

老年人对医疗服务的利用及 中国医疗制度的改革*

辜胜阻 梁浙西

本文提出了医疗服务利用理论模式,并对老年人口利用医疗服务的状况进行了实证分析。研究表明,老年人对医疗服务的利用在某些方面受需求影响,但更多的方面受社会经济条件制约,老年人在医疗服务利用方面具有不平等性。本文还根据医疗服务利用模型分析了经济改革对医疗服务利用的影响和我国医疗服务使用中的问题,探讨了医疗保健制度的改革方向。

作者:辜胜阻,男,1956年生,武汉大学社会经济研究主任、教授。

梁浙西,男,1946年生,美国密西根大学社会学教授。

一、老年人口对医疗保健的使用

老年人口的医疗保健与成年人口的医疗保健相比较具有如下特点:(1)随着年龄的增长,老年人口的生病率日益增长。日本家族计划国际协力财团1989年发表的题为“亚洲人口老龄化”研究极告表明,日本老年人的平均生病率为50%左右,55~64岁的老年人口的生病率是34%,65~69岁的老年人的这一比率为43%,70~74岁的老年人为54%,75~79岁的老年人为57%,80岁以上的老年人为57%。(2)老年人口就医率也随年龄的增长而增长。上述研究揭示,65岁以上人口的平均就医率为21%,55~64岁的老年人口的这一比值为11%,65~69岁老年人为13%,70~74岁老人为18%,75岁以上老年人为21%。(3)老年人口的医疗需求和医疗费用高于成年人口。根据1984年的统计,日本一般家庭平均每月医疗保健支出占总支出的比重为2.4%,而老年人的这一比重则为3.8%,高出58%。在70年代初期,日本国民医疗费占国民总收入的4%,到1985年上升为6.3%;同期老年人医疗费在国民医疗中的比重则由11%上升到25%以上,出现了“四分天下有其一”的局面。据统计,中国1987年离退休人员的年平均医疗费为115元,而一般城市居民为36元,乡村居民仅为9元。(4)老年人的医疗保健问题不仅表现在发病率高,医疗费用高上,而且还表现在长期护理上。日本1981年卧床不起的老人(包括在特别护理之家等设施内的老年人口)约为52万人。按现在统计的各年龄组人数推计,到2000年约为现在的2倍,102万人;2025年约为现在的3倍,将达165万人;1981年痴呆老人数为54万人,到2000年将为其2倍,约113万人;到2025年约为4倍,达192万人。如果按照美日标准(5%)来估计,中国65岁以上的老年人口中约有300多万人属长期护理的老年人口。中美日三国所不同的是,中国这部分人主要靠家庭护理(一部分高

* 本文系美国密西根大学博士后研究计划下的合作研究成果。

知、高干在疗养院和医院护理),美国这种老年人有相当一部分在老人院护理,日本则属于中间模式,70%以上卧床不起的老人靠家庭护理。

研究老年人口的医疗服务利用状况,首先讨论老年人口医疗服务利用的概念及理论模型。

(一)老年人口医疗服务利用的量化指标。老年人口医疗服务利用可分为两个层次:一是一般老年人口对医疗服务的利用;二是与疾病相关联的医疗服务的利用。医疗服务利用可分为三个方面:看病、住院、用药。测量老年人医疗服务利用的量度有三种:一是接触(Contact),测量在过去一年中是否看过病、住过院、用过药;二是利用量(Volume),测量在过去一年中看过几次病、住过几次院、用过几次药;三是疾病关联利用状况(Illness related Use),例如,有心脏病的人住过几次院、看过几次病、用过几次药。

(二)老年人的健康状况和主观评价。健康状况主要看老年人的患病情况,主观评价指老年人对自己健康状况的看法。这两者从客观和主观两方面决定了老人对医疗服务利用的需求。

(三)老年人口对医疗服务利用的可能性。这主要由三个变数决定:一是医疗保险状况;二是接近医疗服务的状况;三是经济状况,由老年人的收入水平和收入来源决定。

(四)老年人口的个人特征。这主要由四个变量构成:年龄、性别、居住地、教育水平。年龄反映的是一个老化指标;年龄越大,发病率越高,利用医疗服务的需求越大。性别是老年人社会经济地位的反映,女性老年人口一般职业地位较低。居住地和教育水平反映的是老年人口的社会经济地位。

这四个层次的概念之间的内在逻辑关系可以用图1图示说明。

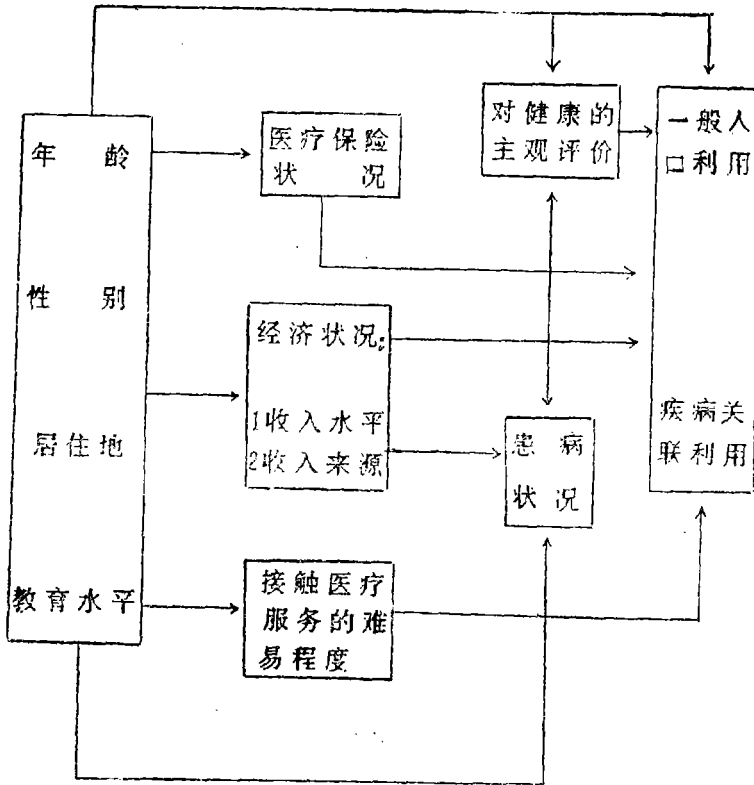
图1表明:老年人口的个人背景因素将直接制约老年人口利用医疗服务的可能性和必要性(需要),必要性和可能性两者相互作用形成了老年人口对医疗服务的利用状况。老年人客观的健康状况和主观判断会互相影响。医疗保险状况和经济状况决定老年人口利用医疗服务的支付能力,而利用服务的难易程度体现了老年人口对医疗服务的可获性。

对老年人口医疗服务利用状况的定量研究可以探讨医疗服务利用的公平性问题。如果一个社会老年人口对医疗服务的利用主要受疾病和主观评价影响而不受经济条件、医疗保险影响,那么这个社会老年人对医疗服务的利用是需求决定模式,对医疗服务利用是公平的。如果一个社会的医疗服务利用程度主要受医疗保险、经济状况及医疗服务的方便性决定,那么这个社会的医疗服务的利用是非需求决定模式,体现了对医疗服务利用的不公平性。

1988年山西省太原市、阳城县城乡老年医疗服务利用因素的调查(调查样本为1434人)表明:慢性病对老年人利用医疗服务的影响最大(回归系数城市为0.404,农村为0.497),其次是医疗保健制度(城市为0.246,农村为0.443)。这一结论表明:需求在医疗服务的利用中起着主导作用,但医疗保险制度这类体现经济能力的因素也起着非常重要的作用,这一点在农村地区表现得特别明显。上海1986年的另一项研究表明:医疗制度对老年人的就诊有一定影响:公费、劳保者就诊率高于自费者。这项研究还表明:老年人接近医疗服务的状况也不尽如意,影响老年人对医疗保健的利用。老年人有了急性病多数是使用非机动车,甚至有近20%的患者是步行,均反映现有医疗网点和医疗条件尚不能满足老年人的需求。

下面,我们利用1987年全国老年人调查和1991年武汉地区抽样调查资料来研究老年人口医疗服务的利用状况及其决定因素。

图1. 老年人口医疗服务利用理论模式



(一) 老年人口的医疗保险状况。我国医疗保险制度存在着巨大的城乡差别。根据中国社会科学院1987年对36755名老年人的调查，城市老年人口医疗费用自费的占27%，半自费的占22%，公费超过半数占51%，镇老年人口的这三个比重分别为45%、19%、36%，而县农村老年人口自费的比重高达95%，半自费3%，公费占2%。武汉地区的2710名老年人口调查表明：原职业为干部的老年人医疗费公费的占91%，由亲戚付费的占2%，由自己本人付的占7%；在原职业为企业工人的老年人口中，公费占78%，亲戚付费占6%，自费占16%；而在农村居民中，合作医疗占7%，公费占4%，自己本人和家庭自费的占89%。

(二) 老年人分担医疗费用的状况。随着经济体制改革的深入发展，老年医疗保险已不再是完全的公费医疗，出现了患者共同分担医疗费用的状况。表1表明：享受公费医疗的老年人和劳保医疗老年人分担医疗费用的比例较小，分别为32%和39%。享受合作医疗的老年人、其他所有制的老年人、女性老年人分担医疗费用的比重较高。

(三) 老年人口一般利用医疗服务状况。表2从7个方面考查了老年人口利用医疗服务的状况，从这里我们可以得出如下几点结论：第一，老年人口在同医疗服务的接触(Contact)程度上差别不太大，最重要的差别是使用量(Volume)；第二，老年人口用药方面的差别较小，而住院方面的差别最大。

(四) 与疾病相关的医疗服务状况。表3表明：第一，癌症者住院天数最多，这里医疗保险情况对医疗使用程度的影响最为明显；第二，平均看医生次数最多的是糖尿病；第三，老年人口患病最多的是慢性病，如呼吸道疾病、心脏病和高血压，这类慢性病主要是用药，

表1

武汉地区老年人医疗费用个人分担状况

单位：%

	在公费中个人分担状况				公费比例 (%)
	完全自费	小部分自费	一半自费	绝大部分自费	
医疗保险状况					
公费医疗	68	26	4	2	92
劳保医疗	46	43	8	3	78
其它	9	59	27	5	10
单位所有制					
国有	61	35	3	1	92
集体	26	48	16	10	78
其它	21	38	37	4	15
性别					
男	58	36	4	2	62
女	31	41	22	6	48
年龄					
60—69	49	40	9	2	53
70+	43	36	16	5	42
居住地					
城市	48	38	11	3	73
农村	34	43	20	3	13
调查人数	665	550	166	49	1430

资料来源：1991年中国武汉地区老年人健康和生活状况调查。

表2

武汉地区老年人医疗保险状况与医疗服务的利用

	公费医疗	劳动保险	合作医疗及其它	全体被调者
每个人定期检查数(每千人)	358	110	39	105
看病的百分比	80	73	66	70
平均看病次数	13.9	9.8	4.7	8.1
平均住院天数	9.3	4.5	1.1	3.4
住院者的百分比	17	12	8	10
平均服药次数	7.5	7.2	4.7	6.4
服药者的百分比	54	56	57	56
调查人数	349	1195	1166	2710

资料来源：同表1。

平均看医生的次数在3—5之间，平均住院天数为2天以上；第四，医疗保险制度不同，有病的老年人口利用医疗服务的差别是很大的。

下面运用回归分析模型进行多因素定量分析。老年人口用药和住院回归分析模型都表明：社会经济条件在决定老年人口使用医疗服务中起着非常重要的作用。即收入越高、医疗保险状况越好，社会地位越高的人，使用的医疗服务越多。这体现了医疗服务上的不平等性，即医疗服务的使用不是按需使用。但看病模型所揭示的问题却与此相反：决定老年人是否看病的主要因素是老年人健康的客观状况和主观评价。这表明老年人对医疗服务的使用（看病）是由需求决定的，是在按需使用。所以总的结论是：由于武汉地区农村乡村医疗卫生事业的发展，老年人口在看一般病这种医疗服务使用上是按需使用；另一方面由于医疗服

表3

武汉地区老年人与疾病相关的医疗服务的利用

	平均看病数	平均住院天数
高血压		
公费医疗	8.15	6.51
劳保医疗	5.45	3.08
其它	2.59	0.92
合计	4.93	2.54
糖尿病		
公费医疗	13.4	12.5
劳保医疗	7.7	9.8
其它	1.5	1.5
合计	7.42	7.63
心脏病		
公费医疗	4.9	2.7
劳保医疗	5.2	4.6
其它	1.2	0.5
合作	3.70	2.54
中风		
公费医疗	2.6	8.1
劳保医疗	2.7	7.1
其它	1.7	1.7
合计	2.29	5.2
癌症		
公费医疗	14.2	84.0
劳保医疗	3.8	4.6
其它	1.9	5.9
合计	5.17	22.17
呼吸道疾病		
公费医疗	5.7	1.6
劳保医疗	4.6	3.8
其它	2.5	0.8
合计	3.91	2.18
骨折		
公费医疗	3.7	9.8
劳保医疗	4.8	5.3
其它	2.2	0.8
合计	3.71	3.27

资料来源：同表1。

务设施的差异和老年人口社会经济地位的不一样，在慢性病的治疗上又体现了其不公平性，即收入高的人、医疗保险好的人使用医疗服务的质量和数量大大优于收入水平低的没有医疗保险的人。

二、中国医疗保障制度改革的必要性和方向

(一) 中国传统的医疗保健制度

如果按组织系统来划分，中国的医疗保健共有四个子系统：（1）中央政府所管理的医

表4

武汉地区老年人口医疗服务使用的回归模型

作用次序大小	用药模型 (高血压病571例)	住院模型 (糖尿病48例)	看病模型 (2710被调查者)
1	城乡居住地 (0.260***)	收入水平 (0.505**)	疾病状况 (0.220***)
2	收入水平 (0.183***)	医疗保险 (0.435*)	健康状况的主观感觉 (0.123***)
3	医疗保险 (0.152***)	性 别 (0.331*)	收入水平 (0.098***)
4	使用服务的方便性 (0.117***)		医疗保险 (0.094***)
5	健康状况的主观感觉 (0.101***)		

说明: 括号中的数据为标准偏回归系数, *为回归系数在0.05水平以上显著, **表示在0.01水平上显著, ***表示在0.001水平以上显著。

疗保健系统, 这由卫生部所管理的10多个医学院及其附属医院构成, 直接由中央财政拨款。

(2) 解放军医疗卫生系统, 由一批部队医院构成。(3) 工商企业的医疗保健系统, 这由一批职工医院构成。(4) 地方医疗保健系统, 这又可分为四个层次, 省医院、地县医院、农村乡镇医院、村一级医疗卫生站。根据1990年的统计, 全国县以上医院有13489个, 年住院人数为1.4亿; 农村卫生院有47749个, 年住院人数为1.1亿。^①

从医疗保险的角度来看, 中国的医疗保健制度由三大保险制度构成: (1) 公费医疗。这种医疗保险是各级政府举办的医疗保险, 推行于1951年, 现在的保险对象约3000多万人。

(2) 劳保医疗。这是企业单位举办的医疗保险, 推行于1951年, 现在的保险对象为1亿多城镇劳动者及其家属, 农村一些乡镇企业也实行这种医疗保险制度。(3) 农村合作医疗, 推行于1968年, 1975年达到顶峰, 覆盖85%的农村, 经济体制改革以来受到冲击, 1991年恢复到10%的覆盖面。

表5

三种医疗保险制度的比较

比较标准	公 费 医 疗	劳 保 医 疗	农 村 合 作 医 疗
保险对象	政府、事业单位工作人员及中专、大学学生	企业单位职工	农村居民
覆盖 率	100% 约3000万人	绝大部分 1亿多城镇劳动者及其家属、 5000多万乡镇企业工人	10%
经费来源	各级政府财政拨款	企业劳保福利费开支	个人和社区集体共同负担
筹资范围	最大: 县、市、省及中央财政	较小: 企业单位	较小: 社区, 一般为村
家属覆盖面	不含家属	家属可报销50%医疗费	所有居民, 各地情况不一
就医程序	单位医疗站(院) → 指定地方医院	单位医疗站(院) → 指定医院	村医疗站 → 乡镇医院 → 县医院
患者付费面	交通费、挂号费、伙食费	交通费、挂号费、伙食费	交通费、挂号费、伙食费、部分医疗费

① 《中国统计年鉴1991年》: 中国统计出版社, 1991年版。

中国传统的医疗保健制度在发展中取得了举世瞩目的成就。按照经济水平来看,中国要排在100多位以后,而按照人的健康水平(婴儿死亡率和平均预期寿命)来衡量,中国在100多个国家中居于前25%的范围,属于中上等水平。中国在医疗卫生方面是以较少的投入而取得巨大成就的。所以,有许多外国学者认为中国的医疗保健模式可以成为发展中国家的样板。

中国在医疗保健方面成功的主要经验是:(1)通过爱国卫生运动之类的群众运动,强调以预防为主。(2)充分利用本国优势,强调传统医学同西方医学的结合。(3)重视人力资源的开发,强调专业医务工作者同非专业人员的结合。例如,在医务人员极为短缺的情况下,培训乡村医生,让乡村医生进行初级保健,缓和了广大农村缺医少药的局面。(4)通过有力的扶持农村医疗卫生政策,推进医疗人力资源的再分布。如组织医疗小分队深入农村,鼓励医务人员到基层去等。(5)通过多层次医疗保健体制,分散财政负担,中国三层医疗保险制度体现了政府、企业、农村社区、患者共同负担医疗保险费的原则。(6)通过有效的协调,合理地利用了有限的医疗资源。以美国为典型的西方医疗制度最大的弊端是互相分割,不能实现有效的协调,造成了医疗物质资源和人力资源的巨大浪费。中国传统的医疗制度则相反,各级政府通过一系列政策有效地协调各级医疗组织,较为合理地利用了有限的医疗资源。

同国际上的医疗制度相比较,中国医疗保健制度的弊病是:(1)医疗保障网络面太小,广大农村居民和城市未就业人口处于保障网外,一遇大病,有些家庭倾家荡产都难以支付医疗费。(2)处于保障网内的人过度使用医疗服务,医疗服务使用具有极大的不公平性和浪费性。(3)医疗保险不是按照“集聚资源,分担风险”的保险原理组织的,许多企业背上了沉重的医疗保险负担。

(二) 经济体制改革对医疗保健制度的影响

经济体制改革最大的经济效应是提高人民的经济收入。而经济收入的提高必然会影响到人们使用医疗服务的质量和数量,改变有效需求,提高家庭在医疗费用上的支出。从1985年到1990年,政府在医疗保健方面的支出费用的年平均增长率为9.4%,农村居民医疗费用的自费额的年平均增长速度为19.23%,城镇居民的自费额的增长速度为25.5%。经济改革的第二个效应是价格效应,改革必然使医疗服务的价格上升,这也会使国民医疗费用支出上扬。改革的第三个效应是科技效用,改革使科技在医疗服务中广泛使用,医疗服务的质量提高,价格上升,这也会引起医疗费支出的上升。此外,伴随着经济体制改革而来的医疗制度的改革扩大了医院等医疗服务单位的自主权,这也会引起医疗费用的上升。总之,经济体制改革对医疗费用的影响是从四个方面发生作用的:家庭收入增加——对医疗服务的有效需求提高,物价上涨——看病、住院、医药费用迅速增长;高科技医疗应用普遍——医疗服务质量提高,价格上升;医院自主权扩大——经济利益驱使医院追求利润。

经济体制改革以来,中国医疗费用支出发生了以下三个方面的重大变化:(1)虽然政府医疗保健方面的支出同国民生产总值的增长是同步的(在1978年至1987年期间,两者均增长2.2倍),但政府在卫生设施方面的固定资产投资却大大高于国民生产总值的增长速度(同期固定资产投资增长5倍)。(2)企业医疗保险费用的支出大大超前于国民生产总值的增长速度,从1978年到1990年,国民生产总值增长近4倍,而同期企业医疗保险费用增长7倍。(3)从构成比来看,政府在医疗卫生方面的投入相对下降,而企业和个人的投入相对上升。据估计,1981年政府对医疗卫生的投入占30%左右,1988年这一比重降为19%;同期,

企业的投入由38%上升为41%，个人投入由32%上升到36%。

中国经济体制改革在城市医疗卫生方面的突出表现是医疗服务质量提高，医疗费用上升；而农村改革使原有的农村合作医疗制度受到冲击。农村合作医疗面在1975年达到85%，而1991年仅为10%。这是因为农村合作医疗制度是同农村集体经济组织相联系，家庭联产承包制的推行使集体“统”的功能削弱，合作医疗在许多地方消失了，这样，90%以上的农村居民现在处在医疗保险网络以外。

在改革的新的历史条件下，中国的医疗保健制度面临四个问题：（1）医疗保险的覆盖面缩小，广大农村居民和一部分经济效益差的企业单位的职工没有医疗保障。（2）医疗风险增大，高科技医疗技术及器械的使用，医疗服务费用的迅猛上升使城乡居民对医疗风险的承受能力降低，一些家庭一遇大病，即使倾家荡产也难以支付巨额医疗费用。（3）医疗费用的上扬使企业的包袱越来越重，许多企业职工的劳保福利费用过多而无法进行扩大再生产。（4）随着经济收入水平差距的拉大，国民使用医疗服务的不公平性加剧。

三、中国医疗保健制度的改革方向

从总体上讲，中国医疗保健制度应沿着下列方向改革：

（一）使不平等的城乡二元化医疗保险（即市民享受医疗保险，农民自己保险）逐步向较为平等的医疗保险制度转化，保证医疗保险制度的福利性和公平性。

（二）实现投资主体的多元化，增强医疗保险的经济实力，在城镇建立国家投资、企事业单位投资、个人付费的筹资体制，在农村建立国家、社区、个人三位一体的医疗集资模式。

（三）实行多层次的医疗保险制度。可以构想在全国范围内建立由四种多层次的医疗保险制度构成的医疗保障体系。1.行业性医疗保险；2.区域性医疗保险；3.农村合作医疗保险。

（四）加强国家对医疗市场的宏观调控，运用价格、税收等经济手段和必要的行政手段控制医疗费用的迅猛上升，保证医疗服务质量的提高。

（五）在逐步试点的基础上，实现自愿性医疗保险到强制性医疗保险的转化。国际经验表明：强制性医疗保险有利于在更大范围内分担风险，克服道德损害。

当前要特别注意处理以下几个问题：

第一，要研究医疗保健市场的特殊性，处理医疗保健领域中的发挥市场作用和加强宏观调控的关系。医疗保健市场是一种特殊的市场，这种特殊性表现在：1.作为消费者的患者对医疗服务的需求判断主要来自于作为供给的医生，这样容易出现诱导需求状况，即医生为了赚钱诱使患者进行不必要的医疗和药物以从保险机构或个人索取更多医疗费。2.作为“卖方”的医院在地方上，一般都处于垄断地位，很少有竞争对手，这样完全的自由定价必然造成医疗费用的迅猛上升。3.作为“买方”的患者在患病时必须使用医疗服务，价格弹性较小。4.医生与患者之间的信息不通。所以，对于这样一种特殊市场，更需要国家干预，不能完全让价值规律来调节。这是许多国家都把卫生保健看作是每个公民都应享受的福利的原因。目前，中国在医院承包制中照搬企业承包的办法，把医生个人的收入同本人所取得的利润挂钩的办法是值得重新考虑的，因为这种机制必然造成医疗保健中的诱导需求，造成医疗费用的迅速上升。

第二，要使医疗保健费用的资金来源多元化，处理好患者、单位（社区）和国家三方的利益关系。发达国家医疗费用一般从三个方面筹集资金：患者本人付费、雇主出资为雇员购

买医疗保险、政府出资（特别是对退休老年人口）。据统计，美国1987年的医疗保健费为4389亿美元，其中患者付费占29%，保险公司支付占32%，政府支出占39%。^①从总体上讲，中国也是三方出资来解决医疗保健问题的。但具体说来，具有极大的不平衡性。农村居民的医疗费主要靠自己及其亲属，国家公务人员的医疗保险费用主要来自于政府拨款，企业职工的费用主要来自于企业。这种状况体现了极大的不公平性。未来的改革方向应是：政府应该保护弱者，应该在农村投入更多的资金，解决农村居民的医疗保障问题；企业、事业单位通过患者付一部分费用来限制医疗服务的过度使用；政府要举办共济性的风险共担的医疗保险计划，减轻企事业单位负担。

第三，要建立大额医疗保险，让城乡居民在生大病、重病时能风险分担，家庭财产不受严重损失。大额医疗保险是相对于普通医疗保险而言的，是一种对医疗费用支出较高的疾病所进行的一种保险。大额医疗保险保单中有各种不同种类的较大自负额，并且有一个最大给付限额。例如，在美国，此种保单可能规定有25万美元的最高给付额。对任何一次疾病，被保险人须负担500美元的自负额，自负额以上医疗费用，被保险人须负担20-25%的共同保险费，也就是说，保险给付只是自负额以上费用的75-80%。在美国，许多人只是购买大额健康保险而不是其它基本医疗保险，因为他们认为自己有能力承担较少的医疗费用，但不能承担巨额的医疗费用，因而他们需要通过购买大额医疗费用保险得到保障。据美国健康保险统计，1985年美国有1.63亿人口购买了大额医疗保险。调查表明：79%的人大额医疗保险最高额在一百万美元以上。我们认为：中国应首先在城镇地区和发达的农村地区推行大额医疗保险。实行这种大额医疗保险的好处是：1. 大额医疗保险中的风险概率小，保费较低，被保险人易于接受；2. 由于被保险的事件是费用较高的大病，易于核保和理赔；3. 大额医疗保险由于含有自负额，可以减少道德损害（指因为人们有医疗保险而过多使用卫生资源的现象。如现在的一人保险，全家看病就是道德损害的典型例证）。

第四，要在落后农村地区进一步恢复合作医疗，推广两方医疗交换模式。卫生保健的筹资目前有四种渠道：政府拨款、患者付费、医疗保险和社区集资。政府或社区的筹资一般都结合了卫生服务的设施。例如，许多政府既提供资金，又经营了诊所、医院等。在患者付费和保险的情况下，资金的筹集和提供服务通常是分开的。中国的现实经济条件决定了不能象美国、日本那样实行普遍的医疗保险，这是因为：1. 由于医疗保险的特征是以第三者的介入，资金的筹集和提供服务通常是分离的，这样在医疗保险中就面临两个难题：一是逆向选择，二是道德损害。所谓逆向选择指的是有病的人或身体状况欠佳的人，愿意参加保险，而体魄强健者多不愿参加保险，这样保险公司吸收的人多是身体不好的高风险人口。所谓道德损害指的是由于人们有医疗保险而过多使用卫生资源的现象。2. 医疗保险需要一个复杂的附属管理机构来操纵，这个机构包括统一而标准的会计核算程序、临床记录系统和计算机化的索赔审核程序。如果没有这样一系统，欺诈索赔和浪费就可能猖獗，就不能控制卫生服务的费用。合作医疗是一种由社区筹办和管理，把筹资、风险共担和提供服务融为一体的医疗保健制度，其资金来源于社区成员、社区企业及政府。合作医疗相对于医疗保险来说有两个优点：·合作医疗将筹资、风险共担和提供服务融为一体，这样保持了医患之间的双方的经济关系，

^① 《美国卫生状况》：国外医学社会学分册，第7卷第3期。

有利于对卫生费用进行控制和对医疗质量进行管理。在存在着保险公司的条件下，保险公司作为第三付款人，在三方经济关系下，经济约束力消失了，难于对上升的医疗费用进行控制。所以，合作医疗体现的是两方交换模式，而医疗保险体现的是三方交换模式，三方交换模式的难点是不易对医疗成本进行控制。2.合作医疗按人头对医生付工资，不易出现诱导需求；健康保险按工作量付医生工资，这种方式有可能促使医院和医务人员提供过多的服务或开过多的药品。美国的健康维持组织、英国的按人头收费式的初级保健和中国70年代农村的合作医疗都是以两方交换模式为特征的合作医疗制度。

目前，中国农村还有10%的地区坚持了合作医疗制度，将来要进一步恢复农村合作医疗制度，这里要注意以下几个问题：1.要坚持三方出资的原则，即个人缴费、社区集体缴费和适当的政府投入。2.要确定一定的自负额，以节制医疗成本的上升。3.要在原有基础上扩大筹资范围(可以以乡镇办合作医疗或几村联办合作医疗)，以便在更大范围内分担医疗风险。

第五，实行社会保障型和风险经营型构成的二元老年医疗保险体制，应付日益严重的人口老龄化所带来的医疗保障问题。

责任编辑：张志敏

于光远主编的《换脑筋》一书出版

该书是响应邓小平同志“换脑筋”的号召而由中国社会科学院的学者编写的。全书分经济、政治、社会三编，共280余个为人们普遍关心的题目，50余万字，从不同角度讨论新旧观念的转换。经济编涉及的范围有：社会主义经济的基本理论、市场与计划的关系、企业制度、市场运行机制、农业经济、效益分配制度、财政金融、世界经济和对外贸易等等。政法编涉及的范围有：政治法律基本理论、宪法、行政体制与政府的机构和职能、市场经济与法制、刑法、国际法等等。社会编涉及的范围有：社会活动和社会关系、就业和失业、社会保障、科技人才的培养和使用、环境保护、婚姻家庭、青年老年等等。该书既有科学性又有可读性，在新情况、新问题层出不穷的今天，有助于读者认识现实，转换思想，跟上时代的脉搏。

该书由中国社会科学出版社出版，大32开塑膜本，定价14.00元，加1.00元邮资、包装费，共15.00元，需购者请将款寄至北京建国门内大街5号社会学研究所张志敏收，邮政编码：100732，汇款时请注明收件人详址、姓名和订阅份数。

(之)