

浙江省全民基本医疗保险受益及补偿待遇均等化研究

王小合 谷雨 钱宇 张萌 黄仙红 顾亚明 张亮

【摘要】目的：定量评价浙江省全民基本医疗保险受益与补偿及均等化水平，探讨其均等化问题及改进策略。方法：选取东部经济活跃和发达的浙江省为典型研究现场，采集 2008—2012 年该省 6 个不同经济类型市(县)所在统筹地区城乡基本医疗保险住院受益及补偿的数据资料，运用平均系数、差异系数、泰尔指数和基尼系数法，综合测评其均等化程度及趋势。结果：近 5 年来，各统筹地区间基本，基本及总体住院受益与补偿水平及均等化程度均呈现不断优化提高的发展态势，但实际住院补偿比及均次住院补偿费用尚未达到底线均等水平。2012 年基本住院补偿费用差异对总体差异的贡献率为 84.999%。结论：实现全民享有均等化发展的实际补偿待遇应是当前城乡基本统筹发展的主要观测点。相比基本内各统筹地区间实际补偿待遇差异的逐年减小，基本的不均等实际待遇的差距仍然较大。建议该省深入探究全民基本筹资均等化现状及预测发展趋势，为其实际补偿待遇均等化提供基础性保障条件。

【关键词】基本医疗保险；住院受益；住院补偿；均等化；浙江

【中图分类号】R1-9；F840.613

【文献标志码】A

【文章编号】1003-0743(2016)03-0043-06

加快实现全民基本医疗保障为民生重点内容的公共服务均等化，无疑对于确保全民医疗费用负担公平性，保障和维护人人公平地享有基本医疗卫生服务，以及当前深入推动和衡量新医改成效具有重要意义^①。近年来，国内学术界及多地的实践探索多侧重于以城乡的一体化衔接、整合及统一至一个部门的管理策略，来探索实现全民享受同等待遇的基本医疗保障服务的思路逻辑。笔者以为，由于我国不同区域城乡经济发展还不平衡、涉及相关部门及利益集团的职责和权益认识仍然差异大，加之由历史原因形成的诸多体制机制矛盾制约，近期在省域乃至全国范围内欲彻底打破城乡“二元结构”，以实现全民基本一体化尚需时日。当前推进全民基本医疗保障制度建设的最根本目的在于打破城乡不同身份的不平等待遇问题，其本质及侧重观察点应是全民基本医疗保障受益及补偿待遇的均等化进程。这一理论逻辑及命题探究不仅可避开仅局限于当前城乡基本医疗保险一体化发展的具体时点及路径，是社会保障更是卫生部门管理的学术和实践挑战，且有助于政府务实推进统筹城乡发展执政理念，前瞻性的发现、规制和均衡调节缩小全民基本医疗保险间受益及补偿待遇的差距及协同发展问题，为未来条件成熟、认识统一、体制机制创新、最终形成全民一体化的基本医疗保障制度奠定基础 and 积累条件^②。本研究选取东部经济发达且已持续多年全面实施省管县财政体制的浙江省为典型现场，定量综合测评城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗（城镇职工基本医疗保险以下简称城职保；城镇居民基本医疗保险以下简称城居保；新型农村合作医疗以下简称新农合；以上统称基本）受益与补偿待遇水平、均等化程度及趋势，分析其均等化问题及成因，为推进地方财政体制改革，加快统筹基本实际补偿待遇及最终实现基本医疗卫生服务均等化进程提供策略及依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取新中国成立以来我国唯一已持续多年在全省范围内全面实施省管县财政体制的浙江省为典型现场。根据全省区域分布及经济发展代表水平，以全民基本统筹地区为单位，调查 2008—2012 年杭州市、宁波市、嘉兴市、衢州市、湖州市德清县和金华市浦江县共 6 个地市或县城镇职保、城镇居民基本医疗保险（其中，前 4 个市已实行了地市级统筹），以及杭州桐庐县、宁波慈溪市、嘉兴南湖区、湖州德清县、金华浦江县和衢州江山市共 6 个地市所辖的 6 个县(市、区)新农合受益和补偿的有关数据资料（共涉及全民参保人口约 1 240 万人，约占全省常住总人口的 22.7%），分别计算出住院受益率、政策范围内住院补

偿比、实际住院补偿比和均次住院补偿费用共 3 个相对指标和 1 个绝对指标数据。

1.2 研究方法

1.2.1 差异系数法。即 CV，是一组数据的标准差与其平均值之比，是测算数据离散程度的相对指标。CV 值越大或越小，分别表示一组数据的均等化程度越差或越好^③。

1.2.2 平均系数法。用于对公共产品供给底线均等标准的简单测定和衡量^④。本研究以基本住院补偿受益率、政策范围内住院补偿比例及实际住院补偿比例、均次住院补偿费用等 3 项指标某年平均值的 70%（下限）或 80%（上限）分别作为均等化底线标准值进行测评。若基本相关的原始指标值均超过其底线标准值，则表示基本在该项指标上达到了底线均等的发展水平，否则即尚未达到^⑤。

1.2.3 泰尔指数法。是用来衡量不同区域或类别人群收入分布差异度的一种方法。泰尔指数值越小，说明其社会资源分配或公共服务供给的均等化越好。本研究用该方法衡量基本住院均次住院补偿费用均等化水平，其计算表达式见式 1、式 2^⑥：

$$T_p = T_{wr} + T_{br}$$
$$= \sum_i \left(\frac{Y_i}{Y} \right) T_{pi} + \sum_i \frac{Y_i}{Y} \log \left(\frac{Y_i/Y}{N_i/N} \right) \quad \text{式 1}$$

$$T_{pi} = \sum_j \left(\frac{Y_{ij}}{Y_i} \log \left(\frac{Y_{ij}/Y_i}{N_{ij}/N_i} \right) \right) \quad \text{式 2}$$

式 1 和式 2 中， p 表示基本均住院补偿费用分配的总体不均等，分别为基本内、基本的不均等； w 为第种基本各统筹地区间不均等， Y_i 为第种基本的住院补偿总额， Y 为基本的住院补偿总额， w 为第种基本统筹地区的住院补偿总额； j 为第种基本 j 统筹地区的住院补偿人次数， N_i 为第种基本的住院补偿人次数， N 为基本的住院补偿人次数^⑦。分别为基本和基本内的差异贡献率， $[(Y_i/Y)]/$ 为第种基本各统筹地间的差异对该种基本的贡献率^⑧。

1.2.4 基尼系数法。国际上常用来衡量居民收入分配均等化程度的指标。基尼系数介于 0~1 之间，越接近 0 或 1，分别表示基本医保的均等化程度越高或越低。联合国有关组织及国际经验一般把基尼系数为 0.4 作为衡量居民收入分配的不均等“警戒线”，低于 0.2 为高度均等，0.2~0.3 为比较均等，0.3~0.4 为相对合理，超过 0.4 表示不均等程度较大，将影响社会稳定或引发社会问题。笔者认同戴文静、胡耀宗等诸多学者及相关文献的观点，对收入分配的基尼系数评判标准并不能直接应用于基本医疗、教育及安全等公共保障服务资源分配领域^⑨。由于居民的禀赋、能力及努力程度存在差异，在一定社会一定程度上的收入差距是合理且必要的，这也正是收入基尼系数在 0.3~0.4 之间是相对合理的原因。但基本公共保障服务不能也不应该反映居民的个体差异，尽管在此领域的基尼系数研究尚未见明确的评判标准，但该标准相对衡量收入分配的国际通用标准应该偏低则是学界近年较为一致的观点^⑩。本研究把衡量基本费用分配的不均等程度的警戒线定为 0.3，以此推算，0.150 以下表示为高度均等，0.150~0.225 比较均等，0.225~0.300 为不均等相对合理，超过 0.300 表示不均等程度较大^⑪。

本研究将采集到的 6 个不同经济类型县（市）所在统筹地区基本的年住院补偿费用和住院补偿人次数共分为 18 组（ $n=18$ ），

p_i 分别代表第组的住院补偿费用和住院补偿人次数占总体的比重， m_i 为受益居民的均次住院补偿费用，将 18 组数据按 m_i 由小到大排序后，计算基本均次住院补偿费用的总体基尼系数(G)，其表达式见式 3。

$$G=1-\sum_{i=1}^n P_i (2Q_i-W_i) \quad \text{式 3}$$

式 3 中， Q_i 为从 1 到 i 的累积比重，和 p_i 从 1 到 n 的和为 1。若将总样本以全民基本分为 s 组 ($s=3$)，为第 j 种基本住院补偿费用和补偿人次数的比重，表示第 j 种基本的均次住院补偿费用，将 s 组数据排序后，可将总体基尼系数(G)分解为基本内差异(G_A)、基本差异(G_B)和基本重叠(G_0)等三部分，计算表达式见式 4、式 5 和式 6[14]。式 5 中，为第 j 种基本的基尼系数，其计算与式 3 一致。

$$G_A=\sum_{j=1}^s w_j p_j G_j \quad \text{式 4}$$

$$G_B=1-\sum_{j=1}^s P_j (2Q_j-w_j) \quad \text{式 5}$$

$$G_0=G-G_A-G_B \quad \text{式 6}$$

2 结果

2.1 住院受益率及均等化程度与趋势

2012 年，该省基本住院获得补偿人次的受益率分别为 8.198%、7.169%和 8.554%。横向比较来看，基于平均系数法用均值 70%或 80%的标准衡量，基本间在住院受益的机会上均已达底线均等，基本呈现同步提高且已处在高度机会均等的发展水平；各统筹地区间基本住院受益率的差异系数分别为 0.403、0.262 和 0.137，显示该指标城职保的不均等程度显著高于城居保和新农合。纵向比较来看，2008—2012 年，基本住院补偿受益率均呈现逐年稳步增长的趋势，年平均增长率分别为 8.571%、8.400%和 12.265%，新农合的增长幅度最为显著；各统筹地区间城职保住院受益率的差异系数在 0.33~0.41 范围内徘徊波动，而城居保和新农合则从 0.4 左右起呈现明显的下降态势，不均等下降幅度分别达 38.208%和 67.381%（表 1、表 2 和表 3）。

表1 2008—2012年浙江基本医保住院受益及补偿情况

医保类型	年份	住院补偿 人次 (万次)	参保人口住 院总费用 (亿元)	住院实际 报销费用 (亿元)	政策范围内 住院费用 (亿元)	住院受 益率(%)	政策范围内 住院补偿比 (%)	实际住院 补偿比(%)	次均住院 补偿费用 (元)
城镇职 工医保	2008	32.043	39.443	28.733	34.232	5.900	86.789	72.847	8 967.013
	2009	38.913	47.857	35.951	41.708	6.478	87.151	75.122	9 238.815
	2010	45.888	59.308	42.523	51.683	6.943	87.143	71.699	9 266.693
	2011	53.437	70.241	50.138	61.273	7.542	87.233	71.380	9 382.637
	2012	62.294	83.249	59.342	72.698	8.198	87.326	71.283	9 526.118
城镇居 民医保	2008	6.210	4.581	1.926	3.463	5.192	75.595	42.043	3 101.449
	2009	10.257	7.321	3.232	6.110	5.578	83.459	44.147	3 151.019
	2010	12.631	10.207	4.597	8.325	5.980	81.562	45.038	3 639.458
	2011	16.231	13.561	6.210	11.250	6.417	82.958	45.793	3 826.012
新农合	2012	20.882	18.062	8.391	15.282	7.169	84.607	46.457	4 018.293
	2008	12.647	8.738	2.964	7.414	5.385	84.848	33.921	2 343.639
	2009	14.041	9.539	3.431	8.154	6.073	85.481	35.968	2 443.558
	2010	14.559	11.634	4.047	9.076	6.555	78.013	34.786	2 779.724
	2011	17.575	13.920	5.249	10.180	7.664	73.132	37.708	2 986.629
	2012	19.437	15.648	6.402	11.407	8.554	72.897	40.913	3 293.718

表2 2012年浙江省基本医保住院受益及补偿底线均等的实现程度

医保类型及其他	住院受益率(%)	政策范围内住院补偿比(%)	实际住院补偿比(%)	均次住院补偿费用(元)
城职保	8.198	87.326	71.283	9 526.118
城居保	7.169	84.607	46.457	4 018.293
新农合	8.554	72.897	40.913	3 293.718
均等化底线标准 I (70%)	5.582	57.127	37.019	3 928.897
均等化底线标准 II (80%)	6.379	65.288	42.307	4 490.168

注：均等化底线标准 I (70%) 或标准 II (80%)：指分别设定为基本医保住院受益率、住院补偿比和均次住院补偿费用平均值的 70%或 80%。其中，达到底线标准 I (70%) 的有住院受益率、政策范围内住院补偿比及实际住院补偿比；达到底线标准 II (80%) 的有住院受益率及政策范围内住院补偿比。

表3 2008—2012年浙江省基本医保住院受益及补偿均等化程度及趋势(CV)

年份	住院受益率(%)			政策范围内住院补偿比(%)			实际住院补偿比(%)			均次住院补偿费用(元)		
	城职保	城居保	新农合	城职保	城居保	新农合	城职保	城居保	新农合	城职保	城居保	新农合
2008	0.345	0.424	0.420	0.019	0.120	0.114	0.077	0.281	0.224	0.376	0.455	0.331
2009	0.335	0.266	0.426	0.032	0.079	0.093	0.059	0.224	0.187	0.340	0.269	0.261
2010	0.349	0.184	0.440	0.021	0.069	0.115	0.058	0.144	0.099	0.266	0.251	0.238
2011	0.372	0.222	0.149	0.021	0.061	0.099	0.052	0.123	0.103	0.253	0.198	0.203
2012	0.403	0.262	0.137	0.026	0.041	0.082	0.052	0.123	0.103	0.206	0.164	0.178

2.2 政策范围内住院补偿比及均等化程度与趋势

2012 年，该省基本政策范围内住院补偿比分别达到 87.326%、84.179%和 72.897%。从横向比较来看，基于平均系数用均值 70%或 80%底线标准衡量，基本参保居民的住院名义补偿比均达底线均等水平；各统筹地区间基本政策范围内住院补偿比的差异系数分别为 0.026、0.041 和 0.082，显示每种内各统筹地区间该指标的均等化程度较高，新农合相对则偏低。从纵向比较看，2008—2012 年，基本名义补偿比变化趋势各不相同，由于城职保政策相对稳定在 87%左右，城居保则从 75.595%提高至

84.607%，新农合却呈现与城居保反向相同幅度的下降态势，这与近年来新农合不断调整政策范围和扩大住院补偿受益面不无关系；城职保各统筹地区间该指标的差异系数徘徊在 0.02 左右，明显低于城居保（0.04）和新农合（0.08），但城居保和新农合均呈现逐年下降趋势，特别是城居保下降幅度达 65.833%，显示各统筹地区间城职保该指标均等化程度最好，城居保和新农合呈现逐年改善趋势（表 1、表 2 和表 3）。

2.3 实际住院补偿比例及均等化程度与趋势

2012 年，该省基本住院补偿比例分别为 71.283%、46.457%和 40.913 %；从横向比较来看，基于平均系数法用均值 80%的标准衡量，基本这一指标尚未达到底线均等的发展水平；各统筹地区间基本住院补偿比的差异系数分别为 0.052、0.123 及 0.103，显示每一种内各统筹地区间该指标的均等化程度较高，城居保相对则偏低。从纵向比较看，2008—2012 年，城职保及城居保实际住院补偿比基本稳定在 72%和 45%左右，新农合则从 33.921%显著提高到 40.913%，基本该指标的均等化程度在逐年不断改善；基本内各统筹地区间该指标的差异系数基本呈现逐年下降，下降幅度分别达 32.468%、56.228%及 54.018%（表 1、表 2 和表 3）。

2.4 均次住院补偿费用及均等化程度与趋势

2012 年，该省基本人群均次实际住院获得补偿费用分别为 9 526.118、4 018.293 和 3 293.718 元，城职保是新农合的 2.892 倍，基本尚未达到底线均等水平；假若以基本指标平均值的 80%（4 490.168 元）作为底线标准，城居保和新农合离此标准分别还差 471.875 元和 1 196.645 元；基本内各统筹地区间该指标的差异系数在 0.1635~0.2057 的范围内。2008—2012 年，基本均次住院补偿费用均逐年不同幅度增长，年平均增长率分别为 1.524%、6.689%和 8.880%，新农合增幅分别为城职保及城居保的 8.56 倍和 1.89 倍；基本内各统筹地区间该指标的差异系数均呈现逐年下降趋势，下降幅度分别达 45.213%、63.956%和 46.224%，提示基本各统筹地区间该指标的均等化程度在稳步提高和改善（表 1、表 2 和表 3）。

2012 年，基本均次住院补偿费用的总泰尔指数为 0.040。其中，基本和基本内的泰尔指数分别为 0.034 和 0.006，基本的差异对总体差异的贡献率（84.999%）显著高于基本内的贡献率（15.001%）。2008—2012 年，基本和基本内均次住院补偿费用的泰尔指数均逐年下降，下降幅度分别为 38.182%和 60.000%；基于泰尔指数算法的基本住院补偿费用的差异对总体差异贡献率均高于 78%以上。提示相对城职、城居保、新农合及每一种基本的不均等逐年改善外，基本的较大差异是造成均次住院补偿费用未抵底线均等的主因（表 4）。

表 4 2008—2012 年浙江省基本医保均次住院补偿费用的泰尔指数及分解

年份	内容	总体(T_p)	基本医保间(T_{br})	基本医保内统筹地区间的不均等			基本医保内(T_w)
				$T_{城职}$	$T_{城居}$	$T_{新农合}$	
2008	T值	0.070	0.055	0.014	0.016	0.023	0.015
	贡献率(%)	100.000	78.571	17.127	1.336	2.966	21.429
2009	T值	0.070	0.055	0.016	0.007	0.012	0.015
	贡献率(%)	100.000	78.571	19.227	0.801	1.400	21.429
2010	T值	0.054	0.046	0.008	0.009	0.008	0.008
	贡献率(%)	100.000	85.185	0.150	0.020	14.645	14.815
2011	T值	0.051	0.044	0.008	0.008	0.006	0.007
	贡献率(%)	100.000	86.275	11.378	1.493	0.854	13.725
2012	T值	0.040	0.034	0.005	0.007	0.010	0.006
	贡献率(%)	100.000	84.999	11.425	2.197	1.379	15.001

2012 年，基本均次住院补偿费用的总基尼系数为 0.228，其中，基本和基本医保内人均筹资水平的基尼系数分别为 0.184 和 0.0417，基本对总体差异的贡献率（80.56%）同样明显高于基本内的贡献率（18.29%）。2008—2012 年，基本均次住院补

偿费用的总基尼系数均大于 0.225，尽管处在不均等状态，但不均等程度基本呈现逐年减少的发展趋势；基于基尼系数算法的基本住院补偿费用的差异对总体差异贡献率均高于 74%。同样提示相对基本的不均等逐年改善外，基本的较大差异仍然造成该指标未抵底线均等的主因（表 5）。

表 5 2008—2012 年浙江省基本医保均次住院补偿费用的基尼系数及分解

年份	内容	总体(G)	基本医保内 (G _B)	基本医保内统筹地区间的不均等				基本医保 三保内(G _A)
				G _{城职}	G _{城居}	G _{新农合}	G _{交叉项}	
2008	G 值	0.307	0.229	0.134	0.136	0.173	0.002	0.077
	贡献率(%)	100.000	74.406				0.586	25.008
2009	G 值	0.310	0.232	0.143	0.095	0.123	0.001	0.078
	贡献率(%)	100.000	74.702				0.322	24.976
2010	G 值	0.264	0.207	0.101	0.107	0.091	0.001	0.056
	贡献率(%)	100.000	78.561				0.303	21.174
2011	G 值	0.264	0.206	0.091	0.101	0.085	0.009	0.049
	贡献率(%)	100.000	78.052				3.525	18.423
2012	G 值	0.228	0.184	0.080	0.080	0.003	0.003	0.003
	贡献率(%)	100.000	80.543				1.139	18.273

3 讨论

3.1 基本均等化的内涵及外延

均等化是体现公平、正义、平等原则的公共治理行动，其反映促进实现均等的行动或变迁过程。统筹城乡发展，推进城乡全民基本医疗保障为民生重点内容的公共服务均等化，是党中央站在经济社会协调发展高度，根据现阶段社会发展特点和突出矛盾而做出的重大战略决策。统筹城乡全民基本医疗保障均等化是促进实现城乡居民无差别地平等享受同质基本医疗卫生服务的基础保障，即指政府为保障和维护城乡居民人人平等享有基本健康权益，以统筹城乡科学发展理论为指导，为城乡全民提供基本的、与经济社会发展阶段相适应的、体现公平公正原则的、在不同阶段具有不同标准的、依靠公共财政普惠城乡，确保城乡居民以平等身份获得机会和可及性均等、按需提供并尊重其自由选择权的基础上，实现筹资、补偿受益及最终健康结果大致均等的全民基本医疗卫生保障服务。大致均等不是搞平均主义，而是将现实差距控制在合理的范围内的底线均等，它超越了单纯的数量计算与进行单位衡量的思维模式，不是指个体意义的平均，而是指社会意义上的均等^⑩。城乡全民基本医疗保障的底线均等从制度层面上根据社会动态发展趋势和人类基本健康需求，允许一定程度地区或个体差异之外的城乡全民普遍可接受的基本医疗保障差异水平。

3.2 基本医疗保障均等化的评价方法

国内外均等化程度评价比较公认的方法有差异系数、基尼系数及泰尔指数等^{⑪⑫}。差异系数法可以消除单位和（或）平均数的不同进行多个资料变异程度的比较，普遍适用于相对数和绝对数资料，但易受到极值的影响。泰尔指数与基尼系数在估算城乡全民基本医疗保障筹资水平的均等化程度时，均可以将总体差异分解为基本和基本内差异两个部分，并且可以测算基本和基本内差异对总体差异的贡献率，解析出差异的主要来源。但是基尼系数在分解后仍有冗余部分，用来观察基本医疗保障受益及补偿水平重叠部分的大小，但当交叉项 R 的贡献率大于 10%以上时，由于交叉项掩盖了基本和基本内的差异对总体差异的贡献率，此时需要借助泰尔指数的分解结果来比较分析^⑬；泰尔指数还可进一步将基本内差异分解成统筹地区间城职保、城居保和新农合的差异，并可计算出其对基本差异的贡献率^⑭。在社会经济研究中，常将全国水平的 70%或 80%作为经济落后地区公共产

品供给底线均等标准的简单测定和衡量。本研究以此为依据,将基本住院补偿受益率、政策范围内住院补偿比例、实际住院补偿比例和均次住院补偿费用等指标某年平均值的 70% (下限) 或 80% (上限) 分别作为均等化底线标准值进行测评。在当前讲求信息公开、公众参与协同治理民生事务的时代背景下,该方法计算程序以及测评结果更容易让城乡居民广泛接受与监督。

3.3 基本保均等化问题及策略

统筹城乡基本的均等化建设是统筹城乡公共服务建设的重要组成部分,其根本目的在于打破以城乡居民身份来区别不平等待遇问题,实质是规制缩小城镇和农村居民基本医疗保障受益及补偿待遇的差距,均衡调节城乡基本医疗保障制度间的协同发展,确保城乡居民医疗费用负担公平性。研究结果显示,虽然浙江省基本在住院补偿受益率、政策范围内住院补偿比例方面已经达到了底线均等,且近 5 年间均等化程度也不断提高,但实际住院补偿比例和均次住院补偿费仍有相当大的差距。2012 年城职保的均次住院补偿费分别是城居保和新农合的 2.37 倍和 2.82 倍,说明基本在受益及补偿在制度及政策、覆盖及受益机会上基本实现均等化,但实际补偿水平仍有很大的差距,提示统筹基本均等化发展已处在从覆盖和享用机会向实际补偿受益均等化的发展阶段发展转变。从浙江省基本补偿待遇均等化程度及存在的问题来看,当前我国区域经济发展不均衡,再加上基本相关部门及利益集团的职责和权益认识差异较大^⑨,笔者认为统筹基本一时还难以实现实际补偿待遇的均等化,当然实际筹资能力与水平、政策范围内补偿水平与实际补偿待遇的较大差距是主要关键点和约束要素。这也提示该省应尽快深入探究基本筹资均等化现状及预测发展趋势,为其实际补偿待遇均等化提供基础性保障条件。

参考文献:

- ① 张占斌. 中国省直管县改革研究[M]. 北京: 国家行政学院出版社, 2011.
- ② 王小合, 张萌, 黄仙红. 统筹城乡居民基本医疗保障均等化理论及实证研究[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(9):19-22.
- ③ 方积乾. 医学统计学与电脑实验[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012.
- ④ 高建民, 周忠良, 闫菊娥, 等. 我国基本医疗保障制度卫生服务可及性实证研究[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(7):5-8.
- ⑤ 李晓燕. 农村卫生资源配置公平性与效率研究[M]. 北京: 中国农业出版社, 2010.
- ⑥ 李继胜. 政府医疗卫生支出的地区差异测度—基于泰尔指数的角度[J]. 中国城市经济, 2011(26):77-78.
- ⑦ 赵桂芝. 四区域视角下我国转移支付制度财力均等化效应—基于泰尔熵指数的分析[J]. 地方财政研究, 2011(10):40-45.
- ⑧ 李贞玉, 孔祥金, 任苒. 辽宁卫生资源配置公平性发展趋势研究基于系数和指数的分析[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(4):12-14.
- ⑨ RISKIN C, ZHAO R, LI S. China's retreat from equality: in-come distribution and economic transition[M]. New York: M.E. Sharpe, 2001.
- ⑩ 王悦, 刘莉云. 浙江省卫生资源配置公平性研究[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(3):29-32.
- ⑪ 龚向光, 胡善联. 卫生资源配置公平性分析[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(2):73-77.

-
- ⑫ 戴文静,周金城. 基于基尼系数的高职教育生均经费地区配置公平性研究[J]. 中国高教研究, 2012, (10):99-103.
- ⑬ 王连军,张宝东. 高校学生消费差异分析-基于基尼系数分解理论的实证研究[J]. 统计与信息论坛, 2007(2):107-112.
- ⑭ 钱宇,王小合. 省级转移支付对新型农村合作医疗筹资均等化效应的实证分析 [J]. 中国卫生经济, 2014, 33(9):45-48.
- ⑮ 谢小平,刘国祥. 卫生服务利用公平性方法学研究[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(5):74-76.
- ⑯ 应晓华,陈文. 卫生领域中的公平性和筹资公平性[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(1):52-54.
- ⑰ 赵长林,李兴绪. 基尼系数和指标的分解分析比较[J]. 西华大学学报(哲学社会科学版), 2007, 26(1):68-71
- ⑱ 张彦琦,唐贵立,王文昌,等. 基尼系数和指数在卫生资源配置公平性研究中的应用[J]. 中国卫生统计, 2008, 25(3):243-246.
- ⑲ 李玲,崔玄,陈秋霖. 基本医疗保障制度受益情况分析 & 政策思考[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 4(3):21-26.