

社 会 保 障 重 大 项 目 文 库

胡宏伟 著

GUOMIN JIANKANG
GONGPING CHENGDU
CEIANG YINSU FENXI YU
BAOZHANG TIXI YANJIU

国民健康公平

程度测量、因素分析与
保障体系研究

 人民出版社

中国农村公平

程度测量、因素分析与
保障体系研究



教育部人文社会科学重点研究基地



武汉大学社会保障研究中心

胡宏伟 著

GUOMIN JIANKANG

GONGPING CHENGDU

CELIANG YINSU FENXI YU

BAOZHANG TIXI YANJIU

国民健康公平

程度测量、因素分析与
保障体系研究

人民出版社

责任编辑:陈 登

图书在版编目(CIP)数据

国民健康公平程度测量、因素分析与保障体系研究/胡宏伟著.

—北京:人民出版社,2011.9

ISBN 978-7-01-010101-9

I. ①国… II. ①胡… III. ①医疗保健事业—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 154745 号

国民健康公平程度测量、因素分析与保障体系研究

GUOMIN JIANKANG GONGPING CHENGDU CELIANG YINSU FENXI YU BAOZHANG TIXI YANJIU

胡宏伟 著

人民出版社 出版发行

(100706 北京朝阳门内大街 166 号)

北京中科印刷有限公司印刷 新华书店经销

2011 年 9 月第 1 版 2011 年 9 月北京第 1 次印刷

开本:710 毫米×1000 毫米 1/16 印张:22.75

字数:345 千字

ISBN 978-7-01-010101-9 定价:48.00 元

邮购地址 100706 北京朝阳门内大街 166 号

人民东方图书销售中心 电话 (010)65250042 65289539

内 容 提 要

在世界卫生组织章程的序言中，对健康进行了界定：健康是体格上、精神上、社会上的完全安逸状态，而不只是没有疾病、身体不适或不衰弱。健康已经成为人类社会发展追求的重要目标之一，也是人类生存和发展的基础。与历史上人类的生存状态相比，当今人类的寿命和健康状态已经大为提高，特别是 20 世纪以来，人类社会的健康状况改进取得了非常大的进步。但是，应该看到，世界各国国民健康状况的改善程度差别确实是非常显著的，而且在全世界范围内健康不公平问题已经广泛存在，并有日益严重的趋势。

健康公平是人类社会所追求的理想状态。但是，一些本“可避免的”、“非自然的”、“非需要的”经济和社会因素影响了国民健康的水平，造成了国民在健康结果方面的差异，而且这种不公平的健康结果差异与这些“可避免”的因素相互交织、影响，给健康公平问题的解决造成了极大困难。

正是在这样的国际和国内背景下，健康公平问题的研究对中国未来国民健康和医疗制度、政策的制定具有非常重要的意义，这也是本书研究的大背景。本书在对中国现实数据分析的基础上，测算中国健康不平等的程度，并通过实证分析来判定健康不公平是否存在，通过回归模型分析各方面的因素，特别是经济和社会因素对健康结果和健康公平的影响是否显著以及影响的方向和路径。

本书研究的目的是：第一，通过计算集中指数和比较分析，测算中国国民之间（包括城乡之间、性别之间等）存在的健康不平等程度；第二，通过回归方法判定中国国民健康是否存在不公平问题，并判定影响健康不公平的主要因素；第三，在实证分析基础上提出改善中国健康公平状况的保障与促进机制。

本书共分为五章。第一章是绪论，旨在对研究的背景、研究路径与主要内容进行说明，并对国内外研究现状进行详细的总结和梳理。根据研究需要，第一章分为两节：第一节主要说明研究的现实背景、研究目的、研究路径与主要内容；第二节主要对国内外研究现状进行梳理和综述，涉及健康、健康公平以及其他有关医疗卫生的命题。

第二章旨在对研究的理论基础、相关概念和评估指标方法进行界定与说明。根据研究需要，第二章分为三节：第一节介绍研究的理论基础，主要介绍人力资本理论、健康经济学相关理论和阿玛蒂亚·森的自由与可行能力理论；第二节介绍了健康及其测量指标，重点介绍了 DALY、DALE、QWB 和 SAH 集中健康测量指标的内涵和测算步骤；第三节介绍了健康平等与健康公平，主要介绍了公平与平等的内涵、健康平等测量、健康公平的判定和测量。

第三章旨在对研究所使用的数据进行基本的描述和比较分析，并对国民健康的总体状况进行评估。第三章分为三节：第一节主要是对使用的数据进行描述，对选取的变量进行说明，并对变量进行基本描述分析；第二节主要是对国民健康进行比较分析，主要是将国民个体按自然、经济、社会三大因素分为若干不同特征的群体，并对群体之间的健康状况进行比较分析；第三节主要是对国民健康的平等性进行评估，分别使用 QWB 和 SAH 健康评估指标，分别计算基尼系数和集中指数，并拟合出相应的洛伦茨曲线和集中曲线，以期对国民健康平等状况做出评估，并为后面章节判断这种不平等是否是不公平奠定基础。

第四章在前面章节研究结果的基础上，进一步确认国民健康的不平等是否是不公平的，以及影响国民健康结果的因素，还要通过回归等方法确定这些影响的方向、幅度和显著性。第四章分为三节：第一节将基于一般线性回归 OLS 模型对影响健康的因素进行分析和检验；第二节将基于有序的选择模型（ordered probit Model）对影响健康的因素进行分析和检验；第三节是对国民健康公平性及其影响因素的进一步检验，将使用分位数回归方法（Quantile Regression）对不同健康水平分组的健康结果影响因素进行分析和检验。

第五章旨在前文研究结论的基础上，对促进和保障国民健康公平提出若干对策性建议。概括来讲，第五章包括三节：第一节将着重探讨公

平的收入分配机制；第二节将着重探讨改革和完善健康卫生服务保障体系，特别将重点分析国民卫生服务体系、国民医疗保障体系、国民药品生产和流通体系的改革和发展；第三节主要是探索促进国民健康公平的其他制度和机制，主要包括促进教育事业公平、快速发展，改革依附于户籍制度的各种社会福利制度，此外，还探讨了国民健康教育等方面的问题。

本书的创新点主要集中在如下几个方面：第一，利用实证数据，对典型年份中国国民健康不平等（总体、城乡等）的测算；第二，利用回归分析方法判定中国国民健康状况存在的不平等是否具有不公平性质，即判定中国国民健康是否不公平，并筛选出相应影响健康公平的主要因素；第三，根据模型和回归结果判断各因素变量对影响国民健康结果的具体路径和方向；第四，提出了一个广义的健康公平的保障和促进体系。

目 录

第一章 绪 论	(1)
第一节 研究背景、研究路径与主要内容	(1)
一、研究背景	(1)
二、研究路径与主要内容	(17)
第二节 国内外研究现状	(18)
一、健康及其相关研究	(18)
二、健康公平及其相关研究	(22)
三、健康与其他医疗卫生领域的关联研究	(42)
第二章 理论基础、概念界定与评估指标方法	(47)
第一节 研究的理论基础	(47)
一、人力资本理论	(47)
二、健康经济学相关理论	(60)
三、阿玛蒂亚·森的自由与可行能力	(76)
第二节 健康与健康的测量	(81)
一、健康	(81)
二、健康的测量	(83)
三、QWB 指标与 SAH 指标	(87)
第三节 健康平等与健康公平	(94)
一、平等与公平	(94)
二、健康平等与健康公平	(100)
三、健康平等与健康公平的测量	(109)

第三章 国民健康比较与健康平等状况评估	(119)
第一节 国民基本状况描述性分析	(119)
一、数据说明及变量选择	(119)
二、国民健康状况描述分析	(132)
三、国民其他方面状况描述分析	(137)
第二节 国民健康比较分析	(147)
一、国民健康比较分析：基于 QWB 指标	(148)
二、国民健康比较分析：基于 SAH 指标	(157)
三、国民健康比较分析结论	(166)
第三节 国民健康平等的测量	(169)
一、国民健康平等状况的测量：基于 QWB 指标	(169)
二、国民健康平等状况的测量：基于 SAH 指标	(171)
三、国民健康平等测量的结论	(173)
 第四章 国民健康公平性检验与影响因素分析	 (175)
第一节 国民健康公平及影响因素检验：基于 OLS 回归	(177)
一、全体国民的检验结果	(177)
二、城镇居民的检验结果	(202)
三、农村居民的检验结果	(210)
第二节 国民健康公平及影响因素检验：基于 Ordered Probit	
回归	(218)
一、全体国民的检验结果	(220)
二、城镇居民的检验结果	(234)
三、农村居民的检验结果	(243)
第三节 国民健康公平及影响因素的进一步检验：基于分位	
数回归	(252)
一、全体国民的检验结果	(256)
二、城镇居民的检验结果	(266)
三、农村居民的检验结果	(272)

第五章 构建国民健康公平保障与促进体系	(281)
第一节 建立国民收入公平分配保障机制	(282)
一、深化对收入分配问题的理解	(283)
二、分配不公平问题及其原因	(290)
三、建立公平的收入分配体制	(295)
第二节 完善国民健康卫生服务保障体系	(302)
一、进一步促进国民卫生服务体系改革发展	(304)
二、进一步促进国民医疗保障体系改革与发展	(320)
三、进一步促进国民药品供应体系改革发展	(327)
第三节 完善促进社会公平的其他保障体系	(329)
一、加快改革户籍及其他福利制度	(330)
二、促进国民教育的稳健发展	(331)
三、促进国民健康意识和习惯变革	(332)
参考文献	(333)
后 记	(352)

第一章 绪 论

第一节 研究背景、研究路径与主要内容

一、研究背景

Mosby (1992) 认为健康是“身体的、精神的和社会的良好状态, 以及没有疾病和其他异常情况”。^① 健康已经成为人类最重要的追求目标之一, 也是人类生存和发展的基础, 不论对于国家、区域、人群, 还是对于个人, 健康的重要意义都是毋庸置疑的。

为了获得健康, 人类社会将大量的经济和人力资源配置到卫生部门, 试图通过增加投入和促进医疗技术革新来挽救人类的生命、提升人类的健康状态。与历史上人类的生存状态相比, 当今人类的寿命和健康状态已经大为提高, 世界人口的平均寿命从 1950 年至今已经提高了 15 岁, 一些国家的进步甚至令人惊讶。同时, 1950—2000 年的 50 年间, 世界范围内出现了总体上的健康状况改善, 死亡率的离差总体上是下降的。^②

^① Mosby (1992), *Medical Encyclopedia*, New York City: G. V. Mosby, p. 360.

^② 由于 20 世纪 80 年代以后世界范围内出现了较多的冲突和金融危机, 加之人口主动或被迫的迁徙, 死亡率离差有开始回升的趋势。

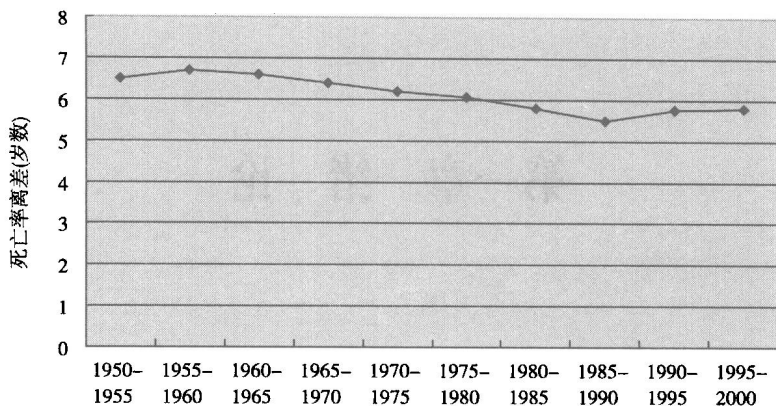


图 1-1 1950—2000 年期间出生时预期寿命与死亡率离差趋势

资料来源：世界卫生组织：《用一代人弥合差距》，2008 年，第 27 页。

但是，虽然当今世界各国都不约而同加大了对健康和医疗保健的投入力度，各国在医疗和健康方面的投入巨大，而世界卫生状况和健康水平改进却非常缓慢，甚至出现了更大的健康不公平，现有的国际研究大部分都支持世界范围内的健康不公平正在急剧扩展和深化，而正在出现和发展的全球化、老龄化和人口、流行疾病的变化也让世界各国感到促进健康公平的行动正在遭受巨大挑战。^①

（一）世界范围内的健康不公平

与全球健康改进不明确相伴随的是健康不平等的广泛出现。健康不平等是一个世界性的问题，不论是发达国家，还是发展中国家，不论是欧洲国家，还是亚洲国家，与其他方面和形式的不平等、不公平一样，健康领域的不平等、不公平是普遍存在的，这种不平等、不公平既存在于国家之间，也存在于人群之间、个人之间。

Paula Braveman (2002) 研究发现，健康不平等广泛存在于不同的国家，这种健康的不平等中，生物遗传因素是很少的，而社会因素，尤其是贫困和生活压力是造成健康不公平的主要原因。在巴西圣保罗，死亡率在不同职业状态的人群中差异显著，失业人群的死亡率明显较高；

^① 世界卫生组织：《2008 年世界卫生报告：初级卫生保健——过去重要现在更重要》，2008 年，第 1 页。

在委内瑞拉,贫困人口家庭中婴儿的死亡率明显比非贫困家庭高,其比例差距可能高达3倍;而在印度,由于可能的男女性别差异和歧视的存在,2岁以下女婴的死亡率明显高于男婴,前者约是后者的2倍。^①

Adam Wagstaff (2002) 认为,虽然健康公平日益受到发展中国家的重视,但是近期数据的分析却发现,在这些国家中存在较大程度的且并不相同的健康不平等,这种不平等并不是由收入分布的不平等或者政府公共投入所占比例决定的,而是由人均收入决定的。随着人均收入不平等的增长,在发达国家和发展中国家的健康不平等趋势也日益明显。其内在的机制是,随着人均收入的快速提高,富裕人群更可能利用新技术来提高和增进个人的健康,而穷人并不能这样做,随着健康不平等的加剧,健康不平等变化的两个方面逐步显现,即健康差距越来越大(这是一个坏事情)和总的健康水平不断提高(这是一个好事情)。Adam Wagstaff 还给出四个步骤来深入分析这种健康不平等的状态,包括收益分析、分解分析等,这些研究为世界各国的学者认识和了解这种不平等奠定了基础。^②

Berk 等(1992)分析了美国医疗卫生消费存在的不公平性,发现美国医疗卫生资源消费极度不公平,少数富人消费了大量医疗卫生资源,约10%的人消费了约70%的医疗卫生资源,而大多数中产阶级和穷人消费了较少的医疗卫生资源,其中穷人的状况更为糟糕,其医疗卫生资源消费和健康产出结果都非常低,美国富人医疗卫生资源消费是全国平均医疗卫生消费的8倍,而最富裕的1%的人消费的医疗卫生资源则是全国平均水平的30倍,美国国民的医疗卫生消费和健康状况也是高度不公平的。^③

作为健康不公平的重要基础,医疗卫生领域的不平等和不公平是造

① Paula Braveman, Eleuther Tarimo (2002), "Social Inequalities in Health within Countries: Not Only an Innuence for Affluent Nations", *Social Science and Medicine*, Vol. 54, No. 11, pp. 1621 - 1653.

② Adam Wagstaff, (2002), "Inequality in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tie?" http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2002/03/22/000094946_02031204013460/additional/127527322_20041117184600.pdf, 2009 - 12 - 20.

③ Berk, Mark, Alan Monheit (1992), "The Concentration of Health Expenditure: An Update", *Health Affairs*, Vol. 11, No. 4, pp. 145 - 149.

成健康不公平的重要原因，不同国家、地区之间医疗系统投入额度和绩效都显著影响健康产出的结果，从这个意义上讲，健康不公平首先源于医疗卫生系统投入的不平等。

而且，不同地区和国家之间在医疗保健领域投入的差异不仅仅限于当前，按照发展趋势，在可以估计到的未来，不同国家和地区之间在医疗卫生领域的投入差异还会不断拉大；这种差异在富国和穷国之间将会越来越大。

表 1-1 按国家发展程度估算的年度所需卫生费用总额

	总费用年需求数 (亿美元)			人均年需求 (美元)			占 GNP 比重 (2002 年美元计)		
	2002 年	2007 年	2015 年	2002 年	2007 年	2015 年	2002 年	2007 年	2015 年
所有国家	1061	1628	2003	26	18	42	3.7	4.5	3.9
所有低收入国家	533	935	1193	21	34	38	4.4	6.3	5.3
最不发达国家	85	253	372	13	34	41	4.3	10.4	11.4
其他低收入国家	448	682	821	24	34	37	4.4	5.5	4.9
中低收入国家	411	550	651	28	39	40	2.8	2.9	2.2
中高收入国家	117	143	160	226	315	339	6.8	7.3	6.8

资料来源：WHO 卫生与宏观经济委员会引用的发展援助委员会的数据；转引自彭现美：《健康投资绩效研究》，合肥工业大学出版社 2006 年版，第 44 页。

作为医疗卫生投入的结果，健康产出在不同国家之间的分布也是不平等，穷国和富国之间在健康状况以及健康的公平状况方面差异显著。

世界卫生组织（2008）的发现也证明了世界的健康不公平正在加剧，而这种加剧与各国的收入差距扩大的趋势似乎惊人的一致。20 世纪 70 年代至今，世界上高收入国家和低收入国家人口寿命的差距已经进一步扩大。而一个时间趋势上的分析更清楚地证明了这种可能与国家收入水平密切相关的人均预期寿命的差异变化趋势（见图 1-2）。可见，人均预期寿命及其所代表的健康状况和国家的经济发展水平密切相关，国家经济发展水平的差异也往往决定了国民健康水平的差异。

值得关注的是，这种健康的不平等和不公平不仅仅存在于富裕国家

和贫穷国家之间，即使是在一个国家内部，不同地域、城市和人群的健康状况可能也存在显著差别。

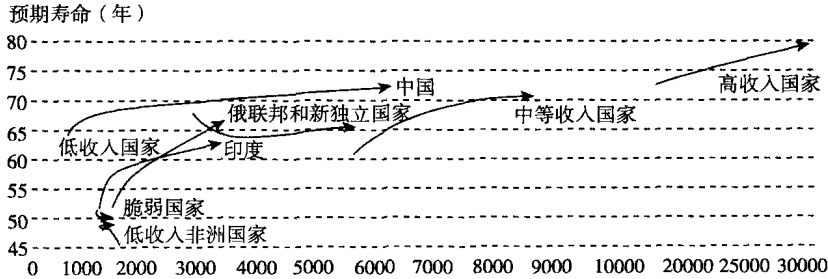


图 1-2 1975—2005 年人均 GDP 和出生时期望寿命趋势图
(按 1975 年的各国 GDP 值分组)

资料来源：世界卫生组织：《2008 年世界卫生报告：初级卫生保健——过去重要现在更重要》，2008 年，第 5 页。

(二) 中国健康不公平的现状与发展趋势

中国的健康及其公平问题也不容乐观，医疗保健支出费用不断拾升，而健康的改善程度却较为有限。尤其是 20 世纪 80 年代，伴随着传统农村合作医疗的衰落和瓦解，中国农村地区医疗和卫生状况急剧恶化，甚至一些地方出现了地方病和传染病抬头的迹象。而在同一时期，中国城市居民的健康和医疗问题也因医疗领域的市场化改革而受到一定程度的冲击。伴随着健康和医疗卫生问题的日益严重，国民之间在医疗卫生资源配置、医疗卫生服务利用和健康产出之间的差距开始显现并拉大，城乡之间、区域之间、人群之间的健康水平差距开始显现，健康不公平程度日益严重。

1. 中国健康不公平问题普遍存在

(1) 医疗卫生领域不公平的证据

作为健康不公平的重要方面，中国国民在医疗卫生资源配置和利用方面也存在广泛的不公平，而这种不公平也进一步加剧了健康产出不公平的可能性和广泛性。孟庆跃、严非（2005）在其编著中分析了以低收入为主体城市弱势群体的健康和医疗卫生服务利用状况，研究发现，这一群体存在较大程度的健康问题，仅有较少的人有机会获得医疗卫生服

务,而现有的医疗卫生服务体系无法有效的帮助弱势群体增加利用医疗卫生服务,也无法有效的缓解贫困,很多弱势群体在患病时往往采取“能拖就拖、能抗就抗”的做法,这不仅不利于个体健康的恢复,甚至会迫使这一群体陷入贫困的恶性循环中。这一问题的出现表明我国城市居民健康不公平现象的普遍性和贫困弱势群体的脆弱性,这也加剧了整个社会的不平等,使社会公众在收入、教育、生活质量等方面的差异和不公平进一步加剧。^①

对中国卫生领域存在的不公平进行分析,大体可以发现如下几个方面的不公平。

第一,卫生资源配置不公平。由于地区经济社会发展差异,医疗卫生资源在城乡之间、地区之间、人群之间存在广泛的不公平,主要体现为城市卫生资源配置多于农村,各类卫生资源配置向城市集聚;农村医疗卫生资源相对稀缺,尤其是农村基层医疗卫生资源分布非常少、质量不高,且较不均衡(如表1-2所示)。

表1-2 住户距离最近医疗单位的距离

距离	城 市				农 村				
	合计	大	中	小	合计	一类	二类	三类	四类
不足1公里	81.8	86.3	84.8	73.7	61.1	67.6	69.0	57.7	37.9
1公里	10.4	9.1	9.7	12.6	18.2	19.3	17.2	18.7	17.0
2公里	4.2	2.5	3.1	7.3	9.2	7.6	7.0	11.2	12.0
3公里	2.4	0.9	1.3	5.3	4.2	3.2	2.5	5.1	7.7
4公里	0.7	0.6	0.6	0.8	2.5	0.6	1.3	3.2	7.4
5公里及以上	0.4	0.6	0.4	0.3	4.8	1.6	3.0	4.0	18.0

资料来源:卫生部统计信息中心编:《第三次国家卫生服务调查分析报告》,中国协和医科大学出版社2004年版,第16页。

第二,医疗卫生资源利用存在不公平。总体来看,中国国民由于资

^① 孟庆跃、严非:《中国城市卫生服务公平与效率评价研究》,山东大学出版社2005年版,第105—129页。

源分配和经济状况限制等方面的因素,卫生资源利用在不同人群之间、地区之间和城乡之间也存在显著差异,这种差异的突出特征就是在卫生资源利用方面农村地区、贫困地区非常少,大量卫生资源由城市居民和富人利用,突出表现在医疗卫生支出的数据方面。由表1-3、表1-4可以看出,在城乡不同类型居民卫生资源利用和支出方面存在显著的不平等,城市利用的卫生资源和支出显著高于农村,农村医疗卫生负担占个人收入的比重普遍高于城市;而且,经济最不发达的四类农村,农民的负担最重,这表明我国医疗卫生资源利用和消费普遍偏向城市和富裕人群。

表1-3 2003年城乡不同区域人均卫生支出情况

项 目	城市 合计	农村 合计	大城市	中城市	小城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
人均年收入(元)	6565	2175	8292	6607	4589	3163	2187	1938	1187
人均年支出(元)	4934	1781	6297	4791	3524	2466	1763	1666	1039
人均医疗卫生支出(元)	459	229	598	392	359	297	222	228	144
人均卫生支出比重(%)	9.3	12.9	9.5	8.2	10.2	12.0	12.6	13.7	13.8

资料来源:卫生部统计信息中心编:《第三次国家卫生服务调查分析报告》,中国协和医科大学出版社2004年版,第12—15页。

表1-4 城乡居民年均医疗保健支出差异

单位:元

年份	城镇居民		农村居民	
	人均年消费性 支出	人均医疗保健 支出	人均年消费性 支出	人均医疗保健 支出
1990	1278.9	25.7	374.7	19.0
1995	3537.6	110.1	859.4	42.5
1998	4331.6	205.2	1590.3	68.1
1999	4651.9	245.6	1577.4	70.0
2000	4998.0	318.1	1670.1	87.6
2001	5309.0	343.3	1741.1	96.6