

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

王 晶

提要: 农村医疗筹资体系的制度设计是影响农村居民医疗服务可及性的重要因素。本文运用 Kakwani 指数和 PII 指数对我国农村医疗筹资体系内三种主要筹资形式进行了垂直公平性和水平公平性分析。研究表明: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。

关键词: 垂直公平 水平公平 Kakwani 指数 PII 指数

一、问题的提出

目前,我国农村医疗保障问题仍然是学术界关注的焦点。2003 年我国开始实施新型农村合作医疗试点(以下简称“新农合”),截至 2007 年 9 月 30 日,全国开展新农合的县(市、区)达到 2448 个,占全国总县(市、区)的 85.53%,参加新农合人口有 7.26 亿,参合率 85.96%。而根据卫生部、财政部印发的《关于做好 2008 年新型农村合作医疗工作的通知》,新型农村合作医疗制度将于 2008 年在农村地区实现全面覆盖,这意味着我国近 8 亿的农业人口即将受到正规医疗保险体系的保障。

新型农村合作医疗制度对于提高农村医疗服务可及性起到了积极的作用,但是,现有的医疗筹资机制能在多大程度上缓解农村人口的医疗筹资压力?农村人口沉重的自负支出压力在短期内能得到有效缓解吗?根据《中国卫生统计年鉴(2007)》的资料,2006 年我国县属医疗机构人均门诊支出总额为 84.7 元,相对于 2003 年增长了 19%;人均住院

* 本文根据作者的硕士论文改写而成,衷心地感谢导师魏众教授的悉心指导。朱玲教授帮助作者获得了数据,课题组王震、何伟对论文的后期修改提出意见,在此一并致谢。文责作者自负。

支出 2241.3 元, 相对于 2003 年增长了 15%。而从现有的研究来看, 农村人口医疗支出的费用主要还是靠自负支出承担(魏众, 2006: 26; 陈信勇等, 2004: 146)。平新乔(2003: 52)从需求弹性的研究视角得出的结论是, 中国西部(11 省、区)的农民医疗卫生负担与东、中部农民相比呈累退趋势: 越穷负担越重。这些研究揭示了一个问题: 在医疗费用不断上涨的同时, 合作医疗体系还不具备相应的补偿能力, 医疗费用主要还需农民自己买单。

对于这一问题的探讨, 学术界主要从两个方面切入, 一是探讨新型合作医疗制度自身的问题。比如, 顾昕(2004: 1)认为, 我国新型农村合作医疗制度由于坚持自愿性筹资, 同时给付结构不合理, 因此导致逆向选择问题, 一部分健康且富裕的农村人口缺乏动力参与合作医疗筹资, 导致合作医疗筹资水平低, 补偿水平低。林闽刚(2006: 22)认为, 我国新型合作医疗在治理结构上强调“公民合办”, 但实际上, 政府以大规模的行政干预替代了村社内部的自治机制和集体提供的卫生服务制度, 农民的作用演变成为整个合作医疗制度的交费者, 由此产生了“逆向选择问题”、“供方诱导需求问题”和“道德风险问题”。二是探讨农村家庭内部的风险管理偏好。针对高额的医疗支出风险, 中国农村家庭多将收入以现金方式留在手中, 这种储蓄方式可以帮助家庭抵御(不良)健康“冲击”带来的经济后果。陈信勇、王运福(2004: 146)认为, 我国农村非正式的风险承担机制与正式的风险承担机制同时构成农民的风险管理选择, 但是由于正式风险承担机制具有众多不确定性, 比如报销门槛较高、报销手续复杂、信息不对称等问题, 农民对能否从正式风险承担机制中受益持怀疑态度。因此, 农民即使加入到新型合作医疗体系, 但仍偏好于非正式风险承担机制解决医疗支出问题。而马丁·拉瓦雷和卓斯纳·嘉兰(Ravallion & Jalan, 1999)则从反面对这种偏好进行了质疑, 他们研究认为, 当疾病或其他因素对收入导致冲击时, 中国农村家庭(特别是贫困家庭)无法完全“平衡”他们的各项消费。

上述研究分别从外在筹资机制和内在筹资机制两方面切中农村医疗筹资问题的症结。本文希望在这些研究的基础上, 从医疗筹资公平性的视角, 进一步探讨中国农村医疗筹资的问题。

关于医疗筹资公平性的研究, 欧盟国家的学者在理论构建上已经较为成熟。1999 年, 斯蒂芬·法布里肯、克利福德·卡马拉和圣安妮·米尔斯对公平的卫生筹资系统进行了定性的解释, “在一个公平的筹资系

统中,每个人所负担的疾病风险应该根据个人的支付能力进行支付,而不是疾病程度。如果这个系统中的个人或者家庭由于购买医疗服务而变得贫穷,或者由于医疗费用高昂而根本消费不起医疗服务的话,那么这个筹资系统就是不公平的”(Fabricant et al., 1999)。《2000年世界卫生报告》又进一步丰富了筹资公平性的内涵,“一种公平的筹资系统,就是通过各种融资手段,保证所有个体都能得到有效的公共和私人医疗服务”。在实践研究中,各国学者依据“依个人能力进行支付”的筹资原则,逐步从两个方向上对医疗筹资系统进行研究:一个是“垂直公平原则”,即不同支付能力的人要贡献不同的筹资水平;另一个是“水平公平原则”,即相同支付能力的人要贡献相同的筹资水平。

本文采用了欧盟国家关于医疗筹资公平性理念,即“公平的医疗筹资系统是依据个人支付能力进行筹资的系统”,结合中国农村医疗筹资的现状,对农村医疗筹资系统内主要的三种筹资途径——自负支出^①、合作医疗、商业保险——进行公平性分析。在具体操作上,本文也将从垂直公平和水平公平的角度对三种筹资手段进行对比研究,以期发现三种医疗筹资形式自身的问题,对进一步的政策改革提供参考。

二、研究数据和研究方法

(一)数据来源

本论文所采用的数据为2004年卫生部“新型农村合作医疗家庭健康询问调查”数据的一个子样本。该课题组在全国抽取了8个县,每个县选取五个镇,每个镇选取两个村,每个村抽取65户左右的样本户,总样本量为17116人。需要说明的是,该样本主要覆盖了一些新型合作医疗试点县,因此,在总样本中,被各种保险覆盖的人群占总样本量的75%,没有任何保险的人群占总样本数的25%。这一数字明显高估了中国农村地区的保险覆盖人群,^②特别是在本调查中,新型合作医疗覆盖的人群比例达到了73%(12497人),远高于当时全国新型合作医

① 本文研究的自负支出是指扣除农民获得的合作医疗或医疗救助的补偿,农民从个人收入中支付的医疗费用。

② 根据卫生部2003年国家卫生服务调查数据,我国农村地区被保险覆盖的人群大致占21%,而未被任何保险覆盖的人群大致占79%。

疗覆盖的人口比例,因此本论文研究的重点是:在新型合作医疗覆盖的农村地区,中国农村医疗筹资公平性的问题。

(二)数据处理

本文研究的重点是农村医疗筹资的公平性程度,这种研究主要涉及两个变量,一个是人均收入,另一个是各种医疗筹资形式的筹资额。

1. 人均收入的处理

由于本文主要采用家庭个体的微观数据进行研究,因此必须将家庭收入转化为人均收入,阿若森(Aronson, 1994)在处理家庭收入时,采用了一个“标准家庭规模”的概念:

$$E_h = (A_h + \alpha K_h)^\theta$$

在这个公式中, E_h 是家庭规模的等价参数, A_h 是家庭成年人数量, K_h 是家庭中的儿童数量, α 为儿童相当于成人的比例, θ 为家庭规模经济指数。根据家庭规模等价参数,我们可以将家庭收入按标准家庭规模来计算人均收入。那么为什么要用“标准家庭规模”代替原始家庭规模来计算平均收入呢?原因主要有两点:第一,家庭中儿童的消费能力并不像成人那样强,因此把儿童折算为成人的一定比例(α 值小于 1)会使人均家庭收入更能反映家庭的消费能力;第二,家庭内也有规模经济(θ 值小于 1)。随着家庭人口规模增大,家庭公共品会增多,因此总的消费额并不会随人口数成比例上涨。^①

在本论文的分析中,拟将 α 值与 θ 值均取为 0.5 (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000)。

2. 医疗筹资额的处理

在调查问卷中,涉及到的社会保险形式包含城镇基本医疗保险、大病医疗保险、公费医疗、劳保医疗、合作医疗和其他形式的医疗保险。根据统计结果,除合作医疗保险形式之外,其他几种保险形式在农村比较少见,而且筹资额比例非常微小,尚不足筹资总额的 1%,因而将其统一合并为其他社会保险,而将合作医疗单列作为一种保险形式。

关于政府补贴,调查问卷中并没有针对这个问题的直接数据,因

^① 实际上,医疗筹资额也应该按照“标准家庭规模”来计算人均筹资额,但是调查问卷在设计时,已经自动按照家庭筹资总额除以家庭人口规模的形式进行处理,因此,只能按照问卷中反映的筹资额计算。

此, 本文将根据合作医疗的缴费形式对其进行模拟。合作医疗的缴费形式包括以下四种: (1) 上门收取; (2) 主动去交; (3) 代扣代缴; (4) 减免。因为合作医疗筹资采取中央政府、地方政府和个人共同出资, 因此, 本文假定: 合作医疗参保形式选择“减免”的参保者, 政府或集体经济对其进行全额补贴(30元); 而选择“上门收取”、“主动去交”和“代扣代缴”的参保者, 政府对其进行正常的补贴(20元); 没有参加合作医疗的人未获得政府在合作医疗中给予的补贴(0元)。

(三) 研究方法

对于医疗筹资公平性问题的研究, 国际上有几套研究方法, 包括欧盟国家采用的 Kakwani 指数方法、世界卫生组织采用的卫生筹资公平性指数(IFFC)、阿若森水平公平研究方法, 以及 PII 指数研究方法。每种方法都有其适用的条件, Kakwani 指数方法最初被用于研究税收系统的累进性, 后来引入医疗筹资领域, 它所关注的焦点是整个筹资系统的累进性; 卫生筹资公平性指数(IFFC)方法以家庭为研究单位, 通过家庭的卫生筹资负担贡献率(HFC)进而评价一个国家或地区卫生筹资公平性大小; 阿若森研究方法基于强制性社会保险筹资的比例(g)分析医疗筹资系统的水平公平性, 因此适用于研究正规就业的医疗卫生筹资系统; PII 指数方法通过固定排序, 比较同一人群在筹资前后收入集中性的变化, 适用于研究筹资前后个体收入变化较大的卫生筹资系统的水平公平性。

本文采用了 Kakwani 指数研究农村医疗筹资系统的垂直公平性问题, 采用 PII 指数研究农村医疗筹资系统的水平公平性问题。那么这两种研究方法有哪些特点适合本研究呢?

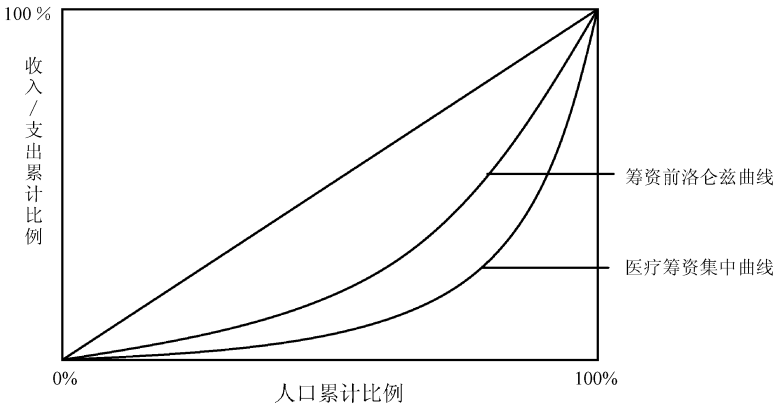
首先, Kakwani 指数关注的对象是每一种筹资方式, 通过测定每一种筹资方式的累进性, 不仅可以评价这种筹资方式本身的优劣, 也可以判定整个筹资系统的优劣, 这种研究思路与本文的研究思路吻合。本文正是想通过测算合作医疗、商业保险和自负支出三种筹资方式本身的不公平性程度, 进而研究农村医疗筹资系统的公平性。

其次, PII 指数研究方法的优点在于它可以跨过筹资比例(g)而直接计算一种筹资方式的水平公平性。我国农村属于非正规就业部门, 合作医疗筹资是以家庭为单位, 个人等额缴费, 这是目前合作医疗制度的设计原则, 因此我们按收入水平估算一个比例值(g)没有很大意义,

同时以目前农村的情况也不可能按收入的一定比例征收合作医疗的费用。因此采用 PII 指数研究方法比较适合于研究中国农村的医疗筹资问题。

1. 垂直公平性研究方法 ——Kakwani 指数

Kakwani 指数是测定垂直公平程度的普遍应用方法。它定义为 Gini 系数与卫生支出集中指数的差, 即 Lorenz 曲线与集中曲线之间面积的 2 倍。



注: 转自 Wagstaff & Van Doorslaer 2000。

图 1 医疗筹资垂直公平性图解

其公式形式如下:

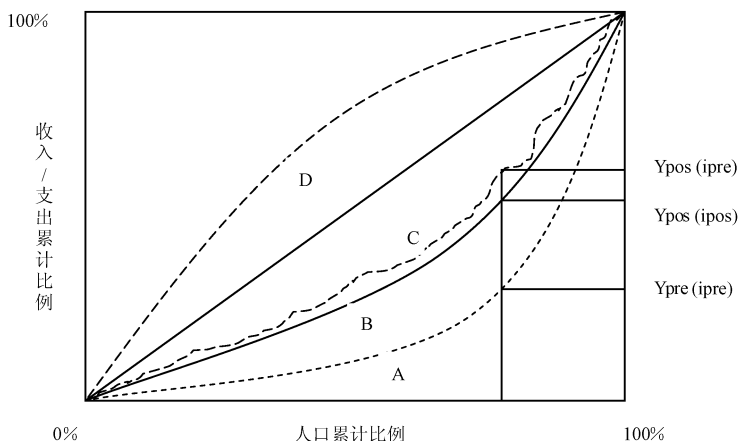
$$\pi_k = C_{py} - G_{pre}$$

π_k 为 Kakwani 指数, C_{py} 为医疗筹资的集中指数, G_{pre} 为未进行医疗筹资前的基尼系数。如果该筹资机制是累进的, 则 Kakwani 指数为正值, 如果筹资机制是累退的, 则 Kakwani 指数为负值, 其范围在 $-(1 + G_{pre})$ 和 $1 - G_{pre}$ 之间 (Lambert, 1993)。在利用 Kakwani 指数对医疗筹资累进性进行评价时, 有两个特性是必须注意的: 第一, 如果一种筹资系统由两个或两个以上的筹资方式组成, 那么总的筹资累进指数是每种筹资累进指数的一个加权平均值, 这里的权重就是每种筹资方式的筹资额在总筹资额中所占的比重 (Suits, 1977)。第二, 一种筹资系统的累进程度可能不具备连续性, 比如在低收入水平时具有累进性, 而在高

收入水平时具有累退性。

2. 水平公平性研究方法——PII 指数

为了解释 PII 指数, 我们首先介绍几条熟悉的曲线, 如图 2。



注: 转引自 Plotnick, 1981。

说明: 1 曲线 A: 收入再分配前的标准洛伦兹曲线; 2 曲线 B: 收入再分配后的标准洛伦兹曲线; 3 曲线 C: 定序的洛伦兹曲线(按再分配前的收入定序排列); 4. 曲线 D: 不公平指数最强时对应的定序洛伦兹曲线(与曲线 B 对称分布)。

图 2 医疗筹资水平公平性图解

本研究中, A 曲线代表医疗筹资之前标准的洛伦兹曲线, B 曲线代表医疗筹资之后标准的洛伦兹曲线。简单比较 A 曲线和 B 曲线对水平公平研究并没有很大的意义, 因为我们无法确定医疗筹资之后最贫困的 i 百分比人口是不是医疗筹资之前最贫困的 i 百分比人口, 原因在于相同收入水平的人群在医疗筹资过程中可能支付了不同的筹资额度, 所以医疗筹资之后他们的收入排序必然会发生一些变化。

C 曲线是一条创新的曲线, 它是将总人口按照医疗筹资之前的人均收入排序, 同时考虑了医疗筹资之后的人均收入。我们称这条曲线为“定序的洛伦兹曲线”。“定序的洛伦兹曲线”有两个性质: (1) 对于任意的累计单位, 曲线上的 $Y_{pos}(ipre) \geq Y_{pos}(ipos)$ 。这意味着曲线 C 处处都落在曲线 B 之上。(2) 如果曲线 B 和绝对公平线的面积是 x , 那

么曲线 B 和 C 之间的最大面积就是 $2x$ 。

利用“定序的洛仑兹曲线”的这两个性质，我们就可以测定医疗筹资过程的水平不公平程度。具体计算公式如下：

$$PII = [(G_{pos} - C_{pos}) / (2 \times G_{pos})] \times 100$$

G_{pos} 是医疗筹资之后人均收入的标准基尼系数； C_{pos} 是按照医疗筹资之前的人均收入排序，然后计算医疗筹资之后人均收入的集中指数。这个指数范围在 (0—100) 之间，0 意味着没有不公平发生——B 曲线和 C 曲线重合；100 意味着最大程度的不公平——D 曲线为 PII 指数最大值对应的“定序的洛仑兹曲线”，这意味着收入排序发生了颠覆性的变化。

三、农村医疗筹资现状

(一) 医疗筹资总体结构

在总样本中，虽然加入合作医疗的人数占总样本的 73%，但实际上，合作医疗的筹资额只占农村医疗筹资总额的 2.6%；商业保险筹资额占筹资总额的 5.9%；政府补贴是附带在新型合作医疗之上的，其筹

表 1 农村五种医疗筹资形式占总体筹资额的比例 (%)

筹资形式 样本县	合作医疗	商业保险	自负支出	其他社保	政府补贴	省内总计
浙江省开化县	2.8	7.9	84.5	1.1	3.7	100
安徽省岳西县	2.7	12.4	78.8	.6	5.6	100
山东省宁阳县	3.1	10.7	78.6	.8	6.8	100
河南省睢县 ^①	0	1.7	98.2	.1	0	100
湖北省公安县	3.9	1.8	88.1	.2	6	100
重庆市忠县	1.2	6.6	89.3	.1	2.7	100
云南省宣威县	2.8	1.9	89.2	.1	6	100
陕西省洛川县	3.8	2.4	86.5	.8	6.5	100
总体	2.6	5.9	86.3	.5	4.7	100

^① 2004 年，调查期内河南省睢县还未被新型合作医疗制度所覆盖。

资额占筹资总额的 4.7%；其他社会保险形式在农村覆盖的人群非常少，其筹资额只占筹资总额的 0.5%；自负支出仍然是农村医疗筹资的主要形式，其筹资额占到总额的 86.3%。值得一提的是，本次调查涉及东、中、西三个地区八个县，各省/县筹资结构在大框架上均以自负支出为主；而商业保险筹资却体现出一定的地区差异性，东部三个地区（开化县、岳西县和宁阳县）以及中部一个地区（忠县）商业保险的筹资总额已经超过了新型合作医疗的筹资总额（见表 1）。

（二）不同筹资形式下样本人群的社会经济特征

社会经济特征反映了医疗筹资对象的特点，同时也是影响每种筹资形式公平性的重要因素。

首先，从年龄分组统计结果看，在新型合作医疗筹资中，65岁及以上的老年人口筹资比例最低（8.3%），在其他年龄段内，筹资比例基本均衡；在商业保险筹资中，15岁及以下的人口占筹资比例的分额最大（36.7%），^①而65岁以上老年人仍然筹资比例最低（1.1%）；在自负支出中，48—64岁年龄段人口筹资比例偏高（28%），65岁以上老年人筹资比例仍然最低（10.5%）。从这个意义上说，农村老年人在每种筹资方式下都是处于相对弱势的地位（见表 2）。

从教育程度分组统计结果看，初中及以下文化程度的人群是合作医疗筹资的主体，初中及以上文化程度的人群是商业保险筹资的主体，而自负支出筹资主要集中于初中及以下文化程度的人群。受教育程度可以通过直接和间接两种方式影响人们的医疗筹资决策，从直接影响看，随着受教育水平的提高，人们可能会有意识地采取多种筹资形式规避医疗支出风险；从间接影响看，教育程度直接影响人们的收入水平，进而制约人们的医疗筹资决策。因此，不同文化程度的人群在医疗筹资上的选择差异是两方面因素共同作用的结果（见表 3）。

为了发现每种筹资形式是否与样本人群的收入结构存在一定的相关关系，我们将总样本按照人均收入升序排列，然后将总人口等分为四组，分别统计每组人口累计的筹资比例，结果如下：在合作医疗筹资中，各组间的医疗筹资累计比例并没有非常大的差异，合作医疗的集中指

^① 部分农村地区商业保险公司通过学校进行保险资金筹集，这是 15 岁以下人口筹资比例较高的主要原因。

表 2 五种医疗筹资方式按年龄分组的比例 (%)

年龄组 \ 筹资形式	合作医疗	商业保险	自负支出	政府补贴	其他社保
15岁及以下	20.7	36.7	19.5	22.3	3.6
16—31岁	20.4	13.4	18.2	20.6	10.9
32—47岁	28.6	30.4	23.8	27.6	37.9
48—64岁	22	18.4	28	21.3	28
65及以上	8.3	1.1	10.5	8.1	19.5
总计	100	100	100	100	100

表 3 五种医疗筹资方式按文化程度分组的比例 (%)

教育程度 \ 筹资形式	合作医疗	商业保险	自负支出	政府补贴	其他社保
文盲半文盲	21.3	12.7	22.9	21.1	6.4
小学	28.7	24.7	32.1	28.7	6.9
初中	37.4	42.8	34.1	36.8	20.1
高中及以上	12.6	19.8	10.8	13.4	66.6
总计	100	100	100	100	100

数比较小。在商业保险筹资中,组间的医疗筹资比例差异较大,第一组人口收入较低,其商业保险的累计比例也较低(10%),第二、三组的累计筹资比例基本相当(24%、23%),第四组的累计筹资比例最高(43%),由此看来商业保险主要集中于高收入人群当中。在自负支出筹资中,前三组内的医疗筹资累计比例并没有非常大的差异,都接近25%,与人口的比例相当,惟有第四组的筹资比例偏高(34%),这说明自负支出总体上的集中指数应该也比较小(见表4)。

表 4 五种医疗筹资方式按人口四等分组的筹资比例 (%)

人口比例 \ 筹资比例	合作医疗	商业保险	自负支出	政府补贴	社会保险
一组(0—25%)	22	10	21	23	3
二组(25%—50%)	22	24	22	24	2
三组(50%—75%)	26	23	23	25	21
四组(75%—100%)	30	43	34	28	74
总计	100	100	100	100	100

四、农村医疗筹资垂直公平性研究^①

本节利用 Kakwani 指数方法研究农村医疗筹资垂直公平性问题,核心思想就是探讨农村医疗筹资体系中三种主要的筹资方式与农民的人均收入是一种怎样的关系,如果农民医疗筹资的比例随着人均收入的增长而呈递增趋势的话,那么该种筹资方式就是累进的,反之则是累退的。累退的筹资方式意味着在一种筹资系统内,收入低的群体将比收入高的群体承担更大的医疗支出负担。

首先,按照每种筹资方式在总筹资额中的比例对累进性指数进行加权,农村医疗筹资系统总的累进指数为-0.22,直观上,它反映了农村中的中低收入层在总的医疗筹资中的份额应该比较大,而高收入层在总筹资中的份额与其收入的比例并不相称,所以中低收入层在这个筹资系统中承受了比较重的经济压力;这种结果与前文中的统计分析一致,虽然合作医疗、商业保险在农村已开始普及,但是其总体筹资水平并不高,所有社会保险总额加在一起,比例尚不足筹资总额的13%,而农村中最主要的筹资方式还是自负支出,其总额占农村医疗筹资总额的比例达到了86.3%。

通过纵向比较各样本县的累进性指数,我们发现,各县累进性指数的大小在很大程度上取决于自负支出累进性指数的大小,自负支出累进性大的地区,总体累进性指数相应也比较大,而自负支出累进性比较小的地区,总体累进性指数也比较小。而自负支出的累进性在很大程度上又取决于各县自负支出集中程度(集中指数)和其收入集中程度(基尼系数)的关系,当自付支出集中指数高于基尼系数时,自付支出的累进性较强,而当自付支出集中指数低于基尼系数时,自负支出的累退性就较强,所以,自负支出累进性程度的大小实际上是两方面共同作用的结果(见表5)。在下面的研究中我们将具体讨论这些问题。

① 在具体研究农村医疗筹资系统的垂直公平和水平公平性问题时,本文将着眼点集中于合作医疗筹资、商业保险筹资和自负支出筹资三种方式,原因如下:1. 政府补贴是笔者根据农民参与合作医疗的形式推算出来的,因此政府补贴的公平性程度与合作医疗的公平性程度基本吻合,所以不再花更多的笔墨研究政府补贴的公平性;2. 其他社会保险在各个县的调研样本非常少,个别县的样本人数尚不足10人,如果根据这样少的样本进行指数分析,将会出现非常大的误差,所以笔者在这部分研究中没有涉及其他社会保险的研究。

表 5 八省/县农村总体样本累进性指数(Progressivity Index)

地区/保险类别	合作医疗	商业保险	自负支出	总体累进性指数
浙江省开化县	- .36	.13	- .28	- .24
安徽省岳西县	- .34	- .07	- .27	- .23
山东省宁阳县	- .26	- .17	- .19	- .18
河南省睢县	0	- .1	- .29	- .29
湖北省公安县	- .35	- .32	- .06	- .07
重庆市忠县	- .24	- .23	- .17	- .17
云南省宣威县	- .25	- .14	- .11	- .11
陕西省洛川县	- .33	- .32	- .34	- .31
总样本	- .27	- .06	- .24	- .22

(一)新型合作医疗制度

合作医疗制度实际上相当于一种新兴的农村社会保险制度,按照这个制度本身的规定,国家、地方政府和农民个人按照一定的比例共同出资,使得农民也能像城市居民一样被一种医疗保障形式所覆盖。根据我们的研究结果,合作医疗累进性指数为-0.27,是三种主要筹资形式中累退性最强的筹资形式。结合图3我们可以看到,合作医疗集中曲线与绝对公平线(45度线)距离非常近,而与人均收入的洛仑兹曲线距离非常远,这意味着农民的合作医疗筹资与其自身的收入水平没

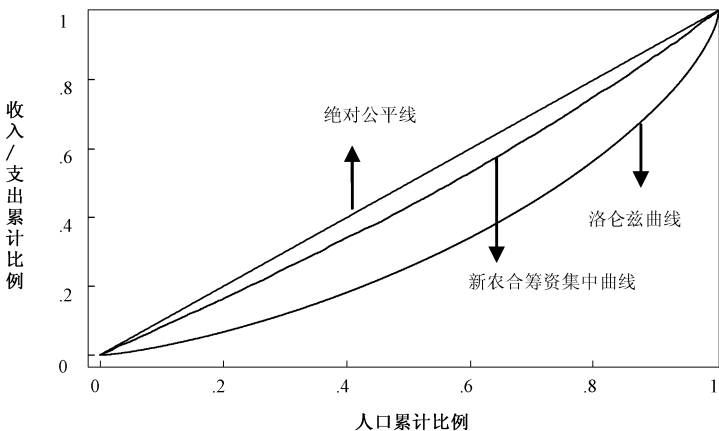


图 3 合作医疗集中指数与人均收入洛仑兹曲线

有很大联系,高收入人群没有因为高收入而对医疗筹资做出更大的贡献,低收入群体没有因为低收入而获得更高的豁免。所以目前合作医疗这种筹资系统表现出了强烈的累退性是可以理解的,它并没有考虑农民的个人收入,即并没有依据农民的收入水平进行筹资,而是硬性规定了各方主体的筹资额度,这种按人头税筹资的方式与“按个人能力进行支付”的原则没有关系,所以结果必然导致合作医疗筹资的累退性。

当前,农业还属于非正规就业部门,还没有一种经济的途径来核算非正规就业中每个农村家庭的实际收入水平,但是新型农村合作医疗制度又必须通过政府外力来进行推动,因此采用人头税筹资的方式与政府节约成本的动机相吻合,同时,对迅速扩大新型农村合作医疗的覆盖面积也有一定的积极意义。

(二)商业保险

目前,商业保险在农村是一种“补充健康保险”,尽管合作医疗体系在农村广泛推广,但是其低水平补偿使农村中的中高收入群体把目光更多地投向了农村商业保险。从农村整体筹资规模看,商业保险的筹资比例为5.9%,高于合作医疗的筹资比例(当然各个省的情况可能还有差异),而且按照目前的医疗筹资趋势来看,农村商业保险的覆盖规模正在逐年扩大,那么它对农村医疗筹资公平性的影响自然不可小觑。

根据我们估算的结果,商业保险医疗筹资在我国还是累退的,累进指数为-0.06,在所有筹资类型中,是累退性最弱的一种筹资方式,这与西方国家存在着很大的差异。根据下面的图表,我们可以发现农村商业保险的一些特点:第一,在低收入水平上,保险筹资累进性基本是比例性的,即医疗筹资的累计比例与收入的累计比例一致;第二,在中等收入上,筹资的累进性明显降低,即人们的保险累计筹资比例明显高于人们的收入累计比例,这说明农村中的中、高收入层的保险意识还是比较强的,而且根据前面的统计结果,商业保险主要集中于初中文化程度、年龄组30—47人群当中,这部分人群是农村的主要劳动力,他们在农村中的地位决定了他们对保险的迫切需求;第三,在高收入水平上,商业保险显现出微弱的累进性,这个结果的出现可能是地区差异造成的,在浙江省开化县、山东省宁阳县东部沿海地区,商业保险比较发达,农民收入也比较高,因此其保险的范围和额度可能偏高,从图形上看,保险筹资表现出轻微的累进性。

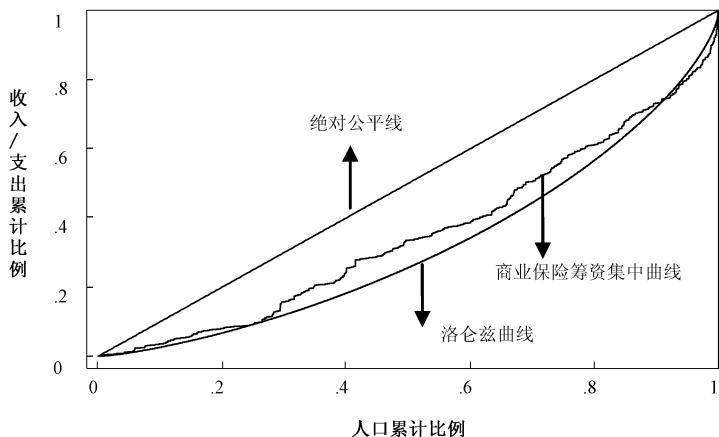


图 4 商业保险集中指数与洛仑兹曲线

从商业保险筹资的整体情况看，我们可以断定，商业保险的弱累退性与商业保险目前在农村的覆盖人群具有很大的关系，由于一般的商业保险产品保费都比较高，而且农民对商业保险的了解比较少，所以农村中参与商业保险的人群大部分是中高收入群体，因此，当我们采用累进性指标衡量的时候，商业保险筹资累退性最弱的结果就不足为奇了。

(三) 自负支出

在所有医疗筹资方式中，自负支出是一种累退性较强的筹资方式，以这种筹资方式来抵御疾病风险，很可能对人们的收入水平造成剧烈的冲击。从图 5 中也可以看出这一点：在低收入水平上，人们的医疗支出累计比例远高于他们的收入累计比例，这说明在低收入水平上，自负医疗支出具有强烈的累退性；在中高收入层，我们可以看到集中曲线的位置开始降低，说明累退性有所缓解。从总的集中曲线和洛仑兹曲线对比来看，自负医疗支出集中曲线一直高于洛仑兹曲线，这说明我国农村医疗筹资体系中，自负医疗筹资的累退性是非常强的，总的医疗支出负担主要还是集中于农村中的中低收入人群。

为什么会出现上述问题呢？我们可以从两个方面得到解释：

第一，现阶段我国农村内部还存在着不同的收入层，如果我们将样本人群按照以下标准分成四个收入组：即特困户（年人均收入 0—1000 元）、低收入户（1000—2500 元）、一般收入户（2500—5000 元）、较高收入

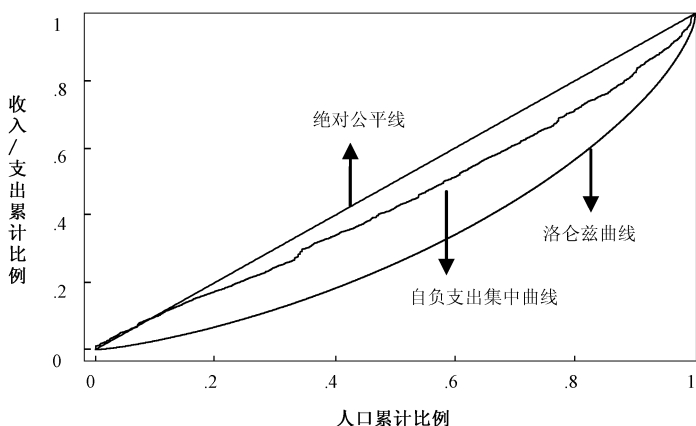


图5 自负支出集中指数与洛伦兹曲线

户(5000以上), 那么关于合作医疗的参与程度, 我们将看到这样一个特征(参见图6): 低收入组合作医疗参与程度最低, 参与人数只占低收入组总人数的54%, 随着收入水平的提高, 合作医疗参与程度逐渐增强, 到最高收入组, 合作医疗参与程度最高, 参与人数占高收入组总人数的81%。这说明在特困户和低收入户中, 很大一部分人并没有参与到合作医疗体系中来, 因此在实际利用医疗资源时, 这部分人并不能从合作医疗体系中受益, 因此特困户和低收入户的自负支出压力仍然比较大。

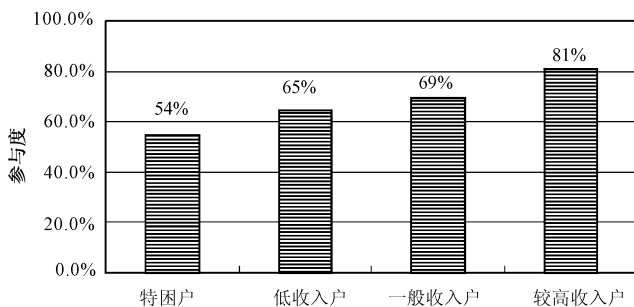


图6 不同收入组合作医疗参与度

第二, 在参与合作医疗的人群中, 我们发现不同收入组受补偿人数有很大的差异: 特困户受补偿的人数最少, 无论是门诊补偿还是住院补

偿,特困户获得补偿的人数都远远低于其他收入组(参见图7);低收入户获得门诊补偿和住院补偿的人数较特困户有明显增加,但是与一般收入户和较高收入户相比,其获补偿的频次还是偏低的。通过数据统计,我们很清晰地看到较高收入户是农村中获补偿人数最多的群体,也是从合作医疗体系中获益最多的群体。这说明在实际利用医疗服务时,低收入群体由于收入水平过低,没有足够的资金支付共付费用,因而即便加入了合作医疗体系也获得不了合作医疗的补偿金。除此之外,我国大病救助开展得还不是十分广泛,主要集中于农村中的五保户等特殊群体,因此,得到大病救助的群体只占农村中很少一部分比例,实际上,大部分农村低收入群体还是依赖自身的收入来进行医疗支付,所以,从总体上来看,我国农村自负支出体现出了强烈的累退性。

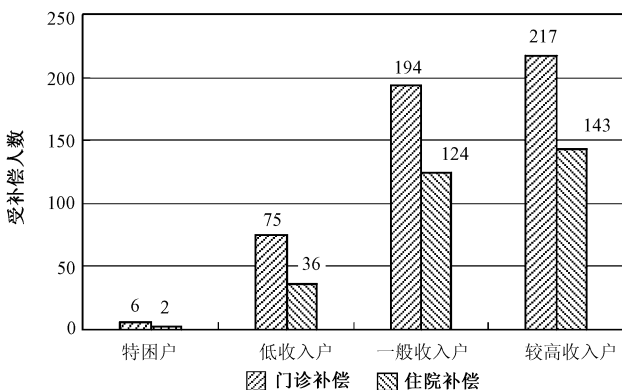


图7 合作医疗门诊补偿、住院补偿人数

五、农村医疗筹资水平公平性研究

本节利用PII指数方法研究农村医疗筹资水平公平性问题,核心思想是探讨农村目前的医疗筹资体系到底会对同等收入水平的农户产生多大程度的分化作用。根据前文所述,水平公平研究的是同等收入水平的人群是否进行了同等程度的筹资,如果由于各种社会原因,同等收入人群最终没有进行同等程度的筹资,他们的收入水平就会发生一个分化,根据PII指数方法,我们可以计算出农村医疗筹资的水平公平

性指数(参见表6)。从总体结构上来看,自负支出对于水平公平性的影响最强(0.64),商业保险次之(0.04),而合作医疗筹资无论是从全国的结果来看还是从分省的结果来看,对于水平公平性的影响都是微乎其微的。下面我们分别从三种筹资方式的角度对这种结果进行论述。

表6 调研样本县水平公平性指数(PII: 0—100)

地区/PII 指数	合作医疗	商业保险	自负支出
浙江省开化县	0	0	.63**
安徽省岳西县	0	.11*	.51*
山东省宁阳县	0	.14*	.95**
河南省睢县	—	0	1.19**
湖北省公安县	0	0	.61**
重庆市忠县	0	.07*	.84**
云南省宣威县	0	0	1.35**
陕西省洛川县	0	0	.66*
总样本	0	.04*	.64*

注:为了测定水平不公平程度的严重性,设定 $t = PII/RE$, $RE = \text{Ginipre} - \text{Ginipost}$ 。如果 $|t| > 0.5$,说明相对于净再分配效果(RE),这种再分配形式存在严重水平不公平;如果 $0.1 < |t| < 0.5$,说明这种再分配形式存在轻微水平不公平;如果 $|t| < 0.1$,说明筹资系统基本公平,结果中:**严重水平不公平;*轻微水平不公平。

(一)合作医疗

从全国及各省的结果看,合作医疗筹资对个人收入的水平公平基本没有影响,原因主要在于各省实际上是在采取“一刀切”的方式,各省/县辖区内的参保人口都按照一个统一的额度进行低水平筹资,因此省内合作医疗筹资基本不会发生重新的排序。而拓展到省外,调查期内各省内的筹资额度都比较低,省际之间的筹资差额也不大,因此从全国范围看,合作医疗筹资也不会对个人收入的新排序造成很大影响。

我国新型合作医疗制度目前的低水平、无差异的筹资模式,既有制度运行的成本考虑,也与农村内部的文化有关。首先,在我国农村地区,农民的农业收入构成非常复杂,既包括农业收入,也可能包括服务业收入或外地打工收入等等,如果根据农民的收入进行比例筹资,行政审核的成本可能会超出政府对合作医疗制度的补贴,这在制度运作上

是根本不可能的；其次，新型合作医疗制度在农村处于推广期，为了使更大范围的农民能够加入到新农合，在筹资模式上实行简单化原则，既方便基层部门的工作，也易于农民接受和参与；最后，在农村社会内部，“平均化”思想较为严重，新型合作医疗以地方政府机构上门收缴为缴费方式，在农民看来也是一种公共支出，制度运行初期就实行差异化的缴费模式，很可能会导致高收入农民退出。

（二）商业保险

从总的趋势上看，商业保险的 PII 指数比合作医疗要稍高一些，这说明商业保险对个人收入的水平不公平还是造成了一定程度的影响，下面我们从这两个方面对这个问题进行详细分析。

第一，在不同区域内，同一收入水平的人群在商业保险投入偏好上存在明显差异。首先，在中低收入水平上，山东省宁阳县的人均筹资额（355 元）远高于其他地区的人均筹资额；在中等收入水平上，山东省宁阳县、安徽省岳西县的人均筹资额度明显高于其他地区的人均筹资额度；在高收入水平上，浙江省开化县、安徽省岳西县的人均筹资额度也很明显地高于其他地区的人均筹资额度。总的来看，不同地区、同一收入水平上人均筹资额度的差异是非常显著的，处于东部地区的浙江省开化县和山东省宁阳县，在每一收入水平上的人均筹资额度都比较高，而在相同收入水平上，河南省睢县、云南省宣威县和陕西省洛川县，商业保险的人均筹资额度都较低（参见图 8）。这说明影响商业保险投入偏好的并非仅仅是收入，它与地区内部的社会环境还有一定关系。东部地区经济较发达，农村居民投保商业保险的渠道比较畅通，同时由于农民的仿效心理，一个地区内部参加的人数较多的话，也可能引致不同收入层的农民投入商业保险筹资模式。

第二，在同一地区内部，同一收入水平的人群商业保险筹资偏好也不一致。以浙江省开化县数据为例（见图 9），在低收入水平人群中，未参保的人群占低收入人群的比例为 90%，而商业筹资额度在 0—100 元的人数占这一人群总数的比例仅为 7%，100—300 元的人数占总数的 3%。这一方面说明低收入水平人群的筹资额度偏低，另一方面也说明低收入水平人群采用商业保险规避风险的积极性也比较小。因此，在低收入水平上，虽然筹资之后会发生一定程度的收入重新排序，但是这一影响还是比较小的；在中等收入水平人群中，未参保人群占中等收入

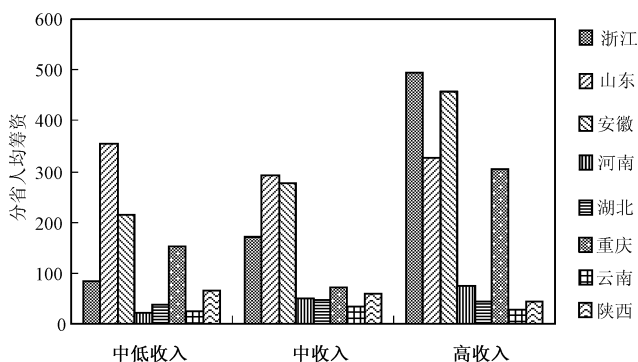


图 8 商业保险分省人均筹资比较

人群的比例为 57%，而人均筹资额度在 0—100 元之间的人群占这一人群的比例为 36%，人均筹资额度在 100—500 元的人群所占比例为 3%，人均筹资额度在 500 元以上的人群所占比例为 4%，在这样的筹资结构下，他们的收入排序会相应地发生变化，进而对水平公平性产生影响；在高收入水平上，未参保人群仍然是比例最大的，占这一收入层的 80%，其他三个筹资水平的人群比例分别为 14%、3%、5%，在这一收入层次中，筹资结构比较复杂，它体现了高收入人群对商业保险偏好的差异，正是由于这种差异，也会造成筹资之后个人收入上的再分化，进而也会对水平公平性造成一定的影响。

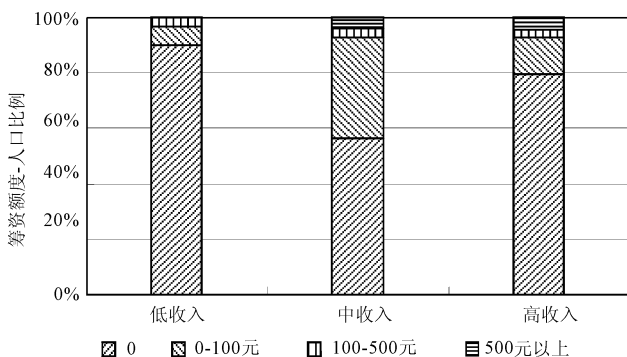


图 9 浙江省开化县不同收入水平人群的筹资比例

总的说来，商业保险作为一种自愿筹资方式，已经开始在广大农村

地区普及,但是由于商业保险的筹资额度比较高,因此参与商业保险的人群也主要集中于农村中的中高收入人群(5000元以上)。在每一个收入层内,由于地区间投保渠道的差异,区域内参保人群险种偏好的差异,以及未保险人群与参保人群筹资之后的收入差异,这些都会造成商业保险筹资之后同一收入水平内收入的再次分化,因此,这些因素都会对商业保险的水平公平性指数有所贡献,使得商业保险筹资的水平不公平性比较显著。

(三) 自负支出

自负支出是农村医疗筹资体系中最主要的筹资形式,从PII指数看,自负支出也是三种筹资形式中水平不公平性最强的。那么我们该如何对自负支出造成的水平不公平性做出合理的解释呢?

根据封进、秦蓓(2006:75)的研究结果,“医疗消费主要受两方面因素的影响,即健康状况和收入水平。由于健康状况本身受到收入水平的影响,因此,收入水平对医疗支出的影响存在两种效应。一是直接效应,即收入影响支付能力。随着收入水平的提高,对健康的需求随之增加,因而医疗支出水平提高。二是间接效应,即通常收入较低的人,健康状况较差,更容易受到疾病的侵扰,在对健康的风险规避程度较高时,表现为医疗支出较高。这种间接效应可称之为健康效应。当健康效应强于收入效应时,医疗支出随收入的增加而减少,反之,则表现为医疗支出随收入的增加而增加。在两种效应相当时,医疗支出与收入水平之间的关系就可能不明显”。

根据这个研究结果,我们不妨把整体人群分为两个极端,一种是低收入人群,另一种是高收入人群。在低收入人群当中,对个人医疗支出产生主要影响的是个人的健康水平,因此虽然同处于低收入水平下,身体健康状况良好的群体肯定会比身体健康状况不良的群体医疗支出要少,这样在同样的收入水平下,身体健康状况的差异造成了自负支出的差异,因此造成了收入的分化,这也就是我们通常提到的“因病致贫”、“因病返贫”问题;在农村高收入人群当中,对个人医疗支出产生影响的因素应该同时包括健康状况和收入水平,随着农民收入水平的提高,部分农民可能会对个人健康有意识的进行投入;但是综合来看,农民人均收入的增长相对于医疗服务和药品价格的增长还是相对缓慢的,如果农村中高收入人群遭受大病的威胁,其自负支出的压力也是难以承受

的。所以, 作者认为, 在同处于高收入水平的人群当中, 由于大病支出的费用会使高收入人群内部产生收入分化, 因而对收入水平不公平造成影响。

六、评论与思考

(一)对三种医疗筹资形式公平性的评论

本章采用 Kakwani 累进性指数和 PII 指数的研究方法, 测度了以八个样本县为代表的中国农村地区医疗筹资的垂直不公平和水平不公平程度, 下面对本文的研究结果做一简短评论。

1. 新型合作医疗制度

根据前面的研究结果, 我国新型合作医疗筹资体系保证了水平公平却牺牲了垂直公平, 这实际上是中国农村经济体制的特点、农民的价值观、合作医疗资金的性质以及中国所特有的社会、文化特点综合影响的结果。

从垂直公平的角度看, 新型合作医疗制度表现出了强烈的累退性。作为一种新兴的农村社会保险形式, 这一点着实令人担忧。因为一种良好的社会保险筹资系统, 应表现出累进性特征, 只有这样, 才能起到分散风险、补贴穷人的目的。目前, 我国农村地区合作医疗的累退性之所以如此之强, 与合作医疗本身的制度设计密切相关, 我国政府为了最大可能的扩大合作医疗的覆盖范围, 同时最大程度的降低成本, 所以选择了同一地区内人均等额的低水平筹资模式, 这种方式必然会导致医疗筹资与个人收入水平脱钩。在这样一个筹资系统内, 高收入人群与低收入人群筹集相同的额度, 同时在获得补偿时又面临起付线的限制, 实际结果是以穷人的资金补贴了富人的资金, 那么理所当然会导致垂直不公平现象。

从水平公平角度看, 新型合作医疗制度筹资表现出了绝对的公平性, 但是保持这种水平公平性是否有意义呢? 由于人均无差异的低水平筹资模式, 我国新型农村合作医疗制度总的资金规模并不高, 这就使得新型合作医疗筹资在农村整体的医疗筹资系统内退化为一个较小的系统(2.6%)。正如世界卫生组织 2006 年的研究报告所指出的: 大的筹资系统比小的筹资系统要有高一些的绩效, 因为大的筹资系统可以

增加健康服务的可利用资源;可以利用规模经济的优势降低成本,降低保证不确定性需求的资金水平;更可以保证充足的资金对医疗支出进行赔付。那么目前我国的合作医疗筹资系统的主要症结正是在这里,整体筹资水平上不来,一味的在低水平下徘徊,导致合作医疗基金捉襟见肘,很多社会保险应执行的功能无法发挥出来。所以即便目前合作医疗筹资能够满足农村医疗筹资水平公平,但是从长远来看,它的问题也将越来越突出。

2. 商业保险

商业保险是一种私人保险形式,在农村三种医疗筹资形式中,它表现出较弱的累退性和较弱的水平不公平性。

从垂直公平的角度看,商业保险的弱累退性说明商业保险与农民的收入水平的关系最为密切,低收入者低筹资,高收入者高筹资,表面上似乎比合作医疗更能起到“以富补穷”的目的,但是我们必须注意到,商业保险筹资中的歧视原则,即非健康群体不能参保,因此农村中大部分低收入群体、非健康群体很难参与到商业保险中来;另一方面,商业保险在农村的运行成本比较高,保费就会比较高,参与商业保险的群体也主要局限于农村中的中高收入层。因此商业保险的这种“弱累退性”并不能证明商业保险在我国农村是一种良好的筹资系统,只能说明商业保险作为一种补充健康保险,满足了部分人群的保险需求。在合作医疗制度还没有发展成熟之前,商业保险形式对于农村地区的居民规避疾病风险还会起到非常好的作用。

从水平公平的角度看,商业保险筹资对收入再分配水平不公平性还是造成了一定程度的影响,农村中同等收入层在商业保险筹资之后收入水平发生了微弱分化,这是市场规律的作用,也是商业保险自身的性质决定的。即便商业保险在农村会进一步普及,商业保险筹资的水平公平性变化也不会特别大,因为商业保险筹资建立在自愿筹资的基础上,所以农民是依赖其自身的支付能力进行筹资的,换句话说,农民不会耗尽家产去购买一份商业保险,所以可以肯定地说,商业保险筹资对农民收入水平的分化不会起到非常大的影响。

3. 自负支出

自负支出是我国农村医疗筹资的主要形式,而根据前文的研究结果,它又是三种筹资形式中垂直不公平和水平不公平最严重的筹资形式。

从垂直公平性看,我国农村自负医疗支出呈现出较强的累退性。原因主要基于两个方面,一方面是农村地区的平均收入水平较低,医疗卫生设施落后,健康维护意识薄弱,因此限制了对医疗服务的需求,大部分农村居民的医疗支出处于一个相似的低水平上(重病家庭除外)。另一方面,在目前农村合作医疗体系中,低收入人群参与程度低,因此低收入人群获得补偿的概率较小,所以其自负支出的压力并没有得到很大的缓解。另外,由于低收入人群受自身收入局限,一部分人口即便参与了合作医疗体系,但是也不能越过合作医疗的起付线,这样就不能从合作医疗中获得补偿。

从水平公平性看,农村自负医疗支出也呈现出较强的不公平性。这个问题主要来源于健康风险,实际上,我国农村人均收入普遍较低,那么在遭遇疾病冲击的时候,大部分农户都无力承担高昂的医疗费用,进而落入了“低收入陷阱”。从自负医疗支出水平不公平性指数结果看,目前“健康风险”对农村居民的收入分化产生了非常强的作用。

(二)对未来农村医疗筹资体系的思考

通过采用 Kakwani 累进性指数和 PII 指数对农村中三种主要的医疗筹资形式进行比较研究,我们可以看出,农村医疗筹资体系的主要问题还是落在“新型合作医疗筹资”和“自负支出”两个问题上,而这两个问题又可以大致归结为一个问题,因为合作医疗如果运行的效果好,农村居民的自负支出压力就会得到缓解,反之,农民的自负支出压力可能会继续恶化。而根据研究结果,我们发现目前农村中的合作医疗筹资体系确实存在着一些不公平性问题,那么我们如何来客观的看待这个问题呢?

首先,尽管在新型合作医疗体系中,不同收入人群确实存在着受益不公平性问题,但是不可否认的是合作医疗确实也增加了低收入人口对基本医疗服务的利用水平。因而新型合作医疗并非是不利于低收入群体的制度安排。

其次,确实由于高收入群体享受到了相对多的补偿而带来了不公平性问题,但是这并非新型合作医疗特有的缺陷。在医疗筹资领域,如果存在费用分担(起付线、共付等),就必然会有一部分低收入者支付不起,进而引发不公平性问题。但是如果全部人群都免费享用医疗服务,又将带来严重的道德风险以及由此而来的不合理医疗支出和医疗资源

浪费。

那么结合我国的现实,新型合作医疗制度未来的筹资模式该采取什么措施来弥补制度自身的先天性不足呢?

首先,针对农村中的低收入群体,政府要利用一切可利用资源(比如农村医疗救助、特困救助等),将这些弱势群体纳入到新农合体制内,让他们有机会享受到社会保险的补贴和收益。

其次,在维持新型农村合作医疗自愿筹资的基础上,要逐步加大筹资的额度,扩大合作医疗资金的规模,避免把合作医疗制度做成“鸡肋”。而在筹资系统逐步壮大之后,就可以增加健康服务的可利用资源;同时可以利用规模经济的优势降低成本,降低保证不确定性需求的资金水平,更可以保证充足的资金对医疗支出进行赔付。

最后,在补偿模式上,要切实考虑到低收入群体的需求。保持一定的共付水平是医疗保险制度控制道德风险的手段,但是对穷人来讲,过高的共付水平则可能抑制其对医疗服务的需求。在我国当前的制度框架下,合作医疗制度设置了补偿门槛,但是医疗救助制度却可以在某种程度上使穷人能够跨过这个门槛。因此如何将医疗救助制度与合作医疗制度进行更好的衔接,使穷人在消费医疗服务时能够预先得到及时的医疗救助是未来一个值得思考的问题。

参考文献:

- 陈信勇、王运福, 2004《建立农村医疗保障体系的路径选择——一个需求演化的视角》,《浙江社会科学》第1期。
- 樊明, 2002,《健康经济学—健康对劳动力市场表现的影响》,北京:社会科学文献出版社。
- 封进、秦蓓, 2006,《中国农村医疗消费行为变化及其政策含义》,《世界经济文汇》第1期。
- 福克斯, 2001,《谁将生存—健康、价值观和社会选择》(中译本),上海:上海世纪出版集团。
- 顾昕、方黎明, 2004《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析》,《社会学研究》第5期。
- 贾康、张立承, 2005,《改进新型农村合作医疗制度筹资模式的政策建议》,《财政研究》第3期。
- 李斌, 2004,《卫生筹资公平性研究进展》,《中国卫生经济》第2期。
- 林闽钢, 2002,《中国农村合作医疗制度的公共政策分析》,《江海学刊》第3期。
- , 2006,《我国农村合作医疗制度治理结构的转型》,《农业经济问题》第5期。
- 罗伯特 S. 平狄克、丹尼尔 L. 鲁宾费尔德, 1999,《计量经济模型与经济预测》,钱小军等译,北京:机械工业出版社。
- 平新乔, 2003,《从中国农民医疗保健支出行为看农村医疗保健融资机制的选择》,《管理世界》第11期。

- 舍曼·弗兰德、艾伦·C. 古德曼、迈伦·斯坦诺著, 2004,《卫生经济学》, 王健、孟庆跃译 北京: 中国人民大学出版社。
- 魏众、B. 古斯塔夫森, 2005,《中国居民医疗支出不公平性分析》,《经济研究》第 12 期。
- 许正中, 2002,《社会医疗保险: 制度选择与管理模式》, 北京: 社会科学文献出版社。
- 应晓华、刘宝等, 2004,《不同收入人群家庭筹资公平性研究》,《中国医院管理杂志》第 8 期。
- 杨团, 2004,《从新型农村合作医疗试点看农村卫生政策的完善》, 引自 <http://www.social-policy.info/902.htm>
- 卫生部, 1999,《国家卫生服务研究—1998 年国家卫生服务总调查分析报告》, 中华人民共和国卫生部。 <http://www.moh.gov.cn>
- 朱玲, 2004,《乡村医疗保险和医疗救助》, 引自 <http://www.cass.net.cn/chinese/s01-jjs/grxszsuelingdao/zhuling/02.htm>
- 朱俊生、虞国柱, 2007,《农村商业保险的定位》,《中国保险》第 2 期。
- Aronson, J. R., P. Johnson & P. J. Lambert 1994, “Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment.” *Economic Journal* 104.
- Fabricant, S. J., C. W. Kamara & A. Mills 1999, “Why the Poor Pay More: Household Curative Expenditures in Rural Sierra Leone.” *The International Journal of Health Planning and Management* 14(3).
- Jansen R., E. van Doorslaer & A. Wagstaff 1994, “Health-insurance Reform in The Netherlands; Assessing the Progressivity Consequence.” *Economic and Social Review* 25(4).
- Kakwani, N. C. 1977, “Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison.” *Economic Journal* 87(345).
- Lairson, D. R., P. Hindson & A. Hauquitz 1995, “Equity of Health Care in Australia.” *Social Science and Medicine* 41(4).
- LeGrand, J. 1987, “Equity, Health and Health Care.” *Social Justice Research* 1.
- Lambert P. J. 1993, *The Distribution and Redistribution of Income; A Mathematical Analysis*. Manchester University Press, Manchester.
- Musgrave, R. A. & T. Thin 1948, “Income Tax Progression 1929-1948.” *Journal of Political Economics* 56.
- Pbtrick, R. 1981, “A Measure of Horizontal Inequity.” *Review of Economics and Statistics* 63(2).
- Ravallion, M. & J. Jalan 1999, “China’s Lagging Poor Areas.” *The American Economic Review* 89(2), Papers and Proceedings of the One Hundred Eleventh Annual Meeting of the American Economic Association (May).
- Slitor, R. E. 1948, “The Measurement of Progressivity and Built-in Flexibility.” *Quarterly Journal of Economics* 62.
- Suits, D. 1977, “Measurement of Tax Progressivity.” *American Economic Review* 67.
- Wagstaff, A. & E. Van Doorslaer 1997, “Progressivity, Horizontal Equity and Reranking in Health Care Finance: A Decomposition Analysis for The Netherlands.” *Journal of Health Economics* 16.
- 2000 “Equity in Health Care Finance and Delivery.” in *Handbook of Health Economics*, (eds.) by Culyer A. & J. Newhouse Elsevier Science Ltd. Amsterdam; North Holland.

- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, S. Calonge, et al. 1992, "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons." *Journal of Health Economics* 11(4).
- World Health Organization 2000, *World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance*: World Health Organisation.
- World Bank: Quantitative Techniques for Health Equity Analysis-Technical Note #6: Concentration Curves.
- World Bank: Quantitative Techniques for Health Equity Analysis-Technical Note #7: Concentration Index.

作者单位: 中国社会科学院社会学研究所
责任编辑: 张志敏

urban new immigrants' include 4 factors namely, cultural inclusion, psychological inclusion, identity inclusion and economic inclusion; (2) the overall level of their social inclusion is still low; (3) the degree of these factors present decreasing trend from psychological inclusion to identity inclusion, cultural inclusion and economic inclusion. These results reflect that: (1) the domestic immigrants as well as the international immigrants call for some limited leap to achieve integrating into the new land in deed; (2) as an immigrant area, Shanghai provides larger development space for the new comers to advance their socioeconomic status, which explains the status of the psychological inclusion and identity inclusion; (3) the pluralism of urban culture may promote the cultural inclusion and economic inclusion of the newer, while the increasing cost of city life may have an opposite effect. Therefore the high-level integration of the newer and the native depends on the joint efforts of the newer, the native residents and the local government.

Social Capital and Political Participation of Urban Residents
 *Hu Rong* 142

Abstract: Based upon survey data collected in Xiamen in 2005, this paper explores the impact of social capital and other factors on political participation of urban residents. Factor analysis shows that items measuring political participation of urban residents consist of resistance factor, interest expression factors and election participation factor. Regression analyses reveal that factors of social capital influence urban residents' participation significantly. While the traditional participation manner, such as personal contact, remains quite important, other new ways of interest articulation emerge. Therefore the author argues that the ways of urban residents' political participation are becoming more plural.

Equity in Health Care Financing in Rural Area in China: Case studies of Health Care Financing System in eight rural counties ... *Wang Jing* 160

Abstract: The Health Care Financing System will highly affect the accessibility to health care of rural residents. The paper applies Kakwani index and PII index to analyze the vertical equity and horizontal equity of the three main resources in rural Health Care Financing System. The research demonstrates that the New Cooperative Medical System guarantees the horizontal equity but sacrifices vertical equity, the commercial insurance embodies low vertical equity, however, serious horizontal and vertical inequity still exists in the self-responsibility payment system.

The Affection of Cultural Anthropology to the Research of Classics and History in The Period of Republic: A case study of kinship term
 *Zhao Manhai* 186