

第十七章

中国医疗卫生体制与未来 20 年改革

Ryan Manuel

导 言

医疗卫生问题在中国，尤其是在农村地区，一直是个引起广泛不满的话题。虽然最近有一系列的改革措施频频出台，政府也史无前例地大规模投资卫生领域，但这一情况依然没有改善。现在中国百姓都认为“看病难，看病贵”，简明地概括了许多中国公民面临的医疗难题。

对中国医疗卫生体制之未来的分析需要一些历史背景。本章将把中国医改的发展历程分为三个阶段。第一阶段是 1950 ~ 1978 年的集体主义时期。鉴于当时的中国公共卫生体制具有高效率的公共财政体系和“直上直下”式的传输机制，它在“花小钱，得大利”方面处于世界领先地位。

第二阶段是 1980 ~ 2003 年的后集体主义时期。此阶段中国与其他发展中国家相比，其医疗体制从人均收入角度来看仍可称得上是效率较高，但从获取途径角度来看却极不平等。集体主义时期在中国的终结，伴随而来的是中国医疗成本的急剧膨胀（很大程度上是由医方引导的额外需求、滥开药和滥用高技术服务现象引起的），令人担忧的医疗资源高度不平等，以及医疗安全率的不断下降。医疗服务提供者和患者共同面临机制缺陷和动机缺陷问题。当前的公共财政体系不甚有效，只能加剧不平等；再加上城乡差异，都使得上述问题恶化并阻碍了改革进行。

从第三阶段（2003 年至今）开始之初，也正是和谐社会思想的提出之

时，便一直存在着大量有关如何进行医改的争论。2003 年，“新型农村合作医疗制度”（NCMS）的引入，以及公共财政“覆盖农村”战役的打响，使得更多公共资金被投入到医疗系统中来。

许多需求方面的社会医疗保险项目得以实施，这些项目也将成为中国未来 20 年医改的主要驱动因素。

总体来看，这些改革建议可被大致分为两类。第一类建议，意在利用建立在社会医疗保险制度之上的需求战略，来增加体制内可使用的资金数额；另一类建议则与英国国民健康保险制度（NHS）相类似，着眼于使公共资助的门诊机构起到“看门人”和“面向公共医院的推荐人”的作用，增加投入并在此基础上建立独特的中国医疗体制。

但无论哪种改革都似乎不够充分。一个机构模型反映了中国政府面临着如下困难。公共投资的增长看上去并不能改变医务工作者个人的动机缺陷。由于缺乏监管、协调和指导，中央政府实现社会福利目标频频受阻，尽管有额外的资金投入也不管用。从 2009 年发布的医疗改革方案来看，虽然解决中国医疗领域的理论难题已经取得了一些进展，但是结构性问题依然存在。未来 20 年改革是否有效，要视中国政府能否有效地处理各种危害体制的结构性问题和动机缺陷而定。

中国医疗卫生领域发展的历史

中国医疗卫生体制的发展历程共分三个阶段。第一阶段——建立在社会主义计划经济之上——以各级政府提供的公共医疗服务为特征，在城镇地区由公共财政支持，在农村地区由社区筹款支持（Liu, 2004: 149 – 156）。这种平等主义社会模式运用强有力的政府结构来保障健康。农村地区的集体农庄和城镇地区的工作单元——换言之“单位”——都为其成员提供医疗保健。义务医疗保险和初级保健可以经由集体农庄或单位直达个人。在此条件下，许多不同的治疗层级产生了，再加上派遣赤脚医生提供当地初级保健的创造性举措（Smith, 1974: 429 – 35），使得整个中国社会的人口健康水平有了显著改善。这些成就是在低预算环境及一个公共健康投入占国内生产总值（GDP）低得不成比例的社会里取得的，而它们很大程度上要归功于预防性初级保健措施的应用，以及在“平等主义社会阶段”（Liu, 2004: 533）中确保群众可以通过多种途径获取医疗保健（如图 17-1）。

许多学者认为，中国公共医疗体系的结构特点对其出色的医疗成就起着

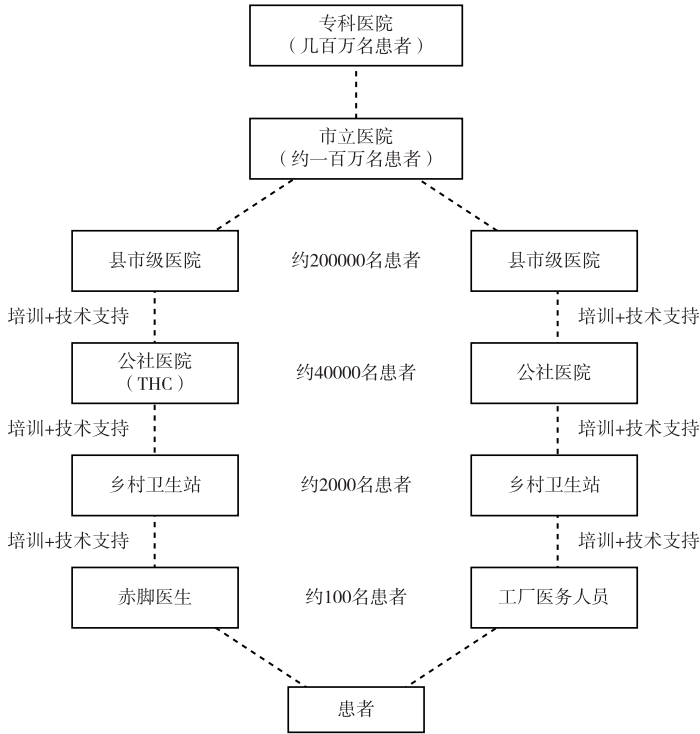


图 17 - 1 1987 年前中国农村的医疗保障层级

关键作用。^① 在此体系之下，乡村卫生站、乡镇卫生院（THCs）以及县医院由垂直的行政系统整合成为三层次的系统。县卫生局对当地医疗服务状况负责，制订计划并分配当年政府预算。县级机构监管镇、村设备，提供转诊服务、培训和高水平的三级医疗。

更为重要的是，村级组织的社会医疗保险体制所提供的资金占全部医疗支出的 50% 以上。在合作医疗制度（CMS）覆盖率达到顶峰之时，它覆盖了农村人口的 90%。合作医疗制度支持的医疗服务可依赖于预缴计划。因此在这个时期，国家在给予医疗提供者（特别是二级和三级医疗层面）财政支援方面扮演了重要角色，而公社向个人提供义务社区医疗保险。

到 20 世纪 70 年代中期，中国已经建成有效的农村医疗体制。体制为一系列的制度安排所支撑，包括得当的设备和人员网络、社会融资占医疗支出的很大比例，以及协调医疗服务提供者和鼓励医疗工作者为社区利益服务的

^① 范例见 Bloom 和 Tang（2000），Liu（2004）和 Smith（1974）。

种种机制（Chernichovsky, 1995）。三层“直上直下”系统中的激励非常高效，能够促进高水平的初级保健。

城镇地区同样也有与国家财政支持和垂直行政体系相结合、高效率组织管理的医疗体制。与农村地区不同的是，此种医疗体制依靠工人的雇主——“单位”来组织医疗保障。患者只需要缴付很小一笔费用，医疗服务主要购买者和提供者的角色由单位来扮演。工厂的医务人员就像农村的赤脚医生那样，其职责就是完成基本初级保健任务，在需要时将病人转入上级医疗机构。在此治疗层级之上，医疗保障体制的员工都是全职医生。

这两种医疗体制中，主要大医院代表最高级的护理，公共卫生机制则起到这些医院“看门人”的作用。1980 年之前，公立医院服务费用受政府控制，被维持在极低的水平上（约占实际花费的 20%），而政府通过弹性预算为患者提供住院治疗补贴，防止医院陷入入不敷出的窘境。医院没有向患者提供不必要且会加重患者经济负担的护理或药物的动机，因为预算限制非常宽松。

这项体制奠定了中国现代医疗设施的基础。虽然今天工厂医务人员不再担任初级保健工作，赤脚医生和乡村卫生站也由私人运作，但国家医疗体制结构和体制内病人分流趋向依然保持着同集体主义时期一样的特点。

公社的终结与社会化医疗

随着邓小平时代的到来，中国经济结构与公共服务供应体制急剧转型。国家本身的角色发生了根本变化。这种变化包含大规模的竞争，以及不同程度上省、乡、村级政府间的分权。随着管理模式的转变和由此而来的中国就业结构和税制的变化，医疗服务的本质也改变了。包括医疗保障在内的社会领域的发展，在公共政策议程上已经变得不那么重要了。

即便如此——就中国经济增长来看也属正常——根据一些宽泛的人口健康指数，中国人民的健康状况在持续提高。平均预期寿命从 1981 年的 67.9 岁提高到 2003 年的 71.8 岁。1991 ~ 2005 年，新生儿死亡率从每千人 50.2 降至 19，孕妇死亡率从每千人 88.9 降至 47.7（WTO, 2009）。

而且，据人均国际标准来看，中国的基本医疗系统相对全面。安全饮用水、产前护理、住院分娩、早期接种疫苗的覆盖率在城镇地区分别是 99、96、93 和 95，而在农村地区分别是 80、86、62 和 85（卫生部，2004）。

尽管广泛的基本健康目标都有所改善，但这一阶段中，中国医疗卫生

领域内的不满情绪亦在持续积聚。1993 ~ 2003 年，自评发病率和卧床时间大幅增加。^① 到2003 年，居住在城镇和乡村地区的患者对医院的不满比率达到 61% 和 54%，而这一数据在 1993 年还分别是 8% 和 14%（卫生部，2004）。患者对医院系统的不满与成本膨胀和获得途径稀缺有很大关系。

这种体制转变是宏观战略转型的结果，是建立在中国政府采取“家庭承包责任制”原则（特别是农村地区）的基础之上的（Saich，2003：18 - 30）。“家庭承包责任制”原则究其核心，即认定家庭是社会保障的第一道防线。因此，作为这一原则的必然结果，政府仅在“家庭无力自我照顾之时、政府行动有效之时”才介入其中。最重要的是，为社会服务买单的重担首先落在了个人肩上。

与个人投入增长形成对比的是政府投入的大量削减。1978 ~ 2004 年间，中国医疗开支年增长率为 12%，高于 9.4% 的 GDP 增长率。尽管医疗开支大大增加，但政府投入占全部医疗开支的比例却从 1978 年的 32% 降至 2004 年的 17%（NBS，2005）。医疗开支在政府总预算中的比重从 1980 年的 2.4 个百分点，降至 2004 年的 1.9 个百分点（卫生部，2010）。

因此，在和谐社会思想提出之前，中国在医疗保障上的公共投入远低于大多数发展中国家（见图 17 - 2）。

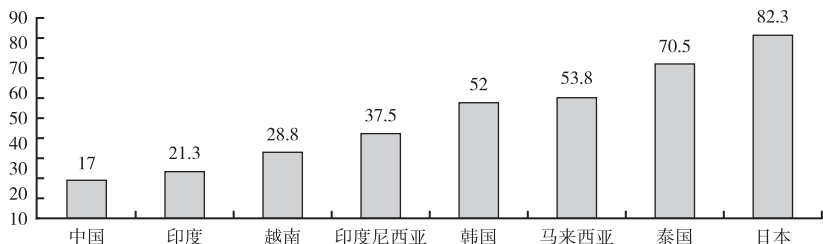
财政结构使得政府分配给医疗服务提供者的资金大幅减少。各级医院名义上虽为政府资助，却需要自己筹集相当数量的资金。集体主义时代一结束，中央政府软预算措施也就告一段落了，1985 年，像医院这样的医疗服务机构在硬预算约束面前束手无策。这一情形导致医疗体系内可供使用的公共资金急剧减少。世界银行的一项调查（1997）显示，全部政府补贴对医院运作总成本的支持不高于 15%。这对医院和医生都产生了巨大的影响。

即使是名义上受政府全额资助的公共卫生机构也被预算短缺问题严重困扰。^② 20 世纪 80 年代初期，全部的机构收入都由政府预算来完成，然而到了 1992 年，政府对医疗机构的收入贡献率已减至 35%。预算差额由收取的医疗服务费来补足。到 1996 年底，政府预算仅保证基本工资 的 50%，或公共医疗机构总收入的 25%（Xu，1997）。

① 根据 1993、1998、2003 年三组国民家庭健康调查数据生成，参见卫生部（2004）。

② 这里的公共卫生机构指的是，仅提供诸如免疫、基本卫生监测之类公共物品的机构，而不是常规医院或乡镇卫生院这样提供公共、私人、殊价物品的机构。

2003年公共机构医疗开支的国际比较



1990~2003年医疗开支私人与公共承担部分对比

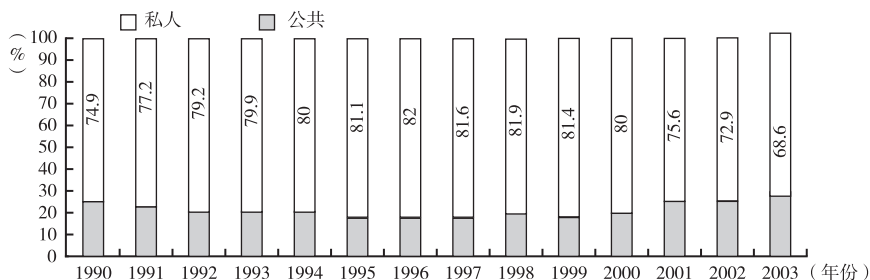


图 17-2 后集体主义时期公共投入

这些措施的结果就是，后集体主义时期内，为公共医疗提供资金的责任最终落在了个人身上。

究竟个人能否承担得起这部分沉重负担？这些问题直到今日也被反复问及。2003 年中国国民健康调查显示，在 4 级农村地区约有占总人口 68% 的民众因为价格原因拒绝寻求医疗救助。^①

Yip 和 Hsiao (2008) 的回顾性研究证明，每年中国有 3% 的家庭被医疗费用拖入贫困。然而，真实数据有可能更加令人痛苦，因为许多人出于经济负担沉重或担心医疗服务不够有效的考虑，往往会向家人隐瞒病情。因此，“无力照顾自己”的家庭非常多。让人忧心的是，越来越多的人无法就诊是因为付不起门诊护理费用，而这部分费用理应是最低的。

由于中国公民医疗保险获取不足，获得医疗保健所必需的个人开支增加的后果就更加严重。农村社会医疗保险覆盖率从 1980 年的大约 90% 降至 1989 年的 10% (世界银行, 1993: 28)。直到新型农村合作医疗制度建立之前，覆

① 4 级是相关社会经济状态最差的农村地区。根据平均收入所做的社会经济分层，各区域被划分为 1 至 4 层 (卫生部, 2004)。

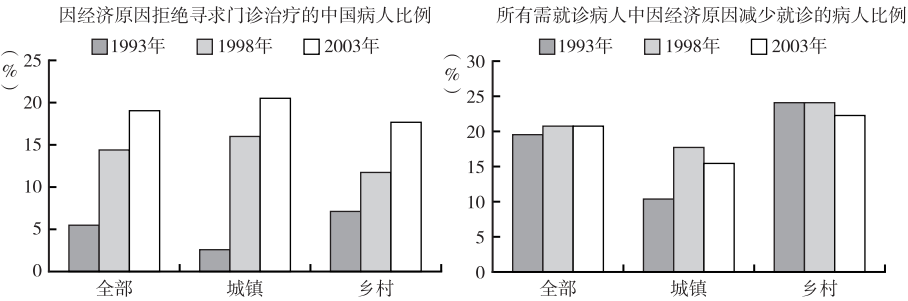


图 17-3 后集体主义时期就诊人数降低（1993 ~ 2003 年）

盖率还在不断下降。同样，城镇覆盖率在 1993 ~ 1995 年间降到了 2% ~ 3% (NBS, 2006: 125, 908 - 9)。这导致患者只能自费获取医疗保健（见图 17-3）。后集体主义时期的影响至今尚存。目前许多争论的出发点都是要纠正这一时期的消极影响。

结构性问题

正确评价支撑医疗体系的公共财政体制，不仅对理解该体系是如何建立起来至关重要，而且对理解中国医改的未来也至关重要。因此，本节将就公共财政机制对中国医疗体系的影响作简要介绍，特别是对后集体主义时期的影响。

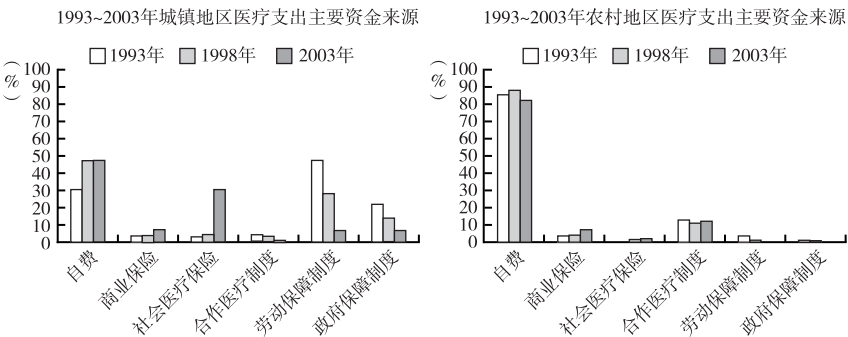


图 17-4 后集体主义时期医疗支出来源（1990 ~ 2003 年）

人民公社时代结束后，财政责任体系在 80 年代初期被引入，并持续至 1994 年 (Wong, 2007)。此次改革主要涉及中央和省级政府关系的问题。

鉴于当时省级政府的动机主要是刺激当地工业发展，因此资金也几乎都用在当地工业上。这就促进省级层面上资金数额的积聚，同时加剧了现存的横向和纵向的不平等（Wong, 2007: 2）。然而，这也使中央财政几近破产，因为税收大大减少了（世界银行, 2005; Wong, 2007; Fock 和 Wong, 2008），且社会支出也大大削减。

1994 年，分税制正式引入，当地税收和中央税收被明确划分。此次税制改革的主要目的是加强中央财政地位、分割当地政府与处于当地政府地理管辖范围之内企业这两者收入之间的直接联系。分税制理论上使中央政府通过财政转移扮演重新分配收入的角色，保证资金在中国各层政治体系中自由流通。

然而，分税制没能解决中国税制潜在的结构不平衡问题。中央政府收入增加了两倍还多（Wong, 2007: 7），但是收入增加的代价是将资金短缺转移给了下层政府（如图 17-5 所示）。

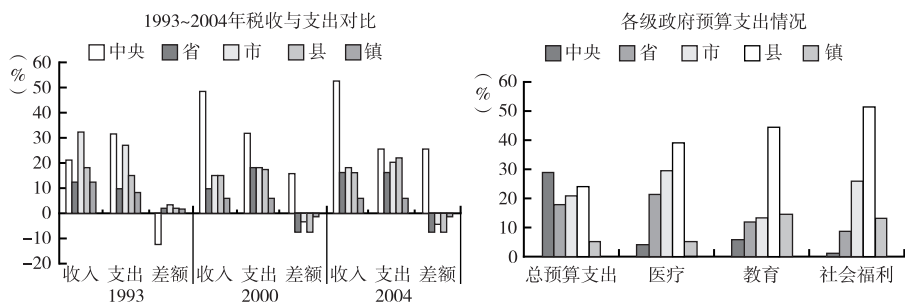


图 17-5 税收与支出变化 (1993 ~ 2004 年)

此举对公共医疗来说极其重要，因为下级政府才是直接支付社会福利费用的机构。图 17-5 展示出各级政府所负责的社会福利。它清楚表明，收入分配与福利指令分配并不是成比例的。各级政府因此都面临筹集收入以支持社会计划的持续压力。而规模较小的县受到的财政压力会相当大。由于无法在农村收取非常规费用（2002 年国家禁止农村乱收费），以及受到从上到下“专项拨款”的限制，横、纵向支出不平等给低级医疗服务提供者，特别是欠发达地区带来的损害更加严重。

理解支出能力差异对理解中国医疗体系十分关键。税收不足使得政府很难通过支持医疗服务提供者、医疗政策或者组织来规范医疗行为。如 Chou 和 Wang 的研究（2009: 694）所示，政府预算赤字对地区医疗支出有长期

深远影响。筹资不足给公共医疗支出戴上了一道沉重的枷锁。Chou 和 Wang 认为，在其他条件均等的前提下，预算赤字每增长 1000 万元人民币，医疗支出就会减少 26.3 个百分点。

除了各级政府间纵向的不平衡，中国经济发展还存在区域间横向不平衡，整体上沿海省份经济增长率高于内陆省份。随着 1994 年分税制改革的进行，财政资源分布与地区收入更为接近，这进一步加剧了收入不平等的影响。因此，Liu 等人（2009：978 - 979）认为，财政转移是加强而非削弱了横向收入差别。越发达的省份越有可能从税收转移中获利。

结果是，能看得起病的人才有对医疗保健的需要，富裕沿海地区的公民生病时更可能去就诊（Zhang 和 Kanbur，2005：194）。这样一来，农村地区二、三级医疗专业人员就极为缺乏了。因为昂贵的器械能生出更多利润、配发更多奖金，所以边远医院的合格医务人才有前往大城市医院发展、农村地区受过训练的医疗工人有前往县市医院谋职的强烈经济动机。这对农村地区医生技能的消极影响是显而易见的。

例如，Gong 等人的研究（1997）显示，取自中国 8 个省份的样本中，80% 的合格医师离开了相对贫困的县，到城镇谋求有利可图的职位。这导致占中国总人数 3/4 的农村人口仅有 1/3 的医疗专业人员。再者，由于城镇医院专业技能水平更高超，农村地区要保证与城镇地区同等治疗质量水准就更加困难（如图 17 - 6 所示）。

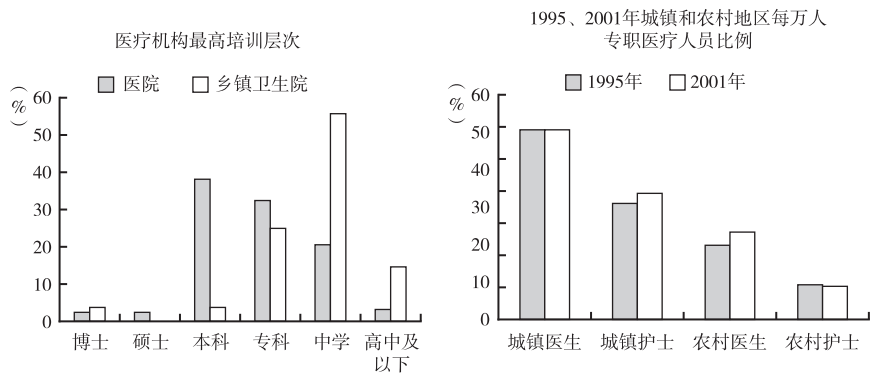


图 17 - 6 城乡医疗职业技能及比率

缺乏技能高超的工作人员对患者而言有害无益。例如，中国农村地区医疗工作者比例过低产生了严重不良影响。根据 Liu 等人的近期研究（2009），

结构性问题对中国医疗卫生体制的覆盖范围产生了负面作用。省级差异、城乡差异十分明显。城镇地区覆盖率（61%）平均比农村地区高 15 个百分点。低覆盖率也反映在欠佳的医疗结果上，广泛研究清晰显示，每千人中医疗人员、医师、护士、助产士的人数与母、新生儿、5 岁以下儿童的死亡率呈负相关（Anand 等，2008；Chen 等，2004）。

2005 年，农村地区新生儿死亡率比城镇地区高 2.4 倍，而孕妇死亡率是城镇地区的 2.5 倍。另有健康研究结果证明，贫困地区的寿命预期比国家平均水平低 4 岁。

中国医疗领域内的恶性循环

中国医疗卫生体制已经受到这些结构性问题的影响，医疗提供者的动机缺陷也已产生。从供给方看，出于有效补贴基本医疗服务的考虑，中国政府作出努力，允许对相对复杂的服务收取更高费用，此举迫使医师在高消费病人和低消费病人之间作出选择。从需求方看，患者对此体制的反应也意味着，该体制更像是个“炸面圈”，因为在其中需求被挤压到最低或最高的层级，而不是过去那种高效的“直上直下”的体制。

深嵌于体制内的各种动机引导体制走上恶性循环的道路。平均每张医院账单金额都已经接近农村平均年收入的水准，约占城镇平均可支配收入的 2/3（卫生部，2009；NBS，2009）。高价医疗账单经常直接导致贫困，所以工人和农民都尽量避免看病。

然而医疗机构——由于国库补贴不足——同样也面临收入不足的困境。它们最好的员工常常流向更高级机构中任职，它们有动机提高价格、使用高科技器械、过度提供医疗护理。这样一来，贫困群众就更加没有动机去寻求医疗护理了，因而此循环不断进行。

现存有效需求不足的境况恶化下去，因为人们看不起病了。公共医疗提供者资金不足，被迫向低质量护理收费，或者被迫接受补给不足的现状。这使得有能力支付医疗服务费用的患者离开低层机构，比如乡村诊所、乡镇卫生站等，转而向人员培训程度更高、资源更优的高层医疗机构投诊。但是高层机构同样面临资金紧缺，同样有通过过度提供医疗护理来收取额外资金的动机，所采取的方式包括滥开药方、滥用检测和强制复诊等。

因此，中国医疗卫生体制有需求上的矛盾存在。许多地区严重供给不

足，但更多地区则遭受着有效需求低导致的习惯性使用不足的困扰。^① 尽管人们希望接受医疗护理，但他们无力支付费用，或者在能支付时被向上推至县、市级机构受诊。这些医疗提供者不仅价格更昂贵，离患者居住的距离也更远。

价格屏障使患者获得医疗护理的途径受阻。付不起医药费的人们病势不减，甚至病情更加严重，以至于需要更贵的高级护理。这也导致了一种动量分析的出现：如若患者不能作为低消费病人获得服务而是作为高消费病人返回，就会引起获得途径短缺和成本膨胀问题。^②

通过保险打破恶性循环

21 世纪最初几年，中国政府颁布了一系列意在提高医疗保险机制总覆盖率的需方措施，对上述问题作出了最早的回应。基本社会医疗保险体制作为全国范围内的一项政府体制，将起到第三方支付以及给予医疗护理资金援助的新机制的作用。^③

需方政策改革试图通过改变对医疗护理的有效需求打破上述怪圈。社会医疗保险享受补贴且由政府组织管理，政府可以减少巨额医疗支出造成的风险，并通过分担风险使必要的医疗护理费用停留在大众力所能承受的水平之内。最初的目标是在 10 年之内将社会医疗保险体制推广至覆盖全体公民。尽管该体制还未能实现全面覆盖，但在最近 5 年中它已在中国城乡地区迅速扩展蔓延。政府已宣称将在 2011 年实现全面覆盖，目前其新型合作医疗制度的覆盖目标几乎均已提前达到。

尽管赔偿率有所不同，城乡社会医疗保险（SHI）体制采用共同供款方式。在农村，资金由个人缴纳、地方政府强制性供款、中央政府供款共同支付。

举个例子，早期新型合作医疗制度（2003 ~ 2005）规定个人缴费标准不低于 10 元，地方财政资助不低于人均 10 元，中央财政按人均 10 元安排补助资金。补贴标准在中央政府要求之下一再提高，时至今日政府补贴额最

① 一个简单的衡量：平均病床占有率在医院为大约 60%，而在乡镇卫生院为约 40%（卫生部，2009）。

② Liu（2009）对此提出两个近期例子，显示约一半的城市患者和 60% 的农村患者完成了肺结核的全部疗程。同样的，仅有 12% 的城市高血压患者和 7% 的农村患者在治疗后血压回归到正常水平。

③ Dong（2009：595）对此政策的战略目标有很好的概括。

低为人均 80 元，筹资总额最低为人均 120 元。

在城镇地区，城镇职工基本医疗保险制度（常被称为基本医疗保险，或 BMI）的建立，意在覆盖城镇地区的全部职工和退休人员。其资金费用由用人单位（缴费率为职工工资总额的 6% 左右）和职工（缴费率一般为本人工资收入的 2%）共同承担。当有需要时，地方政府可以补足基本医疗保险基金；但政府主要还是起到指导和资金管理的作用。使用者同时有两个账户：个人账户支付门诊费、急救和医药费用；社会统筹基金（占用人单位缴费的 70%）支付起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用。患者先行预付，然后受保险补助。

20 世纪 80 年代的免费城镇医疗服务被废除后，无单位城镇居民或离职职工便陷入无险可保的处境。21 世纪最初 10 年的中期至后期，国务院颁布指导意见，决定建立城镇居民基本医疗保险制度，在 79 个城市中覆盖这部分居民，到 2007 年该项制度已经推广到 300 多个城市。此制度的基本结构与新型合作医疗制度相类似，都由个人和政府共同缴费，目前据估计已经覆盖 4000 万居民。有预测称此制度在未来还将继续扩展。

以上所有新制度都属于灾难事件保险基金，主要目的在于补偿患者住院阶段的支出费用。如在新型合作医疗制度中，所筹基金为消费者提供了“重病和人力成本”的支付账户，并统筹归入县级合作医疗基金之中（卫生部，2006）。消费者先行支付住院费，随后由镇级行政机构进行治疗后补偿，县级合作医疗制度基金最后清偿。新型合作医疗制度补偿主体是住院费，而在有些县门诊费用也在补偿范围之内。^①

改革有效性

早期预测认为，即使新型合作医疗制度施行时间尚短、财力有限，但它在改善医疗获取途径方面是有效的。许多中国研究发现，新型合作医疗制度建立以来，整体医疗系统利用率和获得途径都有所提高，一定程度上参保人群的经济负担也得以减轻。一项针对山东省试点县的调查表明，受新型合作医疗制度覆盖的农村人口比起未受覆盖人群，其医疗系统利用率平均要高 10~15 个百分点（Jackson 等，2005）。Wagstaff 和 Lindelow（2008）分析一系列数据之后，认为城镇地区的基本医疗保险提高了医疗系统利用率。

① 一项 2006 年世界银行调查显示，在 27 个数据可获得的国家中，根据覆盖模式的不同，内科护理的补助比例从 100% 至 60% 不等（Wagstaff，2007）。

很多问题仍未解决。保险制度焦点在于住院补偿，也就意味着医疗保障系统是为适应相对昂贵的高级护理建立的。个人支付在前、补偿在后的运作方式使得逆向选择和道德风险频频发生。^①

也许更重要的还是最近有研究称，需方改革之后灾难事件费用似乎反而上升了。此前对新型合作医疗制度的早期评估似乎显示，保险能降低医疗费用，因此医疗服务需求有所增加。^② 然而与先前的国际例证不同的是，医疗护理的实际成本还在上升。^③

这里存在着显著的理论误差，即认为医疗保险和医疗结果之间的关系需要有医疗机构居中协调。实际上，供给方才是导致成本膨胀的源头——因为中国的医疗提供者是靠收取服务费生存的，它们有强烈动机将需求方转入边际利润更高的医药和护理服务。^④ 如果医师和保险所有者已经受动机缺陷影响，且资金还在源源不断流入医疗体制内，那么流入的公共资金便面临着仅能加速成本膨胀而不能优化行为模式的风险了。

需方战略与结构性问题

如果我们仅把需方改革视为资金增长、而不去纠正医疗系统内的动机和结构问题的话，那么城乡差距、省际差距等结构性问题很可能在将来愈演愈烈，而且我们预计从各种差距中衍生出的类似不公平结果也将延续。

近期有调查针对上述问题作出研究。Yip 和 Hsiao（2009）采用 2003 年国家卫生服务调查报告和个人调查数据，得出结论称政府对城镇地区投入比农村地区高 5~6 倍。需方开销分布如下：2002 年市级医院吸收了供方补贴的 50%，县医院仅吸收 9%；相比之下，乡镇卫生院仅收到补贴的 7%。

此外，现存需方政策中内在的退化倾向依然存在。比如说，城镇基本医疗保险制度是基于缴纳一部分工资收入之上的；然而统筹资金的风险体现在市级层面而不是更广的县、省级层面。因为资源无法跨市传输，所以人口或公共卫生优势明显、收入较高的城市会比精算风险高、高薪工人少的城市更有能力提供丰富的医疗支持服务。

横、纵向资金分配不公平的现状同时被强化。比如，新型合作医疗制度

① 关于此问题更细致的分析见 Manuel（2008）。

② 关于需方改革的影响详情，可参见 Lei 和 Lin（2009）。

③ Wagstaff 和 Lindelow 的研究特别列举了越南和墨西哥的例子。

④ Liu 和 Mills（1999）对此有经典分析。

也允许从家庭或地方政府手中获得额外供款。世界银行对 2005 年新型合作医疗制度回顾作出的研究显示, 新型合作医疗制度预算高于人均 50 元的法定最低标准 (17 省 189 市抽样结果为人均 62.9 元), 当地收入和覆盖模式一旦变化, 预算结果也随之变化 (Wagstaff, 2007)。经济发展程度较高的地区因而能向体制提供更多资金。

进行需方改革需要控制改革的机构既有权威性, 又有筹集资金、转移风险的手段。^① 但新型合作医疗制度明显缺乏培养机构能力的资金。例如, 中国卫生部宣称, 2004 年地方政府财政部门支付的各试点县管理开支总额为 8500 万元人民币, 约人均 1 元 (Hu, 2004: 2)。

问题是, 贫困的县预算较少, 管理开支负担可能相对沉重。据 Meng 分析, 中国西、中、东部地区的管理开支分别占到预算开支的 9.8%、5.1% 和 3%, 因此特别需要额外收入的地区却更可能陷入收入短缺。而且中央政府规章禁止使用新型合作医疗制度基金支持管理开支。

在此消极情形之下, 县政府常常更加不愿意使用已经筹集的新型合作医疗制度基金。相对贫困的政府考虑到预算短缺, 就有可能设计出限制覆盖率和福利的保守计划, 来抑制开支、避免过度消费 (Wong, 2007)。

在农村地区, 随政策落实时间不同, 每个受益人受资助的最低标准大致相当于人均医疗总开销的 1/5。^② 所以, 医疗费用覆盖率实际是有限的, 许多服务不在覆盖范围或者仅仅被部分覆盖, 资金中可扣除部分比例高、上限低、共付保险率高。

更有许多研究证明, 新型合作医疗制度未能像此前所预计的那样, 起到有效改善医疗获取途径和减轻穷人经济负担的作用。与高收入受保人相比, 低收入受保人较少使用医疗护理服务, 也从新型合作医疗制度那里受到较少补偿 (Mao, 2006)。

结构性问题如何阻碍改革

现存资金方面的不平等不仅阻碍医疗服务的供给, 而且损害医疗机构的

① Bloom 和 Xingyuan (1997) 对农村地区机构能力的必要性有复杂阐述; 他们的研究对能力不足地区的偿付结构做了广泛论述。

② Zhang (2005: 20) 使用 2004 年的计算; Wagstaff 等 (2009) 在 2007 年做了类似的假设。他们使用的数据可从以下网址中找到 < <http://www.moh.gov.cn/publicfiles//business/htmlfiles/zwgkzt/pwstj/htm> >。

动机。^① 以上综述的需方改革的种种作用就为此提供了一个极好的案例。使用新型合作医疗制度基金的行政职责已经叙述清楚^②：中央政府追求的是社会福利和整体医疗服务的改善，负责筹集资金、为各省指明目标；省政府责任多在于设定目标和具体分析，它们判断各县的相对效果、对每年资金筹集和支付决策施加影响。^③

新型合作医疗制度基金的经营管理责任主要落在县政府肩上，包括“规划受资助的合作医疗层级，设定合理退款方针，计算支付上限、补偿和补偿规模比例分配”（卫生部，2006）。县政府可以根据“资金筹集和当地情况”宽松地制定新型合作医疗制度补偿范围和标准（卫生部，2006）。

镇政府的责任集中在对乡镇卫生院的高效管理上，这一般被认为是新型合作医疗制度模式的核心（Wu，2007）。其职责包括保证药物和基本医疗设施供给、保证医疗机构的功能。所以，镇政府管辖之下的乡镇卫生院是传递系统的中心，它为乡镇居民提供外展服务并联系全部预防性服务，包括儿童免疫接种、疾病控制、传染病预防、母婴保健以及计划生育等，同时起到连接高级护理的纽带作用。然而乡镇卫生院所付出的时间和行政管理服务不在补贴范围之内。乡镇卫生院希望当地政府给予资金支持，但政府本身在财政问题上也自顾不暇。因此乡镇卫生院的资金低于其他医疗层级就毫不奇怪了。

乡镇卫生院的从业医师面临着一种困境。他们并不具备与大医院诊治病人所需的同等培训水平，也无法获取同等的医疗资源或设备。他们的预期角色只是“看门人”和初级医疗提供者。在乡镇卫生院运行体系之下，简单的诊疗价格会低于成本，而相对复杂的诊疗价格则高于成本。所以医师为了增加收入，会有动机来诊治病情复杂的患者。

同样，当乡镇卫生院管理者发现自己面临资金短缺难题时，可以预计到，他们为了节省费用会鼓励医师将患者转诊至县或市级医院。此种利用模式会使乡镇卫生院的收入随着病情复杂患者的减少而减少，因为诊断这些患者实际上是另一种形式的补贴。

乡镇卫生院管理者和镇政府官员的行为以这种方式达到了一致。镇政府

① 本节遵循 Wilson（1989）的方法论原则，认为官僚机构亦可作为利己单元开展活动，而且，此种利己动机体现在通过维持资金保障自身生存上。

② 以下叙述可见卫生部（2006）；任何翻译和缩写错误都由本章作者负责。

③ 省级政府应“建立 CMS 基本药物目录，规制调查基础，分析医疗准入、财政平衡和资金支出”，结算并“努力提高国内农民的受益水平”（卫生部，2006）。

官员政绩评价只需保证乡镇卫生院不致破产即可，所以他们并没有督促医师或管理者起到“看门人”作用的动机。

为使体制正常运作，县政府需有能力要求镇政府官员对乡镇卫生院的行为施加影响，然而县政府几乎没有这样做的动机。这是因为县政府官员的动机是矛盾的。官员政绩考核标准虽有些微省际差异，但大致如下：

- (1) 管辖之内的医疗组织机构是否破产；
- (2) 新型合作医疗制度基金在财政上是否可行；
- (3) 新型合作医疗制度登记率；
- (4) 医疗工作者人数；
- (5) 包括疫苗接种等在内的一般公共医疗措施。

治疗过程中的信息不对称意味着，一些测量标准如治疗方案、处方率、药物化验等并不能用来评价政府成绩。与实际医疗结果不同，新型合作医疗制度登记率会被考量并能影响省级政府对县级政府的评价。所以说，即便新型合作医疗制度建立在自愿基础上，政府行政管理者也有动机确保全部公民登记；但即便医疗体系是公立的，他们也没有动机考虑提供的服务究竟如何。

此外，医疗结果无法测量，使得政府官员需依靠医院管理者来确保医师行为对社会有益。尽管县医院、乡镇卫生院都是公立的，它们的动机却与私营机构并没有两样。地方政府可向院方提供资金，以及特殊公共卫生干预的目标，例如免疫接种目标。然而在此同时，医院的主要任务是战胜资金短缺生存下来。

只有在高消费患者人数足够的情况下，医院才能生存。更重要的一点是，奖金支付制度是医院对医生行为的控制机制。此类奖金是对工资的补充，一般不在正式合同书中——或者说在公共记录里是查不到的。世界银行研究（2005：43）显示，医院收入与医生奖金之间似乎有某种关联，但能证实此假说的数据很难监测。

最后，地方政府和医院/乡镇卫生院有动机增加职工数量。鉴于中央章程已规定职工基本工资且一般只存在软预算限制，额外增加职工不仅对医院/乡镇卫生院有好处（可以获得额外收入），对地方政府也有好处（可以获得支持、权力和影响力）（Shih 等，2008）。

中央或省政府给予的非常规补助金以及定向转移资金，同样能用于购买更新昂贵的设备，这就为更复杂的医疗增收过程打开了方便之门。

患者被迫对动机作出回应。既然他们预付在前，也就需要自己决定去哪一级医院看病，同时承担所有经济风险。新型合作医疗制度的诊后赔付结构

鼓励患者到乡镇卫生院层级就诊。乡镇卫生院有动机使病人提高消费，而且按服务收费的医疗系统模式中也有许多信息不对称问题。乡镇卫生院的职工也不如县医院的职工训练有素。^①

患者不仅要衡量哪一级医院最适合自己并为治疗先行买单，还应该规范医疗提供者的行为。理论上说，应该向个人消费者提供更多资金允许患者发表意见^②。但医患关系中的信息不对称使个人很难一对一规范医生行为，所以患者也不可能发表什么意见。而且，患者对新型合作医疗制度的运行或偿付行为没有发言权，他们的选择只剩下离开或者坚持自己的选择。医疗系统绝大多数是公立或公营的，所以离开的选择也受到限制。因此，个人规范提供者的行为是非常困难的。

因为风险最终被推到患者头上，而且官员缺乏有效、一致的动机，中国政府的需方战略似乎本身就是不充分的。社会医疗保险体制没有改善动机缺陷问题的机制，也不能改良或监测医生间的代理问题。政府官员、医院管理者、医生之间的动机矛盾使得患者只能自己来操作、规范医疗系统以及缴付资金——但他们并不擅长这个角色。

动机缺陷也阻碍供方改革

更重要的一点是，动机矛盾也影响到中国政府进行供方改革的能力。从“政府主导”的例子来看，此种供方理论已经在媒体中引起广泛关注，据一些研究称，它在政府内部也引起不小的反响。^③ 根据这种理论，中国政府应该尽可能对所谓“基本医疗”负责。初级护理层面的公共社区医疗提供者供应的服务由大额补贴支撑，患者缴纳小部分款额。提供者应利用更多公共资金支撑的培训项目改进技术，以及提高相应地区内乡村医生的技能。在治疗的更高层次，新型合作医疗制度和基本医疗保险这样的公共医疗保险体制应该得到加强，增多的资金应用于提高社会医疗保险对住院费的覆盖力度。

这种改革战略有两个主要问题。第一个与成本有关。当前中国公共医疗提供者的总收入大致相当于政府总支出的 1/7，中国没有财政能力提供全额

① 如上对集体主义时期供给的概述，患者也能以一种低层、私人的方式接受治疗——乡村医生，但由于这些医生不受体制管理，也不享受公共资金分配，因而未将他们纳入模式中。

② 基于 Hirschman “消费者对公共提供者看法”的经典特征描述（Hirschman 1970：17 - 37 概述了此模式）。

③ Gu（2009：124）对国内政治的描述要具体得多，虽然他对需方改革的偏好非常明显。

支持。^① 另外，这些供方战略聚焦于建立一种“小型国民健康保险制度”，政府致力于向社区中心注入资金，其中包括繁多的培训项目以保证社区中心人手充足。但这并不能解决医院的困难。目前，供方改革的焦点是加强社会医疗保险机制，解决它尚未充分覆盖的问题。

而且，当前中国医疗体系面临的动机缺陷问题恶化了。公立医院会用多出的收入付给职工奖金。因为这样那样的原因，比如声誉原因，保留乡镇卫生院里的社区医疗工人或者保证当地医疗服务质量将会很困难。乡镇卫生院、县医院、官员之间的动机矛盾还将延续。

2009 年 4 月医疗改革

想了解中国政府对未来 20 年的医疗改革的看法，最好的例证就是其最新的医改方案。^② 改革方案——《关于深化医药卫生体制改革的意见（2009～2010）》——于 2009 年 1 月被采纳并于 4 月初发布。^③ 该方案承诺“着力解决‘看病难，看病贵’问题”。

改革方案似乎比较赞同供方改革建议。基本公共卫生服务经费标准将有所提高（“2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，到 2011 年不低于 20 元”），同时更多经费将被用于改善公共卫生和基层服务质量。中央政府也提出将更多药品列入国家基本药物目录。

在此之上，中央政府保证主导供给方的医疗卫生改革。它承诺“合理确定药品、医疗服务和医用材料支付标准”；坚持“医务人员的工资水平要与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接”；规定“基层医疗卫生机构提供的医疗服务价格，按扣除政府补助后的成本制定”；最后确保药品“零差率销售”。药品收入不再作为基层医疗卫生机构经费的“主要补偿渠道”。而且，政府认为这将对“乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补助”。关键是，地方政府将会为这些措施制定标准。方案中没有提到哪一级政府将为提供者筹资，但从监管机构来推断应该是地方政府。

从需求一方来看，社会医疗保险补助增加，所以基金提高到最低每人每

① Gu（2009：124）对此作了计算，根据卫生部（2007）和 NBS（2007）。

② 最新的改革是开创性的。它由国务院选定，李克强领导。许多跨国咨询公司、国内外大学和智囊团都参与其中。具体改革细节可见 <<http://shs.ndrc.gov.cn/ygjd/ygwj>>。

③ 以下部分为节选，详见 <<http://shs.ndrc.gov.cn/ygjd/ygwj>>。任何翻译错误都是作者之过。

年 120 元。改革重点将会放到门诊费上，报销范围也将扩大。

门诊费用报销规模和比例将提高。在农村地区，县政府被要求报销新型合作医疗制度基金的更高额度。^①

改革最震撼的部分是公立医院转制。政府保证偿付非营利性医疗机构的“基层”工作，也鼓励“合格”医生参与诊所运作或自行建立诊所。预想的报销机制是通过社会医疗保险体制报销，虽然医疗提供者将被迫签订一份“指定保险合同”。同样的，政府将“积极稳妥地”把公立医院转制为民营医疗机构。

最后，方案承诺进行监管体制改革。这些改革包括“鼓励”地方政府“积极探索政事分开、管办分开的有效形式”。其中最重要的措施是正在商议中的“医疗保险经办机构与医疗机构的谈判机制”。如果有效实施的话，该举措毫无疑问将把改革向前推进一大步。

前景与总结

然而，中国政府似乎陷入了试图多管齐下而不得的窘境。它既希望能“合理确定药品、医疗服务和医用材料支付标准”，同时又承诺提供大量资金给需方规划，而在此规划中个人不得不面对政府动机缺陷。

我们可以清楚看到，随着保险覆盖率扩大、保险基金增加，运用需方规划改革医疗服务提供者偿付体系的能力也将提高。然而要改变提供者的行为，就需要扭转当前模式。如果能够从以前的事后偿付模式转换到新的契约模式，其中保险公司真正起到第三方购买者作用并且能运用多元购买手段的话，保险机制将会有所受益。以不同地理区域和不同医疗机构为对象的许多中国研究都记录了模式转换后购买能力、获得途径和患者满意度的提高（Yip 和 Eggleston, 2001；Yip 和 Eggleston, 2004；Wang 等, 2005；Hsiao, 2007a, 2007b；Wagstaff 等, 2009）。

诸如此类的模式转换也需要中国政府在许多层面上明晰其政治结构和战略。例如，中央政府层面上对当前保险机制负责的是卫生部与劳动和社会保障部两个部门，而改革提案在中央层面的两个部门间经常出现冲突。^②

① 即所谓的“85-93 规则”，其中规定县政府每年需报销不低于 85%、不高于 93% 的新型合作医疗制度基金资金。

② Hsiao (2007b) 对此有详细论述。

在中国监管结构中，明晰度不够这个问题不断在横、纵方向加深。比如说，中央政府希望能“合理确定药品、医疗服务和医用材料支付标准”，但地方（最可能是县级）政府才会实际规范这些措施的标准。然而也正是地方政府有强烈动机保证医院和社区医疗中心——已经在很长时间内得不到国库充足供款——不至于破产倒闭。因此，一个扭曲的、仅允许医疗机构在高/低成本医疗服务中做抉择的体系的延续，只会使各类改革收效甚微。

体系的改变不仅面临行政和财政上的困难，也与近来中国监管权力集中的趋势背道而驰。根据 Barry Naughton 对 2010 年全国人大所做的敏锐观察，当前中央政府应对全球金融危机的举措是温家宝总理所说的“宏观调控”的结果。所谓宏观调控即必须坚持运用市场机制和宏观调控两种手段，在坚持市场经济改革方向、发挥市场配置资源基础性作用、激发市场活力的同时，充分发挥我国社会主义制度决策高效、组织有力、集中力量办大事的优势（温家宝，2010）。

很难理解怎样才能“集中力量”办医疗卫生领域里的“大事”。例如，更多公共医疗卫生计划的专项拨款已经在省级层面上引起广泛争论，以试图降低当前中国体系内的横向财政不平等。但当前纵向不平等意味着 50% 的额外资金将被直接投入城镇需方规划中，而对改变低层官员和医疗提供者的动机作用极其有限。很难看出中央层面的“集中力量”如何能够不加重目前的动机缺陷。

中国未来 20 年医疗卫生改革真正前途光明的措施是，从宏观调控转移到我们所说的“微观调控”。所有的改革方案都需考虑供给方和需求方。

真正的供方改革要求部门中立。政府应消除高、低消费患者之间的界限，判定医疗机构的性质地位，监察地方官员的动机改革。同样，政府还需尽力保证高层级资金的安全，使镇、县政府成为有效的监测者、测量者和调整者，使医疗机构确保“看门”的高效率。为调整当前医疗人员和患者竞相前往更发达地区的动机，横、纵向政府间财政改革也是有必要的。最后，对改革的失利群体应该作出一些让步^①——他们无疑将带来巨额财政支出和行政困难。

关于未来 20 年的另一种选择是彻底的需方改革。一些需方体系，如基本医疗保险系统和新型合作医疗制度，需要对它们服务（以及给予其资

^① 此观点最先由 Eggleston 等（2008：163）提出。

金）的人群负起责任来，这样才能为提高服务质量创造巨大激励。如果这些需方体系能够实行新偿付机制以及自由认购，结果就会更优。构想成真的关键不仅在于完成先前计划、到 2011 年实现全面覆盖，而更在于解决适用性和不平等问题。比如允许城市间基本医疗保险流动，就是不错的起点。而更好的措施有：维持甚至继续助长需方体系的基金增长趋势；将医疗保险归入中央政府单个部门的管辖之内；整合城镇无业人员与农村机制，确保他们与基本医疗保险制度保持一致；最后，使医疗卫生体系具备完全的适用性。

若考虑到未来 20 年的改革，就无法避免今天的问题——这些问题又与过去的事件息息相关。财政和公共福利体系的不平等与医疗服务供给不平等挂钩。此外，不平等的交织交错产生动机缺陷，给中国公民带来不良后果并在今天阻碍改革进行。2009 年 4 月的改革提案必然会触及引发人们对医疗卫生领域不满的制度缺陷。即便不触及这些动机问题，系统化的改革也已举步维艰。因此，很难说我们对未来 20 年改革不持一丝谨慎态度。

过去 10 年中，中国中央政府加大医疗投入的决心之大是值得赞赏的。虽然前路漫漫，但针对基金和动机缺陷双管齐下的措施如得以施行，那将对未来 20 年的中国医疗卫生体系产生巨大影响。

（徐婷婷 译）

参考文献

1. Anand, S. Fan, V., Zhang, J., Zhang, L., Ke, L., Dong, Z. and Chen, L. 2008, 'China's human resources for health: quantity, quality, and distribution', *The Lancet*, October.
2. Bloom, G. and Tang, S. 2000, 'Decentralizing rural health services: a case study in China', *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 15, no. 3 (January), pp. 189 – 200.
3. Bloom, G. and Xingyuan, G. 1997, 'Health sector reform: lessons from China', *Social Science & Medicine*, vol. 45, no. 3 (January), pp. 351 – 60.
4. Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. and Brown, H. 2004, 'Human resources for health: overcoming the crisis', *The Lancet*, January.
5. Chernichovsky, D. 1995, 'What can developing economies learn from health system reforms of developed economies?' *Health Policy* vol. 32, January, pp. 79 – 91.
6. Chou, W. L. and Wang, Z. 2009, 'Regional inequality in China's health care expenditures', *Health Economics*, vol. 18, no. 5, pp. 137 – 46.

7. Dong, K. 2009, 'Medical insurance system evolution in China', *China Economic Review*, January.
8. Eggleston, K., Ling, L., Qingyue, M., Lindelow, M. and Wagstaff, A. 2008, 'Health service delivery in China: a literature review', *Health Economics*, vol. 17, no. 2 (January), pp. 149 – 65.
9. Fock, A. and Wong, C. 2008, *Financing rural development for a harmonious society in China*, World Bank Policy Research Working Papers, no. 4693 (January), The World Bank, Washington, DC.
10. Gu, E. 2009, 'Towards Universal Coverage: China's New Healthcare Insurance Reforms', in *China's Reforms at 30: Challenges and Prospects* (edited by Dali Yang and Litao Zhao), World Scientific Publishing, Singapore, pp. 115 – 164.
11. Hirschman, A. 1970, 'Exit, voice and loyalty', Harvard University Press, Connecticut.
12. Hsiao, W. C. 2007a, 'The political economy of Chinese health reform', *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, no. 1, pt 3 (June), pp. 241 – 9.
13. Hsiao, W. C. 2007b, 'Why is a systemic view of health financing necessary?', *Health Affairs*, vol. 26, no. 4 (July), pp. 950 – 62.
14. Hu, T. 2004, 'Financing and organization of China's health care', *Bulletin of the World Health Organization*, January.
15. Jing, F. 2004, 'Health sector reform and reproductive health services in poor rural China', *Health Policy and Planning*, vol. 19, no. 1 (October), pp. 140 – 9.
16. Gong, Y. Bloom, G. and Wilkes, A., 1997. Health human resources in rural China. *IDS Bulletin* vol. 28, no. 1, pp. 71 – 79.
17. Lei, X. and Lin, W. 2009, 'The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health?', *Health Economics*, vol. 18, no. 5, pp. 25 – 46.
18. Lin, S. 2005, 'Excessive government fee collection in China', *Contemporary Economic Policy*, vol. 23, no. 1 (January), pp. 91 – 106.
19. Liu, M., Wang, J., Tao, R. and Murphy, R. 2009, 'The political economy of earmarked transfers in a state – designated poor county in western China: central policies and local responses', *China Quarterly*, no. 200 (December), pp. 973 – 94.
20. Liu, X. and Mills, A. 1999, 'Evaluating payment mechanisms: how can we measure unnecessary care?', *Health Policy and Planning*, vol. 14, no. 4 (January), pp. 408 – 13.
21. Liu, Y. 2004, 'Development of the rural health insurance system in China', *Health Policy and Planning*, vol. 19, no. 3 (May), pp. 159 – 65.
22. Manuel, R. 2008, *The Political Economy of Health Care in China: Henan and the new CMS system*. Unpublished MPhil Dissertation, University of Oxford, pp. 1 – 100.
23. Mao, Z. (2006). *Health System of China Overview of Challenges and Reforms*. United Nations Health Partners Group in China working paper, Beijing.

24. Ministry of Health 2004, *An Analysis Report of National Health Services Survey in 2003*, Center for Health Statistics and Information, Ministry of Health, Chinese Academy of Science and Peking Union Medical College Press, Beijing.
25. Ministry of Health 2007, *Chinese Health Statistical Yearbook*, Ministry of Health, Beijing.
26. Ministry of Health 2009, *Chinese Health Statistical Yearbook*, Ministry of Health, Beijing.
27. Ministry of Health 2010, *Chinese Health Statistical Yearbook*, Ministry of Health, Beijing.
28. National Bureau of Statistics (NBS) 2005, *China Statistical Yearbook 2005*, China Statistics Press, Beijing.
29. National Bureau of Statistics (NBS) 2006, *China Statistical Yearbook 2006*, China Statistics Press, Beijing.
30. National Bureau of Statistics (NBS) 2007, *China Statistical Yearbook 2007*, China Statistics Press, Beijing.
31. National Bureau of Statistics (NBS) 2009, *China Statistical Yearbook 2009*, China Statistics Press, Beijing.
32. Naughton, B. 2010, 'Understanding the Chinese stimulus package', *China Leadership Monitor*, vol. 28, no. 2, pp. 1 – 12.
33. Saich, T. (2003) . *Enhancing economic security in transition: Pluralism in service delivery*. International Labor Organization Working Paper, no. 32 (SES Paper), pp. 1 – 33.
34. Shih, V. , Zhang, L. and Liu, M. 2008, *When the autocrat gives*, Working Paper Department of Political Science, Northwestern University, accessed online 24/1/2010, available at: http://faculty.wcas.northwestern.edu/~vsh853/papers/shih_zhang_liu_autocratgives08.pdf.
35. Smith, A. 1974, 'Barefoot doctors and the medical pyramid', *British Medical Journal*, vol. 2, pp. 429 – 32.
36. Wagstaff, A. 2007, *Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative*, World Bank Policy Briefing Impact Evaluation Series, no. 12, The World Bank, Washington, DC.
37. Wagstaff, A. and Lindelow, M. 2008, 'Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China', *Journal of Health Economics*, vol. 27, no. 4 (June), pp. 990 – 1005.
38. Wagstaff, A. , Yip, W. , Lindelow, M. , & Hsiao, W. 2009, 'China's health system and its reform: A review of recent studies. ' *Health Economics*, vol. 18 (S), pp. 7 – 23.
39. Wang, H. , Yip, W. , Zhang, L. , Wang, L. and Hsiao, W. 2005, 'Community – based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits', *Health Policy and Planning*, vol. 10, no. 3 (January), pp. 361 – 74.
40. Wen, J. 2010, Report on the work of the government (2010), Third Session of the

- Eleventh National People's Congress, 5 March 2010, < http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Speeches/2010-03/19/content_1564308.htm > .
41. Wilson, J. 1989, *Bureaucracy: What government agencies do and why they do it*, Basic Books, New York.
 42. Wong, C. 2007, *Fiscal management for a harmonious society: assessing the central government's capacity to implement national policies*, BICC Working Paper Series 4, August, British Inter – University China Centre, Oxford, pp. 1 – 20.
 43. World Bank 1993, *Country Study. China: long term issues and options in the health transition* 1992. The World Bank, Washington, DC, pp. 1 – 132.
 44. World Bank 1997, *Financing Health Care: Issues and options for China*. Volume 4, January, The World Bank, Washington, DC, pp. 1 – 83.
 45. World Bank 2005, *China deepening public service unit reform to improve service delivery*, World Bank Policy Briefing, no. 32341 – CHA, August, The World Bank, Washington, DC, pp. 1 – 65.
 46. World Health Organisation 2009, *International health indicators*, accessed online 23/3/2010, available at: www.who.org.
 47. Xu, J. 1997, 'Historical review and perspective of our country's health economic policies', *Chinese Health Economics* in Chinese, vol. 16, issue 177, pp. 7 – 9.
 48. Yip, W. and Eggleston, K. 2001, 'Provider payment reform in China: the case of hospital reimbursement in Hainan province', *Health Economics*, vol. 10, no. 4 (June), pp. 325 – 39.
 49. Yip, W. and Eggleston, K. 2004, 'Addressing government and market failures with payment incentives: hospital reimbursement reform in Hainan, China', *Social Science & Medicine*, vol. 58, no. 2 (January), pp. 267 – 77.
 50. Yip, W. and Hsiao, W. C. 2008, 'The Chinese health system at a crossroads', *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 27, no. 2 (December), pp. 460 – 8.
 51. Yip, W. and Hsiao, W. C. 2009, 'China's health care reform: a tentative assessment', *China Economic Review*, vol. 20, no. 4 (December), pp. 613 – 19.
 52. Zhang, X. , & Kanbur, R. 2005, 'Spatial inequality in education and health care in China. ' *China Economic Review* vol. 16, no. 2, pp. 189 – 204.
 53. Zhang, Z. (2005) . 'Henan shen Xinxing Nongcun Hezuo Shidian Ceng Jizhao Diaocha Yanjiu (The investigation report of the base – line survey of the Experimental Counties of the New CMS in Henan)' . *Chinese Health Economics*, vol. 24, no. 5, pp. 51 – 55.
 54. Zhongguo Weisheng Bu (2006) . *Gongbu 2006 nian Zhongguo Weisheng Shida Xinjian*. Zhonghua Renmin Gonghe Guo Zhongyang Renmin Zhengfu Zhiwu Yaojian.