取改革红利

十一届三中全会（1978）

□ 初始条件

- 经济总量：\$1,473亿，10位
- 人均收入：\$190元，114位

□ 主要矛盾

- 资源配置：集中计划管控
- 社会经济：全面供不应求

□ 改革纲领

- 制度：社会主义市场经济
- 机制：市场的**基础性**作用
- 成效：跨入中等收入行列

十八届三中全会（2013）

□ 初始条件

- 经济总量：\$82,271亿，2位
- 人均收入：\$6,188元，82位

□ 主要矛盾

- 资源配置：计划市场同行
- 社会经济：中等收入陷阱？

□ 改革纲领

- 制度：社会主义市场经济
- 机制：市场的**决定性**作用
- 目标：跨越中等收入陷阱？

小心“特殊论”，谨防医改误区

□ 特殊论

- 典型说法：“三中全会关于市场配置资源的决定性作用，主要针对经济发展领域。社会发展领域“特殊”，应该特殊对待。”
- 言下之意：市场经济规律与价格机制不适用社会发展领域，其应继续或加强、回归集中的计划资源配置。
- 医疗服务：1) 信息不对称，不确定性，不宜竞争；2) 公共品（公益性），与民营、盈利不相容；

□ 经济学的思考

- 基本原理：有效资源配置，解决供需矛盾；
- 中国现实：医疗的主要矛盾是供不应求，供应能力是关键；
- 资源配置：根据比较优势原理，最优配置全社会的相关资源（公立、民营、合资、独资）。相对公共资源，当前中国非公医疗资源的边际效益更大（经济学边际收益递减原理）。
- 特殊意义：三中全会对中国医改的指导意义不是更小，而是更大。

误区之一：医疗体制过度市场化

- 经济学观察：看病难、看病贵，为何挥之不去？
 - 任何东西长期的既贵、又难：供不应求！
 - 供不应求：如果短期，正常市场波动；长期如此，必然是垄断
 - 市场垄断的三条件：自然、技术、行政壁垒？
 - 现行医院体系（哪门子市场化）：准入规划，人员定位，技术配置，哪样是真正市场“化”了？而且还“过度”了？
- 反观医疗服务需求增长趋势呢？
 - 市场驱动：疾病转型，医学技术，人口结构，收入增长
- 医疗体制主要矛盾：供不应求，长期挑战
 - 解放医疗服务供应生产力：根本办法是开放市场，促进竞争，提高市场配置资源的决定性作用

误区之二：价格能“定对”吗？

□ 市场配置资源的决定性作用：

- 弗里德曼：市场经济，依靠价格机制配置资源。不仅为供需双方提供了“如何去做”所需的信号；也为供需双方提供了“为何要做”所需的积极性；

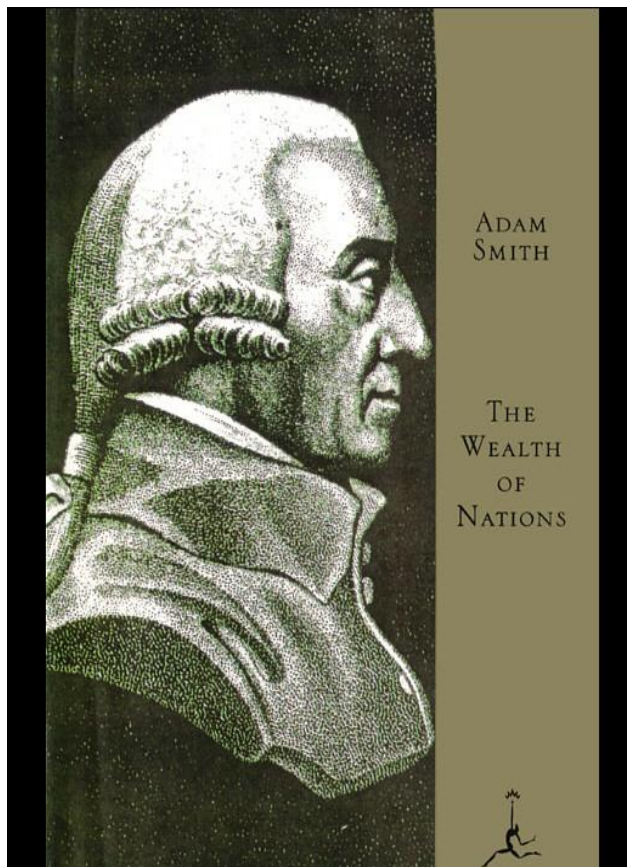
□ 中国特色的“价格形成机制”

- 行政干预：定价、招标、采购、甚至处方，无处不在
- 特色问题：为何红包、贿赂普遍？同样药品，更市场化的药店为何更经济？

□ 任何资源配置都是价格的产物

- 显性价格：公开、合法、市场竞争主导，信息更透明，传递更有效，促进整体供需均衡
- 隐形价格（红包、贿赂、关系）：暗箱、非法、行政关系主导，信息不透明，传递更低效，不易促进整体供需均衡

误区之三： 公办、 民办对立吗



Adam Smith, 1723-1790

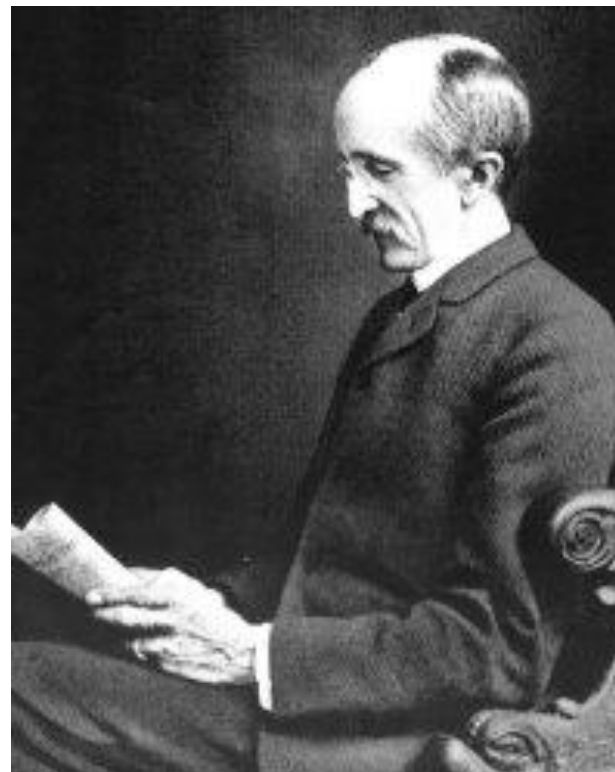
□ 《国富论》的要义（1776）

- “君主的第一职责，就是保护本国社会的安全，使其不受其他独立社会的攻击和不公正的伤害。”
- “君主的第二职责，在于尽可能保护社会的每一个成员免于社会中其他任何人的不公正和压迫行为的伤害，换句话说，就是建立一个严正的司法行政机构。”
- “君主或国家的第三也是最后一种职责就是建立并维持某些公共机关和公共工程。对于一个大社会来说，这类机关和工程，当然是大有益处的，但从性质上来说，如由个人或少数人来承办，那所得利润绝不能补偿其所花的费用。”

如何理解医疗市场配置资源的决定性作用？
发挥比较优势：鼓励社会办医，政府保驾护航

误区之四：医学价值是治愈吗？

- 美国医生特鲁多铭言
 - **有时是治愈；常常是帮助；总是去安慰**
 - To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always
- 践行特鲁多铭言的医学模式
 - 家庭医生制度：医生-家庭长期、稳定、互信关系
 - 服务结构转型：门诊-住院分业发展，前提是什么？医生自由执业！
- 中国医生自由执业的最大障碍？
 - 中国医院为中心的“一大二公”模式，长期垄断优质资源，客观上“绑架”了广大医生和患者离不开大医院！



Edward L Trudeau (1848-1915)

误区之五： 医改的根本目的？

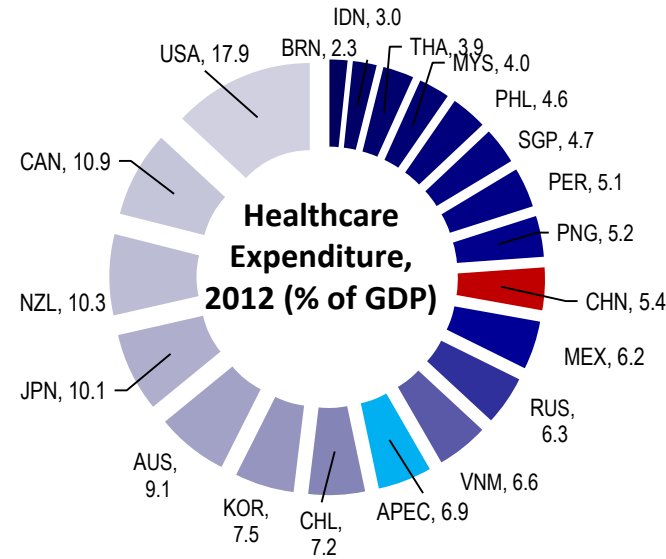
□ 疾病医学与健康医学的本质区别

- 疾病医学：病有所医（检查、打针、吃药、住院等服务）
- 健康医学：健康促进（未病、欲病、已病的相应服务）
- JAMA研究：遗传，环境，医疗，行为（60%）

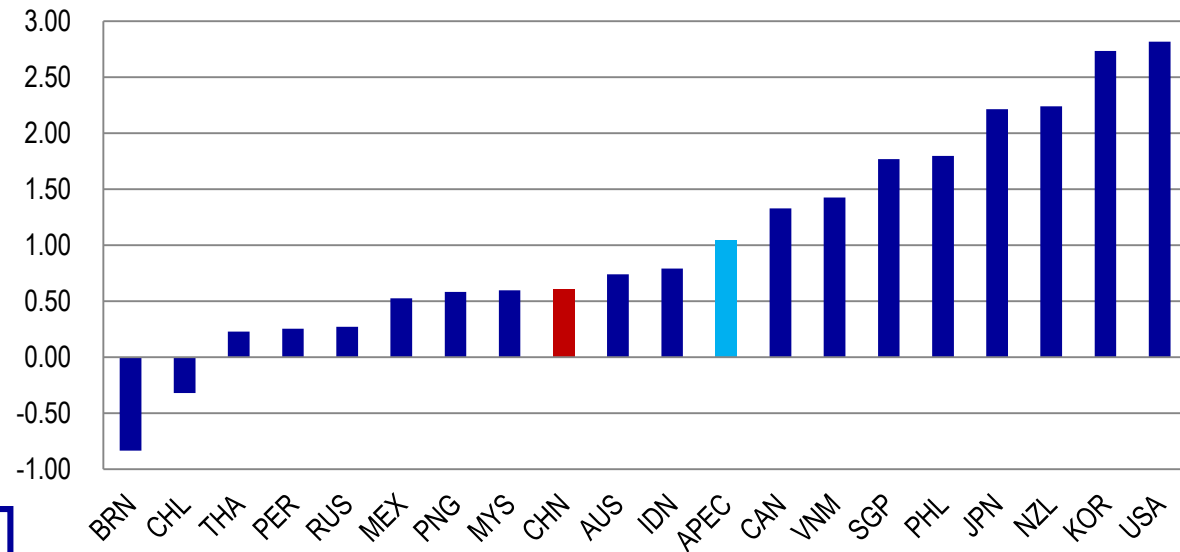
□ 2013国发40号文件：中国健康服务业的伟大意义

- 促进医疗效率，因为更健康、更有效的“保养”行动！
- 促进社会和谐，因为更可及、更优质的“熟人”医生！
- 促进生态环境，因为更一致、更协调的“问责”机制！
- 促进经济转型，因为更长久、更强大的“内需”服务！

APEC Study Test III: How Healthcare Contributes to Income Growth

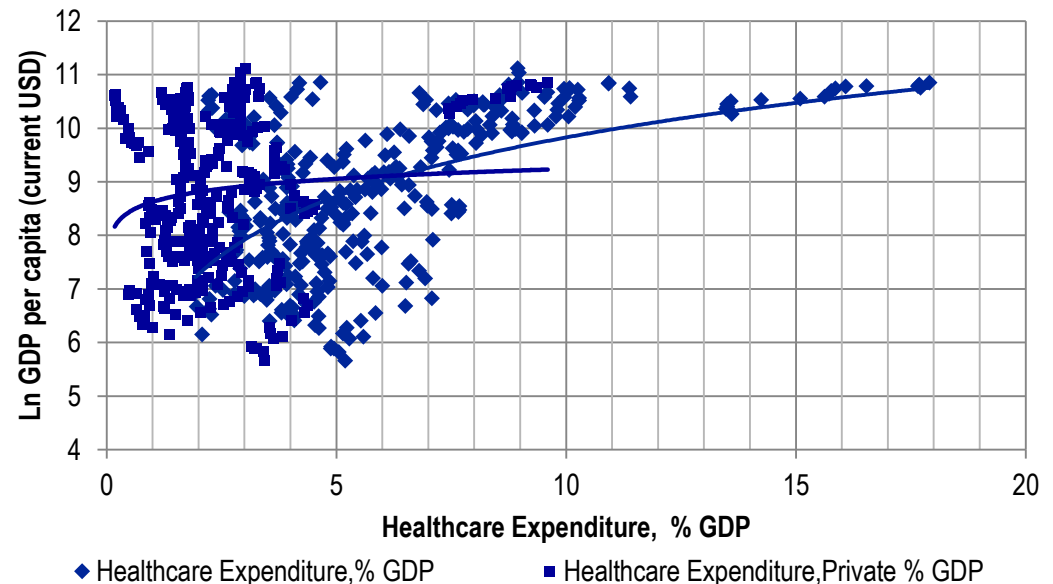


Healthcare Expenditure (% GDP) Change, 2002–2012

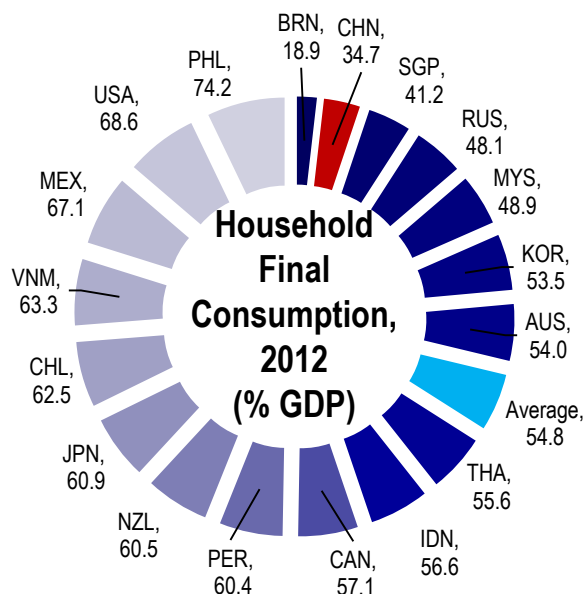


- ✧ **Marginal Effect: $0.15 - 2 \times 0.0077$ (HC % GDP)**
- ✧ **Income Elasticity of Healthcare (0.5): 10% increase in healthcare per capita relates to 5% increase in GDP per capita (cost effective until reaching MC/GDP being 50%)**

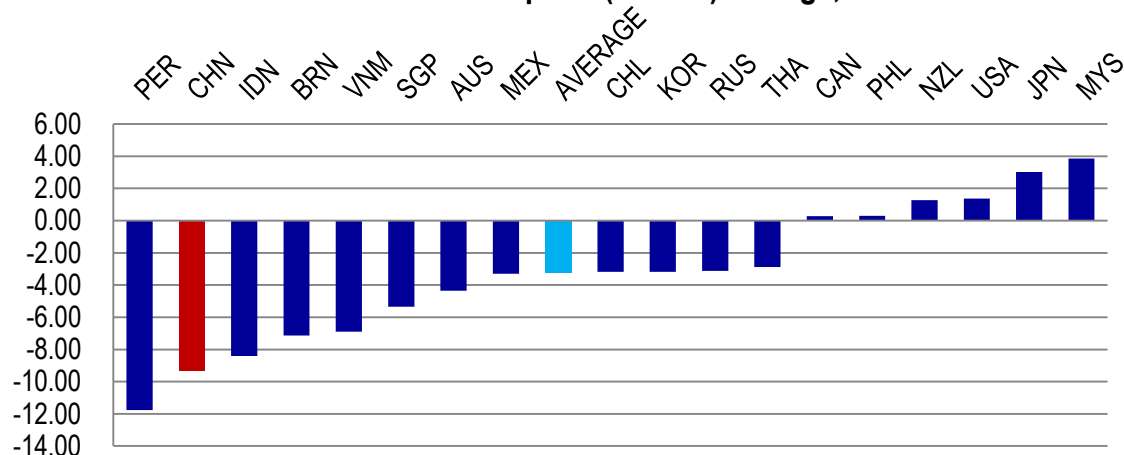
Control Variables : GDP per capita in 1994, healthcare and its square term, % GDP, corruption Index, population aged 15–64, HDI, Year (1995–2012), Country



APEC Study Test III: How Healthcare Increases Household Consumption



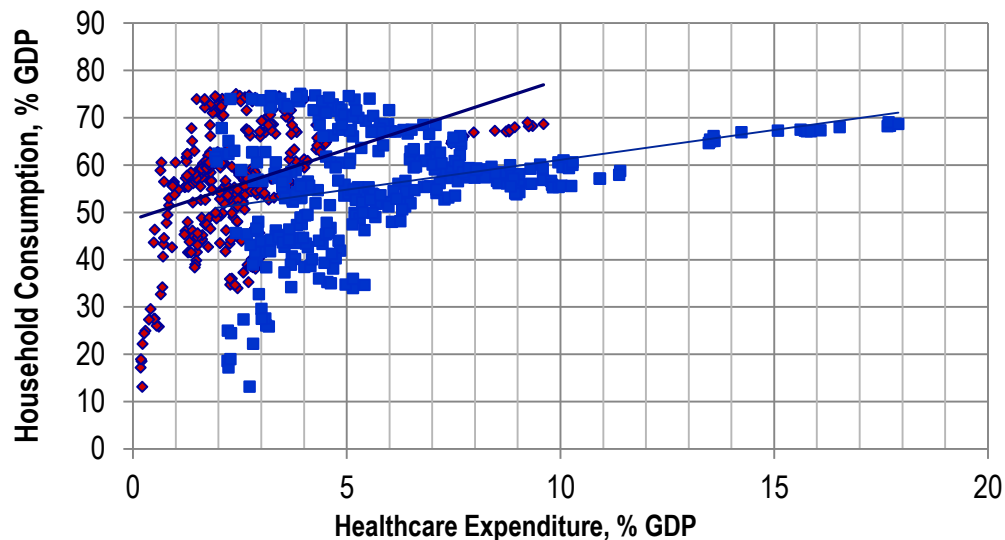
Household Final Consumption (% GDP) Change, 2002–2012



✧ Econometric Result

- **Consumption Elasticity of Healthcare (1.78):** 1 % increase in health share of GDP leads to about a **1.8%** increase in household consumption of GDP

- **Public Funding : 1.38**
- **Private Funding : 2.07**



Control variables: GDP per capita, Corruption Index, % of Working-age population, School Life Expectancy, Fertility Rate, HDI, Unemployment Insurance, Labor Force Participate, Tax Revenue as % of GDP, Life Expectancy, Year (1995-2012), Country

三中全会关于医改的要点

1. 完善分级诊疗模式，建立社区医生和居民契约服务关系，促进优质医疗资源纵向流动。
2. 取消以药补医，理顺医药价格，建立科学补偿机制，改革医保支付方式（关键）。
3. 鼓励社会办医，社会资金多种形式参与公立医院改制重组。
4. 允许医师多点执业，民办医疗机构纳入医保定点范围。