社会保障研究

印度私营医疗卫生服务体系的公平与效率

戴卫东
（安徽师范大学 历史与社会学院，安徽 芜湖 241002）

摘 要：印度的全民免费公共医疗服务体系的公平性备受世界关注。本文分析了处于印度医疗卫生主体地位的私营医疗卫生服务体系的规模，着重从筹资水平、服务提供、费用支出以及监督管理等方面探讨了私营医疗卫生服务体系的运营和非营利私营医疗保险计划，重点研究了私营医疗卫生服务体系的公平与效率所在。旨在得出私营医疗卫生服务体系的公平与效率可以并行不悖的结论，为中国目前医疗卫生体制的改革提供有价值的借鉴。

关键词：印度；私营医疗卫生；公平；效率
中图分类号：C913.7 **文献标识码**：A **文章编号**：1000-4149（2012）04-0087-07

The Fairness and Efficiency of India's Private Medical and Health Service System

DAI Wei-dong
(School of History and Sociology, Anhui Normal University, Wuhu 241002, China)

Abstract: India's health care system is composed of public sectors and private sectors. The fairness of universal free public medical institutions attracts much worldwide attention. This paper analyzes the size of the private health sectors, the main health status in India, stressing the level of funding, service delivery, cost, and supervision and management aspects of the operation of private medical and health institutions and non-profit private medical insurance scheme, and studies the fairness and efficiency of private medical and health sectors. Furthermore, the paper draws a conclusion that the fairness and the efficiency can run parallel in this kind of the healthcare system. It provides valuable reference to China's health care system reform currently.

Keywords: India; private medical and health system; fairness; efficiency

印度是一个人口数量仅次于中国的大国，据印度国家人口普查数据显示，2011 年人口总数为 12.1 亿[1]。同中国一样，印度也是发展中国家之一。据世界卫生组织（WHO）2000 年报告，印度医疗卫生的公平性改善比较突出，在 191 个成员国中名列第 43 位，而中国却是倒数第四，处于第 188

收稿日期：2012-03-19；**修订日期**：2012-05-18
作者简介：戴卫东（1968- ），安徽桐城人，管理学博士，安徽师范大学历史与社会学院副教授、副院长。研究方向：社会保障。

万方数据

位。国内学术界和媒体开始聚焦印度医疗卫生的公平性，展开重点观察和研究。国内学者对印度医疗卫生体系的覆盖面、筹资水平、资源配置和医疗机构产权等方面进行了具体研究，认为印度宪法中具有国民健康是一项基本权利的理念，通过全民免费免疫计划和公立医院免费治疗等方式将有限的政府投入①补给最需要医疗服务的人群，印度国民60%的产前服务和90%的免疫接种服务都是由公立部门提供的，因而获得了较高的公平性[2~9]。但也存在对印度全民免费医疗公平性的质疑[10]。尽管印度全民医疗卫生体系还存在诸多问题，但其公平性、让贫富各有所依的做法②应当得到肯定。

印度整个医疗卫生体系由公共医疗机构和私人医疗机构组成。印度独立以来，为广大民众提供医疗服务的卫生机构就一直由公共部门来承担，但公共医疗服务水平和质量存在着三大特点：地区或邦与邦之间存在差异，城乡之间存在差异，不同群体之间存在差异[11]。随着公共免费医疗的长期发展，资金来源问题已经成为制约公共医疗卫生服务体系发展的瓶颈。事实上，印度民众就医时已经自付70%[12]，这就刺激了私营医疗服务的急剧膨胀，由此催生出与公共医疗卫生体系并存的且数量居上的私营医疗卫生服务体系③。在印度的多元卫生保健系统中包括一个大型异构的私营医疗机构[13]。这些私营医疗卫生体系几乎垄断了农村和城市医疗服务门诊[14]。这是印度医疗卫生体系的一大特色。医疗卫生服务的多元化提供体系是全球发展的趋势，但如何处理好公平与效率问题一直是医疗卫生服务领域的世界性难题。那么，印度的私营医疗卫生服务体系有没有公平性？其效率性又如何？我们有必要对这些问题进行研究，为目前中国医疗卫生体制的改革提供借鉴，以减少制度转轨的成本。

一、印度私营医疗卫生服务体系的规模与运营

1. 印度私营医疗卫生服务体系的规模

随着20世纪90年代印度自由化经济改革的推进，私营医疗卫生机构开始出现并增多，特别是非印度籍居民在印度医院的投资逐渐增加，有的已经进入印度医疗保险市场④。印度私营医疗卫生服务体系主要包括私营医院和私人开业者两个部分。私营医院的服务对象主要是富人，医院提供高档、优质服务，但富人需要自付高额医疗服务费用。私人开业者由两类人员组成：一类是运用西医对抗疗法服务的人员，另一类是利用印度传统医学的人员⑤。

印度独立之初，私营医疗服务机构的比例还很小，仅为8%，1976年该比例为14%，1990年则猛增至60%，1993年增长到67%，其中大约有67%的医院、63%的诊所以及78%的医生都属于私营医疗机构[15]。到2000年前后，私营医疗机构数量已经占到医疗机构总数的93%，私营医疗机构的床位数量占所有床位数的64%，估计医生数量为总数的80%~85%[16]。这一数据仍处于不断上升状态。在农村，私人诊所也有较大的发展，目前印度全国农村约有50万私人医疗执业者。据调查统计，2008年仅在印度中央邦（人口6040万，印度最大的省份之一）私营医疗卫生机构中，就有14046名（12.5%为女性）有行医资格的医生、57684名（3.4%为女性）合格的护理人员，还有89090名无资质行医者（10%为妇女）提供个人设置门诊服务。此外，还有55393名传统接生员提供家庭婴儿护理服务[17]。印度大部分私营医疗部门都是营利性机构，而非营利性机构只占很小比例，它们分散在慈善性的私营医疗机构和一些私营大医院的某些部门之中。

2. 印度私营医疗卫生服务体系的运营

（1）筹资水平。印度私营医疗卫生服务体系的资金来源于个人直接支出、商业健康保险以及非

---

① 世界银行1997年指出印度政府在健康方面的支出仅占国内生产总值（GDP）的0.9%，远远低于中低收入国家2.8%的平均水平以及全球5.5%的平均水平。WHO在2000年指出，如果以政府医疗费用总支出占GDP的比重作为评估标准，则印度在世界上排名居于倒数第13位。

② 参见傅小强．印度：贫富各有所依［J］．世界知识，2005，(17)。

③ 关于印度公立医院公平性研究目前学术界成果较多，但对私营医疗卫生服务体系的公平及效率研究很少。这也是本文研究的初衷。

④ 印度虽然允许外国投资者在保险公司中持有股份，但规定股份不能超过26%，并要有10亿卢比的运作资金。

⑤ 在印度，医学被区分为现代医学和印度传统医学，前者即我们常指的西医，后者类似于中国传统医学（我国称之为“中医”）。

万方数据

营利组织提供的保险计划等形式。其中，个人直接支出是私营医疗体系筹资的主要渠道，如图1所示。印度计划委员会在第十个五年计划（2002～2007年）的报告中，呼吁政府在公共卫生领域进行必要的改革。政府也承诺继续向所有国民免费提供基本医疗服务，并根据贫困线下人群的需要向他们提供基本医疗卫生服务。所以，2005年以后，公共筹资比例有所上升，而个人医疗支出的比例缓慢地下降。私营医院则要按政府规定的标准收费，而得到的营利收入要单独列账，并受限只可用于修缮房屋和提高医疗服务的技术水平。

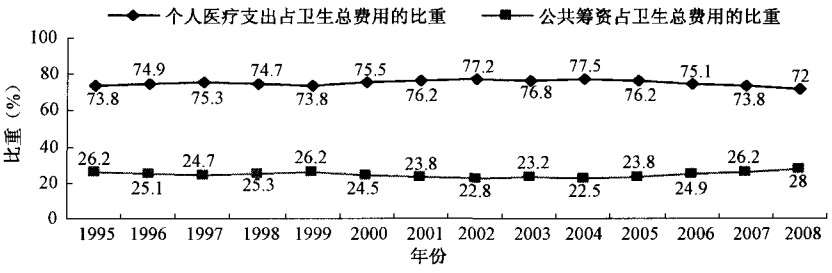

图1 印度公共与私营医疗筹资变化趋势

资料来源：WHO. India—National Expenditure on Health (Indian Rupee) [EB/OL]. http://www.who.int/nha/country/ind.pdf, [2008] 2011-11-28。

（2）服务提供。印度第九个五年计划中提出，医疗卫生的重点和优先领域应该是向全体国民提供基本医疗服务、紧急生命救助、疾病控制和家庭福利计划即计划生育工程。私营医疗卫生体系在这些服务提供中发挥了重要的作用。印度国家统计部第60次抽样调查结果显示，门诊就诊率，私营医疗卫生机构在农村为78%，城市为81%，而公共医疗机构在农村、城市的比例分别是22%、19%；住院治疗率，私营医院在农村与城市分别为58%、62%，公共医院则分别是42%、38%[18]。可见，私营医疗服务体系无论是在门诊量还是住院率上，城市和农村的比重都远远地超过公共医疗卫生体系。

（3）费用支出。印度医疗费用支出由公共支出和私人支出（包括个人医疗支出和私人医疗保险支出）两部分构成。在全部费用中，将近一半（48.1%）费用用在初级治疗或门诊服务，其中包括政府公共健康干预的首选病种（腹泻、呼吸道感染、结核病、疟疾和性传播疾病）的支付[19]。这里以可获得的2001～2002年统计数据为例，印度国家卫生账户（NHA）统计数据显示，2001～2002年印度医疗费用总支出（THE）约为10573亿卢比，其中，私人医疗费用支出为8181.04亿卢比，占医疗卫生总费用的77.4%（见表1）。

表1 印度医疗费用总支出（2001～2002年）

支出类别	费用支出（百万卢比）	人均支出费用（卢比）	占THE比重（%）	THE/GDP（%）
公共支出	214391	207	20.3	0.94
私人支出	818104	790	77.4	3.58
其他支出	24846	24	2.3	0.11
THE	1057341	1021	100.0	4.63

注：2001年印度按市场价格GDP为22813.05亿卢比。

资料来源：WHO. National Health Accounts [EB/OL]. http://www.who.int/nha/NHA_India_NHA_2001-02.pdf, [2006] 2011-11-28。

印度各邦医疗卫生费用的公共支出和私人支出以及各邦之间的差异都很大。从图2可以看出，绝大多数邦的私人医疗卫生费用人均支出都超过了人均公共支出。有些邦人均私人支出大大超出了人均公共支出，如Bihar（687/92）、Haryana（1408/163）、Kerala（1618/240）、Punjab（1273/258）、Uttar Pradesh（1040/84）、Chandigarh

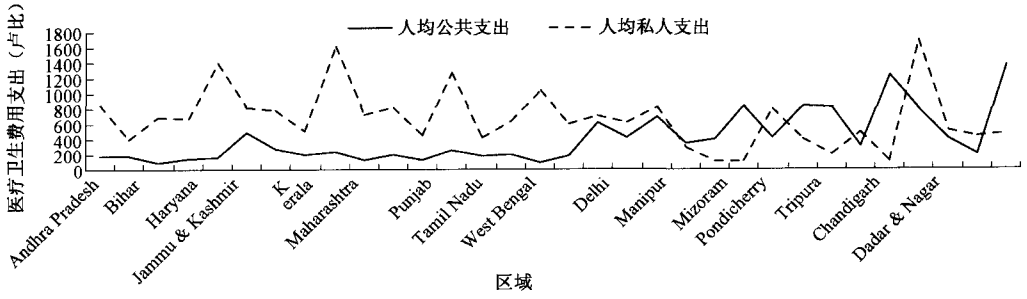

图2 印度主要邦人均医疗卫生费用的公共支出和私人支出（2001-2002年）

资料来源：同表1。

万方数据

(1692/804) 等；但也有少数邦的人均公共支出超出人均私人支出很多，如 Andaman & Nicobar (1228/106)、Lakshwadeep (1360/473)、Meghalaya (407/106)、Mizoram (836/101)、Pondicherry (841/397)、Sikkim (825/205) 等，其中很突出的 Andaman & Nicobar 邦和 Lakshwadeep 邦属于没有立法机构的印度联邦属地。

(4) 监督管理。印度政府对医疗市场的监管侧重于医疗机构设置许可、医疗服务质量等方面，以及有关私营医疗服务经营方面的法律制定，如许可证发放、与患者之间纠纷处理的规定。如同中国一样，印度医疗服务主要的支付体系是项目付费制，这种付费方式可产生强有力的刺激作用，导致私营医疗体系过多的诊断、过多的用药并实施更多的服务，从而获取额外的费用。

二、印度非营利私营医疗保险计划

印度中等收入以上的人口比例约为 10%，总数约为 1 亿人，他们是社会医疗保险的主要参加者，其余约 90% 的居民和几乎所有的穷人没有享受政府举办的社会医疗保险。为了吸纳大多数贫困人口参保，印度 NGO 组织提供了 24 个非营利的私营医疗保险计划[20]，参保成员从 410 人到 80 万人不等，保险费用也从每人每年 4 卢比到 500 卢比不等。非营利私营医疗保险计划为私营医疗卫生服务体系开拓了市场，积累了资金，与私营医疗卫生体系一起成为印度医疗卫生服务领域私营市场的重要组成部分。

非营利私营医疗保险计划主要有三种形式：一是农产品加工企业组织的合同农户向保险公司集体投保；二是非政府组织为成员设计保险项目，集体向保险公司投保；三是非正规经济产业工会的健康福利项目。如 Mathadi 医院基金、自雇妇女联合会 (SEWA) 医疗保险计划、SPARC 机构的保险计划和 Tribhuvandas 基金 (见表 2)。

表 2　印度非营利私营医疗保险计划项目

项目	Mathadi 医院基金	SEWA 医疗保险计划	SPARC 保险计划	Tribhuvandas 基金
参保对象	重体力劳动者	非正规部门就业的妇女和自雇妇女	贫民 (孟买)	农产品生产者，如乳品
保费金额	20 卢比/月；失业者免费	5 卢比/月	30 卢比/一对夫妇·年	10 卢比/(家庭·年)(或分期付款 1 卢比/月)，穷人免费，相对贫困者减少保费
保险内容	综合医疗卫生服务	主要补偿住院费用，也可用于伤亡、自然灾害或失盗损失	住院费用、财产与工具损失，以及意外伤亡等	妇幼卫生服务、家庭护理、白天护理中心和环境卫生服务
费用支付	免费享受定点医疗站和医院的服务，转诊报销费用 50%	报销费用、补偿损失	从贷款人支付的利息中扣除	病人自付平均比例为 23%
基金组成	保费 23%，雇主缴纳 69%，8% 来自其他渠道	会员费 54%，德国技术合作公司基金 22%，商业保险公司补贴 24%	东印度保险公司 (OIC)	保费 28%、医药收入 27%、利息收入 22%、乳品生产合作社 4% 等

资料来源：Krause, Patrick. The Non-profit Health Insurance Schemes in Unorganized Sectors in India [R]. Social Policy, Working Papers No. 22, 2000。

三、印度私营医疗卫生服务体系的公平与效率

人们一般习惯性地认为，只有公立医疗卫生体系才体现出公平性，而代表市场化的私营医疗卫生服务体系在追逐利润的目标下，唯效率至上，与公平无缘。基于前面的分析，本文进一步对印度私营医疗卫生服务体系的公平与效率作出分析。

1. 印度私营医疗卫生服务体系的公平性

(1) 私营医疗卫生服务惠及大多数国民。被人赞叹的印度全民免费医疗实质上仅覆盖了 20% 左右的居民，绝大多数国民的健康保障不得不依赖私营医疗卫生服务机构。在印度，私营医疗机构对大

万方数据

多数自付人群来说相当熟悉，城乡80%的居民都利用私营医疗卫生服务[21]。对于富人来说，为了获得快捷和优质的医疗服务，主要到私立医院看门诊和住院。由于私营医疗服务体系在环境、服务和质量等方面有一定优势，即使是穷人也利用了大量私营医卫部门的服务。据1998年印度全国样本调查，在1986～1996年，大约有80%的家庭在小病情况下，75%的家庭在大病情况下，选择到私营诊所就诊。10年间，到私营诊所就诊的比例，农村增加了7%，城镇增加了8%；到私立医院住院治疗的比例则有明显的上升趋势，农村从40%增加到56%，城镇从40%增加到57%。就全国范围而言，私立医院和诊所负担了82%的门诊患者和52%的住院患者的诊断和治疗[22]。这是一个相当大的比例。

尤其是在农村地区，私营医疗卫生体系在公立卫生服务缺位的情况下更是有助于农民的健康。相比于建国初期，农村公共医疗卫生机构不但没有增加，反而有明显的下降（见表3）。私营医院诊所的规模逐步扩大及其覆盖率的提高，使得占印度人口2/3左右的农民有机会去接受近距离的医疗卫生服务，这体现了医疗卫生服务可及性的公平。

表3　印度农村公共医疗机构与私营医疗机构变化

年份	1981年	1991年	2000年
医院总数（个）	6805	11174	15888
公共（%）	27	—	22
私营（%）	43	57	71.2
诊所总数（个）	16745	27431	23065
公共（%）	69	—	53
私营（%）	13	60	57
医院/诊所床位（张）	504538	664135	719861
公共（%）	17	—	11.1
私营（%）	28	32	38.2

资料来源：印度卫生与家庭福利部. http://mohfw.nic.in/reports/reports/reports_on_ncmh.htm [2005], 2011-12-19。

（2）私营医疗卫生服务体系承担社会责任。为了缓解公共医疗卫生系统特别是二、三级医院资金紧张的压力，印度政府以较低的价格向私营企业提供土地、水、电等基础设施，允许建立相当于三级医院的医疗机构，条件是私营医院承诺向贫困线以下群体提供免费门诊和住院治疗，鼓励其承担一定的社会责任①，那些不讲医德、只顾私利的医院会受到处罚。私立医院拥有高水平的医务人员，很多医生都持有英国皇家医学院等著名医学院校颁发的高级资质证书。在这样的私立医院就诊，诊疗费用当然比公立医院要高，但按照一般国际标准衡量，价格仍然相对便宜，也因此吸引了不少西方国家的患者千里迢迢来印度求医②。在印度农村，私营医疗卫生服务都是营利性质的，但农村地区的挂号问询费是免费的，每次诊疗收费一般在10～20卢比左右。为了满足农民的各类需求，一些农村的私人医生会在几个村庄间巡回诊疗，随叫随到，服务态度比公立医院要好很多；如果有不能立即支付费用的病人可以分期付款。

与私营医疗服务相关联的非营利私营医疗保险计划，如表2所示，同样承担着社会责任。这些医疗保险计划的对象基本上都是穷人、妇女以及重体力劳动者等，保费低廉，分期支付保费，服务内容广泛（如积极从事预防卫生工作以减少传染病和大病发生的概率）等设计也表现出很高的社会责任感。此外，私营医疗保险的费用支出占私人医疗卫生支出比例逐步走高的趋势也说明了这一点（见图3），证明私营医疗保险越来

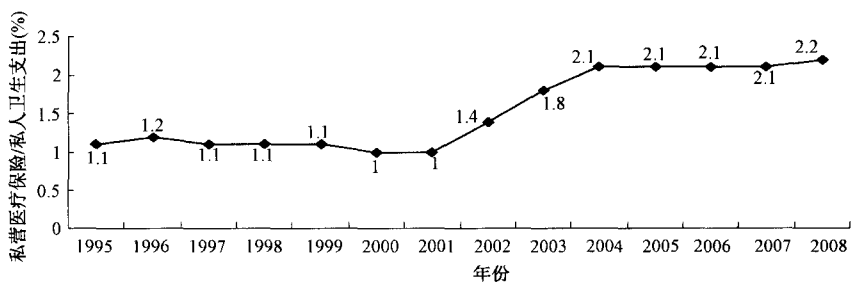

图3　私营医疗保险占私人医疗卫生支出的比重走势（1995～2008年）

资料来源：WHO. "India-National Expenditure on Health (Indian Rupee) [EB/OL]. http://www.who.int/nha/country/ind.pdf, [2008] 2011-11-28。

① 如政府和德里市的阿波罗医院签有协议，要求阿波罗医院给穷人提供200张免费床位、免费诊断、免费使用手术室、免费膳食。但政府要求给穷人免费用药，由高水平专家做心脑手术，给一切交通事故者提供免费治疗等项目未能达成协议。

② 印度的医疗水平在国际上以便宜的价格和高水平的质量闻名于世，他们在很多方面已达到国际一流水平。近年来，来印度"医疗旅游"的外国人数量正在以每年15%的速度递增。估计到2012年，印度"医疗旅游"（Medical Travelling）年收入可达到22亿美元（参见钱峰. 印度医疗敢与欧美拼 [N]. 环球时报，2004-11-30）。

万方数据

越减轻了参保者尤其是贫困者的经济负担。

2. 印度私营医疗卫生服务体系的效率

印度的国民健康水平固然与其公共医疗卫生系统的全民免费医疗制度有密切的关系，但私营医疗卫生体系在其中也发挥了很大的促进作用。毋庸置疑，这是因为公共医疗卫生体系的覆盖面容、医疗卫生水平不高，而私营医疗卫生服务受益对象比例在80%左右且医疗服务水平较高的原因。为此，可以从WHO评价医疗卫生绩效的几个指标来分析印度私营医疗卫生服务体系的效率。

（1）人均寿命。据印度国家抽样调查部门（NSSO）调查研究结论，印度45%的老年人患有慢性病，5.4%老年人丧失生活自理能力。老年人中最常见的疾病是：高血压、白内障、关节炎、慢性阻塞性肺疾病、缺血性心脏病、糖尿病、前列腺肥大、消化不良、肠易激综合征和抑郁症，这些疾病的诊疗费占了老年人健康负担费用的85%。印度老人死亡的常见原因是支气管炎和肺炎、缺血性心脏病、中风、癌症和肺结核[23]。20世纪90年代以来，印度私营医疗卫生体系进入迅速发展阶段，在与公共医疗卫生系统的共同作用下，或在公共医疗服务缺位的情况下，通过对医药资源、人力资源等方面的加大投入，印度老年人总数、人均寿命比建国初期大大地延长了。人口老龄化率由1950年的5.6%、1975年的6.2%，到2000年达到7.6%。成人（15~60岁）死亡率由1990年的282‰下降到2008年的213‰，人均寿命则由1990年的57岁上升到2008年的64岁[24]。

（2）婴、幼儿死亡率。婴儿（出生~1岁）、幼儿（5岁以下）的存活率是衡量一个国家或地区医疗卫生事业进步与发展的另一个重要指标。死亡率下降，表明存活率提高，这也就说明医疗卫生干预的积极效果。印度婴、幼儿死亡率分别由1990年的83‰、117‰下降到2008年的37‰、72‰[25]。

（3）基本药物的可及性与价格化。基本医疗药物的中位可及性和中间消费价格化是考察某个国家或地区医疗卫生效率的第三个重要指标。在2001~2008年间，印度公立医疗机构的基本药物中位可及性、基本药物中间消费价格化分别为20.5%、0.7%，而私营的医疗机构这两项比例分别是75.4%、1.8%[26]。可以看出，印度私营医疗卫生体系的基本药物的平均可及性比例高达75.4%，是公立医院诊所该比例的3倍还要多；其基本药物中间消费价格化比例是公立医疗机构的2倍多。这与私营医疗卫生服务体系的高覆盖率呈正相关关系。

（4）结核病的发病与治愈。结核病的发病率与治愈率是WHO卫生绩效考核体系中的又一个重要影响因子。印度是全球结核病发病率较高的国家之一，结核病也是老年人死亡的一个重要诱因。印度在1990年结核病的发病率、治愈率分别是168/10万、57%，到2008年两项比例分别为170/10万、87%[27]。

通过对上述四个健康指标的评估，可以发现，私营医疗卫生服务体系对印度国民健康水平的逐步提高作出了较大的贡献。但是，由于私营医疗服务提供主体结构的多元化，各邦私营医疗机构各自为阵，因此，私营医疗卫生体系整体上也显得良莠不齐，存在着诸多问题。图4显示，由于印度第十个五年计划注重医疗卫生服务的公平性，积极寻求多种渠道的资金支持，从2001年开始私人自付款比重才开始缓慢地下降。

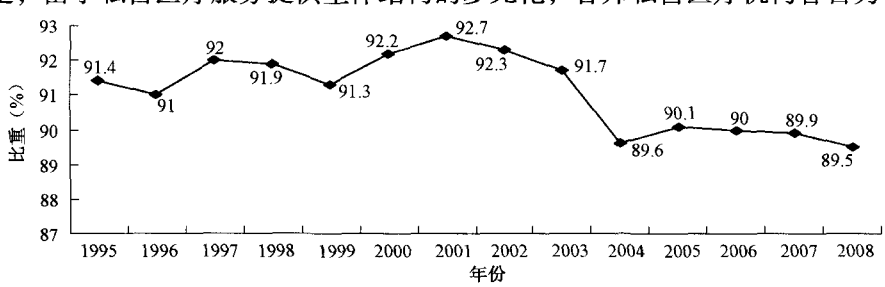

图4 印度国民自付款占私人医疗卫生支出的比重

资料来源：WHO. India—National Expenditure on Health (Indian Rupee) [EB/OL]. http://www.who.int/nha/country/ind.pdf, [2008] 2011-11-28。

四、简要启示

印度私营医疗卫生服务体系在追求效益的基础上，维护了一定程度的社会公平，不可否认地提高

万方数据

了印度国民健康的水平。由此我们得出结论：私营医疗卫生服务体系的公平与效率可以并行不悖。当然，印度政府还要进一步加强宏观调控，完善立法规范，在促进私营医疗卫生服务体系的公平、培训私营机构的人员、拓展私营机构的筹资渠道、改革项目付费的支付方式以及提高私营机构服务质量等方面还有很长的一段路要走。虽然还有待改进，但医疗卫生资源的分配如何达到帕累托最优状态本身就是一个令世界各国政府和经济学界感到困扰的难题。

中国医疗卫生服务体制在经过了公益性与市场化的激烈争论后，确立了公立医院主导和加强对基层医疗卫生服务投资的方向，进入了一场关乎亿万国民健康的改革。医改的公益性、福利性是目标，非完全市场化是实现这个目标的路径。但目前我国私营医疗卫生服务市场发展限制重重，健康有序的市场机制还没有形成，政府和市场在医疗卫生系统中的职能还没有清晰地定位好。印度私营医疗卫生服务体系中政府与市场的协调、公平与效率的并存对我国制定医改政策应该有极其重要的借鉴价值，那就是一手抓好公共医疗卫生服务，一手搞活私营医疗服务市场。即要明确这样的道理：在医疗卫生市场化中保证公平性的方向，在公共医疗卫生服务中注入市场化的效率。

参考文献：

[1] National Summary Data [EB/OL]. http://censusindia.gov.in/, 2012-05-21.

[2] 沈钰如. 印度医疗保健系统的近期改革经验 [J]. 国外医学（医院管理分册），2001，(4).

[3] 朱玲. 非正规产业医疗保险制度的理论和实践 [J]. 经济学动态，2003，(7).

[4] 徐菲. 中印卫生经济发展格局的比较 [J]. 中国卫生事业管理，2005，(5).

[5] 葛延风，贡森等. 中国医改：问题 根源 出路 [M]. 北京：中国发展出版社，2007.

[6] 胡苏云，滕文. 印度医疗制度及其对中国的启示 [J]. 社会科学，2007，(11).

[7] 张奎力. 印度农村医疗卫生体制 [J]. 社会主义研究，2008，(2).

[8] 石光，雷海潮. 印度卫生改革的启示与建议 [J]. 中国卫生经济，2008，(10).

[9] 李琼. 印度医疗保障体系公平性分析 [J]. 经济评论，2009，(4).

[10] 邓继红. 印度的免费医疗果真很美吗？[N]. 南方都市报，2006-03-08.

[11] 王晓丹. 印度社会观察 [M]. 北京：世界知识出版社，2007.

[12] 同 [11].

[13] WHO. World Health Statistics 2006 [R/OL]. http://www.who.int/whosis, 2011-11-15.

[14] Duggal, R. Poverty & Health: Criticality of Public Financing [J]. Indian J. Med Res, 2007, 126 (4).

[15] Ashok VikhePatil, K. V. Somasundaram, R. C. Goyal. Current Health Scenario in Rural India [J]. Rural Health, 2002, (10).

[16] World Bank. India, Raising the Sights: Better Health Systems for India's Poor [R], The World Bank Report, Nov. 3, 2001.

[17] Ayesha De Costa , Bo Eriksson, Vinod K. Diwan. Private Individual Ambulatory Health Care Providers in Madhya Pradesh Province, India [J], Public Health, 2009, (17).

[18] Ministry of Statistics and Programme Implementation, Government of India. Morbidity, Health Care and the Condition of the Aged [EB/OL]. http://www.mospi.gov.in/mospi_nsso_rept, 2011-10-07.

[19] Berman, P. Organization of Ambulatory Care Provision: A Critical Determinant of Health System Performance in Developing Countries [R]. Bull World Health Organ, 2000.

[20] Krause, Patrick. The Non-profit Health Insurance Schemes in Unorganized Sectors in India [R]. Social Policy , Working Papers, No. 22, 2000.

[21] National Sample Survey Organization, India. Morbidity, Health Care and Conditions of the Aged: Sixtieth Round (January - June 2004) [Z], 2006.

[22] 同 [11].

[23] 同 [1].

[24] WHO. World Health Statistics (2009、2010) [EB/OL]. http://www.who.int/whosis, 2011-11-15.

[25] 同 [24].

[26] 同 [24].

[27] 同 [24].

[责任编辑　方　志]

万方数据