改革、发展与城乡居民医疗健康的不平等

■孙 凤

在经济学中，收入是衡量人们生活状况的核心指标，因为收入是我们实现许多目标的手段，缺少收入将使人们陷入严重的困境。但收入的作用也并非无所不能，正如森(2003)指出："收入和财富既不能使任何人逃避疾病、年老和死亡这些不幸，也不能使任何人因无知、没文化和没有被启蒙而受到惩罚"。正因为如此，联合国的人类发展指数将预期寿命、收入、识字率作为评价一个国家发展与否的综合评价指标。这要求人们在关注收入增长的同时，也要关注健康与教育，同时也意味着以收入衡量不平等存在着局限性。医疗卫生和健康不平等目前引起研究者的高度重视，中国城乡医疗和健康的不平等及其历史演变为我们研究中国经济发展与体制变革的绩效展现了另一个侧面。

中国的社会经济问题，从根本上讲，可以归结为改革与发展两大主题。正如中国居民的收入分配问题，中国居民的医疗卫生分配问题同样作为改革与发展结果之一，不但构成了评价改革与发展成功与否的重要标准，反过来又加速或延缓改革与发展的进程。

一、城乡居民医疗供给差距的先缩小后扩大

城乡居民每千人医院床位与医疗人员拥有量比较的时间序列数据证实，在过去的50年里，中国城乡居民的医疗供给差距经历了U字形进程：即1957-1985年先缩小，1986-1998年又逐步扩大。值得指出的是，进入20世纪90年代以来，城市每千人医院床位与医疗人员拥有量明显上升，而农村则呈较强的下降趋势，二者的反向运动导致城乡居民医疗健康差距的进一步拉大。

尽管总体看各个时期城乡居民的医疗供给差距都大于收入差距，但从城乡医疗供给差距变动的历史轨迹与城乡收入差距变动的历史轨迹比较中，我们发现二者有一些相同点，如差距的最高点在同一年，即传统体制鼎盛时期的1957年，城市居民的收入相当于农村居民收入的3.48倍，城市居民每千人拥有的医院床位相当于农村居民的14.86倍，城市居民每千人医疗人员拥有量是农村居民的16.36倍；差距最低点的年代也有某些相同，如城乡居民收入差距的最低年份是1983年，相差1.96倍，城乡居民每千人拥有的医院床位差距最低的年份是1985年，相差2.99倍。

从城乡居民收入差距与医疗健康差距的关系看，收入差距与每千人医院床位拥有量的皮尔逊相关系数为0.76，与每千人医疗人员拥有量的皮尔逊相关系数为0.73，这说明城乡居民收入差距可以解释医疗供给差距的70%左右，这能否意味着解释城乡居民收入差距的原因也能够部分地用于解释医疗健康的不平等呢？由于影响城乡居民收入差距的主要因素是经济发展与体制变革，我们尝试从经济发展与体制变革的角度，展开对城乡居民医疗健康差距的讨论。

二、改革前，经济发展战略与政府社会动员力量对城乡医疗供给差距的影响

改革开放以前，中国是典型的二元经济结构，整个国民经济明显地分为两个系统——现代工业部门和传统农业部门，前者资本密集，集中在城市；后者劳动密集，分散在农村。这种经济结构一方面是1949年以前的社会经济结构的延续，另一方面，中国重工业化的发展战略强化了这种社会经济结构。中国在建国以后，经过短暂的恢复时期，于1953年开始在极低的收入水平上走上重工业化道路，但由于资金存量的严重不足，国家通过建立一系列制度来保证其发展战略的完成，如采取农产品低价政策，作为积累工业化所需资金的手段之一；如采取严格限制农村居民迁入城市的户籍制度，进一步强化了城乡两个经济系统的分割。对城市居民采取低工资和消费品配给制度，几乎用大包干的办法向城市居民提供全面的福利性补偿——从低价补贴到免费供应，从就业保障到病老残疾的保险和补助等等。可以认为该时期城市内部的医疗保障机会是相当平等的，但这种城市倾斜战略，使得城乡医疗供给产生了巨大的反差，加大了城乡居民医疗与健康的不平等，1957年城市医疗人员和医疗设施都比 农村高出14-17倍不等。

由于经济发展战略不能保障全部居民享受医疗保障等福利性补贴，考虑到农村中蕴含着极为丰富的社会资源、组织资源和人力资源，政府通过社会动员力量整合这些资源，使其在加强农村地区医疗预防措施方面发挥作用，如号召农村居民参加公共卫生义务劳动——"除四害"(老鼠、苍蝇、臭虫和蚊子)；如动员各村千千万万的过剩劳动力到处去挖丁螺、消除死水、清理坑塘等来解决血吸虫问题；如用行之有效的土医、土药来解决农民一般的卫生与预防问题；如推广全同范围内的免疫接种以及训练农村本土的医疗工作者——赤脚医生。到70年代后期，几乎所有的村庄都配备了"赤脚医生"和村医务所。农村地区每千人拥有的医疗床位和医疗人员的数量分别从1957年的0.14和1.22上升到1980年的1.48和1.81，相应地，城乡医疗差距明显下降，如城乡每千人拥有的医疗人员数的差距从1957年的16.36倍降到1962年的3.38倍。

总的来说，改革开放前，尽管经济发展战略加大了城乡收入的不平等和城乡医疗健康的差距，但政府通过动员社会力量建立起来的农村公共医疗措施，在相当程度上缩小了城乡医疗健康上的差距。虽然农民的医疗卫生条件还远远落后于城市居民，但在控制传染性疾病和寄生性疾病方面取得了极大的成功，绝

注：本文是国家自然基金(批准号70173040)的阶段性成果。

万方数据

大多数村民获得了预防性的医疗措施。到70年代后期,中国人的预期寿命要远远高于大多数发展中国家,其至包括一些中等收入国家。

三、改革以来,经济发展战略与体制改革对城乡居民医疗供给差距的影响

改革以来,城乡居民医疗差距的变化经历了两个明显的阶段:1985年以前,两者的差距呈缩小的趋势;1985年以后,两者的差距又呈重新扩大的趋势。城乡居民每千人拥有的医院病床数比率和医护人员数比率分别从1980年的3.09倍和4.32倍下降到1985年的2.99倍和3.79倍;从1985年到1998年,上述两个比率分别又上升为5.59倍和5.36倍,而且大大超过了改革开放前的1970年,城乡居民医疗差距与城乡居民收入差距变动的时间和变动的趋势是一致的。以下我们从体制变革角度来分析城乡居民的医疗差距。

第一阶段城乡居民医疗差距缩小的原因主要有:1、实行农户的联产承包责任制,极大地提高了农民的生产积极性,大幅度地增加了农产品的产量,为增加农民收入提供了物质前提。2、国家大幅度地提高了农产品的计划收购价格,并缩小了农产品计划收购部分的比重,使农民在出售农产品时可以从较高的计划价格和更高的市场价格中获得较多的利益。3、制度变革存在着路径依赖,旧体制下的农村医疗基础设施和赤脚医生依然存在,乡村政府在医疗、教育方面的动员力量还能发挥作用。一方面是农村居民收入的增加,另一方面是政府动员力量仍能发挥作用,二者的共同作用缩小了该时期城乡居民医疗差距。

第二阶段城乡居民医疗差距重新扩大的原因有:1、1984年体制改革的重点转入城市,城市在增加居民收入的同时,也加大了医疗、教育设施投入。2、农业生产资料价格的上涨,抑制了农民纯收入的增长,同时也抑制了农村医疗的资金来源。3、乡村政府的社会动员力量逐渐弱化,联产承包责任制使农业生产决策完全由家庭自己决定,乡村政府再要动员群众参与公共事务,为医疗预防出工,为地方医疗公共设施筹集资金,也就变得越来越困难。4、农村合作医疗制度解体,村医务所和赤脚医生也相继退出了历史舞台,从1985年到1998年,每千人拥有的医院床位数,从1.46下降到1.11,城乡医疗差距从2.99倍上升到5.53倍。医疗资源供给的匮乏,供需之间的缺口导致许多私人医疗诊所应运而生,这虽然能够缓解农村居民看病难的问题,但由于私人医疗诊所的经营是以赢利为目标,根据患者的支付能力提供医疗服务,这无疑又增加了农民看病的费用。当农村居民收入增长减缓,缺乏医疗保险支持,而医疗费用又大幅度增加的时候,面对生病,许多农民在进行家庭预算和家庭资源内部配置时,不得不选择放弃治疗。根据《1998年第二次国家卫生服务调查分析报告》对住院病人要求出院原因的调查,城市居民因经济困难负担不起医疗费的占45.72%,其中大城市占35.66%,小城市占46.89%;农村居民则为60.55%,其中农村富裕地区为56.30%,贫困地区为59.30%。根据1998年城乡居民医疗费用来源的构成,尽管城乡居民都越来越依靠自己的力量去支付医疗费用,但平均来看,城市居民自费医疗占总医疗费用的44.13%,其中大城市占34.3%,小城市占59.79%;而农村居民自费部分占87.32%,其中富裕地区占71.19%,贫困地区达94.78%。可以认为,1985年以来,城乡医疗差距进一步扩大,主要原因一是农村经济体制改革——家庭承包责任制使政府社会动员能力下降,不能充分利用农村的社会资源、组织资源和劳动力资源来加强疾病防治和医疗卫生措施的实施,二是城市化发展战略以及城乡户籍制度导致城乡居民收入差距的拉大,收入的不平等进一步又转化为医疗健康的不平等。

四、中国城乡居民健康状况比较

改革开放以来,中国城乡居民医疗供给的不平等,进一步演化为健康的不平等。这里用5岁以下儿童死亡率、孕妇死亡率和儿童青少年发育状况调查做一说明。

随着经济发展与体制变革的不断深入,中国在提高其整体人口健康水平上取得了显著的成绩,如5岁以下儿童死亡率从1991年61‰下降到2000年的39.7‰,而欠发达国家的相同年份的数字为177‰和116‰。但中国经济发展的非均衡性,使得城乡居民健康水平的差异性很大,1991年5岁以下儿童死亡率城市为20.9‰,农村为71.1‰,农村是城市的3.44倍,2000年城市5岁以下儿童死亡率下降为13.8‰,农村下降为45.7‰,农村是城市的3.31倍。从城乡5岁以下儿童死亡率的静态与动态比较中可以推断出,城市居民的健康状况大大地高于农村居民,同时城市居民健康水平的增长也快于农村居民健康水平的增长。

相应地,我们从城乡孕产妇死亡率的比较中也能观察到同样的事实,即总体来看,全国城乡的孕妇死亡率从1989年到2000年都有明显的下降,下降幅度全国为56%,城市为58.7%,农村为60.6%,农村略快于全国及城市。而从城乡差距来看,1989年农村的孕产妇死亡率是城市的2.38倍,2000年该比率为2.30倍。由此可以推断,十余年的改革,城乡居民的健康差距并没有得到改观,农村居民的健康状况仍然远远落后于城镇居民。

以上仅仅从两个死亡率指标来推断城乡居民健康水平与变动的差距,对于健在的城乡居民,他们的健康状况是否有差距呢?本文以1995年城市与农村男性青少年、儿童发育情况的比较(见下表),进一步观察医疗供给的差距是否导致城乡居民健康的差距。从下表可以看出,在反映青少年、儿童身体发育状况的三个指标——平均身高、平均体重和平均胸围中,在各个年龄段,城市孩子都不同程度地高于农村孩子。这给我们的启示是,经济的不平等导致了医疗供给的不平等,医疗供给的不平等进一步演化为健康的不平等,而健康的不平等反过来又会进一步加剧收入的不平等。如果我们不迅速改革处于经济劣势、健康劣势和受教育劣势的农村孩子的现状,未来他们将被远远地甩在全球化、现代化和城市化进程的后面。

表 城乡男性青少年、儿童身体发育情况比较

	身高平均值(厘米)			体重平均值(公斤)			胸围平均值(厘米)		
	城市	农村	差值	城市	农村	差值	城市	农村	差值
7岁	123.9	120.7	3.2	23.4	21.5	1.9	58.1	57.4	0.7
8岁	128.6	125.1	3.5	25.7	23.5	2.2	59.6	58.9	0.7
9岁	133.8	130.1	3.7	28.7	25.9	2.8	61.6	60.8	0.8
10岁	138.8	134.9	3.9	31.9	28.5	3.4	63.6	62.6	1.0
11岁	144.5	140.1	4.4	35.7	31.7	4.0	65.9	65.0	0.9
12岁	150.4	146.1	3.3	39.7	35.5	4.2	68.4	67.6	0.4
13岁	158.7	153.8	4.9	46.0	41.5	4.5	72.9	71.7	1.2
14岁	164.3	159.6	4.7	50.8	46.2	4.6	76.8	75.0	1.8
15岁	167.6	163.7	3.9	54.1	50.3	3.8	79.4	78.1	1.3
16岁	169.5	166.4	3.1	56.8	53.6	3.2	82.2	80.7	1.5
17岁	170.3	167.6	2.7	58.2	55.4	2.8	83.9	82.1	1.8
18岁	170.3	168.3	2.0	58.7	56.7	2.0	84.8	83.3	1.5

万方数据

我国稀土出口的现状与对策

■黄启 涂庆

我国稀土出口始于1973年。在近30年的出口活动中,随着世界经济的发展和国内改革开放的深入,我国稀土出口不论是在出口总量、出口品种,还是在出口创汇额上都取得了长足的进步。在我国对稀土国际市场的占有率逐步扩大直至近乎垄断的情况下,我国应该可以控制稀土产品的价格以获得更多的经济利益,可现实却恰恰相反。

从下表分析可知,在1991年~2002年我国稀土产品出口活动中,出口创汇额和出口总量基本上保持正比关系,但稀土产品出口创汇额的增速远不及出口总量的增速。只在1994年、1995年、1997年、2000年这四年,出口创汇额的增速超过了出口总量的增速,显示出良好的出口经济效益。更不合理的是在1992年、2002年这两年,出口总量大幅增长的情况下,出口创汇额却出现负增长。

表 1991年~2002年我国稀土产品出口量、创汇额变动情况

年 度	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年
出口总量(吨)	8024	9875	12754	16000	27000	30800
创汇额(万美元)	10025	9341	10841	15000	27129	29260
出口总量增减	30.68%	23.07%	30.34%	25.45%	68.75%	14.07%
创汇额增减	20.06%	-6.82%	16.06%	38.36%	80.86%	7.86%
年 度	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年
出口总量(吨)	31400	41978	44930	48930	33135	43100
创汇额(万美元)	32000	41860	42470	52475	30814	24800
出口总量增减	1.95%	33.69%	7.03%	8.90%	-32.28%	30.07%
创汇额增减	9.36%	30.81%	1.46%	23.56%	-41.28%	-19.52%

一、造成我国稀土产品出口经济效益不佳的原因分析

(一)世界范围内的稀土产品的供给和需求关系严重失衡

从需求方面来看,近年来世界经济增长放缓,尤其是我国稀土产品的出口大户日本、美国的经济萎缩,与稀土消费直接相关的半导体、IT等高技术产业发展减速,加之国内对稀土需求增长缓慢,这些都导致了对稀土产品的实际需求相对不足。据测算,目前全球稀土应用量不超过8万吨,在将来的一段时期,世界总体需求每年以16%的幅度递增。

从供给方面来看,世界稀土产量已严重过剩。仅以我国为例,2002年我国稀土冶炼的生产能力已达到17万吨,其中,稀土矿产品产量达到近9万吨,稀土冶炼分离产品产量达到近8万吨。国内稀土产量以年均25%左右的速度递增,而且各地扩大产能的欲望仍很强烈,供求关系在短期内不可能出现根本性改变。

(二)我国稀土企业缺乏规模效益,过度依赖出口

目前,我国稀土企业可生产各类稀土产品,品种将近200种,规格达1000余个,基本可满足稀土在传统领域(主要是冶金、机械、石油化工、玻璃陶瓷以及农轻纺)和高新技术领域(主要是光机、电子、通讯)的应用。全世界其他国家共有稀土生产厂家30余家,而我国稀土企业已达到170多家,但年处理能力在2000~5000吨的只有10家,其中年处理能力大于5000吨(REO)的只有3家,小企业太多,缺乏规模效应,使行业整体缺乏竞争力。同时,我国有相当多的企业存在设备简陋,技术水平低,产品单一且档次较低,质量不稳定,环境污染严重等问题。

另外,由于国内稀土市场消费有限,造成销售过分依赖国际市场,我国稀土出口量约占总产量的70%,单一稀土和金属比重更是达到80%以上,加之受出口退税利益的驱动,导致多头竞争,出口降价自残,致使2002年国内2/3以上的稀土冶炼企业都处于停产和半停产状态,企业经济效益普遍下降。

(三)稀土产品出口结构不合理,稀土应用领域狭窄

随着汽车、计算机、消费类电子产品以及移动式电子装置需求的增长,使得稀土的应用,尤其是在汽车尾气催化剂、永磁体和充电电池中的应用持续增长。与此相适应,全世界稀土市场对高纯混合稀土产品和单一稀土产品的需求也将大幅增加。而在我国,目前低、中附加值的稀土初级产品的比重占75%以上,高纯单一稀土氧化物、高级合金等高附加值产品仅占25%左右,产品结构产生了"相对过剩"。面对稀土需求的变化趋势,

---

五、结论及政策建议

1.尽管从理论上讲,经济发展应该使全体居民受益,但由于中国经济发展的非均衡性,使得基本卫生保健服务的可及性与政府政策的倾斜性一致,如中国用于发展医疗卫生事业的资金占GDP比例是年年下降,而在有限的资金分配中,又是城市重于乡村,医疗重于预防,可以说,中国的经济发展战略在一定程度上扩大了城乡医疗健康的不平等。

2. 中国体制变革的目标是效率优先、兼顾公平,这势必造成收入差距的拉大,随着传统医疗保障制度的解体,医疗的可及性与收入密切相关,对于收入低下的农民,他们是难以得到基本卫生保健服务的,可以认为,体制变革对城乡居民收入所产生的影响,会对城乡居民间的健康差距产生马太效应,进一步加大了城乡社会经济的不平等。

3.政府的社会动员力量能在一定程度上降低城乡医疗与健康的不平等,如国际社会公认的比较好的经验就是中国人民公社时期的赤脚医生制度,这是从中国的现实出发,而并非照搬西方的医疗卫生制度。政府应该借鉴当年的经验,协助广大农村建立深入到村一级的医疗和卫生体系,而不能仅仅像现在那样只在形式上到达乡一级,同时避免把医疗当成纯粹的盈利途径。在财政上,政府的支持应该主要提供给需方,而不是提供给供方,从而改变目前农村医疗低效和农民不能受益的状况。

4.我们今天所要建立的公共卫生体系,如果是给目前城市的卫生体系增加投资,这无助于建立覆盖农村和贫困地区的公共卫生和防御体系,同时会进一步加大城乡居民健康的不平等。

(作者单位/清华大学社会学系)

(责任编辑/刘智伟)

万方数据