

我国城乡居民健康公平性研究

杨红燕

〔内容摘要〕本文采用历史的、比较的分析方法,运用基尼系数、洛伦茨曲线等分析工具,分别从筹资公平、服务提供公平和健康公平三个方面对我国城乡居民健康公平问题进行了定性定量分析,得出了新型农村合作医疗制度的开展显著降低了城乡卫生服务筹资的基尼系数等一系列结果。根据研究结果,对城乡健康公平性与二元社会结构,与政府干预、市场调节之间的关系作了分析,并对提高城乡健康公平性提出了相关政策建议。

〔关键词〕健康公平;医疗保障制度;基尼系数;政府干预;二元社会

一、引言

自从2000年世界卫生组织(WHO)在对191个国家医疗保障制度的排名中,将中国医疗卫生筹资公平性排在倒数第4位之后,^[1]中国城乡健康公平问题就日益为世人所关注。

公平是一个内涵丰富并难以准确界定的概念。WHO认为,卫生健康领域中的公平意味着生存机会的分配应该以需要为导向,而不是取决于社会特权或收入差异;应该是共享社会进步的成果,而不是分摊不可避免的不幸和健康权利的损失。具体而言,卫生健康公平涉及四个方面:一是健康公平,可以理解为一种结果公平,即公平最终应表现为人群健康状况的基本相似。二是卫生服务可及性公平,即保障所有人都能够得到最基本的医疗服务。三是实际服务利用公平,即公平表现为具有相同医疗服务需求的人可以得到相同的医疗服务。四是筹资公平,指按照支付能力的大小支付医疗费用。^{[2][3]}简言之,健康公平的衡量可以主要从

本文系教育部人文社会科学研究项目《新型农村合作医疗制度研究》(编号05JJD840009)的阶段研究成果之一。

作者简介:杨红燕(1976—),女,武汉大学社会保障研究中心(武汉,430072),博士。研究方向:社会保障。

卫生服务的提供、筹资和人群健康三个方面进行。看卫生服务是否遵循按需分配的原则进行了配置,卫生费用是否根据支付能力的大小进行相应支付,最重要的是,人群健康水平是否基本相同,差距是否在合理的范围内。

对健康公平性的研究和探讨是卫生和医疗保障理论界研究的热点之一。国际上,一些研究已经摆脱纯粹理论分析的局限,利用基尼系数、集中系数、Atkinson 指标等不平等度量指标对一些国家健康公平性状况进行了实证分析(Grand, 1987; Wagstaff, 1992);^[4](182-191)^[5](389-411) 2000年,世界卫生组织提出了健康筹资分布公平性指标 FFC (Fairness of Financial Contribution),并以此指标为基础对世界 191 个国家健康筹资分布公平性进行了排序。国内学者也对健康公平性问题进行了若干研究(刘远立,^[6]1998; 闫菊娥等, 1998; 欧序生, 2001; 胡琳琳等, 2003; 梁鸿等, 2003; 李斌, 2004)。不过,相关研究一般以理论分析居多,实证分析尤其是运用不平等度量指标进行的实证分析较少(张鹭鹭等, 2000; 吴成丕, 2003),对健康公平的三个方面进行全面分析的更少。本文采用历史的、比较的分析方法,运用基尼系数、洛伦茨曲线等分析工具,分别从筹资公平、服务提供公平和健康公平三个方面对我国城乡居民健康公平问题进行了定性与定量分析。

二、筹资公平:城乡二元医疗保障制度公平性

医疗卫生的筹资方式主要有税收筹资、社会保险、商业保险和个人自费等 4 种。这 4 种筹资方式的公平性与他们的再分配程度呈正向关系。税收再分配性最强,社会保险方式次之,商业保险再分配程度更低。不过,这 3 种形式都具有一定的风险分担功能,因而是相对公平的筹资方式。而自费方式完全没有再分配,财产和收入的不平等必然转化为健康的不平等,因而是最不公平的。4 种筹资方式对应着医疗保障制度的不同形式:普遍保障、社会保险、商业保险和自我保障。因此,医疗卫生筹资公平性可以用一国医疗保障制度总体的公平性来衡量。

1980 年代以后,改革开放政策的推行使城乡二元社会结构呈现出不同的特征,医疗保障方面的城乡二元性特征也日益凸显。在城镇,公费和劳保医疗制度对于非公有制企业职工的排斥,以及 1998 年建立的基本医疗保险制度对于乡镇企业、城镇个体户和自由职业者以及职工家属等人员的排斥使城镇健康筹资公平性比以前降低,仅剩 60 % 左右的城镇人口享有国家和社会提供的医疗保障。而农村健康筹资公平性更是一泻千里。1985 年全国实行合作医疗的行政村由 1970 年代的 90 % 猛降到了 5 %。^[7]即使是 1990 年代后政府重建合作医疗高潮的 1997 年,农村居民参加合作医疗的比例仅为 9.6 %。而农民中自费医疗的比例接近 90 %。因此,中国城乡医疗卫生服务筹资总体的公平性也就可想而知了。

笔者对这一不公平状况做了进一步的量化分析。分析指标选用了洛伦茨曲线

(Lorenz Curve) 和基尼系数 (Gini coefficient)。这两个指标最初用于反映社会收入分配不平等程度，后来也被广泛运用于对健康不公平的衡量。其基本原理是将收入按不同人群分为若干等级，横轴表示每一等级的人口数占总人口的累计百分比，纵轴表示与人口对应的每一等级健康资源占健康资源总量的累计百分比（如图一、图二和图三）。连接各点得到洛伦茨曲线。基尼系数等于洛伦茨曲线与对角线围成的面积/ 对角线下直角三角形的面积。基尼系数取值范围在 0 到 1 之间，0 代表完全公平，1 代表完全不公平。基尼系数有多种计算方法，本文采用三角形面积法。设洛伦茨曲线与线下直角三角形两边围成的面积为 S，则：

$$S = 1/2 \sum_{i=1}^n (X_i - X_{i-1}) (Y_{i-1} + Y_i)$$

$$\text{基尼系数 } G = (0.5 - S) / 0.5 = 1 - 2S = 1 - \sum_{i=1}^n (X_i - X_{i-1}) (Y_{i-1} + Y_i)$$

X_i 和 Y_i 分别是各类人口累计的百分比和相对应的健康资源累计的百分比，其中 $X_0 = 0$ ， $Y_0 = 0$

X 和 Y 分别是各类人口累计的百分比和相对应的健康资源累计的百分比，其中 $X = 0$ ， $Y = 0$

本文分析数据来源于 1993、1998 和 2003 年国家卫生服务调查结果报告。调查表明，中国有公费医疗、劳保医疗、半劳保医疗、统筹医疗、医疗保险、合作医疗等多种形式的医疗保障制度，有的类似于税收筹资方式，如公费医疗，有的则是社会保险筹资方式，如医疗保险、合作医疗等。原则上，本文以总人口中享有各种医疗保障的人数比例之和为基础计算基尼系数，将城乡分为七大类地区进行讨论（如表 1）。根据计算结果绘制的洛伦茨曲线如图 1、图 2 和图 3。

表 1 1998 年城乡医疗保障状况基尼系数计算表

地区类型	人口	有保障人数	享有保障比例	人口累计	保障人数累计	人口累计比例 X_i	保障人数累计比例 Y_i	$I = X_i - (X_i - 1)$	$J = X_i - (X_i - 1)$	$I * J$	基尼系数 $1 - I * J$
四类农村	23816	545.3864	2.29	23816	545.3864	0.1102077	0.012158	0.1102077	0.012158	0.00134	
三类农村	53815	2679.987	4.98	77631	3225.373	0.3592348	0.071901	0.2490271	0.084059	0.020933	
二类农村	47938	3159.1142	6.59	125569	6384.488	0.5810663	0.142325	0.2218315	0.214226	0.047522	
一类农村	35983	10028.4621	27.87	161552	16412.95	0.7475764	0.365883	0.1665101	0.508209	0.084622	
小城市	18193	5683.4932	31.24	179745	22096.44	0.8317639	0.492582	0.0841875	0.858465	0.072272	
中城市	15581	9376.6458	60.18	195326	31473.09	0.9038644	0.701609	0.0721005	1.194191	0.086102	
大城市	20775	13385.3325	64.43	216101	44858.42	1	1	0.0961356	1.701609	0.163585	
合计										0.476376	0.523624

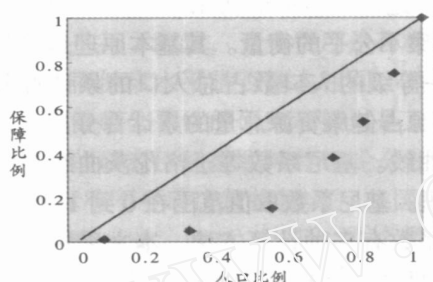


图1 1993年城乡医疗保障洛伦茨曲线

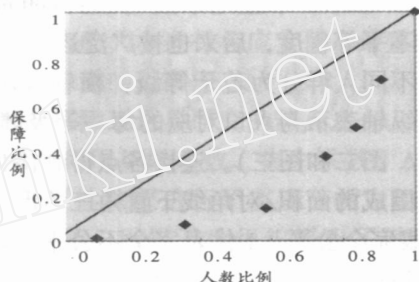


图2 1998年城乡医疗保障洛伦茨曲线

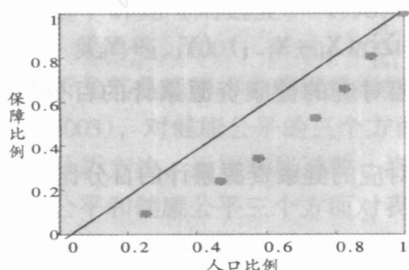


图3 2003年城乡医疗保障洛伦茨曲线

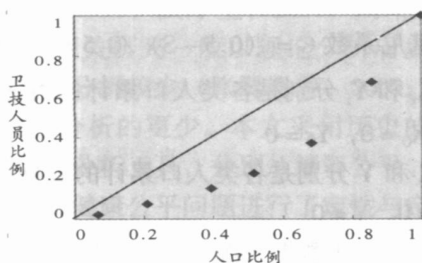


图4 1998年城乡医疗保障洛伦茨曲线

据此计算的1993、1998和2003年城乡医疗卫生服务筹资的基尼系数分别为0.518596、0.523624和0.313357。1998年基尼系数大于1993年基尼系数，二者都大于2003年基尼系数。联合国有关组织规定：基尼系数在0.3-0.4表示收入差距在可接受范围内；0.4-0.5表示收入差距较大。将1993与1998年基尼系数与这一标准进行衡量可得出结论，20世纪末中国城乡医疗卫生服务筹资已经沦落到了很不公平的地步，且1990年代这一趋势在继续！不过，将1998年基尼系数与2003年基尼系数相比较则可以发现，城乡医疗保障制度公平性有很大改善。这主要归功于2003年开始的新型农村合作医疗制度的实施，使得原来保障覆盖面最低的第四类地区农民享有合作医疗的比例从1998年的1.83%增长到了2003年的24.3%。

不同阶段城乡医疗卫生服务筹资公平性与政府的职能缺位不无关系。计划经济时期，政府与公有经济组织对城乡医疗保险制度进行的资助，使得大部分人口都能够享受医疗保险；政府部门办医院的政策保证了城乡人口都能够享受到价格低廉的医疗服务。由此保证了城乡医疗卫生服务筹资较好的公平性。而1980年代以后，政府主导的医疗保障制度被局限在城镇内部狭小的范围内，农村合作医疗则失去了政府的大力扶持，处于被放任自流的状态。由此导致全国，尤其农村自费医疗群体大大增加。同时，政府放开了医药市场，虚高的医药费用限制了低

收入人群对医疗服务的可得性。结果，城乡收入分配的巨大差异不可避免地导致了城乡居民医疗卫生服务筹资的不公平。由此可见，1980 年代以后政府实施的城乡有别的医疗保障发展策略，政府对医疗卫生领域干预的不到位使城乡医疗卫生服务筹资与社会结构一样呈现二元性特征，总体上很不公平。不过，这一结果与社会结构的二元性并无必然联系。2003 年国家卫生服务调查结果表明，在二元社会背景下，对于农村地区尤其是贫困落后的农村地区实施医疗保障制度能够有效改善我国城乡医疗保障不公平现状。

三、供给公平：城乡二元卫生服务体系公平性

改革开放后，城乡卫生服务供给呈现出明显的二元性特征。例如，1985 年以后，在全国卫生机构床位总量增加的条件下，农村卫生机构床位数不升反降，结果在 1980 年代后期城镇卫生机构床位数超过了农村。城乡卫生技术人员的发展也显示了这一趋势。城乡卫生资源配置的基尼系数更详细地反映了这一不公平状况。根据 1998 年国家卫生服务调查资料，笔者对调查地区病床、卫生技术人员、卫师、卫士等卫生资源配置的基尼系数进行了计算（如表 2）。结果表明，城乡卫生资源配置的基尼系数在 0.3—0.5 之间。这表明城乡卫生资源配置处于不公平状态，尤其是高级技术人员卫师的分配，已经非常不公平。相应的洛伦茨曲线如图 4，图 5 和图 6。

表 2 1998 年城乡卫生资源配置基尼系数

	病床	卫生技术人员	卫 师	卫 士
基尼系数	0.352977	0.376322	0.456496	0.315034

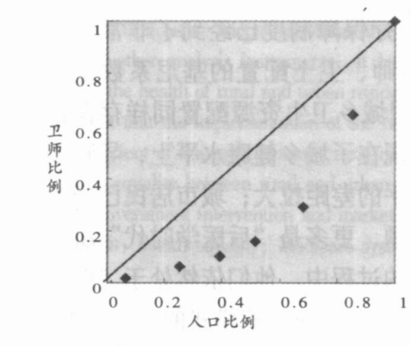


图 5 1998 年卫师洛伦茨曲线

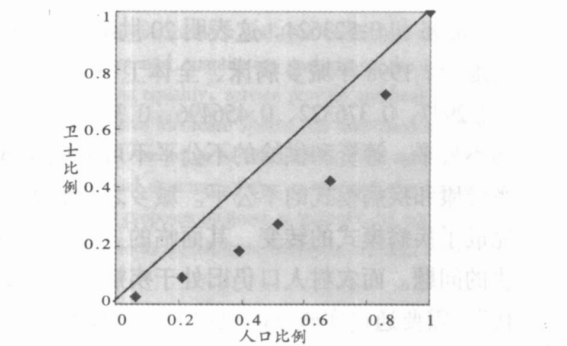


图 6 1998 年卫士洛伦茨曲线

不同时期城乡卫生服务供给公平性与政府在卫生服务领域职能定位的偏差并无关系。无论是经济学基本理论还是世界各国的实践都已经证明，医疗领域存在

严重的市场失灵，会导致社会医疗支出的浪费与医疗资源配置的贫富不均。客观上要求实行政府干预，弥补市场失灵导致的效率与公平缺失。可是，1980年代以后，政府放弃了以往坚持的卫生领域政府干预为主和卫生工作的重点在农村的经验，不但没有强化对卫生领域的干预与公共投入力度，反而将经济领域改革的经验简单复制到卫生领域，把卫生资源的配置交给了原本就失灵的市场。“财政分权”制改革将卫生系统的资金和管理权限划归地方政府。以GDP为中心的政绩观与基层财政的紧张等原因导致全国范围内政府卫生投入普遍不足，农村卫生投入更是严重不足。统计表明，1980年，政府卫生投入占卫生总费用的1/3，到1990年降为1/4。拥有全国60%人口的农村，仅仅享有国家卫生事业费投入的1/3。在1990年代得到改善的基础上，2000年城镇与农村人均卫生事业费的比例仍然达到了3.62。政府投入的不足导致卫生机构收不抵支，运营困难。在地方财政卸包袱的冲动下，国企改革的经验被复制到卫生领域，医改一步步走向市场化。此举更加速了城乡卫生服务供给不公的进程。城市医院，尤其是大医院由于设备和人力优势，加上市民较高的医疗消费水平，很容易在竞争中占据优势地位，形成收入增加——设备改善——收入增加的良性循环；而农村医疗机构则由于设备和技术劣势，加上农民医疗消费水平的低下，很容易陷入病源流失——收入减少——设备落后——病源流失的恶性循环。

四、结 论

计划经济时期，虽然整个社会结构二元性特征明显，但城乡卫生服务筹资与卫生服务供给公平性都很好。公平的改善还促进了效率的提高，极大地改善了人民的健康状况。1980年代以后，社会结构依然呈现二元特征，而城乡健康不公平问题凸显。1993与1998年城乡医疗卫生服务筹资的基尼系数分别达到了0.518596和0.523624。这表明20世纪末我国医疗保障制度已经到了非常不公平的地步。1998年城乡病床、全体卫技人员、卫师、卫士配置的基尼系数分别为0.352977、0.376322、0.456496、0.315034。表明城乡卫生资源配置同样存在较大的不公平。筹资和供给的不公平不可避免地体现在了城乡健康水平上，导致了城乡健康和疾病模式的不公平。城乡之间健康水平的差距拉大；城市居民已经基本完成了疾病模式的转变，其面临的卫生健康问题，更多是“后医学时代”所要解决的问题。而农村人口仍旧处于疾病模式转变的过程中，他们依然处于“医学时代”，需要通过实施预防保健、改善基本卫生条件等加速疾病模式的转变。不过，城乡二元社会结构与城乡健康不公平之间并无必然联系。事实上，1980年代后城乡出现健康不公平主要是由于政府在城乡医疗保障和卫生供给领域职能缺位，将应承担的职责交给原本就失灵的市场而造成的。要改善这一状况，必须强化政府对医疗保障和卫生领域的干预，建立覆盖全民的医疗保障制度，并坚持卫生领

域的政府主导，将农村作为全国卫生事业的重点。2003 年新型农村合作医疗开展后，城乡医疗卫生服务筹资的基尼系数显著降低的发现使我们对未来充满信心。

注 释：

人口指实际调查人口，有保障人数系各地实际调查人口与享有保障人数比例相乘而得

卫师包括中医师、西医师、中西医结合医师、护师；卫士包括中医士、西医士、护士、助产士

李卫平，石光，赵澔：我国农村卫生保健的历史、现状与问题，《管理世界》2003 年第 4 期，第 36 页。

主要参考文献：

- [1] WHO, World Health Report 2000, <http://www.who.org>
- [2] 吴成丕. 中国医疗保险制度改革中的公平性研究 [J]. 社会保障制度, 2003 (9).
- [3] 时 黎, 张开宁等. 卫生服务公平性理论框架的探讨 [J]. 中国卫生事业管理, 2003 (1).
- [4] Le Grand, J. (1987), Inequalities in Health: Some International Comparison, *European Economics Review*, 31.
- [5] Van Doorslaer, Eddy, and Adam Wagstaff (1992), Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparison, *Journal of Health Economics*, 11.
- [6] 刘远立, 费朝晖. 论卫生保健的效率与公平 [J]. 医学与社会, 1998 (1).
- [7] 鼎 鸣. 关注农民健康 [N]. 人民日报, 2001 - 10 - 30.

Equality Research on the Health of Rural and Urban Residents

Yang Hongyan

Abstract : This paper adopts historical and comparative analysis methods and Gni coefficient and Lorenz's Curve and other analysis instruments. It has both qualitative and quantitative analysis on the equality research on the health of rural and urban residents from financing equality, service provide and health equality. It finds out that the implementation of the new rural cooperative Medicare system has decreased significantly Gni coefficient of universal urban - rural medicare service. According to the findings, the author analyzes the health equality between rural and urban residents and dual structure of the society and also the relation between government intervention and market adjustment and proposes measure to improve the equality.

Key words : health equality; Medicare system; Gni coefficient; government intervention; dual society

[收稿日期: 2007. 1. 15 责任编辑: 陈健生]

[中图分类号] R197.1 [文献标识码] A [文章编号] 1000 - 8306 (2007) 03 - 0069 - 07