



中国公益研究院
China Philanthropy Research Institute

Rebuilding Modern
Welfare System for Children

重建现代儿童福利制度

——中国儿童福利政策报告 2014

China Child Welfare Policy Report 2014

主 编 / 王振耀
副主编 / 高华俊



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

Rebuilding Modern
Welfare System for Children

重建现代儿童福利制度

——中国儿童福利政策报告 2014

China Child Welfare Policy Report 2014

主 编 / 王振耀

副主编 / 高华俊



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

图书在版编目 (CIP) 数据

重建现代儿童福利制度:中国儿童福利政策报告:2014 / 王振耀

主编. —北京:社会科学文献出版社, 2015. 3

ISBN 978 - 7 - 5097 - 7045 - 0

I. ①重… II. ①王… III. ①儿童福利 - 福利政策 - 研究报告 - 中国 - 2014 IV. ①D632. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 014428 号

重建现代儿童福利制度

——中国儿童福利政策报告 2014

主 编 / 王振耀

副 主 编 / 高华俊

出 版 人 / 谢寿光

项目统筹 / 吴 超

责任编辑 / 孙以年

出 版 / 社会科学文献出版社·人文分社 (010) 59367215

地址:北京市北三环中路甲 29 号院华龙大厦 邮编:100029

网址:www.ssap.com.cn

发 行 / 市场营销中心 (010) 59367081 59367090

读者服务中心 (010) 59367028

印 装 / 三河市东方印刷有限公司

规 格 / 开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 15.75 字 数: 246 千字

版 次 / 2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5097 - 7045 - 0

定 价 / 69.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误, 请与本社读者服务中心联系更换

 版权所有 翻印必究

编委会

主 编 王振耀

副 主 编 高华俊

指导专家 柳永法

执行主编 高玉荣 田 园

参 编 李 洁 张 柳 魏 婕 徐 珊

序

计划经济时代，中国曾经实行低水平的全民福利制度，并依托企事业单位建立了较为健全的儿童教育和儿童医疗福利制度。经济体制改革开始后，农村地区在 20 世纪 70 年代末开始实施“包产到户”，城市地区随后进行了“砸烂铁饭碗”的国企改革，教育、医疗和养老等问题也被推向了市场。教育领域，先后废除了单位办幼儿园和人民助学金制度，学前教育机构数量从 1978 年的 16.4 万所下降到 2001 年的 11 万所；医疗领域，废除了儿童公费医疗制度，无论是城市儿童还是农村儿童，这一时期都处于医疗保障的空白，使得个人卫生支出占卫生总费用的比例从 1978 年的 20.4% 上升到 2001 年的 60%。总之，计划经济的解体使得原依托于企事业单位的儿童福利制度基本瓦解，现代儿童福利制度亟待在新的经济社会条件下进行系统重建。

2000 年以来，随着义务教育的普及和基本医疗保险的实施，包括儿童福利在内的社会福利制度步入了重建之路，尤其是 2010 年孤儿津贴制度的实施，更使得我国儿童福利保障进入快速发展的轨道。过去五年，在国家制度建设与社会创新发展的良性互动中，儿童福利发展水平与经济发展水平之间的差距不断缩小，由中央财政支持的生活津贴制度从孤儿逐步扩展至其他困境儿童。2014 年，儿童福利事业的发展在多个领域都有所创新，具体而言，儿童保护制度从倡导转向采取实际行动；儿童福利服务工作逐步规范化，儿童福利机构在建设硬件设施的同时，强调照料的科学化、标准化，并强调专业人员的配备，提升儿童照料的质量；儿童医疗方面，多年延续的城乡双轨制正在逐步改革，城乡医疗救助基金的合并政策已出台，基本医疗保险的并轨也正在 10 多个省市推行，城乡儿童医疗保障呈现公平趋势。面向未来，中国的儿童福利事业已经走上了一个新的历史阶段。

同时也要看到，中国儿童福利发展水平落后于经济发展水平的状况尚



未得到根本改变，尤其在儿童医疗和儿童早期教育领域，某种程度上甚至落后于历史上曾有的保障水平。最为突出的表现是，儿童大病问题仍未得到有效解决，看病贵、看病难的问题仍然大量存在；社会流动的增加和医疗保险地区统筹的矛盾，使得大量流动儿童的医疗保障问题凸显；国企三产剥离导致大量幼儿园和托育机构关闭，但国家又没有建立相应的机构，使得早期教育供给缺口巨大，入园难成为各大城市普遍存在的问题。总的来看，缺乏基层儿童福利保障体系、缺乏国家立法和充裕的儿童福利投入，仍是我国儿童福利制度建设面临的基本挑战。

自2010年民政部、联合国儿童基金会和北京师范大学中国公益研究院联合启动“中国儿童福利示范区”项目以来，每年“六一”期间向社会发布的《中国儿童福利政策报告》已经形成年度系列。本年度的报告聚焦于“重建现代儿童福利制度”，对一年来的儿童福利事件、儿童福利保障政策以及创新措施等情况进行了梳理，系统分析了中国儿童福利事业发展现状及面临的挑战，并提出了全面构建现代儿童福利制度的主体框架。报告的部分成果于2014年“六一”在“儿童福利周”启动仪式上发布，现将完整内容正式出版，希望能对政府决策和学术研究起到积极推进作用，并帮助国际社会了解中国儿童福利发展情况。对于报告存在的不足和疏漏之处，衷心希望广大读者批评指正。

北京师范大学中国公益研究院

2015年2月

目 录

导论	中国现代儿童福利制度的系统重建	001
一	儿童福利制度建设的重大进展	001
二	中等发达阶段儿童福利事业的基本挑战	006
第一章	儿童医疗卫生福利日趋完善	013
一	儿童基本公共卫生服务持续改善	013
二	儿童医疗保障政策不断健全	017
三	政府与民间合力救助重病重残儿童	022
四	儿科医疗资源建设应提上议事日程	026
第二章	儿童教育保障与服务同步推进	029
一	流动留守儿童义务教育趋向公平	029
二	学前教育体系加速重建	038
三	特殊教育师资投入均有提升	045
四	学前教育和特殊教育需加强资源建设	049



第三章 儿童保护政策与实践双突破	055
一 行政司法共建未成年人监护干预机制	055
二 女童保护政策不断完善	059
三 社会保护机制已现雏形	064
四 “婴儿安全岛”探索弃婴保护新措施	070
第四章 儿童营养改善与困境儿童津贴稳步发展	077
一 农村儿童营养改善计划全面推广	077
二 困境儿童福利津贴制度基本建立	082
三 重病重残儿童康复补贴政策逐步完善	093
第五章 儿童福利机构与服务走向规范	097
一 儿童福利机构加强基础设施建设和标准化服务	097
二 儿童福利机构，规范寄养工作	103
第六章 中国儿童福利示范区实现模式创新	110
一 监测与执行系统：儿童福利服务的技术支撑	110
二 多部门合作机制：儿童福利服务的组织架构	114
三 基层儿童福利服务体：儿童赤脚社工体系的探索	118
第七章 儿童慈善与社会服务全面进步	122
一 儿童公益项目不断创新	122
二 政府购买儿童福利服务较快发展	131

结语	全面建设现代儿童福利制度	137
一	构建困境儿童分类保障制度	137
二	加强儿童医疗卫生体系建设	138
三	完善儿童监护干预和儿童保护机制	140
四	推动早期教育和特殊教育发展	141
五	推进普惠型儿童福利制度建设	144
六	建立儿童福利发展评估制度	145
附录	有关儿童福利的重要政策（2013.6 ~ 2014.6）	147
一	教育发展	147
二	医疗健康	174
三	生活保障	193
四	儿童保护	219
五	其他	229

中国现代儿童福利制度的系统重建

计划经济时代，中国曾依托企事业单位建立起了较为系统的儿童福利制度。经济体制改革以后，随着计划经济的基本解体，儿童福利制度受到较大冲击。

2000 年以来，义务教育基本免费制度的实施开启了我国儿童福利制度的重建之路，并由点到面持续推进。尤其是过去五年，中国建立了孤儿津贴保障制度并逐步扩展至其他困境儿童，儿童保护从社会倡导走向实际行动，儿童福利服务开始朝规范化方向发展，城乡儿童医疗保障的公平性逐步加强，儿童福利开始呈现出普惠、规范、社会广泛参与等新特征。

一 儿童福利制度建设的重大进展

在过去的一年中，我国儿童福利领域在诸多方面取得较大的甚至突破性的进展，在儿童保护和儿童服务方面尤为突出。

（一）社区保护和监护干预机制开启政策行动

民政部开展儿童保护试点工作，建立社区儿童服务中心，拓展救助保护对象，建立儿童监护干预制度。为探索建立以社区为基础的儿童保护机制，2013 年 5 月，民政部要求在 20 个城市开展儿童保护试点工作，要求建立未成年人社区保护网络，在城乡基层建立社区儿童服务中心；加强家庭监护服务和监督，督促村（居）委会建立随访制度；开展困境未成年人帮助帮扶工作。北京市率先开展社区试点工作，安徽、湖北、新疆、江西等地也在探索家庭、学校、社会 and 司法保护的联动机制。与以往相比，这些地区开展的儿



童保护试点工作拓展了救助保护对象，将监护干预的对象从流浪未成年人扩大到全体困境未成年人；建立了监护干预制度，对面临监护缺失或监护失当的未成年人进行排查摸底、登记建档和需求评估，并采取临时替代照料、社会救助帮扶等跟踪措施，及时为困境未成年人提供服务。

最高人民法院、民政部、公安部推进未成年人监护转移制度的建立，使儿童保护进入政策行动。我国关于监护干预制度的法律规定只有 1987 年发布施行的《中华人民共和国民事诉讼法通则》和 2006 年修订的《中华人民共和国未成年人保护法》，虽然规定了父母不履行义务时可以由其他人担任监护人，但缺乏可操作性，撤销父母监护资格后的安置未成年人制度也不健全；在父母虐待忽视儿童的恶性事件中，司法机关和政府无法有效介入。为激活儿童监护干预机制，2014 年 3 月，最高人民法院、公安部、民政部联合召开家庭监护失当未成年人监护权转移工作座谈会，针对未成年人监护权转移的问题，结合未成年人保护司法实践和救助服务实践，就起诉主体、适用范围、转移程序、部门职责等进行了深入的讨论，并计划年内出台司法与行政相衔接的困境未成年人监护干预政策，将进一步落实儿童保护工作。

（二）儿童照料和家庭寄养持续规范

过去十几年，我国儿童福利院运行管理的依据是 1999 年民政部颁布的《社会福利机构管理暂行办法》，儿童福利机构工作人员的编制也仍延续 20 世纪 90 年代的政策。一方面，儿童福利机构的医疗、康复、心理等功能建设滞后；另一方面，福利院普遍缺乏具有较好知识结构、服务技能和养育理念的专业技术人员。为解决这些问题，民政部于 2013 年 12 月出台了《儿童福利机构基本规范》，对儿童照料的标准、人员设置等做出了规定，将儿童照料分为卫生照料、晨晚间照料、饮食饮水照料、排泄照料等指标，并对每一个指标都做出细致的规定。随后，湖北省、福建省等地纷纷出台了服务质量规范或日常照料规范，江苏省则启动了儿童福利机构社会工作标准研究项目，这些标准和规范将推动儿童福利机构工作的专业化、规范化、标准化。

针对福利机构专业技术人员的短缺问题，民政部要求工作人员与儿



童比例应为 1:1, 寄养家庭中, 寄养儿童人数不能超过 2 名。山西省制定政策规范公办社会福利机构护理人员的薪酬待遇; 四川省要求按照“专业技术岗位一般不低于单位岗位总量的 70%”的标准优化儿童福利院的岗位; 新疆、河南也拟出台政策加强儿童福利机构工作人员的编制工作。

为规范儿童家庭寄养, 民政部组织起草了《儿童家庭寄养管理办法》, 拟对寄养儿童的数量、寄养工作情况等进行调查摸底, 对寄养家庭的住所、经济收入等提出相关要求。各地儿童寄养工作的规范化也在积极推进, 深圳市出台了《孤残儿童家庭寄养评估规范》, 要求对寄养家庭进行寄养前评估、寄养过程评估和寄养终结评估, 每类评估都有相应的程序和指标, 该文件是国内首个有关家庭寄养标准化的指导性技术文件; 为了提升孤残儿童在寄养家庭的生活质量, 河南洛阳设立了寄养家庭服务站, 为工作人员进行社会工作培训。除了寄养家庭外, “类家庭”是给孤残儿童提供类似家庭的成长环境的一种新的养育模式, 南京市和苏州市福利院积极推广这一模式, 向全社会征询爱心爸妈。

民政部关于儿童福利机构和家庭寄养的相关规范文件的发布, 以及一些地方做出的积极探索, 将有效提升机构抚养和家庭寄养的孤残儿童的生活质量, 让他们享受更好的成长环境。

(三) 儿童养育津贴从孤儿向困境儿童扩展

儿童养育津贴发放对象逐步从孤儿扩展至艾滋病病毒感染儿童、父母服刑或重度残疾等困境儿童。我国从 2010 年开始建立第一个由中央财政支持的孤儿津贴制度, 每月给机构内供养孤儿和散居孤儿发放基本生活保障津贴。此后, 又将孤儿生活保障津贴拓展至艾滋病病毒感染儿童, 2013 年有 15 个地区颁布了艾滋病病毒感染儿童基本生活费相关的政策, 其中少部分省市还对“父母一方感染艾滋病或因艾滋病死亡的儿童”给予生活补助。除了孤儿和艾滋病病毒感染儿童外, 一些地区将发放生活津贴的孤儿拓展到父母双方失踪、服刑、重度残疾的未成年人, 如北京、山东、安徽、天津等。此外, 浙江、陕西还将生活津贴发放对象扩展至重残重病等自身困境儿童。



民政部力推将事实无人抚养儿童纳入国家保障。2013年年底,民政部强调在对我国困境儿童实行分类救助的基础上,积极争取将事实无人抚养儿童纳入保障范围内,事实无人抚养儿童主要指父母失踪或弃养、父母服刑和父母重度残疾等。据民政部的抽样统计,我国目前大约有60万事实无人抚养的“亚孤儿”。如果分类施保困境儿童救助制度能够建立,将成为我国推行普惠型儿童福利制度的又一重大政策进展。

(四) 城乡基本医保和医疗救助基金并轨促进医疗公平

卫生计生委在流动人口多的省份优先落实六项基本公共卫生服务,以提高流动人口基本公共卫生服务水平。流动人口的传染病发病率更高,而且流动儿童的计划免疫接种率要低于常住儿童。2012年,我国0~17岁城乡流动儿童多达3581万人。为此,卫生计生委2013年决定在北京、天津、上海等40个流动人口较为集中的市(区)开展试点,优先落实好流动儿童预防接种、传染病防控、孕产妇和儿童保健等六项基本公共卫生服务,中央为每个试点地区安排50万元资金作为经费补助。

为农村新生儿提供疾病筛查专项补贴。我国每年新增出生缺陷儿童90万例,出生缺陷已成为我国重大公共卫生问题。目前,我国新生儿出生缺陷筛查率仅40%,而发达国家的新生儿疾病筛查率接近100%。为此,上海、青海、云南、安徽等多个地区将新生儿疾病筛查纳入当地基本公共卫生服务中,实现了部分疾病的免费筛查。2013年,卫生计生委召开儿童重大公共卫生服务项目启动会,决定在2014年为覆盖200个项目县的49万名农村户口新生儿提供每人120元的新生儿疾病筛查专项补贴,并对确诊为苯丙酮尿症和永久性听力障碍的儿童实施救助。

国家合并城乡医疗救助基金,部分地区着手城乡居民基本医疗保险并轨工作,促进城乡医疗公平。为了消除城乡差异,实现共建共享,中共十八届三中全会提出要整合城乡居民基本医疗保险制度。目前共有十多个地区^①正式出台了政策,将新农合和城居保合并为城乡居民医保,另外有七

① 截止到2014年4月,可搜索的出台了基本医保合并政策的地区有:天津市、重庆市、安徽省、山东省、青海省、宁夏回族自治区、湖南省长沙市、四川省成都市、浙江省杭州市、浙江省绍兴市。



个地区^①将启动新农合和城居保的并轨。此外,2013年年底,财政部等印发文件要求将城市医疗救助基金和农村医疗救助基金进行合并,该项政策的出台是缩减医疗卫生城乡差异的重要举措,对推动城乡医疗资源分配的公平性有积极意义。

城乡居民大病医疗保险和异地结算的进一步推进,从报销资金和报销程序上缓解大病患儿因病致贫问题。城乡居民大病保险工作自2012年开展,该项政策对超过上年度人均可支配收入的合规的自付费用进行不低于50%的二次报销,极大地提高了家庭抵御重大疾病风险的能力。截止到2014年4月,有28个省、自治区、直辖市出台了大病医疗保险政策。2014年,国务院要求全面推进城乡大病保险试点工作。该项政策的实施,将有效缓解大病患儿家庭的经济压力。据中国公益研究院测算,该项政策的颁布和实施,能将重大疾病的实际报销比例提高30%。此外,异地结算机制在2013年也取得了较大进步,有90%的统筹地区实现了省内异地医疗机构的即时结报。异地就医结算机制的形成,将缓解患儿家庭垫付资金带来的压力,降低大病患儿的医疗成本。

(五) 政府购买服务推动儿童公益组织专业化

相对于政府救助,公益项目有救“急”、救“大”、救“难”等优势。对于迫切需要解决的社会问题,公益组织能够更快更高效地运作;而且随着救助力度加大,对救助对象的帮扶力度也更大;相对于政府救助的低水平广覆盖,公益组织能够运用更加专业的知识和技能解决更为复杂的难题。如天使妈妈基金曾在一天内为一个急需救助的孩子募集到40万元善款,基本上解决了其全部手术费问题,并为该患儿提供、联系合适的治疗医院等服务,这些都是政府救助所难以达到的,充分体现了公益组织救“急”、救“大”、救“难”的优势。

民政部发文鼓励社会力量提供多样的服务,并要求在政府购买社会服务中向儿童类慈善项目倾斜。2014年,民政部制定了《2014年中央财政

^① 七个地区分别为:上海市、江苏省、广东省、四川省、江西省南昌市、海南省三亚市、云南省昆明市。



支持社会组织参与社会服务项目实施方案》，要求将社会工作引入社会救助服务中，对城市流动人口、儿童青少年等提供困难救助、人文关怀、心理疏导、行为矫治等专业服务项目，并提出要资助孤儿、弃婴的收养、治疗、康复活动。为鼓励社会力量参与儿童服务，民政部还发布了《关于建立儿童福利领域慈善行为导向机制的意见》，鼓励社会力量兼顾经济援助和服务支持，既帮助儿童解决基本生活方面的需求，也满足儿童在教育、医疗、安全、心理健康、社会融入方面的需求。该《意见》还要求加大向社会力量购买服务的力度，并向儿童类慈善项目倾斜。

政府引导慈善组织提供更专业的服务和提升政策倡导能力。除了鼓励政府向儿童类慈善组织购买服务外，民政部《关于建立儿童福利领域慈善行为导向机制的意见》还呈现以下几个特点：要求将儿童福利的范围逐步向事实无人抚养儿童、残疾儿童、大病重病儿童、流浪儿童等群体延伸，儿童福利服务对象更加多元；除了经济援助外，还要兼顾服务支持；将社会力量在服务儿童过程中形成的有效经验及时提升为政策法规；等等。同时对儿童类慈善组织提出了更高的要求，包括要有专业服务人才提供专业服务，除项目实施外还要兼顾经验总结，及时为国家政策和制度提供参考，使社会力量和政府行为之间形成良性互动。

二 中等发达阶段儿童福利事业的基本挑战

2013年，我国国内生产总值为56.9万亿元，比上年增长7.7%，人均国内生产总值达到41805元，折合6700美元。而2012年中等高收入国家的人均GDP为7339美元，中等收入国家的人均GDP为4564美元，也就是说，我国的人均GDP更接近于中等高收入国家的水平。

但是，与经济发展水平相适应的现代儿童福利制度仍未全面建立，基层儿童福利保障体系、儿童福利投入机制、儿童福利服务能力尚不能适应当前儿童福利事业的发展要求。虽然与儿童福利相关的法律法规以及部门较多，但却缺乏全国统一、自成体系、目标明确的国家儿童福利系统，缺乏独立的儿童福利行政机构、完善统一的国家立法以及专门的儿童福利预算。在具体的福利领域，儿童医疗和儿童早期教育等仍面临较大的政策缺口。



（一）我国儿童人口占总人口比例持续下降

儿童人口占总人口的比例从 1982 年的 33.6% 持续下降，截至 2013 年年底，我国 0~14 岁儿童人口 2.2 亿，占总人口的 16.4%。^① 从人口变化趋势来看，尤其是近几年，下降幅度大大高于我国人口自然增长率的下降程度。

（二）单“独”政策在短期内给儿童福利事业带来新挑战

十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》提出，坚持计划生育的基本国策，启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策，逐步调整完善生育政策，促进人口长期均衡发展。这是我国进入 21 世纪以来生育政策的重大调整和完善，是国家人口发展的重要战略决策。

进入 21 世纪以来，我国人口形势发生了重大变化。低生育水平稳中趋降；劳动年龄人口开始减少，2012 年比上年减少了 345 万人，预计 2023 年以后，年均将减少约 800 万人；人口老龄化速度加快，2013 年 60 岁及以上老年人口已达到 2 亿，21 世纪 30 年代中期将达到 4 亿，占总人口的比例将从目前的 1/7 增加到 1/4；家庭规模持续缩减，第六次人口普查数据显示，全国户均人口为 3.1 人，较第五次人口普查减少 0.34 人。

单“独”政策的颁布具有较大的社会和经济意义，但短时间内会对儿童医疗和儿童教育带来更多压力。单“独”两孩政策是计划生育政策的重大调整完善，据估计，该政策实施后，每年可能多出生 100 万~200 万人口，这将有利于保持合理的劳动力规模，并延缓人口老龄化速度，预计到 2050 年，老龄人口的比例可因此降低 1.5 个百分点，有利于稳定适度低生育水平，促进人口长期均衡发展。但短期内，在大中城市，单“独”两孩政策将会给医院、幼儿园、学校等带来更多供需方面的压力，因此也对儿童福利事业的发展提出了更高的要求。

^① 数据来源：《2013 年国民经济和社会发展统计公报》。



（三）儿科医疗资源存在巨大缺口

我国儿科执业（助理）医师占整个执业（助理）医师的比例和儿科床位占整个床位的比例分别在 5% 和 6% 以下，与儿童 16.4% 的人口占比不匹配。由于实施医生收入与药品和检查收入挂钩的措施，而儿童检查和用药少，导致在医疗机构中的儿科地位日益边缘化，综合医院纷纷取消儿科，从而使得儿科医师和儿科床位数量下降。2012 年我国 0~14 岁儿童占整个人口的 16.4%，但同年儿科执业（助理）医师仅占整个执业（助理）医师的 3.9%，这一问题已存在相当长的一段时间而没有得到解决。近 10 年来，我国儿科执业（助理）医师占整个执业（助理）医师的比例一直在 5% 以下。与之类似，我国儿科床位也一直处于紧缺状况，从 2000 年开始，儿科床位占有所有床位的比例就一直在 6% 以下。

近年来国家采取一定措施，但效果尚不显著。针对儿科医师短缺的问题，国家将儿科医师作为急需紧缺人才纳入《医药卫生中长期人才发展规划（2011—2020）》中，并投入了 16.98 亿元进行儿童专科医院和中西部地区县医院的儿科建设，提出妇幼保健机构和二级以上综合医院要设置儿科。导致儿科萎缩的原因是多方面的，如儿科专业停止招生使得儿科医师缺乏有效而持续的供给，医生收入与药品和检查收入挂钩的政策、儿科检查和用药少的特点使得儿科医师收入少，儿科的边缘化又使得儿科缺乏良好的接纳体系，从而形成恶性循环。因此，虽然国家对儿科医疗资源采取了部分措施，但由于缺乏系统性，目前我国儿科资源紧缺的情况并没有得到根本上的解决。

（四）儿童医疗保障水平仍然偏低

目前我国个人卫生费用负担仍然较重，在卫生总费用中，2012 年个人需要负担的比例比 1978 年的历史水平高出 14 个百分点。1978 年，由于实施公费医疗、家属劳保和农村合作医疗，企事业单位等社会力量在医疗保障中充当了重要的角色，因此社会卫生支出占卫生总费用的比例较高（47.4%），而政府和个人负担比例较低，比例分别为 32.2% 和 20.4%。20 世纪 90 年代一系列的改革，使得以企事业单位为主的社会力量在医疗保障