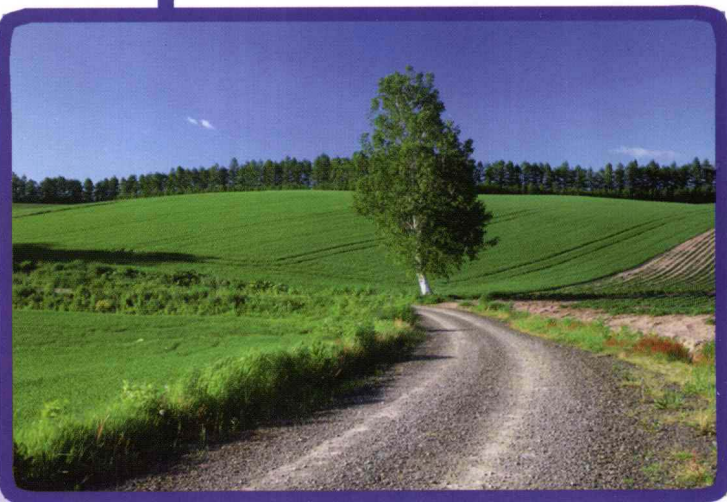


中国农村贫困人口社会 医疗救助制度研究

方鹏骞 著



科学出版社
www.sciencep.com

华中科技大学文科学术著作出版资助

中国农村贫困人口社会 医疗救助制度研究

方鹏骞 著

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书通过对我国农村贫困人口的健康贫困状况全面审视,提出了建立我国农村贫困人口医疗救助体系的设想和方案。

本书从反健康贫困理论的角度,对中国农村贫困人口医疗救助制度进行了全面、系统的研究,建立了具有可操作性的理论模式;在方法学上,采取归纳与抽象的理论分析研究和现场数据信息与观察的实证分析研究相结合的研究方法,对于医疗救助内部运作机制有关影响因素进行评价,建立相关模型。

本书提出了针对贫困人口健康保障体系及其运作机制的“治理结构”理论,通过在农村贫困地区进行现场抽样调查,收集有关数据资料,对医疗救助计划的筹资方式、资金使用方向以及主要影响因素进行分析评价,力图在贫困人口健康保障领域的不同层面构建典型范例,为在其他贫困地区推行医疗救助政策提供诱导作用。

本书对我国农村健康政策的目标选择进行了深入分析;以详实的数据资料,对我国农村贫困人口健康贫困状况与健康环境进行分析,提出减缓或消除健康贫困的理论层次和战略思路;运用案例分析方法,对农村贫困人口医疗救助方案的设计程序和医疗救助服务范围 and 补偿比例进行了系统评价,并运用现场收集的数据资料,对目标人群支出总费用与医疗救助基金总量进行模拟测算;运用人口统计分析方法,对医疗救助服务利用以及效果进行评价。

图书在版编目(CIP)数据

中国农村贫困人口社会医疗救助制度研究 / 方鹏骞著. —北京:科学出版社,2008

ISBN 978-7-03-021637-3

I. 中… II. 方… III. 农村-医疗保健制度-研究-中国 IV. R197.62

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第050844号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:周万灏 李国红 / 责任校对:张 琪

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008年7月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008年7月第一次印刷 印张:9 1/2

印数:1—1 500 字数:216 000

定价:38.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新蕾〉)

序 1

农村贫困人口在社会经济、文化教育和医疗卫生等方面常常处于最困难和最不利的地位,在生活上和其他方面最需要社会提供帮助和保护,医疗救助便是其中最迫切和最重要的方面。保障农村贫困家庭成员的基本医疗保健服务和健康权利,是政府重要的卫生经济政策之一。目前,相对于我国农村贫困人口的健康需求而言,我国对贫困人口医疗救助计划的理论研究与设计是滞后的。因此,迫切需要一本既能借鉴和吸收国外健康保障体系的精华,又能从中国实际出发,探讨中国农村贫困人口医疗救助改革与发展之路的书籍,以满足卫生管理领域探索的需求。华中科技大学同济医学院方鹏骞教授的著作——《中国农村贫困人口社会医疗救助制度研究》正是基于此而著。方鹏骞同志在开展该领域的研究过程中,深入农村贫困地区进行了大量细致的现场资料收集和调研工作,在很多方面提出了自己的独创性见解,理论上有一定突破,我认为本书具有以下特色和优点:

1. 内容上 该书不仅有从实际出发的科学态度,而且具有理论创新的勇气,学术观点比较新颖和鲜明,资料详实,注意结合运用现场数据信息和社会学定性访谈资料来阐明问题,提出对策。作者在研究中不拘泥于现有的研究结果,而是敢于向难题和现有结论提出挑战。主要表现:通过对公平与效率内涵的思考,对我国农村健康保障政策的目标选择进行深入分析;运用案例分析法,确立农村贫困人口医疗救助方案的设计程序;运用多学科分析方法对我国医疗救助服务利用以及效果进行评价,最终基于对我国农村贫困人口健康贫困状况的分析与思考,构建减缓或消除健康贫困的理论框架,并提出了我国农村贫困人口医疗救助制度的建设及其干预方案。

2. 方法学上 该书注重理论联系实际,采用理论分析和现场实证研究相结合的研究方法,并运用多学科研究思路,对中国农村反健康贫困模式以及贫困人口医疗救助制度进行了系统的研究,例如,创新性地运用结构方程模型对医疗救助内部运作机制相关影响因素进行了定量评价。

3. 现实意义和应用价值 该研究成果对在我国农村地区探索和建立符合中国国情的健康保障体制以及贫困人口医疗救助机制具有一定的指导作用,也将会作为我国政府在制定农村贫困人口健康保障政策时的参考依据。

相信《中国农村贫困人口社会医疗救助制度研究》一书能对以贫困为根本属性的社会弱势群体提供社会支持,实现社会正义、公平和人权,减少社会风险;能对我国的农村贫困人口健康保障体系的建立起到积极的作用。

方鹏骞同志在原同济医科大学获得医学硕士学位,在北京大学获得法学博士学位,并曾在美国斯坦福大学从事卫生经济方面的博士后研究,具有良好的交叉学科背景。他自 1988 年以来一直在华中科技大学同济医学院工作、学习,勤奋刻苦,笔耕不辍,主持过多项国家自然科学基金、国家社会科学基金研究项目,是一位比较突出的中青年学者,其研究成果的理论水平和应用价值在国内相关领域具有一定的影响力。作为他的领导和同事,对于他所取得的成绩和学术发展,我感到很欣慰,也希望他今后继续努力,争取更大进步。故做以上数语为序。

冯友梅
2007 年 6 月

序 2

在经济快速发展进程中,我国人民群众之间收入差距不断扩大的社会现象引起了国内外学者的高度关注。在农村,对于失去主要劳动力和主要收入来源的贫困家庭来说,看病难、就医难的问题日益突出,农村贫困人口在社会经济、文化教育和医疗卫生等方面常常处于最困难和最不利的地位,这对于统筹城乡发展、推动社会主义新农村建设和构建社会主义和谐农村是一个巨大的障碍。目前,我国贫困人口医疗救助计划的理论研究与设计相对薄弱。因此,加紧对中国农村贫困人口医疗救助制度的改革与发展的理论研究就显得尤为迫切和重要。

方鹏骞同志在我的指导下攻读博士学位期间,曾向我谈起想做这方面的研究,我是非常支持的。我向来主张研究生就是要善于发现问题、研究问题和解决问题。他选择这个目前农村贫困人口社会医疗救助制度理论研究上还比较薄弱,但具有一定前沿性的课题来研究,这是非常值得赞赏的。医疗救助是指政府和社会对那些生病,但又无经济能力进行治疗的特困人群实施专项帮助和支持的行为,也是社会保障领域中救济、救助体系的重要组成部分。当然,要解决这个问题,难度也很大,极具挑战性,而且需要一定的勇气。因为当时有关这方面的理论资料是比较少的,尽管实践中有不断运用的实例,但却较少有相关的文章介绍。方鹏骞同志不畏艰难,经过几年时间的精雕细琢、反复揣摩,娴熟运用多学科分析方法,广征博引,终于完成了这一论著《中国农村贫困人口社会医疗救助制度研究》。书中通过对公平与效率内涵的思考,对我国农村健康保障政策的目标选择进行深入分析;基于对健康贫困的理解以及我国贫困人口健康贫困状况的分析,确立农村贫困人口医疗救助方案的设计程序,并对我国医疗救助服务利用以及效果进行评价,对我国农村贫困人口医疗救助制度创新理论、实施和评价方式进行了多视野研究。方鹏骞同志一直致力于对中国农村贫困人口社会医疗救助制度理论的思考,并勇于深入到对具体实证的研究当中,不断完善中国农村贫困人口社会医疗救助制度的研究成果,他的努力和执着将有益于我国农村贫困人口健康保障体系的建立。

方鹏骞同志经过几年的努力,完成了这本有关中国农村贫困人口社会医疗救助制度研究的专著。据我所知,目前国内系统地研究农村贫困人口社会医疗救助制度的专著并不多见,这一研究成果的问世,不仅具有重要的学术价值,而且对于完善中国农村贫困人口社会医疗救助制度也有一定的实用价值。当然,对这个新领域的研究,不可避免地会受到主、客观条件的限制,书中还有很多问题没有来得及研究,而且对其中的有些观点,也可能有学者会有不同的看法,这些都有待于我们进一步的完善和思考。

方鹏骞同志近年来致力于中国农村贫困人口社会医疗救助制度的理论与实证研究,已经取得了初步的研究成果。值此新著出版之际,作为导师,我感到由衷地高兴,我愿意把这一成果推荐给学术界和广大读者,并希望今后有更多的农村贫困人口社会医疗救助制度的研究著作问世。

郑晓瑛
2007年5月

前 言

贫困与人口健康状况关系密切。农村贫困人口由于其社会地位的脆弱性,常常处于最困难和最不利的境况,在生活各方面急需社会提供帮助和保护,其中建立满足贫困人口基本健康需求的健康保障体系——医疗救助是最迫切和最重要的方面之一。

迄今为止,相对于我国农村贫困人口的健康需求来说,我国对贫困人口医疗救助计划的理论研究与设计是滞后的,目前在国内尚未见有关农村贫困人口医疗救助制度以及干预方案的系统研究。本书通过对我国农村贫困人口健康贫困状况的全面审视,以及对实行贫困人口医疗救助的迫切性、可行性进行分析;运用在贫困地区现场收集的数据对我国农村贫困人口医疗救助设计方案的思路、基金管理与测算、目标人群的识别、筹资体系与方式的选择及其直接与间接影响因素进行了系统分析与评价,在此基础上,提出了建立我国农村贫困人口的医疗救助体系的设想和方案。本研究的主要内容和成果包括:

1. 现实意义与研究方法创新 本书从反健康贫困理论的角度,对中国农村贫困人口医疗救助制度进行了全面、系统的研究,建立了具有可操作性的理论模式;在方法学上,采取归纳与抽象的理论分析研究和现场数据信息与观察的实证分析研究相结合的研究方法,并运用结构方程模型与探索性因子分析,对与医疗救助内部运作机制有关直接、间接以及潜在的影响因素进行评价,建立相关的模型。

2. 决策咨询与政策诱导 本书提出了针对贫困人口健康保障体系及其运作机制的“治理结构”理论,通过在农村贫困地区进行现场抽样调查,收集有关数据资料,对医疗救助计划的筹资方式、资金使用方向以及主要影响因素进行分析评价,力图在贫困人口健康保障领域的不同层面构建典型范例,为在其他贫困地区推行医疗救助政策提供诱导作用。

3. 学术意义 通过对公平与效率内涵的思索,并结合健康资源的配置状态分析,对我国农村健康政策的目标选择进行了深入分析;以翔实的数据资料,对我国农村贫困人口健康贫困状况与健康环境进行分析,提出减缓或消除健康贫困的理论和战略思路;运用案例分析方法,对农村贫困人口医疗救助方案的设计程度和医疗救助服务范围 and 补偿比例进行了系统评价,并运用现场收集的数据资料,对目标人群支出总费用与医疗救助基金总量进行模拟测算;运用人口统计分析方法,对医疗救助服务利用以及效果进行评价。因此,本书在社会保障领域中有关贫困人口健康保障学术研究方面具有一定的创造性。

方鹏骞

2007年8月

目 录

序 1

序 2

前言

第一章 绪论	(1)
第一节 问题的提出:健康服务的公平与效率——不可避免的抉择	(1)
第二节 贫困及其成因分析	(9)
第二章 研究内容与理论框架	(17)
第一节 回顾与评述	(17)
第二节 研究的理论框架和内容	(24)
第三节 贫困人口健康保障体系:社会保障、社会救助与医疗救助	(26)
第四节 贫困人口健康筹资实践:中国农村贫困地区医疗救助扶贫项目试点	(32)
第三章 数据来源和分析方法	(37)
第一节 数据来源	(37)
第二节 数据评估	(40)
第三节 分析方法	(44)
第四章 贫困人口健康保障体系运作机制分析	(46)
第一节 农村健康贫困状况以及反健康贫困战略分析	(46)
第二节 贫困人口健康筹资机制的治理结构与制度创新	(54)
第三节 建立贫困人口健康保障——医疗救助体系的必要与责任	(60)
第五章 农村贫困人口医疗救助的目标群体	(66)
第一节 目标群体的思考	(66)
第二节 目标群体的范围与规模估算	(71)
第六章 农村贫困人口医疗救助方案的设计	(77)
第一节 农村贫困人口医疗救助方案的设计程序	(77)
第二节 基本服务范围	(88)
第三节 可行性分析与评估	(91)
第七章 农村贫困人口医疗救助基金筹集机制与管理	(94)
第一节 筹资体系与方式的选择:政府干预与社会资本	(94)
第二节 医疗救助基金的筹资及测算	(99)
第三节 农村医疗救助基金的监督机制	(101)

第八章 农村贫困人口医疗救助评价	(104)
第一节 医疗救助服务利用与健康效果评价	(105)
第二节 直接、间接和总体影响因素分析——因子分析与结构方程模型	(112)
第三节 医疗救助基金运作的定性评估——选题小组评价	(124)
第四节 调查对象对医疗救助扶贫观点的聚类分析	(128)
第九章 总结:研究成果与不足	(132)
主要参考文献	(135)
附录 结构方程模型分析方法在 SAS 软件中的实现:CALIS 过程步	(138)
后记	(141)

第一章 绪 论

虽然人类社会已经进入 21 世纪,但是无论是在西方发达国家还是发展中国家,也无论在资本主义国家还是社会主义国家,都普遍存在着一个以农村贫困家庭成员和残疾人、下岗失业者、受灾人群等为主体的社会弱势群体。这类社会弱势群体的存在与社会制度并无直接关联,而是与在特定的历史发展进程中的人类特殊生理阶段、生态环境和社会变革因素密切相关。同时,由于中国正处于建立市场机制的过程中,在因资源有限而不能满足所有社会成员对物质、健康等需求的条件下,一部分社会成员会因生理条件、自然条件和社会条件的制约而不可避免地沦为以贫困性为根本特征的社会弱势群体。农村贫困人口,尤其是贫困家庭的妇女与儿童,由于其生理阶段的特殊性和社会地位的脆弱性,常常处于最困难和最不利的地位,在生活上和其他方面最需要社会提供帮助和保护,其中医疗救助是最迫切和最重要的方面之一。保障农村贫困家庭成员的基本医疗保健服务和健康权利,是政府重要的卫生经济政策之一,其目标是提高贫困家庭成员的生存质量,降低他们社会承受力的脆弱性。

贫困是导致社会不稳定的重要因素;贫困降低社会效率,妨碍社会发展;贫困使得社会成员的健康水平、人口素质以及生存质量下降。我们不应漠视、歧视社会弱者,而应对他们进行广泛而有力的社会支持,使他们摆脱生活困境。因此,通过资源转移支付,建立对以贫困性为根本属性的社会弱势群体的社会支持与社会保障体系是实现社会正义、公平和人权,减少社会风险的需要。

本书选择研究社会保障中的医疗救助问题,是源于笔者长期以来对人口与健康、贫困人口的健康保障体制研究领域进展的关注。笔者亲身参与了在我国农村部分贫困地区开展的贫困人口医疗救助的试点工作评估,无论是从理论思索、还是从实践的体验,深深地感到一个科学、规范、稳定的医疗救助制度在减缓和消除健康贫困所发挥的重大作用,而我国国内迄今尚未见针对农村贫困人口医疗救助的系统研究。本书力图通过对在我国农村部分贫困地区开展的贫困人口医疗救助的试点工作进行系统评价的基础上,提出建立我国农村贫困人口的医疗救助制度的理论设想和可行性方案。因此,理论的困惑与现实的必然导致笔者的本项研究。

第一节 问题的提出:健康服务的公平与效率—— 不可避免的抉择

公平与效率的关系问题是现代各国政府面临的最基本、也是最重大的社会发展抉择,因而长期以来一直是学术界关注的焦点,国外有关这方面的研究比较早且深入,但是国内是从 20 世纪 80 年代中期才开始这方面的探索。对于公平与效率的内涵、观察思考公平与效率

的角度、公平与效率的层次性等,理论界有着不同的理解和认识。例如,有的学者对当前倾向性观点和政府的态度——“效率优先、兼顾公平”的政策提出质疑:中国改革前是一个“公平”的社会,而改革后却成为一个为了效率而牺牲公平的欠公平社会,因而对当前的改革路线构成了极大的理论威胁(吴鹏森,1995)。对反贫困理论来说,公平和效率是需要讨论的首要且基本的问题:反贫困作为一种社会经济行为,是更有效地实现公平,还是进一步提高效率?孰轻孰重?

一、公平与效率的内涵与权衡

(一) 政策分析目标之一——公平原则

公平程度是社会文明程度的重要标志之一,社会公平的原则要求社会成员的权利和义务、作用和地位、贡献与报酬之间恰当、平衡,以达到社会的稳定和有序。公平原则追求的目标意味着:只要人们认为某种方式或方法是公平或正当的,人们就可以给予不同的待遇,或者相同的需求应获得相同的供给(或相同的获取机会)(国家计委投资研究所,1997)。从经济学的角度分析,满足所有人的需要和需求都是不可能的,这是因为人们的要求是无限的,而资源是有限的。同样不考虑人们在文化、社会地位、收入等方面的差异而希望人们的消费是一样的想法也是不合理的。例如在健康服务领域,不同的人群之间在卫生服务消费上存在着巨大的差异,这种差异可能是由于社会经济状况或卫生服务覆盖的差异造成的,但其中有哪些是合理的,哪些是不合理的,这就是一个平等与公平的问题。那么,作为一种分配原则以及决定着一定的主体享有什么样的权利和利益的“公平”的内涵到底是什么呢,笔者认为其从本质上主要包括两个方面的内容:机会均等和结果均等。

1. 机会均等

机会均等指每个社会成员在市场竞争中所形成的一种平等关系,即都享有同等的参与机会、获胜机会以及被选择机会。实际上,机会均等是为具有一定竞争能力的人们所开放的,它保证这些个人或投资主体在市场氛围中处于同一起跑线上,地位平等,凭着自己的能力或实力去追求他们的目标。

2. 结果均等

结果均等指物质或收入分配的规则,它要求社会分配应保证人们的基本生活需要,提高社会脆弱群体对社会经济、文化、健康所致贫困压力的承受力,即社会成员收入差距应保持在社会可承受的程度之内。也就是说,结果均等要求的是人人具有同等的生存权和发展权,因此,它体现了一种社会公平,实际上是要求政府运用收入再分配和公共投资的手段对社会财富分配进行调节、干预。

如上所述,公平性并不完全等同于平等性,以健康服务为例,公平性的内涵是保证全社会成员获得最基本的卫生保健服务,强调的是健康状况与卫生服务的结果均等,而平等性则强调获得的机会均等,即对卫生保健服务有相同需求的个人获得卫生保健服务的机会相同。当然,对公平性的理解随着不同的历史阶段、不同体制的国家而不同,公平分配的标准也只能随着经济关系的变化而变化。持有不同哲学、伦理学观点的学者对公平有着不同的理解见表1-1:

表 1-1 理论界有关公平的四种观点

观点内容	
平均主义	社会所有成员得到同等数量的商品或服务
罗尔斯主义	使境况最糟的人的效用最大化
功利主义	使社会所有成员的总效用最大化
市场主导	市场的结果是公平的

图 1-1 显示社会可接受的公平程度:平均主义追求的公平目标是图中的 45° 对角线。而其他三种观点认为公平是低于对角线的一条线,不同点在于倾角的角度大小不同,并依次递减。

从表 1-1 和图 1-1,我们可以得出如下分析思路:

(1) 平均主义的公平观是所谓完全平等,这在任何社会都是不可能实现的。因为公平是不等于平均的,公平是可以允许不平均存在的。

在市场经济体制下,尤其是在体制转换时期,不同的人群具有不同的消费水平不是不公平,而任何个人或人群的消费或生存状况低于社会可接受水平才是不公平的。

(2) 社会可接受的最低公平水准如图 1-1 所示,是一条低于 45° 对角线的直线,低于该直线才意味着不公平。

(3) 一个社会可接受的最低公平线倾角的大小以及与罗尔斯主义公平线、功利主义公平线的关系则取决于该社会所持的价值观、伦理观、政治结构以及经济发展状况、健康水平。一种社会文化传统中若平均主义或罗尔斯主义观点占主导地位,则该社会的最低公平线就更接近绝对平均线(对角线);功利主义或市场主导思想占主流的社会中,则最低公平线较低。另外,经济较发达、生活质量要求较高的社会其最低公平线较高,经济水平、生存和健康状况较落后的社会或贫困地区其最低公平线较低。但也存在交叉情况,一般认为,美国社会可接受的最低公平线要比西欧国家的要低,虽然它们都有发达的市场经济,然而其社会价值观和传统文化存在差异,主要原因是美国奉行绝对个人自由主义以及更加崇尚市场竞争。

公平是政府在健康领域中追求的一个主要目标。在需求、收入存在较大差异的条件下,即使是卫生保健部门的运营富有效率,由市场供需双方决定资源分布仍然不能带来公平的健康资源配置。因此,笔者认为从政策分析的角度,健康服务中公平性可从以下方面进行理解:

1. 健康服务的覆盖

覆盖面体现了健康资源的供给能力,它包括卫生服务机构、床位、人员、设备等健康资源在不同人群、不同区域分布状况和比例。健康服务的提供存在横向和纵向的公平原则,横向公平指具有同样健康服务需求的人可以得到完全相同的服务;纵向公平指健康服务需求较

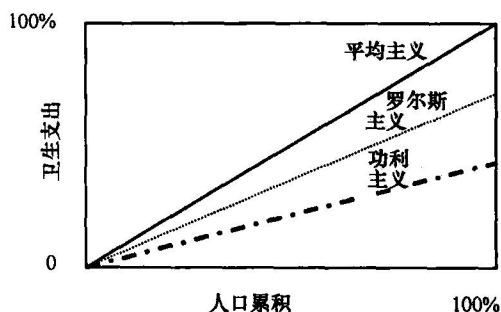


图 1-1 不同公平观示意图

大的人群应该比那些需求较小的人群获得更多的、必要的健康服务。在贫困地区社会弱势群体里,健康服务的横向和纵向公平原则都未能得到体现,尤其是农村贫困家庭妇女、儿童。

2. 健康服务的筹资机制

筹资的公平也存在着横向与纵向两个方面。横向公平意味着具有同等支付能力的人应对健康服务费用给予同等的支付;纵向公平则是认为支付水平应当与支付能力成正相关,即支付能力高的人应当承担更高的筹资比例,而贫困的社会弱者则应少支付。

综合上述两点对公平的理解,笔者认为具有真正体现公平原则的健康服务系统应该是在健康服务覆盖和提供上具有横向公平,而在筹资上要体现纵向公平,也就是说,一个公平的健康服务机制应当是这样的:在一定的经济水平下,根据人们的支付能力进行健康筹资,缺乏或缺少这种经济支付能力的人群,需要由政府通过财政转移支付或社会筹资加以解决,社会筹资也需要政府转移支付来扶持;按照人们的健康需要提供健康服务,促使健康需要尽量转化成健康需求。

3. 健康服务的利用

其包括两个方面:健康服务的可及性和健康服务的实际利用。可及性的含义是当健康服务的消费者存在健康需要时就能得到所需要的服务,也就是使得服务的提供者与消费者之间的接触障碍消除或减少:经济上的障碍——满足居民最基本的健康需要;文化上的障碍——健康教育和基层卫生保健人员能力建设;地理上的障碍——卫生保健机构合理布局。

由于目标人群的经济状况、卫生服务机构设施、卫生人力与资源的配置、服务质量等因素,可能导致不能利用健康服务,因此,并不是所有的健康需要都能转化为健康需求。在中国农村,尤其是贫困地区,大量的健康需要不能或难以转化成需求,这也是健康权利出现不公平性的根源。

(二) 政策分析目标之二——效率原则

现代市场竞争往往倾向于效率,以效率为航标,筛选市场竞争主体。这里所说的效率是属于经济效率范畴,而不是管理学上所讨论的技术效率。

功效的大小被认为是效率的一种朴素的解释,传统经济学观点认为:效率是物质资源的最优配置。“效率意味着从既定资源中获得最大可能的利益,所以效率和经济交相辉映,在某种意义上说,效率成为经济的同义语。世界上任何个人或团体的一切行为都在追求效率”(朱荣科,1998)。效率的内涵是十分广泛的,随着社会的发展,其内涵也在不断丰富,如传统的理解把效率作为资源配置优劣的衡量标准,而今已经扩展到整个自然科学和社会科学领域,出现了所谓非资源配置的X效率。因此,如果我们站在社会经济发展的公共目标角度上来考虑,效率还可以从诸多方面体现:

- (1) 国家社会经济进步的先进理念和正确策略带来效率。
- (2) 社会各类产业、各部门的比例失调会妨碍效率的实现。
- (3) 居民健康状况通过影响社会的稳定和发展来发挥效率的作用。
- (4) 社会保障和社会支持网络的不健全将会降低或损害整个社会发展的效率。
- (5) 社会资本的有效、正确利用会带来效率。

上述5个方面可以从宏观的角度反映出效率在不同领域的展现,都属于X效率范畴。美国科学管理学者林顿·埃默森于1913年,从微观领域就如何改善经济行为,以体现微观

单位的工作效率提出了 12 条原则,如明确的思想、基本的专业知识、纪律、为人公正、标准化管理等。效率的层次可以概括为三个方面:资源的合理利用;以最小成本进行生产;产品类型和数量符合和满足人们的需要。笔者结合健康服务领域的特征认为这种界定阐述了供方和需方在运作过程中的各自作用和角色:

1. 第一层含义是技术效率

即讨论特定数量的产出与某一种资源投入之间的关系,这类准则在社会各领域、各部门是普遍存在和要求的,包括健康服务领域(例如:每位医生完成的门诊人次数、出院患者平均住院日等)。

2. 第二层含义是建立在第一层含义的基础上的

考虑到不同投入的相对费用,即除了取得技术效率外,所需的费用也是最少的,也就是说要考虑成本效益,这在不同领域成本效益体现的形式是不同的。在健康服务领域主要体现在两个方面:

(1) 机构的单位成本:即投入了各种资源的机构成本与完成某项工作的数量之间的关系,例如,平均每次胸透的财务成本、平均每次剖腹产的费用等。

(2) 社会经济成本:包括疾病的直接社会经济负担和间接社会经济负担,前者主要指社会为防治疾病而消耗的经济资源,例如卫生人员、机构以及患者所消耗的经济资源(通常用货币价值衡量);后者指社会因疾病而带来的经济损失,它意味着社会劳动力有效工作时间的减少,工作能力的下降,我们可以用损失或减少的工作时间来表示,如因病缺勤时间、陪护时间、过早死亡而损失的时间等。

3. 第三层含义是所谓配置效率

即在上述两层的基础上,要求产出能够满足人们最大限度的需求。此时的效率将供方和需方联系在一起,考虑到了社会成员不同社会处境、经济水平、消费需求和偏好。我国健康资源分布主要问题是配置不合理,贫困人口由于缺乏健康资源而得不到基本的卫生服务。

近代新货币主义(以美国经济学家弗里德曼为代表)和公共选择学派(以美国经济学家布坎南为代表)强调应该把市场竞争放在首位,通过自由放任的自由市场制度来达到效率的提高,通过价格杠杆和竞争机制的功能优化资源配置。但是并不是所有领域仅仅靠自由市场竞争机制就能解决所有问题,就能使所有环节都处于理想效率水平运营。健康服务领域就是市场失灵的典型例子。由于健康服务市场提供的产品多为公共产品(健康教育、预防接种等),单靠市场机制是不能保证这些产品的供给,也不能充分实现健康经济资源的有效配置(即不能达到帕累托最优),因此,为了促使健康服务市场高效率运转,使得其生产与消费的数量与种类接近社会最佳点,我们必须重视政府干预市场活动的作用,这是因为“我国经济体制改革的目标是建立社会主义市场经济体制”(江泽民,1992)。我国实行的社会主义市场经济与资本主义市场经济既有联系又有区别,笔者认为我国健康服务市场的有效运作首先要弄清的是“生产什么”、“如何生产”和“为谁生产”三个基本问题。

二、健康经济政策的目标选择

本书从对卫生总费用筹资规模时间分布趋势(即卫生保健总支出)进行分析入手,直观地论述我国健康经济政策的目标选择。卫生总费用可以全面反映一个国家或地区的卫生保

健筹资水平及其利用情况,它不仅为政府制定和调整健康经济政策提供信息和依据,而且还可以评价社会对人口健康的重视程度,分析卫生保健筹资与利用公平性和合理性。1990 年与 1998 年,全世界公共卫生保健总支出占世界 GDP 的比重分别为 4.7% 与 5.6% (UNDP: Human Development Report 2000);我国 1990~1998 年卫生总费用筹资规模趋势分析结果见下图(图 1-2),显示了我国卫生费用呈逐年高速增长的趋势,虽然从 1997 年开始增长速度出现回落。

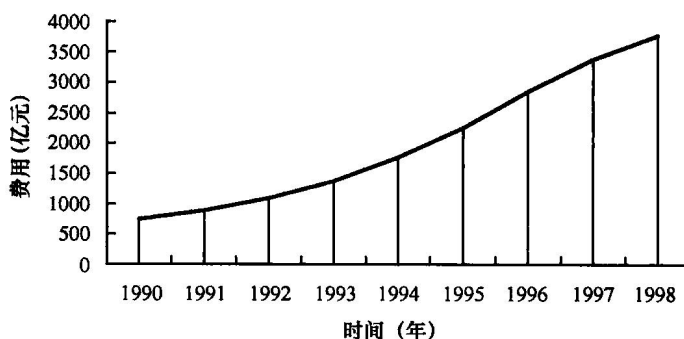


图 1-2 我国卫生总费用筹资规模时间序列分析(1990~1998 年)

资料来源:1998 年中国卫生总费用测算结果与分析(卫生部卫生经济研究所)

但是无论是世界范围内还是在中国,为什么这么高的卫生保健支出却没有能够完全解决好人们的健康问题?许多居民的健康状况不容乐观,不同地区之间、城乡之间、不同人群之间的健康状况存在明显差距,尤其是社会弱势群体、农村贫困人口,他们甚至连最基本的健康保健服务都得不到满足和保障。也就是说,在卫生保健支出高的同时,一些人缺乏基本的医疗保健服务,而另一部分人却获得过度的保护。显然,健康经济政策目标存在问题 and 失误。笔者认为其原因可以从三个方面进行分析。

(一) 社会历史原因造成的人口、经济状况的不均衡性

以中国为例,我国是一个城乡间社会经济发展水平极不均衡的国家,而且这种不均衡状况正在加剧。首先,让我们看看中国的人口状况。根据 2000 年中国第 5 次人口普查数据,全国总人口 12.9533 亿,相当于所有发达国家人口数量的总和,中国具有世界最强烈的人口活动规模和强度,这是中国国情中的基本国情,中国特色最主要的特色(表 1-2)。

表 1-2 中国历次人口普查城乡人口分布情况(单位:万人)

普查年份	市镇人口	乡村人口	总人口	城镇人口比重(%)
1953	7726	50534	58260	13.26
1964	12710	56748	69458	18.30
1982	20658	79736	100394	20.60
1990	29651	83397	113048	26.23
2000	45594	80739	126333	36.09

资料来源:2000 年第 5 次全国人口普查主要数据(国务院人口普查办公室)

从表 1-2 可以看出,我国大部分人口居住在农村,尽管近几年城镇人口比例有所上升。这种人口分布决定了中国是一个发展中的农业大国,同时也预示着我国还存在着一些贫困地区和大量的贫困人口,这其中一些社会弱势群体由于生态环境、社会地位以及自身生理、人文素质的限制,连最基本的生活、健康条件都得不到保障。因此我们在制定健康经济政策时,必须要考虑到我国这样一个人口大国的现实,也只有这样才能维护人类所享有的最基本的人权——健康权。

另一个深刻的社会历史原因就是 20 世纪 50 年代,为了发展我国经济,政府实行了优先发展重工业的发展战略,这一战略目标的实现需要一系列的宏观政策环境,其中之一就是降低农副产品和其他生活必需品、服务行业的价格,这种机制使得农业、服务业(包括卫生事业)滞后于国民经济的发展。由于在改革开放以前,我国卫生事业的发展完全由计划调节,健康服务的提供方较少考虑需方的变化;投资渠道单一,政府提供的资金不能满足社会的需要,人口的健康水平未能显著提高;同时在健康资源的配置方式中,财力资源着重于配给供方机构。20 世纪 80 年代以后,我国进行的经济体制改革,农村实行家庭联产承包责任制,乡镇企业的发展,对农村经济发展起到促进作用,但是由于集体经济的衰落,使得乡村卫生机构和合作医疗失去了经济依托。政府除了补助乡镇卫生院人员工资的 60% 以外,其建设资金、设备购置资金失去了来源,合作医疗也没有了集体资金资助。农村经济体制结构的变化必然导致农村卫生机构经济补偿机制的改变和实行有偿服务,其结果是医疗保健服务费用迅速上升。据卫生部统计,全国县级医院平均次均门诊医药费由 1990 年的 8.1 元上升到 1994 年的 18.1 元,平均年增长率为 22.3%。迅速上升的医疗保健费用成了农村居民,特别是特困家庭患病成员的沉重经济负担。根据中国贫困农村医疗保健制度研究结果显示(顾杏元,1996):1993 年贫困县调查人群两周患病未就诊率为 38%,其中经济困难占未就诊原因的 40.6%;需住院而未住院率为 30.0%,其中经济困难占未住院原因的 78.6%。以上数据表明农村社会弱势群体的经济贫困性、健康保障体制不健全、卫生服务体系重视供方而忽视需方的趋势、卫生机构补偿机制的缺陷导致医疗保健费用超出了社会和居民,尤其是贫困人口的承受能力,使得贫困家庭未能获得基本的健康保健服务。

(二) 健康资源配置的不合理性和低效率

我国健康资源分布的主要特点是社会对健康服务的需求呈正三角形,而健康资源配置呈现倒三角形,简言之:重城市,轻农村。据 1998 年统计,占全国人口 70% 的农村人口,却只占有全国卫生保健筹资总额(卫生总费用)的 46.72%。

健康资源的倒三角形配置是不合理的资源配置,这是因为这种资源配置会造成健康资源使用的低效率、健康服务质量的总体降低、健康服务可及性的下降,而更为严重的是它造成健康服务分配不公平的直接原因。有限的卫生资源过多的流向三级医疗服务将会导致卫生资源的城乡差别加大,使城市的少数人享有大部分的卫生资源,而农村尤其是贫困地区的多数人却享受少部分卫生资源。另外,基层卫生组织的削弱会影响人们的基本卫生保健服务,特别是那些贫困患者不但由于支付能力的限制得不到高层卫生机构的服务,而且得不到最基本的健康服务,最终加剧健康服务的贫富差距。

(三) 相关利益集团或阶层对健康政策所施加的影响

一些利益集团或阶层通常从维护自身利益出发,试图影响国家或地区的健康经济政策。例如:健康服务提供者(医护人员团体)关注执业范围、服务价格政策;药品生产者协会关注药品价格;城市消费者群体则提出更高的健康需求。然而农村居民,尤其是社会弱势群体,由于他们是一个在社会资源分配上具有经济利益的贫困性、生活质量的低层次性和承受力的脆弱性的特殊社会群体(陈成文,1999),常常处于被漠视、歧视的社会地位,受到其他社会集团或群体的不公正对待,信息交流不对称。歧视就是一定社会集团或群体为了维护自己的特殊利益并使自己与某一特定社会集团或群体保持严格界限而采取的一种手段(袁亚愚,1997)。这种漠视或歧视现象的存在必然导致社会弱势群体(在农村主要指贫困人口)自身人文素质偏低,信息的获取和传播处于不利地位,再加上缺乏组织性和社会支持网络,因此,少有能够反映他们境况、心声,代表他们利益的代言人,他们的愿望和需求未能以有效的方式表达,最终结局是他们的一些基本生活、健康需求得不到保障。

为此,通过以上对我国健康经济政策目标的检讨,笔者认为处理好效率、公平和稳定的关系是选择符合国情的、理性的健康经济政策目标的前提和焦点。

关于公平和效率谁优先,它们之间应该是什么样的关系,不同的经济学家、社会学家历来对此存在不同的看法和理解。以新货币主义、公共选择学派为代表的新自由主义经济学家认为,应当把市场竞争放在首位,强调效率优先,而不应采取人为的“收入均等化”措施,强求“公平”会给社会带来更大的损失。而制度主义经济学家则认为仅靠市场机制运作而无政府干预,不但不同阶层或群体的收入不可能公平的分配,而且资源也不可能有效、合理的配置,因此主张公平优先,强调政府在市场经济发展过程中的干预作用。当前,国内理论界对于经济政策目标选择中效率和公平之间的关系存在两种论点:

1. 一是效率优先、兼顾公平

这种观点认为我国传统文化与价值观以及计划经济体制在社会财富分配方面崇尚平均主义,并成为社会生活中的普遍原则,这种传统的目标选择是利用牺牲效率换来贫困的公平,而贫困基础上的公平最后的归宿必然是贫困与不均并存(朱荣科,1998)。

2. 二是以公平促进效率,以效率实现公平

这种观点认为效率优先若导致收入分配的不平等所引起的对立情绪和社会心理障碍将会给社会生产率带来损害。社会发展是经济增长的目的和必要条件。任何不公平途径所形成的效率是不长久的,也是任何政府为了维持社会安定和政权稳定所不允许的。

笔者认为权衡公平与效率的目标应该依据不同的角度进行选择。从宏观社会经济政策来说,强调效率优先是因为社会生产率提高的结果是促进社会财富的增加,进而提升人们生活水平的物质平台;效率带来生产发展力是人民生活质量提高和实现平等的唯一途径;一味坚持收入均等化的公平优先将会纵容人们的懒惰行为,使得那些有实力、才干、智慧、勤奋的,能使社会财富增长的人和社会集团的利益受到损失,使得他们对社会的贡献受到不公平的对待。但是,对于在实施消除或减缓健康贫困的规划和行为时,笔者认为应该在道义上强调社会公正,在价值判断上,从维护人的基本权利——生存权和健康权的角度出发,则必须强调公平性原则,强调基本健康服务的公平性,这是因为:

(1) 居民健康状况是社会发展的重要标志。主要健康指标,如死亡率、出生率、平均期

望寿命等已成为国际上衡量社会发展及社会文明程度的重要指标,人口健康与社会发展关系密切,健康保健事业与社会同步协调发展。

(2) 社会发展最主要的支柱是掌握现代科学技术的健康人群。健康是经济与社会发展的组成部分,健康的人群是对社会经济发展的一项重要投资。

(3) 生存权、健康权和发展权是每个公民的天赋权利,是不能用效率来衡量的。由于各种社会、经济、文化原因,公民丧失了这种权利,政府和社会应该归还给社会公民。这是保障贫困人口或社会弱势群体生存权、健康权,满足他们基本生活、健康保健需求的本质。

(4) 面对在市场追求效率的过程中,产生收入、需求满足不均等消极因素,政府作为社会公众利益的代表者,应该通过其干预和调节,由社会公平来解决。

(5) 我国目前反健康贫困的对象是处于农村特困家庭的社会弱势群体,对这些温饱问题、基本健康服务都没有保障的人口来说,首先应该解决的是其生存权和健康权问题,而且应该放在同等重要地位,因为生存与健康的关系是密不可分的。因此,反贫困与反健康贫困的这种社会行为的基本价值取向是公平而不是效率。

综上所述,健康是人类生存与发展的最基本条件,保障人民最基本的健康需求是实现社会经济发展的必要条件,因此,反健康贫困的基本政策和行为应该强调社会公平,公平促进效率,以效率实现公平。当然,中国社会发展过程的经验告诉我们,公平被平均主义替代是对公平的歪曲,它既否定了公平的基本原则——机会均等,使得一些阶层或集团在起步阶段就已经处于不利的或优势的地位,同时某些经济特权阶层或社会强势群体破坏了收入均等化,出现了对公平原则的践踏和思维的混乱,导致直至今日对公平原则仍存在不同的理解,无法做出真实的价值判断。笔者认为公平原则应该是机会均等下的收入或需求满足的不平等,例如,人由于能力和才智上的差异而出现不同的人的收入上的不均衡,这是正常公平的反映;但是如果是城乡之间地理位置和人文环境的差别,资源配置的不合理而产生的收入或需求满足程度的不平等则违背了公平准则,其结果可能是忽视或剥夺人的生存权和健康权。

第二节 贫困及其成因分析

一、贫困的释义

(一) 贫困概念的释义

在迄今为止的一切社会中,一直存在着贫困现象,即使是富裕发达的国家也不能根除贫困。也就是说,人们虽然能够减轻、治理贫困,却无法根本消除贫困。贫困问题在不同的社会制度、不同的价值观以及不同的学科领域存在着不同的看法和认识;在不同的国家,由于社会经济发展水平的差异,其贫困的表现形式、成因以及重点目标人群也存在很大区别。

贫困是一个复杂的社会现象,涉及诸多影响因素,但是它最直观的表现就是生活困苦,经济收入和物质生活处于一种勉强维持生存的状态。“如果一个家庭的总收入不足以取得维持仅仅是物质生活所必备的需要,那么该家庭就处于贫困状态”(西勃海姆,1898)。印度学者鲁达尔·达特认为:贫困是社会的一部分人甚至不能够得到基本的生活必需品(鲁达尔·达特,1994)。这是从生活消费的角度来看待贫困的。后来,人们对贫困的认识又进了