

# 通向全民医保的渐进主义之路

## ——论三层次公立医疗保险体系的构建

顾 昕

(北京师范大学 社会发展与公共政策研究所, 北京 100875)

**[摘 要]**健全医疗保障体系是新医改的关键。通过两阶段渐进改革现有的公立医疗保险,即城镇职工医保、城镇居民医保和农村新型合作医疗,拓展其覆盖面,就可以实现全民医保。在第一阶段,三大公立医疗保险依然以身份制为基础,分别以城镇工作人群及离退休者、城镇非工作人群和农村居民为参保对象,其管理机构依然分别隶属于劳动保障部和卫生部。在第二阶段,三大公立医疗保险将打破身份制,面向全体国民,构成缴费水平不同、给付水平不同、服务水平不同的三层次公立医疗保障体系。国家实施强制性参保,民众可以在三大公立医疗保险中任选其一。医保机构将践行政事分开,最终与政府行政部门脱钩,成为独立的公立法人组织,直接向各地政府或者人大负责。

**[关键词]**社会医疗保险;全民医保;公立法人组织;公费医疗体系

**[中图分类号]** C913.7

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1003-8353(2008)01-0006-06

医疗体制的改革固然千头万绪,但是健全医疗保障体系,实现全民医保,是整个医疗卫生体系改革的突破口<sup>①</sup>。正是在这一方面,政府发挥其应有的主导作用,是医疗卫生事业实现社会公益性的制度性保障,乃是新医改成功的关键<sup>②</sup>。既然找到了突破口,看来问题有望解决。但棘手的是,实现全民医保之路并非一条。究竟选择哪一种制度,一方面取决于现有的政府财力,另一方面也取决于已有的医疗保障制度架构。毕竟,在现有的制度架构中进行渐进调整,远比打破现有制度架构并另起炉灶,更加节省经济和社会成本。

全民医保无非就是医疗筹资和付费的问题。问题是,医疗筹资的方法很多,但主要有两种:一是一般税收,二是医疗(或健康)保险。用一般税收筹资,说白了就是实行公费医疗体制,老百姓看病治病时只付一小部分钱,例如20%的医药费,大头则由政府埋单,全部来自政府财政预算。这种筹资方式肯定会对政府财政的可承受能力提出更高的要求。用医疗保险的方式筹资则不同,由于医疗资金由个人(家庭)、工作单位和国家分摊,那么对于政府财力的要求自然降低。医疗付费的管理者也有两类:一是公立(或准公立)机构;二是民营机构。关于付费机制的改革,我们将另文详细探讨。本文主要从筹资体制来考察实现全民医保的路径。

### 一、公费医疗体制还是社会保险体制?

由一般税收来筹资,并且由公立机构来管理医疗付费,这种做法在英国、北欧、南欧以及许多与英国有历史渊源的国家和地区(包括我国的香港特别行政区)盛行,这样一种做法在学界被简称为“英国模式”。我们也可以把这一体制称为“公费医疗体制”。当然,英国模式同社会主义国家中的“公费医疗体制”在公共管理的架构上还有一定的差别,本文不拟详述<sup>③</sup>。

政府通过强制性保险来筹资,并且交由公立(或准公立)机构来管理医疗付费,这样一种做法在欧洲大陆、日本、韩国以及东欧、俄罗斯等地盛行。学界称之为“社会保险制”。由于这套体制由德国首先发明,因此又被称为“德国模式”。

**[基金项目]**教育部“发展型社会政策:国际经验与本土实践”(项目号:05JA840002)的阶段性成果。

**[作者简介]**顾昕,北京师范大学社会发展与公共政策研究所教授、博士生导师。

医疗保障管理者也可以是民间机构,甚至是商业性健康保障公司。政府并没有强制所有人参加医疗保险,民众自愿参保,参保后由保险公司负责为参保者的医疗服务付费。这样一种做法主要在美国盛行,因此又被称为“美国模式”<sup>④</sup>。

有关模式的说法只是简称,并不表明有关国家只有一种做法。事实上,在英国,政府会明确列出一些公费医疗所不覆盖的医疗服务项目,从而为民营商业性的医疗保险留下了发展空间。在德国模式下,社会医疗保险机构也可以列出所不保障的医疗服务项目。在美国,政府为穷人建立了公费医疗制度,即“医疗救助”(Medicaid),同时为老人建立了强制性社会医疗保险制度,叫做“医疗照顾”(Medicare)。有了这两个公立医疗保障制度,这些弱势群体就不会因为没钱而有病不能就医。至于富人,政府就不管了,交由市场(也就是商业性医疗保险)来照顾<sup>⑤</sup>。

不少专家,尤其是特别推崇市场的专家,建议我国学习美国模式,即政府只负责为弱势群体,尤其是老人和穷人,提供公立医疗保险,而其他民众,则可以通过自行参加商业性医疗保险来解决其医疗保障问题。从短期来看,这也不失为一种思路。既然政府财力有限,因此只保障弱势群体就可以了,为弱势群体建立公共医疗保障体系,无论如何是政府责无旁贷的事情。

但是,商业性医疗保险模式的最大弊病就是不能实现全民医保。事实上,美国有大约 14-20% 的居民没有任何医疗保障,这在发达国家中是绝无仅有的。之所以如此,并不是因为不买医疗保险的美国人没有钱,而是缘于其制度。既然大多数民众是自愿参保,那么总有一些人会有赌博心理,自以为身强体壮,把参保费视为冤枉钱。事实上,没有任何医保的美国民众,绝不是最贫穷的,当然也不会是富裕的。

商业性医疗保险的另一个弊病是医疗费用高。由于保险公司要赚钱,因此民众缴纳的保费在统计上算成了“医疗费用”,在实际中一部分成为保险公司的利润。美国卫生总费用占 GDP 的比重高达 14%,名列全球第一,其中的一个原因在于其医疗保障体系为商业性医疗保险所主导。美国那 14% 的卫生总费用中的一部分,就成为商业保险公司的利润,最后变成红利进入了股东的账户。

而且,就我国的情况而言,推行美国模式,还有另外一个额外的障碍,即制度转型的社会成本。众所周知,我国已经建立了面向广大民众的城乡公立医疗保险,也就是城镇职工医保、城镇居民医保和农村新型合作医疗。如果推行美国模式,公立医疗保险的目标覆盖群体只限制在老人和穷人,普通民众丧失其原有的公立医疗保险,很可能会引起广泛的社会不满。

正是由于以上诸点,我国大多数医疗政策专家大体取得了一个共识,那就是美国模式学不得。为了健全医疗保障体系,实现全民医保,政府必须发挥主导作用。既然市场在这里不灵,那么政府发挥积极的作用也就责无旁贷。当然,对于一些发病率较低、但费用较高或者长期无法治愈却并不致命的疾病,可以留给商业性保险公司去打理。

看起来全民医保大体上要在德国和英国模式中来选。这两种模式的利弊如何呢?关于这一点,没有定论。可以说是各有千秋,而在发达国家的结果是大同小异。一般来说,在英国式的公费医疗模式中,医疗费用的大头(几乎 90% 以上)由财政支付,这无疑对财政承受能力有相当大的要求。如果政府财力不济,那么只好在财政预算中压缩医疗经费,最终导致公费医疗的保障水平大大降低,服务质量低迷不振。即使是在英国,也存在这一问题,医疗卫生必须同其他社会经济项目竞争政府预算。如此一来,其政府在医疗卫生方面投入不足,始终是制约其医疗卫生事业发展的一个瓶颈。而且,随着医疗费用的上涨,政府财政部门越来越感到无力增加投入,扩大私营医疗保险在医疗保障体系的份额居然成为英国医疗改革的新思路。

事实上,在实施英国模式的发展中国家,例如印度、马来西亚等,情况就更为严重了。表面看来,这些国家的民众可以在公立医疗机构享受大体上免费的医疗服务,但是由于国家财力不济,公立医疗机构长期处于能力不足的状态,大病治不了,于是演变成小病公费医疗体系。公立医疗机构长期能力不足,其服务水平自然低下,病人大排长龙的现象比比皆是。在印度,公立医疗机构水平之差到了大多数民众都自愿到私立医疗机构自费看病的地步,结果印度医疗总费用中民众自付的比重占了大头,大约占了八成。马来西亚的情形好一点,但是发展私立医疗机构和民营医疗保险是其医疗体制改革的主轴。即便是发达国家,如英国,医生工资低、公立医疗服务质量差、医疗体制效率低的问题,始终是老大难的问题。

在德国式的社会保险制度下,医疗费用通过医疗(或健康)保险费征集上来,专款专用,不必同其他公共

服务竞争国家预算,比较有保障。虽然这些国家医疗总费用比英国模式要高,但参保的民众能获得充分的医疗保障和较为良好的医疗服务,因此满意度一般来说较高。这些国家医疗体制的主要问题有两点:一是公立医疗保险的保障面过宽,在德国甚至民众上医院的出租车费均能报销,如此慷慨,自然导致“医疗总费用”过高。第二,医疗保险管理者没有发挥好第三方购买者的角色以控制医疗费用的过快增长。

当然,在发展中国家中,采取德国模式(即社会医疗保险模式)所面临的主要问题是覆盖面不广。也就是说,由于种种原因,政府未能对所有人实施强制参保,导致总有一些人没有参保,尤其是那些没有正式工作的人。可以说,对于实现全民医保的目标来说,社会保险模式可能不会产生立竿见影之效。

## 二、渐进改革现有城乡医保制度就可以实现全民医保

因此,我国推进全民医保的制度选择,无非是在社会医疗保险和公费医疗之间选择,或者两者如何组合。

2007年初,政府提出了三个思路:一、启动以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险试点;二、积极推行新型农村合作医疗制度;三、建立覆盖城乡居民的基本卫生保健制度(或称“基本医疗卫生制度”)。

但关键在于,基本卫生保健制度究竟应该是前两者改进的自然结果,还是一个第三者,与前两者独立?这一点至关重要,这关涉到新医改能否成功的大局。在医改研究界和某些政府部门流行一个思路,就是将基本卫生保健制度独立于医疗保险制度。简言之,城乡民众生小病可以享受公费医疗,而生大病则依靠医疗保险。这种选择,不但会在财政上陷入无底深渊,而且还会在公共管理上陷入慢慢内耗,最好的结果无非是像印度的公费医疗体系,成为摆设。一旦选择这条道路,新医改很有可能像人们对1997年医改的评价一样:方向正确,操作有误。

实际上,只要政府主导,大力推进上述的前两项改革,并且巩固提高现有的城镇职工基本医疗保险,那么不仅人人可以享受大病统筹,而且人人享受基本卫生保健也将水到渠成。这就是以公立医疗保险为主导来推进全民医保的思路。

简言之,这一思路就是争取做到城乡民众人人参保,平时缴纳医疗保险费,而在生病的时候,无论是大病还是小病,只须在医疗服务点支付20%-30%的自付额即可,医疗费用的大部分将由医保机构支付。

这一思路的好处是平稳过渡。换言之,通过现有医疗保障制度的渐进式改革,我们就能实现全民医保。

现有的公共医疗保障体系由四部分组成:1.城镇职工医疗保险;2.城镇居民医疗保险;3.农村新型合作医疗;4.公费医疗体制。

现行公费医疗体制固然存在一些弊病,但由于其覆盖面窄,影响面小,可以基本上维持不变。实际上,在很多以社会医疗保险为主干建立其医疗保障体系的国家中,例如德国,公务员享受公费医疗体制也是常规。因此,在确定了以社会医疗保险为主的全民医保模式之后,没有必要取消现有的公费医疗体制,但是对此进行一些小改小革是完全必要的,其具体措施本文不拟讨论。

我们现有的医疗保障体系基本上就是社会保险制度。我们只要渐进地改革现有的城乡三大公立医疗保险,实现城乡居民全覆盖,很多问题就可以得到解决。

在城市,现有的“职工基本医疗保险”原本限制在“职工”,像儿童、尚未工作的青年人、没有单位的市民(尤其是老人)、个体户以及农民工,原本都不能享受这一医疗保障,后来其覆盖范围逐步向个体户和农民工扩展。虽然城镇职工医保本身的政策是广覆盖,但是截至2006年底,总参保人数还不到1.6亿,仅仅覆盖了不到47%的城镇从业人员和离退休者<sup>⑧</sup>。

我国城镇居民达5亿多人。因此,以城镇居民为基数,那么职工医保的覆盖面显然太小了。因此,政府推出了“城镇居民基本医疗保险”,自2007年8月23日开始在全国79个城市试点,力争用5-10年的时间在全国实现城市全民医保。把“职工”变成“居民”,并不是文字游戏。实际上,在此之前,吉林、广东、浙江、江苏等地已经开展了有关的试点,效果正在浮现。随着城镇居民医保试点范围的扩大以及城镇职工医保的巩固,在不久的将来,城镇实现“全民医保”是完全可以预期的。

新型农村合作医疗制度是一种公立医疗保险,农民自愿参加,于2003年启动,到2006年底大约有50%的农民参加。新农合未能实现全覆盖,主因在于保障力度较低,管理手续繁多。参合者看病治病时必须自费支付全额医疗费,然后再报销,最多也仅报销四成。在自愿参保的前提下,新农合如何增强对农民的吸引力

是关键<sup>⑦</sup>。为此, 各级政府必须增加对农民的补助。事实上, 自 2006 年开始, 新农合的补贴在全国各地逐步增加。2007 年, 中央财政将安排补助资金 101 亿元, 比去年增加了 58 亿元, 无疑将积极推进新型农村合作医疗制度的发展。主管部门卫生部计划争取在今年使之覆盖 80% 的县, 在十一·五期间使其农民人口覆盖面达到 80% 以上。

这三个公立医疗保险面向广大民众, 其中城镇职工医保已经运行十年有余, 新农合经历了三年多的发展历程, 城镇居民医保则刚刚起步。在一些地区, 农业和非农业户口之差别开始取消, 城镇居民医保和新农合开始整合为一体化的“居民医保”。如果这三项公立医疗保险制度都既覆盖门诊又保障大病统筹, 那么覆盖城乡居民的基本卫生保健制度, 也就是人人享有基本卫生保健, 也是可以实现的。因此, 没有必要建立一套独立的小病公费医疗体系。

三、现行公立医疗保险覆盖面的拓宽

目前, 三大公立医疗保险所面临的主要问题是覆盖面还不广。通过渐进改革, 其覆盖面有望扩大, 并在十年内最终实现全民医保。为了达致这一目标, 三大公立医疗保险各自改革的具体要点如下。

(一) 城镇职工医疗保险

城镇职工医保的覆盖目标明确为所有雇员(薪水领取者)以及离退休者, 无论雇员的社会身份如何。所有雇员只要参保就可以即时受益, 即使是临时工也不例外。为农民工单独建立一套医疗保险制度, 应该是权宜之计。

城镇职工医保扩大覆盖面的根本是政府加强参保的强制性力度, 其重心在于将民营企业(尤其是外资企业)和事业单位的雇员纳入医保。对于破产企业的雇员以及失业人士, 失业保险可以承担雇主的相应缴费责任。失业保险金已经领取完毕的无业人士, 可以转入新兴的城镇居民医保。

2006 年, 城镇职工医保个人的缴费水平为 377. 17 元, 加上雇主的缴费, 人均缴费总水平达到 1508. 68 元(参见表 1)。由于城镇职工医保基金人均结余额较高(参见图 1), 因此这项公立医疗保险的保障力度可以提高, 帮助参保者提高其抵御医疗费用风险的能力。同时, 保障力度的提高, 也有助于提高其吸引力, 尤其是对民营和外资企业的雇员, 最终推动其覆盖面的拓展。

表 1 中国城镇职工基本医疗保险的缴费水平, 1993 – 2006 年

	实际参保职工数 (万人)	基金收入 (亿元)	人均缴费水平 (元)	参保者个人缴费 (元)	雇主缴费 (元)
1993	267. 6	1. 4	52. 32	13. 08	39. 24
1994	374. 6	3. 2	85. 42	21. 36	64. 07
1995	702. 6	9. 7	138. 06	34. 51	103. 54
1996	791. 2	19. 0	240. 14	60. 04	180. 11
1997	1588. 9	52. 3	329. 16	82. 29	246. 87
1998	1508. 7	60. 6	401. 67	100. 42	301. 25
1999	1509. 4	89. 9	595. 60	148. 90	446. 70
2000	2862. 8	170. 0	593. 82	148. 46	445. 37
2001	5407. 7	383. 6	709. 36	177. 34	532. 02
2002	6925. 8	607. 8	877. 59	219. 40	658. 19
2003	7974. 9	890. 0	1116. 00	279. 00	837. 00
2004	9044. 5	1140. 5	1260. 99	315. 25	945. 74
2005	10021. 7	1405. 3	1402. 26	350. 56	1051. 69
2006	11580. 3	1747. 1	1508. 68	377. 17	1131. 51

资料来源:《中国统计年鉴》, 2007 年, 第 901 – 902 页。

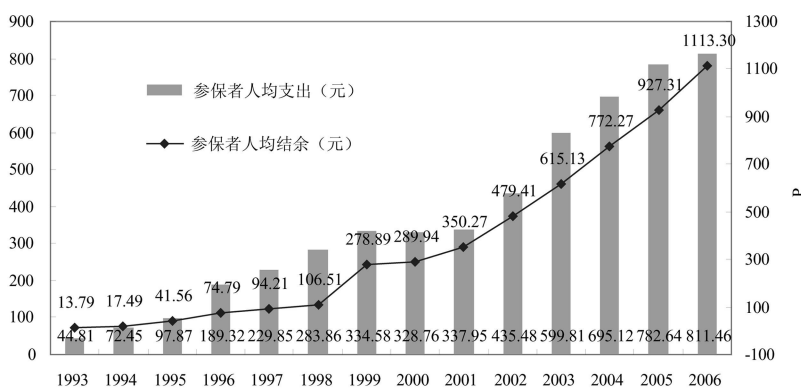


图 1 中国城市职工基本医疗保险基金收支情况, 1993- 2006 年

资料来源:《中国统计年鉴》, 2007 年, 第 901 页。

(二)城镇居民医疗保险

城镇居民医疗保险面向所有非工作人群, 主要是未成年人、无业人士(失业者)和原来没有工作单位的老人, 力争从自愿型向强制型过渡。至于自雇人士和灵活就业人士应该参加职工医保还是居民医保, 各地方可以根据实际情况自行制定切实可行的游戏规则。

由于这项公立保险刚刚在全国范围内开始试点, 其缴费水平和保障水平各地不一。很多地方倾向于从低水平起步, 缴费水平很低, 保障水平也很低。但是, 如果医疗保险不能覆盖 70- 80% 参保者的医疗费用, 不仅其风险分摊的功能大打折扣, 而且其作为第三方购买者控制费用的机制也无从运作。如果民众在看病治病时依然需要自付很大比重的医药费用, 医疗机构就难免还会利用其信息优势诱导病患过度消费医疗服务或药品, 至少民众会对此有所怀疑。低水平的医疗保险不能发挥其应有的功效, 就会在民众中丧失其信誉, 最终会有损于其覆盖面的拓展。因此, 片面强调经济发展水平的制约, 一味地维持低水平, 表面看来谨慎实际, 但最终会堵死医疗保险发展的道路。

以 2005 年的数据作为参照, 城镇民众在医疗保健上的人均年支出额为 600.9 元, 为了实现 70% 的保障力度, 城镇居民医疗保险的人均筹资水平, 就全国而言, 应该达到 420.6 元。实际上, 对于大多数城镇居民来说, 这一缴费水平并不高, 仅仅是年平均消费水平的 5.3%。只要城镇居民医保的保障水平充分并且代表参保者的利益购买好医疗服务, 这样的缴费水平完全可以为广大民众所接受。

至于城镇贫困人群, 例如大约 2200 万低保对象, 政府可以通过医疗救助体系帮助其参保。根据我们的研究, 各级政府从财政预算中年支出大约 118 亿元, 就可以在现有医疗技术和医疗服务的水平上保障低保对象 80% 的医疗费用支出<sup>⑧</sup>。

(三)农村新型合作医疗

农村新型合作医疗面向所有农民。在种种制约因素的限制下, 新农合在五年内还必须维持现行的自愿性参保原则, 只能通过增加政府补贴和加强保障力度, 来提高对农民的吸引力。在条件成熟之时, 也就是覆盖面达到 80% 的情况下, 可以考虑把自愿性参保转变为强制性参保, 从而实现普遍覆盖。

最为可行的安排是, 各级政府把新农合人均补贴额从现在的 40 元提高一倍, 达到 80 元的水平, 而农民人均缴费水平也提高到 50 元。2005 年, 农村居民人均医疗保健支出为 168.1 元, 只要人均筹资水平达到 130 元, 那么新农合就可以覆盖参保者 77% 的医药费用。2005 年全国农民人口数为 7.5 亿, 到了 2006 年, 减少到了 7.4 亿。政府即使为所有农民人均补贴 80 元, 每年也不过 592 亿元。而且, 随着城市化的进展, 农民人口数会不断减少, 因此这项财政补贴不会陷入无底洞的局面。

在十一五期间, 农村新型合作医疗完全可以采取双轨制, 也就是设立双层体系:

第一层维持现有制度设计不变, 农民人均缴费 10 元, 政府人均补贴 40 元, 当然其保障水平相应较低, 大体上只能覆盖参保者 40% 的医药费用;

第二层是一个较高水平的医疗保险计划, 农民人均缴费 50 元, 政府人均补贴 80 元, 参保人可以获得其医疗费用 77% 的保障。

在一段时期之后, 大多数农村居民有望自动选择参加高水平的新农合。随着其参合率的提高, 双层新农

合可以并轨,整合成为一个具有适当风险分摊功能的公立医疗保险制度。

至于国家财政补贴如何在各级政府中分摊、中央政府如何补贴地方政府以实现“财政均等化”,都值得深入研究<sup>⑨</sup>。其中最为困难的问题是农民以何种费率缴费。如果每一位农村居民,不论其家庭收入高低,人均缴费一律50元,政府一律补贴80元,无疑有违公平的原则,但是这样做可以大大节省行政成本。在现有的公共管理体系中,这也是没有办法的办法。

此外,政府通过完善医疗救助制度支持城乡贫困家庭投保。

三大公立医疗以负面列表的方式,明确列出不能覆盖的医疗服务、药品以及人均年度给付额的上限,从而为商业医疗保险的发展开辟空间。民众可以就公立医疗保险不能覆盖的服务、药品和费用,自愿购买商业医疗保险以实现补充性保障。同时,公立医保机构可以根据实际情况,将全部或者部分医保基金的管理外包给多家独立的商业性保险公司,从而促进竞争,进一步提高医疗保障的管理效率。

#### 四、构建一个多层次、高水平的公立医疗保险体系

在短期内(“十一五”期间),三大公立医疗保险的管理体制依然可以维持现状,也就是以人群的社会身份划定参保目标,分立运作。但是从长远来看(“十二五”期间),三大公立医疗应该打破身份制的束缚,向全体国民开放,从而构成缴费水平不同、给付水平不同、服务水平不同的三层次公立医疗保障体系。

政府强制所有国民必须参保。国民可以根据其自身的经济能力和健康状况在三大保险中自由选择,任选其一。只要三大公立医疗保险实现信息共享,那么医保管理机构就可以掌握辖区内参保者的名单及其社会经济特征。在此基础上,医保管理机构通过将参保者名单与公安部门掌握的当地户口名单进行对比,就可以轻松识别出未参保者,进而可以通过城乡现有的社区组织有针对性地动员甚至强制未参保者参保。

很多对社会医疗保险制度持怀疑态度的人主要是担心其强制性无法落实,从而不能真正实现全民覆盖。实际上,目前城镇公立医疗保险依然采用传统的做法,更多地依赖工作单位以实施强制性参保。随着单位制的解体以及城乡就业环境的改变,各级政府如何从更多地依赖单位转向依靠社区组织,是公共管理转型的一大挑战。就推动社会医疗保险的人人强制性参保而言,社区组织(尤其是其中的社会保障所)可以发挥更大的作用。这就要求政府各部门,尤其是劳保部、卫生部、公安部、民政部门,实现公共管理信息的共享。目前,各地政府中普遍存在的部门间公共信息库软件不兼容的现象,应该中止了。

在这样的体制下,医疗保障的城乡一体化可以自然而然地实现。

如此改革,可以最大幅度地减少制度变革带来的成本和震荡。现在由劳动与社会保障部和卫生部分别主管的城镇职工医疗保险和农村新型合作医疗的管理队伍,基本上可以承担三大公立医疗保险渐进改革的重任。当然,政府有必要适当地增加其编制并且出资加强其能力建设(尤其是新农合管理机构)。

在短期内(“十一五”期间),三大公立医疗保险的管理机构依然可以分别隶属于劳保部和卫生部。但长远来看(“十二五”期间),践行政事分开,也就是医保机构最终与政府行政部门脱钩,成为独立的公立法人组织,直接向各地政府或者人大负责,是改革的方向。

#### [注释]

①顾昕:《走向有管理的市场化:中国医疗体制改革战略选择》,《经济社会体制比较》2005年第6期。

②顾昕:《鱼与熊掌不可兼得? 医疗服务的市场化与社会公益性》,《公共管理高层论坛》(第4辑)(南京大学)(2006年12月)。

③《社会主义全民公费医疗模式同NHS模式的其他重要区别》,可以参见科尔奈、翁笙和,《转轨中的福利、选择和一致性》,北京:中信出版社,第105-109页。

④Steven Jonas *An Introduction to the U. S. Health Care System*. 5<sup>th</sup> edition New York Springer Publishing 2003

⑤顾昕:《全球性医疗体制改革的大趋势》,《中国社会科学》2005年第6期。

⑥ Edward Gu and Jianjun Zhang “Health Care Regime Change in Urban China: Unmanaged Marketization and Reluctant Privatization,” *Pacific Affairs* Vol. 79, No. 1 (2006), pp. 49-72

⑦方黎明,顾昕:《突破自愿性的困局:新型农村合作医疗中参合的激励机制与可持续性发展》,《中国农村观察》2006年第4期。

⑧顾昕:《城市医疗救助体系建设的战略选择:从救济型向发展型模式过渡》,《学习与实践》2006年第8期。

⑨顾昕,方黎明:《公共财政体系与农村新型合作医疗筹资水平研究:促进公共服务横向均等化的制度思考》,《财经研究》,2006年第11期。

[责任编辑:韩小凤]