

由不公平到更加公平：农村居民医疗公平性研究进展

谢兰兰

(中国社会科学院 农村发展研究所, 北京 100732)

摘要:保障农村居民公平享有基本医疗服务是我国医疗体制改革的重要目标。十八大以来,随着乡村振兴、健康中国等国家战略和一系列围绕医疗体制改革的政策措施出台落地,农村地区医疗卫生服务水平大幅提升,城乡医疗福利差距不断缩小,但仍然存在诸多阻碍农村居民公平享受基本医疗保障的桎梏。基于现有文献可梳理学术界对医疗公平的内涵界定,并从政策语义视角解读我国医疗公平的实践。从医保制度设计、医疗服务利用、群体差异、主观公平感和健康差距等视角可回顾和评述我国农村居民医疗公平问题的研究进展,反思我国的医疗卫生体制改革;下一阶段我国医疗体制改革的重点将由“扩面”转向解决医疗保障领域不充分和不平衡的矛盾,未来此领域的研究重点包括医疗保障的适度公平、医疗资源分配的公平和效率之平衡及提高农村居民的健康话语权。^①

关键词:医疗公平;医保制度;健康公平;适度公平;基本医疗;农村居民

中图分类号:C912.82;R197.1

文章标志码:A

文章编号:1006-6152(2021)05-0083-11

DOI:10.16388/j.cnki.cn42-1843/c.2021.05.008

一、导论

如何配置稀缺的医疗资源使全体国民平等获得高质量医疗服务,是重要的经济社会发展目标。我国二元分割的城乡体制和医疗卫生保障政策导致农村居民的医疗卫生权利被边缘化^[1],基本医疗保障水平长期低于城镇居民。1980年代,医疗卫生体制市场化改革探索起步,政府逐步退出医疗保障领域,将大部分医疗服务推向市场,市场化政策改变了医疗卫生机构的激励机制,资源向大城市集中,30%城市人口享有70%医疗资源,留给70%农村人口不足30%^[2],农村居民的基本医疗保障水平迅速下降。由于财政托底能力有限,政府仅提供较低程度的基本医疗服务,并优先保障城镇居民。到上世纪末,87%的农村人口需要自费医疗^[3]。城乡医疗资源分配和基本医疗保障不公平问题逐渐凸显,农村居民看病难和看病贵成为社会矛盾焦点。2000年以来,中央政府加快推进农

村地区基本医疗卫生保障工作。2002年中共中央、国务院在《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中提出实行新型农村合作医疗,从制度层面保障农村居民的公平医疗权利,拉开了医疗卫生体制改革的序幕^[4]。2009年3月,中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号),开启了新一轮医药卫生体制改革(简称“新医改”)。新医改全面反思并校正了我国医疗卫生领域的市场化改革,以“回归公平”为政策导向,提出“人人享有基本医疗卫生服务”和“实现健康公平”的重要改革目标,着力于解决资源配置失衡和构建覆盖全体国民的基本医疗卫生保障体系,扭转医疗卫生服务不公平的状况。本轮改革的重点和难点是补齐农村地区基本医疗卫生服务短板,促进农村居民公平可及的享受基本医疗卫生服务^[3]。

基本医疗保障的体制性不公平是我国经济社

收稿日期:2021-01-05

本刊网址·在线期刊:<http://qks.jhun.edu.cn/jhxs>

基金项目:科技部创新方法工作专项“创新方法在国家重大科技项目实施过程中的应用示范”(2018IM030100)

作者简介:谢兰兰,女,河北廊坊人,中国社会科学院农村发展研究所博士后,副教授,E-mail:1046676975@qq.com。

会发展的重大问题^[5]。这一问题涉及甚广,如医疗资源的分配、费用负担、对弱势群体的关照、健康结果的呈现等。厘清并全面把握这些问题,对保障农村居民的医疗权利,进一步发展和完善我国的医疗卫生保障制度,实现国民更高的健康水平,具有重要现实意义。

二、医疗公平的内涵厘定和中国实践

现有文献对医疗公平内涵的界定主要包含五个方面:1.平等不等于公平。平等是每一社会成员获得等量的医疗卫生服务以及健康状况的均等分布。公平强调医疗资源获取机会均等,并可负担医疗开支,在医疗资源的分配和利用中按需索取^[6];2.医疗不公平并非指所有因素造成的不公平,而是强调由歧视性制度造成的医疗资源分配不均和收入、教育、就业等社会因素造成的人群健康差距;3.医疗公平具有相对性^[7]。医疗公平属价值判断范畴,判断标准视角多元,难免形成不同结论。并且,医疗公平的实现要基于经济社会发展水平和医疗服务能力^[8],体现为发展过程中资源配置优化^[9]和在社会调节干预过程中差距逐渐缩小;4.差异化的制度安排是实现医疗公平的现实途径。群体医疗需求差异必然要求差异化的制度匹配,用不同机制解决不同群体的医疗需求。如平衡弱势群体的医保待遇与收入差距和筹资能力;5.医疗资源分配需权衡公平与效率。医疗卫生问题是社会问题也是经济问题,既要保证国民的医疗权利和健康权利,也要实现资源配置的高效性,强调市场机制与政府干预有机统一,并互为补充^[10]。学术界普遍认为医疗卫生领域公平重于效率^[11-12],政府应遵循“公平优先,兼顾效率”的原则配置卫生资源^{[10][13-14]}。

医疗资源的稀缺性决定必须设计良好的机制才能在社会成员间实现按需公平分配。一般认为保障医疗公平的制度安排应实现机会公平、筹资公平、医疗资源利用公平和健康公平^[15-17],也有研究从宽度(覆盖面)、深度(保障范围)和高度(补偿水平)3个维度概括^[18]。综合各种学术观点,一个公平的医疗保障体系核心是通过合理制度安排创造并保证全体国民医疗权与健康权起点公平,维

护过程公平,促进结果公平。

为了改善农村地区在医疗资源分配和利用中的弱势地位,使农村居民享受高水平的医疗卫生服务,缩小城乡健康差距,中央政府根据形势变化不断完善顶层设计,采取渐进改革方式,发展延伸了医疗公平的内涵,从实现城乡公共卫生服务均等化到优先保障基本医疗卫生服务的可及性;从建立全民基本医疗保障体系到完善针对特殊困难群体的大病医疗保障和医疗救助体系;从补齐农村医疗卫生资源的总量短板到扩大对农村地区的优质医疗资源供给;从治病为中心到健康为中心,从“保基本”目标下致力于扩大基本医疗保障受益面到开始关注适度保障公平,实现城乡居民医疗卫生服务公平普惠的方向和目标愈发清晰(表1)。政策文本语义中我国医疗公平的关键词是:政府主导、公益性、普惠、适度。在一系列战略部署和政策驱动下,我国在较短时间编织了一张全世界最大的基本医疗保障网络,为实现农村地区医疗公平提供了坚实的制度保障。

三、多维视角下农村居民医疗公平性研究进展

2000年以来医疗卫生体制改革为学术界提供了广阔的研究场景。关于农村居民医疗公平性的研究成果丰富,视角多元,既有制度研究,也有关照微观个体;既关注起点和过程公平,也关注结果公平,同时寻求解决方案。

(一)医疗保障体系的制度设计

医保制度设计是解决医疗服务不公平的前提和基础。随着医保制度逐渐并轨,城乡居民缴费标准和保障水平趋于统一。从全局看,统一的城乡居民基本医疗保障制度逐渐消除了“城里人”和“农村人”的医疗资源差异^[19],缓解了医疗服务利用和健康水平上的机会不平等,为实现城乡居民公平医疗权提供了制度支撑^[5],是社会公平正义的重要构成要素^[20],其所呈现的公平效应远高于未统筹之前^[21]。

大量基于调查和数据的研究和分析表明,当前的医保制度设计不甚完善,存在诸多不足,制度造成的不公平现象在城乡之间呈扩大趋势^[22]。有研

表1 新医改以来我国医疗卫生保障领域的主要政策文件

实施时间	政策文件	与基本医疗保障公平相关的政策要义
2009年3月	《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)	1. 建设农村三级医疗卫生服务网络;2. 建立城市医院对口支援农村医疗卫生工作的制度;3. 建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系;4. 促进城乡基本公共卫生服务逐步均等化。
2013年2月	《巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见》(国办发[2013]14号)	1. 确保每个乡镇都有实施基本药物制度的基层医疗卫生机构;2. 提高基层医疗卫生机构人员待遇;3. 财政补助向基层医疗卫生机构倾斜;4. 提升基层医疗卫生服务能力;5. 稳定和优化乡村医生队伍。
2015年3月	《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》(国办发[2015]13号)	1. 改革乡村医生服务模式和激励机制;2. 落实和完善乡村医生补偿、养老和培养培训政策;3. 加强医疗卫生服务监管,稳定和优化乡村医生队伍,全面提升村级医疗卫生服务水平。
2015年9月	《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70号)	1. 加强基层医疗卫生人才队伍建设;2. 大力提高基层医疗卫生服务能力;3. 加快推进医疗卫生信息化建设,利用信息化手段促进医疗资源向基层卫生服务机构流动。
2016年1月	《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国办发[2016]3号)	立足基本、保障公平,缩小城乡和地区差异。实现基本医保制度“统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理”的“六统一”。
2017年4月	《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发[2017]32号)	促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉,推动优质医疗资源向基层和边远贫困地区流动,提升基层服务能力。
2018年9月	《关于完善国家基本药物制度的意见》(国办发[2018]88号)	1. 提高实际保障水平。将基药目录内的治疗性药品优先纳入医保报销目录范围,加大对重大公共卫生防治的基本药物的政府投入,降低用药负担;2. 鼓励地方将基药制度与分级诊疗、家庭医生签约服务、慢性病健康管理等有机结合,在“老高糖”等慢性病管理中,在保证药效前提下优先使用基本药物。
2018年9月	《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020年)》(医保发[2018]18号)	1. 完善可持续筹资政策,实现贫困人口应保尽保;2. 提高贫困人口待遇水平;3. 使用适宜技术,促进就医公平可及;4. 全面推进医保费用直接结算。
2020年3月	《关于深化医疗保障制度改革的意见》	1. 完善基本医疗保险制度,待遇与缴费挂钩,门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹;2. 实行医疗保障待遇清单制度,公平适度保障,纠正过度保障和保障不足问题;3. 增强医疗救助托底保障,减轻贫困群体医疗负担;4. 强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能,提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平;5. 完善筹资分担和调整机制。医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩;6. 应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策;7. 提高统筹层次,促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

资料来源:本文作者整理

究显示,导致城乡居民医疗需求差异的因素中制度占比将近一半,特别是医保待遇差异引起的城乡间不公平^[23]。关于制度不公平的争议集中于如下几方面。

1. “平等而不公平”争议。有学者认为医保制度并轨为实现城乡居民的医疗权起点公平提供了条件^[24],但看似公平的规则本身可能存在严重的逻辑缺陷。农村居民的收入水平长期低于城镇居民意味着,即便不考虑农村居民更低的健康水平和更迫切的医疗需求,在同样的健康水平下,农村居民的医疗负担也将远超城镇居民,因此产生了到底谁才是医保制度最大受益者的争议。一种观点认为均等化的城乡居民医疗保险制度将造成低

收入参保者的受益劣势^[25]。由于城乡间医疗资源便利性水平的绝对差距和农村居民就医层次较低等原因,城镇居民对医保基金池的使用程度必然高于农村居民,从而导致财政资金“逆向补贴”^[26]和农村居民医保基金倒贴“共济”城镇居民^[27]等逆向再分配问题^[28]。新农合和城居保未统一前,两个盘子资金独立运行,相对公平,医保筹资制度统一后,由于农村居民医保支出较低,很多地区出现农村居民的医保费用被城镇居民挤占现象,形成“劫富济贫效应”。另外,基本医保制度的补偿机制差异化划分就医人群、病种和就医地点,造成城乡居民的医疗费用补偿率差异,依据现有制度数据测算,也得出了城镇居民医疗补偿率远高于农

村居民的结论^[29-30]。

2. 制度差异化设计悖论。为了协调缴费责任与个人能力的关系,很多地区在实践中提供了“一制多档”的医保缴费方案,将缴费标准与享受的医疗待遇挂钩,低缴费低待遇,高缴费高待遇^[31-32],以此来调节不同群体的医疗需求。许多学者认为这种制度安排也存在缺陷,如,按人群特征分档缴费普遍提高了参保者的个人缴纳费用^[32],这种做法既为高收入群体选择低档缴费留下了政策空间^[33],也可能引导经济条件差的农村居民被动选择低缴费低待遇。问题是,低收入群体患病后面临的医疗支出与高档缴费者并无差异^[34],仍然无法承担高额医疗费用,凸显了城乡居民医保制度整合过程中公平性不足问题^[35]。另一个值得关注的现象是农村地区慢性病患者数量快速增长,部分受慢性病困扰的农村居民在收入约束下被动放弃治疗,身体状况恶化导致劳动能力下降,陷入收入状况更差的恶性循环^[36]。这说明,机械化整合城乡医保制度,而不与医疗资源改革相结合,很难发挥制度改革效应^[33]。

3. “保大病,轻小病”的政策语义违背医疗公益性。医疗保障的底层逻辑被设定为“保大病,轻小病”,政策关照重点是降低大病医疗费用,因为这些疾病的医疗费用支出集中,呈显性化特征,而“老高糖”等慢性病和常见病、多发病由于治疗周期长,医疗支出分散,医疗负担容易被忽视,是低收入群体放弃治疗的重要原因,农村贫困居民的处境更艰难。笔者2019年对云南少数民族地区3个乡镇的调研发现,许多贫困山区的农村居民甚至支付不起几十元的输液费用,即便基层医疗机构减免诊疗费,仍不能承受必要的花费。

4. 农村居民投保逆向选择。筹资和补偿制度设计上的缺陷反过来导致农村居民投保的“逆向选择”。一是筹资水平逐年提高,医保补偿标准提高缓慢,降低了参保者的获得感,甚至产生强烈的抵抗情绪,投保积极性受到影响^[37]。二是农村居民疾病预防和健康意识较低^[38],投保意愿强的都是短期内有医疗需求的老弱病残,青壮年劳动力往往选择不投保。地方政府不得不花费大量人力物力参与筹资工作,付出了额外的行政管理成本和政治信任成本^[37]。

从制度实施效果看,由于医保制度的“形式化”“无功能化”^[39]与“保障水平幻觉”^[40],农村居民看病难和看病贵问题并未彻底解决。因此,应将提高实际保障水平作为深化医疗体制改革的重要目标,关注实际补偿比,将医疗费用与个人的负担能力挂钩,保持不同收入水平个体的经济性平等^[41],重点提高农村居民的医疗费用补偿水平,特别关照无经济能力就医的低收入家庭^[29]。

(二)影响医疗服务利用不公平的因素

医疗公平要求保证不同群体可以获得大致相同的医疗服务^[42-43]。但现实中,由于供需双向的原因,农村居民医疗服务利用不公平问题仍然十分突出,主要影响因素包括:

1. 医疗资源错配和结构性失衡。尽管新医改以来国家加大对农村医卫事业在人力、物力和财力方面的投入力度,但由于欠账过多,农村地区医疗卫生的短板仍然没有补齐,医疗资源错配和结构性失衡严重^[44],集中体现在农村基础医疗服务基础薄弱、质量低和医卫人员老龄化及紧缺等方面^[3],客观上剥夺了农村居民就医的机会公平。在医疗资源均等化水平较高的情况下,正常的就医逻辑是:常见病、多发病就近就便^[45],大病重病选择医疗水平高、设备好的综合医院,但农村居民的实际医疗需求并没有完全按照这样的逻辑被满足。一个重要原因是“自上而下”的医疗资源供给模式过分强调供给,农村居民的实际医疗需求被不同程度忽视,导致有效供给不足,无效供给过剩^{[3][42]}。

2. 收入约束。社会经济地位在健康和医疗服务利用不公平方面扮演着重要角色^[46]。大量研究表明,经济状况是农村居民不能充分利用医疗服务的重要因素^[46-48]。高收入群体的医疗需求总是能够得到优先或更高质量的满足^[49]。国家卫健委的一项持续性入户调查研究^②也得出医保制度更有利于中高收入人群的结论。收入差距导致医疗利用不公平表现众多,如同病不同医^[46]、更差的健康素质和更重的疾病经济负担^[48]等。即使在农村居民内部,也存在着比较严重的亲富人化的医疗服务利用不公平^[49]。许多研究揭示,农村高收入者是现行医保制度的主要受益群体,低收入人群

的医疗负担依然沉重^[50]。城乡一体化的医疗卫生体制在运行中逆向选择越来越严重,高参保率的背后是高共付率带来卫生服务利用的公平缺失^[51]。高企的就医费用和收入约束导致农村居民患病不就医或被动选择低级别医疗机构就医^[50]。《2015年中国农村贫困监测报告》显示,将近六分之一的农村贫困居民受困于经济条件无法及时就医^[29]。此外,不符合建档立卡条件的贫困户,无法享受低保待遇及子女拒不承担赡养义务的老人,也是事实上的医疗贫困户。研究表明,收入水平与医疗服务利用还可能相互强化,低收入群体由于处于较为不利的医疗资源分配位置,健康回报效益低,收入差距进一步扩大^{[36][52-53]},收入差距又加剧了医疗利用不公。

3. 就医渠道差异。不合理的就医引流,同样会导致医疗服务利用不公平。如,分级诊疗制度设计的初衷是将居民的基本医疗需求控制在其所在区域内,避免出现“大医院门庭若市,小医院门可罗雀”的现象。但在实施中由于脱离实际而产生了背反效应,没有实现引流的预期效果^[37]。分级诊疗制度显著释放和扩大了农村居民的医疗需求,表现为就诊次数和医疗支出的增加^[46]。但这并不一定真实反映农村居民的实际医疗需求,而是制度设计引致“供方诱导需求”,进而导致不合理的医疗资源挤占,如普通门诊无法报销导致的大量“小病住院”。这种状况并非个例,农村群体内部不合理的医疗资源挤占和浪费对真正有需求的患者造成不公。

异地就医是另一个问题。在地方实践中,跨区域诊疗仍然有较强的制度约束,统筹区域外复杂的就医结算流程、较低的报销比例和未经审批的异地就医流失了许多合理就诊需求。研究发现,在县级层面,即便是合规合理的异地就医,就诊患者总医疗费用也显著高于县内就医,特别是贫困人口^[54]。异地就医的医疗救助制度门槛更高,不但申请救助程序繁琐,同时由于一般采取医后救助形式,部分救助对象尤其是偏远农村地区的贫困人口无法承受医疗负担,难以及时获得救助^[54]。

此外,农村居民的就医需求分化与地区经济水平有显著正相关,发达地区总体状况好于贫困地区。2019年,笔者分别调研了广东和云南的各3个

乡镇,调研结果显示,两地农村居民就医需求反映出截然不同的两种状况,富裕农村地区就医层次趋高和落后地区被动本地诊治并存。随着异地医保结算流程的简化,广东某区的跨区域就医病患增长迅速,医保资金外流率高达40%以上,跨地区诊治是富裕地区农村居民寻求更优就医资源的现实选择。但在落后农村地区,许多农村居民受限于收入、报销比例、交通不便、认知水平最终选择当地医治,甚至放弃治疗。

(三) 群体差异

农民工和农村老年群体的医疗服务利用水平和能力也呈现较大差异。

1. 农民工。这一群体规模庞大,流动性强,在市际、省际、城乡间流动已经常态化,因流动就医造成的参保中断、重复参保和权益难以保障等问题长期无法得到解决^[55],目前还没有哪个地区有针对农民工的专门医疗保障方案,这不利于维护农民工的健康权益^[56]。研究表明,健康服务体系的规范程度与流动人口的健康状况正相关^[57]。相关调查显示,农民工等流动人口的医保参保率和住院比例更低^[58]。农民工群体对医疗保障制度的个体感受强于长期定居农村的居民,对医疗公共服务满意度、社会公平感的感知水平仍有较大提升空间^[59]。农民工作为城市常住人口却无法平等享有包括医疗卫生服务在内的城市基本公共服务的问题被广泛关注^[60-63],户籍地参保仍然占农民工整体参保人数的绝对比重^[64]。究其原因,一是医疗保险的统筹层次低,难以适应农民工的高流动性,目前各地的异地就医协作管理机制和监管机制没有完全理顺^[65],且医疗保险转移接续面临困难^[63]。二是多数农民工在小微企业或非正式部门就业,劳动关系不稳定,时间不连续、地点不固定,无法长期连续缴纳保险金,参保率长期难以有效提升。《2016年全国农民工监测调查报告》显示,2014年^③农民工参加医疗保险、工伤保险和生育保险的比例分别仅为17.6%、26.2%和7.8%,距平等享有城市基本公共服务还比较远^[66]。通过包容性的制度安排解决农民工的医疗保障难题,是实现社会公平的重要体现。如提高医保基金的统筹层次、完善针对流动人口的公共卫生服务筹资机制、加大农

民工在流入地参保的财政支持力度等^{[55][63-64]}。

2. 农村老年群体。医疗服务利用不平等现象在农村老年人中普遍存在,家庭贫困、缺乏医疗保障和医疗可及性差都会导致老年人无法及时利用医疗服务^[67-68]。老年人利用卫生服务的水平存在显著的城乡和地区间不公平,这种不公平明确指向个体的经济能力^[69]、区域卫生资源配置水平^{[22][70-71]}和制度环境^[68]。由于经济条件限制,低收入农村老人依然得不到基于健康公平原则的医疗保健^[69]，“小病拖,大病扛”现象比较普遍,存在严重的医疗需求压抑^[72],制度缺失和可操作性差等使农村老年人的精神健康状况难以得到切实改善^[73],甚至被严重忽视^[74]。二是针对农村失能老人、空巢老人、高龄老人及鳏寡孤独等特殊群体的医疗保障制度不完善。由于更差的健康状况和更重的疾病经济负担^[75-76],目前的医疗保障无法让这部分“特殊中的特殊”弱势群体体面生活^[77-78],疾病成为农村老人致贫的主因^[79],无论从哪个角度看,实现农村地区的健康老龄化对促进社会公平都具有重要的现实意义。

(四)微观主体的医疗公平感

民众的医疗公平感受多种因素影响,已有研究从社会结构位置和相对剥夺感两个微观解释机制进行解释。研究表明,处于较高层级的人拥有更高的社会公平感^{[33][80]},政府在医疗卫生等基本公共服务方面的投入会显著提高中等以上收入群体的社会公平感,但对低收入群体影响不显著^[80]。按照相对剥夺理论的解释,主观公平感是相对的,人们倾向于以个人价值尺度及期待水平,或与参照群体的主观比较感受公平^[81]。如农村居民在与城镇居民的比较中,认为自身的医保待遇、获取医疗服务的成本等诸方面与城镇居民差距正在拉大,从而产生不公平效应^{[10][33]}。

作为一种主观感受,医疗公平感既与医疗服务的供给质量有关,也受个体利益诉求和体验影响^[82]。政府提高公共服务的制度绩效^{[80][83-85]}、可负担的就医费用和良好的就医体验^[86]等会带来更高的就医满意度和公平感。但也要注意,由于隐性态度在人们对社会事务认知中的“信息过滤”效用,使人们面对同样的客观存在时可能产生不同

的感知结果^[87]。如,对医疗机构和医生群体的信任度高,会使公众相信能够公平享有医疗卫生服务,进而体现出更高公平感^[86-87]。这提示政策制定者,提高医疗体系的制度绩效、对底层群体关照倾斜和正面的心理预期引导同等重要。

(五)健康公平

医疗各环节的公平性,归根到底都要以健康状况的改善来衡量^[88]。健康公平既是医疗服务公平的目的^[89],也是医疗卫生领域公平价值目标诉求的集中体现^[90]。

目前我国城乡居民仍然存在较大健康差距,在预期寿命、死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、疾病谱和死因谱等方面均存在显著差异^④,健康状况的城乡不公平,更甚于收入分配的不公平^{[8][91]}。威胁农村居民健康的主要因素包括较差的生存环境和卫生条件、较低的医疗保健意识及不良的营养状况等,这些因素对应着深层社会经济矛盾,如农民的收入水平和经济地位差距^[92-94]、农村地区的医疗卫生基础设施和服务水平^[95-96]、医疗资源的分配和利用效率^{[8][97-98]}及政策制度^{[8-9][94]}。

对应上述影响因素,实现城乡健康公平的路径包括:1. 实现医疗权公平,让有同样医疗需要的社会成员享受同样的卫生服务,在操作中包括筹资和补偿公平以及医疗资源配置公平;2. 消除健康消费能力的差距,保证所有社会成员以医疗需求为导向获得医疗服务^[17]。经济公平是健康公平的前提,社会财富分配的两极分化体现在医疗服务领域,就是贫富群体间的健康公平恶化,甚至导致健康差异的代际扩大。实证研究表明,我国城乡不同收入人群间的健康差异,约40%—60%单纯由收入引致^[96];3. 提高医疗资源的利用效率,如限制医院规模过快扩张,控制卫生机构不必要的资源配置,达到规模有效^{[8][99]};4. 体制机制持续改革。健康公平受政策目标的限制^[100],不同体制下的政策导向和政府卫生领域的责任会直接影响公众的健康公平状况^[9]。为此,应持续推进城乡医疗卫生一体化深度融合^[10],以“健康中国”战略为指引,将健康融入各项经济社会发展政策。特别要关照未被当前政策纳入的医疗弱势群体,增加差异化制度供给^{[94][101]}。实证研究表明,人们的健康状况主

要受生活方式和环境影响^[102],因此,从源头关照和改善弱势群体的健康状况能够低成本高效率实现社会的健康公平。如引导弱势群体改变生活方式并改善他们面临的恶劣生活环境,空气污染、水源污染、环卫设施落后等。

四、研究评述与展望

以往研究从不同视角对农村居民的医疗公平问题进行了充分阐释。相关研究客观上推动顶层设计和地方实践面向农村居民的更加公平的医疗保障制度供给,农村居民在医疗资源分配中的弱势地位正在发生积极改变。当前,我国医疗体制改革在“扩面”方面已经取得实质成效,基本医疗保障覆盖面不断扩大,95%以上人群被纳入基本医疗保障体系,基本实现了“应保尽保”。下一阶段医疗体制改革的重点将由“扩面”转向解决医疗保障领域不充分和不平衡的矛盾,在此背景下,未来的研究可能有以下重点和需要突破的方向。

1. 关于医疗保障的适度公平。从各地实践看,由政府主导的“自上而下”的医疗资源供给模式和制度供给模式,可能会导致类似政治动员式的人财物集中,突击性解决某方面的问题。由此可能引发政府不注重可行能力,对部分群体保障过度,同时忽视其他群体利益。如,建档立卡贫困户的医疗保障基本由财政全额支付。以2020年某县公开可查的政策为例建档立卡贫困户享受的医保待遇就包括:(1)财政全额代缴年度城乡居民医疗保险费;(2)县域内住院无需缴纳预交金;(3)县域内住院经基本医疗保险、大病保险和医疗救助报销后个人自付费用不超过10%;(4)县域内公立医疗机构发生的慢性病门诊维持治疗费用经基本医保报销后,个人自付部分在年度救助限额内按90%予以救助。还有一些地方专门设立了针对建档立卡贫困户的大病住院生活补贴。多重保障下,这部分群体就诊门槛基本降为零,过度福利助长了部分贫困人口的惰性,并导致过度医疗、欠费、逃费等问题。同时出现的还有对部分群体保障不足。如边远山区居民、未被纳入扶贫政策保障的贫困人口、农民工、农村老年贫困群体等。在全民医疗保障扩面基本完成后,适度公平应成为下一

阶段确保我国基本医疗保障事业可持续发展的关键机制,是新时期对医疗公平的深刻诠释,也是医疗保障事业高质量发展的标志,需要纳入筹资、待遇、补偿、监管机制的具体考量。

2. 医疗资源分配的公平和效率之平衡。医疗领域的公平和效率问题可以转化为政府和市场在资源配置中的作用和地位问题。医疗权和健康权是人权的重要体现,这是学术界关于“医疗公平高于效率”观点的底层逻辑。但同时医疗资源与其他商品一样,也具有稀缺性,需要借助市场机制高效分配,以最少资源创造最高价值。医疗公平与效率的平衡可能成为新时期的研究焦点。如是否可以采取公平与效率并重的发展模式,如何在减少弱势群体医疗服务利用水平的前提下提高某些医疗卫生领域的市场化程度,促进医保市场的竞争性与效率改善,实现基本医疗供给多样化,该领域的成功先例包括将商业健康保险纳入医疗保障体系,医疗服务价格形成机制,药品、医用耗材集中带量采购制度等。随着医疗体制改革向纵深发展,仍有一些领域需要深入探索,特别是在政府管理服务功能和市场调节功能的结合方面,如商业医疗机构参与基本医疗保障体系的可行路径。

3. 提高农村居民的健康话语权。公共健康治理需要遵循社群成员的集体行动逻辑^[3]。为了夯实民意基础,平衡利益相关者的诉求,重大医疗改革决策出台前都会公开征询社会各界意见,这对提升国民参与健康事业管理的主观能动性起到了积极促进作用,但为农村居民发声的往往不是这个群体自身,媒体和学界等其他群体代为发声可能会由于固化偏见造成政策偏差。本文认为,下一阶段医疗卫生体制改革应将充分尊重农村居民的话语权作为一项硬指标,引导农村居民参与卫生政策的制定、执行和监督过程,为这一群体广开充分表达利益诉求的渠道,不断完善农村居民的健康话语权实现途径,对于有效保障农村居民的医疗权益、实现“健康中国”目标具有重要意义。

注释:

- ① 本文为中国社会科学院“农村发展经济学”重点学科建设阶段性研究成果。
- ② 国家卫健委卫生发展研究中心医保研究室在“国家医

保医药目录调整提高肿瘤患者受益面兼顾社会公平专家研讨会”上的发言 https://www.sohu.com/a/325542142_162422。

③ 2015年起未再公布参保数据。

④ 详见《2019年中国卫生健康统计年鉴》《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》。

参考文献:

- [1] 杨振杰,刘笑笑. 中华人民共和国农村公共服务供给70年:回顾与展望[J]. 湖北民族学院学报(哲学社会科学版),2019(3):29-35.
- [2] 任飞,王俊华. 基于差异的正义:我国基本医疗服务资源合理配置与实现路径[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版),2019(5):27-33.
- [3] 赵黎. 新医改与中国农村医疗卫生事业的发展:十年经验、现实困境及善治推动[J]. 中国农村经济,2019(9):48-69.
- [4] 王绍光,樊鹏. 中国式共识型决策:“开门”与“磨合”[M]. 北京:中国人民大学出版社,2013年.
- [5] 范逢春. 城乡基本医疗卫生服务均等化的制度变迁与治理反思:基于倡导联盟框架的分析[J]. 中共宁波市委党校学报,2020(2):5-14.
- [6] WHO. Equity in Health and Health Care, A WHO/SIDA Initiative[R]. Geneva:WHO,1996.
- [7] 王云岭,杨同卫. 论影响卫生资源分配公平性的因素[J]. 医学与哲学,2005(7):56-58.
- [8] 方鹏骞,赵露. 基于卫生资源利用效率视角下的健康公平实现研究[J]. 人口与发展,2013(6):74-83+18.
- [9] 陈化. 健康公平·政策导向·政府责任:卫生领域政府责任研究[J]. 学术论坛,2011(1):66-71.
- [10] 张力文,李宁秀. 基于健康公平的城乡卫生一体化内涵研究[J]. 中国卫生事业管理,2012(9):647-650.
- [11] McLachlan G, Maynard A. The Public/Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change [J]. Journal of Public Health Policy, 1985(3):420-423.
- [12] Gavin Mooney. Economics, Medicine and Health Care [M]. Wheatsheaf, Sussex. England and New Jersey, USA: Humanities Press International, 1986.
- [13] 李秋芳. 卫生资源配置的分析与思考[J]. 卫生经济研究,2005(6):20-21.
- [14] 郑大喜. 卫生改革应该提倡一种“公平优先,兼顾效率”的价值观[J]. 现代医院管理,2006(10):19-20.
- [15] Saltman. Social Health Insurance Systems in Western Europe[M]. United Kingdom:Open University Press, 2013.
- [16] 李扶摇,王红漫. 京津冀社会基本医疗保险公平性研究[J]. 中国软科学,2016(6):129-135.
- [17] 孟庆跃,严非. 中国城市卫生服务公平与效率评价研究[M]. 济南:山东大学出版社,2005.
- [18] 李珍,赵青. 制度变迁视角下的城镇职工基本医疗保险公平性评估[J]. 北京社会科学,2014(7):31-37.
- [19] 杨园争. “健康中国2030”与农村医卫供给侧的现状、困境与出路:以H省三县(市)为例[J]. 农村经济,2018(8):98-103.
- [20] 王立剑,代秀亮. 新中国70年中国农村社会保障制度的演进逻辑与未来展望[J]. 农业经济问题,2020(2):65-76.
- [21] 李迎生. 中国社会政策改革创新的价值基础:社会公平与社会政策[J]. 社会科学,2019(3):76-88.
- [22] 李建新,夏翠翠. 我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究:基于2011年中国老年健康影响因素跟踪调查数据[J]. 中国卫生政策研究,2014(9):39-44.
- [23] 顾海,李佳佳,马超. 我国城乡居民的医疗需求差异研究:基于Oaxaca-Blinder方法的回归分解[J]. 学海,2012(3):75-78.
- [24] 姚奕. 基本医疗保障体系公平性评价:起点、过程与结果[N]. 中国保险报,2016-11-15(007).
- [25] 周钦,田森,潘杰. 均等下的不公:城镇居民基本医疗保险受益公平性的理论与实证研究[J]. 经济研究,2016(6):172-185.
- [26] 熊先军. 整合城乡居民医保意在公平[J]. 中国医疗保险,2016(10):36.
- [27] 袁涛,仇雨临. 从形式公平到实质公平:居民医保城乡统筹驱动路径反思[J]. 社会保障研究,2016(1):55-60.
- [28] 王超群,李珍,刘小青. 中国医疗保险制度整合研究[J]. 中州学刊,2015(10):69-73.
- [29] 翁凝,宁满秀. 基本医疗保险补偿率对城乡居民医疗支出不平等的影响[J]. 华南理工大学学报(社会科学版),2019(4):30-42.
- [30] 董黎明. 公共消费均等化视角下健康公平实现路径研究[J]. 财经问题研究,2012(7):81-84.
- [31] 杨晓天. 湖北省城乡居民医疗保险整合试点:实践、效果及难点分析[J]. 湖北社会科学,2017(7):59-63+134.
- [32] 何桂香,丽扎·江阿别克,刘金宝. 乌鲁木齐市城乡居民医保统筹整合前后比较分析[J]. 中国卫生经济,2017(11):20-23.
- [33] 雷咸胜. 城乡居民医保制度整合提升了农村参保居民的公平感吗?[J]. 中国卫生政策研究,2020(1):24-30.
- [34] 仇雨临,吴伟. 城乡医疗保险制度整合发展:现状、问题与展望[J]. 东岳论丛,2016(10):30-36.
- [35] 仇雨临,张鹏飞. 从“全民医保”到“公平医保”:中国城乡居民医保制度整合的现状评估与路径分析[J].

- 河北大学学报(哲学社会科学版),2019,44(2):128-138.
- [36] Azzani M, Roslani A C, Su T T. Financial Burden of Colorectal Cancer Treatment among Patients and Their Families in a Middle-income Country [J]. Supportive Care in Cancer, 2016,24(10):4423-4432.
- [37] 赵黎. 发展还是内卷?:农村基层医疗卫生体制改革与变迁[J]. 中国农村观察,2018(6):89-109.
- [38] 陆铭,冷明祥. 健康公平严重缺失导致“看病贵、看病难”[J]. 中国初级卫生保健,2010(5):1-3.
- [39] 刘继同. 中国社会医疗保险制度40年的历史经验、结构困境与改革方向[J]. 人文杂志,2019(3):20-29.
- [40] 李亚青. 社会医疗保险的真实保障水平研究:兼论“保障水平幻觉”[J]. 人口与经济,2012(5):65-71.
- [41] 李珍,黄万丁. 全民基本医保一体化的实现路径分析:基于筹资水平的视角[J]. 经济社会体制比较,2017(6):138-148.
- [42] 吴琪,苗瑞,宋雨沁,程元杰,江志斌. 面向分级诊疗的医疗资源配置决策研究[J]. 工业工程与管理,2018(3):150-156.
- [43] 刘金伟. 北京城乡基本公共卫生服务均等化现状评价及其对策[J]. 中国卫生经济,2011(2):42-44.
- [44] 罗峰,吴芷怡. 农村社区医疗卫生服务的体制性空间:基于民族地区农村社区的调查分析[J]. 湖北民族学院学报(哲学社会科学版),2019(1):34-40.
- [45] 王咏红. 强基层:推动优质医疗资源下沉[J]. 群众,2013(3):I0041-I0042.
- [46] 马超,赵广川,顾海. 城乡医保一体化制度对农村居民就医行为的影响[J]. 统计研究,2016(4):78-85.
- [47] 帅李娜. 从“全民覆盖”指标看中国医疗保险制度的公平性[J]. 湖北社会科学,2013(3):63-66.
- [48] 叶慧,刘玢彤. 不同收入等级农村居民基本医疗保险受益公平性研究:基于湖北省少数民族贫困县的调查[J]. 社会保障研究,2020(1):23-32.
- [49] 解歪. 与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J]. 经济研究,2009(2):92-105.
- [50] 黄小敏,赵拥军等. 分级诊疗背景下山东省农村居民就医行为及影响因素分析[J]. 滨州医学院学报,2019(4):298-299.
- [51] 方菲,胡勋峰,刘冰. 农村合作医疗公平的实现:新农合与医疗救助的有效衔接[J]. 理论观察,2018(11):98-100.
- [52] 齐良书,李子奈. 与收入相关的健康和医疗服务利用流动性[J]. 经济研究,2011(9):83-95.
- [53] Alleyne G, Casas A, Castillo-Salgado. Equality, Equity: Why Bother?[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2000,78(1).
- [54] 郑明慧,蒋俊男,项莉. 全民健康覆盖视角下农村贫困人口医疗服务需求和医疗救助研究[J]. 中国医疗保险,2019(7):36-39.
- [55] 张齐超. 健康中国背景下农民工健康问题[J]. 劳动保障世界,2019(17):38-39.
- [56] 姜海珊. 当前农民工医疗状况分析—基于2013年流动人口动态监测调查数据[J]. 人民论坛,2016(17):172-174.
- [57] 石郑. 流动人口健康自评状况及影响因素分析[J]. 江汉学术,2020(2):17-28.
- [58] 国家卫生计生委统计信息中心. 流动人口卫生服务调查分析报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2016年.
- [59] 陈晓青. 农民工医疗公共服务满意度、社会公平感与政府信任的影响研究[D]. 华侨大学,2019.
- [60] 刘晓峰,陈钊,陆铭. 社会融合与经济增长:城市化和城市发展的内生政策变迁[J]. 世界经济,2010(6):60-80.
- [61] 蔡昉. 刘易斯转折点与公共政策方向的转变:关于中国社会保障的若干特征性事实[J]. 中国社会科学,2010(6):125-137+223.
- [62] 蔡昉. 中国经济改革效应分析:劳动力重新配置的视角[J]. 经济研究,2017(7):4-17.
- [63] 杨林,柳俊燕. 医疗保险转移接续:现实阻碍与未来破解:基于农村劳动力就业流动视角[J]. 南开学报(哲学社会科学版),2020(2):69-79.
- [64] 韩俊强. 农民工医疗保险参保特征、问题与政策思考[J]. 中国医疗保险,2020(1):18-22.
- [65] 张玉琴. 农民工医疗保险异地结算面临困境及对策研究[J]. 广西质量监督导报,2020(2):40+37.
- [66] 钱雪亚,宋文娟. 城市基本公共服务面向农民工开放度测量研究[J]. 统计研究,2020(3):33-47.
- [67] 韩华为. 中老年患者门诊需求行为及其决定因素:来自浙江、甘肃两省的经验证据[J]. 中国人口科学,2010(5):75-84+112.
- [68] 郭爱妹,顾大男. 健康不平等视角下医疗服务可及性对老年健康的影响:基于CLHLS数据的实证分析[J]. 人口与发展,2020(2):60-69.
- [69] 刘欢. 中国城乡老年人医疗行为及其健康差异影响因素[J]. 成都大学学报(社会科学版),2020(6):7-20.
- [70] 仲亚琴,高月霞,王健. 不同社会经济地位老年人的健康公平研究[J]. 中国卫生经济,2013(12):21-23.
- [71] 焦开山. 健康不平等影响因素研究[J]. 社会学研究,2014(5):24-46+241-242.
- [72] 胡静,刘亚飞,黄建忠. 中国农村贫困老年人的潜在

- 医疗需求研究:基于倾向评分匹配的反事实估计[J]. 经济评论,2017(2):127-137.
- [73] 赵聪,曹丽宁,姚兆余. 农村老年人精神健康问题与对策研究:基于江苏农村地区的调查[J]. 成都师范学院学报,2013(9):27-30.
- [74] 王晗,凌文豪. 农村特困老人健康状况及影响因素分析:基于郑州航空港区的实证调研[J]. 佳木斯大学社会科学学报,2019(1):63-66.
- [75] 刘莎,卢硕,等. 苏北农村空巢老人健康状况及直接医疗费用的Tobit回归模型研究[J]. 中国卫生统计,2020(1):20-23.
- [76] 李铭秋,李凌蓉,等. 农村失能老人的养老现状、面临困境、保险需求及解决对策研究:基于宿迁市失能老人的调研[J]. 农村经济与科技,2020(3):227-230.
- [77] 贺梦梦,郭会宁,翁建定. 乡村振兴战略背景下农村失能老人生活现状调查与对策[J]. 新西部,2019(9):17+30.
- [78] 陈铁铮. 当前农村留守老人的生存状况:来自258位农村老人的调查[J]. 湖北社会科学,2009(8):57-60.
- [79] 徐丽萍,夏庆杰,贺胜年. 中国老年人多维度精准扶贫测算研究:基于2010年和2016年中国家庭追踪调查数据[J]. 劳动经济研究,2019(5):105-132.
- [80] 李秀玫,桂勇,黄荣贵. 政府基本公共服务供给与社会公平感:基于CGSS 2010的研究[J]. 社会科学,2018(7):89-97.
- [81] 王宁. 相对剥夺感:从横向到纵向:以城市退休老人对医疗保障体制转型的体验为例[J]. 西北师大学报(社会科学版),2007(4):19-25.
- [82] 张青,周振. 公众诉求、均衡性感知与公共服务满意度:基于相对剥夺理论的分析[J]. 江海学刊,2019(6):90-95.
- [83] Steven van De Walle. Public Service Performance and Trust in Government:The Problem of Causality[J]. International Journal of Public Administration, 2003, 26(8-9).
- [84] Swindell D, Kelly J M. Linking Citizen Satisfaction Data to Performance Measures [J]. Public Performance & Management Review, 2000, 24(1):30-52.
- [85] 林挺进,吴伟等. 中国城市公共教育服务满意度的影响因素研究:基于HLM模型的定量分析[J]. 复旦教育论坛,2011(4):54-58.
- [86] 麻宝斌,杜平. 医疗卫生服务可及性如何影响民众的公共医疗公平感:基于七省市问卷调查数据的分析[J]. 甘肃行政学院学报,2019(1):56-63.
- [87] 刘成,李秀峰. 制度绩效、隐性态度与公众医疗卫生服务满意度:基于多层线性模型的宏观、微观互动分析[J]. 华东理工大学学报(社会科学版),2020(1):135-148.
- [88] 刘晓强. 欧洲医疗保健改革对公平性的影响[J]. 国外医学(卫生经济分册),1998(2):7-9.
- [89] 郭华,蒋远胜. 中国基本医疗保障的公平性:一个分析框架[J]. 天府新论,2014(1):55-60.
- [90] 王利君,董黎明. 促进健康公平、公共消费与全民医保[J]. 宏观经济管理,2011(9):37-38.
- [91] Chen Z, Gao Q. Health Reform and Development with Chinese Characteristics: Ensuring Medical And Health Care Services for Each and Every Citizen [J]. Qiushi, 2008(1).
- [92] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Overall versus Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations [J]. Economics, 2004(3):297-301.
- [93] Ourti T V. Measuring Horizontal Inequity in Belgian Health Care Using a Gaussian Random Effects Two Part Count Data Model [J]. Health Economics, 2004, 13(7):705-724.
- [94] 赵丁海,乔学斌. 健康公平发展的伦理关切与实践向度[J]. 医学与哲学,2019(10):35-39.
- [95] Kaplan G A, Pamuk E R, Lynch J W, Cohen R D, Balfour J L. Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways [J]. BMJ Clinical Research, 1996(7037):999-1003.
- [96] 周靖. 中国居民与收入相关的健康不平等及其分解:基于CGSS2008数据的实证研究[J]. 贵州财经大学学报,2013(3):52-57.
- [97] Sen A. Development As Freedom [M]. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- [98] E V Doorslaer, A M Jones. Income-related Inequality in Health and Health Care in the European Union [J]. Health Economics, 2004(13):605-608.
- [99] 李显文,徐盛鑫,张亮. 基于效率的医院规模经济实证分析[J]. 中国医院管理,2011(4):65-68.
- [100] 喻文德. 论健康公平的意义与限度[J]. 桂海论丛,2012(4):69-72.
- [101] 刘世爱,张奇林. 医疗保险缓解中老年家庭医疗负担的效果分析[J]. 江汉学术,2020,39(4):35-45.
- [102] 石光,韦潇,汝丽霞. 卫生政策的优先重点:健康和健康不公平的社会决定因素[J]. 卫生经济研究,2012(5):35-38.

责任编辑:刘洁岷

(E-mail:jiemin2005@126.com)