

墨西哥全民健康覆盖发展历程及对我国的启示

张小娟* 朱坤

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】2003 年墨西哥启动卫生改革,建立了覆盖非正式就业人群的大众健康保险,实现全民健康覆盖。为了保证不同健康保障制度的一致性,墨西哥政府为非正式就业人员提供补助,保证他们与正式就业人员健康保障筹资水平相同,进而享有同样的卫生服务。尽管改革取得了很大成效,但依然存在一些问题:卫生系统碎片化、缺少激励提供者改进服务的机制、不同健康保障制度间及不同州之间依然存在不公平、患者自付费用仍然很高、州政府资金未能及时到位。墨西哥卫生改革经验对我国有一定的借鉴意义:医疗保险制度与卫生服务体系改革应同步推进,尽快实现不同医疗保险制度之间的一致性,加强不同部门之间的协调,明确各级政府的筹资责任。

【关键词】卫生改革;全民健康覆盖;大众健康保险;一致性

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.004

Evolution of universal health coverage in Mexico and its implications for China

ZHANG Xiao-juan, ZHU Kun

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】In 2003, Mexico started health system reform and established Seguro Popular, which covers the unemployed and underemployed and ensures universal health coverage. To ensure solidarity among different health security schemes, the government subsidized informal employees so that the financing standard was the same as the formal employees and then ensures the same service for them. Although the reform has had many effects, there are still some problems: The health system is still broken; the incentive mechanism for providers to improve service is lacking; there is inequity between different health insurance systems and states; the out-of-pocket expense of patients is still high; and funding from the state government is not provided in a timely manner. The experience of Mexico is helpful for China: The health insurance and healthcare systems should be developed synchronously; solidarity among different health insurance systems should be ensured as soon as possible; various departments must cooperate; and the funding responsibilities of governments at all levels must be defined.

【Key words】Health system reform; Universal health coverage; Popular health insurance; Solidarity

全民健康覆盖是指保证所有公民获得需要的、有效的、有质量保证的卫生服务,同时不会因为支付这些卫生服务费用而遭受经济困难。^[1]全民健康覆盖并不是一个新概念,但过去几年间其重要性越来越受到重视。2005 年世界卫生大会通过鼓励各个国家在各自卫生系统内实现全民健康覆盖转变的决

议;2010 年世界卫生组织报告也围绕这个主题展开;2012 年联合国大会要求各国政府采取更紧迫和更大范围的努力加快实现全民健康覆盖的转变。^[2]目前,约 30 个中等收入国家已经实施了迈向全民健康覆盖的项目,而很多中低收入国家也在考虑实施类似的项目。^[3]

* 作者简介:张小娟,女(1985 年—),硕士,研究实习员,主要研究方向为农村卫生和医疗保障。

E-mail:zhangxiaojuan@imicams.ac.cn

我国也在大力推进全民健康覆盖,并将建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系作为 2009 年新一轮医改的一项重要内容。为了顺利推进我国基本医疗保障制度改革,有必要借鉴其他国家经验。我国与墨西哥均是中低收入国家,均具有人口众多、存在一定程度和范围的贫富差距等特点,同时,我国医疗保险制度的发展与墨西哥有诸多相似之处,均是先覆盖正式就业人群再扩展到非正式就业人群,且两类人群分别被不同的医疗保险制度覆盖。因此,本文分析墨西哥实现全民健康覆盖的发展历程和经验,以期为进一步完善我国基本医疗保险制度提供借鉴。

1 墨西哥全民健康覆盖的发展历程

2003 年改革前,墨西哥卫生系统存在自付费用较高、公共资源在不同地区和人员之间分配不公平、不同州的筹资责任不公平、基础设施建设投入不足等问题。这些问题在很多中低收入国家都存在,直接影响了卫生系统对老龄化、慢性疾病和伤害的应对。^[4]2003 年,墨西哥进行卫生改革,在全民健康覆盖领域开展长达 9 年的探索,建立了大众健康保险(Popular Health Insurance, PHI)—Seguro Popular,覆盖非正式就业人群,于 2012 年实现全民健康覆盖。^[5]

1.1 改革前

1.1.1 卫生系统概况

2003 年改革之前,墨西哥卫生系统与大多数拉美国家一样,存在碎片化和不公平问题。1943 年墨西哥成立卫生部,同年建立 IMSS(the Mexican Institute for Social Security),覆盖私立部门的正式雇员及家庭。IMSS(实际上并不是一种社会保险,更像是一种服务,兼顾提供和支付功能)作为垂直管理的联邦机构,筹资状况良好,是最大的卫生服务提供者。1959 年,建立 ISSSTE(the Institute for Social Security and Services for Civil Servants),覆盖公共部门雇员及家庭,他们利用 ISSTE 运营的诊所得服务。而大量自由执业者、失业人员及非正式雇佣人员无任何健康保障。

这种最初的制度设计将获取卫生保健的权利通过是否有正式工作和收入区分开来,造成了健康保障制度的分裂和碎片化。^[6]有正式工作的雇员及其

家庭成员享有健康保障,通过雇主和雇员缴纳的保费(payroll contributions)以及联邦政府补贴,能够从 IMSS 和 ISSSTE 免费得到卫生服务。而不被健康保障制度覆盖的穷人只能自费通过卫生部管理的服务提供系统(公共卫生机构,除少数专科医院由联邦政府管理外,一般由州政府管理)获得卫生服务^[7];还有很多家庭利用管制较差、费用较高的私人服务^[4]。另外,由于有保障人群的筹资从联邦政府税收收入中获得大量补贴,而税收是对全民征收,因此也导致了不公平问题。^[8]

由于享有不同健康保障的人群只能利用各自系统内部的卫生服务资源,消费者没有机会进行选择,因此卫生服务提供机构之间没有竞争;而且公共部门的卫生机构占有垄断地位,没有动机关注消费者的需要和服务质量。另外,公共和私立卫生服务机构都没有进行严格认证,提供的服务也没有明确范围。

1.1.2 卫生筹资

20 世纪 90 年代初期有报告显示,墨西哥超过 50% 的卫生支出是患者自付,很多家庭尤其是贫困和没有保障的家庭会因为患病发生灾难性和致贫性卫生支出^[9],并且即使是有保障的家庭自付比例也很高,家庭遭受致贫性卫生支出的风险很高^[6]。2000 年,约一半的墨西哥家庭没有任何健康保障^[10];而另一半有保障的家庭中,40% 是由 IMSS 覆盖的私立部门正式雇员及家庭^[11],7% 是由 ISSSTE 覆盖的公共部门雇员及家庭,还有 3% ~ 4% 的人员由私立健康保险覆盖。

无保障人群与有保障人群获得的公共筹资有明显差距,不公平程度较高^[12],如 2002 年墨西哥无健康保障人群占 55%,但仅得到 34% 的公共投入,有保障人群的人均投入是无保障人群的 2.3 倍。

墨西哥无保障的非正式就业人群(自我雇佣者、失业者)主要通过公共救助在各个州的卫生部门得到服务。由于没有保障,这些人群卫生保健服务的筹资不确定,服务也不全面,只能在接受服务时按项目付费,因此很多家庭面临致贫的风险。^[13]墨西哥健康基金会和卫生部的分析指出,每年有 200 万 ~ 400 万家庭(多是贫穷和无保障家庭)遭受灾难性卫生支出(占家庭非食品支出的 30%)和致贫性卫生支出(使家庭收入低于贫困线)。^[14]

联邦政府对各个州的人均卫生投入严重不均衡,投入最多与最少的州之间相差 5 倍之多。卫生部门的预算一般是在前几年预算的基础上经通胀率调整后计算得出,分配到各个州的资金与卫生机构和卫生人员的数量有关。因此,不管实际的卫生需要如何,拥有更多卫生机构的州则会得到更多的联邦资金。^[3]另外,各个州政府的人均卫生投入差距更大,投入最多与最少的州之间的差距达 115 倍。^[6,15-18]

1.2 2003 年卫生改革

1.2.1 卫生系统改革概况

为了实现全民健康覆盖,墨西哥卫生部试图进行改革,建立覆盖非正式就业人群的健康保险—Seguro Popular,但改革遇到了很多阻力。IMSS 认为 Seguro Popular 的建立会使 IMSS 的资源被转移,并使 IMSS 陷入困境;财政部也因为财政问题反对建立 Seguro Popular。^[19]

尽管存在重重阻力,墨西哥的卫生改革还是得到了迅速推进。2001 年墨西哥开始建立社会健康保障制度(System of Social Protection in Health, SSPH),其中 Seguro Popular 于 2002 年在 20 个州试点;2003 年建立 SSPH 法案,并于 2004 年 1 月开始执行。^[20]墨西哥改革的目的是实现宪法规定的所有居民均能享有健康保健服务的权利。

SSPH 将没有保障的 5 000 多万人纳入保险体系,其改革包括五方面。一是 Seguro Popular 覆盖人员的筹资标准与正式就业人员相似;由于 Seguro Popular 覆盖人群主要依靠政府筹资,因此政府卫生支出需逐年增加。二是参保人员、卫生部门和纳税人明确个体健康服务包内容,这样便于参保人员充分利用卫生服务,也便于纳税人实施监督。三是参加 Seguro Popular 是自愿的,每次参保签约年限为一年。根据参保人员的数量,各个州从联邦政府获得保险基金。自愿参保有助于激励州政府改进服务质量、提高效率以鼓励更多人员参保,进而获得更多的联邦财政支持。四是联邦政府的投入分成个体服务和群体服务两部分,有助于保证公共卫生服务筹资不被忽略。五是联邦政府直接负责建立灾难性卫生支出基金,用于覆盖可能会导致灾难性卫生支出但不在基本服务包内的疾病。

卫生改革以来,墨西哥的全民健康覆盖取得很

大进展。2012 年三大健康保障制度覆盖 1.1 亿人口,覆盖率达 98%^[21],其中 IMSS 覆盖 4 200 万人口,ISSSTE 覆盖 600 万人口,Seguro Popular 覆盖人群达到 5 260 万。Seguro Popular 覆盖人群大多数是贫穷人口,35% 居于农村社区,9% 居于贫穷社区^[22],许多参保家庭户主为妇女^[23]。卫生总费用占 GDP 的比例从 2000 年的 5.1% 增长至 2011 年的 6.2%。各个州之间以及不同保障制度之间的差异也有所减少。与未参保人群相比,Seguro Popular 增加了参保人群的卫生服务利用,减少了个人自付费用和灾难性卫生支出。^[3,14]

1.2.2 卫生筹资改革

墨西哥三大健康保障制度(IMSS, ISSSTE, Seguro Popular)的保险费用均由三部分构成(表 1)。一是社会税款(social contribution)由联邦政府承担,所有家庭标准相同,根据通胀率定期调整,有助于保证三大健康保障制度覆盖人群的一致性(solidarity)。2004 年社会税款为最低工资(mandatory minimum wage)的 15%,相当于每个家庭每年 230 美元。^[24]二是共同责任保险费用(co-responsible contribution),其中 IMSS 和 ISSSTE 的筹资来源于雇主;由于参加 Seguro Popular 的是非正式就业人群,这部分筹资被称为一致性保险费(solidarity contribution),主要来自于联邦和州政府,其中联邦政府承担费用相当于 1.5 倍社会税款,州政府承担约一半社会税款。另外,根据不同州的发展水平,联邦政府补助的一致性保险费存在地区差异,贫穷地区得到的多,富裕地区得到的少。三是家庭保险费(family contribution),采取累进制方式征收,有助于重新分配家庭收入。其中,IMSS 和 ISSSTE 这部分费用从工资扣除;Seguro Popular 这部分费用的额度根据家庭支付能力确定,按照可支配收入的一定比例缴纳,但不超过 5%。在申请参保时,每个家庭要接受社会经济状况调查,用于估计每个家庭应该缴纳的保险费。^[14]将家庭按收入排序后分成十等份,每个十分位的家庭采用一个缴费比例^[3],对低收入人群(最穷的 20% 人口)和部分有孕妇和儿童的家庭进行费用减免。如按收入从低到高排序后,在第三个十分位的家庭保险费为 60 美元,而最富的十分之一家庭每年的保险费为 950 美元。^[25]但是,截至 2011 年底,缴费的家庭不到 1%。^[4]

表1 墨西哥健康保障制度筹资构成

类型	社会税款	共同责任保险费	家庭保险费
IMSS	联邦政府	私人雇主	雇员
ISSSTE	联邦政府	公共部门雇主	雇员
Seguro Popular	联邦政府	一致性保险费:联邦和州政府	家庭

Seguro Popular 在联邦水平还有三个子基金,分别是灾难性支出基金(8%)、用于贫穷地区基础设施投资的基金(2%)和用于应对需求波动和各个州之间交叉利用服务的临时支付基金(1%),主要是从联邦政府的社会税款和一致性保险费中按一定比例抽取,有助于分担疾病风险。

除三个子基金外,剩余的社会税款和一致性保险费从联邦政府分配到各个州,而家庭缴纳的保险费留在各个州。联邦政府的社会税款每个家庭是相同的,只需根据参保家庭数量拨付。而联邦政府的一致性保险费在不同的州有所不同,通过公式计算分配到各个州的份额。公式中包括每个家庭的固定部分、根据健康需要调整的部分、促进州政府增加补助的部分以及基于卫生系统绩效的部分。采用这一公式分配资金以纠正长期以来资源分配不均衡和不公平现象,应对人群的不同需要,提供激励改进绩效吸引参保,促进一致性和公平性。在实施初期,这一公式对于参保指标设定的权重很高,以引导州政府吸引更多家庭参保,迅速增加覆盖面。目前,公式的权重和指标每年都进行调整。^[26]

Seguro Popular 由卫生部下属的机构健康保障国家委员会(National Commission for the Social Protection in Health)及其在各个州的下属机构负责管理。国家委员会主要有以下职能:一是计算每个州的 Seguro Popular 基金并将基金转移到各个州;二是直接向灾难性卫生基金覆盖项目的提供者付费;三是与卫生部的其他项目协调。^[14]

改革后,筹资模式发生了根本性转变,从供方主导转为需方主导,州政府获得的资金主要与参保人数有关,因此能激励各个州增加参保人数,也能够保证更有效的利用卫生资源。^[3,24]

1.3 改革后的卫生服务提供

改革后,IMSS、ISSSTE 和 Seguro Popular 覆盖的人群只能在各自的卫生服务提供网络内获得服务。

Seguro Popular 将个体卫生服务分为三类:初级流动性保健(ambulatory care)、二级门诊和住院服

务、费用较高的三级服务,主要由公共服务网络提供,包括由州卫生行政部门管理的初级和二级服务机构以及联邦卫生部门管理的二级和三级卫生服务机构。^[14]为了改进卫生服务提供,墨西哥加强对基础设施、医疗设备和人力资源的投资。

基本服务包括初级和二级服务,^[24,27]这些服务均是低风险的,由各个州的医保基金覆盖,服务包内容由健康保障国家委员会负责确定。^[14]随着筹资水平提高,基本服务包不断扩大,覆盖的服务和药品种类也不断增加。为了确保参保者能够有能力享有这些服务,服务包的信息会详细告知参保人。另外,服务包的内容也用来对服务提供者进行认证,获得认证的机构必须能够提供服务包内的所有服务。

三级服务由联邦灾难性卫生支出基金覆盖^[28],服务内容由两个机构经过两个步骤确定。一是健康委员会(General Health Council,国家最高卫生行政机构,直接对总统负责)负责确定灾难性疾病类型;二是由基金技术委员会(Technical Committee of the Fund)决定这些疾病的哪些服务和费用可以被基金覆盖^[14],选择依据包括可支付、成本效益、资源的可获得性、风险保护、社会可接受性等^[24]。改革后,通过加强卫生服务机构认证,卫生服务质量得到提升。只有通过认证的机构才能为 Seguro Popular 提供服务、获得资金,但实际上一些提供者并未获得认证。^[14]目前也设立了监测服务质量的指标,如候诊时间、药品发放等。另外,很多州还建立了仲裁委员会,以控制医疗事故诉讼的发生。^[29]

2 墨西哥卫生系统面临的挑战

2.1 未消除卫生系统的碎片化

墨西哥卫生改革尽管很快扩大了健康保障的覆盖范围,但没有消除卫生系统的碎片化。改革本来期望将筹资和提供分开并建立新的支付机制,实现不同州以及不同健康保障制度之间的转换,进而实现健康保障制度的可携带性和提供者网络的整合,但这一目标并未实现。^[30]墨西哥三大健康保障制度均有各自的基金来源、风险池、管理机构和服务提供网络,不同健康保障制度之间没有整合。如各大健康保障制度均有自己的服务提供网络,覆盖人群只能在各自的服务网络内获得服务,各个提供网络

之间几乎没有任何交流,不利于竞争和改进服务质量。

2.2 支付方式改革推进缓慢,供方缺乏增加服务提供、改进服务质量的激励

尽管支付方式改革是 2003 年卫生改革的目标之一,但没有取得实质性进展。除了灾难性卫生基金覆盖服务,其他供方的支付依然与服务量无关;对供方的支付还是基于过去预算,而不是绩效^[14],这导致供方没有改进卫生服务绩效的动机^[30]。改革后,供方并不满意,因为改革后收入没有增加,而临床服务需求量增加。

2.3 不同健康保障制度间及不同州之间依然存在不公平问题

不同健康保障制度的服务包不同导致了不公平问题。如 IMSS 和 ISSTE 服务包涵盖所有服务,但 Seguro Popular 仅覆盖初级、二级和有限的三级服务,并且不同健康保障制度提供的服务质量存在较大差异。^[14]

尽管卫生改革包括增加卫生服务资源(公共卫生服务提供系统的医生、护士和医院床位)、消除利用卫生服务的经济和其他障碍等措施,不同州之间仍然存在健康结果和卫生资源的不公平问题^[4],主要原因是改革之前各州之间已经存在的不公平以及超越卫生系统的社会经济的不公平。

2.4 患者自付费用仍然很高

卫生改革后,个人自付卫生费用占卫生总费用的比例和发生灾难性卫生支出的家庭比例均有所减少。个人自付卫生费用占卫生总费用的比例从 2000 年的 50.9% 下降到 2010 年的 47.1%;发生灾难性卫生支出的家庭比例从 2000 年的 3.1% 下降到 2010 年的 2.0%。另外,Seguro Popular 覆盖人群的个人自付卫生费用占比和发生灾难性卫生支出的比例明显低于无保险人群,并接近于 IMSS 和 ISSTE 覆盖人群。但个人自付卫生费用占卫生总费用的比例仍较高,且远高于其他中高收入国家,卫生筹资对低效的个人自付的依赖导致发生灾难性卫生支出的比例并未明显下降。^[5,31]

2.5 州政府资金未能及时到位

州政府对改革并不满意,认为无力负担一致性保险费,而联邦政府的弱势地位也不能强迫其执行。

因此,联邦和州政府之间最终进行了协商,减少了州政府实际支出。联邦政府允许州政府将过去几年和未来几年的基础设施投资冲抵对 Seguro Popular 的投资。这显然与州政府为个体服务筹资的初衷不相符,而且即使加上这部分基础设施投资,州政府的资金支持也没有达到应有水平。

3 对我国的启示

2003 年墨西哥建立了 Seguro Popular 覆盖非正式就业人员,再加上覆盖正式就业人群的 IMSS 和 ISSSTE,实现了全民健康覆盖。我国的医疗保险制度与墨西哥有一定的相似性。我国先为正式就业人员建立城镇职工医保(部分公共部门的雇员享有公费医疗),并于 2003 年和 2007 年分别建立新农合和城镇居民医保。2012 年,我国三大保险制度覆盖率达 95% 以上,基本实现医保制度的全民覆盖。但与墨西哥相比,我国三大医保制度之间一致性较差,正式就业人群享有的职工医保的筹资水平和保障水平远高于非正式就业人员参加的新农合和城镇居民医保。

3.1 同步推进医疗保险制度与卫生服务体系改革

墨西哥卫生改革后,公共卫生服务提供网络的医生、护士和医院床位数大幅增加^[4],如 2% 的 Seguro Popular 基金用于基础设施建设,保障服务能力。

我国医疗保险制度的建立和完善为患者提供了风险保护,降低了患者自付费用比例,保障了患者享有卫生服务的权利,但医疗保险基金也面临超支风险。各地虽然均在采取措施控制费用,但费用的有效控制还要依靠卫生服务资源的合理利用。我国鼓励患者在基层医疗机构获得服务,也通过转诊、报销比例分层等方式引导患者基层就医,但实际数据显示患者正在流向更高级别的医疗机构。如 2011 年中部某省新农合患者住院分布中,40% 在县医院,30% 在县外医疗机构,而只有 30% 在乡镇卫生院。^[32]大量患者向上层医疗机构流动,不仅对基金安全造成威胁,也增加了患者经济负担,从而导致卫生费用上涨。原因主要在于基层医疗机构服务能力和内涵的提升不能满足群众就医需求。一是目前基层医疗机构人员能力偏低,加上绩效工资的实施,卫生人员激励机制缺失,开展临床服务的积极性降低;二是基本公共卫生服务项目开展以来,各个基层医疗

机构都有明确的考核指标,基层医疗机构迫于行政压力必须安排大量人员开展公共卫生服务,人力资源不足愈加明显;三是基本药物制度实施后,基层医疗机构药品种类减少,部分患者因为药品不全而流失。这些问题都影响了基层医疗服务机构的能力提升,也造成了患者向上流动的现象。我国在加强医疗保障制度建设的同时,也应注重医疗卫生机构的发展。

3.2 尽快实现不同医疗保险制度之间的一致性

与 IMSS 和 ISSSTE 覆盖的正式就业人群不同,Seguro Popular 覆盖的非正式就业人员没有雇主为其交纳一部分保费,为了保证不同健康保障制度之间的一致性,墨西哥联邦和州政府为非正式就业人员缴纳一致性保险费,保证非正式就业人员与正式就业人员缴纳的保险费相似,进而保障公平享有卫生服务。

与墨西哥类似,我国也是三大健康保险制度并行,且三大保险制度之间,尤其是城镇职工医保与新农合和城镇居民医保之间,筹资和保障水平存在很大差异,这显然偏离了全民健康覆盖的内涵。尽管在目前状态下,我国实现三大保险制度并轨尚无明确的路径和条件,但可借鉴墨西哥的经验,通过加大政府投入缩小不同保险制度之间筹资标准,进而保证保障水平的一致性,实现真正意义的全民健康覆盖。

3.3 加强不同部门之间的协调

卫生系统的改革不应是卫生部门自身的改革,需要各个部门的协调合作。墨西哥卫生改革初期遭遇了诸多反对力量,包括财政部因为联邦财政负担较高的参保费用而反对、社会保障部(IMSS)担心 Seguro Popular 会挤占他们的资源而反对、州政府因为要承担一部分一致性保险费而反对。尽管存在重重阻力,但卫生部依然在总统的支持下推动改革,建立了 Seguro Popular,实现全民健康覆盖。

我国的卫生系统改革也存在部门协调的问题,现在新农合和城镇居民医保参保费用大部分来自中央财政和地方财政,这需要财政部门的支持;而分管不同医保制度的社保部门和卫生部门也需要协调。这些部门间的协调都存在诸多问题,如配套资金不能及时到位等。因此,政府部门要推动卫生改革,可

借鉴墨西哥经验,加强不同部门之间的协调。

3.4 明确各级政府的筹资责任

墨西哥三大健康保障制度均明确了联邦和州政府的筹资责任,如联邦政府承担三大健康保障制度的社会税款部分,而联邦和州政府共同承担 Seguro Popular 的一致性保费。

我国新农合和城镇居民医保主要依靠政府筹资,但各级政府的筹资责任并不十分明确。每个筹资年度,两大医保管理部门分别制定两种保险的筹资额度,然后根据筹资额划分各级政府的筹资责任。另外,我国税收制度改革后,财权上收,地方政府财力明显削弱;而且地方政府筹资能力差异巨大,中西部部分贫困地区地方政府财力有限,无法配套相关资金。因此,我国也应根据各级政府的财权明确各级政府的医保筹资责任,并制度化。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. The World Health Report - Health systems financing: the path to universal coverage [R]. Geneva: WHO, 2010.
- [2] Ursula Giedion, Eduardo Andrés Alfonso, et al. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence [R]. Washington DC: The world bank, 2013.
- [3] The W Bonilla-Chacín M E, Nelly Aguilera. The Mexican Social Protection System in Health [R]. Washington DC: The World Bank, 2013.
- [4] 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.
- [5] 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(9489): 1259-1279.
- [6] Londoño J L, Frenk J. Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America [J]. Health Policy, 1997, 41(1): 1-36.
- [7] Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés O, et al. Fair financing and universal protection: the structural reform of the Mexican health system [R]. Mexico: Ministry of Health, 2004.
- [8] Jason M, Lakin. The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007 [J]. Journal of Health Politics, Policy

and Law, 2010, 35(3):314-352

- [9] Frenk J, Lozano R, González-Block M A, et al. Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México [R]. Mexico: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- [10] Frenk J, Sepúlveda J, Gomez-Dantes O, et al. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico [J]. Lancet, 2003, 362(9396): 1667-1671.
- [11] OECD Review of Health Systems: Mexico [R]. Paris: OECD, 2005.
- [12] Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico [J]. Lancet, 2006, 368(9546): 954-961.
- [13] 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.
- [14] Knaul F, Arreola H, Méndez O. Protección financiera en salud, México 1992 a 2004 [J]. Salud Publica Mex 2005, 47(6): 430-439.
- [15] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud [R]. Mexico: Secretaría de Salud, 2001.
- [16] Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez 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.
- [17] Knaul F M, Arreola-Ornelas H, Mendez O, et al. Preventing impoverishment, promoting equity and protecting households from financial crisis: universal health insurance through institutional reform in Mexico [R]. 2006.
- [18] Secretaría de Salud. Información para la rendición de cuentas [R]. Mexico: Secretaría de Salud, 2002.
- [19] Nu ? ria Homedes, Antonio Ugalde. Twenty-Five Years of Convuluted Health Reforms in Mexico [J]. PLoSMed. 2009, 6(8): e1000124.
- [20] Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud [R]. Mexico: Diario Oficial de la Federación, 2003.
- [21] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2010. Panorama sociodemográfico de México [R]. Mexico: INEGI, 2011.
- [22] Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011 [R]. Mexico: CNPSS, Secretaría de Salud, 2012.
- [23] Ibid, Ministry of Health. Comisión Nacional de Protección Social en Salud [R]. 2013.
- [24] Knaul F M, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform [J]. Health Affairs, 2005, 24(6): 1467-1476.
- [25] Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul F M. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage [J]. Bull World Health Organ, 2009, 87(7): 542-548.
- [26] Aterido R, Hallward-Driemeier M, Pagés C. Does Expanding Health Insurance Beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality? Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular [R]. Washington DC: World Bank, 2011.
- [27] González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health [J]. Lancet, 2006, 368(9547): 1608-1618.
- [28] Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos [R]. Mexico: Secretaría de Salud, 2005.
- [29] Tena C, Sotelo J. Malpractice in Mexico: arbitration not litigation [J]. BMJ. 2005, 331(7514): 448-451.
- [30] Kurowski C, Villar-Urbe M. Mexico's Social Protection in Health and the Transformation of State Health Systems [R]. Washington, DC: World Bank, 2012.
- [31] World Bank. Trends in Government and Health Financing in Mexico [R]. Washington, DC: World Bank, 2010.
- [32] 卫生部新型农村合作医疗研究中心. 新型农村合作医疗信息统计手册(2011)年 [M]. 2011.

[收稿日期:2013-09-26 修回日期:2014-01-14]

(编辑 赵晓娟)