

实现横向公平：中国城镇 医疗救助给付水平不平等性^{*}

白 晨 顾 昕

内容提要 近来,随着城镇医疗救助投入力度的不断加大,医疗救助给付的公平性问题日益引起社会各界的广泛关注。本文基于《中国民政统计年鉴》2008-2012年287个地级市的统计数据,运用基尼系数与泰尔指数测量与分解法,考察了城镇医疗救助给付水平不平等性地区差异的构成因素和贡献因素。结果发现:城镇医疗救助给付存在比较严重的“横向不公平”问题。特别是2010年以来,城镇医疗救助给付水平的地区不平等性日趋显著。其中,从地区特征来看,给付水平的不平等性主要来自地区内,以东部地区不平等最为严重。从给付结构来看,“一次救助”(资助参保)较“二次救助”(大病救助)不平等性更为凸出。本研究还发现,加大“一次救助”人均给付的投入力度,有助于降低总体给付的不平等性。

关键词 城镇医疗救助 横向公平 给付水平 给付结构 基尼系数 泰尔指数

DOI:10.16091/j.cnki.cn32-1308/c.2015.02.017

2005年,民政部、卫生部、劳动保障部、财政部联合出台《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》(国办发[2005]10号),在全国范围内启动城镇医疗救助制度试点工作。各级政府通过公共财政预算和社会捐助等多种渠道筹集救助基金,向以城镇最低生活保障居民(以下简称“低保户”)为主体的贫困人群提供救助服务。^①2007年,随着城镇居民基本医疗保险(以下简称“城镇居民医保”)试点工作的推行,民政等部门在《关于做好城镇困难居民参加城镇居民基本医疗保险有关工作的通知》(民发[2007]156号)(以下简称“通知”)中进一步提出“对于符合条件的城镇低保对象,要按照要求帮助其参加城镇居民基本医疗保险”(以下简称“资助参保”)的要求,^②逐步

推动城镇医疗救助从以自付医疗费用报销为主的“单一救助”向资助参保与医疗救助相结合的“综合救助”转变。截至2008年底,城镇医疗救助制度在全国范围内普遍建立起来。^③

作为医疗保障体系的重要组成部分,城镇医疗救助的根本目的在于实现基本医疗服务对城镇贫困人群的公平性和可及性。这意味着,在不同地区,情况大体相同的贫困人群应该获得大体同等水平的医疗救助。自2005年以来,这一公共服务制度建立已近十年,围绕其公平性问题,国内媒体和学者虽众说纷纭,但真正能够提供有效考察标准并依据标准进行政策评估的却非常有限。2007年,高梦滔和顾昕首次基于“横向公平”标准,从医疗救助人均给付的地区不平等性考察了

* 本文是北京大学、复旦大学、吉林大学、中山大学国家治理协同创新中心研究成果。

2005年城镇医疗救助服务的运行状况。^④这里的“横向公平”包含两层意思:一是最低标准(minimum standards)的平等性,即政府对国民生存与发展所必须的某些物品或服务,诸如食品、卫生、医疗、教育、住房等,应设立最低供给线,满足民众的“基本需要”,并保证在已经确定的最低水平上实现均等供给;第二,平等的可及性(equal access),即民众至少可以在最低标准下拥有平等的机会获取这些物品和服务。^⑤显然,横向公平性是否达成,是衡量医疗救助制度运行良好与否的一个重要标志。

如何衡量医疗救助的“横向公平性”?从狭义维度来看,医疗救助的最终受益者是贫困人群中的接受医疗服务的患病者。对任何一个较大的地区而言,由于患病者人数众多且各有不同,他们所接受的医疗服务的内容也就千差万别,难以等量齐观。可见,考察医疗救助的横向公平,不可能也不应该从分析受益者所获得的医疗服务数量和质量入手。不仅如此,从广义维度来看,既然《通知》已明确将所有目标定位人群纳入资助参保范围当作城镇医疗救助制度的一项基础服务,那么这里的目标定位人群基本上就等同于受益者人群。如果目标定位人群达到一定的规模(从而其发病率大致相当),并且暂且忽略医疗服务人均费用水平的地区差异,那么一个均等化的医疗救助体系,其人均给付水平就应该达至较高的均等化水平。因此,以目标定位人群为基数的医疗救助人均支出水平,无疑是衡量这一制度横向公平性的一个良好指标。

由于省级数据经过平均化处理,难以反映地方给付水平实际的不平等程度,因此本文将基于《中国民政统计年鉴》2008-2012年地级市数据,从城镇医疗救助人均支出水平地区不平等性入手,考察城镇医疗救助制度横向公平性的实现程度。本文首先运用绝不平等(标准差、最大最小值比)与相对(基尼系数、泰尔指数)统计法,描述城镇医疗救助给付水平的省际不平等程度及其变化。在此基础上,本文将运用基尼系数与泰尔指数分解法,进一步分析城镇医疗救助服务给付水平地区差异性的构成及其影响因素。

城镇医疗救助给付水平的不平等性

中国城镇医疗救助目标定位和受益人群基本

上等同于城镇最低生活保障制度(以下简称“低保”)的目标定位人群。城镇低保的目标定位人群主要包括:(1)“三无”家庭成员;(2)各类领取定期定量社会救济(社会救助)的人群,大多泛称“特困户”;(3)领取工资或最低工资、基本生活费或退休金后,家庭人均收入仍低于低保标准的在职人员。^⑥其中,由于“在职人员”理应参加城镇职工医保,没有必要再参加城镇居民医保,因此不在资助参保范围内。^⑦此外,尽管近年来,极个别省份开始将诸如重点优抚对象、低保边缘户等群体列为医疗救助中的大病救助对象,但此类非低保受益者人数一般很少,在统计上即便忽略不计也不会对统计分析的定性结论产生实质性的影响。

本文采用“人均医疗救助支出”作为衡量医疗救助给付水平的指标。该指标由“当年城镇医疗救助总支出”除以“城镇医疗救助基础目标定位人群”数得到。其中,前者数据来自历年《中国民政统计年鉴》(光盘版)中“预算资金总体支出情况”(或“费用支出明细和基本数字”)中“医疗救助”项。后者指的是城镇低保户中“非在职人员”,其数据由《中国民政统计年鉴》(光盘版)中“城镇居民最低生活保障人数”减去其中“在职人员”数获得。此外,由于西藏地区对藏族居民实施公费医疗制度,有其制度上的特殊性,与其它地区不具有可比性,因此不在本文分析范围之内。

总之,我们以“人均医疗救助实际支出”表示城镇医疗救助的给付水平。通过计算“人均医疗救助实际支出”的不平等指数(基尼系数、泰尔指数)进一步衡量不同地区医疗救助给付的横向公平程度。基尼系数是目前广泛为学界所运用的一种测量不平等程度的方法,它不仅用于研究收入分配的不平等性,还用于研究公共财政支出的不平等性,尤其是作为测量教育、卫生等公共投入(或产出)分配效应的综合指数。^⑧基尼系数的取值介于0至1之间,反映了公共投入(或产出)在不同地区同等条件群体中分配水平从绝对平等(0)向极度不平等(1)的变化。但是,由于基尼系数只对高公共投入(或产出)地区的观察值比较敏感,如果高投入地区数据误差太大,就会影响基尼系数估算的准确性。因此,学者们往往还会同时引入对低公共投入(或产出)地区观测值更加敏感的泰尔L指数。该指数取值越大,表明投入

(或产出)分配不平等程度越高。^⑨

中国城镇医疗救助制度自 2008 年全面实施以来,中央及地方政府不断加大给付力度,提高保障水平。从 2008 到 2012 年,各省城镇人均医疗救助给付水平从最初 173.47 元增长至 463.38 元,翻了近三番。然而,标准差统计显示,随着给付水平的增长,地级市之间给付水平的差异性也不断加强。2008 年,人均给付水平最高的福建漳州市比最低的湖南湘潭市高出 2011.41 元,相差 1324.30 倍之多。到 2012 年,最高的江苏镇江比最低的辽宁锦州高出 10830.41 元,二者之间仍相差 734.77 倍之多。(表 1)

表 1 城镇人均医疗救助给付水平统计, 2008 - 2012 年

年份	平均值	中位数	标准差	最小值	最大值	最大/最小	最大-最小
2008	173.47	107.16	223.41	1.52 (湘潭)	2012.93 (漳州)	1324.30	2011.41
2009	231.67	138.34	349.86	5.54 (大连)	3138.45 (乌鲁木齐)	566.51	3132.91
2010	263.04	190.17	262.43	26.44 (毕节)	2398.93 (宁波)	90.73	2372.49
2011	381.58	271.62	611.99	0.80 (阜新)	9128.47 (镇江)	11410.59	9127.67
2012	463.38	296.70	774.10	14.76 (锦州)	10845.17 (镇江)	734.77	10830.41

资料来源:《中国民政统计年鉴》(光盘版) 2009 - 2013 年。

2008 - 2012 年间,人均医疗救助预算投入标准差及最大最小比值的持续上升,在一定程度上揭示了医疗救助给付水平日益加剧的地区不平等性。但是,这组绝对指标在度量给付不平等性时存在两点不足:(1) 在各省医疗救助支出水平普遍提高的情况下,它们很可能会高估给付水平的地区不平等程度;(2) 当改变度量单位时,尽管给付水平没有任何变化,但它们给出的不平等程度会随之变化。^⑩ 鉴此,本文将进一步引入基尼系数与泰尔 L 指数等相对指标,考察给付差异背后的横向公平性问题。

统计结果显示(表 2),2008 年,城镇医疗救助人均给付的基尼系数与泰尔 L 指数分别为 0.492、0.475,不平等性非常显著。此后,随着城镇医疗救助制度的普遍推行,给付水平的不平等程度有所下降。2010 年,地级市城镇医疗救助给付水平的基尼系数与泰尔 L 指数分别降至 0.391、0.303,为历年最低。尽管如此,医疗救助给付横向公平性问题仍然十分严峻。2010 年以

后,给付水平虽大幅提高,但其不平等程度非但没有降低,反而进一步加剧。到 2012 年,其基尼系数与泰尔 L 指数分别增至 0.448、0.493。总之,2008 年来,城镇医疗救助人均给付的不平等程度虽有所下降,但地级市间给付水平的不平等性问题依然突出,平均基尼系数与泰尔 L 指数维持在 0.443、0.446 “显著不平等”的水平。

表 2 城镇人均医疗救助给付水平的基尼系数与泰尔 L 指数, 2008 - 2012 年

年份	基尼系数		泰尔 L 指数	
	取值	标准误	取值	标准误
2008	0.492	0.027	0.475	0.059
2009	0.488	0.033	0.533	0.074
2010	0.391	0.028	0.303	0.051
2011	0.397	0.049	0.424	0.143
2012	0.448	0.043	0.493	0.131
均值	0.443	0.036	0.446	0.092

城镇医疗救助给付的组群与要素分解

城镇医疗救助给付不平等性的构成及贡献因素究竟有哪些? 本文将在前文医疗救助给付水平基尼系数与泰尔 L 指数测算的基础上,通过组群与要素分解法,进一步分析城镇医疗救助给付的地区与结构差异及其对总体不平等的影响。

一般来说,不平等指数的分解主要通过两种途径实现。一种是“组群分解”,即将某个大样本的不平等,分解为若干小样本之间(组间)和小样本之内(组内)的不平等,从而考察组间和组内不平等程度及其对总体不平等的影响。简言之,组群分解可以考察不平等的结构性构成。组群分解包括泰尔指数与基尼系数分解两类。其中,泰尔指数(主要指泰尔 L 指数)的分解结果由于不受组间和组内计算顺序的影响,且权重总和为 1,因而可以更好地反映组间和组内不平等对总不平等的贡献,较为常用。^⑪ 基尼系数分解与泰尔指数原理相近,主要采用皮亚特(Pyatt)分解法。^⑫ 与泰尔指数分解不同的是,基尼系数分解除组内和组间部分外,还存在一个“重叠项”。尽管“重叠项”的出现或许能够揭示除组内、组间之外,各组间重叠部分(跨区域)的不平等性,但学术界一般认为“重叠项”实际上反映了基尼系数分解无法将总体不平等彻底分解的弱点,因而相关研究大多选用泰尔指数分解法。^⑬

另一种是“要素分解”,即通过将大样本的不平等分解为若干要素样本的总和,以考察不同要素对总体不平等的贡献。^⑭“梭罗克斯分解法”是要素分解的经典方法,该方法是发展经济学家和计量经济学家梭罗克斯(Anthony Shorrocks)在1982年提出的,既能测量各构成要素的不平等程度,又能考察不同要素对总体不平等的静态贡献率。^⑮尽管如此,这种方法仍存在两点局限:(1)只能对基尼系数进行分解;(2)要求分项要素的数据具有可加性,即只能分解同质要素(如各类收入),无法考察不同性质要素(如教育、年龄、性别)对总体不平等程度的贡献。^⑯此后,有学者对“梭罗克斯分解法”进行了拓展,提出了“descogini分解法”(此分解法采用相关软件的一个命令命名)。较之于前者,“descogini分解法”的优势在

于,它不仅可以对总体不平等进行要素分解,同时还可以考察各要素值的边际变化对总体不平等的影响。^⑰“descogini分解法”在相关研究中的使用尚不普及,本文是这一新的技术在公共服务均等化研究中的一次尝试。

(一) 城镇医疗救助给付的地区不平等性

依照一般的研究惯例,在描述不平等性的时候,我们同时采用基尼系数和泰尔指数。从地区差异来看,城镇医疗救助给付水平的地区不平等程度总体呈现出“东高西低”的态势(表3)。东部各省人均给付不平等程度最高,其基尼系数与泰尔L指数平均高达0.496、0.536。中部次之,分别为0.352、0.243。西部最低,分别为0.317、0.278。

表3 各地区城镇人均医疗救助给付不平等性 2008-2012

年份	基尼系数						泰尔L指数					
	东部		中部		西部		东部		中部		西部	
	取值	标准误	取值	标准误	取值	标准误	取值	标准误	取值	标准误	取值	标准误
2008	0.511	0.039	0.439	0.038	0.361	0.031	0.590	0.084	0.357	0.073	0.217	0.036
2009	0.515	0.033	0.369	0.032	0.494	0.117	0.524	0.071	0.253	0.046	0.763	0.265
2010	0.440	0.029	0.356	0.049	0.241	0.035	0.358	0.054	0.262	0.096	0.116	0.033
2011	0.492	0.071	0.296	0.039	0.224	0.045	0.594	0.217	0.157	0.058	0.131	0.052
2012	0.522	0.057	0.300	0.038	0.263	0.046	0.613	0.173	0.186	0.062	0.162	0.052
均值	0.496	0.046	0.352	0.039	0.317	0.055	0.536	0.120	0.243	0.067	0.278	0.088

2008年,城镇医疗救助制度全面施行初期,各地区内部人均医疗救助给付不平等性都非常突出:东部各省人均给付的基尼系数高达0.511,中部达0.439,西部达0.361。2009年,卫生部、财政等部门下发《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》(民发〔2009〕81号)和《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》(卫妇社发〔2009〕70号),一方面,要求地方政府扩大医疗救助基金规模,提高给付水平,“用3年左右时间,在全国基本建立起资金来源稳定,管理运行规范,救助效果明显,能够为困难群众提供方便、快捷服务的医疗救助制度”^⑱;另一方面,提出到2011年实现“国家基本卫生公共服务项目普及,城乡和地区间公共卫生服务差距明显缩小”的均等化目标。^⑲此后,各地区特别是中西部地区医疗救助给付不平等程度出现显著下降。2009-2011年,中西部地区人均医疗救助给付水平的基尼系数,分

别从0.369、0.494,下降至0.296、0.224。泰尔L指数到更是分别降至0.157、0.131。此后,虽略有上升,但总体仍维持在较低水平。相比之下,东部地区城镇医疗救助给付的不平等性不仅没有得到有效缓解,反而在2010年以后,再次加剧。2012年,其基尼系数和泰尔L指数分别上升至0.522、0.613的历史最高位,严重背离了中央政府提出的实现医疗救助给付均等化的总目标。

当然,城镇医疗救助给付水平的地区不平等性不仅体现在东、中、西地区之间,还表现在“地区内部”。高梦滔、顾昕在其2007年的研究中曾注意到,城镇医疗救助施行初期,其给付水平的地区差异主要来自于地区间。^⑳然而,泰尔L指数族群分解显示(表4),在2008-2012年,情形发生了变化。尽管城镇医疗救助给付水平的地区内与地区间不平等性呈现相似的变化趋势,但总体来看,地区内不平等程度普遍高于地区间,二者平均

泰尔 L 指数分别为 0.323、0.024。其中,地区内城镇医疗救助给付不平等性在经历 2009 - 2010 年短暂下降之后,出现一定程度的反弹,到 2012 年,其泰尔 L 指数上升至 0.300 的较高水平。地区间的不平等性在 2010 年后呈持续上升的趋势,在 2012 年达到 0.047。由此可见,随着城镇医疗救助制度的普遍建立,地区内部医疗救助给付水平的不平等性日益凸显,成为影响总体不平等的主要因素;与此同时,地区间的不平等性也呈日益上升趋势。

表 4 城镇人均医疗救助给付水平的泰尔 L 指数分解 2008 - 2012 年

年份	地区内	地区间
2008	0.413	0.014
2009	0.386	0.021
2010	0.243	0.014
2011	0.272	0.022
2012	0.300	0.047
均值	0.323	0.024

(二) 城镇医疗救助给付结构的不平等性

城镇医疗救助给付水平的横向公平问题不仅源于地区差异,同时还源于给付结构差异。城镇医疗救助制度在 2005 年实施初期,给付结构相对单一,以自付医疗费用(基本上是住院费用)报销这种传统型救助为主。2007 年,随着城镇居民基本医疗保险(以下简称“城镇居民医保”)试点工作的全面展开,中央政府开始在各地推行城镇医疗救助与城镇居民医保的制度衔接工作^②,逐步形成以“资助参保”和“大病医疗救助”相结合的综合型救助模式。其中,“资助参保”通称为“一次救助”,即通过对城镇居民医保个人缴费部分的补助,使医疗救助对象能够享受相关基本医疗保障待遇。在此基础上施行的“大病医疗救助”,通称为“二次救助”,即对救助对象在扣除各项医疗保险可支付部分、单位应报销部分以及社会慈善捐助等后个人负担超过一定金额的门诊或住院医疗费用,再给予一定比例或一定数量的补助。“一次救助”通过资助参保的方式,提高了医疗保障网络对贫困群体的可及性,是医疗救助政策目标得以实现的根本前提和最低保证。“二次救助”进一步强化了医疗救助的保障力度,能够有效降低贫困群体因“大病支出”而引发的经济风

险。

通过基尼系数的要素分解,我们可以获知这两种给付方式对给付水平不平等性的贡献程度。首先,“梭罗克斯分解”显示(表 5):“一次救助”与“二次救助”给付水平的不平等性均十分突出,且前者较后者更为严重,平均基尼系数分别为 0.587、0.467。2008 年,“一次救助”给付水平的基尼系数高达 0.664,不平等性非常显著。此后,尽管“一次救助”不平等程度略有下降,但整体水平依然高于“二次救助”。特别到 2010 年以后,“一次救助”给付的不平等程度再次上升,其基尼系数在 2012 年达到 0.602。相比之下,“二次救助”不平等程度虽然较低,但其对医疗救助给付总体不平等的平均贡献率却高达 78.47%,并自 2010 年以来呈逐年上升的趋势,2012 年其贡献率更是达到 82.88%。由此可见,城镇医疗救助给付中,“一次救助”的不平等性加剧了,而“二次救助”对总体不平等性的影响则趋于增强。

表 5 城镇医疗救助给付结构的“梭罗克斯分解” 2008 - 2012 年

年份	资助参保(一次救助)		大病医疗救助(二次救助)	
	基尼系数	贡献率%	基尼系数	贡献率%
2008	0.664	18.93	0.517	74.98
2009	0.585	12.16	0.526	78.60
2010	0.522	11.02	0.408	74.57
2011	0.562	15.64	0.427	81.33
2012	0.602	17.12	0.455	82.88
均值	0.587	14.97	0.467	78.47

注:贡献率表示资助参保、大病医疗救助给付水平的不平等程度对总体不平等性的影响占比。

第二,本文进一步通过“descogini 分解”考察提高“一次救助”与“二次救助”的给付水平会对总体不平等的边际影响。分解结果显示(表 6):提高“一次救助”的给付水平,有助于降低总体给付的不平等性。2009 年,“一次救助”给付水平每提高 1%,总体给付的基尼系数会下降 0.027 个百分点。但是,这种均等化效应在 2010 年以后呈弱化趋势。到了 2012 年,“一次救助”给付水平每提高 1%,总体给付的基尼系数仅下降 0.009 个百分点,均等化作用已十分微弱。而这一现象与该时期“一次救助”不断上升的不平等性密切相关。相比之下,“二次救助”对总体给付不平等

的影响总体呈反向作用。2008年,“二次救助”投入每提高1%,总体给付的基尼系数将上升0.011个百分点。到2011年,其增幅上升至0.032个百分点。

表6 城镇医疗救助给付结构的“descogini分解”, 2008-2012年

年份	资助参保(一次救助)	大病医疗救助(二次救助)
	边际变化率%	边际变化率%
2008	0.008	0.011
2009	-0.027	0.026
2010	-0.041	-0.006
2011	-0.007	0.032
2012	-0.009	0.009

注:边际变化率表示医疗救助给付水平每提高1%,总体基尼系数相应的变化百分比。

结论及政策建议

贫困居民的健康水平与其自身经济状况的改变乃至整个社会经济发展之间存在着非常密切的关系。特别是近年来综合医院医疗费用较城镇居民可支配收入水平的快速增长,使得“因病致贫”、“因病返贫”日益成为阻碍城镇贫困群体提高自身生活水平的重要因素。^②建立健全城镇医疗救助制度,提高人均医疗救助给付水平,对改善城镇贫困人群医疗服务可及性,减小因大病支出所带来的经济风险无疑有着极其重要的意义。

本文基于《中国民政统计年鉴》2008-2012年地级市数据,运用不平等指数的测量与分解法,对中国城镇医疗救助给付水平及其横向公平问题进行了初步考察。

研究发现:第一,中国城镇医疗救助给付水平尽管逐年提高,但其基尼系数与泰尔L指数平均高达0.443、0.446,“横向不公平”的问题依然十分严峻。特别自2010年以来,城镇医疗救助给付水平的地区不平等程度再次出现显著上升趋势,令人担忧。中国政府一直致力于推进公共服务的均等化,但作为公共服务的一个重要组成部分,城镇医疗救助的不均等问题十分严重。

第二,从地区差异来看,城镇医疗救助给付水平的总体不平等性主要来自地区内部,但近年来地区间的不平等性也呈持续上升趋势。其中,中西部地区城镇医疗救助给付的不平等程度相对较

低,且在2009年以后,两地不平等程度出现较大幅度地下降,平均基尼系数低于0.3。相比之下,东部地区给付的不平等程度降幅有限,总体水平高于其它地区,平均基尼系数接近0.5,且呈上升趋势。

第三,从给付结构来看,因素分解显示,“一次救助”(资助参保)与“二次救助”(大病医疗救助)均存在比较严重的横向公平问题,其平均基尼系数分别高达0.587、0.467。其中,“一次救助”的不平等程度较“二次救助”更高,且二者在经历2009-2010年短暂下降后,均出现不同程度的反弹,不平等性日益加剧。此外,加大“一次救助”人均给付的投入力度,有助于降低总体给付水平的不平等性,但确保“一次救助”的均等化似乎更为重要。

总之,本文认为,推动城镇医疗救助给付迈向横向公平,需要着力解决两方面问题:

一方面,给付均等化的方向要从过去单一的“地区间平衡”向“区内、区间”双平衡转变。城镇医疗救助给付不平等性主要来自地区内部差异。但是,一直以来,中央转移支付作为平衡政府间给付能力差异的重要调节手段往往只着眼于解决地区间的横向公平问题,忽视了地区内部与跨区域的巨大差异。中西部地区城镇医疗救助人均给付基尼系数的持续下降与东部地区内部居高不下的不平等性说明:中央加大对中西部困难地区财政补贴力度虽然有助于这些地区医疗救助给付公平性的提高,但却无法解决日益加剧的区内不平衡问题。因此,在协调东西部的同时,更要注重各地区内部,特别是东部地区内部的不平等问题。中央财政既要提高转移支付对目标地区的“瞄准”能力,保证东中西部困难地区都能够得到相应的财政补贴,又要进一步强化地方特别是省级政府在平衡本省乃至地区内部医疗救助给付差异中的积极作用。

另一方面,医疗救助理念要从“传统救助”向“发展型救助”转变。过去,城镇医疗救助结构单一,更多只是通过自付医疗费用一次性报销这种被动的“事后救助”形式,缓解贫困人群的“大病支出”负担。近年来,随着“发展型社会政策”理念在国际社会的广泛流行,医疗救助日益被各国政府视为改善城市贫困人群健康水平、提高贫困

人群人力资本质量的重要手段。^{②③}在这样的背景下,突出医疗救助给付结构多元化与综合性必然成为未来医疗救助制度改革的方向。因此,一方面要着力解决“一次救助”突出的不平等问题,扩大“资助参保”的救助范围,推动“城镇居民医保”对贫困人群的全覆盖。从而,更好地发挥“一次救助”在平衡省际医疗救助给付不平等中的积极作用。另一方面,不断丰富和完善“二次救助”服务包的内容,除住院服务外,将门诊及初级卫生保健也纳入其中,赋予贫困人群以更多自主选择适当医疗服务的权利。

- ①国务院《国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见的通知》(国办发〔2005〕10号),2005年3月14日,http://www.gov.cn/gongbao/content/2005/content_63211.htm。
- ②民政部、财政部、劳动和社会保障部《关于做好城镇困难居民参加城镇居民基本医疗保险有关工作的通知》(民发〔2007〕156号),2007年10月24日,http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/zdshbz/200712/20071200005823.shtml。
- ③中华人民共和国审计署《全国社会保障资金审计结果(2012年第34号)》2012年8月2日,http://www.audit.gov.cn/n1992130/n1992150/n1992500/3071265.html。
- ④②②高梦滔、顾昕:《城市医疗救助筹资与给付水平的地区不平等》,《南京大学学报》(哲学与社会科学版)2007年第3期。
- ⑤Nicholas Barr: *Economics of the Welfare State* (5th edition), New York: Oxford University Press, 2012, p. 69.
- ⑥国务院《国务院关于在全国建立城市居民最低生活保障制度的通知》(国发〔1997〕29号),1997年9月2日,http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/zdshbz/200711/20071110003522.shtml。
- ⑦中国城镇职工医保应保未尽保的情况是存在的,且这种情况也有可能波及低保户中的“在职人员”,但由于这种情况的比重很低,加之低保户中“在职人员”比重也很低,因此假定低保户中所有“在职职工”都已经参加了城镇职工医保,不会影响统计分析的结果。
- ⑧[美]安瓦·沙《公共支出分析》,任敏、张宇译,清华大学出版社,2009年;Vinod Thomas, Yan Wang, and Xibo Fan: *Measuring Education Inequality: Gini Coefficients of Education*, The World Bank, Policy Research Working Paper Series: 2525, 1999; Donald J. Berndt, John W. Fisher, and Rama V. Rajendrababu, James Studnicki: *Measuring healthcare inequities using the Gini index*, Proceedings of the 36th Hawaii International Conference on System Sciences, 2003, p. 10.

- ⑨万广华《经济发展与收入不平等:方法和证据》,上海三联书店、上海人民出版社,2006年,第18-20页;Andrés Rodríguez-Pose, Vassilis Tselios: *Education and income inequality in the Regions of the European Union*, *Journal of Regional Science*, 2009, Vol. 49, No. 3, pp. 411-437.
- ⑩⑬万广华《经济发展与收入不平等:方法和证据》,上海三联书店、上海人民出版社,2006年,第15-16、49-55页。
- ⑪Anthony Shorrocks and Wan Guanghua: *Spatial Decomposition of Inequality*, *Journal of Economic Geography*, 2005, Vol. 5, No. 1, pp. 59-81.
- ⑫Graham Pyatt: *On the Interpretation and Disaggregation of Gini Coefficients*, *The Economic Journal*, 1976, Vol. 86, No. 342, pp. 243-255.
- ⑬John Fei and Gustav Ranis: *Growth and the Family Distribution of Income by Factor Components*, *The Quarterly Journal of Economics*, 1978, Vol. 92, No. 1, pp. 17-53.
- ⑭Anthony Shorrocks: *Inequality Decomposition by Factor Components*. *Econometrica*, 1982, Vol 50, pp. 193-212; Jacques G. Silber: *Factor Components, Population Subgroups and the Computation of the Gini Index of Inequality*, *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 71, No. 1, 1989, pp. 107-115; Shlomo Yitzhaki: *Income Stratification and Income Inequality*, *The Review of Income and Wealth*, 1991, Vol. 37, No. 3, pp. 313-329.
- ⑮万广华《经济发展与收入不平等:方法和证据》,上海三联书店、上海人民出版社,2006年,第49-55、24页。
- ⑯Alejandro Lopez-Feldman: *Decomposing Inequality and Obtaining Marginal Effects*, *The Stata Journal*, 2006, Vol. 6, No. 1, pp. 106-111.
- ⑰民政部、财政部、卫生部《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》(民发〔2009〕81号),http://www.gov.cn/zwgk/2009-06/22/content_1347163.htm。
- ⑱卫生部、财政部、人口计生委《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》2009年7月9日,http://www.gov.cn/gongbao/content/2010/content_1555969.htm。
- ⑲国务院《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发〔2007〕20号),2007年7月10日,http://www.gov.cn/zwgk/2007-07/24/content_695118.htm。
- ⑳James Midgley and Kwong-leung Tang: *Introduction: Social Policy, Economic Growth and Developmental Welfare*, *International Journal of Social Welfare*, 2001, Vol. 10, No. 4, pp. 244-252.

作者简介:白晨,北京大学政府管理学院博士研究生,baichen_1023@126.com;顾昕,北京大学政府管理学院教授、博士生导师,guxin@pku.edu.cn。北京,100871

(责任编辑:毕素华)