



## OBJECTIVE ANALYSIS. EFFECTIVE SOLUTIONS.

兰德公司是一家致力通过研究与分析来改善政策和决策的非营利性研究机构。

作为兰德公司的一项公共服务，本电子文档可在 [www.rand.org](http://www.rand.org) 下载。

[转至文档](#) ▾

更多信息

请浏览兰德公司网站 [www.rand.org](http://www.rand.org)

浏览 [文件详情](#)（英文）

### 有限电子版发行权

本文件和文中所载商标受后文通知中所提及法律的保护。本电子文档的知识产权归兰德公司所有，不得用于商业用途。未经授权，严禁在非兰德公司所属网站发布兰德公司的电子文档。兰德公司的电子文档受版权法的保护。未经许可，不得复制或以其他形式将兰德公司的任何研究文献用于商业用途。有关翻印和链接授权的信息，请查询兰德公司涉及 [授权许可](#) 的网页。

不定期报告

# 中国与印度卫生系统的比较

Sai Ma, Neeraj Sood

Chinese translation (simplified characters) of A  
*Comparison of the Health Systems in China and India*



亚太政策中心  
兰德国际项目

本研究报告所涉项目属于兰德公司持续性自发研究计划的成果，部分研究经费来自慷慨的社会捐赠，另一部分来自兰德旗下受美国国防部联邦预算资助之研发中心的运营合同中的独立研发拨款。本项研究由兰德亚太政策中心完成，亚太政策中心是兰德公司国际项目的一部分。

兰德公司是一家致力于通过研究与分析来改善政策和决策的非营利性研究机构。兰德公司的出版物未必代表其研究客户和赞助商的观点。

RAND® 是兰德公司的注册商标。

版权所有 © 2012 兰德公司

版权所有，违者必究。未经兰德公司书面授权，此文件任何部分概不得以包括电子或机械方式在内的任何形式（包括复印、录音或信息存储与检索）进行复制。

2012 年 兰德公司出版

1776 Main Street, P.O. Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138

1200 South Hayes Street, Arlington, VA 22202-5050

4570 Fifth Avenue, Suite 600, Pittsburgh, PA 15213-2665

公司网址：<http://www.rand.org/>

欲订购兰德公司文献或获取其他信息，请联系分销服务部门：

电话：(310) 451-7002

传真：(310) 451-6915

电子邮箱：[order@rand.org](mailto:order@rand.org)

## 序言

---

本文比较了中印两国的卫生系统，找出哪些改进卫生系统的方法能在两国取得成效或者收效甚微。中国和印度是世界上人口最多的两个国家，目前正经历着巨大的人口、社会和经济变迁。作者尤其从三方面比较两国的卫生系统：政策杠杆、中期成果以及最终目标。*政策杠杆*是影响医疗卫生融资、组织和监管的政策或行为。*中期成果*包括效率、质量和就医机会的水平。卫生系统的*最终目标*是改善健康、降低医疗相关财务风险和提升消费者满意度。

我们的结论是，虽然自二十世纪中叶以来，中国和印度在提高人均寿命及疾病防治工作中取得了显著的成就，但中印两国的卫生系统在防范金融风险方面明显存在不足，患者的满意度也未得到应有的重视。本文列出了两国各自应优先改革的领域，以便提升其卫生系统的表现。两国必须：

- 重组卫生医疗融资系统，减少患者现金支付的医疗负担
- 让更多的地区，特别是农村地区获得就医机会
- 减少对按服务收费模式的依赖，因为它会助长医疗卫生服务的滥用
- 新出现疾病的治疗与监控能力建设
- 建设符合当地需求的医院设施

中国和印度在过去三十年所得到的经验，不仅会影响两国居民，还将为其他国家所面临的挑战和选择带来启示。

本文应引起以下三个群体的注意：中印两国的卫生政策制定者和研究人员，希望将两国经验运用于其他发展中国家的卫生政策分析员，以及对中国和印度经济发展、社会环境和个人福祉感兴趣的人士。本研究报告所涉项目属于兰德公司持续性自发研究计划的成果。该项研究的一部分研究经费来自慷慨的社会捐赠，另一部分来自兰德旗下受美国国防部联邦预算资助之研发中心的运营合同中的独立研发拨款。

本项研究由兰德亚太政策中心完成。兰德亚太政策中心是兰德公司国际项目的一部分，其旨在通过向政策决策者和公众提供严谨而客观的研究来改善公共政策的制定。亚太中心研究主要针对影响亚洲发展和美国与亚洲关系的关键政策问题。

有关兰德亚太政策中心的其他信息，请联系中心负责人 Mike Lostumbo。以下是他的联系方式：电子邮箱：lostumbo@rand.org；电话：1-703-413-1100，分机 5443；地址：RAND, 1200 South Hayes Street, Arlington, Virginia, 22202。有关兰德公司的更多信息，请登录官网 [www.rand.org](http://www.rand.org) 进行查询。

# 目录

---

序言.....	iii
图形.....	vii
表格.....	ix
鸣谢.....	xi
缩略语.....	xiii
<b>第一章</b>	
<b>导言</b> .....	1
分析框架.....	1
两国人口概况.....	2
<b>第二章</b>	
<b>中印两国卫生系统简史</b> .....	5
中国卫生系统的演变.....	5
印度卫生系统的演变.....	8
总结.....	11
<b>第三章</b>	
<b>在实现最终目标上的整体表现</b> .....	13
卫生状况.....	13
关键卫生指标.....	13
其他重要卫生指标.....	14
财务风险保障.....	16
消费者满意度.....	17
<b>第四章</b>	
<b>中期成果：就医机会、质量和效率</b> .....	19
就医机会.....	19
质量.....	20
效率.....	21
<b>第五章</b>	
<b>中印两国卫生系统的政策杠杆</b> .....	23
融资.....	23
整体支出.....	23
融资结构.....	24

保险的角色.....	26
支付.....	27
组织.....	29
中国：公营单位主导.....	29
印度：私营单位主导.....	30
中国与印度的组织比较.....	30
监管.....	31
中国：严格监管.....	31
印度：放任自流.....	32
行为.....	32
总结.....	34
<b>第六章</b>	
<b>政策影响</b> .....	35
主要挑战和相关政策影响.....	35
减少个人消费者的现金负担.....	35
减少医疗服务的滥用.....	35
增加穷人的就医机会.....	35
新出现疾病的治疗与监控能力建设（如艾滋病和肥胖症）.....	36
建设符合当地需求的医院设施.....	36
中国能向印度学到什么？.....	36
鼓励私营部门参与.....	36
减少对药品和程序价格的监管.....	36
印度能向中国学到什么？.....	37
增加医疗卫生支出，特别是基础设施、供应商和基本必需品.....	37
加强控制传染病和改善母婴健康.....	37
结论.....	37
<b>参考文献</b> .....	39

## 图形

---

1.1. 卫生系统的政策杠杆、中期成果和最终目标 .....	2
2.1. 中国全国医疗卫生支出结构的变化 .....	7
2.2. 1951 年至 1997 年期间印度卫生部门的财政拨款 .....	10
5.1. 人均医疗卫生总支出 .....	24
5.2. 2005 年中印两国医疗卫生事业的融资结构 .....	25





## 表格

---

1.1. 人口指标.....	3
2.1. 中印两国卫生系统历史.....	11
3.1. 关键卫生指标 .....	13
3.2. 按死因划分的死亡率 .....	14
5.1. 中印两国卫生系统使用的政策杠杆 .....	34



## 鸣谢

---

谨此感谢 Susan Everingham 和 Bill Overholt 为本项研究筹集资金，Peter Hussey 和 Shinyin Wu 为初稿提供极富建设性和思想性的意见和建议，以及 Erin-Elizabeth Johnson、David Adamson、Lynn Rubenfeld、Mary Wrazen 和 Christina Pitcher 在编辑方面给予的大力协助。



## 缩略语

---

CDC	美国疾病控制与预防中心
CHC	社区卫生服务中心
CHI	社区健康保险计划
CMS	合作医疗制度
DALY	残疾调整生命年
FFS	按服务收费
GDP	国内生产总值
HMO	保健组织
LBW	低出生体重
MSA	医疗储蓄账户
NHE	全国医疗卫生支出
OECD	经济合作与发展组织
PHC	初级卫生中心
PRB	美国人口资料局
SARS	严重急性呼吸系统综合症
SC	中级卫生中心
WHO	世界卫生组织



中国与印度同属发展中国家，人口众多，两国人口总量超过 20 亿，占世界总人口的三分之一以上。过去五十年来，中印两国在医疗卫生发展方面取得显著进步，包括延长人口寿命、降低婴儿死亡率和消除多种疾病。但是，中印两国的卫生状况仍然落后于其他国家，两国国内的卫生事业发展也不平衡。这引出了一个重要问题：如何改善这两国的卫生条件？要回答这个问题，需要着眼于中印两国卫生系统的比较。虽然两国的卫生系统有着许多共同点，但也呈现出很多根本性的差别。通过比较，可以阐明中印两国面临的共同挑战，同时强调它们各自面对的独特挑战。此举也正当其时，因为医疗改革是两国政治议程上的重点，各种政策方案正在讨论之中。我们希望，这些分析和我们就改进所归纳的意见，能为相关讨论提供一些信息。

## 分析框架

本文对中印两国的卫生系统进行比较。不同国家的卫生系统存在种种异同、区别和多样性，因此难以总结卫生系统的普遍定义，令跨国比较显得复杂化。本文采纳 Hsiao（2003 年）和其他人（Roberts 等人，2004 年）给出的定义，而该定义又基于其他研究成果的概念化：“卫生系统由那些可以解释系统结果的主要成因部分界定。而这些部分可用作改变结果的政策工具”（Hsiao，2003 年，第 5 页，着重号为原文所有）。与其他定义相比，该定义的优势在于它回答了特定卫生系统产生一系列结果的原因和方式，故而成为特别实用的比较分析框架。

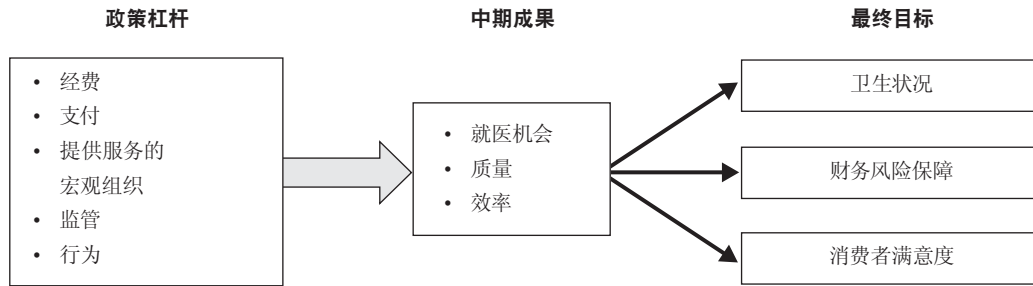
本文的比较侧重于中印两国卫生系统的三个不同方面。图 1.1 列出了各个维度并说明了其关键组成部分。首先，我们将分析两国卫生系统的政策杠杆。<sup>1</sup> 卫生系统的政策杠杆是直接或间接影响医疗卫生的结构参数；那些政策和政府监管不能改变的参数不包括在政策杠杆内。例如，文化就不属于政策杠杆；文化不能在短期内改变，虽然它

---

<sup>1</sup> Hsiao 及其同事经常使用手段一词作为政策杠杆的同义词。在本文中，为了避免混淆不清，我们通篇使用政策杠杆。



**图 1.1**  
卫生系统的政策杠杆、中期成果和最终目标



资料来源：Hsiao, 2003 年。

RAND OP212-1.1

可能是卫生事业的一项重要决定因素（Hsiao, 2003 年；Roberts 等人, 2004 年）。其次，我们将分析中期成果。重大中期成果包括就医、系统效率和浪费程度、以及服务质量。最后，我们将分析系统如何彻底实现其最终目标，包括改善国民健康，针对健康风险提供财务保障，以及提升消费者对卫生系统的整体满意度。

## 两国人口概况

在解析中印两国的卫生系统之前，我们先介绍一下两国的人口概况，以便读者更好地了解中印两国所面临的一些问题和挑战（参见表 1.1）。中国和印度是世界上人口最多的两个国家。但是，两国的人口结构和增长趋势却大相径庭。具体来说，印度的人口更为年轻，增长速度也快得多。2004 年，印度人口超过 10 亿，中位年龄 24.4 岁；只有 4% 的人在 64 岁以上，36% 不足 15 岁。人口年增长率估计为 1.7%。总抚养比率（15~60 岁的劳动年龄人口与儿童和老年人等非劳动年龄人口的比例）相当高，达到 60%；这意味着每有 100 个劳动年龄居民，就有 60 个非劳动年龄居民。这主要是因为印度 15 岁以下的儿童比例太高。

中国作为世界上人口最多的国家，2004 年人口为 13 亿，是人口第三大国美国的四倍多。然而，中国的人口增长在过去十年持续放缓，1994 年至 2004 年期间的年增长率仅为 0.8%。据美国人口资料局（PRB）预测，2050 年中国人口数量将被印度超越。同时，由于生育率下降（总生育率为 1.7）<sup>2</sup> 和寿命延长（平均预期寿命为 72 岁），中国

<sup>2</sup> 总生育率指每名妇女平均生育子女数。

**表 1.1**  
**人口指标**

国家	1994 年 人口数量	1994~2004 年期间年增 长率 (%)	1994 年抚 养比率 <sup>a</sup>	2004 年抚 养比率 <sup>a</sup>	1994 年 生育率 <sup>b</sup>	2004 年 生育率 <sup>b</sup>	2005 年各年龄 群体占比		
							<15	15~64	>64
中国	1,315,409,000	0.8	48	42	1.9	1.7	20	72	8
印度	1,087,124,000	1.7	68	60	3.7	3.0	36	60	4

资料来源：世界卫生组织；2006 年，美国人口资料局，2006 年。

<sup>a</sup> 每 100 人。

<sup>b</sup> 每位妇女。

人口正在迅速老龄化：2004 年，总人口中年龄超过 64 岁的占比高达 8%，而不足 15 岁的占 20%。预计 2040 年中国 65 岁及以上的人口比例将达约 20%。因此，劳动人口与老人的比例将从 5:1 降至 3:1（联合国驻中国办事处，日期不详）。

本文其余部分的结构如下。第二章将介绍中印两国卫生系统简史。随后三章从三个方面比较分析两国的卫生系统：目前在实现最终目标上的整体表现、观察到的中期成果、以及所采用的政策杠杆。我们重点分析两个系统的利弊。总结部分，我们将讨论解决现有和新浮现挑战的政策影响，并阐述中印两国可供彼此借鉴的经验。



本章扼要地回顾在过去五十年中，中印两国卫生系统形成的历史、社会和政治因素。在此期间，中国实现解放而印度获得独立（二十世纪四十年代后期），并加大了经济和社会的开放程度（二十世纪八十和九十年代）。我们还鉴别了两国在发展卫生系统过程中所取得的成就和经验教训。

### 中国卫生系统的演变

1949年中华人民共和国成立伊始，由于旷日持久的抗日战争和内战，中国的卫生状况有所下降，与其他发展程度相当的国家相比，各项指标无不处于最低水平（世界银行，1997年）。这一时期，执政的共产党信奉二十世纪典型的共产主义思想，认为以政府为代表的人民应该共同拥有生产资料，私营经济被拒之门外。因此，从1949年开始，政府拥有、资助和运营所有的医疗卫生设施，包括城市地区的大医院和农村地区的小诊所。所有医务人员都属于国家公务人员。与此同时，私人医生和私营医疗设施与其他的私营经济一同消失。

1950年，在第一届全国卫生工作会议上，中央政府提出了医疗卫生工作的四项基本方针：面向工农兵、预防为主、中西医结合、以及卫生工作与群众运动<sup>1</sup>相结合，作为一项核心机制（中国国务院发展研究中心课题组，2005年）。

由于中国独有的社会经济双重结构，中国城乡之间的医疗卫生服务方式在过去和现在都有着巨大的差别。在城市，财政收支均由政府规划管控，医疗服务由政府直接组织，经费几乎全部由政府拨付。城市居民只需付少量的“挂号费”就能接受治疗。在农村，公社是生活方方面面的根本。代表农民的公社占有全部土地，组织农民开展各项活动，包括务农、分配粮食、提供医疗与教育等社会服务。合作医疗制度提供医疗卫生服务，经费从公社的集体收入拨付，中央政府只通过提供低价药品和设备给予有

---

<sup>1</sup> 群众运动指在各级政府指导下开展的公共运动。

限的支持。合作医疗制度的主体是乡镇卫生诊所，人手大部分是仅接受过基本医疗培训的医务人员。西方认为这些所谓的赤脚医生满足了广大农村人口的需求，曾经给予广泛宣传和表扬（Blumenthal 和 Hsiao，2005 年；Hesketh 和 Wei，1997 年）。

尽管经济增长十分缓慢，但是中国卫生系统于 1950 年至 1990 年期间在卫生和医疗方面取得了巨大的进步：人均寿命几乎翻番（从 35 岁延长至 68 岁），婴儿死亡率大幅降低（从 200‰降至 34‰）（Blumenthal 和 Hsiao，2005 年）。在取得这些进步的同时，国家通过仿效二十世纪五十年代初期的苏联体制，建立高度集中的政府机构，对公共卫生进行重大投资（Liu、Rao 和 Fei，1998 年）。尤其是建立了自下而上的三级医疗卫生系统。最低一级是农村乡级和城市街道卫生诊所，提供基本的预防手段和药物治疗，并将需要接受进一步治疗的患者转送镇级或社区卫生服务中心。县级或区级医院通过城乡地区广大的医院网络，为最严重的患者提供专业治疗（中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。此外，国家特别注重培训医务人员。县级卫生主管部门挑选成千上万的“乡村医生”（即过去的赤脚医生），接受三至四个月的初级培训和额外的年度培训，以提高他们的医疗技术（Hsiao，1995 年）。

到了二十世纪八十年代初期，中国经历了许多发达国家常见的流行病学转变：传染性疾病大幅减少，有些传染病（如小儿麻痹症）几乎绝迹，而心脏病、癌症、中风等慢性病成了头号杀手（中国卫生部，2004 年）。1984 年，世界卫生组织表扬中国在为民众提供基本医疗服务方面取得了显著成就。

中国医疗卫生的改善成就归功于多种因素。政府强调以预防胜于治疗和传播卫生教育知识，作为公共卫生建设方针的重心。这两项政策对改善群众身体健康而言，被普遍认为是经济有效的方法。

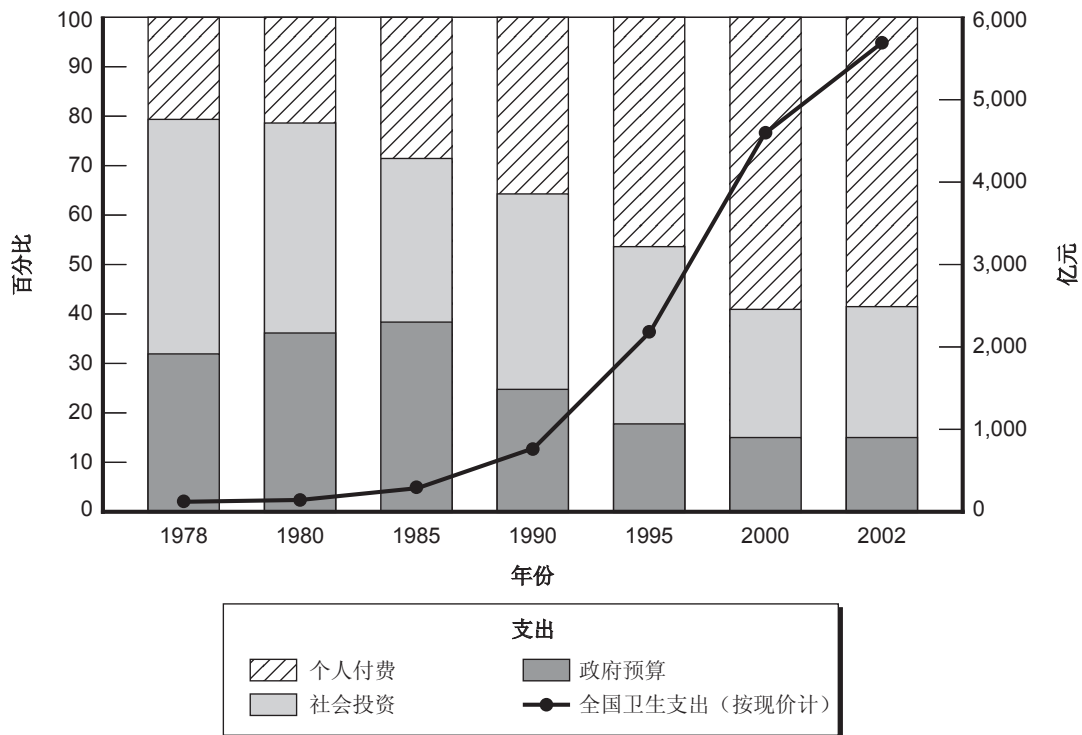
虽然在改善卫生条件和扩展医疗基础设施方面，计划经济时期取得了重大成就是个不争的事实，但这套卫生系统的功绩也许被高估了。首先，如前文所述，中国刚解放时的卫生条件极其糟糕，从这样的低起点改善卫生条件或许比较容易，因为几个迫切的需求可以轻易解决。其次，医疗并非影响健康的唯一因素。1950 年至 1990 年期间，中国的营养条件、卫生、教育、生活水平乃至文化都发生了巨大的变化（Hsiao，1995），这些变化可能极大地影响了卫生状况的改善。最后，集中的卫生系统在某些方面也许起到了作用，但其不足之处可能因为信息不通而被掩盖。例如，在四十年前，不公平现象并非一个大问题，部分原因是医疗资源普遍匮乏且较为同质化，还有人们难以了解医疗卫生存在不公平的情况，比如共产党的高级干部可以在专科医院优先接受治疗。

二十世纪八十年代初以来，中国经历了根本性的经济改革和社会转型。在此背景下，卫生系统以及许多其他的公共服务发生了不少变化，这些变化通常被描述成私有化。早在1980年，中国卫生部审时度势，建议私营诊所在严格监管下可以合法化。1985年，国务院发出通知，鼓励私人医生执业。（Lim、Yang、Zhang、Feng 等人，2004年）。

随后，中国高层决策者做出了多项重要决定，包括将部分医疗服务（虽然并非所有权）部分市场化和私有化。首先，中国大刀阔斧改革医疗卫生事业的融资结构，将中央政府承担的很大一部分经费转移给个人消费者。如图2.1所示，中央政府占国家医疗卫生支出的比例从1978年的32%降至2002年的15%，尽管这一时期政府医疗卫生支出的绝对金额仍然有所上升。与此同时，个人付费的比例从20%上升至58%（中国国务院发展研究中心课题组，2005年）。中央政府还把责任转移给省级政府和地方政府，由它们通过地方税收为医疗服务提供经费。（Blumenthal 和 Hsiao，2005年；Hesketh 和 Zhu，1997年）。

其次，政府对药品和诊疗程序施加了严格的价格管制，以控制个人的医疗费用和确保个人获得基础医疗服务，但却出现了意想不到的后果。其中包括催生黑市（向患

**图2.1**  
中国全国医疗卫生支出结构的变化



资料来源：中国国务院发展研究中心课题组数据（2005年），第二章，表1和表3。

RAND OP212-2.1

者收取的费用高于规定价格)、高利润的高技术服务供应过度 and 滥处方药 (Liu 和 Lu, 2000 年; Eggleston 和 Yip, 2004 年)。当前的中国医疗卫生支出, 估计有 52% 花费在药品上, 而全球平均水平仅为 15% (世界银行, 2004 年; Meng 等人, 2005 年)。结果, 虽然政府实施了价格管制, 但医疗费用却显著增长, 尤其是门诊和处方药的费用。

农村的卫生系统也发生了巨大的变化。1982 年以后, 农村的经济体制从公社化的集体经济转变为一家一户的个体经济。由于这一转变, 合作医疗制度也随之迅速瓦解, 因为它失去了筹集经费的制度基础 (中国国务院发展研究中心课题组, 2005 年)。1985 年的国家农村卫生服务调查显示, 只有 5% 的行政村仍然实施合作医疗制度, 而过去则高达 90% (Cai, 1998 年)。由于中国农民无法分担医疗开支的风险, 9 亿农村人口 (大部分并不富裕) 实际上没有任何保险。与此同时, 下岗的赤脚医生被迫转为私人医生, 开始在不受监管和缺乏继续培训的情况下行医, 而他们的兴趣也从提供公共服务变成赚取利润 (Blumenthal 和 Hsiao, 2005 年)。农村地区的药品价格和销量很快呈现爆炸式增长, 因为先前的赤脚医生和私人诊所发现, 卖药是发财致富的捷径 (Bloom 和 Gu, 1997 年)。

2003 年年底, 中国卫生部对 190,000 名城乡居民开展一项调查, 发现城市和农村分别有 36% 和 39% 的患者因为付不起费用而不去就医。中国政府的数据表明, 2000 年至 2003 年期间, 医院接诊患者的数量减少了 5%, 但同期的利润却大增 70% (Yu, 2006 年; Markus, 2004; Lim, 2006 年)。另外, 虽然中国传染性疾病的总体发病率持续下降, 但肝炎、肺结核和血吸虫病等部分接触性传染病有抬头的趋势, 而艾滋病等部分地方性流行病在某些地区有蔓延的趋势, 特别是在经济欠发达的农村地区 (中国国务院发展研究中心课题组, 2005 年)。

中国领导人已经意识到这些始料未及的后果和公众的不满情绪, 正在酝酿新一轮的医疗改革, 政府已经提出一项社会医疗保险制度, 其中包括城乡两部分的保险,<sup>2</sup> 但迄今为止尚未公布正式计划。

## 印度卫生系统的演变

印度现行的卫生政策起源于 1947 年独立伊始的国家建设活动, 体现在印度政府 1946 年《卫生调查与发展委员会报告》(一般称为《波尔委员会报告》) 的理念中 (Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar, 2001 年; Peters 等人, 2002 年)。这份报告的结论是, 印度落后的卫生状况是由于卫生条件恶劣、营养不良、缺乏医疗机构、以及缺

---

<sup>2</sup> 医疗保险个人账户是城市部分的实例。

乏卫生教育造成的。委员会提出了全面的建议，包括将医务人员纳入公共支薪编制，以及抑制人们对私人医生的需求，同时还强调预防手段和传染病的威胁。此外，建议还包括在区级建立三级卫生系统的基础计划，为城乡居民提供防治兼具的医疗服务。虽然当时这些建议大多没有得到实施，但是该报告有助于促发日后的医疗改革（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar，2001 年）。1949 年以后，印度的决策者加大了对医疗卫生服务的投资力度。

波尔委员会确立了一项原则，即获得基础医疗服务是所有人的基本权利，无关个人的社会经济状况。因此，基础医疗被确立为国家卫生系统的根基。与中国一样，印度中央政府承认人民有接受医疗的权利，以及优先发展公共医疗服务意义重大。但是，印度政府从来没有打算取缔私营医疗卫生服务。印度之所以重点发展公营部门，部分原因是国家独立伊始，私营部门很少提供西医服务（Peters 等人，2002 年）。印度也建立了类似中国的三级卫生系统，理论上可以为全体农村居民提供医疗卫生保障。最低一级的是初级卫生中心，提供基本的医疗护理、疾病预防和卫生教育。往上是中级卫生中心，提供公共医疗卫生服务。最高一级是社区中心和区级医院，提供专科服务。截至二十世纪八十年代末，已建立起广泛的医疗服务基础设施，受过培训的医务人员大幅增加：1980 年至 1990 年期间，初级卫生中心的数目从大约 5,500 间增加至 20,536 间，增幅超过两倍，而医生人数增加了超过 100,000 人（Qadeer，2000 年）。

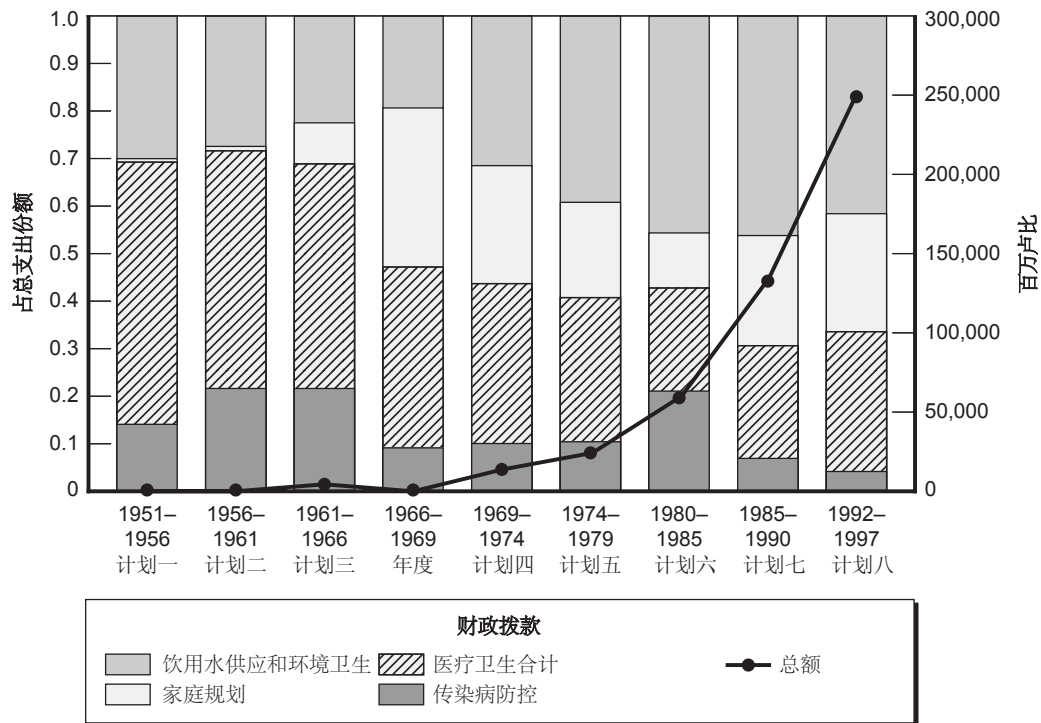
根据宪法，印度的中央政府负责制定政策、提供国家战略框架、财务资源和医疗教育，而邦政府承担大部分的医疗服务责任（Qadeer，2000 年）。受波尔委员会报告和《阿拉木图宣言》——到 2000 年实现人人享有卫生保健（世界卫生组织和联合国儿童基金会，1978 年）的影响，1983 年的《国家卫生政策》支持以分散管理式基层卫生服务为基础，建立稳健的全国公共卫生服务系统。但实际上，邦政府艰难维持和管理医疗设施，在防控疾病方面逐渐依赖中央政府提供财政和项目支持（Peters、Rao 和 Fryatt，2003 年）。举例来说，虽然目前邦政府提供 75% 至 90% 的医疗卫生公共经费，但其中大部分都用在工资和薪金上，药品和设备等非薪资项目只能依靠中央政府拨款（Selvaraju，2000 年）。与中国一样，印度通过五年规划过程来确定国家目标和优先任务，此举加深了邦政府对中央政府的依赖，并将自上而下的决策过程制度化，当中涉及：确立优先任务；推行统一资助的纵向疾病控制项目；以及制定医疗卫生人员和设施发展规划（世界银行，1997 年；Peters、Rao 和 Fryatt，2003 年）。

二十世纪八十年代以来，多股力量推动了印度卫生系统的变化。Qadeer（2000 年）指出，新兴的中产阶级和私人医生，与国际社会的捐助机构一道推动了卫生系统的私有化。中产阶级游说政府建立“高科技医院”，提供符合国际标准的医疗卫生服



务；私人医生得益于政府对医学教育的补贴，并对当局施加压力，要求放宽医疗卫生的监管。国际货币基金组织和世界银行等国际捐助机构，在支持改革方面扮演了重要角色，改革措施包括削减对公营医疗系统的投资、鼓励私营部门发展、以及在公立医院引入用户收费和私人投资。结果，初级卫生中心在二十世纪九十年代遭遇了严重挫折，传染病防控项目的经费减少，导致其服务范围缩减，并将重心转向家庭规划（Qadeer, 2000 年）。图 2.2 说明了这种影响，显示了二十世纪五十年代至九十年代医疗卫生和相关投资的转变。医疗卫生的直接投资总额，以及饮用水供应和环境卫生的相关投资均有增长。家庭规划的专项投资占总额比例从不足 1% 上升至 26%。同时，传染病防控的支出从 17% 下降至 4%。尽管有些传染病已经被根除，例如，天花和麦地那龙线虫病分别在二十世纪七十年代和九十年代被根除，但可通过疫苗预防的疾病所造成的全国残疾调整生命年损失，其比例估计仍然高达 7%。艾滋病等新兴传染病迅速蔓延，而肺结核和疟疾等一度被认为已得到控制的传染病又死灰复燃，成为更严峻的公共卫生问题（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar, 2001 年）。

**图 2.2**  
1951年至1997年期间印度卫生部门的财政拨款



资料来源：Qadeer（2000 年）的数据，表 2。

RAND OP212-2.2

## 总结

纵观中印两国卫生系统的演变，可以发现一些相似的模式和显著的差异。我们在表 2.1 中总结了两国重要的历史进程和里程碑。虽然中国和印度面临着迥异的人口发展和医疗卫生挑战，但是自二十世纪四十年代后期以来都取得了巨大的进步。然而，中印两国社会阶层和地理区域之间的不公平现象持续加剧，对定制医疗卫生服务的需求也日益增长。这一需求加上私营部门的商业利益，推动发展重心从公共卫生转向个人护理，从预防转向治疗。同时，公共卫生获得的关注和投资减少，特别是传染病的预防，导致了部分疾病死灰复燃，医疗不公现象持续蔓延。

这部分追本溯源的回顾，旨在让读者更好地了解中印两国卫生系统是如何演变成现行状态的。在接下来的三个章节，我们将从当前整体表现、中期成果和政策杠杆等三方面，讨论和比较两国现有的卫生系统。

**表2.1**  
**中印两国卫生系统的历史进程**

时期	指标	中国	印度
二十世纪四十年代后期 至八十年代初期	战略或政策	偏重预防为主和卫生教育	偏重治疗
	医疗卫生服务单位	完全公有；农村实行合作医疗制度；建立了三级卫生系统	公私并存；建立了三级卫生系统
	医疗卫生成果	重大	一般
二十世纪八十年代初期 至二十一世纪初期	疾病趋势	慢性病取代传染病成为头号杀手；人口老龄化	传染病仍是头号杀手；艾滋病猖獗
	医疗卫生服务单位	合作医疗制度瓦解；私有化兴起	进一步私有化；初级卫生中心遭受挫折
二十一世纪初期至今	政策环境	卫生系统改革	没有明确的行动



## 在实现最终目标上的整体表现

2000年，世界卫生组织发表题为《2000年世界卫生报告——卫生系统：改进绩效》的报告，认为卫生系统应具备三大基本目标：

- 改善所服务人群的健康
- 响应人民的期望
- 为治病成本提供财务保障

本章将比较中国与印度在实现这些目标上的表现。

### 卫生状况

#### 关键卫生指标

总体来说，中国人的寿命和健康状况都优于印度人（参见表 3.1）。世界卫生组织的统计数据显示，2004年在印度出生的女性的预期寿命为63岁，而中国则为74岁；在印度出生的男性的预期寿命为61岁，而中国则为70岁。两国女性预期寿命的差异要大于男性，这部分是因为印度产妇死亡率是中国的十倍。另外，印度儿童和成人的死亡率均高于中国。

表3.1

关键卫生指标

国家	2004年预期寿命(岁)			2004年死亡率 <sup>a</sup>						2000年产妇死亡率 <sup>b</sup>	1999年低出生体重率 <sup>c</sup>
				≤1岁		<5岁		15岁至60岁			
	男女	男	女	男女	男女	男	女	男	女		
中国	72	70	74	27	31	27	36	158	99	56	6
印度	62	61	63	58	85	81	89	275	202	540	30

附注：

<sup>a</sup> 每1,000人。

<sup>b</sup> 每100,000名产妇。

<sup>c</sup> 每100名新生婴儿。

印度婴儿的健康状况不佳。2004年，估计印度有30%的新生婴儿体重过低（出生时体重低于2,500克），而中国则只有6%。印度每1,000名新生婴儿中有58名在一周岁前死亡，而中国的这项数字仅为27名。<sup>1</sup>

### 其他重要卫生指标

除了预期寿命和死亡率，中印两国的其他重要卫生指标也存在显著差异。例如，印度死于传染病的人数更多。表3.2概括了2000年两国按死因划分的死亡率。在中国，非传染病在所有死因中占77%。死于心脏病、慢性阻塞性肺病和癌症的人数大约占总死亡人数的67%。在各种传染病中，只有下呼吸道感染、乙肝病毒感染、肺结核和围产期病症所导致的死亡率相对较高。而在印度，死于传染病和非传染病的人数在总死亡人数中各占40%以上。与中国相比，印度艾滋病、腹泻疾病、呼吸道感染和围产期病

**表3.2**  
按死因划分的死亡率

死因	死亡人数 (每 100,000 人)	
	中国	印度
所有死因	701.5	988.8
不确定下限	669.0	950.8
不确定上限	731.7	1,017.4
传染性疾病、孕产妇疾病、围产期病症和营养不良	83.7	401.9
传染病和寄生虫病	39.0	197.3
肺结核	20.8	34.8
性病，不包括艾滋病	0.0	4.6
艾滋病	3.3	34.4
腹泻疾病	8.3	43.5
儿童群发性疾病	1.6	27.4
脑膜炎	0.6	5.1
乙型肝炎	1.5	2.2
丙型肝炎	0.6	0.9
疟疾	0.0	0.9

<sup>1</sup> 请注意，根据2004年的一项估算，中国和印度的女童死亡率均高于男童，与世界其他国家男童死亡率高于女童的情况不同。在中国，5岁以下女童的死亡风险要比男童高出33%。一般认为，这些不平等状况的成因是“男童在家庭卫生保健和营养方面得到优待”（世界卫生组织，2006年）。

表3.2—续

死因	死亡人数 (每 100,000 人)	
	中国	印度
呼吸道感染	22.4	107.0
孕产妇疾病	0.8	12.7
围产期病症	20.9	72.6
营养不良	0.6	12.3
非传染病	541.4	486.9
恶性肿瘤	133.5	71.0
其他肿瘤	1.2	1.2
糖尿病	9.6	14.9
内分泌紊乱	2.4	1.5
神经精神疾病	8.0	17.4
感觉器官疾病	不适用	0.1
心血管疾病	230.5	267.7
呼吸道疾病	110.0	58.1
消化系统疾病	27.9	32.6
泌尿生殖系统疾病	10.7	11.2
皮肤病	不适用	0.7
肌肉骨骼系统疾病	1.0	0.7
先天性异常	6.6	9.9
口腔疾病	不适用	0.0
伤害	76.3	100.0
意外伤害	52.3	76.2
故意伤害	24.0	23.8

资料来源：世界卫生组织，2004年。

症导致的死亡率更高，但癌症和呼吸道疾病的死亡率较低(世界卫生组织，2004年)。

至于个别疾病的流行情况，艾滋病在亚洲迅速蔓延。2003年，中国估计有650,000名艾滋病毒感染者。印度是除南非以外艾滋病毒感染者最多的国家，2005年感染人数达570万人。2000年，印度的肺结核新病例数估计为1,856,000例，而中国则为1,365,000例。印度2004年报告的疟疾病例数约为650,000例，较1997年下降45%。中国2003年只发现了75,000例疟疾病例。而肥胖症和超重问题在两个国家均日

益严峻。据中国 2002 年的全国调查显示，7.1% 的中国成年人患有肥胖症，22.8% 的人超重。印度贫民区男性和女性的肥胖率分别为 1% 和 4%；中产阶级的这一数字分别是 32.3% 和 50% (Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar, 2001 年)。糖尿病在两国颇为盛行，特别是在印度更加严重：截至 2000 年，印度有 3% 的人口患有糖尿病，高于 2.8% 的估计全球患病率 (Wild 等人, 2004 年)。预计至 2030 年，印度糖尿病患者将达到约 8,000 万人。2000 年，中国大约有 2,100 万糖尿病患者，到 2030 年这个数字将会翻番 (Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar, 2001 年)。两国的糖尿病患者总数合计已超过美国 (Wild 等人, 2004 年)。

综上所述，印度的卫生状况要逊于中国。有关差异主要是由于传染病等可通过有效卫生政策解决的原因所致。

## 财务风险保障

卫生条件不佳会影响个人的身心健康状态。大量研究表明，卫生条件不佳还会通过多种途径加剧贫困和减低物质福利，包括高额医疗开支、劳动能力下降和丧失生产力 (Liu、Rao 和 Hsiao, 2003 年)。世界卫生组织认为，卫生系统最重要的目标之一，是分担和降低整个社会的风险 (世界卫生组织, 2000 年)。

遗憾的是，中印两国卫生系统针对财务风险所提供的保障不多。在中国，医疗开支已成为暂时性（相对于长期性来说）贫困的重要成因<sup>2</sup>，使生活在贫困线以下的农村家庭户数增加 44% (Liu、Rao 和 Hsiao, 2003 年；Liu 和 Rao, 2006 年)。在中国贫困地区随机选择 30 个县开展的研究显示，为了支付医疗服务，25% 的受访家庭必须举债，而 6% 的家庭必须变卖财产 (Hsiao 和 Liu, 1996 年)。许多其他的家庭支出，如食物、学费和农务开支都被这项高消费所挤占 (Wang、Zhang 和 Hsiao, 2006 年)。

在印度也观察到类似的证据。2004 年，印度穷人将 40% 的收入花在医疗卫生上；而富人大约为 2.4% (Varatharajan、Thankappan 和 Sabeena, 2004 年)。研究发现，医疗开支是致贫的三大主因之一 (Krishna, 2004 年)。17% 至 34% 的住院患者由于医疗费用而陷入贫困 (Peters 等人, 2002 年)。

由于中国和印度都缺乏完善的医疗保险计划，医疗卫生成本变成沉重负担也就不足为奇了。有几项因素导致这个负担日趋沉重。首先，缺乏负担得起的医疗卫生服务，让人们推迟接受预防和其他必要的服务。结果，一旦他们确实需要治疗时，病情一般更为严重，花销也更大。其次，对于求医者来说，医生诱导其滥用医疗服务也会加重其财务负担。

---

<sup>2</sup> 暂时性穷人指暂时陷入贫困的人。

## 消费者满意度

世界卫生组织 2000 年的报告也指出，卫生系统的基本目标之一是响应消费者的期望：

尤其，人们有权期望卫生系统以尊重个人尊严的方式对待他们……他们的需求应该得到迅速响应，无需苦苦等候诊疗服务——不仅是为了改善健康，更是为了尊重人们的时间价值和减少他们的焦虑。患者通常还希望个人信息得到保密，并且在个人健康方面自主选择，包括就医地点和医生。

尽管消费者满意度十分重要，但中印两国并未对此开展广泛研究。2001 年，有人对中国三个省份的患者做了一项调查。选定省份代表了经济发展的不同阶段。调查显示，对公营医疗单位的普遍不满（主要由于用户付费较高和员工态度恶劣），促使患者向监管不善的单位寻求低价低质的服务（Lim、Yang、Zhang、Feng 等人，2004 年）。另一项对某个人口大省十间医院患者的调查显示，患者对医院环境表示满意，但对医院改善医患关系和确保患者知情的能力甚为不满（Liu 和 Lu，2000 年）。

1999 年，在印度安得拉邦 25 间公立医院开展的患者满意度调查显示，患者关切的主要问题包括医院员工腐败，缺乏饮用水供应和风扇等公共设施，厕所保养不善，普遍的环境清洁问题，以及院方缺乏良好的沟通和人际交往技能（Mahapatra, Srilatha 和 Sridhar, 2001 年）。

中国和印度缺乏患者满意度数据，意味着两国应该把患者满意度视为医疗服务质量的衡量标准，但是他们却没有这样做。





## 中期成果：就医机会、质量和效率

---

在第三章，我们讨论了目前中印两国卫生系统在实现最终目标上的整体表现。本章将讨论导致卫生系统整体表现的中期成果（即就医机会、质量和效率）。虽然中期成果可以影响卫生系统的最终成果，但它们“只是中期和局部的成果”（Hsiao, 2003 年）。

### 就医机会

就医机会在本文中定义为有效供应，它衡量人们克服获取医疗卫生服务的障碍（例如，身体、财务、时间、以及服务供给障碍）的难易程度（Roberts 等人，2004 年）。虽然中国和印度都明确承认基础医疗卫生服务是一项基本权利，但过去十年来，两国的基础医疗卫生服务供应一直在减少。

中国的就医机会大不如前。由于服务重心已从预防转向治疗，许多公共卫生服务（如免疫接种和其他预防传染病的服务）不再免费提供。中国卫生部开展的一项调查显示，80% 的公共卫生服务执行比例要低于卫生部设定的目标，而三分之一的服务项目更不足目标比率的一半（中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。

另外，种种迹象显示，中国医疗卫生服务的不公平现象正在扩大。特别是经验证据表明，在城乡居民之间，就医成本和机会的差距越来越大。1994 年的一项调查显示，与农村居民相比，大城市居民可享受到更好的健康保险和卫生设施（Shi, 1996 年）。1980 年至 1989 年期间，镇级诊所的数目减少了 14%，而农村地区活跃基层医务人员的人数则减少了 36%（Liu, 2004 年）。相比之下，城市大医院的数目增长了 56%，从 1980 年的 9,478 间增加至 1995 年的 14,771 间。与此同时，1980 年至 1989 年期间，城市设施所聚集的卫生技术人员大幅增加 235%（中国卫生部，1994 年；中国卫生部，1995 年；Liu、Hsiao 和 Eggleston, 1999 年）。此外，据 1993 年的全国调查显示，59% 的农村患者因为付不起费用而拒绝住院，而城市居民的这一比例则为 40%（中国卫生部，1994 年；Liu、Hsiao 和 Eggleston, 1999 年）。至于实际就医机会，1989 年至

1997年期间，居民与最近诊所的距离平均来看略有缩减（约0.5公里），在较贫困的乡村缩减幅度最大（Akin、Dow和Lance，2005年）。

印度也同样面临服务供应的挑战。2005年，各级卫生设施严重不足：中级卫生中心和初级卫生中心比需求数量少10%，而社区卫生服务中心则比需求数量少50%（Datar、Mukherji和Sood，2007年）。交通不便可能是个严重的障碍，因为初级卫生中心或社区卫生服务中心与邦医院之间并无频密的常规交通服务，而私营交通服务则价格昂贵（Ramani和Dileep，2005年）。虽然印度城乡之间的服务供应也不平等，但差距看来要小于中国。以印度儿童免疫接种服务为例，最少接种一种疫苗的城乡儿童差距从18%收窄至12%。但是，居住在缺乏卫生设施的村庄的儿童所占比例从43%上升至47%（Datar、Mukherji和Sood，2007年）。由于几乎80%的卫生服务开支由患者现金支付，财务障碍制约着农村居民和城市贫民求医（Ramani和Dileep，2005）。

综上所述，中国和印度的就医机会均不理想。消费者承受过重的卫生保健成本负担，并常常因为付不起费用而失去就医机会。种种迹象显示，中印两国就医机会的不公平现象不断加剧，尤以中国为甚。两国均已就提供基础公共卫生服务（包括免疫接种）设立了远大目标，但尚未实现。

## 质量

例行质量评价和评估是卫生系统的重要部分。然而，中国和印度缺乏开展例行质量评估所需的国家或地区结构。在中国，即使进行评估，有时数据并不可靠（Koplan、Xingzhu和Haichao，2005年）。

中印两国都普遍存在以下问题：(1) 主要公共卫生服务使用不足，及(2) 由供应诱导的滥用新技术现象。大量研究显示，中国存在滥用昂贵技术和药品（特别是抗菌药品）的问题。这不仅会增加医疗成本，而且可能会对患者的健康造成负面影响。举例来说，Meng等人（2005年）通过检查医院记录发现，医生趋向于开列价格更高的新上市药品；在15种最常用药品的费用中，仅有13%花费在被认为安全有效的药品上。Liu和Mills（2005年）检查了阑尾炎和肺炎患者的详细记录，发现超过三分之一的医药开支是不必要的。2000年，一项调查中国医院抗生素使用情况的研究发现，多达80%的住院患者使用抗生素，远高于国际平均水平（中国国务院发展研究中心课题组，2005年）。

印度同样存在过度用药和实施不必要干预的问题。例如，现金支付的医疗支出中有52%用于支付医药和诊疗费用，住院支出则为71%（Whitehead、Dahlgren和Evans，2001年），而全球平均水平仅为15%（世界银行，2004年；Meng等人，2005年）。另外，公营部门提供的服务一再受到诟病，而私营部门提供的服务经常是良莠不齐，需要加大监管力度（Bhatia和Cleland，2004年；Mills等人，2002年）。一项针

对女性门诊患者接受医疗服务的分析发现，在诊断全面性方面，私营单位提供更好的诊疗和医患沟通服务，但却过度用药（Bhatia 和 Cleland，2004 年）。

综上所述，种种证据表明，供应诱导的药品及医疗程序滥用是一个严重问题，两国的卫生系统需要纳入系统性医疗服务质量评估和控制。

## 效率

卫生系统的效率是依据系统以最低成本改善整体人口卫生状况的程度衡量。效率分为两类：技术效率指以最低成本按“正确方式”产生成果；分配效率指产生“正确成果”来使集体得益最大化（Roberts 等人，2004 年）。

然而实际上，卫生系统的效率难以衡量，中印两国系统效率的证据也为数不多。少数证据显示，由于国家机构的权利分散化和官僚作风，两国均存在技术效率低下的问题，参见第三章。中国的一个具体例子是，设立了多个等同美国疾病控制与预防中心的机构。为了加强疾病监测，各级政府在二十世纪九十年代后期分别各自设立等同疾控中心的机构。但是，这些疾控中心却没有明确的职责作为指导，也没有明确的政策规定它们之间的相互关系。结果，某些地方和省级疾控中心企图建立自己的“全国性”能力（Koplan、Xingzhu 和 Haichao，2005 年）。印度的一个具体例子是，横向卫生服务（即常规卫生服务）与纵向控制计划（即小儿麻痹症根除计划等特定的疾病控制计划）脱节。研究人员认为，虽然纵向控制项目有所助益，可以在短期内减轻特定疾病负担，但却经常会导致常规的基础医疗卫生服务受到干扰（Devadasan、Boelaert 等人，2007 年）。遗憾的是，由于缺乏证据，我们无法给中印两国卫生系统的效率下结论。



诚如第一章所述，我们采纳了一个分析框架，将卫生系统分为政策杠杆、中期成果和最终目标。在第三章和第四章，我们比较了中印两国卫生系统的整体和中期表现；本章将深入讨论两国使用的政策杠杆如何导致国家卫生系统的当前表现。

以下五个因素左右着卫生系统的最终表现，并可以受到政策的影响：融资、支付和医疗卫生服务的组织；监管；以及消费者行为。

### 融资

融资是指调配资源为卫生活动提供资金的机制。<sup>1</sup> 融资对卫生系统的表现有着最重大、最直接的影响（Roberts 等人，2004 年）。除了外部援助和捐赠以外，通过任何类型的直接或间接融资机制在国内筹集的资金均来自国民。2003 年，外部援助和捐赠约占印度医疗卫生总支出的 1.6%，约占中国医疗卫生总支出的 0.1%（世界卫生组织，2006 年）。

### 整体支出

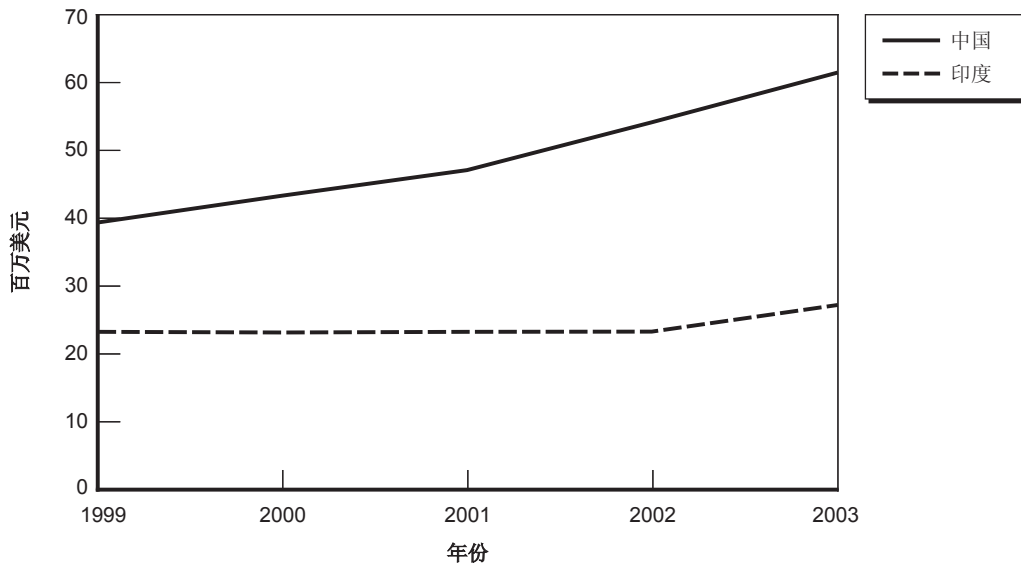
医疗卫生事业通常使用下列方法融资：一般收入、社会保险、私人保险、社区经费、以及个人现金支付。近期的研究也表明，非正式收费（现金或实物）在发展中国家是一种重要但经常被忽视的医疗卫生融资来源（Lewis，2007 年）。虽然多数国家都结合使用各种融资方法为医疗卫生事业提供资金，但国家选择的主要融资方法决定了 (1) 可用于医疗卫生事业的资金数额，(2) 资源由谁控制，及 (3) 财务负担由谁负责（Hsiao，2003 年）。

2003 年，印度有 4.8% 的国内生产总值用于医疗卫生支出，这一数字略低于中国的 5.6%。但是，按平均汇率换算成人均总支出后，中国居民的医疗卫生支出平均为 61 美元，而印度则为 27 美元。如图 5.1 所示，1999 年至 2003 年期间，中国的人均总支出稳步增长，而印度的人均总支出则保持稳定。

---

<sup>1</sup> 资金一旦筹集完毕，如何支出或分配成为一个支付问题。

**图 5.1**  
人均医疗卫生总支出(美元)



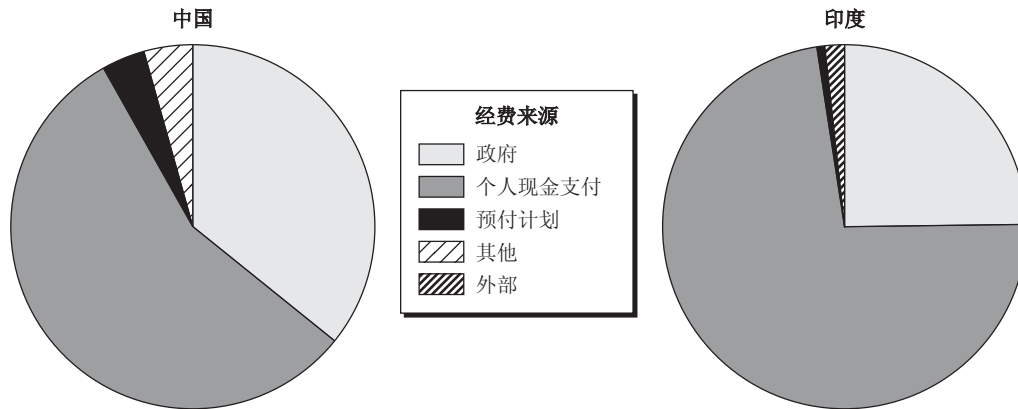
资料来源：世界卫生组织（2006年）。  
RAND OP212-5.1

与其他发展中国家相比，中国和印度在 2003 年的医疗卫生支出占国内生产总值的比例较低：墨西哥为 6.2%，巴西和哥伦比亚为 7.6%，捷克共和国为 7.5%。当然，与发达国家相比就更低了。例如，美国的人均支出（5,711 美元）远高于中国和印度。但是，很难确定一个国家的医疗卫生支出应当是多少，而以其他国家作为基准也不见得很明智（Savodoff, 2007 年）。举例来说，类似的医疗卫生支出未必能在不同国家产生相同的卫生状况；流行病状况和卫生投入的成效等因素，在不同国家也许大相径庭（Savodoff, 2007 年）。另外，官方公布的国内生产总值和医疗卫生支出统计数据，未必能够可靠地衡量真实收支情况，因为发展中国家往往会存在大规模的地下经济（即未记录的合法收入和非法活动所得）。例如，据 Schneider 和 Enste（2002 年）估计，墨西哥的地下经济总规模超过该国官方公布国内生产总值的 50%，而日本等高收入国家的地下经济总规模不足官方公布国内生产总值的 10%（Schneider 和 Enste, 2002 年；Roberts 等人, 2004 年）。

### 融资结构

因此，检查卫生系统的融资结构可能更有意义。在这方面，中国与印度有着很多相似的地方。如图 5.2 所示，2005 年，两国医疗卫生个人付费总支出的比例都非常高，中国为 56%，而印度为 73%。一般政府支出构成第二大融资来源，中国为 36%，而印度为 25%。其他的融资来源，包括预付计划、其他私人资金和外部援助、等等，占中国医疗卫生总支出的比例不足 8%，而印度大约为 2%。在多数发展中国家，医疗卫生服

图 5.2  
2005年中印两国医疗卫生事业的融资结构



资料来源：世界卫生组织（2006年）。  
RAND OP212-5.2

务由个人现金支付的比例普遍较高，介于 50% 至 60%；而依据 2004 年的数据，美国（13%）和英国（10%）的比例则低得多（Pauly 等人，2006 年）。然而，值得注意的是，较低的个人现金支付比例不仅限于富裕国家的居民。某些发展中国家的这一比例同样很低：2003 年，莫桑比克为 15%，泰国为 29%（世界卫生组织，2006 年）。此外，发展中国家个人现金支付比例偏高的现象，并不集中在最富裕的消费者，反而是分布在所有收入群体。因此，现金支付可能会消耗家庭的大部分收入（Wagstaff、Watanabe 和 van Doorslaer，2001 年；Pauly 等人，2006 年）。

在发展中国家，存在一种不太明显却很常见的医疗卫生融资来源，即非正式收费（在中国称为“红包”<sup>2</sup>，其他地方称为“台下付款”）。患者通过“非正式支付渠道”向医务人员提供这些实物或现金，意在打点应由卫生系统支付的服务（Lewis，2007 年）。这些钱帮助患者获得更好（或任何）医疗服务或者插队。非正式收费在中国和印度都十分普遍。根据各种数据来源，1992 年至 2002 年期间，估计印度有 26% 的居民曾为医疗服务支付非正式收费。中国有超过 70% 的住院患者给医务人员送红包，而门诊患者每次就医送出的红包平均为 140 元至 320 元（16 美元至 36 美元）（Lewis，2007 年；Ensor，2004 年；Bloom、Han 和 Li，2000 年）。另外，医务人员和医院经常收受医药公司的回扣，回扣形式包括现金、汽车、手机、款待、旅游、等等。虽然有关回扣数额的信息不多，但估计一间中等规模医院的回扣“收入”可媲美一般的政府补助（Bloom、Han 和 Li，2000 年）。在意料之中的是，医务人员基本不会报告非正式收费，而官方报告的现金支付也没有明确纳入此类非正式收费的比例。

<sup>2</sup> 红包一词源自于裹有礼品或现金的中国传统红色包裹。



### 保险的角色

与其他消费支出不同，医疗支出的时间和数额基本上是不可预测的，故而风险可能极高。现金支付的一个主要缺点是不能分担风险；这让穷人和患者承受更重的财务负担，经常会导致患者及其家庭破产。然而，风险分担却可以通过将保障患者的成本转移给只需付小额费用（即保费）的大量健康人身上，帮助人们有效地规避此类风险。风险分担是假定有许多不同风险水平的人参与其中，并且损失产生事件的相关度不高（Pauly 等人，2006 年）。

近年来，中国和印度的决策者侧重于利用私人或社会健康保险分担风险的潜力。两国以往主要依靠获得大量补贴的公营机构，这些机构具有国家卫生服务提供方的隐含保障。但是，与许多其他发展中国家一样，中国和印度寻求用正式的公共或私人保险计划来替换旧制度，并将买方（即保险公司）从提供方的角色中分隔开来，通过引入更多竞争降低成本。

过去十年，公共健康保险在中国扮演着重要的角色。1998 年，国务院制定了一项公共保险计划，旨在用正规的社会保险制度来替换以往接受巨额补贴的公共卫生服务。该制度由医疗储蓄账户和统筹基金组成，为全体城镇职工（包括公私企业员工）提供基础医疗福利。保险可用于支付基础门诊和住院医疗服务费用，以及不超过最高支付限额的大病开支（中共中央和中国国务院，1997 年；中国国务院，1998 年）。根据这项新制度，职工缴费比率为本人工资收入的 2%，而用人单位缴费比率为职工工资总额的 6%。截至 2003 年年底，医疗储蓄账户覆盖了 1.09 亿人，不到总劳动人口的四分之一。2003 年，社会风险分担基金不到国内生产总值的 1%（中国劳动和社会保障部，2004 年）。但是，这个新制度并不覆盖职工家属、失业人员或大部分的个体户。因此，1993 年至 2003 年期间，未参与健康保险的城镇居民比例从 27% 上升至 50%。另一方面，私人保险仍处于稀缺状态（Drechsler 和 Jütting，2005 年；中国卫生部，日期不详 [2003 年]）。

此外，因为合作医疗制度的瓦解，截至 2003 年将近 80% 的农村居民没有任何保险（中国卫生部，日期不详 [2003 年]）。中国政府最近宣布重新建立某种形式的社区健康保险，其特点是自愿参加、覆盖基本服务和重大疾病、而且保费低（但共付额高）。然而，研究发现，即使保费不高，也无助提振贫民的参保意愿，而偏高的共付额更让参与者不敢就医；因此，较富裕的农民从此类保险中获益更多（Wang 等人，2005 年）。

根据经济合作与发展组织（OECD）的报告，香港和印度是亚洲唯一没有强制性公共健康保险的中等收入国家或地区（Drechsler 和 Jütting，2005 年）。1999 年，印度议会通过了《保险监管和发展机构法案》，允许私营单位通过提供健康保险进入医疗卫生服务市场，并计划成立监督保险市场运作的监管机构（Mahal，2002 年）。尽管有人预测印度私人健康保险市场具有巨大的发展潜力（Sekhri 和 Savedoff，2005 年；Drechsler 和 Jütting，2005 年），但私人保险在总体融资来源中的占比仍然很小：大约

占印度医疗卫生总支出的 1%，2003 年只有约 3% 的印度人获得私人预付计划保障（世界卫生组织，2006 年；Devadasan、Ranson 等人，2006 年）。

虽然印度尚未明确公共或社会保险的发展日程，但印度的全国农村健康计划提出，通过补贴穷人保费来支持建立社区健康保险计划（Mathur，2005 年）。一些非政府组织发起多项社区健康保险计划试验，旨在减轻穷人的负担，但大部分试验均须依赖外部资源才能持续运作（Devadasan 等人，2006 年）。曾有两项研究评估了印度农村和贫困居民支付健康保险的意愿。Dror、Radermacher 和 Koren（2007 年）报告称，30% 的穷人愿意用最多 2% 的家庭年收入来支付健康保险的保费。在另一项研究中，Dror 等人（2007 年）发现，受访的穷人（大部分是文盲）中有 73% 愿意选择某种保险方案，而只有 27% 的人决定不买保险。这些正面的研究结果证明，社区健康保险计划也许可以作为筹集医疗服务经费的政策选择。

综上所述，中国和印度都严重依赖个人现金支付为医疗卫生事业提供资金。两国都面临着减轻医疗成本负担和风险挑战。中国的政策重心是依赖社会或公共保险机制来减轻负担。相比之下，印度则把赌注压在新推出的私人小型健康保险政策，借此降低穷人在医疗卫生方面的财务风险。两国究竟采纳什么样的政策，以及是否能够取得成功，仍有待观察。

## 支付

支付是指筹集到的资金如何开销，包括三个方面：向谁支付、为什么支付、以及支付多少。支付是任何一个卫生系统的基本组成部分，因为“这些 [ 支付 ] 决定将提供强大动力，影响着卫生系统中所有组织和个人的行动”（Roberts 等人，2004 年）。

在中印两国，按服务收费是最主要的支付模式。按照这个模式，医疗卫生服务单位一般按每次提供的服务（例如，问诊、注射、或化验）收取费用；因此，医疗卫生服务单位有促使滥用服务的动机，导致了成本增加（Barnum、Kutzin 和 Saxenian，1995 年；Yip 和 Eggleston，2001 年）。

按服务收费是印度最主要的支付模式。虽然印度制定了为人民提供廉价的公共医疗服务的目标，但却只有 0.9% 的国内生产总值用于公营卫生项目，公立卫生设施经常出现人手不足而病人满为患（Mullan，2006 年）。因此，不论收入水平如何，大部分患者都选择按服务收费的私人医生，现金支付费用，而不使用公营部门提供的“免费”服务（Mahal，2003 年）。1999 年的调查显示，70% 的私营单位按服务收费，其中大部分表示医疗协会对价格的制定影响不大，只有 11% 的私营单位会根据医疗协会的指导价收费（Bhat，1999 年）。滥用按服务收费模式的后果之一，是治疗医学和专科化对

医疗机构来说更有价值，家庭医学作为一门学科已经“濒临消亡”（Mullan, 2006 年）。

为了控制成本并保证人人都获得基础医疗服务，中国建立了独特的按服务收费支付模式，其扭曲的定价制度让政府能够设定服务、程序和药品的价格。平心而论，服务提供方与支付方之间的紧张关系，是自然产生的结果并具有普遍性，服务提供方希望收取尽可能多的费用，而支付方则希望付出尽可能少的费用。许多国家（包括美国在内）使用受政府管制的定价方式来确定医疗服务收费。例如，美国联邦医疗保险就使用大部分私营保险公司定价所用的费率表。在某些国家，服务提供方与支付方通过双边谈判达成互相接受的费率水平；然而在中国，医疗费率主要由政府决定，所以成本常常被故意低估。服务提供方和医院不能向患者收取高于定价的费用，而是由中央和地方政府来补贴收入缺口，缺口部分最高占医院营业收入的 60%（Yip 和 Eggleston, 2004 年）。但是，政府自二十世纪九十年代初期以来减少了承诺的补贴金额，医院和服务提供方被迫要赚取更多收入来填补缺口。他们发现，滥开高科技诊疗程序和不受定价制度管制的昂贵处方药，一定程度上可以填补财务缺口。如前文所述，服务提供方和医院还收受医药公司的回扣。因此，中国医疗卫生总支出的 52% 花费在药品上，而经合组织国家则为 10% 至 19%（世界银行，2004 年；Meng 等人，2005 年）。当有强烈的财务动机存在时，通常就会增加不必要的诊疗项目（Liu 和 Mills, 2005 年）。剖腹产手术在中国被滥用，部分地区剖腹产比率甚至达到 40% 至 50%（中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。相比之下，美国和加拿大的剖腹产比率仅为 25%（Anderson, 2004 年）。世界卫生组织曾估计，在正常情况下，剖腹产比率最高为 15%。由于没有确凿的科学证据表明剖腹产优于阴道分娩，中国剖腹产比率畸高的部分原因，据信是医生和医院所推动的供应诱导型需求，他们可能会误导产妇，刻意夸大剖腹产的好处（中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。

中国已经开展了多项支付改革试验。Yip 和 Eggleston（2004 年）发现，与按服务收费制度相比，海南省在 1997 年实行预付制度后，昂贵药品和高技术服务支出的增幅有所放缓。

综上所述，中国和印度都依赖按服务收费制度向医疗服务提供方支付。该制度诱发了医疗服务的滥用，加重了消费者的负担。在中国，这些问题由于受政府管制的定价程序而变本加厉，因为政府不会与服务提供方进行双边谈判。在印度，情况刚好相反，政府或行业协会对价格缺乏影响力。中印两国都面临改革支付制度的挑战，以求减少滥用服务的诱因并强调使用经济有效的医疗技术。通过改革节约下来的资金，可以转移到消费者身上，由此减少他们所承担的医疗卫生开支份额。

## 组织

组织是指组织提供医疗卫生服务的广义架构，包括所有权、市场竞争、权力下放（即把责任分配给各级政府）和垂直整合（即预防、初级、二级和三级服务提供方之间的协作）。组织和管理方式影响到提供服务的效率和质量（Hsiao, 2003 年）。

### 中国：公营单位主导

过去，中国完全依赖公立医疗卫生单位（例如，服务提供方、医院、融资机制）提供医疗服务。在 1982 年经济改革期间，中国再度允许私人医生执业。2000 年，中央政府颁布第一部关于非营利性和营利性医疗机构的法规（Liu 等人，2006 年）。如今，虽然中国整体经济由私营部门主导，但私营部门在医疗卫生领域的作用仍受到限制。截至 2002 年，中国的私人医生数量超过 200,000 人，在总共 520 万医疗卫生专业人员中大约占 4%，大部分的私人医生在农村地区。同年，私营医院所占的比例约为 12%（Liu 等人，2006 年）。2006 年，有美国公司收购了一间国营医院，并将其改造成一个会员专属保健组织（HMO），类似于加利福尼亚州的凯萨医疗集团（Kaiser Permanente）（Lee 和 Yi, 2006 年）。虽然现在有许多公立医院获准将管理服务外包出去（Lipson, 2004 年），但政府在处理医院所有权的时候十分谨慎，担心营利性医院可能会降低就医机会和效率。因此，中国现行的政策并不补贴私营医院，而且不宽免营利性医院的税收（Eggleston 和 Yip, 2004 年）。在这样的政策下，中国医疗卫生市场实际上由政府垄断：公立医院得益于多种政策优惠，如税收减免和收入补贴，而私营医院必须在缺乏这些优惠的情况下参与竞争。据 Eggleston 和 Yip（2004 年）预测，除非另有政策通过扩大保险来补贴医疗服务使用者，或者补贴为穷人和无医保人员提供服务的供应方，否则，在扭曲的按服务收费价格体系下为了争夺患者，将会减少（而非增加）那些付不起费用的人接受医疗服务的机会。显然，这是因为供应商会故意取消无利可图的基础服务。

鉴于中国是一个大国，而且主要依赖公营部门提供医疗卫生服务，自下而上的三级服务系统一度被认为能够非常有效地分散医疗卫生服务。在向大多数人（特别是农村居民）提供基础预防护理方面，这套系统的成效尚可。但是，根据中国国务院发展研究中心课题组的分析（2005 年），1990 年至 2002 年期间，中国对城市大医院的医疗卫生投资份额大幅增加，挤占了农村和社区诊所的资源。结果，城市医院人满为患，而低端诊所则门庭冷落。与此同时，政府对公共卫生（如防疫工作）的支出从 1990 年的 27% 降至 2001 年的不足 20%（中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。

### 印度：私营单位主导

尽管印度政府也在努力促进公共卫生服务，但与中国不同，它从未使用政治管制手段把私人医生拒之门外。相反，由于印度的公共卫生系统经费不足，医疗卫生服务的需求是由大量良莠不齐的私营服务提供方满足的，它们采用按服务收费的模式。私营部门如今主导着卫生系统：2002年，77.4%的医疗卫生支出用于私营卫生设施（De Costa和Diwan，2007年）。大约70%的医院为私营医院，60%至79%的合格医生在私营部门工作（Bhat，1996年；Ramani和Dileep，2005年；世界卫生组织，2006年）。根据De Costa和Diwan（2007年）的调查发现，2004年，在印度中央邦（一个很大但相对贫困的邦），24,807名合格医生中有18,757名（75.6%）在私营部门工作，其中80%在城市工作。

公营部门方面，印度已建立起类似中国的三级系统。初级卫生中心旨在提供基础医疗护理、疾病预防服务和卫生教育。但是，二十世纪九十年代初期以来，初级卫生中心传染病防控项目的经费一直在减少：传染病防控支出在1980年至1997年期间从20%降至4%。因此，初级卫生中心将其服务重心转向家庭规划为主（Qadeer，2000年）。鉴于这一趋势，研究人员认为，虽然在特定情况下，家庭规划和小儿麻痹症根除等纵向卫生项目仍然是必要的，但却导致一般医疗服务受到干扰（Devadasan、Boelaert等人，2007年）。

尽管私人医生的素质令人担忧，但公营和私营部门提供服务的质量缺乏直接和系统的比较方式。另一项影响医生供应的因素，是医科学生越来越倾向在私营部门工作；此外，不少医生移民到富裕国家。接近60,000名印度医生（相当于印度医生总数的10%）在美国、英国、加拿大或澳大利亚执业（Mullan，2006年）。

### 中国与印度的组织比较

通过比较中国与印度组织卫生服务的方式，可以得出一些有趣的见解。首先，两国在解放和独立伊始，都秉持公平思想重视提供基础医疗服务的公共卫生系统。这种公家提供医疗服务的模式在中国基本上取得了成功，但在印度则不然。在向居民提供基础医疗卫生服务方面，印度举步维艰。因此，从二十世纪五十年代到八十年代，中国在医疗卫生方面取得的进步比印度大得多。例如，世界卫生组织的统计数据显示，2003年出生的中国居民平均预期寿命比印度要长十岁。中国公营卫生系统为何如此有效还不太明确。这种差异一定程度上可能是因为在中国中央的控制力度更大。

二十世纪八十年代，中印两国都面临在提供医疗服务方面加大私营部门作用的压力。这一回，印度在平稳转型方面比中国更加成功。究其原因，与中国相比，印度在获得独立后没有消除私营部门。因此，私营部门逐步发展成熟，可以满足那些对公立医疗机构不满的居民日益增加的医疗卫生服务需求。但是，两国在向私营医疗服务模式转型的过程中也付出了一定代价。现如今，中印两国居民的财务负担和医疗需求的财务风险愈发沉重。另外，个人护理越来越受重视，而对公共卫生的关注则在减少。同

样，私营部门的动机在于提供治疗服务而非预防护理。对公共卫生（特别是预防传染病）的关注减少，可能是两国面临的最重要的新问题之一。

## 监管

监管是指政府强制对组织和个人施加全方位的法律约束（例如，法律、行政规定和委派专业机构颁布的指南）（Roberts 等人，2004 年）。<sup>3</sup> 监管对卫生系统的成功至关重要，因为“它可以通过实施卫生法规来降低感染疾病的机会、确保及时跟进处理健康危害和监控医疗服务产品的质量”（Das Gupta 和 Rani，2004 年）。

### 中国：严格监管

作为社会主义国家，中国通过法律、法规、行政规章和价格制定等方式，运用强制性的政治权力严格监管公共服务（包括医疗卫生）。但是，在 1998 年政府机构重组以后，监管和规划医疗卫生服务的权力大部分已下放到省级。在国家层面，这项权力由几个平级部门划分。卫生部提供一般政策指导，但执行政策的权力最小，因为它不直接提供医疗卫生经费或实施监管。决定中央政府医疗卫生和公务员保险预算的，是财政部。由于计划生育是中国的首要任务，计划生育委员会成为控制管理计划生育的强大机构（Hsiao，1995 年）。另外，1998 年以后，有两个新的机构进入卫生系统。国家质量监督检验检疫总局宣告成立，其职能是监管和监控口岸检疫。从卫生部拆分出来的国家食品药品监督管理局，负责审批健康相关产品和监管定价（中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。由于架构复杂，监管和执法权力分散，不同部委的政策经常互相冲突。2003 年严重急性呼吸系统综合症（SARS）的爆发，暴露出公共卫生系统的架构缺陷和沟通不畅（Liu，2004 年；Koplan、Xingzhu 和 Haichao，2005 年）。另外，中国缺乏一个监控卫生服务质量的制度（Hsiao，1995 年）。

最后，即使监管规定得到成功实施，也不一定总是能实现目标；有时候反而会带来意想不到的后果。例如，旨在治理医院和药品的价格管制政策无助于控制支出。经验证据显示，存在供应诱导的滥用问题（Liu 和 Lu，2000 年；Meng 等人，2005 年；中国国务院发展研究中心课题组，2005 年）。

---

<sup>3</sup> 请注意，根据 Roberts 等人（2004 年）给出的监管定义，保险公司对服务提供方施加的约束不视作监管，因为它们并非政府施加的法定规则，而是买卖双方商定的合同条款。”

### 印度：放任自流

根据印度宪法，政府对医疗卫生服务的责任分为三个目录，即联邦目录、邦目录和共同目录，据此订明中央政府和邦政府各自的责任。共同目录描述了各级政府分担的责任，包括预防传染病和家庭规划（Das Gupta 和 Rani, 2004 年）。一般来说，虽然公共卫生在印度被视为邦政府的事务，政策制定和项目设计则由中央政府负责。

在国家层面，在卫生和福利部的组织架构下设立有卫生部、家庭福利部、以及印度医学和顺势疗法系统部门。该组织架构一直被指效率低下。在世界银行对印度卫生部门高官进行的调查中，监管和执法是排在第二差的基础公共卫生职能（Das Gupta 和 Rani, 2004 年）。受访者对卫生和福利部在监督立法、执行法律法规、与邦政府合作等方面的能力深感忧虑。

对于私营医疗机构和保险公司，相对于中国的严格监管，印度政府则采纳了放任自流的政策。在没有任何形式的公共监管、强制注册、定期服务评价、质量控制甚至自我监督之下，私营部门的快速发展引发了各种担忧，其中大部分集中于服务质量（Qadeer, 2000 年；Ramani 和 Dileep, 2005 年）。尽管少数邦政府或地方政府颁布了私营医疗行业的监管规定，例如德里和孟买的《疗养院法案》，但大多数邦政府都没有此类立法或者没有全面实施现有的监管规定（Bhat, 1996 年）。另一方面，专业机构（如印度医学委员会）通过制定执业人员行为准则对医疗专业人员加以管理，可以影响到服务提供方的行为。但是，很多私营机构并不参加行业协会，因此未必会遵守协会指南（Bhat, 1996 年）。结果，当医学委员会发现某种药品或技术有害时，其不能有效阻止医生使用；个别医生在执业过程中可以自行选择（Qadeer, 2000 年）。另一个问题是医生移民到富裕国家：印度医生直接（如在公立医学院）或间接（如享受许多政府优惠政策的私立医学院）地接受公费教育，却没有关于监管医生移民的规定。

综上所述，中印两国都缺乏连贯的监管框架。中国缺乏对公共卫生系统的监管能力，而且因为架构缺陷和不同政府部门之间沟通不畅，这种局面还在加剧。印度对私营部门疏于监管，不论公营部门还是私营部门都存在执法不严的情况。

### 行为

除了正式监管外，政府和私营部门还有另一种实现卫生系统目标的有力手段：“通过广告、教育和传播信息影响人们的信念、期望、生活方式和偏好”（Hsiao, 2003 年）。毕竟，个人行为在促进健康方面发挥着显著的作用。Roberts 等人（2004 年）认为，应

当考虑将四类个人行为用作政策杠杆：求医行为、卫生职业行为、遵从医嘱行为、以及生活方式和预防行为。因为这些领域大多缺乏深入研究，我们将讨论重点放在改变生活方式和预防行为上。

在计划经济时期，中国政府经常发动群众运动和宣传活动，传播公共卫生知识和推广特定行为。例如，1952年，国务院正式成立了各行政层级的爱国卫生运动委员会，以提高重视公共卫生的意识、普及卫生知识、除四害和讲卫生（中国国务院发展研究中心课题组，2005年）。直到今天，简短易记的口号也经常被用作向广大群众宣传政策信息的一种方便有效的方式。宣传卫生活动和计划生育的巨幅路边广告牌（例如，写着“只生一个好”的广告牌）随处可见，尽管最近有一部分不顾群众感受的刺耳口号已被整治和取缔。

近年来，随着糖尿病和高血压等慢性病的患病率稳步上升，中国开展了一系列教育计划，倡导戒烟、锻炼身体和母乳喂养等健康行为（Wang 等人，2005年；Huang 等人，1994年）。还有一些活动传播艾滋病预防等以公共卫生为主题的信息。与此同时，私营部门开展的劝导工作（包括铺天盖地的药品广告），使人们担心潜在的供应诱导医疗需求和助长不健康的生活方式。<sup>4</sup>

印度也认识到卫生宣传的重要性。在国家层面，成立了新德里中央卫生教育局，通过传播信息、激励和协助人们接受和维持健康生活方式，为群众提供卫生教育（Das Gupta 和 Rani，2004年）。印度的卫生宣传计划具有多项优势，包括工作人员训练有素，以及学校课程涵盖卫生教育（Sharma，2005年）。

然而，与中国的教育制度相比，印度素来注重高等教育而忽视基础教育。因此，印度几乎40%的人为文盲（中国只有7%）。这样一来，通过印刷媒体传播卫生信息引发了不少争议（Sharma，2005年）。通常认为，民间媒体（即木偶戏、戏剧、讲故事和音乐）和视觉媒体（即电视节目、音乐剧和广告）更加有效。

一般来说，中印两国劝导工作的手段和效果尚未得到透彻研究，尽管有迹象显示，中国政府过去发起的卫生教育和宣传活动行之有效。

---

<sup>4</sup> 举例来说，虽然中国早在1992年就禁止了烟草广告，但烟草公司通过赞助文体活动规避了监管。



## 总结

为了概括本章所呈列的广泛证据和论述，并凸出中印两国的显著差别，表 5.1 显示了中国与印度的政策杠杆和各项指标。

**表5.1**  
中印两国卫生系统使用的政策杠杆

政策杠杆	指标	中国	印度
融资	人均医疗卫生总支出 (2003 年)	61 美元	27 美元
	医疗卫生总支出占国内生产总值的比例 (2003 年)	5.6	4.8
	个人现金支付占总医疗开支的比例 (2003 年)	56.0	73.0
	一般政府供款占总医疗开支的比例 (2003 年)	36.0	25.0
	健康保险组成	依赖公共保险	私人小型保险兴起
支付	按服务收费	主导；政府定价	主导；供应商定价
组织	公营部门占医疗服务提供总量的比例 (中国为 2002 年数据；印度为 2003 年数据)	96.0	21.0
	私营部门占医疗服务提供总量的比例	4.0	79.0
监管	执行	严格监管	放任自流
	监管架构	松散	非常松散
行为	教育和宣传活动	有些效果	受文盲限制

资料来源：世界卫生组织 (2006 年)。

中国解放和印度独立以来，在医疗卫生方面都取得了重大进步。尽管如此，两国的卫生系统都面临着各种挑战，既有共通的地方，也有独特之处。作为本文的总结部分，我们将列出主要挑战和政策影响，并阐述中印两国可供彼此借鉴的经验教训。

### **主要挑战和相关政策影响**

#### **减少个人消费者的现金负担**

两国都严重依赖个人现金支付医疗费用。但是，正如许多卫生经济学家指出，“从现金支付转向预付机制，是减少财务灾难的关键”（Xu 等人，2007 年）。要克服这一挑战，可以借鉴欧洲的通行做法，采用全民保险或社会保险制度，或者鼓励发展在美国通行的私营保险制度。印度似乎更倾向于私营保险制度，而中国似乎更倾向于全民保险制度。我们建议双方都不应排除任何类型的保险，而要考虑公共与私营保险模式及其调整方案，以满足人民的多样化需求。中印两国还应考虑保健组织的模式，通过垂直整合健康保险和医疗卫生服务的供应来控制成本。

#### **减少医疗服务的滥用**

减少医疗服务的滥用可以通过取消硬性定价和按服务收费类型的合同来实现。两国都应当把开药与配药分离，并采用其他偿付机制（例如，美国联邦医疗保险采用的提前支付模式）。另外，为了确保服务的质量，两国都必须将质量评估和评价作为卫生系统的组成部分。培养和鼓励医疗卫生领域的专业精神，同样可以提高服务的质量。

#### **增加穷人的就医机会**

尽管在中国和印度部分医疗服务由于供应诱导的需求而遭到滥用，但两国也面临着弱势群体缺医少药这样的严峻问题。中国和印度需要将更多资源用于建设基层医疗卫生设施，特别是提供预防和基础医疗服务的设施，并且注重改善农村居民的就医机会，

包括采取教育、甄别、免疫接种、以及交通援助等措施。最后，现有设施需要增加资源投入和改善管理。

#### **新出现疾病的治疗与监控能力建设（如艾滋病和肥胖症）**

中国和印度都需要在传染病监控领域加强政府各部门之间的横向和纵向协调。中国的数据需要更加透明和可靠；印度需要建立一套更加有效的监测系统，对该系统投入更多的资源，同时不中断常规的基础医疗。

#### **建设符合当地需求的医院设施**

两国（特别是中国）在医疗卫生服务提供系统方面效率低下，过度集中在城市地区，而在农村和偏远地区则非常薄弱。在预防和基础医疗卫生服务方面，政策必须保证资金和人力资源到位，这样才能帮助基层诊所和社区医院继续生存和发展。

### **中国能向印度学到什么？**

虽然统计数据显示，中国的卫生成就要高于印度，中国政府对医疗卫生投入了更多的资源，但中国卫生系统的整体表现在 191 个国家中仅排在第 144 位，远远落后于印度的第 112 位（世界卫生组织，2000 年）。通过对两个国家的比较，我们建议中国应该参考印度卫生系统的两个方面：(1) 鼓励私营部门参与，及 (2) 减少价格监管。

#### **鼓励私营部门参与**

如前面章节所述，私营卫生部门在印度起到了重要的作用，尽管其服务质量令人担忧。在中国，虽然加大了对医疗卫生服务的投资力度，但是私人医生和医院仍然面临政府的许多限制；因此，他们经常需要不公平的条件下与公营部门竞争。我们建议中国政府鼓励国内外投资进入私营卫生部门，并提供一个公平合理的政策环境，培育私营部门的成长。

#### **减少对药品和医疗程序价格的监管**

与印度的自由市场经济相比，中国政府关于监管价格的决定引发了许多问题。尤其，滥用新上市药品和昂贵的医疗程序是个极其严重的问题，引发了人们对服务质量和患者财务负担的担忧。例如，原中国食品药品监督管理局局长因为收受巨额贿赂和批准不合格的药品上市，在最近被处决。这冰山一角说明了药品审批程序混乱不堪。我们建议政府专心监管药品的质量，而不是价格。

## 印度能向中国学到什么？

虽然印度卫生系统在世界卫生组织 2000 年的排名中领先于中国，但是实际上印度人口的健康状况远远落后于中国。中国卫生系统近年来的发展历程，可以为印度的卫生政策制定者提供两条经验：(1) 增加医疗卫生支出，及 (2) 加强控制传染病和改善母婴健康。

### **增加医疗卫生支出，特别是基础设施、服务供应方和基本必需品**

与中国政府相比，印度政府对医疗卫生贡献太少。国家基本的医疗卫生基础设施，包括诊所和预防护理服务，都落后于中国。我们建议政府应该把医疗卫生作为重中之重，为乡村一级分配更多资源。

### **加强控制传染病和改善母婴健康**

印度的死亡人口中有很高比例是由于预防不力而造成的。几乎在全部的卫生指标上，中国都超过了印度，特别是婴儿成活率和防控传染病方面。为了赶上中国，印度政府必须投入更多的资源，提供预防和基础医疗卫生服务，并且组织力量改善环境卫生、饮用水质量、营养、教育和减少贫困。

## 结论

中国与印度是全球近五分之二人口的家园。因此，两国面临的挑战和改革卫生系统取得的进展，必定受到全世界的密切关注。中国和印度在过去三十年所积累的经验，以及所采用战略的成效，不仅会影响两国居民，还将为其他国家的需求与挑战带来启示。



## 参考文献

---

- Akin J. S., W. H. Dow, and M. Lance, "Changes in Access to Health Care in China, 1989–1997," *Health Policy and Planning*, Vol. 20, No. 2, March 2005, pp. 80–89.
- Anderson, G. M., "Making Sense of Rising Caesarean Section Rates," *British Medical Journal*, Vol. 329, September 2004, pp. 696–697.
- Barnum, H., J. Kutzin, and H. Saxenian, "Incentives and Provider Payment Methods," *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 10, No. 1, January–March 1995, pp. 23–45.
- Beck, E. J., and N. Mays, "Health Care Systems in Transition III: The Indian Subcontinent," *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 22, No. 1, March 2000, pp. 3–4.
- Berman, P., "Rethinking Health Care Systems: Private Health Care Provision in India," *World Development*, Vol. 26, No. 8, August 1998, pp. 1,463–1,479.
- Bhat, R., "Regulating the Private Health Care Sector: The Case of the Indian Consumer Protection Act," *Health Policy and Planning*, Vol. 11, No. 3, September 1996, pp. 265–279.
- , "Characteristics of Private Medical Practice in India: A Provider Perspective," *Health Policy and Planning*, Vol. 14, No. 1, March 1999, pp. 26–37.
- Bhatia, J., and J. Cleland, "Health Care of Female Outpatients in South-Central India: Comparing Public and Private Sector Provision," *Health Policy and Planning*, Vol. 19, No. 6, November 2004, pp. 402–409.
- Bloom, G., and X. Gu, "Health Sector Reform: Lessons from China," *Social Science & Medicine*, Vol. 45, No. 3, August 1997, pp. 351–360.
- Bloom, G., L. Han, and X. Li, "How Health Workers Earn a Living in China," Sussex, U.K.: Institute of Development Studies, 2000.
- Blumenthal, D., and W. Hsiao, "Privatization and Its Discontents—The Evolving Chinese Health Care System," *New England Journal of Medicine*, Vol. 353, No. 11, September 2005, pp. 1,165–1,170.
- Cai, R. H., *China's Medical Security Reform*, Beijing: China Personnel Press, 1998.
- The Central Party Committee and the State Council of China, *Decisions on Health Sector Reform and Development*, Beijing: The Central Party Committee and the State Council of China, 1997.
- Chinese Ministry of Labor and Social Security, *Statistical Communication on Labor and Social Security Development in 2003*, Beijing, China: n.p., 2004.
- Chinese Ministry of Health, *A Report on the National Health Services Survey in 1993*, Beijing: Ministry of Health, 1994.
- , *Health Statistics in China for 1995*, China: Ministry of Health, 1995.
- , *National Health Services Survey in 2003*, China: n.p., n.d. [2003].
- , *Zhongguo Weisheng Nianjian, 2004 [China Health Year Book, 2004]*, Beijing: People's Medical Publishing Company, 2004.

Chou, Y. J., W. Yip, C. Lee, N. Huang, Y. Sun, and H. Chang, "Impact of Separating Drug Prescribing and Dispensing on Provider Behavior: Taiwan's Experience," *Health Policy and Planning*, Vol. 18, No. 3, September 2003, pp. 316–329.

Das Gupta, M., and M. Rani, "India's Public Health System: How Well Does It Function at the National Level?" World Bank, Policy Research Working Paper No. 3447, November 1, 2004. As of May 2, 2008: [http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&piPK=64165421&theSitePK=469372&menuPK=64216926&entityID=000012009\\_20041130093207](http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&piPK=64165421&theSitePK=469372&menuPK=64216926&entityID=000012009_20041130093207)

Datar, A., A. Mukherji, and N. Sood, "Health Infrastructure and Immunization Coverage in Rural India," *Indian Journal of Medical Research*, Vol. 125, No. 1, January 2007, pp. 31–42.

De Costa, A., and V. Diwan, "Where Is the Public Health Sector? Public and Private Sector Healthcare Provision in Madhya Pradesh, India," *Health Policy*, Vol. 84, No. 2–3, December 2007, pp. 269–276.

Devadasan, N., M. Boelaert, B. Criel, W. Van Damme, and B. Gryseels, "The Need for Strong General Health Services in India and Elsewhere," *Lancet*, Vol. 369, No. 9,562, February 2007, pp. 638–639.

Devadasan, N., B. Criel, W. Van Damme, K. Ranson, and P. Van der Stuyft, "Indian Community Health Insurance Schemes Provide Partial Protection Against Catastrophic Health Expenditure," *BioMed Central Health Services Research*, Vol. 7, No. 43, March 2007.

Devadasan, N., K. Ranson, W. Van Damme, A. Acharya, and B. Criel, "The Landscape of Community Health Insurance in India: An Overview Based on 10 Case Studies," *Health Policy*, Vol. 78, No. 2–3, October 2006, pp. 224–234.

Devadasan, N., and W. Van Damme, "Payments for Health Care in India," *Lancet*, Vol. 368, No. 9,554, December 2006, p. 2,209.

Drechsler, D., and J. P. Jütting, "Private Health Insurance in Low and Middle-Income Countries: Scope, Limitations, and Policy Responses," Issy-les-Moulineaux, France: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.

Dror, D. M., R. Koren, A. Ost, E. Binnendijk, S. Vellakkal, and M. Danis, "Health Insurance Benefit Packages Prioritized by Low-Income Clients in India: Three Criteria to Estimate Effectiveness of Choice," *Social Science & Medicine*, Vol. 64, No. 4, February 2007, pp. 884–896.

Dror, D. M., R. Radermacher, and R. Koren, "Willingness to Pay for Health Insurance Among Rural and Poor Persons: Field Evidence from Seven Micro Health Insurance Units in India," *Health Policy*, Vol. 82, No. 1, July 2007, pp. 12–27.

Eggleston, K., and W. Yip, "Hospital Competition Under Regulated Prices: Application to Urban Health Sector Reforms in China" *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Vol. 4, No. 4, December 2004, pp. 343–368.

Ensor, T., "Informal Payments for Health Care in Transition Economies," *Social Science & Medicine*, Vol. 58, No. 2, January 2004, pp. 237–246.

Government of India, *Report of the Health Survey and Development Committee*, Vol. II, Delhi: Manager of Publications, 1946.

Gupte, D. M., V. Ramachandran, and R. K. Mutatkar, "Epidemiological Profile of India: Historical and Contemporary Perspectives," *Journal of Biosciences*, Vol. 26, No. 4, November 2001, pp. 437–464.

Hanson K., W. Yip, and W. C. Hsiao, "Patients' Choice of Public and Private Providers in Cyprus: Implications for Price and Quality Competitions," *Health Economics*, Vol. 13, 2004, pp. 1,157–1,180.

Hesketh, T., and X. Z. Wei, "Health in China: From Mao to Market Reform," *British Medical Journal*, Vol. 314, May 1997, pp. 1,543–1,545.

Hesketh, T., and W. Zhu, "Health in China: The Healthcare Market," *British Medical Journal*, Vol. 314, May 1997, pp. 1,616–1,618.

Hsiao, W. C., "The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations," *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, October 1995, pp. 1,047–1,055.

- , “Unmet Needs of Two Billion: Is Community Financing a Solution?” Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development and World Bank, 2001.
- , “What is a Health System? Why Should We Care?” Harvard School of Public Health, August 2003. As of May 2, 3008:  
www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-Final%20(general%20format)%208.5.03.pdf
- , “Why is a Systemic View of Health Financing Necessary?” *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, July–August 2007, pp. 950–961.
- Hsiao, W. C., and P. S. Heller, *What Macroeconomists Should Know About Health Care Policy*, Washington, D.C.: International Monetary Fund, 2007.
- Hsiao, W. C., and Y. Liu, “Economic Reform and Health—Lessons from China,” *New England Journal of Medicine*, Vol. 335, 2006, pp. 430–432.
- Hsiao, W. C., and P. Shaw, *Social Health Insurance for Developing Nations*, Washington, D.C.: World Bank, 2007.
- Huang, J., Y. Xue, Y. Jia, and J. Xue, “Evaluation of a Health Education Programme in China to Increase Breast-Feeding Rates,” *Health Promotion International*, Vol. 9, No. 2, June 1994, pp. 95–98.
- Koplan, J., L. Xingzhu, and L. Haichao, *Public Health in China: Organization, Financing and Delivery of Services*, World Bank working paper, July 2005.
- Krishna, A., “Escaping Poverty and Becoming Poor: Who Gains, Who Loses, and Why?” *World Development*, Vol. 32, No. 1, January 2004, pp. 121–136.
- Lee, D., and D. Yi, “A Novel Therapy for China: HMOs,” *Los Angeles Times*, June 25, 2006, C1.
- Lewis, M., “Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries,” *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, 2007, pp. 984–997.
- Lim, L., “The High Price of Illness in China,” *BBC News*, Beijing, March 2, 2006.
- Lim, M. K., H. Yang, T. Zhang, W. Feng, and Z. Zhou, “Public Perceptions of Private Health Care in Socialist China,” *Health Affairs*, Vol. 23, No. 6, November–December 2004, pp. 222–234.
- Lim, M. K., H. Yang, T. Zhang, Z. Zhou, W. Feng, and Y. Chen, “China’s Evolving Health Care Market: How Doctors Feel and What They Think,” *Health Policy*, Vol. 69, No. 3, September 2004, pp. 329–337.
- Lipson R., “Investing in China’s Hospitals,” *The China Business Review*, Vol. 31, No. 6, 2004.
- Liu, M., and X. Lu, “Health Care Quality Management in China Hospitals,” in *Proceedings of the 2000 IEEE International Conference on the Management of Innovation and Technology*, Vol. 1, 2000, pp. 196–202.
- Liu, X., and A. Mills, “The Effect of Performance-Related Pay of Hospital Doctors on Hospital Behaviour: A Case Study from Shandong, China,” *Human Resources for Health*, Vol. 3, October 2005, p. 11.
- Liu, Y., “China’s Public Health-Care System: Facing the Challenges,” *Bull World Health Organization*, Vol. 82, 2004, pp. 532–538.
- Liu, Y., P. Berman, W. Yip, H. Liang, Q. Meng, J. Qu, and Z. Li, “Health Care in China: The Role of Non-Government Providers,” *Health Policy*, Vol. 77, No. 2, July 2006, pp. 212–220.
- Liu, Y., W. C. Hsiao, and K. Eggleston, “Equity in Health and Health Care: The Chinese Experience,” *Social Science & Medicine*, Vol. 49, No. 10, November 1999, pp. 1,349–1,356.
- Liu, Y., and K. Rao, “Providing Health Insurance in Rural China: From Research to Policy,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 31, No. 1, February 2006, pp. 71–92.
- Liu, Y., K. Rao, and J. Fei, “Economic Transition and Health Transition: Comparing China and Russia,” *Health Policy*, Vol. 44, May 1998, pp. 103–122.
- Liu, Y., K. Rao, and W. C. Hsiao, “Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China,” *Journal of Health, Population, and Nutrition*, Vol. 21, No. 3, September 2003, pp. 216–222.



- Mahal, A., "Health Policy Challenges for India—Private Health Insurance and Lessons from the International Experience," in T. N. Srinivasan, ed., *Trade, Finance and Investment in South Asia*, New Delhi: Social Science Press, 2002, pp. 417–476.
- , "Will Private Health Insurance Make the Distribution of Public Health Subsidies More Equal? The Case of India," *Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, Vol. 28, No. 2, December 2003, pp. 131–160.
- Mahapatra, P., S. Srilatha, and P. Sridhar, "A Patient Satisfaction Survey in Public Hospitals," *Journal of the Academy of Hospital Administration*, Vol. 13, No. 2, 2001.
- Markus, F., "China's Ailing Health Care," *BBC News*, Shanghai, December 7, 2004.
- Mathur, S., "National Rural Health Mission—India," May 9, 2005. As of May 12, 2008: <http://www.pitt.edu/~super1/lecture/lec20541/001.htm>
- Meng, Q. Y., C. Gang, L. Silver, X. Sun, C. Rehnberg, and G. Tomson, "The Impact of China's Retail Drug Price Control Policy on Hospital Expenditures: A Case Study in Two Shandong Hospitals," *Health Policy and Planning*, Vol. 20, No. 3, 2005, pp. 185–196.
- Mills, A., R. Brugha, K. Hanson, and B. McPake, "What Can Be Done About the Private Health Sector in Low-Income Countries?" *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 80, No. 4, April 2002, pp. 325–330.
- Mullan, F., "Doctors For the World: Indian Physician Emigration," *Health Affairs*, Vol. 25, No. 2, March–April 2006, pp. 380–393.
- National Bureau of Statistics of China, *China Statistical Yearbook*, Beijing, China: China Statistics Press, 2003.
- , *Statistical Communication on the 2003 National Economic and Social Development*, Beijing, China: n.p., 2004.
- Pauly, M. V., P. Zweifel, R. M. Scheffler, A. S. Preker, and M. Bassett, "Private Health Insurance in Developing Countries," *Health Affairs*, Vol. 25, No. 2, March–April 2006, pp. 369–379.
- Peters, D. H., K. S. Rao, and R. Fryatt, "Lumping and Splitting: The Health Policy Agenda in India," *Health Policy and Planning*, Vol. 18, No. 3, September 2003, pp. 249–260.
- Peters, D. H., A. Wagstaff, L. Pritchett, N. V. Ramana, and R. R. Sharma, "Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options," New Delhi: World Bank Publications, 2002.
- Population Reference Bureau, *2006 World Population Data Sheet*, 2006. As of May 30, 2008: <http://www.prb.org/pdf06/06WorldDataSheet.pdf>.
- Project Team of the Development Research Center of the State Council of China, "An Evaluation of and Recommendations on the Reforms of the Health System in China," *China Development Review*, Vol. 7, No. 1, March 2005, supplement.
- Purohit, B. C., "Private Initiatives and Policy Options: Recent Health System Experience in India," *Health Policy and Planning*, Vol. 16, No. 1, March 2001, pp. 87–97.
- Qadeer, I., "Health Care Systems in Transition III: India, Part I. The Indian Experience," *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 22, No. 1, March 2000, pp. 25–32.
- Ramani, K. V., and M. Dileep, "Health System in India: Opportunities and Challenges for Improvements," Indian Institute of Management, July 2005.
- Ramani, K. V., and D. Mavalankar, "Health System in India: Opportunities and Challenges for Improvements," *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 20, No. 6, 2006, pp. 560–572.
- Roberts, M. J., W. Hsiao, P. Berman, and M. R. Reich, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, New York: Oxford University Press, 2004.
- Roy, K., and D. H. Howard, "Equity in Out-of-Pocket Payments for Hospital Care: Evidence from India," *Health Policy*, Vol. 80, No. 2, February 2007, pp. 297–307.
- Savedoff, W. D., "What Should a Country Spend on Health Care?" *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, July–August 2007, pp. 962–970.

- Schneider, F., and D. Enste, *The Shadow Economy: Theoretical Approaches, Empirical Studies, and Political Implications*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2002.
- Sekhri, N., and W. Savedoff, “Private Health Insurance: Implications for Developing Countries,” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 83, No. 2, February 2005, pp. 127–138.
- Selvaraju, V., “Public Expenditures on Health in India,” background paper for the National Council of Applied Economic Research, 2000.
- Sharma, M., “Health Education in India: A Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis,” *The International Electronic Journal of Health Education*, Vol. 8, 2005, pp. 80–85.
- Shi, L., “Access to Care in Post-Economic Reform Rural China: Results from a 1994 Cross-Sectional Survey,” *Journal of Public Health Policy*, Vol. 17, No. 3, 1996, pp. 347–361.
- The State Council of China, *Decisions on Establishing the Basic Medical Insurance System for Urban Workers*, Beijing: The State Council of China, 1998.
- Tang, K. C., D. Nutbeam, L. Kong, R. Want, and J. Yan, “Building Capacity for Health Promotion—A Case Study from China,” *Health Promotion International*, Vol. 20, No. 3, September 2005, pp. 285–295.
- United Nations in China, “China’s Population: The Increasing Proportion of Elderly People,” United Nations in China Web page, n.d. As of May 12, 2008:  
[http://www.unchina.org/about\\_china/html/population.shtml](http://www.unchina.org/about_china/html/population.shtml)
- Varatharajan, D., R. Thankappan, and J. Sabeena, “Assessing the Performance of Primary Health Centres Under Decentralized Government in Kerala, India,” *Health Policy and Planning*, Vol. 9, No. 1, January 2004, pp. 41–51.
- Wagstaff, A. N., N. Watanabe, and E. van Doorslaer, “Impoverishment, Insurance, and Health Care Payments,” Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, Washington, D.C.: World Bank, 2001.
- Wang, H., J. Sindelar, and S. Busch, “The Impact of Tobacco Expenditure on Household Consumption Patterns in Rural China,” *Social Science & Medicine*, Vol. 62, No. 6, March 2006, pp. 1,414–1,426.
- Wang, H., W. Yip, L. Zhang, L. Wang, and W. Hsiao, “Community-Based Health Insurance in Poor Rural China: The Distribution of Net Benefits,” *Health Policy and Planning*, Vol. 20, No. 6, November 2005, pp. 365–374.
- Wang, H., L. Zhang, and W. C. Hsiao, “Ill Health and Its Potential Influence on Household Consumptions in Rural China,” *Health Policy*, Vol. 78, October 2006, pp. 167–177.
- Wang, H., L. Zhang, W. Yip, and W. Hsiao, “Adverse Selection in a Voluntary-Based Rural Mutual Health Care Insurance Scheme in Rural China,” *Social Science & Medicine*, Vol. 63, No. 5, September 2006, pp. 1,236–1,245.
- Whitehead, M., G. Dahlgren, and T. Evans, “Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?” *The Lancet*, Vol. 358, No. 9,284, September 2001, pp. 833–836.
- WHO—see World Health Organization.
- Wild, S., G. Roglic, A. Green, R. Sicree, and H. King, “Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030,” *Diabetes Care*, Vol. 27, No. 5, May 2004, pp. 1,047–1,053.
- World Bank, *Financing Health Care: Issues and Options for China*, Washington, D.C.: World Bank, 1997.
- , “China’s Rural Health Work: Multiple Challenges,” n.p., 2004.
- World Health Organization, *The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization, 2000.
- , “Death and DALY Estimates for 2002 by Cause for WHO Member States,” spreadsheet, December 2004. As of May 30, 2008:  
<http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>
- , *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, Geneva: World Health Organization, 2006.

World Health Organization and the United Nations Children's Fund, *Primary Health Care: Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September, 1978*, Geneva: World Health Organization, 1978.

Xu, K., D. B. Evans, G. Carrin, A. M. Aguilar-Rivera, P. Musgrove, and T. Evans, "Protecting Households from Catastrophic Health Spending," *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, July–August 2007, pp. 972–983.

Yip, W., and K. Eggleston, "Provider Payment Reform in China: The Case of Hospital Reimbursement in Hainan Province," *Health Economics*, Vol. 10, No. 4, June 2001, pp. 325–339.

———, "Addressing Government and Market Failures with Payment Incentives: Hospital Reimbursement Reform in Hainan, China," *Social Science & Medicine*, Vol. 58, No. 2, January 2004, pp. 267–277.

Yip, W., and W. C. Hsiao, "Medical Savings Accounts: Lessons from the People's Republic of China," *Health Affairs*, November–December 1997, pp. 226–231.

Yip, W., and H. Wang, "Determinants of Patient Choice of Medical Providers: A Case Study in Rural China," *Journal of Health Policy and Planning*, Vol. 13, No. 3, September 1998, pp. 311–322.

Yu, Y., "Market Economy and Social Justice: The Predicament of the Underprivileged," *The Journal of Comparative Asian Development*, Vol. 5, No. 1, 2006.