

中国健康经济学研究综述^{*}

范方志 李明桥 石高翔

内容提要:如何解决与民众健康密切相关的各种问题是中国健康经济学研究领域所具有的鲜明特征。该研究领域不但具有较强的实用性,而且还对政策措施的制定和实施具有重要作用。医改目的在于提高民众健康福利水平,而医改措施的制定很大程度上归因于中国健康经济学研究领域所取得的成果。因此,本文综述了中国健康经济学所涵盖的主要研究领域。

关键词:健康经济学 研究领域 综述

中国医患关系紧张、看病贵看病难等问题备受社会各界批评和关注。国内学者围绕这些问题结合健康经济学理论进行了深入的研究。

一、关于健康需求与消费

(一) 基于 Grossman 人力资本健康需求模型的研究

如果说 Arrow 的《不确定性与卫生保健的福利经济学》标志着健康经济学的正式诞生,那么 Michael Grossman 的《一个关于健康资本和健康需求的观念》(1972)标志着健康经济学分析框架的确立。Grossman 将 Becker 提出的家庭生产函数成功地引入了健康的效用函数分析之中,从而提出医疗保健需求是一种派生需求,进而确立了消费者行为的人力资本模型。

从微观角度而言,赵忠(2005)最早引入健康需求理论和经验分析方法,明确阐述了健康和卫生服务是各不相同而又紧密联系的两个概念,健康是人力资本的一个组成部分,但对健康的需求从而引起对卫生服务的需求是一种派生需求。该研究发现女性比男性更符合 Grossman 模型的预测引起了学术界极大地关注;与此同时,封进等(2007)基于 Van (1997)关于收入水平对医疗消费影响的研究和 Grossman 的健康需求模型,研究了农村医疗消费行为的变迁,该研究结论表明随着市场化范围的扩大,增加对低收入农民的转移支付和建立医疗保障制度的必要性更加突出。从宏观视角而言,王弟海

(2008)运用 Arrow—Romer 生产函数和 Grossman 人力资本健康需求模型,研究了健康投资和健康人力资本积累对物质资本积累和经济增长的影响。研究表明,在短期内,经济增长率同健康投资增长率存在正相关关系,健康投资增长率的提高总是能够促进经济增长。从长期来看,由于健康投资在经济增长过程中总是具有不断增长的趋势,因此健康投资在长期内肯定会对经济增长具有抑制作用。

(二) 基于 Gertler 的卫生医疗需求模型的研究

虽然 Grossman 的健康需求模型对于健康经济学的分析框架做出了杰出的贡献,但是,该模型忽略了医疗服务质量和健康需求中的重要作用,从而在健康需求的分析框架之中没有涉及需求个体对于医疗机构的选择问题。由 Gertler et al (1987) 和 Mwabu et al (1993) 等构造的卫生医疗需求模型补充了 Grossman 的人力资本健康需求模型不足之处,从而丰富了研究健康需求的理论框架。

王俊(2008)从 Gertler 的卫生医疗需求模型理论出发,利用三省实地调研数据进行实证研究表明卫生规避现象在城市地区更加普遍、不同因素对居民卫生医疗需求行为的影响各异、适当的公共政策能够提高个人的卫生医疗需求;王翌秋(2009)基于 Gertler 的卫生医疗需求模型研究了农村居民选择就诊单位的影响因素。发现医疗服务价格上涨将使更多患者难以进入医疗机构获得基本的治疗,合作医疗规定的定点医疗机构和严格的转诊制度在一定程度上限制了农村居民对医疗服务的过度利用;黄

* 范方志,李明桥,石高翔,贵州财经大学经济学院,邮政编码:550004,范方志电子邮箱:Fanfangzhi@163.com。

枫(2010)基于卫生医疗需求模型研究了老年人群的医疗需求行为,该研究表明虽然享有医疗保险老年人群的平均医疗支出显著高于无医疗保险的老年人群,但是,有医疗保险老年人群的预期寿命比无医疗保险的要高出5年,医疗支出对健康的边际效应较高,参保老年人群的医疗支出为有效需求而不是过度需求。

(三)基于Aday & Andersen健康行为模型的研究

由Aday & Andersen(1974)提出的健康行为模型也广泛应用于大多数健康调查研究。该理论模型定义了影响个人如何需求和利用医疗照料服务的三大类因素—潜在因素、诱发因素以及需求因素。其中,潜在因素一般指个体的社会人口学特征;诱发因素指影响个人获得医疗服务可能性的因素,包括收入或保险等;而需求因素则指促使个人寻求医疗服务的健康或疾病情况。宋璐(2010)运用该理论模型研究了农村老年人群的健康需求行为,发现有医疗支出的农村女性老人比例高于男性老人,但女性老人支付水平较低。他还进一步从不同年龄队列的分析中发现,医疗支出的性别差异主要是由于低龄老年阶段住院支出的性别差异。农村老年人医疗支出的影响因素存在明显的性别差异,男性老人的医疗支出更多取决于自身的潜在因素,而女性老人的医疗支出则更多依赖于家庭和子女支持等诱发因素。

二、关于健康、效率与公平

(一)关于健康与劳动生产率及就业关系的研究

健康与经济发展之间的关系很早就为学术界所关注,尤其是Leibenstein(1957)和Mazumdar(1959)提出效率工资理论后,很多研究都试图证明体格矮小和营养不足会限制收入的提高,但此后很长一段时间内,对这一问题的研究并没有取得实质性进展。从20世纪80年代中期,研究方法的改进使得控制健康与劳动生产率之间的“同步性”影响成为可能,从而这一领域的研究被大大推进。

在此基础之上,张车伟(2003)以Leibenstein的效率工资理论系统地研究了营养、健康对劳动生产率的影响。该研究表明营养和健康都影响到农村劳动生产率,且营养摄入和疾病的影响最为显著,因此,加大对农户营养和健康的资金投入对于农户摆脱贫困具有至关重要的作用;魏众(2004)也以效率工资理论作为理论基础发现健康在获取非农就业收入乃至增加家庭收入方面发挥重要作用;刘国恩(2004)基于Bloom & Canning(2000)的研究分析了

健康与家庭收入的关系。研究发现个人健康是决定中国家庭人均收入的重要因素,与此同时,不但农村人口的健康经济回报大,而且女性健康经济回报高于男性;王引(2009)以效率工资理论为基础,研究了健康人力资本积累与农民收入增长的关系。发现营养结构的改善能显著促进农民收入的增长。这不仅证实了以营养为基础的效率工资模型的有效性,同时也表明健康人力资本的积累对中国农民收入增长具有重要贡献。高梦滔(2006)对于健康风险冲击下的农户收入能力的研究,丰富了国内健康与劳动生产率关系的研究。研究发现大病冲击无论是短期还是长期都对农户收入产生了不利影响,并且这种影响对贫困农户的作用更强。

非农就业的母亲对其孩子健康的影响的理论渊源来源于国外对于女性(母亲)就业与儿童健康关系的研究思路:女性作为儿童的主要看护者,其就业行为的转变必然会对下一代的福利产生影响,而这种影响也是同女性在家庭中的双重地位紧密相联的。刘靖(2008)根据上述思路分析了非农就业母亲与儿童健康的关系,研究发现,边际效果分析表明母亲收入增加对孩子健康的正向影响难以抵消劳动时间增加所带来的负面效果。孩子性别不同所受到的影响亦不同,女童相对而言处于健康的劣势地位。虽然母亲的劳动供给有助于缩小孩子营养状况的性别差距,但却是以所有儿童的健康状况下降为代价的。

(二)关于健康公平性的研究

收入差距对健康公平性的影响一直是健康经济学领域研究的重要课题之一,主要从两个方面进行研究:其一,研究关于健康决定的收入差距假说,即不仅个人收入或社会平均收入影响个人健康状况,社会的收入差距也起一定的作用。其二,从收入差距影响健康公平性的路径进行研究,该路径是指收入差距导致居民在获得和使用医疗基础设施、卫生以及医疗服务上存在差距。从收入差距与健康关系的研究发现收入差距对健康的影响存在滞后效应,收入差距对健康的影响呈现倒U型,即在收入差距较高时,收入差距对健康的影响主要为负向的,收入差距的扩大会加强收入效应,其含义是,如果低收入人群的收入更容易受到负向冲击,那么收入差距对低收入人群的健康更为不利(封进,2007);从收入与健康服务利用的角度研究表明我国存在亲富人的健康不平等、医疗服务利用不平等现象,高收入人群的健康状况更好并使用了更多的医疗服务(解垩,2009)。

(三)关于医疗市场效率的研究

卫生资源配置效率问题成为目前医疗卫生

领域关注的焦点问题。庞瑞芝(2006)从实证角度运用数据包络分析模型对我国249家城市医院的经营效率进行总体分析与评价。该研究表明病床数、中高级技术人员比例、门诊住院比例、门诊病人治疗有效率、药品收入比例以及门诊人均费用都是影响医院经营效率的重要因素。其中减轻患者负担、降低药品收入比例、增加中高级医师比例、适当调整医院经营规模、提高治疗病人有效率等都是现阶段提高医院经营效率的有效途径;汪浩(2010)从理论角度研究了医疗服务与医疗保险之间的整合对医疗市场效率的影响。他分别讨论了医院直接向消费者提供医疗保险的情形(整合保险模式)和医院通过独立的保险公司向消费者提供服务的情形(独立保险模式),并比较了不同市场组织形式对社会福利的影响。研究表明无论在医疗服务市场为垄断还是垄断竞争的情况下,整合保险模式都为消费者提供了较多的保险,并且在效率上优于独立保险模式。因此加强医疗服务与医疗保险之间的协调有利于提高医疗服务市场的运行效率。

(四)关于看病贵和看病难的研究

对于如何解决“看病贵、看病难”一直是社会普遍关注的焦点。目前从健康经济学领域研究我国“看病贵、看病难”的成因方面取得了一定的成果。我国“看病贵”的根本原因在于:公立医疗机构在药品零售环节上的双向垄断地位导致药价虚高,医疗服务价格低估导致“以药补医”机制赋予了医疗机构抬高药价的合法权力,而收益率管制政策进一步诱导医院进销高价药品(朱恒鹏,2008);县乡层次医疗市场的垄断性,是造成经济改革以来农村居民“看病贵”和“看病难”现象的原因之一(朱玲,2006)。实证研究发现营利性医院加入医疗市场竞争有助于降低医疗成本的同时对公立医院降低医疗服务费用也有促进作用(李林,2008)。该研究发现,营利性医院加入医疗市场竞争有助于降低医疗成本的同时对公立医院降低医疗服务费用也有促进作用,因此促进营利性医院发展有利于“看病贵”问题的解决。李林的实证研究和朱玲的案例分析,都表明营利性医院或非公立医疗机构的发展有助于解决“看病贵”的问题,这间接的说明了我国医疗服务体系垄断性太强、竞争性不足。寇宗来(2010)研究了“以药养医”体制与“看病贵、看病难”问题之间的内在逻辑。该研究发现要解决“看病贵、看病难”问题,政府必须双管齐下:一是提高诊疗价格;一是实行“医药分离”。如果仍然维持低诊疗价格,降低“以药养医”程度反而可能降低社会福利;卢洪友(2011)对中国

医疗服务市场中的信息不对称程度进行了测算,该研究发现医生相对于患者掌握更多医患信息从而推高了医疗服务价格。同时发现单纯地向医疗服务机制引入市场竞争机制并不能有效地解决医疗服务市场信息不对称和价格虚高的问题。

三、关于医疗体制的改革

(一)关于新型农村合作医疗的研究

中央政府于2003年启动了农村合作医疗制度改革和建设工作,新型农村合作医疗(简称新农合)应运而生。新农合从地区试点到现在的基本覆盖农村地区过程中,一直存在各种各样的问题,因此,研究新农合成为中国健康经济学的重要领域之一。

中国农村合作医疗体制变迁的路线图如下:传统农村合作医疗萌芽时期→兴起阶段→普及过程→衰落→对新农合的探索→新农合兴起。集体经济的瓦解和取缔“赤脚医生”的政策是传统农村合作医疗衰落的根本原因,中央和地方政府财政支持是新农合兴起的原动力(王绍光,2008)。就逆向选择而言,较少的缴费金额、较高的风险规避、较低的医疗支出倾向和政府财政补贴是导致新农合逆向选择问题较小的主要原因。实际医疗支出的刚性使得穷人的医疗支出倾向显著高于富人,而且由于穷人的收入偏低,遭遇健康负向冲击以后可能需要负债,这一财富效应会引起较大的福利损失。综合以上两点,穷人在新农合中有较高的相对收益(封进,2007)。就补偿模式而言,治疗费用、疾病特征和医疗的机会成本等因素对治疗方式的选择有显著的影响。仅仅补偿住院费用对减轻医疗负担和灾难性医疗支出的作用十分有限,将补偿范围扩大到门诊费用才能有限地抵御健康风险(封进,2009)。就抵御风险而言,新农合建立后分担了农户33.3%的灾难性疾病风险和24.2%的“因病致贫”风险(张广科,2010)。

(二)关于医疗体制改革的研究

改革开放前,中国在卫生方面的花费相对还很低,但到新世纪,卫生总费用的比例已经略微超过世界平均水平。然而,重新审视健康状况时,却发现其改善的程度远不像费用增长那样突出。虽然预期寿命持续增长,婴儿死亡率也持续下降,但改善速度已经与某些同等水平国家接近甚至比这些国家更慢。有关政府部门及学界普遍认为,中国20年的卫生改革是“不成功的”。卫生体制改革失败引发了学者对于卫生体制改革方向的激烈争论。

政府在承担卫生保健职能方面的意愿和能力的变化对城镇卫生保健筹资和服务公平性的影响表

明,以市场为导向的卫生体制改革不但没有解决医疗费用上涨问题,反而加剧了这一趋势,在医疗保障体系不完善的情况下,降低了弱势人群对卫生服务的获取,使得卫生保健的公平性受到极大的损害。也就是说,中国正在追寻美国模式,因此中国医疗体制之病就是“美国病”(王绍光,2005);而顾昕(2005)驳斥了中国医疗体制之病就是“美国病”的说法,提出中国医疗体制改革的战略性选择是走向有管理的市场化。他认为中国20多年的医疗体制改革的确不成功,其根源与其说是医疗服务的市场化,不如说是在市场化过程中政府职能的缺位。因此,中国医疗体制进一步改革的战略性选择,并不是放弃市场化、甚至恢复计划经济时代的医疗体制,而是走向有管理的市场化,探寻将国家介入与市场竞争有效结合的新路。

综上所述,如何解决与民众健康密切相关的各种问题是中国健康经济学研究领域所具有的鲜明特征。虽然中国健康经济学研究领域取得了重要的成果,但是一些领域的研究还有待进一步加强。

参考文献:

- 封进 余央央,2007:《中国农村医疗的收入差距与健康》,《经济研究》第1期。
- 封进 李珍珍,2009:《中国农村医疗保障制度的补偿模式研究》,《经济研究》第4期。
- 顾昕,2005:《全球性医疗体制改革的大趋势》,《中国社会科学》第6期。
- 解垩,2009:《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》,《经济研究》第2期。
- 李林 刘国恩,2008:《我国营利性医院发展与医疗费用研究:基于省级数据的实证分析》,《管理世界》第10期。
- 刘婧,2008:《非农就业、母亲照料与儿童健康》,《经济研究》第9期。
- 庞瑞芝,2006:《我国城市医院经营效率实证研究》,《南开经济研究》第4期。
- 宋璐 左冬梅,2010:《农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异:以巢湖地区为例》,《中国农村经济》第5期。
- 王俊 昌忠泽 刘宏,2008:《中国居民卫生医疗需求行为研究》,《经济研究》第7期。
- 王绍光,2008:《学习机制与适应能力:中国农村合作医疗体制变迁的启示》,《中国社会科学》第6期。
- 王绍光,2005:《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《中国社会科学》第6期。
- 王翌秋 张兵,2009:《农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析》,《中国农村经济》第2期。
- 汪浩,2010:《医疗服务、医疗保险和管理医疗》,《世界经济》第1期。
- 魏众,2004:《健康对非农就业及其工资决定的影响》,《经济研究》第2期。
- 张广科 黄瑞芹,2010:《新型农村合作医疗制度目标及其实现路径》,《中国人口科学》第4期。
- 赵忠,2005:《健康卫生需求的理论和经验分析方法》,《世界经济》总第320期。
- 赵忠 侯振刚,2005:《我国城镇居民的健康需求与Grossman模型》,《经济研究》第10期。
- 赵忠,2006:《我国农村人口的健康状况及影响因素》,《管理世界》第3期。
- 朱恒鹏,2008:《对医疗体制与药价扭曲的探索》,《中国社会科学院》第2期。
- 朱玲,2006:《构建竞争性县乡医疗服务供给机制》,《管理世界》第6期。
- 寇宗来,2010:《“以药养医”与“看病贵、看病难”》,《世界经济》第1期。
- 王引 尹志超,2006:《健康人力资本积累与农民收入增长》,《中国农村经济》第12期。
- 高梦滔等,2006:《健康风险冲击下的农户收入能力与村级民主》,《中国人口科学》第1期。
- 黄枫 甘犁,2010:《过度需求还是有效需求?》,《经济研究》第6期。
- 卢洪友 连玉君 卢胜峰,2011:《中国医疗服务市场中的信息不对称程度测算》,《经济研究》第4期。
- Aday, L. A. & R. Andersen(1974), "A framework for the study of access to medical care", *Health Service Research* 9:208—220.
- Bloom, D. E. & D. Canning(2000), "The health and wealth of nations", *Science* 287(18):1207—1209.
- Gertler, P., L. Locay & W. Sanderson(1987), "Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru", *Journal of Econometrics* 36(s):67—88.
- Leibenstein, H. (1957), *Economic Backwardness and Economic Growth*, New York, Wiley.
- Mazumdar, D. (1959), "The marginal productivity theory of wages and disguised unemployment", *The Review of Economic Studies* 26:190—197.
- Mwabu, G., M. Ainsworth & A. Nyamete(1993), "Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: An empirical analysis", *Journal of Human Resources* 28(4):838—862.
- Van Doorslaer, E. & A. Wagstaff(1997), "Income-related inequalities in health: Some international comparisons", *Journal of Health Economics* 16:93—112.
- Grossman, M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy* 80:223—55.

(责任编辑:香伶)