

中国医疗体系的发展历程与改革探索

林毅夫

摘要: 本文认为, 健康不仅跟收入水平相关, 很大程度上也跟医疗卫生体制相关。1949—1978年间, 我国虽然经济落后, 但建立了覆盖广、效率高的卫生医疗体系, 人民健康水平大幅提升。改革开放以来, 我国创造了经济奇迹, 但整体医疗质量的提升却低于人均收入的增速水平。就此, 本文分析探讨了我国医疗改革可能的方向, 提出政府应积极有为, 为世界贡献中国智慧和方案。

关键词: 中国医疗体系; 人均预期寿命; 医疗改革

中图分类号: F821 **文献标识码:** A

衡量一个国家医疗健康体系的好坏, 可以用人均预期寿命这项指标。后者和人均 GDP 水平高度相关, 也和医疗卫生体系高度相关。从这个角度来看, 1949 年新中国成立以后, 我国在健康医疗和提高人民的健康水平上取得了辉煌的成就。

一、1949—1978 年: 经济落后, 但创造了人民健康水平大幅提升的世界奇迹

中国的医疗体系在 1949 年到 1978 年改革开放之前这前后 30 年的时间里, 在提高中国人民健康水平方面所取得的成绩堪称奇迹。1949 年, 中国是世界上最贫穷的国家之一。因为贫穷, 人均预期寿命只有 35 岁。到了 1978 年, 中国人均 GDP 只有 156 美元, 不足撒哈拉以南非洲国家平均数 490 美元的三分之一, 仍是世界上最贫穷的国家之一, 但是中国的人均预期寿命已经从 35 岁提高到 65.9 岁, 增加了 30.9 岁。

根据世界银行世界发展指标的数字, 1978 年印度人均 GDP 是 203 美元, 中国比印度低 30%, 当年印度人均预期寿命只有 52.8 岁, 比中国低 13 岁; 而低收入国家平均的预期寿命是 47.6 岁, 比

作者简介: 林毅夫, 北京大学新结构经济学研究院院长、北京大学国家发展研究院名誉院长。

中国低 18.3 岁。尤其将中国的人均预期寿命与中等收入国家或上中等收入国家比较，这个成绩更是不可思议。1978 年，中等收入国家和上中等收入国家的人均 GDP 分别为 522 美元和 684 美元，为中国的 3.3 倍和 4.4 倍，但是他们的人均预期寿命分别是 60 岁和 64.4 岁，分别比中国低 5.9 岁和 1.5 岁。

中国在那么低的收入水平上取得如此了不起的成绩，是因为新中国成立后建立了非常出色有效的卫生医疗体系。在城市里的政府工作人员、国有企业和集体企业的职工有覆盖面非常广的公费医疗；在占全国人口 80% 的农村，也同样有覆盖广、效率高的卫生医疗体系。

一是县有县医院、防疫站和妇幼保健院，乡有乡卫生所，村有村卫生室，负责从县到村的卫生防疫与医疗。二是生产队、公社推行合作医疗，农民看病可以报销。三是在农村还有赤脚医生，他们虽然接受的训练不多，但拥有最基本的医学常识，能够处理一般小病，如遇到在生产队和村里不能治疗的病，再将病人转到乡卫生院，乡卫生院无力医治，再转到县医院治疗。这个县乡村三级体系也对肺炎、天花、霍乱、鼠疫、小儿麻痹、狂犬病、血吸虫等传染病提供了非常有效的防治，大大提高了人民的健康水平，延长了预期寿命。

改革开放前，中国依靠这样的卫生医疗体系，使得人民的健康水平比上中等收入国家的健康水平更好，人均预期寿命更长。1978 年世界卫生组织在阿拉木图召开国际会议，发表了《阿拉木图宣言》，将中国的经验介绍给其他发展中国家，建议他们参考借鉴中国的卫生医疗体系，改善各自的医疗卫生服务，提高人民的健康和预期寿命。

二、1978—2019 年：改革开放创造经济奇迹，医改效果有待提升

1978 年中国开始推行从计划经济向市场经济转型的改革开放。1978—2019 年的 41 年间，中国 GDP 平均每年增长 9.4%，人均 GDP 的年均增长达到 8.4%。在人类历史上，尚未有过任何一个国家或地区以这么高的速度持续这么长时间的增长，是

人类经济史上不曾有过的奇迹。

根据世界银行的数据，在这段时间，随着人均 GDP 水平的提高，中国的人均预期寿命从 1978 年的 65.9 岁提高到 2018 年的 76.7 岁，40 年提高 10.8 岁。这个成绩，中国自己跟自己比当然不错；但跟其他中等收入国家的表现比并不出色。从 1978 到 2018 年的 40 年间，中等收入国家和上中等收入国家的人均预期寿命分别从 60.0 岁和 64.4 岁提高到 71.9 岁和 75.3 岁，增加了 11.9 岁和 10.9 岁，比中国增加的 10.8 岁分别多了 1.1 岁和 0.1 岁；但是这些国家在这 40 年间人均 GDP 的年均增长率分别是 2.6% 和 2.9%，只有中国年均增长率 8.4% 的三分之一左右。

改革开放以后，我国经济发展绩效非常好，但人均预期寿命的增长相对较慢。和其他国家相比，中国有“吃老本”的情况。这是因为中国进行市场化改革后，医疗体系发生了改变。

改革开放后，城市全覆盖、全报销的公费医疗改为基本医疗保险，覆盖面仍然是全部的居民，保险费一部分由政府出，一部分由工作单位出，一部分居民自己交。医疗可以报销，但有门槛，即花费一定金额后才能报销，低于门槛的费用不能报销；同时有封顶金额，如果医药费太高也不能报销，而且报销的比例会随着费用增加逐渐下降。

农村则设立新型农村合作医疗，政府出一部分钱，农民出一部分钱。看病时也有报销的门槛金额限制，过了门槛后可以按一定比例报销，并且有封顶的最高限额。和过去相比，合作医疗体系还在，但是个人要承担的比例随着收入水平提高在增加，政府负担的比例在减少。三级医疗卫生体系依然存在，即县医院、镇卫生所、村卫生室，这一点变化不大。

变化最大的是医院改革。在 1978 年以前，医院的所有投资和开销都来自政府财政；但在 1978 年改革开放以后，医院开支当中大约只剩下 10% 来自财政拨款，维持医院运转的费用由医院的医疗收入自行解决。与此同时，又要保留医院的公共服务性质。这导致中国的医疗体系出现了一个很特殊的、有扭曲性质的安排。一是“以药养医”，即医院医生看病的挂号费和门诊价格非常低，医院靠这

些收入无法支付医生工资和维持运转，不得不通过在批发来的药物上加价 20%、30% 或更多，以从中获利。二是各种检查费用较高，医院由此得到较大的收益。三是取消了在下级医院治不了的病再转诊到上一级医院的制度，每个患者都可以直接到上一级的医院治疗，各级医院的挂号费和门诊费也没有多大的差异。

在“以药养医”的制度之下，医疗费用大量增加。医院为了解决医生的收入、维持医院的运转和基础设施建设，很可能多开不必要的药或高价药，因为药价越高，医院盈利越多。同时，医院还倾向于给病人多做检查，病人不管看什么病，先做一系列检查，导致病人的财务负担大增。此外，由于药物大多来自市场化的企业，企业的药价定得越高、卖得越多就赚得越多，因此，就有动力提高药价和游说医生；而医生多开药就能多收回扣，因此整个行业存在寻租现象。

门诊费用低，再加上好医生都集中在好医院，到上级医院治疗又无需下级医院转诊，因此，对病人来说，不管大病小病，一生病就有积极性到大医院治疗；而大医院收治的病人越多收入越高，因此也有积极性接收。这就造成了下级医院门可罗雀，而上级医院则人满为患。有的患者为了到最上一级的三甲医院挂个号，需要等几天甚至几个月，医疗资源严重不足，医患矛盾频发。而县级医院，或等级比较低的医院，医疗资源大量被浪费。

2008 年，中国医疗费用支出为 1.2 万亿元人民币，到 2019 年增加了 5 倍，达到 6.6 万亿元人民币。结果人们看病越来越贵，有些人根本支付不起，尤其医保有封顶金额限制，超额需要全部自费，让很多收入较低的人群无法承受。

因此，尽管市场化方向的改革是必要的，但整体医疗服务质量的提高远低于中国人均收入增长后应有的水平。

三、探索中的医疗改革方向

当前这种看病难看病贵、医患矛盾频发、医疗健康体系寻租和资源配置不当的状况亟需改革。近年来，这方面大体有两种思路或尝试。

（一）江苏省宿迁市的尝试

第一种思路是 2000 年江苏省地级市宿迁所实施的。这座人口近 600 万的城市改革思路是全部民营化、私营化，把所有公立医院转成民营，卖给私人经营，除了城市的基本医疗保险和农村的新型合作医疗之外，政府不再往各级医院的基建和运行投入财政资金。

医疗完全市场化不能说完全没有好处。不少私人资本进入医院或新设很多家医院，解决了看病难问题，但是，也出现了三个问题。

第一，没有解决看病贵的问题。民营医疗企业和医院以盈利为目的，盈利多少取决于做多少检查开多少药，做检查越多就盈利越多，开药越多盈利也越多。

第二，以盈利为目的的医院，不愿培养医生，不愿投资于医师护士的教育培训，担心自己培养的医生护士被其他医院抢走。

第三，民营医院不愿意投资比较贵的设备，以及针对罕见病的设备。在宿迁改革以后出现了有些病在当地“过去能看，现在不能看”的状况。宿迁市政府不得不重新建立一家市级综合医院来解决这个问题。这是完全市场化改革方向带来的结果。

（二）福建省三明市的尝试

2012 年，福建省三明市尝试进行医药采购试点。

看病贵最主要的原因是以前完全市场化的医药定价和采购，药企对药品的定价太高，并且从药企到医院存在诸多环节，当中有很多漏洞，给加价、寻租留下了空间。对此，三明试点由市设立医疗保障局，采用公开竞标的方式统一进行医药采购，采取药企报价中的最低价格，并减少中间环节，切断药企与医院以及医生的接触。

另外，三明市将医生收入提高到一个合理的水平。医生的收入在美国一般是人均收入的 3 到 4 倍。此前，中国医生的工资跟一般职工的工资在同一水平，三明市将其提高到 3 到 5 倍，同时加强对医院和医生的管理，杜绝药企根据医生开药的多少给予医生回扣的陈规陋习。



这一探索体现出几方面的好处。第一，病人所要支付的医疗费用，过去很大一部分是医药和检查费用，现在医药费明显下降。第二，医务人员过去靠回扣来增加收入，现在是阳光收入、合理收入。第三，政府在医疗卫生上的财政支出基本没有增加，财政支出主要用于医院的基础设施，例如，盖病房、买设备。过去基本医保和新农合出现很大赤字，现在基本上可以维持平衡。

综合来看，三明试点是一个成功的改革经验。中国的改革方法是先试点，然后进行效果评估，有好的经验就在全中国推广，有坏的教训就停止。在三明医改取得成功的经验以后，中国总体的医疗体系改革就正在往三明医改的方向进行：在国家层面设立了国家医疗保障局，列出使用药品目录，规定各种疾病所用药物，医药由各省各市的医疗保障局进行统一竞价采购，如果功能相同，则使用价格合理的药，药价和药用器材价格下降，最为显著的是，过去心脏支架贵的 2 万多一个，均价 1.3 万元一个，统一采购以后降到 700 元左右一个；医生的收入也逐渐由来自药企的回扣转变成阳光工资。但中国目前只是在各省逐步推广这一改革经验，还没有形成全国统一的制度。

四、总结与建议

以上是对新中国成立 70 多年来医疗卫生体系

改革发展的总体评价。未来，希望有机会能够使用更加详细的实证资料来检验中国医疗体系的变革对中国的健康水平和中国人均预期寿命的影响。总体而言，健康不仅跟收入水平相关，很大程度上也跟医疗卫生体制相关。在医疗体系当中，病人和医生之间存在诸多信息不对称，容易出现道德风险，因此政府应该扮演积极有为的角色。需要注意的是，政府在发挥作用时，还要避免利益集团的绑架，否则，政府的干预可能会带来更糟的后果。这方面，美国的经验教训很多，值得我们学习和思考。

总之，希望中国在医疗改革上也能够取得像经济发展那样的辉煌成就，提高中国人的健康水平和预期寿命，实现健康中国的目标，也为世界人民的健康贡献中国智慧和方案。

参考文献：

- [1] 林毅夫·从西潮到东风 [M]. 中信出版社, 2012
- [2] 林毅夫·解读中国经济 [M]. 北京大学出版社, 2018

(责任编辑：赵廷辰)