

巨人的瘸腿： 从城镇医疗不平等谈起

王绍光

二 五年二月，阿马蒂亚·森教授在香港发表的演讲中再次对毛泽东时代中国的医疗体系表示赞扬。森并不是毛泽东的盲目崇拜者。一九八七年，在与他人合著的《饥饿与公共行动》一书中，他就指出，一九五九年到一九六二年的中国大饥荒是一个可怕的事件，其间，民主机制的缺乏导致了短时间内死亡率的急剧上升。反毛者对他的这段话津津乐道。然而，森在同一本书中做出的另一些判断却被人忽略了。他指出，虽然大饥荒会在短期内提高死亡率，并引起广泛的关注，但持续的营养不良和普遍的不健康状况才是发展中国家更难解决的问题。从长远看，后者会造成更多人的死亡。森因此高度称赞中国在食物和医疗资源（包括农村的医疗服务）分配方面比印度公平得多，这使毛泽东时代的中国人在健康状况方面远胜于同时代的印度。“印度平常每八年填满棺材的尸骨就超过了中国那场严重的三年大饥荒了。”

自一九七九年中国开始市场导向的改革以后，中国的经济规模增加了十倍，人们的生活水平也显著提高。人均收入的快速提高无疑为公民健康的改善提供了更多的资源。改革前，中国在医疗方面的花费只相当于GDP的3%，远低于世界平均水平；到二 二年，这一比例达到5.42%，已经超过世界平均水平。医疗费用大幅提高是否带来了人民健康的长足进步呢？结果令人很失望。虽然预期寿命仍在增长，婴儿死亡率也持续下降，但改善速度非常缓慢。正如森指出的，一九七八年以来，“印度和中国预期寿命的差距从十四岁下降到七岁”。国务院发展研究中心的一项研究表明，中国近二十年的医疗改革是“不成功的”，甚至是“完全失败的”。

人们收入提高了,营养改善了,国家投入医疗保健中的资源增加了,为什么国人的健康水平变化不大呢?当然,决定健康水平的变量很多,包括社会、文化、经济等因素。一个可能妨碍健康水平改善的因素是不断积累的社会经济不平等。过去二十五年中,一系列跨国实证研究已经把社会经济不平等跟发病率、死亡率和预期寿命联系起来。研究发现,在其他条件相同的情况下,一个国家越是不公平,其健康状况也越差。

在世界上有数据可查的一百九十二个国家中,收入越不平等的国家,医疗总费用中政府支出的比例就越小;政府支出的比例越小,医疗费用在不同人群之间的分担就越不平等;医疗费用的分担越不平等,该国的健康水平就越差。中国的情况就是如此。

毛泽东时代的中国坚持平等主义的原则。解放以后,政府一直致力于建立一套廉价的、惠及所有居民的基本医疗服务体系。到七十年代末,全体城镇居民和大部分农村居民都能够获得基本医疗保障。这是中国能够在经济发展水平很低的情况下取得令人羡慕的健康成就的主因。一九七八年,世界医疗组织在阿拉木图召开会议,讨论“到二〇〇〇年人人享有医疗保健”的目标;那时,中国的医疗体制便是世界各国学习的典范。

经济改革深刻改变了城市医疗体系的基础。这里有两个参数很重要。一个是政府的政策导向,它将影响政府投资医疗保健的意愿;另一个是政府的汲取能力,它将影响政府投资医疗保健的能力。从政策导向看,改革后,我们优先考虑的不是平等和社会安全,而是快速的经济增长。作为快速增长的代价,就是容忍一定程度的不平等。人们似乎相信,当“饼”越做越大时,所有的问题最终都会迎刃而解。随着改革的深入,市场意识逐渐渗透到整个医疗领域,并成为医疗改革的主导原则。在有关医疗改革的文件里,充满了诸如“市场激励”、“竞争”、“选择”、“个人责任”之类的字眼。这暗含着一个前提:市场能提高资源的配置效率,包括医疗资源的配置效率。

在意识形态转变的同时,经济改革也减弱了政府提供社会福利的能

力。早期改革的核心是：“放权让利。”分权化也许促进了经济增长，然而大规模的分权也削弱了政府的汲取能力。在一九七八至一九九五年的十八年里，政府财政收入占GDP的比重从31.2%下降到10.7%，其中中央政府财政收入所占的比重低于5%，在当今世界各国实属罕见。手中只有这么点资源，哪怕政府有心为医疗保健买单，恐怕也是心有余而力不足。

当政策导向和汲取能力同时出现上述变化时，中国医疗总费用的结构就发生了急剧的变化。从五十年代早期到七十年代，政府医疗卫生支出占GDP的比重不断攀升，在一九八三年到达最高点。而一九八四年城市改革之后，虽然政府医疗卫生支出的绝对额仍在增长，但它占GDP的比重在八十年代和九十年代的绝大多数年份是持续下降的。从另一个角度看，在城市改革之前，政府预算医疗支出一般占医疗总费用的35%；这个比例从八十年代中期开始大幅下降，到二〇〇二年，已降至15.21%，低于大多数发展中国家。

与此同时，卫生总费用中由社会保障支付的比例也从一九七八年的47.41%下降到二〇〇二年的26.45%。以前，城市有两种医疗筹资体系，即为政府雇员建立的公费医疗制度和为企业职工建立的劳动保险制度，其受益范围延伸到家属。公费医疗由各级财政负担，劳保医疗由企业筹措的福利基金负担。虽然被叫做“保险”，公费医疗和劳保医疗实际上都是本地区或本单位的内部保险，在理论上，没有跨地区或跨单位的风险共担。但是，在计划经济下盛行“软预算约束”，政府实际上会为所有地区和所有单位的医疗服务买单。结果，整个制度的运作就好像存在全国范围的统筹一样。现在，经济改革终结了“软预算约束”，破坏了事实上的全国统筹，从而也摧毁了公费医疗和劳保医疗筹资体系的基础。分权化和市场化，在给地方政府和企业以更多自主权的同时，也要求它们各自为其雇员的医疗保健筹资。面对越来越激烈的竞争压力，效益不佳的企业往往不能替在职职工支付医疗费用，更不要提职工家属和下岗失业工人了。中西部地区基层政府税基薄弱，有时发工资都有困难，当然也

难以为职工报销医疗费用了。公费医疗和劳保医疗萎缩就是卫生总费用中由社会保障支付的比例下降的原因。

既然卫生总费用中公共支出部分(包括政府预算和社会保险)的比例缩小了,剩余的部分就必须由个人承担了。一九七八年个人直接支付部分占卫生总费用的比例是 20.4%,而二〇〇二年达到 58.3%,如果按世界卫生组织的计算方法,这个比例则超过六成。个人负担如此之高,在全世界是极为罕见的。

任何医疗体系都有两个关键功能:筹集资源和提供服务。两者相互联系,前者影响后者。理想的医疗体系应该根据个人的支付能力来筹资,并根据其需要来提供服务。因此,医疗费用由个人支付还是由公共支付并不只是钱从左口袋还是右口袋拿的问题。当费用主要由公共支付时,即使是最穷的人也可以享受基本的医疗服务。而当费用主要由个人承担时,收入和财富的分配就直接决定了谁可以获得必要的医疗保健。除非收入和财富在所有群体间的分配是完全平等的,否则经济上的不平等将不可避免地转化为医疗服务的不平等,医疗服务的不平等进而将影响整个国家的健康状况。

从卫生部三次“国家卫生服务调查”(一九九三、一九九八、二〇〇三年)提供的数据看,中国目前的医疗体制在资金筹措和服务提供两方面都是极度不平等的。

在筹资问题上,公平意味着根据人们的支付能力而不是所获得的医疗服务来付费。更具体地说,公平的医疗筹资至少应符合两个标准。第一,个人不应为因病就医而倾家荡产。这意味着公平的医疗筹资要求有高水平的风险分担机制。第二,穷人向医疗体系支付的费用应该比富人少。因为收入低,穷人往往必须将收入的绝大部分用于满足食物、住房等基本生活需求。因此,医疗筹资应该反映穷人和富人在可支配收入上的区别。基于这两个标准,我们可以用不同人群是否被医疗保险覆盖以及他们年收入中多大比例用于医疗保健来讨论医疗筹资的公平问题。

近二十年以来中国城镇医疗保险的覆盖范围在急剧缩小。改革开放初期,几乎全体城镇居民都享受某种形式的医疗保险,直到一九九三年,还有近四分之三的城镇人口拥有医疗保险。而到二〇〇三年,只有一小半城镇居民被社会性医疗保险覆盖。其余的人,则只能自掏腰包支付医疗费用。

医疗保险覆盖面的下降对不同人群产生了不同的影响。首先,男性拥有保险的比例比女性高出5.4%。第二,年龄越大,拥有医疗保险的可能性越高。这种老年人参保偏多的现象很可能是“逆向选择”的结果:那些职工年龄偏大和离退休职工较多的单位倾向于参与医疗保险,而雇用大量年轻工人的企业则不愿意参保。逆向选择之所以出现是因为保险覆盖面不完全,否则就没有投机的可能性。第三,受教育程度越高的人,参保的可能性越大。在教育程度低于大专的人群中,受教育程度与参保比例的关系不大。但获得本科及本科以上学历的人,其参加保险的可能性则大幅度增长。第四,正规部门中的管理人员、技术人员、白领阶层、蓝领工人和退休工人大约有90%到95%的人有保险。另一些群体的医疗保险覆盖率则非常低,包括失业者、个体经营者和所谓“农民工”。这最后一个群体特别值得关注,因为一方面他们数量庞大,达到1.4亿左右,超过总人口的十分之一;另一方面,他们绝大多数在非正规部门就业,即使受雇于正规部门,其身份往往不是临时工就是合同工。由于他们具有很强的流动性,雇主大多不愿意为他们支付保费,他们自己也不太愿意付费参与医保,因为现行的医保账户不能随个人异地转移。像其他没有保险的居民一样,农民工在接受医疗服务时必须自己支付现金。

如果按收入水平把城镇居民划为五等份,我们发现,在一九九三至二〇〇三年间,各个收入组的参保比例都有所下降。在一九九三年,相较于其他收入组,最低收入组的参保比例已经十分低下。在此十年间,其参保比例又进一步下降。但跌幅最大的还是第二和第三低收入组。只有最高收入的人群,他们的参保比例几乎没有什么变化。换句话说,富裕

人群一如既往地受到医疗保险的呵护,而越来越多的穷人却不得不自己支付医疗费用。

评估医疗筹资体制累进性的另一个方法是,相对于高收入人群,低收入人群的医疗费用负担是否相对轻一些。中国的情况完全相反。在一九九三年到二〇〇三年间,从第二收入组到最高收入组的医疗支出绝对数量都有了明显增长(增幅从48%到202%),但是最低收入组的支出量则是减少的。从绝对额来说,毫无疑问收入较高的群体在二〇〇三年能享受到比十年前更好的医疗服务。但从相对数量来说,却是另一幅图景:收入越高的人,其医疗保健支出所占收入的比重越小。如果看医疗支出占非食品消费的比例,穷人在医疗方面的负担实际上比富人重得多。

医疗筹资累退性日益增强导致了另一种危险,即享有更好医疗保障或更有能力支付相关费用的人将获得更多的医疗服务,而真正需要医疗服务的人却得不到服务。在这里,“需求”是一个关键的概念。在理想状态下,判断人群中医疗需求的分布必须有详尽而客观的病情数据。然而,在现实中,这类数据很难获得。一种替代方法是利用患者自己报告的病情指标。从中国国家医疗服务调查中,我们可以得到三个由被访者自己报告的健康指标,即两周患病率、过去一年中慢性病患率,以及过去一年中因病卧床的天数。值得注意的是,前两个指标是基于被访者的主观感觉,而最后一个指标则不同,它是由于生病不得不卧床的天数。因此,卧床时间也许是衡量医疗需求的最好指标。

有意思的是,在一九九三至二〇〇三年间,无论是用两周患病率还是用慢性病患率作为医疗需求的指标,拥有社会性医疗保险的人对医疗服务的需求远远大于没有这类医疗保险的人。与此同时,门诊利用率和住院利用率显示医疗资源的利用情况也随着保险所具有的保障程度变化。受保障越多的人群利用医疗服务越多。更值得注意的是,随着医疗改革的逐步深入,人们对医疗服务的利用越来越不平等。一九九三年,享有社会性医疗保险的人平均门诊次数要比没有任何保险的人多出15.5%;

到二〇〇三年，差距扩大到72.7%。而在住院方面，上述两类人群之间的差距更大，从一九九三年相差0.88倍扩大到二〇〇三年的1.44倍。

人们也许会疑惑，为什么有保险的人自己报告的患病率与慢性病率会远远高于没有保险的人。逆向选择可以在一定程度上解释这个问题，因为有保险的人一般年龄偏大，健康情况较差。然而，仅此一点无法完全解释上述现象。事实上，收入五等分组的医疗需求分布也呈现出类似的特征：穷人自报的患病率大大低于富人自报的患病率，这与人们在日常生活中观察到的情况正好相反。这种怪现象在其他发展中国家也很常见。一个可能的解释是，医疗费用负担能力低的人对于疾病的敏感度也比较低。这也正说明仅仅用两个自报的患病指标衡量医疗需求是不够的。

当用卧床天数来衡量医疗服务需求时，情况发生了变化。首先，较低收入组对于医疗服务的需求要大于较高收入组，而最低收入组则有着最大的需要。其次，当用卧床天数作为衡量指标时，“需求”的时间变化趋势也出现逆转。用两周患病率和慢性病患病率两个主观指标衡量时，各收入组的“需求”都呈下降的趋势，但以卧床天数衡量，各收入组的需要都是上升的。最后，不同收入组之间卧床天数的差距从一九九三年的6.2%扩大到二〇〇三年的10.8%。

在一九九三至二〇〇三年间，在所有收入组的医疗需求上升的同时，门诊服务的总体利用率却大幅下降。要注意的是，门诊服务利用率整体上的下降不应使我们忽视不同人群中的不同趋势。数据表明，医疗服务利用率降低的幅度和收入水平呈负相关。在此十年间，从最低到最高的每个收入组，对于医疗服务的利用率分别下降了53.7%、48.0%、47.4%、47.1%和44.2%。一九九三年，最高收入组和最低收入组对门诊医疗服务的利用程度相差23.4%，到二〇〇三年，差距扩大到48.5%。

在住院服务方面，从最低收入组到第三收入组的利用率大幅下降，而第四收入组几乎保持原有水平，最高收入组则有所提高。结果，最低收入组和最高收入组在住院服务利用率方面的差距从一九九三年的17.4%

扩大到二 三年的65.5%。这意味着即使在病得很严重的情况下，许多穷人也无法获得所需要的医疗服务。

简而言之，在医疗服务利用方面，有医疗保险的人与没有医疗保险的人之间，富人与穷人之间的差距在不断扩大。当医疗服务的利用由支付能力决定而不是由需求决定时，许多中国人（尤其是低收入者）得了病，不敢看医生；病重了，又不敢进医院；住院后，在康复前就忙着出院，所有这些都是因为害怕陷入高额医疗费用的深渊。直到一九九三年，收入水平还不是看门诊与否的决定因素。事实上，那时有病不医的人口比例在中间三个收入组比在最低收入组还略高一些，而且这一比例在最低收入组与最高收入组间的差异几乎可以忽略不计。然而，一九九八年以后，低收入成为限制人们求医行为的重要因素。到二 三年，最低收入组中将近三分之二的人没有及时寻求门诊服务，而最高收入组中只有45.2%的人这样做。至于住院服务方面，因收入水平差异造成的就医不平等在一九九三年就十分明显了。到二 三年，这一差距进一步扩大。显而易见，穷人对医疗服务之所以不充分利用与他们面临的经济困难密切相关。穷人得了小病时，要么忍受，要么自己想法治疗。除非万不得已，否则他们不会去医院看病。

当穷人忍受小病小痛，并且一再拖延疾病的治疗时，小病可能会发展为大病，而大病的延误则可能危害健康乃至使其丧失工作能力。“因病致贫”和“因贫致病”的恶性循环已经成为困扰中国城镇的重大社会问题。昂贵的医药费用、工作能力的丧失使许多人得病后生活水平一下便跌至贫困线以下。一九九八年，卫生部开展“第二次国家医疗服务调查”时，疾病和伤残还不是导致城镇人口贫困的主要原因。当时只有不到4.5%的人因为“疾病或者残疾”而生活在贫困线以下。然而到了二 三年，因病致贫的人口比例达到城镇贫困人口总数的四分之一。显然，现在一旦得了重病，小康之家也会穷困潦倒，原本贫困的家庭更会变得一贫如洗。

二 年，世界医疗组织对一百九十一个成员国的医疗系统进行

了一次评估。在所有被评估的国家中，中国排在第一百四十四位。在医疗筹资的公平性方面，中国的排名更差，排在第一百八十八位，倒数第四，仅比巴西、缅甸、塞拉利昂稍强。对照二十年前中国医疗保健体制受到的广泛赞扬，这的确是一个巨大的、令人汗颜的反差。如果用个形象的比喻，中国在过去二十五年里已经成长为一个巨人，但这个巨人拖着两条瘸腿，一条是本文讨论的医疗体制，另一条是同样千疮百孔的教育体制。以前中国经济还不是那么庞大时，医疗和教育两条腿却十分健壮。依靠健壮的双腿，中国经济一路走来，才发育到今天的规模。但是，在身躯膨胀的同时，双腿却开始萎缩。我们不禁要问，拖着两条瘸腿，中国还能走多远？

从改革前和改革后的对比中，我们可以得到两点启示。第一，单是经济增长不能为所有人提供良好的医疗保健，如何分配经济增长的成果与争取经济增长同等重要。第二，不论市场的力量如何强大，它也无法解决医疗资源分配中的不公平问题，以及患者、保险人与医院之间的信息不对称问题。依赖自由市场来筹措资金和提供医疗服务将不可避免地导致穷人和弱势群体对医疗服务使用的减少。这不仅不公平，同样也是没效率的。

良好的健康不仅是人类福利的内在组成部分，而且有利于实现许多人类目标。没有健康会剥夺人们做出选择、把握机遇、规划未来的权利。此外，国际比较发现，拥有健康的国民有助于减少贫穷，缩小日益扩大的社会不平等以及促进经济增长。既然健康如此重要，我们就不能让它在市场力量的重压下奄奄一息。出于伦理和现实的考虑，在任何一个国家，尤其在始终坚持社会主义公平原则的中国，保证每一个公民的健康应该是决策者的首要目标。

改革前和改革后的反差也让我们对在中国重建一个廉价而公平的医疗保健体系怀有一种乐观的期待。我们有理由相信，医疗保健的不公平是可以通过政策干预加以遏制的。换句话说，正确的公共政策可以遏制

两极分化的趋势。

令人欣慰的是，中国政府已经采取了积极的措施来改变现状。近年来，中国政府已经开始放弃基于“华盛顿共识”的改革策略，并且转入“第二代改革”，同时注重经济发展和分配正义。为此，政府开始重新界定介入经济和社会事务的适当范围和性质。从九十年代末开始，尤其是“非典”以后，越来越多的资金已经投入到社会安全网络的建设中来，尤其是医疗保健上面，这表明了政策导向的变化。与此同时，中国政府也开始重新构建财政资源汲取体系。在多年的持续下降之后，财政收入占GDP的比例终于开始回升，从一九九五年的10.7%上升到二〇〇四年的19.3%，在很大程度上收复了八十年代中期以来的失地。

我们必须承认，中国政府关于公平分配的承诺要落到实处还有很强的路要走，政府财政汲取能力的重建现在还远没有完成。尽管如此，我们有理由相信，当政府有足够的意愿和能力时，中国能够再次使基本医疗保健普遍可及，就像在二十多年前已经做到的那样。

二〇〇五年九月二十一日于英国牛津改定

（关于本文的详细论证，参见《中国社会科学》二〇〇五年第六期《政策导向、汲取能力与卫生公平》一文）

号外，豆瓣新开通 二手书交换 啦！ 豆瓣 **douban**

豆瓣网

www.douban.com

收藏、推荐、评价、发表书评，以书会友；

420,000种书在20家购书网站的价格比较。