

医疗保障制度改革与老年群体的健康公平*

——基于浙江的研究

刘晓婷 黄洪

提要:健康公平是全民医保的理论基础,也是医疗保障制度改革追求的目标。本文从“弱者优先”的健康公平理论出发,以浙江为例,以质化研究与量化研究相结合的方式,分析了医疗保障制度改革对老年人群健康公平的影响。基于结构方程的非递归路径模型分析显示,职工医保和城居医保制度提高了老年参保者的医疗服务利用水平,从而增进了健康公平,但新农合的参保老年人与未参保老人在医疗服务利用和健康结果方面均未呈现显著差异,原因是其保障待遇过低和制度设计缺陷。质化研究进一步显示,在医疗服务输送过程中几类弱势老年人群的健康结果公平尚未得到充分保障。因此,要强化健康公平的理念,使基本医疗保险由机会公平转向健康结果公平,加快构建全民医保和失能老人长期照护体系。

关键词:健康公平 老年人群 医疗保障制度改革 结构方程模型 路径分析

一、引言:健康公平——改革中的失守与重塑

在2000年世界卫生组织对其成员国进行的卫生系统筹资与分配的公正性排名中中国排在了倒数第4位(WHO, 2000)。2005年“中国医改基本不成功”的论断再次引发舆论哗然。造成以上公平性失守的重要原因之一是20世纪80年代中期以来,伴随着经济体制转轨而产生的医疗改革的过度市场化导向,其结果损害了公民的健康公平。2003年“第三次国家卫生服务调查”数据显示,48.9%的被访者有病未

* 本研究得到国家社科基金青年项目“老年人群基本医疗保险待遇差距研究”(14CSH056)、国家社科基金重大项目“人口老龄化与长寿风险管理的理论和政策研究”(13&ZD163)的资助。感谢中国老龄科研中心提供的数据;感谢匿名评审人以及何文炯教授、林静雯教授和 Julian Chow 教授的宝贵意见。文责自负。

医,应住院而未入的比率高达 29.6%,城市低收入人口无医疗保障的比率高达 76%。在医疗保障改革方面,更是忽略了政府的主导作用,国家降低了对医疗保险的资助(胡宏伟、邓大松,2008)。在医疗服务体制改革举步维艰之时,从 2009 年开启的新一轮医改则呈现出医疗保障制度改革先行的特征。

从上世纪 90 年代开始,医疗保险进入了全面建设和去商品化阶段,在医疗保障领域通过社会政策的出现和变革来改变医疗卫生的不公平状况(王绍光,2008)。1998 年城镇职工基本医疗保险制度的建立,标志着中国选择并开始走上了社会医疗保险的道路。10 多年来,以医疗保险改革为中心的社会医疗保障制度改革,在诸多社会政策中得到优先发展,率先回归“健康公平”目标。党的十八大报告也把包括医疗保障制度在内的社会保障体系建设方针从持续 20 年的“广覆盖”改为“全覆盖”,不只是制度全覆盖,而是人员全覆盖,一字之差彰显着对理念转变的诉求(何文炯,2013)。

国家宏观战略层面对“公平性”的不断强调且逐步推进是政府加强责任的体现。2005 年“十一五计划”提出,未来中国要“更加注重社会公平,使全体人民共享改革发展的成果”,而不再是“效率优先、兼顾公平”的提法。2009 年“新医改”方案提出,“到 2011 年基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民”的目标,各级政府 3 年内投入 8500 亿元资金(相当一部分用于扩大医疗保险覆盖面和提高补偿标准,尤其是对新农合和城居医保的投入占中央财政医疗支出的 50%)。2010 年“十二五规划”要求健全城乡居民的基本医疗保障体系,“更加注重保障民生,促进社会公平正义”。2012 年党的十八大报告再次强调“坚持维护社会公平正义”,逐步建立以权利公平、机会公平、规则公平为主要内容的社会保障体系。“加快健全全民医保体系”是社会医疗保障制度改革对健康公平理念的重塑。

然而,在为改革对公平性的重新呼吁感到欣喜之余,不能忽视新医改以来依然存在的深层次不公平,如各项目参保者之间较为严重的待遇差距,以及因待遇差距而导致的医疗服务利用不平等。因此,健康公平在中国依然难以实现,大病风险依然是体制外城乡居民的后顾之忧。英国学者彼得·唐信(Peter Townsend)所描述的“医疗贫困陷阱”在中国医疗改革之后依然在发生,一些弱势社群因为无力承担医疗费用而陷入困难的境遇(Whitehead, 2011)。在揭示健康不平等的实证研究背后,在实

践层面上公平的医疗服务也未被落实,进一步影响了弱势老人健康结果的不公平。回顾中国医疗保障制度改革,经历了从健康公平失守到重塑的过程,在此过程中又亟需实现“健康公平”从口号到政策落实的转变。

本文旨在对健康公平进行理论界定,从“弱者优先”的社会正义价值出发,建立“基于过程与结果的健康公平”理论框架;以具有较高医疗保障需求的老年社群为例,引入基于结构方程的路径分析方法来探讨不同医疗保险项目、医疗服务利用与健康水平之间的关系,并回答“医疗保险覆盖面拓展所带来的医疗服务利用提高是否改善了弱势老人的健康水平”;运用质化研究方法,针对弱势老人的医疗保障需求,分析在具体的医疗服务递送过程中医疗保障制度改革对弱势老年人群过程公平与结果公平的影响。文章最后提出基于结果的健康公平框架,主张运用整合的改革思路来建立全民医保的政策方向。

二、健康公平理论及其影响因素

过去30年,“健康公平”从一个中西方意识形态中的敏感词汇发展为热门概念,对健康公平的研究也大量增加,人们越来越多地致力于通过社会政策和福利项目来减少健康不公平(Gwatkin et al., 2005)。

(一)健康公平:从机会公平视角到过程与结果公平的拓展

在以往的实证研究中,“健康平等”(health equality)和“健康公平”(health equity)往往被不加区分地使用(Goddard & Smith, 2001; Schoen & Doty, 2004)。本研究基于对社会福利领域平等、公平与社会公正概念的界定来讨论“健康公平”问题。这是一个既有价值意涵(关于“弱势社群的健康平等更为重要”的价值选择)又具有多维度的概念(包含机会、过程与结果的公平)。

世界卫生组织对“健康公平”的定义为:不论以何种方式界定组群(社会、经济、人口、地理的组群),都要消除组群之间那些可避免和可补救的健康差别。健康不公平不仅关乎健康决定因素的不平等,还涉及所需要医疗资源的可及性和健康结果的保持,以及其他侵犯公平与人权的不平等(WHO, 2000)。世界银行认为,健康领域的不平等主要是优势与弱势社群之间在一些方面的差别,如弱势社群较低的收入、较

少的医疗保险、较差的居住环境,而不仅仅是偏好的差别。这些差异不能被简单地看作不平等,而应被看作不公平(Wagstaff & Doorslaer, 2000)。所谓的健康不公平,是指那些可避免、不必要而且不公正的不同(Whitehead, 1992)。

“健康公平”在理论上与“健康平等”存在一定差别。平等是一个不具价值色彩的中立概念,而公平是“关于什么事物的平等更为重要的价值选择”。社会福利领域更加关注群体的平等,因为它往往会成为社会矛盾、冲突的根源。平等的客体(如收入与资产、权利与自由、机会、福利、能力等)本身并无好坏之分,一种事物的平等很可能造成其他事物或其他方面的不平等(如机会平等可能造成结果的不平等)。平等的理论原则也都存在各自的优缺点(Hayek, 1960; Crocker, 1977; Rawls, 1971; Sen, 1992)。本研究所关心的主体是群体间的平等;客体是健康,健康是获得劳动收入和资产的前提,是实现权利与自由的保障,也是基本能力的必备素质和获取一定成就所必需的。

本研究从罗尔斯(John Rawls)“弱者优先”的社会正义论出发,该理论致力于为底层争取平等,让弱势社群在医疗福利资源的分配中得以优先分享,最大可能地提高他们的健康水平。虽然罗尔斯没有把健康列为社会基本物品,但是丹尼尔斯(Daniels Norman)等(Daniel et al., 1999)对其进行了理论拓展,从机会平等的视角出发认为机会平等包括健康。罗尔斯的正义两原则中强调两点:一是机会平等;二是主张差异原则——即最大限度地改善社会最底层的境遇(Rawls, 1971)。在政府强制实施的社会医疗保险领域,弱势社群应成为重点关怀的对象,根据预期效用理论,保险需求反应了个体的风险厌恶(risk aversion)和对收入确定的需求(Wagstaff, 2000)。面对疾病风险,弱势社群会表现出较强的风险厌恶,如果没有保险,弱势或者贫困者就没有足够的钱购买医疗服务。在实践中,“弱者优先”的正义原则已经成功地在一些国家和地区的国民健康保险计划中落实(如台湾)——最低收入群体获得最多的保险收益,随着个人收入的增加,保险收益逐渐下降,最高收入的群体获得最低的保险收益(Huang et al., 2007)。

当然,罗尔斯强调机会公平是社会正义的基础,但并不是全部。在社会医疗保障制度改革中,城乡分割、群体分割、区域分割的社会医疗保险项目表面上覆盖了各类社群(机会公平),事实上却造成了对没有能力缴纳保费者的排斥,没能真正实现公正理念。因为在拥有医疗保

障的机会公平之外,过程公平与结果公平还未得到应有的检视与反思,这进一步制约了改革的效果。

(二)医疗保险对健康公平的影响

基于结果的健康公平应该既包括医疗服务利用的公平,也包括健康水平的公平。在实证研究中,医疗保险对健康公平的影响主要围绕“医疗保险分别与医疗服务利用和健康水平的关系”展开。一方面,医疗保险覆盖面的扩大有利于老年人医疗服务可及性的提高(Matters, 2001; Freeman et al., 2008; Wagstaff et al., 2009)、医疗服务利用率的提高(Decker & Rentier, 2004; 刘国恩等,2011),以及医疗支出的增加(Davis, 1991; Meer & Rosen, 2004)。另一方面,医疗保险和健康水平的直接关系存在较大争议。一些研究表明医疗保险有助于提高健康水平(Card et al., 2008; Lichtenberg, 2002; 黄枫、甘犁,2010),但另一些研究却认为医疗保险的扩展并非一定会提高健康水平(Brown et al., 1998; Levy & Meltzer, 2004)。

在中国,基本医疗保险不是统一的资格享有,而是体现了身份差别:职工医保和公费医疗保障的离退休老人享有最高的医疗待遇,而城乡居民则依据缴费贡献的差别被较低待遇水平的保险项目所覆盖。这表明基本医疗保险制度依然存在深层次的不公平,即各项目参保老人之间存在较为严重的待遇差距(吕文洁,2009),以及因待遇差距而导致的医疗服务利用和健康结果不公平(梁鸿等,2003;王延中、龙玉其,2010;高建民等,2011)。可以说老年人较高的医疗保障覆盖率是建立在不公平的待遇基础上的,医疗服务利用方面的公平性又因较高的自付比率而降低(Wang et al., 2005)。

以往的实证研究较少把医疗保险、医疗服务利用和健康公平三者同时加以考虑。医疗保险的目的是降低个人疾病负担,提高医疗服务利用的公平;医疗服务公平的终极目标是促进健康结果的公平。因此,本研究认为医疗保险对健康公平影响的机理是:医疗保险通过影响医疗服务利用而对健康水平产生间接效应,因此需要把“医疗服务的利用”作为一个中介变量(mediator)加以考量。在具体的医疗服务输送过程中,医疗保障制度的落实与执行深刻影响了弱势老人的健康结果公平。因此,本研究还将引入弱势老人在接受医疗服务过程中的主体经验,通过质化分析来探讨社会保障制度改革如何影响了老人的健康公平。

三、基于结构方程的路径分析： 医疗保险、医疗服务利用与健康水平的关系

虽然医疗保险改革扩大了覆盖面、增加了选择权、促进了机会公平,但是医疗保险改革通过对医疗服务的干预,究竟对健康结果产生了怎样的影响?根据本研究的理论框架,我们对改革的评价还要关注弱勢老年人医疗服务使用过程的公平与健康结果的公平。

(一)数据来源和变量操作化

本研究的量化分析数据来自“2010年浙江省城乡老年人口生活状况调查”。该调查在中国老龄科学中心的统一规划下进行,采用按总比例等概率抽样(Probability Proportional to Size Sampling, PPS)方法,在浙江省选取了12个城镇和12个农村;城镇抽取144个居委会,农村抽取150个村委会;每个居委会/村委会随机抽取10个家庭户,入户用Kish表确定被访老人。组成总样本2940个(城镇1440,农村1500),约占全省老年人口数的5%。

在医疗保险类型的概念化和操作化方面,本研究只涉及社会基本医疗保险项目,包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)(38.0%)、城镇居民基本医疗保险(以下简称居民医保)(9.5%)、新型农村合作医疗(以下简称新农合)(49.5%)和无基本医疗保险(3.0%)(无基本医疗保险为参照组)四类,不涵盖补充性社会医疗保险和商业医疗保险。

在西方相关文献中,“医疗服务利用”一般被操作化为多个面向,如有的研究将其分为在一定时间内提供医疗服务的次数以及接受医疗服务的花费(Diehr et al., 1999);还有研究按照目的、类型与分析单位来划分(Andersen & Newman, 2005)。在对中国“医疗服务利用”的实证研究中,一般将其操作化为三个方面:一定时期内的就医次数、住院天数以及接受医疗服务的支出(刘柏惠等,2012)。这三个方面的测量涵盖了医疗服务的类型——门诊服务和住院服务,也包含了服务的使用量。因此,本研究亦采用这三个变量将“医疗服务利用”操作化为“过去一年到医院看病的次数”、“过去一年住院的天数”,以及“过去一年看病和住院一共花了多少钱”(均值为2938.0元)(医疗支出取对

数)。本研究对其分别建立路径模型,得到了稳健的结果,这里只汇报“医疗支出”作为中介变量的路径分析结果。

健康水平采用“自评健康”,这是一个从“很差”到“很好”的5分量表(“很好”6.6%，“好”34.0%，“一般”41.0%，“差”16.5%，“很差”1.8%)。在分析医疗保险项目、医疗服务利用和健康水平三者关系时,最大的难点在于健康水平具有时滞性,即效应的延后性。一些研究从生命历程的角度研究老年群体间的健康不公平,揭示了不公平的形成原因是弱势老人不同生命阶段产生的累积劣势(Pavalko & Caputo, 2013; 成梅,2004;徐洁、李树苗,2014),不一定是由于医疗保险待遇差别所引起的。由于健康水平具有复杂性,探索医疗保险对其的影响,即使通过实验或者类实验方法测量,也只是被限定在某个特定的范围内(Card et al., 2008)。我们意识到采用截面数据来测量医疗保险、医疗服务利用和健康水平的关系可能存在的问题。为了弥补这一不足,本研究引入基于结构方程的路径模型,可以同时测量医疗服务利用和健康水平的双向关系——研究假设为医疗服务利用会提高健康水平,而较差的健康水平又需要更多的医疗服务。健康水平的时点数据基于这样的研究假设和方法而产生了重要意义。

模型中主要的控制变量包括年龄、受教育程度、家庭收入和慢性病种数。其中,年龄取值范围为60-98岁,样本均值为72岁。受教育程度分五类,“不识字”占35.3%，“小学”占35.8%，“初中”占16.1%，“中专/高中”占7.9%，“大专/大学及以上”占4.9%。家庭收入考虑到家庭规模,采用了经济合作与发展组织(OECD)的“修正等值家庭收入”(Modified Equivalence Scale)(Hagenaars et al., 1994),公式为“等值家庭收入=家庭收入/[1+0.5(同吃同住的配偶+同住的父母数+同吃同住的儿子数+同吃同住的儿媳数+同吃同住的女儿数+同吃同住的女婿数)+0.3(同吃同住的孙子女、外孙子女数)]”,均值为13496.7元/年。慢性病种数取值范围为0-16,平均每位老年人患有2种慢性病。此外,户籍是研究中国社会福利公平性的重要指标(胡荣,2003),但是样本中90.3%农村户籍老人参加了新农合,为避免多重共线性问题,模型没有包含户籍变量。

(二)路径模型的建立及估计

本研究采用结构方程的路径分析,构建非递归模型,运用探索性模

型探索方法,借助 AMOS 17.0 软件,利用最大似然估计的方法分析医疗保险类型、医疗支出和健康水平的关系。该方法的好处有二:一是可以从各种可能的模型中寻找最佳模型;二是可以测量“医疗支出”与“健康水平”之间的回溯关系。衡量模型拟合度的三个指标包括卡方统计量 χ^2 (卡方值 $p > 0.05$ 意即模型具有较好的拟合度)、比较拟合指数(Compared Fit Index, CFI > 0.90 表示模型具有较好拟合度)和估计误差均方根(Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA < 0.1 表示模型具有较好拟合度)(荣泰生,2009)。

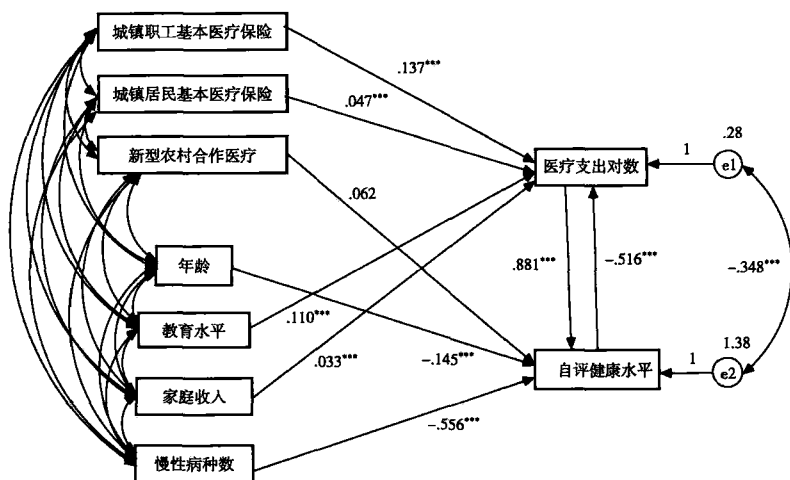
执行探索性模型探索分析,得到的最优模型见下页图(外生变量的相关系数见表 1)。该模型的 BCC(Browne-Cudeck Criterion)值为 0.000,表明模型与其他模型相比具有较优的拟合度(Burnham & Anderson, 1998)。此外,卡方统计量($\chi^2 = 2.828, df = 5, p = 0.727$)显示无法拒绝该模型,CFI(1.000)和 RMSEA(0.000)均显示该模型具有较好的拟合度。模型中前置变量对医疗支出和健康水平的直接效应、间接效应和总效应见表 2。

表 1 外生变量间的相关关系(标准化相关系数)

	职工医保	居民医保	新农合	年龄	教育水平	家庭收入	慢性病种数
职工医保	1						
居民医保	-.234 ***	1					
新农合	-.747 ***	-.308 ***	1				
年龄	-.016	.020	-.015	1			
教育水平	.557 ***	-.050 **	-.464 ***	-.189 ***	1		
家庭收入	.116 ***	-.013	-.096 ***	.007	.133 ***	1	
慢性病种数	.145 ***	-.006	-.136 ***	.155 ***	.041 **	.009	1

注: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 。

由下页图和表 2 可以识别出,在控制其他变量的基础上,不同的社会医疗保险类别对医疗支出和健康水平的直接效应和间接效应分别是多少。职工医保和居民医保对健康水平没有直接的影响,而是通过“医疗支出”这一中介变量进一步影响健康水平。与没有任何保险的老年人群相比,职工医保和城居医保参保者产生较高的医疗支出,进而具有较好的健康水平。通过比较总效应我们发现,职工医保(0.094)



最优模型的路径系数图(不含外生变量间相关系数)

对医疗支出的影响要高于城居医保(0.033)。然而,新农合对医疗支出的影响参保者与未参保者未在统计上呈现出显著差别;其对自评健康有直接影响的标准系数0.062也在统计上不显著。虽然基本医疗保险几乎实现了全覆盖,但是不同保险项目之间的待遇差别较大,特别是新农合参保者并未在医疗服务支出和健康水平上呈现比未参保者更有优势。

表 2 医疗支出和健康水平的直接效应、间接效应与总效应(标准化)

结果变量	决定因素	直接效应	间接效应	总效应
医疗支出 (对数)	职工医保	.137	-.043	.094
	居民医保	.047	-.015	.033
	新农合	0	-.022	-.022
	年龄	0	.052	.052
	教育水平	.110	-.034	.076
	家庭收入	.033	-.010	.023
	慢性病种数	0	.197	.197
	医疗支出(对数)	0	-.312	-.312
	自评健康	-.516	.161	-.355

续表 2

结果变量	决定因素	直接效应	间接效应	总效应
自评健康	职工医保	0	.083	.083
	居民医保	0	.029	.029
	新农合	.062	-.019	.042
	年龄	-.145	.045	-.100
	教育水平	0	.067	.067
	家庭收入	0	.020	.020
	慢性病种数	-.556	.174	-.382
	医疗支出(对数)	.881	-.275	.606
	自评健康	0	-.312	-.312

从该路径模型所识别出的医疗支出和自评健康的回溯关系可见,在控制保险因素、社会经济地位因素、人口学变量的基础上,医疗支出的增加对健康水平的提高具有正向的促进作用,其总效应(0.606)大于健康水平提高对减少医疗支出的总效应(-0.355)。保持一定的医疗支出水平,有助于显著改善老年人的健康结果。若提高新农合与城镇居民参保老年人的待遇标准,对于改善健康公平具有重要作用。

此外,从反映社会经济地位的指标(教育程度和家庭收入)的路径系数可见,社会经济地位的提高通过增加医疗支出这一中介变量来改善健康水平,而且教育对健康水平的贡献(总效应0.067)高于家庭收入(总效应0.020)。社会经济地位的提高,依然是改进弱势老年人健康公平的重要因素。

总之,基于结构方程的路径分析揭示了不同保险类型、医疗支出与健康水平的关系,为医疗保险改革指明了有效的干预路径。提高弱势老年人医疗保障待遇(如新农合)的意义,对改善弱势老年人健康水平发挥着积极作用。这一作用虽然是间接的,但却是不能被忽略的。路径分析在控制其他社会决定因素的基础上揭示了社会医疗保险制度本身的不公平,这也是造成老年人健康不公平的制度性壁垒。

量化分析揭示出医疗保险通过医疗服务对健康公平产生影响,不同的保险项目对医疗支出和健康水平的影响存在差异。本研究需要继续深入探寻模型背后不同的医疗保险究竟如何通过具体医疗服务的递送对基于过程和结果的健康公平产生影响,回答为什么新农合并未通

过医疗服务的有效利用改善健康水平。因此有必要引入弱势老年人在具体就医和享受医疗保险待遇中的主体经验,检视在医疗保险制度的具体落实过程中,是什么因素造成了老年社群间的健康不公平。

四、弱势老年人的主体经验： 从机会公平到过程与结果公平

(一) 机会公平的医疗保障制度改革

罗尔斯的正义论所主张的“机会公平”在我国医疗保障制度改革过程中得到了政策关注,体现为促进参加保险的机会平等。自2009年新医改以来,浙江在推进医疗保障制度的公平性方面率先进行了探索,包括医疗保障制度整合,医疗保险城乡统筹、门诊统筹,及时性的医疗救助改革等。其中最为政策制定者推崇的是建立了多层次的保障体系(选择权的设置),改变了“因人而设”的制度不公。打破过去制度硬性规定的城乡区隔、职业区隔,将制度的待遇水平设为高、中、低三个档次,让参保者根据缴费能力自由选择。然而,这种建立在经济能力基础之上的选择权,低支付能力的弱势社群依然只能选择较低的档次。

此外,为了使弱势老年人获得参加医疗保险的机会,财政在筹资方面承担了个人缴费责任,使他们不因无法缴纳保费而被医疗保险制度所排斥。政策制定者们也把政府承担的筹资责任和老年人医疗保障资格的享有看做对老年人及弱势社群的“政策倾斜”,是机会公平的体现。

筹资方面退休人员不缴费,对于参保的老年人财政补贴力度也是非常大的。比如说老年人参加城乡居民医疗保险,个人缴费低于30%;另外,对于低保、困难以及终身残疾人、五保户、三无人员,全部由财政资助参保。(政策制定者1,医保部门被访者W)

困难老人如果有相应的医疗保障,看病底气也足一点!如果他没有任何保障,这个人就更加困难了。制度对他们来讲肯定是一种保障。(政策制定者2,民政部门被访者P)

让弱势社群不因缴费能力的差别而平等地拥有保障资格,这一点
对健康公平的改善非常重要,但这也只是起点公平。公平地享有医疗
保险资格并不意味着老年人在医疗福利的补偿中获得公平分享、在医
疗服务中得到优先对待,在保障待遇和具体医疗服务使用上的公平才
是实质公平。社会保险制度强调缴费责任与待遇权利的对等,选择权
的设立也是让城乡居民依据缴费能力“多缴多得”,对于缴费能力较低
以及社会经济地位处于弱势的老年人而言,机会的公平并未解决他们
接受医疗服务过程和享受健康结果不公平的问题。政府的“责任底
线”也需要从机会公平向过程与结果导向的健康公平转变。

(二) 弱势老年人对过程与结果不公平的主体经验

为了回答为什么不同医疗保险参保老年人通过医疗服务利用而对
健康水平产生了差异化的影响,研究人员在浙江选取了农村 A、县城 B
和城市 C 进入研究样本,寻找符合条件的弱势老年人(60 岁及以上、身
体健康状况差、家庭收入低、分属于不同的基本医疗保险项目或无保
险)进行深入访谈与焦点小组访谈。通过主题分析的方法发现,弱势
老年人在具体就医和享受医保的过程中,建构了基于比较的不公平观。

倾听老人们描述疾病和讲述生活,“苦”是反复出现的话语:“太
苦了”、“苦的很”、“真苦”、“够苦的”……在疾病与苦难的对话中,
研究人员发现弱势老年人并未过多地把这种苦难归咎于不公平,也并未
发现他们有很强烈的权利诉求;而是用“没办法”、“倒霉”这样的词来
表述他们对疾病的接受和无奈。老人们认为自己“没有病就没事”、
“身体不好就倒霉”、“得了病就没办法了”。这些对待疾病消极观念
的背后其实是他们也把疾病看成个人风险,并没有对政府和社会有过
多的期待,也没有较强的公平观。但是不激进和不清晰的表达并不意
味着老年人对健康公平完全没有诉求。相反,弱势老年人的不公平感
是建立在与其他社群相比较的基础之上,体现在老年人的经验里,政
府和医疗机构在政策和服务方面对待他们和对待其他社群有所不同。
老人们对这种差别待遇较为敏感,甚至对遇到的一些不公平的经历非
常气愤。弱势老年人对健康公平的理解主要基于三类人群的比较:农
村老人与城镇老人比较、退休老人与离休干部比较、无低保老年人与
享受低保老年人的比较,由此可以揭示出医疗保障制度改革存在的深
层次不公平问题。

1. 城乡比较:社会保障不公平与健康结果不公平

由于新农合的保障程度有限,老年人个人及家庭需负担相当比例的医药费用。在农村老年人看来,医疗保障水平的差异只是城乡福利待遇差别的一部分。与城镇老年人相比,最不公平之处是包括养老和医疗保险在内的福利水平差别。这种差别直接决定了他们对待疾病的态度和医疗服务使用的决策。一方面老年人惧怕得病;另一方面农村老年人倾向于去看较为严重的疾病,忽略了轻症和预防。弱势地位形成最根本的原因在于城乡福利待遇不公平对农村老年人医疗权益和健康水平的损害。正是因为福利保障水平低,农村老年人才会“病不起”,他们对待疾病的态度是“痛得不行了才去看一下”、“不痛不要管它”。在问及农村老年人与城里老年人相比医疗保障待遇方面有没有差距时,农村老年人通常会说“当然差很多啦”、“那差远了”。

A县H村的F大爷今年67岁,因中风而偏瘫3年。全家5口人靠儿子儿媳在工厂打工赚的每月2400元钱生活。提到看病方面与城里人相比较,F大爷说:“怎么有钱去医院看病呢?买买药吃。上医院除非睡在那里爬不起来了,能将就的就不可能到医院去。这个钱我今天花掉明天就没啦。除非城市里面有退休金的呀,用掉可以再去拿的!农村里没有,就给我们每个月100块钱补贴(农村老年津贴)……城里面医疗保险报销70%以上,(而)我们大部分要自掏的呀。(老人5,A县F大爷)

农村较低的医疗保障水平对于健康公平的改善并未起到有效作用。同样的疾病状况却因为不利因素的存在而造成不同的健康结果。例如与A县的F大爷同样患中风的L大爷(80多岁)是城镇居民,享受职工医保待遇。L大爷的儿媳U阿姨介绍说:

当时他患病被送进医院之后,请了上海大医院的主治医生,脑袋上打两个洞,把淤血放出来,现在跟健康人一模一样。倒是花了不少钱,但是他自己那个保险报的多,每个月退休金也有4000来块钱,一点经济负担也没有。(老人7,A县L大爷)

以上分析中呈现的“同样的疾病情况而造成的健康结果不同”并不

完全因为是医疗资源分配的城乡不公平,而是体现了职工医保与新农合的待遇不公平,以及社会保障不公平而为农村老年人带来的不安全感。

2. 普通老年人与离休干部比较:身份地位差别与过程不公平

除了城乡差别,一个有趣的发现是普通老年人会与离休干部比较自己的健康权益,这是年轻时的职业差别和社会地位在退休后的延续。相对于城乡差别,弱势老年人对这种因阶层差别而造成不公正对待更加不满,直接体现在接受医疗服务的过程中医护人员对不同社群的态度差异。由于不同医疗保险项目的支付水平相差很大,干部和农民在就医过程中所受的不同对待给农民造成了伤害,使他们对这种不记忆犹新。老年人用“跟干部比不了的”来形容两个社群之间的医疗福利水平差距。在过程不公平方面,B县的失地老人是这样描述的:

ZC:明显不一样的!干部看病跟我们不一样的!在时间安排上有差别,我们去,他说房间没有,干部去房间就有了。我们去,有房间也给你最差的。但是他们去,我们即使住在里面也要出来。

LZ:是的,让我们住在弄堂里头。

WZ:这是有病的,还有没病的也住在医院里面。(焦点小组, B县)

究其根本,不公平的产生是由于离退休干部的医疗福利最好、保障水平最高,这类社群最有购买能力。在C市G街道,研究人员访问了M阿姨和他的先生N大爷。N大爷是退休职工,患有尿毒症,手术后每个星期化疗3次,大病医疗保险报销95%的费用。从N大爷夫妇二人的对话中我们对健康过程不公平的原因可窥见一斑:

M:他们那些老干部都长期住在医院里的,有的都不回家的。有的退休工资都拿1万多块钱了。

N:嗯,医院里(这样的人)很多的,都是干部。就是床位空出来都没人住。他这床是500块钱一天,比外面旅馆还贵。

M:(干部住院)还不要钱的,全是国家报销。

N:医院里我们去住,他说一晚上要500块,1000块的也有。我们吓坏了!我们说不要好的(床位),要差点的,他说没有差的。我们为了动手术只能住,没办法的。(老人2,C市N大爷夫妇)

如果说随着医疗保障改革的推进,城乡差距正在逐步缩小;那么干部与非干部身份的差距不但没有缩小,反而通过弱势老年人的比较与观察,根深蒂固地成为影响他们理解健康不公平的重要因素。传统公费医疗改革如果仅是名义上与职工医保并轨,不去切实缩小相对差距,就很难提高健康公平的结果。可行的路径也只能是增量改革,而在过程公平的视域里,不只是通过提高弱势社群的医疗福利水平而缩小与其他社群的差距,还要发挥医疗保险代理人对医疗服务的约束与促进作用,消除对弱势老年人的排斥。这需要医疗服务体制改革的配合,而医疗服务体制改革推进的艰难不可避免地制约了医疗保障制度改革的成果。

3. 低保与非低保对象比较:健康领域谁更弱势?

在弱势老年人以比较的视角对健康公平的解读中,我们还发现了一个不合常理的现象:只接受医疗保险、不符合社会救助标准的老年人认为,他们比低保老年人更加弱势,他们感受到了低保制度对健康公平的负面影响。当问及“既然生活如此困难,为什么没有得到医疗救助和最低生活保障等社会救助”时,老人给予最多的回答为“有儿有女,不算低保”。一些社会救助项目是建立在最低生活保障资格享有基础上的,享有低保资格后才能获得其他诸如医疗、住房、教育等分类救助。尽管浙江省的医疗救助制度建设得比较完善,与低保脱钩,力求覆盖到真正有医疗救助需求的老年人。但事实上,在没得到这项救助的老年人看来,他们不希望被标签化,不希望与低保对象对立起来,他们认为这项制度影响了健康公平。

前文提到的杭州市患有尿毒症的N大爷一家虽然经济困难,但不是低保户。在问及为什么不申请低保时,M阿姨说:

我们都很硬气的,我们条件那么差都不要低保,年纪大都是要个面子。(老人2,C市N大爷夫妇)

同样,前文提到的A县偏瘫的F大爷也没有享受到医疗救助,因为他不是低保户。F大爷的堂弟说:

村里他们家条件最差了,有这么个负担!低保(到村里)讲是讲过,没有用的。他有儿子,低保不管!(老人5,A县F大爷)

其实,这里有被访者对低保制度的误解,并不是有儿有女就得不到救助,而是在技术上家庭收入经核查超过了低保线。但是弱势老年人对政策的误读还是能够说明低保制度没有能满足所有弱势老年人的实际需要,过于刚性的规定和不合理的制度设计,在事实上排斥了真正有需要的老年人。社会救助作为安全底线,不仅可以缓解被保障者的经济压力,也有助于减轻精神负担,增强生活信心。因为与非低保对象从负面来理解公平不同,低保对象倾向于正面解读公平。

C市G街道的T先生患有“神经性肌肉萎缩”。他和妻子是个体户,没有参加任何医疗保险计划。昂贵的医疗费用和劳动能力的丧失给这个本来很富裕的家庭带来了巨大的改变,看病使他们花光了所有积蓄,一家三口挤在20多平方米的老房子里,窗户玻璃坏了后用木板挡上,白天都不进阳光,微弱的电灯泡一闪一闪,甚至看不清屋内的陈设。居委会帮助T家申请了低保,免费参加了医疗保险。提到对公平性的理解,T先生的妻子说:

医保啊、低保啊什么的对我们家还算比较公平的。如果没有低保,我们更加苦了。拿了低保证之后,我们的医疗保险都免单的,跟外面那个职工相比哦,待遇一模一样的。原来自费(看病)实在吃不消了……现在压力小很多了!(老人1,C市T先生)

低保对象觉得自己受到了比较公平的对待,与非低保老年人认为的不公平形成了鲜明对比。社会救助提高了被保护者的公平感,值得肯定。问题的关键是如何改进医疗救助制度,增加政府的财政责任,使其覆盖更多像F大爷和N大爷那样真正有需要的弱势老年人。基于对生命的尊重,医疗救助制度不应该仅仅向那些经济状况最差的家庭开放,更不应该与低保制度挂钩,而是应该基于健康需要与健康权利、向所有重症患者开放,以分担医疗保险补偿之后依然存在的风险。只有这样的改革才能让弱势老年人提高公平感。

综上所述,虽然医疗保障制度经过多年改革不断完善,基本实现了参保者机会的公平,但是弱势老年人基于与其他社群的比较而理解的公平,是建立在身份地位差别基础上健康权利与健康需求的满足程度,这是对结果公平的诉求。医疗保障制度改革之所以并未促进几类弱势的患病老年人(非城镇、非干部、非低保)的健康公平,是因为较低的保

障水平(如新农合)以及医疗服务利用过程中的不公正对待。本研究站在弱势老年人的立场上,认为健康公平是基于“弱者优先”正义原则的底线公平(景天魁,2004)。弱势老年人的权利底线(平等的医疗保障水平与服务质量)也是政府的责任底线。这个底线意味着政府不仅要保障每个老人不因弱势而被排斥在医疗保障体制之外,而且更不应该是增加“选择权”设立多档次保障项目的机会公平,政府有责任提供与其他社群同样待遇水平的医疗保障与服务质量。

(三)整合的改革思路:未满足的需要与不足的保障

在量化研究部分揭示了不同医疗保险项目对医疗服务利用和健康水平的影响差异之后,本研究接着通过对弱势老年人的主体经验比较,分析了在具体医疗服务递过程中医保制度对过程公平和结果公平的影响。要想实现结果公平的改革目标,除了不断缩小各项目参保者之间的待遇差距,还需要引入整合的改革思路,需要医疗保障制度、药品流通制度、医疗服务制度以及长期照护制度共同改进,以回应弱势老年人未被满足的需要和不足的保障。

1. 未被满足的长期照护需求

以上提及的医疗保障制度的改革,只是停留在对“疾病”的关注层面,尚缺乏以老年人健康水平为基础的“结果导向”的视角。人口的高龄化产生了日益迫切的失能照料需求,但医疗保险和医疗救助并未包含对康复费用的补贴,弱势老年人依然无力承担较高费用的照护服务。据了解,C市保姆的市场价是每月1800-2500元,而很多弱势老年人即使有退休金,每月也不到2000元。他们的家庭本来就因为劳动力的缺乏而陷入经济困难,照料者(比如配偶)除了提供照顾之外还要工作,工作与照料不能兼顾,降低了照料的品质。

C市G小区患有神经性肌肉萎缩的T先生靠便宜的消炎药控制病情,作为低保户,在看病和生活中享受到优先照顾,但依然无力支付康复费用。T先生的妻子说:

医生一定叫他去做康复治疗。康复很花钱嘞,就没有去。(问:医院里康复费用高的话为什么不去小区里做?)他走不过去呀,走到小区医院去起码要1个小时,他走不到的呀。(问:您用轮椅推他过去康复呢?)我要上班的呀,我打三份工呢。我只能打杂工,给我7、8

个小时绊住不能回来照顾他是不行的。(老人1,C市T先生)

在问及为什么子女不提供照料时,C市83岁高龄的J大娘说:

他们自己有家的,我也不好意思叫他们。我这个病啊,厕所不能去。一个晚上25次小便,要保姆管的,保姆不在就老伴管。每天这样的,这个病也治不好,真伤脑筋。(老人3,C市J大娘)

随着家庭结构和代际关系的变迁,事实上是以配偶提供照料为主,子女照料减少,与传统文化中子女为父母提供照料正在发生某种背离。这种背离给老年配偶带来了照料压力,也会因为丧偶增加照护缺失的风险。而在传统家庭照顾弱化的背景下,更需要呼吁社会政策的干预,倡导提供社会化的康复和照护服务。社会医疗保险改革也关注到了此种需求,因为长期护理制度和资金的缺乏,已经在事实上造成了对社会医疗保险基金的挤占。但医疗保险基金是针对疾病风险设立的,不能把老年人的照料责任全部放到医保基金上,否则对其他参保社群也不公平。应该在满足老年人健康照护需求中厘清国家和个人如何分责,这是未来改革需要考虑的方向。老年人长期护理需求的满足也是健康结果公平的必要路径。

2. 不足的保障与弱势老年人的行动逻辑

如果说结果公平的缺失是医疗保险改革中未被触及的方面,那么保障的不足则是医疗保险改革不彻底的表现。老年人用自己的行动逻辑来回应改革的不公平,这主要体现为弱势老年人医疗服务的行为选择。与医疗保障制度的改革相配合,基本药物制度的实施是为了降低医院的药品价格,但老人们依然选择到药店买药,宁可“东买一点、西买一点”,也不去享受医疗保险报销,因为老人们认为“进医保的药很贵很贵的”。在实施药品零差率改革后,百姓依然感受到医院里的药即使扣除报销之后的自付部分还是比药店里贵,这似乎形成了一个悖论。我们可以从下文B县焦点小组访谈中感受到老人的态度:

LZ:那小区医院开药报销是可以的,但他那药要贵出几倍呢。比如说他开80块钱的药,一样的药到药房里卖不到40块钱。

WZ:到那个卫生站去买,药很少的,想买都没有啊!(焦点小

组, B 县)

因为保障的不足和药品定价的不合理,弱势老年人用自己的行为选择来与这种改革的不公平做默默的抗争。药品集中招标制度中垄断的形成,只是卫生部门的工作者和医生“可以言说”的原因,背后还存在着“寻租”等许多不能摆上台面言说的秘密。媒体也报导过药品从出厂到进入医保目录再到达患者手中,其间经过了多达十几个环节的链条,甚至有几百倍、几千倍的利润,官方权威的成本核算也不准确。新医改的集中采购造成了权力的集中,这必然增加了寻租的空间和可能,而寻租的成本和暴利的后果却只能由百姓买单。

此外,由于医院的逐利动机并未改变,检查费用的上涨和保障水平有限之间的矛盾并没有从根本上降低弱势老年人的疾病负担。居民医保参保老人表示“能报销的太少了”、“保障程度根本不够”。保障不足直接导致了老人惧怕看病,不去看病是许多弱势老年人的无奈选择。在 C 市与 M 阿姨交谈,研究人员问为什么不给 N 大爷换肾时, M 阿姨说:

(换肾)要(花)钱呢,要好几万,哪里去弄?(问:医保对于大病不是有很高的保障吗?)医保要拿出好几十万,自己也要拿好几十万。你说我怎么拿?医院要我们去复查,都没去,万一还要住院手术,我们哪有钱啊?(老人 2, C 市 N 大爷夫妇)

虽然浙江省的医疗保险改革在促进形式公平和实质公平的维度都进行了积极探索,但是我们还是从“底层视角”发现了改革对弱势老年人需求的忽略和权利保障的不足。这些“失去”比“获得”更值得我们反思,因为改革的目的是增加公平性,不再让弱势老年人与其他人相比时觉得自己受到了不公正的对待。但事与愿违,让我们不得不正视改革与目标的差距,以及老年人医疗需求和权益的问题化趋势。

五、结论与启示

(一) 社会正义论的发展:建立“基于结果的健康公平”理论框架

如前文所述,“弱者优先”的社会正义论关注弱者本身福祉的提

高,这也是本研究的理论出发点。但是研究发现,弱势老年人对健康公平的解读是建立在与其他社群相比较的基础之上的,这是一种平等主义的观点,即健康权利的平等与相对差距的缩小。这种不公平不再是有无保障的机会公平,而是基于权利和需要而言的过程与结果公平,是个人权利底线与政府责任底线的统一。于是,本研究重新构建了“基于结果的健康公平”的理论框架,它使得健康公平不再是单一的形式机会公平,而是综合发挥保障老年人的健康权利、满足整体健康需求的必要探索。可喜的是,目前我国正在积极探索城乡基本医疗保险的整合,城乡居民大病医疗保险制度正在逐步建立。但是有关不同社群之间基本医疗保险待遇差距是缩小还是扩大,在实证研究中还存在争议(解丕,2009;齐良书、李子奈,2011),全民医疗保险依然任重而道远。

表 3 “基于结果的健康公平”理论框架的重构

	之前的界定	本研究的重构
基于权利的公平 (right-based equity)	机会公平	过程与结果公平
	参保机会平等 自由选择保障档次和医疗服务机构	服务过程一视同仁 健康结果公平
基于需求的公平 (need-based equity)	医疗费用补偿	医疗费用和照护费用补偿
	分人群而设的医疗保险 大病补充医疗保险 医疗救助	“同样需要同等对待”的全民医保以家庭和社区为基础的长期照护

(二)全民医保的角色反思:从机会公平到结果公平

研究中国医改问题的专家叶志敏(Chi-Man Yip)等(Yip et al., 2012)认为:中国医疗体制改革面临的最大挑战是如何实现从重视投入到注重成本效益的服务的转变。要实现“公平性”目标,需要将政策执行的目标从关心输入转向输出,进而达到更好的政策结果,包括提高健康水平、服务品质、病人的满意度以及减轻患者的经济负担。刘继同(2006)认为,全民医疗保险可以改变以往基本医疗保险制度依托的选择性原则和身份歧视等理念,充分体现普及性、全民性、平等性、公民权利、基本需要和健康优先等现代福利价值观念。

本研究揭示了不同的基本医疗保险项目对老年人医疗服务利用和健康水平影响的差距,尤其是新农合参保老人,路径模型显示其在医疗

支出和健康结果的公平性上并未呈现出与未参保者的显著差异。“基于结果的健康公平”也需要通过全民医疗保险来建构起这个“底线”，践行“弱者优先”的公平福利观念。全民医保是一个“底线公平”的制度，而“健康结果公平才是底线公平”。基本标准是弱势老年人有机会在全民医疗保险中获得与优势老年人相比较而言的公平的健康结果。这样的标准体现了发展的观点，从过去关注看病、治病的层次上升到包括预防、治疗和康复照护在内的全面的健康公平。

（三）整合社区的社会与医疗服务：建立长期照护服务与费用保障制度

改革中未被回应的长期照护需求也是本研究的重要关注点，这要求医疗保障改革从化解疾病的经济风险扩展到回应整体的健康需求。机构照护较高的成本使弱势老年人无力承担，因而建立以家庭和社区为中心的长期照顾体系就成为一条可行的改革之路。美国涌现出了包括终身医疗、安乐生活方式、加州三市长者联盟以及年龄友好纽约城等社区照护模型，整合了社区的社会服务与医疗服务资源。当前我国的社区卫生中心主要提供公共卫生与疾病服务，虽然开始逐渐发挥慢性病管理功能，但缺少精神健康、老年医学等综合性的健康服务功能。在社区另外一套由民政部门主导的居家养老服务体系，虽然提供娱乐活动、家政等服务，但又缺少专业化的社工服务。应该通过加强人力资源的培训、完善质量监控机制、扩展日托所功能、提高政府对社会服务事业的投资、建立税务激励机制等途径推动社区长期护理社会化服务事业的发展(吴蓓、徐勤,2007)。这就要求尽快建立调节机制整合社区资源，构建综合性的健康及长期照护体系。

在资金来源方面，是否建立强制型社会长期护理保险尚存争议(荆涛,2010;戴卫东,2015)。德国和日本的长期护理保险经受着较为严重的财务危机(Alison & Wiener, 2000; Pedro & Nanako, 2014)。浙江省从2012年开始率先建立城乡统一的养老服务补贴制度，参照重度残疾人补贴标准，为机构和居家失能老人提供护理服务补贴(董红亚, 2012)。这是以服务使用者为中心的需方导向的补贴机制，通过分类分层的对象界定，优先保障了重度失能、低收入家庭、独居老人这些弱势社群的长期照护需求，让他们在接受服务中得以优先分享，把“弱者优先”的公平观落到实处。当然，护理服务补贴只是制度建设初期的财政保障机制，还需要进一步建立多层次的护理保障机制。

未来以过程和结果为导向的健康公平一定是包含长期照顾在内的整体公平。医疗保障制度改革的方向不仅是人群和制度的全覆盖,更是要建立公平享有的全民医保制度。本研究希望将关注过程和结果的健康公平作为建立全民医保的理论基础和价值取向,这是制度顶层设计之前必须明确的方向,也是深化医疗福利体制改革的核心。

参考文献:

- 成梅,2004,《以生命历程范式浅析老年群体中的不平等现象》,《人口研究》第3期。
- 戴卫东,2015,《中国长期护理制度建构的十大议题》,《中国软科学》第1期。
- 董红亚,2012,《中国养老服务补贴制度研究》,《社会科学辑刊》第1期。
- 高建民、稽丽红、闫菊娥、王明奇,2011,《三种医疗保障制度下居民医疗服务可及性分析》,《中国卫生经济》第2期。
- 何文炯,2013,《从“广覆盖”到“全覆盖”:中国社会医疗保险三大关键》,《中国医疗保险》第2期。
- 黄枫、甘犁,2010,《过度需求还是有效需求?——城镇老人健康与医疗保险的实证分析》,《经济研究》第6期。
- 胡宏伟、邓大松,2008,《新历史学派对我国医疗改革设想的启示》,《天水行政学院学报》第1期。
- 胡荣,2003,《社会经济地位与网络资源》,《社会学研究》第5期。
- 荆涛,2010,《建立适合中国国情的长期护理保险制度模式》,《保险研究》第4期。
- 景天魁,2004,《底线公平与社会保障的柔性调节》,《社会学研究》第6期。
- 梁鸿、程远、周莹、朱莹,2003,《从医疗保险制度考察城市居民医疗服务的平等问题》,《中国人口科学》第1期。
- 刘柏惠、俞正、寇恩惠,2012,《老年人社会照料和医疗服务使用的不均衡分析》,《中国人口科学》第3期。
- 刘国恩、蔡春光、李林,2011,《中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析》,《经济研究》第3期。
- 刘继同,2006,《“一个制度、多种标准”与全民性基本医疗保险制度框架》,《中国医疗保险研究》第10期。
- 吕文洁,2009,《我国医疗保险分布的公平性研究:基于1989-2006年CHNS微观调查数据》,《山西财经大学学报》第8期。
- 齐良书、李子奈,2011,《与收入相关的健康和医疗服务利用流动性》,《经济研究》第9期。
- 荣泰生,2009,《AMOS与研究方法》,重庆:重庆大学出版社。
- 王延中、龙玉其,2010,《中低收入群体医疗服务需求的特点、问题与对策——基于1642户中低收入家庭调查》,《中国卫生政策研究》第3期。
- 徐洁、李树茁,2014,《生命历程视角下女性老年人健康劣势及累积的影响》,《西安交通大学学报(社会科学版)》第4期。
- 王绍光,2008,《大转型:1980年代以来中国的双向运动》,《中国社会科学》第1期。

- 吴蓓、徐勤,2007,《城市社区长期照料体系的现状与问题:以上海为例》,《人口研究》第3期。
- 解翌,2009,《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》,《经济研究》第2期。
- Alison, E. C. & J. M. Wiener 2000, "Can Social Insurance for Long-term Care Work? The Experience of Germany." *Health Affairs* 19(3).
- Andersen, R. & J. F. Newman 2005, "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States." *Milbank Quarterly* 83(4).
- Andrew, E. S. & L. Amanda 2012, "Government's Role in Aging and Long-term Care." In J. Hacker & A. O'Leary (eds.), *Shared Responsibility, Shared Risk: Government, Markets, and U. S. Social Policy in the Twenty-first Century*. New York: Oxford University Press.
- Brown, M. E., B. B. Andrew & L. Nicole 1998, "Monitoring the Consequences of Un-insurance: A Review of Methodologies." *Medical Care Research Review* 55(2).
- Burnham, K. P. & D. R. Anderson 1998, *Model Selection and Inference: A Practical Information-theoretic Approach*. New York: Springer-Verlag.
- Card, D., D. Carlos & M. Nicole 2008, "The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare." *The American Economic Review* 98(5).
- Crocker, L. 1977, "Equality, Solidarity, and Rawls' Maximin." *Philosophy and Public Affairs* 6(3).
- Daniels, N., B. P. Kennedy & I. Kawachi 1999, "Why Justice is Good for Our Health: The Social Determinants of Health Inequalities." *Daedalus* 128(4).
- Davis, K. 1991, "Inequality and Access to Health Care." *The Milbank Quarterly* 69(2).
- Decker, S. L. & D. K. Rentier 2004, "How Much Might Universal Health Insurance Reduce Socioeconomic Disparities in Health? A Comparison of the US and Canada." *Applied Health Economics and Health Policy* 3(4).
- Diehr, P., D. Yanez, A. Ash, M. Hornbrook & D. Y. Lin 1999, "Methods for Analyzing Health Care Utilization and Costs." *Annual Review of Public Health* 20(1).
- Freeman, J. D., S. Kadiyala, J. F. Bell & D. P. Martin 2008, "The Causal Effect of Health Insurance on Utilization and Outcomes in Adults: A Systematic Review of US Studies." *Medical Care* 46(10).
- Goddard, M. & P. Smith 2001, "Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK." *Social Science and Medicine* 53(9).
- Gwatkin, D. R., A. Wagstaff & A. S. Yazbeck 2005, *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D. C.: World Bank.
- Hagenaars, A. K. & M. A. Zaidi 1994, *Poverty Statistics in the Late 1980s: Research Based on Micro-Data*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Hayek, F. A. 1960, *The Constitution of Liberty*. London: Routledge.
- Huang, N., W. Yip, Y. Chou & P. Wang 2007, "The Distribution of Net Benefits under the National Health Insurance Programme in Taiwan." *Health Policy and Planning* 22(1).
- Levy, H. & D. Meltzer 2004, "What Do We Really Know about Whether Health Insurance Affects Health?" In C. McLaughlin(ed.), *Health Policy and the Uninsured*. Washington, D. C.: The

Urban Institute Press.

Lichtenberg, F. R. 2002, "The Effects of Medicare on Health Care Utilization and Outcomes." *Frontiers in Health Policy Research* 5(3).

Matters, C. 2001, *Insurance and Health Care*. Washington, D. C. : National Academy Press.

Meer, J. & H. S. Rosen 2004, "Insurance and the Utilization of Medical Services." *Social Science and Medicine* 58(9).

Pavalko, E. K. & J. Caputo 2013, "Social Inequality and Health across the Life Course." *American Behavioral Scientist* 57(8).

Pedro, O. T. & T. Nanako 2014, *Trends and Factors in Japan's Long-Term Care Are Insurance System: Japan's 10 - Year Experience*. London: SpringerBriefs in Aging.

Rawls, J. 1971, *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Schoen, C. & M. M. Doty 2004, "Inequalities in Access to Medical Care in Five Countries: Findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey." *Health Policy* 67(3).

Sen, A. 1992, *Inequality Reexamined*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wagstaff, A. 2000, *Research on Equity, Poverty and Health Outcomes: Lessons from the Developing World*. Washington, D. C. : The World Bank.

Wagstaff, A. & E. van Doorslaer 2000, "Equity in Health Care Finance and Delivery." In J. C. Anthony & P. N. Joseph (eds.), *North Holland Handbook in Health Economics*. Amsterdam: North Holland.

Wagstaff, A., W. Yip, M. Lindelow & W. C. Hsiao 2009, "China's Health System and Its Reform: A Review of Recent Studies." *Health Economics* 18(S2).

Wang, H., W. Yip, L. Zhang, L. Wang & W. Hsiao 2005, "Community-based Health Insurance in Poor Rural China: The Distribution of Net Benefits." *Health Policy and Planning* 20(6).

Whitehead, M. 1992, "The Concepts and Principles of Equity and Health." *International Journal of Health Services* 22(3).

——— 2011, "Addressing Health Inequalities: Building on Peter Townsend's Legacy." In A. Walker, A. Sinfield & C. Walker (eds.), *Fighting Poverty, Inequality and Injustice: A Manifesto Inspired by Peter Townsend*. Bristol: The Policy Press.

WHO, 2000, *The World Health Report: Health System: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

Yip, W., W. C. Hsiao, W. Chen, S. Hu, J. Ma & A. Maynard 2012, "Early Appraisal of China's Huge and Complex Health-care Reforms." *Lancet* 379(9818).

作者单位:浙江大学公共管理学院(刘晓婷)

香港中文大学社会工作学系(黄洪)

责任编辑:张志敏

The Reform of Medical Care System and Health Equity for the Elderly Population in China; A study in Zhejiang
..... *Liu Xiaoting & Huang Hong* 94

Abstract:Health equity is the theoretical basis for universal health insurance and the target of medical care system reform. From the perspective of “vulnerable group-first” health equity theory, this article takes Zhejiang province as an example, and adopts a mixed-method approach to explore effects of the reform of medical care system on health equity for elderly people. The analysis of SEM-based non-recursive model demonstrates an improvement of health equity for policy holders of the Basic Medical Insurance for Employee and the Urban Basic Medical Insurance for Residents as a result of an increasing usage of health care. Yet, there is little difference in terms of the usage of medical care and health condition between the elderly insured by the New Rural Co-operative Medical System and those without health insurance. This is resulted from the low-level benefits of the insurance policy and defective policy design. A qualitative analysis further discovers the insufficient protection for outcome-based health equity for several types of vulnerable elderly groups in the process of health care delivery. Finally, this study advocates “health equity for vulnerable groups”, a transition from emphasizing opportunity equity to outcome equity, and the construction of universal health insurance and long-term care system for the disabled elderly.

Personal Resource, Family Factors and Remarriage-Analysis based on CFPS2010 Data *Peng Dasong* 118

Abstract:Based on CFPS 2010 data, this paper adopts the method of event history analysis to explore the cultural logic and impact factors behind remarriage in China. Results show that an individual’s remarriage is influenced by personal resources and family factors. Family size, relatives’ network, and whether one belongs to an expanded family affect the individual’s remarriage. Except for education, the individual’s resources generally have a positive effect on remarriage. However, due to differences between urban and rural areas and the different functions of the family roles, the impact of the above factors on remarriage also differs in terms of gender and the urban-rural division.

Social Status Discordance in China(2003 – 2012)
..... *Fan Xiaoguang & Chen Yunsong* 143

Abstract:This study investigates social status discordance (SSD) in contemporary China, using data assembled from 10 waves of nationally representative surveys from two