

武汉大学公共管理系列学术丛书

中国卫生财政支出的 实证分析

孙菊著

ZHONGGUO WEISHENG CAIZHENG ZHICHU DE SHIZHENG FENXI

ZHONGGUO

中国社会科学出版社

政支出对卫生总费用的约束、卫生财政支出对医疗机构的激励和卫生服务提供效率的影响、卫生财政支出对卫生服务利用公平性的影响以及卫生财政支出的健康产出效应等，得出了一些重要的研究结论，并为新一轮以“政府主导”为方针的卫生投入政策提供了有益的政策建议。

当然，卫生财政支出的研究是一个宏大且重要的研究课题，本书的研究还有待深入和提高。期望作者能在这一研究领域继续耕耘，取得更大成绩。

李 珍

2010年8月于北京北沙滩

引言

一 研究背景

新中国成立 60 年来，中国的卫生系统经历了两个截然不同的发展阶段，得到了两种截然相反的评价。在经济发展水平落后的计划经济时代，以很少的投入，取得了骄人的成绩，不仅用最低廉的成本保护了世界上最多人口的健康，而且公平状况良好。发展经济学家德热兹（Jean Dreze）和阿玛蒂亚·森（Amartya Sen）曾经以中国经济改革前的农村卫生制度为例，论证发展中国家完全可以在低收入水平下借助公共支持实现基本医疗服务广泛的可及和可得性^①。然而，随着计划经济向市场经济转轨，卫生事业的发展却严重滞后于经济和其他社会事业的发展。虽然经济在持续增长，物质基础越来越雄厚，卫生投入越来越多，但医疗卫生体系暴露出的问题却越来越突出，越来越严重，健康状况的改善速度在下降，健康公平性也越来越差。

自医疗卫生体制改革以来，医疗技术装备水平全面改善，医疗服务机构的数量、医生数量以及床位数量都比计划经济时期有了明显的增长，医疗服务领域的供给能力全面提高；医疗服务机构组织方式的改革明显地提高了医疗服务机构及有关人员的积极性，内部运转效率有了普遍提高。但与此同时，医疗卫生体制改革带来的问题和矛盾也越来越突出，出现了诸多不和谐的方面。主要有：公共卫生体系不健全，难以有效控制重大疾病的流行；城乡之间和区域之间居民的医疗卫生服务差距扩大，大多数农民和城市低收入居民缺乏基本医疗保障，医药费用负担沉重；看病难、看病

^① Dreze & Sen: *Hunger and public action*, Clarendon Press, Oxford, 1989, pp. 206 - 210, 转引自朱岭《健康投资与人力资本理论》，《经济学动态》2002 年 8 月。

在本章中，我们提出的卫生财政支出的实证分析框架由五个部分构成：（1）分析政府卫生财政支出水平与经济增长水平之间的关系；（2）分析卫生财政支出对卫生总费用的制约效应；（3）分析财政补助对医疗服务生产效率的影响；（4）分析卫生财政支出对卫生服务公平性的影响；（5）分析卫生财政支出与居民健康之间的关系，该机制是政府卫生支出绩效评价中的核心机制，其他机制都是围绕这一机制产生的。

第二章，文献研究。根据本书研究主题，我们从卫生财政支出的规模与结构、卫生财政支出与经济增长、卫生总费用、财政补助与医院效率、卫生财政支出与卫生服务公平性以及卫生财政支出与居民健康等五个方面，对国内外的重要文献进行了全面的梳理和分析。

第三章，卫生财政支出规模、经济增长与卫生总费用。首先，我们在比较了国内外政府卫生支出统计口径的基础上，分析了中国卫生财政支出的规模、结构及其在时间上的变化趋势。其次，通过对时间序列的单位根检验和协整检验，我们发现，中国的卫生总费用尽管增长较快，但总的来说还是与经济增长协调的，其收入弹性系数为 1.10，这一数据也与国际经验数据相符。但政府预算卫生支出的增长速度明显落后于经济增长速度，其收入弹性系数只有 0.79。政府预算卫生支出的收入弹性不仅小于世界的平均水平，而且小于卫生总费用的收入弹性。另外，提高政府卫生支出在卫生总费用中的比例有利于制约卫生总费用的上涨。

第四章，财政补助与医疗效率。随着卫生财政管理体制的改革，政府对医院的财政补助政策发生了巨大的转变，伴随着这些转变，医院彻底变成了医疗市场上的逐利者。医院的公益性逐步下降，尽管医疗服务生产过程中的技术效率有所提高，但却已经远远偏离了资源配置的效率标准。利用数据包络分析（DEA）的超效率模型，本章计算了各地区城市医院从 1992 年到 2005 年的生产效率。城市医院经历了效率降低到效率递增的过程。财政对医院的补助在 1998 年以前对提高医院的经营效率具有积极的影响，但在 1998 年以后，财政补助的这一作用不但消失了，反而有可能成为医院低效率的原因。

第五章，卫生财政支出与卫生服务公平。中国的卫生财政支出不管是从筹资来源，还是从受益归属来看都是利富而不是利贫的。也就是说，中国的卫生财政政策进一步强化了个人经济收入水平与医疗卫生之间的关联度，没有实现其再分配的功能。卫生筹资是累退的，低收入组家庭的卫生

健康和教育的支出是一种资本性投资。健康与教育不同之处在于,健康主要是通过增加可劳动的时间,而不是主要通过增加生产率来提高收入能力的。在此基础上,20世纪60年代,新古典增长模型将资本从物质资本扩大到人力资本。研究经济增长模型的经济学家先后建立了人力资本增长模型,把人力资本作为一个变量加入经济数学模型,来分析人力资本对经济增长的贡献,比如说我们熟悉的乌扎华(Hirofumi Uzawa)模型和卢卡斯(Robert E. Lucas Jr)模型。国内外众多的实证研究已经充分表明了健康作为人力资本的重要组成部分对促进经济增长、提高劳动生产率、增加就业机会以及增加个人收入的显著性作用(Fogel, 1991, 1994a、b; Ehrlich & Lui, 1991; Barro, 1996, 1997; Bloom et al., 2001; Bhargava et al., 2001; Jamison et al., 2003)。他们的研究表明,某一时点上的健康水平(一般用期望寿命或类似的合计指标表示)通常是之后一段时间里经济增长的重要促进因素,并且,健康对经济的这种促进作用似乎比教育对经济的促进作用更有预测性。Fogel曾把对人口健康和营养状况的评估引入到对欧洲经济历史的一系列研究中。他发现,健康和营养的提高可能解释了英国在1780—1979年200年时间中人均收入年增长率达到1.15%的原因的两成到三成。即200年的经济增长中约有1/3应归因于营养和健康水平的提高;Barro提出了对新古典增长模型的扩展,即将健康资本的概念结合进模型之中,研究结果显示,初始点的健康人力资本对其后一段时间的经济增长有显著的正影响,其中,初始出生期望寿命(对数形式)的相关系数达到0.042。保持其他条件不变,可推算得出:如果初始期望寿命从50岁上升到70岁,则经济增长率将因此每年上升1.4个百分点。

二 效率、公平与卫生财政支出

根据Grossman(1972)理论,健康的资本存量是随着时间不断折旧的,但人们可以通过适当的方式生产健康来抵消折旧,其中卫生保健服务就是健康生产的投入要素之一。可见,人们对卫生服务的需求并不是需要卫生服务本身,而是派生于对健康的需求。一个医疗卫生体系的根本目的,就是要通过提供医疗卫生服务来满足人们的健康需求,尽最大可能来提高人们的健康状况,包括健康水平的提高和健康公平性的改善。

一个社会中能够用于医疗卫生领域的资源是有限的,因此卫生服务的生产必须是有效率的,以保证有限的资源投入生产出尽可能多且合乎要求

本来不会投保的风险进行投保,而低健康风险人群因为面临一个不利的价格而投保不足。这种低效率甚至在某些情况下导致了有效市场的消失^①。

与此同时,私人保险公司是追求利润最大化的,从而产生风险选择的问题。风险选择也称“撇脂”或“摘樱桃”,即吸纳健康状况良好的人群,拒绝健康状况很差或具有较高风险的人群。如果保险人能够有效阻止“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(例如健康俱乐部会员);为相对健康的小区提供便利设施;对相对健康的街区进行针对性的广告;为吸引低成本的消费者设计附加保险利益;等等^②。

选择问题决定了保险市场是一个不完全的市场,在自由的保险市场上,医疗保险是无法做到广覆盖的。许多消费者——尤其是那些最需要保险的人群——可能无法获得保险,一种是因为价格极其昂贵,另一种是因为市场上根本就没有满足他们的保险产品,如患有癌症、艾滋病等的患者,出任何价钱都不可能买到保险。因此,政府必须要通过某种干预,或者是提供部分或全部的强制性保险,或者是直接为居民提供医疗服务的方式来保证所有人对医疗服务需求的实现。

2. 公共物品

政府干预介入卫生领域的另一个重要理由是保障具有公共物品或准公共物品性质的卫生服务的有效提供。现代公共财政学理论,依照社会产品的消费特征,可以将全社会物品分为三类:纯公共物品、准公共物品和私人物品。纯公共物品是指向全社会共同提供,且同时具有消费上的非竞争性和受益上的非排他性产品或服务。而既具有公共物品特性,又带有私人物品特性的物品为准公共物品。公共物品在受益上具有非排他性,无法对

^① 除了低效率之外,还存在着收入从低风险消费者向高风险消费者的转移。舍曼·富兰德、艾伦·C.古德曼、迈伦·斯坦诺著,王建、孟庆跃译:《卫生经济学》,中国人民大学出版社2004年版,第208页。

^② 雅诺什·科尔奈、翁笙和著,罗淑锦译:《转轨中的福利、选择和一致性——东欧国家卫生部门改革》,中信出版社2003年版,第47页。

查,这就使医疗卫生行业的进入存在障碍,不可能是完全竞争的。其次,高水平医疗卫生机构的设立需要有较高水平的固定资产和人力资本投资以及技术需要,而在一个相对狭小的市场中,对这些医疗机构的承载能力是有限的,因此容易出现小区域内的自然垄断。如中国农村地区,一个一般规模乡镇的卫生需求只能支持一所乡镇卫生院的生存。即使一个地区医院数量较多,由于各医院的办医特色、医生专长、管理制度等方面的不同,使它们提供的服务并不是同质的,从而使市场形成类似垄断竞争的局面。

(二) 市场机制与社会公平

医疗服务往往与社会追求收入平等、社会公平的目标相联系。社会公平是政府介入卫生领域的另一个重要理由。福利经济学第一定律表明,完全竞争市场中的均衡是帕累托有效的,但是帕累托有效并不考虑公平因素。因此完全竞争的医疗卫生市场可能达到这样一种有悖于公平目标的均衡:一部分人享用了大多数医疗卫生服务,而另一部分人则处于缺医少药的状态。同时福利经济学第二定律中讲到,每一种帕累托有效状态,都可以从某种初始禀赋的分配状态出发通过完全竞争达到。这表明只要市场是完全竞争的,那么就可以通过调整资源的初始禀赋来达到任何一种帕累托有效的状态,当然也就包括社会上大多数人都认为公平的那种帕累托有效状态。但市场本身显然无法根据公平的需要来调整人群中初始禀赋的分配,因此市场机制很难依靠自身的力量达到公平目标。更何况,卫生服务市场本身已经严重地偏离了竞争性市场的假设条件。此时,需要政府干预是确定无疑的。

在现实中,市场机制的作用与公平性目标的偏离表现为:市场机制使医疗卫生资源向发达地区集中,无法实现资源在地区间配置的公平;市场机制可能排斥低收入者对医疗卫生服务的利用和对医疗保险的获得,无法实现资源在人群间的公平配置。因此为了达到公平性目标,政府首先应当对医疗卫生资源的配置进行区域规划,并使用财政手段对低收入者和无劳动能力的人群进行转移支付或对他们的医疗卫生消费进行补贴,从而使所有人都能够按需要获得医疗卫生服务。

由上述分析达到的见解:由于卫生服务市场的特征,以及市场机制本身的缺陷^①,完全依赖市场机制配置卫生资源的结果必然导致效率和公平

^① 无法自发的满足社会公平的目的。

方在更低的成本上提供更合适的卫生服务，以及控制需方的道德风险等，而对公平性的影响则比较弱。

可见，政府卫生支出的最终目标是以最小的投入获得最大的产出，但财政支出并不必然表现为促进健康，它只是实现目标的必要条件，而非充分条件，其实际效果依赖于支出规模、支出方向和支付方式等的不同组合。

三 卫生财政支出的分析框架

Filmer 等人（1999）提出了一个系统模型，作为考察和评价政府卫生支出作用和效果的框架。在这之前，对政府卫生支出的研究大多关注某一个领域，如关注公共支出的成本效果分析，强调公共支出结构的重要性，倾向于增加对成本效果好的卫生服务项目的支持力度；关注公共部门提供卫生服务的净效应，强调政府支出的作用应是对私人卫生服务的补充，而不是替代；关注公共部门的效率，强调政府支出的重点是改善卫生服务公共提供者的绩效。Filmer 等人（1999）首次提出了系统评价的观点，并将这些问题联系起来，他们认为，为了评价政府卫生支出的作用，必须回答以下的问题，即政府卫生支出的边际效用的大小？给定预算下，公共资金在不同的项目上如何分配才能使得个人健康达到最优？如何制定相关政策（王俊，2007）？在基础上，Filmer 等人构建了分析政府卫生支出的系统分析框架（见图 1—3）。在这个框架下，政府卫生支出的有效性取决于三个机制：一是效率机制，即公共支出必须能够生产有效的卫生服务；二是公共卫生部门对个人消费卫生服务的净影响机制，即这些卫生服务必须能够改变（影响）居民消费的有效卫生服务总量；三是健康决定机制，即居民消费的这些额外的卫生服务（由公共支出生产的卫生服务）对健康生产是具有成本效果的。只有同时满足这三个方面要求，公共支出才是有效的。这也说明了为什么理论上认为公共支出应当对健康具有积极的促进作用，尤其是对发展中国家，但实践中公共支出的效果却又很小。

Filmer 等人（1999）的系统分析模型，对我们分析和评价政府卫生支出的效应具有很大的启示，但有两个方面原因限制了它在评价中国卫生财政支出中的应用：一是数据，尤其微观数据的缺乏，使得具体到中国问题时无法对每一个机制进行研究；二是该框架是以自由竞争的医疗卫生模式

明显的差别,且这些差别可以进行统计学测量。但并非所有的差别均代表不公平性,只有那些不可避免的或不应该有的差别才被认为是不公平,且在不同国家、不同时间,对不公平状态也有着不同的界定(孟庆跃、严非,2005)。可见,健康和卫生服务公平性就是要求努力降低社会人群中在健康和卫生服务方面存在的不公正和不应有的社会差距,力求使每个社会成员均能达到基本生存标准。它包含三个层次的含义,即卫生服务可及性的公平、卫生服务筹资的公平和健康公平。

关于卫生服务可及性和卫生服务利用的公平性研究方面,赵郁馨、张毓辉等(2003)对甘肃省3946户13505人运用标化的定量分析方法,根据相同需要获得相同服务的原则,测量人群卫生服务利用的公平状况,结果显示甘肃省居民门诊和住院服务都存在向富人倾斜的不公平。汪洋等(2001)对中国儿童健康状况和卫生服务可及性指标进行分析,结果表明在每组儿童中,贫困农村地区的女孩处于两个极端:在健康状况方面是最差的,而在享受最基本的卫生服务方面,她们却获得最少(在患危重疾病应当住院治疗的女孩中竟有28.6%未能获得住院治疗服务)。还有学者对其他不同社会特征人群卫生服务利用公平性进行比较研究,如张静靖、毛正中等(2003)对成都市下岗失业工人与在岗人员健康公平性比较研究结果表明,下岗失业人群存在卫生服务的高需要、低利用。随着农村新型合作医疗制度的推进,部分学者开始研究合作医疗制度对医疗服务公平性的影响。车刚、赵涛等(2007)对云南省三个新型农村合作医疗试点县1377户6610名和三个非试点县758户3690名农村居民卫生服务利用公平性情况进行了量化对比分析,结果显示,新型农村合作医疗制度的实施在一定程度上改善了农村居民卫生服务利用的公平性。也有些研究结果显示新型农村合作医疗制度对农民卫生服务利用公平性的影响不大。方丽霖、袁兆康等运用集中指数(CI)、不平等斜率指数(SII)及利用/需要比对江西省婺源县新型农村合作医疗实施前后卫生服务利用公平性进行了比较研究,结果提示,新型农村合作医疗制度对农民卫生服务利用公平性的影响不大,但提示经济状况较差农民的卫生服务利用水平偏低的状态可能略有改善。

部分学者从卫生资源配置的公平性角度探讨中国的卫生服务的物理可及性问题。卫生资源包括医生、护士、床位及设备。卫生资源分布公平性研究评价采用较多的是基尼系数。郑建中等(2002)的研究认为,山西

担。考虑到超过一半的人口生活在农村,卫生财政支出责任实际上主要是由基层政府承担的。

相比前一阶段的管理体制,卫生财政支出的责任仍然由地方政府承担,不同的是具体规定了由同级的地方政府财政承担。在政府间责任划分上,向更加分权化方向转变,基层政府承担了更大的责任。需要说明的是,这种卫生财政支出上的向下高度分权是与财政收入上的向上高度集中相伴发生的。在分税制下,各级地方政府为了保障各自的财政收入,不得不采取向下的“收入位移”策略,尽可能多地从下级财政抽取资金,制度上势必造成基层财政的预算内可支配收入的减少,很多地方都是“吃饭财政”、“入不敷出”。据有关材料显示,全国 1080 个县发不出工资来,有 50%—60% 的乡(镇)入不敷出。而县及县以下地区的人口占全部人口的超过一般的比例,从财权和事权的分配上讲,收入与支出责任是严重不匹配的。这种情况导致卫生总费用中政府卫生支出比例的进一步下降,2002 年,政府卫生支出占卫生总费用的比例从 1993 年的 19.75% 下降到 15.69%。

四 2003 年至今

2003 年以后,中国的公共财政体制建设步伐明显加快,加上 2003 年的“非典”疫情暴露了中国公共应急体系的脆弱以及公共卫生服务体系的困境,中国政府以及社会各界开始反思“以经济建设为中心”的发展战略。政府在卫生领域应当承担多大的责任以及如何承担成为社会关注的焦点。

这一时期,政府对原有的卫生财政支出政策进行了调整,在供方补助上,逐步以农村、中西部地区和低层级医疗机构、公共卫生机构等作为卫生投入的重点,在补助方式上尝试“收支两条线”的预算管理方式。旨在通过加大对基本医疗服务的财政保障力度,实现基本卫生服务的普遍可及。2004—2007 年中央安排专项资金 94 亿元支持农村卫生服务体系建设,县乡村三级卫生服务条件和能力得到提高。2006 年年底,全国 88.1% 的行政村建有村卫生室,每千农业人口乡村医生和卫生员 1.10 人,每个乡镇举办 1 所政府办卫生院并上划至县区卫生局管理。另一方面,城市社区卫生服务迅速发展。2003 年以来,城市大部分城市街道建立了社区卫生服务机构。2007 年年底,全国社区卫生服务中心(站) 2.4 万个,每个中心平均 31 人,每站平均 4 人。与 2003 年比较,社区卫生服务中心(站)增加

1.4 万个,卫生人员增长 1.6 倍^①。同时,对服务需方的支持力度提到了前所未有的高度。2002 年中共中央、国务院制定并出台了《中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》,首次提出了在中国农村建立医疗救助制度;2005 年国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》,城市医疗救助制度正式启动。2003 年 1 月,国务院转发卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,决定重建农村合作医疗制度。该制度是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。截至 2010 年,这一新型农村合作医疗制度已经实现了全覆盖。2007 年 7 月,国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,决定开展城镇居民基本医疗保险试点,2007 年在有条件的省份选择 2—3 个城市启动试点,2008 年扩大试点,争取 2009 年试点城市达到 80% 以上,2010 年在全国全面推开,逐步覆盖全体城镇非从业居民。这三项制度的建立,财政给予了前所未有的支持力度,2010 年,各级政府对新型合作医疗和城镇居民医疗保险的补助经费达到了人均 120 元,从而全面有效地缓解了城乡居民的医疗压力。

综观政策的演变过程,我们可以发现,以 2003 年为界,中国卫生财政支出的指导思想经历了两个截然不同的阶段。在 2003 年以前,每一次卫生财政支出政策的调整都是服从于财政体制改革,卫生改革服从并服务于经济改革的需要,忽视了卫生发展本身的重要意义。2003 年开始,决策层开始意识到“以经济建设为中心”的发展观已不再适应当前的社会经济状况,提出了“科学发展观”。在这一发展观的指导下,居民健康、卫生服务公平等问题受到越来越多的关注,表现在卫生财政支出政策上就是,政府卫生支出在支出方向和支出规模上都进行了较大的调整。

第三节 卫生财政支出规模及结构分析

在以下的分析中,卫生财政支出是指中国卫生总费用测算口径中的政

^① 方鹏骞、董四平、肖婧婧:《中国政府卫生投入的制度变迁与路径选择》,《武汉大学学报(哲社版)》2009 年第 2 期。

在巨大差距,这一差距直到 2001 年开始才有所缩小,但 2004 年,人均卫生事业费的城乡之比仍然达到 3.57。

表 3—4 调查地区平均每县卫生财政经费投入比较 (2002)

	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村	城市平均	农村平均
政府卫生投入	2238	912	1070	957	853	631	648	1541	784
当地财政卫生拨款	1844	881	997	904	803	558	607	1345	726
各级专项补助	18	1	5	12	24	39	34	9	27
财政基本建设费用	376	30	68	41	26	34	7	187	31

资料来源:第三次全国卫生服务调查(样本容量 90 个县,覆盖人口约 4500 万)。

注:一类农村指富裕农村,二类农村指小康农村,三类农村指温饱农村,四类农村指贫困农村。

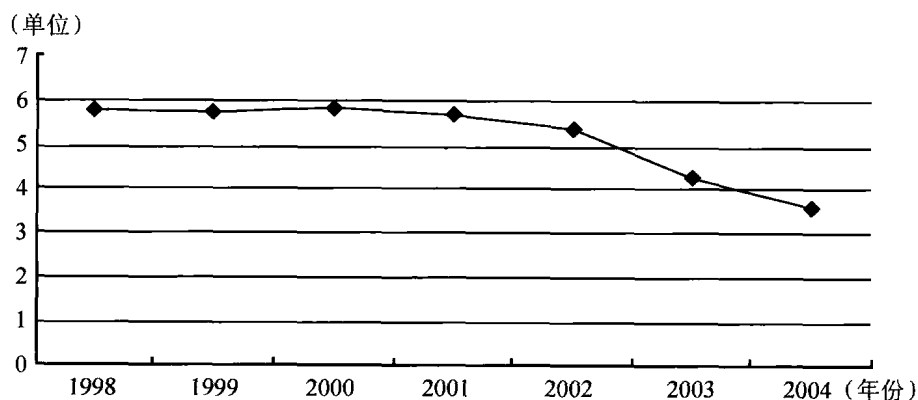


图 3—5 人均卫生事业费的城乡之比

以上数据说明,在进行卫生财政支出规模研究时,应当重视对地区规模的讨论。仅仅分析全国层面上的卫生财政支出规模,而忽视卫生财政支出上巨大的地区差异,无疑将导致卫生财政支出政策的偏颇,降低卫生财政支出的有效性。

院以“事业单位”的身份受政府管制并依赖财政补贴，再以一种强制性低价的模式向群众提供医疗服务。但伴随着改革的深入，医院的财政补助政策发生了巨大的转变，政府对医院的财政支持力度不断弱化，医院的角色逐步转为相对独立、自负盈亏的经济实体，这些变革必然给医院的行为带来影响。

一 改革开放前：预算软约束，医院经营效率低下，但公益性强

科尔奈在研究社会主义国家公共企业低效率的成因时，首度使用了“预算软约束”（soft - budget constraint）的概念。“预算软约束”描述的是社会主义经济中普遍存在的现象，即政府承认不能不去解救亏损的国有企业，这些解救措施包括追加投资、减少税收、财政补贴、贷款支持等。毋庸置疑，预算软约束会扭曲企业的微观经济行为，产生诸如管理者道德风险、银行的呆坏账、财政风险和企业效率低下等问题（Kornai, 1980, 1986）。之所以出现预算软约束，林毅夫等人（1994, 1997, 1999）对转轨经济中国有企业的预算软约束问题进行了系统的阐述，认为“政策性负担”是形成企业预算软约束问题的根本原因，而企业的所有制性质与预算软约束之间并不存在必然的联系。林毅夫等人认为，中国的国有企业普遍存在两种政策性负担：战略性政策负担和社会性政策负担。战略性政策负担是指在传统的赶超战略思想下，投资于中国不具备比较优势的资本密集型产业或产业区段所形成的负担；社会性政策负担是指企业承担过多的冗员和工人福利等社会性职能所形成的负担（林毅夫等人，1994, 1997, 1999）。

相比其他的国有企业，中国的医院不仅同样存在社会性政策性负担的问题，还肩负着实现国家健康战略的政策性负担。1954年9月，第一次全国人民代表大会通过了第一部《中华人民共和国宪法》，其中第93条规定：“中华人民共和国劳动者在年老疾病或者丧失劳动能力的时候有获得物质帮助的权利，国家举办社会保险、社会救济和群众事业，并逐步扩大这些设施，以保证劳动者享受这种权利。”从而从法律上规定了劳动者患病时有获得物质帮助的权利，以及国家承担保证劳动者享受这种权利的责任。政府保证居民获得医疗服务可以有三种方式：向市场购买、直接组织生产和混合提供。在计划经济时代，中国政府选择了直接组织生产的这一方式，创办了大量的公立医院。政府与医院的关系是上下级的等级关系，

同地区的分布较为分散,经济发展上的东、中、西部地区之间显著的区域差异性并没有显著地表现在医院的生产效率上。通过对东、中、西部地区的 DEA 效率值的显著性检验也发现,三个区域的城市医院生产效率之间在任何一个年份上都不存在显著性差异,见表 4—4。

表 4—4 各地区城市医院 DEA 效率的变化趋势

年份 地区	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
东 [#]	3/11	3/11	2/11	2/11	2/11	2/11	3/11	0/11	1/11	4/11	4/11	4/11	4/11
中 [#]	1/9	2/9	3/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	4/9	4/9	3/9	5/9
西 [#]	2/8	3/8	3/8	2/8	2/8	2/8	3/8	1/8	2/8	4/8	5/8	4/8	5/8
东 ^{##}	0.902	0.891	0.850	0.838	0.809	0.782	1.443	0.824	1.276	1.209	0.981	0.960	0.975
中 ^{##}	0.815	0.854	0.862	0.818	0.841	0.773	0.848	0.920	0.660	1.005	0.965	1.022	1.047
西 ^{##}	0.996	1.044	1.032	1.004	0.996	0.982	0.939	0.865	0.950	1.058	0.851	1.014	0.934
Prob	0.592	0.406	0.332	0.515	0.301	0.309	0.371	0.517	0.572	0.542	0.362	0.678	0.168

注:中国划分为东部、中部、西部三个地区的时间始于 1986 年,由全国人大六届四次会议通过的“七五”计划正式公布,当时是东部地区 11 个省份、中部 10 个省份、西部 9 个省份。2000 年国家制定西部大开发政策,由于内蒙古和广西两个自治区人均国内生产总值的水平正好相当于西部 10 省(市、区)(1997 年加入了直辖市重庆)的平均状况,故享受优惠政策的范围又增加了内蒙古和广西。本书分析时也将这两个省份归入了西部地区,从而,东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南 11 个省区;中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南 8 个省区;西部地区包括内蒙古、广西、贵州、云南、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆 9 个省区。

#:表中数据 a/b, a 为该区域处于 DEA 有效的省份数量, b 为该区域省份总数。

##:表中数据为各区域所有省份 DEA 效率值的平均值, P 为对三个区域的 DEA 效率值进行显著性检验得到的概率值。

二 财政补助与医院效率

(一) 医院获得的财政补助的变化

正如本章第一节中所讲,政府对医院的财政补助政策变化主要体现在两个方面,一是政府的财政补助责任从中央政府层面下移给了地方政府,医疗卫生单位的财政补助由本级财政负责;二是从计划体制下的包揽全部盈亏,转为差额补助,财政对医院的预算约束不断硬化,财政补助占医院总收入的比例不断下降。纵观整个改革过程,政府在整个医疗

向、促进和需要因素对不同的卫生服务类型有不同的作用,比如,住院服务一般针对比较严重的疾病,因此,主要和需要、人口特征有关;而门诊服务可能与社会结构、资源和信念有关。

健康结果可以从认知健康状况、客观健康状况和病人满意度来评价。认知健康状况根据个人的判断力、价值观和福利观,反映人在社会中生活的功能、舒适和无痛苦。客观结果则是从专业的角度评判,根据临床标准等。满意度是测量病人对卫生服务的个人感觉,用等待时间、交通、医患沟通和技术服务等来评价。

Andersen 卫生服务利用行为模型,是从系统学的角度,分析卫生服务的利用,诠释卫生服务利用的影响因素。

二 卫生服务可及性的类型

Andersen 认为,提出卫生服务利用行为模型的主要目的是通过对卫生服务利用的分析来研究卫生服务的可及性,帮助决策者利用政策手段提高卫生服务可及性。而卫生服务可及性是个复杂的卫生政策问题,需要从多个维度加以界定。在卫生服务利用行为模型的基础上,Andersen 提出,卫生服务可及性可以分为:潜在的可及性(Potential access)和实现的可及性(Realized access);平等的可及性(Equitable access)和不平等的可及性(Inequitable access);有效的可及性(Effective access)和有效率的可及性(Efficient access)^①。

潜在的可及性主要是指影响人们利用卫生服务的促进资源指标,即个人、家庭和社区的资源变量,更多的促进资源可以提高人们对卫生服务的利用。医疗保险的覆盖率是常用的评价指标。如果一个地区医疗保险的覆盖率很低,就可以认为该地区人口的卫生服务的潜在可及性较低。实现的可及性是真正实现的卫生服务利用,包括门诊、住院和其他形式的服务利用。

公平的可及性和不公平的可及性的区别,是看哪些因素是影响卫生服务利用的主导因素,如果人口特征和卫生需要是影响服务利用不同的主要因素,那么卫生服务可及性是公平的;但如果决定人们是否利用卫生服务

^① Andersen R. M., "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 1995, Vol. 36 (March), pp. 1-10.

的因素是社会结构（如种族）或促进资源（如收入）的话，那么就出现了不公平的可及性状况。

Andersen 和 Newman (1973) 认为，在影响人们对卫生服务利用的诸多因素中寻找出那些具有政策可变性的因素，对促进可及性的公平是非常重要的。在模型包含的几个组成部分中，他们认为人口特征的可变性是较低的，因为显然不能通过改变一个人的年龄或性别，来改变其对卫生服务的利用状况。同样，社会结构的可变性也是相对较低的。因为，种族是不能改变的，而职业或受教育的程度的改变则需要一个长期的过程。健康信仰的可变性是中等的，因为健康信仰是可以变化的，并能够有效地影响人们的医疗行为。促进资源或能力因素则具有较高的可变性，有些促进资源变量与卫生服务利用之间存在着很强的关系。例如，RAND 公司的一项研究表明，改变医疗保险受益结构对卫生服务利用具有显著性的影响。医疗服务的需要最早被认为是不受政策影响的，但事实上，通过健康教育或者改变人们对医疗服务利用上的经济激励措施是可以提高或降低医疗服务需要的。

表 5—1

因素的可变性

模型因素	可变程度
人口特征	低
社会结构	低
健康信仰	中等
促进资源	高
需 要	低 (?)

资料来源：Andersen R. M., Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995, Vol. 36 (March), pp. 1 - 10.

1996 年，Andersen 又对可及性的分类进行了补充，提出有效可及性和有效率可及性的概念。有效的可及性 (Effective access)，将实现的可及性，即卫生服务利用和健康结果（健康状况和病人满意度）联系起来，它用健康结果的改善来评估医疗服务的效果。有效率的可及性 (Efficient access) 是评价卫生服务消耗资源和健康结果的关系，健康结果的极大化应该以卫生服务成本的极小化为代价。效率，又分配置效率 (Allocative effi-

是否去就医的影响因素。实证模型如下：

$$Y_i = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_i X_i + \varepsilon_i$$

$$i = 1, 2, \dots, n$$

其中, i 表示的是调查的第 i 人; Y_i 是因变量, 表示有病是否去看, 有病去看取值为 1, 不看取值为 0; X_1 代表家庭人均收入, 采用虚拟变量形式, 分为高、中、低三个等级, X_2 代表是否是农村户口, 农村户口取值 1, 城市户口取 0; X_i 代表模型中关于个体特征的向量, 包括个体的年龄、性别、疾病严重程度、是否有保险、离常去的卫生机构的距离 (用时间表示)、工作状态 (有工作、退休和失业三种)、所在省份以及调查年份。这些都是控制变量。 β_i 是控制变量 X_i 的回归系数的向量。Logistic 回归模型的结果见表 5—4^①。

表 5—4 不同群体之间卫生服务可及性的差异

变量		Odds ratio	Std	P
收入	高	1.555	0.372	0.066
	中	1.132	0.217	0.517
农村户口		0.684	0.139	0.062

实证的结果与卫生服务调查的数据是相当吻合的。首先, 不管是农村, 还是城市, 收入越高, 可及性越好。其中高收入组有病去看的概率是低收入组的 1.6 倍, 而且差异是显著的, 中收入组是低收入组的 1.32 倍, 但差异不显著。其次, 城乡之间的差异是显著的, 在相同的情况下, 农民的可及性是低于城市的, 有病去看病的概率只是城市居民的 68.4%。

三次卫生服务调查的实现的卫生服务可及性, 即卫生服务利用的数据同样表明, 卫生服务可及性降低其公平性差。

表 5—5 是全国卫生服务调查的城市数据, 从 1993 年到 2003 年, 两周患病率只有小幅下降, 但两周就诊率大幅下降。尽管各收入组的卫生服务利用都在下降。但不同收入组的下降幅度不同。收入越低, 卫生服务利用

① 由于我们重点是要考察收入之间以及城乡之间的卫生服务可及性的公平性问题, 所以这里只给出了这两个变量的回归结果。