RAND CORPORATION

OBJECTIVE ANALYSIS. EFFECTIVE SOLUTIONS.

蘭德 公司是一家致力通過研究與分析來改善政策和決策的非營利性研究機構。

作為蘭德公司的一項公共服務，本電子文檔可在 www.rand.org 下載。

轉至文檔

更多信息

請瀏覽蘭德公司網站 www.rand.org

瀏覽 文件詳情 （英文）

有限電子版發行權

本文件和文中所載商標受後文通知中所提及法律的保護。本電子文檔的知識產權歸蘭德公司所有，不得用於商業用途。未經授權，嚴禁在非蘭德公司所屬網站發佈蘭德公司的電子文檔。蘭德公司的電子文檔受版權法的保護。未經許可，不得複製或以其他形式將蘭德公司的任何研究文獻用於商業用途。有關翻印和鏈接授權的信息，請查詢蘭德公司涉及 授權許可 的網頁.

不定期報告

中國與印度衛生系統的比較

Sai Ma, Neeraj Sood

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

RAND

亞太政策中心

蘭德國際項目

本研究報告所涉項目屬於蘭德公司持續性自發研究計劃的成果，部分研究經費來自慷慨的社會捐贈，另一部分來自蘭德旗下受美國國防部聯邦預算資助之研發中心的運營合同中的獨立研發撥款。本項研究由蘭德亞太政策中心完成，亞太政策中心是蘭德公司國際項目的一部分。

蘭德公司是一家致力於通過研究與分析來改善政策和決策的非營利性研究機構。蘭德公司的出版物未必代表其研究客戶和贊助商的觀點。

RAND® 是蘭德公司的註冊商標。

版權所有 © 2012 蘭德公司

版權所有，違者必究。未經蘭德公司書面授權，此文件任何部分概不得以包括電子或機械方式在內的任何形式（包括複印、錄音或信息存儲與檢索）進行複製。

2012 年 蘭德公司出版

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

公司網址：http://www.rand.org/

欲定購蘭德公司文獻或獲取其他信息，請聯繫分銷服務部門：

電話：(310) 451-7002

傳真：(310) 451-6915

電子郵箱：order@rand.org

序言

本文比較了中印兩國的衛生系統，找出哪些改進衛生系統的方法能在兩國取得成效或者收效甚微。中國和印度是世界上人口最多的兩個國家，目前正經歷著巨大的人口、社會和經濟變遷。作者尤其從三方面比較兩國的衛生系統：政策槓桿、中期成果以及最終目標。*政策槓桿*是影響醫療衛生融資、組織和監管的政策或行為。*中期成果*包括效率、質量和就醫機會的水平。衛生系統的*最終目標*是改善健康、降低醫療相關財務風險和提升消費者滿意度。

我們的結論是，雖然自二十世紀中葉以來，中國和印度在提高人均壽命及疾病防治工作中取得了顯著的成就，但中印兩國的衛生系統在防範金融風險方面明顯存在不足，患者的滿意度也未得到應有的重視。本文列出了兩國各自應優先改革的領域，以便提升其衛生系統的表現。兩國必須：

- 重組衛生醫療融資系統，減少患者現金支付的醫療負擔
- 讓更多的地區，特別是農村地區獲得就醫機會
- 減少對按服務收費模式的依賴，因為它會助長醫療衛生服務的濫用
- 新出現疾病的治療與監控能力建設
- 建設符合當地需求的醫院設施

中國和印度在過去三十年所得到的經驗，不僅會影響兩國居民，還將為其他國家所面臨的挑戰和選擇帶來啓示。

本文應引起以下三個群體的注意：中印兩國的衛生政策制定者和研究人員，希望將兩國經驗運用於其他發展中國家的衛生政策分析員，以及對中國和印度經濟發展、社會環境和個人福祉感興趣的人士。本研究報告所涉項目屬於蘭德公司持續性自發研究計劃的成果。該項研究的一部分研究經費來自慷慨的社會捐贈，另一部分來自蘭德旗下受美國國防部聯邦預算資助之研發中心的運營合同中的獨立研發撥款。

本項研究由蘭德亞太政策中心完成。蘭德亞太政策中心是蘭德公司國際項目的一部分，其旨在通過向政策決策者和公衆提供嚴謹而客觀的研究來改善公共政策的制定。亞太中心研究主要針對影響亞洲發展和美國與亞洲關係的關鍵政策問題。

有關蘭德亞太政策中心的其他信息，請聯繫中心負責人 Mike Lostumbo。以下是他的聯繫方式：電子郵箱：lostumbo@rand.org；電話：1-703-413-1100，分機 5443；地址：RAND, 1200 South Hayes Street, Arlington, Virginia, 22202。有關蘭德公司的更多信息，請登錄官網 www.rand.org. 進行查詢。

目錄

序言 iii
圖形 vii
表格 ix
鳴謝 xi
縮略語 xiii

第一章
導言 1
分析框架 1
兩國人口概況 2

第二章
中印兩國衛生系統簡史 5
中國衛生系統的演變 5
印度衛生系統的演變 8
總結 11

第三章
在實現最終目標上的整體表現 13
衛生狀況 13
　關鍵衛生指標 13
　其他重要衛生指標 14
財務風險保障 16
消費者滿意度 17

第四章
中期成果：就醫機會、質量和效率 19
就醫機會 19
質量 20
效率 21

第五章
中印兩國衛生系統的政策槓桿 23
融資 23
　整體支出 23
　融資結構 24

保險的角色 26
支付 27
組織 29
中國：公營單位主導 29
印度：私營單位主導 30
中國與印度的組織比較 30
監管 31
中國：嚴格監管 31
印度：放任自流 32
行為 32
總結 34

第六章
政策影響 35
主要挑戰和相關政策影響 35
減少個人消費者的現金負擔 35
減少醫療服務的濫用 35
增加窮人的就醫機會 35
新出現疾病的治療與監控能力建設（如艾滋病和肥胖症） 36
建設符合當地需求的醫院設施 36
中國能向印度學到什麼？ 36
鼓勵私營部門參與 36
減少對藥品和程序價格的監管 36
印度能向中國學到什麼？ 37
增加醫療衛生支出，特別是基礎設施、供應商和基本必需品 37
加强控制傳染病和改善母嬰健康 37
結論 37

參考文獻 39

圖形

1.1. 衛生系統的政策槓桿、中期成果和最終目標 2
2.1. 中國全國醫療衛生支出結構的變化 7
2.2. 1951 年至 1997 年期間印度衛生部門的財政撥款 10
5.1. 人均醫療衛生總支出 24
5.2. 2005 年中印兩國醫療衛生事業的融資結構 25

表格

1.1. 人口指標 3
2.1. 中印兩國衛生系統歷史 11
3.1. 關鍵衛生指標 13
3.2. 按死因劃分的死亡率 14
5.1. 中印兩國衛生系統使用的政策槓桿 34

鳴謝

謹此感謝 Susan Everingham 和 Bill Overholt 為本項研究籌集資金，Peter Hussey 和 Shinyin Wu 為初稿提供極富建設性和思想性的意見和建議，以及 Erin-Elizabeth Johnson、David Adamson、Lynn Rubenfeld、Mary Wrazen 和 Christina Pitcher 在編輯方面給予的大力協助。

縮略語

CDC	美國疾病控制與預防中心
CHC	社區衛生服務中心
CHI	社區健康保險計劃
CMS	合作醫療制度
DALY	殘疾調整生命年
FFS	按服務收費
GDP	國內生產總值
HMO	保健組織
LBW	低出生體重
MSA	醫療儲蓄帳戶
NHE	全國醫療衛生支出
OECD	經濟合作與發展組織
PHC	初級衛生中心
PRB	美國人口資料局
SARS	嚴重急性呼吸系統綜合症
SC	中級衛生中心
WHO	世界衛生組織

第一章

導言

中國與印度同屬發展中國家，人口衆多，兩國人口總量超過 20 億，佔世界總人口的三分之一以上。過去五十年來，中印兩國在醫療衛生發展方面取得顯著進步，包括延長人口壽命、降低嬰兒死亡率和消除多種疾病。但是，中印兩國的衛生狀況仍然落後於其他國家，兩國國內的衛生事業發展也不平衡。這引出了一個重要問題：如何改善這兩國的衛生條件？要回答這個問題，需要著眼於中印兩國衛生系統的比較。雖然兩國的衛生系統有著許多共同點，但也呈現出很多根本性的差別。通過比較，可以闡明中印兩國面臨的共同挑戰，同時强調它們各自面對的獨特挑戰。此舉也正當其時，因為醫療改革是兩國政治議程上的重點，各種政策方案正在討論之中。我們希望，這些分析和我們就改進所歸納的意見，能為相關討論提供一些信息。

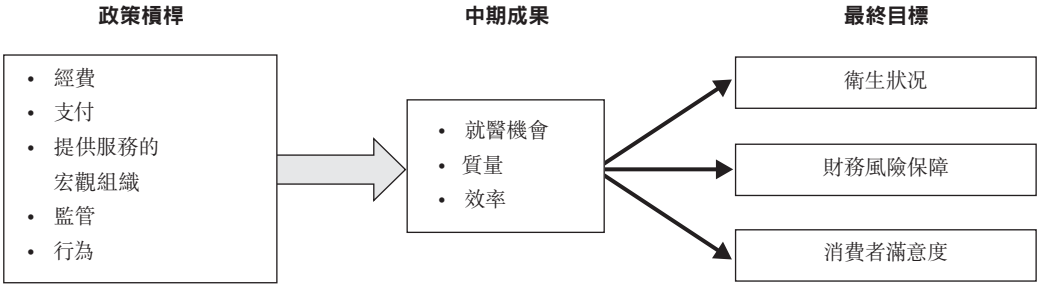
分析框架

本文對中印兩國的衛生系統進行比較。不同國家的衛生系統存在種種异同、區別和多樣性，因此難以總結衛生系統的普遍定義，令跨國比較顯得複雜化。本文採納 Hsiao（2003 年）和其他人（Roberts 等人，2004 年）給出的定義，而該定義又基於其他研究成果的概念化：「*衛生系統由那些可以解釋系統結果的主要成因部分界定。而這些部分可用作改變結果的政策工具*」（Hsiao，2003 年，第 5 頁，著重號為原文所有）。與其他定義相比，該定義的優勢在於它回答了特定衛生系統產生一系列結果的*原因*和*方式*，故而成為特別實用的比較分析框架。

本文的比較側重於中印兩國衛生系統的三個不同方面。圖 1.1 列出了各個維度並説明了其關鍵組成部分。首先，我們將分析兩國衛生系統的政策槓桿。[1] 衛生系統的*政策槓桿*是直接或間接影響醫療衛生的結構參數；那些政策和政府監管不能改變的參數不包括在政策槓桿內。例如，文化就不屬於政策槓桿；文化不能在短期內改變，雖

[1] Hsiao及其同事經常使用*手段*一詞作為*政策槓桿*的同義詞。在本文中，為了避免混淆不清，我們通篇使用*政策槓桿*。

圖 1.1
衛生系統的政策槓桿、中期成果和最終目標



資料來源：Hsiao，2003 年。
RAND *OP212-1.1*

然它可能是衛生事業的一項重要決定因素（Hsiao，2003 年；Roberts 等人，2004 年）。其次，我們將分析*中期成果*。重大中期成果包括就醫、系統效率和浪費程度、以及服務質量。最後，我們將分析系統如何徹底實現其*最終目標*，包括改善國民健康，針對健康風險提供財務保障，以及提升消費者對衛生系統的整體滿意度。

兩國人口概況

在解析中印兩國的衛生系統之前，我們先介紹一下兩國的人口概況，以便讀者更好地瞭解中印兩國所面臨的一些問題和挑戰（參見表 1.1）。中國和印度是世界上人口最多的兩個國家。但是，兩國的人口結構和增長趨勢却大相徑庭。具體來說，印度的人口更為年輕，增長速度也快得多。2004 年，印度人口超過 10 億，中位年齡 24.4 歲；只有 4% 的人在 64 歲以上，36%不足 15 歲。人口年增長率估計為 1.7%。總撫養比率（15 60 歲的勞動年齡人口與兒童和老年人等非勞動年齡人口的比例）相當高，達到 60%；這意味著每有 100 個勞動年齡居民，就有 60 個非勞動年齡居民。這主要是因為印度 15 歲以下的兒童比例太高。

中國作為世界上人口最多的國家，2004 年人口為 13 億，是人口第三大國美國的四倍多。然而，中國的人口增長在過去十年持續放緩，1994 年至 2004 年期間的年增長率僅為 0.8%。據美國人口資料局（PRB）預測，2050 年中國人口數量將被印度超越。同時，由於生育率下降（總生育率為 1.7）[2] 和壽命延長（平均預期壽命為 72 歲），中國

[2] 總生育率指每名婦女平均生育子女數。

表 1.1
人口指標

國家	1994 年人口數量	1994～2004 年期間年增長率 (%)	1994 年撫養比率 [a]	2004 年撫養比率 [a]	1994 年生育率 [b]	2004 年生育率 [b]	2005 年各年齡群體佔比		
							<15	15~64	>64
中國	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

資料來源：世界衛生組織；2006 年，美國人口資料局，2006 年。

[a] 每 100 人。

[b] 每位婦女。

人口正在迅速老齡化：2004 年，總人口中年齡超過 64 歲的佔比高達 8%，而不足 15 歲的佔 20%。預計 2040 年中國 65 歲及以上的人口比例將達約 20%。因此，勞動人口與老人的比例將從 5:1 降至 3:1（聯合國駐中國辦事處，日期不詳）。

本文其餘部分的結構如下。第二章將介紹中印兩國衛生系統簡史。隨後三章從三個方面比較分析兩國的衛生系統：目前在實現最終目標上的整體表現、觀察到的中期成果、以及所採用的政策槓桿。我們重點分析兩個系統的利弊。總結部分，我們將討論解決現有和新浮現挑戰的政策影響，並闡述中印兩國可供彼此借鑒的經驗。

第二章

中印兩國衛生系統簡史

本章扼要地回顧在過去五十年中，中印兩國衛生系統形成的歷史、社會和政治因素。在此期間，中國實現解放而印度獲得獨立（二十世紀四十年代後期），並加大了經濟和社會的開放程度（二十世紀八十和九十年代）。我們還鑒別了兩國在發展衛生系統過程中所取得的成就和經驗教訓。

中國衛生系統的演變

1949 年中華人民共和國成立伊始，由於曠日持久的抗日戰爭和內戰，中國的衛生狀況有所下降，與其他發展程度相當的國家相比，各項指標無不處於最低水平（世界銀行，1997 年）。這一時期，執政的共產黨信奉二十世紀典型的共產主義思想，認為以政府為代表的人民應該共同擁有生產資料，私營經濟被拒之門外。因此，從 1949 年開始，政府擁有、資助和運營所有的醫療衛生設施，包括城市地區的大醫院和農村地區的小診所。所有醫務人員都屬於國家公務人員。與此同時，私人醫生和私營醫療設施與其他的私營經濟一同消失。

1950 年，在第一屆全國衛生工作會議上，中央政府提出了醫療衛生工作的四項基本方針：面向工農兵、預防為主、中西醫結合、以及衛生工作與群衆運動[1]相結合，作為一項核心機制（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

由於中國獨有的社會經濟雙重結構，中國城鄉之間的醫療衛生服務方式在過去和現在都有著巨大的差別。在城市，財政收支均由政府規劃管控，醫療服務由政府直接組織，經費幾乎全部由政府撥付。城市居民只需付少量的「挂號費」就能接受治療。在農村，公社是生活方方面面的根本。代表農民的公社佔有全部土地，組織農民開展各項活動，包括務農、分配糧食、提供醫療與教育等社會服務。合作醫療制度提供醫療衛生服務，經費從公社的集體收入撥付，中央政府只通過提供低價藥品和設備給予有

[1] *群衆運動*指在各級政府指導下開展的公共運動。

限的支持。合作醫療制度的主體是鄉鎮衛生診所，人手大部分是僅接受過基本醫療培訓的醫務人員。西方認為這些所謂的赤脚醫生滿足了廣大農村人口的需求，曾經給予廣泛宣傳和表揚（Blumenthal 和 Hsiao，2005 年；Hesketh 和 Wei，1997 年）。

儘管經濟增長十分緩慢，但是中國衛生系統於 1950 年至 1990 年期間在衛生和醫療方面取得了巨大的進步：人均壽命幾乎翻番（從 35 歲延長至 68 歲），嬰兒死亡率大幅降低（從 200 降至 34 ）（Blumenthal 和 Hsiao，2005 年）。在取得這些進步的同時，國家通過仿效二十世紀五十年代初期的蘇聯體制，建立高度集中的政府機構，對公共衛生進行重大投資（Liu、Rao 和 Fei，1998 年）。尤其是建立了自下而上的三級醫療衛生系統。最低一級是農村鄉級和城市街道衛生診所，提供基本的預防手段和藥物治療，並將需要接受進一步治療的患者轉送鎮級或社區衛生服務中心。縣級或區級醫院通過城鄉地區廣大的醫院網絡，為最嚴重的患者提供專業治療（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。此外，國家特別注重培訓醫務人員。縣級衛生主管部門挑選成千上萬的「鄉村醫生」（即過去的赤脚醫生），接受三至四個月的初級培訓和額外的年度培訓，以提高他們的醫療技術（Hsiao，1995 年）。

到了二十世紀八十年代初期，中國經歷了許多發達國家常見的流行病學轉變：傳染性疾病大幅減少，有些傳染病（如小兒麻痺症）幾乎絕迹，而心臟病、癌症、中風等慢性病成了頭號殺手（中國衛生部，2004 年）。1984 年，世界衛生組織表揚中國在為民衆提供基本醫療服務方面取得了顯著成就。

中國醫療衛生的改善成就歸功於多種因素。政府强調以預防勝於治療和傳播衛生教育知識，作為公共衛生建設方針的重心。這兩項政策對改善群衆身體健康而言，被普遍認為是經濟有效的方法。

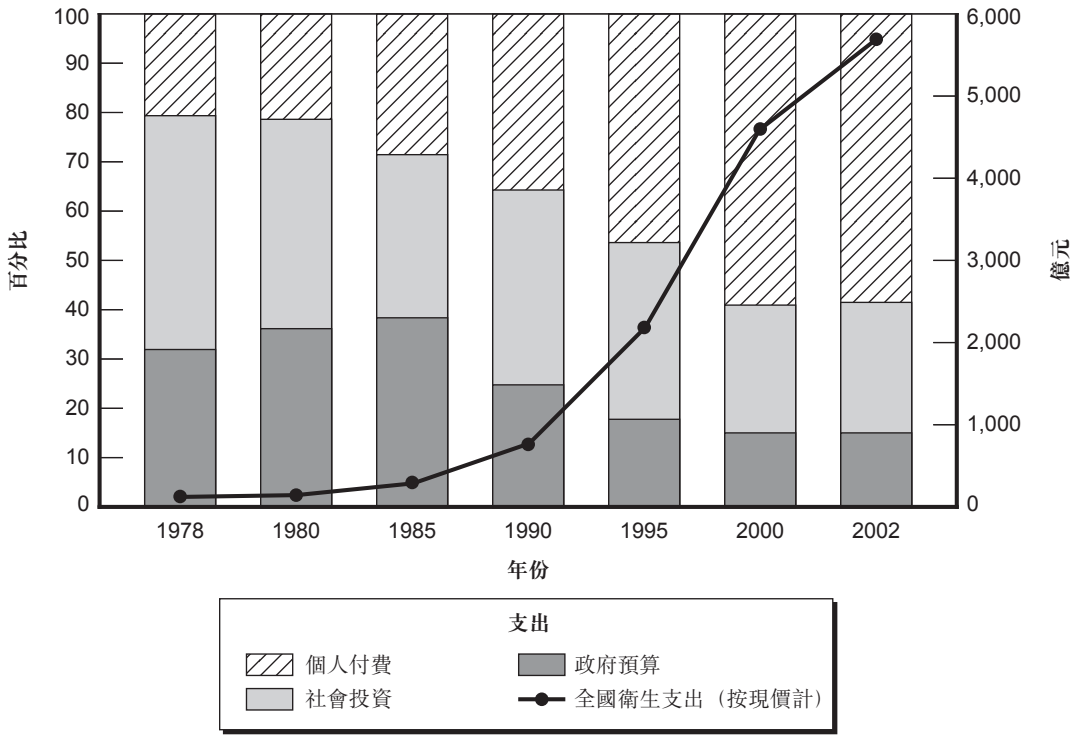
雖然在改善衛生條件和擴展醫療基礎設施方面，計劃經濟時期取得了重大成就是個不爭的事實，但這套衛生系統的功績也許被高估了。首先，如前文所述，中國剛解放時的衛生條件極其糟糕，從這樣的低起點改善衛生條件或許比較容易，因為幾個迫切的需求可以輕易解決。其次，醫療並非影響健康的唯一因素。1950 年至 1990 年期間，中國的營養條件、衛生、教育、生活水平乃至文化都發生了巨大的變化（Hsiao, 1995），這些變化可能極大地影響了衛生狀況的改善。最後，集中的衛生系統在某些方面也許起到了作用，但其不足之處可能因為信息不通而被掩蓋。例如，在四十年前，不公平現象並非一個大問題，部分原因是醫療資源普遍匱乏且較為同質化，還有人們難以瞭解醫療衛生存在不公平的情況，比如共產黨的高級幹部可以在專科醫院優先接受治療。

二十世紀八十年代初以來，中國經歷了根本性的經濟改革和社會轉型。在此背景下，衛生系統以及許多其他的公共服務發生了不少變化，這些變化通常被描述成私有化。早在 1980 年，中國衛生部審時度勢，建議私營診所在嚴格監管下可以合法化。1985 年，國務院發出通知，鼓勵私人醫生執業。（Lim、Yang、Zhang、Feng 等人，2004 年）。

隨後，中國高層決策者做出了多項重要決定，包括將部分醫療服務（雖然並非所有權）部分市場化和私有化。首先，中國大刀闊斧改革醫療衛生事業的融資結構，將中央政府承擔的很大一部分經費轉移給個人消費者。如圖 2.1 所示，中央政府佔國家醫療衛生支出的比例從 1978 年的 32% 降至 2002 年的 15%，儘管這一時期政府醫療衛生支出的絕對金額仍然有所上升。與此同時，個人付費的比例從 20%上升至 58%(中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。中央政府還把責任轉移給省級政府和地方政府，由它們通過地方税收為醫療服務提供經費。（Blumenthal 和 Hsiao，2005 年；Hesketh 和 Zhu，1997 年）。

其次，政府對藥品和診療程序施加了嚴格的價格管制，以控制個人的醫療費用和確保個人獲得基礎醫療服務，但却出現了意想不到的後果。其中包括催生黑市（向患者

圖2.1
中國全國醫療衛生支出結構的變化



資料來源：中國國務院發展研究中心課題組數據（2005 年），第二章，表 1 和表 3。

RAND *OP212-2.1*

收取的費用高於規定價格）、高利潤的高技術服務供應過度和濫用處方藥（Liu 和 Lu，2000 年；Eggleston 和 Yip，2004 年）。當前的中國醫療衛生支出，估計有 52% 花費在藥品上，而全球平均水平僅為 15%（世界銀行，2004 年；Meng 等人，2005 年）。結果，雖然政府實施了價格管制，但醫療費用却顯著增長，尤其是門診和處方藥的費用。

農村的衛生系統也發生了巨大的變化。1982 年以後，農村的經濟體制從公社化的集體經濟轉變為一家一戶的個體經濟。由於這一轉變，合作醫療制度也隨之迅速瓦解，因為它失去了籌集經費的制度基礎（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。1985 年的國家農村衛生服務調查顯示，只有 5% 的行政村仍然實施合作醫療制度，而過去則高達 90%（Cai，1998 年）。由於中國農民無法分擔醫療開支的風險 ,9 億農村人口（大部分並不富裕）實際上沒有任何保險。與此同時，下崗的赤脚醫生被迫轉為私人醫生，開始在不受監管和缺乏繼續培訓的情況下行醫，而他們的興趣也從提供公共服務變成賺取利潤（Blumenthal 和 Hsiao，2005 年）。農村地區的藥品價格和銷量很快呈現爆炸式增長，因為先前的赤脚醫生和私人診所發現，賣藥是發財致富的捷徑（Bloom 和 Gu，1997 年）。

2003 年年底，中國衛生部對 190,000 名城鄉居民開展一項調查，發現城市和農村分別有 36% 和 39% 的患者因為付不起費用而不去就醫。中國政府的數據表明，2000 年至 2003 年期間，醫院接診患者的數量減少了 5%，但同期的利潤却大增 70%（Yu，2006 年；Markus，2004；Lim，2006 年）。另外，雖然中國傳染性疾病的總體發病率持續下降，但肝炎、肺結核和血吸蟲病等部分接觸性傳染病有抬頭的趨勢，而艾滋病等部分地方性流行病在某些地區有蔓延的趨勢，特別是在經濟欠發達的農村地區（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

中國領導人已經意識到這些始料未及的後果和公衆的不滿情緒，正在醞釀下一輪的醫療改革，政府已經提出一項社會醫療保險制度，其中包括城鄉兩部分的保險[2]，但迄今為止尚未公佈正式計劃。

印度衛生系統的演變

印度現行的衛生政策起源於 1947 年獨立伊始的國家建設活動，體現在印度政府 1946 年《衛生調查與發展委員會報告》（一般稱為《波爾委員會報告》）的理念中（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar，2001 年；Peters 等人，2002 年）。這份報告的結論是，印度落後的衛生狀況是由於衛生條件惡劣、營養不良、缺乏醫療機構、以及缺乏

[2] 醫療保險個人帳戶是城市部分的實例。

衛生教育造成的。委員會提出了全面的建議，包括將醫務人員納入公共支薪編制，以及抑制人們對私人醫生的需求，同時還强調預防手段和傳染病的威脅。此外，建議還包括在區級建立三級衛生系統的基礎計劃，為城鄉居民提供防治兼具的醫療服務。雖然當時這些建議大多沒有得到實施，但是該報告有助於促發日後的醫療改革（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar，2001 年）。1949 年以後，印度的決策者加大了對醫療衛生服務的投資力度。

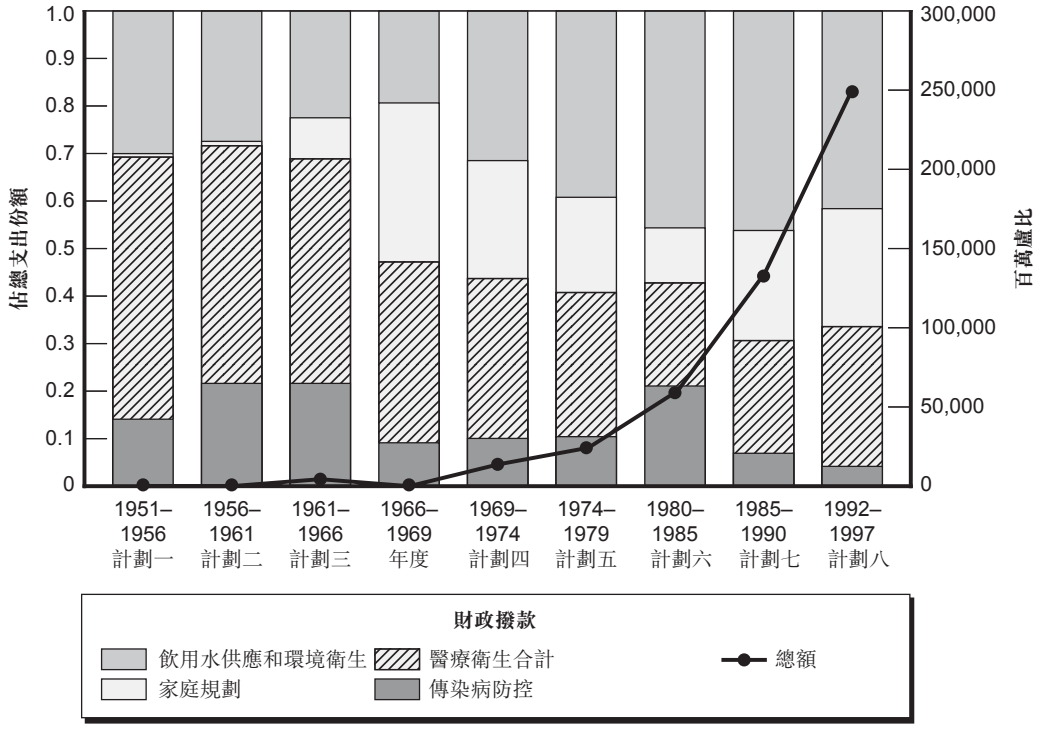
波爾委員會確立了一項原則，即獲得基礎醫療服務是所有人的基本權利，無關個人的社會經濟狀況。因此，基礎醫療被確立為國家衛生系統的根基。與中國一樣，印度中央政府承認人民有接受醫療的權利，以及優先發展公共醫療服務意義重大。但是，印度政府從來沒有打算取締私營醫療衛生服務。印度之所以重點發展公營部門，部分原因是國家獨立伊始，私營部門很少提供西醫服務（Peters 等人，2002 年）。印度也建立了類似中國的三級衛生系統，理論上可以為全體農村居民提供醫療衛生保障。最低一級的是初級衛生中心，提供基本的醫療護理、疾病預防和衛生教育。往上是中級衛生中心，提供公共醫療衛生服務。最高一級是社區中心和區級醫院，提供專科服務。截至二十世紀八十年代末，已建立起廣泛的醫療服務基礎設施，受過培訓的醫務人員大幅增加：1980 年至 1990 年期間，初級衛生中心的數目從大約 5,500 間增加至 20,536 間，增幅超過兩倍，而醫生人數增加了超過 100,000 人（Qadeer，2000 年）。

根據憲法，印度的中央政府負責制定政策、提供國家戰略框架、財務資源和醫療教育，而邦政府承擔大部分的醫療服務責任（Qadeer，2000 年）。受波爾委員會報告和《阿拉木圖宣言》——到 2000 年實現人人享有衛生保健（世界衛生組織和聯合國兒童基金會，1978 年）的影響，1983 年的《國家衛生政策》支持以分散管理式基層衛生服務為基礎，建立穩健的全國公共衛生服務系統。但實際上，邦政府艱難維持和管理醫療設施，在防控疾病方面逐漸依賴中央政府提供財政和項目支持（Peters、Rao 和 Fryatt，2003 年）。舉例來說，雖然目前邦政府提供 75% 至 90% 的醫療衛生公共經費，但其中大部分都用在工資和薪金上，藥品和設備等非薪資項目只能依靠中央政府撥款（Selvaraju，2000 年）。與中國一樣，印度通過五年規劃過程來確定國家目標和優先任務，此舉加深了邦政府對中央政府的依賴，並將自上而下的決策過程制度化，當中涉及：確立優先任務；推行統一資助的縱向疾病控制項目；以及制定醫療衛生人員和設施發展規劃（世界銀行，1997 年；Peters、Rao 和 Fryatt，2003 年）。

二十世紀八十年代以來，多股力量推動了印度衛生系統的變化。Qadeer（2000 年）指出，新興的中產階級和私人醫生，與國際社會的捐助機構一道推動了衛生系統的私有化。中產階級游說政府建立「高科技醫院」，提供符合國際標準的醫療衛生服務；私人

醫生得益於政府對醫學教育的補貼，並對當局施加壓力，要求放寬醫療衛生的監管。國際貨幣基金組織和世界銀行等國際捐助機構，在支持改革方面扮演了重要角色，改革措施包括削減對公營醫療系統的投資、鼓勵私營部門發展、以及在公立醫院引入用戶收費和私人投資。結果，初級衛生中心在二十世紀九十年代遭遇了嚴重挫折，傳染病防控項目的經費減少，導致其服務範圍縮減，並將重心轉向家庭規劃（Qadeer，2000年）。圖 2.2 說明了這種影響，顯示了二十世紀五十年代至九十年代醫療衛生和相關投資的轉變。醫療衛生的直接投資總額，以及飲用水供應和環境衛生的相關投資均有增長。家庭規劃的專項投資佔總額比例從不足 1% 上升至 26%。同時，傳染病防控的支出從 17%下降至 4%。儘管有些傳染病已經被根除，例如，天花和麥地那龍線蟲病分別在二十世紀七十年代和九十年代被根除，但可通過疫苗預防的疾病所造成的全國殘疾調整生命年損失，其比例估計仍然高達 7%。艾滋病等新興傳染病迅速蔓延，而肺結核和瘧疾等一度被認為已得到控制的傳染病又死灰復燃，成為更嚴峻的公共衛生問題（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar，2001 年）。

圖 2.2
1951年至1997年期間印度衛生部門的財政撥款



資料來源：Qadeer（2000 年）的數據，表 2。

RAND *OP212-2.2*

總結

縱觀中印兩國衛生系統的演變，可以發現一些相似的模式和顯著的差异。我們在表 2.1 中總結了兩國重要的歷史進程和里程碑。雖然中國和印度面臨著迥异的人口發展和醫療衛生挑戰，但是自二十世紀四十年代後期以來都取得了巨大的進步。然而，中印兩國社會階層和地理區域之間的不公平現象持續加劇，對定制醫療衛生服務的需求也日益增長。這一需求加上私營部門的商業利益，推動發展重心從公共衛生轉向個人護理，從預防轉向治療。同時，公共衛生獲得的關注和投資減少，特別是傳染病的預防，導致了部分疾病死灰復燃，醫療不公現象持續蔓延。

這部分追本溯源的回顧，旨在讓讀者更好地瞭解中印兩國衛生系統是如何演變成現行狀態的。在接下來的三個章節，我們將從當前整體表現、中期成果和政策槓桿等三方面，討論和比較兩國現有的衛生系統。

表2.1
中印兩國衛生系統的歷史進程

時期	指標	中國	印度
二十世紀四十年代後期至八十年代初期	戰略或政策	偏重預防為主和衛生教育	偏重治療
	醫療衛生服務單位	完全公有；農村實行合作醫療制度；建立了三級衛生系統	公私並存；建立了三級衛生系統
	醫療衛生成果	重大	一般
二十世紀八十年代初期至二十一世紀初期	疾病趨勢	慢性病取代傳染病成為頭號殺手；人口老齡化	傳染病仍是頭號殺手；艾滋病猖獗
	醫療衛生服務單位	合作醫療制度瓦解；私有化興起	進一步私有化；初級衛生中心遭受挫折
二十一世紀初期至今	政策環境	衛生系統改革	沒有明確的行動

第三章

在實現最終目標上的整體表現

2000 年，世界衛生組織發表題為《2000 年世界衛生報告——衛生系統：改進績效》的報告，認為衛生系統應具備三大基本目標：

- 改善所服務人群的健康
- 響應人民的期望
- 為治病成本提供財務保障

本章將比較中國與印度在實現這些目標上的表現。

衛生狀況

關鍵衛生指標

總體來說，中國人的壽命和健康狀況都優於印度人（參見表 3.1）。世界衛生組織的統計數據顯示，2004 年在印度出生的女性的預期壽命為 63 歲，而中國則為 74 歲；在印度出生的男性的預期壽命為 61 歲，而中國則為 70 歲。兩國女性預期壽命的差異要大於男性，這部分是因為印度產婦死亡率是中國的十倍。另外，印度兒童和成人的死亡率均高於中國。

表3.1
關鍵衛生指標

				2004年死亡率[a]							
	2004年預期壽命（歲）			≤1歲	<5歲			15歲至60歲		2000年產婦死亡率[b]	1999年低出生體重率[c]
國家	男女	男	女	男女	男女	男	女	男	女		
中國	72	70	74	27	31	27	36	158	99	56	6
印度	62	61	63	58	85	81	89	275	202	540	30

附註：

[a] 每1,000人。

[b] 每100,000名產婦。

[c] 每100名新生嬰兒。

印度嬰兒的健康狀況不佳。2004 年，估計印度有 30% 的新生嬰兒體重過低（出生時體重低於 2,500 克），而中國則只有 6%。印度每 1,000 名新生嬰兒中有 58 名在一周歲前死亡，而中國的這項數字僅為 27 名。[1]

其他重要衛生指標

除了預期壽命和死亡率，中印兩國的其他重要衛生指標也存在顯著差异。例如，印度死於傳染病的人數更多。表 3.2 概括了2000 年兩國按死因劃分的死亡率。在中國，非傳染病在所有死因中佔 77%。死於心臟病、慢性阻塞性肺病和癌症的人數大約佔總死亡人數的 67%。在各種傳染病中，只有下呼吸道感染、乙肝病毒感染、肺結核和圍產期病症所導致的死亡率相對較高。而在印度，死於傳染病和非傳染病的人數在總死亡人數中各佔 40% 以上。與中國相比，印度艾滋病、腹瀉疾病、呼吸道感染和圍產期病

表3.2
按死因劃分的死亡率

	死亡人數（每 100,000 人）	
死因	**中國**	**印度**
所有死因	701.5	988.8
不確定下限	669.0	950.8
不確定上限	731.7	1,017.4
傳染性疾病、孕產婦疾病、圍產期病症和營養不良	83.7	401.9
傳染病和寄生蟲病	39.0	197.3
肺結核	20.8	34.8
性病，不包括艾滋病	0.0	4.6
艾滋病	3.3	34.4
腹瀉疾病	8.3	43.5
兒童群發性疾病	1.6	27.4
腦膜炎	0.6	5.1
乙型肝炎	1.5	2.2
丙型肝炎	0.6	0.9
癘疾	0.0	0.9

[1] 請注意，根據 2004 年的一項估算，中國和印度的女童死亡率均高於男童，與世界其他國家男童死亡率高於女童的情況不同。在中國，5 歲以下女童的死亡風險要比男童高出 33%。一般認為，這些不平等狀況的成因是「男童在家庭衛生保健和營養方面得到優待」（世界衛生組織，2006 年）。

表3.2—續

死因	死亡人數（每 100,000 人）	
	中國	印度
呼吸道感染	22.4	107.0
孕產婦疾病	0.8	12.7
圍產期病症	20.9	72.6
營養不良	0.6	12.3
非傳染病	541.4	486.9
惡性腫瘤	133.5	71.0
其他腫瘤	1.2	1.2
糖尿病	9.6	14.9
內分泌紊亂	2.4	1.5
神經精神疾病	8.0	17.4
感覺器官疾病	不適用	0.1
心血管疾病	230.5	267.7
呼吸道疾病	110.0	58.1
消化系統疾病	27.9	32.6
泌尿生殖系統疾病	10.7	11.2
皮膚病	不適用	0.7
肌肉骨骼系統疾病	1.0	0.7
先天性异常	6.6	9.9
口腔疾病	不適用	0.0
傷害	76.3	100.0
意外傷害	52.3	76.2
故意傷害	24.0	23.8

資料來源：世界衛生組織，2004 年。

症導致的死亡率更高，但癌症和呼吸道疾病的死亡率較低（世界衛生組織，2004 年）。

至於個別疾病的流行情況，艾滋病在亞洲迅速蔓延。2003 年，中國估計有 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國家，2005 年感染人數達 570 萬人。2000 年，印度的肺結核新病例數估計為 1,856,000 例，而中國則為 1,365,000 例。印度 2004 年報告的瘧疾病例數約為 650,000 例，較 1997 年下降 45%。中國 2003 年只發現了 75,000 例瘧疾病例。而肥胖症和超重問題在兩個國家均日

益嚴峻。據中國 2002 年的全國調查顯示，7.1% 的中國成年人患有肥胖症，22.8% 的人超重。印度貧民區男性和女性的肥胖率分別為 1% 和 4%；中產階級的這一數字分別是 32.3% 和 50%（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar，2001 年）。糖尿病在兩國頗為盛行，特別是在印度更加嚴重：截至 2000 年，印度有 3% 的人口患有糖尿病，高於 2.8% 的估計全球患病率（Wild 等人，2004 年）。預計至 2030 年，印度糖尿病患者將達到約 8,000 萬人。2000 年，中國大約有 2,100 萬糖尿病患者，到 2030 年這個數字將會翻番（Gupte、Ramachandran 和 Mutatkar，2001 年）。兩國的糖尿病患者總數合計已超過美國（Wild 等人，2004 年）

綜上所述，印度的衛生狀況要遜於中國。有關差异主要是由於傳染病等可通過有效衛生政策解決的原因所致。

財務風險保障

衛生條件不佳會影響個人的身心健康狀態。大量研究表明，衛生條件不佳還會通過多種途徑加劇貧困和減低物質福利，包括高額醫療開支、勞動能力下降和喪失生產力（Liu、Rao 和 Hsiao，2003 年）。世界衛生組織認為，衛生系統最重要的目標之一，是分擔和降低整個社會的風險（世界衛生組織，2000 年）。

遺憾的是，中印兩國衛生系統針對財務風險所提供的保障不多。在中國，醫療開支已成為暫時性(相對於長期性來説）貧困的重要成因[2]，使生活在貧困線以下的農村家庭戶數增加 44%（Liu、Rao 和 Hsiao，2003 年；Liu 和 Rao，2006 年）。在中國貧困地區隨機選擇 30 個縣開展的研究顯示，為了支付醫療服務，25% 的受訪家庭必須舉債，而 6% 的家庭必須變賣財產（Hsiao 和 Liu，1996 年）。許多其他的家庭支出，如食物、學費和農務開支都被這項高消費所擠佔（Wang、Zhang 和 Hsiao，2006 年）。

在印度也觀察到類似的證據。2004 年，印度窮人將 40% 的收入花在醫療衛生上；而富人大約為 2.4%（Varatharajan、Thankappan 和 Sabeena，2004 年）。研究發現，醫療開支是致貧的三大主因之一（Krishna，2004 年）。17% 至 34% 的住院患者由於醫療費用而陷入貧困（Peters 等人，2002 年）。

由於中國和印度都缺乏完善的醫療保險計劃，醫療衛生成本變成沉重負擔也就不足為奇了。有幾項因素導致這個負擔日趨沉重。首先，缺乏負擔得起的醫療衛生服務，讓人們推遲接受預防和其他必要的服務。結果，一旦他們確實需要治療時，病情一般更為嚴重，花銷也更大。其次，對於求醫者來説，醫生誘導其濫用醫療服務也會加重其財務負擔。

[2] 暫時性窮人指暫時陷入貧困的人。

消費者滿意度

世界衛生組織 2000 年的報告也指出，衛生系統的基本目標之一是響應消費者的期望：

> 尤其，人們有權期望衛生系統以尊重個人尊嚴的方式對待他們……他們的需求應該得到迅速響應，無需苦苦等候診療服務——不僅是為了改善健康，更是為了尊重人們的時間價值和減少他們的焦慮。患者通常還希望個人信息得到保密，並且在個人健康方面自主選擇，包括就醫地點和醫生。

儘管消費者滿意度十分重要，但中印兩國並未對此開展廣泛研究。2001 年，有人對中國三個省份的患者做了一項調查。選定省份代表了經濟發展的不同階段。調查顯示，對公營醫療單位的普遍不滿（主要由於用戶付費較高和員工態度惡劣），促使患者向監管不善的單位尋求低價低質的服務（Lim、Yang、Zhang、Feng 等人，2004 年）。另一項對某個人口大省十間醫院患者的調查顯示，患者對醫院環境表示滿意，但對醫院改善醫患關係和確保患者知情的能力甚為不滿（Liu 和 Lu，2000 年）。

1999 年，在印度安得拉邦 25 間公立醫院開展的患者滿意度調查顯示，患者關切的主要問題包括醫院員工腐敗，缺乏飲用水供應和風扇等公共設施，廁所保養不善，普遍的環境清潔問題，以及院方缺乏良好的溝通和人際交往技能（Mahapatra，Srilatha 和 Sridhar，2001 年）。

中國和印度缺乏患者滿意度數據，意味著兩國應該把患者滿意度視為醫療服務質量的衡量標準，但是他們却沒有這樣做。

第四章

中期成果：就醫機會、質量和效率

在第三章，我們討論了目前中印兩國衛生系統在實現最終目標上的整體表現。本章將討論導致衛生系統整體表現的中期成果（即就醫機會、質量和效率）。雖然中期成果可以影響衛生系統的最終成果，但它們「只是中期和局部的成果」（Hsiao，2003 年）。

就醫機會

就醫機會在本文中定義為*有效供應*，它衡量人們克服獲取醫療衛生服務的障礙（例如，身體、財務、時間、以及服務供給障礙）的難易程度（Roberts 等人，2004 年）。雖然中國和印度都明確承認基礎醫療衛生服務是一項基本權利，但過去十年來，兩國的基礎醫療衛生服務供應一直在減少。

中國的就醫機會大不如前。由於服務重心已從預防轉向治療，許多公共衛生服務（如免疫接種和其他預防傳染病的服務）不再免費提供。中國衛生部開展的一項調查顯示，80% 的公共衛生服務執行比例要低於衛生部設定的目標，而三分之一的服務項目更不足目標比率的一半（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

另外，種種迹象顯示，中國醫療衛生服務的不公平現象正在擴大。特別是經驗證據表明，在城鄉居民之間，就醫成本和機會的差距越來越大。1994 年的一項調查顯示，與農村居民相比，大城市居民可享受到更好的健康保險和衛生設施（Shi，1996 年）。1980 年至 1989 年期間，鎮級診所的數目減少了 14%，而農村地區活躍基層醫務人員的人數則減少了 36%（Liu，2004 年）。相比之下，城市大醫院的數目增長了 56%，從 1980 年的 9,478 間增加至 1995 年的 14,771 間。與此同時，1980 年至 1989 年期間，城市設施所聚集的衛生技術人員大幅增加 235%（中國衛生部，1994 年；中國衛生部，1995 年；Liu、Hsiao 和 Eggleston，1999 年）。此外，據 1993 年的全國調查顯示，59% 的農村患者因為付不起費用而拒絕住院，而城市居民的這一比例則為 40%（中國衛生部，1994 年；Liu、Hsiao 和 Eggleston，1999 年）。至於實際就醫機會，1989 年至 1997

年期間，居民與最近診所的距離平均來看略有縮減（約 0.5 公里），在較貧困的鄉村縮減幅度最大（Akin、Dow 和 Lance，2005 年）。

印度也同樣面臨服務供應的挑戰。2005 年，各級衛生設施嚴重不足：中級衛生中心和初級衛生中心比需求數量少 10%，而社區衛生服務中心則比需求數量少 50%（Datar、Mukherji 和 Sood，2007 年）。交通不便可能是個嚴重的障礙，因為初級衛生中心或社區衛生服務中心與邦醫院之間並無頻密的常規交通服務，而私營交通服務則價格昂貴（Ramani 和 Dileep，2005 年）。雖然印度城鄉之間的服務供應也不平等，但差距看來要小於中國。以印度兒童免疫接種服務為例，最少接種一種疫苗的城鄉兒童差距從 18% 收窄至 12%。但是，居住在缺乏衛生設施的村莊的兒童所佔比例從 43% 上升至 47%（Datar、Mukherji 和 Sood，2007 年）。由於幾乎 80% 的衛生服務開支由患者現金支付，財務障礙制約著農村居民和城市貧民求醫（Ramani 和 Dileep，2005）。

綜上所述，中國和印度的就醫機會均不理想。消費者承受過重的衛生保健成本負擔，並常常因為付不起費用而失去就醫機會。種種迹象顯示，中印兩國就醫機會的不公平現象不斷加劇，尤以中國為甚。兩國均已就提供基礎公共衛生服務（包括免疫接種）設立了遠大目標，但尚未實現。

質量

例行質量評價和評估是衛生系統的重要部分。然而，中國和印度缺乏開展例行質量評估所需的國家或地區結構。在中國，即使進行評估，有時數據並不可靠（Koplan、Xingzhu 和 Haichao，2005 年）。

中印兩國都普遍存在以下問題：(1) 主要公共衛生服務使用不足，及 (2) 由供應誘導的濫用新技術現象。大量研究顯示，中國存在濫用昂貴技術和藥品（特別是抗菌藥品）的問題。這不僅會增加醫療成本，而且可能會對患者的健康造成負面影響。舉例來說，Meng 等人（2005 年）通過檢查醫院記錄發現，醫生趨向於開列價格更高的新上市藥品；在 15 種最常用藥品的費用中，僅有 13% 花費在被認為安全有效的藥品上。Liu 和 Mills（2005 年）檢查了闌尾炎和肺炎患者的詳細記錄，發現超過三分之一的醫藥開支是不必要的。2000 年，一項調查中國醫院抗生素使用情況的研究發現，多達 80% 的住院患者使用抗生素，遠高於國際平均水平（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

印度同樣存在過度用藥和實施不必要干預的問題。例如，現金支付的醫療支出中有 52% 用於支付醫藥和診療費用，住院支出則為 71%（Whitehead、Dahlgren 和 Evans，2001 年），而全球平均水平僅為 15%（世界銀行，2004 年；Meng 等人，2005 年）。另外，公營部門提供的服務一再受到*詬病*，而私營部門提供的服務經常是良莠不齊，需要加大監管力度（Bhatia 和 Cleland，2004 年；Mills 等人，2002 年）。一項針對

女性門診患者接受醫療服務的分析發現，在診斷全面性方面，私營單位提供更好的診療和醫患溝通服務，但却過度用藥（Bhatia 和 Cleland，2004 年）。

綜上所述，種種證據表明，供應誘導的藥品及醫療程序濫用是一個嚴重問題，兩國的衛生系統需要納入系統性醫療服務質量評估和控制。

效率

衛生系統的效率是依據系統以最低成本改善整體人口衛生狀況的程度衡量。效率分為兩類：*技術效率*指以最低成本按「正確方式」產生成果；*分配效率*指產生「正確成果」來使集體得益最大化（Roberts 等人，2004 年）。

然而實際上，衛生系統的效率難以衡量，中印兩國系統效率的證據也為數不多。少數證據顯示，由於國家機構的權利分散化和官僚作風，兩國均存在技術效率低下的問題，參見第三章。中國的一個具體例子是，設立了多個等同美國疾病控制與預防中心的機構。為了加强疾病監測，各級政府在二十世紀九十年代後期分別各自設立等同疾控中心的機構。但是，這些疾控中心却沒有明確的職責作為指導，也沒有明確的政策規定它們之間的相互關係。結果，某些地方和省級疾控中心企圖建立自己的「全國性」能力（Koplan、Xingzhu 和 Haichao，2005 年）。印度的一個具體例子是，橫向衛生服務（即常規衛生服務）與縱向控制計劃（即小兒麻痹症根除計劃等特定的疾病控制計劃）脱節。研究人員認為，雖然縱向控制項目有所助益，可以在短期內減輕特定疾病負擔，但却經常會導致常規的基礎醫療衛生服務受到干擾（Devadasan、Boelaert 等人，2007 年）。遺憾的是，由於缺乏證據，我們無法給中印兩國衛生系統的效率下結論。

第五章

中印兩國衛生系統的政策槓桿

誠如第一章所述，我們採納了一個分析框架，將衛生系統分為政策槓桿、中期成果和最終目標。在第三章和第四章，我們比較了中印兩國衛生系統的整體和中期表現；本章將深入討論兩國使用的政策槓桿如何導致國家衛生系統的當前表現。

以下五個因素左右著衛生系統的最終表現，並可以受到政策的影響：融資、支付和醫療衛生服務的組織；監管；以及消費者行為。

融資

*融資*是指調配資源為衛生活動提供資金的機制。[1] 融資對衛生系統的表現有著最重大、最直接的影響（Roberts 等人，2004 年）。除了外部援助和捐贈以外，通過任何類型的直接或間接融資機制在國內籌集的資金均來自國民。2003 年，外部援助和捐贈約佔印度醫療衛生總支出的 1.6%，約佔中國醫療衛生總支出的 0.1%（世界衛生組織，2006 年）。

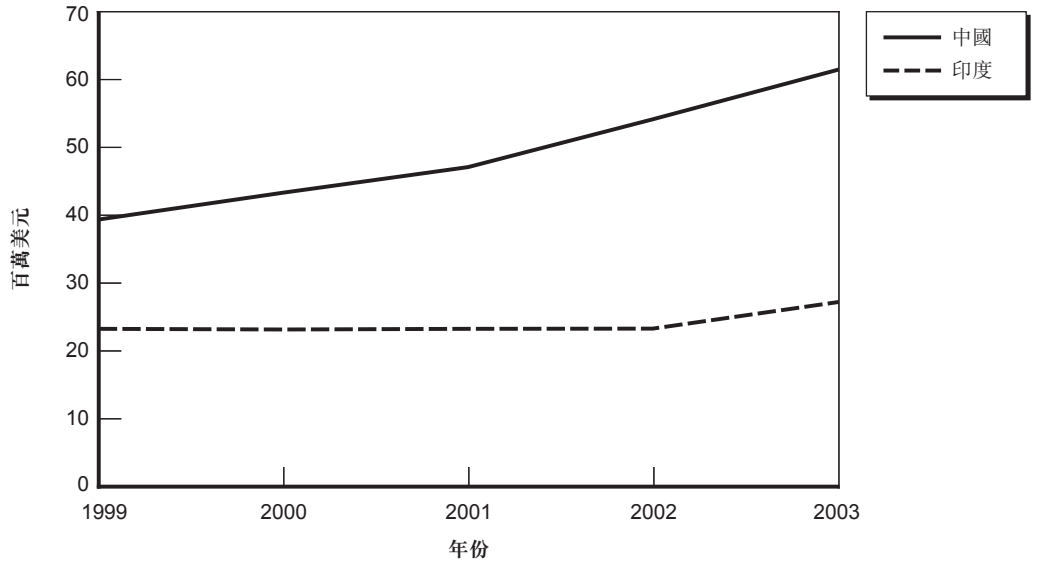
整體支出

醫療衛生事業通常使用下列方法融資：一般收入、社會保險、私人保險、社區經費、以及個人現金支付。近期的研究也表明，非正式收費（現金或實物）在發展中國家是一種重要但經常被忽視的醫療衛生融資來源（Lewis，2007 年）。雖然多數國家都結合使用各種融資方法為醫療衛生事業提供資金，但國家選擇的主要融資方法決定了 (1) 可用於醫療衛生事業的資金數額，(2) 資源由誰控制，及 (3) 財務負擔由誰負責（Hsiao，2003 年）。

2003 年，印度有 4.8% 的國內生產總值用於醫療衛生支出，這一數字略低於中國的 5.6%。但是，按平均匯率換算成人均總支出後，中國居民的醫療衛生支出平均為 61 美元，而印度則為 27 美元。如圖 5.1 所示，1999 年至 2003 年期間，中國的人均總支出穩步增長，而印度的人均總支出則保持穩定。

[1] 資金一旦籌集完畢，如何支出或分配成為一個支付問題。

圖 5.1
人均醫療衛生總支出（美元）



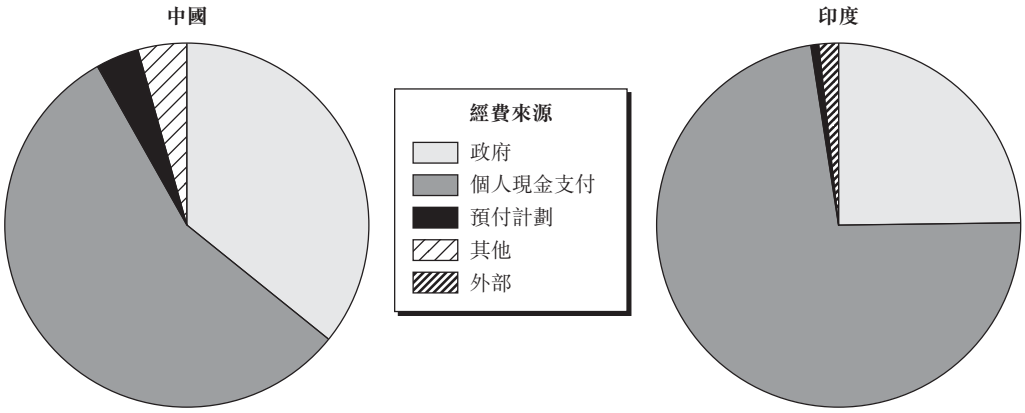
資料來源：世界衛生組織（2006 年）。
RAND *OP212-5.1*

與其他發展中國家相比，中國和印度在 2003 年的醫療衛生支出佔國內生產總值的比例較低：墨西哥為 6.2%，巴西和哥倫比亞為 7.6%，捷克共和國為 7.5%。當然，與發達國家相比就更低了。例如，美國的人均支出（5,711 美元）遠高於中國和印度。但是，很難確定一個國家的醫療衛生支出*應當*是多少，而以其他國家作為基準也不見得很明智（Savedoff，2007 年）。舉例來說，類似的醫療衛生支出未必能在不同國家產生相同的衛生狀況；流行病狀況和衛生投入的成效等因素，在不同國家也許大相徑庭（Savedoff，2007 年）。另外，官方公佈的國內生產總值和醫療衛生支出統計數據，未必能夠可靠地衡量真實收支情況，因為發展中國家往往會存在大規模的地下經濟（即未記錄的合法收入和非法活動所得）。例如，據 Schneider 和 Enste（2002 年）估計，墨西哥的地下經濟總規模超過該國官方公佈國內生產總值的 50%，而日本等高收入國家的地下經濟總規模不足官方公佈國內生產總值的 10%（Schneider 和 Enste，2002 年；Roberts 等人，2004 年）。

融資結構

因此，檢查衛生系統的融資結構可能更有意義。在這方面，中國與印度有著很多相似的地方。如圖 5.2 所示，2005 年，兩國醫療衛生個人付費總支出的比例都非常高，中國為 56%，而印度為 73%。一般政府支出構成第二大融資來源，中國為 36%，而印度為 25%。其他的融資來源，包括預付計劃、其他私人資金和外部援助、等等，佔中國醫療衛生總支出的比例不足 8%，而印度大約為 2%。在多數發展中國家，醫療衛生服務由個

圖 5.2
2005年中印兩國醫療衛生事業的融資結構



資料來源：世界衛生組織（2006 年）。
RAND *OP212-5.2*

人現金支付的比例普遍較高，介於 50% 至 60%；而依據 2004 年的數據，美國（13%）和英國（10%）的比例則低得多（Pauly 等人，2006 年）。然而，值得注意的是，較低的個人現金支付比例不僅限於富裕國家的居民。某些發展中國家的這一比例同樣很低：2003 年，莫桑比克為 15%，泰國為 29%（世界衛生組織，2006 年）。此外，發展中國家個人現金支付比例偏高的現象，並不集中在最富裕的消費者，反而是分佈在所有收入群體。因此，現金支付可能會消耗家庭的大部分收入（Wagstaff、Watanabe 和 van Doorslaer，2001 年；Pauly 等人，2006 年）。

在發展中國家，存在一種不太明顯却很常見的醫療衛生融資來源，即非正式收費（在中國稱為「紅包」[2]，其他地方稱為「台下付款」）。患者通過「非正式支付渠道」向醫務人員提供這些實物或現金，意在打點應由衛生系統支付的服務（Lewis，2007 年）。這些錢幫助患者獲得更好（或任何）醫療服務或者插隊。非正式收費在中國和印度都十分普遍。根據各種數據來源，1992 年至 2002 年期間，估計印度有 26% 的居民曾為醫療服務支付非正式收費。中國有超過 70% 的住院患者給醫務人員送紅包，而門診患者每次就醫送出的紅包平均為 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，醫務人員和醫院經常收受醫藥公司的回扣，回扣形式包括現金、汽車、手機、款待、旅游、等等。雖然有關回扣數額的信息不多，但估計一間中等規模醫院的回扣「收入」可媲美一般的政府補助（Bloom、Han 和 Li，2000 年）。在意料之中的是，醫務人員基本不會報告非正式收費，而官方報告的現金支付也沒有明確納入此類非正式收費的比例。

[2] 紅包一詞源自於裹有禮品或現金的中國傳統紅色包裹。

保險的角色

與其他消費支出不同，醫療支出的時間和數額基本上是不可預測的，故而風險可能極高。現金支付的一個主要缺點是不能分擔風險；這讓窮人和患者承受更重的財務負擔，經常會導致患者及其家庭破產。然而，風險分擔却可以通過將保障患者的成本轉移給只需付小額費用（即保費）的大量健康人身上，幫助人們有效地規避此類風險。風險分擔是假定有許多不同風險水平的人參與其中，並且損失產生事件的相關度不高（Pauly 等人，2006 年）。

近年來，中國和印度的決策者側重於利用私人或社會健康保險分擔風險的潛力。兩國以往主要依靠獲得大量補貼的公營機構，這些機構具有國家衛生服務提供方的隱含保障。但是，與許多其他發展中國家一樣，中國和印度尋求用正式的公共或私人保險計劃來替換舊制度，並將買方（即保險公司）從提供方的角色中區隔開來，通過引入更多競爭降低成本。

過去十年，公共健康保險在中國扮演著重要的角色。1998 年，國務院制定了一項公共保險計劃，旨在用正規的社會保險制度來替換以往接受巨額補貼的公共衛生服務。該制度由醫療儲蓄帳戶和統籌基金組成，為全體城鎮職工（包括公私企業員工）提供基礎醫療福利。保險可用於支付基礎門診和住院醫療服務費用，以及不超過最高支付限額的大病開支（中共中央和中國國務院，1997 年；中國國務院，1998 年）。根據這項新制度，職工繳費比率為本人工資收入的 2%，而用人單位繳費比率為職工工資總額的 6%。截至 2003 年年底，醫療儲蓄帳戶覆蓋了 1.09 億人，不到總勞動人口的四分之一。2003 年，社會風險分擔基金不到國內生產總值的 1%（中國勞動和社會保障部，2004 年）。但是，這個新制度並不覆蓋職工家屬、失業人員或大部分的個體戶。因此，1993 年至 2003 年期間，未參與健康保險的城鎮居民比例從 27% 上升至 50%。另一方面，私人保險仍處於稀缺狀態（Drechsler 和 Jütting，2005 年；中國衛生部，日期不詳 [2003 年]）。

此外，因為合作醫療制度的瓦解，截至 2003 年將近 80% 的農村居民沒有任何保險（中國衛生部，日期不詳 [2003 年]）。中國政府最近宣佈重新建立某種形式的社區健康保險，其特點是自願參加、覆蓋基本服務和重大疾病、而且保費低（但共付額高）。然而，研究發現，即使保費不高，也無助提振貧民的參保意願，而偏高的共付額更讓參與者不敢就醫；因此，較富裕的農民從此類保險中獲益更多（Wang 等人，2005 年）。

根據經濟合作與發展組織（OECD）的報告，香港和印度是亞洲唯一沒有强制性公共健康保險的中等收入國家或地區（Drechsler 和 Jütting，2005 年）。1999 年，印度議會通過了《保險監管和發展機構法案》，允許私營單位通過提供健康保險進入醫療衛生服務市場，並計劃成立監督保險市場運作的監管機構（Mahal，2002 年）。儘管有人預測印度私人健康保險市場具有巨大的發展潛力（Sekhri 和 Savedoff，2005 年；Drechsler 和 Jütting，2005 年），但私人保險在總體融資來源中的佔比仍然很小：大約

佔印度醫療衛生總支出的 1%，2003 年只有約 3% 的印度人獲得私人預付計劃保障（世界衛生組織，2006 年；Devadasan、Ranson 等人，2006 年）。

雖然印度尚未明確公共或社會保險的發展日程，但印度的全國農村健康計劃提出，通過補貼窮人保費來支持建立社區健康保險計劃（Mathur，2005 年）。一些非政府組織發起多項社區健康保險計劃試驗，旨在減輕窮人的負擔，但大部分試驗均須依賴外部資源才能持續運作（Devadasan 等人，2006 年）。曾有兩項研究評估了印度農村和貧困居民支付健康保險的意願。Dror、Radermacher 和 Koren（2007 年）報告稱，30% 的窮人願意用最多 2% 的家庭年收入來支付健康保險的保費。在另一項研究中，Dror 等人（2007 年）發現，受訪的窮人（大部分是文盲）中有 73% 願意選擇某種保險方案，而只有 27% 的人決定不買保險。這些正面的研究結果證明，社區健康保險計劃也許可以作為籌集醫療服務經費的政策選擇。

綜上所述，中國和印度都嚴重依賴個人現金支付為醫療衛生事業提供資金。兩國都面臨著減輕醫療成本負擔和風險的挑戰。中國的政策重心是依賴社會或公共保險機制來減輕負擔。相比之下，印度則把賭注壓在新推出的私人小型健康保險政策，藉此降低窮人在醫療衛生方面的財務風險。兩國究竟採納什麼樣的政策，以及是否能够取得成功，仍有待觀察。

支付

*支付*是指籌集到的資金如何開銷，包括三個方面：向誰支付、為什麼支付、以及支付多少。支付是任何一個衛生系統的基本組成部分，因為「這些 [支付] 決定將提供强大動力，影響著衛生系統中所有組織和個人的行動」（Roberts 等人，2004 年）。

在中印兩國，按服務收費是最主要的支付模式。按照這個模式，醫療衛生服務單位一般按每次提供的服務（例如，問診、注射、或化驗）收取費用；因此，醫療衛生服務單位有促使濫用服務的動機，導致了成本增加（Barnum、Kutzin 和 Saxenian，1995 年；Yip 和 Eggleston，2001 年）。

按服務收費是印度最主要的支付模式。雖然印度制定了為人民提供廉價的公共醫療服務的目標，但却只有 0.9% 的國內生產總值用於公營衛生項目，公立衛生設施經常出現人手不足而病人人滿為患（Mullan，2006 年）。因此，不論收入水平如何，大部分患者都選擇按服務收費的私人醫生，現金支付費用，而不使用公營部門提供的「免費」服務（Mahal，2003 年）。1999 年的調查顯示，70% 的私營單位按服務收費，其中大部分表示醫療協會對價格的制定影響不大，只有 11% 的私營單位會根據醫療協會的指導價收費（Bhat，1999 年）。濫用按服務收費模式的後果之一，是治療醫學和專科化對

醫療機構來說更有價值，家庭醫學作為一門學科已經「瀕臨消亡」（Mullan，2006 年）。

為了控制成本並保證人人都獲得基礎醫療服務，中國建立了獨特的按服務收費支付模式，其扭曲的定價制度讓政府能够設定服務、程序和藥品的價格。平心而論，服務提供方與支付方之間的緊張關係，是自然產生的結果並具有普遍性，服務提供方希望收取盡可能多的費用，而支付方則希望付出盡可能少的費用。許多國家（包括美國在內）使用受政府管制的定價方式來確定醫療服務收費。例如，美國聯邦醫療保險就使用大部分私營保險公司定價所用的費率表。在某些國家，服務提供方與支付方通過雙邊談判達成互相接受的費率水平；然而在中國，醫療費率主要由政府決定，所以成本常常被故意低估。服務提供方和醫院不能向患者收取高於定價的費用，而是由中央和地方政府來補貼收入缺口，缺口部分最高佔醫院營業收入的 60%（Yip 和 Eggleston，2004 年）。但是，政府自二十世紀九十年代初期以來減少了承諾的補貼金額，醫院和服務提供方被迫要賺取更多收入來填補缺口。他們發現，濫開高科技診療程序和不受定價制度管制的昂貴處方藥，一定程度上可以填補財務缺口。如前文所述，服務提供方和醫院還收受醫藥公司的回扣。因此，中國醫療衛生總支出的 52% 花費在藥品上，而經合組織國家則為 10% 至 19%（世界銀行，2004 年；Meng 等人，2005 年）。當有强烈的財務動機存在時，通常就會增加不必要的診療項目（Liu 和 Mills，2005 年）。剖腹產手術在中國被濫用，部分地區剖腹產比率甚至達到 40% 至 50%（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。相比之下，美國和加拿大的剖腹產比率僅為 25%（Anderson，2004 年）。世界衛生組織曾估計，在正常情況下，剖腹產比率最高為 15%。由於沒有確鑿的科學證據表明剖腹產優於陰道分娩，中國剖腹產比率畸高的部分原因，據信是醫生和醫院所推動的供應誘導型需求，他們可能會誤導產婦，刻意誇大剖腹產的好處（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

中國已經開展了多項支付改革試驗。Yip 和 Eggleston（2004 年）發現，與按服務收費制度相比，海南省在 1997 年實行預付制度後，昂貴藥品和高技術服務支出的增幅有所放緩。

綜上所述，中國和印度都依賴按服務收費制度向醫療服務提供方支付。該制度誘發了醫療服務的濫用，加重了消費者的負擔。在中國，這些問題由於受政府管制的定價程序而變本加厲，因為政府不會與服務提供方進行雙邊談判。在印度，情況剛好相反，政府或行業協會對價格缺乏影響力。中印兩國都面臨改革支付制度的挑戰，以求減少濫用服務的誘因並强調使用經濟有效的醫療技術。通過改革節約下來的資金，可以轉移到消費者身上，由此減少他們所承擔的醫療衛生開支份額。

組織

*組織*是指組織提供醫療衛生服務的廣義架構，包括所有權、市場競爭、權力下放（即把責任分配給各級政府）和垂直整合（即預防、初級、二級和三級服務提供方之間的協作）。組織和管理方式影響到提供服務的效率和質量（Hsiao，2003 年）。

中國：公營單位主導

過去，中國完全依賴公立醫療衛生單位（例如，服務提供方、醫院、融資機制）提供醫療服務。在 1982 年經濟改革期間，中國再度允許私人醫生執業。2000 年，中央政府頒佈第一部關於非營利性和營利性醫療機構的法規（Liu 等人，2006 年）。如今，雖然中國整體經濟由私營部門主導，但私營部門在醫療衛生領域的作用仍受到限制。截至 2002 年，中國的私人醫生數量超過 200,000 人，在總共 520 萬醫療衛生專業人員中大約佔 4%，大部分的私人醫生在農村地區。同年，私營醫院所佔的比例約為 12%（Liu 等人，2006 年）。2006 年，有美國公司收購了一間國營醫院，並將其改造成一個會員專屬保健組織（HMO），類似於加利福尼亞州的凱薩醫療集團（Kaiser Permanente）（Lee 和 Yi，2006 年）。雖然現在有許多公立醫院獲准將管理服務外包出去（Lipson，2004 年），但政府在處理醫院所有權的時候十分謹慎，擔心營利性醫院可能會降低就醫機會和效率。因此，中國現行的政策並不補貼私營醫院，而且不寬免營利性醫院的稅收（Eggleston 和 Yip，2004 年）。在這樣的政策下，中國醫療衛生市場實際上由政府壟斷：公立醫院得益於多種政策優惠，如稅收減免和收入補貼，而私營醫院必須在缺乏這些優惠的情況下參與競爭。據 Eggleston 和 Yip（2004 年）預測，除非另有政策通過擴大保險來補貼醫療服務使用者，或者補貼為窮人和無醫保人員提供服務的供應方，否則，在扭曲的按服務收費價格體系下為了爭奪患者，將會*減少*（而非增加）那些付不起費用的人接受醫療服務的機會。顯然，這是因為供應商會故意取消無利可圖的基礎服務。

鑒於中國是一個大國，而且主要依賴公營部門提供醫療衛生服務，自下而上的三級服務系統一度被認為能够非常有效地分散醫療衛生服務。在向大多數人（特別是農村居民）提供基礎預防護理方面，這套系統的成效尚可。但是，根據中國國務院發展研究中心課題組的分析（2005 年），1990 年至 2002 年期間，中國對城市大醫院的醫療衛生投資份額大幅增加，擠佔了農村和社區診所的資源。結果，城市醫院人滿為患，而低端診所則門庭冷落。與此同時，政府對公共衛生（如防疫工作）的支出從 1990 年的 27% 降至 2001 年的不足 20%（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

印度：私營單位主導

儘管印度政府也在努力促進公共衛生服務，但與中國不同，它從未使用政治管制手段把私人醫生拒之門外。相反，由於印度的公共衛生系統經費不足，醫療衛生服務的需求是由大量良莠不齊的私營服務提供方滿足的，它們採用按服務收費的模式。私營部門如今主導著衛生系統：2002 年，77.4% 的醫療衛生支出用於私營衛生設施（De Costa 和 Diwan，2007 年）。大約 70% 的醫院為私營醫院，60% 至 79% 的合格醫生在私營部門工作（Bhat，1996 年；Ramani 和 Dileep，2005 年；世界衛生組織，2006 年）。根據 De Costa 和 Diwan（2007 年）的調查發現，2004 年，在印度中央幫（一個很大但相對貧困的邦），24,807 名合格醫生中有 18,757 名（75.6%）在私營部門工作，其中 80% 在城市工作。

公營部門方面，印度已建立起類似中國的三級系統。初級衛生中心旨在提供基礎醫療護理、疾病預防服務和衛生教育。但是，二十世紀九十年代初期以來，初級衛生中心傳染病防控項目的經費一直在減少：傳染病防控支出在 1980 年至 1997 年期間從 20% 降至 4%。因此，初級衛生中心將其服務重心轉向家庭規劃為主（Qadeer，2000 年）。鑒於這一趨勢，研究人員認為，雖然在特定情況下，家庭規劃和小兒麻痹症根除等縱向衛生項目仍然是必要的，但却導致一般醫療服務受到干擾（Devadasan、Boelaert 等人，2007 年）。

儘管私人醫生的素質令人擔憂，但公營和私營部門提供服務的質量缺乏直接和系統的比較方式。另一項影響醫生供應的因素，是醫科學生越來越傾向在私營部門工作；此外，不少醫生移民到富裕國家。接近 60,000 名印度醫生（相當於印度醫生總數的 10%）在美國、英國、加拿大或澳大利亞執業（Mullan，2006 年）。

中國與印度的組織比較

通過比較中國與印度組織衛生服務的方式，可以得出一些有趣的見解。首先，兩國在解放和獨立伊始，都秉持公平思想重視提供基礎醫療服務的公共衛生系統。這種公家提供醫療服務的模式在中國基本上取得了成功，但在印度則不然。在向居民提供基礎醫療衛生服務方面，印度舉步維艱。因此，從二十世紀五十年代到八十年代，中國在醫療衛生方面取得的進步比印度大得多。例如，世界衛生組織的統計數據顯示，2003 年出生的中國居民平均預期壽命比印度要長十歲。中國公營衛生系統為何如此有效還不太明確。這種差异一定程度上可能是因為在中國中央的控制力度更大。

二十世紀八十年代，中印兩國都面臨在提供醫療服務方面加大私營部門作用的壓力。這一回，印度在平穩轉型方面比中國更加成功。究其原因，與中國相比，印度在獲得獨立後沒有消除私營部門。因此，私營部門逐步發展成熟，可以滿足那些對公立醫療機構不滿的居民日益增加的醫療衛生服務需求。但是，兩國在向私營醫療服務模式轉型的過程中也付出了一定代價。現如今，中印兩國居民的財務負擔和醫療需求的財務風險愈發沉重。另外，個人護理越來越受重視，而對公共衛生的關注則在減少。同樣，私

營部門的動機在於提供治療服務而非預防護理。對公共衛生（特別是預防傳染病）的關注減少，可能是兩國面臨的最重要的新問題之一。

監管

*監管*是指政府强制對組織和個人施加全方位的法律約束（例如，法律、行政規定和委派專業機構頒佈的指南）（Roberts 等人，2004 年）。[3] 監管對衛生系統的成功至關重要，因為「它可以通過實施衛生法規來降低感染疾病的機會、確保及時跟進處理健康危害和監控醫療服務產品的質量」（Das Gupta 和 Rani，2004 年）。

中國：嚴格監管

作為社會主義國家，中國通過法律、法規、行政規章和價格制定等方式，運用强制性的政治權力嚴格監管公共服務（包括醫療衛生）。但是，在 1998 年政府機構重組以後，監管和規劃醫療衛生服務的權力大部分已下放到省級。在國家層面，這項權力由幾個平級部門劃分。衛生部提供一般政策指導，但執行政策的權力最小，因為它不直接提供醫療衛生經費或實施監管。決定中央政府醫療衛生和公務員保險預算的，是財政部。由於計劃生育是中國的首要任務，計劃生育委員會成為控制管理計劃生育的强大機構（Hsiao，1995 年）。另外，1998 年以後，有兩個新的機構進入衛生系統。國家質量監督檢驗檢疫總局宣告成立，其職能是監管和監控口岸檢疫。從衛生部拆分出來的國家食品藥品監督管理局，負責審批健康相關產品和監管定價（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。由於架構複雜，監管和執法權力分散，不同部委的政策經常互相衝突。2003 年嚴重急性呼吸系統綜合症（SARS）的爆發，暴露出公共衛生系統的架構缺陷和溝通不暢（Liu，2004 年；Koplan、Xingzhu 和 Haichao，2005 年）。另外，中國缺乏一個監控衛生服務質量的制度（Hsiao，1995 年）。

最後，即使監管規定得到成功實施，也不一定總是能實現目標；有時候反而會帶來意想不到的後果。例如，旨在治理醫院和藥品的價格管制政策無助於控制支出。經驗證據顯示，存在供應誘導的濫用問題（Liu 和 Lu，2000 年；Meng 等人，2005 年；中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。

[3] 請注意，根據 Roberts 等人（2004 年）給出的*監管*定義，保險公司對服務提供方施加的約束不視作監管，因為「它們並非政府施加的法定規則，而是買賣雙方商定的合同條款。」

印度：放任自流

根據印度憲法，政府對醫療衛生服務的責任分為三個目錄，即聯邦目錄、邦目錄和共同目錄，據此訂明中央政府和邦政府各自的責任。共同目錄描述了各級政府分擔的責任，包括預防傳染病和家庭規劃（Das Gupta 和 Rani，2004 年）。一般來說，雖然公共衛生在印度被視為邦政府的事務，政策制定和項目設計則由中央政府負責。

在國家層面，在衛生和家庭福利部的組織架構下設立有衛生部、家庭福利部、以及印度醫學和順勢療法系統部門。該組織架構一直被指效率低下。在世界銀行對印度衛生部門高官進行的調查中，監管和執法是排在第二差的基礎公共衛生職能（Das Gupta 和 Rani，2004 年）。受訪者對衛生和家庭福利部在監督立法、執行法律法規、與邦政府合作等方面的能力深感憂慮。

對於私營醫療機構和保險公司，相對於中國的嚴格監管，印度政府則採納了放任自流的政策。在沒有任何形式的公共監管、强制註冊、定期服務評價、質量控制甚至自我監督之下，私營部門的快速發展引發了各種擔憂，其中大部分集中於服務質量（Qadeer，2000 年；Ramani 和 Dileep，2005 年）。儘管少數邦政府或地方政府頒佈了私營醫療行業的監管規定，例如德里和孟買的《療養院法案》，但大多數邦政府都沒有此類立法或者沒有全面實施現有的監管規定（Bhat，1996 年）。另一方面，專業機構（如印度醫學委員會）通過制定執業人員行為準則對醫療專業人員加以管理，可以影響到服務提供方的行為。但是，很多私營機構並不參加行業協會，因此未必會遵守協會指南（Bhat，1996 年）。結果，當醫學委員會發現某種藥品或技術有害時，其不能有效阻止醫生使用；個別醫生在執業過程中可以自行選擇（Qadeer，2000 年）。另一個問題是醫生移民到富裕國家：印度醫生直接（如在公立醫學院）或間接（如享受許多政府優惠政策的私立醫學院）地接受公費教育，却沒有關於監管醫生移民的規定。

綜上所述，中印兩國都缺乏連貫的監管框架。中國缺乏對公共衛生系統的監管能力，而且因為架構缺陷和不同政府部門之間溝通不暢，這種局面還在加劇。印度對私營部門疏於監管，不論公營部門還是私營部門都存在執法不嚴的情況。

行為

除了正式監管外，政府和私營部門還有另一種實現衛生系統目標的有力手段：「通過廣告、教育和傳播信息影響人們的信念、期望、生活方式和偏好」（Hsiao，2003 年）。畢竟，個人行為在促進健康方面發揮著顯著的作用。Roberts 等人（2004 年）認為，應當

考慮將四類個人行為用作政策槓桿：求醫行為、衛生職業行為、遵從醫囑行為、以及生活方式和預防行為。因為這些領域大多缺乏深入研究，我們將討論重點放在改變生活方式和預防行為上。

在計劃經濟時期，中國政府經常發動群衆運動和宣傳活動，傳播公共衛生知識和推廣特定行為。例如，1952 年，國務院正式成立了各行政層級的愛國衛生運動委員會，以提高重視公共衛生的意識、普及衛生知識、除四害和講衛生（中國國務院發展研究中心課題組，2005 年）。直到今天，簡短易記的口號也經常被用作向廣大群衆宣傳政策信息的一種方便有效的方式。宣傳衛生活動和計劃生育的巨幅路邊廣告牌（例如，寫著「只生一個好」的廣告牌）隨處可見，儘管最近有一部分不顧群衆感受的刺耳口號已被整治和取締。

近年來，隨著糖尿病和高血壓等慢性病的患病率穩步上升，中國開展了一系列教育計劃，倡導戒烟、鍛煉身體和母乳喂養等健康行為（Wang 等人，2005 年；Huang 等人，1994 年）。還有一些活動傳播艾滋病預防等以公共衛生為主題的信息。與此同時，私營部門開展的勸導工作（包括鋪天蓋地的藥品廣告），使人們擔心潛在的供應誘導醫療需求和助長不健康的生活方式。[4]

印度也認識到衛生宣傳的重要性。在國家層面，成立了新德里中央衛生教育局，通過傳播信息、激勵和協助人們接受和維持健康生活方式，為群衆提供衛生教育（Das Gupta 和 Rani，2004 年）。印度的衛生宣傳計劃具有多項優勢，包括工作人員訓練有素，以及學校課程涵蓋衛生教育（Sharma，2005 年）。

然而，與中國的教育制度相比，印度素來注重高等教育而忽視基礎教育。因此，印度幾乎 40% 的人為文盲（中國只有 7%）。這樣一來，通過印刷媒體傳播衛生信息引發了不少爭議（Sharma，2005 年）。通常認為，民間媒體（即木偶戲、戲劇、講故事和音樂）和視覺媒體（即電視節目、音樂劇和廣告）更加有效。

一般來説，中印兩國勸導工作的手段和效果尚未得到透徹研究，儘管有迹象顯示，中國政府過去發起的衛生教育和宣傳活動行之有效。

4 舉例來説，雖然中國早在 1992 年就禁止了烟草廣告，但烟草公司通過贊助文體活動規避了監管。

總結

為了概括本章所呈列的廣泛證據和論述，並凸出中印兩國的顯著差別，表 5.1 顯示了中國與印度的政策槓桿和各項指標。

表5.1
中印兩國衛生系統使用的政策槓桿

政策槓桿	指標	中國	印度
融資	人均醫療衛生總支出（2003 年）	61 美元	27 美元
	醫療衛生總支出佔國內生產總值的比例（2003 年）	5.6	4.8
	個人現金支付佔總醫療開支的比例（2003 年）	56.0	73.0
	一般政府供款佔總醫療開支的比例（2003 年）	36.0	25.0
	健康保險組成	依賴公共保險	私人小型保險興起
支付	按服務收費	主導；政府定價	主導；供應商定價
組織	公營部門佔醫療服務提供總量的比例（中國為 2002 年數據；印度為 2003 年數據）	96.0	21.0
	私營部門佔醫療服務提供總量的比例	4.0	79.0
監管	執行	嚴格監管	放任自流
	監管架構	鬆散	非常鬆散
行為	教育和宣傳活動	有些效果	受文盲限制

資料來源：世界衛生組織（2006 年）。

第六章

政策影響

中國解放和印度獨立以來，在醫療衛生方面都取得了重大進步。儘管如此，兩國的衛生系統都面臨著各種挑戰，既有共通的地方，也有獨特之處。作為本文的總結部分，我們將列出主要挑戰和政策影響，並闡述中印兩國可供彼此借鑒的經驗教訓。

主要挑戰和相關政策影響

減少個人消費者的現金負擔

兩國都嚴重依賴個人現金支付醫療費用。但是，正如許多衛生經濟學家指出，「從現金支付轉向預付機制，是減少財務灾難的關鍵」（Xu 等人，2007 年）。要克服這一挑戰，可以借鑒歐洲的通行做法，採用全民保險或社會保險制度，或者鼓勵發展在美國通行的私營保險制度。印度似乎更傾向於私營保險制度，而中國似乎更傾向於全民保險制度。我們建議雙方都不應排除任何類型的保險，而要考慮公共與私營保險模式及其調整方案，以滿足人民的多樣化需求。中印兩國還應考慮保健組織的模式，通過垂直整合健康保險和醫療衛生服務的供應來控制成本。

減少醫療服務的濫用

減少醫療服務的濫用可以通過取消硬性定價和按服務收費類型的合同來實現。兩國都應當把開藥與配藥分離，並採用其他償付機制（例如，美國聯邦醫療保險採用的提前支付模式）。另外，為了確保服務的質量，兩國都必須將質量評估和評價作為衛生系統的組成部分。培養和鼓勵醫療衛生領域的專業精神，同樣可以提高服務的質量。

增加窮人的就醫機會

儘管在中國和印度部分醫療服務由於供應誘導的需求而遭到濫用，但兩國也面臨著弱勢群體缺醫少藥這樣的嚴峻問題。中國和印度需要將更多資源用於建設基層醫療衛生設施，特別是提供預防和基礎醫療服務的設施，並且注重改善農村居民的就醫機會，

包括採取教育、甄別、免疫接種、以及交通援助等措施。最後，現有設施需要增加資源投入和改善管理。

新出現疾病的治療與監控能力建設（如艾滋病和肥胖症）

中國和印度都需要在傳染病監控領域加强政府各部門之間的橫向和縱向協調。中國的數據需要更加透明和可靠；印度需要建立一套更加有效的監測系統，對該系統投入更多的資源，同時不中斷常規的基礎醫療。

建設符合當地需求的醫院設施

兩國（特別是中國）在醫療衛生服務提供系統方面效率低下，過度集中在城市地區，而在農村和偏遠地區則非常薄弱。在預防和基礎醫療衛生服務方面，政策必須保證資金和人力資源到位，這樣才能幫助基層診所和社區醫院繼續生存和發展。

中國能向印度學到什麼？

雖然統計數據顯示，中國的衛生成就要高於印度，中國政府對醫療衛生投入了更多的資源，但中國衛生系統的整體表現在 191 個國家中僅排在第 144 位，遠遠落後於印度的第 112 位（世界衛生組織，2000 年）。通過對兩個國家的比較，我們建議中國應該參考印度衛生系統的兩個方面：(1) 鼓勵私營部門參與，及 (2) 減少價格監管。

鼓勵私營部門參與

如前面章節所述，私營衛生部門在印度起到了重要的作用，儘管其服務質量令人擔憂。在中國，雖然加大了對醫療衛生服務的投資力度，但是私人醫生和醫院仍然面臨政府的許多限制；因此，他們經常需要在不公平的條件下與公營部門競爭。我們建議中國政府鼓勵國內外投資進入私營衛生部門，並提供一個公平合理的政策環境，培育私營部門的成長。

減少對藥品和醫療程序價格的監管

與印度的自由市場經濟相比，中國政府關於監管價格的決定引發了許多問題。尤其，濫用新上市藥品和昂貴的醫療程序是個極其嚴重的問題，引發了人們對服務質量和患者財務負擔的擔憂。例如，原中國食品藥品監督管理局局長因為收受巨額賄賂和批准不合格的藥品上市，在最近被處決。這冰山一角説明了藥品審批程序混亂不堪。我們建議政府專心監管藥品的質量，而不是價格。

印度能向中國學到什麼？

雖然印度衛生系統在世界衛生組織 2000 年的排名中領先於中國，但是實際上印度人口的健康狀況遠遠落後於中國。中國衛生系統近年來的發展歷程，可以為印度的衛生政策制定者提供兩條經驗：(1) 增加醫療衛生支出，及 (2) 加强控制傳染病和改善母嬰健康。

增加醫療衛生支出，特別是基礎設施、服務供應方和基本必需品

與中國政府相比，印度政府對醫療衛生貢獻太少。國家基本的醫療衛生基礎設施，包括診所和預防護理服務，都落後於中國。我們建議政府應該把醫療衛生作為重中之重，為鄉村一級分配更多資源。

加強控制傳染病和改善母嬰健康

印度的死亡人口中有很大比例是由於預防不力而造成的。幾乎在全部的衛生指標上，中國都超過了印度，特別是嬰兒成活率和防控傳染病方面。為了趕上中國，印度政府必須投入更多的資源，提供預防和基礎醫療衛生服務，並且組織力量改善環境衛生、飲用水質量、營養、教育和減少貧困。

結論

中國與印度是全球近五分之二人口的家園。因此，兩國面臨的挑戰和改革衛生系統取得的進展，必定受到全世界的密切關注。中國和印度在過去三十年所積累的經驗，以及所採用戰略的成效，不僅會影響兩國居民，還將為其他國家的需求與挑戰帶來啓示。

參考文獻

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

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 Find, 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

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.