

近年来中国医疗体制问题研究综述*

余绪鹏,冷火萍

(北京师范大学 政治学院,北京 100875)

摘要:医疗体制改革一直是学术界的研究热点。近些年来,研究者们普遍认为中国医疗体制问题主要表现为“看病贵”、“看病难”,而这两大病象又集中说明了三大问题:医疗保障制度不健全、医疗资源配置不合理、医疗费用上涨急剧。本文拟将近些年来学者们对这三大问题的研究成果作一综述。

关键词:医疗体制;医疗保障;医疗资源;医疗费用

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1008-6439(2007)01-0010-03

Review of the studies of China's medical system problems in recent years

YU Xu-peng, LENG huo-ping

(School of Political Science, Beijing Normal University, Beijing 100875, China)

Abstract:The medical system reform has been a hot research topic of the academia all the time. In recent years, the researchers have generally agreed that China's medical system problem is mainly shown as "expensively seeing the doctors" and "difficult to see the doctor", and this two problems lead to the third problem that is incomplete medical health system, unreasonable medical resources allocation and rapid increase of medical expenditure. This paper reviews the research achievements of these three problems in recent years.

Key words:medical system; medical insurance; medical resource; medical expenditure

医疗体制改革不仅仅是人们关注的社会话题,更是各专家学者讨论的学术热点。既然要讨论改革,那么就必须要找出问题,只有明确了问题,才能确定改革的方向及思路。多年来,关于医疗体制问题研究的文章已经非常多,讨论也很深入。研究者们普遍认为中国医疗体制问题主要表现为“看病贵”、“看病难”,而这两大病象又集中说明了三大问题:医疗保障制度不健全、医疗资源配置不合理、医疗费用上涨急剧。本文拟将近些年来学者们对这三大问题的研究成果作一综述。

一. 关于医疗保障制度不健全的研究

关于医疗保障制度不健全的研究非常多,通过大量的数据和统计资料,学者们普遍认为中国的医疗保障制度主要集中体现为医疗保险的覆盖率低和保障制度的公平性差。

1. 医疗保险覆盖率低。根据第三次国家卫生服务调查的结果,在 2003 年,65%的城乡居民在寻求医疗服务时必须完全依赖自费。零点公司在 2005

年 2 月在七个城市以及七个省的乡镇和农村地区进行了调查,结果发现,有 65.7%的人没有任何形式的医疗保险,无论是公家出的社会的医保也好,商业保险也好,什么都没有。与此相关,大约四分之一的受访者因为无力支付医疗费用而放弃医疗。另外,根据统计数据显示,由于没有医疗保险,2003 年,我国城乡居民两周患病率为 14.3%,但就诊率却只有 13.4%;城乡居民两周患病未及时就诊的比例接近五成,达 49%。卫生部部长高强在报告中也指出:2005 年,医疗保险覆盖的城镇职工数为 1.3 亿,再加上 5000 万享受公费医疗的公务员和事业单位职工,只有不到两亿的城镇居民有医疗保障。在农村地区,参加新型合作医疗的人口达到 1.7 亿,不到 8 亿农民的四分之一,而且保障能力非常有限,每个人只有 30 元钱。所以说,社会化医疗保障覆盖面窄,人人享有初级医疗保健的目标尚未完全实现。

2. 保障制度公平性差。医疗保障的低覆盖率,首先也就损害了医疗体制的公平性。公平性是衡量

* 收稿日期:2006-11-20

作者简介:余绪鹏(1981-),男,江西九江人,北京师范大学政治学院 2004 级硕士研究生,中国教育学会会员。

冷火萍(1982-),女,江西九江人,清华大学第二附属医院麻醉科医师。

医疗体制是否良好的一个指标。要实现公平,健全的医疗保障体制是要害。除开医疗保障的低覆盖率所导致的不公平外,我国地区之间也存在很大的不公平性。我国经济发达的东部地区和城市集中了我国大部分卫生资源,在城市又集中在少数大医院,而农村的合作医疗几乎陷于瘫痪,缺医少药问题已成为农民致贫返贫的重要因素之一。据统计,全国因病致贫的家庭比例大约平均有22%左右,在中西部这一比例更高达50%左右。更有学者认为,公平性差就是卫生改革的主要矛盾,而不是“看病贵、看病难”。而这种公平性差又主要体现在三个方面:一是筹资公平性;二是城乡社会医疗保障的覆盖人口只占少数且范围不断缩小;三是卫生服务利用的公平性差。国务院发展研究中心课题组在其报告中也指出:在公平性方面,不同社会成员医疗卫生需求的实际被满足程度,由于收入差距的扩大而严重地两极分化。富裕社会成员的医疗卫生需求可以得到充分的满足,多数社会成员(包括相当多农村人口以及部分城市居民)的医疗卫生需求,出于经济原因很难得到满足,贫困阶层则连最基本的医疗卫生服务都享受不到。世界卫生组织2000年的报告,中国卫生系统的绩效被列为全球19个国家的第144位,卫生筹资的公平性被列为全球倒数第4位。

二. 关于医疗资源配置不合理的研究

我国医疗资源配置极不合理,经济发达的东部地区和城市集中了我国大部分卫生资源,而城市卫生资源又主要集中在少数大医院,也就是说80%左右的卫生资源集中在城市,城市中80%的卫生资源又集中在大医院,而农村的合作医疗几乎陷入瘫痪,缺医少药问题严重。卫生部部长高强在其报告中也认为:医疗卫生事业发展不均衡,医疗资源配置不合理。高强认为,与改革开放初期因为医疗资源严重缺乏而导致的老百姓就医困难不同,现在看病不容易更多的是医疗资源结构性失衡造成的。医疗资源过分集中在大城市、大医院,不仅让社区和农村没有能力承担起基本的医疗功能,而且也让以“高药价、高耗材”为特征的过度医疗消费愈演愈烈。高强说,目前,全国的医疗资源80%在城市,20%在农村;医疗卫生领域的高新技术、先进设备和优秀人才基本集中在大城市大医院。老百姓得了病在当地得不到有效治疗或者不相信当地医疗机构,只奔大城市大医院,从而让这些医院陷入门诊的海洋中。据统计,北京部分三甲医院都有相当大的就医比例来自外地,也有相当大的比重是非危重疑难病例。“从某种角度讲,它浪费了我们宝贵的医疗资源。对整个国家的医疗技术和可持续发展都非常不利。”

学者们又从统计学角度论述了我国卫生资源配

置的不合理。据统计,1998年全国卫生总费用为3776.5亿元,其中政府投入为587.2亿元,而用于农村的卫生费用为92.5亿元,仅占政府投入的15.9%。当年,城镇人口约为3.79亿人,相当于平均每人享受130元的政府医疗卫生服务;乡村人口为8.66亿,相当于平均每人享受10.7元的政府医疗卫生服务,前者是后者的10倍。农民缺医少药的问题严重。在中西部地区,因为看不起病、住不起医院,因病在家里死亡的人数估计在60~80%。另又据卫生部的统计数据显示,我国孕产妇和儿童死亡率城乡差距明显。2002年城市孕产妇死亡率为22.3/10万,而农村孕产妇死亡率是58.2/10万,高出城镇2.6倍;城市婴儿死亡率是12.2‰,而农村婴儿死亡率33.1‰,高出城镇2.7倍。卫生部2004年第三次国家卫生服务调查主要结果显示,过去五年,城市居民年均收入水平增长8.9%、农村增长了2.4%,而年医疗卫生支出,城市、农村分别增长了13.5%和11.8%。如诺贝尔经济学奖获得者在80年代末就指出,尽管改革后中国农产品和农民收入大幅度增长,但在生命统计上却相对停滞或退步。

另外,零点调查公司从不同群体所占资源不同来论述资源配置的不合理性。根据调查显示:城乡之间医疗资源配置最不合理,城乡居民卫生资源占有程度间差距非常巨大。在调查中发现,分别有40.1%和13%的城市、小城镇居民享有社会统筹大病医疗保险,而在农村居民中,享有社会统筹大病医疗保险者仅占4%。分别有36.5%、23.5%的城市和小城镇居民享有商业医疗保险,这一比例在农村居民中下降至9.4%。购买有商业性重大疾病保险者比例在城市和小城镇地区分别为29.7%、25.7%,在农村地区仅有15.4%。而没有任何医疗保障者比例在城市、小城镇居民中分别为32.3%和59.9%,在农村居民中则高达79.4%。即便在城镇地区,不同群体所能享有的医疗保险情况同样差别巨大。总的趋势是:学历越高、职业越良好的群体享有医疗保险的程度也越高。本次调查结果表明:在城镇地区仅具有小学或小学以下学历的群体中,有71%者没有任何医疗保险,而在大专以上学历群体中,这一比例下降至30.6%;在中高层管理人员和办公室职员中,分别仅有15.7%和23.5%者没有任何医疗保险,而在个体户和下岗、失业、无业人员中,没有任何医疗保障者比例分别上升至65.7%和67.6%。

医疗资源配置的不合理不仅导致中国医疗体制的不公平,也导致了医疗资源利用效率的下降。张冉燃认为,反映医疗资源利用效率的指标有病床使用率和出院病人的平均住院日。根据卫生统计数据得出:虽然中国人口还在增长,但医疗机构的门

诊量却在下降,病床使用率也出现明显下降。全国医院的病床使用率在上世纪80年代一直维持在80%以上,进入90年代便一路下滑,现在跌到60%的水平。2004年医院、卫生院病床使用率均有回升,但全国医疗机构病床使用率也不过61.3%。反映医院效率的另一个指标是出院病人的平均住院日。2002年,中国的平均住院日为10.6天,美国则不足7天。英国阑尾炎手术的平均住院日从1975年的7.9天降低到1985年的5.4天,但在2001年的中国,该手术的平均住院日仍在7.2天。这种状况在医疗卫生资源并不丰富的现阶段让人尤为痛心。

三. 关于医疗费用上涨急剧的研究

不可否认,医疗费用上涨已日益成为人们抱怨的热门话题,在广大民众看来,这一问题直观的,是明显的,是实实在在的,正是由于高额的医疗费用才导致他们“望医兴叹”,才导致我们日常所说的“看病贵”。

据卫生部统计数据显示,近8年来,全国人均门诊和住院费用平均每年分别增长13%和11%,大大高于人均收入增长幅度。另据统计,全国医院平均门诊费用持续增长,检查治疗费用比重上升,而药费比重居高不下。卫生部门综合医院人均住院费用由1999年的2891.10元增长到2003年的3910.70元,年平均增长7.8%。其中:药品费用年均增长6.4%、检查治疗费用年均增长13.2%。为此,学者范阳东在其文章中指出,医疗费用的高低直接关系到老百姓的切身利益,也关系到国民经济的健康、快速和可持续发展。在医院业务收入迅速增加,医院硬件建设和技术水平快速提高的同时,带给我们的是医疗卫生费用的过快增长。同时,他也客观地指出,医疗费用激增问题目前是一项世界课题,发达国家和发展中国家都面临该问题的严重挑战。

学者郝惠敏从经济学角度指出了医疗费用上涨的合理性。她认为,发达国家的经验表明随着人们收入水平的提高,用于吃穿的比重会逐渐降低,而用于医疗保健的费用比重会越来越高,医疗费用的增长速度会超过收入增长速度。这是因为医疗保健从某种程度上讲是一种奢侈品,其收入弹性大于1,随着人们收入水平的提高,人们越来越重视健康,愿意为健康增加更多的投入。因此,无论从世界各国医疗卫生发展的实际情况看,还是从经济学角度讲,医疗费用高、上涨快是正常现象。但是,她也辩证地指出,虽然医疗费用上涨具有世界的普遍性,但对于我国来说,医疗费用上涨过快了,超出了人们的承受能力。对于这一点,她进一步用数据加以阐释:从1991至2002年,我国卫生总费用快速增长,占GDP的比重也在升高,但是公共支出在下降,政府预算中公共

卫生支出所占百分比从22.84%快速下降到15.21%,与此同时,社会支出的份额(公费医疗经费)也从39.67%下降到26.45%。与此相反,个人医疗卫生支出却大幅上升,从37.50%上升到58.34%。这说明在过去的这些年中我国卫生总费用的增长主要是由居民个人负担的。众所周知,在一般的发达国家个人仅负担27%,即个人现金卫生支出占总费用的27%,除此之外的其他国家也较中国低许多。

在全国人大代表,南京第一医院心脑外科主任、主任医师陈鑫看来,医疗费用上涨主要表现为药价的上涨。他分析说,“非赢利性医院”反而在赢利,可是在国家拨款十分有限的情况下,如果不赢利,医院是无法生存的,更无法发展。陈鑫继续指出,“看病”的问题已经不明显了,关键是吃药,主要问题在药品回扣上。

学者薛明指出:1990年以来,平均每个病人的门诊医疗费和住院医疗费均以超过20%的速度上涨,高于城乡居民家庭人均收入的增长,在一定程度上加重了居民就医的经济负担。近两年,医疗费用上涨的幅度有所回落,但仍然偏高。他进一步指出,造成医疗费用增长较快的原因是多样的,通过1990~1998年全国卫生统计年报数据及有关统计资料,揭示出1990年以来我国医院医疗费用增长变化的基本情况,得出了医院医疗费用的基本走势(1)医疗费用增长过快,高于城乡居民家庭人均收入的增长;(2)医疗费用构成中,药费所占比重有所下降,但仍占50%左右;(3)不同级别医院医疗费增长不同,构成基本相同;(4)地区不同,医疗费增长速度不同。

据卫生部第三次国家卫生服务调查结果显示,门诊和住院患者对各项服务不满意的比例是:对服务态度,农村分别是1%和2%,城市分别是2.3%和2.7%;对技术水平,农村分别是3.9%和3%,城市分别是2.9%和3.8%;对设备环境,农村分别是8.6%和3.6%,城市分别是2%和4.9%;对医疗费用,农村分别是19.6%和31.9%,城市分别是31%和38.2%。显然,患者对医疗费用上涨和过高是最不满意的。据报道,国务院纠风办和卫生部派出的一个调查组,于2004年11月中旬在浙江省对卫生系统进行专项调查,在全省20个城市抽选2000位市民进行调查,医疗费用是市民最不满意的,不满意率达30%,其后依次为医疗质量、服务态度、医疗技术和医疗环境,51.3%的市民认为医院“动辄要求不必要的检查项目”,44.6%的市民指出医院存在“开大处方、大药方现象”。38%的市民指出医院“诊疗态度冷漠”。看病贵,是百姓对医疗服务反映的焦点。显然也是影响医患关系的主要因素。

(下转第17页)

用方面:土地市场不够完善;有偿使用方式单一,一次性支付出让金;双轨制使用土地的问题。农用地征收存在的问题:农民集体土地所有权的残缺不全;征地目标的泛化且补偿标准不合理,这些问题的存在势必影响改革的进程和效果。

(三)评价房地产税制改革对房地产市场和宏观经济长期走势可能带来的影响

房地产业是宏观经济的晴雨表,对宏观经济增长起着至关重要的作用,据测算 2002 年住宅投资带动 GDP 增长 7345 亿、房产销售 647 亿,共占 GDP 的 7.6%,2003 年占 7.2%,同时房地产还能带动钢铁、水泥、木材、塑料品等相关产业,因此房地产税制改革应充分考虑对房地产市场供给和需求的影响,避免造成宏观经济的滑坡。

(四)新税制下如何加强对耕地的保护

耕地是从事农业生产的基本条件,农业又是国民经济的基础"保证耕地数量,对发展农业生产,维护社会稳定,促进整个国民经济持续发展,都有特别重要的意义"耕地占用税的征收,地方政府将土地作为竞争砝码的行为可能愈演愈烈目前耕地占用税对保护耕地的作用有限,房地产税改革后可能使土地取得的门槛下降,可能导致新一轮的"圈地运动",应考虑科学的配套措施加以保护耕地。

(五)若将房产税完全作为地方的收入,是否会进一步加大地区之间的财力差距

就物业税税收收入的归属来说,由于地价在物业税的税基中所占的比重较大,全国各地地价的差异较大,物业税的收入又主要是用于公共设施建设

等,如果将其全部划归地方,势必会造成地方财力不均,进一步扩大地区间的贫富差距,进而影响公共服务均等化目标的实现。再者,现在地方财政状况差距较大,各地对有浮动征收空间的物业税必定采取不同税收策略,有可能造成新一轮税收竞争。

参考文献:

- [1]任志强.从开征物业税说起[J].税务研究,2004(4).
- [2]孙钢.对我国开征物业税有关问题的研究[J].财政与发展,2005(4).
- [3]贾康.开征物业税势在必行[N].证券时报,2006-08-25.
- [4]祝遵宏.个人住房征收房地产税研究[J].税务与经济,2006(2).
- [5]李心广.三大问题制约物业税改革步伐[N].证券证券时报,2006-08-10.
- [6]夏杰长.我国开征物业税的效应与时机分析[J].税务研究,2004(9).
- [7]王小霞.开征物业税治标不治本 税制改革应全面考虑[N].中国经济时报,2004-02-01.
- [8]周京奎.1999-2005 年中国 20 城市土地价格波动对房地产业的影响的实证分析[J].当代经济科学,2006(7).
- [9]陈淮博士访谈[N].纳税人报,2006-05-18.
- [10]陈淮.房地产税能调控社会公平与房市"泡沫"吗[J].中国税务,2004(11).
- [11]时寒冰.用物业税调控房价可能适得其反[N].上海证券报,2006-08-17.
- [12]陈劲超.我国房地产税制存在的问题及建议[J].城市开发,2004(5).

(责任编辑:周祖德)

(上接第 12 页)

参考文献:

- [1]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[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004:16.
- [2]东方时空.我国六成五的人没有任何医疗保险[EB/OL].http://www.lm.gov.cn/gb/insurance/2005-09/30/content_87469.htm.
- [3][20]本刊综合.聚焦医疗体制改革[J].科学大观园,2005(19).
- [4][12]高强.六大原因导致看病贵看病难问题[EB/OL].http://www.cmy-med-zbcg.com/gzyna_011.htm.
- [5]赵玉川.我国卫生医疗体制改革的政策选择[J].经济研究参考,2002(19).
- [6]顾昕.全球性医疗体制改革的大趋势[J].中国社会科学,2005(6).
- [7][19]郝惠敏.从经济学视角论我国医疗卫生体制改革[J].中央民族大学学报(自然科学版),2005(1).
- [8][16]张冉燃.权威报告:中国医疗卫生体制改革总体上不成功[J].医院领导决策参考,2005(14).

- [9]国务院发展研究中心课题组.对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)[J].中国医院院长,2005(16).
- [10]胡善联.中国卫生改革的形势:问题和挑战[J].卫生经济研究,2004(12).
- [11][18]范阳东.我国医疗卫生体制改革问题与原因的再思考[J].中国卫生事业管理,2006(5).
- [13]张灿灿.积极稳妥推进新型农村合作医疗[N].健康报,2004-11-08.
- [14]杜鹰.对农村医疗卫生体制改革的几点看法[J].卫生经济研究,2001(1).
- [15]凌点.医疗保障:缺口大且公平性不足[J].中国改革,2005(4).
- [17]童兆颖.医改困局:路径与方向[J].决策与信息,2005(9).
- [21]薛明.九十年代我国医院医疗费用的走势及原因分析[J].卫生经济研究,2000(3).
- [22]赵明杰.医疗费用过高是医患关系紧张的重要原因[J].医学与哲学,2005(2).

(责任编辑:周祖德)