

# 医疗保健的公平与效率分析

莫京梁

翟东华

(上海住总集团总公司) (建设银行上海分行)

我国社会主义市场经济对公共医疗部门的改革提出了这样的问题:医疗部门是否能完全市场化?在提高效率的同时,应当多大限度地兼顾公平?这实际上是政府在效率与公平之间的最优抉择,是公共物品所带来的“市场失灵”。本文运用经济学的理论和方法对医疗保健领域的公平与效率进行了分析,阐述了政府提供基本医疗保健服务的必要性。

## 一、医疗保健的福利经济特性

当代西方经济学围绕效率与公平进行了大量的研究,大致可概括为三种理论:一是福利经济学理论;二是公平与效率抉择理论;三是发展经济学理论。这三种理论从各自的中心论题展开,间接地丰富了对公平与效率的研究(钱世明、童源轼,1994)。但是,至今为止,真正的公平效率理论尚未形成,尤其是在医疗保健等领域的实际应用还显得十分粗浅。本节综合福利经济学和公平与效率抉择的理论,对医疗保健领域的效率与公平进行阐述。

### 1. 帕雷托效率与公平

经济学家在使用效率的时候,常常指的是帕雷托效率,帕雷托效率常被用作评估资源配置是否合理的标准,如果资源配置没有达到帕雷托效率,那么在不使其他任何人经济状况恶化的条件下,可以改善某个人的状况,在这一意义上,这种配置是“浪费的”。在完全竞争、没有任何外部效果和没有政策干预的条件下,可以形成帕雷托有效资源配置。

为简便起见,这里以一个两人两物的模型为例,对医疗资源配置的帕雷托效率进行分析。在模型中,唯一的经济问题是两种药品(针剂和片剂)在A、B两人之间的分配。要说明的是:两人两物模型虽然简单,但依照同样的道理采用微积分方法得出的结论可适用于多人多物的经济问题。在两种药品供给既定的情况下,有如图1所示的Edgeworth盒状图。

在图1中,盒状图的底边 $os$ 表示社会现有的针剂总数,高 $or$ 表示社会现有的片剂总数。A消费的药品数量由点 $o$ 向 $os$ 、 $or$ 延伸,B消费的药品数量由点 $o'$ 向 $o's$ 、 $o'r$ 延伸,例如:在点 $P$ ,A消费 $ou$ 数量的片剂和 $ox$ 数量的针剂,B消费 $o'w$ 数量的片剂和 $o'y$ 数量的针剂。假定A和B都有一组表示各自对片剂和针剂偏好的常规形状的无差异曲线,A的无差异曲线由 $i_1$ 、 $i_2$ 、 $i_3$ 、 $i_4$ 表示;B的无差异曲线由 $j_1$ 、 $j_2$ 、 $j_3$ 、 $j_4$ 表示。则A和B各自的无差异曲线相切的点 $P_1$ 、 $P_2$ 、 $P_3$ 、 $P_4$ 就是帕雷托有效配置点,把帕雷托有效配置点连接起来的曲线 $o'o'$ 称为契约曲线。契约曲线隐含着A的效用水平一定时,B所能取得的最大效用。

下面对图1中的 $P_1$ 点和接近其中心的 $q$ 点的公平效率性进行比较: $P_1$ 点在契约曲线上,是帕雷托有效点,而 $q$ 点不是帕雷托有效点。从资源配置的角度来看, $P_1$ 点优于 $q$ 点;但是,从公平的角度来看,如果社会倾向于相对平等的医疗资源分配,那么 $q$ 点可能反而优于 $P_1$ 点。

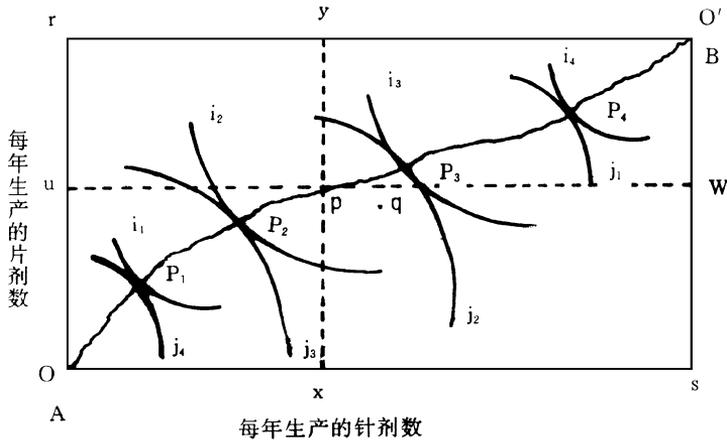


图1 契约曲线

问题的关键在于,帕雷托效率本身并不足以确定各种资源配置方式在总体上是否令人满意,还需要考虑效用的分配是否“公平”。

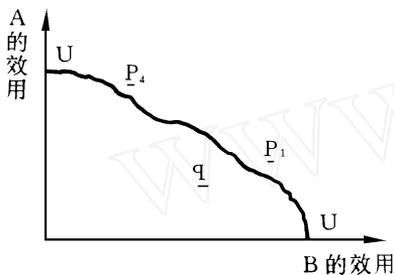


图2 效用可能性曲线

在图2中,A的效用用纵轴表示,B的效用用横轴表示。UU曲线是根据图1中的契约曲线得出的效用可能性曲线,它表明,在一个人获得的效用一定时,另一个人所能得到的最大效用。点P1对应图1契约曲线上的点P1,在这一点上,B的效用大于A的效用;点P4对应图1契约曲线上的点P4,在这一点上,A的效用大于B的效用;点q对应图1中的点q,由于点q不在契约曲线上,因而点q一定在效用可能曲线以内。社会可以达到效用可能性曲线上或其内所有的点,但达不到曲线之外的点。根据契约曲线的定义,UU线上的一切点都是帕雷托有效点,但它们却代表着

差异很大的医疗资源的分配。到底哪一点最优,可以通过社会福利函数来决定。正如个人获得的医疗福利的大小取决于他消费医疗服务的多寡,社会医疗福利的大小取决于每个社会成员的福利大小。用代数式表示,社会福利W是每个人效用的函数,即:

$$W = F(U_1, U_2) \quad (1)$$

其中: $U_1$ 是A的效用, $U_2$ 是B的效用。

假定无论 $U_1$ 增大还是 $U_2$ 增大,社会福利函数都随之增大,社会任一成员境况改善时,整个社会的境况就算得到改善。这样,和 $U_1, U_2$ 导致个人对医疗资源的无差异曲线一样,社会医疗福利函数也导致一组人们效用之间的社会无差异曲线(图3),曲线向下倾斜表明,如果 $U_1$ 的效用降低,保持既定水平的社会医疗福利的唯一办法是提高 $U_2$ 的效用,反之亦然。曲线向右上方移动时,社会福利增加。这表明,在其他条件不变时,提高任何个人的效用都会使社会医疗福利增加。

在图4中,社会无差异曲线加在从图2移来的效用可能性曲线上。虽然点E是帕雷托有

效点,点 G 不是,但由于点 G 比点 E 所在的无差异曲线高,因而点 G 比点 E 令人满意,这里体现在社会福利函数中的社会价值判断倾向于实际医疗资源的平等分配,尽管这样可能会导致低效率;当然,点 F 在公平与效率两方面都更令人满意。

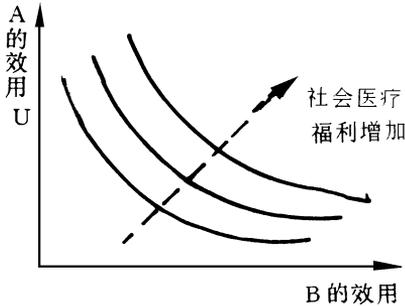


图 3 社会无差异曲线

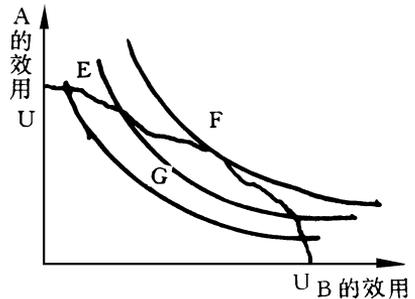


图 4 社会效用最大化

由以上推理可以看出:运行良好的竞争机制,会导致在效用可能性曲线上的医疗资源的某种配置,但这种配置不一定恰好使社会医疗福利最大,因此,政府有必要进行政策干预以使医疗资源分配既有效,又“公平”。就政府的政策而言,应尽可能协调公平与效率的关系,以尽可能小的不公平换取尽可能高的效率,或者说以尽可能小的效率损失换取尽可能大的公平。

## 2. 我国医疗福利的社会价值判断标准

既然社会价值判断标准决定了效率与公平之间的均衡,那么,社会主义市场经济体制下,我国医疗福利的社会价值判断标准应该是满足大多数人能获得基本的医疗保健服务。

首先,我国是一个发展中国家,必须首先满足 12 亿人的基本生活需要。《中共中央关于制定国民经济和社会发展“九五”计划和 2010 年远景目标的建议》中提出:要积极发展各类医疗卫生保健事业,实现人人享有基本卫生保健。其次,要使市场经济能够健康有序地发展,真正获得经济发展的高效率,就必须以人们所具有的机会均等的公平竞争作为它的实现前提。单单提供公平竞争的机会是不够的,人们必须有能力进行竞争。遗传因素或其他疾病所造成的劳动力之间的差别是难以克服的,政府必须正确地引入再分配机制,补偿人们由于疾病造成的差别。第三,从我国的收入水平来看,低收入者还将长期存在,他们的收入一般只能满足生活的基本需要,在医疗保健方面,显然要依靠政府为他们提供最为基本的医疗保障。第四,从社会政治道德的角度来看,在医疗保障方面,要求对包括老、弱、病、残的一切人给予人道主义帮助。

## 二、医疗保健的公共经济特性

从医疗资源合理配置的角度来看,实现帕雷托效率是最为理想的情况,而从帕雷托效率成立的条件来看,现实的经济体系中存在着许多因素又使得它无法真正实现,产生了效率低下的医疗资源配置(这种背离帕雷托效率的现象在经济学中称作扭曲),这些因素主要包括垄断、公共物品、外部影响、昂贵的信息和缺少市场,本节将主要从公共物品的角度探讨政府在医疗领域实施公共医疗政策的范围。

### 1. 医疗保健的公共物品特性

在现实生活中,公共物品已象私人物品那样变得不可缺少。在公共物品本身的分类中,象国防这样接近纯粹公共物品的例子是很少的,许多物品所体现的公共物品的基本特征并不那么充分。对于医疗保健、社会医疗保险来说,其供给与消费始终游离于公共与私人之间,具有某种程度的公共消费特征(非排他性),但在消费方面,随着私人医疗消费的增加,其边际成本也相应地增加。因此,我们可把医疗保健按公共物品的性质分为以下三类(魏颖,1994):(1)纯粹的公共物品:属于群体消费,其消费不具有排他性,消费者不愿为它支付费用。如环境保护、疾病监测、健康教育等;(2)准公共物品:属于个人消费品,并且有排他性,在市场上基本无利可图,但外部效益明显。如儿童计划免疫;(3)公共部门提供的个人消费品,又可分为以下三种:(a)有外部效益的个人消费品,如结核病和一些传染病的防治;(b)基本个人消费品,即通常所说的基本医疗保障;(c)高层次的个人消费品,如特需医疗、美容、健身等。

从以上分类可看出:市场机制在这里是基本失效的,存在着“非市场性”的外部影响,这种影响不能通过市场的价格机制反映出来,从而使价格机制不能有效地配置医疗资源,出现“市场失灵”(Market Failure)行为。所以说,医疗保障领域的完全市场化是不可取的,也是不可能的。市场力量不能治愈医疗保健制度的所有弊病,它对消费者直接购买基本医疗服务所起的作用存在着严格的限制,例如,谁都不可能心脏病发作时去比较住院费的高低(W·马歇尔等,1993)。这一点再次说明:以市场为基础的改革不必是冷酷无情的,政府在医疗保健领域还应该最大限度地坚持社会公平原则,赋予公共医疗部门非盈利性的作用。

对于医疗保健中的纯粹公共物品、准公共物品,以及有外部效益的个人消费品来说,是社会的需要、人群的需要、增强综合国力、保障人民健康水平的需要,政府责无旁贷,不能将它们推向市场。对于基本医疗服务,政府所提供的相应水平的社会医疗保险是获得这一基本医疗服务的必要保证。对于特需医疗、美容等其他医疗服务,由于它本身就是公众随着收入水平的提高而产生的额外需求,因此其供给就可以完全推向市场。

## 2. 政府实施公共医疗政策的范围

医疗保健所具有的公共物品特性,使得政府必须提供基本医疗服务以保证必要的公平,我们认为这是一个总的原则。而从另一方面来说,政府的过份干预会导致帕雷托效率的扭曲,因此这又给我们提出了另一个问题:政府实施公共医疗政策的范围究竟应该有多大?

根据世界银行1993年《世界发展报告》中的阐述,基本医疗服务政策应包括公共卫生和基本临床服务两个方面(世界银行,1993)。公共卫生政策主要包括:(1)免疫计划。目前,免疫计划(EPI)使发展中国家的大约80%的儿童免受6种主要疾病的伤害,若政府增加投资,使乙肝疫苗、黄热病疫苗以及碘补充物充实到EPI中,将对贫困家庭的孩子产生重大影响;(2)以学校为基础的医疗卫生服务。许多学龄儿童受肠寄生虫和微量元素缺乏症的影响,可在学校中分发药物和微量元素补充物来治疗上述疾病,这样能极大改善这些儿童的健康状况;(3)计划生育和营养的信息及某些服务。通过多种传播形式提供母乳喂养的益处及如何改善儿童膳食的信息,帮助部分居民采取更有利于健康的行为;(4)减少烟草、酒精和其它毒性物品的消费。通过宣传、税收、广告禁令和部分进口限制对上述有害健康物品的消费进行控制,有利于减少肺部慢性疾病、心脏病、癌症和伤害事件的发生;(5)改善居民生活环境的公共投资。由于排污系统不灵,供水不足且不安全,个人及食品卫生不良,垃圾处理能力缺乏,空气污染及住房拥挤

和质量低劣等原因,造成了很大的健康风险,尤其是穷人疾病负担的 30%与这些风险有关。政府必须付出更多的努力,来创造更利于健康的环境,特别是为穷人创造这种环境(世界银行,1993);(6)减少艾滋病的传播。在全球范围内,引起艾滋病的 HIV 至今已导致 400 万人死亡,1400 万至 1500 万人受到感染,据联合国预防艾滋病计划署的估计,到 2000 年,将有 3000 万至 4000 万人是 HIV 的携带者,且几乎没有任何一个国家能够幸免(钱慰曾,1995)。因此,减少艾滋病的传播已成为一个十分重要的公共健康问题。

基本临床服务的内容构成取决于公众的健康需要和社会总体收入水平,一般包括:(1)保证怀孕方面的治疗服务。主要是母婴健康、分娩和产后保健,强化这方面的工作,能够挽救发展中国家每年约 50 万死于分娩的妇女的生命;(2)计划生育服务。扩大这项服务每年可使 85 万儿童免于死亡,并能减少约十万例的孕妇死亡;(3)肺结核控制。通过药物疗法,与这种每年造成 200 万人(主要是成年人)死亡的疾病作斗争;(4)控制性传播疾病。它造成每年 2.5 亿人衰弱或产生致命性疾病;(5)治疗常见的年幼儿童疾病。主要是腹泻、急性呼吸道感染、麻疹、疟疾和急性营养不良症,这些疾病每年使近 700 万儿童死亡;(6)轻微感染和外伤的治疗。

据世界银行统计,低收入国家和中等收入国家在基本医疗服务的投入方面存在着较大的差别(见表 1),这是由于这两类国家的人口结构、传染病流行情况和劳动力资本明显不同。

表 1 1990 年低收入国家和中等收入国家用于公共卫生和基本临床服务的费用比较

组别	费用 (每人每年美元)	费用 (占人均收入的百分比)
低收入国家(人均收入 = 350 美元)		
公共卫生	4.2	1.2
基本临床服务	7.8	2.2
总计	12.0	3.4
中等收入国家(人均收入 = 2500 美元)		
公共卫生	6.8	0.3
基本临床服务	14.7	0.6
总计	21.5	0.9

资料来源:世界银行 1993 年《世界发展报告》。

我国目前还属于低收入国家,上述政策及统计结果对我国的基本医疗服务政策的范围确定具有重要指导意义,我们可根据我国情况,采取更为具体的策略。

#### 参考文献

- (1) 钱世明、童源斌,1994:《公平分配——理论和战略》,上海社会科学院出版社。
- (2) 世界银行:《投资与健康——1993 年世界发展报告》,中国财政经济出版社。
- (3) 魏颖:《医疗卫生事业要适应市场经济体制与医学模式的转变》,《卫生经济研究》1994 年第 12 期。
- (4) W. 马歇尔, M. 施拉姆主编,达州等译,1993:《克林顿变革方略》,进步政策研究所,帕特南·伯克利出版公司。
- (5) 钱慰曾:《权利共享,责任共担》,《文汇报》1995 年 12 月 1 日。

(责任编辑:晓喻)(校对:世纪)