



## 中国的卫生服务提供：综述



### 综述背景

中国卫生服务提供者的绩效如何？这种绩效是由什么因素决定的？政府如何能够改善卫生服务提供者的绩效？这些都是一篇就中国和世界其他国家卫生服务提供进行的中英文文献关键性综述中提到的问题。<sup>\*</sup>在中国医疗改革进行到一个关键点的时刻，这篇综述的出现可谓正当其时。目前各方基本上都认为，中国卫生服务系统运转不佳，但对于如何改善这种状况，则存在相当多的不同意见。一些人认为应该把整个医疗系统推向市场。其他人则念念不忘中央计划医疗体系的好处。但是这篇综述认为，正确的解决办法介于这两种极端做法之间。

### 中国卫生服务提供方的绩效

对任何服务提供方来说，*质量*都是衡量其绩效的关键指标。同许多国家一样，中国没有一个强有力的体系来监督医疗服务的质量。但是几个指标表明，中国的医疗体系面对挑战重重。服务提供者的技术水平不高，特别是在农村地区。2001年，一项对中国西部九省46个县781名乡村医生进行的调查发现，70%的乡村医生仅受过高中以下正规教育，平均仅接受过20个月的医疗培训。<sup>1</sup>

有大量的证据表明，中国存在过度医疗行为，特别是药物使用方面。1998-1999年，对重庆巫溪县和甘肃岷县四个乡卫生院和八

个农村诊所进行的调查得出结论，“合理”用药比例不到2%。而在农村诊所，只有0.06%的用药被认定为“合理”。<sup>2</sup>不必要的医疗服务使医疗机构效率下降。例如，一项研究发现，阑尾炎和肺炎治疗支出的20%在临床上是不必要的。<sup>3</sup>在这项研究中，一个医师评估小组认为，高达三分之一的药物支出不必要的。该小组得出结论，因这两种疾病住院的时间可以减少10-15%而同时对治疗结果没有任何负面影响。

有证据表明，中国的卫生服务质量在过去几年有所提高，但是这种改善主要局限于城市地区。<sup>4</sup>对于患者，特别是贫穷的患者，不必要的费用再加上低质量服务可以使治疗在经济上变得无法承受。不必要的治疗有时还会对健康造成不良后果。

除了医疗技术质量明显较低以外，患者表示不满的还有医疗机构的“反应性”。例如，在不久以前对642名城市居民的调查中发现，大约70%的受访对象对医疗服务表示满意；有65%对医疗机构的态度感到满意。<sup>5</sup>但是，有54%的人抱怨医生对他们所患疾病的情况言之不详；有4%表示自己或者亲属同医疗机构发生过公开的医疗纠纷。

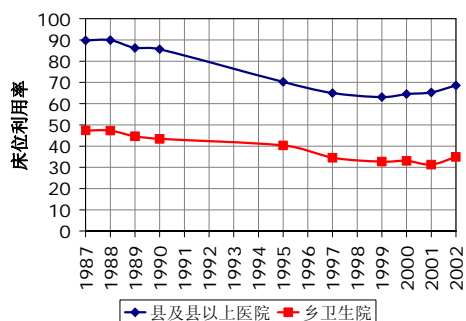
中国卫生服务提供者的效率问题也值得关注。最近几年，医疗机构的数目增加，但诊疗人数下降。床位使用率因此下降，特别是在床位使用率本来就低的乡卫生院（参考图1）。农村地区服务提供者的生产效率，即每个卫生服务人员每天的诊疗人数，也在下降。另外，还有高科技设备过度使用的现象。

近年来，中国卫生部门的费用快速上升，这是另外一个值得关注的问题。卫生费用上涨的速度远快于总人均收入增加以及价格上涨的速度。在某种程度上，这反映了疾病谱（传染性疾病减少，非传染性疾病增加）的变化以及新技术的采用。目前还不清楚费用增长的速度是否“过快”。但是，大范围的药品滥用以及过度使用高技术诊疗程序已经确定无疑是个令人担忧的问题。中国快速走

<sup>\*</sup> 本简报是世界银行正在进行的中国农村卫生部门研究的一部分。这项研究被称为“中国农村卫生 3A（分析和咨询活动）”，是同中国卫生部和其他政府机构以及一些国际机构合作进行的。本简报所依据的综述由山东大学孟庆跃教授、北京大学李玲和美国 Tufts 大学 Karen Eggleston 的小组完成。小组的工作得到了财政部费朝晖先生的帮助。他作为综述的评论员参加了2004年7月的3A研讨会。本简报由世界银行3A小组写作完成。本文所表达的发现、解释和结论是作者本人的看法，不一定代表世界银行、其常务董事或其代表政府，或中国政府的观点。若希望获得更多中国农村卫生3A及相关活动的信息，请联络 L. Richard Meyers ([lmeyers@worldbank.org](mailto:lmeyers@worldbank.org))。

高的医疗费用很可能是过去十年来医疗服务需求下降的一个原因。而这种费用增加使中国贫困家庭越来越难以承受高昂的医疗费用。

图 1: 床位利用率下降



中国医疗体系还存在着很大的不公平性。例如，农村和城市地区之间以及不同收入群体之间在对医疗服务的利用和卫生结果方面表现出很大的不公平性。在这种不公平现象中卫生服务提供者要承担多少责任现在还不很清楚——因为对卫生服务的利用和卫生结果既反映了需方的因素也反映了供方的因素。但是，能确定的是，同 20 世纪 60 年代相比，最近几年城市地区卫生服务系统的发展速度要远快于农村地区；城乡之间卫生服务质量的差距越来越大。

总之，同其他国家一样，中国卫生服务机构有很大的改善空间。卫生服务绩效差的原因是什么？政府如何能够改善这一状况？

### 所有权重要吗？

在中国经常听到的一种说法（或者说推测）是，卫生服务机构绩效差的原因是村级以上卫生机构国有程度过高。在国际上（主要是美国），用于探讨所有权是否重要的依据相互矛盾。一些研究表明，医疗机构的所有权和营利状况对卫生服务提供者的绩效没有影响——决定绩效的最终是其他一些因素。<sup>6</sup>另外一些人对此表示反对，认为营利医院的技术水平较低，死亡率较高。<sup>7</sup>尽管有许多研究重点探讨营利和非营利医院之间的差别，与所有权明确相关的差别的证据却比较少。一些研究表明，公立医院的绩效要差于私人医院。可是，这也许只反映了公立医院作为

“不得已而为之的服务提供者”的处境，因此不得不处理情况比较复杂的病人。

尽管来自中国卫生服务提供方的证据有限，但它们同国际经验是一致的：所有权起到的作用很可能要比人们想象的小。营利医院和公立医院都可能滥用药物；如果付费合理，营利医院很可能会像公立医院一样提供疾病预防服务。<sup>8</sup>患者对私立卫生服务提供者的反应感到满意，但同时对他们的资格和动机感到担心。<sup>9</sup>有证据表明，中国营利医疗机构的管理更加有效率。但是，这至少在某种程度上是因为公立医疗机构受到有关利益方的限制，而私人卫生服务提供者则没有这种限制。所有权本身可能并不重要，重要的是有关利益方是否干涉日常决策过程。

所有这些对于中国卫生事业的改革方案都有很重要的意义。卫生服务提供方的行为受到很多因素的影响——筹资、自主程度、市场结构、问责制安排等等。所有权也许同这些问题相关，但它常常不是主要决定性因素。因此，私有化很可能并不像中国有些人认为的那样是解决问题的万能药。

### 竞争是解决办法吗？

在中国，另外一个经常听到的观点是：医疗领域需要更多的竞争。国际上的经验表明，在这一点上要极为谨慎，同时一个非常清楚的关键点是：为单个患者展开的竞争不是解决问题的方法。患者缺乏必需的医疗知识，不能像在一般的市场中那样成为知情的消费者。这使医院之间的竞争压力变小，使患者容易受到卫生服务提供者的盘剥利用，因为后者具有医疗知识方面的超然优势。

不过，可能有效的竞争是卫生服务提供者之间对买方（如保险公司）合同的竞争。这方面的证据有限，而且同样是主要来自美国，例如，对政府医疗保险（Medicare）合同的竞争看来改善了治疗效果，降低了费用。<sup>10</sup>在其他经济合作与发展组织国家中，捷克共和国、新西兰、瑞典和英国已经进行了医院竞争合同的试点。但是，如经合组织最近的一份报告所言，“（这些试点计划）没有达到预期的结果，遭到了患者和医疗服务供应方的反对。但是，由于这些试点持续的时间

相对较短，如果假以时间，它们可能呈现出积极的效果。”<sup>11</sup>

当合同的数量和质量能够清楚地标明，可以很容易地被监测，并能够执行的情况下，订立合同很可能是个好办法。<sup>12 13</sup>在将公共卫生干预活动外包方面，已经有了一些成功的例子，如疟疾控制计划、营养计划（塞内加尔）和生殖健康计划（孟加拉国）。<sup>14</sup>这些服务项目在合同细则方面相对清楚。相比而言，将合适的临床治疗服务外包挑战性常常较大。<sup>15</sup>在医疗领域比较容易开展竞争的一个领域是生产要素市场。例如，在许多国家，就业市场对医院管理者来说是竞争性的，这些管理人员在营利和非营利医院得到的薪酬都大同小异。同样，市场对医师、护士、医疗设备和材料以及后勤服务（包括维修、饮食、保洁和洗衣）的竞争可以让资源的分配起到奖优罚劣的作用，从而激励卫生服务提供者改善绩效。生产要素市场通常不太容易发生“市场失灵”，因为这类市场的买卖双方都是有组织的，拥有类似的信息和市场能力。

到目前为止，来自中国的关于竞争（无论卫生服务提供者之间的竞争，还是生产要素市场的竞争）益处的证据十分有限，因此这方面的研究将很有裨益。与此同时，中国的政策改革可以吸取有用的国际经验。中国卫生服务提供者的绩效几乎肯定不会因为鼓励卫生服务提供者争夺患者而得到改善。事实上，鼓励这种为争夺单个患者而展开的竞争很可能使目前的问题恶化。可能适于竞争的领域是买方合同市场以及生产要素市场。这意味着提高机构保险者的购买能力，如基本医疗保险和新合作医疗计划的购买能力——这个问题我们稍后会探讨。仔细的监测十分重要，至少是为确保不出现负面作用。为了发挥竞争在生产要素市场的潜在作用，卫生服务提供者需要在何种生产要素和服务应被外包，以及外包给谁方面拥有更多的决策自主权。在这里，仔细的监测同样十分重要。

### 向供方付费

所有权和竞争对卫生服务提供者的绩效影响如何，目前的证据不是很清楚。相反，迄今为止研究表明，向供方付费的方式对卫生领

域的绩效十分重要。不仅如此，在不改变所有制形式，不引入竞争的情况下，与付费形式相关的激励机制也能得到改善。

中国长期以来实行“按服务项目收费”

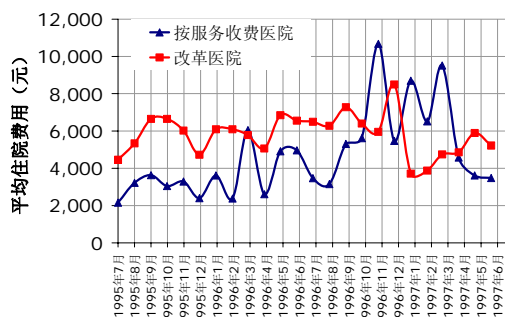
（FFS），而人口中相当大一部分由“第三方”支付费用，这两者相加使服务提供者可以通过过度提供医疗服务获取利润。这也抑制了那些有心降低成本的卫生服务提供者的热情。定价方式也于事无补。对简单的非介入性治疗的定价低于成本，而对高科技诊断程序的定价则高于成本（请参考栏目1）。因此，前一种服务往往供应不足，使人们担心重要的公共卫生干预活动覆盖面过低或下降，而与此同时，后一种服务则被过度提供。价格结构也导致了新技术的快速采用，助长了中国医疗费用的不断攀升。由于长时间采用加价定价法，药品也是有利可图，由此产生了药物的滥用。中国的平均住院时间长是这种激励因素起作用的另一个明证——由于按服务项目收费，病人多住院一天，医院就可多收一天费，医院因此有动力将病人留在医院。

#### 栏目1: 价格管制—需要改革

刘，刘和陈介绍了中国医院价格管理的经验。<sup>16</sup>他们对山东省17家医院130个服务项目的经常性和资本性成本进行研究，计算出平均成本，然后同医疗费用进行比较。对于简单和非介入性治疗，医疗费用和平均成本的比率远低于1。例如，挂号（0.16），检查血糖水平（0.2）和每日住院基础费用（0.25）。对于临床上比较复杂但应用时间长的服务也是同样如此，如阑尾切除术为0.48，正常分娩为0.3。与此相反，一些高科技诊断的费用远高于成本。在山东的样本中，费用和平均成本之间的比率对下属服务分别为：CT扫描为180-110，远程X线扫描为50-35。尽管目前正在对这种定价政策进行改革，但是费用和成本相差甚远的问题在全国各地仍然持续存在。

同其他国家一样，在中国有迹象表明，对供方付费方式的变化会导致卫生服务提供者绩效相应发生变化。例如，海南省于1997年1月在六家主要医院实施了预先付费制度。由于这一改革，这六家医院的每次入院平均费用降到了低于继续“按服务项目收费”的水平，同时高科技诊断费用的增长水平也开始下降（参考图2）。<sup>17</sup>这种做法对医疗质量是否有不良影响还不清楚。

图 2：供方付费改革在海南的成效



上海的政府保险计划对门诊治疗实行了按人付费的方法。<sup>18</sup>尽管试点发现费用攀升速度开始下降，但是囿于其改革的设计和数据的难于获得，严格的评估无法进行——这也是中国和其他国家在进行很多付费改革时遇到的一个问题。

在很多情况下，医疗机构付费改革是同医疗体系的其他改革一同进行的。例如，孟庆跃等人比较了进行城市医疗保险试点的城市南通和没有实施改革的城市淄博，南通既进行了供方付费改革也进行了新型外包合同改革。<sup>19</sup>研究发现，南通的医疗费用上涨幅度较小，对质量没有明显的影响。类似的结果在其他研究中也可见到。<sup>20</sup>

从按服务项目收费转向完全预付款体系可能具有很大风险——除非付费人能明确设定质量标准，而且质量和数量得到有效的监督，否则医疗机构会降低质量。一些预付款体系也鼓励了医疗机构进行风险选择。<sup>21</sup>将预付款和按服务项目收费加以混合的体系是解决这一问题的潜在办法，这一办法现在在经合组织国家变得十分普遍。

对政策改革的启示？*通过精心设计和分期实行的付费改革，中国看来有相当大的空间提高医疗机构的绩效。*这一点极有可能通过强化买方组织实现，但同时还必须包括价格管制改革。在药品方面，处方和配药职能分离有望减少医疗机构的负面激励因素。台湾和其他地区的经验表明，这种改革必须协调许多强大的利益集团，改革难度很大。<sup>22</sup>

### 组织形式事关重大

任何服务系统的绩效都反映了很多组织性选择。例如，一个运转良好的转诊制度可以降

低成本，增强公平性。<sup>23</sup>在从旧体系过渡的过程中，中国失去了这一制度：患者现在去任何一级他们看得起病的医院，因此高一级的医院（如省级和县级）挤满了高收入患者，而低一级的医院（如乡镇医院）则利用不足，主要由低收入患者光顾。

但是医疗机构组织架构的其他方面也很重要。功能的重复和服务责任的割裂需要关注。例如，中国的计划生育机构、乡镇卫生院和妇幼保健机构在功能上相互重叠。卫生部、军队、国有企业和其他企业的医院都提供类似的服务，彼此不相协调。同时，各级政府医疗服务提供中所起的作用和承担的责任也存在疑问。一些研究发现，中国的地方分权政策对医疗服务的提供产生了负面的影响，尤其是在富裕和贫穷地区之间医疗服务的公平性方面。<sup>24</sup>

医疗机构内部的结构和管理也影响着医疗质量和效率。许多医院缺少有效的质量控制体系，监督职能分散在不同的部门和机构。而且，财务管理体系和人事政策（如薪酬）影响着激励机制和医疗机构的绩效。淄博和南通的研究发现，影响单位成本、住院时间和其他效率指标的主要因素为：奖金体系、医院位置的竞争、人员的选择和责任制体系。

### 对政府的启示？

本简报强调了几个值得关注的重要领域。目前中国医疗机构的绩效在质量、对患者的反应、效率、成本攀升和公平性方面都有较大的改善空间。本简报认为，仅仅把所有权转为私有或者鼓励公立和私人医疗机构争夺患者并不会解决这些问题。

但是这篇综述还包含了一些重要的积极信息。有组织买方的主动采购可能是影响系统激励机制的一个有效方法。在城市和农村地区，社会保险机构——如基本医疗保险和新合作医疗制度——以及其他买方可以通过有选择性的外包、带有质量奖励的混合支付方式、用药监测、药典和有效的把关措施促进医疗服务质量的提高。

尽管目前中国卫生领域的某些问题是由于政府过度或不当干预造成的，其他一些问题的产生则源于政府的干预过少。信息不对称和

其他市场失灵的存在要求政府在医疗领域采取有效的监管措施。对广告的监管可在保护人群健康、减少信息不对称方面起到重要作用，烟草的消费就是一个例子。对保险和医疗市场行为的监管也很重要，如防止价格联盟、“择优服务”、控制质量、保护患者隐私以及提供信息。在市场主导医疗服务提供的卫生体系，反托拉斯政策是建立“公平竞争环境”的重要工具。

在大多数医疗体系中，政府在医疗从业人员的配置中也起到重要作用。中国在这个领域显然面对重大挑战。其中一个已经提到过的挑战是医疗从业人员的素质问题。到目前为止，关注的焦点主要是增加医疗从业人员的数量。现在要应对的挑战是提高从业人员的素质，并保证医疗服务人员的分布满足需要。但是，需要改善的不仅仅是中国医务人员的技能。医疗领域还缺少管理人员、质量保证人员和其他重要群体。例如，无论市场和政府在医疗体系起到何种作用，一个有信誉的医疗监督和认证体系都是十分必要的。

总之，中国的情况同理论和国际经验相符：系统范围的激励机制决定了医疗机构的绩效。幸运的是，中国和国际的经验都为如何最大限度地利用这些激励机制提供了很好的教训。但是，一蹴而就的解决方案是不可能的。各个因素之间的相互作用要求采取一系列互补性的改革措施，包括加强购买和供方付费方面的改革、有效的行业中立管制、医疗机构之间适当的纵向和横向整合以及改善医疗机构的管理。随着分析和咨询活动的开展，这些问题和其他问题将得到进一步的探索。

## 参考文献

- 1 Wang G, Xu H, Jiang Mu: 《456名乡镇医院医生综合能力评估》，2003年6月号《卫生资源杂志》：72-74页
- 2 Zhang X, Feng Z, Zhang L: 《贫困地区乡镇医院用药质量分析》，《农村医疗服务管理杂志》2003，23卷12期：33-35页
- 3 Liu X, Mills A: 《评估支付机制：如何衡量不必要的医疗服务？》，《医疗政策和计划》1999，14卷第4期：409-13页
- 4 Zhuang N, Tang S: 《医疗质量调整方法的应用和研究以及医院服务效率衡量混合案例》，《卫生资源杂志》，2001，4卷第3期：127-129页
- 5 Cai Z, Chen P, Deng H: 《广州市医疗服务患者满意度现状初步调查》，《医院统计杂志》2002，9卷第1期：24-25页

- 6 Sloan F.: 《非营利所有权和医院行为》，编辑：A J Culyer, J P Newhouse. 《医疗经济学手册》，阿姆斯特丹：Elsevier North-Holland, 2000: 1141-1174.
- 7 Devereaux P, Choi P, Lacchetti C等：《私立营利和非营利医院死亡率比较研究的系统性评论和综合分析》，《加拿大医疗协会杂志》，2002，166卷第11期：1399-406页
- 8 Meng Q, Liu X等：《中国农村私立和公立诊所服务和质量比较》，《医疗政策和计划》，2000，15卷第期：349-356页
- 9 Kin LM, Hui Y, Tuohong Z, Zijun Z, Wen F, Yude C: 《中国私立医疗实践的作用和范围》，联合国开发计划署、世界卫生组织和中国卫生部委托研究。mimeo., 2002.
- 10 Kessler DP, McClellan M.: 《医院竞争是社会浪费吗？》，《经济学季刊》，2000，115卷：577-615页
- 11 Docteur E, Oxley H.: 《医疗系统改革的教训：经合组织医疗工作报告》，经济发展与合作组织，2003
- 12 Hart O, Shleifer A, Vishny RW: 《恰当的政府范围：理论和监狱应用》，《经济学季刊》，1997，11月号：1127-1161页。
- 13 世界银行：《2004年世界发展报告：让穷人获得服务》，牛津：牛津大学和世界银行，2003.
- 14 世界卫生组织：《2000年世界卫生组织：医疗体系改善》，日内瓦：世界卫生组织，2000.
- 15 Harding A, Preker A 编辑：《医疗服务中的私有部门参与》，华盛顿，世界银行，2003
- 16 Liu X, Liu Y, Chen N.: 《中国医院价格管理经验：医疗政策和计划》，2000，15卷第2期：157-163页
- 17 Yip W, Eggleston K.: 《用付费方法解决政府和市场失灵问题：中国海南医院补偿改革》，《社会学和医学》，2004，58卷：267-277页
- 18 Yang W, Xuan L, Shen R, Zhang M, Gu S.: 《政府雇员保险体系门诊项目按人头付费的有效性评估》，《中国医疗经济》，1999，12
- 19 Meng Q, Rehnberg C, Zhuang N, Bian Y, Tomson G, Tang S.: 《城镇医疗保险改革对医院收费的影响：中国两个城市案例研究》，《医疗政策》，2004，68卷第2期：197-209页
- 20 Liu G, Cai R, Xiong X.: 《中国城市医疗保险体系改革：成本分配公平性讨论》，《经济学杂志季刊》，2003，2卷第2期：435-452页
- 21 Newhouse J.: 《对医疗计划和医疗机构的费用返还：选择和生产效率》，《经济学杂志》，1996，34卷：1236-1263页
- 22 Chou YJ, Yip WC, Lee CH, Huang N, Sun YP, Chang HJ.: 《药物处方和配方分离对医疗机构行为的影响：台湾经验》，《医疗政策和计划》，2003，18卷第3期：316-29页
- 23 Gerdtham U, Jonsson B.: 《医疗支出国际比较》，编辑：A J Culyer, J P Newhouse, 《医疗经济学手册》，阿姆斯特丹：Elsevier North Holland, 2000，11-53页
- 24 Tang S, Bloom G.: 《分散的农村医疗服务：中国案例研究》，《医疗计划和管理国际杂志》，2000，15卷第3期：189-200页