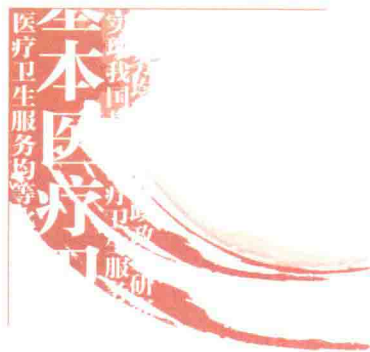


“十三五”国家重点出版物出版规划项目

★ 转型时代的中国财经战略论丛 ▲

实现我国基本医疗卫生服务均等化的 财政政策研究

孟庆平 著



中国财经出版传媒集团



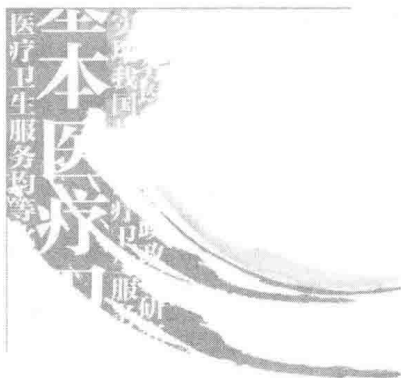
经济科学出版社
Economic Science Press

“十三五”国家重点出版物出版规划项目

★ 转型时代的中国财经战略论丛 ▲

实现我国基本医疗卫生服务均等化的 财政政策研究

孟庆平 著



中国财经出版传媒集团



经济科学出版社
Economic Science Press

图书在版编目 (CIP) 数据

实现我国基本医疗卫生服务均等化的财政政策研究/
孟庆平著. —北京: 经济科学出版社, 2017. 12
(转型时代的中国财经战略论丛)
ISBN 978 - 7 - 5141 - 8806 - 6

I. ①实… II. ①孟… III. ①医疗保健事业 - 卫生
服务 - 财政政策 - 研究 - 中国 IV. ①R199.2 - 012

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 313974 号

责任编辑: 于海汛 胡蔚婷
责任校对: 靳玉环
责任印制: 潘泽新

实现我国基本医疗卫生服务均等化的财政政策研究

孟庆平 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编: 100142

总编部电话: 010 - 88191217 发行部电话: 010 - 88191522

网址: [www. esp. com. cn](http://www.esp.com.cn)

电子邮件: [esp@ esp. com. cn](mailto:esp@esp.com.cn)

天猫网店: 经济科学出版社旗舰店

网址: [http: //jjkxcs. tmall. com](http://jjkxcs.tmall.com)

固安华明印业有限公司印装

710 × 1000 16 开 13 印张 200000 字

2017 年 12 月第 1 版 2017 年 12 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5141 - 8806 - 6 定价: 32.00 元

(图书出现印装问题, 本社负责调换。电话: 010 - 88191510)

(版权所有 侵权必究 举报电话: 010 - 88191586)

电子邮箱: [dbts@ esp. com. cn](mailto:dbts@esp.com.cn)

总 序

转型时代的中国财经战略论丛

《转型时代的中国财经战略论丛》(以下简称《论丛》)是山东财经大学“特色名校工程”建设的特色项目和重要成果,也是经济科学出版社与山东财经大学合作推出的系列学术专著出版计划的一部分,更是山东财经大学近年来致力于学术兴校战略一批青年学者在经济和管理研究方面的部分成果汇报。

山东财经大学是一所办学历史悠久、财经特色鲜明、综合实力突出,在国内外有一定影响的普通高等财经院校。学校于2011年由原山东经济学院和原山东财政学院合并组建而成。2012年成功实现财政部、教育部、山东省人民政府三方共建。2013年获得博士学位授予权,并入选山东省“省部共建人才培养特色名校立项建设单位”。山东财经大学还是中俄经济类大学联盟创始高校之一、中国财政发展2011协同创新中心和会计改革与发展2011协同创新理事单位。学校的发展为教师从事科学研究创造了良好环境和宽广平台。近年来,学校以建设全国一流财经特色名校为目标,深入实施“特色名校工程”,大力推进改革创新,学校发展平台拓宽,办学层次提高,综合实力增强,社会声誉提升,学校进入了内涵发展的新阶段。为推进“特色名校工程”建设,学校修订了科研成果认定和奖励制度,完善了科研评价与激励机制,同时实行“优秀青年人才特殊支持计划”和“青年教师境外研修计划”等,为青年教师脱颖而出和学术成长提供了政策保障。

随着经济全球化、区域一体化、文化多样化深入发展,新一轮科技革命和产业变革蓄势待发,我国经济发展进入新常态,但发展方式粗放、创新能力不强、资源环境约束加大等不平衡、不协调、不可持续问题依然突出,迫切需要更多依靠创新驱动谋求转型发展的出路。为了应

对当今世界的深刻变革，我国启动了“双一流”建设，对财经学科发展提出了严峻挑战，同时又面临难得的机遇。作为以经管学科为主的财经类大学，如何坚持科研服务社会、服务人才培养的方向，主动适应实施创新驱动战略的要求，自觉对接国家和区域重大战略需求，充分发挥在经济和管理研究领域的优势，为国家和区域经济社会发展提供更大智力支持、培养更多高质量人才，一直是财经类大学更好履行使命的重要职责。《论丛》的出版，从某种程度上应和了这种趋势和需求，同时，展现了山东财经大学“特色名校工程”的建设成效和进展，对激励学者潜心研究、促进学术繁荣发展、加强对外学术交流和扩大学校社会影响具有重要推动作用。

作为山东财经大学从事财经教育和人文社科研究的青年学者，都要积极应对和研究时代赋予的重大命题，以求是创新的精神风貌，遵循科研规律，坚持教研相长，长于独立思考，善于团结协作，耐得住寂寞，放得下功利，才能不断推进学术创新，勇攀科学高峰，孕育无愧于时代的精品力作，努力成为社会科学创新的新生力量。

《论丛》的出版凝结了山东财经大学青年学者的心血和汗水，尽管可能存在一些不足，但是正如哲人所言“良好的开端就成功了一半”。相信只要青年学者们持之以恒，不辍耕耘，必能结出更加丰硕的成果。伴随着中国经济发展、改革和转型步伐的加快，我们期待着有更多更好的学术成果问世！真诚欢迎专家、同行和广大读者批评指正。

山东财经大学校长



2016年5月17日

前 言

转型时代的中国财经战略论丛

经济学存在的前提假设是资源的稀缺性。由于资源稀缺性的存在我们才需要借助经济学的方法和手段研究资源合理配置的工具和模式。而医疗卫生服务资源与其他资源相比稀缺性特征更加明显。从医疗卫生服务需求的角度讲,这种需求是必需的,每个人都会经历疾病,疾病发生时若没有医疗卫生服务就无法继续工作甚至生存;但从另一个方面讲,对医疗卫生服务的需求弹性是很大的,如果没有资源约束,人们对医疗卫生服务的需求量可以很大,因为每个人总希望自己的身体能够得到更多的检查,为了保证更好的身体状况,他们可能会很频繁地使用高科技的医疗设备、更多有保健作用的药物等,而且随着收入的提高人们对医疗卫生服务的需求会不断增加。需求的增加与医疗卫生资源的稀缺使得探讨医疗资源的合理配置、实现基本医疗卫生服务均等化成为重要的研究课题。

改革开放以来,我国医疗卫生事业取得了明显进展,医疗卫生服务提供能力显著增强。但伴随着医疗卫生服务提供能力的增强,不同地区之间、城乡之间以及不同个人之间享受医疗卫生服务的水平却存在着越来越大的差别。党的十八届三中全会提出我国经济进入新常态模式,其基本含义就在于从外延型、范围型经济增长转向内涵型、质量型经济增长。具体可以体现为增速适度、结构优化、效益提高、民生改善四个方面。“着力保障和改善民生”、“注重实现基本公共服务均等化”已成为统筹城乡发展、促进区域协调发展的重要手段。努力推进基本公共服务均等化,将是下一阶段改善民生、构建和谐社会的重要内容,而基本医疗卫生服务是基本公共服务的重要组成部分。由于区域间、各社会阶层间的收入和包括医疗卫生在内的基本公共服务都存在一定的差距,社会

成员之间依靠自己的力量享受到的公共卫生和基本医疗卫生服务肯定存在差距,要缩小这种差距,实现居民间基本医疗卫生服务大致均等化,政府干预特别是从财政政策上予以配套支持是必不可少的。

在基本医疗卫生服务均等化的研究领域,实现医疗卫生资源的均等化毫无争议地被认为是基本医疗服务均等化的重要内容之一,而且常被作为考察基本医疗卫生服务均等化的主要对象。医疗卫生资源是指用于医疗服务的各类医疗资源的总和,一般包括资金、技术、人才、设备及其他相关条件,其中,“医疗卫生机构数”、“卫生机构床位数”、“卫生人员数”等最为常用。另外,均等化的本质是通过某一个层面的结果平等来达到机会的均等,公民不因性别、年龄、民族、地域、户籍而受到不同的待遇。鉴于此,本书以实现基本医疗卫生服务均等化为目标,侧重于分析有限的医疗资源分配机制的公平合理性,探索社会各阶层人群因收入、居住地、教育程度和职业等差别所享有的基本医疗卫生服务的差异性表现,并探寻其原因,最终给出政府通过财政政策设计实现该目标的路径。

2 | 本书在对医疗卫生服务均等化的概念、衡量均等的指标等基础问题做出理论界定以后,对我国当前医疗卫生服务不均等的现状做了数据收集和统计分析,选用人均医疗保健支出、千人拥有医疗设施和技术人员数等为基本指标,对我国不同地区在这些指标上存在的差异做了平均水平分析、偏离度分析和泰勒指数分析。并以山东省为例,通过问卷调查和数据分析进行典型个案研究,以点看面,支撑全国范围的研究结果。在对现状进行实证研究论证的基础上,找出当前基本医疗卫生服务存在差异和不公平的原因。并在借鉴其他国家实现基本医疗卫生服务均等化所采取的政策措施经验的基础上,归纳总结出我国政府在实现基本医疗卫生服务均等化方面需做出的政策改进,包括政府与市场职能的合理界定、财政支出政策、医疗体系制度的进一步改进和完善、社会医疗保障制度的创新等。

目 录

转型时代的中国财经战略论丛

第1章 总论	1
1.1 问题的提出	1
1.2 国内外相关研究的文献综述	3
1.3 本书的研究框架	25
第2章 理论基础	27
2.1 基本医疗卫生服务均等化的概念	27
2.2 基本医疗卫生服务均等化的经济学原理	30
2.3 基本医疗卫生服务均等化的社会学原理	51
第3章 我国基本医疗卫生服务不均等现状分析	66
3.1 我国基本医疗卫生服务的城乡差异现状	66
3.2 我国基本医疗卫生服务的地区差异现状	71
3.3 山东省基本医疗卫生服务不均等现状的个案分析	90
第4章 我国基本医疗卫生服务均等化实现的约束条件	116
4.1 经济体制因素的制约	117
4.2 医疗卫生服务供求双方的约束	124
4.3 医疗保险制度不完善的约束	125
第5章 医疗卫生服务均等化的国际运行实践与经验借鉴	130
5.1 美国和加拿大的运行实践	130

5.2	欧盟国家的运行实践	139
5.3	澳大利亚的运行实践	145
5.4	巴西的运行实践	150
5.5	亚洲国家的运行实践	152
5.6	世界各国促进医疗卫生服务均等化对策对我国的 启示和借鉴	155
第6章	实现我国基本医疗卫生服务均等化的财政政策选择	160
6.1	合理界定政府为实现基本医疗卫生服务均等化中的 作用	160
6.2	提高医疗卫生服务在不同地区和人群间的可及性	167
6.3	建立全民基本医疗保障制度	181
6.4	强化财政在实现基本医疗卫生服务均等化中的 职能	185
	参考文献	188

第1章 总 论

1.1 问题的提出

改革开放以来,我国医疗卫生事业取得了明显进展,医疗卫生服务提供能力显著增强。但伴随着医疗卫生服务提供能力的增强,不同地区之间、城乡之间以及不同个人之间享受医疗卫生服务的水平却存在着越来越大的差别。党的十八届三中全会提出我国经济进入新常态模式,其基本含义就在于从外延型、范围型经济增长转向内涵型、质量型经济增长(李扬,2014^①)。具体可以体现为增速适度、结构优化、效益提高、民生改善四个方面(郑新立,2014^②)。而民生改善一个重要的方面就是医疗卫生服务水平的提高和均等化程度的改善。

据统计,我国占总人口70%的农村人口,仅占不到20%的卫生资源。农村卫生总费用中政府卫生投入和社会卫生投入比重偏低,而农民个人直接支付费用占比较高。^③目前农村实施的新型合作医疗制度,其主要原理和保险一样,是通过群体合作降低个人患病的经济风险,但必须有很多具有不同风险的人参与才能发挥作用,否则就要提高缴纳的保险费。对全国卫生服务调查的结果以及一些学者的实际调研表明,农民对新农合的参与率并不高,而且开展的也主要是大病保险,并没有很好地解决农民的基本医疗保障问题。如果保险费主要由农民自己支付,受农民收入的限制,现在提高保险费只能使更多人不愿意

①② 2014 中国财经战略年会(北京)发言稿。

③ 樊代明:《加减乘除话医改系列:医疗资源配置城乡差别巨大》,载于《医学争鸣》2016年第3期。

参加；如果采取强制参加的方式，可能只会成为农民的另一种负担。因此，农民基本医疗保障筹资的欠缺也阻碍了农民更好地获得医疗卫生服务。

医疗服务公平和人民的健康是各国卫生系统向其国家居民提供医疗服务所应实现的两个重要目标。健康是人人所具有的一项权利，是人人可以享有的，不应该因为各国医疗系统的不同所导致的医疗服务筹资和供给的不同而受到影响（陈迪与谭丽焱，2016）。2000年，世界卫生组织对191个成员的卫生系统分三个方面进行了绩效评估。在卫生负担公平性方面，中国排在倒数第4位，其中主要原因之一就是居民医疗保障服务水平差距依然显著，与巴西、缅甸和塞拉利昂等国一起排在最后，被列为卫生系统“财务负担”最不公平的国家之一。零点调查与指标数据于2010年初发布的一项关于中国城乡居民医疗保障享有情况的调查结果显示：在人口众多而相对贫困的广大农村地区，高达79.4%的居民没有任何医疗保险，这部分群体一旦生病，所有的医疗费用均需农民自己承担。农民没有享受最基本的国家医疗卫生福利，是不少农民因病致贫、因病返贫的主要原因。另据卫生部统计信息中心发布的《2011年中国卫生事业发展情况统计公报》中的数据显示，2010年，全国卫生总费用达29980.4亿元，城市卫生费用占卫生总费用的77.6%，农村占22.4%。同一年，全国13.14亿人口中，44%是城镇居民，56%是农村居民。城市人均卫生费用1145元，农村人均卫生费用442元，城市是农村的2.6倍。2013年，世界卫生组织发布的《世界卫生报告》指出，医疗卫生服务的改革目标将特别放在改善国家之间和国家内部的卫生服务覆盖面方面。

本书以实现基本医疗卫生服务均等化为目标，侧重于分析有限的医疗资源分配机制的公平合理性，探索社会各阶层人群因收入、居住地、教育程度和职业等差别所享有的基本医疗卫生服务的差异性表现及原因，从而给出政府通过财政政策设计实现该目标的手段，具有重要的理论意义。

鉴于我国基本医疗卫生服务在不同地区、人群及城乡之间存在的不均等现状，探寻其中原因，对通过医疗卫生服务体系、医疗保健体系及政府财政支出结构等各项制度的重新构建缓解不均等的现状有着重要的现实意义。

1.2 国内外相关研究的文献综述

1.2.1 国外相关研究的文献综述

医疗卫生服务均等化是指社会成员能无差别地享有同等质量的公共卫生服务、基本医疗卫生服务以及医疗保障服务，其实质是公平，并且是与效率相统一的公平。鉴于医疗卫生服务市场的不确定性和不完全性，以及医疗资源的有限性，完全依赖市场机制分配医疗资源势必会导致不公平的结果，特定人群的利益得不到保障。因此，通过政府干预和适当的公共政策调节实现医疗卫生服务均等化是世界各国学者和政策制定者一直关注的热点问题之一，对这一领域的研究也有很多。

1. 均等化的概念研究

医疗卫生服务是一国社会成员的基本权利，人人都该享有公平的维护健康的权利。医疗卫生服务均等化不仅包括健康公平，还包括公平获得健康的渠道。卢·安·阿黛（Lu Ann Aday）和罗纳尔德·安德森（Ronald M. Andersen, 1981）指出，医疗卫生服务均等化研究的前提假设是，医疗卫生服务是一项权利，而医疗卫生服务资源是有限的，医疗政策应该关注的是对有限的医疗资源如何实现公平分配的机制的设计。赛德尔（Sidel, 1978）和怀特（White, 1971）指出区分健康的权利（Right to Health）和医疗卫生服务权利（Right to Health Care）两个概念的重要性。他们认为很多要素会影响到健康，如个人行为会导致不健康，而这些因素超出了政府确保其作为一项基本权利的能力。而医疗卫生服务权利隐含了通向医疗卫生服务的渠道，它本身可能导致也可能不会导致健康问题。麦嘉维（McGarvey, 1978）进一步区分了通向医疗卫生服务的权利与医疗卫生服务中的权利（Right in Health Care）两个概念。前者考虑的是通向的渠道，后者关注的是渠道已经获得以后病人与医生之间的个人联系。在考虑医疗卫生服务均等化问题时，最首要的目标是考虑实现通向医疗卫生服务渠道的均等化。

关于均等化，国外不少学者的研究提到了城乡之间的均等，这样的研究大体来说是从工业革命时期开始的。从西方大部分发达国家城乡关系的发展历程来看，其城乡关系一般都经历了从分割到融合的演进过程。针对各个国家不同的实践经验，学者们提出了不同的观点。

18世纪中期，工业革命在英国兴起，机器生产代替了人工生产，经济开始快速发展，城市出现扩张现象，农村劳动力出现剩余，导致了城乡差距越来越大。城乡关系问题开始为学术界所关注。国外最早提出城乡统筹观点的是以圣西门、傅里叶等为代表的空想社会主义学家。随后，意大利学家包泰罗（1588）在《城市论》中，通过对城市规模和农产品的工具的研究，得出了农业是城市基础的结论。英国经济学家亚当·斯密（1776）在其撰写的《国民财富的性质和原因的研究》（即《国富论》）中提出：分工制度的不同，导致了农业生产和工业生产的生产率完全不同，进而造成农村与城市的差距扩大。他的这种理论被普遍认为是西方国家城乡二元结构理论的起源。

英国著名城市规划学说的奠基人埃比尼泽·霍华德（1889）在《明日的田园城市》一书提出了著名的“田园城市”思想。他建议用城乡一体化的结构形态取代城乡分割的结构形态，他认为城乡各自具有不同的优缺点，若两者紧密结合便能彰显优点规避缺点，因此可以将农村和城市紧密结合起来。

马克思、恩格斯在空想主义理论的基础之上，提出了科学社会主义学说。在城乡关系方面，他们提出了新的观点，认为城乡融合是城乡发展的必然结果。在《共产主义原理》中他们提出：城乡关系的演进在每个阶段都有各自的特点，在经济、社会演进发展过程中，城乡关系可以分成三个阶段：①乡村孕育城市阶段：在这个阶段乡村在社会体系中占主导地位；②城市快速发展阶段：在这个阶段，随着工业化发展速度加快，城市在各个方面都领先于农村；③城乡互相促进共同发展阶段：在这个阶段，城乡之间依赖程度逐步增加，两者相互依存、协调合作，最终实现互惠共生融合发展。在《共产党宣言》中他们指出：是资产阶级使得城市凌驾于农村之上，农村为城市所支配；应该使农业和工业相融合，促使城乡对立逐步消灭。恩格斯在《论住宅问题》中，反驳了“城乡对立是必然的、无法避免的”这一思想，他认为随着资产主义瓦解，城乡对立自然而然会消失。

20 世纪中期,随着城市的快速发展,农村城市化进程速度加快,美国著名建筑师伊利尔·沙里宁(1945)针对当时城市发展速度过快的现象撰写了《城市:它的发展、衰败与未来》一书。在这本著作中,他第一次提出“有机疏散”理论。他认为当时已经趋向衰败的城市需要合理的城市规划,而农村在城市化过程中显现的经济、社会问题,为城市发展及城市空间布局提出更高的要求。“有机疏散”理论核心在于分割目前过于拥挤的城市区域,形成相互隔离又相互关联的小面积区域;这些小区域相互关联且相差不大,能有效解决城市发展过快而产生的各种问题,即将城市变为多个“城乡区域均质体”^①。即使在今天来看,“有机疏散”理论依然是现代城市建设过程中具有重大指导功能的重要方针。

20 世纪中叶以来,发展中国家也进入了城市快速发展的时期,并导致了非常严峻的城乡二元分割问题。与此同时,发达国家已经处于城乡关系逐步改善并融合的发展局面。圣卢西亚共和国著名发展经济学学者威廉·阿瑟·刘易斯(1954)在其发表的著名的《劳动无限供给条件下的经济发展》一文中提出了“二元经济模型”。这个模型的核心思想在于:由于农业和工业的劳动生产率存在差异,传统部门劳动力供给具有二元特征,即某一阶段农业部门劳动力的生产率为零,当其全部转移到工业部门之后会逐步提高,并引发产业结构的改变,二元结构最后会转变为一元结构。这个模型在经济学界引起巨大反响,也帮助他获得了 1979 年的诺贝尔经济学奖。

美国发展经济学家阿尔伯特·赫希曼(1958)撰写了《经济发展战略》一书,提出不平衡发展理论。他认为,资金不足是发展中国家经济发展过程中遇到的最大问题,由于社会财力是有限的,因此政府应当把有限的财力用到最需要发展的产业上去,并通过这项产业的发展带动其他产业发展,最终达到共同发展的目标。

法国经济学家弗朗索瓦·佩鲁(1961)在《二十世纪的经济》一书中提出“增长极”理论,他认为经济社会中生产关系的主体如城市与农村、工业与农业之间存在着支配和被支配的关系,是不平衡的;政府可以通过区域的不平衡发展战略,将资源集中于优势明显的区域,使

^① 伊利尔·沙里宁:《城市:它的发展、衰败与未来》,中国建筑出版社 1986 年版。

其快速发展,之后利用扩散效应,带动周边地域发展,进而实现整体区域的共同发展^①。

20世纪80年代以来,很多发展中国家发展迅速,出现了区域差距扩大、城乡对立等问题,学术界出现各种新的发展理论。浪迪特(2004)提出“次级城市发展战略”^②理论,他建议建立次级城市体系来作为城乡之间的中间组织,推动城乡经济、行政制度上的交流。

2. 医疗卫生服务公平理论综述

健康公平与医疗卫生服务均等化是一个问题的两个方面,西方学者在讨论医疗卫生服务均等化问题时,无不把此与“公平”“公正”“正义”等概念相联系,提出医疗卫生服务均等化的相关原则。

罗尔斯(Rawls, 1971)的社会公平理论。该理论主张社会应为每一个成员提供平等而充分的健康保障,根据他们的需要进行分配,而不论他们的财富与社会地位如何。只要在分配基本权利和义务时不在人们之间任意制造差别,只要这些准则能够对社会生活中相互对抗的利益要求确立恰当的平衡,那么体制就是正义的,也就是公平的。他认为实现社会公平的两条原则是:①平等原则,即每一个人都在广泛的基础上享有平等的权利,而不与其他人类的权利相冲突。②优先原则,即在社会的经济的不平等出现时,将被重新安排,使得一方面能够保证向处于社会不利地位的人给予最大利益;另一方面,在机会均等的条件下,使所有人获得最大分配和地位。根据这一理论,医疗卫生服务均等化体现在医疗系统中的各方都能够从制度的运行中得到公平的利益分配,使利益相关各方在对抗中得到平衡。

赫尔利(Hurley, 2000)的按需分配论。他认为如果那些最需要医疗资源的人是那些从保健服务中得到最多利益的人,在最大化健康所得的效率目标下,平等与效率就可兼顾。但是这取决于对需要定义的充分性,需要的程度和满足这种需要的资源的数量。一个被蜜蜂蛰伤有严重过敏反应只需要简单的医疗处理和少量抗毒性药物花费的人,他的医疗

① 弗朗索瓦·佩鲁:《新发展观》,华夏出版社1987年版。

② Graebl, Karin Sylvia and Alexandre Reis Graebl. 2004. Urbanization solutions of a third world country's metropolis to its social environment challenges [J]. *Journal of urban Economics*, 2004, 8: 36-51.

需要可能会比一个有中度白内障需要手术的人少，虽然后者需要更多的医疗卫生服务支出，但是并不能说明中度白内障患者有优于被蜜蜂蛰伤的人的医疗需要。

哈德恩（Hadorn，1991）的救治公平论。他批评了美国俄勒冈州卫生署按照优先性对医疗卫生服务进行分类的做法（如把阑尾切除术排在第一位，把滤过性毒菌疵排在第十七位），他认为这种只注重“成本—效果”的做法违反了救治原则，即对于人们突发性生命威胁状况必须尽最大可能进行救治的一种社会伦理责任。

阿萨里那（Atharina，2006）的应得与可获得公平论认为公平的大部分考虑可以通过两方面表现出来：与需求相关的公平（即应得的公平）以及与服务可获得性相关的公平，在应得的公平方面，对医疗卫生资源分配的可能标准有：医疗卫生服务获取利益的能力（唯一可以与医疗卫生利益最大化相容的原则）；未来医疗卫生服务的预期（医疗卫生资源分配偏向低收入个人的潜力）；以往医疗卫生服务的经验（扭转以往低收入个人资源分配获利少的局面，以偏向以往获利少的人）；救治原则（将资源倾向急切需要医疗卫生服务的人群）；其他方面的需求。在公平性的可获得方面，暗含了在人口中的弱势群体已经对医疗卫生服务的利用产生兴趣，而且意识到了他们尚未满足的需求。任何提高公平的可获得性的策略都会对政策措施的收益和成本产生影响，并且提高公平的可获得性的策略安排需要增加额外的资源以保障弱势群体获得干预政策利益的渠道畅通，例如，采用补贴的方式促进医疗卫生服务的利用。

丹尼尔斯（Daniels，2001）的平等主义理论。他认为医疗保健的主要目标是维持、恢复、补偿受限的机会和因疾病和残疾失去的功能。医疗保健公正就是给每个人同样的机会使其得以满足基本的医疗保健需要，并且指出医疗保健的道德重要性就在于保护公正平等的机会。平等主义理论反对效率至上的功利主义原则，也反对按支付能力的自由市场分配的极端自由主义原则。

弗瑞德里克·吉尔波特（Frédéric Gilbert）和让-路易斯·丹尼斯（Jean-Louis Denis）等人（2015）提出，人们享有健康的权利是不可剥夺的，医疗卫生服务的获得不应该与收入、社会地位、种族等相关联，医疗卫生服务作为人力资本修复和健康增进的工具，应该在人群中

均匀地分布，这对于效率的提高也是有益的。

3. 医疗卫生服务均等化的影响因素综述

实现医疗卫生服务均等化最大的障碍一直都是有限的医疗卫生资源。如休谟（Hume, 1777）所言，公平分配的问题仅仅出现在“适度匮乏”的情况下。古斯塔弗森（Gustafson）认为，当资源是有限满足人的需要时，其自身利益就会受到重视，或者公正分配公共产品的应用标准就会获得更多的关注。在某种意义上来说，这些方案之间的选择其实是一种道德上的选择。对于短缺理想产品的需求，在经济市场中表现为通过高价格获取该稀缺资源。而大部分争论焦点在于，医疗保健是否不同于其他商品购买和市场消费，能否按照市场调节机制去分配医疗保健，以及分配有限卫生保健资源的各种机制是否“公平”。

很多学者从生物、心理、社会各方面广泛研究了影响医疗卫生服务均等化的因素。怀特海德（Whitehead, 1992）认为，可分为五个方面：①自然和生物学差异；②健康行为和健康意识；③教育、工作、及家庭和环境中的有损健康因素，如受教育程度、职业、收入、居住条件等；④健康和其他公共服务的可及性，如卫生资源配置、医疗保险制度；⑤自然选择或与健康有关的社会迁移，如患病人群趋向于迁往较低社会等级。

在以上五类因素中，①和②为非外在因素（如政策等）作用的结果，由此导致的卫生服务和健康的差别，不应被评价为不公平；由③和④导致的健康差别，一般可认为是不公平，第五个因素中，患病后变穷和先天性疾病可能是不可避免的，但患病人群的低收入可能是可预防的和不公平的，即由此导致的健康状况的差别应视为不公平。但分析评价健康和卫生服务公平性的一个基本出发点是：只要是能人为改变和避免的不平等状况的存在，即应被视为不公平。

因此，从这点上说，上述怀特海德对五方面因素的分析中，关于健康行为和健康意识的差异所导致的差别不应被视为不公平的分析，其仅考虑了卫生政策的直接作用，忽视了与政策有关的卫生服务和行为所产生的作用，尤其是在现代医学模式下，建立健康行为方式、提高健康意识应该是卫生服务的一项重要内容，个人的健康行为与意识也受其教育