



龚秀全◎著

竞合性医疗服务 体系研究

Research on the Construction of the
Co-opetition Medical Care System

中国文史出版社



龚秀全◎著

竞合性医疗服务 体系研究

Research on the Construction of the
Cooperation Medical Care System

中国文史出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

竞合性医疗服务体系研究 / 龚秀全著. —北京:
中国文史出版社, 2013. 8

ISBN 978-7-5034-4122-6

I. ①竞… II. ①龚… III. ①医疗卫生服务—医药
卫生管理—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 162956 号

责任编辑: 罗 英 贾志远

出版发行: 中国文史出版社

网 址: www.wenshipress.com

社 址: 北京市西城区太平桥大街 23 号 邮编: 100811

电 话: 010-66173572 66168268 66192736 (发行部)

传 真: 010-66192703

印 装: 北京天正元印务有限公司

经 销: 全国新华书店

开 本: 170mm × 240mm 1/16

印 张: 14.5

字 数: 238 千字

版 次: 2013 年 9 月北京第 1 版

印 次: 2013 年 9 月第 1 次印刷

定 价: 43.00 元

文史版图书, 版权所有, 侵权必究。

文史版图书, 印装错误可与发行部联系退换。

前言

时光荏苒，转眼5年多过去了。那是2007年秋，我正在上海财经大学攻读公共经济政策学博士，在导师马国贤教授的指导下，正式确定博士学位论文的题目是“我国医疗服务体系改革研究”。当时，正在开展关于我国医疗体制改革的大讨论，选择这一题目，既是选择了热点，也是选择了难点。

当时争论的观点主要分为两派，一派是市场主导，一派是政府主导。一直以来，我坚信市场能激发潜能，提高生产效率，但对市场的丛林法则感到无比恐惧。特别是，在一个物欲横流的世界中，人性的贪婪尽情地展现，弱肉强食式的无规则的市场竞争必然导致社会分裂，广大社会成员受损。而对政府，我则有更加复杂的矛盾的心情。政府的巨大能量也许能弥补市场固有的缺陷，但是，他更有可能使市场的缺陷扩大化。由于医疗服务的复杂性，必然面临市场失灵，是否就意味着需要让政府来替代市场？答案必然是否定的，政府可能比市场更失灵。但是，没有政府的医疗市场也是难以想象的。因而，我认为政府主导或市场主导的观点都是片面的。医疗服务的生产，既离不开市场，也离不开政府，需要政府与市场的合作协调。

2009年5月，我的博士学位论文顺利通过答辩。但由于很多观点并不成熟，因此，我申请了教育部人文社会科学研究项目的资助，项目“政府管理与引导下的竞争性医疗服务体系构建研究”得以批准。我进一步开展了大量研究，这也是本书能得以出版的重要原因。

在课题的研究中，我得到了大量的支持和关心，在此深表感谢。首先，我要真诚感谢我的导师马国贤教授！马老师待人诚恳、宽厚仁慈、虚怀若谷、平易近人、学识渊博、治学严谨。马老师在学习科研中给了我精心指导，激励我进行不懈的探索，我将终生受益。同时，还要感谢上海财经大学刘小川教授、俞卫教授、郭士征教授、杨翠迎教授、储敏伟教授、蒋洪教授、刘小

兵教授、上海理工大学雷良海教授、同济大学迟文铁教授，他们都给我提出了宝贵修改意见。真诚感谢江苏省东海县社会保障局、吴江社会保障局、湖南涟源市卫生局、浙江省瑞安市卫生局、上海浦东新区卫生局领导等在调研中给予我的支持和指导。真诚感谢在调研中给我大力支持和帮助的医生和患者。真诚感谢华东理工大学，感谢我的领导和同事给予我的关心和帮助。他们给了我良好的工作环境，在工作方面给予我很多照顾和帮助。感谢我的研究生郑碧璇和顾迎天在资料整理方面给我的帮助。特别地，我要向家人和所有亲人朋友致以由衷的谢意！特别是感谢我的女儿，我刚开始做本课题研究的时候，她才两岁多，但我没有精力和时间关心她，把她送到遥远的家乡去了，深感歉意。现在，她已经6岁多了，乖巧聪明，希望她快乐健康成长。

本书的出版仅仅是我研究的一个开始，书中很多观点都仍待进一步研究。对于不足之处，欢迎提出批评意见。

龚秀全

2013年4月17日晚于依书苑

目 录

CONTENTS

第一章 导 论	1
第一节 研究的背景和意义	/ 1
一、研究背景	/ 1
二、本课题的研究目的	/ 4
第二节 文献综述	/ 5
一、国外研究文献综述	/ 5
二、国内研究文献综述	/ 10
三、研究评述	/ 16
第三节 研究内容和技术路线	/ 17
一、主要研究内容	/ 17
二、研究方法	/ 21
三、研究思路	/ 21
四、尚待深入研究的问题	/ 22
第二章 医疗服务生产的经济学分析	24
第一节 医疗服务的特点与产品属性	/ 24
一、医疗服务的含义	/ 24
二、医疗服务的特点	/ 25
三、医疗服务的产品属性	/ 30
第二节 医疗服务的生产方式比较	/ 39
一、医疗服务的私人生产	/ 40

二、医疗服务的公共生产	/ 47
三、医疗服务私人生产与公共生产的选择	/ 52
四、医疗服务生产和提供的组合选择	/ 53
第三章 我国医疗服务体系的历史变迁与经验借鉴	55
第一节 我国医疗服务体系的历史变迁	/ 55
一、我国城镇医疗服务体系的历史变迁	/ 55
二、我国农村医疗服务体系的历史变迁	/ 62
第二节 我国医疗服务体系改革的历史经验借鉴	/ 71
一、高度重视基层医疗服务机构的发展	/ 71
二、合理界定政府与市场的功能定位	/ 73
三、建立合理的医疗机构收入补偿机制	/ 77
第四章 我国当前的医疗服务体系评估	79
第一节 医疗资源配置评估	/ 79
一、我国医疗资源总体配置	/ 79
二、医疗服务机构资源配置存在的主要问题	/ 81
三、我国医疗资源配置存在问题的原因	/ 88
四、医武竞赛导致看病难和看病贵并存	/ 95
第二节 药品和医疗器械价格虚高	/ 98
一、药品监管与流通存在的问题	/ 99
二、药价虚高的根本原因在于药品市场的信息不对称	/ 105
第三节 青年医务人员工作满意度及其影响因素	/ 109
一、青年医务人员工作满意度总体评估	/ 109
二、影响青年医务人员工作满意度的因素	/ 114
三、医患纠纷对青年医务人员工作满意度的影响	/ 122
第五章 新一轮医疗服务体系改革的述评	130
第一节 地方改革方案述评	/ 130
一、医药分离改革地方方案的述评	/ 130
二、公立医院地方改革方案述评	/ 134

三、乡镇卫生院地方改革模式比较	/ 136
四、城市基层医疗服务体系改革的地方方案述评	/ 138
第二节 新一轮医疗体制改革中亟待破解的困境	/ 141
一、基层医疗机构改革中存在的困境	/ 141
二、公立医院改革中存在的困境	/ 144
三、层级医疗机构合作缺失困境	/ 146
第六章 医疗服务体系改革的国际经验借鉴	147
第一节 主要发达国家医疗服务体系的改革	/ 147
一、主要发达国家的医疗服务体系	/ 147
二、主要发达国家医疗服务体系的比较	/ 151
三、主要发达国家医疗服务体系的改革	/ 155
第二节 主要发达国家医疗服务体系改革的经验借鉴	/ 160
一、重视初级预防保健	/ 160
二、适度竞争提高医疗服务机构的生产效率	/ 161
三、采取有效措施促进医疗服务的公平	/ 163
第七章 政府管理与引导下的竞合性医疗服务体系构建	168
第一节 竞合性医疗服务体系的框架设计	/ 168
一、我国医疗服务体系改革的目标	/ 168
二、构建政府管理与引导下的竞合性的医疗服务体系	/ 169
三、采取有效促使降低药品价格	/ 173
第二节 建立公益性的基层医疗服务体系	/ 176
一、促进基本医疗服务最低公平的必要性	/ 176
二、农村基层医疗服务体系的构建	/ 180
三、城市社区卫生服务中心的建设	/ 182
第三节 完善公立医院的改革	/ 183
一、公立医院的公益性与市场竞争	/ 183
二、公立医院改革的方式选择	/ 183
三、加强特色定位促进医疗机构的合作	/ 186
第四节 完善医疗服务机构的补偿机制和财政资助政策	/ 187

一、完善医疗服务机构的补偿机制	/ 187
二、完善农村基层医疗服务机构的财政资助政策	/ 192
第五节 完善医患纠纷人民调解机制促进医患和谐	/ 195
一、医疗纠纷人民调解的困境	/ 195
二、医疗纠纷人民调解程序的优化	/ 199
三、完善法制保障医疗纠纷人民调解的法律地位	/ 201
参考文献	205
后 记	218

第一章

导 论

第一节 研究的背景和意义

一、研究背景

改革开放以来，我国医疗卫生事业取得了长足的发展，医疗卫生机构的数量、医生数量以及床位数量都比计划经济时期有了明显的增长，技术装备水平全面提高，医务人员的业务素质迅速提高，能够开展的诊疗项目不断增加。医疗服务机构及有关人员的积极性和内部运转效率有了普遍提高，医疗服务提供能力大大提高。但据世界卫生组织（WHO）2000 年对 191 个成员国卫生系统的评估显示，中国卫生筹资的公平性在所有成员国中排名第 188 位，倒数第 4，仅比巴西、缅甸、塞拉利昂稍强，形势十分严峻。

2009 年 3 月，《中共中央国务院关于深化医疗体制改革的意见》开启了我国新一轮医疗体制改革的进程，政府对医疗保障和医疗卫生的重视程度达到前所未有的高度。截至 2011 年底，城镇职工医保、城镇居民医保、新农合“三项医保”的城乡居民参保人数超过 13 亿人，基本实现了全覆盖。根据《2011 年我国卫生事业发展统计公报》，2010 年全国卫生总费用达 19980.4 亿元，卫生总费用占 GDP 百分比为 4.98%，其中政府卫生支出占 28.7%，社会卫生支出占 36.0%，个人卫生支出占 35.3%。

虽然政府财政投入不断增大，但是，2012 年人民网对两会热点问题进行了调查。在参加医疗改革分项调查的 26275 人中，高达 97.3% 的人认为看病

难, 99% 的人认为看病贵。看病难的主要表现分别为: 好医院多在大城市、异地看病困难多 (25.4%)、检查项目太多导致看病难 (20.8%)、医务人员态度不好 (11.6%)、医院流程管理水平不足, 就诊要花很长时间 (14.6%)、住院床位紧张 (8.6%)、挂号不易 (7.6%)、医生太少 (6.0%)、其他原因 (5.3%)。看病贵的主要表现分别为: 没有或医疗保险报销比例低 (35.39%)、药费、检查费等费用太高 (27.5%)、基本药物目录里的药品少 (17.39%)、红包打点 (15.87%)、其他原因 (3.84%)。并且, 当前医患关系异常紧张, 医患冲突不断。

1. “看病难”与“看病贵”的含义

(1) 看病难的含义

“看病难”是指医疗服务的供给少于需求, 人们的医疗服务需求难以满足。主要包含以下基层含义: ①医疗服务的提供不能满足医疗服务的需求, 患者无法得到所期望的医疗服务; ②患者看病时虽然具有医疗机构选择权, 但为得到“更好”的医疗服务, 需要长时间的排队等候; ③患者对医疗服务机构缺乏选择权, 并且医疗机构的技术水平低于社会经济发展水平下所能达到的水平。④无效医疗资源供给过多, 导致患者需要更长时间“排队”消费, 例如检查项目太多。⑤缺乏医生的声誉标志, 寻找合适的医生不容易, 例如医务人员态度和挂号难可能就是这种情况。

(2) 看病贵的含义

“看病贵”是指医疗费用过高。主要包含以下基层含义: ①医疗费用超过了社会经济发展的承受能力, 医疗费用过高阻碍了经济的发展; ②医疗费用超过了患者的经济承受能力; ③医疗服务价格虚高, 存在超额利润; ④医疗资源利用不合理, 存在资源浪费, 加重患者负担。⑤医疗服务价格虚高, 存在超额利润。例如药品价格虚高, 医生收受回扣和红包等。

2. 我国“看病难”与“看病贵”问题

(1) “看病难”问题

如果从患者的期望和医疗服务的提供能力的角度来评判“看病难”问题, 则“看病难”是一个永恒的问题, 是绝对的。因为, 健康需求是人最重要的需求之一, 具有不可满足性。而在一定的经济发展水平下, 医疗资源必然是有限的, 期望与现实必然存在差距, 也就必然存在“看病难”问题。因此, 在一定的经济发展水平下, 只能缓解“看病难”问题, 而不可能从根本上解

决“看病难”问题。我国仍是一个发展中国家，存在“看病难”问题是必然的，关键在于如何缓解“看病难”问题。

在城市，特别是大中城市，患者一般具有医疗机构的选择权，“看病难”主要表现为到大医院，尤其是三级甲等医院“看病难”，需要长时间的排队等候。而基层医疗服务机构门可罗雀，2009年，城市社区卫生服务中心病床使用率仅为58.5%。许多患者，不管大病小病都往大医院跑。据统计，我国现在去大医院看病的患者中有三分之一到二分之一的患者可以在中小医院得到解决。^①造成这种情况的主要原因是人们对基层医疗服务机构缺少信任，认为设备差，医务人员技术水平低，看不好病，怕误诊等。因此，在城市，一方面，存在“看病难”现象，一方面大量医疗资源闲置。而在三级医院，“看病难”主要表现为专家特别是知名专家挂号难和床位难。在农村，“看病难”问题的表现形式与城市不同。农村患者几乎没有医疗机构选择权，并且医疗资源很有限，医疗服务机构提供能力比较弱。

(2) “看病贵”问题

2010年，我国卫生总费用占GDP的比例为4.81%，虽然在发展中国家处于比较高的水平，但远低于OECD国家水平，人均医疗费用仅为OECD国家标准的56.71%。因此，就全国总体来讲，医疗费用并不算高。相反，为提高人们的健康水平，应加大医疗卫生事业的发展，提高医疗卫生费用占GDP的比重。但是，由于我国社会医疗保障不完善，财政资助比较少，医疗费用主要由患者个人现金支付，因此，患者个人医疗负担确实过高，这也是导致看病贵的主要原因。更为重要的是，在其他国家，医疗费用现金支出中，收入越高的人支出比例越高。而在我国，总体表现为收入越低的人医疗保障待遇越低，现金支付比例越高。解决看病贵的问题，必须完善社会医疗保障制度，扩大覆盖面，提高待遇水平，特别是提高弱势人群的医疗保障待遇水平，增强分散疾病风险的能力。

但是，我国“看病贵”还存在另外的原因，主要有①公立医院财政投入有限，公益性不足，存在强烈的诱导需求动机；②药价虚高；③医疗资源配置不合理，偏离适宜技术和基本药物路线等。

我国医疗机构以公立医院为主，但公立医院财政投入非常有限，主要依

^① 郑树清：论医疗服务业的特点。上海经济研究，2006年第12期。

靠业务收入生存和发展。在业务收入中,挂号费和手术费等费用并不算高,主要是药品和检查费用贵。药品贵不仅表现为药品单价虚高,而且医生有开大处方的冲动,开过量的药品,浪费药品资源。近年来综合医院药品收入占业务收入的比例均为45%左右。医生还有多开检查单的冲动,医院之间存在医疗设备竞赛,增大了医疗费用负担。

由于医疗资源配置不合理,人们纷纷到大医院就医,也导致看病贵。根据有关研究表明,在大医院就诊的慢性病人中,大约64.8%的门诊病人可以分流到区级或街道医院,由此可节省40%的费用。在大医院住院的慢性病人中,61.6%的病人可以分流到较低层次的医院,由此可以节省46%的住院费用。^①

二、本课题的研究目的

综上所述,我国医疗服务体系突出的问题主要是三个,一是基层医疗服务机构特别是农村基层医疗服务机构疾病预防和基本医疗服务提供能力比较弱;二是药价虚高和检查泛滥;三是公立医院缺乏公益性,社会效率低下。这三个问题是造成“看病难和看病贵”的主要原因。

基层医疗服务机构^②在实现基本医疗服务最低公平和促进疾病预防方面具有重要作用。乡镇卫生院在农村“三级预防保健网”中居于中枢地位,与县级卫生机构和村卫生所(室)上联下接,组成有效的农村“三级预防保健网”,并与合作医疗、赤脚医生被世界卫生组织称为中国农村医疗卫生服务的“三大法宝”,其经验为世界卫生组织1978年《阿拉木图宣言》“实现2000年人人享有卫生保健”的战略目标提供了有益的启示。但改革开放以来,政府忽略了农村公共卫生服务这一公共投资的优先领域,使得目前多数乡镇卫生院的预防保健设备缺乏、简陋,疾病检测体系落后,业务人员缺乏且技术素质差,不能满足乡镇卫生院向农民提供公共卫生服务和基本医疗的需要。社区卫生服务中心在城市担任预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育

① 胡善联. 卫生经济学, 复旦大学出版社, 2004年6月第一版, 第107页。

② 本研究中, 城市基层医疗服务机构主要指社区卫生服务中心(站); 农村主要指乡镇卫生院和村医务室。

技术指导六位一体的卫生服务。虽然医疗任务仅仅是社区卫生服务中心的一个部分，但它对于促进医疗服务公平，提高医疗服务可及性方面具有重要作用。社区卫生服务中心同样存在诸多问题。

我国公立医院简单的市场化改革产生了严重的问题，导致医院组织运行效率比较高，但医疗资源实现的社会效率低下，资源浪费严重。但公立医院改革回归计划经济体制下的方式也不可行，它必将导致官僚主义和组织效率的低下。

不管是基层医疗服务机构，还是县以上公立医院，都存在以药（检、料）养医的问题。因此，解决医疗服务机构存在的问题必须解决药品价格问题。我国药品价格虚高是一个不争的事实，但导致药价虚高的根本原因是什么？如何才能从根本上解决药价虚高问题对整个医疗体制改革具有重要的影响。

本研究试图探究上述三个问题的根源及其相互关系，谋求解决之道。医疗服务的生产，不应是简单的市场主导或者政府主导的问题。而应根据医疗服务生产链条不同节点的性质和特点，区分政府与市场的功能定位，实现两者的合作协调。本研究提出了构建政府管理和引导下的竞合性医疗服务体系的思想，着力于减少诱导需求和资源浪费，实现组织效率与社会效率的统一，破解“看病难”和“看病贵”问题。

第二节 文献综述

一、国外研究文献综述

（一）医疗服务市场特性与政府干预

Arrow（1963）的经典论文“不确定性与卫生保健的福利经济学”是卫生经济学建立的标志。他认为医疗市场存在特殊性，医疗产品具有独特的特征。首先，医疗的需求和供给都具有不确定性。其次，医疗交易中信息问题很突出。由于医学知识的复杂性，普通的医疗消费者对医学知识知之甚少，病人只能依赖医生诊断病情并制定治疗方法。Phelps（1997）在此基础上进一步分析了医疗服务市场与一般商品市场的差异性，认为医疗服务市场的“独特”

之处, 在于其“同时拥有”市场的诸多特性, 这些特性涵盖: ①不确定性; ②医疗保险的介入; ③信息不对称; ④外部性; ⑤政府干预; ⑥非营利性厂商扮演重要的角色等。

在医疗市场中, 医生是患者医疗消费的实际决策人。医生的检查和治疗决策一方面决定医疗服务的质量, 另一方面决定患者、医保公司的支出。但在医疗市场, 医生作为病人的代理人也是利润最大化行为者, 由于医生具有信息优势和垄断势力, 医生可能为了个人的利益, 滥用与病人之间的委托代理关系, 产生诱导需求的行为。Shain (1959) 以及 Roemer (1961) 等人在研究中发现, 综合性医院每 1000 人所拥有的病床数和每 1000 人的住院天数之间存在着相关性, 而且这一现象并不是个别地区的偶然现象。Evans (1974) 提出了供给者诱导需求 (SID) 理论, 认为诱导需求导致病人对医疗服务需求的选择背离了病人自身利益最大化所决定的需求, 医生所提供的服务不符合患者的最大利益。

Stano (1987) 进一步从利润最大化的角度出发, 把医生看作跟企业一样, 利用自己的影响力追求自身收益的最大化。他把医生的诱导看作是和广告/产品促销类似的手段。通过这种手段来增加自己的收入, 但同时也要考虑由此所带来的声誉丧失和时间等成本。在这种情况下, 最优的诱导水平将取决于诱导需求的相关成本。如果把诱导需求看作是广告的话, 那么如同广告一样, 有一部分医生的诱导实际上是为消费者提供了更多的信息, 而只有那些提供错误信息、不适合病人的信息或者导致病人消费过多医疗服务的诱导行为才构成不完美信息的代理问题。虽然大多数经济学家都认为在现实生活中确实存在一定程度的 SID, 但在诱发需求的程度方面却存在争议。

Pauly (1980) 指出“其他条件都一样, 医生们是愿意告诉病人实情的, 但是他们情愿牺牲一点准确性, 来换取自己的一些货币收入。”诱导的动机以及医生在多大程度上利用这种诱导的机会都要取决于相关的收益。Cromwell 和 Mitchell (1986) 认为在很多模型中, 医生被看作是垄断竞争者。在这种情况下, 边际收益和边际成本之间的差距就有可能成为影响消费者购买额外医疗服务所能带来的收益。由此而产生的额外成本不仅仅包括直接的货币成本, 还包括医生用来说服消费者购买更多的医疗服务所耗费的时间成本, 以及医生的心理成本等。

Reinhardt (1994) 认为需求—供给模型不适用于医生市场, 卫生保健市

场存在两个主要缺陷：一是医学院校和教学医院利用自主权控制医生供给的规模和结构；二是医生几乎能完全地控制他们为患者提供的保健服务的数量和构成。医生具有不小的垄断势力（Seldon, Chulho and Roberto, 1998）。也正因为如此，研究人员更关注防范医生的道德风险，认为医师道德风险的防范问题比患者道德风险的防范问题更重要，更有理论价值。然而，Gaynor 早已指出医疗市场的竞争是不完全的，仅仅依靠医疗市场上医疗机构与患者的力量，医疗市场的竞争目的是难以达到（Gaynor, 1994）。由于医疗服务质量很难观察，医疗成本与医疗服务质量很难一一对应，因此，如果医生不是将全部的患者利益纳入自身的目标效用函数，那么无法实现医疗市场帕累托效率（Chalkley 和 Malcomson, 1998）。医生的效用取决于三个因素：收入、工作时间以及刺激需求的程度。医生面临在收入、闲暇和良知间的权衡。而这种权衡会根据个体情况而对提供给患者的医疗质量有所影响（Reinhardt, 1999）。但由于医生的仁慈程度是医生的私人信息，医疗购买方无法直接获取这一信息。因此，医疗购买方需要设计一种激励机制来诱导医生揭示自身效用函数类型（Jack, 2005）。但当以经济刺激施加压力时，即便是很细微的力度，都会对医疗决策有所影响（Pauly, Iltis and Kerstein, 1990）。控制医生费用并不能降低医疗服务支出，费用清单会导致医疗服务供应模式的改变，包括增加后续就诊次数（Lomas et al, 1989; Hughes, 1991）。在管理型医疗中，医生希望避免不健康的患者（Stone, 1997）。当然，通过增加患者对医生的搜寻行为，则医生为了维护自身的声誉，就能减少医生的诱导需求行为（Dranove, 1988）。

虽然医疗市场的竞争是不完全的，仅仅依靠医疗市场上医疗机构与患者的力量，医疗市场的竞争目的难以达到（Gaynor, 1994）。医院之间的医武竞赛会造成医院成本的上升，形成无效率的质量竞争（Robinson and Luft 1985; Noether 1988）。但如果政府改变干预措施，例如，在美国通过选择性特约法案后，美国医院的竞争行为朝向价格竞争发展（Dranove et al., 1993），医院竞争程度对医疗价格有显著的正影响，而且其影响随时间的增加而增加（Keeler et al., 1999）。Salkever (2000)、Gertler (1998)、Mooney (1993)、Satterthwaite (1985)、Hibbard (1996) 和 Schneider et al (1998) 等认为医院市场需要政府通过课税或价格管制以及一些强制推行的医疗保障计划等措施达到转移支付、收入再分配的目的，以满足社会公平的要求，政府还会通过

公立医疗体系来确保医疗服务的普及性。事实上，世界上大多数国家都从不同角度转而采用“准市场机制”，或者把竞争引入政府失灵的领域，或者将强化的政府职能引入市场失灵的环节。（Tanzi 和 Schuknecht；2000）。

（二）医疗资源配置公平性研究

一些学者对公平性度量方法以及资源配置公平性进行了实证研究。Cowell（1998）通过不平等度量的理论体系进行全面回顾，指出在对医疗保险公平性的研究中，常用的度量指标和方法包括：极差法、基尼系数、差异指数、集中系数、Atkinson 度量等。在健康和卫生服务利用不平等方面的研究中，Grand（1987）较早地利用不平等度量进行了健康不平等的国际比较研究。他选择以 AMD 指标、基尼系数、Atkinson 指标作为不平等度量，对 32 个发达国家进行了测算并排序，并通过回归分析探讨了各国平均死亡年龄的影响因素。Wagstaff 等人（1991）应用集中系数来衡量健康状态和年龄标准化的保健费用分布的不公平性。

医疗资源配置在不同人群中存在不公平，影响因素是多方面的，需要政府进行干预促进医疗服务的公平。Adler N 和 Stewart J（2007）认为医疗卫生服务的不公平来源于卫生体系以外的社会阶层化和政治不平等。这包括人们所处生活环境的收入水平和社会状况，人们的就业情况以及诸如个人行为，种族和压力等因素。Dans A et al.（2007）认为卫生保健的不公平也源于卫生体系对人群的排斥，例如卫生保健的可利用性、可获得性和服务质量，以及支付负担，甚至是实际的临床治疗方式。Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG.（2004）等认为如果顺其自然，卫生体系是不会朝着更加平等的目标迈进的。绝大多数卫生保健服务（特别是医院）以及初级的卫生保健，正在源源不断地为那些富有的人群提供更多的、质量更好的不平等的卫生保健服务，而这些正是那些贫困人群更为需要的。

International Labour Office, GTZ（2005）等认为一个国家促进卫生保健公平性的基础是向着健康保险的目标迈进，实现人们所需要的个人或非个人卫生保健服务覆盖全民。无论普遍健康保险的结构是否以税收为基础，或通过社会医疗保险的形式构成，或两者兼而有之，其根本原则相同，即根据支付能力预先筹集资金，利用该基金确保有需要的人群可以获得有质量的卫生保健服务，避免灾难性开支的风险。