

中国城市妇幼保健服务的普遍提供

——社会保险制还是事业单位制？

顾 昕*

【摘 要】中国城市妇幼保健的水平较高。在中国的发达地区,民众对于高水平产科服务的需求也正在逐渐加大,妇幼保健中的一部分服务,正在走向市场化。妇幼保健不能被笼统地定位为“公共卫生服务”,面向的某些群体的服务,毫无疑问属于“公共物品”;而另外一些面向个体的大多数服务,如产前检查和住院分娩则纯属私人物品。为了推进“私人物品型”妇幼保健服务的普遍覆盖,政府完全可以通过具有强制性的社会保险方式来筹资,推动公立社会保险机构以恰当的方式为参保者购买这类服务。对于属于“公共物品”的妇幼保健服务,则可以通过建立事业单位的方式直接提供。

【关键词】妇幼保健服务 公共物品 生育保险 事业单位

总体来说,中国的妇幼保健事业成就辉煌,多项妇幼保健的指标在发展中国家名列前茅。在 2000 年,中国的孕产妇死亡率为 10 万分之 56,不仅远远低于发展中国家的平均水平,而且还低于欧洲和中亚的中等收入国家(UNDP, 2005: 250 - 253;世界银行,2006:108 - 110)。然而,正如诸多其他各项社会经济部门一样,中国妇幼保健事业的发展也呈现严重的城乡非均衡性。在大多数地区,尤其是在东部经济发展水平较高的地区,城市妇幼保健事业的发展已经达到发达国家和地区的水平。因此,公共财政、尤其是政府预算投入的重点无疑是农村地区、西部地区和贫困地区。

然而,城市地区妇幼保健工作也并非尽善尽美。目前,城市妇幼保健工作所面临的最大问题就是内部的分割。一方面,对于那些能

* 顾昕,北京大学政府管理学院,教授。

带来收入(无论是来自自费,还是社会保险或单位福利制度的给付)的服务,各类服务提供者趋之若鹜。这类服务完全可以被视为“私人服务”,例如住院分娩、产前检视和妇科检查。另一方面,那些必须免费提供的服务则受到程度不同的推诿,最终变成了公立妇幼保健院所或公立社区卫生服务机构的工作,并且需要在政府的不断督促下才能得到充分的提供。因而,在我国的卫生行政管理体系中,这些本来面向私人的妇幼保健服务,例如产后访视、新生儿访视、儿童系统管理等,连同新生儿疾病筛查、儿童计划免疫、妇幼保健宣传等等,都成为“公共卫生服务”(梁万年,2003:377)。与妇幼保健中的“私人服务”相比,其“公共服务”的部分普遍存在着提供不足的问题。这一点即使是在经济发达的城市地区也不例外。

为了巩固中国城市地区妇幼保健工作所取得的进展,或者更具体地说,为了解决城市妇幼保健工作本身内部发展不均衡的问题,公共财政应该扮演更为重要的角色。目前,人们普遍把妇幼保健笼统地视为一种公共卫生服务,从而关注政府是否应该承担更多的投入责任。但是,非常值得注意的一点是,每当人们提到增加政府投入或公共支出时,总是意味着增加直接的预算投入。实际上,任何公共财政的教科书都把政府直接预算支出和社会保险支出视为两大主要的公共支出方式(罗森,2003)。增加政府的投入,至少有两种,一是加强财政预算直接投入的力度,二是加强社会保险的筹资水平。把财政预算投入和社会保险投入统合起来考察,这是公共财政的重要原则之一。

同时,公共财政以何种方式扮演促进城市妇幼保健工作巩固和发展的角色,也是非常值得探讨的问题。简单地说,就是政府如何花钱的问题。

在这里,事业单位模式(或俗称“养供方”)是最为常见的一种办法,即政府通过财政预算直接出资建立并且运营公立妇幼保健机构。另外的办法就是购买服务,其中又有两种做法,即直接向服务提供方购买(我们可以简称为“补供方”)或通过补贴需方然后由需方自行

购买(即通常俗称的“补需方”)。就各类医疗卫生服务而言,包括本文考察的妇幼保健服务,“补供方”意味着政府出资向任何能够提供良好服务的服务提供者购买特定的妇幼保健服务,而限于公立机构;“补需方”意味着政府发挥积极作用,促进社会保险制度的发展,让参保人能够自主选择令他们满意的服务提供者。传统上,我们习惯于“养供方”的做法,对于“补供方”和“补需方”均较为陌生。在当今世界上很多国家兴起的“新公共管理运动”,尤其是其中的公共与民营部门合作伙伴关系(public-private partnership),其最主要的内容就是更多地推动国家在公共服务上从“养供方”向“补供方”和“补需方”转型,实质上是推动市场机制或商业手段在公共服务中发挥更大的作用(Savas, 2000)。在公共卫生领域,公共与民营部门合作伙伴关系也蔚然成风(Reich, 2002)。

毋庸多言,财政投入的多寡和投入的方式关涉新一轮医疗卫生体制改革的走向,具有重大的战略性意义,在妇幼保健领域也不例外。政府如何通过追加财政投入来推动医疗体制改革,对于我国整个公共财政体系的建立也具有标杆性的意义。只有把增加政府投入和推进医疗卫生服务购买机制的改革结合起来,才能够发挥公共财政每一分钱的作用。

一、妇幼保健事业发展的非均衡性

首先,我们考察妇幼保健事业发展的非均衡性,即妇幼保健事业发展的城乡非均衡性和城市妇幼保健工作内部的非均衡性。

衡量妇幼保健工作的发展程度有很多指标。关于新法接生率和住院分娩率这两项指标,目前尚没有明确的官方城乡统计数字,仅仅有全国性市县对比的数据。表1显示了市县之间新法接生率的差距,但住院分娩率则是另外一个情形。尽管随着县域经济发展水平的不断提高,市县之间住院分娩率的差距有所收窄,但是到2006年,县还是比市低将近10个百分点。事实上,县究竟是否属于农村地

表 1 新法接生率和住院分娩率, 1985 - 2006 年

年份	新法接生(%)			住院分娩率(%)		
	总计	市	县	总计	市	县
1985	94.5	98.7	93.5	43.7	73.6	36.4
1990	94.0	98.6	94.0	50.6	74.2	46.0
1995	89.3	NA	87.6	58.1	70.7	50.2
2000	96.6	98.9	95.2	72.9	84.9	65.2
2001	97.3	99.0	96.1	76.0	87.0	69.0
2002	96.7	98.8	96.0	78.8	89.4	71.6
2003	96.4	98.7	94.8	79.4	89.9	72.6
2004	97.5	99.2	96.4	82.8	91.4	77.1
2005	97.8	99.2	96.9	85.9	93.2	81.0
2006	97.8	98.7	97.2	88.4	94.1	84.6

资料来源:卫生部(2007)

区尚可争议,但无论如何很多县具有相当的城市化水平则确定无疑;而且在这里,官方统计口径中的县是不是包括县级市尚不清楚。因此,可以推测,在真正的农村地区,无论是新法接生率还是住院分娩率的水平,肯定还要低。

就孕产妇死亡率而言,情况也类似。表 2 显示,在过去的十多年间,尽管城乡之间孕产妇死亡率水平的差距逐步在收窄,但是到了 2005 年,农村地区孕产妇死亡率依然比城市地区高出一倍多。

表 2 监测地区孕产妇死亡率(1/10 万)

年份	总计	城市	农村
1990	88.9	45.9	112.5
1995	61.9	39.2	76.0
2000	53.0	28.9	69.6
2001	50.2	33.1	61.9
2002	43.2	22.3	58.2
2003	51.3	27.6	65.4
2004	48.3	26.1	63.0
2005	47.7	25.0	53.8

1949 年前,中国的孕产妇死亡率平均为 150/万。

资料来源:卫生部(2007)

同样,表3显示,无论是新生儿死亡率,还是婴儿死亡率,抑或5岁以下儿童死亡率,农村都比城市高很多。尤其是5岁以下儿童死亡率这项指标,城乡差距最大:2005年的这一指标,农村比城市高了15个百分点。

表3 妇幼保健监测地区5岁以下儿童死亡率,1991-2005年

	1991	1995	2000	2003	2004	2005
总计						
新生儿死亡率(‰)	33.1	27.3	22.8	18.0	15.4	13.2
婴儿死亡率(‰)	50.2	36.4	32.2	25.5	21.5	19.0
5岁以下儿童死亡率(‰)	61.0	44.5	39.7	29.9	25.0	22.5
城市						
新生儿死亡率(‰)	12.5	10.6	9.5	8.9	8.4	7.5
婴儿死亡率(‰)	17.3	14.2	11.8	11.3	10.1	9.1
5岁以下儿童死亡率(‰)	20.9	16.4	13.8	14.8	12.0	10.7
农村						
新生儿死亡率(‰)	37.9	31.1	25.8	20.1	17.3	14.7
婴儿死亡率(‰)	58.0	41.6	37.0	28.7	24.5	21.6
5岁以下儿童死亡率(‰)	71.1	51.1	45.7	33.4	28.5	25.7

资料来源:卫生部(2007)

在这样的情况下,公共财政对于妇幼保健的投入增量,显然应该向农村地区倾斜。至于城市地区,更多的关注应该放在如何提高财政投入的效益上来。

实际上,在东部的经济发达地区,尤其是其城市地区,妇幼保健服务的普遍提供已经实现,妇女儿童的健康水平也有了很大的提高。在2007年10月,笔者在江苏省泰州市进行了实地考察。该城市在东部地区仅仅是一个经济发展水平一般的城市,但是其妇幼保健的多项指标已经达到或者接近中国周边发达国家或地区的水平。

究其原因,自然是多方面的,但首要因素则在于独生子女政策在中国城市地区的实施比较彻底。在这样的背景下,在中国传统文化熏陶下本来就重视孩子的城市家庭,自然会高度重视妇幼保健,尤其

是同生孩子直接有关的医疗卫生服务。与此同时,在计划体制下形成的单位社会主义福利制度(Gu, 2001),为所有在正式部门中就业的女性职工提供了较为慷慨的生育福利,包括负担大部分住院分娩费用、带薪产假和产假补贴等等(严忠勤主编,1987:344-349;Lee, 2000)。随着中国向市场经济的转型,单位社会主义福利制度固然在经济部门中瓦解了,其中的生育福利也已经被生育保险所取代。作为一项社会保险制度,生育保险为大多数在正式的经济部门中就业的女性享受各种妇幼保健服务,提供了可靠的费用风险分摊机制(宋晓梧等,1998:144-148)。在行政部门和多数事业单位中,单位社会主义福利制度依然在运行。

从服务提供方的角度来看,城市地区的妇幼保健服务体系比较发达。除了国家出资专设的妇幼保健院所之外,无论是社区卫生服务机构还是大小医院(只要设有妇产科),甚至包括计划生育体系内的技术服务机构,都在积极地争夺妇幼保健这个市场。所有这一切的基础,自然是较高的经济发展水平和相对健全的社会保险与福利制度,为妇幼保健服务提供了旺盛的可支付的需求。

然而,在城市地区,妇幼保健中的各项服务呈现发展的非均衡性。在城市地区,我们可以发现,民众并不把妇幼保健服务视为一个完整的体系,而社会保险或单位福利制度也是如此。在民众的心目中以及在社会保险或单位福利制度确定的给付结构中,住院分娩是最为重要的。在城市中,哪怕是贫困人群生育,也一定会选择住院;非住院分娩在城市地区发生,十有八九属于意外。产前检视和妇科检查的重要性在民众的意识中尽管次于住院分娩,但是越来越多的民众开始注意到这一点,并且愿意付费接受有关的服务。相对来说,对于妇幼保健中的产后访视、新生儿访视、儿童系统管理等服务的重要性,民众缺乏应有的认知,因而很少有人愿意自费接受这类服务,而社会保险或单位福利制度对这些服务也未加覆盖。

由此,在妇幼保健中出现了一种前文已经提及的分割现象。一部分妇幼保健服务,也就是属于纯粹“私人物品”性质而又可以向服

务对象收费的那些服务,其提供已经相当市场化了。事实上,各类机构,无论是公立的还是民营的,无论是营利性的还是非营利性的,均争相进入这一市场。在我们实地考察的泰州市,市妇幼保健院实际上是一家民营的医院,为民众提供全方位的妇幼保健服务。在某种意义上,社会保险制度或单位福利体制分摊了民众在生育费用上的风险,从而成为这一市场中重要的出资者。至于另外一部分,民众不愿意出资购买,保险和福利制度也不覆盖,但是由于具有很强的正外部性,于是就变成了“公共卫生服务”,理论上变成了政府出资并且提供的对象,但实际上成为各类机构推诿的对象。

在中国的公共管理体系中,存在着一种根深蒂固的观念,即所有的公共服务不仅必须是对民众免费的(即由国家出钱),而且必须由国家直接提供。换言之,国家一定要同时扮演筹资和服务提供两种角色。公立妇幼保健院或妇幼保健所就是国家出资建立的专门的妇幼保健服务机构,理论上可以提供所有妇幼保健服务。但是,专门的妇幼保健服务机构数量有限,不能深入社区,于是公立的社区卫生服务机构被赋予承担部分妇幼保健服务的职能。妇幼保健被视为社区卫生服务体系中“六位一体”的职能之一。根据中国流行教科书的陈述,社区卫生服务“六位一体”的功能是预防、医疗、保健、康复、健康教育和计划生育技术服务(梁万年,2001:1)。但是,在社区卫生服务体系中,除了医疗服务可以收费外,其他职能,包括妇幼保健职能,必须靠政府出资并且不断加以监督考核才能有所提供。换言之,没有来自政府的强制以及没完没了的督促,“六位一体”根本就是一厢情愿。

在很多地区,公立妇幼保健院或妇幼保健所面临着程度不等的财力不足的问题,其能力建设(硬件和软件)既不能同各类医院(包括专门的妇科医院)相比,也不能同公立疾病控制机构相比。可以说,无论是在医疗部门,还是在公共卫生部门,公立妇幼保健院或妇幼保健所都处于相对边缘化的境地。在提供妇幼保健中可以赚钱的“私人服务”上,公立妇幼保健院或妇幼保健所一般而言并不处于竞

争优势地位,而单靠提供妇幼保健中的“公共服务”,如果政府投入不足的话,又不足以维持机构运作的财务平衡。社区卫生服务体系的情况类似。由此,妇幼保健工作呈现一种不均衡发展的态势。

二、转变机制比增加投入更重要

于是,强化公共财政对公立妇幼保健机构和社区卫生服务体系的投入责任便成为普遍的呼声。似乎解决妇幼保健中“公共服务”提供不足问题的出路只有一条,这就是沿袭事业单位模式“养供方”,由政府财政为现有的公立妇幼保健院或妇幼保健所提供足够的预算拨款,同时政府为社区卫生服务机构的公共卫生服务(包括妇幼保健)提供更多的拨款。基于这样的思路,有关政策研究的重点放在所谓“合理妇幼保健成本”的测算上。

但是,值得深思的问题是,“养供方”是否是唯一的出路?我们是否能以一种客观而又科学的方式真正测算出妇幼保健的成本?我们是否可以另辟蹊径?例如,从健全社会保险制度入手,一方面扩大社会保险制度的覆盖面,另一方面推动社会保险通过支付方式的变革一揽子购买妇幼保健中所有能够面向个体需求者的服务,这样即使是妇幼保健中的“公共服务”,也能通过市场机制实现普遍提供。如此一来,公立妇幼保健院所完全可以把业务范围收缩在妇幼保健中的面向群体的“公共服务”之上,例如妇幼保健统计、新生儿疾病筛查、妇幼保健宣传等等。

在我国,无论是医疗体制,还是公共卫生体制,弊端的确不少。一种极为流行的见解是把所有弊端的根源都归结为政府财政的投入太少。实际上,至少在我们考察的泰州市,有数据表明,财政对大多数公立妇幼保健院所和社区卫生服务机构的投入,在过去的若干年内,有了大幅度的提高。这些机构在人力资源和设备水平上,均有显著的改善。随着能力的提升,这些机构在保健服务量与门急诊人次均有大幅度的增加。这固然不能否定政府进一步给予补贴以强化其

服务能力建设的必要性,但是政府投入的增加并未有效地改善妇幼保健中“公共服务”提供不足的境况,则是毫无疑问。

尽管政府投入的水平提高了,公立妇幼保健机构的能力也改善了,但是妇幼保健中私人服务和公共服务不均衡发展的局面并没有得到改善。绝大多数妇幼保健院所都同时提供两类服务,但是积极性明显不同。对于第一类服务,所有机构都大力发展,私人资本也愿意进入,而对于第二类服务大多数机构都不情不愿,能推则推。仅仅靠政府增加投入,并不是解决城市地区妇幼保健服务提供内部不均衡性的对症之药。

以泰州市市区为例来说明这一点。现在,位于市中心的泰州市妇幼保健院是一家民营医疗机构。2000年,公立的泰州市妇幼保健院总建筑面积仅为787平方米,其中妇产科的医疗业务与妇幼保健业务混杂在一起,相互挤占有限的空间,而后者往往处在弱势的地位。后来,经过搬迁建设,新的泰州市妇幼保健院外观上气派非凡,其总建筑面积激增到12280平方米;其中,2160平方米的建筑面积划归主要承担公共服务职能的泰州市妇幼保健所,而其余一万多平方米出租给民营的泰州市妇幼保健院,其投资来自上海。由此,泰州市市区的妇幼保健工作中属于私人服务和公共服务在制度上、组织上都分离了。

由于有了大笔租金收入,专门承担公共服务职能的泰州市妇幼保健所理应承揽所有有关妇幼保健的公共服务。然而,很多妇幼保健工作却转移到区预防保健办公室。我们实地考察的海陵区预防保健办公室现有职工32人,下设综合科、疾病控制科、卫生监督科、妇幼卫生科、预防接种科5个科室。总体来说,区预防保健办公室工作范围广,工作量大,但人员少,无法满足正常的需要,其中的妇幼保健科尤其如此。市妇幼保健所与区预防保健办公室妇幼保健科的职能分工是后者抱怨的焦点。在后者看来,市妇幼保健所倾向于提供那些多多少少可以收费的服务,而要求下级单位承担那些免费的公共服务。由于财权与事权的错位,海陵区预防保健办公室缺乏积极承

担提供大量免费性妇幼保健服务的激励。提供这些免费性服务是需要成本的;在没有经费的情况下,海陵区预防保健办公室不得不通过挤占其他公共卫生服务来勉强提供上级制定的一些妇幼保健服务。

实际上,海陵区预防保健办公室公共管理的工作重心在于疾病控制,其中包括:传染病管理、计划免疫、血吸虫防止、结核病防治工作、艾滋病防治工作。尽管缺人少钱,但为了完成上级政府下达的任务,区预防保健办公室也不得不开展一些妇幼保健工作,其中包括:

1. 提升孕产妇系统管理和儿童系统管理的质量,这一直是妇幼保健工作的基础性保健管理工作;
2. 开展健康体检,提升妇女儿童健康水平,对城区托幼儿园所、中、小学生进行健康体检;
3. 普及妇幼保健知识,提高妇女儿童保健意识;
4. 巩固新生儿筛查工作成果,降低病残儿的发生率;
5. 加强妇幼卫生信息管理,实现妇幼卫生目标。

社区卫生服务机构的主要收入来源是基本医疗服务的提供,而包括妇幼保健服务在内的公共卫生服务,均由政府出资购买。政府根据一定的绩效评估,对社区卫生服务机构的公共卫生服务进行考核。在这样的体制下,社区卫生服务机构缺乏积极改善公共卫生服务(包括妇幼保健)的内在积极性。对它们来说,只要在公共服务的提供上不犯什么错误,能够顺利通过政府的考核,那么就可以获得当地政府的经费。有关经费虽然在其收入来源中占小头,但鉴于其收入总量不高,因此也不是聊胜于无的。无论如何,由于公共卫生服务并没有同其收入增长挂钩,“六位一体”并没有实现一体化。换言之,医疗服务与公共卫生还是两张皮,这也是全国社区卫生服务体系的通病。

为了解决这一问题,泰州市海陵区卫生局曾经试图同当地城镇医疗保险机构协商,希望将社区卫生服务机构纳入城镇职工和城镇居民医保的定点,然后采纳按人头付费的方式,由医保机构同政府一起,将基本医疗和公共卫生的付费合并起来,通过一个服务包的方

式,一揽子购买基本卫生保健医疗服务,包括妇幼保健服务。但是,这一改革动议后来不了了之。可见,建立基本医疗服务的守门人制度,并通过付费制度改革促使社区卫生服务机构转变服务行为,加强预防,巩固妇幼保健,是亟待推行的改革措施。实际上,这类做法在其他发达国家和发展中国家普遍盛行,效果也良好(顾昕、高梦滔,2007)。医保定点制度和付费制度的改革之所以在中国裹足不前,基本的原因在于基层医疗保险主管部门缺乏主动改革的动力。毕竟,在现有按项目付费的体制为大家所熟悉,并且在没有多大问题的情况下,主动推动制度创新需要勇气、干劲和新知。

由此可见,妇幼保健发展不均衡的问题并不能指望单纯增加政府对公立妇幼保健机构和社区卫生服务机构的财政拨款来解决。实际上,至少在泰州市,无论是直接来自政府财政预算,还是来自引入民营资本后获取的收益(租金等),公立妇幼保健机构来自非业务提供和药品出售的收入相对来说并不少。核心的问题在于,缺乏一种激励机制促使各类机构(哪怕是公立机构)自觉自愿地提供一揽子妇幼保健服务,其中尤其是妇幼保健中的公共服务部分。因此,仅仅增加投入并不能自动解决这个问题,更加重要的是寻找一种新的机制,促使所有机构将这类服务的提供同其自身的经济利益结合起来。没有这样的机制,再多的政府新增投入,也不能达致其设定的政策目标。

三、生育保险、城镇居民医疗保险与妇幼保健的公共筹资

这种新的机制,如果说不能仅仅在妇幼保健服务的供方中寻找,那么或许可以从妇幼保健的需方入手。通过社会保险制度的改进,寻找一种着眼于需方的解决方案,或许是一条新的出路。实际上,除了财政预算投入之外,一些妇幼保健服务,尤其是住院分娩,还为城镇职工生育保险和城镇居民基本医疗保险所覆盖。

1994年12月14日,原劳动部发布了《企业职工生育保险试行

办法》(劳部发〔1994〕504号,该文件的文本参见(中国劳动年鉴1992-1994年,1996:662-663))。自此,城镇职工生育保险制度启动,取代了原来在企业中实行的单位福利制度。作为一种强制性的社会保险制度,生育保险由用人单位(雇主)单向缴费,缴费率由地方政府自行制定,但最高限为职工工资总额的1%。2001年5月22日,国务院发布了《中国妇女发展纲要(2001-2010年)》,“普遍建立城镇职工生育保险制度”成为其中明确规定的一项重要措施。自此之后,生育保险的覆盖率逐步提高。2004年9月8日,劳动与社会保障部办公厅出台了《关于进一步加强生育保险工作的指导意见》(劳社厅发〔2004〕14号,该文件的文本参见(中国劳动与社会保障年鉴2005年:270-271)),进一步推动了生育保险覆盖面的拓展。

在实践中,各地政府制定的缴费率一般在职工工资总额的0.5-1%。生育保险的待遇(或给付)主要是两项:一是生育津贴,用于保障女职工产假期间的基本生活需要,按照本企业上年度职工月平均工资计发;二是生育医疗待遇,用于保障女职工怀孕、分娩期间以及职工实施节育手术时的基本医疗保健需要,包括检查费、接生费、手术费、住院费和药费以及产后因生育引起疾病的医疗费用等等(中国劳动年鉴1992-1994年,1996:662-663)。值得注意的是,很多地方规定,参保者的女性配偶,如果没有单位(即不能成为参保者),也可以享受半额生育保险待遇。生育保险基本上是在经济部门中推行,在行政事业单位,原有单位福利制度的主体依然保留,其中包括生育福利。

在表4中,我们把企业中生育保险和行政事业单位中生育福利的受益者人数进行加总,一并考察在城镇单位就业人群中的覆盖率。可以看出,能够享受生育福利的行政事业单位职工人数,在过去的十多年间基本上保持不变,但是生育保险的参保人数则有大幅度的增长。受生育保险覆盖面拓展之赐,生育保险与福利的覆盖率有了显著的提高,从1994年的28.82%提高到2005年的80.63%。

表 4 生育保险与生育福利的覆盖率,1994 - 2006 年

	生育保险 参保者人数 (百万)	行政事业单位 职工人数 (百万)	生育保险或福 利受益者总数 (百万)	城镇单位就业 人口总数 (百万)	生育保险或福 利的覆盖率 (%)
1994	9.20	34.77	43.97	152.59	28.82
1995	15.0	35.43	50.43	153.01	32.96
1996	20.2	36.73	56.93	152.21	37.40
1997	24.9	37.81	62.71	150.36	41.71
1998	27.8	37.25	65.05	126.96	51.23
1999	29.3	37.37	66.67	121.30	54.96
2000	30.0	37.51	67.51	116.13	58.13
2001	34.6	37.39	71.99	111.66	64.48
2002	34.9	36.82	71.72	109.85	65.28
2003	36.6	36.94	73.54	109.70	67.04
2004	43.8	37.25	81.05	110.99	73.03
2005	54.1	37.86	91.95	114.04	80.63
2006	64.6	39.45	104.04	117.13	88.82

资料来源:中国统计年鉴 1991,1992,1993,1994,1995,1996,1997,1998,1999,2001,2003,2004,2005,2006,2007,2008;中国劳动统计年鉴 2001,2004,2007

值得注意的是,表 4 所展示的生育保险与福利覆盖率,有可能存在低估和高估并存的情形。低估的来源在于,某些生育福利受益者的统计数字很难获得。例如,北京市和天津市的生育保险制度自 2005 年才启动,但这并不表明这两个城市的生育福利不发达。实际上,在 2005 年前,北京和天津两市中各类正式的机构均为员工提供较为优厚的生育福利。高估的来源在于,在某些地区一部分行政和事业单位的职工也被纳入到生育保险之中,因此在上表中生育保险参保者和生育福利受益者人数上存在一定的重叠。

因此,我们现在很难断定生育保险是否已经实现了百分之百的普遍覆盖目标。但是,就正式经济部门而言,判定现有的覆盖率距离这一目标已经不远,应该是没有问题的。

但无论如何,在正式经济部门中依然有一部分职工未参加生育保险。在这些单位中,究竟有多少女职工没有被覆盖到不得而知。

与此同时,在城镇从业人口中,尚有大量非单位职工无法享受生育保险或福利。非工作人群中的育龄妇女也缺乏类似的保障。从 2007 年下半年在全国范围开始启动的城镇居民基本医疗保险,为她们提供了生育保险的制度可能性。在很多地方,城镇居民医疗保险的给付范围包括住院、大病门诊及普通门诊三部分,参保居民在定点医疗机构发生的住院分娩费用,可以当作住院费用获得补偿。

在泰州市,生育保险的覆盖范围为泰州市行政区域内的各类企业、自收自支或企业化管理的事业单位以及民办非企业单位及其职工、有雇工的个体工商户、国家机关和其他事业单位及其职工。生育保险缴费比例为职工工资总额的 1%,由雇主单方缴纳。生育保险支付范围和标准如下:

1. 女职工计划内怀孕后发生的围产期检查费、临产前检查费以及分娩发生的接生费、手术费、住院费、医药费按照基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准实行定额支付,具体定额标准由各地制定。

2. 符合计划生育规定的职工,实施环情检测、孕情检测、放置或取出宫内节育器、流产术、引产术、绝育及复通手术医疗费用按照基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准按实支付。

3. 女职工因本次妊娠(含异位妊娠)而引起的合并症、并发症(在生育后三个月以内的),符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准的医疗费用,由生育保险基金支付。

4. 对符合国家规定 90 天以及 90 天以上产假的参保女职工,从生育保险基金中发给一次性营养补助费,标准为当地上一年职工平均工资的 2%。

5. 女职工计划内生育的,按照国家和省有关规定享受产假,产假期间本人原工资照发,生育保险基金以生育补贴的形式按其本人缴费基数(本人妊娠前 12 个月的平均缴费基数,不足 12 个月的按实计算)的 50% 补偿给用人单位,国家机关、全额拨款的事业单位不实行生育津贴的办法,差额拨款的事业单位减半执行,自收自支的事业

单位按标准执行。

6. 参保女职工失业后领取失业保险金期间,符合计划生育规定生育时的医疗费和一次性营养补助费按第一条和第四条的标准支付。

7. 参保男职工的配偶无工作,且符合计划生育规定的生育医疗费按第一项的规定支付 50%。

此外,在泰州市,生育保险还积极开展参保女职工妇科病普查工作,对参保女职工(含参保后退休的女性退休人员)保证每两年实施一次妇科检查,具体普查项目和标准由各地根据实际制定,检查费用由生育保险基金支付。泰州市正在开展的城镇居民基本医疗保险,把住院分娩视为普通的住院,纳入给付范围。

可以说,城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险这两项社会保险制度,为城镇地区居民妇幼保健的筹资,已经做出了极大贡献。当然,后一项制度刚刚起步,在这方面的贡献还比较有限,但随着其筹资水平的提高,这种贡献会越来越大。在这样的制度基础上,政府财政预算对于妇幼保健的投入,如能同这两项社会保险制度协同努力,将会比直接投入公立妇幼保健机构的方式取得更大效益。换言之,与“补供方”的方式相比,“补需方”也许是一条值得探索的新路。

四、“补需方”的政策建议:走向有管理的市场化

城镇妇幼保健工作的强化和健全之路,关键在于更好地发挥城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险的风险分摊功能,将所有面向个体的妇幼保健服务均纳入这两项社会保险制度的给付范围(或服务包)。政府财政可以扮演推动者的角色,通过财政补贴推动这两项社会保险制度的完善。同时,城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险的服务购买功能也应该同步强化。这两项保险可以通过守门人制度的确立和支付制度的改革,促使各类医疗卫生服务机构自觉自愿地为民众提供一揽子妇幼保健服务。

具体的改革建议如下：

第一、社会保险服务包扩大。

城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险的给付范围从目前较为集中的生育医疗服务转为全面的妇幼保健服务,将所有面向个人的妇幼保健服务,包括孕产妇系统管理、产前检查、住院分娩、产后访视、新生儿系统管理和儿童系统管理,均纳入给付范围。

表面上看,这一举措将提高城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险的基金支出水平,但是新增的服务项目实际上均具有成本低、效益高的特点,因此不会给两项社会保险制度带来额外的负担。实际上,全方位妇幼保健服务的普遍提供有可能会降低孕产妇、新生儿和儿童的疾病发生率,最终会为两项社会保险制度节省开支。更何况,目前生育保险的基金结余规模不小,完全可以应对给付范围扩大所带来的短期财务压力。

对于地方财政困难的地区,高层级的政府,即中央政府和省级政府,可以通过专项转移支付,为城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险覆盖一揽子妇幼保健服务提供一定的补助。补助的数额可以以人头费的方式支付,具体数额可以参保者中育龄妇女为基数进行测算。各地的统计部门可以为财政部测算补助所需预算,提供独立数据。

第二、社会保险确立守门人制度。

城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险建立守门人制度,即要求参保者在所有能够提供妇幼保健服务的医疗卫生机构注册,确立定点首诊机构,并允许在一定期限内予以更换。为了避免资源的不合理配置,各地社会保险部门可以根据实际情况,将某些成本较高的高级医院排除在守门人的范围之外。值得注意的是,守门人的角色并不是社区卫生服务体系的专利,而目前在很多地方实行的“社区首诊制”具有垄断性,不利于通过竞争来推进服务水平的提高和质量的改善。况且,很多地方的社区卫生服务体系还存在着能力不足的问题。

在守门人制度下,参保者在定点首诊机构接受妇幼保健服务,尤

其是其中的孕产妇建卡、产前检查等等。如果必要,守门人可以安排转诊,让孕产妇到其他医院接受妊娠分娩期间的医疗服务,包括住院分娩。

只有接受定点首诊和转诊安排的参保者,才能获得较高水平的待遇(或给付),从而激励参保者合理利用现有的医疗卫生资源。

第三、社会保险采取按人头付费的支付方式。

城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险对于定点守门人,采取按人头付费的支付方式。依照守门人机构所吸引到的育龄妇女参保者定点人数,社会保险机构定期预付一定数额的妇幼保健费。对于这笔费用,守门人可以自主决定,究竟是自行为参保者提供有关服务,还是从其他服务提供者那里购买服务。当然,为了抑制潜在的道德风险(即滥用服务的行为),参保者也必须有一定的自付,但自付比率不宜太高。

在这样的制度安排下,守门人为了获取更多的经济收入,首要的工作是吸引更多的育龄妇女参保者来定点。为此,他们一方面必须加强宣传工作,促使有关妇幼保健的健康教育进入社区;另一方面,也必须改善其服务水平和质量。如果妇幼保健人头费中包含7岁以下儿童疾病的基本医疗费用,那么为了尽可能地获取更高的经济收入,扮演守门人角色的服务提供者有足够的积极性开展产后访视和儿童系统管理等原来没有人愿意为之的妇幼保健服务。唯有如此,儿童患病概率才会降低,服务提供者们才能获得更高的收入。

第四、政府直接提供面向群体的妇幼保健服务。

妇幼保健中存在一些面向群体的公共服务,在大多数情况下,只能由公立机构直接提供。由于妇幼保健中面向个体的服务已经纳入社会保险服务购买体系,公立妇幼保健机构承担相应的公共服务职能也就顺理成章。如果公立妇幼保健院所整体转型为提供私人服务的医疗机构,那么其原来提供公共服务的部分可以单独分拆出来,成为独立运作的公立法人(public agents),其运作费用来自政府财政的全额拨款。经过如此重组,妇幼保健公立法人承担的业务相对比较

集中,也便于政府的行政管理和控制。

五、结论

在很多地方,城市妇幼保健的水平较高。由于实施独生子女政策,加之传统文化塑造下的中国家庭对子女的健康一向关注,发达地区的城乡民众实际上愿意在妇幼保健上付出更多。住院分娩已经普遍化,城市地区的产前检查也趋向于普遍。在中国的发达地区,民众对于高水平产科服务的需求也正在逐渐加大,妇幼保健中的一部分服务,正在走向市场化。

妇幼保健不能被笼统地定位为“公共卫生服务”,面向的某些群体的服务,如新生儿筛查、妇幼保健宣传、妇幼保健统计和分析等,毫无疑问属于“公共物品”,而另外一些面向个体的大多数服务,如产前检查和住院分娩则纯属私人物品。因此,从严格的经济学意义上说,妇幼保健并不完全是一种公共物品。将妇幼保健笼统地划归为“公共卫生服务”范畴,乃是导致种种制度安排混乱的思想根源。

为了推进“私人物品型”妇幼保健服务的普遍覆盖,政府应该发挥一定的角色作用。政府完全可以通过具有强制性的社会保险方式来筹资,推动公立社会保险机构以恰当的方式为参保者购买这类服务。事实上,覆盖城镇职工的生育保险,在妇幼保健服务的筹资上已经并将继续扮演重要的角色。对于没有生育保险的非工作人群,正在形成的城镇居民医疗保险也可以覆盖相当一部分基本的妇幼保健服务。至于高水平的、甚至豪华的妇幼保健服务,则应该完全通过市场或者商业性保险来筹资。

然而,对于妇幼保健服务中的一些服务,例如产后访视以及孕产妇系统管理和儿童系统管理,虽然属于“私人物品”,但很多民众并没有意识到其重要性,因而无法通过向服务使用者收费的方式解决,而现有的生育保险和医疗保险也未加覆盖。换言之,这类服务理论上可以由市场化提供,但在现实中却没有办法做到。然而,这类服务

的提供不仅对于服务对象有好处,而且还具有极大的外部性,对于提高妇女儿童健康水平乃至国民健康的整体水平都具有极大的推进作用。这样一些具有较高成本效益的服务,尽管从本质上看是“私人物品”,但由于不能收费,市场不愿提供,而其对推进国民健康具有非常重要意义而必须得到普遍提供,因此应该被视为“公共卫生服务”,由政府通过一般预算直接筹资,予以保证供应。

在明确妇幼保健方面公共卫生服务应由政府投资保障之后,一个关键问题就是政府如何花钱实现这些服务的普遍供给:究竟是采取传统的“补供方”的方式,向公立妇幼保健机构和社区卫生服务机构直接拨款,敦促其提供有关的服务;还是另辟蹊径,采取“补需方”的方式,通过社会保险制度购买服务的方式为民众提供一揽子的妇幼保健服务?

由于在城市地区,社会保险制度,即城镇职工生育保险和城镇居民医疗保险,已经并将继续在部分妇幼保健的筹资中扮演着主导性的角色,服务购买的制度和组织基础已经夯实。因此,在城市地区公共财政推动妇幼保健的普遍覆盖,不必沿袭老路,采取传统的“养人建机构”的方式,而应探索购买服务的新路。具体而言,政府完全可以通过补助社会保险(生育保险和基本医疗保险)的方式,推动社会保险经办机构改革妇幼保健的服务购买机制,从而让各类医疗卫生服务机构通过市场竞争积极主动地为参保者提供一揽子妇幼保健服务。这种开放式守门人制度的确立可以促进现有医疗卫生资源的合理利用,而以实施按人头付费为主的支付制度改革将为所有的妇幼保健服务提供者创造一个鼓励通过竞争来改善服务的激励机制。

政府一手推动面向个体的妇幼保健服务走向有管理的市场化,另一手自然可以强化面向群体的妇幼保健服务的直接提供。政府有所为才能有所不为,这既是中国传统文化的睿识,也是现代新公共管理运动的精髓。将“补需方”和“补供方”相结合,是推进城市地区妇幼保健工作均衡发展的有效方略。

参考文献

- 顾昕、高梦滔(2007). 改革医保付费机制迫在眉睫. 中国社会保障, 10.
- 哈维·S·罗森(2003). 财政学. 北京:中国人民大学出版社.
- 梁万年主编(2001). 社区卫生服务管理. 北京:人民卫生出版社.
- 梁万年主编(2003). 卫生事业管理学. 北京:人民卫生出版社.
- 宋晓梧、张中俊、郑定铨(1998). 中国社会保障制度建设 20 年. 郑州:中州古籍出版社.
- 世界银行(2006). 2006 年世界发展指标. 北京:中国财政经济出版社.
- 严忠勤主编(1987). 当代中国的职工工资福利和社会保险. 北京:中国社会科学出版社.
- 中国劳动年鉴 1992 - 1994 年(1996). 北京:中国劳动出版社.
- 中国劳动与社会保障年鉴 2005. 北京:中国劳动与社会保障出版社.
- 中国统计年鉴 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008. 北京:中国统计出版社.
- 中国劳动统计年鉴 2001, 2004, 2007. 北京:中国统计出版社.
- Gu, E. X. (2001). Dismantling the Chinese Mini-Welfare State: Marketization and the Politics of Institutional Transformation, *Communist and Post-communist Studies*, 34: 91 - 111.
- Lee, M. K. (2000). *Chinese Occupational Welfare in Market Transition*. London: Macmillan Press Ltd.
- Reich, M. R. (2002). *Public-Private Partnership for Public Health*. Cambridge: Harvard University Press.
- Savas, E. S. (2000). *Privatization and Public-Private Partnerships*. New York: Chatham House Publishers.
- United Nations Development Programme (2005). *Human Development Report*. New York: Oxford University Press.