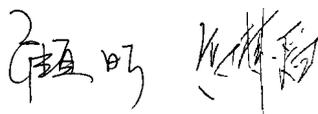


讓窮人能夠看病



民眾因經濟困難而無力負擔日益高漲的醫療費用，也就是俗稱的「看病貴」，已經成為當今中國的頭號社會問題之一。值得注意的是，一般認為，門診服務並不昂貴，民眾理應有能力支付。但是，我們的研究結果表明，門診費用的增長速度不僅高於住院費用的增長速度，而且遠高於城市民眾收入增長的速度(圖1)。因此，全國平均而言，自我感覺患病但因為經濟困難而放棄門診服務者的比例，在1992年僅僅為5.2%，但到2003年底這一比例已經高達18.7%。這顯示，在中國，初級醫療服務可及性的公平性受到了嚴重的損害①。

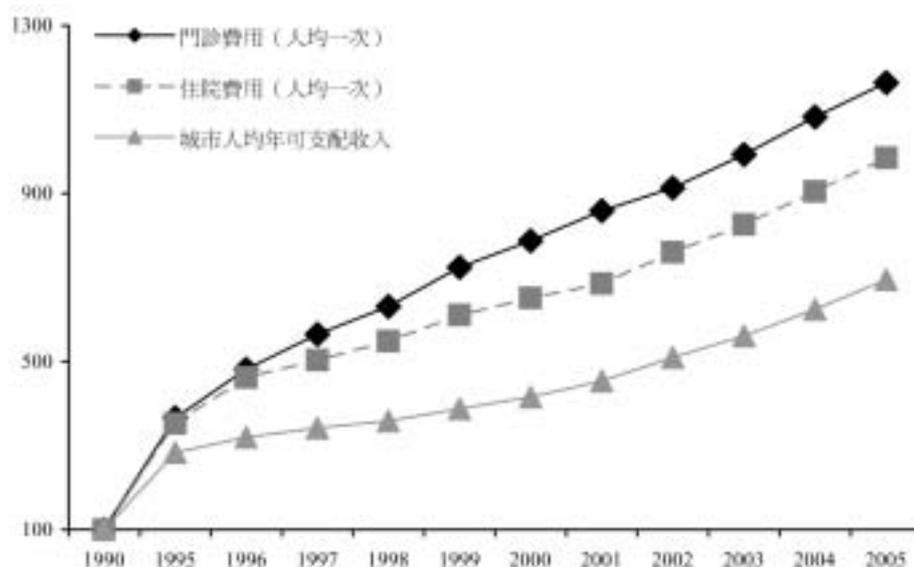
這一問題在一些西部地區的省份尤為嚴重。基於第三次國家衛生服務調查的數據，表1計算了西部城市居民因門診太貴而無力就診者佔全部自我感覺患病者的比例，並且與全國平均水平進行了比較。由此可以看出，這一問題在青海、重慶和四川較為嚴重，在內蒙古、新疆和甘肅地區同全國平均水平接近，而在其他地區則低於全國平均水平。

不難推測的是，因無力負擔門診費用而望醫卻步的民眾當中，貧困人群顯然會佔較大的比重。放棄門診的後果，很有可能是小病拖成大病，最終進一步加重貧困人群的醫療負擔，從而使他們無法擺脫貧困。毫無疑問，提高貧困人群初級醫療服務的可及性，小至對於實現減貧脫貧的目標，大至對於實現社會和諧發展的目標，都具有重大的戰略意義。實際上，自世界衛生組織在1977年的「阿拉木圖宣言」中提出2000年人人享有衛生保健的目標之後，促進初級衛生保健的發展已經成為全球性的浪潮②。尤其是貧困人群初級衛生保健服務的可及

在中國，初級醫療服務可及性的公平性已經受到了嚴重的損害。提高貧困人群初級醫療服務的可及性，小至對於實現減貧脫貧的目標，大至對於實現社會和諧發展的目標，都具有重大的戰略意義。

* 本文是中國社會科學基金項目「中國社會救助體系的建設」(合同號05BSH043)的階段性成果。本課題組成員在西寧關於醫療救助與社區衛生服務體系的研究，還受到民政部——中英城市社區衛生服務與貧困救助項目(UHPP)研究課題「社區衛生服務與城市醫療救助制度的可持續發展」的資助。

圖1 全國綜合醫院醫療費用的增長指數



資料來源：中華人民共和國衛生部：《中國衛生統計年鑑 2004》(北京：中國協和醫科大學出版社，2004)，頁87；2006年，頁105；中華人民共和國國家統計局：《中國統計年鑑 2004》(北京：中國統計出版社，2004)，頁53、357；2005年，頁335；2006年，頁369。

表1 2003年西部城市地區因經濟困難而放棄門診服務者的比例

地區	兩周患病而未就診者比例 (%)	未就診者中因經濟困難而如此選擇的比例 (%)	全體病患中因經濟困難而如此選擇的比例 (%)
中國平均	57.0	36.4	20.7
內蒙古	63.8	35.4	22.6
廣西	51.3	33.6	17.2
重慶	57.5	51.0	29.3
四川	55.7	45.7	25.5
貴州	53.9	34.6	18.6
雲南	53.7	19.2	10.3
陝西	45.1	34.3	15.5
甘肅	46.5	41.8	19.4
青海	66.3	72.5	48.1
寧夏	58.9	25.2	14.8
新疆	50.9	41.4	21.1

資料來源：中華人民共和國衛生部統計信息中心：《中國西部地區衛生服務調查研究》(北京：中國協和醫科大學出版社，2004)，頁33、36。

性，更是受到廣泛關注的課題，而門診醫療服務是初級衛生保健中的主要內容之一^③。

本文基於北京師範大學社會發展與公共政策研究所2005年10-11月在西部三個城市的家庭問卷調查數據，探討貧困人群門診醫療服務的可及性問題。我們的

抽樣總體是青海省西寧市、甘肅省蘭州市和白銀市全部城市人口。抽樣的方法採取兩階段分層整群隨機抽樣法^④。第一階段是以社區(居委會)為樣本地區，根據街道人口基數的不同，使用PPS方法(probability proportionate to size)抽取社區；然後在每個樣本社區抽取200個樣本戶。根據研究的需要，我們有意識地加大了三城市中最低生活保障(簡稱「低保」)受益者人群的樣本數量。為了保證這一點，我們最終確定每個居委會內需要抽取150戶非低保戶，50戶低保戶。由於低保戶比重較大，我們在進行分析之前首先進行了加權和分層調整，並且考慮了Cluster校正方差的問題。在下文中，凡未註明數據出處者，均基於這一數據庫。

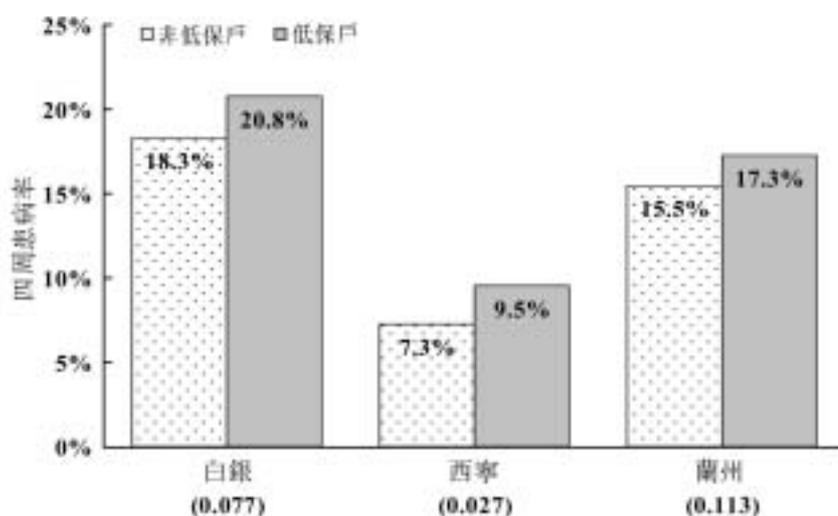
本文的討論分三個部分。首先，我們以低保戶家庭成員為研究對象，並以非低保戶成員作為對照組，分析貧困人群的患病率及其門診服務的利用率；第二，我們考察在低保與非低保組別中醫療保障的覆蓋率及其對民眾門診服務利用程度與費用的影響；最後，根據前兩個部分的發現，我們討論一下城市醫療救助體系建設中所面臨的一些問題。

在大多數國家，尤其是在發展中國家，貧困人群的健康狀況都是最差的，而健康狀況不佳又進一步將貧困人群推向貧困。

一 貧困人群的患病率與門診服務的利用

在大多數國家，尤其是在發展中國家，貧困人群的健康狀況都是最差的，而且健康狀況不佳又進一步將貧困人群推向貧困^⑤。我們的調查數據在某種程度上證明了這一點。根據我們在三個城市的調查，低保戶家庭成員的患病率在西寧和白銀要略高於非低保家庭成員(圖2)；在蘭州，雖然情形類似，但是在統計上差別並不顯著。

圖2 低保與非低保戶四周患病情況



註：橫軸下方括號內為 χ^2 檢驗顯著水平。 χ^2 檢驗結果顯示，西寧和白銀低保戶四周患病率顯著高於非低保戶，蘭州則兩組差異不顯著。

低保戶與非低保戶人員在發現自己患病後的處理方式略微有所不同。圖3顯示，在兩類人群中，都有很大的比重自行買藥治病，也有很小的比重不採取任何醫療措施，在這兩點上兩類人群差別不大。但是，低保戶人群在患病後首先

圖3 低保戶與非低保戶四周患病處理情況

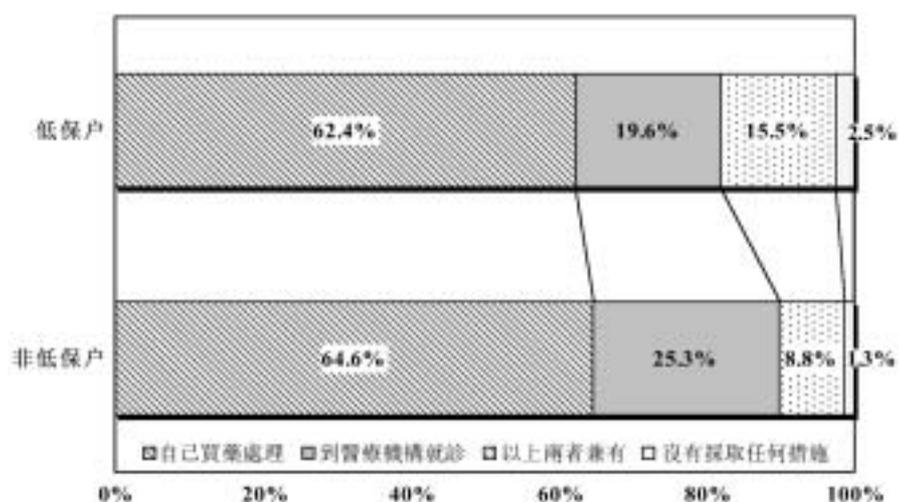


表2 患病者未就診首要原因構成，低保戶與非低保戶比較

		非低保戶	低保戶	合計
可由其他途徑得到藥品	樣本數	70	23	93
	百分比	5.0%	3.0%	4.3%
可以自我治療	樣本數	470	129	599
	百分比	33.7%	16.9%	27.8%
自感病輕	樣本數	220	69	289
	百分比	15.8%	9.0%	13.4%
現有醫療技術無法治療	樣本數	65	18	83
	百分比	4.7%	2.4%	3.8%
經濟困難	樣本數	523	515	1038
	百分比	37.5%	67.4%	48.1%
醫療服務差	樣本數	12	2	14
	百分比	0.9%	0.3%	0.6%
交通不便	樣本數	2	0	2
	百分比	0.1%	0.0%	0.1%
沒有時間	樣本數	17	3	20
	百分比	1.2%	0.4%	0.9%
其他	樣本數	15	5	20
	百分比	1.1%	0.7%	0.9%
總計	樣本數	1394	764	2158
	百分比	100.0%	100.0%	100.0%

註：Chi2檢驗p值 .000

到醫療機構尋求門診服務的比重要明顯低於非低保人群。此外，在低保人群中，患病後自行買藥與到醫療機構就診兩者皆有的比重也比較高；這部分人群顯然是首先選擇自行買藥治病，在發現效果不佳之後再去就診。總體來說，低保戶成員未就診率相當高。

在調查中，我們詢問了未就診的首要原因。從統計結果可以看出，醫療服務差、交通不便、沒有時間以及其他一些因素，完全可以忽略不計。有一定比例的患者病情不太嚴重，或者病情極為常見可以自行醫治；這兩類人群合計為41.2%。還有一小部分自感所患疾病無醫可治。但是，更多的人(48.1%)則是因為經濟困難而無力尋求門診服務。在低保戶中，因為經濟困難而無力尋求門診服務的比重更是高達67.4%，而在非低保戶對照組，這一比重僅為37.5% (表2)。由此可見，經濟原因是造成貧困與非貧困人群門診服務可及性差異的一個主要因素。

除了收入水平較低以外，民眾因為經濟困難而無力尋求門診服務的情形，在很大程度上是緣於醫療保障體系的不健全，從而導致民眾醫療負擔呈現高度不公平性。

二 醫療保障的覆蓋狀況與初級醫療服務的利用

除了收入水平較低以外，民眾因為經濟困難而無力尋求門診服務的情形，在很大程度上是緣於醫療保障體系的不健全，從而導致我國民眾醫療負擔呈現高度不公平性。第三次國家衛生服務調查的結果顯示 (表3)，在2003年，西部地區所有省份城市居民擁有某種醫療保障的比例在29.7-53.8%之間，均低於全國的平均水平。享有城鎮職工基本醫療保險的比例在8.6-37.3%之間，其中僅廣西和雲南超過全國平均水平，而某些地區(如重慶、陝西、貴州、甘肅)的基本醫療保險覆蓋率不足20%。

不止如此，在西部地區，貧困人群的醫保覆蓋率比當地平均水平更低。我們的調查顯示，在西寧、蘭州和白銀三個城市，低保戶與非低保戶成員的醫保覆蓋率呈現巨大的差別。表4顯示，在二十歲以上的人群中^⑥，非低保戶中沒有任何醫療保障的比重為50.7%，而低保戶中這一比重高達81.0%。其中，最大的差別來自職工基本醫療保險的覆蓋情況：非低保戶與低保戶的差異為45.5%對10.2%。

表3 2003年西部地區城市居民醫療保障的覆蓋率 (%)

地區	全部醫療保障	基本醫療保險
中國平均	55.2	30.4
內蒙古	44.5	23.2
廣西	53.8	37.3
重慶	33.0	8.60
四川	48.1	25.2
貴州	41.1	16.2
雲南	51.7	33.7
陝西	29.7	11.8
甘肅	31.9	18.1
青海	36.0	23.5
寧夏	45.5	28.3
新疆	50.7	29.8

資料來源：中華人民共和國衛生部統計信息中心：《中國衛生服務調查研究：第三次國家衛生服務調查分析報告》(北京：中國協和醫科大學出版社，2004)，頁44。

表4 低保戶與非低保戶醫療保險覆蓋情況(二十歲以上人群)

醫療保險類型		非低保戶	低保戶	合計
公費勞保醫療	樣本數	270	19	289
	百分比	2.0%	0.4%	1.6%
職工基本醫療保險	樣本數	6062	527	6589
	百分比	45.5%	10.2%	35.6%
商業性健康險	樣本數	156	42	198
	百分比	1.2%	0.8%	1.1%
職工大病醫療統籌	樣本數	75	11	86
	百分比	0.6%	0.2%	0.5%
醫療救助	樣本數	10	385	395
	百分比	0.1%	7.4%	2.1%
其他可報銷醫藥費的途徑	樣本數	7	1	8
	百分比	0.1%	0.0%	0.0%
無醫療保障	樣本數	6757	4194	10951
	百分比	50.7%	81.0%	59.1%
總計	樣本數	13337	5179	18516
	百分比	100.0%	100.0%	100.0%

民眾是否享有某種程度的醫療保障，對於他們患病時是否尋求門診服務有一定的影響。我們針對二十歲以上自我感覺患病但卻沒有尋求門診服務者，以有醫保者與無醫保者作為對照，詢問了他們未就診的首要原因。結果發現，對於有醫保戶，自我感覺可以自行治療是其未就診的首要原因，其比例為39.8%，而經濟困難僅僅是其未就診的第二位原因，其比例為32.6%。但是，對於沒有醫保者來說，經濟困難是他們未能尋求門診服務的首要原因，其比例高達60.0%，而自我感覺可以自行治療作為第二位的原因，比例僅為19.4% (表5)。可以說，醫療保障制度健全與否，乃是民眾是否有支付能力尋求門診服務的最主要決定因素。

在低保人群中，有無醫保對其門診服務的可及性影響更大。其中，在有醫保的低保戶患病者中，經濟依然困難而放棄就診者的比例為53.4%，這說明現有醫療保障體系的保障力度不足，致使一半多低收入參保者依然沒錢看病。換言之，現有的醫療保障體系在緩解低保人群的門診負擔上依然尚有很大的改善空間。但是，在沒有醫保的低保戶人群中，自我感覺患病後因經濟困難而不去醫療機構尋求門診服務者的比例高達72.0% (表6)。由此可見，哪怕是保障力度不足的醫保制度，對於減少貧困人群的醫療負擔上，也多多少少有一定的積極作用。

由於醫療保障體系的不發達，總體來說，被調查人群門診花費中的自費比例(即OOP比例)都很高，平均水平86.2%。其中，由於低保人群的醫保覆蓋率更

民眾是否享有某種程度的醫療保障，對於他們患病時是否尋求門診服務有一定的影響。現行醫療保障制度對於增進民眾(尤其是貧困人群)初級醫療服務的可及性，尚沒有發揮應有的作用。

表5 患病者未就診首要原因構成，有醫保戶與無醫保戶比較

		沒有醫保	有醫保	合計
可由其他途徑得到藥品	樣本數	47	35	82
	百分比	4.0%	4.5%	4.2%
可以自我治療	樣本數	227	308	535
	百分比	19.4%	39.8%	27.5%
自感病輕	樣本數	139	103	242
	百分比	11.9%	13.3%	12.5%
現有醫療技術無法治療	樣本數	35	47	82
	百分比	3.0%	6.1%	4.2%
經濟困難	樣本數	701	252	953
	百分比	60.0%	32.6%	49.1%
其他	樣本數	20	28	48
	百分比	1.7%	3.6%	2.5%
總計	樣本數	1169	773	1942
	百分比	100.0%	100.0%	100.0%

註：本表把一些無關緊要的原因，即醫療服務差、交通不便、沒有時間，都一併歸入「其他」類別。

表6 低保戶患病者未就診首要原因構成，有醫保戶與無醫保戶比較

		沒有醫保	有醫保	合計
可由其他途徑得到藥品	樣本數	16	3	19
	百分比	2.8%	2.9%	2.8%
可以自我治療	樣本數	82	26	108
	百分比	14.5%	25.2%	16.1%
自感病輕	樣本數	42	13	55
	百分比	7.4%	12.6%	8.2%
現有醫療技術無法治療	樣本數	13	5	18
	百分比	2.3%	4.9%	2.7%
經濟困難	樣本數	408	55	463
	百分比	72.0%	53.4%	69.1%
其他	樣本數	6	1	7
	百分比	1.1%	1.0%	1.0%
總計	樣本數	567	103	670
	百分比	100.0%	100.0%	100.0%

註：本表把一些無關緊要的原因，即醫療服務差、交通不便、沒有時間，都一併歸入「其他」類別。

低，其門診自費的比率更是高達91.6%。如此高額的自費比率顯示，現行醫療保障制度對於增進民眾（尤其是貧困人群）初級醫療服務的可及性，沒有發揮應有的作用。

三 醫療救助制度的建立與貧困人群 初級醫療服務可及性的提高

從上文的分析，我們可以得出結論，在我國西部不發達地區的城市貧困人群，健康水平普遍不佳，對醫療服務，尤其是門診服務的需求甚殷。但是，由於醫療費用上漲過快，貧困人群因無力負擔費用而放棄門診服務的現象日益普遍，其後果就是健康狀況的改善無法實現，從而對其減貧脫貧的努力造成負面的影響。

造成貧困人群無錢看病的根源不僅在於其收入水平，而且更為重要的是我國的醫療保障體系不健全。在我國城市，醫療保障體系的主體是職工基本醫療保險，職工大病醫療統籌、商業性健康險、公費勞保醫療等扮演著補充性醫療保障的角色。總體來說，醫療保障的覆蓋率不高，城市人口中大約四成沒有任何醫療保障^⑦。既使一些人享有某種醫療保障，但是由於保障力度不足，其醫療費用中自付部分也偏高。更為嚴重的情形是，貧困人群的醫療保障覆蓋率往往最低。在我們調查的三個城市中，低保戶成員中有大約80%沒有任何醫療保障。一般而言，貧困人群的健康狀況差，對於醫療服務的需求較高，但是享有醫療保障的比例卻最低。他們在尋求醫療服務時自付比例極高，就我們的樣本而言，低保戶門診自費比例超過了90%。許多低保戶成員由於沒有錢，在生病時甚至無力尋求門診服務。

貧困人群因為沒錢而無力尋求門診服務體現了醫療負擔的嚴重不公平性。毫無疑問，健全醫療保障體系是緩解這一問題的必由之路。我國城市醫保的主幹是基於正式就業的社會醫療保險，而低保人群大多要麼沒有勞動能力，要麼沒有正式工作，因此通過社會醫療保險獲得醫療保障相當困難。建立醫療救助制度，由政府通過財政籌資手段，為貧困人群的醫療服務付費，就成為必然的選擇。2005年3月14日，國務院辦公廳轉發了民政部、衛生部、勞動保障部、財政部〈關於建立城市醫療救助制度試點工作意見〉，標誌著城市醫療救助制度的建設開始啟動。

就目前而言，城市醫療救助制度還處在實驗和摸索階段，其中在制度設計層面，各城市所面臨的一個重大選擇就是所謂「管大病」還是「大病小病都管」。依照前一種思路，醫療救助只為貧困人群的大病醫療(或住院)開支提供部分報銷；依照後一種思路，醫療救助不僅應該為貧困人群的大病(因此大額)醫療開支提供資助，而且還應該幫助貧困人群提高初級醫療服務的可及性和利用率，從而有效地改善其健康狀況，增加其參與勞動力市場並融入社會的能力。

從社會政策的角度來看，前一種思路是一種傳統的救濟型思路，主要着眼點是為那些已經因大病而致貧的家庭提供一定的幫助，緩解其生計壓力；而後一種思路是一種發展型的思路，致力於改善貧困家庭的能力，防止其因病致貧。從衛生政策的角度來看，這兩種思路的選擇實際上是醫療救助的核心服務

由於醫療費用上漲過快，貧困人群在尋求門診服務時，自付超過了90%。許多低保戶成員因無力負擔費用而放棄門診服務的現象日益普遍，其後果就是健康狀況的改善無法實現，從而對其減貧脫貧的努力造成負面的影響。

包中是否應該包括初級醫療衛生服務的大問題。如果醫療救助只提供大病開支報銷，那麼表面看來會節省大量初級醫療服務開支的報銷，但是由於這一制度對於改善貧困人群初級醫療服務可及性沒有助益，相當一些貧困者，正如我們的調查數據所顯示的那樣，可能會放棄門診服務，使小病拖成大病，最終醫療救助計劃可能依然會因為貧困人群大病開支偏高而得不償失^⑧。

從國際經驗上看，醫療救助覆蓋門診着重於加強貧困人群對初級醫療服務的可及性，更具有節省成本功效性(cost-effectiveness)。在實施醫療救助的國家中，尤其是美國^⑨，初級醫療衛生服務也是其核心服務包的內容^⑩。醫療救助體系覆蓋初級醫療服務，還能有助於中國早日實現本來早應實現的人人都能享有初級衛生保健的目標，也就是實現初級醫療服務可及性的公平性。

建立醫療救助制度，由政府通過財政籌資手段，為貧困人群的醫療服務付費，就成為必然的選擇。醫療救助體系覆蓋初級醫療服務，還能有助於中國早日實現本來早應實現的人人都能享有初級衛生保健的目標，也就是實現初級醫療服務可及性的公平性。

註釋

①⑦ 顧昕、高夢滔、姚洋：《診斷與處方：直面中國醫療體制改革》（北京：社會科學文獻出版社，2006），頁8：8。

② WHO, *Primary Health Care* (Geneva: World Health Organisation, 1978).

③ 限於篇幅以及為了行文的方便，本文沒有嚴格區分門診服務(outpatient services)、初級醫療服務(primary care)和初級衛生保健(primary health care)。在衛生政策文獻中，三詞所指有微妙的差別，基本上第一項是後兩者的基石，而後兩者包含的範圍稍微廣一些，其中最後一詞包含一些預防性衛生服務和健康促進活動。其中的細節，可以參見Leiyu Shi and Douglas A. Singh, *Delivering Health Care in America* (Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2003), 229-69.

④ 抽取的社區數和樣本戶數，都是根據Power的計算結果而確定的，樣本數量都滿足最低power要求。

⑤ 世界銀行：《2004年世界發展報告：讓服務惠及窮人》（北京：中國財政經濟出版社，2004），頁133-35。

⑥ 我們選取二十歲以上人群作為比較對象，是因為一般而言，二十歲以上者多為工作人群，而各種醫療保險的參保者，尤其是社會醫療保險，多為工作人群。實際上，在國際出版物中，有關醫療保險的研究多研究二十歲以上人群的參保情形。

⑧ 顧昕、高夢滔、張歡：〈醫療救助體系與公立醫療機構的社會公益性〉，《江蘇社會科學》，2006年第3期。

⑨ 美國的醫療救助是聯邦與州政府聯合興辦的社會項目，其中州政府對服務包的設計具有很大的選擇空間。儘管如此，在聯邦政府的指導下，所有州的醫療救助均包含一個核心服務包，其中受益者在醫院、鄉村診所、家庭醫生以及經聯邦政府資格認定的醫療服務站所接受的門診服務，均由醫療救助項目支付費用。細節參見Jonathan Gruber, "Medicaid", Working Paper No. 7829 (Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2000), 11.

⑩ Julie Lynn Stone, *Medicaid: Eligibility for the Aged and Disabled* (New York: Novinka Books, 2004).

顧 昕 北京師範大學社會發展與公共政策研究所教授

高夢滔 北京師範大學社會發展與公共政策研究所985項目研究員