

# “非典”引发的对我国公共卫生事业发展的思考

朱 青

内容提要：“非典”让我们对我国公共卫生事业产生如下几点思考：（1）政府应加大在公共卫生领域的投入，但规模要与国力相适应；（2）公共卫生体系应在城乡之间、地区之间平衡发展；（3）中央政府应加大在公共卫生领域承担的职责，并相应加大这方面的开支；（4）国家应为农民建立最基本的医疗保险。

“非典”一度在中华大地上蔓延，让许多人开始反思这些年来我国公共卫生事业的发展，就像 1998 年我国经历了百年不遇的特大洪涝灾害后人们不得不对我国防洪设施落后问题进行反思一样。应当说，“非典”是一种突发的传染性疾病，对于这种传染性很强的疾病即使是一个拥有良好公共卫生体系的国家也不见得可以幸免（加拿大、新加坡就是例证），但良好的公共卫生体系对于抑制传染性疾病的迅速蔓延、救治患者并挽救其生命来说却是十分重要的。这次“非典”爆发后，我国政府最担心的就是疫情向公共卫生体系相对落后的西部地区和农村地区蔓延，其原因就在这里。俗话说，“痛定思痛”，从这次“非典”事件中，我们应该总结我国公共卫生事业发展存在的问题，并从中汲取教训。

## 一. 公共卫生事业应与国民经济同步发展

改革开放 20 多年来，我国的经济建设取得了世人瞩目的成就，目前，我国经济空前繁荣，人民的物质生活也实现了基本“小康”。然而，这次“非典”事件再次使我们认识到，一个国家单纯地强调经济发展而不重视其它方面的协调发展是不行的。过去，环境污染问题已经给了我们一个沉痛的教训，今天，“非典”流行又给我们上了一课。

改革开放以后，我国在公共事业的许多领域取得了长足的发展，但公共卫生事业的发展却相对滞后，甚至在一些领域还出现了退步的现象。例如，据有关部门统计，仅在 1996 年到 1999 年的 4 年中，全国防治防疫机构就减少了 146 家，乡镇卫生院减少了 2178 家。与国外相比，我国的公共卫生事业还有许多不尽人意的地方。例如：目前我国的婴儿死亡率大约为 30‰，而发达国家为 5‰—8‰；我国能够得到卫生设施的人口所占比重为 21%，低于印度（29%）、

孟加拉（35%）、泰国（70%）等其他发展中国家国家的水平。我们知道，公共卫生事业发展的资金来源主要是各级政府的财政预算，这些年来我国公共卫生事业发展缓慢与财政支持的力度不够是不无关系的。虽然从绝对额上来看，近20多年来我国各级财政的卫生支出（含政府的卫生经费如卫生事业费、中医事业费、药品监督管理事业费和公费医疗经费，卫生基本建设投资以及卫生科研经费等）已经有了很大的增长，1980年仅为50亿元，到2002年则增加到800亿元，但与经济增长规模和人民群众的需求相比，财政用于卫生事业的支出还显得有些不足。统计表明，1980年国家预算卫生支出占GDP的比重为1.1%，到2002年则下降到0.8%；同期，国家预算支出中卫生支出所占比重也由4.1%下降到3.6%。卫生支出的收入弹性系数（即卫生支出增长率与人均GDP增长率之比）可以反映一国卫生支出与经济增长的相互关系。1990年至1995年，低收入国家的政府卫生支出收入弹性系数为1.08，中等收入国家为1.1，高收入国家为1.96，而我国仅为0.55，这表明我国的政府卫生开支并没有像其他国家那样做到与经济同步增长。由于我国人口众多，所以如果把政府有限的卫生支出平均分摊到每个人身上其数额就更少了。据世界卫生组织的统计，1999年，我国人均政府卫生开支在191个成员国中仅排在第141位。

应当看到，财政对卫生事业投入不足并不是我国卫生体系市场化改革所要求的。经济改革以后，为了创造一个由政府、企业单位和个人共建卫生体系的局面，国家允许私人部门参与卫生领域的投资，要求企业、单位加大卫生费用的投入。这样，政府预算拨款在我国全部卫生费用支出中的占比，已经从1980年的37%逐步降低到了目前的15%，企事业单位、乡村集体和居民个人承担了全国80%以上的卫生费用。但这种市场化改革并不能以消弱公共卫生体系为前提。因为在我们这样一个人均收入还很低的国家，绝大多数人口需要的是政府公立医院或由政府补助的城乡卫生院提供的低收费的医疗服务，私立医疗机构只能起一个遗补缺或锦上添花的作用。特别是传染病的防治防疫以及卫生科学研究等不仅直接关系到人民群众的身体健康，而且具有高风险、低收益的特点，私人部门不愿涉足，所以在这些领域政府更是发挥着不可替代的作用；政府在这些领域的投入不仅不能减少，而且还应当随着经济和人口的增长不断有所增加。但在“非典”爆发以前，各地普遍存在着重治疗、轻防疫的现象，防疫部门并没有得到应有的重视。例如，从1978年以来，政府预算拨付的防疫治

疫费用占卫生经费的比重一直呈下降的趋势。由于经费紧张，很多防疫机构只得忙于创收，从而影响了自己的本职工作。而实际上，即使没有这次的“非典”，在我国规定的 24 种传染病中很多都还没有绝迹。实践证明，没有一个完善的公共卫生体系，人民群众的身体健康就得不到保障，国家也很难应付像“非典”这类危害性大、涉及面广的传染性疾病。

当然也应当看到，我国是一个发展中国家，经济发展水平低，政府的财力有限（目前我国财政收入仅占 GDP 的 19%，而发达国家一般要占 30%以上），而且政府要办的事情很多，所以各级政府用于卫生事业发展的资金也要有一个限度，其规模要与国情相适应。另外，各国的经验也表明，一国公共卫生事业办的好坏也不完全与花钱多少成正比。例如，在发达国家中，美国各个渠道（包括政府和私人）的医疗卫生开支占 GDP 的比重是最高的，目前已经超过 13%，而其他发达国家均在 10%以下；但美国的婴儿死亡率却不是最低的，高于在医疗卫生事业上花钱相对较少的日本和瑞典。通观世界各国的公共卫生支出，其规模都是与本国的经济发展水平和政府的财力相适应的。据世界银行公布的统计资料，1990 年—1995 年，政府公共卫生支出占国民生产总值的比重低收入国家平均为 1.5%，中等收入国家平均为 4.3%，高收入国家平均为 6.9%。根据这一国际经验以及我国按人均 GDP 在世界上的排名，可以粗略地估算，我国财政用于公共卫生事业发展的支出应当能够达到 GDP 的 1.5%，这就要求财政的该项支出要在目前的基础上翻一番。而要达到这一目标，就必须进一步提高财政收入占 GDP 的比重，同时还要合理调节财政支出的结构。

## 二、公共卫生体系应实现平衡发展

目前，我国公共卫生事业的发展还存在一个突出的问题，即卫生体系的发展极不平衡。这种不平衡首先表现在城乡之间。计划经济时期，我国农村有强制性的合作医疗制度，还有大量的“赤脚医生”；经济改革以后，随着人民公社的解体，农村的合作医疗也变成了一种自愿性的民办公助制度，在很多地区实际上已经消失，加之大批农村医疗人员进城务工，这些都加剧了农村居民缺医少药的问题。根据卫生部 1998 年进行的“第二次国家卫生服务调查”，全国农村居民中能够得到某种医疗保障的人口只有 12.56%，能够享受合作医疗的农村居民仅占 6.5%。此外，农村的卫生资源也十分稀缺。据统计，1995 年，我国城市医院病床占全国医院病床总数的 52.3%，农村医疗机构的病床只占 47.7%，

而从人口分布来看，我国农村人口占总人口的比重高达 70%。1997 年，我国城市人口每年人均消耗药品 175 元，而农村人口每年人均只消耗药品 25 元，年人均药品消耗城市人口是农村人口的 7 倍。其次，我国地区之间医疗卫生体系的发展也不平衡，各地拥有的卫生资源差距很大。例如，2000 年末，上海平均每千人在医疗机构中拥有 3 张病床，北京每千人拥有 2.4 张病床，而在江西和贵州，每千人拥有的病床数分别为 1.34 张和 1.36 张；同期，上海每千人拥有 2.8 个医疗技术人员，北京每千人拥有 3.1 个医疗技术人员，而江西和贵州两省每千人拥有的医疗技术人员分别仅为 1.4 个和 0.94 个。

应当说，卫生体系发展不平衡是各国或多或少都存在的一个问题，具有一定的普遍性，并非我国独有。比如，在美国，最富裕的州康涅狄克州（2001 年人均收入 4.7 万美元），只有 10% 的人口没有医疗保险，但在最穷的州密西西比州（2001 年人均收入 2.9 万美元），有 22% 的人口没有医疗保险，得克萨斯州没有医疗保险的人口更高达 27%。另外，美国的医疗卫生资源也主要集中在几个富裕的地区，如在哥伦比亚特区、马萨诸塞、纽约、马里兰和康涅狄克这些人均收入较高的州，居民平均拥有的医生和病床数也是最多的；而在密西西比、爱德华、阿拉斯加、荷克拉马等较贫困的州，人们拥有的医生和病床的数量则较少。但卫生体系比较健全的国家，其城乡差距和地区差距都没有达到像我国这种程度，而且各国还都在努力缩小这种差距。所以我国下一步的工作重点也应当是在公共卫生体系的平衡发展上下功夫：无论是城镇居民还是农村居民，无论生活在东部还是生活在西部，都能够做到“病有所医”。

### 三. 中央政府应加大对公共卫生事业的投入

我国公共卫生事业发展存在的许多问题都表明，目前中央政府在公共卫生体系的建设方面所起的作用过小，没有发挥应有的宏观调控功能。公共卫生事业关系到人民群众的生活福利，中央政府应当保证各地区的居民都能够得到一个基本的医疗卫生服务水平。由于各地的财力不同，所能提供的公共卫生服务的水平也不尽相同，这就需要中央政府直接向贫困地区的居民提供一定的医疗卫生设施。另外，像卫生科研、防疫治疫等具有效益外溢性的卫生服务项目也应当由中央政府在全国范围内直接提供。这都需要中央政府拿出相当一部分财力用于公共卫生事业的发展。但从我国近年来的情况看，中央政府用于公共卫生事业的财力十分有限，目前政府的卫生事业费中有 95% 以上是由地方政府拨

款，中央财政资金所占的比重不到 5%，而且近年来还有下降的趋势。这种情况与国外形成了鲜明的对比。据 IMF 的统计，1990 年代后期，美国、德国、法国、澳大利亚等国中央（联邦）政府的卫生支出已占到了各级政府同类支出总额的 50% 以上。当然，形成中外这种差异的一个重要原因，是我国政府的财力较为分散，中央财政的集中率（即中央财政本级支出占全国财政支出的比率）较低，2002 年该比率仅为 30.7%，而德国、法国、澳大利亚等发达国家该比率都超过了 50%，法国甚至超过了 70%。中央政府可支配的财力小，自然在公共卫生事业上拿钱就少。但随着我国财政体制改革的深化，中央财政的集中率将会有进一步的提高，伴随着这种趋势，今后中央财政用于卫生事业的支出也应当不断地增加。

#### **四. 应为农民建立最基本的医疗保障**

农民的医疗保障问题始终是困扰各级政府的一个难题。因为，我国的农民人口众多，而且收入水平普遍较低，收入的货币化程度也不高，所以在农村建立现代医疗保险制度有很大的困难。1990 年代初，国家提出要在农村恢复和发展合作医疗制度；1997 年 1 月国务院《关于卫生改革与发展的决定》提出农村合作医疗的筹资原则为“个人投入为主，集体扶持，政府适当支持”。但由于许多地区集体和乡村基层政府拿不出钱来为农民办合作医疗，农民看病基本上要自己出钱。据统计，1998 年，我国农村居民自费医疗的比重高达 87.44%。另外，随着我国保险事业的发展，众多的寿险公司也开始向农民提供医疗保险服务，但这种保险完全是商业化运作（政府不给予任何补贴），费率很高，一般农民根本无钱问津，所以这块业务在农村基本是空白。针对这种情况，党的“十六大”报告提出，要在“有条件的地方，探索建立农村养老、医疗保险和最低生活保障制度”。这表明，国家已经开始考虑在农村建立基本医疗保险制度的问题，我认为，这是一项非常英明的决策。因为，国内外的实践已经表明，如果没有政府的干预，单靠市场化运作是解决不了广大人民群众医疗保障问题的。在这方面美国就是一个很好的例子。在美国，65 岁以下的工作人口不能享受政府的基本医疗保险（尽管他们要缴纳医疗保险费），他们如果有病就医，只得求助于私人医疗保险计划。但许多美国人买不起商业医疗保险（家庭成员全保大约每月需要缴费 400 美元），据统计，1996 年，美国共有 4170 万人没有任何的医疗保险，占总人口的 15.6%。尽管美国政府有对低收入者的

医疗扶助计划 (Medicaid) ， 但需要进行家庭生计调查， 享受的条件十分严格， 大约只有 45% 的贫困人口有资格享受这项计划。 可见， 即使在美国这样的发达国家， 如果没有政府提供基本医疗保障， 仍会有很多人无钱就医。 经过这次“非典” 疫情， 大家已经看到发展农村医疗事业的重要性， 看到了农村医疗体系薄弱对整个国家医疗卫生事业的影响， 所以， 我认为， 政府应当以此为契机， 加快在农村推行基本医疗保险的步伐， 尽快让广大的农民看得起病， 吃得起药， 住得起院。 当然， 这就需要政府以一定的方式出钱资助。 考虑到我国农村人口众多和财政资金紧张的实际困难， 可以先在农村推行“大病” 保险， 即把癌症、 需要器官移植的疾病以及像“非典” 这类恶性传染病等列入保险的范围， 一般的“小病小灾” 还是要靠合作医疗或自费解决； 等条件成熟后， 再逐步扩大基本医疗保险的范围。 应当说， 按照农民和政府现有的经济实力， 给农民开办只保“大病” 的基本医疗保险还是可行的。

主要参考资料：

1. 高强主编：《中国社会保障制度改革的新篇章》，中国财政经济出版社，2001
2. 财政部社会保障司：《社会保障资金统计资料 1996—2000》，中国财政经济出版社，2002
3. 陈佳贵主编：《中国社会保障发展报告 1997—2001》，社会科学文献出版社，2001
4. 世界银行：《1998 世界发展指标》，中国财政经济出版社，1999
5. IMF: “Government Finance Statistics Yearbook”，1999
6. IMF: “International Financial Statistics” July 2002
7. George E • Rejda: “Social Insurance and Economic Security”，Prentice-Hall Inc., 1999

中国人民大学财政金融学院

朱 青

原载《中央财经大学学报》，2003 年第 7 期

