

印度医疗保障体系公平性分析

李琼*

摘要: 印度政府用于公共医疗卫生的投入仅占卫生总费用的 17.9%,但按照世界卫生组织成员国卫生筹资与分配公平性评估排位,印度居第 43 位。其重要原因就是印度政府将有限的财政投入公平地补给了最需要医疗服务的贫困人口,努力保证医疗保障体系的公平性与可及性。本文将着重对印度医疗服务体系的公平性问题展开研究,分析印度在医疗服务提供、筹资方面的成功之举与需要检讨之处,为中国所用,以避免中国医改付出不必要的制度转换成本。

关键词: 印度 医疗保障体系 医疗服务提供 筹资 公平性

2000年6月,世界卫生组织(WHO)发表了题为《卫生系统:改进业绩》的世界卫生报告,该报告以“健康状况的改进度”、“人群期望的反应性”和“财务负担的公正性”3项指标,对其191个成员国的医疗服务提供、医疗筹资与分配的公平性进行评估并排序,印度居第43位,中国排名第188位,仅好于巴西、缅甸和塞拉利昂。尽管对于这一国际性比较在方法上存有疑问,但它仍清楚地指出了中国医疗卫生体制的问题所在,不禁引起人们的忧虑与深思。本文围绕这个主题,分4个部分展开讨论。第一部分:通过文献回顾,指出使公民公平地获得基本医疗服务是一国医疗保障体系公平性的要求与体现,印度政府在医疗卫生政策的制定与执行中正是秉承并努力实践这一指导思想;第二部分:对印度医疗保障体系的构成、服务提供、筹资方式作深入探讨,指出合理、有效的组织架构是实现公平的保证;第三部分:根据医疗保障体系公平性评价指标,对印度医疗保障体系的公平性进行客观、全面地分析与评价,指出其成功之举与需要检讨之处;文章最后部分为结束语:以印度为鉴,结合中国现行医疗保障体系的公平性问题进行深度反思,学习其成功之举,避免其需检讨之处。

一、文献回顾

(一)关于医疗保障体系公平性的相关研究

医疗保障体系公平性问题是国内外学者研究的重点与难点,对其研究的文献主要集中于医疗资金筹集、医疗服务提供两个方面。

1. 医疗资金筹集问题

医疗资金筹集主要涉及到筹资的公平性、可负担性以及政府投入与个人直接支出之间的关系等。筹资包括公共筹资与私人筹资两个部分:前者通过政府税收、社会保险费以及政府财政支出进行,后者则通过个人直接医疗支出、共同支付以及商业健康保险等方式进行。绝大多数发达国家医疗资金主要通过公共部门筹集,美国、瑞士等极少数国家主要依靠私人筹资,印度、中国等发展中国家则是二者兼之。

英国健康经济学家 Mossialos 等(2002)在对经济合作与开发组织(OECD)国家的医疗筹资问题研究后指出,商业健康保险作为主要筹资手段虽然增加了医疗保障资源,扩大了患者的选择范围,提高了医疗保障体系的反应性,但同时也带来了医疗支出的快速增长(如美国),对医疗保障体系的公平性带来了一定的挑战。

公共经济学教授尼古拉斯·巴尔(2003)从公平与效率的角度,以英国为研究范例,指出卫生保健如果

* 李琼,武汉大学经济与管理学院,邮政编码:430072,电子信箱:liqiong0418@sohu.com。

因效率原因而由国家提供并加以配置,那么“在公共筹资中,税收被认为是最公平的筹资方式”。

2 医疗服务提供公平性问题

在医疗服务提供与利用公平性方面,世界卫生组织(2000)提出了用反应性来衡量卫生服务提供的公平性,极大地丰富了公平性的内涵。根据WHO定义,反应性包含两方面:基本人权与患者对卫生服务的满意度,前者包括对人的尊重、治疗时的自主性与保密性;后者包括治疗的及时性、社会支持网络、医疗卫生机构的基本设施,以及对卫生服务提供者的选择性。

美国学者Wagstaff等(2005)支持WHO的观点,认为卫生服务利用的公平性可解释为:有同样医疗需要的社会成员接受或利用了同样的卫生服务,而无论他是穷人还是富人,老年人还是年轻人,白人还是黑人。

也有学者认为不必寻求使所有人本质上得到平等的对待或机会,但应该保证穷人与其他弱势群体得到基本医疗服务。富人可能会比穷人得到更好的服务,但是只要保证穷人在医疗上能够享有充分的服务,那么,就可以认为该体制是公平的。

(二)关于印度医疗保障体系的相关研究

1. 国外学者及机构关于印度医疗保障体系公平性问题的研究

国际上,对印度医疗保障体系的研究多见于印度政府网发布的相关报告、WHO的研究报告以及印度国内学者对本国医疗保障体系的研究。

印度卫生与家庭福利部(MOHFW)下属的国家宏观经济与卫生委员会(NCMH)在2005年发布的《印度医疗保险资金来源与分配报告》中,全面阐述了印度卫生、贫困与经济发展状况,解释了医疗卫生资金来源及其分配。报告指出印度医疗卫生资金来源主要包括公共支出与私人直接支出两个方面,也有来自于国际机构以及非政府组织(NGOs)提供的资金援助。公共医疗卫生资金来源包括税收、社会保险费等;私人医疗卫生资金主要来源于私营机构如商业健康保险公司等收取的保险费,以及私人直接支付。从医疗卫生费用筹资结构分析可见,私营机构筹资占有很大比重。相比之下,政府医疗卫生支出则呈现下降趋势。关于医疗卫生资金的分配,主要用于各级医疗机构、社会保险以及提供各种管理费用、研究与培训费用。其中,流向初级医疗机构的费用占比最大,分配至高级医疗机构的资金以及用于医学研究与培训的费用则所占比例较少。从医疗卫生支出结构看,包括医务人员的薪金、药物供应、医疗设备的购置与维护及其他日常支出等。在所支出的各项中,医务人员的薪酬支出占比最高。

在非政府组织方面,印度政府就21世纪印度需要怎样的医疗保障体系问题,邀请世界银行对本国现行的医疗保障体系进行分析、评估,并制定新的发展目标。世界银行人类发展网的健康、营养与人口家庭部门(HNP)对印度的医疗卫生状况主要从6个方面进行评估,这6个方面是:私人健康保险市场的行为、普遍存在的慢性病危险因素、不同类型的公共与私营健康保健服务的利益分配、卫生保健保护的程度、病人利益的保护程度、指导健康保健的法律与实践。在筹资方面,指出印度政府在健康方面的公共支出仅占国内生产总值(GDP)的0.9%,远远低于中低收入国家2.8%的平均水平,以及全球5.5%的平均水平(世界银行,1997)。若以政府医疗费用总支出占GDP的比重作为评估标准,在世界上排名倒数第13位,再次说明印度政府的财政努力是低效的(世界卫生组织,2000)。因此,对于印度政府来讲,增加公共部门的健康投入已是当务之急。

Peters等(2001)在对印度医疗保障体系进行评估的基础上完成了《为印度穷人提供更好卫生系统》的研究报告。该报告详尽分析了印度医疗保障体系现状,指出如何满足最弱势群体的健康需求,如何确定公共医疗机构与私营医疗机构的角色定位,使其更好地在融资与提供医疗服务方面发挥积极作用是亟待解决的问题。

印度管理研究协会的Hima Gupta(2007)在《保险在印度健康管理中的作用》的调查报告,针对近年印度医疗保障发展缓慢的状况,指出印度目前的医疗费用支出结构中79%的费用由私人部门承担,21%的费

Wagstaff,Adam et al, 2005. "Social Health Insurance Reexamined" available at <http://unjobs.org/authors/adam-wagstaff>

世界银行人类发展网的健康、营养和人口部,英文全称为 Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. 网址: <http://www.worldbank.org/>.

由政府承担,这样的结构是不太合理的,指出应强化政府在医疗保障事业中的作用。

印度海德拉巴邦的社会服务管理人员 Purohit(2001)在研究私人筹资问题时指出,同许多发展中国家一样,印度 20 世纪 90 年代初采取经济改革措施,包括经济自由化和减少预算赤字,由此政府公共支出减少。由于缺乏资金,现有的公立医疗卫生系统不能满足全体居民医疗服务需求,有 1.3 亿多人不能得到医疗服务。

2 国内学者关于印度医疗保障体系相关问题的研究

国内学者对其他国家医疗保障体系公平性研究主要集中于美国、英国、德国等发达国家,对印度医疗保障体系及相关问题的研究较少,这些研究主要包括:

朱玲(2003)对印度医疗服务提供的公平性给予了肯定性评价,指出印度有着远远领先于非洲的公共卫生制度,例如全民免费免疫计划和公立医院免费治疗项目。此外,印度医药市场供给充足,由公立卫生机构、教会医院和私人诊所提供的健康服务在城乡都不难企及。

傅小强(2005)对印度政府坚持医疗服务公平性的原因进行分析时指出:在印度政府看来,医疗卫生体制如果完全实施商业化、市场化运作,会违背医疗卫生事业的基本规律,破坏社会公平,不利于社会安定。因此,印度医疗保障制度坚持两手抓,既扶持政府医院的稳定运转,又鼓励私立医院健康发展。这种公立、私立医院并存的现象使得印度的富人和穷人患者各有所医。傅小强还指出:早在 20 世纪 80 年代初期,印度政府就制定了在全国农村逐步建立三级医疗保健网的宏伟目标。这一网络包括保健站、初级保健中心和社区保健中心三部分,免费向广大穷人提供医疗服务,保证了穷人获得基本医疗服务的可能。

沈钰如(2001)对印度健康保健系统的改革经验及存在的问题进行了深刻的分析,指出医疗机构部分私营化对印度是适用的,但要注意避免让病人受到剥夺,避免社会出现严重不平等,避免总的医药费用上涨过快等问题,要经常注意调整政策。这也是中国新医改需要避免的问题。

徐菲(2005)对中国与印度在医疗筹资、卫生资源配置、医疗机构产权形式以及医疗保障体系等进行比较分析后,指出虽然印度的经济落后于中国,人均卫生资源占有量比中国少,但其基本医疗保障的渗透性与占有率却高于中国,且印度政府在卫生筹资上所起的作用比中国政府更大,医疗机构的所有制结构也与其国情相吻合,保证了全体公民都有接受基本医疗服务的机会,这些都是中国可资借鉴的。

二、印度医疗保障体系的构成

一国的医疗保障体系主要包括医疗服务提供、医疗费用筹集及监管三个方面。印度的医疗服务提供走的是市场与政府相结合的路线,既有政府运作的公共医疗服务机构,也有私人经营管理的私立医疗服务机构,即公共医疗机构之外的医疗服务提供者。

(一) 医疗服务机构设置

1. 公立医疗服务机构

印度公共医疗服务体系由中央至地方 6 个不同层次组成,与之相应的是 6 个不同层次的医疗服务提供机构,分别是中央级医疗机构、邦级医疗机构、地方级医疗机构、社区级医疗机构、初级卫生中心和基层卫生中心。

城镇医疗体系由两个层次构成:(1)公立医院,主要为患者提供门诊和住院服务;(2)城市保健中心或家庭福利中心,提供初级医疗服务。目前,印度已拥有 3 500 个城市保健中心。在农村,印度政府建立了三级医疗保健网,包括社区卫生中心、初级卫生中心和保健站,为农村居民免费提供基本医疗服务。

2. 私营医疗服务机构

印度私营医疗服务机构形式多样,既有营利性的,也有非营利性的;既包括大的股份制医院,也有小诊所、个体开业者;既有合法的医疗机构,也包括未经登记注册的非法者。其服务内容包括初级医疗服务,也提供整形手术、癌症、精神疾病的治疗等高端医疗服务,林林总总,不一而足。

印度建国初期,私营医疗机构约占医疗机构总数的 8%,到 20 世纪 90 年代初,已接近 60%。印度第 60 次国家抽样调查结果显示:门诊就诊量,私营医疗机构是公立医疗机构的 4 倍(见表 1);患者在私营医院住院治疗量,农村与城市分别达到 58%和 62%(见表 2)。这一方面说明公共医疗服务供给缺位,另一方面也

参见印度管理协会网站(<http://www.aima-ind.org/>)。

反映出私立医疗机构在提供医疗服务方面具有灵活、方便的优势,容易为民众所接受。

表 1 印度医疗机构非住院治疗比重 (2004年)

	农村 (%)	城市 (%)
公共医疗机构	22	19
私营医疗机构	78	81

资料来源: Ministry of Statistics and Programme Implementation Government of India, 2006 “60th Round of the National Sample Survey Organization Report” available at <http://mospi.nic.in>

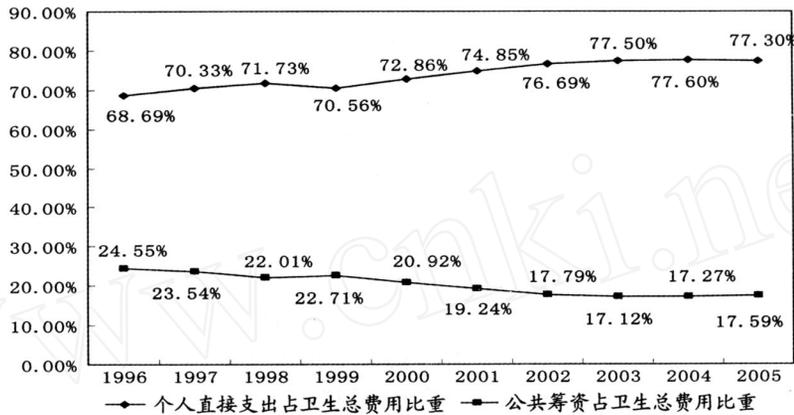
表 2 印度医疗机构住院治疗比重 (2004年)

	农村 (%)	城市 (%)
公立医院	42	38
私营医院	58	62

资料来源: Ministry of Statistics and Programme Implementation Government of India, 2006 “60th Round of the National Sample Survey Organization Report” available at <http://mospi.nic.in>

(二) 医疗保障的筹资方式

筹资是医疗保障体系中最关键的问题。筹资与所提供的服务紧密相关,并决定了医疗保障体系达成预定目标的能力。印度医疗筹资包括公共筹资与私人筹资两部分 (见图 1)。



资料来源: World Health Organization, 2008 “National Health Accounts Series” available at <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3exo/en/>.

图 1 1996 - 2005年印度公共与私人医疗筹资趋势

1. 公共筹资

公共筹资主要通过各级政府税收、直接财政支出以及社会保险费等形式筹集,主要用于中央、邦、地方三级政府对医疗保健服务的支出。由于邦政府负责具体医疗服务的提供,因此,邦政府支出占政府支出的比例最大。印度社会保险主要有两类,即邦雇员保险计划 (ESIS)和中央政府保险计划 (CGHS)。ESIS与CGHS计划的融资作用十分有限,覆盖面小,2005年ESIS和CGHS仅占政府医疗费用总支出的0.9%。

2. 私人筹资

私人筹资主要通过商业健康保险、个人直接支出、非盈利组织提供的保险计划等形式进行。其中,2005年个人直接医疗费用支出占私人筹资的93.8%,各种保险计划下的医疗费用支出仅占私人筹资的0.8%。可见,个人直接医疗费用支出是私人筹资的主要来源 (见图 1)。2002年,修订后的国家卫生政策强调应加大政府对医疗卫生领域的财政投入,个人直接支出比重有所降低。

(三) 医疗市场的监管

监管是指政府通过运用一系列手段,例如价格、数量、质量及机构分布等来控制、影响个人或行为者。监管包括监管内容、监管对象以及监管方式三个方面。印度政府对医疗市场的监管侧重从医疗机构设置许可、医疗服务质量等方面进行管理,但缺乏从立法角度对机构区域设置、市场竞争秩序进行规范与监管。

印度中央及邦政府制定并颁布了若干法律以维护患者的健康权益,这些法律大致分为三类:规范药物及

有关ESIS、CGHS更多详细的信息请直接查看其官方网站 (<http://mohfw.nic.in/cghs.htm>)。

其使用的法律、规范医疗服务经营行为的法律、规范机构设置的法律。法律为患者维护自身的合法权益提供了依据,但也存在一些问题。例如,对法律认同性较差,且缺乏强有力的执行机制;原有法律没有及时更新,使得法律间联系松散,没有形成体系;对私营医疗机构的监管各邦各自为阵,难以形成统一的邦或者中央政府范畴的监管框架;没有专门的监管机构履行监管职责,仅依靠法律自身难以实现有效监管。

三、印度医疗保障体系的公平性分析

“公平性”一词的内涵极其丰富。就医疗卫生的公平性而言,一般包括健康公平、卫生服务的可及性公平、实际服务利用公平与筹资公平 4 个方面。客观地讲,印度医疗保障体系的公平性,主要体现在卫生服务的可及性公平与实际服务利用公平两个方面,筹资公平并不尽人意。

(一) 医疗服务提供的公平性

尽管部分公共医疗服务机构存在着基础设施陈旧、经费短缺、人力不足等问题,也尽管私营医疗服务机构在提供医疗服务时不能兼顾价格与质量,但是,仅就公平性而言,印度医疗保障体系在医疗服务的可及性与实际利用方面仍比较好地实现了公平性,主要表现在以下 5 个方面:

1. 政府大力支持

印度是 1978 年《阿拉木图宣言》的签约国,也是最早建立初级卫生保健网的国家之一。早在 20 世纪 50 年代初期,印度政府在广大农村地区就已建立了医疗服务网络,并在 1983 年及 2002 年的国家卫生政策中提出要进一步大力发展基本医疗保健服务,努力实践前总理尼赫鲁提出的“结束贫穷、愚昧、疾病和机会不平等”的诺言。在印度政府看来,医疗卫生体制如果完全商业化、市场化,有悖医疗卫生事业的基本规律,破坏社会公平,不利于社会安定。印度政府对医疗卫生财政的投入主要用于贫困者及弱势群体,这是自尼赫鲁政府以来历届政府始终坚持的原则。为此,政府宁愿承受巨额的财政负担,将有限的财政投入公平地补贴给最需要医疗服务的贫困人口。可见,财富并不是衡量医疗服务体系的绝对标准,重要的是社会公平和兼顾利益平衡。印度政府的这种做法为国际社会所称道。

2 全民覆盖

坚持并保证全体国民享有基本医疗服务,是印度独立以来历届政府的职责。因此,政府采取了一系列行之有效的政策,这些政策主要包括:(1)政府在大力帮助公立医院实现稳定运转的同时也积极扶持、鼓励私立医院健康发展,提倡公立与私立医院共同发展。(2)在财政支持下,印度的医疗保障体系建立了庞大的公共医疗服务网络,其公共医疗服务机构从中央到地方、直至偏远乡村,为贫困人口提供最基本的医疗服务,减轻了他们的经济负担。(3)为缓解公共医疗机构,尤其是农村贫困地区医务人员严重缺乏的状况,政府采取一系列激励措施,包括以聘用方式招募医生、提供农村服务津贴等,鼓励医务人员去偏远地区工作,起到了救助贫弱、保证社会公平的“稳定剂”作用。正如有些学者指出的,不必寻求使所有人本质上得到平等的对待或机会,只要保证穷人及其他弱势群体得到基本医疗服务,那么就可以认为该体制是公平的。

3 关注弱势群体

印度有 2.6 亿人生活在贫困线以下,约占总人口的 1/4,其中大部分生活在农村地区。较高的人口贫困率与营养不良是横亘在政府面前的两大难题。印度第二次全国家庭卫生调查(NFHS - II)结果表明,约 75% 出生 6~35 个月的婴幼儿患有不同程度的贫血症,同样,贫血症也严重困扰着妇女的健康。为此,政府颁布了大量针对杜绝陋习、促进健康的法律、法规,如禁止吸烟、控制药物滥用、合理处置废物和保护环境等,并协同 NGOs 发起了一系列医疗救助计划,这些计划对在农村和偏远地区提供平等的医疗服务产生了积极的影响。印度医疗保障体系十分注意弱势群体获得医疗服务,政府尽可能调动所能动用的资源,着力解决

1978 年 9 月 12 日于阿拉木图召开了国际初级卫生保健大会。大会强调了所有政府、卫生与发展工作者及世界大家庭为保障并增进全体世界人民的健康而立即行动起来的重要性;会议明确了初级卫生保健的概念,交流了经验,并发表了《阿拉木图宣言》。宣言指出:初级卫生保健是实现“2000 年人人享有卫生保健”目标的关键和基本途径。

参见贾瓦哈拉尔·尼赫鲁在印度议会的发言,新德里,1947 年 8 月 14 日。

参见傅小强:《印度:贫富各有所依》,载《世界知识》,2005(17)。

2000 年印度贫困线以下人口占总人口的比例为 26.1%,参见 <http://www.globalenvision.org/tags/indias-national-health-system-profile>。

医疗救助计划的主要负责人及详细内容可在 MOHFW 网站上查阅,网址:<http://mohfw.nic.in/>。

弱势群体的健康问题,这是其医疗保障体系相对公平的根本原因。

4. 社会参与

在印度,各种社会团体积极参与公共医疗服务的提供与健康促进,做出了突出贡献。近年来,印度一些地区性行业联合组织,针对农村居民无力负担大病高额医疗费用的风险,积极寻求通过农村医疗保险方式解决,主动帮助农民参加各种形式的医疗保险,成为发展中国家农村医疗保险的有益尝试,积累了经验。此外,如 Mathadi医院基金、自雇妇女联合会(SEWA)以及 SPARC、Tribhuvandas基金等 24 个非盈利组织向农民提供各种不同形式的非盈利性医疗保险计划,以帮助他们解决“就医难、看病贵”的问题。

5. 积极发展制药业

印度日益发达的制药业及其低廉的药品价格是支持政府提供基本医疗服务的物质基础。印度与中国一样,草药业十分发达。近年来,印度政府积极提倡使用草药等传统治疗方法,政府出资建立草药中心,鼓励使用草药,并在 2002 年制定的国家卫生政策中予以明确规定。此外,由于国产西药质量普遍比较好,绝大部分居民都选用国产药品,有效地控制了治疗费用。

(二)医疗费用筹资的公平性

医疗费用筹资包括公共筹资与私人筹资两部分。在公共筹资中,税收被认为是公平的筹资方式(尼古拉斯·巴尔,2003),而私人筹资中个人自费的方式被认为是最不公平的。因为,采取以个人自费为主的方式,将导致穷人可能会不合理的比富人承担更多的费用以换取健康。

1. 医疗筹资公平性的含义

医疗筹资的公平性是指,不管富裕程度如何,收入水平高低,每个家庭都应该公平地负担医疗费用,这是以家庭为单位负担医疗费用的概念。从筹资结构来看,私人筹资占比越高,公平性越差;从医疗费用流向来看,应根据医疗需要水平配置资源,医疗资源理应更多的流向需求大、经济发展低的地区或人群,这样才能更好地体现公平性。

2. 医疗费用筹资结构

印度医疗费用筹资构成主要由公共支出与私人支出两部分组成。印度国家卫生账户(NHA)结果显示,2001-2002年印度医疗费用总支出(THE)约为 10 573 亿卢比,占 GDP 的 4.63%,其中,政府医疗费用支出占 THE 的 20.3%,私人医疗费用支出占 THE 的 77.4%,余下 2.3%为外部援助,人均医疗费用支出为 1 021 卢比(见表 3),约有 40%的印度人需要靠借钱或变卖资产以支付住院费用。

表 3 2001 - 2002 年印度医疗费用总支出一览表

支出类别	支出(百万卢比)	人均支出(卢比)	占 THE 比重(%)	THE/GDP(%)
公共支出	214 391	207	20.3	0.94
私人支出	818 104	790	77.4	3.58
其他支出	24 846	24	2.3	0.11
THE	1 057 341	1 021	100	4.63

资料来源: World Health Organization, 2006. "National Health Accounts, 2006 2 28" available at <http://www.who.int/whosis/2006/en/>.

自 1996 年以来,印度家庭用于医疗支出的费用每年约以 14% 的速度增加。根据国家抽样调查组织(NSSO)对家庭消费支出情况调查结果表明,用于医疗保健支出的费用占家庭总支出的 5%~6%、非食品支出的 11%。从 2002 年开始,印度政府虽致力于提高政府卫生费用支出,个人直接支出上涨趋势有所减缓,但公共筹资费用占总医疗费用的比重仍持续下降,从 1996 年的 24.55% 降到 2005 年的 17.59%。

若以政府在医疗卫生方面的财政投入作为评估指标的话,可见印度政府的表现并不尽人意。在医疗总费用支出中,根据 WHO 统计的 2004 年数据显示,私人支出约占 82.3%,政府支出为 17.7%。世界银行

在印度,国家卫生账户(National Health Accounts, NHA)是专门对印度医疗保障费用的支出进行预算与评估,其报告是印度政府对医疗保障支出进行解释的权威依据。

Central Bureau of Health Intelligence, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, India "Health Information of India 2005." available at <http://www.cbhidghs.nic.in/hia2005/content.asp>.

World Health Organization, 2007. "National Health Accounts Series" available at <http://www.who.int/whosis/2007/en/>.

<http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp>.

(2008)显示,2005年印度医疗卫生总支出占 GDP的 5.0%,其中政府医疗卫生支出仅占 GDP的 1.0%,而全世界低收入国家政府医疗卫生支出占 GDP的百分比为 1.2%。2005年,印度人均医疗卫生支出为 36美元,低收入国家人均医疗卫生支出为 27美元。如此强烈的反差,反衬印度政府在医疗卫生方面投入的严重不足。印度管理研究协会的 Hima Gupta (2007)认为印度目前的医疗费用支出结构是不太合理的,这是近年来印度医疗保障发展缓慢的主要原因。

3. 医疗卫生资源分配

印度不仅公共筹资占比低,而且医疗资源分配也不均衡。表现为:(1)各邦医疗卫生费用分配不均衡。邦政府用于医疗服务的资金主要来自中央财政的拨付,调查显示,人均医疗费用支出高的邦,婴儿死亡率低。这些邦不仅是因为居民收入高,也是因为中央政府对这些经济发达地区更加青睐,可见中央财政不是根据各邦医疗卫生需要与经济发展水平进行分配。(2)城乡医疗卫生资源分配不均衡。与其他发展中国家一样,印度城乡之间医疗卫生资源也存在着分配不均衡现象。印度农村人口占总人口的 73%,但只享受到 33%的医疗卫生资源,城市人均医疗费用是农村人均费用的 5倍。

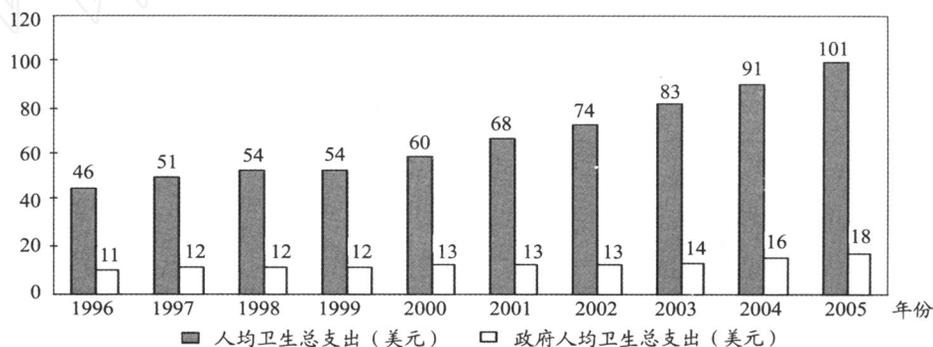
(三)小结

在医疗服务提供方面,印度政府以及非政府组织,确实最大限度的体现了公平性原则,表现不俗;在医疗费用筹资方面,筹资方式是正确的,但从其筹资结构与资金分配来看,则公平性欠佳。但是,不可否认印度医疗保障体系在维护公平方面所作出的努力(见表 4、图 2)。分析印度医疗筹资公平欠佳的主要原因:一是国家整体经济实力较弱,缺乏有力的财政支持;二是人口众多,约有 34.7%的人口仍生活在贫困线以下,他们普遍面临各种传染病、慢性疾病的困扰,加之严重的营养不良等问题,给印度的医疗保障体系带来了巨大的压力。

表 4 1996 - 2005年印度卫生费用总支出占 GDP比重

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
卫生总支出 (THE)占 GDP比重 (%)	4.0	4.3	4.3	4.0	4.3	4.5	4.8	4.9	5.0	5.0

资料来源: World Health Organization, 2007. "National Health Accounts Series" available at <http://www.who.int/whosis/2007/en/>.



资料来源: World Health Organization, 2007. "National Health Accounts Series." available at <http://www.who.int/whosis/2007/en/>.

图 2 1996 - 2005年印度人均卫生费用支出变化

四、结束语

印度是中国的邻国,也是世界上唯一人口与中国相当的国家,有着类似的贫困与不幸(阿玛蒂亚·森, 2006)。通过与印度的对比,评价中国医疗保障体系公平与否是很自然的事情。毋庸置疑,中国的医疗保障体系对改善国民生存状况、提高其健康水平发挥了不可替代的作用,致使中国医疗卫生事业面貌发生了深刻的变化,取得了举世瞩目的成就。与世界上其他发展中国家相比,“中国人民的卫生健康风险相对较低,生存环境相对比较安全”(胡鞍钢, 2003)。

数据来源: Garg, Charu C., 1998. "Equity of Health Sector Financing and Delivery in India, Takemi Fellow in International Health" Harvard School of Public Health, available at <http://www.hsph.harvard.edu/research/takemi/files>.

洒下一片阳光,就会投下一片阴影。随着经济改革的深入,城乡之间、地区之间、各阶层之间收入差距明显加大,这种收入上的差距直接导致了低收入者、尤其是农村居民在获得医疗服务方面处于明显劣势,加剧了其获得医疗服务的不公平性。政府在经济与社会公平两大政策目标之间也出现了不平衡,公共政策明显向社会上层倾斜,忽视了社会中下层民众的利益与需要。为此,印度政府在提供基本医疗服务方面力求兼顾公平与利益平衡的政策主张及其做法,确实值得我们学习与借鉴。例如,我们应该努力加强医疗保障体系公平性建设,在提供医疗服务方面坚持“政府主导、市场参与”原则,加大对医疗卫生的财政投入。另外,由于单凭政府之力是无法为全体国民提供基本医疗服务的,鼓励私营医疗机构的发展,倡导公私合作及社区参与,寻求国际非政府组织在资金、技术上的援助,建立以社区为基本单位的医疗服务机构,以合理的收费,为低收入者尤其是贫困人口提供有质量保证的医疗服务,逐步实现医疗服务的可及性。

健康实际上是一种能力,又是发展的手段(阿玛蒂亚·森,2006)。基本的医疗保障是保证获得这种能力的“权利”。从政府与社会发展来看,就是要为人们提供这种“权利”,并使更多的人得到获得这种“权利”的能力。我们欣慰地看到,医疗服务的“公益性”、公共卫生的“均等性”成为新医改政策的重要内容,这表明了我们党和政府对“因病致贫、因病返贫”问题的强烈关注与“反贫困”的决心,致力于消除健康贫困。坚信在党和政府的领导下,将努力对医疗保障体系中缺失的部分重新构建,予以完善,我们对“人人享有基本医疗保障”的实现充满期待。

参考文献:

1. [印]阿玛蒂亚·森:《经济发展与社会机会》,中文版,北京,社会科学文献出版社,2006。
2. [美]舍曼·富兰德、艾伦·C·古德曼、迈伦·斯坦诺:《卫生经济学》,中文版,北京,中国人民大学出版社,2004。
3. 尼古拉斯·巴尔:《福利国家经济学》,中文版,北京,中国劳动社会保障出版社,2003。
4. 傅小强:《印度医保体制不简单》,载《世界知识》,2005(5)。
5. 傅小强:《印度:贫富各有所依》,载《世界知识》,2005(17)。
6. 胡鞍钢:《透视 SARS:健康与发展》,北京,清华大学出版社,2003。
7. 刘丹、蒋远胜:《印度非盈利医疗保险计划的评价及启示》,载《卫生经济研究》,2006(7)。
8. 沈钰如:《印度医疗保健系统的近期改革经验》,载《国外医学(医院管理分册)》,2001(4)。
9. 世界银行:《2004年世界发展报告:让服务惠及穷人》,中文版,北京,中国财政经济出版社,2004。
10. 世界银行:《2008年世界发展指标》,北京,中国财政经济出版社,2008。
11. 世界卫生组织:《2000年世界卫生报告》,中文版,北京,人民卫生出版社,2000。
12. 滕文:《中国医疗筹资公平性研究》,上海,上海社会科学院出版社,2007。
13. 徐菲:《中印卫生经济发展格局的比较》,载《中国卫生事业管理》,2005(5)。
14. 朱玲:《非正规产业医疗保险制度的理论和实践》,载《经济学动态》,2003(7)。
15. Bhat, Ramesh, 1996. "Regulation of the Private Health Sector in India." *International Journal of Health Planning and Management*, Vol 11, pp. 253 - 274.
16. Gupta, Hima, 2007. "The Role of Insurance in Health Care Management in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 20, pp. 4 - 5.
17. Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2005. "Financing and Delivery of Health Care Services in India." available at <http://mohfw.nic.in/>.
18. Mossialos, Elias et al., 2002. *Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options*. Open University Press, Buckingham, UK, pp. 99 - 126.
19. Peters, David H.; Yazbeck, Abdo S.; Shama, Rashmi R.; Ramana, G. N. V.; Pritchett, Lant H. and Wagstaff, Adam, 2001. "Raising the Sights: Better Health Systems for India's Poor." *The World Bank (Health, Nutrition, Population Sector Unit)*, available at <http://www.worldbank.org/>.
20. Punhit, B. C., 2001. *Private Initiatives and Policy Options: Recent Health System Experience in India*. Oxford University Press, pp. 87 - 97.
21. Ranson, M. Kent, 2003. "Community - based Health Insurance Schemes in India: A Review." *The American Economic Review*, Vol 16, pp. 223 - 243.
22. Radwan, Imai, 2005. "India's Private Services for the Poor a Policy Note." *The World Bank (Washington, D. C.)*, available at <http://www.worldbank.org/>.

(责任编辑:彭爽)