



Munich Personal RePEc Archive

**A Study on the Inequality of
Opportunity in Health Care
Utilization: Evidence from CHNS 2009**

Ma, Chao and Gu, Hai and Han, Jianyu

Center for Health Management and Care Security Policy Research,
School of Government Nanjing University, School of Lingnan
Zhongshan University

May 2013

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/53765/>
MPRA Paper No. 53765, posted 13 Mar 2014 07:50 UTC

我国健康服务利用的机会不平等研究*

——基于 CHNS2009 数据的实证分析

马超^{1,2} 顾海^{1,2} 韩建宇³

(1. 南京大学公共卫生管理与医疗保障政策研究中心, 江苏南京, 210093

2. 南京大学政府管理学院, 江苏南京, 210046

3. 中山大学岭南学院, 广东广州, 510275)

摘要: 本文阐述了如何将 Roemer 机会平等理论纳入到卫生经济学公平性分析框架中, 并利用 CHNS2009 数据进行实证研究, 结果显示: 我国居民健康服务利用的不平等中, 有 54.4% 来源于机会的不平等 (其下限约为 46.2%, 上限约为 85.0%)。进一步的, 户籍、地域、共付率这些“环境”因素是造成机会不平等的最主要原因, 前两者对健康服务利用不平等起着直接作用, 共付率还通过影响个体就医偏好而起间接作用。

关键词: 机会平等 健康服务利用 鼓励原则 公平

A Study on the Inequality of Opportunity in Health Care Utilization:

Evidence from CHNS 2009

Ma Chao^{1,2} Gu Hai^{1,2} Han Jianyu³

(1. Center for Health Management and Care Security Policy Research, Nanjing
Jiangsu, 210093

2. School of Government Nanjing University, Nanjing Jiangsu, 210093

3. School of Lingnan Zhongshan University, Guangzhou Guangdong, 510275)

Abstract: This paper expounds how to combining the research of equity in health economic and Roemer's equality of opportunity, meanwhile, cross-section data of CHNS2009 is adopted to conduct an empirical study. The results shows that 54.4% of the total health care inequality is due to inequality of opportunity which lies in the range of [46.2%, 85.0%]. Furthermore, the main factors leading to the inequality of health care are the disparities of household register, region and out-of-pocket which are belonged to *circumstance*. The first two have direct effect on the health care inequality, and the out-of-pocket has an indirect effect on it through individuals' preference.

Key Words: equality of opportunity ; health care; reward principle ; equity

基金项目: 2013 年度江苏省研究生科研创新计划项目“机会平等理论下的城乡医保统筹制度研究”(编号: CXLX13_061); 2014 年度国家自然科学基金“统筹城乡医疗保障制度对城乡居民健康及医疗利用的影响研究——基于自然实验框架下的分析”(编号: 71373120)。

我国健康服务利用的机会不平等研究

——基于 CHNS2009 数据的实证分析

1、引言与文献回顾

健康作为一项重要的人力资本，对国民经济的发展起到积极作用，这点在国内外学术界已被多次证实（如 Bloom et al., 2004; Weil, 2007; 王弟海等, 2008）；同时，健康本身就是社会发展目标中的固有部分，也是个体福利的重要组成部分（Sen, 2002; Deaton, 2003）。基本的健康服务可以保证公民获得健康的权利，与收入不平等一样，健康服务利用的不平等将会极大损害公民福利。Mooney（1986）曾明确提出，在健康问题上平等与效率的权衡取舍中，应优先考虑平等。而我国目前在健康及健康服务利用上存在着严重的不平等现象（胡琳琳、胡鞍钢, 2003; 魏众、古斯塔夫森, 2005），该问题得到了政府部门的高度重视^①。因此在这样的背景下，对我国健康服务利用公平性问题的探讨就有着极为重要的意义。

学术界对健康服务利用不平等程度的测度指标主要是基尼系数与集中指数。基尼系数（Gini coefficient）^②的优势在于能快速简明的给出不平等程度，但是它的一大弊端在于：基尼系数测算的是“不平等（inequality）”程度，而不是“不公平（inequity）”程度。例如某地区身患重病群体支付了高额的医疗费用，而身体健康者医疗费用为 0，如果直接计算基尼系数，会得出健康服务利用严重不平等的结论，但是这却是公平合理的，体现了医疗资源的有效配置。政府部门不需要缓解这种不平等程度，反而应鼓励这种按需就医的行为。反过来说，如果该地区患大病群体由于缺乏医疗保障而不得不缩减其医疗支出，患小病群体由于报销比高而引致过度需求，这样由基尼系数测算出的低的不平等程度，实际上掩盖了不公平^③。

为避免上述这个明显的缺陷，我国越来越多的学者开始利用集中指数（concentration index, CI）进行分析，如胡琳琳（2005），解垚（2009），齐良书、李子奈（2011）等，对“与收入相关的医疗服务利用不平等”问题进行研究，以洞悉隐藏在表面“不平等”背后的实质内容，并得出了相近的结论：他们均认为我国健康服务利用上存在着亲富人的不平等。这类研究属于部分公平（partial equity）分析，因为由收入因素造成的“不平等”是“不公平”的一部分。但上述研究存在一个共同的缺陷：由于 CI 方法技术上的弊端，只能研究与某一个变量相关的不平等。

① 例如 2012 年国务院印发的《国家基本公共服务体系“十二五”规划》中，强调“推进基本公共服务均等化”。

② 由于基尼系数通常等同于收入不平等指数，卫生经济学家借用基尼系数用来测度健康和健康服务利用不平等，因此卫生经济学文献里经常将其写成“pseudo-Gini index”。

③ 正如这个例子所示，在卫生经济学里，平等（equality）与公平（equity）二词有着明确的界线。平等仅指相等、等同。健康服务利用上的不平等是指由统计数据观测到的差异，不公平是指剔除了健康服务利用的合理差异之后剩下的不合理部分。具体参见 Fleurbaey and Schokkaert（2011）和马超等（2012），本文不再赘述。

综上所述,对于健康服务利用公平性问题的探讨,关键在于识别出造成医疗差异的不合理因素,并从一个更广阔的角度进行定量分析。借助 Roemer (1993, 1998, 2002) 用数理方式提出的机会平等理论框架,可以解决上述两大难题。近年来 Roemer 机会平等理论越来越受卫生经济学家的推崇,并成为该领域的一大新兴热点话题 (Fleurbaey and Schokkaert, 2011)。而我国卫生经济学领域,尚无此类研究^①。因此,本文将在 Roemer 机会平等理论框架下,从一个更广阔的角度探讨我国健康服务利用的公平性问题,主要研究两方面内容:1.我国健康服务利用的机会不平等到底有多少;2.机会不平等到底是通过怎样的机制产生作用。本研究试图给政策制定者提供有效的经验证据,同时是理论研究上的抛砖引玉,以期我国卫生领域将来能出现大量该方面的研究。

后文的安排如下:第二部分为理论分析与实证方法;第三部分介绍本研究的数据与变量;第四部分进行实证研究;第五部分为结论与政策建议。

2、理论分析与实证方法

2.1 机会平等理论

机会平等这个哲学理念最早由 Rawls (1971) 提出,他强调一个公正的社会应该保证“首要社会善”(social primary goods)的平等。相比于传统功利主义注重结果的做法,Rawls 更看重一种实质公平。只要一个正义的社会能保障首要社会善的平等,那么由于个体能够负责的而导致的结果不平等就是可以接受的。受 Rawls 影响,Sen (1980, 1999) 认为不同的人从资源到福利的转换过程中能力不同。所有物品,包括 Rawls 的“社会基本善”,都是一个人功能性活动 (functioning) 的投入。Sen 论证,人们之间的实质平等,应当关注个体能选择的可能的功能性活动的集合,即聚焦于个体的可行能力 (capabilities) 上。

但机会平等这个理念并不是 Rawls 和 Sen 著作中的主要讨论内容。Dworkin (1981a, 1981b) 系统探讨了机会平等这个理念,他认为社会应该补偿由个体无力控制因素造成的劣势,对于个体选择或能负责的部分,社会无需承担责任。此后,Arneson (1989) 和 Cohen (1989) 相继提出了“福利机会平等”和“可及优势机会平等”。

在此基础上,Roemer (1993, 1998, 2002) 用数理方式将该哲学概念引入经济学,构建了经济理论框架。简单说来就是假设一个人的“优势 (advantage, 记为 y)”由“环境 (circumstance, 记为 c)”和“努力 (effort, 记为 e)”两方

^① 史军、赵海燕 (2010) 指出健康机会平等的重要性,并认为社会中可以允许一部分合理的健康不平等,即“差异原则”,该文完全是哲学分析方法。马超等 (2012) 从经济伦理角度,对医疗保健的“城乡差异”与“城乡分割”进行界定,并做实证研究,但与很多卫生经济学文献一样,缺乏理论分析。该文可以纳入到本文阐述的机会平等这样一个更一般的理论框架下,并视为“补偿原则”下对城乡公平性问题研究的一个特例。

面决定，即每个个体可以表示为 $(y_i; c_i, e_i)$ 。将处在相同“环境”中的个体定义为同一“类型 (type)”。机会平等的实质在于：当给定一个人的努力程度时，无论该人处在怎样的“类型”中，他所获得的“优势”是相等的。考虑到“环境”对个体“努力”的偏效应，Roemer用个体所在“类型”的相对努力程度（分位数）来衡量个体的“努力”。即

$$y^k(\pi) = y^l(\pi) \quad \forall \pi, k, l \quad (1)$$

其中， k, l 代表不同的“类型”， π 代表个体在该类型中“努力”程度的分位数。补偿由个体所处“环境”导致的“劣势”，鼓励由个体“努力”造成“优势”，这就是机会平等的补偿原则（Compensation Principle）与鼓励原则（Reward Principle）。

2.2 机会平等理论在卫生经济学中的运用

卫生经济学家 Daniels (1985, 1996) 曾提到，在基本的医疗需要上，每个人应该享有平等的机会，而不因考虑个体种族、经济、地域等因素。但直到 Rosa Dias and Jones (2007) 发表社论后，机会平等理论才真正意义上进入卫生经济学，并有了一系列相应研究（如 Zheng, 2006; Rosa Dias, 2009, 2010; Lefranc et al., 2009; Balia and Jones, 2011; Jusot et al., 2010; Trannoy et al., 2010）^①。

在将机会平等理论纳入健康服务利用的研究中，关键之处在于如何划分“环境”变量 c 与“努力”变量 e 。一种通常的做法是用医疗支出、门诊次数等衡量健康服务利用的变量作为一个人的“优势” y ；将地域、政策、社会经济地位等这些可能造成健康服务利用差异的不合理因素，作为一个人的“环境”变量 c ；而将造成健康服务利用差异中一些合理的因素，如就医需要 (health need)、就医偏好等作为“努力”变量 e ^② (Fleurbaey and Schokkaert, 2011)。如果 y 的不平等是由于 c 而非 e 造成的，那就是健康服务利用的机会不平等。

如前文所述，机会平等理论有鼓励原则与补偿原则。其中，鼓励原则是指鼓励由 e 造成的 y 的不平等；补偿原则是指补偿由 c 造成的 y 的不平等。而经典卫生经济学中的垂直公平 (vertical inequity) 是指不同医疗需要的人能得到相对应的不同的健康服务利用；水平公平 (horizontal inequity) 是指同等的医疗需要能得到同等的健康服务利用 (Morris et al., 2005)。从该层面来看，鼓励原则实际上与垂直公平相一致，补偿原则与水平公平相一致。这也是将机会平等理论纳入卫生经济学公平性分析的一个重要的契合点。

2.3 机会平等的度量

^① 作为卫生经济学公平性研究中平行的两部分内容——健康与健康服务利用 (health & health care)，这些文献均是对健康机会不平等研究，而本文旨在对后者进行研究，因此不再具体介绍上述文献的结论。

^② 为避免不必要的读写冗长，本部分叙述时省略掉前面的汉字，只写英文字母 y, c, e 。

对应鼓励原则,即 y 的不平等可以由 e 造成。因此要度量机会不平等的大小,应首先剔除 e 对 y 不平等的影响 (Fleurbaey and Schokkaert, 2011)。通常的做法是,给定一特定的努力程度 \tilde{e} , 这样计算出的矫正后的个体优势 \tilde{y}_i ($\tilde{y}_i = y(c_i, \tilde{e})$), 就剔除了 e 的影响。然后再计算 \tilde{y}_i 的基尼系数, 以此作为机会不平等的测度, 这个不平等程度称为直接不公正 (direct unfairness), 该方法在经济哲学中被称为条件平等 (conditional equality)。

对应补偿原则, 即对于同样的 e , 无论他们的 c 如何, 都应该得到同样的 y 。因此在计算机会不平等时, 先给定一个基准 c^* 的分布, 将机会平等定义为, 基准 c^* 分布下的 y_i^* 与实际值 y 之差, 即 $(y_i - y_i^*)$, 称此为公正缺口 (fairness gap), 该方法在经济哲学中被称为等价平等主义 (egalitarian-equivalence)。

条件平等法满足鼓励原则的要求, 但不满足补偿原则的要求: 因为即便所有 \tilde{y}_i 完全平等 (直接不公正为 0), 也只是在特定 \tilde{e} 的情况下, 所有的 y 相等, 而不能保证任一相同的 e 有相同的 y , 这点不符合鼓励原则的要求。而等价平等主义法虽然符合补偿原则的要求, 但它通常不满足鼓励原则: 因为不同的 e_i , 会导致不同的公正缺口 $y(c_i, e_i) - y(c^*, e_i)$ 。只有在 c 、 e 相互独立的情况下 (即 $y(c_i, e_i) = f(c_i) + g(e_i)$), 上述两种方法才会相互兼容 (Fleurbaey and Schokkaert, 2009)。

表 1 对相关概念的汇总

| 机会平等原则 | 卫生经济学公平原则 | 经济哲学理念 | 机会平等数量分析 |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| 鼓励原则 reward principle | 垂直公平 vertical inequity | 条件平等 conditional equality | 直接不公正 direct unfairness $\tilde{y}_i = y(c_i, \tilde{e})$ |
| 补偿原则 compensation principle | 水平公平 horizontal inequity | 等价平等主义 egalitarian-equivalence | 公正缺口 fairness gap $y(c_i, e_i) - y(c^*, e_i)$ |

资料来源: 本研究根据相关理念整理而成。

本文对上述出现的概念进行了简要的归纳, 如表 1, 同一横排代表在同一种框架下。鼓励原则 (垂直公平) 与补偿原则 (水平公平) 看似一样, 却有实质性的差别, 因此在做实证研究时, 必须首先明确所处原则框架。Roemer (1998)

提示在对有关正义问题研究时, 需要结合哲学与经济学研究方法。过度倾向于哲学的研究, 往往试图彻底改造某个理论, 提出过于美好的政策建议却不具有可行性; 过度倾向于经济学的研究, 往往沉迷于对技术方法的钻研, 而在不同的原则框架下对实证结果进行无意义的比较。

2.4 实证方法

Fleurbaey and Schokkaert (2011) 指出, 研究群体间公平性问题时通常在补偿原则下进行分析, 研究某群体内部的公平性问题时通常是在鼓励原则下。本文旨在研究我国居民健康服务利用的公平性, 因此后文的实证分析是在鼓励原则下进行。

按照“条件平等法”的分析思路, 首先忽略“努力”变量, 即给定努力程度 \bar{e} 为 0, 建立回归方程, 如 (2) 式。

$$y_i = \alpha + \beta c_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

计算拟合值 \hat{y}_i 的基尼系数 $G(\hat{y}_i)$ 。由于在计算 $G(\hat{y}_i)$ 时不可能穷尽所有的“环境”变量, 因此可认为 $G(\hat{y}_i)$ 代表了机会不平等的下限 (Ferreira and Gignoux, 2011)。

令 $G(y_i)$ 代表原始 y_i 的基尼系数, 则 $G(\hat{y}_i)/G(y_i)$ 可视为机会不平等的相对程度, 并以此作为度量机会不平等的指标。这与 Rosa Dias (2009) 的计算方法类似。

Gravelle (2003) 批评条件平等法在回归方程中遗漏“努力”变量, 造成偏差。但现在学术界的一种观点是: 这个遗漏是经过深思熟虑的, 因为在 Roemer 框架下, “环境”不仅直接影响“优势”, 还通过影响“努力”的分布而对“优势”起间接作用, 这也被视为机会不平等。因此, 忽略“努力”这个变量后算出的机会不平等, 实际上包含了“环境”的直接作用与间接作用, 这与 Roemer 理论是相吻合的 (Rosa Dias, 2009; Fleurbaey and Schokkaert, 2011)。

进一步的, 本研究继续分解出每个“环境”变量对于机会不平等的贡献。例如, 在对 (2) 式估计时, 忽略“环境”变量中的一个变量 c_1 , 然后计算拟合值的基尼系数, 记为 $G(\hat{y}_{i-c1})$, 则 $[G(\hat{y}_i) - G(\hat{y}_{i-c1})] / G(\hat{y}_i)$ 就代表了“环境”变量 c_1 对机会不平等的贡献程度, 依此类推, 可以计算出每个“环境”变量对机会不平等的贡献程度。该思路与 Zhang and Eriksson (2010) 在计算收入的机会不平等时所用分解方法相似。

3、数据与变量

3.1 数据介绍

本文使用 CHNS 中国健康营养调查数据库。该数据采用多阶段分层整群随

机抽样方法，涵盖了被调查者的收入状况、人口学特征、医疗保健利用、医疗保险、健康状况等信息，覆盖了我国 9 个省的城镇和农村。考虑到不同医疗保险制度对居民的医疗行为有着重要的影响，同时也是“环境”的重要组成部分。由于城镇居民医疗保险 2007 年才在全国试点，因此 CHNS 数据库中仅 2009 年数据包含三种基本医疗保险的参保情况。所以，本研究选用 CHNS2009 年截面数据进行分析。

3.2 变量：优势、环境和努力

本文用“过去的四周中，你是否生过病或受过伤？是否患有慢性病或急性病？”这个问题，挑选出回答“有”的那部分个体，并用“过去四周因病就诊所发生的医疗费用”衡量居民健康服务利用，作为个体“优势” y 。在实际操作中，本研究剔除了医疗支出 1%分位点以下与 99%分位点以上的样本。

表 2 变量描述统计

| 变量 | 样本量 | 均值 | 标准差 | 最小值 | 最大值 |
|--------------------------------------|------|----------|-----------|------|------------|
| 优势 y | | | | | |
| 4 周医疗支出 | 1076 | 1293.351 | 5091.718 | 0 | 90000 |
| 环境 c | | | | | |
| 受教育年限 | 1076 | 5.769 | 4.253 | 0 | 18 |
| 医保类型 (0=无, 1=新农合, 2=城镇居民, 3=职工) | 1076 | 1.276 | 0.797 | 0 | 3 |
| 家庭人均收入 | 1076 | 9599.888 | 10631.730 | 0 | 127788.900 |
| 报销比率 | 1076 | 82.293 | 27.699 | 0 | 100 |
| 地域 (0=东部, 1=其他) | 1076 | 0.304 | 0.460 | 0 | 1 |
| 户籍 (0=城市, 1=农村) | 1076 | 0.679 | 0.467 | 0 | 1 |
| 工作 (0=无, 1=农民, 2=其他) | 1076 | 1.253 | 0.860 | 0 | 2 |
| 努力 e | | | | | |
| 慢性病 (0=否, 1=是) | 1076 | 0.811 | 0.392 | 0 | 1 |
| 疾病严重程度 (1=不严重, 2=一般, 3=很严重) | 1076 | 1.787 | 0.655 | 1 | 3 |
| 治疗方式 (0=门诊, 1=住院) | 1076 | 0.094 | 0.292 | 0 | 1 |
| 婚姻 (0=未婚, 1=已婚) | 1076 | 0.763 | 0.425 | 0 | 1 |
| 年龄 | 1076 | 53.160 | 18.748 | 5.95 | 88.91 |
| 性别 (0=男, 1=女) | 1076 | 0.558 | 0.497 | 0 | 1 |
| 就医偏好 (1=自我治疗, 2=卫生员, 3=医生, 4=不治疗) | 1076 | 2.703 | 0.538 | 1 | 4 |
| 是否有补充商业保险 (0=无, 1=有) | 1076 | 0.035 | 0.185 | 0 | 1 |

资料来源：CHNS

Fleurbaey and Schokkaert (2011) 在阐述将机会平等理论与健康经济学结合时指出：可以将诸如社会经济地位 (SES)、政策、地域这些导致医疗不平等的不合理因素视为“环境”变量，将医疗需要、就医偏好这些导致医疗不平等的合理因素视为“努力”变量。这与美国医学研究所 (IOM, 2002)、McGuire et al. (2006) 和 Cook et al. (2010) 等研究的界定是一致的。基于此，本研究中的“环境”变量包含家庭人均收入、地域、户籍、医保类型、报销比率、受教育年限；“努力”变量包括门诊还是住院、疾病严重程度、是否有慢性病、就医偏好和年龄、婚姻、性别等人口学变量。需要说明的是，考虑到基本医疗保险通常是由个人的户籍、工作等决定，而商业保险一般自主决定，因此本研究把是否有商业保险归入“努力”变量^①。变量的描述信息见表 2。

4、实证分析

4.1 机会不平等的度量

如前文所述，本文在机会平等鼓励原则下，按照条件平等法的思路度量我国居民健康服务利用上的机会不平等，结果见表 3：

表 3 机会不平等的度量

| | | | | |
|-------------------|--|-----------|----------|----------|
| 机会不平等上限 | $G(y_i)$ | 0.850 | | |
| 机会不平等下限 (绝对程度) | $G(\hat{y}_i)$ | 0.462 | | |
| 机会不平等 (相对程度) | $G(\hat{y}_i)/G(y_i)$ | 0.544 | | |
| 各“环境”变量的贡献 | $[G(\hat{y}_i) - G(\hat{y}_{i-q})]/G(\hat{y}_i)$ | 教育 0.002 | 工作 0.009 | 收入 0.004 |
| | | 共付率 0.278 | 地域 0.014 | 户籍 0.019 |

资料来源：本研究根据 CHNS 数据计算得出。

第一行是用 4 周医疗支出数据 y 直接计算的基尼系数 $G(y_i)$ ，它代表的是我国健康服务利用的不平等程度，该值高达 0.850^②，表明我国在医疗资源利用上存在严重的不平等现象。但是正如引言所述，这个不平等程度不代表不公平。因为机会不平等是由于“环境”造成的不平等，而 $G(y_i)$ 这个值包含了所有的因素，因此 $G(y_i)$ 衡量了机会不平等的上限 (Rosa Dias, 2009)。

① 诚然，这些“努力”变量或多或少会受“环境”变量的影响，但正如前文所述，本文的实证方法在计算机会不平时实际上已经考虑了“努力”与“环境”之间的偏相关。此外，后文还将探讨“努力”与“环境”之间的这种偏相关。

② 医疗的基尼系数通常看起来会比收入的基尼系数大些。

第二行是用拟合值 \hat{y}_i 计算的基尼系数 $G(\hat{y}_i)$ ，它度量了只由“环境”造成的“优势”不平等，因此该值反映了机会不平等的绝对程度，为 0.462。由于计算 $G(y_i)$ 时包含了所有的因素，而计算 $G(\hat{y}_i)$ 时又不可能穷尽所有的“环境”变量，通常情况下可以认为前者代表了机会不平等的上限，后者代表了机会不平等的下限（Ferreira and Gignoux, 2011）。即我国居民健康服务利用的机会不平等在 0.462-0.850 之间。

通常研究更强调机会不平等的相对程度（如 Rosa Dias, 2009; Zhang and Eriksson, 2010），并将其作为衡量机会不平等的指标，即表 3 的第三行数据 $G(\hat{y}_i)/G(y_i)$ ，该数据表明我国居民健康服务利用的机会不平等约为 54.4%，它意味着总不平等中有 54.4% 是由机会不平等造成的，反映了机会不平等的相对程度。由此可见，我国医疗支出存在巨大的不平等是不争的事实，更重要的是，不平等中有超过一半来源于机会的不平等，这更应该引起相关部门的重视。

同时，表 3 还汇报了每个“环境”变量对机会不平等的贡献程度，以观测各“环境”变量的相对重要程度。本文发现，共付率对机会不平等的相对贡献最大，达到 0.278，且远大于其他“环境”变量的贡献程度，表明个体面对的政策因素是造成健康服务利用机会不平等的最主要因素。此外，地域(0.014)、户籍(0.019)因素也是造成机会不平等的重要因素。相对而言，教育(0.002)、工作(0.009)、收入(0.004)对机会不平等的贡献程度较小。

4.2 “环境”的作用机制探讨

上文测算了机会不平等的大小及各“环境”因素的相对重要程度，本部分重点解释机会不平等的作用机制，即重点考察贡献度较高的那些“环境”因素（共付率、地域、户籍），是通过怎样的路径影响到居民的健康服务利用。

由于户籍一直是我国卫生经济学公平性问题的研究焦点，因此本文在进行回归分析时，又汇报了分城乡分别回归的结果。前 3 个方程汇报的是只有“环境”变量时的回归结果，即对（2）式的估计，后 3 个方程汇报的是同时包含“环境”与“努力”变量的结果。

由前 3 列回归结果知，农民工的医疗支出显著低于其他职业，尤其在农村，表明在医疗方面，农民仍是弱势群体。共付率是影响医疗支出最显著的因素，无论城乡，共付率越高，即报销比率越低，医疗支出越低。另外，本文发现收入与医疗支出间的关系并不显著，这表明在很多情况下医疗支出是被动的，是一种不得不做出的支出，而与自身经济状况关系不大，由此可见，如果那些经济状况较差同时报销比率较低的人患病的话，这种由医疗支出造成的负担将会很大。

这里的研究重点在于对比后 3 个方程与前 3 个方程“环境”变量系数的变化情况，即考察加入了“努力”变量后，“环境”对“优势”的影响力的变化，以此判断“环境”对于“优势”是起直接效应还是间接效应。这种思路在机会平等

研究中很普遍（如 Rosa Dias, 2009; Trannoy et al., 2010 等）。本文发现，当加入“努力”变量后，共付率前面系数的显著性降低了，且边际效应也大大减少了，大约下降了一半。这表明报销比对医疗支出不平等起着部分的间接作用：享受高报销的患者会影响就医时的方式（例如在去看医生还是自我治疗或不治疗时，高报销者会倾向于前者；在既可以门诊又可以住院的时候，高报销者选择住院的倾向更强），从而影响到医疗支出；同时还有一部分不用通过医疗需要与就医方式即能影响到医疗支出，本文对此的解释是——道德风险：在给定了就医方式时，当医生知道患者的报销政策后，面对同样就医需要的患者，会给报销多的患者提供更贵的药品或服务；或者患者拥有更好的报销条件时，会产生过度需求。这不仅是对医疗资源的浪费，同时也是对低报销弱势患者机会的掠夺。

表 4 “环境”对建立服务利用的作用机制分析

| 变量 | I 总体 | II 城镇 | III 农村 | IV 总体 | V 城镇 | VI 农村 |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 优势 y | | | | | | |
| 因变量：4周医疗支出对数值 | | | | | | |
| 环境 c | | | | | | |
| 受教育年限 | 0.00123 (0.0144) | -0.0200 (0.0240) | 0.0139 (0.0181) | 0.0195 (0.0135) | 0.0176 (0.0209) | 0.0182 (0.0177) |
| 新农合 (对照组：无医保) | -0.220 (0.230) | | | -0.0232 (0.205) | | |
| 居民医保 (对照组：无医保) | -0.476* (0.278) | | | -0.384 (0.235) | | |
| 职工医保 (对照组：无医保) | 0.0683 (0.272) | | | -0.157 (0.237) | | |
| 有医保 (对照组：无医保) | | -0.0539 (0.272) | 0.0397 (0.310) | | -0.0575 (0.240) | 0.225 (0.287) |
| 家庭人均收入对数 | 0.0551 (0.0500) | 0.0936 (0.0855) | 0.0366 (0.0613) | 0.0125 (0.0414) | 0.0326 (0.0793) | -0.00393 (0.0487) |
| 共付率 | -0.0171*** (0.00251) | -0.0162*** (0.00394) | -0.0185*** (0.00326) | -0.00594*** (0.00226) | -0.00541 (0.00379) | -0.00640** (0.00274) |
| 东部地区 (对照组：中西部) | 0.143 (0.123) | -0.00737 (0.211) | 0.244 (0.155) | 0.290*** (0.105) | 0.321* (0.179) | 0.282** (0.134) |
| 农村户口 (对照组：城镇) | -0.557*** (0.190) | | | -0.586*** (0.156) | | |
| 其他工作 (对照组：农民) | 0.319* (0.183) | 0.639 (0.592) | 0.276 (0.211) | 0.310* (0.162) | -0.203 (0.546) | 0.279 (0.190) |
| 无工作 | 0.502*** | 0.720 | 0.521*** | 0.460*** | 0.0220 | 0.501*** |

| | | | | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| (对照组：农民) | (0.142) | (0.557) | (0.150) | (0.126) | (0.512) | (0.135) |
| 努力e | | | | | | |
| 有慢性病 | | | | 0.210 [*] | 0.158 | 0.267 [*] |
| (对照组：无) | | | | (0.126) | (0.214) | (0.154) |
| 疾病一般严重 | | | | 0.650 ^{***} | 0.725 ^{***} | 0.632 ^{***} |
| (对照组：不严重) | | | | (0.109) | (0.211) | (0.130) |
| 疾病很严重 | | | | 1.505 ^{***} | 1.369 ^{***} | 1.579 ^{***} |
| (对照组：不严重) | | | | (0.172) | (0.337) | (0.203) |
| 住院治疗 | | | | 2.098 ^{***} | 2.276 ^{***} | 1.964 ^{***} |
| (对照组：门诊治 疗) | | | | (0.170) | (0.263) | (0.225) |
| 已婚 | | | | 0.428 ^{***} | 0.216 | 0.589 ^{***} |
| (对照组：未婚) | | | | (0.119) | (0.194) | (0.152) |
| 年龄 | | | | 0.00839 ^{***} | 0.00480 | 0.00913 ^{***} |
| | | | | (0.00288) | (0.00576) | (0.00344) |
| 男性 | | | | 0.0816 | 0.333 [*] | -0.0467 |
| (对照组：女性) | | | | (0.103) | (0.173) | (0.129) |
| 找卫生员 | | | | -1.001 ^{***} | -0.966 [*] | -0.995 ^{***} |
| (对照组：自我治 疗) | | | | (0.258) | (0.537) | (0.319) |
| 看医生 | | | | -0.381 | -0.359 | -0.372 |
| (对照组：自我治 疗) | | | | (0.244) | (0.447) | (0.309) |
| 不治疗 | | | | -2.375 ^{***} | -1.471 | -3.172 ^{***} |
| (对照组：自我治 疗) | | | | (0.807) | (1.229) | (0.811) |
| 有商业保险 | | | | -0.117 | -0.117 | -0.0491 |
| (对照组：无) | | | | (0.263) | (0.347) | (0.355) |
| 常数项 | 6.239 ^{***} | 6.043 ^{***} | 5.619 ^{***} | 4.269 ^{***} | 4.996 ^{***} | 3.478 ^{***} |
| | (0.546) | (0.928) | (0.691) | (0.566) | (1.023) | (0.688) |
| 样本量 | 1076 | 345 | 731 | 1076 | 345 | 731 |

注：括号内为稳健标准差。*、**、***分别代表在 10%、5%和 1%的水平上显著，下同。另外，城镇居民参合新农合的很少，农村居民参合居民医保及职工医保的很少，因此在分城乡分别进行分析的时候，不适合按参合险种的具体种类设虚拟变量，而是按是否有医疗保险设定虚拟变量。

资料来源：本研究根据 CHNS 数据计算得出。

户籍变量系数的显著性与边际效应在加入“努力”变量后都得以保持，表明

户籍对医疗支出起着直接的作用。在控制了其他因素的前提下，户籍的差别并不是通过影响居民的就医需要来影响医疗支出，户籍分割本身就是一种机会的不平等。

另外，地域变量系数的显著性与边际效应在加入“努力”变量后反而得以增强，表明地域对医疗支出除了直接的影响外，还存在着反向的间接影响机制。对此本文的解释是，这种反向间接主要来源于地域与是否住院的相关性上（如果以是否住院为被解释变量，对其余变量进行 logit 回归的话，地域虚拟变量显著为负，参见下表 5 第 3 列）。在控制了其他因素的条件下，东部地区住院的人显著少于中西部，因此造成了这样的对医疗支出的反向作用机制。前 3 列中地域变量之所以不显著是因为没有控制是否住院这个因素，而一旦控制了是否住院（后 3 列），地域间医疗的差异立即就体现了出来。而当本文剔除住院样本仅采用门诊样本进行同样的分析时，发现此时地域因素同户籍一样，对医疗支出不平等起着明显的直接作用。这也表明了我国地域间存在着医疗保健利用上的不平等现象，这与魏众、古斯塔夫斯（2005）的结论“中国医疗支出的不公平性很大程度上是地区间不公平所致”基本一致。

此外，通过观察后 3 个方程的“努力”变量，发现无论城乡，医疗方式、疾病严重程度、就医偏好这几个因素都非常显著的与医疗支出相关，这也符合常理。婚姻也是个重要的因素，在农村已婚者的医疗支出显著高于未婚者，可能的原因是，已婚者对自身健康的责任感会加强，同时，夫妻对对方的关心和督促，会促使患病者产生更多的医疗支出。

那么，对于这些对医疗支出有显著作用的“努力”变量，“环境”究竟是通过怎样的路径影响它们，本文进行了简要的分析，分别以是否有慢性病、疾病严重程度、是否住院、婚姻状况和就医偏好为被解释变量，建立相应回归方程。具体回归时，本文将上述 5 个方程联立进行系统估计（system estimation）以提高估计效率^①。回归结果见表 5。

表 5 “环境”对“努力”的影响路径

| | I | II | III | IV | V | |
|-------|---------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|
| | 有慢性病 (对照组: 无) | 疾病严重 程度 (对照组: 不严重) | 住院 (对照组: 门诊) | 已婚 (对照组: 未婚) | 自我治疗 | 卫生员 不治疗 (对照组: 看医生) |
| | logit | Ordered logit | logit | logit | Multinomial logit | |
| 受教育年限 | 0.00523 | -0.0350** | 0.0241 | 0.165*** | 0.0673 | -0.0432* 0.0533 |

① 本文采用 GHK 仿真，进行完全信息的极大似然估计。该方法近年来已在卫生经济领域被广泛运用（如 Deb and Trivedi, 2006; Balia and Jones, 2008; Rosa Dias, 2010），本文不再详述，有兴趣的读者可以参考 Gates（2007）。

| | | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|----------|
| | (0.0239) | (0.0178) | (0.0356) | (0.0249) | (0.0517) | (0.0232) | (0.145) |
| 新农合 | -0.428 | -0.121 | 0.105 | 0.298 | -0.248 | 0.869** | 13.97 |
| (对照组: 无医保) | (0.342) | (0.236) | (0.567) | (0.306) | (0.675) | (0.356) | (1769.3) |
| 居民医保 | -1.082*** | 0.347 | 0.126 | -0.110 | 0.448 | 0.993** | 15.86 |
| (对照组: 无医保) | (0.401) | (0.299) | (0.645) | (0.375) | (0.838) | (0.479) | (1769.3) |
| 职工医保 | -0.189 | 0.660** | -0.0979 | 0.0340 | 0.643 | 0.820* | 15.67 |
| (对照组: 无医保) | (0.434) | (0.296) | (0.619) | (0.390) | (0.788) | (0.496) | (1769.3) |
| 家庭人均收入对数 | -0.234*** | 0.0654 | 0.000360 | 0.105 | 0.208 | -0.0779 | -0.346 |
| | (0.0847) | (0.0537) | (0.116) | (0.0666) | (0.193) | (0.0663) | (0.420) |
| 共付率 | -0.00407 | -0.000278 | -0.0294*** | -0.0106*** | 0.00583*** | 0.00573* | 0.0326 |
| | (0.00349) | (0.00243) | (0.00391) | (0.00376) | (0.00132) | (0.00337) | (0.0390) |
| 东部地区 | 0.332 | -0.0888 | -0.591** | 0.113 | 0.586 | 0.237 | 0.304 |
| (对照组: 中西部) | (0.217) | (0.140) | (0.296) | (0.193) | (0.370) | (0.173) | (0.962) |
| 农村户口 | 0.0135 | 0.365 | -0.155 | 0.259 | 0.758 | 0.969*** | 0.228 |
| (对照组: 城镇户口) | (0.283) | (0.209) | (0.428) | (0.279) | (0.589) | (0.307) | (1.731) |
| 其他工作 | 0.0174 | 0.192 | 0.511 | -0.446 | 0.0694 | -0.123 | -0.231 |
| (对照组: 农民) | (0.259) | (0.198) | (0.449) | (0.316) | (0.536) | (0.246) | (1.510) |
| 无工作 | -0.00407 | 0.0800 | 0.447 | -1.725*** | -0.0251 | -0.137 | -2.096 |
| (对照组: 农民) | (0.216) | (0.161) | (0.365) | (0.238) | (0.483) | (0.189) | (1.565) |
| 疾病一般严重 | 0.439** | | 1.267*** | -0.207 | 0.158 | -0.544*** | -1.368 |
| (对照组: 不严重) | (0.173) | | (0.436) | (0.188) | (0.397) | (0.166) | (0.992) |
| 疾病很严重 | 1.258*** | | 3.179*** | 0.147 | 0.126 | -0.561** | -14.38 |
| (对照组: 不严重) | (0.360) | | (0.463) | (0.294) | (0.595) | (0.278) | (1186.2) |
| 住院治疗 | 0.0429 | 1.912*** | | -0.143 | -0.305 | -1.708*** | -11.71 |
| (对照组: 门诊治疗) | (0.351) | (0.231) | | (0.322) | (0.683) | (0.539) | (1351.6) |
| 已婚 | -0.231 | -0.0287 | -0.210 | | 0.879 | 0.0125 | 13.31 |
| (对照组: 未婚) | (0.226) | (0.160) | (0.320) | | (0.601) | (0.201) | (773.0) |
| 年龄 | 0.0119** | 0.0118*** | 0.0115 | 0.0384*** | -0.00765 | 0.00285 | 0.0490 |
| | (0.00510) | (0.00383) | (0.00893) | (0.00497) | (0.0132) | (0.00471) | (0.0474) |
| 男性 | -0.103 | 0.0465 | 0.0287 | 0.112 | 0.521 | -0.0255 | 0.564 |
| (对照组: 女性) | (0.170) | (0.127) | (0.257) | (0.174) | (0.370) | (0.162) | (0.999) |
| 找卫生员 | 0.0878 | -0.563 | -1.423* | -0.803 | | | |
| (对照组: 自我治疗) | (0.478) | (0.353) | (0.844) | (0.590) | | | |
| 看医生 | -0.118 | -0.0495 | 0.103 | -0.809 | | | |
| (对照组: 自我治疗) | (0.452) | (0.335) | (0.663) | (0.572) | | | |
| 不治疗 | -2.823** | -1.139 | | | | | |
| (对照组: 自我治疗) | (1.200) | (0.938) | | | | | |
| 有商业保险 | 0.887 | 0.414 | -0.477 | -1.295*** | 0.195 | 0.215 | -12.88 |

| | | | | | | | |
|----------|----------|----------|---------|---------|-----------|-----------|----------|
| (对照组: 无) | (0.559) | (0.345) | (0.838) | (0.458) | (0.806) | (0.415) | (1851.4) |
| 有慢性病 | | 0.578*** | -0.210 | -0.208 | 0.0932 | 0.197 | -2.812** |
| (对照组: 无) | | (0.157) | (0.358) | (0.223) | (0.447) | (0.203) | (1.150) |
| 常数项 | 3.422*** | | -2.233 | 0.0522 | -7.360*** | -2.197*** | -32.94 |
| | (1.061) | | (1.582) | (1.040) | (2.152) | (0.840) | (1930.8) |
| 样本量 | 1076 | 1076 | 1070 | 1070 | | 1076 | |

资料来源：本研究根据 CHNS 数据计算得出。

由表 5 发现，地域变量与是否住院有显著的相关性，这验证了上文有关地域变量起直接作用的那段解释。类似的，在农村居民生病时去看卫生员，而城镇居民偏好去看医生这点上，城乡居民有差别外，户籍变量与“努力”变量并没有显著的相关性，这也印证了前文所述观点，户籍分割具有直接效应，它本身就是一种机会不平等，而不是通过影响居民的就医需要而影响健康服务利用水平。此外，共付率越高，相比于看医生，患者更有可能选择自我治疗或找卫生员，同时患者在门诊与住院之间更可能选择门诊。因此，本文认为共付率对医疗支出起的间接作用，主要是通过影响个体的就医偏好而产生的。这点与 Grand (1987)、Alleyne et al. (2000) 的结论略显不一样，他们认为医疗支出不平等来自于约束条件的不同，而不是偏好的不同。本文认为，约束条件会通过影响偏好进而影响到医疗支出不平等。

5、结语

5.1 本文小结

本文阐述了在对健康服务利用公平性问题的研究中，采用传统基尼系数与集中指数的弊端，并提出观点：一项合理的制度应当“鼓励”个体间仅^①因为“努力”变量而造成的健康服务利用差异，只需保障所有公民在健康服务利用中有平等的机会。保障机会的平等，不仅无碍效率，更是一种实质公平，体现了社会的正义（俞德鹏，2011）。而对机会平等的讨论是我国卫生经济学领域的空白。

因此，本文首先阐述了如何将 Roemer 机会平等理论纳入到卫生经济学公平性分析框架中。随后，本文利用 CHNS 数据，在鼓励原则下进行实证研究，得出以下结论：

第一，我国居民健康服务利用的机会不平等的下限为 0.462，上限为 0.850。总不平等中约有 54.4% 是由机会不平等造成的，它反映了机会不平等的相对程度。由此可见，我国居民健康服务利用上存在着严重的不平等，更重要的是，这个不平等中有超过一半来源于机会的不平等。

第二，进一步，本文认为，户籍差异、地域差异、共付率这些“环境”因素

① “仅”的含义在于，由“环境”而造成“努力”的差异也是机会的不平等，不包含在“鼓励原则”之列。

是造成医疗支出不平等的主要原因。其中，共付率的贡献程度最大，它不仅直接影响居民的健康服务利用，还通过影响个体的就医偏好和医疗方式选择，从而对健康服务利用产生间接影响。户籍差异与地域差异对健康服务利用仅起直接作用。

5.2 政策建议

5.2.1 政策目标由结果平等转移到机会平等

通常关于医疗公平性的政策建议都持一种平等主义(egalitarianism)的思想，即主张把资源大致平等的分配给每个个体，最终降低居民医疗利用和健康的不平等程度。可以发现，平等主义思想基于一种结果导向，目的是使每个个体的结果能够平等。但正如引言所述，关注结果的平等可能会给政策制定造成误导。在医疗卫生领域中，因为每个人的身体状况不同，医疗需要也不同，因此单纯以促进居民医疗服务利用的均等化作为医疗政策目标，这样去追求结果的平等，可能既无效率，也无公平(孙祁祥，1993)。

正如Fleurbaey and Peragine (2013)所述，经济社会中有两种完全不同性质的不平等，一种是由“努力”造成的不平等，还有一种是由“环境”造成。前者对经济产生积极的促进作用，而后者是社会不公正的主要来源，它可能会导致政策的脆弱性以及政治冲突，从工具性角度来看，后一种不平等还会因劳动力没有分配到合理的资源而加剧经济效率的低下。因此，政府部门将目标聚焦到机会平等上将有重要意义，解决机会不平等问题，甚至不存在平等与效率的权衡取舍，在长期中，一个经济体的机会平等与效率是互补的。同时，“优势”较差的那部分人群可以获得“双重红利”(胡鞍钢，2006)。一方面，该群体获得平等的医疗机会，进而通过提高人力资本而更多地参与到社会发展当中；此外，医疗公平的改善本身就促进了社会公正。因此在对不平等问题分析时，不能一概而论，必须对不同性质的不平等做出严格区分。用机会平等作为理论基础进行分析有着重要的意义。

5.2.2 公平提供基础设施

医疗服务是介于纯公共产品与纯私人产品之间的准公共产品。公共物品在一定程度上的竞用性和排他性决定了医疗卫生服务只能由政府提供，政府通过强制性征税来解决消费上的非竞用性和非排他性问题。如果通过市场来解决，则会出现搭便车和投资不足的问题，导致在规模经济上缺乏效率。此外，医疗服务还是准公共产品中的的优效产品，即与一般准公共产品相比，无论社会成员收入如何或是否购买，医疗服务都是一种应该消费或得到的产品。

而我国医疗领域存在着巨大的地域分割与城乡分割(Wang et al., 2012)，本研究也证实了这点，地域因素和户籍因素均为造成我国医疗服务利用机会不平等的重要因素。因此政府部门必须通过在不同地域间以及城乡间，公平地提供医疗基础设施，以缓解由医疗可及性带来的机会不平等。在这点上必须坚持“共同

发展、共同分享”原则，发达地区与欠发达地区、城镇与农村的关系应当是共同发展、相互带动的关系，所有公民都应共同分享经济增长的成果，都有享受健康和医疗服务的不可被剥削的权利。

5.2.3 制定相应医保政策

本文发现，共付率上的差异对医疗机会不平等的贡献程度最大，这也符合直觉，因为报销程度将直接影响个体的医疗行为。共付率上的差异内生于前文所述的地域分割和户籍分割，欠发达地区和农村地区的医疗保障还有待完善。虽然我国全民医保体系已经基本形成，基本医疗保险覆盖率超过了95%^①，但不同地区以及城乡间的医保待遇水平依然有很大的差异，呈现出一种“碎片化”的制度体系（郑秉文，2009）。例如，同为无业居民，仅因为户籍不同，城镇居民享受的城镇居民医疗保险在待遇上明显好于农村居民享受的新型农村合作医疗保险。已有研究表明，新农合保障水平较低，对于因病致贫现象也没能有效控制，难以抵御灾难性卫生支出的发生（Yip and Hsiao, 2009）。

旨在缩小地区差异和城乡差异的公共政策，一定程度上可以起到缓解共付率上差异的效果，但同时医保部门必须出台相应政策，以消除医疗保险待遇上的政策性歧视。例如目前正在试点并逐渐推行的医疗保障统筹制度，该制度致力于将原有的新农合、城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险这三大险种在管理上并轨，从整体上进行统一布局和制度筹划，从而消除户籍、地域、制度、职业等“环境”因素的界限，给予我国每一个公民平等自由地获得基本医疗保障的权利。政府部门应加大力度贯彻执行诸如医保统筹这样的公共政策。

5.2.4 机会平等政策是平等与自由的有机结合

有很多学者在社会保障方面持自由至上主义思想（libertarianism），他们推崇“最小政府”，该政府只需保护个体财产神圣不可侵犯、监督合同得以履行、维护社会和平即可，反对政府家长式的社会保险，反对这种福利的再分配。如Friedman（1962, p.188）反对强制性的、国家运营的各种社会保险项目，认为这是对个体自由的非法侵犯。这似乎与本文机会平等理念下提出的政策建议相矛盾，其实不然。即便如Nozick那样极端的自由至上主义者，也承认自由至上的分配正义取决于两个前提条件：（1）初始拥有的正当性，（2）财产转移过程中的正当性（Nozick, 1974, pp.149-164）。

林毅夫（2012, pp.70-143）认为新中国在当时的国际背景下不得不选择重工业优先发展的发展战略，但是重工业优先战略违背了比较优势原理，与贫穷的农业国家的要素禀赋相矛盾，为此产生了一系列后续的政策，包括户籍制度等。这些制度一直遗留到了今天。因此当今居民因为出生这样一个偶然的个体无法选择的事件，导致他们生下来就拥有着不同的权利和面对着不同的资源，这显然违背了自由至上主义的第一个前提条件，即初始拥有的正当性。这是历史遗留下来的

① 温家宝在2012年夏季沃达斯论坛上的致辞，http://news.xinhuanet.com/2012-09/11/c_123702781.htm。

不正当的权利的不对等，因此政府必须进行再调节。自由至上主义的第二个前提条件财产转移过程中的正当性，即每个人的所得是基于自由平等的交易，或是别人的自愿惠赠。这一点在我国医疗卫生领域的城乡问题上更加不成立。因为城镇居民和农村居民即便在生同样的病、面对同样的医疗资源时，仍然会面临医保政策上的固有差异——新农合的报销比率显著低于城镇居民，甚至农民根本就没有自己选择参合哪种医疗保险的权利。这恰恰是违背自由至上主义立场的地方。

综上，本文发现，在我国目前背景下，自由至上主义适用的两个前提均不满足，因此基于机会平等思想的政策并不违背自由原则。机会平等理论的内涵在于要求鼓励由“努力”因素造成的不平等；补偿由“环境”因素造成的不平等。在前一个维度上（垂直公平），机会平等政策持自由主义放任的思想，即在合理因素上对不平等不做任何再分配；在后一个维度上（水平公平），机会平等政策持平等主义思想，要求必须拉平由不合理因素造成的不平等。因此，机会平等理论也被认为是一种选择性平等理论（selective egalitarianism），在平等主义与自由主义间相机抉择，这无疑对于探讨我国医疗方面有关公平公正问题具有重大意义。

参考文献

- [1] Alleyne G A O, Casas J A, Castillo-Salgado C. Equality, equity: why bother?[J]. Bulletin of the World Health Organization. 2000, 78(1): 76-77.
- [2] Armstrong K, Hughes-Halbert C, Asch D A. Patient preferences can be misleading as explanations for racial disparities in health care[J]. Archives of Internal Medicine. 2006, 166(9): 950-954.
- [3] Balia S, Jones A M. Catching the habit: a study of inequality of opportunity in smoking-related mortality[J]. Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society). 2011, 174(1): 175-194.
- [4] Balia S, Jones A M. Mortality, lifestyle and socio-economic status[J]. Journal Of Health Economics. 2008, 27(1): 1-26.
- [5] Bloom D, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: A production Function Approach[J]. World Development. 2004, 32(1): 1-13.
- [6] Bourguignon F, Ferreira F H G, Men E Ndez M. Inequality of opportunity in Brazil[J]. Review of Income and Wealth. 2007, 53(4): 585-618.
- [7] Cook B L, Mcguire T G, Lock K. Comparing methods of racial and ethnic disparities measurement across different settings of mental health care[J]. Health Serv Res. 2010, 45(3): 825-847.
- [8] Cook B L, Mcguire T G, Meara E. Adjusting for health status in non-linear models of health care disparities[J]. Health Services and Outcomes Research Methodology. 2009, 9(1): 1-21.
- [9] Daniels N. Just health care[M]. Cambridge University Press, 1985.
- [10] Daniels N. Justice, fair procedures, and the goals of medicine[J]. Hastings Center Report. 1996, 26(6): 10-12.
- [11] Deb P, Trivedi P K. Specification and simulated likelihood estimation of a non-normal treatment-outcome model with selection: Application to health care utilization[J]. The Econometrics Journal. 2006, 9(2): 307-331.
- [12] Dworkin R. What is Equality? Part 1: Equality of Welfare[J]. Philosophy & Public Affairs. 1981a, 10(3): 185-246.
- [13] Dworkin R. What is equality? Part 2: Equality of resources[J]. Philosophy & Public Affairs. 1981b,

- 10(4): 283-345.
- [14] Ferreira F H G, Gignoux J. The measurement of inequality of opportunity: theory and an application to Latin America[J]. *Review of Income and Wealth*. 2011, 57(4): 622-657.
- [15] Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in health and health care[J]. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland. 2011, 2: 1003-1092.
- [16] Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care[J]. *Journal of health economics*. 2009, 28(1): 73-90.
- [17] Fleurbaey M, V Peragine, Ex ante versus ex post equality of opportunity[J]. *Economica*. 2013, 80(317): 118—130.
- [18] Friedman M, *Capitalism and Freedom*[M]. Chicago University Press, 1962.
- [19] Gates R. A Mata Geweke--Hajivassiliou--Keane multivariate normal simulator[J]. *Stata Journal*. 2007, 6(2): 190-213.
- [20] Grand J. Equity, health, and health care[J]. *Social Justice Research*. 1987, 1(3): 257-274.
- [21] Gravelle H. Measuring income related inequality in health: standardisation and the partial concentration index[J]. *Health Economics*. 2003, 12(10): 803-819.
- [22] IOM. *Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*[M]. Washington, DC, National Academies Press, 2002.
- [23] Jusot F, Tubeuf S, Trannoy A. Inequality of Opportunities in Health in Europe: Why So Much Difference Across Countries?[J]. *Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers*. 2010.
- [24] Lefranc A, Pistolesi N, Trannoy A. Equality of opportunity and luck: Definitions and testable conditions, with an application to income in France[J]. *Journal of Public Economics*. 2009, 93(11): 1189-1207.
- [25] Mcguire T G, Alegria M, Cook B L. Implementing the Institute of Medicine definition of disparities: an application to mental health care[J]. *Health Services Research*. 2006, 41(5): 1979-2005.
- [26] Mooney G. *Economics, medicine, and health care*[M]. Brighton: Wheatsheaf, 1986.
- [27] Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation[J]. *Social Science and Medicine*. 2005, 60(6): 1251-1266.
- [28] Nozick R, *Anarchy, State, and Utopia*[M]. New York: Basic Books, 1974.
- [29] Roemer J E. A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner[J]. *Philosophy & Public Affairs*. 1993, 22(2): 146-166.
- [30] Roemer J E. *Equality of opportunity*[M]. Cambridge University Press, 1998.
- [31] Roemer J E. Equality of opportunity: A progress report[J]. *Social Choice and Welfare*. 2002, 19(2): 455-471.
- [32] Roodman D. Estimating fully observed recursive mixed-process models with cmp[J]. *Center for Global Development Working Paper*. 2009.
- [33] Rosa Dias P. Inequality of opportunity in health: evidence from a UK cohort study[J]. *Health Economics*. 2009, 18(9): 1057-1074.
- [34] Rosa Dias P. Modelling opportunity in health under partial observability of circumstances[J]. *Health Economics*. 2010, 19(3): 252-264.
- [35] Rosa Dias P, Jones A M. Giving equality of opportunity a fair innings[J]. *Health Economics*. 2007, 16(2): 109-112.
- [36] Sen A. Why health equity?[J]. *Health economics*. 2002, 11(8): 659-666.
- [37] Trannoy A, Tubeuf S, Jusot F. Inequality of opportunities in health in France: a first pass[J].

- Health Economics. 2010, 19(8): 921-938.
- [38] Van Doorslaer E, Clarke P, Savage E. Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system[J]. Health Policy. 2008, 86(1): 97-108.
- [39] Wang H, L Zhang, H. F. Zou. Regional Disparity in Health and Health Care in China[Z], No 541, CEMA Working Papers from China Economics and Management Academy, Central University of Finance and Economics, 2012.
- [40] Weil D. Accounting for The Effect of Health on Economic Growth[J]. Quarterly Journal of Economics. 2007, 122(3): 1265-1306.
- [41] World Bank. World development report 2006: equity and development[M]. World Bank, 2005.
- [42] Yip W, W Hsiao. China's health care reform: A tentative assessment, China Economic Review[J], 2009, 20(4): 613—619.
- [43] Zheng B. Measuring health inequality and health opportunity. paper presented at the UNU-WIDER conference[J]. United Nations University. Helsinki. 2006.
- [44] 胡鞍钢. 追求公平的长期繁荣——《世界银行2006年发展报告》(中文版)序言[J]. 国际经济评论. 2006(3): 58—61.
- [45] 胡琳琳. 我国与收入相关的健康不平等实证研究[J]. 卫生经济研究. 2005(12): 13-16.
- [46] 胡琳琳, 胡鞍钢. 从不公平到更加公平的卫生发展:中国城乡疾病模式差距分析与建议[J]. 管理世界. 2003(1): 78-87.
- [47] 林毅夫. 解读中国经济[M]. 北京大学出版社, 2012.
- [48] 马超, 顾海, 李娃娃. 我国医疗保健的城乡分割问题研究——来自反事实分析的证据[J]. 经济学家. 2012(12): 57-66.
- [49] 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.
- [50] 史军, 赵海燕. 公平与健康:罗尔斯正义原则的健康伦理意蕴[J]. 自然辩证法研究. 2010(9): 84-89.
- [51] 孙祁祥. 市场经济与竞争机会的平等[J]. 经济研究. 1993(8): 53-57.
- [52] 王弟海, 龚六堂, 李宏毅. 健康人力资本、健康投资和经济增长——以中国跨省数据为例[J]. 管理世界. 2008(3): 27-39.
- [53] 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): 26-34.
- [54] 解垚. 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.
- [55] 俞德鹏. 社会主义平等原则的内涵是机会平等[J]. 社会主义研究. 2001(6): 26-28.
- [56] 郑秉文. 中国社保“碎片化制度”危害与“碎片化冲动”探源[J], 甘肃社会科学, 2009(3): 50—58.