



主编 / 王洛林

# 减轻经济 全球化中的 健康脆弱性

## ——中国农村案例研究

执行主编 / 魏 众  
朱 玲

Reducing Health Insecurity:  
A Case Study from Rural China



经济管理出版社  
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE



主编 / 王洛林

# 减轻经济 全球化中的 健康脆弱性

## ——中国农村案例研究

执行主编 / 魏 众  
朱 玲

Reducing Health Insecurity:  
A Case Study from Rural China

**图书在版编目 (CIP) 数据**

减轻经济全球化中的健康脆弱性：中国农村案例研究/王洛林主编. —北京：经济管理出版社，2007. 12  
ISBN 978 - 7 - 5096 - 0101 - 3

I. 减... II. 王... III. 农村—医疗保障—福利制度—中国—文集 IV. R199.2 - 53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 180636 号

出版发行：**经济管理出版社**

北京市海淀区北蜂窝 8 号中雅大厦 11 层

电话：(010) 51915602 邮编：100038

印刷：北京晨旭印刷厂

经销：新华书店

责任编辑：金成武 贾晓建

技术编辑：杨 玲

责任校对：龙 萧

720mm × 1000mm/16

35 印张 645 千字

2008 年 1 月第 1 版

2008 年 1 月第 1 次印刷

印数：1—2500 册

定价：68.00 元

书号：ISBN 978 - 7 - 5096 - 0101 - 3/F · 101

· 版权所有 翻印必究 ·

凡购本社图书，如有印装错误，由本社读者服务部

负责调换。联系地址：北京阜外月坛北小街 2 号

电话：(010) 68022974

邮编：100836

# 总 序

20 世纪 90 年代以来,在信息革命的推动下,全球化进程呈现出明显的加速发展势头,全球化的浪潮已经席卷人类生产生活的各个领域,世界各国(地区)在经济、政治、文化等方面的联系也日益紧密,国际经济、政治的格局正在发生着急剧的变化。正处于改革开放和经济高速发展中的中国,作为全球化进程中的重要一员,一方面分享着全球化所带来的利益,另一方面也面临着全球化所带来的巨大影响和冲击。同时,由于中国经济实力和国际地位的不断增强和提高,中国对世界经济和国际事务的影响力也与日俱增,对全球化的进程发挥着越来越重要的影响。如何认识全球化与全球化中的中国因素以及全球化与中国的关系,已经成为当代知识领域中的一个最为重要的课题,受到国内外的广泛关注。

在上述背景下,中国社会科学院组织经济学科片、国际问题研究学科片和社会政法学科片(现在的经济学部、国际研究学部和社会政法学部)的部分专家学者于 2004 年中成立了“全球化与中国”课题组,计划用 5 年时间(2004 年中至 2009 年中)从多学科的角度对全球化与中国未来发展的关系进行全方位的考察,不仅研究全球化进程对中国经济、社会、法律和文化等方面所产生的影响,也分析中国对全球化进程的影响以及在全球化进程中的作用,并就中国如何参与全球化进程、如何因应全球化挑战等问题提出政策建议。

《全球化与中国》系列丛书就是在上述课题研究成果基础上编纂完成的。

按照立项计划,课题将分为 3 个部分,10 个专题。

第一部分是综合研究,包括两个专题:一是全球化的理论与全球化的发展趋势,二是全球化背景下中国与外部世界的关系。

第二部分是经济问题研究,包括 4 个专题:一是经济全球化与中国经济发展的关系,二是经济全球化与中国的外向型经济发展,三是经济全球化与中国的金融改革,四是经济全球化背景下的“三农”问题。

第三部分是社会、法律和文化问题研究,分别从社会、法律、文化角度分析全球化对中国城乡产生的影响及反应,也包括 4 个专题:一是全球化背景下的中国农村健康和扶贫政策研究,二是全球化背景下的地方社会—文化变迁,

三是全球化与中国法律，四是全球化对当代中国文化的影响。

以上各专题都将对该领域的重点和热点问题进行全面深入的研究。

专题研究一：全球化理论与未来发展趋势。本专题侧重于全球化的理论研究，并在理论研究的基础上对全球化未来的发展趋势做出规律性的展望。回答的主要问题是：什么是全球化？全球化的实质及主要内容是什么？全球化与经济全球化的关系？全球化的度量方法是什么？全球化的条件、基础、动力、载体是什么？全球化的现实后果是什么？对各国人民的福利会带来哪些影响？类似于气候变暖这样的“全球性问题”对人类社会会产生怎样的影响？全球经济失衡问题也将是本专题的一项重要内容。

专题研究二：全球化背景下中国与外部世界的关系。本专题主要回答以下问题：全球化背景下中国所面临的国际环境已经发生哪些变化？未来的变化趋势如何？特别是全球化对世界经济结构产生了什么样的影响？中国在其中起到了什么样的作用？结合对上述问题的回答，本专题就中国如何参与全球化以及如何处理与外部世界的关系做出进一步的研究。

专题研究三：经济全球化与中国宏观经济。本专题将在对全球化背景下的中国宏观经济做出实证研究的基础上，着力回答以下问题：全球化对中国经济增长及宏观经济波动产生了哪些影响？怎样认识全球化影响中国经济增长和经济波动的内在机制以及中国经济与全球化的契合点？并对全球化背景下的中国经济长期发展做出展望。

专题研究四：经济全球化与中国外向经济的发展。本专题集中研究中国的外资引进、对外贸易及中国对外投资问题。全球化为中国的外向经济发展提供了机遇，促进了中国外向经济的快速发展，解剖其中的内在动力、内在机制就成为深入认识中国外向经济发展的一个基本前提，本专题正是在这一基础上，对改革开放以来中国的对外贸易、外资引进和对外投资做出了全面细致的分析。

专题研究五：经济全球化与中国金融改革。本专题的主要研究内容：一是对国内外有关金融全球化的理论发展脉络进行了梳理和简要评述；二是探讨了金融因素在经济全球化中的作用机理，综合考察金融全球化对中国经济、金融体系的影响及中国因素对经济与金融全球化的影响；三是提出了全球化背景下中国金融业的效率标准与改革方向，并在此基础上提出加快以市场化为导向的金融改革建议。

专题研究六：全球化下的中国农村发展问题。改革开放以来中国农村不仅为中国的经济发展提供了似乎取之不竭的廉价劳动力，也为其发展提供了便宜的土地。在中国目前的制度安排下，全球化既给农村群体带来了利益，也造成

了损失,甚至使一部分村民成为全球化的受害者。针对这一问题,本专题首先要回答的问题就是全球化对农村群体的有利之处是什么?不利之处又是什么?在此基础上,本专题研究的主要目标是提出一个全球化背景下的新的农村发展思路。为了实现这一目标,本专题的主要研究内容:一是对现有发展思路下的全球化影响做出评估;二是明确农村群体在这一发展过程中遇到的挑战;三是探讨新的发展思路中政府、社区、社会组织及个人在其中的责任与功能,使受到损害的目标群体的特殊需要能够优先予以保障;四是评估实现新的农村发展思路的成本及资金来源,并提出解决问题的可行途径;最后,就这一新的发展思路对全球化的可能影响做出评价。

专题研究七:经济全球化中的农村健康扶贫政策研究。改革开放以来,随着中国经济的高速增长,中国的扶贫工作取得了举世公认的成就,农村贫困人口大幅度下降,但是这并不意味着中国农村贫困问题已经解决。即使按照目前中国明显偏低的贫困标准,中国也还有两千多万的农村贫困人口。其中不容忽视的一个问题是,中国的公共卫生几乎成了国内市场化和全球经济竞争的牺牲品。中国各级政府对经济增长的追求远胜于对于健康领域的关注。而健康,还有教育,无疑是影响贫困人口脱贫的决定性因素。因此,中国政府有必要针对市场化和全球化过程中出现的新问题,调整国家的卫生政策和扶贫计划,通过投资于贫困人口的健康提高他们的就业能力,并借此获得减少贫困的效果。本专题将主要从以下几个方面研究经济全球化对中国农村经济、社会和环境的影响,以便为经济市场化和全球化下的农村健康扶贫行动提供政策建议:一是沿着贸易自由化—药品价格决定—贫困人口常用药物的可及性—劳动者健康状况—非农就业—家庭收入—家庭消费与投资这样一个线索,探讨经济全球化对农村贫困人口生产生活的影晌;二是考察现行合作医疗制度和医疗救助制度在贫困群体享受医疗服务及维护其家庭经济安全方面的作用;三是沿着农村工业化和农业市场化—环境污染—与环境相联系的疾病和健康问题—农户疾病负担—社区环境成本这一线索,探讨经济全球化对农村人口的健康、家计和社区生态环境的影响;四是考察现有的环境保护制度、疾病预防和控制制度、污染受害者法律保护制度对维护农村公共健康安全和社区环境安全的作用。

专题研究八:经济全球化与中国法律。全球化使中国的法律产生了巨大而深刻的变化,这一影响正在从三个层面逐步展开:一是具体的法律制度措施层面;二是立法体制层面;三是法律观念与法律文化层面。本研究将主要围绕这三个层面就全球化对中国法律所产生的影响的表现特征、作用机制和发展趋势进行研究,进而提出符合我国需要的制度选择建议。

专题研究九:全球化背景下的地方社会—文化变迁。本专题研究的是中国

后发地区（主要是西部地区）面对全球化背景下的社会—文化变迁所做的策略选择与实践过程。主要研究内容：一是探讨后发地区在全球化过程中具有地方特色的尝试与实践，力图从中摸索出一条既能利用全球化机遇，又能激活本地社会文化资源的发展道路；二是通过个案研究发现带有共性的问题，在经验层面对地方的实践予以概括；三是从文化的角度理解基层实践的意义及其政策含义。

专题研究十：经济全球化对当代中国文化发展的影响。本专题主要研究以下几个方面的问题：一是经济全球化对中国传统价值观念的冲击，以及在这一背景下中国特色的现代社会与价值观念的重新塑造；二是经济全球化背景下中国文化产业的发展状况；三是经济全球化与中国文化的发展战略。

上述各项研究成果均将集结成册，同时，以上述研究为基础形成的专题研究报告及课题研究总报告也将汇集成册，一并陆续出版。

我们希望，《全球化与中国》系列丛书的出版，能够加深我们对全球化的了解，提高我们对中国发展与全球化关系的认识；我们也同样希望，这套丛书的出版，有助于增加世界对中国和平发展的理解。

“全球化与中国”课题研究和《全球化与中国》系列丛书的出版，自始至终都得到了美国福特基金会的财政支持，对此，我们深表感谢。我们希望，本系列丛书能够成为中美两国人民友谊的又一历史见证。

最后，诚恳希望广大读者对本丛书的不足与错误提出批评指正。

王洛林

2007年10月

# 导 言

## 一、研究背景

自 20 世纪末以来,经济全球化对人类健康的影响日益显著。首先,随着国际贸易规模的扩大和旅游业的繁荣,人员和货物在国家间的流转以前所未有的强度提高,传染性疾病在世界范围内的传播速度因而快得惊人,例如 2003 年发生的 SARS 疫病和目前仍在蔓延的 HIV/AIDS。其次,在国际文化交流日趋频繁和信息传播日趋便捷的情况下,发达国家流行的生活方式在发展中国家发挥了广泛的示范作用,一些与生活方式和个人行为相关的非传染性慢性病,也在世界范围内成为常见病和多发病,例如心脑血管疾病。再次,与生物技术、基因技术和高新技术革命相联系的健康产业创新层出不穷。这些创新,一般通过两类渠道从发达国家向发展中国家扩散。一方面,免疫技术和保健知识通过国际合作迅速推广,这意味着国际公共卫生产品和服务的供给效率提高。另一方面,新发明的药品、医疗器械和治疗技术通过产品和服务贸易在国家间流畅传输。<sup>①</sup> 这意味着发展中国家的居民只要付费,就能与发达国家的居民一样,分享健康维护的最新科技成果。

不过,经济全球化带来的健康风险和健康福利在不同国家和社会群体中的分布是不均等的。发展中国家的穷人不仅欠缺安全的饮水、充足的营养、卫生的居住条件和良好的职业环境,而且在教育和信息获得方面均有阻碍。因此,穷人预防疾病和购买高科技医疗服务的能力都低于社会平均水平。结果,他们不得不分担经济全球化增大了的健康风险,却难以与其他社会阶层同等分享健康产业创新带来的福利。尤其是在公共医疗系统投资不足和社会医疗保险薄弱

---

<sup>①</sup> Deaton, A., 2004, "Health in an Age of Globalization", a draft prepared for the Brookings Trade Forum, Brookings Institution, Washington, D. C., May 13th - 14th. [www.princeton.edu/~rpds/downloads/deaton\\_healthglobalage.pdf](http://www.princeton.edu/~rpds/downloads/deaton_healthglobalage.pdf), 2007 年 8 月 21 日。



甚至缺失的情况下，穷人对基本医疗服务的利用更是困难重重。由于医疗费用日趋昂贵，穷人往往罹患小病不治而酿成大病。严重的疾病则不仅使穷人更穷，而且还有可能令中等收入的人家陷入贫困。近年来，中国低收入群体和贫困人口的健康脆弱性增大、中等收入群体也普遍抱怨“看病贵”的现状，就是一个典型的案例。

与其他发展中国家相似，中国经济具有二元经济特征。计划经济下实行的城乡隔离政策，使整个社会也演变为二元社会。直到目前，乡村发展依然落后于城市，乡村居民收入一般低于城市居民，绝对贫困人口也集中在乡村。尤其是，城市户籍居民的社会保障程度高于乡村户籍居民，乡村低收入者和穷人的健康脆弱性因而也高于城市同类群体。经济改革前，乡村三级预防保健网的形成和群众性卫生运动的开展，显著地发挥了健康促进作用。况且，人口自由流动受限，传染性疾病有的被消灭，有的则被控制在较低的发病率水平。此外，以人民公社集体生产组织为依托的筹资机制，维持了合作医疗制度（Cooperative Medical System，简称CMS）和乡村基层卫生机构的运转。乡镇卫生院和村庄卫生员（赤脚医生）采用低成本医疗技术，在落实疾病预防计划的同时，有效地应对了当时的常见病和多发病。回顾计划经济时代，农民大病医疗造成的贫穷与乡村普遍的贫穷和饥饿交融在一起。加之信息传播欠发达，进入公众视野的乡村卫生问题主要是缺医少药，而非农民健康筹资困难。

在市场取向的经济改革中，医药行业增长迅速，药品和医疗服务短缺的状况有了根本性的改观。可是，由于政府对公立医院不再实行全额投资政策，医院逐渐演化成利润驱动的企业。而且，在药品市场放开的情况下，政府物价管理部门依然延续着计划经济下低估医疗服务价格的传统。这就激励医院放弃低成本技术和适度医疗服务，转而借助过度医疗和高药价赢利。加之卫生行政部门办医院的格局在绝大多数地区还没有实质性的改变，县级以上公立大医院在卫生行政权力保护下，不仅在医疗市场处于垄断地位从而限制了消费者的选择，而且还利用这种垄断权力诱导药品生产企业采用高药价竞争策略，结果导致低价高效药品退出市场，从而缩减了消费者的选择余地。

随着中国经济的高速增长，饥饿和贫穷大幅度地减少。在中国经济逐渐汇入全球化浪潮的进程中，乡村劳动力流动和人口迁移日益活跃，居民的疾病谱和保健需求也发生了重大变化。在传染病威胁增大的同时，又出现了慢性病发病率增加的趋势。然而，乡村疾病预防网络的功能在经济改革初期却迅速弱化。一方面，公共预防机构在冗员尚未消除的情况下，遭遇政府投资不足的困境，故而也像医疗机构一样转向赢利活动。另一方面，村庄卫生机构随着人民公社的解体失去公共资金和集体组织资源，预防网络的运行基础几近瘫痪。在

公共卫生服务供给削弱的情况下，乡村居民非但对预防新增疾病无能为力，反倒因为一些曾经近于消灭的传染病卷土重来，面临着更高的健康风险。<sup>①</sup>更严重的是，到20世纪末，依存于公社组织系统的合作医疗筹资机制在绝大部分地区已荡然无存。在社会保护削弱而健康风险增大的情况下，乡村人口因病致贫的现象日益醒目。

2003年的SARS事件，把中国卫生体制的扭曲和乡村人口缺少健康保护的状态，以灾害形式表露出来，引起了国际社会的广泛关注。整个事件的始末最清楚不过地表明，中国的卫生问题影响全球，外部世界的卫生问题同样也影响中国。事实上，早在SARS发生之前，卫生部就借助国际发展援助和国内扶贫项目，在改造中西部乡村卫生机构和加强预防保健活动的同时，开展医疗筹资制度试验。在发达的乡村地区，有的地方政府和村委会依然坚持推行合作医疗制度，有的则试行社会医疗保险和医疗救助制度。

我们理解，这些制度试验蕴含的理念首先在于，良好的健康标志着良好的生活质量，它本身即为发展的一个目标。其次，健康也是发展的一个条件。投资于基础教育和基本医疗服务，不仅能够增强劳动者的人力资本从而减少贫困，而且还会由于人力资源的普遍发展促进经济增长。再次，特定国家和地区劳动者的整体受教育程度和健康状况，不但成为吸引物质资本投资的重要因素，而且还决定着国家和地区的市场竞争力。发展中国家的劳动力只有具备良好的健康和教育程度，才有可能成功地参与经济全球化并且受益于全球化。

虽然，社会医疗保险和医疗救助一类的基本健康保障制度并非直接对健康起作用（参保人不可能因为保险和救助而健康），但是它可以通过改善参保人和受援者利用医疗服务的能力，促进健康的维护。也就是说，此类保障制度能够激励参与者及时修复因疾病造成的身体损伤，从而恢复收入获得能力。另外，此类保障制度也并非能够直接减少贫穷（穷人不可能仅仅因为获得基本医疗保障而脱离贫困），但是它能够减轻医疗支出负担对家庭经济的冲击，预防贫穷的增加。换句话说，筹资充足和管理良好的医疗保险和医疗救助计划，通过风险分担机制，既能防止非穷人由于大额医疗支出而陷入贫穷，也能防止穷人因为治病而变得更穷。

SARS事件产生的一个积极结果，是政府投资于健康和推进卫生体制改革的政治意愿增强。此前从乡村卫生制度试验中得出的经验，自SARS疫病危机结束后，即在政府主导下推向全国。这其中，医疗救助项目和近乎于乡村社会医疗保险的新型合作医疗制度推广最为迅速。到2006年年底，全国乡村都已

<sup>①</sup> 陈飞，2007：《亲历农村合作医疗》（张自宽回忆），载于《健康报》9月7日第5版。

建立医疗救助制度。截至2007年3月31日,新型合作医疗制度已经推广到全国81%的县,参加合作医疗的农业人口达6.85亿,占全国农业人口的78%。<sup>①</sup>如此大规模的制度构建,无疑为乡村基本健康保障制度的研究提供了有利条件。

## 二、研究目的和方法

从20世纪末起,我们中国社会科学院经济研究所课题组即开始追踪观察乡村医疗保险和救助制度试验。<sup>②</sup>与卫生系统的研究者着重关注医疗服务供给机构和卫生筹资制度运行的做法不同,本课题组主要从考察农村人口,特别是贫困人口健康脆弱性的角度,研究医疗保险和医疗救助项目对个人就医行为和农户家计的影响。目的在于,评估这些制度的实施效果,为改善现有的扶贫和社会保障政策提供参考。出于政策评估的需要,我们探讨了健康指标的设计。在评估必须涉及的范围内,课题组还对卫生服务供给者行为和药品价格的扭曲加以考察,以求为国家卫生体制改革提供依据。为了进一步唤起决策者和公众对乡村健康问题的注意,我们将分析角度扩展到健康与经济增长和全球化的关系。

针对合作医疗制度和医疗救助项目的实施状况,我们依据社会保险理论和卫生经济学原理,分别提出三个主要研究问题。围绕合作医疗制度实施效果的问题如下:①合作医疗制度如何影响乡村人口对医疗服务的利用?②合作医疗制度对农户经济安全有怎样的贡献?③哪些因素对合作医疗制度的可持续性起决定作用?医疗救助研究的重点问题则在于:第一,医疗救助项目执行过程中是否瞄准了预定的目标群体?第二,医疗救助项目在多大程度上提高了贫困人口利用医疗服务的能力?第三,医疗救助项目在多大程度上缓解了疾病负担对贫困户经济安全的打击?

为了回答上述问题,本课题采用经验研究方法,主要通过抽样调查和典型调查收集信息。最近的田野工作在2005~2006年期间展开。有关合作医疗制度的抽样调查,选择的地点是江苏省张家港、常熟和吴江市的乡村地区。原因

① 曹郑、谭嘉,2007:《新农合覆盖全国九成农民》,载于《健康报》8月29日第1版。

② 本课题组在近10年的研究中,先后得到如下机构的资助:德国波恩大学发展研究中心、香港乐施会、福特基金会北京办事处、中国卫生部国外贷款办公室和加拿大国际发展研究中心。课题组在研究期间,得到调研地区政府的大力支持,并得到卫生机构、村委会、村民小组和农户的密切配合。谨在此一并致谢。

在于，当地的合作医疗制度历经 40 年社会经济变迁不曾间断，而且还随着经济市场化和全球化的进程逐渐更新。这些植根于本土并且显示出顽强生命力的基本健康保障模式，必定会在保持制度的可持续性方面，为中西部乡村卫生体制的重构提供有益的参考。与医疗救助项目相关的抽样调查地点，包括山西省的榆树和左权县、重庆市管辖的云阳和巫溪县，以及甘肃省的康乐和岷县。之所以做出如此选择，是因为这几个县都是世界银行在华贷款卫生Ⅷ项目（即“加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目”）实施的地方。2004 年，课题组受卫生部国外贷款办公室委托，评估项目执行过程中对农村特困群体实施医疗救助的效果。

2005 年，课题组在上述 9 个县，从 36 个乡镇中选取 72 个行政村，对大约 1800 个农户做问卷调查。在此期间，中国政府将医疗救助制度推向了全国，并且不断增加新型合作医疗制度试点县。因此，卫生Ⅷ项目县中的医疗救助子项目与民政部负责的医疗救助项目实现了对接，有些项目县还实现了医疗救助制度与合作医疗制度的对接。课题组为了追踪这一系列制度变化，于 2006 年第一季度，分别在安徽、浙江、云南、山东、四川、陕西、湖北和湖南省进行典型调查，利用新增的 9 个调研县的最新信息做了案例研究。除了抽样调查和典型调查，课题组还走访了如下机构和个人：其一，从中央到地方的卫生行政机构；其二，县乡政府职能部门和村委会；其三，农村三级疾病预防和医疗服务机构；其四，收入状况各异的农户，性别、年龄和健康状况不一的个人，特别是获得医疗救助和从合作医疗基金得到过医疗费用补偿的家庭和个人。此外，借助书籍刊物和互联网，我们还收集到国内外大量有关医疗保险和救助的专题研究文献。

以最近的田野工作为基础撰写的研究报告，构成本书的主体。全书结构如下：第一部分，阐述经济全球化形势下健康与经济增长和减少贫困的关系。第二部分，分析乡村合作医疗制度和医疗救助项目对农户家计，特别是对贫困户经济安全的影响。第三部分，在讨论医疗服务供给行为和药品价格形成机制扭曲问题的基础上，探讨卫生体制改革的途径。第四部分为案例集锦，重点报告各地出现的乡村基本医疗保障制度创新，尤其是在合作医疗制度与医疗救助制度相结合方面所做的尝试。结尾部分，收录的是健康指标设计和抽样调查使用的问卷。

（执笔人：朱玲，2007 年 10 月）

# Introduction

## I . Background

Since the end of the 20<sup>th</sup> century, economic globalization has exerted an increasing impact on human health. Firstly, along with expanding international trade and prosperous tourism, exchanges of people and goods among nations increase with unprecedented intensity and communicable diseases spread worldwide at a surprising speed, such as the SARS in 2003 and the currently rampant HIV/AIDS. Secondly, with increasing international cultural exchanges and ever convenient information communication, the life style prevalent in developed countries starts to play a demonstrative role in developing countries and some non-communicable chronic diseases related to life style and individual behavior have become common and frequently-occurring diseases around the globe, such as cardiovascular and cerebrovascular diseases. And, thirdly, in relation to biotechnology, gene technology and high-tech revolution, the health sector has witnessed innovations emerging one after another. Usually these innovations disseminate from developed countries to developing countries via two channels. On the one hand, immunity technology and health care knowledge are extended rapidly through international cooperation, which means higher efficiency in the supply of international public health products and services. On the other hand, newly invented drugs, medical appliances and treatment techniques transfer smoothly among nations through trade.<sup>①</sup> This means residents in developing countries are able to share the most advanced scientific and technological achievements for health maintenance as residents in developed countries so long as they can afford.

---

<sup>①</sup> Deaton, A. 2004, "Health in an Age of Globalization", a draft prepared for the Brookings Trade Forum, Brookings Institution, Washington, D. C. , May 13 – 14. Download on Aug 21, 2007 from: [www.princeton.edu/~rpds/downloads/deaton\\_healthglobalage.pdf](http://www.princeton.edu/~rpds/downloads/deaton_healthglobalage.pdf).

However, health risks and health welfares resulted from economic globalization are distributed unevenly in different countries and social groups. Poor people in developing countries not only lack safe drinking water, sufficient nutrition, sanitary living conditions and healthy occupational environment, but also encounter impediments in education and information acquisition. Therefore, the capability of the poor for preventing diseases and purchasing high-tech medical services is lower than a national average. They face greater health risks due to economic globalization but, at the same time, are less able to benefit from the innovations in the health sector as other social groups. Especially due to insufficient investment in public medical system and weak or even absent public medical insurance, the poor face numerous difficulties in the access to basic medical services. As medical expenses become increasingly high, the poor often have to delay treatment of minor illness, which eventually develops into major one. Serious diseases not only make the poor poorer, but also may plunge middle-income families into poverty. A case in point is that in recent years, the low-income group and poverty population in China have become more vulnerable in terms of health risk while the middle-income group often complains: "it is expensive to see a doctor".

Similar to other developing countries, China is a country of dual economy. Urban-rural divide under the planned economy made the country also a dualistic society. Even now, rural development still lags far behind cities, rural residents usually have lower incomes than urban residents, and most of the people in absolute poverty are found in rural areas. Particularly, people registered as urban permanent residence are entitled to more social welfare than people registered as rural permanent residence. Consequently, low-income and poor people in rural areas are more vulnerable in terms of health than their counterparts in urban areas. Prior to the economic reform, the formation of rural three-level preventative medical network and the implementation of mass health movement played an obvious role in health promotion. Additionally, as free migration of people was limited then, a number of infectious diseases had been eliminated and some had been controlled at low incidence. Besides, the health financing mechanism reliant on the collective production organization of the People's Commune enabled the operation of the Cooperative Medical System (CMS) and rural grassroots health institutions to be sustained. Township health centers and village health workers (known as barefoot doctors) effectively dealt with common diseases and frequently occurring diseases in those days while implementing disease-

prevention plans by using low-cost medical techniques. In the era of planned economy, the rural poverty caused by catastrophic illness was mingled with the poverty typically related to hunger in rural areas. In addition to the undeveloped information dissemination, the other major problem in rural health was the shortage of drugs and medical services rather than the difficulty of funding.

In the market-oriented economic reform, the pharmaceutical industry and health sector have experienced rapid growth, which has basically changed the shortage of drugs and medical services. However, as public hospitals no longer receive full investment from the government, hospitals have gradually become profit-driven enterprises. Moreover, even with the drug market open, the government's price control authority still continues the tradition of under-pricing medical services characteristic under the planned economy. This motivates the hospitals from using low-cost technologies and proper medical services to excessive medical services and high-priced drugs for the purpose of profit. Meanwhile, as health administrative authority has made no substantive changes in the mode of running hospitals in most areas, large public hospitals above the county level are still under the protection of health administrative power. On the one hand, the monopolistic position of the large public hospitals in the medical market limits the choice of consumers. On the other hand, they take advantage of such monopolistic power to induce pharmaceutical manufacturers to engage in high-price competition, which consequently elbows low-priced but highly effective drugs out of the market, further reducing the choice of consumers.

Along with the speedy growth of Chinese economy, hunger and poverty have reduced substantially. While Chinese economy is converging with the globalization wave, rural labor migration and the travel of people have become increasingly active. As a result, major changes have taken place in residents' disease spectrum and health care demand. In addition to bigger threat of communicable diseases, the incidence of chronic non-communicable diseases also tends to rise. However, the function of rural disease prevention network became weakened rapidly in the early days of economic reform. On the one hand, public disease-prevention institutions with their redundant personnel encountered insufficient government investment and therefore turned to profit-making activities like medical institutions. On the other hand, village health institutions lost public funding and collective organizational resources following the disintegration of the People's Communes, thus the groundwork for the operation of the disease-prevention network almost paralyzed. As the result of the weakened supply of

public health services, rural residents are not only incapable of dealing with newly emerged diseases but also face higher health risks when some practically extinct infectious diseases make a comeback.<sup>①</sup> Worse still, by the end of the 20<sup>th</sup> century, nothing had remained of the cooperative medical funding mechanism in most areas that was once reliant on the organizational system of the communes. With weakened social protection and increased health risks, illness-caused poverty has become ever conspicuous among rural people.

The SARS event in 2003 exposed the serious problems of the health system and the lack of health protection for rural people in the form of a health disaster seriously affecting China, which aroused wide attention in the international community. The event, from beginning to the end, clearly indicated that China's health problem affects the rest of the world, and vice versa. In fact, before the SARS disaster, the Ministry of Health had organized several experiments on health financing system through international development aid and domestic poverty-alleviation projects while investing in rural health service institutions and strengthening disease-prevention activities in central and western China. In relatively more developed rural areas, while some local governments and village committees were sticking to implementation of the CMS, experiments with social medical insurance and medical financial assistance (MFA) were carried out only in a few counties.

We understand that these experiments are based on the following ideas: firstly, good health indicates high quality of life and it is then an objective of development. Secondly, health is also a condition for development. Investing in basic education and health care can not only enhance human capital and reduce poverty, but also promote economic growth because of the common development of human resources. And thirdly, the general education level and health status of laborers in a certain country or region are not only an important factor to attract capital investment, but also determine the competitiveness of the country or region. Only with good health and education can the labor of a developing country successfully play a part in economic globalization and benefit from it.

Though basic health insurance systems like social medical insurance and MFA cannot directly affect health (a participant cannot become healthy because of insu-

---

① F. Chen, 2007, "Experiencing Rural Cooperative Medical Care System" (a Memoir of Zhang Zikuan), *Health News*, September 7, p. 5.



rance or financial assistance), such systems can promote health maintenance through improving the ability of insurance participants and financial assistance recipients to make use of medical services. In other words, such systems can motivate participants to rehabilitate their bodies after illness and re-establish their income-earning ability. Similarly, such systems cannot directly reduce poverty (the poor cannot rid of poverty just by acquiring basic medical insurance), but they can reduce the shock that the large medical expenses bring about on family finance and prevent increase in poverty. In other words, by mean of risk pooling mechanism the medical insurance and MFA schemes with adequate funding and good management can not only prevent the non-poor from plunging into poverty due to large medical expenses, but also prevent the poor from slipping further into poorer situation because of medical treatment.

As a positive result from the SARS incident, the government has become more active in the investment in health care and promotes the reform of the health system. Experiences previously accumulated from the experiments of rural health system have been spread nationwide under the government guidance after the SARS crisis. The new CMS that is close on a rural social medical insurance and MFA have been adopted very rapidly. By the end of 2006, the MFA system was established in all over rural China. Up to the end of March in 2007, the new CMS was adopted in 81 percent of counties across the nation and the CMS covered 685 million people, accounting for 78 percent of the rural population in China.<sup>①</sup> Undoubtedly, such a large scale of system formation has provided favorable conditions for the research on rural basic health protection.

## II . Objective and Approach

At the end of last century, the Research Team of the Institute of Economics of the Chinese Academy of Social Sciences started to follow experiments on rural medical

---

① Cao Zheng and Tan Jia, 2007, "New Cooperative Medical System Covers 90% Rural Residents", *Health News*, August 29, p. 1, Beijing.