

岭南学术文库第三辑

主编：徐信忠 王 曦

中国社会医疗保险基金运行

——基于地区差异的研究

孙 翎 著



经济管理出版社
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE



第二辑

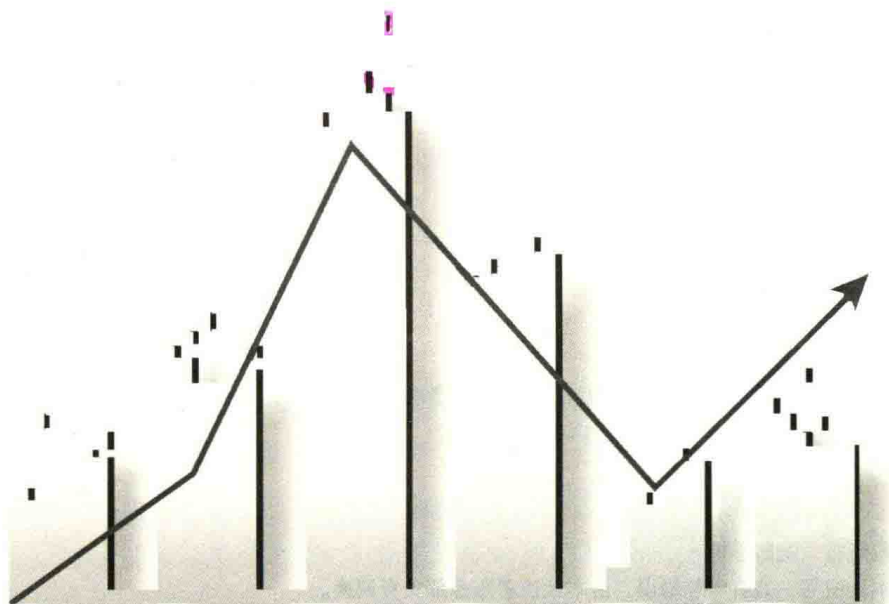
学院优秀学术著作出版基金和国家自然科学基金重大研究重点支持项目

(NO.91124004) 时文刊

中国社会医疗保险基金运行

——基于地区差异的研究

孙 翎 著



经济管理出版社
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

中国社会医疗保险基金运行：基于地区差异的研究/孙翎著. —北京：经济管理出版社，2015.3

ISBN 978 - 7 - 5096 - 2886 - 7

I. ①中… II. ①孙… III. ①医疗保险—基金管理—研究—中国 IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 304121 号

组稿编辑：王光艳

责任编辑：许 兵

责任印制：黄章平

责任校对：超 凡

出版发行：经济管理出版社

(北京市海淀区北蜂窝 8 号中雅大厦 A 座 11 层 100038)

网 址：www. E - mp. com. cn

电 话：(010) 51915602

印 刷：北京晨旭印刷厂

经 销：新华书店

开 本：720mm × 1000mm/16

印 张：10

字 数：190 千字

版 次：2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978 - 7 - 5096 - 2886 - 7

定 价：48.00 元

· 版权所有 翻印必究 ·

凡购本社图书，如有印装错误，由本社读者服务部负责调换。

联系地址：北京阜外月坛北小街 2 号

电话：(010) 68022974 邮编：100836

岭南学术文库第三辑

编 委 会

编委会主任：徐信忠

编委会委员：（按姓名拼音顺序）

陈广汉	陈宏辉	储小平	李胜兰
李善民	陆 军	施俊琦	舒 元
宋海清	王美今	王 曦	王燕鸣
张建琦	张文彪		

前言

我国现有的社会医疗保险（以下简称医保）制度在管理体制上因袭了计划经济的条块分割传统，由地方政府依据自身的经济发展、财政能力、人口结构等因素自主制定医保基金管理政策，基金的统筹层次普遍偏低，多数在县一级，少数在地市一级，个别大城市全市统筹，仅城职医保在全国就有 2600 多个统筹单位，在客观上造成医保基金管理严重碎片化，基金运行状况呈现出明显的地区差异。2009 年 3 月 17 日，中共中央国务院出台了《关于深化医药卫生体制改革的意见》，即俗称的“新医改”方案，医保服务均等化和全民医保将是“新医改”的重要目标，尽管均等化并不代表着没有地区差异，但是目前我国医保基金统筹层次过于低下、地区差异显著的状况，已经给广大参保人带来了公平性缺失、医保权益转移接续困难等一系列突出问题，阻碍了劳动力在地区间的正常流动；同时，过小的风险池也降低了医保基金的统筹效应，上述问题既是属地化与碎片化制度设计的结果，又成为制度变革的阻力。在这样的背景下，地区差异成为实现医保服务均等化的主要障碍。因此，如何合理评估我国医保基金运行的地区差异，把握地区差异的发展趋势与影响因素，协调地区差异带来的弊端，加强医保制度的统一性设计，不仅是值得探讨的学术问题，也是我国医保改革向纵深推进中亟须解决的现实问题。

本书在大量采集宏观统计数据与微观明细数据的基础上，综合使用统计学、计量经济学、保险精算和区域经济学等多学科理论与方法，以城镇职工基本医疗保险（以下简称城镇职工医保）、城镇居民基本医疗保险（以下简称城镇居民医保）和新型农村合作医疗（以下简称新农合）三项医保制度作为研究对象，选取东中西三大地带、省际、省内和城乡作为研究层次，选取覆盖率、人均基金收入、人均基金支出、基金结余率和总筹资水平作为评价指标，从多制度、多层次和多年期的视角出发，对我国医保基金运作地区差异的产生背景、现状、趋势与影响因素展开了深入研究。

本书的定性和定量研究结论表明，从制度设计来看，医保基金的各项政策、



规定都存在显著的地区差异，主要原因来自属地化的管理体制；从运行现状和发展趋势来看，目前三大医保基金的运行状况在各级行政区划都存在地区差异，地区差异与制度差异交织，但城镇职工医保的覆盖率和人均基金收支地区差异呈现逐年平缓下降的趋势；从区域分解结果来看，在总体差异中区域内差异贡献度最大，尤其是东部地带内差异明显；从城乡对比来看，城镇职工医保与新农合之间的城乡差异最为突出，城镇居民医保与新农合之间的城乡差异相对较小，城乡差异在不同地区呈现不同的模式；从影响结果来看，地区差异不仅会影响流动人口的医保权益，而且会使流入、流出地医保基金面临潜在风险，引发区域利益冲突；从调控手段来看，政策性因素对医保基金当期平衡影响显著，可作为调控地区差异的有效政策杠杆。

基于上述研究结论，本书提出为了缓解和克服地区差异带来的弊端，宜采取短期措施和长期策略相结合，医保体制改革与配套机制改革共同推进的政策。从短期来看，必须加快制定和尽快推出一系列协调机制，解决参保人异地就医困难和医保权益保护问题。从长期来看，建立全国统一的全民医疗保障制度是许多国家的制度建设目标，也是坚守制度正义的最好选择，应当分阶段、分区域地制定发展战略，通过统筹层次的提升和城乡医保制度的整合，降低地区差异，最终实现制度的一体化。

孙钢

2014年12月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 研究背景和意义	1
第二节 相关文献综述	4
第三节 研究内容与研究方法	10
第二章 基金征缴与待遇政策的地区差异	15
第一节 我国三大医保制度基本情况概述	15
第二节 地区间及制度间政策比较：基于东部地区、中部地区、 西部地区 12 个城市的政策考察	17
第三节 三大医保制度间的政策比较	33
第三章 基金运行的省际差异、地带差异与城乡差异	35
第一节 数据与衡量方法说明	35
第二节 医保覆盖率地区差异的现状分析	37
第三节 人均基金收支地区差异的现状分析	45
第四节 基金结余率地区差异的现状分析	57
第五节 地区差异的变化趋势分析	59
第四章 基金运行的省内差异：以广东省为例	68
第一节 数据与衡量方法说明	68
第二节 各项医保人均基金收支的省内差异	70
第三节 各项医保人均基金收支的省内差异分解	79
第四节 各项医保人均基金收支的省内城乡差异	81



第五章 地区差异、流动人口与区域利益冲突	88
第一节 地区差异的消极影响分析	88
第二节 省际人口迁移对流入流出地医保统筹基金的影响测算	91
第三节 本章结论	101
第六章 征缴与待遇政策调整对基金当期收支的影响测算	102
第一节 调研地区选择与数据说明	102
第二节 医保基金收支模型构建与实证研究	104
第三节 政策性因素对医保基金收支影响的模拟测算	110
第四节 供需双方视角下医保基金收支地区差异的调控建议	117
第七章 研究结论与政策建议	121
第一节 主要研究结论	121
第二节 解决地区差异问题的基本观点与整体思路	124
第三节 缓解地区差异弊端的协调机制	125
第四节 缩小地区差异的解决策略与实施措施	135
第五节 配套改革措施的推进	139
附录	143
附录一 宏观统计数据来源补充说明	143
附录二 不同类别人群住院受益率对应的乘数因子	145
参考文献	147
后记	151

第一章 绪论

第一节 研究背景和意义

一、研究背景

社会医疗保险（以下简称医保）改革事关国计民生，也是众所周知的世界难题。自 1994 年国务院决定在江苏镇江、江西九江开展“两江试点”开始，我国拉开了从计划经济下劳动保障与公费医疗体系向市场经济下医保体系转变的改革历程，按照“先试点、后推广”的原则，逐步建立起包括城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度（以下分别简称为城镇职工医保、新农合和城镇居民医保）在内的三大医保制度，初步形成了覆盖全体国民的医保体系。然而，三大医保制度在管理体制上因袭了计划经济的条块分割传统，中央政府只给出指导文件进行原则性规定，各级政府按照行政区划形成统筹层次，在一个“统筹层次”的范围内，由地方政府依据自身的经济发展、财政能力、人口结构等因素自主制定医保基金管理政策。在统筹层次的选择上，改革伊始，考虑到乡镇政府管理范围小、参保群体少和财政能力弱，县级政府成为医保基金管理的承载主体，当初始制度得以建立，制度运转的惯性使得这种统筹层次得以持续，即使经过十余年的改革，我国各项医保制度的统筹层次依然普遍较低，多数在县一级，少数在地市一级，个别大城市全市统筹，仅城镇职工医保在全国就有 2600 多个统筹单位，在客观上造成医保基金管理严重碎片化，基金运行状况呈现出明显的地区差异。

2009 年 3 月 17 日中共中央国务院出台了《关于深化医药卫生体制改革的意见》，即俗称的“新医改”方案，医保服务均等化和全民医保将是“新医改”的



重要目标。尽管均等化并不代表着没有地区差异^①，但是目前我国医保基金统筹层次过于低下，地区差异显著的状况，已经构成了实现全民医保的障碍，并带来了一些突出问题，包括：不同的省份、不同的城市甚至不同县区的参保成本与待遇水平迥异，造成了参保人员的攀比和不平衡心理，损害了社会医疗保险的公平正义准则；过于细小的统筹区域划分，催生了大量的异地就医需求，异地就医报销困难；由于各地制度规定不一，参保人在不同地区迁移时医保关系转移接续困难，只能选择被迫重复参保或者退保，阻碍了劳动力的正常流动；不同地区基金平衡状况苦乐不均，有的地区的医保基金出现了当期“零结余”，甚至入不敷出的现象；有的地区累计了大量的结余资金，但属地化管理的局限降低了大数法则的统筹效应。不同地区采用的医保信息系统也千差万别，信息难以集成共享等，上述问题既是属地化与碎片化制度设计的结果，又成为制度变革的阻力。

从国内外研究现状来看，学术界已经开始关注社会保障的地区差异与均等化问题，但是专门针对医保基金地区差异的研究尚少，由于医保基金在支付方式和利益相关者的处理等方面具有很强的特性，医保被认为是五大社会保险中最复杂的一个险种，针对社会保障开展的地区差异分析无法完全体现医保基金运行的特性。综上所述，如何合理地评估我国医保基金运行的地区差异，把握地区差异的发展趋势与影响因素，协调地区差异带来的弊端，加强医保制度的统一性设计，不仅是值得探讨的学术问题，也是我国医保改革向纵深推进中亟须解决的现实问题。

二、研究意义

1. 学术价值

地区差异是我国经济学研究中的热点问题，由于我国目前的医保体系建立时间尚短，国内主流经济学视野内有关医保地区差异的研究并不系统，本书的学术价值之一在于结合医保制度的特性，提出了“政策性因素的地区差异—基金收支的地区差异—政策性因素的调整与基金收支地区差异的调控—地区差异的协调建议”这个医保地区差异的分析框架，从理论上揭示了医保制度设计与基金均衡运行之间的内在联系和作用机理。

本书的学术价值之二在于综合运用广义线性模型、二部模型和敏感性分析等多学科理论与方法，构建了一套较为系统的医保基金收支平衡测算与风险控制方

^① “公共服务均等化的最终目标是要为社会公众提供基本的，最终大致均等的公共物品和公共服务。”摘自《中共中央关于制定国民经济与社会发展第十一个五年规划的建议（辅助读本）》，北京：人民出版社，2005：575。

法。不仅是对医保基金风险管理理论的有益突破，还拓展了区域经济学和卫生经济学等学科的应用范畴。

此外，由于政治、经济、人口结构与文化存在差异，不同国家的医保制度呈现出不同的形态。作为世界上最大的转型经济体，中国的医保制度改革既借鉴了发达国家的管理模式，又带有“条块分割”等计划经济色彩。本书在采集我国医保基金实际运行数据的基础上，结合我国医保制度改革的发展路径，对转型经济体的医保基金运行地区差异问题进行了深入的理论探索。因此，本书的学术价值之三在于基于转型经济体的特点丰富和发展了传统的医保理论。

2. 应用价值

本书的应用价值主要体现在以下三个方面：

第一，对我国医保基金运行地区差异的定量分析成果，可以为政府制定医保服务均等化发展战略提供改革目标。本书细致地比较了我国医保基金运行状况在省际、省内、地带间、城乡之间的差异，研究结论可以辅助相关政府部门掌握我国医保基金运行的地区差异程度，判断地区差异的主要来源与发展趋势，这对于各级政府明确“新医改”的医保服务均等化改革目标，减少医保制度改革与运行的不确定性，提高行政决策水平将有重要意义。

第二，本书提出的模型方法，可以为相关部门制定提高医保基金统筹层次与基金跨区域调剂政策提供可靠的决策依据。从政府的角度而言，将可调控的政策性因素作为政策杠杆，通过调整政策杠杆来平衡各地区的医保基金收支，是降低地区差距的主要手段。本书深入研究了政策性因素自身的地区差异，以及政策性因素与医保基金收支之间的互动关系，研究成果可以辅助医保管理部门了解政策性因素对统筹地区医保基金收支的影响方向与影响程度，为制定更加科学、合理的统筹层次提升政策提供具有实践指导意义的分析工具。

第三，本书提出的我国医保基金运行地区差异的协调机制与解决方案，对于提高医保制度公平性和参保群众的满意度具有重要的实际意义。医保制度改革实施十余年来，尽管政府投入了大量人力、物力、财力，制度覆盖率也得到质的提升，但参保群众的满意度并不高，公平性缺失是其重要原因之一。本书借助定性与定量分析的结果，指出了各项医保制度在地域与城乡公平性方面存在的问题，并提出一系列颇具可操作性的政策建议，研究成果有助于提升参保群众对医保制度改革的满意度。



第二节 相关文献综述

一、关于医保地区差异的研究

1. 社会保障的地区差异分析

关于地区差异的研究目前还较少涉及医保领域，与之相关的主要集中在养老保险或社会保障的地区差异研究中。

关于社会保障支出水平的地区差异，彭海艳（2007）认为我国社会保障支出的总体水平较低，区域差异是低水平社会保障之间的差异，而且区域内差异大于区域间差异，因此实行区域统筹是缩小社会保障支出的区域差异的可行措施。关于农村居民社会保障的地区差异，联合国开发计划署 UNDP 《中国人类发展报告 2005》指出，中国农村居民最低生活保障的覆盖面和保障力度在很大程度上受地方经济发展水平和地方政府的财政状况的限制，因此具有明显的地区差别。

不少学者从财政角度来考虑社会保障的地区差异问题。林治芬（2002）通过计算全国各地区社会保障支出占 GDP 的比重、财政社会保障补助支出占财政支出的比重、财政全部社会保障支出占财政支出的比重、养老保险基金收支比例及缺口、替代率、抚养比等指标，认为中国目前的社会保障地区差异是明显的，甚至比经济发展的地区差异程度还要大。柯卉兵（2008）依据区域经济学中地区差异的相关度量指标和方法，对分税制改革以来十年间（1995～2005 年）中国社会保障财政支出的地区差异问题，包括社会保障财政负担、社会保障财政人均支出以及社会保障财政支出水平的地区差异的演变轨迹作出了归纳性描述。他认为中国各地社会保障财政负担差异问题十分突出；人均财政社会保障支出的地区内差距是影响我国地区社会保障财政支出差距的决定性力量；各地的社会保障财政支出水平差异状况有所改善。吴湘玲（2006）指出，各区域社会保障的财政负担轻重不一，势必会影响部分重负担区域政府的其他财政支出，这可能会进一步扩大各区域之间的经济和社会福利差距。

2. 医保地区差异与医保统筹层次

医保地区差异与统筹层次息息相关。王虎峰（2009）指出，“统筹”一词在我国最早源自“文化大革命”后成立的社保基金统筹办公室这一机构名称，原本指劳动保险制度基金的统筹管理，后来被沿用到各社会保险项目的基金共济。在国际上，相对应的英文术语为“pooling”，是基金风险池的概念。统筹层次是



指统筹的层级和覆盖人群的规模,一般以各国的相应行政管理层级为参照。医保统筹层次这个概念也可以理解为在多大程度和范围对参保人分散风险、基金共济以及提供相关服务。Smitha 和 Sophie (2004) 通过建立四种风险池模型并进行对比研究,发现小的碎片化的风险分散池不利于卫生系统的发展,认为最优的风险分散池应该是一种尽量集中化的风险池设计。依据上述分析,不难看出医保统筹层次越低,统筹区域就越细小,医保基金运行的地区差异可能越显著。

对于解决同一医保制度下地区之间的不公平问题,很多学者认为要提高统筹层次。李尧远等 (2012) 认为提高社保基金的统筹层次是一种趋势,省级统筹或国家统筹可以确定为社会保险基金统筹的理想目标,在统筹路径的选择上,“跨市”进行统筹是低成本的,“跨省”统筹成本过高。张晓等 (2010) 通过对相关理论的探讨和实践的分析提出分制度、分阶段、分区域提升医保基金统筹管理层次的路径选择,同时探讨了平衡利益关系、提高统筹层次的保障标准与管理规范、现有医疗保障制度运行的资源整合、经办能力这几个制约统筹层次提高的关键问题。金渊明 (2009) 从提高行政管理效率和行政简便性以及成本角度认为中央统支统收是一种合理的模式。

3. 医保地区差异引发的问题

关于不同统筹地区间参保人医保待遇的不公平问题。张琪和张捷 (2009) 通过分析我国“新三元”的医保制度,指出富裕的东部城市居民平均医疗支出相当于贫穷的西部农村居民的 11 倍,医保制度不仅没有缩小人与人之间的差异,反而扩大了差异。针对医保制度设计的地区差异对参保人异地就医、工作和养老的影响,刘燕飞 (2009) 研究了老年人异地迁移对迁入地和迁出地的影响,从社会影响的角度指出,对迁入地来说能够增强该地的消费和市场潜力,对迁出地来说能够缓解大城市的人口压力。同时指出由于各地的医保规定与标准不同,异地养老的医保转续存在着很大障碍。刘洪清 (2008) 提出,异地就医难在管理,因为各地医保政策均根据当地经济水平制定,医保的征缴比例、待遇水平和医疗资源存在很大差异,导致医保关系跨区域转移和管理很难。

对于流动就业人员所关心的异地医保关系转续问题,在 2010 年之前一直是国家医保政策的空白地带,并没有相关规定。而很多统筹地区明确规定了医保关系不可跨区转移,导致流动人员劳动关系转移后其医保权益便携性差的问题。虽然目前我国已出台《流动就业人员基本医疗保障关系转移接续暂行办法》(以下简称《办法》),弥补了医保转移接续(以下简称转续)问题的空白,但是《办法》中对涉及地区医保基金平衡的医保统筹基金转移和缴费年限累积方面规定比较模糊,医保关系跨统筹地区转续的顺利实施仍存在着障碍。在关于社保关系的转续建议上,杨宜勇等 (2008) 指出医保关系异地转续主要难点在于统筹部分,



对于个人账户应转移出结余部分；缴费年限应从连续年限改为累积年限；在劳动力大批流动的情况下，流入地和流出地双方应有协议和沟通机制，将相应的社会统筹部分随医保关系的转出一并转出。

关于流动人口对医保基金所带来的影响，目前还未有学者针对流动人口问题分析医保基金地区差异给医保基金平衡运行带来的风险，但是已有学者研究过养老保险的相关问题。与医保基金相似，流动人口对各地区的养老保险基金运行也带来了巨大的挑战。^① 分析了在只能转移个人账户资产而不能“携带”单位缴纳的统筹部分的转续政策下，流动人口对全国养老保险制度收入的贡献率，人口流出地和人口流入地基本养老保险财务可持续性的影响，指出在现行的社保政策下，流动人口所在的务工地社保制度将获益，流出地将受损。因此应该防止“便携性损失”，建立全国统一的养老保险制度。

二、关于医保基金运作与风险控制的研究

1. 医保基金收支平衡

由于收支平衡是代表医保基金风险程度的最终指标，因此，通过研究医疗费用支付及其影响因素来测算医保基金的风险，一直是国内外医保研究的重点领域。国外相关的研究已经做得比较详细，比如专门针对收入对药品消费支出的影响分析（Janet, 1994），关于起付线和共保率对医保消费的影响从而对医保基金的影响，大量建立在格罗斯曼（Gross men）人力资本模型基础上关于影响人们健康选择、医疗服务选择和医保选择的年龄、性别、收入等因素的研究（Grossman 1972 & 1999）。这些研究不管是从人们对医药需求的影响因素角度分析，还是对健康选择或者医保选择的影响因素角度分析，最终都可以归结到影响医保基金支付额的风险因素分析上。大多数研究结果表明：年龄、性别、收入、受教育程度、起付线和共付比例等因素对医保费用支出的影响是显著的。

在研究方法选取上，1982年，在中美合作的农村健康保险实验研究中，Naihua Duan（1983）利用多元回归模型对医保的保费进行测算，提出了医保费用支出的四部模型，即门诊受益人概率模型、门诊受益人的费用模型、住院受益人的概率模型和住院受益人的费用模型；Blough、Madden 和 Hornbrook（1999）在分析医保费用时，分析了线性回归的不足，引进了基于广义线性模型的两部分模型，并通过华盛顿州的实际数据进行分析，通过分析，发现性别、年龄、婚姻状况，以及性别与年龄、年龄与婚姻状况的相互影响等人口统计因素和日间护理组（Ambulatory Care Groups）等健康指标因素对医保费用有显著的影响。国外上

^① 郑秉文：改革开放30年中国流动人口社会保障的发展与挑战。中国人口科学，2008（5）：2-17。



述研究成果综合了精算学和统计学方面的知识, 具有较科学的理论支持和较高的实用价值。

关于医保费用支付和医保基金收支平衡问题, 国内相关研究起步较晚, 但已取得了一些阶段性成果。在研究方法的选取上, 前期以定性分析为主, 近年来也逐渐引入了统计学方法和精算模型, 例如, 夏苏建(2004)通过聚类分析确定定点医院的定额标准; 张侃和冯宗宪(2004)、戴伟辉等(2005)构造了多元线性回归模型、Logistic 回归模型和对数回归模型, 并利用得出的多元回归方程解释了多种风险因素与基金支付水平的关系; 任仕泉等(2001)和陈滔(2002)等利用精算学的基本原理拟合医保的损失分布, 对影响医保基金支付情况的风险因素进行了测算。

2. 医保基金的风险控制

医保服务通常由三方面参与, 第一是医疗机构即医疗服务提供者(供方), 第二是参保人即医疗服务的需求者(需方), 第三是承保人即医保基金管理机构(管理方)。目前, 国内外对医保基金风险控制的研究可以分为两类: 一是从需方角度, 二是从供方角度。从需方角度进行医保基金的风险控制, 主要通过合约如起付线、封顶线和共付比例建立费用分担机制, 关于建立相关模型并具体运用到医保风险控制实践中, 出于商业机密等因素的考虑, 公开发表的文献较少, 最著名的当数由美国联邦政府于1974年创办的“兰德健康保险试验”(The Rand Health Insurance Experiment), 该机构也曾在我国卫生部和世界银行的资助下, 于1987年在我国四川省的眉山、简阳两县开展了“中国农村健康保险试验研究”, 有关研究成果和理论可以参见Duan(1983)和Cretin(1990)。从供方角度进行医保基金的风险控制, 主要的研究和实践集中在偿付方式特别是预付制偿付方式的设计上, 除了传统方法以外, “管理式医疗”(Managed Care)是控制医疗费用增长可供选择的一种方式(冯鹏程, 2007), 目前管理式医疗在美国逐渐广泛运用于公共医保中。

三、关于医保公平性和均等化的研究

1. 国外医保公平性评价

对医保公平性、均等化现状的分析、测度与评价, 需要借助可靠、合理的方法和指标。国外几乎很少提到医保均等化这一概念, 对相关的公平性衡量方法与指标研究则开展得比较早, 研究所探讨的公平性内容主要包括健康公平、卫生服务利用公平、卫生筹资公平以及医疗保健资源分配公平, 而方法则多为指数和相关指标计算, 也有部分使用回归模型分析。

Zere 等(2007)认为, 对健康以及医疗保健的公平性测量包含三个重要的步



骤：用社会经济地位划分不同的人群，测量健康或者医疗保障水平以及量化不公平的程度。Grand (1987) 较早使用 AMD 指标、基尼系数和 Atkinson 指标作为健康不公平性的度量，并据此比较了 32 个发达国家的健康不平等情况。Water (2000) 采用集中系数和 Atkinson 指标衡量医疗服务利用和医保实施效果的平等性，并用加权社会福利效用函数测量医疗服务利用的总体水平。Gerdtham 和 Sundberg (1996)、Zere 等 (2007) 运用集中指数的计算，分别度量多种疾病在瑞典的分布公平性和健康水平、卫生服务利用在马拉维的不平等情况。Kakwani 等 (1997) 阐述了两个广泛使用的健康公平性度量指数——不公平性相对指数 (RII) 和集中指数 (CI) 之间的种种联系，并指出这两个指数在度量不公平性方面要优于以往文献中常用的其他指数。Wagstaff 和 Doorslaer (2000) 比较了两个衡量医疗保健供给水平公平性的指数，这两个指数分别通过直接标准化途径和间接标准化途径实现。直接标准化方法是将人群按收入分组，只能应用于可分组的数据，通过直接标准化方法所绘出的集中曲线表现出当样本被视为一个整体，继而同一组人有相同程度的需求时每一收入组别的人群有多少医疗需求。间接标准化方法则通过设置参照对象考虑个人医疗需求，从而可以处理个人与分组数据。文章认为间接标准化方法所得指数更精确且更易计算。不同于 Wagstaff 和 Doorslaer (2000) 表述的集中曲线描绘过程中的直接与间接标准化途径，Dushenko 和 Gravelle (2001) 讨论的是健康的直接与间接标准化方法对不平等度量的影响，他们通过实证结果指出，相对直接标准化不平等指标，间接标准化不平等指标会低估偏集中指数。Erreygers 和 Ourti (2011) 强调了变量的性质和测量范围（如变量取值是否为有限范围，变量是名义变量、比率变量还是固定变量等）会影响到应用于健康、医保、卫生服务利用等领域依赖于等级的不公平性测量指数的取值。文中详细分析了集中指数及其修正形式、Wagstaff 指数、Erreygers 指数等一系列不公平性测量指数应用于不同性质与取值范围的变量的情形，得出了各种变量适用哪种不公平性测量指数的原则（如无限取值的基数变量适用于用修正的集中指数测度不公平性）。Laudicella 等 (2009) 对贫困与剥夺的研究，提出了一个测量医疗保健供给平等性的新方法，即医疗保健剥夺属性 (HCD profile) 以及由此衍生出来的评价指数。

2. 中国医保公平性评价

王欢等 (2008) 认为随着城镇居民医保的试点和“全民医保”目标的提出，医保公平性的问题已经发生变化，先前的研究中所诟病的制度设计引起的覆盖面缺失问题已经得到了有效的缓解，目前医保的不公平主要是制度之间的不公。现有文献对医保公平性、均等化现状的研究，主要集中在两方面，一是不同医保制度间的比较，二是同一制度内部在不同地区、人群之间的比较。一般文献只涉及

其中一方面,同时分析两方面的文献较少。

在目前各项医保制度推行时间有长有短、相对封闭运行的背景下,制度之间的差异十分明显,学界的结论也高度一致,都认为无论是在筹资水平还是保障水平方面,不公平的现象仍然显著存在。制度间的比较定量研究较少,而对制度内部公平性或者综合两方面的研究,实证分析则占大多数。对中国医保公平性现状的主要实证研究有:吴成丕(2003)利用山东省威海市城镇职工医保基金的微观数据,探讨了城镇职工医保基金的运行状况和公平性。成昌慧(2008)对济南市三个样本县2007年的新农合相关入户调查数据进行了需方公平性的实证研究,采用了恩格尔系数、卫生筹资贡献率、卫生筹资公平性指数、极差比、集中指数等多项指标分析三地新农合覆盖率公平性、筹资公平性、卫生服务利用公平性和需方医疗费用补偿公平性,结果表明需方在每个环节都不同程度地存在公平缺失或者偏离公平问题。顾海和李佳佳(2009)运用2008年4月对江苏省无锡、泰州、盐城三市城镇居民医保参保居民的入户调查数据,基于收入差异的视角,通过集中指数的运用来探讨城镇居民医疗服务的可及性和可得性,并结合利用/需要比指标进一步研究城镇居民医保的受益公平性,所得到的结论为:由于高缴费地区贫困人口较难进入,参保的不公使得中等收入人群的卫生服务需求满足程度远远高于低收入人群。吕文洁(2009)基于1989~2006年的(中国家庭营养健康调查,CHNS)微观调查数据在不同地区和社会经济群体中的分布变化,通过不同特征群体参保率的比较和Logit回归分析发现,医保在城乡、省份、职业、教育水平和收入水平上的分布均存在明显差异,经济发达省份、城镇地区以及职业专业程度和稳定性高、教育程度和收入较高的群体参保概率较高,但随着时间的推移,不公平的现象得到了一定程度的改善。在各种因素中,样本所在地区和所在单位的影响最大。徐玲和简伟研(2010)利用2008年第四次国家卫生服务调查数据,以住院率、住院经济负担和自付费用占家庭年收入的比例为指标,分析三种主要医保制度之间以及同一制度内不同收入群体之间的受益公平性。结论表明,制度之间的受益不公平十分明显,而制度内的不公平在新农合中表现得最为突出,收入最高者住院服务利用率也最高。

3. 医保均等化的制约因素

国内学者普遍认为制约医保均等化的主要因素有三点:一是政府现在所制定的医保政策本身存在的问题。吴爱平(2004)通过实证分析发现,筹资标准及政府的管理力度与城镇职工医保的当地覆盖情况直接相关,不同的管理模式和支付方式也会对参保者的医疗服务利用情况产生影响。因此,制定合理的筹资标准,使用累进制费率筹资并积极探索科学合理的支付方式对提高医保各方面的公平性有着十分积极的作用。顾海和李佳佳(2009)也通过对城镇居民医保数据的实