

## 全民医疗保障：民生与增长

主讲人：刘国恩教授，北京大学光华管理学院

(2009年4月24日)

嘉宾主持：李实教授，北京师范大学经济与工商管理学院  
主办单位：北京大学中国经济研究中心中国经济学教育科研网  
承办单位：北京师范大学经济学社

主讲人简介：

刘国恩教授，北京大学光华管理学院应用经济系教授，北大光华卫生经济与管理研究院执行院长。他曾执教美国南加利福尼亚大学（1995-1999）；美国北卡大学（2000- 终身教职）；中国留美经济学会会长；以及国际医药经济学会亚太联合会主席。刘国恩教授目前担任国务院城镇居民医疗保险试点评估专家组成员；人力资源与社会保障部专家委员会委员；卫生部国家突发公共卫生事件专家委员会委员；中国药物经济学专业委员会主任委员；国际药物经济学会官方期刊《Value in Health》副主编；《中国药物经济学》杂志主编；《International Journal of Applied Economics》杂志编委；以及《中国卫生经济》杂志特邀编委等职。刘国恩教授的主要研究方向为健康与发展经济学，医疗体制改革，以及医药经济学。

主持人简介：

李实，北京师范大学京师学者特聘教授、博士生导师，收入分配与贫困研究中心主任，中国社会科学院研究生院教授、德国劳动研究所（IZA）研究员，浙江大学经济学院兼职教授，天则研究所学术委员会委员，北京大学经济与人类发展研究中心研究员，世界银行、亚洲开发银行、联合国开发署、国家发改委等机构的项目专家。曾任中国社会科学院经济研究所研究员，哥伦比亚大学、牛津大学、哥德堡大学访问学者，日本一桥大学教授。主要研究领域是发展经济学与劳动经济学，主要学术专长是收入分配、贫困和劳动力流动研究。

---

下面为讲座实况整理：

李教授：（对主讲人刘国恩教授进行了简要地介绍）下面欢迎刘教授为我们作讲座。

刘教授：

同学们，晚上好！非常感谢李实教授百忙之中来主持今天晚上的这个讲座。由于这个讲座录音，要和中国其他地方更多的同学们分享，所以对于此次讲座我非常重视。希望这将为我们的

提供一次很好的机会，让大家共同探讨涉及中国民生和增长的若干重大问题，关注这些问题本身也是我们大学生应有的责任。

今天晚上，我给大家主讲的题目是：国民医疗保障对国民民生和增长的影响。大家知道，中国政府在过去近三年的时间里，经过了 16 个部委的共同努力、专家学者和相关机构的协同工作，在今年的 4 月 6 日向社会公布了国家医疗卫生体制改革的方案。在我的印象中，这是自 1949 年新中国成立以来，国家最系统、最认真、最全面地尝试设计全民医疗保障体系的蓝图。中国将根据这个蓝图来构建国民人人都能享有基本医疗服务的制度安排。我今天要给大家谈论的是，构建中国的国民医疗保障体系对于民生促进的意义和贡献，以及对经济发展和经济增长的意义和贡献。讨论这个议题在经济的正常发展时期本身就很重要，而在当前的非常时期，当人类正在面临非常棘手的、应该说过去一个多世纪以来最大的一次经济危机挑战的时候，该议题又会有什么特殊的意义和非常作用呢？这就是今晚我想花一个多小时的时间和大家讨论的命题：“国民医疗保障：民生与增长”。在这里，要特别感谢我们中国经济学教育科研网的同志、同学们，能够（让我）通过这个平台来讨论这个非常重要的议题。

今晚的讲座分为四个方面。因为时间很短、题目范围广，而且同学们都是学经济学的，所以我尽量把这些问题纳入到经济学范畴里面来讨论。四个问题包括：一、人类发展的目标与健康实质；二、健康生产函数与资源配置；三、医疗市场特点与医保制度；四、从医疗保险到健康保障转型的经济学问题。

**第一个问题，我们来谈谈人类发展的目标是什么，它与我们谈论的健康主题有什么关系。**

人们活着为了什么？这对于我们每一个活着的人、过去的人、以及我们的先辈都是永恒的话题。人类存在的意义是什么呢？战争、和平、财富、贫穷，人类的存在和演进，最终追求什么？这个问题虽然很难回答，但也非常现实。2007 年春天，我在香港参加了一次由香港中文大学和北大光华管理学院共同主办的 2006 年经济学诺贝尔奖得主、哥伦比亚大学 Edmund Phelps 教授的一次讲座，他的一段话使我难以忘怀。经过一生的辛勤耕耘、不懈追求，获得了最崇高的诺贝尔奖殊荣之后，他在演讲尾声问了一个和我刚刚提出的十分相似的问题：“Do we live to work or do we work to live?”（我们活着是为了工作，还是我们工作是为了活着）。追求享乐的人当然说工作为了生活；对于忘我工作的人而言呢，似乎活着为了工作才对，因为工作赋予了我们生活的意义和乐趣，但这与前者的回答实际上并无本质差别，因为工作的结果，即获得“乐在其中”仍然是你人生追求的本质。其实，两种回答都有一个共同点，即我们人类存在和发展的追求：活得久，健康长寿，即生命数量（quantity of life）；活得好，少有病痛，即生命质量（quality of life）。追求长寿，并在有生之年，拥有健康的身体和心理，这就是人类健康最核心的两个内容。从这个意义上理解，我们可以说人类存在与发展的根本目标就是健康。事实上，关于健康的实质，在古今中外的文明中也有充分体现，比如在我们中国的神话小说《西游记》中，孙悟空最想寻找的东西也是长生不老之术。

健康的重要性在很多国家的宗旨里也大有彰显。请看 200 多年前美国《独立宣言》的要义部分：“We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their creator with certain unalienable rights, that among these are life, liberty and the pursuit of happiness”。《独立宣言》所追求和捍卫的三个东西是生命、自由和幸福。除了自由带有一定时代特征和政治意义之外（脱离当时英国殖民主义的束缚），追求生命和幸福与我们上面对于人类健康的理解是完全一致的。还有，获得自由本身也必须建立在一个人存活的基础之上，

因此健康既是中心目标，也是实现其他目标的前提。

联合国在人类进入 21 世纪时对多个国家的男女进行了千年民调，希望了解人们在新世纪的价值取向。统计结果显示，健康是人们最关心的问题，居于其他所有衣食住行问题之首。2000 年，我们中国的国家统计局城调队也做了类似的民调，其结果与联合国的全球调查不谋而合，健康也是中国人关注的十大问题之首。

事实上，从人类追求公平和发展自由的视角来看，健康问题也至关重要。根据诺贝尔经济学奖得主 Amartya Sen 提出的“以发展看待自由”理论，人类实现公平的核心是个人获得潜能自由，而实现潜能自由的根本条件包括三个维度：第一，个人获得健康长寿的潜能自由；第二，个人获得知识文明的潜能自由；第三，个人获得经济致富的潜能自由。Sen 的潜能自由理论在全球获得了高度共识，联合国因此推广了“人类发展指数”（Human Development Index - HDI），用于评判各国的综合发展进程。HDI 由三部分构成，国民健康状况，国民教育水平，以及国民收入水平。中国已开展了 HDI 的相关研究，并且近年也陆续出版了《中国人类发展报告》，今晚让我特别欣喜的是，撰写中国 HDI 报告的主笔之一就是在座的李实教授。

健康价值的重要性也越来越反映在了关于国家财富体系的研究发展中。在衡量人类财富体系时，最常用的指标是国内生产总值（GDP）及其相关指标。如大家所知，GDP 指标体系有很多局限性，包括难以度量的资源耗竭、环境污染、质量差异、无效重复、以及非市场性活动（尤其是健康、情爱等）。经济学家们在过去二三十年中不断对传统的财富体系进行完善和发展。在新的财富体系研究中，特别引人注目的工作是由耶鲁大学经济学家 William Nordhaus 教授等提出的“全收入”（Full Income）概念，其实质即是在传统 GDP 的基础上考虑其国民健康价值。根据 Nordhaus 的研究，大约 20 世纪中期以前，美国人健康水平的提高对收入的增长起到了巨大作用，甚至超过了其他所有产品总和的贡献。之后，若干顶尖经济学家也从理论和实证方面进一步推进了关于“全收入”财富体系的研究，特别是近期芝加哥大学的诺贝尔经济学奖得主 Gary Becker 以及 Kevin Murphy 和 Robert Topel 的相关研究成果。

**第二部分要谈的是健康生产函数与资源配置。根据经济学要义，任何东西的创造和存在离不开资源约束，健康也是如此，因此我们必须关注健康的决定和生产的资源配置问题。**

关于健康决定的经济学研究，最重要的开创性工作是美国经济学家 Michael Grossman 在 1972 年提出的健康需求和生产函数理论，该理论提出了关键的健康价值二重性。首先，健康具有消费物品的属性，人们因为消费而获得了健康效用，这是构建健康经济学效用函数的关键。同时，健康也是一个投资物品，因为健康可以提高个人生产力，提高个人的生产和投资积极性。健康价值的二重性为后来健康经济学的长足发展提供了理论构架。由于时间关系，我下面集中谈一下健康的第二个属性，即作为投资物品的生产力属性。

健康生产力是经济学家们十分关注的问题。如果只看健康和经济的关系，下图显示的是一个十分经典的相关曲线，它反映了不同国家的人口健康和收入水平之间的正向关系，但也只是相关关系，仅凭这一图我们还不能得出它们的因果关系。针对后者问题，经济学家们进行了很多计量经济学实证分析。下面我向大家报告几个比较有代表性的研究，看看健康生产力对经济收入水平的影响作用。首先，我想讨论一下健康作为生产力的作用机制，它为何会对生产有贡献。大家应该都听说过经济学中的生产函数理论，人类生产活动可以用一个很简单的

投入产出的关系式表述： $Y=Y(L, K)$ ，这里  $L$  代表人力投入， $K$  代表非人力的物化资本投入， $Y$  代表经济产出。在投入要素中，人力是劳动者体力和智力的结合。相信学过劳动经济学的同学应该知道，人力投入基于两个基石，一个是健康的身体，一个是良好的教育。在过去的研究文献中，经济学家们在教育人力资本的研究方面开展了大量富有成效的工作，极大的推进了人们对教育人力资本的重视以及在社会经济发展进程中的作用。遗憾的是，关于健康人力资本的研究则相当薄弱，尤其是实证研究，当然部分原因与健康影响的计量更为困难有关。无论如何，健康和教育作为人力资本的两大基石，对人类生产和发展的影响应该是同等重要的。

下面我们谈健康生产力的作用机制。哈佛大学经济学家 David Bloom 曾在《科学》杂志撰文提出健康对生产力的影响路径包括 5 个方面：1) 工作时间和工资水平；2) 教育投资动力和效率；3) 消费储蓄和财富积累；4) 投资机会和工程项目；5) 生育行为和人口红利。根据自己对此问题的认识，我归纳了两个重要的作用机制。第一，健康的效率影响，即健康的人在学习、工作和生活方面的效率更高，这包括健康时间和单位时间的工作效率，这是直接影响。第二，健康的激励影响。激励效应从何而来？在个人层面上，一个人的健康水平越高，如像教育投资一样，因为投资回报率更高、回报时间更久，因此个人投资的激励更大，这将促进个人增加如学习、进修、上进、理财、规划、以及更为理性和长线投资的动力。例如，50 岁和 25 岁的人同时面对研究生教育机会，50 岁的人选择的可能性肯定明显小于 25 岁的人；同样道理，相对于健康人群，疾病缠身的人将会更多考虑短期生活问题，降低长期投资的动力。在机构层面也是如此，如果一个企业计划一个长线投资，比较中国和非洲投资环境，很难想象不考虑非洲地区的健康问题，因为当地男女员工在青壮年期间将受到高发艾滋病的严重威胁，这将极大影响企业的生产效率和运行成本。

在实证方面，我介绍三个代表性研究。第一个是关于美国的实证。美国兰德 (Rand) 公司高级经济学家 James Smith 1999 年发表在《Journal of Economic Perspectives》的文章报告，通过对美国人的健康状况和收入水平在不同年份的跟踪分析发现，在 1984 年，健康状况处于不好、一般、非常好和极佳的人在收入水平上呈显著递增的阶梯变化；更重要的是，这种阶梯关系随着时间的推移 (1984、1989、到 1994 年后)，不仅持续稳定，而且阶梯间 (不同健康等级人群) 的收入差异显著扩大，意味着健康的收入效应越来越强。第二个是来自非洲的实证，作者是耶鲁大学的发展经济学家 Paul Schultz。Schultz 的研究集中在非洲的国家，哪些因素是影响其收入增长的关键因素。在他的计量模型中，人的身高和身体质量指数 (Body Mass Index - BMI) 用以度量相对稳定的健康水平。他的研究发现，个人健康状况对于收入水平具有强烈影响。第三是关于咱们中国的相关实证研究，这主要是相对近期的工作。其中，运用《中国健康和营养调查》数据，我与几位同事 2008 年发表在《Journal of Health Economics》的实证研究，也得出了与上述美国、非洲实证一致的结果，健康确实影响着人们的收入水平。针对中国农村和城市的制度性差异，我们对城乡人群还特别进行了不同模型的分析。结果显示，分开城市、农村样本后，城镇居民的健康对收入的影响甚微，而农村居民的健康对收入的影响显著上升。显然，该结果部分反映了中国城乡居民在社会、医疗保障方面的制度性差异，这也同样意味着，随着中国社会保障制度的不断完善，城乡差别缩小，人们因为疾病影响收入 (因病致穷) 的程度应该随之减小。

既然健康对人们经济活动有如此重大的影响，那问题的关键就是如何促进和提高健康水平呢？健康的决定要素虽然非常复杂，但根据人类现代医学、流行病学以及公共卫生的结论，决定健康的主要因素无非四大类：第一是遗传因素，影响健康的 15% 左右；第二是环境，占

17%左右；第三是医疗，占 8%左右；那么最大的决定因素是什么呢？是行为，其影响比重高达 60%左右。然而在人类的生活实践中，我们为健康付出的最大经济代价是医疗开支，为什么会如此？这是一个令人沮丧的问题，这与我们人类非理性的软弱、短视行为息息相关。比如说：大多可口、刺激的东西好吃不健康，但是在当前效用和未来影响间进行选择时，人们总是难以抵抗及时诱惑，从而为自己埋下后患的种子，“救死扶伤”自然成为人类自救的最后一道防线，其代价昂贵也就必然了，正如古人所言：上医治未病，中医治欲病，下医治已病。

再来看人类关于医疗服务的配置资源。这里是 2005 年的数据，美国是最富裕的国家，它花在医疗服务方面的总费用占 GDP 的 16%，大多发达国家也都在 6%-16%之间，中国目前处在 4.8%左右。如果发达国家现在的状况在很大程度上预示了中国的未来趋势，那么伴随中国的高速经济成长，医疗开支在 GDP 的比重将越来越高，这似乎是不以人们意志为转移的必然趋势。作为经济学家，我们研究资源的有效配置，如果一个行业注定要越来越多地占有我们社会的总资源蛋糕时，还有什么理由不去研究它呢？在座的未来经济学家们，你们可以想象未来的哪个行业能够超过医疗健康服务占 GDP 的比重吗？至少我是想象不出来。

从人类经济史学的研究中，我们也可以找到关于以上问题的科学证据。芝加哥大学的诺贝尔经济学奖得主 Robert Fogel 曾经对欧洲人的消费结构变化做过非常系统的研究。根据上百年欧洲人群的观察数据，Fogel 想知道欧洲人的消费行为是如何受不断上升的收入影响的。应用经济学的收入弹性分析，他的研究结论发现：从长期来看，当人们的收入每增长 10%，人们的医疗支出相应增长 16%，即收入弹性为 1.6；教育的收入弹性也接近 1.6。第三是住房，7%，第四是穿衣，3%；第五是吃饭，2%；所有其他，11%。根据 Fogel 提供的这组长达数百年的观察结果，随着收入的增加，人们增加医疗开支的幅度最大。

从资源配置的角度，我们该如何看待人类医疗开支的长期增长趋势呢？从资源比例来看，医疗健康产业将在一国的经济里面占据越来越重要的位置，可谓朝阳产业。比如像美国这样的富裕国家，GDP 的 16%是医疗卫生开支，使得医疗改革成为社会高度关注的议题。人们担忧，如果按照这种两位数的增长率发展下去，美国 20 年后可能花去 GDP 的 1/5，一时间人们谈虎色变，不知所措，至少在我 2006 年回国之前是如此。如果说那个时候我们对此问题还困惑担忧的话，那最近的一篇文章也许让你更开眼见，这是斯坦福大学的经济学家 Robert Hall 和加州伯克莱大学的 Charles Jones 教授在 2007 年美国经济学季刊《Quarterly Journal of Economics》上发表的一篇新作。根据他们的计量模型分析，到 2050 年，美国的医疗开支将接近 1/3 的 GDP。我想提醒大家的是，医疗开支增加不一定全是坏事，至少这在一定程度上反映了美国国民关于健康产业的价值取向，这和前面 Fogel 教授报告的高医疗收入弹性是一致的。我以为这篇文章的重要启示在于，如果健康是人类越来越在乎的东西，增加医疗卫生开支、投资人类健康就在理性选择之中，不必过度反应。从这个意义上讲，中国目前处在 GDP 的 4.8%水平，意味着其发展潜力和空间还非常巨大。对同学们来说，选择未来的志向和事业，不管是直接（研发、流通、临床）还是间接参与（融资、管理、商务），医疗卫生的创业发展都应该在你非常认真的考虑之列。

另一个与之高度相关的问题是，究竟什么因素决定了高昂的医疗卫生开支，这是全球卫生经济学家的热门话题，不必要的浪费、医生诱导需求、病患道德危机等负面因素究竟起了多大作用？哈佛大学的经济学家 Joseph Newhouse 对此做了重要的贡献，他的研究结果是：在决定医疗总成本的方程中，医生诱导需求带来的影响几乎可以忽略不计；此外，防御性医疗、

人口老龄化、医疗保险、收入分别解释了医疗成本上升的 1%、7%、10%、5-25%。把这些因素全部加起来，也不到 50%。那么究竟什么因素决定了最重要的部分？他的答案是人类飞速发展的医学技术。问题来了，那医疗技术革命带给我们的是好处还是坏处呢？在成本上，它自然带给我们越来越多的压力。那人类为什么还要锲而不舍的追求技术革命和进步呢？因为新技术使得我们更健康长寿，生活品质更高。当然，由于自然界的“边际收益递减”规律，人类注定要花费越来越多的资源去获取健康水平的进一步提高。人们愿意这样做吗？我想明白人的答案是肯定的。为什么？这又回到咱们今晚讲座的第一个问题：“我们活着为了什么”：如果活着是为了保持健康和愉快的生命，那么我们就应该为健康投资。这张图是 Fogel 教授给出的过去上万年的口增长变化图。可以看到，在人类历史长河的绝大时期内，人口增长是非常缓慢的，人类祖先在大部分情况下死于饥饿、营养不良、瘟疫疾病和争夺资源的残杀。当人类进入到从农业文明向工业文明过渡的时候，世界人口才第一次出现了前所未有的指数级上升，其中近代的科技革命和医学技术的发展是关键。例如，20 世纪抗生素的问世，使得多少转瞬即逝的生命得到了拯救。试想，仅在上世纪的世界大战中，如果没有抗生素，多少伤员将因此而不治而逝。我想强调的是，技术进步增加了我们的经济成本，但同时带给了人类健康的福利。这再次提醒我们，必须重新审视医疗服务增长的成本效益问题，理性、科学的进行分析，而不是简单地否定或肯定，随波逐流。

### **第三个部分是关于医疗市场的特征，以及建立国民医疗保障制度的重大意义。**

生命诚可贵，健康价更高。经济学道理告诉我们，天下没有白吃的午餐，健康维护同样如此，因此我们需要进一步讨论人们赖以生存、作为最后一道防线的医疗资源配置问题。为了使问题更清楚，这里我比较一般商品与医疗服务的几个重要特点。在一般的商品服务市场上，我总结了三个特点：第一，经常性。如穿衣、美发、吃饭、娱乐，要常规性的重复消费。第二，正效用。我们之所以常规性的穿衣、美发、吃饭、娱乐，是因为消费产生的享受，也即经济学的效用；第三，低风险。因为个人的能力和收入差异，我们获得产品的数量和质量也不同，但是在很大程度上，人们可以根据自己的收入和能力来调整自己对常规商品的需求，伸展空间大。比如人们不会因为自己穿不起名牌衣服、不能去高级理发店而承担不了由此产生的风险，虽然档次越低的商品风险越大，但是这个风险是相对可承受的。因此，人们对于一般商品和服务的交换大多是通过市场机制来完成，基本上不靠第三方的介入。

对于医疗服务来说，相对于上面提到的三个特点，基本上都是反过来的：非常性、负效用和高风险性。由于这三个维度的差别，人类医疗服务的交换引入了第三方的代理模式，即医疗保险制度。医疗保险的制度安排置换了医疗服务需求的个人主体为人群团体，分担了个人在寻求医疗服务时的风险代价。在一般情况下，我们购买常规商品拥有讨价还价的时间和空间。而在看病就医时，患者参与正常交换的对等条件减弱，缺乏制衡供方的信息平台与对话基础，通过保险这一现代金融的手段来拧成一股绳，变个体为团体，扩展了需方谈判的空间、时间和能力。这也就是为什么人类在处理类似医疗服务特点的商品交换时，基本上也在借助金融保险的手段，如人寿保险、航空保险、汽车保险等。保险手段是人类认识自然、尊重规律从而更好规避和应对风险的制度产物，是人类的共同智慧，所以应该值得咱们中国医疗体制的改革认真研究和学习的东西。

回到中国现实，4月6日，中共中央、国务院颁布了国家医疗体制改革方案。我不知道在座的各位有多少读了这个医改方案，其中最核心的、开宗明义的目标就是：建立覆盖人人的全民基本医疗保障制度。我们可以根据今天晚上前半部分的讲座来理解这次国家医改确定这一

目标的两个重大意义。第一个意义是健康发展目标，实现人人享有的基本医疗服务、促进国民健康与我们前述的人类发展目标完全一致，也是中国目前明确提出的“保民生、保增长、保稳定”发展目标的核心内容。第二个意义是健康发展手段，国民健康水平提高了，健康生产力直接促进经济成长，这在平常时期如此，而在当前全球经济危机打击之下更为重要。我会通过下面几组数据的分析来说明。如前所述，健康生产力对于“保增长”的贡献至少可以从两个层面上理解。第一，国民健康水平的提高，意味着人们的精力、能力更加充沛旺盛，这本身就是劳动生产力的组成部分；第二，有了让人放心的医疗保障制度，个人因此少了后顾之忧，减小对未来的不确定性，从而释放部分自己存放的“救命钱”，添置当前的必需物品，促进消费。试想，自己作为一个普通百姓，假如有两个项目旨在促进我的消费，一个是政府要在咱住家附近修个机场，这对我的消费行为有何影响呢？实话实说，这关系不大，因为如果生病了还得自掏腰包，“保命钱”还得靠自己留存，千把元也不一定够。另一个政策是国家建立医疗保险，以城镇居民基本医疗保险为例，如果我个人一年缴纳 200 块钱，国家补贴 100 块，一旦生病住院，该保险支付近一半的账单。因为该政策，我可能就会从来自存的 1000 元“救命钱”中拿出 500 元消费。根据这个简单例子可以看出，国家财政贴了 100 块，激发了 500 元的个人消费，这就是保险分担风险所生产的“乘数效应”作用。因此，构建覆盖人人的基本医疗保障制度将增强国民信心，减少未来的不确定性以及预防性储蓄，从而有利促进内需。通过医疗保险制度安排，促进民生，这是发展之本；同时促进内需，为增长做了贡献。促进了民生和增长，那么社会稳定自然就有了基础，也就促进了“保稳定”的目标。

大家可能要问，理论上说有道理，可是有实证支持吗，医保究竟能否促进内需呢？我下面有几组数据跟大家分享，这些数据反映了医疗保险的增长效应。大家知道，经济增长有三大动力，也就是人们所说的三驾马车：消费、投资和出口。在经济危机打击之下，出口“失速”，不可能再成为我们的主要动力。既然出口靠不住，那么投资呢？很明显，基建性投资的直接增长效应确实显著，因为这本身就是“输血”式行动，这是为什么我们启动的 4 万亿投资大部分用于基建项目的主要原因。我个人认为，在过去二三十年，基建投资在中国已经如同一辆开足马力的引擎，本身已超负荷运行，现在继续往里面添油加煤，是否为上策值得大家深思，我们都不希望它烧得过烫而出问题。顺便说一句，据说有些地方的金融主管机构，在审批银行给企业项目贷款时，过去集中审查的是“为什么要贷”的问题，而现在集中审查的是“为什么不贷”的问题，这着实让人担忧，但愿只是谣传而已。

既然出口无望、投资又要审慎，扩大内需自然“重任在肩”。请看下面的三组数据，第一组来自美国的数据，MIT 的经济学家 Jonathan Gruber 等人的研究发现：美国穷人医疗保险使参加人群的预防性储蓄减少了 17.7%，消费拉动 5.2%。台湾的一篇文献也显示，参加台湾全民健保后的家庭预防性储蓄平均下降了 8.6%-13.7%。世界银行高级经济学家 Adam Wagstaff 等人的最新研究报告：在越南，随着家庭医疗保险的扩大，参保家庭的非医疗消费显著增加，尤其促进的是非食品的消费开支。中国的两个近期研究也得到类似的结论。第一个是利用《中国健康与营养调查》的数据，计量模型的研究显示，参加了新型农村合作医疗后，农村居民的食物消费显著增加了 6%-7%。第二个是我自己和几个研究生正在开展的课题，我们根据《国务院城镇居民基本医疗保险试点调查》数据，覆盖人群近三万，分布在中国的 9 个城市，这是一项跟踪调查。我们发现，参加了医疗保险后，家庭人均消费显著地增加了 4.5%，这个参数估计还在进一步地核实中。无论如何，到目前为止，在我们能够找到的国内外实证研究中，医疗保险促进消费的命题是成立的，至少方向是一致的。

#### 第四部分讨论关于从医疗保险到健康保障的经济学问题。

我已经给大家解释过，健康主要由四大类因素决定，其中作用最大的是个人健康行为，可是人们往往又容易贻误行为作用的机会，拖到最后关头，让医疗手段来帮助解决问题。通过医疗保险的制度安排，我们成功进行了需方主体的置换：从个人到人群。这个置换是关键性的，它使我们更好的发挥市场机制的作用，进行医疗服务的供需交换和资源配置。特别重要的是，基于人群需求和团购服务的优势特点，我们有可能进行从“以病为本”的医疗保险向“以人为本”的健康保险的转型。这听起来是很美好的制度猜想，因为它经济上更有效、制度上更和谐，但从理论到实践有多远呢？

在看病就医时，你相信医生吗？在按项目付费（*fee-for-service*, FFS）的制度安排下，如果你持否定态度，应该可以理解，甚至是理性的。为什么呢？我想请问：从纯经济利益的角度看，在目前体制下，病人和医生的利益是一致还是对立的？（同学们回答：对立的。）如果医患关系是对立的，又为什么呢？是医生的道德问题，还是现存制度问题？我以为主因是后者，因为只要是按项目付费，那么博弈结局一定是：病人看小病，医生收小费；病人看中病，医生收中费，病人看大病，医生收大费，天经地义！因此，在 FFS 的支付体系中，医生和病人的利益是根本冲突的，病人有什么理由去相信医生呢？遗憾的是，人类到今天为止，医疗服务的支付制度基本上是“疾病导向”的，供方收益是需方疾病的正函数，这是一个“零和博弈”的交换过程。根据经济学常识，这是一个供需双方的激励不相容(*incompatible incentives*)的制度安排，根本上决定了利益冲突和医患矛盾的结局，制度使然，非道德主因。

那么什么样的制度安排才可能给供需双方提高激励相容的支付手段呢？换句话说，我们如何才能改变供方行为，使他能够始终为需方着想呢？这可不是一个简单要求！毛主席曾说：做好事不难，难的是一辈子做好事。因此，从人类的自利本性来看，我们首先要考虑的是，医生为患者着想的个人利益是什么。换言之，如果为患者着想的结果使医生更好的获益，而不是更多的损失，那么医生就有动力、激励为患者着想了，这就是激励相容的制度效应。这种安排可能吗？人类存在这样的实践吗？据我所知，还没有相关的系统论证和实践。从理论构想上看，假设我们希望医生的行为主观为自己，客观为病人，那么就需要我们重新改写传统的医疗服务支付方程：人们多生病医生拿小钱、人们少生病医生拿大钱。这在没有医疗保险的个人自理的社会，因为医疗服务的特殊性，自然无法想象这种制度安排。但是，在基于大众人群的社会医疗保险体系中，就有了实现如此构想的基础。在人群保险的制度框架中，我们可以根据流行病学和现代精算理论，科学估计参保人群的疾病谱和费用函数，据此进行新的支付制度设计。

举个非常简单的例子，根据全国统计数据，人们的年平均住院率为 6.8%，也即一百人中约七人可能在一年中需要住院治疗，也就是说，另外的九十三个人将不会住院。这为上述的理论猜想提供了实践基础：我们可以根据社区人群的疾病谱和医疗成本函数，计算出人群预期的医疗开支，并据此设计责权对等、激励相容的医疗服务预付机制（*prospective payment mechanism*），并在开放竞争、公平公正的基础上与医疗服务机构签订定期合同。这种基于人群的预付机制有几个优势创新的特点：第一，付费基础是人，而不再是病，从而实现了“以病为本”向“以人为本”的医疗机制转换；第二，医生收益是基于人群的预付制，因此医生没有激励去开不必要的大处方和提供诱导需求服务，因为这也同时损害自己的利益。自然的一个担心是，医生有无动力少提供服务呢？可能，但这主要会发生在无保险的个人支付体制

下，因为违约成本太低，坑一个算一个。但在大众人群保险的制度安排之下，尤其是全民医疗保险逐步实施后，对其生产的约束和抑制影响应该很强，因为这种行为的违约成本太大。第三，医生利益与服务人群的健康一致，因此医生有动力主动进行预防医疗，想法让人们少生病，为了自己的利益去促进他人的健康，从而实现了我们理想模式追求的从“疾病治疗”向“健康管理”的转型。通过上述支付制度的变革，激励相容的机制改变了供需双方的关系，医患的“零和博弈”转变为“正和博弈”，实现双赢的结果。

我们可以看到，通过以上从医疗保险到健康保障的制度转型构想，经济学的一些基本道理是如此的鲜活有力，无论我们谈论的对象是医疗保障还是其他问题，它都能够帮助开启我们的思维，发挥其惊人的指导作用，令人耳目一新，使我们能够透过复杂的现象，真正理解人们的行为方式以及背后的真实动因，尤其是那些永恒不变的道理：人们会对激励有所反应（People do respond to incentives），这是经济学的核心定义。回顾以上的讨论，它对我们理性看待中国目前的医患关系以及应该采取的开放思路，是多么的重要。

最后，我想引用一位经济学家的发言来结束今天的讲座。美国哈佛大学的前任校长、奥巴马经济委员会主席 Lawrence Summers 曾于 2004 年在哈佛大学做过一次演讲，也谈论美国医疗改革的症结 - 支付手段问题，他说：“If healthcare providers are reimbursed on the basis of how healthy their patients are, then they will have enormous incentives to do all the right things.” 大意是，“如果医疗机构的补偿基础是患者健康（而非诊疗项目，译者注），那将会激励他们强大的动力去做一切正确的事”。这和我们今天讨论的主题结论完全一致，再次强调了经济学的要义，万事离不开激励（Incentive matters!）。

谢谢大家！

李教授：非常感谢刘教授做了一个非常精彩的报告。大家都听得非常入神，感觉到时间过得非常快。其实让我来做评论呢，我本人在健康经济学方面没有太深的研究，来到这里倒是学习了很多。刘教授的很多观点我本人都十分同意。健康影响着人类的生活质量，健康长寿也是人类的发展目标，也是人们追求幸福的最基础的内容。对于健康的重视、对于健康的偏好，应该随着经济的发展越来越大。也就是说，目前医疗产业的发展保持了一个比较迅猛的发展势头，还是在依靠偏好的引导和对健康的需求。对于健康的决定因素的分析，刘教授给出了四个主要的方面，并且有一些定量的分析。对于研究的结果，我也不是特别清楚，那些数量上的估计都是需要去认真地看一些文献才能够有所理解的。但我感觉到很多的健康估计都在一定程度上存在着这样的问题，即都是针对生存的人群，利用不同的健康指标进行评估，考察健康的决定因素。而往往死亡的人群相对于你的估计样本是一个什么样的位置。如果死亡人群是由于健康问题而导致死亡，那么他们的健康水平相对于生存人群来说就是最低的。这部分人群如果考虑在样本中，又应该怎样为其健康等级打分。我不知道刘教授有没有接触过这方面的文献。这也是我比较想了解的一个技术上的问题。

再一个，在影响健康的因素当中，刘教授没有讲得很具体。正好我的一个学生做了一篇毕业论文，就是研究收入差距对健康的影响。相信国外也有类似的研究。她利用我们收入分配的调查数据，估计出不同城市的收入差距指标，然后考察收入水平和收入差距和其他个人特征对于健康的影响。结果发现：收入差距大的城市其平均健康水平就比较低，这可能就涉及和谐社会对于人们健康的影响问题。因此，我想说明的，像这种收入差距、社会和谐的问题、社会不稳定的问题在很大程度也会反过来影响健康。另外，我们说健康是生产力，从理论上

来说，这是没有任何问题的。健康会增加个人的收入，健康对提高劳动生产力。但在进行经验估计时却会遇到各种各样的问题。比如会存在健康与收入的内生性问题，二者存在正相关关系。即个人的估计会存在难度。所以不知道刘教授有没有注意到这样的研究：就是从一个企业的层面来看，估计员工的健康对企业效率的影响、对企业劳动生产率的影响。这样的结果就可以在很大程度上避免内生性。再有，健康对于劳动生产力的影响、促进经济增长，可能还有一个比较重要的问题就是，健康本身能够节约大量的医疗资源，充分的资源又可以用于其他的生产目的。在一定程度上，这也是对于经济增长、对于增加整个社会福利函数的重要层面。最后，我非常感兴趣的就是刘教授所讲的医疗市场的特点和医疗保障方式的转型。即怎么样让医生通过保证健康作为其主要服务目标，而不是通过治病来增加收入。应该说，刘教授和 Lawrence Summers 的构想都是非常好的。但是 Lawrence Summers 在 2004 年就开始讲这个问题，但是却没有人能够在具体的制度设置上给出具体的方案，我就在想问题究竟出在什么地方。因为时间短，我也没有想清楚。如果刘教授在这方面还有更多的想法，可以再给我们介绍一下，让我们更多的了解下这个问题的可操作性。总之，这是一个非常好的讲座。特别是对于我们学习经济学的人来说，是受益匪浅的。谢谢！

## 学生提问环节

刘教授解答：

同学们的问题很多，每一个都可以发展为一篇小的或大的论文。我先回答一下李教授提出的问题，因为他的问题在很大程度上涵盖了同学们提出的部分问题。关于死亡人群是否考虑在过去我们研究健康的成本效应分析之中，在宏观的层面上，特别是考虑一个人群的健康统计上面，答案是肯定的。比如像我们最流行的两个指标：期望生命和婴儿死亡率，都考虑了死亡人群的情况。但是在微观研究的层面上，文献中很少考虑这一问题，因为搜集信息的难度，还有分析手段的局限也是一个障碍。第二，也是更为重要的问题，就是李教授谈到的收入和健康的不相关性。我虽然今晚给大家报告了几个实证研究的结果，但是迄今为止在做收入和健康的相关性研究时，现有的研究文献还没有给我们令人满意的结果，确定它们二者的因果关系，因为其内生性实在太强了。学过计量经济学的同学都知道，目前经济学家处理内生性的手段不多，而且需要很强的假设条件和数据支撑。所以有些经济学家调侃说：到目前为止，在已发表的经济学文献中，可能没有一篇经得起真正意义上关于工具变量（IV）的检验。这确实是一个难题，李教授的问题就回答到这里。

这位同学问的是，人类资源花在医疗服务上的直接效益和扩展后所带来的经济效益之比。我认为，医疗服务会产生两级效益。第一级是医疗服务带来的健康和成本效益；第二级影响就是你提到的医疗服务扩展后的影响。从严格的经济学意义来看，我们既要考察直接的影响，也要考察间接的影响。但在现有文献中，人们往往只涉及到直接影响，很少去度量二级、三级的次级影响，这也是我们往往会犯幼稚错误的地方。

这位同学问的是有关中国目前的卫生政策问题，即看病难、看病贵问题。目前药品的加成率是 15%，在卫生政策研究领域里是广为讨论的热点话题。从表现形式看，15%的药品加成政策直接提供了医疗机构强大的经济激励，从而导致了我国的大处方现象。所以有人建议，解决问题的办法之一就是把医生开处方和配处方的工作分开，即大家常说的医药分家。作为权宜之计，我以为可以考虑，但不宜作为长久之计，因为它没有从制度上解决问题。想想看，中国医生为什么有那么大动力开大药方呢？这里有部分文化的原因，也有刚刚提到的 15%

的药品加成政策原因，但还有其他更重要的因素。例如，中国抗生素的滥用问题，已经到了危险边缘，这不仅造成大量医疗资源的无谓浪费；更严重的是抗生素耐药性对人们健康的负面影响。而在美国，一个极度市场化的医疗环境，100元的医疗费中，药只占了不到15%；而中国的比例高达50%左右。你如果在美国居住过，一定会感受到从医生那里获得抗生素有多难，有人形容买只手枪可能都会更容易些，这话真还不夸张。难道美国医生比中国医生更有道德吗？个别人有可能，但这很难归咎于广大中国医生的群体性道德缺失。我的观察结论是，美国医生在提供医疗服务时，医疗劳务通过价格机制得到了充分补偿，这是他们的主要收入来源，这自然减小了他们通过大处方创收的压力。中国的情形恰恰相反，医疗劳务的价格体系一直是通过行政手段严格管控的，这在计划经济时期是与当时的生产关系相伴随的，医院是事业单位编制，医生是事业单位人，因此没有真正意义上的价格形成机制充分补偿医疗劳务，而这套计划体制并没有随改革开放的条件变化而与时俱进，这和快速增加的现代医务劳动的价值产生了巨大矛盾。严重的后果是，当前中国医生的劳务可能是整个医疗服务流程中最不值钱的部分，北京一位三甲医院院长说，手术中的劳务收费严格按照国家收费标准收取，而医院又必须根据现在市场价格支付所有要素成本（包括最简单的水电费用），因此几乎是做一台赔一台，怎么办？变不出戏法，只好通过加大诊断检查、耗材、以及药品的使用来弥补损失。医疗行为扭曲了，医疗费用多的都去了，医生有苦衷，患者冤大头，无人全得益。很清楚，医药分家没有解决问题的症结，唯有放松对医疗劳务的价格行政管制，探索医疗服务的价格形成机制，科学合理的补偿医务劳动价值，才可能根本改变中国的大检查、大处方现象，医务人员的行为正常了，患者将是最大的受益者。

另一个同学的问题是关于医疗保险的作用。保险是一把双刃剑。一方面，医疗保险提高了个人获得医疗服务的可及性，这是正面影响。另一方面，因为有了医疗保险，分担了个人疾病负担，使得个人对医疗服务成本意识和压力减少，因此如果没有适当的需方约束机制（如自负比、封顶线等政策），就可能出现人们过多使用医疗服务的行为，也即所谓的需方道德危机（moral hazard）。关于医疗保险的双重影响，在国外有很多实证研究，如20世纪70年代闻名全球的美国兰德医疗保险实验研究（The Rand health insurance experiment）。在中国，由于数据和研究方法所限，实证研究还不多，但这不等于我们的问题比别人轻，咱们任重道远呢。

这个同学问：医生在和病人的博弈之中，除了经济的激励之外，是否还需要考虑名誉和威信的问题。当然是的，当我们谈论激励时，一定包括经济激励和非经济激励在内，因为时间关系就没有展开了。

李教授：由于时间的问题，我们今天就到这了。再次感谢刘教授精彩的讲演。感谢大家来参加本次讲座。谢谢大家！