



农村医疗保险——迎接挑战



简报背景

中国的医疗保险如何扩大并深化？医疗保险管理机构如何控制成本并确保为广大参保人员提供高质量的服务？中国政府在医疗保险方面应该发挥什么样的作用？这些是两篇关键性综述中所回答的部分问题。这两篇综述回顾了有关中国和其他国家的农村和城市医疗保险的中、英文文献。^{1*}

这些综述发表在一个关键的时刻。在旧的农村合作医疗体系几乎全面崩溃和城市医疗保险覆盖面日益下降的背景下，中国政府开始在 300 多个县新型农村合作医疗试点，并计划扩大最近改进过的城市医疗保险的覆盖面。这两个方案都面临着与覆盖的广度和深度、成本控制、质量保证等相关的种种挑战。

本简报将其大部分篇幅聚焦于农村医疗保险所面临的挑战。它跟踪了二十世纪九十年代医疗保险覆盖的变化，探讨中国政府在推行新型农村医疗保险计划过程中可能遇到的问题，并指出当前这些问题的解决方法潜藏在过去的农村和城市医疗保险计划的实践中。

经济自由化产物——医疗保险覆盖的深度和广度的下降

中国在改革以前的计划经济体制下，几乎所有的公民都拥有某种形式的医疗保险。那时，农业劳动者享有以公社为基础的合作医疗，国有

企业职工可以享受劳保医疗保险，公务员和其他政府工作人员可以享受公费医疗保险。尽管保险的覆盖面有一些缺口（例如，并非所有的城市医保体系都覆盖家属），但缺口相对较小（据估计，二十世纪七十年代农村合作医疗体系覆盖了 90% 的农村人口）。七十年代中国之所以在改善国民健康方面取得举世瞩目的成就，近乎覆盖全民的医疗保险被认为是一个重要的原因。¹

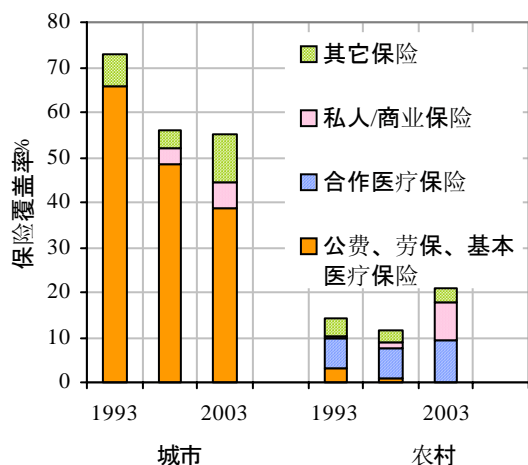
中国从 1980 年开始由计划经济向市场经济转变，随之而来的是医疗保险覆盖率的急剧下降。农业集体所有制的解体使合作医疗体系几乎全面崩溃。到 1993 年，不足 10% 的农村人口拥有医疗保险（图 1）。九十年代中后期，各地相继几度尝试以重振农村合作医疗。²尽管如此，就全国范围而言，合作医疗的覆盖率始终还是在低水平徘徊。到 2003 年，80% 的中国农村人口，即大约六亿四千万人，没有任何医疗保险（图 1）。2003 年的国家卫生服务调查中，一半自述有（医疗）保险的农村居民声称他们的保险要么是私人（即商业）保险，要么是“其它”形式的保险。³

¹本简报是世界银行正在进行的中国农村卫生部门研究的一部分。这项研究被称为“中国农村卫生 3A（分析和咨询活动）”，是同中国卫生部和其他政府机构以及一些国际机构合作进行的。本简报所依据的综述由两个小组完成，成员包括复旦大学的陈闻、北京大学的刘国恩、经济与社会研究院（爱尔兰）的 Brian Nolan、华西医科大学的毛正中和哈佛大学的刘远立。本工作得益于劳动和社会保障部王虎峰先生和国务院发展研究中心韩俊先生的点评。他们作为综述的评论员参加了 2004 年 7 月的 3A 研讨会。本简报由世界银行 3A 小组完成。本文所表达的发现、解释和结论是作者本人的看法，不一定代表世界银行、其常务董事或其所代表政府，或中国政府的观点。若希望获得更多中国农村卫生 3A 及相关活动的信息，请联系 L.Richard Meyers（电子邮件 lmeyers@worldbank.org）。

²这些包括九十年代中期兰德公司在四川进行的合作医疗试点、²九十年代初世界卫生组织在 14 个县做的调查、³1997 到 2000 年间联合国儿童基金会在 10 个县做的调查、九十年代末期世界银行卫八项目以及 2003 年哈佛大学对 2 个县做的调查。⁴

³这类计划包括旨在为广人群提供保险的计划，以及对特定人群的计划，比如在校儿童，对在校儿童的保险覆盖面很窄。对这类保险计划的书面报道很少，甚至在国内外媒体上也少有提及。这类计划为多达 10% 的中国农村人口提供了某种形式的保险，这一事实非常惊人。

图 1：中国医疗保险覆盖率持续下降



资料来源：国家卫生服务调查^{5 4}

中国城市的医疗保险覆盖率也在下降，尽管下降得没有农村那么快。中国在向市场经济转变的过程中，作为劳保医疗支柱的国有企业面临着越来越大的压力。劳保医疗覆盖率下降，公费医疗覆盖率也在下降。到 1998 年，将近一半的城市人口没有医疗保险。政府推出了一系列的改革措施，包括在 1998 年建立一个统一的新城市医疗保险体系，即城市基本医疗保险，将劳保医疗和公费医疗渐渐整合在其中（框 1）。尽管有这一系列的改革，1998 到 2003 年间劳保医疗、公费医疗和基本医疗保险的覆盖率仍然继续下降。如果不是因为商业保险和“其它”保险有所增长，2003 年的（城市）医疗保险覆盖率会降到 40% 以下。

框 1：城市医疗保险改革

中国城市医疗保险改革可以分成四个阶段。⁶⁻⁸

1988—1994：在几个城市进行了小规模初步改革，重点主要是在当时的公费医疗和劳保医疗体制下推行需方费用分担机制。

1995—1998：中央政府正式在镇江和九江试行以社区为基础的新保险模式。该模式对当时的公费医疗和劳保医疗体系做出了一些根本的改变。其中，最重要的变化包括筹资社会化，由用人单位和员工共同出资，形成一个覆盖全市所有单位都参与的保险基金。该保险基金然后被分配到个人医疗储蓄帐户

⁴2003 年的城市数据来源于凌旭 2004 年 12 月在卫生部 2003 年国家卫生服务调查研讨会上所作的报告《中国卫生服务利用与城市医疗保险改革》。2003 年的农村数据来源于《第三次国家卫生服务调查的主要结果》，www.moh.gov.cn，2005 年 4 月 21 日访问。

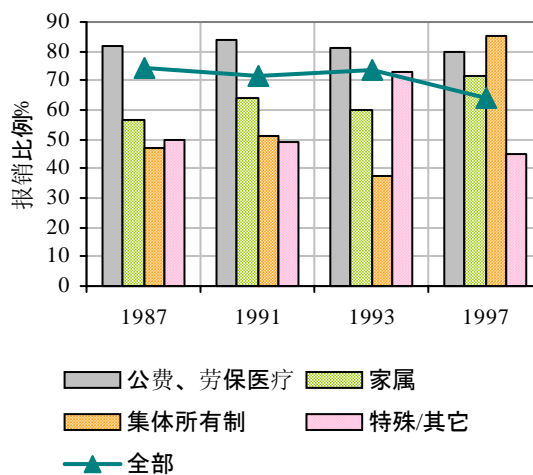
和社会统筹帐户中。1996 年末，该试验性的改革被推广到其它 57 个城市。

1998—2003：1998 年 12 月，国务院号召全国其它城市根据镇江和九江两个试点城市的经验，改革现有公费医疗和劳保医疗保险体系。2003 年底，绝大多数的大城市已经实施了新的城市基本医疗保险计划，覆盖了超过一亿零九百万的城市职工。

2000—至今：在上述改革的同时，政府开始改革医院和药店市场，力图降低成本，或至少遏制医疗行业费用上涨。

持续下降的不仅是医疗保险覆盖的人数，保险覆盖的“深度”也在持续“变浅”（图 2）。到 1997 年，享有保险的病人的住院费用的自费部分已超过全部住院费用的三分之一。⁹医疗保险覆盖“深度”变浅在一定程度上反映了成本控制措施的正式实施，但它也体现了在向市场经济转变过程中，许多国有企业越来越难以兑现它们对劳保医疗的承诺。政府也逐渐从最后施以援手的角色中退出。¹⁰例如在镇江，据估计有一半以上的国有企业无法为职工的医疗费用提供全额报销。此外，已经实施的新医疗保险计划也不像老的医保那样优厚（图 2）。

图 2：有医疗保险的病人住院费用报销比例持续下降



资料来源：中国健康与营养状况调查 (CHNS) ^{5, 9}

⁵该数据是指实际的报销比例，不是保险计划所许诺的报销比例。CHNS 在统计学上不能代表中国人口，但确实覆盖了中国大部分省份。CHNS 中的“其它”类别代表所有其他没有在调查表中明确列出的类别。

应对农村医疗保险的挑战—政府推行新型（农村）合作医疗计划

尽管使一亿五千五百万没有医疗保险的城市居民获得保险是一项重要任务，但在中国政府看来，一项更艰巨同时也更紧迫的任务是使没有医疗保险的六亿四千万农民享有保障。这正是本简报余下部分将着重关注的问题。

为应对这个巨大的挑战，中国政府最近推出了新型农村合作医疗计划。该计划目前正在中国 2000 多个县中的 300 多个县试点，并将在 2010 年以前推广到全国。

新型农村合作医疗在一些重要的方面有别于原有的合作医疗体系。在新农合中，农民缴费采取自愿原则，以家庭为单位参保，每人每年缴纳至少 10 元，地方财政对每个参保人至少补贴 10 元。如果是中西部贫困省份的农民，中央财政再补贴 10 元。新型农村合作医疗将以县为基本单位运作，不像以前的合作医疗以村或乡为基础。在目前开展的试点县中，据报道有 70% 的农民加入了该计划。

在推广新型农村合作医疗体系过程中会遇到许多挑战，政府可以有效地借鉴国内的相关经验，例如九十年代试图恢复合作医疗的各种尝试以及城市医疗保险的改革，也可以借鉴其他国家的经验。

新型农村合作医疗是否支付得起？

期望为新型合作医疗计划出资的各方能够缴纳得起每人 10 元或更多的费用的想法是否现实？一些人对此表示怀疑。

中央财政为中西部省份农民每人补贴 10 元似乎是合理。中央政府的医疗支出相对较小，参照国际标准，政府在医疗方面的投入比例也比较小。近年来，中国中央政府的财政税收持续增长，并且政府已经做出承诺，要将其中一些用于投入农村医疗，特别是新型农村合作医疗方面。

目前尚不十分清楚地方政府是否有能力支付 10 元。中国卫生费用的一大部分是由地方政府承担，而地方政府的支出在很大程度上取决于地方税收。正因如此，各省的政府人均支出相差很大，各县的相差甚至更大。由地方政府出资

的 10 元中来自县，而非地/市和省级政府的比例越大，新型合作医疗成本中的地方政府投入的性质就越累退（即支付能力越差，要求的相对投入越大）。在一些贫困县，甚至人均 4 元就代表它们现有医疗支出的很大一部分。对于地方政府官员来说，推行新型农村合作医疗的时运不佳。因为中国正在取消几项农业税，这就意味着乡、县的财政收入的减少。虽然在某种程度上，费用负担责任的上交以及对地方的补偿性的转移支付削弱了地方税收的减少的负面影响，但这些只能部分弥补县和乡政府收入的减少。以上分析都是假定这 10 元对地方政府来说是一项额外的开支—或许一些地方政府会将新型合作医疗计划视为将补贴由供方转向需方的良机。

鉴于 10 元钱只占农村人均收入的 0.4%，家庭缴纳每人 10 元或更多似乎是可以承受的，至少对一般家庭来说如此。但是对于贫困家庭来说 10 元确实会是一个较大的数字，不过民政部的医疗救助计划可以解决这个问题。贫困医疗救助计划可以帮助贫困户交付新型农村合作医疗的参保费，还可能帮助家庭支付医疗费用的共付部分。⁶

新型农村合作医疗计划的补偿方案及其对参保的影响

从农村家庭的角度来看，关键问题不在他们是否能够承担得起 10 元的费用，而在于他们是否愿意支付。新型农村合作医疗计划对中国农民来说是否是一笔划算的买卖呢？人们是否愿意参加新型农村合作医疗计划似乎取决于一系列因素。但是其中最关键的是，与 10 元的缴纳份额相比，得到的利益是什么？

需要注意的一个重要数据是，每人 30 元的参保费用还不到农村地区每年人均医疗支出的 20%。因此，新型合作医疗会有一个很大的费用缺口。保险精算师们在为新农合在设计补偿方案时，应算得仔细些。如果他们做太多承诺，新农合会很快入不敷出。

一种办法是对不经常发生的高额医药费的医疗事件，也就是对导致大病风险的医疗支出，提供优厚的保险覆盖（例如，较低的个人共同保

⁶卫生安全网与新型农村合作医疗体系之间的联系将在今后关于卫生安全网的简报中讨论。

险比例)。这种做法的一个风险是由于极少数人才会遇到这样的大病医疗支出，参加合作医疗的大部分参保人几乎不会从合作医疗计划中得到任何直接的经济补偿。当然，参保人会享受到间接的补偿，因为合作医疗即使没有消除大病医疗支出的风险，至少也已经降低了这样的风险。但是农民不一定这么看。或许，通过教育和社会市场营销的策略可能改变这种态度。

但是如果一个保险计划只关注大病支出，也会出现另一个问题，即人们可能推迟看病，一直拖到病情严重得足以确保他们可以从合作医疗计划得到补偿才去看病。这样的情况在其它国家存在，因此，没有理由认为它们不会在中国发生。所以，比较理想的补偿方案是既保大病也保小病，既保门诊费用也保住院费用。门诊费用的共同保险的比例应该比住院费用高。

新型农村合作医疗计划是否应该涵盖免疫等公共卫生服务呢？有些人说应该，理由是日前公共卫生服务资金提供不足，把它们纳入合作医疗计划的补偿方案有助于加强公共卫生服务的提供。但也有人反对，理由是这种做法会对已经很紧张的新型农村合作医疗计划预算带来额外的压力。从全世界的经验来看，保险机构对公共卫生活动有各种处理方法，一个重要的原因是他们往往只关注保户，对同时有利于非保户的公共卫生活动的益处视而不见。新兴的做法似乎是将公共卫生项目及其筹资置于医疗保险的范畴之外。

由于新型农村合作医疗计划仅涵盖不到20%的家庭平均卫生费用，许多农户可能会觉得这个计划对于减少医疗支出的风险起不到什么作用。如果是这样的话，他们对新农合的支持就会减少，其结果是人们要么不参加，要么退保。如果是低风险保户（年轻和健康的人）首先退保——这是非常可能的——，那么合作医疗计划就将开始亏损，于是就需要提高筹资标准。这会进一步促使低风险保户退保，于是保险计划开始逐步萎缩，最终瓦解——这就是所谓的逆向选择。

其它国家的经验表明逆向选择会迅速破坏并最终导致一个建立在完全自愿基础上的保险计划的解体。无论保险精算师们的补偿方案计算有多精确，也无论保险计划涵盖多大比例的平均医疗花费，这一切都会发生。这反映了这样一个事实，即在任何人群中都有高风险保户和低风险保户，如果保险建立在自愿加入基础上，

低风险保户会宁肯自己给自己保险。因此，工业化国家的医疗保险一般都是强制性的。

可信而且有效的管理——新合作医疗计划成功的关键

正确设计新型农村合作医疗计划的补偿方案并不是问题的全部。另一个重要的教训是，*如果人们要参加合作医疗计划，那么他们需要信任实施计划的组织者*，这一教训来自以前试图恢复合作医疗的实践，特别是联合国儿童基金会⁴对10个县进行的调查。

信任在一定程度上意味着消除腐败。许多合作医疗计划失败的原因就是由于腐败。让保户参与合作医疗计划的监督可能有助于减少腐败的发生。哈佛大学在贵州省开阳县和陕西省镇安县资助的两个实验项目说明了这一点，这两个县的村民代表参加了合作医疗保险计划的董事会。⁴

一些人认为，以前恢复合作医疗体系时缺乏信任也许是因为管理人员具有双重身份，他们既是保险基金的管理者，又是医疗机构的管理者。这种双重身份导致合作医疗的参保人员搞不清楚合作医疗是代表医疗机构的利益，还是保户的利益。新型农村合作医疗以县为基本单位，与医疗机构网络相分离，这种方式应该可以大大降低这种不信任感。新的体系似乎把自己定位于参保人员“买方”的角色，代表参保人员与医疗机构商定服务的提供与安排，包括成本、质量、治疗的时间和地点等。

这就要求新型农村合作医疗计划有一个强有力的管理能力，不仅仅要取信于民，还要能够履行保险机构及买方代理的职责。这就需要建立一支专业队伍，而且，这支队伍要受到地方代表的监督。

从城市基本医疗保险的经验来看，为新型农村合作医疗建立一支高素质的管理队伍的任务非常艰巨。城市基本医疗保险在县级一般有一万名参保人，而且它的补偿方案比新合作医疗优厚。每个县可能最多有15名全职管理人员。相比之下，新型农村合作医疗预计在每个县平均有25万名参保人，其运作在许多方面也较前者更为复杂。从健康状况和居住地点来说，参加新农合的保户要比城市基本医疗的保户更为多样化。新农合的筹资过程也比基本医疗保险复

杂，因为后者是通过工资税来筹集。此外，新农合要面对的医疗机构也更加多样化。

新型农村合作医疗管理机构需要回答的一个问题是：哪些医疗机构可以获得批准，向新型农村合作医疗计划的成员提供服务并获得报销？这一过程对控制新合作医疗计划的成本以及保证保户获得高质量服务都是至关重要的。这对于确保服务的可及性也同等重要。即使是私人开业，乡村医生也可以被批准吗？是否只有乡镇公立医院才能被批准呢？将定点医疗机构限制在公立机构的范围内可能有一些好处，但也有不足，人们可能会觉得新农合计划不能为他们通常的就医方式买单。这可能意味着患者不得不走更远的路去看病。也可能意味着新型农村合作医疗给家庭带来的只是从到私人医生那儿看病转为到公立机构的医生那儿看病，而并没有增加患者就医的次数。

中央政府可以发挥有效作用，帮助新型农村合作医疗体系建立可信的、高素质的管理队伍，为其提供技术援助，确保新合作医疗机构能借鉴政府其他部门——如城市基本医疗保险及税务部门等——的经验，并与这些部门相互合作。

道德风险与新型农村合作医疗的成本

在急于使中国农村大量尚无保险人口获得保险的过程中，需要牢牢记住另一个重要的教训。这个教训来自上世纪八十和九十年代，中国试行城市医疗保险的自身经验。并且这个教训在其它国家也很明显，很深刻，尤其是在美国。这个教训就是，*医疗保险会涉及道德风险的问题*。

道德风险，这个新奇的概念所指的事实是，由于他人为医疗帐单报销，患者和医务人员，以及类似人员，就有增加提供医疗服务量的动机，包括额外的检查，更贵的药品，以及开展外科手术，即使并不必要。

中国的城市医疗保险很好地说明了这一点。享受劳保医疗和公费医疗的人自费比例很小，同时医疗机构又是按服务项目收费。用一句话说，就是医疗服务的需方或供方都不分担或分担极少的成本。因此很自然的，道德风险随之而来，并且随着日益昂贵的医疗技术的不断引进而愈演愈烈。在镇江市，1992 到 1995 年间医疗保险总支出每年以 33% 的速度增长。¹¹

大部分过去的老合作医疗计划和现在许多新型农村合作医疗计划都与公费和劳保医疗保险的运作模式相同或类似，即它们都被动地报销保户的医疗帐单。假若这是新型农村合作医疗的运作模式，中国的医疗支出很可能会急剧增长。因此，新型合作医疗需要仔细考虑引进控制成本的措施。这些措施可能是什么样的呢？

成本控制——从城市医疗改革中吸取教训

本文前面已经指出，中国城市的医疗保险近年来经历了许多重要的改革。这些改革措施看来已经对成本产生了相当大的影响。

比如，镇江从上个世纪九十年代中期开始推行了一系列改革。起初，改革只涉及需方成本分摊——即患者需要从自己腰包里掏出更多的钱，结果医疗费用也以相近的速度递增。于是到了 1997 年，政府引入了供方成本分担机制，要求医疗机构承担更大的财务风险，收费制度从以前的全额报销变成了预先确定的固定的收费标准。例如，医疗机构不再按服务项目收费，而是按病种收取一个固定费用，或根据预测的病例数确定预算。镇江引入供方成本分摊机制后，保险机构所支付费用的年增长率从以前的 33% 降到后来的 15%，并一直维持在这个水平上。¹¹

中国城市的医疗保险改革包括需方和供方两方面的成本分摊机制，各个城市在不同时期尝试了不同的供、需方成本分摊机制的组合。而且，各城市对待需方成本分摊的方式也各不相同。人们从 1995 到 1998 年试点工作中探索出的两种截然不同方式——通道模式和板块模式（框 2）。两种方法都利用个人医疗储蓄帐户（简称个人帐户）和社会统筹帐户，用人单位和员工同时为个人医疗储蓄帐户出资，社会统筹帐户的出资方只有用人单位。但是，不同试点计划的各方出资比例以及帐户用途相差很大。^{6、12、13}两种模式对于供方成本分摊的措施也有区别。

框 2：成本分摊的通道模式和板块模式

通道模式——镇江和九江

在这种具有三个层次的报销体系下，医疗费首先从个人医疗储蓄账户中支付。个人医疗储蓄帐户里的钱花光后，患者需要自付医疗费用直到起付线，其

数目最多不超过当地个人年平均收入的8—10%（退休职工的起付线数目减半），这是第二层。患者自费数目达到起付线后，就需要动用社会统筹帐户来支付医疗费用，这是第三层。

1997年以前，镇江医疗机构的收费方式主要是后付制，根据医疗机构级别和类型的不同，以及患者和服务水平的不同，收费标准也各有区别。1997年，后付报销方式变为总额预算方式。所有用社会统筹帐户支付的医疗服务均为预先付款。

板块模式——海南

在这种模式中，个人医疗储蓄帐户和社会统筹帐户都只支付特定的医疗服务，个人帐户主要支付门诊费用和一些没有覆盖到的小额住院费用，统筹帐户主要支付住院费用和大额的门诊费用。社会统筹帐户只为官方规定的药品和疾病买单。该模式也包括起付线（400元）和逐渐减少的共付费用比例标准，该比例从15%、9%、5%到0%不等。门诊医疗服务按服务项目根据预先确定的价格从个人医疗储蓄帐户支付。^{14、15}

社会统筹帐户主要以总额预算的方式向医疗机构付费。当年的总额预算根据上一年度的实际总医疗费用确定，并考虑物价上涨和受益人增加等变化因素。医疗保险管理机构一般会预先扣留总预算的10%，以便监督和控制医疗机构当年的表现。到预算年度结束时，管理机构会根据医疗机构的绩效和服务的质量，决定返还多少预先扣留的预算。¹⁶

那么，各种成本分摊措施的效果如何？它们对新型农村合作医疗计划有何借鉴价值呢？

镇江和海南的改革似乎削减了保险机构的成本。¹⁷⁻¹⁹部分原因似乎是医疗机构的单位成本有所下降。部分原因可能是由于引入药品目录和限制使用高科技医疗技术。¹⁷但供方成本分摊看来很有可能起了更大的作用。在海南省，废除按服务项目收费的支付方式而改用总额预算方式结算的医院降低了单个病例费用，而继续采用按服务项目收费的支付方式结算的医院单个病例费用不降反增。²⁰前一类医院通过减少高价药品和高新技术的支出而降低了成本。²¹在镇江，直到1997年供方成本分摊措施实行后，保险机构的成本才得到有效的控制。¹¹

除了降低单位成本，还有迹象表明这些改革导致患者采用门诊服务取代住院治疗，贫困人口做出这种替换的程度最高。^{18、22}目前尚不清楚改革对人口健康状况的影响，尽管人们已知道在那段时间，应住院而未住院的人数比例有所下

降。^{18、22}

虽然保险机构的成本由于改革而下降，但是患者的自费医疗支出却有所增加。从积极的角度看，每个人的自费医疗支出增长幅度都相同，这种增长与他们的收入无关。²³可是，改革并未消除不平等：在医疗费用的支出上，穷人的医疗保健支出占其收入的比例仍然高于富人。

因此，各方都同意城市医疗保险改革降低了成本。不过，仍然有一些问题没有得到解答。例如，现有的证据无法清楚地表明通道模式和板块模式的相对优点。尽管如此，在实践中一直很受青睐的是板块模式——只有深圳采用了通道模式。

新型农村合作医疗与城乡差别

同其它国家一样，中国的城市和农村也没有严格的界限。越来越多的农村人口移入城市，这很有可能成为促进经济增长的重要因素。从农村来到城市的移民也许会发现，他们身处一个医疗保险的真空地带——由于没有正式户口，他们没有资格参加城市医疗保险，而新型农村合作医疗很可能会要求他们返回原住地去看病，或者如果他们在务工城市看病，那他们就承担合作医疗只报销部分医疗费用的风险。如果要充分发挥劳动力转移所带来的经济利益，确保医疗保险能够随着保户流动就很重要——换言之，丧失有效健康保险的担忧不要阻止劳动力的流动。

随着城市和农村的界限变得越来越模糊，以及政府正致力于减少城乡之间的不平等因素，要求减少城、乡两个保险体系的截然分割的压力也会逐渐增加。城、乡医疗保险体系补偿方案的差别如此明显，不可能仅用成本的差异来解释：城市医疗保险体系对每个保户大约收费400元，而新型农村合作医疗体系对每个保户至少至少收费30元。

缩小城乡医疗保险体系之间的差距并不一定需要合并两个体系，虽然这种合并好像在有些省份，例如，上海近郊，正在开始。消除城乡差别可以通过逐渐过渡到一个更加平等地分担医疗风险的机制来实现。在其它国家，例如哥伦比亚和荷兰，政府建立一个平衡基金，个人根据其收入按比例来缴纳相应的份额，保险机构根据被保险人的（健康）风险的高低从基金中

收取费用。从更长远的角度来看，随着城乡差别的进一步弱化，将中国所有人纳入一个单一的全民保险体系可能更合理，正如其它国家，如包括菲律宾、泰国和越南，已经实现或正在进行的那样。

了解过去，展望未来

总而言之，中国在努力为没有保险的八亿人口提供医疗保险以及在为已有医疗保险的人口提供更优厚的保险的过程中，都将面临许多挑战。新型农村合作医疗体系的试点是一个大胆的历史性的开端。同时，城市的医疗保险体系也已经实施了一系列重要的改革措施。但正如本文所示，中国的形势依然严峻。但令人欣慰的是，有大量的经验可以参考，这其中包括九十年代城市医疗改革的经验，过去旨在复兴农村合作医疗的尝试，以及来自国外的经验。

参考文献

1. Sidel V, 《中国的新教训：农村医疗中的平等与经济学》，《美国公共健康杂志》，1993年；第83卷：1665-1666页。
2. Cretin S、Duan N、Albert P. Williams J、Gu X、Shi Y, 《保险对中国医疗支出的影响模型》，《健康服务研究》，1990年；第25卷第4期：667-685页。
3. Carrin G、Ron A、Yang H 等人，《中国农村合作医疗体系改革：14个县的阶段性经验》，《社会科学和医学》，1999年；第48卷第7期：961-972页。
4. Hsiao W 等人，《中国农村的医疗互助》，《中国卫生经济学》，2004年；即将出版。
5. Gao J、Qian J、Tang S、Eriksson B、Blas E, 《中国从计划经济体制向市场经济体制转变过程中的医疗平等问题》，《健康政策与规划》，2002年；第17卷增刊第一期：20-29页。
6. Wang H、Huang G, 《中国城市医疗保险体系改革模式研究》，《中国卫生政策》，2000年：9-11页。
7. Ma X、Zhang L 等人，《中国城市医疗保险改革现状》，《中国卫生经济学》，2001年第3期：50-51页。
8. Liu Y, 《改革中国城市医疗保险体系》，《卫生政策》，2002年；第60卷第2期：133-150页。
9. Akin JS、William H、Dow、Peter M. Lance, 《九十年代中国医疗保险的分配变得更加不平等吗？纵向调查结果》，《社会科学和医学》，2003年（出版中）。
10. Huang M、Sun Y, 《劳动保险制度的现状、问题和改革措施》，《浙江社会科学》，1994年第5期：64-67页。
11. Cai L、Wan C、Wang J, 《住院费用比例分析及影响因素》，《中国医院统计》，1999年；第6卷第4期：206-209页。
12. Shen H、Chen X 等人，《深圳医疗储蓄帐户与社会统筹帐户合并运作研究》，《中国卫生事业管理》，1999年；第129期：123-125页。
13. Wu R, 《完善体系》，《中国医疗保险研究》，2004年；第1, 2期：16-19页。
14. Wang F, 《关于合并医疗保险帐户和社会统筹帐户的一些思考》，《中国卫生经济学》，1998年；第17卷第4期：34-36页。
15. Wang H, 《合并医疗保险帐户和社会统筹帐户以控制医疗费用的增长》，《中国卫生经济学》，1999年；第18卷第4期：40-42页。
16. Luo L, 《海南医疗保险实践与思考》，中国医疗保险协会1998年年会，北京。
17. Yip W、Hsiao W, 《医疗储蓄帐户：中国的经验教训》，《卫生事务》，1997年；第16卷第6期：244-251页。
18. Liu G、Cai R 等人，《中国城市医疗改革举措：镇江市试点项目调查结果》，《经济发展国际杂志》，1999年；第1卷第4期：504-525页。
19. Zou F, 《职工医疗保险体系改革试点回顾》，2002年；第13卷第6期：66-72页。
20. Yip W、Eggleston K, 《中国医疗机构付费改革：海南省医院报销案例》，《卫生经济学》，2001年；第10卷第4期：325-339页。
21. Yip W、Eggleston K, 《用付费改革解决政府失灵及市场失灵：中国海南医院报销制度改革》，《社会科学和医学》，2004年；第58卷：267-277页。
22. Liu G、Cai R 等人，《中国城市医疗保险在镇江的试点：成本与利用分析》，Hu T、Hsieh C 等，《太平洋周边医疗改革的经济学》，英国：Edward Elgar, 2001年：143-158页。
23. Liu G、Zhao Z 等人，《中国城市医疗保险改革：成本分摊中的平等》，《中国经济季刊》，2003年；第2卷第2期：435-452页。