

钱颖一 主编

比较译丛

转轨中的福利、选择和一致性

东欧国家卫生部门改革

雅诺什·科尔奈 翁笙和/著

Welfare, Choice and Solidarity in Transition

Reforming the Health Sector in Eastern Europe

János Kornai and Karen Eggleston



中信出版社
CITIC PUBLISHING HOUSE

雅诺什·科尔奈

哈佛大学经济学教授，布达佩斯高级研究所终身研究员，世界经济学会 (the International Economic Association) 现任会长。他发表了一系列著名的文章和专著，其中包括最近的《主路与辅路：社会主义改革和后社会主义转型研究》(1995)、《挣扎与希望：一个后社会主义国家的改革和稳定化文选》(1997) 以及《论医疗保障改革》(1998)。科尔奈的《短缺经济学》一书及其有关中央计划经济的诸多理论和论述影响了整整一代中国经济学人。

翁笙和

在美国Tufts大学经济系教授卫生经济学，美国哈佛大学肯尼迪政府学院研究员。她的研究领域包括：卫生政策的比较分析、支付体制的激励因素、中国的卫生部门改革以及合约理论。

转轨中的福利、选择和一致性

东欧国家卫生部门改革

雅诺什·科尔奈 翁笙和/著
罗淑锦/译 李绍光/校

中信出版社
CITIC PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

转轨中的福利、选择和一致性——东欧国家卫生部门改革 / 雅诺什·科尔奈, 翁笙和著; 罗淑锦等译. —北京: 中信出版社, 2003.4

书名原文: Welfare, Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe

ISBN 7-80073-480-3

I. 转… II. ①雅… ②翁… ③罗… III. 医疗保健制度-体制改革-研究东欧 IV. R199.51

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第016791号

Welfare, Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe

Copyright© by János Kornai and Karen Eggleston.

Chinese (Simplified Characters only) Trade Paperback Copyright© 2003 by CITIC Publishing House.

ALL RIGHTS RESERVED

转轨中的福利、选择和一致性

——东欧国家卫生部门改革

ZHUANGUI ZHONG DE FULI XUANZE HE YIZHIXING

著者: 雅诺什·科尔奈 翁笙和

译者: 罗淑锦 李绍光

责任编辑: 肖梦

责任监制: 朱磊 王祖力

出版者: 中信出版社(北京市朝阳区东外大街亮马河南路14号塔园外交办公大楼 邮编 100600)

经销者: 中信联合发行有限公司

承印者: 中国农业出版社印刷厂

开本: 880mm × 1230mm 1/32 印张: 8.75 字数: 195千字

版次: 2003年5月第1版 印次: 2003年5月第1次印刷

京权图字: 01-2003-2334

书号: ISBN 7-80073-480-3/F · 481

定价: 22.00元

版权所有·侵权必究

凡购本社图书, 如有缺页、倒页、脱页, 由发行公司负责退换。服务热线: 010-85322521

E-mail: sales@citicpub.com

010-85322522

目 录

Contents

第一章 引言1

第1部分 出发点9

第二章 改革的一般原则.....13

第三章 卫生部门的特征.....39

第四章 一些国际经验.....79

第五章 东欧国家的卫生部门：初始状态105

第2部分 改革的指导方针145

第六章 需求边：融资、受益和保险组织147

第七章 供给边：交付系统所有权、组织和
签约197

第八章 供需互动：定价、支付、硬预算约
束和卫生部门的总体发展207

第九章 结束语241

参考文献255

第一章 引言

东欧后社会主义国家卫生部门遭遇的许多严重问题令人担忧。需要彻底改革早已是人们的普遍共识，但是在什么时候、怎样改革以及实际上该做哪些事，观点却各不相同。各种激烈的争论，有时是关起门来私下辩论，有时是公开辩驳，在有关国家内部以及为他们提供社会经济转轨咨询服务的国际代理人和学术机构之间总是时有发生。

本书的作者就这些争论的问题表明态度，阐述了我们认为的改革应该选取的方向并阐述自己的观点。我们并不作出具体细节性的推荐，而是重点介绍所有被研究国家共有的、可取的改革特点。

本书不回避表态，而且将毫不回避地试图指出实施改革的道路上隐隐出现的各种困难。它解释并指明不能兼得的权衡，指出了一个国家在采用所建议的方法时的得与失，以及会遇到的风险和危机。

本书深层次的目的是提出推进改革的建议。第二部分讨论了各种经济政策建议。此前第一部分讨论这些政策建议所基于的出发点。

本书的主题很大，因此首先值得建立作者用来限制研究范围的标准。尽管我们的建议可能反映更广泛的利益，但是它们是针对特定的中东欧十个后社会主义国家提出的：即阿尔巴尼亚、保加利亚、克罗地亚、捷克共和国、匈牙利、马其顿、波兰、罗马尼亚、斯洛伐克和斯洛文尼亚。略去了已经深深陷入战争之中而且还要承受一

段时间战争痛苦的南斯拉夫后继国家，前苏联后继国家也不列入本书的研究对象。为简便起见，上述十个国家被称为“东欧”国家，尽管其表达在地理上不精确。

书中的表格和例证尽可能反映所有十个国家的数据和经历。不幸的是，这种努力不能得到自始至终的贯彻。因为大量数据和描述性的材料只能从一些国家获得，而从另一些国家所得获得的则很少。最大量信息来自匈牙利，因为本书作者之一是匈牙利人。他能够获得非公开的内部信息及其深层次的研究成果，并将这些研究公开化。然而，本书并不是就匈牙利或关于某两三个国家的问题作出分析，而是研究东欧问题。^①

卫生部门改革已经有许多不同角度的定义，本书采用的是一种相对狭义的解释，即限制在结构与制度的改变上。它并不直接研究卫生部门的资源是否充足，也不分析这些资源应该在推进医疗保健工作的各项活动和组织中如何分配，虽然这类问题也非常重要。这里关心的是另一类问题：东欧什么样的经济和政治制度应该管理其卫生部门的资源配置。

人的一生几乎没有任何一个方面像医疗保健的稀缺性这样一个基本的经济问题那样扣人心弦。科学技术正不断地突飞猛进，即使在医疗保健开支上最慷慨、最富有的国家，也会大量地投入更多的美元和欧元来减轻人类的痛苦与拯救生命或延年益寿。每一项开支决策既是一种分配又是一种排除。它直接或间接地决定谁将失去某些医疗保健服务。用这种方法表述这一两难困境足以表明这是一个多么重要的问题。谁才有权决定什么人、在什么时候可以为了医疗保健目的而使用资源以及使用的数量？是病人、医生^②还是卫生保

^① 本著作的前身是科尔奈1998年的著作《论卫生制度的改革》（匈牙利文版），特别论述匈牙利医疗保健改革。尽管两本书之间有许多重叠，但超越第一本书的理由是将研究扩展到匈牙利之外而广泛地讨论东欧的改革问题。

^② 整个书中我们可交替使用“医生”和“内科医生”以及使用包括护士和内科医生等在内更宽泛的术语“医务人员”。

健机构？还是雇主、保险公司、政府抑或是议会中的大多数？本书将讨论这项权利的分配。它的主题不是医疗保健的分配而是选择决定这种分配的政治经济机制。^①

这里应该指出的是，本书使用的“福利部门”只是一个最一般的术语，它包括（仅以最重构成命名）医疗保健、教育、养老金、儿童保育和老人的照顾，以及社会对贫困者的救助。这里改革争论的一个核心问题是确定哪些福利部门的活动应该保留在政府控制之下，哪些应该脱离政府的控制——换句话说，哪些领域应该包括在“福利国家”^②中。尽管福利部门的一个分支——医疗保健是本书讨论的重点，但本书所论述某些内容也适用于整个福利部门，即除卫生以外的其他领域。

由此可见，本书并不局限于医疗保健的经济学分析。的确，它不仅仅只与福利部门的某些重要经济方面有关，它超出了经济学的范围，是一个集中在伦理和政治哲学方面改革的交叉学科研究。它不仅分析问题的经济学背景，而且也是从它的社会和政治环境开始的。

本书的主要对象是两类读者。一类是那些对东欧后社会主义转轨感兴趣的人。这一兴趣可能不限于卫生部门，还延伸到其他部门的改革。这部分读者可能发现研究卫生部门的变化很有教益，因为这些将会产生其他领域变化的某些共性问题。另一类读者是那些关心医疗保健改革的人，无论他们在东欧还是在其他地方。尽管东欧国家这些变革有其特有的几个特征，本书的建议也不是打算能够放之四海而皆准，但本书的论证线索可能会产生一些更一般的经验教训，在东欧国家以外也有效。

^① 在关于社会主义的争论中，“政治经济机制”包括产权、决策范围、激励和协调形式等特定的方面。

^② 正如所描述的那样，“福利国家”的表述是以欧洲的含意出现于本书。这不同于美国的用语，那里“福利”的定义缩小到社会救助。

作者希望本书不仅适合于医疗保健经济学家，而且对于更广泛的读者如政治家、法学家、政党官员、公务员、医生、学院经济学家、政治学家和媒体新闻记者等都具有可读性。我们必须向该领域专家致歉的是不得不停顿一下来讨论他们已经很熟悉的概念和关系。

我们认为，衡量本书的成功不仅仅在于学界同仁的认可（尽管受欢迎），而应该是，它是否甚至是间接地对这些事件的过程发挥作用。这个愿望解释了本书为什么是一个交叉学科的原因。本书不是政治家和社会活动家们写的小册子，更何况无论如何比小册子要长许多。很明显，它是由学者写的但不是一本学界专用的学术专著，因为它的重点在于提出改革对策。

本书的作者有两人。雅诺什·科尔奈（János Kornai）已经成为研究东欧这些问题的专家。他花了几十年时间研究社会主义制度及其改革，并在过去十年里研究东欧社会主义制度崩溃以后的变革。似乎他的早期研究经历很适合于本研究领域。哪里要进行社会主义卫生部门的改革，哪里就有一部分社会主义存在于资本主义的市场经济中。^① 哪里进行改革，哪里就会立即出现对于所有参与过关于市场社会主义的较早争论的人们来说非常熟悉的问题。在国有经济仍然存在的国家能够引入市场调节吗？应该允许中央集权或分权发展到什么程度？价格有什么功能以及销售收入中应该包括哪些成本要素？如果预算约束硬化和财务纪律强化会不可避免地给公众带来损失和困难，是否还可能实行？遗憾的是，那些世界范围内医疗保健争论参与者还没有参考讨论社会主义智力资源。他们还在重新认识每一个问题及其答案。本书通过引入关于医疗保健的各种生动的经验和观点可能有助于弥补这一不足，当然这是一种无意识的。这里引言中仅仅提及这个联系已经足矣，后面还有几次会回到这一讨论。

^① 当以色列福利部门还是以公共所有和行政分配为特征时，一个经济学家问了一个讽刺性的问题（Trotsky和Stalin之间争论的意译）：“社会主义能否在半个国家中建立？”

另一个作者，翁笙和（Karen Eggleston）是医药保健经济学家。在她最近完成的一些研究中，她深刻地研究了医疗保健的现代文献，并有机会熟悉各种相互冲突的观点。她自己的研究主要是关于影响医疗保健的激励因素。在写这本书的时候，她也能够充分利用在研究中国卫生部门中获得的经验。

我们希望我们俩的知识和经验的融合有助于丰富医疗保健改革的研究成果。

本书许多地方使用第一人称复数，目的是要表达其建议的个人亲自研究特性而不是隐藏在其后的独特的想法。我们的主张来自于我们对形势的判断，反映了我们自己的价值判断体系。由于改革建议时常来自于委员会的工作，因此本书的最后版本反映了委员会成员之间观点的妥协。甚至在改革被议会付诸实施的以后阶段，也是如此。此时这些主张体现了立法过程中形成的无数政治妥协，以及立法专家和对法规拥有表决权的政治家之间的诸多让步。我们不属于卫生部门的机构，我们也不是某个政党的客座专家或议会成员。这就是说，我们不需要为了协议而妥协，我们能够充分表达自己的观点。我们意识到，如果结果是任一东欧国家的政府或管理体系的工作人员同意我们的建议，他们就可能必须在某些问题上作出让步，甚至违背他们更好的判断以保证实际执行。我们认为分工的确意味着作出那些让步是他们的工作而不是我们的事。让他们凭借他们的政治责任感和道德观决定那些让步应达到什么程度。我们有不同的工作，因为我们是学术委员会成员，区别明显很大。正如我们深信的那样，我们想利用从分工中获得的有利条件能够经常地表达我们的观点。

最后，让我们谈一谈本书的风格。^①我们深深地感受到健康与

^① 这里应该提及本书的术语问题。东欧每一个国家的卫生部门的不同机构和经济政治机制的不同构成都有其自己的术语。简单地将这些术语照字面译成英文会导致术语混乱。此外，英语国家的术语也不统一。为了避免含糊不清，本书一律使用目前美国的表述。

疾病对每一个人意味着什么，以及我们从生活经历中学到了什么。本书的第一作者在严重大手术后曾两次躺在布达佩斯医院的一间十个床位的病房，因而能够更仔细地研究社会主义卫生部门。一次，在一个交通事故后他被带到日内瓦的一个私人诊所。尽管他十分痛苦，但是他们并开始立即救治，直到他们弄清谁将支付费用。在那里，他付出了代价才懂得了“纯市场”意味着什么。当然，个人的经历并不是最重要的方面。我们已经多次感受到我们疾病中的亲属的痛苦、恐惧和焦虑。在患病期间，悲哀地说，当许多人死亡以后，我们往往扪心自问：我们所能做到的一切能治愈病人的疾病、延长他们寿命吗？他们的疾苦，或者说最坏的情况——死亡，在多大程度上能归咎于卫生部门的状态？我们感到这不仅是对家庭和朋友而且也是对我们人类的同情。即使如此，我们写这本书的目的也不是为了抓住每一个机会来生动描述当前的医疗状况，或者对政治家、政府和社会的尖锐批评。确切地说，由于医疗状况在许多方面引人关注，最好的帮助方法不是渲染和煽起民众的激情，而是冷静地想出办法。比方说，我们不希望成为看见病人病情严重就痛哭流涕的医生，而是使病人和家庭不再担心，并能够认真思考最好的治疗办法的医生。

本书是在经过长期研究的基础上形成的最终版本。第一作者科尔奈的研究工作是在布达佩斯高级研究院的执行管理委员会（Collegium）资助下完成的。他先后得到匈牙利国家科学研究基金会（OTKA T 018280和T 30080）、匈牙利财政部以及欧洲委员会支持布达佩斯执行委员会项目“制度建设”的DG研究INCO计划的资助。他希望向所有给予他支持的人表达谢意。

科尔奈已经作过几次关于本书内容的报告，包括在美国国家科学院的华盛顿会议、哈佛大学、世界银行、柏林的科学院和匈牙利医药学会等。这些报告引起的争论给他的研究工作提供了丰富的启示。

本书的第二作者翁笙还要感谢哈佛大学肯尼迪政治学院和美国

国家经济研究局（关于老龄化与保健经济学的博士前研究生计划），她第一次与科尔奈合作研究转轨经济国家卫生部门改革期间，又为之提供了大量资助。她也感谢塔夫茨大学经济系在1999年秋天本书的最后定稿期间减轻了她在系里的工作。

两位作者要共同感谢的是那些看过本书初稿的所有同事和他们所提出的启发性的建议与评论。他们特别要指出的是：Géza Bálint, Nicholas Barr, David Cutler, Zsuzsa Dániel, Guy Ellena, Béla Fèkete, William Hsiao, Csaba László, Mária Kovács, Peter Mihályi, Thomas McGuire, John McHale, Joseph Newhouse, Winnie Yip和Richard Zeckhauser。

对于本书的研究与写作提供帮助的人很多。特别值得感谢和指出的是：Ágnes Benedict给我们提供了许多启发性的观点和建议，有创意的资料收集和编辑过程中的热忱支持。Mária Barát, Cecília Hornok, Béla Janky和Virág Molnár也给予我们很多有价值的支持。Brian McLean对于本书原来用匈牙利语写的部分给予了精彩的翻译。Julianna Parti自始至终给予本书手稿非常仔细的编辑。我们向Ashwin Rattan 和Barbara Docherty的编辑工作表示谢意。

第**1**部分

出发点

第1部分的引言

本书的论证基于几个出发点，其终点构成了改革指导方针的梗概。首先，必须重视改革的基本原则（第二章）。其次是，需要对医疗保健区别于其他部门的特征进行检测（第三章）。再下一步是研究国际经验；必须澄清是否存在一个结构和制度都能够作为模式的国家，以及从研究国际发展中应该得出哪些积极的和消极的经验教训（第四章）。最后，必须了解东欧后社会主义国家卫生部门内在的属性，其初始状态以及引起制约着后来行动出发点的历史路径（第五章）。

文章的顺序安排遵从理解和解释的逻辑。然而，当改革者开始设计行动计划时，他们必须立即考虑所有要素——原则、特定部门特征、国际经验教训和主要起始条件——并同时记住它们。

第二章 改革的一般原则

尽管本书局限于讨论卫生部门的改革上，但本章中所阐述的原则却可以扩展到卫生部门的范围之外。那些接受这些原则的人可能把它们应用到从社会主义制度继承下来的其他福利部门，如养老金制度、社会救助和失业补贴系统，或者教育融资。这些评论已经被用在整个福利部门。

我们认为，本章论述的原则中有一些具有广泛的适用性，不限于任何一个国家或者地区、或者某些初始条件的组合。^①其他原则则是根据后社会主义国家福利部门的现状而提出的。我们试图形成适合于每一个后社会主义国家的原则；从这个意义上说，本章的论述超出了东欧的特定环境（如引言中所定义的那样）。

我们总共提出了九个原则。^②第一节讨论有关基本价值的原则。第二节是关于被改革的福利部门机构的理想特征。最后一节分析了适合于福利部门的分配比例。

最好是我们能够从一些假定和附加假定条件出发，进行一些更加审慎的、公理性的讨论，并提出一些来自这些假定的结论。于是，这些原则似乎就不仅仅是一个接一个地罗列，而且彼此之间还存在一种逻辑关系，构成一个严密的理论结构。为简便起见并与本书后

① 发达国家的一些改革者也阐述了类似于本书所建议的原则。例如，参见Jakobs（1991），Cassel（1992）和Oberender（1992）关于澳大利亚的讨论，以及Ham（1997，第58—59页）关于瑞士的情况。

② 为什么准确到九个？我们并不自称这一组原则体现了某种整体。可能遗漏了某些原则，或者要增加其他原则。文章可以用别的方法来表述，即使讨论局限在大体上赞同本书所持观点的那些人，他们至少在整体世界观上赞同我的观点。作者在九个上打住，避免出现俗套的“十诫”之类的说教。

面的内容保持一致，我们采用没有进行太过抽象和严密的讨论。当然，我们希望它至少有助于引起一场从某些建议的细节到有关原则内容的争论。这里应用的一般水平的概括似乎足以满足本书的一个目的——为改革的其他独立处理部分：养老金改革、医疗保健改革、救济金改革等等提供共同的基本原则。

我们已经用祈使句向“改革者”表达了这些原则。这个改革者可能是政治家、官员、咨询专家、工会工作者或者学者。当然，本书也显示出一种信仰，因为它反映了作者自己的价值观，构成了本书建议的基础。

许多读者可能会惊讶地发现，在一场关于福利部门经济机制讨论的背后，存在着一些抽象的规范原则。这当然不同寻常。大多数建议都是直接讨论实际问题。最好在研究这些建议以后能够推理得出与作者阐述的原则类似的东西。有时会出现作者仅仅受实际考虑的指导，而这些实际考虑如果按照一种更加严格的标准论证方式加以仔细观察，其结果并不连贯一致——或者更直接的说，就是缺乏原则。我们将冒着在桌上摊牌的危险，预先指出什么原则指导我们形成那些建议，并试图从中推导出我们的实际建议。

一、伦理道德假定

尽管我们是经济学家，但我们的出发点不是经济学原则。后边将要重点讨论经济学原则，但我们认为它们不是医疗保健改革的基础。

将“没有足够的钱”，“国库是空的”，或者“存在着严重的预算赤字”作为改革卫生部门、或者更一般地说，福利部门的主要证据，都是错误的。如果经济发展成功地解决了预算赤字问题，是否就意味着没有必要改革福利部门了呢？如果那样的话，那么由于货币紧缩而取消已经采取的措施是比较理想的甚至是可行的吗？^①

^① 20世纪90年代的中国医疗保健政策及其绩效也显示迅速的经济增长并未排除改革的需要。例子见世界银行（1997a）和Yip和Hsiao（1998）。

这里我们提出两个伦理道德原则作为我们论证的起点；而且在我们看来，它们是改革者们应该遵守的原则^①。改革时期所形成的机构与分配比例应该与这些道德要求一致。

原则1（个人权利）：要推进的变革必须增加个人在福利事务中的决策范围，减少政府的决策范围。

我们认为从社会主义制度遗留下来的福利部门的主要问题，在于它赋予政府、政治程序和官僚体制非常广泛的资源控制权^②。这侵犯了一些基本的人权，如个人自主权利、自我实现和自主决策等。当福利部门的公共开支随着对它们融资的税收减少而减少时，公民不仅重新获得了某些权利；更为重要的是他们重新获得了自我支配权。

原则1不仅包括个人决策权而且要求个人对他们自己的生活负责。他们不得不放弃允许实行家长式统治的政府处处为他们考虑的习惯（并在疾病治疗方面得到改革者的帮助）。之后，他们将有更大的选择权，但他们也要对自己的选择负责任，而且如果他们的决定不明智，则自己必须承担一切后果。但是，在大多数西方国家，这被视为理所当然，连小孩子都知道。在社会主义制度中成长起来的人被灌输的却是相反的观念。他们知道执政党和国家会负责承担每一件事，而个人由于得到了悉心照料就必须接受他们的决定。所以在后社会主义国家里的许多人，当他们有困难时不是首先想去自己解决而是要求政府帮助。政府承担一切，以至于他们没有必要为明天考虑^③。福利部门的

^① 我们试图形成“最小主义”解决方法。换句话说，我们要提出最小数量的要求，即作为改革的道德起始点似乎必要和充分的数量。

^② 许多作者已经涉及对个人自由的解释。Isaiah Berlin（1969）的研究区分了积极的和消极的自由而显得研究特别重要。个人的消极自由受到过度积极的、不适当的、家长式统治的福利国家的威胁。社会需要的是沿着增加个人积极自由的同时保护和加强其消极自由的方向发展。从这一意义上看Amartya Sen（1990）认为坚持个人自由是社会的责任。也可参见Sen（1996）。

^③ 1996年第一作者在研究机构TARKI的资助下率先在匈牙利所作的代表性调查试图测度公众对福利部门改革的态度（Csontos, Kornai和Toth, 1998）。一个问题是“你如何为你的老年做准备”，51%的回答者所选答案是还没有考虑这一问题。

根据后来的调查发现情况多少有些变化。1999年只有33%有经济自主权的回答者说他们还未考虑为其老年做准备（TARKI通讯）。在两次调查期间，匈牙利实行了采用部分私人化的一个成功的养老金改革。这可能提请公众注意养老金问题。

这种改革取决于形成一种把个人的权利和责任放在首位的新的道德信仰。根据原则1，建立一种引导每个人对他们未来发生的一切承担主要责任的制度，似乎是可取的。

从原则1同样可以得出以下结论，虽然没有政府的某些集权统治，社会就不能发挥作用，但是最好能将之最小化，并把“自愿行动”原则放在首位。家长式统治试图把“强制幸福”加给人民，但是，应该允许人们自我发展。

原则2（一致性）：帮助受苦的人、困境中的人和处于劣势地位的人。

许多信仰包括基督教和佛教都倡导慈悲为怀。劳工运动传统和左翼政治信仰也是如此。这种共同的感情来自于人类普遍的美好愿望，一种同事和同社区的感觉和一种与生俱来利他主义感觉，无需基于任何特定的知识传统或者世界观。

关于福利国家包括医疗保健改革的许多著述，总是把“平等与效率”这一对矛盾作为分析的中心。这里的论述并没有遵循那个传统，即用一个因素——在提供人类福利服务时强调效率——来反对一个极其重要的道德要求。这种鼓励效率的要求也是九个原则的共同特征；如原则4中也有这个特征，不过不是作为一个基本的伦理道德要求，而是排序的位置相对较低而已。另一方面，作为一个基本伦理要求的同等排序已经被给予个人权利原则，但这不是许多东欧改革者的术语，或者它仅仅是一种非正规的提法。

不像数学中的公理体系不存在相互矛盾性那样，冲突可能发生在伦理学的基本要求中。幸运的是，并非书中的每种情况都存在冲突；原则1和原则2在某些决策上是相容的。例如，个人的自主权与慈善自愿性是很相容的。再比如，帮助需要的人适应困难的的那种支持是加强而不是减少他们的自主性。

自由伦理学的提倡者并不准备比那走得更远（Epstein, 1997），且反对法律和官僚主义对原则的一切压制。他们拒绝由政府进行的

各种形式再分配，包括强制性保险观点，因为它侵害了个人的自主权，限制人们更合适地使用自己财产的权利。

我们并不赞同这种自由哲学。我们意识到在原则1和2之间可能有一个很强烈的冲突，它们已经被给予同样等级。我们准备接受政府的集权统治来完成某些任务，此时政府的集权统治被赋予民主化的政治过程；认为在原则1与2发生冲突时朝着审慎的妥协方向努力是可取的。

原则2的执行不可能仅仅交由个人慈善机构来做。如果那样的话，可能有一些实际困难的人未包括在接受资助之列。法律必须明文规定，政府必须帮助那些受苦的人、困境中的人和处于劣势地位的人^①。

我们接受法律强迫公民购买某些保险这个事实。这限制了原则1的应用，因为自愿行动向法律要求作了让步，但是它并没有家长式统治倾向。它受集体自身利益的支配。我们知道，任何一个仁爱的社会都将感到有义务关心病人、无家可归者、没有生存能力的老者。他们最终将从纳税人的缴款来得到资助。它避免了法律将强迫所有公民至少获得最小化的保险保障而引起的那种不理想的外部效应出现（Lindbeck和Weibull，1987）。

原则2——一致性，社会的集体利他主义——是要帮助那些无力支付强制性保险的人。所以本建议与在社会主义制度中普遍存在的计划经济之间的差别是显而易见的。这个建议就是最小化的强制性保险和在此之上的自愿性保险，以及借助再分配的方法帮助贫困者。而从社会主义制度承袭下来的初始状态已经实行普遍性补贴，因为整个保险任务是通过国家再分配进行的。对于我们来说，前者似乎是原则1和2之间的更健康、更有效率的妥协。

尽管原则1和原则2都不排除以立法的形式确定政府广泛承诺的可能性，但它们本身并没有要求必须做出这些承诺。其他的考虑可能会使全体公民或者职员获得有保证的必要或合意的补贴。但还有

^① 关于社会救助问题和其他再分配措施参见Atkinson和Micklewright（1992），Andorka，Kondratas和Tóth（1994），Sipos（1994）和Milanovic（1996）。

其他因素可能会阻碍普遍性补贴，如经济实力不足。

原则2与那些试图将中产阶级作为税收政策和再分配的主要受益者的政治性言论是矛盾的。^①根据定义，中产阶级不属于最需要援助的人之列。然而在社会主义制度中这些再分配过程大多数发生在中产阶级当中，在某种程度上广泛应用普遍性补贴的国家也是如此。真正的贫困者是那些从未挤进中产阶级的人，或者是已经沉沦为社会底层的人。^②这些人是原则2特别强调的那些需要社会援助的人。

原则2背后隐藏着基本要求，即一个社区的每一个成员至少应该能够的满足他们的基本需要。^③这并不是说国家本身必须提供服务（免费的或者优惠的帮助）以满足每一个人的基本需要。大多数社会成员能够通过自己的努力获得这些。这里，一致性原则要求只适用于那些不能实现他们自己基本需要的人。

原则2不能被称为一个主张人人平等的要求。它并非不顾及原则1。它也不要求人人都同等收入和同等消费（包括同等医疗保健）。它是由同情心激发起的，它所寻求的是保证没有一个需要救助的人还置于原来的处境。每个人将有同样的机会获得一个最低水平的服务。原则2包括给每一个公民一个成功地自我实现的机会。必须向那些没有政府援助就不能获得初始机会的人展示同情心，一致性原则也证明，给予社会弱者的实际援助，向他们提供初始机会是正确的。另一方面，一致性不应该用来证明试图平均人们之间广泛差异的粗略的人为努力是合理的。

我们想与那些诉诸一致性原则或者强调平均主义主张来诋毁公民的个人自主权的重要性的人划清界限。我们已经在关于医疗保健

^① 这一要求经常出现于美国关于税收和再分配的政治争论中。最近，在东欧的讨论和实际政策实践中也提出了同样的要求。

^② 在东欧的讨论中，已经听到了关于早先的中产阶级，特别是一些知识分子的财务状况严重恶化的警告。根据一致性原则（原则2）纠正举措可能是正当的。应该采取的主要形式不是提供津贴，而是使其适应：留职与变换工作和居住地以适应新的就业结构需要。

^③ 这里没有回答如何定义“基本需要”的问题。应该包括什么食物，什么种类住房和什么医疗保健。第六章详细讨论基本医疗保健概念。

改革的争论中碰到过这样的观点，认为这一定是要满足富人们的需求，使他们能够选择医生、医院和治疗方法，因为他们有足够的偿付能力。我们相信，个人的自主权不是一件奢侈品。富人和穷人同样有权选择。虽然这种选择部分含有货币的因素，但是在许多情况下，这种选择的机会不仅仅取决于支付能力，而且也取决于人们是否被告知和提供所有的可选方案。

根据原则2，值得研究关于未来的不确定性。一个现在不依靠任何人的人可能在未来成为依靠别人的人。但是，根据原则1，主要是个人本身必须为这些偶然性作准备，如通过储蓄、建立储备或自愿购买私人的商业保险等。当然可以考虑某些例外，但是根据原则，只有当他们遇到的问题不能通过上述那些方法预防时，才应该有权在一致性的基础上获得政府的救助。^①

原则2包括一致性和人生保健与快乐在代际之间公正分布问题。当前这一代应该为未来一代展示关爱和考虑。不存在为使今天活得轻松些而让未来一代过度负债的道德上的理由，因为这枚经济定时炸弹在遥远的未来总会要爆炸的。

当然，穷人和社会弱者应当得到社会同情。但是大多数接受者发现“慈善施舍”有辱人格。帮助贫困者一定要主要通过给他们工作机会和技能来改进其自身的生活环境。申请者能够自我帮助和适应典型环境的程度必须在确定向他们提供帮助的形式和程度时予以考虑。

总结上述关于伦理道德出发点的讨论，另一种说法似乎更为确切。本书的论证线索不是基于自由、平等、康乐和物质福利，或者社会公正等最终价值。这些最终价值和社会组织^②之间的关系是一个“好的”社会伦理基础的政治理论关注的焦点。本书不是为了分析这

^① 混淆商业基础上的风险分担保险与利他主义基础上的救助已经产生了许多混乱。在“社会保险”的概念中，当两者结合在一起时尤其混乱。关于两种体系之间的联系，参见Csaba（1997）。我们后会回到这点上。

^② 从这一课题大量文献中挑出一些特别有影响的研究：Berlin（1969）、Rawls（1971）、Sen（1973和1992）、Nozick（1974）和Buchanan（1986）。对福利国家哲学流派争论的一个广泛评论，参见Culpitt（1992）。

些更深层次的问题，我们希望原则1和原则2能为那些对自由、平等和社会公正持不同观点的人提供了一个都能接受的宽广的平台，因为它们确定的是一种中间伦理道德要求，而非最终价值观念。

然而，原则1与那些以集体主义作为公理性起点的人是有很大差异的（原则2可能是多余的）：使个人从属于特定社区的整体利益，无论这个特定的社区是一个国家、一个种族或一个阶层，还是宗教信仰徒。我们承认，本书提出的改革在实质上与任何集体主义观念所建议的那种改革是截然不同的。

根据上述分析，考虑理查德·罗斯在1992年（Rose和Haerpfer, 1993）“新民主主义”项目下进行的民意测验结果，是很有益的。这些研究者分析被调查者对四个问题的反应，以决定被调查者的观点是与这个世界的个人主义观点相近还是与集体主义观点相近。结果在图2.1中显示。在除了保加利亚和波兰以外的每一个国家中，更多的人

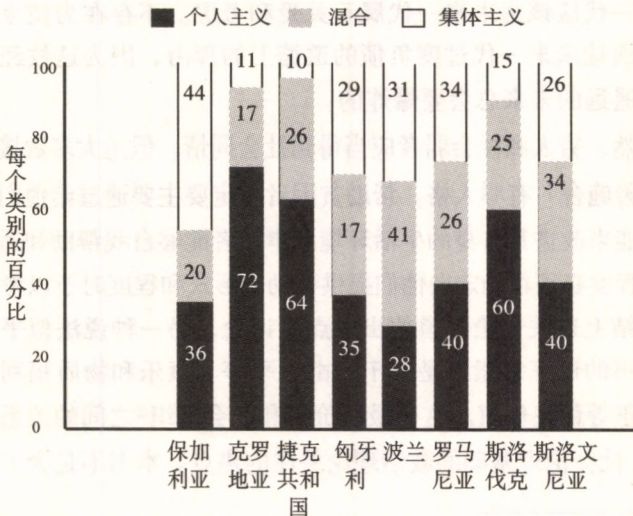


图2.1 价值选择

注释：被测试者要通过回答四个问题来从个人主义和集体主义之间做出选择。归类如下：个人主义，三或四个个人主义偏好；混合型，两个个人主义偏好或两个集体主义偏好；集体主义，三或四个集体主义偏好。

资料来源：Rose和Haerpfer（1993，第71页）。

倾向于选择个人主义而不是集体主义的方法。在三个国家大约三分之二的人口支持个人主义。八个国家中的六个国家，一贯坚持集体主义观点的人口比例不到三分之一。这个民意测验的结果不可能说与本书的定义完全吻合。然而，令人关注的是这种考虑个人自主权与义务的观点应该与后社会主义地区大多数人的价值体系比较接近。

二、机构与协调机制的理想特性

现在让我们转向另一领域的改革原则。改革过程消除或改变了旧的机构、协调机制和游戏规则，并建立了一套新的机构、机制和游戏规则。原则3~原则7就是讨论这些制度和机制应该具有的特性。这些原则从某种程度上直接从原则1和2得来，但是，还需要另外某些内容来描述这些特点。

原则3（竞争性）：不应该存在国家所有和控制的垄断，允许在不同的所有制形式和协调机制之间存在竞争。

原则3并没有讨论数量上的比例关系。它并不讨论国有与非国有部门各自应当占有的份额。无论如何，非国有部门必须获得关键性的数量以结束政府部门虚弱无力的垄断状态和生产者（福利国家）支配消费者的局面。虽然为了鼓励竞争也考虑到效率（参见原则4），但原则3的主要来源还是原则1：必须有竞争以便公民能够选择。如果他们不喜欢由国家机构提供服务，也能够从非政府部门获得。

社会主义制度在福利部门的存在已经出现严重的后遗症，它使得公民在许多重要的领域毫无防范余地，尽管现在许多决策来自于一个更为广泛的“国家授权”，而不是政治局。什么资源用于医疗保险和老年人获得多少收入，都取决于那些为争取人心而争吵的政党及他们之间的妥协，游说的相对力量与私下达成妥协的官僚派系。原则3试图将这些决策权的更大比例交给相关个人的手里。至少对于这类开支的相当大部分，让他们个人决定其医疗保险或其他福利服务怎么开支，决定其家庭的健康或其他社会福利开支，以及他们想

怎样为年老作准备等等。这只有在某些福利资源停止通过官僚机制运作（通过政府的征税提供资金，由政府分配资源），而且家庭和个人由市场进行更有效的协调机制决策时，才能实现。

原则3试图向私人的非国家机构，包括营利机构和非营利机构开放福利部门。通过形成新的组织结构或者对现在由政府所有的机构进行私有化，发展私人医院、诊所、药品实验室、保育院、学校、养老院和商业保险公司等。与单纯的政府所有和单纯营利的私人提供者并存的是众多的非政府、非营利机构的形成。他们的所有者或者控制者可能是社会团体、基金会、教堂、行业协会、大型雇主、小型雇主协会等等。

原则2（一致性）的功能能够由政府、福利部门的非营利机构和私人的慈善活动来共同体现。

那些坚持完全由国家控制福利部门的人认为，公众需要保障，而政府也必须提供保障。在我们看来，这是一个错误的论点。经典的著述（常识也表明）提出了一个简单的规则：不要把鸡蛋放在同一个篮子里。用投资组合术语表达就是：分散投资。例如，将某人的所有退休储蓄委托给单个私人退休基金就是一种错误，因为如果该基金不诚实或者不明智地管理这些钱，则投保人将陷入巨大的麻烦。如果把所有的依靠都寄托在政府身上也可能发生类似的问题。到一个人退休之时，时下的政治当局可能已经决定忽略考虑这些年来他已经缴了多少费。^①另外，养老金也可能因出现大规模的政策导向型通货膨胀和指数化措施而受到腐蚀，因为他们都使得养老金的真实价值缩水。因此，养老金改革最有用的建议是采用多种方法，允许不同的年金计划同时使用。^②在向福利部门内部的其他子部门

① 这适合于现在大多数后社会主义国家，“现收现付”制度、反复变化的养老金规则以及养老金平均化的趋势，松懈了实际养老金与养老金领取者生命中经济主动期所捐赠养老保险费之间相关性。

② 1997年匈牙利养老金改革法案，以及波兰政府详细建议都是以这一多极方法为基础的。出色的调查和详细的建议参见世界银行（1994）。对世界银行报告的一个批评性评估参见McGillivray（1995），及其主要作者James（1996）的回答。Diamond（1996）也分析和批评了世界银行的建议。

提供资金时，类似的“多支柱”方法应该考虑被运用。

公众的观点在优先考虑哪些方法或者它们的结合上存在着广泛的差异。这些观点上的差异可以通过前面提到过的匈牙利民意测验结果来说明（见表2.1）。^①

表2.1 制度选择：匈牙利支持国家、市场和混合型解决方案的回答分布（%）

| 选择 | 出资给 | | |
|-----------|---------|-------|-------|
| | 高等教育 | 医院服务 | 养老金 |
| | 回答分布（%） | | |
| 集中化国家解决方案 | 42.1 | 35.5 | 21.4 |
| 混合结构 | 43.5 | 44.1 | 56.6 |
| 市场解决方案 | 12.1 | 17.9 | 18.5 |
| 无法决定 | 2.2 | 2.5 | 3.5 |
| 总计 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

注释：TÁRKI研究所1996年进行了一项调查，目的是了解匈牙利人对福利服务与税收的关系的知识以及对各种制度选择的偏好问题。样本规模大约为1 000人。就表中三个选择而言，第一个代表的是现状，即国家或半国有机构出资和经营的服务。第三个选择代表一种分散化且在很大程度上属于私有福利部门。第二个选择同多支柱制度安排结合在一起。混合结构应该不止一个，但时间限制，调查只能如此。

资料来源：Csontos等（1998，第307页）。

有一种危险是，基于这个多数原则的议会程序可能产生引起一种所有制形式或者一种控制形式占支配地位的变革（例如，国有形式，或者说高度集中的占支配地位的现状可能继续保留下去，或者相反，从中引起一个迅速而又彻底的完全私有化和分散化形式）。我们认为，原则1显示，公民不应该被迫做任何特殊计划。尽可能让个人自己选择。应该出现一个公民能够从中选择的不同所有制和多种协调控制机制的“菜单”。他们应该能够从自我和其他人的经

^① 这个研究随后的调查询问回答者是否支持这样的想法，即存在几个相互竞争的健康保险计划，从而打破目前的社会保障半垄断局面。见第九章表9.2—表9.4。

历中懂得去试验和调整他们自己的意见。这是为什么福利部门需要竞争的另一个原因。在竞争的条件下，人们不仅可以通过充满摩擦的政治程序而且也可以通过家庭作出的市场选择做出选择。

在东欧国家对于应用原则3看上去有许多反对意见。可以理解，那些管理与垄断一切的目前既得利益者担心丧失他们的权力和收入，而大多数人对市场和私有化的厌恶是出于意识形态。关于改革现有福利部门的讨论，不仅在彻底的社会主义者言辞中，而且在保守主义政治家的公开声明中都会引起反资本主义、反市场经济的争论。

原则4（有效激励）：必须建立提高效率的所有制和控制形式。

这个原则极容易理解，不证自明，且将在第三章更详细讨论。在此将它列入的惟一原因是，那些主张维持福利部门现状的学者和政治家们容易忘记该原则。

有效激励（这与目前的实际情况存在本质上的差异）从需求的角度也必须给予那些作为福利服务接受者的公众。这意味着服务不应该是免费的，除了极少数例外。不应该通过国家补贴来强迫价格低于市场水平，而应该采取例如代币券的形式给予那些被证明应该获得补偿的人以援助^①（根据一致性原则，正常情况下这适合于那些困境中的人）。即使政府和保险机构已经承担了服务或商品的大部分成本，接受者也应该进行部分共同支付^②，以便他们能够完全了解没有免费的商品或服务。

就需求方看，适当的激励包括向福利服务提供大量资金的保险公司的效率。这是反对政府（即中央、政府医疗保险和养老保险当局）垄断的论据之一。哪里没有竞争，哪里就没有足够的激励来刺激节俭和效率。

^① 关于福利服务中代币券的优劣的争论仍在继续。参见Culpitt（1992）的调查。

^② 本书我们使用“共同支付”是指接受者（即病人）用自己的钱支付商品或服务（如医生出诊或处方药的）部分费用。

从供给方看，同样的主张也适用于提供医疗、教育和其他的服务的组织机构和关心老人和儿童的组织机构。在评价原则3时，我们引证了个人自主性来主张竞争。应该没有任何一个人受某一个垄断组织支配。我们认为，无论是营利的、非政府机构的、还是非营利的保险公司和供给者都可能试图以牺牲接受者（指需要这种服务的病人、小孩或者老人）的利益为代价来降低成本。然而，如果政府机构被迫要求降低成本而已经没有降低成本的空间时，则同样的情况可以在政府所有和控制下发生。以牺牲那些服务接受者的利益为代价来毫无限制的节约成本，构成了福利部门最严重的顽症。我们将在第三章详细讨论医疗部门时再进一步分析这个问题。

激励与效率的另一方面是关于投资分配、储蓄与储备资金产生和利用的有利机制。有两个纯粹的案例很有说服力。第一个最广泛应用于大多数社会主义制度，也就是养老保险制度和所有其他福利服务是在一个国有化的、“现收现付”的原则上运作，家庭不应该为安全目的而储蓄，但是他们被迫纳税来资助各种投资与福利服务。总的集中化导致了低效率，这不仅局限在福利服务部门而且在投资项目的选择与执行过程中也是如此。另一种情况刚好相反，其间的资源积累完全由家庭和公司来承担。每个家庭将从组合投资的角度将其储蓄在银行、共同基金、保险公司、养老基金等之间分配。金融部门，即信用与资本市场将运用这笔巨大的储蓄来进行分散化金融投资。它将由公司的分散储蓄与投资来完成。

通过历史性的比较制度分析所得到的总结性论断是：以私有和竞争为基础的分散化投资占支配地位的制度，比集中化和计划经济的制度更有效率。福利部门改革的意义很明显。为预防疾病、失业、事故或者年老而积蓄起来的储蓄构成了一笔如此巨大的社会总储蓄以致于把它们仅仅交给官僚政府是错误的。这块巨大数量的储蓄应该以一种分散化的方式被使用。原则4（有效激励）为原则3（竞争与非国有机构的扩展）提供了强有力的支持。但是这并不是说应

该推荐一种极度非集中化的投资机制。事实证明，对于税收融资的某些国家投资的需要是存在的^①。

原则5（政府的新角色）：国家在福利部门的主要功能必须是提供法律框架，监管非国有机构，并提供最后的救助与保险。国家有责任保证每一个公民享有获得基本教育和医疗保障的权利。

我们对原则5的评述需要先从一般的观察开始。迄今为止的证据表明，所指的国家就是具有正常民主运作制度的国家。立法程序是在法律定义的条件通过政党之间的竞争选择出来的。政府由议会授权工作，有一个独立的司法体系，实行言论自由、集会自由和新闻自由。国家的政体必须是宪政。尽管这里十个东欧国家的民主进程各异，但每一个国家都已经形成了民主运作所必需的宪政最基本的轮廓。这里，我们不考虑本书提出的原则和实际建议有多少能在一个非民主政体中执行，因为我们的信息是完全针对在民主框架中运作的国家。

回到原则5，最基本的要求是国家角色的根本转换，根据原则1增加个人自主权。简言之，在福利部门改革之后，国家的功能有以下几个方面：

- 通过制定一些必要的新法规，国家负责监督福利部门运作的合法性。重要的是，如果公民的权利受到侵害，他们能够通过法庭向国家及其附属部门、保险公司、医院、医生、老人福利院或者其他团体获得赔偿。
- 国家必需建立适合的团体机构来行使对福利部门及其众多分支部门（医疗保险、医药保险、养老基金管理等等）的监管。这一功能应该由一个对申请者与使用者协会、新闻界和作为一个整体的“公民社会”负责的监管部门来完成。
- 国家应该保证公民存放在保险机构和养老基金中的所有储

^① 关于国家如何选择、融资和/或投资实现是合理的，经济学著作中已经有详细的论述。

蓄^①的安全。

- 如前所述，应该让应用一致性原则的非政府组织发挥作用。但是国家也必须发挥实质性作用。我们并不认同某些主张，认为应该将它隐藏在其他公共支出中，以免选民注意到。必须公开宣布政府对那些困境中的人的救助来自纳税人的收入。
- 宣布国家对基本医疗保险（或者类似的，基本教育）负责，这实际上提出了这样一个问题，即这些责任是通过何类机构又是怎样来完成的。这一责任既没有要求由国家控制或拥有的机构参与提供这些服务，或者国家预算提供金融支持，也没有排除这种可能性。哪种方法更好，取决于哪种所有制形式在有关国家最有效。保留或者消除国家所有制只是一种方法而不是目的。

综上所述，可以清楚地看出，本书并不主张一种放任自流的方案。它并不寻求解脱政府对福利部门的责任，即使许多任务是由许多基于私有制的企业和由各种各样的社区组织起来的非营利机构来完成，且主要由竞争引起并由市场来调节的，它也必须在政府制定的规则下进行，并接受政府和社会的共同监管。政府也必须向那些不可避免需要这样做的地方提供经济资源。

现在，经济学家已经充分解释了市场失灵的各种形式。^②有事实证明在市场失灵情况下，政府应该进行干预，因为不必担心政府活动会引起更大的失灵。公共选择理论和对官僚政体的研究阐

① 可能可以建立某种非国有或半国有再保险机构在某一特定承保人经营失败时保护公民的保险投资。要是再承保人不能弥补损失，国家提供最后担保就足够了。“最后承保人”的作用还属于财政负担，但比国家承担所有福利服务负担要轻多了。

② 这里和后文我们使用“市场失灵”的表述。在经济学理论上解释为市场失灵必定发生于市场参与者及其环境的特定框架中。在这类情形中并不是指市场变得不能运转——一点也不能执行其协调任务。理论简单地表述为它不能像在更有利于市场运作条件下（主要是被称为“完全竞争”的环境）执行得那样好。不同的环境会产生不同的市场失灵。市场失灵最好的描述还可在Francis Bator（1958）的经典论文中找到。也可参见Stiglitz（1986）。

述了不同形式政府失灵的环境条件与后果。当然，市场失灵和政府失灵的相对概率以及它们引起的损失如何测算，仍然是一个问题。因此本书公开讨论国家所有制下福利部门应该多大程度上受直接的政府控制这类问题。如果公众通过政治程序表达了自己的愿望，希望医疗保险或者其他福利服务的资金仍然来源于政府预算，希望某些医院仍然保持国家所有制等等，并且如果他们希望通过纳税支持这些，则这些愿望应该受到尊重。第二个附带条件（支付相关税收负担的乐意程度）引出了下一个原则，即关于透明性的原则。

原则6（透明性）：居民必须明确国家提供的福利服务与对此进行融资的税负之间的联系。改革必须先通过公开的、公众知晓的讨论然后再行实施。政治家和政治党派必须宣布其福利部门政策是什么以及如何进行融资。

这一原则可自然地分作三个部分。第一部分是一个严肃的问题：居民并不清楚他们作为纳税人一般要承担福利国家服务成本，尤其是国家出资的卫生部门成本。世界各地对税收和国家支出之间关系的理解是含糊或扭曲的，但财政幻觉在社会主义社会尤其显著，那里的人们数十年来一直被灌输医疗保险是免费的思想。^①一旦居民了解确实是纳税人支付所有的国家服务，并能正确地评估支付规模，可以相信，对分散化改革的抵制将迅速瓦解。

最终，居民不得不集体地支付福利服务。然而，在政治民主环境中，居民通过政治程序能在两个主要支付渠道之间进行选择。一个渠道是“家庭支付税款→国家预算→国家福利服务”。另一个渠道更为直接：“家庭支付保费→承保人→承保人保险的福利服务”。

^① 例如，匈牙利所做的调查（Cantos等，1998）显示，只有五分之一的回答者在±25%误差范围内能够估计表面上免费的国家医疗保险所强加的税收负担。其余的猜测离真相偏离得更远，甚至根本无法回答问题。

这导致了原则6的第二和第三部分：讨论的需要与政治选择透明性的需要。实际生活中政党在选民面前很少清楚地把其思想放在福利部门——特别是在卫生部门，这不是因为他们没有透彻地思考其建议，就是因为他们想隐藏其意图。^①由于本章不进行实证政治经济讨论，因而我们不讨论他们为什么如此或者这是否能得到改变的问题。我们的目的是提出规范，因而我们提出了透明性的要求。原则6是向所有正派的政治家提出的。如果他们希望对选民诚实，应该坦率地告诉选民他们对养老金、医疗保险和其他福利服务的行动计划。还有，一些像我们这类研究这一课题的学者提出意见，我们不关心获得名望，也不竞选推选的公职。我们有责任发现和论证福利部门可选方案的收益和社会成本。最后，这个原则是向公众提出的。他们应该试图从政治家和政党的政策表述中分清在福利部门真正想做什么，并在投票时进行考虑。

选民难以明白政党的意图并做出投票决定。毕竟，在对一个政党或一个候选人进行投票时，选民是在政策组合之间进行选择。选民投A而非B的票可能基于这样的事实，即B的福利政策更有吸引力，但他们喜欢A的全面的经济、司法、对外和其他政策。^②

这些困难的问题也可补充证明原则1、3和5：在福利服务中必须减少通过政治程序来进行管理的部分。

原则7（改革方案的时间要求）：必须留出时间，让福利部门的新机构得到发展，让公众学会适应。

被改革的福利部门将包含社会主义制度下设立的几种机构。一些是新创办的，如新式的私人诊所和医院、幼儿园或非国有养老基金。另一些将由国有组织的所有权形式变化而产生。例如，当某些

① 计划经济倾向于忽视原则6。比较起来，市场经济制度在应用它时已经取得了很大进步。然而，该原则也很少能在议会民主的实际操作中。

② 讨论通过重要法规中公民投票权制度多大程度上可以解决这一问题超出了本书的范围。除了一些国家，民主宪法仅在例外情形中允许政治决策被置于居民投票权中。

医生在租赁合同期间在某一公共医院经营业务。根据我们的观点，出于多种原因，改革倡导者不能让这些新事物完全处于自发状态。新机构的创设和老机构的转换需要由立法机关或当地政府颁布精心设计的条例。由于政府机构的督促将会出现一些新组织。在某些情况下，将需要政治压力来发动改革。根据定义，应该说福利国家的作用只有在国家介入下才会发生。简言之，虽然制度变迁的演变过程的许多部分会自发发生，本书并不提倡完全依赖自发变化的改革模式。^①

同样，我们反对不惜任何代价强行对福利部门进行最快速改革的做法。在某些危机情况下，政府将不得不实行痛苦而不得人心的经济调整方案，这些方案中可能不得不包括导致通过国家预算的福利支出迅速下降的一些内容。同福利部门的广泛改革不是一回事，后者不是为了缓解财政危机，而是激进的社会改革，它不能以危险的快速度进行。必须允许有足够的时间精心设计方案并使其逐渐获得政治支持。

原则6中已经提到政治支持的问题。公众对改革的社会成本和可能的利益理解得越充分，就越容易支持改革。只要有可能，必须给予居民充分的时间以适应新的环境。适应性程度不同的问题在原则2中已经提到。改革者对人们具有不同调整能力的事实必须冷静认识，充分理解。

在经济状况允许的范围内，通过帮助在改革中受严重损失的那些人可以减少他们的痛苦并鼓励他们适应。然而，无限期的帮助应该仅仅给予确实不能适应新环境的那些人。对于其他人，帮助应该是一个暂时阶段（例如，价格补贴一取消就会对贫困者给与暂时的补偿）。个人应该获得一个宽限期，但必须认识到，一旦宽限期结束他们必须适应新环境。

^① 这些看法与制度变迁理论和经济制度的历史进程是一致的。参见Davis和North（1990）

三、理想的配置比例

原则8 (和谐增长): 在用于直接促进快速增长的投资资源与用于经营和发展福利部门的资源之间保持和谐的比例。

在关于福利部门改革的讨论中出现两种极端的观点。一种观点单方面强调转轨的成本，而没有认识到克服目前问题的最佳途径是经济的持续增长。虽然，这对一个经济学家来说，这可能是很平常的、不言自明的事实，但总被赞同维持福利部门现状的那些人所忽视。有时他们轻蔑地摒除基本的经济学论据，即如果不通过足够的投资来带动经济的持续快速增长，后社会主义国家中大多数人的生活水准甚至不会提高到西方目前的平均水平。

另一个极端观点是片面地倾向于导致快速增长的投资项目，而忽视福利支出。几个国家的统计调查表明，在长期看来，最快的增长发生在福利服务支出相对少的东亚国家。作者可以让东欧读者得出自己的结论，或者坦率地说：如果要赶上西方，就要仿效东亚模式。

作为老一代人中的一员，这一增长崇拜对本书的第一作者而言很熟悉。斯大林—赫鲁晓夫经济政策的一个口号是“让我们尽快赶上西方”。增长崇拜导致强迫增长战略和随之而来的经济结构扭曲，后果之一是忽略了人们的直接福利需要。^①这种偏见在社会主义制度下产生了严重问题，其后果至今还未克服。再完全那样做无疑是重蹈覆辙。

如果国际比较不是基于福利开支与增长率之间的关系，而是基于福利开支与经济发展水平之间的关系，就会得出不同结论。当一个国家的经济发展在前进，国家在健康、教育文化与儿童和老人保护上的花费也应增加。这一关系不是确定的，因为还受其他几个因

^① 作者在30年前发表的研究《快速增长与和谐增长》(Kornai, 1972)已经提出理由反对这一增长崇拜。

素影响，如政府的政治形势和国家文化传统。但是，整体经济发展和政府在人类福利支出之间确定存在很强的联系。这可通过图2.2中92个国家在养老金上的开支来举例说明。（健康开支和经济发展之间关系在第五章讨论）。

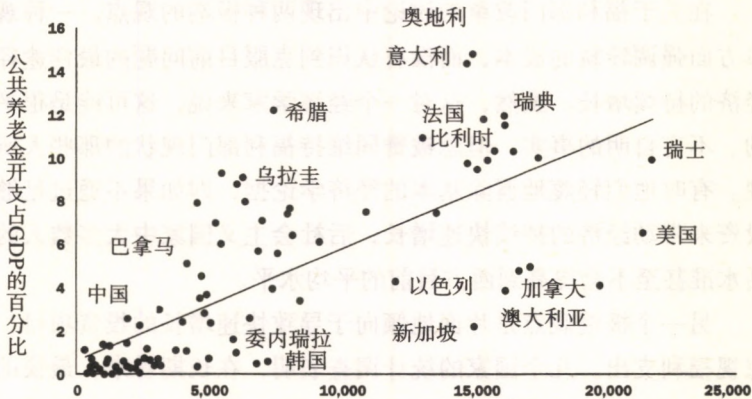


图2.2 人均收入和公共养老金支出之间的关系

注释：因为空间限制，没有注明所有的数据点。样本包含了92个国家从1986年到1992年间各年的数据。

资料来源：世界银行（1994年，第42页）。

政府福利开支可能背离一定经济发展水平：或者太多或者太少。某些社会主义似乎是为了补偿斯大林时代福利开支的不足，但是这种补偿却过了头，以至于过分脱离了经济发展所处的阶段。在家长制和安抚公众愿望的推动下，国家承担了比其经济水平所提供的资源要多的义务。东欧国家的养老金制度，如保加尼亚、捷克共和国、匈牙利、波兰和斯洛文尼亚等肯定是这样。这不仅表现在成文的政府措施上，而且还体现在对这些措施的实施过程中。

我们可以从两个方向来解决这一问题，恢复合理的平衡。政府承诺和政府授权应该减少，以促进经济增长。这将可能使得福利开支的相对权重下降而绝对水平稳步上升。我们不能提出保证和谐比

例的最佳数量规则。在后社会主义转轨背景下重新研究这一领域将是一项十分令人兴奋的研究任务。然而，虽然原则8没有提供量化方法，它却警告人们注意明显的扭曲和误导性的政治口号。

这里我们回到原则1。个人需要更多经济选择权的一个原因是中央计划者甚至无法就这些基本比例作出适当决策。难道国家干预家庭决策的医疗保险和教育开支的主要配置比例，是因为家庭在投资或为官僚政治筹资的花费太多吗？我们认为几乎不存在这种危险。正相反，可以预计，个人决策在国家层次上总的可能结果将会是：社会自愿的、分散化的决策将增加公共福利开支，导致在健康、教育和福利部门的其他活动上的支出超过中央计划者在这些方面的分配。^①

必须对医疗保健支出不同于一般福利支出的地方作出特别说明。政府或家庭决策决定的开支无论是什么比例，也不论卫生部门中公共所有制和私人所有制是什么比例，健康支出与GDP的比例作为一个整体存在背离的风险。这很大程度上取决于影响提供者和病人的激励是什么。我们以后会更详细地讨论这个问题。这里我们只是说明原则8要求的完成成本控制的任务。

原则9（可持续融资）：国家预算必须有能力为履行国家义务而提供持续融资。

原则8讨论的是实际资源的合理配置问题，本原则重点讨论财务方面。虽然这一要求似乎毋庸证明，但一旦违反该原则，许多国家将被迫终止提供福利待遇。

包括几乎所有后社会主义国家在内的某些国家显示出了相当大的财政赤字。虽然预算体系明确指出了哪些收入用以支付特定种类的福利开支，在某些福利部门的一些分支机构还是会出现财务赤字。

^① 这似乎被社会主义制度中的实践所证实。斯大林主义经济政策保证政府不会在医院、住房等上过度花费，而是集中资源发展重工业和扩充军备。

也可以举出OECD国家的论据，决策高度分散的美国是将GDP最高比例用于医疗保险的OECD国家。英国具有税收融资、政府控制、高度集中的国家健康服务，致力于医疗保险的比例非常低。

赤字在计划中就已经出现或者最终可能发生。甚至在这些国家的其他一些分支部门，以及其他一些国家总的国家福利部门，用于支付福利服务所需要的资金与支付其他支出的资金不加区分。国家福利费用由普通税收收入支付，这使得在总财政赤字中难以确定福利开支所占的部分。

本书并不打算分析不同时期或不同国家产生财政赤字的特定原因。不过，值得注意的是，即使其他环境不变，经济增长率和人口变化趋势相似，某些国家的法定福利承诺最终也将变得难以为继。承受着需求方巨大压力的医疗保险服务，看起来好像最终不可能筹集到资金。专家预测不同国家达到融资极限的时期各不相同。在有些情形中，赤字可通过提高税收来弥补，而在另一些情形中则不行。这部分是一个经济问题——较高的税收会减弱激励和抑制投资；部分是一个政治问题——必须将增加税收和削减福利开支两者的不利影响进行权衡。最终，在大多数后社会主义国家，改善财政状况的需求似乎会强迫削减国家福利支出。

尽管我们把原则8和9放在最后讨论，但它们同其他原则一样重要。我们认为对改革福利部门的讨论所确定的范围已经站不住脚。这里我们仅指学术圈内的讨论。福利国家的捍卫者以引人注目的言词正确地描述了处于贫困和困境中的人的苦难，但他们过于忽视协调的经济比例的重要性。那与他们无关，没有同情心的人才会考虑这些狭隘的财政论据。另一方面，人们能阅读到说明社会安全网必要性的经济学论据，但作者没有仔细考虑他们提出的规则的全部社会结果。两方通常都避免用伦理角度支持其见解。我们认为应该综合我们的和其他人的观点。两方都不应该只拥护社会准则或者只拥护经济论据。

四、结语

这九条原则的讨论留下一些悬而未决的重要问题，本书不准备对此展开。需要进行进一步的理论分析来研究这些原则之间以及这些原则所阐释的论断之间能够在多大程度上保持一致，多大程度上互相冲突。换句话说，他们之间多大程度上可以相互替代。例如，原则1（个人自主权和责任）与原则5（国家责任）之间并不是不可调和的，虽然人们把其中一条贯彻得越彻底，就越无法贯彻另一条。

鉴于这种抵消的关系，必须承认，在特定的情况下应该作出特定的、有负责任的选择。我们已经谈过伦理道德原则1和2之间存在一定的冲突。就所有这九条原则而言。正如美国一位重要的保健经济学理论家富克斯（Victor F. Fuchs）所简要表述的那样：“生活中最艰难的选择不是必须在好与恶之间做出选择。最难的选择是那些在好与好之间强行做出决策”（Fuchs, 1998, 第216页）。富克斯继续引用伯林（Isaiah Berlin）的话“必须选择、牺牲对其他人的一些主要价值标准，这被证明是人类困境的一个永久的特征”（Berlin, 1969），这同样适用于这九条原则。

即便如此，我们认为，对这些原则进行系统的考察仍有其意义。正如本章前面说到的，这些原则的体系及其归纳的方式应该起到备忘录和查证目录的作用，当起草、评估和颁布实际方案、法规和规则时防止任一原则被遗忘。即使要求决策者对某些原则作出让步，在接受折衷方法之前让他们与自己的良知和常识斗争一番。真正拥护本书所提出的原则的那些人，在原则之间发生冲突时，也不会对之作出极端的解释。

有人可能会对本章的主题提出异议。在所有后社会主义国家，改革范围是既定的，它受经济政治条件的约束。如果改革者真正想为自己的理想而奋斗，他们就必须作出让步。他们甚至可能不得不操纵公众意见，清晰明白地阐明将遵循什么原则，想做什么，或其

行动可能有什么后果。

决定改革的命运显然在政治领域。我们认为一个学术研究的重要任务是根据政治经济状况检查改革的可能性。^①本书的其余部分对包含卫生部门改革面临的政治环境的一些其他参考资料。然而，作为这一实证研究的补充，我们希望不妨从相反的一端考虑问题。不是简单地从目前初始阶段开始研究我们如何以及必须采取哪些步骤。弄清我们真正的目的地也很重要。特别对福利部门，值得考虑理想的目标状态。

这里阐述的九条原则与后社会主义东欧地区特定党派没有关系。不能以通常的方式在政治上对它们进行分类。他们既不是“左翼”也不是“右翼”，或者用美国术语说，与传统的“自由”或“保守”思想也不是一回事。它们与把最全面可能地构建一个福利国家作为主要任务的社会民主主义的早期观点也不同。后者在历史上会遭受挫折是由于在这方面走得太远了。本书也与铁石心肠的激进主义、抹杀福利国家所有成就的思想，以及与全盘地对政府存有偏见而赞成市场原教旨主义的意识形态不同。九条原则整体上采取“折衷”立场，尽管与传统的左翼和右翼没有关系，但从两者获取了诸多思想和建议。这样做的动机不是使两方面都接受我们所宣称的原则，或者双方都对这些原则不满意。我们制定这九条原则，是因为我们相信这九条原则能形成一个整体。

不论是在政治上还是在学术上，本书的思想态度类似于其他许多作者。称之为国际趋势也许并不太早，虽然还没有为这一普遍观点找到一个相对的名称。它并不寻求第三条道路。它具有坚定的理论和实践基础。然而，它确实在寻求，不仅通过必须的信念而且通过建立合适的制度，确保具有比一个人的面孔更多的东西——也有

^① 关于改革福利部门和/或减少政府社会转移的政治经济制度，参见Lindbeck等（1994）和Lindbeck（1996、1997），他们论述了瑞典经验，以及Nelson（1992），他分析了一些拉丁美洲和非洲国家的问题。Hausner（已出版）和Nelson（已出版）以波兰和匈牙利为主要例子论述后社会主义国家中的福利国家改革。

一个人的心脏和头脑。

在个人责任、市场、竞争、私有制和利润动机上，它寻求建立比旧形式更为坚实的做法，同时更强烈地抵制官僚主义和中央集权。另一方面，不赞同过分保守主义的任何东欧变种。它不是简单地通过个人善举来寻求应用一致性原则，而且，准备为此目的有限地支持国家再分配。它不对市场存在幻想，亦不即刻抛弃所有的国家干预。

未来数十年的历史进程将会决定这一创见和政治趋势对福利部门的转变产生何种影响。

第三章 卫生部门的特征

在讨论了适用于整个福利部门的原则之后，本书的其余部分将针对卫生部门展开。福利部门的每一个分支都有其独特的特征。这就意味着它们不能遵循同样的轨迹进行改革。众所周知，卫生部门确实同其他社会服务部门差别很大，在对它进行改革时必须高度重视其与众不同的特征。本章将探讨这些特征。

一、概述

我们将关注卫生部门在所有国家、所有的社会经济制度下都适用的普遍特征^①。在以下的章节里将讨论东欧国家在特定历史条件下的特征。

如果分别考虑的话，这儿讨论的特征很少是卫生部门所特有的。有些特征在别的领域也可以发现。卫生部门的特殊性在于它同时拥有所有这些特征。并且，有些特征是非常突出的。

（一）健康的价值

所有的人都非常重视健康和保持健康。尽管这似乎是显而易见且无关紧要的，我们在这里还是要先提到这个问题。虽然健康不是每一个人的首要考虑——有些人把别的目标放在前面——但是“健

^① 在制作这个调查时，我们参考了许多资料，包括Arrow（1963），Besley和Gouveia（1994）以及Culyer和Newhouse编撰的《保健经济手册》中的几章，这些都为本书提供了非常详细的参考。我们在这里只列举了一些非常重要的参考文献。

康第一”所表达的偏好仍然是非常有影响力的。当出现困难、自己关心或热爱的人生病、患急性病、因病影响工作，或者疾病使人产生对死亡的恐惧的时候，健康就显得尤其重要。

要对不同的商品和服务所带来的乐趣和用处进行比较性的评价是非常困难的。就健康而言，使用传统和通用的经济指标尤其困难：一件商品或一项服务的价值是顾客所愿意支付的价格。尽管有合理的理由避免使用价值的市场评估，但缺少这样直接的标准是有问题的。多少钱才能补偿疾病所带来的身体和精神的痛苦？将生命延长几年价值多少？尽管法院和保险商可能可以对一个人的生命计算出一个经济价值的数字，但是没有人可以真正说出一个人的生命究竟价值多少。^①

在大多数社会中，对健康的特别重视提高了对医疗服务和健康保障的重视程度。我们必须记住，健康还受到除医疗保健之外的其他因素的影响，例如营养和基因捐赠。一个人对生活方式的选择也是非常重要的，例如是否参加锻炼，是否吸烟或大量喝酒。经济生活的许多方面都影响到健康，例如环境污染和工业事故等。医疗保健的提供者并不是对生与死的问题作出裁决的惟一专家：例如，我们可以思考一下飞行员或司机的工作。卫生部门的特殊之处在于它对健康、痛苦、生与死的影响是直接、持续和强有力的。

鉴于以上考虑，对市场排斥的人可能有理由警告说：这是一个市场失灵领域。有人说，健康“没有市场价值”，或用马克思主义者的话说，“不是一种商品”。

但是，尽管衡量健康的价值是非常困难的，一个社会却不能回避作出选择。资源是稀缺的，交易是不可避免的。对资源进行集中分配，不论是在集权控制的社会主义社会下还是在议会制的民主社会，都同样会面对不可克服的困难——精确地说，就是各国范围内

^① 对于生命和健康的风险的价值的讨论，参见Viscusi（1992）。

的同样的困难。值得牺牲多少工厂来建立一所医院？应该放弃多少石油进口来换取医疗设施的进口？

此处（以及下文的其他地方），“市场失灵”和“政府失灵”的原因都是一样的，那就是，健康、减少身体痛苦和生存同别的任何事物相比都具有特殊的无可比拟的价值。^①

（二）平等获取的原则

大多数人都接受这样一个道德观念，即所有人都享有基本的健康保障的权利；社会必须担保人们可以行使这项权利。即使那些通常反对激进的平均主义思想的人（例如本书作者）也认识到，必须允许所有的人满足其基本的保健需要（和基本的教育需要等等）。

但是定义“基本需要”会涉及许多道德、经济和政治问题。这个问题的分析主要在关于收入分配和公共财政的文献中。这儿引用亚当·斯密的经典论断：“就必需品而言，我认为，它不仅是同维持生活不可分割的商品，而且如果没有它，从一国的传统习俗来看，对于体面的人来说，是不合适的。”（斯密 [1776] 1937, 第821页）。亚当·斯密是从社会的价值规范中，而不是从物理或生物因素中得到这个概念的。这些商品和服务可以达到一些基本需求，从社会规范的角度看，他们是同人们的体面的生活密不可分的。^②

鉴于以上提到的第一个特征——健康、免除痛苦和挽救生命的特殊的重要性——大多数人都愿意接受保健服务分配的特别的人人平等原则^③。这些原则深深地根植于现代社会的社会规范体系中。没有人可以从道德上宣称，如果富人和穷人处于同样的疾病中，应

① 一些保健服务的文献认为医生和病人之间信息的不对称性是其主要性质。尽管不对称性非常重要（以下将详细讨论），我们并不认为它是最重要的。即使病人本身就是医生，拥有同治疗他们的医生一样的信息，他们也有同其他病人一样的经历：没有什么东西可以同他们的生命或健康的价值相比。

② 摘自Rawls (1971) 的《公平理论》，Daniels (1985) 发展了一个公平保健服务理论，同基本和附加的需求和服务的区别相一致，并认为基本服务一定是同社会相关的。

③ Tobin (1970) 用“特别的人人平等原则”这一术语来描述社会非常重视减少获得特殊商品和服务的不公平性的环境。许多总体上反对有利于穷人的再分配的人发现提高这类人的健康水平比较可以接受。

该挽救富人而应当让穷人死去。而且，人们可能认为，健康状况很差的人必须支付他人所必须支付的获得基本健康保障的数倍的代价，在道德上是不合理的。

这个平等获取的标准可以适用于第二章讨论的福利原则（道德上的一致性要求）。健康人同病人区别开来，并希望看到他们的同情在实践中通过社会经济体制体现出来。如何将适用于卫生部门的特别平等原则付诸实践的问题将在下文详细说明。

接下来我们要关注同不确定性和信息相关的卫生部门的特征。尽管本书论述的是起始于20世纪90年代的东欧改革，其卫生部门是集中化，并且统一地由中央税收或强制性缴费提供融资。如果暂时忽略这个因素的话，表述这个信息就要容易得多了。以下段落中作出的论断认为，公民可能在一个非集中化的保险市场购买保单来满足其需要。正如本书以下部分所述，即使初始状态保持不变，这儿讨论的特征也会发挥作用，当然形式会有所不同。

（三）不确定性和保险需求

卫生部门的一个重要特征就是对医疗保健的需求具有极大的不可预见性。与食物、教育或其他生活必需品不同，个人对保健服务的需求是不确定的。当然，有些医疗服务，例如产前和生育服务可能是可以预见的，但是大多数需要即时和集中医疗护理的疾病和伤害是不可预见的。医疗费用的分配是极不对称的。研究人员已发现，在任何一个年份，在一个较大的人群中，如果人群按照保健开支进行排序的话，开支最大的1%的病人大约占总的保健开支的30%，开支最大的10%的病人占到总的保健开支的75%。个人对于自己在任何一个时段是否是最大的医疗服务的使用者面临着极大的不确定性。^①

^① 而且，病情或者伤势越是严重，病人越是不知哪一种治疗方式对于恢复健康最有效。参见 Arrow (1963)。

大多数人，在意识到他们未来健康状况不确定时，都会愿意支付自愿的医疗保险。保险是将钱从不太需要的时候转移到非常需要的时候的一种机制。保险相对于个人“储蓄以备不时之需”或生病以后力图通过借钱支付开支而言更为实用和有效。将自己的风险与在同一个保险商购买保险的其他人的风险集中在一起，个人就可以通过定期支付一定的合理金额来抵御健康状况不佳时的财务风险。

当然，卫生部门不是不确定性和保险发挥重要作用的惟一领域。但是该部门的保险的重要特征同其他特征一道，形成了独特的制度性的特征。

例如，如果为了防范不确定的自然灾害而投保家庭所有者保险，消费者总是购买包括家庭及其所有财产的全部价值的保险，除非对一些“无价”的传家宝。但是正如已经提到的关于健康价值一样，补偿“无价”商品的问题对健康而言更加强烈。事实上，所谓的“健康保险”就是“医疗服务保险”：它提供针对减少痛苦和延长生命的医疗服务支付风险的保险，但是通常远远不够完全康复的费用。根本就不存在保证恢复健康，并根据病人从医疗服务中获得的利益来支付给医疗服务提供者的“理想”的健康保险。^①

不确定性导致的对保险的需求，使得保健市场有了另一个集中的制度化的特征（Ellis和Mcguire，1993）：保险在消费者和供应者之间加入了一个第三方支付者。因此，卫生部门的特征是消费者、保险人/付款者和提供者的三者的有机组合。第三方保险人的出现意味着需求价格——消费者购买商品时面对的价格，可以在某种程度上独立于供应价格——供应商在提供产品时接受的价格制定。（事实上，在许多情况下也有一个第四方，像政府代理人或雇主等赞助者，他们将协调消费者和被保险人之间的资金流通，或健康计划，并且也可能或可能不帮助支付保险开支。我们将在以后详细地对其

^① 在这个意义上，健康保险的“完备市场”是无法实现的，许多其他社会制度必须以改革或发展来填补这个差距（Arrow，1963）。

含义进行讨论。)

最后，必须认识到保险同其他商品和服务不同，提供保险的费用取决于谁购买它（Cutler和Zeckhauser，2000）。我们来考虑在一个非集中的保险市场，消费者可以自由决定购买什么保险，保险人可以自由决定收取什么样的保费。如果高成本的消费者（例如慢性病患者或高龄人群，他们生病较为频繁，也较为严重）购买保险，该保险的提供成本将较高。相反，如果不常使用医疗服务的人（例如，健康的年轻人）加入某个保险计划，该计划的提供成本则相对低廉。

因为提供保险的成本取决于购买者的特征，我们必须考虑在何种程度上这些特征的信息可以被购买人和供应商知道。这就牵涉到一个信息不对称的问题。

（四）信息不对称

这是在现代经济中被最普遍研究的现象。信息不对称存在于任何交易的一方（例如卖方）比交易的另一方（如买方）更了解该交易信息的交易中。这种信息不对称在卫生部门非常广泛而且重要。

例如，在健康保险市场，通常是购买方（希望购买保险的消费者）比保险的提供者掌握着交易的更多信息——他们现在和将来的健康状况和使用医疗服务的可能性。就商业保险的经济机制而言，风险或可能损失的规模越大，对被保险人的保障程度越高，保险商所要求的保费就会越高。如果保险人和被保险人对损失的风险拥有的信息完全一样，所要求的保费就可以是真正合理的数额（例如，预期的损失费用），不多不少。但是，在信息不对称时，保费可能超过或不足以支付全部的损失费用，这取决于谁购买保单。关于个人保健需求的信息不对称可能导致在健康保险的所有机制的严重问题，以下逆向选择中将详细讨论。

信息不对称在医疗服务的分配上也非常重要。供应方（提供医

疗服务的医生和组织)通常比需求方(病人以及为其支付保险的机构)知道更多关于该交易的情况——疾病的适当的处理,全部费用和利益,包括风险和副作用。此类信息不对称深刻地影响着双方的行为。医疗服务的提供者,例如医生,可能会依靠其掌握的更多的知识鼓励过度消费,或者相反,根据适用的激励制度拒绝使用某些费用(本章后文将介绍)。病人缺乏专业技巧和经验来质疑提供者的建议。

在第二章中提到的第一个道德假设,即个人主权,要求此类信息不对称被减少到最低限度。这在一定程度上同病人的法律权利有关,也取决于医疗系统的行为惯例和准则。经济制度也起一定作用。对大多数病人来说,他们选择的自由越多,医疗开支对他们经济上的影响越大,他们更希望从提供治疗者那里获得信息。

(五) 选择

以上特征导致了选择的问题。此处(以及下面的道德风险中)我们将描述这种现象,突出其同第二章所阐述的原则的关系,并且区别讨论经验证明、实践经验和对激励选择的潜在的补救方法。所有的经济协调机制都在潜在的消费者中间选择。典型的集中管理的计划经济体制——行政分配、补贴制度、排队——使得根据不同的标准(例如,人们在政治阶层中所持立场,同当权者或保健服务机构的关系,是否愿意并能够贿赂那些决定医疗服务提供的人,等等),一部分人可以获得想要的商品和服务,而另一些人却无法得到。市场协调根据不同的标准,清楚地从他们中作出选择,使得那些不能或不愿支付市场价格的人被剔除在外。

在保健经济中,“选择”这个含义广泛的词用来指保险人或医疗服务提供者在向某人群提供健康保险或医疗服务时发生的具体问题,这群人生病的概率是不同的(风险多样性),并且对保险和保健服务有一定的选择(Newhouse, 1996)。尽管在市场协调的情况

下，这个问题最为严重，但是任何保险商、医院、诊所或其他提供者甚至一些结构性的事业性的单位都不可能完全避免这个问题。我们将简要描述选择的两个重要方面：逆向选择和风险选择。

1. 逆向选择 (adverse selection) ^①

人们健康水平不同，对医疗服务的需求也有所不同。那些被认为是健康状况不佳的人显然需要更多的照顾、更多治疗、更多药物和更多的关心。尽管一方面疾病的严重性和持续时间同治疗费用的关系很复杂，但平均来说是正比关系。那些被认为是需要更多医疗服务的人因此就会迫切地想买更多的保险来预防其开支。相反，那些年轻人和健康的人不愿意花钱买保险。

这种不同保险计划下的个人选择被称为“逆向选择”是因为有以下的问题。如果保险人同其潜在顾客一样知道顾客对医疗服务需求的信息（例如，这里存在前面所述的信息不对称的问题），那么他们必需以某种平均水平为保险制定价格——保险费率。因为维护社会的安定也会有法规要求保险人这么做。如果保险人吸引了许多开支比预先估计的平均水平多的被保险人，他就很有可能会不得不提高保险费率，而更高的保险费率会进一步使得健康的消费者放弃保险计划，这将使得保险人陷入对保险顾客的逆向选择之中。如果保险人面临硬性预算的限制——也就是说，不可能通过补贴来弥补经济损失——那么持续吸引高过平均成本的顾客的保险人将最终破产，顾客也将失去保障。^②逆向选择可能会使得慷慨的健康计划成为因保费恶性循环而枯竭的牺牲品，从而消失：健康水平较差的人们投保，成本提高，因此保费提高，直到最后即使是健康状况较好

^① 逆向选择（反向选择或逆选择）在许多情况下都会发生。一个创新性的研究是关于旧车市场的（Akerlof, 1970），还有一篇重要的论文是关于保险市场的（Rothschild 和 Stiglitz, 1976），等等。此处的讨论仅限于医疗保险领域——作为“逆向选择”整体中的一个特例。

^② 组织（例如公司或医院）在决定开支时面临着软预算约束，如果收入低于支出，它依旧可以经营下去，因为某些单位（例如国家）会给予帮助。如果组织持续面临赤字无法维持，则它面临的是硬预算约束。关于软预算约束和硬预算约束的详细解释和理论分析，可以参见 Kornai（1980, 1986, 1998a）和 Maskin（1996）。

的人，或者健康状况极差的顾客都无法支付为了保持保险计划收支平衡而要求的高昂的保费。

逆向选择使得一些消费者不会购买他们需要的保险，而迫使一些顾客支付很高的保险费率。如果许多人都无法购买保险的话，我们可以因此认为这违反了个人主权和一致性的道德原则。

逆向选择的问题并不仅仅是因为商业保险人“贪婪并希望获取利润”而产生的。提供健康保险的任何组织，包括非盈利性的保险人和政府，都面临着同样的困境：最愿意加入的人是成本最大的人。

2. 风险选择 (risk selection)

这也被称为“撇脂”、“摘樱桃”或“计划操纵”。成本高的消费者更愿意购买昂贵的保险计划的趋势使得保险商有动力来安排他们的保单结构，阻止生病的人加入，鼓励健康人的加入。如果保险商能够有效地阻止“逆向选择”，并能够从那些低风险、相对健康的消费者那里“撇脂”的话，他们就能获得经济效益。在一个自由的市场上，健康计划能够在许多不同的方面进行风险选择：他们可以排除被认为是高风险消费者的服务；提供服务吸引低风险消费者（例如健身俱乐部会员）；为相对健康的小区提供便利设施；对相对健康的街区进行有针对性的广告；为吸引低成本消费者设计附加保险利益；等等。

“撇脂”可能不仅出现在保险商的行为中，在医生、医院或其他医疗服务提供者的行为中也有。如果影响其行为的激励诱使他们这样做（例如，如果某家医院必需将开支控制在一个预算内，并且该预算控制非常严格），拒绝成本高的病人可能使他们获利。他们总是宣称其他一些医疗服务提供者可以更好地解决特殊病人的问题。“撇脂”和其他的选择问题在此处和解释非集中化保险制度的解释，在其他体制下也可能出现相似的滥用（例如在一个国家控制的、通过税收支持的集中制度中）。

回到保险的问题上来，这许多现象的结果是，在健康保险的

自由的市场上，许多消费者——尤其是那些最需要保险的高风险的人——可能会发现保费极其昂贵或简直无法得到。所有的消费者，即使是那些低风险的人，也无法对以后的高风险进行保险，他们不得不支付高昂的保费，否则就无法得到保险。最后，如果对一个非集中化的市场放任自流，不加干涉，许多人将得不到保险。逆向选择和风险选择（撇脂）这两种现象，都同第2条原则——一致性原则发生严重冲突。选择也违反了第1条原则——消费者主权的原则，因为选择使得一些消费者无法就健康保险进行有效地选择。它也不能满足原则4——有效性激励的要求。所以任何支持第二章所述原则的改革都不可能有利于必定要产生逆向选择或风险选择的机制的发展。所以我们必然得出的结论是：医疗保险不可能完全由商业保险人的自愿合同来承担。一定数量的保险必须是强制性的，这会在一个方面限制个人主权的原则，但它满足了社会一致性的原则并在另外的方面满足了个人选择的原则。从已经列出的原则看来，很明显，在一个希望所有人都获得基本健康保障的社会，必须对那些无法支付保费的人提供补贴，并强制那些不愿支付保费的人支付保费。而且，需要采取许多其他措施来避免，或者大量减少在保健领域所有参加者中逆向选择和风险选择的有害的后果。

（六）道德风险（moral hazard）

这是所有保险的一个众所周知的后果。这个不大贴切的词语指的是这种现象，即保险商提供的保险越多，投保人避免危险、或者问题发生以后尽量减少损失的激励就会越弱。例如，如果一份农业保单对虫害进行了全部的保险，那么被保险人购买杀虫剂，或者当虫害发生时控制其蔓延就都没有意义了。

这种现象在保健领域也可以发现，例如病人和医生（提供者）^①。

^① 关于这一点，参见Arrow（1963）的经典和开创性工作，以及Pauly（1986，1992）和Feldstein（1973）的著作。

我们举一个简单的例子，保险人（不论是公有还是私有）为医疗支付了所有的开支。一方面，这是避免疾病的很好的理由，因为即使支付了全部的开支，也不能补偿病人因为疾病而遭受的痛苦或精神压力。而且，不论获得什么治疗，都无法保证完全康复。另一方面，这个问题一出现，道德风险的问题也就出现了，没有什么手段会鼓励病人节约使用医疗资源。

总的来说，不知情的无助的病人几乎是盲目地保护他们的利益。大多数人认为，越贵的治疗效果也越好。他们至少听说，越贵的治疗包括成本更高的治疗程序，更有经验的医生，更先进的工艺和更昂贵——因此可能是更现代化的更有效的——药物。所以病人作为一个群体会迫使医疗服务提供者和保险人花费更多开支。

提供者也往往会这样做。他们的职业道德促使他们尽可能快和有效地治疗他们的病人。根据他们提供服务而获得的报酬，医生们没有兴趣来控制治疗的成本。在此，由于信息不对称，病人和医生联合起来对抗保险商。保险商没有能力来对每一个医疗事件进行医疗细节的调查并判断治疗的适当性。相反，保险商通常不得不支付病人和提供者要求的所有费用（例如，支付治疗的全额账单），不论该开支是经济的还是过度浪费的。

当病人作为一个团体因为自己似乎可以因为“免费”而过度使用医疗服务的时候，最终提供保险的成本将上升。但是病人很少会意识到他们自己的花费同健康保险费率的总体上升之间的联系，即使他们是从非集中化的保险制度中获得个人保险。如果开支由包括了数百万的保险基金支付的话，单个病人的开销同强制社会保险额或者保健税收之间的关系将会变得松散。

同道德风险相关的问题可以说明，原则4——寻求效率过程中参加者激励——往往并不完全适用于卫生部门，尤其是在改革前的转型经济中。要防止道德风险通常需要使病人和/或提供者在使用的时候也要支付一定的成本。例如，病人可能被要求在保险商支付开

支之前，支付一个确定的或可以递减的数额。病人也可能被要求就每一件商品或每一项服务支付一定数额（共同支付）或者总医疗费用的一定比例，这就是所说的共同保险。

要求病人支付一定的减除额或进行共同保险可以在一定程度上限制过度使用无效的医疗。但是，这个道德风险的改良是有代价的。减除额和共同保险使消费者又有了经济风险，这可能会使他们减少使用医疗措施。因此，健康保险包括了原则2和4之间的冲突：一方面分散风险并确保每一个人都可以获得基本的医疗保健，另一方面，提供促使有效利用医疗服务的合适的激励。我们本章下文回到这个问题。

（七）供应方权力和垄断

制造出垄断的组织制度，或者导致近似于垄断的局面出现的组织制度在卫生部门的供应方面是非常普遍的。这在某些方面看来是高科技服务导致的大规模生产的自然结果。例如，在一个小的社区里，拥有两个或更多医院可能是不大实际的。在地广人稀的农村地区可能没有足够的消费者来支持许多不同的竞争性的保健计划。

卫生部门的供应方权力通常也是需求力量不足的结果。当提供者拥有市场权力的时候，他们可以因为拥有特权和垄断而在经济上获利。在许多国家，医生们希望试图建立类似于同业公会的组织，排除市场竞争^①。在非集中化的保险制度下，私人医疗保险公司可能试图组织成立卡特尔。如果没有监管的话，卫生部门可能是人为地限制竞争行为的温床。所有这些趋势都同原则3——鼓励竞争的要求相冲突。

东欧国家的改革碰到的困境尤其严重。在社会主义制度下国家

^① 同业公会的组织也有有利的影响。该组织或工会的委员会对整个行业产生责任感，从而在同事不负责任的时候对他们施加同样的压力。在许多方面，同一行业的人比行政监督者或病人更容易监督同行的工作。

或者半国家的社会保险机构对保险进行经济支持在事实上构成了垄断：它不同其他的保险人直接展开竞争。这就是后社会主义转型面临的局面。是应该保持垄断还是应该打破垄断？我们将详细地讨论这个问题。

（八）病人的无助

在完全竞争条件下，买卖双方完全平等，谁也没有优越性。在卫生部门，我们已经讨论的特征非常清楚地显示出根本没有完全竞争，医疗服务提供者和病人之间也完全不平等。不论社会制度和经济激励如何，医生都对病人拥有权力。^①这种供应方的权力一方面是我们已经讨论的信息不对称的结果，但还有别的原因。即使病人拥有完全的信息，治疗他们的医生也比病人拥有更多的作出决定的权力和义务。如果医生愿意的话，他们可以不让病人作出任何决定。举一个极端的例子：病人在外科手术中或由于某种原因没有知觉的情况下。不是任何医生在任何情况下都愿意同其病人分享信息，从而使他们可以作出决定的，因为这只会限制医生自己的权力。因此，即使在最好的情况下，病人也处于在某种程度上违反原则1——个人主权——的情况下。

尽管有必要使医疗服务的提供者拥有一定的决定权，同个人主权的原 则相偏离的频率和范围还是非常重要的。众多保健制度的一个重要特征就是个人选择的权利被限制。改革以前，传统的社会主义的保健制度严格限制个人选择，因而病人严重丧失了自主的权利。在这种制度下，个人成为强加给他们的家长制医疗的无助的、被动的受益者——或者说是受害者。他们的基础护理医生是行政命令的。这个医生决定他们是否应该去看专家，他们应该接受什么检查以及他们应该去什么医院，等等。

如果改革可以使选择的范围扩大，那么这种无助是可以减少

^① Losoncze (1986) 中有完美的表述。

的，但是很难消除。在改革后的保健领域中无助的程度取决于决定医生——病人关系的法律和医疗行业的成文或非成文的惯例。它还取决于经济体制的特征（包括原则3主张的产生竞争），以及影响医生和其他医疗提供者的经济激励。

（九）不断增加的费用

多数国家保健费用都在持续上升。这种上升可以分解为两个组成部分。一方面是实际使用的保险服务在增加，另一方面是同总体价格上升相比，医疗保险费用相对上升更多。在经济合作与发展组织（OECD）国家这两者的共同作用如表3.1所示。

就如何解释费用的上升，专家们有不同的意见。实际上有许多因素。

- 在卫生部门和其他领域，非常明显的一个重要趋势是技术发展越来越呈成本密集型。成本提高的一个根本原因是药物作用的提高（Newhouse, 1992）。技术进步——以新药物、新疗程、新设备的形式——对许多保健领域的治疗方法产生了革命性的改变，使得某种治疗的使用和费用同时上升了。^①
- 尽管由于收入提高和技术进步而导致的费用上升的问题在别的部门也有，但是在卫生部门有三个因素更加突出。第一个因素同刚刚提到的技术进步有关。在卫生部门发生的巨大的技术进步并没有伴随着劳动力的减少。它可以导致医疗效果的提高但同时需要同样或更多数量的劳动。对于病人状况的根本性改善或者完全治愈的预防和治疗越来越常见和成功，但是医生和辅助人员的工作并没有减少。在这方面，卫生部

^① 对美国50个权威保健医学家的调查发现，他们中81%的人同意“在过去的30年中，医疗卫生部门在GDP中所占比例上升的主要原因是药物方面的技术革新”（Fuchs, 1998：第227页）。Kornai 和 McHale（1999）发现了技术影响的有力的统计证据，从1980年以来在OECD国家保健开支的增幅为1.4%。

表3.1 1980—1990年OECD国家保健费用价格和数量的增长(年平均增长率, %)

| 国家 | 1980年保健总消费占TDE ^a 的比例 | 名义保健开支的增长率 | 保健行业价格的上涨率 | 国内消费价格的总上 涨率 | 医疗行业价格的上涨率 ^b | 卫生部门收益的增长率 | 人口增长率 | 人均保健收益的增长率 | 1990年保健总消费在TDE中的比例 |
|--------|---------------------------------|------------|------------|-----------------|-------------------------|------------|-------|------------|--------------------|
| 澳大利亚 | 7.1 | 11.8 | 7.6 | 7.3 | 0.3 | 3.9 | 1.5 | 2.3 | 8.3 |
| 奥地利 | 7.7 | 6.6 | 5.1 | 3.7 | 1.4 | 1.5 | 0.2 | 1.2 | 8.4 |
| 比利时 | 6.5 | 7.9 | 4.9 | 4.2 | 0.6 | 2.9 | 0.1 | 2.7 | 7.9 |
| 加拿大 | 7.5 | 10.7 | 6.9 | 5.1 | 1.8 | 3.5 | 1.0 | 2.5 | 9.5 |
| 丹麦 | 6.7 | 7.2 | 6.1 | 5.9 | 0.2 | 1.0 | 0.0 | 1.0 | 6.7 |
| 芬兰 | 6.4 | 12.7 | 8.8 | 7.1 | 1.7 | 3.5 | 0.4 | 3.1 | 7.8 |
| 法国 | 7.5 | 10.4 | 5.2 | 6.2 | -0.9 | 5.0 | 0.5 | 4.5 | 8.8 |
| 德国 | 8.4 | 5.0 | 3.4 | 2.6 | 0.7 | 1.5 | 0.3 | 1.2 | 8.8 |
| 希腊 | 4.0 | 22.6 | 16.9 | 18.3 | -1.2 | 4.9 | 0.5 | 4.4 | 4.9 |
| 冰岛 | 6.5 | 40.1 | 32.9 | 32.3 | -0.2 | 5.4 | 1.2 | 4.2 | 8.5 |
| 爱尔兰 | 8.1 | 7.7 | 9.1 | 6.8 | 2.2 | -1.3 | 0.3 | -1.6 | 7.6 |
| 意大利 | 6.6 | 14.8 | 10.7 | 10.0 | 0.6 | 3.8 | 0.2 | 3.5 | 8.1 |
| 日本 | 6.5 | 6.0 | 2.4 | 1.5 | 0.9 | 3.6 | 0.6 | 3.0 | 6.7 |
| 卢森堡 | 6.8 | 8.7 | 5.4 | 5.0 | 0.4 | 3.2 | 0.4 | 2.8 | 7.0 |
| 荷兰 | 8.0 | 4.4 | 2.5 | 2.0 | 0.5 | 1.8 | 0.5 | 1.3 | 8.4 |
| 新西兰 | 7.2 | 12.3 | 11.5 | 9.8 | 1.6 | 0.6 | 0.7 | -0.1 | 7.3 |
| 挪威 | 7.1 | 10.0 | 7.1 | 7.2 | -0.1 | 2.8 | 0.4 | 2.4 | 8.0 |
| 葡萄牙 | 5.1 | 22.6 | 17.5 | 17.1 | 0.4 | 4.3 | 0.0 | 4.3 | 6.1 |
| 西班牙 | 5.4 | 14.4 | 9.3 | 8.9 | 0.4 | 4.6 | 0.4 | 4.2 | 6.4 |
| 瑞典 | 9.2 | 8.9 | 7.1 | 7.6 | -0.6 | 1.7 | 0.3 | 1.4 | 8.6 |
| 瑞士 | 7.0 | 7.1 | 4.4 | 3.5 | 0.9 | 2.6 | 0.6 | 1.9 | 7.9 |
| 土耳其 | 3.7 | 51.7 | 47.9 | 45.0 | 2.0 | 2.6 | 2.4 | 0.2 | 3.8 |
| 英国 | 5.9 | 9.8 | 7.6 | 6.1 | 1.3 | 2.1 | 0.2 | 1.9 | 6.0 |
| 美国 | 9.2 | 10.4 | 6.9 | 4.1 | 2.7 | 3.3 | 1.0 | 2.3 | 12.2 |
| 欧洲 | 6.8 | 12.3 | 9.1 | 8.6 | 0.5 | 2.8 | 0.4 | 2.5 | 7.5 |
| OECD总计 | 7.0 | 11.8 | 8.7 | 8.0 | 0.7 | 2.9 | 0.5 | 2.4 | 7.8 |

注释: a. TDE=国内消费总额(Total Domestic Expenditure)

b. “医疗行业通货膨胀”是指医疗保健价格增长超过其他所有商品和服务价格增长的部分。1990年和1980—1990年的一些比例反映出相似的结果。这些基本的统计系列在这十年中都是一致的,但不排除有未观察到的不连续性。欧洲和OECD国家的平均数是算术平均,均不包括土耳其。

资料来源: OECD(1999,第23页)。

门并不是惟一的。但是，在大多数“常规”部门技术进步可以带来直接的劳动力减少。同其他“常规”部门的产品相比，卫生部门（以及其他在这方面类似的部门）将相对地变得更加昂贵。即使在其他方面有防止过度消费的经济激励，价格的相对上升也是不可避免的。^①换句话说，像其他服务行业一样，同许多资本密集型的行业相比，卫生部门是劳动密集型的，产量增加不大。

- 随着人们寿命的延长（这部分地归功于技术进步和卫生部门的有效工作），保健服务的消费也在上升。我们知道，老年人的平均保健消费比年轻人要大得多。^②
- 最后还有一个因素，我们已经讨论过，就是道德风险的问题。医疗保险提供的保障越多，病人和医生就越发现费用可以转移给其他的被保险人，从而不再控制费用。^③总体费用的上升可以归因于保险的推广以及当别人承担费用时选择昂贵医疗的动态的道德风险效应。在这一点上，经常会违反原则4——效率激励。

导致发展中国家保健成本上升的因素在东欧国家也有相似的效应。

这就是我们列出的卫生部门的所有特征。这些特征组合在一起使得卫生部门与众不同。我们有必要再次提醒那些准备进行转轨经济改革的国家，不要机械地使用那些在近似于理论模型上的完全竞争“正常”的经济环境下适用的模式。必须仔细研究卫生部门的特征。

① 参见Baumol (1963, 1988) 的经典开创性的研究。

② 在匈牙利，领年薪者的平均保健开支几乎比就业者的平均开支高2.5倍，在斯洛文尼亚高2倍（见第205页和206页的表6.1和表6.2）。Kornai 和 McHale (1999) 估计在发达国家中人口中65到74岁的人口每增加1%，国家的保健支出就增加0.7%。

③ 如果保险人毫无怨言地支付提供者要求的任何费用，则道德风险的过度使用的成本上升会更加严重。在“一次一付”（fee-for-service）的支付制度下这种情况极为常见，在本章后文将详细论述。

在强调了卫生部门的独特特征以后，我们还是有必要指出在许多方面，卫生部门同经济领域其他部门以同样的方式运行。将这些特征弄得过于复杂而忽视经济领域中也适用于该部门的广为人知的基本的规则是错误的。我们在这里可以举一个关系作为例子，如著名的价格、需求和供给三者之间的关系。例如，如果作为需求方的买方从自己口袋里掏钱支付费用，价格过高将会减少需求。机构买方也一样，只要有一个硬性的预算约束。就供应方面而言，如果提供者想要提高收入和成本之间的差距的话，其他因素不变，价格上升将使供给增加。这适用于私有的直接利益驱动型的组织、个人执业的医生或其他医疗人员，以及硬预算约束下的公立医院和诊所。

最后，改革者必须同时注意卫生部门同其他部门共同的特征以及它独有的特征。

二、供应和资金来源：分类

本节将在一个抽象的层面根据卫生部门组织的不同形式和资金来源状况进行分类。我们将注重组织的方式、所有制形式和资金来源，但不强调何种构造才是不同的社会经济形式、国家或不同历史阶段的特征这个问题。然后我们将采用这一分类来讨论卫生部门改革的激励、各国经验以及建议。

（一）四个关键实体

正如经济的其他领域一样，卫生部门的供给方和需求方之间也有根本的区别。在医疗保健领域，“供给方”指的是将保健服务提供给病人的个人或组织。“需求方”指的是为保健服务融资的方法以及代表消费者购买保健服务的组织。^①

^① 我们不得不在本书的前面部分就使用在本节没有澄清的一些概念。因为我们认为，如果在前面就停下来给它们下定义的话会打断论述的思路。

在最简单的保健系统中，病人直接从保健服务提供者那里购买服务。只有两个主体：作为买方的病人和作为卖方的个人执业的医生或其他提供者。但是，由于对昂贵的医疗服务的需求是不确定的，因此消费者希望在购买保健服务时，能够在消费者和提供者之间引入中介人。^①这样的一个中介人就是健康保险商或者健康计划。在这种情况下，卫生部门就不只是买方和卖方两者之间的关系，而是消费者、保险商和提供者三者之间的关系。

如前所述，如果一个保险市场完全自由，没有干预的话，那么大多数人将得不到保险。公平进入的原则使得病人和提供者之间需要另一个中介。我们将这第四个主体称为担保人。担保人可以包括政府机构、代表特殊的受益人如雇员购买健康保险的雇主团体或大的雇主。

担保人的最主要的作用是在受益人与保险商中起中介作用。它代表其消费者获得信息，从消费者可能选择的保险商中挑选几个信誉好的保险商，并监督其质量。担保人要求权威部门制定“游戏规则”（例如不得歧视高成本的病人），并在竞争性的保险商中重新分配资金（来防止选择），这个有权发布规定的权威机构通常是从对保险商拥有市场权利的政府部门和雇主中来的。担保人可以在几天之内完成此事，例如支付病人保险费的全部或部分，直接支付提供者或支付提供者账单的一部分。担保人可能会有第三个而且更普遍的规范功能（例如向提供者提供许可），本节没有讨论。^②

我们以后再回过头来讨论担保人的角色问题以及担保人、保险商和提供者之间融合的程度问题。但是，我们首先要考虑医疗保健服务组织和出资的基本“选择”问题。我们可以从表3.2中获得清晰的认识。

① 去看医生的人就可以称为“病人”。但是，参加健康保险的人却大部分都是健康人，因此我们倾向于使用含义更广的中性词语“消费者”。

② 这里忽略了管制的功能，因为管制也可以通过制度进行（例如，国家监管机构），不需要进行出资。如果把管制的不同形式也包括进来，本来已经很复杂的分类制度就会变得更为复杂。

(二) 供应 (提供) 方

当然, 最后病人从私人提供者——医生、护士和其他保健人员——处获得保健服务, 但是这里讨论的主题是事业型机构型的框架以及个人在其中工作的一种所有制形式。呈现出以下几种纯粹的形式 (见表3.2):

表3.2 提供和出资:不同机制的类型

| 需求 (出资) | 供应 (提供) | | |
|------------|------------------------|-----------------|-------------|
| | (1) 组织 | | (2) 私人企业 |
| | (1.1) 国有 | (1.2) 私有非营利性 | (1.3) 私有营利性 |
| (A) 国家出资 | 国有保健服务 (英国) 国家供给 | 国民健康保险 (加拿大) | |
| (B) 强制保险 | | 社会保险 (德国) | |
| (C) 自愿保险 | | 主要是私人保险 (美国) | |
| (D) 病人直接支付 | | | |

注释: 英国和前苏联模型的区别参见第五章。

(1) 组织。医生、护士和其他医务人员都是由某种形式的机构所雇佣的 (例如企业、公立医院或大学)。那些为保健服务提供资金的人经常是直接支付给机构, 而不是补偿病人本人的医疗费用。

可以根据谁对该机构行使财产所有权对这些机构进行分类。可以划分为三种纯粹的形式:

(1.1) 国有组织。公有的或国有的提供组织还可以进一步细分。可以有垄断的提供者——例如单个的国有行政层级性组织——或者如地方政府拥有的某种非集中化的组织。

(1.2) 非国有非营利性组织 (例如, 慈善组织或教堂)。

(1.3) 非国有营利性组织。

在现实生活中有许多由单一的形式混合在一起的形式, 混合的

方式有多种。以下是一些例子：

- 一个国有的或者非营利性非国有的医院或门诊的诊所可能不会将自己局限于通过其职员提供保健服务。它可能会将某些任务承包给私有的营利性组织作为分包人（例如，医院可能会有一个进行某些实验室试验的企业）。
- 相反的情况也可能发生。医生拥有的私人医疗可能会向国有或非国有非营利性的医院或诊所提供一定的服务。私人机构可能会针对这些服务进行收费，同时为使用医院的设施或建筑物支付租金。
- 我们可以从两个例子中找出区别。一个例子是某公司经营一家私人医院从而获取利润，另一个例子是一家追求利润的公司为自己的员工提供医疗服务，比如医务室。在第二个例子中公司行为的目的是为了利润，而是为员工提供某种形式的福利。
- 外科医生、护士或者其他经过训练的保健工作者可能将其时间进行分割，一部分时间在某种所有制形式下工作，别的时间在另一种所有制形式下工作，包括形式（2）。

（2）开业医生。保健提供者通常以独立的开业医生的形式或者是私营企业的形式来提供服务。此标准不是医生或者护士是否合法注册、依法纳税等等，关键的特征是医疗服务的提供是独立的，而不是以某个组织的成员形式提供的。在这种情况下，该开业的个人是由病人、保险商或担保人支付的^①。

尽管在此我们主要讨论的是提供者的组织或所有制形式，同样的组织归类的方法也可以适用于担保人和保险商。例如，担保人可以是（1.1）国家组织（例如国家代理处或者当地政府）；（1.2）

^① 在许多情况下，许多开业医生自己雇用一名医生或护士。因为这种安排包括了一个雇主和一个或多个雇员，严格地说，它应该被归入组织的范畴。但是，本书将这种最小化的“组织”作为“开业”的范畴，将“组织”的概念用来指大型组织如医院和综合性诊所。

私人非营利性组织（例如地区性或全国性的健康保险基金）；（1.3）私人营利性组织（例如大型雇主）。保险商或者健康计划也可以归入这些类型中的任何一种。

（三）需求（出资）方

医疗保健服务的最终接受者当然是病人。但是，当考察经济机制时，问题不在接受人，而在为服务付款的主体。这儿我们集中讨论最终支付给医疗保健服务提供者的资金的来源。以下纯粹的例子非常明显（见表3.2）：

（1）国家出资。国家从税收收入中通过预算对保健服务提供资金。换句话说，该支付并不是通过特殊收入来源的特殊额外预算基金进行的。

（2）强制保险。个人有法定义务为自己保险。这种方法可以分解为进一步的选择。可以有一个国有垄断机构作为社会保险组织，或者一系列地区垄断保险商，或者分散化的保险机构体制来争夺投保人，以便消费者可以选择其强制保险的保单和保险机构。

注意区分“公有”或“私有”出资是非常普遍的。但是这些术语混淆了（1）和（2）作为公有出资的不同方式的区别，也混淆了（3）和（4）作为私有出资的不同方式的区别。

（3）自愿保险。个人（或者个人以及作为其担保人的雇主）可能会从保险机构购买自愿商业保险。

在（1）、（2）和（3）的情况下，通常是担保人或保险机构而不是病人支付给提供者。有些保险制度要求投保人共同进行支付。

（2）和（3）的区别对保险机制的运行是非常重要的。在有些国家强制医疗保险业可以同私人保险商签订，但是在大多数国家，必须同某种为此目的设立的半国有化、非营利性保险机构以“社会保险”的形式进行。我们将在后面详细地讨论这一安排。

（4）个人直接支付。病人自己掏钱将医疗费用支付给提供者。

这种出资方式通常称为“自费”。

在供应方，有许多种获得资金的组合形式。最重要的形式就是(4)(直接支付)同(1)、(2)或(3)(担保人，如国家或保险人支付)相结合的形式。这种联系可能是书面保险单的一个合法组成部分，病人自己支付部分成本(例如统一费率的可扣除的支付或者按比例的共同支付)。另一方面可能采取一种半合法的形式或者非法的形式，即保险人付款而病人也自己再加些投入。我们在以后再详细讨论这种小费形式。

总的来说，这些不同形式的出资方式并不互相排斥。一个病人可以同时采用多种形式。例如一个病人可以有自愿保险和强制保险，同时获得一些国家支付的服务并自己直接支付一些其他的服

(四) 买方、保险人和提供者之间整合(integration)的程度

最后，有必要弄清楚供应同需求、提供和出资之间的联系。医疗保健系统的一个重要的特征就是担保人、保险人和提供者之间整合的程度(见图3.1)。可以有两种纯粹的形式。

(I) 整合。出资和提供两种功能由同一个法人实体进行。买方和提供者并不是截然不同的角色，整合的保健服务同时承担这两个角色(或者买方、保险人和提供者三种角色)。以下是两个例子：

□ 改革前经典社会主义的保健制度，包含一个简单的大型组织。

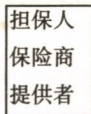
将供应方形式(1.1)(传递方式的国家垄断)和需求方的方式(A)(从国家预算中直接对保健服务进行融资)整合在一起。

□ 起源于英国的国家保健服务模型已经被许多前英国殖民地国家和其他发展中国家如印度、孟加拉国、尼日利亚、肯尼亚和斯里兰卡采用(Hsiao, 1999)。该制度也将供应方(1.1)的国有保健设施和需求方(A)的国家总收入融资结合在一

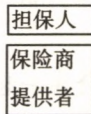
起。公有医院和门诊病人设施是通过工资和预算进行融资的。国家既承担担保人的职责，如代表病人购买服务，又承担供应方组织的所有者—执行者功能。

(II) 分开。在有些制度中，购买方和供应方的两种功能是严格分开的。某自然人或法人实体提供保健服务，而另一个自然人或法人实体购买这项服务。后面的这个角色必须由如政府机构或国有保险基金来完成（这融合了赞助商和保险商的角色）。赞助商也可以将资金在保险人中进行再分配来保证尽管消费者支付了同样的费率，保险商可以按照其被保险商的实际风险进行支付。

(I) 整合

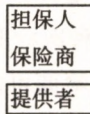


(i)



(II) 分开

(ii)



(iii)

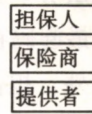


图3.1 整合的类型

注释：图中所指的担保人和保险商均为单数形式，在有些机制中，可能会有不止一个的担保人和保险商同时存在。在所有的情况下都会有几个提供者。

有三种不同的制度将购买者和提供者的角色分离开来。在第一个(II.i)中，担保人的角色是分开的，但是保险商和提供者的角色是整合的。该形式普遍被认为是供应和融资的一种结合（尽管有些混淆）。

例如，一个私人保险机构可能会拥有自己的医生提供大部分的基本医疗服务并决定推荐外部机构（例如，专业诊所或医院）。这种安排将提供者的形式(1)（机构作为提供者）和需求方的形式(3)和(4)（保险商和病人共同支付）结合在一起。保险商——提供者组织可以直接同担保人订立合同。许多这类保险商——提供者组织经常争夺顾客。这是一种在美国日渐风行的现代形式，常见的

这类组织有管理服务机构如卫生维护组织（HMO，Health-maintenance organization）（后面将详细讨论HMO）。但不要以为这是美国人的发明。HMO很早就有了，不仅是在美国，还在欧洲，早已有之。例如匈牙利在进入社会主义阶段以前就处于这种环境中。这是一些专业人士（例如记者）医疗保健机构的运作形式，就像一些大型国有企业和私营企业（如匈牙利国家铁路）的保险机制一样。同样，战前的克罗地亚也有三个大型的保险机构：一个为矿工服务，一个为其他私营企业员工服务，还有一个为国有企业员工服务。每一个都有自己的提供者网络（WHO，1999b，第4页）。在旧的二战前的机构和现在的HMO中，住院医生可能不会提供全套的医疗服务。除了推荐自己的医生以外，保险商有权推荐被投保人去其他组织接受特殊服务。这里的主要区别就在于保险功能同提供者组织结合在一起，最起码在提供多种医疗服务方面。

另外，担保人和保险商可能可以结合在一起，但是同提供者分离开来（II. ii）。例如，根据加拿大的国民健康保险制度，每个省都根据联邦规则为其居民提供强制保险计划，支付给独立提供者。在美国，一些大型雇主实行自我保险，直接同提供者组织签订合同为员工提供保健服务。在这种形式下，尽管病人从众多的提供者中间进行选择，但是担保人和保险商的结合已经大体上排除了其他保险商的竞争。

最后，担保人、保险商和供应者的三种角色可以由不同的法人实体承担（II. iii）。担保人通常管理几个不同的保险商之间的竞争。消费者可以从相竞争的保险商中进行选择。例如，工业组织或大型雇主可以充当其员工的担保人，它们同员工选择的几个保险计划签订合同，并支付一部分保险费。同样，保险计划也同独立的提供者和提供者组织签订合同为病人提供保健服务。

为了使以后的分析更加清晰明了并准确无误地进行推荐，有必要将这些种类排列出来。该回顾在一方面已经起了作用：它表明可

能性是非常多的，并非只有两种选择：国有保健机构或私有机构。在提供者 and 需求方都有几种形式，它们的联系和结合也有多种形式，并且有多种混合或并行的可能。过于简化选择的问题将是一个严重的错误。

三、支付制度激励

在决定一个卫生部门在多大程度上体现社会希望它达到的目标时，激励是非常重要的。我们在第二章已经说明了在转型经济的改革中几个这类目标和原则。尽管在此我们主要关注第四个原则——为了提高效率而必须的所有制形式、支付形式和控制形式——政策制订者应该意识到激励机制在支持或否定选择、一致性、竞争、财务稳定性和前面阐述的其他原则的时候也是至关重要的。例如，在决定病人，尤其是那些病情严重、医疗费用昂贵的病人，可以在何种程度上有效地选择保险商和供应者时，激励是关键因素（原则1）。而且，保健开支的国际比较降低了激励在解释开支水平和增长时的重要性，并直接对保健制度的财务稳定性产生影响（原则9）。

不论卫生部门的经济体制的其他特征是什么——所有制结构、分散化程度还是主要的融资方式——都会存在激励问题。交换是保持竞争性原则所不可避免的。在本节中，我们将关注需求方和供应方的交换激励。详细的政策建议将放在以后的章节中进行说明。

此处使用的“支付制度（payment system）”既指消费者保险又指供应方偿付。也就是说，支付制度包括两个主要组成部分：消费者如何对医疗费用风险进行保险、医疗服务提供者如何就服务进行收费。支付制度决定了消费者、保险商和供应者的激励。该制度的结构应该使得医疗服务可以得到有效地生产和使用（既不是太少，也不会太多），病人可以分散风险并获得优质服务。可以避免危及选择和一致性的逆向选择和风险选择问题。

需求方的激励问题主要是道德风险，即被全面保险的消费者

倾向于过度使用“免费”服务（见本章前面的介绍）。如果提供者鼓励过度消费的话这个问题最为严重（以下供应方激励下面将讨论）。扣除、共同支付、共同保险——由需求方分担一定的费用——可以防止过度消费的浪费而不打消使用这些服务的积极性。

尽管需求方分担一定的费用可以帮助有效地使用服务，但是有另一个问题：如前所述，需求方费用共担会使消费者支付不可预见的为数不少的共同支付，从而达不到保险的目的。换句话说，它将风险强加给了想避免风险（或保险）的消费者。因此，健康保险要求在防止过度使用医疗服务和防止风险扩散之间进行权衡（Zeckhauser, 1970）。扩大保险范围可以使风险更加分散，但是损失也可能更大，因为消费者可以选择更多的医疗服务（道德风险）、供应者提供更多的医疗服务（Cutler 和 Zeckhauser, 2000）。设计良好的健康保险政策包括范围缩小、共同保险比例上升从而被保险人的总的健康支出上升。这样的保险政策也可以通过制定消费上限来限制病人总的经济负担。

可以用一个图表来表示这种激励的权衡。图3.2表示同病人的共同保险比例（需求方费用共担的水平）相关的激励。共同保险比例越高，病人使用的服务就越少。这种方式可以有效地防止道德风险，但是很高的共同保险可能会导致过低地使用医疗服务，从而影响效率。^①同样，随着共同保险比例的上升，风险扩散的损失也越大，从而导致无效率，这将使得低保险的人或未保险的人比例上升。

这些权衡主要发生在效率问题上；但是在一致性问题（原则2）上也有这个问题。放弃完全免费提供服务的做法而采用共同支付的做法同一致性原则及其在保健领域的运用相冲突。每次去看医生或

^① 100%的共同保险指的是病人自己支付所有的医疗费用，因而没有得到保险。在这种情况下，许多病人就会放弃必要的医疗服务。

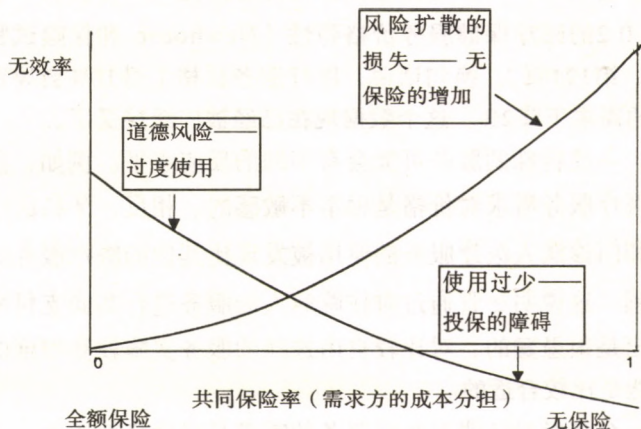


图3.2 确定消费者共同保险率的得失权衡

者处方的固定费用对穷人比对收入高的人来说更是一种负担。^①因此，需求方费用共担可能会是一种获取保健服务的障碍，对穷人而言更加严重。

（一）经验证明

道德风险的问题有多严重？许多研究人员对病人对需求方激励的反应进行了研究。^②重点是研究消费者的医疗服务的需求对价格的反应。经济学家用价格弹性，即使用变化百分比同价格变化百分比的比率来测量对价格的反应。该弹性被认为是负的：随着价格的上升使用量下降。

早期的研究得出了许多不同保健服务的价格弹性（从大约-0.1~-0.5）。兰德（Land）健康保险试验——20世纪70年代在美国进行的一个大型社会试验，从不同的保险计划中随机抽取了6 000个

^① 用经济学术语来说，需求方费用共担是一种累退的融资，因为它使得穷人比富人为保健服务支付其收入的更大比例。

^② 该研究的总结，参见Zweifel和Manning（2000）；Cutler和Zeckhauser（2000）。

人，研究了它们在3—5年的保健服务的使用情况——得出的一个总的大约为-0.2的医疗保健服务价格弹性（Newhouse 和保险试验集团，1993，第121页）。换句话说，医疗服务价格上升10%会导致对医疗服务的需求下降2%。这个数据现在已经被广泛接受了。

当然，一些特殊的服务可能会有不同的反应水平。例如，急诊情况下的医疗服务需求对价格是根本不敏感的。相反，牙科医疗服务的使用和门诊病人医疗服务的使用被发现比其他的医疗服务对价格更加敏感。这说明尽管通过对住院病人的服务进行共同支付来大幅降低支出是很愚蠢的，对比较自由选择的服务实施较高程度的共同支付可能是比较合适的。

总之，众多经验证明对医疗服务的需求是对价格敏感的。设计支付制度的关键问题是为不同的医疗服务选择合适的需求方费用共担水平。很高的水平会抑制过度消费的浪费，但同时也给病人增加了风险和负担，从而设置了进入障碍。

（二）供应方激励

支付制度也创造出一些供应方激励。许多证据表明提供者的偿付结构影响了医疗服务的数量和质量。供应方同病人共同保险的相似之处在于供应方就服务所负担的部分成本：供应方成本共担（或风险共担）。这是一种在支付者和提供者之间的医疗费用的风险共担。支付者可能是保险商或者支付给整合的保险商——提供者组织的担保人。我们将会解释，实际上供应方费用共担的比例越高，提供者在决定给与病人合适的治疗时所受到的预算约束越大。

支付给医疗保险提供者的一种方法是费用报销。如果提供者收到了所有的医疗费用——全部费用报销——提供者就没有承担风险。事实上，支付者不知道准确的医疗保险费用，只知道提供者对一些给定的服务进行收费。因此偿付通常是根据价格表进行的。最常见的一种支付方式是一次一付（fee-for-service, FFS），即提供者

为每一项服务都收取预先确定的费用。该费用可以是竞争性市场的价格，但更通常的情况是政府，或社会保险机构协商管理的价格或独立制定的价格。通常价格等于或大于提供该服务的成本。

由于在全部费用报销或“一次一付”的付款方式下，供应方不用负担医疗的成本，这些付款方式不包括供应方费用共担。提供者事实上面对的是软预算约束。它们没有经济激励来控制成本或限制提供服务的数量，因为所有费用都将被偿付。事实上，如果一项服务的费用超过提供的成本，提供者提供该服务就将在经济上受益，而不论病人是否可以从该服务中受益。因为提供者通常总是掌握着更多相关知识，从而对病人拥有在治疗选择上的很大的影响力，病人总是愿意听从提供者的建议，而这些建议可能是受提供者经济利益影响的。“一次一付”方式因此通常总是同较高的使用水平联系在一起并可能鼓励过度使用，尤其是对那些最有利可图的服务。供应方诱发需求这个术语指的就是医疗提供者（医生或其他提供者）操纵病人接受比他们愿意得到的更多的服务，从而提高提供者收入的这种颇具争议的现象（Cutler 和 Zeckhauser, 2000）。每项服务都有一定的利润盈余的“一次一付”方式，给供应方诱发需求的经济利益。

由于“一次一付”倾向于增加服务供应的数量从而导致费用高昂且没有限制，一些国家将“一次一付”同别的措施结合在一起使用。例如，在日本，政府非常成功地调整费用结构从而使总的开支保持在较低的水平上。一种更常用的方法已经被正式用于限制提供者报销的总上限或总预算。这种支付方法保留了“一次一付”的许多优点，并且力图在预定的预算范围内限制总的开支。这种制度的关键是要调整费用，这样当数量上升时，单价下降，从而使总的开支限制在预算之内。

使用带上限的“一次一付”方式的制度中最显著的是德国的“点制度”。在该制度中，不同的医疗程序对应着不同数量的点，而不是直接对应着价格或费用。医疗程序越是复杂和费时，其点数就

越高。将支付的点数同每一点的货币转换系数相乘就可以得出向提供者报销数额。例如，如果一个医生提供的医疗服务是200点，每一点的转换系数是1美元，则应偿付200美元。不同治疗的相对价格是不变的（确实，这些费用水平通常被称为相对价值尺度^①）；但是总的偿付可以通过调整货币转换系数而被控制在预算之内，即使量发生很大的变化。每一点的费用同所有医生提供的服务总量是成反比的。总的数量增加则单位数量的价格将下降。

该制度通过实行硬预算约束来控制“一次一付”制度的费用上升的激励问题。但不幸的是，在采用该制度的国家中，预算约束是在非常宏观的层次进行的，从而造成了其他的不当激励。如果所有的参加者都限制自己使用的数量并予以配合，他们将获得更好的福利。但是每个人都有动机不这么做——即通过更多的高点治疗和总费用来增加付款的点数从而提高收入。所有提供者都想牺牲别人而提高自己的收入，这并不奇怪。因此，通过将“一次一付”方式加上一个上限的制度，例如德国和加拿大，在数量和费用上都大大增加了^②。相似的可预料的现象也发生在匈牙利为门诊病人提供专家治疗的“一次一付”上限付款制度上：付款的服务点数增加了，但每一点的货币价值下降了（Orosz, Ellena和Jakab, 1998）。

控制服务数量的另一个方法是引进一些明确的提供者费用共担，从而加强对相关决策者——个人提供者（或小型提供者小组）的预算控制。承担一部分费用共担风险的提供者就有动力来控制费用。

一个包含供应方费用共担的提供者支付的普遍形式是病例（case-based payment），也叫预见性支付。这种支付方式对每一个病人的治疗或医疗条件实行一个固定费用。固定费用的水平取决于预

^① 美国医疗服务的付费制度是起源于资源相对价值尺度（resource-based relative value scale），即该相对价值尺度所测量的是医生在提供服务和医疗时所花费的资源的相对水平（Hsiao等，1988）。

^② David Naylor 在说到加拿大的医生收入时说，“数量驱动型的激励制度和固定基金被证明导致了冲突和挫折。公众和医务人员都认为收入最大化的‘执业混乱’确实存在”（Naylor 1999：第18页）。

先确定的该治疗的种类，这通常是通过病人的诊断确定的。在其最纯粹的形式中，由于特定治疗的费用是预先确定的，病例支付的付款形式对于提供者来说存在一定的费用风险。例如，某心脏病患者为其治疗支付了 x 美元给提供者，而不论其治疗是只包括手术还是药物治疗。如果治疗费用少于 x 美元，则差额便是提供者的盈利。如果治疗费用超过 x 美元，则提供者就要遭受经济损失。该病例支付通常用于偿付医院。也许最为人所知的病例支付就是美国的诊断关联组织（Diagnosis-Related Groups, DRG）的医院实行的预见性支付制度（Prospective Payment System, PPS）。我们将在下面详细讨论。

供应方费用共担比例较高的另一种支付方式称为按人收费（capitation），即每一个消费者在固定的一段时间（如一个月或一年）支付固定数额的费用。按人收费可以和提供给病人的实际服务的某些费用的报销相结合，也可以不结合。供应方费用共担的比例越高，提供者在决定提供的服务时面临的预算约束就越硬。纯粹按人收费，即使用了很多服务的提供者和使用很少或者根本没有使用服务的病人，支付给提供者的费用是完全一样的，这是一种完全供应方费用共担（full supply-side cost sharing）的形式。如果消费者没有使用任何医疗服务，则按人收费的支付方式能带来最多的经济效益：提供者将所有的按人收取的费用全部作为利润。病人使用的服务越昂贵，提供者可以获得的利润越少，损失的风险越大。

供应方费用共担，如全部或部分的按人收费，可以激励提供者使用尽可能少的服务并以最低的成本提供这些服务。这种动机可以抑制被保险的消费者过度消费的倾向，帮助减少不经济的道德风险行为。但是这种费用控制的激励可能会太强。如“一次一付”会导致过多使用服务一样，高度风险共担的按人收费形式可能会导致过少使用服务，尤其是能够从昂贵的服务中获利的病人。按人收费的提供者将可以通过降低质量、限制福利性服务和通过风险选择进行病人歧视来获得经济效益。

提供者承担的风险越大，控制费用的激励也越大。同供应方费用共担相关的一个基本的权衡是：它既产生了提高效率的有益的激励，但同时也会产生吝啬和风险选择的有害激励的恶果（Newhouse, 1996）。结果是，供应方费用共担比例高的支付方式可能导致高风险病人难以获得治疗从而导致明显的风险分割，即健康人使用低成本的计划，病人使用昂贵的计划。当然，如果只有一个保险人，风险不可能在不同的保险人之间进行分割。但是那样的话，消费者的选择就被严格地限制了。

如果消费者有选择从而导致风险分割，健康状况较差的人就最终会比健康人支付更多的健康保险。这一为健康保险支付的差额可以认为是有效率的、公平的。在某种程度上来说，法规可以规定最广泛的歧视形式，例如在吸收消费者之前预先设计条款拒绝对健康的状况进行治疗。但是，许多其他的风险选择形式是法规无法影响的，却有力地影响着接受消费者和对其进行治疗的决定。因此在使用供应方风险共担的时候应该谨慎。

因为对医疗服务的需求是不可预见的，而且一些医疗服务极其昂贵，因此按人收费对提供者而言有一定的风险。如果提供者拥有大量的病人来分散风险，则提供者减少提供必要服务的风险和激励就会减少。正因如此，按人收费通常被拥有大量病人的提供者或提供者组织所采用。如果提供者只负责提供有限范围的服务，如基本治疗，其风险也较小。^①

① 本书不断地使用“基础护理医生”（primary-care physician, PCP）这一术语表示目前在美国直接为病人提供基本服务的医生。各国使用本术语所指的医生是不一样的，它可能指家庭医生或当地医生。“综合执业者”（general practitioner, GP）这一术语在英国使用。只有在要指出某一个国家或某一个时期的特征时才会以别的词替代“基础护理医生”这一术语。按人付费的PCP倾向于将开支大的病人转移到专业医生处来避免承担其开支。相反，如果专业服务的财务负担和住院病人的服务包括在按人收费制度中，例如，英国开创的“GP基金持股制度”（GP fundholding，参加该制度的从业医生可以得到一个固定的预算，以支付基础服务、药品以及非急诊治疗等费用——校者注），那么GP根据病人的利益而避免让他们接受这些服务。因此，按人收费的制度中包含的服务范围决定了其可以避免的服务的激励的程度（避免未来的昂贵的伤病）和综合协调服务。

一种保留提供者承担风险和消费者选择的成本控制的有益激励，同时不会造成吝啬和风险选择的有害激励的方法，就是我们所说的风险调节（risk adjustment）。为了了解其逻辑，可以考虑一个相似的情况，即支付建筑商建房。如果你支付给建筑商的费用低于建筑商预计用于建造房子的成本，建筑商很可能会拒绝。只有你支付的费用可以弥补建筑的所有预计开支，包括天气原因等造成的额外开支，建筑商才可能同意为你建造房子。

同样的推理可以用于医疗服务的提供者。如果你希望提供者为一个医疗费用很高的病人提供优质服务，你应该支付预期的费用。否则，提供者将选择治疗其他成本较低的病人，而且提高质量将会导致收益下降（因为高质量将会吸引贫困和无利可图的病人）。为了激励提供者接收和治疗所有的病人，支付者应该调整支付制度来反映每一个病人的预期费用。这样的为病人的预期费用进行的支付调整就称为风险调整。预期费用的估计是根据病人同使用医疗服务相关的可以观察并可以确认的特征进行的，例如性别、年龄和社会地位等。这些特征就称为风险调整因素。

风险调整工具可以保证风险选择是没有利润的，从而允许保护一致性（平等获取）和改进效率与质量的激励相容。不幸的是，迄今为止在美国和其他发达国家的最复杂的激励机制也不能纠正所有的扭曲行为。^①不过，对于任何一个试图同时增进选择、效率和质量的支付制度来说，有些形式的风险调节其实是非常合适的——即使不是不可或缺的——组件。

提供者补偿的最后一个普遍形式，尤其是在转型国家中，是工资支付（salary payment）。由于工资不是同所提供服务的数量直接相关的，在某种意义上与激励无关，既可避免“一次一付”过度使用的激励，因此又可避免按人收费质量降低和风险选择的激励。

^① 风险调节的最精确的形式是根据病人的诊断或全部诊断做出的。但是，他们只可以预测理想的风险调节所能预计的个人健康开支的一部分变化（van der Ven 和 Ellis, 2000）。

促销的激励可以鼓励医生在同事和病人中间努力树立好的形象。同病人的数量和其他一些特定的业绩标准相连的奖金将鼓励增加病人的数量并达到特定的业绩标准（也许会损害其他作为标准的服务质量）。支薪的医生如果还承担了教学和科研任务，他可能非常想治疗罕见的和复杂的病例（逆向风险选择）。但是在许多情况下支薪的医生所面临的激励同按人收费的提供者所面临的一样。支薪的提供者可能会面临治疗一些疑难病症并且牺牲部分工作中的闲暇的风险。支薪的提供者和按人收费的提供者都倾向于压缩服务转而参考别处的复杂病例。换句话说，如果支付没有直接同复杂的业绩标准相联系，就不会有提高业绩的动力。固定医疗支付标准不能充分反映知识、经验和医生个人的良知——即他们个人业绩的差异。医疗支付标准越固定，就越不能反映这些。尤其是在东欧，从社会主义体制中产生出来的固定的几乎没有差异的支付标准会继续存在下去。因此，不够勤勉的医生完全可以通过尽可能减少工作而过着很好的生活。

总的来说，制度供应方费用共担的水平是一项非常重要的政策选择，因为医疗服务的提供者可能会根据支付形式来进行治疗的决策。这些提供者的决策直接影响政策目标如效率、风险集中和费用控制。与不同的支付方式相联系的财务激励可能非常不同。例如每一项服务都有利润的“一次一付”方式可能会使提供者通过提供大量服务获利。相反，按人收费的支付方式可能会使提供者通过严格限制服务数量而获利。

如我们所述，如果“一次一付”鼓励过度使用和供应方诱发需求，而按人收费和某种程度上的固定工资鼓励减少服务和风险选择，那么可能这两种极端形式的某种结合会有比较好的效果。一些医疗经济学家（尤其是Joseph Newhouse）已经强调了中间水平的供应方费用共担（通常叫做混合支付）的好处。通过支付者和提供者之间分担风险，混合支付可以鼓励提供者尽量控制开支同时又可以避免

完全供应方费用共担所导致的服务减少和风险选择激励。

荷兰实行的高风险预先强制性集中在某种程度上是一种聪明的风险分担方式。在这种制度下，保险人—提供者向其治疗的大多数病人收取固定的、风险调节费。为了减少保险人—提供者规避高风险的激励，他们被允许事先将一部分病人作为高风险病人。这些高风险病人的治疗费用被更多地支付，可能是全部支付^①。

就需求方而言，可以用图表（见图3.3）来总结同供应方费用共担水平相关的供应方激励权衡。当供应方费用共担水平上升，费用控制的激励也上升。这使得医疗服务的效率提高，但同时风险选择的激励和选择和一体化的相关损失也提高了。供应方费用共担的高水平使得限制使用的激励也增强了。极端的情况是，“一次一付”方式（供应方费用共担的水平为负）可能导致过度使用而造成浪费和“供应方诱发需求”，但是纯粹的按人收费的支付方式可能导致怠慢或减少必要的治疗。

（三）支付制度激励和产权

支付制度激励、产权和预算约束的软硬之间存在着某种联系，尤其在本书中。东欧国家医疗保健改革的困境之一就是是否引进私有来取代现存的公有。如上所述，很清楚私有并不能保证效率。例如，如果一家医院是私有的，但是所有的费用都是通过“一次一付”的，软预算约束的问题同样会出现，就像还在公有下一样，预算约束因为国家预算的补贴而被软化了。

上述说法也可以反过来。如果医院保留公有制，但是付款方式严格按照个案支付制度进行，预算约束又会硬起来。另外一个问题是，被国家控制或严重影响的社会保险基金的软预算约束也会使国有提供者如公有医院的财务纪律松懈。软预算约束下的购买者不会

^① 这种设计是非常聪明的，因为提供者只是可以得到他们预计的高开支的病例的高报酬，并将其归类为高开支病例，而并不是所有的高开支病例都可以得到高报酬（这将更加减少控制成本的动力）。

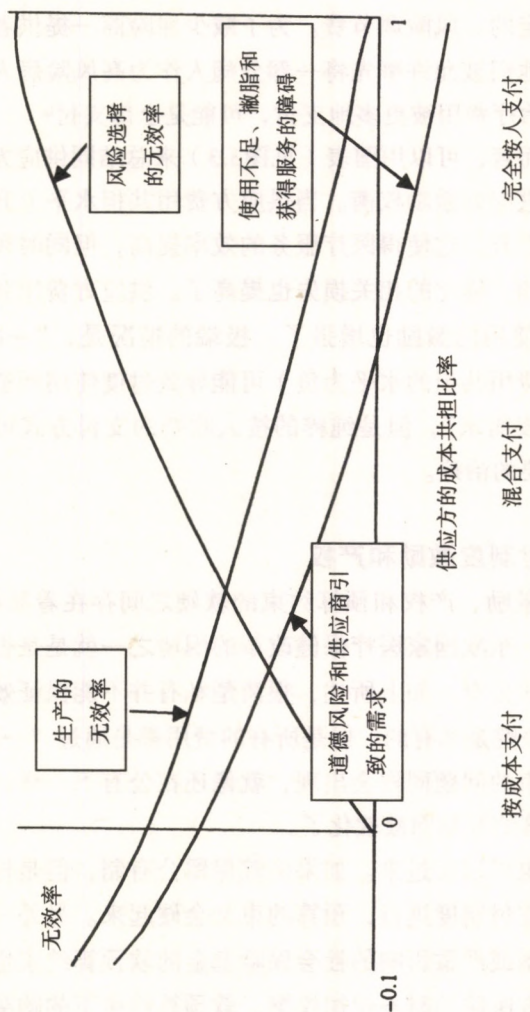


图3.3 确定供应方成本分担比率时的得失权衡

很有活力，因此软预算约束的问题最终会影响到提供者。

提倡公有制的人反对营利性企业和私有化，认为公有制组织可以最大程度地考虑公众利益，或者准确点说，就是病人的利益。事实上，情况并非如此。我们假定在公有医院或诊所实行严格的硬预算约束，我们会发现，组织的领导人或其他决策者就会开始追求利润最大化。他们的行为受到支付制度激励的严重影响。如果受这些因素影响的组织有紧缩开支的目标，它就会不顾其公有的性质，让其质量下降，并避免高风险、成本高的病人，将他们送到别的机构。另一方面，如果该医院通过“一次一付”方式，即使是公有制也可能出现供应方诱发需求的现象，作为一个增加收入和改善财务状况的途径。

我们可以得出这样的结论，即硬或软预算约束的普遍构成和支付制度是同所有制形式一样重要的因素。

（四）经验证据

保健服务的提供者是否会对不同支付制度的财务激励做出反应？尽管职业道德和伦理道德会减少金钱报酬的作用，但是大量经验证明，提供者却始终是报酬反应型的。前面已经提到过一些情况（例如带上限的“一次一付”方式的数量和费用的增加）。OECD国家的保健开支的统计调查显示，如理论所预计的那样，对于门诊病人的服务，“按人收费”制度比“一次一付”制度平均开支降低17%—21%”（Gerdtham 和Jonsson，2000，第46页）。

从1984年开始的美国医疗保健制度根据诊断关联组织（DRG，Diagnosis-Related Groups）向医院支付的影响分析可以获得进一步的证据。这种个案预见性支付制度（PPS）是近几十年来被最广泛引用和效仿的支付制度之一。如上所述，在这种制度下医院有降低成本和提高效率的动力，如减少住院时间。但是预见性支付制度也会导致在治疗中减少服务，增加轻度病人的比例而拒绝重病患者，

并且提前将病人打发出院（例如迅速打发病人和打发重病人）。这个激励因为预见性支付制度事实上代表混合支付制度而减弱，因为它包含了许多特征，例如偶然事件的外部支付和诊断所判断的诊断关联组织，同纯粹的预见性支付制度不同。^①

后来的研究发现预见性支付制度在费用和服务等方面的大多数优势都实现了，而且预想中的副作用至今也已经最小化了（Coulam and Garmer, 1991; Cutler and Zeckhauser, 2000）。可获得性有一定程度的下降，在许多情况下服务大幅度地下降了。几乎全部关于住院时间长短的研究都发现，在支付方式改变以后的数年间，住院时间比实行PPS以前缩短了1/5—1/4。尽管住院病人的死亡率下降了，但是，对病人的平均服务质量却怎么改变。一些研究人员发现高成本的病人从预见性支付制度医院转向非预见性支付制度医院（通常是非专业医院）的证据。总的来说，预见性支付制度似乎有助于降低住院病人的成本，同时不会严重地降低服务的质量，尽管也出现了一些负面影响。

（五）总结

医疗服务的支付制度是为了达到许多且通常是互相冲突的社会目标而设计的。并没有一个“理想的”支付制度，任何制度都需要在冲突的目标之间寻求平衡。

因为有许多证据表明消费者和提供者都有经济激励，政策制定者必须懂得不同的支付制度所具有的不同激励，参见表3.3的总结。例如，不断增加的需求方费用共担减少了道德风险的过度使用的浪费，但是它也导致了效率低下的风险，致使一部分人的保障不足，甚至得不到保障。不断增加的供应方费用共担也减少了道德风险，同时提高了生产效率，但是这是以减少服务的激励（减少有益的服

^① 例如，医院会接受经过了附带检查的冠状动脉疾病的病人，并收取一大笔费用，却拒绝没有经过附带检查的病人。

务) 和风险选择为代价的。

政策制定者还应该考虑其他因素, 例如实行风险调节、提高职业道德。风险调节精确性的提高可以防止风险选择。医疗服务提供者的职业道德——即病人利益高于经济收入——可能会使得道德风险的问题更为严峻(因为医生可能会因病人的要求而提供更多的更昂贵的服务), 但是也可以获得许多的利益: 减少“供应方诱发需求”, 避免服务下降, 减少风险选择。

激励非常明显地起着作用。应该注意解决激励问题, 不论经济机制的其他方面(如所有制结构)如何。不可避免地要进行一些权衡: 朝一个方向前进可能会满足一个原则, 但会损害另一个原则。极端的解决方式可能会损害效率。政策制定者应该寻求合理的妥协, 给所有相关方, 包括病人和提供者等, 一些经济和道德的激励。

表3.3 支付制度政策措施的激励效应

| 政策措施 | 收益来源 | 相关成本 |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------|
| 需求方费用共担 (例如病人共同保险比例) | 抑制过度消费(减少道德风险) | 病人承担税负 的风险成本 |
| 供应方费用共担(保险 和提供一体化) | 抑制过度消费鼓励减少成本(生产效率) | 供应不足 |
| 职业道德(提供者忠于 病人的利益) | 减少提供者诱导需求 减少供应不足 减少风险选择 | 风险选择 |
| 风险调节 | 防止风险选择 | 道德风险 |
| 提供者竞争病人 | 鼓励提供者努力(如减少成本, 提高质量) | 风险选择 |

電影的社會教育作用。

他在第一卷中說：「電影的社會教育作用，在於其能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識，並能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識，並能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識。」

電影的社會教育作用，在於其能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識，並能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識。

電影的社會教育作用，在於其能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識，並能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識。

電影的社會教育作用，在於其能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識，並能使人們在最短時間內，獲得最豐富、最生動的知識。

中國電影的社會教育作用

| 電影名稱 | 社會教育作用 | 社會教育作用 |
|-------|---------------|--------|
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |
| 《漁光曲》 | 反映農民生活，揭露社會黑暗 | 引起社會同情 |

第四章 一些国际经验

本章仅讨论卫生部门国际经验的几个方面。主要讨论OECD国家卫生部门的经济机制，这些国家（不包括捷克共和国、匈牙利、波兰等最近加入的成员）只有传统的资本主义而没有后社会主义的制度（这就是我们所指的发达国家或工业化国家）。与第三章抽象地将制度备选方案进行分类不同，本章将以一般性的方式讨论现实经济机制的某些特征。^①

一、工业化国家的经济体制

保健系统的两个重要特征是在医保组织中占统治地位的所有权形式（供应方面）和医保主要的经济来源（需求方面）。表4.1调查了发达国家卫生部门的所有制形式。这些国家类型很多，既有国家所有和公共出资占主导地位的国家，也有私有制和私人出资占主导地位的国家，其中也包括许多混合型模式。

表的列头使用“主要”一词。现实中不存在纯粹公有制或纯粹私有制。同时每个国家都有一个明显占主导地位的制度，尽管在许多国家中只有少量影响。在一些国家中，非主导经济形式对供应和

^① OECD国家卫生部门的状况、适用机制、特征和变动方向的调查资料可从以下来源获得：OECD（1992，1993，1994a）；Saltman和Figueras（1997）。

作为写本书之前研究的一部分，分析研究在以下国家的福利部门的组织进行：阿根廷、澳大利亚、奥地利、智利、捷克共和国、法国、德国、新西兰、波兰以及匈牙利的改革争论。我们感谢Maria Barat, Robert Gal, Peter Gedeon, Andras Nagy, Peter Pete, Judit Rimler, Margit Toth 和Laszlo Urban 的工作。我们引用了他们的研究成果。

出资的影响有详细资料可查。这些总结在表4.2和4.3中。为了叙述的清楚和连续性，这些国家以表4.1同样的方式分组，即列（1）和（2）（分别是主要提供者和主要资金来源）是重复的。

从所总结的这三张国际经验的表中可以得出一个重要的结论。没有一个简单的经济机制模式可以概括发达国家卫生部门的即使是最主要的特征。既没有“集体主义”或“社会主义”的欧洲模式，也没有“个人主义”或“资本主义”的美国模式。欧洲模式是多样化的，而公共出资在美国也占很大比重。

表4.4的第3列表示来自国家资源的融资在总的医保开销中所占的比重。甚至在美国这种比例也不小于45%，而卢森堡则超过90%。尽管如此，各国在这方面的比重差别很大。比较列3和列1可以得出如下结论：在OECD国家中，国家经济发展水平和公共出资在健康投资中的比例之间没有明显或固定的关系。但是，分析二次大战后世界范围的趋势，表明高收入国家公共出资在健康开支中的比例较大^①。

对于所有制形式的比例及多种经济体制的大范围分布似乎没有简单的、明显的原因。表4.1中有文化彼此相似而发展水平不同的国家（比如比利时和荷兰），也有文化不同而发展水平相同的国家（例如丹麦和希腊）。或许解释这种不同之处的最合适的假定是每个国家的发展历史、政党之间的竞争和运动、经济发展趋势、社会阶层的斗争和合作、雇主和雇员之间的关系以及许多外在环境都会影响卫生部门特定的组织系统。一旦一个国家采取了某条路线，就很难偏离它。不是不可能改变方向，而是以前的条件经常限制了下一步的发展^②。德国或法国很难放弃普惠性社会保险的意识，而美国却很难引入这种概念。

^① 根据世界银行20世纪90年代中期的数据，公共出资在健康投资的收入弹性为1.21，表明共有资金在健康投资中的比例随国家收入的提高而提高（Schieber和Maeda，1999：第199页）。也可以参考Kornai和McHale。该问题将在第五章讨论。

^② 这种看法得到当前强调发展对以前的阶段的“路径依赖”经济历史和经济理论观点的支持。这种看法不仅指起始状态和所认为的发展方向。沿着这条“路径”所发生的事情同时也扮演了一种决定性的角色。参考Arthur（1989），Krugman（1994）和Stark（1992）。

表4.1 OECD国家1992年保健提供者的主要所有制形式

| 国家 | 主要提供者(1) | 主要资金来源(2) | 备注(3) |
|-----|----------|--------------|----------------------------|
| 丹麦 | 公共 | 税收 | |
| 芬兰 | | | |
| 希腊 | | | |
| 冰岛 | | | |
| 爱尔兰 | | | |
| 挪威 | | | |
| 葡萄牙 | | | |
| 西班牙 | | | |
| 瑞典 | | | |
| 英国 | | | |
| 奥地利 | 公共或私人 | 社会保险 | |
| 比利时 | | | |
| 法国 | | | |
| 德国 | | | |
| 日本 | | | |
| 卢森堡 | | | |
| 意大利 | 公共 | 几乎由社会保险和税收分摊 | |
| 加拿大 | 私人 | 社会保险和私人保险 | |
| 荷兰 | | | |
| 土耳其 | 公共和私人 | 没有主要资金来源 | |
| 瑞士 | 私人 | 私人保险 | |
| 美国 | | | 税收和社会保险对老人和穷人(占人口的23%)进行保障 |

注释: 本表采用了引用资料中的术语。“公共”主要指国有单位, 但是也不排除非营利性机构拥有的组织。

资料来源: OECD (1994a, 第11页)。

表4.2 20世纪90年代某些OECD国家保健提供者的补充所有制形式

| 国家 | 主要提供者 (1) | 住院服务床位的私人份额 (2) | 备注 (3) |
|-----|-----------|-------------------|----------------------------|
| 丹麦 | 公共 | 0.7 | 私人医生提供了20%的门诊病人服务 |
| 芬兰 | | 4.7 ² | |
| 希腊 | | 29.6 ¹ | |
| 意大利 | | 21.9 ¹ | |
| 挪威 | | 0.1 | |
| 葡萄牙 | | 21.7 | |
| 西班牙 | | 32.5 ² | |
| 瑞典 | | 23.6 | 8%的医生只作为私人提供服务, 40%的牙医私人执业 |
| 英国 | | 3.7 ³ | |
| 奥地利 | 公共和私人 | 30.3 | 51%的医生私人执业 ⁵ |
| 比利时 | | 61.9 ⁴ | |
| 法国 | | 35.2 | |
| 德国 | | 51.5 | |
| 日本 | | 65.2 | |
| 土耳其 | 私人 | 5.2 | 70%的牙医和32%的其他专业医生私人执业 |
| 加拿大 | | 0.9 | |
| 荷兰 | | 85.0 | |
| 美国 | | 66.8 | |

注释: 1: 1996年, 2: 1995年, 3: 1993年, 4: 1992年, 5: 1989年。

资料来源: 主要提供者的信息取自表4.1。住院病人床位的私人份额参见OECD国家(1999b)。其余数据参见OECD1992, 1993: 第276—277页。

表4.3 1992年OECD国家保健提供者的补充所有制形式

| 国家 | 主要资金来源 (1) | 非公共出资的保健开支份额 (2) | 人口中私人保险比例 (%) (3) | 私人保险状况的解释 (4) |
|-----------------|-------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 丹麦 | 税收 | 18 | 20 | |
| 芬兰 | | 20.7 | <10 | |
| 希腊 | | 23.9 | ... | |
| 冰岛 | | 14.8 | ... | |
| 爱尔兰 | | 23.9 ¹ | 30 | 垄断的公共保险商提供私人保险 |
| 挪威 | | 5.2 | 很少 | |
| 葡萄牙 | | 30.2 | 5 | |
| 西班牙 | | 19.5 | 10 | |
| 瑞典 | | 14.4 | 很少 | |
| 英国 | | 15.6 | 11 | |
| 奥地利 | 社会保险 | 34.8 | 38 | |
| 比利时 | | 11.1 | 70 | |
| 法国 | | 25.2 | 80 | |
| 德国 ³ | | 28.5 | 10 | 高收入者的全部费用均包括 |
| 日本 | | 28.8 | 很少 | |
| 卢森堡 | | 8.6 ² | 很少 | 只对共同支付和海外人士 |
| 意大利 | 社会保险和税收几乎相等 | 24.8 | ... | |
| 加拿大 | 社会和私人保险 | 27.3 | ... | |
| 荷兰 | | 23.4 | 32 | |
| 瑞士 | 私人保险 | 32.1 | 35.2 | |
| 美国 | | 54.3 | 70.1 | 主要以雇用为基础, 16%的人没有保险 |
| 土耳其 | 没有主要出资方式 | 34.3 ² | 0.5 | |

注释: 1: 1991年, 2: 1990年, 3: 不包括原东德的数据。

资料来源: 主要资金来源的信息取自表4.1, 第2列: OECD (1994a, 第38页), 第3列和第4列: 取自OECD (1992, 1994a) 的数据, 以及美国, 美国调查局, 被Kuttner (1999) 引用。

表4.4 国际比较：1992年的实际人均国内生产总值、人均国民生产总值的保健开支和保健开支的公共份额

| 国家 | 人均国内生产总值 ¹ (1) | 国民生产总值中的保健开支比例 (2) | 总保健开支中公共开支的比例 (3) |
|-------|---------------------------|--------------------|-------------------|
| 卢森堡 | 33.1 | 7.0 | 91.8 |
| 美国 | 29.4 | 13.9 | 46.4 |
| 挪威 | 26.8 | 7.5 | 82.2 |
| 瑞士 | 26.0 | 10.0 | 69.9 |
| 丹麦 | 25.5 | 8.0 | 83.8 |
| 冰岛 | 24.9 | 7.9 | 83.8 |
| 日本 | 24.6 | 7.2 | 79.9 |
| 加拿大 | 23.7 | 9.2 | 69.8 |
| 比利时 | 23.2 | 7.6 | 87.6 |
| 奥地利 | 23.1 | 8.3 | 73.0 |
| 荷兰 | 22.6 | 8.5 | 72.6 |
| 澳大利亚 | 22.6 | 8.4 | 66.7 |
| 德国 | 22.1 | 10.7 | 77.1 |
| 法国 | 21.3 | 9.6 | 74.2 |
| 意大利 | 21.3 | 7.6 | 69.9 |
| 芬兰 | 20.5 | 7.4 | 76.0 |
| 爱尔兰 | 20.4 | 6.3 | 76.7 |
| 英国 | 20.4 | 6.8 | 84.6 |
| 瑞典 | 20.4 | 8.6 | 83.3 |
| 新西兰 | 17.9 | 7.6 | 77.3 |
| 西班牙 | 16.0 | 7.4 | 76.1 |
| 葡萄牙 | 14.6 | 7.9 | 60.0 |
| 韩国 | 14.5 | 6.0 | 45.5 |
| 希腊 | 13.9 | 8.6 | 57.7 |
| 捷克共和国 | 13.1 | 7.2 | 91.7 |
| 匈牙利 | 9.9 | 6.5 | 69.1 |
| 墨西哥 | 7.7 | 4.7 | 60.0 |
| 波兰 | 7.5 | 5.2 | 90.4 |
| 土耳其 | 6.5 | 4.0 | 72.8 |

注释：1 通过购买力平价进行测量。购买力平价通过使用一篮子商品的比较价格对不同国家的不同价格水平的差异进行调节。该用于调节的一篮子商品是构成国内生产总值的商品而非保健商品的衡量标准。因此，反映在资料来源里的保健消费的差异主要用于保健消费而非保健商品的质量差异。当考虑不同国家之间各种保健商品的比较价格时，不同的来源是数量差异的不够完美的反映。

资料来源：OECD (1999b)。

考虑到这种多样性和“路径依赖”，世界各国的决策者了解几个有影响力的保健体制的主要特征还是有用的。在这里我们介绍有代表性的六种模式。每种模式都有各自的属性结构，并且有一个国家作为例子。^①尽管对应这些模式的国家历史上都几次改变保健体制，并且仍在改革，它们还是体现了这六种模式的主要性质。它们是改革的先驱者，因此似乎可以用它们的名字来命名这些模式。

五种模式简洁地总结在表3.2中。

1. 国家保健服务模式：英国模式

这种体制起源于英国，仅就其形式而言，它结合了供应边的国有保健设施和需求边的国家一般性税收收入融资。重点在于全民享有平等的基本保障服务。公共医院和门诊设施通常由预算和薪金提供资金。政府扮演两种角色：代表病人作为服务的购买方，同时作为提供者组织的所有者和经营者。这种系统也可以叫做“公共集成模式”，以突出公共融资和购买方、提供方的一体化组合（OECD，1992）。^②这种系统代表了国家卫生部门或其中的一个组成部分，^③它可以与其他自愿的补充保险相结合。

2. 国家保健保险模式：加拿大模式

这种模式的特征是由公共融资、（地区性）单一付款人机构和私人服务共同组成一个标准的国家保健-保险受益组合。与国家保健服务模式不同，尽管这种模式的主办人和保险公司的功能集中到地区性单一购买者（在省政府的管理下），但购买方和提供方的功能是分开的。在国家指导下，加拿大各省要求其居民购买强制保险计划，在收费服务的基础上付款给独立的保险商。这种系统着重普遍平等享有基本保健服务，并可以结合自愿的补充保险来覆盖未包括的服务。

^① 本节选自OECD（1992）和Hsiao（1999）。

^② 从1989年的改革起，英国已从纯粹的公共集成模式向购买方和提供方分开的公共契约模式（以下讨论）发展。

^③ 例如，美国退伍军人事务部门代表了广泛的美国卫生部门内的一个公共集成系统。

3. 社会保险模式：德国模式

这种保健体制起源于19世纪俾斯麦统治下的德国，它结合了需求边的强制保险融资和供给边的多样化服务。^①这种保险功能比国家保健保险模式更为分散，各行业或地区都组建了各种医疗基金，它们在某些情况下进行竞争。为了确保一致性，各医疗基金所提供的服务都是标准化的。通过比较公共和私人保险公司以及各种医疗基金，病人可以自主选择保险公司。这类体制把购买方和提供者（并非整合的提供）之间的合同与公共（社会保险）融资结合在一起，因此也叫做“公共契约模式”（OECD，1992）。与大多数系统一样，社会保险也可以结合未覆盖服务的自愿保险和那些被允许处于强制系统外的人（例如德国高收入的居民）所享受的大范围的服务保险。

4. 自愿保险模式：美国模式

在保证全民平等和一致性的前提下，保健体制可以建立在自愿购买保险的基础上，创造个人自由、选择和责任的更大空间。主要的例子是美国保健体制。然而我们需要指出，“美国模式”这种提法事实上是不准确的。尽管自愿保险的比例很大，并且这是美国体制的显著特征，但几乎有一半的保险资金来源于公共资源。美国卫生部门的具体问题在本章后面有更为详细的讨论。

值得注意的是，荷兰近几年实行了改革，尽管健康保险的强制特征还保留着，在选择和激励方面荷兰人的保健机制已经接近美国模式（van de Ven 等，1994）。改革基于管理竞争理论，这种理论由美国保健经济学家安托万（Alain Enthoven）于1978年提出，但在美国并没有真正实行^②。

^① 在东欧建立社会主义之前，一种类似于德国的社会保险系统在东欧的一些国家实行了几十年。例如，在现在的捷克共和国（OECD，1992），波兰（Koronkiewicz 和 Karski，1997）以及南斯拉夫（Toth，1997）。

^② 控制性竞争假想了担保人代表消费者所做的动态管理，包括选择参加保健计划、支持弹性价格需求、通过标准的利益组合和风险调整投资来改善不利和风险的选择。已失败的克林顿保健计划就基于有管理的竞争。哥伦比亚也准备在卫生部门实施有管理的竞争。

5. 医疗储蓄账户：新加坡模式

新加坡所创立的体制结合了公共融资、强制性个人医疗储蓄账户存款以及多样化服务。^①病人用其医疗储蓄账户从竞争性的私有和公共提供者购买保健服务。这种体制也很着重个人的责任和选择。因为突发性费用对大的灾难性支出例如住院是最基本的，新加坡人也被迫购买灾难保险，支付医疗储蓄账户外的额外费用。为了控制由这种“独立的购买者——被保险人”体制引起的不平等趋势，新加坡给与一些公共医疗机构（比如某些公共医院的病房）很大的补贴，以增加基础服务的平等享有性。

6. 医疗服务的公共提供：苏联模式

这种模式将在第五章详细讨论，这里列出仅是为了枚举类型。

即使初看起来，转轨经济可以从保健体制的多样性当中学习到很多东西。

首先，没有什么可以代表西方发达国家，从而毫不犹豫加以效仿的“样板国家”。即使一个国家的特征可以被视为典型，也是基于价值判断。决策者可以考虑从不同体制中选取不同方面组织成一个完整的最适合他们自己国家的方案。

第二，必须注意后社会主义国家的历史出发点：保健机制建立在社会主义制度下。在出现一个完全取代旧体制的新体制之前，对旧体制只能逐步改革，而不能加以割裂。这种警示可以与原则7联系起来，即组织和个人需要时间进行调整以适应新的形势。

表4.1—4.4展示的是90年代初期发展中国家的保健机制，看起来相当复杂。几乎所有工业化国家近期和正在实行的改革在许多方面都是各不相同的。问题是它们有没有朝着同一方向行动。是不是现存的或正在进行的改革正朝着同一模式发展呢？

尽管有些观察家的回答是肯定的（例如Besley 和 Gouveia，

^① 中国对发展中的卫生部门改革也采用了医疗储蓄账户系统，美国也从事了此种账户的试验。

1994), 但是更为谨慎地说, 尽管存在一些普遍的趋势, 但它们远不是一致和普遍的。从这个观点看, 有必要把发达的欧洲国家从其他OECD国家中分离出来, 特别是美国。^①

对于大多数欧洲工业化国家而言, 社会一致性意识对国有和准国有部门的医疗保健的融资和提供都起着主要的影响。尽管如此, 最近几年出现了不同形式的私人提供和私人保险, 并在一定程度上不断加强和扩展。虽然它们远不处于主导地位, 但也不是无足轻重的。比如在法国, 国家活动有着很深的历史根源, 但2/3的医院和1/3的医院病床不是由国家管理, 83%的人口有补充医疗保险(OECD, 1993)。在德国, 48%的医院是公有的, 其余由非营利组织或私有组织拥有(见表4.2)。

“准市场”和“准私有”形式在公共卫生部门得到加强。例如, 基础护理医生可以从保健服务得到一笔资金, 以此来“管理”病人委托的整个花费。公立医院保留国家所有权的同时, 管理的独立性也会逐步提高。同时对国有机构花费的限制开始来加强开支预算。表4.5提供了OECD国家中不同的准市场经济改革的概况^②。

其他的趋势也已经形成了, 比如分开购买者和提供者的角色或加强基础护理医生在保健系统中作为病人看门人的作用。在后一种情况下, 病人在向医疗专家求诊之前需要从他们的基础护理医生那里获得指导(除了发生事故的情况)。^③对OECD保健费用的时点和时段分析均可以发现, 主要的保健“看门人”似乎与较低的健康开支、控制人均收入以及保健系统人口与组织的特征联系在一起

① 参考第三章脚注关于“GP基金持股制度”的讨论。

② 这对于那些观察或参与匈牙利、波兰或捷克斯洛伐克国家中社会主义的改革辩论和目击半改革试验的一代人, 将唤起很强的似曾相识的感觉。他们在人生的早期不是在卫生部门, 就是在经济的商业领域中遇到了各种保健体制模式和各种改革。

③ 正如在第三章“提供方激励”一节解释的那样, 大范围医疗保健供应方的高投资共享, 比如门诊病人与住院病人的按人支付, 会刺激投资方控制成本, 比如建立“看门人”需求来缩减重复或不必要的照顾。

(Gerdtham和Jönsson, 2000, 第46页)。^①

薪水激励也已出现收缩。大多数发达国家要求限制病人的共同支付来缓解需求边效率与风险扩散和一致性之间的悖论。总的来说,消费者的自费支付通常占国家所有保健开支的一小部分,但不是无足轻重的(见表4.6)。只有少数国家,比如韩国、葡萄牙、土耳其和瑞士需要大量的需求边成本共担。^②表4.7列出了一些国家的提供者支付体制,显示出许多国家已经引入了供应边成本共担(风险共担)和混合支付系统。^③一些国家在20世纪90年代实施了风险调整,使用诸如年龄和性别等简单的风险调整工具,并经常结合不同的风险共担安排(见表4.8)。

工业化国家中公众对卫生部门改革的观点基本是毁誉参半。这可从表4.9看出。所调查的五个国家中,只有一小部分人,大约在9%—25%之间,对现存的机制基本上满意,认为只需较小的调整。其余的认为需要从根本上改变或建立新体制。调查时设计的问题使得难以从答案中看出公众想要的改革方向。根据本章前面的讨论,研究中所涉及的五个国家至少代表了三种“模式”。不同国家之间“满意”与“不满意”的比例差别很小,但批评可能在一个国家来自“右派”,而在另一个国家则来自“左派”。

尽管民意调查发现许多人支持大的改革,实际上改革幅度却很小。大多数措施没有很大的改变,而仅有微小的变动。^④

① 这与来自美国的证据是一致的,医学学会(几乎都一直雇佣“看门人”)已经通过调整两种计划中病人健康状况的不同,缩减了与收费服务有关的10%的开支(Cutler和Zeckhauser, 2000: 第604页)。

② 注意因为表4.6列出了总投资中病人自己支付一部分,这不仅包括病人对基本服务的共同支付,也包括并不违背一致性的各种服务(例如美容手术)的自费支付。

③ 基于DRG的混合付款系统大范围的应用可以从它被包括美国在内的许多国家采用(或者倾向于采用)所证明,这些国家包括德国、法国、英国、加拿大、澳大利亚、奥地利、比利时、丹麦、芬兰、匈牙利、冰岛、挪威、葡萄牙、西班牙、瑞典和瑞士(OECD, 1994a: 第46页)。

④ 工业化国家的改革进程表明,可能由于政治困难,原则7在实践中执行得过于充分。

表4.5 1984年以来OECD国家实行的部分改革

| 国家 | 变化 | 1993年保健服务的费用共担 (如果没有另加说明) |
|------------------|------------------------|--|
| 澳大利亚 | 引进需求边费用共担 ¹ | 1989-1990年16%的保健开支来自直接支付 |
| 奥地利 | | 住院病人每天6美元, 平均为药物价格的21.5% |
| 芬兰 ⁴⁵ | | 每次看病基础医疗的最高消费是50芬兰马克, 每年可扣除额为100马克, 门诊服务每天125芬兰马克;20%的总保健开支来自直接支付 (1997) |
| 冰岛 | | 基础服务每次的最高消费是9美元, 门诊专家服务17美元, 加上基础服务每次消费的40% |
| 日本 | | 账单的共同分担比例 员工 10% 家属 20% 自行执业者 30% |
| 卢森堡 | | 基础服务和门诊专家5%, 药物20% |
| 挪威 | | 每次基础服务11美元, 门诊专家服务每次16美元 |
| 葡萄牙 | | 基础服务和门诊专家服务10% |
| 瑞典 | | 1989年保健开支的10.7%来自直接支付 |
| 瑞士 | | 基础服务和门诊专家服务每次最高6-19美元, 住院服务每天8美元 |
| 丹麦 | 基础护理医生的工资部 | |
| 芬兰 ⁴ | 分是按人支付的, 而不 | |
| 爱尔兰 | 是全部依靠FFS ² | |
| 意大利 | | |
| 荷兰 | | |
| 新西兰 | | |
| 挪威 | | |
| 西班牙 | | |
| 瑞典 | | |
| 英国 | | |
| 澳大利亚 | 医院根据不同的病例进 | |
| 奥地利 | 行收费, 类似于DRG而 | |
| 挪威 | 不是年度预算或按日支 | |
| 葡萄牙 | 付 | |
| 瑞典 | | |
| 丹麦 | 依靠私人医院减少医院 | |
| 希腊 | 的等待时间 ³ | |
| 挪威 | | |
| 瑞典 | | |

资料来源: ¹ OECD (1994a: 第18页), ² OECD (1994a: 第24, 42页), ³ OECD (1994a: 第20页), ⁴ 芬兰社会事务与保健部 (1996), ⁵ OECD (1999b)。

表4.6 1997年一些OECD国家的病人自费情况

| 国家 | 总保健开支中的自费比例 |
|-----|-------------|
| 奥地利 | 25.1* |
| 加拿大 | 16.5 |
| 捷克 | 8.3 |
| 丹麦 | 12.6* |
| 芬兰 | 19.9 |
| 法国 | 12.6* |
| 德国 | 10.8^ |
| 匈牙利 | 15.1* |
| 冰岛 | 16.2 |
| 爱尔兰 | 12.9^ |
| 韩国 | 52.0^ |
| 卢森堡 | 7.0 |
| 新西兰 | 23.5* |
| 葡萄牙 | 44.6^ |
| 瑞士 | 29.8^ |
| 土耳其 | 31.7* |
| 英国 | 2.7^ |
| 美国 | 17.2 |

注释: * 1996年

^ 1995年

资料来源: OECD (1999b)。

表4.7 20世纪90年代后期一些国家的供应方支付系统

| 国家 | 基础服务 | 门诊专家 | 住院服务 |
|---------------------|---|----------|----------------------|
| 澳大利亚 | FFS | FFS | 带有上限的预算，一些州采取了病例支付 |
| 加拿大 | FFS，以及各省商定的医疗组之间的总预算 | | 预算和工资 |
| 丹麦 | 28%按人支付，63% FFS，9%津贴 | 按人支付和FFS | 总预算 |
| 德国 | FFS，以及医疗组织的总预算，服务的点系统，如果预算超支则每一点的价值将下降 | | 目标预算和病例支付 |
| 日本 | FFS | FFS | FFS（病例支付的范例） |
| 韩国 | FFS | FFS | FFS |
| 荷兰 | 高收入则FFS，低收入则按人支付（根据年龄调整），集中高风险 | FFS和工资 | 各地商定的总预算 |
| 新西兰 | FFS，按人支付和预算 | 合同和FFS | 合同和FFS |
| 挪威 | 按人支付，工资和FFS | FFS和工资 | 总预算 |
| 西班牙 | 工资和按人支付（按年龄进行调整） | 工资 | 社会保险医院为总预算，其他医院为每日津贴 |
| 瑞典 | 公众工资，一些县为混合支付 | 工资+预算 | 预算 |
| 英国 (1989年 以后) | 按人支付（根据年龄调整）和FFS，1989年改革以后为GP基金持股，1999年改革以后GP引导的基础服务团体作为购买者/基金持股人 | 合同和FFS | 合同和FFS |
| 美国 | FFS（资源为基础的相关价值），风险共担的按人支付等 | 主要是FFS | 主要为病例支付（DRG） |

资料来源：Greiner 和Schulenberg（1997）；Hakansson 和 Nordling（1997）；Krasnik 和 Vallgarda（1997）；Maarse（1997）；Saltman 和 Figueras（1997）；Scott（1997）；Hall（1999）；Ikegami 和 Cambell（1999）；Liu 和 Jakob（1999）；Naylor（1999）；OECD（1999b）。

表4.8 1972—2000年一些国家的风险调节和风险共担

| 国家 (项目) | 开始 年份 | 强制/ 自愿 | 风险调节因素 | 风险共担 |
|-------------------------|----------|-----------|---|---------------|
| 比利时 | 1995 | 强制 | 年龄/性别/地区/残疾/失业/ 死亡 | 比例风险共担, 至少85% |
| 哥伦比亚 | 1994 | 自愿 | 年龄/性别/地区 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 捷克共和国 | 1993 | 强制 | 年龄 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 德国 | 1994 | 强制 | 年龄/性别/残疾 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 爱尔兰 | 1996 | 自愿 | 年龄/性别/住院情况, 同目 前花费相比 | 部分, 视风险调节因素而定 |
| 以色列 | 1995 | 强制 | 年龄 | 严重疾病(6%的开支) |
| 荷兰 | 1991 | 强制 | 年龄/性别/地区/残疾 | 外部人员以及比例风险共担 |
| 俄罗斯 | 1993 | 强制 | 各地区做法不同 | |
| 瑞士 | 1993 | 强制 | 年龄/性别/地区 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 英国 | 1991 | 自愿 | 年龄/性别/优先使用/当地 因素 | 外部人员风险共担 |
| 美国: | | | | |
| 医疗保障 1997年 HMO | 1972 | 自愿 | 年龄/性别/地区(县) 组织地位/福利地位 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 2000年开 始的HMO | 2000 | 自愿 | 年龄/性别/地区(县)/福 利地位/主要住院病人治疗 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 纽约医疗补 助 | 1993 | 自愿 | 年龄/性别/地区 | 视情况而定 |
| 加州健康保 险计划 | 1992 | 自愿 | 性别/孩子数量/120标志诊 断 | 无(完全的供给方费用共担) |
| 明尼苏达州 买方医疗保 健行动小组 | 1997 | 自愿 | 根据诊断确定 | 为严重病例止损 |
| 科罗拉多医 疗补助 | 1997 | 自愿 | 年龄/性别/地区; 根据诊断 确定(残疾人支付系统) | 无(完全的供给方费用共担) |
| 华盛顿州医 疗服务局 | 1989 | 自愿 | 从1989年开始根据年龄/性 别/就业状况; 2000年开始 根据诊断确定 | 有限 |

资料来源: Berko 和 Hunt (1998); Dunn (1998); Knutson (1998); Wilson 等 (1998); van de Ven 和 Ellis (2000)。

表4.9 1998年一些国家公众对于医疗服务的意见

| | 澳大利亚 | 加拿大 | 新西兰 | 英国 | 美国 |
|---|------|-----|-----|----|----|
| <i>满意度：各种回答的比例</i> | | | | | |
| 总的来说系统运行很好，只需要进行小的修改 | 19 | 20 | 9 | 25 | 17 |
| 我们的保健系统有一些好的方面，但是要更好地运行需要进行根本的改变 | 49 | 56 | 57 | 58 | 46 |
| 我们的保健系统有许多错误，我们需要完全重建 | 30 | 23 | 32 | 14 | 33 |
| <i>可获得性：当需要的时候可以接受专家或顾问的的建议的困难程度的回答比例</i> | | | | | |
| 非常困难 | 14 | 16 | 17 | 10 | 15 |
| 有点困难 | 21 | 30 | 18 | 19 | 24 |
| 不太困难 | 25 | 22 | 26 | 30 | 24 |
| 不困难 | 29 | 25 | 30 | 25 | 32 |
| <i>成本：去年支付医疗费拥有困难的的回答比例</i> | | | | | |
| | 10 | 5 | 15 | 3 | 18 |

资料来源：Donelan等（1999：第208和210页），根据联邦基金1998年的国际保健政策调查1998年4-6月在各国的1000个成年人中的调查数据。

即使所有发达的欧洲国家都发生相似的变化，图景仍将显示很大的不同。但是预测还是可能的。发达的欧洲国家总体上可能会逐步接近一种“混合式的”，多支柱的机制：（1）公有制不仅没有占主导地位，而且所占比重下降；（2）公共投资在保健系统中保持优势，但远不是独占的；（3）越来越重视工资激励在协调消费者与提供者的利益与政策目标中的作用。

二、一个特例：美国卫生部门

详细分析美国卫生部门的经济机制超出了本书的范围^①。但是，对后社会主义经济的争论包括是否重新使用它，经常被初始状态的

^① 这个课题有大量的著作。希望了解的读者可以参考Fuchs（1996），Newhouse（1996）和Iglehart（1999）。

支持者引为反例。因此有必要概括它的一些特征。

表4.10 美国卫生部门所有者构成百分比

| 服务 | 单位/日期 | 公共 | 非营利 | 营利 |
|----------|----------|----|-----|----|
| 所有医院 | 进入/1997 | 18 | 70 | 12 |
| 短期居留医院 | 病床/1997 | 17 | 69 | 14 |
| 精神病医院 | 病床/1997 | 91 | 3 | 6 |
| HMO | 参加者/1996 | 0 | 42 | 58 |
| PPO | 计划/1995 | 0 | 20 | 80 |
| 门诊病人透析设施 | 设施/1997 | | | 65 |

资料来源：Rose-Ackerman（1996，表4，第710页）；国家健康统计中心（1999）；关于所有医院和PPOs，参见Claxton等（1997：第12页）；关于所有HMO的参加者，参见Gabel（1997：第135页）；关于透析设施，参见Nissenson和Kettig（1999：第172页）。

首先我们看供给边。在许多转轨经济中一个根深蒂固的观点是美国卫生部门是极其分散的。没有一个强有力的、有层次的行政机构让它围绕一个中心运作。另一方面，不能错误地认为美国卫生部门几乎完全由唯利是图的私有主体负责。关于美国卫生部门所有制形式的的数据列于表4.10和4.11中。它们显示了非营利机构在美国的大多数系统中占主导地位，特别是教堂、基金会和非国立大学拥有的大量医院的住院病人服务。营利为目的的私有部门占一定的比例，但没有压倒性优势。有趣的是，公立医院的病床数量比例在表4.11所示的时期（1980—1996年）内上升了。所有制结构并没有变得固定。更详细的资料表明许多医院转手了，从私立医院转为公立的，或者反之（参考Needleman，Chollet和Lamphere，1997；Melnick，Keeler和Zwanziger，1999）。

表4.11 1980—1996年美国医院病床的所有制改变

| 医院类型 | 每种所有制类型在门诊病床中所占的百分比 | | |
|------|---------------------|------|------|
| | 1980 | 1990 | 1996 |
| 公共 | 21 | 18 | 33 |
| 私有 | 79 | 82 | 67 |
| 非营利性 | ... | 74 | 57 |
| 营利性 | ... | 8 | 10 |

资料来源：OECD（1999b）。

资金状况远不像许多人想像得那样极端。回头看表4.4，发现保健开销的46%来自公共支出。公共筹资的两个主要部分是年长者的健康保险和贫穷者的政府福利资助（医疗保险和医疗资助）。除此以外，管理机构也直接投资医学研究和医生的医疗培训。但是，很明显美国私有资金在健康保健筹资中占的比例比欧洲发达国家高得多（见表4.4）。

美国筹资系统的一个特征是会发生各种各样的再分配过程，这很少有人知道但非常重要。政府运作的保险计划有很重要的再分配特征。一些雇主并不是从雇员的薪水里简单扣除一个统一的数额作为保险金，而是按收入关联的分段比例或递减比例借款。这是对低收入雇员有利的再分配，尽管以雇员为基础的保险系统总的来说是累退的——也就是说，在低收入的雇员身上施加更重的负担^①。大多数医院应用交叉补助金，用部分保险人或病人自费的款项来填补没有保险金的病人或用于研究上^②。但是日益增加的竞争压力限制了提供者继续这项实践的能力。

相当一段时期内，美国的提供和保险是独立于保健机制的部分。后者大部分发生在私人保险公司偿付病人的医疗单的情况。一般来说，一部分保险金由被保险人支付而另一部分由雇主支付。国际上这种以雇员为基础的传统保险制度安排在工人中占了很大比例。

近年来各种一体化或半一体化的形式得到了普及（例如参考Feldstein, 1994; Glied, 2000）。这些形式通常的特征是保险公司指导或管理医疗措施来消除它认为是多余的开销，于是出现了术语“管理医疗”。在美国，那些有自己的医生，或者与特定的提供者签订契约的组织被称为“有管理的医疗组织”。表4.12显示了“有管理

^① 美国以雇员为基础的保险回归起源于两个因素：占很大比例的雇主从薪水中扣除的固定的保险金（类似的固定税收对低收入的雇员有更大的负担），和雇主偿付的免税的健康保险（意味着更高边际税率下对高收入者带来更大的好处）。参考Reinhardt（1998）。

^② 当然这种情况并不只在美国发生，在其他的许多国家也经常发生。

的医疗组织”主要形式和它们的发展情况。

卫生维护组织（HMO）这种一体化形式通常主宰和代表了有管理的医疗。正如前面章节所提及的，卫生维护组织结合了融资边的保险公司的功能和供给边基础服务的功能。许多卫生维护组织至少在许多主要的专业方面有它们自己的专家医生，并且拥有医院，或者与一家或更多的医院有契约。会员只能选择属于卫生维护组织的医生。除此以外，卫生维护组织医生（基础护理医生或卫生维护组织专家）决定病人需要门诊还是住院治疗，更精确地说，卫生维护组织准备提供什么样的门诊还是医院治疗。在这种意义上，卫生维护组织是一种一体化的形式，但它们仍然是分散的：治疗决定并不由国家范围内的集中组织来管理。相反的，卫生维护组织依靠组织激励和薪水激励来调整私人提供者和大型组织之间的利益。

表4.12 1987—1995年美国各种类型的保健计划中的雇员分配百分比

| 计划的类型 | 1987年 | 1990年 | 1993年 | 1995年 |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| 非管理FFS | 41 | 5 | 很小 | 很小 |
| 管理FFS | 32 | 57 | 49 | 27 |
| HMOs | 16 | 20 | 22 | 28 |
| PPOs | 11 | 13 | 20 | 25 |
| “点”服务计划 | .. | 5 | 9 | 20 |

注释：管理和非管理形式的区别以及管理协会的状态在正文中已有解释。

PPO（Preferred Provider Organization）指的是优先提供者组织。在这个组织下，保险商同提供者的网络或小组签订契约提供医疗服务。提供者通常接受一定折扣的FFS付费，以换取有保证的病人数量。如果参加者愿意自费支付差价的话，他也可以到该计划以外的医生处就诊。

“点”服务计划是一种允许参加者选择计划外的医生的一种管理医疗计划，但他们必须支付这类服务的大部分费用。

资料来源：Iglehart对1987年和1990年的研究（1992：第745页）；Jensen等对1993年和1995年的研究（1997，第125页）。

最近，病人有了更大的选择范围，例如“优先提供者组织”和“‘点’服务计划”这样的管理医疗形式获得了很大的市场份额（见表4.12）。医疗协会以及其他“有管理的”一体化保险商—提供者组织彼此竞争，并与其他保险形式竞争。

现行的美国保健体制的成就和不足是什么呢？最不利的特点是近年来有相当一部分（估计有15%或超过4 000万人）美国人没有医疗保险。而且，还有一个鲜为人知但同样严重的“保险不足”问题，即有数百万美国人负担不起医疗保险开支。也有一些公有或私有的提供者来为未保险者提供援助，但是这通常限于严重疾病或其他某些急症，对于太严重的疾患其援助就没有那么及时了。对日常的非急诊治疗，人们至多只能依赖于人满为患的慈善组织或者公立医院和诊所。研究表明，在调整了其他能说明导致不同服务的因素例如收入和人口之后，未保险者得到的医疗服务大约只是保险者的60%（Altman, Reinhardt和Shields, 1998, 第5页）。

未保险阶层并不一定是政府认为需要帮助的贫穷阶层，因为后者正如前面提及的，是能够享受医疗补助计划照顾的。大部分未保险者是“有工作的穷人”。1992年末保险者中只有16%属于那些家长没有工作的家庭，其余的属于那些由全职或兼职工人抚养的家庭（Rowland, Feder和Keenan, 1998, 第28页）。他们大多数人在政府的贫困线以上，但超出不多。私有健康保险的高消费是他们获得保险的重大障碍。有些人的收入能支付他们本人及其家庭的保险，但由于某些原因未买保险。他们也许觉得不需要健康保险，应该把有限的钱花在其他方面。^①有些人缺乏必要的文化水平，觉得不需要医疗保险，或者认为这违反了他们的宗教信仰。^②其他人实际上

① 许多人不想主动保险，因为他们知道法律迫使保健网络在紧急情况提供免费服务。他们相信在许多情况下医生会充分理解“紧急处理”，此外，他们在任何情况下不再需要更多的照顾。

② 1993年，报道说7%的未保险成年人是因为错过了保险或他们不相信保险（Rowland, Feder和Seliger, 1998, 第29页）。

是需要保险的，但是认为接受政府资助有辱他们的尊严。不管什么原因，对于美国这样的富裕社会，这么多人没有医疗保险是不光彩的。这严重违背了原则2的伦理假定，即一致性的理论。它违反了前面提及的人人至少享有最基本社会保险的平等理念。^①

关于如何克服这个严重的问题，美国社会和政界一直有争论。克林顿总统在其第一个任期内曾准备实行全国人人都享有健康保险权利的政策。但是因为国会的反对，最终无疾而终。在第二个任期时，经济快速增长全体参保或者强制性医疗保险（说的是同一件事）甚至没有被提上议事日程。^②

关于克林顿计划失败的原因一直有几种看法。观点各不相同（参见Skocpol, 1996）。克林顿计划反对者的主要意见是，实行全国强制的健康保险计划将要建立一个庞大的、中央集权的官僚机构，因此会提高税收。这将与美国追求分散、竞争、私人企业、限制联邦政府权力以及相对低税收的精神不符。

许多人，甚至包括那些政治上支持克林顿公共福利目标的人，也认为不需要以政府资助的全国保健服务来解决15%未保险者的问题。这个问题可以由政府干预来解决。

克林顿计划的失败证明了不管改革计划多么周密，也不能脱离其初始条件——在这里，表现为分散型机制以及大部分开支来自于非国有资金。务实的改革者必须密切注意既有的传统和人们的期望。

简单地根据某一个特征来评价一个国家的卫生部门当然是错误的，在这里，“平等地获得健康保险”这一特定的公平标准固然重要，但是也要根据其他标准来评判美国的保健体制。

部门之间的分散和竞争给个人以巨大的选择自由，遵循了个人

^① 表4.9表明了美国作为五个所调查国家最富有的国家，有困难支付医疗账单的人群占的比例也是最高的。

^② 例如，作为1997年通过的平衡预算法案的一部分，国家儿童健康保险计划在未来几年内将提供超过200亿的资金来扩展儿童保险的覆盖率。

自主的原则¹。大部分美国人有抽回资金的机会：如果他们不满意，他们还能够求助其他医生、医院或者保险公司。当然这种自由因地理上的考虑比如地方垄断而受到限制。更强的限制在于，许多人的保险是由他们的雇主安排的。雇主通常缴纳出一部分资金，并且会根据其自身利益来选择保险。公司通常会向员工提供简单的便宜的保险方案。^①尽管有这些限制，许多人仍然有很多机会可以选择，这正是美国公民对其评价甚高之处。

与其他经济部门一样，根据原则4——效率激励要求——竞争会推动质量的提高和技术的发展。广泛的创新自由导致科学发展的不平衡性。毫无疑问，美国在医疗研究及实际应用方面是世界上领先的国家^②。

公众满意度的调查表明了美国人对卫生部门看法的模糊性，通常他们认为自己得到的照顾已无微不至，但却认为国家保健体制充满缺点。但最近与其他工业化国家的比较表明，美国人的不满意程度没有明显偏高或偏低（参考表4.9）。

很重要的是，迄今为止美国人均健康投资是最高的，而且花在保健上的国内生产总值比例也是最高的（见表4.4列2）。这个比例从1975年起上升了很多。表4.13比较了1960年到1997年之间美国和其他OECD国家健康投资的增长情况。表明了美国的增长比例比平均水平高得多，而且比除了西班牙以外的OECD国家都要快。但是西班牙1960年的保健投资仅是国民生产总值的1.6%，并且经过将近五倍的增长后仍然只有7.5%，只比美国比例的一半多一点。

美国保健开销的高水平和高增长是多个因素综合作用的结果，其中一些值得列举。

^① 1997年对未过中年的受保险成年人的典型的调查发现42%的人没有选择保险计划的机会，而那些有选择机会的人，20%抱怨品种不多（Gawande等，1998：第187页）。

^② 以美国历史上担任保健服务时间最长的秘书Donna Shalala的话来讲：“从好的方面来说，我们的保健体制是世界上最好的。没有什么可以替代伟大的美国学术保健中心……从坏的方面来说，我们的体制也许比较乱，尤其是对那些没有得到尽早照顾的人们来说（Shalala和Reinhardt，1997：第47页）。

首先,当居民自己决定应该在健康保险上开支多少时,他们会比政客给予高得多的优先权。因此美国保健开支占国民生产总值比例比其他国家高的一个原因是消费者自主权得到更有效地发挥。

表4.13 OECD国家1960年和1997年的保健开支增长

| 国家 | 在国内总消费中保健开支的比例 (%) | |
|------|--------------------|------|
| | 1960 | 1997 |
| 澳大利亚 | 4.8 | 8.4 |
| 奥地利 | 4.3 | 8.2 |
| 比利时 | 3.4 | 8.0 |
| 加拿大 | 5.3 | ... |
| 丹麦 | 3.6 | 8.7 |
| 芬兰 | 3.8 | 8.2 |
| 法国 | 4.3 | 10.0 |
| 德国 | 4.9 | 10.9 |
| 希腊 | 3.4 | 7.8 |
| 冰岛 | 3.2 | 8.0 |
| 爱尔兰 | 3.6 | 7.7 |
| 意大利 | 3.6 | 7.9 |
| 日本 | 3.0 | 7.2 |
| 卢森堡 | ... | 7.8 |
| 荷兰 | 3.9 | 9.2 |
| 新西兰 | 4.2 | 7.6 |
| 挪威 | 2.9 | 8.1 |
| 葡萄牙 | ... | 7.3 |
| 西班牙 | 1.6 | 7.5 |
| 瑞士 | 3.1 | 10.5 |
| 瑞典 | 4.6 | 9.3 |
| 土耳其 | ... | 3.8 |
| 英国 | 3.9 | 6.8 |
| 美国 | 5.3 | 13.7 |

资料来源: OECD (1999b)。

第二个因素，已经在其他地方提及，美国是世界上医疗技术发展最快的国家。与其他领域一样，领先的技术需要最大的开支。当这项技术大范围推广，新的设备或药品批量生产时，在每个病人身上的开支就会减小，虽然单位开支的减小或许会被使用者数量的大幅增加所抵消。先进科技的大部分研发成本是由美国社会承担的，特别是病人承担了大部分医疗费用。旨在推动新技术的传播和应用的政策一般趋向于增加对综合保健开支的压力。

第三个因素是医生的高收入。美国医生的收入是全国平均收入水平的五倍，甚至比德国（四倍）还高（见表5.12）。

第四个因素是美国分散性保险和竞争性市场的管理费用。这些开支包括市场营销费用，以及和竞争性保险公司和提供者签约的费用。此外，不同的付款人会要求患者和提供者填写不同的申请表，后者需要为此而支付交易费用。

第五个因素是有些服务是浪费的、多余的，甚至是有害的。卫生部门的开支上长得比预算要快。特别是在HMOs和其他管理医疗组织大范围出现之前，在分散经济体制下没有哪个组织有足够的激励把开支降下来。这事实上给一些医生带来了好处，他们要求病人接收多余的检查和治疗。

病人和医生将昂贵的费用转嫁给保险公司，保险公司则因此收取付款者（雇主和保险人）更高的保险费用。另一方面，在大多数欧洲国家，保健费用的大部分直接或间接来源于政府预算，因此财政压力最终限制了开支范围。

这种情况与第六个因素联系在一起：医疗行为诉讼层出不穷，而法院通常只对其中较大的损害做出赔偿的裁决。这就要求用更高的保险费用来弥补相关的法律费用。而且，这种诉讼的可能性鼓励提供者实行更多的检查和咨询（称作防卫性药物），来免除可能的不当行为的指控。

然而这并不能绝对地说国家融资体制的财政压力是限制失控的

保健开支的惟一可行的方法。管理医疗组织似乎可以通过在降低成本的同时给予病人、医生和保险公司一定利益来抑制费用的上涨。病人因为费用共担而愿意节约开支（尽管在管理医疗组织中需求边的费用共担需求通常很小），病人愿意节约开支的另一个原因是他们可以在便宜的或昂贵的保险计划之间作出选择。几乎可以肯定地说，激励医生和其他保健提供者降低成本更加重要（见第三章）。而且，组织以多种方式直接干涉管理医疗开支。例如，在某些情况下，在医院同意或某些手术之前，它会听取其他医疗意见。它长期监视医院的主要业务并在事后复查治疗程序是否合适，等等。当然如此严格的开销控制也有负面影响。病人实际需要的试验、治疗或者药物会被取消。^①提供者会倾向于躲避病情最为严重的病人，从而会导致风险选择和医疗机会不平等。上述问题引致很多抱怨，以致要研究找到更好的能同时满足病人需求、提高服务质量和控制成本上升的方法。^②

HMOs和其他形式的管理医疗的发展、对它们实践的争论和批判，以及已经开始采取的改正其缺陷的步骤，这一切都表明了试验和改革的活力和愿望，以及美国卫生部门的特征。

① 其他的负面结果，见第三章。

② 我们能够期望立法来要求医疗协会或其他管理型服务对什么样的服务进行出资，或者可以对什么服务不进行出资。更灵活的方法已广为采用，由此只要病人如提供者组织和“点”服务计划所要求的，对额外开支进行费用共担，病人要求的额外服务就可能实现。

第五章 东欧国家的卫生部门：初始状态

如同政治结构和经济的其他领域一样，东欧各国的卫生部门也是从各自有所不同的社会主义制度继承而来的。但是，本章关注的是其相似之处而非不同点。本章将讨论卫生部门的大多数共同属性，以后讨论改革建议时，再澄清另外一些相似之处。

一、“经典社会主义”的经济体制

在过去的几十年里，社会主义制度经历了许多变化。在进行“市场社会主义”（科尔奈对“市场社会主义”有非常多的批评，他认为，上个世纪30年代的关于市场社会主义的争论并没有得到完全的批判。他把“市场社会主义”看成是打算在社会主义与资本主义之间找到第三条道路，而他坚决认定此路不通。——编者注）的改革之前，斯大林时期的模式被认为是“经典”的社会主义制度。^①当然，即使在经典时期，不同国家之间也是有差异的。这里只讨论主要的共同特征。我们在第四章讨论卫生部门的模式时省略了第六种模式的论述，即“医疗服务的公有制供给：前苏联模式”，这里进行补充。

卫生部门是计划经济的组成部分。就经济机制而言，它同其他部门没有任何区别。该部门的所有活动都受中央控制。权力的顶端是卫生部长，他同时又被党和政府的管理者所指挥。指令从他开始通过行

^① 关于经典社会主义和改革的社会主义之间的区别以及两者的主要特征，参见Kornai（1992b）。

政层级一直到达基层——医院、诊所和提供最初保健护理的地区性医务室——的干部。他们又指挥所属的医生、护士和其他医务人员（在小单位是直接指挥，在大单位通过另一层行政组织进行指挥）。

所有医疗机构都是国有的。它们究竟归中央政府所有还是归地方政府所有，各国情况不同。所有在卫生部门工作的人员都是国家公务员。相关高层官员决定谁将安排在什么位置上、谁将获得提升、谁将被开除。卫生部门的工资级别由中央决定。

所有与医疗保健有关的建筑和设备也是国有的，中央政府将必要的资源和设备分配给医疗卫生部门进行管理。中央对投资项目进行决策，这在很大程度上决定了每个医疗保健单位（如医院或诊所）的能力。

当最高政治层做出将经济总资源的多少分配给医疗卫生部门的时候，该部门的发展就被决定下来了。最高领导人及其助手们，或中央委员会或更小范围内的政治局决定该部门在经济各部门中的比重。普通公民没有决定权。

经典的斯大林主义时期的政治领导人给不同的经济部门以不同的优先权。例如，重工业总是获得最高优先权，尤其是军工产业，而医疗卫生部门总是属于最低优先权的部门。尽管随着经济的发展，分配给医疗卫生部门的资源也增加了，但其份额一直比较低。卫生部门一直不受重视是经典社会主义违反原则8（和谐发展的要求）的典型例证。这是医疗服务部门服务质量低下、技术落后的一个很大的因素。

经典社会主义制度是家长制作风的极端反映：该制度的思想和做法严重地同原则1（个人权利的思想）相冲突。经典社会主义的哲学是：“我们将照顾你们，你们将获得免费的医疗保健。因而，我们将决定你们可以获得何种以及多少医疗保健。”所以，经典社会主义的主要特征之一就是普遍可获得的免费医疗保健服务。

病人没有选择的自由。例如，在匈牙利和南斯拉夫，医生在地

区域性组织的医务室工作，每个病人被分配给一个医生。这个地区性医生（在美国称为基础服务医生，PCP）充当“看门人”的角色，决定是否进行诊断和治疗以及是否将病人送往专科医生或医院做进一步的检查，而且决定是送往综合性的诊所还是医院。如果这个医生将该病人转出，会有另一个医生负责进一步的程序。在这样的制度下，病人没有办法进行申诉。

在其他国家，例如保加利亚、捷克斯洛伐克、波兰和罗马尼亚，建立起了一个包括基础服务和门诊病人专科服务的综合性诊所网络。但是，这同刚才描述的情况并没有什么不同：个人没有选择的自由。综合性诊所的医生负责病人的治疗和进一步的诊治。

经典社会主义制度是“半货币化”的经济。输入和输出的交易都是通过货币进行的，通常经济组织作为一个整体都会是这样的。某些账户会显示预算收入是超过还是少于开支，但是组织的收入和开支的差额并不重要。各层次的决策者都不是“利润最大化者”或“成本最小化者”。如前所述，资源的分配主要是中央决策以直接的物质形式进行的输入配额、物资分配和人员配额（在某些国家的某个时期将员工分配到特定的工作岗位）。同物质资料的输入输出的分配相关的真正行动是货币的预算分配，货币交易是最常见的。

在这种体制中，第三章讨论的提供和出资问题是非常难解释的，因为出资不是同特定的医疗保健服务交易相关的，它的作用在任何情况下都不是关键的。但是，提供和它所要求的输入分配是相联系的。在这点上，苏联模式是一体化的制度。^①

如同经典社会主义制度中的其他部门一样，医疗保健服务部门也出现了长期短缺。所有的公民都可以免费享受医疗服务，单单这个事实就足以导致短缺。“道德风险”现象以一种极端的形式出现：病人

^① 这本身就说明将经典的苏联模式的体制等同于集中化的税收出资的英国模式是不准确的（关于后者，参见第四章）。双方都是集中化的政府控制的，都是“一体化”的，在这点上两者是相似的。但是，除了政体不同以外，英国模式中政府财政分配起重要作用，但在苏联模式中它仅起到辅助作用。

没有任何控制其需求的激励。短缺经济的典型症状尤其明显：拥挤的诊所和医院，候诊室里排长队，等候医院的病床、检查、治疗和不断被推后的手术。强制替代是很常见的：真正需要的专业医生或药物短缺，所以不得不使用不大符合要求的医生和药物进行替代。

在两种情况下，短缺现象被掩饰或模糊了。其一是缺乏健康的知识。大多数病人都不知道他们被隐瞒了什么。另一个重要因素同“看门人”的角色相关。那些负责病人的检查、门诊治疗或住院治疗或住院专家治疗（如手术）的人员有严格的条件限制。医生们知道医院和诊所的能力是有限的，所以他们不会轻易地推荐病人就医，这在一定程度上缓解了医院和诊所的拥挤程度。

在计划经济和长期短缺的条件下，整个经济界缺乏进行产品、工艺和技术的创新和开发的动力。在医疗保健领域也一样。除了一些极有才华和献身精神的革新者外，在经典的苏联模式下的科技发展总的来说呈现出模仿的特征，目的在于模仿西方发达国家的医疗领域和制药行业的创新。它们可能是合法的，也可能违反了专利法，并且通常滞后相当长的时间。

我们来总结一下上述内容。起因是垄断和中央集权官僚体制以及伴随的短缺经济，结果使病人完全没有自主权、服务质量低下以及科技进步滞后。在天平的一端有太多的负面因素。

另一方面，如果忽视另一端的因素是错误的：安全、一致性和平等（虽然是在一个非常低的水平上）。这一方面可以保证相对综合性和有效的大众基本医疗服务，如免疫。更普遍的是，这个状态本身就是一个综合性的普遍的保险制度。大众开始习惯并视其为当然。人们希望国家来担负这个职责。这个期望是社会主义制度主要的后果之一，以后的每一项政策都将面对这个政治现实。

但是，在改革前的经典时期，家长制的保障和平等获得医疗服务被腐败和特权严重地扭曲了。如果有个人关系、占据高位、为医生帮忙，甚至用金钱或礼物行贿，都可以获得更多额外的服务和治

疗，否则就可能得不到，或者费用更高。对于“列入名单”的高层人士而言，有安静的条件、更好的特殊医院（或者医院里的特殊病房）。在许多地方有许多特权等级，最好的医院给最上层的人物，次一等但远远好于一般水平的医院留给其他的特权人士，依此类推。在经典社会主义制度下，不可能期望医疗保健服务可以避免存在于任何交易中的腐败和特权。

关于“经典”社会主义医疗保健体制，最后应该强调该体制在任何东欧国家都没有原封不变地保留下来。但是，我们仍然可以在许多方面看到其残余。

二、重新定义供应的权力

偏离经典的制度并不单单在一个国家进行。何时何地进行改革在各国之间并不相同。^①本书并不是要提供一个关于改革的最新报告，因为情况不断在变化，而且各国情况也不一样。

我们的目的是要勾画出大概的趋势。在1989—1990年的政治剧变之前，最引人注目的变化多发生在前南斯拉夫、匈牙利和波兰。20世纪90年代福利部门改革在几个国家加速进行，但是远远不及经济的其他部门的变革剧烈。

以下几个部分将就变化的几个主要方向进行简要分析。我们在后面再来逐个分析这些趋势。本章主要是描绘特征。以后提出改革建议的章节将就目前的机制进行分析。

首先来看一下东欧的法律制度是如何界定享受医疗服务的权利

^① Goldstein等（1996）和PHARE（1998）提供了东欧国家保健制度改革的总括评论。Saltman, Figueras和Sekallarides（1998）论述了欧洲的保健制度改革，其中包括与东欧国家的具体问题有关的许多有用资料和分析。至于总括的论述，匈牙利的情况可以参见Orosz, Guy和Jakob（1998）和Mihalyi（2000）；保加利亚的情况，WHO（1999a）；克罗地亚，WHO（1999b）；捷克共和国，OECD（1998a）；波兰，Chawla, Berman和Kawiorska（1998）；斯洛伐克，WHO（1996b）；斯洛文尼亚，Toth（1997）。

作者在搜集东欧国家的数据时非常得益于：Andrea Despot（克罗地亚），Matjaz Nachtigal（斯洛文尼亚）和Christian Pop-Eleches（罗马尼亚），这三位都是哈佛大学的学生。另外还有Ventsislav Voikov（保加利亚经济分析与预测部）。

的。在经典社会主义制度下，所有的公民都有权获得免费医疗服务（由国家规定）。但是根据法律规定，病人无权用钱购买额外的服务。^① 制度改革以后，所有国家都抛弃了这个无限制的普遍的权利。表5.1显示了权利的变化：（1）大多数国家严格界定了有权获得服务的人群范围。并不是所有的公民都可以。主要是那些支付了社会保险的个人及其家庭成员可以获得服务。国家为一些失业群体支付社会保险。^②（2）一些国家取消了部分免费服务（例如，牙科服务）。换言之，他们开

表5.1 东欧国家20世纪90年代后期医疗保健的权利

| 国家 | 权利的基础 ¹ | 基本保障 ² |
|-------|--------------------|-------------------------------|
| 保加利亚 | 1999年7月开始缴费的公民 | 几乎全部 |
| 克罗地亚 | 缴费 | 共同支付：医生或护士上门服务，去医务室，和某些禁止性的检查 |
| 捷克共和国 | 缴费 | 除了牙科治疗和美容外的全部 |
| 匈牙利 | 缴费 | 除了牙科治疗和美容外的全部 |
| 波兰 | 1998年开始缴费的公民 | 几乎全部 |
| 罗马尼亚 | 1998年开始缴费的公民 | 几乎全部 |
| 南斯拉夫 | 缴费 | 除了牙科治疗和美容外的全部 |
| 斯洛文尼亚 | 缴费 | 几乎全部，普遍的共同支付 |

注释：¹在德国模型中，原则上规定了谁替谁支付社会保险。至于孩子们是通过父母的社会保险（例如匈牙利和保加利亚）还是国家支付的社会保险（例如捷克和斯洛伐克）获得保障，各国规定不同。领养老金的老年人的社会保险基本上是由国家或养老基金支付的。事实上，一些国家的政府（捷克共和国、匈牙利和斯洛伐克）已经终止了保险支付，从而降低了中央财政赤字，增加了社会保险机构的赤字。

²已经停止药物在所有地方免费供应。参见表5.6。

资料来源：WHO (1996a, 1996b, 1999a, 1999b, 1999c); Toth (1997); NERA (1999); OECD (1999a)。

① 在大多数社会主义国家，宪法规定公民有权获得医疗保健服务。在保加利亚和波兰这两个国家，宪法规定免费的医疗保健服务是公民的权利。在前捷克斯洛伐克，也有相同的法律规定。关于这类宪法的国际比较，可以参见Hofmann等（1998）。

② 即使在比较主动积极的人群中，要遵守这个规定也是非常困难的。通常只是大概检查一下申请医疗服务的病人是否有社会保险号码，并不检查他们是否真的根据法律规定支付了保险金。

始区分在社会保险机制下可以免费（或基本免费）获得的基础服务和可以用钱购买的附加服务（尽管范围依旧相对比较小）。（3）一些国家停止提供一些完全免费的服务。它们引入了共同支付，来补充社会保险。

尽管有这些限制，许多公众依旧可以获得几乎免费的医疗服务。街上的流浪者尽管没有遵守以上的措施，依然认为原来广泛的权利还存在，并且他们中的大多数人都这么认为。这是进行进一步的医疗保健服务的最重要的条件之一。如果对已经存在的普遍的权利有一个严格的限制，那么大多数人就会认为他们被剥夺了他们的权利。

三、供应融资的分散化

在东欧的所有国家，即使是那些没有最先发生变化的国家如南斯拉夫、匈牙利和波兰，计划经济在20世纪90年代开始崩溃。这不可避免地提高了资源配置中金钱和财务处理的作用。根据第三章（表3.2）介绍的分方法，用卫生部门的术语来说，在卫生部门的变化可以说成是从苏联模式（“公开供应”）转变成了英国模式（“国民保健服务”）。但是，不同情况下变化是不一致的：

- 许多特定的医疗保健服务都没有买方（不论是国家单位、社会保险机构或者病人）可以支付的或者卖方可以获得的价格。但是，个人服务是作为某种综合服务报酬的一部分获得补偿的。
- 制定的报酬应该或多或少地补偿提供者的经营成本，但是它并不能补偿更新和开发固定资产的成本。该计算并不包括折旧。这同前面提到的事实相关，即卫生部门的总投资活动是中央控制的。提供保健服务因而获得报酬的单位（例如医院或诊所）为什么不能进行投资决策呢？原因之一就在于它不能获得投资的收入。其投资的财政来源是中央机关；它必须争取国家补贴。如果它还是决定要自行投资的话，那么它必

须从现在获得的拨款中私留一部分钱——这是违法的。例如，它可以不支付加班工作的医生或其他医疗工作者，而将钱用来购买新仪器。这种做法同资源配置所需要的的计算方法严重背道而驰。

- 令人迷惑的各种差别化的补贴使得合理的计算方法难以获得实施。

这使我们碰到了一个关于市场社会主义争论的常见的问题。通过一个毫无结果的经济理论推理，我们可以猜想，存在一个经济体制可以保留公有制，但是其参与者似乎是作为利润最大化的私有者参与活动。这样就可能可以采用市场机制来确保有效的资源配置。这种想法（不光指经济作为一个整体，而且指单独在保健领域）的问题在于，它并不考虑实际的所有制形式所导致的实际行为方式。实际的所有者不会容忍其获得的报酬不能弥补固定资产的折旧、更新和开发成本。但是，东欧的保健领域的组织却可以容忍，因为他们被要求这么做。如果一些最低限度的服务由私有组织提供的话，最终必然会导致支付制度的剧烈变化，而带来一种允许合理定价的保健服务定价制度。即使大多数提供者仍旧处于公有制下，这也是大势所趋。

东欧国家通常是从集中的体制向提供和融资分离的制度转变。他们发展的体制在两个方面同德国模式相似。首先，医疗服务的社会保险基金有它自己独立的收入来源——公民有明确的支付保险金的法律义务。^①其次，作为卖方的该基金向作为买方的提供者进行支付，因而它是一个独立的组织。

在不同国家，分离前的支付方法不同比例地综合了苏联和英国模式（参见第三章表3.2）。这个比例取决于资源的集中配置方式保留的程度和时间，以及经济领域货币化——以货币进行支付——已经实现的时间和连续性。

^① 本书通常省略“保健服务保险基金”中的定语“保险服务”，因为根据上下文可以清楚地看出指的是保健服务基金还是养老基金与保健服务基金的组合。

表5.2中的年份是指每个国家转向德国模式的时间。这并没有说明在每个国家购买者（社会保险基金）的法律地位。它可能是一些独立于政府及其中央预算并拥有自己的管理机构的组织。另外，它可能附属于中央政府，作为管理机构的一部分进行运作（但是即使在政府体系中，依旧独立于控制和管理“卖方”（医疗服务提供者）的官僚体系）。表5.2的第二列描述了其法律地位，“是”代表其独立性非常明显地建立起来。例如在匈牙利，自从1991年以来其社会保险基金就成为一个独立的买方，其收入的大多数形成了特定用途的基金。在这方面，它类似于德国模式。自从脱离政府直接控制以来，该基金到1998年中期依旧是自主经营的（WHO，1999b）。

表5.2 东欧的社会保险转向德国模式

| 国家 | 引进年份 | 独立 | 受政府控制 | 备注 |
|--------------------|-------------|---------------|---------------|----------------------------------|
| 保加利亚 | 1999— | | 是，直到2000年 | |
| 罗马尼亚 | 1999— | 是 | | 自1999年以来，地理性分散的SIFs ¹ |
| 波兰 | 1999— | 是 | | 自从1990年以来，地理性分散的SIFs |
| 阿尔巴尼亚 | 1994— | | 是 | SIFs的出资被限制用于药物和基础护理医生 |
| 捷克共和国 | 1992— | 是 | | 自从1993以来，分散化、竞争性、非营利的健康保险基金 |
| 斯洛伐克 | 1994— | 是 | | 自从1993以来，分散化、竞争性、非营利的健康保险基金 |
| 匈牙利 | 1991— | 是，直到1998年7月为止 | 是（从1998年8月开始） | |
| 克罗地亚 ² | 1945—（1993） | 是 | | |
| 马其顿 ² | 1945—（1991） | | 是 | |
| 斯洛文尼亚 ² | 1945—（1992） | 是 | | |

注释：¹ SIFs为社会保险基金（Social Insurance Fund）。

² 日期的解释参见正文。

资料来源：WHO（1996a，1996b，1999a，1999b，1999c）；Toth（1997）；OECD（1999a）；罗马尼亚的卫生部的个人访谈。

在铁托时代的南斯拉夫，每一个共和国都经营自己的医疗卫生部门，以区域性的非集中化方式运营。不像其他社会主义国家，南斯拉夫没有放弃其1945年以前便已实行的职业化社会保险基金。在这方面，可以说支付制度已经类似于德国模式，尽管在另一方面来说它还是分散的和低效率的体制。克罗地亚、马其顿和斯洛伐克在20世纪90年代早期就用国家社会保险基金取代了这个机制。

经过几年的准备，波兰于1999年在其融资和支付制度上引进了类似德国模式的机制。罗马尼亚和保加利亚本计划于1999年引进德国模式，但是尽管事实上立法已经将融资和提供分离开来，该计划还是很有可能被推迟。

四、融资

我们首先考虑需求方。先复习一下根据第三章的分类系统归纳的可能的融资来源。

1. 国家预算

随着东欧的后社会主义医疗卫生部门逐渐脱离经典社会主义制度下的体制，他们或多或少地采用了德国模式，并迅速减少了直接由国家预算出资的医疗服务的比例。但是，国家并没有从融资来源中退出：各国的国家作用不同，但不容忽视。

中央政府预算继续向公共医疗服务部门（例如防疫和胸透）出资。并继续支持或大量补贴大型专业化全国性机构（如癌症研究和移植机构）、许多医疗研究和医疗培训机构。中央政府对这些活动的资助通常是由于其强大的外部效应（公共产品的外部性或特征）。

我们已经提到中央政府预算依旧是大型投资项目的主要资金来源。

与经典社会主义制度下不同，保健资金来源的一个很重要的作用是国家预算资助的是非集中化的地区性组织：上层（省、县）或基层（镇、村）的地方政府。这也导致了一些所有权的转移。但是，这个过程是互相矛盾的。这虽然增加了地方政府机构为居民提供保

健服务的责任以及它们进行干预的权利，但是它们却无法获得这样做所需要的相应的资金来源。与在别的部门一样，在卫生部门，中央政府和地方政府之间的关系也非常紧张。

2. 强制社会保险

一旦采用了社会保险，所有的雇主和员工都必须缴纳社会保险金。各国之间社会保险金的规模以及在雇主和员工之间的分摊比例是不同的（见表5.3）。

表5.3 东欧20世纪90年代末期保健开支的规模及其在雇主和员工之间的分摊比例

| 国家 | 规模(占收入的百分比) | 在雇主和员工之间的分配百分比 |
|--------------------|-------------|--------------------|
| 阿尔巴尼亚 | 3.4 | 50:50 |
| 保加利亚 ¹ | 6.0 | 50:50 |
| 克罗地亚 | 16.0 | 50:50 |
| 捷克共和国 | 13.5 | 66:33 |
| 匈牙利 ¹ | 14.0 | 79:21 ³ |
| 马其顿 | 3.6 | 100:0 |
| 波兰 ¹ | 7.5 | 0:100 |
| 罗马尼亚 ¹ | 14.0 | 50:50 |
| 斯洛伐克 | 13.7 | 66:33 |
| 斯洛文尼亚 ² | 12.8 | 50:50 |

注释：¹从1999年开始。

²在1992年保健开支的规模从18%稳步下降。

³在匈牙利，雇主每个月为其员工向健康保险基金支付一定数额的保险金。2000年的支付数额为平均工资的5%。

资料来源：Saltman和Figueras（1997）；NERA（1999）；WHO（1999a，1999b，1999c）。

强制保险构成了包括健康保险基金在内的社会保险基金的主要来源，尽管通常不是惟一的来源。就卫生部门整体来说，社会保险基金在20世纪90年代后期已经成为东欧保健服务的主要资金来源。

初看起来，似乎社会保险基金必须从税收收入中支付其开支，也

就是说，其中存在预算约束。该预算约束究竟是软还是硬呢？图5.1显示了三个国家保健服务的社会保险基金的赤字。在两个国家中赤字非常高，另一个国家——斯洛文尼亚比较低。仔细研究表5.4就会发现，法律规定要求政府自动地弥补健康保险的财政赤字。斯洛文尼亚是图5.1中惟一对中央和地方政府保护卫生部门的预算没有法律限制的国家。^①在其他两个国家——克罗地亚和匈牙利，社会保险基金享受最广泛的软预算约束。如表5.4显示，在其他几个后社会主义国家情况类似。其他领域必须通过游说向高层机构施加压力从而获得优惠。在保健领域，法律可以保证在某一个机构赤字经营时政府将提供支持。这个规则本身就会纵容浪费，因此有人怀疑社会保险的融资是否真的同税收直接融资相分离，因为赤字将导致后者的出现。

表5.4 东欧国家为了保证社会健康保险基金的
可偿付性而提供的政府担保

| 国家 | 担保 |
|-------------|---|
| 保加利亚(2000—) | 如果出现财务缺口，SIF将可以使用政府预算中的短期无息贷款或者额外预算账户或基金 |
| 克罗地亚(1993—) | 法律保证偿付SIF的赤字 |
| 捷克(1993—) | 对于SIF的赤字，国会将投票表决是否提供贷款，但是其他非营利性健康保险基金无此优惠 |
| 匈牙利 | 法律保证偿付SIF的赤字 |
| 波兰(1999—) | SIF必须建立储蓄基金，只有当其管理委员会批准时才可以使用；地方政府可以提供地区性基金贷款(没有限制) |
| 斯洛伐克 | 法律保证偿付SIF、内务部、国防部、交通部的保险基金的赤字，但是其他非营利性健康保险基金无此优惠 |
| 斯洛文尼亚 | 无担保 |

注释：SIF指的是社会保险基金（具体的解释可以参见本节前面的内容）。

资料来源：WHO（1996a，1996b，1999a，1999b，1999c）；Toth（1997）；OECD（1999a）。

^①表5.4说明在捷克共和国救助既不是必须的，也不是被禁止的。如果国会的大多数（例如执政党）认为有必要的话，也可以弥补赤字。

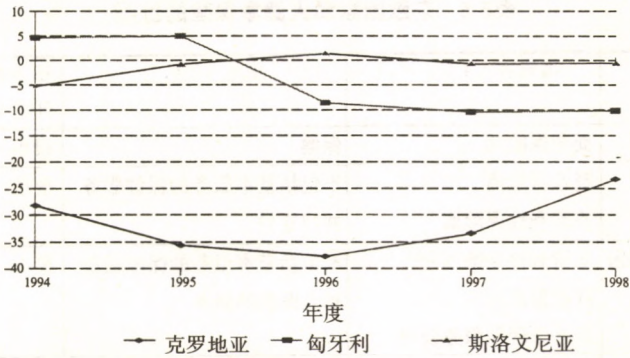


图5.1 1994-1998年，克罗地亚、匈牙利和斯洛文尼亚三国社会健康保险基金的赤字情况

资料来源：PHARE（1998：附录），斯洛文尼亚统计局（1998），Banka Slovenje（1999），统计总署（1999），OECD（1999a）。

3. 自愿保险

这个问题有几个方面。有些员工（包括自行执业者）必须购买强制社会保险，而社会上的一些团体却有选择购买的权利。它们只有自己支付了必须的保险金以后才可以享受社会保险提供的服务。

几乎所有的后社会主义国家都出现过私有的、营利的商业保险机构和非营利的保险商提供医疗服务。表5.5中对此进行了概括。可能那些无法享受社会保健服务保险的人（例如侨民）或者那些需要社会保险无法提供的补充服务的人会购买私人保单，我们在后面再回到这个问题。

请注意表5.5的第3列：私人保险的地位还是很小的。

4. 病人直接付费

所有东欧国家都开始引进一种共同支付的制度。社会保险继续支付大部分的服务成本，但是病人的直接支付部分开始增加。表5.6揭示了每一个国家共同支付的服务、共同支付是如何实行的、根据某些基础它们是一致的还是有区别的等问题。但是，病人应该为其享受的服务提供部分开支的原则已经在所有地方被实行了。

表5.5 东欧国家私人健康保险的份额

| 国家 | 出资者 (1) | 用途 (2) | 私人健康保险 开支 (3) |
|-------|-------------------------------|---|----------------------|
| 保加利亚 | 商业保险商 | 保健 | 很小 |
| 克罗地亚 | 商业保险商 非营利性保险商 | 不包括基本服务的保健服务 共同支付 | 很小 |
| 捷克共和国 | 非营利性保险商 商业保险商 国外管理性服务公司 | 不包括基本服务的保健服务 私人医院的服务 | 很小 |
| 匈牙利 | 商业保险商 自愿保健基金 国外管理性服务公司 | 保健, 私人医院的服务, 生 病期间的工资损失, 小费 ¹ | 很小 |
| 马其顿 | 商业保险商 自愿保健基金 | | 很小 |
| 波兰 | 商业保险商 国外管理性服务公司 | 不包括基本服务的保健服务 私人医院的服务 | 很小 |
| 罗马尼亚 | 商业保险商 | | 很小 |
| 斯洛伐克 | 商业保险商 国外管理性服务公司 | | 总保健开支的 1% (1995) |
| 斯洛文尼亚 | 斯洛文尼亚健康保险基金 自愿基础上的商业保险商 | 共同支付, 药品, 国外紧急 服务 | 总保健开支的 12% (1997) |

注释: ¹ 对一些市场上可以获得健康保险来说, “小费保险” 的非正式术语是非常普遍的。

资料来源: PHARE (1998, 附录), WHO (1999b)。

在社会保险中, 除了保加利亚的所有东欧国家病人有权选择基础护理医生。这些基础护理医生承担着“看门人”的角色: 如果它们将病人推荐给了专家, 那么社会保险只负责支付专家费用和医疗费用。但是, 如果共同支付的比例较高的话, 在许多国家都可以避开这些“看门人”, 直接获得专家或医生的服务。在一些国家, 如保加利亚、匈牙利和斯洛文尼亚, 这类共同支付是很高的。

表5.6 东欧国家20世纪90年代后期共同支付的出现、消失、规模和领域

| 国家 | 药品 | 门诊服务 | 住院服务 |
|-------|---------------------------------|--|---|
| 阿尔巴尼亚 | 是，不同的支付种类 平均25% ¹ | 不 | 不 |
| 保加利亚 | 是，对于所有的门诊 服务和医院的手术 | 在非推荐的情况下是可 评估的，计划：每次看 病为最低工资的1% | 在非推荐的情况下是可评 估的，计划：最低日工资 的2%，每年最多20天 |
| 捷克共和国 | 是，不同的支付种类 平均10% | 不，但一或两个牙医 治疗的主要费用例外 | 是，在慢性住院治疗的 机构和额外的宾馆服务 |
| 克罗地亚 | 是，可以评估 | 10% | 是，可以评估 |
| 匈牙利 | 是，不同的支付种类 平均30% | 在非推荐的情况下是 可评估的 | 是，在慢性住院治疗的 机构和外的宾馆服务 |
| 马其顿 | 20% | 20% | 10% |
| 波兰 | 是，不同的支付种类 | 不 | 不 |
| 罗马尼亚 | 是，可以评估 | 不 | 不 |
| 斯洛伐克 | 是，不同的支付种类 | 不 | 不 |
| 斯洛文尼亚 | 是，不同的支付种类 | 家庭医生，0—25% 牙医，0—85% 其他门诊服务，0—85% | 5—15% |

注释：¹大多数国家对医药都采用一种不同的补贴制度。共同支付可能因为药品类型的不同以及病人的社会地位不同而有所不同。一些费用必须全部由病人支付，一些可以获得国家的一定数额的补贴。

资料来源：Chen和Mastilica（1998）；NERA（1998a）；PHARE（1998，附录）；Ventsislav Voikov（保加利亚）的私人谈话。

值得强调的是，从东欧国家整个看来，共同支付在某些国家的卫生部门依旧是非常零星的，只适用于保健服务的很小一部分。病人直接为合法的私人服务支付费用，例如从自行执业或私立医院的医生、护士或理疗师等那里获得服务。对医生或其他医疗服务提供者支付小费这种半合法或非法的行为也是非常普遍的。我们将在下一节对此进行讨论。

图5.2给出了1997年融资来源结构的概貌。早先保加利亚、波兰

和罗马尼亚已经或将要进行改革，所以2000年的融资金来源当然向中间的一栏倾斜。上面部分包含了公众以共同支付的形式通过私人保险的中介支付的合法的私人服务费用或半合法的小费。这些图片是为了使我们更好地获得信息而公布的，但是我们认为它们总体上低估了公众直接开支的比例。

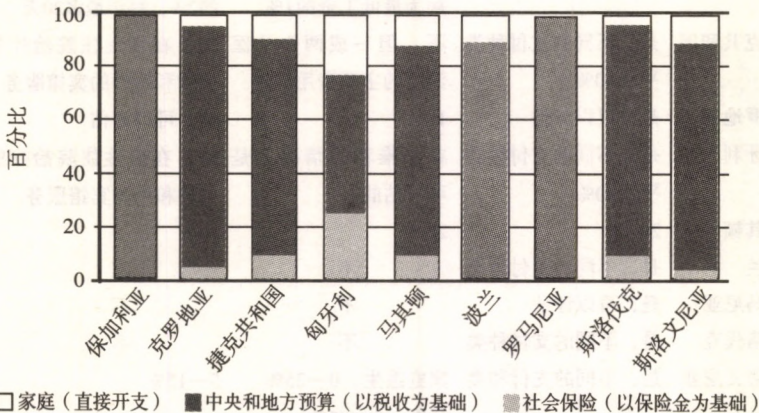


图5.2 东欧国家1997年保健服务资金来源

资料来源: Toth (1997); Butora和Skladony (1998); OECD (1998a, 1999a); PHARE (1998, 附录); WHO (1999a, 1999b, 1999c), 罗马尼亚卫生部的私人谈话。

五、服务提供：公共组织

在大致地讲述了需求边的状况以后，我们来描述供应边。在所有制关系上，提供保健服务的绝大多数机构（医院和诊所）都是公有的，即使在改革最彻底的国家也不例外。但是，应该考虑到在不同产权包括所有权在法律意义和实际操作中是有经济上的区别的。据此考察医院、诊所和其他公有制机构，可以发现它们与在经典社会主义阶段相比已经明显不同了。从计划经济的崩溃也可以感受到这一点。

我们有必要回忆一下匈牙利、波兰、前苏联和中国在进行市场社会主义试验阶段的国有企业状况。产生了一种集中化的行政控制

和市场调节的混合状态。企业获得了一定程度的自主权，但是对上级部门依旧有一定程度的依赖，这在许多方面阻碍了它们的活动。今天东欧国家保健机构的所有制形式，以及它们的独立性和依赖性的结合使人联想到市场社会主义经济阶段。

例如，就医院管理者的责任来说（同样也适用于其他公共保健服务机构的领导者），他们在许多方面拥有广泛的权利，就像在社会主义市场经济条件下的工厂经理一样，但是在他们上面仍然有上级组织：

- 下达任务的政府组织。各国之间有所不同，有的是省级卫生部门，有的是地方（地区性）的政府。不管怎样，卫生部门的管理者都处于上级权力机关的掌握之中。
- 政府机关决定医院的投资。在市场社会主义经济条件下，卫生部门比其他部门的集中化更甚。在市场经济改革之前，它几乎代表了典型的经典计划经济的极端中央集中制度。所有的投资都是由中央或地方政府决定的。而且决定权大多被前者掌握，因为地方政府没有投资资金。一些投资吸引了社会保险基金参与。医院或其他医疗机构几乎没有自主投资的机会。
- 不论是政府机构还是社会保险都为当期开支规定了预算（表5.7评价了投资和当期开支中的政府权利）。
- 如果采用了严格的支付程序，政府机构（或者可能是专业团体或医生，作为提供者“卡特尔”）通常会决定各种医疗程序的相关价格或点数。^①
- 在大多数国家，在医院和其他公共机构的医生作为公务员，他们在官僚层级中的地位取决于其职位和资历^②（见表8.3）。他们的工资总的来说取决于对医务人员支付的预算分配，这受到该国财政状况的影响，尤其取决于支付结构中对个人的分配顺序。

^① 对于德国模式中采用的点制度，参考第三章。

^② 但是，匈牙利的基础护理医生并不能算是公务员，不论是从事非住院服务的基础护理医生还是其他医生，在捷克共和国和斯洛伐克都不能算是公务员。

表5.7 东欧国家1998年预算分配的责任

| 国家 | 经营费用的预算 | 资本成本的预算 |
|-------------------|-----------|----------|
| 阿尔巴尼亚 | SIF+MoF | MoF |
| 保加利亚 ¹ | MoH, 其他部门 | 市政府, MoH |
| 克罗地亚 | SIF | 市政府, MoH |
| 捷克共和国 | SIF | 市政府, MoH |
| 匈牙利 | SIF | 市政府, MoH |
| 马其顿 | SIF | SIF |
| 波兰 | MoH | 市政府, MoH |
| 罗马尼亚 | MoF | 市政府, MoH |
| 斯洛伐克 | SIF | MoH, SIF |
| 斯洛文尼亚 | SIF | MoH |

注释: MoF = 财政部; MoH = 卫生部; SIF = 社会保险基金 (详细解释请参见本章“三、供应融资的分散化”中的讨论)。

¹ 从1999年1月, 波兰的经营经费的预算是通过地区性社会保险基金进行分配的。资本成本的预算是卫生部的责任。在保加利亚和罗马尼亚, 从2000年以来, 经营费用属于社会保险基金。

资料来源: PHARE (1998, 附录); 世界卫生组织 (1999b)。

- 尽管管理者原则上可以进行独立的经营决策, 但是他在许多方面受到上级的干预。他们不时地采用在计划经济中的习惯性做法来达到其目的。例如在匈牙利, 有许多医院病床都是闲置的。如果有适当的经济激励的话, 医院本身可以通过减少病床 (从而减少相应的成本) 来获得收益。但是相反, 在1994年发布了一个行政命令, 规定了每一家医院必须减少的病床数量, 当这个规定失败以后, 又在1996年规定了每个县的费用上限 (OECD, 1999a, 第121—122页)。类似的行政干预在1997—1998年的保加利亚和捷克共和国也发生过。
- 原则上医院的收入必须高于其成本, 他们无权突破其预算限制。但事实上, 这类事情屡屡发生。医院总是负债经营,

在前几个月就将全年的预算全部花出去了。如果有信贷来源的话，它们就会更加负债经营。最终的结果是政府出面救助，赤字和负债全部由中央和地方（地区）政府财政进行弥补。上级机构试图拒绝提供这类补贴却面临很大的压力，最终不得不慷慨起来。波兰的卫生部门在1998年年底的负债达到几百万美元之巨，财政部于是进行了大量的补贴。一些负债转化成了政府债券，另一些通过订立协议转移给了银行，还有一些欠供应商的负债则直接以现金支付了（OECD，2000年，第151页）。我们曾经提到社会保险基金通常有一个软预算约束，其实，公共医疗保健服务机构的预算约束更加软——政府对该部门没有财政纪律，这就造成了因浪费导致的缺口。

当试图将国有企业放到一个半市场化的环境下时，社会主义国家在进行市场社会主义改革时，上述这些现象是极为常见的。

六、服务提供：合法的私人活动

最早的非公立医院——综合性诊所、诊所和其他保健服务提供者已经在一些国家（如捷克共和国、匈牙利、波兰、斯洛伐克和斯洛文尼亚等）出现了。它们有的被教会或私有基金会拥有并从事非营利性活动，其他的是商业性的营利性组织。关于后者，有必要指出许多首都城市现在都有设备现代化的外资保健服务组织和讲外语的医生为病人主要是外国人服务。在东欧地区，总的说来非公共部门提供的服务在整个保健服务部门中比例是非常小的，最多为几个百分点（例如按医院病床或治疗的病例计）。

但捷克共和国是例外，在1997年其病床的9.4%在私立医院。匈牙利的某些特殊治疗和专家门诊的私人化比例也是比较高的。到1996年，指定为治疗肾病的54亿匈牙利福林的80%被支付给了私营组织，75%的CT扫描仪和57%的核磁共振成像（MRI）都掌握在私

有机构手中（见表5.8）。

表5.8 匈牙利1996年保健服务的非国有部分（部分数据）

| 服务类型 | 描述 | 比例 |
|---------------------|---|-----|
| | 社会保险向私立医院就住院服务进行的支付占社会 保险总的住院服务开支的比例 | 1.3 |
| 透析 | 在540万福林预算中的私人机构所占比例 | 80 |
| CT诊断 | 私有机器在所有机器中的比例 | 75 |
| MRI诊断 | 私有机器在所有机器中的比例 | 57 |
| 救护车 | 社会保险向私人提供者就救护车服务进行的支付占社会 保险总的救护服务开支的比例 | 8 |
| 专家上门服务 | 社会保险向私人提供者就上门服务进行的支付占社会 保险总的上门服务开支的比例 | 0.8 |
| 牙科防治 | 社会保险向私人牙科医生就牙科防治进行的支付占社会 保险总的牙科治疗开支的比例 | 6.5 |
| 最初保健护理 ¹ | 社会保险向自行执业的最初保健护理签订的协议占社会 保险总的最初保健护理开支的比例 | 76 |

注释：¹最初保健护理的数据是1997年5月的，其他数据是1996年的。

资料来源：本表由Virag Molnar根据国家健康保险基金提供的数据制订。

在开业医生中的变化也非常之大。归为三类如下：

1. 基础护理医生

在改革之前，由社会保险基金支付的基础护理医生是国家雇员，就像其在医院或专业诊所的同事一样。^① 在一些东欧国家（捷克共和国、匈牙利、罗马尼亚和斯洛伐克），这些服务已经“私有化”了。换言之，医生们已经从国家雇员转变成了个体专业人员，按与保险商和当地（或地区）政府签订的合同进行工作，场所和设备则由后两者提供。

^① 本章第一节所使用的“区域性医生”指的是在社会主义制度下病人被强制性地根据区域关系分配给某一个医生。一旦这种功能转到私有部门，使用这个在发达的市场经济体中流行的术语就更为贴切。

2. 牙医

在大多数东欧国家，牙科服务的私有化是非常广泛的。

上述两类医生的私有化比例可见表5.9。

表5.9 东欧国家1997²年私有保健服务提供者的百分比

| 国家 | 基础护理医生 | 牙医 | 药剂师 |
|--------------------|--------|-------------------|-------------------|
| 保加利亚 | 很小 | 82 | 70 |
| 克罗地亚 | 很小 | 96 | ~100 |
| 捷克共和国 | 95 | ~100 | ~100 |
| 匈牙利 | 76 | 40 ¹ | ~100 ¹ |
| 波兰 | 很小 | ~100 ¹ | 93 |
| 罗马尼亚 | 很小 | ~100 | 75 |
| 斯洛伐克 | 98 | ~100 | 100 |
| 斯洛文尼亚 ¹ | 14 | 37 | 68 |

注释：¹ 1998年。

² 私有住院病床的比例在各国都是很低的，但捷克共和国在1997年该比例为9.4%。

资料来源：Butora和Składony（1998）；Gyenes和Kastaly（1998）；捷克共和国卫生信息和统计局（1998）；斯洛文尼亚健康保险局（1999）；国家统计局（1999a）；WHO（1999b, 1999c）；罗马尼亚国家统计局（1999）。

3. 其他私有服务的医生

在大多数经典社会主义制度的国家，医生是不允许私人执业的，尽管这会以非法或半合法状态出现^①。到20世纪90年代初在所有东欧国家这都被合法化了，私人执业广泛出现。这尤其发生在私有化运动的时候，如在1993年的捷克共和国、1995年的斯洛伐克和1996年的克罗地亚。

我们无法获得整个地区的综合性数据，但是我们获得的部分数据显示在大多数国家合法的私人执业医生的比例是非常小的，虽然

① 在斯大林时期，一些国家如匈牙利、民主德国等就已经出现了私人的职业医生，但数量很少。

有一些例外情况。关于捷克共和国和匈牙利的布达佩斯的私有和公有专业服务的数据显示在表5.10和表5.11中。表5.11显示在某些方面该比例超过50%，尽管匈牙利同捷克的数据是不具有直接可比性的（见表5.11的注释）。在沙拉（Charla等，1990，第10页）的研究中，私人执业活动的增长是通过医生花费的时间来衡量的。可以看出1096个医生在从事公共部门的职业的同时，平均每周花费10.8小时从事私人执业活动。顺便提一下，半合法的隐藏的私人执业已经同公共职员的活动混杂起来了。

表5.10 捷克共和国1997年保健工作者的种类分布百分比

| 保健工作者 | 中央政府 | 市政府 | 私人领域 |
|----------|------|-----|-------------------|
| 内科医生 | 39.4 | 5.8 | 54.8 |
| 药剂师 | 10.1 | — | 89.9 ¹ |
| 高学历的辅助人员 | 55.8 | 8.3 | 35.9 |
| 综合保健工作者 | 52.7 | — | 47.3 ¹ |

注释：¹ 也包括那些市政府雇佣的人员。

资料来源：捷克共和国卫生信息和统计局(1998)。

了解了医疗服务的私有化以后，有必要提一下药物的所有制。这方面的所有权在大多数国家都几乎全部或基本上私有化了（见表5.9）。

出现的局面是比较复杂的。主要的现象是：小型组织提供的私有化的保健服务非常广泛（在某些国家尤其如此），大多数大规模的保健服务依旧掌握在公共部门的手中，20世纪90年代的卫生部门的所有制结构，同在社会主义阶段进行市场社会主义改革时的工商业状况类似。

七、医生的收入和小费

在市场社会主义改革阶段和20世纪90年代的卫生部门之间还有最后一个相似的地方，那就是合法收入和非法（半合法）收入

表5.11 匈牙利和捷克共和国私人保健服务提供者的比例

| 专业 | 布达佩斯 ¹ | | 捷克共和国 | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|
| | 1999年获得执照的医生数量 ² | 私人执照/总执照(%) ³ | 1997年非国有部门的医生/所有医生 ⁴ (%) | 1997年 |
| | 总数 | 私有数 | | |
| | 1 892 | 1 217 | 64 | 48 |
| 内部药物 | 726 | 166 | 23 | 42 |
| 手术 | 485 | 289 | 60 | 62 |
| 妇产科 | 478 | 324 | 68 | 76 |
| 儿科 | 155 | 38 | 25 | … |
| 肺 | 188 | 107 | 57 | 56 |
| 耳鼻喉科 | 228 | 131 | 57 | 59 |
| 眼科 | | | | |
| 皮肤科和性病科 ⁵ | 176 | 132 | 75 | 64 |
| 精神病科 ⁶ | 278 | 69 | 15 | 64 |
| 泌尿科 | 131 | 59 | 45 | 33 |
| 基础牙科和专家牙科 | 1 974 | 1 877 | 95 | … |
| 康复性体操和按摩 | 129 | 82 | 64 | … |

注释：¹ 无法获得匈牙利的全国性数据。

² 有几种执照：私人执业医师、保健服务提供商、私人诊所、公共或私立单位、非营利性或营利性私人医院。

³ 根据该许可证制度，这个比例不反映在私有部门接受治疗的病人，也不包括在那里工作的医生。

⁴ 包括在门诊和住院单位工作的医生。

⁵ 在捷克，只有皮肤病医生。

⁶ 不包括神经病科。

资料来源：捷克共和国卫生信息和统计局（1998）；匈牙利国家公共卫生和医疗官员Istvan Felmerai的个人交谈（2000）。

之间的紧张关系。在市场社会主义经济阶段，所谓的“第二种”、“阴影”、“灰色”、“非正式”、“隐蔽”经济得到强有力地发展并保存至今。大多数人拥有“第一种”正式的完全合法的收入：工作所得，或者是养老金、子女抚养费、失业金或医疗补贴等。他们还有第二种收入。他们收取某种服务费用，但是不申报税收或不为

此缴纳社会保险。^①

在东欧国家，卫生部门这种二元性非常突出（但是也令人不愉快）。表5.12和表5.13显示，在发达国家的传统市场经济中，医生是收入最好的职业之一。但在东欧，20世纪90年代中期医生在正规的工作场所的收入仅是全国平均收入的1.3到2倍。这种相对较低的收入比例使医疗工作者非常不满。这种医生低收入的状态同资本主义市场经济导致的在其他方面的收入的差距越来越不适应。

表5.12 国际比较：1992—1998年医生收入同所有雇员收入的比较

| 国家 | 年份 | 所有员工的收入设定为100 |
|-------|------|---------------|
| 捷克共和国 | 1998 | 170 |
| 匈牙利 | 1998 | 127 |
| 波兰 | 1996 | 133 |
| 罗马尼亚 | 1997 | 121 |
| 斯洛伐克 | 1998 | 165 |
| 斯洛文尼亚 | 1997 | 211 |
| 奥地利 | 1997 | 169 |
| 芬兰 | 1998 | 208 |
| 德国 | 1992 | 404 |
| 瑞典 | 1997 | 170 |
| 英国 | 1999 | 243 |
| 美国 | 1993 | 496 |

注释：表中数据是可以获得的每个国家的最新数据。

资料来源：János Varga帮助制作表格。数据由医生收入审查委员会（1996）、美国人口普查局（1996）、捷克共和国统计办公室（1999）、国家统计办公室（1999）、OMMK（1999）、罗马尼亚国家统计局（1999）、斯洛伐克统计办公室和VEDA（1999a, 1999b）搜集。

在另一方面，存在所谓的“小费”制度。我们首先来澄清小费的含义。

^① 许多人完全依靠第二收入生活，他们没有正式的收入。

表5.13 国际比较：1996—1999年医生同其他职业的收入比较
(作为比较基础的其他职业的收入=100)¹

| 职业 | 捷克 | 匈牙利 | 波兰 | 罗马尼亚 | 斯洛伐克 | 斯洛文尼亚 | 奥地利 | 芬兰 | 德国 ⁷ | 瑞典 | 英国 ⁹ | 美国 |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|------|------------------|------------------|------|-----------------|------|
| | 共和国 | 利 | | | | | | | | | | |
| | 1998 | 1998 | 1996 | 1997 | 1998 | 1997 | 1997 | 1998 | 1998 | 1997 | 1999 | 1998 |
| 所有职业 ² | 90 | 98 | 113 | ... | 128 | 101 | ... | ... | ... | 132 | 185 | 152 |
| 会计 | ... | 44 | 77 | 26 | 86 | 205 | 95 | 140 ⁶ | 132 | ... | 165 | 172 |
| 建筑师 ³ | 101 | 106 | 85 | ... | ... | 155 | ... | 137 | 214 ⁸ | 120 | 179 | 133 |
| 电脑程序员 | 121 | 90 | 104 | 118 | 97 | 127 | 92 | 154 ⁶ | 144 | ... | 187 | 137 |
| 经济学家 ⁴ | 91 | 55 | ... | ... | ... | 97 | ... | 129 | ... | 122 | ... | 128 |
| 法律工作者 ⁵ | 80 | 51 | 61 | ... | 94 | 77 | ... | 116 | 140 ⁸ | 104 | 133 | 95 |

注释：¹ 最新数据通过平均总收入获得。美国数据显示的是占人口数最多的中值。美国数据根据职业类别进行分类。

² 捷克共和国：大学层次的研究。斯洛文尼亚：获得大学学历的雇员。英国：专业职业。美国：专业职业类别数据。

³ 瑞典和波兰：建筑师、工程师和相关专业。

⁴ 斯洛文尼亚：经济学家—分析师—策划者。瑞典：社会科学和语言专家。

⁵ 捷克共和国和芬兰：律师。匈牙利：律师、法律顾问。斯洛伐克：律师，但不包括辩护和司法人员。斯洛文尼亚：基础法院法官。美国：律师和法官。德国：律师。

⁶ 1995年的数据。

⁷ 前联邦德国各州的数据。

⁸ 1989年的数据。

⁹ 1999年4月的数据。

资料来源：ILO（1996，1998，1999a，1999b）；美国劳动统计局（1999）；捷克共和国统计局（1999）；国家统计局（1999）；OMMK（1999）；罗马尼亚国家统计局（1999）；斯洛伐克统计局和VEDA（1999a，1999b）；斯洛文尼亚统计局（1999）。

（1）“小费”^①严格的含义是指在现行体制下，病人或医生及其他医疗服务获得者的亲戚在特权机制下为了免费获得服务而向医生进行的支付。这些服务本来是由国家或社会保险基金进行支付的。进行治疗的公共机构（例如医院）已经以工资的形式对医生和其他医务人员

^① 这个术语在匈牙利的医疗部门被称为“另类支付”，在波兰则被译为“红包”。

的工作进行了支付。接受小费的人并不为其使用医院的地方、设备和药物支付额外的费用或租金；这些也是由公共基金进行支付的。

同保健服务的小费最相似的是饭店服务员得到的小费，或者在社会主义短缺经济体制下，司机用公车进行拉载乘客的“黑市出租”服务，并将收入据为己有。这些是最类似的现象，尽管他们似乎听上去不太高尚。

(2) 小费与私人执业的医生或其他医疗服务提供者（护士、健身医生和按摩师等）为了逃避税收而没有申报的收入是不同的。提供者在这种情况下不提供发票，病人也无此要求。这只是通常所说的逃税的“灰色收入”而已，类似于许多出租车司机、自行执业的工匠或其他服务提供者的做法。

(3) 在医生—病人的关系上，上述两种现象可以进行特定的组合。病人到达医生的私人办公室，并为这次看病进行正式支付。事实上，病人希望通过进行这次支付来购买一种特权。他们希望医生在国家医院或诊所能够给与们特殊的关照——可以使他们不用排队，安排他们住进舒适的病房，等等。^①在本书的其他地方，“小费”一词将有更广泛的含义，包括(1)和(3)的含义。(2)中逃税的行为并不是东欧国家所特有的，全世界都有这种现象。^②另一方面，(1)和(3)中的现象可能是社会主义和后社会主义国家——东欧（也包括前苏联和中国）——所特有的现象，至少上述行为在这些地方比世界其他地方多得多。

这方面的专家认为医生的半合法收入在匈牙利、罗马尼亚、波兰和保加利亚非常广泛，但在捷克共和国、斯洛伐克、克罗地亚和斯洛文尼亚则少得多。波兰的研究发现波兰在1994年医生的“小费”收入

^① 捷克共和国的支付制度排除了两种所有制类型中半合法的联系。保险商只会支付私人医生而不是国家雇员。

^② 杰出的经济学家Tibor Scitovsky在其自传中举了一个(2)的例子——法国的医生中逃税盛行。代表法国医生的行业组织准备保护其成员逃税，条件是他们没有申报的收入不能超过30%。超过这个比例责任自负。参见Scitovsky (1997, 第187-188页)。

与其正规收入几乎相等。在医院接受治疗的人几乎60%—70%都会对医生支付小费（Chawla, Berman和Kawiorska, 1998年, 第8页）。

1998年在匈牙利展开了一次关于小费收入发生的规模和频率以及人们对小费的看法的大规模的调查研究, 采用了两个样本, 一个针对社会公众, 另一个针对医生。^①如预料的一样, 小费支付的频率取决于医疗服务的类型。我们来看一下小费最常见的情况。在针对社会公众的调查中, 3/4的被调查者认为, 常理上应该对外科手术、妇产科手术或值班医生上门服务给与一定的小费。在调查的医生中, 他们的回答非常一致: 外科医生接受了73%的病人的小费, 妇产科医生接受了85%的病人的小费。

这个调查还询问了以惯例支付的小费的数量。表5.14显示了回答的结果。根据对公众和对医生的调查, 接生(表面看来是免费的)的小费从11 000到19 000福林不等。而当年雇员的平均收入是每月45 162福林(KSH, 1999, 第93页)。

根据对社会公众的调查, 研究人员对卫生部门收取的小费总数进行了一个估计。该估计有一些不确定因素。但是, 估计的结果——医生的小费收入比他们的正规收入超过1.5倍——很可能是低估而不是高估了。匈牙利的比例在该地区中是最高的。彻底的关于小费收入的微观估计没有在别的国家进行。

本节论述的小费制度的以上两方面情况——极低的正规收入和普遍的令人吃惊的半合法状态的小费收入——是不可分割的两方面。

大部分公众认为医生愿意收到小费。但是, 只有少数医生这样承认, 许多医生并不以为然。他们对所有的病人一视同仁, 不论他们是否给与了小费或任何其他费用。但是, 病人认为他们可以通过(1)、(2)或(3)的方式获得额外的关照, 这有一种败坏风气的效果。表5.15显示了匈牙利公众和医生对小费现象引起的道德问题的看法。

^① 由Geza Bogнар、Robert Gal和Janos Kornai领导的TARKI研究所进行调查的结果由Bognar、Gal和Kornai(2000)进行了总结。本节中所有的匈牙利数据都来自该研究。

表5.14 1999年匈牙利医疗服务的平均小费“价格”(福林)

| 服务 | 公众的估计 | 医生的估计 |
|--------------------------|--------|--------|
| 值班医生晚间电话治疗 | 857 | 763 |
| 常规妇科检查 | 860 | 1 231 |
| 医务室的注射 | 206 | 146 |
| 阑尾切除手术和胆囊手术 | 6 001 | 8 879 |
| 接生服务 | 10 982 | 19 340 |
| 如果医生将一个健康人列为病人 | ... | 2 063 |
| 如果医生将健全的病人列为可以享受残疾养老金的病人 | ... | 32 086 |

注释: 公众和医生被提问的问题是: “人们给的小费是多少?”, 而不是“你给了多少小费?” 或“你收了多少小费?” 这可以鼓励被调查者如实作答。后面两个问题可能会被认为是行贿的行为, 所以没有询问公众。

资料来源: Bognar, Gal和Kornai (2000年, 第307页)。

表5.15 匈牙利公众和医生对医疗服务小费的看法 (%)

| 观点 | 同意 | | 反对 | |
|---------------------------|------|------|------|------|
| | 完全 | 部分 | 完全 | 部分 |
| 支付小费使病人放心, 他们认为可以获得额外的照顾: | | | | |
| 医生 | 19.4 | 44.2 | 19.5 | 16.9 |
| 公众 | 26.1 | 28.4 | 19.8 | 25.7 |
| 小费对治疗没有影响: | | | | |
| 医生 | 32.0 | 17.6 | 23.7 | 26.7 |
| 公众 | 14.4 | 17.1 | 30.0 | 38.5 |
| 小费破坏了医生-病人关系中的信任: | | | | |
| 医生 | 17.8 | 17.6 | 31.9 | 32.7 |
| 公众 | 15.1 | 21.7 | 33.2 | 30.1 |
| 小费绝对是有害的: | | | | |
| 医生 | 58.0 | 22.2 | 9.8 | 10.1 |
| 公众 | 52.3 | 30.1 | 9.2 | 8.4 |
| 只要政府没有给与足够的工资, 医生就有权收取小费: | | | | |
| 医生 | 54.4 | 27.5 | 11.0 | 7.1 |
| 公众 | 39.1 | 28.4 | 17.5 | 15.0 |
| 应该从道义上谴责医生收取小费: | | | | |
| 医生 | 3.6 | 7.5 | 29.4 | 59.6 |
| 公众 | 16.6 | 17.7 | 33.3 | 32.4 |
| 小费对医生和病人来说都是不光彩的: | | | | |
| 医生 | 68.0 | 21.8 | 7.1 | 3.1 |
| 公众 | 30.0 | 32.4 | 22.6 | 15.0 |

(续)

| | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|
| 小费的存在说明社会认为医生的收入太低了: | | | | |
| 医生 | 72.6 | 17.5 | 6.7 | 3.2 |
| 公众 | 41.6 | 28.1 | 17.0 | 13.3 |
| 小费不是一个道德问题: | | | | |
| 医生 | 42.2 | 29.1 | 18.1 | 10.7 |
| 公众 | 33.5 | 29.3 | 19.4 | 17.8 |

资料来源: Bogнар, Gal和Kornai (2000, 第195页)。

在卫生部门的工作人员中,小费的分配也是不公平的^①。例如,病人(或其亲戚)会将小费支付给主刀的外科医生而不管这个手术是一个团队的工作。有些外科医生会与团队的成员分享小费,但不是所有人都会这么做的。有些专业的医生,例如放射科医生、麻醉师和实验室人员就没有小费收入。

小费会让病人困惑。市场是不透明的,价格也是不清楚的。所有的人都担心给的小费太多或太少。病人之间互相竞争,从而使得小费越来越高。

小费的盛行及其引起的道德问题是导致直接的私人执业难以出现并且无法同卫生部门建立正常的业务关系的主要原因之一。

八、卫生部门经济指数和人们的健康状况

概括地说,东欧国家的卫生部门同1990年的社会主义体制相比发生了根本的变化。一些国家在改革的道路上只走了几步,但是其他国家却前进了许多。无论如何,各地的结果是不一致的,并且都需要进一步的改革。

有必要总结一下卫生部门的经济范畴和性能。这可能会在一些方面显得有些混乱。但是,这是现存的局面,改革者在推行改革时必须对此心中有数。我们在此不想进行推理分析。我们应该知道制

^① Losonczi (1997, 第23页)引用了一个大型的省级医院中令人吃惊的调查结果。例如,在医院工作的医生中只有10%接受小费,其中,2%的医生得到了80%的小费。

度的不完善性和激励改革在何种程度上可以解释卫生部门的含糊不清的性能。我们可以假设存在因果关系，但是在此不进行分析。

总结卫生部门的经济意义的方法之一是观察国家保健开支数据。表5.16显示了东欧国家的人均保健开支，采用了生活开支差异调整后的价格，因而可以进行国际间比较。作为对比，表5.17包含了1970—1994年OECD国家的数据，可以同表5.16中的价格进行比较。只有捷克和斯洛伐克在1994年的人均保健开支超过OECD国家在1970年的平均水平。其他国家都低于平均水平，大约是较贫穷的OECD国家24年以前的开支水平。比较这两个集团1994年的状况，

表5.16 东欧国家国内生产总值和保健开支

| 国家 | 人均国内生产总值，以1990年美元计算(PPP ¹) | | | | |
|-------|--|-------|-------|-------|-------|
| | 1990年 | 1991年 | 1992年 | 1993年 | 1994年 |
| 保加利亚 | 5 296 | 4 157 | 3 764 | 3 812 | 3 914 |
| 捷克共和国 | 9 754 | 8 363 | 7 970 | 7 623 | 8 058 |
| 匈牙利 | 6 514 | 5 657 | 5 535 | 5 605 | 5 756 |
| 波兰 | 4 504 | 4 234 | 4 206 | 4 260 | 4 605 |
| 罗马尼亚 | 4 433 | 3 706 | 3 321 | 3 363 | 3 454 |
| 斯洛伐克 | 7 315 | 6 273 | 5 977 | 5 829 | 5 986 |
| 斯洛文尼亚 | ... | 8 920 | 8 191 | 8 520 | 8 979 |

1990年人均保健开支，美元(PPP)

| 国家 | 1990年 | 1991年 | 1992年 | 1993年 | 1994年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 保加利亚 | 275 | 226 | 256 | 196 | 185 |
| 捷克共和国 | 527 | 443 | 430 | 556 | 612 |
| 匈牙利 | 436 | 385 | 398 | 415 | 455 |
| 波兰 | 230 | 246 | 265 | ... | 309 |
| 罗马尼亚 | 124 | 122 | 116 | 101 | 114 |
| 斯洛伐克 | 393 | 310 | 304 | 371 | 422 |
| 斯洛文尼亚 | ... | 461 | 608 | 653 | 700 |

注释：¹ PPP为购买力平价(解释请参考表4.4的注释)。

资料来源：Kornai和McHale (2000)。

表5.17 OECD国家1970—1994年¹人均保健开支

| 国家 | 1970年 | 1982年 | 1994年 |
|------|-------|-------|-------|
| 澳大利亚 | 672 | 1 077 | 1 453 |
| 奥地利 | 512 | 926 | 1 432 |
| 比利时 | 425 | 1 009 | 1 471 |
| 加拿大 | 813 | 1 267 | 1 791 |
| 丹麦 | 690 | 1 237 | 1 496 |
| 芬兰 | 531 | 894 | 1 153 |
| 法国 | 662 | 1 198 | 1 671 |
| 德国 | 566 | 1 059 | 1 765 |
| 希腊 | 189 | 294 | 565 |
| 冰岛 | 445 | 1 027 | 1 408 |
| 爱尔兰 | 316 | 688 | 1 011 |
| 意大利 | 502 | 924 | 1 402 |
| 日本 | 419 | 904 | 1 330 |
| 韩国 | 45 | 141 | 386 |
| 卢森堡 | 475 | 976 | 1 753 |
| 荷兰 | 653 | 1 098 | 1 481 |
| 新西兰 | 568 | 777 | 1 068 |
| 挪威 | 428 | 994 | 1 529 |
| 葡萄牙 | 141 | 445 | 839 |
| 西班牙 | 263 | 542 | 909 |
| 瑞典 | 869 | 1 390 | 1 364 |
| 瑞士 | 814 | 1 313 | 2 052 |
| 土耳其 | 72 | 107 | 170 |
| 英国 | 464 | 733 | 1 083 |
| 美国 | 1 159 | 1 880 | 3 246 |
| 平均 | 508 | 916 | 1 353 |

注释：¹ 所有数值都是根据国内生产总值购买力平价调整的1990年美元计算。

资料来源：OECD（1998b）。

表5.18 1950—1994年东欧国家保健开支的实际值和估计值¹

| 国家 | 实际保健开支占国内生产总值的百分比 | | | | | 估计保健开支占国内生产总值的百分比 | | | | | 实际值和估计值的差异 | | | | |
|-------|-------------------|------|------|------|------|-------------------|------|------|------|------|------------|------|------|------|------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| 保加利亚 | 5.2 | 5.4 | 6.8 | 5.2 | 4.7 | 4.7 | 4.2 | 4.2 | 4.2 | 4.2 | 0.5 | 1.3 | 2.7 | 0.9 | 0.5 |
| 捷克 | 5.4 | 5.3 | 5.4 | 7.3 | 7.6 | 6.2 | 5.8 | 5.9 | 5.8 | 5.8 | -0.8 | -0.5 | -0.5 | 1.5 | 1.8 |
| 匈牙利 | 6.7 | 6.8 | 7.2 | 7.4 | 7.9 | 4.8 | 4.5 | 4.7 | 4.7 | 4.7 | 1.9 | 2.3 | 2.5 | 2.7 | 3.2 |
| 波兰 | 5.1 | 5.8 | 6.3 | — | 6.7 | 4.0 | 3.9 | 4.0 | 4.1 | 4.2 | 1.1 | 1.9 | 2.3 | — | 2.5 |
| 罗马尼亚 | 2.8 | 3.3 | 3.5 | 3.0 | 3.3 | 3.9 | 3.6 | 3.5 | 3.6 | 3.5 | -1.1 | -0.3 | 0.0 | -0.6 | -0.2 |
| 斯洛伐克 | 5.4 | 5.0 | 5.1 | 6.4 | 7.1 | 5.2 | 4.9 | 5.0 | 5.0 | 4.9 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 1.4 | 2.1 |
| 斯洛文尼亚 | 5.6 | 5.2 | 7.4 | 7.7 | 7.8 | — | 5.7 | 5.7 | 5.9 | 5.9 | — | -0.5 | 1.7 | 1.8 | 1.9 |

注释：¹ 估计值根据回归分析得出。该回归的变量为人均国内生产总值，抚养老年人的比例和女性劳动力比例。

资料来源：Kornai和McHale（2000）。

可以发现，东欧国家人均保健开支差别很大：占发达工业国家平均水平的比例从8%—52%不等。

这两个集团的国家之所以差距很大的主要原因当然是东欧国家人均国内生产总值相对来说非常低。表5.18左边一列显示了保健开支占国内生产总值的百分比。

东欧国家的保健服务开支以这种方式衡量，如何与市场经济条件下“标准”的开支相比较呢？我们从以下几个方面思考可以得出相对准确的答案。首先，我们假定某东欧国家，例如斯洛伐克，其政治和经济制度类似于“标准”市场经济下的制度。在这种情况下，其保健开支占国内生产总值的“标准”比例可以根据以下两方

面进行预测：（1）斯洛伐克自身的经济和民主特征；（2）这些特征同市场经济的保健开支关系如何。后一种关系（市场经济下的保健开支同国内生产总值和其他变量（如人口年龄结构）之间的关系）是许多计量经济学家研究的课题。^① 此处可以引用本书第一作者和麦克哈雷（John McHale）进行的研究。他们研究了各种不同的经济特征的有效性。我们来看对1970—1994年期间OECD国家（不包括现在的捷克共和国、墨西哥和波兰）的交叉样本进行回归分析的结论。除了人均国内生产总值以外，另两个变量是年龄结构和女性劳动力的比例。这种关系可以因为新技术的发展降低保健开支而改变。根据这些OECD国家的经验，对于东欧国家而言，以斯洛伐克为例，保健开支占国内生产总值的“标准”比例可以根据斯洛伐克1994年的国内生产总值、人口年龄结构和女性劳动力参与程度进行回归分析预测^②。

表5.18的中间一列显示了研究的结果，斯洛伐克的比例是4.9%，换言之，中间一列显示的是回归分析的预测值。

表5.18的右列反映的是同一国家在同一时期左列和中列的差异。可以看出1994年的罗马尼亚是惟一个实际比例低于回归分析比例的国家。表中的其他东欧国家，实际值都大于估计值。尤其是匈牙利的实际值与预测值差异最大，见表5.18和图5.3所示。^③

东欧国家的预测“标准”模式和实际保健开支之间的差异同过去几年发生的前所未有的社会经济改革密切相关。东欧国家在20世纪90年代生产力的大幅下降是这些国家经济史上最严重的衰退。但是，福利部门的开支，包括保健开支比国内生产总值的降幅要小。

^① Gerdtham和Jonsson（2000）根据这些调查进行了概括性的总结。

^② Kornai和McHale（2000）中有详细的研究。表5.18就是根据他们的研究制作的。研究中使用的东欧国家的数据存在许多统计的不确定性。在国际比较中使用恰当的计量经济学工具中也有许多争论。尽管这些困难应该谨慎对待，但是这里得出的结论还是非常合适和有质量的。

^③ 正是由于认识到这个差异，本书的第一作者在他的研究中把匈牙利称为“早熟的福利国家”。在苏东巨变之前，许多历史经验使得匈牙利政府比其他经济发展水平相似的国家在改革福利部门上进行得更深入。

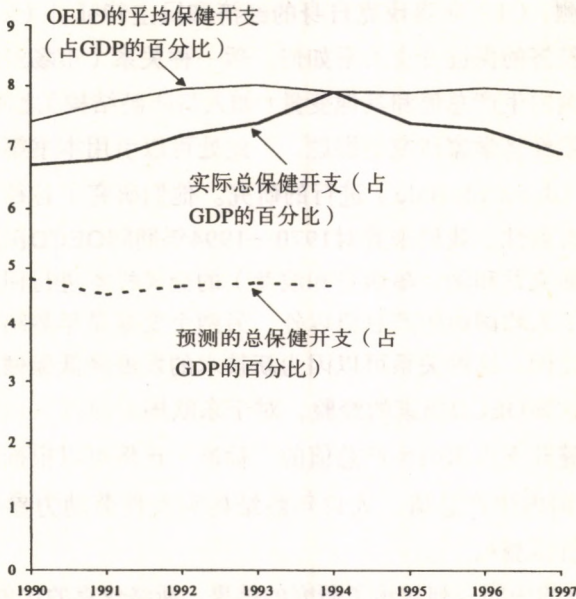


图5.3 匈牙利在1990—1997年转型期间保健开支的实际数据和估计值
资料来源: Kornai和McHale (2000)。

这是该地区各国政府为了防止衰退带来的居民生活水平的严重下降而采取的措施之一。^①在回归分析中,保健开支作为国内生产总值的一定比例增长,该比例的高低在很大程度上取决于改革政策,包括卫生部门的政策和促进整个经济增长的政策。

有必要重新回顾一下原则8,即要求卫生部门的开支和促进经济增长的开支之间应该保持和谐的比例。允许一定程度地偏离“标准”比例,或偏离其他具有相似特征的国家保健开支占国内生产总值的比例。但是偏离太甚是危险的。很多压力导致保健开支在社会资源中占有过多的比重。表5.18中右列1994年的正值(除罗马尼亚外)显示,这些国家同市场经济条件下相似经济发展水平的国家开

^① 在1991—1994年期间,克罗地亚保健开支比国内生产总值下降得要少。更令人吃惊的是,保加利亚、罗马尼亚、斯洛伐克和斯洛文尼亚的保健开支在国内生产总值下降时反而上升了(Kanavos和McKee, 1998, 第33页)。

支相等（有些情况下更多）。最近发生的变化需要更加深入的研究。

这种争论就宏观经济学家看来回答可能是肯定的。他们习惯于从整个经济中每个部门的相互比例来考虑机会成本和资源配置效率。问题在于，病人和医生都不会从这个角度来考虑，他们对于表5.16和表5.17中显示的问题更加关心：捷克共和国、波兰和斯洛文尼亚的居民今天为什么只能获得他们的西欧同行收入的一小部分？这是导致公众不满的根源。他们并不因为他们获得的是同本国经济实力相称的收入就感到欣慰。

尽管东欧国家卫生部门获得的经济资源比例绝不算低，保健问题还是非常多，非常需要政策来提高保健开支的“单位货币价值”。由于东欧国家的社会主义计划经济传统，所以更加需要强调的是保健服务制度的效率。社会主义制度下长期短缺经济的一个显著的问题是短缺和过剩始终共存于整个社会中。例如，某公司可能在抱怨劳动力短缺的同时存在在职职工的无所事事状况。在库存上升的同时，消费者可能正在排队购买他们所需要的商品。在这些方面，可以在卫生部门看出计划经济时代的痕迹。我们非常吃惊地发现，如图5.4所示，较穷的国家如保加利亚和斯洛伐克比OECD国家平均的人均拥有医生数和病床数还高！但与此同时，医生的候诊室却人满为患。有些测试和诊断（例如外科手术）有很多人排队等候。但是许多物质设备和人力资源却远未得到充分利用。

这种短缺和过剩共存的现象应当促使改革者在卫生部门制定提高效率的经济体制、更好地配置资源，以达到供求平衡。

我们只提到了卫生部门的少数一些特征。为了补充说明，我们希望让读者获得东欧国家人们健康状况的总体印象。请参考表5.19和图5.5，其中显示出捷克共和国和斯洛文尼亚是该地区健康指标接近欧盟国家的惟一两个国家。其他东欧国家的状况非常糟糕，需要引起警惕。

表5.19和图5.5可以作为背景资料。我们不想解释这些国家的健

健康状况同该国卫生部门所采用的经济体制的关系。人们的健康状况取决于几个因素的综合作用。经济体制只是几个解释性变量之一，而且未必是最重要的变量（Adler等，1993年）。但是，当然可以认为如果卫生部门运行更有效率，可以帮助提高人们的健康水平。如表5.19和图5.5所示的那样，改进是绝对非常必要的。

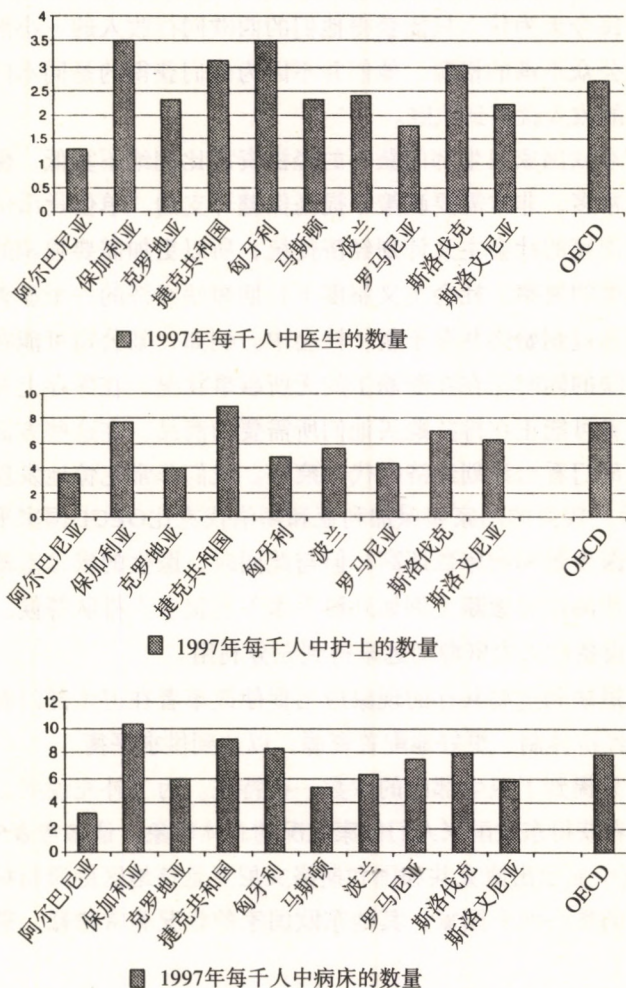


图5.4 东欧国家1995—1997年卫生部门资源

资料来源：WHO(1999d)。

表5.19 东欧国家1990—1997年的婴儿死亡率、预期寿命和原始死亡率¹

| 国家 | 婴儿死亡率（每1000个出生婴儿死亡人数） | | | 预期寿命 | | | 原始死亡率，每1000人 | | |
|--------|-----------------------|------|-------------------|-------------------|------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | 1990 | 1994 | 1997 | 1990 | 1994 | 1997 | 1990 | 1994 | 1997 |
| 阿尔巴尼亚 | 30.9 ² | 32.9 | .. | 72.6 | 73.0 | .. | 5.5 ² | 5.3 ⁴ | .. |
| 保加利亚 | 14.8 | 16.3 | 14.4 ⁶ | 71.5 | 70.8 | 72.8 ⁶ | 12.1 | 13.2 | 14.7 |
| 克罗地亚 | 10.7 | 10.2 | 8.2 | 72.6 | 73.2 | 72.6 | 10.9 | 10.4 | 11.4 |
| 捷克共和国 | 10.8 | 8.0 | 6.1 | 71.5 | 73.2 | 74.1 | 12.5 | 11.4 | 10.9 |
| 匈牙利 | 14.8 | 11.6 | 9.9 | 69.4 | 69.5 | 70.8 | 14.4 | 14.3 | 13.7 |
| 马其顿 | 31.6 | 22.5 | 15.7 ⁵ | 71.8 ³ | 71.9 | 72.5 | 7.7 ² | 8.1 | 8.3 |
| 波兰 | 16.0 | 15.1 | 12.2 ⁵ | 71.0 | 71.8 | 72.4 | 10.2 | 10.0 | 10.0 ⁵ |
| 罗马尼亚 | 26.9 | 23.9 | 22.0 | 69.8 | 69.4 | 69.1 | 10.7 | 11.7 | 12.4 |
| 斯洛伐克 | 12.0 | 11.2 | 8.8 ⁶ | 71.1 | 72.5 | .. | 10.2 | 9.6 | 9.8 ⁵ |
| 斯洛文尼亚 | 8.3 | 6.5 | 5.2 | 74.1 | 74.2 | 75.3 | 9.4 | 9.7 | 9.6 |
| OECD平均 | 7.9 | 6.2 | 5.9 | .. | .. | .. | 7.6 | 7.1 | 7.1 |
| 男性 | | | | 72.6 | 73.5 | 74.5 | | | |
| 女性 | | | | 79.0 | 79.7 | 80.6 | | | |

注释：¹ 原始死亡率是指没有根据人口构成的差异进行调整的死亡率，例如人口的性别构成和年龄构成。OECD国家平均死亡率是根据年龄调整的死亡率数据，因此同东欧国家的数据不能直接进行比较。

² 1989年。

³ 1991年。

⁴ 1993年。

⁵ 1996年。

⁶ 1998年。

资料来源：中央统计办公室（1998）；OECD（1998b, 1999b）；斯洛文尼亚统计办公室（1998）；世界卫生组织（1998, 1999d）；中央统计局（1999）；国家统计局研究所（1999a, 1999b）；斯洛伐克统计办公室和VEDA（1999c）。

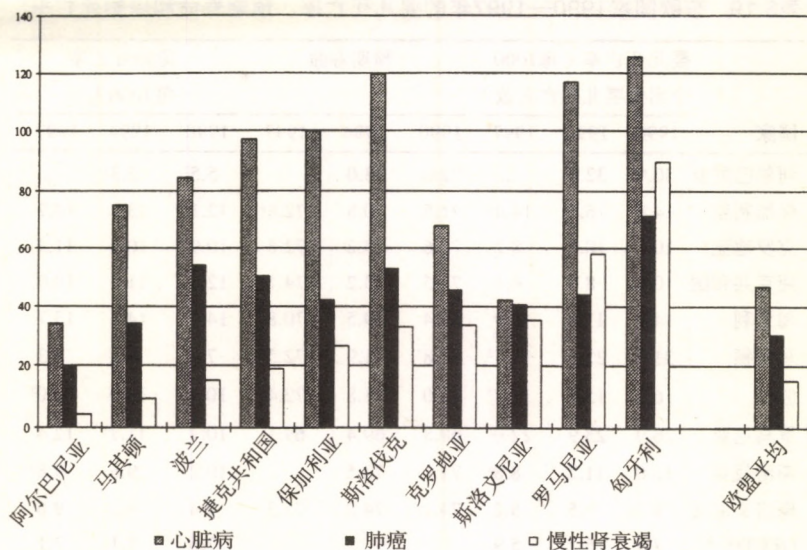


图5.5 东欧国家正常的男性死亡率(年龄从0—64岁,每100 000人)

注释: 正常死亡率指的是如果人口分部同标准的欧洲人口分布相同的话原始死亡率将为多少。阿尔巴尼亚为1993年的数据; 保加利亚1994年; 欧盟平均1995年; 所有其他数据均为1996年。

资料来源: WHO (1998)。

第2部分

改革的指导方针

此字係與前字同

第2部分的引言

本书的第1部分涉及到改革的起点：指导原则，卫生部门特有的属性，国际经验和东欧一般性的初始环境。由于面临法律、结构和经济形势以及公众态度和政治偏好不同。即使每个东欧国家都持相同的原则，他们进行改革的实际计划在任何时候都会不同。这是本书之所以不能给予详细的实践性方案的一个原因。

第2部分仅限于描述作者认为的改革的合理而且必须的一般方法和要点。这里应该重申在本书第一章引言中阐述的一个观点：我们清醒地承认，所建议的改革反映了我们的价值观，这并非人们可从中进行随机或选择性挑选的改革菜单——例如某些是针对保守主义者，某些是针对集权主义者，其他的则针对左翼社会主义者等等。如果第二章中所表述的价值观体系是可以接受的，读者就能尽量利用本书以下章节中的相互依从的改革方案。如果该价值观体系不能接

受，读者从第二部分得到的全部收获是根据前面详述的原则了解实际改革的情况。因此，以下章节不会就某主题相关的全部大量的可选方案一个接一个问题地进行广泛分析。如果显然只有一个与那组原则相一致的解决方案，则当然我们会推荐这个方案。如果还有别的方案符合我们的指导方针，例如有些方案可以平衡不同原则（如个人选择和社会一致性）的冲突，我们也会给出这些方案。

第六章、第七章和第八章的前半部分暂时忽略相关人群对所建议的改革给予的支持，以及不同政治势力所持有的观点，这一政治经济制度的卫生部门改革在第八章后半部分和第九章进行讨论。换一句话说，第六章、第七章和第八章前半部分限于建议，第九章以预测改革过程可能继续的程度，以及可能遇到的政治和社会困境作为结束。

第六章 需求边：融资、受益和保险组织

一、建议的指导思想

这一部分着手概括对需求边经济机制改革的建议的指导思想。接着，系统地对建议进行分解，对细节和必要的限制条件进行讨论。

保健服务分为两个部分：基本医疗保健服务和辅助医疗服务。所有居民都应该获得基本医疗保健服务，这一权利必须写进法律。除此之外，国家还应该从经济和组织上确保对这一法定的承诺予以支持。

与之形成对照的是，病人必须购买辅助医疗服务，在商业化的购买和出售环境中应该为此合法地形成法律和组织条件。

对基本医疗保健服务进行融资的主要来源是公民纳税，或像征税一样向公民强制性征收保险金。换句话说，基本医疗保健服务是向公众融资。即便这不是惟一的资金来源，至少也是主要来源。

对辅助医疗服务进行融资的主要来源是个人或家庭资金。另一个主要来源是使用者的自愿保险金（超出于法律所要求的使用者医疗保险金的部分）。这两种情况下的来源均属于私人资金。

基本和辅助医疗服务之间的划分界线在哪里呢？本章将反复讨论这一问题。这里先说明，划分界线不是对医疗保健的需要或求医。用于融通基本医疗保健服务的公共资金的宏观配置如同用于教育、国防或环境保护一样，要在政治领域范围内决定。用于基本医疗保

健服务的可得资金数额由宪法授权的组织、中央和地方立法机构进行分配。那些抱怨基本医疗保健服务总支出不足的人们，不论是病人或医生或其他人，都不得不在政治领域进行争取。

然而，用于辅助医疗服务的费用支出不能由政治领域直接决定，它主要决定于家庭和使用愿意和能够在这类保健上花费多少。

第二章着重强调原则1（个人自主权）和原则2（一致性）之间的冲突而导致的几个严重的两难问题，改革需要在这两者之间取得适度的折衷。

这里的建议是原则2（具体的平均主义原则）及其在医疗保健上的应用应该适用于基本医疗保健服务水平。人们应该普遍而平等地获得这些基本利益。这一医疗保健的基本水平应该与国家经济发展水平相一致（原则8）。融资的资金在财政和政治上都应该有可持续性（原则9）。要求的国家税收和预算分配不仅应该是现在纳税人和立法者可接受的，而且在可以设想的范围内也应该是未来的纳税人和立法者可接受的。

仅仅是基本医疗保健服务的宏观预算决定于政治领域。微观配置——确定谁受益以及受益内容和时间——包含着数以百万计的具体决定，而在大多数情况下，作出这些决定的主要是卫生部门自身，即提供者和病人。然而在可能的范围内必须有适当的机制确保所有微观决定的总成本需要与基本医疗保健服务总预算相适应。本书不对医疗措施或医疗药品的一一列举来定义基本医疗保健服务，而是建议对基本和辅助医疗服务这两个主要基本类别进行程序上的定义，并就哪些机构和个人应该有权决定和调整基本受益组合方面的问题进行介绍（见本章后文“基本受益组合”）。

与基本医疗保健服务形成对照，不存在可以普遍与平等地获得的辅助医疗服务。相反，愿意付费的人都可得到基本受益组合之外的服务。因此，补充服务在社会成员之间的分配是不平衡的。这和收入与财富有很强的相关性，换句话说，它与家庭能为医疗保健支

付多少密切相关。此外，它也关系到个人或家庭偏好，关系到人们愿意牺牲多少其他支出用于这一目的的支出。

医疗保健支出分布的不平等性冒犯了一些人——不可否认，也包括作者在内——的公正意识，另一方面，妨碍任何人将他们自己的钱用于个人健康和他们所爱之人的健康，在伦理上也是有害的。如果市场经济允许所有消费者把钱花在他们认为合适的食品、住房、文化消遣或娱乐上，政府有什么权利妨碍他们把钱花费在他们认为合适的医疗保健上呢？那将是对原则1即个人自主权的严重违反。而且，这种妨碍也会是虚伪的，因为富裕的病人不论通过何种方法都会购买到附加服务。如果没有合法途径，他们会在“灰色”或“黑色”经济中购得。因此，应该创造出允许对辅助医疗服务进行个人选择的合法而有效的改革。

根据同一个原则，不应该否认雇主有权为其雇员健康花费超出强制性保险的最低数额的付费。

富裕的人购买超出于基本医疗保健之外的医疗保健的意愿会产生有利的外部效应。这会减轻关于不平等的道德担心。这有助于医生和其他医疗保健提供者从应用初期费用较大的新的医疗措施中获得经验，从而可以获得为购买昂贵设备的额外收入，这些昂贵的设备便可能供那些本来没有机会使用的人广泛地使用，这样，公共融资被更有效地以不太幸运的人为目标。应该确保辅助服务的差别使用不削弱普遍平等地获得社会所限制的基本受益组合的完整性的政策设计，同时对总健康费用的一般全面限制进行协调，允许辅助医疗服务是个人主权的一个简单要求。应该允许居民进行选择，不仅可选择是否花自己的钱用于辅助医疗服务，而且承保人和供应商要为其所花的钱提供最大价值。

总之，改革建议是基本医疗保健服务以公共融资为基础，辅助医疗服务以私人融资为基础的多种服务传递渠道和有管理的竞争，注意激励并对总的健康花费（基本的和补充的，公共的和私人的）

施加约束。本章的其余部分更为详细地讨论卫生部门的需求边改革，包括融资、受益范围和保险组织。首先是对融资及其优点的相当多的讨论，因为它很关键然而常常被低估；同时还有包括一致性和持续性原则与选择和效率的制度设计的政策工具。尽管在限定基本受益组合之前似乎不应该讨论基本保健融资，但事实上这是我们建议的实质：基本医疗保健服务应该主要通过其融资（即社会融资数量）加以限制，例如，社会通过其民主制度决定在基础服务上开支多少。三个相互依从的方式决定了谁可获得健康服务中的基本医疗保健服务：第一，通过决定基本医疗保健服务总支出的机制及其隐含的再分配，这受病人共同支付的一些融资的影响；第二，通过决定哪些健康服务属于基本受益组合的制度过程；第三，通过医生和其他医疗保健提供者（连同病人自己），在总开支限制的约束下，在基本受益组合范围与组织和激励影响下，他们决定谁得到什么服务。

二、基本医疗保健服务融资

花费在基本医疗保健服务上的社会资源的数量应该由谁决定呢？本书建议基本医疗保健服务的开支或宏观配置总水平的决定应该既不听任于医疗保健提供者（卖方），也不听任于病人（买方），国家有义务保证制定基本医疗保健服务的一个合理的宏观资源分配和个人利用它的一种公民权利。^①

从这一方面看，建议的机制与美国相比，更类似于德国体系，或更为一般地，更类似于欧洲和加拿大方式。大多数东欧国家在社会主义时期保持着法律赋予的这些可得权利，但到目前为止，这一地区在后社会主义转轨时期将它取消了。

所建议的基本医疗保健服务融资方法如何不同于体系变化之前

^① 值得考虑的是，那些不支付健康保险或税款的违法的公民是否享有这一权利，他们甚至可以得到紧急救助；孩子显然不能因其父母的过错而受到惩罚。不能剥夺“搭便车者”的公民权利。但要增进税收或保险金征收的效率似乎更为适当。

所使用的方法呢？主要区别在于政治作用变得民主，决策者不再是执政党的领导集团，而是合法的立法机构：自由选举产生的议会和地方当局。

我们并没有对这一决策程序进行理想化的意图。不能认为“人民的意愿”在管理卫生部门收支的法律中能自动反映出来。在联系公民和立法机关的传导机制上存在大量的摩擦，公众的真实偏好通常在中央和地方议会决定中被歪曲。基本医疗保健服务的这一问题也会陷入所有决策的政治冲突之中，立法者和政府机构设计的立法提案受政党利益、压力集团和游说者的影响，并受廉价的声望和蛊惑民心的宣传的诱导。即便如此，还存在一个起作用的合法的政治机制，可以用丘吉尔1947年在下议院的讲话反映出的东西来加以描述：“没有人认为民主制度是十全十美的。民主只是一切被试验的其他政体形式中最不坏的政体形式。”^①

为了鼓励使公众的希望具体化，应当用得更为充分，应该更一贯地应用原则6即透明性。要做到这一点有几种方法：

(1) 以特定用途税或强制性的保险金形式征集所需收入中的尽可能大的份额，这样做是有利的。法律保证居民为基本健康保险所支付的金额仅仅用于这一用途。实证研究表明如果人们知道他们的资金被使用于确切目的，他们更愿意纳税。^②

实践中，在特定用途收入与对基本医疗保健服务支出之间要达到一对一的对应关系是不可能的。使用其他资金来源是不可避免的。然而，使用指定用途的健康税或强制性保险金的比例越高，对居民来说，税收扣减与医疗保险水平之间的联系更为清晰。^③ 接下来，必须提出简单的观点思路：如果你对目前基本受益组合不满意，改

① 《牛津政治引语词典》，Anthony Jay 主编，牛津大学出版社，1996年，第63页。

② 以在马里兰的民意调查为基础的一项美国研究（Haynes和Florestano，1994）发现，与反对为特定目的征税的人相比，更多的人是赞同的。这为医疗保健征税提供了最强有力的证据。

③ 特别地，这一思想引起发达国家的一些健康经济学家支持用于指定用途的健康税。例如，Victor R. Fuchs，1995年美国经济学会会长，医疗保险方面的一位一流的经济学家，在其就演说中表达了对一般健康税的支持。Fuchs（1996，第16—20页）。

变它的主要方法（但不是惟一的方法）是支付更高的健康税。要减少你所支付的税款，必须接受这样的后果：在未来你不得不支付至目前为止由政府支付的医疗保健费用。

（2）首要问题与影响大多数人观念的财政幻觉有关。尽管强制性的共同支付与“红包”支付的扩大动摇了人们免费享受医疗服务的信念，但许多人仍然不理解，误导免费医疗承诺的并不仅仅是直接缴费。主要原因是基本医疗保健服务的融资最终来自于从居民那里征收来的税和缴费。许多人没有充分地认识到基本医疗保健服务成本，以及谁通过税收和缴费支付作出了什么程度的贡献。^①如果要居民发表关于健康税和支出的意见，就有必要强化税收意识。

（3）即使指定用途的税收和缴费占优势地位，还是必须通过非常复杂的渠道网络对基本医疗保健服务进行融资。这使得以尽可能公开的方式说明收入和支出细目、进行公开监督更为重要。

（4）所有国家的政治家在竞争选票时，都喜欢在笼统的语言层次上承诺更充分和更高质量的医疗保健，同时进行税收减免政策。选民不易找出它们之间的关系。对这些问题进行提问以获得更公开信息的任务属于那些医务专业人员、媒体、新闻界、学术界和研究卫生部门的经济学家。政治家不得不尽可能特别地说明他们准备做什么，并用可查证的数据支持其论点。

现在我们来概述一下构成基本医疗保健服务宏观预算的来源：

（1）如果刚才已描述的建议（1）被接受，法律应该规定最大一项融资来源——指定用途的健康税或医疗保险社会保险缴费金必须用于保健目的。

（2）中央预算中有指定用于医疗保健目的的支出。各国的预算结构不同，但在大部分国家，这样的项目出现在几个标目下——卫

^① 第二章提到，匈牙利研究小组在TÁRKI资助下，开始衡量全体居民的税收意识及其财政幻觉的程度。大约14%的公众不了解社会保险费是从其工资中扣缴来的或不能对此加以肯定，在知道扣缴的人群中，16%—24%的人不知道缴费率，TÁRKI在1999年重复了这一调查，得到了相似的比例分布。

生部和其他部门方案的预算。很遗憾这使得详细分类很难进行。

(3) 对地方政府所做的评论是相同的，它们的健康开支同样出现在几个标目之下。

(4) 卫生部门的保险金也来自于预算外公共机构，如政府养老基金^①。

(5) 病人对基本医疗保健服务的直接共同支付。这些来自于病人自己的钱袋，但计入了基本医疗保健服务的总融资。

(6) 个人、公司和基金因医疗保险之故而提供的私人赠款。如同前一项目，这些均来自于私人腰包，但进入了公共钱包。这类支付在东欧还仅仅是偶尔发生，但并非是未知的事物，其规模可望获得增加。

将这些项加总就得到了基本医疗保健服务的宏观预算。如果没有其他原因，卫生部门不得随意花费这些预算的，因为一些来源已经附有限制条件。养老基金的钱应该花在为基金成员提供基本医疗保健服务上，地方政府的钱必须花在地方，合作性支付应用于支付参与共同支付的病人的账单，等等。不过，在宏观预算的最大上限的约束下，做出几种重新安排是可能的。

基本医疗保健服务总预算分配的决策过程中的主要角色是卫生部门的机构，其中医务专业人员起主要作用。然而，如果涉及到公共资金，就应当设立有能力对分配实施监管的国家和市民社会团体。它们可能是机构、委员会在较高和较低层次上组成的特别劳动集团，包含医生、雇主、承保人、有卫生部门知识的律师、保健经济学家和不同病人群体代表（其他国家这类团体的例子将在讨论优先享有基本医疗保健服务的机构时给出，见下文）。

对基本医疗保健服务公共融资的配置在市场环境中受到市民社会的监督和影响范围不同（或应该相当不同）于在社会主义计划经

^① (1) 和 (2) 项可能互相重叠。把它们分离开取决于有关国家的预算结构。从各项经济内容的观点看，惟一需要强调的是超出于主要来源 (1) 的部分，还存在被认为是公共融资的其他来源。

济下的中央配额的行政分割的运作。两种配置过程均涉及到不同集团之间对公共资金的竞争，但在市场环境中应该获得更大的公开性，并处于更强的社会控制之下。

当然，微观配置决策的参与者不会顺从地接受宏观配置。他们十分需要让自己的意见受到重视。他们会尝试着对立法者施加压力，试图改变对基本医疗保健服务的总预算。但他们得承认，他们决定不了该预算。决策是政治领域内的合法团体作出的，它代表着社会中的纳税人和其他人的利益。

三、融资中的再分配

有保证的普遍的基本医疗保健服务不能由纯粹商业化经营的保险计划来提供。第三章已经提到，融资方法必须把保险和社会集团之间再分配的要素结合起来。后者至少在三个方面是必不可少的：

(1) 一些人患有先天性疾病或易患某一疾病，或一出生就有某些其他生理上的残障。另一些人在其生命期患有导致永久性残疾的某一疾病。人们的健康或患病的概率——健康风险——是不同的，一些人在其整个一生或余生中处于不利的健康状态。

在纯粹的商业保险体系中，与较为幸运的人相比，处于劣势的人必须支付更高的保费。只有当将前者的一些利益再分配给后者时，基本医疗保健服务才能平等地获得。这个再分配代表了一种具体的一致性——风险一致性（vande Ven和Ellis，2000）。

(2) 年龄的影响与第1点相关，但可以分离开来。医疗保健支出与年龄之间的关系可用图6.1中捷克的数据加以说明，但这一关系一般是有效的。曲线开始于较高的支出：婴儿的医疗保健要比四岁以后的昂贵得多。^①此后，支出稳步下降，直到10—14年龄组。这时开始上升，起初缓慢，以后较为陡峭。最快的增长发生于64岁

^① 图6.1中第一条柱形代表0—4岁年龄组，这一时期要试图拯救早产婴儿，支出最高。婴儿越早产，拯救成本越高。

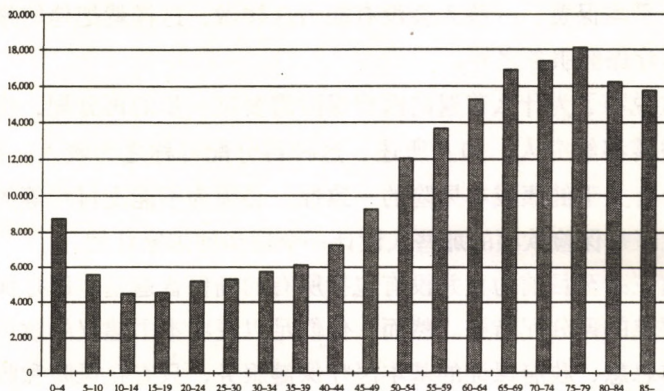


图6.1 捷克共和国1997年按年龄组分类的每个被保险人平均保健开支

资料来源：捷克共和国卫生信息和统计局（1998）。

以后。此时需要昂贵的医疗措施以延长寿命。^①

在纯粹的商业保险体系中，保费取决于家庭规模和年龄结构，而且肯定随年龄趋向上升。事实上，如果健康保险人处于没有管理的自由市场竞争下，大于某一年龄的人根本不可能买得到医疗保险。为了保证所有人不论年龄大小都能获得基本医疗保健服务，又必须进行再分配，由人口中的其他人群的支持来支持老人与有未成年孩子的家庭。

（3）在（1）和（2）涉及的特定的遗传禀赋、自然衰老过程等等，其中开支必然不相等。现在让我们来考虑融资方。就一个商业体系来说，同一风险类型（具有相同的医疗保健成本）不论其收入或财富多少，均应支付相同的保费。对于一个更为普遍的保险方案，风险可以分摊以便每个人不论其个人风险如何而支付相同的保费。如果保费独立于收入仍然会有问题。例如，假定（在（1）和（2）再分配轮廓下计算）确定的每份保险的平均保费要求包括所有医疗成本，风险在整个人口中分摊。如果不论收入多少，每个人都要支

^① 在公共资金支付的医疗保健范围内，本书不涉及关于支出曲线可能和应该朝最陡峭的两边上升程度的严重道德难题。对某些组别——如老年人组——的医疗保险支付越慷慨，要从其他年龄组抽调的资源就越多。

付这一平均保费，一些人会没有能力这样做，这样就因为他们排除在基本医疗保健服务之外。

这说明了为什么普遍的医疗保险需要进一步的再分配，将富人的利益转移给穷人。如上所述，这种再分配可称之为收入一致性，以区分有关于健康成本风险的一致性。必须为不能支付均等的最低强制性医疗保险款项的那些人设计一个适当的国家计划。

这三条至目前为止并没有包括所有的确保普遍基本医疗保健服务所要求的再分配措施。然而，他们足以说明本书建议的改革的一个基本思想，政府保证的基本医疗保健服务，只有在风险和收入一致性被社会所接受的时候才会获得（或者如果已经获得，将会被维持）。如果大部分选民以及议会中的大多数人不接受原则2（一致性）和相关的医疗保险平等获得的再分配思想，就不应该介绍或保留本书勾画的改革。

接下来的观点是假定不会发生对一致性的拒绝，并且基本医疗保健服务风险和收入一致性的公共融资中的特定的再分配在政治上是可接受的和可持续的。即使如此，还存在一些问题，这里要讨论其中的几个。

表6.1、表6.2和表6.3对匈牙利、斯洛文尼亚和捷克共和国医疗保险的成本和支出在不同人群组中如何分配提供了一些见解。

表6.1 匈牙利1995年通过社会保险筹措资金的健康支出分布

| 保险类型 | 人口比例 (%) | 融资比例 (%) | 占总支出比例 (%) | 人均支出 (匈牙利福林) |
|-----------------------|----------|----------|------------|-----------------|
| 受雇者 | 31.1 | 68.0 | 24.3 | 20 708 |
| 老年养老金领取者 ¹ | 23.2 | 21.3 | 44.8 | 51 350 |
| 自雇人士 | 7.5 | 3.3 | 5.9 | 20 708 |
| 失业者 | 2.2 | 1.7 | 1.6 | 18 474 |
| 其他 ² | 36.0 | 5.7 | 23.4 | 17 300 |

注释：¹ 养老金领取者的保险金，不是从养老金中扣除，而是由养老金保险预算支付，与养老金成一定比例，正如研究所述，这一做法结束于1997年。

² “其他”类包括所有依赖保险的被保险者，其保险金由预算支付。

资料来源：世界银行（1997b）。

表6.2 斯洛文尼亚1998年由社会保险筹措资金的保健支出分布

| 保险类型 | 人口比例 (%) | 融资比例 (%) | 占总支出比例 (%) | 人均支出 (SIT, 斯洛文尼亚货币名) |
|-----------------------|-------------|-------------|---------------|----------------------|
| 雇员、雇主和自雇人士 | 63.1 | | 49.2 | 95 000 |
| 没有需赡养者 | 39.1 | 80.2 | | |
| 老年养老金领取者 ¹ | 26.6 | | 43.8 | 184 000 |
| 没有需赡养者 | 23.5 | 16.7 | | |
| 农民 | 1.9 | | 1.2 | 68 000 |
| 没有需赡养者 | 1.2 | 0.5 | | |
| 其他 ² | 8.4 | | 5.8 | 48 000 |
| 没有需赡养者 | 6.7 | 2.6 | | |
| 合计 | 100 | 70.5 | | |

注释：¹ 养老金领取者的保险金，不是从养老金中扣除，而是由养老金保险预算支付，与养老金成一定比例。

² “其他”包括失业者，预算受益者和保险金由市政府支付的人。

资料来源：斯洛文尼亚健康保险机构（1999）。

表6.3 捷克共和国1994年社会保险金分布

| 保险类型 | 保险人口分布 (%) | 来自社会保险金的总收入分布 (%) |
|---------|------------|-------------------|
| 自筹： | | |
| 雇员 | 41.0 | 73.4 |
| 自雇人士 | 4.5 | 4.6 |
| 其他保费支付者 | 1.7 | 1.0 |
| 政府支付： | | |
| 养老金领取者 | 21.5 | 8.5 |
| 儿童 | 24.2 | 9.6 |
| 失业者 | 2.7 | 1.1 |
| 产假 | 2.5 | 1.0 |
| 其他 | 1.9 | 0.7 |

资料来源：NERA（1996）。

遗憾的是，这三个表的结构不同，不能直接进行比较。此外，人口分类也不适宜。如果要更为深入地研究分布，剩下的类型必须

包括应该被单独观察的组别。本书的作者和研究该课题的其他研究者不仅仅得不到这一状况的清晰资料，也不满足透明性的要求：公众不知道谁在支付，谁在受益。

由于缺少更好的信息来源，我们试图从这些表格得出一些结论。匈牙利和斯洛文尼亚的数据支持前面所论述的观点：养老金领取者的人均基本医疗保健服务险成本远远高于正在工作的人。不能指望年龄大的人从自己的口袋里支付这些高成本。然而，因为只有一小部分年长者的健康支出由养老金负担，在职纳税人向年长者的再分配是不透明的。我们无法了解其余融资渠道的状况，应该将为年龄大的人提供得医疗保健的方案进行明确界定，以便这一方案经过议会的许可能从公共融金那里获取资金。

这与本书倡导的伦理原则是一致的。社会应该为穷人和失业者支付基本医疗保健服务开支实际上是一个为基本医疗保健服务进行融资从而保持收入一致性的要求。但透明性原则要求这些财务支出分别记录。应该公开哪个机构或何种方案为那些需要医疗保健的人们提供了服务。

透明性不是惟一的问题。表格有时以夸大的方式，反映了后社会主义国家中税收制度的一般性扭曲情况，特别在税负的不公平分配方面。工作年龄的居民收入分为两个主要部分。一部分包括来自于固定职业的合法工资，这种收入容易识别，这样征收税收或保险缴费相对简单。对于这种收入，容易应用这一部分讨论的第三种再分配形式，即通过简单的线性工资税或等量的线性社会保险缴费进行计算，挣的越多的人支付越多。第二部分包括难以征税和可能逃税的其他所有收入。许多人获取“无形”收入，许多自雇人士，从贫困的临时工到百万富翁的经营人员，都隐藏其收入或仅申报部分收入。农业人口是一个特例，其雇员与自雇人士的身份部分地重叠。所有东欧国家农业人口对公共财政的贡献在比例上低于其人口份额，这也适用于他们对医疗保险缴费的

支付。^①例如：经雇员同意，雇主向当局只报告部分工资，为了避税，其余部分直接以现金支付。

除非社会一致性有另外的要求，普遍的权利不仅意味着所有人都可获得基本医疗保健服务，而且意味着每个人都有责任支付健康税或强制性缴费。在东欧，基本医疗保健服务权利普遍性中的义务部分被扭曲了，并不是每个获得足够收入的人都对基本医疗保健服务融资贡献缴费。有许多搭便车者。如果搭便车者均极度贫穷，公众将允许这种情况的存在。但实际上，许多搭便车者享有可接受的生活水准或者确实很富有。表格中与雇员有关的行夸张地反映出了两部分收入的划分（表6.1—表6.3）。雇员占人口的30%—40%，但承担了60%—80%的税收负担。如果融资负担由更大比例的人来承担，他们事实上在许多情况下是雇员，但不是基于其收入纳税，这样可能会更受欢迎。

我们可以按照已论述的观点来系统地提出一些建议：

（一）更广泛的基础

扩大基本医疗保健服务的融资来源在每一个东欧国家的议程上都是其普遍性任务的一部分：扩大缴费基础。必须努力将逃税、非正式、半合法或完全非法的经济活动转变成合法、纳税经济的一部分，与承担公共支出的负担合在一起。这也包括防范基本医疗保健服务搭便车的措施。

到现在为止所使用的“医疗保险缴费”一词留下一个未解的问题，即强制性的支付属于一种税收还是一种社会保险缴费。然而，在这点上，很难进行选择。如果旨在扩大为医疗保险进行强制性支付的基数，例如将与工作无关的收入包括进来，采用一个综合的一般健康税并将目前的社会保险缴费纳入其中是非常关键的。拓宽健

^① 例如，在阿尔巴尼亚，居住在农村地区的自行执业者占工作人口的54%，1997年，这一人群中只有十分之一的人支付了医疗保险金（阿尔巴尼亚健康保险机构，1998）。

康税基而不增加税率是增加税收的一种受欢迎的方法^①。如果基数被拓宽，保险金率就能降低而保持基本医疗保健服务的目前水平，或者，保险水准在不提高税率的情况下可得到提高。

这里推荐一个简单、透明性规则：让健康税是“中性的”，同等对待收入而不论其来源。不论收入来自什么地方，数量多少，均有义务缴纳指定用途的健康税，没有必要为这目的设定新类目或专用新术语。应税收入的必要定义应该在普遍的财政实践中被采用。支持指导这些建议原则和具有简化优点的健康税可以是线性的，单一税率适用于不论其来源的所有应税收入。但在一般尺度之外肯定存在例外。应该将这些例外的数目控制在低水平上。

（二）最低要求

为了防止逃税，所有从事有收入的活动或者由于其本人的权利而获得收入的居民，为了使其自己和家属有权获得基本医疗保健服务，应该持续地支付固定的最低税收。换句话说，应该有一个根据收入上限制定的固定的应付金额，超出部分应支付比例税，可能又会出现固定的最小数额（下文讨论）。

应该采取一个固定的管理方式来控制固定税收和与收入成比例的部分税款，尽管固定的最低金额的税收是累退的，如同病人的共同支付一样，但这类措施在将融资与一定的提供联系起来时具有引导作用。在两种情形下，把无法支付这些缴费的低收入者排除在外不会产生严重的财务困难。受例外和减免规模影响的收入比例应该比目前不包括在强制性缴费内的收入比例小得多。这是一个目的：扩大税基（尽管有例外）。通过调整固定金额水平保持收入税融资

^① 在法国讨论福利部门改革时也提出了相似的观点，几个专家建议，保险金的支付者范围应该扩大。他们认为医疗保险应被扩展到整个社会，这样只有工薪族交纳保险金为医疗保险提供资金就没有正当理由。见Nagy（1997，第34页）。在德国的讨论中也表达了目前的福利制度对工薪族负担过重的反对意见。这意味着正在工作的人资助不需要福利制度的那些人，因为他们靠来自于其资本收入生活。见Henke（1988，第67页），相似的观点在美国也有。

的增加，每个国家授权的民主决策者会在不同的融资再分配和激励目标之间进行权衡。

这样的观点已被提出，即希望这样做的居民应该允许自愿地从一般医疗保险体系中退出，他们不支付缴费也就不得利用公共融资的医疗保健。作者的观点是在东欧地区目前的发展水平下不能给予自动退出的权利。基本保险金规模巨大，那些支付高缴费者退出会导致体系的重大损失。另一方面，无限使用线性缴费方案是不正确的，在达至某一收入点前，缴费应该与收入成比例，但此后可能会大幅下降或者甚至成零。许多西方国家和一些东欧国家正运作这种缴费方案。

（三）共同支付

由于病人不论收入多少都要进行共同支付，因而共同支付代表了对疾病的一种税收，它削弱了通过广泛基础的税收向基本医疗保健服务提供资金的再分配效果。然而正如第三章提及并将在下一部分进行详细讨论的那样，共同支付对于控制需求是很有价值的。^①为了权衡这些考虑，有理由设置相对低的共同支付水平，以减小其负面效果。

（四）指定用途的缴费

基本医疗保健服务中所要求资金的最高可能比例应该从指定用途医疗缴费中支付（或者，在采用指定用途医疗保险税的地方，则从这种税中支付），尽可能少从预算收入中支付。前一种融资形式比较容易在政治上得到接受。

（五）部门中性和风险调整

一旦为了向基本医疗保健服务提供资金对所有收入征税，每个

^① 这里不指严格的规则，这种情况中共同支付会给贫困者很大的负担，应该给予免除。

人人都权获得基本医疗保健服务，包括那些可以利用私立医院治疗和私人医生的人。对基本医疗保健服务的权利应该是“部门中性”的——没有歧视性限制，从公共的或私人的提供者那里均可获得。后文将更为详细地讨论这一问题。

这一部分的所有论述简单地指基本医疗保健服务，而非辅助医疗服务，原则1而非原则2起主要作用。正如后面部分将要更详细讨论的那样，我们建议的改革允许所有的个人（和所有准备为其雇员支付部分成本的雇主）只要能够 and 愿意购买均可获得补充保险，这种权利仅受制于为防止市场失灵而制定的一般管制措施。^①

四、共同支付

这一支付方式在早先称之为需求边成本分摊或共同支付，已经提过几次。现在严密地说明这一问题。

正如第三章指出，设计支付制度（以及融资和利益设计）的一个困境是需求边在有效使用、风险分散和与病人共同支付不同水平相联系的一致性之间难以取得平衡。协调的支出比例与可持续融资的原则8和原则9，实际上不要求共同支付。基本医疗保健服务完全可以通过健康税或强制性缴费来融资。这可能还有管理上的优势，因为共同支付征收和记账会产生额外工作量，它还保证了病人的风险分散的最大化，以及在需要基本医疗服务的不同风险水平上的消费者之间保持一致性。

然而，原则4鼓励效率的需要，产生了强有力的动机来采用共同支付。不进行共同支付会导致浪费和短缺是一个经济学的不言自明之论。虽然任何种类的保险都有道德风险，但辅助医疗服务的“市场出清”价格因上升的保费与点服务（point-of-service）共同支付而最终出现，因此市场机制在承保人、提供者 and 使用者之间起协

^① 如果雇主准备交纳所筹办的团体补充保险，可能仍然出现再分配因素，这可以阐述为同一组织内工人之间一致性的表现形式。

调作用。基本医疗保健服务不会存在这一情况，这是由于公共融资用于确保风险和收入一致性。因此基本医疗保健服务的使用者宁肯以市场价格进行支付，也不愿意对其需求进行控制。然而，尽管限制需求的激励较弱，但完全避开需求边的成本分摊是不对的。即使金额极小的共同支付也存在引导作用。正是由于这一原因，不仅基本服务应用有节制的共同支付，而且应规定，病人不能购买补充保险以完全弥补这些支付，从而消除了理想的约束效果。

值得一提的是，在基本医疗保健服务融资中，共同支付的作用在许多发达国家中日益上升。例如，在法国，需求边成本分摊以合作保险的形式，病人有责任对其花费的某一比例进行支付（而不是一个固定的共同支付），病人允许买补充保险以弥补额外成本，有建议认为，病人即使有这样的保险也不应该免除所有需求边的成本分摊义务（OECD，1994b）。在德国，对于住院治疗，头两个星期由被保险人按天支付一个固定金额，此后，治疗全部由保险支付（Pfaff，Busch和Rindsfusser，1994）。

第五章在描述东欧目前的改革形势时，简述了每个国家对于采用共同支付采取的态度。表5.6显示该地区的几个国家不把许多基本服务与任何一种共同支付联系起来。尽管对采用共同支付所采取的第一步在药品供应上，但这一地区多数国家在这方面进行的改革并不够。按作者的观点，有必要采取更进一步的措施。

政策制定者需要记住，谨慎而认真地保持公平收入和成本分配要求，同时强化有效使用的激励和抑制道德风险。这样做还有一些其他的方法：

- 最为重要的是共同支付的量要小，不致于成为任何一个人的很大负担。需要采用共同支付不是由于财政原因，而是作为一种激励以抑制成本。
- 从医学和财务观点看，必须对每种服务规定的共同支付进行仔细考虑，仓促行事容易导致措施失误，损害病人利益，不

能达到理想的经济效果。

- 在经济危机时不应该采用共同支付。^① 如果可能, 该制度应该在经济扩张时期付诸实施, 此时额外负担可由增加的真实收入所抵消。
- 一年中任一病人必须缴纳的共同支付数额要有一个上限。许多商业保单都具有这一“止损点”特征。一旦人们达到这一上限(或家庭成员达到总和的上限)就应该不必支付更多的共同支付。这一上限可能根据家庭收入的不同而不同。
- 需要充分考虑设定共同支付豁免的标准。再分配措施根据原则2证明是合理的, 应用原则的方式取决于总的福利部门及其健康制度特别地如何处理穷困的情况。例如, 如果对贫困者给予财务帮助, 这一帮助数量将在决策中起作用。至于考虑到经济激励, 如果帮助足以包括共同支付, 即使在有关的集团内也会保持激励。然而, 进行这样的资助不总是可行的, 在这种情况下, 贫困者应该被豁免共同支付。

设计详细的实践措施不是本书的任务。我们仅试图论证应该减轻共同支付制度产生的困难。然而, 在对此加以强调时, 不断重申放弃完全而普遍的“免费”医疗保险、采用共同支付对于抑制成本上升与克服基本医疗保健服务资金长期短缺非常重要。面对民众的不满甚至仍采用需求方成本分摊, 是政府和议会承诺改革卫生部门的一个承诺。

五、基本受益组合

前面部分已经阐述了关于基本和补充服务之间区别的主要观点。

^① 匈牙利试图第一次把共同支付作为1995年稳定和调整计划的一部分似乎是一个错误, 因为遭到抵制, 政府不得不放弃。参见Losonczi (1997, 第3页)。90年代初克罗地亚采用的共同支付与将某些预防性方法排除在基本医疗保健受益组合之外, 导致了最贫穷的人失去了预防性的和基础医疗保健, 这可能导致了长期的损害 (Chen和Mastilica, 1998)。

基本服务开支上限是政治上可行的宏观预算。这一部分提出基本受益组合应该如何决定（区别于刚讨论过的一些共同支付要求），谁决定什么健康服务应被包括在居民的基本医疗保健服务权利之中？

鉴于任一社会资源的稀缺性，进行一定形式的配给是不可避免的，包括所有“医疗上必要的”服务的保险非常普遍这一事实并不消除配给的需要。为什么德国“医疗上必要的”与阿尔巴尼亚“医疗上必要的”会不同？“由于文化背景、政治思想和经济现实的不同，医疗保健配给方式是无形而隐晦的”（Mechanic, 1997, 第83—84页）。“凡是医疗上必要的”保健总额把所有决策责任转移给医生或其他医疗保健提供者。但提供者与各个病人的需要最为一致，而大大不同于宏观预算约束。除非服务通过等待时间和医疗保健质量调整这类办法进行隐性配给，当然没有理由按照每个病人的“医疗上必要”将医疗保险需求限制在宏观预算之内。因此按照“医疗上必要”来定义基本医疗保健服务是不确定的或者甚至是误导的。我们需要更为明确的判断标准。

我们竭力主张采取一种透明的、能够被社会接受的、明确的程序来规定一个基本受益组合中的优先顺序。必须从一开始就承认，对于医疗保健中包含什么和不包含什么的判断标准不会是完整而明确的。医疗判断总是存在一定的范围和需要。列举出的优先顺序、指导方针或治疗方案不可能详细说明每一种情况和每一种随机发生的事件。这正是我们为什么在整个研究中都强调激励的主要原因。病人和提供者必须对医疗保健资源的使用作出最终决定。这些决定会受他们所面临激励的影响。然而，虽然不能预先设计好一切，但是应该制定一个公开合法的程序来指导基本受益组合中应包括哪些保健服务。

转轨经济可以利用其他许多国家在这方面的各种不同经验。许多发达国家都有规定公共保健优先顺序的做法。例如，瑞典建立了一个议会优先权委员会（Parliamentary Priorities Commission）解决

这一问题。在荷兰，1991年的杜宁委员会报告（Dunning Committee Report）建议按照四个标准设立优先顺序：医疗保险必须是必要的、有效的、效率高的、病人必须承担某种共同责任。新西兰建立了一个核心服务委员会（后来更名为国家卫生委员会），指导一系列有助于规定医疗保健优先顺序的舆论性讨论会。美国俄勒冈州通过对特定服务目录的基本医疗保健服务受益组合的限制而将保险范围扩大到更多低收入家庭。以色列在1995年实施国家健康保险（National Health Insurance）时，强调了如何限定基本医疗保健服务。

我们简要审视限定基本医疗保健服务各种方法的逻辑性。

（1）作为最初的近似，初始状态适用于基本医疗保健服务组合。病人继续获得他们已经习惯了的所有服务。例如，新西兰的“核心服务”被定义为包括所有目前所提供的服务，这是由于它们代表了“过去几代新西兰人的价值观和优先权”（Honigsbaum 等，1995，第26页）。以色列国家健康保险采纳最大疾病基金的服务综合目录作为其基本受益组合（Chinitz 和 Israeli，1997）。尽管采用现状并非没有问题（例如，可能无效率，或“所有医疗上必要服务”本身就很不含糊），但这具有社会合法性，一般在政治上是可行的。这一方法在东欧可以成为一个良好起点，这里许多居民都觉得有权获得公共出资的所有医疗服务。如果基本医疗保健服务组合以现有支出水平启动，进一步的讨论就能够集中在任何增加的国家预算在微观上的配置。

（2）基本医疗保健服务组合受卫生部门在物质和人力资本两方面能力的限制。适当采用新医疗技术对于限定受宏观预算约束的基本服务是一个特别重要的问题。大多数OECD国家都有某种健康技术评价制度，包括确保新药品和医疗器具安全的严格规章制度。尽管对人事政策和技术评估进行详细讨论超出了研究范围，但必须指出，投资和医学教育的决策将对服务的可得性和作为基本医疗保健服务不可或缺的部分而被社会接受，并产生关键性的间接影响。

(3) 限定基本医疗保健服务的一个方法是形成包括在医疗保健中的一个优先顺序目录。对这一服务顺序目录的一个经常倡导的逻辑准则是某种“货币价值”量度，如成本—有效性。成本—有效性是从健康服务中获得的健康净收益（与没有这一服务相比）除以成本。根据成本—有效性对服务进行排序需要大量信息。尽管准确衡量成本存在一些困难，但通常更难的是依据健康结果对“有效性”进行量化。鉴于一个人一旦碰到疾病或损害可能再也不能重获完全的健康（即可能对生活质量存在永久性影响）这一事实，某种形式的调整是需要的。进行这类调整的成本—有效性衡量包括“生存年份质量调整”（Quality-Adjusted Life Years, QALYs）和“生存年份失去能力调整”（Disability-Adjusted Life Years, DALYs）。如果可以得到数据，就可以按照增加了人的健康生活年份的花费来对服务进行排列。即获得每个DALYs成本越低，服务的成本—有效性越大。^①计划可以“满”宏观预算开始，目录排列中首先是成本—有效性最高的服务，依次是成本—有效性渐低的服务。

这一成本—有效性“算法”在俄勒冈州初始目录中用于对医疗补助受益者的服务进行优先排序。然而，实际上在1994年实施的这一目录仅仅粗略地以成本—有效性准则为基础（Tengs, 1996），在目前的目录中有743对医疗疾病/治疗。被批准的1999—2001年预算为从第1行到574行的疾病/治疗配对提供资金（俄勒冈健康计划政策和研究办公室主页，2000）。

尽管按照成本效率排序在以证据为基础的医学时代很有吸引力，但这一原则不适用于以习惯方式限定基本医疗保健服务组合的最终服务目录，严格的成本—有效性排序几乎总是需要考虑到其他社会价值观从而产生松动。例如在俄勒冈疾病/治疗匹配的1990年，最初安排中优先考虑了许多人认为不重要的某些治疗，如吮吸大拇指

^① 例如：根据DALYS成本效率进行的优先顺序排列由世界银行在其1993年世界发展报告（世界银行，1993）中推荐。

指和剧烈头痛。甚至更不能接受的是对某些严重和危及生命的疾病排序较低，如艾滋病和膀胱癌（Tengs, 1996）。俄勒冈健康服务委员会准备了一个修订的目录，该目录优先考虑的首先是“关键的”（例如急性致命的）和“很重要的”（例如慢性的非致命的）服务，或“对某些个人是有价值的”（例如绝育服务）。该顺序受到委员会成员“人为”的调节，由公众意见和职业判断来指导。这一过程表明严格的技术性排序存在局限性。^①

俄勒冈不是有一个明确服务目录的惟一例子。如上文指出的那样，在以色列，基本国家保险组合是一个详细服务目录，开始的时候它是用于一个大型的医疗基金的。但俄勒冈坚持以成本—有效性进行排序的最初承诺。对俄勒冈经验的讨论，通常集中在疾病/治疗匹配安排上，然而可能忽略了俄勒冈方法中最主要的矛盾：限定目录的过程与在此之下进行操作如何获得合法性（即病人，他们的律师，提供者和健康计划）。^②成本—有效性或成本受益排序虽然有用，但不能成为决策的惟一准则，这广为人知。需要更广泛的为社会接受的某种想法。

应当注意，如果一个有效的提供者能够以低于不做风险选择的基本服务所允许的人均成本提供这些服务，服务排序则无须剔除附加服务保险。在这种情况下，所有病人都能从有效的治疗中潜在地受益，而不会受到总健康支出约束限制。例如，在俄勒冈，四分之三的受益人编入了管理医疗计划。这些计划收取的人均费用以进行优先排序的目录所包含的基本受益的计划成本为基础。由于计划承担了所有融资风险，对于没有明确包括在基本受益组合中的服务（Bodenheimer, 1997, 第654页），他们的医疗主任有权力并且确实

^① 新西兰核心服务委员会觉得一个目录“宽泛了没有意思，严厉了没有弹性和公平性”。英国政府宣称明确地列出服务是“一种充满危险的演习”（Ham, 1997: 第61-62页）。

^② 人们可能不赞成的是俄勒冈计划包括了对最贫困人口而不是所有人口的配给，这在道德上令人难以接受（例如，Daniels, 1998）。我们支持这一观点，并注意到我们建议的是对转型经济中的更为宽泛、系统范围内的改革，对基本和补充服务的区分适合于所有社会阶层。

也批准了一定的医疗诊断。这进一步显示了支付激励与取舍决策是如何相互影响的。通过使用按人付费将风险转移至提供者组织，政府可维持其硬预算约束，同时使病人从更为广泛的保健服务的效率改进中受益（然而在风险选择上要保证谨慎）。其他几个因素也缓和了对俄勒冈优先顺序目录的争议。^①

（4）在限定基本医疗保健服务范围上，法律制度常常能起主要作用。例如，在俄勒冈，因为排序计算法似乎低估了与各种伤残状态相联系的生活质量，潜在地违犯了美国的《伤残法案》，因此不得不对目录进行调整。在以色列，法院在改变基本受益组合方面的作用的一个研究案例来自于对Betaseron的争议，Betaseron是用于治疗多种硬化症的一种药物，硬化症明确地包括在以色列国家健康保险法之中。1995年，被拒绝使用该药物的几位病人提出诉讼，要求由保险对该药物进行支付，获得了法院的支持。1996年，卫生部经财政部和劳动社会福利委员会批准，正式推荐包括Betaseron在内的药物作为基本受益组合的一部分。卫生部发布了有权使用药物者的指导方针（从美国借鉴而来）。后来法院推翻了这一限制，实际判决是“在决定是否将某个项目完全排除在组合之外时，可以将成本作为主要的依据，但是成本不能成为决定什么人才能得到该组合中的某项服务的因素。只有处方医生能决定如何使用这些服务”（Chinitz和Israe1，1997，第208页）。

（5）临床指引成为日渐盛行的排序方法，通常是限定基本受益组合补充方法的一种。在选择某一服务时，通常带有限制。例如，某一服务按照获得该服务的人进行的成本—有效性排序可能有很大的不同（如对年纪较大和较小妇女的乳房X线透视）。在荷兰，某一组服务被整体排除在外的情况很少见，受到限制的只是组合所覆盖

^① 在覆盖的人口和以前被排除在外的一些服务（如牙齿保健和器官移植）两方面扩大了保险范围，此外，由于治疗在被拒绝前需要诊断，因此治疗技术上不被保险的许多疾病（如支气管炎），在被保险的诊断出诊期间能得到治疗（Bodenheimer，1997：第653—654页）。

的范围，更确切地说，包含的范围受到限制（Ham，1997，第617页）。在俄勒冈，健康服务委员会提出6个临床指引，用以“明晰疾病/治疗匹配的意向”（俄勒冈健康服务委员会，1999，ix）。指引可以看作是在提供者对个别病人需要的职业判断与有限资源优先使用的更为广泛的社会目标之间发展出的一种以证据为基础的联系。

有实力的承保人（如美国大型管理医疗组织）对于取舍决策都有融资条约。这些规定以医学常规和财务考虑为基础，为医生提供准确的指导。这一规定受益的方法可以看成是为了通过提供者临床决策以影响服务范围而发生的、临床指引和提供者支付激励的组织化融合。

（6）另一种方法是设计出明确地排除在基础医疗服务之外的服务目录。在OECD国家，牙齿和视力护理、定期体检和预防接种、人工受精等通常不包括在公共基本受益组合中。这一问题的另一种说法是，根据一个现存的私人保险市场上的服务是否存在被排除在公共融资基本保险之外的先例来限定基本受益组合。尽管许多私人保险服务会倾向于自发形成，但存在一些私人承保人很少涉及的健康服务，或在私人保险市场上管理有特定的困难。根据这种思路，荷兰在异常医疗支出法案（Exceptional Medical Expenses Act）下建立的基本开支范围为“个人无法承担的风险或私人保险机构不能适当提供的保险”，包括疗养院、精神病院等长期服务（荷兰健康、福利和运动部，1998，第5页）。

显然有许多方法限定基本医疗保健服务，取舍决策通常引起很大争议且在政治上很敏感，基本受益组合的设计者通常受制于特定利益或提供者集团的游说，这些集团觉得对其有价值的服务被不公平地排除在外。^①每个社会都需要确立一种与其自身文化、政治和经济环境相容的方法。

^① 例如：在以色列，“几个显而易见昂贵的治疗程序因一些特殊疾病利益集团带来的压力而加进了组合之中。”

我们力促东欧政策制定者开发出支持公开性原则对基本医疗保健服务进行优先排序的程序，不明确设定优先顺序的困难只会产生不公开的配给方式。^①公开参与是关键。为此，新西兰使用的是问卷、公众会议、伦理工作小组和专家咨询公开听证会。瑞典和俄勒冈也使用工作组研究和讨论问题。荷兰有一个大规模的交流计划，包括一系列公开信息活动，通过向所有卫生部门职员递送简报，以及广泛的媒体报道等（Ham, 1997）。

需要建立适当的机构协调公开参与，而且对限定和更新基本医疗保健服务范围的连续过程进行监督。在许多国家这些机构已经存在，另一些国家则必须创建这些机构。通常立法机构有最终的权限，但许多国家试图使列出特定医疗服务目录的程序远离政治纷争。从一些细节上描述一些案例中的制度安排可能很有用。

在俄勒冈，州立法机关建立了俄勒冈健康服务委员会以建立和审查保健服务优先顺序目录。委员会由十一个成员组成（五个内科医生，四个消费者代表，一个公共保健护士和一个社会工作者）。目前，每半年就编码变化、每年就新医疗技术发展情况对目录作出修改。在每一个立法会期之前，要进行两年一次的全面检查，内容涉及到对提供者的调查和公开听取公众意见。保健成果委员会（The Health Outcomes Subcommittee）（由委员会内科医生组成）首先审查现状然后向总委员会推荐。由独立精算机构判断修改目录的财务影响，如果成本发生显著变化，委员会必须向俄勒冈紧急立法委员会提出要求，即使没有计划中的成本变化，委员会也必须向立法机关领导人报告。在1997年平衡预算法案之前，俄勒冈也不得不获得联邦当局（即医疗保健融资局）的批准。委员会还建立了阐明优先顺序目录的制定方法过程的委员会。

在以色列，国家健康保险法的实施受国家健康理事会监督。理

^① 哲学家诺曼·丹尼尔斯（Norman Daniels）建议建立医疗保险合法而公平的限制性设定决策的四个条件，包括决策公开和可被起诉的原则（Daniels, 1998：第427页）。

事会主席由卫生部长担任，包括疾病基金代表、消费者、健康政策专家和其他政府官员。由主要医疗从业人员组成的医学理事会对基本受益组合予以修订。卫生部长可以推荐附加的基本利益，但“如果要求额外资源，卫生部长和财政部长一起必须担保其可获得性。从基本受益组合中除去任一项目必须由议会的劳动和社会福利委员会批准”（Chinitz和Israeli，1997，第206—207页）。

类似地，在荷兰，健康保险基金理事会（或医疗保险委员会）就取舍决策向卫生部、福利和运动部，并最终向立法机关进行推荐。理事会的38个成员包括雇主、健康保险和医疗保险的提供者代表（荷兰卫生、福利和运动部，1998）。

斯洛文尼亚是惟一一个在确立优先考虑项目上应用公开程序的东欧国家。每年，卫生部、提供者和医疗保险公司之间进行协商，在医疗保健数量和价格以及支付上达成协议。达成的协议包括保险商愿意承保多少骨髓部复位手术、多少白内障和心脏手术、多少MRI试验等。从前一年资料和正在等候的目录名单估计病人可能的数目（值得注意的是，据此可获得精确数据）。这些数据为决定每一程序的融资额提供了基础。提供者可以从配额中申请资金。承保人为每一程序支付不超过商定的数目。

1998年，医院病人总数比计划多出8%，但实际提供的数量是计划的95.3%，没有达到计划数字的医院由承保人给予补偿，这可以防止医疗机构不惜任何代价努力将其申请到的金额全部花光（斯洛文尼亚健康保险协会，1999）。

六、保险组织：所有权、分散化和有管理的竞争

在这一讨论的其余部分，假定正在准备改革的国家已经接受本章目前为止所提出的建议，他们把基本医疗保健服务看作一个普遍的权利，从公众中融通资金。即便如此，他们还面临几个可以按以下观点进行的分类选择。

第一个选择关系到基本医疗保健服务是否应该与国家健康服务融为一体而由国家直接提供，或者是否应该通过一个社会保险体系从独立的提供者那里购买。正如早先所指出，第一种经典的实例是原创于英国的制度，第二种是德国制度。为了给出明确的例子作为提示，在第一种制度下医院成本直接由政府预算支付（通过行政当局）。在第二种制度下，大部分公共资金在社会保险缴费名目下从依法应该缴纳保险金的那些人那里募集，然后进入一个（或几个）保险机构的金库，最后支付给医院。在这一制度下，“钱跟着病人走”而非由中央预算直接分配给提供者。

本书推荐第二种选择。它具有更大的弹性和透明度，为进一步的改革留下更大的余地（正如第四章指出，甚至英国也通过在国家健康服务内分离购买者和提供者角色而脱离纯粹的统合性模式）。然而，最具有说服力的理由是，在大多数东欧国家社会保险是起点（见表5.2）。这些国家已经从统合的中央指导提供和融资的苏联模式转到了提供从融资中分离的德国社会保险模式。^①按照第三章介绍的分类型方法（见图3.1），东欧已从“（I）整合”转换到“（II）分开”，我们相信这是改革中的一个积极步骤。但这也在出资人、保险商和提供者——（II i）、（II ii）、（II iii）之间存在的一体化程度上留下了悬而未决的问题，我们将就此作出回答。

第二个选择关系到有关文献中通常提及的在“单个付款人”与“多个付款人”制度之间作出决定，以及集中化与分散化的相关程度的问题。应该存在将所有消费风险集中起来，并向提供者支付全部或大部分基本医疗保健服务成本这一基本医疗保健服务的单个健康承保人吗？或者保险应该分散化，使保险商人承担较小的风险集中和可能的竞争性？

^① 近来讨论又回到这一问题上，即在投保人与提供者分散的制度环境中，在小单元像美国医疗协会（HMO）是否值得考虑保险与提供合而为一。这是贯穿于波兰医疗保健改革漫长的协商中的一个重要问题（Bossert和Włodarczyk，2000）。

在单一付款人制度中，出资人与保险商的作用自然融为一体（II i）。代表消费者负责支付基本医疗保健服务强制性缴费的政府或非商业化的中央基金也充当保险商。有许多建议认为基本医疗保健服务应该保持在这样一个非商业化的社会保险框架内，但要分成地区化的团体以防止过度集中。代替单一、巨大组织的是存在较易监控的较小的地区性社会保险组织（世界银行，1993；Bossert 和 Włodarczyk，2000）。它们之间不会相互竞争。所有那些有权获得保健服务的人及受其赡养者均会自动地支付保险金给所居住地区的社会保险机构并获得保险。因此分散化依旧保留了保险垄断，尽管是在一个地区而非国家层次上。已经有人在争论，如果保留了保险垄断那么是否还值得进行地区化分散。这是一个简单的行政管理问题，而非微妙的社会政策问题。采用地区化分散的倡议者认为，地区化分散具有鼓励对局部条件进行灵活性适应的所有优势。如果真是这样，就不会有反对的理由。^①更为基本的政策问题在于是否应该保留一种垄断，或者是否值得引入保险商之间的竞争。

根据定义，多个付款人制度可以打破保险垄断：多个保险商共存为获得消费者开展竞争；提供者可以从多个付款人那里获得支付。^②虽然在理论上竞争性的保险商可以都是国有的，但实践中多个付款人制度几乎总是具有竞争性的私人保险商特征。然而，会继续存在一个单一的国有出资人，即中央基金。根据消费者选择哪一个保险商，将融通的公共健康保险资金传送给保险商，在消费者与保险商之间起媒介作用。在这一情况中，出资人功能与保险商功能相分离。

^① 是否值得以地区代的分散为目标可能取决于国家规模，东欧后社会主义大部分国家人口约1千万或更少，在波兰有3.85千万居民，这一问题得到更多的关注。那里地区分散化在所有不同的改革建议中都充当了主角（Bossert 和 Włodarczyk，2000）。

^② 对于社会保险垄断分散到一个地区层次，特定区域内的专门提供者（如在国家首都具有高技术器械的医院）可以接纳病人，并从不同的地区承保人那里接受相关的付款，这样就引入了多个付款人制度的一个因素。为了将这一情形与每一地区多个保险商区分开来，我们继续称前者为地区性单一付款人制度。

如（图3.1）中的（IIi）式或（IIii）形式。^①私人保险商出售健康保险无疑要进行竞争。但他们与非商业性的保险组织（最初行使出资人和保险商职责）应有怎样的联系？他们是简单地增加它的活动性，还是与它进行竞争？

（1）在这一选择下，继续存在一个基本医疗保健服务的公共垄断，尽管风险集中于中央的或地区层次上。与这一基本医疗保健服务垄断形式对照，在辅助医疗服务和供给上还会存在合法的竞争机会。补充保险服务可以由公共和私人保险来提供。^②

（2）在这一选择中，应结束对基本医疗保健服务的公共垄断，私人保险商应自由地提供基本和辅助医疗服务。这一选择将把健康保险转变成在每一个部门都能感受到竞争的领域。

图6.2描绘了有关保险组织的四个主要选择是如何区分和相互联系的。

根据我们在第一个两难问题中所采取的立场，我们继续考虑有关在已经建立融资和提供相分离之后留下的选择。

文献中有关单一和多个付款人制度相对优点有相当多的争论。^③大多数争论与选择3有关。一会儿将要讨论已经构建的多个付款人制度的形式。在东欧推荐多个付款人制度的主要原因是它能够支持选择、竞争和效率激励的原则。如果允许辅助医疗服务，并且消费者可以购买这类服务的保险，那么多个付款人制度几乎可以得到自动的遵守。公共单一付款人可以为消费者提供补充保险，但消费者几乎没有选择；有活力的辅助医疗服务部门会允许消费者在竞争性

^① 出资人也可能组织自己的保险计划和同时管理各个保险商之间的竞争，尽管这使得保险商与竞争性保险商相比更缺少客观性。在捷克共和国，再分配由一个单一付款人综合健康保险机构来进行，且有保险商功能，在波兰，建立了一个单独的平衡基金，经营独立于地区单一付款人。

^② 这会产生术语上的问题，“社会保险”这一术语最初是指“纯粹的”俾斯麦模式，该模式中保险商的收入来自于其成员的支付并对基本医疗保险进行垄断。如果允许私人保险商加入基本或补充医疗保险的提供者之列，公共所有的保险商的社会保险是否还应保留非商业化的特征呢？为了避开术语上的争议，“公共保险商”将与“私人保险商”对照使用。

^③ 关于集中化和分散化保险的优缺点见Soltman和Figueras（1997：第43-58页）。

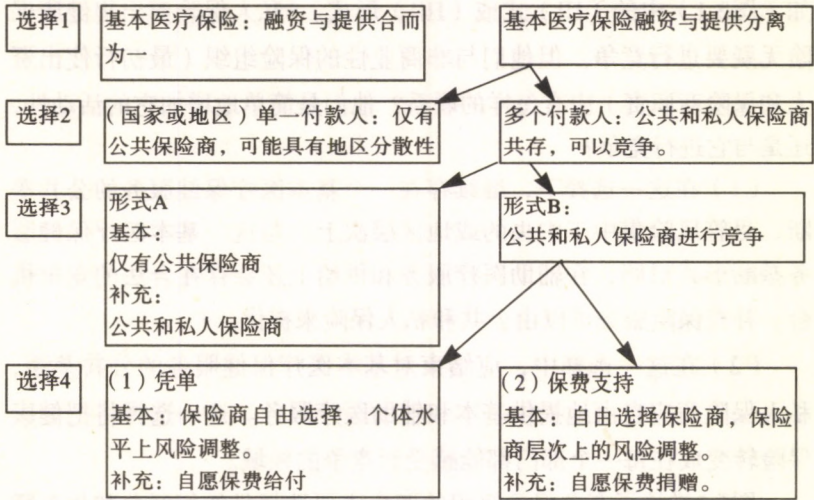


图6.2 分散化保险制度的选择方式

的（公共和私人）保险商之间进行选择。

如果居民偏爱多个付款人制度的话，东欧在实践上担心的是这一制度的可行性。在是否应该允许私人保险商提供补充保险组合的问题上，已经没有太紧张的争论。麻烦在于这一思想在保险商自身之间并未激起足够的热情。事实上，他们并没有利用这些机会，私人保险商真正的兴趣在于参加基础医疗服务保险。如果他们向其客户出售的保单包括基本和补充保险，他们将面对巨大的市场前景。如果保险商有兴趣提供基本和辅助医疗服务，为消费者提供高效率的一体化服务的活动，这应该受到欢迎和鼓励。然而，要谨慎对待的是，保险商渴望提供基本和补充保险的一个值得关注的原因是他们预知在风险选择上有有利可图的机会。如果私人保险商通过营销有吸引力的补充保险组合而把具有逆向选择的高成本消费者留给公共保险商，并榨取低成本消费者，从而获取相当多的利润，避免此一情形的政策建议将在这一章和后面章节加以描述。

在概述形式A和B的主要争论之前，考虑如何对基本和补充保险

进行有管理的竞争的形式B是很有用的。独立的私人 and 公共保险相互竞争的基本和辅助医疗服务的真正分散化可以在几个方面加以管理，居民强制性缴费的基本医疗保健服务的融资总额将纳入一个国有的中央基金。^①消费者在竞争的保险商之间进行选择。被中央基金持有的为基本医疗保健服务公共融资怎样到达被选择的保险商那里？图6.2中的选择4和图6.3显示了两种可选方案。

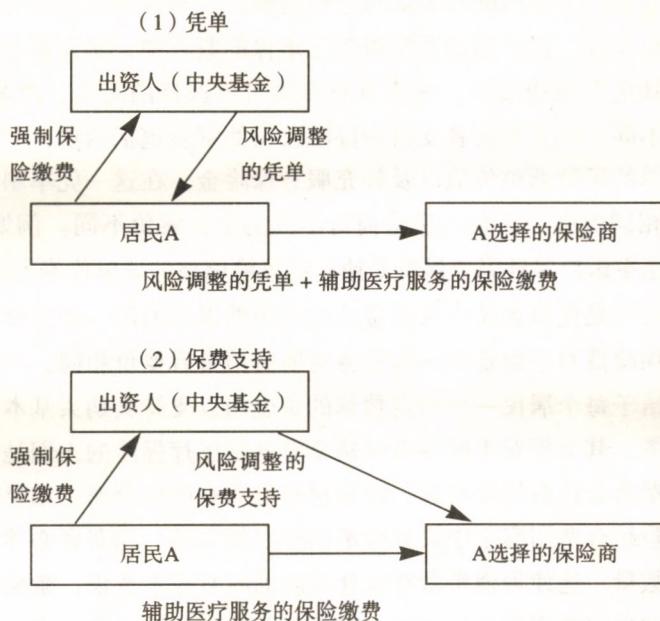


图6.3 不同分散化保险方案下的融资流向

注释：为了简化，只显示了一个居民和一个保险商，尽管在任一制度下，所有居民都可以在竞争性保险商之间进行选择。辅助医疗服务费用保险是自愿的。提供者（未显示）可能是与保险商合二为一或是独立的实体，由保险商支付其所提供的服务。

^① 这里不得不继续提到术语问题。由居民支付的强制性健康保险缴费应该给予什么名称？正如大多数国家所称的，在德国模式它叫做“社会保险缴费”，如果保险缴费专款专用的建议被接受，它们应该被称为“健康税”。同时，一旦所有医疗保险分支机构在公共和私人所有的保险商之间存在竞争，就可维持“社会保险”这一类目。在本书的其余部分，将使用综合性术语（umbrella term）“强制保险缴费”。事实上，如果保险缴费是强制性的，而不是自愿的保费问题，定语“强制的”通常被省略。

方法之一是凭单制度。每年，充当出资人的中央基金向所有有资格获得基本医疗保险的人发放凭单，他们将凭单交给所选择的保险商。凭单的价值主要随着年龄、性别、职业以及其他标准的不同而不同。换句话说，凭单是对风险进行个别调整的。例如，一个70岁消费者的凭单比30岁的凭单给予保险商的支付要多得多。个别风险调整可以通过计算使凭单的总价值等于基本利益保险的宏观预算。消费者将在一系列的保单之间进行选择，这些保单与基本受益组合的保险相同，但在辅助医疗服务（承保的服务中，病人要承担多少被分摊的需求边成本，病人享有多少可供选择的医生，等等）上潜在地不同。每个消费者支付给保险公司的资金包括两项：个人缴纳的凭单的风险调整价值以及补充服务保险金。在这一凭单制度下，对于相同的服务组合，保险商对不同的个人索价不同。例如，一个人的基本医疗保健服务保费是他们经风险调整的凭单价值。

保费支持是使资金从中央基金流向竞争性保险商的一种选择方式。每个保险商对于给定的一组服务对所有消费者要价相同，中央基金承诺给予每个居民一个固定数额的资金用以支持其购买基本医疗保健服务，其金额对于所有有资格享有基础医疗保险的人们是相同的。消费者会比较保险组合，并选择自己喜欢的保险商。如果被选择的保险组合费用高于中央基金承诺规定的金额，消费者必须支付额外的数量。这使得消费者在选择保险商时有成本意识，激励保险商努力改进以吸引更多的客户。不像凭单制度，中央基金不是向个人支付保费支持，而是向其保险商支付。为了避免保险商基于风险选择而非成本降低和/或质量改进的竞争，应当对保险商的事前支付进行风险调整以反映其登记注册者的风险集合。通过混合支付和强制性地高风险集合，可以进一步减少选择。^①

^① 混合支付根据病人实际使用的服务从中央基金中将一些事后支付增补事前保费款项支付给某一承保人。在强制性地集合高风险下，承保人由于事先预测是高风险的那些病人而获得额外支付的款项，承保人要求划出一个备用基金用以弥补高风险病人的成本。并且在洽谈阶段的开始允许将一小部分病人放入高风险集合。这些高风险病人的治疗费用从备用基金中偿付，比其他人更昂贵，且可能是全额的。在第三章中介绍了这些支付概念，在第八章中将作更详细的讨论。

基于保费支持的有管理竞争的一个例子来自于哈佛大学。哈佛拨出了一定金额用以购买保险并且试图给其雇员提供选择。有九种保险计划供选择，每一种计划在保费、共同支付规模、服务范围、提供者选择的限制等方面各不相同。雇主的出资是固定的，不考虑雇员如何选择。那些选择更昂贵（他们认为更有利的）计划的人必须自己支付更高的保费。由于大学的保险金支付是相同的，这一因素不影响个人的选择。保险公司的竞争大大地降低了大学和雇员的成本。另一方面，逆向选择（见第三章）抬头了。最慷慨的计划出现了恶性循环，不得而被取消。这把最有吸引力的计划从雇员可以得到的一系列选择中撤除。尽管存在这一负向影响，但保险商之间的竞争一般来说似乎产生了有利的效果（Culter和Reber, 1998）。

为了避免这一选择问题，保费支持应该进行风险调整（哈佛在上文引用的研究时期未使用风险调整）。中央基金应该预测每个居民基本医疗保健服务成本。基金不是将风险调整的金额以凭单方式给予个人，而是将规定的数量直接付给个人选择的保险商。由于对所有被保险个人的支付款项直接给予了保险商，保费支持的风险调整针对的是一个集体的而非每个人的预测成本。

在凭单和保费支持之间的选择4涉及到的几个技术性问题的还没有权威的理论和实证证据，特别是很少有凭单方面的经验。如果原则1权重大于原则2，也许某一凭单方案更为可取，如果相对权重相反，则保费支持更为可取。构建形式B最有效的战略问题肯定值得进一步研究。^①

让我们回到可选形式A和B的第三种选择，这是一个很曲折的选择问题。在某些国家，已经产生了相互冲突的意见，而另一些国家还在辩论。关于这一主题在匈牙利做了一个著名的公众意见调查（见表9.2—表9.4）。即使意味着较高的缴费，样本中仍有很高的比

^① 本书第二作者认为保费支持制度因保证获得选择而避免了选择问题，比凭单方案更可取。主要原因是当风险的调整技术有限时，依赖于个人风险调整的凭单可能导致严重的风险选择问题。这会在机构上变得稳固而在政治上变得难以逆转。

例支持从形式A变到形式B，但只有在缴费相同时许多人才这样做，一些人不考虑任何竞争性思想。

保留形式A从公共法观点也存在问题。在垄断的社会保险组织事务中谁是合法的决策者，立法机关还是政府？社会保险体系是否应该存在一个独立的管理主体？在后一种情况中，建立管理主体应该采取什么程序？应该由被保险人选举，还是应该包括社会组织（如雇主、雇员，或医疗协会）的代表？^①这里的目的是简单地提出这些问题，提出特定的建议。考虑到这是管理公共资金的特别垄断组织这一事实，所有必需要强调的是公共监管非常必要。

以基本保险的公共垄断为基础的形式A有两大优势。它易于管理，其经营费用比多个平行的、竞争性组织共存，而且每个组织有自己的机构的情况，要低得多，后者还意味着提供者不得不同时从几个地方收取支付款项。^②另一个大的优势是它为整个人口的风险集中提供了保障，特别是因为它是国有单一付款人而非地区的单一付款人，所以风险分散的公众规模最大。另一方面，形式A也有与垄断相关的不利之处：消费者变得无助。垄断剥夺了居民退出的途径，而退出能刺激保险商达到更好的业绩、创新和技术发展。垄断保险组织不论在其管理还是在与医疗保健提供者的相互影响中均不存在努力实现最大化绩效的经济激励。几乎没有理由节约开支，这一形式显然与原则3，即竞争的需要相冲突。

这正是形式B的重大优势所在。这里如同在其他任何领域一样，

^① 东欧集中化的社会保险制度的公共法律状况国与国之间不同。例如，在保加利亚，自治的国家健康保险基金于2000年开始行使其法定的权利。其管理主体由被保险人、雇主和雇员相同比例的代表组成。罗马尼亚在1998年通过的法规授予医疗保险基金自我管理的权力，该基金由被保险人和雇主代表领导，斯洛文尼亚也有相似的领导社会保险体系的构成主体。另一方面，在匈牙利，由雇主和雇员代表组成的自我管理的社会保险基金于1998年废除，当时政府接管并进行直接控制。对这一变化的批评是对基本提供的融资缺乏公共监管效率。

^② 对于基本保险组合，斯洛文尼亚的社会保险垄断组织将开支中的2.2%用于管理，匈牙利的类似组织花费3.8%（斯洛文尼亚卫生保险机构，1999；匈牙利国家银行，1999）。这些数字表明了管理支出水平确实较低。

竞争将会导致更大的创造、创新和对消费者需要的关注。形式B的一个缺点是较高的管理费用，但很清楚，如果这是形式B的惟一缺陷，还是很容易作出选择的。在经济的任一领域，对几个平行组织进行集中管理的总计费用一般比单一垄断组织的管理费用要大得多。就营利性组织来说，收入必须包括费用和利润。这个问题在该领域内重现了社会主义与资本主义、计划与市场竞争之间的对比。乍一看，这些配对中的首要要素，中央集权化与管理垄断从静态观点看似乎“较便宜”。然而，几十年来这两种制度之间的竞争证明了长期来看确实前者要更为昂贵，因为它导致了惰性、技术保守和停滞。

从风险分散的观点来讲，更难以对选择的形式进行比较。除了关于中央集权化与分散化、垄断与竞争的争论中提出的一般性论点外，卫生部门还存在一些特定的问题要考虑。承担风险的竞争导致逆向选择、风险选择和“撇脂”的强烈激励，这已在上文间接提到并在第三章详细讨论过。竞争的保险商试图通过回避高风险的被保险人而获取优势，政策决策者自身的职责则是规定和鼓励出资人小心监督竞争性的保险商是否遵守“游戏规则”，以便来自于选择的问题能被最小化。第七章和第八章的讨论将回到这一点上，但这里描绘一下避免选择激励的一些较为重要的必要政策可能很有用。

- 必须在法律上规定要参与基本医疗保健服务市场的保险商，不可以拒绝任何希望购买保单的人，必须定期公开登记，不允许有“预先设定”的条件性条款（这些条款拒绝在参加健康计划之前患有疾病的人的保险）。一个既定的保险组合的所有购买者必须能支付相同的保费。相对而言，辅助医疗服务是一个自愿交易：如果客户不愿支付保险商所要求的保费，合同就签订不了。
- 这将是一个受监管的产业：进入不是完全自由的。希望进入市场的公司不得不满足几个专业和经济的要求。最终，可望

在一个既定的市场范围内形成一些大型的、信誉良好的保险商，每个保险商都有大量投保人。^①这更易于分散风险，而不用牺牲对竞争注册登记者有利的激励。

□ 打算为其雇员提供医疗保险的雇主为保险商带来大批的被保险人。这将增加集中度和风险集中的规模，而且允许雇主发挥某些出资人作用，特别是作为与保险商进行讨价还价的一种对抗力量。在本章后面的第八个问题更多说明的是雇主作为出资人的角色。

□ 支付制度，特别是风险调整，关键是减小风险选择的激励。承保人对不同的被保险人收取适当差别的支付款项本身将会降低对接纳高风险保险人的抵制，支付抓住的风险因素越多，保险商越有更大的激励去接纳甚至挑选出可能会付出更多花费的登记注册者。由于调整风险复杂而有限，应该鼓励包括强制性的事前高风险集中的风险分担和混合支付制度。在第三章提及的这些支付政策选择将在第八章需求与供给的联系中进行更为详细的讨论。这里应当注意的是，这类精心设计和严格执行的政策组合能够大大降低选择问题的可能性，选择问题变得如此严重以致于使竞争激发创新的优势大为失色。

所有这些都减少形式B的不利特征，但不能保证完全消除。没有完美的解决方案。形式B带有市场失灵的危险。另一方面，形式A含有政府失灵的预期与垄断的缺陷。

根据作者的观点，决不是改革者应该对此做出决定。这的确不应该是立法机关来解决的一个困境。决定只能由居民自己做

^① 在捷克共和国，1992年作出了赞同形式A的决定。最初成立了几家保险公司。到1995年，有27个保险商，其中的一些少于5 000个投保人。这些证明是不可行的。到1998年，破产和兼并使健康保险商的数目减至10个，投保人的平均数量提高到301 000个。破产和被兼并的机构被折出售给了老的垄断机构，即总健康保险机构。

斯洛文尼亚1995年采用形式B。从捷克共和国的经验中汲取教训，斯洛文尼亚法律规定每个保险商应该有至少30 000个成员，如果继续经营，两年内将增至300 000（Lawson和Nemec，1998，第245页）。

出。让改革创造出个人可以进行选择的环境，而且不仅仅通过调查表，或议会选举，通过对某一政党或政治家的医疗保险方案进行投票。还应该让他们真正地行使进入和退出权利，从而可以用脚投票。^①

起始点可能是形式A，迄今为止为基本医疗保健服务融资的垄断性公共保险商应该继续经营，或者作为集中化的组织，或者分解为地区性的保险商，让私人保险商向消费者提供各种补充保险单。这一形式已经存在于大多数西欧国家。虽然补充服务的比例可能不高，却增加了医疗保险的程度和范围。

通向形式B的路径必须以精心而勤勉的监督来开拓。第一步将是收集资料，并着手开发能够准确地将风险调整后的款项从垄断基金支付给保险商的制度，即使最初每个人都由同一个保险商来承保。将每个人风险调整的保费与实际发生的成本相比较的某些经验是必需的，以便后来能对风险调整进行准确地测定。原有的公共保险商应该具有帮助改进风险调整和防止选择的其他战略的动机，这是因为，如果支付制度不能阻止私人保险商向有利可图的被保险人“撇脂”，则会成为逆向选择的牺牲品。

然后必须使私人保险商（如果可能，这些公司应该证明他们在卫生部门之外的活动是可靠的，并且已经熟悉补充性健康保险）也可合法地提供基本医疗保健服务。此后，居民会自由地离开过去的垄断性保险商，转而接受他们选择的私人保险商。

请注意：虽然个人可以从公共的医疗保险商撤出，但无权一并中止支付强制性的保险缴费（健康税、社会保险金等）。换句话说，在本书的所有建议中，总是保留基本医疗保健服务公共融资在全社会范围内的风险集中。

^① 给予居民在A和B之间进行选择的权利意味着在前者之中的基本医疗保险的公共保险垄断将不是一个强行垄断，而是在一个竞争性市场上的单独的保险商。同时，具有强制垄断形式A与转变为形式B的自由选择是不可能的。

我们有可能遇到以下问题，保险商是否给通过涉足基本医疗保健服务而寻找机会。^①居民是否会倾向于退出早先的垄断而在分散化的保险部门选择一个新的保险商。最后，雇主是否会支付超出基本医疗保健服务强制性支出水平的保险金，他们会出于这个目的选择哪个承保人。以及是否要在不损害更广泛的基本医疗保健服务的社会一致性前提下，代表雇员的利益而充当负责任的出资人的问题。

尽管健康保险改革与养老金改革在许多重要方面有所不同，但有趣的是，匈牙利通过养老金改革而进行了相当类似的选择。这使得一定年龄组的人通过将其积累起的养老金权利转移至私人养老基金，使“用脚投票”成为可能。很多人渴望这样做。事实上，这比改革的设计者的预期要多得多（经济信息组，1998，第24页）。

在某些方面选择一种医疗保险制度比选择一种养老金制度要难，原因是它不像养老金仅仅涉及资金，医疗保险还包含生死问题。而且，养老金计划不必处理未预期到的巨大灾祸性的支出，而健康保险必须面对这个问题。如上文指出，所有参与的保险商都应该有一个定期的登记注册期，消费者（和代表消费者进行选择性签约的雇主）可以更换保险公司，甚至一年更换一次。还要包括对某一私人保险商不满意的消费者重新回到公共保险商的情况。更换保险商可能意味着也更换医生，这使得决策更为困难。

私人医疗保险不会在一两年内获得成功。而是要随着保险业发展和变得更有吸引力以及人们逐渐习惯于这一观念，在几年内逐渐取得成绩。私人保险商将不得不与公共保险商竞争客户。为了支持医疗保险制度的强制私有化而牺牲富有成效且健康的竞争，这是极其有害的。

重组可能会带来困难。如果非常多的人从原有的垄断保险商转向

^①当然，在设计保费支持的风险调整方案之前与私人保险商预先进行讨论是可取的。如果私人保险商在提供对混合的基本和补充保险上不感兴趣，那么所有组织和管理工作都将没有意义。

新的保险商，这一退出也许极大地危害其财务稳定性，因为留下的那些人可能是风险的逆向选择者，因此其成本会降至其顾客基础之下。

防止原保险商逆向选择和保费可能极度地螺旋上升的惟一途径是通过准确的风险调整和支持性的支付激励。例如，如上文所解释的事前进行有效的风险集中。此外，随着公共保险商营业额的下降，其社会和政治上的重要性也可能降低。与垄断相关的、有重要权力的那些人会进行抵制。

可以预期，提供者也会遇到困难。以前，依赖垄断保险商的病人和付款作为其全部或大部分经营效能的能力给予他们安全感。现在他们面对几个购买者，迫使他们在更少的付款下提供更多的服务，尽管也使他们更有把握，但也许更为困难和紧迫。他们如果要经营，一定会以市场为导向。这一态度的转变可望成为形式B的一个主要优势。

根据上述看法，必须鼓励试验。但也不必通过行政命令或立法机关的法令将形式B强加给社会。1992年，捷克共和国在没有适当准备或适当过渡期的情况下，以一种迅速、激进的方式进行了这一尝试。它导致了更大的混乱，在一些情形中产生了严重的弊端。正如上文所描述的那样，没有运用原则5而且没有充分设计国家的新角色，同样错误的是，没有运用原则7：没有给予足够的时间作准备。包括出资人和受托对过渡过程进行监督的监管者在内的所有参与者，需要时间来适应一个新制度。

居民决不应该置于没有监管的私人保险商的支配之中。政府的监管和干预（如果需要的话）是必要的。与原则相一致，国家必须作为最后出资人。即使一家私人保险公司破产，投保人依然有权获得基本保险。在这一情形中，国家——或更为确切的是征收强制性缴费的中央基金必须付账。必须为此目的拨出足够的储备作为担保基金，而且必须强制性地让私人保险商对此出资。

该对有关保险组织的建议总结一下了。让有监管的竞争发展首

先仅针对补充服务，然后针对综合性基本和辅助医疗服务组合。如果采用德国模式，应该使形式A得到扩展。换言之，必须有机会购买超出于公共融资所保证的基本保险之上自愿的补充健康保险。必须创造发展基本和补充保险保险商之间有管理竞争的形式B的组织和立法环境。由于公众被分为选择形式A或B中的任一个（见表9.2—表9.4）。形式B不应该强加于任何一个人，但也不应该阻碍自由选择。私人保险公司、雇主，尤其是公众成员根据其实际选择决定要多大程度地参加分散化的健康保险。

七、辅助医疗服务的范围和融资

前面几节搁置了一个问题，即“基本组合”中不包括哪些保健服务。让我们举一些例子而非试图汇编一个完整的目录来予以说明：

(a) 超出作为基本医疗保健服务的范围，应病人要求所做的预防性诊断化验和全面医疗检查。

(b) 为保持良好身体健康状况所设计的健康护理，如体操、按摩和沐浴疗法。只有那些要求直接介入或康复中的病人才作为基本医疗保健服务可以得到。这问题类似于改善视力的外科手术。

(c) 在急性病例中，病人需要得到比基本医疗保健服务更为舒适的治疗。住院治疗肯定比基本医疗保健服务的舒服程度更高（私人房间、较好的家具、收音机和电视，以及较好的食物等），可能会存在不同价格的几种额外收费的舒适等级。

(d) 通过基本医疗保健服务制度得到的、基于第二或第三次诊断所做的确诊，不包括在基本医疗保健服务中。

(e) 如果在医学上不清楚是否必需住院治疗，或者应该持续多长时间，病人愿意而且准备支付附加费的情况下，^①可以考虑病人

^① 尽管来自于病人的共同支付相对较少，一些国家在一定情况下将家庭护理作为基本医疗提供。甚至不包括在基本医疗保险的病例，或病人寻求高于基本医疗保险的家庭护理标准，这可能作为私人出资的补充医疗保险来提供。

的偏好——在医学上无异议的家庭治疗，相反，即使从医学观点上看不是绝对必要，但只要病人支付额外成本，也可以应病人要求延长住院。

(f) 不作为基本医疗保健服务进行融资的部分急症后期护理（例如在疗养院或家庭护理）。

(g) 医生出诊，包括当病人到医生办公室来看病时，就属于基本医疗保健服务范围之内的情况。

(h) 就在医疗上可交替互用的药品来说，选择更贵的药品代替基本医疗保健服务中可用的便宜药品（当然，假设其效果不比便宜的更差）。

(i) 为美容效果的整容外科手术和整型外科手术。当然，诸如校正创伤或因意外而导致的畸型等病例，是基本医疗保健服务中的一部分而非辅助医疗服务。

(j) 许多国家将牙科护理列入辅助医疗服务，而另一些国家仅将牙科护理的一部分成本看作是辅助医疗服务。^①

没有列出的病例中，在什么是基本医疗保健服务、什么不是基础医疗服务，以至于必须由个人筹措资金之间存在着严格而牢固的界限。随着GDP增长与公众变得愿意为此目的而贡献更多的税收，基本医疗保健服务的支出范围会增加，然而，在任一既定的时刻都可以划定界限，确保这一界限的实际存在，有利于使不适当的争议和腐败最小化。

我们预期将(a)到(j)列出的支出项目归入辅助医疗服务没有强烈的异议，然而，必须提及更有争议的另外两种类型：

(k) 如同其他任何职业，同一职位上的两个医生，具有基本相同的训练、同样的时间和职业经历，可能会做出不同的成绩。个人在能力、智力和体力技能、生活知识、对待病人的方法、管理能力

^① 对此存在许多争论。一些人认为将牙科护理从基本医疗保险中根本排除，会导致人们忽视其牙齿健康，最终会导致超过公共开支节约的社会损害。

等等方面不同，他们从道德或经济上讲，没有理由获得同样酬劳。一个常规性的手术，假如由一个优秀的外科医生来做或者由一个中等能力的医生来做；或者一个常规性的治疗由一个卓越的牙医或一个普通的牙医来完成，定价相同是不正确的。他们不会在同一水准上执行常规性任务。这在所有非常规的治疗中更加突出。

当然，医生的收入应该比目前在东欧已存在的差别更大。正规工资级别所允许的差别相对很小，尽管由于来自小费和半合法私人开业的收入而使差别有所拉大。这应该由公开承认的工资差别来替代：让较好的医生有较高的收入（或者那些表面上较好的；其他职业中也存在期望的和实际绩效之间不一致的情况）。较高的收入是对人才和勤劳的公正奖赏，是对奉献和继续训练的一种必不可少的激励。

谁应该对较好的（或表面上较好的）医生提供额外的收入？国有机构雇员的工资等级需要大大地拉开，在私人参与经营的领域应该放开一些差别。设计详细的实施战略超出本书的范围，我们在此只能简单地叙述一种方法。对于提供由基本受益组合支付费用的服务的医生，工资、按人收费或其他方式的基本报酬来自于基本医疗保健服务的公共筹资。假如对其医生进行自由选择的病人准备差别付款（直接以更多的共同支付，或者通过私人辅助医疗服务），他们可以向收费较高的医生申请治疗。换句话说，允许医生接受“差额账单”的病人。

“明星”医生只与为其治疗付款更多的富裕病人进行交易的危险是存在的。行政管理难以对此加以阻止。求助于医生健全的道德意识应该足矣；同业以其道德准则能对此进行规范。应当要求所有医生（不论多么有名）花费大部分时间为所有病人提供不存在差别的服务，无论是穷是富，是自己付费还是由公共融资付费。为了较贫困病人的利益，必须确立组织条件以便医生能完成这些无歧视的工作。

问题（k）与下一条紧密联系。

医疗保险存在一些瓶颈，例如一些诊断或治疗便利仅在一些地方可以得到。允许一些病人交纳某种费用后“加塞”，而另一些病人则要列入一个长长的等候名单吗？

大部分人最初的反应是否定的。这同样与适用于医疗保险特定的人人平等的主张有尖锐的冲突。

接下来的反应可能是袖手旁观：不论我们喜欢与否，事情都会发生。在决定谁获得优先权时，财务诱因与个人关系非常重要。

与其玩世不恭地忍耐，更好的做法是为这一痛苦的配置困境找到一种道德的有效解决方案。基于对程序的一般性考虑，我们再次省略管理方，首先通过例子对此加以描述。例子可能是杜撰的，但它能够更清晰地表述道德和经济问题。

让我们假定一个新的和有效的、但非常昂贵的技术进步尚未被引入某一东欧国家。某一阔病人提出购买进口设备，以便自己享受先进设备的治疗，进一步的，如果将此设备作为礼物提供给医院，意味着其他人也能用该设备进行治疗。由于此前该国还没有人用这样的设备进行治疗，这位病人当然获得了特权。然而，这一特权将导致其他人也会从这一善行中得益。^①

将该例子一般化的第一个层次在于必须允许私人捐赠的投资，即使捐赠者要求附带详细使用条件。因为基本医疗保健服务体系总能有价值地利用更多的资本，这类捐赠极有用处。

一般化的较高层次即组织内交叉补贴的可能性早已提及。这在美国和西欧的许多私人医院里很普遍。不付或少付钱的病人的治疗经费来自于从富裕病人募集而来的收入。这在后社会主义地区也会被准许，且合乎需要。应该制定从私人资源融资的一些服务价格，以便将之并入交叉补贴。

^① 正在用昂贵的现代进口设备对第一作者进行检查的一个医院医生向他讲了一个故事。在给一位国家领导人进行检查时，他告诉这位领导人用本医院还没有的一种设备对他进行检查要好些。这位领导人的关心立即起作用，进口了该设备并赠送给医院。担保人为额外进口融得的资金来自于公共资金，除此之外，这个故事与上文给出的例子类似。

这里可以撇开例子阐述一些基本原则。上述情况从经济观点上说可归入一种特殊的次级再分配税。当人们按收入而非所获得的医疗保险比例支付强制性保险费时，发生了医疗保险的第一次再分配，这是收入税形式的再分配。现在的建议是类似于消费税的一种附加的二次再分配税。如果一些病人准备为某一短缺的服务付款，就让他们支付高费用，不仅包括他们自己的治疗成本，还包括没有能力自己支付的那些人的成本，和/或扩大现有服务能力的成本。现有服务能力越小，附加费就要越高。当然为获得优先权的病人准备的服务能力不应该等于设备总的服务能力，而是要为基本医疗保健服务储备一部分。^①

当前东欧问题的实例可能相对很少。对它进行详细地讨论是因为它突出地展示了原则1对原则2——自主性对一致性、效率对特定的人人平等的严重两难问题。需要表明的是，解决这一困境的所有方法并非都是要么暧昧不清、要么愤世疾俗的，我们应该努力寻找那些透明的、道德的、能够受到法律保护的，以及能够达成有效妥协的方法。

迄今为止已经描述了可能被视为“补充”的服务范围，但是仅提了一下支付的方式。最显而易见的支付方式是在支出发生时病人用他或她自己的钱直接支付。即使在今天的东欧，这也很普遍。这在有些情况下是合法的，主要是在私人部门。私立机构或私人诊所可以提供大部分所列的服务。只有对零星的病例，公立医院和其他医疗保健组织也准备合法地提供额外服务，收取额外付款（例如病房单、较好的食物等）。然而，相当大部分辅助医疗服务通过病人半合法地、通过给医生“小费”来购买，这已在第五章中讨论过，后文还会提到。

另一种可能是购买一定的补充服务保险，每个消费者支付一组套保费，作为交换，保险商负担支付保单中规定的一定成本。遗憾

^① 交叉补贴适用于共同支付，不必是提供者对每一服务所收取的费用，因为高成本治疗的高利润盈余会导致扭曲的价格结构从而导致严重的供给扭曲。

的是，由保险业提供的保单范围很窄。

在后社会主义国家，自愿的私人医疗保险最为常见的是斯洛文尼亚，斯洛文尼亚国家健康保险机构和Adxiatic保险公司（AIC）管理自愿的补充健康保险计划。1998年，几乎70%的人口或者作为个人、或者通过工会或特别养老合同与国家健康保险机构签定了自愿健康保险计划。1998年，这些基金12%支付给了医疗服务。然而，这些基金的大部分覆盖的是共同支付，只有一小部分用于支付强制性医疗保险范围之外的超额收费的服务（斯洛文尼亚健康保险机构，1999）。

匈牙利、波兰和其他国家的私人医疗保险正在增加，但迄今为止范围很小。扩展私人保险的障碍是在第五章中在谈到“红包”问题时描述的现象。如果以前提到的可潜在地覆盖于补充保险之下的提供，还能个人付费购买医生的私人服务的方式来获得，就不合存在真正需要防范的风险，从而也不会产生对补充保险的大量需求（Tymowska, 1997）。这可能就是为什么在其他保险领域有经验的大私人公司在通向医疗保险的道路上，面临着更多的限制和更窄的途径的原因。^①

匈牙利盛行一种比较特殊的保单，保险人不偿付被保险人病人的医疗账单，而是支付病人生病或住院治疗期间一定比例的金額。除此之外，一些保单也支付被保险人某些种类的外科手术或治疗的特定金額。尽管保单的措辞没有对此作出简要提述，但内在的意图明显是病人应该支付保险人付款之外的小费。如果小费支出在目前环境下是普遍存在和几乎是强制性的，那么这便是被保险人降低风险的一种理性行为。与疾病有关的大额开支通过按月缴费而得到保险。同时，这一保险业务有助于保存小费制度，因而造成许多不利影响。无论如何，交易的激励效果值得怀疑，因为它鼓励被保险人和合作医生延长宣称的正当或非正当的患病期和住院期。而且，这一付款会用于抵消官方共同支付的要求；正如早已提到的那样，这通常是

^① 例如，目前匈牙利的保险公司将人寿保单与医疗保险保护联系起来，因为对纯粹的医疗保险需求不足。

不允许的，以免失去对需求的引导效应。

在补充私人保险需求与小费支付之间存在一个恶性循环。如果不停止后者，那么对前者的需求就会很小（供给亦然）。另一方面，在提供补充保险机会之前很难消除小费支付。

在本节的开始，列出了从（a）到（1）的十二种补充服务，每种都要承担可保成本。我们希望后社会主义国家的私人保险商最终将生产出有助于弥补一组或几组补充服务成本的保险产品。供给会创造补充保险的需求（反之亦然），这样，所提供的范围变得更有差别，更富于变化，买者的数量会更大。等待私人保险商能同时提供基本和辅助医疗服务将是一件遗憾的事（换句话，上文论述的形式B应得到认可）。私人保险商为了获得利益强烈地想尽可能熟知医疗保险特征，从中获得经验，赢得消费者信心。那样做的一个良好方法是建立一个辅助医疗服务市场。由于在开始时，只有手头宽裕的人才能在遭遇不幸时拿出现金购买补充服务，因此我们会有更多的人也获得享受补充服务的机会。通过在一个较长时期支付较少的保费而分散风险，保险能使更多的消费者在需要的时候具有获得这些服务的可靠通道。

八、雇主的作用

为了讨论雇主为其雇员的健康保险进行融资和组织的作用，需要区别基本和辅助医疗服务。首先，让我们把讨论限制在保险形式A（见上文），即这种情形中存在一个垄断的基本医疗保健服务保险商。

有一个例外是，东欧所有地方的法规都分开规定雇主和雇员支付的强制性保险费。^①然而这只是名义上的区别（见Musgrave和Musgrave，1980，第494—496页），由于保险费是强制性的，按照其经济学含义，这实际上构成了部分工资成本。

当医疗保健的社会保险费部分或完全由健康税取代时，值得考

^① 波兰例外，那里保险费完全由雇员支付。

虑是否可以废除雇主和雇员保险费之间的区别。雇员的支付应该按其名义值加到包括以前雇主缴费在内的水平上。然后健康税可以从增加的工资中扣除，而不影响净工资额。这会消除雇主为其雇员的部分基本医疗保健服务融资的财务幻觉。^①事实上，实际融资负担落在雇员（或者更精确地说是所有支付健康税的居民）身上。由于宏观预算是在政治领域内决定的，如果雇员的税收意识更为明确会极为有益。然后他们会做出更为全面的考虑：是要更为丰富的基本受益组合，还是宁愿支付更少的税款；如果选择前者，他们自己而不是雇主就要缴纳更多的税赋；如果选择后者，他们就必须满足于相对而言较窄的基本受益范围。

让我们回到目前的情况。法规一般规定雇员的保险金由雇主从工资中扣除。然后雇主和雇员的保险金一起付给相应的基金。这里雇主仅起管理的作用，类似于通过代扣个人所得税并缴至税务局所起的作用。大概他们会不得不继续这样做。

辅助医疗服务融资的情况迥然不同。这里雇主有一个自由选择。他们可以决定什么也不做，或者他们可以自愿缴费。缴费水平会极不相同。雇主的保险金构成一个重要的附加利益。不同的境遇可能诱导雇主提供这一额外保险金。根据效率工资理论，雇主热衷于吸引和留住雇员，他们在市场竞争中有巨大的需要。一些雇员集团通过工资的讨价还价可以赢得特权。这两个因素可能连在一起起作用。在一些地方，与劳动力相关的一些成本属于非应税附加利益和非应税收入，这对雇主或雇员或两者可能是有利条件。^②

到目前为止，在东欧只涉及到雇主的行为，但它在未来的改革中会起重要作用^③。因此值得仔细思考其细节性影响。

^① 这一观点是由自由民主政治家Count Otto Lambsdorff在德国医疗保险改革讨论过程中提出的（Die Welt，1995年5月25日）。

^② 设计税法的那些人意识到这一结果，并且努力在法规中表述这不能作为一种逃税的方式。

^③ 自1995年试图采用综合预付款私人医疗保险以来，美国类型的管理医保公司一直在该地区运行。四年内在波兰创立了15个医疗中心。大约35 000人在约1000个公司中投保，其中一些公司是著名的西方公司。在匈牙利和罗马尼亚同样的公司也开设了中心（Medicorver，2000）。

雇主不仅为补充保健缴费，他们也影响保险商的选择。一个较大的公司或其他组织可能为一家保险公司带来几千消费者，使其可以在更大范围内分散风险。即使在形式A中被限制于补充保险，这也起到了重要作用。当形式B中与保险商进行竞争的每个保险商可以承保基本和辅助医疗服务时，它的重要性会进一步增强。

可以预期，保险商将会为带来潜在的大规模消费者团体的大雇主而非为个人消费者展开激烈竞争。他们将对立即带来几千个消费者的那些人提供更有利的报价（较低的保费和/或较大的受益）。同样的服务，团体保险比个人保险要便宜，团体越大，节省越多。这一节省额以某一比例在雇主和雇员之间分摊。

换句话说，雇主能有效地担当的角色（第三章），代表雇员的利益与保险商和提供者讨价还价。通过出资人，雇主自愿承担出资人的第二角色，即向私人融资的补充保险缴费。可以测预，两种功能都将对其雇员有利。

雇主承担这一角色时会产生几个问题。一个是雇主通过积极的讨价还价为其雇员的基本和辅助医疗服务争取到较低价格（和/或较高的质量）。由于非雇员不能以低价买到高质量的同样医疗保险组合，这可能会损害有关基本医疗保健服务特定的人人平等的要求。雇员享受到非雇员被拒绝进入的额外选择。

另一个问题可能是雇员不愿变换工作，即使是一个更有生产力的工作。这是由于他害怕失去现在雇主提供的有吸引力的健康保险总额，这种“工作锁定”导致劳动力市场的无效率。应该对相关法规予以完善，以免一个以职业为基础的保险制度中重复出现类似的众所周知的问题（见第四章）。相反的问题也可能产生。由于雇主与保险商谈判的兴趣在节约成本上，所以会存在片面突出成本削减，而不考虑对医疗保险质量的不利影响。此外，如果由雇主选择保险公司，就可能减少雇员个人的选择。如果雇员能够从几个保单中自由选择，就不会限制这样的个人自主权。然而，实践中，雇主会先

做选择。一方面，这种预先选择给雇员提供的价格会低于他以个人身份其购买相同保险时的价格，从而可以增加雇员的选择；另一方面，雇主的预先选择也可能减小选择的数量和范围。的确，一些雇主为了降低他们自己的开支有能力而且愿意仅与某一个保险商做交易。他们宣布只有当雇员愿意到指定保险商那里保险，他们才支付雇主保险金。因此原则3，即保险商之间的竞争可以在实践中起作用，但严重违反了原则1即个人自主权。

不可能完全避免这一问题，但通过几个保险商之间有管理的竞争可以大大缓解，如同前文给出的哈佛大学的例子所说明的那样。

东欧在未来的法规中关于雇主保险金的可以规定，给予雇员实际选择权，以便他们在这方面不被强迫接受某些做法。

刚才所描述的保险商、雇主和雇员之间的关系大部分适用于有几千雇员的大雇主，雇佣较少人数的中小公司和其他组织的情况不同。他们无法为保险商带来大量的新客户，因此不能取得这一有利的商业交易。小规模雇主协会能为此提供帮助。应该也允许这一雇主联合体发展成为代表其雇员利益的被组织起来的购买者。

雇主承担的角色促进在承保人之间竞争加大的保险市场上会产生形式B的过程。确实，更高地评价它似乎是合理的：这可能是有效形式运作的前提条件。

除了到目前为止所提到的手段（自愿保险金和团体保险），还存在雇主在医疗保险上进行合作的另一种方式，即内部提供的便利。^①

一些公司有时不仅以基础护理医生（PCP），而且以牙医、小儿科医生或其他专家配备工作人员来维持住公司客户。哪里出现有对健康有害的职业，医务人员可以为工作人员组织特别健康保护和疗养假期。社会主义制度中的公司提供大规模的职业医疗保险。东欧国家制度崩溃以后，首先是大规模私有化和过度商业化的浪潮中，

^① 这是对医疗保险私人融资的第二种自愿保险形式，通过公司内部提供而非从各个提供者那里购买服务。

许多这类公司被关闭了。当东欧的企业熟知了西欧和日本的经验时，他们正在重新认识到对雇员健康的关心，虽然带来短期成本，但最终可以以强化对企业的忠诚来回报公司。

不论雇主以什么形式参与为其雇员医疗保险提供资金，他们如此做的意愿受税收法规的影响。大多数发达国家给予税收减让以鼓励雇主承担这类开支。如果东欧考虑采用相似的措施，必须记住税收减让意味着一种再分配转移。纳税人作为整体，间接地有助于具有健康计划公司的雇员得到补充条款。这与本书提出的改革建议背后的指导思想不一致，这一指导思想是仅仅用公共资金来筹措基本医疗保健服务。尽管有这一不一致性，税收减免还是值得考虑，因为其优点会大于其缺点。在国家层次上值得鼓励雇主在保险的组织 and 融资上起部分作用。

第七章 供给边：交付系统所有 权、组织和签约

一、鼓励私人的积极性：

本书根据竞争的原则（原则3）和国际经验，推荐一种多元化的交付系统。本章初步涉及了所有制改革，并与之相关地涉及到了关于制造者如提供人和保险人之间组织及签约的一些经济问题。我们从一些在此并不准备推荐的系统说起。这并不是描绘某个组织是公有还是私有的“蓝图”。作者坚决抵制这样一种行为：当实行私有制的一些关键条件还没有形成时，就预先实施一些私有化运动。任何这种尝试组织私有化医疗服务行业的决策都只会导致混乱。

从另一方面来说，对私有企业的出现应给予更多的鼓励。包括它所有合法的、道德的和专业化的正确形式。本书从病人的利益出发，在多处讨论了原则1。此原则也适用于服务提供者，包括这个部门中的那些拥有个人自主权和积极性，同时也具备行医能力的医生、其他医疗从业人员和企业等。改革者不需要事先决定哪种形式的私有企业是最合适的，而是应该允许和鼓励他们在实践中发现哪种形式最可行。

当然，这并不是指政府、立法机关、政党组织对保健行业初始的私有化行为应持被动的观望态度。如果得不到政府的支持，它们不可能全面地发展。现有法令必须在所有权问题上进行灵活的调整。

应该制定引导保健行业的私有企业合法经营的规则和一系列管理条例用来监督服务提供者。政府不能等到私有行业已全部运行时才开始有所动作。通常，他们应该事先制订法律框架以引导私人部门的健康发展。同时，根据原则5——政府的新角色，应该考虑政府是否应该提供信用保证来支持私人部门的发展。特别是私有企业最初出现的时候，这个问题更加突出。

许多改革者出于对改革顺序和透明度的偏执，都偏好一致性。顺序是必需的，但是它应该在对条件进行分析以后再加以应用。我们没有理由把严格的限制强加于任何现存的事物，或者根据简单的类型对它们进行分类。相反，任何健康事物都会有许多组织创新，并通过自然选择证明它们是最有效的。在经济领域的商业部门中大体是这样。^①如果在这些部门有机的、自下而上的改革措施是正确的话，那么在卫生部门中也是如此，但是我们必须尤其小心。

让我们来看看以法定形式来分类的私人部门的发展：

(1) 个体行医惯有形式的进一步增多成为变化的主要方向之一。从经济学观点来说，这些医生都是自我雇用的业主^②（在不久的将来，他们中的一些人可能会联合起来形成私人合伙企业）。

随着家庭医疗服务的私有化，个体行医在基础服务领域发展很快，第五章解释了这一阶段在捷克共和国、匈牙利、罗马尼亚和斯洛伐克等国家是如何完成的。这有助于一些后社会主义国家加速他们的进程。

要割断基础护理医生（PCP）与他们前雇主（本地政府权威组织或其他政府机构）的附属关系，并不是一件容易的事情。最初必定会出现一些中间形式。例如，一些医生（单独或合伙的）会成为

^① 在20世纪90年代早期，经济学家对此有许多争论。本书的第一位作者参加了这些讨论并支持那些赞成私有部门渐进发展的观点，并同那些支持进行迅速强制的私有化的人（例如捷克斯洛伐克的经济学家）进行辩论。有关这次辩论请参见Murrell（1995），Poznanski（1995），Kornai（2000）。

^② 在这方面，发生的变化类似于许多原来作为国有员工的律师转为自行执业律师的过程（Mihalyi 2000，第139—45页）。

私有企业主，付报酬给他们的助手和雇员。然而，工作设备和场地可能依旧是公有的，但事实上医生总是在免费使用它们。这样一来在所有权问题上就引起了混乱，而这个问题必须得到澄清。如果原来的所有者想把工作设备和场地等归为公有，他们必须坚持向这些医生收费。另外，他们也可以通过出售而实现固定资产私有化，而不是允许免费使用。

牙科行业的私有化在后社会主义国家得以广泛地普及开了。

其他专科医生（如妇产科、眼科、耳鼻喉科和皮肤科等）都只在独立的私人诊所里提供部分服务。病人有必要在这些医疗分支机构获得医院或其他医疗机构（例如专业诊所）的专业服务。当然在大多数后社会主义国家里这些私人医疗机构还有很大的发展空间，并且不仅仅是在基础服务行业和牙科行业，而且包括许多其他医疗专业行业。

（2）现在私人基础护理医生（PCP）和/或专科医生之间的各种形式的合作已经出现了。这种合作形式应该得到鼓励和进一步发展。这种合作有以下几种已知的形式：

① 医生保持其个体行医的身份。但是，这些医生可以通过集体形式共享资源，包括共享场地和人力，以及医疗仪器和其他设备等。

② 或者，医生们可以建立某种“合伙企业”，作为合伙人来寻求进一步的合作。这种类型的组织可以雇用护士、助手、秘书等雇员。^①

（1）中所提到的个体行医的发展有可能导致（2）中各种类型的集体和合伙企业的出现。因为在任何情况下经济和专业因素才是内在动机，因此这个过程不能操之过急。

（3）在（1）和（2）中说的是主要在医院以外的地方为病人提

^① 在一些国家，私有合伙，和后面讨论的类型（4）的医疗公司，可以很好地适应现存的法律框架。也可能在一些其他国家需要制定新的法律明确对保健行业的私有合伙和公司进行法律限制和管理。

供服务的医生，例如诊所。这些私人诊所的医生应该得到为住院病人服务的机会。以下两点是较为合理的方案：

① 其一是医院与这些私人诊所达成协议，让他们在医院工作并对这部分工作负责，同时给予他们一定的利益。协议应包括详细的工作任务描述，如维持实验室的正常运行，提供各类医疗服务等。在这种关系中医院是买方、私人诊所是卖方。^①医院不是完全依靠自己的内部雇员，而是聘请私人诊所的医生在自己的地方为病人提供部分服务。

② 其二是私人诊所向医院租借场地和设备甚至聘请医院员工为他们的病人提供服务。在这种关系中私人诊所是买方，而医院是卖方。

显而易见，付款对象互相转换了。在①中，医院因为提供了医疗护理的服务而接受（病人和/或保险商）的付费，而在②中是私人诊所提供服务而接受病人付费。这意味着在②中的私有化程度更高了。

②以及其他由（3）而衍生出的形式，就演变成一种合法的、规则的、透明的形式，而不是像以前那样在经济问题上暧昧不清。只要病人使用了医院的场地或设备，医生就应当收费，这是以一种明确的方式进行的。^②谁付费、谁收费都在协议中被清楚地阐明。

应该提倡医疗服务行业的人员包括医生在内采纳（1）、（2）和（3）的方式来工作。这可以在医生中分开进行，如个体行医者，或通过按摩师、理疗师、家庭护士组成的组织，以及包括医师和保健专家在内的组织等，都可采用这几种形式。

（3）中介的形式——医疗服务合伙人与医院之间形成协议关系的形式——其发展比（1）和（2）要困难得多。阻力主要来源于它

^① 这种安排有点类似于在匈牙利国有企业进行社会主义改造的最后阶段发现的“企业内经济合伙制”（VGMK）。

^② 第六章尤其是保险组织一节，讨论了保险组织以及在支付者和提供者之间组织财务流通的问题。第八章将详细论述不同的支付方式的动机。

的优势：合法性和透明度。现存的私人组织与医院之间的模糊不清的关系相对那种直接的协议关系来说，给医生和其他医疗服务提供者带来了更多的利益。这种晦暗不明的经济关系给他们带来收入的余地更大。但是，支持改革者的人（包括医学界、国家医疗服务机构和政治领域的相关人员）应该对（3）中的方式给予肯定和鼓励。

（4）对于参与到医疗服务行业的私有或公有股份制企业的个人和企业实体，在企业所有权问题上，不应该把他们排斥出去。

（2）、（3）和（4）的区别在于前者关系中的所有者都是内部人——医生或其他医疗服务提供者——而（4）中的所有者大部分是没有专业背景的圈外人士。私立医院或其他医疗服务组织的所有者可能是非营利性组织（基金会、慈善组织、教堂或者学校），同时，也可以出现以营利为目的的所有者（大多数情况下是股份制公司），对他们来说这种组织只是个用来投资的地方。

机会是很多的。专门提供专业护理的私有机构会像雨后春笋般纷纷涌现出来。如具有完备的诊断仪器的实验室、眼科诊所、美容整形诊所，等等。最终，这种从事医疗护理活动的私人诊所会遍地皆是。

目前，在后社会主义国家里，阻碍这种私立医院或诊所盈利的不是法律，而是财政上的诸多限制，以及歪曲的“部门中立”原则（下文将详细描述）。对私有企业的歧视，在医疗管理部门和官僚机构中随处可见，同时对部门内的私有企业的发展也起了阻碍作用。

暂且不谈这种歧视。为什么资本家在这个领域的私有化进程中不像其他领域那样有成效呢？^①我们先不必涉及它的地位，但是必须允许竞争的存在。如果人们要想发现诱人的“新大陆”，对拥有必要的资本应该持宽容的态度。如果他们能够提出诱人的条件来接管现有组织（如一家公立医院或者诊所）的所有权，原则上是没有

^① 有必要指出某大型文献比较了主要是在美国，当然也包括别的国家的营利性和非营利性医院的业绩（包括质量、成本、非工资服务等），发现在不同的所有制之间总的来说没有什么不同（Sloan, 2000）。

什么问题的。值得考虑的是他们能做出什么样的承诺、提出什么样的发展计划、保证达到什么样的专业水准、给出有多少竞争力的价格。但是这样就能创造出比现存所有制形式下更有利的局面吗？这是进行出售所必须深思的问题。没有必要在公有制的组织中发动私有化运动，但是对待私有部门的活动应该持赞成的态度，以形成对私有化有利的形势。

这个经济领域私有化的过程是值得总结的，在20世纪90年代初，在所有权分配问题上很多人认为应该无偿奉送，以加快私有化的速度。现在已经很少有人这样提倡了。在捷克共和国和俄罗斯曾有过失败的例子：仓促、牵强地实施了“大私有化”，其主要方式就是无偿奉送国有资产。但是因为将公立医院、诊所及其他较大的医疗服务提供机构私有化的思想，在许多东欧国家开始出现，这种失败的做法又开始出现了。一些较有实力的医生，很乐意免费或者以低价得到价值不菲的仪器和场地。但是这个过程有被某些政治或个人关系控制，甚至出现贪污、受贿的危险。

除了免费分配，私有化过程还可能以出售的形式进行。即医院、综合性诊所和其他组织及其物质与人力资源，以一种可观的价格拍卖。如果可能的话，这种拍卖会建立在竞争的基础上，在一种合法、稳定、完备的条件下竞价。买方可以分几次付款，或者采取银行贷款的方式。虽然为了减少交易中的不法行为而采取的严谨的程序会减缓私有化进程，但是这个过程确实不能操之过急。重要的不是速度，而是结果。要保证通过所有制的改造，实现提高医疗服务行业效率和质量的作用。按照卫生维护组织（HMO）的政策，一些买方可能会是希望将保险和提供一体化（纵向一体化）的保险公司。另外一些买方则是希望扩大经营范围（横向一体化）的非国有的小型组织的所有者。在组织革新的过程中这两种形式都是允许的。这种所有制的改革以及医疗服务的逐步改善需要一段很长的时间，而任何强制加快这种自然增长的企图，都不会有好结果。

与供给边的私有化运动相对应，保险系统的非分散化运动在捷克共和国于1992年开始（见第六章）。供给边私有化的过程在基础服务、牙科和门诊病人、专科门诊等行业迅速发展。医疗服务机构被划分成各种类型，并接受了私有化的时间期限。然而，这个过程实施到医院时却遇上了阻碍，原因是缺乏必要的法律框架（Vyborna, 1995；Kokko等，1998）。

其他东欧国家没有像捷克共和国那样加速私有化的进程，其私有化是零零散散开始的，但是该地区的大部分国家面临相反的问题。对现有体制下实行适宜的所有制改革措施在时间上也被推迟实行。

对医疗保健行业的私立医院和其他私有企业的活动必须实行严格的专业管理。建立监管制度并确定其合法地位是改革的重要因素之一。需要补充的是，对私有组织的监管，相对于公有组织而言，既不能松，也不能紧。在两种组织中，任何粗心大意、玩忽职守的事情都是有可能发生的。

所有制形式分配的变化也导致了企业规模的变化。形式（1）中的企业被定义成微型企业，（2）和（3）涉及到小型和中型企业的发展。而（4）则包含多种类型：小型、中型、大型甚至大型连锁医院。不论如何，这些私有组织的扩张会削弱社会主义保健领域的大型组织的集中化特征。这种变化同发生在工业和交通部门以及其他服务行业的变化类似。大型企业会保持其重要地位，但是小型和中型企业的比率（不论是投入边还是产出边）也会急剧增长。换句话说，在保健部门的就业总量和保健服务的总供给都会增长。

二、加强公有机构的准市场因素

最后一部分主要围绕如何加强医疗服务行业的私有化进程。即使这个过程实现了，仍应有相当数量的公有机构存在。这是国际上的经验，在第四章中有详细介绍。为提高医疗服务的效率，没有发生所有制的根本变化的医疗服务提供者需要发生根本性的变化。这

项工作类似于那些尝试提出“市场社会主义”的改革者所面临的工作。类似之处显而易见：组织仍然归公所有，但是目的在于通过相互之间的竞争或者与私人企业的竞争给它们带来更大程度的市场压力。因为许多医院和其他医疗服务机构将维持全国性或至少是区域性的供给垄断，因此这种竞争并不是完全竞争。服务提供者遇到的买家一般是垄断性质的单个买方，而不是大量零星的小商家，或者如果出现了多方支付的形势，那么保险业将可能高度集中。

综上所述，介于中央政府、地区政府、公立医院与其他医疗组织之间的所有权范围和相关责任应该被划分得更加清楚一些。对于中央政府的任务，出现了向地方政府区域性分散的必要性，并且它们的权利和义务也相应增加。与市场社会主义改革相应，医院或者其他医疗机构的首席执行官（CEO）也必须有更大的独立性和更加广泛的决策权。^①

CEO并不一定是专业上最优秀的医生，重要的是他必须具备杰出的管理能力（Mihalyi, 2000, 第146—148页）。他可能有医学的学历和经验，但这并不是强制性的，最重要的是对于医疗行业的管理才干和经验。^②

从许多方面来看，营利和非营利的划分很容易让人产生误解。一家公立医院或其他医疗服务机构需要足够的收入来弥补经营费用以及购买、更新和保养场地和设备的费用。如果这些费用和收入是以合理的价格计算的（见第八章），而该组织仍然亏损，那么管理层就不能忽略这个经济问题。医疗服务的公共提供者也不能违背这样的基本经济规律。这种“非营利性”指的是所有者并不是为了货

① 在社会主义制度下的医院管理者，像其他的高级官员和企业管理者一样，是因为其政治信仰被任命的。在后社会主义阶段这一特征依旧存在。例如，根据某文献，斯洛伐克15位医院的管理者在1995年3月被解雇了，但其中只有一位是严格因为其专业背景的原因被解雇的（Lawson and Nemeč, 1998, 第248页）。

② 此类扩展培训已经在一些后社会主义国家开始了。部分学员是医疗专业人士，部分是专业经营人士。

币利润而经营某个组织，相反，“营利性”企业所有者的投资则明确是为了获取货币利润。

支付者（主要是保险商）对医疗服务应该有更彻底和更集中的讨价还价能力。他们不应接受“给定的价格”限制。这种做法并不普遍，但也不能走极端——不能损害病人的利益——但是必须更有效地抵制资源的浪费。保险商之间有控制的竞争（在第六章中归纳过），能够促使保险组织与服务提供者之间达成协议，提供质优价廉的服务。与之等同的，卖方（服务提供者）必须给出每一项医疗服务的价位。他们也感觉到竞争的压力，尤其是为了不断赢得更多的病人，他们也争先恐后地与保险商达成协议。在合同和管理的问题上他们必须更加熟练，可以通过提高他们自身的能力或者是雇用这方面的专家来维持诊所的业务。

从社会主义体制继承下来的集中化薪酬管理体系，在大部分后社会主义国家的公立医院里依然存在。这项权利也应该授予，在市场社会主义改革下，这是公司管理者的权利：决定对其员工的报酬制度的高度自主权（见第八章）。

我们应该考虑现存的关于收购的法律限制是否过于累赘。用一种限制较少的制度也许仍然能够抵制腐败。

我们应当重新检查现存制度的衰落和有关投资的决策权。这与出发点紧密相连：对所有权的分配进行再检查。应该对现有的高度集中的体制中进行适当的分散化，否则就不能适用于要求提高效率的原则⁴。公立医院或其他公立医疗组织的管理层应负责对其设备和基础设施进行维护、更新和扩大。在履行这些义务之前，需要将很大一部分决定权和财政资源进行授权。

機關機關的幹部中，也有“老撈頭”的。這就是一個極端腐敗的

例子。這就說明，在社會主義建設時期，我們必須注意

防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋

長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須

注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象

的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我

們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐

敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓

延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意

防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋

長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必

須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現

象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。

我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止

腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和

蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注

意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的

滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們

必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗

現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓

延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意

防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋

長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必

須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現

象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。

我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止

腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和

蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注

意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的

滋長和蔓延。我們必須注意防止腐敗現象的滋長和蔓延。我們

第八章 供需互动：定价、支付、硬预算约束和卫生部门的总体发展

第六章和第七章分别研究了供需双方的融资、利益、所有制、保险机构和保健服务提供，本章将进而研究它们之间的相互作用。我们首先来考虑定价的问题，因为价格对供需双方来说都是重要的激励因素，并且影响到政治领域的分配决策。成本是否应该包括在价格之中？如果市场不决定价格，如何制定管制性价格？然后我们将讨论诸如硬预算约束和组合支付设计（例如，财务纪律、谁应该承担风险以及价格应该在何种程度上进行综合设计）以及专业医疗工作者的收入（例如医生的收入水平和差异性）等更为广泛的问题。讨论了“部门中立”的观点（在第六章曾经提到）以后，本章将描述我们所建议的改革措施如何回答谁决定一国卫生部门发展的问题，并以此作为本章的结束。

一、合理价格

当考虑如何制定合理的价格来平衡卫生部门供需双方的关系，尤其是管制价格和市场定价的问题时，政策讨论就有点类似社会主义经济改革时的争论。哈耶克（1935）进行的经典研究思路如下：如果价格不能反映相对的稀缺状况，就不会有导致效率的合理计算。这种价格只能由市场决定。计划经济由于排斥私有制从而也排斥市场，因此它无法制定合理价格。因此，计划经济没有效率。

拥护市场社会主义的人并不否认合理价格的重要性。从奥斯

卡·兰格到今天的学者都试图在没有真实市场的情况下通过各种方式制定合理价格，甚至用某种方式模拟市场。^①

无法对保健服务进行定价类似于社会主义制度下的问题，因为无法建立起综合性的市场机制。部分原因在于卫生部门的“市场失灵”（参考第三章关于信息不对称、道德风险和选择的讨论），部分原因在于再分配目标，还有部分原因在于历史和政治原因。在供求两边的私有比例越小，国家对市场机制的干预就越强，就上述原因而言，非市场化因素在定价方面所起的作用就越大。这在大多数西欧国家同样适用，但这在后社会主义国家要严重得多，他们从社会主义继承的体制中没有私有部门和市场。

在卫生部门只有一小部分市场定价发生在私有买方和卖方之间的合法交易中，这是或多或少存在的。例如私人牙科服务，消费者可以寻找服务、获得经验、评价服务质量从而变成成熟的消费者。东欧国家卫生部门的许多其他交易都不是通过价格而是通过物质配额的方式进行的，或者是以非常扭曲的价格进行的。

在讨论这种状况以及提出改进意见之前，我们必须说明“价格”指的是对一种商品、服务或一组商品或服务进行的任何支付。例如一些采用一次一付方式的分散的事后定价的保健服务，集合性的事前订价，如病例支付和按人支付也遵循这个原则。下一节将讨论保健服务的“组合”支付的不同层次相关的激励问题。

我们来逐一讨论东欧保健服务定价体制扭曲的特征，并列出发改革的任

务：
（1）东欧国家的公立医院和诊所基本上都不知道他们所提供的服务的准确的平均成本。他们无法测量一个常规的妇产科手术或其他常规手术的花费。他们不知道在心脏手术后直到危险期过去对病人的护理所花费的成本，等等。但是了解这些成本是供给边进行合理定价的起点。

^① Bardham和Roemer（1993）编了一本书，其中提供了许多市场社会主义的文献以及各种争论。

任务非常清楚：仔细核算成本，并将成本准确细分，最起码可以使大的服务类别能够反映出真实成本。可是说起来容易做起来难。这需要采取多方面的措施：从编制和使用适合于卫生部门特征的会计准则，到组织最新的记账方式和引进常规的审计制度。如果保健服务提供者面临硬预算约束，他们就会有动力采取上述措施，缺乏准确的成本信息会使他们在竞争中处于不利地位。

发达国家还有另外一个领域的经验值得东欧国家学习。我们首先看成本会计。现代成本会计的复杂方法是进行医疗服务准确定价以及医院和其他保健服务提供者的有效管理所必须的。一个难题是如何准确界定产出、产品或服务（Berman, Kukla和Weeks, 1994, 第637页）。会计制度的复杂程度可以大致用成本信息的细致程度、根据分类标准进行成本分类的能力、信息的及时和准确性等等衡量。成本可以分成固定成本和可变成本，并将它们合理分配给各种服务，这对医院来说是至关重要的，因为医院的大部分成本是固定成本。^①复杂的成本制度可以根据服务程序或具体的服务个案（例如某医疗一个给定的诊断小组内的一切病例与治医疗相关的成本）进行成本分配。

（2）尽管前面已经提过，这里再重申一下，在后社会主义国家的公共部门，折旧是不进行会计处理的。而且，这些部门在计算现行营业成本之上的净收入时，忽略了产出会计成本（不计折旧）。这种不计折旧的方法使得公立医院和其他公立医疗组织无法自主决定固定资产的更新或添置，因为他们自己没有资金进行投资。而且，这种严重的扭曲行为在卫生部门的所有会计计算中都存在。

这方面没有统一的国际经验。德国模式的社会保险制度中，医院的经营预算通常包括折旧基金（Saltman和Figueras, 1997, 第

^① 标准成本法——一种常用的成本会计——首先将成本进行分配给组成部分（原材料、人工和间接固定成本），然后将相关价值单位进行组合，进行方差分析，根据标准成本（根据行业研究确定）对绩效进行评估。有几个基本的成本会计方法来处理间接成本，例如“直接方式”或者“多种分配方式”（Eastaugh, 1992, 第40—41页）。在美国，医院和一体化服务组织对医院的收费问题都采用了类似于其他部门的企业所采用的高度复杂的成本会计制度。

199页)。在许多国家,如英国,新投资的分配是集中决定的,基本的投资是通过中央税收出资的。澳大利亚的投资决策不是完全集中化的,但是必须得到中央的批准。

最起码的改革似乎应该是将折旧计入成本,并且提供相应的价格补贴。^①因此出现了一个问题:在计算价格时,是否需将投入到扩大再生产中的净收入完全计入成本,还是只需部分计入?^②

我们假定已经决定了如何计算折旧和净收入。首要任务很明显是制订和实行必要的法律规定。这并不容易,因为这种改革会导致服务价格上升。

从宏观经济的角度来看,这种改革导致的最终由消费者承担的经济负担的余额为零。这会导致成本重组。更新厂房和设备的成本将由提供者而不是中央融资机构承担。供中央使用的收入及作为其来源的税收可以便会成比例地减少。另一个问题是政府是否有能力持续采取这种平衡预算方案。进一步地,宏观层面的平衡并不排斥有的家庭发现开支(总的税负和保健开支)上升,而有的家庭则发现开支下降的可能性。

(3)对卫生部门补贴的不合理分配会导致成本计算和审查的复杂化。有时候投入成本是有补贴的,有时候商品(如药品)或服务(如治疗)制订的也是真实价格。

改变这些是很困难的。原因在于成本会计的透明性要求可能同政治上所要求的最可接受且最易实施的现行的补贴分配相冲突。透明性要求所有产品都应以大于成本的合理价格出售,而且要求现金

^① 波兰在1999年开始采用折旧补贴(OECD, 2000, 第151页)。

^② 理论上可以理解存在一种机制,大部分净收入通过该机制返回给提供者,一部分依旧作为自行投资的资金来源,还有一部分进入中央(地方)基金进行再分配。这是最好的方式之一,它保证了从成本到定价的透明性,因为它对两方面进行了明确区分:一方面是成本和定价,另一方面是投资集中化程度。有一种危险是:集中投资决策可能会牺牲透明度,并且要求直接取得投资基金,投资直接到达集中决策者,而不是通过迂回的路径。

权力的考虑并不是要求部分集中化的唯一标准。它还可以确保不会无谓地进行重复增加生产能力的投资。

补贴应支付给那些全价购买服务的确实需要补贴的买方。事实上，只对某些投入（例如某些药物）进行补贴，可能更加方便地帮助穷人，但这样做会立即扭曲成本。这种情况有许多事例。

惟一的希望是逐个和逐步地克服这种扭曲效应，并运用直接而非间接补贴来帮助穷人。

（4）提供保健服务的工作的价值在正式价格中只得到了部分反映。除了正式的收入之外，还有病人支付给医疗服务提供者的隐性小费收入。在供给边，官方的报告显示，提供的成本小于买方（正式买方，如单一支付的保险基金；和非正式买方，如病人）实际支付的数额。

剔除小费支付体制的方式将在稍后讨论。

这个结论几乎没有说服力。没有经济学家希望看到，反映相对稀缺性的价格由半行政半市场因素而非完全的市场因素所决定。模拟市场是不真实的，但是没有更令人满意的方法了。我们必须明白卫生部门的价格形成问题是没有很好的解决办法的。本书在提出如何合理定价的建议时，是考虑了上述局限性的。合理价格有助于有效地组织投入和产出。

希望在后社会主义国家立即出现一种基本反映合理价值的新的保健服务价格结构是不现实的。但是，必须开始朝着这个方向努力。如果卫生部门的工作人员可以从降低成本中获利的话（参见下面几节），就会有人反对通行价格中的扭曲现象。一旦这些人开始有了价格和成本意识，对价格的争议和讨论（通过探索和各种修正措施）就会导致合理价格的出现。这可能是一个缓慢的过程，在这个过程中，市场定价将逐步取代（但无法彻底取代）管制价格，而遗留的管制价格也将更好地反映真实的供求关系。

在此参考别国制定合理的管制价格的经验，对于决策程序和制度而言可能是特别恰当的，我们来研究日本和美国这两个制度差

异较大的国家。日本有效地采用了费用修订方法来控制其付费服务（FFS）的成本。厚生省大臣根据中央社会保险医疗顾问委员会20个成员的建议来修订成本，并非常重视日本医疗协会的意见。为了每年一次的药品价格更新，政府要调查批发市场的价格，并按高于竞争性市场平均价格一定百分比的水平来建立价格目录，以获得一个小额利润（Ikegami和Campbell，1999，第64页）。为了更新医疗服务（包括医生和医院）的费用目录，政府检查提供者的财政状况和健康保险索赔的数据，以决定所有服务的加权平均成本增幅，然后在费用目录的300多个项目中分配这个增幅。不同种类的费用的增减是为了控制总体的费用增幅，并为一些受技术变革影响的提供者进行补偿。

在美国，由一个专家委员会为国会制订公共融资医疗服务计划、提出分析和建议、包括制订和更新支付的方法。私人健康保险商和保健服务提供者也经常采用这些支付方法。最初的时候有两个委员会，1997年合并为医疗服务支付顾问委员会。这种专家建议制度依据建立在资源相对价值尺度之上的医疗费目录（Hsiao等，1998）、医院预见性支付制度，以及最近的风险调整和医院门诊服务预见性支付等，且对政策的变化进行监督。^①

最后，对于价格的讨论还有一个问题。大多数东欧国家都或多或少地存在通货膨胀。原因之一是采取了调整社会主义制度遗留的价格扭曲的努力。尽管从理论上来说价格应该有涨有落，但事实上，价格是存在下跌刚性的。所以，在后社会主义转轨的过程中，相对价格体系的调整意味着在经济领域一些价格保持不变或缓慢上升，而另一些价格则迅速上升或持续上升。这是卫生部门价格调整所面临的环境。已经提到的必要的价格调整都会提高会计成本和直接购买者支付的价格，这包括调整价格使之反映折旧和净收入、将小费

^① 第六章末在提到斯洛文尼亚采用的基本措施时曾经提到。这包括管制性价格的定价，至少包括基本服务中的治疗措施的定价问题。

收入合法化、记录工资成本、停止对某些投入的补贴以利于收入的公开化等。这些导致价格上升的因素可能会部分地被激烈的竞争和效率激励所抵消，但可能难以完全抵消，而且不会立即奏效。这意味着卫生部门的价格改革面临的最大挑战之一是碰到为降低并最终消除通货膨胀而采取的宏观经济措施。这减少了在短期内获得成功的希望，并且喻示着改革应该是渐进而不是突进的。

二、硬预算约束和其他激励

我们在第三章和其他地方已经提到，改变所有制和传导边组织还不足以使卫生部门有效运转。如果没有足够的激励，保健服务的参与方会向两个方向发展，或者是需求和成本无法控制，或者是为了节约成本肆意降低质量，以及提供者（或者分散化以后的保险商）避免为高风险病人提供治疗或保险。

我们应该怎么办？必须放弃幻想，事实上并没有完美的解决办法。不论激励系统设计得如何精密，依然存在可以被那些谋取私利的人利用的漏洞，因而损害病人以及那些担负经济成本的团体的利益。但是，如果谨慎从事，可以制订一个复杂的综合性激励制度来尽量减少上述不良倾向：

(1) 必须制定财务纪律。即使在传统的市场经济中，一些公共提供者和非营利性保险商也会认为，他们在道义上拥有获得特殊照顾的权利，例如可以获得税收减免或者在财务上有赤字时获得救助，因为他们从事的是崇高的医疗事业，这种想法在后社会主义国家更普遍，这种行为已经成为惯例。软预算约束的问题不仅出现在保健服务部门，在社会主义经济的所有领域都存在。

作者认为，希望得到自动的救助是没有道理的。许多其他领域也可以同样的方式强调他们特殊的重要性。放松财务纪律并不是社会表示尊重卫生部门的最佳方式。如果公众希望以财务的方式来表达他们对卫生部门的尊重，他们的政治代表就应该事前为卫生部门

的基础服务提供更大的宏观预算。但是不应该事后向卫生部门的借口或勒索妥协，也不应该放松宏观和微观的预算约束或进行救助。^①

公有或非营利性的组织不应被允许长期负债经营。如果赤字的原因在于投入和产出的价格扭曲，那么应该进行纠正。如果原因在于存在大量高成本的病例，而病人的支付无法弥补成本，那么病人的支付应该被修正，使之更好地反映成本（通过风险调整和其他下面讨论的策略）。但是，如果存在其他以同样的价格经营、具有类似的病例组合，然而病人状况更好的医院没有亏损，那么原因只能是低效率。正确的方案是增加或解散管理人员并进行业务重组。财政补贴只有在最及时的时候才能进行，并且警告该企业，它将被逐渐逐出该行业，并且在某一个特定的日期停业。

硬化预算约束还会在经济领域引起复杂的政治、法律和经济问题。这个过程在后社会主义转轨中并不均衡，一些国家取得了比较大的进步，一些国家几乎没有前进。但是，在这个地区的卫生部门的提供者和保险商中的软预算约束情况确实比其他经济领域严重得多。预算约束的硬化是评价效率导向型改革实施持续性的一个重要指标。

如果实施了严格的财政纪律，以偶尔的救助来改善改革进程的条件是合理的。但是，如果卫生部门的组织负债经营或使损失增加，就不应该再进行救助。

(2) 第三章解释了为什么在供给边和需求边采用成本共担的原则是非常重要的。在需求边，没有必要重复第六章所建议的共同支付。至少在一定程度上，这使得病人可以在消费保健服务时进行自我约束，即使大部分费用依旧由公共支付。

(3) 我们继续讨论在供给边实施费用共担的原则。首先从较大型的组织、医院和诊所谈起。表8.1和8.2显示了1997年的状况。以前的数据是根据支付系统进行分组的，后来的数据根据服务类型分组。

^① 1998年匈牙利的一家省级医院严重超出了预算。医院的一位全国知名的高级心脏病专家开始绝食罢工，财政部副部长和卫生部长不得不与之进行谈判。最后这位医生的行为迫使政府弥补了医院的亏损。

表8.1 1987年东欧国家支付系统：根据支付选择进行的调查

| 国家 | 全方位 预算 (1) | 全部费用 补偿 (2) | FFS (3) | 个案支 付 (4) | 按人支 付 (5) | 每天每张病 床支付 (6) |
|-------------------|------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|------------------|
| 阿尔巴尼亚 | OPC、IPC | — | — | — | PC | — |
| 保加利亚 | PC、OPC、 IPC | — | — | — | — | — |
| 捷克共和国 | IPC ¹ | OPC、IPC | PC、OPC、 IPC | 一些IPC | — | — |
| 克罗地亚 | — | — | OPC、IPC | — | PC | — |
| 匈牙利 | — | — | OPC、IPC | IPC | PC | — |
| 马其顿 | OPC、IPC | — | — | — | PC | — |
| 波兰 | PC、OPC、 IPC | — | — | 一些IPC | — | — |
| 罗马尼亚 ² | PC、OPC、 IPC | — | — | — | — | — |
| 斯洛伐克 | — | OPC、IPC | OPC | 一些IPC | PC | IPC |
| 斯洛文尼亚 | — | — | PC、OPC、 IPC | — | PC | IPC |

注释：PC：基础服务；IPC：住院服务；OPC：门诊服务。

¹ 1997年6月引进综合预算。

² 拥有基础服务和高级服务的地区性基金的医院对药方和门诊部的资金负责。

资料来源：NERA (1998b, 1999)；PHARE (1998, 附录)；WHO (1999b)。

表8.2 1997年东欧国家支付系统：根据保健服务的三个层次进行的调查

| 国家 | 基础服务 | 门诊服务 | 住院服务 |
|-------|----------------|------------------------------|--|
| 阿尔巴尼亚 | 按人支付 | 综合预算和工资 计划：FFS | 综合预算和工资 |
| 保加利亚 | 全方位预算和工资 | 综合预算和工资 | 综合预算和工资 |
| 捷克共和国 | FFS 计划：按人支付 | 全国性上限的FFS， 对部分投入的全部补 偿 | 全国性上限的FFS对部分投入 的全部补偿，按日给与补贴。 1997年6月以后，全方位预算 |
| 克罗地亚 | 按人支付和FFS | FFS和工资 | FFS |
| 匈牙利 | 按人支付 | 全国性上限的FFS | 病例支付 (DRG) |

(续)

| 国家 | 基础服务 | 门诊服务 | 住院服务 |
|-----------|----------------------------------|---|---|
| 马其顿 | 按人支付 | 综合预算和工资 计划: FFS | 综合预算和工资 计划: 个案支付 |
| 波兰 | 综合预算和工资 1999年以后, 按人 支付和FFS | 综合预算和工资 1999年以后, 按人支 付和FFS (根据地区 性基金的选择) | 综合预算和工资 1999年以后, 按人支付 (根据 地区性基金的选择) |
| 罗马尼亚 | 综合预算和工资 1999年以后, 按人 支付和FFS | 综合预算和工资 1999年以后, 按人支 付和FFS | 综合预算和工资 1999年以后, 按人支付。 |
| 斯洛伐克 | FFS 实验: 同按人支付 相结合 | FFS | 分别给与每日补贴 实验病例支付 |
| 斯洛文尼 亚 | 全国性上限的按人 支付和FFS | FFS | 每日补贴, 全国性上限的FFS |

资料来源: PHARE (1998, 附录); WHO (1999b)。

社会主义计划经济制度下的医院和诊所由综合预算提供补助。在这个支付制度中, 支付者直接将综合性预算分配给提供者, 而不是为每个病人的各项服务进行支付。在社会主义计划经济制度下, 事前制订预算的起点是历史服务能力和历史成本数据, 最多根据服务能力的变化 (例如新增加的病床) 或者通货膨胀率进行简单调整。由于预算约束的软化、没有生产效率的要求、没有竞争, 这种综合预算制度类似于对所有费用毫无异议进行全额报销。以前, 投入和产出的低效率总是会得到批准, 从而使供给边没有有效经营的动力。

如表8.1的第一列所示, 这种支付制度在后社会主义转轨的初期是仍然存在的。后来, 一些国家开始扩大其他制度或以其他制度取代这种支付制度。^①从表8.2也可以看出, 到20世纪90年代末, 许多

① 关于对支付制度的描述, 参见第三章。

国家已经或多或少地转向了以绩效评估为基础支付制度。

许多后社会主义国家的医院或诊所在20世纪90年代末期采用了基于相关点制度的FFS支付的变形形式。根据提供者提供服务的数量和类型，FFS将支付和以服务数量衡量的绩效联系起来。提供的服务越多，得到的收入也越多。

第三章已经对支付制度如何影响提供者的绩效进行了分析并提供了实际例子。尽管到目前为止在任何东欧国家都没有对支付改革的效果进行全面分析，但是在一些情况下，这些新的供给边激励的效果是非常显著的。捷克共和国是一个典型的例子。理论上以及其他国家的经验都表明将FFS支付方式同某些在成本的全额报销结合起来会导致开支上升，并且可能会危及改革在经济上的可持续性。确实，社会保险制度在引进了开放式支付以后，捷克共和国的真实保健服务开支在两年内增长了近40%（Marree和Groenewegen，1997，第64页）。在FFS基础上获得收入的私人保健服务提供者比国有提供者（主要靠工资收入）在每一种服务种类中的收入都高得多（Massaro，Nemec和Kalman，1994）。早期捷克共和国的经验非常直观地表明，采用开放式的FFS支付方式以及缺少供给边费用共担会导致成本上升。最后，在1997年中期，又回到了综合预算法，因为微调被证明是无法减少开支的。只要医院本季度服务数量综合不低于上一季度的70%，那么其本季度的预算就是上一季度的100%。据捷克的医生反映，改革很快便取得了成效：以此作为支付基础的医院的绩效下降了30%（Benedict，2000）。这又一次表明对支付激励的反应是多么迅速和彻底。

另一个在许多方面比FFS更加复杂的激励制度是病例支付。此处对所有服务使用的“捆绑”价格支付被用于一个给定的病例。但是，如第三章所指出的那样，这个支付方式也不是无懈可击的。从匈牙利可以看出它的一个问题。匈牙利早在1993年就引进了这个制度，几乎同时，医院广泛地采用了一种名为“Saman”的软件系统

用来提供医院利润最大化的最佳程序。例如，当许多疾病同时存在的时候，它可以指出哪些疾病应该优先治疗，以及应该报告哪些并发症来提高应该收取的价格。对支付激励的这种反应是可以理解的，并且在使用病例支付方式的其他国家也非常盛行。

匈牙利的另一个问题是缺乏医院和门诊服务支付之间的协调。所有医院或诊所的所有部门都尽可能地为自己多骗取一些点数，来看一看住院治疗 and 门诊治疗哪一个可以获得更多的收入。这种活动被称为“猎取点数”（Federer和Nemes，1999）。例如，如果在儿童医院，病人持续流鼻血被作为门诊服务，那么对这个医院来说这是一件亏本的生意。但是，如果同样的病人在医院住上几天，利润就产生了。再举一个例子，如果医院对病人进行体检，结果发现该病人是健康的，那么就得不到社会保险基金。因此，如果医院可以将所有在该医院门诊的病人诊断为患有某种疾病，它就可以获得一定的经济利益。这些例子说明了协调支付体制的重要性，即某些服务（例如持续流鼻血）应该是“中性的”，住院服务的报酬不应该比门诊服务高出太多。

斯洛伐克医院支付体制的不良效果迫使其自1993年以来实行了某些改革。一年多以来，支付体制是由点制度同每床每天的支付结合在一起的。此后的13个月，使用的是一种将一次总付按日支付结合在一起的制度。最后，从1995年以来，医院所有的流动成本都是按照每日支付制支付的，并要不定期地进行修订（Lawson和Nemec，1998，第247页）。可以预期，按日支付制度将使斯洛伐克比其他使用不同激励制度（例如病例支付制度）的国家更倾向于使用住院服务。

大多数国家的医院和诊所的激励制度都还需要进一步的改革。如果采用FFS，相对“价格”（交易的相关点数）需要进行改进。有的情况下，应该将按比例分配给支付点数所依据的预算约束（“上限”），将其分解成更小的单位，而不是将它整个地应用于组织。不

使用FFS支付方式并引进更多的供给边成本共担，可能会更有效率，例如采取病例支付并对某些服务加收特殊的费用便是如此。

就所提出的建议而言，有必要考虑是将成本共担原则应用于整个医院或诊所还是应用于独立核算的各部门。这意味着，事前接受预算的部门将有权保留其事后盈余（全部或事先约定的比例）。另一方面，它将不得不用储备弥补任何事后发生的赤字。如前所述，这种方法在斯洛文尼亚的医院应用了数年（斯洛文尼亚健康保险研究所，1999，第28页），使医院很少产生赤字。这说明，综合预算和硬预算约束（也许还可能是绩效监督和/或竞争）相结合，能够产生比社会主义的综合预算制度更大的效率激励。但是这种方法现在还不能大举采用。将硬预算约束和供给边成本共担使用于很小的单位，会使其产生牺牲质量来控制成本以及歧视高成本病人的后果。

（4）按人支付形式或其变形已经成为东欧国家最普遍的基础服务支付形式（见表8.2）。病人选择一个长期的基础护理医生登记，这个医生对每个病人都按人收费，那么其支付将与在册病人的数目成正比。^①

按人支付的缺点，同其他供给边完全成本共担一样，是单方面地强调基础护理医生自身的成本控制，包括节省医生的时间。因此医生接收的病人越多，诊断所使用的时间越少，他获得的收益越大。^②这可能会导致检查表面化。但是，如果基础服务私有化，并且可以选择基础护理医生，因而导致医生开始真正地竞争病人（原则3），这种有害的趋势就可能减少，并引起更大的注意。这意味着将足够数量的执照发给基础护理医生，使得供给的总数量超过病人对基础护理医生的需求量。按人支付使得医生有动力去争取病人。如果发放的执照过少（可能是因为现有的基础护理医生的游

^① 按人支付类似于小型的综合预算。

^② 东欧国家的基础护理医生只允许接受有限数量的病人，通常是2000个左右。在匈牙利也有按人支付的限制，超过这个限制将会有有一个递减调整因子来防止其接收过多的病人（OECD，1999a）。

说),专业的排他性就会导致长期的供应短缺。对于所有经历过社会主义阶段的东欧国家来说,这种长期供不应求的局面是非常熟悉的。但是这并不足以说明公众有自由选择医生的法定权利。如果供不应求,一些病人为了减少排队将不得不选择不受欢迎的医生。为了避免这种情况,所有制、竞争和支付改革应该共同协作,保证病人真正有选择的权利。

在改革过程中,基础护理医生起着重要的作用,作为“看门人”(gate-keeper),他们决定是否将病人转交给专业医生。他们应该尽可能地根据专业知识做出这类决定,但事实上他们的决定受私利的影响。如果按人支付只影响到他们的收入和办公室的开支,他们将会尽快地将病人转移给专业医生或医院。这能节省他们的时间和助手费用,同时减少办公室开支增加收益。这也能获得病人的好感,因此,通过执行这个政策,可以提高其竞争力。经常的——通常是过度的——将病人转移给专业医生或医院还可以减少医生决策失误的风险,防止因错误判断受到索赔。但是,这样的基础护理医生并没有起到看门人的作用:他们将门大开着。这对整个保健服务系统来说是非常昂贵的,它会使得收费昂贵的专业医生和医院负担过重,因此必须使用各种方式防止基础护理医生过多地将病人推荐给专业医生或医院。

一种方法是告知性和指导性的。将操作规则告知基础护理医生,建议他们何时推荐病人进行检查,何时去看专业医生或去医院就诊。当然,他们依靠专业知识和判断来进行决策,但是他们决策的依据越清晰,指示越明确,他们作出的决策就越可靠。^①

另一个方法是通过财务激励。在英国的“GP基金”和“基础服

^① 这个问题类似于第六章讨论的组合基本服务的问题。第六章的建议也是制定规则和明确的方向,但是并不剥夺医生自我决策的权利和他们对决策的责任。

除了与第六章讨论的问题类似以外,这个问题还与之有重叠之处。这儿的讨论集中在提供基础服务的家庭医生上。基础护理医生决定不将病人转移到专业医生或医院的标准之一是该诊断或治疗并非基础服务的一部分。同样,基础护理医生也可以将病人转移到专业医生或医院,但是建议病人自己支付费用。

务小组”制度下（见第三章和表4.7），综合医生可以根据在册病人的数目获得相应的开支配额（预算或基金），作为这些病人的保健开支。这些规定说明了哪些开支类型可以由配额进行支付。综合医生当然必须在该规定的框架内决定如何使用这些配额以及医治哪些病人。这个制度使综合医生既是提供者同时又是保险者，因为他们承担着为病人提供服务的财务风险。东欧的基础护理医生也是一个类似的制度。^①例如，如果这个地区的医生必须以固定预算支付专业医生的治疗、检查和医院开支，那么，他们可能不会毫不犹豫地接受病人。这可能会提高基础护理医生控制成本的激励，但是，这也会增加他们对病人的特权，使得他们拒绝高成本的病人。不应急于实施这种机制。一旦基础护理医生个人或集体的业务合并了，病人提供者和病人熟悉了新的情况，实施进一步的激励措施的时机就到来

了。

（5）在（4）中描述的机制（基础护理医生作为看门人以及通过给与基础护理医生的开支配额来支付专业医生和医院的开支）只是脱离管理医保组织的最初几步而已。它将保险和提供结合在一起。理论上，它似乎可以克服两个错误倾向：浪费成本和降低质量。管理医疗组织为了雇主和被保险的病人的利益而互相竞争，从而使得他们减少成本并为病人提供最好的服务。但是，这也会使他们在雇主和病人不注意的时候降低质量来降低成本，并且拒绝高成本的病人来减少损失。

美国的经验表明，不惜代价控制成本可能会非常普遍。因此使用这种方法必须谨慎。东欧禁止管理医保组织发挥其积极主动性是不对的，而是要建立法律框架使其依法运行。另一方面，引进保健

^① 波兰的一些大城市，包括克拉科夫，从1996年开始实行过类似于英国GP基金支付的制度，在波兰称为“家庭服务”（Windak等，1997；NERA，1999b）。克拉科夫的基础护理医生同当地政府签订协议，承担某个地区的医疗服务同时采取按人收费的制度。不仅包括基础服务，也包括专家服务和诊断。但是，在东欧，这类的试验还是很零散的。

组织也不应该成为一个强迫性的或集中性的运动。^①

(6) 已经提到的一些支付手段——病例支付、按人支付、GP基金支付——包括了高度的供给边成本共担，因此也有很强的拒绝高成本病人的动机。为了防止这类不良动机，支付者应该调节对保险人和提供者的支付，使支付反映正当治疗的成本（见第三章）。^②

风险调节在东欧地区也实行过。捷克共和国在1993年实行过一种基于年龄的风险调节机制。这是朝正确的方向迈出的一步，因为保险人倾向于歧视老年人，如果老年人的医疗成本更高的话。而且，年龄信息是非常容易收集并用于支付调节的。但是，年龄（以及其他类似的人口统计因素如性别）只能解释病人之间一小部分的成本区别。更完善的风险调节制度需要掌握病人更多的信息。

供给边成本共担程度中等的混合支付是一种避免风险选择的补充性方法，在某些情况下也是一种更简单的方法。它也减少了降低质量的动机。混合支付包含了基于病人实际保健开支的事前保健支付和事后保健支付。事前保健支付应该是风险调节的。这些国家应该尝试实行同事后补偿相关的事前固定支付。

最后，这些国家应该考虑实行强制性高风险集中（见第三章）。在这种制度下，保险人（或者其他负担服务风险的提供者，如按人支付的PCP）应该向基金缴费来补偿高风险病人的成本。作为补偿，保险人可以在事前将一小部分病人作为高风险病人。这样治疗这些高风险病人的开支就可以从这个基金中获得补偿。通过这个机制，保险人不必拒绝高风险病人。这将有助于这些病人真正获得服务的选择权。

(7) 病人自我保护的制度形式需要进一步发展，使之抵管理医

① 如果要建立选择竞争性保险服务的个人主权，渐进和自愿的措施是非常重要的。但是，它也可能使得风险选择的问题更加严重，因为那些选择卫生维护组织（HMO）的人很可能比普通人更加健康。这个问题在以下（6）中的风险调节和混合支付中进行了最好的阐述。

② 这在形式A——基础服务的垄断性保险中是非常有用的。在形式B——基础服务和辅助服务的保险人之间的管制性竞争中尤其关键（见第六章）。

保组织以及其他前面讨论的供给成本共担形式所可能导致的损害性后果。

在基本受益组合框架中，病人应该能够对某一治疗决策提出抱怨或投诉。在医院或其他大型组织中，内部组织层级提供了这样的机会。病人可以向主任医生、部门主管医生投诉某一位医生，或向医院领导投诉主任医生。分散化的基础护理医生制度提供了类似的投诉方法。投诉后的解决和干预——如果可以的话，改变由下级做出的决定——应该非常及时迅速。

除此以外，病人的选择能力应该通过有效的补充治疗而得到扩展。那些对基本受益组合中的某项医疗决策，不信任的病人应该可以自主选择医生，只要他们愿意自己或者通过私人保险支付费用。如果病人不愿意去指定的医院就诊，或者需要额外的检查等，上述做法同样适用。^①病人可以询问其他的医生或者进行其他的检查来检验医疗决定，这使得医生在进行基础服务领域的诊断决定时更加小心谨慎。

我们现在应该总结一下，哪些激励因素可以作为控制不断增长的需求和成本的措施。

对某一特定医疗服务的需求是容易满足的。所有患心脏病的人就是心脏手术病人数量的上限。但是，社会对保持健康和防病、治病的需求是无限的，尤其是科技发展不断地发明新的更先进的治疗方法。所以问题不在于卫生部门应该提供什么，而在于它不应该提供什么：有效的投诉如何运用到需求当中？谁可以说“不”，并使之生效？

有两种纯粹的情况。

一种是政治集权和中央计划经济。掌握政权的人或集团决定在

^① 在辅助服务制度下，病人可能成为“供给诱导需求”的受害者（见第三章），因为提供者可能为了经济利益诱导病人使用服务（尤其在FFS支付制度下），或者为了控制成本而控制基础服务。病人支付这些辅助服务的能力和意愿是控制这种趋势的一个因素。另一些抱怨来自基本服务和辅助服务的保险商之间的管制性竞争，尤其是如果提供者的支付包含供给边费用共担而不是FFS的时候。

保健服务上开支多少。它可能对所有的投诉都不予接受。斯大林主义——经典社会主义制度——同这个理论类型比较接近。结果是卫生部门处于无足轻重的地位。类似因素导致人们的健康状况恶化、常规服务的短缺、医疗标准的落后、排队、特权、腐败等。

另一种是将保健服务完全置于市场机制中。理论上来说，只应该将服务提供给那些支付市场价格的人。这个价格往往比完全竞争下的价格要高，因为市场的供给边是不完全竞争的。但是，从法律的角度来说，病人接受治疗应该是“自愿的”。如果他们无法支付保险开支，他们就不能接受治疗。完全市场机制会使许多人无法享受医疗服务。资本主义初期类似于这种理论类型。许多发展中国家依旧如此。

发达的资本主义经济和高度的民主政治对两种纯粹的方式都不予接受。他们使用一种“混合”方式来避免这两种纯粹方式的缺点。但是，这就意味着没有人明确反对：需求约束软化了。

完全硬化需求约束由于道德原因而被放弃了。许多右翼人士会认为第一种纯粹的方式太专制，而第二种又使许多穷人无法接受医疗服务。

民主制度下的政治力量知道他们支持任何一种纯粹的方式都会导致支持率下降。这两种方式都没有获得政治认可的机会。

尽管一些人认为所有的问题都有解决的办法，但事实上，在资本主义社会，对保健服务的需求约束硬化而言，没有完满的解决办法，并且永远不会有。本节提出的建议具有一个温和的目标，即需求约束适度硬化。这总强于没有这些新措施。主要观点如下：

鼓励基础服务领域尽可能多的参与者说“不”。不仅是政府、国会或当地政府，医院、诊所、基础护理医生等提供组织，高保险或病人也可以拥有这项权利。他们都应该感觉到独自的和共同的支付能力的约束。

允许私有部门在保健服务的提供和出资领域健康发展。这种所有制性质更倾向于硬化需求约束；私立医院、私人医生、私有保险

商会更加反对无法满足的需求。^①其他硬化需求约束的方法包括支付激励、管制性竞争以及评估技术和决定基本受益组合的制度。

参与者之间的分工不应该使得一部分人增加开支，而另一部分人尽量削减开支。在可能的情况下，所有的参与者都会有自相矛盾的行为，无论是增加开支还是削减开支，其优缺点总是相伴而生。“矛盾”在这里是褒义而非贬义，指的谨慎决策。这种要求同样适用于政治家、保险商、医生，或作为病人和投票人的普通公民。

上述各种利益交织的网并不会对保健服务的总需求产生硬约束。即使这些改革同时实行，每个社会还是必须就保健服务的需求和有限的资源之间的平衡进行各自的决策。但是，所建议的改革提供了一些防止需求（也就是开支）不断上升的措施。

三、医生的收入：医疗职业和改革

本书已经多次讨论了医生和其他医疗服务提供者的收入问题，以及改革对医疗职业的影响问题。现在通过一个简单的框架对此进行总结。首先看资源的状况。

东欧国家经过十年的后社会主义转轨以后，医生的收入主要由三个来源组成。（这儿集中讨论医生的情况，这些原则同样适用于其他医疗服务提供者。本节主要讨论提供医疗服务、受雇于保健服务提供者和保险商，或与之有协议关系的医生——现在从事该行业的医生，不包括在国有机关、其他管理层或政策制订部门的人。从事非医生职业，但是具备行医资格这个专业的大多数人属于前者，本书所有的“医生”均指前者。）

(1) 东欧大多数医生都是公务员是否更正确（见表8.3）。他们的收入受到严格管制，在每个层次的差额都很小，即使最高收入与最低收入的差别也很小。公共部门的职业可以提供影响力和工作安全性等

^① 当然，私有保险也不能完全防止软需求方约束。保险组织存在道德风险（见第三章）。被保险人和医生都不会节约开支，因为保险商负责支付。

优势，但是在正式收入方面没有优势，医疗工作的各种质量差别——技能、经验、服务和对待病人的态度——都无法通过正式收入得到反映。

表5.12和5.13提供了东欧国家和发达的传统市场经济国家之间医疗行业收入的比较。东欧的数据只考虑了来源1，即公共部门的正式收入。表中显示出的差异是令人吃惊的。在发达的市场经济国家，医生位于收入最高者之列。不仅在美国——医生大多自行执业——如此，在医生大多受雇于公共部门的国家，如德国和奥地利也是如此。相反，在东欧国家，医生的正式收入要低得多，几乎只处于所有职业的平均水平。

表8.3 1998年东欧国家医生的地位

| 国家 | 社会公仆 | 非社会公仆 |
|-------|-----------|-----------|
| 阿尔巴尼亚 | 大多数医生 | |
| 保加利亚 | 大多数医生 | |
| 捷克共和国 | 公立医院的医生 | 基础和门诊服务医生 |
| 克罗地亚 | 大多数医生 | |
| 匈牙利 | 门诊和住院服务医生 | 基础护理医生 |
| 马其顿 | 大多数医生 | |
| 波兰 | 大多数医生 | |
| 罗马尼亚 | 大多数医生 | |
| 斯洛伐克 | 公立医院的医生 | 基础和门诊服务医生 |
| 斯洛文尼亚 | 大多数医生 | |

注释：不包括牙医。

资料来源：PHARE（1998：附录）；世界卫生组织（WHO，1999b）。

（2）现在，许多东欧的医生开始从事合法的私人职业。如果将两个级别相同的医生的收入进行比较，一个专职在公有部门工作，一个专职在私有部门工作，后者的收入将大大超过行业平均水平。但是，我们现在还没有系统的数据来支持这一发现。^①

与公共部门的正式收入不同，私人卫生部门的个人所得差别是

^① 在波兰，私人保健企业急诊部门的员工每月平均收入为3 000兹罗提，而公共部门有30年工作经验的外科医生的正式工资只有1 500兹罗提。

很大的。他们取决于该私人服务代表的是小型偶尔发生的非正式收入，还是主要渠道的收入（如私人全职基础护理医生），当然还取决于相关服务的市场状况以及管理制度和其他非经济因素（例如推荐的医生收费目录），这使得医生的收入偏离市场价格。目的不是将通过提供某些同其他服务相对的服务而形成的相对价格理想化。但是，可以说，这些价格或多或少地反映了在医疗服务市场上的相对稀缺性以及买方（病人）的价值判断，这与由行政机构进行价值评估的正式收入的判断尺度不同。

（3）进一步地，大多医疗收入都产生于合法私人行医的介于合法与非法之间的“模糊区域”，主要是第五章详细阐述过的小费收入。小费收入差别也是很大的，这意味着病人对他们所接受的医疗服务的判断未必准确，以及他们希望通过付费而获得的额外照顾。同时也反映了接受小费者的基于实际工作和专业技能的声誉。而且，病人支付小费给医生也是基于他们的权利地位，或者，更加准确地说，医生在多大程度上愿意为支付小费的消费者使用他的权利：他们是否可以获得额外的折扣、更加及时的治疗，等等。由于这些交易不透明，因此买方的价值判断极为扭曲。

这三种来源交织在一起的景象极其令人不满。即使加上来源（2）和（3），东欧地区医生的平均收入也是非常低的。他们没有因为丰富的专业知识、非凡的责任心和这个工作的压力而获得相应的报酬。这个职业的个人收入被不公平地扭曲了。

本书推荐的改革可以使医生的收入朝好的方向发展。真正的动因在于合法的私人行医的发展。许多以前的医生都会以某种形式朝这个领域转变，以个人名义或作为合伙人进行合伙或受雇于私人组织。

跟随这种已经出现的趋势，许多尚未完全加入私有部门的医生也会在保持公共部门工作的同时从事一些私人业务。本书的改革建议为这种：“脚踏两只船”的工作行为提供了多个法律框架（例如，

合伙、或与医院或诊所合作的医疗企业，医生可以在公有部门工作的同时，在私有部门兼职)。可以预料这些“脚踏两只船”的形式会在改革后盛行。

私有部门的扩张具有双重效应。医疗职业的平均收入将会比其他职业有所上升，并且医疗收入的差距也将拉大，从而可以更好地反映服务质量以及病人的价值判断。这种改变不是来自于中央控制的医疗收费标准的调整，而是所有制形式改变的自发结果，这才是它的真正动力。在这种情况下，没有必要呼吁提高医疗职业的收入。相反，应该改革所有制的分配形式。

而且，上述程序可能也会间接作用于来源(1)——公共部门正式收入。^①只有哪些非常顽固或愚蠢的政治领导人才会对那些最优秀的医生转向私人部门袖手旁观。如果社会要保持公共医疗组织的一致性，他最终应该提高医生的收入来防止他们进入私有部门。当然，这也意味着取消医生的公务员身份，从而消除医疗部门劳动力市场健康运行的制度障碍。这将使得前一节所述的硬化卫生部门需求约束的建议更加关键，以免医生收入的差距加大会导致成本急剧增长。

可以预计，这些改革措施同时实施将有可能逐步消除小费支付制度。这个建议并不是说需要制定许多法规来防止这种制度，因为总有办法绕过这些法规。只要不存在透明合法的交易，并且存在长期短缺，就会出现“灰色”经济和买方贿赂卖方的腐败。小费收入应该逐步转变成合法透明的收入，而不是被强行禁止。

许多改革可以使病人放弃支付小费：

- 许多辅助服务是可以从公立医院和诊所或私有部门合法购买的。病人可以直接支付或通过辅助医疗服务保险支付。
- 同医院有协议关系的合伙组织或医疗公司可能会提供一种法

^① 有必要说明医生的收入同作为社会保险诞生地的德国平均收入的比较(见表5.12)。医生拥有离开公共部门的机会，这同样可以提高公共部门的医疗行业收入。

律框架，澄清原来在病人、医生和公立医院之间的模糊关系。例如，病人经常直接将小费塞进医生的口袋以保证可以使用公立医院的设备进行额外的检查。在新的框架下，病人可以合法支付给负责治疗的私有机构，私有机构再租用医院的设备并支付租金。至于房间的费用，将直接支付给医院的出纳，而不是主治医生。

- 强制性共同支付可以消除人们支付小费的坏习惯。^①这并不仅仅因为他们占用了病人的一部分钱从而使他们无法获得其他的医疗服务。还因为许多病人对他们免费获得的东西不放心。通过共同支付，他们就可以感到不用再支付小费了。

所有这些变化共同作用并相互影响。我们不能期待着迅速取得成功。但是，我们可以由此确立一个明确的标志。如果支付和收取小费的根深蒂固的坏习惯消失了，我们就可以说上述的保健服务改革得到了成功的实施。

这些改革当然会改变医生的境遇，他们会有得有失。医生的得失取决于他们的专业、在阶层中的地位、个人才华以及运气。我们来看一下得失的主要类型。

具有讽刺意味的是，现在保健服务体制导致了一些奇特的封建式的寡头特权。例如，在医院服务的医生如果控制了一定数量的病床，他就几乎获得了权力和小费收入的保证。他们可以通过各种各样的关系网让朋友或同事享受最好的服务。在关系网中建立了很好的地位的人将害怕改革会打破这种网络，并破坏他们的小王国。

这种担心是有根据的，但是他们在某些方面还是可以放心的。专业能力超群的医生在更加开放、诚实和法制化的交易中依旧可以获得优势地位。而且，将专业技能与其他能力相结合的医生依旧可

^① 在波兰和匈牙利，病人这种顽固的习惯非常明显，他们即使是自费支付所有的医疗费用也要支付小费（波兰：Chawla 等，1999；匈牙利：同医生的私人谈话）。

以找到自己的位置。这是指的是那些进行聪明的创造性革新、善于处理人际关系以及懂得财务、行政和管理的人。这方面的能力，也不应被低估，他们在卫生部门同在社会其他领域一样重要。

除了经济因素以外，医疗职业还应该考虑另一个标准。经典社会主义体制下的保健制度将医生变成了庞大的中央集权的官僚层级机器中的一个齿轮。首要的原则即原则1个人权利应该同样适用于病人和医生及其他医疗服务提供者。分散化、集中所有制形式并存，以及工作的更大选择性和组织之间的竞争，可以调动医生和其他医务工作者的积极性。

四、部门中性

在后社会主义转轨中，医疗服务的提供和出资可以由私有部门进行。本书认为这种转变值得鼓励。但是，不一致的、扭曲的改革进程将使卫生部门面临着被分裂为两部分的危险。私立医院和个体医疗服务将为社会中富有的一部分人提供服务，这些人可以直接支付或者购买私人医疗保险。许多基础服务领域的服务也由私人支付。同时，公立医院和诊所以及相关的基础护理医生，将为不太富有的人提供服务，从公共基金中支付他们的服务开支。

这种分裂的迹象已经开始出现。这会造成严重的问题，甚至可能会演变成恶性循环。假设合法的私有部门的发展受到狭窄的经营范围的约束，那么医疗公司就没有足够的利润空间。更新和发展公立医院的唯一资金来源就是公共资金，但这是很贫乏的。结果是公共部门和私有部门都无法获得充分的发展。如果私人保险商无法进入基础服务领域，他们就不会有兴趣进入医疗保险市场。许多放弃了大部分公共部门提供的免费服务的富人从私有部门获得他们认为更好的服务，如果还要为社会保险制度支付大量保险金，他们就会感到不合理。这最终会导致他们通过他们的政治代表来尽量卸下这个负担。

这个恶性循环一旦形成就很难被打破。最好是防患于未然。坚持采用部门中性的原则就可以到达这个目的。“部门中性”这个词是在东欧国家（如匈牙利、波兰和前苏联）早期市场社会主义改革试验中出现的，这正是私人企业开始出现的时候（当然是在商业部门而非卫生部门）。那时的法规采取偏向国有企业的歧视政策：国有企业只能从国有企业进行采购，私有企业只能同其他私有企业或家庭进行交易。这种官僚主义歧视政策被意识形态强化了，即认为信仰社会主义的国有管理者不应该通过购买私人企业的产品支持资本主义的发展。为了反击这种观点和做法，拥护改革的人建议采取部门中性的原则。即不应该对不同的所有制进行歧视。国有企业可以从提供最优惠条件的供应商处获得资源。

这种非歧视性做法应该在后社会主义时期卫生部门的供应和保险方面得到实施。本书多处提到这个原则在特定的交易中如何实施，现在进行一个总结：

（1）不论基础服务是由公有提供者还是私有提供者提供，大多数都是由公共基金进行支付的。分配公共资金的制度不得根据提供者的所有制形式实行歧视性政策。^①我们应该尊重病人或医生直接选择提供者的决定。融资部门的决策应该以效率为标准，而不应该对不同的所有制实施歧视性政策。公平竞争的规则对公共部门和私有部门同样适用。这可以包括大型订单和综合性合同的竞标和特殊形式的拍卖。

实行部门中性原则并不容易。波兰1999年开始的改革引进了部门中性融资。但是，地区性社会保险基金更偏好公共组织，尽管他们的服务比私有组织提供的服务更加昂贵且质量低下。同私人公司的合同是非常少的（Kocinska, 2000）。

公众有时会抗议作为单一付款人的公共保险组织使用公共资金将

^① 例如，加拿大的保健制度实行这个原则。其主要资金来源是公共资金，但是主要用于私人提供者提供的服务。

任务委托给私有企业。这种在计划经济时期司空见惯的偏见在商业领域已经完全消失了。我们非常希望这种偏见在保健领域也消失。改革的一个重要问题是谨慎处理金钱，因为那是纳税人的钱。如果私有组织能够提供比公共组织更好的条件，那么当然应该选择前者。^①

(2) 分配公共基金的组织应该分担任何活动的出资。如果它自己的费用制度要求为某一项服务支付100单位的货币，而病人选择的提供者收费150单位的货币，那么就要让公共基金出资100单位，病人自己出资50单位。^②

我们从病人的角度来看待这一问题——不是一个富人，而是一个中等收入的病人。如果不遵守部门中性的原则，他只能在两个极端中进行选择：支付0单位（例如在公立医院）或支付150单位（例如在私立医院）。公平的选择应该是支付0单位或50单位。这样才能造成各种所有制之间公平竞争的局面。

采用上述部门中性的原则可以在基金分配上导致根本的转变，减轻家庭的负担，加大公共出资的比例。这是需要付出的宏观经济财政成本，因此所有的纳税人都会感到他们从这个制度中得到了公平的待遇。他们会平等地获得这些利益，而不管选择的提供者是谁。这种制度的公平性可以增加保健服务保险缴费的政治支持率。

(3) 公共提供者不应该满足于将所有的辅助服务交给私有提供者。他们应该扩大自己提供的服务，从而在与私人部门的竞争中获胜，而不是仰仗规制给予他们的特权。例如，当病人需要享受单间的舒适时，医院不应该让他们不得不去私立医院，或者贿赂公立医院的主治医生。我们期待的是尽可能多的公立医院能够合法地提供这项服务。

^① 如果匈牙利的私有保健服务公司从社会保险资金中接受资金，它就不允许再直接从病人处获得资金。另一方面，许多由社会保险基金出资的公有组织需要认为越来越多的服务进行共同支付。这种情况违背了部门中性的原则，使得私有提供者无法得到共同支付的激励（Nagy, 2000）。

^② 在文献中这通常被称为允许提供者使病人“平衡账单”（即病人只需直接支付超过正式费用安排的50单位即可。）

除了这里的描述以外，第六章还列出了几种“辅助”服务的类型。公立医院和其他公有提供者应该在其服务种类中添加这类服务，制定合理的价格并合法地提供给病人。这已经开始出现但还没有成为公共提供者重要的收入来源。

(4) 部门中性的原则对于保险商之间的管制性竞争也是非常重要的。第六章详细讨论了保险行业的分散化问题。总的来说，形式A中存在不利于私有保险商的歧视，即基础服务的保险被公共部门垄断。另一方面，形式B却有部门中性的特点。公民接受基础服务的权利由保险费或他们获得的凭证保证。哪个保险商可以获得由公民自主决定。尽管如第六章所说，作者对于迅速引进形式B是保守的，但是必须加上两个关于部门中性的进一步的观点。首先，形式B必须使得保险行业对进入健康保险更加有兴趣。^①这也是鼓励私人保险进入辅助服务的唯一办法。其次，它还将为病人提供个人选择的自由（只要采取防止损害高风险病人的风险选择的措施）。

采用部门中性会扩大卫生部门发展的机会。对上述总结的归纳就是，变革（1）和（2）将扩大私有提供者的市场，变革（3）将扩大公有提供者的市场，变革（4）将扩大私有保险商的市场。变革（1）到（3）可以比较迅速地发生，变革（4）则需要假以时日，即使权衡了形式B的优势和劣势并实行了保险行业的分散化以后依旧如此。

五、谁决定卫生部门的发展

我们在序言中曾经说过，本书的主题将是决定卫生部门分配的政治经济体制，而不是分配决策本身。“谁有权进行决策？”这是我们要问的问题。本节将对上述问题给出的回答进行总结。

我们的起点包括卫生部门现存的物质和智力资源。没有人希望

^① 将部门中性的原则扩展到保险领域是私人一体化保险——提供者组织（例如HMO）经营的前提条件。

减少这些。上述问题可以用更强烈的形式提出来。谁可以决定增加新的资源？采取什么措施来管理在资源配置过程中以扩大卫生部门的规模？

建议将决策问题分解成两个在道德、法律和经济上不同的部分。认为该建议是改革基础的人已经做出了关键的决定，他们接受了基本的道德原则1和2，即个人主权原则和一致性原则：

(1) 所有的人都有权获得基本服务，并由公共基金出资。除了商业保险之外，还包括一些再分配的部分：收取强制性缴费来确保基础服务有足够的公共融资。这些强制性缴费和基础服务宏观预算的规模是由民主政治程序的制度框架所决定的。

(2) 所有的人必须可以自己出资，或通过商业保险在市场环境下购买除基础服务以外的辅助服务。这种交易的法律框架必须建立在提供方和出资方的基础上。

这里提出的建议是为了提高所有参与者的自由。它们扩大了病人选择医生的自由。病人如果不满意医生进一步推荐治疗的决定可以投诉，也可以拒绝推荐，自费选择另一种治疗方式，还可以换医生。会有几个诊所或医院提供类似的服务。在相互竞争的提供者之间进行选择将取决于病人自身或者基础护理医生的决定。管制性竞争下的分散化将扩大保险的选择。

医生将可以选择不同所有制的机构工作。他们可以选择是继续保留在大型组织的部分工作，还是在企业中获得更大的自主性和机会。

雇主可以有更多的选择形式，他们可以向更有效率的组织提供供款，还可以选择为他们的雇员提供保健服务的融资方式。^①

个人的选择将增加，而且不必以牺牲一致性原则为代价。建议

^① 当然，不同的参与者各自的选择增加可能会导致冲突，从而减少各自的选择。例如，保险的分散化扩大了个人选择保险商和保单的范围，但是保险商可能减少其被保险人可以选择的医生和医院的范围，雇主可以减少雇员可以选择的保险商的范围。

的改革措施应该同时实施，以保证获得基础服务的平等性和广泛性。

这些建议明确支持上述指导性观点。但是，对一些相对而言次要一些的决定则没有给出明确意见，而是对不同情况的优缺点进行了权衡。

在融资方面，作者倾向于同意健康税的观点，因为这比较透明。但是我们并不拒绝以另外一种方式强制性缴费，医疗保险的分散化和管制性竞争虽然有某些不足，但是似乎具备更多的优点，但是必须为改革进行充分准备。这种观点已经获得公众的支持。前面已经列出了一些对于在管制性竞争制度下提供一体化基础服务和辅助性服务的保险人而言，保证基础服务平等进入的机制。很重要的一项是允许甚至鼓励雇主积极地参与管理商业保险公司之间的竞争，这种竞争可以有很多种形式。

供给边也没有统一的体制。目的是多样化：所有制形式的多样化、提供者组织规模的多样化以及不同的支付制度可以共存。就投资决策而言，建议采用比以前更大的分散程度。但是，我们没有回答如何进行分散化，以及哪些决策依然应该集中制订等问题。

我们乐观地假设某个东欧国家采纳了这些建议。它自身并不能完全决定卫生部门发展的程度。本书中建议的措施的关键在于，规则是由所有的选民作为一个整体，通过政治程序共同制定的，或者是由所有的家庭作为一个整体通过市场机制决定的。但是，我们有必要尝试进行一些预测。

我们不能期待保健服务的公共融资会突然增加。大多数东欧国家都在经历财政困难，经济存在长期预算赤字。在短期内成功地消除这种情况之后还会出现反复。大多数政治力量都希望降低国家支出占国内生产总值的比例，或者至少防止这个比例继续增长。在这样的情况下，没有理由希望保健服务开支占国内生产总值的比例会

上升。如果按照动态的比例来计算，只有国内生产总值增长，才能导致基础服务开支的增长。

另一方面，如果总收入（减除税费）提高，许多家庭似乎准备增加他们投入到保健服务开支的比例。以宏观经济学学术语描述就是，总保健开支占国内生产总值的比例可能上升，同时总保健开支由私人支付的比例也会上升。

这种预测并不具有普遍性。大约在一个半世纪到两个世纪以前传统市场经济开始的时候，保健服务开支是由家庭支付的，极少由公共支付。资本主义发展到一定阶段以后，总保健开支由公共融资的比例开始上升。第二次世界大战以后，这种趋势加快了（见Kornai和McHale，2000，使用20世纪90年代的数据；Schieber和Maeda，1999，使用更近的数据；还可以参见第四章）。在东欧国家，20世纪90年代的初期恰好相反。公共融资占主导地位，私人融资相比之下则微不足道。所以，消除制度性障碍和偏见将为保健服务的发展不断释放大量的病人资金。

为了说明这个关于东欧国家的预测同可以观察到的发达国家的趋势之间的关系，我们可以使用第五章引用的计量经济学分析（Kornai和McHale，2000）。我们将保健服务开支的公共融资部分占整个消费额的比例称为“公共比例”。我们希望这个分析能够对决定公共比例的两方面因素的作用进行量化估计。一方面的因素是经济学和人口统计学的解释变量，另一方面是政治因素。我们使用了OECD国家使用的时间序列作为模式。计算的结果很大程度上取决于是否在样本中包括美国，因为它显然是个例外。

经济和人口统计指标（国内生产总值、年龄结构等）解释了保健开支的公共比例变化的大约一半成因。以下是从许多类型的计算中观察到的明显的结果：

□ 公共比例随国民生产总值上升而上升。

□ 公共比例随老年人占人口总数的比例上升而上升。

□ 城市化倾向于提高公共比例。

不论美国是否包含在样本中或者单独作为一个虚拟变量被控制，上述结论都适用，尽管回归方程的数值受不同解释的影响。

更进一步的分析同政治解释变量有关。包括左翼或基督教民主类政党执政的时间长短。加入这些变量极大地提高了方程的解释效用。左翼政党的影响会使公共比例上升，而基督教民主党派倾向于降低公共比例，但是幅度不大。

如果采用回归方程中的行为方式，那么这些发现可以用来预测东欧国家的公共比例将会是多少（这个智力试验的逻辑推导可参见第五章）。计算结果见表8.4。作者不准备将这个结果同真正的公共比例进行比较，因为东欧国家的这个数据太不可靠（不像第五章引用的真实总开支数据，这是可以使用的，尽管有不确定性）。只有在匈牙利，预测值可以和实际值进行比较，因为它的数据可以进行彻底的交叉检验。图8.1显示了比较的结果。

表8.4和图8.1清楚地显示，结果的差别在很大程度上取决于美国是否被包括在样本中。如果美国被“忽略”（即作为虚拟变量单独受到控制），匈牙利的真实公共比例就低于预计的公共比例（美国模拟变量的公共比例）。如果美国包括在样本中，它就高于预计比例（没有美国虚拟变量的预计比例）。

我们必须意识到这不是一个统计样本的问题，而是更基本的问题。美国被“忽略”的回归方程由东欧国家或者类似的非欧洲国家过去的制度结构所主导。第四章提出的问题还是没有得到回答：西欧、加拿大和其他OECD国家的情况可以保持不变吗？有迹象表明这些国家的趋势有一定程度的变化，有利于私人融资规模的增长。所以，如果这个计算10年或20年进行一次，“忽略”美国的回归方程可能会更加接近于包括美国的样本的现存模式。

表8.4 东欧国家1990—1994年总保健开支公共比例的预计值

| 国家 | 美国不作为虚拟变量的回归预测 | | | | |
|--------|----------------|------|------|------|------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| 保加利亚 | 59.2 | 61.4 | 63.8 | 64.8 | 65.9 |
| 捷克共和国 | 54.5 | 56.2 | 57.0 | 57.7 | 57.9 |
| 匈牙利 | 59.9 | 60.8 | 61.4 | 61.4 | 61.8 |
| 波兰 | 49.0 | 49.9 | 50.6 | 50.9 | 51.5 |
| 罗马尼亚 | 54.4 | 55.6 | 57.6 | 58.1 | 59.1 |
| 斯洛伐克 | 52.1 | 52.6 | 55.9 | 56.1 | 53.9 |
| 斯洛文尼亚 | — | 50.7 | 52.1 | 52.7 | 53.2 |
| 国家 | 美国作为虚拟变量的回归预测 | | | | |
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| 保加利亚 | 84.9 | 86.3 | 88.0 | 88.7 | 89.7 |
| 捷克共和国 | 83.0 | 83.9 | 84.4 | 84.8 | 85.2 |
| 匈牙利 | 86.5 | 86.7 | 87.2 | 87.1 | 87.5 |
| 波兰 | 76.8 | 77.4 | 78.0 | 78.1 | 78.8 |
| 罗马尼亚 | 82.1 | 82.7 | 84.2 | 84.5 | 85.4 |
| 斯洛伐克 | 81.0 | 81.0 | 83.5 | 83.5 | 81.8 |
| 斯洛文尼亚 | — | 80.1 | 80.8 | 81.3 | 81.8 |
| OECD平均 | 75.3 | 75.3 | 75.3 | 75.0 | 75.0 |
| 没有美国的 | 74.5 | — | 74.8 | 76.7 | 76.3 |
| OECD平均 | | | | | |

注释：预测仅仅依靠发展和人口统计学变量。

资料来源：Kornai和McHale（2000）。

应该特别注意政治力量在解释保健服务开支的公共比例方面所发挥的重要作用。

所有这些对于东欧国家而言意味着什么呢？没有一个国家是事先决定其未来的保健服务的政治和经济体制的。而且从回归方程可以清楚地看出，历史书中也不会预先说明未来保健服务的制度。如果对国际趋势进行深入的分析，就会发现它们与极端谨慎或激进的改革是相容的。即使本书中建议的相互依赖的一整套改革措施都被

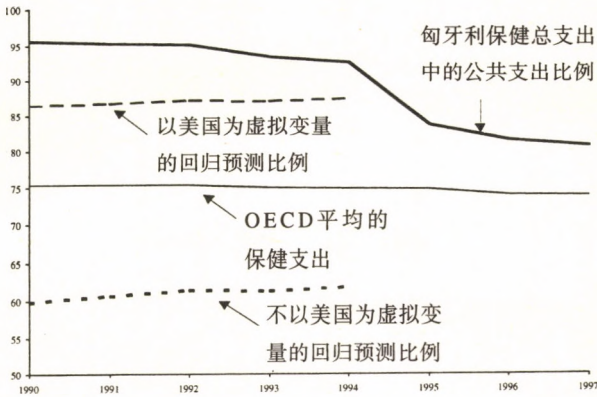


图8.1 1990—1997年匈牙利在转轨期间总保健开支的公共比例

资料来源：Kornai和McHale（2000）。

采纳，还是会存在许多决策的自由——基本的大小及相关的公共比例，制定和更新基本受益组合的各种制度，补充性融资发展速度的快慢，以及相应的保健开支总额，等等。各国政治和社会力量相互作用的结果将真实地发生。尽管不是上述所有选择都可以被轻易地推翻，未来的公民还是有重新设计其卫生部门的选择范围。现在及后代的人都应该为他们的选择负责。

后面的几节尤其是最后几页从第六章到第八章的描述转向了预测。这就引出了最后一章要讨论的问题。



图1 工业总产值及其构成指标增长率(1952-1954年)

工业总产值是衡量工业生产总量的重要指标。1954年工业总产值比上年增长百分之二十，其中轻工业增长百分之二十，重工业增长百分之二十。工业净产值是衡量工业生产净增量的重要指标。1954年工业净产值比上年增长百分之十五，其中轻工业增长百分之十五，重工业增长百分之十五。轻工业在工业总产值中的比重为百分之四十五，重工业在工业总产值中的比重为百分之五十五。轻工业在工业净产值中的比重为百分之四十五，重工业在工业净产值中的比重为百分之五十五。

第九章 结束语

一、经济机制之外的因素的作用

贯穿这本书的一个观点是卫生部门不能仅仅依靠政府管制或市场调控。它需要的是两者的结合，这种结合比单一因素的作用好得多。这就是在所有制、保健资金来源结构和保险结构、激励、价格，也就是保健制度的经济机制中推荐几种变化的原因。前面已经说过，两者的最完美结合也不足以保证卫生部门良好运行。其他因素也是需要的。

保健制度在服务交付和融资来源等方面的政府监管和管制必须加强。政府不仅要引导私有部门，也要引导公共组织。假定如本书建议的那样，公立医院和诊所获得了更大的经济自主权，各种经济刺激对它们的管理和雇员产生更大的影响，那么这些环境将使它们的行为特征逐渐类似于私有部门。

后社会主义国家的人们认为关于国家监督的建议应该是不言自明的。假如加强国家对改革的引导和协调，反对私有制和市场经济扩张的看法就会减少。反对国家干预的观点来源于一些西方顾问人士，准确地说，来源于自由主义倾向的经济学家。但是，假如世界所有国家都对航空、道路交通或环境保护实行国家管制，那么很明显对保健服务也将采取相同的政策。

在这里，东欧的起点是中央计划经济中的国有保健部门。国家医疗保健管理机构已经学会了怎样去控制它们。这种控制功能必须

被协调与引导所取代。重点应从下达命令转移到信息沟通、监管和协调。应该改变以前过度的中央集权，把更多的国家职权下放给地方政府。

除了国家行政机构的法规和指导职能外，司法部门也应发挥重要作用。传统社会主义制度下的病人不能指控医生或医院玩忽职守的行为。犯下这种错误的医生一般只会在医疗服务部门内部受到批评，而且实际上这也是很少发生的。病人没有自我保护的权利，因而法律也无法要求法律赔偿。现在东欧已经通过立法处理病人诉讼的程序，以此来保障病人的权利（关于波兰这方面的经验，参考 Calnan, Halik 和 Sabbat, 1998, 第329—321页）。诉讼已经变得越来越普遍。一些国家已经采用保险制度来化解医治不当引起伤害事件的风险，^①这种诉讼可能会非常频繁（例如在美国），或者法院判定的赔偿责任可能会非常之重。我们应该防止过度诉讼的倾向，但是目前更大的危险在于投诉的受害者还是太少了。^②法院对玩忽职守的判决是让医生重视病人利益的一个重要动力。

媒体也扮演着重要角色。对于具有长期民主传统的国家来说，不会禁止新闻界或其他媒体揭露卫生部门的不规范行为。比如在美国，管理医疗组织和其他管理型服务出现以后，医生为了省钱而取消对治疗至关重要的试验成为一种普遍现象。新闻界和电子媒体对这类案件进行了大量报道，从而引导公众和政治力量注意这些问题。尽管这还只是一种非正规的证据，但这种媒体宣传将促使医疗组织中的管理者和提供者采取正确措施。与此同时，立法者和法院寻求合法的和公正的手段来阻止这种不良行为。

卫生部门有权要求警察局、检察院、法院和新闻界尊重它的特殊情况，例如医疗措施和医生—病人关系的保密特性。但是在法治

① 一种所谓的“预防性药物”伴随着保险资金的发展，导致了保健服务成本的很大提高。保护病人并减少他们的无助状况并不是可以不花任何代价就达到的。

② 甚至在好打官司的美国，在一项对纽约30 000个病人医疗记录的详细研究中，发现每7.5个受到不可忽视伤害的病人中，只有1个玩忽职守诉讼记录在案（Weiler等，1993年，第139页）。

国家，谁也不能违反透明性原则。不管是国有部门或还是市场竞争都不能避免滥用职权和玩忽职守的存在，因此病人有权控告医生或医院的错误医疗。有必要让这种玩忽职守在新闻中曝光。不管在何种经济体制下，总是需要司法机关和新闻界进行监督和激励。

除了政府监管机构、法院和媒体的作用之外，医疗团体的内部控制也很重要。即使没有任何其他压力，医疗机构也不得不自愿采取措施来防止职员的不当行为，如工作不敬业、虐待病人、不通过持续培训掌握先进的医疗技术或者浪费资源等。世界各地的医疗行业都会联合起来组成类似行业协会的组织。这个行业的职业自尊心流传广远，就像军队的“集体荣誉”一样。比如在有关医疗决定的诉讼中，很难获得客观的职业观点：医生发现评价同事很难。

医生在提供医疗服务时自我约束越强，外界干预的需要就越小。在医院和其他组织中已经有各种各样的职业委员会。医疗部门中已经发展了一个民间团体（包括护士和卫生部门管理者、律师和经济学家以及医生）。按照通常的想法和需要，这个职业必须按照自己的特点发展。希望这个会继续扩大，并且有能力抵制（比如通过原则声明和特定干预）经济刺激带来的有害的副作用。

诉讼和新闻公开是病人手中重要的武器。假如病人能够联合起来，并且有代表他们利益的民间团体，他们便能够加强这两者的作用。这些民间团体通常是由患有几种特殊类型的疾病的病人组成的，因为病人和他们家庭所面临的共同问题使他们产生了一种同志关系。这些病人团体可以为病人申诉并代理进行法律行为。

二、改革的支持者和反对者

在第六章至第八章曾试图调和道德上和经济上的争论。但作者没有任何幻想。我们不相信有一种观点可以说服每个人，任何观点的目标都是为了战胜其他观点。因此，没有哪个国家卫生部门的全面改革实施得既快又容易。

改革让大众难以接受的原因之一，在于它的一些有利结果会滞后出现，而且并不是每个公民都能感觉到。强大的市场压力、提供者之间的竞争以及更合理的融资和支付制度，将理所当然地加速技术发展、提高保健服务的质量，但这并不是即刻产生的。虽然最终所有人都会感觉到好处，但这是滞后和间接的，在此之前，有些团体却会更快地面临危险和危机。

反对改革的另一个理由是医疗专家的担心，这些担心是诚挚而且很有道理的。转向私有制和市场经济，必然导致决策分散化，从而引起一些危险的趋势。贫穷和高治疗成本的病人会受到歧视，得不到必需的治疗，或者换言之，必要的保健开支会被忽略。本书已尝试解决这些问题，即如何避免或者将这样的影响最小化。本书作者确信，假如对所建议的改革给与充分的注意并减少不利的副作用，改革的有利结果将超过不利影响。

除以上担心外，还有一些毫无根据的偏见。东欧国家设计了改革程序来转向私有基础上的市场经济，这些方案被广为接受，但一到卫生部门改革时偏见就爆发出来。

私有保健服务提供者不允许损害病人的利益而牟取暴利。但是，这种担心也许是早期教育的残留物。事实上，无论公司是私有或公有，公司之间为争夺消费者而相互竞争，每个行业都有企业以损害质量为代价获得更多的利润。公司维持成功的惟一办法是提供更好的质量、更好的服务和技术进步，同时尽可能减少成本。医院当然是“危险行业”，私有企业损害质量牟取利益可能导致严重的后果。竞争最终将消除贪婪和虐待病人的资本家，不过，受害人几乎不可能用这种想法来安慰自己。危险确实是存在的，但正如先前着重提到的那样，即使在公立医院中也同样存在这样的问题，任何削减资金的行为和人们的玩忽职守通常都可能引发危险。不只医院是危险行业。消费者的生命同样会受到有故障的飞机、不谨慎驾驶的汽车或者未经处理的食物的威胁。是不是所有这些私有企业都应该转变

成公有制呢？

并不是每个人反对改革都是出于意识形态的考虑。许多持怀疑态度的人都反对改革。人们更喜欢已知的东西，即使有些东西带有明显的缺点。

但是，反对改革的主要原因是改革可能会损害到个人利益。最好能设计一种帕累托最优的改革，每个人都不是失败者，而且很多人都是赢家。我们不能保证这种情况一定会出现，但是本书中推荐的改革计划长远来看是会接近此目标的。短期来看，将会有失败者，他们有很好的理由反对改革。需要冷静分析哪些人的利益被侵犯了，能否部分地对这些团体进行补偿、中和或分散：

- 卫生部门的权力机构一直担心他们完整的权利会被分割和受到竞争，或者按民主的方式分配公共资金。假如他们考虑到在后社会主义工业、商业或财政部门的改革过程中发生的情况，他们就不会再那么强烈地反对了。有才能的、内行的、适应能力强的人们发现，改革以后他们将处于更好的环境中。
- 收取大量小费的医生害怕会失去他们能逃税的灰色收入。那些利用权力榨取病人钱财的人有很好的理由反对改革，改革使医生——病人的关系变得更干净、更透明。他们的反对是不可避免的。另一方面，那些靠技术、仁慈和人道主义挣钱的人大可放心。他们在保健服务改革过程中也会有很多机会。在小费收入消除后他们总的收入能够稳步上升，并且肯定不会下降^①。
- 有一个与前者对称的例子。病人已经通过个人关系和小费建立了他们的人际关系，他们害怕这关系会被改革破坏。

^① 有存在相反进程的危险。有些医疗团体支持改革纯粹为了经济原因，他们设法使改革朝着对他们有利的方向发展，尽管这违背了社会大众的利益。例如，他们极力推荐会导致通货膨胀的不规则的免费服务付款方式。这起源于捷克共和国的改革（Veprek, Pepes 和 Veprek, 1995）。波兰专家也游说议员采用这种制度但没有获得支持（Lawson 和 Nemeč, 1998; Bossert 和 Włodarczyk, 2000, 第19页）。

他们应该相信，虽然短时间内会发生这种情况，但是在新的所有制和组织结构形式下，建立这种关系会更简单和愉快。

- 在公共基金出资的制度下，变革将损害“搭便车”的人的利益。有必要通过扩大税基使公共税收得到更平等地分配。这会损害设法逃税的人的利益，但是，不需要对他们进行补偿。尽管他们反对，改革将照常进行。

在公众的意见中，还存在着一些对于我们所建议的影响改革的主要选择的质询。^①

表9.1 匈牙利和捷克共和国对福利开支和低税收替换关系的态度，答复百分比

| 回答 | 匈牙利 | 捷克 | 波兰 |
|------------------------|-----|----|----|
| 应该提高税收以便为超额的福利开支融资 | 8 | 14 | 2 |
| 没有必要改变，税收和福利开支水平应该保持不变 | 32 | 47 | 36 |
| 税收应该缩减，即使这意味着减少福利开支 | 43 | 19 | 60 |
| 不知道 | 17 | 20 | 2 |

注释：回答者被问及如下问题：“国家的预算开支数量依赖于它的税收收入。假如政府不得不在降低税收和提高福利开支之间选择，你认为应该怎么做？”

调查由欧洲中央民意研究小组进行，由匈牙利的TÁRKI、波兰的CBOS、捷克共和国的JVVM整理成表。

资料来源：TÁRKI (1999)。

表9.1显示的是本书详细讨论的一个主要问题的国际比较：社会希望贡献多少“公共资金”用于社会一致性的目的？那些提问的人并不让回答者把注意力集中到卫生部门上。他们也不精确地定义福利开支的概念。即使如此，回答的分布也是很显著的。匈牙利和波兰的回答有相同的结构。更多的人想要减少税收，即使减少福利开

^① 已经有几个关于东欧保健服务改革的政治经济的权威研究。特别要提及的是Nelson的研究，他比较了匈牙利和波兰的福利部门，以及Bossert和Włodarczyk (2000)关于波兰改革的研究。这些研究的几个方面被本书的第九章引用。由Bossert和Włodarczyk选择的题目“不可预料的政治”与本书关于改革的政治前景的结论是一致的。

支，而不希望保持现状或向相反的方向发展。在这方面波兰比匈牙利更甚。在捷克共和国，希望以减少福利开支来降低税收的比例要小得多。

三个国家观点的结构表明，再分配负担的增加获得公众支持的比例相对要小。许多人希望能够自己控制更多的收入。这（可能是间接地）支持了第八章末的预测：保健服务开支的大量提高只能主要从提高家庭开支的比例获得，而不是通过提高税收和公共开支。

本书前面曾提及匈牙利的TÁRKI曾设法研究公众中关于改革环境的观点。一组问题是是否支持保险的分散化和在保险公司中引入竞争。回答的分布可见表9.2—表9.4。不到1/3的回答者明确反对分散化和竞争的想法。其余的除11%弃权，都表示有条件或无条件的支持。支持的频率随教育程度上升而上升、随年龄上升而下降，但与收入水平没多大关系。高收入人群赞同市场经济方向改革的比例既不比收入不乐观的人群高，也不比他们低。^①

表9.2 对医疗保险公司竞争和社会保险缴费的意见分布

| 1999年，匈牙利 | |
|----------------|----------|
| 回答 | 所有回答的百分数 |
| 支持提高保险缴费和引入竞争 | 20.1 |
| 支持竞争但不支持提高保险缴费 | 37.3 |
| 不支持竞争 | 31.5 |
| 不知道 | 6.9 |
| 没回答 | 4.2 |
| 总计 | 100.0 |

^① 在三个收入组中对分散化无条件或有条件支持的比例分别是：低收入73.5%，中等收入68.7%，高收入73.7%（TÁRKI, 1999, 第70页）。

表9.3 匈牙利对保险公司引入竞争的意见的
年龄分布和支持及反对的百分比

| | 年龄组 | | | | | |
|-----|-----------|-------|-------|-------|-------|------|
| | 18—29 | 30—39 | 40—49 | 50—59 | 60—69 | 70— |
| | 支持和反对的百分比 | | | | | |
| 支持者 | 55.3 | 54.2 | 54.2 | 41.8 | 38.2 | 37.4 |
| 反对者 | 44.7 | 45.8 | 45.8 | 58.2 | 61.8 | 62.6 |

注释：剔除不知道和没有回答情况的人数：1 332。

资料来源：TÁRKI (1999)。

表9.4 受教育程度支持竞争的比例，及支持和反对的百分比

1999年，匈牙利

| | 基础教育8年级以下 | 职业高中 | 高中 | 高等教育 | 合计 |
|-----|-----------|-----------|------|------|------|
| | | 支持和反对的百分比 | | | |
| 支持者 | 40.9 | 45.6 | 58.9 | 58.0 | 48.8 |
| 反对者 | 59.1 | 54.4 | 41.1 | 42.0 | 51.2 |

注释：剔除不知道和没有回答情况的人数：1332。

资料来源：TÁRKI (1999)。

另一组问题检测对补充保险的态度。仅给出一个发现，44%的人对此有兴趣并且不拒绝实行该政策，尽管这种倾向较强，对于保险费率具有很强的依赖性。

这个调查获得的答案不能作为真实市场研究的结果，因为没有向回答者提供特定的保险政策。该发现只是简单揭示了完全反对和有兴趣者的比例。

对克罗地亚的调查 (Chen 和 Mastilica, 1998) 表明，对提供更大范围的私有制和市场经济有很大的反对意见。回答者是根据收入进行分类的，其回答结构可见表9.5。这与匈牙利的回答很强烈地依赖于收入水平不同，可能是因为问题太笼统，而匈牙利的调查则比较详细。在匈牙利问卷中，贫穷阶层对改革措施害怕程度要低一些。

最后，我们来看保加利亚的民意调查 (Delcheva, Balbanova 和 McKee, 1997年)。调查的目的在于研究公众是否愿意脱离社会主义形

式的保健融资体制。按年龄组进行分类,回答显示在图9.1中。赞同该意见的答案在最年轻的组里面最普遍,随着年龄的增长而下降。保加利亚的分布形式与克罗地亚相似,并且也对收入敏感。

我们从以上民意调查可以学到两点:第一,需要设法使方案在东欧国家的公众中容易区别,越明确越好。不能让被调查者从学者所委托的调查人员那里了解到将来会出现什么情况。改革方案的推崇者和反对者应该在公开场合辩论,表达他们的观点。然后再征求公众的意见。

表9.5 对保健改革的知识和态度的百分比,以收入分组

1994年,克罗地亚

| | 收入组 | | | |
|-------------------|-----|----|----|----|
| | 低 | 中等 | 高 | 合计 |
| 完全不了解改革 | 48 | 34 | 30 | 36 |
| 改革恶化了回答者作为病人的地位 | 51 | 52 | 33 | 46 |
| 改革完全不会成功或不会取得重大成果 | 52 | 46 | 20 | 40 |
| GP诊断的共同支付高或很高 | 44 | 30 | 22 | 31 |
| 专家诊断的共同支付高或很高 | 52 | 38 | 32 | 39 |
| 医院服务的共同支付高或很高 | 62 | 48 | 36 | 48 |
| 处方的共同支付高或很高 | 48 | 44 | 33 | 42 |

注释:样本(n=562)分成三个收入组,每组包括样本的1/3。低收入组的月收入为740库纳(大约140美元)或更低,中收入组为740-1480库纳,高收入组为1480库纳或更多。

资料来源:Chen和Mastilica(1998,第1158页)。

几个发达国家在进行改革之前,他们曾经发起过广泛而彻底的辩论。虽然争论在改革过程中一直持续,但改革者可以因此确保人们不会对此一无所知。迄今为止,关于特定的卫生部门改革措施,东欧国家还没有进行过太多的辩论,至少没有广为人知。政治家和媒体的表述经常平淡得令人难以接受,而且使各种改革设想变得模糊不清。这就是说,当立法送到国会时,许多公众不知道其内容是什么。有影响力的团体设法从后台对决定施加影响。原则6,即透

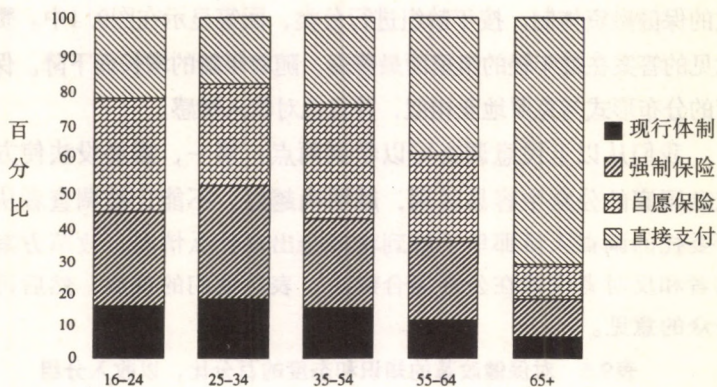


图9.1 各年龄组的人对各种保健融资制度的偏好 (1995年保加利亚)

资料来源: Delcheva, Balabanova和Mckee (1997, 第96页)。

明性原则, 在此需要得到更加一贯的应用。

第二, 不要指望一致性意见的出现。对潜在反对者的调查, 对改革效果的考虑, 以及对调查问卷的分析都清晰地表明, 公众意见会在许多不同的问题上有分歧。对于任何一个存在着强烈对立立场的两难选择问题, 都没有压倒性的大多数。即使一个观点有大多数的赞同意见, 反对者也有相当的数量。

这引出了有关民主的主要问题之一。立法机关中何种程度的大多数可以使它有机会确立它自己的观点, 不需要作任何让步? 当考虑的是人们的健康时, 这个问题变得特别敏感。

与本书中其他地方采用的方法相同, 我们把焦点集中在程序方面。这又回到了第二章的关于道德原则1和2的讨论, 而且后面联系保险的分散化时又会提到这两个原则。作者的观点是, 立法机关中的大多数不应该不惜代价, 设法把它选择的方案强加给那些不赞同的人。那些想要在坚持公立保险机构的同时给予私有保险公司一定活动范围的人应该有方法去实现。另一方面, 不应该禁止人们购买私有保险公司的保单。那些只信仰公共医院的人应该到公立医院去

满足他们的要求。但是，如果人们想到私有的提供者那儿去，他们也应该可以自由地去。如果雇主们愿意为他们的雇员组织医疗保险，他们应该能够而不是被迫去做。

很明显，这种公开选择的方式不可能在所有情况下都适用。假如保险是强制性的，那些逃避的人就应该受到惩罚。如果单一付款者保险垄断被取消，就没有人能够提供资金去维持它。每个人都会失去从垄断获得的利益，并且当然会获得那些与竞争联系在一起的利益，这是许多人并不赞赏的。

改革立法更为准确的建议如下：只要有条件，政治领域都应该给公民提供可以选择的不同方案。国家只有在问题的性质导致不可避免地要限制个人选择或者先于个人选择时，才应该这么做。国会的大多数议员能够这样自律，自愿限制他们的权力吗？时间将会表明这一点。对于任何一种方式，其结果都将会很好地说明立法者是否重视原则¹，即个人自主权原则。

三、进化和“构造主义者”发展

在后社会主义转轨的初期，关于改革进程应该拥有什么样的特征有激烈的争论。其中有“休克疗法”和“渐进改革”、“演进”和“构造主义者”等方式的区别。^①关于这些问题。我们现在已经掌握了更多的知识，因为随着这个业务领域的发展，我们逐渐有了鉴别的经验。我们能够从中得出几个适用于未来卫生部门改革的教训。

鉴于各种发展形式的设计是互相排斥的，因此以自发和演进的方式进行改革并设立政府机构是错误的。不同的形式应该共存，每个都应有它的位置，并且互相补充。

本书前面推荐的方案不是进行私有化国家保健服务机构改革的

^① “构造主义者”说法来源于哈耶克（1935），他以前用来指的是被国家强加于社会的计划形式。我们没打算从大量文献中在此提及关于“渐进改革挑战休克疗法”的争论课题，仅引用两个以前的分析：Roland（2000）和Kornai（2000）。

精确形式和强制性计划。国家应该通过颁发禁令和创造合法的机会而以激发主动性和创造性来开始它的政策，为各种创新，包括多种保险组织以及国有和非国有组织之间的各种联系开辟道路。然后我们就可以看出，在东欧国家的国情下哪种方式是可行的。同时，法律的基础设施和监管部门等也必须发展起来。

根据传统的标准，带有政府行为特征的事物情况应该有所不同，比如公共融资体制。期望强制性缴费制度或税收制度按演化或自由的方式发展是愚蠢的。详细的蓝图在这里还是需要的，并且在充分研究国际经验和进行了适当的分析后需要起草法律。

本书的推荐方案逻辑上源于原则7：卫生部门的新组织必须有时间发展，并让公众来适应。比如促使谨慎有序地进行基础服务融资改革。只有在必需的组织网络和私有医疗保险达到一定的比重并且公众已经熟悉它们的情况下，才能开始部分分散化。免费服务也应遵从同样的步骤。消除这些不是通过强迫或禁止。必须有机会提供合法的、透明的付款方式来发展医生和病人之间的关系，双方都想替换黑暗的、不透明的关系。

避免急躁行为与改革迫切需要的法律措施是一致的。这些措施不能由无休无止的委员会会议和协商谈话糅合在一起，但任何一方不能拖延，因为随着时间的推移会出现新的法律。

对于保健服务改革争论引起的许多问题，涉及到社会主义，特别是有关“市场社会主义”的争论，本书中提供了有关解决的参考方法。这两个问题有相同之处，但也有本质的区别。这是有关经济和社会的整体性问题，包括政治结构怎样控制经济。这个复杂而广泛的问题最终到达了进退两难的困境。现在，在21世纪初，东欧国家正在进行的卫生部门改革涉及了经济的部分定义。政治环境也已经发生了变化，因此举行了辩论，改革立法在制度化的条件下，在或多或少的民主气氛中进行。经济主体也有了很大的变化，因为它在市场经济中运作。似乎应该对公有制和卫生部门的管理进行改革，

同时让各种所有制保持长久的共生关系和协作机制，这样会更容易让人接受^①。

在后社会主义国家转轨初期，许多真诚推崇改革的人觉得他们应该尽快采取措施防止“逆转”。或许这些措施中最重要的是修改新的民主宪法，这理所当然会设置返回到垄断统治的障碍，即使它没有去主动阻止。在那时是可以理解的，在许多重大问题上立法可以保证它们的不可逆转性。现在，在一个稳定、持续发展的年代这样做将是错误的，因为后社会主义一开始的剧烈发展在卫生部门接受相似的改革进程之前已经结束。相反，现在需要的是一种试错法。没有哪个研究者或政治家有足够的自信。正如先前强调的，没有哪个国家的模式可以用来证明每个提议的正确性。没有哪个免费的蓝图能在道德上让所有的人接受。利益冲突意味着不能期望完全的一致。仍然重要的是规则不应该像阻塞交通的固定建筑物那样阻碍其他的可选解决方案。应该保持试验的可能性。对有多种解决方案的改革必须给出优先方案，使得改革的损失最小，并且给其他方案留有后路。

本书尝试建立原则和实践之间很强的联系，特别是在道德信仰和有关合法的经济组织的提议之间的联系。在这方面，它与由其他研究者、政府官员或政治家提供的各种文件有很大不同，后者提供的从头到尾都是实用细致的方法。

本书接近尾声，作者不能否认，自己仍然有很多不懂的问题。尽管他们坚持这本书的价值，他们意识到不可能给每个问题都找到毫不含糊的答案。这也是作者诚惶诚恐地推出这些建议的理由。作者没有逃避为改革提些建议，但我们不想以任何价钱兜售其建议。

^① 本书的第一个作者，作为先前争论改革社会主义制度的参加者，觉得有必要在此加一个个人注释。他重复强调了有关改革的疑问，并且在他的著作中表达了经济的功能性障碍特征，在没有改变制度基础的情况下不能被克服这样一个观点。那个时代或多或少的使他反对混合式解决方案和谨慎改革。

他不得不克服这种“条件反射”，并且在他能让自己接受保健服务改革采取混合式方案和谨慎策略之前进行重新考虑，这种改革如在他的匈牙利语书中（Kornai, 1998b）和本书中提及的那样。

假如我们错了怎么办？考虑到我们自身的局限性和全面改革的冒险性，促使我们看重试验的重要性，并且及时注意权威组织所遗漏的东西。

东欧的专家和广大公众并没有一味地等待立法工作，而是在此之前便开始了改革卫生部门的市场准备工作。希望本书能够为此做出自己的贡献。

参考文献

- Adler, Nancy E., Boyce, Thomas, Chesney, Margaret A., Folkman, Susan and Syme, Leonard S. 1993, Socioeconomic inequalities in health, *Journal of the American Medical Association* 269: 3140-5
- Akerlof, George A. 1970, The market for "lemons," *Quarterly Journal of Economics* 84: 81-108
- Altman, Stuart H., Reinhardt, Uwe E. and Shields, Alexandra E. 1998, Healthcare for the poor and uninsured: an uncertain future, in Altman, Stuart H., Reinhardt, Uwe E. and Shields, Alexandra E. (eds.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?*, Chicago: Health Administration Press, pp. 1-22
- Andorka, Rudolf, Kondratas, Anna and Tóth, István György 1994, *Hungary's Welfare State in Transition: Structure, Initial Reforms and Recommendations*, Policy Study no. 3 of the Joint Hungarian-International Blue Ribbon Commission, Indianapolis, Indiana: The Hudson Institute and Budapest: Institute of Economics
- Arrow, Kenneth J. 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 63: 941-73
- Arthur, Brian W. 1989, Competing technologies and lock-in by historical events: the dynamics of allocation under increasing returns, *Economics Journal* 99: 116-31
- Atkinson, Anthony B. and Micklewright, John 1992, *Economic Transformation in Eastern Europe and the Distribution of Income*, Cambridge University Press
- Banka Slovenje 1999, *Monthly Bulletin*, April, Ljubljana

- Bardhan, Pranab K. and Roemer, John E. (eds.) 1993, *Market Socialism: The Current Debate*, Oxford University Press
- Bator, Francis 1958, The autonomy of market failure, *Quarterly Journal of Economics* 72: 351-79
- Baumol, William 1963, Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice, *Public Choice* 77: 17-28
- 1988, Containing medical costs: why price controls won't work, *The Public Interest* Fall 1988: 37-53
- Beattie, Roger and McGillivray, William 1995, A risky strategy: reflections on the World Bank Report "Averting the old age crisis," *ISSA Review* 48: 3-4
- Benedict, Ágnes 2000, A cseh egészségügyi reformról (On the reform of the health sector in the Czech Republic), *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38: 83-98
- Berlin, Isaiah 1969, *Four Essays on Liberty*, Oxford University Press.
- Berman, Howard J., Kukla, Seven and Weeks, Lewis 1994, *The Financial Management of Hospitals*, 8th edn., Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press
- Bertko, John, and Hunt, Sandra 1998, Case study: the health insurance plan of California, *Inquiry* 35: 148-53
- Besley, Timothy and Gouveia, Miguel 1994, Alternative systems of health care provision, in Menil, George de and Portes, Richard (eds.), *Economic Policy: A European Forum*, Cambridge University Press, pp. 200-57
- Bodenheimer, Thomas 1997, The Oregon health plan: lessons for the nation, *The New England Journal of Medicine* 337: 651-5
- Bognár, Géza, Gál, Róbert Iván and Kornai, János 2000, *Hálapénz a magyar egészségügyben* (Gratuity money in the Hungarian health sector), *Közgazdasági Szemle* 47: 293-320
- Bossert, Thomas and Włodarczyk, Cesary 2000, *Unpredictable Politics: Policy Process of Health Reform in Poland*, Discussion Paper no. 74, Boston: Harvard School of Public Health
- Buchanan, James M. 1986, *Liberty, Market and the State: Political Economy in the 1980s*, Brighton: Wheatsheaf
- Buchanan, James M. and Tullock, Gordon 1962, *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*,

- Population Survey: Employment and Earnings 1999*, Washington, DC, pp. 213-18
- Bútorá, Martin and Skladony, Thomas W. (eds.) 1998, *Slovakia 1996-1997: A Global Report on the State of Society*, Bratislava: Institute for Public Affairs
- Calnan, Michael, Halik, Janoz and Sabbat, Jolanta 1998, Citizen participation and patient choice in health reform, in Saltman, Richard B. Figueras, Josep and Sekallarides, Constantino (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 325-38
- Cassel, Dieter 1992, Eine Kassenwahlfreiheit ist herzustellen, *Wirtschaftsdienst* 72: 287-91
- Central Bureau of Statistics 1999, *Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 1998*, Zagreb
- Central Statistical Office 1998, *Statistical Yearbook of the Republic of Poland 1998*, Warsaw
- Chawla, Mukesh, Berman, Peter and Kawiorska, Dorota 1998, *Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures*, Harvard and Jagellonian Consortium for Health, mimeo
- Chawla, Mukesh, Tomasz, Tomasz, Kulis, Marzena, Windak, Adam and Rogers, Deirdre A. 1999, *Enrollment Procedures and Self-selection by Patients: Evidence from a Family Practice in Krakow, Poland*, Discussion Paper no. 66, Boston: Harvard School of Public Health
- Chen, Meei-shia and Mastilica, Miroslav 1998, Health care reform in Croatia: for better or worse? *American Journal of Public Health* 88: 1156-60
- Chinitz, David and Israeli, Avi 1997, Health reform and rationing in Israel, *Health Affairs* 16: 205-10
- Claxton, Gary, Feder, Judith, Shactman, David and Altman, Stuart 1997, Public policy issues in nonprofit conversions: an overview, *Health Affairs* 16: 9-28
- Coulam, Robert F. and Gaumer, Gary L. 1991, Medicare's prospective payment system: a critical appraisal, *Health Care Financing Review* 13: 45-78
- Csaba, Iván 1997, Fiskális illúziók és redisztribúciós család (Fiscal

- Csontos, László, Kornai, János and Tóth, István György 1998, Tax awareness and reform of the welfare state: Hungarian survey results, *Economics of Transition* 6: 287-313
- Culpitt, Ian 1992, *Welfare and Citizenship: Beyond the Crisis of the Welfare State*, London and Newbury Park, CA: Sage
- Culyer, Anthony J. and Newhouse, Joseph P. (eds) 2000, *Handbook of Health Economics vols. 1A and 1B*, Amsterdam: Elsevier Science BV (North-Holland)
- Cutler, David M. and Reber, Sarah J. 1998, Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection, *Quarterly Journal of Economics* 113: 433-66
- Cutler, David M. and Zeckhauser, Richard 2000, The anatomy of health insurance, chapter 11 in Culyer and Newhouse (eds), vol. 1A: 563-643
- Czech Statistical Office 1999, *Structure of Earnings Survey 1998*, Prague
- Daniels, Norman 1985, *Just Health Care*, Cambridge University Press
- 1998, Rationing health care - a philosopher's perspective on outcomes and process, *Economics and Philosophy* 14: 27-50
- Davis, Lance E. and North, Douglass C. 1971, *Institutional Change and American Economic Growth*, Cambridge University Press
- Delcheva, Evgenia, Balabanova, Dina and McKee, Martin 1997, Under-the-counter payments for health care in Bulgaria, *Health Policy* 42: 89-100
- Diamond, Peter A. 1996, Government provision and regulation of economic support in old age, in *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995*, Washington, DC: The World Bank, pp. 83-103
- Donelan, Karen, Blendon, Robert J., Schoen, Cathy, Davis, Karen and Binns, Katherine 1999, The cost of health system change: public discontent in five nations, *Health Affairs* 18: 206-16
- Dunn, Daniel L. 1998, Applications of health risk adjustment: what can be learned from experience to date?, *Inquiry* 35: 132-47
- Eastaugh, Steven R. 1992, *Health Care Finance: Economic Incentives and Productivity Enhancement*, New York: Auburn House

- Greiner, Wolfgang, and Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d. 1997, The health system of Germany, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp.77-104
- Gyenes, Monika and Kastaly, Ferenc 1998, Kérdőíves felmérések eredményei, elemzése (Results and analysis of questionnaire surveys), in Gyenes, Monika (ed.), *A fogászati privatizáció kézikönyve* (Handbook of Privatizing Dentistry), Budapest: Péztár 2000 Kft
- Hakansson, Stefan and Nordling, Sara 1997, The health system of Sweden, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 191-225
- Hall, Jane 1999, Incremental change in the Australian health care system, *Health Affairs* 18: 95-110
- Ham, Chris J. 1997, Priority setting in health care: learning from International Experience, *Health Policy* 42: 49-66
- Hausner, Jerzy in print, Security through diversity: conditions for successful reform of the pension system in Poland, in Kornai, János, Haggard, Stephen and Kaufman, Robert R. (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries*, Cambridge University Press
- Hayek, Friedrich A. (ed.), 1935, *Collectivist Economic Planning*, London: George Routledge & Sons
- Haynes, Don and Florestano, Patricia S. 1994, Public acceptability of taxing alternatives: evidence from Maryland, *Public Administration Quarterly*, 15: 447-67
- Health Insurance Institute of Albania 1998, *Statistical Indicators for 1997*, Tirana
- Health Insurance Institute of Slovenia 1999, *Annual Report of the Health Insurance Institute of Slovenia for 1998*, Ljubljana
- Henke, Klaus-Dirk 1988, Auf dem weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen, *Wirtschaftsdienst* 76: 64-8
- Hofmann, Rainer, Hollandar, Pavel, Merli, Franz and Wiederin, Ewald (eds.) 1998, *Armut und Verfassung. Sozialstaatlichkeit im Europäischen Vergleich*, Wien: Österreichische Stattdruckerei AG
- Honigsbaum, Frank, Calltorp, Johann, Ham, Chris and Holmstrom, Stefan 1995, *Priority Setting Processes for Healthcare in*

- Greiner, Wolfgang, and Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d. 1997, The health system of Germany, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp.77-104
- Gyenes, Monika and Kastaly, Ferenc 1998, Kérdőíves felmérések eredményei, elemzései (Results and analysis of questionnaire surveys), in Gyenes, Monika (ed.), *A fogászati privatizáció kézikönyve* (Handbook of Privatizing Dentistry), Budapest: Péztár 2000 Kft
- Hakansson, Stefan and Nordling, Sara 1997, The health system of Sweden, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 191-225
- Hall, Jane 1999, Incremental change in the Australian health care system, *Health Affairs* 18: 95-110
- Ham, Chris J. 1997, Priority setting in health care: learning from International Experience, *Health Policy* 42: 49-66
- Hausner, Jerzy in print, Security through diversity: conditions for successful reform of the pension system in Poland, in Kornai, János, Haggard, Stephen and Kaufman, Robert R. (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries*, Cambridge University Press
- Hayek, Friedrich A. (ed.), 1935, *Collectivist Economic Planning*, London: George Routledge & Sons
- Haynes, Don and Florestano, Patricia S. 1994, Public acceptability of taxing alternatives: evidence from Maryland, *Public Administration Quarterly*, 15: 447-67
- Health Insurance Institute of Albania 1998, *Statistical Indicators for 1997*, Tirana
- Health Insurance Institute of Slovenia 1999, *Annual Report of the Health Insurance Institute of Slovenia for 1998*, Ljubljana
- Henke, Klaus-Dirk 1988, Auf dem weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen, *Wirtschaftsdienst* 76: 64-8
- Hofmann, Rainer, Hollandar, Pavel, Merli, Franz and Wiederin, Ewald (eds.) 1998, *Armut und Verfassung. Sozialstaatlichkeit im Europäischen Vergleich*, Wien: Österreichische Staatsdruckerei AG
- Honigsbaum, Frank, Calltorp, Johann, Ham, Chris and Holmstrom, Stefan 1995, *Priority Setting Processes for Healthcare in*

- Oregon, USA; New Zealand; The Netherlands; Sweden; and the United Kingdom*, Oxford: Radcliffe Medical Press
- Hsiao, William C. 1999, *Primer on Health Care Policy for Macroeconomists*, prepared for the International Monetary Fund
- Hsiao, William C., Peter Braun, Daniel L. Dunn, Edmund R. Becker, Margaret DeNicola and Thomas R. Ketcham 1988, Results and policy implications of the resource-based relative-value study, *New England Journal of Medicine* 319: 881-8
- Iglehart, John K. 1992, The American health care system: managed care, *New England Journal of Medicine* 327: 742-7
- 1999, The American health care system (1): expenditures, *The New England Journal of Medicine* 340: 70-6
- Ikegami, Naoki and Campbell, John Creighton 1999, Health care reform in Japan: the virtues of muddling through, *Health Affairs* 18: 56-75
- ILO 1996, *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices: October Inquiry Results 1994 and 1995*, Geneva
- ILO 1998, *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices: October Inquiry Results 1996 and 1997*, Geneva
- ILO 1999a, *Statistics on Occupational Wages and Hours of Work and on Food Prices: October Inquiry Results 1997 and 1998*, Geneva
- ILO 1999b, *Yearbook of Labour Statistics 1998*, Geneva
- Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic 1998, *Czech Health Statistics Yearbook 1997*, Prague
- Jakobs, Klaus 1991, Eine GKV-Organisationsreform ist dringlicher denn je, *Wirtschaftsdienst* 71: 250-7
- James, Estelle 1996, *Protecting the Old and Promoting Growth. A Defence of "Averting the Old Age Crisis,"* Policy Research Working Paper, no. 1570. Washington, DC: The World Bank
- Jensen, Gail A., Morrissey, Michael A., Gaffney, Shannon and Liston, Derek K. 1997, The new dominance of managed care: insurance trends in the 1990s, *Health Affairs* 16: 125-36
- Kanavos, Panos and McKee, Martin 1998, Macroeconomic constraints and health challenges facing European health systems, in Saltman, Richard B. Figueras, Josep and

- Sekallarides, Constantino (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 23-52
- Knutson, David 1998, Case study: The Minneapolis Buyers Health Care Action Group, *Inquiry* 35: 171-7
- Kocinska, Anna 2000, Racing toward real reform, *Warsaw Business Journal* February 7, p. 1
- Kokko, Simo; Hava, Petr, Ortun, Vincent and Leppo, Kimmo 1998, The role of the state in health care reform in, Saltman, Richard B. Figueras, Josep and Sekallarides, Constantino (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 289-307
- Kornai, János 1972, *Rush versus Harmonic Growth*, Amsterdam: North-Holland
- 1980, *Economics of Shortage*, Amsterdam: North-Holland
- 1986, The softness of the budget constraint, *Kyklos* 39: 3-30
- 1992a, The post-socialist transition and the state: reflections in the light of Hungarian fiscal problems, *American Economic Review*, Papers and Proceedings 82: 1-21
- 1992b, *The Socialist System. The Political Economy of Communism*, Princeton University Press and Oxford University Press
- 1998a, Legal obligation, non-compliance and soft budget constraint, in Newman, Peter (ed.), *New Palgrave Dictionary of Economics and the Law*, New York: Macmillan, pp. 533-9
- 1998b, *Az egészségügy reformjáról* (On the reform of the health care system), Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- 2000, *Ten Years After "The Road to a Free Economy": The Author's Self-Evaluation*, Washington DC: The World Bank, mimeo
- Kornai, János and McHale, John 1999, *Income, Technology or Demographics? An Accounting for Trends in International Health Spending*, manuscript
- in print, Is post-communist health spending unusual? A comparison with established market economies, *Economics of Transition*, 8: 369-99
- Koronkiewicz, Andrzej and Karski, Jerzy B. 1997, *Reviewing the New Polish Health Care Insurance System*, Warsaw: National Centre for Health System Management, mimeo

- Krasnick, Allan and Vallgarda, Signid 1997, The health system of Denmark, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 29-48
- Krugman, Paul 1994, *Peddling Prosperity. Economic Sense and Nonsense in the Age of Diminished Expectations*, New York and London: W.W. Norton
- KSH 1999, *Statistical Yearbook of Hungary 1998*, Budapest: Központi Statisztikai Hivatal
- Kuttner, Robert 1999, The American health care system (2): health insurance coverage, *The New England Journal of Medicine* 340: 163-8
- Lawson, C. Michael and Nemeč, Jiri 1998, Central European health reform: the case of Slovakia, 1990-1997, *Journal of European Social Policy*, 8: 237-52
- Lindbeck, Assar 1996, *Incentives in the Welfare State: Lessons for the Would-be Welfare States*, Seminar Paper, no. 604, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University, January
- 1997, The Swedish experiment, *Journal of Economic Literature* 35: 1273-1319
- Lindbeck, Assar and Weibull, Jörgen W. 1987, *Strategic Interaction with Altruism: The Economics of Fait Accompli*, Seminar Paper, no. 376, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University
- Lindbeck, Assar, Molander, Per, Persson, Torsten, Petersson, Olof, Sandmo, Agnar, Swedenborg, Birgitta and Thygesen, Niels 1994, *Turning Sweden Around*, Cambridge, MA and London: MIT Press
- Liu, Yuanli and Jakab, Melitta 1999, *Reforming the Health Care System in a Transitional Economy: Experiences from Hungary, Czech Republic, Poland*, Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing, mimeo
- Losonczi, Ágnes 1986, *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben* (The anatomy of defenselessness in the health sector), Budapest: Magvető Kiadó
- 1997, *Utak és korlátok az egészségügyben* (Paths and constraints in the health sector), Budapest, manuscript
- Maarse, J. A. M. Hans 1997, The health system of the Netherlands,

- in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 135–62
- Marree, Jorgen, and Groenewegen, Peter 1997, *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*, Aldershot: Avebury, Ashgate
- Maskin, Eric S. 1996, Theories of the soft budget-constraint, *Japan and the World Economy* 8: 125–33
- Massaro, Thomas A., Nemeč, Jiri and Kalman, Ivan 1994, Health system reform in the Czech Republic: policy lessons from the initial experience of the General Health Insurance Company, *Journal of the American Medical Association* 271: 1870–4.
- Mechanic, David 1997, Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing, *Health Affairs* 16: 83–92
- Medicover 2000, *Medicover Health Care Provider*, <<http://www.medicover.pl/indexen.htm>>
- Melnick, Glenn, Keeler, Emmett and Zwanziger, Jack 1999, Market power and hospital pricing: are nonprofits different? *Health Affairs* 18: 167–73
- Mihályi, Péter 2000, Magyar egészségügy: Diagnózis és terápia (The Hungarian health-care sector: diagnosis and therapy), Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft
- Milanovic, Branko 1996, *Income, Inequality, and Poverty during the Transition*, Washington, DC: The World Bank, mimeo
- Murrell, Peter 1995, The transition according to Cambridge, Mass., *Journal of Economic Literature* 33: 164–78
- Musgrave, Richard A. and Musgrave, Peggy B. 1980, *Public Finance in Theory and Practice*, New York: McGraw-Hill
- Nagy, András 1997, *A jóléti rendszer Franciaországban* (The welfare system in France), manuscript
- Nagy, György 2000, Magánklinikák gazdálkodása: Gyógyító tőke (Management of private outpatient clinics: capital that heals), *Heti Világgazdaság*, 2000/16
- National Bank of Hungary 1999, *Annual Report 1998*, Budapest
- National Center for Health Statistics 1999, *Health, United States, 1999, with Health and Aging Chartbook*, Hyattsville, Maryland
- National Statistical Institute 1999a, *Statistical Yearbook of Bulgaria 1998*, Sofia

- 1999b, *Statistical Reference Book of the Republic of Bulgaria 1999*, Sofia
- Naylor, C. David 1999, Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress, *Health Affairs* 18: 9–26
- Needleman, Jack, Chollet, Deborah J. and Lamphere, JoAnn 1997, Hospital conversion trends, *Health Affairs*, 16: 187–95
- Nelson, Joan M. 1992, Poverty, equity, and the politics of adjustment, in Haggard, Stephen and Kaufman, Robert R. (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*, Princeton University Press, pp. 221–69
- in print, The politics of pensions and health care: reforms in Hungary and Poland, in Kornai, János, Haggard, Stephen and Kaufman, Robert R. (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries*, Cambridge University Press
- NERA 1996, *The Health Care System in the Czech Republic*, London: PPBH.
- 1998a, *The Health Care System in Hungary*, London: PPBH
- 1998b, *The Health Care System in Poland*, London: PPBH
- 1999, *The Health Care System in Romania*, London: PPBH
- Netherlands Ministry of Health, Welfare, and Sport 1998, *Health Insurance in the Netherlands*, available at <<http://www.minvws.nl/index.asp?Language=International>>
- Newhouse, Joseph P. 1992, Medical care costs: how much welfare loss?, *Journal of Economic Perspectives* 6: 3–21
- 1996 Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature* 34: 1236–63
- Newhouse, Joseph P. and the Insurance Experiment Group 1993, *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, MA: Harvard University Press
- Newhouse, Joseph P., Buntin, Melinda B. and Chapman, John D. 1997, Risk adjustment and medicare: taking a closer look, *Health Affairs* 16: 26–43
- Niskanen, William A. 1971, *Bureaucracy and Representative Government*, Chicago: Aldine-Atherton
- Nissenson, Allen R. and Rettig, Richard A. 1999, Medicare's end-stage renal disease program: current status and future prospects, *Health Affairs* 18: 161–79

- North, Douglass C. 1990 *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press
- Nozick, Robert 1974, *Anarchy, State and Utopia*, New York: Basic Books
- Oberender, Peter 1992, Anforderungen eine Neuordnung des Gesundheitswesens, *Wirtschaftsdienst* 72: 283-7
- OECD 1992, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris
- 1993, *OECD Health Systems. Vol. 1: Facts and Trends 1960-1991*. Health Policy Studies no. 3, Paris
- 1994a, *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris
- 1994b, *OECD Economic Survey: France 1993-1994*, Paris
- 1998a, *Czech Health Care System. Delivery and Financing*, Prague: Czech Association for Health Services Research
- 1998b, *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries*, Paris
- 1999a, *Economic Survey, 1999: Hungary*, Paris
- 1999b, *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries*, Paris
- 2000, *OECD Economic Survey: Poland*, Paris
- Office for National Statistics 1999, *New Earnings Survey 1999*, London
- Office for Oregon Health Plan Policy and Research Homepage 2000, *Prioritized List of Health Services*, April 1, 2000. <<http://www.ohppr.state.or.us/>>
- OMMK 1999, *Munkaügyi Adattár 1999/1*, Budapest
- Oregon Health Services Commission 1999, *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 70th Oregon Legislative Assembly*, Office for Oregon Health Plan Policy and Research, Department of Administrative Services
- Orosz, Éva, Ellena, Guy and Jakab, Melitta 1998, Reforming the health care system: the unfinished agenda, in Bokros, Lajos and Dethier, Jean-Jacques (eds.), *Public Finance Reform during the Transition: The Experience of Hungary*, Washington, DC: The World Bank, pp. 221-54
- Pauly, Mark V. 1986, Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy, *Journal of Economic Literature* 25: 629-75

- Reinhard Uwe E. and Shields, Alexandra E. (eds), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?*, Chicago: Health Administration Press, pp. 25-44
- Saltman, Richard B. and Figueras, Josep (eds.) 1997, *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Saltman, Richard B., Figueras, Josep and Sekallariades, Constantino 1998, *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Schieber, George and Maeda, Akiko 1999, Health care financing and delivery in developing countries, *Health Affairs* 18: 193-205
- Scitovszky, Tibor 1997, *Egy büszke magyar emlékiratai* (Memoirs of a proud Hungarian), Budapest: Közgazdasági Szemle Alapítvány
- Scott, Claudia D. 1997, Reform of the health system of New Zealand, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 163-90
- Sen, Amartya 1973, *On Economic Inequality*, Oxford: Clarendon Press and New York: Norton
- 1990, Individual freedom as a social commitment, Acceptance speech at the award ceremony for the second Senator Giovanni Agnelli International Prize in 1990, published by the Agnelli Foundation, and also in *The New York Review of Books*, June 14, pp. 49-54
- 1992, *Inequality Reexamined*, New York: Russell Sage Foundation and Cambridge, MA: Harvard University Press
- 1996, Social commitment and democracy: the demands of equality and financial conservatism, in Barker, P. (ed.), *Living as Equals*, Oxford University Press, pp. 9-38
- Shalala, Donna E. and Reinhardt, Uwe E. 1999, Viewing the U.S. health care system from within: candid talk from HHS, *Health Affairs* 8: 47-55
- Sipos, Sándor 1994, Income transfers: family support and poverty relief, in Barr, Nicholas (ed.), *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe. The Transition and Beyond*, published for the World Bank, Oxford University Press, pp. 226-59

- Skocpol, Theda 1996. *Boomerang. Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U.S. Politics*, New York and London: W.W. Norton
- Sloan, Frank A. in print, Not-for-profit ownership and hospital behavior, in Culyer and Newhouse (eds), vol. 1: 00-00
- Smith, Adam [1776] (1937), *The Wealth of Nations*, New York: Modern Library
- Stark, David 1992, From system identity to organizational diversity: analyzing social change in Eastern Europe, *Contemporary Sociology* 21: 299-304
- Statistical Office of the Republic of Slovenia 1998, *Statistical Yearbook of the Republic of Slovenia 1998*, Ljubljana
- 1999, *Rapid Reports: Labour Market*, no. 81, Ljubljana
- Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA 1999a, *Statistical Yearbook of the Slovak Republic 1998*, Bratislava
- 1999b, *Structures of Wages of Employees in the Republic of Slovakia 1998*, Bratislava
- 1999c, *Slovak Republic in Figures*, Bratislava
- Stiglitz, Joseph E. 1986, *Economics of the Public Sector*, New York and London: W.W. Norton
- TÁRKI 1999, Adótudatosság, fiskális illúziók és az egészségbiztosítás reformjával kapcsolatos vélemények. Kutatási beszámoló "Az állam és polgárai II" című kutatás adatfelvétele alapján (Tax awareness, fiscal illusions, and opinions on the reform of health insurance. Report on "The state and its citizens" research project), eds., Janky, Béla and Tóth, István György, mimeo
- Tengs, Tammy O. 1996, An evaluation of Oregon's medicaid rationing algorithms, *Health Economics* 5: 171-81
- Tobin, James 1970, On limiting the domain of inequality, *Journal of Law and Economics* 13: 263-77
- Tóth, Martin 1997, *Health reform in Slovenia*, manuscript
- Tullock, Gordon 1965, *The Politics of Bureaucracy*, Washington, DC: Public Affairs Press
- Tymowska, Katarzyna 1997, *The Private Sector in Polish Health Care: Possible Scenarios*, Economic Discussion Papers, no. 35, Warsaw: Faculty of Economic Sciences, University of Warsaw.
- US Bureau of the Census 1996, *Statistical Abstract of the United States: 1996*, Washington DC

- van de Ven, Wynand P.M.M. and Ellis, Randall P. 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, chapter 14 in Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 755-845
- van de Ven, Wynand P.M.M., van Vliet, Rene C.J.A., van Barneveld, Erik M. and Lamers, Leida M. 1994, Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands, *Health Affairs* 13: 120-36
- Vepřek, Jaromír, Papes, Zdanek and Vepřek, Pavel 1995, Czech health care in transformation, *Eastern European Economics* 43: 45-79
- Viscusi, W. Kip 1992, *Fatal Tradeoffs: Public and Private Responsibilities for Risk*, Oxford University Press
- Vyborna, Olga 1995, The reform of the Czech health-care system, *Eastern European Economics* 43: 80-95
- Weiler, Paul C., Hiatt, Howard H., Newhouse, Joseph P., Johnson, William G., Brennan, Troyen A. and Leape, Lucian L. 1993, *A Measure of Malpractice: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation*, Cambridge, MA.: Harvard University Press
- WHO 1996a, *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 1996b, *Health Care Systems in Transition: Slovakia*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 1998, *Health for All Database*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 1999a, *Health Care Systems in Transition: Bulgaria*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 1999b, *Health Care Systems in Transition: Croatia*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 1999c, *Health Care Systems in Transition: Poland*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 1999d, *Health for All Database*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Wilson, Vicki M., Smith, Cynthia A., Hamilton, Jenny M., Madden, Carolyn W., Skillman, Susan M., Mackay, Bret, Matthisen, James S. and Frazzini, David A. 1998, Case study: The Washington State Health Care Authority, *Inquiry* 35: 178-92.
- Windak, Adam, Chawla, Mukesh, Berman, Peter and Kulis, Marzena 1997, Contracting family practice in Krakow. Early

- experience. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health, mimeo
- World Bank 1993, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press
- 1994, *Averting the Old Age Crisis: The World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press, published for The World Bank
- 1997a, *Financing Health Care: Issues and Options for China*, China 2020 Series, Washington DC: The World Bank
- 1997b, *Public Finance Reform in an Economy in Transition: The Hungarian Experience. The Hungarian Health Care System in Transition: An Unfinished Agenda*, Budapest, manuscript
- Yip, Winnie C. and Hsiao, William C. 1999, *Economic Transition and Social Safety Net: The Case of Chinese Urban Health Care*, Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing, manuscript
- Zeckhauser, Richard J. 1970, Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives, *Journal of Economic Theory* 2: 10-26
- Zweifel, Peter and Manning, Willard G. 2000, Moral hazard and consumer incentives in health care, chapter 8 in Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 409-59

比较译丛

《转轨中的福利、选择和一致性：东欧国家
卫生部门改革》

雅诺什·科尔奈 翁笙和/著

《全球贸易和国家利益冲突》

拉尔夫·戈莫里 威廉·鲍莫尔/著

《美国90年代的经济政策》

杰夫里·弗兰克尔 彼得·奥萨格/主编

《农民和城市居民：经济发展中的税收与负担》

拉吉·萨 约瑟夫·斯蒂格利茨/著

《现代自由贸易》

贾格迪什·巴格瓦蒂/著

《自由市场创新机器》

威廉·鲍莫尔/著

责任编辑 肖 梦

责任监制 王祖力 朱 磊

封面设计  工作室·许岚

经销：中信联合发行有限公司

主编：钱颖一

编委（按姓氏笔画排列）：

王一江、白重恩、许成钢、刘遵义、吴敬琏、李稻葵、肖梦、埃里克·伯格洛夫、热若尔·罗兰、青木昌彦、雅诺什·科尔奈、张春霖、赵人伟、谢平

对所有从社会主义中央计划经济向市场经济转型的国家来说，福利部门的改革尽管是一个艰巨的挑战但确实至关重要。本书为十个东欧国家的卫生部门改革献计献策，给出了九项具有普遍意义的指导原则。作者讨论了特定部门的相关特点、国际上的经验和教训，以及主要的初始条件，并主张基于如下几个方面的改革：以有组织的公共财政支持基本医疗、以私人资金支持补充医疗，以及提供多元化的服务和有管理的竞争。与此同时，政策制定者必须寻求一种平衡，以通过全面普及基本医疗服务而确保社会的一致性，并通过自愿补充保险来扩大个人的选择范围、强化个人的责任。作者还考察了卫生部门中的有效市场竞争问题。

福利部门改革的九项原则：

原则1（个人自主权）：要推进的变革必须增加个人在福利服务领域的决策范围，减少政府的决策范围。

原则2（一致性）：帮助受苦的人、困境中的人和处于劣势的人。

原则3（竞争性）：不应该存在国家所有和控制的一种垄断，应允许在不同的所有制形式和协调机制之间存在竞争。

原则4（有效激励）：必须建立鼓励效率的所有制和控制形式。

原则5（政府的新角色）：政府在福利部门的主要功能必须是提供法律框架、监管非国有机构、并最终提供最后的救助与保险。政府有责任保证每一个公民享有获得基本教育和医疗保险的权利。

原则6（透明性）：居民必须明确国家提供的福利服务与对此进行融资的税负之间的联系。改革必须先通过公开的、公众知晓的讨论然后再行实施。政治家和政治党派必须宣布其福利部门政策是什么以及如何进行融资。

原则7（方案的时间要求）：必须留出时间，让福利部门的新机构得到发展，让公众学会适应。

原则8（和谐增长）：用于直接促进快速增长的投资资源与用于经营和发展福利部门的资源之间存在和谐的比例。

原则9（可持续融资）：政府预算必须有能力为履行政府义务提供持续融资。

ISBN 7-80073-480-3



9 787800 734809 >

www.publish.citic.com



ISBN 7-80073-480-3/F · 481

定价：22.00元