

生命周期、年龄结构与家庭医疗支出三者关系研究

牟俊霖^{1*} 许素友²

1. 首都经贸大学劳动经济学院 北京 100025
2. 中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】本文以《中国营养与健康状况调查》的微观调查数据为基础,根据生命周期理论考察了收入和医疗支出在家庭不同时段分布情况。发现了两个重要结论:其一,健康风险本身具有很强的不确定性,而且我国的经济处于快速发展时期,家庭难以通过长期的储蓄应对健康风险,必须依靠完善的社会医疗保险体系才能帮助家庭提高应对健康风险的能力;其二,中年人的医疗支出迅速增长,但是收入却不断下降,而中老年人口在我国总人口中的比重不断增加,因此中老年人面临的医疗支出压力最大。随着我国人口老龄化阶段的到来,家庭和社会都将面临更加沉重的医疗支出负担,因此目前的医疗改革应该更加关注老龄化的影响。

【关键词】生命周期理论;医疗支出;医疗保险

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)03-0051-09

Research on the relationships among life-cycle, age-structure and family medical expenditure

MU Jun-lin¹, XU Su-you²

1. School of Labor Economics, Capital University of Economics and Business, Beijing 100025, China
2. Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Based on the China Health and Nutrition Survey (CHNS) and life-cycle model theory, this paper analyses the distributing of income and medical expenditure in different age groups. The aim of this study is to know how households smooth their health risks in different period of their lives. There are two main conclusions: firstly, households can't smooth their health risks by savings in the long run, because of the uncertainty and rapid economic growth in China. As a result, national health insurance is necessary to help households deal with health risks. Secondly, old people are faced with serious medical expenditure burden because of the rapid increase of medical expenditure in old people, while the stepwise decrease of income in old people. As the increased aging population in the future, China is faced with more serious medical expenditure burden. Hence, the health care reform should pay more attention to the aging population.

【Key words】 Life-cycle model, Medical expenditure, Health insurance

生命周期假说认为,家庭可以用储蓄来平滑一生的消费。本文以生命周期理论作为研究的起点和参照物,考察家庭平滑一生的健康风险的能力^[1]。根据生命周期理论,家庭能够平滑一生的消费支出,当然也包括医疗支出,实际上家庭能否做到这一点呢?如果家庭能够做到这一点,我国的医疗体系就不存在长远的结构性矛盾,如果不能做到这一点,那么我国的医疗体系将难以长期维持下去。随着我国人口年龄结构的迅速转变,家庭和社会面临的健康风险会迅速增大,家庭和社会是否做好了足够的准

备呢?这是本文需要解决的问题。数据来源于1989—2006年《中国营养与健康状况调查》(CHNS)。有关CHNS数据的抽样方法和详细说明参见刘远立等人的研究^[2]。

1 不同年龄阶段的医疗支出和收入

1.1 不同年龄阶段的个人医疗支出

在图1中,横轴是年龄(岁),从小到大排列,纵轴是医疗支出(元),图中的曲线表示同一年龄的平均医疗支出。

* 作者简介:牟俊霖,男(1979年-),博士,讲师,主要研究方向为产业经济学和社会保障,E-mail:jl_mu@163.com。

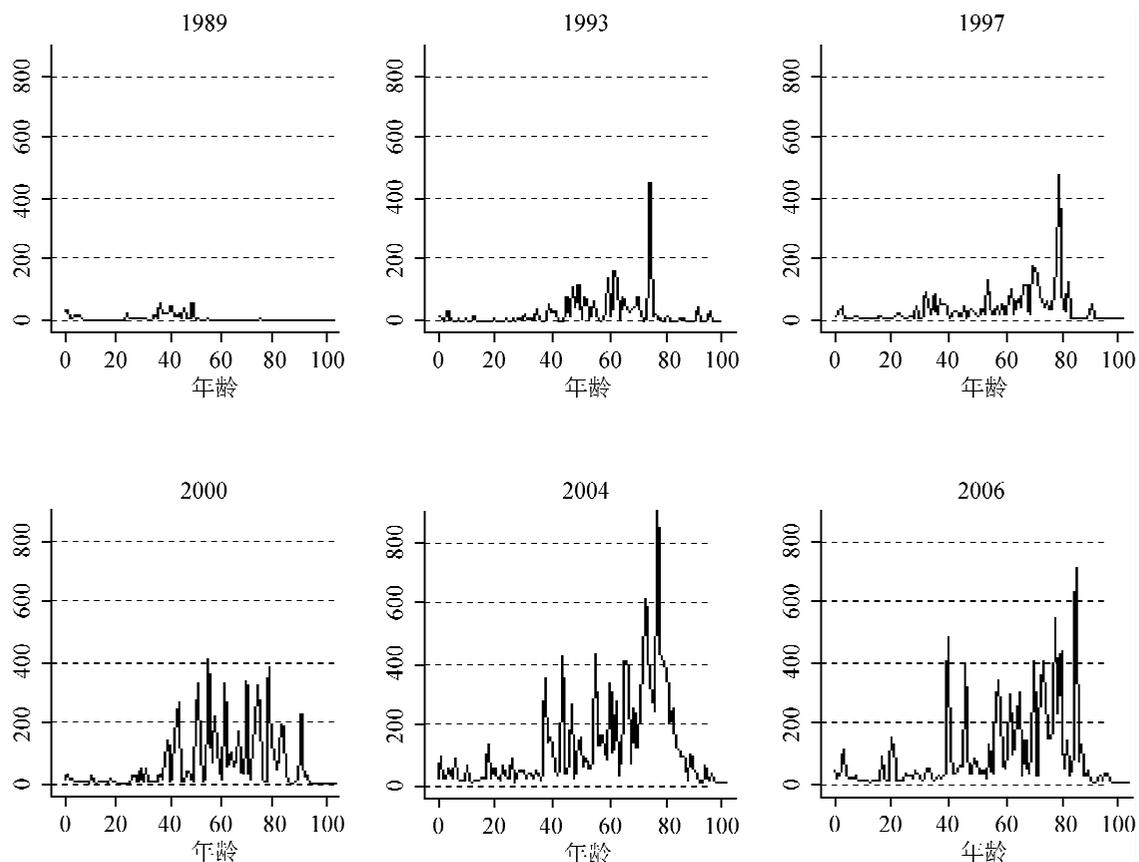


图1 不同年龄阶段的医疗支出

从图1中可以看出:(1)从时间的变化趋势上来看,我国的医疗支出呈现出逐步上升的态势,1989年,除了个别年龄组的医疗支出较多以外,各个年龄阶段的医疗支出都非常少,1993和1997年的医疗支出也相对较少,但是在2000年,30~80岁人群的医疗支出出现了大幅度的上涨。(2)不同年龄阶段的平均医疗支出存在显著差异,在40岁时开始显著上升,在70岁左右达到最高值,然后又迅速的下降。医疗支出的这种分布特征在1989年的时候还不是很明显,但是1993年以后就较为明显,1997到2006年的各个图中这种变化特征更加明显。

农村和城市不同年龄阶段的平均医疗支出图显示,农村和城市医疗支出同样具备前文分析的两个基本特征。因此,从前面的分析可以得出以下两个结论:(1)我国近年来出现的“看病贵”问题主要集中在中老年的阶段,医疗保险的改革应该更多考虑中老年人的健康风险问题。(2)人口年龄结构的变化是我国近年来医疗支出迅速增长的重要原因之一。随着我国人口老龄化阶段的到来,老年人口的不断增多,必然会造成医疗需求的进一步增长,消耗越来越多的医疗资源,因此有必要提前采取预防措施。

那么中老年人是否有足够的收入来应对日益增大的健康风险呢?

1.2 不同年龄人群的收入与医疗支出

为了考察医疗支出与收入之间的关系,我们需要知道不同年龄阶段人群的收入水平。但是本研究中的收入是以户为单位总体核算的,很难求出个人的总收入,因此必须以户为单位进行整合,按照户内人数求出家庭人均收入。调整以后,不同年龄阶段收入和医疗支出的关系参见图2。可以看到,医疗支出的变化趋势与前面使用个人数据得出的结论基本一致,即医疗支出随时间推移而不断增多,而且主要集中在中老年阶段。唯一不同的是,医疗支出的高峰年龄阶段往后推迟了,主要集中在60~80岁的阶段^[3]。

收入的分布和变化趋势有两个特征,(1)收入在各个年龄阶段的分布大体上是符合生命周期理论假定的:在年轻的时候,即小于30岁的时候,收入水平较低;在中年阶段,即30~60岁的时候,收入水平较高;到了老年阶段,即60岁以后,收入水平逐步下降。(2)收入在1997年以后,特别是在2000年以后,不同年龄阶段的收入水平有较大幅度的提高。

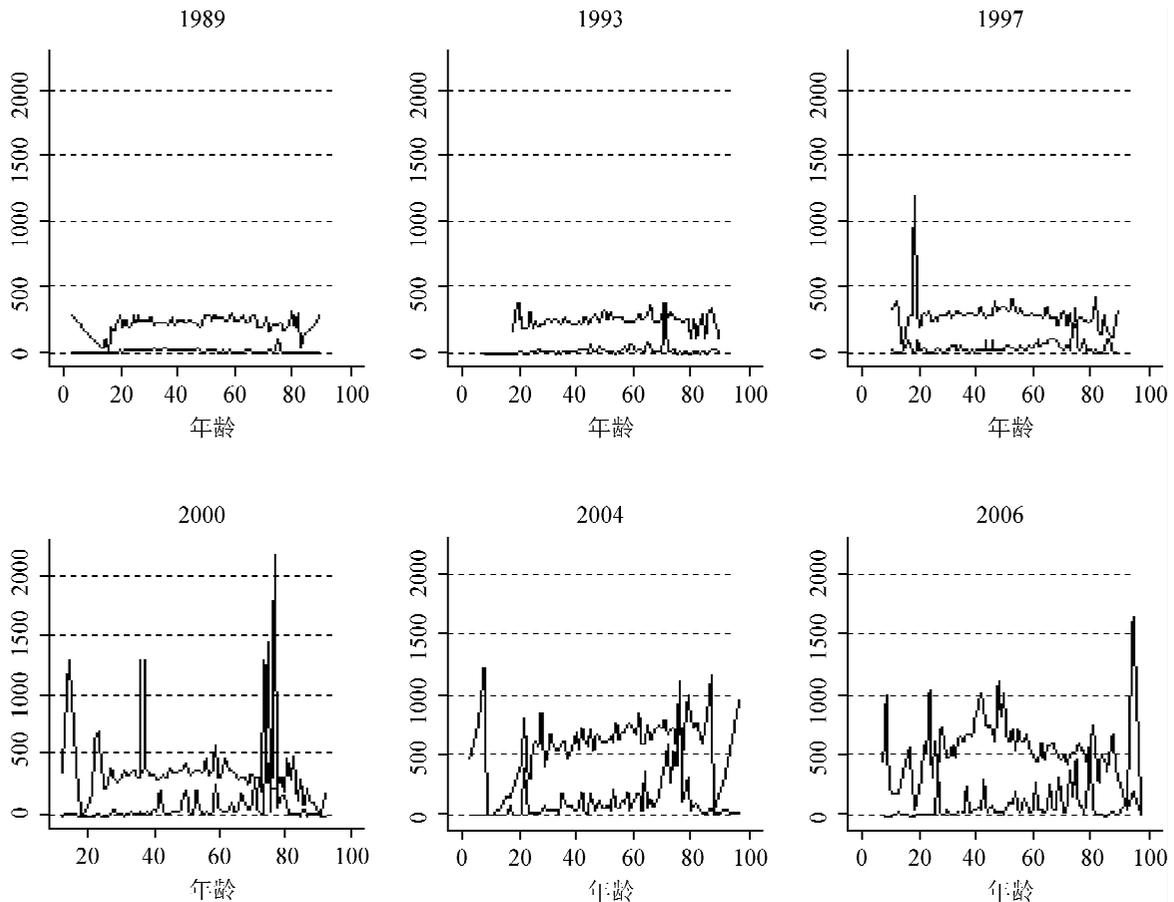


图 2 收入、医疗支出与年龄的关系

注：图中上面的曲线表示收入，下面的曲线表示医疗支出。

但是从医疗支出和收入的关系来看，可以发现：

(1) 家庭收入满足生命周期理论的假设，但是医疗支出却不完全同步，因此在人的一生当中，收入和医疗支出发生了严重的错位，在中青年的时候个人收入水平更高，但是此时的医疗支出相对较少；相反，在老年阶段，个人收入水平下降，但是医疗支出迅速的上升。因此，用老年人的收入来应对老年阶段的医疗支出是非常困难的。这一点从图中可以看到，60~80 岁的人均医疗支出与收入之间的距离非常小，尤其是 2000 年以后，在 75 岁左右的医疗支出高峰，医疗支出远远大于当年的收入水平。因此中老年人面临健康风险很大，医疗支出负担很重，在没有社会保险的情况下，中老年人应对高昂医疗支出的唯一渠道就是在年轻时候积累储蓄。

(2) 2000 年以后，虽然收入水平有了大幅度的上升，但是医疗支出上升更快，医疗支出和收入之间的距离或者是面积更小了，这说明家庭医疗支出的负担比 2000 年以前加重了。从直接平均的医疗支出负担(平均医疗支出除以平均收入)也可以看到家庭

的医疗支出负担加重了。

中老年阶段的医疗支出完全依赖于自己在年轻时候的储蓄，这个基本结论与生命周期理论是相同的，但是家庭却难以按照生命周期理论预测的那样，平滑自己一生的医疗支出。在生命周期理论中，消费支出具有一定的稳定性，因此青年人能根据自己以往的消费水平对未来的消费水平形成稳定和一致的预期，从而做好正确的储蓄准备，这是生命周期理论得以实现的前提和保证。但是，医疗支出的发生具有不确定性，家庭或者个人很难对中老年的医疗支出形成准确的预期，而医疗支出又主要集中在中老年阶段，因此医疗支出的不确定性造成了家庭应对健康风险的“储蓄行为”难以有效的实行。

为进一步分析城市和农村间的差异，可以对比农村和城市的图形，2000 年以前，农村和城市的医疗支出和收入的分布情况及变化趋势与前面的分析基本一致，而且农村和城市也没有表现出显著差异，因此文章略去了 2000 年以前的图形，只画出了 2000 年以后农村和城市之间的对比(图 3)。

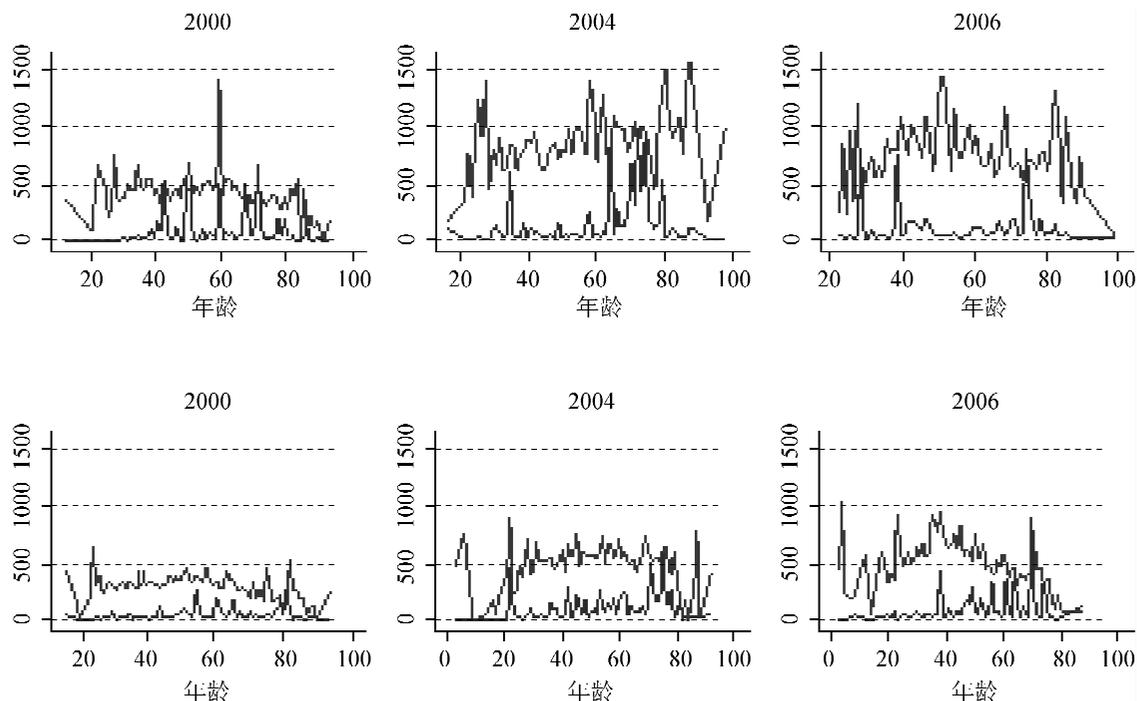


图3 收入、医疗支出与年龄的关系(城市和农村对比)

注:图中上面的曲线表示收入,下面的曲线表示医疗支出;上半部分表示城市,下半部分表示农村。

从图3中可以看到以下一些新的特征:(1)与城市相比较,农村的收入情况更加符合生命周期理论的分布模式,不同年龄阶段的收入曲线形成了一条弯曲的倒“U”型曲线。(2)与城市相比较,农村居民的医疗支出和收入之间背离情况更加严重,在50岁以后,家庭的收入水平直线下降,而医疗支出却大幅度上升,这说明农村居民面临的医疗支出负担更重,家庭更难以平滑健康风险。因此,与城市相比较,农村居民的收入和医疗支出之间的矛盾更尖锐,在70~80岁的年龄阶段医疗支出超过了当年的收入水平,因此农村居民的医疗支出的负担更重,我国目前的医疗保险改革应该更加重视农村中老年人的健康风险。

1.3 截面分析的缺点

上面是用截面数据画出的收入、医疗支出与年龄之间的关系图,但是这种分析没有考虑我国人口年龄结构随时间的变化趋势,它不能剔除年龄结构的变化对收入和医疗支出的影响。在过去的17年中,我国的人口年龄结构出现了那些变化呢?人口年龄结构对医疗支出的变化有什么样的影响呢?

图4为从1989年到2006年期间我国人口年龄结构的变化图。该图中的每一条线都代表了一个年龄阶段人口的比重随时间的变化趋势。从图中可以

看到,小于20岁的青少年人口的比重下降幅度最大,且在过去的17年中一直处于下降的过程中;20~30岁的人口也处于下降过程中,到2000年以后,下降幅度加大;30~50岁的人口比重处于平稳上升的过程中,2000年以后上升幅度加大;50岁以上的人口在2000年以前上升幅度不大,但是在2000年以后大幅度的上升。

分析发现,中老年人医疗支出水平最高,青少年人医疗支出水平相对较低。人口结构中青少年人口比重不断下降,老年人口比重不断上升,导致我国医疗支出大幅度上升。人口老龄化,不仅给家庭带来较重的医疗支出负担,也会导致整个社会的医疗支出上涨。因此,人口年龄结构变化是我国近年医疗支出大幅度上涨的重要原因之一。

从人口年龄结构来观测我国医疗支出和居民健康风险之间的关系,分析方法虽然比较简单,但是从中却发现了导致我国医疗支出迅速上涨的一个深层次的、不可逆转的原因。可以肯定的认为,随着我国人口老龄化的到来,我国的家庭和整个医疗体系将面临更大的健康风险,将支付更多的医疗费用。我国的医疗改革不能对每个人都给予相同的关注,必须体现对最需要帮助的中老年人的关注。

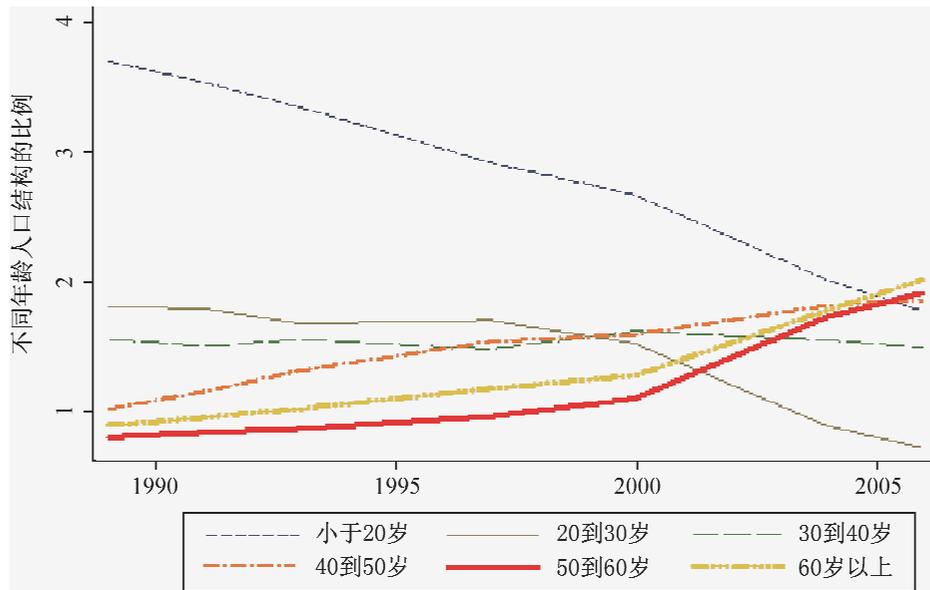


图 4 人口年龄结构的变化

2 队列分析

前面的截面分析不能准确观察到相同年龄阶段的家庭或者处于同一队列的家庭,在不同时期的收入和医疗支出的变化情况,这一部分将使用队列分析进一步研究家庭收入和医疗支出之间的关系。队列分析中的队列又称同期群或同批人,指在同一时期经历了同一事件的一群人,如同一年出生、结婚、入学等^[4]。

2.1 不同队列的医疗支出随时间的变化趋势

根据不同的年龄分为 6 个队列(图 5)。

(1)不同队列的医疗支出上涨幅度有显著的差异,年龄越大的组的医疗支出上涨幅度越大。队列 1 和队列 2,也就是青年组(30 岁以下)的医疗支出在过去的 17 年中上涨幅度最小;队列 3 和队列 4,也就是中年组的医疗支出上涨幅度较大;队列 5 和队列 6,也就是中老年组(50 岁以上)的医疗支出在过去的 17 年中上涨幅度最大,其中队列 6(60 岁以上)在 2004 年后还经历了大幅度下降。

(2)在 1997 年以后,各个队列(20~30 岁人群除外)的医疗支出都出现了大幅度的增长。这种医疗支出同时大幅度的上升,不应该归结于家庭或者社会对医疗服务需要的大幅度上升,因为医疗需求的变化不是一个突变的过程。可能的原因是作为供给方的医院涨价造成的,也就是居民的需求没有变化,但是医疗服务的价格上涨,导致家庭医疗支出上涨,

也可能是因为需方收入水平提高后,对卫生服务质量的要求提高了。

2.2 不同队列的收入水平随时间的变化趋势

因为农村和城市的收入情况有很大的不同,文章没有给出全部样本的队列收入图,而是把农村和城市分开进行对比分析。从图 6 中可以看到两个基本的特征。

(1)不论是农村和城市,不同队列的收入水平在过去的 17 年间都出现了较大幅度的增长,2000 年以前增长幅度较小,2000 年以后增长幅度较大,此外城市收入的增长幅度要大于农村收入的增长幅度。

(2)农村居民的收入特征确实符合生命周期理论的分布特征。与其他队列相比,队列 5 和队列 6 的收入水平最低,而且在 2004 年以后队列 5 和队列 6 的收入水平直线下降。与队列 5 和队列 6 的情况相反,队列 3 和队列 4 的收入水平相对较高,其中队列 4 的收入水平经历了一个从最低到最高,然后逐步下降的过程。除此之外,队列 1 和队列 2 的收入水平处于不断的上升过程中。

2.3 队列分析的结论及其缺陷

总体而言,队列分析的结论与前面截面分析的结论基本相同,即医疗支出主要集中在中老年阶段,而中老年的收入水平处于下降阶段,因此中老年人面临的医疗支出的负担最大,应该给予他们更多的关注。

用队列分析的好处是能够剔除年龄结构的影响^[5],能够单独考察某一个队列的收入和医疗支出

随着时间的变化趋势,但是这种分析的缺点就是对数据要求极高,因此得出的结论有时候有一定的偏差,

下面再结合队列回归分析进行深入研究。

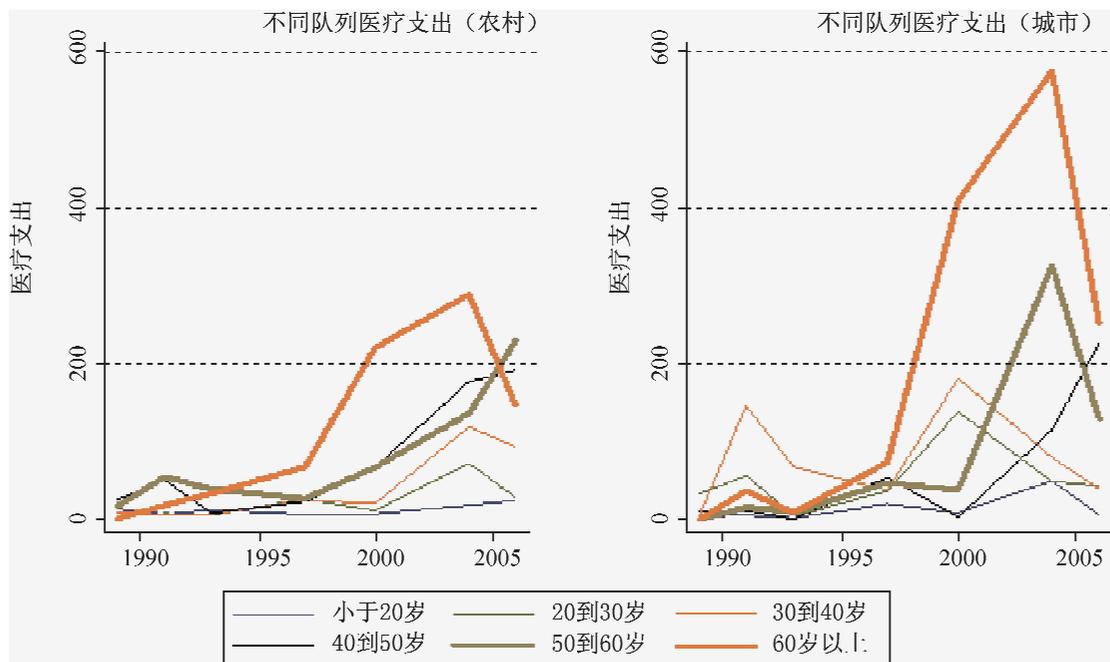


图5 不同队列的医疗支出(个体数据)

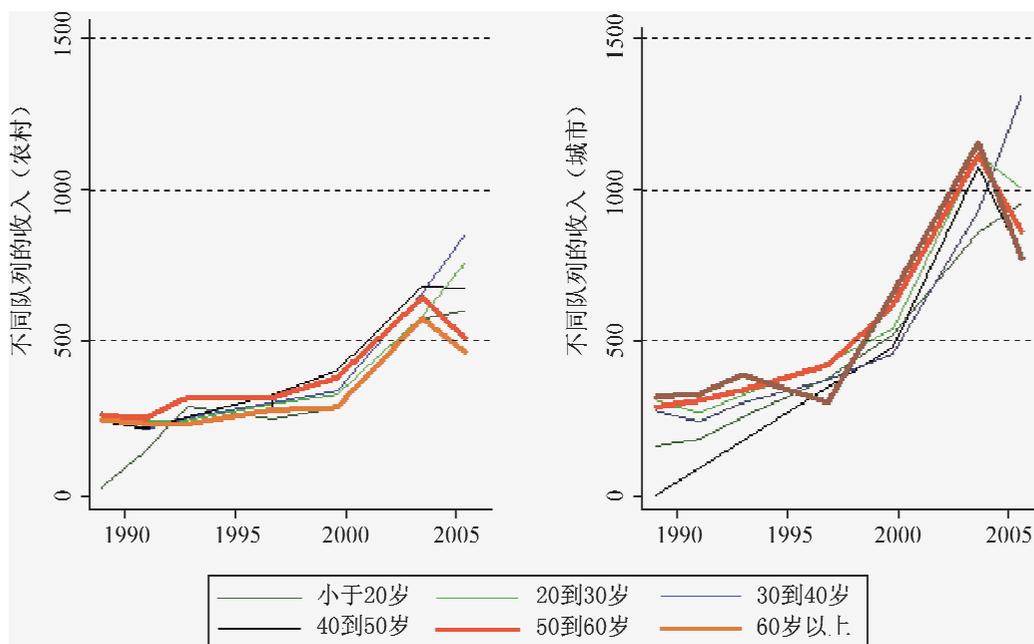


图6 不同队列的收入(农村和城市的对比)

注:图5、6是时间序列图,图中只标出了1990、1995、2000、2005四个主要年份的数据,数据仍然是1989、1993、1997、2000、2004、2006七个年份的数据。

3 队列回归分析

为了检验不同年龄的收入和医疗支出之间的关系,可以进行队列的回归分析。队列分析的因变量就是不同队列的收入和医疗支出,自变量可以包括队列的年龄、队列虚拟变量、年份的虚拟变量,具体的方程如下^[6]:

$$y_{it} = age_{it} + age2_{it} + age3_{it} + cohort_i + year_t + \varepsilon_{it}$$

各变量的含义如下:因变量 y_{it} 表示每个队列的收入和医疗支出的平均值; $cohort_i$ 表示不同的队列, $year_t$ 表示不同的年份; age_{it} 、 $age2_{it}$ 、 $age3_{it}$ 分别表示队列 i

在年份 t 时的年龄、年龄的平方、年龄的三次方;误差项 ε_{it} 表示,在因变量 y_{it} 中不能由自变量解释的部分(表 1)。

从回归结果来看,医疗支出的回归结果比较理想,不论是样本总体的回归,还是把农村和城市分开回归,各队列的医疗支出的系数都具有统计学意义。从各队列系数的大小来看,年龄越大的队列的系数越大,这表明随着年龄的增加,医疗支出也在不断的增大,这一点从前面的截面分析和队列分析都可以得到验证,因此回归分析用一种更严谨的方法验证了文章的研究结论。

表 1 队列回归分析结果

项目	医疗支出			收入		
	总体	农村	城市	总体	农村	城市
age	-7.9456 (17.21)**	-15.2080 (37.69)**	-3.8703 (1.67)	-15.9603 (2.10)*	-46.0434 (6.51)**	-51.3248 (1.73)
age2	0.0056 (0.57)	0.2325 (26.71)**	-0.2408 (5.25)**	1.5656 (9.82)**	3.0277 (19.84)**	2.4109 (4.13)**
age3	0.0009 (13.64)**	-0.0009 (15.38)**	0.0030 (10.42)**	-0.0166 (15.72)**	-0.0321 (30.77)**	-0.0206 (5.72)**
cohort2	96.3964 (39.81)**	76.3590 (37.04)**	177.3414 (15.25)**	447.1177 (11.22)**	368.1494 (10.18)**	-202.5690 (1.41)
cohort3	152.8808 (53.64)**	123.1381 (50.14)**	252.3025 (19.10)**	743.9720 (15.86)**	317.7151 (7.38)**	586.6787 (3.60)**
cohort4	200.8358 (58.95)**	167.8281 (56.59)**	295.3683 (19.26)**	338.7956 (6.04)**	-109.8539 (2.11)*	344.0016 (1.82)
cohort5	213.9169 (52.86)**	155.0896 (43.78)**	385.7362 (21.65)**	282.2667 (4.24)**	-427.3767 (6.88)**	204.4652 (0.93)
cohort6	255.8705 (54.01)**	159.3369 (37.82)**	496.8953 (24.60)**	318.4560 (4.08)**	-512.2842 (6.93)**	-27.9288 (0.11)
year = 1991	29.2184 (24.75)**	18.7091 (18.70)**	63.3266 (11.21)**	-218.8707 (11.26)**	-286.1185 (16.31)**	-47.5449 (0.69)
year = 1993	12.9684 (10.66)**	5.4121 (5.23)**	33.3362 (5.77)**	71.6407 (3.58)**	-34.2900 (1.89)	343.4569 (4.85)**
year = 1997	38.0103 (29.19)**	22.1233 (19.55)**	79.6813 (13.77)**	475.8219 (22.20)**	309.8754 (15.61)**	746.9867 (10.56)**
year = 2000	98.6703 (69.54)**	54.9044 (44.05)**	209.2684 (34.14)**	1,298.7351 (55.60)**	713.4192 (32.63)**	2,488.9551 (33.20)**
year = 2004	177.1218 (108.75)**	137.8321 (95.37)**	276.4872 (40.23)**	4,180.7254 (155.93)**	3,067.5411 (121.03)**	6,450.9047 (76.74)**
year = 2006	142.8516 (80.39)**	128.5861 (81.34)**	186.5772 (25.05)**	4,675.8566 (159.84)**	3,807.1556 (137.32)**	6,544.5558 (71.84)**
常数	61.8063 (9.63)**	149.2076 (27.32)**	17.5326 (0.51)	1,475.8984 (13.97)**	1,821.4801 (19.02)**	2,125.2363 (4.76)**
观察值	20800	15160	5640	20800	15160	5633
R-2	0.80	0.84	0.65	0.91	0.92	0.89

注: * 和 ** 分别表示统计值在 10% 和 5% 的水平下具有统计学意义;括号内的数字为回归系数的 t 统计值。

从对收入的回归结果来看,农村地区的回归结果较为理想,各个系数都具有统计学意义。各队列的收入水平呈现出先上升后下降的变化趋势,其中

队列 3 的收入水平达到了最高值,这完全符合生命周期理论中关于收入的基本结论。从城市的回归结果来看,系数的显著性不高,这主要是由于城市收入

数据的稳定性不好,但是城市数据基本也呈现出倒“U”型的变化趋势,与前面用截面和用队列分析的结论是一致的。

4 结论与讨论

综合前面截面分析、队列分析和队列回归分析的结论,可以得出基本事实:

(1)随着年龄的增加,收入水平提高;但是进入老年化阶段以后,收入水平不断下降,这一点符合生命周期理论。

(2)医疗支出在一生中的分布是不均匀,年轻的时候医疗支出较少,中年的时候医疗支出逐步增多,老年的时候医疗支出最多,在后期又迅速下降,因此医疗支出主要集中在中老年阶段(50岁到70岁的阶段),中老年人的健康风险最大。

因此,可以得到如下的结论:

(1)收入和医疗支出在生命周期中出现了严重的脱节,收入水平较高的时期,健康风险相对较低,收入水平较低的老年时期,健康风险相对较高。这种收入和医疗支出不匹配给家庭平滑一生的健康风险带来了巨大的困难,或者说家庭很难通过自身的能力来平滑家庭一生的健康风险^[7]。

(2)中老年人的健康风险最大,而收入水平较低,健康风险最难平滑,随着我国老年化阶段的到来,家庭和社会都将面临更大的健康风险,医疗支出的负担会加重,因此当前的医疗改革应该重视老龄化的影响。

前面的分析也有一定的局限,因为CHNS没有提供储蓄方面的准确数据,我们很难知道现在的老年人在过去的储蓄行为,因此不知道他们是否确实如生命周期理论中所描述的那样,在年轻的时候储蓄足够的钱以应对将来的医疗支出,但是我们可以从以下的四个方面来讨论这个问题:

(1)从预期的角度来看,中青年时期的人健康状况良好,医疗支出很少,难以预计未来医疗支出。更严重的问题在于,个人不一定在年轻的时候就认识到了老年阶段高额的医疗支出,因此没有做好足够的储蓄准备^[8]。

(2)一般的消费支出可能由于收入水平的下降而自动的减少,但是医疗支出具有一定的“刚性”,不会因为中老年阶段收入水平的下降而减少。如果家庭在年轻的时候没有足够的储蓄,而在老年阶段遇到高昂的医疗支出,可能导致家庭出现严重的债务

危机,陷入贫困,或者放弃治疗等不良的后果,这些不良的后果及其影响是应该采取措施避免的。

(3)生命周期理论还有一个隐含的假设:社会经济条件没有发生巨大的变化,经济体系在一个稳定的状态中运行^[9-10]。但是,我国经济处于迅速发展中,在20世纪90年代以前我国的工资和物价水平很低,1980年城镇职工的年平均工资为772元,1990年的年平均工资为2140元,1990年以后工资和物价上涨较快,2004年的年平均工资为16024元。1989年50岁左右的人,在他们工作的时期(20世纪60-80年代)工资水平很低,储蓄比较少;在20世纪90年代以后,虽然工资水平上涨了,但是他们逐步退出了劳动力市场,也就说这一个群体的人没有分享到经济增长的成果,实际工资水平因物价上涨相对下降了。因此,对于现在的中老年人,如果用过去的储蓄来应对现在的医疗支出,那么必然存在极大的困难。

(4)我国的医疗保险改革改变了人们对医疗支出的预期。我国的医疗保险在20世纪90年代以前覆盖率相对较高,当时的居民很难预料到20世纪90年代以后医疗保险的改革和医疗费用的大幅度上涨,因此不可能做出长远的储蓄准备。在医疗保险改革之后,保险覆盖率下降,医疗费用不断上涨,即使居民知道自己需要大量的医疗费用,也不可能在短期之内迅速做出反映,特别是中老年人限于年龄和收入方面的困难,更不可能做出积极充分的调整^[11]。

总之,健康风险本身具有很强的不确定性,随着我国经济的快速发展和医疗改革的推行,使人们对未来家庭的医疗支出更难以预期,个人和家庭很难在年轻的时候就精确预见到老年时期的医疗支出,从而做出长期的储蓄准备,因此个人和家庭很难平滑一生的健康风险。随着我国人口老龄化阶段的到来,家庭和社会都将面临更加沉重的医疗支出负担,因此目前的医疗改革应该更加关注老龄化的影响。

参 考 文 献

- [1] Hall, R E. Stochastic implications of the life cycle? permanent income hypothesis: theory and evidence[J]. *Journal of Political Economy*, 1978, 86(6): 971-987.
- [2] Liu Y L, Rao K Q, HU S L. People's Republic of China: Towards Establishing a Rural Protection System[M]. *Asian Development Bank, Publication stock*, 2002.
- [3] Skinner J. Risky income, life? cycle consumption, and precautionary saving [J]. *Journal of Monetary Economics*,

- 1988, (22): 237-255.
- [4] Attanasio O P, Weber G. Consumption growth and excess sensitivity to income: evidence from U. S. micro data [R]. London: Departments of Economics, Stanford University and University College, 1992.
- [5] Paxson, C. Saving and growth: evidence from micro data [J]. *European Economic Review*, 1996, 40(2): 255-288.
- [6] Deaton A. The Analysis of Household Surveys: A Micro-econometric Approach to Development Policy [M]. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1997.
- [7] Deaton A. Saving and liquidity constraints [M]. *Econometrica*, 1991, 59(5): 1221-1248.
- [8] Hubbard R G, Skinner J, Zeldes S P. The importance of precautionary motives in explaining individual and aggregate saving [J]. *Carnegie Rochester Conference Series in Public Policy*, 1994, 40: 59-126.
- [9] 余永定. 西方经济学 [M]. 北京: 经济科学出版社, 2002.
- [10] Skinner, J. Risky income, life? cycle consumption, and precautionary saving [J]. *Journal of Monetary Economics*, 1988, 22: 237-255.
- [11] Kimball, M S. Precautionary saving in the small and in the large [J]. *Econometrica*, 1990, 58(1): 53-73.
- [收稿日期:2009-01-12 修回日期:2009-02-23]
(编辑 何平)

(接 50 页)

在制定新的《医疗事故处理法》时,在实体内容与程序内容上要注意与《民法通则》和《民事诉讼法》的衔接协调,不可矛盾。

3.2 建议尽快完善我国的医疗风险补偿机制

医疗行为不是市场交易行为,医院不同于一般的经营单位,医生不是商人,他承担的使命是治病救人,赢利不是其出发点。市场交易失败的原因主要是合同对方违约,其次才是市场风险,而医疗失败的原因主要是医疗风险,它是基于患者病患体质的特殊情况、必须接受治疗的客观需要、医方不能推卸治疗责任和医方在医疗创新方面所承担的医疗风险因素,其次才是医疗过失。就医患关系而言,患者生了病求助于医生,医方与患方的利益不是根本对立的,与一般的市场交易合同行为是截然不同的,有的医疗风险具有不可预见性。因此,考虑到医疗行为及医疗合同的特殊性,医疗风险的不可预见性,为保护所有不特定的患者的利益和医疗机构的合法权益,建议通过设立医疗责任强制保险转嫁医疗风险,通过保险的分配机制,由社会全体

成员分担风险,这样,才能对患者同样的人身损害采用相同的赔偿标准。

参 考 文 献

- [1] 娄李. 审理医疗损害赔偿纠纷案件若干问题浅析 [EB/OL]. (2003-02-21) [2009-01-22]. <http://www.chinacourt.org/html/article/200302/21/38398.shtml>.
- [2] 丰富和完善现代民事审判制度为全面建设小康社会提供司法保障——就全国民事审判工作访最高人民法院副院长黄松有 [N]. *人民法院报*, 2003-03-28.
- [3] 孙山. 医疗过错别把包袱甩给患者 [EB/OL]. (2004-06-09) [2009-01-22]. http://www.chinalawedu.com/news/21604/7600/81/2004/6/ma6718182834196400247124_119605.htm.
- [4] 梁慧星. 医疗损害赔偿案件的法律适用问题 [N]. 2005-07-06, 2005-07-13.
- [收稿日期:2009-01-04 修回日期:2008-02-12]
(编辑 薛云)