

我国医疗筹资的公平性研究 ——基于“中国健康与营养调查”的微观数据

牟俊霖

(首都经济贸易大学 劳动经济学院, 北京 100070)

摘要: 文章运用 Kakwani 指数、集中指数测算了医疗筹资的公平性。结果表明: 自付医疗支出是最主要的筹资形式, 医疗保险筹资比重很小, 提高医疗保险筹资比重是改革的重点。从医疗筹资的公平性来看, 自付医疗支出和保险筹资都具有较强的累退性, 而我国的医疗补贴却具有较强的累进性, 我国的医疗筹资体系发挥了“劫贫济富”的逆向作用。在农村, 提高合作医疗的筹资比重是重点; 在城市, 提高职工医疗保险的公平性是重点。

关键词: 医疗筹资; 公平性; Kakwani 指数; 集中指数

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149 (2010) 06-0047-07

Analyzing the Inequality of Health Care Financing: Basing on the micro data of China Health and Nutrition Survey

MU Jun-lin

(School of Labor Economics, Capital University of Economics and
Business, Beijing 100070, China)

Abstract: Basing on the analysis of the composing of health care financing, the equality of health care financing is calculated using the Kakwani index and concentration index. The analysis shows that the out-of-pocket payment is the far more important than health care insurance, and both are degressive. On the other hand, health care subsidies are concentrated on rich people and the poor people receive less subsidy. In a word, the poor people subsidize the rich people in our health care financing system. It is important to improve the financing ratio of cooperative insurance in rural area, while it is urgent to improve the equality of service and worker insurance in urban area.

Keywords: health care financing; equality; Kakwani index; concentration index

医疗筹资的目标就是通过各种融资手段, 保证所有个体都能得到有效的医疗服务, 特别是保证低收入、高健康风险的个体获得必要的医疗服务, 这也是评价医疗筹资公平性的主要原则。本文将运用这一原则, 并结合“中国健康与营养调查”(CHNS)的数据, 研究我国医疗筹资的公平性。

收稿日期: 2010-03-31; 修订日期: 2010-10-12

作者简介: 牟俊霖 (1979-), 四川荣县人, 首都经贸大学劳动经济学院讲师, 经济学博士, 研究方向为劳动就业和医疗保险。

一、医疗筹资体系公平性的原则与测量

根据《2000 年世界卫生报告》^[1]，医疗筹资系统有三个相互关联的功能：资金筹集、资源整合以及购买干预。本文主要研究资金筹集过程中的公平性和购买干预中医疗补贴的公平性。资金筹集是从个人、企业和政府获取预付资金的过程。购买干预，即医疗补贴，是将筹集的预付资金在整个医疗体系中进行分配使用的过程。

（一）医疗筹资的构成与公平性

（1）医疗筹资的构成。医疗筹资就是医疗系统从家庭、公司或者一些捐赠者手中获得资金的过程，主要包含税收、社会保险、私人保险、自付支出和捐赠，可以分为预先支付和直接支付两大类^[2]。自付医疗支出是直接支付方式，而税收、社会保险和私人保险都是预先支付的方式。为了减少道德风险造成的医疗资源的过度利用，可以把自付支出和预付支出结合起来，称为共付的形式。但是，在共付的条件下，低收入者也可能减少他们的医疗消费需求（甚至放弃消费），最终导致低收入者补贴高收入者^①。

（2）医疗筹资的基本原则。医疗筹资的基本原则是，每个人所负担的费用应该根据个人的支付能力进行支付，如果一个系统中的个人因为购买医疗服务而变得贫穷，或者因为医疗费用过高而消费不起医疗服务，那么这个筹资系统就是不公平的。医疗筹资的公平性可以分为垂直公平和水平公平。垂直公平指有不同支付能力的人在医疗支付中存在适度的差别，也就是筹资体系的累进性和累退性问题。收入越高的家庭医疗筹资应越多，才符合经济效率的原则，称为累进性原则或垂直公平性原则。水平公平指具有相同支付能力的人做出相同的贡献——支付相同的费用，如果具有相同支付能力的人支付了不同的费用，那么这个医疗体系就存在水平的不公平，水平公平不是医疗筹资研究的重点。

（3）医疗筹资公平性的测量指标。衡量医疗筹资公平性的指标有卫生筹资公平性指数、衡量垂直公平的 Kakwani 指数和衡量水平公平的 PII 指数，此外多什奈尔（Doorslaer）和瓦格斯塔夫（Wagstaff）对医疗筹资的垂直公平和水平公平进行了详细的分解^[3]。《2000 年世界卫生报告》首先提出卫生筹资公平性指数，该指数的取值范围在 0~1 之间，该指数越近于 1，表明医疗筹资系统越公平。瓦格斯塔夫指出了卫生筹资公平性指数存在的不足：第一，对称地处理了筹资的累进性和累退性；第二，不加区别地度量了水平公平和垂直公平性^[4]。医疗筹资公平性的基本原则是医疗支付在多大程度上依赖于个人的支付能力，根据这一原则，瓦格斯塔夫提出了 Kakwani 指数： $\pi_k = C_{pay} - G_{pre}$ ，其中 G_{pre} 表示医疗支付前收入的基尼系数，它代表医疗支出前的收入分布情况； C_{pay} 表示医疗支付的集中指数，代表医疗支出的分布情况^[5]。Kakwani 指数的直观意义就是，从医疗支出的集中程度中扣除收入本身的集中程度之后的那部分不平等。

贺鹭测算了山西省新型农村合作医疗的筹资公平性指数为 0.6828，存在一定的不公平性^[6]。王晶认为合作医疗筹资体系保证了水平公平却牺牲了垂直公平，商业保险筹资体现了轻度的垂直公平，而自负支出筹资同时存在着严重的垂直不公平和水平不公平问题^[7]。

（二）医疗补贴的公平性及测量指标

医疗补贴就是将筹集的预付资金在整个医疗体系中进行分配，其最终目的是用低风险人群筹集的资金补贴高风险人群，可以使用集中指数衡量医疗补贴的公平性。集中指数的含义与基尼系数相似，先按照收入组排序，再计算各收入组获得医疗补贴的累计比例。

假定影响居民健康状况的各种因素在不同收入组中是均匀分布的（其实低收入居民的健康风险更大），那么各个收入组的医疗支出应该相等，各收入组获得的医疗补贴也应该相等。在这

① 根据“中国健康与营养调查”数据，本文中的低收入者指 2006 年平均收入在 3000 元以下的人，高收入者指 2006 年平均收入在 7000 元以上的人。

种情况下，集中指数等于 0，医疗补贴绝对公平。如果各个收入组获得的医疗补贴不相等，且高收入组获得了更多的医疗补贴，那么集中指数就大于 0，医疗补贴就缺乏公平性，这个医疗体系就不是按照医疗需求来分配医疗补贴，而是按支付能力来分配医疗补贴。

魏众、古斯塔夫森采用集中指数的研究方法，测算了中国城市和农村自付医疗支出和医疗补贴的公平性^[8]。

二、我国医疗筹资的构成分析

（一）我国医疗保险的覆盖情况

CHNS 中医疗保险的类型主要有以下几种：①商业保险；②公费医疗；③ 劳保医疗；④家属享受的保险；⑤合作医疗；⑥统筹医疗；⑦妇幼健康保险；⑧计免保险^①；⑨其他保险。各种医疗保险的覆盖情况见表 1。我国医疗保险的模式非常多，保险品种的不断更换影响了居民对医疗保险的预期，极大地伤害了居民对医疗保险的信心，使得医疗保险参保率难以保证。

表 1 CHNS 中医疗保险的覆盖情况														人
年份	农村							城市						
	公费 医疗	职工 医疗	家属 保险	合作 医疗	统筹 医疗	妇幼 保险	商业 保险	公费 医疗	职工 医疗	家属 保险	合作 医疗	统筹 医疗	妇幼 保险	商业 保险
1989	491	252	100	339	10	123	0	1421	756	197	79	80	28	0
1991	464	220	75	505	4	9	0	1229	804	184	53	31	2	0
1993	451	197	64	23	342	4	0	1007	485	94	50	16	2	0
1997	299	131	24	1075	45	5	0	836	410	44	104	55	11	0
2000	330	128	21	645	26	5	810	759	428	16	114	40	3	881
2004	243	146	22	861	84	10	265	537	324	16	30	284	8	191
2006	104	0	0	2915	6	10	253	286	597	0	251	6	7	149

资料来源：1989 到 2006 各年的 CHNS，下同。

2004 年以前，城市医疗保险以公费医疗、劳保医疗^②为主，这两种保险占城市医疗保险的 80%。但 2004 年以后公费医疗迅速减少，城镇职工医疗保险迅速增加，成为最主要的医疗保险，它包括通道模式、板块模型和大病保险三种形式。从总量来看，城市拥有医疗保险的人数在逐步下降，但是 2006 年有所提高，主要是因为引入了城镇职工医疗保险。

在农村，以公费医疗和合作医疗保险为主，但是公费医疗在农村地区逐步减少。近年来农村医疗保险的覆盖率上升，主要是由于合作医疗保险的普及和推广造成的。

因此，在农村地区，主要研究合作医疗保险，在城市主要研究公费医疗、劳保医疗以及 2006 年推出的城镇职工医疗保险。

（二）我国医疗筹资体系的资金构成

1. 筹集资金的总体构成

从大的分类来看，医疗筹资分为：自付筹资和保险筹资两大类。为了研究的方便，把筹资金额较少的保险合并。具体而言，把 2004 年以前的劳保医疗与 2006 年的城市职工医疗保险合并为城市职工医疗保险，把除合作医疗、公费医疗、劳保医疗、城镇职工医疗和商业保险之外的保险合并为其他保险。各种筹资的构成见表 2。

从表 2 中可以看到，自付医疗支出是我国最主要的筹资形式，1989 年自付支出占总筹资的 84.7%，1991 年和 1993 年自付支出占总支出的 99% 以上，1997 年以后，自付医疗支出的比重有所下降，2006 年下降到 81.5%。与此相反，保险筹资所占的比重非常小，1997 年以后保险筹资

① 为小孩提供的免疫保险。

② 2004 年以前称为劳保医疗，2004 年以后称为城镇职工医疗保险。

的比重有一定的上升，2006 年达到 18.5%。

表 2 各种筹资的构成统计

%

年份	总构成			保险筹资构成				
	总筹资	自付支出	保险筹资	商业保险	合作医疗	公费医疗	职工医疗	其他保险
1989	100	84.7	15.3	—	1.5	52.4	16.3	29.6
1991	100	99.3	0.7	—	49.3	14.7	5.4	30.1
1993	100	99.2	0.8	—	5.0	10.3	4.9	79.8
1997	100	98.1	1.9	—	29.2	10.3	13.1	30.4
2000	100	98.4	1.6	71.3	10.7	27.3	11.2	7.0
2004	100	96.4	3.6	47.6	4.4	18.5	23.0	17.4
2006	100	81.5	18.5	33.7	8.2	8.4	57.8	2.3

在保险筹资中，合作医疗筹资占保险筹资总额的比重波动幅度比较大，1991 年和 1997 年的比重较高，其后比重逐步下降，2006 年又大幅度上升。公费医疗筹资占保险筹资总额的比重一直处于下降的趋势，从 1989 年的 52.4% 下降到 2006 年的 8.4%。职工医疗保险筹资占保险筹资总额的比重逐步提高，2006 年达到 57.8%，是最主要的医疗保险。其他保险筹资占保险筹资总额的比重波动幅度较大，1989 年为 29.6%，1993 年达到 79.8%，2006 年下降到 2.3%。此外，商业保险筹资的比重不断下降。

总之，自付医疗支出占医疗筹资总额的 90% 以上，是我国最主要的筹资形式。在保险筹资中，合作医疗和职工医疗保险的筹资比重逐步增大，成为两种主要的医疗保险，而公费医疗的筹资比重正在逐步下降。

2. 农村和城市医疗筹资构成比较

在农村，自付医疗筹资是主要的筹资形式，其比重一直在 90% 以上，多数年份在 98% 以上（见表 3）。在保险筹资中，合作医疗、职工医疗和商业保险是主要的筹资形式，而公费医疗和其他医疗保险的筹资比重在逐步的下降。在农村，虽然合作医疗保险的覆盖率很高，但是合作医疗的筹资比重比较低，这是由于我国的新型农村合作医疗采取了低保费、高覆盖的推广模式。从筹资的角度来看，农村职工医疗保险和商业保险仍然有较大的作用，但是从未来发展趋势看，这两种保险的作用将逐步减弱。

表 3 各种筹资的构成统计（农村和城市的对比）

%

年份	总构成(农村)		保险构成(农村)					总构成(城市)		保险构成(城市)				
	自负比重	保险筹资	合作筹资	公费筹资	职工筹资	商业	其他保险	自负比重	保险筹资	合作筹资	公费筹资	职工筹资	商业保险	其他保险
1989	90.6	9.4	2.5	28.6	13.1	—	55.7	64.5	35.5	0.6	74.7	19.3	—	5.6
1991	99.2	0.8	58.5	11.8	1.3	—	28.2	99.6	0.4	8.1	29.7	23.5	—	38.6
1993	99.1	0.9	5.0	4.6	2.0	—	88.0	99.5	0.5	3.6	46.6	23.3	—	26.4
1997	98.3	1.7	48.4	6.5	10.0	—	35.2	98.0	2.0	2.8	56.2	17.8	—	23.8
2000	98.5	1.5	13.4	10.0	9.9	71.3	8.5	98.2	1.8	5.4	32.0	13.4	71.2	4.9
2004	97.6	2.4	9.1	18.9	12.5	50.1	17.2	93.9	6.1	0.7	18.9	31.3	45.6	17.6
2006	96.1	3.9	15.3	7.6	35.0	48.7	3.7	91.4	8.6	1.6	9.9	78.1	19.5	1.1

在城市，自付医疗筹资的比重同样非常高，但是从 1997 年以后自付筹资的比重逐步下降，2006 年自付筹资的比重下降到 91.4%。在保险筹资中，职工医疗保险是近年来最主要的筹资形式，特别是在 2006 年，职工医疗保险的筹资比重在 78% 以上。公费医疗、商业保险和其他医疗保险的筹资比重都在不断下降，已经不是主要的医疗保险，而合作医疗一致处于非常低的水平，2004 年以来维持在 5% 以下。

3. 对我国医疗筹资构成的总结

从我国医疗筹资的资金构成来看，自付医疗筹资是最主要的筹资形式，这导致了我国的医疗筹资体系对高风险、低收入家庭的保护力度非常有限，因此，我国的医疗体系只对有支付能力的患者敞开大门，而把无支付能力的患者拒之门外。

从农村和城市来看，农村的自付筹资比重比城市要高，农村居民受保护的程度更低。在农村，近年来最普及的医疗保险是新型合作医疗，但是其保费非常低，对农村居民的保护作用也非常有限。在城市，近年来最主要的医疗保险是职工医疗保险，其筹资比重达到 78% 以上。因此，本文的研究重点就是观察农村合作医疗和城市职工医疗保险的公平性。

三、我国医疗筹资的公平性

(一) 医疗筹资公平性指数

本文计算了医疗筹资公平性指数（见表 4）。如果用家庭可支配收入计算该指数，那么该指数取值范围在 0~1 之间，由于 CHNS 缺乏家庭可支配收入数据，故而使用家庭总收入近似计算，导致该指数在 1997 年后小于 0。但是，这不影响该指数的使用，我们可以用该指数与 1 的距离测量医疗筹资的公平性，该指数与 1 的距离越远，医疗筹资越不公平。

从表 4 可以看到，医疗筹资公平性指数一直处于下降趋势，与 1 的距离越来越远，说明我国的医疗筹资越来越不公平。从农村和城市来看，农村的医疗筹资公平性指数一直处于下降趋势，城市医疗筹资公平性指数在 2006 年略有增大，但其总体变化趋势也是不断下降的，即越来越不公平。

表 4 医疗筹资公平性指数变化趋势

年份	全部样本	农村	城市
1989	0.2631	0.1662	0.8727
1991	0.0517	0.0824	-0.0120
1993	0.2107	0.2817	0.0703
1997	-0.8862	-0.9350	-0.7548
2000	-0.5584	-0.6284	-0.3489
2004	-1.0217	-1.0195	-1.0253
2006	-0.9639	-1.1187	-0.5656

(二) Kakwani 指数与医疗筹资的公平性

Kakwani 指数能够准确反应按照“个人支付能力进行筹资”这一基本的筹资精神，从而更加合理地评价医疗筹资体系的公平性，计算结果见表 5。

表 5 各种医疗筹资方式的集中指数和 Kakwani 指数

年份	集中指数							Kakwani 指数					
	基尼系数	自付支出	保险筹资	合作医疗	劳保医疗	公费医疗	其他医疗	自付支出	保险筹资	合作医疗	职工医疗	公费医疗	其他医疗
1989	0.39	-0.03	0.19	-0.31	0.03	-0.13	-0.04	-0.42	-0.20	-0.70	-0.37	-0.53	-0.43
1991	0.36	-0.02	0.34	0.05	0.07	-0.02	0.23	-0.38	-0.02	-0.32	-0.30	-0.39	-0.13
1993	0.41	0.09	0.24	-0.29	-0.23	0.01	0.30	-0.31	-0.17	-0.70	-0.64	-0.40	-0.11
1997	0.40	0.07	0.42	0.14	-0.04	0.27	0.56	-0.33	0.02	-0.27	-0.45	-0.13	0.16
2000	0.45	0.17	0.43	-0.10	0.06	0.33	0.48	-0.28	-0.02	-0.55	-0.39	-0.12	0.03
2004	0.49	0.09	0.43	0.46	0.02	-0.02	0.45	-0.39	-0.05	-0.02	-0.47	-0.51	-0.04
2006	0.52	0.05	0.45	0.29	0.11	0.09	0.47	-0.48	-0.07	-0.24	-0.41	-0.44	-0.05

从表 5 可以看到，收入的基尼系数在过去的十几年中迅速上升，从 1989 年的 0.39 上升到 2006 年的 0.52。如果按照支付能力负担医疗筹资费用，那么高收入者应该支付更多的医疗筹资比例。但是，各项医疗筹资的集中指数并没有相应的增大，而是减小了，最终导致各项筹资的 Kakwani 指数都是负数（个别年份除外），而且自付医疗支出、公费医疗和劳保医疗的 Kakwani 指数的绝对值很大，这些筹资方式的累退性非常强。

与收入向高收入者集中的程度相比较，整个医疗筹资体系的筹资方式都是向低收入者集中的，导致我国的医疗筹资体系具有很强的累退性，存在严重的不公平性：有支付能力的高收入者负担了相对较少的医疗费用，而无支付能力的低收入者负担了相对较多的医疗费用。

农村和城市医疗筹资的 Kakwani 指数见表 6。各项筹资的 Kakwani 指数基本是负数，医疗筹资是累退性的，存在不公平。从农村和城市的对比来看，农村自付医疗支出和保险筹资的 Kakwani 指数比城市要大些，因此，农村医疗筹资的不平等程度小于城市。

表 6 各种医疗筹资方式的 Kakwani 指数（农村和城市对比）

年份	农村							城市						
	基尼系数	自付支出	保险筹资	合作医疗	职工医疗	公费医疗	其他医疗	基尼系数	自付支出	保险筹资	合作医疗	职工医疗	公费医疗	其他医疗
1989	0.42	-0.42	-0.26	-0.71	-0.38	-0.49	-0.43	0.32	-0.23	-0.20	-0.76	-0.30	-0.51	-0.35
1991	0.38	-0.33	0.03	-0.34	-0.31	-0.51	-0.18	0.31	-0.48	-0.15	-0.67	-0.21	-0.31	-0.02
1993	0.41	-0.30	-0.11	-0.71	-0.51	-0.71	-0.09	0.38	-0.33	-0.39	-0.05	-0.70	-0.21	-0.47
1997	0.42	-0.38	0.00	-0.40	-0.26	-0.31	0.19	0.36	-0.31	-0.02	-0.06	-0.41	0.00	0.06
2000	0.45	-0.32	0.08	-0.45	-0.26	0.13	0.12	0.44	-0.24	-0.22	-0.82	-0.45	-0.59	-0.13
2004	0.48	-0.40	0.03	-0.05	-0.54	-0.63	0.06	0.45	-0.33	-0.22	0.16	-0.39	-0.44	-0.22
2006	0.52	-0.41	-0.03	-0.28	-0.36	-0.46	0.04	0.50	-0.60	-0.17	-0.06	-0.42	-0.40	-0.34

在农村，合作医疗筹资也是累退性的，但是 2000 年以后，新型合作医疗的累退性较弱，在一定程度上保证了合作医疗筹资的公平性。不论农村还是城市，公费医疗和职工医疗都具有很强的累退性，这两种保险是典型的低收入者多付费的医疗保险，提高这两种医疗保险的公平性是非常必要的。

四、我国医疗补贴的公平性

医疗补贴的公平性用集中指数来度量，各种保险的集中指数见表 7。

表 7 医疗补贴的公平性统计（集中指数）

年份	全部					农村					城市				
	保险支出	合作医疗	公费医疗	职工医疗	其他保险	保险支出	合作医疗	公费医疗	职工医疗	其他保险	保险支出	合作医疗	公费医疗	职工医疗	其他保险
1989	0.45	-0.20	0.63	0.52	-0.16	0.09	0.07	0.43	0.87	-0.15	0.41	-0.62	0.56	0.33	-0.07
1991	0.38	0.38	0.64	0.03	0.49	0.62	0.51	0.71	0.59	0.25	0.14	-0.33	0.51	-0.47	0.41
1993	0.25	0.29	0.29	0.38	0.08	0.15	0.00	-0.15	0.72	0.43	0.10	0.07	0.19	0.20	-0.37
1997	0.35	-0.34	0.48	0.21	0.13	0.18	-0.44	0.50	0.35	0.24	0.30	0.84	0.38	0.02	-0.18
2000	0.62	0.52	0.61	0.63	0.73	0.54	0.70	0.48	0.81	0.92	0.56	0.25	0.59	0.52	0.35
2004	0.55	-0.16	0.80	0.57	0.38	0.34	-0.12	0.84	0.70	0.27	0.50	-0.21	0.70	0.37	0.24
2006	0.12	0.04	0.70	0.62	0.26	0.11	-0.18	0.75	0.71	0.42	0.32	-0.76	0.59	0.40	-0.05

从表 7 左边第一栏（全部）可以看到，医疗补贴的集中指数为正，即高收入者获得了更多的医疗保险的补贴，医疗保险补贴有利于高收入者。

在医疗保险中，仅有合作医疗保险的集中指数在个别年份为负，公费医疗、职工医疗和其他医疗保险的集中指数都是正数，即这三种医疗保险补贴都倾向于高收入者，低收入者获得的医疗补贴很少，医疗保险未能保护低收入、高健康风险的居民。

从各种保险看，职工医疗保险和公费医疗的集中指数最大，2006 年分别达到 0.62 和 0.70，也就是说，高收入者享有绝大多数的医疗保险补贴。

不论是农村还是城市，医疗保险补贴的集中指数都为正数（个别年份除外），医疗保险补贴是向高收入者倾斜的。但是从程度上看，城市医疗保险的集中指数更高，城市的高收入者获得了更多的医疗补贴，不公平性比农村更严重。

从各种保险看，农村和城市的新合作医疗（2000 年以后）的集中指数都是负数，低收入者获得的补贴更多，合作医疗补贴是向低收入者倾斜的。农村和城市的公费医疗和职工医疗保险的集中指数很大，这两种保险补贴都是向高收入者倾斜的，在农村地区尤为如此。

在农村，合作医疗是最主要的保险，合作医疗的补贴是有利于低收入者的；在城市，职工医疗是主要的医疗保险，但是职工医疗保险的补贴是倾向于高收入者的，存在严重的不公平性。

五、结论与讨论

医疗筹资和医疗补贴是医疗筹资体系的两个不同方面。医疗筹资的主要原则是根据家庭的支付能力筹资，应用 Kakwani 指数来衡量，而医疗补贴的主要原则是根据健康需求分配医疗补贴，应该用集中指数来衡量，本文以此为依据研究了我国医疗筹资体系的公平性。

从医疗筹资的构成看，自付医疗支出是最主要的筹资形式，医疗保险的筹资比重过小，作用有限，增加医疗保险的筹资比重是未来医疗改革的重点。

自付医疗筹资具有很强的累退性，即支付能力相对较弱的低收入居民支付的医疗支出反而更多，与医疗筹资的基本原则背道而驰。鉴于此，我国的医疗体系只对有支付能力的高收入者敞开大门，而把无能力支付的低收入者排除在外。

从医疗保险筹资的公平性看，我国的医疗保险筹资具有较强的累退性，特别是公费医疗和职工医疗保险的累退性很强，即低收入者支付的保险费用多，高收入者支付的保险费用少，这违背了按照支付能力筹集资金的基本原则。与此相反，我国的医疗保险补贴是累进性的，即医疗保险补贴倾向于高收入者，低收入者获得的医疗保险补贴更少。因此，我国的医疗保险不仅没有发挥从高收入者筹集资金以帮助低收入者抵御健康风险的作用，反而起到了“劫贫济富”的逆向补贴作用，即低收入者筹集的保险资金被高收入者享用了。

在农村地区，医疗保险覆盖率仍然很低，自付医疗支出是最主要的筹资形式，在农村地区提高医疗保险的筹资比重显得尤为重要。在农村，新型合作医疗是最主要的医疗保险，合作医疗筹资的累退性较弱，而合作医疗的补贴倾向于低收入者，因此，合作医疗的筹资和补贴具有较好的公平性。但是，新型合作医疗的问题在于，筹资水平太低，对居民的保护作用有限，以后应当加大合作医疗的筹资比重，提高政府对合作医疗的补贴标准。

在城市地区，医疗保险的覆盖情况好于农村，医疗保险的筹资比重也相对较高，但是进一步提高城市医疗保险的覆盖率和筹资比重也很重要。在城市，职工医疗保险是主要的医疗保险，非常遗憾的是，职工医疗保险的筹资具有很强的累退性，医疗保险的补贴倾向于高收入者，因此，低收入者筹资，高收入者享有补贴，“劫贫济富”的现象较为严重。

简言之，不论是农村还是城市，都应该进一步提高医疗保险的覆盖率和筹资比重。在农村，主要问题是提高合作医疗的筹资比重和补贴标准，发挥合作医疗的保护作用；在城市，主要问题是提高职工医疗保险的公平性，让低收入者少筹资，多得补贴。

参考文献：

- [1] 世界卫生组织. 2000 年世界卫生报告：卫生系统：改进业绩 [R]. 北京：人民卫生出版社，2000. 93.
- [2] Wagstaff A. and Van Doorslaer. Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons [J]. Journal of Health Economics, 1992, (11).
- [3] Van Doorslaer and Wagstaff. The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries [J]. Journal of Health Economics, 1999, (18).
- [4] Wagstaff A. Measuring Equity in Health Care Financing—reflections on (and alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index [R]. The World Bank, Policy Research Working Paper Series 2550, 2001.
- [5] Wagstaff A. and Van Doorslaer. Equity in the Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-country Comparisons [J]. Oxford Review of Economic Policy, 1989, 5(1).
- [6] 贺鹭，郑建中，韩颖. 山西省新型农村合作医疗家庭筹资公平性分析 [J]. 中国农村卫生事业管理，2006，26(11).
- [7] 王晶. 中国农村医疗筹资公平性研究——基于全国八个农业县医疗筹资系统的实证研究 [J]. 社会学研究，2008，(5).
- [8] 魏众，B. 古斯塔夫森. 中国居民医疗支出不公平性分析 [J]. 经济研究，2005，(12).

[责任编辑 肖周燕]