

西北大学学术丛书

共建共享健康中国

国民健康保障均等受益研究

翟绍果 著

生活·读书·新知 三联书店

共建共享健康中国
国民健康保障均等受益研究

翟绍果 著

生活·读书·新知 三联书店

西北大学学术丛书



Copyright © 2019 by SDX Joint Publishing Company.

All Rights Reserved.

本作品版权由生活·读书·新知三联书店所有。

未经许可，不得翻印。

图书在版编目(CIP)数据

共建共享健康中国：国民健康保障均等受益研究/翟绍果著. —北京：
生活·读书·新知三联书店，2019.1

(西北大学学术丛书)

ISBN 978-7-108-06332-8

I. ①共… II. ①翟… 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(2018)第 110909 号

策划编辑 王秦伟

责任编辑 成 华

封面设计 米 兰

责任印制 黄雪明

出版发行 生活·读书·新知 三联书店

(北京市东城区美术馆东街 22 号)

邮 编 100010

印 刷 常熟文化印刷有限公司

版 次 2019 年 1 月第 1 版

2019 年 1 月第 1 次印刷

开 本 635 毫米×965 毫米 1/16 印张 19.5

字 数 281 千字

定 价 58.00 元

前言

由于二元经济社会结构的制度隔阂,健康保障在制度、城乡、地域和人群间差异明显,国民健康保障受益的公平性缺失、可及性不平等、均等化差距在拉大。享有均等化健康保障是国民的基本权利,从“人人享有健康保障”发展到“人人公平享有健康保障”,促进城乡健康公平和国民均等受益是政府的重要责任。因此,免除国民疾病医疗的后顾之忧,实现健康保障的均等受益,逐渐成为医疗卫生领域全面深化改革的发展趋势。

新医改实施以来,我国医疗卫生事业取得了巨大进步,全民医保制度框架基本形成,国民健康保障状况得到了很大改善,但面临着从城乡二元分立到城乡一体化、从形式普惠到实质公平的制度转型。因此,基本医疗保障体系要以促进整个人群的健康状况和实现健康服务公平可及为目标,向保障范围更广、均等化水平更高的国民健康保障制度转变。目前,我国已基本具备实现国民健康保障均等化的物质基础、制度保障与动力机遇,使得实现国民健康保障均等受益成为可能。但是,仍然存在健康保障受益的公平性缺失、健康保障资源的可及性不平等、健康保障资源分配呈现非均等化趋势等亟需解决的问题。

均等受益是国民健康保障的最终目标,实现健康保障的公平可及和健康服务供给中公平与效率的统一是国民健康保障均等受益的具体目标。我国实现健康保障均等受益的主要障碍体现在城乡之间二元结构难以有效统筹城乡医疗卫生资源,医保政策的人群分立难以实现制度的有效补充与风险共担,医疗信息不对称的规避不力难以预防医患合谋及医药勾结,基层医疗机构和全科医生制度发展缓慢难以形成双向转诊。因此,国民健康保障均等受益的实现路径在于制度架构统一化、基本待遇均等化、受益对象国民化、管理体制垂直化、经办服务一体化、健康服务公平化和受益链条全程化等方面,其中制度架构统一化是主要内容,基本待遇均等化是核心目标,受益对象国民化是根本理念,管理体制垂直化是重要保障,经办服务一体化是基础平台,健康服务公平化是有效途径,受益链条全程化是基本手段。实现国民健康保障均等受益的具体措施包括:促进基本公共卫生服务均等化,优化医疗保障制度安排,提升医疗服务能力与水平,保证药品的安全及时供应;另外,需要在服务主体、服务对象、服务内容、服务水平、服务递送、服务监测等方面为国民健康保障均等受益的实现提供服务保障;最后,还需要政府、市场、社会、家庭等主体予以支撑和合作,国民健康保障均等受益才能最终实现。

目 录

第一章	从全民医保到国民健康保障	1
第二章	健康保障均等化	11
第三章	健康生产与健康治理	32
第四章	公平性、可及性及均等性	46
第五章	健康风险、健康保障与健康服务	69
第六章	国内实践：差异度、满意度、满足度与受益度	81
第七章	经验借鉴：制度架构与保障效应	212
第八章	共生共识共建共治共享健康保障	254
第九章	政策建议：健康协同、健康治理与健康中国	280
后记		306

第一章

从全民医保到国民健康保障

健康保障制度是对国民预防保健、疾病治疗、康复护理、健康促进、健康教育等健康服务内容进行综合保障的制度,包括公共卫生、医疗保险、医疗服务和药品供应等内容。健康保障通过医疗保健投入,提高国民健康水平,增加国民健康资本,促进经济增长和社会发展。因此,消除健康贫困,增加健康资本,增强医疗卫生服务的可及性,实现国民均等受益,成为健康保障制度的核心目标。

新医改明确提出:“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,形成四位一体的基本医疗卫生制度。”十九大报告指出:“实施健康中国战略。人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。要完善国民健康政策,为人民群众提供全方位全周期健康服务。深化医药卫生体制改革,全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系,健全现代医院管理制度。加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设。全面取消以药养医,健全药品供应保障制度。”而《“健康中国2030”规划纲要》则是对我国健康事业的发展做出了全局性战略部署,将完善健康保障与普及健康生活、优化健康服务等一同作为健康中国建设的制度安排,提出要健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补

充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系。随着全民医保的实现,由城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡医疗救助、城乡大病保险、疾病应急救助等制度构成的中国城乡居民基本医疗保障体系已初步形成,从制度上实现了全民覆盖,“人人享有健康保障”的目标已经实现。

在全民医保制度全覆盖、初步实现“人人享有健康保障”目标的背景下,从全民医保向健康保障的转型优化则成为下一步健康保障制度发展的重要方向。由于二元经济社会结构的制度隔阂,健康保障在制度间、城乡间、地域间、人群间差异明显,导致国民健康保障受益的公平性缺失、可及性不平等、均等化差距在拉大。享有均等化健康保障是国民的基本权利,如何从“人人享有健康保障”发展到“人人公平享有健康保障”,促进城乡健康公平和国民均等受益是政府的重要责任。免除国民疾病医疗的后顾之忧,实现健康保障的均等受益,逐渐成为医疗卫生领域全面深化改革的发展趋势,是当前加快推进以保障和改善民生为重点的社会建设的重要任务之一。因此,城乡居民健康保障满意程度和受益程度到底如何,正逐步成为全民医保到健康保障转型的制度实施过程中的热点问题。

一、全民医保的成就与挑战

新医改实施以来,我国医疗卫生事业取得了巨大进步,国民健康保障状况得到了很大改善。全民基本医保制度框架基本形成,织起了世界上规模最大的全民基本医疗保障网;建立了基本公共卫生服务均等化制度,城乡居民免费获得健康档案、健康教育、预防接种等 12 类基本公共卫生服务;基层医疗卫生服务体系显著加强,基本实现村村有卫生室、乡乡有卫生院、每个县有达标县医院的目标,启动了以全科医生为重点的基层卫生人才队伍建设,城乡基层医疗卫生服务的“软硬件”都得到明显改善;国家基本药物制度全面建立,基层医疗卫生机构综合改革持续深化,建立了公益性的管理体制、竞争性的用人机制、激励性的分配机制、规范性的药品采购机制和长效性的补偿机制。可以说,通过新医改,国民健

康保障体系初步建立,“看病难、看病贵”的问题有所缓解,城乡居民“病有所医”的目标已经实现,国民整体健康水平得到改善。2017 年《中国健康事业的发展与人权进步》白皮书显示,我国健康事业的发展给人民群众带来实实在在的健康福祉,我国居民的主要健康指标取得了突破性进展,总体上优于中高收入国家平均水平,提前实现联合国千年发展目标。

随着我国全民医保体系的制度全覆盖,基本医保体系实现应保尽保,保障水平不断提升,统筹层次不断提高,门诊统筹机制不断完善。在覆盖面上,截止到 2016 年底,我国城镇基本医疗保险的参保人数达到 74 392 万人,其中,城镇职工基本医疗保险的参保人数为 29 532 万人,城镇居民基本医疗保险的参保人数为 44 860 万人;新型农村合作医疗的参合人数在 2015 年底达到 6.7 亿人,参合率为 98.8%。近年参保(合)人数详见表 1-1。在保障水平上,各省市、各统筹区域内城镇职工医保、城镇居民医保和新农合政策范围内住院费用平均报销比例都在不断提高,各省市三项政策内报销比例的平均水平已经分别提高了约 80%、70% 和 60%。在门诊统筹方面,目前全国大部分省、市、城镇居民医保门诊统筹范围已覆盖门诊慢性病等重大疾病,并不断扩大到门诊常见病和多发病等;新农合门诊统筹工作在各地进行了逐步试点与展开,并已覆盖越来越多的新农合制度县区。

表 1-1 2009—2016 年我国城职保、城居保和新农合参保(合)人数统计

项目		年份							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
城镇基本医保	参保人数(万人)	40 061	43 206	47 291	53 589	57 322	59 747	66 582	74 392
	增长率(%)	26.4	7.9	9.5	13.3	7.0	4.2	11.4	11.7
城职保	参保人数(万人)	21 961	23 734	25 226	26 467	27 416	28 296	28 893	29 532
	增长率(%)	9.5	8.1	6.3	4.9	3.6	3.2	2.1	2.2
城居保	参保人数(万人)	18 100	19 472	22 066	27 122	29 906	31 451	37 689	44 860
	增长率(%)	55.4	7.6	13.3	22.9	10.3	5.2	19.8	19.0

(续表)

项目		年份							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
新农合	参合人数 (亿人)	8.33	8.36	8.32	8.05	8.02	7.36	6.7	2.75
	参合率(%)	94.2	96.0	97.5	98.3	99.0	98.9	98.8	99.36

数据来源：国民经济和社会发展统计公报及卫生事业发展统计公报。
备注：2016 年新农合数据来源于 2017 年统计年鉴，由于城乡医保合并原因，统计口径发生变化。

在肯定全民医保取得成就的同时，我们还应认识到全民医保体系面临着较为严峻的挑战。一方面，随着生活水平的持续提高，人民群众的医疗健康需求日益增长，对健康保障与健康服务的期望也在提高，而现在的医疗保障制度与医疗服务体系难以满足这种预期，并且差距越来越大。另一方面，人口老龄化进程的加快促使我国国民医疗卫生服务需求大增，人类疾病谱的变化迫切要求转变传统就医方式，改变目前我国医疗保障体系的“碎片化”及服务功能低下等状态。^① 因此，当前国民医疗保障体系需要做出转变，要以促进整个人群的健康状况和实现健康服务公平可及为目标，摒除全民医保体系的弊端，逐步向健康保障模式转变。

二、全民医保向健康保障的转型

“健康是身体、心理和社会适应的完好状况，而不仅仅是没有疾病和虚弱”(世界卫生组织，1948)，这一定义突破了“无病即健康”的传统健康观，对健康的解释从“生物人”扩展到了“社会人”的范围，从个体健康扩大到了整个人群的健康。^② 而从经济学的视角来看，健康可以说是一种产品或资本，即“健康资本”(又称“健康存量”)，无论对整个国家还是对国民个人来讲，健康资本都是其发展的基础和前提。但“健康不

① 仇雨临. 全民医保公共服务体系建设构想[J]. 中国医疗保险, 2012(7): 17-18.

② 梁君林. 试论健康投资[J]. 中国卫生事业管理, 2004(7): 388-389.

仅是产品,而且是消费品”^①,必然面临“资产折旧”问题,这就需要对健康资本进行投资,即“健康投资”,以促进健康资本的保值增值。可以说,“健康资本投资实现从健康消耗向健康收益的重大转折”^②。

在当代社会,人类空前注重健康,注重“健康投资”,注重健康的持续和生命质量的改善。健康作为一种资本,其价值在于以健康的生产力为社会发展所做出的贡献,强调健康是一个社会发展的先决条件。如果健康状况不好,是沉重的人口负担;如果健康状况良好,就是丰富的人力资源。^③ 因此,作为一个人口众多而医疗卫生资源有限的发展中国家,如何用较少的医疗卫生投入取得尽量多的健康产出,便成为当前重要而紧迫的任务。这就需要加大健康服务资源投入,进行科学健康投资,以实现健康资本的持续稳定,最终实现国民健康保障。

因此,维持、改善和增进健康是医疗保障制度的根本目标。以解决疾病风险为主的医疗保险是对疾病经济损失给予补偿的保障机制,注重患病之后的经济补偿,而没有考虑疾病预防和卫生保健方面的偿付问题。随着人口老龄化的加剧、疾病谱的变化和医疗技术的进步,医疗费用持续攀升,给医疗保险制度带来了沉重的经济负担;而且费用偿付的后付制会诱发道德风险,在降低疾病风险发生和控制医疗费用上涨方面没有作用^④,这就不可避免地使医疗保险制度实施的背后潜藏着巨大的财务风险。随着医学模式由重治疗的“疾病医学”向重预防的“健康医学”转变,在生物医学模式基础上建立的医疗保险制度,已经难以保障人类生命健康的延续和生活质量的提高。^⑤ 从全球医疗保障发展趋势来看,随着国民健康权益的普及和健康需求的增加,世界各个国家和地区越来越注重医疗保险从补偿疾病费用、收入损失到预防保健,逐步将医疗保险从保大病发展到兼顾小病,进而发展到保障健康,更强

① [美]威廉·科克汉姆.医学社会学[M].第7版.北京:华夏出版社,2000:86.

② 吴叔坤.健康资本投资与公共政策选择[N].深圳特区报,2006-07-31.

③ Mushkin SJ. Health as an Investment [J]. *Journal of Political Economy*, 1962, 70 (5): 129-157.

④ 关志强.从疾病保险到健康保险[J].医院院长论坛,2009(1):6-8.

⑤ 罗景虹,石美遐,王佩.从疾病保险到健康保险的战略选择[J].中国药物经济学,2007(1):9-14.

调医疗保险制度对健康的促进作用,从而实现从医疗保险到健康保障的转型发展。

目前,我国基本医疗保障制度已实现全民覆盖,面临着从城乡二元分立到城乡一体化、从形式普惠到实质公平的制度转型。在从全民覆盖到城乡统筹的转型背景下,从“病有所医”到“人人享有健康”的转型方向下,城乡统筹成为医疗保障制度发展的大方向,“公平医保”成为国民新的期望。因此,通过结构优化和制度整合来应对深水区医改的要求,通过制度设计、服务供给、经济支持三位一体的制度转型路径,提升医疗服务质量和优化医保服务水平,匹配持续的筹资体系与完善的支付系统,在公共卫生、医疗服务、医疗保障和药品供应四位一体的转型条件下,逐步实现从全民医保到国民健康保障的转型与发展。^①

三、国民健康保障均等受益的必要性和可行性

均等受益可以简单地理解为在基本公共服务领域的均等化状态。健康保障均等受益是指一个国家或地区的全体居民,不分城乡、地区、身份,在健康方面享有充分且均等化的制度、服务和经济等保障。同时,必须全面考虑到医疗卫生服务体系供方的公平性、可及性以及责任性等方面^②。换句话说,就是人们一旦有所需要,人人均能平等地接受基本的医疗保健服务。有病时能看病是众所周知的社会公正准则,为所有的文明社会所接受。如何确保人人(无论收入高低)均可获得医疗卫生保健服务,尤其是医疗卫生服务的公平性和可及性,成为衡量医疗卫生体系是否健全的一项重要指标。^③ 健康保障均等化是现阶段保证实现公民基本健康权益所必须遵循的政策理念和必须依赖的政策途

① 仇雨临,翟绍果.我国医疗保障的制度转型与发展路径研究[J].人口与经济,2011(2): 114—119.

② 雷海潮,周志男.中国全民统一健康保障程度的定量研究:基于乘法模型[J].卫生经济研究,2013(5): 3—9.

③ 刘民权,顾昕,王曲.健康的价值与健康不平等[M].北京:中国人民大学出版社,2010: 112.

径,是从政策上创造平等、和谐的状态,最终实现社会正义与人的全面发展。^①

随着医疗卫生的技术革新、医疗保障的制度覆盖和健康意识的不断提升等,整个人类的健康状况获得了极大的改善。世界卫生组织的统计显示:全世界人口的平均寿命从1950年至今已经提高了15岁,一些国家的进步更为惊人。^②2016年第九届全球健康促进大会以“可持续发展中的健康促进:人人享有健康,一切为了健康”为主题。但另一方面,健康不公平现象也层出不穷,国民在健康方面的受益状况存在着严重的不均等现象,这种现象不仅仅存在于国家之间,也存在于不同的人群以及个体之间。当前至少有一半的世界人口没有享受到全面的基本医疗卫生保健服务,而对于特定的卫生服务,其中超过10亿人患有未被控制的高血压,2亿多妇女的计划生育覆盖率不足,近2000万婴儿未能完全享受到白喉、破伤风、百日咳疫苗的初级保健。卫生干预政策需要在促进公平性方面做出努力。从我国的现实背景来看,由于经济发展的不均衡、社会结构的二元化、公共卫生投入的差别化等各种因素的共同作用,我国在健康保障受益方面存在着极大的不均等现象,主要表现为医疗保险、公共卫生、医疗服务以及药品供应方面在可及性和公平性上的差异,即我国城乡之间在起点(资源配置)、过程(服务使用)、结果(健康水平)整个动态过程中都存在明显的差异。^③因此,梳理和分析目前中国城乡居民健康保障的均等化现状,探索实现国民健康保障均等受益的机制与路径,为医疗体制及社会制度改革提供一定的借鉴价值和参考意义,具有现实的紧迫性与必要性,也具备了一定的可行性。

第一,国民经济的持续发展为均等化的实现提供了物质基础。改革开放以来,我国经济迅速发展,国家财政收入和居民收入每年都以较高的速度增长(表1-2),这为国民健康保障均等化和改善国民健康状

① 邱霈恩.基本公共服务均等化:全民均等受益、共享发展成果[J].红旗文稿,2010(3):28-30.

② 胡宏伟.国民健康公平[M].北京:人民出版社,2011:1.

③ 仇雨临,黄国武.我国医疗保障制度转型研究[J].保险研究,2013,(8):107-117.

表 1-2 2009—2016 年我国经济发展水平与人民收支状况

项目		年份							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GDP	总额(亿元)	340 902.8	401 512.8	472 881.6	519 322	568 845	636 463	676 708	744 127
	增长率(%)	8.7	10.3	9.2	7.8	7.7	7.4	6.9	6.7
财政收入	总额(亿元)	68 518.30	83 101.5	103 874.4	117 253.5	129 143	140 370	152 269	159 552
	增长率(%)	11.7	21.3	25.0	12.9	10.2	8.6	5.8	4.5
财政支出	总额(亿元)	76 299.93	89 874.2	109 217.8	125 953.0	140 212	151 786	175 878	
	增长率(%)	21.9	17.8	21.6	15.3	11.3	8.3	13.2	-
城镇居民 人均可支 配收入	总额(元)	17 175	19 109	21 810	24 565	26 955	29 381	31 195	33 616
	增长率(%)	8.8	11.3	14.1	12.6	9.7	9.0	8.2	7.8
农村居民 人均纯收入	总额(元)	5 153	5 919	6 977	7 917	8 896	9 892	11 422	12 363
	增长率(%)	8.2	14.9	17.9	13.5	12.4	11.2	8.9	8.2
城镇居民 人均消费 性支出	总额(元)	12 265	13 471	15 161	16 674.3	18 487.5	19 968.1	21 392	23 079
	增长率(%)	9.1	9.8	12.5	10.0	10.9	8.0	7.1	7.9
农村居民 人均生活 消费支出	总额(元)	3 993	4 382	5 224	5 908.2	7 185.2	8 382.6	9 223	10 130
	增长率(%)	9.1	9.7	19.1	13.2	26.7	12.0	10.0	9.8

数据来源：历年统计年鉴及历年国民经济和社会发展统计公报。

况奠定了可持续的物质基础。从 1978 年到 2016 年的 38 年间,我国的国内生产总值从 3 645 亿元增长到了 744 127 亿元,增长了约 204 倍,年均涨幅达到了 10%左右,中国的经济增长速度达到了全球最快。在经济持续增长的背景下,国家的财政收入相对地增长,这样财政用于医疗卫生的支出也进一步地增加。新医改推进的 2009—2013 年,全国财政医疗卫生支出累计达 30 682 亿元,年均增长 24.4%,医疗卫生支出占财政的比重从 2008 年的 4.4%提高到 2013 年的 5.9%。2014 年全国财政医疗卫生支出预算安排首次突破 1 万亿,达到 1.2 万亿元,比

2013 年执行数增长 10.5%。^① 随着政府医改力度的加大,我国在加快推进基本医疗保障制度建设、建立国家基本药物制度、健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务均等化和全面推进公立医院改革试点等医疗卫生方面取得了积极进展和明显成效,有效促进了地区之间、人群之间在医疗卫生方面的均等化。

第二,医保制度的逐步健全为均等化的实现提供了保障条件。改善民生是经济发展的根本目的。只有着力保障和改善民生,经济发展才有持久的动力,社会进步才有牢固的基础,国家才能长治久安。为实现“人人享有基本医疗卫生服务,提高全民健康水平”的目标,我国从 2009 年开始深化医药卫生体制的改革,简称“新医改”。“新医改”方案确立了“加快建立和完善以基本医疗保障为主体,其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系”的建设目标,指出要建立覆盖城乡全体居民的基本医疗保险体系,完善城乡医疗救助制度,探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度,做好城职保、城居保、新农合及城乡医疗救助制度之间的衔接,同时积极发展商业健康保险。随着国家对医保制度建设的高度重视以及新医改的全面实施,全民医保体系初步建立,城乡居民大病保险制度开始建立,全民医保制度逐步健全,制度的公平性也在不断提升,这些都为国民健康保障均等化的实现提供了保障。

第三,健康素养的普及提高为均等化的实现提供了动力机遇。健康是遗传、环境、生活方式和医疗保健等多种因素共同作用的结果,因此,需要重视健康影响因素的综合防治。目前,高血压、糖尿病、中风、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等慢性病已成为我国居民生命健康的最大威胁,而且精神疾病正成为社会的重要健康威胁。因此,提高居民的基本医疗素养、预防保健素养和健康生活行为素养等健康素养水平,显得非常迫切和重要。随着医药卫生体制改革的深化推进,群众潜在的健康需求不断被激发,再加上健康教育与健康促进工作的普及,以及媒体在

① 数据来源:第二批城市公立医院改革试点启动——全国财政医疗卫生支出首次突破 1 万亿[N]. 人民日报,2014-06-11(2).

普及健康知识方面发挥的重要作用,我国居民健康素养水平在稳步提升,2015 年中国居民健康素养水平为 10.25%,较 2008 年、2012 年、2013 年、2014 年分别增长 3.77、1.45、0.77 和 0.46 个百分点,呈现稳步上升态势。^① 因此,随着经济水平和生活质量的提高,以及健康权益的普及,国民追求健康的意识和素养也在不断提高,对健康的需求日益增长,不仅局限于简单的诊疗,还包括卫生保健、疾病预防、职业康复等,这种由需求激发的健康追求会进一步推动健康保障均等化的实现。

^① 数据根据卫计委官网整理得出。

第二章

健康保障均等化

近几年,公共服务均等化问题成为学界关注和研究的重要议题,健康保障问题也逐步引起学界的高度重视。目前学术界讨论的热点问题是如何由单一的医疗保险向全面的健康保障转变,主要集中于理论层面的学理分析、政策层面的改革建议、制度层面的体制建构和操作层面的路径设计,以下从理论、政策、制度、操作等层面对国内外关于健康保障及其均等实施问题的研究现状进行述评。

一、理论层面：健康保障均等化的内涵目标

健康保障是公共服务的一项重要组成部分,是关系国计民生的重要项目。健康保障是政府的基本职责,也是国民的基本权利^①。政府有责任为公民提供基本的、公平的、均等的健康保障;公民也有权利获得满足自己基本需求的、均等的健康保障服务。

① 高国力等,促进我国的基本公共服务均等化[J],宏观经济学研究,2008(5): 7—21.