

清华大学公共管理学院产业发展与环境治理研究中心  
2007 年年度重大课题研究报告

# 中国医疗卫生体制改革研究

项目负责人：白重恩  
清华大学经济管理学院

# 摘要

本项课题的最终研究目标是为中国医疗卫生体制改革提出相关政策建议。课题启动之际，正值我国医疗卫生体制改革方案制定的关键时期。基于这一背景，课题研究的技术路线设定为选择医疗卫生体系的重点领域和重要问题进行深入分析，并在此基础上提出改革的政策建议。具体而言，研究报告共分为四个部分：第一部分是选择若干重点国家，考察其医疗卫生体制及其改革的国际经验，并从整体上回顾总结了若干发达国家医疗卫生体制改革的历史进程和政策走向；第二部分采用文献调研的方式分析设计医疗卫生体制的若干关键环节，包括医疗卫生体系的筹资方式、支付方式、药品市场的公共政策以及医疗服务市场竞争的作用，为提出相关政策建议提供研究支撑；第三部分是基于实地调研和大规模问卷调查，考察 2003 年开始试点的新型农村合作医疗制度的运行现状，并评估其实施效果；最后是针对我国医疗卫生体制改革的政策建议。

## 第一部分：医疗卫生体制及其改革的国际经验

课题组选择美国、西欧、英国，详细考察了其医疗卫生体制的各个环节，包括其医疗保障体系、医疗卫生服务提供体系以及资金的运转等，尤其强调梳理其存在的问题和改革的动向，在美国甚至包括其影响很大但最终夭折的改革计划：克林顿计划。我们发现，虽然各国政府在卫生筹资和医疗保障方面都会发挥主导性作用，以促进卫生公平，但受各种因素的影响，即使在那些发达国家，各国的医药卫生体制依然存在很大的差异，不断改革也是这些国家医药卫生体制的基本面貌。即使到目前为止，似乎没有国家在减少费用、提高医疗保健服务的可及性和公平性、以及保证医疗保健质量上取得完美的平衡。而从历史角度考察部分 OECD 国家医疗卫生体制改革的走向则可发现，各国政府在介入医疗体系之初至上个世纪中期，主要的政策目标均是建立一个统一覆盖的医疗保障体系。而在这一目标基本完成之后，自上个世纪 70 年代以来，受不断高涨的医药卫生费用的冲击，发达国家开始高度关注医药卫生体系的效率问题。政策的重点开始转向通过需求方配给和供给方控制以抑制医疗费用的增长上来。然而这样的政策带来了许多的问题，近些年来各国陆续采取了通过购买者与服务提供者相分离引入竞争机制、改善医疗体系激励等政策措施，以提高医疗体系的效率。从这一角度看，世界上尚不存在医疗卫生体制改革的灵丹妙药，各国至今依然在痛苦地寻找几个主要政策目标间的微妙平衡。我国的医疗卫生体制改革，同样需要根据本国的国情，在促进卫生公平与提高医疗卫生服务体系的效率之间找到突破的关键环节。

## 第二部分：医疗卫生体制改革的若干重要问题

基于国际经验的总结与文献调研，课题组专门考察了政府干预医疗卫生体系的理论基础、医疗卫生体系的主要筹资方式、向医疗服务机构的主要支付方式及其优缺点、药品市场的公共政策，以及医疗服务市场竞争的作用等几个中国医改讨论中讨论非常激烈的问题。

基于对政府干预医疗卫生体系历史进程的分析以及理论文献的梳理，课题组指出政府对于医疗部门的干预，主要是基于公平角度的考虑。政府对医疗部门的干预并非是如“市场失灵论”

所认为的那样：医疗服务（或者基本医疗服务）是公共物品；政府干预有助于解决医疗服务固有的信息不对称问题和道德风险问题。

课题组详细比较了政府一般税收、社会保险以及私人保险三种医疗卫生体系筹资的主要方式，分析各自的基本功能、操作中的主要问题以及适用环境。研究发现，不同筹资方式对于医疗卫生体系各个主体的影响各有不同，筹资机制在各国间的具体差异体现在资金的具体使用方式上。关于医疗体系资金如何向医疗服务提供者支付，近些年来在全世界的实践中都是改革的重要方面。从诸多国家的实践来看，一个基本的结论就是将服务的购买方与提供方分开、通过有效的支付机制设计改善对医疗服务提供者的激励是控制医疗支出、在长期中保持医疗体系资金来源的可持续性是非常有意义的。

支付方式即是以何种方式购买医生的服务，关系到对医疗服务提供者的激励问题。课题组比较了按服务付费、按人头付费、固定工资三种主要的支付方式，并考察了若干国家的实施现状。研究发现，不同的支付方式产生的激励效果不同，无法获得最优的支付方式。例如，如果支付医生固定的报酬，他们就很难有激励去努力工作；但如果采取按服务付费的方式，医生又有很强的激励提供过度服务；如果采取按人头付费的方式，医生就有选择身体状况较好的人的激励。从各国现状来看，大都针对具体情况采取了混合的支付方式；关于支付方式影响的实证研究结论也比较复杂。

如何加强对药品产业的监管，降低药品费用是我国当前改革的一个重要问题。药品产业公共政策的作用环节主要表现在三个方面，一是对新药的监管，二是药品的专利保护制度，三是对药价的控制。课题组通过对若干发达国家药品产业公共政策的梳理发现，各国在制定药品产业的政策时不仅要考虑到产业发展，更多的要从公共利益出发。然而政策的制定，往往要在各种相互冲突的目标中作出权衡，即一方面要保证让消费者获得安全、价格合理的药品，另一方面要保证企业有足够的研发激励，药品产业能够持续发展。如果从动态的角度出发，政策的短期利益和长期利益也需要平衡。因此制定适当的药品产业政策并不容易，各国应当充分结合本国国情。

关于医疗服务市场竞争的作用，目前国内存在两种不同的观点，一方认为唯有充分发挥竞争机制的作用，才能提高医疗服务体系的效率；另一方认为医疗服务的特殊性决定了竞争是无效的。基于对医疗服务市场竞争作用的认识不同，就可以获得不同的政策建议，同意前者则认为在增加政府投入的同时，应当充分发挥市场机制在配置医疗资源上的作用；同意后者则认为应当加强政府对医疗服务体系的控制。显然，对这一问题的考察事关我国医改的政策走向，对这一问题的回答需要充分的经验证据作为支撑。然而，由于我国目前尚不具备进行这一研究的条件，因此课题组采用了文献调研的方式，总结来自于发达国家和地区的经验研究结果，以为当前的讨论提供些启示。在理论模型中，竞争对医疗服务质量、医疗服务价格和成本的影响并无定论；但就课题组检索到的近百篇经验研究文献而言，虽然也存在较多相反的证据，但更多的文献表明竞争更有可能提升医疗服务质量，降低医疗服务价格或成本。

### **第三部分：关于新型农村合作医疗的专题研究**

自 2003 年开始试点的新型农村合作医疗（以下简称新农合），是近年来我国医疗卫生领域影响最大的一项政策。为深入考察其运行状况，课题组于 2007 年 7 月赴黑龙江省两县，对此展

开了专题调研。调研发现：首先，新农合受到农民的普遍欢迎，参合率非常高，但是农民对于其运作的一些关键过程有诸多不了解之处，这可能对新农合的可持续开展有重要影响。其次，新型农村合作医疗的若干具体政策措施还存在诸多可改善之处。例如目前新农合中广为采用的“个人账户”，名义上是保障农民的小病医疗，然而实际上当地农民并不能动用“个人帐户”，里面的金额一般用于结转下一年，抵扣农户下一年的参合费。因此，这种政策设计的目的并非宣传中所提到的“小病保障”，实际好处一是农民可以方便发动农民参合；二是起到预留一部分流动资金的作用，以帮助地方政府应对上级补助下拨较迟的影响。两县调研中我们也发现，双向转诊的规定在当前农村还难以实施，而新农合的实施也扭曲了当地的医疗卫生服务体系，主管卫生机构可能利用新农合保护其所属医疗机构，导致私营卫生机构和村医的生存环境更为艰难。

课题组还与农业部农村固定观察点系统合作，在其 23 个省 142 个县进行农户、县村问卷调查，最终回收 5492 户，122 个县村问卷，并获得 68 个县的新型农村合作医疗的实施细则，由此形成一个有关我国新型农村合作医疗的专项大型微观调查数据库。基于对调查回收的 68 个县新农合实施细则的整理发现，虽然中央政府有统一的政策导向，但是各地的执行措施千差万别，确实体现了新型农村合作医疗“一县一策”的特点。例如，在农民医疗费用的报销规定上，一些县采用统一的比例，但更多的县采用“分级分段”的方式；而在采用分级分段时，一些县采用累进的报销比例，一些县采用累退的报销比例。

基于调查数据对新农合参合情况的描述性统计分析表明，收入高的农户比收入低的农户更愿意参加新农合；高达 98.94% 的农户都是自愿参加的；多数农民对新农合的了解不够。对退出新农合农户的分析表明，报销太少（23.96%）和报销麻烦（16.58%）是影响其退出决策的两大因素。对调查中关于加大保障力度的两个假设性问题的回答表明，参合费翻一番，64% 的农民仍然明确表示会继续参合；而如果突然上涨 50 元，则只有 43% 的农民会继续参合。这表明加大新农合的保力度已经具备了基础。基于计量分析的结果显示，收入越高的农民越愿意参加新农合；已婚样本比未婚样本更不愿意参合；以身高、体重衡量的身体状况影响了农民的参合意愿；如果参加了商业保险或政府主办的其他保险，农民就更不愿意参加新农合；有慢性病的样本更愿意参加新农合，而传染病则对参合意愿没有影响；从事传统农业的农民更愿意参加新农合。

新农合采取了高额财政补贴以及整县推进的工作方式，创造了一种类似于“自然实验”的效果，加上上述微观调查数据库包含了多年的各方面信息，且包含了实施和未实施新农合的县样本，因此便于采用计量方法科学评估其实施效果。本报告的两个附录分别就新农合的实施对农民就医以及消费方面的影响作了评估。评估结果发现，在参合方面，新农合存在一定的逆向选择问题。在就医方面，新农合的开展在整体上对于农民医疗服务的使用（包括住院和门诊）影响不大，其原因可能在于新农合制度的“溢出效应”，但随着时间的推移，其效果越来越明显；新农合的实施也没有显著影响农民对不同级别医疗机构的选择；新农合的开展，显著减少了农民就医的自付费用，其中高收入群体受益更为明显。在消费方面，新农合覆盖面的扩大，平均而言刺激了家庭消费支出增加 2-5%，但这种效果仅仅在同一年份没有大额医疗支出的家庭中显著，尤其是家庭成员身体健康状况良好时，更为了解新农合政策细节时，效果更为显著。这表明作为一种社会安全网政策，新农合的实施确实增加了消费，且公众对公共保险项目的信心非常重要。这些研究结论在不同的测试中都较为稳健。

#### 第四部分：关于中国医疗卫生体制改革的政策建议

基于以上研究，加上清华大学经管学院、公管学院其他专家的参与，课题组于2007年6月、8月两次向发改委、财政部、卫生部等国家部委，递交了“关于中国医药卫生体制改革的政策建议”，影响了中国医改的进程。随后相关部委的主要负责人还召集课题组负责人就政策建议报告内容进行了当面讨论。在政策建议书中，课题组提出以下观点：

中国医改的近期目标是构建人人享有基本健康保障的医疗卫生体制，确保财务可持续，力求高效率，并使之有利于经济发展和科技创新；长远目标是达到人人享有健康保障，促进经济可持续发展，社会和谐。其中，基本健康保障服务包的内容包括：公共卫生服务（包括急救）；大病医疗服务（住院和一些费用较高的特定病种门诊服务）保障优先；初级医疗服务（普通费用较低的门诊服务）的可及性得到保障。

改革的基本思路包括：由中央政府提供改革的指南，地方政府主导具体改革方案的设计和执行；政府的财政投入应当主要补贴需方，以建立政府、单位和个人共同出资的社会医疗保险体系；对不同群体采取不同的保障手段；政府的责任是优先保护贫困和弱势群体；充分考虑事业单位改革的困难，为各种性质的医疗卫生机构创造公平的竞争环境；注重各社会群体对政策的接受程度，逐步推进，依靠试点；制定明确的指标体系，确保改革目标的实现。

主要保障措施包括：在公共卫生领域，建立一个中央统筹覆盖城乡的急救保障体系，无条件为急救病人提供必要诊疗；改进公共卫生体系的资金投入方式和组织方式，创新服务内容。除公共卫生领域之外，近期针对不同人群设计不同社会医疗保险模式；同时建设惠民医疗网络，为贫困人口提供复合式医疗救助，保证其初级医疗服务的可及性。远期逐步整合各种保险计划，形成统一的社会医疗保险，辅之以满足居民多样化医疗需求的补充医疗保险。

对一般人群而言，要建立以保障大病为主的社会医疗保险体系，大大减少因病致贫。对尚未被医疗保险覆盖的城镇人口有偿提供财政适当补贴的以保障大病为主的城镇居民基本医疗保险；改造城镇职工基本医疗保险个人账户，增强退休职工医疗保险的可携带性；扩大农村合作医疗覆盖范围，并提高其保障水平；扩大行政事业单位为职工提供补充保险的自主权，为将公费医疗逐步合并到城镇职工保险中创造条件；以少量补贴鼓励消费者购买初级医疗保险。对于贫困人口，要供需方兼补和大小病兼保。适当增加投入，支持主要为贫困人口服务的惠民医疗网络的建设，以保证初级医疗的可及性；同时提供一般人群所享有的基本大病保险。

为确保保障体系的功能发挥作用，需要促进社会医疗保险机构的能力建设。主要措施包括建立健全民主化和科学化管理机制，加强其作为购买者的功能，使之在诊疗目录制定、价格机制形成、对医疗服务提供者的选择与监督等方面起到更积极的作用。

在医疗服务提供机构方面，要对公立医院实行管办分开、分类管理，扩大自主权；减少服务机构增量中的公立比例；提供各种所有制医院间公平的竞争环境。充分利用市场机制调整医疗服务体系的结构，促进社区卫生服务网络的发展和合理转诊体系的建立；鼓励纵向整合的服务提供集团的形成，实现集团内部的纵向分工优化和集团间的横向竞争。

为保障改革的顺利实施，需要建立跨部门的医疗改革领导机构，医疗效率研究及诊疗目录制定机构，和负责急救费用和促进可携带性的中央健康保障调剂基金。鼓励地方针对保险机构的管理，价格体系的形成，公立医院的改革等方面进行试点。建立全国医疗信息系统，逐步实现所有参保人医疗信息及服务提供者服务信息全国联网。

# 目 录

导 言.....	1
一、选题背景与意义.....	1
二、文献回顾与评价.....	1
三、研究框架与内容安排.....	3
第一章 美国的医疗卫生体制及克林顿改革计划.....	4
一、发展历程、医疗卫生支出概况及其资金来源结构.....	4
二、美国医疗卫生保险体系的结构与运行.....	5
三、美国公共资金支持的主要医疗卫生项目.....	10
五、克林顿改革计划.....	16
六、对美国医疗卫生体制的总体评价.....	24
第二章 西欧国家的医疗卫生体制.....	28
一、导言.....	28
二、公共卫生.....	28
三、供方：医院.....	29
四、基础医疗中的医生.....	41
五、保险.....	43
六、医药产业.....	45
七、小结.....	45
第三章 英国医疗卫生体制及其改革.....	47
一、英国卫生体系概况.....	47
二、资金的分配及对卫生提供者的支付.....	49
三、历次改革的简要介绍.....	49
四、对英国卫生体系的总体评价.....	52
第四章 发达市场经济国家医疗体制改革的经验.....	55
一、通过统一覆盖达到医疗服务的平等可及.....	55
二、对需求方的配给和对供给方的控制.....	59
三、重视激励和竞争的作用.....	60
四、简短的讨论.....	63
第五章 政府为什么要干预医疗部门？.....	65
一、引言.....	65
二、发达国家政府干预医疗部门的历史进程.....	66
三、政府干预医疗部门的主要原因.....	68
四、对我国医疗体制改革的启示.....	72
第六章 医疗卫生体系的筹资方式.....	76
一、政府一般性税收.....	77
二、社会保险.....	80
三、私人保险.....	82
四、小结.....	83

第七章 支付方式的类型及评价.....	85
一、界定“支付方式”.....	85
二、几种常见的支付方式.....	85
三、OECD部分国家支付方式概览.....	86
四、各种支付方式利弊分析.....	88
五、关于支付方式影响的实证分析.....	90
第八章 药品产业中的公共政策.....	95
一、药品行业的特征及相关各方.....	95
二、药品产业的公共政策.....	97
三、药品产业的动态效率.....	102
四、我国药品产业公共政策的若干问题.....	104
五、总结.....	105
第九章 医疗服务市场竞争对价格和质量的影响.....	108
一、引言.....	108
二、美国、欧盟等国家近期医疗市场变化.....	109
三、关于医疗服务市场竞争影响的分析框架.....	112
四、实证文献回顾与总结.....	113
五、竞争对消费者福利影响——分析与总结.....	126
第十章 黑龙江新农合及农村医疗卫生服务体系调查报告.....	146
一、调查地区基本情况.....	146
二、两地新型农村合作医疗实施基本情况.....	147
三、农户调研基本情况.....	149
四、两地新农合开展中若干问题.....	151
五、两地农村医疗卫生服务体系的情况.....	154
第十一章 68县新型农村合作医疗政策比较分析.....	163
一、参合对象的规定.....	163
二、新农合筹资问题.....	164
三、定点医疗机构和转诊制度.....	166
四、报销规定.....	167
五、新农合门诊大病覆盖范围.....	169
六、当年未补偿参合农民的下年优惠政策.....	170
七、其他规定.....	171
第十二章 农户参与新型农村合作医疗状况分析.....	176
一、抽样调查基本情况.....	176
二、农户对医院的评价.....	177
三、农户参加新农合的意愿和新农合的开展情况.....	179
四、农户对新农合的评价.....	181
五、影响农民参合的因素分析.....	183
六、主要发现.....	184
第十三章 关于中国医疗卫生体制改革的政策建议.....	185
一、改革的基本目标和基本思路.....	185

二、公共卫生体制改革.....	188
三、筹资和医疗保障体制改革.....	189
四、医疗服务提供机构的改革.....	197
五、医疗体制改革的配套措施.....	199
六、财政投入估算.....	201
附录一：The Effects of the Health Insurance Availability on the Demand-side: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme.....	219
1. Introduction.....	219
2. Background on the New Cooperative Medical Scheme .....	222
3. Data .....	224
4. Baseline Econometric Model.....	225
5. Improvement and Tests of the Baseline Model.....	234
6. Conclusion and Discussion .....	237
附录二：Insurance, Learning and Consumption:Evidence from China's New Cooperative Medical Scheme .....	253
1. Introduction.....	253
2. Background of the New Cooperative Medical Insurance.....	255
3. Data and Descriptive Statistics .....	257
4. Baseline Econometric Model.....	259
5. Results for the Baseline Model.....	261
6. Refinement for the Baseline Model .....	265
7. Conclusion .....	267



# 导 言\*

## 一、选题背景与意义

近年来，围绕着“看病难，看病贵”等问题，中国社会各阶层民众对于医疗卫生体系的不满情绪与日俱增。中国自 80 年代初期以来即开始对旧有计划经济体制下的卫生体制进行改革，但总体来说，二十多年来中国的医疗卫生体制改革并不顺畅，现行医疗体制弊端重重。由于多种因素的影响，迄今为止并没有形成适合目前经济和社会发展基本要求的医疗卫生体制。医疗费用迅速上涨，超过了人们收入的增长速度；而这些医疗费用中，需要人们通过直接现金支付的比例越来越高。可以说，无论是卫生筹资与分配的公平性还是医疗资源的利用效率都变得越来越差。医疗卫生体系的这些问题，不仅影响到国民健康水平的改善速度，而且有可能危及社会稳定以及经济增长的前景。

因此，目前的医疗卫生体制已经到了一个必须变革的关口。国家已经实施了诸如新型农村合作医疗等若干重大的政策措施。而由 14 个部委联合组成的“医疗卫生体制改革协调领导小组”的成立，则标志着中国医疗卫生体制改革的研究和设计工作进入到一个十分关键的阶段。但是，医疗卫生体制的根本问题是什么？成因是什么？如何进行改革？是“头痛医头，脚痛医脚”，还是有一个整体和长远的战略思路？对于这些问题，各方的认识差别还很大。毫无疑问，以科学的方式探究医疗卫生体制存在的问题和原因，对于明确进一步改革的方向具有重大的战略意义。

目前围绕医疗卫生改革已经有了很多研究，也形成了很多争论。主要的观点可以分为政府主导派、市场主导派、混合派等几派，甚至有的建议仿照“英国模式”或“德国模式”来对现行的体制进行改革。造成目前这种意见不一、争论不清状况的原因之一，就是各方对于不同医疗卫生体制背后的机理，什么是医疗卫生体系的功能，影响这些功能的主要结构性与机制性因素，缺乏相对统一的理解和判断；对于现实中的一些重大改革措施，也没有进行深入研究。为此，本项课题将研究的重点放在深入比较分析若干国家的国医疗卫生体制，总结改革的国际经验，对医疗卫生体制改革的若干重要问题进行专题研究，同时以新型农村合作医疗为样本，深入分析我国现实中医疗卫生体制重大改革措施的运行现状和实施效果。在此基础上，提出针对当前和未来卫生体系改革和发展的具有前瞻性和可操作性的方案。

## 二、文献回顾与评价

在过去 20 多年的医疗卫生体制改革过程中，一直伴随着大量的争议和讨论，这些讨论到 2005 年达到高峰。围绕着医疗卫生体制存在的问题和改革的思路，一些学者和机构相继发表了他们的观点，引起了社会公众的广泛关注和讨论。其中，讨论较多、也是分歧较大的问题主要有两个方面：一是在医疗服务提供方面，如何对过去的市场化（或者“商业化”）的利弊进行评判，未来应该加强政府主导还是大力发挥市场的作用的问题；二是在医疗保障方面，全民医疗保险是否可行，如何设计和操作的问题。这两个问题综合起来又产生了一个根本性问题，即医疗卫生体制，是应该建立一个供方主导的体制，即通过加强政府对医疗服务提供方的直接控制和管理，从而提供质优价廉的服务；还是加强需方的作用，即通过建立强大的医疗保险保障体系，来支付医疗费用和约束服务提供者的行为？围绕这些问题还存在着一系列相关的技术问题，如医疗机构的产权和治理结构问题，

---

\* 由白重恩、汪德华执笔。

社区卫生机构的发展问题，基本医疗服务内容的界定问题，医疗保险保障范围的确定问题，等等。

国务院发展研究中心于 2005 年 8 月发布了《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》的报告，对当前中国医疗卫生体制改革提出了较为尖锐的批评意见。他们的基本观点认为中国医疗卫生领域种种问题产生的根源在于政府没有起到其应有的责任，医疗领域市场化、商业化，追求盈利，而原有医疗保障体系瓦解、新的保障体系未能建立，由此造成医疗服务的公平性下降以及卫生投入的宏观效率低下。其理论依据是医疗服务特别是基本医疗服务具有公共品或准公共品性质，医疗卫生的商业化、市场化违背了医疗卫生事业发展的基本规律。为了解决此种问题，他们提出的基本政策思路是加强政府在医疗卫生领域的主导地位，不再区分城市和农村，由政府出面保障所有人的基本医疗卫生保健需求。也就是在基本医疗服务上实现全民保障，其实现途径就是政府通过税收进行筹资，直接用于医疗服务的提供；在服务提供体系中，政府要优先建立和发展初级医疗服务机构，对这些机构实行全额拨款，以近乎免费的价格向居民提供基本医疗服务；非基本医疗服务则由社会医疗保险或商业医疗保险保障，通过二、三级医疗机构提供。

国研中心的观点受到了部分学者的赞同。如李玲（2005）就认为根据美国经验，医疗卫生领域的市场竞争会使得服务质量越来越好，但价格也越来越高。她认为过去一段时间的市场化导致我国医疗卫生领域的技术选择过于超前，加上以往的转诊制度遭到破坏，造成了看病难和看病贵问题。她强调要解决目前的问题，需要政府发挥主导作用，在医疗服务提供方面起到决定性作用。由她领导的课题组对宿迁医改的调研报告中就充分表达了对于医疗卫生市场化的怀疑和否定。

也有诸多学者认为国研中心对于医疗卫生市场化的判断并不正确。例如，余晖（2005）认为，中国医疗卫生领域的问题不是市场化导致，而是伪市场化的结果。虽然医疗服务是公共品，但是一些其他公共行业的经验证明，公共品也可以私人提供。关志强（2006）也从公共财政的角度提出创新投入机制，通过购买服务的方式鼓励竞争，实现公平和效率的统一。

梁小民（2006）也反对主张回到类似于计划经济下公费医疗的全民医保体系的“政府主导派”的观点，他认为在整个经济市场化的前提下，这条回头路是走不通的。他总结中国医改的起点是“给政策不给钱”，“给政策”其实就是给乱收费的权力，而政府又缺乏有效的监督，这不是真正意义上的市场化。在没有建立全民商业医疗保险体系，人民收入水平普遍不高，且医院没有成为市场经济中真正主体的情况下，把医院推向市场，让它们自谋生路，绝非市场化，而是政府在推卸自己在市场化中应承担的责任。他主张在医疗领域“国退民进”，使医院成为在市场中独立的企业，但他也强调医改是一个系统工程，进行配套改革，当市场化改革存在一个“短板”时，就不能称其为市场化，也不会成功。这些配套改革包括建立商业医疗保险体系，放开医疗市场价格，更多的医院非国有化，政府加大对医疗中商业贿赂的打击，建立政府主导的医保体系，等等。另一个持“市场主导”观点的是刘国恩（2006）。他认为让百姓看得起病的根本措施，就是彻底打破国有医院垄断，实行公平有效的竞争。政府主导，不是既出资又直接提供服务，而是应把增加的财政支出用到真正需要医疗帮助的农民和低收入者身上。

顾昕（2005）认为，从医疗服务提供者的角度看，中国当前是在走市场化的道路，但市场化不是中国当前问题的原因。他认为问题的核心是原来老的医疗保障体系失效，而新的全覆盖的医疗保障体系没有建立起来。在医疗服务提供体系方面，中国实行的是没有民营化的商业化，产生了种种行为扭曲。由此他认为，中国医疗卫生体制改革的战略选择是走向“有管理的市场化”，战略的重点是建立统一覆盖的医疗保险。具体来说，对医疗保障体系，应该在现有医疗保障制度基础上，扩大覆盖面以达到全覆盖，同时发挥保险机构作为第三方制约、监督医疗服务提供者的作用。根据对

国际经验的比较研究，他认为只要保险机构发挥其第三方约束作用，市场化就不会出现问题，医疗费用就会得到抑制。海闻（2005）也持类似观点，建议中国学习美国的管理医疗经验，通过医疗保险体系来制衡医院和医药行业。

总结双方的观点，“政府主导派”还是“市场竞争派”双方存在一个重要的基本共识，即都认为目前政府在医疗卫生领域所承担的责任还远远不够，未来政府应当在医疗卫生领域发挥重要作用。从这一点来看，简单的标签掩盖了许多实质性的内容，双方其实都赞同政府的主导作用，然而双方的分歧就在于政府应当通过何种方式来承担其在医疗卫生领域的责任？在多大程度上“主导”？由此涉及到的一个具体问题是，如果政府应当要增加投入，那么增加的投入应当投向何方？在政府主导派看来，政府增加的投入应当投向医疗服务提供体系，控制医疗服务提供体系并承担医疗部门的投资和医务人员的薪酬，促使其采用免费或降低收费的方式向公众提供基本医疗服务，从而降低公众的医疗负担。在市场竞争派看来，政府出资应当投向社会医疗保险体系，通过向低收入阶层提供补贴的方式组织建设社会医疗保险体系，同时要促进医疗服务提供体系的竞争以提高效率。

### 三、研究框架与内容安排

本研究的基本目标是在系统总结国际经验以及中国改革实践经验的基础上，为当前有关中国医疗卫生体制改革的讨论提供切实的理论和经验证据，并最终提出一个系统的改革思路和方案。具体而言，本研究共分为以下几个部分。

#### 第一部分：医疗卫生体制改革的国际经验

包括第一、第二、第三和第四章。主要是选择美国、西欧和英国为样本，详细考察其医疗卫生体制的关键环节与改革动向，并从历史角度总结发达国家医疗卫生体制改革的基本动向，从而为我国的医疗卫生体制改革提供借鉴。

#### 第二部分：医疗卫生体制改革的若干重要问题

包括第五、第六、第七、第八和第九章。主要是基于国际经验的总结与文献调研，针对当前我国医改讨论中若干非常重要的几个问题，包括政府干预医疗卫生体系的理论基础、医疗卫生体系的主要筹资方式、向医疗服务机构的主要支付方式及其优缺点、药品市场的公共政策，以及医疗服务市场竞争的作用等，进行系统梳理和详细分析。

#### 第三部分：新型农村合作医疗的专题研究

包括第十、第十一、第十二章和两个英文论文附录。自2003年开始试点的新型农村合作医疗，是近年来我国医疗卫生领域影响最大的一项政策。深入分析其运行状况和实施效果，可以为我国未来的医疗卫生体制改革提供有益的借鉴。为此，本部分以黑龙江省实地调研和全国范围内的大规模问卷调查为基础，考察新农合的运行现状，分析其实施中存在的问题，并利用计量分析方法评估其对农民就医行为和消费的影响。

第四部分是关于中国医疗卫生体制改革的政策建议，包括改革的基本目标、基本思路，在公共卫生体系、医疗保障体系、卫生服务提供体系的建设以及改革配套措施等方面的政策建议，同时提供改革的财政投入测算。

# 第一章 美国的医疗卫生体制及克林顿改革计划\*

## 一、发展历程、医疗卫生支出概况及其资金来源结构

### (一) 美国医疗卫生体制的发展历程

从这个世纪初开始，医疗卫生覆盖面的问题在美国就是一个重要的讨论话题。第一次建立政府医疗保险机构的尝试是 1915 年至 1920 年间在州政府一级的尝试。但这次尝试没有结果。之后 1930 年代联邦政府又进行了一次尝试，但除了在社会保障法案中加入了母亲和小孩的公共医疗服务保障之外，没有取得更多的进展。从 1930 年代之后，大多数人希望能有一个医疗保险体系帮助预防严重疾病可能带来的经济后果，当时主要讨论的一个问题是这样一个医疗体系应该采用私人融资途径还是公共融资途径。最后通过雇佣关系支付保险金的私人融资成了最主要的方式。

二战期间私人健康保险的覆盖范围增加很快，由于政府对工资增长进行了限制，所以作为雇员福利的医疗保险在范围上有了较大扩张。二战后由于劳动力短缺，企业为雇员提供的医疗保险福利又享受免税待遇，战后这一趋势继续得到保持。与此同时，1940 年代许多提议用工资税的融资方式建立全国医疗保险的提案提交国会，但全都未进入投票程序。但是，1950 年国会开始改善那些接受政府救助的群体所能够享受到的医疗服务，这次行动开创了政府第一次直接提供公共资金给医疗服务的提供者，让它们为那些接受政府救助的人群提供医疗服务。

尽管国会也意识到一些老年人也需要有更好的获得医疗服务的途径，但由于意见分歧，直到 1960 年国会才通过一个有限的法令，为老年人提供一定的医疗服务资助。在经过漫长的辩论之后，国会于 1965 年通过立法建立 Medicare 和 Medicaid 项目<sup>1</sup>。Medicare 旨在为老年人（1973 年扩展到残疾人和一些特定的有肾病的人）的医疗服务需求提供帮助，Medicaid 是为了给需要帮助的穷人提供进一步的帮助。由 DHHS 的前身健康、教育和福利局（Department of Health, Education, and Welfare）来承担管理 Medicare 和 Medicaid 的职责，在 1977 年前，社会保障管理处（Social Security Administration, SSA）负责 Medicare 项目，社会和恢复服务处（Social and Rehabilitation Service, SRS）管理 Medicaid 项目，1977 年之后，管理职责则一并转移至新形成的健康保险融资管理办公室 HCFA（Health Care Financing Administration, HCFA）。

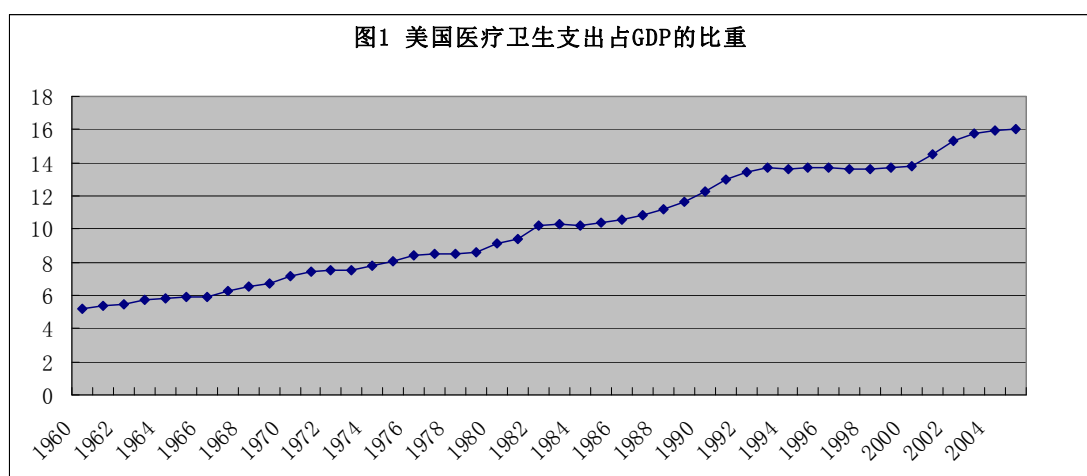
### (二) 美国医疗卫生支出概况及融资来源结构

美国的医疗卫生支出在过去几十年的时间里增长很快，从 1960 年的 270 亿美元增长到 1993 年的 8980 亿美元，年平均增长速度超过了 11%，占 GDP 的比例从 1960 年的 5.1% 上升到了 1993 年的 13.7%。自 1993 年以后增长速度明显趋缓，但 2000 年到 2003 年间的增幅又明显回升，2003 年以来增速再度趋缓，2005 年全国医疗卫生支出占 GDP 的比例达到了 16%。1993 至 2000 年间医疗卫生支出的逐步放缓可能缘自这几个因素：许多雇员改变原来通过雇主购买健康计划的做法，而是购买低成本有管理的健康计划；总体较低的通货膨胀率和较低的医疗相关的通货膨胀率；医疗服务提供者较多的医疗服务提供能力促使其相互间的竞争加强，使其更多地加入有管理的健康计划从而降低了价格。美国居民的平均医疗费用支出从 1960 年的 148 美元上升到了 2005 年的 6697 美元。

\* 本章由韩玲慧执笔

<sup>1</sup> 社会保障法案的 Title XVIII 和 Title XIX。

医疗卫生支出的融资来源在美国是多元化的，有私人来源也有公共部门的资金。其中私人资金来源包括个人就诊时的直接支付、私人医疗保险、慈善和非病人收入（如礼品商店和停车场等）等。1960至2005年间私人融资来源占总医疗支出资金来源的比例一直保持着下降趋势，但自1993年以来，私人融资来源占总医疗支出资金来源的比例一直保持在55%左右。与此同时，公共资金来源所占比例则从1960年的25%增加到了2005年的45%，其中来自联邦政府的公共资金比例从1960年的10.4%上升到2005年的32.4%，而相应地来自州政府和地方政府的公共资金比例则一直保持在13%左右的水平。公共资金支持的医疗卫生保险项目主要是 Medicare 和 Medicaid 项目，占联邦政府总医疗费用支出的74%，州和地方政府在 Medicaid 项目上的支出占其医疗费用总支出的40%（2003年的数字）。此外，公共资金还支持一些其它较小的项目如国防部的医疗保险项目、老兵事务局的医疗保险项目等。



资料来源: [http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/02\\_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage)

## 二、美国医疗卫生保险体系的结构与运行

正如前文所提到的，美国医疗卫生保险体系是一个由公有系统和私人系统共同组成的混合体。基本的公共保险计划是 Medicare 和 Medicaid, Medicare 覆盖的人群主要是老人和一些有残疾的非老人，Medicaid 覆盖的人群主要是 65 岁以下的较穷的妇女和儿童、盲人和残疾人、以及 65 岁以上老人的长期看护（下文第四部分对公有系统中的两个主要组成部分 Medicare 和 Medicaid 将做细致的介绍）。非老人的医疗保险主要来自于雇主提供的保险计划，这就是美国医疗卫生保险体系中的私人系统。

如表 1 所示，公共保险覆盖了 97% 的老年人和大约 16% 的非老年人，其中 Medicare 是为老人服务的最主要的项目，而 Medicaid 对非老年人来说更为重要。非老年人中的大部分（将近四分之三）则是有私人保险覆盖，主要是通过雇主获得，但也有相当一部分是自己购买保险。非老年人中有 16% 的人没有被任何保险覆盖，而老年人中这一比例仅为 1%，没有任何保险的总人数有 4100 万，其中有认为自己还没有必要买保险的年轻人、有因为贫穷买不起保险的人、有一些不被私人保险接受的慢性病患者、还有一些有资格加入 Medicaid 但没用这种保险的人。但很多没有保险的人在发生严重疾病或交通事故时都接受过医院的紧急服务，这等于是参加保险的人给予未参加保险的人在一定程度上的灾难性大病保险。在医疗费用的支付上，老年人医疗费用的 65% 来自公共资金，其中主要

是 Medicare，私人保险的补偿约占 17%，个人的直接现金支付主要是药费。而非老年人的大部分医疗费用（54%）是由私人保险补偿的，公共资金所占比重为 17%，其余部分由其它形式的保险或個人直接支付（约占总支出的 21%）来补充。

表 1 美国医疗卫生保险体系的结构及医疗支出

保险类别	65 岁以下			65 岁以上		
	覆盖面	占人口比例%	支付所占比例%	覆盖面	占人口比例%	支付所占比例%
公共保险		16%	17%		97%	65%
Medicare	残疾人	2	4	几乎全部	96	58
Medicaid	贫穷妇女和儿童、盲人和残疾人	11	10	穷人的急性护理、穷人的长期护理	10	4
私人保险		72%	54%		61%	17%
雇主	工人及其家属	66		雇主退休保险	34	
个人	家庭购买的保险	6		个人购买的补充保险	32	
未保险		16%	21%**		1%	16%**
其它			6%***			2%***
在总计中的比重		87%	65% [\$1,516]		13%	35% [\$5,662]
总计		100%	100%		100%	100%

资料来源：覆盖面数据来自 Current Population Survey, March 2002. 支出数据来自 Medical Expenditure Panel Study, 1997. 转引自 Cutler, David, and David Wise, 2003, “The US medical care system for the elderly”。

注：\*\*是现金支出；\*\*\*是工人的补偿，其它保险（如自动保险等）。

不同类型的医疗保险有不同的覆盖范围。如表 2 所示，私人保险一般覆盖在医院获得的医疗服务、医生的服务、出诊检查和药品，但一般不包括长期看护，不过年轻人对长期看护的需求并不很大。Medicare 则远没有私人保险那么慷慨，它覆盖医院提供的医疗服务、医生的费用和检查费用，但不包括药品、只包括很少一部分长期看护。也正因为此，Medicare 的受益人常会购买私人补充保险来覆盖这些项目，有些受益人也可以从其原来的雇主那里获得补充保险，也有一些通过加入健康保持组织（Health Maintenance Organizations, HMOs）或其它公共项目来获得。穷人的药费和长期看护服务由 Medicaid 覆盖。Medicaid 在医疗相关服务和费用的覆盖范围上相当慷慨，但在谁可以享受这些保险上有着严格限定。Medicaid 的管理办法事实上提出了美国医疗保险体系中一个主要问题，就是消费者接受医疗服务是否应该被管理，有管理的医疗体系是一种纵向整合的形式，是将保险和医疗服务的提供整合在一起，保险人参与决定提供什么样的医疗服务、医疗服务如何提供。Medicare 中也有一些有管理的医疗，但重要性远低于在 Medicaid 中的地位。由此可见，现实中的医疗卫生保

险体系远复杂于表 2 中的描述。

表 2 不同类型医疗保险的覆盖范围

私人性质	私人保险	Medicare	Medicaid
医院	√	√	√
医生	√	√	√
实验室	√	√	√
处方药	√		√
长期看护		适量	√

在医疗卫生体系的具体运行中，如何对医疗服务提供补偿和消费者所能获得的就医选择是其中的两个关键方面。

### （一）对医疗服务的经济补偿

由于医疗卫生保险体系相当复杂，所以，对医疗服务的补偿方式也相当多样化，不同的补偿方式有着不同的激励机制。补偿方式中最关键的一点就是相对于成本来说补偿的程度如何。医疗服务的成本主要包括医疗服务的实践成本（含办公费用、除医生之外的行政人员费用、误诊保险和服务的供给）和医生的时间成本（医生提供医疗服务所花费时间的机会成本）。

不难理解，医疗服务有着非常高的固定成本，但边际成本却相当低，如药品的研发费用相当高昂，而多生产一粒药的成本却几乎为零。传统的基于服务收费的补偿方式是一种基于平均成本的方法，这种方式补偿了医生接受医学培训的沉淀成本、固定成本和边际成本。由于支付远远超过边际成本，所以这种基于服务付费的补偿方式几乎在任何情况下都会导致医疗服务的过度提供。薪水制度是另一种补偿方式，在这种方式下，医生获得一笔固定的补偿，所以医生没有动力提供更多的服务，在监督机制不严格的制度环境中，医生逃工的情况相当普遍，如意大利。在 HMOs 中，由于监督相当严格，所以医生几乎不能逃工。第三种支付方式是按人头付费，在这种方式下医生获得的补偿也是固定的，并且医生应该提供的服务范围也是明确的，医生没有激励提供更多的服务。这种方式常用于提供基本护理服务的医生中。如果以这种方式获得补偿的医生提供了超出范围的医疗服务，那么就可以获得额外的补偿。现实中按人头付费的方式有多种组合形式。

美国医疗卫生体制中对医疗服务的补偿采用过不同的方式。传统上，Medicare 和私人保险都用基于服务付费的方式，其中的原因相当实际，因为在保险开始补偿医疗服务时，保险与医疗服务的提供是完全分开的，保险方并不知道该支付给医疗服务提供者多少补偿，而医生是有一个价格表的。但随着保险方对医疗服务有更多的了解之后，Medicare 和私人保险公司开始不再采用这种方式，他们逐渐有了自己的一个关于医疗服务成本的估算表，按照这个估算结果来补偿医生。这在某种程度上还是基于服务的付费，但要比以前更接近服务的真实成本。

关于经济补偿方式的更大的变化发生在住院上。从 1980 年代早期开始，Medicare 开始针对住院服务采用了预先支付系统（Prospective Payment System, PPS）。对于每一个入院的病人，医院需先给出诊断报告，说明病人是否需要手术，根据这两方面来确定病人在 470 种诊断病例（Diagnosis Related Groups, DRG）所属的种类，然后对医疗服务的补偿基于 DRG 种类来确定，而不是基于医院具体提供的服务。PPS 方式本质上是一种部分的按人头付费的方式。一些实证研究证实了 PPS 方式

所提供的激励机制，Mark McClellan（1997）用 Medicare 项目证明在 PPS 引入之后，按 DRG 进行支付的手术性住院人数上升，而不再基于服务获得补偿的非手术性住院人数有着几乎完全相同数量的下降，而且两种趋势发生的时间也与 PPS 引入的时间完全一致。Glied（2000）也提供了证据说明私人保险体系实行的有管理的医疗也降低了住院率和住院的时间长度。尽管对医疗服务使用的直接监管在导致这种变化方面起到了重要作用，但不同类型补偿方式所提供的激励不同一定能解释其中的一部分变化。

## （二） 消费者对医疗服务的获取

这是任何一个医疗卫生保险体系的重要内容。主要包含两方面内容：成本分担（共付比例）和医疗服务使用的非财务性障碍。

### 1. 成本分担

所有的医疗保险都要求消费者为其享受的医疗服务承担一定比例的成本（以起付线、共付比例和封顶线等形式），其初衷是为了降低对医疗服务过度使用这一道德风险，但同时也会增加被保险人的财务风险。因此，最优的水平应该是降低道德风险带来的边际好处与财务风险增加导致的边际损失一致时的水平。由于美国通过雇主缴纳的医疗保险金享受免税待遇，而个人缴纳的保险金不享受免税待遇，这种税收优惠就可能鼓励较高的医疗费用支出。有大量的实证研究估计了这种税收优惠对医疗支出和社会福利产生的影响，一个比较一致的结论是这种税收优惠大约造成了医疗费用支出超出其应有水平（如果没有这种税收优惠）的 5% 到 10%。

传统的 Medicare 项目的成本分担过高，超出了最优水平（如表 3 所示）。为弥补 Medicare 项目的这一不足，低收入人群可以从 Medicaid 项目中获得一定补偿，一定程度上降低其面临的财务风险。高收入人群由于没有资格参加 Medicaid 项目，但可以通过其它方式获得补充保险，如一些获得 Medicare 要求的由雇主为其支付的补充保险、也可以向私人保险购买补充保险（被成为 Medigap）、还可以参加成本分担较低的 HMO 等。有四分之三的老年人都或是通过 Medicaid 或是通过私人保险获得了补充保险。由于补充保险通常在医疗支出的第一美元补偿上没有成本分担，这显然会鼓励道德风险行为，而额外的医疗服务则是由传统的 Medicare 项目来覆盖，所以，补充保险的存在事实上加大了 Medicare 项目的成本，有实证研究估计 Medicare 为此多支付了 20% 的费用（Christensen and Shinogle, 1997）。

表 3 Medicare 的成本分担情况，2002

服务	受益人需支付的成本
A 部分	
住院	第一次获得保险补偿期间 第一天的起付线是 840 美元 在第 61~90 天之间每天分担 210 美元 预留天数（一生共有 60 天） 在一生预留天数中每天分担 420 美元
熟练的护理服务	前 20 天不需分担成本 在第 21 至 100 天之间每天分担 105 美元 不覆盖 100 天之后的任何成本



临终护理服务	对药品和临终前的看护给以名义补偿
B 部分	
总体起付线	每年 100 美元
医生服务	共同保险率为 20%
门诊护理	基于收费中值的 20%共同保险率
救护服务	Medicare 批准额度的 20%
检查服务	没有
门诊精神健康	共付 Medicare 批准额度的 50%
预防性服务	共付批准额度的 20%，免除一些服务的费用
A 部分和 B 部分	
家庭健康	没有

资料来源：Hackbarth (2003)，转引自 Culter et al (2003)。

## 2. 非财务性限制

所有的医疗保险都对消费者的就医行为施加了一些限制，如消费者需要医生的批准才可以拿到处方药或者住院治疗，但一些保险项目还有一些额外的限制。

Medicare 项目本质上对受益人的就医行为没有任何限制，病人可以在任何时候看任何他们想找的医生，不需要转诊，也没有医疗服务提供者被排除医疗保险覆盖范围之外。这就导致了医疗服务的大量增加。最近，医疗服务的补偿方式从纯粹的基于服务的 FFS 向较多地按人头付费的方式转变，促使医生提供较少的医疗服务。但从需求方来说，支付仍然是相当慷慨的。

与 Medicare 项目相比，私人保险项目本质上对受益人的就医行为有较多限制，但限制最多的还是有管理的医疗保险计划（如表 4 所示）。在有管理的医疗保险计划中，有管理的免责保险计划（indemnity insurance policy）有着最严格的限制，对医疗服务提供者的服务有着非常严格的监督，例如要求非紧急性住院必须预先获得资格认证，否则就不给予保险支付。这种保险计划 1980 年还不存在，但到 1992 年就已经占到了私人保险的 41% 的份额，不过 2003 年又降至 22%。优先选择的服务提供者组织（Preferred Provider Organizations, PPOs）是有管理保险计划的另一种形式，它有自己的医疗服务提供者网络，参加保险的个人应优先从这个网络中获得医疗服务，如果在网络外获得医疗服务，所能获得的保险补偿就会受到限制，如较高的共付比例等。PPO 也会有预先授权的限制，但不如免责保险计划那么严格。保险与医疗提供的最紧密的整合发生在后来产生的健康维护组织（Health Maintenance Organizations, HMOs）中。HMO 主要有两种形式：一种是群体/职员 HMOs（Within a group/staff HMO），主要特点是其中的医生是全职为 HMO 工作，有固定薪水，可能有自己经营的医院，也有基于合同关系的医院；另一类是独立行动协会（Independent Practice Associations, IPAs）或网络模型 HMO（Network Model HMOs），它们不雇佣自己的医生，也不经营自己的医院，相反，它们通过与社区中的医疗服务提供者签订合同为其服务。HMOs 对医疗服务的使用有着一系列的限定，如对医生的转诊权利和做某些检查的权利等，对医生的财务激励是让医生做得更少，节约的医生会得到补偿或者提升，浪费的医生就会被赶出网络之外。所以，HMOs 选择的医生那些天性上更倾向于保守治疗的医生。在一些 HMOs 中，病人也可以在网络外获得医疗服务（被称为服务点选择，Point of Service option, POS），但所获得的补偿要低于在网络内的补偿。

1980 年开始的这种保险与医疗服务的整合趋势对医疗保险体系产生了重大影响。1980 年，90% 以上私人保险覆盖的人群的保险计划都是没有管理的补偿性保险计划，但到 1996 年，这一比例

已经下降至 3%。而 HMO 的注册人数则从 1980 的 8% 上升至 2003 年的 50% 左右。作为对就医的严格限制，大多数 HMOs 病人的共付比例都相当低。

有管理的医疗保险计划明显降低了对某些种类医疗服务的使用，提供基本医疗服务的医生相对于专家的比例比没有管理的医疗计划要高。有管理医疗保险计划的成本大大低于传统的补偿性保险计划（据估计，大约低 30%）。有管理的医疗保险计划对健康结果的影响似乎还不能确定，相关研究的结论似乎是有管理的医疗保险计划与传统的补偿性保险计划对健康结果的影响没有差异。尽管如此，有管理的医疗保险计划在医生和病人之间都并不受欢迎，医生认为其中的限制使他们职业功能的发挥遭遇到了挑战，而病人则认为限制了他们选择的自由。

**表 4** 一些医疗保险计划的主要特征

内容	传统的补偿性 保险	有管理的医疗保险		
		PPO	IPA/Network HMO	Group/Staff HMO
有资格的医疗服务 提供者范围	几乎所有	几乎所有（网络 内）	网络内	网络内
对医疗服务提供者 的选择	病人	病人	看门人（网络内）	看门人（网络内）
对医疗服务提供者 的补偿方式	基于服务的付 费方式	打折后的基于服 务的付费方式	按人头支付	薪水
成本分担	中等	网络内低、网络外 高	网络内低、网络外 高	网络内低、网络外 高或支付全部费 用
保险人角色	买单	买单、形成网络	买单、形成网络、 监督医疗服务	提供医疗服务
对使用医疗服务的 限制情况	需求方	供给方（价格）	供给方（价格、数 量）	供给方（价格、数 量）

资料来源：Cutler 和 Zeckhauser（2002），转引自 Culter et al (2003)。

### 三、美国公共资金支持的主要医疗卫生项目

#### （一）Medicare 项目

##### Medicare 的覆盖面

Medicare 的覆盖目标人群是大多数超过 65 岁的人、至少在之前的 24 个月内享有社会保障或铁路伤残现金补偿的人、大多数肾病晚期病人、一些未覆盖的但选择支付一定保险金的老年人。Medicare 覆盖的人群数占全国总人口数的 14%，包括 95% 的全国的老人和许多符合社会保障资格条件的残疾人。

## Medicare 的构成

Medicare原来包括两部分：住院保险（HI，也就是Part A）和附加医疗保险（SMI，也就是Part B）。后来由Balanced Budget Act（BBA）于1997年加入了一个新的部分Medicare + Choice项目（有时被称为Part C），给予项目的参与者参加私人健康保险计划的选择，包括一些协调的健康保险计划如HMOs、PSOs和PPOs<sup>2</sup>、满足一定标准的完全独立的私人的基于FFS的计划、MSA计划<sup>3</sup>。该项目是Medicare自成立以来在私人健康计划成为Medicare合同健康计划方面最大的变化。2003年的现代化法案又加入了覆盖处方药的新部分，被称为Part D。该法案还允许健康计划之间的竞争，目的是鼓励创新和覆盖范围上的灵活性。2006年，私人药品计划与Medicare好处计划的受益人一样都可以享受Part D在处方药上所给予的好处。那些为其雇员提供了退休人员覆盖药品的保险计划的雇主有资格享受联邦资助。与此同时，Medicare也第一次开始考虑受益人的收入，那些收入水平低于联邦规定的贫困线150%以下的受益人有资格获得新的Part D处方药项目所给予的资助；那些收入水平较高的受益人从2007年开始将为Part B支付更高的份额。该法案（The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, MMA）对Medicare项目自开始以来做出了最大的改变。

Medicare所有的财务相关操作都是通过两个信托基金完成的，一个专门为HI项目，一个专门为SMI项目，这两个信托基金在财政部有专门的帐户，资金不能用于其它用途，不用于成本支付的资产可以投资于一些限定的政府债券。

## Medicare 的融资来源

Medicare中的HI项目主要通过强制性的工资税，通过雇主缴纳。美国几乎所有的雇员和自我雇佣者都在HI项目的覆盖范围之内。HI的税率是雇员缴纳收入的1.45个百分点、雇主为每个雇员缴纳同等额度的比例，自我雇佣者缴纳其收入的2.9%。从1994年开始，该税率适用于Medicare覆盖范围内的工资和自我雇佣收入，没有最高限额。除此之外，HI信托基金还有以下来源：（1）针对高收入受益人所享有的社会保障好处征收的收入税的一部分；（2）那些不满足资格条件但自愿选择加入的个人缴纳的保险金；（3）从财政部获得的对那些在HI项目开始时已经退休的老年人提供医疗服务时发生的成本的补偿；（4）投资收益；（5）其它混合的小额收入来源。每年收取的这部分税收主要用于支付当前受益人的医疗支出。

SMI项目的融资主要是通过保险金支付（2004年每人每月需要支付的保险金是66.6美元<sup>4</sup>）和来自美国财政部的一般性财政收入。对受益的老年人来说，保险费率是平均支出的25%，所以，政府财政是SMI的主要资金来源。SMI也有小部分资金来源于投资收益和其它小额收入。Medicare+Choice计划的人头费按Medicare项目中的HI和SMI服务的相应比重从HI和SMI的信托基金获得融资。此外，Medicare的受益人还可以通过购买私人保险来弥补Medicare支付与实际支出之间的差额部分。

## Medicare 对医疗服务的支付方式

对于HI部分，在1983年以前支付方式是以合理的成本为基础的。目前Medicare的大部分住院服务的支付方式是提前支付体系（Prospective Payment System, PPS），本质上是一种补偿机制。在PPS方式下，每一次住院都要预先支付一笔特定数额的费用，该费用是基于每次住院所属的诊疗类型确定的（Diagnosis-related Groups, DRG）。在这样的支付机制下，一些病例会给医院带来损失，而

<sup>2</sup> HMOs（Health Maintenance Organizations）、PSOs（Provider-Sponsored Organizations）和 PPOs（Preferred Provider Organizations, PPOs）

<sup>3</sup> MSA（Medical Savings Account）计划是指 Medicare 预先把一定数额的存款存到 MSA，受益人可以利用这笔资金用作医疗费用支出（低于一定的年度减免额度）。

<sup>4</sup> 每年都有不同。

另一些病例则会产生利润。对于特别昂贵的住院服务，具体支付标准也会有一定的调整。熟练的看护服务则适用于一种单独的 PPS 体系。

对于 SMI 部分，在 1992 年以前医生所获得的支付是以一定合理的成本为基础的，适用的是以下几种成本中最低的一种：（1）医生的实际收费；（2）医生的常规收费；（3）当地类似服务的通行收费水平。自 1992 年以后，允许的收费标准是这两种中的较低者：（1）上缴的收费；（2）由基于相对价值标准（Relative Value Scale, RVS）的费用表确定的数额。对于某些服务项目，BBA 也在准备逐步推行 PPS 支付模式。

如果医生或其它医疗服务提供者接受 Medicare 批准的费率，那么他们就不能对受益人或保险人要求支付任何额外的费用（除了初始的年度减免额和共同负担的保险费部分）。如果医生或其它医疗服务提供者没有接受 Medicare 的费率标准，那么他们可以有限度地要求额外的费用。那些在年初同意 Medicare 收费标准的医生就属于 Medicare 的加盟医生。由于 Medicare 的受益人可以选择他们自己的医生，所以他们对于是否选择加盟医生有自己的权力。

Medicare + Choice 计划的支付是基于地方和全国人头费的一种混合，一般由社会保障法案中规定的按人头支付的方法确定。不同计划的实际支付会因注册人群的人口特征的不同而有变动。目前正在把基于人口特征和健康状况的风险调整因子引入到按人头计算费用的计算方法中，以使费用标准与受益个人的预期成本相匹配。

### **Medicare 支付要求的处理过程**

Medicare 中 HI 和 SMI 中的 FFS 要求由作为医疗服务提供者和联邦政府之间财政代理机构的非政府组织来处理。这些中介组织根据 Medicare 的覆盖规则来确定支付要求的合适性。处理 HI 相关支付要求 Medicare 中介组织的职责包括：确定成本和补偿标准；保持记录；实施控制；预防欺诈、滥用或过度使用；进行回顾并审计；支付提供服务的医疗服务提供者；在需要的时候帮助医疗服务的提供者和受益人。处理 SMI 相关支付要求的 Medicare carriers 的职责包括：确定 Medicare 许可的费用；保持绩效的质量记录；协助欺诈和滥用调查；支付由 SMI 覆盖的那部分需要支付给医生和医疗服务提供者的费用。

同行评价组织（Peer Review Organizations, PROs）是一群由专业的医疗服务提供者组成的、由联邦政府支付报酬的组织。他们的作用在于监督各州提供给 Medicare 受益人的服务状况并促进服务质量的改进。PROs 教育其它的健康服务执业专业人员、帮助为 Medicare 受益群体提供有效的、高效的、经济的医疗服务。

1996 年的健康保险可携性和责任法案创立了 Medicare 统一项目（Medicare Integration Program, MIP），目的是更好地与欺诈和滥用做斗争。MIP 的成立为 HCFA 在保卫 Medicare 免受欺诈等不利因素影响方面提供了稳定的资金来源和必要的权威。

### **管理**

DHHS 全面负责 Medicare 的管理工作，具体的管理落在 DHHS 内的 HCFA，SSA 给予一定的协助。财政部的内部收入服务局（Internal Treasury Service, ITS）负责从雇员和雇主那里收集 HI 部分的工资税。一个由公众任命的两名成员和四名联邦政府的公职人员组成的信托人委员会负责监督 HI 和 SMI 信托资金的财务状况。财政部长负责信托人委员会，信托人委员会每年四月的第一天向国会报告 Medicare 信托基金的财务和精算状况。州政府的相应机构（通常是 HCFA 同意的在各州的健康事物负责机构）负责确定、调查和监督那些想加入 Medicare 项目的医疗服务提供机构，在咨询 HCFA 后，由各州的相应的负责健康事物的机构认证那些合格的医疗服务提供机构。

## （二）Medicaid 项目

### 概况

Medicaid 是一个由联邦政府和州政府共同支持的项目，旨在为那些低收入者提供医疗服务方面的资助。在联邦政府给出的一些总体要求之下，各州在资格条件、覆盖的服务范围和报销水平等诸方面有相当的自主权。联邦政府规定相应的适用于全国的法律、法规和政策，州政府在遵守联邦政府规定的前提下，（1）建立各州自己的资格标准；（2）确定服务的类型、额度、持续期和范围；（3）设定服务的支付标准；（3）管理各州自己的项目。由于各州在各方面所享有的自由权限，各州关于参与 Medicaid 的资格条件、相应服务的覆盖情况、支付等的规定有较大差异。并且，在一个周内，一年内关于 Medicaid 的资格条件、相应服务的覆盖情况都有可能变化。

Medicaid 是一个由州政府和联邦政府联合主持的项目。联邦政府给每个州 50%到 80%的资金，比例大小与各州的收入成反比，联邦政府给予各州的资金额度由一个比较各州人均收入水平与全国平均收入水平的公式确定（Federal Medical Assistance Percentage, FMAP）。目前 Medicaid 中联邦政府的花费占联邦预算的 6%，州政府的花费占州预算的 19%。资金直接提供给医疗服务的提供者。

### Medicaid 对医疗服务的支付方式

Medicaid 下的支付方式是多样化的，各州可以按 FFS 或其他预先支付方式如通过 HMOs。一般而言，费率的设定应该足够高以使有足够的提供者愿意加入 Medicaid 并提供足够的服务。

### 趋势

越来越多的人加入到了有管理的医疗服务提供方式的医疗计划中来，这种方式区别于传统的 FFS 体系，是预先支付给一些医疗服务中介机构如 HMOs、预先支付的健康计划（Prepaid Health Plan, PHPs）一定费用，由他们来安排相应范围的医疗服务。有管理的医疗服务体系是适应于降低成本的要求而产生的。Medicaid 受益人中加入某种形式的有管理的医疗服务体系的比例增加很快，从 1993 年的 14%迅速上升至 1998 年的 54%。

## （三）Medicaid 与 Medicare 之间的关系

两个项目所覆盖的人群既有不同也有交叉。对于同时在两个项目注册的受益人，首先应从 Medicare 获得补偿，如果不能从 Medicare 获得补偿，则可以从 Medicaid 获得补偿，Medicaid 始终是最后的支付者。

## （四）美国公共医疗卫生服务体制的变化趋势 – 有管理的医疗卫生体制的逐步发展

### 1. Medicare 的有管理的医疗卫生体制的发展过程

#### 概况

事实上，Medicare 有管理的医疗服务提供体制可以追溯到项目成立之初，但其作用大小及重要性程度则在不同时期有较大起伏。尽管健康计划的参与情况时增时减，但注册人数一直呈稳步增长态势，最大规模的增长发生在 1990 年代的中后期，这一时期正是有管理的医疗卫生体制革命时期。近年来注册人数有所减缓，计划参与情况有下降，还很难预测将来的发展趋势。

### **1965 年 Medicare 初创时期的有管理的医疗服务提供**

尽管这一时期还没有 HMO 这样的名称或机构，但 Medicare 项目已经意识到预付方式是另一种可能的不同的支付方式，而不仅限于以成本为基础的 FFS。

### **1972 年的修订**

在 1972 年的社会保障法案修订案中，首次给出了 HMOs 的定义，1973 年尼克松政府通过了 HMO 法案作为推行医疗体制改革的重要步骤。这两次事件是有管理的医疗卫生体制发展过程中的里程碑事件。

1972 年的修订案引入了 HMO 注册和合同制度，该制度规定，HMOs 必须满足一定的标准，必须提供 Medicare 所要求覆盖的全部服务，并对所有 Medicare 受益人在其服务范围内都开放注册。根据支付方式的不同，HMOs 有三种类型：群体实践预付计划型（Group practice prepayment plans, the pre-existing cost reimbursement option）、成本合同者型（HMO cost contractors）和风险分担型（risk-sharing HMO）。群体实践预付计划型 HMOs 使用的支付方式是原来的成本补偿方式。在风险分担的合同下，与 Medicare 签订合同的 HMO 为加入其的 Medicare 受益人而支付的成本与没有这种合同关系的情况下为该受益人支付的成本进行比较，并据此对最后的支付额度进行调整（the Adjusted Average per capita Cost, AAPCC），如果有剩余，剩余部分最高 20% 的比例要在联邦政府与 HMO 之间分享，超过 20% 的部分要全部归于联邦政府，如果有损失则由 HMO 自己承担，但可以留于以后年度消化。1979 年时，有 32 个采用群体实践预付计划支付方式的 HMO，32 个采用成本合同者支付方式的 HMO，仅有 1 个风险分担型 HMO。

### **TEFRA（The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982）**

这是一个 1985 年开始生效的对于 HMOs 支付方式有详细规定的法令。在 TEFRA 下，与 Medicare 签订合同的 HMO 或竞争性医疗计划（主要是没有在 1973 年 HMO 法案之下获得联邦资格认证的 HMOs）只获得以风险分担的 AAPCC 方式计算的成本的 95% 的支付，剩余的 5% 被认为是能反映 HMOs 所拥有的更高的效率和降低项目支出的能力，任何额外的节约（由预测的 AAPCC 支付与预期成本的比较确定）都必须：1）以额外受益好处或降低成本分担比例的形式返还给受益人；2）用于资助将来更多的受益范围；3）返还给联邦政府。允许 HMOs 获得与他们作为私人部门时所能得到的正常利润水平或留存收益。会计算出美国每个县的 AAPCCs，而且对于残疾人和老人 AAPCCs 费率也不同，此外，还会根据年龄、性别、机构状况和 Medicaid 状况进行调整以更好地估计 FFS 成本，但还是没有一个直接的健康状况调整因子。HMOs 同样还是可以有使用其它类型的支付方式的自由选择权。该法案还就 HMOs 注册者构成与资格条件上做了一些调整。

TEFRA 在其初期获得了一定的成功，1985 年美国共有 480 个 HMOs，其中有 87 个成为 Medicare 的风险合同者，到 1987 年末，风险合同者的人数上升到了 161 个（共有 662 个 HMOs）。注册加入的 Medicare 受益人也逐年上升。如果从受益人获得的利益来看，TEFRA 获得了更大的成功，如在佛罗里达州，HMOs 为受益人提供的健康计划甚至覆盖了药品，并通过“零保险金”计划降低了低的即时支付成本。一些地区能够提供额外医疗好处的能力来自于 HMOs 接受的这种基于 AAPCC 的风险分担型支付方式，这种支付方式能够反映各地区 FFS 支出上的巨大差异，一个例子就是明尼苏达州和马萨诸塞州的 Medicare 受益人比迈阿密和 LA 地区的 Medicare 受益人更不可能获得额外的医疗好处。1980 年代晚期和 1990 年代早期，与 Medicare 签订合同关系的 HMOs 数量上开始下降，但与此同时，加入 HMOs 的 Medicare 受益人数却在上升。在 1990 年代的有管理的医疗卫生体制革命

浪潮中，HMO 不管是在公共部门还是私人部门都发展迅猛，Medicare HMO 的注册人数在 1993 到 1996 年间加倍。1998 年，在有 Medicare HMO 的地区，5 个 Medicare 受益人中有 1 个选择加入 HMO 的一个健康计划，74% 的受益人至少参加一个本地区的 Medicare 健康计划，在私人雇主市场上，3 个人中就有 1 个加入 HMO 的健康计划。而在 1993 年，在有 Medicare HMO 的地区，only about one-half of Medicare beneficiaries resided in a county in which a risk plan was available。

### **Medicare + Choice**

1997 年通过的平衡预算法（Balanced Budget Act, BBA）允许私人健康计划加入 Medicare，新型组织如 provider-sponsored organizations、preferred provider organizations、medical savings account plans、private FFS plans 和 religious fraternal benefit organizations 都可以加入。

BBA 继续了探索新的支付方式的努力，提出了一种新的按人头支付的方式。BBA 引入了全国/地方混合支付、较低支付水平的县的支付低限和最低的更新支付水平这三个相关概念。在最低的更新支付水平下，所有区县都保证支付水平较上一年度有 2% 的增长，1997 年后的年度支付水平的增长将基于每年预测的 Medicare 支出的增长率，减去法律要求的减免（这与 AAPCC 方法不同，AAPCC 方法中县区的支付增长是基于对实际发生的 Medicare 支出预测）。一般来说，在这种 BBA 支付低限和逐步推行的国家/地方混合支付的方式会使得那些过去支付较低的县有更多的支付增加，这种做法试图解决前面提及的地区差异问题。但后来似乎农村地区并没有因此而更多的加入 HMO 的途径。

## **2. Medicaid 有管理的医疗卫生体制的发展**

Medicaid 在更大的意义上是州项目，主要由各州自己来主持各州的 Medicaid 项目。有管理的卫生体制的发展也源于各州的实践，其中最为典型的是 Tennessee TennCare（1994 年 1 月开始）、Hawaii QUEST（1994 年 8 月开始）、Rhode Island RItE Care（1994 年 8 月开始）、Oklahoma SoonerCare（1996 年 4 月开始）和 Maryland HealthChoice（1997 年 7 月开始），开始于联邦政府 1993 年批准的新试点（即著名的 1115 试点），被称为第二代有管理的医疗卫生管理体制<sup>5</sup>。

尽管每个州的项目有各自独特的特点，但所有这几个州都实行强制性的按人头支付的有管理的健康计划，并寻求减少那些没有被医疗保险覆盖的人群。基本的原则是：（1）注册的受益人必须加入采用按人头的支付方式的有管理的健康计划（在某些州按人头的支付方式还具有一定的竞争性，如在州政府相应 Medicaid 管理机构制定的规则和价格范围之内，健康计划之间通过投标竞争参与 Medicaid。同时也保留其它类型的支付方式如 FFS）；（2）有管理的健康计划必须满足政府的合同和价格要求；（3）注册的受益人必须可以在多个健康计划之间进行选择。所以，各州的实践也均以上述原则和目标改革本州的 Medicaid 有管理的医疗卫生体制。

上述各州的实践产生了良好的效果，在相当程度上实现了预期的目标：覆盖范围大幅提高、成本得到较好控制、人们使用医疗服务的途径大大改善（也是成本得到控制的一个良好结果，节约的资金用于医疗服务范围的扩大）。但与此同时，仍然存在一些其它还未能解决的问题，如支付方式需要更好地将风险因素考虑在内。

## **3. 对有管理的医疗卫生体制的进一步认识**

### **有管理的医疗卫生体制与传统的医疗卫生体制的区别**

---

<sup>5</sup> 之前有管理的医疗卫生管理体制改革的实践是 1982 年在 Arizona 和 1993 年在 Oregon 开始的实践。

由上述的描述可以看出，有管理的医疗卫生体制是医疗卫生体制改革的一个重要方向，这种体制有着明显的优点，但也有需要解决的一些弱点。具体而言，有管理的医疗卫生体制具有的优点有：

(1) 降低了道德风险，因为服务提供者之间的价格竞争使医疗支出甚至在 1995 年出现了难得的下降，此外，私人医疗支出的上升速度 19% 远低于公共医疗支出的上涨速度 35%，说明私人部门的价格机制在起作用。(2) 能够促进医疗服务信息的标准化。关于医疗服务质量的信息越来越多，且在逐步走向标准化，其中的一个原因是获取医疗计划的信息要比获取单个医疗服务提供者的信息容易得多。对保险计划质量的评级要更为困难：原因一是不同计划所覆盖的风险很难评估；之二是由于制定评级指标需要成本，所以对于过程及结果的测量必然是不完全的，其结果是保险计划就更有动力把更多的资源分配给那些可以被测量的领域。(3) 能促进对疾病预防的重视。因为节约的支出将还给保险计划，所以 managed care 就有动力提供更多的甚至是新兴的预防性医疗服务，但这种动力在某种程度上被个人换保险计划和预防的好处只能体现在将来这两个因素降低。该体系可能具有的缺点包括：(1) 会出现不利于受益人群的风险选择问题。由于大多数人需要支付的医疗费用差不多一样，这样保险计划就有动力为最好的风险提供医疗服务，而对那些具有较大健康风险的个人如有慢性病者就可能不利。(2) 对医生的激励可能存在问题。因为网络中医生承担的风险未知，此时支付方式显得相当重要。含有租金的基于服务付费的方式被认为会导致过度服务，但按人头的支付方式可能会导致服务供给不足。

在有管理的医疗卫生体制中，保险人与一个由医生和医院构成的网络签订合同，为消费者在这个网络范围内获得医疗服务提供资金支持，合同会要求网络中的医生对于为个人提供的医疗服务成本有意识，如对某一个人从这个医生这里所能享受到的医疗服务范围有一个规定，或者将医生个人的财务状况与他们提供的医疗服务成本联系起来等。并且，保险计划也就医生和医院所提供的服务价格进行磋商，这就在医生和医院之间引入了价格竞争机制。因此，这种有管理的医疗卫生体系在降低租金和道德风险的同时，仍然保持了保险的风险规避功能。并且，随着医疗能力的提高，会使降低道德风险这种做法更有吸引力，从而促进这种有管理的医疗卫生体系的发展。也正因为此，有管理的医疗卫生体制被各医疗保险项目广泛采用，并不断革新以不断完善，最终促进医疗保险人群及医疗服务范围覆盖面的不断扩大。

在 Medicare 和 Medicaid 以及私人医疗保险部门中实行的有管理的医疗卫生体制中，可以看作是四个群体之间的相互关系：医疗服务的购买者（通常为雇主、政府支持的医疗保险机构等）、有管理的服务机构（managed care organizations, MCOs, 如 HMOs 等）、医疗服务的提供者（医护人员和医院）和病人。在医护人员和医院的供给较多的情况下（这一点是根本），医疗服务的购买者和 MCOs 就会有更强的谈判能力，如果作为联系购买者和提供者之间桥梁的 MCOs 也没有形成垄断地位，医疗服务的成本就可能在市场竞争的压力下下降。美国加州的 CalPERS 提供了另一个很好的例证，在 1993 至 1995 年间下降了 0.4~5.3 个百分点。在这四个群体之间的关系中，MCOs 之间内部的竞争、提供者之间内部的竞争及 MCOs 与提供者之间的竞争是非常重要的。

## 五、克林顿改革计划

### （一）克林顿计划产生的背景——原有体制中存在的问题

在 1990 年代初期的美国，人们对医疗体系进行改革的呼声越来越高。由于医疗卫生问题成为选民们关注的一个重要问题，医疗卫生体系的改革也就成了克林顿政府关注的一个重点。由于医疗卫生关系到人们的基本生活，人们要求对医疗卫生体系进行改革是因为原有的体制存在一定问题：



1) 没有保险的人数不断上升(2006 年达到 15%左右)。转换工作的或者失去工作的、生病或者有慢性病的都可能失去保险;缺乏长期保险。在开始考虑构建医疗卫生体系的开始,体系的覆盖面问题在美国就一直是个重要的讨论话题。但最终形成的医疗卫生体系是一个以私人保险为主的体系。尽管 1965 年成立的公立医疗卫生保险体系 Medicare 和 Medicaid 在整个体系中所占份额越来越大,覆盖了大量私人保险所没有覆盖的人群,但迄今为止,仍然没有覆盖全部居民。2) 医疗费用支出大幅上升。与其他国家相比,美国的医疗卫生体系是相当昂贵的,大大超过 OECD 国家的平均水平,个人支付额度不断增加。并且,近年来的上升趋势相当强劲,医疗费用支出的增长速度大大超过 GDP 的增长速度。3) 医疗服务质量受到威胁。私人保险倾向于为更为健康的人保险,个人对医院的治疗不能得到足够的信息等也都使医疗服务质量的保证性被质疑。4) 参加保险的复杂性增加。保单的规定、行政程序的繁琐与行政成本的增加等都增加了参加保险的障碍。5) 选择范围变窄(消费者没有很多选择)。保险所覆盖的医疗服务范围越来越窄,使得消费者的选择越来越少。由于涉及到基本生存,所有这些问题都激起了消费者对医疗卫生体系进行改革的要求。

基于以上的现实背景,旨在大幅改革医疗卫生体系的克林顿计划于 1993 年正式提出,计划在各州逐步推行,从 1995 年开始,于 1997 年结束。

## (二) 克林顿计划的主要目的——1993 年的健康安全法案内容

基于上述背景,当时的克林顿政府认为有必要对医疗卫生体系进行大幅度改革,以解决原有体制中存在的问题。1993 年的健康安全法案是克林顿政府的第一项大力措施,其内容基本包含了整个克林顿计划的主要目的:

- 1) 保证公民获得最广泛的医疗保障。其中具体措施包括预防性医疗服务、医生巡诊、处方药、医院服务、急救服务、试验和诊断服务、精神健康和 substance abuse 治疗、扩展的家庭保健、临终看护/门诊恢复、视听保健、儿童预防性牙齿健康服务。
- 2) 控制医疗成本。其中具体措施包括:限制能够调高要价的保险公司的数量、在医疗市场(包括消费者、护士、医生和商业领域)中引入竞争、打击欺诈、要求医药公司降低处方药价格、减少文书工作、减少 Medicare 和 Medicaid 中的浪费。
- 3) 促使医疗体系变得更好。其中具体措施包括:强调增加预防性医疗服务、让消费者有机会参与评价医疗服务的质量、改革医疗服务提供中的错误实践如为减少医疗纠纷使用保守的治疗方案而最后导致医疗成本的上升、鼓励城乡之间的医疗合作、增加对预防性医疗研究的资金支持、提高治疗的有效性。
- 4) 保持公民已经拥有的医疗服务并增加新的医疗服务。其中具体措施包括:保留患者选择医生的权利、增加可选择的医疗计划、让小企业和消费者联合起来以提高他们在医疗医疗保障服务提供过程中的谈判能力、增加长期医疗服务的选择。
- 5) 减少文书工作并降低 red tape。其中具体措施包括:为每人提供一个医疗保障卡、要求医疗公司使用单一表格、杜绝 fine print、为医生、护士和医院需要应对的帐单补偿问题提供标准化的程序、消除在医疗保险谈判中存在的问题。
- 6) 让每个人都为医疗保障体系负起责任。其中具体措施包括:打击欺诈、要求药品公司降低处方药价格、强调预防性医疗、改革医疗服务中的错误实践、每个人都要负责任、拒绝搭便车现象的出现。

## (三) 克林顿计划的主要内容

## 1、新体系组织结构及各参与主体的相应责任划分

克林顿计划的基本框架是：成立一个独立的国家健康委员会作为健康医疗体系的领导组织，确定国家标准并监督改革的实施；州建立区域“健康联盟”，并提供合格的健康计划，使该体系符合地方的需要，一个州也可能只建立一个“健康联盟”，也就是该体系在该州只有一个支付者，由该联盟直接与医疗服务的提供者谈判；地区“健康联盟”和公司“健康联盟”把消费者和雇主集合起来，为他们与健康计划就其所提供的服务和价格进行的谈判提供支持；每个“健康联盟”提供相互竞争的多个健康计划，其中包括原来已有的基于服务付费的方式、优先提供者组织方式和健康维护组织方式。

从这个框架中，我们可以看出克林顿计划主要包括以下几方参与主体：联邦政府（包括国家健康委员会和其它相关的现有联邦机构）、州政府、“健康联盟”（包括地区“健康联盟”和企业“健康联盟”）、健康计划购买者（包括雇主、雇员和其他类型家庭和个人）。

其中，联邦政府负有的责任包括：1）确定医疗保险体系的基本框架；2）规定医疗保险体系必须保证的保障内容；3）规定保险金价格的增长上限；4）确定质量标准。州政府负有的责任包括：1）在联邦框架下实施健康医疗体系的改革；2）建立“健康联盟”；3）认证健康计划；4）监督医疗服务的质量和可获得性；5）实施保险体系的改革。“健康联盟”的职责包括：1）作为雇主和消费者的代理人；2）促使健康计划之间进行竞争；3）为消费者提供信息；4）代收保险金并支付健康计划。

### 关于“健康联盟”

“健康联盟”是独立于政府的地方政府的代理机构，是非盈利性组织。每个“健康联盟”的董事会包括偶数个消费者和雇主代表，但不一定包括健康服务的提供者和其它能从该产业获得利润的机构。每个“健康联盟”也都有一个由健康专家和健康服务提供者组成的顾问委员会。“健康联盟”每年都有一个接受消费者参与健康计划的公开注册期，在这个期间内，“健康联盟”为消费者提供至少包括原来就有的基于服务付费的健康计划的多种健康计划以供选择，并接受消费者的选择。“健康联盟”代表消费者与每一类型的健康计划商讨确定保险价格，并从消费者和雇主那里收取他们应该缴纳的保险金，“健康联盟”为每一个注册的个人或家庭向健康计划支付一固定数额的保险金，该数额会根据给健康计划的总支付水平进行调整，与健康计划参与者整体的健康状况相适应。

“健康联盟”有两种类型，一种是由州政府成立的地区“健康联盟”，一种是大公司成立的公司“健康联盟”。两者的服务对象有所区别，虽然大公司也可以通过地区“健康联盟”来为它们的员工提供健康计划，参与保险，但地区“健康联盟”的服务对象不仅限于大公司，以下这些群体也通过地区“健康联盟”参与健康保险体系：1）雇员人数少于 5000 人的公司雇员；2）联邦、州和地方政府的雇员；3）自我雇佣的个人；4）兼职工作者；5）没有资格参与 Medicare 的退休人员；6）失业者。雇员人数超过 5000 人、Taft-Hartley 计划和农村合作组织有资格组建公司“健康联盟”，它们也可以通过地区“健康联盟”为它们的员工及其员工家属提供健康保险计划，但公司“健康联盟”的服务对象仅限于公司自己的员工及员工家属。每一个公司“健康联盟”需要为其服务对象提供至少一种基于服务项目付费的健康计划和至少两种其它健康计划。有资格组建公司“健康联盟”的机构有一次机会在拥有自己的“健康联盟”的情况下，其规模少于 100 人的雇员仍然可以以社区价格参加地区“健康联盟”，大公司也可以定期地以经过风险调整后的价格加入地区“健康联盟”，这种风险调整价格相对于社区价格而言会逐步下降。

“健康联盟”能促进医疗保险市场上的竞争，使新体系能更好地为消费者和雇主们服务。“健康联盟”的主要职责包括：1) 代表消费者、企业和健康服务购买者与健康计划进行谈判；2) 在控制成本的同时，商谈保险价格和医疗保险的覆盖面，保证高质量的医疗服务；3) 保证区域内所有居民通过参与健康计划都能参加提供全面服务的医疗保险体系。当不能提供充分的医疗服务时，“健康联盟”可以组织健康服务提供者或利用经济激励来鼓励健康计划扩展其服务范围。

## 2、健康计划

### 健康计划有三种标准的成本分担安排：

(1) 低成本分担：这与原有的整合的健康计划如健康维护组织（HMOs）所使用的方式一致。消费者需要为门诊和专业服务支付 10 美元，不必为医院内服务、预防性服务或急性病的家庭服务再支付额外的费用。健康计划需提供给病人看任何医生的选择，病人可以选择网络外的不属于他自己选择的健康计划内的医生。

(2) 高成本分担：与原有的基于项目付费的方式相一致，消费者可以选择任何的医疗服务提供者。个人在享受医疗保险服务之前先支付 200 美元的年度减免费（annual deductibles），家庭支付 400 美元，之后消费者再支付 20% 的保险费。个人支付的最高金额不超过 1500 美元，家庭不超过 3000 美元，受益计划中包括的预防性医疗服务不再另外收费。

(3) 高成本分担与低成本分担的组合：与原有的优先提供者组织模式（preferred provider organizations）相一致，当消费者看的是网络内的医生时按低成本模式支付（10 美元的成本分担费），看网络外医生时按高成本模式支付（20% 的共同保险费）。预防性医疗服务不收费。

健康安全法案允许在新的医疗体制下所有个人而不是雇主根据价格和质量来选择他们自己的健康计划。而原来的体制只有一半的雇员可以在不同的健康计划中选择，剩下的则是由雇主来决定参加何种健康计划，这切断了个人与医疗服务之间的直接联系。

由于健康安全法案要求“健康联盟”至少提供传统的基于服务项目付费的计划，这就保留了消费者为自己选择医生和其它医疗服务提供者的权利，这种选择在原来的体制中是不存在的。同样地，医生和其它医疗服务提供者也可以选择他们想加入的健康计划。想获得更多医疗服务的个人也有至少与原来一样多的选择。那些高成本的健康计划也必须为参加者提供购买附加保险的选择。

### 关于长期医疗服务

在新的体制下，通过 Medicare 体系所有年龄段的残疾人在社区和家庭内可以享受到的医疗服务范围扩大：1) 扩大能享受家庭护理服务的资格范围。家庭收入限定范围上升至 12000 美元，每月 30 美元的生活补贴上升限定至 100 美元。2) 国家标准的制定能促进私人长期护理保险所提供服务的品质和可靠性，相应的税收优惠政策鼓励人们购买此类保险。3) 税收激励也能鼓励残疾人工作，保险能够覆盖个人资助和其它成本的百分之五十。

### 关于 Medicare

Medicare 的受益人从哪里以何种方式得到保障与原来的计划并无不同，不同的是保险范围将扩大到 Medicare B 部分政策下的处方药。个人在 65 岁时可以在健康计划和 Medicare 之间自由选择。政府也可能通过“健康联盟”提供 Medicare。

### 关于 Medicaid

那些不符合 Aid to Families with Dependent Children or Supplemental Security Income 资助条件的 65 岁以下的 Medicaid 受益人不再通过 Medicaid 获得保险，他们可以选择地区“健康联盟”所提供的健康计划，如果是公司雇员，那么由公司支付 80% 的保险金，如果失业或者属于低收入阶层，那么可以享受保险折扣。

Medicaid 继续为 AFDC 和 SSI 的受益人支付健康保险金，Medicaid 也是通过地区“健康联盟”提供的健康计划为其受益人进行保险的。与其它“健康联盟”的参与者一样，如果不能参与低成本分担计划的话，收入为 150% 贫困线的原 Medicaid 受益人也可以享受折扣优惠和减免。对那些 Aid to Families with Dependent Children or Supplemental Security Income 的受益人，Medicaid 为参与者支付一笔固定的费用给健康计划。“健康联盟”给健康计划的支付会根据风险进行调整。原有的 Medicaid 覆盖的家庭服务和一些特殊的为高度伤残者提供的服务仍然是公共项目。

### 关于退休人员

那些在 65 岁之前退休并且工作时间长度满足参加社会健康保障体系要求得退休人员只需为其健康计划支付雇员需要缴纳的部分，联邦政府为其支付 80% 的雇主应该缴纳的部分。尽管退休人员的雇主可以多缴纳保险金，但健康计划只要求它们为退休雇员支付雇员应支付的那部分，也就是平均保险金的 20%。

健康计划不能做的事情包括：1) 不能因个人特征、健康状况或对健康服务的需求而拒绝个人的参与要求；2) 不能以任何理由终止或限制保险计划的覆盖范围；3) 在个人加入另外一个健康计划之前，不能取消任何一个有资格的个人从原有健康计划所能获得的医疗服务。

健康计划能使医疗体系从繁多的文书工作中解脱出来，集中力量提高医疗服务的质量，减少医疗服务中存在的不利于小企业的 abuse, malpractice 等问题，第一次用国家标准来保护病人的隐私和医疗信息的保密性。

## 3、覆盖面

克林顿计划的一个主要目标就是要保证每个美国公民和法定居民都能享受到全民范围内的、全面的医疗服务，每个人都在一个健康计划中注册在籍。这样的—个医疗保证不因雇主的变化、受雇状况、婚姻状况或医疗状况的变化而不复存在。

大部分美国人仍然通过他们的雇主获得该医疗保障，所有的雇员都可以在多个达到一定质量标准的健康计划之间选择。所有的雇主都需要为他们的雇员（不管是全职还是兼职的）购买保险计划。受雇佣的个人或从公司或从“健康联盟”了解参加保险和医疗计划的相关信息，小企业主和他们的家人、小企业的雇员、自我雇佣者和失业者通过他们所在地区的区域健康联盟办公室登记参加他们选定的医疗计划。雇员人数超过 5000 人的公司可以通过建立公司健康联盟或者参与区域健康联盟的方式为他们的雇员提供医疗保险。公司健康联盟必须在受益水平、选择范围和质量等方面达到联邦标准。Medicare 的受益者除了将继续享有现已享有的医疗服务之外，还将在医院之外处方药方面获得新的利益，长期医疗服务计划也将扩展到以家庭和社区为基础的医疗护理服务。通过国防部获得医疗保障的人仍将继续从老兵事物部和印第安人健康服务系统中获得相应的医疗服务。Medicaid 的受益人从地区健康联盟参与医疗保险体系。

在克林顿计划中，每个州都设立一个或多个“健康联盟”（health alliances），它们与健康计划签订合同，代表本区域内的消费者和雇主与健康计划进行谈判。健康计划必需达到国家健康委员会设

定的关于覆盖面、质量和服务的国家标准，但各州可以根据本州的需要和条件进行一定的调整。所有的健康计划都包括所有的基本医疗项目，额外的好处包括针对成年人的预防性牙科医疗服务和一个更全面的精神健康和 substance-abuse 服务。那些想获得额外的医疗服务的个人或雇主可以按他们自己的意愿进行选择。

与原来的医疗卫生体系相比，克林顿计划在覆盖面上的拓展包括：

- 1) 众多相互竞争的健康计划让消费者有了更多的选择。健康计划也必须保留传统的基于服务收费的选择，在这一选择中消费者可以选择自己想看的任何医生。
- 2) 是消费者自己而非雇主来选择其自己的健康计划。并且，与原有的体系中只有部分雇主为其雇员参保不同，在新的克林顿计划中，所有的雇主都要为其雇员支付社会保险金，不管其雇员是兼职还是专职。雇员可以通过其雇主参与健康计划，也可以通过区域健康联盟来参与健康计划。部分雇员人数在 5000 以上的企业甚至可以自己建立公司健康联盟，但必须满足联邦核定的关于受益范围、选择类型和质量方面的标准。
- 3) 医生和其它的医疗服务提供者也同样可以选择自己要参与的健康计划，对于其参与健康计划的数量没有限制。
- 4) 联邦通过其它的项目来促进长期看护并提高私人长期看护保险的质量和可靠性。新的长期看护项目扩展到家庭和社区看护。
- 5) Medicare 的受益人在保持拥有其原有受益范围之外，还将从 1996 年开始享有在处方药方面的保险优惠。其受益人享有在 Medicare 和健康计划之间选择的自由。Medicaid 的受益人将通过区域健康联盟选择健康计划。通过国防部、退伍军人事务局和印第安人健康服务局的受益人仍通过这些部门获得医疗保障。
- 6) 与传统的医疗体系不同，克林顿计划中，基本的健康计划包括了一个全范围的预防性医疗服务，如小孩的常规健康检查和免疫、常规体检、常规的筛选检查等。到 2001 年，成人的牙齿防护和一个更全面的精神健康和物质滥用医疗服务都将逐步覆盖在健康计划中。
- 7) 如果个人有超出全民享有的基本医疗服务之外的需求，他们仍然有权在市场上购买这样的服务。
- 8) 所有的个人无论其健康状况、年龄、居住地或受雇用状况如何，对克林顿计划所承诺的全民享有的基本健康服务都支付同等数额的费用。健康计划不能因个人现有的身体状况和其它个人特征而有歧视。

#### 4、成本控制

克林顿计划是通过促进市场竞争来达到控制成本的目的，控制成本的主要措施包括：

- a) 改变保险市场上的激励机制以使健康计划在质量、服务和成本上进行竞争，而不是在风险选择上进行竞争。
- b) 赋予消费者以价格和质量为基础在不同健康计划中进行基于成本考量的决策。如果消费者想获得基本医疗保险覆盖范围之外的服务，需要支付与保证基本医疗服务所需要的最低保险金额之间的差价。对健康计划的支付是一个确定的数额，其目的是促进更节约地使用资源，不过，支付金额也会根据每个参与者个人的风险状况进行调整而确定。
- c) 改进健康计划使消费者的花费物有所值。
- d) 改善有关医疗服务的质量的信息。克林顿计划要求经常性报告消费者满意度、医疗服务的合适性和有效性等相关信息，消费者可以获得关于健康计划的年度绩效评价。同时，健康

安全法案也鼓励医疗服务和治疗的研究，从而更好地帮助医护人员提供更有效的医疗服务。

- e) 设计出标准化的资金补偿表格和要求从而使医疗服务体系的运营方面更为简单有效。
- f) 通过“健康联盟”，降低小企业和自我雇佣者群体为参与医疗保险体系而支付的行政成本。
- g) 制定可操作执行的保险金价格上限和公共医疗支出上限。虽然相信促进竞争、提高效率会在一定程度上控制成本，但如果通过竞争和减少行政支出对成本的控制能力有限，国家健康委员会会限定一个保险金上限以保证保险金的增长与通货膨胀保持一致。Medicare 与 Medicaid 的支出规模也有上限规定。如果健康计划的保险金价格平均而言低于健康联盟的目标，那么就不存在价格上限约束的问题了。健康联盟的保险金目标是基于该地区的医疗成本的，因此，不同健康联盟所收取的保险金是不同的。国家健康委员会会专门设定一个委员会设计出合适的方法来逐步降低这种差异。公司“健康联盟”的保险费率增长率要与地区“健康联盟”的增长率保持一致。如果在任何三年中的两年公司健康联盟的保险费高于地区健康联盟，那么劳动部就有权要求公司参与地区健康联盟。

#### （四）克林顿计划的筹资来源

##### 1、筹资来源

克林顿计划的筹资来源仍然主要是雇主和雇员按照工资总额的百分比所缴纳的社会保险金。克林顿计划有五个资金来源：

- 1) Medicare 的储蓄。由于参与的健康计划更加精打细算，所以 Medicare 支出的增长率会下降。这部分资金将用于 Medicare 体系服务对象群体的处方药和长期医疗服务的提供。
- 2) Medicaid 的储蓄。将 Medicaid 中的急性服务部分（acute care portion）纳入到总体的医疗服务体系中会节约出一定资金。由于每个人都获得了保险，所以原来用于没有获得保险的补偿性医疗服务支出就可以节省下来。
- 3) 联邦雇员医疗计划成本中节约出的部分。由于所有的联邦雇员都将纳入到综合的医疗体系中，与他们原来的医疗支出相比会有些节约。
- 4) 降低免税补偿的好处。通过降低医疗保险支出的增长速度，克林顿计划能够减少给原来免税的一些医疗服务的补偿额度，并能腾出资金用于提高工资、增加企业利润，从而为政府税收提供更多的来源。
- 5) 原罪税（sin taxes）。没有明确内容。

##### 2、与原有体制的不同

与原来的体系相比，克林顿计划的筹资来源中存在以下几个方面的不同：

##### ◆ 雇主缴纳部分：

- 1) 雇主不需每年再为没有保险的病人支付 250 亿美元的保险费。
- 2) 原有的体系中，许多雇主需要为整个家庭的保险费支付，而该家庭的配偶的雇主却不需要做任何贡献。但在改革后，双方雇主需要共同分担。雇员的雇主支付的部分为雇员所选择健康计划（与其家庭结构有关）所要求支付的保险金的 80%。对于有配偶的雇员，其雇主应缴纳的部分会降低。对于兼职的雇员，根据该雇员工作时间的长短，雇主预先支付 80% 的保险金。

3) 原有的体系中, 许多雇主支付的保险金占其支付的工资总额的 10%以上, 而改革后的克林顿计划中, 雇主通过参与区域健康联盟需要缴纳的保险金占工资总额的比例最高封顶为 7.9%。雇员人数少于 50 人的雇主还可获得折扣优惠, 这一比例在 3.5%到 7.9%之间。

4) 改革后, 雇主通过健康联盟支付的保险金价格按照健康联盟的价格(该地区的平均价格)支付, 与其雇员的年龄性别和健康状况没有关系。

#### ● 消费者缴纳部分:

**工作的个人和家庭:** 至少一人工作的个人和家庭需要为其通过地区健康联盟按平均价购买的健康计划支付最多 20%的保险金, 那些购买低成本健康计划的需支付的比例低于 20%, 那些选择高成本健康计划的就支付得更多, 像他们在原有体系中所支付的那样, 目前 100%地为其雇员支付保险金的雇主将继续这么做。雇员根据他们各自的家庭特征(双亲加孩子的家庭、夫妇俩、单亲家庭、一个人)来支付保险金。收入低于联邦所规定的贫困线 150%以下的家庭或个人——四个人的家庭是 21525 美元——就其应支付的保险金部分有资格获得一定的折扣优惠。

**兼职工作者:** 需要支付其应该分担的 20%份额的保险金, 收入低于贫困线 150%的兼职者可以享受一定折扣优惠。雇主与雇员所分担的保险金份额还与雇员工作的时间长度有关, 例如, 对于仅工作一半时间的雇员, 其雇主应该分担应缴纳保险金的 40%, 剩余的 40%应由雇员承担, 但可以享受一定的折扣优惠。有多份工作的兼职者由其多个雇主共同分担保险金中的雇主份额。

**没有被雇佣的个人:** 他们需要支付其应该分担的 20%的保险金份额, 收入低于贫困线 150%的兼职者可以享受一定折扣优惠。原应由雇主负担的保险金份额也需由个人支付, 但可以根据一定的标准享受折扣优惠。

**自雇者:** 自雇者支付其应该分担的 20%的保险金份额, 收入低于贫困线 150%的兼职者可以享受一定折扣优惠。原应由雇主负担的保险金份额也需由个人支付, 但可以享受与小企业主相同的折扣优惠。保险金可以在税前从他们的收入中扣除。

雇主缴纳的保险金都享受免税优惠, 在税前从收入中扣除, 对雇员而言也免征所得税。在改革后十年间, 超出 1993 年克林顿计划所规定的基本医疗服务之外的医疗保障仍享受税收优惠 (tax preferences)。

#### (五) 医疗保险费用缴纳规则

一般规则是: 大多数至少有一人工作的家庭和个人在他们自己的区域内要支付平均医疗保险费用的 20%, 平均而言, 那些在他们的区域内选择低成本计划的家庭或个人支付的费用会略低于 20%, 那些选择高成本计划的家庭或个人支付的费用会略高于 20%。那些全额支付的雇主则继续支付 100%的费用。

**有孩子的双亲家庭:** 不管是父母都工作还是其中一人工作, 最高支付在他们的区域内所提供的平均计划的 20%, 如果双亲都工作, 他们自己决定他们的支付份额。他们可以让从他们的工资中直接扣除或者开支票给当地的医疗合作机构。

**夫妇俩：**不管是双方都工作或者其中一方工作，最高支付在他们的区域内所提供的平均计划的 20%，他们可以让从他们的工资中直接扣除或者开支票给当地的“健康联盟”。

**有孩子的单亲家庭：**工作的有孩子的单亲家庭最高支付针对单亲家庭的平均医疗计划所需支付费用的 20%。

**个人：**工作的个人最高支付针对个人的平均医疗计划所需支付费用的 20%。

**没有非工收入的兼职者：**最高支付适用于其家庭结构类型的平均医疗计划所需支付费用的 20%。

也存在一些例外情形：

**自我雇佣的或者独立的合同签订人：**他们所缴纳的医疗保障金可以享受 100% 的税收减免，小企业支付雇主部分、也支付个人部分。年收入低于 24000 美元的小企业可以申请补贴。

**有非工收入的兼职者：**最高支付适用于其家庭结构类型的平均医疗计划所需支付费用的 20%。工作的小时数决定雇主与个人支付的相对比例。例如，对那些只工作一半时间的雇员，雇主支付 40% 的保险金。

**收入低于贫困线 50% 的家庭：**此类家庭可以享受折扣优惠，最高支付雇员所应支付的医疗保险费用的 20% 的份额。这个政策适用于年收入为 10455 美元的个人、14145 美元的夫妇两人家庭、17835 美元的三人家庭和 21525 美元的四人家庭。

**季节性务工者：**最高支付适用于其家庭结构类型的平均医疗计划所需支付费用的 20%。收入仅为贫困线 150% 的个人有资格享受折扣费率。那些有非工收入不工作的季节性工人并视为兼职者。

**失业者和不工作的个人：**收入低于贫困线 150% 的有资格享受灵活的个人补助。那些有非务工收入的个人需要缴纳保险金雇主应缴纳比例的全部或者其中一部分。那些收入为贫困线 250% 以下或者养老金较少者有资格在雇主需要缴纳部分享受折扣。但他们没有资格享受个人补贴，并支付保险金中个人需要缴纳的部分。

## 六、对美国医疗卫生体制的总体评价

美国的医疗卫生体系是以私人医疗保险为主的体系，虽然公共医疗卫生所占份额在逐渐增加。迄今为止，美国还没有实现医疗保险体系覆盖到全民，仍有约 15% 的人没有享受到医疗保险的覆盖。在这些方面都与其它发达国家有着明显不同。

不管是人均医疗卫生支出还是以医疗卫生支出占 GDP 的比重来进行比较，美国的医疗卫生体系都是全世界最为昂贵的医疗卫生体系，相应地，美国的医疗卫生条件及医疗卫生技术也是全世界最好的。但对于美国的医疗卫生体系是否是全世界最好的医疗卫生体系却有着相当大的争论。就改善国民健康方面而言，用一些宏观指标如人口死亡率和预期寿命等来衡量，美国人的健康水平似



乎并不会好于其它发达国家，但如果更细致地分析如比较 65 岁以上老人的健康水平，美国老人似乎又能在较大程度上受益于本国具有高技术的医疗卫生体系。就医疗卫生体系的运行效率而言，到目前为止较为有限的证据表明美国与其它发达国家相比，医疗卫生体系有着最高的运行效率和资源使用效率。而且，美国的医疗卫生体系对病人也有着最好的反应性。

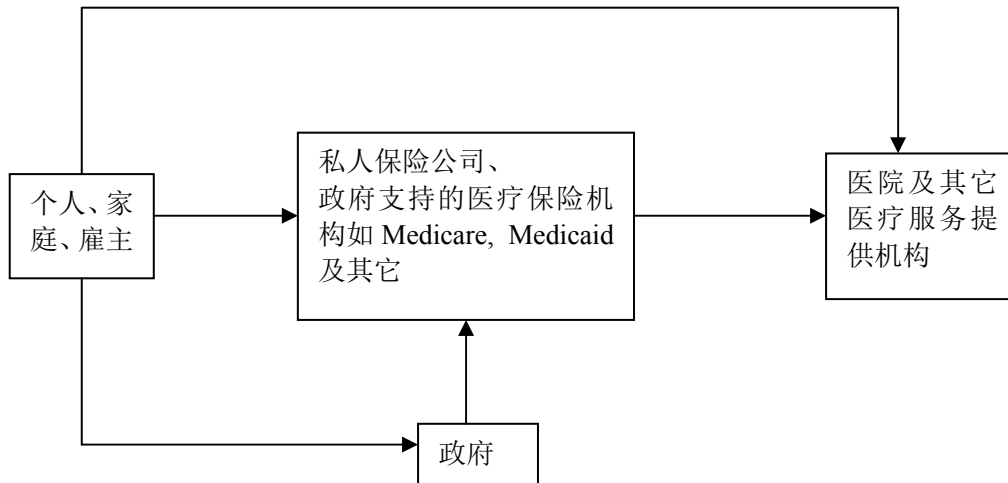
在竞争程度较高的美国医疗卫生体系中，病人有着高度的自由选择权。可能也正因为如此，美国的医疗卫生支出才如此高额。自 80 年代以来，医疗保险中介机构为控制费用的增长做出了种种尝试，如各类 HMO 组织的出现，其中主要的措施一方面是使用不同的支付方式以改变对医疗服务提供者的激励，另一方面是对病人和医疗服务提供者的医疗行为做出某种程度的限制，这在本质上与其它较大程度上依赖公立医疗服务体系国家对医疗费用的控制办法有类似之处。

从上文对克林顿计划内容的介绍可以看出，克林顿计划对医疗卫生体系的改革是一种全面的改革，不仅会对医疗体系本身，对整体经济都将产生较大影响。也正因为此，克林顿计划的提出引发了相当广泛的讨论，很多学者都对克林顿计划提出了自己的看法，其中既有支持性意见也有批评意见。有的学者就认为这是一个比较好的改革计划，但在某些方面还是可以有所改进，如一个社区提供多于一个的“健康联盟”，原因是建立“健康联盟”的目的是通过团体选择降低一些交易成本，而有规制的市场结构中的个人行为将会与现在的市场结构中的个人行为有很大不同，我们不知道只有一个“健康联盟”是否会真正得到预期效果，所以应该允许每个区域有更多的“健康联盟”等。但是，对克林顿计划也有强烈的批评意见，其中最大的批评认为克林顿计划强制性要求通过雇主来支付部分医疗保险费用会对劳动力市场产生不确定影响，这可能会在场其中极大地影响到整体经济。另外，一个较大的批评认为克林顿计划中融资方式存在较大问题。本质上说，克林顿健康计划是支付收入税，但该收入税有一个限额，超过这一限额之后变成人头税，该人头税因公司雇员情况和公司情况而异。这样一种对于大公司而言是比例工资税而对小公司而言是累进税的税收模式会面临明显的逆向工作激励，尤其是对加班。由于为全民健康保险是用税收来买单的，那么就不可避免地会导致再分配。而在扭曲和再分配之间存在此消彼长的消长关系，较低程度的分配与较少的扭曲相对应，较高程度的分配与较多的扭曲相对应。这一批评本质上也与克林顿计划所进行的改革内容对劳动力市场、进而对经济的整体可能会产生不确定性影响有关。

可能也正是因为有这些不确定因素的存在，克林顿计划在实际中的实施情况与最初的预期并不一致，包含克林顿计划核心内容的健康法案并没有获得通过，但克林顿计划内容所体现出的改革思想还是在以后的医疗卫生体制改革中得到了一定程度的实现。

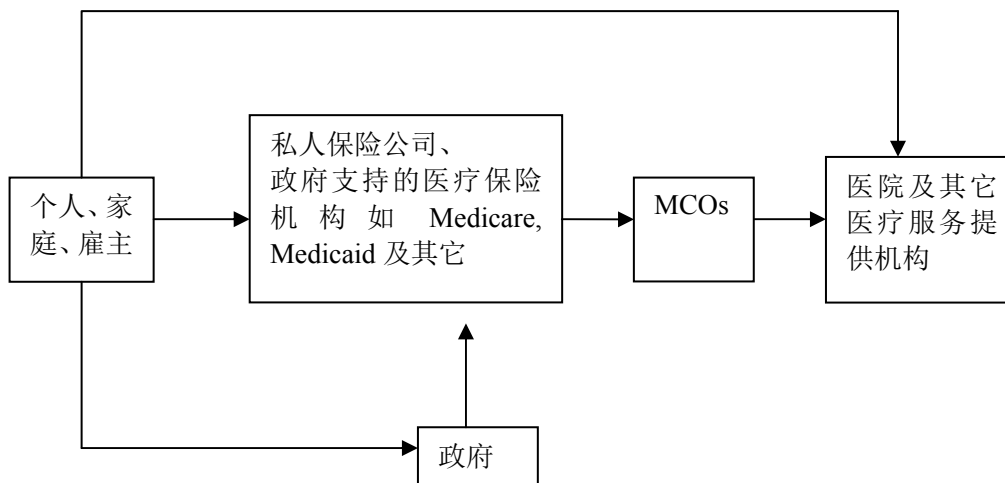
## 附：美国医疗卫生管理体制简图

附图 1 基本的医疗卫生管理体制



注：箭头代表资金流向

附图 2 有管理的医疗卫生管理体制



注：箭头代表资金流向

主要参考文献：

1. Anderson, Gerard and Peter Sotir Hussey, 2001, "Comparing health system performance in OECD countries", *Health Affairs*, May/June, 2001.
2. Banks, James, Michael Marmot, Zoe Oldfield, and James P. Smith, 2007, "The SES health gradient on both sides of the Atlantic" SEDAP Research Papers.
3. Boben, Paul J., 2000, "Medicaid reform in the 1990s", *Health care financing review*, Vol.22, No.2.
4. Buchannan, L. Joan, Arleen Leibowitz, and Joan Keesey, 1996, "Medicaid health maintenance organizations: Can they reduce program spending?", *Medical Care*, Vol.34, No.3, pp. 249-263.
5. Culter, David, and David Wise, 2003, "The US medical care system for the elderly".

6. Cutler, David, 1994, "A guide to health care reform", *The Journal of Economic Perspectives*, Vol.8, No.3, pp.13-29.
  7. Cutler, David, and David Wise, 2003, "The US medical care system for the elderly".
  8. Cutler, David, and Jonathan Gruber, "Health policy in the Clinton era: Once bitten, twice shy".
  9. Docteur, Elizabeth, Hannes Suppanz and Jaejoon Woo, 2003, "The US health system: An assessment and prospective directions for reform", OECD Economics department working papers no.350.
  10. Feldstein, Martin, 1999, "Prefunding Medicare", *The American Economic Review*, Vol.89, No.2, pp.222-227.
  11. Foster, Richard S., 2000, "Trends in Medicare expenditures and financial status, 1966-2000", *Health care financing review*, Vol.22, No.1.
  12. Globerman, Steven, and Aidan Vining, 1998, "A policy perspective on 'mixed' health care financial systems of business and economics", *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 65, No.1, pp.57-80.
  13. Grembowski, E. David, Karen S. Cook, Donald L. Patrick, Amy Elizabeth Roussel, 2002, "Managed care and the US health care system a social exchange perspective", *Social Science and Medicine* 54, pp.1167-1180.
  14. Hakkinen, Unto, and Isabelle Joumard, 2007, "Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: Options for research", OECD Economics Department Working Papers No. 554.
  15. Hoffman, Earl D., Barbara S. Klees, and Catherine A. Curtis, 2000, "Overview of the Medicare and Medicaid programs", *Health care financing review*, Vol.22, No.1.
  16. Ku, Leighton, Marilyn Ellwood, Sheila Hoag, Barbara Ormond, and Judith Wooldidge, 2000, *Health care financing review*, Vol.22, No.2.
  17. Newhouse, P. Joseph, 1996, "Health reform in the United States", *The Economic Journal* 106, pp.1713-1724.
  18. Pauly, Mark V., 1994, "Universal health insurance in the Clinton plan: Coverage as a tax-financed public good", *The Journal of Economic Perspectives*, Vol.8, No.3, PP.45-53.
  19. Zarabozo, Carlos, 2000, "Milestones in Medicare managed care", *Health care financing review*, Vol.22, No.1.
- <http://www.ibiblio.org/nhs/NHS-T-o-C.html>
20. Cutler, David, and Jonathan Gruber, "Health policy in the Clinton era: Once bitten, twice shy".
  21. Newhouse, P. Joseph, 1996, "Health reform in the United States", *The Economic Journal* 106, pp.1713-1724.
  22. Pauly, Mark V., 1994, "Universal health insurance in the Clinton plan: Coverage as a tax-financed public good", *The Journal of Economic Perspectives*, Vol.8, No.3, PP.45-53.

## 第二章 西欧国家的医疗卫生体制\*

### 一、导言

自 1949 年中国采取一些卫生和保健的预防措施以来，成效显著，每年的死亡率急剧下降，大约由 1952 年的 17‰ 下降到 1980 年的 6.34‰ (Chow,2002)，同时，大大延长了期望寿命 (2002 年出生人口的期望寿命是 71 岁，超过了世界平均水平四年 (刘和义，2004 年)，追溯到五十年代初期，期望寿命只有 40.8 岁)。健康指标 (如婴儿死亡率，5 岁以下人口死亡率，产妇死亡率) 也得到相应的改善。然而，中国卫生保健制度正面对新的挑战：在最新的医疗技术日益昂贵的同时，在整体支出、效率、服务质量以及全体公民享有平等卫生保健等方面很难达到平衡。

在中国关注医疗体制改革的时候，值得注意的是，相比之下，欧洲国家在相当一段时间正面临着相似的挑战。世界卫生组织 (WHO) 会定期根据医疗制度的不公平性以及医疗保险制度对各个国家进行排序。根据世界卫生组织最近的报道 (世界卫生报告 2000)，中国卫生部门在 191 个国家里排名第 188 名，接近末位，这个绩效是通过财政分配的公平性来判断的 (2000 年)。在世界卫生组织的排名中西欧国家的绩效在各个国家中排在前几位，其中包括法国排在首位，这个业绩是通过财政分配的公平性来判断的。

这项调查的目的是简要介绍西欧国家的卫生保健制度的。我们会介绍出中国与西欧国家卫生保健制度的相同点与不同点。事实上，面对同样的问题，不同的西欧国家也会产生不同的反应。它们的接近解释是他们也会从其他西欧国家的经验中受益，但他们会结合自己国家的特殊性来解决问题。接下来，所谓的欧洲国家将被用来指西欧国家。

本次调查的组织如下：第二部分，我们介绍公共卫生。接下来，我们介绍医疗系统中两个主要的提供者，医院和门诊的医师。我们把重点放在公共部门和私人部门的角色。第四部分，我们介绍不同形式的保险市场。第六部分，介绍制药产业。第七部分是我们的结论。

### 二、公共卫生

我们可以想象一个只有私人医疗卫生服务的社会。然而，如果我们把医疗服务看作公共品，它意味着一项对于全体公民的公共干预，不论其年龄、性别、职业、居住地域和经济地位。如果医疗卫生服务是公共品，那么公共干预是合理的。如果医疗卫生服务是公共品，公共干预是正当的。然而，医疗卫生服务的种类是多样的，其中一些是否属于公共品存在争议。举例来说，全世界范围内，美容手术往往被视为私人产品。因此，我们对医疗卫生服务的定义是我们要解决的主要问题之一。首先，我们来区分一下预防项目和医疗服务的获取。

预防项目被认为是能够避免致命的瘟疫的公共品。例如，结核病毒是一种可以通过注射疫苗而避免的致命疾病。结核病的发生也被证明有很多外部原因。在法国巴黎的一个郊区，人们得这种病的概率要比全国的患病率 (也包括欧洲的患病率) 高得多。这是由于从被感染地区移民人口的聚集。没有公共干预，这种病毒会传染当地没有意识到感染风险而没有接种疫苗的居民 (主要是少年和老人)，公共干预保护了当地没有被病毒感染的居民。作为常识，卫生学和预防医学的第一要务是降

---

\* 本章由 Carine Milcent 执笔，刘宗锦将其翻译成中文，陈玲校对。

低死亡率方面的不同指标。

医疗服务的获取问题更为复杂。我们有各种不同的医疗服务：急诊，基础护理，长期护理，为门诊病人提供的医疗服务等等。急诊是医院的医疗服务的一部分。它需要对一个医疗问题做出迅速的回应，不论患者的年龄，性别，职业，居住地区以及经济地位，它独立于其他的医疗卫生服务。然而，这个问题与医院的状况联系在一起。事实上，如果说公立医院不能选择病人，私立医院却可以。在一些国家，急诊的情况下，不管该医院性质如何都有义务接收任何一个病人。然而，众多的美国文献显示，私营医院根据病人的社会经济地位设法拒绝急救。在法国，一些私立医院不得不接受紧急病人，但审计表明，他们基于病人的年龄设法拒绝其中的一些人。

接下来，我们将着眼于被普遍视为公共品的基本的医疗卫生服务。

### 三、供方：医院

包括医院在内的不同的提供者可以提供医疗卫生服务。医疗卫生支出占法国、德国、瑞士、加拿大等国的 GDP 的 10%左右，比英国多（占英国 GDP 的 8%左右）。不同的国家医院的性质也不同（公立医院或私人拥有的医院）。在欧洲，如果大多数医院属于公共部门，私营部门会保持持续发展。医院支出占全国医疗卫生支出的较大比例（在 40%—50%之间，要依不同国家而定）。

表 1：卫生保健支出

OECD国家	卫生保健支出（占GDP的百分比）
法国	10.1
瑞典	9.4
日本	7.9
西班牙	10.3
意大利	8.4
澳大利亚	9.3
加拿大	9.9
德国	11.1
丹麦	9.0
荷兰	9.8
希腊	9.9
奥地利	7.5
新西兰	8.1
芬兰	7.4
英国	7.9
美国	15.0
爱尔兰	7.4
葡萄牙	9.6

资料来源: Nolte and McKee (2003), OCDE

(一) .最初：只有公共部门

第二次世界大战后，西欧国家的医院部门是纯粹的公共部门（除了少数例外）。它的经费来自政府的财政补贴。在大多数国家，公共资金来自税收。欧洲国家可以分为两派：贝弗里奇派和俾斯麦派。贝弗里奇哲学主张全民医疗保健。无论年龄和收入，每个人都可以拥有所提供的医疗保健，并且不需要为此付费。俾斯麦哲学则认为只能准许有工作的人及其他他们的亲戚拥有医疗保健。因为存在两派，医疗保健的设置没有划清界线，所获得的医疗保健涉及所有的种类的医疗保健。东欧国家存在另一种模式，谢马什科模式，我们将利用详细资料进行深入研究。

**表 2:不同的模式**

\*在东部国家的调查中可以详细地看到谢马什科模式。

俾斯麦模式	贝弗里奇模式	谢马什科模式*
责无旁贷的社会保险制度，最初在1883年由俾斯麦·奥托大臣创造。	这种模式来自洛德·贝弗里奇，1942年产生于（大不列颠）联合王国	这个制度是1918年由公共卫生人民委员会的尼古拉谢马什科发展起来的，并在早先苏联的所有国家贯彻执行。
社会保障与职业有关，财政支持由社会安全捐赠来提供。	基数计税的资金和国民医疗服务制度。	全面覆盖的全民免费制度
仅覆盖符合条件的人群，即可以用薪水支付的人群。	全民覆盖和处于社会风险中的全部人群。	资金完全来自税款
这种类型的资金通常由广泛的社会参与者进行管理。	由国家统一管理	政府对健康系统的融资和组织进行全面控制。
		自十九世纪九十年代转变以来，从前的苏维埃国家已经对这个制度进行了改革，目前多数国家是一个基于社会保险的制度。

但是，在这些庞大的医疗保健制度实施时，医疗技术的确没有今天复杂和发达。很多今天可以完全或部分治愈的疾病在那个时候是无法治愈的。50多年来，创新的诊疗过程和新药的发展与传

播非常迅速。就这样，医疗保健的费用不断增加，财政已经难以承受这种社会负担。

费用由公共部门完全报销。通过医疗费对公立医院进行补偿（FFS）。其目标是提高医疗保健质量水平。对于医院而言，它的相应部门是不可能牟取任何利润。这种制度使得医疗保健质量水平不断提高。事实上，医生可以照顾所有的人，而不用考虑成本。一个很简单的模型可以说明这些效果。

- $q$  : 医疗服务总量
- $F$  : 医疗费
- $C$ : 医疗服务的单位成本
- $F$  可以不同于  $C$  , 因为  $C$  不能被观测。

$$FFS = q * (F - c)$$

假设  $F > c$  , 则利润随  $q$  的增加而增加。而  $q$  的增加不能由效率来证明。

不过，公共管理者不能控制费用水平。所有费用水平如何都会全额报销。在此期间，费用水平迅速增长，即是由于医疗服务的巨大进步。在七十年代，欧洲国家不得不对医疗服务费用的增加作出反应，因为它带来了巨额的财政赤字。主要的解决办法之一是通过采取措施来抑制费用的增长：实施全面预算。对每家医院来说，在一年期间，某一明确的医疗职能标准下，被确定的一年的预算几乎没有调整的可能性。

为什么这种类型的支付方式在其他一些国家（如美国）没有被执行？全面预算的执行暗含着不同点。首先，监管方必须具备有关医院医疗职能的信息，以便制定与医院相适应的全面预算。其次，监管方必须能够控制该医院的行为。这样的风险在于，医院可能会改变其医疗职能，以获得最大利润。医院中的很大一部分私营部门，陷入真正的困境，而且在某些情况下，不可能执行这样的支付。

在欧洲，监管方也没有任何关于医院的行为水平方面的信息。然而，他们在医院的费用方面有一个清晰的思路。事实上，在全面预算实施前，医院是费用补偿来自服务收费。因此，在全面预算实施前，医院的费用被作为基准来确定全面预算的总额。其结果是惩罚那些在全面预算执行前有健全费用管理医院，以及给予那些在全面预算执行前没有限制自身成本的医院一定的好处。事实上，对于有着同样职能的医院，他们的费用越高，他们从监管者那获得的经费也就越多。当它在 80 年代初期实施时，这种情况并不意味着可以持续。但是，它仍然存在，至少部分存在，如法国等一些国家。

如果在全面预算执行的时候是软约束，那么很多年来它正向硬约束发展。在法国，文件显示，有些医院已经降低了对一些病人的服务水平，以实施他们在其他方面的创新过程，（Dormont and Milcent, 2006 2）。

## （二）制度演变

为了提高他们医疗保健制度中的管理水平，欧洲国家已经力求建立一个关于医院职能的信息系统，像目前美国已经存在的那种。其目标是建立一些有着相似病症，疗程和费用的组。这些组必须足够多以应对各种复杂的病症和疗程，但与此同时也要足够集中，能够包含大量重要的病例。每个国家都会根据医学实践制定自己的规范。一些欧洲国家适应美国的制度，另一些则形成了自己的制度。

现今，我们可以观察医院系统的演变有三个趋势。首先，欧洲国家在他们的支付体系中越来越倾向于使用信息系统。其次，一个私营医院已经在以往不准入的国家被批准了。第三，公立医院的观念有了很大的变化，有了牟利的可能性，甚至部分私有化。

## 1. 部分预先支付制度

在越来越国家，例如法国，葡萄牙，西班牙，德国，瑞士，意大利等等，全面预算已经演变成混合支付，一部分仍然是全面预算，另一部分是预先支付制度。预先支付制度是基于病理学的组，这些组是根据病症，疗程和费用而被定义为同类的组。每个组对应着一定数额的资金。到每家医院住院都有相应组。所以，每次住院，医院根据本次住院对应的组来收费。这个费取决于所有医院费用。即使医院和住院病人的数量很大，费用也并不取决于医院行为。事实上，总体看来，如果你住院病人很多，来自单独一家医院的住院病人的数量将不足以真正意义上影响计算出的平均费用。这一点的理论基础是“大数法则”。预先支付制度进行部分财政支出和全面预算的财政支出的比例，因国家不同而有所不同。法国在 2007 年的全面预算占 30%，预先支付部分占 70%。没有立即充分地引入这个支付制度是为了避免缺少效率的医院破产。

在一些国家，预先支付制度不是按医院的类型引入而是一家一家医院逐一引入。在瑞士，预先支付制度基于所有患者的 DRG 组别 (APDRG)，（注 DRG：按疾病诊断分类的支付系统），这种制度在苏黎世首先被引入，并且，自 2007 年以来，在另外四家医院实行。

在一些国家，对费用保持严格的控制的愿意仍然很强烈。然而，预先支付制度的实施也有增加费用的风险。事实上，如果全面预算的过程导致公立医院隐藏他们的一些行为，PPS 的实施将诱导他们增加他们的行为，也就增加了他们的费用。在一些诸如法国这样的欧洲国家，PPS 是通过封闭的预算机制而实施的。预算的总量取决于预算期初期国会的投票。每一个组都有大量相应的分数（不是总数）。在预算期结束时，监管者会计算出总的分数。分数的值取决于被分开的总的分数和国会对预算的投票。

这种机制在控制费用方面有一定优点，但它可能同全面预算一样，会导致医院的服务质量低下。

## 2. 公立医院的演变

欧洲的公立医院的设施属于公共部门。工作人员属于公务员。这种情况存在于法国等一些国家，但在另一些国家，如瑞典，则不复存在。

## 3. 设施

设施属于国家所有。因为在“公立医院萧条时期”，公立医院的设施一直在恶化。有一些项目对其进行改善。举一个例子，政府选择拆除陈旧的医院而修建新的。缺少维护的医院的基础设施已经成为医疗保健支出的重大负担。这种情况不是法国所特有的。例如，丹麦医院的基础设施同样处于糟糕的情形，它须要一些需要高额花费的革新。在德国，从 1990 年以来，许多公立医院会因为太小，太危险或管理不当而被关闭或转为私立医院。这在再统一后的早先的东德表现得尤为突出。有时，监管者会倾向于拆除一些小的医院而建立一个更大的医院。在所有的国家，我们观察到住院治疗的平均时间的缩短和公立医院的关闭。住院治疗的平均时间从 1993 年的 13.8 天缩短到了 2005 年的 7.6 天。这些导致了病床数量的急剧减少。



表3：德国的病床数

德国的病床数	1990年	2001年	变化率
公立医院	387000	277000	-28%
非营利医院	207000	198000	-4%
私立医院	23000	41000	+78%
总数	617000	516000	-16%

从医疗保健服务方面看，研究显示可容纳病人越多的医院服务质量越高。然而，从医疗保健服务获得方面看，医院数量越少，运送困难而能够很容易地获得医疗保健服务的病人越少（这些病人大多为老人和孕妇）。

#### 4. 工作人员和身体

在法国公立医院的工作人员属于公务员。这种医院管理不能迫使医务工作者对医院乃至医疗保健单位进行变革。

自从 2002 年以来，政府希望在医院之间引入竞争，部分采取 PPS。然而，直到现在，公立医院仍然没有任何赢利。这一动机降低了成本，相同的质量水平成本会很低。这个项目在更大程度上实现了法国公立医院的财政独立。

在英国，政府给予医院更大程度的财政独立。与此同时，正在实施一种竞争机制。然而，医务人员的公务员身份使种竞争机制无法奏效。Propper, Burgess 和 Jones 等人都致力于让这种竞争机制生效，但这样的结果不得而知。在瑞典，由于较大的财政独立而赢利的医院，其医务人员的身份也发生了变化。

医务人员的身份的变化在于竞争机制的成功形成方面发挥着重要的作用。然而，在公立和私立医院间存在工资的差别。私立医院的医务人员可以挣到更多的钱。公立医院的医务人员的公务员身份使得工作更加稳定，这也算是对其工资不如私立医院高的一种补偿。这种身份上大的转变可能引起更优秀的医师和其他医务人员到私立医院工作。因此，这可能对医疗服务的质量造成危害。解决这个问题是目前瑞士的当务之急。

#### （三）医院所有权的其他形式

医院存在着其他形式的所有权。事实上，法国的医院有三种主要的类型：公立，私立且非营利，私立营利。为了易表述，我们将其归纳为：公立，非营利（NFP），私立。直到最近，NFP 和公立医院都依照全面预算制度进行补偿。也就是说，他们在当年接受固定数额的财政拨款，但这些拨款的多少不取决于当年的运营情况而取决于上一年的运营记录。向私营医院提供经费属于一次一付。自从 2004 年以来，一次一付制度已经在部分 NFP 和公立医院实行。（在美国，这种一次一付制度被广泛理解为预先支付制度）改革的一个目标是统一这种偿还制度从而在公立医院引入一定程度的竞争。

三种类型的医院的区别不仅表现在他们的偿还程序上，其本质的不同在于他们对待病人方式和被雇佣者的身份的不同。私立医院可以选择病人，然而这在 NFP 或公立医院是不可能的。此外，NFP

和私立医院的员工是私人部门的工作者，然而公立医院的员工是公务员（也就是公共部门的雇员）。同样地，医院也不能因为经济方面的原因而解雇员工。

公立医院的公务员的薪水与他们的绩效也没有直接的联系，而是取决于他们的资历和工作年限。公立医院的构成人员的薪酬水平由地方市长所在的董事会决定。也就是说，地方的政策在某种程度上对医院的雇佣起到决定性的作用，但它不会或较上程度地影响 NFP 或私立医院。地方市长是由公社适龄的选举人选举产生的，市长也会为了在下一届选举中保住自己的地位而明显关注当地选民对他的满意度。Clark 和 Milcent（2008）的研究表明：即使这也种聘用方式的绝对生产效能不是很清楚，市长完全有动机去鼓励雇佣以解决当地的失业问题。

NFP 医院因此占有一种混合的位置。当他们在与公立医院相同预算和准入约束下运行时，他们人员安置的水平与私立医院相同，他们不是必须有紧急部门。

在法国，德国也同样存在着这三种类型的医疗机构：公立医院，非营利医院，以及营利医院。4 私立医院的数量达到了历史最低，但部分非营利医院却十分重要。（非营利包括基金、宗教的或共有的）作为德国地区历史上很有实力的遗产，公立医院在地区层面上运行。为了更好地洞察到医院的行为，运行管理水平较低的医院成为一种普遍的趋势。在西班牙，医院正处于市政当局层面的管理。在政府运行公立医院的法国，地方的管理者在经营公立医院。

#### （四）医院的私有化

对医院直接负责使德国的地方当局不能阻止逐年增加的财政赤字，也不能像法国一样向政府呼吁，更不能忽视服务质量不高的问题（因为医疗保健的消费者也就是投票者和选举者）2003 年德国部分地引入 PPS 支付制度，这增加了地方的压力，一些地方选择了将医院私有化。

这一制度的引入带来了多种多样的形式：一些地方在保留所有权的情况下将医院委托给私人部门管理，并改制为有限责任公司。另一些则选择完全的私有化，市政当局有时在资产上持有一定的股份。私立医院通常享有竞争优势，这些医院拥有现代化的管理，员工的激励管理，筹备方针和较少的行政干预。但也有一些公立医院取得了成功。关键在于设有一些设备使他们的管理有可能赢利。那么，怎样选择病人？紧急部门、医学研究、教学活动如何呢？

小医院的私有化将成为很平常的事，但自从 2005 年以来，甚至一些大学的医院也已经私有化。想清楚地分析出这种动机的结果还为时过早。

德国，意大利，西班牙和东欧国家等大多数欧洲国家正在尝试公立医院的私有化。通常，这些公共机构的情况差别很大。要么是他们的财政无法负担，要么是他们的病人因不满而离开本地的比例达到 90%。（当地的病人希望在其他地方得到治疗）

#### 1. 私营部门的趋势

正如我们在第一部分所提到的那样，一些医疗保健不应该被认为是公共品。随着医学技术的发展，对医疗保健的定义也变得越来越宽泛。对于一些病症，以往只存在一种治疗方法，而现在存在

---

<sup>4</sup> 正如我们前面解释的，现实中比这还要模糊一点，可以允许医院在目前的雇佣决定下有一些回旋余地。特别是预算，取决于医院员工的数量和医院的床位数。医院床位的减少可能出现超额雇佣。此外，对公立医院的预算限制可以公正地论证为：全面预算（1983年引入的）最初每个月都要重新谈判，随后是每三个月制订一次。

几种方法。有时候，不同的治疗方法间的区别仅仅是在身体上留下伤疤而已。什么样的治疗方法应该视为公共品，什么样的治疗方法不是呢？这个问题的答案由国家来决定。然而，有一点在欧洲已经被证明，那就是市场上存在私营的医院。

无论哪个国家，私营部门都在稳步发展。对于广泛被视为公共品的医疗保健，公立医院向私营医院的改革，使两个部门间产生了直接的竞争。

### （五）公立和私营部门的竞争

公立医院的员工和医生是公务员，私营医院的员工则是私营部门的工人，医师是私营部门的雇员或自主经营者。这种身份上的差别并不意味着医师在公共部门工作而不能在私营部门工作。事实上，经常有医生在公立医院和私营医院两个部门工作。在公共部门，医生获得经验和实践。然后，借助他/她的声望，他/她可以在私营部门获得职位。他/她部分时间待在公共部门的原因是这样可以获得稳定的工作并且可以在研究型的医院做一些医学研究，运用一些新的医疗程序等等。

在法国，在公立医院工作的医生每周用一天到私营医院工作是合法的。在丹麦，公立医院的医生每周不得不工作 37 个小时。公立医院的优势在于能留住他们的医生，甚至在其有很高声望后。因此，允许公立医院用高标准的经验留住医生，以便在医疗服务质量方面有很好的绩效。然而，现如今，这种政策的效果并不清楚。两种医院的工资的差距越来越大。如果拥有一份稳定的工作使医生留在公立医院，那么工资的不同则妨碍了医生在法定时间里在公立医院工作更多。这样的结果是公立医院的医生缺乏，有时护士也不够。在像法国和丹麦这样的欧洲国家，因为缺少医生，一些小护理模块都没有使用。

在这里我们所观察到的是公立医院和私立医院在医生安置方面的竞争。公立医院培训医生，而私营医院则在他们完成培训后体占据优势。

在法国或瑞士，在公立医院内部留住有经验的医生的一个方法是给予医生少量的床位允许其私营。对于这部分病人来讲，医生来定价。许多年前，对于公立医院的医生来说，这种限度仅表现在一小部分医疗行为上。然而，随着公立医院的衰退（候诊人多问题，两部门间的工资差距），这种实践目前在医生的行为中越来越重要。

在瑞士，管理者已经将享有医保的病人转向私营的保险公司。他们并不替病人选择医院而是有一些项目来给他们自由选择的权力。这样一来，公立医院和私营医院之间的竞争更加激烈。公立医院可以根据他们的保险公司放掉一些病人，这个过程不是一个一个的，而是一组一组的。

在丹麦，新的法规允许病人进入私营医院（并享有全民医保）。这个规定如下：任何病人，如果在等候诊断四周后仍未能进入公立医院，可以选择进入私营医院。这个法规增加了两部门间的竞争。这个法规的另一个作用是把医疗设备提供给公立医院。事实上，直到现在，公立医院仍然提供所有类型的医疗服务。他们不会重点选择其中的一部分，因为他们取决于管理者的决定。私立医院可以聚集到某些医疗服务上，因为他们不受行政或公众决定的干涉。这种竞争机制的执行，意味着给予了公立医院更多的自主权。这些公立医院有巨大的动机集中精力在私营医院所能提供的医疗服务上。因此，他们会放弃或减少医疗服务而不是与私营部门竞争。

病人怎样等候这些不同类型的医疗服务呢？他们不得不等候很长时间。通常，这些医疗服务与支付不起私营医院的病人数有关。事实上，他们的医疗服务的可获得性在降低。

在法国，一种提供给公共和私人部门的拥有单一支付方式的项目就提出了这样的问题：由于私立医院有选择病人的权力，所以对于一些病人来说去私立医院看病将变得太贵。

#### (六) 人员，资金，管理

		奥地利	比利时
医院行政管理 和医事管理	医院的管理	公立医院隶属于地方或联邦政府。私立医院归保险基金会，宗教组织，非营利组织或私人公司所有。	公立医院隶属于公共的社会福利中心，省，国家，跨区域的组织。大多数的私立医院常常归宗教组织或公共保险基金会所有，几乎没有非营利组织。公立医院可以自治并有很大的财务自主权。公立医院与私立医院要遵守相同的经营和财务法规。
	监督权力	医院系统受到双重监管：联邦委员会和地方宗教委员会	国家是三种语言的社会（佛兰德语，瓦龙语，日尔曼语）
财务	经营：筹资	医院经营的预算资金由健康保险基金，地方，区域间和联邦政府共同提供。病人支付当天一定比率的基本医疗服务费用和全部的特殊医疗的费用。私立营利性医院要与保险公司签订的合同从而且是获得资金。	公立和私立医院的资金都来自健康保险基金，卫生部，病人自费和其他活动。医院运营支出主要来自财政预算和医疗收费。
	经营：支付体系	公立医院将近四分之三的医疗服务费用按照依据诊疗组事先规定的基础医疗服务目录单支付。余下的是当天一定比例医疗服务费用。	每家公立或私立医院的预算取决于卫生部。自从2002年以来，该预算基于“合理行为”而确定。
	投资	地方资金来自非营利医院的投资；私立营利性医院由医院的所有者和公共出资。	地方当局以津贴的形式提供60%的医院投资，而联邦政府通过联邦资源预算，提供40%
	病人护理费用	1100 欧元/人；38%医疗保健费用	740 欧元/人；35%医疗保健费用
人员	医疗保健与社会援助人员	330,000 名医疗保健与社会援助人员，其中8.2%是国家雇员；医院有126800名雇员	470000 名医疗保健与社会援助人员，其中12%是国家雇员；医院有146300名雇员

	在医院工作的医生	27000 名医生在医院工作，其中 66%是全职医生	18400 名医生在医院工作，其中 40%是全职医生
	在医院工作的医生的身份和报酬	在医院工作的医生的报酬，除薪水之外，取决于私人的法律合同。他们可以得到一定比例的医院盈余。	在医院工作的大多数医生是没有薪水的员工，来自医疗服务的固定收费。
		法国	德国
医院行政管理 和医事管理	医院的管理	公立医院属于合法并有财政支持的公共机构，设在国家监管部门下。私立非营利医院通常由非营利组织，基金会，公共保险计划或宗教组织进行监管。从法律的角度看，私营诊所是民间或商业的交易，或公共利益集团。医院也可能归私人所有。	公立医院属于市政当局下设机构或市政当局。公立医院的管理依据公法或私法。公立医院会被责任公司限制。
	监督权力	分散在地方医院代理机构负责组织他们区域内的医院。	联邦政府为医院制订操作性的指导。监管者负责制订医院的计划，投入资金以及科技设备。
财务	经营：筹资	公立医院和在公立医院提供服务的私营机构的经营预算 80%来自国家健康保险基金，其余 20%来自“辅助收入”。国家健康保险基金也是私营诊所的主要资金来源。	经营收费由健康保险和病人自费组成。
	经营：支付体系	公立医院和在公立医院中提供服务的私营机构每年得到一次性支付。大多数其他的私营机构（95%）的资金基于一个受国家数量目标限制的比例表，余下的 5%基于地方当日的绩效。（这种程序正逐步被淘汰）2004 年所有的医院负责根据医疗服务账单体系提供服务。	从 2003 年 1 月 1 日起，医院支付系统改革，进步地放弃了普通的预算程序。2009 年，所有的医院服务的酬劳将要根据澳大利亚的诊断组（DRG）来支付。
	投资	法国的医院投资主要是自有资金。第二类，请求政府的拨款，捐赠或遗产。	无论何种类型的医院，监管者会通过医院的计划来投资。
	病人护理费	1200 欧元/人。41%医疗保健费用	1100 欧元/人

	用		36%医疗保健费用
人员	医疗保健与社会援助人员	2500000 名医疗保健与社会援助人员，其中 10%是国家雇员；医院有 1100000 名雇员	3900000 名医疗保健与社会援助人员，其中 10%是国家雇员；医院有 1200000 名雇员
	在医院工作的医生	56400 名医生在医院工作，其中 66%是全职医生	104000 名医生在医院工作，其中 38%是全职医生
	在医院工作的医生的身份和报酬	在公立医院，1986 年的法律引入大多数医生是公务员身份，但在私营机构，医生有合同，非医务人员工资由劳资双方工资问题的谈判决定。	医生一般是有工资的雇员，但他们给病人提供私人服务是收费的。这个过程中使用设备要向医院付费。
		爱尔兰	意大利
医院行政管理和医事管理	医院的管理	卫生部（分散地管理）所有，由医院的该部门管理。他们也管理某些私营医院（公共民办医院）	自治的医院属于地方，并采取独立管理。其余的公立医院由当地医疗保健部门直接管理。
	监督权力	监督的权力分散，由地方的卫生部门执行。	监督的权力分散，由已划分的地方卫生部门监管。
财务	经营：筹资	卫生部为卫生部下的医院提供资金，而民间医院的资金直接来自国家。资金由病人和私人保险计划的共同提供。如果要求私人病床，护理由病人和私人保险计划出资。	国家为研究型医院出资。独立的医院由地方出资。公立医院和与地方签订合同的私营医院的资金由地方保健部门提供。其他的私营医院的资金来自病人。
	经营：支付体系	资金来自全年总的预算。基于病症账单的支付体系正在 32 家医院试点。每天在病症账单上新增 5%的病症。	公立医院和签订合同的私营医院由诊断组上的基本预算提供资金。其他的私营医院以天为单位支付。个体医院的酬劳根据传统标准的整合和诊断组而定。
	投资	卫生部门向卫生部下设医院提供资金。	地方向医院提供资金。几个地方的卫生部门和

			一些个体医院正试着进行公私投资。	
	病人护理费用	1000 欧元/人； 54%医疗保健费用	730 欧元/人； 41%医疗保健费用	
人员	医疗保健与社会援助人员	146000 名医疗保健与社会援助人员，其中 8%是国家雇员； 医院有 62000 名雇员	1400000 名医疗保健与社会援助人员，其中 6%是国家雇员； 医院有 590000 名雇员	
	在医院工作的医生	1750 名医生在医院工作		100000 名医生在医院工作，其中 30%是全职医生
	在医院工作的医生的身份和报酬	即使给私人会诊，公立医院专门医师也是拿工资的雇员。		在公立医院工作的医生是拿工资的雇员。私营医院的医生按提供服务的情况来付费。
		西班牙	瑞典	英国
医院行政管理和医事管理	医院的管理	公立医院一般由卫生部门自治社区管理。特定的公立医院有独立的管理（基金会），不同的自治团体有其他的不同管理模式。	县中心的医院和分散的医院由县管理。地方医院由其所在县管理。大多数的公立医院属于国家。	医院托管的依靠公共财产，并受到独立管理。他们包括几个机构。那些额度最低的医院会转为私营管理。
	监督权力	医院行为的监管是自治社区的责任。	县拥有对医院的监管权。全国 21 个县分为六个医疗区域，以便在各个县之间实现设备的共用。	在英格兰，是分权的，战略卫生局可以行使监管权。在英格兰是地方卫生部门，威尔士是地方卫生部门，爱尔兰是健康和社会服务部门。
财务	经营：筹资	公立医院和私立非营利医院的资金来自自治社区。签订合同的私立营利医院的资金部分或全部地来自自治社区，否则，他们必然凭自己的行为	医院的资金由县或地区，结果在九十年代引入财政分权。病人付费进行每日结算。	医院托管的资金来自代表国家的基本医疗托管以及私人保险。这是一种医院能长期生存的合作体系。

		来筹资。		
	经营：支付体系	每个自治社区可以自由决定如何向医院提供资金,如何管理。公立医院一般通过订下目标的项目合同,这个合同基于对护理部门的评估(Unidad Basica Asistencial)。私营医院不得不弥补国家健康体系的不足,私营医院的资金来自于普通合同(日结算,按服务支付,很少按病症支付)。当私营医院的功能作为国家健康体系的社会网络的一员时,其资金来自特殊合同(向公立医院提供方式相同)	自从 1992 年以来,医院的资金来自通过基于诊疗组的财政预算。特定的服务的费用仍然与普通预算相关。	自从 2003 年 4 月 1 日以来,给医院的公共财政因治疗途径而日益增多。
	投资	自治社区向公立医院投资	县计划和投资医院的设备。	自从 1992 年,通过私人主动投资,医院从私营部门得到资金。国家健康体系无法满足需求。合法委托的基金会负责对他们的投资进行管理。
	病人护理费用	750 欧元/人; 28%医疗保健费用	1200 欧元/人; 49%医疗保健费用	880 欧元/人; 44%医疗保健费用
人员	医疗保健与社会援助人员	849,000 名医疗保健与社会援助人员,其中 5%是国家雇员;	792000 名医疗保健与社会援助人员,其中 19%是国家雇员;	3100000 名医疗保健与社会援助人员,其中 11%是国家雇员; 医院有 1400000 名雇员
	在医院工作的医生	54750 名医生在医院工作,其中 47%是全职医生	N.A.	全部医生的 67%
	在医院工作的医生的身份和报酬	大多数的医生被视为公务员并有雇佣工资。基金会会有私人的法律雇佣合同。	公立医院的员工由县雇佣并支付工资。在私营医院工作的医生的费用由私人提供。	在医院工作的医生和护士有工资。专门医师允许在医院里有私营行为,但不属于 NHS,但限制在他们收入的 10%以内



## 四、基础医疗中的医生

### (一) 门诊(gatekeeper)医生

许多欧洲国家目前已经设立了门诊医生。最早引进这个制度的是英国(也称国家健康系统:NHS)。门诊医生是一位通晓多个专业的通才式医生(general practitioner)。病人在看专科医生之前首先要接受门诊医生的问诊。另外,门诊医生也提供下一步就诊去向的渠道,具体到那个医院。通常,门诊医生是不能由病人来自由选择的。病人的住址决定了选择。事先接受门诊医生的问诊是享受国家强制医疗保险的必要条件。在意大利,虽然国家健康系统跟英国的接近,但是病人如果愿意的话可以选择门诊医生。不同的是,每个门诊医生在所看病人的数目上有限制(普通的门诊医生是1,800个病人,儿科医生是1,000个病人)。

在一些欧洲国家,门诊医生的制度执行得更加有特色(subtler)。人们可以在医院外面就诊所有的医生。这样,这些门诊医生就严格控制了去医院治疗的数目。这种制度见于德国。

在法国,病人过去可以自由选择咨询专科医生。但是,现在情况也发生了变化。在2005年,法国也建立起了门诊医生制度。病人可以自由选择门诊医生。由于门诊医生制度才刚刚建立,不被国家健康系统补偿的裁决还是比较低。因此,许多病人还是可以事先经过门诊医生的问诊就直接去找专科医生了。

在另一些欧洲国家,国家健康系统是自愿的(具体可见于一章)。是否要去看专科医生取决于你与国家健康系统签订的文件。在爱尔兰,病人提交给国家健康系统的文件里可以填写医生名单列表中的一位医生。这些病人被称为《第一类病人》。那些属于第二类的将要支付非固定治疗的全部费用。但是,他们可以选择自由选择是去看门诊医生还是专科医生。

还有一些国家,如瑞典,目前尚没有建立门诊医生制度。

### (二) 基础医疗中医生报酬

这里有两种不同方案。

第一种方案见于法国,比利时和瑞士。这种方案医生的报酬可称为服务费式酬劳(fee-for-service payment)。每接待一个病人,医生将得到一笔固定的报酬。报酬的数额可以由医生或管理者来决定。门诊医生的收费比专科医生的要地。在法国,有两个部门:部门1和部门2。在部门1中,医生的收费是由管理者规定的。而在部门2种,医生自己可以决定收费标准。医生在公立医院训练几年之后就可以选择从属于第2部门。而每位医生是属于第1部门还是第2部门都是公开信息。医生也要在治疗时清楚地表明这一点。国家健康系统的补偿标准也是由管理者基于医生报酬来规定的。

第二种方案可见于英国或意大利。这种方案可被称为人均报酬。医生将在一开始就被设定宰一个固定的时期内接受一笔规定的报酬。这笔固定的报酬主要是依据医生所在区域居住的国定人数来确定的。在这之后,无论这段时间内接受了多少来访病人,医生的报酬都不会变化。

从动机角度来看,我们容易理解第一种方案。在这种条件下,医生有更高的动机接受更多的来访病人。明显,他的收入跟来访人数呈正比。

表 4： 门诊医生

	人口覆盖 面(%)	医疗照顾项目的公费支 持	门诊医生
奥地利	70%	联合集资：通过社会贡 献或捐赠 (social contribution) 和税收筹 资的强制健康保险	通才式从业者充当门诊医生
比利时	71%	通过社会贡献或捐赠形 式筹资的强制健康保险 和通过税收集资	病人选择他们的普通医生和选择去哪个 医院就诊
法国	76%	主要通过强制健康保险 筹资，另外，税收的贡 献越来越大(CSG, RDS)	自从 2005 年 1 月，病人可以自由选择门 诊医生(通才式或专才式)，然后由门诊医 生推荐他们去那个专科医生。但是，它如 果病人不签订这个项目，这种制度并不是 必须的。所以，病人的影响在增大。
德国	78%	通过强制健康保险和税 收来融资	门诊医生严格控制了医疗医院照顾的入 口
爱尔兰	75%	主要通过税收融资	第一类病人注册了一个从名单中选择的 医生。第二类的病人，需要支付临时治疗 的全部费用，可以自由选择是看门诊医生 还是专科医生。
意大利	75%	主要通过税收融资	门诊医生提供下一步治疗的渠道。病人如 果愿意的话可以选择门诊医生。但是，每 一个医生在病人数量上有上限额度(普通 的门诊医生是 1,800 个病人，儿科医生是 1,000 个病人)。
西班牙	71%	主要通过税收来融资但 是取决于不同省份	一个门诊医生
瑞典	85%	主要通过税收来融资 (地方税和中央税)，部 分由健康保险来出资	没有门诊医生
英国	83%	主要通过税收融资	门诊医生提供下一步治疗的渠道

我们暂且假设(服务费—成本模式)是好的。这样，医生的报酬将随着病人的增加而增加。这个结果就是需求引致型的基础医疗的过度消费。当然，最终结果可以被一些其它因素，如利他主义而减轻一些。一些研究正在试图评估这种需求引致型基础医疗照顾的支出影响。

对于第二种方案，医生的主要动机就是限制来访病人的数目。确实，医生的收入可以被表示为如下公式

$$\text{医生收入} = \text{固定报酬} - (\text{单位治疗成本} * \text{来访病人数})$$

他接受治疗的病人越多，那么他的收入就相对越少。因此，医生的动机就是减少来访病人数量。这样的结果就是基础医疗的消费不足。像第一种方案一样，利他主义等其他因素可以缓解一些后果。然而，这种支付形式解释了一些研究者发现的英国长长的等候治疗名单。

## 五、保险

### （一）国家医疗保健体系

在西欧的大部分国家都有国家医疗保健体系(National Healthcare System)。如果购买额外的私人保险在几年前没有那么不重要的话，那么现在的情况就会大不相同了。越来越多的人购买了额外的私人保险，并且这部分支出在医疗照顾支出中占的比重越来越大。例如，在奥地利，国家健康照顾系统覆盖了 99%的人口，但是有比三分之一人口还稍微多一点的人购买了额外的私人保险。

通常，在医院的支出可以由国家医疗保健体系来补偿。但是，一些药，眼睛和牙齿照顾就大部分是由额外的私人保险来承担。除此之外的医疗照顾支出则主要是由国家来承担。

在比利时，国家强制医疗保险系统适用于被雇佣者，国家公务员，领取养老金人口和残疾人口，这部分人口加总大约占了总人口的 88%。这个系统覆盖了主要风险和次要风险。自我雇佣者则是通过另外一个项目获保的，并且只是包括了次要风险。对于次要风险来说，他们需要购买额外的保险。这种国家医疗保健体系跟法国的比较相似。然而，自从执行了统一保险(Universal Insurance, CMU)，那些最穷的人也可以受惠于这种国家强制医疗保险系统。在意大利和英国，这个医疗照顾系统涵盖了所有的人口。但是，由于并不是所有的照顾项目都被纳入进来，例如牙齿、眼睛照顾和，某些药品，大约 30%的人口还是签订了额外的私人保险。在西班牙，这个系统覆盖率也达到了 99.7%。剩下的 0.3%人口只有购买私人保险。在丹麦，由于市场化的额外私人保险早在几年前就存在了，并且它在叶逐年扩张。所以，在 540 万居民中，2002 年有 125,000 购买了额外私人保险。今天，大约有三分之一的人选择了私人保险。这种经验的观察强调了“基础医疗”的概念。欧洲国家虽然覆盖了基础医疗，甚至是很大的比例，但是还是不能满足人们的所有需求。还有一个问题是，尽管额外私人保险市场在日益扩大，但是我们还是可以观察到这里面的不平等现象。那些没有购买额外私人保险的人主要是那些买不起的人。

只有极少数国家仍然能够使所有的人口不需要额外私人健康保险。在瑞典，医疗照顾系统覆盖了所有的居民并且不存在任何私人保险。

荷兰的国家医疗保健体系更具特色。全部的人口都享受一个特殊医疗的普通保险计划。64%的人口进入国家强制健康保险，30%的人口签订了私人健康保险。剩下的 6%的公共行政中的公务员有他们自己的强制医疗照顾计划。另外还有一个额外健康保险系统。

在有些欧洲国家，国家健康系统并不是强制的，例如爱尔兰和德国，尽管他们也有强制保险。在德国，正规合法的计划覆盖了 92%的人口。其余的人口要么由雇佣者(如公务员)或者由私人保险公司(高收入个体)覆盖。在爱尔兰，有 35%的人口属于第一类国家健康计划，享受免费医疗。65%的人口属于第二类。他们需要支付一部分成本或者签订自愿保险。在丹麦，门诊医生也并不是必须的。病人如果同意支付医疗照顾，就可以选择自己的医生。但是，还是有 98%的人口选择了的门诊医生系统，他们可以从他们被指定的门诊医生那获取免费的临时医疗照顾的收益。剩下的 2%则选择了直接支付医疗费用这样他们就可以选择自己的医生。

## （二）单一保险公司与多家保险公司间竞争

通常，欧洲国家拥有一个基于一家公共保险公司的国家健康体系。然而，他们中的一些，比如瑞士或荷兰，有许多相互竞争的私营保险公司。这些保险公司也涵盖“基本医疗服务”以及国家健康体系中没有的医疗服务。

它是如何运行的呢？这里，我们打算对瑞士的机制进行一下简单的描述。国家健康体系定义了“基本医疗”。每个人将一定百分比的收入投入国家健康体系。因此，像其他的国家健康体系一样，这种保险费与健康状况无关。然后，每个人可以自主地选择保险公司。这种选择主要取决于保险公司的管理状况，因为哪家公司的赔偿都是一样的。国家健康体系再向保险公司偿还医疗保健费用。偿还标准取决于处方数量，投保者的年龄和性别。

当 1996 年新修订的健康保险法实施时，在保险公司的行政管理规则中加强了帐目和保险费的核算；很多小的保险公司可以不再参与专业化趋动，也不会被大的保险公司挤垮或兼并。因为有瑞士竞争委员会，这并没有导致任何垄断，1999 年仍有 109 家保险公司活跃在市场上。保险提供者可以提供强制性健康保险（CHI），但他们必须按照健康保险法的要求做，并且要在负责社会保险的联邦政府机构登记。有这些基本要求的原因是强制性健康保险是非营利的。他们不得以任何理由拒绝在强制性健康保险范围内的个体投保人。自 1996 年新修订的健康保险法颁布以来，强制性医疗保险的保单是统一的，也就是说它们涵盖了相同的利益包。事实上，存在着一些对投保人的间接选择，他们通过短信或专业杂志向目标群体做广告，这些群体不包括部分老人。

另一种形式的竞争适用于另外的私营的保险公司。正如我们所说，越来越多的欧洲国家存在一个另外的私营保险市场作为对国家健康体系的补充。通常，这些另外的私营保险公司独立于国家健康体系。然而，瑞士和荷兰的国家健康体系由私营的保险公司构成，而且关系紧密。我们打算继续描述一下瑞士的体制。1999 年，有 109 家保险公司提供强制性健康保险的保单。已经登记有资格提供强制性健康保险的保险公司在健康保险供应的市场上占据主导地位，但那些没有登记的保险公司只能提供其他类型的保险，并且在健康保险供应市场只占有很小的份额。已登记的可以提供强制性健康保险的保险公司得到了迅猛发展，它们可以是地方性的、联邦的、宗教的或行业的。

德国的体制与瑞士很接近。然而，公立和私营的保险公司之间相互竞争。在一定收入水平之上的人可以选择公立或私营的保险公司，国内存几家公立保险公司和许多私立保险公司。在德国，地方在医疗保健体系方面权力很大。地方通常只有一个大的公立保险公司。对于地方公立保险公司来说，保险费是根据投保人的性别和健康状况设定的。私营保险公司会以调查问卷为基础选择病人。公立保险公司不可以选择病人。有钱人会有强烈的动机向私营保险公司投保。事实上，因为公立保险公司的保险费是一定百分比的收入，因为合同是由公众提议制订的，这种保险费可能会订得过高。公立保险公司只提供一种合同而私营保险公司会根据需求提供不同种类合同。所有的合同都包涵了国家规定的“基本医疗”。人们可以从公立保险公司转向私立保险公司。然而，从私立的转向公立的则取决于收入水平。德国人有动机提早向私营保险公司投保。事实上，保险费由那一时刻参保人的健康状况而定。还要考虑一个年龄的修正系数，然后保险费就定下来了。向私营保险公司投保还有另外一个优势就是可以节约等候审批的时间。事实上，医生会从在私营保险公司投保的病人那收取更多的费用。在这种模式下，我们观察到，强制和非强制保险是混合的。另外一点：一个在公立保险公司投保的病人不会再在私营保险公司投另一份保险。

在法国，存在着不同类型其他健康保险，其中一些是强制的。事实上，公司可以决定订一份额外的健康保险。在这种情况下，公司可以拿出收入的一部分来支付额外的健康保险。那是公司降低与雇员健康状况相关的财务风险的一种方式。

## 六、医药产业

在西欧国家，有一个行政管理部门来管理药品。这个行政管理部门负责对药品进行登记。任何希望将药品投向市场的公司都必须主动履行交费登记程序。药品被分成几种法定类别。非处方药被分为三类：只能在药剂科出售的药，可以在药房和药店同时出售的药，以及在任何地方都能出售的药。

药品监管部门为强制健康保险体系制定准许进入的药品目录并支付费用。（专业的目录）该部门也会为这些药品进行限价。事实上，根据国家健康体系的补偿比率不同，也存在不同的目录。

在瑞士，药品的价格由“Sanphar”定价决定，这个价格由药品生产商操纵，包括批发价和零售价。在瑞士的医药部门中，Sanphar 是药品生产商和批发商的联合。

药剂师和开药的医生收到的边际回报由零售价决定（也就是说价格越高，相应的利润越小）尽管如此，药剂师从价格贵的药品中挣的钱要比低成本的药品多。

在欧洲国家大部分药品通过药房出售。例如，瑞士大约有 60%的药品在药房出售。另外一个销售渠道是开药的医生，医院和药店。

在一些国家，像瑞士，一些医生可以直接出售药品。这类人被称为开药医生。在别处，即使医生没有权利出售药品，他也要开处方的人。因此，制药厂想尽一切办法引起医生对一些药的兴趣。无论哪个国家，一个区域内医生的数与每一千个居民所享有的药房数是正相关的。

近几年药品上的支出急剧增加。这起码的原因是当前的金钱刺激多开药，开贵药。一些研究员表示，这也由于国家健康体系的报销比例减小了，从而导致国家接受很高的定价。事实上，药品定价的谈判主要是定价与需求的均衡。需求将被过分掌握，以致于国家健康体系的报销比例高。对于病人来说，报销比例越高，自付的费用越少。

西欧国家正在寻求一种减少他们医疗保健支出的方法。促进普通药品的出售越来越多地被采用。例如，在法国或瑞士，药剂师能够开同等作用的便宜的药品而不开名牌药品。为了确保这样做不会影响其收入，药品的利润空间用医疗服务的收费填补。（医疗服务指开处方，提供信息，建议和对病人的照顾）。另一些国家，有金钱激励的医生也会开普通药品。

## 七、小结

西欧国家在医疗保健体系方面的价值理念是相似的。对于所有的西欧国家来说，最重要的是使医疗保健有普遍的可获得性。医疗保健的定义广泛，包括一系列护理，其中也有一些昂贵的。此外，在所有的西欧国家健康保险都是强制性的。医疗保健支出的增加正在对这些国家产生影响。我们观察到这些大体上类似的反应可能是由于他们的医疗保健体系很相似。最近执行的解决方案是向病人引入个人支付方式。这种个人支付主要是涉及减少药品的报销，但总的报销维持来支付大多昂贵的护理，这种护理称为医院医疗保健。根据病床数和设备情况，在医院和引入或增加的私立医院间引入竞争机制。然而西欧国家的大多数医疗保健体系没能真正解决由于老人对医疗的依赖而过多的费

用，也没有详细考虑医疗保健的舒适度并差别对待不同人群。老年人的问题是最令人担心的。寿命的增加和出生儿的减少已经成为西欧国家最大的挑战之一。因为中国的计划生育，这可能会变成日益紧迫的问题。

然而，我们观察到，在西欧国家之间也产生了一些分歧。首先，医院的构成根据国家的不同而不同（指公立，非营利或私立）。所观察到的私营医院的增加趋势，并不是所有国家的情况。此外，医院的财政拨款总体上是来自国家。然而，主要的区别可能是每个国家的监管者对保险方案的选择不同：从唯一的公共保险到私营保险市场，以及中间的双重体系（公共保险加上市场上的私营保险作为补充）。不管这些有大差别，似乎没有国家在减少费用、提高医疗保健服务的可及性和公平性、以及保证医疗保健质量上取得完美的平衡。中国政府应根据主要的目标对医疗体制进行改革，最好的模式是有中国特色的模式。

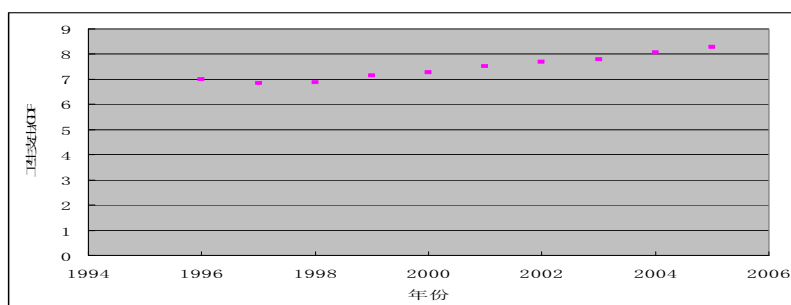
### 第三章 英国医疗卫生体制及其改革\*

#### 一、英国卫生体系概况

英国的卫生体系称为国家保健服务（National Health Service, NHS），成立于1948年，其核心目标有三点：（1）任何人在需要的时候都可以得到医疗服务；（2）服务的提供应该是全面的（comprehensive）；（3）服务在使用的时候应该是免费的。尽管在半个多世纪的时间里，英国历届政府对 NHS 做了一定的改动，比如现在的服务并不完全是免费的，但核心目标在当前依然是适用的（Oliver, 2005）。

英国卫生费用占 GDP 的比重，1996—1998 年大致维持在 7% 左右的水平上。自 1999 年工党政府上台之后，鉴于 OECD 国家这一指标平均水平比英国高，政府开始大幅增加在卫生上的投入，使得卫生费用占 GDP 的比重近年来逐年提高，2005 年为 8.3%，预计到 2008 年达 9.4%。见图 1。

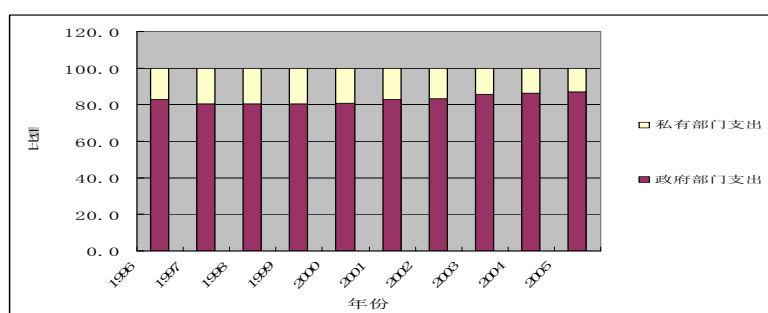
图 1 英国卫生总支出占 GDP 的比重：1996—2005



资料来源：WHO, World Health Statistics 2007。

在英国的卫生支出中，政府的开支始终占据了主导地位，并且近年来还有上升的趋势，2000 年政府支出占总卫生费用的 80.9%，2005 年这一比重为 87.1%。见图 2。

图 2 英国卫生支出中政府、私人部门的比重



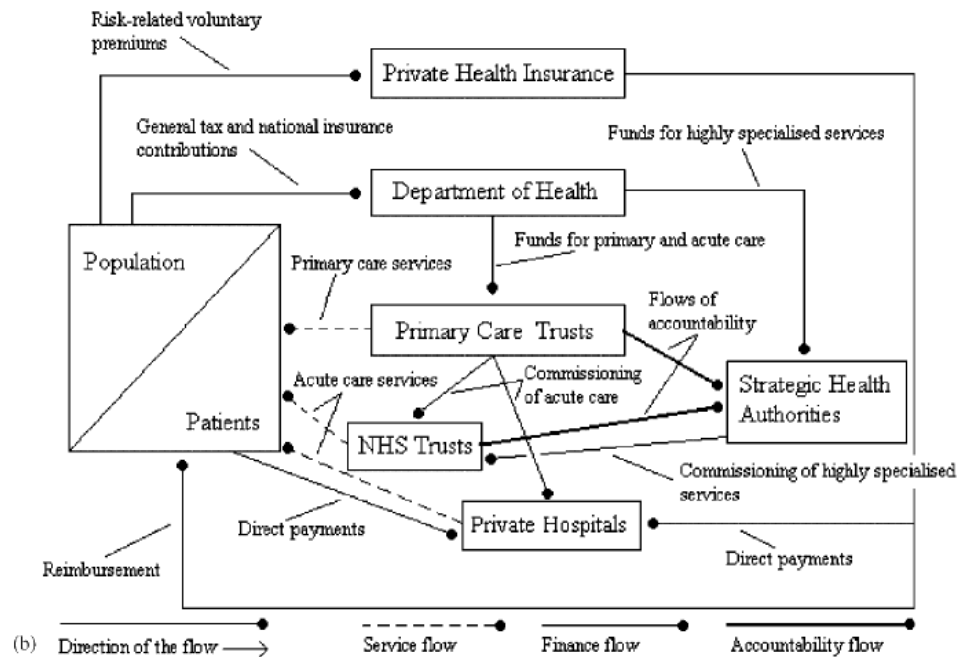
资料来源：WHO, World Health Statistics 2007。

英国的卫生部负责全面管理国家卫生服务体系，制定相应的政策并监督整个体系的运作。它向初级保健机构信托（Primary Care Trusts）和战略卫生局（Strategic Health Authorities）拨款。初级保健机构信托主要负责计划、委托和购买医疗卫生服务，其组织系统包括行政主管、财政主管、董事会和非执行董事，每个初级保健机构信托大约覆盖 30 万人口。战略卫生局是初级保健机构信托的

\* 本章由刘启执笔。

上级行政机构，负责制定政策，以及对初级保健机构信托和医院信托的管理和监督。英格兰现有 10 个战略卫生局，每个覆盖的人口从 250 万到 740 万不等。

图 3 英国卫生服务体系



资料来源: Oliver, A.(2005), The English National Health Service: 1979-2005, Health Economics, 14: 75-99.

英国的卫生服务以初级保健为主，其初级保健机构信托控制了 75% 以上的英国国家卫生服务总预算 (Oliver, 2005)。初级保健服务由全科医生提供，超过 99% 的居民都拥有全科医生。全科医生提供 24 小时预防、诊断等基本医疗服务，如果遇到大病或疑难杂症，全科医生会将病人转诊到专科医院。在整个卫生体系中，全科医生充当了“看门人”的角色。

英国的公立医院由医院信托 (NHS Trusts) 管理，它们所提供的服务很多都由初级保健机构信托代表病人购买，初级保健机构信托向医院信托的支付额度一般占后者总收入的 75% 左右。除紧急情况之外，医院的治疗一般都是由全科医生安排 (转诊)。

英国的患者就医流程大致是这样的，他们首先要去全科医生那里诊治。全科医生提供免费的服务，如果需要开处方，则部分患者需要支付一定的费用，处方费自 2002 年 4 月起，英格兰为 6.2 英镑，威尔士为 6 英镑，但下述人群是免费的：(1) 60 岁以上的老年人，英格兰所有 16 岁以下的儿童、19 岁以下接受全日制教育的学生，威尔士 25 岁以下的年轻人；(2) 享受某种社会保障 (收入支持、工薪家庭税收减免政策、失业者津贴、残疾人税收减免) 的人口；(3) 需要治疗因战争而导致的疾病并领取战后抚恤金的退伍军人；(4) 孕妇和不满周岁儿童的母亲；(5) 身体残疾、无自理能力的人；(6) 患有疾病的特殊群体；(7) NHS 住院患者或到性病门诊就诊的患者。总的来说，85% 的处方费都是由政府承担的。患者需要付费的服务还包括眼科和牙科，同样有许多费用减免政策，具体可以参见 (European Observatory on Health Care Systems, 2002)。

如果有必要，全科医生会将患者转诊到医院专科医师门诊，在非急诊情况下，患者要想到医院专科门诊看病，转诊是必须的，这里体现了全科医师“看门人”的角色。转诊的等待时间大约为 2.5 个月，根据病情的具体情况会有所不同，并且如果病情严重，医院会安排患者住院治疗，这一环节的等待时间大约为 3 个月。NHS 体系里医院服务是免费的。



## 二、资金的分配及对卫生提供者的支付

### （一）资金的分配

2003-2004 财政年度，在英国 NHS 资金筹集中，公共资金占了 93.9%，私人资金只占了很小的比重。另外，在实际卫生支出中，公共部门也占据了主导地位，1980 年这一数字为 89.4%，1990 年为 83.6%，2002 年则为 83.6%（Oliver, 2005）。卫生总支出用于私人医疗保险（自付或由雇主购买）的比例大约为 11%，患者自付的比例非常低，大约为 3.5%（Oliver, 2005）。

自 1977 年以来，卫生资金即以加权平均的方式分配给各地区的卫生部门（现在是卫生服务的购买者，如初级保健机构信托，战略卫生局）。加权因子包括年龄结构、地区投入成本、失业率等。

NHS 的各项支出中，最主要的是医院费用、社区卫生服务和家庭卫生服务自由支配费用的偿付，大约占 81%，除此之外，资本支出占 3%，家庭卫生服务非自由支配费用（包括偿付全科医生，牙科服务，眼科服务，以及配药和药品服务）占 10%，中央卫生和其他卫生服务（包括公共卫生）占 1%，行政管理费用占 1%（European Observatory on Health Care Systems, 2002）。

### （二）对卫生提供者的支付

对卫生提供者的支付，即如何根据医生和医院所提供的服务支付其报酬，是卫生体系中的重要问题，因为这涉及所谓的激励机制，也是 NHS 非常关注的问题。英国大约三分之一的全科医生和牙医的收入以工资为主，他们大都受雇于一些专业的医疗机构和一些小的独立医疗单位，后两者是 NHS 的签约单位。对那些独立签约的全科医生，则采取混合支付方式：基本的从业津贴、特殊服务收费及人头费。混合支付方式的目的是创造一种平衡的激励机制，利用各种支付方式的优点，同时尽量避免各自的缺点。总的来说，全科医生的收入大约 60%来自人头费。但对医院的医生来说，情况有些差异。他们的收入主要是工资，此外会有一些奖金，并且还允许他们私人部门工作，这样他们会有一部分根据服务提供的数量计算的收入。

牙医的收入构成与全科医生有很大的不同。他们大约 80%的收入来自服务收费，其他的 20%则是人头费（Oliver, 2005）。

## 三、历次改革的简要介绍<sup>6</sup>

撒切尔第一届政府（1979-1983）曾考虑以私人医疗保险体制来代替 NHS，但遭到强烈的抵制，最终医疗卫生体制并没有发生很大的变动。当时的 NHS 被称为“命令与控制”体制，但由于来自高层的控制是不完全的，称之为“劝诫与希望”（exhort and hope）似乎更为恰当。当时许多医院都是国家拥有、管理，有部分自我雇用的初级保健医生和牙医选择与 NHS 签订合同，NHS 的雇员一般都是拿工资。卫生部当时被成为卫生与社会保障部，负责分配中央政府的卫生资金。14 个地区卫生局负责各地卫生服务的战略管理。每个地区会有一定的预算，大小主要取决于该地区的人口和死亡率数据，用以提供医院和社区医疗服务（hospital and community health services, HCHS）。HCHS 的战略规划与管理又进一步细分到 90 个地方卫生部门（area health authorities）和 205 个地方管理小

<sup>6</sup> 本节主要参考了（Oliver, 2005）

组(district management teams); 卫生与社会保障部拨款给 90 个家庭从业者委员会(family practitioner committees), 它们负责监管地区初级保健服务的提供。撒切尔第一届政府唯一的重大改革, 是于 1982 年将 205 个地方管理小组裁并为 192 个法定地方卫生部门(district health authorities, Webster, 2002), 另外还有在竞选时承诺的, 即削减官僚体系以提高效率。

撒切尔第二届政府的主要改革见 1983 年 10 月的格里菲斯报告(Griffiths Report, Klein, 2001; National Health Service Management Inquiry Report, 1983)。该报告的主要建议是, NHS 于 1974 年引入的管理小组给予医生和护士过多的权力, 但未能鼓励任何人担当整体领导者的角色, 因此应该由卫生服务的地区、地方和单位三个水平的一般等级管理所替代。另外, 格里菲斯报告还建议成立一个独立于卫生部的 NHS 管理机构, 由一个首席执行官领导。这些建议均被采纳, 包含于“新公共管理”中。管理者负责管理卫生服务提供者的治疗水平、类型和治疗, 以及卫生资源使用的水平, 并最终根据其绩效支付工资。但是, 由于中央政府负责卫生服务的提供, NHS 医院基本上不可能破产, 过去如此, 现在依然如此。因此, 我们可以说新公共管理体系下, 激励机制与 NHS 体制并不相容, 因此也就并不足以鼓励 NHS 雇员提高其工作效率。

撒切尔-梅杰政府(1987-1992, 梅杰首相于 1990 年上任)针对 NHS 提了相当激进的建议, 见政策文件《为病人着想》(Working for Patients, Department of Health, 1989), 《患者宪章》(The Patient's Charter, Department of Health, 1991) 和《国家卫生》(The Health of the Nation, Department of Health, 1992)。要了解这些改革的详细评述, 见 Webster (2002) 或 Klein (2001)。20 世纪 80 年代末, 媒体有一个共识, 即 NHS 面临着财务危机(Klein, 2001; Le Grand & Vizard, 1998; Hacker, 2004)。《为病人着想》包括了一些政府建议, 这些建议部分是针对新公共管理并不能提高 NHS 效率的。该文件制定者最初的工作目的是考虑卫生服务的财政问题, 但他们最后认为, 通过税收融资是一种很好的成本控制方法。因此, 文件最后并没有建议改变 NHS 的筹资方法; 其焦点是卫生服务的提供(delivery)。文件建议了所谓的“内部市场”(internal market) 机制, 即购买者可以与相互竞争的服务提供者签订合同。其背后的想法是, 市场的竞争性质会促使提供者提高效率及响应性。内部市场在 1991-1994 年分步引进, 购买者有两种类型: (1) 地方卫生部门, 它们根据其负责的人口获得加权预算资金, 用以购买二级卫生服务, 每个地方卫生部门大约负责 20 万人口; (2) 全科医生基金持有者(GP fundholders), 他们是自愿拥有一定的预算以提供初级卫生服务并购买部分二级卫生服务的全科医生, 当这一计划完全实施的时候, 每个全科医生基金持有者大约负责 1 万人口。截至 1996 年, 50% 的全科医生是基金持有者(Le Grand & Vizard, 1998)。在服务提供者方面, 原先由国家控制的医院, 现在变成了半独立的、非盈利性机构, 它们在制定价格水平、选择医生技能、卫生服务提供等方面有一定的自由, 形成了 350 个 NHS 信托(Trusts)。

《患者宪章》(1991) 专门考虑了服务机构对病人的响应性问题, 它制定了 10 条非强制性规定以规范病人获得服务的权利, 7 条卫生服务的国家标准, 其中最重要的可能是, 如果病人上了等待名单, 那么 2 年内必须要得到治疗。最后, 撒切尔-梅杰政府的《国家卫生》提出了降低癌症、心脏病、中风、精神病、爱滋病和其他性病及意外事故死亡率的目标。政府希望通过一系列公共卫生政策来实现这些目标, 并成立了跨部门的内阁委员会以研究如何降低较高的死亡率。

最后一届保守党政府——梅杰政府(1992-1997)——的主要卫生政策目标是巩固 90 年代早期的已有改革, 但新的东西很少。取消了地区卫生部门以进一步削减官僚机构; 因为许多人批评政府忽略了卫生需求的差异性, 政府成立了一个部门委员会以解决这一问题(Department of Health, 1995), 这被后来的工党政府所接受。最后, 梅杰政府也为资本投资方面的 Private Finance Initiative (PFI) 奠定了基础, 这同样也为工党政府采纳。

卫生政策同样是后来几届工党政府所关心的问题(1997 年至今)。1998 年, 第一届布莱尔政府

(1997-2001) 发布了《新 NHS》。为了解决所谓的“双轨”问题——全科医生基金持有/非基金持有并存，工党政府选择了支持基金持有计划。所有的全科医生都必须加入 481 个基金初级保健集团 (Primary Care Groups, PCGs) 中的某一个，后来演变成 303 个初级保健信托 (Primary Care Trusts, PCTs)，其功能也更多。PCTs 由财政部按照加权人均的方式拨款 (其中包括药费)，2004 年 4 月开始正式运作。它们由某一地区的全科医生组成，并有护士、助产士、卫生拜访者 (health visitors)、社会服务和其他相关者等辅助人员，希望可以更好地满足当地人的需求。PCTs 提供初级保健，并购买绝大部分的二级保健，每家大约负责 17 万人 (Department of Health, 1999)。

早在布莱尔第一届政府时期，地区卫生局就已经由 99 个地区卫生部门取代，这些卫生部门后来又合并为 28 个战略卫生局 (Strategic Health Authorities, SHAs)。由于现在 PCTs 是主要的二级服务购买者，现在 SHA 的功能除了购买某些特殊的卫生服务之外，就是监管 PCTs 和 NHS 信托的绩效。

同样是在 90 年代后期成立了两个国家机构——National Institute for Clinical Excellence (NICE) 和 Commission for Health Improvement (CHI) ——其目的是要在 NHS 体系内更好地实现卫生服务的高质量、高效率 and 一致性。因此，尽管工党政府保留了内部市场结构，此时的注意力已经转向了中央指导的绩效管理 (Smith, 2002)。从表面上看，NICE 成立的目的是为了消除不同地区的不同服务模式，但它还有一个目标是评估新的和已有的应急措施的临床和成本有效性，以决定 NHS 是否采用。CHI 是为了监管 NHS 的质量、绩效，以及遵从 NICE 指导和国家服务框架 (National Service Framework, NSFs) 的情况。NSFs 强调治疗重大疾病的有效性和效果，包括精神类疾病、心脏病、老年病、癌症、糖尿病以及年轻人和妇产科服务。简单来说，NICE 和 NSFs 设定标准，CHI 则用来监督这些标准的执行情况。

从 2003 年开始，卫生部授权 CHI 负责“明星”排名系统，基于一系列指标如等待名单、清洁度、专门治疗数据、财务管理等，对 NHS 信托进行评估，根据这一评估结果，在最极端的情况下，信托的管理层有可能会被解散，或者获得更大的自主权 (Stevens, 2004)。这一明星排名系统于 2005 年结束，不过已经有新的指标来完成对绩效的评估。有证据表明，这一系统有助于改善门诊和住院治疗的等待时间 (Bevan & Robinson, 2005)。

在绩效比较好的情况下，NHS 信托有希望成为基金信托 (Foundation Trust)，它允许医院保留土地销售的收益，决定它们自己的投资计划，并可以在一定范围内向其雇员发放绩效奖金 (Bevan & Robinson, 2005; Robinson, 2002; Smith, 2004)。理论上说，基金信托在绩效不好的情况下可能会失去其资格。2004 年出现了首批 20 家基金信托 (Bevan & Robinson, 2005)，2005 年又出现了新的 5 家，尽管政府努力将基金信托的治理缺陷交给一个独立的规制者 (称为监管者 Monitor, Stevens, 2004)，在一个中央政府为医院的行为和绩效——以及全国统一的服务标准和可得性——负责的体系下，这种自主性的水平究竟有多少还有待观察。自 2004 年起，CHI 被卫生服务审计与监察委员会 (Commission for Healthcare Audit and Inspection, CHAI) 替代，随后又被命名为卫生服务委员会 (Healthcare Commission)，负责监管 NHS 和私人卫生服务提供者 (Department of Health, 2002)。

为了鼓励 PCTs 和基金信托更大的自主性，并通过 NICE 引入更广泛的国家规制，NSFs、卫生服务委员会和工党政府制定了一些似乎相互矛盾的政策工具 (Klein, 1998; Le Grand, 2002)。正如前面所说的那样，工党政府采纳了两个看似矛盾的政策：一个关于卫生不平等，一个关于鼓励私人部门的介入。关于卫生不平等，布莱尔第一届政府于 1997 年启动了“艾奇逊调查” (Acheson Inquiry)，在最终结论性的文件《我们更健康的国家》中，将减少健康差距作为一个明确的目标写下来，最近还提出了一系列到 2010 年将要实现的与社会阶层和区域相关的健康平等目标 (Department of Health, 1998)。关于私人部门，现在更多的 NHS 信托投资是通过 PFI 进行的，私人公司与之签

约建设一些设施，并提供一些非临床的辅助服务（Le Grand, 2002）。PFI 已经遭到广泛的批评，认为它给私人财团带来了巨额的利润（Webster, 2002），并且有人认为，从私人部门融资的成本会比公共部门融资成本要更高（Dawson, 2001; Sussex, 2001; Pollock, Shaoul, Rowland & Player, 2001; Pollock, 2004）。

在私有部门与公共部门一体化方面更进一步的发展，是与私有部门之间的协定（Department of Health, 2000a, 2000b），即为了减少部分外科手术的等待时间，卫生服务的购买者可以从私人部门那里购买相关的服务。如果有必要，私人提供者可以离患者很远，甚至可以是海外。对私人部门的利用，与工党扩大患者选择的目标一致，并且也并不一定与减少健康不平等的目标不一致，因为健康状况较差的人在拥有这样的选择之后，可能会更多地改善自己的健康水平（Stevens, 2003）。

医院明星排名系统（或其后继者）至少在理论上有助于患者的选择。这种对选择的强调是个人自愿的，还是社会强加给工党政府的尚有待辩论，但对全科医生和患者来说，通过排名系统给出的 NHS 信托的绩效却可以当作质量的指标，特别是自 2005 年 12 月以后，全科医生在给患者转诊时，需要提供 4 到 5 个服务提供者选项（Department of Health, 2003）。但我们也可以认为，现有的排名机制并不能很好地利用个人的临床条件和 service 的质量等信息，告诉病人他们可能的选择（Smith, 2002; Horton, 2004）。

伴随着选择计划的，是 2004 年 9 月引入的新的医院支付系统，该支付方式基于美国的疾病诊断相关组（Diagnosis-Related Group, DRG），被称为卫生服务资源组（Healthcare Resource Groups, HRGs, Department of Health, 2002）。根据 HRG 系统，医院——可以是公立、私人或非盈利性的——根据其提供的一系列服务程序获得一组全国统一的价格，因此它们也就无法通过价格进行竞争（但可以保留预算剩余）。尽管我们没有足够的质量指标，并且医院也可能过早地结束治疗，家中 PCTs 的负担，但一个合理的结论是，这种机制可以鼓励医院竞争质量（Street & AbdulHussain, 2004）。由于之前的努力一直是鼓励竞争，我们有理由相信，在一个基于等级关系，并且政府为最终的卫生服务负责的体系下，上述逻辑在实际中可能并不是那么容易成立（Bevan & Robinson, 2005）。

#### 四、对英国卫生体系的总体评价

与美国的私人医疗保险体系不同，英国的卫生体系以公立为主，国家在卫生的提供上起了非常重要的作用。它从税收中拿出大笔资金用以购买全民的卫生服务，并且公立医院和与 NHS 签约的全科医生提供了绝大部分的医疗服务，因此政府实际上既是卫生服务的购买者，又是卫生服务的提供者，这其中产生的种种效率问题，也促发了英国历届政府对其卫生体制的改革。

在以私人医疗保险占主导地位的美国，病人可以快速得到服务，但其缺点是成本特别高。尽管在成本支出上英国的卫生体系可以说成绩斐然，但由此带来的就医等待问题也非常严重，并且也一直是英国政府希望能够解决的问题。在卫生支出和卫生结果方面存在一个重要的权衡：如果我们希望卫生的绩效很好，那我们不得不为这一选择支付更多的资金；如果我们希望能够节省卫生支出，结果可能是我们不得不忍受一个更差的卫生体系。

#### 参考文献：

1. Bevan G, Robinson R.(2005), The interplay between economic and political logics: path dependency in health care in England. *J Health Politics Policy Law* 2005; 30: 53–78.
2. Dawson D.(2001) The private finance initiative: a public finance illusion? *Health Econ*, 10: 479–486.
3. Department of Health(1989). *Working for Patients*. Cm. 555. HMSO: London.

4. Department of Health(1991). *The Patient's Charter*. HMSO: London.
5. Department of Health(1992). *The Health of the Nation. A Strategy for Health in England*. Cm. 1986. HMSO: London.
6. Department of Health(1995). *Variations in Health*. Department of Health: London.
7. Department of Health(1998). *Inequalities in Health: Report of an Independent Inquiry Chaired by Sir Donald Acheson*. Stationery Office: London.
8. Department of Health(1998). *Our Healthier Nation*. Stationery Office: London.
9. Department of Health(1998). *The New NHS: Modern, Dependable*. Stationery Office: London.
10. Department of Health(1999). *National Service Framework for Mental Health. Modern Standards and Service Models*. Department of Health: London.
11. Department of Health(2000). *For the Benefit of Patients. A Concordat with the Private and Voluntary Health Care Provider Sector*. Department of Health: London.
12. Department of Health(2000). *National Service Framework for Coronary Heart Disease*. Department of Health: London.
13. Department of Health(2001). *National Service Framework for Older People*. Department of Health: London.
14. Department of Health(2002). *Delivering the NHS Plan*. Cm. 5503. Stationery Office: London.
15. Department of Health(2002). *National Service Framework for Diabetes: Standards*. Department of Health: London.
16. Department of Health(2002). *Reforming NHS Financial Flows. Introducing Payment by Results*. Department of Health: London.
17. Department of Health(2002). *Tackling Health Inequalities: The Results of a Consultation Exercise*. Department of Health: London.
18. Department of Health(2002). *The NHS Cancer Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform*. Department of Health: London.
19. Department of Health(2003). *Choice of Hospitals. Guidance for PCTs, NHS Trusts and SHAs on Offering Patients Choice of Where They are Treated*. Department of Health: London.
20. Department of Health(2003). *Getting the Right Start: National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. Department of Health: London.
21. Department of Health(2003). *Payment by Results: Consultation Prepared for 2005*. Department of Health: London.
22. European Observatory on Health Care Systems(2002), *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*.
23. Hacker J.(2004), *Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform*. *Br J Polit Sci*; 34: 693–724.
24. Horton R.(2004), *Why is Ian Kennedy's Healthcare Commission damaging NHS care?* *Lancet*; 364: 401–402.
25. Klein R.(1998), *Why Britain is reorganising its National Health Service – yet again*. *Health Affairs*; 17: 111–125.
26. Klein R.(2001), *The New Politics of the NHS (4th edn)*. Pearson Education: Harlow.
27. Le Grand J.(2002), *Further tales from the British National Health Service*. *Health Affairs*; 21: 116–128.
28. Le Grand J, Vizard P.(1998), *The National Health Service: crisis, change or continuity?* In *The State of Welfare: The Economics of Social Spending (2nd edn)*, Glennerster H, Hills J (eds). Oxford University Press: Oxford.
29. *National Health Service Management Inquiry. Report*. DHSS: London, 1983.

30. Oliver, A.(2005), The English National Health Service: 1979-2005, *Health Economics*, 14: 75-99.
31. Pollock A, Shaoul J, Rowland D, Player S.(2001), *Public Services and the Private Sector: A Response to the IPPR*. Catalyst: London.
32. Robinson R.(2002), NHS foundation trusts. *Br Med J*; 325: 506–507.
33. Smith P.(2004), The scandal that persuaded ministers to ‘let go’ of the NHS. *Health Serv J*; April 1: 12–13.
34. Smith PC.(2002), Performance management in British health care: will it deliver? *Health Affairs*; 21: 103–115.
35. Smith PC.(2004), York N. Quality incentives: the case of UK general practitioners. *Health Affairs*; 23: 112–118.
36. Stevens S.(2003), Equity and choice: can the NHS offer both? A policy perspective. In *Equity in Health and Health Care*, Oliver A (ed.). Nuffield Trust: London.
37. Stevens S.(2004), Reform strategies for the English NHS. *Health Affairs*; 23: 37–44.
38. Street A, AbdulHussain S.(2004), Would Roman soldiers fight for the financial flows regime? The re-issue of Diocletian’s edict in the English NHS. *Public Money Manage*; October: 301–308.
39. Sussex J.(2001), *The Economics of the Private Finance Initiative in the NHS*. Office of Health Economics: London.
40. Webster C.(2002), *The National Health Service. A Political History*. Oxford University Press: Oxford.
41. White C.(2004), Commission proposes end to star rating system for hospitals. *Br Med J*; 329: 1303.
42. World Health Organization(2007), *World Health Statistics 2007*.

## 第四章 发达市场经济国家医疗体制改革的经验\*

**摘要：**本文主要回顾部分 OECD 国家自二战以来医疗体制改革的历史进程。各国政府在介入医疗体系之初，主要的政策目标均是建立一个统一覆盖的医疗保障体系，随后政策的重点开始转向通过需求方配给和供给方控制以抑制医疗费用的增长上来。然而这样的政策带来了很多的问题，近些年来各国陆续采取了引入竞争机制、改善医疗体系激励等政策措施，以提高医疗体系的效率。

当前，有关中国医疗体制改革方向的讨论受到广泛的关注。作为一个从计划经济向市场经济转型的国家，我国政府在过去的二十多年中，为建立一个与市场经济相适应的医疗卫生体制进行了许多有益的改革和探索。然而，大量的媒体报道和研究都表明，我国的医疗卫生领域还存在诸多不尽如人意的地方，改革的步伐并没有达到人民群众的要求。

当然，如果从国际范围看，医疗卫生领域的改革都是一件困难的事情。即使是在那些已将大量资源投入到医疗卫生领域的发达国家中，国民对于本国医疗体系的满意度并不高。根据 1999 年对于部分 OECD 国家的调查，按照加权平均计算，欧盟十五国中对于本国医疗体制非常满意的比例仅有 10.6%，还算满意的比例为 42.2%，不满意的比例为 45.2%。Blendon 等（2002）对澳大利亚、加拿大、新西兰、英国、美国五国的调查表明，大多数被调查者都同意本国的医疗体系应当有“根本的变化”或“完全重建”这样的表述。由此可见，即使在这些发达国家中，医疗体制的改革也一直是一个持续的焦点问题。

本文的目的即是扼要回顾部分 OECD 国家自二战以来医疗体制改革的历史进程。在我们看来，来自于这些发达的市场经济国家的国际经验，对于当前关于我国的讨论有两个方面的重要意义：一是借鉴如何建立一个适应现代市场经济的现代医疗体系；二是了解医疗体制改革的核心要素是什么。按照 Docteur and Oxley（2003）的总结，这些国家的医疗体制改革主要围绕着医疗服务平等可及、控制医疗费用、提高成本效率的目标展开，在不同时期政策的着力点有所不同。Cutler（2002）按照类似的区分方式，更是直接将这国家医疗体系的改革进程称之为“三次浪潮”。本文以下即是按照这种分类方式，分别概述在这三个阶段中若干国家所采取的主要政策措施及评价。最后给予一个简单的讨论。

### 一、通过统一覆盖达到医疗服务的平等可及

医学史的研究表明，在二十世纪之前，医疗服务对于解决人类的疾病痛苦几无作用。在这种情况下，很少有国家关心医疗体系的建立问题。由此，在第二次世界大战之前，世界上几乎所有国家的医疗服务市场基本上处于自发状态，很少有政府或公共部门涉足其中；医疗保险也较为少见。其主要原因可能在于，医疗保健服务对于疾病所能起的作用有限。<sup>7</sup>在二战之后，由于抗生素等药品发明之后，医疗服务对于人类的健康问题才真正发挥作用，一国医疗体系的设立才成为一个关键问题。一些西方发达国家的政府纷纷采取措施，促进普遍覆盖的医疗保障体系的建立，由此逐渐形成各国的现代医疗体系。因此这在一段时间里，各国主要的政策目标即是促进医疗保障的统一覆盖，保证居民就医的平等可及。

虽然政策目标基本一致，但是各国所采取的政策手段却差异较大。为了达到医疗服务的平等可

\*本章由白重恩、汪德华、张琼执笔，已发表于《比较》第 32 辑，2007 年 9 月。

<sup>7</sup>当然，一些国家在这一时期也有一些针对穷人的互助性疾病救助协会。

及，首要的是保证居民在需要医疗服务时，不会受到缺乏资金的困扰。因此，改革的重点首先体现在筹资领域。在资金的来源方面，政府可以采取的政策手段主要有两种：一是通过工薪税的方式为医疗服务筹资，这一般也被称之为俾斯麦模式(又被称之为社会医疗保险模式)。德国是首先采用这一模式的国家。二是利用政府的一般税收为医疗服务提供资金，这被称之为贝弗里奇(Beveridge)模式(又被称之为国家卫生服务模式)。英国是首先采用这一模式的国家。在资金的管理方式方面，按照筹资体系与医疗服务提供体系的关系不同，可以划分为“公共融合模式”和“公共契约模式”。在前者，医疗服务提供机构按照预算获得拨款，基本上类似于政府的一个部门；在后者，资金管理者通过契约的模式向提供机构购买服务。当然，现实中各国一般都是混合地采用这些政策手段。

表1总结了这一阶段各国的标志性事件，以及对应时期的相关数据。这些国家确立的医疗保障全覆盖目标，一般都会采取立法程序以实现。从表中可见，各国着力推进医疗保障的统一覆盖大概是在上世纪四十年代到六十年代。最早的是英国的国家卫生服务系统(NHS)，始建于1946年，最终完成于1948年。在此之后，日本(1958—1961)，加拿大(1966—1971)和法国(1967)相继完成基本全覆盖的公共医疗保险；意大利于1978年通过国家卫生服务模式基本完成全覆盖。其中，德国立法推行医疗保险全覆盖的时间较早，到1960年已经覆盖了85%的人口，但到今天也仅覆盖了90%左右的人口。当然，这是德国通过立法要求高收入群体加入私立保险的缘故。

值得注意的是，这些国家完成医疗保障全覆盖的目标是经过多年积累的结果。如表中所示，这些国家在达到医疗保障全覆盖之前，已经有部分覆盖的医疗保障项目和政府补助的医疗计划存在。例如英国于1911年就建立了她的第一个社会医疗保险系统。再例如，虽然意大利和德国立法完成医疗保障全覆盖的时间较晚，但实际上在此之前，这两个国家的医疗保障的覆盖率已经很高。事实上，强制性全民健康保险的开拓性立法始于1883年的德国，这是由当时的德意志帝国的主要创始人兼首任宰相，俾斯曼公爵最先发起的。

较为特殊的是美国。虽然在OECD国家中，美国是非常发达的国家，但是其直至1965年才实施公共医疗保险项目。美国的公共医疗保险项目主要是Medicare和Medicaid，其覆盖的人口仅包括老人、小孩和穷人等。如按人口覆盖比例，到2001年美国的公共医疗保险仅覆盖了25.3%的人口。克林顿总统曾于1990年代初提出过扩大公共医疗保险覆盖面的计划，但经过激烈的讨论后最终遭国会否决。按照富克斯(2000)及大多数卫生经济学家的意见，这里的主要原因可能在于自立国之初，美国社会对于政府就存在一种天然的不信任态度。当然，美国的商业医疗保险一直非常发达。因此，其人口的85%左右都有医疗保险。另外，美国的公共医疗保险虽然仅覆盖了25%的人口，但到2000年，其支出已经占到总的医疗费用的44.2%。也就是说，美国的医疗保险虽然份额较低，但是啃的都是硬骨头。

另外还需要指出三点。首先，各国在推行公共医疗保障项目时的国民经济实力有很大差别。一些国家在经济高度发达时才开始强制立法推行公共医疗保险。例如加拿大和美国，在推行公共医疗保险项目时，其按购买力平价计算的人均GDP已经超过10000美元。一些国家在推行公共医疗保险时，人均GDP大约在5000美元左右。例如，日本在1958年按购买力平价计算的人均GDP仅有3200美元时，就已经强制性实施公共医疗保险，到1961年人均GDP达4307美元时，已经基本完成全覆盖。像法国、英国、意大利和德国等，在人均收入到5000美元左右时，或者公共医疗保障覆盖的比例已经很高，或者立法强制推行公共医疗保障。其次，这些国家在追求统一覆盖的同时，政策的一个着力点就是要保证穷人能享有富人一样的就医权。从表中可见，在各国统一覆盖之前，都存在一些针对低收入者的医疗保险计划。更典型的如美国，虽然没有做到统一覆盖，但是其Medicaid项目就专门为穷人提供公共医疗保险。这一点也体现在各国的立法中，例如加拿大1984年的卫生立法(Health Act)中就明确强调，公民医疗服务的可及不应当受到经济或其他因素的限制。



表1 部分 OECD 国家社会医疗保障覆盖历史

国家	医疗保障覆盖历史	人均 GDP (PPP)	公共支出占医疗总费用比例 (%)	2001 年公共保险覆盖人口比例 (%)
加拿大	1947 年第一次省医疗保险计划 1966 年 Medicare 实施 1971 年最后一个省开始实施 Medicare	6716 (1947) 10665 (1966) 12280 (1971)	51 (1965) 70 (1970)	100
法国	1928, 部分行业低收入工人强制性医疗保险, 1939 年覆盖 2/3 人口  1967 年所有雇员参加国家医疗保险, 农民和自由职业者参加其他保险 1978, 统一覆盖	2849 (1928) 4004 (1940) 10041 (1967) 14456 (1978)	75 (1970) 80 (1980)	99.9
德国	1883, 低收入产业工人疾病基金 1960, 医疗保险覆盖 85% 人口。	2237 (1883) 8463 (1960)	72 (1970)	90.9
意大利	二战后, 互助会转化为地方性的国民健康保险项目 (1970 年代达 90% 覆盖率)  1978, 开始创立国家医疗体系	1880 (1945) 9508 (1970) 11911 (1978)	76 (1985)	100
日本	1922, 部分产业开始实施健康保险法 (1938 年扩展) 1958, 强制性国家医疗保险 1961, 所有地方政府实施	1762 (1922) 3200 (1958) 4307 (1961)	60 (1960)	100
英国	1911, 覆盖手工工人和低收入工人, 覆盖率逐步递增 1946, 通过国家医疗服务体系 (NHS)	4815 (1911) 6440 (1946)		100

	1948, NHS 实施	6441 (1948)	85 (1960)	
美国	1965, 创立 Medicare 和 Medicaid	13316 (1965)	22 (1965)	25.3

**资料来源:** 表中第二列各国医疗保险覆盖历史来自于 Cutler (2002)。第三列中对应时期的人均 GDP, 是按 1990 年国际美元核算的购买力平价 (PPP) 调整后的结果, 数据来自于麦迪森《世界经济二百年回顾》(中文版, 1997)。第四列中公共保险覆盖比例数据来自于 OECD Health Data (2005)。

最后，虽然各国普遍追求增加公共医疗保障覆盖的比率，但是医疗服务的供给方以公私混合的居多。部分国家如英国、意大利的医院绝大多数控制在公共部门手中，但像加拿大、法国、日本、美国等都以私立医疗机构居多。

## 二、对需求方的配给和对供给方的控制

在各国推行公共医疗保险之初，医疗保险计划要求被保险人的共付比例非常低，许多国家按照医疗服务的类型，共付比例大约在 10%—30% 之间，部分服务甚至不要求共付。总体来看，对于被保险人的医疗服务使用方面，各国的需求方限制措施较少。对于医疗机构的限制也非常少。在这种异常慷慨的医疗保障模式下，OECD 各国的医疗费用普遍飞涨。按照平均值计算，OECD 各国医疗费用占 GDP 的比例，在 1960 年为 3.8%，到 1980 年已经达到 7.2%。来自于公共部门预算上的压力使得各国的政策取向开始发生变化：成本控制开始同保证医疗服务的可及性一样成为政策的重点。

为了控制成本，各国一般从两个方面采取措施。第一种手段是降低医疗保险的慷慨程度，如减少医疗保险覆盖的医疗服务种类，或者增加病人支付的共付比例等，以增加病人减少医疗花费的激励。例如法国就将全科医生（General Practitioner）和专科医生（Specialist）提供服务的共付比例从 25% 提高到 30%；日本将相关的比例从原来的 10%—30% 提高到 20%—30%。第二种手段是对医院和医生加以控制，即控制医务人员的工资薪水、医疗服务的价格以及医疗资源的供给。这种手段的实施一般要求公共部门对于医院有一定的干预能力，因此最先采用这类控制方式的是以公立医院为主体的英国。英国实行的是国家医疗服务系统（NHS），NHS 从一开始就对医院实行预算制度，医生以领薪水的方式获得收入。在 1960 年代，NHS 进一步加强了对医院部门的约束，这也使得其在 1960 年代的医疗费用增长率 G7 国家中最低。其后，法国于 1984—1985 年对公立医院实行全面预算措施，并于 1993 年对私立医院也实行全面预算措施；德国分别于 1984—1986 年对医院实行全面预算，日本于 1980 年代也采取了类似的措施。这些措施的实施，也使得这些国家医疗费用与 GDP 的比例的增长速度在 1980 年代大大下降，像日本、德国甚至出现负增长。

较为特殊的是美国。由于美国医疗提供市场和保险市场都是以私立部门为主导，公共部门的控制力较弱，其对于医院就未采取全面的控制措施，但是一些尝试性的控制措施也在不断的试验。例如，老年医疗保险计划（Medicare）于 1983 年开始对医院采用预先支付方式结算费用，即根据医院入院患者的诊断分类向医院支付一笔固定费用；到 1990 年代初，这一措施也开始在 Medicaid 计划中实施。但是总体看来，美国的这些措施并非很奏效，这也导致相对于其他的 OECD 国家，美国在 1980 年代的医疗费用增幅非常大。

需要指出的是，这些控制措施虽然在 1980 年代使 G7 国家医疗费用的上涨速度变慢，但也带来了很多的问题。首先是供给方的费用控制手段使得医院有动力减少医疗服务的质和量，产生医疗服务的配给问题。由于医疗服务极强的信息不对称特点，医院的配给特别容易实施，病人无法有效地提出反对意见。配给的结果是许多病人的医疗需求不能得到及时和高质量的满足，一个突出表现是医疗服务的等待时间问题。例如一些调查显示，1990 年 41.7% 的英国病人表示其从被诊断到做外科手术所花费的时间超过 12 周，意大利的这一比例为 36.3%；在对外科择期手术的调查中，1998 年 33% 的英国病人表示其等待时间超过 4 个月。<sup>8</sup> 在这种情况下，一些病人为了节省等待的时间，往往向医生进行私人支付，从而形成医疗腐败问题。例如，在日本，一些病人为了进入那些质量好的

---

<sup>8</sup> 资料来源：Hurst and Siciliani (2003), OECD Health Working Papers No7.

公立大医院，常常向医生行贿（Naoki Ikegami, 1991）。在法国、英国、意大利等国，病人为了缩短等待时间或获得更好的服务而向医生行贿也是常见现象。一些国家还发生了医生利用公共部门的设备私自收费的事情。

控制费用的措施还促使医疗部门采用许多无效率的对策。例如在德国，医生为了应对每病人次收费降低的管制措施，往往不一次性的将病人处理好，而让病人多次往返医院，以增加收费次数。在日本，由于医生看病的收费很低，这也促使其产生了类似于中国的“以药养医”、“以设备养医”问题：即医生批发处方药向病人出售，医院增加高科技检查设备并迫使病人做更多的检查。

总结来看，这一阶段各国所采取的措施是直接指向医疗服务的收费问题。这些措施在一段时间内确实使医疗费用的增幅下降，但是由于这些措施没有正确地处理医院、医生的激励问题，从而产生“上有政策、下有对策”的效应，导致医疗服务提供中产生很多的无效率。微观上的无效率在宏观上也产生直接效应：这些国家在 1990 年代医疗费用的增幅又开始上升，例如德国、日本的增幅甚至超过美国。

### 三、重视激励和竞争的作用

当成本控制措施并没有抑止各国医疗成本新的上升，还带来了诸多公众直接感知到的低效率问题时，改革的诉求又产生了。可以认为，各国新一轮改革的一个共同主题即是高度重视医疗卫生体系中的激励问题，一个主要的思路是逐步向卫生系统引入竞争机制以解决激励问题，而不再仅仅依靠严格的管制和配给来限制医疗花费（Cutler, 2002）。

这里首先需要指出的是，不管各国卫生体制的特征（如所有制结构、医疗服务体系筹资和提供医疗服务、保险市场组织和开展）如何，激励的重要性都不会消失，而只会通过不同的方式表现出来。对于医疗卫生领域而言，激励问题首先体现在服务提供体系中。如何有效激励医生以病人为中心，提供最具成本效率的服务，始终是提高卫生系统绩效的关键问题。解决医疗服务机构激励的第一个方法是改革支付手段，在第二阶段各种预算方式的基础上进行进一步的改革（Docteur and Oxley, 2003）。更为重要的是第二个方面，即引进竞争机制。而在市场中能够充分有效地发挥竞争和激励的作用，最为关键的前提条件就是利益相关方的分离（Harrison, 2004）。在那些以医疗保险为主要保障形式的国家中，医疗服务的购买方和提供方天然就是相互分离的局面，其形成竞争机制可能包含两个市场，一个是医疗保险市场上，另一个是医疗服务提供市场上。在那些“公共—融合”模式的国家中，首要的即是形成购买方和服务方的分离。

在支付手段的改革方面，按服务付费（Fee-for-service）是传统的医疗服务付费方式。这种付费方式给予医生在医疗决策上完全的自主权，而成本几乎完全由付费者承担，从而促使医生有激励去提高医疗服务的数量和价格，导致所谓“医生诱导需求”问题。针对这些问题，一些国家通过改革探索，逐渐摸索出一些其它的支付方式。如对于初级医疗服务提供方，一些“公共-融合模式”的国家（如希腊、芬兰、西班牙、挪威、瑞典、冰岛、墨西哥）一般采取“薪水制”的支付方式，但是大量研究就发现医生为减少工作负担，往往会减少医疗服务。随后，诸多国家开始部分采取“按人头支付”的方式（如意大利、英国、奥地利、丹麦、美国等），即允许基金持有者控制所有的初级医疗服务支出。显然，这种支付方式具有不同的激励结构。在这些国家中，往往辅以初级医疗服务者之间的竞争机制，通过消费者的自由选择权力来迫使基金持有者更好的为患者服务。在对医院的付费方式方面，常用的有“全面预算”、“按床位日付费”、“按服务付费”、“按病例付费（DRG）”等方式。DRG 的付费方式是最新探索的潮流，它最开始是被美国的 Medicare 项目在 1983 年开始采用，后来逐渐被澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、丹麦、法国、德国、爱尔兰、意大利、韩国、

墨西哥、挪威、瑞士、英国等大部分 OECD 国家采用。同样，这些支付方式也各有自己的利弊，都还在逐步的摸索之中。

在保险市场和医疗服务市场引进竞争机制方面，美国卫生系统为这一轮的改革思潮提供了很多有益的经验。美国的医疗保险和医疗服务以市场化方式为主，其保险覆盖人口中除了老人、穷人等由社会保险覆盖之外，其他人口基本由多家商业医疗保险机构提供医疗保险，这天然地形成了竞争格局。受税制的影响，美国的医疗保险费用基本上是由雇主支付，在 2000 年时，雇主支付了 72% 的商业医疗保险费用。传统的商业医疗保险模式是补偿类型的，即被保险人享受了医疗服务后，保险公司给医疗服务机构支付费用。这种方式没有起到制约医疗服务机构的作用，致使医疗费用不断攀升，从而使医疗保险费用也不断攀升，被保险人以及雇主对此的不满情绪逐渐增加。这种情况下，竞争机制开始发挥作用，自 1970 年代开始，美国的商业医疗保险机构慢慢发展出“管理医疗(Managed Care)”的方式以应对这种局面。最先出现的管理医疗机构是“健康维护组织(HMO)”，其一般的做法是，医疗保险机构通过与医疗服务机构谈判，甚至直接控制医疗服务机构以压低医疗费用，然后限定被保险者在这些指定的医疗服务机构接受服务。HMO 还常常采用为参保家庭配置保健医生，定期体检并建立健康状况记录，对医生的治疗过程进行专业评估等手段以降低医疗费用。虽然这种方式在一定程度上牺牲了患者的选择权，但是医疗保险机构通过这种方法发挥了集体谈判的优势，利用了医疗服务机构之间的竞争从而使医疗费用直至医疗保险费用大幅下降。一些研究发现(Cutler, Mccllellan and Newhouse, 2000)，这种方式使得高科技的医疗服务费用下降达 30%。因此，“管理医疗”的方式受到了广泛的欢迎，其发展极为迅速。管理医疗在后来又发展出一些新的变种，如优惠服务提供者组织(PPO)，服务点计划(POS)等。在 1988 年，传统的商业医疗保险模式占有所有商业医疗保险市场 73% 的份额，但到 2001 年，仅占 7%，而三种“管理医疗”的商业医疗保险模式占到了 93% 的份额，其中优惠服务提供者组织占到了 48% 的份额。随着商业保险机构的广泛运用，美国的社会保险机构也慢慢开始推广采用管理医疗的模式。“管理医疗”模式的大力推广在宏观上也使得美国医疗费用上涨的幅度变缓。

引进有管理的竞争机制甚至体现到美国的国家医疗改革政策层面。如著名的克林顿计划(1993 年健康安全法案)提议通过总预算之下的有管理竞争，从而促进美国医疗体系的改革。试图致力于通过改变保险市场上的激励机制使健康保险计划在质量、服务与价格、成本水平上进行综合竞争，而不是单纯的风险选择上的竞争；赋予消费者(病人等)以价格和质量为基础在不同健康保险计划中进行成本考虑的选择权；改善有关医疗服务质量的信息，从而使得医疗服务参与各方在进行交换时处于更为信息对称且平等谈判的谈判地位(Pauly, 1994)。尽管最后克林顿计划并没有付诸实施，但却为在美国医疗体系内引入竞争和市场激励机制提供了更为深入的探索，美国的一些州之后进行的医疗体系改革某种程度接受了这一“有管理的竞争”的思路。

在 OECD 组织的欧洲国家中，医疗保险机构，甚至是医疗服务机构大都由政府经营，并不存在天然的竞争格局，但是受困于不断攀升的医疗费用，以及更快更有效地满足人们医疗需求的要求，自上世纪 80 年代开始，欧盟体系内很多国家开始不断对其医疗体系进行改革，主要通过分权和引入竞争的方式，以提高医疗体系的反应能力和效率。

在英国，自撒切尔(Thatcher)时代开始其医疗体系改革的核心方面就是将医疗服务的提供者与医疗服务的购买者区分开来，即公共资金拨付给代表病人的医疗服务购买者而非直接拨付给医疗服务提供者，主要目标是在国家卫生服务体系中引入激励因素。医疗服务购买者主要分为两类：地区健康当局(district health authorities)与全科医生资金持有计划(General Practitioner fund-holding schemes)。这一改革措施通过将服务购买者与提供者分开并促进提供者之间的竞争，从而在医疗体系中建立内部或准市场。尽管 1997 年该改革被取消，但新政府建立了一个新的内部竞争机制。2003

年新政府用基本医疗信托（primary care trusts，医生和其它专业人员掌有管理权）取代了地区健康当局。与此同时，还允许一些医院拥有较高的自主权，并允许私人投资进入医疗服务市场（Gottret and Schieber, 2006; Cutler, 2002）。

瑞士、芬兰、葡萄牙、西班牙等国家，也先后在 80-90 年代通过分权的方式将更多的医疗服务的资金筹集与管理，以及医疗服务体系内的治理权力下放给地方，而中央政府更倾向于执行法律法规、全国性政策制定与监管的上的职能。意大利于 1992 年开始将区域内医疗管理、资源配置的权力部分移交给地方，1995 年开始允许人们在社会保险体系之外参加商业医疗保险，1997-2000 年通过一系列法案赋予地方政府医疗服务资金的筹资与财政权力，使得地方医疗服务机构拥有更大的资金管理、决策自治权，从而逐步建立了一个类似于英国的内部医疗市场。这一系列的改革通过引入市场机制打破原有的垂直管理等级体制，通过合同关系分离医疗服务的交易双方，从而鼓励医疗体系内的参与各方（包括地方政府，尤其是医疗服务提供机构）的创新与竞争，从而提高整个体系的效率、质量并增加病人的选择机会。

在最初的致力于“成本控制”的改革浪潮中，很多政府都倾向于通过增加居民共付等社会参与来缓解国家财政压力，80 年代这种通过减少公共/强制性健康保险涵盖范围的“节约”健康费用支出的方法为私人保险参与提供了发展机遇，导致了一次悄无声息的健康保险的私有化浪潮。之后的结构性改革使得原来的俾斯麦体系国家医疗体系朝着不同方向发展：德国和荷兰形成了保险资金不断竞争的局面，而法国则倾向于建立全民健康服务体系。1996 年，法国的朱佩（Juppé）政府发动了以建立国家主导的管理医疗体系为目标的改革，方法就是在已有的国家医疗保险体系中引入美国“管理医疗”的种种手段。由于健康保险体系内缺乏效率和创新动力，荷兰也通过 1991 年的西蒙（Simon）计划与 2005 年的改革逐渐将竞争（有管理的竞争）引入保险行业：1991 年允许选择疾病基金，2005 年的改革则通过消除强制性健康保险与私人保险之间的差异而将竞争推广至整个医疗体系当中（Shut F., Van de Ven W., 2005）。德国是最先以立法形式推广医疗保险的国家，其公立与私营医疗服务机构大约各占 1 半。德国规定所有从业者都必须参加医疗保险，费用在雇主和雇员之间均分，并分别于 1993 年，1997 年允许人们在各种竞争性的“疾病基金”中选择投保。在当时，德国的疾病基金大约有 1000 多家，这些基金相互独立，一般由非盈利性组织而非政府进行管理，均在法律框架下运营，所有社会保险基金基本涵盖相同的医疗服务并且收取类似（但并非完全相同）的保费并以协议价格的方式对提供医疗卫生服务的医院进行直接补偿，患者分担的费用比例较低。为了确保健康资金的稳定性，政府会将参加人员患病风险更低的健康保险计划的资金，通过风险等价方案转移支付给那些参加人员患病风险更高的计划。政府希望通过这种制度安排，促使不同保险计划通过更好地制约医疗服务机构，更好地管理医疗保险基金而进行竞争，而不是去从事针对消费者的风险选择竞争（Jost, 2004）。

总结来看，虽然在目前各国的医疗体系改革进程之中，由于“路径依赖”导致所采用的政策手段各个不同，但共同的思路都是致力于引进竞争机制，以改善医疗体系中的激励。引入竞争的重点在不同国家有所不同。一些国家主要是增加其医疗保险体系中的竞争，一些“公共-融合模式”的国家则致力于将医疗服务的购买者和提供者分离，从而在医疗服务提供体系中引入竞争。这些改革思路，通过扩大消费者的选择范围，使得医疗保险机构以及医疗服务提供机构等相关利益方，对于消费者的利益给与了越来越多的关注，逐渐改变了原有的比较僵化和缺乏效率的国家集权医疗体系，一定程度上提升了医疗体系效率和居民的满意度。

按照 Docteur and Oxley（2003）的总结，虽然全面准确地评价竞争的效果还需要时间，但从一些初步的评估结果来看，这些国家的改革措施虽然在一些方面已初见成效，但并没有从根本上实现其改革的初衷。其中主要的原因在于与引入竞争机制相配套的各种环境还没有准备充分。例如，传

统的中央预算和管制模式与竞争机制的要求没有很好融合；由于医疗服务机构一定程度的短缺造成其市场势力较大，从而在局部形成垄断局面；购买者也缺乏相应的信息和技能，缺乏有效的制约医疗服务提供机构的手段；政策制定者对于医疗市场的复杂性也估计不充分。种种这些原因，导致决策者希望在其医疗体系中引进的竞争力量非常微弱。一些学者甚至认为（LE Grand, 1999），有效的竞争并没有在这些国家中真正出现。在一些国家（如新西兰），甚至出现改革的倒退。然而，即使引进竞争机制的改革还处于艰难的探索之中，但方向似乎并没有逆转。比如在很多改革后“公共-融合模式”的国家，购买者与服务提供者的分离就基本上被保持下来，这就提高了购买者的地位，保证资金的流动更具透明度，也为未来引入各种竞争因素保留了空间。

#### 四、简短的讨论

本文扼要回顾了部分发达市场经济国家的医疗体制改革经验。由于医疗服务寄托了人们关于公平的诉求，尤其是在二战之后，发达市场经济国家的政府就开始注重建立统一覆盖的医疗保障，以促进居民医疗服务的平等可及。在这一统一覆盖的医疗保障体系得以建立之后，医疗支出的大部分责任开始由公共部门承担。随着经济发展和医疗技术水平的大幅度提高，公共部门所承受的医疗支出负担越来越大，改革的重点开始转向如何控制费用的增长上。针对这一问题，最开始各国采用的政策手段主要是对需求方的配给和供给方的控制。这些政策措施虽然在短期内起到了一定的控制医疗费用的效果，但正如经济理论所分析的那样，这种以需求和供给两方面配给为特征的政策措施，只是将费用上涨的压力转化为以其他无效率的方式（如排队等）体现出来，因此它在长期内是不可持续的。因此，近些年来的改革开始高度关注医疗体系内合理激励机制的设计，改革的重点是如何有效引入竞争机制以提高医疗体系的效率。虽然全面评价新一轮改革的绩效还为时过早，但一些初步的评估结果显示，由于有利于竞争机制发挥作用的环境还不够完善，竞争的效果还没有充分发挥出来。总而言之，各国并没有找到医疗体制改革的灵丹妙药，改革依然任重道远。

来自于这些发达市场经济国家医疗体制改革的经验教训，可以给我国以很好的启示。在我们看来，目前中国医疗体制改革的关键问题是还没有完全建立起来一个适应市场经济体制的，覆盖所有人群的医疗保障体系。也就是说，我国目前正面临发达市场经济国家第一阶段的改革任务。按照世界银行的核算，我国 2005 年按购买力评价核算的人均 GDP 为 5791 美元，如按年均 9% 增长，则 2007 年将达到 6800 美元左右。从前文对历史的回顾也可以看出，若干发达国家也是在这样的经济发展水平（甚至更低的人均收入水平）时，正式将建立一个统一覆盖的医疗保障体系作为政策目标。因此可以认为，目前我国已经具备扩大医疗保障覆盖比例，达到统一覆盖的基本条件。令人欣慰的是，我国政府目前已经开始大力推进城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的建设。我们可以期待，通过这三大公立医疗保险体系的推进和完善，建立一个覆盖所有人群的医疗保障体系为期不远。

需要提请注意的是，为构建一个覆盖所有人群的医疗保障体系，我国目前面临的约束条件与当初的发达市场经济国家可能有所不同。一个显著的差别在于由于医疗技术的进步和扩散，医疗服务对于人的健康越来越重要，随之而来的即是今天的医疗费用越来越高。换句话说，当初这些发达市场经济国家只要花费较低比例的人均收入即可以实现较好的全面医疗保障覆盖。而在我国，在实现人群全覆盖的同时，就必须同时关注医疗费用上涨对公共部门所带来的财务压力。在这两方面，来自于发达市场经济国家的改革探索，无论是经验还是教训都可以给我们很好的启示。

#### 参考文献：

Blendon, Schoen, Desrpches, Osborn, Scoles and Zapert, "Inequities in health care: a five-country survey", *Health Affairs* 21(3): 182-190, May/June.

David M. Cutler, "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform", *Journal of Economic Literature*, Vol .40, No. 3/2002, pp881-906.

Cutler, DM, McClellan, M, Newhouse, JP. "How does managed care do it?." *Rand Journal of Economics*. 31: 526, 2000.

Elizabeth Docteur and Howard Oxley, *Health-Care Systems: Lessons from The Reform Experience*, OECD Health Working Papers No.9, 2003.

Geoffrey R. Weller, "Common Problems, Alternative Solutions: A Comparison of the Canadian and American Health Systems", *Policy Studies Journal*, Volume 14, Issue 4, Page 604-620, Jun 1986.

LE Grand, J., "Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service", *Health Affairs*, 18:3 1999.

Mark V. Pauly, 1994, "Universal health insurance in the Clinton Plan: Coverage as a Tax-Financed Public Good", *Journal of Economics Perspective*, Vol.8, No.3 pp.45-53.

Mary Ann Feldheim, "Managed Competition in Florida Health Care: Its Strengths and Weakness", *Public Studies Review*, Winter 2000, 17: 4, pp.61-76.

Michael I. Harrison, *Implementing Change in Health Systems: Market Reforms in Health Systems in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*, Sage, 2004, 256.

Naoki Ikegami, "The Japanese Health Care System—Achieving Equity and Containing Costs Through a Single Payment System", *the American Heart Hospital Journal*, 2007; 5: 27 - 31.

Pablo Gottret, George Schieber, *Health financing revisited: a practitioner's guide*, Washington, DC : World Bank, 2006.

Shunya IKEDA, "Health-care system in Japan", *Psychogeriatrics* 2004; 4: 111 - 113.

Shut F., Van de Ven W., "Rationing and competition in the Dutch health-care system", *Health Economics*, 14 (1), pp.59-74, 2005.

Timothy Stoltzfi Jost, "Why Can' t We Do What They Do? National Health Reform Abroad", *the Journal of Law, Medicine & Ethics*, Volume 32, Issue 3, Page 433-441, Sep 2004.

富克斯, 《谁将生存? 健康、经济学和社会选择》, 上海: 上海人民出版社, 2000。

麦迪森, 《世界经济二百年回顾》, 北京: 改革出版社, 1997。



## 第五章 政府为什么要干预医疗部门？\*

### 一、引言

正如 1982 年诺贝尔经济学奖得主施蒂格勒在其回忆录中所说，“亚当·斯密，及其前辈和后辈者们几乎都在致力于向政府建议，什么该做，什么不该做。”<sup>9</sup>在最近关于中国医疗体制改革的讨论中，施蒂格勒的这一论断又得到了验证。政府的作为或者不作为，在斯密的中国后辈们看来，似乎已经成为解决当前我国“看病难、看病贵”问题的关键所在。

近年来，中国医疗体制改革问题逐渐成为公众讨论的焦点。自改革开放之后，我国医疗卫生费用占GDP的比例已从 1980 年的 3.17%，上升到 2005 年的 4.7%。与此同时，在卫生总费用的构成中，个人的卫生支出所占比重已从 1980 年的 21.2%，上升到 2004 年的 53.6%；而政府预算卫生支出，以及由雇佣机构和社会保险机构支付的社会卫生支出所占比重都大幅下降。<sup>10</sup>数字的背后，体现的是我国医疗体制在过去三十多年中的巨大变化。在计划经济时期，我国通过对医疗机构的财政补贴及价格控制，大幅降低了医疗服务和药品的价格；同时，通过“公费医疗”、“劳保医疗”、“合作医疗”等方式，给予不同身份的居民一定程度的医疗保障。改革开放之后，一方面受财政体制变化的影响，政府对于医疗服务机构的财政投入比例越来越低，加上其他原因促使居民就医的费用大幅上涨；另一方面，随着市场经济机制的逐步确立，原来农村中依附于集体经济，城市中依附于“单位”的医疗保障体系逐步丧失存在的基础，而新的保障体系未能及时建立。这两方面因素的结合，使得我国居民的医疗负担大幅上升，而政府在医疗卫生方面所承担的义务在大幅下降。

正是在这样的背景下，“看病难、看病贵”问题日益成为社会关注的焦点。尤其是自 2005 年国务院发展研究中心发布《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》的报告以来，社会各界就我国医疗卫生体制改革的讨论渐入高潮。讨论中较为一致的意见即是要强化政府在医疗卫生领域的责任，然而各方对如何强化政府责任却分歧较大。一种观点认为，政府应当在卫生筹资上承担责任，采用社会医疗保险的方式推进全民医保；另一种观点认为，政府除了在筹资上要承担责任之外，还应当采用包括直接提供服务的方式干预医疗服务市场。由此产生所谓“市场派”和“政府主导派”之争。显然，按照施蒂格勒的说法，两派观点在政府“什么该做，什么不该做”方面既有共识，又有很大的分歧。

本文关心的问题，并非是政府该做什么，不该做什么这样具体的政策建议，而是在理论上分析政府为什么要干预医疗部门。对于这一问题，在目前的讨论中人们或者提到发达国家政府干预的经验，或者从理论上指出医疗卫生部门存在严重的市场失灵，因此需要政府干预。在本文看来，单纯认为我国应遵循发达国家政府干预的经验，而缺乏对这些国际经验的历史考察，不理解其背后的运行机制，容易产生“淮桔成枳”问题；简单指出医疗部门存在市场失灵即需要政府干预，而缺乏深入的分析，则可能没有抓住问题的关键，容易对目前的政策讨论产生误导作用。

本文的中心论点是认为，政府对于医疗部门的干预，主要是基于公平角度的考虑。从历史以及理论的分析出发，医疗部门的政府干预并非是如“市场失灵论”所认为的那样：医疗服务（或者基本医疗服务）是公共物品；政府干预有助于解决医疗服务固有的信息不对称问题和道德风险问题。为说明这一点，本文第二部分首先总结发达国家政府干预医疗部门的历史进程；第三部分主要从理

\* 本文由汪德华、白重恩执笔，已发表于《比较》第 36 辑，2008 年 6 月。

<sup>9</sup> 乔治·施蒂格勒，《乔治·施蒂格勒回忆录：一个自由主义经济学家的自白》，中信出版社，2006 年，第 85 页。

<sup>10</sup> 相关数据来自于《中国卫生统计年鉴 2006》，其中 GDP 数据均采用第一次全国经济普查后的数据。

论上阐述本文的中心论点；最后是讨论以上分析对于我国医疗体制改革的启示。

## 二、发达国家政府干预医疗部门的历史进程

如果观察今天的世界各国，政府在医疗卫生领域所起的作用非常广泛。首先，各国政府都致力于为居民提供公共卫生服务，一般都是政府直接组织生产，为居民提供免费的免疫接种、传染病防治、环境健康等方面的服务。其次，政府还会通过税收或者补贴等手段，鼓励或者限制与健康相关的活动，如以财政补贴大力支持医学科研和教育，对非盈利性医疗机构免税，对个人或私营组织交付的医疗保险金允许在税前扣除<sup>11</sup>，对吸烟、饮酒等可能影响健康的行为高额征税等。最后，医疗卫生领域的政府管制非常突出。例如，各国都有专门的药品监管机构，以管制药品质量；主管部门对于医护人员、医疗保险公司的执业也要有严格管制。再例如，很多国家对于医疗机构的进入、投资、收费或者服务定价等方面，也有相应的管制措施（Salkever,2002）；甚至对于医疗机构所采用的诊疗措施，也会有专门的委员会进行审查以判断其是否必要。

然而在所有的政府干预措施中，最为引人注目的当是各国政府在医疗保障方面的努力，这也是本文关注的重点。如Cutler（2002a）所说，各国政府在提供医疗保障方面的努力，通俗的说即如何做到“全民医保”，是政府干预医疗卫生领域的最主要方面；从财政的角度看，这也是政府在医疗卫生领域花费资金最多的地方。按照WHO提供的数据计算，2004年世界各国卫生总费用占GDP比重为6.38%，而其中58.75%是公共支出，由此使得世界各国医疗卫生方面的公共支出占到政府总支出的11.18%。<sup>12</sup>以发达国家为例，2000年OECD各国由政府提供的医疗保障人口覆盖比率的平均值为93%，由此发生的支出占卫生总费用的比重平均值为72.2%，占GDP的比例为5.7%。其中美国是个例外，其公共医疗保险主要向穷人和老人等提供，人口覆盖比例仅达25.3%，但是为此所支出的费用却达到卫生总费用的44.2%。<sup>13</sup>也就是说，美国公共医疗保险覆盖的国民数量虽少，但是它啃得都是硬骨头。

从方式上看，各国政府为达到医疗保障的广泛覆盖，主要采取两种模式：一是社会医疗保险模式，即由政府采用财政补贴、主办医疗保险机构或者立法强制等方式，负责给居民提供医疗保险，而很少直接经营医疗服务机构。居民所缴纳的保费一般与其收入水平相关，而与其风险类型无关，以满足社会公平的要求。典型的如加拿大、法国、日本、美国、德国等；另一种是国家卫生服务模式，即由政府直接经营国有医疗机构，向国民提供免费或者低价的医疗服务，如英国、意大利等。当然，这两种模式在多数国家是相互交叉的，即使在实行医疗保险模式的国家也有国有医疗机构，如像美国这样以私有体制为主的国家，政府也直接运营了15%的医院；而像英国这样典型的国家卫生服务模式的国家，政府也为部分人群提供一些医疗保险。

到今天，绝大多数发达国家都已经建立了较为完善的医疗保障体系，而发展中国家也正在努力实现“全民医保”的目标。然而回顾历史，这种以建设普遍覆盖的医疗保障体系，保证居民就医平等可及为目标的政府干预，只是到19世纪末才开始，到二战后才大规模展开。医学史的研究表明，在二十世纪之前，医疗服务对于解决人类的疾病痛苦几乎没有什么作用。正是因为如此，世界上很少有政府介入医疗保障领域，仅有部分国家存在为低收入产业工人提供互助性疾病救助。1883年，

---

<sup>11</sup>在美国，政府为鼓励雇主为雇员提供商业性医疗保险，规定该项支出对雇主和雇员都不征税，每年为此付出的税收代价约为600亿美元。参见Cutler（2002a）。

<sup>12</sup>原始数据来自于<http://www.who.int/entity/whosis/indicators/2007NationalHealthAccounts/en/index.html>。汪德华（2007）的分析也指出，无论是卫生总费用占GDP的比重，还是医疗卫生方面公共支出占卫生总费用的比重，均与人均GDP正相关。

<sup>13</sup> 相关数据来自于Elizabeth Docteur and Howard Oxley（2003）。

德国的俾斯麦首相为了应对当时的社会主义思潮，开始推动社会保障体系的建设。其中就包含采用立法的形式，要求产业工人必须参加强制性的社会医疗保险。按照规定，医疗保险费用由工人和雇主分担，工人承担的部分与其工资成比例，政府也为部分工人参保提供一定的财政补贴（Cutler and Johnson, 2004）。德国的这种强制性医疗保险首先在收入低于一定水平的蓝领工人中展开，从而在发达国家中拉开了由政府为居民提供医疗保障的序幕。此后，一些西方发达国家纷纷跟进，奥地利（1889年），挪威（1909年），英国（1911年），日本（1922年），法国（1930年）等国均开始学习德国的方法，推广强制性社会医疗保险。和德国类似，这些国家在推广社会医疗保险之初，主要面向低收入蓝领产业工人，然后逐步扩大覆盖范围。比如日本到1938年开始在农村推广以自愿参加为基础的医疗保险，1939年开始强制要求白领工人参加医疗保险。

在大萧条至二战期间，丹麦（1933年）、葡萄牙（1935年）以及新西兰（1938年）等国受凯恩斯主义的影响，为了应对大萧条开始积极建设医疗保障体系；荷兰（1941）、西班牙（1942）、意大利（1943）在其法西斯政府的主导下，也开始推进覆盖低收入工人或者全部雇员的医疗保障体系的建设（Cutler and Johnson, 2004）。<sup>14</sup>事实上，这些发达国家的医疗保障体系的建设过程并非是一帆风顺，往往会遭到很多利益团体（一般是医疗工会或私营医疗保险机构等）的反对。一些国家甚至由于各种利益团体的反对而最终放弃了医疗保障体系的建设。典型的如美国的罗斯福政府，曾于1935年开始推行社会保障体系的建设。在最初的计划中，包含了由政府推广强制性医疗保险的内容，但由于反对派的压力最终放弃了这一内容。在随后的几年里罗斯福还专门成立了一个委员会，召开全国卫生会议以推动强制性的医疗保险计划，然而由于美国医疗协会等利益团体的反对，这一努力最终失败。

二战之前各国的医疗保障体系主要是采用强制性医疗保险模式，基本上是在正式就业的工人，尤其是低收入蓝领工人中推广；资金来源主要是由工人和雇主共同缴纳的，按一定比例工人工资计算的保险金。这种筹资方式有便于操作的优点，但由于其主要局限于正式就业人群中，也导致社会医疗保险的推进步伐较为缓慢。例如在德国这个社会医疗保险的先驱国，其二战之前医疗保险的覆盖面仅为44%（魏托·坦齐等，中译本，2005）。二战之后，各国开始将重点放到如何扩大医疗保障人群覆盖面上。在激烈的辩论之后，英国于1946年开始逐步放弃原来的社会医疗保险模式，转为构建国家卫生服务体系（NHS），即采用税收筹资的方式，建设国营医疗机构为所有人群提供免费或低价医疗服务，以实现“全民医保”的目标。这一体系于1948年开始实施，从而拉开了各国推进医疗保障人群全覆盖的序幕。葡萄牙于1979年，意大利于1978年，西班牙于1986年转向类似于英国的NHS体系，实现全民医保的目标。而日本（1958—1961）和法国（1967）等依然采取强制性医疗保险模式，也相继达到人群基本全覆盖的目标。加拿大（1966—1971）作为发达国家推进全民医保的后来者，通过由财政出资推广强制性医疗保险的方式，快速地实现了全民医保的目标。澳大利亚（1975）通过财政补贴鼓励自愿参加医疗保险的方式，瑞士在其覆盖率已达90%的商业医疗保险的基础上，1996年通过立法强制居民参加医疗保险，也实现“全民医保”的目标。<sup>15</sup>

在发达国家中较为特殊的是美国。虽然美国是非常发达的国家，但是其直至1965年才开始实施公共医疗保险项目。美国的公共医疗保险项目主要是Medicare和Medicaid，其覆盖的人口仅包括老人、小孩和穷人等。但在政策层面，正如Poterba（1994）所指出的，自罗斯福开始，几乎美国的每一位总统都试图建立一个覆盖全民的医疗保障体系。如同罗斯福总统一样，战后的杜鲁门总统

---

<sup>14</sup> 荷兰当时被德国占领。

<sup>15</sup> 瑞士的医疗保险依然主要的运作交给私营公司的方式虽然居民参加的是商业医疗保险公司，但居民所缴纳保费、保险公司提供的利益包，政府都有严格的规定，并非是商业医疗保险公司可自行决定的。例如法律要求居民所缴纳的保费即与其所处社区或单位相关，而与个人的风险类型无关。

同样召开专门的全国会议以推动建立全国性的医疗保障计划，最后还是以失败告终。到了 1960 年代，与中国当前的情况类似，由于医疗费用快速上涨，一些低收入阶层以及老年人无法负担医疗费用的问题变得日益突出，加上当时的约翰逊总统在政治上所获得的广泛支持，由政府筹资为主要形式的 Medicare 和 Medicaid 计划才最终得以通过。后来的如克林顿总统，在 1992 年他依靠在卫生体制改革方面的承诺赢得了大选，并于 1993 年年初成立了一个由官员、参议员、卫生政策专家和其他人员组成的一个庞大的特别工作组，以形成一个全民医疗保险的计划，然而到 1994 年年中，由于一些如保险公司等利益集团的强烈反对，以及公众对于计划可能带来的巨大腐败的担忧，这一计划最终依然失败。在最近的 2008 年美国总统选举中，如何实现“全民医保”目标依然是候选人辩论的热点问题。但是随着新的领导人上台，是否就可以实现美国的全民医保，依然无法预测。按照富克斯（中译本，2000）及大多数卫生经济学家的意见，这里的主要原因可能在于自立国之初，美国社会对于政府就存在一种天然的不信任态度。当然，美国的商业医疗保险一直非常发达，其人口的 85% 左右都有医疗保险。

表 1 1910 年前后-1990 年公共医疗支出占 GDP 比重

国家	1910 年前后	1930 年前后	1960	1980	1990
澳大利亚	0.4	0.6	2.4	4.7	5.8
加拿大	...	...	2.3	5.4	7.0
法国	0.3	0.3	2.5	6.1	6.7
德国	0.5	0.7	3.2	6.5	7.0
意大利	...	...	3.0	6.0	5.9
日本	0.1	0.1	1.8	4.6	5.5
新西兰	0.7	1.1	3.5	4.8	5.7
挪威	0.4	0.6	2.6	6.5	6.9
瑞士	...	0.3	2.0	5.4	6.9
英国	0.3	0.6	3.3	5.2	5.8
美国	0.3	0.3	1.3	4.1	6.3
平均（原表）	0.3	0.4	2.4	5.8	6.4

资料来源：转引自魏托·坦齐、卢德格尔·舒克内希特（中译本，2005）。原表中部分国家被删除。

伴随着各国公共医疗保障覆盖人群范围的扩大，政府在医疗方面的支出也越来越大。从表 1 可见，在二战之前，由于医疗保障覆盖的人群范围并不广，而且受益水平较低，因此政府的公共医疗支出并不高，其占 GDP 的比重在 1930 年平均值也仅为 0.4%。到了 1960 年代，一方面各国全民医保的目标已基本达到，另一方面医疗保障的范围也越来越慷慨，加上医疗技术进步所带来的成本上升，公共医疗支出占 GDP 的比重开始飞速上升，1960 年平均值已达到 2.4%，1980 年较 1960 年更是翻了一倍以上，达到 5.8%，1990 年进一步上升到 6.4%。这样高额的公共支出也带来了巨大的压力，各国政府开始将改革的焦点放到微观机制的创新上，以控制医疗成本上升，提高效率，具体的分析参见白重恩等（2007）。

### 三、政府干预医疗部门的主要原因

按照公共经济学（斯蒂格利茨，中文版，2005）的分析框架，政府干预市场运行的原因主要有

效率和公平两个层面。从效率角度看，由于垄断、公共物品、外部性、信息不对称和不完全，以及宏观失衡等问题将导致市场运行失灵，无法达到帕累托最优，由此需要政府干预。从公平角度看，市场运行即使有效，也可能带来非常不公平的分配后果，而分配公平同样应是社会追求的目标，需要政府加以干预。回顾发达国家上个世纪的历史，可以发现各国政府都在积极的采用多种方式干预医疗卫生市场，尤其是在医疗保障领域。为什么政府要积极干预医疗卫生市场呢？显然这也可以按照公共经济学的框架来分析，从市场失灵和再分配两个角度进行探讨。

这里首先需要明确的是，医疗卫生服务可以区分为两个方面：一类是公共卫生服务，例如免疫接种、传染病防治等；另一类是普通的医疗服务，即对于个体疾病的诊断和治疗。对于前者，从理论上讲其作为公共物品或者外部效应的特征非常明显，在实践中各个国家也都将提供公共卫生服务看作政府的责任。学术界在这方面的讨论分歧较少。对于后者，在实践中多数国家的政府都至少在医疗保障领域担负着重要责任，但其与普通的物品究竟有什么不同？为什么需要政府干预而不是放任自流？尤其是我国学术界对此的认识就较为模糊，如引言中所指出的，目前主流的观点还是认为由于公共物品和信息不对称，医疗市场存在市场失灵，从而需要政府干预；而在本文看来，政府干预医疗市场的最主要原因是出于再分配目的。

## （一）市场失灵

### 1. 公共物品

在最近有关我国医疗体制改革的讨论中，一个常见的观点即是认为医疗服务是公共物品，或者认为至少基本医疗服务是公共物品。例如国研中心课题组（2005）在论述为什么要加强医疗市场的政府主导作用时，理论依据即是医疗服务特别是基本医疗服务具有公共品或准公共品性质。甚至一些反对政府主导作用的学者也认为，医疗服务是公共物品，只不过一些其他公共行业的经验证明，公共物品也可以私人提供。由此可见，在目前的讨论中，医疗服务，尤其是基本医疗服务是公共物品的观念已经深入人心。

然而从理论上讲，虽然公共卫生服务应当被看作一种公共物品，但针对个体的医疗服务却很难发现其具有公共物品的特性。按照经济学的解释，公共物品应具有两个特性，一是非竞争性，即当增加一个人消费此产品时，并不影响原有人的消费，或者说消费的边际成本为零；二是非排他性，这是指物品的所有者在技术上无法排除其他人对此物品的消费。自然，现实中并不存在完全的私人物品和纯公共物品，存在的仅是按照竞争性和排他性程度不同组合而成的混合物品。对照这些定义，基于日常的经验就可以得出结论：与普通的物品相比，医疗服务并不具备多少非竞争性和非排他性特征。一方面，无论是医生的诊断服务，还是药品、医疗设备，竞争性特征都非常明显，在技术上无法做到不花费成本而让同一服务或药品被不同的患者使用。另一方面，我国第三次全国卫生调查数据发现，城市人口的 27.8%，农村人口的 30.3% 医生诊断应住院而未住院，其中 70.0% 是由于经济困难；显然，这些应住院而未住院的患者，就是受“排他技术”的影响而被医疗机构排除在其门外。

基于以上分析，按照经济学对公共物品的定义，针对个体的医疗服务并非是所谓公共物品，而是私人物品。这一观点事实上是被广为认可的。如在经典的公共经济学和卫生经济学的教科书上（斯蒂格利茨，中译本，2005；富兰德等，中译本，2004），医疗服务都被认为是私人物品公共供给的典型，并非国内学者所指出的公共物品私人供给。而在卫生经济学的奠基之作，Arrow（1963）对医疗服务特殊性质的分析中，并没有提到医疗服务作为公共物品或者具备外部效应这一问题。由此可见，目前有关医疗服务是公共物品的观点，或许正如马珺（2005）所指出的：“公共物品……成为一

个不再具有严肃理论内涵的、被滥用的概念，甚至成为一种“政策标签”，面临着沦为政府政策合法化工具的风险。”

## 2. 医疗服务领域的信息不对称和道德风险

相比较而言，在教育部门中人们较多关注其公共物品特性所引起的市场失灵问题，而在医疗部门中人们更多地关注其信息不对称所引起的市场失灵问题。Arrow（1963）就已经指出医疗服务领域的信息不对称问题非常严重，这一点在后来也被卫生经济学家一致公认。信息不对称首先体现在医患关系中。由于现代医学技术进步越来越迅速，病人对于自身健康状况的了解以及相关医学知识的掌握一般说来要远低于作为代理人的医生，由此可能产生委托代理关系中的利益冲突问题。在事前来看，病人一方面对于自身疾病的诊断认识不足，另一方面对于疾病治疗措施的效果也认识不充分，这两方面因素的结合使得医疗机构在医患关系中处于强势地位；在事后来看，由于医疗服务市场的极端不确定性（Arrow，1963），病人也难以验证以上信息。再加上患者购买医疗服务往往是一次性的，而非重复购买。这一切都可能使得医疗机构利用其信息优势，产生诸如“供给诱导需求”等道德风险问题。

由此可见，医疗服务领域的信息不对称和道德风险问题确实非常严重，但是这是否意味着政府直接介入医疗服务提供领域，就可以克服或者缓解这些问题呢？一些学者认为政府的参与没有营利性动机，由此使得医疗服务机构道德风险问题将不复存在。对于这一点，首先是否有营利性动机与是否国营没有必然关系，而是与其制度设计有关。民间组织并非一定要有营利动机，现实中存在的大量非营利医疗服务机构即是例证。反之，国营医疗机构也完全可能以收入最大化为其目标。其次，即使是政府参与能够做到使医疗机构没有营利性动机，也并非意味着道德风险问题会消失，而是会以其他的方式体现出来。道德风险问题主要是微观上激励机制设计的后果，不同的激励机制将产生不同的道德风险后果。在有营利性动机的情况下，道德风险可能体现为“供给诱导需求”等费用上涨问题；而在服务提供与其自身收入没有关系的情况下，道德风险问题可能体现为医务人员旷工，对医疗质量的漠视，服务态度变差等方面。其三，毫无疑问，政府存在政府失灵问题，这一点在医疗服务提供方面同样会存在。最后，从各国政府干预的历史来看，大多数国家的政府并没有直接控制医疗服务机构，而是让私营机构来提供医疗服务。这从实践层面也说明各国并没有寄希望于政府干预就可以解决医疗机构的道德风险问题。总结来看，虽然信息不对称在医疗卫生服务领域中较为严重，这并不意味着政府直接参与其服务提供领域能做得更好，而是要求政府在监管等方面发挥重要作用。

## 3. 信息不对称及医疗保险市场的竞争失灵

信息不对称的另一个表现在医疗保险市场。由于 Arrow（1963）所指出的医疗服务的不确定性，使得医疗市场对于保险的需求非常强。然而由于投保人对于自身的健康信息更为了解，因此在投保时存在逆向选择问题。从另一个角度看，以获取最大利润为导向的商业医疗保险公司，则往往会采取“撇脂战略”，即开发出各种刷选投保人风险类型的手段，选择患病风险低的投保人，并向高风险类型的投保人收取更多的保险金或者拒绝其参保。自然，保险公司的这种风险选择行为与政府推进“全民医保”的目的是相违背的。逆向选择也可能导致部分低风险投保人不愿意参保。

由于以上问题，传统的商业医疗保险无助于实现满足社会一致性的“全民医保”目标。要达到“全民医保”，需要采取强制或其他方式促使所有居民都会参保；同时保费缴纳应符合公平的要求，即应与参保人收入水平正相关，而与其患病机率不相关。许多国家都采取由政府主办医疗保险的方式来达到解决这些问题，其资金来源或者直接来自于税收，或者由雇主和雇员共同分担的方式筹集。也有一些国家未设立公办医疗保险机构，而是利用民营医疗保险机构组织运营，但政府采取立法强制参保并严格管制保险机构经营行为的方式，以达到全民医保，一个典型的例子即是瑞士。

公办医疗保险机构同样存在信息不对称问题，从而产生治理不善这样的政府失灵问题。由此能否多设立几家医疗保险机构，通过引入竞争的方式来解决公办机构的效率低下问题呢？这一点在各国的政策讨论中都受到了广泛的关注。从理论上讲，医疗保险机构之间的竞争既有可能促使其更好地监督制约医疗服务机构，从而提高医疗保险资金的效率，为参保人提供价格更低、质量更好的服务；也有可能促使其更多地采取“撇脂战略”，采用风险刷选手段吸引风险程度较低的参保人。因此其总体上究竟是利还是弊难以确定。在发达国家的现实中，像美国的商业医疗保险机构竞争就非常激烈；而像德国、荷兰、瑞士这些国家，均由多达数百家医疗保险机构负责全民的医疗保险，保险机构之间的竞争格局也一直存在，政府也一直有意于加强保险机构之间的竞争程度。这些国家的经验实际上为我们回答以上问题提供了很好的案例。富兰德等（2004）通过美国和加拿大的对比指出，医疗保险机构之间的竞争往往会导致过高的管理成本。Stefan（2006）总结德国、荷兰和瑞士三国的经验发现，一方面，虽然各国政府都按照一些标准进行风险调整，使得保险公司吸收高风险参保人能得到相应的补偿，但三国的医疗保险机构仍有较高的激励进行风险选择（其中荷兰相对较好）；另一方面，由于三国的保险公司均非常分散，加上政府对于保险公司和医疗机构的经营有很多的管制措施，因此三国的医疗保险机构均缺乏有效的手段监督制约医疗服务机构。也就是说，在保险机构相互竞争的情况下，即使其有动力为参保人提供价格更低、质量更好地服务，却没有相应的手段。由此在总体上看，这些国家的经验说明，目前确保医疗保险机构竞争能够发挥效率的基础还较为缺乏。

以上分析表明，即使是基本的医疗服务都不具备多少公共物品的特征，因此以此为理由要求政府干预医疗部门是一种错误的认识；医疗服务市场信息不对称和道德风险问题虽然比较严重，但这种市场失灵能在多大程度上解释现有的医疗部门政府干预，是一个值得怀疑的问题。唯有医疗保险市场的竞争失灵，需要政府强有力地干预医疗保险机构的运作，或者直接经办。有关医疗市场存在市场失灵的理由还可以列出很多，诸如医疗机构存在进入障碍，存在局域垄断；医疗机构大都是非盈利性机构等。然而，正如 Poterba（1994）所总结的，“在医疗市场中，列出潜在的市场失灵很容易，但是量化这些市场失灵的重要性，或者指出其与政府干预之间的关系却很困难。”

## （二）再分配

从上述分析可见，所谓公共物品、信息不对称以及道德风险等市场失灵问题都不应是国家干预医疗市场的主要原因。或者如斯蒂格利茨（中译本，2005）所指出的，政府在医疗部门中起作用的一个主要原因与效率无关。即使医疗市场完美有效，从特定平等主义（Specific Egalitarianism）的社会价值观出发，政府也应当加以干预。这即是政府干预医疗市场的再分配视角。按照 Wagstaff and Doorslaer（2002）的分类，这种特定平等主义又有两种理论来源。

其一是从利他主义角度考虑。这依然是在新古典经济学的框架内。上文已经指出，那种认为医疗服务是公共物品的认识并没有理论上的支持。事实上，这种混淆认识在思想史上也有其渊源。在上个世纪六十年代中期，由于一些发达国家纷纷加强政府对医疗卫生领域的公共支持，以增加国民的医疗服务的可及性，尤其是英国国家健康服务（NHS）体系的引入，经济学界曾对医疗服务是否具有公共物品特性有过广泛的讨论。Hurley（2000）将这场大讨论总结为三个阶段：第一阶段的结论认为，像传染病、个人可以采取的降低患病率的活动（如洁净的水、空气，防疫行动）等具有间接的外部效应，除此之外，普通的医疗服务较一般的物品并不具备多大的公共物品特性。因此，政府的政策干预应当仅限于这些具备公共物品特性的公共卫生服务上。第二、第三阶段讨论的结果认为（Culyer and Simpson，1980），如果要认为普通的医疗领域存在外部效应，那么这种外部效应即

来自于人类对于群体之间的医疗服务消费和健康状况的关心，由此导致这些因素要进入自己的效用函数中，产生一种相互依赖作用的外部效应。这即是一种利他主义角度的分析，在医疗服务上的“利他”成为个人的一个偏好，个人愿意为其他人获得必要的医疗服务而支付成本。在这样的理论分析框架中，由于在医疗服务方面人的偏好是利他，按照新古典经济学的分析方法也可以得出结论，政府应当干预医疗市场，以保证公众的医疗服务的平等可及权。

其二是从社会正义出发。这时政府干预医疗市场就与个人的偏好无关。按照这种观点，基本的医疗服务与同必需的食物和居所一样，应当被视为人的一项基本权利，不应当受其与健康无关因素（例如支付能力）的影响。诺奖得主 Sen（2002）就指出，在讨论社会平等和社会正义时，健康公平必然是一个主要关注的问题。由此许多人强烈主张不管消费者能否支付得起，每个人都应享有必需的医疗服务。或者如奥肯（中译本，1987）所说，“市场无权决定生死”。为此，政府应当干预医疗部门，切断必需的医疗服务与个人支付能力之间的关系，保障居民医疗服务的平等可及权。

无论是从利他主义角度还是社会正义角度出发，政府在医疗部门的干预都是出于保证公平的目的，实质上起到一种再分配的效果。既然是再分配，为什么政府不采用现金方式，而采用这种指定用于医疗的再分配呢？这实际上体现了在社会价值观上，人们对于医疗服务特别关注其公平的思想。Yaari and Bar-Hillel（1984）的研究就发现，即使是同一物品，如果对其的描述与健康相关，人们对它的分配就更关注公平性；而如果被描述成与健康无关的普通商品，则人们对其分配的态度就不同。后来的许多实验研究（Andersson 等，1999）也表明，在涉及到健康问题时，人们都愿意在一定程度上牺牲效率来换取更为公平的分配。除此之外，Poterba（1994）还指出，这种特定项目的再分配，有利于政府将医疗资源分配给真正需要的目标人口。

除了理论上的证据之外，这种政府干预主要出于公平目的的观点在实践中也有大量证据。Doorslaer 等（1993）就发现，在其所研究的 10 个 OECD 样本国家中，官方的政策文件中都对于卫生筹资的公平与医疗服务可及的公平性问题予以极大的强调。这些政策也受到公众极大的支持。例如加拿大 1984 年的卫生立法（Health Act）中就明确强调，公民医疗服务的可及，不应当受到经济或其他因素的限制。而从历史上看，富克斯（中译本，2000）就指出，最先用法律强制推行社会医疗保险的德国（1883 年），最先达到全民医保的英国（1948 年），其最初目的就是要促进人群间的和谐共处，主要是出于一种政治上的考虑。从前文也可见，许多国家在达到全民医保之前，都已由政府出面在低收入群体中推行医疗保险，这也说明了公平问题是政府参与的主要原因。由此 Cutler（2002b）在总结历史经验的基础上指出，发达国家政府最初干预医疗市场的主要目的是保证医疗服务的平等可及。即使最特殊的美国，虽然其整个医疗服务的筹资和提供体系高度市场化，而且至今为止还未做到全民医保，但是政府也于 1965 年实施两个公共项目 Medicare 和 Medicaid，给穷人和老人等低收入群体提供医疗保险，这显然是出于社会公平问题的考虑。

#### 四、对我国医疗体制改革的启示

为什么需要政府干预医疗部门？在目前有关我国医疗体制改革的讨论中，人们主要侧重于强调政府干预在解决医疗部门市场失灵问题上的作用。而在本文中，我们通过对发达国家的历史回顾以及对理论文献的梳理后指出，政府干预医疗部门的主要动机应是再分配，以保证医疗服务的平等可及。事实上，如果将医疗部门的政府干预与其他类政府干预项目相比较，就更容易看出这一观点的正确性。例如 Poterba（1994）在比较美国政府对教育和医疗部门干预的历史后指出：“政府对于教育部门的干预，除了再分配的目的之外，或许还可以从外部性的角度来理解；而在医疗部门，再分配即是政府干预的最主要理由。起码在美国的历史上，对于医疗部门市场失灵的担心，从来就没有



在政府干预的过程中扮演过重要角色。”

在本文看来，纠正目前的这种流行认识，对于讨论我国的医疗体制改革问题有重要的启示作用。当前我国的“看病贵”问题已被政策制定者、学术界和公众普遍重视。至于其产生原因，许多人将此归结为医疗服务机构的种种扭曲行为，归结于市场失灵问题严重。所列出的证据即是我国卫生总费用上涨过快，占 GDP 的比例过高。从发达国家的经验来看，医疗费用相对于国民收入的更快上涨几乎是一种规律，这反映了生命的珍贵。汪德华（2007）通过国际数据比较发现，我国卫生总费用占 GDP 的比重甚至低于同等发展水平的国家，因此从宏观上看我国看病并不贵。由此看来，那种将我国医疗部门主要文题归之于市场失灵，由寄希望通过政府主导来解决市场失灵的观点，实际上是“开对了药，看错了病”。这种观点在一定程度上制造了一个幻象，使人们认为政府干预之后就可以控制住我国的医疗费用上涨。而在事实上，大量国际经验已经表明这一目标几乎是不可实现的，政府干预后更有可能发生费用上涨。如果将这种幻象深入到公众的认识中，显然对于未来的持续改革产生极大的阻碍。

按照本文的观点，政府干预医疗部门的主要目的应是解决公平性问题。从我国的现实来看，公平问题也是目前医疗领域最为突出的矛盾。下图显示的是 2000 年 OECD 各国和中国（中国数据为 2003 年）医疗卫生总费用的资金来源构成。在 OECD 各国中，除了韩国的个人直接支付部分（含现金支付和其他私人花费）比例达 46.9% 之外，其他国家这一比例均在 25% 以下，大部分国家均在 20% 以下。这些国家医疗卫生总费用中由政府通过税收或者组织社会保险而支出的部分比例均很高，最低的美国也达到 44.2%。与之相对应，中国 2003 年医疗卫生总费用由社会保险和政府的财政税收部分支出的比例仅为 44.2%，而个人直接支付部分的比例高达 55.9%。美国虽然政府和社会保险部分的支出也只有 44.2%，但是其商业医疗保险部分的比例占到 35.1%，这使得其由个人直接支付部分的比例仅达 20.8%。中国与 OECD 国家在这方面的差异，使得我国居民在很大程度上直接暴露在疾病风险之下。这实际上是我国居民普遍感知到的“看病贵”现象的重要原因。更为严重的是，如前文所指出的是，发达国家政府优先给贫困人口提供医疗保障，典型的如美国。反观我国，社会医疗保险却主要在收入相对稳定，相对较高的群体中推行，这虽然有操作方便的优点，但是却与政府干预的基本目标相背离。

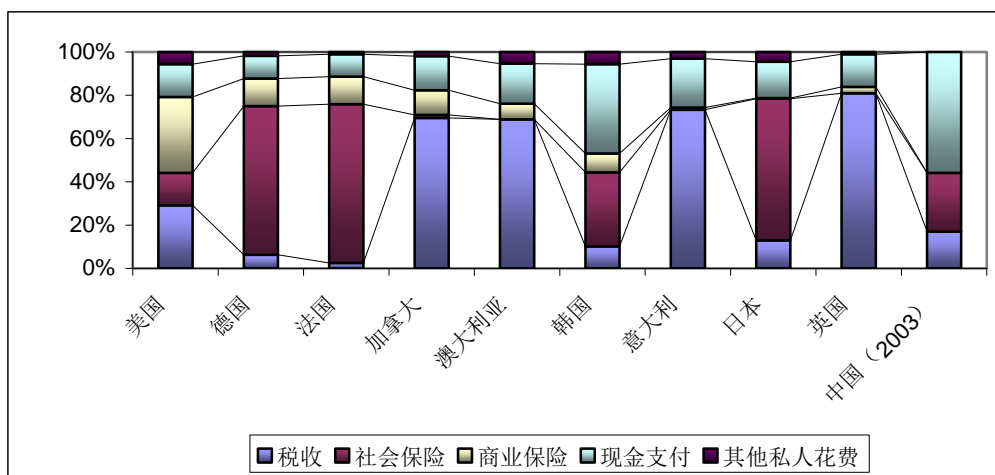


图 1：部分 OECD 国家和中国医疗卫生费用来源构成

资料来源：OECD Health Data2002 和《中国卫生统计年鉴 2005》。

从这一角度来看，当前我国的“看病贵、看病难”现象主要是那些低收入阶层遭遇的问题，最主要的原因是低收入阶层需要的医疗服务受到其自身收入水平的制约，费用的不断飞涨进一步使这一问题逐渐加剧。同时，由于疾病是一个不确定事项，疾病所需的医疗花费往往要高于普通人的正

常收入，在我国当前广泛缺乏医疗保险的情况下，即使一般收入阶层在患病时也难以承受高昂的医疗支出。从现有的各种社会伦理价值观出发，基于医疗服务对于生命的重要性，医疗服务应当按照需要而提供，而不应当受收入水平的限制，这是社会公平的基本要求，也是各国政府所遵循的基本准则。因此，我国当前的种种问题主要是由于没有有效的筹资和救助政策，导致医疗服务的公平性要求没有得到满足。医疗服务体系的无效率现象在其中进一步起到了推波助澜的作用。解决这一问题的主要方法是快速建立公平合理的筹资体系，以帮助人们应对不确定的疾病的冲击。

虽然本文指出政府干预医疗市场的主要目的是解决公平问题，但这并非意味着效率问题不重要。与已有观点有所不同的是，我们强调的是政府应努力采取有效率的干预方式，以避免政府失灵问题。由于医疗部门的信息不对称问题非常严重，政府的干预同样要面对这些问题，需要在微观机制上进行创新，以寻找更有效率的干预方式。Cutler（2002b）的分析表明，各发达国家在过去的几十年中同样遭受到医疗费用高速上涨的困扰，各国为应对这一局面纷纷加强了微观机制的改革，创造出很多宝贵的经验。在我国未来的医疗体系中，微观机制的设计同样非常重要，是需要详细研究的问题。其中的一个重要领域即是支付方式改革上。一般说来，当单个病人面对医疗机构时，病人缺乏谈判能力，一般只能采用按服务付费的方式；在医疗保障广泛覆盖之后，保险机构或资金筹集部门可以利用其集合了大量潜在需求的优势，与服务机构谈判采取激励效果更好的支付办法。目前，在发达国家一般同时存在按服务付费但打折、按病种付费、按人头付费，以及预算等等支付方式。在我国目前的医疗体系中，由于单个病人缺乏谈判能力，支付方式一般采取按服务付费的方式；即使在已有的保险体系中，考虑更多的是如何限制患者，而对于服务机构的支付方式一般仅采用按服务付费的办法。我们认为，在未来的医疗保险广覆盖的体系中，微观支付方式的研究和设计就至关重要，直接关系到医疗服务的质量和费用的控制，而这两者对于医疗体系的持续发展至关重要。

#### 参考文献：

- 阿瑟·奥肯：《平等与效率》，中译本，华夏出版社，1987年版。
- 白重恩、汪德华、张琼：《发达市场经济国家医疗卫生体制改革的经验》，《比较》，第32辑，2007年9月。
- 富克斯：《谁将生存？健康、经济学和社会选择》，中译本，上海人民出版社，2000年版。
- 富兰德、古德曼和斯坦诺：《卫生经济学》，中译本，北京：中国人民大学出版社，2004年版。
- 国务院发展研究中心课题组：《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》，《中国发展评论》2005年增刊1期。
- 麦迪森：《世界经济二百年回顾》，中译本，北京：改革出版社，1997年版。
- 马珺：《公共物品的含义》，载高培勇等主编，《中国财政经济理论前沿（4）》，社会科学文献出版社，2005年版。
- 乔治·施蒂格勒：《乔治·施蒂格勒回忆录：一个自由主义经济学家的自白》，中译本，中信出版社，2006年版。
- 汪德华：《病有所医：公共财政视角下的医疗体制改革》，载高培勇主编，《中国财政政策报告2007/2008：民生与财政》，中国财政经济出版社，2007年版。
- 魏托·坦齐、卢德格尔·舒克内希特：《20世纪的公共支出：全球视野》，中译本，商务印书馆，2005年版。
- 约瑟夫·斯蒂格利茨：《公共部门经济学》，中译本，北京：中国人民大学出版社，2005年版。
- Adam Wagstaff and van Doorslaer, "Equity in Health Care Finance and Delivery", *Handbook of Health Economics*, Volume 4, chapter 34, Elsevier, 2002.

- Andersson, F. and Lyttkens, C.H., "Preferences for equity in health behind a veil of ignorance", *Health Economics* 8(5): 369–78:1999.
- Arrow, K., "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 53(5):1963.
- Culyer, A.J., "The normative economics of health care finance and provision", *Oxford Review of Economic Policy* 5:1989.
- David Cutler: "Public Policy for Health Care" in Alan Auerbach, ed., *Fiscal Policy: Lessons From Economic Research*, Cambridge, MA: MIT Press, 1997.
- David Cutler: "Health Care and the Public Sector", in Alan Auerbach and Martin Feldstein (eds). *Handbook of Public Economics*, chapter 31, Elsevier, 2002a.
- David Cutler, "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform", *Journal of Economic Literature*, Vol. 40, No. 3, 2002b.
- David Cutler and Richard Johnson, "The Birth and Growth of the Social Insurance State: Explaining Old Age and Medical Insurance Across Countries", *Public Choice*, 120 (1-2), 2004.
- Elizabeth Docteur and Howard Oxley, *Health-Care Systems: Lessons from The Reform Experience*, *OECD Health Working Papers* No.9, 2003.
- Poterba JM, "Government intervention in the markets for education and health care: How. and why?", *NBER Working Paper* No. 4916, 1994.
- Jeremiah Hurley, "An Overview of The Normative Economics of The Health Sector" In Culyer A and Newhouse JP (Eds.). *Handbook of Health Economics*, Volume 4, chapter 2, Elsevier, 2002.
- Salkever, David S. "Regulation of Prices and Investment in Hospitals" In Culyer A and Newhouse JP (Eds.). *Handbook of Health Economics*, Volume 4, chapter 28, Elsevier, 2002.
- Sen. Amartya, "Why health equity?", *Health Economics*, Vol. 11, 659 – 666: 2002.
- Stefan Greß, "Regulated Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison", *International Social Security Review*, 59( 3), 27-47: 2006.
- van Doorslaer, E., A. Wagstaff and F. Rutten, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, Oxford University Press, Oxford, 1993.
- Yaari, M., and M. Bar-Hillel, "On dividing justly", *Social Choice and Welfare* 1(1):1984.

## 第六章 医疗卫生体系的筹资方式\*

各国医疗卫生费用支出的大幅上升使卫生体系的融资问题越来越成为人们关注的焦点，在一些国家的上涨速度远远超过了 GDP 的增长幅度，如 1997 至 2002 年间美国的医疗卫生支出的增速是其 GDP 增速的 2.3 倍，德国和日本的这一数字分别为 2.0 倍和 1.4 倍（请参阅图 1 和表 1）。也正因为此，在构建医疗卫生体系之初，医疗卫生体系的资金来源问题是体制设计的关键之处，它将在未来影响到体制运行的好坏甚至是体系本身的可持续性。

表 1：OECD 人均医疗卫生支出、受益水平和人均 GDP，1970 和 2002

（单位：2002 年美元）

	人均医疗卫生支出 (E)			受益水平 (B)			人均 GDP			Ea/	Ba/
	1970	2002	Ea (%)	1970	2002	Ba (Ba)	1970	2002	Ga (%)	Ga	Ga
澳大利亚	362	1323	4.13	428	1351	3.66	11916	20813	1.76	2.35	2.08
奥地利	393	1375	3.99	587	1890	3.72	11830	25570	2.44	1.64	1.52
加拿大	589	1552	3.08	647	1350	2.32	12073	23072	2.04	1.51	1.14
德国	663	2066	3.62	842	2377	3.30	14804	24143	1.54	2.35	2.14
日本	457	2082	4.85	741	2274	3.57	14419	31194	2.44	1.99	1.46
挪威	645	3366	5.30	772	3722	5.04	16032	42032	3.06	1.73	1.65
西班牙	175	855	5.08	252	1074	4.63	7477	15688	2.34	2.17	1.98
瑞典	940	2128	2.59	1192	2511	2.35	15833	26994	1.68	1.54	1.40
英国	528	1694	3.71	466	1383	3.46	13474	26298	2.11	1.76	1.64
美国	481	2364	5.10	334	1415	4.61	19076	36006	2.01	2.54	2.29
平均	523	1880	4.14	626	1935	3.67	13693	27181	2.14	1.93	1.71

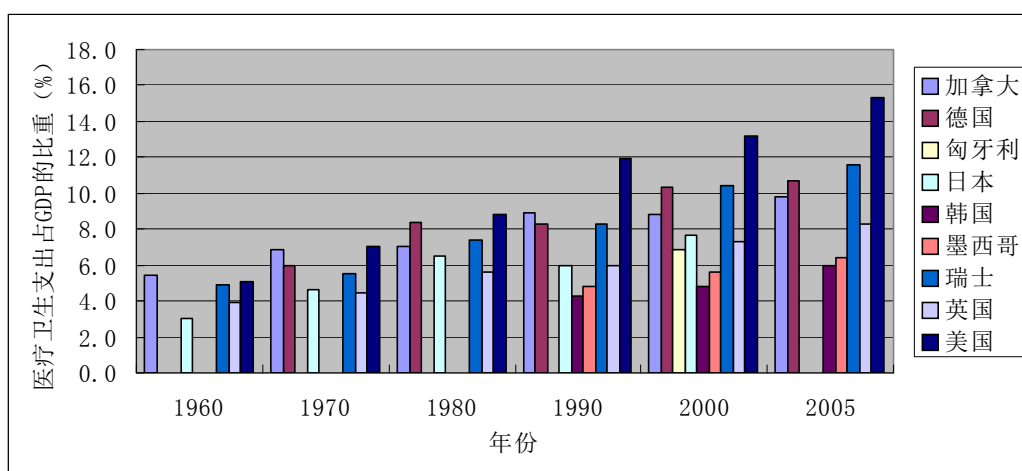
注：受益水平是指单位给定年龄的受益人的医疗支出。Ea、Ba、Ga 分别为各自的年增长率。

资料来源：Hagist, Christian, and Laurence J. Kotlikoff, 2005, “Who’s going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries”, NBER Working Paper No.11833.

在各国医疗卫生体系的发展实践中，医疗卫生支出主要有三种融资方式：政府一般性税收、社会保险和个人支付。前两种方式毫无疑问都具有保险的含义，是以一个群体（可大至一个国家的所有居民，就是平时所说的全民保健）为基础的融资方式，在该群体中存在高风险人群对低风险人群的补贴，也存在高收入人群对低收入人群的补贴。第三种方式个人支付在以私营保险公司为中介的情况下具有保险的含义，参与保险的群体以在保险公司参保的客户为基础。而个人支付也可能发生在个人获得医疗服务时的直接支付，这种类型的直接支付就不具有保险的含义，也就是不存在人与人之间的相互补贴。在拥有较为成熟的医疗服务体系的发达国家，医疗卫生体系的融资方式的主体是具有保险含义的方式，直接的个人支付所占比例较小，并且呈持续下降趋势。

\* 本章由韩玲慧执笔。

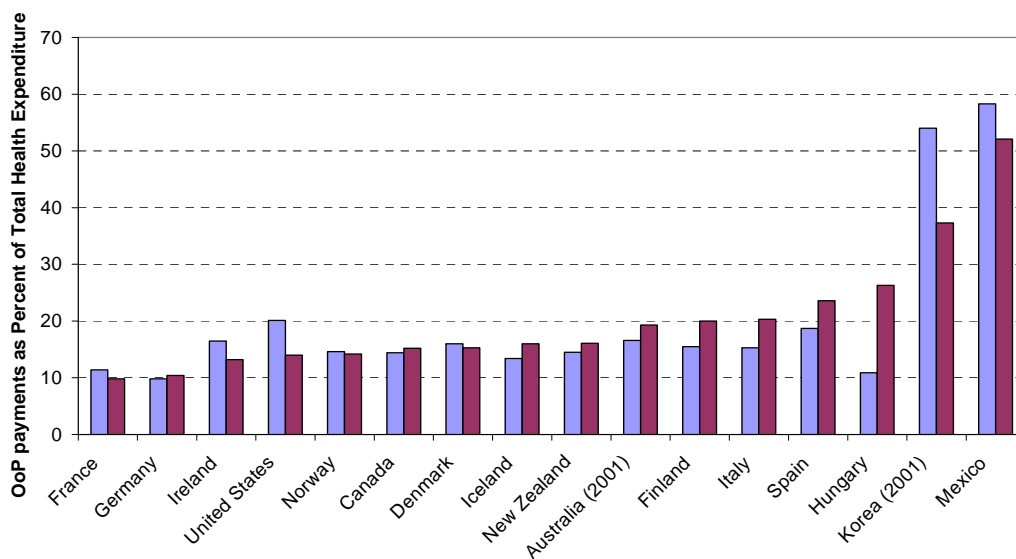
图1 OECD 各国医疗卫生支出占 GDP 的比重 (%)



资料来源

源: OECD Health Data 2007.

图2 个人现金支出占总卫生支出的比重



资料来源: OECD Health Data 2004, 3<sup>rd</sup> edition

1990 2002

## 一、政府一般性税收

一般税收的筹资方式是指用政府的一般性税收收入为医疗卫生体系提供资金来源。有较多国家主要采用了这种方式,根据WHO的统计,WHO191个成员国中有106个都是以政府的一般性税收收入作为医疗卫生支出的主要资金来源<sup>16</sup>,其中的典型代表是英国,70%的医疗卫生支出由政府税收提供资助。

事实上,与出现于19世纪后半叶的社会保险这种筹资方式相比,20世纪出现的用政府税收来为医疗卫生体系提供资金支持的做法得要晚得多。税收筹资模式的出现主要有两种方式:一是在原来社会保险模式的基础上建立了税收筹资模式,其覆盖范围是整个国家,大多数欧洲国家都属于这

<sup>16</sup> 如果政府用于医疗卫生方面支出的一半以上是由政府的一般性收入支持的,并且政府用于医疗卫生方面的支出占医疗卫生总支出的比重也超过了一半,这样国家的医疗卫生体系就被WHO定义为由政府税收支持的医疗卫生体系。

一类；二是从一开始就采用税收筹资模式，这种方式多见于原来英国殖民的发展中国家，如马来西亚、新加坡、香港、和非洲及加勒比许多国家。

### （一）税收筹资方式的优缺点

税收筹资方式有诸多优点：

第一，能够有效地在一个较大的人口基数上进行风险的集合。一般性税收筹资方式是通过各种类型的税收将所有相关人口集合起来，以此为基础进行健康保险。所以集合中的参与者与其健康状况没有关系。因此，这就避免了其他方式所可能存在的逆向选择（是指可能会使风险越大的人越愿意参加保险，从而使保险的平均成本上升，最终可能导致大多数人无法参加保险）和风险选择问题（是指保险人可能会筛选掉那些风险较高的人，而倾向于吸收那些健康风险低于平均水平的人）。

第二，与其他方式相比，税收筹资方式能够在更大的人口基数上集合风险。如，在社会保险模式下，为逃避以工资税形式缴纳的社会保险金，工人可能会选择从事非正式的工作。在发展中国家，正是部门的职工可能只是总人口的很小一部分。而相比之下，税收则可能来自于每一个人如增值税、销售税、关税等。因此，税收筹资方式动员资金的范围可能更大一些。

第三，健康支出的税收筹资方式可能具有一定的累进性，因为税收收入包括资本收益税和利润。

正是因为税收筹资方式覆盖人群及资金来源范围的广泛性，这种筹资方式也因此有着相应的一些缺点：1) 降低了个人对个人健康负责的激励和医疗服务提供者对医疗效果负责的激励，医疗服务的质量可能因此而降低。2) 资金数量规模过于受制于政治因素或外部冲击。卫生部与财政部的关系以及在政治上的相互利益关系有很大影响。正因为此，采用政府资助医疗卫生体系的国家有资金不足和服务质量低的问题，而在社会保险和私人保险体系的国家存在的问题则是成本的控制问题。3) 由于就诊的方便性、支付能力的不同使得富人更多地享受到了这一体系的好处，这显示出了一定程度上的不公平性。因此，以政府税收为主要融资渠道的医疗卫生体制能够良好运行需要的条件是经济增长、行政能力较好、合理的税收结构和激励。

### （二）关于税收筹资方式的几个政策选择问题

#### 1、税收应基于收入税还是消费税？

认为应基于收入税的观点认为收入税比消费税更能起到累进的效果。而认为应基于消费税的人认为消费税更有利于经济增长和长期社会福利，因为消费税并不会在客观上起到抑制储蓄或投资的效果。在现实中，发达国家多基于收入税，而发展中国家多基于消费税。

理论上关于两种观点哪种更正确并没有明确的结论。并且，税收的效率与累进性更取决于税收体系在筹资上的有效性和在支出上的累进性，而不是税收收入的构成本身。鉴于较为富裕和具有较好制度的国家都倾向于采用收入税的事实，对于非正式部门所占比重较大的发展中国家而言，税收政策的选择可能更应该考虑的是如何通过减少扭曲而将非正式部门逐步纳入到正式部门中来，进而为公共项目的融资提供更好的基础。

#### 2、在地方水平上还是在国家水平上融资？

由地方来融资可能存在的问题是居民可能会因税收制度的差异而在不同地区之间迁徙，所以大多数地方政府都依赖于房产税。而国家政府是依赖于消费或收入税的，但金融资产容易在全球转移的事实也使国家政府的税收显得越来越困难。此外，这里也可能涉及到公平和有效性问题，因为从收入上来说，国家政府的征税可能会存在富裕地区向贫穷地区的补贴，但也可能资源更容易分配给政治上有较大控制力的地区，而这样的地区经常会是富裕地区。地方政府对于提供公共服务的责任可能会有较好的承担（因对选民的满意度较为关注等），但也可能很差，如果地方政府的权力过于集中而产生腐败的话。

### **3、是否应该用专项税收来融资？**

支持专项税收的观点认为专项税收可以弥补税收资源不足或不稳定的问题（税收可能分配给其他公共支出项目而不是医疗卫生项目），还可以满足纳税人的个人偏好，此外，如果专项税收是基于有害物品的征税还可以降低对此类物品的消费。与上述观点不同的观点则认为专项税收可能会降低公共决策上的灵活性，并可能导致其他公共资源的减少。此外，专项税收还可能导致该资金支持的机构并不会对公众负责。

总而言之，如何用税收来为医疗卫生支出融资是一个实践问题。理论上的分析在实践中很可能会因为管理及资金征收上的实际问题而显得不现实。就公平而言，税收能够征得的收入多少要比税收究竟在何种程度上累进可能更为重要。就效率而言，依赖有较宽税基的税收可能较好，但要考虑到税收征收的成本。至于是否应该征收专项税，则是一个非常有争议的问题，与预算分配的政治性有很大关系。

## **（三）用于医疗卫生支出的税收收入的管理和使用**

由于以税收为基础，所以医疗卫生支出的管理和使用必然会经过一个政治过程。因此，就可能具有因政治过程而产生的一些好处和问题。

### **1、医疗卫生体系所能获得的资源水平**

究竟应该分配多少资源给医疗卫生部门是个难以准确回答的问题。在以税收为医疗卫生支出筹资的国家里，医疗卫生经费不足常常成为关注的问题，而在社会保险或私人保险为主要筹资来源的国家，如何节约成本则是它们主要考虑的问题。在以税收为筹资来源的国家，资源分配的政治过程并不总能把医疗卫生体系对资源的需要置于优先地位，在这些国家里，分配给医疗卫生体系的资源水平是一个集体决定，但这并不一定在说明这样的集体决定对于最优医疗卫生支出水平的判断就一定差于由政治、市场和其他多方力量共同做出的决定。

### **2、资源在医疗卫生体系内部的分配**

在获得一定资源之后，医疗卫生体系需要在其内部进行分配：人员和设施之间、公共健康支出和私人健康支出之间、直接提供和外包之间、城乡之间、富裕地区与贫穷地区之间等。影响到资源在这些关系之间的分配受到相关各方的影响，各方的影响力度大小取决于组织程度和他们拥有的政治资源。一般来说，较小的、组织较好的和较为富裕的机构更容易获得资源。正因为此，可能会存在太多的资源分配给了医护人员而忽视了设施的更新、太注重治疗而相对忽视了对健康的提倡、太多的资源给了医院而基础性医疗服务却获得的资源太有限、较为富有的城镇地区得到了太多资源而

贫穷的农村地区却无法获得足够的资源等。不过，这样的问题在以社会保险或私人保险为主要筹资基础的国家也可能存在。

### 3、医疗服务提供的效率

以税收为筹资基础的医疗卫生体制中所必需的政治过程对医疗服务的提供效率也有相当程度的影响。一方面，由于资源的集中，使得行政上较为简单，避免了多方参与的一些效率损失。但另一方面，也会有因行政过程而导致一定的效率损失，如医护人员的雇佣合同可能很难形成以劳动效率为导向的激励机制，因为对他们的管理办法可能与政府公务人员的管理办法类似。一般来说，在这种体制下，由于缺乏竞争，医疗体系在创新和以消费者为导向提供服务方面可能缺乏动力。

总而言之，以一般性税收为筹资来源的医疗卫生体系有着与其他政治性机构相类似的优点和缺点，运行的好坏取决于社会环境，尤其是要有一个能够有效动员资源并能高效地进行分配的政治条件，这一点至关重要。巴西的例子提供了很好的教训，巴西医疗卫生体制的发展与英国和瑞典相似，先经过一个较长时期的以社会保险为主要筹资基础的发展，最后建立了以税收筹资为基础的医疗卫生体系，但就医疗卫生体系所覆盖的人群比例、所提供的服务质量和资金来源的长期可持续来，巴西在四个典型的实行以税收融资为主要资金来源医疗卫生体系的国家中属于表现较差的一个，这与其政治经济条件的局限性不无关系。

## 二、社会保险

社会保险是指由个人或雇主为个人缴纳保险金的筹资方式。这种方式也被世界上许多国家采用，其中代表性国家是德国。采用这种筹资方式为医疗卫生体系筹资在各国的实践有一个非常明显的特征，就是从最初实行到后来覆盖较大范围的人群都经历了较长的时间：奥地利 79 年、比利时 118 年、德国 127 年、以色列 84 年、日本 36 年、韩国 26 年。这一事实表明要想达到较高的人群覆盖率需要一定的经济社会条件。

### （一）影响社会保险为主要筹资渠道的医疗卫生体系建立的主要因素

首先，一国的收入水平。这是首要因素，人均收入的高低直接决定个人和企业支付社会保险金的能力。并且，税收收入也会随着人均收入的提高而上升，这会为医疗卫生体系提供了更好的补充性资金来源渠道。从各国的实践看，以社会保险金为主要筹资渠道的医疗卫生体系的建立一般都在一国人均收入开始经历比较稳定的增长这样的时期。

其次，一国经济结构。这会影响到社会保险金的缴纳。如果非正式部门在经济中占较大比重，那么在估计企业和个人的收入水平和保险金缴纳上的困难就会较大，这就会妨碍到医疗卫生体系对非正式部门人群的覆盖。各国的经验也表明一国经济高速成长的时期通常也是经济结构中正式化部门所占比重快速增加的时期。

第三，医疗卫生体系所希望覆盖到的人口在地区间的分布状况。由于城市人口居住以及医疗资源相对集中，集中在城市的人口分布格局比分散在农村的格局更容易管理，成本也更低。

第四，一国的管理能力。以社会保险为主要融资渠道需要有很好的簿记和信息处理能力，这是指技术上的管理能力，因此需要大量掌握有相关技术的人力才能保证这一制度的良好运行。

第五，社会的凝聚力。一个有着较好凝聚力的社会是指这个社会中的个人更愿意支持其他人。



社会保险能够良好运行需要参与个人之间的相互补贴和支持，如富人对穷人的补贴和低风险对高风险者的补贴。所以，在一个有着较好凝聚力的社会里，社会保险制度的运行就会比较好。

第六，政府对社会保险体制的日常管理。如果政府能够让相关利益各方对政府的政策以及政府的管理都有较为充分的信任，那么这种社会保险体制在实践中就能较好地运行。

## （二）几个需要考虑的问题

### 1、预先支付的额度及在不同人群群体之间的差异

由于预先支付的保险模式更能促进医疗卫生在更大人群范围内的财务可及程度，一般而言，预先支付的保险模式要优于现金支付模式。在社会保险作为主要融资渠道的医疗卫生体制中，预先支付保险金与风险池的大小是相互联系的，因此，一般可以认为预先支付保险金的规模越大，风险池所能获得的风险分担的效果就越好，这样医疗卫生体制就会越好。但仍然有两点需要注意：第一，如果消费者所能获得的受益范围不能与保险金的缴纳规模相对应，那么这样的体制显然就不是一个理想的体制；第二，可能会存在道德风险，过强的风险分担效应可能会导致一些风险较高的人获得较高的补贴，从而客观上起到鼓励高风险个人的加入，这会导致道德风险问题的加剧。然而，关于预先支付的最优额度，也没有一个确定的标准，因各国不同的经济社会环境而不同。

在以缴纳社会保险金为主要融资渠道的医疗卫生体制的建立过程中，由于不同群体在缴纳社会保险金方面的难易程度受到较多客观条件的影响，所以一定要考虑系统化地使所有群体最终以公平的财务缴纳负担享受公平的医疗服务。

由于各种可能的负面因素，社会保险金可能并不能为医疗卫生支出提供充足的资金来源，有时甚至可能不能成为一种稳定的来源，如何找到可供补充的资金来源在此时就显得相当重要。

### 2、对重大灾难性支出的预防程度

虽然社会保险利用大数定理为尽可能多的人群提供医疗保障，但显然并不能实现对所有人的保障。因此，在设计一个医疗卫生体制之时，就需要尽量能够保障人们免受重大支出的灾难。不同人群之间存在的差异也需要考虑在内，因为一般而言越穷的人越容易受到大额支出的冲击。

### 3、风险集中池的分割程度

大数定理告诉我们，在其它条件给定的情况下，风险集中池所覆盖的人群范围越大，社会保险就越能发挥较大的功能。但如果仅有一个风险集中池可能会因竞争的缺乏而导致效率的损失。如果现实中的体制采用了多个风险集中池的办法，那么就需要不同风险集中池之间的风险均等化。将风险均等的方法主要有两种：风险调整因子和事后风险分担。风险调整因子是根据不同风险池所覆盖人群的特征来估计相应的医疗支出，并以此为基础在不同风险集中池之间事先进行资金的平衡和分配。事后风险分担则是在事后进行资金在不同风险集中池之间的再调整。

通过一些政策设计手段来促进风险集中池的运行效率是必要的。在单一风险池的情况下，给分支机构以财务激励来促进其效率。在多个风险池的情况下，则需要约束风险池对风险的选择行为（排斥高风险者）。影响单个风险池多个风险池选择还有一个非常现实的因素，那就是原有已存在的医疗体制状况，这在相当程度上决定着—国医疗卫生体制的设计。

附加医疗保险也是政策需要考虑的一个问题。基本医疗保险与附加医疗保险相分离的做法有利于对不同类型风险人群的区分，从而降低基本医疗保险中的道德风险，提高其资金来源的稳定性。

#### 4、社会保险金缴纳的强制与否

社会保险费率的确定不是以个人的健康风险为基础的，而是以缴费能力为基础的，而所能获益的医疗服务范围对每个人而言又基本相同，因此，其中就存在低风险对高风险个人的补贴、缴纳费用较多的个人对缴纳费用较少的个人的补贴，这样就可能导致较高的道德风险。如果可以自愿选择是否加入社会保险的话，风险越高的人就会越愿意加入，而风险越低的人就越不愿意加入。并且，即使社会保险费率的确定会考虑到个人的风险因素，也仍然会发生逆向选择问题，正如发生在私人保险市场上的那样。所以，如果社会保险体制的设计是以自愿为原则，那么政策设计之初就需要考虑到体制的可持续性。

是以家庭还是以个人为单位缴纳社会保险也是政策需要考虑的方面。此外，在发展中国家，流动人口如何参加社会保险也是一个非常重要的政策问题。

#### 5、监督机制的设计与受益范围的保证

由于医患之间存在严重的信息不对称问题，对医疗服务提供者、保险机构监督机制的设计对患者受益权益的保证就显得尤为重要。一个好的监督机制应该包括患者申诉机制、患者拥有权利的充分信息提供、对医疗服务提供的同行评价、患者权益情况评估等。在机制设计中，医疗服务提供者与医疗保险机构之间合同的设计非常重要，重要的不仅仅是合同内写明的具体条款，更是合同本身的抗辩性，能有足够的空间和可能性对医疗服务提供者施加压力以提供更好的服务。患者受益范围的确定需要在效率和公平之间达到一种合理的平衡，其中应该坚持的原则包括：1) 成本的有效性；2) 对消费者健康状况有显著的积极影响；3) 消费者生命周期内健康的平衡性；4) 降低贫困；5) 相同治疗需要之间的平等性；6) 个人与集体的相对责任。

社会保险这种筹资方式具有一定的优点：1) 医疗保险体系的融资机制非常透明，这样会鼓励公众愿意为医疗服务支付更多。雇主与雇员都愿意支付。2) 受预算的约束较小。3) 有很强的再分配效应。从高收入到低收入、从高风险到低风险、从年轻人到老年人、从个人到家庭。但关于在分配效应的经济后果，社会保险体系与政府资助体系孰优孰劣尚未定论。4) 能够得到社会的强力支持。但也有缺点：1) 可能会把穷人排除在外。在非正式经济较普遍的发展中经济中较难实现。尤其是在一开始的时候，该体系倾向于使富人受益更多。2) 根据工资来缴纳社会保险的做法可能有负面的经济影响。主要是对劳动力市场的需求可能会产生非常大的影响。3) 因为复杂而比较难以管理，管理成本也较高。因为包括多种类型的参与者。4) 成本上升很快。由于对医疗服务有很高的补贴，道德风险的存在会使对健康服务的需求过于旺盛。另外，由于参与者众多，在管理上也很难采取成本有效的措施。OECD国家的经验显示该体系可能会有促使成本上升很快的可能。5) 对慢性病和预防性医疗服务的覆盖非常低。原因是慢性病需要多种专业医护人员之间的协调，而以服务为基础的付费方式对于单一个人所能的服务更为有效。由于政府的公共医疗、私人医疗服务提供者、基金之间的联系也非常微弱，它们之间的协调并不充分，所以对于预防性医疗服务的提供这种体系也不很有效。

### 三、私人保险

关于私人保险没有确定的定义，主要依照三方面的维度来进行判断：1) 保险是否强制；2) 保险费率的确定是以风险为基础（风险转移的程度最低）、以社区费率为基础（风险较低的人对风险较高的人补贴）、以收入为基础（收入较高的人对收入较低的人的补贴）；3) 保险的管理是以营利、

私人非营利还是公共或准公共为基本导向。一般而言，私人保险是非强制性的、以个人风险特征为基础调整费率和以营利为目的的。

在没有建立全民医疗保险体系以前、医疗费用支出还是以个人现金支出为主时，私人保险在一定程度上起到了集合风险池、提高保险覆盖度的作用，并且也为全民保险制度的建立准备了知识和人力资源。但私人保险制度的良好运行需要有很好的监管制度，因为私人保险制度会有筛选风险的问题，也就是倾向于只给风险较小的人提供保险。另外，由于私人医疗保险只会覆盖那些能支付得起保险费用的人群，所以客观上就会造成了不同群体之间人在获取医疗卫生资源的不公平性。在世界各国的实践中，私人医疗保险在整个医疗保险体系中所占比例超过 5% 的国家中低收入国家占了将近一半的比例，而高度发达国家中，只有美国是私人医疗保险覆盖了大多数人群。

在发展中国家的医疗体制设计中，可以利用私人医疗保险作为整个医疗卫生体系资金来源的一个补充，但如果没有很好的监管体制，私人医疗保险可能很难成为整个医疗卫生体制的主要部分。

## 四、小结

在医疗技术日新月异、人口老龄化速度加快的今天，医疗支出费用的增长对各国来说都是一个需要认真对待的问题。依靠政府的管制来控制医疗支出成本的上升已经越来越不受欢迎，取而代之的解决思路是引入市场化的竞争机制，引入竞争机制的方面是全方位的，既包括引入促使医疗使用者——病人降低医疗消费、选择成本更为低廉的健康保险计划的激励，也包括促使医疗服务的提供者在提供服务时有更强的成本意识。正是在这样的背景之下，目前各国的医疗卫生体制在具体的运行机制上有明显的趋同倾向。但在资金的具体来源上，仍然是本文所主要介绍的几种方式。筹资机制在各国间的具体差异体现在资金的具体使用方式上。

关于医疗体系资金如何提供给医疗服务提供者这一问题近些年来在全世界的实践中都是改革的重要方面，把服务的购买者与服务的提供者明确分开、在这二者之间建立一种新型关系对于医疗资金的使用效益的提高是非常重要的，所以医疗体系资金的供给应该给予需方而不是供方。这是在大多中等收入国家和高收入国家都正在发生的改革趋势。需方力量的提升就进而会对供方所提供服务的多样性和灵活性提出更高要求，从而促进供方之间的竞争。

关于提供者与购买者分离在中等收入国家的影响如果还没有明确的证据，因为在这些国家改革并不充分，此外还受到国内其它公共管理因素尚未进行配套改革的制约。在发展中国家的这种增强内部市场竞争的改革还需要一些条件的配合：医疗服务提供机构基础设施的改善、对公众的及时的信息披露、通过政策激励促进保险机构和提供者的管理的改善、对私人部门保险和医疗服务提供的强有力监管等。

从诸多国家的实践来看，一个基本的结论就是将服务的购买方与提供方分开、通过有效的支付机制设计改善对医疗服务提供者的激励是控制医疗支出、在长期中保持医疗体系资金来源的可持续性是非常有意义的。

### 主要参考文献：

1. Carrain, Guy, and Piya Hanvoravongchai, 2002, "Health care cost-containment policies in high-income countries: How successful are monetary incentives?", WHO EIP/FER/DP.02.2.
2. Carrin, Guy, and Chris James, 2004, "Reaching universal coverage via social health insurance", WHO EIP/FER/DP.04.2
3. Colombo, Francesca, and Nicole Tapay, 2004, "Private health insurance in OECD countries: The

- benefits and costs for individuals and health systems”, OECD DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6.
4. Cutler, David M., 2002, “Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform”, *Journal of Economic Literature*, Vol. XL pp. 881-906.
  5. Cutler, David M., 2003, “An international look at the medical care financing problem”.
  6. Cutler, David M.2003, “An international look at the medical care financing problem”.
  7. Hagist, Christian, and Laurence J. Kotlikoff, “Who’s going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries”, NBER working paper no. 11833.
  8. Pauly, Mark V., 1994, “Universal health insurance in the Clinton plan: Coverage as a tax-financed public good”, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol.8, No.3, PP.45-53.
  9. Savedoff, William, 2004, “Tax-based financing for health systems: Options and experiences”, WHO EIP/FER/DP.04.4.
  10. Sekhri, Neelam, and William Savedoff, 2004, “Private health insurance: Implications for developing countries”, WHO reference No. 03-010611.
  11. The World Bank, *Health Financing Revisited*
  12. WHO, 2000, “Who pays for health systems?”, *The World Health report 2000*, Chapter 5.

## 第七章 支付方式的类型及评价\*

### 一、界定“支付方式”

一个国家的卫生体系，包括筹资、服务提供、偿付等各个方面。不管它是以公立为主，还是以私营为主，偿付方式的选择都是一个非常重要的问题。到底应该以何种方式购买医生的服务，这是一个没有定论的问题：不同的国家选择了不同的模式，有些是根据医生提供的服务支付报酬（fee-for-service, FFS），有些根据医生负责的人群数量计算其报酬（capitation），有些则是支付医生固定工资（salary）；并且针对具体的情况，许多国家都采取了混合支付模式。

支付方式的差异，主要是因为医疗产业的不对称信息：就病人的具体情况而言，医生拥有更完全的信息，并且因为种种原因，治疗结果也很难统一衡量。在这样的条件下，如果支付医生固定的报酬，他们就很难有激励去努力工作；但如果采取 FFS 的方式，医生又有很强的激励提供过度服务；如果医生的收入取决于其负责的人群数量，他们就有选择身体状况较好的人的激励。

可以说，不同的国家针对这一问题应该有不同的解决方法，这种答案的多样性，决定了我们必须分析各种支付方式的基础上，结合我国的具体情况，给出我们自己的方案。这里并不存在所谓的永远都好的支付方式，随着我国经济的发展，支付方式也应该随之发生相应的变动。

### 二、几种常见的支付方式

FFS、Capitation、Salary 是三种最主要的支付方式，每种方式的激励不同，产生的结果也不一样。

在按服务收费（FFS）体制下，根据医生提供的服务量支付其报酬。这种支付方式的优点，是它可以鼓励医生提供更为完善的服务，但缺点是此时的服务可能是过量的，因为激励机制的扭曲所带来的大量不必要的服务，是一种对医疗资源的浪费。

在按人头收费（Capitation）体制下，医生的收入取决于他（她）所服务的人群数量。这样做一方面医生不会有提供过度服务的激励，另外医疗的总体费用也比较容易控制，但不利之处在于，服务质量很难控制，并且医生会倾向于挑选那些身体状况较好的人群，这样“筛选”的后果，有可能是身体状况差、需要治疗的病人得不到救治，相反身体状况好、不怎么需要治疗的健康“病人”比较容易得到“治疗”。

如果采用支付医生工资的方式，不会出现过度服务的情况，同样也不会出现医生“筛选”病人的情形，因为他们没有激励这么做，但这种方式也有它的缺点：对医生来说，因为他（她）的收入是固定的，与工作量无关，其工作的积极性不会很高，自主性也不会很强，服务质量自然也就值得怀疑，在这一方面的监管可能需要加强。

可以看出，就三种主要的支付方式来说，并不存在一个一定比其他方法好的制度，我们可以做的，就是针对具体情况，采纳各种方式的优点，设计一个合理的混合制度。这也是当前世界上许多国家讨论医疗体制改革时，所考虑的重要问题之一。

---

\* 本章由刘启执笔。

### 三、OECD部分国家支付方式概览

OECD 各国的支付方式有很大的差别，即使是一国之内，公有部门和私人部门之间的支付方式往往也有不同。有些国家主要靠税收筹集资金，直接雇佣初级保健医生，向他们支付薪水（如希腊、葡萄牙、西班牙和瑞典），在其他一些国家，初级保健医生则是自我雇佣的，支付方式则是按人头、工资和 FFS 三者混合的（如澳大利亚、丹麦、新西兰、挪威和英国）。在以医疗保险为基础的国家里，医院的医生（office-based physicians）一般都是独立的订约人，支付方式主要是 FFS，像澳大利亚、比利时、法国、德国、日本、韩国、瑞士和美国（Medicare）。公立医院的专家一般都是拿工资，私立医院的支付方式则通常为 FFS。

表 1： OECD 国家的支付方式

国家	Primary care physicians	Ambulatory care specialists	Physicians in public hospital	Physicians in private hospital
澳大利亚	75—80%是混合支付（主要是 FFS，10%的收入得自 capitation 和 target payments）	FFS，对服务使用和年度支出没有限制	混合支付方式（治疗 public patients 的医生拿工资，治疗 private patients 的医生根据 FFS 获得收入）	FFS 和工资
奥地利	60%是 FFS，40%是 FFS 加 capitation	90%是 FFS，10%是 capitation 加 FFS	90%拿工资，10%是 FFS	90%是 FFS，10%拿工资
<b>比利时</b>	<b>FFS</b>	<b>FFS</b>	<b>FFS</b>	<b>FFS</b>
加拿大	主要是 FFS，也有其他支付方式	主要是 FFS		主要是 FFS
丹麦	混合支付方式（63%的收入来自 FFS，28%来自 capitation）	Not relevant	工资	
英国	86%是混合支付（capitation, practice allowance, FFS for selected services, target payments for immunisation），14%是 FFS，医生的 private work	Public patients 全是工资，private patients 是 FFS	Public patients 全是工资，private patients 是 FFS	FFS

法国	FFS	FFS	工资	FFS
德国	FFS	FFS	工资。Private patients 是 FFS	工资
希腊	公共部门是工资，私营部门是 FFS	公共部门是工资，私营部门是 FFS	主要是工资	混合支付（FFS 和工资）
爱尔兰	高收入病人是 FFS，低收入病人是 capitation		工资。在公立医院治疗有保险的 private patients 是 FFS	
日本	FFS	医院门诊服务是工资，独立的门诊是 FFS	工资	
韩国	FFS	FFS	工资	工资
墨西哥	公有部门是工资，私有部门是 FFS	公有部门是工资，私有部门是 FFS	工资	FFS
荷兰	对高收入病人，用 FFS；对低收入病人，用 capitation			混合支付方式（工资和 FFS）
新西兰	78%是 FFS，22%是 capitation	主要是工资	主要是工资	主要是 FFS，少数是工资
挪威	混合支付方式（收入的 70% 来自 FFS，30% 来自 capitation）	公有部门是工资加 FFS，私有部门是 FFS	工资	
葡萄牙	公有部门是工资，私有部门是 FFS		工资	FFS
斯洛伐克	混合支付方式（预防性医疗是 capitation 加 target payments）	FFS	工资	FFS
西班牙	混合支付（收入的 85% 来自工资，15% 来自 capitation）	工资	工资	主要是 FFS
瑞典	工资	工资	工资	工资
瑞士	96%是 FFS，4%是工资	90%是 FFS，10%是工资	FFS，工资和混合支付方式	FFS，工资和混合支付方式

			(FFS 加工资)	(FFS 加工资)
美国	混合支付方式	混合支付方式	混合支付方式	混合支付方式

资料来源：Simoens & Hurst (2006)。

#### 四、各种支付方式利弊分析

一般来说，卫生政策的目标有三个，即公平性、质量和效率（英国 1948 年建立 NHS 时，设定的核心目标是：任何人在需要的时候都能够得到医疗服务；提供的医疗服务应该是完备的；使用的时候应该是免费的）。但是可以看出，这些目标之间有一定的冲突，利益并不是完全一致的：公平性要求所有人都能够在需要的时候得到医疗服务，但经济约束会限制这类医疗服务的质量和含量；如果过于追求医疗服务的高质量，比如会带来成本的飞速上升，这又是和效率目标不一致。因此，理想的情况应该是，结合本国的实际情况，在这三个目标之间寻找合适的平衡，并根据经济的发展对医疗体系做适当调整。

对支付方式的分析，也应该遵循同样的思路。不同的支付方式能够满足不同的卫生政策目标，选择合适的支付方式，或支付方式的组合，就是在综合考虑各种因素的前提之下，平衡各目标，制定相应的政策。

##### (1) 按服务收费

一般认为，按服务收费给医生提供了很强的财务激励，促使他们提供更多、更好的医疗服务。这一支付方式的缺点也与此相关：人们往往担心医生会为了增加自己的收入，为病人提供过度服务。此外，因为病人对医疗的需求在很大程度上会取决于医生的建议，医生便有可能鼓励病人多消费，这便是通常所谓的“供给诱导需求”（supplier-induced demand）。Gerdtham et al. (1992) 对 OECD19 个国家的研究表明，在其他条件不变的情况下，采用按服务收费的方式会使得卫生费用增加 11%。不过 Gerdtham et al. (1998) 通过对 22 个 OECD 国家 1970-1991 综列数据分析表明，按服务收费对卫生支出的影响更多是间接的，即在这种支付方式下，医生倾向于提供更多的医疗检查服务以获得更多的收入，这会增加卫生费用。

这种支付方式的优缺点可以总结如下：

按服务收费可以鼓励医生提供更多、更好的服务，满足病人的要求，更好地治疗各类病症；对那些需要复杂治疗的病人来说，他们会得到自己想要的服务，并且更换医生也比较便利。但因为医生增加自己收入的激励很强，所以往往会出现过度服务的情况。

对政府部门来说，管理的压力也不小。医生实际得到的偿付取决于他/她所提供的服务，因此在治疗的时候，医生需要详细记录治疗过程中所提供服务的类别和数量，并将这些信息传给政府。在实际偿付之前，政府需要仔细检查医生提供的这些信息。所以，对医生和政府部们来说，这一支付方式所需要的成本都是很高的。

这一支付方式的优点是可以增加医生提供的服务量，提高其生产率，但缺点是医疗成本的增长很快。使用这一支付方式的国家，其医疗成本一般都有快速的上升。此时政府可以采取种种措施缓解这一问题，在利用这一方法优点的同时，尽量减少其负面影响。可能的方法包括：（1）增加对医疗利用的控制，但这会带来很高的监管成本；（2）引进成本共付体系，要求病人支付一定比例的费用；（3）引进偿付上限，控制可能产生费用的最高额度。



## (2) 支付工资

工资支付是许多国家普遍采取的方式之一。这里，医生的报酬可能与其工作经历有关，但与其治疗的病人数量无关。

这种支付方式的优点是，医生没有拒绝病人的激励，因为其收入是预先定好的，并且是固定的，医生一般不会拒绝为病人治病；同时，他们也不会为病人提供过度的服务，因为这并不会增加其收入。相应地，对病人来说，他们基本上都不会被排斥在医疗体系之外，并且不会得到过度的医疗服务。

工资支付的缺点是，医生没有努力工作的激励，也没有关注医疗服务质量和病人满意度的动力，通常来说他们都不会试图与病人建立良好的互动关系。对病人来说，他们往往不会得到医生足够的关注，得到的服务，无论是数量还是质量，可能都不是最优的。

这种支付方式最大的优点，是它在管理上的简单性和便利性：无需处理病人的帐单，无需维护病人的名单，无需建立不同病种的资料。医生工资支出预先可以预计，并可以控制。

政府部门可以制定一些措施，在减轻其负面作用的同时，尽可能利用其优势：(1) 向医生提供诸如颁奖、提升职位等非财务激励；(2) 可以适当加入一些财务激励；(3) 控制医疗服务的质量。

## (3) 按人头支付 (capitation)

如果是按人头收费，则在一个固定时期内，医生会提供特定水平的医疗服务，其收入则取决于他所管理的病人数量。一个医生所管理的病人，可以是某个地区的居民，或者是根据某个标准选出来的特定群体。如果是第一种情况，医生会给一个特定区域的全体居民提供医疗服务；如果是第二种情况，医生向每个名单上的人收取一定的费用，并向他们提供医疗服务。

在这一支付方式下，医生提供的服务可以是不同种类的组合。常见的是初级卫生和家庭卫生，因为这类医疗服务的成本基本上都是可以预测的，服务的程序也基本上是固定的。包含住院服务的就不是非常常见，因为这类服务的成本具有很大的不确定性。医生提供规定的全部服务，包括检查，专家咨询，常见手术等，并承担所有的成本。

医生的报酬一般是由公式计算，其变量一般是容易得到的信息，如人数、年龄、性别。在有些情况下，也会用婚姻状况、社会经济条件、城市化、死亡率和发病率、残疾人数、复员人数、存在药物滥用的人数等指标。医生能根据其覆盖人数，拿到平均每人一定数额的资金，在扣除治疗成本之后，可以将剩下的作为自己的收入。

在有些国家，按人收费的办法被用于制定省或地区的卫生预算。在各地区之间进行资金分配，一般会参考人口统计指标和 epidemiological 指标等。

按人头支付的方式为医生提供了一定的激励。其优缺点如下：

医生有很强的动力去节约成本，因为他可以保有剩余；医生有很强的激励保证医疗服务的有效性，可以鼓励医生多用预防性的药物，以替代昂贵的治疗手段。但是，医生可能会更喜欢那些健康状况较好的人，因为他们需要的服务更少；医生有很强的动力减少提供给病人的服务，也会偏向于少用昂贵的治疗方式；医生往往会频繁地将其病人转诊给更高一级的卫生机构，如专家和医院，以节约自己的成本。对病人来说，他们从同一个医生那里可以得到各种医疗服务，这样比较方便，另外也可以加强医患之间的关系；患者得到的服务是必要的，不会得到过度的服务。但他们对全面服务的偏好可能无法满足，得到的服务量可能不是最优的；病人更换医生的程序可能比较复杂，并且也不容易。

对管理部门来说，这种支付方式的管理成本很低。一旦名单最终确定了，计算医生所能拿到的偿付额度就不是一件很难的事情了。另外，在这一体系下，卫生费用是完全可以预期的，可以很好地控制成本。

但是，在准备和维护病人名单时，政府可能会需要较高的管理成本。另外，与医生谈判合约、制定费率和计算公式、监管医生服务的质量和服务量等方面，同样需要不低的管理成本。

如果引进合理的机制能够有效控制成本、服务易得、质量保证、患者满意，按人头支付是一个非常好的支付方式。政府可以引进一些措施，以辅助这一支付方式：（1）管理一个开放式的名单，这可以避免医生选择健康状态较好的病人，这样医生的风险也相对较小，不会出现一个医生的病人都是比较麻烦的人群；（2）政府可以鼓励医生之间的竞争，允许病人定期选择医生；（3）政府可以规定医生提供的服务必须包括下一级提供的服务；（4）控制质量。

**表 2：对几种支付方式的评价**

支付方式	优点	缺点	卫生目标
FFS	A. 促进服务可及性 B. 有利于健康促进 C. 提高医生自主性 D. 较高的服务量	A. 重病、穷人的不可及 B. 过度服务 C. 鼓励快速、频繁服务 D. 供给诱导需求	支付方式的性质和医生提供更多服务的意愿，可能会导致更好的可及性和更高的服务质量，但成本较高
Capitation	A. 鼓励医生合作 B. 改善医患关系 C. 成本容易控制 D. 较低的利用水平	A. 服务不足 B. 转诊，多开处方 C. 挑选健康的病人 D. 缺乏补偿机制	不会出现过度服务，控制了成本，但因为医生倾向于挑选身体较好的病人，会限制服务可及性。这种支付方式对服务质量的影响是不确定的
工资	A. 成本容易控制 B. 不会过度服务 C. 不会挑选病人	A. 服务不足 B. 没有持续服务的激励 C. 医生自主性不足	不会出现过度服务，控制了成本，医生不会挑选患者，有利于提高服务可及性
混合支付方式	A. 改善服务不足 B. 降低服务成本 C. 减少医生对病人的挑选	很难制定各种支付方式的比列	结合各种支付方式的优点

资料来源：Xu & Yu (2003)。

## 五、关于支付方式影响的实证分析

Gosden, Pedersen & Torgerson (1999) 总结了 23 篇讨论支付方式的文章，分别报告了 19 个研究的结果，其中 9 个美国的研究，4 个挪威的，一个德国的，4 个加拿大的以及一个南非的。文献的

主要信息如下：

**表 3：** 文献中将其他支付方式与工资支付的比较

文献	所比较的支付方式	医生和病人样本
Epstein et al. 1986 (美国)	FFS	2 个 HMO 组织中 17 位拿工资的内科医生，3 个医院里 10 位按 FFS 支付的内科医生
Hickson et al. 1987 (美国)	FFS	研究中 9 个拿工资的儿科医生与按 FFS 支付的参照组进行对比
Wolinsky & Marder 1982 (美国)	Capitation & FFS	HMO 中拿工资和人头费的 2521 为初级保健医生和按 FFS 支付的非联邦机构医生
Hillman et al. 1989 & Pauly et al. 1990 (美国)	Capitation & FFS & 预算支付&奖金支付	用两种方法分别在 302 家 HMO 和 317 家 HMO 里选择的拿工资、人头费、预算支付和奖金的初级保健医生，和传统保险公司体制下按 FFS 支付的医生
Gaus et al. 1976 (美国)	FFS	5 个 HMO 中拿工资的医生和一个 FFS 卫生计划中的医生
Scitovsky 1981 (美国)	FFS	一个支付医生工资的卫生计划和一个按 FFS 支付的卫生计划
Perkoff et al. 1974, 1976 (美国)	FFS	拿工资的卫生计划中的医生和按 FFS 支付的私人医生
Hemenway et al. 1990 (美国)	工资和奖金	15 位医生 (6 位家庭医生, 8 位内科专家, 1 位急诊专家)
Wilson & Longmire 1978 (美国)	工资和分成&FFS	2 个医院付工资, 2 个医院付工资加利润分成, 2 个医院按 FFS 支付。分析了 1724 位病人的治疗情况
Kristiansen & Hjortdahl 1992; Kristiansen & Mooney 1993; Kristiansen & Holtedahl 1993 (挪威)	FFS	68 位拿工资的全科医生和 48 位按 FFS 支付的全科医生
Bjorndal et al. 1994 (挪威)	FFS	112 个拿工资的全科医生和 106 个按 FFS 支付的全科医生
Bjorndal et al. 1995 (挪威)	工资/FFS	奥斯陆 25 个区的全科医生
Johnsen &Holtedahl 1997 (挪威)	FFS	61 位拿工资的全科医生, 86 位按 FFS 支付的全科医生, 分别填写每天的工作记录。分别收回 47 份、56 份有效问卷
Burkowitz et al. 1995	FFS	3 位全科医生

(德国)		
Aubin et al. 1994 (加拿大)	FFS	在提出预防性治疗措施前后, 拿工资和按 FFS 支付的医生分别处理了 425 位患者和 418 位患者。
Battista & Spitzer 1983 (加拿大)	Sessional payment & FFS	四组: 城市地区 165 位按 FFS 支付的初级保健医生; 农村地区 165 位按 FFS 支付的初级保健医生; 社区卫生中心雇用的 81 位拿工资的初级保健医生; 家庭医疗中心里的按 Sessional basis 支付的 69 位医生
Maheus et al. 1990 (加拿大)	FFS	333 位私人机构中按 FFS 偿付的全科医生和 283 位公立机构中拿工资的全科医生
Hastings et al. 1973 (加拿大)	FFS	3348 位由拿工资的家庭医生和专家治疗的病人, 和 2052 位由对应的按 FFS 支付的医生治疗的病人
Broomberg & Price 1990 (南非)	FFS	一个 HMO 中拿工资的全科医生和专家, 一个传统体制下按 FFS 支付的医生。前者处理病人数量位 44324, 后者位 104735

上述研究中, 重要的结果有两条。首先, 很少有研究报告患者健康状态的结果, 这么做的只有一个, 它使用的方法是考虑伤口感染率。第二, 没有考虑不同患者在接受拿工资的医生治疗时, 可能得到的治疗方法并不一样。许多研究都报告了卫生服务结果的类型和质量, 如检查量、会诊量、转诊量、住院时间等。上文提到的这些研究确实表明, 与按 FFS 支付的医生相比, 拿工资的医生在服务量上有所不同。9 个研究表明拿工资的医生会诊量更少, 这其中有 5 个分析了医生要求的检查量和 X-光检查, 结果发现拿工资的医生所要求的量更少。在 4 项考察美国、加拿大和南非的研究中, 与 FFS 医生相比, 拿工资的医生使用医院服务更少。两个研究发现, 拿工资的外科医生所动的手术更少, 但有一个研究发现, 与 FFS、工资加利利润分成的医生相比, 拿工资的外科医生, 其病人的伤口感染率更高。比较工资支付和人肉费的两项研究发现, 拿工资的医生会诊量、检查量和 X-光照射都更少, 医院服务使用量也更少。这些研究表明, 与工资支付和人头费相比, FFS 导致更高的服务量。

和 FFS 相比, 拿工资的医生在会诊模式上也有所不同。挪威的事实表明, 拿工资的医生和 FFS 医生相比, 在电话会诊和面对面会诊的比例上有所不同, 但他们提供更多的急诊服务。有两个研究挪威和德国的研究表明, 拿工资的医生倾向于针对手术会诊, 而不是家访, 这在老年患者身上表现的更为明显。另外, 拿工资的医生会诊时间往往也较长, 并且更倾向于提供预防性的卫生服务。

关于支付方式对卫生服务结果的影响, 近年来也有一些文章。如 Leonard & Zivin (2003) 比较了按 FFS 支付的偿付方式和较少见的按结果偿付的方式。使用的数据是喀麦隆农村地区的医疗数据, 在那里, 患者可以选择按结果支付或按服务支付。作者证明, 在疾病治疗的过程中, 患者努力因素的考虑对结果有很大的影响。理论和实证均表明, 当疾病的治疗需要患者和医生双方面的更多努力时, 按结果支付的方式就更好。如果患者的努力可以明确的定义并监督, 那么传统的按结果支付的方式可能是更好的。

Gosden, Sibbald, Williams, Petchey & Leese (2003) 研究了 10 个主要拿人头费和按服务收费的标准合同全科医生, 和 10 个拿工资的全科医生在不同支付模式下医疗行为的差别。他们利用日常

的工作记录来评估全科医生的工作量，治疗结束后，通过问卷的方式了解患者对卫生服务治疗的想法。拿工资的全科医生在治疗管理上花的时间较少，但在上班时间之外的工作量更高，这让他们能够看更多的病人。与标准的合同制医生相比，他们患者名单的数量要小一些，但由于员工政策的不同，每个全科医生的平均名单数量要高一些。拿工资的全科医生诊断时间较短，开处方的量少一些，但转诊情况差不多。在所考察的卫生服务治疗的13项指标中，拿工资的医生有7项较好，2项较差，但这些差别都是不显著的。总的来说，给医生支付工资对全科医生生产率并没有显著的负面影响，对他们其他的行为以及服务的质量影响也不大。

此外，Barro & Beaulieu（2003）探讨了医生的支付方式由工资向利润分成转变对卫生服务的影响。通过分析佛罗里达的一个大型医疗公司（The Health Care Company）的数据，作者发现，这种转变对服务数量的提供有很大的影响，医生一般都可以通过增加产出以提高自己的收益率。另外，在这里还有一个选择效应，即生产力水平较低的医生会选择离开，高生产力的则会选择留下了。

### 参考文献

1. Aubin M, Vezina L, Fortin J, Bernaard P.(1994), "Effectiveness of a Program to Improve Hypertension Screening in Primary Care." *Canada Medicine Association Journal*, Vol.150:509-15.
2. Barro, Jason and Nancy Beaulieu(2003), Selection and Improvement: Physician Responses to Financial Incentives. NBER Working Paper.
3. Battista R, Spitzer W.(1983), "Adult Cancer Prevention in Primary Care: Contrasts Among Primary Care Practice Settings in Quebec." *American Journal of Public Health*, Vol. 73(9):1040-1.
4. Burkowitz J, Preissig A, Wehner I(1995), "Fischer G. Effects of Two Reimbursement Models on House Calls by General Practitioners." *Gesundheitswesen*, Vol. 57:782-5.
5. Bjorndal A, Arntzen E, Johansen A.(1994), "Salaried and Fee for Service General Practitioners: Is There a Difference in Patient Turnover?" *Scand J Primary Health Care Vol.12*:209-13.
6. Bjorndal A, Borchgrevink C, Johansen A.(1995), "Changing Market for Oslo Physicians, Justification for and Consequences of Changes in Agreements." *Tidsskr Nor Laegeforen Vol.115*:2794-7.
7. Broomberg J, Price M.(1990), "The Impact of the Fee-For-Service Reimbursement System on the Utilisation of Health Services." Part III. Comparison of utilisation patterns in medical aid schemes and a local health maintenance organisation. *S Afr Med J Vol.78*:133-6.
8. Epstein A, Begg C, McNeil B.(1986), "The Use of Ambulatory Testing in Prepaid and Fee for Service Group Practices." *N Engl J Med Vol.314*:1089-94.
9. Gaus C, Cooper B, Hirschman C.(1976), "Contrasts in HMO and Fee for Service Performance." *Social Security Bull May*:3-14.
10. Gosden, T., L. Pedersen and D. Torgerson(1999), "How Should We Pay Doctors? A Systematic Review of Salary Payments and Their Effect on Doctor Behaviour." *Q J Med Vol.92*:47-55.
11. Gosden, Toby, Bonnie Sibbald, Jacky Williams, Roland Petchey and Brenda Leese(2003), "Pay Doctors by Salary: A Controlled Study of General Practitioner Behaviour in England," *Health Policy*, Vol.64:415-423.
12. Hastings J, Mott F, Barclay A, Hewitt D.(1973), "Prepaid Group Practice in Sault Ste. Marie, Ontario: Part I: Analysis of Utilisation Records." *Medical Care Vol.11*:91-103.
13. Hemenway D, Cashman S, Lou Parks C, Bicknell W.(1990), "Physicians' Responses to Financial Incentives: Evidence from a for-profit Ambulatory Care Center." *N Engl J Med Vol.322*:1059-63.
14. Hickson G, Altemeier W, Perrin J.(1987), "Physician Reimbursement by Salary or Fee for Service: Effect on Physician Practice Behaviour in a Randomised Prospective Study." *Pediatrics Vol.80*:344-50.

15. Hillman A, Pauly M, Kerstein J.(1989), "How Do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organisations?" *N Engl J Med* Vol.321:86–92.
16. Johnsen R, Holtedahl K.(1997), "Working Hours and Productivity of Curative Services in General Practice in 1993." *Tidsskr Nor Laegeforen* Vol.117:1489–92.
17. Kristiansen I, Mooney G.(1993), "The General Practitioner's Use of Time: Is It Influenced by the Remuneration System?" *Social Sci Med* Vol.37:393–9.
18. Kristiansen I, Holtedahl K.(1993), "The Effect of the Remuneration System on the General Practitioner's Choice Between Surgery Consultations and Home Visits." *J Epidemiol Community Health* Vol.47:481–4.
19. Kristiansen I, Hjortdahl P.(1992), "The General Practitioner and Laboratory Utilisation: Why Does It Vary?" *Family Practice* Vol.9:22–7.
20. Leonard, Kenneth and Joshua Graff Zivin(2003), "Outcome Versus Service Based Payments in Health Care: Lessons from African Traditional Healers." NBER Working Paper.
21. Pauly M, Hillman A, Kerstein J.(1990), "Managing Physician Incentives in Managed Care." *Medical Care* Vol.28:1013–24.
22. Perkoff G, Kahn L, Haas P.(1976), "The Effects of An Experimental Prepaid and Group Practice on Medical Care Utilisation and Cost." *Medical Care* Vol.14:432–49.
23. Perkoff G, Kahn L, Mackie A.(1974), "Medical Care Utilisation in an Experimental Prepaid Group Practice Model in a University Medical Center." *Medical Care* Vol.12:471–85.
24. Scitovsky A.(1981), "The Use of Medical Services under Prepaid and Fee for Service Group Practice." *Social Sci Med* Vol.15:107–16.
25. Simoens, Steven and Jeremy Hurst(2006), "The Supply of Physician Services in OECD Countries," OECD Health Working Paper.
26. Wilson S, Longmire W.(1978), "Does Method of Surgeon Payment Affect Surgical Care?" *J Surgical Res* Vol. 24:457–68.
27. Wolinsky F, Marder W.(1982), "Spending Time with Patients, the Impact of Organizational Structure on Medical Practice." *Medical Care* Vol.20:1051–9.
28. Xu, Mengxuan & Weiqiu Yu(2003), "Physician Payment Options: A Policy Discussion for New Brunswick." Working Paper.

## 第八章 药品产业中的公共政策\*

随着科学技术的进步，药品在治疗疾病、维护健康上的作用越来越重要。对于发达国家而言，其早期死亡率的下降以及预期寿命的增加，主要来自于人均收入上涨所带来的营养、卫生以及饮用水条件的改善（Fogel, 1986）；但近期的研究（Cutler, Deaton, and Lleras-Muney, 2005）表明，药品以及其他医疗技术的创新和扩散，在二战后已经成为决定发达国家健康水平提高的主要因素。Lichtenberg（1998, 2003）分别利用美国，以及52个国家的数据进行的研究表明，在1986-2000年间，这些国家预期寿命的提高40%应当归功于新药的推广使用。<sup>17</sup>对于当代发展中国家，Kremer（2002）指出，尤其是以药品创新和扩散为代表的医学进步，甚至使得这些国家国民健康水平的改善不再受经济是否增长的约束。例如在撒哈拉沙漠以南的低收入非洲国家，在1972—1992年间其人均收入下降13%，但国民预期寿命增加了10%，婴幼儿死亡率下降了30%。

正是由于药品在维护健康上的极端重要性，而健康在现代社会普遍被看作是基本人权之一，因此各国政府必须从维护公共利益的角度，对于药品产业的研发、生产、流通以及定价等方面进行程度不同的管制，我们可以将这些称之为药品产业中的公共政策。至少在名义上，各国政府都期待通过设定恰当的政策，既能够激励药品的创新，又能够让公众享受到安全高效、价格合理的药品，尽可能发挥药品在治疗疾病上的作用。需要指出的是，政府的这些政策目标在某种程度上是相互冲突的。例如，由于药品产业具有研发成本非常高，而边际生产成本非常低的特点，因此在新药研发出来之后，人们在伦理上总是希望药品定价能够尽可能的接近边际生产成本，药品生产能够尽可能的多，以便更多人的疾病能够得到治疗，然而这种政策却有可能降低创新者所能获得的经济利益，从而在长期来看无法促进药品的创新。从这个例子来看，针对药品产业选择合适的公共政策并不是一件容易的事。

本文的目的即是总结若干发达国家在药品产业方面的各类公共政策，分析各项政策的核心要素及其实施效果。我们期望，本文的综述能够对于当前有关我国药品监管体制的讨论有一定的启发意义。众所周知，我国有相应的政府职能部门，分工合作行使对药品行业的监管职能。但是在近年来，我国药品监管部门的不当政策、腐败，以及与之相应的医疗卫生行业“以药养医”等问题已经招致广泛的公众批评。例如朱恒鹏（2007）的研究就发现，政府管制政策的失当，以及公立医院的双向垄断地位，是当前药价虚高的根本原因。在这种情况下，细致讨论其他国家药品产业中成功或者失败的公共政策，相信对于进一步深化我国的药品监管体制改革具有一定的借鉴意义。

全文结构安排如下：第一节讨论与药品行业的主要特征，以及该产业相关的各方；第二节讨论针对药品产业中主要的公共政策，尤其强调有关药品创新及定价方面的各项政策；第三节讨论有关药品产业各项政策在长期和短期之间，以及发达国家和发展中国家之间的利益冲突；第四节讨论我国药品行业在以上各方面的相关政策；最后是一个简单的总结。

### 一、药品行业的特征及相关各方

药品行业的特征主要有四点：（1）药品关系到患者的健康甚至生命安全，需要政府和质量上严格把关；（2）药品行业是高技术行业，研发在该行业起着非常重要的作用；（3）患者在购买药品时并不拥有完全的信息，他们需要医生的指导；（4）药品的需求价格弹性比较低，使得卖方有能力提

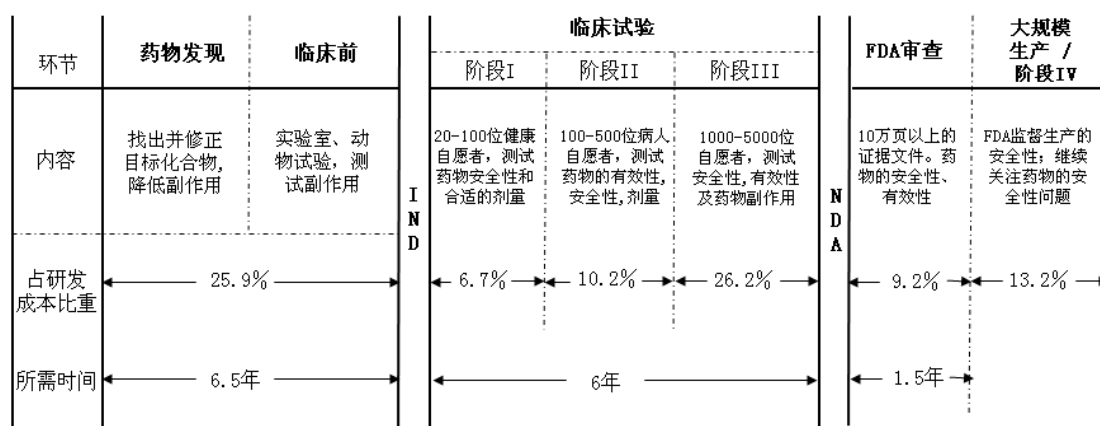
\* 本章由刘启、汪德华执笔。

<sup>17</sup>例如，在引入有效的鸡尾酒疗法之后，过去的十年中美国艾滋病患者的死亡率下降了大约70%。

高价格。

药品的功能是治病，我们除了关心它的疗效之外，最重要的就是安全问题。上世纪 60 年代在欧洲发生的一起严重的药品事故，<sup>18</sup>促使各国开始执行严格的药品安全政策，即在新药上市之前，药品监督管理部门必须确保其安全性。除此之外，政府还应该严格监督药品的生产过程，如近些年中国模仿其他国家，对药品的生产、流通企业进行GMP、GAP、GSP等各种认证，原因就在于此。就总的趋势来说，政府所执行的标准越来越严格，制药企业相应的支出也越来越高。新药由研发到批准上市所需要的平均时间，已经由上世纪 60 年代的 4.7 年，增加到 70 年代的 6.7 年，80 年代的 8.5 年，乃至 90 年代的 9.1 年，现在研发一种新药所需的时间更是长达 10—15 年 (DiMasi et al., 1994, 2003)。

新药研发是投入高、周期长、风险大的活动。现在一种新药的研发成本约为 8 亿美元 (DiMasi, Hansen & Grabowski, 2003)。研发过程一般有如下一些步骤，见图 1 新药研发的流程。



资料来源: Pharmaceutical Industry Profile, PhRMA, 2006  
 What Goes Into the Cost of Prescription Drugs? PhRMA, 2006  
 www.innovation.org

图 1 新药研发流程

在研发上进行巨额投资是药品产业的显著特点。制药企业研发投入占销售额的比重，已经由上世纪 70 年代的 13%，提高到现在的 18%左右，而同期制造业的平均水平则基本保持在 2%-4%的水平 (Scherer, 2007)。因为药品产业研发的目的是发现具有治疗功能的新药，这实际上就是具有公共品性质的知识，所以也就不难理解该产业中研发的重要性。另外，从上图可以看出，研发投入中 40%以上用于临床实验，因此药品的研发成本受政策的影响很大，如果新药的门槛更高，临床实验的成本就会上升，从而导致新药研发的总成本增加。

尽管制药公司在新药的研发上投入了巨额资本和大量的时间，但新药上市之后，能够收回平均研发成本的则仅有 30% (Grabowski & Vernon, 1990)。也就是说，少数“重磅炸弹”对制药公司的利润贡献非常大，比如辉瑞公司生产的降血脂专利药立普妥，其 2006 年的销售额为 129 亿美元，占辉瑞总销售额的 29%。<sup>19</sup>因此在新药研发上，大公司有着很强的优势，他们更有可能开发出这类重磅炸弹，抵抗风险的能力也就更强。

对普通的消费品，消费者可以根据自己的喜好和实际支付能力购买。但对药品来说，情况有很大的不同。首先，偏好问题在很大程度上被信息不对称问题所取代，消费者重点考虑的不是自己喜

<sup>18</sup> 当时欧洲的许多孕妇服用一种治疗晨吐的镇静剂，但后来发现该药导致了 8000 名畸形儿的诞生。见 Scherer(2000)。

<sup>19</sup> <http://www.istis.sh.cn/list/list.asp?id=4380>。



欢吃什么药，而是自己应该吃什么药，这个时候他往往不得不求助于医生的帮助。这样，消费者实际上是将自己的选择权交给了医生。另外，购买普通商品时，支付能力是消费者重点考虑的因素之一；但对药品来说，其功能更受重视，因此消费者重点考虑的是尽快康复，药品的价格需求弹性相对来说较低，使得卖方有较大的提价空间。并且在很多情况下，药品的购买（部分）是由保险支付，这又在一定程度上加剧了这一问题。

因为药品产业的上述特点，使得它成为一个备受关注的产业。药品事关人们的健康，因此政府需要在安全性上给予足够的关注；药品产业中知识（专利）非常重要，一方面要求政府从政策、资金等方面能够支持研发，另一方面需要政府能够保护企业的研发成果，这就是所谓的专利问题；因为在用药上存在信息不对称的问题，以及患者对价格不敏感，又要求政府或有关机构能够监督医生的处方行为，同时对药品的定价进行一定的管制。政府需要在控制药品价格和平衡研发激励上作出权衡，以实现尽可能好的结果。

## 二、药品产业的公共政策

药品产业中的公共政策，更多地表现在供给方面。企业推出新药时，政府需要确保新药的安全性和有效性；新药上市之后，因为专利的保护，它能有一定期限的市场独占期，用以弥补其研发成本，这需要政府执行严格的专利保护制度；但在专利到期之后，政府的政策对非专利药进入市场的便利程度，进而是药品产业的竞争程度也会产生很大的影响；除此之外，部分国家在新药的定价、药品的营销等方面，均对企业实施了一定的限制。所有这些做法的目的，正像前面所说的那样，无非是权衡两方面的因素，一是保证让消费者获得安全、价格合理的药品，二是保证企业有足够的研发激励，药品产业能够持续发展。

### （一）新药的安全性、有效性

据 Mansfield (1970)、DiMasi et al. (1991) 的研究，上世纪 50 年代新药临床试验的平均成本为 400 万美元（1987 年价格水平），70 年代则增加到 4800 万美元（1987 年价格水平），增加 10 倍以上。Grabowski et al. (1978) 试图研究政府管制在这一费用增长上的影响。作者分析了 1960—1961 和 1966—1970 两个时间段英、美两国药品研发费用的增长情况。在扣除通货膨胀的因素之后，1966—1970 年英国药品研发费用是 1960—1961 年的 3 倍，美国则是 6 倍；因为英国是在 1971 年之后才对新药实施“有效性”的限制，作者认为，严格的规制手段使得新药研发成本增加了一倍。

尽管药品研发费用有了很大的增加，但在实施严格的规制政策以后，新药的数量却大幅下降了。1959 年，美国送 FDA 审查的新药数量为 65 种；通过《Kefauver-Harris 法案》之后的 18 年里，平均每年送审的新药数量仅仅为 18 种。Peltzman (1973) 认为，FDA 应该为这一后果负责，因为严格的规制政策导致了效率的损失。但是在 FDA 看来，严格的政策只是减少了那些疗效并没什么改善的“我也是”（me too）药品，真正具有突破性疗效的新药数量并没有减少。在这一辩论中，Thomas (1996) 提出了一个新颖的观点：表面上看，美国严格的规制政策使得其新药的数量大幅减少；但也正因为其政策的严格性，迫使制药公司将研发资金投入具有显著疗效的新药上，保证了其产品在国际上的竞争力。美国、英国、德国因为严厉的规制政策，保证了其较高的海外销售份额；反观法国、意大利和日本，这些国家药品海外销售份额非常低，主要原因就是它们并没有严格的规制政策保证其药品在国际上的竞争力。

关于这一政策的争论，我们可以用统计学上的思路来进行分析。政府部们在新药审批时面临着

无法消除的不确定性问题，其决策有可能会犯两种错误：一是在药物不满足安全性、有效性时获得批准，二是满足安全性、有效性的药物未获批准。在制定相关政策时，政府部门需要权衡一下这两类错误并作出选择。一般来说，它们都会更多地关注第一类错误，在这一方面制定较为严格的标准，以避免出现危害公众健康的事件。但由此产生的问题就是前面所说的，药品临床试验成本大幅上升，增加了药品研发的费用，这些最终都会反映在药品的价格和消费者的支出上。见 Scherer（1996，2000）。

## （二）专利保护制度

专利问题是高投入产业共有的问题。这类产业在研发上进行了大量的投资，希望通过产品的高质量、高性能来吸引顾客。但如果没有专利对其知识产权进行保护，研发成果便很容易被竞争对手所模仿，竞争优势也就无从体现。这会极大地挫伤企业进行研发的积极性，进而损害一国整体的技术进步和经济发展。基于这一考虑，绝大多数国家都会立法予以保护知识产权。

不过药品产业的专利问题有其特殊性，表现在它的“脆弱性”和“强硬性”上（Scherer, 2000a）。在机械、电子等行业，如果某种先进的产品出现了，竞争者为了模仿，必须在产品设计、安全性能测试等方面进行再次的研发，其支出也是相当大的。但对药品产业来说，研发是为了生产知识：在临床试验之前，是关于何种化合物有治疗作用的知识；在临床试验阶段，则是目标化合物的效用、毒性等知识。因此，一旦关于专利的信息公布，竞争者便相当于和发明者拥有相同的知识。这是药品专利“脆弱性”的表现。

另一方面，其他行业的专利出现之后，人们一般都可以找到其他的方法来实现同样的结果，这样竞争对手总是有机会绕过发明者的专利。但在药品产业，一旦某药品的专利得到确认，发明者便拥有了该药品有效成分的专卖权。如果竞争对手希望能够“绕过”该专利，必须重新检验类似化合物或其他化合物的治疗性质，并重复临床试验阶段，这基本上就是在重复发明者的研发过程，因为新药研发的投入，有很大一部分就是在临床检验、药物审批阶段（占总研发成本的 50% 以上，见图 1）。从这一点看，药品专利的保护又是“强硬”的。

药品专利的脆弱性，意味着该产业中的仿制很容易实现。因为易于仿制，制药公司必然会非常重视专利问题。学界的研究也与这种情况相符。20 世纪 60 年代后期 Taylor & Silberston 在英国做过一项调查：如果没有专利制度，公司会削减多少研发投入？所有行业的平均值是 8%，而对药品产业，这一数值是 64%（Taylor & Silberston, 1973）。Mansfield（1986）调查了 100 家美国公司的研发部门主管，询问他们如果没有专利制度，公司在 1981—1983 年间做出的发明有多少是做不出来的。所有行业的平均值是 14%，对药品行业，这一数值是 60%。

关于药品专利对研发的影响，值得一提的还有美国国会 1984 年通过的一项法案（《Hatch-Waxman 法案》）。在 1996 年之前，新药的专利保护期限是 17 年（1996 年之后变为 20 年，关于这一点，下文会有相关讨论）。但是，因为新药的研发、临床试验及审批是一个很长的过程，药品专利的实际保护期限一般远低于 17 年，即便是将专利期限延长为 20 年之后，一种药物的实际专利期限平均也只有 11.5 年（Grabowski & Vernon, 1996）。专利期限的缩短会影响制药公司研发新药的激励，因此 1984 年的 Hatch-Waxman 法案规定，如果有证据证明 FDA 拖延了新药上市的时间，则新药专利的有效期限最多可以延长 5 年，但从上市到期限结束不能超过 14 年。这一法案赋予新药的研发企业更长的专利期限，能更好地促进新药的研发活动。

## （三）鼓励非专利药进入市场

关于规制在促进药品竞争方面，美国的做法很有代表性。最重要的法案是 1984 年通过的《Hatch-Waxman 法案》。在该法案之前，非专利药在进入市场之前，需要与专利药一样经过复杂而漫长的临床试验阶段，这在很大程度上阻碍了非专利药与专利药之间的竞争，因为前者在上市之后本来就无法像后者那样定很高的价格，其低价的优势会因为审批成本的提高而大受影响。《Hatch-Waxman 法案》规定，仿制药品的生产者无需证明自己药品的安全性、有效性，它们只需要表明仿制药品与专利药是同样有效的（如有相同的活性成分）。这项法案的实施，使得非专利药非常容易进入市场，其市场份额的比重（用量），从 1984 年的 19%，增加到 1999 年的 47%，2005 年更是达到了 57% 的水平（PhRMA，2006）。这项法案的实施，一方面适当延长了新药发明者的专利期限，刺激了新药的发明，一方面在新药专利到期的时候，鼓励非专利药制造商进入市场，促进了两类药品之间的竞争。这是这部法案的积极意义。

但这部法案也有值得商榷之处。非专利药制造商在向 FDA 提交“简明新药申请”（abbreviated new drug application）时，它必须证明至少满足下列条件中的一项：（1）专利药品的专利已经到期了，（2）专利药品的专利在某一日期到期，在此之前，非专利药不会进入市场，（3）专利药品的专利是无效的，或者专利药品的市场不会受到非专利药品的侵蚀。如果非专利药制造商选择了（3），它必须同时向药品专利持有者作出解释。若专利持有者作出反应，在 45 天之内起诉仿制者，那么后者的新药申请就自动延迟，等待法院的最终判决（不会超过 30 个月）。法案为了鼓励仿制者挑战发明者的专利，如果仿制者选择了（3）并且在诉讼中取胜，那么它就能获得 180 天的独占期，在此期间，其他仿制者不能进入市场。

如此规定的目的是为了鼓励非专利药品的进入，但未必能实现立法者的目的。对专利持有者来说，如果它选择了上诉但输了，在未来 180 天的时间里将只面对一个竞争对手（最坏的情况）；如果它选择不上诉，则马上会面临很多的竞争对手，市场份额将流失大半。这样上诉显然是它最好的选择。对仿制者来说，它同样有激励选择（3），因为如果涉及到的专利问题有很大的不确定性，它便有可能获得 180 天的独占期，这样两者便很有可能合谋，这是立法者当初所没有想到的情况。见 Berndt（2002）。

#### （四）对药品价格的规制

在新药的研发上，政府需要严格把关；涉及新药的知识产权问题，政府则需要执行严格的专利保护制度，以确保创新的可能性；但是，在企业将新药推向市场的时候，一般来说，政府同样需要特别关注新药的定价问题，这主要是从成本的角度考虑，控制社会在药品上的支出。

政府会通过各种方式管制药品，特别是**专利药品的定价**。这在发展中国家及发达国家均是常见的现象。价格规制常用的方法包括：直接价格控制、参考定价、利润或回报率规制、预算约束控制等。见 Danzon（1997）、Schulman & Lasagna（1994），U.S. Office of Technology Assessment（1993, pp. 250-262）、U.S. Department of Commerce（2004）。部分国家对药品价格进行规制的方式见下表，因为美国这一类规制相对较少，表中没有提到美国的情况。

最直接的控制方法是政府设定药品售价，同时不允许其他价格的存在。或者，政府也可以与制造商谈判，制定一个可以接受的价格，这个价格一般都低于制药商单独定价时的水平。另一种控制价格的方法是针对新药制定较低的偿付价格（reimbursement price）。因为高于这一价格的部分完全由消费者负担，这种方法对药价也会有显著的影响。最后，政府也可能对已经上市的药品定期降价。

例如，加拿大政府通过**偿付比率和价格削减**来控制政府卫生计划内的药品价格。加拿大专利药

品价格评审委员会（Patented Medicines Prices Review Board）制定了药品生产企业可以收取的最高价，任何试图制定高价的行为都会受到严厉的惩罚。加拿大各省利用削减或冻结价格的方法来阻止制药商以通胀的名义提高价格。

为了支持国内仿制药产业，有些国家在药品专利到期之后，会实行价格下限政策。其标准一般是基于专利药价格的一个百分比制定。维持一个较高的仿制药价格可能会导致品牌药的消费增加。但是，一方面国家会维持相对稳定的药品预算，另外也会强制在专利到期的药物上支出多一些，这样能用在新的创新药物上的预算就变少了。这类政策对创新企业的最终影响还不确定。但对消费者来说，因为他们被迫在专利到期的药品上支出更多，能够用在新的创新药物上的支出也就更少了。

参考定价根据其他国家的价格水平，或者相对国内已有的药价水平来决定药品的销售价格。因为参考价格决定的往往是偿付水平而不是制药商的价格，政府往往认为这一方法不如价格控制严格。药品市场从自由放任到规制的国家，大都会采取某种形式的参考定价方法。

参考定价的一种常见做法是，根据一组选定国家的价格水平，制定国内的药品价格。用作参考的价格通常来自与自己类似的国家。但是，因为在药品价格的国际比较中存在种种问题——在名称、形式、剂量和代表性上缺乏统一，这类比较往往并不能让人完全满意。另外，也无法根据国家间人均收入的差别或其他能解释价格差异的因素，对这样的比较进行调整。通过与其他国家进行比较，一国药品价格的规制可以直接影响其他国家的价格和收益。

还有一种称为“治疗”类别参考定价，这种方法将药品偿付限制在治疗同类疾病的药品的平均价格或最低价格水平上。支持这种方法的人认为，它能使医生、病人和保险公司在同类产品中自由选择，无需考虑价格。但反对者，特别是以研发为主的制药公司则认为，这一方法往往低估了新药的新增治疗价值，它假定针对同一类疾病，所有的药物都是差不多的。如果将非专利药和创新药放在一起，那它就迫使新药的价格将低到已有的非专利药水平上，这会打击创新的积极性。

表 1： 部分国家对药品价格的规制政策

国家	控制上市价格	控制偿付价格	参考定价	利润控制	药品预算
澳大利亚	✓	✓			
比利时	✓	✓			
丹麦			✓		
芬兰		✓			
法国	✓	✓			✓
德国		✓	✓		✓
希腊	✓	✓			
爱尔兰	✓	✓			✓
意大利	✓	✓			
日本		✓		✓	
荷兰	✓	✓	✓		
挪威		✓	✓		
葡萄牙	✓	✓			
西班牙	✓	✓		✓	
瑞典		✓	✓		

瑞士		✓			
英国				✓	✓

(转引自 Vernon, John, 2002, “Drug Research and Price Controls,” Regulation, 23(4): 22-25)。

有些国家对制药企业的利润进行控制。这种方法限制了企业在平均每种产品上，或者在一段特定的时间里可以赚取得利润。如果超出这一限制，企业或者将利润的超出部分上交政府，或者降价。1998年，正在试图针对药品产业进行统一市场立法的欧盟，就曾考虑在与成员国和公司进行谈判的基础上实行利润控制。<sup>20</sup>

**英国是目前唯一一个用回报率进行规制的国家**，这和多年来美国规制电力和电话公用事业类似。每年评估一下私营公司的资产，包括研发支出的资本化价值。每家公司分别与规制当局谈判决定一个税前的资产回报率，通常在 17% 到 21% 之间。公司应该确保在扣除运营成本、研发和促销成本之后，其回报率维持在之前制定的水平。在计算成本时，促销支出最高仅能占销售额的 9%。英国的“价格规制制度”听起来已经补偿了研发成本，因此不会像其他国家的规制政策那样，对激励产生不好的影响。但是，依然存在问题。如果机械地执行这样的政策，拥有许多研发计划的大公司在投资上的回报会远高于研发项目较少的小公司，见 Scherer (1995, pp. 36-38)。给定药物研发项目结果的偏态分布特性，拥有许多项目的大公司既有大量不成功的研发投资，也有（少数）重磅炸弹，庞大的投资额会让公司从这些成功的药品中获得尽可能的利润。但对一个小公司来说，如果它有幸开发了一种很好的药，因为研发项目较少，它能够通过该药获取的利润也会非常之少。另一方面，如果它没能开发出重磅炸弹，因为市场残酷的竞争，它的回报会非常有限。

**处方预算**为给定时期内制定一个预算，并以此管理。这一限制会控制医生开具药品的支出或数量。在有些情况下，国家卫生体系会设定药品支出上限。如果政府支出超出这一目标，政府就会向药品产业或医生征税。在南韩，政府会根据一个医生开具“贵药”的比例来评估他 (Sournerai & Ross-Dognan, 1997)。在有些情况下，如果支出较低，医生还有额外的收入。这一安排可以达成有关政府折扣或销售量限制的协议。

德国的体制是**总量预算约束和压价政策**。为了控制日益增长的卫生成本，联邦卫生部于 1993 年设定了一个严格的全部药品预算，要求控制之前的支出水平。如果超出目标支出额在 2.8 亿马克以内，则超出部分将从医生收入中扣除。如果超出 2.81—3.6 亿马克，则超出部分将由制药商支付。1995 到 1997 年，德国的药品预算由地区水平分散到个体医生（英国也实现了这一点）。个体医生支出约束的一个显著后果是，基础保健医生 (primary care physicians) 将越来越多的病人转给专家和医院，后两者有不同的约束 (Schoffski, 1996)。1998 年，德国控制成本的政策开始由药品预算约束转为病人共付制度。

总体上说，欧盟对药品价格的控制比美国严厉得多，因为美国虽然有一些政治上的压力，如 1993 年克林顿政府试图推行的医疗改革方案就涉及控制药品价格的问题，但相对来说政府对药品价格的管制是比较少的。政策差异导致的直接后果，就是两个地区药品价格的差异。从 1986 年到 2004 年间，剔除消费者价格指数因素，欧洲的药品价格平均来看基本维持在原来的水平，而 2004 年美国的药品价格则是 1986 年的 1.4—1.5 倍 (Golec & Vernon, 2006)。政策差异的间接影响，则是药品产业的研发，以及相应的就业、新药数量等。1986 年，欧洲在研发上的投资比美国高出 24%，但到了 2004 年，已经比美国低了 15%。在此期间，欧洲研发投资的实际增长率约为 5.4%，美国则达 8.8%。尽管欧洲的消费者享受到了价格低廉的好处，但其成本却是新药数量少了 46 个，涉及研发

<sup>20</sup> <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/lvb/l21227.htm>。

的就业机会也少了 1680 个 (Golec, & Vernon, 2006)。Vernon (2002) 的研究也表明, 如果美国也对药品价格进行上述的规制, 则大公司在研发上的投资会大幅下降。这一重要的权衡, 是所有决策者在制定政策时所面临的问题, 也是不得不考虑的问题。

### (五) 对药品广告的限制

同其他产品一样, 药品产业的广告也是非常普遍的现象。药品分为处方药和非处方药, 对应的广告也是有所区别的。在美国, FDA 将直接面向消费者 (direct to consumer, DTC) 的药品广告分为两类, 一是印刷广告, 二是电视广告。前者除介绍药品的成分、疗效之外, 还必须包括药品使用风险的信息; 后者除了要有一个重要的风险声明以外, 还必须向观众提供 FDA 批准的详细处方信息。这一规定使得电视广告的成本非常高, 因此在 1997 年之前, 药品产业的广告主要集中于印刷媒体上, 特别是通过专业期刊向医生做广告。1997 年 8 月, FDA 放宽了对电视广告的限制, 规定这类广告可以仅包括一个简单的使用风险介绍 (通常是通过话外音), 同时指明详细信息的获取地址。因为规定的放松, DTC 类的药品广告从 1996 年的不到 6 亿美元, 迅速增加到 2000 年的 26 亿美元。Calfee, Winston & Stempski (2002), Iizuka & Jin (2005)。

另外, 药品广告还有处方药和非处方药之分。因为消费者可以不用处方就购买到非处方药, 所以制药商更愿意在非处方药上投放广告。据美国贸易委员会 (1985) 的统计, 1977 年, OTC 药品制造商将其销售收入的 20.2% 用于广告支出, 这在所有统计的 225 个产业中排名第一; 处方药的广告支出占其销售收入的 4%, 排名第 28。

Calfee, Winston & Stempski (2002) 认为, 没有显著的证据可以表明 DTC 广告在短期内会影响药品的需求, 也没有显著的证据表明它会影响制药商的市场份额, 但在长期里它可能会影响患者对药品的需求。至于为何在规制政策调整之后, 药品广告会迅速增加, 作者认为, 制药商是在试图用试验的方法确定这种营销方式的作用。在掌握更多的信息之前, 它们会为了增加经验而投资于广告。

Iizuka & Jin (2005) 的实证研究考察了 DTC 广告对消费者两类健康习惯——抽烟与运动——的影响。作者发现, 平均来说, 广告对人们日常生活中的健康习惯或者没有影响, 或者是有负面影响。例如, 关于戒烟产品的广告并没有减少人群中烟民的比例; 对那些受过高等教育、拥有保险的人们来说, DTC 广告反而会增加其吸烟的可能性; 对那些教育程度较低、没有保险的人们, 广告则会降低其吸烟的可能。至于 DTC 广告对人们运动量的影响, 作者发现, 对四类疾病——糖尿病、高血压、心脏病和肥胖——的患者来说, 广告降低了其适量运动的可能; 对拥有保险、受过高等教育的人来说, 这一效应更为明显。这一研究成果表明, 有关药品的 DTC 广告鼓励部分人以药品替代健康的生活方式。

因为药品涉及人们的健康, 所以在营销行为上政府也施加了一定的规制。但可以看出, 允许 DTC 广告, 一个负面的影响是它可能会诱导消费者偏向不健康的生活方式, 如抽烟、不愿意运动等, 这可能是因为消费者通过广告“了解”, 即使自己的生活方式不健康, 也有有效的药物可以维持自己的健康水平。同时, 我们并没有显著的证据表明 DTC 广告可以显著增加消费者对药品的需求。这样, 对这类涉及健康的产品的营销方式, 就需要规制者进行深入的分析了。

## 三、药品产业的动态效率

政府对药品产业的规制, 最基本的问题就是要在短期效率与长期效率之间取得平衡。药品产业的需求方特征 (处方制度、保险) 和供给方特征 (专利保护), 意味着新药的替代品较少而需求缺

乏弹性，这往往会导致药品的高价格。所以在短期里，政府希望能够控制药价，在保证制药商适当利润的前提下，努力让消费者能够获得价格合理的药品。政府控制药价的理由不仅是因为药品产业很重要，还因为它的边际成本一般都比较低（Berndt, 2002）。

但是从长期来看，这并不一定是最优的选择。药品产业是高科技产业，技术进步发挥着非常重要的作用，如果研发出一种有价值的新药，企业每年就可以从这一产品中获利。据IMS Health公布的数据，2006 年全球 10 种最畅销药物的销售额达到 569 亿美元，其中Lipitor（一种降胆固醇的药物，连续五年高居销售额榜首）以 129 亿美元的销售额继续高踞榜首。<sup>21</sup>药品产业的这个特征，决定了制药企业，特别是大型企业，会在新药研发上进行大量的投资（见前文的分析）。短期里，研发投资可以看作是沉没成本，它不应该影响企业的定价行为；但长期来看，研发投资又是可变成本，如果药品的定价过低，又会影响企业在研发上进行投资的积极性。如何在这种短期利益和长期利益之间取得合理的平衡，是政府监管部门要深入研究的问题。

对一国政府来说，重要的是平衡好上述的短期和长期利益。但是，当涉及到国际间贸易时，由于各国药品产业的发展水平不同，也会产生种种问题，这主要表现在各国对待专利的看法上。因为专利的重要性，制药公司非常重视它。现在大的制药公司都在寻求海外市场，它们自然会把目光放在其他国家的专利保护问题上。专利对创新很重要，但在药品产业，并不是所有发达国家的意见都是一致的。像制药大国瑞士，在 1977 年以前，它都不承认药物产品专利，因为“这类产品对消费者福利非常重要，不能允许垄断”（Scherer, 2000a）。对发展中国家来说，正如前面提到的那样，药品专利很容易模仿，这样它们就可以在不保护药品专利的前提下，合法地仿制发达国家的新药，或者在自己国内出售，或者出口到类似的国家。印度就是这方面的典型代表。

美国的制药、软件、电影、唱片等产业联合起来游说政府，说服政府向知识产权保护不力的国家施压，并且在乌拉圭回合多边贸易谈判中，将知识产权保护问题列为重要议程。世界贸易组织在乌拉圭回合谈判中签署的《与贸易有关的知识产权协议》（Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, 简称 TRIPS），限制了身为世贸成员的发展中国家的这类做法。该协议要求所有成员国实施严格的知识产权保护制度（专利期限为 20 年），并且设定了时间限制：发达国家为 1999 年，发展中国家则为 2004 年。这一协议的签署，引来了各发展中国家的种种非议，因为它们国内的企业还无法在研发上与发达国家的企业进行竞争，它们担心如果执行这样的协议，一方面会打击国内制药产业，另一方面也会引起药品价格的上升，对生产者、消费者都有负面影响。虽然该协议能增加某些制药公司的收入，并鼓励它们在研发上进行更多的投资以发现更多、更好的药物，但两者相比孰重孰轻，则是值得认真研究的问题。

从发展中国的角度看，如果不实行药品专利保护，不仅不会产生因垄断带来的无谓损失，原本被跨国企业拿走的高额利润也将被消费者享有。实行药品专利保护，跨国企业的利润会增加，这会使得它们有更多的资金用于研发投入，会发明更多的新药。但是，考虑到研发投资的边际效应递减，以及新药研发准租金的边际递减，这种新增的新药数量是比较少的（Scherer, 1999）。再考虑到价格等因素，对发展中国家来说，短期内不保护药品专利对消费者更有利，并且由于国内生产者研发能力较弱，还无力与跨国公司进行研发竞赛，不保护药品专利对它们来说也是好的。关于这方面的研究，见 Chaudhuri, Goldberg & Jia（2006）。作者利用印度抗生素药品的数据，估计了 TRIPS 对印度制药业的影响。作者认为，仅仅考虑抗生素一类药品，TRIPS 的实施每年会使印度的社会福利损失 1.44—4.5 亿美元，这主要是因为消费者福利受损失的缘故。分析这一问题时，不仅要考虑消费者的支付能力，同时还要考虑到药品的可得性问题——实施 TRIPS 后，受专利保护的药品，价格

---

<sup>21</sup> <http://www.biotech.org.cn/news/news/show.php?id=33258>。

会上升，此时消费者会考虑国产药作为替代品，因此，受 TRIPS 影响的药品种类越多，消费者福利损失也就越大。对药品专利持有者来说，如果印度实施价格管制政策，则它们在实施 TRIPS 之后每年的获利不足 2 千万美元，相对它们的销售额来说，这是一个很小的数字，因此很难说 TRIPS 能在多大程度上鼓励发达国家的制药商在研发上进行投资。

最好的情况是，发展中国家实施药品专利保护，并以此激励国内企业加大研发投入并取得成功，形成良性循环。但很多时候这也仅仅是一厢情愿的事情。意大利凭借支持仿制药推动了自己制药业的发展，但 1978 年意大利最高法院裁定不保护产品专利是违宪的，并命令政府颁布专利法。在此之前，意大利的制药业向其他不保护药品专利的国家大量出口其仿制药品。但在颁布专利法之后的十年里，相对世界上主要制药商在研发上的投资增长，意大利的企业在研发上的投资并没有显著增加，其在国内注册的新药数量也没有明显的变化，同时跨国药企大量收购意大利的制药企业。因为专利法的实施，仿制药品的出口量也急剧下降。可以说，意大利的制药业未能成功转型（Scherer & Weisburst, 1995）。

与意大利相比，加拿大的情况要好一些。1969—1987 年间，加拿大政府保护药品专利，但规定仿制药企业必须能够获得国外企业的进口许可，或者在支付较低的（4%）专利使用费之后，自己生产。可以说加拿大是搭了世界制药产业的“便车”。1976 年，在抽样的 43 种专利药品中，加拿大的平均价格比美国要低 21%（U.S. Office of Technology Assessment, 1993）。

为了与美国谈判自由贸易协议，加拿大政府在 20 世纪 80 年代后期及 90 年代初期逐步修改了自己的法律。起初它延长了企业在强制许可之前能够在加拿大获得的独占期限，随后于 1992 年废止了有关强制许可的法律。之后加拿大的研发投资有了大幅增加。一方面是因为跨国企业在加拿大的研发投资有很大提高，另一方面也因为加拿大有大量训练有素的生命科学家（McFetridge, 1997）。

#### 四、我国药品产业公共政策的若干问题

上文我们简要介绍了一般意义上药品产业中的公共政策问题。对比我国制药业的具体情况，至少有以下一些问题需要仔细研究。

首先，我国制药业整体水平不高，创新性不足，创新能力更是亟待提高。如何实现制药业由低水平重复建设到高水平创新研发的转变，是当前制药产业面临的艰巨难题，也是政策制订者需要全面考虑的问题。这一问题的解决，应该重在合理的激励机制。应该制定严格、合理的新药标准，杜绝部分制药企业从所谓的“新药”中牟取暴利的情况；鼓励企业的研发，可以考虑直接补贴或免税的方式，逐步引导企业走向合理、可持续的研发之路。

为了推进我国药品产业的创新，我们可以充分利用自己独特的优势——中药。将我们在这方面长期的知识积累，结合现代科学知识和制度体系，我国的制药产业必然可以在新药的研发上走一条独特而有效的道路，为现代的医药产业作出我们自己的贡献。

其次，药价虚高是当前我国药品产业的另一个问题。这不单纯是制药产业的问题，它和当前我国的医疗体制有关。医生在治疗过程中拥有更完全的信息，他们可能会利用自己的这种地位来诱导患者的需求。此外，病人因为信息的不完全，不具备专业知识等，一方面对医生非常依赖，另一方面其药品价格的需求弹性也非常低。再加上现在的体制允许医院对药品加价 15% 出售，以及我们对新药认证上存在的问题，所有这些因素加起来，可以说从制度上允许，甚至可以说是“保证”了药价的高位运行（朱恒鹏，2007）。因此，在考虑并试图解决当前我国特殊的药价虚高问题时，必须同时关注医疗体制改革的问题，只有当我们理顺了医疗体制中医、药之间的关系，为药品产业创造



一个合理的生存环境，我们才有可能解决这一问题。

最后，针对当前我国药品产业存在的诸多问题，政府有必要对现在市场上的药品进行分类，严格筛选出有效的药品种类，允许其在市场上流通，而对那些无效的，甚至是有害的所谓的药品，则必须将其剔除出市场。在此基础上，建立**基本药品目录**，用以指导和评价医生的处方行为，同时还可以在在一定程度上解决患者对新药的盲目追求问题。

## 五、总结

药品产业中的公共政策，涉及到方方面面的问题。一方面，通过医疗保险体系，如当前我国正在推广试行的新农村合作医疗，政府在一定程度上刺激了消费者对药品的需求。这势必造成药费支出的迅速攀升。一旦未来出现这样的问题，政府必须制定相应的政策，如 PDL 等，以控制费用的增长。在这个问题上，国外目前有许多经验可供我们参考。

政府对药品产业供给方的影响，主要表现在三个方面，一是对新药的监管，二是药品的专利保护制度，三是对药价的控制。这三方面的问题同时也是相互关联的：在新药上市之前，我们需要对它进行严格的审查；上市之后，则需要对其专利进行严格的保护；新药的定价过高，又需要政府出面进行适当的规制。当前我国药品产业的监管部门在第一、第三点上均需要更充分地发挥自己的职能。我国的制药企业大都以仿制为主，创新的产品还非常少，产品竞争力比较弱，在这种情况下，监管部门一定要设法鼓励企业的创新行为，在行业政策的制定上可以参考加拿大、意大利等国家的经验和教训。当前企业通过种种不合理的手段努力申请所谓的“新药”，则是误入歧途的方法，对行业长期的发展没有任何帮助。

研发在药品产业起着至关重要的作用，一国的产业政策自然是应该通过保护专利等种种措施鼓励企业进行研发，但一旦涉及国际贸易问题，问题就变得复杂了。发达国家的制药企业在专利数量、研发能力上占据绝对优势，它们自然希望能在全世界实施严格的专利保护制度（从某种程度上说，它们的目的确实达到了）。但现有的研究表明，这对发展中国家来说可能是弊大于利的事情。对我国来说，如何制定产业政策以鼓励我国药品产业的更快、更好地发展，应该是当前需要研究的一个重要问题。

药品产业因为涉及人们的健康，同时存在严重的信息不对称问题，所以与其他产业相比，政府应该在这个产业上倾注更多的时间与精力。出于公共福利的需要，政府会为特定人群提供医疗保险，这会带来支出的迅速攀升，为了解决这一问题，政府需要从需求、供给两方面来规制这一产业。通过产品目录、直接价格控制等方式，各国在药品产业的监管实践为我们提供了丰富的经验。在政府的规制实践中，处理好短期利益与长期利益之间的平衡，是我们考虑很多问题的出发点，这既是由产业特征所决定，同时也告诉我们：药品产业的规制，并不仅仅是一个经济学问题，在如何权衡种种利益的问题上，监管者还会有很多的政治考虑。

## 参考文献

- (1)Anis, A.H., and Q. Wen, 1998, “Price Regulation of Pharmaceuticals in Canada”, *Journal of Health Economics*, 17, pp.21-38.
- (2)Berndt, E.R., 2002, “Pharmaceuticals in U.S. Health Care: Determinants of Quantity and Price”, *The Journal of Economic Perspectives*, 16, pp.45-66.
- (3)Berndt, E.R., L. Bui, D.R. Reiley & G.L. Urban, 1995, “Information, Marketing, and Pricing in the U.S. Antiulcer Drug Market”, *American Economic Review*, 85, pp.100-105.

- (4)Blumberg, Linda J., Lisa Dubay & Stephen A. Norton, 2000, “Did the Medicaid Expansions for Children Displace Private Insurance? An Analysis Using the SIPP”, *Journal of Health Economics* , 19, pp.33-66.
- (5)Caves, R.E., M. Whinston & M. Hurwitz, 1991, “Patent Expiration, Entry, and Competition in the U.S. Pharmaceutical Industry” , *Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics*, 1991, pp.1-48.
- (6)Chaudhuri, Shubham, Pinelopi K. Goldberg & Panle Jia, 2006, “Estimating the Effects of Global Patent Protection in Pharmaceuticals: A Case Study of Quinolones in India” , *American Economic Review*, 96, pp.1477-1514.
- (7)Cutler, David M., and Jonathan Gruber, 1996, “Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance?” *Quarterly Journal of Economics*, 111, pp.391-430.
- (8)Cutler, David, Angus Deaton and Adriana Lleras-Muney, 2005,” *The Determinants of Mortality*”, NBER Working Paper.
- (9)Kremer, Michael, 2002, “Pharmaceuticals and the Developing World”, *The Journal of Economic Perspectives*, 16, pp. 67-90.
- (10)Calfee, J.E., Winston, C. & Stempski, R., 2002, “Direct-to-Consumer Advertising and the Demand for Cholesterol-Reducing Drugs” , *Journal of Law and Economics*, 45, pp.673-690.
- (11)Danzon, P.M., 1997, *Pharmaceutical Price Regulation* , AEI Press, Washington.
- (12)DiMasi, J.A., 2001, “New Drug Development in the United States from 1963 to 1999” , *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 69, pp.286-296.
- (13)DiMasi, J.A. R.W. Hansen & H.G. Grabowski, 2003, “The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs” , *Journal of Health Economics*, 22, pp.151-185.
- (14)Donald G. McFetridge, 1997, “Intellectual Property Rights and the Location of Innovative Activity: The Canadian Experience” , working paper, Ottawa: Carleton University.
- (15)Dranove, D., 1989, “Medicaid Drug Formulary Restrictions” , *Journal of Law and Economics*, 32, pp.143-162.
- (16)Dubay, Lisa, and Genevieve, Kenney, 1997, “Did Medicaid Expansion for Pregnant Women Crowd Out Private Insurance?” *Health Affairs*, 16, pp.185-193.
- (17)Golec, Joseph H. & John A. Vernon., 2006, “European Pharmaceutical Price Regulation, Firm Profitability, and R&D Spend” , NBER Working Paper.
- (18)Grabowski, H.G. & J. Vernon, 1996, “Longer Patents for Increased Generic Competition in the U.S.: The Waxman-Hatch Acts After One Decade” , *Pharmacoeconomics IO*, Wuppl. 2, pp.110-123.
- (19)Grabowski, H., J. Vernon, J. & J. DiMasi, 2002, “Returns on Research and Development for 1990s New Drug Introductions” , *Pharmacoeconomics IO*, supplement 3, pp.11-29.
- (20)lizuka, T. & Jin, G.Z., 2005, “Drug Advertising and Health Habits” , NBER working paper.
- (21)Lichtenberg, F. R., 1998, “Pharmaceutical Innovation, Mortality Reduction, and Economic Growth” , NBER working paper.
- (22)Lichtenberg, F. R., 2003, “The Impact of New Drug Launches on Longevity: Evidence from Longitudinal, Disease-Level Data from 52 Countries, 1982-2001” , NBER working paper.
- (23)Lichtenberg, F. R., 2004, “The Expanding Pharmaceutical Arsenal in the War on Cancer”, NBER working paper.
- (24)Mansfield, E., 1995, “Academic Research Underlying Industrial Innovations” , *Review of Economics and Statistics*, 77, pp.55-65.
- (25)McFetridge, D.G., 1997, “Intellectual Property Rights and the Location of Innovative Activity: The Candian Experience” , Working Paper , Carleton University, Ottawa.
- (26)Moore, W.J., and R. Newman, 1993, “Drug Formulary Restrictions as a Cost-Containment Policy in Medicaid Programs” , *Journal of Law and Economics*, 36, pp.71-114.

- (27)Pletzman, S., 1973, “An Evaluation of Consumer Protection Legislation: The 1962 Drug Amendments”, *Journal of Political Economy*, 81, pp.1049-1091.
- (28)Peltzman, S., 1987, “The Health Effects of Mandatory Prescriptions” , *Journal of Law and Economics*, 30, pp.207-238.
- (29)Pharmaceutical Research and Manufacturers Association, 2004, Foreign Government Pharmaceutical Price and Access Controls, Federal Register Notice Submission.
- (30)Pharmaceutical Research and Manufactures of America, 2006, PhRMA Annual Membership Survey.
- (31)Santerre, Rexford E. & Stephen, P., Neun, 2004, *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*, South-Western.
- (32)Scherer, F.M., 1995, “U.S. Industrial Policy in the Pharmaceutical Industry” , in: A. Towse, ed., *Industrial Policy and the Pharmaceutical Industry* (Office of Health Economics, London) 26-39.
- (33)Scherer, F.M., 2000a, *Competition policy, domestic and international*, Cheltenham, UK ; Northampton, MA : Edward Elgar.
- (34)Scherer, F.M., 2000b, “The Pharmaceutical Industry” , in A.J. Culyer & J.P. Newhouse, ed., *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Chapter 25: 1297-1336.
- (35)Scherer, F. M., 2007, “Pharmaceutical Innovation”, AEI-Brookings Working Paper.
- (36)Scherer, F.M. & Sandy Weisburst, 1995, “Economic Effects of Strengthening Pharmaceutical Patent Protection in Italy” , *International Review of Industrial Property and Copyright Law*, 26, pp. 1009-24.
- (37)Schoffiski, O., 1996, “Consequences of Implementing a Drug Budget for Office-Based Physicians in Germany” , *Pharmaceconomics IO* , Supplement 2, pp.37-47.
- (38)Shulman, S.R., and L. Lasagna, eds., 1994, “Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals: An Evaluation of Cost-Containment Strategies” , *Symposium Proceedings, PharmacoEconomics*, 6(Supplement 1), pp.1-87.
- (39)Smith, C., C. Cowan, S. Heffle et al., 2006, “National Health Spending in 2004: Recent Slowdown Led by Prescription Drug Spending” , *Health Affairs*, 25, pp.186-196.
- (40)Sournerai, Stephen B. & Dennis Ross-Degnan, 1997, “Prescribing Budgets: Economic, Clinical and Ethical Perspectives” , *Australian Prescriber*, 20, pp.28–29.
- (41)Stephen B. Sournerai and Dennis Ross-Degnan, 1997, “Prescribing Budgets: Economic, Clinical and Ethical Perspectives” , *Australian Prescriber*, 20, pp.28–29.
- (42)U.S. Office of Technology Assessment, 1993, *Pharmaceutical R&D: Costs, Risks and Rewards* , USGPO, Washington.
- (43)U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2005, *Health, United States, 2005 With Chartbook on Trends in the Health of Americans* (Hyattsville, MD: NCHS).
- (44)Vernon, John, 2003, “Drug Research and Price Controls” , *Regulation*, 23, pp.22-25.
- (45)Virabhak, Suchin, 2005, *Essays on the Economics of Pharmaceuticals*, PhD Dissertation, Columbia University.
- (46)Walley, Tom, Monique Mrazek & Elias Mossialos, 2005, “Regulating Pharmaceutical Markets: Improving Efficiency and Controlling Costs in the UK” , *International Journal of Health Planning and Management*, 20, pp.375-398.
- (47)Yazici, Esel Y., and Robert Kasestner, 2000, “Medicaid Expansions and the Crowding Out of Private Health Insurance Among Children” , *Inquiry*, 37, pp.23-32.
- (48)朱恒鹏: 《医疗体制弊端与药品定价扭曲》, 《中国社会科学》, 2007年第4期。

## 第九章 医疗服务市场竞争对价格和质量的影响\*

### 一、引言

近些年来，医疗服务市场竞争的后果在政策层面已经成为一个广受关注的话题。在许多发达国家，如何控制医疗费用的快速增长已经成为医疗体系改革的最重要问题。按照 Cutler (2002) 的总结，为应对这一问题，一开始各国主要在需求或者供给端采取严格的管制和配给措施，但这并没有起到抑止医疗成本上升的作用，反而带来了医疗体系内的低效率、限制创新与缺乏有效的激励等问题，由此尤其在一些过去由政府严密控制医疗服务体系的国家中，开始逐步尝试向卫生系统引入竞争机制，将竞争和激励问题作为改革的中心。这其中典型的代表如英国的撒切尔改革计划。

而在一直存在医疗服务市场竞争的国家，典型的如美国，其医疗市场环境结构与结构也自 20 世纪 80 年代早期以来经历了很大的变化。首先是医疗技术的进步导致了住院需求的下降，加上控制成本压力的上升，使得医院的传统竞争环境发生了很大的改变，并导致了医疗行业在整个 90 年代的兼并浪潮 (Jaclevic, 2002; Tay, 2003)。其次，大量管理医疗计划 (MCOs) 的出现，改变了医疗服务提供者之间竞争的实质 (Morrisey, 2001)。与传统的医疗保险不同，管理医疗计划主要根据参加该计划消费者的特征与医疗服务提供方之间达成事前支付的协议，而不是事后根据实际的医疗成本予以返还 (Robinson, 1988)。由于管理医疗计划相比于单个消费者而言更能影响医院的行为，使得医院之间更为关注于价格竞争 (Dranove, Shanley & White, 1993; Town & Vistnes, 1997)，并迫使医院在使用医疗技术时更有动力去控制成本 (Pauly, 1988)。

无论是在原来由政府控制医疗服务体系的国家，还是鼓励医疗服务市场竞争的国家，政策层面以及外部环境的变化都给有关医疗服务市场竞争的研究提出了更多的问题。例如在那些原来由政府控制医疗服务体系的国家中，政府在向医疗服务体系引入竞争机制之前迫切想了解的即是竞争究竟会带来什么后果。再例如在美国，医疗机构的兼并行为要受到反托拉斯法的制约；而医疗服务市场的集中度本来就超过一般行业，90 年代以来的兼并浪潮进一步提高了集中度，更是要求人们重新判断医疗服务市场竞争的福利后果。管理医疗计划的兴起，改变了以往医疗服务市场竞争的方式，其效果如何同样是人们关心的问题。

对于普通产品市场，人们一般认为竞争总是能改进福利。然而对于医疗服务市场，由于其与传统的理论模型框架假设之间存在许多不同之处，因此人们对其竞争的福利后果究竟如何存在诸多争议。这种不同之处主要体现在：1) 信息不对称 (Satterthwaite, 1979; Frech, 1996)，例如病人不完全了解医疗服务情况以及医生不完全了解病人的病情等。相比而言，病人或医疗服务消费者在医疗市场中更容易获得关于医疗服务价格或成本方面的信息，而由于医疗服务不透明或者过于专业化的原因，消费者对于医疗服务质量方面的信息知之甚少或者说消费者对于质量方面的信息的理解存在一定的滞后效应，由此导致的结果是医疗服务消费者对医疗服务的价格弹性（或者说敏感程度）要大于相应的质量弹性（敏感程度）(Dranove & Satterthwaite, 1992)，或者说消费者由于并不能完全确定医疗服务产品质量之间的差异而不愿意为高于平均质量的医疗服务支付更高的价格；2) 医疗市场为垄断竞争市场 (Joskow, 1980; Fisher et al., 1999)，病人选择医院的路途成本（在病情比较严重时这种成本可能非常高）以及医疗服务购买方不可能了解医院的所有相关信息，从而使得医院之间所提供的医疗服务并非完全同质产品，但是绝大多数医院都面临着来自邻近医院的竞争

---

\* 本章由张琼、汪德华执笔。

(Propper, 1996); 3) 医疗市场上存在大量的非赢利性私人医院以及政府公立性医院, 这些医院的目标函数、定价以及提供医疗服务行为与赢利性医院或者说以追求最大化利润为目标的传统企业的行为存在很大的差异。4) 由于商业保险、政府保险以及政府补贴计划、政府税收以及政府对医疗市场的管制等, 使得医疗服务购买者所支付的价格并没有与其实的医疗服务成本之间完全匹配起来, 从而使得竞争对医疗市场上的各方参与者的行为决策的影响比较复杂而不明确。因此, 医疗市场上的竞争对医疗市场的影响并没有一致的结论, 并且不同研究者得出的结论之间差异悬殊, 甚至截然相反。

无论是政策上的争议, 还是理论上的探讨, 都需要细致的经验研究为之提供证据。本文的主要目的即是综述医疗服务市场竞争对于医疗服务质量、价格或者成本等方面影响的经验研究文献。我们选取这一主题的一个更为重要的考虑是基于中国当前关于医疗体制改革的争议。众所周知, 当前我国的医疗体制改革正处于一个重要关头, 有关改革的取向存在两种不同的观点。一种看法认为在增加政府投入的同时, 应当充分发挥市场机制在配置医疗资源上的作用; 另一种看法认为应当加强政府对医疗服务体系的控制。探究争论的焦点, 关键在于对医疗服务市场竞争所产生后果的认识不同。前者认为唯有充分发挥竞争机制的作用, 才能提高医疗服务体系的效率; 后者认为医疗服务的特殊性决定了竞争是无效的。显然, 目前有关医疗服务市场竞争的作用事关我国的改革政策走向, 更是需要充分的经验证据作为支撑。然而, 由于我国目前卫生经济学研究方面的落后, 加上数据获得困难, 因此我们期待这些来自于发达国家和地区的经验研究发现能够为我国当前的讨论提供些启示。

引言之后全文章节安排如下: 第二节我们首先对世界主要国家的医疗体系发展进行简要回顾, 尤其关注各国在其医疗体系改革进程当中是否以及如何引入竞争机制, 以及主要国家的医疗市场近期的变动; 第三节对现有的关于竞争对医疗市场影响的理论文献进行回顾; 第四节在界定竞争对医疗市场影响的实证文献中的几个关键定义之后, 接下来分三个小章节回顾和总结竞争对医疗市场影响的实证文献的结论: 首先主要考察竞争对医疗服务质量的影响, 其次主要关注竞争如何影响医疗服务价格或医疗服务支出, 然后则分析了竞争的一些其它因素——如病人就诊的路途时间、医疗服务提供数量(如慈善服务等)等的影响; 最后是总结全文, 在其中我们尝试性地对竞争对质量或医疗服务价格或支出的正向或负向的影响关系的机制进行分析和总结, 试图找出竞争改善消费者福利的一般性的规律或机制。

## 二、美国、欧盟等国家近期医疗市场变化

近年来各国医疗市场都发生很大的变动, 由于已有的关于竞争对医疗市场影响的理论和实证文献都比较关注于美国、欧盟(英国、德国等), 因此接下来我们只是针对美国、英国、德国等国家近期医疗市场的变动(尤其是与竞争因素比较相关的变动)做简要的回顾与总结。

### (一) 美国

美国的医疗保险和医疗服务以市场化方式为主, 除 1965 年美国国会签署通过的几个主要的医疗补助方案——如 Medicare 与 Medicaid 等——为老人和穷人等特殊人群提供社会保险覆盖之外, 其他人口基本由多家商业医疗保险机构提供医疗保险, 美国医疗体系在很大程度上是一个由非盈利性组织提供的相当自由的企业组织, 这天然地形成了竞争格局。

美国目前医疗市场上存在截然不同的两类代理方: 一方是行政管理人员与医疗服务管理者——

主要负责筹资、经营活动与设备管理，以及风险管理（质量与使用率），另一方则是医疗服务临床机构——包括医生、护士、技术人员以及其它与医疗服务相关的职位人员（Lombardi, 1993），这种一定程度上将医疗服务的买卖双方予以分离并各自整合专司其职的安排，使得双方有激励并实力相当进行平等的谈判，从而维护各自的利益。

自 1970 年代开始，美国的商业医疗保险机构慢慢发展出一种新的医疗服务提供机制“管理医疗（Managed Care）”（预付集体行医计划（prepaid group practice plans，诸如最有名的加州 Kaiser 健康计划等）以及医疗基金会（foundations for medical care）等）的方式以应对医疗成本上升的局面。1971 年尼克森总统正式将这一“健康维护战略”引入全国健康政策体系当中，最先出现的管理医疗机构是“健康维护组织（HMO）”。

HMOs 的引入从以下几个方面实现了成本控制（Cutler, Mccllellan & Newhouse, 2000）的初衷：1）HMOs 提供了使用成本更低的门诊服务而非成本高昂的住院服务的动机；2）HMOs 将竞争引入传统的医疗服务提供体系。如在 HMOs 冲击较大的地区——弗朗西斯科、明尼阿波利斯、波士顿等，医生和医院由于面临着 HMOs 的激烈的挑战，迅速形成自发的预付健康计划或采取其它控制成本的措施（Falkson, 1980）；3）HMOs 虽然在一定程度上牺牲了患者的选择权，但是医疗保险机构通过这种方法发挥了集体谈判的优势，利用了医疗服务机构之间的竞争从而使医疗费用直至医疗保险费用大幅下降。

因此，“管理医疗”的方式受到了广泛的欢迎，其发展极为迅速。管理医疗在后来又发展出一些新的变种，如优惠服务提供者组织（PPO），服务点计划（POS）等。随着商业保险机构的广泛运用，美国的社会保险机构也慢慢开始推广采用管理医疗的模式。“管理医疗”模式的大力推广在宏观上也使得美国医疗 1993-2000 年费用上涨的幅度变缓，甚至在 90 年代美国医疗卫生费用占 GDP 的份额出现下降趋势。

除此之外，各州也在联邦体系统一的医疗改革措施之下执行适应于本州的相应的改革，以不断改进州医疗服务水平并控制医疗费用的上涨。

1982 年加州通过方案允许第三方支付方对某些服务提供商的行为进行限制，PPOs 等管理医疗方式由于有就折扣率与服务提供商进行谈判、以及被赋予一定的选择服务提供商的利益激励，从而导致服务提供商之间不断竞争。与此同时明尼苏达州的政策也朝着使得市场竞争加剧的目标变动（Sick, 1998）。

克林顿计划（1993 年健康安全法案）提议通过总预算的有管理的竞争试图推进美国的医疗体系改革，致力于通过改变保险市场上的激励机制以使健康保险计划在质量、服务与价格、成本水平上进行综合竞争，而不是单纯的风险选择上的竞争；赋予消费者（病人等）以价格和质量为基础在不同健康保险计划中进行成本考虑的选择权；改善有关医疗服务质量的信息，从而使得医疗服务参与各方在进行交换时处于更为信息对称且平等谈判的谈判地位（Pauly, 1994）。尽管最后克林顿计划并没有付诸实施，但却为在美国医疗体系内引入竞争和市场激励机制提供了更为深入的探索，美国的一些州之后进行的医疗体系改革某种程度接受了这一“有管理的竞争”的思路，如佛罗里达州 1992-1993 年间签署法案开始进行医疗体系改革，通过引入有管理的竞争的方式试图解决健康保险覆盖人群有限以及日益上升的医疗成本的问题（Feldheim, 2000）。

## （二） 欧盟——英国、德国、加拿大

在 OECD 组织的欧洲国家中，医疗保险机构，甚至是医疗服务机构大都由政府经营，并不存在天然的竞争格局，但是受困于不断攀升的医疗费用，以及更快更有效地满足人们医疗需求的要求，自上世纪 80 年代开始，欧盟体系内很多国家开始不断对其医疗体系进行改革，主要通过分权的方

式使得各地政府在其当地的医疗体系中发挥更大的主观能动性作用。

英国自 1991 年以来其医疗体系改革的核心方面就是将医疗服务的提供者与医疗服务的购买者区分开来，即公共资金拨付给代表病人的医疗服务购买者而非直接拨付给医疗服务提供者。英国在撒切尔（Thatcher）时代时就发动了强有力的改革，目标是在国家卫生服务体系中引入激励因素。医疗服务购买者主要分为两类：地区健康当局（DHAs, district health authorities）与全科医生资金持有计划（GDFHs, General Practitioner fund-holding schemes）。这一改革措施通过将服务购买者与提供者分开并促进提供者之间的竞争，从而在医疗体系中建立内部或准市场。尽管 1997 年该改革被取消，但新政府建立了一个新的内部竞争机制。1998 年将这两类医疗服务购买者合二为一，成立了一个基本医疗信托（PCG, Primary Care Trusts, 医生和其它专业人员掌有管理权），该信托在给定预算约束的前提下统一购买所有的医疗服务。与此同时，还允许一些医院拥有较高的自主权，并允许私人投资进入医疗服务市场（World Bank, 2006; Cutler, 2002）。

在最初的致力于“成本控制”的改革浪潮中，各国政府都倾向于通过增加居民共付等社会参与来缓建国家财政压力，80 年代这种通过减少公共/强制性健康保险涵盖范围的“节约”健康费用支出的方法为私人保险参与提供了发展机遇，导致了一次悄无声息的健康保险的私有化浪潮。之后的结构性改革使得原来的俾斯麦国家医疗体系朝着不同方向发展：德国和荷兰形成了保险资金不断竞争的局面，而法国则倾向于建立“国家社会主义”的全民健康服务体系。

德国是最先以立法形式推广医疗保险的国家，其公立与私营医疗服务机构大约各占一半。德国规定所有从业者都必须参加医疗保险，费用在雇主和雇员之间均分，并分别于 1993 年，1997 年允许人们在各种竞争性的“疾病基金”中选择投保。在当时，德国的疾病基金大约有 1000 多家，这些基金相互独立，一般由非盈利性组织而非政府进行管理，均在法律框架下运营，所有社会保险基金基本涵盖相同的医疗服务并且收取类似（但并非完全相同）的保费并以协议价格的方式对提供医疗卫生服务的医院进行直接补偿，患者分担的费用比例较低。为了确保健康资金的稳定性——实行真正的全国范围的医疗体系——政府会将参加人员更为年轻且成本更低的健康保险计划的资金通过风险等价方案转移支付给那些参加人员年龄更大且成本更高的计划，但是不同保险计划之间在吸收参加人员时存在比较激烈的竞争，从而都会有比较强的动力去控制其保费的上涨（Jost, 2004），并不断面临着来自于私人业务影响的压力。

加拿大目前建立的是一个全民公共健康保险体系（universal public health insurance），这是一个典型的通过社会筹资的国家医疗保险制度，但由于加拿大是一个相当分权的联邦体系国家，各省在提供医疗服务上权利很大，地方政府可以不经全国讨论决议通过而直接推行公共健康保险，并且联邦政府建立的全国性的方案地方政府可以不完全采纳，因此在加拿大绝大多数关于医疗服务提供的意识形态上的冲突一般在省层面而不会上升到联邦政府层面上（Weller, 1986）。各地区组织实施的医疗保险必须符合联邦政府的要求，保险覆盖面必须是广泛的、全面的和全国性的，居民在国内迁移时在享受到的医疗保险方面不会受到影响。加拿大的医疗服务提供者主要是私立组织，多数加拿大医生是私人开业并拥有入院批准权，按照服务项目收费，费率根据各省和医生组织协商后的标准收取并附有一定的限制条件。医院也大部分是私有的，但其预算要经各省批准，而且经费主要来自于各省的资助，增加新设备的资本支出受到控制。除了社区医疗服务之外，病人在接受医疗服务时一般也要自己承担一部分现金支付，像药品费用就主要由病人自己负责。因此病人和医院、医生等医疗服务提供商在都有比较强的动力去控制医疗服务费用，由于患者可以自由选择医疗机构，因此医生、医院和诊所之间竞争也比较激烈。

### 三. 关于医疗服务市场竞争影响的分析框架

我们已经指出，医疗服务市场是一个垄断竞争的市场，因此医院所面临的需求曲线并非水平直线，而是一条向下倾斜的直线（residual demand curve），并且同时是其所提供的医疗服务质量和价格（在此我们假设消费者只关心医疗服务的质量和价格这两个维度，至于医院所提供的医疗服务（如慈善医疗服务等）数量以及就诊的路途时间（如果需要可以视为医疗服务质量或价格的一部分）则暂时不予考虑，尽管我们在文献综述中单独对此进行了简要的分析和整理）的函数。我们参照 Dorfman & Steiner（1954）以及 Dorfman & Satterthwaite（2000）的模型构建医院提供医疗服务的模型如下：

首先假定医院提供医疗服务数量（ $q$ ）的边际成本（与改进质量无关的成本）为常数（ $c$ ），质量（ $z$ ）每改进一个单位的成本为常数（ $d$ ）， $F$  为其固定成本，从而我们可以得到医院的利润函数如下：

$$\pi = q(p, z) \cdot (p - c - d \cdot z) - F$$

根据企业利润最大化的一阶条件以及需求质量弹性和需求价格弹性的定义：

$$\begin{aligned} \frac{\partial \pi}{\partial p} &= \frac{\partial q}{\partial p} (p - c - d \cdot z) + q = 0 \\ \frac{\partial \pi}{\partial z} &= \frac{\partial q}{\partial z} (p - c - d \cdot z) - d \cdot q = 0 \\ \varepsilon_p &\equiv -\frac{\partial q / q}{\partial p / p} = -\frac{\partial q}{\partial p} \frac{p}{q} \\ \varepsilon_z &\equiv \frac{\partial q / q}{\partial z / z} = \frac{\partial q}{\partial z} \frac{z}{q} \end{aligned}$$

我们可以得到 Lerner 指数：

$$L = \frac{p - (c + d \cdot z)}{p} = \frac{1}{\varepsilon_p}$$

与 Dorfman-Steiner 条件：

$$z = \frac{p}{d} \cdot \frac{\varepsilon_z}{\varepsilon_p}$$

从这两个式子联立可以解得：

$$p = c \cdot \frac{\varepsilon_p}{\varepsilon_p - \varepsilon_z - 1} = c \cdot \frac{1}{1 - \frac{\varepsilon_z + 1}{\varepsilon_p}} \quad (1)$$

$$z = \frac{c}{d} \cdot \frac{\varepsilon_z}{\varepsilon_p - \varepsilon_z - 1} = \frac{c}{d} \cdot \frac{1}{\frac{\varepsilon_p - 1}{\varepsilon_z} - 1} \quad (2)$$

$$\frac{z}{p} = \frac{1}{d} \cdot \frac{\varepsilon_z}{\varepsilon_p} \quad (3)$$

从而我们可以很方便地对竞争对医疗服务质量和价格的影响进行分析：1）由于医疗服务的价格和质量非负，并且一般而言，需求质量弹性为正，需求价格弹性为负（这里我们在定义需求弹性时加了负号，所以  $\varepsilon_p$  为正），因此（1）和（2）隐含着  $\varepsilon_p - \varepsilon_z - 1 > 0$  的假设，换句话说消费者需求对价



格变动更为敏感（这与我们之前的分析结论一致）；2）如果竞争只是导致需求价格弹性（ $\varepsilon_p$ ）上升，那么医疗服务的价格、质量以及质量与价格之比都会下降，反之也成立；如果竞争只是导致需求质量弹性（ $\varepsilon_z$ ）上升，那么医疗服务的价格、质量以及质量和价格之比都会上升，反之也成立（见（1）、（2）、（3））；而如果竞争导致需求价格弹性和需求质量弹性同时变动时，竞争对质量和价格的影响则不确定。3）对于医疗服务消费者而言，医疗服务质量的上升、或者医疗服务价格的下降都有利于改进其福利，但是当医疗服务价格与质量同时上升或者同时下降时，消费者的福利状况是改进还是恶化依然是无法确定的。这就是为什么在关于竞争对医疗服务市场的福利（即使只考虑消费者福利）的影响的理论文献中并没有得出一致结论的原因。

## 四. 实证文献回顾与总结

### （一） 关键定义——界定与争议

在引言中我们已经指出，不同的实证文献在考察竞争对医疗市场影响时得出了不同甚至截然相反的结论。这一模糊结论的得出，不仅仅是理论模型的结论并不明确的结果，在这些文献中，不同研究者根据不同时期、不同地区、不同病情等数据样本，使用不同的方法得到了不同的结论，但是其中最为重要的，是对于一些关键性定义的界定之间存在一些根本的区别，或者说或许是因为不同的定义界定本身导致了结论之间的差异，因此，在以下的文献综述整理以前，我们希望先针对其中的几个关键性定义进行基本的阐述：

- 关于“竞争”：已有文献的竞争测度指标<sup>22</sup>主要如下：HHI（贺氏指数，Herfindahl-Hirschman Index）、某家医院所在市场内医院竞争者的数量、某家医院所在市场内是否存在较多的竞争者、管理医疗（HMO或PPO）覆盖率（参加HMO或PPO的人群占总人数的比重）、放松价格管制或准入管制、兼并收购行为、需求弹性等，这些指标的内生性以及能在多大程度代表真正的竞争程度是不能确定的。
- 关于“市场范围”：在竞争测度指标中更为关键的问题是“市场界定”的问题。由于医疗服务需求的特殊性质，医院与患者之间的距离远近常常对病人尤其是急性病人的就医行为有着非常重要的影响。考察一个市场的竞争程度如何，首先是如何对这个市场进行界定，已有的文献对市场的界定主要可以分为以下两种：1）行政地理疆界法——界定医院所在的行政区域即为其服务范围，如以MSA为单位、或以某家医院为中心、以一定的半径（15英里半径或30分钟车程等）界定市场范围等；2）病人来源资料法——给定一个研究的标准值，根据病人所在地的信息（区号等）作为计算医疗服务区域的基本单位，然后依据病患人数的多少对相应的区号进行排列，再从病患最多的区号开始依次累加，直到病患百分比达到所给定的研究标准为止（林碧秀，2001）。不同的界定标准可能会对“竞争测度”本身具有比较大的影响。<sup>23</sup>
- 关于“竞争的影响”：竞争对医疗市场的影响表现为很多方面。一般而言，可以大致分为以下几个方面：1）医院产出层面上，如表现为对医院收入等财物因素以及对医院总住院人次、门诊人次等非财务因素的影响；2）医疗服务结果，如病患存活率、病人满意度等；3）医院生产效率，如医院人事费用占总支出的比率、病患候诊等待时间等；4）医疗服务效果及品质层面上，如死亡率、再住院率等（Teresa, 1989）。此外，还有一个非常重要的

<sup>22</sup> Baker（2001）关于“医疗服务市场的竞争测度”有比较详尽的讨论和分析。

<sup>23</sup> 在 Kessler & McClellan（2000）一文中作者在对已有文献进行综述整理时对此有比较详尽的阐述。

影响则是竞争如何影响医疗服务价格或医疗服务成本。竞争对医疗市场的影响受到医疗市场结构变动、医院所有制形式以及外界监管环境等的很大的影响。并且医院质量、价格或成本、以及病人就诊便利程度等因素之间本身即存在错综复杂的关系，因此在考虑竞争对单个因素或者研究所关心的因素影响时应该注意对此加以控制和区分。

- 关于“质量”：所谓质量是指所提供的医疗产品或服务能够达到或实现所要求的治疗结果的程度（Lohr, 1990）。
- 关于“质量”的测度指标：医疗质量本身是一个非常复杂并且难以界定的指标，或者说得到精确的并且可以获得数据的测度指标是非常困难的，因此，在已有的研究文献中，一般都是选择一些近似的指标值用来衡量医院质量水平的高低，而这些指标主要可以分为以下几个方面（Donabedian, 1980）：1）测度医院“结构性”方面的质量，主要是针对医院经营业绩的几个维度——床位容量使用情况、人员配备情况以及临床（clinical）服务等医疗服务的可获得性程度等 2）考察医疗服务过程——医生和病人之间是否存在良好的互动，并且医疗服务是否通过合适而有效的途径传递给病人。3）关注于治疗结果——特定手术或治疗过程的死亡率，并发症（complications）以及再就诊率（readmissions）等。这些近似的质量测度指标可能会存在一些问题，一方面是这些统计量本身往往具有内生性，会同时受到病人治疗初期病情的严重程度以及医疗质量的很大的影响（McAuliffe, 1979），即使很多模型在实证检验当中可以根据一些可观测到的变量进行控制，但是控制的效果如何、以及不同控制变量之间孰优孰劣是没有确定性结论的，并且有比较大的主观随意性。另一方面是这些近似统计量能够在多大程度上代表医院真正的质量水平也没法确定。<sup>24</sup>
- 关于“价格”：首先我们应该指出医疗服务价格与医疗服务费用并非完全等价的两个概念。大部分已有的研究在考虑医院价格效应时通常采用综合价格，例如平均每个医疗就诊或外科手术就诊量的价格等，或者就是根据不同时期的价格数据进行回归分析时忽略掉通货膨胀等因素的影响。采用综合价格或者说平均价格本身不能完全代表不同医院统一服务真实的价格水平，因为不同医院针对同一病情或者同一手术的治疗结果有别，或者说不同医院所接收的病人的病情或者患病类别本身之间可能会存在一定的差异性，单纯使用综合价格或者说使用平均价格对不同医院之间进行比较是否可行以及是否合理本身是存在商榷的。不过已有一篇文献根据实际考察到的样本针对不同医院不同病人的治疗情况而不是简单的综合价格建立了一个讨价还价模型进行分析（Brooks, Dor & Wong, 1997）。

## （二）竞争对医疗服务质量的影响 25

与大量研究竞争的价格效应的文献相比，研究医院竞争行为对医疗结果的影响的文献相当有限。但是医疗质量却是医疗市场主要关注的问题之一，主要是因为以下三个方面的原因：1）医疗质量对个体福利状况的影响常常相比于其他商品或服务而言更为重要，Salkever 对早期研究医院竞争的文献进行综述时就已经发现“主要的结论是医院之间的竞争主要基于服务与医疗设施的可获得性以及复杂程度，而不是价格”（Salkever, 1978）。2）由于政府税收（Robinson, 1988）以及医疗保险市场的存在，医疗服务消费者常常并不完全支付其所有的医疗支出，并且由于病人和医生都会

<sup>24</sup> 比较详细的讨论可以参见 Robinson (1988)。Romano (2003) 综述了关于医疗质量尤其是病人治疗结果研究方面的文献研究（主要关注于如何测度质量，而不是评估竞争对质量的影响）。

<sup>25</sup> 本节部分文献综述参阅 Gaynor M, “What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Market?” NBER working paper (12301), June 7, 2006.但是大部分文献通过查阅原文，可能与此文献回顾略有出入。

相对更关注于病人的治疗结果或者说健康状况，因此病人和医生在医疗服务方面是风险规避倾向较强的风险厌恶者，都会有一种偏向于提供保守医疗服务的倾向（并且在竞争比较激烈的市场中医院为了维持比较好的医疗质量等的名声，会更有动机倾向于提供比较稳妥的医疗服务，譬如 Robinson 等人（1988）发现平均来说，相比于不存在竞争的市场而言，竞争比较激烈的市场中外科手术中病人留院察看的时间更长）——也就是说医生为了保证病人的治疗结果或健康状况，会倾向于使用较多的医疗服务（从而导致较高的医疗服务价格或医疗费用），而这也是病人所能接受的，因此，在这些消费者决策行为当中，质量比价格相对而言显得更为重要，在使用医疗服务时不仅仅关注于医疗服务价格，而更多地考虑服务提供者的服务、舒适满意程度以及质量这些综合因素；3）医疗市场是一个法律限制价格竞争——禁止广告、法律禁止保险方案排除某些特定的人群等——比较严格的市场，政府鼓励消费者购买综合保险方案而不鼓励医疗服务提供者之间价格竞争行为（Robinson, 1988），因此医院为了在竞争中吸引到更多的医生和病人，会更为关注于其所能提供的服务以及舒适满意程度而不是他们所收取的价格（Morrisey, 2001）。此外，已经有许多研究指出，医疗质量问题是美国医疗体系最主要的败笔（Kohn 等，1999），近年来对医疗市场上的医疗失误与质量改进问题的越来越多的关注。

研究医疗服务质量的历史可以追溯到 19 世纪 60 年代，Florence Nightingale (1820–1910) 提倡建立搜集和评估与医院相关的统计指标的统一体系，建立一个医疗质量保障方案，并利用当时搜集到的数据分析指出不同医院之间的死亡率差异悬殊（Graham, 1995）。

在接下来的部分我们将根据竞争对质量的正向或负向影响关系分成三个小节来分别对已有的这方面的文献进行回顾和分析。

## 1、竞争对质量的正向影响

Joskow (1980) 根据美国 1976 年间所有医院的数据考察了市场集中度 (HHI)、每家医院的医生数量以及需求许可 (CON, certificate of need) 监管法案等与医院的保留容量 (超额床位 (未占用的床位) 容量) 之间的相关关系，并认为如果某家医院的保留容量较高，则该医院的医疗服务质量也较高。结果发现，市场集中度较低 (竞争更激烈) 的市场中医院的超额床位容量也较高，从而竞争加剧有利于医院质量的改善。该文的结论与早期考察医院间非价格竞争以及监管的影响的模型结论一致：医院市场中的竞争可能会导致高于最优水平的过量的医院容量 (医武竞赛, MAR (medical arms race))。

Held & Pauly (1983) 则根据 1977-1978 年间美国大城市中患终末期肾病 (ESRD, end-stage renal disease, 一种肾功能衰竭疾病) 的 Medicare 病人的数据考察了肾透析市场中竞争与质量之间的相关关系。结果发现市场集中度低 (竞争更激烈) 的市场中人均每个病人的肾透析仪器数量也较多，换句话说，竞争加剧使得病人能够更便捷地获得透析服务，从而改善了医疗服务的质量。

Robinson & Luft (1985) 利用 1972 年加州医院的数据考察了市场结构对住院病人的接收量、门诊量、在医院所待时长以及平均成本的影响。结果发现那些存在更多竞争者 (其周围 15 英里半径方圆内的医院数量更多) 的医院住院接收量更多，并且平均每例 (case) 每天的医疗成本更高，但是竞争者数量更多并不会影响门诊量和在医院所待的时长。作者根据临近医院的数量与接收量和医疗成本之间的正相关关系，认为临近竞争者更多的医院面临更大的竞争压力，从而会提供更高的医疗服务质量。

Dranove 等人 (1992) 利用 1993 年加州医院的数据考察了市场集中度 (HHI) 与市场规模对市场中采用特定技术的医院的数量的影响。结果发现 HHI 与采用特定技术的医院数量之间存在负相关

关系，换句话说，市场集中度低（竞争更激烈）的市场中采用特定技术的医院数量更多。此外，作者发现，相比于市场集中度而言，市场规模对采用特定技术的医院数量的影响更大，并且更为统计显著。

Ho & Hamilton (2000) 考察了 1992-1995 年 130 起不同类型的医院之间的兼并行为对医院质量（(心脏病、中风病人) 住院死亡率，心脏病病人 90 天内再就诊率 (readmissions)，新生儿 48 小时内提前出院率 (early discharge)）的影响。结果发现，医院兼并行为对心脏病病人和中风病人的死亡率并不存在统计显著影响，但是一些兼并行为使得心脏病病人的再就诊率以及新生儿 48 小时内提前出院率上升。

Kessler & McClellan (2000) 利用 1985、1988、1991、1994 年间美国非农村地区中享受 Medicare 的病人的数据，对其在心脏病 (AMI) 病发后 1 年内的死亡率与医院市场集中度 (HHI) 之间的关系进行了分析。作者首先为了避免出现类似于传统的实证文献在考察市场竞争程度医院质量或支出影响时的内生性问题，采用了一个三阶段模型：首先根据外生性因素构建一个医院选择模型，并在此基础上来计算竞争测度指标，然后才以此为标准考察竞争对医疗服务结果的影响。结果发现集中度 (HHI) 高的市场中 AMI 的死亡率也比较高，并且统计显著——1991 年市场集中度最低（竞争最激烈）的市场中的死亡事故比市场集中度最高（竞争最不激烈）的市场中的死亡事故低 2000 多起。即使将所考察的范围根据 HMO 覆盖率划分为不同等级，结论依然如此：竞争更激烈的市场中病人的治疗结果更好（只是 HMO 覆盖率较高的州中，这种竞争对质量的促进效果更为显著）。

Mukamel 等人 (2001) 根据 1990 年 134 个地区 (MSAs, Metropolitan Statistical Areas) 的 Medicare 病人的数据考察了市场集中度和 HMO 覆盖率对医院死亡率（根据风险进行调整）的影响，结果发现，HMO 覆盖率更高的地区中死亡率越低，质量更高。医院市场集中度 (HHI) 本身对医院死亡率并不存在统计显著的影响关系。

Sari (2002) 利用美国 16 个州 1992-1997 年间的医院的数据考察了竞争因素对医院质量的影响。与传统的只考虑死亡率（即使根据风险进行调整）的实证文献不同的是，该文采用了美国医疗保健研究与质量局 (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality) 的一系列的质量指标，并分固定影响、随机影响、考虑固定影响的工具变量法等不同模型考察了竞争因素对不同质量测度的影响。结果发现，市场集中度高（竞争较不激烈）的市场中医疗服务质量水平比较低（医院市场份额上升 10%，医疗质量下降 0.18%），并且统计显著。有意思的是，对于管理医疗覆盖率（参加管理医疗计划的人群比例）的影响而言，该文利用不同的质量指标得出了不同的结论：以某些质量指标进行分析时，管理医疗覆盖率提升了医疗服务的质量，但是对于另一些质量指标而言，管理医疗覆盖率与医疗服务质量之间并不存在统计显著的关系。此外，该文还考察了医院之间的合并对医院价格和质的影响，结果发现医院合并尽管可能会使得医院价格有所下降，但同时会使得质量下降更快，从而恶化福利状况。

Sohn & Rathouz (2003) 则利用加州 1995 年的 116 家医院的经皮冠状动脉腔内成形术 (PTCA, percutaneous transluminal coronary angioplasty) 的数据分析了竞争对死亡率（根据风险进行调整）的影响。作者通过考察两家医院之间病人流量的重叠程度构建了一个所谓的“竞争系数”测度（标准化为 [0, 1] 区间内的某个数），并以此为标准考察竞争如何影响医院的医疗服务质量水平。结果发现，面临更大竞争压力的医院的病人死亡率更低，表明竞争有利于促进医疗服务质量的改善。除此之外，作者还发现，对于那些总容量 (volume) 较小的医院而言，其面临着更激烈的竞争压力时，更有动力去改进其医疗服务质量。

Kessler & Geppert (2005) 采用与 Kessler & McClellan (2000) 类似的方法，并利用 1985-1996 年间美国（非农村地区）的患心脏病的 Medicare 病人的数据考察了市场集中度与医疗服务质量

差异之间的相关关系。结果发现，对于市场集中度较高（竞争较不激烈）的市场而言，风险较低（前一年没有因为心脏病住院）的病人受到强度更大的治疗，但是并没有统计显著地改善其治疗的结果。相反，该市场中风险较高（前一年因为心脏病住院）的病人却得到了更少的治疗，并且治疗结果更差，而且统计显著。总体上而言，竞争加剧会使得医院质量有所提高。

Abraham 等人（2005）考察了 1990 年美国相互独立的市场中医院数量的决定因素。在该文中，作者并没有直接考察价格或质量对市场中医院数量的影响，而是通过考察当额外增加一家企业时其能够持续经营所需的人群数量来推断市场中竞争是否加剧：如果需要增加人群数量才能使得这额外的企业持续经营，那么该企业进入市场后会使得医院的平均利润下降。作者发现市场规模是决定市场中医院数量的主要的影响因素，市场中总的医疗服务数量会上升，但是由于当地市场中医院数量同时也在增加，因此平均利润会下降。换句话说，随着新的医院进入医疗服务市场，新医院不仅仅会挤占其他医院的市场份额，同时也会产生新的医疗服务需求，从而使得市场中总的医疗服务数量会有所上升。因为只有在价格下降或者质量上升（或者两者同时发生）时，才会产生更多的医疗服务需求，因而作者据此推断，随着市场中医院数量增加，医疗服务市场竞争更加激烈，消费者会消费更多的医疗服务，并且福利状况有所改善。

## 2、竞争对质量的负向影响

Shortell & Hughes（1988）根据 1983 年美国 45 个州 16 种病情的医院数据考察了住院死亡率与市场集中度之间的相关关系。结果发现市场集中度与死亡率之间并不存在显著的相关关系，并且相关系数相当小。作者也考察了各州医院价格监管以及市场准入监管的严厉程度的影响。结果发现，那些监管更严厉的州中医院的死亡率也更高，并且统计显著。

Mukamel 等人（2002）则利用 1982-1989 年间的加州病人的数据考察了竞争对死亡率（根据风险进行调整）的影响。他们认为加州 1983 年选择性缔约法案（详见第二节中美国医疗市场近期的变动）的引入，使得医院之间的价格竞争更为激烈，并且医院倾向于将其资源配置从门诊服务转向住院服务。该文考察竞争对质量的影响时分两步进行：首先，同时考察了 1982 年的市场集中度（HHI）的绝对水平、以及 1982-1989 年间的相对变动对 1989 年医院的死亡率的影响。结果发现，对于非盈利性医院而言，HHI 的变动与门诊和住院支出之间均存在统计显著的负相关关系，而对于盈利性医院而言，HHI 的变动与医疗支出（门诊和住院）之间则不存在统计显著关系。其次，作者发现医疗门诊支出与死亡率负相关。综合以上两种因素的影响，作者认为 1982-1989 年间医疗市场竞争加剧导致死亡率上升，从而市场竞争更激烈的市场中医疗服务质量更低。

Volpp 等人（2003）则从新泽西州放松医院价格管制的另一角度分析了竞争对医疗服务质量的影响。由于新泽西州 1992 年开始放松医院的价格管制，而邻近的纽约州的医院监管方案没有发生任何变动，因此作者可以利用 1990-1996 年间新泽西和纽约的心脏病（AMI）病人的医院就诊的数据进行比较，从而考察放松管制的影响。结果发现，相比于纽约州而言，新泽西在放松价格管制之后 AMI 住院病人的死亡率（根据风险进行调整）有所上升。换句话说，新泽西在放松价格管制之后（医院之间竞争更激烈），医疗服务质量相对有所下降。

Propper 等人（2003）采用了与 Volpp 等人（2003）类似的方法，同样考察了 NHS 中关于增加市场竞争的改革方案对心脏病（AMI）病人死亡率的影响。作者利用 1991-1999 年间英国市场管制的变动、以及市场中竞争者的数量的变动对医疗服务质量的影响。英国自 1991 年起在其 NHS 内部引入竞争因素，并不断推进直至 1995 年，1995 年后市场竞争有所缓和，甚至到 1997 年时市场逐渐不鼓励竞争（详见第二节中关于英国近期医疗市场变动的描述），因此作者可以利用 DID

(difference-in-difference)的方法分析在此期间内,将鼓励竞争期间存在竞争者的医院与不存在竞争者的医院的死亡率之间的差异、与不鼓励竞争期间这两种类型的医院的死亡率之间的差异进行比较,从而对竞争对质量的影响进行更为深入的分析。结果发现,竞争整体而言会导致质量下降:相比于不鼓励竞争期间(1996-1998),鼓励竞争期间(1991-1995),存在竞争者的医院与不存在竞争者的医院的死亡率之间的差异更大。在所考察的整个区间(1991-1999)内,虽然技术进步使得心脏病死亡率有所下降,但是竞争加剧导致死亡率上升的效应几乎抵消了这种技术进步的质量改进的效果。

Propper 等人(2004)在 Propper 等人(2003)研究的基础之上发现 90 年代 NHS 改革通过支付方式的变化加剧了医院之间的竞争——使得医院之间的竞争从之前的病人引导的竞争(patient-driven competition)逐渐转化为支付方引导的竞争(payer-driven competition),并根据英国(U.K.)1995-1998 年间的心脏病(AMI)病人的数据考察了英国 90 年代 NHS 改革(详见第二节中关于英国近期医疗市场变动的描述)后医院竞争对 AMI 病人死亡率(50 岁以上人群 AMI 病发紧急入院之后 30 天内的住院死亡率)的影响。作者首先根据病人到大医院的路途时间为 30 分钟车程为半径界定市场区域范围,并以此为标准构建了两个竞争测度指标:市场内根据人口规模进行标准化后的医院数量、以及该市场内至少能去 20 家以上医院的人群占该市场内人口总数的比重。结果发现,竞争与医疗服务质量负相关,尽管竞争对医疗质量的影响程度比较小。也就是说,即使控制病人病情状况以及医院的可观测的特征等影响因素,医院所面临的竞争者越多时,医院的死亡率也会有所上升,并且地理区域较小的市场中医院更多时,医院的死亡率更高。

Capps(2005)则利用 AHRQ 的一系列质量指标(与 Sari(2002)同)考察了医院兼并行为对医疗服务质量的影响(与 Ho & Hamilton(2000)类似),但他们通过比较纽约州 1995-2000 年间发生兼并的医院(25 家)与非参与兼并行为的医院(221 家)却发现了与 Ho & Hamilton(2000)相反的结论:尽管对于绝大多数质量指标而言,医院的兼并行为对医疗服务质量并不存在统计显著的影响关系,但是医院的兼并行为却对两个与心脏手术相关(心脏病(AMI)、充血性心力衰竭(CHF, congestive heart failure))的住院质量指标存在负向影响:平均而言,兼并行为会使得医院在兼并发生后的下一个年度的每 1000 例 AMI 或 CHF 病人的死亡事故多发生 12 起,尽管对以后年度的死亡率并不存在统计显著的影响关系。

Encinosa & Bernard(2005)则利用 1996-2000 年间佛罗里达州所有医院的出院数据考察了医院的经营状况(盈利能力)对病人治疗结果的影响。与 Sari(2002)相同,该文同样采用了美国医疗保健研究与质量局(AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality)的一系列的的质量指标,综合考察了门诊质量、手术并发率等不同的质量层面。结果发现,将医院按照盈利能力(以盈利边际(=净经营利润/净经营收入)为标准加以衡量)分为四个等级,相比于其它三个等级的病人,处于最低等级上的医院的病人最有可能出现不利的治疗结果(adverse safety events),而其它三个等级的病人之间则不存在显著的差异。尽管该文并没有直接考察竞争对医疗服务质量的影响,但由于竞争在一定程度上会使得医院的盈利边际有所下降,从而竞争加剧可能导致病人就医时面临更大的出现不利治疗结果的风险。

### 3、竞争对质量无影响或影响并不明确

Gowrisankaran & Town(1999)利用加州南部的 HMO、Medicare 病人的数据考察竞争对医院质量的影响,结果发现竞争加剧对 HMO、Medicare 病人死亡率的影响正好完全相反:对于 HMO 病人而言,竞争与质量正相关(竞争较激烈的地区中医院病人死亡率的死亡率较低),而对于 Medicare

病人而言，竞争与质量负相关（竞争较激烈的地区中医院病人死亡率的死亡率较低）。除此之外，作者还对竞争对医院质量的影响机制进行了深入的分析，发现竞争对医院质量的影响取决于医院能在多大程度上影响返还比例（reimbursement），如果返还比例过低，医院可能没有动力通过改善医疗质量来吸引病人。

Gowrisankaran & Town（2003）利用洛杉矶的 Medicare 和 HMO 病人的心脏病（AMI，1991-93）以及肺炎（1989-1992）的数据对医院市场集中度对死亡率（根据风险进行调整的 1 年内的死亡率）的影响进行分析。尽管他们的方法与 Kessler & McClellan（2000）所使用的方法类似，但是该文却得出了与 Kessler & McClellan（2000）相反的结论：对于 Medicare 病人而言，市场集中度较低（竞争较激烈）的市场中 Medicare 病人的死亡率更高，也就是说竞争加剧导致医院质量有所下降。然而根据 HMO 病人的数据进行分析时，却得出了市场集中低（竞争更激烈）的市场中死亡率更低（质量更高）的结论。

Shen（2003）根据美国绝大部分非农村地区医院 1985-1994 年间的考察了 Medicare 支付率下降以及 HMO 覆盖率上升对医院心脏病（AMI）病人死亡率的影响。作者通过以某家医院 15 英里半径方圆内是否存在 5 家以上医院为标准构建了一个度量市场结构的指标。对于整个市场而言，Medicare 支付价格与死亡率之间存在显著的负相关关系，也就是说，Medicare 管制价格上升会促使医院改善医疗服务质量，而另一方面，1990-1994 年间市场结构指标与 Medicare 价格的交叉项与死亡率之间也存在统计显著的负相关关系，也就是说，对于那些在其附近存在 5 家以上竞争者的医院而言，Meicare 管制价格的上升会使得医院的医疗服务质量上升更为显著，但是对于 1985-1990 年间而言，市场结构与 Medicare 价格的交叉项对死亡率并不存在显著的影响关系。此外，HMO 覆盖率更高的市场中死亡率更高，并且在 1985-1990 年间对于那些面临更多竞争者的医院而言，HMO 覆盖率的上升会使得医院的质量有所下降，尽管这种影响关系在 1990 年之后不复存在。

### （三） 竞争对医疗服务价格或支出的影响

影响近年来医疗服务市场上医疗成本和医疗价格上升的因素有很多：如新的医疗技术的发明和引进、医疗质量的提高、人口老龄化以及人均预期寿命的延长、医疗保险等使得医生和病人控制医疗成本的动机不够等（Marszalek-Gaucher, Coffey, 1990）。但是并不是其中有一些因素对医疗成本上升的影响可能并不与竞争相关，或者竞争也有可能通过这些因素的变动导致了医疗市场上医疗价格的变动。

#### 1、竞争对医疗服务价格或成本的正向影响

Farley（1985）根据 1970-1977 年间的的数据进行分析时指出，由于竞争使得医院通常会雇佣更多劳动力、引入更多人均资本、以及提供更多的医疗程序，因此在竞争更激烈的地区中医院服务通常也更为昂贵。

Luft 等人（1985）首先通过以 15 公尺半径界定了市场区域范围，然后通过市场区域内的医院数目的多少来考察该市场区域内的竞争程度，结果发现竞争较激烈的地区，每人次平均医疗费用以及每人日平均医疗费用均有明显增加的趋势。

Robinson 和 Luft（1987）采用类似于 Luft 等人（1985）方法考察 1972-1982 年间竞争对医疗费用的影响。首先以 24 公尺为半径界定市场区域范围，然后按照市场内的医院数目进行分级（分为存在 0、1、2-4、5-10、10 家以上等 5 个等级），结果发现即使控制医院所有制形式、病人病情状况

以及其他相关因素，竞争较激烈的地区医院费用较高。竞争最激烈的地区（有 10 家以上医院），其每人医院费用比竞争较低的地区高出 26%，并且每人日平均费用也高出 15%。

Garnink 等人（1987）首先根据行政地理区域、以 15 公尺为半径以及病人资料来源等多种界定市场区域的方法界定了市场区域范围，然后同时考虑市场内医院的数目和根据治疗急性病人的床位数为标准计算的市场集中度指标（HHI）来考察市场集中程度对每人就诊医疗费用的影响，结果发现市场竞争越激烈的地区所需的医疗费用越高。

Williams 等人（1992）利用 1985-1988 年间美国 158 家倒闭的医院的数据分析医院倒闭的影响因素间接考察了竞争（以医院床位数占市场内医院总床位数的份额为标准）对医院收入和医院成本的影响：发现竞争越激烈，每人医院收入更高，但来诊人数也相应减少，从而导致每人的医疗成本也更高，并且医疗成本上升比收入上升速度更快，从而使得医院面临倒闭的可能性更大。

Melnick & Zwanziger（1995）与 Robinson 和 Luft（1988）一样比较了加州与存在监管（rate-regulated）的新泽西、纽约、麻省、缅因等州医院成本和人均卫生支出，但是所考察的时间跨度更长（1980-1991），结果发现了与 Robinson 和 Luft（1988）相反的结论：加州人均卫生支出与医院成本均低于存在监管的各州，甚至低于全国平均水平。

吴肖琪，金家玉等（2002）利用 1995 台湾全民健保实施后至 1999 年间的数据库，并根据不同的标准（每家医院的门诊就诊人次、门诊就医申请金、住院就医人次、住院就医申请金、住院人日、住院收入等指标）计算的 HHI、以及根据这些指标所构建的能够分别能代表门诊和住院市场的 HHI、此外还有市场中竞争者的个数来考察市场竞争程度对每人住院申请金额的影响，结果发现竞争较激烈的地区每人住院申请金额较高——每人住院申请金额与根据住院就医人次、住院人日为标准计算的 HHI 显著负相关，并且市场竞争越激烈的地区，每人门、住诊申请金额随着时间推移而增加，尽管统计并不显著。

## 2、竞争对医疗服务价格或成本的负向影响

Robinson 和 Luft（1988）则利用 1982-1986 年间的数据库将加州与存在监管（rate-regulated）的新泽西、纽约等进行比较，结果发现，存在监管的州医院成本上升比加州慢。

Caves 等人（1991）通过考察 1976-1987 年间失去专利保护的 30 种普通药物的市场准入机制时发现，随着普通药物不断进入市场，商标药品的价格略为有所下降。

Melnick 等人（1992）利用 1987 年加州医院的微观层面（PPO 管理医疗方案）样本建立了一个价格谈判模型，并发现竞争力较低的地区 PPO 支付给医院的价格更高。

Wiggins & Maness（1994）比较 1984-1990 年间美国防传染性药物（anti-infectives）的市场准入对商标药物价格的影响时发现，普通药物和其它商品产品进入市场后都会引起商品药品价格下降，只是前者影响程度更为显著，后者只在 10% 水平上显著。

Lynk（1995）利用 1989 年的数据库同时考察了市场份额与市场集中度（HHI）对医疗服务价格的影响，结果发现价格与市场集中度之间存在正相关关系。

Proper（1996）则利用 NHS 数据库考察了对于耳鼻喉科，普通外科，矫形术，妇科四种专科手术而言，竞争对专科平均价格（ECR：NHS 市场中 DHA 服务购买者的价格——针对某一专科的平均价格）的影响，结果发现：竞争越激烈的地区，耳鼻喉科（在 5% 显著性水平上）、妇科（10% 显著性水平）价格越低，并且统计显著，而对于普通外科与矫形术而言，竞争与专科价格之间并不存在一致关系。

Robinson（1996）在考察 1983-1993 年间加州医院的成本增长率时发现，HMO 覆盖率（参加 HMO



人群所占比例)高的地方医院成本增长比 HMO 覆盖率低的地区要低将近 1/3, 并且统计显著, 而且这种成本增长趋势随着时间推移依然存在。

Soderlund & Proper(1997)进一步利用 1993/94 年度 5 个 NHS 区域中 65 家综合医院的急性 GPFH 就医病人的综合数据考察了竞争对病人就医价格的影响, 结果发现竞争加剧会使得价格(以每家医院急性 GPFH 就医病人的综合加权平均医疗服务价格为标准)下降, 并且影响相当统计显著。

Gaskin & Hadley (1997) 根据 1985-1993 年间美国 84 个大城市的数据分析 HHI、HMO 覆盖率的绝对水平和相对增长速度对医院成本的影响, 发现虽然 HHI 对医院成本的影响统计显著, 但是影响系数非常小; HMO 覆盖率越高的地区, 医院的成本越低, 但是有下降趋势: 在 80 年代后期 HMO 覆盖率几乎对医院成本没有影响, 但是 1988 年后, 却似乎导致了医院成本的下降。他们对此的解释是可能是因为更高的管理医疗覆盖率会导致更多的选择性缔约的现象、更激烈的价格竞争, 并使得管理医疗方案以及医院等会更努力地控制成本。

Simpson & Shin (1998) 根据加州 1993 年医疗市场的数据考察了市场集中程度与医疗服务价格之间的相关关系。作者首先以一定的半径(城市为 15 英里, 农村为 20 英里)方圆范围界定市场区域范围, 并在此基础上计算市场集中度(HHI)指标, 并以此为标准考察竞争对医疗服务价格的影响。结果发现竞争与医疗服务价格负相关: HHI 较高(竞争较不激烈)的市场中价格也会比较高, 对于赢利性医院与非赢利性医院而言均如此, 不过作者指出, 尽管 HHI 较高的市场中的非赢利性医院的价格比较高, 但是其中一些非赢利性医院会据此提供更多的慈善医疗服务。

RAND 等(1999)则利用美国 1989 与 1994 这两年间的数据考察了市场集中度(HHI)、管理医疗覆盖率(PPO 与 HMO 覆盖率)、医院费用监管法案等对医院年度经营性(operating)成本的影响。结果发现, HHI 单个变量对医院成本的影响虽然为负(竞争较激烈的市场中医院的经营成本也比较高), 但是统计不显著, 但另一方面管理医疗覆盖率增加却有利于控制医疗成本上涨的速度, 从而在管理医疗覆盖率较高的地区, 竞争加剧使得医院运行成本增速较缓。

Bamezai 等人(1999)与 RAND 等(1999)研究方法类似, 利用美国 1989-1994 年间的数据考察了管理医疗覆盖率(HMO 与 PPO 的加权覆盖率)以及市场集中度指标(HHI)对年度医院经营性成本的影响, 并发现了类似的结论, 管理医疗覆盖率与医院经营成本负相关: 覆盖率水平更高的市场中医院成本上升较慢, 覆盖率水平更高的市场中竞争加剧(HHI 低)会导致成本上升更慢, 并且相当统计显著。

Keeler 等人(1999)选择 1986, 1989, 1992, 1994 这四年间加州医院(10 种 DRGs 内常见病情)竞争的变动对医院价格行为的影响, 并分别考察了赢利性医院与非赢利性医院的价格行为。作者在界定市场区域时同时考虑了行政地理区域界定与根据病人资料来源进行调整的两种方法。作者根据出院人数计算市场集中度(HHI)作为市场竞争程度的度量指标, 并根据病人出院资料以及考虑医院病患的特征等因素进行调整之后计算出每人日住院费用, 结果发现, HHI 较大(竞争较不激烈)的地区中医院价格也较高, 且 HHI 对医院价格的影响随着时间推移有明显增加的趋势。这种影响关系和变化趋势对于赢利性医院与非赢利性医院而言均如此。

Mukamel 等人(2002)则利用 1982-1989 年间的加州病人的数据在考察竞争对死亡率(根据风险进行调整)的同时考察了竞争对医疗支出(门诊支出与住院支出)的影响。他们首先假设加州 1983 年选择性缔约法案(详见第二节中美国医疗市场近期的变动)的引入, 使得医院之间的价格竞争更为激烈, 并且医院倾向于将其资源配置从门诊服务转向住院服务。该文同时考察了 1982 年的市场集中度(HHI)的绝对水平、以及 1982-1989 年间的相对变动之对医疗支出的影响。结果发现, 对于非赢利性医院而言, HHI 的变动与门诊和住院支出之间均存在统计显著的负相关关系, 而对于赢利性医院而言, HHI 的变动与医疗支出(门诊和住院)之间则不存在统计显著关系。整体而言,

1982-1989 年间医院之间的竞争加剧，使得病人门诊支出有所减少。

Pavcnik (2002) 则利用德国药品市场的数据考察了基准定价方式的引入以及市场中普通药品的数量对药品（普通药品与商标药品）价格的影响。结果发现，对药品价格实行基准价格管制之后，药品价格有所下降，并且随着市场中普通药品数量的增加，商标药品的价格下降的更快。

Eggleston & Yip (2004) 首先建立了一个价格管制下的公立-私立医院的竞争模型，医院提供多种服务类型，并且市场均衡由医生、病人以及医院的管理层共同决定，并利用中国国家卫生局 1998 年全国健康普查（卫生局，2001，2002）的数据对该模型进行了模拟和实证检验，结果发现在中国对医疗服务的扭曲的价格管制下，首先这种隐性的保险机制可能会导致医疗服务的过度使用或者使用率不够，其次医院之间互相竞争病人的结果是医疗成本不断上升，再次，尽管中国政府进行价格管制的初衷是为了保证每个公民（尤其是低收入人群）的就医的权利，但事实上，除非政府扩大政府保险的覆盖人群、或者对医院为低收入人群或没有保障的人群提供的服务进行财政补偿，否则价格竞争加剧导致医疗成本不断上升的直接影响就是低收入人群的就医权利不能得到保障。作者指出只有在政府充分考虑管制的影响和如何激励医院或医生的行为时医疗市场上的竞争才会改进消费者的福利状况。作者据此提出建议，中国政府应该采用混合的支付方式（而非目前单一的 FFS 支付方式）并不断扩大保险覆盖人群的范围，这是中国政府确保每个居民就医的权利、消除医疗服务层面上的扭曲现象、并在控制医疗成本上升和改进医疗服务质量之间进行权衡的最有效的方式之一。

Kessler & Geppert (2005) 采用与 Kessler & McClellan (2000) 类似的方法，并利用 1985-1996 年间美国（非农村地区）的患心脏病的 Medicare 病人的数据考察了市场集中度与医疗服务费用（支出，各种使用率测度）之间的相关关系。结果发现尽管竞争加剧会使得病人支出的波动性增加，但总体而言，竞争会减少医疗支出。

Wang (2006) 认为药品间的竞争对价格的影响可能与该药品是否参与竞争有关，也就是说在竞争加剧对价格的影响可能存在市场分割效应。并利用 1999-2002 年间各种在中国销售药品的企业的数据进行分析：首先将企业分为国际（global，该企业向美、日、英、德、法五个最大世界市场之一的销售额为正）和本地（local，除国家企业之外的其他企业）企业两种，结果如作者所预期的那样，本地药品价格竞争加剧只会使得本地产品价格下降，但是对国际产品价格没有影响（作者认为主要是因为本地产品质量较低的缘故）；而国际治疗机构数量增加会使得国际产品价格有所下降，但是却对本地产品价格没有额外的影响。

### 3、竞争对医疗服务价格或成本无影响或影响并不明确

Noether (1988) 指出了医疗服务的价格与医疗服务费用两者之间的差异，并利用美国 1977-1978 年间所有大城市（SMSAs）中医院的 11 种常见病请的数据进行分析，结果发现市场集中度（HHI）较低（竞争更为激烈）的市场中医疗服务价格较低但是医疗费用较高，尽管竞争的影响很小。

Melnick & Zwanziger (1988) 研究 1983 年加州通过选择性缔约法案（selective contracting）前后的影响，利用 1980-1985 年间的 Medicare 数据考察竞争（以市场中医院的数目，以及根据出院人数计算 HHI 来衡量）时发现，法案通过前，竞争导致成本上升更快，但法案通过后，竞争导致成本上升更慢，甚至其实际成本实际上略微有所下降。但在控制 PPS 影响后，竞争与医院医疗费用之间并无显著关系。

Grabowski & Vernon (1992) 则根据美国 1983-1987 年间 18 种普通（generic）药物的市场准入机制，考察其对市场中普通药物和商标药品价格的影响，结果发现普通药物进入市场后两年内，商

标药物价格不断上涨，但是普通药物价格则持续下跌。

Fournier & Mitchell (1992) 利用 1984-1986 年间佛罗里达州的 179 家综合医院的数据分析了市场集中度 (HHI) 对医院总可变成本的影响，结果发现竞争对总可变成本的影响于所考察的医疗服务项目相关：对于产科服务而言，竞争加剧会导致医院总可变成本下降，而对于门诊、放射性治疗、影像诊断而言，竞争加剧会使得医院总可变成本上升。

Dranove, Shanley & White (1993) 根据加州 1983-1988 年间 OSHPD (Office of Statewide Health Planning and Development) 内所涵盖的所有的医疗状况的数据进行分析时发现，1983 年竞争更激烈的地区中标准市场服务篮子涨价幅度 (markup) 更高，但是 1988 年时则正好相反，且随着竞争的加剧，标准市场服务篮子的结构也会相应地有所变动：利润比较高的医疗项目比重增多，而利润边际较低的医疗项目比重减少。

Wholey, Feldman & Christianson (1995) 以 MSA (Metropolitan Statistical Area) 为标准界定市场，并考察 1988-1991 年间市场上从事 HMO 的企业数目以及参加 HMO 的人群比例 (HMO 覆盖率) 对管理医疗方案所收取的保费价格的影响：发现企业较多时，保费相对较低，但是给定 HMO 企业数目，HMO 覆盖率较高，保费也较高。

Proper & Soderlund (1997) 考查 NHS 中 8 种 GPFH 诊治过程 (静脉曲张剥除，鼓膜切开，扁桃体切除，髋关节置换，输卵管卵巢切除，宫颈扩张子宫刮术，扳机指手术，胆囊切除) 在 1992/93 和 1994/95 两年度中竞争对 GPFH 价格 (一般是单个个体在外科手术中的价格) 的影响，结果发现对于不同的病情而言，竞争的影响程度和显著程度相差很大：对于前三种病情而言，竞争加剧会使得 GPFH 价格下降，并且统计显著；对于髋关节置换手术而言，竞争越激烈，则 GPFH 价格越高；对于其他四种病情而言，竞争与相应的 GPFH 价格之间并不存在统计显著关系。除此之外该文还比较了两个年度中竞争程度与价格变动之间的关系，结果发现这两者之间并不存在统计显著关系。

Soderlund 等人 (1997) 则在考察 1991/92 与 1993/94 两个年度期间英国急诊医院的市场集中度对住院病人每人平均成本的影响时发现，采用不同的模型得出的结论完全相反：截面线性模型显示市场集中度与平均成本之间正相关，尽管在 5% 的水平上并不显著；而纵向分析模型则显示市场集中度变动与价格变动之间存在并不显著的负向关系。

Csaba (1997) 则通过考察 1991/92 与 1994/95 期间 NHS 市场变动的的影响：尽管总体分析而言，市场集中度与医院成本之间显著正相关，并且随着时间推移更为显著。但是在 NHS 内部市场刚建立之初，竞争更激烈的地区成本更高，但是之后其成本迅速下降。而相互竞争的医院的数量较少的地区中的医院刚开始平均成本更低，但是随着时间推移这种成本节约优势逐渐消失。表明不同地区中医院的价格存在趋同的现象。

Brooks, Dor & Wong (1997) 则与传统的实证模型稍微有所创新，他们跟 1988-1992 年间美国的阑尾切除术的数据建立了一个讨价还价模型 (医院愿意接受的最低价格与保险公司愿意支付的最低价格)，并以此考察了市场中医院数目以及 HMO 覆盖率对投保人 (insurer) 所支付的价格的影响，结果发现当市场中医院数目增加时，投保人所支付的实际价格更接近于医院愿意接受的最低价格，而 HMO 覆盖率更高时，投保人所支付的价格也更高。

Frank & Salkever (1997) 考察 20 世纪 80 年代早中期 32 种失去专利保护的美国普通药品的市场准入机制对普通药物价格与商标药物价格的影响，结果发现随着普通药物进入市场，竞争加剧会导致普通药物价格下降，但是商标药物的价格并没有相应下降，反而略微有所上升。

Connor, Feldman & Dowd (1998) 通过考察 1986-1994 年间 3500 多家医院中 122 起医院兼并行为以及市场集中度 (HHI) 对医疗服务成本和价格 (医院成本、平均每单位就诊量净收入、以及收入与成本的比值) 的影响时发现，平均而言，相比于未参与兼并行为的医院而言，发生兼并行为的

医院的成本会有所下降。但是对于市场集中度较高（竞争较不激烈）的市场而言，医院间的兼并行为引起的成本下降的幅度则比较小。1986年 HHI 高（竞争较低）医院的成本和收入较低，而 1994 年则正好相反：HHI 更高的市场中医院的成本和收入更高。此外，作者还发现 HHI 与 HMO 覆盖率的交互影响显著为正，表明管理医疗覆盖率较高且医院竞争者较少的市场当中价格和成本都更高。这些结论对于赢利性医院与非赢利性医院没有明显的差异，只是存在两种例外的情形：当兼并的一方为教学性（teaching）医院或兼并前市场中医院平均床位占用率超过 72% 时，兼并会导致成本反而上升。

Kessler & McClellan (2000) 利用 1985、1988、1991、1994 年间美国非农村地区中享受 Medicare 的病人的数据，对其在心脏病（AMI）病发后的医疗支出与医院市场集中度（HHI）之间的关系进行了分析。作者首先为了避免出现类似于传统的实证文献在考察市场竞争程度医院质量或支出影响时的内生性问题，采用了一个三阶段模型：首先根据外生性因素构建一个医院选择模型，并在此基础上来计算竞争测度指标，然后才以此为标准考察竞争对医疗服务结果的影响。结果发现 1991 年以前，竞争越激烈的市场中医疗支出也比较高，但是 1991 年以后却出现了截然相反的结果。Kessler & McClellan 同样也考虑了 HMO 覆盖率对医疗支出的影响，结果发现平均而言 HMO 覆盖率较高的市场中医疗支出比较低。此外，HMO 覆盖率与市场集中度（HHI）对医疗支出存在交叉影响：对于 HMO 覆盖率较低的州而言，市场集中度低（竞争较激烈）的市场中医疗支出较高，但对于 HMO 覆盖率较高的州而言，市场集中较低（竞争较激烈）的市场中医疗支出却比较低。

Grytten & Sorensen (2000) 利用挪威 1997 年 1194 名私人牙科医生的相关数据考察了牙科市场上竞争对价格或费用的影响。作者首先将年度总的私人牙医数量、以及年度每 10000 个居民的牙医数量作为测度牙科市场上竞争程度的指标，而以每个牙医每次（times）咨询平均支出、每个牙医每例（case）咨询平均费用、每个牙医每次（times）咨询中每项治疗程序（item）的平均支出等指标作为牙科服务的价格或费用指标，结果发现不同特征的市场当中，竞争对牙科服务的价格或费用的影响也不尽相同：对于垄断竞争和垄断市场而言，竞争导致价格或费用更高，但是影响程度很小，并且不显著；而对于竞争性市场而言，竞争加剧会引起价格或成本下降，并且统计显著。

Vita 等人 (2001) 则通过比较参与兼并的医院与其竞争对手（未参与兼并）在其兼并之后的医院价格的变动，对医院兼并行为对医院价格的影响进行了分析。结果发现，医院兼并会使得医院价格有所上升，无论是参与兼并的医院还是该市场中未参与兼并的医院均如此，但是参与兼并的医院价格更快：上涨了 23%，而其竞争对手价格只上涨了 17%。

Meltzer, Chung & Basu (2002) 根据加州医院 1983 和 1993 两年内 12 种最大的 DRGs 的数据考察了市场集中度与医院的成本收入比（RCCs）之间的相关关系。结果发现，1983 年竞争越激烈的市场中医院的成本收入比也越高，表明竞争导致医院的盈利能力（盈利边际）有所下降，而 1993 年时则正好相反，竞争与医院成本收入比负相关，即竞争越激烈的市场中医院的成本收入比越低，医院的盈利边际越高。

#### （四）竞争对医疗市场其它因素的影响

##### 1、 竞争对病人就诊的路途时间的影响

竞争环境中管理医疗对病人就诊的路途时间与距离存在双重影响：一方面因为管理医疗计划为了寻求更低的价格会在更大范围内搜集医院签订合同，因而病人可能需要更长的路途时间或距离去接受相应的医疗服务；而另一方面，如果某两个管理医疗存在一些重叠的地理区域，为了在竞争中

赢得这部分人群，管理医疗可能会提供病人就诊的路途时间更短的方案（Mobley & Frech, 1999; Morrissey, 2001）。White & Morrissey（1998）研究加州 1985 与 1991 年间某些特定的就诊类型的就诊路途距离时发现，没有证据显示管理医疗方案病人相对于 Medicare 病人路途时间增加，并且不同就诊类型之间就诊路途上也没有显著的差别。Mobley & Frech（1999）发现竞争环境中管理医疗对病人就诊路途时间的双重影响都存在，但是总的来说，两种影响都不大，并且如果有的话，净就诊路途会缩短。

## 2、竞争对医院提供医疗服务数量的影响

Rothschild & Stiglitz（1976）指出在保险市场上企业不会轻易提高保费水平，在逆向选择模型中他们担心低风险人群被排挤出去而只剩下高风险人群，因此保险市场更像是“价格与数量同时竞争”而非仅仅是“价格竞争”的市场，保险公司更为关注道德风险而非逆向选择效应。

Luft 等人（1986）年利用美国 1972 年的数据发现面临更多竞争者的医院会倾向于提供更多的医疗服务。

Frank & Salkever（1991）年则根据缅因州的数据发现市场集中度与医院提供慈善医疗服务的数量之间并不存在统计显著的关系。

Dranove, Shanley & Simon（1992）对加州 11 项很专业化的医疗服务的研究表明，尽管服务提供者增加会使得这些服务之间的重叠现象略微增加，但是医院数目增加会导致平均每单位人口的这些专业化医疗服务的使用数量存在下降的趋势。

Gruber（1994）与 Mann, Melnick, Bamezai & Zwanziger（1995）两篇文献根据加州医院的数据，都发现 20 世纪 80 年代期间，市场集中度较低（竞争较激烈）的市场中医院会倾向于提供更多的慈善医疗服务。

Cutler & McClellan（1996）研究发现 HMO 市场份额越高，血管成形术手术量减少。

Zwanziger, Melnick & Simonson（1996）通过对 1983-88 年间加州医院服务分工和差异化程度的研究发现，在 80 年代后期竞争较激烈的市场中医院之间核心服务混合和重叠的现象减少，并且他们怀疑可能是因为医院将选择性缔约所获得的盈余用于扩大医院医疗服务提供的范围的缘故。

Schlesinger 等人（1997）根据 1987-1988 年间的精神病（Psychiatric）住院病人的数据考察了竞争对住院服务的可获得性（access）、医院所提供无偿服务的数量、过去一年当中舍弃一些边际盈利性服务的程度、同期中为了吸引病患引入新服务的程度以及医院所提供的总的创新性服务的数量的影响。竞争程度根据医院管理层在问卷中回答的主观竞争程度进行评级（5 分制），并计算了市场集中度指标（HHI）。结果发现，对于专科医院而言，竞争更激烈的地区，非盈利性医院提供更少的无偿服务，但盈利性医院则没有相应减少其无偿服务的数量；对于综合医院而言，竞争较激烈的地区非盈利性医院所提供的无偿服务略微有所减少，但盈利性医院所提供无偿服务却明显更多。竞争较激烈的地区中所有的医院在过去一年中更可能舍弃边际盈利性服务并引入新的服务种类。正如作者所预期的那样，在面对竞争时，不同类型的医院所做出的反应可能有所差别：例如尽管竞争较激烈的地区中所有医院在过去一年中更可能舍弃边际盈利性服务并引入新的服务种类，但盈利性医院会相对更有可能舍弃边际盈利性服务，而专科医院相比于社区综合医院所提供的新型服务种类更多。竞争更为激烈的地区中，医院所提供的服务范围更广，并倾向于采用更多的创新性服务，从而使得病患就诊的可获得性程度增加，尽管同时可能会承受医疗服务成本上升的压力。

Baker & Wheeler（1998）则发现 HMO 覆盖率较高的市场中采用医院磁共振成像技术并且实际使用都会比较少。

同样的 Grossman & Banks (1998) 也发现 1983-90 年期间在加州市场中的医院数量越多将会导致 CABG (心血管搭桥术) 手术总量增加, 但是平均每家医院所提供的相应的手术量则减少。

杨玉冠 (1998) 在其对医院住院量的影响因素一文的分析中发现竞争越激烈 (分别以出院人次、出院费用金额、以及医院病床数为标准计算 HHI) 的市场中医院的住院量增长也越快, 尽管竞争并不是医院住院量增长的显著影响因子。

Brown & Morrissey (2000) 对美国 18 个城市 1992—96 年间儿童医院儿科就诊量的影响原因的研究发现, HMO 覆盖率上升会导致社区医院总的儿科就诊量上升, 但是医院之间竞争越激烈对儿科医院的就诊量的影响则非常有限。

吴肖琪, 金家玉等 (2002) 利用 1995 台湾全民健保实施后至 1999 年间的数据库, 并根据不同的标准 (每家医院的门诊就诊人次、门诊就医申请金、住院就医人次、住院就医申请金、住院人日、住院收入等指标) 计算的 HHI、以及根据这些指标所构建的能够分别能代表门诊和住院市场的 HHI、此外还有市场中竞争者的个数来考察市场竞争程度与每日门诊就医人次、每日住院人次、以及每人住院平均日长等因素之间的相关关系, 结果发现每日门诊就医人次、每日住院人次、以及每人住院平均日长均与 HHI 显著正相关 (竞争越激烈的地区, 就医人次越少), 虽然整体而言市场竞争越激烈的地区平均住院日越短, 但是地区医院的平均住院日则越长。市场竞争越激烈的地区, 每日门、住诊人次会随着时间推移而减少, 但每人住院平均日长却随着时间推移而增加, 尽管统计并不显著。此外, 作者还发现, 在此期间, 门诊市场越来越趋向于竞争性市场, 而住院市场则趋于垄断市场。

## 五、竞争对消费者福利影响——分析与总结

我们首先假定对于消费者而言, 质量-价格比  $\frac{z}{p} (= \frac{1}{d} \cdot \frac{\epsilon_z}{\epsilon_p})$  越高则消费者的福利状况越好, 并假定

竞争首先通过影响医疗服务的需求价格弹性或质量弹性 (或对两者同时产生影响) 来影响医疗服

务的质量 ( $z = \frac{c}{d} \cdot \frac{\epsilon_z}{\epsilon_p - \epsilon_z - 1} = \frac{c}{d} \cdot \frac{1}{\frac{\epsilon_p - 1}{\epsilon_z} - 1}$ ) 或价格 ( $p = c \cdot \frac{\epsilon_p}{\epsilon_p - \epsilon_z - 1} = c \cdot \frac{1}{1 - \frac{\epsilon_z + 1}{\epsilon_p}}$ ), 并进

而影响消费者的福利状况。我们接下来将利用此逻辑方法来对实证文献中的结论进行具体的分析。

从以上实证文献所采用的测度指标来看, 在考察竞争对医疗服务质量或价格 (成本或费用) 等的影响时, 作为竞争程度测度的指标主要可以分为以下几个方面: 市场结构或市场环境的变动 (如市场兼并、放松或引入价格管制、以及管理医疗覆盖率等)、市场集中度 (HHI)、以及市场中医院的数量 (或竞争者的数量) 等, 尽管不同的研究文献可能采用了上述不同的指标, 但是这些指标之间存在一定的相关性, 尽管并不是完全对应的关系: 医疗市场的兼并行为会导致市场中医院的数量有所减少, 也会使得市场集中度 (HHI) 有所上升, 但是医院之间的兼并行为使得市场中医院之间的竞争加剧还是使得医院之间的竞争程度有所降低本身是有待商榷的, 尽管在之前的文献综述中, 我们继续参照 Gaynor (2006) 的方法默认为医院兼并导致市场竞争程度有所下降。

首先我们来看医疗市场的兼并行为对医疗服务质量或价格的影响, 文献回顾整理如下:

	研究文献	考察时期	主要的相关结论
兼并使得医院质量有所下降	Ho & Hamilton (2000)	1992-1995	兼并使得心脏病病人的再就诊率以及新生婴儿 48 小时内提前出院率上升 (质量下降)
	Sari (2002)	1992-1997	医院合并尽管可能会使得医院价格有所下降, 但同时会使得质量下降更快

( $z/p$ 下降)	Capps (2005) 纽约	1995-2000	兼并会使得 1 年后 AMI 死亡率以及 CHF 接受率有所上升, 对其它质量指标没有影响
兼并使得价格上升 ( $z/p$ 下降)	Connor, Feldman & Dowd (1998)	1986, 1994	发生兼并行为的医院的成本会有所下降
而医院成本下降	Vita等人 (2001)		医院兼并会使得医院价格有所上升: 参与合并的医院价格上涨23%, 其竞争对手价格上涨17%

医院兼并行为使得医院的质量有所下降或医疗服务的价格有所上升, 从而我们可以推知兼并行为都会使得  $\frac{z}{p}$  有所下降, 从而对于消费者而言会恶化福利状况。至于兼并使得医院的成本有所下降, 这

是很显然的, 我们已经指出, 医疗市场内的水平整合或者垂直整合会使得医院可以享受资源优化配置、规模经济等带来的成本节约的好处, 如果医院能够将这种成本节约的好处用于改进医疗服务的质量或者降低医疗服务的价格, 那么消费者就可以享受到医院兼并行为所带来的好处, 遗憾的是, 有文献指出, 医院的兼并行为通过提升医院与保险公司或者管理医疗方案的谈判力 (bargaining power) (Melnick 等人, 1992; Brooks, Dor & Wong, 1997; Krishnan, 1998) 而使得医疗服务的价格上升而非下降了。

其次我们考察一些市场监管环境的变动对医疗服务质量或价格的影响, 文献回顾整理如下:

	研究	考察时期	主要相关结论
美国早期放松管制后质量上升 ( $z/p$ 上升), 后期则质量下降 ( $z/p$ 下降)	Shortell & Hughes (1988) 美国45个州	1983	监管 (价格与市场准入管制) 更严厉的州中医院的死亡率也更高, 并且统计显著
	Volpp等人 (2003) 新泽西, 纽约	1990-1996	相比于邻近的纽约州, 新泽西在放松价格管制 (1992) 之后, 医疗服务质量相对有所下降
管制使得药品价格下降 ( $z/p$ 上升)	Pavcnik (2002) 德国		对药品价格实行基准价格管制之后, 药品价格有所下降

很多文献都指出<sup>26</sup>, 美国 20 世纪 80 年代医疗市场的竞争主要是非价格竞争 (patient-driven competition), 监管较松的州中医院之间的医武竞赛 (MAR) 的结果是使得市场的需求质量弹性 ( $\epsilon_z$ ) 有所上升, 从而使得监管较松的州中医院的质量也比较高 (消费者福利改善); 而 90 年代随着管理医疗方案等的兴起, 医院之间面临着更加激烈的价格竞争 (payer-driven competition), 并且消费者 (现在为管理医疗方案 (消费者经纪机构 (agent))) 相比于原来的单一消费者更为关注于医疗服务的价格, 从而使得医疗服务的需求价格弹性 ( $\epsilon_p$ ) 不断上升, 从而使得医疗服务质量有所下降 (消费者福利恶化, 对此有很多文献均有所讨论, 指出尽管管理医疗方案 (HMOs等) 价格或保费较低, 但是他们所收取的保费并没有完全将这些人群所放弃的医疗服务的成本反映出来 (Feldman, Dowd & Gifford, 1993; Miller & Luft, 1994))。

接下来我们将针对管理医疗 (HMOs, PPOs 等) 覆盖率对医疗服务质量或价格的影响的文献进行整理和分析, 结果如下:

	研究	考察时期	主要相关结论
--	----	------	--------

<sup>26</sup> 关于病人引导的竞争 (patient-driven competition) 与支付方引导的竞争 (payer-driven competition) 的讨论可参阅 Dranove & Satterthwaite (2000)。

管理医疗覆盖率上升改进消费者福利	质量上升	Sari (2002) 美国16个州	1992-1997	以某些质量指标进行分析时，管理医疗覆盖率提升了医疗服务的质量，但是对于另一些质量指标而言，管理医疗覆盖率与医疗服务质量之间并不存在统计显著的关系
	价格下降	Robinson (1996) 加州	1983-1993	HMO覆盖率高的地方医院成本增长比HMO覆盖率低的地区要低将近1/3，并且统计显著，而且这种成本增长趋势随着时间推移依然存在
		Gaskin & Hadley (1997) 美国84个大城市	1985-93	在80年代后期HMO覆盖率几乎对医院成本没有影响，但是1988年后，却似乎导致了医院成本的下降
		Bamezai等人 (1999) 美国	1989-94	覆盖率水平更高的市场中医院成本上升较慢
		RAND等 (1999) 美国	1989, 1994	管理医疗覆盖率增加有利于控制医疗成本上涨速度
Kessler & McClellan (2000) 美国	1985-1994	平均而言HMO覆盖率较高的市场中医疗支出比较低		
管理医疗覆盖率上升恶化消费者福利	质量下降	Shen (2003) 美国 (非农村地区)	1985-1994	HMO覆盖率更高的市场中死亡率更高
	价格上升	Wholey, Feldman & Christianson (1995) 美国	1988-91	给定HMO企业数，HMO覆盖率较高，保费也较高
		Brooks, Dor & Wong (1997) 美国	1988-92	HMO覆盖率更高时，投保人所支付的价格也更高
Connor, Feldman & Dowd (1998) 美国	1986, 1994	管理医疗覆盖率较高且医院竞争者较少的市场当中价格和成本都更高		

我们已经指出，管理医疗方案的出现加剧了医疗市场的价格竞争，并使得消费者的医疗服务的需求价格弹性 ( $\epsilon_p$ ) 有所上升，从而使得医疗服务的质量或价格会趋于下降，但会改善消费者的福利状况，因为价格的下降足以弥补质量下降所带来的损失。但的确也有文献（如上表）发现管理医疗覆盖率更高的市场中医疗服务的质量或价格也会更高。

最后我们分析利用市场集中度 (HHI) 作为市场竞争程度测量指标，从而考察竞争对医疗服务价格和质量影响的实证文献，结果如下：

竞争恶化福利	价格上升	Garnink 等人 (1987)		HHI低的地区每人就诊所需医疗费用越高
		RAND等 (1999)	1989, 1994	HHI对医院成本的影响为负，但是统计不显著
		吴肖琪等 (2002)	1995-1999	HHI低的地区每人住院申请金额较高
竞争改善福利	价格下降	Simpson & Shin (1998)	1993	HHI较高（竞争较不激烈）的市场中价格也会比较高，对于赢利性医院与非赢利性医院而言均如此
		Bamezai 等人 (1999)	1989-94	覆盖率水平更高的市场中HHI低会导致成本上升更慢，并且相当统计显著
		Keeler 等人 (1999)	1986, 1989, 1992, 1994	HHI较大的地区中医院价格也较高，且HHI对医院价格的影响随着时间推移有明显增加的趋势。这种趋势对于赢利性医院与非赢利医院而言均如此
		Mukamel 等人 (2002)	1982, 1989	非赢利性医院HHI的变动与门诊和住院支出之间存在统计显著的负相关关系，赢利性医院则不存在统计显著关系。整体而言竞争加剧，使得病人门诊支出有所减少
Kessler & Geppert (2005)	1985-1996	HHI较低，病人支出的波动性增加，但总体而言，竞争会减少医疗支出		



竞争对消费者福利的影响并不明确	价格或费用可能上升,也可能下降(早期导致成本或价格等上升,后期则相反)	Noether (1988)	1977-78	HHI较低的市场中医疗服务价格较低但是医疗费用较高, 尽管影响很小
		Melnick & Zwanziger (1988)	1980-1985	法案通过前, 竞争导致成本上升更快, 但法案通过后, 竞争导致成本上升更慢, 甚至其实际成本实际上略微有所下降。但在控制PPS影响后, 竞争与医院医疗费用之间并无显著关系
		Fournier & Mitchell (1992)	1984-1986	对于产科服务而言, 竞争加剧会导致医院总可变成本下降, 而对于门诊、放射性治疗、影像诊断而言, 竞争加剧会使得医院总可变成本上升
		Dranove, Shanley & White (1993)	1983-1988	1983年竞争更激烈的地区中标准市场服务篮子涨价幅度 (markup) 更高, 但是1988年时则正好相反, 且随着竞争的加剧, 标准市场服务篮子的结构也会相应地有所变动: 利润比较高的医疗项目比重增多, 而利润边际较低的医疗项目比重减少
		Soderlund 等人 (1997)	1991/92-1993/94	截面线性模型显示市场集中度与平均成本之间正相关, 尽管在5%的水平上并不显著; 而纵向分析模型则显示市场集中度变动与价格变动之间存在并不显著的负向关系
		Csaba (1997)	1991/92-1994/95	市场集中度与医院成本之间显著正相关, 并且随着时间推移更为显著。但是在NHS内部市场刚建立之初, 竞争更激烈的地区成本更高, 但是之后其成本迅速下降
		Connor, Feldman & Dowd (1998)	1986, 1994	1986年HHI高市场中医院的成本和收入较低, 而1994年则正好相反
		Meltzer, Chung & Basu (2002)	1983, 1993	1983年竞争越激烈的市场中医院的成本收入比也越高, 而1993年时则正好相反
	质量影响不确定	Gowrisankaran & Town (2003) 洛杉矶	1989-1993	Medicare病人市场集中度较低的市场中死亡率更高, 而HMO病人市场集中低的市场中死亡率更低
		Shortell & Hughes (1988) 美国45个州	1983	市场集中度与死亡率之间并不存在显著的相关关系, 并且相关系数相当小

正如我们所预期的那样, 根据不同的市场定义界定市场然后以不同的指标为基础构建 HHI, 并以此作为市场竞争程度的衡量指标, 从而考察竞争对医疗市场价格和质量的影响。HHI 指标是实证文献中应用较广但是也具有争议性的一个指标: 一方面该指标比较好量化, 但是另一方面我们应该注意到 HHI 指标可能具有内生性, 正如之前所考虑的医院兼并行为对医疗服务市场影响的文献一样, HHI 变动或医院兼并行为可能是医疗市场价格或质量变动的结果, 而非原因; 此外, 一个市场中的 HHI 指标比另一个市场低并不一定意味着该市场的竞争比另一市场更为激烈, 正如市场中医院数量的增多并不必然意味着该市场中的竞争变得更为激烈一样。

其次, 还是与以前一样, 早期医疗市场的竞争主要表现非价格竞争, 并且由于 FFS 支付方式、健康保险等的存在使得医生和病人控制医疗成本的激励不足, 从而使得医院之间竞争加剧的结果是医院可能会提供高于最优水平的过量的医院容量 (医武竞赛), 并进一步表现为医疗市场价格或医疗成本的上升; 而后期医疗市场的竞争则更多地表现为价格与质量之间的同时竞争, 管理医疗等方式的出现会导致更多的选择性缔约的现象、更激烈的价格竞争, 并使得管理医疗方案以及医院等会更努力地控制成本和改进质量, 从而使得医疗服务市场的价格或医疗支出有所下降或医疗服务质量有所上升。

至此我们发现, 尽管已有的实证文献关于竞争对消费者的福利状况的影响并不明确, 但是却相对而言发现了更多有利于改进福利的结论: 并且在已有的实证文献中, 绝大多数的文献只是从质量

或者价格等一个维度上来考察竞争的影响，并不能简单地得出竞争加剧有利于还是不利于改进消费者福利的结论。不过根据我们这里所构建的质量-价格比  $\frac{z}{p} (= \frac{1}{d} \cdot \frac{\varepsilon_z}{\varepsilon_p})$ ，我们发现竞争可以通过以下

几个因素的变动来影响消费者的福利：质量（医疗技术等）改进的边际成本（d）、需求价格弹性和质量弹性，因此以后的研究文献或许可以以此为参考标准从多个维度来考察竞争的影响，从而为政府医疗体系改革进程当中是否因该引入以及如何引入竞争因素提供更多的参考依据。

### 参考文献

- 1、 Ana Xavier, *Hospital Competition, GP Fundholders and Waiting Times in the UK Internal Market: The Case of Elective Surgery*, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Vol. 3, No. 1. (Mar., 2003), pp. 25-51.
- 2、 Baker, L. C., and S. Shankarkumar. 1998. *Managed Care and Health Care Expenditures: Evidence from Medicare, 1990-1994*, *Frontiers in Health Policy Research* 1: 117-52.
- 3、 Baker, L. C., and S. K. Wheeler. *Managed Care and Technology Diffusion: The Case of MRI*, *Health Affairs* 17 (5): 195-207.
- 4、 Baker, L. C. *Association of Managed Care Market Share and Health Expenditures for Fee-for-Service Medicare Patients*, *Journal of the American Medical Association* 281 (5): 432-37.
- 5、 Baker, L., and J. Spetz. 1999. *Managed Care and Medical Technology Growth*, Working paper 6894. Cambridge, MA: National Bureau of Economics Research.
- 6、 Bamezai, A., J. Zwanziger, G. A. Melnick, and J. M. Mann. 1999. *Price Competition and Hospital Cost Growth in the United States (1989-1994)*, *Health Economics* 8 (3): 233-43.
- 7、 Brooks, J. M., A. Dor, and H. S. Wong. 1997. *Hospital-Insurer Bargaining: An Empirical Investigation of Appendectomy Pricing*. *Journal of Health Economics* 16 (4): 417-34.
- 8、 Brown, S., and M. A. Morrissey. 2000. *Managed Care and Pediatric Hospitals*. Working paper. Birmingham, AL: University of Alabama Birmingham Lister Hill Center for Health Policy.
- 9、 Buchmueller, T. C., and P. J. Feldstein. 1996. *Consumers' Sensitivity to Health Plan Premiums: Evidence from a Natural Experiment in California*. *Health Affairs* 15 (1): 143-45.
- 10、 Capps C, Dranove D., *Hospital Consolidation and Negotiated PPO Prices*, *Health Affairs*, vol. 23, no. 2, Mar-Apr 2004.
- 11、 Connor, R. A., and R. D. Feldman. 1998. *The Effects of Horizontal Mergers on Nonmerging Hospitals*. In *Managed Care and Changing Health Care Markets*, edited by M. A. Morrissey, pp. 164-91. Washington, DC: AEI Press.
- 12、 Connor, R. A., R. D. Feldman, and B. E. Dowd. 1998. *The Effects of Market Concentration and Horizontal Mergers on Hospital Costs and Prices*. *International Journal of the Economics of Business* 5 (2): 159-80.
- 13、 Csaba, I. *Quasi markets and hospital behaviour. Analysing the UK Health Reforms*. Unpublished (Some of these results were presented in a paper to the Health Economists Study Group conference in Liverpool, January 1997).
- 14、 Cunningham, R., III, and R. M. Cunningham, Jr. 1997. *The Blues: A History of the Blue Cross and Blue Shield System*. Dekal, IL: University of Northern Illinois Press.
- 15、 Cutler, D., and M. McClellan. 1996. *The Determinants of Technological Change in Heart Attack Treatment*. Working paper 5751. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- 16、 Cutler, D., and L. Sheiner. 1998. *Managed Care and the Growth of Medical Expenditures*. *Frontiers in Health Policy Research* 1: 77-116.

- 17、 Dowd, B., and R. Feldman. 1994. *Premium Elasticities of Health Plan Choice*. *Inquiry* 31(4): 438-44.
- 18、 Dranove, D., M. Shanley, and W. White, *Price and Concentration in Hospital Market: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition*. *Journal of Law and Economics*, Vol.36, No.1 (Apr., 1993), pp.179-204.
- 19、 Dranove, D., and R. Ludwick. 1999. *Competition and Pricing by Nonprofit Hospitals: A Reassessment of Lynk's Analysis*. *Journal of Health Economics* 18 (1): 87-98.
- 20、 Dranove, D., M. Shanley, and C. Simon. 1992. *Is Hospital Competition Wasteful?* *RAND Journal of Economics* 23 (2): 247-62.
- 21、 Dranove D, Lindrooth R., *Hospital Consolidation and Costs: Another Look at the Evidence*, *Journal of Health Economics*, vol. 22, no. 6, Nov 2003.
- 22、 Falkson J.L., *Market Reform, Health Systems, and HMOs*, *Policy Studies Journal*, Volume 9, Issue 2, Page 213-220, Nov 1980, doi: 10.1111/j.1541-0072.1980.tb02197.x.
- 23、 Feldheim M. A., *Managed Competition in Florida Health Care: Its Strengths and Weakness*, *Public Studies Review*, Winter 2000, 17: 4, pp.61-76.
- 24、 Feldman, R., and B. Dowd. 1982. *Simulation of a Health Insurance Market with Adverse Selection*. *Operations Research* 30 (6): 1027-42.
- 25、 -----. 1998. *Employer Premium Contributions and Health Insurance Costs*. In *Managed Care and Changing Health Care Markets*, edited by M. A. Morrissey, pp. 24-54. Washington, DC: AEI Press.
- 26、 Feldman, R., B. Dowd, and G. Gifford. 1993. *The Effect of HMOs on Premiums in Employment-Based Health Plans*. *Health Services Research* 27 (6): 779-811.
- 27、 Feldman, R., B. Dowd, S. Leitz, and L. A. Blewett. 1997. *The Effect of Premiums on the Small Firm's Decision to Offer Health Insurance*. *Journal of Human Resources* 32 (4): 635-58.
- 28、 Feldman, R., M. Finch, B. Dowd, and S. Cassou. 1989. *The Demand for Employment Based Health Insurance Plans*. *Journal of Human Resources* 24 (1): 115-42.
- 29、 Feldman, R., C. Hung-Ching, J. Kralewski, B. Dowd, and J. Shapiro. 1990. *Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services*. *Journal of Health Economics* 9 (2): 207-22.
- 30、 Feldman, R., D. Wholey, and J. Christianson. 1996a. *Economic and Organizational Determinants of HMO Mergers and Failures*. *Inquiry* 33 (Summer): 118-32.
- 31、 -----. 1996b. *The Effect of Mergers on HMO Premiums*. *Health Care Financing Review* 17 (3): 171-89.
- 32、 Feldstein, P. J., and T. M. Wickizer. 1995. *Analysis of Private Health Insurance Premium Growth Rates: 1985-1992*. *Medical Care* 33 (10): 1035-50.
- 33、 Fournier G. and Mitchell J., *Hospital Costs and Competition for Services: A Multiproduct Analysis*, *The Review of Economics and Statistics*, Vol.74, No.4 (Nov., 1992), 627-634.
- 34、 Gabel, J., L. Levitt, J. Pickreign, H. Whitmore, E. Holve, S. Hawkins, and N. Miller. 2000. *Job-Based Health Insurance in 2000: Premiums Rise Sharply While Coverage Grows*. *Health Affairs* 19 (5): 144-51.
- 35、 Gaskin, D. J., and J. Hadley. 1997. *The Impact of HMO Penetration on the Rate of Hospital Cost Inflation, 1985-1993*. *Inquiry* 34 (3): 205-16.
- 36、 Gaynor M, Vogt W. *Competition Among Hospitals*. *RAND Journal of Economics*, vol. 34, no. 4, Winter 2003.
- 37、 Gaynor M, *What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Market?* NBER working paper, June 7, 2006.

- 38、 Gostin L., *Health Care Reform in the United States*, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Volume 21: 1, Spring 1993, pp6-9.
- 39、 Gottret P., Schieber G., *Health financing revisited: a practitioner's guide*, Washington, DC: World Bank, c2006.
- 40、 Graham, N.O., *Quality Trends in Health Care*, in *Quality in Health Care*, edited by N.O. Graham, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1995.
- 41、 Grossman, J. M., and D. A. Banks. 1998. *Unrestricted Entry and Nonprice Competition: The Case of Technological Adoption in Hospitals*. *International Journal of the Economics of Business* 5 (2): 223-46.
- 42、 Gruber, J. 1994. *The Effects of Competitive Pressure on Charity: Hospital Responses to Price Shopping in California*. *Journal of Health Economics* 13 (2): 183-212.
- 43、 Ho, V., and B. H. Hamilton. 1999. *Hospital Mergers and Acquisitions: Does Market Consolidation Harm Patients?* Working paper. St. Louis, MO: Washington University.
- 44、 Ikegami Naoki, *The Japanese Health Care System—Achieving Equity and Containing Costs Through a Single Payment System*, *the American Heart Hospital Journal*, 2007; 5: 27–31.
- 45、 Jensen, G. A., and M. A. Morrissey. 1990. *Group Health Insurance: An Hedonic Approach*. *Review of Economics and Statistics* 72 (1): 38-44.
- 46、 Joskow P. L., *The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital*, *The Bell Journal of Economics*, Vol.11, No. 2. (Autumn, 1980), pp. 421-447.
- 47、 Jost T. S., *Why Can't We Do What They Do? National Health Reform Abroad*, *the Journal of Law, Medicine & Ethics*, Volume 32, Issue 3, Page 433-441, Sep 2004, doi: 10.1111/j.1748-720X.2004.tb00154.x.
- 48、 Keeler, E. B., G. Melnick, and J. Zwanziger. 1999. *The Changing Effects of Competition on Non-Profit and For-Profit Hospital Pricing Behavior*. *Journal of Health Economics* 18: 69-86.
- 49、 Kessler, D., and M. McClellan. 1999. *Is Hospital Competition Socially Wasteful?* Working paper. Palo Alto, CA: Stanford University.
- 50、 KPMG Peat Marwick (1998). *Health Benefits in 1993*. Washington, DC: KPMG Peat Marwick.
- 51、 Long, S. H., R. F. Settle, and C. W. Wrightson. 1988. *Employer Premiums, Availability of Alternative Plans, and HMO Disenrollment*. *Medical Care* 26 (10): 927-38.
- 52、 Luft, H. S. 1981. *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*, New York: John Wiley & Sons.
- 53、 Luft, H., and R., Miller. 1988. *Selection and Rating Issues in a Competitive Health Care System*. *Health Affairs*.7 (3):97- 1 19.
- 54、 Lynk, W.J. 1995. *Nonprofit Hospital Mergers and the Exercise of Market Power*. *Journal of Law and Economics* 38 (2): 437-61.
- 55、 Lynk, W.J., and L. R. Neumann. 1999. *Price and Profit*. *Journal of Health Economics* 18(1): 99-116.
- 56、 Marszalek-Gaucher, E., Coffey, R.J., *Transforming Health Care Organizations: How to Achieve and Sustain Organizational Excellence*, John Wiley and Sons, New York, 1990.
- 57、 Gaynor M, *What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Market?* NBER working paper (12301) , June 7, 2006.
- 58、 Melnick, G. A., and J. Zwanziger. 1988. *Hospital Behavior Under Competition and Cost-Containment Policies*. *Journal of the American Medical Association* 260 (18): 2669-75.
- 59、 Melnick, G. A., J. Zwanziger, A. Bamezai, and R. Pattison. 1992. *The Effects of Market Structure*

- and Bargaining Position on Hospital Prices. Journal of Health Economics* 1992, 11(3): 217-33.
- 60、 Meltzer D., Chung J. and Basu A., *Does Competition under Medicare Prospective Payment Selectively Reduce Expenditures on High-Cost Patients? The RAND Journal of Economics*, Vol.33, No.3 (Autumn, 2002), pp.447-468.
  - 61、 Miller, R. H., and H. S. Luft. 1994. *Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis. Journal of the American Medical Association* 271 (19): 1512-19.
  - 62、 Mobley, L., and H. E. Frech. 1999. *Managed Care, Distance Traveled, and Hospital Market Definition*. Working paper, Department of Economics. Santa Barbara, CA: University of California.
  - 63、 Moran, J. R., M. E. Chernew, and R. A. Hirth. 1999. *Preference Diversity and the Breath of Employee Health Insurance Options*. Working paper, Department of Economics. Syracuse, NY: Syracuse University.
  - 64、 Morrissey, M. A., and G. A. Jensen. 1997. *Switching to Managed Care in the Small Group Market. Inquiry* 34: 237-48.
  - 65、 Morrissey, M. A., G. A. Jensen, and J. Gabel. 2000. *Managed Care and Employer Premiums*. Working paper. Birmingham, AL: University of Alabama at Birmingham Lister Hill Center for Health Policy.
  - 66、 Pauly M. V., 1994, *Universal health insurance in the Clinton Plan: Coverage as a Tax-Financed Public Good, Journal of Economics Perspective*, Vol.8, No.3 pp.45-53.
  - 67、 Peele, P. B., J. R. Lave, J. T. Black, and J. H. Evans III. 2000. *Employer-Sponsored Health Insurance: Are Employers Good Agents for Their Employees? Milbank Quarterly* 78 (1): 5-22.
  - 68、 Physician Payment Review Commission (PPRC). 1996. Annual Report to Congress, pp. 255-79. Washington, DC: PPRC.
  - 69、 Propper, C. *Agency and Incentives in the NHS Internal Market. Social Science and Medicine* 1996; 40: 1683–90.
  - 70、 Propper, C., Wilson, D. and Soderlund N. *The effects of regulation and competition in the NHS Internal Market: the case of GP Fund Holder prices*. Discussion paper. University of Bristol, Department of Economics, 1997.
  - 71、 Proper C., Soderlund N., *Competition in the NHS Internal Market: An Overview of Its Effects on Hospital Prices and Costs, Health Economics* 7: 187–197 (1998).
  - 72、 Propper, C., Burgess, S., and Gossage, D. (2003), *Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991-1999*. Unpublished paper, University of Bristol.
  - 73、 Propper, C., Burgess, S., and Green, K. (2004). *Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. Journal of Public Economics*, 88(7-8):1247–1272.
  - 74、 Robinson, J. C., and H. S. Luft. 1985. *The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay and Costs of Care. Journal of Health Economics* 4 (4): 333-57.
  - 75、 Robinson, J. 1988. *Hospital Quality Competition and the Economics of Imperfect Information. The Milbank Quarterly*, Vol. 66, No. 3. (1988):465-481.
  - 76、 Robinson, J. C., and C. Phibbs. 1989. *An Evaluation of Medicaid Selective Contracting in California. Journal of Health Economics* 8 (3): 293-312.
  - 77、 Robinson, J.C. and Luft, H.S., *Competition, regulation and hospital costs, 1982 to 1986, Journal of American Medical Association* 1988; 260: 2676–2681.
  - 78、 Rosen, S. 1974. *Hedonic Prices and Implicit Markets: Product Differentiation in Pure Competition. Journal of Political Economy* 82:35-44.
  - 79、 Salkever D. 1978. *Competition Among Hospitals*. In *Competition in the Health Care Sector*,

edited by W. Greenberg, pp. 149-62. Germantown, PA: Aspen Systems Corporation.

- 80、 Sari N., *Do competition and managed care improve quality?* *Health Economics* 11: 571–584 (2002). Published online 22 July 2002 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/hec.726.
- 81、 Schlesinger M., Dorwart R., Hoover C., Epstein S., *Competition, Ownership, and Access to Hospital Services: Evidence from Psychiatric Hospitals*, *Medical Care*, Vol. 35, No. 9. (Sep., 1997), pp. 974-992.
- 82、 Short, P. F., and A. Taylor. 1989. *Premiums, Benefits and Employee Choice of Health Insurance Options*. *Journal of Health Economics* 14: 81-105.
- 83、 Shunya IKEDA, *Health-care system in Japan*, *Psychogeriatrics* 2004; 4: 111–113.
- 84、 Shut F., Van de Ven W. (2005) , *Rationing and competition in the Dutch health-care system*, *Health Economics*, 14 (1) , pp.59-74.
- 85、 Sisk J. E., *Increased Competition and the Quality of Health Care*, *The Milbank Quarterly*, Vol. 76, No. 4, *Improving the Quality of Health Care (1998)* , pp.687-707.
- 86、 Simpson, J., and R. Shin. 1998. *Do Nonprofit Hospitals Exercise Market Power?* *International Journal of the Economics of Business* 5 (2): 141-58.
- 87、 Soˆderlund, N. and Propper, C. *Competition and pricing in the NHS Internal Market: An analysis of average GP Fund Holder prices*. Discussion paper. Johannesburg: Centre for Health Policy, 1997.
- 88、 Vita M et al. *The Competitive Effects of Not-For-Profit Hospital Mergers: A Case Study*. *Journal of Industrial Economics*, vol. 49, no.1, 2001.
- 89、 Wagner, D. 1988. *Tipping the Balance: A Few Adjustments Can Help Employers Realize HMO Savings*. *Business and Health* 5(6):22-27.
- 90、 Welch, P. 1986. *The Elasticity of Demand for Health Maintenance Organizations*. *Journal of Human Resources* 21(2): 252-66.
- 91、 Weller G. R., *Common Problems, Alternative Solutions: A Comparison of the Canadian and American Health Systems*, *Policy Studies Journal*, Volume 14, Issue 4, Page 604-620, Jun 1986, doi:10.1111/j.1541-0072.1986.tb00364.x.
- 92、 White, W D., and M. A. Morrissey. 1998. "Are Patients Traveling Further?" *International Journal of the Economics of Business* 5 (2): 203-22.
- 93、 Wholey, D., R. Feldman, and J. B. Christianson. 1995. *The Effect of Market Structure on HMO Premiums*. *Journal of Health Economics* 14 (1): 81-106.
- 94、 Zwanziger, J., and A. Meirowitz. 1998. *Strategic Factors in Hospital Selection for HMO and PPO Networks*. In *Managed Care and Changing Health Care Markets*, edited by M. A. Morrissey, pp. 77-94. Washington, DC: AEI Press.
- 95、 Zwanziger, J., and G. A. Melnick. 1988. *The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California*. *Journal of Health Economics* 7 (4): 301-20.
- 96、 Zwanziger, J., G. A. Melnick, and A. Bamezai. 1993. *California Providers Adjust to Increasing Price Competition*. in *Health Policy Reform: Competition and Controls*, edited by R. B. Helms, pp. 241-58. Washington, DC: AEI Press.
- 97、 Zwanziger, J., G. A. Melnick, and L. Simonson. 1996. *Differentiation and Specialization in*

附表 1: 竞争对质量的影响, 理论文献综述——来源于 Gaynor (2006) 的附表, 有变动

研究	价格管制还是企业自主定价	产品差异类型	竞争对质量的影响	相比于社会最优水平的竞争性质量	备注
White (1972)	管制	产品质量	+	更大/更小/相同	
Douglas & Miller(1974)	管制	产品质量	+	更大/更小/相同	
Spence (1975)	企业定价	产品质量	+, -, 0	更大/更小/相同	垄断厂商只在边际消费与平均消费相同时提供社会最优质量水平, 且该均衡不稳定; 此外, 除非垄断厂商可以进行完全的价格区分, 否则不能得出垄断会减少社会福利的一致性结论
Spence (1976)	企业定价	产品多元性	+, -, 0	更大/更小/相同	竞争对企业行为存在两方面的影响 (stealing effect 以及 non-appropriability effect), 净影响取决于这两种效应孰大孰小。
Mankiw & Whinston (1986)	企业定价	产品多元性	+, -, 0	更大/更小/相同	
Dixit & Stiglitz(1977)	企业定价	产品多元性	+, -, 0	更大/更小/相同	
Mussa & Rosen (1978)	企业定价	产品质量	+	相同	垄断导致无效的质量选择
Vander Weide & Zalkind (1981)	管制	产品质量	+	更大/更小/相同	
Held & Pauly(1983)	管制	产品质量	+	更大/更小/相同	
Pope (1989)	管制	产品质量	+	更大/更小/相同	
Allen & Gertler(1991)	管制	产品质量	+	更大/更小/相同	
Dranove & Satterthwaite(1992)	企业定价	产品质量	+, -, 0	更大/更小/相同	考虑消费者不完全了解质量与价格信息的影响效应
Ma & Burgess(1993)	企业定价 管制	产品质量 产品多元性	企业定价: - 管制: +	企业定价: 更小 管制: 相同	企业为了避免激烈的价格竞争将会提供低于理论最优水平的质量, 因此价格管制将会通过消除价格竞争引起的质量扭曲而改善福利状况。
Kamien & Vincent (1991)	企业定价 管制	产品质量 产品多元性	企业定价: - 管制: +	企业定价: 更小 管制: 更大/更小/ 相同	无管制: 激烈的价格竞争导致低质量水平上实现均衡 管制: 如果管制价格制定合理, 则价格管制可以实现最优质量水平, 如果不合理, 则质量可能过高或过低





Nuscheler (2003)	管制	产品质量 产品多元性	+	更大	管制者在制定管制价格时需要在最优的质量水平与最优的企业进入之间权衡
Lyon (1999)	企业定价	产品质量 产品多元性	传统健康保险： + 管理医疗：-, +	传统健康保险：更 大 管理医疗：更小/ 更大	对传统保险而言，竞争会使得均衡时质量水平过高，且价格也过高；但对管理医疗而言，竞争会使得质量水平以及价格水平比传统保险都低，质量水平是否高于最优质量水平依赖于一定前提，但竞争有利于改善消费者福利，因为价格足以低到能够弥补低质量的程度
Kranton (2003)	企业定价	产品质量	-	更小	如果企业可以利用价格竞争市场份额（即降价可以赢得市场份额），则不一定实现在最优质量水平上的均衡
Allard 等 (2005)	企业定价	产品质量	+	相同/更小	由于病人不能在当期影响医生的行为，在静态博弈中会均衡时的质量水平并不是社会最优的质量水平，但是在重复博弈情形中以及病人转换成本不是很高并且医生供给过量）下可以在社会最优质量水平上实现均衡

附表 2：竞争对质量的正向影响

研究	时期	定价方式	医疗状况	买单	质量测度	竞争测度	竞争对质量的影响
Joskow (1980) 美国	1976	企业定价	全部	所有	超额床位容量（保留容量）	HHI, 每家医院的医生数量, 需求许可（CON）监管法案	+
Held & Pauly(1983) 美国（大城市）	1977-1978	价格管制	ESRD（肾病）	Medicare	分摊到每个病人头上的透析 仪器数量	HHI	+
Robinson & Luft	1972	企业定价	全部	所有	医院接收率, 门诊量, 待在医	关于某医院附近 15 英里半径方	住院接收率、成本：+

研究	时期	定价方式	医疗状况	买单	质量测度	竞争测度	竞争对质量的影响
(1985)					院时长, 平均成本	圆内医院的数量的指标	门诊量, 时长: 没有影响
Dranove等 (1992)	1983	企业定价	NA	所有	市场上采用特定技术的医院 的数量	HHI	+
Ho & Hamilton (2000)	1992-1995	企业定价	心脏病, 新生 婴儿	所有	住院死亡率, 心脏病病人 90 天内再就诊率, 新生儿 48 小时内正常出院率	兼并	正相关: 再治疗率↓, 出院 ↓没有影响: 死亡率
Kessler & McClellan(2000) 美国非农村地区	1985, 1988, 1991, 1994	价格管制	心脏病	Medicare	死亡率, 并发率	HHI	+
Mukamell等 (2001) 美国 (134 MSAs)	1990	价格管制	全部	Medicare	死亡率, HMO 覆盖率	HHI	HMO 覆盖率: + HHI: 没有影响
Sari (2002) 美国 16 个州	1992-1997	企业定价	全部	所有	AHRQ一系列质量指标	管理医疗覆盖率, HMO 市场份 额, HHI, 医院合并	+
Sohn & Rathouz (2003)	1995	企业定价	PTCA	所有	死亡率	竞争系数 (病人在相关的两个医 院就诊的重叠程度)	+
Gowrisankaran & Town (2003) 洛杉矶	心脏病 (1991-93) 肺炎1989-1992	企业定价	AMI 肺炎	HMO Medicare	死亡率	HHI	+
Kessler & Geppert(2005)	1985-1996	价格管制	心脏病	Medicare	再就诊率, 死亡率	HHI	+

研究	时期	定价方式	医疗状况	买单	质量测度	竞争测度	竞争对质量的影响
美国（非农村地区）							
Abraham等 (2005) 美国	1990	企业定价	全部	所有	消费数量	医院的数量	+

附表 2（续）：竞争对质量负向影响

研究	时期	定价方式	医疗状况	买单	质量测度指标	竞争测度指标	竞争对质量的影响
Shortell & Hughes(1988) 美国 45 个州	1983	价格管制	16 种病况	Medicare	死亡率	市场集中度，价格与市场准入管制	管制： - 集中度：没有影响
Mukamel等 (2002)	1982, 1989	企业定价	AMI, CHF, 肺炎, 中风	所有	死亡率	HHI	-
Propper等 (2003) U.K.	1991-1999	企业定价	AMI	NHS	死亡率	放松价格管制，竞争者的数量	-
Volpp等(2003) 新泽西，纽约	1990-1996	企业定价	AMI	所有	死亡率	放松价格管制	-
Propper等(2004) U.K.	1995-1998	企业定价	AMI	NHS	死亡率	竞争者的数量	-
Capps(2005)	1995-2000	企业定价	全部	所有	AHRQ 一系列质量指标	兼并	兼并 1 年后 AMI 死亡率以及 CHF 就诊

研究	时期	定价方式	医疗状况	买单	质量测度指标	竞争测度指标	竞争对质量的影响
纽约							率： - 13 个其它安全指标：没有影响
Encinosa & Bernard (2005) 佛罗里达	1996-2000	企业定价	全部，疗养 (nursing)，外科手术	所有	AHRQ 一系列质量指标 (包括死亡率，不适当的外科手术，并发症等)	医院营运边际=净盈利/净营业收入	-

附表 2 (续)：竞争对质量无影响或影响并不确定

研究	时期	地理区域	研究对象	买单	竞争测度	价格或成本测度	竞争对价格或成本的影响
Gowrisankaran & Town (1999) 加州南部				HMO , Medicare	死亡率		HMO 病人： + Medicare 病人： -
Gowrisankaran & Town (2003) 洛杉矶	心脏病1991-93) 肺炎1989-1992	企业定价	AMI 肺炎	HMO Medicare	死亡率	HHI	HMO 病人： + Medicare 病人： -
Shen (2003) 美国 (非农村地区)	1985-1990, 1990-1994	价格管制	AMI	Medicare	死亡率	是否在某家 Medicare 医院附近 15 英里半径方圆内存在 5 家以上的医院，HMO 覆盖率	竞争程度与 Medicare 支付交叉对质量的影响： 1985-90：没有影响      1990-94： + 与 HMO 覆盖率交叉对质量的影响： 1985-90： -      1990-94：没有影响

附表 3：竞争对医疗服务价格以及成本正向影响

研究	时期	地理区域	研究对象	买单	竞争测度	价格或成本测度	竞争对价格或成本的影响
Farley (1985)	1970-1977						+
Luft et al. (1985)					市场区域内医院数目	每人次平均费用、每人日平均医疗费用	+
Robinson & Luft (1987)	1972-1982				市场区域内医院数目 (分为 0、1、2-4、5-10、10 家以上等 5 个等级)	每人次医院费用、每人日平均医疗费用	+
Garnink 等 (1987)					市场内医院数目、根据急性病床数计算的 HHI	每人次就诊所需医疗费用	+
Williams 等 (1992)	1985-1988	美国 158 家倒闭的医院			医院床位数占所界定市场区域内医院总床位数的份额	医院每人次收入、每人每次医疗成本	+
Melnick & Zwanziger (1995)	1980-1991	加州以及存在监管(rate-regulated)的州(新泽西、纽约、麻省、缅因州)				医院成本, 人均卫生支出	+
吴肖琪, 金家玉等 (2002)	1995-1999	台湾	所有病情		HHI	每人住院申请金额	+

附表 3 (续): 竞争对医疗服务价格以及成本负向影响

研究	时期	地理区域	研究对象	买单	竞争测度	价格或成本测度	竞争对价格或成本的影响
----	----	------	------	----	------	---------	-------------

研究	时期	地理区域	研究对象	买单	竞争测度	价格或成本测度	竞争对价格或成本的影响
Robinson & Luft (1988)	1982-19 86	加州及存在监管 的新泽西、纽约等				医院成本增长率	-
Caves 等 (1991)			1976-1987 年间 失去专利保护的 30 种普通药物		市场准入机制	普通药物价格与商标 药物价格	-
Melnick 等(1992)	1987	加州		PPO		PPO 与医院之间谈判 的交易价格	-
Wiggins & Maness (1994)	1984-19 90	美国	防 传 染 性 药 物 (antiinfectives)		普通药物, 以及其他商标产品市场准入	商标药物价格	-
Proper (1996)	1992/93- 1993/94	NHS	耳鼻喉科, 普通 外科, 矫形术, 妇科			专科平均价格(ECR 价 格)	普通外科与矫形术: 无影响 耳鼻喉科、妇科: -
Robinson (1996)	1983-19 93	加州			HMO 覆盖率	医院成本增长率	-
Soderlund & Proper (1997)	1993/94	5 个 NHS 区域, 65 家综合医院				医疗服务加权平均价 格	-
Gaskin & Hadley (1997)	1985-93	美国 84 个大城市			HHI, HMO 覆盖率的绝对水平和相对 增长速度	医院成本	HMO 覆盖率: -
Simpson & Shin (1998)	1993	加州			HHI		-
RAND 等 (1999)	1989,	美国	所有病情	所有	HHI, 管理医疗覆盖率 (PPO 与 HMO)	年度运营性医院成本	-

研究	时期	地理区域	研究对象	买单	竞争测度	价格或成本测度	竞争对价格或成本的影响
	1994				覆盖率), 医院费用监管		
Bamezai 等 (1999)	1989-94	美国	所有	所有	HMO 与 PPO 的加权覆盖率, HHI	年度医院运营成本	-
Keeler 等 (1999)	1986-19 94	加州	10 种 DRGs 内常 见病情	所有	根据病人计算的 HHI	每人日平均净收入	-
Pavcnik (2002)		德国		病人自付	基准定价方式的引入, 市场中普通药品 的数量	(普通与商标) 药品价 格	-
Eggleston & Yip (2004)	1998	中国	所有病情	所有	价格管制, 医院数量	平均卫生支出	-
Kessler & Geppert (2005)	1985-19 96	美国非农村地区	AMI	Medicare	HHI	病人支出绝对水平及 其变动	-
Wang (2006)	1999-20 02	中国			国际治疗 (therapeutic) 机构竞争者数 量, 本地治疗机构竞争者数量, 本地普 通药品竞争数量, 以及是否在本地存在 普通药品方面的竞争	加权平均价格 (国际产 品价格、当地产品价 格)	-

附表 3: 竞争对医疗服务价格以及成本无影响或影响不确定

研究	时期	地理区域	研究对象	买单	竞争测度	价格或成本测度	竞争对价格或成本的影响
Noether (1988)	1977-78	全美国	11 种常见病情		HHI	医疗价格, 医疗费用	医疗服务价格: - 医疗费用: +
Melnick & Zwanziger (1988)	1980-85	加州		Medicare	市场中医院的数目, 根 据出院人数计算 HHI	总支出费用	法案通过前: + 法案通过后: -
Grabowski &	1983-87	美国	18 种普通 (generic) 药物	所有	药物的准入机制	普通药物与商标药物的价	商标药物价格: + 普通药物价格: -

Vernon (1992)						格	
Fournier & Mitchell (1992)	1984-86	佛罗里达	所有	所有	HHI	医院总可变成本	产科服务: - 门诊、放射性治疗、影像诊断: +
Dranove 等 (1993)	1983-88	加州	OSHPD 涵盖的所有医疗状况	所有	HHI	标准服务篮子的实际价格, 涨价幅度 (markup)	1983年: +      1988年: -
Wholey 等 (1995)	1988-91	美国			HMO 企业数及覆盖率	管理医疗方案的保费	企业数量: -      HMO覆盖率: +
Proper & Soderlund (1997)	1992/93-1994/95	NHS	8 种 GPFH 诊治 (静脉曲张剥除, 鼓膜切开, 扁桃体切除, 髋关节置换, 输卵管卵巢切除, 宫颈扩张子宫刮, 扳机指手术, 胆囊切除)			GPFH 价格	前三种病情: - 髋关节置换: + 其他四种病情: 无影响
Soderlund 等(1997)	1991/92-1993/94	英国 急诊医院			市场集中度	住院病人每人每次平均成本	截面线性模型: - (5%水平上不显著) 纵向分析模型: + (不显著)
Csaba (1997)	1991/92-1994/95	NHS			市场集中度, 医院竞争者的数量	医院成本	总体: - NHS内部市场刚建立之初: +
Brooks , Dor & Wong, 1997	1988-92	美国	阑尾切除手术		市场中医院数目, HMO 覆盖率	实际支付价格与医院能接受的最低价格之间的距离	数目: -      HMO 覆盖率: +
Frank & Salkever (1997)		美国	32 种 80 年代早中期失去专利保护的普通药物		准入机制	普通药物与商标药物价格	普通药物: -      商标药物: +
Connor 等 (1998)	1986, 1994	美国			HHI, HMO 覆盖率, 医院之间兼并	医院成本、平均每单位就诊量净收入以及收入成本比	1986 年: +      1994 年: - 兼并: -



Kessler & McClellan (2000)	1985-94	美国	心脏病	Medicare	医院间竞争及HMO覆盖率	医疗支付	80年代后期: + 90年代初期: -
Grytten & Sorensen (2000)	1997	挪威	牙科(1194名私人牙科医生)		年度总的私人牙医数量, 以及年度每10000个居民的牙医数量	每个牙医每次咨询平均支出、每个牙医一次咨询平均费用、每个牙医每次咨询针对治疗项的平均支出	垄断竞争和垄断市场: + 竞争性市场: -
Vita 等 (2001)					医院合并	医院价格	合并医院其竞争对手价格上涨了23%, 上涨了17%
Meltzer 等 (2002)	1983-93	加州	12种最大的DRGs	所有	HHI	成本收入比(RCCs)	1983: + 1993: -

## 第十章 黑龙江新农合及农村医疗卫生服务体系调查报告\*

新型农村合作医疗（以下简称新农合）是我国医疗体制改革的一项重大事件。为深入考察其运作过程及存在的问题，2007年7月，清华大学经济管理学院调研小组来到黑龙江省鸡西市密山市和虎林市，对两地新农合的开展情况及农村医疗卫生服务体系进行了为期10余天的调研。在调研中，我们主要关注两县新型农村合作医疗开展情况，以及当地农村医疗服务市场的情况。在鸡西市，我们同市财政局和卫生局的分管领导座谈。在两县，我们都分别走访了当地财政局、卫生局、三个乡镇；在每个乡镇，我们分别访谈了乡镇卫生院的院长及一个村医，同时问卷调查近20户农户。除此之外，我们在密山市还自行走访了若干家县级医疗机构。本报告即是对这些调研过程中一些发现的整理。首先简介调研当地的经济、卫生基本情况；其次概述调研两县新农合开展基本情况；其三是对农户问卷调查的信息进行总结，其四是对两地新农合工作开展过程中的一些问题进行总结和评述；其五是概述调研两县农村医疗服务市场的基本情况，并做相应评述；最后是总结。

### 一、调查地区基本情况

#### （一）调查地区一般情况

调研两县均位于黑龙江省东南部的鸡西市，与俄罗斯交界。鸡西是黑龙江的一个地级市，下辖三县（市）六区。鸡西总面积22,531平方公里，人口198万，有汉、满、朝、回、蒙等23个民族；农业人口76.8万人，2006年农民人均收入4180元，高于全国平均水平3500元。

2006年，鸡西市财政总收入22.5亿元，比上年增长22.71%，首次突破20亿元大关，创历史最好水平，全市一般预算收入增幅和市苯基一般预算收入增幅均在全省排名第一。2007年上半年，鸡西市生产总值完成80.9亿元，居黑龙江省第7位，比第6位的佳木斯市少11亿元，比第8位的双鸭山市多24.4亿元。按可比价格计算，比上年同期增长12.8%，增幅位居黑龙江省第3位，是1998年以来发展速度较快年份之一。

调研第一站为密山市，它是鸡西市下辖的一个地级市，是一座新兴的边境口岸城市，总面积7843平方公里，总人口43.4万，素有“鱼米之乡”之称。2006年完成财政收入2亿1千万。密山有农业人口21万，常住人口15万左右，农民人均收入约4000元。

调研第二站为虎林市，也是鸡西市下辖的一个地级市，与俄罗斯隔水相望，是一座新兴的绿色生态旅游口岸城市。改革开放以来，虎林市经济和社会事业取得了长足发展，先后跻身于“全国农村综合实力百强县”、“中国明星县”、“全国粮食强县”和“黑龙江省十强县”的行列。虎林有农业人口8.8万，常住农业人口6.8万。2006年虎林市的地方生产总值为42.8亿元，实现财政收入1.58亿元；城镇人均可支配收入8266元，农民人均纯收入4262元。

---

\*报告由汪德华统稿，边显人，汤一诺，孔雷，金焯，卜滇楠，邵昱琛，康憬昊，吴泽南参与写作。除以上人员之外，韩玲惠、张琼、黄泽琼也参与了调研。

## （二）卫生发展情况

### 1、密山

密山卫生局下设卫生行政单位 32 家，农村卫生机构 20 个，其中包括 19 个卫生院（5 家中心卫生院）和 1 个防保中心。2004 年以前，卫生院普遍房屋破旧，设备简陋，人才匮乏。2003 年以来，国家加大了对农村卫生事业的投入，利用国债工程，密山市陆续对卫生院进行投资改建（至今有 5、6 个卫生院还未改造）。改建标准为中心卫生院 800 平方米，国家拨款 50 万；地方卫生院 600 平方米，国家拨款 35 万，其余地方自筹，土地由地方政府无偿划拨。现在乡镇卫生院的设备基本配齐，可以满足病人的需要。其中有 2006 年中国社会保障基金会捐助的价值 420 万元的设备。

密山市的乡镇卫生院中，医生的最高学历为佳木斯医学院专科毕业，且 19 家卫生院所拥有的医生总共不多加 30 人。自 1996 年起，密山市的乡镇卫生院没有增加过正式员工，最年轻的医生也有 35 岁。由此，密山市的乡镇卫生院出现了人才断层的现象，至今仍未找到有效的解决办法，但是已有了初步的应对方案：（1）卫生学校对农村医生进行定期培训；（2）委托佳木斯大学开展脱产班，针对在职医生以及村医，以加强现有卫生人才的培养，提高其学历水平；（3）选派乡镇卫生院的医生进入市医院进修，免费培训。

### 2、虎林

虎林共有 128 个卫生单位，其中市级医疗机构 10 个，乡镇卫生院 12 个，村卫生所 75 个，私立医院 41 家。全市有医疗卫生人员 950 名，其中乡镇卫生院的正式员工 203 名，村医 197 名；专业技术人员 771 人，高级职称 55 人，中级 280 人，初级职称 376 人。在技术、学历方面，虎林市与牡丹江医学院联合办学，13 人参加了全科教育。另外，每年分两次对医生进行免费培训，至今完成了 190 名乡镇卫生院医生的培训以及 133 人名村医的培训。

2005 年虎林对乡镇卫生院实施了免收费、禁摊派的优惠政策，投资 351.9 万元，其中自筹 113 万元，并对乡镇卫生院扩建 1966 万平方米。

## 二、两地新型农村合作医疗实施基本情况

### （一）密山新农合基本政策

密山市新农合从 2006 年开始试点，成立新农合管理委员会，市长任主任；同时成立新农合管理办公室，为常设办事机构，共 9 个编制，其中 6 人为当地卫校调过来 6 个老师。2005 年 12 月开始发动，2006 年参合人数达到 12 万 2 千人，参合率为 78%；2007 年参合人数达到 13 万 3 千人，参合率达到 87.5%。密山市在施行新农合之前，考察了一些试点县，进行农民医疗需求调查，并从网上查询其他各县市实施方案，集百家之长，制定本县方案征求意见稿。随后找农民代表、医疗专家、人大代表、村干部等征询意见，反复修改，确定暂行办法。05 年冬季第一次筹资前印刷了 6 万份宣传资料，合管办领导全部下乡大力进行参合动员活动，一家送一张宣传传单。筹资成本大致达到筹资总额的 15%。据卫生局局长介绍，2007 年的筹资过程就相对简单，筹资成本也大幅下降。

在定点医疗机构的规定上，按照当地卫生局局长的介绍，密山市执行省里的统一规定，要

求所有定点医疗机构都必须是公立的。同时，由于当地的医疗服务市场竞争比较激烈，医疗机构的检查等各项费用都非常低，因此没有要求定点医疗机构采取降低检查费用等措施。

在筹资水平上，2006年中央财政为每个参合农民补贴20元，省、鸡西市和密山市分别补贴9元、3元、3元，农民个人缴费10元，每个参合农民筹资金额共45元；当年筹资总额达550万元，其中提取风险金16万元。在资金分配上，8元进入家庭账户，其他进入大病统筹基金，当年仅为住院补偿。按照试点方案，乡镇卫生院、市级（指密山市）、市外住院补偿起付线分别为300、600、1000元，报销比例分别为50%、30%、20%。最终，2006年密山市新农合年度支出总额为299万元，其中住院统筹支出为201万，家庭账户基金支出98万元。住院统筹资金支出流向见下表，可以看出基本上集中在县、乡两级。

**表1：2006年密山市新农合住院补偿人次、费用及比例**

	合计	县以上医疗机构	县级医疗机构	乡镇卫生机构
大病补偿人次	4135	118	2561	1456
住院总费用	813	102	501	210
住院补偿费用	201	14	126	61
实际报销比例	0.25	0.14	0.25	0.29

按照当地卫生局的评估，2006年的试点基本成功，但由于第一年推行，补偿上过于保守，2006年密山县新农合资金使用率仅为61.27%。为此，2007年在试点方案上有所改进，一是降低了起伏线，分别为200、500、800元；二是增加了5种慢性病补偿，100元起付，500元封顶。除此之外，还实行了农民报销医疗机构垫付制，即出院时直接将应当报销的部分扣除，然后由医疗机构与新农合管理办公室结算；同时在密山市内取消转诊制度。

## （二）虎林新农合基本政策

虎林市成为新农合试点县的时间较长，2005年开始试点，经验也更为丰富。每年10月底包括村民小组长在内的400多人到市里参加动员大会。并专门设立督导组，主管市长、书记等亲自下村，与农民讲道理，鼓励他们积极参合。参合费收取较为顺利。根据《虎林市新型农村合作医疗制度管理暂行办法》，虎林市每人享受新型农村合作医疗资金为55元。中央财政对参合农民每人每年补贴20.00元，省财政每人每年补贴14.00元，鸡西市财政每人每年补贴3.00元，虎林市财政每人每年补贴3.00元。参合农民以家庭为单位每人每年交纳20.00元，其中12.00元设立个人门诊账户，8.00元纳入大病统筹基金。五保户、特困户、重点优抚对象的参合资金由市民政部门负责缴纳。虎林因为人口基数少，故参合农民交纳的金额较多。

新型农村合作医疗的定点医疗机构为：市人民医院、市中医院、市红十字医院、市妇幼保健院、市精神病院、各乡镇卫生院、各村卫生所。参合农民可持合作医疗证、本人身份证、户口簿在市辖区内自由选择定点医疗机构就诊，且享有免挂号费、诊察费住院床费减免50%、辅助检查费减免10%的优惠待遇。

对于三类慢性病：恶性肿瘤、脑出血及脑血栓后遗症、尿毒症可进行适当比例的报销。门诊慢性病支付标准，起付线为1000元，1000元以内不予报销，年个人封顶线为2000元。住院就医支付标准起付线为300元（全年只扣一次），封顶线为10000元。乡镇卫生院住院费用报销

标准 300 元以上报 40%，市级定点医疗机构住院费用报销标准 300 元以上报 35%，虎林市辖区外上级医院住院费用报销标准为 300 元以上 30%。门诊按照家庭账户资金总额报销，住院医疗费用分层报销，不住院慢性病分段报销，低于起付线和超过封顶线部分由个人负担。门诊个人账户每人每年 12 元，不受报销比例限制，家庭成员之间的门诊个人账户资金可以共同使用，超支不补，节余转下年。

两地合管办的领导均反映国家、省级财政下拨的钱一般 12 月才能到市里，必须由市里先行垫付报销经费，给市级财政的周转造成了一定的压力。而且省财政会从拨款中预扣下一部分，作为风险金留在省内，并不下拨。

### 三、农户调研基本情况

在两地，我们共问卷调查了 115 个农户，主要信息如下：

#### （一）农户基本卫生条件状况

对饮用水的调查，在我们走访的 115 户农民家庭中，有 53 户用上了自来水，62 户农民仍然在使用井水。并且我们在一个村子里发现，那个村子的水质十分差，含有不少有害物质，这一点从该村当中患脑血栓病例比较多种得到了验证。我们本试图通过调查饮用水源与厕所之间的距离来衡量饮用水的质量，但是我们在调查中发现，这个问题并不能反映情况。因为农户家庭通常是院子比较大，加上他们自身也是比较注意厕所与水源之间的距离，所以厕所通常离水源都在 30 米以上。但是这并不能反映饮用水的质量情况。

农户家庭使用的厕所，115 户农户中无一例外全部为旱厕，这一点可能会加剧病源的传染。最后我们要求调查员通过自己的主观判断，来给所调查的农户家庭卫生状况下一个定性的结论，115 户调查的平均值为 2~3，即为比较干净和一般之间，所以从这个数据显示，农民自身还是比较注意个人卫生的。通过我们的调查，我们发现农村卫生状况的问题主要出现在一些基本的卫生设施跟不上，比如自来水，导致了整体卫生水平的下降；而从农民自身讲，并不存在什么问题。

#### （二）农户对医疗机构的评价

在我们调查中显示，当家里人得了感冒之后，115 户农民当中有 67 户表示会在村卫生所里看病，而 45 户农民表示会自己买感冒药吃，而不去村卫生所看病。而这样的看病方式究竟一次要花多少钱呢？农户的答案参差不齐，我们这里只能用一个平均数来反映了，一次感冒大概要花 40 元钱。而当自己吃药或者是去村卫生所无法解决的病，在 80 户农民的答案中，有 60 户表示直接去县医院看病，仅有 20 户农民表示回去乡镇卫生院，只有 2 户农民愿意去除此之外的医院。并且农民的这个选择在实行新型农村合作医疗前后并没有明显变化。

#### （三）农户参加新型农村合作医疗的情况

在所调查的 115 户农户中，有 100 户农民参加了合作医疗，15 户农民没有参加，而这部分没有参加的农户中又有部分农户是因为是外来居民，不能够享有这项权利导致的，实际上的参合率可能会更高一些。在参合的这些农户当中仅仅有一户表示并不是自愿参加的，其余 99 户均表示自愿参加。但是没有一户农户知道自己参加农村合作医疗，中央和地方各级政府补助了多少钱，自己交的钱究竟享受多大的福利待遇，农户并不清楚。由于当地的农民收入较高，而且以前缺乏政府提供的医疗保险，因此在调查的 439 位农民当中，有 40 位农民参加了商业保险。所有 100 户参合农民当中，仅有 12 户农民在看病的时候曾经享有减免挂号费的措施，13 户农民曾经享受过免费体检或者是体检优惠的待遇。当问到在 2008 年是不是愿意参加新农合的时候有 9 户农民明确表示不愿参加新农合，其余农户多数表示愿意参加。如果将农民的参合费提高一倍，同时报销比例相应提高，100 户农户中只有 12 户明确表示不愿意参加。如果将参合费用提高到 50 元，只有 23 户农户表示不愿意参加。可见，现在农民对这样数量并不是很多的参合费用，并不是很关心。

#### （四）参加新型农村合作医疗的农户对其评价

##### **密山市太平乡太平村某农户访谈记录：**

问：请问您家有几口人？

答：五口，我，我媳妇，女儿，还有父母。

问：您家都参加了新农合吗？

答：参加，那不都得参加嘛。我女儿还参加了商业保险，一年 50。

问：那您报销过吗？

答：没有。5 月份的时候小孩儿（7 岁）感冒，看病化了 3000 多块，也没报销。

问：既然从来没报销过，您明年还会继续参加吗？

答：不一定，到时候再说吧。

问：您家喜欢去什么医院？

答：矿务总院吧，也是定点医院。但就是卫生所不给转院，转院还要送红包，我们村有送 200 块的。这个新农合就是转院制度太死，都把我们绑在下面（卫生所、卫生院），卫生所的技术又不好。

问：那总体说来，您觉得新农合好不好呢？

答：这个咱也说不清，又没报过销，哪知道好不好。那中央的政策，好肯定是好，就是咱没用过。

问：那您家里人参加过体检没有？

答：没。村里经常有人来给作体检。去年冬天就有一次给妇女做免费体检的，但是拿药得给钱。也不知道是哪来的体检团，只说是上面来的，听口音哪里人都有，还有甘肃的。我听其他人说他们给开的药吃了也没用。

问：最后，能不能请问一下您家的收入情况，还有家里人的学历？

答：我们家收入在村里属于中等，以前是开幼儿园的，现在这不是改成汽修厂了，那滑梯还在呢。学历最高的就是我了，高中。

参合农户对新农合的评价，要么是好，要么是还可以，所以农户对新农合的看法还是很好的。对报销程序的评价，在垫付前后差别很大，多数农民比较喜欢垫付的政策。而在高报销比例和低起付线之间，多数农户比较喜欢起付线降的更低一些，当然这个问题在调查过程当中可能由于调查员讲解不够清晰造成一定的误差。许多农户也反映对转诊制度接受程度不高，一方面可能在于其对于保险缺乏应有的认识，另一方面从以下访谈记录也可以看出，新农合目前普遍采用的转诊制度可能缺乏实施基础，主要原因在于基础医疗体系的供给现状与农民的需求相脱节。

## 四、两地新农合开展中若干问题

在两地调研过程中，虽然干部和群众普遍反应新农合对于农民的就医保障，以及缓解农民的因病致贫问题作用很大，但是在具体执行中，无论是政策方面还是执行能力方面，还存在一些有待改善之处。本节我们主要关注两个方面，一是新农合执行机构，合作医疗管理办公室的能力建设问题；二是门诊账户的实际功能问题。

### （一）合管办能力建设

在新农合实行之后，各地的合管办即是资金的流转中心，担负着非常重要的功能。在两地，都成立了合作医疗管理委员会，成员单位有十多个，由市长担任首要领导。两地都成立专门的合作医疗管理办公室具体负责日常工作，按照相关文件规定，其功能包括：做到认真贯彻落实党和国家有关建立新型农村合作医疗制度的方针政策，结合本市实际拟定推行新型农村合作医疗的具体规定和措施，经批准后组织实施；负责新型农村合作医疗定点医疗机构的资格审查、确认，并对其及医护人员实行监督管理；负责组织筹集、使用和管理合作医疗基金；负责参合农民医药费报销的稽核、审核工作；负责对乡镇合管办人员的业务进行培训、指导与考核；定期向市新型农村合作医疗管理委员会汇报工作情况。每个乡镇设合管办，其主要职能是：负责协助乡镇政府做好合作医疗政策宣传、基金的收缴工作及合作医疗证的登记、发放工作；负责协助定点医疗机构对就诊患者的身份确认；负责本乡镇参合农民的门诊、外诊、慢性病及产妇补助的医药费的初审工作；负责本乡镇参合农民医药费报销的公示。

虽然合管办担负着如此众多的功能，但是由于各地新农合执行时间不长，因此在机构运作上还存在很多困难，主要表现在人员编制较少，办公经费及条件不充足，信息化建设还很落后。这些困难就制约了合管办关键功能的发挥。

在人员编制及办公条件方面，密山市合管办到目前为止还只是临时机构，挂靠在卫生局下面。全额编制为9人，目前是由原卫生学校转过来的6个人再加上其他名额组成。这些人员全部由财政全额供养。在调研过程中，密山市的领导一直在强调他们这些编制来之不易，而且人手不足。在政策实施方面有很多困难。合管办主任认识到，目前新农合的工作重点应当转移到如何监管医疗服务机构，但是他们有限的工作人员每日仅为审核费用单据就疲于奔命，根本无力从事监管方面的工作；同时由于合管办是卫生局下属单位，下乡考察调研，所用公车的油费没有保障；没有自己的办公场所，不得不借用卫生局的办公室并使用卫生局的水电，由于在经济上对卫生局产生了依赖关系，故作为监督管理机构的职能也同时被弱化了。

虎林市合管办的建设受到当地领导高度重视，目前是黑龙江省唯一的一个独立机构，不受卫生局制约，因此其在贯彻实施新农合政策方面就更为有效。管办人员的组成方式也很独特。其市级合管办正式工作人员为 5 人，负责日常事务；并每乡镇从机关中抽调 2 个负责主要工作，共计 29 人，财权事权由县里统一安排。然而，其在办公经费方面依然欠缺。据虎林市合管办主任介绍，合管办 2005、2006 年下乡用车，全部是由其利用私人关系，从当地县直各单位借车。

在信息化建设方面，两地的信息化能力正处于积极建设过程中。两地合管办领导都反应，信息化建设极大的简化了其工作，减少了很多繁琐事务的工作量。密山市刚统一购置了大量微机，并专门到河北一家软件公司购买了专门软件，准备取代之前手工操作的办法。该软件系统比省内已有的服务质量好，费用也较为便宜，由每个定点医院自行负担年度的管理费。在课题组访问密山的近期，便可投入使用，联网各乡镇同时运作，方便合管办时时监控。

虎林市全县服务器共计 5 万元，每个定点收取 3000 元管理软件费用，并由各卫生院自行购买微机设备。06 年时票据是由参合农民自己送到乡镇，由乡合管办和财政工作操作两次审理后，再每个月结清时发放信用社存折给农民，程序繁琐，耗时较长，给政府和农民都带来了很大麻烦。现在实现信息化后，17 家定点医疗机构采取垫付制。参合农民出院当天直接凭合作医疗证、票据到医院新农合窗口办理报销，立即可以获得返还款项。再由合管办和医院核帐，处理财务、单据事宜。但是，各个地方的软件并没有考虑对接的问题。一旦由上级初始进行施行政策时，强制要求配上某种软件，可能会产生软件垄断的问题。而这种软件又提供了寻租的空间，反而会降低市场效率。

### 虎林市西岗村村长访谈记录

问：请问咱们村的新农合参合费用是农民交给村干部吗？

答：咱们村的参和费是由村里统一缴纳的。

问：是用的村里集体收入吗？

答：对。

问：为什么要用村里的集体收入呢？为什么不做其它用途呢？

答：近年村里的状况变好了，该有的也都有了，国家又有“村村通工程”，剩了不少钱，所以可以把集体收入用来帮大家统一缴纳参和费。

问：上级有关于参和率的要求吗？

答：80%嘛。

问：如果不是村里统一缴纳参和费，达到上级要求有困难吗？

答：嗯，基本达不到要求。

问：村里是把个人账户和大病统筹的钱都替农民交了？

答：对，个人账户的 12 元钱不许农民使用。

## （二）个人账户的实际功能

目前全国各地新农合普遍采用个人账户（或者称家庭账户）的政策，即为每个参合人配置一定金额，用于其家庭成员小病门诊治疗时报销，无须经过严格的审批，当年如果没有用完可以结转下年，也就是说永远属于该家庭所有。按照中央文件规定，新农合以大病保障为主，但



也允许各地采用个人账户的方式保障农民的小病医疗。然而在调研过程中，我们发现各地推行个人账户的目的，并非是政策文件或宣传中所指的保障小病医疗，更多的是出于其他目的考虑。

虎林市每人享受新型农村合作医疗资金为 55 元中 12.00 元是个人门诊账户。密山市个人门诊账户为 8 元。规定门诊药费可以随时报销。参合农民持合作医疗证、处方和收据到本乡（镇）合管办办理报销手续。市合管办的领导介绍说，门诊可以在村医处或者在各大定点药店拿药，并且报销，到年底门诊账户基本可以返还。

在调研中了解到，农民实际上并不能动用这些个人账户报销其小病医疗费用。个人账户里的钱一般都是直接结转下年，抵冲其下年应缴纳的参合费用。一些村庄的农民每年只需补交“大病统筹”的那小部分参合费用，不需要续交个人门诊账户的费用，而且部分村庄用村集体的钱替农民支付参合费用。这样可以保证参合率只增不减。陪同课题组进入农户家中调研的合管办领导非常赞成这种做法，并且希望可以大力推广。课题组了解到，具体操作流程是这样的：比如在密山市，第一年每个村民的 8 元门诊账户因各种原因没有使用。村里通过替每个参合农民开具假发票，说明此 8 元门诊账户的钱已经用过，并且由村会计统一到乡合管办领钱。第二年就只向每个参合农民收取两元，另外 8 元门诊账户就用领回来的钱替交。其实是做了些会计上的小技巧。

由此可见，两地的个人账户并非发挥其文件中所规定的功能，这一点两地卫生局以及新农合管理办公室的领导也不否认。仔细分析其利弊，这种做法应当说是现实背景下各方，尤其是县级新农合执行机构非常合理的自发创造。在目前新农合推广过程中，一般上级政府对于下级都有参合指标的要求，而个人账户的政策，非常有助于下级政府达到这一目标。另外，个人账户的政策还对于县级政府的资金压力产生缓冲作用。

农民从中得到的最大的好处是交的钱少了。因为门诊账户的存在，比如在密山市，第一年每个农民的确交了 10 元参合费，第二年或者以后的若干年他们只需要每年补交两元即可继续参合。所缴的保费变少了，绝对数目也很小，相当于是付 2 元得到了 42 元的好处，回报率提高了，因此其参合积极性得到保证。

### **虎林市新型农村合作医疗办公室主任访谈记录：**

问：你们农民参合费为 20 元，然后设家庭账户 12 元，这相当于返还给农民了，实际上农民的参合费仅为 8 元，是不是这样？

答：是这样的，这 12 元农民也不怎么用。

问：那为什么还收这 12 元呢，直接收 8 元不更方便吗？

答：这个一是因为上面要求农民收 10 元。另外，现在上级财政补贴往往不能及时到位，而农民看病要及时报销，我们收了这 12 元，在我们帐上，可以用来给农民报销。

问：那你们家庭账户为什么金额不多点，很多地方收农民 10 元，然后门诊账户也是 10 元，这样农民相当于没有交统筹资金，不是方便你们提高参合率吗？

答：这一点我有不同意见，按照温总理的讲话，搞新农合也要逐步提高农民的医疗保险意识。像那样做，相当于农民什么都没出，不利于他们提高保险意识。

县市合管办等执行机构通过门诊账户，降低了管理成本，也是一举多得。第一，参合率提高，参合费用总额增多，以县为统筹单位的“池子”变大，合管办的作为也就越大，可以制定更好更优惠的政策，为农民服务。第二，确保资金到位，周转顺畅。目前筹资问题是农村医疗合作制度的主要困难之一。新型农村合作医疗实行政府补助为主、参合农民个人缴费为辅相结合的筹资机制。必须在农民缴纳保费的基础上，各级财政才能根据参合总人数进行补贴。中央政府拨款方式要求原则上农民个人每年每人缴费不低于 10 元。但是，国家一级的补贴到位一般有个时间上的延迟，省一级补贴中会扣除风险金部分，因此市一级财政必须先行垫付资金。那么，每个参合农民享受新型农村合作医疗资金虎林为 55 元、密山为 45 元，其中虎林 12 元、密山 8 元门诊账户资金基本不动，保证了市合管办有足够的资金进行报销费用的支付，在市一级起到了实际上的风险金的作用，缓解了财政压力。这一点可以参见以下访谈记录。

然而，个人账户虽然发挥了以上功能，但其可能会冲淡培养农民参合意识的效果。这一点基层的新农合经办人员也有清楚的认识（参见以上访谈记录）。国家明文规定农民必须交纳一定数额的参合费的主要目的，就是培养农民的保险合作意识。实施门诊账户后，交纳的费用下降了。部分村落实行村集体代缴，使农民容易忽略自己在新农村合作医疗开展中的重要性和主人翁意识，一定程度上减轻了新农合的实施效果。在目前新农合筹资能力有限的情况下，虽然个人账户有助于地方政府完成参合比例上的要求，但它必然会消弱大病统筹基金的报销能力，即使得患大病的参保人所能得到的报销金额降低。

## 五、两地农村医疗卫生服务体系的情况

农村医疗卫生服务体系的建设，直接涉及到农民健康保障问题。其对于新农合的持续发展影响至关重要，同时农村医疗卫生服务体系本身也受到新农合的影响，两者之间应当是相辅相成的关系。在调研过程中，我们非常关心两地农村医疗卫生服务体系的运行状况，以及新农合对其的影响。以下我们分为县、乡、村三级分别总结调研中的一些发现。

### （一）县级医疗机构现状及新农合的影响

在我们调研两地，尤其是密山市，由于历史、政治特征使当地的县级公立医疗机构的布局有了一定的特殊性。当地的县级公立医疗机构除了县医院、县中医院之外，还可能有农垦、林业系统所属的同等级的医院，而这些医院往往也具有较高的技术水平，并不属于地方政府卫生系统管辖。这就使当地县一级的医疗机构之间的竞争更为激烈。这种竞争多表现在价格而非质量方面。在我们前往调研的密山市，就曾经爆发过地方医院和农垦局医院之间激烈的价格战。在当地，诊疗费用被压到非常低，做一个 CT 甚至只要 80 元。患者的确在这种竞争中有了一定的收益，不仅当地的患者的医疗费用降低了，低价格还吸引了外地的一些求医者。但是在压低价格的同时，我们无法衡量医疗服务的质量是否有所下降。并且，在价格战结束之后，地方医院由于有卫生局的保护仍然能够顺利地发展，但是农垦局的医院却因此而大伤元气，一些水平高的医生离开了这家医院。

由于新农合办公室通常挂靠在卫生局，在制定补偿方案的时候不免对卫生局所属的医疗机

构有所倾斜，在一定程度上扭曲了当地的医疗服务市场。。在我们前往调研的地区，农垦局、林业局所属的医院虽然就在县城所在地，但其报销比例就比地方医院低。由于这些医院技术水平相当，这样的政策倾斜就使当地的农垦局医院损失了 40%以上的住院病人。而当地的私立医疗机构则在新农合实施一年后被以难以管理的名义取消了定点医疗机构的资格。这样的政策使这些医疗机构减少了大量患者，仅仅能够艰难维持现状，而失去了进一步发展的能力。对此，私立机构的对应方案是根据新农合的补偿方案给与患者同样水平的优惠。

### **鸡西市密山市妇幼医院（私立）院长毕晓丽访谈记录**

问：请问这个医院现在是新农合的定点医疗机构吗？

答：一开始的时候是，但是现在已经取消了，现在私营医院都不是了。

问：请问这里被取消定点机构以后对医院的收入有影响吗？

答：还是有一定的影响的，因为我们这里农村的病人居多。但我们也不是完全为了挣钱。本来根据我们的发展，我们想换个楼，因为病人的数量一直在增加。但是现在我们的发展受到了抑制了，也就不能换新楼了。

问：现在医院的规模有多大呢？

答：现在的楼大约有 1100 平方米，员工 20 多人。10 张病床。

问：听说您以前在县医院工作，为什么要自己开办私立医院呢？

答：我以前是县医院的副院长和妇产科主任，但是后来新来了一个院长以后他处处排挤我，我待不下去了，只能出来自己干，那是 5 年前的事了。对私立医院的政策一直在变，曾经放开过，后来又收紧了。

问：不是定点机构以后收入受到了影响，对此有什么应对措施吗？

答：首先我们和新农合返一样的钱，顺产返 60，刨腹产返 120。我们从孩子出生那天开始收住院费，之前连观察费都免费，陪护床也不额外收钱。另外，患者都认可我们，认为我们这里经济、便宜，服务周到。我们希望患者能为我们宣传。

问：既然这里的优惠措施都和定点机构一样，那么为什么患者数量还是大幅减少呢？

答：因为很多人不知道我们有这样的优惠措施。我们也从来不打广告。我们旁边的一个私立医院以前曾经花大力气宣传，作了很多广告，后来被卫生局勒令禁止了。所以我们其实也不能做广告。

问：这里的医护人员都是什么学历的？收入水平如何？

答：这里人的学历都不算太高，有中专、大专的，民营医院里大学生都比较少。月工资是 1500，但是每年都有绩效工资。大医院的月工资有两三千吧，但是我们这里有绩效工资，也有福利待遇。

问：这里的药价与大医院相比如何？

答：我们这里不存在有回扣的药。因为医生都是拿绩效工资，所以不需要通过拿回扣来增加收入。我们这里不进商品名的药，这样就价格就能低很多，我们只加价 15%。而如果一个药加了商品名，价格就会上去很多，这个差价往往被经销商、医院、医生等赚取了。所以我们这里的药价比县医院便宜很多。

都是凭借自己的技能、经验或者以相对低廉的价格来吸引求医者。当地政府部门一直限制私立医疗机构的发展，其理由主要有：一是由于这些机构由私人运营，追求利益最大化，有可能出现一些违规操作，政府部门认为难以管理；二是政府也希望维持县医院的垄断地位，带有地方保护主义的想法。比如在我们前往调研的一个县，政府明令禁止私立机构对外进行宣传，并且取消了它们作为新农合定点机构的资格。

### 鸡西市密山市妇幼医院（私立）病人家属访谈记录

问：请问您参加了合作医疗了吗？

答：参加了。

问：这里不是定点机构，为什么来这里？

答：这里也给报销。

问：如果不给报销还来这里吗？

答：不给报销也来。我们事先来观察过，这里技术好，服务态度也好。报销的那一点钱我们村里人不会在乎，再说为了生孩子也不会太多考虑费用问题。这里服务态度比大医院好很多，在那里有事了要找个医生都很费劲。

## （二）乡镇卫生院现状及新农合的影响

乡镇卫生院在中国农村预防保健工作中处于中枢地位，与县级医疗机构、村卫生所等紧密配合，组成农村的“三级预防保健网”。乡镇卫生院主要治疗一些常见病、地方病等，并且能够承担一些最基本的外科手术。当然，不同地区的卫生院，由于服务人口数量、地理位置的不同，发展水平和服务能力也不同，这是由当地的医疗服务市场决定的。

### 1、乡镇卫生院发展状况影响因素

在调研中我们发现，如果一个乡镇卫生院与更高一级的医院距离远，并且服务人口数量大，它在发展中就会有优势，它的服务能力和设备的水平也越高。乡镇卫生院的发展与服务人口、地理位置有关。一个卫生院要有足够的收入，它的附近必须要有足够多的服务人口。由于现在的卫生院都是以乡镇为单位兴建的，因此一个乡镇的总人口数量对这个卫生院的发展可谓至关重要。我们调研所走访的6个乡镇卫生院普遍是这一情况。此外，由于卫生院在功能定位上的特殊性，它不可避免的与县级医疗机构及村卫生所存在竞争关系。因此一个卫生院附近的医疗机构的布局也会影响它的发展状况。特别是如果附近就有水平较高的县级医院，这个卫生院的发展空间就很有限制了。

综上，如果一个乡镇人口众多，并且离县医院有一定的距离，那么这个乡镇的卫生院的总收入、医疗水平、仪器的采购等都会有很大优势。在这些客观因素之外，院长的个人经营能力也会在一定程度上影响卫生院的发展。在调研中经常会发现“一个院长搞活一个卫生院”的案例。这主要是在服务人口和地理位置两个条件中都具有优势的情况下，善于经营管理的院长可以给卫生院创造更大的利润。目前，乡镇卫生院最大的问题还是技术水平有待提高，体现在设备和人员上。这需要政府对其设备进行近一步的投入，同时需要进行人事制度的改革，关于这

方面的问题会在下文提到。

## 2、 乡镇卫生院的竞争对手

由于乡镇卫生院的功能定位的特殊性，即它的功能与村卫生所、县医院都有重叠，卫生院面临着来自两方面的竞争。在我们的调研中，村民们遇到小病不会去卫生院，而是去村级的卫生所或者自己买药。遇到村卫生所不能解决的病例时，很多村民们由于不满意乡镇卫生院的医疗水平，会选择直接前往县级医疗机构就诊。我们的入户调研显示，村民们遇到感冒一类的小病时，只有 6.5%会选择去卫生院，其余大多会选择去村卫生所或者自己去药店买药。而遇到村卫生所不能医治的疾病时，只有 38%的村民会选择前往乡镇卫生院就诊，而 62%的村民则会直接去县医院就诊。

村卫生所也能够提供一些最基本的医疗、保健服务，并且村卫生所的优势在于价格相对便宜、与村民的距离近，村医也与村民更加熟悉。此外，村医一般在常见病的诊断、治疗方面经验丰富，也有的村医的技术甚至超过了卫生院的医生。因此，在与村卫生所的竞争中，乡镇卫生院的优势仅仅在于相对较为先进的诊疗设备。如果附近有更高等级的医院，一般的乡镇卫生院的优势仅仅在于价格了。但也有一些卫生院在不利的条件下发展自己的特色，形成了质量上的差异化，以此与更高等的医院竞争。如发展中医特色。

在与村医和县医院这两方面的竞争中，乡镇卫生院需要明确自己的定位，同时也需要了解村民的医疗需求。可以考虑的方案是重点建设几个中心卫生院，使其具有一定的技术水平，满足村民对质优价廉而又便捷的医疗服务的需求。其他的卫生院则与村医一体化，主要提供基本的保健服务。

## 3、 乡镇卫生院的空间布局

目前，卫生院的在空间上的配置都是根据乡镇一级行政区来安排的。各个乡镇不同的人口、地理特点造成了不同发展水平的卫生院。前文已经提到，一个乡镇的人口数量对卫生院的发展至关重要。在不同人口的乡镇，有的卫生院在艰难维持，有的却运营良好，而在人口稠密的东部地区，一个卫生院甚至拥有好几辆救护车。而各个乡镇的地理特征也不同。有的行政区域十分狭长，这个地区的卫生院就很难安排，对于位于两端边缘的村民来说，有可能临近乡镇的卫生院会更近。因此，对于卫生院的配置，可以考虑不按照行政区划来安排乡镇卫生院，而是根据地理位置和服务人口来安排。特别是中心卫生院的位置需要重点考虑。

## 4、 如何加强对乡镇卫生院的投入？

乡镇卫生院接受的来自政府的投资或者来自非政府组织的捐助分为两种：一种是资金，其中有定期的持续投入，用于人员工资、日常维护等，也有一些不定期的投入，用来进行对原有楼房的改造或者建造新的楼房；另外一种就是实物的投资，卫生院的大量仪器设备都来自于这种实物投资。在我们的调研中发现这些拨款或援助有时并不能得到充分有效的利用。其中关于对人员工资拨款的问题涉及人事制度，将在下文提及。这里主要谈谈实物投资或援助的问题。

对乡镇卫生院的实物投资有的并不合理，往往会出现资源重复配置、资源浪费等现象。重复投资是指这些机构信息、协调上的问题，会给同一家卫生院配置多个相同的设备。有一些仪

器设备刚刚启用没多久，远不到报废的年限，卫生院就又会得到一个一台同样的。调研中发现，比如有的卫生院就配有好几台洗胃机，但是这样的卫生院不可能同时有那么多病人来洗胃。所以虽然卫生院的资金紧张，但是还有一些大型的仪器被闲置，造成资源的浪费。

### 虎林市阳岗镇中心卫生院院长访谈纪要

该卫生院在职正式员工 16 人，但 9 人被院长做工作聘用 9 人。其中医生 9 人，护士 4 人。2000 年之后该卫生院就没有增加正式员工，因为增加正式员工的费用非常大，除了工资外，还需要提供各种福利保障，进一个人的费用相当于聘用三个人的费用。此外，聘用、解聘正式员工的权利也不在院长手里。对于医疗技术不过关又不肯钻研业务的正式员工，院长也无权解聘他，给医院造成极大的负担。院长会劝说这些医生不来上班，这样可以只给他们发少部分由国家补贴的工资。

该院聘用临时员工的工资是 600 元/月，可以招到大中专毕业生，甚至也有大学毕业生，这些人都是农村户口。但是由于聘用的待遇不好，留不住人，这些人达到已经水平获取一定经验以后就离开卫生院另谋高就。因此，卫生院医生的技术水平普遍不高。虽然与村医相比部分医生有学历上的优势，但是村医在长期的实践中积累了大量的治疗常见病的经验。卫生院在于村医竞争中的优势基本上只在于它的设备。

该卫生院每年收入 40 多万元，如果加上所属的村卫生所的收入，可以达到 60、70 万元。其中主要为内科收入，占 35 万左右，大多又是买药的收入。该卫生所的能力只限于一些当地的常见病和多发病。与村医相比，它的优势是多了一些仪器，如 x 光机和 B 超机。这里能做的外科手术仅仅是缝合一些伤口。以前确实考虑过增加一些更有难度的手术以增加收入。但是由于当地地广人稀，一个镇只有 1 万人，服务人口太少。这里离二级医院又近，并且这个行政区的形状狭长，有些人就直接去邻近的县就医。因此这个卫生院的外科一直无法发展起来。

合作医疗对该医院的收入有促进作用，使住院比例上升了，但是对门诊没影响。该卫生院自己也搞了一些优惠措施，如把起付线降至零，即在起付线以下的部分也按比例返钱。

国家对乡镇卫生院一直有投资，但是存在重复投资的问题。比如这个卫生院就有 2 台洗胃机，还有一些闲置的设备。此外，这个乡镇卫生院还得到了一些过于高级的设备，如半自动生化分析仪。这些设备在检验量较大的时候才能发挥优势，在乡镇卫生院却有可能由于使用次数太少造成单位成本过高的状况。归根结底是国家规定了投资项目，却不清楚卫生院究竟需要什么。该镇由于人口过于稀少，一个村的人口太少，使村医的收入太低，并且村医还承担防保、妇幼的任务。有很多村医不愿意再干下去。如果由卫生院直接指派，则还要自己租房，成本太高。

还有一些比较隐性的问题。一些卫生院从政府或者 NGO 中得到比较先进的仪器，这些仪器价格高、工作效率也高，适合于病人很多的大医院。但是在乡镇卫生院就不那么适用了。比如说半自动生化分析仪，工作速度快，但是使用的时候需要配制一批成本较高的试剂，只有在大规模使用的情况下才能降低成本。由于卫生院很少用到，因此使用一次的边际成本非常高。在卫生院，半自动的生化分析仪不如手动的生化分析仪实用。因此，政府或者 NGO 在进行这种自上而下的实物投资分配的时候，应该更多地考虑卫生院的实际情况。或者将实物投资改为

有条件的拨款，由卫生院自行采购设备。

调研中各个乡镇卫生院院长一再向我们强调，设备并非是他们最需要的，最需要的倒是财政对于其人员工资的拨款增加。然而在这一问题上，受人事制度的制约，增加人员工资的拨款或许也不能收到应有的效果。

医务人员的紧缺，特别是大专以上高技术人员的紧缺，是目前的乡镇卫生院面临的一个重要的问题。在与基层干部的座谈中，他们提到的原因是卫生院工作条件差，工资低，并且位置偏远，因此没有新人愿意去卫生院工作。在这里我们提出的疑问是，每年各级的医学院有大量的毕业生，就业情况比较紧张，是否真的没有人愿意去乡镇卫生院？其中的深层次的原因又是什么？

作为国家事业单位，乡镇卫生院的人事权力不在院长而是在上级部门手里。卫生院要引进人才，必须经由上级部门批准，并且还受到编制的限制。我们在对卫生院的调研中发现，虽然卫生院没有新进的正式员工，但是短期合同的聘用的员工却有很多，其中不少是大专毕业生，甚至还有本科生。并且本科生也是一样拿 600 元/月的工资。由此我们发现，第一，虽然卫生院只是在正式记录上没有新进员工，实际上还是有不少大中专毕业生在卫生院工作；第二，大中专毕业生是愿意去卫生院工作的，卫生院人员的短缺并不完全是卫生院工作待遇不好造成的。更重要的因素是不合理的人事制度。短期员工不可能拿到很高的工资和福利待遇。他们在积累了一定的经验之后往往会选择离开卫生院去更高级的机构。这样的人事制度不仅加重了卫生院的负担，又抑制了人才流向卫生院。

要解聘技术不合格的医生就更加困难。原有人员更多的是历史遗留问题，例如各种国家政策人员的硬性任务安排，以往机构膨胀时的各级领导安排的人员。这些人员受专业素质的影响，对卫生院的发展贡献不大，但是他们拿的是铁饭碗，不能被解聘，还要给他们远高于临时员工的工资和福利。而由于政府的工资拨款只能用于正式的员工，聘用来的学历较高的工资反而较低。

## 5、新农合对乡镇卫生院的影响及双向转诊

调研中我们非常关心新农合对乡镇卫生院的影响。通过访谈我们发现，新农合向乡镇卫生院倾斜的补偿方案的确让乡镇卫生院的收入提升，对社区基层医疗服务的提高是有益的。在我们前往调研的地区，由于补偿方案中主要报销住院费用，实施新农合后各乡镇卫生院都反映它们的住院病人大量增加。

目前新农合政策中一种取向即是要搞双向转诊制度。双向转诊制度是根据病情和人群健康的需要而进行的上下级医院间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程。在农村地区的双向转诊主要是乡镇卫生院对于超出本院诊治范围的患者或在本院确诊、治疗有困难的患者可以向上转诊至高一级的综合医院；同样的，县级医院对病情得到控制后相对稳定的患者亦可视情况转至乡镇卫生院继续治疗。1997 年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中指出“要把社区医疗服务纳入职工医疗保险,建立双向转诊制度”。双向转诊制度的建立在各国的卫生改革中一直处于非常重要的地位。双向转诊制度有利于各级医疗机构明确其功能定位,节约治疗成本,避免资源浪费提高医院的工作效率,实现优势互补、资源共享。一方面,引导病人从综合医院向社区医院分流的向下转诊可以避免综合医院人满为患、高技术的医生忙于治

疗一些常见病。另一方面，向上转诊也可以避免社区医院病源不足，甚至误诊延误疑难病患。

然而在实际调研中，我们发现双向转诊制度在农村地区并没有得到良好的贯彻执行。卫生院向县医院的向上转诊制度虽然存在，但很多患者嫌转诊的手续过于繁琐，往往会直接前往县医院就医。当地新农合办公室也了解这一情况，因此他们制定的政策是不需要转诊手续也可以报销。而县医院向卫生院的向下转诊则基本上没有出现。县级医院为了争夺病源，不希望病人转走；病人则不信任乡镇卫生院的治疗水平，宁愿多花一点钱住在县医院。

在农村的医疗系统中实现双向转诊，特别是向下转诊是非常重要的。对于病人而言，卫生院的医药费比县医院低了很多，而很多常见病在确诊之后乡镇卫生院也有能力治疗，向下转诊到乡镇卫生院之后可以减轻病人的医药费负担。对于乡镇卫生院，双向转诊可以确保其得到在自身技术水平范围内的大量的病源，又可以避免因技术水平不够而误诊疑难病症，这对乡镇卫生院的发展十分有利。最后，双向转诊可以节约患者的医药费，避免医疗资源使用不合理带来的浪费，这样就可以节约大量的新农合资金，确保新农合持久、稳定的运行。

目前双向转诊制度不能良好地运行，有两个问题亟需得到解决。首先是提高卫生院的医疗服务水平，让卫生院有能力承担向下转诊来的患者的治疗工作，也让患者能够信任卫生院的水平。其次，要完善农村医疗体系中双向转诊制度的标准体系，如确立转医院标准等。当然，对双向转诊实际操作中的监管也非常重要。

### （三）村医现状及新农合对其影响

乡村医生的前身是赤脚医生。1965年6月26日，毛泽东发表了著名的“626讲话”，明确指出把医疗卫生工作的重点放到农村去，他的这一思想基于当时占全国人口85%的农民农村缺医少药的现实。毛认为“现在那套检查治疗方法根本不适合农村，培养医生的方法，也是为了城市”。对此，他开出了自己的药方——培养一批农民也养的起的医生，让他们解决农村基层医疗的相关问题。事实证明，这一实事求是的思路孕育了一只低成本高收益的队伍，很好的解决了当时农村的医疗问题。“赤脚医生”于1985年成了一个历史名词：该年一月份卫生部决定经考核达到医士水平的赤脚医生改称为“乡村医生”，达不到医士水平的称为“卫生员”。到1999年底，我国乡村医生已有1,009,665人，卫生员315,272人，分布在全国72.8万个村卫生所(室)。<sup>27</sup>这些年来，他们每天承担基本医疗，预防保健，健康教育，卫生宣传等服务，从根本上改变了我国农村缺医少药的状况，为保护农村的劳动力和经济发展做出了巨大的贡献。

#### 密山市太平乡青松村村医李大夫访谈纪要

李大夫今年61岁，61年开始行医。他的行医本领，源于1975年村里组织的在当地卫校的西医培训，并于77年正式成为乡村医生至今。李大夫每天的日子过得挺清闲：全村1300人，慢性病有一两个，肾结石大概20—30人，患脑梗的有40—50人；每天打2—3个吊瓶，最多的时候一天5—6个。作为当地年纪最大，资质最老的村医，李大夫向我们提到了当地村医青黄不接的严峻的形势。据他说，现在的年轻人都不愿意当村医，甚至也包括他的三个女儿和一个男孩也不愿继承父业。说到底，这是因为村医没有太高的收入，另外，乡村医生容易因为相关的医疗问题被告。提到新型农村合作医疗，李大夫更是一肚子苦水，他这样说道：“合作医疗合了谁？还不是把我们村医给合了？”



调研中我们了解到，目前村医受到影响最大的两个政策，同时也是他们最为关心的两个政策，一是新型农村合作医疗；村医普遍反应这一政策对其影响并不大，按照目前的政策主要是一种负向的冲击。

二是乡村医生的行医标准的提高。按照《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》的规定，到2010年，全国大多数乡村医生要具备执业助理医师及以上执业资格。根据我们实地调研了解到的情况，这一职业资格的考核对于现在特别是年纪较大的村医来说是跳起来也够不着的葡萄，对于许多年轻医生来说似乎也非常困难。也就是说，要在2010年要实现这一规定，让原有的村医考取相应的执照以此提高村医的医疗水平，至少从现在看起来并不现实。

这里，让我们感兴趣的2010年后乡村这一级卫生服务体系会有什么样的变化，现在看来，在这一规定被严格遵守的情况下（也就是到2010年国家不会把这一职业医师执照颁发给实际上没有达标的村医），有以下三种可能性：

一是村一级医疗服务体系大幅度的收缩，村医数量大幅减少，出现许多村没有医生的现象；二是原有的村医被取代，形成新的业务水平更高、服务质量更好的村医服务网络；三是促成乡镇卫生院和村卫生所的一体化，乡镇卫生院在每个村派驻定点的医疗机构。

第一种可能性显然不是我们愿意看到的——乡村医生因其特殊的地理优势有着别的医疗机构无法获得的优势，如服务的提供十分便捷，甚至是随叫随到，农民不用出门就可以在家就医，能切实地为农民解决部分实际问题。这一级医疗机构的缺失将为农民带来极大的不便。

第二种可能性的提出基于如下的事实，现在各地方的卫校毕业生考取职业医师照比起现有的乡村医生难度更小。这样，毕业没多久的卫校学生就可能取代原有的乡村医生为当地居民提供卫生医疗服务。姑且抛开原有乡村医生安置的问题不谈，这种可能性还存在着一定的问题。具体说来，刚刚毕业的卫校学生由于缺乏实际的临床经验，以及对当地原有的医疗状况缺乏足够深入的了解，很可能出现文凭高能力低的情况。倘若这样，那么农村这一级医疗体系的改善不可避免要经历阵痛。

第三种可能性或许是最有意思也是有可能实现的。之所以说这是可能的，因为乡镇卫生院有这样做的激励。派驻定点医疗机构到各个村可以适当增加乡镇卫生院的收入，也让两级医疗机构的竞争关系转变为合作协同的关系。当然，这样做不可避免会面临管理成本增加等问题。但总得说来，通过调研我们认为，这么做对于乡镇卫生院来说是收益大于成本的。针对这一问题，太平乡乡镇卫生院院长这样说道：“我们可以在各个村派驻定点机构啊。”假定乡镇卫生院有这样做的激励，那么这一猜测是否会成为现实呢？在我们看来，这一可能性的实现还依赖于村委的态度。调研中某村的村长认为这一可能性会增加村委的管理难度，因为现在的乡村卫生院归村委管辖，这样村委可以对乡镇卫生院的行为进行适当的监督；倘若乡镇卫生院直接派驻定点机构，那么村委则无权对其行为进行太多的干涉。

接下来我们对一体化这一可能的后果做一些简单的分析。一体化会从根本上改变农村现行的医疗结构。三级体制从形式上说没有太多改变（每个村依然会有医疗服务的提供者），但是在管理上就变成了两级的体制。这样会带来一些转变：公共卫生领域的服务，如预防保健的工作将转交给乡镇卫生院。再如原来乡村医生比起乡镇卫生院的医生有较高的激励去钻研自己的业务（以至某位乡镇卫生院的院长在访谈时说乡镇卫生院的水平和乡村医生的水平差不太多），因其收入全部归为私有，而一体化之后“乡村医生”的收入制度发生了很大的变化，倘若完全

按照乡镇卫生院颁发工资的方法可能会降低其提高业务水平的激励。这样，基层医疗的质量和水平能否提高就值得仔细斟酌了。

## 第十一章 68 县新型农村合作医疗政策比较分析 \*

我国的新型农村合作医疗（以下简称新农合）从 2003 年开始，逐步在安徽、浙江、广东和湖南等省开始试点。2006 年试点大幅提速同时增加财政补贴，2007 年进入全面推广阶段，至今已基本覆盖全国 80% 的县。在试点推广过程中，中央政府只是作出些原则性的规定，而具体的试点方案由地方政府（一般是县级政府）自行制定，即所谓实行“一县一策”的政策，由此形成各地新农合相关政策百花齐放的局面。

为了解这种政策差异主要体现在哪些方面，其影响如何，我们在同农业部农村经济研究中心固定观察点办公室合作进行农户问卷调查的同时，要求调查员收集所在县市的新农合政策文件，如新农合试点方案，试点方案的实施细则等。到目前为止，共有 68 个县向我们提供了当地的新农合政策文件。各县加入新农合试点的时间分布如表 1。

表 1 各县加入新农合的时间分布

年份	2003	2004	2005	2006	2007	合计
观察点数目	23	23	21	42	30	68
比例	16.20%	16.20%	14.79%	29.58%	21.13%	100%

我们在收到各地政策文件后，首先进行初步分析，然后列出统一的问题对各地文件进行整理。本报告即是对这些整理结果的一个初步描述性统计分析。各地新农合政策的主要内容包括：参保对象的规定，筹资规定，定点医疗机构和转诊制度的规定。以下报告我们即是按照这一顺序进行分析。

### 一、参保对象的规定

新型农村合作医疗在其设计上，目的是为解决农民的医疗保障问题，同时要求坚持以户为参保单位的原则。然而在现实执行中，各个地方政府或者为方便开展工作，或者为提高参合率，或者由于现实情况非常复杂等原因，这两点执行得并非很严格。

在非农户口的当地居民是否可以参保这个问题上，68 个样本点中有 16 个正在实行或者曾经实行过将非农户口纳入到参保范围中的政策。其中 7 个县在实行新农合之初允许非农户口参保，后来则没有明确此项规定。我们对此的分析可能是筹资不足和人口的流动性造成。其中只有湖南省桂阳县和四川省眉山市一直坚持实行此项政策。四川眉县为此事还专门附上信函，解释其主要原因是当地有很多失地农民，目前户口已转为城镇户口，但其实质依然是农民。

为了维持稳定的统筹资金来源，提高农民参合积极性，减少单位患病风险，绝大多数县在制定参保单位时都明确了要以家庭为单位参加的政策。一方面起到了一人参保全家受益的作用，另一方面则使得单份“保险”的患病率得到了控制。因此，对于是否要以户为单位参保问题上，

\* 本章由汪德华、吴泽南、雷慧天、刘宇执笔。

68 个样本点中只有 4 个县明确否定，即不需要以家庭为单位参保。其他的县或者在文件中表明需要以户为单位参保，或者没有提及此项。

## 二、新农合筹资问题

新农合的资金来源主要是个人缴费和财政补贴。后者又可以区分为中央财政和地方财政，中央财政明确规定那些地区给予多少补助，地方财政补贴多少有最低限制，同时规定以省级政府为主，但具体如何分配以及数额多少各地则有差异。个人缴费原则上规定不低于 10 元，一些经济发达的地区则更高。

### 1. 个人缴费

根据 07 年的数据，68 个样本点平均为 12.58 元/每人。各个缴费档所占样本点比例如下图，可以看出 85% 的样本县均是缴费 10 元，其中发达省份个人缴费的标准也高，例如浙江省样本县个人缴费就达到 27.75 元。当然，各地在新农合试点之初个人缴费标准差异较大，随着 2006 年中央 7 部委公布《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》后，各地的个人缴费标准逐步统一。例如，湖南省桂阳县在 2003-2005 年个人缴费 20 元，从 06 年起则统一推行国家标准 10 元。云南省会泽县在 2003-2005 年个人缴费 5 元，从 06 年起则统一推行国家标准 10 元。

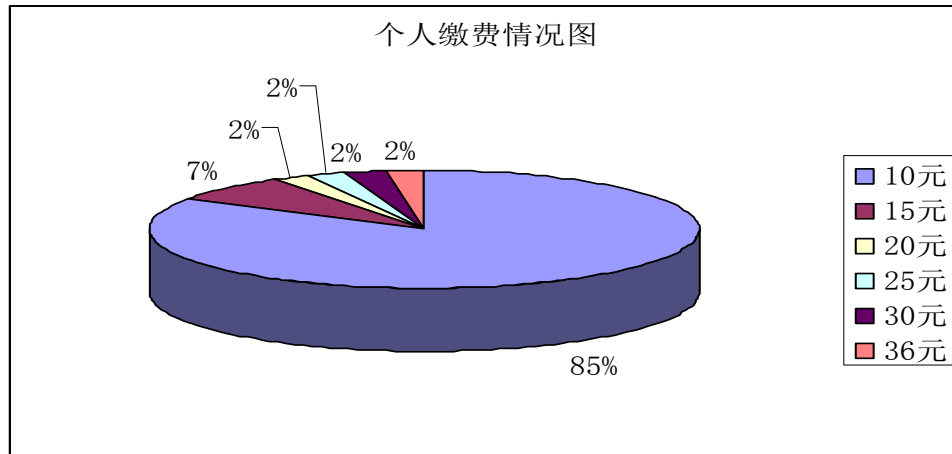
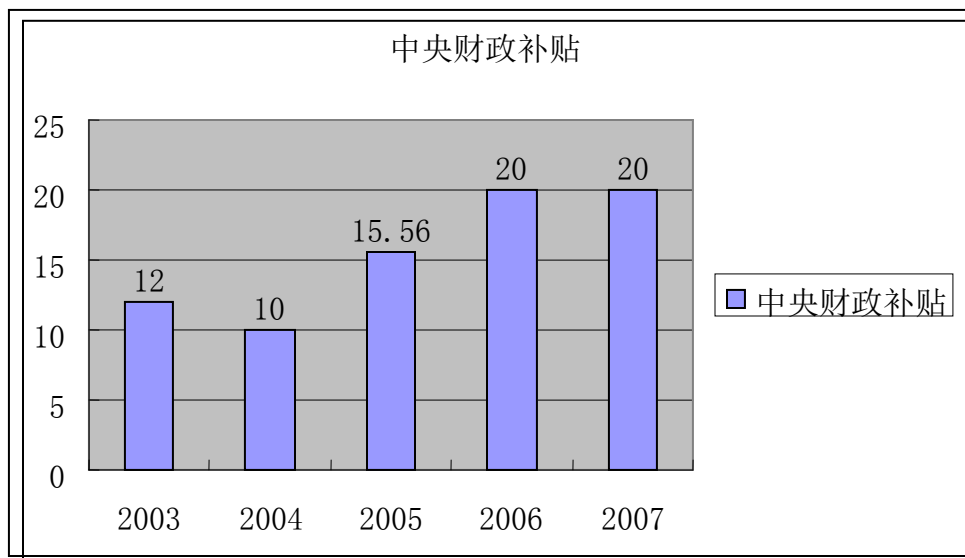


图 1 2007 年各县个人缴费标准分布

各地政策文件表明，新农合在收费政策上对困难人口均予以优惠和帮助。68 个县在关于贫困人口如贫困户、五保户、烈属个人缴费问题上，均是不收费。

### 2. 中央财政补贴

计算中央财政补贴在各个年份的平均值（表 1.4 和图 1.3）说明中央财政补贴在总体上呈上升趋势，在 5 年发展时间里逐步加大了对实行新农合的各县补贴力度，预计今后一段时间可能会稳定在每年每户 20 元。



注：有些县的数据仅有各级财政总共提供的补贴金额，但是没有单独列出中央财政补贴。

### 3. 省级财政补贴

省级财政补贴平均值随时间的变化如下。可以看出，近些年来随着中央政府对新农合的政策逐步明确，各地对医疗卫生领域的逐步重视，省级财政的补助力度逐步加大。

年份	2003	2004	2005	2006	2007
省级财政补贴	6	6.6	9.75	12.95	13.39

### 4. 县市级财政补贴

在所有样本中，县市财政对新农合参保人的补贴力度也随着时间推移而逐步加大，其平均值变化趋势如下。

年份	2003	2004	2005	2006	2007
县市财政补贴	7.57	9.75	7.75	12.1	14.93

从横向比较来看，经济发达地区的县市财政补贴力度也更大。这说明各地政府对新农合的支持力度与经济发展水平紧密相关。如下表所示，如果分别计算各样本点县市财政对新农合参保人的补贴与地区生产总值、人均 GDP 和地方财政收入的相关系数，可以看出相关系数均非常高。尤其是人均生产总值和地方财政收入的相关系数更高。这说明，经济越发达，地方财政收入越高，对新农合的财政投入也就越大。

变量	当地 GDP 总值	人均 GDP	地方财政收入
相关系数	0.647854661	0.787609435	0.792212934

### 5. 是否设置家庭账户

新农合资金筹资之后，在资金分配上最主要可分为两类，一是家庭账户（或个人账户）从可以看到当年参与了新农合的县和设立家庭账户的县的情况。2007 年，平均 7.23 元进入家庭账户

年份	2003	2004	2005	2006	2007
设立家庭账户的县数	5/14	8/22	13/32	22/51	30/68

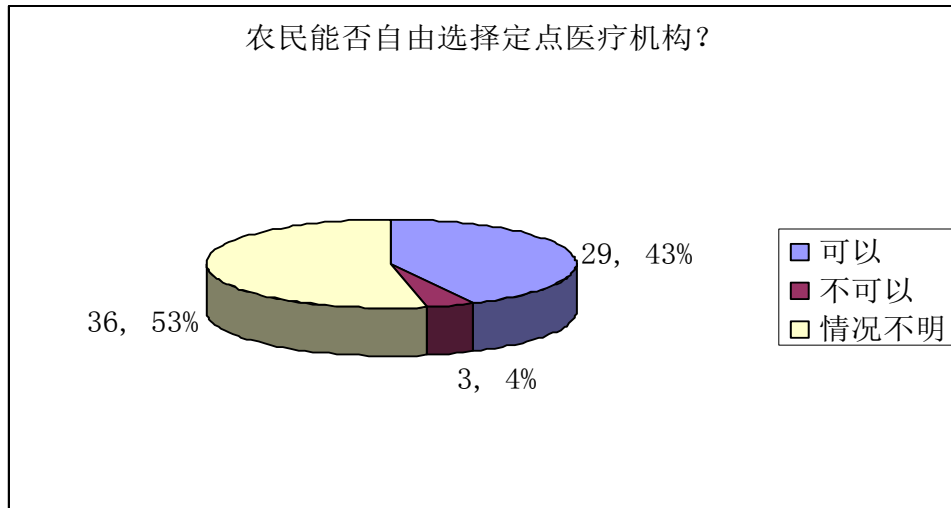
### 三、定点医疗机构和转诊制度

#### 1. 定点医疗机构与私立医院

在各地政策文件中，一般都规定公立医疗机构，如县医院、乡镇卫生院为定点医疗机构，有所差别的是否允许私立医疗机构成为定点医疗机构。在 2007 年的 68 个县样本中，仅有安徽省青阳县，甘肃省清水县和肃州区，江西省上饶县，陕西省洛南县，云南省会泽县允许定点医疗机构包括私立医院。而其中 3 个县并没有明文规定私立医院有资格成为定点医院，只是默认符合一定要求的私立医院成为新农合定点。另外可以看到的是，在有此项数据的县样本中，其中的部分县已经开始逐步放宽对定点医院的要求，即为了保证医疗服务的供给量和引入竞争、保证质量，逐渐将医疗条件较好的部分非公立医院也纳入到定点医院的范围中，让农民有更多的选择自由。一个典型的例子就是云南省会泽县。该县自 2003 年开始实行新农合试点，在 06 年之前都明文规定定点医疗机构不包括私立医院，而在 07 年则采取了新的举措，将私立医院也包括近来。

#### 2. 参保人员在县内能否自由选择定点医疗机构就医？

而在 2006 年，51 个开展新农合的县中，23 个县给予了农民自由选择定点医疗机构的权利。其中安徽、甘肃、河北、山东、陕西、四川和云南给予农民的自由选择权较大。陕西省实行新农合的各县都允许参合农民自由选择就医。



#### 3. 转诊制度：

2007 年，由乡镇卫生院到县级医院的转诊制度 24 个县（占 35%）明确规定需要转诊，9（13%）明确规定不需要转诊，其他没有明确规定。从县级医院到县外医院的转诊制度，32 个县（占 47%）明确需要，仅有 2 个县明确不需要，其他的没有明确这一事项。

另外，从 2007 年的数据看来，在规定乡镇卫生院到县级医院需要转诊制度的县中，92%（22/24）的县要求在县级医院和县外医院（如省会城市三甲医院）之前实行转诊制度。这说明各县在制定新农合政策时，对高端医疗服务需求是严格控制的。即小病在当地解决，只有较低级别医院无法医治的病例才向更高一级的医疗机构转诊。这从一方面表明了新农合政策在合理分配医疗资源方面做的还是不错的。

## 四、报销规定

在一个医疗保险中，报销规定直接关系到参保人能够享受到的利益。在新农合中，普遍采用的报销规定包括起付线、封顶线和报销比例三个方面。现实中，各地为了体现政策意图，在政策中普遍采取了非常复杂的规定，例如针对在不同机构就医起付线、报销比例不同，金额不同报销比例不同等等。

### （一）起付线

以下我们进行各个县起付线的纵向比较，及在三级医疗机构中的横向比较。我们发现，随着新农合的逐步深入和调整，实施新农合政策在两年或以上的绝大部分县乡镇医院、县一级医院、县一级以上医院三个级别的起付线一般都呈现下降或者持平的趋势。这里只有枣强县、大理市、剑阁市、桂阳县以及卢氏县这5个例外。<sup>28</sup>由上表我们可以看出，乡镇卫生院、县一级医院和县一级以上医院的平均起付线呈逐年下降的趋势。其中，三个级别医院额起付线下降的绝对值基本相同。由于乡镇卫生院起付线的起付线较低，因此其下降的幅度最大。

	各级医院平均起付线（元）		
	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院
2003年	262.63	425.13	825.13
2004年	233.33	483.33	833.33
2005年	180.67	380.67	663.94
2006年	106.76	258.38	536.76
2007年	105.46	266.57	640.91
平均	180.90	351.29	679.17 <sup>29</sup>

### （二）报销比例

毫无疑问报销比例是体现各地政策差异的一个十分重要的变量，但是鉴于中央“一县一策”的思想，对于地方的政策制定的高度放权造成了各地制定报销比例时的不同——各地关于这一方面的规定参差百态（参见下表）。举例说来，有的乡县的报销是分段的的原则进行的，而另外一些乡县的报销则是一刀切；有的乡县设置了较高的起付线，这样实际报销的比例并没有如文件里头规定的报销比例高。

<sup>28</sup> 枣强县07年县一级以上医院的起付线为1200，较06年增长了200元；07年县一级医院的起付线为100元，较06年下降了50元；与此同时，07年乡镇医院的起付线与06年持平。

大理市07年县一级以上医院的起付线为400元，较06年增长了100元。

剑阁市07年县一级医院和县一级以上医院的起付线分别为200和600元，较06年增长了100元和300元。与此同时，乡镇医院的起付线则从06年的100元下降为50元。

桂阳县在新农合实施刚开始的时候对起付线进行了一定上涨的调整。我们可以认为这样调整的原因是政策制定前对于情况的估计不够清晰造成的。

卢氏县05年和03年刚开始时有了较大调整。同样，我们认为调整的原因和贵阳县是相同的。

<sup>29</sup> 06年中共苏州相城区的起付线为5000元，较之其他县高出太多，因此在均值的计算过程中将其刨出在外。

年份	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
分段报销县的比例	0.63	0.5	0.72	0.57	0.56

这些复杂的政策规定为我们比较各地的报销比例带来困难。经过几次讨论，我们决定以两种方式来测度各地方的报销比例。第一种方法中，我们简单把政策文件对于各级医疗机构的报销比例进行简单的加权。虽然得出的报销比例略显粗糙，却可以成为我们研究这个问题一块敲门砖。第二种方法中，我们规定了3000元和10000元就诊费用，以此为察看各地的报销比例。具体说来，我们根据各地具体政策来计算在每个乡县看3000元的“小”病和10000元的“大”病的报销费用，再进一步计算出报销比例。这种方法能够比较精细真实的反应各地的报销比例，把起付线和封顶线的信息也涵盖在数据当中，较第一种方法是一种改进。当然，这种方法也有自身的局限性。我们根据经验确定了3000元和10000元的就诊费用，但为何只选择这两个费用而不选择其他的费用作为衡量的标准这样的问题便得不到完美的答复。但，总的说来，这已经是我们目前所能构想到的最好的衡量方法了。<sup>30</sup>

下面我们看一下各组数据的均值和标准差。

年份	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15
2003	38.44%	42.75%	38.38%	31.56%	28.21%	18.60%	27.72%	33.54%	27.44%
2004	38.89%	38.33%	30.00%	28.04%	28.18%	17.19%	31.17%	32.56%	25.66%
2005	45.66%	38.32%	29.40%	39.05%	28.21%	18.74%	41.67%	35.89%	26.06%
2006	50.82%	41.18%	31.42%	43.66%	33.15%	23.29%	47.33%	38.38%	29.58%
2007	53.67%	44.53%	32.40%	49.93%	38.81%	23.55%	49.75%	43.20%	30.09%

从C7, C8和C9的均值，我们很容易能够看出，随着就诊医院级别的升高，平均报销比例呈现递减的趋势。通过对C10-C12一组小病的报销比例以及C13-C15一组大病的报销比例的考察，这一结论进一步得到证实。特别的，小病在乡镇医院，县一级医院和县一级意外医院报销比例递减的跨度要远远大于大病在这三级医院就诊的报销比例的跨度。报销比例作为一种激励机制，对农民的就医行为有较大的影响。由上面的现象，我们可以认为，地方政府鼓励小病在低级别的医院就诊，对于大病，虽然依旧报销比例随着就诊医院级别的提升仍旧呈现递减的趋势，但这样的趋势没有小病的显著。既然差异不大，农民就会有较大的激励去享受更高质量的医疗服务，在更高级别的医院就诊。

年份	各年涨幅					
	C10	C11	C12	C13	C14	C15
2004年	-3.53%	-0.04%	-1.41%	3.45%	-0.97%	-1.78%
2005年	11.01%	0.04%	1.55%	10.51%	3.33%	0.40%
2006年	4.61%	4.94%	4.55%	5.65%	2.49%	3.52%
2007年	6.27%	5.66%	0.26%	2.43%	4.81%	0.51%

接着我们时间顺序去考察这组数据。随着新农合政策的深入，各级医院的报销比例都呈现

<sup>30</sup> 和报销比例相关的问题体现在问卷中的C7-C15部分。由于问题较长，以下的表格中我们以问题的代号来代表问题本身。



了上升的趋势，进一步提升了新农合解决农民因病致贫问题的能力。另一方面，各级医院报销比例的上升幅度有较大的差异。3000元的小病在乡镇医院就诊的平均报销比例从2003年的31.56%到2007年上升到了49.93%，增长了18.37%；县一级医院的这一数据为10.60%，而县一级以上医院这一级的数据仅为4.96%。10000元的大病在乡镇医院就诊的平均报销比例从2003年的27.72%到2007年上升到了49.75%，增长了22.04%；县一级医院的一者数据为9.66%，而县一级以上医院的这一数据仅为2.65%。

由此我们认为，随着新农合的深入，各地方政府对于花费较小的疾病的报销比例的关注远大于对于花费较大的疾病报销比例的关注。乍一看，这和中央政府保大病的原则不甚相符。但仔细一想，这应该是各地方政府在政策执行过程中的必然选择。为了提高参合率，较之大病的报销率，地方政府有更大的激励去增加小病的报销率，因为小病的报销比例在现实生活中更容易体现出来，也能更快让农民体会到这一政策的实利，提高参合意愿。

年份	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15
2003年	0.11	0.13	0.10	0.13	0.13	0.09	0.14	0.14	0.10
2004年	0.06	0.12	0.14	0.12	0.16	0.10	0.12	0.09	0.12
2005年	0.08	0.10	0.11	0.12	0.10	0.08	0.11	0.10	0.09
2006年	0.09	0.12	0.11	0.15	0.12	0.11	0.14	0.11	0.10
2007年	0.08	0.07	0.08	0.13	0.10	0.09	0.14	0.08	0.08

接着我们来考察一下各地报销比例的标准差。从上表中我们可以看出06年到07年各地报销比例有比较显著的趋同趋势。<sup>31</sup>究其原因，我们认为，一方面，实施时间较早的试点已经总结出比较成熟的报销方式，报销比例整体上说来趋于合理；另一方面，实施时间较晚的试点通过对其他各县政策的学习从一开始就制定了比较合理的方案。因此，各地区的政策的差异逐步减小。

## 五、新农合门诊大病覆盖范围

一般说来，各地新农合统筹基金中，除了报销住院医疗费用外，还可用于一些门诊大病的医疗费用报销。而在这一问题上，各地的政策规定又有很大差别。

### （一）统筹基金覆盖慢性病的县数和覆盖病种数

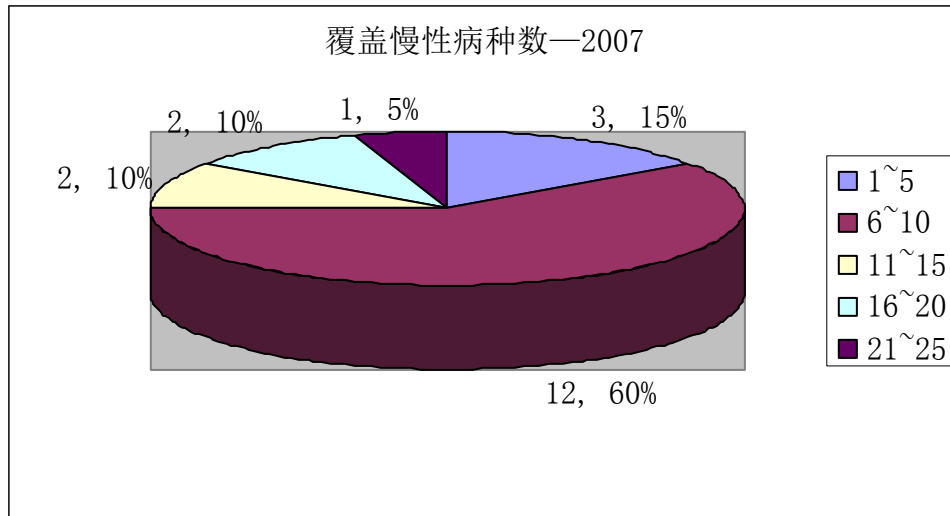
下表所示的为实行统筹基金覆盖慢性病的县数与慢性病种数随时间的变化。从表中可见，首先，随着新农合的不断深入，实行对门诊大病（慢性病）补偿的县逐渐增多，比例也有增大的趋势，这对新农合的目标之一——帮助农民抵御大病医疗风险，防止因病致贫、因病返贫——有着重要的意义。其次，平均覆盖的慢性病数呈U型，可能是由于开始样本点过少，产生偏误，从各地制定政策的角度可以预见平均覆盖的慢性病数将会稳中有升。

	2003	2004	2005	2006	2007

<sup>31</sup> 06年中央政府统一加大了各级政府的筹资数额。因此，我们可以将06年作为一个划分点。把至今历时五年的新农合分成两个阶段：第一阶段为2003年到2005年；第二阶段为2006年到2007年。

实施县数	1	4	8	18	20
占样本县比例	0.07	0.19	0.25	0.35	0.29
平均慢性病数	13	9.25	6.5	8	9.65

如果从分布频率来看，下图即是以 2007 年的数据。从图中可见，覆盖的慢性病多集中在 6~10 种，最为常见的是恶性肿瘤、精神分裂症、再生障碍性贫血等。



## （二）慢性病报销方式

样本中，对于慢性病报销，绝大多数县采用了较为灵活的非定额的方式，只有广西壮族自治区合浦县、河南省浚县、湖北省襄樊市襄阳区、湖南省株洲县、浙江省温岭市采用了定额方式进行报销。其中，湖南省株洲县为定额 300 元，浙江省温岭市为定额 800 元。

更多的县对于慢性病报销采用了类似于住院医疗的方式。但是在报销封顶线、起付线、报销比例上又与住院医疗报销不同。下表显示的是随时间变化平均封顶线、起付线、平均报销比例的变化趋势。

慢性病	封顶线	起付线	报销比例
2003	15000	300	0.4
2004	8878.75	1000	0.3375
2005	10126.5	575.25	0.31
2006	8114.182	480.05	0.387692
2007	5765.846	419.3077	0.282407

## 六、当年未补偿参合农民的下年优惠政策

为吸引农民参合，各地还较为广泛的采用对于当年没有报销的农民给与一些优惠政策，如体检、提高以后报销比例等措施。

### （一）优惠体检

下表为是否为当年未报销参合家庭优惠体检的数据分布。从表中可见，大多数县并未规定当年未报销时体检优惠政策。随着新农合的开展，有优惠县逐渐增多，比例有增大趋势，这使该年未报销的农户亦能享受新农合带来的福利，有利于新农合被广大农户接受。规定政策的县地区分布无明显规律，有优惠的县既有在较为富裕的江苏、山东等省，也有经济欠发达的甘肃、贵州等省，无优惠的县分布亦是如此（在后面的相关性分析中也可看出其与人均 GDP 仅有较弱的正相关）。这可能是由于具体政策的制定是各县综合考虑自己的情况，而非根据临近县的政策或仅根据 GDP 制定。不同县的政策基本具有时间上的一致性，比如较早开始新农合的贵州省盘县（有优惠），和湖南省桂阳县、云南省会泽县（无优惠）等。

	2003 数目	比例	2004 数目	比例	2005 数目	比例	2006 数目	比例	2007 数目	比例
有优惠体检	1	7.14%	2	9.52%	4	12.50%	7	13.73%	7	10.29%
无优惠体检	4	28.57%	2	9.52%	3	9.38%	9	17.65%	13	19.12%
无明文规定 或情况不明	9	64.29%	17	80.95%	25	78.13%	35	68.63%	48	70.59%
样本数	14		21		32		51		68	

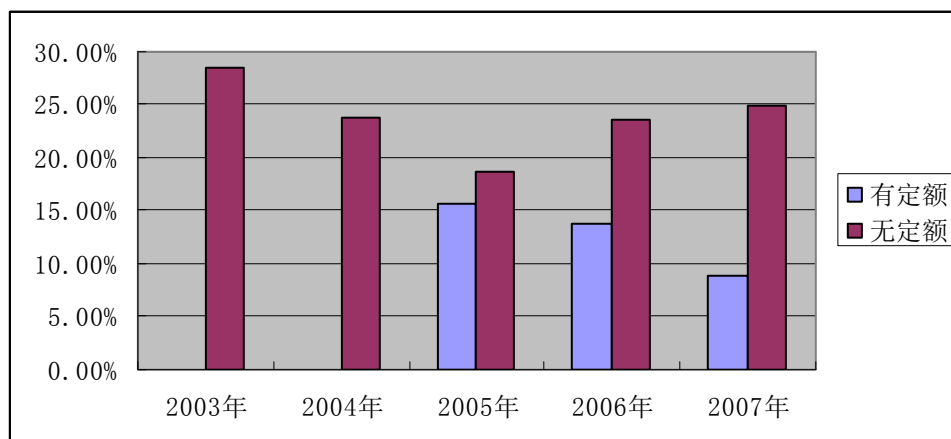
### （二）有无报销比例优惠和缴费返还到家庭账户

在样本县中，绝大多数县并未规定当年未报销时当年报销比例优惠政策，仅在 07 年广东省开平市、陕西省洛南县出台了该政策。绝大多数县并未规定当年未报销时缴费返还政策。重庆江津市在 2004 年就出台的此项政策，并且坚持到现在。

## 七、其他规定

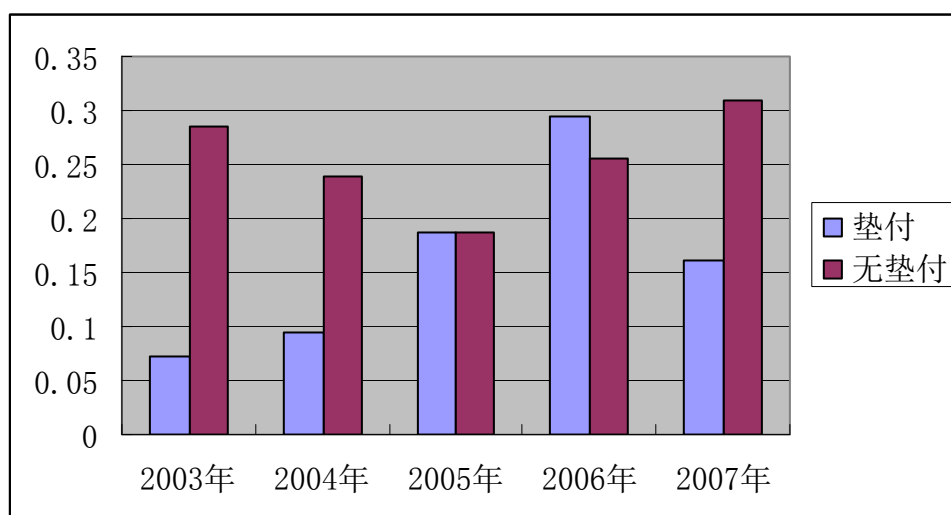
### （一）是否实行单病种定额付费？

在样本县中，一些县还对于参合农民实单病种定额付费政策。单病种定额有利于减轻农户的医疗费用负担，使合作医疗基金用到实处；但同时医疗由于不同个体有相当大的特异性，执行起来有很多困难。下图即是这些信息的总结。从统计数据看，自 2005 年开始有此类政策，其中贵州省盘县、河南省安阳县等近年均坚持了这一政策。2007 年实施的比例有所下降，但实施县数在上升。



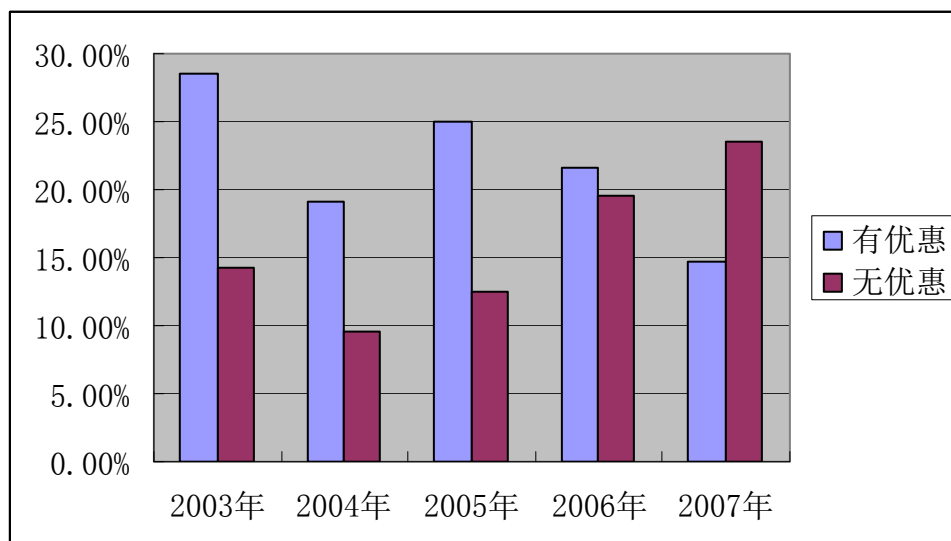
### (二) 医院是否为就医农户垫付?

医院垫付指在农民出院时即直接扣除其应当由新农合报销的费用，然后由医疗机构同新农合管理机构直接结算。这一政策能够使农户不再被烦琐的报销手续所困扰，是切实为农民着想的政策，而且使合作基金的支付过程更为规范。如下图所见，在样本县中，较多的县对医院垫付做了规定，整体趋势也是不断增加。



### (三) 参合农民是否能够享受诊断检查优惠?

下图为参合农民是否享受诊断检查优惠县数的分布。这即是说，参合农民在就医时，各医疗机构是否对其诊断检查收费给与优惠，是各地出台的吸引农民参合的一个具体政策。从图中可见，较多的县规定参合农民能够享受检查诊断优惠，但近年来的比例有所下降。安徽省铜陵县、云南省会泽县等此项政策坚持的较好。规定政策的县地区分布无明显规律，但各县的政策基本具有时间上的一致性。



附件一：提交政策文件县的名单

1. 浙江龙井县	35. 广西防港市防港区
2. 浙江宁波市鄞州区	36. 广西合浦县
3. 襄樊市襄阳区	37. 广西柳江县
4. 山西太谷县	38. 吉林德惠市
5. 河南唐河县	39. 吉林靖宇县
6. 株洲县	40. 吉林蟒乡
7. 安徽祁门县	41. 河南浚县
8. 陕西洛南县	42. 河南安阳县
9. 安徽省濉县	43. 江苏省苏州市相城区
10. 山东陵县	44. 江苏省宿迁市宿豫区
11. 江西泰和县	45. 江西兴国县
12. 山东莱阳市	46. 江西上饶县
13. 陕西咸宁市咸安区	47. 浙江温岭市
14. 辽宁凤城市	48. 浙江舟山市普陀区
15. 四川江安县	49. 湖北汉川市
16. 安徽省歙县	50. 甘肃清水县
17. 湖南省贵阳县	51. 甘肃酒泉市
18. 云南省会泽县	52. 肃州区
19. 湖南省双牌县	53. 华容县
20. 广西壮族自治区灵川县	54. 山东广饶县
21. 吉林省桦甸市	55. 贵州剑河县
22. 安徽省青阳县	56. 贵州盘县

23. 四川省剑阁县	57. 广东梅县
24. 河北枣强县	58. 广东开平市
25. 安徽金寨县	59. 辽宁海城市
26. 湖北省武汉市蔡甸区	60. 重庆黔江
27. 浙江临安市	61. 重庆江津市
28. 浙江丽水市莲都区	62. 四川彭州市
29. 陕西眉县	63. 四川眉山市
30. 陕西宝鸡市陈仓区	64. 河南卢氏县
31. 河北青龙满族自治县	65. 河南兰考
32. 河北省黄骅市	66. 云南澜沧拉祜族自治县
33. 安徽铜陵县	67. 云南大理市
34. 安徽凤阳县	68. 广西来宾市兴宾区

## 附件二：针对各地新农合政策文件的问卷

回答以下问题一般看各县出台的新农合《实施方案》和《实施细则》；如无特殊说明，是否问题“是”为1，“否”为0)

### A

1. 新农合从哪年哪月开始实施？
2. 非农户口的当地居民是否可以参保？
3. 是否必须以家庭为单位参保？
4. 贫困人口如贫困户、五保户、烈属个人缴费多少？

### B

1. 个人缴费多少？
2. 中央财政补贴多少？
3. 省级财政补贴多少？
4. 市级财政补贴多少？
5. 县级财政补贴多少？
6. 有无设立家庭账户？
7. 如有，有多少钱进入家庭账户？
8. 风险金是多少？
9. 统筹基金每人多少元？（统筹基金=中央财政补贴+省财政补贴+市财政补贴+县财政补贴-家庭账户-风险金）

### C

1. 报销标准中有没有按医院级别进行分级？
2. 乡镇医院的起付线是多少？
3. 县级医院的起付线是多少？
4. 县级以上医院的起付线是多少？

- 5.起付标准是否可以在一年中进行累计?
- 6.报销标准中是否有按金额进行分段?
- 7.乡镇卫生院的平均报销比例是多少?
- 8.县级医院的平均报销比例是多少?
- 9.县级以上医院的平均报销比例是什么?
- 10.乡镇卫生院的 3000 元医疗费报销比例是多少?
- 11.县级医院的 3000 元医疗费报销比例是多少?
- 12.县级以上医院的 3000 元医疗费报销比例是什么?
- 13.乡镇卫生院的 10000 元医疗费报销比例是多少?
- 14.县级医院的 10000 元医疗费报销比例是多少?
- 15.县级以上医院的 10000 元医疗费报销比例是什么?
- 16.报销标准中的封顶线是多少?
- 17.外出务工人员的住院报销是否与县级以上医院就医的报销标准一样?
- 18.妇女分娩正常产的报销方式是什么(1 为定额补偿, 2 为按住院标准报销)?
- 19.妇女分娩正常产的报销方式如果为定额补偿, 补偿金额是多少?
- 20.统筹基金覆盖多少种慢性病?
- 21.慢性病报销是定额方式吗?(如若跳到 23 题)
- 22.如是,定额为多少?
- 23.门诊大病(慢性病)报销封顶线是多少?
- 24.门诊大病报销的起付线为多少?
- 25.门诊大病报销的比例是多少?(定额填—99)

#### D

1. 对于当年没有报销的参合农户, 有无体检优惠?
2. 对于未报销的农户, 有无报销比例上的优惠?
3. 对于当年没有报销的参合农户, 有无缴费返还到家庭帐户?
4. 是否实行单病种定额付费?
5. 医院是否为就医农户垫付?
6. 参合农民是否能够享受诊断检查优惠?

#### E

1. 定点医疗机构是否包括私立医院?
2. 参保人员在县内能否自由选择定点医疗机构就医?(乡镇到乡镇)
3. 由乡镇卫生院到县级医院是否需要转诊?
4. 从县级医院到县外医院是否需要转诊?

## 第十二章 农户参与新型农村合作医疗状况分析\*

到目前为止，新型农村合作医疗已经开展了近 5 年。官员和学者都很关注这几年来新农合究竟对农民产生了什么样的影响，以及农民对新农合的态度是怎么样。2007 年本课题组展开了针对新农合的以农民个人为单位的问卷调查。本报告是调查的部分统计结果，着重调查农户参与新农合的情况，具体包括以下几个部分：抽样调查基本情况、农户对医院的评价、农户的参合意愿、新农合的开展情况、农户对新农合的评价和参合原因分析。

### 一、抽样调查基本情况

本次调查是在农业部固定观察点的系统下进行的，从 2007 年 5 月到 8 月，包含样本县 142 个，农户 5492 户，22034 人。样本县中 2003 年开始新农合的县有 23 个，占总样本数的 16.20%；2004 年开始新农合的县有 23 个，占总样本数的 16.20%；2005 年开始新农合的县有 21 个，占总样本数的 14.79%；2006 年开展新农合的县有 42 个，占总样本数的 29.58%；另外有 3 个县截止到调查结束还没有开展新农合。

表 1.1 各年开始新农合的观察点数目

年份	观察点数目	比例	累计比例
2003	23	16.20%	16.20%
2004	23	16.20%	32.39%
2005	21	14.79%	47.18%
2006	42	29.58%	76.76%
2007	30	21.13%	97.89%
没有开展	3	2.11%	100.00%
合计	142	100.00%	

由于新农合是一项农民自愿参加的医疗保险计划，所以在最初推行的时候参合率并不是很高，2003 年开展的时候当年的参合率只有 56.40%。但是，随着时间的推移，新农合工作开展的难度在逐年降低，农民的参合积极性显著提高，这体现在两个方面。第一，在同一个地方，随着时间的推移参合率在逐年增加。比如最早一批（2003 年）开始新农合的县，在 2004 年、2005 年和 2006 年的参合率分别是 77.77%、90.38%和 93.03%。第二，在不同地区，第一年开展新农合的地区的参合率也在逐年增加。比如 2004 年开始新农合的县在 2004 年的参合率为 72.41%，2005 年开始参合的县在 2005 年的参合率为 74.40%，2006 年开始的县参合率为 84.54%，呈逐年上升的趋势。

另外一个发现是高收入组的农户的参合意愿高于低收入组的农户。我们把农户根据平均收入分为 5 组，发现最高收入组的农户参合比例显著高于最低收入组的农户。如 2003 年低收入组和高收入组的参合比例分别为 9.65%和 12.28%，2004 年低收入组和高收入组的参合比例分别为 17.42%和 31.92%。

\* 本章由石菊执笔。



### 1.2 不同年份开始新农合的县在各年的参合率

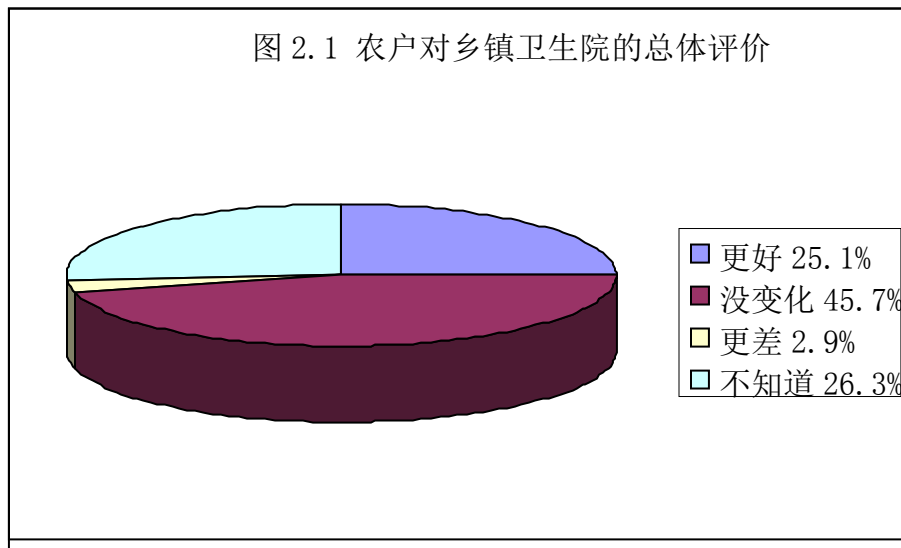
参合率	2003	2004	2005	2006
2003年开始新农合的地区	56.40%	77.77%	90.38%	93.03%
2004年开始新农合的地区		72.41%	89.19%	90.52%
2005年开始新农合的地区			74.40%	87.13%
2006年开始新农合的地区				84.54%

表 1.3 不同收入组的农户的参合比例<sup>32</sup>

参合比例	03	04	05	06
全部样本	9.26%	22.48%	39.24%	68.44%
低收入组	9.65%	17.42%	31.25%	67.17%
高收入组	12.28%	31.92%	52.80%	72.99%

## 二、农户对医院的评价

这部分报告的是已经参合的农户对当地医院的评价，希望通过农户考察由于新农合的开展是否对供方产生了影响。我们主要考察了四个方面的内容：对医院的总体评价、收费水平、医疗技术水平和服务态度。与参合以前相比，有 25.1%的农户认为当地卫生院变得更好了，45.7%的农户认为没有变化，2.9%的农户认为乡镇卫生院与参合以前相比变差了，26.3%的农户回答不知道（可能这部分农民参合以后没有发生到乡镇卫生院的就医行为）。从四分之一的农户认为乡镇卫生院变好了，而给予负评价的农户比例特别低可以看出，农户对乡镇卫生院的参合以后的总体评价是很高的。



在乡镇卫生院的收费水平方面，有 11.6%的农户认为参合以后乡镇卫生院的收费水平与参

<sup>32</sup> 参合比例计算公式：参合人数/样本总人数

合以前比变低了，有 35.0%的农户认为没有变化，22.5%的农户认为变高了，有 30.9%的农户回答不知道。在医疗技术水平方面，有 25.7%的农户认为医生的技术水平提高了，43.1%的农户认为没有变化，2.22%的农户认为降低了，28.19%的农户回答不知道。在服务态度方面，33.3%的农户认为医生的服务态度变好了，38.8%的农户认为没有变化，2.0%的农户认为态度变差了，25.8%的农户回答不知道。只有 2%的农民认为乡镇卫生院的技术水平和服务态度变差了，而认为收费变高的农户比例 22.5%也不是特别高，所以综合来看，农民对乡镇卫生院的评价是比较高的。

图 2.2 农户对乡镇卫生院收费评价

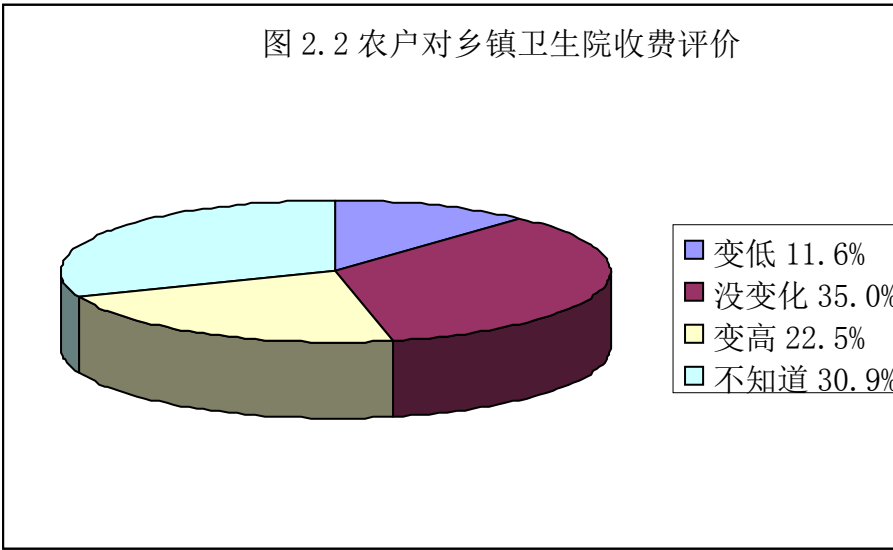


表 2.3 农户对乡镇卫生院医疗技术水平的评价

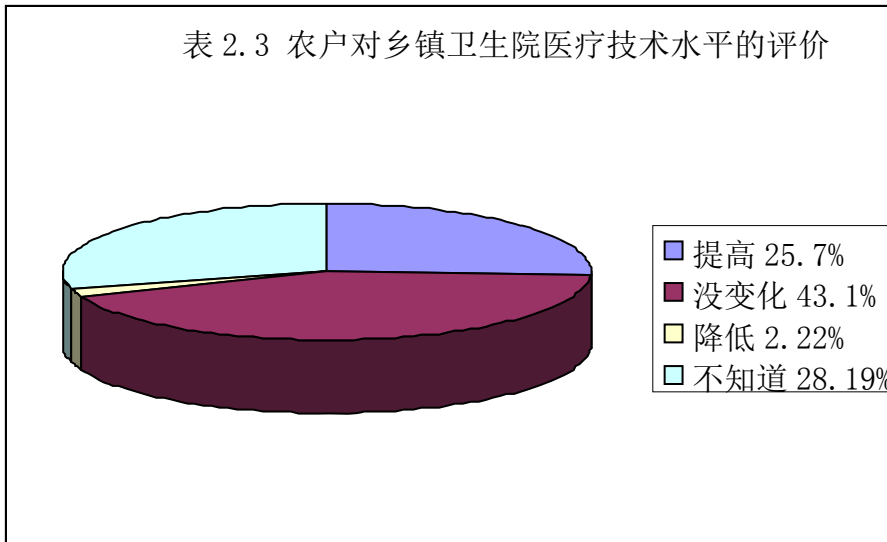
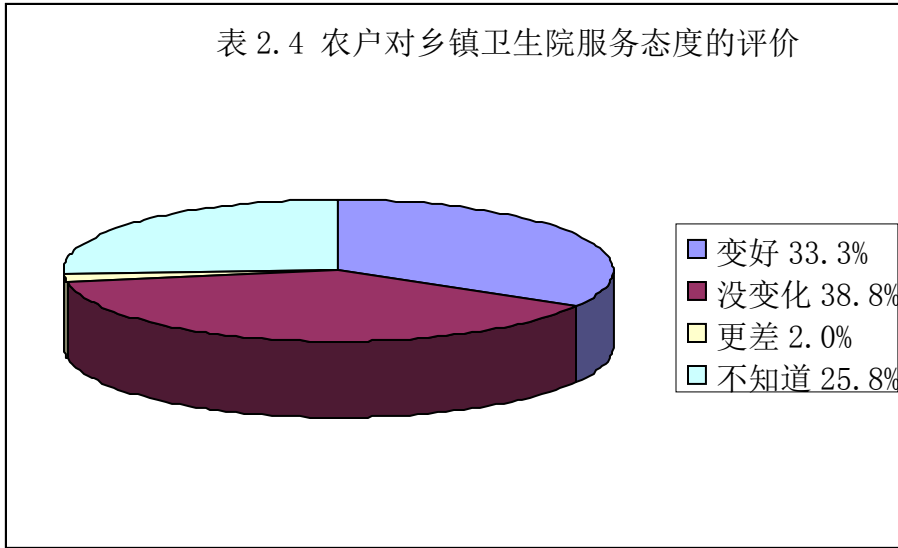


表 2.4 农户对乡镇卫生院服务态度的评价



### 三、农户参加新农合的意愿和新农合的开展情况

这部分报告的是农户参加新农合的意愿和新农合的开展情况。

新农合是一项医疗保险，但是采取了农户自愿参加的政策。在问卷中我们检查了这方面的执行情况。结果发现总的来说，只有 1.06%的农户不是自愿参加的，而且高收入组农户的参合积极性高于低收入组。在预调查中我们了解到，有的地方村干部为了提高参合率，有代扣参合费的情况发生，这也许是农户不是自愿却仍然参合的一个原因。

表 3.1 农户参加新农合是否自愿

	全部样本	低收入组	高收入组
自愿	98.94%	98.11%	99.71%
非自愿	1.06%	1.89%	0.29%
总计	100.00%	100.00%	100.00%

在新农合推广之初，为了提高农户的参合积极性，农户自己缴纳的参合费水平很低（10 元），政府补贴的水平也不高（40 元），由此也带来了保险范围较窄、报销比例较低等问题。为了在未来提高保险力度，参合费需要提高。由此我们设计了两个问题：一是如果参合费（仅指农民自己交的参合费）翻一番，你是否会参合；二是如果参合费增加 50 元，你是否会参合。如果参合费翻一番，对于大多数地区即参合费从 10 元上升到 20 元，有 64.18%的农户会选择继续参加新农合，只有 8.06%的农户选择不参加。高收入组继续参合的比例为 73.02%，高于低收入组的比例 59.65%。决定不参合的比例高收入组为 5.72%，低收入组为 10.64%。由此可见，如果参合费翻一番，新农合项目对农民仍让有很大的吸引力，继续推进该项目的难度也不会很大。如果参合费增加 50 元，有 43.51%的农户选择继续参合，16.84%的农户决定不参加。高收入组继续参合的比例为 57.08%，高于低收入组的比例 37.10%。决定不参合的比例高收入组为 11.58%，低收入组为 18.44%。由此可见，如果参合费增加 50 元，农民的参合积极性将收到打击，项目

的执行很可能受到阻碍。作为政策建议，如果政府要提高参合费，应该循序渐进地缓慢提高，而不应该一次性提高过多。

表 3.2 如果参合费调整，农户的参合意愿

		全部样本	低收入组	高收入组
参合费翻一番	会	64.18%	59.65%	73.02%
	不会	8.06%	10.64%	5.72%
	说不好	27.76%	29.71%	21.25%
	总计	100.00%	100.00%	100.00%
参合费加 50 元	会	43.51%	37.10%	57.08%
	不会	16.84%	18.44%	11.58%
	说不好	39.65%	44.46%	31.34%
	总计	100.00%	100.00%	100.00%

在政策推进过程中，有少量农户在前一年参加了新农合在后来又退出了，我们专门针对这类问题进行了调查，试图寻找农户退出的原因。在样本中一共有 191 户农户退出了新农合，只占总比例中很小的一部分。在调查中我们列出了七个可能的导致退出新农合的原因，比如付不起参合费、即使参合了还是看不起病等，但仍然有 82 户（占总退出户数的 42.93%）农户由于我们没有预料到的原因退出了新农合。在其余农户中，有 46 户（占总数的 23.96%）由于觉得报销太少而退出，有 32 户（占总数的 16.58%）由于觉得报销麻烦而退出。在预调查的时候我们也了解到，有的农民明确表示如果当年既没有享受到报销也没有得到免费体检，那么第二年他就会选择退出新农合。所以如果要提高新农合对农民的吸引力，除了降低参合费和提高报销比例，还可以改进报销程序，使农民更方便地享受到报销。

表 3.3 农户退出新农合的原因

退出原因	户数
付不起参合费	4
参加了也看不起病	5
报销太少	46
不信任该制度的管理	9
对该制度了解不够	7
身体好没必要参加	6
报销麻烦	32
其他	82
合计	191

虽然从表面上看新农合的参合率很高，但实际上可能农民对这项政策其实并不了解，从以下调查就可以看出。新农合的筹资方案是农民自己交 10 元，地方政府补贴 20 元，中央政府补贴 20 元，我们的问卷就调查了农民是否知道政府的补贴水平。结果有 53.86% 的农民回答不知道，说明新农合在政策宣传方面还有提高的空间，使得这项补贴水平很高的对农民有利的政策更有吸引力。

表 3.4 农户是否知道政府的补贴水平调查

是否知道政府补贴水平	户数	百分比
知道	2319	46.14%
不知道	2707	53.86%

合计	5026	100.00%
----	------	---------

#### 四、农户对新农合的评价

这部分报告农户对新农合政策的评价，包括整体评价、对报销程序的评价和报销范围的评价。

在我们的问卷中，一共有 5242 个有效样本对新农合进行了评价，其中有 39.1%的农户给的整体评价是“好”，42.3%的农户认为“还可以”，25.9%的农户认为“说不清”，只有 2.6%的农户认为“差”。所以总体来说，农户对新农合政策的评价还是很好的。

对报销程序的评价的有效样本有 5220 个。其中有 31.22%的农户认为报销程序简单方便，有 33.98%的农户认为报销程序麻烦，有 34.97%的农户表示不清楚。由此可以看出，在有过报销行为或清楚报销程序的农户中，大约一半认为报销程序简单方便，而另一半认为程序麻烦。

对报销范围的评价有效样本是 5213 个。其中 20.58%的农户认为报销范围合适，40.73%的农户认为报销范围太窄，剩下的 38.69%的农户表示不清楚。由此可见，在清楚报销范围的农户中，约三分之一的农户认为报销范围合适，约三分之二的农户认为报销范围太窄。这样的评价结果也是可以预见的。由于新农合的筹资水平较低（平均每人只有 50 元），所以政府在制定报销范围时也受到了限制。大多数地区只报销住院的费用和慢性病门诊费用，只有少数筹资水平较高的富裕地区才有比较宽的报销范围。

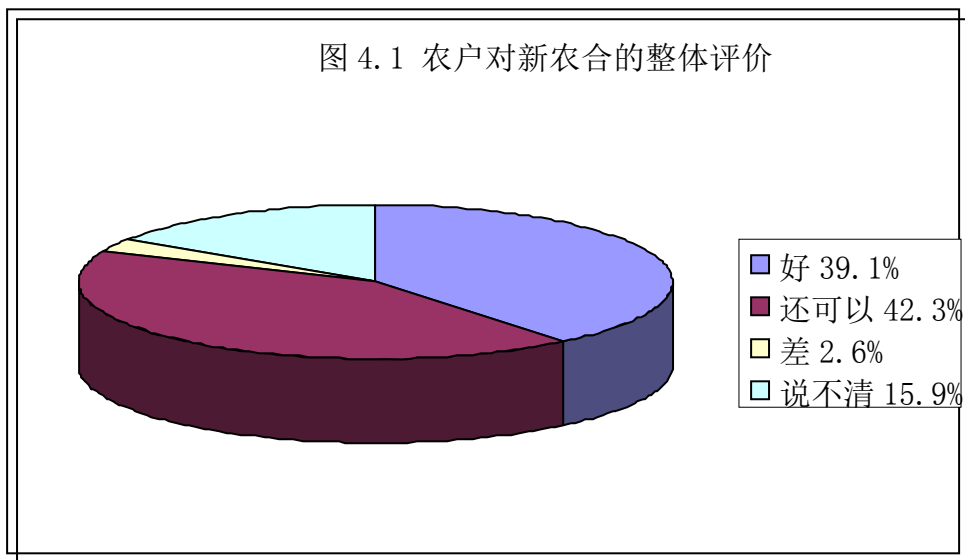


图4.2 农户对报销程序的评价

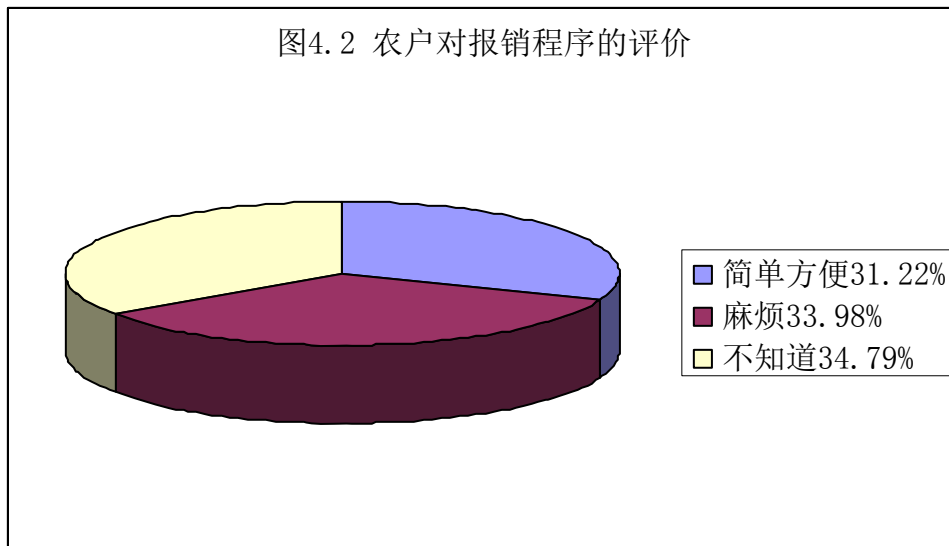
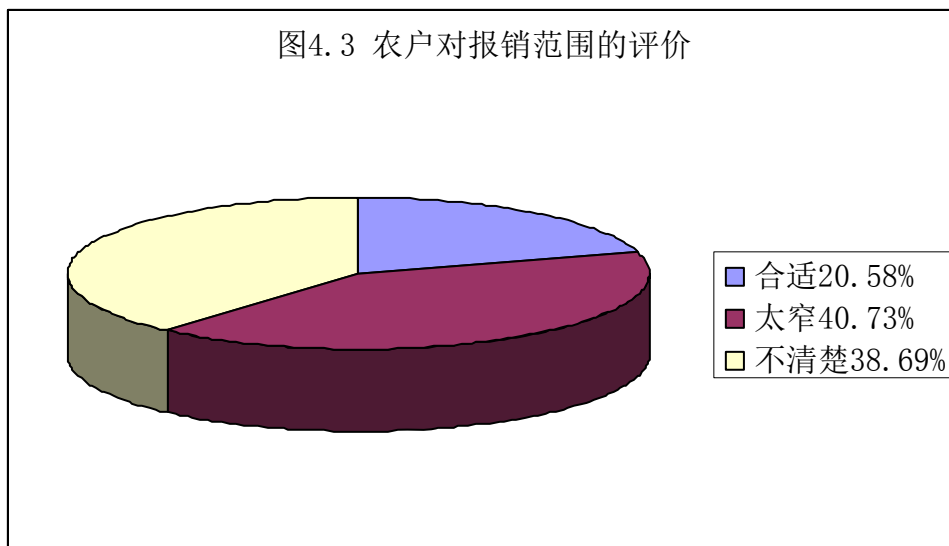


图4.3 农户对报销范围的评价



为了考察农户对不同报销方案的偏好，问卷还提供了三种不同的方案供农户选择。第一种方案为起付线 100 元，报销比例 20%；第二种起付线 1000 元，报销比例 40%；第三种起付线 2000 元，报销比例 60%。有 52.63%的农户选择了方案一，有 26.96%的农户选择了方案二，有 20.41%的农户选择了方案三。这样的结果是可以预见的，毕竟只有少数人生病并且有较高的的医疗花费，所以选择方案一的比例最高，其次方案二。

表 4.1 农户对不同报销方案的选择

方案	户数	百分比
起付线 100 元，报销比例 20%	2596	52.63%
起付线 1000 元，报销比例 40%	1330	26.96%
起付线 2000 元，报销比例 60%	1007	20.41%
合计	4933	100.00%

## 五、影响农民参合的因素分析

这部分应用简单的 probit 模型分析了哪些因素影响农民的参合意愿。

在模型中我们根据经验控制了可能影响农民参合意愿的因素，通过回归考察哪些具体的因素有明显的影响作用。控制的变量如下：收入、性别、年龄、教育水平、自我报告的健康水平、婚姻状况、身高、体重、抽烟的情况、喝酒的情况、是否有其他保险、是否有疾病、工作行业。收入是以户为单位，是该户 2003 年到 2006 年的家庭总收入平均值。用在校学习的年份代表了样本的教育水平。自我报告的健康状况为五等：优、良、中、差、丧失劳动能力。每天抽烟的包数代表了抽烟的变量。喝酒由频率来控制，1-4 递减。insurance1 是虚拟变量，代表该户是否参加了商业保险，insurance2 代表该户是否参加了政府主办的其他保险。illness1 代表样本是否有慢性病，illness2 代表样本是否有传染病。job\_d1- job\_d6 是一系列虚拟变量，代表样本从事的行业，缺省的行业是农业，1 代表工业，2 代表建筑业，3 代表运输业，4 代表商业饮食服务业，5 代表其他，6 是缺失的样本组。

在回归模型中，有效的样本有 13886 个，回归结果如下：

表 5.1 农户参合意愿影响因素分析

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
aver_incom	.1149449	.0191082	6.02	0.000***	.0774935	.1523963
sex	-.0034188	.0294844	-0.12	0.908	-.0612072	.0543696
age	-.000326	.0010316	-0.32	0.752	-.0023479	.0016958
education	-.0025932	.0022312	-1.16	0.245	-.0069662	.0017797
health	.0189139	.0173867	1.09	0.277	-.0151634	.0529911
marriage	-.1364478	.0243275	-5.61	0.000***	-.1841289	-.0887667
height	.0031949	.001089	2.93	0.003***	.0010606	.0053293
weight	.0049037	.0005533	8.86	0.000***	.0038191	.0059882
smoke	-.0545002	.0275051	-1.98	0.048**	-.1084091	-.0005913
drink	.020889	.0161228	1.30	0.195	-.010711	.052489
insurance1	-.2025946	.1190135	-1.70	0.089*	-.4358567	.0306675
insurance2	-.2168199	.0340644	-6.36	0.000***	-.2835849	-.1500549
illness1	.1002881	.0512588	1.96	0.050**	-.0001774	.2007535
illness2	.048183	.1229041	0.39	0.695	-.1927046	.2890706
job_d1	-.0758218	.0433465	-1.75	0.080*	-.1607793	.0091357
job_d2	-.0394172	.0579871	-0.68	0.497	-.1530698	.0742353
job_d3	-.1467597	.0761993	-1.93	0.054*	-.2961076	.0025881
job_d4	-.2138102	.0504488	-4.24	0.000***	-.3126881	-.1149323
job_d5	.0072035	.0388448	0.19	0.853	-.068931	.0833379
job_d6	-.1934504	.0405339	-4.77	0.000***	-.2728954	-.1140054
_cons	-.1250551	.33867	-0.37	0.712	-.7888361	.538726

显著水平：\*\*\*：0.01；\*\*：0.05；\*：0.1

可以发现，收入、婚姻状况、身高、体重、抽烟的情况、其他保险、疾病、职业都影响了农民参加新农合的意愿。收入越高的农民越愿意参加新农合，该结果与前面的描述统计结果相同。已婚样本比未婚样本更不愿意参合，可能因为夫妻双方可以相互照顾，从而降低了疾病的风险。身高、体重可以部分体现身体状况，所以影响农民的参合意愿。如果参加了商业保险或政府主办的其他保险，农民就更不愿意参加新农合。有慢性病的样本更愿意参加新农合，而传

染病则对参合意愿没有影响。在职业方面，基本上从事传统农业的农民更愿意参加新农合。

其他的因素，如性别、年龄、教育水平、自我汇报的健康状况、喝酒的情况都对农民的参合意愿没有显著的影响。比较让人费解的是抽烟的情况对农户参合意愿的影响，结果表明抽烟越多的农民越不愿意参加新农合。一般来说，抽烟会影响人的身体状况，而身体状况越差的人越愿意进行医疗保险。所以该结果还需要进一步分析。

## 六、主要发现

1. 收入高的农户比收入低的农户更愿意参加新农合。如 2003 年低收入组和高收入组的参合比例分别为 9.65%和 12.28%，2004 年低收入组和高收入组的参合比例分别为 17.42%和 31.92%。

2. 新农合参合率较高，绝大多数农民也是自愿参与。除了 2003 年刚推行新农合是农户的参合率不是很高，只有 56.20%，以后各年的参合率都大于 70%，到 2006 年参合率已经达到 90%左右。而且根据我们的调查，有 98.94%的农户都是自愿参加的。这充分说明了农民对新农合政策是很支持的。

3. 新农合政策的宣传力度不够。调查显示，只有 46.14%的农户知道新农合的筹资模式，即农民自己交 10 元，政府补贴 40 元。可以推测，对于如何报销等更复杂的政策，农民知道的比例会更低。由此表明地方政府仍然需要加大宣传力度，普及新农合的政策信息。

4. 参合费翻一番，农户的参合意愿仍然较高；参合费上涨 50 元，农户的参合意愿降低很多。对于大多数地方，参合费翻一番意味着农民自己交的钱上升到 20 元，调查显示有 64%的农民仍然明确表示会继续参加新农合。而如果突然上涨 50 元，则只有 43%的农民会继续参合。所以在未来如果要提高筹资水平，为了保持较高的参合率，政府应该循序渐进地逐步提高。

5. 农户退出新农合的两大原因是报销太少和报销麻烦。在调查中我们列出了七个可能的导致退出新农合的原因，比如付不起参合费、即使参合了还是看不起病等，其中有 46 户（占总数的 23.96%）由于觉得报销太少而退出，有 32 户（占总数的 16.58%）由于觉得报销麻烦而退出。所以新农合的一个改进之处是改进报销程序，使农民更方便地享受到报销。

6. 影响农民参合意愿的主要因素是：收入、婚姻状况、身体状况、职业和是否参加了其他保险。收入越高的农民越愿意参加新农合；已婚样本比未婚样本更不愿意参合；身高、体重可以部分体现身体状况，所以影响农民的参合意愿；如果参加了商业保险或政府主办的其他保险，农民就更不愿意参加新农合；有慢性病的样本更愿意参加新农合，而传染病则对参合意愿没有影响；基本上从事传统农业的农民更愿意参加新农合。其他的因素，如性别、年龄、教育水平、自我汇报的健康状况、喝酒的情况都对农民的参合意愿没有显著的影响。



## 第十三章 关于中国医疗卫生体制改革的政策建议\*

### 一、改革的基本目标和基本思路

#### (一) 基本目标

改革的近期目标是：**构建人人享有基本健康保障的医疗卫生体制，确保财务可持续，力求高效率，并使之有利于经济发展和科技创新。**改革的中长期目标是：**人人享有健康保障，促进经济可持续发展，社会和谐。**

为实现改革目标，首先需要明确界定**基本健康保障服务包**的内容。受我国目前发展阶段的限制，基本健康保障服务包不可能包含过多的医疗卫生服务，应当有一个优先次序，然后随着经济发展水平的提高而不断扩大。我们建议当前的基本健康保障服务包的内容如下：

#### ● 公共卫生（包括急救）

公共卫生服务属于公共品范畴，政府有责任以购买或直接提供的方式，确保所有公民都能免费获得与经济发展水平相适应的公共卫生服务。公共卫生服务包至少应当包括传染病防治、计划免疫、预防保健、食品安全、环境卫生、健康教育、健康信息、妇幼保健、突发公共卫生事件的应急处理等方面。急救体现了人道主义精神，事关和谐社会的建设，应当成为公共卫生的一部分。

#### ● 大病保障优先

大病医疗服务主要是指住院和一些费用较高的特定病种门诊服务。政府在这方面的责任是建设一个公平的、财政负担适中、财务风险较小的、以社会医疗保险为主体的筹资和保障体制，通过政府、社会和个人共同出资，使得居民在患大病时能够获得医学上必要、且社会财力可承担的医疗服务（对于为什么优先保障大病的分析详见附件）。

#### ● 初级医疗服务的可及性得到保障

初级医疗服务主要是指普通的，费用较低的门诊服务。目前政府应当主要针对贫困人口，采取一定的措施以保障初级医疗服务的可及性。未来在医疗保障内容中逐渐加入收益成本比率较高的初级医疗服务项目。

#### (二) 医疗卫生体制改革应该考虑的一些因素

在实现改革目标的过程中，我们认为在注重医疗卫生领域公平的前提下，必须注意医疗卫生体制改革对对方方方面面的影响。

#### 1、关注医疗卫生体制改革对经济发展的影响

---

\* 本章由课题组分别于2007年8月、9月提交给国家医疗卫生体制改革领导小组的相关部委（包括国家发改委、财政部、卫生部等）的两份政策建议书合并而成。除课题组成员外，钱颖一、薛澜、杨燕绥、沈群红等专家也深度参与了政策建议书的撰写。

维护健康需要充足的资源，最终要以持续的经济发展作为支撑。因此，制定政策时必须充分考虑医疗卫生体制改革对经济发展的影响，例如：医疗卫生领域财政投入过多会影响对其他领域的投入，也会对经济发展的各个方面产生影响；不恰当的筹资方式可能会影响劳动力市场；医疗保障的不可携带性影响劳动力市场的流动性等等。也就是说，要避免因医疗卫生体制选择不当而损害长期经济发展。

## **2、确保基本健康保障体系的财务持续平衡**

只有基本健康保障体系的财务持续平衡，才能确保有充足资源投入到医疗卫生领域，才能使改革获得稳定的支持。在这其中，尤其要注意不能过多依赖政府的财政投入，避免财政投入不足或不及时而导致医疗卫生体系的财务危机。

## **3、以医疗卫生体制改革促进科技创新**

医疗卫生领域的科技创新不仅是提高人们健康水平的基本手段，也是二十一世纪决定国家竞争力的首要因素。医疗卫生改革要有利于促进医疗卫生领域的科技创新，因此必须要给市场留下足够的空间，充分发挥市场机制的作用。政府对医疗卫生领域控制过多将会压制科技创新，不利于提高国家竞争力。

## **4、努力提高医疗卫生体系的效率**

如果不能提高医疗卫生体系的效率，再多的投入也无法起到作用。新的改革措施应当将提高投入效率放在重要位置。

### **（三）改革的基本思路**

我们认为，受我国当前各种约束条件的限制，医疗卫生体制改革应遵循以下基本思路（有关这些思路的具体分析详见附件）：

#### **1、中央政府提供改革的指南，地方政府主导具体改革方案的设计和执行。**

考虑到我国现阶段各地区及城乡之间经济发展水平和医疗条件差异很大，高度统一的医疗卫生改革模式可能并不适合于我国的国情。因此，与世界上许多大国一样，允许地方政府依据本地情况选择合适的改革路径和方案，是我国医改的一个现实选择。

在实行差异化改革模式的过程中，为了保证基本公共服务的均等化，中央政府应当为各地的改革提供指南，设定基本的框架和标准，保证基本健康保障的全民覆盖，并承担相应的财政支出；而应当由省级政府主导改革方案的设计，包括省级政府在内的各级地方政府负责方案的执行并承担相应的财政支出。这种允许地区间存在差异的思路，还方便通过试点以比较不同措施的优缺点。

#### **2、政府的财政投入应当主要补贴需方，以建立政府、单位和个人共同出资的社会医疗保险体系。**

基于我国目前公立医疗机构过分庞大且行为异化的特点，我们认为政府的财政投入应当以补贴需方为主要形式，让“钱跟人走”以改善医疗系统的激励，提高卫生系统的效率。我们建议，在城乡已有社会医疗保险计划的基础上，应进一步扩大并完善政府、单位和个人共同出资

的社会保险机制。在财力有限的情况下，社会医疗保险计划应优先保障大病；在财力和管理能力许可的情况下，逐步扩大服务覆盖范围。

在对卫生的财政投入方面，虽然应当以“补需方”建立医疗保险体系为主要方式，但是不可否认直接“补供方”在一些领域还应当发挥作用。首先在公共卫生体系的建设方面，目前还应当主要以财政直接投入保证相关机构运营费用的方式，促进公共卫生事业的发展，未来可以逐步探索按人头购买公共卫生服务的方式。其次是建设城乡“惠民医疗网络”。为解决贫困人口在加入医疗保险之后还可能存在就医困难的问题，可以在城乡选择部分医疗机构，或者医疗机构内的部分门诊窗口和病房组成“惠民医疗网络”。由财政承担“惠民医疗网络”的大部分运营费用，同时降低其各项医疗服务收费水平，供贫困人口选择就医，从而在医疗保险体系之外进一步降低贫困人口的医疗负担。在一些医疗条件和交通状况较差的边远贫困农村地区，惠民医疗网络甚至可以成为当地的主要医疗服务机构，以解决这些地区无法形成有效的医疗服务市场问题。

### **3、对不同群体采取不同的保障手段；政府的责任是优先保护贫困和弱势群体。**

当前我国社会的差异性不仅表现在地区间、城乡间，也表现在同一地区的不同人群之间。这一现实状况决定了已有的医疗保险呈城乡分离状态，覆盖面也有限。我们认为，对于至今为止的医疗卫生体制改革的成果应予充分肯定；在已有成果基础上向前推进，是下一步改革最稳妥、最有效的作法。因此，我们建议暂时延续既有的局面，对行政事业单位职工、城镇其他职工、城镇居民、农村居民等不同群体采取不同的保障手段。近阶段工作的中心是应尽快推动医疗保障体系覆盖绝大多数人群，经过一段时间的实践之后再行整合。

为了贯彻公平原则，政府的财政投入应向贫困和弱势群体倾斜。我们特别提出政府应当遵循国际惯例，进一步履行国际承诺，确保对儿童、妇女（尤其是其妊娠分娩）、贫困人口的基本健康保障。

### **4、充分考虑事业单位改革的困难，为各种性质的医疗卫生机构创造公平的竞争环境。**

我国公立医疗机构属于事业单位，而以提高公共服务效率为目标的事业单位改革一直困难重重，成效不高。故而在医疗卫生体制改革过程中，应当避免再增加事业单位改革的负担。

国际经验表明，公私并存的医疗卫生机构相互竞争能够提高医疗系统的绩效。因此，医疗卫生体制改革应当着力引入各种性质的社会资本进入这一领域，加强医疗卫生机构间的竞争，从而为公立医疗卫生机构增加外部压力，促进其内部改革。尤其需要注意的是，不能仅将引入社会资本作为一个口号，要切实实地消除那些导致医疗卫生领域不公平竞争的政策。

### **5、注重各社会群体对政策的接受程度，逐步推进，依靠试点。**

医疗卫生体制改革会不可避免地涉及到政府各部门、普通群众、患者、医生、药商等群体之间的利益调整，各个社会群体对于政策的理解也可能有所差异，由此可能导致部分群体对于政策的抵制，导致改革遇到困境。改革方案的设计也可能不尽完善，脱离现实情况。这就要求改革的推进者应当加强同各个群体的充分沟通，增加各项政策措施出台的透明度，依靠充分试点积累经验，稳健而又不失时机地推动改革进程。

### **6、制定明确的指标体系，确保改革目标的实现**

在改革过程中，应当制定明确的指标体系，衡量改革目标的实现程度。这样可以避免以往有政策目标和政策措施，无实施结果考核的局面；二是在由各地推进改革的情况下，中央可以利用这一指标体系，加强对各种改革措施的评估。

这些指标体系应当包括：在全民享有公共卫生服务方面，有儿童计划免疫率、传染病发病率、卫生知识知晓率、急救医疗死亡率等等；在大病保障方面，有因经济困难而未住院率、因病致贫率等指标；在初级医疗服务可及性方面，有因经济困难应就诊未就诊率、区域内人均卫生资源等指标。

## 二、公共卫生体制改革

国家应当继续加大对公共卫生服务的投入，实现所有公民都能免费获得与经济发展水平相适应的基本公共卫生服务这一政策目标。

### **政策建议一：建立一个覆盖城乡的急救保障体系。**

对于自然灾害（如火灾）和人为伤害（如交通事故）所造成的伤亡人员实施急救和处理，体现了社会基本的人道主义精神，而“见死不救”现象所造成的恶劣影响会严重妨碍社会的和谐与安定。因此，我们建议政府应当将急救服务纳入基本公共卫生服务或基本公共服务的范畴来加以认真规划和实施，尽速建立一个覆盖城乡的急救保障体系，切实解决好急救服务提供方对于医疗欠费的后顾之忧，杜绝“见死不救”现象。我们按照目前的价格水平对急救服务的成本进行了估算，共计 168 亿元（见附件一）。

急救保障体系的基本流程包括：首先医疗机构应无条件接受急救病人并予以诊治；事后要求保险机构或病人付费；在无人付费的情况下，医疗机构向“急救保障基金”申请，由其在审核后付费。我们建议这一“急救保障基金”应当属于中央统筹层次，资金来源可以多方面：包括各级财政分担，发行卫生福利彩票、慈善捐款等等。

### **政策建议二：改进公共卫生体系的资金投入方式和组织方式，创新服务内容。**

国内外的经验表明：加强公共卫生服务体系建设不仅对于预防和控制传染病十分重要，同时也是及时预防和控制慢性病（治疗成本高）的有力措施。因此，政府应当加大公共卫生体系的财政投入，确保所有公民都能免费获得基本公共卫生服务。

在资金来源方面，建议开征“公共卫生专项税”，特别是香烟消费附加税为公共卫生筹资。这样可以拓宽和稳定公共卫生的筹资渠道；二可以影响人们的健康行为，控制吸烟等这些危害人群健康的危险因素，其本身即是实现公共卫生职能的一个手段。

在费用分担方面，应当在分地区成本测算基础上，考虑地方财政的支付能力等因素，由中央政府与各个地方政府制订出一个合理的分担比例。其中，贫困地区的公共卫生服务费用应主要从中央政府的转移支付中拨付。

在资金投入方式方面，一方面政府应确保专门公共卫生机构和人员的基本建设和运营费用，另一方面也要注意解决“养人不办事”的问题。除了特殊的公共卫生职责应有专门机构外，其他方面政府可以实施“采购服务、绩效考核、有赏有罚”的策略，从现有区域医疗保健中心、

基层医疗保健机构（社区卫生服务网络、乡镇卫生院）购买服务，以不断提高公共卫生服务的效率。

在组织形式方面，一场 SARS 充分暴露了我国公共卫生体系条块分割，缺乏纵向横向协调的弊端。为了加强纵向协调和技术指导能力，可以考虑建立“公共卫生特派员”制度，由上级卫生行政和 CDC 定期派出人员到下级机构“挂职工作”，并向派出机构（而不是同级政府）负责。

在服务内容和形式方面，应当适应社会发展的需要，加强服务创新。首先可以加强国民健康风险的定期监测、报告、分析系统；其次可以充分利用多媒体的作用，通过创办“国家健康电视台”，加强健康知识的传播，不断提高国民的健康素质。

### 三、筹资和医疗保障体制改革

筹资和医疗保障体制的改革应是新一轮医疗卫生体制改革的重点。目前我国主要的医疗保障模式有四种，即城镇地区的公费医疗、城镇职工基本医疗保险、近期开始试点的城镇居民基本医疗保险，以及农村地区的新型农村合作医疗。除此之外，对于贫困人口还有医疗救助制度。

我们认为，目前政府在筹资和医疗保障体制方面的改革的方向是正确的，下一步改革的重点应是：第一，按照现有的改革基本思路，根据各地的实际情况而建立合适的筹资和医疗保障体制；第二，对现有保障方式做适当调整，改进管理方式，迅速扩大覆盖面，优先提高大病保障水平；第三，明确这一体系的远景目标，为未来的整合创造条件。关于这一体系改革中的具体问题及政策建议，我们将之分为涵盖所有人的医疗保险体系，以及专门针对贫困人口的医疗救助体系分述如下。

现代医疗技术在提高人类健康水平方面的作用日益突出，随之而来的是医疗费用上涨的趋势不可避免。加之目前我国政府的财力和管理能力尚有限，由此决策者必须在医疗保障体系的疾病覆盖范围的优先次序上，在是优先扩大人群覆盖面，还是优先提高保障程度上做出选择。

我们认为，提高人民健康水平需要政府、社会以及个人的共同努力，它应是政府政策的最终目标而不是直接目标；政府介入医疗保障体系首要的、直接的目标，应是促进卫生公平，减少人们面临的疾病风险，特别是解决有病看不起或因病致贫等问题。基于这一认识，我们建议：

**1、以优先保障大病起步，积极探索扩大保障范围，最终实现大小病兼顾。**受政府财力和管理能力的限制，目前全国大部分地区的新型农村合作医疗，城镇居民基本医疗保险应当优先保障大病，但也应当鼓励部分发达地区探索扩大保障范围。未来随着国家财力的提高，政府管理能力的改善，以及对各种医疗干预手段的成本效益更清楚的了解，最终要实现大小病兼顾。同时，对于那些小病医疗费用支付困难的贫困弱势群体，政府应通过构建惠民医疗网络降低医疗收费、加大医疗救助、给与更高补偿比例等方式，使其大病得到更高程度保障的同时，还兼顾其小病医疗。

建议目前从优先保障大病起步主要是考虑以下两点：（1）普通人群都能支付得起小病的医疗费用，但难以承受大病的医疗费用，容易发生“因病致贫”等问题，因此大病更需要政府为之提供相应的保障。（2）大病发生频率低，发生时认定与监控相对容易，比较有利于实行按病种付费等控制成本的手段，管理难度较小。而小病则相反，在我国目前保障机构管理能力较弱

的情况下，保障小病容易受道德风险因素的影响从而导致医疗费用的过度上涨，财务风险很大。

人们通常担心优先保障大病可能导致小病不治拖成大病，为此我们建议对于最容易发生此问题的贫困弱势群体，应采取如上特殊政策实现大小病兼顾。除此之外，还可以对所有参保人员进行定期有条件的体检，这将大大减少普通人群小病不治拖成大病的问题，同时提高保障体系的吸引力。

**2、按照“先提高人群覆盖面，再提高保障程度，最后整合不同保险体系，提高统筹层次”的步骤稳步推进医疗保障体系的建设。**可以预期的是，在中国这样一个农村与城市之间，区域之间发展水平差异较大的国家里，推进医疗保障体系的建设肯定是一个漫长且复杂的过程。我们建议按照“先提高人群覆盖面，再提高保障程度，最后整合不同保险体系，提高统筹层次”的步骤稳步推进医疗保障体系的建设。

按照目前政府的规划，新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险均以自愿参加，保障大病为主，低水平起步方式进行试点推广，到2010年覆盖全国（预计人群覆盖率将达到80%）。我们认为这是一个符合中国国情的选择。在此之后，我们建议工作的重点应是逐步提高保障程度，到2020年使得这两者与城镇职工基本医疗保险的保障水平基本接近。在这一过程中，应当采用试点方式逐步实现强制参保。在2020年之后，逐步探索整合三大医疗保险体系，提高统筹层次到省。

政府的财政补贴应当更多地向农村人口、贫困人口以及儿童倾斜。在新型农村合作医疗及城镇居民医疗保险的大病保障方面，我们建议在2010年之后逐步提高报销比例，到2020年达到普通人群大病医疗费用报销70%，贫困人口和儿童报销80%，由此考虑医疗费用增长因素后计算的所需财政补贴初步估算如下页表。在小病保障方面，我们建议采取财政定额补贴，居民自愿参加统筹保险的方式，由各地方政府自主选择推进路径。从2010年开始让各地方政府大范围试点，到2020年达到建议的补贴标准。

### **政策建议三：建立一个以社会医疗保险为主体的医疗保障体制。**

#### **近期改革措施：**

- **公费医疗：近期保持稳定，创造条件以求逐步合并到城镇职工基本医疗保险中**

公费医疗改革的重点是如何逐步实现将其合并到城镇职工基本医疗保险中。为降低改革的阻力，可以采取各行政事业单位除为职工基本医疗保险付费之外，还允许其为职工购买补充医疗保险等措施，使得参保人原有的公费医疗待遇不被降低。

- **城镇职工基本医疗保险：扩大覆盖面，改造个人帐户**

城镇职工医疗保险计划主要覆盖对象是具有稳定收入的正式就业群体。目前城镇职工医疗保险覆盖的人群比例还较低，应当加大工作力度，扩大覆盖面。在城镇职工基本医疗保险的制度设计方面，目前是“统帐结合”。其面临的问题包括：统筹基金面临人口老龄化的风险，未来可能发生财务危机；个人帐户管理不善，使用不规范问题较为普遍；退休职工的医保可携带性问题没有解决。为此，我们提出改造城镇职工基本医疗保险个人账户制度设计的具体建议如下：

(1) 医疗保险缴费在企业 and 职工缴纳所得税之前列支。维持目前的缴费总额，即用人单位缴费为职工工资总额的 6%。单位缴费中的一部分（比如 4%）计入社会统筹基金，剩余的部分（比如 2%）划入个人账户，个人缴费的 2% 也计入个人账户。统筹基金的保障范围扩展到部分急诊费用、每年健康检查一次。

(2) 取消个人账户支付门诊费用的功能。单位缴费划入的部分作为强制储蓄，参保人在职期间不能随意动用，供其暂时失业期间或退休后缴纳统筹基金保险费。职工缴费的 2%，由医疗保险经办机构管理，可以为参保人家庭成员缴纳居民医疗保险费，或者用于其本人购买门诊统筹保险，这种用税前收入所缴纳的保险费不再享受财政补贴。

(3) 参保人员暂时离职时，可以动用个人账户缴纳统筹基金保费。经过一段过渡时期后，参保人在退休之后应当再缴费才能享受统筹基金的待遇。各地应当制定本地退休人员的年缴费标准，所有退休人员不因年龄和身体状况而缴费不同，原则上应当使工作年限超过一定水平（比如 25 年）的退休职工的强制储蓄个人账户的余额可以足够支付其退休期间的交费总额。参保人员达到退休年龄时，可以在户口所在地或者子女居住地之间转移城镇职工医疗保险关系，用个人账户余额缴费医疗保险费。退休人员参保地保险机构不得以任何理由拒绝其参保。

(4) 用人单位所缴纳的职工工资的 6% 中记入社会统筹基金部分的比例应该适当选择，使得加上退休人员所缴费用后，社会统筹基金的收入总额与现有制度下社会统筹基金的收入总额基本持平。

(5) 各地可根据本地职工基本医疗保险的制度安排和运行情况，设计新制度与老制度的过渡办法，以保证已退休职工与即将退休的职工的利益得到保护。

新的制度设计具有如下优点：(1) 解决了退休人员的医疗保险安排，建立了预先积累和老年消费的医疗保险财务制度。(2) 在维持原医疗保险缴费总额不变的基础上，通过“缴费和医疗随人走”的做法，使医疗保险经办机构有动力接受和管理退休人员，是缓解退休职工医疗保险“携带难”的有效措施。

#### ● 城镇居民基本医疗保险：以财政补贴吸引居民参保

近期城镇居民医疗保险应优先保障大病，并提高大病保障力度。政府应主要采用财政补贴加政府动员的方式，发动群众参保，尽速扩大覆盖面；在时机成熟后转为强制参保，覆盖所有未享受职工基本医疗保险和公费医疗的人群。

(1) 城镇居民医疗保险应以家庭为单位自愿参保，如果已有家庭成员参加公费医疗或职工基本医疗保险，视同已参保。对于家庭退保后又准备参保的，应当让其补上退保期间的保费。

(2) 采取财政补贴和个人缴费相结合的方式筹资。以财政补贴提高居民的参保积极性，加速推动城镇居民基本医疗保险的发展。针对不同人群，财政补贴的力度应当有所不同。我们建议财政为贫困人口和儿童补贴 80% 的保费，为普通人群补贴 20% 的保费。有条件地区可以进一步加大财政补贴力度。

(3) 进一步提高保障水平。例如，贫困人口和儿童的大病医疗费用共付比例降低到 20%（按照目前医疗服务价格测算全国平均保费应达到 400 元）；普通人群的大病医疗费用共付比例降低到 30%（按照目前医疗服务价格测算全国平均保费应达到 350 元）。

(4) 为提高大病统筹的吸引力，各地保险机构可以探索针对不同病史、不同年龄、不同性别的参保者制定不同的体检计划，并按计划委托社区医疗机构为其免费或优惠体检并提供健康

指导。这一措施的好处是体检可以让保险计划对长期未报销人群富有吸引力，还可以让医务人员对参保人提供健康指导，在患病时达到早发现、早治疗的目的；不利之处是体检会挤占一部分统筹资金，影响总体的保障水平。

(5)各地可以根据自身财力和管理能力决定是否在大病统筹之外再提供初级医疗服务统筹服务包，供居民自愿选择购买。财政可以为居民自愿购买初级医疗统筹服务包提供一定的定额补贴，例如政府为贫困人口和7岁以下儿童提供100元的定额补贴，为其他人群提供30元的定额补贴。居民在购买初级医疗服务统筹服务包时，必须参加大病统筹。

#### ● 新型农村合作医疗制度：加大财政补贴力度，提高保障水平

目前，大病统筹型的新型农村合作医疗已经成为我国农村地区的主要医疗保障形式。近期对其改革的重点应是进一步扩大新型农村合作医疗的覆盖面，有条件的地方可以探索强制参保的方式；通过加大政府财政补贴，小幅增加农民缴费水平，进一步提高其大病统筹保障水平。

(1)新型农村合作医疗应以家庭为单位自愿参保。对于家庭退保后又准备参保的，应当让其补上退保期间的保费。

(2)采取财政补贴和个人缴费相结合的方式筹资。以财政补贴提高农民的参保积极性，实现新型农村合作医疗在2008年达到全面覆盖的目标。针对不同人群，财政补贴的力度应当有所不同。例如，财政可为贫困人口和儿童补贴80%的保费，为普通人群补贴70%的保费。有条件地区可以进一步加大财政补贴力度。

(3)进一步提高保障水平。例如，贫困人口和儿童的大病医疗费用共付比例降低到20%（按照目前医疗服务价格测算全国平均保费应达到150元）；普通人群的大病医疗费用共付比例降低到30%（按照目前医疗服务价格测算全国平均保费应达到110元）。

(4)为提高大病统筹的吸引力，各地保险机构可以探索针对不同病史、不同年龄、不同性别的参保者制定不同的体检计划，并按计划委托乡镇卫生院为其免费或优惠体检并提供健康指导。

(5)各地可以根据自身财力和管理能力决定是否在大病统筹之外再提供初级医疗服务统筹服务包，供居民自愿选择购买。财政可以为居民自愿购买初级医疗统筹服务包提供一定的定额补贴，我们建议政府为贫困人口和7岁以下儿童提供50元的定额补贴，为其他人群购买提供20元的定额补贴。居民在购买初级医疗服务统筹服务包时，必须参加大病统筹。

#### ● 发展补充医疗保险

除以上公办基本医疗保险方式之外，政府还应当采取措施规范与促进商业医疗保险的发展，或者由各个公立医疗保险机构推出补充医疗保险，覆盖公立保险体系没有覆盖的医疗费用，以满足部分居民更高的医疗保障需求。居民参加这些补充医疗保险应当全部自己缴费，政府的责任应是确保有相应的保险制度框架存在，供居民选择，并对商业医疗保险进行必要的规制和监管。

考虑到补充医疗保险对于三大公立医疗保险可能的负外部性（由于补充医疗保险的存在，患者医疗费用的总共付比例大幅下降，从而可能导致增加总医疗费用，进而增加公立医疗保险承担的费用，具体分析见附件），我们建议补充医疗保险的覆盖范围应当主要限于公立医疗保险机构确立的起付线之下，封顶线之上的费用，以及公立医疗保险机构诊疗和药品目录没有包含的部分。



## ● 公立保险体系之间的可携带性问题

基于我国的现实，在近期各个保障体系的统筹层次大都只能局限在县级或地级市行政单位；同时城乡采取不同的保障方式，由此造成流动人口的医疗保障可携带性问题。可携带性问题的解决，涉及到劳动力市场流动问题，对于保障体系的稳定性和经济发展都非常重要。

可携带问题主要涉及到三类人群：一是来自农村的流动人口；二是异地工作的城镇人口；三是异地居住的已参保退休职工。其中，退休职工的医保可携带性问题，通过职工基本医疗保险个人账户的改造已经解决，我们不再论述。针对其他人群，我们提供一些解决可携带性问题的基本思路（具体的分析详见附件二）。决策部门应当在充分考虑每种思路利弊的基础上，经过详细论证选取其中之一或采取组合方式。

第一种选择是按户口参保，保险机构在外地选定一些定点医疗机构，本地户口居民在外地就医时共付比例增加。这种方法在目前新型农村合作医疗的实施中较为普遍。这种做法的优点是避免了地区间的利益冲突，缺点是流动人口的医疗保障可携带性受到了一定程度的限制，并对定点医院的监督管理提出了较高的要求。选取这种方法应当辅以确定全国性的基本医疗保险定点医院，在治疗和用药目录上实现相对统一，采用统一的软件，实行全国联网，统一管理。定点医院也可以选择为惠民医疗网络。

第二种选择是按照工作所在地或居住地参保。这时还涉及到流动人口是参加城镇居民基本医疗保险还是城镇职工基本医疗保险问题。我们建议应优先参加职工基本医疗保险（主要由企业缴费），在不可行情况下与本地居民同等待遇，参加居民基本医疗保险（为避免引发“低保移民”问题，应规定流动人口在一段时间内不得享受迁入地的低保待遇）。按照这种办法，医疗保障的可携带性及基本服务均等化解决得较好，但可能会带来“医疗移民”问题，即医疗条件较差地区的居民可能会为了治病而向医疗条件较好的地区迁移，加重后者的财政负担和对医疗设施的压力。在参加居民医保时，操作上还涉及究竟是居住地还是户口所在地承担财政补贴责任问题，这应当由中央政府统一规定。

总结来看，解决可携带问题最终要靠医疗保险体系之间的整合和统筹层次的提高，在目前阶段由于涉及到各地区的利益冲突问题，需要中央政府通盘考虑，制定统一的规则强制执行。我们也建议由中央政府建立“中央健康保障调剂基金”，通过经济手段帮助解决保障制度的可携带性问题。关于这一基金的建议放在改革配套措施中阐述。

### 长期改革措施：

## ● 社会医疗保险体系的远期整合

近期改革中，政府应当致力于发展和完善城镇职工基本医疗保险，城镇居民基本医疗保险，农村合作医疗等三大医疗保险系统，政府的主要责任是为此提供一个制度框架，并增加相应的财政投入，为参保人员提供补贴，以尽快达到人群全覆盖。

在三大医疗保险体系运营一段时间之后，我们建议按照下表的顺序整合，最终达到建立城乡一体化的全民医保体系。在各阶段整合后，缴费方式有三种可能的安排：（1）保障待遇变为一致，但继续维持正式就业者与非正式就业者之间不同的缴费方式；（2）所有参保人交费都根

据收入来定；(3) 所有参保人缴费都与收入无关，并由财政补贴。不同缴费方式带来不同的扭曲，孰高孰低取决于当时的税制。

人群	近期主要医疗保障		远期整合第一步	远期整合第二步	远期整合第三步
	保障形式	保障范围			
行政事业单位工作人员	公费医疗	大病和小病。	推动部分单位加入城镇职工基本医疗保险，减少公费医疗的规模。	两者整合为城镇居民基本医疗保险，采取财政补贴、单位缴费和个人缴费相结合的方式筹资；强制参保。	不断提高新型农村合作医疗的保障水平；将两种保障形式的统筹层次均提高到省；最终整合成全民医疗保险，以个人缴费、单位缴费和财政补贴为主要筹资方式，辅以补充医疗保险满足居民多样化的医疗需求。
城镇正式就业人员	城镇职工基本医疗保险	统筹保障大病，自愿购买小病统筹。	提高城镇居民基本医疗保险保障水平，逐步覆盖到初级医疗服务；然后与职工基本医疗保险接轨。		
城镇非正式就业人员	城镇居民基本医疗保险	优先统筹保障大病，自愿购买小病统筹。			
农村地区农民	新型农村合作医疗	优先保障大病，自愿购买小病统筹。	提高保障水平，向下覆盖到初级医疗服务。		

#### **政策建议四：建立健全公立医疗保险机构的民主化、科学化管理机制**

改革之后，社会医疗保险机构在整个医疗系统的资金流转中起到了关键作用。在这种情况下，如何加强其治理机制及能力建设，避免其将部门利益凌驾于参保人或医疗服务机构之上，使之有能力和动力充分发挥第三方购买者功能，对于整个医疗卫生系统的效率至为关键。对此，我们有如下建议：

**1、确立治理委员会为其核心管理机构。**各地公立社会医疗保险机构均应成立有参保人代表、专业人士、政府各职能部门代表各占合适比例的治理委员会。由治理委员会负责对保险机构的绩效考核和重大事项的决策，以避免各方的利益冲突，促使医疗保险机构将参保人的利益放在中心位置，同时可以加强医疗保险机构的能力建设。

**2、由专业评审委员会决定社会医疗保险应优先付费的诊疗目录和药品目录。**诊疗目录和药品目录涉及到保险机构、医疗机构、药商，尤其是不同参保人之间的利益，如何确立是一个非常关键且复杂的问题。医疗卫生体制的未来发展方向，应是按照成本-收益原则来确定医疗保障的优先顺序。为此，我们建议改变目前仅由医疗保障部门确立目录的做法，成立一个以医疗专

家、统计学家、卫生经济学家等专业人士为主体，包括社会各界人士等组成的评审委员会，负责对各种医疗干预措施进行缜密的成本-收益测算，制定医疗保障优先顺序清单，并按一定时间间隔进行经常性的修正。这一委员会应当在各个利益团体之间保持中立地位。

作为确立保险机构各类目录的基础，中央各部门应当组织以医学专家为主体的专业委员会，基于循证医学，借鉴发达国家特别是亚洲国家的经验，建立常见病的疾病诊疗指南，发展临床路径。省和直辖市层面的相关管理部门组织制订区域性的疾病诊疗细则。

**3、社会医疗保险机构应该在价格形成机制，对医疗服务提供者的认证、选择与监督等方面起到更积极的作用。**在按服务付费制度下，当医疗服务的价格过低，而药品与检查等收费过高时，“开大处方”等行为就无法避免。目前应提高医务人员技术服务收费使之更好地体现医去劳动价值，同时降低药品与检查等收费以减少扭曲。在条件成熟时，应该积极尝试按病种分级限价收费，或按单元支付等不同的付费制度。无论何种付费方式，保险机构应当通过补偿比例的设计，鼓励患者到低级别医疗机构就医，以促进合理医疗体系的形成。除此之外，保险机构发挥认证等“第三方购买者”职能，既可以为消费者带来信息，又有利于优质的服务提供者在竞争中发展壮大。

由于不合理的价格管制使得医疗服务的价格过低，按服务付费的支付方式使得医疗机构有激励从事“开大处方”等过度提供服务的行为，我国医疗机构的“以药养医”行为较为普遍，造成了大量扭曲。从国际经验来看，支付制度的改革是制约医疗服务机构扭曲行为的关键所在。在那些已经实现全民医保的国家，支付制度的改革和探索，在近些年更是一股潮流。

为此，我们建议应当充分发挥地方的积极性，将学习国际经验和中国现实国情相结合，加强保险机构的购买者功能，探索合理的支付制度。这样，一可以改变现行严重扭曲的医药价格体系，让医务人员的劳动价值得到充分体现；二可以形成合理的激励机制，使医务人员将患者的需要放在中心位置。

具体来说，凡是有一定条件的地方（如：病人比较集中，可以让“大数法则”发挥作用），都可以尝试采取按人头付费制：医疗服务的集团购买者（如：政府或医保机构）根据特定医疗机构所服务对象，按照人头每年支付一笔定额费用。如果按人头付费有一定困难的话，可以考虑将门诊和住院服务分开，采取多元化的付费方式（如：门诊服务按人头付费，住院服务按病种付费），从而激励医疗机构选择成本效益比较好的技术手段。

**4、在充分试点后，可以考虑让社会医疗保险主管机构将其业务承包给几个医疗保险机构，并在这些医疗保险机构之间引入竞争机制。**这是指让每个参保人可以在几个不同的医疗保险机构之间进行选择，保险机构不得拒绝任何参保人的申请。在这种情况下，每个参保人按照既定规则缴纳保费，每个保险机构获得的保费与参保人缴纳保费并不一一对应，而由主管机关按照各个保险机构接受参保人的风险因素进行调整。主管机关还应当对保险机构的保险方案、经营行为进行一定的限制。这种制度安排通过引入竞争，给社会医疗保险机构以压力和动力，同时通过各种规制避免竞争带来的诸如挑选投保人行为等各种负面影响，从而促使医疗保险机构更好地为参保人负责，提高整个医疗卫生系统的效率。

#### **政策建议五：建设城乡“惠民医疗网络”，为贫困人口提供复合式医疗救助。**

考虑到即使在以上公立医疗保险体系中，财政补贴对于贫困人口有很大倾斜之后，部分贫

困人口依然可能没有能力参加公立医疗保险，或者无法承担保险支付费用之外的医疗费用，或者无法承担初级医疗服务的费用，从而无法达到提高其医疗服务可及性的目标。因此，我们建议政府应当加大城乡医疗救助的力度，为贫困人口尤其是极端贫困人口提供更好的医疗保障。

首先，医疗救助基金可以帮助极端贫困人口缴纳其自身无力承担的参保费用；其次可以采取事后审核方式，部分负担其保险体系未报销的医疗费用。

其次，我们重点建议各地政府应当建设城乡“惠民医疗网络”，以此作为“复合式医疗救助”的一项重要制度安排。“惠民医疗网络”包括一些专门的惠民医疗机构，也可以是普通医疗机构提出申请，让其部分门诊窗口和病房加入网络以便患者就近使用。惠民医疗网络的主体应当是一级（如社区卫生服务站、乡镇卫生院）和二级医疗机构，也应当包含一些三级医疗机构的服务窗口和病房。政府应规划网络内医疗机构的规模和布局，按照当地情况制定惠民医疗网络内的各级机构应达到的服务标准，加强其能力建设，对网络内的服务单位给予财政补贴，并要求其按照规定提供基本医疗服务，降低医疗服务的价格。政府应制定专门的惠民诊疗目录和药品目录等，医疗服务的技术手段、临床路径应遵循严格的标准，不得超出标准提供服务。政府对目录中的药品进行全国统一采购，集中配送。

有了“惠民医疗网络”之后，社会医疗保险体系可以与之结合起来，达到复合式医疗救助的效果。对于已参保的贫困人口，保险机构可以规定贫困人口到惠民医疗机构就医时，除享受价格减免之外，医疗费用的报销比例还可以增加。在保险体系未达到全覆盖之前，惠民医疗网络还可以为那些未参保的贫困人口以及部分流动人口使用，当其到惠民医疗网络就医后，只需出示身份证明，即可享受低价服务。

各级政府应当加强建设“惠民医疗网络”的规划，其密度可以根据各地的经济发展水平决定，贫困人口比例高的地区“惠民医疗网络”的密度可以更高一些，以方便贫困人口就医。在一些医疗条件较差的边远贫困农村地区，“惠民医疗网络”覆盖的范围甚至可以基本涵盖其三级医疗网络。其中，一是按照加强中心卫生院的医疗功能，加强普通乡镇卫生院的公共卫生职能的原则，因地制宜合理规划乡镇卫生院的建设标准。二是打破行政村建制，按照人口分布，在一定人口聚居范围内规划设立“中心卫生室”，作为所在乡镇卫生院的延伸机构，由乡镇卫生院统一管理。

无论是社会医疗保险体系还是复合式医疗救助，我们的方案都要求政府对于贫困人口给予更多的财政补贴，由此产生的一个问题是如何甄别这部分人口。从国际经验来看，很多国家都采用估算家庭收入和财产的做法来解决这一问题，但是在发展中国家中一般效果较差。为此我们建议：在起始阶段，应按照民政部门认定的名单确立贫困人口。目前城市贫困人口主要是低保人员，在农村也即将建立和完善低保体制，可以提供相应的低保人员名单。重要的是在名单确立过程中应当保证程序制度化，信息公开透明。

实际上，惠民医疗网络本身也可以起到筛选贫困人口的作用。由于惠民医疗网络的诊疗服务受到一定的标准限制，在惠民医疗网络就医可能会受到各方面的约束，其舒适度、便利性可能较其他医疗卫生机构差一些，这就使得一些收入较高的居民不愿意选择到惠民医疗网络就医。因此，未来可以探索利用惠民医疗网络，设计不同的保险计划：财政补贴高的保险计划要求到惠民医疗网络就医，其他的不受限制，让居民根据自己的收入情况自行选择，使得收入高的居民因为不愿意受到就医方面的限制而放弃额外的财政补贴。

## 四、医疗服务提供机构的改革

存在与医疗服务机构中的主要问题如下：（1）作为医疗服务机构主体的公立医院不能满足人们获得满意医疗服务的需要；（2）医疗机构“开大药方”等过度服务行为严重；（3）三级医疗机构间分工不合理，医疗资源不能有效使用，基层医疗机构难以获得良好声誉，不能有效参与竞争。针对这些问题，我们提出以下改革措施。

### **政策建议六：利用管办分开、扩大自主权、分类管理、引入竞争等手段，促进公立医疗机构的改革。**

我国医疗服务机构的主体是公立医院，作为事业单位，其基本运行体制、人事财务管理、工资职称体制、院长任免等都直接受到政府卫生行政部门的管辖，体现出高度行政化的特征。在对公立医疗机构采取行政事业单位管理体制的同时，政府对医疗卫生的投入远远没有跟上社会需求的发展，使得几乎所有的公立医院的经费都主要依靠自己的经营获得。由于行政事业单位的管理体制，医院的各种服务也难以完全按照市场规律形成稳定合理的收费机制，只能在政府管理和体制约束的缝隙和漏洞中寻找利益空间，由此造成公立医疗机构被广为诟病的“行政商业化”问题。

在一般地区建立以社会医疗保险为主体的医疗保障体制之后，政府的财政投入将主要用于“补需方”，让“钱跟人走”最终流向医疗服务机构，对于公立医疗服务机构的直接投入将会减少。这时，公立医疗机构应如何定位以及如何改革需要一个清晰的路线图。总体来看，我们建议的公立医疗机构改革的路线图是：通过管办分离、扩大自主权，可以减少公立医疗机构以往所面对的不当干预；通过分类管理、分类改革，可以确保公立医疗机构公益性功能获得充足的财政支持；通过引入竞争以压促变，给公立医疗机构以改革的动力。具体而言：

**1、明确政府卫生行政部门对医疗服务市场监管职能的定位。**确立有效的医疗服务监管体制与机制，成立独立的医疗服务监管机构并使其与对公立医院的管理职能彻底分开。

**2、恢复公立医院独立事业法人地位，给医院充分的自主经营权。**医疗机构的管理者和一线医务工作者的生产力是否得到解放，是医疗体制改革的关键。为此，一要恢复医生独立的专业执业人的身份；二要取消现有的编制管理制度，恢复医疗机构的自主人事权，包括医疗机构内部职务体系的设置权，聘用权和解聘权；三要取消目前正在施行的事业单位工资制度，恢复公立医院自主的收入分配权，建立以工作难度、病人满意度、医疗服务质量和数量为基础的医务工作者收入分配制度。四要恢复公立医院独立自主招标采购权，并允许其基于正当竞争合规运营的利润用于内部收入分配和患者优惠。

**3、吸引社会资本进入医疗服务市场，形成有效竞争。**因地制宜，在强化行业准入和监管的前提下，在市场规范、较为充分竞争的医疗领域内引入社会资本。采用托管、员工持股、混合所有制等多种形式，鼓励内部核心人才持股来补偿长期以来对人力资本的价值低估和报酬不足。充分发挥资本市场和人力资本市场的机制，对小规模医院，优先鼓励医务人员持股经营和管理；对于中型以上医院，鼓励混合所有制形式。社会资本进入医疗服务体系需要以下条件：首先将从业人员由事业单位人员身份转为自由执业者，置换资产优先补偿医生，并最终通过社会保障体系来解决退出人员的安置。承认经营性医疗的营利性质，建立《医院管理办法》和《民

营资本医疗机构投资管理办法》(如分摊回收期以避免急功近利等)等法律法规和监管制度。

**4、要加快公立医院事业单位体制的改革,按照不同定位实施分类管理,分类改革。建立公立医院与民营医院共存的混合模式,每个层级上都保留公立标杆医院。**政府首先应当确立一些技术水平高超,社会声誉良好的三甲医院为国家级和区域性医疗中心,加大政府投入,使其承担一些医学科研功能。其次在自愿申请的基础上,让一部分公立医疗机构加入惠民医疗网络,财政按其服务绩效给予补贴。最后是对其他类公立医疗机构,应切断其与政府卫生部门的行政联系,加强监管,鼓励其在竞争中获得发展空间;可以鼓励民间资本参与这些公立医院的产权改革和经营管理体制改革。

**5、加强政府对医疗服务市场的监管,优化医疗服务市场及医疗中间产品市场的规制制度。**在给予公立医院充分自主权后,政府卫生部门与公立医院要实施“管办分开”。卫生主管部门应按照统一的制度,对包括公立医院在内的医疗服务市场实施有效的监管。政府在规制方面的核心职责在准入、激励和监管三个方面:准入重点是规范和标准的制定;激励重点是合理的价格机制和基于价值规律的补偿机制;监管重点是信息披露以及奖惩机制的建立。

#### **政策建议七:充分利用市场机制调整医疗服务体系的结构,促进社区卫生服务网络的发展和合理转诊体系的建立。**

当前关于发展社区卫生服务网络,调整医疗服务体系结构的重要性得到了高度重视。一般的思路是政府加大投入,直接投资建设公立机构并承担运营费用,居民免费或少量付费享受初级医疗服务。这种做法在现实中的结果却是,虽然政府在社区投入了很多,但是得不到老百姓的信任,公立社区医疗机构的利用率较低。我们认为这种单纯依靠政府主导社区医疗机构发展的思路,一方面进一步扩大了事业单位的规模,增加了未来改革的难度;另一方面正如现实中情况一样,建设完成后也并不能提供高质量、低成本的初级医疗服务。因此,我们建议应当通过充分利用市场机制,促进社区卫生服务网络提高质量,由保险机构和消费者来选择合适的社区医疗服务机构,真正建立合理转诊体系。

(1) 鼓励各类社会资本进入社区卫生服务部门。卫生行政部门和保险机构应当加强从功能角度对社区医疗机构的认证,只要符合认证标准都应当认定为社区医疗机构。增加有效供给,才能形成有效竞争,进而提高社区医疗服务的质量和信誉。

(2) 可以允许各地探索给予高级别医疗机构医生一定的自由时间,允许并鼓励其兼职到社区开业,由此可以增加社区卫生人力资源的有效供给,提高社区医疗服务的质量。

(3) 在目前情况下,公立社区卫生服务机构可以作为公共卫生、妇幼保健等职能,以及社会医疗保险机构委托的体检事项的主要承担者。待各类社会资本社区卫生服务机构发展壮大后,政府和社会医疗保险机构应当执行无歧视原则,面向所有社区卫生服务机构择优购买公共卫生、妇幼保健、体检等服务。

(4) 调整不同级别医疗机构的服务价格,拉开价格差距,鼓励患者在社区就医。保险机构应当发挥主导作用,尤其在“保大又保小”情况下,应择优选择部分社区卫生服务机构为定点机构,形成合理转诊体系。

(5) 大力提倡纵向资源整合,建立以区域医疗中心为“龙头”的“医疗服务集团”,实现集团内部的纵向分工优化和集团间的横向竞争。

当前的一种认识是应当由社区卫生机构承担初级的基本医疗服务功能。我们认为：不能把“基本”医疗等同于“基层”医疗。有一些常见病、多发病一旦“确诊”以后，它的治疗可以放在基层。问题是在鉴别诊断，尤其早期鉴别诊断上，如果没有上级医疗机构的及时指导和支持，很多社区医疗机构容易出现误诊。这是老百姓有病就往大医院跑的主要原因。鉴于此，应当鼓励区域医疗中心为龙头，由它在各个社区布点，或者由它跟优质的社区医疗网点签约，共同组成一个医疗保健集团，进行“纵向整合”。农村基层卫生服务机构可以实行乡村一体化管理，以乡镇卫生院为“龙头”，村中心卫生室为乡镇卫生院的“伸腿”机构。这种形式下，由于各个社区医疗点成为较有品牌的医疗中心的分店，群众的认可度高。

在这样的医疗服务集团形成之后，政府以及社会保险机构就可以通过招标，以一家或数家医院为“龙头”，签订合同。签约单位负责组织管理并提供责任区内所规定的各项基本医疗保健服务，即“区域卫生保健承包责任制”，政府以及社会保险机构按任务和绩效考核指标向签约单位提供补偿。这个模式的主要特点是建立了双向转诊技术上的平台和组织上的动力机制，有利于医疗保健服务的无缝衔接。

## 五、医疗体制改革的配套措施

### **政策建议八：成立跨部门的“国民健康委员会”，建立“中央健康保障调剂基金”。**

从以上所建议的改革框架看，改革的推动涉及到方方面面利益的调整，涉及到众多部门的协调，需要一个权威的领导机构来协调领导医疗卫生领域的改革。因此，我们建议国家应当成立一个实体性的“国民健康委员会”。这一委员会除了拥有决策权之外，还应当拥有自己的办事机构。省地县各级政府也应当有类似机构，但是它可以没有具体的办事机构。

在改革方案推行期间，“国民健康委员会”的主要功能是更有效地跨部门协调各方利益，制定改革的指南，确保改革的顺利进行。改革方案推行之后，它的主要作用转变为承担监督管理整个医疗卫生体系运行职责的最高机构，负责整合目前分散在各个部门之间的监督管理职能。在这一委员会之下还应当分设不同的专业委员会，负责对医疗卫生体系的重大事项的研究论证。例如，负责医疗卫生领域相关法律法规制定的委员会；社会医疗保险计划诊疗目录的评审委员会；促进医疗卫生领域各相关主体进行实质对话的委员会等。

为协调改革过程中的各方利益，我们还建议设立一笔“中央健康保障调剂基金”，归“国民健康委员会”管理。调剂基金的用途包括：作为“急救保障基金”的主要来源；向接受高风险人群地区的社会医疗保险机构拨付，缓解地区利益冲突，协助解决医疗保障可携带性问题；救济出现财务风险的社会医疗保险机构，发挥再保险功能；为公立医院改革的部分成本埋单等等。调剂基金的来源包括：中央及地方财政共同出资；各地方社会医疗保险机构缴费；专项卫生税收等等。

### **政策建议九：重视现代信息技术以及其他适宜技术在医疗卫生领域的应用，促进科技创新。**

信息在医疗卫生领域中非常重要。我们建议加大在医疗卫生领域中的信息技术基础设施投入，重视现代信息技术的应用，以提高信息传递的效率，降低行政费用。首先可以让每个参加医疗保险的人都持有一张包含个人医保信息的智能医疗卡，这在付费、结算、保险机构的管理

等方面都会带来很多便利。随着全国医疗信息系统的发展，将来医疗卡中可以存储个人就医记录、既往病史等多种信息，方便患者就诊和健康数据的采集与传输，并且有利于对医疗机构的评估和监督。信息技术的应用还包括在移动医疗等方面。

医疗卫生领域的技术创新不仅影响着国民健康水平，而且对整个国民经济发挥着日益重要的作用。从某种意义上讲，未来的国际竞争就是生物医药领域的竞争。医疗卫生体制改革应当为技术创新创造一个良好的环境，为此医疗保险机构应鼓励各级医疗机构采取适宜的医疗技术，以及新的服务方式和管理方法，满足参保人不断增长的医疗服务需求，提高服务质量，降低医疗成本。通过这种方式，达到促进科技创新与控制医疗费用之间的良性循环。

## **政策建议十：营造医疗体制改革的制度环境与基础**

**1、建立医疗卫生事业的行政问责和绩效管理制度。**近期以医疗卫生规划为基础，建立政府医疗卫生事业的预算制度，将区域医疗卫生事业的发展评价和公众满意度评价，纳入到各级政府及领导班子的绩效管理。中央政府积极推动全国性法律框架和政策制度，组织制订全国性医疗卫生发展纲要并对地方提供规划业务指导，组织疾病诊疗指南的制订；集成和发布全国诊疗相关信息；适当承担对经济欠发达地区和弱势群体的财政补贴。以地市或省为单元，地方政府负责区域卫生服务规划的制订、执行和调整，负责辖区内的医疗保障制度建设和监管，肩负区域内全行业准入与监管职责。中远期，制定和实施《中国公民健康保障法》，界定各利益主体的责权利关系，明晰中央和地方政府的各自责任。

**2、从制度层面解决非法行医问题，改革现有执业准入制度，优化医务人员注册管理制度。**现有的执业准入制度脱离中国实际，而注册制度则无视医生是自由执业者，医疗机构是专家主导型的组织等特点，违背了医疗服务自身规律。为了解决现有的社区卫生人力资源严重短缺所带来的安全隐患，应弱化学历限制，强化临床实践要求，新设乡村执业医师和传统医学执业医师，并规范执行。同时改革现有的单点注册制度，逐步允许临床医生在多个医疗机构注册。

**3、建立医疗服务项目的双向准入制度。**建立以资深优秀医疗团队为主要资质基础，辅助医疗团队和相关硬件设施为次要资质基础的，主辅结合的医疗服务准入制度，主要团队可以在低一级的具有辅助准入资格的机构开展相关医疗服务，并鼓励在此基础上的医疗集团内部的中高级医疗机构与基本医疗服务机构间的网络化合作，以部分解决医疗落后地区缺医问题。

**4、建立第三方评价的认证制度，建立第三方服务市场，发挥社会治理的作用。**逐渐取代行政化评价和行政许可，建立以行业标准和规范为基础的第三方认证活动。建立医疗成本控制机制、医疗卫生信息传播和教育等第三方服务。发挥社会化管理式医疗的作用，发展医生自律、医院管理、第三方付费制约、社会评价与监督的相互作用的社会治理模式。利用多样化的监督媒介、多渠道发挥监督约束力。

**5、推进全国性公民健康教育的科学化、制度化和规范化，构建尊重医生，热爱生命的良性社会文化。**将健康教育作为公共产品来提供，加强义务教育中的健康教育课程建设，建立公民健康教育网络，开展形式多样、喜闻乐见的健康科普教育。积极倡导尊重医生、热爱生命的社会文化以优化医务工作者的执业环境和患者的就医环境。



## 六、财政投入估算

以下主要是以2005和2006年相关数据为基础，对达到政策建议设定的政策目标所需财政投入进行估算。这些估算是建立在一系列假定的基础上。按照建议的方案，以下将财政对卫生领域的投入主要分为四个方面：公共卫生（包括各类医疗卫生管理职责和公共卫生服务所需投入）和急救、对筹资和医疗保障体系的补贴（包括公费医疗和对各类公立医疗保险的补贴）、对医疗服务机构的直接投入（包括惠民医疗网络的建设和运营费用、一般医疗机构的建设费用和对各类科研和教学医疗中心的投入）及其他（基本健康保障调剂基金和医疗救助）。这种分类方式基本上涵盖了政府对医疗卫生领域的投入。

我们首先估算静态费用（即马上达到建议中所提出的政策目标所需费用）；然后按照每年13%的费用增长率（政府的各类单位投入都要保持13%的增长率），同时考虑改革的推进过程对各项财政投入进行动态估算。在动态估算过程中，我们假定到2020年能够达到政策建议中所提出的各项政策目标，即人群达到全覆盖（这是一种简化假设，预计一般人群参加公立医疗保险的比例达到90%）、保障程度达到所建议的水平。另外，我们认为13%的增长率已经考虑到人口增长、老龄化、医疗技术进步、医疗保障体系扩张等因素对卫生费用及政府投入的影响，因此在动态估算中假定人口结构等因素没有变化。

需要指出的是，我们的估算基本上是按照最高标准执行。估算中的一些费用在现实中可能并不会发生。例如我们假设所有90%的普通居民都会享受政府补贴，购买小额门诊保险。另外，一些费用估算也有重合之处。我们这样做的目的是让决策者了解，如果执行本报告的相关政策建议的话，在最极端的情况下会给财政带来多大的压力。无论如何，与其他关于医改方案的政策建议相比，由于我们在政策建议中恪守医疗卫生领域“有限政府责任”原则（例如强调优先保障大病，而不是所有医疗服务全覆盖），相信对政府的财政压力是最小的。

估算的基本结果如下，具体估算过程详见附件一。

### （一）静态财政投入

- 1、按照目前的费用支出水平，公共卫生和急救共需财政静态投入  $910+34=944$  亿元。需要指出的是，考虑到我国公共卫生职能在许多方面是由医疗机构承担的，因此这些公共卫生方面的支出并非是专门投向公共卫生专业机构，有很多是投向医疗机构（尤其是基层医疗机构）的。各类社会医疗保险所需财政投入见下表，合计财政静态投入 **1304 亿元**；公费医疗财政支出 **423 亿元**。
- 2、财政对医疗机构的直接投入静态估算为 **598 亿**。
- 3、“中央健康保障调剂基金”估算为 **50 亿**；医疗救助静态估算为 **24 亿**。
- 4、以上各项财政投入合计为： $944+1304+423+136+452+10+50+24=3343$  亿元。这即是按照目前的费用水平，假定立即完成政策建议中各项政策目标所需的静态财政投入数字。根据 2005 年我国卫生总费用测算结果（赵郁馨等，2007），可以推算出要完成政策建议中各项政策目标，按照目前的费用水平，财政投入（中央和地方财政）需在现有基础上增加  $3343-1755=1588$  亿。完成这些投入之后，按照目前的费用水平，政府的预算内卫生支出将占卫生总费用的 **34.2%**；占财政总收入的比重为 **8.5%**；占 GDP 的比重为 **1.6%**。应当说，

这些比例都处于较为合理的界限内。

## （二）中央和地方财政的动态投入（2007—2020）

1、社会医疗保险体系的推进过程与财政投入见下表：

年度	社会医疗保险体系推进目标	农村人均 财政补贴	城市人均财政补 贴	财政投入 估算合计
2007	农村人口 70% 覆盖，大病医疗费用报销 30%；城镇未参保人口 20% 覆盖，大病医疗费用报销 50%。优先覆盖贫困人口和儿童。	人均补贴 40 元	人均补贴 40 元	266 亿元
2010	城乡均达到贫困人口和儿童全覆盖，一般人群 80% 覆盖。大病报销比例维持不变。小病适当定额补贴	人均补贴 65 元	人均补贴 65 元	577 亿元
2015	一般人群 90% 覆盖。农村人口大病医疗费用报销 40%/50%；城镇人口大病医疗费用报销 60%/70%。小病统筹适当定额补贴。	一般人群人均补贴 120 元；儿童和贫困人口人均补贴 180 元。	一般人群人均补贴 140 元；儿童和贫困人口人均补贴 600 元。	1565 亿元
2020	一般人群 90% 覆盖。提高保障水平至最终目标值，即一般人群大病医疗费用报销 70%；贫困人口和儿童大病医疗费用报销 80%。小病统筹定额补贴	一般人群人均补贴 475 元；儿童和贫困人口人均补贴 794 元。	一般人群人均补贴 490 元；儿童和贫困人口人均补贴 2058 元。	5967 亿元

备注：设定医疗费用年平均增长速度为 13%，相应的政府各项投入也保持这一增速。

2、改革进程中各年财政总投入见下表：

年度	社会医疗保险体系 财政投入	公共卫生和急救 财政投入	惠民医疗网络 财政投入	其他方面财政投 入	财政投入 估算合计
2007	266	762	181	869	2078
2010	577	1359	325	1251	3512
2015	1565	2511	601	2311	6988
2020	5967	4625	1107	4258	15958

备注：各项费用均设定其年平均增长速度为 13%，相应的政府各项投入也保持这一增速。表内各项数值单位均为亿元。

由于我们假定医疗费用及政府的各项投入的年增长率保持在 13%，如果假定我国的经济增长率保持在年 10%，则到 2020 年，政府的预算内卫生支出将占到 GDP 的 2.27%。我们认为，随着我们经济的发展及各项改革的深入，2020 年达到这一比例是非常需要的。改革进程中还要注意调整中央和地方财政的投入比重，我们建议到 2020 年中央财政的卫生投入应当占整个财政卫生投入的 40%。中央财政的支出应当向农村地区和中西部地区倾斜。

## 附件一：基本医疗保障体系财政投入估算

本附件主要是以2005和2006年相关数据为基础，对相关政策建议所需财政投入进行估算。这些估算是建立在一系列假定的基础上。按照建议的方案，以下将财政对卫生领域的投入主要分为四个方面：公共卫生（包括各类医疗卫生管理职责和公共卫生服务所需投入）和急救、对筹资和医疗保障体系的补贴（包括公费医疗和对各类公立医疗保险的补贴）、对医疗服务机构的直接投入（包括惠民医疗网络的建设和运营费用、一般医疗机构的建设费用和对各类教学和科研医疗中心的投入）及其他。这种分类方式基本上涵盖了政府对医疗卫生领域的投入。在对财政投入的估算中，我们既考虑了静态的费用（即马上达到建议中所提出的政策目标），又考虑了动态的投入过程。

在估算过程中，我们首先按照2006年的卫生费用水平，测算如马上达到建议中提出的各项政策目标时所需的财政投入；然后按照每年13%的费用增长率，同时考虑改革的推进过程对各项财政投入进行动态估算。在动态估算过程中，我们假定到2020年能够达到政策建议中所提出的各项政策目标，即人群达到全覆盖（估算中预估一般人群90%参加公立医疗保险。需要指出的是，由于职工医疗保险并不需要财政出资，因此在估算中假设有2.5亿职工的医疗保险无需财政投入。）、保障程度达到所建议的水平。另外，我们认为13%的增长率已经考虑到人口增长、老龄化、医疗技术进步、医疗保障体系扩张等因素对卫生费用及政府投入的影响（我国2000年至2005年卫生总费用的年增长速度大约在13%左右，估算中假定这一增长速度会持续下去），因此在动态估算中就不再考虑人口结构、城市化水平、老龄化等因素的变动。

需要指出的是，我们的估算基本上是按照最高标准执行。估算中的一些费用在现实中可能并不会发生。例如我们假设所有居民都会享受政府补贴，购买小额门诊保险，假定医疗保障体制达到人群全覆盖。另外，一些费用估算也有重合之处。我们这样做的目的是让决策者了解，如果执行本报告的相关政策建议的话，在最极端的情况下会给财政带来多大的压力。无论如何，与其他关于医改方案的政策建议相比，由于我们在政策建议中恪守医疗卫生领域“有限政府责任”原则（例如强调优先保障大病，而不是所有医疗服务全覆盖），相信对政府的财政压力是最小的。

## 一、静态投入估算

### （一）公共卫生和急救

我们测算出按照目前的费用支出水平，公共卫生每年约需910亿元，急救每年约需168亿元，合计每年共需资金约为1078亿元。其中急救费用假定最终由财政承担20%，公共卫生全部由财政承担，则共需财政静态投入 $910+34=944$ 亿元。

需要指出的是，考虑到我国公共卫生职能在许多方面是由医疗机构承担的，因此这些公共卫生方面的支出并非是专门投向公共卫生专业机构，有很多是投向医疗机构（尤其是基层医疗机构）的。

#### 1、公共卫生

卫生部统计信息中心曾将公共卫生分为公共卫生职责和公共卫生服务两大类，并筛选出8大类29项公共卫生职责，9大类52项公共卫生服务（见表1和表2）。他们测算的结果是，如果需要由财政承担这些公共卫生职责和服务的投入，每年共需资金约为910亿元，其中基本公

共卫生职责需 350 亿元，基本公共卫生服务需 560 亿元。这是迄今为止国内对公共卫生方面较为详细的总体测算结果，但是它并没有反映出各地的差异。

表 1 基本公共卫生职责内容

类别	基本公共卫生职责
行政及综合管理	1、政策、法律、法规制定 2、财务管理 3、卫生人力管理 4、卫生科学研究
卫生监督	1、卫生行政许可 2、公共卫生（食品、公共场所、化妆品、生活饮用水）监督 3、医疗卫生监督 4、其他卫生监督：职业卫生、放射卫生、学校卫生
疾病预防控制	1、疾病监测与报告 2、免疫规划（计划免疫监测、接种管理、疫苗管理） 3、传染病、慢性非传染性疾病、地方病、寄生虫病、自然疫源病、意外伤害防治 4、全民健康教育与健康促进 5、健康体检：公共卫生从业人员、职业人群、学生
专科疾病防治	传染病、结核病、职业病、精神病、麻风病、地方病、寄生虫病、血吸虫病防治
妇幼保健	1、监测：孕产妇死亡监测、5 岁以下儿童死亡监测、出生缺陷监测 2、托儿所、幼儿园的卫生保健指导 3、妇幼信息统计 4、妇幼健康教育
健康教育	1、不同人群：农民、中小学生、城镇居民、职业人群、某类重点人群 2、疾病控制健康教育、自我保健健康教育

类别	基本公共卫生职责
	3、疾病控制、妇幼卫生、营养合理、劳动卫生、职业病防治、控制伤残、地方病防治中的健康教育
	4、传染病防治、学校卫生、母婴保健、公共场所、食品卫生等方面的健康教育
	5、医药科技知识的普及教育
	6、健康知识传播
信息管理	1、卫生服务评价 2、生命统计
医疗保障管理	1、新型农村合作医疗 2、城镇职工基本医疗保险 3、贫困人口医疗救助

表 2 国家基本公共卫生服务包内容

项目	项目内容	目标人群
日常信息管理	居民健康档案的建立与维护	全人群
	生命统计；数据上报与资料分析；社区卫生诊断	全人群
预防接种 <sup>1</sup>	接种卡介苗、白百破、脊髓灰质炎、麻疹疫苗	儿童
	接种乙肝疫苗	儿童
	接种水痘疫苗	儿童
	应急接种与强化免疫	易感人群
	配套工作：预防接种监测（采样）；免疫接种效果评价；接种不良反应处理。	已接种儿童
传染病控制	常规工作：疫情监测、传染病疫情报告、疫情漏报调查、流行病学调查、疫源地处理	传染病患者
	结核病病人全程监督化疗治疗	结核病人
	艾滋病病人登记、访视	艾滋病病人
	其他传染病访视	传染病人
孕产妇及儿童保健 <sup>4</sup>	妇科健康查体	35岁+
	孕产妇系统管理 <sup>2</sup>	孕产妇

项目	项目内容	目标人群
	高危妊娠筛查与转诊	孕妇
	儿童系统保健 <sup>3</sup>	5岁及以下儿童
	儿童生长发育监测	
老年保健	老年人体检	65岁+
慢性非传染性 疾病	高血压筛查与病例管理	35岁+
	糖尿病筛查与病例管理	35岁+
	冠心病病例管理	65岁+
	脑卒中病例管理	65岁+
精神卫生	精神卫生管理对象建档	全人群
计划生育	计划生育药具的发放	育龄夫妇
健康教育	不同人群健康教育：孕产期保健指导	孕产妇
	儿童各期卫生保健宣教	5岁以下儿童
	老年人健康宣教	60岁+
	避孕节育技术指导	育龄夫妇
	卫生保健与计划生育技术指导咨询	育龄夫妇
	疾病防治：免疫接种宣传与咨询	儿童父母
	性病、艾滋病的健康教育	全人群
	结核病防治健康教育	全人群
	其他传染病健康教育	全人群
	慢性病防治健康教育（高血压、糖尿病）	全人群
	慢性病病例健康教育（高血压、冠心病、脑卒中、糖尿病、恶性肿瘤）	患者
	精神病防治宣教	全人群
	眼病、牙病健康教育	全人群
	健康影响因素：吸烟、饮酒、吸毒控制	全人群
	自我保健知识	全人群
卫生法律、法规、政策宣传教育	全人群	

注：1. 包括采取措施确保流动人口儿童的预防接种；2. 包括产前检查和产后访视（包括产后健康检查）；3. 包括新生儿建卡、访视、儿童健康评估、儿童保健系统管理以及营养不良和微量营养素缺乏管理等；4. 提供机构包括妇幼保健机构和妇幼医院。

## 2、急救

我们以相关统计年鉴和天津的现场调查为依据，对急救服务的成本进行了测算，估计每年用于院前急救服务的资助费用约需 14 亿元，院内急诊诊查和处置费用约为 154 亿元。测算过程见表 3。

表 3 全国每年急救、急诊费用估算说明表

项目	平均费用取值 <sup>【1】</sup>	全年次数估计	全国全年费用估算
急救小计	70 元/次	1950 万次/全国人口 <sup>【2】</sup>	13.65 亿元
其中：	(以往返 10 公里计)		
院前急救费 (元/次)	40	1.5 万次/百万人口 <sup>【2】</sup>	
救护车出车费 (元/公里)	30 元/10 公里	1.5 万次/百万人口 <sup>【2】</sup>	
急诊小计	117.5 元/次·日	1.31 亿次/年 <sup>【3】</sup>	153.92 亿元
急诊挂号费 (元/次)	1.5		
急诊诊查费 (元/次)	5		
门急诊留观诊查费 (元/日)	5		
急诊监护费 (元/日)	50		
急诊留观床位费 (元/日)	6		
小抢救费 (元/日)	50		
急救、急诊合计			167.58 亿元

注：(1) 平均费用取值系综合了全国各省市现行医疗服务价格项目规范后所取估算均值。(2) 急救次数根据天津市现场数据估算。(3) 急诊次数根据《2006 年卫生统计年鉴数据》估算。

### (二) 社会医疗保险体系静态财政投入

表 3 是假设按照目前的医疗费用支出水平达到全覆盖，加上一系列其他设定所做的社会医疗保险体系所需财政投入静态估算。有关人口分类和保险费用的估算方法见后。

- 1、假设最终参加城镇职工基本医疗保险和公费医疗的人数为 2.5 亿（目前参加职工基本医疗保险的为 1.5 亿，公费医疗的人数不祥。）。城镇职工基本医疗保险不需要财政投入。公费医疗所需财政投入按照 2005 年的统计数字为 374 亿，按照 13% 的费用增长率则 2006 年达到 423 亿元。
- 2、预估参加城镇居民医疗保险，大病医疗费用报销 70% 时所需筹资额度为 350 元，大病医疗费用报销 80% 时所需筹资额度为 400 元。参加新型农村合作医疗大病医疗费用报销 70% 时所需筹资额度为 110 元，报销 80% 时所需筹资额度为 140 元。推断依据见表二和表三。
- 3、门诊财政补贴均按定额方式，标准见方案建议。

表 3 城乡社会医疗保险所需财政投入静态估计

项目	覆盖人数 (亿)	保险计划		财政补贴			
		大病筹资额度	大病报销比例	小病人均补贴(元)	大病人均补贴(元)	人均补贴合计(元)	补贴总额(亿元)
农村地区一般人群	6.09	110	70%	20	77	97	591
农村地区贫困人口和儿童	1.28	140	80%	50	112	162	207
城镇地区未参保一般人群	2.71	350	70%	30	70	100	271
城镇地区低保和儿童	0.56	400	80%	100	320	420	235
合计	10.64						1304

注 1: 假定城镇人口中有 2.5 亿参加城镇职工基本医疗保险或公费医疗。前者无需财政投入, 后者所需财政投入未计算。

若干参数设定

● 人口分类数量

按照统计公报, 我国 2006 年人口合计 13.14 亿。其中农村人口为 7.37 亿, 按照国家贫困线, 贫困人口比重为 2.3%, 为 2200 万; 考虑到国家贫困线的标准较低, 为稳妥起见, 我们将其扩充到农村人均收入最低 10% 组, 即贫困人口为 7370 万; 非贫困 7 岁以下儿童数量为 5420 万 (查人口年鉴可知农村 7 岁以下儿童占总人口比重为 8.17%)。

2006 年我国城镇人口为 5.77 亿, 其中民政部门公布的低保人数为 2200 万; 查阅人口年鉴可知城镇 7 岁以下儿童占总人口比重为 5.9%, 则可计算出儿童数量为 3400 万 (低保家庭儿童数量未计算在内)。

● 城镇居民医疗保险人均保费估计

我们从网络收集了 44 城市的城镇居民医疗保险方案, 选取了其中几个关键数据: 总保费 (包含财政补贴)、起付线、医疗费用 5000 元以下报销比例、医疗费用 10000 元以上报销比例、封顶线, 同时查阅各地 2006 年城镇人口人均纯收入。利用这些数据, 以总保费为被解释变量做了个计量分析获得各个变量的回归系数 (见下表), 然后设定两类参数估计所需保费, 结果见下表,



大概是如果报销大病医疗费用 70%，封顶线为 4 万元的话，则人均保费需要 310 元。

	常数项	起付线	5000 元以下 报销比例	10000 元以 上报销比例	封顶线	城镇人口 人均纯 收入	估计保费
回归系数	-193.89	-0.015	266.40	150.08	0.0038	0.0042	
待估参数一		300	70%	80%	40000	11759	310
待估参数二		300	80%	90%	50000	11759	390

另外，我们同时查阅了 2006 年度劳动和社会保障事业发展统计公报，可知 2006 年末全国参加城镇职工基本医疗保险人数为 15732 万人，统筹基金支出 717 亿元，由此可计算出人均统筹基金支出为 455 元。由于统筹基金一般是用于大病医疗费用报销，我们查阅各地城镇职工基本医疗保险方案可知，大病医疗费用报销比例一般在 85%—95% 之间，可推断如大病医疗费用报销 80% 的话，大约需保险金 405 元，如报销 70% 约需保险金 353 元。

结合各地正在试点的城镇居民基本医疗保险方案所拟合出的参保费用，和城镇职工基本医疗保险的全国平均数，我们最终估算如大病医疗费用报销 70% 的话，保险金需达到 350 元，如报销 80% 的话，保险金需达到 400 元。

#### ● 新型农村合作医疗人均参合费用估计

我们从网络收集了 54 个县区的新型农村合作医疗试行办法，选取了其中几个关键数据：总参合费用（包含财政补贴）、起付线、县医院就医报销比例（方案中一般采用了分级分段报销方式，我们这里一般采用了第二段）、封顶线，同时查阅各地 2006 年农民人均纯收入。利用这些数据，以总保费为被解释变量做了个计量分析获得各个变量的回归系数（见下表），然后设定三类参数估计所需保费，结果见下表。为保守起见，我们最终选定如果大病医疗费用报销 70% 的话，则参保费用需 110 元，如果大病医疗费用报销 80% 的话，则参保费用需 140 元。

	常数	起付线	县医院报销 比例	报销封顶线	农民人均纯 收入	估计参合 费用
回归系数	-74.46	-0.023	1.598	0.0014	0.0087	
待估参数一		200	70%	30000	3587	105
待估参数二		200	80%	30000	3587	120
待估参数三		200	80%	50000	3587	150

### （三）对医疗机构的直接投入

政府对医疗机构的直接投入包含公立医疗机构的建设费用，惠民医疗网络的日常运营费用，对医学科研的投入。

假定政府对医疗机构的投资维持现在规模。按照卫生统计年鉴，2005 年预算内投资 120 亿元，则按 13% 的增长率，2006 年这一数字应达到 136 亿。需要指出的是，这些投资应当向惠民医疗网络和一些教学和科研医学中心侧重。

对于惠民医疗网络，财政主要承担其人员经费支出和一些日常运营经费。假定最终惠民医

疗网络占现有医疗机构的 10%，则按照《2006 年卫生统计年鉴》医疗机构总人员经费支出为 1400 亿元匡算，财政需投入惠民医疗网络人员经费为 140 亿元，配套 60 亿日常经费，合计 200 亿元。按照《2006 年卫生统计年鉴》数字，2005 年我国医疗机构获得各种财政运营补贴约为 460 亿，其中部分费用应当是对其承担公共卫生职能的补偿（尤其是对基层医疗机构的拨款，这部分费用以在公共卫生部分估算）；部分费用是对其从事医疗服务的补贴，我们预估其中 200 亿为其从事医疗服务的补贴，改革过程中先维持这部分拨款，待医疗服务价格体系得到调整之后再逐渐取消。按照 13% 的增长率，则 2006 年惠民医疗网络获得的日常运营费用补贴为 226 亿，其他医疗机构获得的日常运营费用补贴为 226 亿。

对于全国和区域医学中心，以及一些专业的医学科研机构的专项科研投入，可预估每年 10 亿（按照《2006 年卫生统计年鉴》数字，2005 年医学科研投入为 4.2 亿）。

#### （四）其他

为保证改革的顺畅进行，还需要设立中央健康保障调剂基金，主要用于急救和公立医疗保险体系，以及用于各项改革成本的支付。考虑到其所需资金预算应当已经在以上各项中列支了，其资金来源也可以来自于以上各类资金的调剂。但为顺利开展改革，可以粗略估计财政为此项基金每年额外补充 50 亿元。

按照我们建议的改革方案，财政已经为贫困人口参加社会医疗保险体系给予了更多的补贴，例如城市贫困人口人均财政补贴高达 420 元，农村贫困人口人均财政补贴 162 元，再加上惠民医疗网络，因此专项医疗救助的支出无需增加过多，可在目前支出基础上增加 10 亿元，即为 24 亿（要指出的是，按照当前的财政拨款统计，医疗救助支出统计在民政部门中）。

#### （五）财政投入静态合计

以上各项财政投入合计为： $944+1304+423+136+452+10+50+24=3343$  亿元。

这个财政支出数字是即是按照 2006 年的费用水平，假定完成政策建议中各项政策目标所需的静态财政投入数字。按照卫生总费用测算结果（赵郁馨等，2007），我国 2005 年实际卫生总费用为 8660 亿元，政府预算卫生支出为 1553 亿元；则均按 13% 的增长速度，我国 2006 年卫生总费用和政府预算卫生支出分别预估为 9786 亿元、1755 亿元。由此可知：

- 1、 要完成政策建议中各项政策目标，按照 2006 年的费用水平，财政投入（中央和地方财政）需在现有基础上增加  $3343-1755=1588$  亿。
- 2、 按照 2006 年的费用水平，如完成政策建议中各项政策目标，则政府的预算内卫生支出将占卫生总费用的  $3343\div 9786=34.2\%$ ；占财政总收入的比重为  $3343\div 39373=8.5\%$ ；占 GDP 的  $3343\div 209407=1.6\%$ 。应当说，这些比例都处于较为合理的界限内。

## 二、中央和地方财政的动态投入（2007—2020）

### （一）改革推进进程及财政动态投入

从国际经验来看，各国的卫生筹资体制改革都不可能在短时间内完成，需要多年的努力。因此，为进行财政投入的动态估计，我们假定政策建议中所提出的各项政策目标到 2020 年基本实现。表 4 中给出几个关键年份的社会医疗保险体系的推进进程，原则上是先做到人群全覆盖，再逐步提高保障水平。在提高保障水平方面，小病统筹到 2010 年给予适当定额补贴。

表 4 社会医疗保险体系推进进程及财政投入

年度	大病统筹推进目标	农村人均财政补贴	城市人均财政补贴	财政投入合计
2007	优先覆盖贫困人口和儿童。最终使农村人口 70% 覆盖，大病医疗费用报销 30%；城镇居民 20% 覆盖，大病医疗费用报销 50%。	人均补贴 40 元	人均补贴 40 元	266 亿元
2010	城乡均达到贫困人口和儿童全覆盖，普通居民 80% 覆盖。大病报销比例维持不变。	人均补贴 65 元	人均补贴 65 元	577 亿元
2015	普通人群 90% 覆盖。农村人口大病医疗费用报销 40%/50%；城镇人口大病医疗费用报销 60%/70%。	普通人群人均补贴 120 元；儿童和贫困人口人均补贴 180 元。	普通人群人均补贴 140 元；儿童和贫困人口人均补贴 600 元。	1565 亿元
2020	普通人群 90% 覆盖。提高保障水平至最终目标值，即普通人群大病医疗费用报销 70%，贫困人口和儿童报销 80%。	普通人群人均补贴 377 元；儿童和贫困人口人均补贴 549 元。	普通人群人均补贴 343 元；儿童和贫困人口人均补贴 1567 元。	4806 亿元

**备注 1：**估算是建立在很多假定的基础上。其中考虑到我国各种影响医疗费用增长的因素，表中设定到 2020 年医疗费用年平均增长速度为 13%；因此即使政府希望能够维持对居民的财政补贴效果，则人均财政投入在各年间应保持这一增速。

**备注 2：**表中所列数字均仅为大病统筹所需财政补贴。我们建议到 2020 年，按照目前的医疗费用水平计算应为城镇贫困人口与儿童提供人均小病医疗保险补贴 100 元，普通居民补贴 30 元；农村贫困人口与儿童人均补贴 50 元，普通居民补贴 20 元。如按照这一标准，假设到 2020 年参加大、小病统筹的人数相同，则总财政投入按目前的费用水平将达到 **1304 亿元（这一数字占 2006 年财政总收入的 3.3%）**；如按 2020 年费用水平计将达到 **5967 亿元**（按 2020 年费用水

平计，农村普通人群人均总补贴为 475 元，儿童和贫困人口为 794 元；城镇普通人群为 490 元，儿童和贫困人口为 2058 元。)

在公共卫生和急救方面，应当从当前即加大投入。设定当前落实公共卫生财政投入的 80%，到 2010 年全部落实；设定当前即完全落实急救方面的财政投入。

由于惠民医疗网络的一个重要功能即是在筹资体制没有完全建立起来之前，解决贫困人口的看病贵问题，因此应当抓紧落实。设定当前落实惠民医疗网络财政投入的 80%，到 2010 年全部落实。

公费医疗、对医疗机构的投资、对医疗机构从事医疗服务的补贴、医学科研投入、中央保障基金与医疗救助方面的财政投入均应在当前落实。按照以上设定，可预估各年财政总投入如表 5：

表 5 改革进程中各年财政投入

年度	社会医疗保险体系 财政投入	公共卫生和急救 财政投入	惠民医疗网络 财政投入	其他方面财政投 入	财政投入 估算合计
2007	266	762	181	869	2078
2010	577	1359	325	1251	3512
2015	1565	2511	601	2311	6988
2020	5967	4625	1107	4258	15958

备注：各项费用均设定其平均年增长速度为 13%。单位均为亿元。

## (二) 中央和地方财政应承担比例

以上估算的是改革进程中财政的总投入。从各级财政的费用分担来看，目前我国财政对卫生领域的投入主要由地方政府承担，2004 年中央财政的卫生投入仅占政府卫生投入的 6.3%。出于基本公共服务均等化的要求，按照国际经验我们建议这一比例到 2020 年应当调整到 40%。当然这一比例是全国平均而言，在实际中中央财政的卫生支出应当向农村地区、中西部地区倾斜。

## 附件二：若干重要政策建议的说明

### 问题 1. 财政对医疗部门的投入是补供方还是补需方？

在当前关于中国医改的讨论中，一个较为一致的意见是政府应当增加投入，然而对政府应采用何种方式增加投入却存在两个方向不同的看法。一种看法是政府应当增加对供方的投入，另一种看法认为应当补贴需方，即“钱随人走”。我们认为，未来政府财政补贴的主体应当采取“补需方”方式，以建立一个全面覆盖的社会医疗保险体系。与此同时，财政也应当采取直接“补供方”的形式，向公共卫生机构、惠民医疗网络以及一些医学科研和教学中心增加投入。其理由如下：

(1) 一个众所周知的事实是，我国事业单位规模庞大而效率低下，远远不能满足人民群众

对公共服务的需要。因此，我国自 80 年代以来一直在想方设法改革事业单位管理体制，期望改善其提供公共服务的职能，但至今尚未收到显著成效。如果改革方案确定大范围的直接补贴供方，势必进一步扩大事业单位的规模，加大事业单位管理体制改革的难度。

(2) 从国际经验看，建设公立医疗机构与建设公立医疗保险，都是政府为居民提供基本医疗保障的主要方式，两者各有利弊。但近年来在全球范围内，许多以公立医疗机构为主要形式的国家（典型的如英国）都纷纷采取让“钱跟人走”的改革政策，以达到卫生服务购买者与提供者分开的效果。这种做法的目的即是在其服务提供体系中引入市场竞争机制。

由此可见，在医疗体系中引入市场竞争机制是全球范围内医疗体制改革的新浪潮。而建立社会医疗保险体系，便于在医疗服务提供机构中引入竞争机制；与此同时，还能通过代表需方利益的第三方如保险人之间的竞争（如在所能提供的医疗服务范围、保险费率的确定、支付方式等各方面）来间接作用于医疗服务的提供，促进竞争的加强及服务的改善。从国际经验看，公立和私立医疗机构并存是大势所趋。如果医改方案确定补供方，医疗卫生服务体系必然以公立医疗机构为主体，这将对日后引入市场竞争形成难以逾越的障碍。换言之，为了创建一个有利于医疗卫生服务领域长远发展的竞争平台，必须从一开始就为私立医疗机构留出具有实际意义的生存空间。没有保险机构代表消费者的利益参与服务定价以及对服务提供者进行监督与评估，就很难减轻医疗部门中的信息不对称问题，就不能有效保护消费者的权益；

(3) 直接补贴供方最大的困难是如何解决供方的激励问题。没有恰当的激励，公立医疗机构改善服务质量、响应患者要求的动力不足，在垄断经营状态下尤其如此。而采用“钱随人走”的方式，由需方或者代表需方利益的第三方来决定资金的使用更有利于市场机制发挥作用，让消费者对其医疗服务质量的满意程度可以通过“用脚投票”的方式表达出来。由此一方面消费者个人的权利得到了尊重，另一方面也加强了对医疗服务提供者的市场监督。有了可以直接控制的经济手段，需方对医疗质量的关注，以及对医疗花费更强的成本意识，自然会迫使医疗服务提供部门提高绩效。

(4) 现在，公立医院收入的 90%以上来自医疗服务收费。如果改革方案让公立医院在新的医疗服务体系中占垄断地位，那么，要扭转“看病难、看病贵”的局面，政府不仅需要大量增加财政投入以支付公立医院的运营成本，还需要支付医务人员因失去“创收”机会而损失的收入，以使改革顺利进行。而后者既无法测算，在实际操作中也不可能让绝大多数医务人员都满意。其结果很可能是政府财政负担进一步加大且改革受阻，整体医疗服务质量进一步下降。

(5) 在我国，由于财政体系的透明度不高，如果财政投入主要采取补供方的方式，各地能获得的卫生投入将取决于其本身的财力、与上级政府的谈判能力，以及卫生系统争取资金的能力，其中也会产生很多腐败问题。而如果采取主要补需方，建立公立医疗保险体系的形式，由于政府的财政补贴以每人多少钱的方式向社会公布，大大加强了财政向卫生领域投入的透明度。这对于保证卫生领域获得充足的资金，保证卫生投入的区域平衡都很有帮助。与此同时，在财力有限的情况下，补贴需方建立公立医疗保险体系，便于利用财政投入更有针对性的照顾特定群体，如贫困人群，由此可以促进卫生公平。

基于以上理由，我们主张医改应当主要通过以财政收入对参保者进行补贴的方式，快速推进公立医疗保险体系的建设；同时鼓励社会资本进入医疗服务市场，建立公私兼容的医疗卫生服务体系。保险机构应当按照无歧视原则，在各种所有制的医疗服务机构中选择合适机构，充

分发挥第三方购买者功能。

当然，在财政投入以“补需方”为主体形式的同时，也应当在特定领域加强对供方的投入。首先，为克服道德风险问题，医疗保险一般都有起付线、封顶线和共付比例的要求，因此可能使得一部分特别贫困的人群即使享有医疗保险，在医疗服务的可及性方面仍然存在障碍。针对这一问题，可以通过建立“惠民医疗网络”的方式，即采用财政补贴的方式，设立专门的惠民医院或者在一般医疗机构设立惠民窗口，从而为这些特困人口提供复合式的医疗救助。其次，医疗技术的进步是改善我国人民健康状况的重要途径，是重要的公共物品。为此，国家应当加大对一些医学教学和科研中心的财政投入，促进医学技术的进步。最后，在目前情况下，公共卫生体系的发展还需要政府加大财政的直接投入，在未来可以探索按人头购买的拨款方式。

## 问题 2. 为什么要优先保障大病？

政府主导的基本医疗保险应该重点保大病还是保小病，目前存在争论。主张重点保小病的主要理由是：与大病相比，小病发病率更高；小病不治容易拖成大病；加强对常见病、多发病的医疗保障有利于提高卫生投入绩效。而我们的看法是，处于目前的经济发展阶段，在政府财力和管理能力有限的情况下，应当优先保障大病。理由如下：

(1) 从老百姓的需要来看，大病的不确定性高，而且一旦发生就会给家庭的经济带来很大的压力，因此有保险或建立保障体制的需求。而小病的不确定性较低，比如说每个家庭每年看小病所花费的医疗费用差别不大，保险根本就没有必要。在像中国这样的发展中国家，大病还往往给部分家庭带来因病致贫问题，而小病产生因病致贫问题的几率就要低得多，由此看来大病所带来的社会影响、政治影响更大。正是因为如此，广大人民群众才更需要针对大病的风险分担和社会互助。

(2) 从理论上讲，针对上个世纪 50—60 年代一些发达国家政府大范围干预医疗领域的现象，理论界对其进行了广泛而激烈的讨论，最终一个较为一致的看法是：政府干预医疗领域的主要原因是医疗服务具有“利他主义外部性”的特征。或者说，由于伦理上人们无法接受其他人的疾病因缺乏金钱而无法医治，出于公平的考虑才需要政府对医疗领域进行干预。显然，大病的诊疗更符合这种“利他主义外部性”特征，而小病一般在人们收入可以承担的范围内，应当主要靠自己承担。只有在小病的治疗费用自己也无法承担时（如贫困人口的就医），才需要政府干预。

(3) 从维持保险体系的持续财务平衡来看，保大病的财政负担可控性强，财务风险小。大病的发病率比较稳定，且价格弹性较小。小病的医疗成本则难以预测，而且会由于个人承担的医疗成本降低而导致医疗费用大幅上升，很难对其进行有效监控。

(4) 提倡保小病的观点认为，如果不保小病，可能会产生小病拖成大病，以便得到保险补偿的情况。首先，小病拖成大病这样的情况在医学上并不常见。其次一般说来，大病的诊疗费用要远高于小病，同时医疗保险一般都有共付比例，也就是说，如果小病拖成大病，患者即使有报销，其共付的金额也可能超过小病全自负的诊疗费用。因此，对于一般人来说，即使存在小病拖成大病的现象，我们也很难相信这是由于报销费用的缘故。当然，优先保障大病可能会影响一部分贫困人口的小病就医行为，因此需要对他们提供特殊的方式，以保障他们的小病就

医。

还需要指出的是，如果小病诊疗费用报销，人们应当会尽早就医，从而有可能在大病的早期就得以发现，导致大病的诊疗费用下降。然而这种财务激励的另一面是，人们更多时候可能在并没有什么疾病的情况下去过度就医，导致很多的浪费。

综合这些情况，我们认为保小病要以充足的资源为前提。保大病和保小病相比，更为老百姓需要，也是需要政府干预的地方。在缺乏足够财力的情况下，应当优先保障大病，同时对低收入群体的小病给予一定的保障。而对于一般人群，应当提倡个人对自己的健康负责的理念。

事实上，大病、小病仅仅是按照疾病所需医疗干预的成本而做的一种划分，并且这种划分本身是十分模糊的。更合理的办法是按照成本-收益原则确定医疗保障的优先顺序，即优先保障患者获得那些能以较少的医疗投入获得同样健康产出的医疗干预措施。健康产出可以用增加的存活期限来衡量。不过，对医疗干预措施进行成本-收益测算是一个非常复杂的任务。所以我们建议，成立一个由统计学家、医疗专家、群众代表等组成并受全国人民代表大会监督的委员会，制定按成本-收益原则确定的医疗保障优先顺序清单，并按照一定时间间隔进行经常性的修正。将来，逐步由大病小病分开保险过渡到按此清单顺序提供医疗保险。

### **问题 3. 基本医疗保障的统筹层次和参保方式**

保险资金应在国家、省级，还是县/市级上进行统筹？近期内实行强制参保还是自愿参保？最理想的选择当然是实行全民强制参保，保险资金全国统筹。全民强制参保可以克服保险市场的逆向选择问题；保险资金全国统筹可以最大限度地实现公平和社会互助原则，并且可携带性较好。但是这种理想化的改革方案在目前的中国不具备可行性。

我们建议：近期内，医疗保障的统筹层次为县/市级，城乡保障体系分开，城镇职工和城镇居民的医疗保障分开；参保方式为自愿参保，政府将投入资金以提高参保的吸引力。

(1) 我国目前居民收入差距较大，居民收入差距中很大一部分来自地区差异和城乡差异。2005年，上海市居民的人均可支配收入是甘肃省城镇居民的2.3倍；全国城镇居民人均可支配收入是农村居民人均纯收入的2.3倍。不仅如此，物价水平、医疗设施等也存在巨大的地区差异和城乡差异。因此，不仅全国统筹不现实，即使省级统筹也必然降低省内经济较发达地区人群所能享受到的医疗待遇。

(2) 现有的城镇职工基本医疗保险和新型农村合作医疗制度均以县/市为统筹单位。将医疗保险改革的统筹层次定在县/市级，且城乡保障体系分开，有利于促进旧体制向新体制过渡。

(3) 我们建议：近期内保留事业单位公费医疗；继续扩大和完善城镇职工基本医疗保险，取消个人帐户，实现全部资金社会统筹；另外建立城镇居民医疗保险。城镇居民医疗保险的保障水平略低于城镇职工医疗保险。之所以让这两者分开，主要是为了避免增加企业负担，确保城镇基本医疗保险覆盖面迅速扩大。

(4) 从城镇职工基本医疗保险的施行情况看，强制参保并不能达到“全覆盖”的目标，反而会带来一些负面效应。我们认为，实行自愿参保，同时通过政府补贴提高社会医疗保险的参与率，是近期内较好的解决办法。按照我们的方案，城乡大部分居民将参与社会医疗保险，贫困人口可得到免费医疗救助，短期内可实现“广覆盖”。随着改革的深入进行，基本医疗保险的覆盖率将不断提高，时机成熟时再过渡到强制参保，实现“全覆盖”。

#### 问题 4. 如何向流动人口提供医疗保障？

目前我国约有流动人口 1.5 亿（2005 年），未来几十年内，人口流动的规模和地域范围还将进一步扩大。如何向如此众多的流动人口提供医疗保障，是当前医疗卫生体制改革面临的一个巨大挑战。

百分之百的可携带性意味着中央政府对每个居民的医疗补助直接到人，与身份证号、社会福利账号等个人特征挂钩，可以随着人口流动而流动。但在目前地区差异、城乡差异如此之大的背景下，百分之百的可携带性是不可能达到的。

我们建议的医改方案由于是按县/市级进行医疗保险统筹，医疗保障的可携带性将受到较大限制，这是现阶段无法避免的问题。在我们的方案框架下，向流动人口提供医疗保障有以下几种可供选择的办法：

（1）按户口参保，且必须在参保地就医方可享受医疗保障待遇。这是最容易执行的一种办法，但医疗保障的可携带性最差，流动在外的人口一旦生病必须回到家乡治疗，时间和金钱成本都很高。

（2）按居住地参保，居民可随时变更参保及就医地点，在上一地点已交但未用完的保费可以返还。按照这种办法，医疗保障的可携带性较好，但有两个问题：一，由于流入地与流出地之间经济发展水平及医保条件的差异，流动人口很可能需要承担更高的保费支出。二，可能出现“医疗移民”，即医疗条件较差地区的居民可能会为了治病而向医疗条件较好的地区迁移，加重后者的财政负担和对医疗设施的压力。

（3）按户口参保，如果在外地就医，可按本地医疗保险标准进行事后报销。与第（1）种办法相比，这种办法要灵活一些，对流动人口更有利一些。但由于医疗费用的地区和城乡差异，这种办法对于流动人口自身及其户口所在地的基本医疗保险基金都会造成沉重的负担。

（4）按户口参保，可以在外地的定点医院就医。目前已出现一些地方在省外设定点医院以方便本省农民工在外地就医。这一经验可推广到全国，在各地确定一批基本医疗保险定点医院，在治疗和用药目录上实现相对统一，采用统一的软件，实行全国联网，统一管理，向流动人口提供价格低廉的医疗服务。不过这种办法仍有可能增加流动人口及其户口所在地保险基金的负担，并对定点医院的监督管理提出了较高的要求。

综合权衡各种办法的利弊，我们建议：在全国城乡建立“惠民医疗网络”，即向流动人口以及当地穷人提供低价医疗服务的医疗机构网络（第（4）种办法）。这些医疗机构既可以是公立的，也可以是私立的。政府对这些医疗机构给予财政补贴。流动人口以及当地穷人到“惠民医疗网络”看病时，只需出示身份证明，即可享受低价服务。流动人口也可以按居住地参保（第（2）种办法），但若作出这种选择，就失去了享受“惠民医疗网络”低价服务的资格。

我们提出的解决方案无法杜绝“医疗移民”问题，但为了保障亿万流动人口的就医权利，不得不付出一些代价。此外，为了避免进一步引发“低保移民”问题，应规定流动人口在一段时间内（例如 3 年内）不得享受迁入地的低保待遇。

#### 问题 5. 基本医疗保险以外的补充健康保险应如何设置？

基本医疗保险只提供基本的医疗保障，发展补充健康保险，是为个人提供更多选择、



进一步降低疾病风险的必要举措。问题是补充健康保险应如何设置。

目前发展补充健康保险的呼声很高，但基本医疗保险与补充健康保险的衔接问题被忽略了。政策制定者必须注意，补充健康保险在一定条件下会对基本医疗保险支出产生影响。如果补充保险的涵盖范围与基本保险重叠或交叉，例如，补充保险所保的疾病与基本保险相同，或者补充保险对基本保险的自付部分提供保险，则参加补充保险将改变参保人的行为。由于补充保险降低了参保人个人所需支付的费用，参保人就可能倾向于在基本保险的涵盖范围内尽量使用更加昂贵的药品和治疗手段，导致对医疗资源的过度使用，并加重基本医疗保险的负担。为了避免这种情况，涵盖范围重叠或交叉的基本医疗保险和补充健康保险应由同一家保险机构来提供，因为同一家保险机构可以监控参保人的行为并规定相应条款。与基本医疗保险平行的补充健康保险则不在此限，例如，对不属于基本医疗保险涵盖内容的医疗服务，如牙科治疗的保险，可以由其他保险机构提供，因为此时补充健康保险不会对基本医疗保险产生影响。

### **问题 6. 如何推进医疗卫生体制改革？**

我们主张医疗卫生体制改革走一条多元化、渐进式的道路。在改革的初始阶段，各省在中央总体医改方案的指导下实行各地的具体方案。这实际上是在全国范围内展开多种具体方案的试点。建议这样做的理由：

(1) 各地发展条件的差异决定了“一刀切”的改革方案并不适宜。

(2) 通过全国范围的试点，各地会在中央总体方案的指导下进行政策创新，各种具体方案的效果将得到比较，总体方案将得到补充和修正。从近几年各地的试点经验看，各地实施医改的创新潜力是惊人的。

为了推广好的试点经验，促进医改深入进行，应制定对试点效果的评价标准，以免出现同一事实多种评价的现象。由于医改对健康产出的影响在短期内不易观察，可以用参保率、群众满意度（普查或基于有代表性的大样本的抽样调查）等指标作为评价标准。

在改革的推进过程中，必须明确各级政府的责任。中央政府的责任是为各地的改革提供指南，保证基本健康保障的全民覆盖，承担部分财政支出；省级政府的责任是制定和实施具体改革方案；各级地方政府根据各地具体方案承担其他财政支出。

改革的远期规划是：基本医疗保障涵盖的医疗服务范围不断扩大；整合城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险；统筹层次提高到省级。最终，建立城乡一体化的全民医疗保障。

### **问题 7. 信息技术以及普适计算思想在医疗卫生改革过程中的作用**

要实现人人享有基本健康保健，需要建立从区域医疗卫生服务体系向政府负责、向公众健康结果改善负责的机制，需要建立区域内各医疗机构分工合作的机制，需要突破地域限制完成医疗服务业务的配合，政府监管和信息共享将成为该体制创新的关键驱动和保障因素。

健康财务保障体系是依照公民支付能力建立的，如何正确定位公民的支付能力，如何确认其个人的医疗支出合理性，没有这个信息基础，健康财务保障体系难以高效运转，难以保证公民的健康公平权利。现有状况下医疗机构的利益驱动机制和个人财务状况不确定性，为财务保障运作提出了挑战。只有尽快建立医疗卫生服务与基本健康保障资源与信息共享机制，通过整合医疗资源，实现健康信息自动非人为的采集和应用，才能建立融合金融、保险、医疗、政府

监管一体化的信息共享机制，才能为资源共享提供技术支撑，才能实现公平的健康医疗机会，才能打破现有的医疗机构各自为战、恶性竞争的局面，从而有利于充分发挥中国国家体制的优越性，集中优势办好人民健康的大事情。

所谓普适计算是指信息空间与物理空间的融合，在此融合的过程中人们可以“适时适地”和透明地获得数字化的服务。在医疗卫生领域，普适计算技术为政府、医疗机构实施面向公众的基本健康保障提供适用信息支持，实现健康管理信息的绑定和自发交互，改变我国医疗机构“服务孤岛”和“信息孤岛”的局面，为杜绝“大处方”、重复诊断、高技术医疗装备过度使用提供监管技术平台；为区域医疗资源的共享和有序交换，为建立医疗机构间的有序分工和服务定位提供信息支持；为实现公民健康信息可携带、更新及交互提供基础；为实现政府对医疗机构的监管、重大传染病区域预警、公共卫生效益评价提供基础信息资源。

我们认为，我国医疗卫生领域前所未有的巨大挑战，实际上也是巨大的科技创新机遇。充分利用我国自主的普适服务技术，融合移动医疗、移动通信、自动辨识、智能卡、数据存储挖掘等技术，在医疗机构、公众、金融机构、保障机构与国家治理之间建立无缝的健康数据采集、存储、分析、传输网络，建立一个基于预防的以信息为基础的全民健康普适服务系统，逐步形成中国特色的健康普适服务标准和规范，实现健康医疗服务、金融结算、个人健康信用、政府补贴、效率评估有序运行，结合国家卫生管理目标，将国民健康监测系统的数用于国民健康保障上去，通过信息的动态分析监测，通过疾病及危险性分析的地理信息系统来将人群的健康需求动态反映出来并随时调用；根据人群的健康动态划分来将资源调动到相应的人群/区域，以最大的提高健康保障的效果，充分发挥系统在健康教育、预防干预的作用，提高全民的公共卫生意识和健康危机意识，提高社会资源在医疗服务领域的高效配置与使用，降低总体社会成本支出，提高健康保障的管理水平和运转效率。以全民健康信息公共化、社会化应用和全民健康信息智能管理为标志，健康普适服务将成为优质医疗资源实现“低成本、高效率、广覆盖”的重要路径选择，成为中国建设全民健康社会的重要助推器。

依托普适技术和数字与移动技术，重点建立政府监管层面的医疗系统良性运转评价标准体系；重点完成服务层面的医疗流程创新与优化再造，创新医疗服务新模式，引导医疗机构转向以服务为主导、以人民健康结果导向的价值体系；在医患关系层面，提高医患信息的交流，营造和谐的医患氛围。为此，应当针对健康与医疗卫生领域，成立中国健康普适服务技术联盟，研发健康普适服务的核心关键技术与设备。健康普适服务技术联盟，推动全社会从所有活动源头控制健康危险因素，推动全社会从所有活动过程干预健康风险。健康普适服务产业，涉及计算机制造、无线通信设备制造、应用软件开发、电信运营、智能卡产业、视频图像处理、小型集约化医疗设备制造、汽车改装、金融认证服务、医疗增值业务、无围墙社区养老等诸多产业或行业，是一个系统工程，通过健康普适服务技术联盟的成立，能够全面促进科学技术的创新和进步，能够带动相关产业的发展，在医疗健康领域内催生新的业态和经济增长模式，共同促进全民基本健康保障制度的实施。扶持“健康普适服务”技术产业的发展，使其成为 21 世纪中国新的社会进步和经济增长力量，将有利于中国经济的可持续发展，实现健康强国的国家战略。

# 附录一：The Effects of the Health Insurance Availability on the Demand-side: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme\*

## Abstract:

In 2003, China launched a heavily subsidized voluntary health insurance program for rural residents, the New Cooperative Medical Scheme (NCMS). This paper gives a systematic impact evaluation of the new program on the demand side. Particularly, we treat the introduction of the NCMS as a natural experiment to study the effects of the availability of health insurance on health care utilization, the choice of hospital, and out-of-pocket expenditure. We also examine the extent of the adverse selection of health insurance in rural China.

Our study makes use of a unique dataset collected for the evaluation of the NCMS. We apply the regression counterpart of the difference-in-difference method, controlling for the selection on observable variables. In addition, several methods are applied for testing the identification assumption of the model.

The results show that there is adverse selection. The NCMS has no significant insurance effects on participants' utilization of health care on average between 2003 and 2006, but the effects have increased over time. The NCMS has significantly reduced the out-of-pocket expenditure. However, we do not see significant impacts of the NCMS on the prices. The spill-over effects of the NCMS are quite important. After the introduction of the NCMS, both participants and nonparticipants tend to utilize health care less, and incur less out-of-pocket expenditure. Families with high income tend to exploit the benefit of the insurance program more than families with low income, and they are more affected by the spill-over effects. We do not find significant effects of the NCMS on the choice of hospital, but find significant positive effects of the NCMS on the subjective health status after two years of implementation of the insurance program.

**Keywords:** Health Insurance; New Cooperative Medical Scheme; Moral Hazard; Adverse Selection.

## 1. Introduction

In 2003, Chinese government launched the pilot program of the New Cooperative Medical Scheme (NCMS), a heavily subsidized voluntary health insurance program for rural residents. It began in 310 rural counties of China's more than 2800 rural counties. By the end of June in 2007, the program had been expanded to over 84.9% of all rural counties and 82.8% of all rural residents. It is meant to cover all rural population in 2010. These policy changes provide a natural experiment to examine the effects of the availability of health insurance.

The primary objective of this paper is to evaluate the impacts of this program on the participants' behavior and welfare, including their utilization, out-of-pocket spending of health care, choice of

---

\* 本文由吴斌珍完成。

hospitals, and evaluation of health status. Since the participation in the NCMS program is voluntary, the natural experiment also provides the opportunity to evaluate the adverse selection issue.

This paper is related to the literature about testing the existence of asymmetric information in health care markets. Two review papers by Cutler and Zeckhauser (2000) and Zweifel and Manning (2000) conclude that the literature has no consensus about the existence of the adverse selection. However most papers find evidences for ex-post moral hazard in developed countries, that is, the availability of health insurance tends to encourage more utilizations of health care. Particularly, the Rand Health Insurance Experience gives a “golden estimation” of the price elasticity of the health care utilization: -0.2. This is consistent with the findings from developing countries that have launched health insurance programs subsidized by governments. For example, studies on the subsidized health insurance programs for informal sector workers in Vietnam, Mexico, and Colombia confirm that the availability of the health insurance program is associated with higher rates of utilization (Jowett, Contoyannis and Vinh 2003; Trivedi 2003; Jowett, Deolalikar and Martinsson 2004; Wagstaff and Pradhan 2005; Sepehri, Simpson and Sarma 2006; Wagstaff 2006, Gakidou et al. 2006, Panopoulou and Velez 2001; Trujillo, Portillo and Vernon 2005; Gaviria, Medina and Mejía 2006). In addition, the literature finds these programs help reducing the out-of-pocket spending for the participants, although the estimated effects can be small.

However, some features of the NCMS in China raise the concern that the NCMS may not have similar effects as health insurance programs in other countries. First, the benefits of the scheme are often parsimony. Many services, particularly outpatient care, are not covered, deductible levels and copayment rates are high, and ceilings are low. Second, the providers in China are paid by fee-for-service, which imposes little incentive for providers to reduce the cost of health care. And providers may snatch a substantial share of the government subsidy after the introduction of the NCMS. Third, the participation of the NCMS is voluntary; hence adverse selection can be widespread.

Although the establishment of the NCMS is one of the most important policy changes in rural areas, there are few systematic impact evaluations for the program. Most researches are primarily descriptive (Mao, 2005, Zhang et al, 2006, Liu et al, 2008, Brown, Brauw, and Theoharides, 2008).<sup>33</sup> Wagstaff et al (2007) is the most important exceptions. They apply the difference-in-difference matching method to investigate the causal effects of the NCMS on the suppliers and the demanders. They find the NCMS has increased utilization of services by over 20% in both outpatient visits and inpatient episodes on average, but there has been no significant increase in utilization among the poorest quintile. In addition, it has not reduced out-of-pocket spending or the risk of catastrophic spending. Brown, Brauw, and Theoharides (2008) apply a nested logit model to examine the effects of the NCMS on the health care utilization and choice of hospital. However, they do not address the potential selection bias resulted from voluntary participation.

Our study also exploits the difference-in-difference framework and controls the selection on the observable variables to assess the extent to which NCMS has affected participants’ behavior and

---

<sup>33</sup> Mao (2005) gives a review about the researches on the pilot programs, and provides plenty of descriptive statistics about the implementations of the NCMS and changes in outcomes for both the demand side and the supply side after the introduction of the NCMS. Zhang et al (2006) use the data from a survey that interviewed a random sample of 808 household, 101 rural villages, and 5 provinces of rural China. The main concern of their paper is the small sample size and their crude multivariable regression model that does address the selection problems.

welfare. Unlike Wagstaff et al (2007), we consider a parametric regression counterpart that is more flexible to allow for different specifications such as tobit model. In addition, our study differs from Wagstaff et al (2007) in three aspects.

First, the estimation results in the Wagstaff et al (2007) are all based on the comparison between participants and non-participant in the counties enrolled in the NCMS. This raises the concern about the bias resulting from unobserved heterogeneity between households that choose to participate and households choose not to. Unfortunately, their paper does not provide any tests about whether the identification assumptions underlying their estimations are reasonable. We consider not only the comparison between the participants and non-participant in the NCMS counties, but also the comparison between the NCMS participants and individuals in counties not enrolled in NCMS. The estimation based on the latter comparison provides a test for the identification assumption for the estimation using the previous comparison, and gives an estimate for the spill-over effects of the NCMS. In addition, we refine the baseline model by allowing the counterfactual time trends of the outcomes for the treatment group to differ from those for the control group because of the difference in the observable characteristics such as income and health status. Then we use a different control group and use two periods before the implementation of the NCMS to test the refined difference-in-difference model.

Second, our data come from a unique survey that includes a large sample of 142 counties, 5492 households, and 22034 individuals drawn from the longitudinal Rural Fixed-point Survey. In contrast, Wagstaff et al (2007) only re-interviewed 10 counties that had begun piloting the NCMS since 2003 and 5 counties that had not begun piloting in 2005, and these counties are not a random sample of NCMS pilots. Since our data is similar to a panel data with demographics and retrospective information on the health care utilization and expenditure in each year between 2003 and 2006, we can examine the changes in the effects of the NCMS over time,<sup>34</sup> give more efficient estimates by applying fixed-effect estimations, and have multiple ways to test the validity of the baseline model.

Third, we consider not only the insurance effects of the NCMS on the participants, but also the spill-over effects of the NCMS on the non-participants. In addition, we focus on the effects of the NCMS on the demand-side and consider in more details about the demand side behavior and welfare. For example, we consider how the subjective health status and the choice of hospitals are affected by the NCMS.

Our empirical results show that there is some extent of adverse selection, no matter whether we use self-reported health status or use total health care expenditure in the past as the measure. However the extent of adverse selection is not monotonic along the risk. Particularly, the NCMS programs are unattractive to families with worst health status.

We do not find significant insurance effects of the NCMS on participants' utilization on average over 2003-2006. However the effects change substantially over time and across different income groups. More specifically, the positive insurance effects of NCMS on utilization become stronger over time, and in 2006 the NCMS significantly stimulates more utilization among participants compared

---

<sup>34</sup> If is meaningful to learn the change in the effects of the NCMS over time because as NCMS is rolled out to other counties, its impacts may change due to weaker implementation and a less responsive supply-side (Wagstaff et al, 2007). More importantly, the health insurance scheme changes over time as the governments learn from the pilot programs.

with nonparticipants. Nevertheless, we see an opposite trend of the spill-over effect. And the spill-over effect dominates the insurance effect, therefore, the gross effect of the NCMS on utilization is negative. In addition, the NCMS has stronger positive effects on utilization for high-income families than for low-income families, and high-income families are more likely to be affected by the spill-over effects.

The NCMS does reduce participants' out-of-pocket expenditure, however, the reduction decline over time, and it becomes even positive in 2006, which is consistent with the fact the NCMS has encouraged more utilization in 2006. The effects of the NCMS on total cost of health care are mainly driven by the effects of the NCMS on the utilization because we do not see significant effects of the NCMS on prices in most specifications. Finally, we do not see significant impacts of the NCMS on the choice of hospitals. And the NCMS seems to increase people's evaluation of the health status over time.

The results are at odd with the Wagstaff et al (2007). However, we use different specifications and find the results are quite robust, and we use different ways to test the identification assumption and find the identification assumption for our results are reliable.

The rest of the paper is laid out as follows: In Section I, we provide background information about the NCMS. Section 2 introduces the data. In section 3, we first present our baseline econometric model, and then discuss the refinement and tests for the baseline model Section 4 gives to estimation results. And finally Section 5 concludes the paper with a discussion of the policy implications of our findings.

## **2. Background on the New Cooperative Medical Scheme**

Since the dissolution of rural Cooperative Medical System at the end of the commune period, illness has emerged as a leading cause of poverty in rural China and high cost of health care has deterred families from obtaining necessary health care. In response, the Chinese government started pilots programs of the New Cooperative Medical System in 2003. The primary goal of the NCMS is to reduce impoverishment resulting from illness and improve the affordability of health care (Central Committee of CPC 2002).

The pilot began in 310 rural counties of China's more than 2800 rural counties in 2003, expanded to 617 counties in 2005, 1451 counties (50.7% of the total number of counties) in 2006, and started to spread across nation in 2007. By the end of June in 2007, the program had been expanded to over 84.9% of all rural counties and 82.8% of all rural residents. It is meant to cover all rural population in 2010. Provincial and county governments retain considerable discretion over the details of the pilots, including the placement of the pilot program. In fact, NCMS pilot counties were not randomly selected. Rather, a complex set of criteria, including local interest and capacity, level of economic development, and the status of the delivery system were considered.

There are several main features of the NCMS programs: 1) the program targets at rural residents;<sup>35</sup> 2) participation is voluntary but must be in unit of household; 3) participants need to pay some flat-rate premium, but their contributions are heavily subsidized by governments; 4) the insurances programs mainly reimburse large expense so as to ease the economic burden due to catastrophic disease and to alleviate illness-caused poverty; 5) the programs are operated at the county

---

<sup>35</sup> Urban districts and county-level cities containing rural residents will also receive the program.

level rather than township or village level. Local governments have been given the autonomy in designing, implementing and supervising the programs; 6) a parallel program, the Medical Assistance System, is operated at the same time to assist poverty-stricken population.

The voluntary nature of NCMS raises concerns about adverse selection that is a serious threat to the financial sustainability of the NCMS. Although farmers are required to participate as household units so as to reduce adverse selection, the elementary conclusion drawn from previous researches so far is that the system cannot prevent the occurrence of adverse selection. Participation rates in pilot counties are, however, for the most part high, with an average in excess of 80 percent (Wagstaff et al 2007).<sup>36</sup> Table 1 shows the participation rate in our sample. And the participation rate has been increasing over time. An important reason for the high levels of participation is the relatively generous government subsidies.<sup>37</sup> While local government has some discretion over the level of financing of the program, the standard in 2003 is that each participated household should pay at least 10 RMB (about \$1.2) for each household member every year, and the local government should provide more than 10 RMB for each person per year. The central government also matches 10 RMB per year for each beneficiary living in central and western provinces. Since 2006, while the individual contribution remains at previous level, the government subsidy has increased to 20 RMB from local government (40 RMB in the case of eastern provinces), and a 20 RMB matching subsidy from central government.<sup>38</sup>

However, the 50 RMB minimum contribution per person represents only around one fifth of the average health spending per capita in rural areas (Wagstaff et al 2007). Although the program is operated at the county level rather than at the village or township level, thereby providing for a larger risk pool and for economies of scale in management, the budget is still too small. As a result of the limited fund, coverage is typically narrow: it mainly provides financial risk protection to patients with catastrophic health problems, many services, particularly outpatient care, are not covered, deductibles are high, ceilings are low, and coinsurance rates are high.

However, there is considerable heterogeneity in the package of benefit and coverage and management across counties, resulting from the fact that counties are being given considerable discretion in the design of NCMS.<sup>39</sup> To learn more about the variations of the designs across counties, we collected information on the implementations of the NCMS program in 68 counties, about 48% of our sample counties. Table 2 illustrates the main features of the NCMS schemes we have collected.

All counties cover inpatient care. However, only a quarter of counties cover outpatient expenses on a pooling basis. The rest do not cover them at all (10% of counties) or cover only catastrophic expenses (10% of counties). The bulk of reimbursement is for inpatient expenses, even in counties

---

<sup>36</sup> Our sample shows a much lower participation rate in 2003, only about 56.4% (see Table 1). However, the number in Wagstaff et al (2007) is based on a much larger sample from the Center for Health Statistics and Information (CHSI), hence we think their number is more reliable.

<sup>37</sup> The requirement of participation at the household level is another reason. Some studies suggest that local governments have made considerable efforts to attain high participation rate (Wu et al. 2006). As a result, the participation is not completely voluntary or the actual participation rate is lower than the reported rate.

<sup>38</sup> The poor and certain other groups have their contributions exempted. In 2008, the central and local government subsidies increase from 40 RMB to 80 RMB per person. Rural residents are also required to raise their contributions to the scheme from 10 RMB to 20 RMB a year.

<sup>39</sup> In some counties, whole households must enroll in the program, whereas in other counties individuals may sign up without other household members. Policies regarding eligibility of out-migrants also differ. Some counties allow out-migrants to participate, whereas others do not. The share of medical costs covered ranges from as low as 20% to as high as 80%. In some counties, the focus of the program is on catastrophic care, whereas preventative measures such as physical examinations are included as part of the program in others.

where outpatient expenses are covered. In the 68 counties that we collected information, the share of reimbursements by inpatient care varies from 100% to 66%, depending on the coverage mode (see Table 2). Moreover, the NCMS programs provide different insurance schemes for expenditure at different level of health care facilities. Reimbursement rules are typically less generous for care delivered in higher-level facilities. Consequently, the priority of the facilities that participants choose to visit is quite likely to be changed by the NCMS.

Together with NCMS, the governments provide some supporting policies, such as improving rural health care (delivery) network and the health services provision, strengthening the pharmaceutical governance and supply chain construction. These improve the quality and delivery of health care service, which can be enjoyed by individuals who choose not to participate the NCMS. In addition, the government has set up a medical assistance (MA) scheme to help the very poor as well as near-poor households facing high health care expenses.

### 3. Data

Our data come from a unique household survey aiming at evaluating the NCMS. The survey, administrated by Tsinghua University, was constructed based on 2006 round of the longitudinal Rural Fixed-point Survey (RFPS) maintained by Chinese Ministry of Agriculture. The 2006 round of RFPS survey includes a random sample of 19,488 households in 313 counties drawn from 26 the Chinese provinces. Counties, townships, villages, and households are selected based on a multi-stage stratified random sampling strategy. RFPS has surveyed the same households each year since 1980s, using weekly book accounting information maintained by the households as the primary information source. The survey provides information about household and individual characteristics, income, assets, and details about revenue and expenditure including health related expenditures.<sup>40</sup>

In order to collect more information to evaluate the impact of NCMS, an additional survey was conducted on a subsample of the 2006 round RFPS between April and May in 2007. The respondents were asked to answer questions in an extra questionnaire, which asked detail information about when households participate the NCMS program, details on each family member's current health status and their health care utilization and expenditure in each year between 2003 and 2006. The survey also asked about households' evaluations about local health care facilities and the NCMS. We focus on the perspective of the demand-side, and did not collect information from the supply-side.

Our sample covers 23 provinces, 142 counties, 5492 households, and 22034 individuals. Because the percentage of families having meaningful health care expenditure is quite low, we oversample families with substantial health care spending. More specifically, we first rank all the households in the 2006 round RFPS based on their average health care expenditure between 2003 and 2006. Then we draw randomly 80% of the observations in the top one third of the sample, and 50% of the observations in the bottom two third of the sample.

Table 1 shows the participation rate of the counties and individuals. We see the participation rate increases over time. Among these counties, 29 counties launched NCMS program in 2003, accounting for 21%. The percentage of counties participating NCMS increases over time. By 2007, about 97.8%

---

<sup>40</sup> Unfortunately, it is not a clear panel structure in the dataset because of the lack of a consistent indexing system. We use a restrictive rules based on household composition and demographic information to match households in different years.



percent of the sample counties have enrolled in the NCMS programs, and most people in NCMS counties chose to be the participant. This is consistent with the national data.

To learn more about the variations of the NCMS program across counties, we collected information on the implementations of the NCMS program in 68 counties, about 48% of our sample counties. Table 2 shows the main picture. We can see the insurance plans become more generous over time for all levels of health care centers. The only exception is that insurance plans become more favorable to low-level health care centers by increase the deduction level at upper-level facilities.

Table 3 shows the descriptive statistics for three groups: the participated individuals, non-member individuals living in the counties enrolled in NCMS, and individuals in non-NCMS counties. It shows that as expected, the insurance increases number of visits and total expenditure. However the difference in out-of-pocket expenditure is much smaller, actually the out-of-pocket expenditure is smaller than non-participants in the non-NCMS counties, which implies the insurance program does give substantial reimbursement to the insured. However, prices seem to go up after the NCMS is implemented. In addition, NCMS seems to encourage people to visit clinics that are designated by the NCMS. And we do not see significant difference between subjective health evaluations between these groups. Finally, we do not see significant difference between these three groups except that participated families and NCMS counties are relatively richer, and more likely to be in the East part of the China, and less likely to be minority.

## **4. Baseline Econometric Model**

### **4.1. Econometric Model**

Our analysis employs the Difference-in-Difference framework to study the impacts of the availability of health insurance on individual's utilization and expenditure of health care. More specifically, we compare the changes in the outcomes before and after the introduction of NCMS between treated and untreated individuals. Here treated individuals are those who choose to participate NCMS in the counties that have joined in the NCMS program. Untreated individuals include both individuals who choose not to participate NCMS in these counties and individuals in counties that have not enrolled in the NCMS program.

The advantage of the double-difference method is to remove any bias due to selection on time-invariant observable or unobservable variables. For example, if individuals with bad health status are more likely to choose to participate NCMS, that is we face the adverse selection problem, then regardless of whether having insurance, the NCMS participants tend to utilize health care service more than the nonparticipants. The double-difference method can still deliver an unbiased and consistent estimation for the impact of NCMS on the utilization of health care, as long as the difference in the utilization between the high-risk group and low-risk group does not change over the periods of interest were there no NCMS.

We apply the regression counterpart of the difference-in-difference framework, and control observable differences between treatment and control groups to remove the selections on the observables. The identification assumption in our regression framework is the same as the matching difference-in-difference approach used in Wagstaff et. al. (2006). The regression framework is simpler and more flexible in addressing data issues such as having a lot of "0" health care expenditure. But it imposes some functional assumption. In contrast, the matching method has the attraction of not

requiring a functional specification of the model, but has to choose the method of matching.

A preliminary baseline regression model we can apply is as following:

$$Y_{it} = c + \tau T_t + \beta D_i + \gamma T_t * D_i + \delta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Here subscript  $i$  and  $t$  represent individual  $i$  and time period  $t$  respectively.  $Y$  represents individuals' outcomes, including the measures for utilization and costs of health care, and the choice of hospital.  $T$  is the time dummy, equal to 1 if the outcome  $Y$  is observed after the open enrollment of participating NCMS (the period that people can choose whether to participate the NCMS) and equal to 0 otherwise.  $D$  is the dummy for being treated, that is  $D$  equals 1 if the individual choose to participate NCMS.  $T*D$  is the interaction term.  $X$  includes observable characteristics that may be correlated to both the participation decision and the outcomes.

In the preliminary baseline model,  $\gamma$  represents the average effects of the NCMS on the outcome  $Y$  for the treated, the Average Treatment Effects on the Treated, hence is the focus of this paper.  $\alpha$  represents the common time trend of  $Y$  and  $\beta$  represents the counterfactual difference in  $Y$  between the treatment group and control group before the introduction of the NCMS program.  $\delta$  shows the linear effects of  $X$  on  $Y$ , while  $\beta$  controls some nonlinear effects of  $X$  on  $Y$  if these effects are correlated with the participation decision of NCMS.

Here are some details about the baseline model. First, the estimation method depends on what the outcome is. If health care expenditure is the outcome, we apply tobit model, because there are a lot observations have zero health care spending. When the outcome is the expenditure per visit, we consider the OLS model. The count model is applied for the number of visits or admissions. For the choice of hospital, we use the multinomial logit model, and for whether having visited hospitals, we exploit the logit model.

Second,  $X$  includes individual characteristics (age, sex, marital status, education categories, health status categories, occupation categories, industry categories), household characteristics (income, family size, number of members over 65, number of member under 10, number of migrants, whether being ethnic minors, whether a cadre family, whether communist members, whether being Wubao household), and village characteristics.<sup>41</sup> The health status categories are constructed based on the self-reported health status, which has five categories: excellent, good, fair, bad, and no working ability. We construct 4 dummies: one for "good", one for "fair", and one for "bad or no ability".<sup>42</sup> Hence, the base group is the one with excellent health condition.

Whenever the number of observation is big enough, we control county dummies (138 counties). The county dummies are important because different counties can have very different insurance plans in terms of deduction levels or co-pay rates. Since there is no policy variation among a county, the

---

<sup>41</sup> For education, we construct 4 dummies, one for having attended junior school, one for having attended senior high school, and one for "college degree, and one for missing education information. The omitted group is those illiterate or semi-illiterate. Hence, the comparison base is those having primary education or missing education information. For marital status, we have 3 dummies, "single", "divorced or widowed", "missing marital status." For occupation, we have 5 dummies: one for the agricultural workers, one for non-agricultural workers, one for employees, one for self-employed or small business owner, and one for cadre, education, health care, and cultural workers. The base group is the group with missing occupation code. For industry, we construct one dummy for agriculture.

<sup>42</sup> When the number of observation is small, we include observations with missing health status, and add a category dummy for "missing".

county dummies actually control all the policy variations. In addition, we only draw one village from a county; hence, adding county dummies into covariates also control all the variance in the village characteristics. When we do not have enough observation, we control province dummies (23 provinces) and (or) village characteristics, including the average income per capita in the village, whether being a “Xiaokan” village, a “Pingkun” village, an agricultural village, in mountain area, and a city suburb, township government located, number of clinics, population, ratio of people going out, ratio of people having high education.

Finally, for the outcomes, it is important to distinguish the inpatient service and out-patient service because the NCMS provides very different insurance scheme for these two kinds of service. In most counties, the deduction level and copay rate are very high for out-patient service. Therefore, we may not see significant effects of the NCMS on the outcomes related to out-patient service. However, it is possible that the coverage of the inpatient service increases individuals’ tendency to visit the hospitals, particularly when individuals expect some in-patient service.

#### **4.2. Two Control Groups and Spill-over Effects**

The preliminary baseline model is kind of naïve because it ignores the important heterogeneity in the control group. In addition, it ignores the general equilibrium effects of the introduction of the NCMS programs on non-participants.

There are two different kinds of groups in the “untreated” pool. One group includes the individuals who live in the counties that have enrolled in the NCMS but choose not to participate NCMS, and the other is the individuals living in the counties that have not launched NCMS. Although both groups do not participate the NCMS, the reason is different. We call the first one as the self-selected control group, and the second as the county-selected control group. On one hand, using the self-selected control group in the estimation is more likely to face selection problems than using the county-selected control group particularly after we have controlled counties’ fix-effect. On the other hand, to evaluate the average treatment effect for the participants, we may want to exclude the spill-over effects of the NCMS on the non-participants. In that case, it is better to compare the treatment group with the self-selected control group because.

It is interesting to distinguish two effects of the NCMS. One is the *insurance effects* of the NCMS that is enjoyed only by participants. The other is the general equilibrium effects or *spill-over effects* of the NCMS, which also affect the non-participants in the NCMS-counties. There can be both positive and negative spill-over effects of the NCMS on nonmembers. The NCMS can benefit non-members in the NCMS counties if health care service becomes more accessibility and health care providers improve their qualities of service after the introduction of NCMS in the county. However, nonmember may be adversely affected if the introduction of NCMS results in higher price of health care. The *gross effects* of the NCMS for the treated would be the sum of these two effects.

By applying the baseline model to different samples, we can distinguish these effects. More specifically, we apply the baseline model to implement three kinds of comparisons of the outcomes between: 1) participants vs. non-participants in the non-NCMS counties to identify the gross effect of the NCMS and alleviate selection issue; 2) participants vs. non-participants in the NCMS counties to identify the insurance effects of the NCMS; 3) non-participants in the NCMS counties vs.

non-participants in the non-NCMS counties to identify spill-over effects of the NCMS.<sup>43</sup> We can also identify different effects of the NCMS simultaneously by considering a different regression setup. Let  $C_{county}$  indicate whether the county enrolls in the NCMS programs after the launch of the NCMS programs.  $D_{family}$  is the dummy for the treated families. We can distinguish the insurance effect and spill-over effect by considering the following specification:

$$Y_{it} = c + \tau T_t + \beta D_{family,i} + \alpha C_{county,i} + \gamma^n T_t * D_{family,i} + \gamma^s T_t * C_{county,i} + \delta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Here,  $r^n$  represents the insurance effect of the NCMS programs, and  $r^s$  shows the spill-over effect of the NCMS programs on the non-participants. And  $\beta$  represents the counterfactual difference in the outcomes between these participants and non-participants in the NCMS counties, while  $\alpha$  shows the counterfactual difference between nonparticipants in the NCMS counties and nonparticipants in the non-NCMS counties, which has incorporated the counterfactual difference between NCMS counties and non-NCMS counties. Table A illustrates the participation status and the expected outcomes before and after the treatment for different groups when we ignore  $X$  and  $c$ .

Table A. Illustration of the Difference-in-Difference Framework		
	Before treatment T=0	After treatment T=1
(Treatment) Group 1: $D_{family}=1, C_{county}=1$	Not participate $\alpha+\beta$	Participate $\tau+\alpha+\beta+\gamma^s+\gamma^n$
(Self-selected Control) Group 2: $D_{family}=0, C_{county}=1$	Not participate $\alpha$	Not participate $\tau+\alpha+\gamma^s$
(County-selected Control) Group 3: $D_{family}=0, C_{county}=0$	Not participate 0	Not participate $\tau$

For panel data, difference-in-different model can be substituted by a fixed-effect estimation. Actually, fixed-effect model gives more efficient estimation because difference-in-difference model only exploits information as repeated cross-section data. Therefore, whenever feasible, we apply the fixed-effect model instead of the difference-in-difference model. Let  $ncms_{it}$  represent the binary variable for whether family  $i$  having subscribed the program in year  $t$  and  $ncms\_county_{it}$  be the binary variable for whether the county  $i$  have enrolled in the program  $t$ , then the fixed-effect model can be modeled as following:

<sup>43</sup> Wagstaff et. al. (2007) finds that in their sample, households in the non-NCMS counties are quite different from the households in NCMS counties and noncomparable. Therefore, they only report results for the comparison between enrolled households and non-enrolled households living in NCMS counties. The regression method in our paper control the county difference by policy dummies, hence, we can better analyze the spill-over effects, and test whether the selection problem is serious when using self-selected control group.

$$Y_{it} = c + \tau T_t + [\beta_i] * [D_i] + \gamma^n ncms_{it} + \gamma^s ncms\_county_{it} + \delta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2')$$

Here  $X_{it}$  only includes individual variables and family variables that vary over time.  $[D_i]$  are the matrix for the family indicators. We use the within regression estimator to address the issue on the degree of freedom.

### 4.3. Multiple Periods and Multiple Treatment Groups

The expansion process of the NCMS program provides us a chance to consider multiple periods and multiple treatments. This is particularly meaningful in our circumstance because the number of observations having meaningful health care expenditure in one year is quite small. Consider the treatments in multiple periods can provide us more observations with health care expenditure and hence provide more precise estimates. Table B illustrates the structure of the model with three periods, where “ $D_t = 1$ ” means the family did not participate in NCMS before year  $t$  and chose to participate NCMS in year  $t$ , and “ $D_t = 0$ ” otherwise, and similarly “ $C_t = 1$ ” means the county did not enroll in NCMS before year  $t$  and chose to enroll NCMS in year  $t$ , and “ $T_t = 1$ ” means the observations are observed in year  $t$ .

	$T_4=1,$ $T_5=0, T_6=0$	$T_4=0,$ $T_5=1, T_6=0$	$T_4=0,$ $T_5=0, T_6=1$
$D_4=1, D_5=0, D_6=0,$ $C_4=1, C_5=0, C_6=0$	Participate $\alpha_4 + \beta + \gamma_4^s + \gamma_4^n$	Participate $\tau_5 + \alpha_4 + \beta + \gamma_5^s + \gamma_5^n$	Participated $\tau_6 + \alpha_4 + \beta + \gamma_6^s + \gamma_6^n$
$D_4=0, D_5=1, D_6=0,$ $C_4=1, C_5=0, C_6=0$	Not participate $\alpha_4 + \beta + \gamma_4^s$	Participate $\tau_5 + \alpha_4 + \beta + \gamma_5^s + \gamma_5^n$	Participated $\tau_6 + \alpha_4 + \beta + \gamma_6^s + \gamma_6^n$
$D_4=0, D_5=0, D_6=1,$ $C_4=1, C_5=0, C_6=0$	Not participate $\alpha_4 + \beta + \gamma_4^s$	Not participate $\tau_5 + \alpha_4 + \beta + \gamma_5^s$	Participated $\tau_6 + \alpha_4 + \beta + \gamma_6^s + \gamma_6^n$
$D_4=0, D_5=0, D_6=0,$ $C_4=1, C_5=0, C_6=0$	Not participate $\alpha_4 + \gamma_4^s$	Not participate $\tau_5 + \alpha_4 + \gamma_5^s$	Not participate $\tau_6 + \alpha_4 + \gamma_6^s$
$D_4=0, D_5=1, D_6=0,$ $C_4=0, C_5=1, C_6=0$	Not participate $\alpha_5 + \beta$	Participate $\tau_5 + \alpha_5 + \beta + \gamma_5^s + \gamma_5^n$	Participated $\tau_6 + \alpha_5 + \beta + \gamma_6^s + \gamma_6^n$
$D_4=0, D_5=0, D_6=1,$ $C_4=0, C_5=1, C_6=0$	Not participate $\alpha_5 + \beta$	Not participate $\tau_5 + \alpha_5 + \beta + \gamma_5^s$	Participated $\tau_6 + \alpha_5 + \beta + \gamma_6^s + \gamma_6^n$
$D_4=0, D_5=0, D_6=0,$ $C_4=0, C_5=1, C_6=0$	Not participate $\alpha_5$	Not participate $\tau_5 + \alpha_5 + \gamma_5^s$	Not participate $\tau_6 + \alpha_5 + \gamma_6^s$
$D_4=0, D_5=0, D_6=1,$ $C_4=0, C_5=0, C_6=1$	Not participate	Not participate	Participated

	$\alpha_6 + \beta$	$\tau_5 + \alpha_6 + \beta$	$\tau_6 + \alpha_6 + \beta + \gamma_6^s + \gamma_6^n$
$D_4=0, D_5=0, D_6=0,$ $C_4=0, C_5=0, C_6=1$	Not participate $\alpha_6$	Not participate $\tau_5 + \alpha_6$	Not Participated $\tau_6 + \alpha_6 + \gamma_6^s$
$D_4=0, D_5=0, D_6=0,$ $C_4=0, C_5=0, C_6=0$	Not participate 0	Not participate $\tau_5$	Not participate $\tau_6$

Then the estimation model is as following:<sup>44</sup>

$$Y = c + \tau_4 T_4 + \tau_5 T_5 + \tau_6 T_6 + \beta(D_4 + D_5 + D_6) + \alpha_4 C_4 + \alpha_5 C_5 + \alpha_6 C_6 + r_4^n D_4 * T_4 + r_5^n (D_4 + D_5) * T_5 + r_6^n (D_4 + D_5 + D_6) * T_6 + r_4^s C_4 * T_4 + r_5^s (C_4 + C_5) * T_5 + r_6^s (C_4 + C_5 + C_6) * T_6 + \delta X + \varepsilon$$

Here,  $\gamma_t^n$  gives the insurance effects of the NCMS on the outcomes in year t, and  $\gamma_t^s$  gives the spill-over effects of the NCMS in year t. The model can be easily expanded to four periods. Similar to the two-period case, we can apply the fixed-effect model to implement the estimation and the model is quite similar to equation (2').

Since the NCMS plans generally become more generous, it is valuable to learn how the effects of the NCMS change over time. The changes in the effects of the NCMS are reflected by the differences in  $\gamma_t$ . However, instead of looking at the effects in each year, we assume  $\gamma_t^n = \gamma^n$  and  $\gamma_t^s = \gamma^s$  to learn about the average effects of the NCMS over time. Then by adding an interaction term between treatments and time, we can learn how the time trends of the effects of the NCMS.

#### 4.4. Results for the Baseline Model

##### 1) Why choose to participate NCMS? Adverse selection?

Since the participation is voluntary, a natural concern is there can be adverse selection, in another word, the participants are different from non-participants in the risks of incurring health expenditure. Table 4 shows how the participation decision is affected by the measures for risks of having health care expenditure. Since the NCMS participation decision is made at the household level, all the variables are defined at the household level or higher.<sup>45</sup>

The first column displays how the self-reported health status in last year influences the decision about whether to participate in current year.<sup>46</sup> The result indicates there is some extent of adverse selection. Given family size, when the number of family members with fair or bad health status increases, the probability of subscribing NCMS increases, although it is not significant at 10% level.

<sup>44</sup> This model has made several assumptions. First, families who participate right after the county launches the NCMS program do not systematically differ from families who participate later on. Second, the spill-over effects for counties that are in the second year or third year after implementation are the same as the effects for counties that are in the first year of implementation of the NCMS programs. Finally, the insurance effects for counties that are in the second year or third year after participation are the same as the effects for families that are in the first year of participation of the NCMS programs.

<sup>45</sup> Wagstaff et al (2007) estimate the model on individual data in the 2003 survey to weight the data by household size. Our model estimates the participation decision on household-level data in each year between 2003 and 2006.

<sup>46</sup> Using health status in current year gives similar results.

As shown in column (2), when we further distinguish good, fair, and bad health status, we find families with more members having fair health status are significantly more likely to participate than families with more members having excellent health status. However the extent of adverse selection is not monotonic along the health status. Families who have more members with bad health status or no working capability are significantly less likely to participate than families with more fair health members. They are even less likely to participate compared with families with excellent health status, although the negative tendency is not significant. This is true after we control income per capital and the square and cubic of income per capital. This is in the opposite of the theoretical prediction about adverse selection. We think it is related to the fact that the insurance plans of NCMS are not very attractive for those who are in the low extreme of health status.

Column 3 shows the importance of including county dummies. Since our sample only surveys one village in a county and counties have the discretion of designing the NCMS program, by controlling the country dummies, we can control the variations in the insurance plans across counties and all other the village level characteristics. The third column shows the estimates when we do not control county dummies, and we see stronger and more significant extent of adverse selection. The difference between good health status and excellent health status also becomes significant. However, the non-monotonicity still exists.

Column 4 considers another measure of the risk, the actual health care expenditure in last year. The reason to introduce this measure is that actual health expenditure can depend on not only individual's subjective health evaluation, but also individual's risk aversion preference that is unobservable. For the insurance company, people with excellent health status but having higher tendency to visit hospitals for a given sickness can be more expensive than individuals with fair status but low tendency to utilize health care. The actual health care expenditure has incorporated both factors, hence is a better measure of the risk.<sup>47</sup> Given that most NCMS programs gives meaningful reimbursement to in-patient service and little to out-patient service, it is not surprising to see that given the total health care expenditure families with high outpatient expenditure is less likely to participate than families with low outpatient expenditure. And families with more inpatient cost are more likely to participation, although the estimates are not significant at 10% significance level. Controlling the actual expenditure also make the effects of the subjective health status on participation insignificant.

The effects of other variables are mostly consistent with our expectations. For example, the participation rate increases very significantly over time. Participation rate increases with income nonlinearly, and middle income families are the group that mostly likely to participate. Education does not seem to affect participation significantly. Communist party members are much more likely to participate.

## **2) The impacts of NCMS on utilization of health care: ex-post moral hazard problem**

For the utilization of health care, there are five kinds of measures we are interested in: 1. times of utilizing inpatient service; 2. times of utilizing health care service; 3. a binary indicator about whether having utilized in-patient service; 4. a binary variable for whether having utilized any health care service; 5. days of hospital stays. Each variable has some advantages. For example, binary indicator may be better than number of visits or days of stays in hospital because return visits or length of stay

---

<sup>47</sup> We exclude families who have participated NCMS before in this specification.

may be supply-induced. We estimate the effects using individual-level data.

Table 5 displays the fixed-effect estimation results while Table 5(4) shows the poisson difference-in-difference estimation.<sup>48</sup> The results present a puzzle: the outcomes are in contrast with what we have expected. We do not see any significant insurance effects of the NCMS on the utilization of health care, including the utilization of in-patient service. The sign is actually negative and it is even significant under some specifications. This might result from the fact that the identification assumption for the baseline model is not satisfied. However, after we refine model by allowing participants and nonparticipants have different changes in the utilization over time if they have different income or health, or use a different control group, we still do not any significant effect, and the signs keep being negative in many specifications (shown in Table 5 (5) and (6)). The results indicate the spill-over effects are negative too, and they are even significantly negative for the probability to visit. This indicates the NCMS actually discourage people to utilize health care service.

In order to explain the result, we try to analyze how the effects of the NCMS vary over time, across income groups, and across different health groups. Table 5 (1) indicates that although there is no significant insurance effect of the NCMS on the utilization on average over the four years 2003-2006, we do see some positive insurance effects in later years. In 2006, the NCMS actually significantly encourage more utilization among participants compared with non-participants. In addition, the increase of the insurance effect over time is also often significant. The insurance effects of the NCMS on the in-patient utilization is insignificant for some specifications, which might result from that whether patients need in-patient service is not sensitive to the availability of insurance. These results are confirmed by the estimates when we separate years. The change over time might be explained by two reasons. One is that the generosity of the NCMS increases over time, so people are more likely to make use of the benefits. The other is that the selection issue has not been fully solved because we observe significant difference in utilizations among counties that participate in different years. For example, counties that participated in 2003 show significantly more utilization on average on other counties, while counties who participated in 2004 show significantly less utilization. Counties enrolled in 2006 have the second lowest average utilization among these years. In addition, we observe people who participate tend to visit hospitals more no matter whether they have NCMS or not.

In sharp contrast, we find the direction of the spill-over effects in later years and the trends are on the opposite of the insurance effect. The NCMS discourages utilization in 2006 and the adverse effect increase over time among non-participants. This might comes from the possibility that the health-care provider may change behavior due to the NCMS program and make visiting hospital less desirable. Furthermore, the spill-over effects actually dominate the insurance effect of the NCMS, therefore, even for participants, their utilizations decline due to the introduction of the NCMS (the gross effect), although the reduction is less than that for the non-participants.

The effects of the NCMS also vary with income, as shown in Table 5 (2). High income group is more likely to exploit the insurance and utilize health insurance with the exception of the days of stay in hospitals. Consistently, high income group is also more adversely affected by the spill-over effect except the days of stay. I think the main reason is the copayment is still high and it is still not affordable for the poor family. Therefore, we do not see a lot of effects of the NCMS on poor families.

---

<sup>48</sup> The fixed-effect tobit model is not feasible, but random effect poisson model is not equivalent to difference-in-difference model. Another difference between the poisson diff-in-diff estimation and the OLS diff-in-diff model is that the poisson model excludes policy dummies in order to make it converges.



When we add another interaction term of between insurance coverage, income group and time, we actually see the difference between income groups enlarge over time.

### **3) The impacts of NCMS on the cost of health care**

The second dimension of the effects of NCMS is about the cost of health care. We concern most about whether the NCMS reduces the out-of-pocket health care as it intends to. Noticing that the total out-of-pocket expenditure is the product of individuals' spending per visit (the price subsidy effect) and number of visits (the scale effect), we try to separate the price subsidy effect and scale effect by focusing on the out-of-pocket spending per visit. However, the problem is that when considering spending per visit, we have to exclude all observations with no visit to hospitals. Therefore, we also consider the total out-of-pocket expenditure. Again, we first examine in-patient and out-patient expenditure separately, and next consider the total health care expenditure.

Table 6 and Table 6(4) show the fixed-effect estimation and tobit difference-in-difference estimation results. The results confirm that NCMS reduce families' economic burden of health care. In addition, the reduction in the out-of-pocket expenditure comes mainly from the saving in in-patient service. The tobit difference-in-difference model indicates the magnitude is substantial. Compared with non-participants in the NCMS counties, the NCMS has not significant effects on the total expenditure. The participants enjoy less expenditure only due to the reimbursement of the insurance. What is interesting is that the spill-over effects of the NCMS on total expenditure and out-of-pocket expenditure are both negative, although it is not very significant. These are consistent with the previous results that NCMS actually discourage families' utilization of the health care. However, it is not clear whether the reduction in the out-of-pocket expenditure and total expenditure comes from the scale effect or from the price effect.

Our next step is to examine the price effect of the NCMS. Table 7 shows the fixed effect estimation of the price effects of the NCMS. The estimates indicate the NCMS does not have significant effects on the prices, but the signs imply that the spill-over effects of the NCMS on non-participants are negative, which implies nonparticipants actually benefit from the price effects. The negative effect might come from the price control of the government. However, the decline in price has not encouraged more utilization. It could be the case that the quality of the service might have declined after the introduction of the NCMS.

Table 6 (1) and (2), Table 7 (1) and (2) show how the effects of NCMS on the cost of expenditure change over time and over different income groups. The pattern is quite consistent with the effects of the NCMS on the utilization. Although the NCMS reduces out-of-pocket expenditure on average during the 4 years, the saving in expenditure decline over time. In 2006, people actually pay more for health care out of pocket because they utilization health care more often. Similarly families with more income spend more because they visit hospitals more often and they are more affected by the spill-over effects.

### **4) The impacts of NCMS on the choice of hospital**

The third potential effect of the NCMS is to change people's choice of the health care center, because the NCMS has different insurance coverage for different kinds of health care centers. Although the conditional logit model is a better model for our case because the features of these facilities certainly influence individuals' choice of hospital, we do not have information about these health care centers. Therefore, we apply the multinomial logit model. Then the probability for

individual  $i$  to choose option  $j$  is

$$P(Y_i = j | X_i) = \frac{\exp(X\beta_j)}{1 + \sum_{k=1}^3 \exp(X\beta_k)}$$

To evaluate the effects of the NCMS on choices of hospitals, we can just expand the term  $X\beta$  to  $c + \tau T + \beta D + \alpha C + \gamma^n T * D + \gamma^s T * C + \delta X + \varepsilon$ .

The results for fixed-effect OLS regression are shown in Table 8 and for multinomial logit model are shown in Table 8 (4). The base category is “visit county-level hospital”. Basically, there are no significant effects of the NCMS on the choice. The insurance effects and spill-over effects are often in the opposite direction. Although we do not see very significant effects, but the outcome seem to indicate that NCMS encourage people to go to lower-level clinics. This is consistent with the anecdote evidence that NCMS tries to encourage people to visit clinics near to their resident location.

### 5) The impacts of NCMS on self-reported health

The second part of Table 8 shows the influence of the NCMS on people’s subjective evaluation of the health status. What is most interesting is how the effect of the NCMS on subjective health status changes over time. In the first year of the implementation of the NCMS, there is no significant effect of the insurance on self-reported health status, in the second year, we see some positive spill-over effects and gross effects, and then in the third year, we see substantial significant positive insurance effect of the program. This is somehow surprising given the NCMS has not increased the utilization of the health care. However the time trends of the effects are consistent with the pattern of the utilization. The insurance effect on health status increases over time, while the spill-over effect deteriorates over time.

## 5. Improvement and Tests of the Baseline Model

To attain consistent estimation of the impacts of NCMS from the baseline model, the identification assumption should be true, that is, in the absence of the NCMS, there should be no significant differences exist in the changes of outcomes between the treatment and control groups. However, this condition is somewhat tenuous in this experiment because the treated and untreated differ in important demographics as shown in table 3 where we display the factors that determine the participation decisions in counties that have enrolled in NCMS.

### 5.1. Correct for potential bias

Particularly, we have two concerns about selection bias. The first one is about the adverse selection problem, that is, individuals with relative poor health are more likely to participate, so we expect more utilization for them. If the difference in the utilization between groups with different risks changes over time, the baseline model provides biased estimation. The second concern is related to the difference in income between participants and nonparticipants. Due to the increase in the price of health care, the difference in the health care utilization between rich and poor families enlarges over time. At the same time, after introducing the NCMS, high-income families are more likely to participate than low-income families. As a result, there can an increase in health care utilization and

expenditure of the treatment group relative to those of the control group independently of the participation of NCMS.

One way to correct the bias is to allow the impacts of the factors that affect participation and the outcome to vary over the relevant periods. As a result, we propose the refined model as following:

$$Y = c + \tau T + \beta D + \alpha C + \gamma^n T * D + \gamma^s T * C + \delta X + \delta_p T * X_p + \varepsilon \quad (2')$$

Where  $T * X_p$  is the interaction term, and  $X_p$  includes health status categories and income.  $\delta_p$  shows how the linear effects of  $X_p$  change over time.

Potentially, there are other variables that may be correlated to participation decision, and affect the change of the outcomes over time. A simple way to correct the bias from these variables is to control the interaction between  $T$  and the propensity score, because the propensity score represents the most relevant combinations of all observable factors that are correlated with participation decisions.

## 5.2. A different control group

The baseline model use the untreated individuals, that is individuals who do not participate both before and after the treated group participates, as the control group, but we can consider a different control group to test whether the identification assumption holds in the baseline model. We consider the following control group: individuals who has already participated both before and after the treatment group participates. The advantage of using the alternative control group as the comparison is that they also choose to participate, so they are more similar to the treatment group, and it is less likely to face the selection problem.

The following table illustrates the main idea.

Table C: Illustration of Using a Different Control Group		
	<b>T<sub>1</sub>=1, T<sub>2</sub>=0</b>	<b>T<sub>1</sub>=0, T<sub>2</sub>=1</b>
Group 1: D <sub>1</sub> =1, D <sub>2</sub> =0 C <sub>1</sub> =1, C <sub>2</sub> =0	<b>E, Participated</b> $\beta + \alpha_1 + \gamma_1^n + \gamma_1^s$	<b>F, Participated</b> $\tau_2 + \beta + \alpha_1 + \gamma_2^n + \gamma_2^s$
Group 2: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =1 C <sub>1</sub> =1, C <sub>2</sub> =0	<b>E', Not participate</b> $\beta + \alpha_1 + \gamma_1^s$	<b>F', Participate</b> $\tau_2 + \beta + \alpha_1 + \gamma_2^n + \gamma_2^s$
Group 3: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =1 C <sub>1</sub> =0, C <sub>2</sub> =1	<b>A, Not participate</b> $\beta + \alpha_2$	<b>B, Participated</b> $\tau_2 + \beta + \alpha_2 + \gamma_2^n + \gamma_2^s$
Group 4: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =0 C <sub>1</sub> =0, C <sub>2</sub> =1	C, Not participate $\alpha_2$	D, Not participate $\tau_2 + \alpha_2 + \gamma_2^s$
Group 5: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =0 C <sub>1</sub> =0, C <sub>2</sub> =0	C', Not participate 0	D', Not participate $\tau_2$

More specifically, the baseline model focuses on the observations in the cells of A, B, C, D, C', and D', and the group 3 is the treatment group and group 4 and group 5 are the control groups, and we

estimate the effects of NCMS in period 2. In contrast, the alternative model focuses on bold cells A, B, E, F, E' and F'. Group 2 and 3 are the treatment groups and the control group is group 1 who has participated NCMS in both periods. However, the difference-in-difference estimation based on cells A,B,E,F gives us the estimation for the effects of NCMS in period 1 rather than in period 2.<sup>49</sup>

The regression for the alternative model can be written as follows:

$$Y = c + (\tau_2 + \gamma_2^n + \gamma_2^s)T_2 + (\alpha_1 - \alpha_2)C_1 + \gamma_1^n D_1 * T_1 + \gamma_1^s C_1 * T_1 + \delta X + \delta_p T_2 * X_p + \varepsilon$$

If the identification assumption holds for the baseline model, and other variables' effects do not change between periods T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub>, we expect the baseline model and the alternative model give similar estimates of  $\gamma_1$ .

### 5.3. Using Two Periods Before the Introduction of the NCMS Programs

While the identification assumption is not testable for the period of interest, it is possible to test for in two periods during which nobody participates NCMS. If the identification condition holds, we should see no significant differences in the relative outcomes over two periods where neither the treatment group nor the control group participate the NCMS.

	<b>T<sub>1</sub>=0, T<sub>2</sub>=0</b>	<b>T<sub>1</sub>=1, T<sub>2</sub>=0</b>	T <sub>1</sub> =0, T <sub>2</sub> =1
Group 2: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =1 C <sub>1</sub> =0, C <sub>2</sub> =1	<b>A<sub>0</sub>, Not participate</b> <b><math>\beta + \alpha_2</math></b>	<b>A, Not participate</b> <b><math>\tau_1 + \beta + \alpha_2</math></b>	B, Participated $\tau_2 + \beta + \alpha_2 + \gamma_2^n + \gamma_2^s$
Group 3: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =0 C <sub>1</sub> =0, C <sub>2</sub> =1	<b>C<sub>0</sub>, Not Participated</b> <b><math>\alpha_2</math></b>	<b>C, Not participate</b> <b><math>\tau_1 + \alpha_2</math></b>	D, Not participate $\tau_2 + \alpha_2 + \gamma_2^s$
Group 3: D <sub>1</sub> =0, D <sub>2</sub> =0 C <sub>1</sub> =0, C <sub>2</sub> =0	<b>C<sub>0</sub>', Not Participated</b> <b>0</b>	<b>C', Not participate</b> <b><math>\tau_1</math></b>	D', Not participate $\tau_2$

More specifically, the baseline model focus on the observations in cells A,B,C,D,C'and D', while our test focuses on the cells of A<sub>0</sub>, B<sub>0</sub>, A, B, in the above table. As a result, we run the following regression:<sup>50</sup>

$$Y = c + \tau T_1 + \beta D_2 + \alpha C_2 + \gamma^n T_1 * D_2 + \gamma^s T_1 * C_2 + \delta X + \varepsilon \quad (2)$$

*Hypothesis:  $\gamma^n, \gamma^s$  should be insignificant.*

### 5.4. Results

Table 5(5), Table 6(5), Table 7(5), and Table 8(5) show the estimations after we allow the impacts

<sup>49</sup> In this model, the effects of NCMS in period T<sub>2</sub>=1 is not identified because both the control and treatment group get health insurance coverage.

<sup>50</sup> We only consider the situation where the county has not enrolled in NCMS in period T<sub>0</sub>=1, but joined in NCMS in period T<sub>1</sub>=1. If the county has joined in the NCMS in period T<sub>0</sub>=1, and some individuals other than group 1 and 2 have participated, we worry about the spill-over effects.

of income and health status on the utilization and costs of health care to vary over time. It shows quite similar outcomes as the baseline model with the exception that the effect of NCMS on self-reported health status become less significant. Therefore, we cannot reject the hypothesis that the baseline model is reliable for most of the outcomes.

Table 5 (6) show the estimations for the effects of the NCMS on utilization in 2006 and two tests for the identification effects. The first part in Table 5(6) shows the estimations when we use only the observations in 2005 and 2006 and exclude all observations that have participated before 2006 and the counties they live in have enrolled before 2006. Consistent with the results using four years' observations, we see NCMS has significant positive insurance effects on participants' utilization. In the second part, when we apply the same model to two periods with no experiments at all, we do not see such effects. This increases our confidence on the baseline model.

## 6. Conclusion and Discussion

This paper tries to evaluate the effects of NCMS programs on the utilization of health care, the cost of health care, the choice of hospitals, and health status.

The results show that there is some extent of adverse selection, no matter whether we use self-reported health status or use total health care expenditure in the past as the measure. However the extent of adverse selection is not monotonic along the risk. The NCMS programs seem to be unattractive to families with bad health status.

The results give us both good news and bad news. First, we find that the NCMS does **not** significantly affect individuals' utilization, including both in-patient service and out-patient service. This might be bad news for the government because the main purpose of the program is to increase the accessibility of health care. Fortunately, as the NCMS expand to more counties and the plans become more generous, we do see the NCMS help encourage health care utilization among the participants. However, the spill-over effects on the non-participants keep to be negative, that is non-participants are less likely to utilize health care after the introduction of the NCMS, and the adverse effect even becomes worse over time. In addition, the effects of the NCMS are different across different income groups. High-income group is more likely to exploit the insurance and is more likely to be affected by the spill-over effect too.

Second, the NCMS does help reducing total out-of-pocket expenditure for the participants; however, it seems that most of these decreases come from the change in utilization instead of price effect. The pattern of the expenditure is quite consistent with the pattern of the utilization, and the effects of the NCMS on prices are insignificant in most cases.

Finally, NCMS does not seem to affect the choice of hospitals significantly. For health status, NCMS does not seem to have effects in the short run, but the effects increases over time. Particularly, after two-years implementation of the NCMS, participants seem to have a better evaluation of their health status. This is consistent with the fact that people utilization health care service more in later years.

The results are different from those in Wagstaff et al (2007). However, since the results are robust to different specifications. In addition, by allowing the effects of income and health status on the outcomes vary over time, using different control group, or using two periods before the launch of NCMS programs, we have test that the identification assumption for our model is reliable. We are

confident that we provide some convincing challenge on the conclusions in Wagstaff et al (2007).

## Reference

- Card D, Dobkin C, Maestas N. 2004, The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization and health: evidence from Medicare. NBER Working Paper Series 10365
- Chen S, Mu R and Ravallion M. 2006, Are there lasting impacts of a poor-area development program? Washington DC, World Bank, Mimeo
- Currie J, Gruber J, 1996a, Health insurance eligibility, utilization of medical care and child health. *Quarterly Journal of Economics* 111(2): 431-466
- Currie J, Gruber J, 1996a, Saving babies: the efficacy and cost of recent changes in the Medicaid eligibility of pregnant women. *Journal of Political Economy* 104(6): 1263-1296
- Currie J, Gruber J, 1997, The technology of birth: health insurance, medical interventions and infant health. NBER Working Paper Series 5985
- Decker SL, Remler DK. 2004, How much might universal health insurance reduce socioeconomic disparities in health? A comparison of the US and Canada. NBER Working Paper Series 10715.
- Fihn SD, Wicher JB. 1988, Withdrawing routing outpatient medical services: effects on access and health. *Journal of General Internal Medicine*, Jul/Aug: 356-362
- Gakidou, E., R. Lozano, E. Gonzalez-Pier, J. Abbott-Klafter, J. T. Barofsky, C. Bryson-Cahn, D. M. Feehan, D. K. Lee, H. Hernandez-Llamas and C. J. Murray, 2006, "Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card." *The Lancet* In Press, Corrected Proof.
- Gaviria, A., C. Medina and C. Mejía, 2006, Evaluating The Impact Of Health Care Reform In Colombia: From Theory To Practice. Bogota, Universidad de Los Andes-CEDE, Documentos CEDE 002682.
- Goldman DP, Bhattacharya J, McCaffrey DF et al. 2001, Effect of insurance on mortality in an HIV-positive population in care. *Journal of the American Statistical Association* 96(455): 883-894
- Goldman N. 1994, Social factors and health: the causation-selection issue revisited. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Vol. 91, No. 4: 1251-1255
- Haas JS, Udvarhelyi S, Epstein AM. 1993a, The effect of providing health coverage to poor uninsured pregnant women in Massachusetts. *Journal of American Medical Association* 269(1): 87-91
- Haas JS, Udvarhelyi S, Epstein AM. 1993b, The effect of health coverage for uninsured pregnant women on maternal health and the use of cesarean section. *Journal of American Medical Association* 270(1): 61-64
- Hanratty M. 1996, Canadian national health insurance and infant health. *American Economic Review*, 86(1): 276-284
- Heckman J. 2000, Causal parameters and policy analysis in economics: a twentieth century retrospective. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 115, No. 1: 45-97
- Johnson N, Sorlie P and Backlund E. 1999, The impact of specific occupation on mortality in the U.S. national longitudinal mortality study. *Demography*, Vol. 36, No. 3: 355-367
- Jowett, M., P. Contoyannis and N. D. Vinh, 2003, "The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam." *Social Science & Medicine* 56(2): 333-42.
- Jowett, M., A. Deolalikar and P. Martinsson, 2004, "Health insurance and treatment seeking behaviour:

- evidence from a low-income country." *Health Economics* 13(9): 845-57.
- Lurie N, Ward NB, Shapiro MF, Gallego C, Vaghaiwalla T, Brook RH. 1986, Termination of Medical benefits. A follow-up study one year later, New England, *Journal of Medicine* 314(19): 1266-1268
- Newhouse JP et al. 1993, Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Harvard University Press: Cambridge, MA.
- Panopoulou, G. and C. Velez, 2001, Subsidized Health Insurance, Proxy Means Testing and the Demand for Health Care among the Poor in Colombia. Colombia Poverty Report Volume II. Washington DC, World Bank.
- Perry CW, Rosen HS. 2001, The self-employed are less likely to have health insurance than earners. So what? NBER Working Paper Series 8316
- Ravallion M. 2007, Evaluating anti-poverty programs. Handbook of Agricultural economics vol. 4. Evenson R and Schultz T. Amsterdam, North Holland
- Sepehri, A., S. Sarma and W. Simpson, 2006, "Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam Living Standards Survey Panel." *Health Economics* 15(6): 603-16.
- Sepehri, A., W. Simpson and S. Sarma, 2006, "The influence of health insurance on hospital admission and length of stay--the case of Vietnam." *Social Science & Medicine* 63(7): 1757-70.
- Trivedi, P., 2003, Patterns of health care use in Vietnam: Analysis of 1998 Vietnam Living Standards Survey data. Economic Growth, Poverty and Household Welfare: Policy Lessons from Vietnam. P. Glewwe, N. Agrawal and D. Dollar. Washington DC, World Bank.
- Trujillo, A. J., J. E. Portillo and J. A. Vernon, 2005, "The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching." *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5(3): 211-39.
- Wagstaff, A. and M. Lindelow, 2005, Can insurance increase financial risk? : the curious case of health insurance in China. Washington, D.C., World Bank, Policy Research Working Paper #3741.
- Wagstaff, A. and M. Pradhan, 2005, Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country. Washington, D.C., World Bank, Policy Research Working Paper 3563.
- Wagstaff, Adam and Shengchao Yu, 2007, Do health sector reforms have their intended impacts? The World Bank's Health VIII project in Gansu province, China, *Journal of Health Economics* 26 (2007) 505-535
- Wagstaff, Adam, Magnus Lindelow, Gao Jun, Xu Ling and Qian Juncheng, 2007, Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme, World Bank, Impact Evaluation Series, No. 12, WPS4150.
- Waters HR. 1999. Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias – a case study of Ecuador. *Health Economics* 8(5): 473-483
- Yip W et al. 2007. The effects of Taiwan's national health insurance on access and health status of the elderly. *Health Economics* 16: 223-242



**Table 1. The Participation Rate in Different Years**

Participation Rate	2003	2004	2005	2006	2007
Number of Counties Enrolled	21	22	21	44	30
Participation Rate of Counties	15.00%	15.71%	14.29%	31.43%	21.43%
Cumulative Rate	15.00%	30.71%	45.00%	76.43%	97.86%
Number of families Enrolled	572	722	874	1,735	1,145
Participation Rate of Families	10.56%	13.32%	16.13%	32.02%	21.13%
Cumulative Rate	10.56%	23.88%	40.01%	72.02%	93.15%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2003	72.68%	86.28%	95.68%	98.35%	99.11%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2004		74.28%	92.39%	93.48%	94.57%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2005			75.67%	88.82%	93.02%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2006				95.56%	97.48%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2007					91.16%

**Table 2. Insurance Schemes for NCMS Programs**

Year	Deductible level					
	Township clinics	County hospitals	Upper-level hospital			
2003	262.63	425.13	825.13			
2004	233.33	483.33	833.33			
2005	180.67	380.67	663.94			
2006	106.76	258.38	536.76			
2007	105.46	266.57	640.91			
average	180.90	351.29	679.17			
Year	Copay rate for RMB3000 in-patient expenditure			Copay rate for RMB10000 in-patient expenditure		
	Township clinics	County hospitals	Upper-level hospital	Township clinics	County hospitals	Upper-level hospital

2003	31.56%	28.21%	18.60%	27.72%	33.54%	27.44%
2004	28.04%	28.18%	17.19%	31.17%	32.56%	25.66%
2005	39.05%	28.21%	18.74%	41.67%	35.89%	26.06%
2006	43.66%	33.15%	23.29%	47.33%	38.38%	29.58%
2007	49.93%	38.81%	23.55%	49.75%	43.20%	30.09%

**Table 3. Descriptive Statistics**

Variable	Participants		Non-participants in the NCMS counties		People in the non_NCMS counties	
	N. obs	Mean	N. obs	Mean	N. obs	Mean
Individual health expenditure	14192	203.76	2463	122.39	28858	162.51
Individual out-patient expenditure	13916	46.11	2421	22.28	28454	33.91
Individual in-patient expenditure	13987	109.35	2426	45.07	28518	91.93
Ind. out-of-pocket exp.	13973	135.10	2463	118.49	28858	160.47
Ind. out-of-pocket out-patient exp.	13893	39.90	2420	21.75	28447	33.07
Ind. out-of-pocket in-patient exp.	13928	75.74	2426	45.07	28514	90.64
Number of inpatient visit	13917	0.021	2421	0.012	28420	0.019
Number of outpatient visit	13925	0.190	2419	0.127	28474	0.183
Number of visits	13961	0.218	2426	0.149	28537	0.210
Days of hospital stay	13919	0.342	2421	0.292	28419	0.300
Dummy: Having outpatient visit	14195	0.061	2463	0.044	28863	0.047
Dummy: Having inpatient visit	13988	0.023	2426	0.011	28520	0.018
Dummy: Having hospital visit	14195	0.061	2463	0.044	28863	0.047
price: in-patient visit	267	4757.20	25	4141.15	425	4512.59
price: out-patient visit	592	412.26	70	280.79	967	273.06
price: all visit	592	377.48	70	269.90	967	239.77
self price: in-patient visit	255	3749.92	25	4061.15	420	4496.76
self price: out-patient visit	572	365.76	69	278.58	960	269.97
self price: all visit	539	718.49	72	707.17	1016	656.84
type of hospital for inpatient service	223	3.01	19	2.95	401	2.98
type of hospital for inpatient service	604	2.36	66	2.05	962	2.35
NCMS hospital for inpatient service	206	0.96	15	0.87	277	0.70
NCMS hospital for inpatient service	524	0.78	42	0.48	694	0.59
subjective health evaluation	25958	4.37	3931	4.35	43764	4.34
Have commerical insurance	29976	0.05	4679	0.03	54393	0.07
Head: female	31383	0.06	4951	0.08	56045	0.09
Head: age	30932	51.05	4914	49.90	55448	49.63
Head: single	31383	0.08	4951	0.10	56045	0.10
Head: education	30046	6.79	4773	6.68	52729	6.57
Head: Agricultural worker	31383	0.37	4951	0.44	56045	0.33
Income per capital	31305	7333.47	4932	5380.30	55681	5397.83
Family size	31379	4.94	4950	5.26	56009	5.10

Percentage of people>65	31379	0.08	4950	0.08	56009	0.07
Percentage of people<10	31379	0.10	4950	0.10	56009	0.11
Percentage of migrants	31379	0.20	4950	0.19	56009	0.21
Percentage of having bad or fair health	31379	0.10	4950	0.10	56009	0.09
Percentage of having bad health	31379	0.03	4950	0.04	56009	0.04
Percentage of having chronic or disease	31379	0.06	4950	0.05	56009	0.06
Cadre family	31383	0.09	4951	0.07	56045	0.09
having doctor	31383	0.03	4951	0.02	56045	0.02
Ethnic Minor family	31383	0.09	4951	0.13	56045	0.15
Wubao family	31383	0.00	4951	0.00	56045	0.00

**Table 3. Descriptive Statistics (cont.)**

	NCMS counties		non_NCMS counties	
	N. obs	Mean	N. obs	Mean
Average income in the village	37385	3963.19	56045	3030.31
Xiaokan village	37385	0.36	56045	0.38
Pingkun village	37385	0.07	56045	0.10
Clinic in the village	37385	2.13	56045	2.41
Surburb	37385	0.15	56045	0.16
Township gov't	37385	0.18	56045	0.15
Agricultural village	37385	0.89	56045	0.86
Mountain village	37385	0.24	56045	0.25
Highland	37385	0.25	56045	0.32
western	37385	0.23	56045	0.31
central	37385	0.44	56045	0.45

**Table 4. Participation Decision**

	(1)	(2)	(3)	(4)
Ln(family health expenditure last year)				0.019 (0.025)
Ln(in-patient expenditure last year)				-0.012 (0.034)
Num. of members with bad or fair health	0.048 (0.040)	0.109 (0.052)**	0.160 (0.044)***	0.056 (0.060)
Num. of members with bad health		-0.171 (0.080)**	-0.340 (0.067)***	-0.090 (0.091)
Num. of members with good health		-0.017 (0.021)	0.042 (0.018)**	-0.011 (0.025)
Num. of members with missing health	-0.048 (0.040)	-0.055 (0.040)	-0.106 (0.033)***	-0.003 (0.045)
Number of members >65	-0.040 (0.050)	-0.025 (0.051)	0.046 (0.042)	0.018 (0.058)
Number of members <10	0.033 (0.057)	0.033 (0.057)	0.092 (0.046)**	0.035 (0.065)

Number of migrants	-0.042 (0.031)	-0.042 (0.031)	0.021 (0.027)	-0.012 (0.035)
Number of new born	0.119 (0.089)	0.124 (0.089)	0.052 (0.075)	0.133 (0.100)
Number of woman at birth age	0.044 (0.054)	0.039 (0.054)	-0.057 (0.045)	0.049 (0.063)
Year 2005	0.887 (0.080)***	0.888 (0.080)***	0.562 (0.064)***	0.464 (0.110)***
Year 2006	1.730 (0.111)***	1.734 (0.112)***	1.227 (0.084)***	1.063 (0.160)***
Head: female	0.061 (0.112)	0.065 (0.112)	0.075 (0.095)	0.064 (0.124)

**Table 4. Participation Decision (cont.)**

	(1)	(2)	(3)	(4)
Head: age	0.004 (0.003)	0.004 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)
Head: single	-0.263 (0.091)***	-0.266 (0.091)***	-0.223 (0.078)***	-0.207 (0.105)**
Head: missing marriage	-0.423 (0.205)**	-0.458 (0.207)**	-0.413 (0.202)**	-0.501 (0.244)**
Head: edu year in (3,6)	0.145 (0.127)	0.143 (0.127)	0.081 (0.106)	0.139 (0.143)
Head: edu year in (7,9)	0.147 (0.135)	0.147 (0.135)	0.177 (0.114)	0.144 (0.153)
Head: edu year >=10	-0.114 (0.172)	-0.116 (0.173)	0.124 (0.155)	-0.120 (0.193)
Head: edumiss	-0.084 (0.267)	-0.082 (0.265)	0.225 (0.216)	-0.082 (0.308)
Head: job1	-0.008 (0.138)	-0.007 (0.139)	-0.137 (0.116)	-0.123 (0.156)
Head: job2	-0.012 (0.131)	-0.011 (0.131)	-0.120 (0.111)	-0.096 (0.150)
Head: job3	0.112 (0.136)	0.115 (0.135)	0.018 (0.111)	0.188 (0.157)
Head: non agricultural	-0.083 (0.118)	-0.092 (0.119)	-0.123 (0.097)	-0.132 (0.133)
income_per	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)*
income_per2	-0.000 (0.000)**	-0.000 (0.000)**	-0.000 (0.000)*	-0.000 (0.000)**
income_per3	0.000 (0.000)**	0.000 (0.000)**	0.000 (0.000)**	0.000 (0.000)**
Family size	0.017	0.023	0.020	0.030

	(0.028)	(0.028)	(0.023)	(0.033)
cadre	-0.038	-0.031	-0.064	-0.119
	(0.113)	(0.113)	(0.103)	(0.127)
have doctor	-0.111	-0.111	0.161	-0.051
	(0.179)	(0.179)	(0.154)	(0.204)
minor	-0.232	-0.244	-0.586	-0.232
	(0.214)	(0.213)	(0.103)***	(0.215)
wubao	-0.652	-0.634	-0.221	-0.475
	(0.430)	(0.446)	(0.403)	(0.498)
communist	0.154	0.152	0.128	0.178
	(0.092)*	(0.092)*	(0.079)	(0.104)*
County dummies	yes	yes	no	yes
Province dummies	no	no	yes	no
Observations	4472	4472	6905	2615
Log likelihood	-1252.36	-1249.81	-1726.09	-1009.67
Pseudo R2	0.40	0.40	0.30	0.37

Robust standard errors in parentheses

\* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%

**Table 5. The Effects of NCMS on Utilization**

	Number of visits			Dummy of whether visited			Days of hospital stays
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient	
Insurance Effect	-0.006	-0.052	-0.046	-0.001	-0.003	-0.003	-0.288
	(0.005)	(0.035)	(0.033)	(0.004)	(0.006)	(0.006)	(0.184)
Spill-over Effect	-0.007	-0.042	-0.035	-0.009	-0.021	-0.021	0.051
	(0.005)	(0.036)	(0.035)	(0.004)**	(0.007)***	(0.007)***	(0.186)
Total Effect	-0.013	-0.090	-0.078	-0.010	-0.022	-0.022	-0.230
	(0.004)***	(0.033)***	(0.032)**	(0.004)***	(0.005)***	(0.005)***	(0.092)**

**Table 5(1). The Effects of NCMS on Utilization over time**

	Number of visits			Dummy of whether visited			Days of hospital stays
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient	
Insurance Effect	0.010	0.096	0.092	0.013	0.030	0.030	0.184
	(0.007)	(0.051)*	(0.050)*	(0.006)**	(0.010)***	(0.010)***	(0.156)
Year* Ins_Effect	0.005	0.071	0.070	0.004	0.014	0.014	0.266
	(0.004)	(0.028)**	(0.027)**	(0.003)	(0.006)**	(0.006)**	(0.099)***
Spill-over Effect	-0.041	-0.266	-0.235	-0.039	-0.074	-0.074	-0.559
	(0.008)***	(0.059)***	(0.057)***	(0.007)***	(0.011)***	(0.011)***	(0.185)***
Year*Ins_spill	-0.019	-0.136	-0.122	-0.017	-0.032	-0.032	-0.378

	(0.004)***	(0.027)***	(0.026)***	(0.003)***	(0.006)***	(0.006)***	(0.089)***
Total Effect	-0.030	-0.163	-0.136	-0.025	-0.043	-0.043	-0.352
	(0.007)***	(0.048)***	(0.046)***	(0.005)***	(0.008)***	(0.008)***	(0.133)***
Year*Total	-0.015	-0.063	-0.050	-0.013	-0.018	-0.018	-0.106
	(0.003)***	(0.026)**	(0.025)**	(0.003)***	(0.004)***	(0.004)***	(0.077)

**Table 5(2). The Effects of NCMS on Utilization over time**

	Number of visits			Dummy of whether visited			Days of hospital stays
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient	
Insurance Effect	-0.071	-0.962	-0.901	-0.049	-0.174	-0.174	0.423
	(0.068)	(0.486)**	(0.471)*	(0.056)	(0.094)*	(0.094)*	(2.319)
Ln_income*Ins_Effect	0.006	0.093	0.087	0.005	0.017	0.017	-0.074
	(0.007)	(0.049)*	(0.047)*	(0.006)	(0.010)*	(0.010)*	(0.249)
Spill-over Effect	-0.042	0.841	0.880	-0.024	0.088	0.088	-1.926
	(0.072)	(0.485)*	(0.467)*	(0.059)	(0.093)	(0.093)	(2.150)
Ln_income*Ins_spill	0.004	-0.090	-0.093	0.002	-0.011	-0.011	0.201
	(0.007)	(0.049)*	(0.047)**	(0.006)	(0.009)	(0.009)	(0.233)
Total Effect	-0.114	-0.124	-0.015	-0.071	-0.085	-0.085	-1.720
	(0.037)***	(0.319)	(0.313)	(0.033)**	(0.047)*	(0.047)*	(0.910)*
Ln_income*Total Effect	0.010	0.003	-0.006	0.006	0.006	0.006	0.150
	(0.004)***	(0.032)	(0.032)	(0.003)*	(0.005)	(0.005)	(0.091)*

**Table 5 (4). The Effects of NCMS on Utilization: Poisson D-D Regression**

	Number of visits			Dummy of whether visited			Days of hospital stays
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient	
Insurance Effect	-0.352	-0.453	-0.469	-0.211	-0.034	-0.288	-0.288
	(0.333)	(0.218)**	(0.224)**	(0.205)	(0.270)	(0.154)*	(0.154)*
Spill-over Effect	-0.048	-0.065	-0.056	0.066	-0.335	-0.052	-0.052
	(0.341)	(0.235)	(0.242)	(0.220)	(0.277)	(0.159)	(0.159)
Total Effect	-0.380	-0.515	-0.524	-0.157	-0.349	-0.326	-0.326
	(0.165)**	(0.141)***	(0.146)***	(0.074)**	(0.147)**	(0.095)***	(0.095)***

**Table 6. The Effects of NCMS on Health Care Expenditure**

	Out-of-Pocket Expenditure			Total Expenditure		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	-45.5	-87.3	5.0	-13.8	-31.7	9.8

	(23.7)*	(31.7)***	(8.2)	(25.3)	(33.7)	(8.5)
Spill-over Effect	-67.9	-110.8	-33.6	-63.6	-108.6	-34.5
	(30.2)**	(38.7)***	(8.5)***	(30.7)**	(39.5)***	(8.9)***
Total Effect	-113.7	-198.7	-28.9	-77.9	-140.1	-24.9
	(34.3)***	(40.1)***	(7.5)***	(36.1)**	(43.0)***	(7.9)***

**Table 6(1). The Effects of NCMS on Health Care Expenditure**

	Out-of-Pocket Expenditure			Total Expenditure		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	31.4	43.5	33.6	93.6	131.9	45.3
	(34.4)	(45.5)	(12.1)***	(36.9)**	(50.2)***	(12.7)***
Year* Ins_Effect	39.4	76.3	17.5	66.9	108.2	22.8
	(19.0)**	(26.7)***	(6.5)***	(21.4)***	(30.5)***	(6.8)***
Spill-over Effect	-186.6	-279.2	-67.5	-186.7	-273.6	-72.9
	(58.5)***	(70.2)***	(14.7)***	(58.8)***	(72.3)***	(15.3)***
Year*Ins_spill	-70.1	-102.5	-21.0	-76.5	-105.2	-24.3
	(21.4)***	(29.5)***	(6.4)***	(22.0)***	(30.9)***	(6.6)***
Total Effect	-151.3	-229.0	-33.5	-88.1	-133.6	-27.0
	(52.0)***	(58.8)***	(11.7)***	(54.5)	(62.5)**	(12.1)**
Year*Total Effect	-29.2	-23.8	-3.7	-7.9	5.1	-1.7
	(21.3)	(24.0)	(5.5)	(23.2)	(27.8)	(5.8)

**Table 6(2). The Effects of NCMS on Health Care Expenditure**

	Out-of-Pocket Expenditure			Total Expenditure		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	-129.7	-686.5	-335.7	-260.4	-851.7	-347.4
	(305.2)	(392.7)*	(95.3)***	(332.8)	(420.1)**	(97.0)***
Ln_income*Ins_Effect	8.6	61.2	34.7	25.0	83.5	36.4
	(32.0)	(40.9)	(9.8)***	(34.7)	(43.7)*	(10.0)***
Spill-over Effect	7.8	463.2	204.1	-15.5	418.4	210.3
	(370.7)	(436.5)	(87.5)**	(375.6)	(444.9)	(88.9)**
Ln_income*Ins_spill	-7.7	-58.7	-24.3	-4.9	-53.9	-25.0
	(39.6)	(46.2)	(9.1)***	(40.0)	(47.0)	(9.3)***
Total Effect	-113.5	-224.9	-135.3	-274.1	-440.5	-141.4
	(316.6)	(356.5)	(75.4)*	(346.1)	(389.5)	(77.6)*
Ln_income*Total Effect	-0.0	2.6	10.7	19.8	30.3	11.8
	(33.5)	(37.7)	(7.8)	(36.4)	(41.1)	(8.0)

**Table 6 (4). The Effects of NCMS on Health Care Expenditure: Tobit D-D model**

	Out-of-Pocket Expenditure			Total Expenditure		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	-2,060.6	-2,800.0	-199.4	-272.1	-1,047.1	-145.5
	(1,746.3)	(730.2)***	(203.0)	(1,746.3)	(717.2)	(206.8)

Spill-over Effect	-2,056.8 (1,797.5)	-566.3 (760.9)	-227.2 (211.1)	-2,315.1 (1,807.0)	-657.1 (753.1)	-229.5 (215.2)
Total Effect	-3,959.7 (1,086.1)***	-3,335.5 (529.1)***	-419.2 (135.5)***	-2,443.1 (1,058.8)**	-1,668.5 (502.5)***	-367.6 (137.7)***

**Table 7. The Effects of NCMS on Cost of Health care**

	Total Price			Out-of-Pocket Price		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	-831.2 (2,791.0)	87.2 (52.4)*	92.1 (54.5)*	-979.8 (1,571.2)	16.0 (112.4)	61.7 (53.5)
Spill-over Effect	-402.8 (3,154.8)	-69.9 (54.0)	-66.1 (55.0)	-849.8 (1,746.6)	-98.9 (112.7)	-63.2 (52.7)
Total Effect	-1,229.9 (2,519.8)	27.9 (67.6)	36.4 (70.0)	-1,847.0 (2,318.0)	-78.2 (152.5)	11.3 (65.7)

**Table 7 (1). The Effects of NCMS on Cost of Health Care over Time**

	Total Price			Out-of-Pocket Price		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	433.3 (4,534.4)	37.2 (83.5)	51.7 (86.2)	-86.4 (1,765.6)	-133.9 (143.0)	-2.8 (86.6)
Year* Ins_Effect	2,523.4 (4,366.6)	-52.7 (74.1)	-43.0 (75.8)	2,176.6 (2,028.6)	-258.3 (219.2)	-76.3 (76.1)
Spill-over Effect	-322.6 (4,542.1)	-21.4 (97.8)	-27.7 (99.3)	31.0 (2,455.3)	-118.7 (164.3)	-15.9 (100.0)
Year*Ins_spill	-460.8 (3,525.7)	45.7 (67.9)	36.4 (69.5)	691.8 (1,776.5)	8.5 (90.7)	47.8 (74.9)
Total Effect	666.5 (3,260.2)	25.7 (68.9)	34.5 (72.5)	-34.4 (3,013.3)	-250.7 (172.7)	-9.0 (71.0)
Year*Total Effect	2,844.2 (3,030.0)	-2.9 (45.9)	-2.6 (45.1)	2,894.0 (2,924.8)	-246.7 (236.8)	-26.7 (35.8)

**Table 7 (2). The Effects of NCMS on Cost of Health Care across Income Groups**

	Total Price			Out-of-Pocket Price		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	-2,039.9 (36,050.8)	-307.1 (468.3)	-284.9 (482.4)	3475.2 (6128.1)	-58.9 (170.4)	-54.6 (170.0)
Ln_income*Ins_Effect	256.3 (3,653.0)	38.3 (44.9)	36.5 (46.3)	5,677.6 (8920.0)	-61.9 (99.0)	-61.4 (98.6)
Spill-over Effect	12,284.9 (23,517.1)	-88.5 (386.1)	-136.6 (395.6)	4,815.9 (9,699.8)	-28.3 (122.6)	-35.2 (121.3)
Ln_income*Ins_spill	-1,378.4	2.8	8.0	5,767.6	77.9	78.2



	(2,503.1)	(37.2)	(38.2)	(9,664.0)	(104.4)	(104.3)
Total Effect	9,238.2	-404.5	-435.2	1999.0	58.9	54.6
	(26,914.5)	(348.3)	(369.1)	(9873.1)	(170.4)	(170.0)
Ln_income*Total Effect	-1,025.8	43.0	46.9	5,767.6	-77.9	-78.2
	(2,559.4)	(31.9)	(33.7)	(9,664.0)	(104.4)	(104.3)

**Table 8. The Effects of NCMS on Health and Choice of Hospital**

	High levels of Hospital		NCMS Hospital		Health		
	In-patient	Out-patient	Inpatient	Outpatient	Health	Heal_next1	Heal_next2
Insurance Effect	-0.234	-0.105	-0.081	0.080	0.012	0.002	0.375
	(0.415)	(0.147)	(0.417)	(0.109)	(0.012)	(0.019)	(0.096)***
Spill-over Effect	-0.046	0.036	0.061	-0.082	-0.004	0.033	-0.040
	(0.252)	(0.133)	(0.401)	(0.110)	(0.012)	(0.018)*	(0.077)
Total Effect	-0.262	-0.055	-0.027	-0.017	0.006	0.036	0.335
	(0.449)	(0.137)	(0.167)	(0.058)	(0.007)	(0.012)***	(0.059)***

**Table 8 (1). The Effects of NCMS on Health and Choice of Hospital over Time**

	High levels of Hospital		NCMS Hospital		Health		
	Inpatient	Outpatient	Inpatient	Outpatient	Health	Heal_next1	Heal_next2
Insurance Effect	-0.265	-0.229	0.228	0.079	-0.007	0.000	<b>0.659</b>
	(0.548)	(0.169)	(0.259)	(0.085)	(0.019)	(0.036)	<b>(0.186)***</b>
Year* Ins_Effect	-0.118	-0.183	0.542	-0.021	-0.026	-0.005	<b>0.142</b>
	(0.413)	(0.128)	(0.298)*	(0.075)	(0.014)*	(0.018)	<b>(0.079)*</b>
Spill-over Effect	-0.071	0.034	-0.259	-0.113	-0.006	0.010	<b>-0.420</b>
	(0.375)	(0.163)	(0.310)	(0.081)	(0.020)	(0.035)	<b>(0.175)**</b>
Year*Ins_spill	0.004	0.025	-0.529	-0.018	0.003	-0.011	<b>-0.185</b>
	(0.396)	(0.085)	(0.317)	(0.072)	(0.014)	(0.017)	<b>(0.078)**</b>
Total Effect	-0.308	-0.191	-0.019	-0.053	-0.015	0.011	<b>0.239</b>
	(0.493)	(0.161)	(0.181)	(0.063)	(0.010)	(0.018)	<b>(0.076)***</b>
Year*Total	-0.093	-0.164	0.015	-0.044	-0.023	-0.016	<b>-0.043</b>
	(0.153)	(0.129)	(0.100)	(0.036)	(0.006)***	(0.008)*	<b>(0.021)**</b>

**Table 8 (2). The Effects of NCMS on Health and Choice of Hospital across Income Groups**

	High levels of Hospital		NCMS Hospital		Health		
	Inpatient	Outpatient	Inpatient	Outpatient	Health	Heal_next1	Heal_next2
Insurance Effect	-1.543	0.082	1.065	-0.406	-0.282	0.058	0.684
	(5.177)	(1.203)	(2.735)	(0.801)	(0.180)	(0.300)	(0.881)
Ln_income*Ins_Effect	0.142	-0.019	-0.152	0.049	0.030	-0.005	-0.036
	(0.496)	(0.121)	(0.312)	(0.085)	(0.018)*	(0.030)	(0.089)

Spill-over Effect	1.244 (2.285)	-0.628 (0.959)	-2.306 (2.495)	0.327 (0.789)	0.295 (0.184)	0.185 (0.300)	-1.336 (0.805)*
Ln_income*Ins_spill	-0.139 (0.239)	0.067 (0.100)	0.270 (0.286)	-0.041 (0.086)	-0.030 (0.018)	-0.015 (0.030)	0.134 (0.081)*
Total Effect	-0.446 (4.611)	-0.575 (0.947)	-1.537 (1.518)	-0.165 (0.323)	-0.001 (0.072)	0.268 (0.119)**	-0.655 (0.412)
Ln_income*Total Effect	0.018 (0.419)	0.052 (0.092)	0.147 (0.151)	0.015 (0.031)	0.001 (0.007)	-0.023 (0.012)**	0.099 (0.041)**

**Table 8 (4). The Effects of NCMS on Choice of Hospital: Multinomial Logit D-D Model**

	Inpatient service			Outpatient service		
	Village level clinics	Township Clinics	Upper level Hospitals	Village level clinics	Township Clinics	Upper level Hospitals
Insurance Effect	19.464 (1.328)***	0.462 (0.748)	1.353 (0.823)	0.307 (0.445)	0.327 (0.424)	0.577 (0.667)
Spill-over Effect	-19.389 (0.000)	-0.510 (0.766)	-1.066 (0.849)	-0.200 (0.465)	-0.654 (0.442)	-0.486 (0.691)
Total Effect	19.464 (1.328)***	0.462 (0.748)	1.353 (0.823)	0.307 (0.445)	0.327 (0.424)	0.577 (0.667)

**Table 8 (4'). The Effects of NCMS on Health Status: Ordered Logit Model**

	Health this year	Health next year	Health the year after next
Insurance Effect	-0.045 (0.061)	-0.094 (0.093)	0.138 (0.170)
Spill-over Effect	-0.035 (0.067)	0.209 (0.102)**	0.228 (0.250)
Total Effect	-0.090 (0.087)	0.067 (0.073)	0.298 (0.234)

**Table 5 (5). The Effects of NCMS on Utilization: allow the effects of income and health vary over time.**

	Number of visits			Dummy of whether visited			Days of hospital stays
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient	
Insurance Effect	-0.007 (0.005)	-0.060 (0.032)*	-0.054 (0.030)*	-0.001 (0.004)	-0.008 (0.006)	-0.008 (0.006)	-0.300 (0.215)
Spill-over Effect	-0.005 (0.005)	-0.023 (0.036)	-0.020 (0.035)	-0.007 (0.004)*	-0.008 (0.006)	-0.008 (0.006)	0.146 (0.208)
Total Effect	-0.011 (0.004)**	-0.075 (0.033)**	-0.066 (0.032)**	-0.007 (0.004)*	-0.014 (0.005)***	-0.014 (0.005)***	-0.137 (0.086)

**Table 6 (5). The Effects of NCMS on Health Care Expenditure**

	Out-of-Pocket Expenditure			Total Expenditure		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	-38.9 (24.9)	-71.7 (34.0)**	-0.7 (7.5)	-13.7 (26.3)	-14.0 (36.4)	4.9 (8.0)
Spill-over Effect	-48.8 (31.8)	-68.0 (40.9)*	-16.8 (8.9)*	-42.8 (33.3)	-75.4 (43.1)*	-18.0 (9.3)*
Total Effect	-135.6 (39.0)***	-16.4 (8.1)**	-54.4 (36.0)	-85.3 (42.3)**	-115.0 (51.0)**	1,323.6 (1,083.8)

**Table 7 (5). The Effects of NCMS on Cost of Health care**

	Total Price			Out-of-Pocket Price		
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient
Insurance Effect	1,003.2 (1,789.9)	128.6 (78.2)	147.8 (80.5)*	-979.8 (1,571.2)	16.0 (112.4)	61.7 (53.5)
Spill-over Effect	404.3 (1,718.9)	-116.4 (78.6)	-129.8 (80.4)	-849.8 (1,746.6)	-98.9 (112.7)	-63.2 (52.7)
Total Effect	6.0 (49.8)	10.5 (52.8)	0.024 (0.152)	-1,847.0 (2,318.0)	-78.2 (152.5)	11.3 (65.7)

**Table 8 (5). The Effects of NCMS on Health and Choice of Hospital**

	High levels of Hospital		NCMS Hospital		Health		
	In-patient	Out-patient	Inpatient	Outpatient	Health	Heal_next1	Heal_next2
Insurance Effect	0.138 (0.283)	-0.054 (0.151)	0.044 (0.120)	0.125 (0.076)*	0.006 (0.010)	-0.015 (0.015)	0.042 (0.044)
Spill-over Effect	-0.106 (0.290)	-0.001 (0.156)	0.005 (0.124)	-0.033 (0.081)	0.019 (0.010)*	0.028 (0.016)*	0.037 (0.055)
Total Effect	0.024 (0.152)	-0.050 (0.099)	0.039 (0.048)	0.094 (0.045)**	0.024 (0.007)***	0.009 (0.012)	0.037 (0.057)

**Table 5 (6). (Test 3) The Effects of NCMS on Utilization over Time**

	Number of visits			Dummy of whether visited			Days of hospital stays
	Inpatient	All	Out-Patient	Inpatient	All	Out-Patient	
2005-2006 with treatment							
Insurance Effect	0.061 (0.036)*	0.229 (0.275)	0.255 (0.265)	0.060 (0.035)*	0.071 (0.060)	0.071 (0.060)	0.382 (0.621)
Spill-over Effect	-0.047 (0.039)	-0.049 (0.276)	-0.028 (0.265)	-0.060 (0.036)*	-0.081 (0.061)	-0.081 (0.061)	0.021 (0.665)
Total Effect	0.013 (0.016)	-0.077 (0.087)	-0.082 (0.083)	-0.001 (0.009)	-0.010 (0.013)	-0.010 (0.013)	0.401 (0.297)
2004-2005 with no treatment							
Insurance Effect	-0.054 (0.035)	0.102 (0.277)	0.131 (0.270)	-0.054 (0.034)	-0.055 (0.057)	-0.055 (0.057)	-0.663 (0.447)
Spill-over Effect	0.061 (0.035)*	0.008 (0.274)	-0.027 (0.267)	0.062 (0.034)*	0.072 (0.057)	0.072 (0.057)	0.753 (0.431)*
Total Effect	0.008 (0.005)	0.104 (0.055)*	0.098 (0.054)*	0.009 (0.005)*	0.019 (0.007)***	0.019 (0.007)***	0.103 (0.126)

## 附录二：Insurance, Learning and Consumption: Evidence from China's New Cooperative Medical Scheme \*

### Abstract:

The Precautionary saving motives are popular explanations for the Chinese Saving Puzzle, but few empirical studies quantify the size of precautionary savings in China. We use the quasi-natural experiment provided by the introduction of New Cooperative Medical Scheme in the rural area to examine the effect of health insurance on consumption. The data we use are a combination of the longitudinal Rural Fixed-point Survey (RFPS) and a unique household survey conducted on a subsample of the 2006 round of RFPS.

After controlling for household and year fixed effects, we find that the health insurance coverage has stimulated household's consumption expenditure by 2-5% on average. However, the effect is only significant for families having no health care expenditure during the same year, which suggests a pure ex ante insurance effect. This effect is only significant for poor families. In addition, the effect becomes stronger when there are family members having fair or bad health status. These results indicate that the higher the relative risk of (huge) unaffordable health expenditure is in the future, the stronger the insurance effect on consumption is after introducing the safety net program. We also find that the insurance effect is significantly stronger after families learn more about the insurance program, conditional on families witness the benefits of the health insurance coverage. This implies trust on the public insurance program is important.

**Keywords:** New Cooperative Medical Scheme, Precautionary Saving, Chinese Saving Puzzle

### 1. Introduction

The Chinese saving rate has been high and rising, climbing to over 50 percent of GDP in 2005. Although firms' savings have risen sharply and displaced household savings as the main contributor to national savings, the aggregate household saving rate has risen by six percentage points over the last decade.<sup>51</sup> A popular explanation for the "Chinese Saving Puzzle" is that the dissolution of the traditional social safety net has created precautionary saving motives. However, there have been very few empirical

---

\* 本文为白重恩、李宏斌、吴斌珍完成，未翻译。

<sup>51</sup> Several papers try to explain this phenomenon, including Blanchard and Giavazzi (2005), Chamon and Prasad (2008), Horioka and Wan (2007), Krray (2000), Modigliani and Cao (2004), Qian (1998), and Wei and Zhang (2009).

studies that quantify the size of precautionary saving motives in China. Given that China has made a lot of efforts to improve its safety net, how the insurance programs affect consumption and savings is an important question that warrants further research.

Although there is a large literature about precautionary saving motives, the existing empirical tests of precautionary motives yield mixed results on both the motive's existence and strength.<sup>52</sup> Recent researches start to exploit the exogenous variations of insurance coverage caused by policy changes to examine the issue, including Gruber and Yelowitz (1999), Powers (1998), and Kantor and Fishback (1996), and most of them find important precautionary motives. However, it is not clear whether the estimates for the US fit China, considering that the difference in cultural norm remains a popular explanation for the Chinese Saving Puzzle. The most relevant paper about Chinese precautionary saving is Chou, Liu and Hammitt (2003). They find that the universalization of health insurance in Taiwan lowered the household savings rate by about 2.5 percentage points.

The launch of new public health insurance programs in China provides natural experiments to investigate how much more Chinese would consume if they face less uncertainty of future health expenditure. This paper exploits the introduction of the New Cooperative Medical Scheme in the rural areas during 2003 and 2006 to examine the health insurance effect on consumptions. This heavily-subsidized health insurance program has been introduced sequentially to different counties and families decide whether to participate the program voluntarily after the county has enrolled in the program.

The data we use are a combination of the longitudinal Rural Fixed-point Survey (RFPS) and a unique household survey conducted on a subsample of the 2006 round of RFPS. We focus on consumption expenditure that has excluded health care expenditure. The structure of the expansion of the NCMS program allows us to distinguish gross insurance effect, net subscribing effect and spill-over effect by looking at different comparison between participants, non-participants in the counties having enrolled in the NCMS program and families in the counties that have not launched the program.

After controlling for household and year fixed effects, we find that the health insurance coverage has stimulated household's consumption expenditure by 2-5% on average if using all the uninsured as the comparison. When comparing participants with non-participants in the same counties, we get a higher participation effect, 4-7% of consumption, which implies some negative spill-over effect of the program on the uninsured in the NCMS-counties. However, the effects are only significant for families

---

<sup>52</sup> The econometric literature offers diverse answers that range from being very small (Aiyagari,1994, Dynan,1993, Huggett,1996, Skinner,1988, Starr-Mccluer,1996) to the quite large (Carroll and Samwick,1998, Carroll,1994, Dardanoni,1991, Kazarosian,1997, Lusardi,2000).

who have no health care visits during the same year, which suggests our estimates are pure ex ante insurance effects.

The gross insurance effect on consumption expenditure is very strong and significant for poor families, as high as 4.7%, but insignificant for rich families. In addition, the effect becomes stronger, around 5%, when there are family members reporting fair or bad health status. These results indicate that the higher the relative risk of (huge) unaffordable health expenditure is in the future, the stronger the insurance effect on consumption is after introducing the safety net program.

How the insurance effect varies with experience is also examined. An interesting finding is that the insurance coverage has no significant effect on consumptions for the first year of participation, but shows very strong and significant effect after the first year of families' own participation or neighbors' participation. This suggests some learning effect in the rural areas. However, this learning effect only bites when families witnessed reimbursement from the insurance program. Therefore, the insurance seems to only reduce precautionary saving when households trust the insurance can bring real protection.

## **2. Background of the New Cooperative Medical Insurance**

Since the dissolution of rural Cooperative Medical System at the end of the commune period, illness has emerged as a leading cause of poverty in rural China and high cost of health care has deterred families from obtaining necessary health care. In response, the Chinese government started pilots programs of the New Cooperative Medical System in 2003. The primary goal of the NCMS is to reduce impoverishment resulting from illness and improve the affordability of health care (Central Committee of CPC 2002).

The pilot began in 310 rural counties of China's more than 2800 rural counties in 2003, expanded to 617 counties in 2005, 1451 counties (50.7% of the total number of counties) in 2006, and started to spread across nation in 2007. By the end of June in 2007, the program had been expanded to over 84.9% of all rural counties and 82.8% of all rural residents. It is meant to cover all rural population in 2010. Provincial and county governments retain considerable discretion over the details of the pilots, including the placement of the pilot program. In fact, NCMS pilot counties were not randomly selected. Rather, a complex set of criteria, including local interest and capacity, level of economic development, and the status of the delivery system were considered.

There are several main features of the NCMS programs: 1) the program targets at

rural residents;<sup>53</sup> 2) participation is voluntary but must be in unit of household; 3) participants need to pay some flat-rate premium, but their contributions are heavily subsidized by governments; 4) the insurances programs mainly reimburse large expense so as to ease the economic burden due to catastrophic disease and to alleviate illness-caused poverty; 5) the programs are operated at the county level rather than township or village level. Local governments have been given the autonomy in designing, implementing and supervising the programs; 6) a parallel program, the Medical Assistance System, is operated at the same time to assist poverty-stricken population.

The voluntary nature of NCMS raises concerns about adverse selection that is a serious threat to the financial sustainability of the NCMS. Although farmers are required to participate as household units so as to reduce adverse selection, the elementary conclusion drawn from previous researches so far is that the system cannot prevent the occurrence of adverse selection. Participation rates in pilot counties are, however, for the most part high. Table 1 shows the participation rate in our sample. The rate is a little bit lower than that in Wagstaff et al (2007), but still amazing, over 70%, and the participation rate has been increasing over time. An important reason for the high levels of participation is the relatively generous government subsidies.<sup>54</sup> While local government has some discretion over the level of financing of the program, the standard in 2003 is that each participated household should pay at least 10 RMB (about \$1.2) for each household member every year, and the local government should provide more than 10 RMB for each person per year. The central government also matches 10 RMB per year for each beneficiary living in central and western provinces. Since 2006, while the individual contribution remains at previous level, the government subsidy has increased to 20 RMB from local government (40 RMB in the case of eastern provinces), and a 20 RMB matching subsidy from central government.<sup>55</sup>

However, the 50 RMB minimum contributions per person represents only around one fifth of the average health spending per capita in rural areas (Wagstaff et al 2007). Although the program is operated at the county level rather than at the village or township level, thereby providing for a larger risk pool and for economies of scale in management, the budget is still too small. As a result of the limited fund, coverage is typically narrow: it mainly provides financial risk protection to patients with catastrophic health problems, many services, particularly outpatient care, are not covered, deductibles

---

<sup>53</sup> Urban districts and county-level cities containing rural residents will also receive the program.

<sup>54</sup> The requirement of participation at the household level is another reason. Some studies suggest that local governments have made considerable efforts to attain high participation rate (Wu et al. 2006). As a result, the participation is not completely voluntary or the actual participation rate is lower than the reported rate. However, our survey shows that compulsory participation is not common.

<sup>55</sup> The poor and certain other groups have their contributions exempted. In 2008, the central and local government subsidies increase from 40 RMB to 80 RMB per person. Rural residents are also required to raise their contributions to the scheme from 10 RMB to 20 RMB a year.



are high, ceilings are low, and coinsurance rates are high.

However, there is considerable heterogeneity in the package of benefit and coverage and management across counties, resulting from the fact that counties are being given considerable discretion in the design of NCMS.<sup>56</sup> In the 68 counties that we have detail information about insurance plans, all counties cover inpatient care. The share of reimbursements by inpatient care varies from 100% to 66%, depending on the coverage mode. However, only a quarter of counties cover outpatient expenses on a pooling basis. The rest do not cover them at all or cover only catastrophic expenses. Moreover, the NCMS programs provide different insurance schemes for expenditure at different level of health care facilities.

Together with NCMS, the governments provide some supporting policies, such as improving rural health care (delivery) network and the health services provision, strengthening the pharmaceutical governance and supply chain construction. These improve the quality and delivery of health care service, which can be enjoyed by families who choose not to participate the NCMS. In addition, the government has set up a medical assistance (MA) scheme to help the very poor as well as near-poor households facing high health care expenses.

### **3. Data and Descriptive Statistics**

Our data come from the longitudinal Rural Fixed-point Survey (RFPS) from 2003 to 2006 and a unique household survey aiming at evaluating the NCMS. RFPS has been maintained by Chinese Ministry of Agriculture and has surveyed the same households each year since 1980s, using weekly book accounting information maintained by the households as the primary information source. The survey provides information about household and individual characteristics, income, assets, and details about revenue and expenditure including health related expenditures.<sup>57</sup> The 2006 round of RFPS survey includes a random sample of 19,488 households in 313 counties drawn from 26 the Chinese provinces. Counties, townships, villages, and households are selected based on a multi-stage stratified random sampling strategy.

In order to collect more information to evaluate the impact of NCMS, an additional survey, administrated by Tsinghua University, was conducted on a subsample of the 2006

---

<sup>56</sup> In some counties, whole households must enroll in the program, whereas in other counties individuals may sign up without other household members. Policies regarding eligibility of out-migrants also differ. Some counties allow out-migrants to participate, whereas others do not. The share of medical costs covered ranges from as low as 20% to as high as 80%. In some counties, the focus of the program is on catastrophic care, whereas preventative measures such as physical examinations are included as part of the program in others.

<sup>57</sup> Unfortunately, it is not a clear panel structure in the dataset because of the lack of a consistent indexing system. We use a restrictive rules based on individuals' age, sex, education, and occupation to match individuals and household composition and demographic information to mach households in different years.

round RFPS between April and May in 2007. The respondents were asked to answer questions in an extra questionnaire, which asked detail information about when households participate the NCMS program, details on each family member's current health status and their health care utilization and expenditure in each year between 2003 and 2006. The survey also asked about households' evaluations about local health care facilities and the NCMS. We focus on the perspective of the demand-side, and did not collect information from the supply-side.

Our sample covers 23 provinces, 142 counties, 5492 households, and 22034 individuals. Because the percentage of families having meaningful health care expenditure is quite low, we oversample families with substantial health care spending.

Table 1 shows the participation rate of the counties and families. We see that enrollment of counties spread over different years with relatively higher rates in 2006 and 2007. 19 counties launched NCMS program in 2003, accounting for 14%, and by 2006, about 76% of counties have subscribed to the NCMS program. In the counties that have enrolled the program (NCMS-counties), the majority of families (more than 70% before 2006 and over 90% in 2006 and 2007) participated in the first year that the county launched the program. On average, about 12% participants did not participate right after the county enlisted the NCMS program, but waited for some years. By 2006, most families (about 94%) in the NCMS-counties have been covered by the public health insurance, and about 72% of families in all sample counties have subscribed to the NCMS program. This is consistent with the national data.

To learn more about the variations of the NCMS programs across counties, we collected detail information on the insurance packages in 68 counties, about 48% of our sample counties. Table 2 shows the average main features of the NCMS schemes. We can see the insurance plans become more generous over time for all levels of health care centers. The only exception is that insurance plans become more favorable to low-level health care centers by increase the deduction level at upper-level facilities. In addition, the plans are not very generous but do help reduce net price of health care for consumers.

Table 3 shows the descriptive statistics for three groups: the insured families, the non-insured families living in the counties having NCMS, and families in the counties that have not launched the NCMS program in the relevant year (non-NCMS counties). It illustrates that the insured families are generally richer, and spend and consume more than the non-insured. However, they also save more than the non-insured. Hence, there is no direct implication on precautionary savings. In addition, compared with non-insured in the non-NCMS counties, the non-participants in the NCMS counties have similar income, but spend and consume a little bit more and save less.

A main concern for exploiting natural experiment is the difference between treatment

groups and control groups. Table 3 displays that counties that enrolled in the NCMS program and counties that did not are generally similar except that NCMS-counties are usually wealthier than non-NCMS counties. Compared with all the uninsured, families who participated the insurance program have higher income, are less likely to have a female head, a single head or to be minority. They are similar to families in the non-NCMS counties in other dimensions, but they have additional difference from the non-participants in the NCMS counties. Particularly, participants are less likely to work in agriculture and be “wubao” families, more likely to have cadre members, and they have better self-reported health status.

In terms of health-care utilization and expenditure, families having insurance are more likely to utilize health care service than the uninsured ones in the same counties. They also incur more health care expenditure, but the difference in out-of-pocket expenditure is much smaller, although insured families still spend more because of the higher utilization. When comparing them with the non-insured in the non-NCMS counties, insured families did not utilize health care more in general but did utilize more in-patient service. Moreover, the insured spent significantly more but out-of-pocket expenditure was less due to the insurance coverage. We also see that the insured have more debt, but less health-care related debt. These statistics seem to indicate that health insurance does reduce the health care burden for the participants and provide protections when incurring large health-care expenditure.

#### **4. Baseline Econometric Model**

The empirical model uses the quasi-natural experiment provided by the introduction of the NCMS program to study the impacts of health insurance coverage on family’s consumption. The main reason to focus on the consumption is that the information about consumptions is much more reliable than that on savings. Our baseline model employs the Difference-in-Difference framework in the panel data. More specifically, the insurance effect is identified by the dynamic changes around the launch of the NCMS in the difference in consumptions between the treated and untreated families. Here treated families are those who chose to participate NCMS after the counties launched the NCMS program. Untreated families include both families who chose not to participate in these counties and families in counties that have not enrolled in the NCMS program. Here, we can actually think this situation as having two treatments, one is whether the county is enrolled and the other is whether families participate given the county has enrolled.

The advantage of the double-difference method is to remove any bias due to selection on time-invariant observable or unobservable variables. This is particularly important in

our context because whether to participate is a choice by families. For example, if families with higher income are more likely to participate NCMS, then regardless of whether having insurance, the participants consume more than the non-participants. The double-difference method can still deliver an unbiased and consistent estimation for the impact of NCMS on consumption, as long as the difference in the consumption between the high-income group and low-income group does not change over the periods of interest if there were no NCMS.

We apply the regression counterpart of the difference-in-difference framework. For panel data, this can be substituted by the fixed-effect estimation that controls for both household and year fixed effects.<sup>58</sup> All the time-invariant group characteristics are controlled by the household fixed effects, and the time trend that is common for all groups is controlled by the year fixed effects.

The identification assumption in this regression model is the same as that in the matching difference-in-difference approach. The regression framework is simpler and much more flexible in incorporating multiple periods and multiple treatments which is the case in our context, but it imposes functional assumption and treats non-participants all the same. In contrast, the matching method has the attraction of not requiring a functional specification of the model and treat non-participants differently, but it is more difficult to consider multiple periods and can be sensitive to the propensity estimation and the method of matching.

Let  $ncms_{it}$  represent the binary variable for whether family  $i$  having subscribed the insurance program in year  $t$  and  $ncms\_county_{it}$  be the binary variable for whether the county  $i$  have enrolled in the program in year  $t$ , then the benchmark fixed-effect models are as following:

$$Y_{it} = c + \gamma' ncms_{it} + \tau[T_t] + [\beta_i] * [D_i] + \delta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

$$Y_{it} = c + \gamma^n ncms_{it} + \gamma^s ncms\_county_{it} + \tau[T_t] + [\beta_i] * [D_i] + \delta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Here  $Y$  represents families' consumption that has excluding health expenditure.<sup>59</sup> We use the log value of the consumption to focus on the percentage change.  $X_{it}$  only includes family variables that vary over time. We try to control all variables that may affect participation, including log(income), family size, number of members over 60, number of member under 10, number of migrants, whether having cadres in the family, and village

<sup>58</sup> Actually, fixed-effect model gives more efficient estimation because difference-in-difference model only exploits information as repeated cross-section data.

<sup>59</sup> We also tried other outcomes, such as spending (including consumption and investment) and savings. However, the estimates for these two kinds of variables are mostly not significant, although the signs of the coefficients are consistent with our expectation. The insignificance of total spending and savings can be explained by the fact that these two variables are not well measured.

average income.<sup>60</sup>  $[T_t]$  includes the time dummies. Our data have 4 years, so having 3 year dummies.  $[D]_i$  is the matrix for the family indicators. We use the within regression estimator to address the issue on the degree of freedom.

It is easy to understand that  $\gamma^t$  gives the difference in consumption between participants (the insured) and all kinds of non-participants (the uninsured), and it can be labeled as the *gross insurance effects* of the NCMS because it represents the total effect of being covered by health insurance. It can be decomposed into two effects. One is  $\gamma^s$ , representing the difference in the consumption between participants and non-participants in the counties that have enrolled in the NCMS program (NCMS-counties). It can be labeled as the *net subscribing effects* of the NCMS because it is the additional effect of NCMS for the participants compared with non-participants in the NCMS-counties. The other is  $\gamma^n$ , which represents the difference in the outcome between non-participants in the NCMS counties and the families in the non-NCMS counties. This indicates the general equilibrium effects or *spill-over effects* of the NCMS, which affect both the insured and non-insured in the NCMS-counties.<sup>61</sup> There can be both positive and negative spill-over effects of the NCMS on the uninsured. On the one hand, there can be positive peer effects in terms of consumption. On the other hand, the introduction of the NCMS may lead to an increase in health care price and make health care less accessible for the uninsured, which can lead to a reduction in consumption for the non-participants. The theory does not tell us which direction it may go. It is worth mentioning that  $\gamma^t$  is not exactly equal to  $\gamma^s + \gamma^n$ , it is a weighted sum of  $\gamma^s$  and  $\gamma^n$ , and the weight depends on the population composition.

By considering different subsamples and adding some interaction terms, we can study how the insurance effects change with other characteristics. As mentioned before, the model has somewhat strong identification assumption. We are going to discuss refinement and test of the identification assumption in Section 6.

## 5. Results for the Baseline Model

### 5.1. Average Treatment Effect on the Treated

The first part of table 4 reports the average insurance effects for all treated population

---

<sup>60</sup> Some of the variables do not change much over time. We also tried the specifications excluding these variables. The results are quite similar.

<sup>61</sup> Wagstaff et. al. (2007) finds that in their sample, households in the non-NCMS counties are quite different from the households in NCMS counties and noncomparable. Therefore, they only report results for the comparison between enrolled households and non-enrolled households living in NCMS counties. In our sample, they are comparable, hence we can better analyze the spill-over effect.

(ATE). Column 1 and 2 report the estimates for the effect of the NCMS on the participants' consumption that has excluded health care expenditure, using all the uninsured as the comparison. It shows that families consumed significantly more after they got covered by the health insurance. Including different covariates change the results little. The increase is about 2.3% of the consumption. Column 3 and 4 separate the gross insurance effect into net subscribing effect and spill-over effect. We see that compared with the uninsured families in the NCMS counties, the insured increased consumption by about 4.2%. Although the effect of introducing the NCMS program on the consumptions of the non-participants is insignificant, we see a negative sign, which implies some negative spill-over effect. This may come from the mechanism that the launch of the NCMS makes health care less accessible for the non-participants, hence makes them feel less secure about future health care expenditure and consume less, which needs further research.

## **5.2. Insurance Effect and Crowd-in Effect**

Although we see a positive effect of NCMS on consumption, it is not clear whether this comes from the reduction in precautionary savings. Another possible explanation for the positive effect is that insurance helps reduce families' out-of-pocket health expenditure; therefore, the insured families can have more money for other consumptions. This is a simple "crowd-in" effect instead of "precautionary saving" effect. The second part of table 4 tries to study which hypothesis is more relevant in the reality. Since the "crowd-in" effect only occurs for families having health expenditure, if the positive effect of NCMS on consumptions also exists for families with no health expenditure, it is hard to reject the "precautionary saving" story. As a result, we decompose the sample into two groups, one has some health care expenditure and the other does not have such expenditure. The fifth and seventh columns are for the insurance effect for families having no health care expenditure. We see that both the gross insurance effect and net subscribing effect are significant, and the magnitudes are similar to average treatment effects for all the treated. In contrast, the effects for families with some health care expenditure are insignificant. Therefore, the estimates of the NCMS effects in the baseline model are more likely to represent purely ex-ante insurance effect that is related to precautionary saving motives.

## **5.3. Insurance Effect and Risks**

Table 5 looks at how the effects of the NCMS vary with the uncertainty of future expenditure. We first look at the difference between income groups. Since poor families are more likely to be unable to afford large health care expenditure and NCMS is more helpful for large health expenditure, we expect stronger insurance effects for this income

group. The first four columns in table 5 confirm our conjecture. The gross insurance effect for the half of the population with lower income is about 4.7%. The net subscribing effect is as high as 7.2%, while the spill-over effect is still insignificant negative. In contrast, for the half of the population with higher income, both the gross insurance effect and the net subscribing effect are insignificant. When further separating the population into 4 income groups, we find the group with least income shows the strongest response in consumption to the acquirement of the insurance.

The second part of Table 5 shows how the effects of the NCMS vary with families' health status. The RFPS survey asks each family member to report their health status. There are 5 options, 5 for excellent health, 4 for good health, 3 for fair health, 2 for bad health, and 1 for no working capacity. Based on the information, we derive different measures about families' health status. The first one is to calculate the mean of the value of the self-reported health status for each family. Consistent with our expectation, the insurance effect is stronger for families with worse average health status, as shown in the column 5 to 8. For the half of the population with worse health, the gross insurance effect of health insurance on consumption is 5.0% and the net subscribing effect is as high as 8.7%. By contrast, we do not see any significant increase in consumption due to the insurance coverage for the other half population with better health. If we future divide the population into 4 quintiles, we find the lowest quintile shows strongest response to the health insurance coverage. The second measure of health is to look at whether having family members with fair or bad health. In our sample, about 88% of all individuals report good or excellent health. Therefore, reporting fair health seems to indicate worrying health. Column 9 to 12 displays the results. We find that families with members self-reporting fair or bad health status responded strongly to the health insurance coverage, while there is no significant insurance effect for families having no members with fair or bad health. These outcomes further confirm that health insurance reduce precautionary savings more for families having higher risk of incurring "expensive" or "unaffordable" health care expenditure in the future. One concern here is that the health evaluation may be affected by health insurance coverage. We also try to separate the sample based on health status before subscribing to the NCMS program. Results are similar except that the significance levels are smaller because we have fewer observations.

#### **5.4. Learning and Trust**

Table 6 starts to illustrate how the insurance effect varies with families' experience with the insurance program. The motivation comes from the fact that after the dissolution of the old Cooperative Medical System, most families in the rural areas have not been covered by health insurance programs for a long time. The NCMS differs from the old

CMS in many aspects, hence, it takes families time to understand and start to trust the program can bring some the insurance effect. Although most families think participation is voluntary in 2007, it is not clear whether it was so in early years. Therefore, it is possible that families participated without realizing the program's essence or having enough trust on the program.

Column 1 in Table 6 shows how the effect of NCMS differs between the first year of participation and later year of participation. First year participants are denoted by "famsenior=0", while senior participants are denoted by "famsenior=1". We see an additional positive effect from the NCMS program after the first year of subscription, but the effect is insignificant. The insignificance may not be enough to conclude there is no significant learning effect. The reason is that the group of first-time participants includes families who delayed in participation and hence might have learned about the program from their neighbors. More specifically, although it is the first year for these families being covered by the program, the village has launched the NCMS programs in earlier years and there are families in the same village having participated in the NCMS program earlier. Thus the families who delayed in participation may have learned about the insurance through neighbors. Column 4 separates real fresh participants that have no way to learn the NCMS program before and families who may have learned the insurance program by themselves (senior participants) or by neighbors (delayed participants). The real fresh participants are represented by "learn=0" and the other group is represented by "learn=1". Now we see a significant additional positive effect of insurance on consumption for families who may have learned about the insurance. Actually the learning effect is quite strong. It accounts for an additional 2.2% increase in consumption. In addition, the "blind" insurance effect, household subscribed without knowing what the insurance was, was relatively smaller (1.9% of consumption) and not significant at 10% significance level. Column 2, 3, 5, and 6 discompose the sample based on whether they are first-time participants or real fresh participants. Column 2 and column 5 further confirm that the insurance effect in the first year is not significant. Column 3 and 6 illustrate again that learning about the insurance can further stimulate consumption.

However, although the results indicate there is a learning effect, it is not clear what the learning is about. A conjecture is that the learning is about learning the benefits of the insurance program and establishing trust on this government's program. If families learned how the insurance program works but found out the insurance benefits were just void, the more knowledge about insurance cannot help reduce precautionary saving. Therefore, only when families learn the good side of the insurance program, there can be real insurance effect.

Table 7 tries to testify the "trust" effect, where we discompose the sample based on



whether families have witnessed some reimbursement before (including current year) in the village. Column 1 adds an interaction term between insurance coverage and whether there was some reimbursement in the village. We see that the insurance effect on consumption is significantly much stronger for families that live in a village that have attested some reimbursement than families that live in other villages. Column 2 and 3 separate the sample to check the issue again and get quite similar results. Actually, we do not see any significant insurance effect in the villages that have not cashed in any reimbursement. This seems to indicate that maybe trust is more relevant than learning itself.

The next columns in table 7 try to learn how learning effect plays through the “trust” effect. We first put both the trust interaction term and learning variable in the regression, as shown in Column 6. The result shows that the trust effect is much stronger than the learning effect. Column 7 shows the learning effect when there has been no reimbursement in the village. Here we see no significant learning effect at all. Actually the learning effect is negative in terms of the sign. In contrast, in column 8 where we consider only village with some reimbursement happened, we see learning show much stronger effects although it is still insignificant. Finally, the last column shows that even if the reimbursement in the village happens in the same year of the first-time participation, reimbursement significantly encourages more consumption for first-time participants. These all lead to the same conclusion: the reduction of insurance program on precautionary saving depends highly on households’ trust on the program. But once household starts trust the program, the insurance significantly encourage more consumption.

## **6. Refinement for the Baseline Model**

### **6.1. Allow the Temporal Change in Consumption to Vary between Treatment Groups and Control Groups**

The main concern of the benchmark model is its identification assumption, that is, the participants should have had the same temporal change in consumption as non-participants during the relevant periods even if there were no change in health insurance status for the participants. This is a strong assumption given that we observe some important difference between the treated and the control group. If these observable differences affect consumptions and these effects are time variant, then the baseline model cannot deliver unbiased and consistent outcome.

Since the participants have higher income than the non-participants, it gives rise to the concern that the estimates of the insurance effects just reflect the differences in the

counterfactual temporal changes in the consumption between different income groups. The simplest way to refine the model is to allow the change in consumption over time varies with income by adding interaction terms between income and years in the regression model. Column 1 and 2 in table 8 display the results. Column 1 allows income affects the trend over these four years, while Column 2 allows the effect of income on the change in consumption varies across years differently. We see that estimates of insurance effect on consumption change little. This increases our confidence that the estimates do not just capture the income effects on consumption.

A similar concern is related to the difference in health status between participants and non-participants in the NCMS counties. We know that whether subscribing to the NCMS program is voluntary. This has given rise to the adverse selection issue, that is, families with poor health are more likely to participate.<sup>62</sup> As the same time, families with poor health may experience difference change in consumption from other families. In order to control this effect, we again allow the self-reported health status to affect the temporal change in consumption. The estimates after adding the interaction terms between health status and years are in column 3 and 4. Again, we see little change in the estimates for insurance effects.

There can be other differences between participants and non-participants. Similar to the idea of matching, we may summarize the difference by a one-dimension variable “propensity”. We estimate the propensity in two steps. First we estimate the probability of the county enrolling in the NCMS. Second we estimate the probability that a family chooses to participate the program given the county has launched the NCMS. The propensity for a family being a participant is the product of these two probabilities. Then we add the interaction term between propensity and times to allow families with different propensity to have different change in consumption over time. The estimates are in column 5 and 6, which shows similar results once again. In summary the estimates of the insurance effects are quite robust to the difference specifications that allow different temporal changes in consumption between the treated and the untreated.

#### *Consider More Similar Samples*

The comparability between treatment groups and control groups is the key for whether the D-D model is appropriate. In our context, families choose to participate the NCMS program, which leads to the question whether the uninsured families, particularly those who self-chosen to be uninsured, are comparable to the insured families. Similar to the matching idea, a better way should be comparing similar groups. We do this first by looking at only families who participated the program finally (by 2007). The first two columns in Table 9 give the estimates. We actually see higher gross insurance effect and

---

<sup>62</sup> We find the effect of health status on participation is actually not linear. Families with poorest health and families with best health are least likely to participate.

net subscribing effect when we exclude the non-participants who always choose not to participate. Here the net subscribing effect is estimated by comparing the current participants and current non-participants, but these non-participants would enroll in the program in the future. The next column further excludes families who delay in participation. Here we see smaller insurance effect than the last columns but still stronger than that shown in the benchmark model.

## **6.2. Consider Periods before the Launch of the NCMS**

Another way to test whether the identification assumption holds is to apply the same model to periods with no policy change. If we get similar estimates to those in the baseline model, it means the estimates of the baseline model do not represent causal relationship. Column 4 and 5 in table 9 show the results. We can see that the estimates are very different from those in the benchmark model. Therefore, we have more confidence with the story drawn from the benchmark model.

Finally, we try to apply a model similar to the difference-in-difference-difference model, that is, we subtract the difference in trend of consumption between treatment group and control group before the introduction of the NCMS program. This is applied to the effect of NCMS in 2005. The results based on the Difference-in-Difference framework are shown in column 6 and 7, while column 8 and 9 display the results from the D-D-D model. We see quite similar pattern, although the D-D-D model actually gives higher estimates of the insurance effects.

## **7. Conclusion**

This study examines the effects of health insurance coverage on consumption in rural areas. We make use of the quasi-natural experiment caused by the introduction of the NCMS program in rural area during 2003 and 2006. We find that the availability of health insurance significantly stimulated the consumption expenditure by 2%-5% when compared with all the uninsured. When compared with non-participants in the same counties, the insured consumed more by 4%-7% than the uninsured. This does not come from the “crowding-in” effect that result from the fact that health insurance reduced the out-of-pocket expenditure of the insured. We also find that the insurance effects are stronger for those expecting higher risk of incurring relative expensive or unaffordable health-care expenditure, because the increase in consumption is more significant for families with lower income and worse health status.

The results indicate there is learning over time about what the insurance really means for families. The stimulation in consumption resulting from insurance coverage becomes

stronger after the first year of participation or after getting information from neighbors' participation. However, a closer examination discloses that only when people witness reimbursement, people increase more consumption due to the insurance. Therefore it is more about trust on the system.

We refine our model by allowing time trend of consumption vary with income, health status, or propensity, using more similar control groups, using two periods before the start of the NCMS programs in the village, and applying the D-D-D method. These refinements or robustness check increase our confidence that the estimates in the benchmark model does give us reliable estimates for the effects of health insurance on consumption and precautionary savings.

The findings have strong implications. Given the NCMS was not generous in terms of the benefits, it still stimulated significant increase in consumption in the rural areas. Therefore, when we expand our insurance programs to more area and make them more generous, more reduction in precautionary saving and more consumption are expected, which is quite beneficial in rebalancing our growth and help stimulate domestic demand. However, it is important to make people trust the public safety net. The effect of insurance on consumption only takes place when people believe in the benefits of the public insurance program.

**Reference:**

- Attanasio, Orazio, and Martin Browning, 1995, "Consumption over the Life Cycle and over the Business Cycle," *American Economic Review*, Vol. 85, No. 5, pp. 1118-37.
- Blanchard, Olivier J., and Francesco Giavazzi, 2005, "Rebalancing Growth in China: A Three-Handed Approach," MIT Department of Economics Working Paper 05-32.
- Carroll, Christopher, and David Weil, 1994, "Saving and Growth: A Reinterpretation," *Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy*, Vol. 40, pp. 133-92.
- Carroll, Christopher, Byung-Kun Rhee, and Changyong Rhee, 1994, "Are There Cultural Effects on Saving? Some Cross-Sectional Evidence," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 109, No. 3, pp. 685-99.
- Carroll, Christopher, 1997, "Buffer Stock Savings and the Life Cycle/Permanent Income Hypothesis," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 112, No. 1, pp. 1-56.
- Chou, Shin-Yi, Jin-Tan Liu, and James K. Hammitt, 2003, "National Health Insurance and Precautionary Saving: Evidence from Taiwan" *Journal of Public Economics*, Vol. 87, No. 9-10, pp. 1873-94.
- Cutler, David M., and Gruber, Jonathan. "Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance?" *Quarterly Journal of Economics*. 111 (May 1996): 391-430.
- Deaton, Angus, 1991, "Saving and Liquidity Constraints," *Econometrica*, Vol. 59, pp. 1221-48.
- Deaton, Angus, 2005, "Measuring Poverty in a Growing World (or Measuring Growth in a Poor World)," *Review of Economics and Statistics*, February, Vol. 87, No. 1, pp. 1-19.
- Deaton, Angus, and Christina Paxson, 1994, "Saving, Growth, and Aging in Taiwan," *Studies in the Economics of Aging*, National Bureau of Economic Research Project Report Series, pp. 331-57, (University of Chicago Press: Chicago and London).
- Deaton, Angus, and Christina Paxson, 2000, "Growth and Saving among Individuals and Households," *Review of Economics and Statistics*, Vol. 82, No. 2, pp. 212-25.
- Gourinchas, Pierre-Olivier, and Jonathan Parker, 2002, "Consumption over the Life Cycle" *Econometrica*, Vol. 70, No. 1, pp. 47-89.
- Gruber, J., A. Yelowitz, "Public health insurance and private savings," *Journal of Political Economy*, 1999
- Horioka, Charles Yuji, and Junmin Wan, 2007, "The Determinants of Household Saving in China: A Dynamic Panel Analysis of Provincial Data," *Journal of Money, Credit, and Banking*.
- Jappelli, Tullio, and Marco Pagano, 1994, "Saving, Growth, and Liquidity Constraints," *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 109, No. 1, pp. 83-109.

- Kantor, Shawn Everett, and Fishback, Price V. "Precautionary Saving, Insurance, and the Origins of Workers' Compensation." *J.P.E.* 104 (April 1996): 419–42.
- Keane, Michael, and Eswar S. Prasad, 2006, "Changes in the Structure of Earnings During the Polish Transition," *Journal of Development Economics*, Vol. 80, pp. 389-427.
- Kraay, Aart, 2000, "Household Saving in China," *World Bank Economic Review*, Vol. 14, No. 3 (September), pp. 545-70.
- Kuijs, Louis, 2006, "How Will China's Saving-Investment Balance Evolve?" *World Bank Policy Research Working Paper #3958*.
- Meng, Xin, 2003, "Unemployment, Consumption Smoothing, and Precautionary Saving in Urban China," *Journal of Comparative Economics*, Vol. 31, No. 3 (September).
- Modigliani, Franco, 1970, "The Life Cycle Hypothesis of Saving and Intercountry Differences in the Saving Ratio," Introduction, *Growth and Trade, Essays in Honor of Sir Roy Harrod*. W.A. Elits, M.F. Scott, and J.N. Wolfe, eds. (Oxford).
- Modigliani, Franco, and Shi Larry Cao, 2004, "The Chinese Saving Puzzle and the Life cycle Hypothesis," *Journal of Economic Literature*, Vol. 42, pp. 145-70.
- Paxson, Christina, 1996, "Saving and Growth: Evidence from Micro Data," *European Economic Review*, Vol. 40, pp. 255-88.
- Powers, Elizabeth T. "Does Means-Testing Welfare Discourage Saving? Evidence from a Change in AFDC Policy in the United States." *J. Public Econ.* 68 (April 1998): 33–53.
- Qian, Yingyi, 1998, "Urban and Rural Household Saving in China," *International Monetary Fund Staff Papers*, Vol. 35, No. 4, pp. 592-627.
- Wagstaff, A. and M. Lindelow, 2005, *Can insurance increase financial risk? : the curious case of health insurance in China*. Washington, D.C., World Bank, Policy Research Working Paper #3741.
- Wagstaff, A. and M. Pradhan, 2005, *Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country*. Washington, D.C., World Bank, Policy Research Working Paper 3563.
- Wagstaff, Adam and Shengchao Yu, 2007, *Do health sector reforms have their intended impacts? The World Bank's Health VIII project in Gansu province, China*, *Journal of Health Economics* 26 (2007) 505–535
- Wagstaff, Adam, Magnus Lindelow, Gao Jun, Xu Ling and Qian Juncheng, 2007, *Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme*, World Bank, Impact Evaluation Series, No. 12, WPS4150.



**Table 1. The Participation Rate in Different Years**

Year	2003	2004	2005	2006	2007
Number of Counties Enrolled	19	22	21	43	30
Participation Rate of Counties	13.8%	15.9%	15.2%	31.2%	21.7%
Cumulative Rate	13.8%	29.7%	44.9%	76.1%	97.8%
Number of families Enrolled	491	709	875	1,730	1,145
Participation Rate of Families	9.2%	13.3%	16.5%	32.5%	21.5%
Cumulative Rate	9.2%	22.6%	39.0%	71.5%	93.1%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2003	70.2%	84.8%	95.3%	98.3%	99.1%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2004		74.2%	92.3%	93.4%	94.5%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2005			71.6%	88.4%	92.8%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2006				96.0%	97.8%
Families' Participation Rate in Counties Launched NCMS in 2007					91.2%



**Table 2. Insurance Schemes for NCMS Programs**

Year	Deductible level		
	Township clinics	County hospitals	Upper-level hospital
2003	262.63	425.13	825.13
2004	233.33	483.33	833.33
2005	180.67	380.67	663.94
2006	106.76	258.38	536.76
2007	105.46	266.57	640.91
average	180.90	351.29	679.17

Year	Copay rate for RMB3000 in-patient expenditure			Copay rate for RMB10000 in-patient expenditure		
	Township clinics	County hospitals	Upper-level hospital	Township clinics	County hospitals	Upper-level hospital
2003	31.56%	28.21%	18.60%	27.72%	33.54%	27.44%
2004	28.04%	28.18%	17.19%	31.17%	32.56%	25.66%
2005	39.05%	28.21%	18.74%	41.67%	35.89%	26.06%
2006	43.66%	33.15%	23.29%	47.33%	38.38%	29.58%
2007	49.93%	38.81%	23.55%	49.75%	43.20%	30.09%

**Table 3. Descriptive Statistics**

Variable	Non-insured				Insured	
	Non-NCMS counties		NCMS counties		Obs	Mean
	Obs	Mean	Obs	Mean	Obs	Mean
consumption (no health care exp.)	10756	9971	989	10366	6475	11349
consumption-house exp.	10756	8838	989	9472	6475	10064
consumption+health care exp.	10756	10525	989	10822	6475	11992
total expenditure*	10659	18037	981	19404	6394	22225
savings	5396	16571	459	15391	3587	24975
savings+lendings+cash-debt	5396	19024	459	17319	3587	27735
whether visited hospital**	10433	68.4%	943	57.6%	6275	59.5%
whether having in-patient utilization	7267	8.2%	721	5.8%	4502	8.7%
number of visits	3968	1.09	441	0.62	2981	0.78
number of in-patient visits	6980	0.06	696	0.04	4320	0.06
days of hospital stay	7160	1.07	716	1.01	4436	2.05
health expenditure.	10403	913.9	941	718.9	6258	980.8
out-of-pocket health exp.	4253	846.5	483	550.0	3219	643.7
debt for living	1221	7688.1	122	5631.4	632	9563.3
debt for health care	394	2490.1	17	1832.4	315	1698.6
income per person	10910	5.56	999	5.62	6563	7.92
family size	10910	4.56	999	4.59	6563	4.33
head's age	10910	50.2	999	50.8	6563	51.5
head's education	10624	6.6	986	6.5	6461	6.7
female head	10910	8.7%	999	8.5%	6563	5.5%
single head	10910	9.7%	999	12.4%	6563	7.7%
Head is a agriculture worker	10910	35.8%	999	44.7%	6563	39.2%
commercial insurance	10317	6.5%	935	3.2%	6086	5.0%
% of members>59	10910	0.137	999	0.142	6563	0.151
% of members<11	10910	0.096	999	0.087	6563	0.082
% of migrants	10910	0.228	999	0.201	6563	0.213
% of mem. report fair or bad health	10910	0.120	999	0.139	6563	0.127
% of members report bad health	10910	0.050	999	0.062	6563	0.043
having cadre member	10910	9.5%	999	8.0%	6563	9.2%
minority family	10910	14.1%	999	13.6%	6563	8.1%
"wubao" family	10910	0.2%	999	0.5%	6563	0.2%
village average income		11909	3174		6563	4061
agricultural village		11909	0.87		6563	0.88
capital of the county		11909	0.14		6563	0.17
mountain area		11909	0.23		6563	0.25
highland area		11909	0.32		6563	0.22
population		11909	2008		6563	1902
ratio of migrants		11654	0.26		6410	0.27
Ratio of high school or above labor		11909	0.06		6563	0.07
western area		11909	0.28		6563	0.22
central area		11909	0.46		6563	0.44

\* Total expenditure includes investment, tax, but excluding health care expenditure.

\*\* Here health care variables are all defined based on whether health expenditure > 0. The results based on health expenditure  $\geq 100$  or  $\geq 300$  show very similar patterns.

**Table 4. Results for the Benchmark Model**

	Benchmark model				distinguish insurance effect and crowd-in effect			
	gross insurance effect		separate spill-over		no health	having health	no health	having
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
ncms	0.025 (0.012)**	0.023 (0.012)*	0.040 (0.020)**	0.042 (0.020)**	0.029 (0.013)*	-0.088 (0.084)	0.061 (0.029)**	0.015 (0.028)
ncms countv			-0.017 (0.019)	-0.023 (0.019)			-0.077 (0.029)***	-0.034 (0.028)
ln income	0.445 (0.013)***	0.423 (0.013)***	0.445 (0.013)***	0.423 (0.013)***	0.432 (0.015)***	0.360 (0.090)***	0.432 (0.015)***	0.362 (0.090)***
fsize		0.082 (0.010)***		0.082 (0.010)***	0.078 (0.011)***	0.115 (0.062)*	0.078 (0.011)***	0.115 (0.062)*
num of members>=60		-0.054 (0.015)***		-0.054 (0.015)***	-0.044 (0.016)***	-0.117 (0.084)	-0.044 (0.016)***	-0.116 (0.084)
num of kids under 10		-0.040 (0.018)**		-0.040 (0.018)**	-0.032 (0.020)	-0.164 (0.116)	-0.033 (0.020)*	-0.165 (0.116)
num of migrants		0.017 (0.012)		0.017 (0.012)	0.016 (0.014)	0.053 (0.073)	0.016 (0.014)	0.054 (0.073)
having cadre members		0.040 (0.041)		0.040 (0.041)	0.034 (0.045)	-0.112 (0.282)	0.035 (0.045)	-0.115 (0.282)
wubao familv		0.150 (0.122)		0.151 (0.122)	0.173 (0.135)	-0.138 (0.544)	0.173 (0.135)	-0.140 (0.542)
village mean income		0.000 (0.000)**		0.000 (0.000)**	0.000 (0.000)**	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)**	0.000 (0.000)
Constant	4.693 (0.128)***	4.518 (0.128)***	4.693 (0.128)***	4.518 (0.128)***	4.429 (0.141)***	5.123 (0.870)***	4.430 (0.141)***	5.109 (0.871)***
Observations	18141	18141	18141	18141	16010	2131	16010	2131
Number of familv	4844	4844	4844	4844	4753	1539	4753	1539
R-squared	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.14	0.15	0.14

\* Robust standard errors in parentheses. \* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%

**Table 5. Insurance Effects and Risks.**

	Insurance effects and Income				Insurance Effects and Health				Insurance Effects and Health 2			
	Poor	Rich	Poor	Rich	Bad health	Good health	Bad health	Good health	num_hf airbad=0	num_hf num_hfa irbad>0	num_hf airbad=0	num_hf num_hfair bad>0
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
ncms	0.047 (0.016)***	-0.009 (0.020)	0.072 (0.025)***	0.023 (0.034)	0.050 (0.017)***	-0.023 (0.018)	0.087 (0.030)***	-0.030 (0.026)	0.005 (0.015)	0.048 (0.022)**	-0.007 (0.024)	0.138 (0.040)***
ncms_cou nty			-0.031 (0.024)	-0.040 (0.034)			-0.046 (0.030)	0.008 (0.026)			0.014 (0.023)	-0.111 (0.039)***
Observatio ns	9074	9067	9074	9067	9159	8947	9159	8947	12407	5734	12407	5734
Number of hh_id	3279	3283	3279	3283	2995	2983	2995	2983	3789	2003	3789	2003
R-squared	0.16	0.11	0.16	0.11	0.19	0.13	0.19	0.13	0.15	0.17	0.15	0.17

**Table 6. Learning about Insurance**

	fresh vs. senior participants			no learning vs. some learning			consider spill-over effect		
	famsenior=0		ncms=1	learn=0		ncms=1	countysenior=0		ncms_county=1
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
ncms	0.021	0.001		0.019	-0.008		0.032	0.007	0.090
	(0.012)*	(0.012)		(0.012)	(0.013)		(0.021)	(0.026)	(0.033)***
ncms_county							-0.015	-0.010	
							(0.020)	(0.024)	
the family has enrolled for more than 1 year (famsenior=1)	0.019		0.052						
	(0.013)		(0.020)***						
the village has enrolled for more than 1 year (countysenior=1)									0.094
									(0.035)***
famsenior=1 or first year participation but countysenior=1 (learn=1)				0.022		0.056	0.019		-0.061
				(0.013)*		(0.021)***	(0.013)		(0.039)
Observations	18099	14909	6412	18141	14489	6454	18141	14166	7409
Number of hh_id	4832	4777	3290	4844	4771	3317	4844	4769	3538
R-squared	0.15	0.14	0.17	0.15	0.14	0.17	0.15	0.14	0.17

**Table 7. Insurance Effect and Trust**

	Trust					Trust vs. Learning			
		see no reimburs ement	see some reimburse ment	see no reimburse ment		see no reimburs ement	see some reimburse ment	learn=0	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
ncms	0.001 (0.017)	-0.025 (0.023)	0.067 (0.037)*	0.013 (0.029)	-0.072 (0.074)	0.004 (0.017)	-0.022 (0.022)	0.052 (0.040)	-0.044 (0.021)**
ncms_c				-0.013 (0.025)	0.052 (0.048)				
village reimbursement (vil_reimb=1)	-0.027 (0.027)			-0.017 (0.034)		-0.022 (0.027)			-0.045 (0.034)
ncms* vil_reimb	0.053 (0.030)*			0.042 (0.038)		0.041 (0.032)			0.091 (0.041)**
Famsenior=1 or first year participation but countysenior=1 (learn=1)						0.015 (0.014)	-0.024 (0.036)	0.031 (0.023)	
Observations	18141	12552	5589	18141	12552	18141	12552	5589	14489
Number of hh_id	4844	4511	2926	4844	4511	4844	4511	2926	4771
R-squared	0.15	0.14	0.17	0.15	0.14	0.15	0.14	0.17	0.14





**Table 8. Allowing Temporal Change in Consumptions Varv across Groups**

	income		mean health status		number of fair or bad health		propensiv	
	income*vear (1)	income*vear (2)	health*vear (3)	health*vear (4)	num fairbad (5)	num fairbad*v (6)	propensiv*ve (7)	propensiv*vea (8)
ncms	0.042 (0.020)**	0.041 (0.020)**	0.044 (0.020)**	0.046 (0.019)**	0.044 (0.020)**	0.044 (0.020)**	0.041 (0.020)**	0.041 (0.020)**
ncms countv	-0.026 (0.019)	-0.030 (0.019)	-0.031 (0.019)	-0.031 (0.019)	-0.030 (0.019)	-0.029 (0.019)	-0.025 (0.020)	-0.027 (0.020)
ln income	0.473 (0.015)***	0.456 (0.015)***	0.461 (0.015)***	0.462 (0.015)***	0.471 (0.015)***	0.471 (0.015)***	0.421 (0.014)***	0.424 (0.014)***
vear*income	0.033 (0.004)***		0.028 (0.004)***	0.033 (0.004)***	0.032 (0.004)***	0.032 (0.004)***		
mean health			0.051 (0.015)***	0.035 (0.015)**				
vear*mean health			0.024 (0.005)***					
num hfairbad					-0.007 (0.013)	0.009 (0.012)		
vear*num hfairbad					-0.017 (0.005)***			
propensiv							0.064 (0.079)	
vear*propensiv							-0.052 (0.032)*	
vear03*variable		-0.103 (0.013)***		-0.093 (0.016)***		0.042 (0.012)***		0.035 (0.122)
vear04* variable		-0.017 (0.011)		0.026 (0.012)**		-0.007 (0.010)		0.222 (0.069)***
vear05* variable		0.005 (0.011)		0.001 (0.011)		0.000 (0.010)		0.117 (0.064)*

---

Observations	18141	18141	18106	18141	18141	18141	17740	17740
Number of hh id	4844	4844	4844	4844	4844	4844	4825	4825
R-squared	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.15	0.15

---

**Table 9. Using More Similar Sample, Using Two Periods Having no Policy Change**

	More similar sample		Two periods with no policy change		D-D-D for NCMS effects in 2005				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
ncms	0.024 (0.012)**	0.060 (0.022)***	0.045 (0.014)***	-0.020 (0.018)	-0.114 (0.036)***	0.070 (0.020)***	0.086 (0.027)***	0.079 (0.022)***	0.117 (0.029)***
ncms_county		-0.043 (0.022)*			0.100 (0.035)***		-0.021 (0.025)		-0.053 (0.027)*
Observations	16704	16704	11138	9515	9515	12099	12099	11909	11909
Number of									
family	4444	4444	2962	4029	4029	4760	4760	4664	4664
R-squared	0.15	0.16	0.15	0.12	0.12	0.13	0.13	0.13	0.13

