

# 灾难性卫生支出的城乡差异及分配敏感性研究

杨红燕<sup>1\*</sup> 黄梦<sup>2</sup>

1. 武汉大学社会保障研究中心 湖北武汉 430072

2. 湖南大学社会保障研究中心 湖南长沙 410082

**【摘要】**目的:分析实现全民医保后我国灾难性卫生支出的发展趋势、城乡差异及分配敏感状况。方法:利用中国家庭动态跟踪调查2012年与2014年数据,采用世界卫生组织关于灾难性卫生支出及分配敏感性计算的方法。结果:2012—2014年,灾难性卫生支出总体发生率和发生强度均有明显下降。总体而言,灾难性卫生支出的收入分配状况相对均等。但是,发生率绝对值较高,且城乡有别,农村受到的灾难性卫生支出冲击更大;穷富有别,灾难性卫生支出更多发生在穷人身上。2012年城市发生率比农村更不均等,2014年正好相反。2012—2014年,所有家庭平均差距的集中指数由负变正。结论:全民医保对于降低灾难性卫生支出发生率与发生强度有一定作用;有限的保障内容、水平可能导致医保无法改善甚至加剧灾难性卫生支出的强度;收入水平与医疗保险差异导致农村、穷人遭受更大的灾难性卫生支出发生风险。

**【关键词】**灾难性卫生支出;城乡;分配敏感性

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.07.005

## The rural-urban difference and distribution-sensitive of Catastrophic Health Expenditure

YANG Hong-yan<sup>1</sup>, HUANG Meng<sup>2</sup>

1. Center for social security studies of Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. Hunan University, Changsha Hunan 410082, China

**【Abstract】** Objective: To analyze the development trend, rural-urban difference and distribution-sensitive measures of the Catastrophic Health Expenditure (CHE) after universal health coverage in China. Methods: Using data from the 2012 CFPS (China Family Panel Studies), and employing the World Health Organization (WHO) methodology to calculate the CHE based on allocation sensitivity. Results: During the period from 2012 to 2014, CHE's overall incidence and intensity have all decreased dramatically. This has left the health expenditures relatively evenly distributed altogether. However, the absolute value of incidence rate was relatively high, and showed differences between rural and urban areas, and between poor and rich people. The rural areas were hit harder by the CHE and the poor suffered more. In 2012, the incidence of was more uneven in cities than in rural areas, while the opposite was true in 2014. Moreover, the Concentration Index of the average gap for all families changed from negative to positive during the period from 2012 to 2014. Conclusions: The universal health coverage showed a certain effect on reducing the CHE risk (incidence and intensity) effectively. However, the dual-structure (limited content and level of safeguards) of medical insurance in rural and urban areas resulted in the inequality of CHE between rural and urban areas, poor and rich people. Differences in income levels and medical insurance lead rural and poor people to be highly exposed to the CHE risk.

**【Key words】** Catastrophic Health Expenditure; Rural and urban; Distribution-sensitive

## 1 引言

提高居民抵御疾病经济风险的能力是世界各国

卫生系统的基本功能之一。<sup>[1]</sup>而这很大程度上依赖于如何建立一个完善的互助共济与风险分担机制,确保卫生筹资的公平性。2009年以来,新医改为保障

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(71303175);教育部基地重大项目(16JJD840009);武汉大学自主科研“中央高校基本科研业务费专项资金”项目(413000009)

作者简介:杨红燕,女(1976年—),教授,博士生导师,主要研究方向为社会保障、卫生政策与公共财政。E-mail:yhyhyang@163.com

障居民的疾病经济风险,实现人人享有基本医疗卫生服务奠定了基石。之后,我国城镇职工、城镇居民、新农合三项基本医疗保险实现了对全国 95% 以上居民的全覆盖,建立起世界上最大的基本医疗保障网。2012 年以来,大病补充医疗保险与基本医疗保险形成双层保障网,显著减轻了居民的医疗费用负担。基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例达到 70% 左右。<sup>[2]</sup>与此同时,居民发生灾难性卫生支出(Catastrophic Health Expenditure, CHE)乃至因病致贫的现象仍然存在。而且,医疗保险的碎片化导致因病致贫状况存在城乡差异,农村因病致贫问题更加严重。根据国务院扶贫办数据,我国农村贫困人口中的 42% 是因病致贫返贫,有的地方甚至高达 50%,在各种致贫原因中,因病致贫在各地均位于前列。<sup>[3]</sup>

灾难性卫生支出一直是卫生服务研究领域的热点问题。<sup>[4-11]</sup>然而,聚焦于全民医保且利用完整的家庭支出和家庭成员数据<sup>①</sup>进行的全国性研究较少。为更好地解决看不起病、因病致贫问题,促进精准医疗扶贫和医疗保险制度的完善,实现“健康中国 2030”规划纲要所提出的推动健康领域基本公共服务均等化的目标,需要更新研究方法和研究数据,对于 CHE 的状况及其城乡差异进行及时评估,提出相应政策建议。

## 2 资料与方法

### 2.1 资料来源

理想情况下,应该利用跟踪数据来估计因疾病发生带来的医疗开支对生活水平破坏的严重程度,以此来确定疾病风险发生后,在非医疗卫生方面的商品和服务支出会如何变化。<sup>[12]</sup>基于此,本文采用中国家庭动态跟踪调查(CFPS)2012 年和 2014 年数据。CFPS 由北京大学中国社会科学调查中心实施,包括经济活动、家庭关系与家庭动态、健康等诸多研究主题,是一项全国性、大规模、多学科的多年社会跟踪调查项目。CFPS 样本覆盖 25 个省(市、自治区),调查对象包含样本户中的全部家庭成员。对于家庭和个人层面数据的详细记录使得 CFPS 成为研究 CHE 动态演进状况的绝佳数据。

### 2.2 研究方法

本文采用世界卫生组织 Adam Wagstaff 的方法衡量 CHE 及其分配敏感性。<sup>[4]</sup>研究集中指数调整前

后的家庭 CHE 发生率、发生强度,并从城乡差异、贫富差距等视角,考察 CHE 的分配敏感性。同时,运用洛伦茨曲线和集中曲线衡量家庭消费支出和现金卫生支出的累进程度。

#### 2.2.1 家庭 CHE 发生率和发生强度

一定时期内家庭现金卫生支出超过家庭收入或支出的一定比例时会被定义为“灾难性的”。<sup>[3]</sup>家庭 CHE 发生率为发生 CHE 的家庭占全部样本家庭的百分比。用  $E_i$  表示是否发生 CHE,则其计算公式如下:

$$E_i = \begin{cases} 0 & \text{if } T_i/(x_i - f_i) < z \\ 1 & \text{if } T_i/(x_i - f_i) \geq z \end{cases} \quad (1)$$

其中, $T_i$  为家庭年现金卫生支出, $x_i$  为年消费性支出, $f_i$  为家庭食品支出, $z$  为设定的阈值。根据以往的研究,本文中阈值确定为 40%。CHE 的发生率  $H$  表示发生 CHE 的家庭占全部家庭的百分比。平均差距  $O$  反映全社会所有家庭 CHE 的严重程度,相对差距  $MPO$  反映 CHE 对于发生 CHE 家庭的冲击强度。计算公式如下:

$$H = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i \quad (2)$$

$$O = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i \left( \frac{T_i}{x_i - f_i} - z \right) \quad (3)$$

$$MPO = \frac{O}{H} \quad (4)$$

#### 2.2.2 CHE 的分配敏感性衡量

CHE 对于收入分配状况是不敏感的,仅从发生率和发生强度的指标来看,无法反映出穷人和富人在 CHE 上的分配结构。因此,进一步引入洛伦茨曲线、集中曲线和集中指数以反映 CHE 的收入分配状况。

洛伦茨曲线和集中曲线分别用来衡量收入分配、健康状况不平等的程度,其中,集中指数是衡量健康领域不平等的常用变量,被定义为集中曲线和公平(45°)线之间区域的 2 倍。计算公式如下:

$$C = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h, r) \quad (5)$$

其中, $r$  为收入水平的排序状况, $h$  为健康变量, $\mu$  为  $h$  的平均值。集中指数取值在  $-1 \sim 1$  之间。如果没有社会经济不平等的话,集中指数是零。当集中曲线在公平线上方时, $C < 0$ ,表示 CHE 在收入较低的家

① 而非仅用用户主的数据来代表全家,或仅用部分家庭支出数据。完整的数据将有助于全面反映医疗开支对生活水平破坏的全貌以及医疗保险制度的保障效果。

庭中发生率更高或强度更大,反之亦然。 $C_h$  和  $C_o$  分别表示 CHE 发生率和发生强度的集中指数。

按照边际效用递减规律,穷人卫生支出的边际效用将会比富人更大。CHE 的不同分配状况对于社会总福利的影响是不同的。为了更加直观地反映穷人和富人在 CHE 上的分配差异,一般采用加权的方式,对穷人和富人赋予不同的权重,收入越低,权重越高。然后乘以 CHE 的发生率和平均差距,得到集中指数调整后的 CHE 发生率  $H^W$  和 CHE 平均差距  $O^W$ ,公式如下。

$$H^W = H(1 - C_h) \quad (6)$$

$$O^W = O(1 - C_o) \quad (7)$$

如果 CHE 更亲贫,则集中指数  $C$  为负,集中指数调整后  $H^W$  的发生率比调整前的  $H$  更高。从社会福利最大化的角度来看,真正的 CHE 状况比  $H$  表现出来的要更加严重,因为 CHE 更加倾向于发生在穷人身上,反之亦然。

### 3 结果

#### 3.1 调查对象基本情况

从调查人口总体情况来看,2012—2014 年,住户总消费、住户支付能力、现金卫生支出的均值均呈现增长,且有统计学差异。现金卫生支出占总消费的比重均值呈小幅增长,但现金卫生支出占支付能力的比重均值呈下降趋势,二者均有统计学意义。从城乡来看,城市的住户总消费、支付能力、现金卫生支出的均值均显著大于农村,2012—2014 年,城乡绝对数额均呈上升态势;从城乡现金卫生支出占总消费的比重和现金卫生支出占支付能力的比重来看,比重均值均是农村大于城市且有统计学差异,表明农村的卫生支出压力更大。2012—2014 年,除农村现金卫生支出占总消费的比重有小幅上升外,城乡的比重均值均在下降,且有统计学意义(表 1)。

表 1 调查对象基本情况

	2012 年均值	2014 年均值	t 检验	
			T	P
住户总消费(pce)	38 642.29	46 668.16	-22.702 3	0.0000
城市	47 077.3 ***	58 266.46 ***		
农村	31 296.43	36 444.95		
住户支付能力(pce-food)	23 664.8	30 931.9	-23.687 3	0.0000
城市	29 929.3 ***	37 333.81 ***		
农村	18 165.68	2 5347.97		
住户的现金卫生支出(med)	3 984.225	4 821.371	-10.667 1	0.0000
城市	4 136.82 *	5 175.603 ***		
农村	3 839.539	4 499.198		
现金卫生支出占总消费的比重(med/pce)(%)	10.722 13	11.2 540 5	-7.595 0	0.0000
城市	9.523 22 ***	9.362 53 ***		
农村	11.754 24	12.941 74		
现金卫生支出占支付能力的比重[med/(pce-food)](%)	19.013 34	17.990 12	4.651 2	0.0000
城市	16.633 24 ***	15.965 32 ***		
农村	21.08329	19.760 78		

注: \*、\*\*、\*\*\* 分别表示城市与农村比较,在 10%、5%、1% 水平上有统计学意义。T 值和 P 值则反映了 2012 与 2014 年变量均值差异的 t 检验结果

#### 3.2 总体 CHE 及分配敏感性状况

2012、2014 年 CHE 发生率分别为 26.389 21 和 24.819 36,绝对值较高。2012—2014 年,CHE 总体的发生率和平均差距、相对差距均呈下降态势,其中,相对差距下降最多,为 6.904 86,下降率为 23.016 721 71%。可见,两年间我国 CHE 问题得到了有效的缓解。

从 CHE 的收入分配状况来看,无论是发生率还是平均差距,集中指数的绝对值均很小,低于 0.1,表明是相对均等的。具体而言,2012—2014 年,发生率

集中指数由 -0.0441 018 9 变为 -0.036 236 01,表明 CHE 发生率在穷人中的集中状况有所下降。平均差距的集中指数则由 -0.001 540 43 变为 0.023 815 8,由负变正,且绝对值增加,表明 CHE 平均差距的集中指数由略亲穷,变为略亲富。值得一提的是,虽然 CHE 的收入分配相对均等,但由于 CHE 发生率原本就高,集中指数调整后的 CHE 发生率比调整前更高,如 2014 年高达 25.718 72%,意味着考虑收入分配状况的 CHE 发生率问题更加严峻(表 2)。

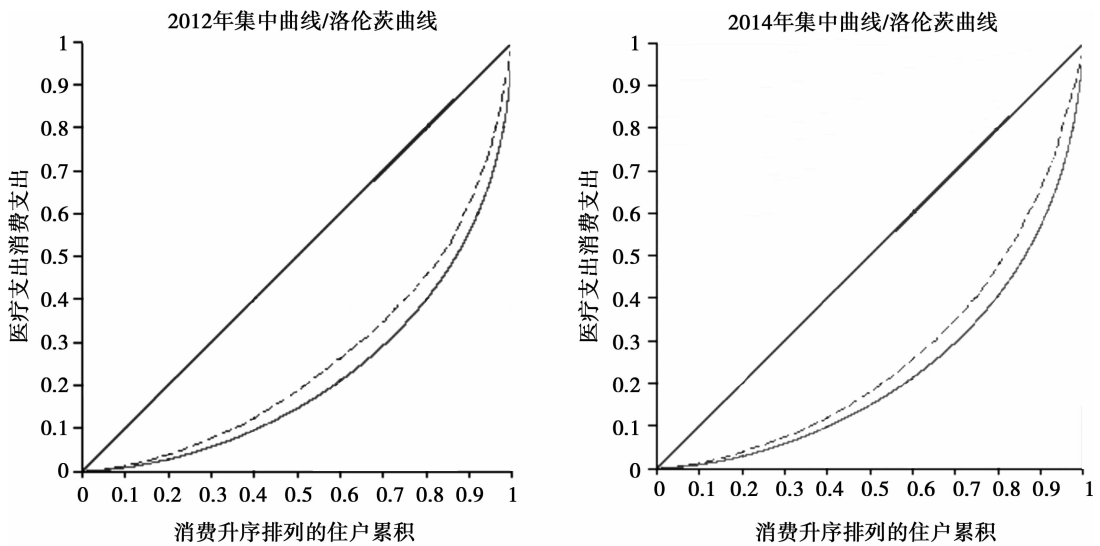
表 2 2012、2014 年的 CHE 发生率、平均差距、相对差距

	2012 总体	2014 年总体	下降额	下降率(%)
发生率(%)	26.389 21	24.819 36	1.569 85	5.948 832 875
平均差距	0.034 774 2	0.032 404 9	0.002 369 3	6.813 384 636
相对差距	29.999 32	23.094 46	6.904 86	23.016 721 71
发生率集中指数	-0.044 101 89	-0.036 236 01	—	—
平均差距集中指数	-0.001 540 43	0.023 815 8	—	—
集中指数调整后的发生率(%)	27.553 02	25.718 72	1.834 3	6.657 346 454
集中指数调整后的平均差距	0.034 827 8	0.031 633 2	0.003 194 6	9.172 557 555

### 3.3 现金卫生支出与住户支出的累进性

2012、2014 年住户支付能力的洛伦茨曲线与现金卫生支出的集中曲线如图 1 所示。可以看出,两年中,收入分配的不均等性很明显,但现金卫生支出

比收入分配状况有更大的累进性。这意味着随着支付能力的增强,现金卫生支出在累进增长。尽管两年的集中曲线都接近于洛伦茨曲线,但现金卫生支出不平等程度始终小于收入分配的不平等程度。



注:图1与图2中虚线是集中曲线,实线是洛伦茨曲线

图1 2012年、2014年的集中曲线、洛伦茨曲线

### 3.4 城乡的 CHE 及分配敏感性状况

首先,无论城乡,两年的 CHE 发生率水平平均很高。城乡比较而言,除了 2014 年的相对差距是城市(24.59668)大于农村(22.17674)外,两年的发生率、平均差距、相对差距均是城市小于农村。因此,总体而言,农村受到的 CHE 的危害比城市更大,但 2014 年城市发生 CHE 家庭受到的冲击程度大于农村。

其次,2012—2014 年,城乡的 CHE 发生率均呈现下降的趋势;城市的平均差距和相对差距略有上升,农村的平均差距和相对差距大幅下降。表明 2012—2014 年,城乡 CHE 的发生状况虽然得到了有效控制,但是 CHE 的发生强度的应对效果出现了城乡分化,农村的应对效果较好,城市地区的问题仍未得到控制。

再次,虽然城乡内部 CHE 的收入分配是相对均等的,集中指数的绝对值均低于 0.1,但两年城乡集中指数调整后的发生率均比调整前高。具体而言,发生率的集中指数均为负且亲穷。2012—2014 年,城市发生率的集中指数亲穷程度下降,而农村发生率的集中指数的亲穷程度上升。表明从 CHE 发生率角度来看,城市穷人、农村非穷人的保障效果更好。2012 年城市发生率集中指数绝对值大于农村,2014 年城市发生率集中指数绝对值小于农村,即农村 CHE 发生率比城市更亲穷。

最后,从城乡平均差距的集中指数来看,绝对值也很小,是相对均等的。具体而言,除了 2012 年城市地区亲穷外,其他情况下都亲富,表明无论城乡,CHE 对于富人的冲击强度更大。当然,这一结果也

意味着 2012 年农村和 2014 年城乡的 CHE 的平均差距被高估。从趋势来看,2012—2014 年城市平均差距的集中指数大幅上升,农村在下降;2012 年城市小于农村;2014 年城市大于农村。表明 2012—2014 年,对于农村的 CHE 冲击强度保障比城市更加有效;农村 CHE 的平均差距的亲富程度得到有效改善;而

城市由亲贫变为亲富,且程度上升。就不同人群而言,制度对于城乡穷人的冲击强度保障比富人更加有效。考虑到穷人发生 CHE 可能是医疗费用过高或者自身贫困,而富人发生 CHE 只能是医疗费用支出过高,这一结果很有可能体现了因病致贫问题的严重程度(表 3)。

表 3 2012、2014 年城乡 CHE 分配状况

	2012 城市	2012 农村	2014 城市	2014 农村
发生率(%)	24.132 26	28.338 07	23.916 02	0.25.629 19
平均差距	0.026 698	0.041 706 3	0.027 241 2	0.036 855 3
相对差距	22.961 01	34.287 02	24.596 68	22.176 74
发生率集中指数	-0.045 962 01	-0.028 676 47	-0.014 022 95	-0.038 220 47
平均差距集中指数	-0.019 767 9	0.044 932 86	0.060 796 82	0.027 740 19
集中指数调整后的发生率(%)	0.252 414 3	0.291 507	0.242 513 9	0.266 087 5
集中指数调整后的平均差距	0.027 225 7	0.039 832 3	0.025 5851	0.035 833

## 4 讨论

CHE 的产生需要具备三个条件:需要自付费用的医疗卫生服务的可得性;低家庭支付能力;缺乏预付机制的风险共担。审视这些条件后可以发现,我国 CHE 的风险及其城乡、贫富差异与我国医疗保险制度关系密切。

### 4.1 全民医保对于降低 CHE 发生率与发生强度功不可没

2012 年以来,包含城镇职工、城镇居民、新农合在内的全民医保覆盖率达到 95% 以上,制度的筹资与保障水平也逐年递增。以新农合与城市居民医保为例,2012—2014 年,筹资标准由 300 元上升到 410 元,其中人均政府补助标准由 240 元上升到 320 元。<sup>[13]</sup> 筹资的提高带来了报销比例的提高、报销目录内病种、药品、诊疗项目范围的扩大,全民医保的覆盖高度、覆盖宽度得到拓展。加上商业医疗保险、2012 年开始推行的城乡居民大病补充医疗保险等补充保险项目的综合作用,显著降低了居民个人的现金卫生支出。2012—2014 年个人卫生支出比例由 34.8% 下降至 33.2%<sup>[14]</sup>,从而有效抑制了 CHE 的发生率与破坏力。

### 4.2 有限的保障内容、水平可能导致医保无法改善甚至加剧 CHE 强度

部分地区基本医保和大病补充医保存在病种限制,一些大病、门诊慢性病以及治疗大病、重病、慢性病的特效药和器材没有纳入医保药品目录。这种罗

列式的病种或者诊疗项目、药品目录由于无法穷尽所有,对于患目录外病种、使用目录外药品和诊疗项目的人群不仅不公平,也导致政策报销比和实际报销比存在差距,影响了应对 CHE 风险的效果。而且,医疗保险在释放人群医疗服务需求的同时,由于保障深度和宽度有限,疾病经济风险降低程度有限,可能导致 CHE 发生强度的进一步加剧乃至因病致贫。上文中无论城乡,CHE 对于富人的冲击强度更大进一步说明了这一点。穷人由于自身经济实力有限,可能在享受医疗保险后依然会看不起病,从而间接规避了 CHE 更大的冲击强度。但这也可能导致穷人把小病拖成大病,最终引发更大的 CHE 后果。

### 4.3 收入水平与医疗保险差异导致农村、穷人遭受更大的 CHE 发生率风险

虽然 CHE 的收入分配状况相对均等,但绝对值较高且集中指数亲农村、穷人状况已然成为严峻的问题。城乡收入差距使得农村家庭现金卫生支出比重高于城市家庭,农村人口本来就面临更大的 CHE 风险。新农合又先天不足,无论在筹资金额、保障水平还是报销范围等方面都低于城镇职工医保。两方面综合导致了农村家庭发生 CHE 的风险更高。此外,医疗保险优惠政策不足加剧了穷人在面对 CHE 时的脆弱性。在穷人本就支付能力不足背景下,医疗保险制度统一的起付线、报销比例和封顶线政策使得穷人面临 CHE 的风险大于富人。2012—2014 年,虽然制度的报销比例有所提高,但穷人并未得到更多的补偿优惠。

## 5 建议

WHO 指出,所有人均应获得所需要的有质量的卫生服务,并且不因享受这些服务而出现经济困难。因此,应推行包括人口全覆盖、服务全覆盖和费用全覆盖在内的全民健康覆盖(UHC),提高居民卫生服务利用的公平性。<sup>[15]</sup>全民医保不等于 UHC,而仅仅是 UHC 的一个维度。要想从根本上抵御 CHE,必须在实现基本医疗保险人口全覆盖之后,继续朝着卫生服务和卫生费用全覆盖的方向努力,把更多数量、更优质的卫生服务项目纳入医疗保障范围,降低个人卫生费用负担。具体而言,应采取以下措施:

### 5.1 持续推进卫生费用全覆盖,降低个人卫生支出比重

根据经济发展和人均收入提高的速度,循序渐进提高基本医疗保险筹资和保障水平,合理调整医保目录,放宽大病、门诊慢性病等相关病种的限制范围,减少自费药品和诊疗项目比例。在此基础上,构筑全方位、多层次的医疗保障网络,做好基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险及慈善帮扶等制度间的联动互补。最大限度降低所有家庭的现金卫生支出,使得无论贫富,现金卫生支出负担乃至 CHE 发生率和发生强度有所降低。

### 5.2 持续推进居民医保的城乡深度整合,平等应对城乡 CHE 风险

在城乡收入差距短期内无法消除的背景下,要按照国务院关于整合城乡居民医保的规定,实行城乡统一缴费、管理、报销政策,统一定点医疗机构,统一医保目录内药品和诊疗项目,农村可以免遭更多 CHE 的冲击,提高城乡之间风险保障的均等性。

### 5.3 持续推进卫生服务全覆盖和质量提高,从源头控制 CHE 的冲击

推进公共卫生和基本医疗服务全覆盖、均等化,重视西部、边远、贫困等地区基本医疗卫生服务的可及性和质量保障,缩小城乡间、贫富人群间卫生服务可及性和质量差距,促进公平公正。加快推进全科医生制度,为所有人建立健康档案,防微杜渐,杜绝小病拖成大病。推进健康扶贫,优先为贫困家庭提供全科医生签约服务,对因病致贫、因病返贫家庭进行分类医治。从而保障所有家庭公平享有卫生服务和健康的权利。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] Health Systems: Improving Performance [R]. Geneva: World Health Organization, 2000.
- [2] 李斌. “十二五”以来我国医疗卫生事业改革发展的辉煌成就 [EB/OL]. (2015-10-14) [2017-06-19]. [http://news.xinhuanet.com/fortune/2015-10/14/c\\_128316651.htm](http://news.xinhuanet.com/fortune/2015-10/14/c_128316651.htm)
- [3] 洪天云. 根治“因病致贫”还需“医疗扶贫” [EB/OL]. (2016-06-23) [2017-06-19]. [http://news.163.com/16/0623/00/BQ73Q39F00014AEE\\_mobile.html](http://news.163.com/16/0623/00/BQ73Q39F00014AEE_mobile.html)
- [4] Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophic and Impoverishment in Paying for Health Care: with Application to Vietnam 1993-98 [J]. Health Economics, 2003, 12(11): 921-934.
- [5] Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology [R]. WHO, 2005.
- [6] Van Doorslaer E. Catastrophic payments for health care in Asia [J]. Health Economics, 2007, 16(11): 1159-1184.
- [7] Yardim M S, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey [J]. Health Policy, 2009, 94(1): 26.
- [8] 吴群红, 李叶, 徐玲, 等. 医疗保险制度对降低我国居民灾难性卫生支出的效果分析 [J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 62-66.
- [9] 李昱, 孟庆跃. 医改前后农村老年家庭灾难性卫生支出状况分析 [J]. 中国卫生经济, 2015, 34(1): 45-47.
- [10] 姜德超, 吴少龙, 魏予辰. 新医改缓解了看病贵吗? ——来自两省家庭灾难性卫生支出分析的证据 [J]. 公共行政评论, 2015(5): 4-29, 186.
- [11] 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.
- [12] Gertler P, Gruber J. Insuring Consumption against Illness [J]. American Economic Review, 2002, 92(1): 51-70.
- [13] 财政部. 新农合和居民医保人均补助标准提高 40 元 [EB/OL]. (2014-05-28) [2017-06-19]. <http://finance.people.com.cn/n/2014/0528/c1004-25075130.html>
- [14] 卫生部. 2014 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报 [EB/OL]. (2013-06-19) [2017-06-19]. <http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/201306/fe0b764-da4f74b858eb55264572eab92.shtml>
- [15] World Health Organization. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage [R]. Geneva, 2010.

[收稿日期:2017-07-14 修回日期:2017-11-28]

(编辑 赵晓娟)