

在中国发展更公平高效的医疗保险

汤胜蓝

2014年10月



作者简介

汤胜蓝

汤胜蓝博士是杜克大学医学院教授和杜克全球健康研究所教授，他是美国杜克全球健康研究中心副所长，是昆山杜克大学全球健康研究中心创始主任。在过去的25年里，他从事特别是针对中国的卫生系统发展的政策性研究。他在2006-2009年任世界卫生组织（WHO）驻华代表处的高级卫生政策顾问，支持中国政府为该国卫生系统的新一轮改革做准备；他已经出版的著作包括关于卫生系统改革，疾病控制，以及发展中国家妇婴保健；他也为许多国际组织和许多发展中国家的政府提供咨询服务。¹

Cover Photo Courtesy Reuters/Brian Gray

简介

中国是世界上少数几个做到了以惊人的速度成功扩大医疗保险覆盖率的发展中国家之一。仅在十年前，只有大约四分之一的中国人有医疗保险，但是今天，超过95%的人口享有保险（见图1）。²

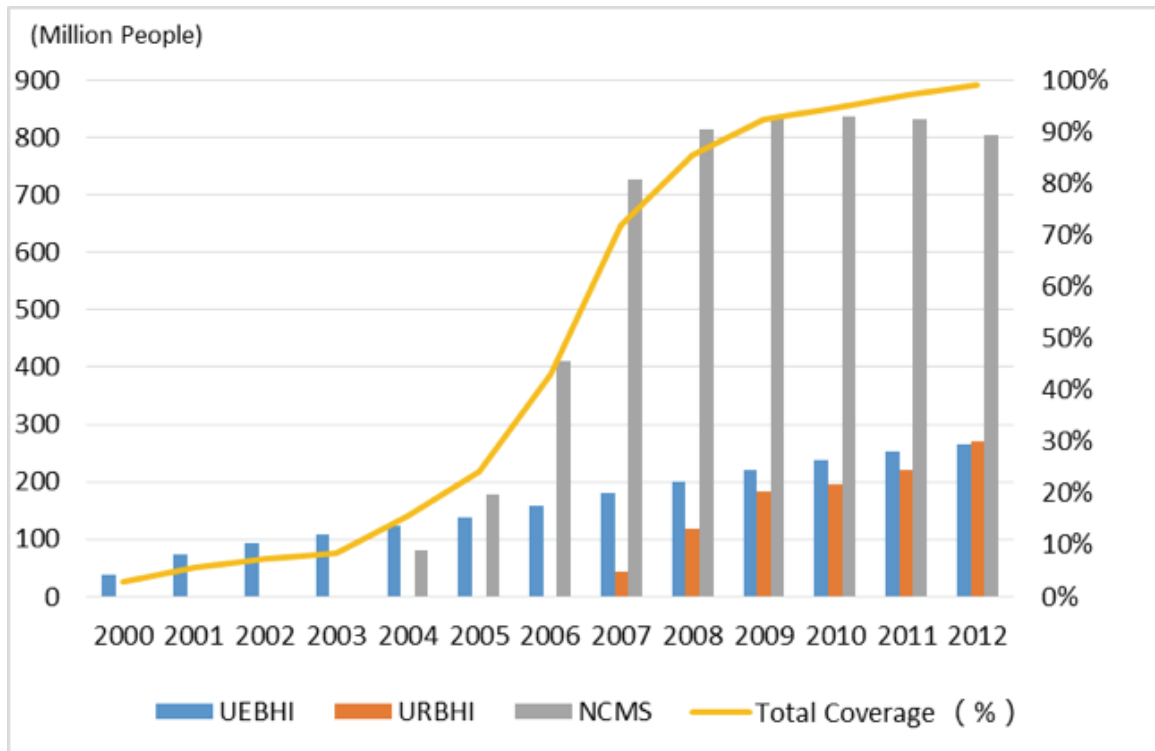
如此巨大的成就主要归功于几个因素。第一是强有力的政治承诺，中国政府为应对社会压力（尤其是上世纪九十年代）决定改善国家的医疗体系。第二是经济的高速增长，过去三十年来的大多数年份中央和地方政府财政都有一个相对良好的财政状况。³许多研究表明扩大医疗保险覆盖率提

高了医疗保健可及性，同时在一定程度上增加了人民就医的经济保障。⁴

尽管有这些成绩，医疗保险制度的发展和操作还远远不够高效。现行的制度也没有提高医疗服务利用和资金筹集的公平性。

许多社会经济和体制因素造成了这些不足。⁵其一，在过去十年开始新的医疗保险制度之后，医院的住院率显著上升。事实上，很多病例从医学角度来看可能并没有必要住院。此外，自付费用占家庭消费支出的比例，在很多省份都有上升。⁶

图1：中国医疗保险覆盖率（2000年-2012年）



资料来源：卫生部卫生统计信息中心，2013年。

此外，中国正在经历一场影响深远的人口转型：比预期提前进入老龄化社会。慢性非传染性疾病（NCD）占中国疾病总负担的85%以上。⁷而近年来对于优质医疗服务，特别是尖端的高科技保健的需求大幅上升。这很大程度上是由于有较高生活标准的中产阶级的不断扩大，对生活质量和诸如医疗保健等社会服务产生了新的期望。

由于这些原因，通过提高医疗保险制度的效能，从而确保其更加公平和高效成为当前迫切的需要。这也是实现中国政府在2009年推出的医疗卫生体制改革目标的必要组成部分。⁸中国的决策者认为这项改革是今后几年内确保中国绝大多数人获得医疗保健的第一步。

这份政策备忘录首先简要介绍了中国医疗保险制度的演变，其中包括近年来取得的全民医保（UHC）的成就。然后分析了影响中国当前医疗保险制度的政治、社会经济和体制因素。最后，也是最重要的，本文的目的是给出关于筹资和医疗保险制度管理的若干政策选项。

其核心目标是为中国有医疗保险的人提供更多的经济保障，并且提高将有限的资源用于医疗保险的效率。这些政策意见主要是针对中国的中央和地方政府的政策制定者，以及医疗保险管理机构。

中国医疗保险制度的演变

中国有着长期的二元医疗保健体系：一个是针对城市人口而另一个是针对农村人口。在1978年经济改革之前，公费医疗制度（GIS）、劳动保险制度（LIS）或其它形式的医疗保险为80%以上的城市人口提供了全部或部分医疗费用的保障；同时，超过90%的农村人口参加了合作医疗制度（CMS）。⁹

公费医疗制度和劳动保险制度在本质上是社会医疗保险制度，由雇主和职工共同出资，并对参保人员提供几乎免费的医疗保健；与此同时，合作医疗制度是由人民公社集体经济公益金和农民个人缴纳少量的保费共同支持。

但是二十世纪八十年代早期中国农村公社经济转变为所谓的“家庭联产承包责任制”导致了农村合作医疗制度在八十年代末的崩溃。至九十年代初，不到10%的农村人口享有合作医疗制度。¹⁰

同时在中国的城市，深化市场经济改革和国有部门调整给国有企业造成巨大压力，很难再持续支撑劳动保险制度。而各个地方政府也无力从地方卫生保健预算中提供相应的费用来供给日益昂贵的公费医疗。因此，公费医疗制度和劳动保险制度在上个世纪九十年代都陷于瘫痪。

然而这还不是全部：九十年代以来，由于政府给公立医院的资金相对减少，迫使医院越来越依赖于对服务利用者的收费。这一变化促使医疗费用

的飞涨。例如，在九十年代后期的中国，自付部分是医疗费用总额的60%左右（见图2）。这给大多数寻求合适的负担得起的医疗保健的中国人造成巨大负担，造成很多“看病贵，看病难”的抱怨。¹¹

针对公费医疗制度和劳动保险制度的改革始于上世纪八十年代末。首先，这两项制度出台了更严格的费用分摊机制。例如，设起付线和共同支付比例，并对服务提供方采取不同支付方式，如用不同于按服务项目付费的总额预算，或按病种付费。以上措施的目标是有效控制医疗保健费用并改善服务提供的效率。1998年底，在江苏省镇江市和江西省九江市成功进行改革试点之后，中央政府决定将公费医疗制度和劳动保险制度合并为城镇职工基本医疗保险制度（UEBHI）。¹²

新的城镇职工基本医疗保险制度要求职工和雇主共同缴纳医疗保险费用，其中个人缴纳本人月工资的2%起，雇主缴纳职工工资总额的6%起。所缴纳基金被分配到两部分（1）个人医疗储蓄账户（MSA，以下简称“个人账户”）；（2）社会医疗统筹基金。这两部分的分配比例存在地区差异，同时也受职工年龄影响。通常，年龄越大的参保人个人账户的比例越大。

在中国的大多数地区，个人账户只能用于支付门诊费用，而统筹基金则用于偿付住院服务费用和某些地区指定的慢性非传染性服务费用。在诸如上海等一些城市，当参保者个人账户使用完毕后，统筹基金也可以用于

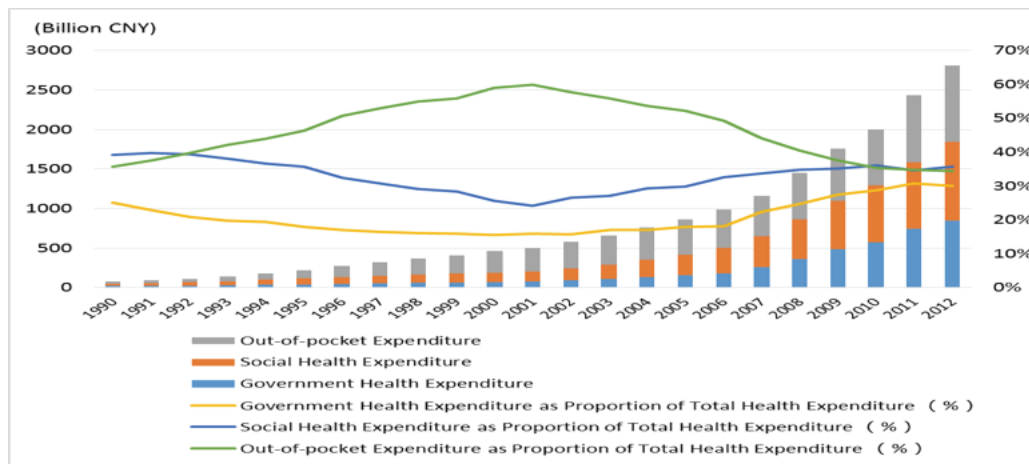
门诊费用的偿付，起付线和共付比例的地区差异很大，从8%到40%不等。¹⁴

相对而言，在中国农村重建一个可持续发展的医疗保险制度使用了更长的时间。从上世纪八十年代末到九十年代，一些地方政府，尤其是在发达沿海地区，和中国的大学、研究机构以及世界银行、联合国儿童基金会、世界卫生组织（WHO）等国际组织都在研究如何恢复农村合作医疗制度。

当国家主席胡锦涛和国务院总理温家宝于2002年底就职时，他们的管理强调要本着社会正义和公平的原则提高中国人民的福利，特别是这个国家最弱势群体的福利。这种新社会议程的核心部分就是解决中国的医疗困境。因此，在2003年，大约300个县被选为新农合试点，政府为每位参合人员补助20元，个人每人缴纳10元。

在当时的卫生部（MOH）的主持和指导下，每个县都要制定详细的新农合实施

图2：医疗卫生总费用的来源构成（1990年-2012年）



资料来源：卫生部，中国国家卫生发展研究中心，2013。¹³

很多改革试点方案都取得了一定程度的成功，至少在改善农村地区医疗保健的可及性和减轻农村人口经济负担方面有成绩。但是由于缺乏合适的可持续的筹资机制，在这些试点区域之外扩大农村合作医疗制度非常困难。

2002年十月，中共中央、国务院召开全国卫生工作会议，会议决定建立新型农村合作医疗制度（NCMS，以下简称“新农合”）来覆盖中国所有农村人口，尤其是相对贫困的中西部地区。¹⁵

计划，包括保障待遇，起付线和报销比例的设计等等。在富裕地区如上海、江苏、浙江，地方政府提供更多资金补助新农合，所以这些地区的参合人员享受更优越的医保待遇。

新农合最初主要注重住院费用的偿付。这是由于：第一，资金有限；第二，由于大部分灾难性卫生支出主要与昂贵的住院服务有关。随着新农合不断发展，越来越多的县，特别是在中国的发达地区，将新农合的医保待遇扩展到门诊费用的偿付。

在成功建立新农合和可持续发展的城镇职工基本医疗保险制度之后，中国政府认识到仍有相当部分的城镇人口，特别是老人和小孩仍然没有任何医疗保险。为了解决这个缺口，当时的劳动和社会保障部（MOLSS）在2007年采用类似新农合制度的方法，即，资金来自中央和地方政府的投入和个人保费的模式，推出了城镇居民基本医疗保险制度（URBHI）（见表1）。

如上图所示，仅仅“有”医疗保险覆盖并没有转化为降低医疗费用。在某些情况下，高昂的医疗费用使得中国较为贫困的家庭陷入赤贫。为了减轻穷人的经济负担，中国政府在世界银行和英国政府国际发展部的支持下，在城乡建立了贫困人口医疗救助（MFA，以下简称“医疗救助”）的项目。

表1：三大基本医疗保险制度

| | 城镇职工基本医疗保险 | 城镇居民基本医疗保险 | 新农合 |
|------|---------------------|------------------|------------------|
| 覆盖人口 | 城镇正式工作职工和退休人员（强制参保） | 城镇非从业居民和儿童（自愿参保） | 农村居民（自愿参保） |
| 资金来源 | 员工和雇主 | 个人缴纳保费和地方/中央政府补助 | 个人缴纳保费和地方/中央政府补助 |
| 服务覆盖 | 门诊费 | 住院费；门诊费（某些城市） | 住院费；门诊费（某些地区） |

资料来源：国务院，2007年；国家人力资源和社会保障部，2004年2013年。¹⁶

2012年底，已有大约2.65亿和2.71亿城镇人口分别享有城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险。¹⁷城镇居民基本医疗保险的筹资和新农合基本上相同。同样的，由于各地财政补助力度的差异，城镇居民基本医疗保险的医保待遇也存在地区差异。

进一步分析不同的医保制度：城镇职工基本医疗保险对住院费用提供的报销比例最高，而新农合最低。然而，新农合报销比例显著增加：从2003年的6.9%上升至2008年的26.6%，并在2013年达到50.1%，从而缩小城乡医疗保险保障待遇的差距。

尽管如此，自付费用相对于个人的可支配收入仍然占较高比例，特别是对于城镇居民基本医疗保险参保人（见图3）。

医疗救助基金从2006年的41.3亿元人民币上升到2012年的180亿元，主要由财政部（MOF）在全国进行分配，并由民政部进行管理（MCA）。地方政府，特别是较富裕的地区，通常提供配套资金来支持医疗救助。该基金主要用于：（1）帮助贫困人口支付保费以参加新农合和城镇居民基本医疗保险；（2）为贫困人口提供额外的医疗费用报销。¹⁸

根据民政部2012年数据，医疗救助基金为五千八百万贫困人口（根据民政部设定的标准）以及接受政府收入补助的人群支付了基本医疗保险保费。¹⁹此外，医疗救助基金也为两千一百万低收入人群的住院费用提供了额外的报销。但是医疗救助与新农合和城镇居民基本医疗保险不同的是，尚未公布关于中央或地方政府划拨财

财政资金来支持这个医疗救助基金的统一规定。²⁰

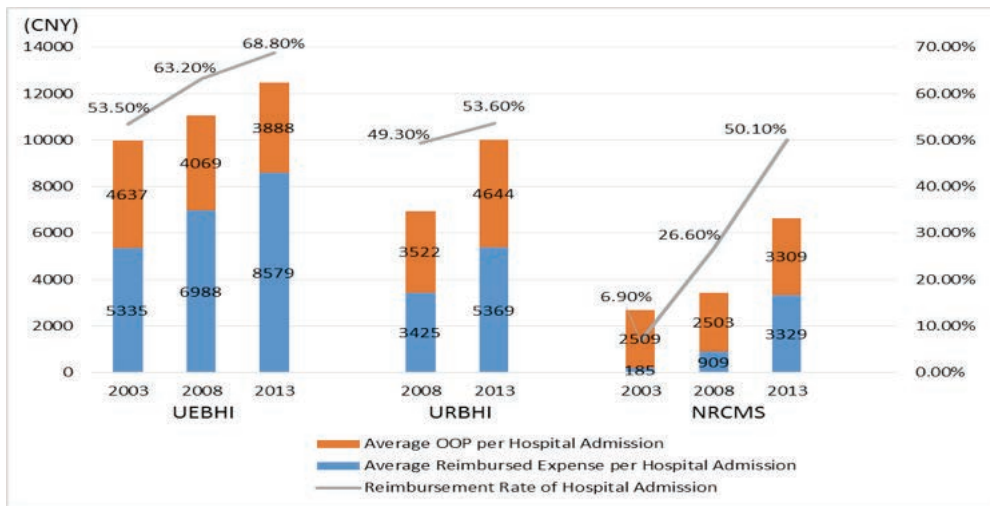
总体而言，中国政府在过去十年对于改善中国医疗保健制度的政治承诺始终较为有力。这点可以通过中央政府财政投入的程度看出，尤其是对新农合和城镇居民基本医疗保险的投入。以2012年为例，中央和地方政府共计投入2035.1亿人民币用于资助新农合。²¹这是中国快速扩大医疗保险覆盖面的最重要的驱动力之一。²²

中国这一发展很可能也是被全民健保的全球趋势所影响，特别是受到许多

中等收入国家如：泰国，加纳和墨西哥的影响。2007年，中国政府迈出史无前例的一步，邀请世界卫生组织、世界银行、麦肯锡咨询公司，以及几家中国研究机构和大学为中国征求医疗改革建议。

这也显示了中国政府对扩大全民健保的问题的重视程度。各种提案建议了各种不同的模式。最终，中央政府选择了一个混合方案，即通过结合社会医疗保险（城镇职工基本医疗保险）和以税收为基础的医疗预付方案（新农合和城镇居民基本医疗保险）来实现全民医疗保险的覆盖。

图3：患者次均住院报销额



资料来源：卫生部卫生统计信息中心，2008年和2013年。²³

卫生筹资和管理的主要问题

尽管这些迈向全民医保的步伐令人印象深刻，巨大的障碍和壁垒依然存在，尤其是在创造一个更加公平、高效和财政上可持续的医疗保险制度的过程中需要更多努力。

两个主要的、并紧密相关的问题需要解决：不同医疗保险制度的筹资差异，和医保制度的管理能力有限。

中央政府有能力分配更多的财政资源支持新农合和城镇居民基本医疗保险的发展，但许多地方政府，特别是在贫困地区，在政府其他领域的财政支出之外提供两大医疗保险的配套资金往往力不从心。正如另一份关于市级财政的保尔森基金会政策备忘录指出，自1994年中国财政改革以来，地方政府的税收基础变得非常有限。²⁴

同时，中国的医疗保险经办机构的管理能力并不充足。新农合由国家、省、市、县/市级卫生与计划生育委员会（NHFPC）（合并前身为卫生部）进行管理，而城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险则是由人力资源和社会保障部（MOHRSS）（前劳动保障部）进行管理的。

这种分割的管理结构虽然在很大程度上是由于历史的原因造成的，但却并不利于加强中国医疗保险制度的有效管理。事实上，这两个政府机构的管

理能力都非常有限，许多负责医疗保险制度的工作人员并不具备相应的资质。

鉴于中国经济发展显著的地区差异，卫生保健筹资的公平性和医疗保健的可及性并没有得到预期的改善。各个市或县通常仅在各自辖区内执行包括医疗保险在内的社会经济发展计划。由此也自然而然的导致在全国各地和各个不同的保险制度之间存在着巨大的卫生筹资的差异。

在全国各地和各个不同的保险制度之间存在着巨大的卫生筹资的差异。

例如：2011年，城镇职工医疗保险在北京的人均筹资为3255元，但在河南仅为

1630元；同年新农合在上海和贵州人均筹资分别为987元和225元。²⁵

筹资方面巨大的差异也对保障待遇造成影响。新农合现在覆盖超过8.05亿中国农村人口，其中有超过2.5亿人口农村外出务工人员。虽然没有确切的数据，这些流动人口中只有一小部分有幸参加城镇职工基本医疗保险——如果他们在城市的正规部门工作。绝大多数的流动人口往往不能享受到新农合的保障待遇，因为他们生活在他们所属地之外的城市，而他们的保险往往不覆盖异地就医，这也意味着他们仍然要自付现金来获得医疗服务。

筹资差异并不是问题的终结，它还导致了不同的医保保障待遇政策，从而带来运营和管理医疗保险计划的低效率。例如，一个三级医院可能不得不

应对来自不同的行政级别（省、市、县）的十几个医疗保险管理机构的款项。如此碎片化的医疗保险管理使得政策制定者、医院管理者和医疗保险提供者一样疲于应对。

另一个重大的管理问题是缺乏合格的人才，尤其是新农合制度。管理保费的收集和针对不同提供方的支付医疗服务费用已经让管理者应接不暇，更何况需要时常对医疗保险政策进行制定和修改。²⁶ 保险管理机构的人员质量也有问题。许多医保管理机构人员从未受到保险管理或医疗服务的适当培训。他们无法评估所提供服务的合

理性和有效性，更不用说监控和审核服务质量。

最后，支付中国医院服务的方法也无助于中国的医疗保险制度的有效运作。医院虽然名义上是公有的，但事实上它们的表现更接近私立医院，通过收取诊疗费用和药品差价来实现利润最大化。这些做法在目前的中国很普遍，并导致中国医患关系的紧张，乃至暴力。中国医院目前的状态是偏离市场改革的表现：具体而言，政府对医院的财政支持相对削减，却又禁止私有化，从而迫使医院为了维持运营，越来越多地依赖于服务收费和药品销售收入。

改进当前医疗保险制度的选择

中国

政府应考虑以下政策改变的选项，以加强对医疗保险制度的管理，改善其国民卫生筹资的公平性。以下建议针对负责医疗保险制度政策设计、实施和规制的政府机构，尤其是财政部，人力资源和社会保障部和国家卫生和计划生育委员会以及它们各自在省、市两级的行政机构。

首先，虽然对新农合和城镇居民基本医疗保险的公共支出在过去的十年里稳定的增加，相应的财政投入仍然有限，尤其是与城镇职工基本医疗保险庞大得多的支出相比较。更多的财政资源应该分配给这两个制度，从而确保其参保人获得更好的服务。



Photo: © Tomek Pienicki

我们可以比较这两项医保制度之一与城镇职工基本医疗保险的投入力度：新农合年人均筹资为城镇职工基本医疗保险人均筹资的10%多（246元对2196元，2011年）。因此，要缩小医保制度之间的差距，对新农合的支出应该更高，比如至少达到城镇职工基本医疗保险水平的50%。

另外，中国政府也应该设立一个明确医疗救助基金投入的计算公式，该公式应该包括针对那些生活在贫困中的

人群按人头分配的固定数额，以及固定的年增长率。这是中国政府对新农合和城镇居民基本医疗保险都已经实现的。

中央政府如果设定了该公式，将为民政部制定医疗救助的操作性政策提供一个更稳定的基础，从而促进医疗救助实施。当务之急是要确保对中国贫困人口额外的经济支持，以使获得所需的基本医疗服务。

其次，三大基本医疗保险制度应该建立省一级的统筹基金和风险共担机制。设立以各省为中心的基本医疗保障制度是为了提高医疗保健筹资和可获得的卫生服务的公平性，以及这些制度运作的经济高效。

藉此，更多的财政资源可以在同省之内的贫困县和富裕县之间共享。这也将使同一省份内的贫富人口的资源共享成为可能。

例如，通过在医院和医疗保险经办机构之间建立包括计费和报告的标准化信息系统，可以节省大量资金。目前很多地方统筹基金和风险共担还停留在县级、县级市水平范围内，但是有些改革试点已经在市级范围内展开。

应该制定省内或区域内的医疗保险跨区使用的行政方案，使得那些工作和/或生活在他们户口所在地之外的人群可以使用医疗服务。越来越多的城市，如上海，杭州，镇江，已经在共同努力开发这样一个方案，使其流出人口可以在所在地获得医疗保健，并确保他们能在当地报销。这种医疗保险的跨区使用性对这些城市的流动人口是一个可喜的变化。

应该鼓励地方政府合并新农合和城镇居民基本医疗保险制度，当前已经有部分省市实现了这样的合并实例。这种做法将降低中国医疗保险制度在组织和管理方面的散乱，提高效益和公平。

针对城镇职工医疗保险，取消个人账户时机已成熟，尤其是因为在中国的大多数城镇地区，个人账户仅用于支付门诊费用，因此，大部分年轻人几乎不需要使用个人账户的基金而患有慢性疾病的老年人则是每年快速地用完这项基金，随后为基本的卫生保健服务进行个人现金支付。

取代个人账户仅支付门诊费用的应该是由城镇职工医疗保险的统筹基金同时支付门诊和住院服务。这样的改变需要强有力的政治支持，可能也需要来自中央和地方政府的大量资金以完成转型。中央财政资金可以用以支持地方完成这项艰巨的任务。对于这样的转型，在具体的政策和行动开始之前必须先估算出预计费用。

尽管这个改革是艰难的，现在不采取行动只会导致未来付出更高的代价。

这就是为什么对中国的政策制定者来说，解决这样的挑战是“何时”，而不是“是否”的问题。越来越多的患有慢性疾病的中国老人将根本没有足够的资金来支付自己的门诊服务。例如，目前中国有超过2亿高血压患者和超过1亿糖尿病患者。事实上，在世界上几乎没有国家有效的通过个人账户为病人提供获得基本医疗保健的资金支持。

第三，政府对新农合和城镇居民基本医疗保险增加的资金投入应该用于偿付门诊费用，因为大部分慢性非传染性疾病可以在基本医疗级别解决。

目前国家支持的医疗保险制度并不支持通过初级医疗保健治疗高血压和糖尿病患者，而是直到他们的病情发展到需要住院治疗的程度才获得支持，这是毫无道理的。目前，新农合和城镇居民基本医疗保险在中国的很多地方都不包括或只包括有限门诊服务，而门诊治疗正是中国绝大多数慢性非传染性病患者需求的服务。

第四，必须在两个方面针对三大基本医疗保险制度和医疗救助计划的管理能力进行加强。一方面是各级医疗保险管理机构的员工和专业人员数量必须增加，以应付医疗保险人口覆盖面迅速扩张带来的不断增加的工作量。而当前分配给这些管理机构的人事编制相对他们的工作任务和职责是不够的。

另一方面是提高员工和管理人员的资质，要有保险管理，医疗卫生服务质量管理等不同领域的专家参与工作。

尽管这个改革是艰难的，现在不采取行动只会导致未来付出更高的代价。

很多中国医保管理部门的员工和管理人员，尤其是在农村地区的工作人员，没有接受过足够的培训，不具备合适的知识和技能来管理不同的医疗保险制度。卫生管理机构需要更多了解财务管理的工作人员和专业人才，还需要能根据临床路径和指南来评估所提供服务的充分性和适当性的医学专家。

还有另一个关键的挑战是提高不同层次、不同医疗保险制度的信息管理系统的水平来帮助决策和管理。负责三个医疗保险制度和医疗救助基金的管理机构应该共同制定管理医疗保险机构信息收集的法规。需要确定医疗保险经办机构收集什么数据和数据质量的标准规范。

最后，需要建立一个强大的监测评估体系，来评估中国医疗保险计划的绩效，应对如下挑战：全面和高质量的数据收集，要发展整合来自医院、医疗保险经办机构和全国性调查数据的分析能力。简单的说就是为了改善基本医疗保险制度的绩效，中国的信息系统需要整合。

也许，政治上最困难的改革是建立一个全新的，半官方机构来监管三大医疗保险和医疗救助基金的运作。该机构应该独立于国家卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部、民政部，并在国务院直接领导下工作。²⁷

中国医疗保险制度改革的大背景

医疗保险只是一系列持续困扰中国医疗卫生系统问题的一部分。除非医疗保险以外的其他问题在未来几年能够得到解决，否则即便针对医疗保险制度实施以上政策选项也不一定会达到预期目标。这些问题包括以下内容：

首先，中国需要对医生制定合理的补偿机制。目前，中国医生的很大一部分收入来自于奖金，这直接和他们创收能力挂钩。因此，这导致了过度使用医疗服务和药品。建立合理的政策来资助公立医院并给医生支付合理的薪酬对促使整个医疗系统更好的工作至关重要。

中国卫生系统普遍面对的另一个大难题是如何更有效地规范制药企业和药品流通领域中的企业，包括药品定价和药品质量。简单的说，在过去二十年里有太多和中国的制药行业相关的问题。近几年来，政府已经有效地解决了一些问题，特别是涉及药品质量的问题，并建立了国家基本药物制度。然而，至今在这这方面的工作还是不够的。制定和实施更有效的药物政策是必须的，否则药品费用的上涨可能会占去其他重要改革需要的资源和注意力。

尾注

¹ 作者在此感谢：国务院发展研究中心贡森博士，中国医学科学院医学信息研究所朱坤，他们对此文的草稿给出了有益评价；国家卫生和计划生育委员会，卫生统计信息中心徐玲处长为这份政策备忘录提供部分数据；复旦大学公共卫生学院茅雯辉帮助准备了文中的图表和参考资料。

² 中国卫生和计划生育委员会，卫生部，卫生统计信息中心《2013中国信息统计年鉴》，2013年7月，访问：<http://www.nhpc.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>。

³ Tang S, Brixi H, 和 Bekedam H. “Advancing Universal Coverage of Healthcare in China: Translating Political Will into Policy and Practice,” *The International Journal of Health Planning and Management*, 2014年。29(2): 160-174, 访问：<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2207/full>。

⁴ Meng Q, Xu L, Zhang Y, Qian J, Cai M, Xin Y, Gao J, Xu K, Boerma JT, 和 Barber SL. 《2003—2011年中国医疗卫生服务的可及性及经济保护变化趋势分析：一项横断面研究》，《柳叶刀》，2012年。379: 805-14。

⁵ Sun J, Deng S, Xiong X, 和Tang S. “Equity in Access to Healthcare Among The Urban Elderly in China: Does Health Insurance matter?” *The International Journal of Health Planning and Management*, 2014, 29 (2): e127-e144; 也参见 Yip WC, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, 和Maynard A. 《中国医疗卫生改革的初步评估》，《柳叶刀》，2012年。379(9818): 833-42。

⁶ Long Q, Xu L, Bekedam H, 和Tang S. “Changes in Health Expenditures in China in 2000s: Has the Health System Reform Improved Affordability,” *International Journal for Equity in Health*, 2013年6月13日; 12: 40. doi: 10.1186/1475-9276-12-40。

⁷ Wang L, Kong L, Wu F, Bai Y, 和 Burton R. “Preventing Chronic Diseases in China,” 《柳叶刀》，2005年。366(9499): 1821-4。

⁸ 《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，国务院，2009年3月17日，访问：http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm。

⁹ Tang S, Liang H, Meng Q, 和 Baris E. “Addressing Inequity in Access to Healthcare in Urban China: A Review of Healthcare Financing Reform Experiments,” 世界银行2003年，Working Paper Series No. 2004-5; 也参见 Gu X. 和 Tang S. “Reform of the Chinese Healthcare Financing System,” *Health Policy*, 1995年。32(1): 181-91。

¹⁰ Feng X, Tang S, Gerald B, Malcolm S, 和 Gu X. “Cooperative Medical Schemes in Contemporary Rural China,” *Social Science & Medicine*, 1995年。41(8): 1111-8

¹¹ Gerald B. 和 Gu X. “Health Sector Reform: Lessons from China,” *Social Science & Medicine*, 1997年。45(3): 351-60。

¹² Tang S, Liang H, Meng Q, 和 Baris E. “Addressing Inequity in Access to Healthcare in Urban

China: A Review of Healthcare Financing Reform Experiments,” 世界银行2003年, Working Paper Series No. 2004-5; 也参见Gu X. 和 Tang S. “Reform of the Chinese Healthcare Financing System,” *Health Policy*, 1995年, 32(1): 181-91。

¹³ 国家统计局政府《2013年度报告》, 访问: http://www.stats.gov.cn/statsinfo/xx-gknb/201403/t20140325_529533.html

¹⁴ 《开创卫生计生事业科学发展新局面——“面对面大讲堂”专题报告集(2013)》, 国家卫生和计划生育委员会 2014年, 人民卫生出版社。

¹⁵ 《国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》, 2002年10月19日, 访问: http://www.gov.cn/gongbao/content/2002/content_61818.htm。

¹⁶ 《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》, 国务院, 2007年, 访问 http://www.gov.cn/zwgk/2007-07/24/content_695118.htm; 也参见《2012年全国社会保险情况》, 人力资源和社会保障部, 2013年, 访问: http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzy-hshbzb/dongtaixinwen/shizhengyaowen/201306/t20130618_105477.htm; 也参见《关于印发国家基本医疗保险和工伤保险药品目录的通知》, 人力资源和社会保障部, 2004年, 访问: <http://www.molss.gov.cn/gb/zt/ypml/ypml.htm>。

¹⁷ 中国卫生和计划生育委员会, 卫生部, 卫生统计信息中心《2013中国信息统计年鉴》, 2013年7月, 访问: <http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>。

¹⁸ 《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》, 人力资源和社会保障部, 2009年, 访问: http://www.mohrss.gov.cn/yiliaobxs/YILIAOBXSzhengcewenjian/200906/t20090615_83715.htm。

¹⁹ 民政部社会服务发展数据公告, 2013年, 访问: <http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201406/20140600654488.shtml>。

²⁰ Ma X, Zhang J, Meessen B, Decoster K, Tang X, Yang Y, 和Ren X. “Social Health Assistance Schemes: The Case of Medical Financial Assistance For the Rural Poor in Four Counties of China,” *International Journal for Equity in Health*, 2011年10月20日; 10:44; 也参见Hao Y, Wu Q, Zhang Z, Gao L, Ning N, Jiao M, 和 Zakus D. “The Impact of Different Benefit Packages of Medical Financial Assistance Scheme on Health Service Utilization of Poor Population in Rural China,” *BMC Health Services Research*, 2010年6月17日, 10: 170.

²¹ 国家卫生总费用研究报告, 2013年》国家卫生发展研究中心, 卫生部。

²² Han Q, Chen L, Evans TG, 和Summerskill W. 《中国近期卫生研究进展》, 《柳叶刀》, 2010年3月27日; 375(9720): 1055-6。

²³ 《2013年中国国家卫生服务调查分析报告》, 卫生统计信息中心, 卫生部, 2008年 和 2013年。

²⁴ Wong, Christine, 《改善中国城市财政》, 保尔森基金会政策备忘录, 2012年12月, 保尔森基金会, 访问 <http://www.paulsoninstitute.org/think-tank/paulson-policy-memoranda/2012/improving-chinas-municipal-finance/>。

²⁵ 卫生统计信息中心《2012中国信息统计年鉴》，中国卫生和计划生育委员会，卫生部。

²⁶ Yan F, Raven J, Wang W, Tolhurst R, Zhu K, Yu B, 和 Collins C. “Management Capacity and Health Insurance: The Case of the New Cooperative Medical Scheme in Six Counties in Rural China,” *The International Journal of Health Planning and Management*, 3 2011年. 26(4) : 357-78。

²⁷ 我们在2007年世界卫生组织给中国卫生系统改革的方案中提出了这个建议，交给了当时的政府。很多国家发展改革委员会的高级官员私下里同意我们的建议，但是当时这个方案受到当时的卫生部与劳动和社会保障部的激烈反对。

保尔森基金会《政策备忘录》简介

保尔森基金会《政策备忘录》收录的是内容详实、风格简洁的短文。每一期备忘录均有一名知名的专家执笔，探讨的是与保尔森基金会工作目标相关的某一特定领域的公共政策挑战。

保尔森基金会《政策备忘录》提供某一独立政策挑战的背景介绍与分析，但是更重要的是为政府、企业和其他能够促成切实且积极的政策改变的对象提供现实、具体和可行的应对方案。

保尔森基金会《政策备忘录》所引述的内容纯属作者个人观点。

保尔森基金会简介

保尔森基金会是由美国前任财政部长、高盛集团前董事长兼首席执行官亨利·M·保尔森先生于2011年创立设于芝加哥大学的一所独立的、非党派机构，其宗旨为促进全球经济的可持续发展与环境的净化。保尔森基金会恪守的理念是只要世界的主要国家能够通过优势互补开展合作，那么全球最紧迫的经济和环境挑战便可迎刃而解。

有鉴于此，保尔森基金会早期工作主要针对世界上最大的两大经济体、能源消费大国和碳排放大国，即美国和中国。如果中美两国能够相向而行，许多重大的经济和环境挑战便可通过更有效及更高效的方式得以解决。

我们的目标

具体而言，保尔森基金会的国际合作项目旨在实现以下三大目标：

- 促进能够创造就业的经济活动，包括中国对美投资；
- 支持城镇化发展，包括促进环保政策的优化；
- 培养在国际关注问题上的负责任的行政部门领导力与最佳商业实践。

我们的项目

保尔森基金会的项目旨在促进政府政策制定者、公司高管以及国际知名经济、商业、能源和环境的专家开展合作。我们既是智库也是“行动库”。我们促成现实世界经验的分享与务实解决方案的实施。

保尔森基金会的项目与倡议主要针对五大领域：可持续城镇化、跨境投资、气候变化和空气质量、环境保护、经济政策研究和推广。基金会还为芝加哥大学的在校生提供实习机会，并与芝大合作，为来自世界各地的杰出的思想家提供思想传播的平台。

© The Paulson Institute
All Rights Reserved

The Paulson Institute
5711 South Woodlawn Avenue
Chicago, IL 60637
paulsoninstitute.org