

基于健康经济学视角的中国医疗保障水平分析

徐倩¹, 谢勇¹, 戴维周²

(1. 南京大学商学院, 江苏南京 210093; 2. 南京大学人口研究所, 江苏南京 210093)

摘要:文章使用健康经济学的分析方法对我国当前医疗保障水平的总体状况及结构特征进行了描述性分析, 并对该水平与经济运行其他因素的关系进行了相关分析, 以为我国医疗保障制度改革“低水平, 广覆盖”的目标寻找理论依据, 最后提出了确定我国适度医疗保障水平的一些标准。

关键词:医疗保障水平; 卫生总费用; 健康经济学

中图分类号:F840.61 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-9952(2003)12-0045-05

健康经济学(Health Economics)是应用经济学领域的一个较年轻的分支, 它是把新古典经济学应用于卫生保健部门而发展起来的(Tim, 2001), 并以其在资源配置的选择方面不可比拟的优势(Fuchs, 2000)为一些国家制定相关公共卫生政策提供了科学的理论支持。从广义来看, 对药品产业的研究, 健康对劳动力市场影响的研究(詹姆斯·莫里斯, 1997; 樊明, 2002), 健康与教育关系的研究(Hunt-McCool, 1998)及生活方式、环境对健康影响的研究(如 Fuchs, 1982)都被纳入健康经济学范畴。

西方健康经济学关注的一个问题是高速上涨的医疗费用问题。近 20 年来, 美国的卫生费用以 9%~16% 的速度上涨, 1993 年卫生费用占 GNP 的比重已达 14%(Folland, 1997); 欧洲一些国家更是出现了社会保障程度过高带来的一系列“福利危机”。我国近年来也面临医疗费用上涨的问题。从历史发展来看, 医疗费用是逐步提高的, 它反映了个人及国家对人们健康水平的重视, 也往往与一国经济发展水平相关, 而且医疗费用占一国 GDP 的比重是衡量一国医疗保障水平的重要指标。然而过多的医疗费用无疑会是国民经济健康发展的负担。因此, 医疗保障水平是否适度对我国社会保障制度改革、国民经济健康发展会产生重大影响。那么, 我国改革开放以来, 尤其是医疗保障制度改革以来, 医疗保障水平如何? 医疗保障水平与经济发展水平及相关经济因素的相关性有多大? 卫生总费用内部结构是否合理? 本文将借助健康经济学的分析方法对这些问题进行初步探讨, 寻找政府、社会、个人都满意的合理的医疗保障水平。

一、适度医疗保障水平的供求均衡分析

在健康经济学中, 我们把医疗保障视为一种经济行为, 那么其适度水平就可以采用经济学分析工具进行理论探讨。在这里, 我们采用供求法则来分析医疗保障对人们的医疗需求、医疗价格及医疗费用分配的影响。

从一般供求分析来看, 在市场机制下, 医疗价格像一只“看不见的手”在调节着整个医疗市场的供给和需求(见图 1)。医疗市场又可具体划分为由病人(需求者)与医疗机构、医务人员(供给

收稿日期: 2003-07-21

作者简介: 徐倩(1979-), 女, 江苏徐州人, 南京大学商学院硕士研究生; 谢勇(1975-), 男, 安徽淮南人, 南京大学商学院硕士研究生; 戴维周(1948-), 男, 山东济南人, 南京大学人口研究所副教授。

者)组成的医务市场和由病人、企事业单位、政府(需求者)与保险公司或政府(供给者)组成的医疗保险市场,在此,我们分析的是包括医疗服务市场和医疗保险市场的广义的医疗市场。当医疗市场中没有医疗保险时,供给曲线 S 与需求曲线 D_1 交于均衡点 $E_1(Q_1, P_1)$ 。当政府或保险公司提供医疗保险时,降低了病人求医时直接支付的价格,引起其消费行为的改变,即增加对医疗服务的需求(需求曲线移至 D_2),或使得人们对医疗需求的价格弹性或敏感度降低(需求曲线旋转至 D_3),均衡点变为 $E_2(Q_2, P_2)$,或 $E_3(Q_3, P_3)$,医疗消费量和价格都有所上升。我们从 D_1 到 D_2 的变化来看,医疗保障使得市场上医疗价格上升到 P_2 ,但在消费者看来,市场价格只有 P_2' ,余下的部分($P_2 - P_2'$)由国家或保险公司支付,从而在 P_2' 的价格下面,人们愿意消费 Q_2 的水平,社会总的医疗费用增加了($OP_2E_2Q_2 - OP_1E_1Q_1$)。

可见,实施医疗保障提高了人们医疗消费的数量,带来了社会总的医疗费用的增加。我国计划经济条件下的公费医疗和劳保医疗给予城镇居民高度的医疗保障,绝大部分医疗费用由国家支付,个人仅支付极少量的医疗费用(即 P_2' 水平极低)。因而,如何在政府、社会及个人之间分配医疗费用就与医疗保障的水平有关了,从图 1 来看,就是需求曲线 D_2 、 D_3 的位置。 D_2 与 D_1 的距离越远, D_3 的弹性越小(即越陡峭),医疗费中政府付费的比例就越大。即保障水平越高,人们对医疗服务的需求会越大,医疗需求的价格弹性越低,社会总的医疗费用增幅越大。当前的医疗保障制度改革正朝着逐步缩小政府付费比例,但又能切实保障居民的医疗需求方向努力,寻找适度的均衡点 E 。然而,确定一个适度的医疗保障水平,在参保人的医疗需求得到满足的同时医疗机构愿意而且能够提供参保人满意的服务,使医疗费用的支出与社会经济发展水平相适应而不成为经济发展的负担,是一项十分艰巨的任务。健康经济学的引入和发展无疑能对我国正在进行的医疗保障制度改革提供一定的理论指导与借鉴,避免重蹈发达国家走过的弯路。

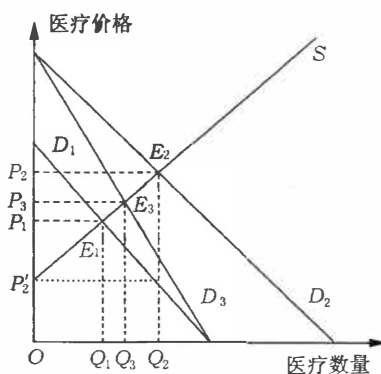


图 1 医疗市场供求图

二、中国医疗保障水平分析

医疗保障水平是指一个国家对其国民所能提供的医疗保障程度,通常可用保障范围和医疗费用(或卫生总费用)占国内生产总值(或国民生产总值)所得的比重来考察。

1. 医疗保障总体水平的国际比较

穆怀中自 1996 年起发表了一系列关于国外社会保障适度水平的文章,然而关于中国适度医疗保障水平的研究国内却并不多见。正如前文所述,西方发达国家几乎无一例外地经历了医疗费用的高速增长过程,医疗已成为一些国家经济的沉重负担。但也有些国家,如新加坡由于强制实行公积金制度,医疗费用由个人账户支付,对医疗费用的增长有明显的抑制效果,其医疗照顾费用占 GDP 的比重仅为 1.3%,比表 1 中其他国家低了许多。关于我国的社会保障水平,朱镕基同志曾论述道:“中国目前还建立不起一个完善的社会保障制度,只能有一个最基本的保障水平。”(《南方周末》,1998)这与 1998 年 12 月 14 日下发的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》提出的“低水平”一致,也与我国社会主义初级阶段的经济状况相一致,加之福利的刚性特征,易高难低,低水平是较为明智的选择。然而,对于一个国家或者一个地区卫生总费用在国民经济发展中究竟占有多大比重才算合适这一问题,目前还没有举世公认的答案,这需要根据各个国家、各个地区经济发展水平及其他相关因素而定。

表 1 医疗保障水平的国际比较

国家	瑞典	德国	美国	加拿大	日本	中国
医疗照顾占 GDP 比重(%) ^①	6.1	8.3	7.6	6.6	5.6	2.1
卫生服务弹性系数	2.07	1.91	1.95	1.36	1.45	1.2 ^②

资料来源：世界银行：《世界发展报告》，中国财政经济出版社 1995 年、1992 年出版。陈秀英：《世界经济统计简编》，中国物价出版社 1997 年版。国际劳工局：《2000 年世界劳动报告》，中国劳动社会保障出版社 2001 年版。

注：①为 1996 年水平。②根据中国 1978~2000 年的数据计算。

2. 适度医疗保障水平的经济效应分析

实行医疗保障是社会经济运行的重要因素，与其他经济因素之间也存在着一定的联系。各国研究显示，一部分医疗费用的增长是社会经济发展和医疗技术进步等因素造成的，如人口增长、人口老龄化、大众健康意识提高、疾病谱的改变等等，这些因素是合理而不可避免的，但是另外一部分是制度性缺陷造成的，如医疗保险制度的不健全、医疗机构人员过度增加和管理费用上升、对新发明的医疗技术的滥用等等，这些因素则是不合理而应该避免的。我们以卫生服务弹性，即卫生总费用增长率同 GDP 增长率的比值（这一指标作为衡量卫生发展与国民经济增长是否协调的一个评价指标），来观察我国改革开放以来的卫生总费用增长是否合理。从表 1 可见，世界发达国家卫生总费用增长速度均快于国民经济增长速度。中国 1978~2000 年 GDP 增长 1%，卫生服务弹性系数增长为 1.2%。这说明 20 年来中国卫生总费用的增长略快于经济增长，虽然明显低于发达国家，但总体上是比较合理的。

在进一步的分析中，我们进行一定的计量经济分析。在与卫生总费用增长有关的众多变量中我们选择人均 GDP，老年人口比重及国内储蓄占 GDP 比重这三个指标进行分析。这是因为医疗卫生费用的筹集和支出是国民经济大系统循环的重要环节，医疗保障水平的状况和变化必然受国民经济状况的影响，并直接或间接地作用于国民经济运行。人均 GDP 反映了一国经济发展水平，只有人均 GDP 的增长才会有资金支持医疗保障的各种支出；而老年人口则是医疗保障的重要对象，因为健康投资的资本储蓄随着时间的流逝逐渐贬值，而且越到人的生命后期贬值的速度就越快，从而老年人往往比年轻人消耗更多的卫生资源；另外，医疗保障支出水平的上升会加大财政支出中社会保障支出的比重，从而有可能减少国内储蓄的比重。穆怀中测算的西方发达国家社会保障水平的经济效应基本上反映了这一经济运行轨迹——社会保障水平与人均 GDP、老年人口比重呈正相关关系，与国内储蓄比重负相关（见表 2）。

我们采用中国国家卫生部卫生经济研究所对我国 1978~2000 年按当年价格计算的卫生总费用、《中国统计年鉴》中 1978~2000 年 GDP、人均 GDP、居民储蓄存款年底余额，以及第三、四、五次人口普查 65 岁人口比重作为老年人口比重指标，并用线性内差外推法推算出的其余年份老年人口比重。对于卫生总费用，我们没有剔除价格变动因素，一是考虑到选用任何一种价格指数似乎都不合适，而且资料上也有限制；二是我们主要目的只是从总体上概略观察医疗保障水平的经济效应，只要人均 GDP、居民储蓄存款年底余额也用当年数据，在进行回归计量时自变量与因变量都不剔除价格变动因素，那么，对于计算结果是无大碍的。根据这些数据，我们采用线性回归法对我国医疗保障水平与人均 GDP、老年人口比重及居民储蓄占 GDP 比重进行回归分析，结果见表 2。从与英国、美国的对比来看，我国医疗保障水平与人均 GDP、老年人口比重呈正相关关系，与发达国家一致。这再次证明了前文所提到的我国卫生总费用增长与经济增长基本相适应，也表明了我国人口老龄化进程对医疗保障产生的影响。然而，我国的医疗保障水平与居民储蓄占 GDP 比例却与发达国家及前文的分析相反，呈正相关关系。这一方面与我国内需不足等现实经济状况有关；另一方面也与我国医疗保障制度改革逐渐走向市场，从公费医疗、劳保医疗逐渐向个人付费倾斜，造成居民个人医疗负担加重有关。当居民个人承担大量医疗费用时，个人预

期老年治病就医费用上升,为保证个人生存,防止得病时无钱医治,人们的储蓄意愿加强,从而使我国医疗保障水平随着居民储蓄水平的上升而上升。

表2 医疗保障水平经济效应的国际比较

中国	英国	美国
$C=3.129+0.000257G$ $R=0.908$ (35.414) (9.945)	$M=14.1+0.0034G$ $R=0.956$	$M=10.46+0.00034G$ $R=0.903$
$C=-0.99+0.851O$ $R=0.923$ (-2.219) (11.029)	$M=-28.4+3.45O$ $R=0.946$	$M=-32.31+4.68O$ $R=0.969$
$C=2.793+0.02857S$ $R=0.942$ (30.982) (12.890)	$M=52.8-1.80S$ $R=-0.648$	$M=32.8-0.68S$ $R=-0.279$

资料来源:中国数据根据《中国统计年鉴》、中国卫生费用核算小组核算结果、人口普查资料 1978~2000 年数据计算而得。英国、美国数据来自穆怀忠:“社会保障水平经济效应分析”,《中国人口科学》2001 年第 3 期。

注:C 代表我国医疗保障水平,即卫生总费用占 GDP 的比重;G 代表人均 GDP;O 代表老年人口的比重;S 代表国内储蓄占 GDP 的比重;M 代表社会保障水平;R 为相关系数。英国是以国家承担社会保障资金为特征的国家福利型社会保障制度的国家代表,美国是以个人和企业等共同承担社会保障资金为特征的自保公助型社会保障制度的国家代表。中国数据下括号内是 t 检验值。

3. 中国 20 世纪 90 年代医疗保障构成变动

从医疗保障的构成来看,我们根据统计年鉴按筹资来源的测算方法,把卫生总费用分为三部分:一是政府预算卫生支出,指各级政府用于卫生事业的财政预算拨款;二是社会卫生支出,指政府预算外的卫生资金支出,主要表现为社会医疗保险;三是居民个人卫生支出,指城乡居民用自己可支配的经济收入支付各项医疗卫生费用和医疗保险费用。

从表 3 可见,1991~2000 年 10 年间卫生总费用各部分绝对值都有所增长,但卫生总费用中各部分比重的变化却是不一致的。其中,政府预算卫生支出下降了 7.9 个百分点,社会卫生支出下降了 13.9 个百分点,居民个人卫生支出则大幅上升了 21.8 个百分点;在政府预算卫生支出内部,公共卫生服务经费下降了 4.8 个百分点,公费医疗经费则上升了 4.8 个百分点。这些数据上的变化显然与我国医疗保障制度改革逐渐向个人付费倾斜,对医疗机构的管理逐步放开,给予其一定的定价权等政策有关。

表3 中国 20 世纪 90 年代卫生总费用水平与构成

年份	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000
卫生总费用(亿元)	888.6	2 257.8	2 857.2	3 384.9	3 776.5	4 178.6	4 746.0
1. 政府预算卫生支出(%)	22.8	17.0	16.1	16.4	15.6	15.3	14.9
(1)公共卫生服务经费(%)	75.1	70.7	70.5	69.4	69.9	70.2	70.3
(2)公费医疗经费(%)	24.9	29.3	29.5	30.6	30.1	29.8	29.7
2. 社会卫生支出(%)	38.4	32.7	29.6	27.7	26.6	25.5	24.5
3. 居民个人卫生支出(%)	38.8	50.3	54.3	56.9	57.8	59.2	60.6

资料来源:中国国家统计局:《中国统计年鉴(2002)》,中国统计出版社 2003 年版。

三、中国适度医疗保障水平标准的健康经济学启示

由上分析可见,中国的适度医疗保障水平的确立面临着两难选择,即一方面是中国市场经济体制的建立和改革的深化急需配套的高效医疗保障制度的建立和资金的投入;另一方面是国家财政和用人单位因资金紧张而无法进行全面的资金投入。面对这一两难选择,如何确立一个合理的医疗保障水平,把有限的资金用在有效的投入上,将是医疗保障改革的重要环节。我们从前文的分析、西方发达国家改革的实践与健康经济学的理论中获得启发,认为确定适度的医疗保障水平应与我国的经济水平以及各方面的承受能力相适应,即坚持以下标准:

1. 从人们对于医疗的需求上来看,适度的医疗保障水平应有利于改善一国居民的健康水平。随着我国人口的增长,人口老龄化程度的加深,疾病谱的变化以及大众健康意识的提高,人们对医疗服务组合的需求也在上升,而这一需求实际上是人们对于健康的派生需求。从反映健康水平的基本指标——平均预期寿命来看,我国从解放前的35岁上升到1998年的71岁,短短50多年间上升了36岁,这充分说明了我国医疗卫生事业的迅速发展,基本达到了适度的医疗保障水平。

2. 从医疗供给上来看,适度的医疗保障水平应与经济发展水平相适应。如前文分析,各国医疗保障水平总是与其人均GDP呈高度正相关关系。从我国当前的经济发展水平来看,为保证人们基本的医疗需求又不致过度消费有限的资源,我们不应把医疗保障水平定得太高。随着我国生产力水平的日益提高,可选择合适的时机和切入点,渐进地提高医疗保障水平。

3. 从医疗费用使用的效率来看,适度的医疗保障水平是建立在医疗资源的高效使用之上的。西方经济学认为一切社会的经济问题根源于经济稀缺性,资源的稀缺带来了如何对一定经济发展水平下的有限资源进行合理配置的问题。与国民经济其他部门的投资一样,对医疗部门的投资也应充分考虑其投资收益率,较高的投资收益率是保证医疗资源使用效率的关键。

参考文献:

- [1] V. R. Fuchs. *Economic aspects of health* [M]. Chicago: Chicago Press, 1982.
[2] V. R. Fuchs. The future of health economics [J]. *Journal of Health Economics*, 2000, 19: 141~157.
[3] Tim E. Health economics in low income countries: Adapting to the reality of the unofficial economy [J]. *Health Policy*, 2001, 57: 1~13.
[4] Janet Hunt-McCool, Dawn M Bishop. Health economics and the economics of education: Specialization and division of labor [J]. *Economics of Education Review*, 1998, 97: 237~244.
[5] 樊明. 健康经济学——健康对劳动市场表现的影响 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2002.

An Analysis of the Level of Medical Security in China with the Methodology of Health Economics

XU Qian¹, XIE Yong¹, DAI Wei-zhou²

(1. Business School, Nanjing University, Nanjing 210093, China;

2. Population Reserch Institute, Nanjing University, Nanjing 210093, China)

Abstract: All the developed countries have experienced the rapid increase of medical care expenditure, which has brought heavy burden to the national revenue and provides challenge and turning point to the development of health economics. Applying the methodology of health economics, the paper makes a descriptive analysis of the current level of medical security and its structure in China. It also makes correlation analyses on the level and other factors in the system of national economy to search for a theoretical foundation for the target of reforming the “low level, wide coverage” of the medical security system in China. Finally, it offers some standards on the appropriate level of medical system in China.

Key words: the level of medical security; expenditure for public health; health economics