

# 政策导向、汲取能力与卫生公平<sup>\*</sup>

王绍光

---

---

改革以后，中国政府在承担卫生保健职能方面的意愿和能力发生了变化，本文考察了这些变化对城镇卫生保健筹资和服务公平性的影响。文章分析了在强大财政压力下城镇医疗保险制度的演变过程，以及政府对公立医疗机构的政策转变对医疗服务提供者行为的影响，从需求和供给两个方面解释了卫生保健筹资不公平、医疗成本上涨等现象的成因。基于三次国家卫生服务调查的结果，文章对中国城市卫生保健筹资和服务利用的不平等程度进行了实证分析。结论是以市场为导向的卫生改革不但没有解决医疗费用上涨问题，反而加剧了这一问题，在医疗保障体系不完善的情况下，降低了弱势群体对卫生服务的获取，使得卫生保健的公平性受到极大的损害。为了解决这个问题，政府应该改变政策导向、加强汲取能力，从而能够在重建覆盖全体居民的公平、可及的基本卫生服务体系中发挥更大的作用。

关键词 政策导向 国家汲取能力 卫生保健公平性

作者王绍光，1954年生，政治学博士，香港中文大学政府与公共管理系教授。

---

---

1979年中国开始了市场导向的改革。从那以后，中国的经济规模增加了10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资源。从1978年到2002年，中国卫生总费用占GDP的比重增长很快。改革前，中国在卫生方面的花费相对还很低，但到2002年，卫生总费用的比例（占GDP的5.42%）已经略微超过世界平均水平。然而，重新审视健康状况时，却发现其改善的程度远不像费用增长那样突出。虽然预期寿命持续增长，婴儿死亡率也持续下降，但改善速度已经与某些同等水平国家接近甚至比这些国家更慢。正如阿马蒂亚·森指出的，“印度和中国预期寿命的差距从14岁下降到7岁”。国务院发展研究中心也公开承认，中国近20年的卫生改革是“不成功的”。为什么在改革期间，更高的人均可支配收入，更好的营养，更多的国民收入投入到卫生保健中去，而卫生系统的成就却令人失望？

---

\* 本文原为英文，作者感谢清华大学公共管理学院的何焕荣、乐园同志将它译为中文，同时感谢胡琳琳博士高质量的校对。

国家统计局：《中国统计摘要—2004》，中国统计出版社，2004年，第21页。

王绍光：《中国公共卫生的危机与转机》，《比较》2003年第7辑。

A. Sen, *Global Causes of Violence*, a Lecture Delivered at the Chinese University of Hong Kong, Feb. 18, 2005.

Project Team of DRC, *An Evaluation and Recommendations on the Reforms of the Health System in China*. *China Development Review* (Supplement), vol. 7, no. 1, 2005, pp. 39, 195.

当然，健康产出的决定因素是多方面的，包括社会的、文化的、经济的和其他因素。一个可能的负面因素是不断积累的社会经济不平等。过去 25 年中，一系列的实证研究，既包括对所有国家也包括只对工业化国家的研究，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。这些研究一致发现，一个国家越是不公平，越不利于健康产出。所以，不平等有损于国家的健康水平，无论其绝对的物质生活条件如何——这一点很清楚。

中国曾经是强调平等的社会，那时它的收入不平等程度远低于世界平均水平。但是，改革极大地加深了地区间、城乡间以及城乡内部贫困家庭和富裕家庭之间的差距。这些不平等是相互重叠关联的。不断扩大的地区间、城乡间和个人间的收入差距，使得中国今天的收入分配比建国以来的任何时候都更不平等。虽然中国的不平等程度仍然低于大多数拉丁美洲国家和非洲撒哈拉沙漠以南国家，但已经超过了大多数东欧转型国家和大的亚洲邻国（如印度、巴基斯坦和印尼）。从全世界看，近 20 年来，财富和收入都是越来越集中。中国与别国的不同是，在有数据可查的国家中，中国的不平等增长幅度最大。在如此短时间内不平等的增长速度如此之快，可能已经损害了这个国家的居民健康状况，无论其间的作用机制是什么（比如相对剥夺的心理效应、社会凝聚力的下降以及其他机制）。

导致健康改善迟缓的另一个直接因素可能是政府未能在卫生事业上进行必要的投入。这个因素也跟上文因素间接相关。图 1 显示，在国家层面上，收入越不平等的国家，政府健康支出的比例就越小。而政府支出在卫生总费用中所占的比例越小，卫生保健费用的分担就越不平等（图 2）；而后者似乎会导致较差的健康结果。

J. P. Mackenbach, A. E. Kunst, A. E. Cavelaars, and G. Groenof, Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. *Lancet*, vol. 349, 1997, pp. 1655—1659.

G. B. Rodgers, Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-sectional Analysis, *Population Studies*, vol. 33, 1979, pp. 343—351; R. G. Wilkinson, Income and Mortality, in R. G. Wilkinson (ed.), *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, London: Tavistock, 1986; B. P. Kennedy, I. Kawachi, D. Prothrow-Stith, Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States, *BMJ*, vol. 312, 1996, pp. 1004—1007.

R. G. Wilkinson, Income Distribution and Life Expectancy. *BMJ*, vol. 304, 1992, pp. 165—168.

J. Le Grand, Inequalities in Health: Some International Comparisons, *European Economic Review*, vol. 31, 1987, pp. 182—191; R. G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge, 1996; A. Wagstaff, and E. van Doorslaer, Income Inequality and Health: What does the Literature Tell Us? *Annual Review of Public Health*, vol. 21, 2000, pp. 543—567.

World Bank, *Sharing Rising Incomes: Disparities in China*. Washington DC: World Bank, 1997, pp. 7—8.

G. D. Smith, Income Inequality and Mortality: Why Are They Related? *BMJ*, vol. 312, 1996, pp. 987—988; G. A. Kaplan, E. R. Pamuk, J. W. Lynch, R. D. Cohen, J. L. Balfour, Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways, *BMJ*, vol. 312, 1996, pp. 999—1003. 图 3 中相对分散的点显示其他因素如经济发展水平、政治制度的类型，也跟卫生支出中政府投入的比例相关。

根据《2000 年世界卫生报告》（WHO, *The World Health Report 2000—Health System: Improving Performance*, Geneva: WHO, 2000）中有关国家的数据，Weiching Chang (W. C. Chang, The Meaning and Goals of Equity in Health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002, pp. 488—491) 证实了预期寿命和卫生筹资及风险保护的平等性之间的显著正相关关系 ( $r = 0.622, p = 0.001$ )。

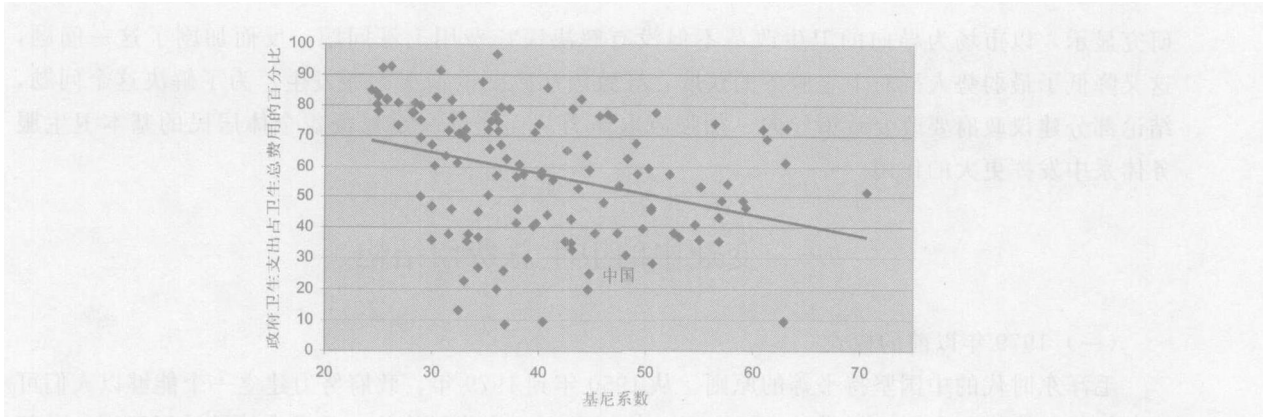


图1 收入不平等和卫生总费用中政府支出比重

资料来源：WHO, *World Health Report 2000*, (Geneva: WHO, 2000), Annex, Table 8; UNDP, *Human Development Report 2004* (New York: UNDP, 2004), Annex, Table 14.

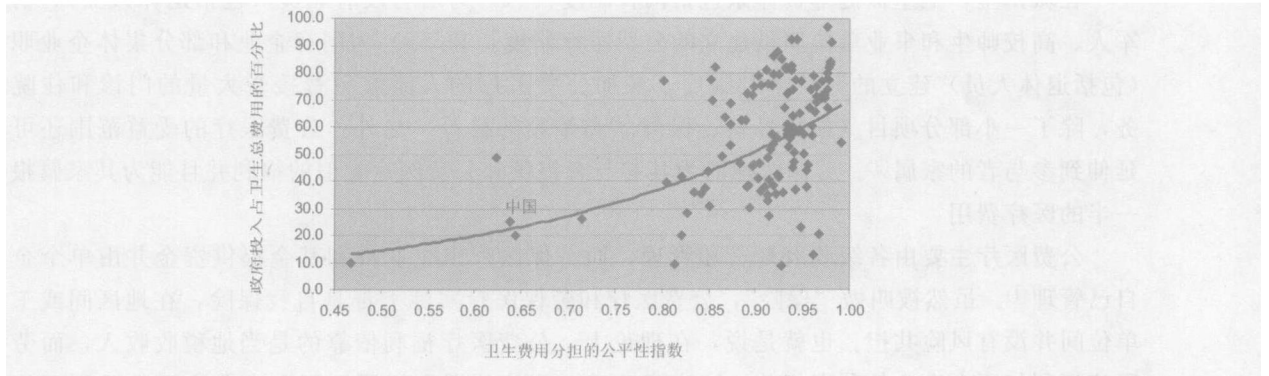


图2 卫生筹资公平性和卫生总费用中政府支出比例

资料来源：WHO, *World Health Report 2000*, Annex, Tables 7 and 8.

本文将探讨中国政府未能在卫生事业上进行必要的投入如何影响到城镇卫生系统的表现。任何卫生体系都有两个关键功能：筹措资源和提供服务。理想的卫生保健应该是根据个人的支付能力来筹资并根据其需要来提供服务。一个根据个人支付能力提供卫生服务的体系不仅不公平，而且可能会剥夺穷人必需的健康保护，从而最终损害国家的总体健康状况。因而本文着重考虑两个相关的问题。怎样的卫生保健筹资才是累进性的？怎样的卫生保健服务才是公平的？第一部分将解释，在改革期间，为什么中国政府缺乏承担卫生保健职能的意愿和能力，并考察这些变化对卫生费用结构的影响。第二部分简单回顾在强大财政压力下的中国城镇医疗保险制度的演变过程。第三部分试图解释在政府大幅减少对医院及其他医疗服务提供者的补贴后，为何医疗成本急剧上涨而不是如预期的那样下降。基于三次国家卫生服务调查（1993、1998、2003年）结果，第四部分对中国城镇卫生保健筹资和服务利用的不平等程度进行了实证分析。

我们聚焦于城镇而不是整个中国，是由于一个简单的原因：中国城乡的卫生筹资和服务体系差异很大，这使得在一篇文章里同时分析两个体系不太可能。

除非另加说明，下列图表所依据的数据来自三次国家卫生服务调查。1993年和1998年调查分析报告见，[http://www.moh.gov.cn/news/more\\_index.aspx?tp\\_class=C304&url\\_addr=/news/sub\\_index.aspx](http://www.moh.gov.cn/news/more_index.aspx?tp_class=C304&url_addr=/news/sub_index.aspx)；2003年调查分析报告见卫生部统计信息中心《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》（中国协和医科大学出版社，2004年）。

研究显示，以市场为导向的卫生改革不但没有解决医疗费用上涨问题，反而加剧了这一问题，这又降低了最弱势人群对卫生服务的获取，导致因病致贫的情况不断发生。为了解决这个问题，结论部分建议政府要改变政策导向、加强汲取能力从而能够在重建覆盖全体居民的基本卫生服务体系中发挥更大的作用。

## 一、变迁中的卫生总费用结构

### (一) 1979 年以前的模式

毛泽东时代的中国坚持平等的原则。从 1950 年到 1979 年，政府努力建立一个能够以人们可以负担的价格为所有居民提供基本卫生服务的体系。在改革开放前，几乎全体城镇居民和大部分农村居民都能够获得一定的医疗保障。这就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原因。

在城镇里，卫生保健筹资体系包括两种制度：(1) 为所有政府雇员（包括退休人员）、伤残军人、高校师生和事业单位雇员建立的公费医疗制度，和 (2) 为国有企业和部分集体企业职工（包括退休人员）建立的劳动保险制度。参加公费医疗的人能够免费接受大量的门诊和住院服务，除了一小部分项目（如挂号费、保健品和整容外科等）之外。公费医疗的受益范围还可以延伸到参与者的家属。劳保医疗能为其参与者提供和公费医疗类似的福利并且能为其家属报销一半的医疗费用。

公费医疗主要由各级政府筹资和管理，而劳保医疗由企业福利基金提供资金并由单个企业自己管理。虽然被叫做“保险”，公费医疗和劳保医疗实际上都是自我保险，在地区间或工作单位间并没有风险共担。也就是说，在理论上，公费医疗福利依靠的是当地税收收入，而劳保医疗福利与所在企业的利润相关；这也意味着，医疗待遇在不同地区和企业之间的差别可能会很大。然而事实是，改革前不存在这种差距，这是源于计划经济下的“软预算约束”，中央政府会最终为医疗账单买单，结果就像存在一个全国范围内的统筹一样。

几十年来，中国城镇的卫生服务提供者分为三个层次。中型企业一般都有自己的诊所为职工提供免费门诊服务；大型企业（1000 名职工以上）一般有自己的医院；市区医院向中型企业的职工提供住院服务，向小企业职工及未纳入保障的人提供所有服务。所有这些机构都是公立的。政府直接或间接补贴它们的营运成本（比如医护人员的工资），其他的收入来自按项目的付费。在政府管制下，医疗服务和药品的价格都在成本价之下，以使穷人和未纳入保障的人能够支付得起。当卫生机构出现赤字的时候，可以向政府申请补贴。除此之外，政府还对医疗机构进行投资。虽然从今天的角度看，当时的医疗服务质量不高，但是，这个系统不仅使绝大多数

---

国研中心的估计更低些，在 70 % 和 80 % 之间。

World Bank, *Financing Health Care: Issues and Options for China*. Washington DC: The World Bank, 1997.

G. Henderson, S. Jin, J. Akin, Z. Li, J. Wang, H. Ma, Y. He, X. Zhang, Y. Chang and K. Ge, Distribution of Medical Insurance in China. *Social Science and Medicine*, vol. 41, no. 8, 1995, pp. 1119—1130.

Project Team of DRC, An Evaluation and Recommendations on the Reforms of the Health System in China. *China Development Review* (Supplement), pp. 109—112.

Project Team of DRC, An Evaluation and Recommendations on the Reforms of the Health System in China. *China Development Review* (Supplement), p. 27.

城镇居民能够享受相对平等的基本医疗服务，并且运行成本也比较低。1978年，中国的卫生总费用仅占 GDP 的 3%。

## （二）政府政策导向和汲取能力的变化

城市的经济改革从 1984 年开始，这也深刻改变了城市卫生保健体系的基础。这里有两个参数很重要。一个是政府的政策导向，它影响政府投资卫生保健的意愿；另一个是政府的汲取能力，它影响政府投资卫生保健的能力。

就意愿而言，改革背后发生了深刻的意识形态转变。中国决策者当时优先考虑的是快速的经济增长而不是平等和社会安全。快速的经济增长使得他们能够容忍一定程度的不平等，以及牺牲一些基本的需要，包括卫生保健。他们相信，当“饼”越做越大时，所有的问题最终都会解决。虽然政府从未公开表示过健康不重要，但它分配公共支出的方式显示健康不是一个优先的考虑。从 20 世纪 50 年代到 70 年代，政府卫生支出占 GDP 的比重不断增长，在 1983 年到达最高点。而 1984 年城市改革之后，虽然政府卫生支出的绝对数仍在增长，但它占 GDP 的比重在 80 年代和 90 年代的绝大多数年份是下降的（图 3）。

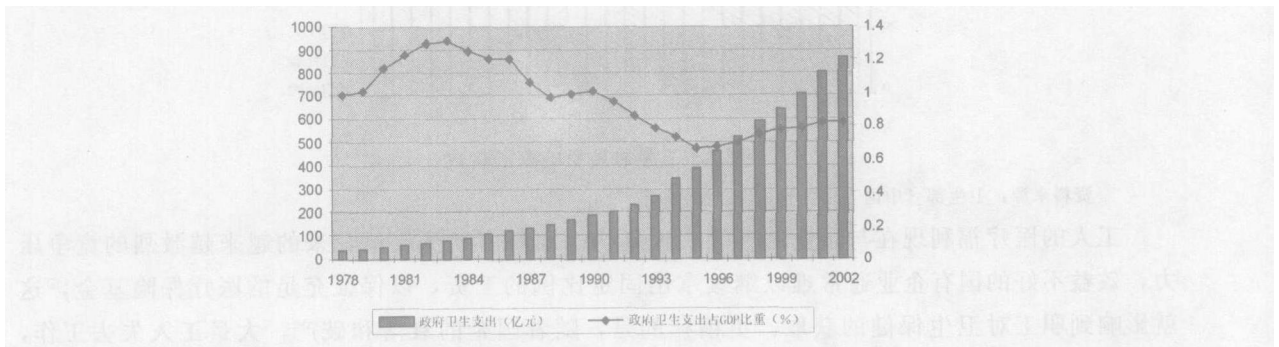


图 3 政府卫生支出的比例 (1978 年至 2002 年)

资料来源：卫生部《中国卫生总费用研究报告》（卫生部，2004 年）。

随着市场经济改革的深入，市场意识逐渐渗透到卫生部门，并成为卫生改革的主导原则。这清楚地反映在有关卫生改革的官方文件里，其关键词往往是诸如“市场主导”、“激励”、“竞争”、“选择”、“个人责任”等。这些话语暗含着一个前提：市场能提高资源的配置效率，包括卫生资源的配置效率。

除了意识形态的变化，经济改革也极大地削弱了政府提供社会福利的能力，哪怕社会对这种能力有着强烈的需求。初期的改革核心是放权让利，这也许对中国 25 年来的经济增长发挥了关键作用。然而大规模的分权也削弱了政府的汲取能力。在 1978 年到 1995 年的 18 年里，政府财政收入占 GDP 的比重从 31.2% 下降到 10.7%。而且，中央政府财政收入占总财政收入的比重也急遽下降。即使与低收入国家相比，中国政府、尤其是中央政府的汲取能力都显得很弱。掌握如此少的资源，中央政府当然不再有能力为卫生保健最后买单。

## （三）改革以来卫生支出结构的变化

在城市经济改革之前，政府预算卫生支出一般占卫生总费用的 35%。1980 年代中期，政府

王绍光：《中国公共卫生的危机与转机》。

Wang Shaoguang, *Defective Institution and Its Consequences: Fiscal Politics in China, 1980—1993*. *Communist & Post-Communist Studies*, no. 189, 2001.

国家统计局：《中国统计摘要—2004》，第 69 页。

王绍光、胡鞍钢：《中国国家能力报告》，辽宁人民出版社，1994 年。

支出比例开始大幅下降，到 2002 年，下降到 15.21%，甚至低于大多数发展中国家。与此同时，社会保险支付的比例也从 1978 年的 47.41% 下降到 2002 年的 26.45% (图 4)。之所以出现这种融资趋势，是因为经济改革摧毁了公费医疗和劳保医疗筹资体系的基础。如上所述，公费医疗和劳保医疗是各地区和各单位自我保险计划，它们只能在“软预算约束”的条件下存在。分权化和市场化，在给地方政府和国有企业以更多自主权的同时，也加强了他们的预算约束。从“软预算约束”到“硬预算约束”的转变破坏了事实上的全国统筹，使得单个国企和地方政府更难为雇员的卫生保健筹资。

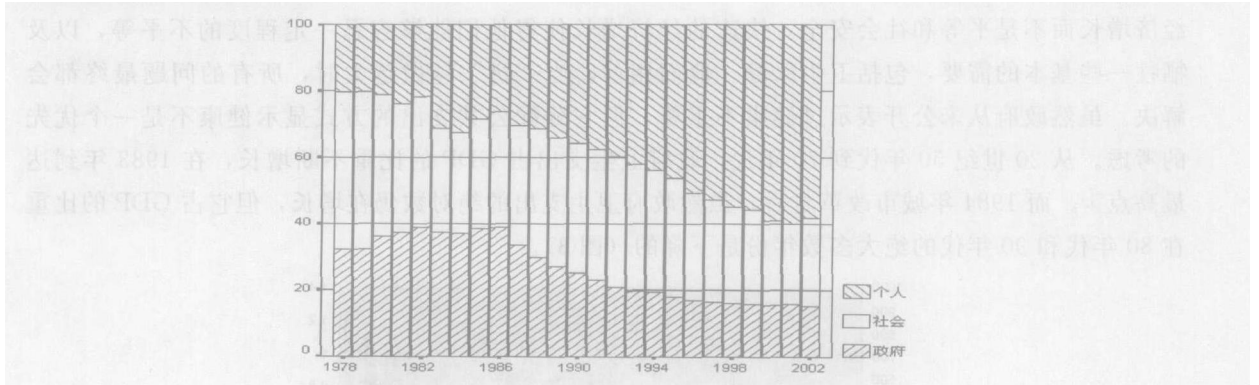


图 4 卫生总费用的来源构成

资料来源：卫生部《中国卫生总费用研究报告》。

工人的医疗福利现在与企业的利润状况挂钩。面对由经济改革带来的越来越激烈的竞争压力，效益不好的国有企业通常难以继续拿出固定比例的工资，以保证充足的医疗保险基金，这就影响到职工对卫生保健的获取。更糟糕的是，随着国企的衰落和破产，大量工人失去工作，其后果是他们不再拥有医疗保险。为保持竞争力，甚至能够盈利的企业也倾向于承担较少的社会保障责任。随着非国有部门的增长，这个问题变得更加严重。因为没有被要求为职工提供医疗福利，不断增多的私营企业和外资企业使更多的职工及其家属都不能充分获取卫生保健服务。

经济改革也破坏了公费医疗筹资体系的财政基础。财政分权提高了地方政府承担的社会支出的比例，增加了以地方财政满足这些需求的压力。财政自主性的增加给相对发达地区特别是东部沿海地区带来了好处。但是，中央政府转移支付能力的弱化损害了不发达地区的利益。由于自然资源贫乏，税收基础薄弱，内陆地区的政府通常不能为其雇员提供足够的卫生服务。地区经济的发展差距和地方财政资源分配的不平等，扩大了卫生保健服务水平的地区差异。虽然公费医疗是全国性制度，但由于实际的医疗福利依赖于各地政府的财力，所以不同行政区之间差异很大。

为了将医疗保障扩大到非国有部门，并在企业和地区之间进行更多的风险分担，政府从 1990 年代早期开始试行新的医疗保险制度。正如下面要详细说明的，医疗保障的范围和程度都在收缩，这解释了为何中国卫生费用中社会保险的比例有所下降。

既然卫生费用中公共支出（包括政府预算和社会保险）的比例下降，不断增长的费用就必须由消费者以现金直接支付。1978 年个人直接支付的卫生费用占总费用的 20.4%，而 2002 年达到 58.3%。中国卫生总费用中直接支付的比例超过今天世界上的大多数国家，即使只跟发展中国家相比，中国也是很突出的。

王绍光：《中国公共卫生的危机与转机》。

卫生费用由个人支付还是由公家支付，并不只是一个钱从左口袋还是从右口袋拿的问题。当费用主要由公家承担时，即使最穷的人也可以享受最基本的服务。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卫生保健。除非收入和财富在所有群体间平等分配——而这是不现实的——经济不平等将不可避免地转化为健康不平等。健康不平等进而将影响整个国家的健康状况。

## 二、变化中的医疗保险制度

减轻财政压力主导了中国卫生保健系统近 20 年的改革思路。在需求方面，健康保险的改革核心是建立“责任共担”的机制，减少卫生保健消费从而减轻政府和国企的卫生保健财政压力。

回首过去 20 年，城镇医疗保险改革经历了三个阶段。

第一阶段：1986 年至 1993 年

这一阶段引入过许多成本补偿方式（比如共付制、起付线、封顶线、排除部分福利等），以鼓励需求方（患者）节约成本。这是个试验阶段，中央政府并没有改革的蓝图，企业和地方政府也只是进行一些简单的改革试验来应对日益增强的“硬预算约束”。但是这个阶段的改革并没能抑制医疗保险的成本。表 1 显示，跟前期相比（1978 年至 1986 年），公费医疗和劳保医疗的支出在 1986 年至 1993 年增长更快。这一快速增长使得公费医疗和劳保医疗都陷入财政危机。公费医疗支出占政府卫生支出的比例从 1986 年的 15.4% 提高到 1993 年的 28.1%，愈发加剧了政府卫生预算的压力。从工资中提取 4.5% 至 5.5% 的比例用于劳保医疗也是不够的。到 1993 年，大多数企业发现其实际医疗保险成本达到或超过了总工资的 10%。结果它们经常被迫用利润来弥补不足。

第二阶段：1994 年至 1998 年

为了应对公费医疗和劳保医疗的财务危机，1994 年开始了第二个阶段的改革。此时，中国政府采取了在试点城市进行卫生综合改革的策略。一方面，国务院下发《关于职工医疗制度改革的试点意见》，明确了总的指导原则。另一方面江苏省的镇江市和江西省的九江市（人口都是 250 万人）被挑选为不同模式的试点城市。

为借鉴第一阶段成本共担机制的经验，第二阶段的改革集中于两点：（1）从非缴费制转为缴费制；（2）扩大风险共担以在更大人群中分散风险。

跟 20 世纪 50 年代到 70 年代职工可以享受单位（国企或政府）支付的治疗和住院待遇不同的是，这两个城市的居民现在被要求参加医疗保险，雇主和雇员都要缴费。保险费被分为两个账户：个人账户和社会统筹账户。参保人的医疗服务首先由个人账户支付，然后是现金直接支付，而统筹账户发挥大病保险的功能。个人账户和统筹账户制度的引入实际上消除了公费医疗和劳保医疗的差别，从而创造了一个统一的社会保险体制。

更重要的是，个人账户/统筹账户制度在两个维度上扩大了保险的范围。首先，它要求所有

表 1 卫生费用的实际年增长率 (%)

	1978—1986	1986—1993
GDP	9.5	9.6
卫生总费用	9.8	13.4
公费医疗	14.0	16.0
劳保医疗	11.0	13.0

资料来源：World Bank, *Financing Health Care: Issues and Options for China*, Washington DC: The World Bank, 1997.

卫生部：《中国卫生统计年鉴—2004》，中国协和医科大学出版社，2004 年，第 80 页。

吴振坤：《中国经济体制改革通论》，北京工业大学出版社，1993 年，第 374 页。

国家体改委、财政部、劳动部、卫生部：《关于职工医疗制度改革的试点意见》，<http://job.sohu.com/article/2004/04/13/50/article219825079.shtml>。

职工（包括退休人员）参加，不管他们来自机关、国企、私企还是其他什么地方。其次，风险共担不再限于个人的工作单位，而是另外建立了覆盖制度内所有单位的全市范围的大病保险。同时，广泛的覆盖和城市范围内的统筹也有望减少逆向选择，并能使得退休职工和困难企业职工的健康风险在全社会得到分散。

虽然“两江试点模式”并未完全实现预定目标，1996年，改革还是扩大到27个省的57个城市。1998年末国务院颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，这被看作一个里程碑式的决定，之后，中央政府开始在全国范围内推行新的医疗保险制度改革。

### 第三阶段：1999年至今

这个阶段改革的目标被描述为用比较低廉的费用，满足城镇职工合理的医疗卫生服务需要。新制度有共同缴费、个人账户与统筹基金结合、市级统筹和基本覆盖等特征，可谓保留了“两江试点”的大部分内容。

在新的制度下，卫生服务的筹资由雇主（一般是工资的6%）和雇员（一般是工资的2%）共担。退休职工不用缴费，他们退休前所在单位为他们缴纳。8%被分成两部分，3.8%进入个人账户，而4.2%进入统筹基金。个人账户的资金可以积累并可继承。统筹基金用于全市范围的大病统筹，地方政府为统筹基金的赤字负责。

当一个参保人生病时，个人账户首先被用来支付医疗费用。个人账户用完后，他必须支付一定的现金，直到支付的总金额达到年工资的5%，这是统筹基金的起付线。之后，个人才能使用统筹基金，其间，他的医疗费用越高，他共付的比例就越低。统筹基金还设有一个年支付的封顶线，那是当地年平均工资的4倍。

很明显，个人账户和起付线的设计是用来提高个人享受医疗服务时的成本意识，而统筹基金是为了在一定程度上避免人们因重大疾病带来的经济损失。但是封顶线又降低了保险在灾难性疾病时的价值。公务员幸免于此，因为政府为他们提供了封顶线以上的补充保险。其他雇主有的为职工购买了补充保险，有的没有购买，而个人也可以购买补充保险来应对重大疾病。否则，病人就必须直接现金支付了。

与公费医疗和劳保医疗不同的是，新制度只为正规部门（包括政府雇员、国有和非国有企业雇员）的职工和退休人员提供基本的服务包，但是不再覆盖职工的亲属。个体从业者、非正式部门的职工和流动人口也没有纳入保险范围。因为这样那样的原因，现行制度的覆盖面远不

---

W. Yip, and W. Hsiao, Medical Savings Accounts: Lessons from China. *Health Affairs*, vol. 16, 1997, pp. 244—251.

国务院：《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，<http://www.molss.gov.cn/correlate/gf199844.htm>。

这个子部分描述了标准的模式，实际运行中各个城市都不同。

这是新制度跟“两江模式”不同的地方，雇主缴费率从10%下降到6%，而雇员缴费率从1%上升到2%。

在全国有2000个左右这样的统筹单位。

Y. Liu, Reforming China's Urban Health Insurance System. *Health Policy*, vol. 60, 2002, pp. 133—150.

K. Eggleston and W. Yip, Hospital Competition under Regulated Prices: Application to Urban Health Sector Reforms in China. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4, no. 4, 2004, pp. 343—368.



够大。尽管政府在过去 6 年里大力推进，城镇职工基本医疗保险现在只覆盖 23 % 的城镇人口。如果把流动人口考虑进去，覆盖率还会更低。这很大程度上是因为不少亏损的国有企业无力缴费，而很多私营和外资企业也不愿为其年轻职工支付保险费。

需要注意的是，向新制度的转变还没有结束，因而在一些地方和企业仍然存在公费医疗和劳保医疗。另外，政府为一些特定的群体提供了特殊保障，包括退伍伤残军人和符合社会救助标准的城市贫困人口。

正如这部分开头所述，中国政府在推行医疗保险改革时有两个主要目标：降低政府和国企业的医疗财政负担以及控制急剧增长的医疗成本。经过三个阶段的改革后，第一个目标实现了。自从 1980 年代中期医疗改革以来，在中国卫生总费用里，政府和社保支付的份额下降很多（图 4）。因此，中国的城镇卫生体系已经变成一个以私人筹资为主的体系，公共支出只是填补空缺。这个转变从根本上将治疗疾病的责任由从前的政府或雇主转向由病人自己承担（如果他们被基本医疗保险项目所覆盖的话）。

但是政府控制城镇医疗成本的努力基本上是失败的。图 5 显示，1989 年到 2003 年间，城镇居民的收入增长了 6.72 倍，而治疗和住院成本上涨了 12 倍。在需求方成本共担机制下，医疗成本上涨仍然得不到有效控制，为什么？这就需要转而分析供给方的行为。

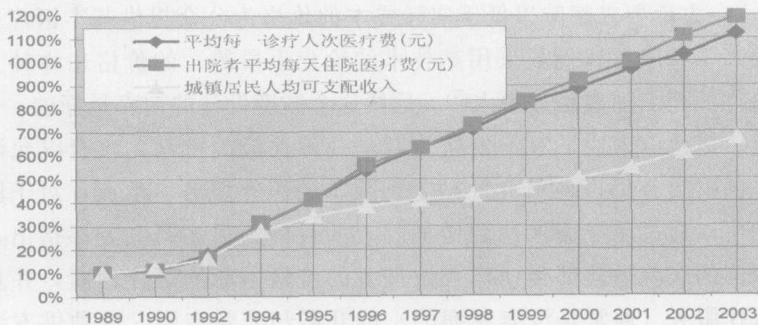


图 5 医疗成本的增长

资料来源：卫生部《中国卫生统计提要》，<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/index.htm>。

### 三、变化中的供给方行为模式

在中国，医疗服务的提供体系有着复杂的结构。各级政府（中央、省、市和县）都管理经营着自己的医院，大型国企也是。除此之外还有许多门诊诊所。至今为止，公共医疗机构仍然是中国服务体系的中坚，2004 年到私营机构就诊的病人不到总数的 3 %。

然而，公共医疗机构并不是真正公有和非营利性的。它们仅在继续接受政府补贴这个意义上是公共的，因为其他机构没有这种补贴。但问题在于政府给公共医疗机构的补贴已经降至其运营成本的很小一部分。1978 年以前，超过 50 % 的公立医院收入来自政府预算。为了降低财政压力，政府在 1980 年代开始了医院管理和融资体制的改革。同时医院获得了更大的运营自主

刘羊：《截至 3 月底全国医疗保险参保人数达 12708 万》，《北京青年报》2005 年 5 月 8 日。

到 2005 年 4 月末，2196 万人被归入“城镇贫困人口”，<http://www.mca.gov.cn/news/content/recent/2005519103245.html>。

卫生部《2005 年中国卫生统计提要》，[http://www.moh.gov.cn/public/open.aspx?n\\_id=9787&seq=0](http://www.moh.gov.cn/public/open.aspx?n_id=9787&seq=0)。

权，他们从政府获取的资源越来越少。到 1990 年代末，政府补贴比重仅占医院收入的 6%。

政府卫生支出的减少给医疗机构带来巨大的压力。以前政府全额拨款以弥补医院运营的赤字，但现在的做法是给每个医院一定数额的财政补贴。因此和国有企业一样，医院同样受制于“硬预算约束”，并且自负盈亏。他们要用医疗服务、出售药品的大部分收入支付职工工资、奖金、其他的运营费用以及购买新的设备。所以，医院主要收入来源的比例发生了显著变化。在 1980 年代，医疗费用收入和药品收入分别仅占医院总收入的 28.9% 和 37.7%。在 1980 年代中期以后，这两部分的收入总和已经达到医院总收入的 80% 至 90%。通过降低政府补贴，以市场为导向的医疗改革把曾经依靠国家财政补助的公共医疗机构转变为利润追逐者。

医疗服务提供者不仅有动力而且也有机会从病人那里获得更多的收入，这个机会来源于医疗服务和药品的双重价格体制。

在改革之前，所有关于医疗服务的价格都由政府制定。那时，政府有意将这些价格定在其成本之下，使得穷人和没有医疗保险的病人都能顺利就医。与此同时，政府全额补贴医院因此造成的赤字。在此背景下，医院没有动力也没有机会为他们自己赚取额外的收入。这一制度使中国能以相对较低的卫生费用提供普遍可及的服务。改革开始以后，虽然财政补助有所下降，但政府仍然希望为大多数病人提供他们在经济上可以负担的基本医疗服务。为此，政府采取了所谓的“双轨制”：一方面要求医院以低于实际成本的价格为公众提供基本医疗服务，另一方面又允许医院通过抬高一些服务（例如采用高技术的诊疗手段等）的价格来弥补上述损失。医院还可以通过国家允许的药品加成增加收入。虽然这个制度设计的初衷是好的，但是它忽略了医院激励机制的变化。对政府来说，双重价格体制是一种保险的机制，政府以允许医院开展高利润的服务代替原先的财政补助，也借此补贴了低成本的医疗服务。然而，对于医院来说，这个制度却意味着他们可以通过诱导需求达到增加收入的目的。很多研究者都指出，为了获得自身利益的最大化，中国的医院通常都会让病人做过多的价格不菲的医疗诊断，并且开处过量的药品。相反，基本医疗服务（通常是没有利润的）的开展却非常有限。这种供方诱导需求的现象浪费了大量宝贵的医疗资源，因此促使成本快速增长（见图 5）。久而久之，成本越来越高的医疗服务使许多人无法承担。因此，双重价格体制不但没有改善服务的可及性，反而抬高了就医的门槛，破坏了卫生保健体系的公平性。

---

《中国卫生年鉴》编辑委员会编《中国卫生年鉴》，人民卫生出版社，各年份。

Q. Meng, G. Shi, H. Yang, M. Gonzalez-Block and E. Blas, *Health Policy and Systems Research in China*. Geneva: WHO, 2004, p. 7.

W. Hsiao, W. Yip, Y. Liu and the Harvard Team, Pricing and Payment for Health Care Services in China: Current Issues, Short-Term Solutions and Long-Term Challenges, Harvard School of Public Health, mimeo, 2000; X. Liu, Y. Liu and N. Chen, The Chinese Experience of Hospital Price Regulation, *Health Policy and Planning*, vol. 15, no. 2, 2000, pp. 157—163; W. Yip, K. Eggleston and Q. Meng, Pricing and Payment for China's Urban Health Sector: Short Term Solutions and Long Term Challenges, Harvard School of Public Health, mimeo, 2003; K. Eggleston and W. Yip, Hospital Competition under Regulated Prices: Application to Urban Health Sector Reforms in China, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4, no. 4, 2004, pp. 343—368.

K. Eggleston and W. Yip, Hospital Competition under Regulated Prices: Application to Urban Health Sector Reforms in China.

## 四、中国城镇的卫生保健不公平

健康是实现人类福利以及克服社会不利因素的消极影响的基本条件。人们对于卫生体系有这样的预期：能够相对平等地提供医疗服务，并对最弱势的人群提供保护。事实上，许多国家包括中国都宣称“公平”是它们医疗卫生制度的首要原则性目标。但是，在文献中，关于“卫生公平”概念的定义、衡量标准以及解释等方面还存在值得商榷的地方。本文无意对此进行概念和理论上的争辩，相反，本文欲从两个维度对中国城镇不同社会经济群体之间的差异进行经验分析，这两个维度是卫生保健筹资和对卫生保健的利用。

### （一）卫生保健筹资的不公平

在卫生保健筹资问题上，公平意味着应该根据人们的支付能力而不是所获得的医疗服务来进行筹资。更具体地说，公平的卫生保健筹资至少应符合两个标准。第一，病人个人不能因就医而倾家荡产，或者为此支付超出其收入的金钱。换句话说，公平的卫生保健筹资要求有高水平的风险分担机制或者保险制度。第二，穷人应该比那些有钱的人向医疗体系支付更少的费用。由于收入低，穷人必须将收入的绝大部分用于满足像食物、住房等基本生活需求方面。所以说卫生筹资应该反映穷人和富人在可支配收入上的区别。基于这些原因，我们用不同人群的医疗保险覆盖率和年收入中用于医疗保健的费用比重来分析卫生保健筹资的公平问题。

表 2 各类保险覆盖率的变化

	1993	1998	2003	1993—2003 的变化
1. 个人账户 + 社会统筹			30.4	30.4
2. 公费医疗	18.2	16	4	-14.2
3. 劳保医疗	35.3	22.9	4.6	-30.7
4. 合作医疗	1.6	2.7	6.6	5.0
5. 其他社会保险	17.4	10.9	4	-13.4
6. 商业保险	0.3	3.3	5.6	5.3
7. 无保险	27.3	44.1	44.8	17.5
有社会保险 (1—5)	72.4	52.6	49.6	-22.8
无社会保险 (6—7)	27.6	47.4	50.4	22.8

资料来源：卫生部卫生统计信息中心《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》（中国协和医科大学出版社，2004年）第16页。

如上所述，近20年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，医疗保险的覆盖比例非常高，几乎覆盖到全体城镇居民。但从那以后，拥有医疗保障的人口比例陡然下降（见表2）。截至2003年末，城镇居民大约只有一半的人口拥有医疗保险，其中30%享有新实行的城镇职工基本医疗保障，而其余的人，包括参保人的家属，都只能自己直接支付医疗费用。显然，在以往的保险制度（比如公费医疗和劳保医疗）废除之后，其中一些参保者并没有完全被新的医疗保险制度所覆盖。

World Bank, *Financing Health Care: Issues and Options for China*, Washington DC: The World Bank, 1997.

关于城镇职工基本医疗保障体系的覆盖比例，第三次国家卫生服务调查报告和前文提到的刘羊的报告所列举的数字有些许差异。

表 3 不同人群参保的比例 (2003)

	个人账户 + 社会统筹	公费 & 劳保	其他社会保险	商业保险	无保险	有社会保险	无社会保险
调查人数	15023	4247	5300	2723	22120	24570	34843
比例 (%)	30.4	8.6	10.7	5.5	44.8	49.7	50.3
性别							
男 (%)	32.5	9.4	10.5	5.5	42.0	52.5	47.5
女 (%)	28.4	7.8	11.0	5.5	47.4	47.1	52.9
年龄							
0—4 (%)	4.6	1.6	12.6	12.3	68.9	18.8	81.2
5—14 (%)	3.0	2.3	18.6	23.2	53.0	23.8	76.2
15—24 (%)	9.0	3.3	16.4	10.0	61.2	28.7	71.3
25—34 (%)	32.1	7.1	9.4	3.4	48.1	48.5	51.5
35—44 (%)	34.6	7.6	9.0	3.1	45.7	51.2	48.8
45—54 (%)	40.1	10.7	9.8	2.3	37.1	60.6	39.4
55—64 (%)	46.7	13.2	7.3	0.7	32.1	67.2	32.8
65 以上 (%)	42.5	15.9	7.3	0.4	33.9	65.7	34.3
学历							
不识字 (%)	16.0	6.2	21.1	1.2	55.5	43.3	56.7
小学 (%)	23.4	7.5	17.2	1.7	50.2	48.1	51.9
初中 (%)	25.5	7.6	9.8	4.8	52.2	43.0	57.0
高中 (%)	30.7	9.0	8.0	8.4	44.0	47.6	52.4
大专 (%)	51.2	11.2	6.7	6.4	24.5	69.1	30.9
本科及以上 (%)	52.1	12.0	6.6	7.6	21.7	70.7	29.3
职业							
管理人员 (%)	68.9	14.8	12.1	0.9	3.3	95.8	4.2
技术人员 (%)	61.2	16.1	12.2	2.1	8.5	89.4	10.6
职员 (%)	72.0	8.0	10.3	2.1	7.7	90.2	9.8
服务人员 (%)	47.1	7.8	21.1	3.7	20.3	76.0	24.0
蓝领工人 (%)	56.7	25.5	7.3	1.6	9.0	89.4	10.6
退休 (%)	61.1	21.3	11.1	0.5	6.0	93.5	6.5
失业 (%)	20.6	3.1	13.7	4.8	57.8	37.4	62.6
其他 (%)	18.3	3.2	19.9	10.5	48.1	41.4	58.6

注：“其他”包括私营企业主、个体户，尤其是流动劳工。

资料来源：按《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》第 93—95 页的数据重新计算。

医疗保险覆盖面的下降在不同人群中产生了不同的影响。表 3 清晰地展示了 2003 年各社会经济阶层拥有医疗保险的比例有很大差别。第一，两性之间拥有医疗保险的比例有明显差异。第二，年龄越大的人群拥有医疗保险的人口比例越高。因此，拥有保险的人群比一般人群年龄更大，患病机率更高。这种老年人参保偏多的现象很可能是“逆向选择”的结果：职工年龄偏大和退休职工多的企业倾向于参与医疗保险，而雇佣了大量年轻且健康工人的企业则不愿意参

保。逆向选择的普遍性是保险覆盖面不完全的结果。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，受教育的程度与参保比重的关系不大。但获得本科或者本科以上学历的人，其参加保险的可能性则大幅增长。

第四，正规部门工作者的情况好于非正规部门的工作者。正规部门的管理人员、工程师、白领阶层、蓝领工人和退休工人大约有 90% 到 95% 的人有保险。服务行业中参保人员比例相对较低，主要是因为第三产业中私营成分比制造业更高。一些群体的医疗保险覆盖率非常低，包括：(1) 失业者，(2) 个体开业者，(3) 流动劳工。

最后一个群体特别值得关注，因为他们往往不是个体户就是临时工。这一群体究竟有多少人，有不同的估计。国家计划生育委员会估计 2003 年中国的所谓“流动人口”已经达到 1.4 亿，超过总人口的十分之一。他们之中，绝大多数都处在最富有经济活力的年龄，也就是 15 岁到 35 岁之间。虽然一些城市也努力增加医疗保险对流动劳工的覆盖，但是事实证明要将这一点付诸实际是十分困难的。显而易见，雇主不愿意为临时雇佣的工人付保费。也正是因为很强的流动性，流动劳工大多自己也不愿支付不能随个人转移的医疗保险个人账户和社会统筹账户。个体经营者在流动劳工中占据了很大的比例，他们更加不愿意参保。政府还未能设计出使个人账户能够在城市和省份之间转移并能够进行风险分担的制度。目前，和其他没有保险的居民一样，流动劳工在接受医疗服务的时候需要自己现金支付。

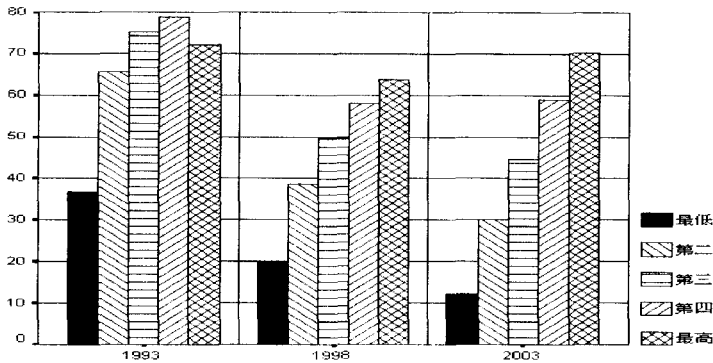


图 6 各收入组中医疗保险的覆盖比例

资料来源：《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，第 86—93 页。

图 6 比较了收入五等分组的保险覆盖比重，排除了性别、年龄、教育程度和职业等因素。五个收入组各占人口总数的 20%，然后按照其人均收入从最低到最高排序。从整体来看，各个收入组的人群从 1993 年到 2003 年的参保比例都有所下降。而第二、第三收入组的下降幅度最

K. Eggleston, J. Wang and K. Rao, From Plan to Market in the Health Sector? China's Experience, <http://ase.tufts.edu/econ/papers/200501.pdf>; K. Eggleston, J. Wang, M. Lu and J. Zhang, Disparities, Moral Hazard, and Adverse Selection in Health Insurance in Urban China: Microevidence from Five Cities, Department of Economics, Tufts University, 2005.

D. M. Cutler and R. J. Zeckhauser, The Anatomy of Health Insurance. In A. J. Culyer and J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: North Holland, Volume 1A, 2000, pp. 563—643.

<http://www.chinanews.cn/news/2004/2005-01-06/772.shtml>.

Xiang Biao, Migration and Health in China: Problems, Obstacles and Solutions, Asian MetaCentre Research Paper Series No. 17, 2004, <http://www.populationasia.org/Publications/RP/AMCRP17.pdf>.

大。从图中可以看出，1993 年，最低收入组的参保比重相较于其他收入组已经相当之低。而在 1993 年到 2003 年间，最低收入组的参保比重进一步大幅下降。只有最高收入组的参保比重几乎没有变化。在 1993 年，个人收入与拥有保险的可能性相关，但这种关联较弱。到 2003 年，两者之间的关系却明显加强。换句话说，富裕人群一如既往地受到医疗保险的保护，而越来越多的穷人不得不自己支付医疗费用。

纵向公平的概念是指相对于高收入人群，低收入人群所承担的经济负担应该更少一些。确切地说，一个人越富有，那么他用于卫生保健的支出占其非食品支出的比例就应该越高。这是评估医疗筹资累进性的方法之一。

表 4 列出了中国城镇不同收入人群的平均医疗保健支出。在 1993 年到 2003 年间，从第二收入组到最高收入组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。从绝对数量来说，毫无疑问收入较高的群体在 2003 年能享受到比 10 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。这说明如果仅仅用医疗保健支出数额来判断卫生保健筹资的公平性是不充分的，我们应该分析医疗支出在非食品消费中所占的比例，实际上，穷人在医疗卫生方面比富人花费了更多的钱（见表 4）。非食品支出中医疗卫生费用所占比重的差异证实了中国卫生保健筹资制度是累退性的。

表 4 不同收入人群的医疗保健支出（按 1993 年不变价计算）

	最低	第二	第三	第四	最高
1993	104	102	115	113	152
1998	72	98	121	155	216
2003	102	151	227	300	459
1993—1998 年增长率	- 7. 16	- 0. 87	0. 98	6. 6	7. 31
1998—2003 年增长率	7. 4	9. 16	13. 52	14. 06	16. 24
占收入的比例（%），1993	14. 07	8. 13	6. 86	5. 15	3. 95
占收入的比例（%），1998	9. 51	7. 2	6. 34	6. 08	4. 7
占收入的比例（%），2003	10. 78	8. 27	8. 08	7. 25	5. 64
占非食品支出的比例（%），1998	20. 55	19. 52	18. 46	16. 88	16. 01
占非食品支出的比例（%），2003	19. 61	17. 08	18. 42	17. 67	14. 87

资料来源：《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，第 85—93 页。

（二）卫生保健利用中的不公平

卫生保健筹资的累退性日益增强，导致一种危险，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，“需要”是一个关键的概念。在理想状态下，判断人群中需要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。从中国国家卫生服务调查中，我们可以得到三个由被调查者自己报告的健康指标：（1）两周患病率，（2）过去一年中慢性病患率，（3）过去一年中因为生病而卧床的天数。值得注意的是，前两个指标是基于病人自己的感觉，它们与临床可诊断病情的关系是通过病人自

H. Gravelle and M. Sutton, Income-related Inequalities in Self-assessed Health in Britain: 1979—1995, <http://www.york.ac.uk/res/herc/docs/IneqGB.pdf>; E. van Doorslaer and A. M. Jones, Inequalities in Self-reported Health: Validation of a New Approach to Measurement, *Journal of Health Economics*, vol. 22, no. 1, 2003, pp. 61—78.



己的主观感受建立起来的。而最后一个指标则不同。作为在各类人群中慢性或急性疾病的指标，卧床时间不仅仅意味着身体不适，也说明被调查者由于生病无法参与其他活动。因此，卧床时间也许是医疗保健需要（以及健康状况）的最好代理变量。

表 5 不同种类保险中医疗保健需要和利用的分布

年份	公费 & 劳保	其他社保	商业保险	无医保
两周患病率 ‰				
1993	193.0	179.4	125.9	138.4
1998	235.0	157.9	122.1	159.5
2003	199.3	138.1	93.6	124.7
慢性患病率 ‰				
1993	356.6	170.3	155.6	137.6
1998	440.9	199.2	253.8	182.3
2003	403.4	175.3	57.3	172.5
两周就诊率 ‰				
1993	200.8	239.7	125.9	173.8
1998	217.0	190.5	111.5	136.7
2003	148.2	164.2	83.4	85.8
调查前一年住院率 ‰				
1993	6.2	4.2	3.7	3.3
1998	8.3	4.0	4.8	3.4
2003	6.3	9.5	2.0	3.0

资料来源：《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，第 96—101 页。

其他国家的研究发现，医疗保险是保证人们能够获得良好卫生保健的关键因素之一。在中国城镇里，保险情况怎样影响到医疗保健服务的利用情况呢？表 5 展示了享受不同保险种类人群中“需要”的两种衡量指标的分布情况（两周患病率和慢性病患者率），以及衡量医疗服务利用情况的两个指标（平均住院天数和平均门诊次数）。遗憾的是，我们无法获得享受不同种类保险人群中平均卧床天数的数据。1993 年到 2003 年间，自报的两种患病率数据显示，拥有普通社会保险（如公费医疗、劳保医疗或个人账户/社会统筹账户）的人，其两周患病率有轻微的上升，但在参加其他公共保险计划或者没有任何保险保障的人群中，患病率却有所下降。然而同期，除了参加商业保险的人，其他人群中慢性病患者率都有所提高。不论从这两个指标中选择哪一个来衡量“需要”，在这三年中有一点表现得十分清晰，那就是越是拥有保险保障的人，其对医疗服务的需要就越大。

W. G. Manning, J. P. Newhouse, N. Duan, E. B. Keeler and A. Leibowitz, Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review*, vol. 77, no. 3, 1987, pp. 251—277; R. Anderson and J. F. Newman, Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 51, no. 95, 1973; R. N. Rosett and L. F. Huang, The Effect of Health Insurance on the Demand for Medical Care, *The Journal of Political Economy*, vol. 81, no. 2, 1973, Part 1, pp. 281—305; D. de Meza, Health Insurance and the Demand for Medical Care, *Journal of Health Economics*, vol. 2, no. 1, 1983, pp. 47—54; J. Warner and T. Hu, Hospitalization Insurance and the Demand for Inpatient Care, in B. C. Martin (ed.), *Socioeconomic Issues of Health*, Chicago: American Medical Association, 1977.

门诊服务的利用率由过去两周的门诊病人人数除以到医院看病的总人数得出。而住院利用率是前一年住院人数除以到医院看病的总人数。

相比而言，门诊利用率和住院利用率显示医疗服务资源的利用情况随着保险所保障的程度而变化。然而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。1993 年，享有普通社会保险的人的平均门诊次数要比没有任何保险的多出 15.5% (200.8/173.8)。到 2003 年，差距扩大到 72.7% (148.2/85.8)。而在住院方面，上述两类人群之间的差距更大，从 1993 年相差 0.88 倍扩大到 2003 年 1.44 倍。

在比较医疗卫生服务的需要及其利用趋势时，可以发现城镇医疗保险改革的影响非常显著。比如，两周患病率并没有显著下降，但是门诊利用率却大幅下降了。同样，慢性病患者率上升了，但住院率却没有提高。显然，医疗改革抑制了人们对医疗服务的利用，特别是打击了那些没有保险的人。

人们也许会疑惑，为什么有保险的人自己报告的患小病和慢性病的概率会远远高于没有保险的人。毫无疑问，逆向选择可以在一定程度上解释这个问题，因为有保险的人比一般人群年龄更大，健康情况更差。然而，仅仅这一点无法充分说明上述问题。事实上，收入五等分组的需要分布也呈现出类似的特征（见表 6）。因为人们通常认为穷人患病的比例会比富人高，所以对调查结果也有相应的预期，即穷人自报的两周患病率和患慢性病的比例应该高于富人。然而现实正好与预期相反。在 1993 年至 2003 年 10 年间，无论是以两周患病率还是以慢性病患者情况作为指标，富裕人群对于医疗服务的需要总是处于较高的状态。这看上去自相矛盾，但不少研究都在发展中国家发现了类似的趋势。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。中国城市里穷人和富人对疾病的感知差异十分明显，穷人意识到自己患病并在调查中进行报告的可能性比富人低，这也说明了基于自报健康的两个指标作为衡量医疗需要或者健康状况的指标是有局限的。

当用上年每 100 人卧床天数来衡量医疗服务需要时，则出现了与以上相反但与预期相一致的情况。首先，较低收入组对于医疗卫生服务的需要一般都比较高收入组更高，而最低收入组则有着最高的需要。其次，当用卧床天数作为衡量指标时，“需要”随时间的变化趋势也出现逆转。用上述两个主观指标（两周患病率和慢性病患者率）衡量时，各收入组的“需要”都呈下降的趋势，但以因病卧床率衡量，各收入组的需要都是上升的。1993 年，最高收入组每 100 人因患病而卧床的天数是 2.09，最低收入组是 2.22。到 2003 年，分别上升至 3.33 和 3.69。最后，不同收入组之间卧床天数的差距从 1993 年的 6.2% (2.22/2.09) 扩大到 2003 年的 10.8% (3.69/3.33)。如果说由患者自己报告的生病天数和慢性病发病情况很可能有偏差，而因病卧床的天数更为客观的话，或许我们应该用后者作为一项主要指标研究医疗卫生利用的不公平性。

表 6 同样给出了医疗服务利用在不同收入组之间的分布情况，并且单独列出了门诊服务和住院服务的情况。以卧床天数这项指标衡量的卫生保健需要对所有收入组来说都是增加的同时，门诊服务的总体利用率却大幅下降。然而，门诊服务利用整体上的下降不应使我们忽视不同人群中的不同趋势。仔细分析表 6 的数据可以发现，医疗服务利用率降低的幅度和收入水平负相关。从 1993 年到 2003 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%。1993 年，最高收入组和最低收入组对门诊医疗服

J. Caldwell, I. Gajayanayake, P. Caldwell and I. Peiris, Sensitization to Illness and the Risk of Death: An Explanation for Sri Lanka's Approach to Good Health for All. *Social Science and Medicine*, vol. 28, no. 4, 1989, pp. 365—379.

T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, and M. Wirth, *Challenging Inequity in Health: From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press, 2001.



务的利用程度相差 23.4% (26.9/21.8)，到 2003 年，差距扩大到 48.5% (15/10.1)。

表 6 收入五等分组对医疗服务需要和利用的分布情况

年份	最低	第二	第三	第四	最高
两周患病率 ‰					
1993	14.39	15.55	17.43	17.58	18.98
1998	15.66	16.93	15.93	17.85	18.59
2003	13.38	13.56	14.29	14.31	15.48
慢性病患病率 ‰					
1993	15.74	17.14	19.75	20.51	22.26
1998	15.90	18.70	18.20	22.50	24.80
2003	14.24	14.62	18.40	19.48	22.21
因病卧床率 ‰					
1993	2.22	2.04	2.15	2.04	2.09
1998	1.94	1.75	1.59	1.74	1.73
2003	3.69	3.32	3.12	3.39	3.33
两周就诊率 ‰					
1993	21.80	19.60	22.80	22.30	26.90
1998	16.50	16.60	15.50	18.50	20.30
2003	10.10	10.20	12.00	11.80	15.00
调查前一年住院率 ‰					
1993	4.53	5.13	5.26	4.86	5.32
1998	3.07	3.07	3.67	4.26	4.20
2003	3.36	3.03	4.55	4.66	5.56

资料来源：《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，第 87—88 页。

住院服务利用方面，最低收入组到第三收入组对医疗服务的利用水平大幅下降，而第四收入组几乎保持在原有水平，最高收入组则有所提高。结果，最低收入组和最高收入组对住院服务利用率的相对差从 1993 年的 17.4% (5.32/4.53) 扩大到 2003 年的 65.5% (5.56/3.36)。这意味着即使在健康状况很差的情况下，许多穷人也无法得到所需要的医疗服务。

简而言之，在中国城市里，有医疗保险和没有医疗保险的人之间，以及富人和穷人之间医疗服务利用差距在扩大。显然，在经历了一系列的卫生保健筹资体制改革之后，医疗保险和收入在决定谁能够享受医疗服务、谁无法享受服务的问题上比以往任何时候都更为重要。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，将面临疾病造成的巨大经济风险，甚至因病致贫。

### (三) 卫生保健和贫困

在现行的城镇医疗卫生体制下，富人能够享受到国际一流水平的医疗服务，与此同时穷人却通常被迫忍受小病小痛，对于大病重病则一拖再拖。三份最新的国家卫生服务调查报告显示，医疗卫生体制的市场化已经对穷人的福利造成了特别的损害。

第一，因为经济原因而没有就医的人数有显著增长（见表 7）。表 7 显示，卫生保健筹资改革造成的不断增长的费用负担，已经使得很多人不能充分利用现有的卫生服务体系。生病时，他们不敢看医生；病重时，又不敢进医院；而住院后，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。

表 7 城镇居民未就诊比例 (%)

	两周患者未就诊	其中因经济困难未就诊	过去一年应住院未住院	其中因经济困难未住院	提前出院	其中因经济困难提前出院
1993	42.40	4.31	26.20	40.96		
1998	49.90	32.28	27.50	60.09	36.47	45.72
2003	57.00	36.40	27.80	56.10	34.50	53.00

资料来源：卫生部的第一、二、三次国家卫生服务调查，<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/index.htm>。

第二，近几年医疗服务的利用呈现出的模式是，收入越低的人群，未就医的比例越高。直到 1993 年，收入水平似乎还不足以成为决定是否看门诊的决定因素。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更高一些，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（见表 8）。然而，1998 年以后，低收入成为严重限制人们求医行为的重要因素。到 2003 年，最低收入组中将近三分之二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，因收入水平不平衡造成的就医不平等在 1993 年就十分明显了。到 2003 年，这一差距进一步扩大。显而易见，穷人对医疗服务的不充分利用与其经济困难密切相关。穷人得了小病时，要么暗自忍受，要么自己想法治疗。除非十分必要，否则他们不会去医院看病。

表 8 不同收入组中城镇居民未就医人口的比例

年份	最低	第二	第三	第四	最高
两周未就诊率 %					
1993	37.50	42.70	40.20	39.40	35.90
1998	49.10	46.10	44.10	45.50	39.90
2003	60.20	57.70	54.20	51.20	45.20
过去一年未住院率 %					
1993	31.67	23.84	22.42	21.04	16.87
1998	46.80	42.60	33.00	29.00	27.40
2003	41.58	32.30	22.73	28.23	17.18

资料来源：卫生部的第一、二、三次国家卫生服务调查，<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/index.htm>。

第三，当穷人被迫忍受小病小痛，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、工作能力的丧失都使得许多人的生活水平处在贫困线以下。1998 年，卫生部开展“第二次国家卫生服务调查”时，疾病和伤残还不是导致城镇人口贫困的主要原因。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。那时，失业（在表 9 中归在“其他”项下）才是导致贫困的最主要原因。然

表 9 疾病与贫困

	1998	2003	变化
贫困发生率 %	7.24	6.10	- 1.14
致贫原因 %			
疾病或残疾	4.44	25.00	20.56
缺少劳动力	7.07	26.90	19.83
恶劣自然条件	0.60	3.50	2.90
人为原因	2.88	8.10	5.22
其他	85.00	36.50	- 48.50

资料来源：卫生部的第一、二、三次国家卫生服务调查，<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/index.htm>。

卫生部的第二次国家卫生服务调查，<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/index.htm>。

而到了2003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一贫如洗。其他调查发现疾病加剧贫困的情况比这里数据反映的更加严重。比如，2002年末，一个由国家民政部开展的在全国范围内对生活在贫困线以下的家庭的调查指出，高达三分之二（66.2%）的贫困家庭至少有一人患有慢性疾病，超过三分之一（33.7%）的贫困家庭至少有一名成员患有残疾。分析了众多导致贫困的因素后，民政部门指出，疾病已经成为导致城镇贫困的一个最主要的原因。如今，疾病不仅危害穷人们的身体健康，更危及他们的生存。

## 结 论

2000年，世界卫生组织对191个成员国的卫生系统进行了一次评估。当时，在所有被评估的国家中，中国排在第144位，次于埃及（63位）、印尼（92位）、伊拉克（103位）、印度（112位）、巴基斯坦（122位）、苏丹（134位）和海地（138位）。在卫生筹资的公平性方面，中国的排名更差，排在第188位，倒数第4，仅比巴西、缅甸、塞拉利昂稍强。中国长期以来一直认为印度是一个贫富差距极大的国家，但它排在第43位。伊拉克，一个遭受将近10年经济制裁的国家，也排在第56位。而其他所有人口众多的国家，像巴基斯坦、印尼、埃及和墨西哥，它们的医疗卫生体制也比中国更公平。对照20年前中国卫生保健体制受到的赞扬，这的确是一个巨大的反差。而中国自己的统计情况在很大程度上也确认了世界卫生组织的评估。

这究竟是为为什么？毫无疑问，我们需要考虑许多因素。而本文主要集中在两个因素上，笔者认为这两个因素是其他所有因素的基础：政府为全体人民提供卫生保健的意愿和能力。

改革前的医疗卫生服务是大众能够负担得起的，也很公平，从根本上说这是因为它建立在公平的社会规范之上。自从中国在1980年代开始以市场导向的经济改革后，效率的价值超过了公平，后者作为社会规范的支持力量逐渐丧失。在以上讨论的所有卫生保健改革措施的背后都有一个不言自明的假定，那就是，市场在卫生资源的分配上比政府更有效率。对于市场的信心使得政府有理由从其作为卫生保健投资人和提供者的角色中撤离出来。正是由于这种思想认识的变化，卫生部门经历了从普遍的国家福利模式到“社会化”模式的转变，在这种情况下，国家试图卸除在卫生保健筹资和供给方面的责任，而鼓励社会各方参与。领导人可能相信，只要保持经济的持续繁荣，所有的社会成员，无论贫富，都最终能够自己负担卫生保健费用。

正当政府对卫生服务均等化的承诺弱化之时，适逢20世纪80年代和90年代初期实行财政分权化，这进一步削弱了政府的财政汲取能力。财政收入占GDP的比重迅速下降到比世界上大部分国家都低的水平，可供政府支配的财政资源十分匮乏。在这样的情况下，即使政府保持分

---

李薇薇：《民政部全国百城万户低保抽查结果》，新华社2002年11月28日，<http://www.china.org.cn/chinese/2002/Nov/238582.htm>。

WHO, *The World Health Report 2000—Health System: Improving Performance*.

世界卫生组织于1978年在阿拉木图召开了会议，会议以“到2000年人人享有卫生保健”为主题，中国当时的卫生保健体制是世界各国学习的典范。

必须指出的是，尽管本文讨论了诸多问题，但到目前为止中国的总体医疗状况还没有发生重大的退步。

Guan Xinping, *China's Social Policy in the Context of Globalization*, paper presented at International Conference on “Repositioning the State: Challenges and Experiences,” Hong Kong Polytechnic University, April 25—26, 2000; Linda Wong, *Individualization of Social Rights in China*, in Sally Sargeson (ed.), *Collective Goods, Collective Futures in Asia*, London and New York: Routledge, 2002.

配公正的承诺，也没有足够的资源可供再分配了。

政府在承担初级卫生保健职责中表现出的意愿和能力不足可以解释为什么中国减少了卫生保健方面的财政支出，转而采用新加坡模式的医疗保险，并且在医疗服务和药品销售上实行双重价格体制。这些改变接下来又解释了为什么医疗成本增高以及卫生保健筹资和利用中的不公平。

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卫生保健，如何分配经济增长的成果同等重要。第二，不论市场的力量如何强大，也无法解决医疗资源分配中的不公平问题和患者、保险人以及医院之间的信息不对称问题。依赖自由市场经济来筹措资金和提供医疗服务将不可避免地导致穷人以及弱势群体对公共卫生服务使用的减少，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，而且有利于其他许多人类目标的实现。健康的缺乏会剥夺人们作出选择、把握社会机遇、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卫生保健体系怀有一种乐观的想法，这颇有讽刺意味。如果能把日益严重的卫生保健不公平主要归咎于现行政策，那么就可以认为卫生保健的不公平是可以通过政策干预加以遏制的。换句话说，良好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，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 1990 年代末开始，越来越多的资金已经投入到社会安全网络的建设中来，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。因此，财政收入占 GDP 的比例在多年的持续下降之后，终于开始回升，从 1995 年的 10.7% 上升到 2004 年的 19.3%，很大程度上弥补了 1980 年代中期以来造成的损失。

我们必须承认，中国政府关于公平分配的承诺还不是很强，政府财政汲取能力的重建还没有完成。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卫生保健普遍可及，就像在 20 多年前做到的那样。

[本文责任编辑：李存娜]

A. Sen, *Development as Freedom*, New York: Alfred A. Knopf, 1999.

R. J. Barro and X. Sala-i-Martin, *Economic Growth*, New York: McGraw-Hill, 1995; J. Drèe and A. Sen, *India, Development and Participation*, Delhi: Oxford University Press, 2002; A. Deaton, Health, Inequality and Economic Development, *Journal of Economic Literature*, vol. XLI, 2003, pp. 113—158; A. Deaton, Health in an Age of Globalization, *National Bureau of Economic Research Working Paper*, No. 10669, 2004.

H. Bekedam, Macroeconomics and Hospital Reform, a presentation at the “Peking University Health Economics and Management Forum 2004”, December 8, 2004.

王绍光：《顺应民心的变化：从财政资金流向看中国政府政策调整》，《战略与管理》2004 年第 2 期。

国家统计局：《中国统计摘要—2005》，第 71 页。

applicable, and the high marginal tax rate does not function at all. The average marginal rate of wage earners' income tax is estimated to be between 6.7—10.4%, with the effective tax rate being between 2.9—5.1%. The group with a monthly income between RMB 1300—5800 *yuan*, to whom the 2<sup>nd</sup> and the 3<sup>rd</sup> levels apply, constitutes 47.4% of the survey sample, while they contribute 84.9% of income tax from salaries. They are the main taxpayers of individual income tax on salaries. Adjusting the standard deduction according to inflation would free over half of present wage earning taxpayers from the obligation to pay tax.

**(7) Financing Contract, Signal Mechanism and Financial Structural Reform in China**

*Feng Jun Yuan Zhigang · 67 ·*

The cost of verification arising from information asymmetry increases the cost of external financing, while a well-developed signalling mechanism may effectively minimize the cost of verification and optimize allocation of resources. As either shareholding contracts or liability contracts have advantages and disadvantages, the cost of verification and the signalling mechanism are taken as the main factors in evaluating a financing contract. Financial structural adjustment is to be carried out by getting rid of administrative interference and looking for financing means that contain market adjustment mechanisms. We urgently need to improve signalling mechanisms and develop the corporate bond market in China's financial structural reform.

**(8) Social Costs of Statutory Property: A Comparative Study of Legislative Policies across the Strait and Suggestions**

*Su Yongqin · 79 ·*

The *numerus clausus* principle has been under theoretical review and has tended to become flexible in civil law in Taiwan in answer to the needs of social and political development. Nevertheless, in the civil legislation across the Strait, statutory property seems to be on the rise with no serious review. Despite its various economic and non-economic merits, such as improved efficiency in resource utilization, fair distribution, and so on, statutory property causes obvious social costs that are unlikely to be internalized in the transaction itself, such as the cost of identifying the state of statutory properties, and those of excluding, supplementing or precluding statutory property that does not meet the requirements of specific transactions. It may also distort competitive market mechanisms. Although they have inherent differences, the statutory property and the *numerus clausus* principle are the same legislative policy when it comes to the state intervention in property rights. Therefore, it should be reviewed from the standpoint of the basic idea of private-law autonomy, so as to establish proper legislative policy for the statutory property.

**(9) State Policy Orientation, Extractive Capacity and the Equality of Healthcare in Urban China**

*Wang Shaoguang · 101 ·*

The will and capacity of the Chinese government in assuming healthcare functions have changed greatly since the reform. This paper explores the impact of such changes on equity in the financing and provision of service in healthcare in urban China. The author briefly traces how China's urban health insurance has evolved under acute fiscal stress, investigates how the shift of government policy in relation to public healthcare agencies has affected the behaviors of healthcare providers, and explains some phenomena such as unequal healthcare financing and

rising costs from the perspectives of demand and supply. Based on three National Health Services Surveys (1993, 1998, 2003), the author empirically examines the degree of inequality in healthcare financing and delivery in urban China. The article concludes that the market-oriented health reform in urban China has exacerbated the cost problem that it intended to solve, reduced access to health services for the most vulnerable, and increased the instances of illness-induced poverty. To solve the problem, the government should reorient its policies and increase its extractive capacity, so as to play a more important role in restoring an equal and accessible basic healthcare system that covers all residents.

(10) **Economic Institutional Reform and the Transformation of Village Public Authorities: A Case Study of a Village in the Southern Jiangsu Province**     *Song Jing Yang Shanhua* ·129 ·

Sociological researchers on rural reform in contemporary China are trained to explore the social implication of transitional economies via distinct mechanisms across areas and through time. Drawing on data from a southern Jiangsu village, this paper attempts to examine the boundaries, arrangements and spheres of village public authorities since the mid and late 1990s. As the collective industries and TVEs have been undergoing a privatizing process, the collective-based village public authorities have experienced a transformation that features decentralization of power, elite division and contraction of responsibility. Not only the peculiarities unique to the rural economic structure and the privatizing reform, but also the administrative institutions, such as the recruitment and promotion of cadres, help to shape and diversify the new local authority system and strategy. Contrasting the historical experience of socialist restructuring with the market-oriented transformation of recent years, the village public authority offers an example that provides a comparative framework with regard to economic development and social change.

(11) **Raison d'Être and Modernity of the Old Style Shi and Ci Poetry in the 20<sup>th</sup> Century China**  
*Chen Youkang* ·143 ·

The *raison d'Être* of the old style *shi* and *ci* poetry has long been questioned, rejected and suspended in 20<sup>th</sup> century China, so much so that the style has been excluded from literary studies and literary history. A part of literary intellectual resources thus lay unused. Some researchers question and reject the *raison d'Être* of the old style *shi* and *ci* poems; some failed to see the function and expression of this traditional genre in modern society. To change such a situation, we must understand the reasonable nature of the old style *shi* and *ci* poems in the first place. It is also necessary to redefine the domain of "modern literature," to integrate 20<sup>th</sup> century Chinese poetry under the head of "modern poetry in Chinese" so as to eradicate the confrontation and opposition of the old and the new styles. The old style poems composed in the 20<sup>th</sup> century showed a prominent tendency towards modernity and hence stood on its own feet as a new tradition. In the new century, the dichotomy of the new and the old style poems should be broken, and the old style poems should be studied as cultural products of the Chinese nation created in the new historical period. That will promote not only the development of the writing of old style poetry, but also that of literature and the view of culture.

(12) **Some Remarks on the Origination of the Five-Character Poems: Starting from the Distinction between "Poetry as Expression of Ambitions" and "Poetry Arising from Emotions"**

*Dai Weihua* ·154 ·