

廈門大學社會系教授張友琴訪談紀錄

時間：2002 年 1 月 25 日上午 9：00 於廈門大學法學院會客室。

訪談人：李南雄、劉兆隆（以下簡稱李、劉、張）

紀錄：劉兆隆

李：很高興今天能與張教授見面。

張：我也很高興能認識你們。

李：久仰您在醫療改革上研究非常豐碩，今天特來求教。

張：大家彼此切磋切磋。

李：可否請您略述一下，您認為中國醫療改革的特色。

張：在短短的三十幾年中，中國在大部分地區完成了西方國家花了上百年才實現的醫療保健模式的轉型，即從防治傳染病急性病為主的傳統醫療轉變為以防治慢性病和保健為主的現代醫療；中國的人均期望壽命和嬰兒死亡率等衡量一個國家醫療健康水平的主要指標都已接近發達國家的平均水準。八十年代以來的經濟改革，特別是近年來的經濟體制向多元化，私有化，股份化，分散化的方向轉型。具有現代醫療特色的縣、市醫院也面臨著市場經濟的挑戰。

李：您覺得在醫療改革的過程當中，政府扮演的角色為何？

張：目前中國醫療保險制度所採用的是由政府的社會保險機構籌集資金，並由公立醫療機構提供服務的模式。已有的改革措施並沒有觸動這一模式，甚至還沒有改變這種模式的思維。

由於醫療服務與保險市場的市場失靈所產生的問題，適當的政府干預是必要的。問題是在政府與市場作用的不同模式中，我們應該選擇何種模式。這種選擇應該與我國的經濟發展水平和政府的能力相適應。在目前所實施基本醫療保險制度的改革中，就是要充分利用市場機制，凡是能由市場來做的事情，儘量由市場來做，而不要由政府來包辦。政府的主要職能，是通過政府干預來消除市場失靈的缺陷。其實政府的主要職能不是辦醫院，而是保護消費者。長期以來，政府直接擁有和管理醫療機構，把主要精力放在辦醫院上，並且在一定程度上自覺或不自覺地成為公立醫院利益的保護者。

這種做法必須加以徹底改變。政府的主要職能，不是辦醫院，而是對醫院的服務規範與質量進行監管，去充當消費者利益的最終保護者。當然，政府的醫療保險機構也需要公眾的監督，尤其是對其管理成本與效率的監督。

李：您覺得目前的醫療改革方案在醫院、患者、國家三方面的角色與互動上有何改變或是問題？

張：目前的醫療保險制度有三方的參與，即作為投保人的企業與職工個人、作為承保人的政府醫療保險機構以及醫療服務機構。醫療保險制度的有效運作離不開三方的相互制約。企業與職工個人是醫療保險費用的最終承擔者，應該允許和鼓勵他們更多地參與醫療保險制度改革的討論。應該防止在地方醫療改革中，因政府不適當的干預或其他偏差而無謂地加重企業與職工負擔的情況。在醫療服務與保險市場上，應該允許企業和職工有更多的選擇。

劉：那是不是說過去國家與病患間的關係，變得相對比較平衡？

張：平衡？什麼意思？

劉：就是由過去絕對性的支配變成相對性的影響。簡單的說，就是說由於醫生或醫院選擇權的出現，讓病患擁有比較大的權力。

張：這樣說原則上沒錯。但是國家在這個過程中影響力還是最大的，其實病患的選擇權並沒有太深的影響，因為他只能在同性質與素的醫院做出選擇。他其實也改變不了什麼。所以這種所謂的平衡在我看來意義不大。

李：您之前所謂的市場經濟的挑戰，是不是表示在醫療保障制度中進一步引入市場機制？又有哪些市場機制在其中產生作用？

張：現行的基本醫療保障制度已經注意到在醫療服務領域引入競爭機制的重要性。例如他強調允許病人選擇醫院和選擇醫生，鼓勵醫療服務機構之間的競爭等都是。但是真正重要的是要通過引入競爭來遏制醫療費用的上升，其中關鍵問題要針對資訊不對稱和激勵機制等方面存在的問題，引入不同付費方法的競爭，以及不同所有制和不同組織形式的醫療機構之間的競爭。

改革付費方法的關鍵不在於醫療服務的需求方，而在於供給方。目前中國通行的按服務付費的付費辦法，會產生供給誘導需求。這種付費方法與醫療服務機構的藥品補償機制相結合，更成為近年來我國醫療費用快速上漲、在醫療服務費用中藥品費用過高，也就是所謂以藥養醫的主要原因。所以今後的改革方向，必須引入不同的付費方法，並且允許不同付費方法之間的競爭。

李：那您覺得不同的醫院間的競爭關係很重要囉？

張：當然。鼓勵不同所有制的醫療機構的競爭就是為了提高效率和降低成本。不僅如此，還應該鼓勵不同所有制的醫療機構之間的競爭。在這方面，國外不乏政府籌集醫療保險資金、由不同所有制的醫療機構提供服務的成功模式。在中國的

城鎮醫療服務機構中逐步發展不同所有制結構，有利於在社會醫療保險領域更有效地引入市場競爭機制。

目前的管理辦法將醫療機構分為營利性和非營利性兩類，非營利性醫院主要包括公立醫院和少量慈善型民辦醫院；營利性醫院包括私立醫院、股份制醫院和中外合資醫院。實際上，營利性和非營利性機構的區別並不在於它們是否追求利潤，而在於如何處理和分配利潤。營利性機構可以由個人持股，它們的利潤可以分給股東；非營利性機構不能由個人持股，所以它們的紅利不能分配給個人，而只能用於自身發展或以捐贈、投資于慈善事業等形式貢獻給社會。但是無論是營利機構還是非營利機構，其長期運行的必要條件都是在收支相抵後有一定的盈餘。許多國家的政府允許營利性醫療機構可以與非營利性醫療機構一樣，根據政府的有關合同或規定，提供相應的醫療服務。也就是說，在這方面並不對營利性醫療機構加以歧視。

如果營利性醫療機構願意為社會醫療保險提供服務，如果它們達到了醫療服務機構成立的有關條件，也願意承諾遵守醫療保險的有關規定，並且把提供服務的成本控制在社會平均成本以下，我們就沒有理由拒絕它們為社會醫療保險提供服務。否則不同所有制醫療機構的競爭就無從談起。當然，民營的醫療機構不一定是新建的，部分經營不善的國有醫院也可改制為民營。

鼓勵不同組織形式的醫療機構的競爭為了有效地降低醫療服務的成本，還應鼓勵不同組織形式的醫療機構的競爭，尤其是鼓勵能有效地提供醫療服務的、節約成本的醫療機構的發展。

李：但是目前城鎮的醫療服務機構，從組織形式來看，基本上是雖然具備各種等級的醫院，但是形同寡占，很難產生競爭關係，當然也很難有效地降低成本。

張：沒錯！這的確是一個大問題。所以我們才會對長庚來廈門寄予厚望。如果他來廈門設院，一定能對三級醫院造成影響，產生競爭關係。

劉：在市場機制中除了醫院間的競爭外還有個人掛鉤措施的引進，您可否說明一下個人掛鉤的作用？

張：其實個人掛鉤的做法從某個角度來說有點像是使用者付費，這種使用者付費的做法除了可以適度降低國家的負擔以外，最大的好處是在於能使病患產生某種心理壓力，摒除掉『吃皇糧』或是吃『大鍋飯』的心態，讓醫療資源能夠節約。

劉：其他您覺得還有什麼市場機制或是措施可以發揮作用？

張：就是商業保險也可以在基本醫療保險領域發揮積極的作用。首先，政府可委託商業保險參與對城鎮醫療保險基金的管理。由商業保險與提供醫療服務的醫院簽約，讓它們來管理和監督醫療保險基金的使用。這樣政府的醫療保險機構就可從具體的日常管理工作中超脫出來，把更多的精力放在對醫療服務質量的監管和對消費者利益的保護上。其次，可以讓商業保險來覆蓋基本醫療保險尚未覆蓋的人群，如城鎮職工的直系親屬，以及經濟較發達的農村地區的居民。商業保險如果能夠和當地的醫療機構結合起來，還可以為我國農村醫療保險事業做出很大的貢獻。商業保險的一個優勢是能夠在全國範圍內運作，從而在自己的經營範圍內將不同地區的社會醫療保險基金納入同一風險管理。這一點是目前在屬地原則下由地方政府管理的醫療保險基金所無法做到的。

劉：把基金管理納入市場機制？目前好像不可能做到吧。各地的社保基金不是行同各地方政府的小金庫嗎？

張：這個也是目前最大的問題所在，社保基金的管理其實目前非常不上軌道。各級政府條條塊塊的管理問題很嚴重，外人根本插不上手。除非等到破產，不然根

本無從知道他的盈虧狀況。貪污腐敗的狀況在裡面很多，不反腐敗不行！

李：就你所知廈門的社保基金情形如何？

張：廈門啊！其實廈門經濟條件很不錯，繳交率又高，問題應該不太大。別的地方我就不清楚了。不過我知道很多的城市情況不太妙，隨時有破產的可能。

劉：能不能說是哪些城市？

張：這個不太好說，如果破產的話你看報紙一定知道。

劉：目前廈門在基本醫療保障措施上你覺得有什麼比較進步的措施？

張：有很多啊！例如廈門是中國最早採用晶片卡與電腦管理資料的城市之一。而且民眾還可以上網去查個人帳戶的支用情形，相當進步。你們台灣有用晶片卡嗎？

劉：目前還沒有，目前還是在用紙卡。晶片卡可能還要再一陣子，廈門這部分的確比台灣進步，值得台灣學習。

李：您覺得未來在醫院上會有怎樣的轉變？

張：過去在傳統體制下全是公家醫院，但是這些公家的醫院在管理和運行上顯得活力不足，需要改革。近年來，一些基層的衛生機構和少數城市已經開始了股份制和股份合作制的探索，有的地區還出現中外合資的醫療機構的嘗試，例如廈門。但總體看來，國有壟斷的框架幾乎原封未動，民間資本進入醫療行業困難重

重。

以市場的角度來說，今後應打破醫院的單一國有制，允許並鼓勵私人資本和外資進入醫療行業，醫院的產權和管理可以採取多種形式：（1）國有公辦。就是政府參與醫院的董事會和理事會，但是日常的經營業務要給醫院相應的自主權，醫院應該有自主的融資、管理、定價的權力。（2）國有民辦，即可由獨立法人承辦經營醫院；（3）民有民辦，即社會力量集資自行主辦醫院；（4）合資合辦，通過與資本市場合作、吸引外資等形式，鼓勵多方參股投資。不建立多元化醫療體系，就不可能有真正的競爭。

劉：就您看現在醫院的體制最大的問題在哪？改革方向為何？

張：現在醫院最大的問題就是醫療衛生資源分散、無序。目前，市、區兩級甚至街道均有自己的醫院、衛生防疫站和婦幼保健院，像是軍隊以及大型國有企業也都有自己的衛生服務系統。比如國有企業的醫院，大約有 7000 家，占醫院總數的 40%。衛生資源被按照行政體系切割得七零八落。城市中的大醫院和社區中的小醫院在功能上幾乎完全一樣，於是，大醫院中常常是人滿為患，而小醫院則門可羅雀。由於醫院的經營需要規模經濟，醫院規模過小將導致入不敷出，而行政體系的分割、單位辦社會的計畫體制遺產使得小醫院所能面對的需求更加侷限。事實上，小醫院的發展方向應該是面向社區，而社區醫院和全能型大醫院。專業醫院的功能應有區分，社區醫院應該承擔基本護理，而大醫院和專業醫院則主要從事診斷和治療。不同的功能意味著社區醫院、大醫院和專業醫院應各自專注於不同的市場，它們的關係才能夠從競爭走向合作，比如社區醫院分流了小病和常見病患者之後，大醫院的壓力才得到緩解，而社區醫院幫助向大醫院和專業醫院推薦病人，甚至社區醫院可以成為有品牌的大醫院在不同社區的連鎖醫院，這樣對大醫院同樣是有利可圖的。社區醫院由於需要投入的資金少，技術要求不高，主要以更方便快捷的服務取勝，因此最適合民間資本進入。

劉：這麼說來您覺得醫院民營化是一條必定要走的路了？

張：當然！大方向是這樣。只是該怎麼做還應該仔細琢磨，全盤的西方化或是資本化問題還是很多。但是適度的市場化絕對有必要。

李：說一下目前農村合作醫療破產後的情形可以嗎？

張：其實農村集體經濟解體後，國家就應該從稅收中拿出部分來支援村辦合作醫療的存在和發展。但是目前國家實在沒有能力負擔的情況下，農民的醫療費用只好是由農民自己來負擔，向農民集資辦合作醫療是少花錢多辦事的好辦法，至少衛生部和農業部的官員是這樣認為的。然而，在沒有完善的制度和政策的情況下，這種帶有志願買保險性質的平均集資受到了那些身體健康，經濟貧窮，思想落後群體的抵制；而那些志願加入者又多半是身患疾病，衛生要求較高的一群人。搞到最後這種自負盈虧而沒有集體經濟扶持的事業根本辦不下去。另一方面，中央在有關政策上有很大的隨意性，三天兩頭變動。朱鎔基主持工作後，把向農民集資每人幾塊錢的合作醫療費視為和其他不合理的集資攤派一樣，統統砍掉。衛生主管部門的工作人員有苦說不出。合作醫療在大部分地區仍是一個空架子，受苦受累的還是那些有病又看不起的農民。

劉：這麼說來農村的醫療根本沒人管囉？

張：差不多。所以目前嚴格來說大陸只有城鎮醫療，沒有農村醫療。

劉：這會不會給國家正當性造成危機？

張：當然會！久了一定出大亂子。現在盲流給城市的衝擊就夠大的。

李：改革的近十年來，病人個人醫療費支出的大幅提高，而農民能得到的醫療補貼越來越少，這種加大的城鄉差別也顯得更加嚴重。您認為此一趨勢會不會加深社會的矛盾，加大醫療改革的困難？

張：是啊！目前中國的經濟改革似乎把衛生保健事業推向了一個與人人享有衛生保健目標相反的方向。政府為怕財政負擔過重因此減少投入，減少干預；窮人看不起病的情況日益嚴重，而且大多數人仍然擔著因病致窮的風險。那些在公費醫療、勞保醫療和傳統合作醫療以外的人們，仍然受到市場經濟的制約，由其經濟能力來決定他們所獲得的醫療保健服務。既沒有普及的公共衛生和初級醫療保健，又沒有對窮人的醫療補助。考慮到中國建設社會主義的基本原則，考慮到衛生和疾病可能帶來的外在社會影響力，這種狀況顯然是不合理的，甚至是危險的。老實說，各級政府沒有不說衛生保健工作重要的，問題是重要工作太多，在有限的資源和財力條件下，衛生保健就顯得不那麼緊急了。

然而，從長遠來看，由於健康對人們的生活品質顯得一天比一天重要，人們的衛生保健要求還會不斷增長，所以政府增加對衛生保健事業的投資，人們加大在衛生保健上花費的比重是不可避免的。為了提高整個民族的衛生健康水平，真正做到人人享有衛生保健，在一個社會中，政府不可避免地要出來對窮人實行適當的醫療保健補貼將是不可缺少的一部分。因此，中國應該利用目前相對集中的經濟實力，開始計畫如何由把醫藥步向社會統籌的醫療保險系統過渡。只有通過實行全民的醫療保險制度，由國家集體補貼，再加個人投保，使醫療保健成為一種相對穩定的社會和個人支出，才有可能利用市場機制來真正辦好醫療保健事業。

李：兆隆，您還有問題要問張教授的嗎？

劉：沒了！這次收穫真的很豐富。讓我對大陸醫療改革有一個全方位的認識。

李：我也是！感謝張教授。

張：不敢當！同行大家多交流。這是我的名片與連絡方式，有機會大家多交換心得。

李：感謝張教授，有機會歡迎來台灣訪問。

張：謝謝！我也希望