

全民健康覆盖：需要研究证据支持的全球运动

袁蓓蓓*

北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】“全民健康覆盖”是许多国家卫生体系发展和卫生政策所追寻的目标。目标的实现离不开具体政策和措施的推行,而在卫生政策的制定和评价中,科学研究的作用越来越受到重视。本文总结和分析了科学研究如何支持全民健康覆盖策略的制定和完善,以及研究如何评价全民健康策略对提高服务可及性、降低经济风险和促进健康的影响。在总结科学研究对全民健康覆盖的推动作用和存在问题的基础上,提出要更有效地推动我国“全民健康覆盖”的实现,研究机构和人员需要继续完善研究内容、提高研究质量、重视对现有高质量研究的利用、并推动研究结果向政策的转化。

【关键词】全民健康覆盖;循证决策;卫生服务可及性;财务风险保护;健康促进

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.002

Universal health coverage: A global activity requiring further research

YUAN Bei-bei

China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Universal health coverage (UHC) is the goal of health system development and health policy in many countries, but it cannot be achieved without specific policies and measures. Research plays an important role in the design and evaluation of health policies and has been emphasized more and more. This article analyzes how research has contributed to UHC strategies and how research is used to evaluate the impact of these strategies on services access, financial risk protection and health promotion. Based on the role of research during the development of UHC and existing problems, this paper proposes that in order to achieve UHC in China, researchers should improve the quality of the research, synthesize and make use of existing high-quality research, and transfer research outcomes to policy.

【Key words】 Universal health coverage; Evidence-based policy making; Health service access; Financial risk protection; Health promotion

全民健康覆盖是近几年各国极力推动的卫生运动。任何发展目标的实现都离不开具体政策和措施的推行。世界卫生组织 2013 年报告以研究在推动和实现全民健康覆盖中的作用为主题^[1],这反映了随着循证决策思想的推广,科学研究证据在政策制定和推行中的运用越来越受到重视。本文将总结在全球范围研究证据对推动全民健康覆盖的作用,探讨我国如何更好地开展全民健康覆盖研究以推动全民健康覆盖的实现。

1 全民健康覆盖研究的类型和数量快速增长

首先,需要了解什么样的研究能为实现全民健康覆盖提供证据支持。广义上,研究问题、内容、方法和结果可用于为实现全民健康覆盖提供解决方案的研究,即为全民健康覆盖研究。这类研究从研究方法上,多是应用型研究(Applied research)和实施性研究(Operational research),他们多是开发、分析和评价某些诊断治疗手段、卫生体系的政策干预措施,以

* 作者简介:袁蓓蓓,女(1983 年—),博士,讲师,主要研究方向为卫生经济和卫生循证决策。E-mail: ybb5231@163.com

实现改善健康的目的。从研究设计上,这些研究可以是描述性研究、观察性研究或试验性研究。不同研究对因果推断的验证能力不同,尤其对卫生体系层面政策应用和评价的研究,其研究设计的因果推断验证能力往往较低,但其仍可对政策的制定和评价提供有用的证据信息。另外,以上研究类型都属于原始研究(Primary research),即通过收集和分析原始数据(包括利用其他机构或个人收集的原始数据)来实现研究目的。与之对应的是二次研究(Secondary research)和转化研究(Transitional research),指的是将原始的科学研究所获证据转化到临床、社区或政策上应用的研究,如系统综述(Systematic review)、临床路径或政策指南的开发、证据传播相关研究等;二次研究是能提供全面可信政策依据的研究类型,是一种代表性的循证决策工具方法。根据要解决问题所处的政策阶段^[1],可将研究分为:测量政策问题的覆盖范围和严重程度、分析政策问题产生的原因、设计解决此类政策问题的可选干预措施、将这些研究结果转化为可实施的政策措施、评价政策的实施效果、评价政策效果时又会发现新的政策问题;此分类法提示,科学研究可以为任何政策阶段提供决策依据。

全民健康覆盖研究数量在过去 20—30 年增长很快,2013 年世界卫生组织报告对其增长趋势进行了系统分析。^[1]例如,疾病负担研究从 1990—2010 年迅速增长,这类研究能从侧面为人类健康挑战和所需的卫生服务类型提供大量证据;作为将研究转化为政策依据的重要工具,系统综述从 1993—2008 年也有了很大增长,尤其在亚洲和美洲,数量增长了约 3~4 倍。笔者也曾于 2013 年 1 月以“卫生筹资”和“系统综述”的主题词在 PubMed 检索并筛选检索结果,发现已有 85 篇此领域密切相关的系统综述,并覆盖卫生筹资研究中资金筹集、风险分担、服务购买和提供四大功能中多个研究问题。当然,对推进全民健康覆盖的作用,研究数量的增长只是表象,下文将总结全球范围内研究结果如何推动全民健康覆盖的发展。

2 研究对推进全民健康覆盖的作用

世界卫生组织对全民健康覆盖的界定为,所有人都应当享有所需要的有质量的卫生服务,并且不

因利用这些服务出现经济困难。^[2]全民健康覆盖强调了卫生服务公平可及性、经济风险保护和健康促进三个重要目标。总体上,研究对推动全民健康覆盖的作用,主要表现在两个方面,一是帮助全民健康覆盖策略的设计和执行,二是评价全民健康覆盖策略是否实现了提高服务可及性、降低疾病经济风险和改善健康的结果。

2.1 帮助全民健康覆盖策略的设计和执行

要实现可及性、经济风险保护和健康促进这些目标,全民健康覆盖需要一系列的具体策略和行动来推动,包括:确定哪些是人群需要的卫生服务;设计和推广筹资或医疗保障制度以降低卫生服务利用的经济风险;改进卫生服务的提供、保证服务质量以实现改善全民健康的最终目标。在以往各国推进全民健康覆盖的过程中,研究确实曾对某些策略的提出和设计提供了直接的证据支持。

2.1.1 选择需要实现全民覆盖的卫生服务类型

从预防性卫生服务到治疗性卫生服务,从初级卫生保健到二、三级医疗机构提供的卫生服务,甚至环境卫生、污染治理、安全饮用水,都是人们需要的卫生服务。但是任何国家或保障制度,都不能实现为所有居民利用所有卫生服务提供百分之百的成本分摊,因此任何国家都需要确定重点覆盖的人群和卫生服务类型,即哪些是解决本国健康问题优先需要实现全民覆盖的卫生服务,哪些是有成本效果的卫生服务。事实上,千年发展目标所涉及的健康问题,包括妇幼健康、艾滋病、结核病、疟疾、慢性病,是全球面临的最主要健康挑战,因此与之相关的卫生服务无疑是优先需要实现全民覆盖的服务类型。但各国在设计各自推进全民覆盖的服务或干预时,又会根据本国居民的健康问题和经济能力进行考量,例如,泰国从 2001 年开始推动全民健康覆盖,为了选择和推广有成本效果的卫生服务和技术,成立了卫生干预和技术评价项目,该项目通过原始研究和系统综述产出政策建议。为了设计一种有成本效果的宫颈癌筛选策略,该项目对比了巴氏涂片检查、醋酸肉眼检测、宫颈癌疫苗以及巴氏涂片联合醋酸肉眼检测这四类筛选方式的成本效果;其成本的计算包括了卫生服务提供方的成本、参与筛选妇女的成本以及治疗宫颈癌的成本,其效果测算指标主要是宫颈癌患病人数和对质量调整生命年的影响。该研

究发现最有成本效果的筛选方法是对 30 ~ 45 岁妇女每隔 5 年进行一次醋酸肉眼检测,对 50 ~ 60 岁妇女每 5 年进行一次巴氏涂片检查。^[3]

2.1.2 设计和推广筹资或医疗保障制度

全民健康覆盖,要实现人群在获得所需要的高质量卫生服务的同时不会因为利用服务而面临贫穷或破产等经济风险这一目标,普遍的策略是设计和推行医疗保障制度,通过预付制和风险分担来降低居民的直接付费水平。这类卫生体系层面的政策推行,很难通过预实验等研究方式来为制度设计提供证据,也较难利用已实施国家的评价研究证据,因为卫生体系干预效果受背景因素影响较大,因此更现实的做法是“边做边学”^[1],按照评价实施效果、发现问题、完善政策、再评价的过程循环进行实施。作为实施全民健康覆盖策略的典型国家墨西哥,其关键政策社会医疗保险“Seguro Popular”的实施就是一个研究证据推动政策完善实施的过程。从墨西哥卫生筹资改革的起步阶段,研究就起到了推动作用,20 世纪 90 年代不断有研究指出墨西哥卫生费用中超过一半来自居民的个人付费,卫生筹资存在效率低、不公平、灾难性卫生支出比例高等问题。^[4]2003 年 Seguro Popular 全面推开,3 年后(2006 年) Lancet 发表一系列文章对其进行了评价^[5-11],评价发现实现了低收入人群医疗保险的全民覆盖,并且有保险覆盖的人群,其自付费用和灾难性卫生支出都明显低于未被保险覆盖人群;但研究也分析 3 年改革存在的问题和教训;之后 Seguro Popular 继续在推进全民健康覆盖上实现突破性进展,包括扩展覆盖人群和服务类型。例如,2006 年 10 月推开的 MING 项目,是 Seguro Popular 和墨西哥灾难性卫生支出保护基金的补充,将覆盖的服务项目扩展到针对新生儿和 5 岁以下儿童的 110 项卫生服务,这个项目将 Seguro Popular 覆盖到近 600 万的儿童及其家庭。另外,2010 年前以家庭为参保补贴单位;但研究发现由于中央财政会根据参保家庭数量对地方财政转移补贴,这客观上对地方政府分解参保家庭有激励作用,造成的结果是 18 岁以上的参保个人和小规模家庭比预期多,这必然威胁到 Seguro Popular 资金的可持续性^[4];此研究结果推动了 2010 年的政策改进——将参保补贴单位从家庭转化为个人。可以说,墨西哥推动全民健康覆盖的过程是一个循证决策的典范。

2.2 评价全民健康覆盖策略的实施结果

在帮助全民健康覆盖策略设计和实施的同时,亦不断有研究对策略进行监控和评价以发现其对全民健康覆盖目标的影响。世界银行全民健康覆盖研究系列曾对发展中国家评价全民健康覆盖策略(主要是卫生筹资制度)的研究进行系统综述,发现到 2011 年已有 105 篇定量研究对 30 多个国家推进全民健康覆盖的策略进行了评价。^[12]这类研究对推进全民健康覆盖的作用不仅在于证明各国政策实施取得了预期效果,更重要的是找出哪些政策设计或实施过程导致其未能达到预期效果或产生了预期外的负面影响,从而为完善政策提供科学依据,或者为其它有类似发展状况和背景因素的国家提供可选政策依据。

2.2.1 对卫生服务可及性的影响

我国新型农村合作医疗的推广是实现医疗保障制度全民覆盖的关键政策,也是我国推进全民健康覆盖的重要策略。新农合推行过程中不断有研究对其在提高农村居民卫生服务可及性的效果上进行评价。有研究在 2008 年对我国中西部地区新农合评价发现参加新农合使农村居民门诊就诊的概率提高 70%;该研究还分析了不同新农合方案的设计会对服务可及性和利用产生不同影响:家庭账户和高起付线的住院统筹结合方案设计对提高服务利用几乎没有影响,而门诊住院零起付线的方案设计对提高服务利用有明显影响。^[13]还有研究对我国 12 个省的数据进行分析,发现新农合实施后,低收入人群的住院服务可及性和利用没有明显提高,而高收入人群的住院服务利用明显增加;作者分析的原因是新农合并没有消除低收入人群服务可及性的所有障碍,如医疗机构地理上的可及性以及新农合方案中共付费用部分造成的经济负担。^[14]

2.2.2 对疾病经济风险的影响

墨西哥实现全民健康覆盖的关键策略 Seguro Popular 保险,在其执行过程亦有不少研究评价。King 的评价在 Seguro Popular 扩展报销药品目录全面实施之前,发现参加保险明显降低了居民门诊和住院服务中的自付费用,但是没有降低他们对药品的自付水平^[15];Galarrage 的研究在药品目录扩展实施后进行,评价结果显示 Seguro Popular 明显降低了参保人群在门诊、住院和药品上的自付水平^[16]。格

鲁吉亚医疗保险方案的评价也有类似发现^[17]: 保险的实施降低了居民个人支付的住院服务费用, 但是没有减少门诊服务费用; 作者分析原因是保险覆盖的服务包不包括门诊的药品费用, 并提出有限的服务包是进一步降低居民医疗费用负担的主要障碍。对我国新农合在经济风险保护上的效果评价也有比较一致的结论^[13-14, 18]: 新农合并没有降低居民的自付水平和灾难性卫生支出发生率, 原因之一是新农合方案中共付费较高并且报销比例较低; 另一个关键原因是新农合对医疗服务提供机构的支付以按服务项目支付为主, 这会激励医疗机构和医生使用更多、更昂贵的诊断治疗方式, 从而抵消了新农合报销所降低的个人付费水平。这些研究结果表明, 医疗保障制度的方案设计会影响其对降低疾病经济风险的效果。

2.2.3 对健康促进的影响

相对于以上两个结果, 全民健康覆盖策略对健康状况的影响较少被评价。一是由于全民健康覆盖策略并不会直接作用于健康状况, 而往往是通过提高服务可及、提供经济风险保护和提高服务质量来间接影响健康; 二是健康决定因素复杂, 方法学上很难控制混杂因素来提取出全民健康覆盖策略的作用。但是仍有研究在此方面做了努力。一项研究试图评价菲律宾健康保险政策是否改善了肺炎和痢疾出院儿童的健康状况, 结果显示保险覆盖后, 出院儿童感染的机率降低了 4% ~ 9%, 这个降低并不是发生在出院时而是出院数周后, 因此这项研究分析这个效果并不是由于服务质量的改善, 而是由于保险提供了更好的经济保护(出院儿童家庭不会因为住院费用而有重大经济损失, 因而有更大经济能力支付出院后的食品、医疗和其它照护成本)^[19] 相对于筹资或保障制度, 改善卫生服务提供的策略会对健康状况产生更直接影响。阿根廷的 Plan Nacer 项目为孕产妇和 6 岁以下儿童提供和改善卫生服务覆盖, 具体措施包括增加投入和推行按绩效支付; Gertler 的评价研究显示项目实施后婴儿出生体重提高了 2%、低出生体重婴儿概率降低了 26%、并明显提高新生儿健康状况, 此结果主要归因于该项目增加了孕产妇和儿童的服务利用、提高了服务质量。^[20] 当然, 也有研究对全民健康覆盖策略在健康状况上的效果无法得出明确结论, 其中有以上提到的方法

学原因: 健康指标、尤其是儿童或孕产妇死亡率这类指标, 受太多全民健康覆盖策略之外因素的影响; 但亦有全民健康覆盖策略设计和实施方面的原因, 例如 20 世纪 90 年代孟加拉 Grameen 银行推行的社区互助型医疗保险并没有对覆盖妇女的健康状况产生影响, 其原因是此保险计划有较高的共付费率, 阻碍了参保妇女获得正规和高质量的卫生服务。^[21]

以上研究结果和结论, 无疑对各国全民健康覆盖策略的改革和完善有借鉴意义, 但这些研究结果是否转化为政策、各地医疗保障制度等全民健康覆盖策略的改革或完善多大程度上是基于研究结果做出, 我们无法获得可靠的佐证。

3 我国研究如何更好地推动全民健康覆盖

总的来说, 现有研究对全民健康覆盖的推动作用有几个特点: 越来越多的国家开始重视在全民健康覆盖策略的设计执行中用科学研究方法进行监测和评估; 相对于支持全民健康覆盖策略的制定, 更多研究是在评价策略效果方面发挥作用, 而全民健康覆盖策略开始提出和制定的阶段, 发挥更大推动作用的是政治意愿和国家的政治经济发展状况; 研究结果(即研究所评价的效果及其发现的策略设计中的问题)转化为实际行动(即本地或他地全民健康覆盖策略的制定或完善)的能力比较有限。因此, 要更好地发挥研究对推进全民健康覆盖的作用, 要重视在全民健康覆盖策略开始设计时就利用整合现有相关研究以寻求政策线索, 策略实施中重视研究的检测和评估作用, 更重要的是促进研究结果向政策完善的转化。

我国在推进全民健康覆盖中仍然有许多关键问题需要解决和突破, 包括: 虽然我们建立了覆盖城乡的基层卫生服务体系并全面实施了公共卫生服务均等化, 但公共卫生服务和基本医疗服务在城乡、不同收入群体、流动人口与常住居民之间没有实现公平覆盖, 导致不同人群的卫生服务可及性仍存在差异; 医疗保障制度虽然实现了人群的广覆盖, 但受益和保障水平较低, 并在不同人群中存在明显差别, 因此仍不能提供足够的和公平的经济风险保护; 医疗设施和卫生人力资源分布不均衡, 农村和偏远地区卫生服务质量有待提高。这些关键性问题的解决, 离不开研究证据的继续支持。借鉴全球范围内研究发挥

的作用和存在的问题,要推动我国实现全民健康覆盖,研究需要在以下几个方面进行完善。

3.1 研究内容的改进

研究内容要以我国全民健康覆盖推进中的主要挑战为优先领域,包括如何降低卫生服务覆盖和医疗保障制度覆盖的不公平、如何有效利用资源扩大保障制度覆盖的服务内容和提高保障水平、如何激励卫生服务人员和提高服务质量。研究中指标设计要更符合全民健康覆盖的真正内涵,完善卫生服务可及性、经济风险保护和全民覆盖的测量指标和方法;卫生服务利用数量不等于卫生服务可及性,医疗保障制度的人群覆盖率或居民自付水平也不等于经济风险保护的实现情况;全民覆盖的测量指标不应该只用平均值,更要测量覆盖率在不同社会经济状况人群的差距、特别是脆弱人群中的覆盖情况;指标的规范和统一有助于客观地分析我国全民健康覆盖的推进程度。另外,目前研究更多测量的是全民卫生服务覆盖或全面保障制度覆盖,而不是全民健康覆盖;相对于提高服务利用数量上的覆盖,服务质量的提高对健康改进更重要;相对于保险的人群覆盖率,保险的服务包覆盖和报销保障水平对健康和降低经济负担更重要;在通过全民卫生服务覆盖如何实现全民健康覆盖、以及全民健康覆盖的测量这些方面仍然有很大研究空间。

3.2 研究质量的改进

要促进研究结果向实际政策行动的转化,首先要保证研究本身的质量,提高研究结果的有效性和可信性。全民健康覆盖的相关问题涉及到现状分析、具体服务或干预措施实施后因果关系分析或是卫生体系层面的功能和政策评价,因此其需要的研究设计也是多样化的,例如现状分析需要观察性的研究设计、评价治疗和干预方法需要试验性研究、卫生政策与体系问题可能需要定性研究;无论何种研究设计,关键是要符合研究问题的特点,并保证研究过程和方法是透明的、负责任的。其次,要推动高质量研究结果转化为政策或实践,从研究本身还可以做的改善包括:确立研究优先领域时将政策制定者纳入讨论中;将研究结果用更容易理解和可信的方式传达给政策制定者;将研究结果转化为政策推荐时要综合考虑研究结果、价值观、政策成本等多种因

素,此方面可以借鉴证据分级和转化为政策推荐的 GRADE 方法^[22];并且政策实施后要重视追踪评价以利于政策的调整^[1]。

3.3 更好地利用其它背景下的研究结果

在推进全民健康覆盖的过程中,特别是在政策制定初期很难找到本国相关研究进行参考;而且,各国可能会遇到同样类型的问题,在本国或本地区重复进行研究来获得政策依据可能需要更高成本和更多时间。因此,其它背景下的高质量原始研究或综合全球研究证据的系统综述亦是可选的政策依据。但全民健康覆盖中涉及的很多问题,尤其是卫生体系层面的问题,受政策实施背景影响较大,在判断其它背景下的原始研究或系统综述结论对本国的适用性时,需要考虑以下因素^[23]:该系统综述纳入的研究是否都发生在背景类似的地区?这些研究的结果是否因为研究地区背景因素的不同而有所不同?本国是否存在某些资源或能力方面的限制使得无法推行研究所推荐的政策?本国的卫生体系中是否存在重要的独特因素,使得他国研究推荐的方案会产生不同的效果?在本国与研究发生国,所关注健康问题的基线条件是否有明显不同,会导致研究推荐的政策产生不同的效果?在适用性分析的过程中,要全面分析这些因素,将对各国卫生体系都比较了解的资深研究人员和政策制定者纳入到讨论组中是非常重要的。

在全民健康覆盖策略的设计、执行和完善中,科学研究也许只是提供证据支持和可选方案,其最终决策还受到很多其它因素的影响,包括政策制定者的价值取向、各利益相关者的施压、可用资源和专家观点等。但是,随着循证决策理念的推广,在全民健康覆盖推动中,对研究证据的需求必将越来越大,研究机构和研究人员应该坚持将关键政策问题作为优先研究领域,提高研究质量,完善研究体系,以提供更高质量、可靠和实用的政策建议。

参 考 文 献

- [1] WHO. World Health report 2013: Research for Universal Coverage[R]. Geneva: WHO, 2013.
- [2] World Health Organization. Resolution WHA 58.33: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance[R]. Geneva: WHO, 2005.

- [3] Praditsithikorn N, Teerawattananon Y, Tantivess S, et al. Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand [J]. *Pharmaco Economics*, 2011, 29(9):781-806.
- [4] Knaul F M, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico [J]. *Lancet*, 2012, 380(9849): 1259-1279.
- [5] Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico [J]. *Lancet*, 2006, 368(9539): 954-961.
- [6] Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico [J]. *Lancet*, 2006, 368(9546): 1525-1534.
- [7] González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System for Social Protection in Health [J]. *Lancet*, 2006, 368(9547): 1608-1618.
- [8] Lozano R, Soliz P, Gakidou E, et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage [J]. *Lancet*, 2006, 368(9548): 1729-1741.
- [9] Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico [J]. *Lancet*, 2006, 368(9549): 1828-1841.
- [10] Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card [J]. *Lancet*, 2006, 368(9550): 1920-1935.
- [11] Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach [J]. *Lancet*, 2006, 368(9551): 2017-2027.
- [12] Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence [R]. UNICO Studies Series 25. Washington DC: The World Bank, 2013.
- [13] Yip W, Wang H, Hsiao W. The Impact of Rural Mutual Health Care on Access to Care: Evaluation of a Social Experiment in Rural China [R]. 2008.
- [14] Wagstaff A, Lindelow M, Gao J, et al. Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme [J]. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1): 1-19.
- [15] King G, Gakidou E, Imai K, et al. Public Policy for the Poor? A Randomised Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme [J]. *The Lancet*, 2009, 373(9673): 1447-1454.
- [16] Galarraga O, Sosa -Rubi SG, Salinas -Rodriguez A, et al. Health Insurance for the Poor: Impact on Catastrophic and Out-of-pocket Health Expenditures in Mexico [J]. *Eur J Health Econ*, 2010, 11(5): 437-447.
- [17] Bauhoff S, Hotchkiss D, and Smith O. The Impact of Medical Insurance for the Poor in Georgia: A Regression Discontinuity Approach [J]. *Health Economics*, 2010, 20(11): 1362-1378.
- [18] Meng Q, Xu L, Zhang Y G, et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study [J]. *Lancet*, 2012, 379(9818): 805-814.
- [19] Quimbo S A, Peabody J W, Shimkhada R, et al. Evidence of a Causal Link between Health Outcomes, Insurance Coverage, and a Policy to Expand Access: Experimental Data from Children in the Philippines [J]. *Health Economics*, 2010, 20(5): 620-630.
- [20] Gertler P J, Martinez S, Celhay P. Impact Evaluation of Maternal Child Provincial Health Investment Project in Argentina - Plan Nacer [R]. 2011.
- [21] Hamid S A, Roberts J, and Mosley P. Evaluating the Health Effects of Micro Health Insurance Placement: Evidence from Bangladesh [J]. *World Development*, 2011, 39(3): 399-411.
- [22] GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations [J]. *BMJ*, 2004, 328(7454): 1490.
- [23] Lavis J N, Oxman A D, Souza N M, et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 9: Assessing the applicability of the findings of a systematic review [J]. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(1): S9.

[收稿日期:2013-12-20 修回日期:2014-01-20]

(编辑 刘 博)