

城乡居民

基本医疗保险的公平性研究

——以成都为例

郭 华 / 著

Research on the Equity of Rural and
Urban Residents Basic Medical Insurance Scheme
——The Case of Chengdu



西南财经大学出版社

国家社科基金一般项目“新医改背景下的新型农村
(编号:10XGL014) 部分资助

城乡居民 基本医疗保险的公平性研究 ——以成都为例

Research on the Equity of Rural and
Urban Residents Basic Medical Insurance Scheme
——The Case of Chengdu

郭 华 / 著



西南财经大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

城乡居民基本医疗保险的公平性研究:以成都为例/郭华著. —成都:西南财经大学出版社,2014.7

ISBN 978-7-5504-1495-2

I. ①城… II. ①郭… III. ①居民—医疗保险—研究—成都市

IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 158340 号

城乡居民基本医疗保险的公平性研究——以成都为例

郭华 著

责任编辑

封面设计

责任印制

出版发行

网 址

电子邮件

邮政编码

电 话

照 排

印 刷

成品尺寸

印 张

字 数

版 次

印 次

书 号

定 价



西南财经大学出版社 (四川省成都市光华村街 55 号)

<http://lib.swufe.edu.cn>

bookej@foxmail.com

610074

028-87353785 87352368

四川胜翔数码印务设计有限公司

郫县犀浦印刷厂

170mm × 240mm

12.25

225 千字

2014 年 7 月第 1 版

2014 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5504-1495-2

58.00 元

1. 版权所有,翻印必究。

2. 如有印刷、装订等差错,可向本社营销部调换。

序

《吕氏春秋·贵公》有云：“甘露时雨，不私一物。”对于公平，人类自古以来便有着无限的向往。当前，整个社会对于公平的讨论又进入了一个新的阶段。本书是郭华博士在其博士论文基础上充实完善后形成的一部对于当前城乡居民基本医疗保障制度并轨过程中产生的公平性问题进行研究的专著。在这部专著出版之时，作为郭华在国内攻读博士学位期间的导师，我应该并且能够说些什么比较有意义的话呢？

专著的主题围绕着“城乡居民基本医疗保险的公平性”展开。公平性是衡量公共政策的核心。罗尔斯曾说，关于公平，第一，每个人对与所有人所拥有的最广泛平等的基本自由体系相容的类似自由体系都应有一种平等的权利；第二，社会的和经济的不平等应这样安排，使它们被合理地期望适合于每一个人的利益，并且依系于地位和职务向所有人开放。公平性是社会医疗保险本身所应当具有的最基本的特征，也是学界、政界和公众关注的焦点问题。已有的基本医疗保险政策虽然对于基本医疗保险的公平性做出了一些要求，但是，基本医疗保险实施的过程以及结果公平更为直接地影响着参保者的切身利益。整个社会的所有成员都拥有公平地获得健康的权利，而公平的健康通过公平的基本医疗保险作用于公平的医疗服务而得以间接保证。

为什么要将原有的新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险进行合并？对于这个问题，作者对于基本医疗保险合并的理论和现实意义进行了详尽阐述。但我个人理解，基本医疗保障制度的并轨，是计划经济体制下二元社会保障制度在市场经济和新型城镇化建设过程中的必然。自20世纪90年代末和21世纪初改革基本医疗保险制度以来，我国初步建立起了以城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险制度为支柱的社会医疗保险体系，对保障国民的基本医疗服务、提高居民的健康水平和防止家庭因病致贫起到了至关重要的作用。但是城镇居民基本医疗保险存在着明显的参保人群

结构不合理、参保面窄等问题，并直接导致城镇居民基本医疗保险的共济能力不足。就医疗资源来看，农村地区在医疗资源供给、医疗消费水平、居民对于疾病和健康的风险意识等方面明显弱于城镇地区。另外，随着城镇化建设的不断推进，城乡间人口流动不断加快，医保关系接续问题逐渐凸显，也给基本医疗保险政策和管理机构提出了新的要求。人口流动加快的同时，重复参保现象出现，特别是在农村外出务工人员、在城镇就读的农村学生以及被征地农民中，这个问题尤其突出。重复参保带来的后果，是参保人群的不合理开销、国家的重复补偿和国家财政资金被套用，加重了家庭和财政的负担。最后，医疗体制的分割也造成管理的困难和障碍。由于城镇居民基本医疗保险由社会保障部门主管，新型农村合作医疗由卫生部门主管，二者分属不同的职能部门，从而由于制度的不同带来了机构单设、管理分离、资源浪费、管理成本高、管理效率低下、责任不清等问题。要消除城乡差异，实现城乡统筹发展，处理好城乡统筹中人口迁移变化问题，解决好不同居民的参保问题，提高医疗管理的水平和效率，首先要有统一的制度保障。2007年，成都市国家统筹城乡发展综合配套改革试验区设立，为改革现有医疗保障制度，解决农民患病就诊等实际问题提供了良好的契机。2009年1月1日，《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法》开始施行。在统筹城乡发展的大背景下，统一城乡二元的基本医疗保险制度成为大势所趋。在成都城乡居民基本医疗保险实施多年之后，关于其公平性的讨论也自然成为大众关注的焦点。

从公平的视角出发，以成都城乡居民基本医疗保险为例，本书对当前成都城乡居民基本医疗保险在参保、缴费以及报账水平等方面的公平性进行了分析和测算，并对该制度下参保基本医疗保险的城乡居民的医疗服务利用及健康公平等问题进行了系统的研究。在对基本医疗保险公平性研究进行规范分析并构建分析框架的基础上，本书对现行的成都城乡居民基本医疗保险制度从统筹原因、预期目标、改革进程、政策发展等方面进行了较为全面的阐述和概括。作者通过大量的实地调查取得了实证数据，通过泰尔指数和基尼系数对成都城乡居民基本医疗保险缴费、补偿和政府补贴方面的公平性，门诊及住院服务利用的公平性进行了测算；利用方差分析和探讨了城乡居民基本医疗保险参保档次的差异；基于 Heckman 两阶段模型和 Logistic（逻辑斯蒂克）回归模型分析了居民医疗服务利用和参保档次差异的影响因素；对基本医疗保险从横向公平和纵向公平两个维度进行了比较；通过差别指数、集中指数等分析了成都城乡居民的健康公平状况，通过 Logistic（逻辑斯蒂克）回归模型，对成都城乡居民健康差异的影响因素进行了分析，最后得到了一系列较为重要的结论：①在成

都市将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险统筹以后，城乡参保居民在缴费、政府补贴和报账水平等方面更加趋于公平，但统筹后的成都城乡居民基本医疗保险的公平性仍然不高；②医疗保险通过降低医疗服务的价格而使得具有价格弹性的医疗服务利用增加，门诊就诊水平存在中度的不公平，农村地区门诊医疗服务利用差异最大，供方诱导的医疗服务需求与是否参保及参保档次的高低成正向关系，且存在道德风险；③住院服务利用的公平性好于门诊服务利用的公平性，但同样存在严重的供方诱导需求和道德风险，同时，医疗保险的有无和不同档次放大了医疗服务利用的不公平；④健康不公平程度相对偏高，城镇地区健康不公平状况尤其明显。在社会医疗保险公平性研究的理论分析框架构建、研究对象和研究视角、方法的运用及研究结论上，本书多有新意。

法国大知识分子雷吉斯·德布雷曾经说：“知识分子需要投入、表态、传播，这和作家不同，和艺术家也不同。知识分子应当抱着一种干预的态度，走出自己的办公室和实验室去寻求真理。”郭华博士严于治学，勤于求知，为人谦逊。在本书的研究过程中，他多次深入实地调查，收集数据，并向同行学者求教。作为他的博士生导师，本人甚感欣慰，希望他在治学的道路上越走越好。天道酬勤，在这部专著付梓之际，写下这些文字。是为序。

蒋远胜

2014年6月于成都

目 录

1 绪论 / 1

1.1 选题背景 / 1

1.1.1 基本医疗保障制度改革问题备受关注 / 1

1.1.2 基本医疗保障的制度保障水平不断提升而公平性担忧增加 / 2

1.1.3 统筹城乡发展带来对基本医疗保障制度的新挑战 / 7

1.2 选题的意义 / 8

1.2.1 理论意义 / 8

1.2.2 现实意义 / 8

1.3 国内外研究评述 / 9

1.3.1 医疗保险公平性研究现状 / 9

1.3.2 医疗服务利用公平性研究现状 / 10

1.3.3 关于医疗服务利用公平性影响因素的研究 / 11

1.3.4 健康公平研究现状 / 12

1.3.5 健康与医疗服务利用公平性的相关研究方法 / 13

1.3.6 文献评述 / 14

1.4 研究方法概述 / 14

1.5 研究思路和技术路线 / 15

- 1.5.1 研究思路 / 15
- 1.5.2 技术路线 / 15
- 1.6 研究的创新及不足之处 / 15
 - 1.6.1 研究的创新 / 15
 - 1.6.2 研究的不足之处 / 17
- 1.7 研究的主要内容 / 17

2 基本医疗保险公平性的理论分析 / 18

- 2.1 相关概念界定 / 18
 - 2.1.1 医疗保险、医疗服务与健康 / 18
 - 2.1.2 医疗保险公平、医疗服务利用公平与健康公平 / 19
- 2.2 基本医疗保险公平性的理论基础和分析框架构建 / 20
 - 2.2.1 城乡居民基本医疗保险公平性研究的相关理论基础 / 20
 - 2.2.2 基本医疗保险公平性研究的分析框架构建 / 23
- 2.3 医疗保险、医疗服务与健康关系的经济学分析 / 25
 - 2.3.1 医疗保险与医疗服务的关系 / 25
 - 2.3.2 健康与医疗服务的关系 / 26
- 2.4 关于城乡居民健康的相关问题 / 28
 - 2.4.1 城乡居民的健康差别 / 28
 - 2.4.2 城乡居民应对健康风险的能力差别 / 29
- 2.5 健康公平、医疗服务公平与医疗保险公平的相互关系 / 30
- 2.6 健康、健康公平与社会福利 / 32
 - 2.6.1 社会、伦理、法律角度的健康公平 / 32
 - 2.6.2 基于正外部性的健康公平与社会福利 / 33
- 2.7 小结 / 36

3 现行基本医疗保险制度和成都城乡居民基本医疗保险 / 37

3.1 我国现行主要基本医疗保险制度 / 37

3.1.1 城镇职工基本医疗保险 / 37

3.1.2 城镇居民基本医疗保险 / 38

3.1.3 新型农村合作医疗 / 39

3.1.4 现有基本医疗保险制度简要评价 / 39

3.2 成都改革城乡居民基本医疗保险的基本情况 / 40

3.2.1 资料收集 / 40

3.2.2 成都市基本情况 / 40

3.2.3 统筹城乡居民基本医疗保险的原因 / 41

3.2.4 统筹城乡居民基本医疗保险的预期目标 / 41

3.2.5 成都市基本医疗保险的改革进程 / 42

3.2.6 成都城乡居民基本医疗保险基本政策的变化和比较 / 43

3.2.7 成都城乡居民基本医疗保险的实施和管理分工 / 48

3.2.8 成都城乡居民基本医疗保险运行基本情况 / 48

3.3 小结 / 49

4 成都城乡居民基本医疗保险的筹资及补偿公平性分析 / 51

4.1 数据来源与研究方法 / 51

4.1.1 数据来源 / 51

4.1.2 研究方法 / 53

4.2 成都城乡居民基本医疗保险政策对公平性的考虑 / 55

4.3 成都城乡居民基本医疗保险的横向公平分析 / 55

4.3.1 参保居民个人缴费水平比较及基尼系数测算 / 56

4.3.2	参保居民报账补偿水平比较及基尼系数测算 /	58
4.3.3	参保居民政府补贴水平比较及基尼系数测算 /	60
4.4	成都城乡居民基本医疗保险的纵向公平分析 /	63
4.4.1	按年龄划分的城乡居民基本医疗保险缴费与报账水平比较 /	63
4.4.2	按家庭经济状况划分的保险缴费与报账水平比较 /	64
4.4.3	按性别划分的城乡居民基本医疗保险缴费及报账水平比较 /	65
4.5	成都城乡居民参保档次差异及其影响因素分析 /	66
4.5.1	成都城乡居民基本医疗保险参保档次差异的列联分析 /	66
4.5.2	成都城乡居民基本医疗保险参保档次差异的影响因素分析 /	68
4.5.3	成都城乡居民基本医疗保险参保档次城乡差异的方差分析 /	71
4.6	小结 /	73
5	成都城乡居民基本医疗保险制度下门诊服务利用公平性 /	75
5.1	数据来源及研究方法 /	75
5.1.1	数据来源 /	75
5.1.2	研究方法 /	75
5.2	成都城乡居民门诊服务利用比较的结果与分析 /	77
5.2.1	成都城乡居民门诊就诊率及两周利用频率比较 /	77
5.2.2	成都城乡居民门诊就诊费用比较 /	79
5.2.3	城乡居民门诊服务利用的泰尔指数测算 /	80
5.2.4	城乡居民门诊服务利用的基尼系数测算及洛伦兹曲线 /	81
5.3	影响城乡居民门诊服务利用的多因素分析 /	82
5.3.1	变量选择 /	82
5.3.2	描述性分析 /	83
5.3.3	模型的回归结果与分析 /	85

5.4 小结 / 88

6 成都城乡居民基本医疗保险制度下住院服务利用公平性 / 90

6.1 数据来源及研究方法 / 90

6.2 成都城乡居民住院服务利用比较的结果与分析 / 90

6.2.1 不同参保档次的城乡居民住院率比较 / 90

6.2.2 分城乡的居民住院频率比较 / 91

6.2.3 城乡居民住院成本负担比较 / 92

6.2.4 城乡居民住院服务利用的泰尔指数 / 93

6.2.5 城乡居民住院服务利用的基尼系数测算及洛伦兹曲线 / 94

6.3 影响城乡居民住院服务利用行为及费用的多因素分析 / 95

6.3.1 变量选取及描述 / 96

6.3.2 统计分析与计量结果分析 / 96

6.4 小结 / 100

7 成都城乡居民基本医疗保险制度下居民健康公平及差异 / 102

7.1 数据来源与研究方法 / 102

7.1.1 数据来源 / 102

7.1.2 研究方法 / 102

7.2 成都城乡居民健康状况相关指标的描述性分析 / 103

7.2.1 被调查城乡参保居民一般状况比较 / 103

7.2.2 城乡居民两周患病率比较 / 106

7.2.3 城乡居民慢性病患病率比较 / 108

7.2.4 城乡居民两周卧床率比较 / 109

7.2.5 城乡被调查参保居民健康自评情况比较 / 110

7.3	成都城乡居民基本医疗保险参保居民健康差别指数的测算 /	111
7.4	成都城乡居民基本医疗保险参保居民健康集中指数的测算 /	113
7.5	成都城乡居民健康差别的影响因素分析 /	115
7.5.1	变量定义及描述性统计 /	115
7.5.2	影响城乡居民两周患病率的因素分析及城乡比较 /	116
7.5.3	影响城乡参保居民慢性病患者率的因素分析及城乡比较 /	123
7.6	小结 /	127
8	研究结论、政策启示与研究展望 /	129
8.1	研究结论 /	129
8.2	政策启示 /	132
8.3	研究展望 /	133
	参考文献 /	135
	附 录 /	151
	附录1 管理机构、医疗机构及参保居民访谈提纲 /	151
	附录2 城乡居民统一基本医疗保险的公平性研究参保居民调查问卷 /	155
	附录3 成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法 /	167
	附录4 成都市城乡基本医疗保险门诊统筹暂行办法 /	175
	附录5 成都市大病医疗互助补充保险办法 /	179
	后 记 /	184

1 绪论

1.1 选题背景

1.1.1 基本医疗保障制度改革问题备受关注

18 世纪末 19 世纪初的欧洲,伴随着其工业化进程的加快,为缓解不断激化的阶级矛盾,继德国于 1883 年颁布《劳工疾病保险法》之后,各国也相继建立和实施了一系列的社会保障制度。一般意义上的社会保障(Social Security)是指国家和社会通过立法对国民收入进行分配和再分配,对社会成员特别是生活有特殊困难的人们的基本生活权利给予保障的社会安全制度。社会保障最初是指收入补贴(Income Support),这一提法最早见于美国 1935 年通过的《社会保障法》,1984 年国际劳工局把关于这一词汇的各种解释概括为:“社会通过一系列的公共措施向其成员提供的用以抵御因疾病、生育、工伤、失业、伤残、年老和残废(疾)而丧失收入或收入锐减引起的经济和社会灾难的保护、医疗保险的提供及有子女家庭补贴的提供。”我国 1994 年的《劳动法》中加入了社会保障这一内容。社会保障的本质是维护社会公平以促进社会稳定发展。社会保障主要包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置等。社会保险是社会保障的核心,而社会医疗保险又是社会保险中一个非常重要的方面。自诞生之日起,医疗制度改革便成为了一个世界性的难题。

我国医疗保障制度的发展历程跌宕起伏。从新中国成立之初到 20 世纪 70 年代末,尽管并未实现全国范围内的医疗服务全免费,但在计划经济体制下,医疗服务费用低廉,病人就诊成本并不高。1978 年后,经济、人口、医疗机构的转变,使得原本的医疗卫生体制难以满足人民群众的医疗服务需求;同时,经济转轨带来了医院经营方式的转变,医院医疗费用的管理权下放到省级行政管理部门,政府公共卫生投入占医院收入的比例越来越小,医务人员收入

形式发生转变。1994 年我国开始进行多种形式的医疗改革, 1998 年国务院出台《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》, 标志着我国医疗卫生体制改革全面展开。但 1991—2000 年的十年间, 医疗费用负担不公平、医疗费用膨胀、医疗服务质量低下等问题仍然普遍存在。同期统计数据显示, 全国卫生总费用以年均 18.3% 的速度不断上涨; 人均卫生总费用年均增长 17.2%, 远高于同期经济增长水平。与此同时, 城乡之间的医疗保障差距不断扩大。WHO (世界卫生组织) (2000) 发布的世界卫生报告显示, 在其对全世界 191 个国家医疗制度指标的评价中, 中国总体医疗制度表现名列第 144 位, 在医疗费用负担的公平性方面排名等 188 位。这引发了各界对于我国医疗体制改革的一系列争论。

2002 年 10 月, 中共中央、国务院在《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中明确指出: “要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。” 2003 年, 新型农村合作医疗制度在部分县 (市) 开始试点, 同年, 中国共产党十六届三中全会提出统筹城乡发展。2005 年, 建设社会主义新农村成为党和政府当前工作的重中之重。2007 年, 党的十七大提出: 建立中国特色的医药卫生体制, 逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标, 提高全民健康水平, 深化医药卫生体制改革。同时, 国务院出台《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》, 城镇居民基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险开始试点。2009 年, 中共中央、国务院相继出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011 年医药卫生体制改革近期重点实施方案》。我国基本医疗卫生制度面临着巨大的挑战。

1.1.2 基本医疗保障的制度保障水平不断提升而公平性担忧增加

从目前现状来看: 首先, 覆盖我国城乡的基本医疗保障体系框架已经初步建立。整个基本医疗保障体系框架由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度、城乡居民基本医疗保险以及城乡医疗救助制度组成。基本医疗保障体系三维分立态势明显, 并成为建立覆盖全民的基本医疗保障进程中的重大问题。其次, 国家基本药物制度初步建立, 政府公办基层医疗卫生机构全部实施基本药物零差率销售。再次, 现有基本医疗保障覆盖率已经达到相当水平。截至 2010 年年底, 全国参加城镇基本医疗保险人数为 43 263 万人, 其中参加城镇职工基本医疗保险人数 23 735 万人, 参加城镇居民基本医疗保险人数 19 528 万人 (人力资源和社会保障部, 2011)。参加新型农村合作医疗人口数达 8.36 亿人, 参加率为 96%, 比 2009 年增长 2% (卫生部,

2011)。最新数据表明,2011年年底,全国基本医疗保险参保人数超过13亿,覆盖率达到95%(人民网,2012)。最后,基层卫生院建设成果显著。自2009年进行新医改以来,全国有2200多所县级医院和3.3万个城乡基层医疗卫生机构得到改造和完善(中国政府网,2012)。统计数据表明:每千农业人口乡镇卫生院床位由2009年的1.05张增加到2010年的1.12张、每千农业人口乡镇卫生院人员由2009年的1.28人增加到2010年的1.30人(卫生部,2011)。但是,在覆盖全体居民的基本医疗保障体系初步建成和高覆盖率的背后,是城乡居民健康、政府卫生投入、医疗保障支出、医疗保障制度、医疗服务和保障水平在地区、城乡以及不同经济特征人群中存在差异和不公平现象。具体表现为:

(1) 城乡居民健康差异明显。第四次全国卫生服务调查(NHSS,2009)数据显示:农村人口的身体状况明显弱于城市人口。以两周患病率(Two-week Prevalence Rate)为例,整个农村地区2008年两周患病率较2003年上升了3.7个百分点。年龄标准化后的两周患病率,城市地区由1993年的16.4%下降为2008年的14.8%,而农村地区则由1993年的13.2%上升为2008年的14.8%,三类农村地区两周患病率增速最快,由1993年的12.7%增长为2008年的15.6%。学术研究也表明,长期以来的二元医疗保障制度,使得城乡居民医疗保障水平仍然存在很大差距(李敏敏,蒋远胜,2009)。

(2) 政府投入的城乡差异明显,农村地区个人卫生负担重。图1-1给出了政府卫生投入以及农村个人卫生投入占农村卫生总费用和农村卫生总费用占全国卫生总费用比重的变化情况。可以看出,1991—2005年间,农村卫生总费用占全国卫生总费用比重以及政府农村卫生投入占农村卫生总费用的比重均

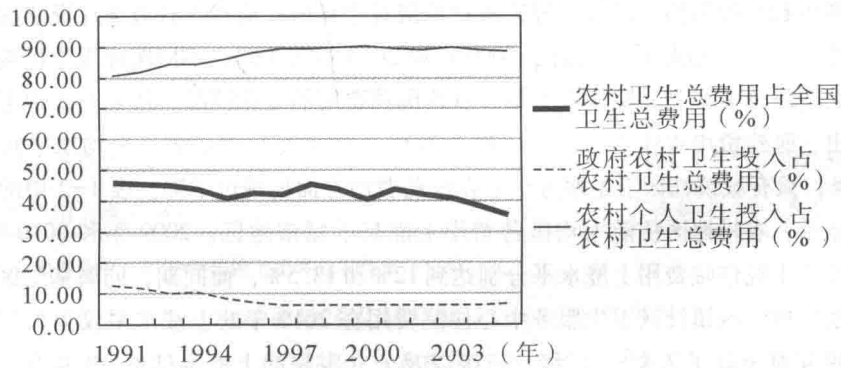


图1-1 农村卫生费用变化情况

[数据来源] 根据《中国卫生统计年鉴》整理。

呈现逐渐下降的趋势。这一下降趋势的背后，是城镇卫生费用占全国卫生费用的比重不断上升。这一趋势在 2000 年之后更加明显。政府卫生投入主要流向城镇地区，农村卫生投入相对不足。与此同时，农村个人卫生投入占农村卫生总费用的比重则呈现不断上升的趋势，表明在农村地区，个人卫生负担不断加重。从第二次和第三次全国卫生服务调查数据中分年度城乡居民就医完全自费比例对比情况来看：1998 年和 2003 年，所调查地区城乡居民在就医时完全自费的比重分别为 76.4% 和 70.3%，其中城市分别为 44.1% 和 44.8%，农村分别为 87.3% 和 79%。同期卫生费用增长远高于该时期 8%~10% 的经济发展水平，部分地区高达 25%，超出了全球平均卫生费用增长水平和发达国家的卫生费用增长水平（郑晓瑛，2000）。第四次全国卫生服务调查显示：2008 年，农村住院费用报销比例为 26.6%，城镇为 49.3%；农村住院病人人均自付费用占家庭人均年收入的 56.0%，城镇居民为 38.2%。2006—2008 年，农村居民家庭人均医疗卫生支出占家庭人均生活消费性支出的比例从 6.6% 上升到 11.6%，占居民家庭人均纯收入的比例从 5.16% 上升到接近 9%。农村居民应就诊而未就诊比例为 37.8%，应住院而未住院的比例达到 24.7%（NHSS，2009）。在他们当中，因为经济困难和就诊费用太高而产生应就诊而未就诊、应住院而未住院的居民比例占到 28.8%。

（3）医药费用整体上涨明显，农村基层卫生院医药费用上涨速度明显高于城镇社区基层卫生服务中心。研究表明，医药费用上涨的主要原因包括：人口结构、人口数量的变化（张亚东，2003）；疾病结构的变化，医学科学发展和新技术的应用，医疗保险制度本身的缺陷如保险范围不合理，对公共健康维护的忽视，筹资补偿机制，管理成本的不合理；医疗服务组织的结构与机制缺乏竞争和有效制约，以及非理性医疗消费观念和医疗消费方式对医疗资源的浪费等。表 1-1 和表 1-2 给出了 2009 年和 2010 年两年间，不同医疗卫生机构门诊次均医药费用和住院病人人均、日均医药费用的变化情况。从表 1-1 中可以看出，医药费用整体上涨明显。医药费用上涨幅度整体较大，平均水平接近 10%，只有城镇社区卫生服务中心在医药费用方面出现过下降。表 1-2 中的数据显示，农村地区住院人均医药费用上涨高于城市地区。2009 年和 2010 年，乡镇卫生院住院费用上涨水平分别达到 12% 和 13.5%，而同期，同属基层医疗卫生机构的城镇社区卫生服务中心住院费用在 2010 年的上涨水平仅为 1.7%，2009 年则下降了 7.8%，二级、三级以及公立医院的上漲幅度在 9% 左右。乡镇卫生院门诊费用上涨的同时，城镇社区卫生服务中心门诊费用则不断下降。城镇基层卫生机构住院人日均医药费用上涨高于农村地区乡镇卫生院。在城

市，参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的不同人群，面对的是不同的缴费水平、补偿水平和相同的医药费用上涨水平。而农村参保居民要面对的则是高于城镇居民几倍甚至十几倍的人均门诊和住院费用的上涨。

表 1-1 2009 年和 2010 年医院门诊与住院病人医药费用的变化情况

	社区医院		公立医院		三级医院		二级医院	
	2010 年	2009 年	2010 年	2009 年	2010 年	2009 年	2010 年	2009 年
门诊病人人次均医药费用（元）	166.8	152.0	167.3	152.5	220.2	203.7	139.3	128.0
门诊费用上涨（%）	9.7	9.9	9.7	9.9	8.1	8.4	8.8	9.7
住院病人人均医药费用（元）	6 193.9	5 684.1	6 415.9	5 856.2	10 442.4	9 753.0	4 338.6	3 973.8
住院费用上涨（%）	9.0	8.6	9.6	9.2	7.1	8.7	9.2	9.0
住院病人日均医药费用（元）	590.6	540.3	600.6	548.3	833.3	767.9	460.4	421.9
日均费用上涨（%）	9.3	10.7	9.5	11.1	8.5	12.9	9.1	9.8

〔数据来源〕2010 年我国卫生事业发展统计公报。

表 1-2 2009 年和 2010 年基层医疗卫生机构门诊与住院病人医药费用的变化情况

	城镇社区卫生服务中心		乡镇卫生院	
	2010 年	2009 年	2010 年	2009 年
门诊病人人次均医药费用（元）	82.8	84.0	47.5	46.2
门诊费用上涨（%）	-1.4	-3.7	2.8	8.7
住院病人人均医药费用（元）	2 357.6	2 317.4	1 004.6	897.2
住院费用上涨（%）	1.7	-7.8	12.0	13.5
住院病人日均医药费用（元）	227.7	218.5	194.5	187.3
日均费用上涨（%）	4.2	16.9	3.8	5.1

〔数据来源〕2010 年我国卫生事业发展统计公报。

（4）医疗卫生支出存在地区及城乡间不公平。有学者指出，产生卫生服务支出不公平的根源在于中国城市与农村居民医疗支出严重失衡。这种层次的不公平性大体上可以归结为中国的东部、中部和西部在平均医疗支出水平上的差异，而医疗支出不公平问题在中国农村内部和城市内部同样存在（魏众、