
GONGGONG ZHENGCE FENXI SHIYUXIA DE
ZHONGGUO YIGAI YANJIU

公共政策分析视阈下的 中国医改研究

胡宏伟 等◎著

河北大学出版社

GONGGONG ZHENGCE FENXI SHIYUXIA DE
ZHONGGUO YIGAI YANJIU

公共政策分析视阈下的 中国医改研究

胡宏伟 等◎著

河北大学出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

公共政策分析视阈下的中国医改研究 / 胡宏伟等著.

— 保定 : 河北大学出版社, 2015. 8

ISBN 978-7-5666-0758-4

I. ①公… II. ①胡… III. ①医疗保健制度—体制改革—研究—中国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第165971号

GONGGONG ZHENGCE FENXI SHIYUXIA DE
ZHONGGUO YIGAI YANJIU

责任编辑: 王红梅

装帧设计: 赵 谦

责任印制: 靳云飞

出版: 河北大学出版社 (保定市五四东路180号)

经销: 全国新华书店

印制: 河北新华第二印刷有限责任公司

开本: 1 / 16 (787mm × 1092mm)

字数: 1060千字

印张: 48.25

版次: 2015年8月第1版

印次: 2015年8月第1次印刷

书号: ISBN 978-7-5666-0758-4

定价: 88.00元

本书受到北京市重点学科建设经费支持

目 录

第一章 中国医疗卫生体制改革的历程、现状与问题	(1)
第一节 计划经济时期中国医疗卫生发展概况	(1)
第二节 中国医疗卫生体制改革历程	(12)
第三节 中国医疗卫生体制改革的现状和问题	(22)
第二章 国际医疗卫生保障制度的改革实践与启示	(56)
第一节 美国医保政策改革的历程与模式	(57)
第二节 英国医保政策改革的历程与模式	(69)
第三节 德国医疗保障模式及对中国启示	(81)
第四节 新加坡医疗保障模式及对我国启示	(91)
第五节 各国医疗卫生保障模式的总述及启示	(99)
第三章 公共政策分析工具与方法	(103)
第一节 现代政策科学的发展历程	(103)
第二节 公共政策分析的基本内容	(109)
第三节 公共政策分析工具	(120)
第四节 公共政策分析方法	(130)
第四章 城镇职工基本医疗保险制度的发展与评估	(152)
第一节 城镇职工基本医疗保险制度的发展历程	(153)
第二节 城镇职工医疗保险的公共政策评估	(169)
第三节 新医改“进一步完善城镇职工基本医疗保险制度”的公共政策评估	(226)
第五章 城镇居民基本医疗保险制度的发展与评估	(246)
第一节 城镇居民基本医疗保险制度的发展历程	(247)
第二节 城镇居民基本医疗保险的公共政策评估	(255)
第三节 新医改中“全面推开城镇居民基本医疗保险”的政策评估	(270)
第六章 农村合作医疗制度的发展与评估	(286)
第一节 农村合作医疗制度的发展历程	(287)
第二节 农村合作医疗制度的公共政策评估	(299)

第三节	新医改中“全面实施新型农村合作医疗制度”的政策评估	(350)
第七章	城乡医疗救助制度的发展与评估	(375)
第一节	城乡医疗救助制度的发展历程	(376)
第二节	城乡医疗救助制度的公共政策评估	(389)
第三节	新医改中“完善城乡医疗救助制度”的政策评估	(405)
第八章	商业健康保险参与医疗保障制度建设的实践与分析	(418)
第一节	商业健康保险参与医疗保障体系建设的历史回顾	(419)
第二节	商业健康保险参与医疗保障体系构建的公共政策评估	(428)
第三节	新医改中“积极发展商业健康保险”的政策评估	(449)
第九章	国家基本药物制度政策改革与评估	(465)
第一节	中国医药体制发展历程	(466)
第二节	中国医药体制的政策评估	(488)
第三节	新医改中“初步建立国家基本药物制度”的公共政策评估	(512)
第十章	健全基层医疗卫生服务体系建设改革与评估	(536)
第一节	基层医疗卫生服务体系建设的历程	(537)
第二节	基层医疗卫生服务体系建设的公共政策评估	(548)
第三节	新医改中“健全基层医疗卫生服务体系”的政策评估	(576)
第十一章	促进基本公共卫生服务逐步均等化	(601)
第一节	公共卫生服务政策的发展历程	(602)
第二节	促进基本公共卫生服务的公共政策评估	(615)
第三节	新医改中“人人享有健康保障”目标的公共政策评估	(632)
第十二章	公立医院改革的发展与评估	(653)
第一节	公立医院的改革历程	(654)
第二节	公立医院改革的公共政策评估	(672)
第三节	新医改中公立医院改革的公共政策评估	(700)
第十三章	中国医药卫生体制改革的趋势、展望与改革路径	(715)
第一节	中国医药卫生体制改革的趋势与展望	(716)
第二节	中国医药卫生体制改革的路径分析	(729)
后记		(742)
参考文献		(744)

第一章 中国医疗卫生体制改革的历程、现状与问题

当前,“看病难,看病贵”已成为政府、社会普遍关注的社会问题。这一问题的产生,一方面是因为中国处在社会主义初级阶段,医疗卫生供给不足,难以满足人民日益增长的医疗需求。另一方面是由于中国的医疗卫生体制不健全,人民医疗保障水平较低,医疗市场价格控制难度较大。为加快解决人民“看病难,看病贵”的问题,中国政府把医疗卫生问题上升为公共问题,将加快医疗卫生制度改革工作作为政府工作的重要组成部分。

迄今为止,中国的医疗卫生制度改革已经取得了初步成就:基本医疗保障制度基本实现城乡人口全覆盖,基本药物制度初步建立,公立医院改革试点逐渐推广,医疗卫生逐步向覆盖面广、结构优化、制度健全、保障水平逐渐提高的方向发展。

中国医疗卫生体制改革历经了曲折的发展过程,本章旨在对中国医疗卫生制度的建立和改革历程进行全面、详细地梳理。通过阶段性的时间划分,分别描述了新中国成立初期、计划经济时期以及改革开放后中国医疗卫生体制的发展及革新状况。具体来看,本章分为三节:第一节,概述计划经济时期中国医疗卫生发展状况;第二节,对中国医疗卫生体制的改革背景、历程以及发展展望等进行相关分析;第三节,对中国医改的现状与问题进行整体性概括与分析。

第一节 计划经济时期中国医疗卫生发展概况

经过改革开放 30 多年的发展,中国的医疗卫生体制发生了较大变化,医疗卫生事业取得了较大的发展成果。从卫生机构数量的角度来看,截至 2013 年 10 月底,全国医疗卫生机构数达 96.1 万个,其中,医院 2.4 万个,基层医疗卫生机构 92.1 万个,专业公共卫生机构 1.2 万个,其他机构 0.2 万个;^①从医疗救助的角度来看,中国积极开展农村、城市医疗救助,2012 年全年累计救助城市居民 2077 万人次,2012 年全年累计救助贫困农村居民 5974.2 万人次;此外,报告发病率为 473.87/10 万,死亡率为 1.23/10 万。^②

然而,改革开放之前的计划经济时期,中国医疗卫生发展仍处于起步阶段,医疗卫生

① 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会,2013 年 11 月底全国医疗卫生机构数 [EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/mohwsbwsjtjxxzx/s7967/201312/b9d67fd3299241ed990084ad5acc11e8.shtml>, 2013-12-09。

② 中国疾病预防控制中心,去年法定报告传染病发病率下降 8.15%,登革热麻疹疟疾增幅较大 [EB/OL]. http://www.chinacdc.cn/mtdx/crbxx/201402/t20140217_93481.htm, 2014-02-17。

水平较低，医疗卫生制度相对不健全。以下将对计划经济时期的医疗卫生发展进行详细的概述，以期明确医疗卫生发展的总体历程。

一、新中国成立时期的医疗卫生状况

新中国成立初期，中国的医疗卫生状况极其恶劣。大量疫病（鼠疫、霍乱、天花、血吸虫病等）发生和流行，严重威胁中国国民的身体健康。据资料记载，新中国成立初期国民的平均寿命仅有 35 岁，婴儿死亡率高达 200‰，5 岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率高于世界平均水平。^①

在新中国成立初 1949 到 1953 五年内，我国人均自然死亡率高达 17.36‰，在 1949 年死亡率达到最高值 20‰，随后的几年，我国的自然死亡率有所下降，但绝对数值依然较高。从总和生育率来看，从 1949 年到 1951 年呈现出逐年下降的趋势，造成这一现象的主要原因是新中国成立初期医疗服务水平较低，婴儿以及刚生育的妇女未能得到良好的医疗卫生服务，从而导致较高的婴儿死亡率和妇女死亡率。^②

表 1-1 新中国成立初期的人口基本数据

年份	1949	1950	1951	1952	1953
年末总人数（万人）	54167	55196	56300	57482	58796
出生率（‰）	36.00	37.00	37.80	37.00	37.00
死亡率（‰）	20.00	18.00	17.80	17.00	14.00
自然增长率（‰）	16.00	19.00	20.00	20.00	23.00
年增加人口（万人）	—	1029	1104	1182	1314
总和生育率（个）	6.14	5.81	5.70	6.47	6.50

资料来源：①杨魁孚，梁济民，张凡，中国人口与计划生育大事要览 [M]，北京：中国人口出版社，2001；②国家统计局人口统计司、公安部三司编，中华人民共和国人口统计资料汇编（1949—1985）[M]，北京：中国财政经济出版社，1988。

新中国成立初期恶劣的医疗卫生状况对国民的健康造成了严重的影响。国民在承受战争后遗症的同时，还要遭受天花、霍乱等疾病的困扰，影响其身体及心理健康，导致国民无法进行正常的生产生活，影响经济、社会的健康发展及国民自身的生活水平。然而，恶劣的医疗卫生状况的形成主要是由于解放战争刚刚结束，原有的医疗机构缺乏资金支持，医疗护理职工相对不足，导致医疗服务无法正常运行，医疗服务机构数量以及服务质量均不能满足国民的医疗服务需求。从表 1-2 中，可以了解到从抗日战争到解放战争胜利期间，中国医疗卫生服务机构的数量变化。

① 韩启德，健康中国 2020——基于中国国情的卫生经济学战略思考 [J]，卫生经济研究，2009（265）：5—9。

② 宋学勤，韩艳梅，曲折中的前进：1949—1966 年中国人口状况与政策回应 [J]，商丘师范学院学报，2010（8）：53—58。

在1937—1947年间,中国的医院数目有一定的增加,尤其是省立医院,从原来的15所增长到110所,县卫生院从12所增加到1440所。此外,1947年我国设立了11所省立妇幼保健所、13所市立妇幼保健所以及一系列防治院,一定程度上完善了医疗机构的结构。表面来看,当时我国的医疗卫生服务机构是比较健全的,然而事实上,它仍面临着一系列的问题:到1947年,中国各类医疗机构的总和尚未达到2000所,医疗服务机构的结构失衡,以县级医院为主体,省市级医院相对缺乏,同时医疗服务水平较低,质量较差。此外,这些医疗服务机构还存在严重的外部战争依赖性,其设立旨在迎合战争的需要,其运行依赖政府的财政支持,机构缺乏自主性及积极性,这间接导致了新中国成立初期遭受战争破坏的多数医院由于资金、技术以及人才的匮乏而倒闭,新型的医疗服务体系亟待建立。

表1-2 新中国成立前历年省市医疗机关设置情况^①

	1937			1945			1947		
	省立	市立	县立	省立	市立	县立	省立	市立	县立
医院	15	11		53	10		110	56	
传染医院	3	6		7			6	19	
卫生试验所	3	2		10	14		12	7	
其他卫生机构	31	63							
妇幼保健所							11	13	
结核病防治院							4	4	
精神病防治院							2	2	
麻风病医院							3	1	
戒烟医院								3	
县卫生院			152			978			1440
区卫生院			12						
合计	52	82	164	70	24	978	148	105	1440

数据来源:龚纯,《中华民国的卫生组织(1912—1949)》[J],《中华医史杂志》,1989(2):80—85。

总体来看,新中国成立初期中国的医疗服务水平较低,无法有效应对当时大量的疾病、伤病、残疾等因素的挑战,国民健康缺乏保障,新型的医疗服务体系亟待建立。为防止大规模人口死亡现象的出现,保障国民的基本健康需求,因此政府高度关注国民的健康问题。然而,我国并未建立起完善的医疗服务体系,医疗卫生事业发展缓慢,这主要源于当时的经济社会条件。一方面,新中国成立初期中央以恢复战后经济为主要发展目标,重点关注国民的生产生活水平,而对医疗卫生的关注度则相对降低;另一方面,新中国成

^① 备注:1. 1945年市立医院包括传染病院与产院;2. 1947年包括台湾及台北市;3. 区卫生所仅在广西设立。

立初期,我国面临内外压力,经济发展受限,政府财政收入较少,财政压力较大,在重点发展战后经济的背景下,政府对医疗卫生事业的投入比重相对较低,导致中国医疗卫生事业发展缓慢,国民抵御社会风险的能力较弱。

二、计划经济时期的医疗服务体系

(一) 计划经济时期的医疗服务体系

新中国成立初期,由于政府工作重心、财政投入不足以及医疗卫生事业自身基础薄弱等原因,中国整体医疗服务水平较低,国民缺乏完善的健康保障,受到工伤、疾病、残疾等伤病的困扰,无法进行正常的生产活动,在一定程度上阻碍了中国社会经济的发展。

1950年8月,新中国召开第一届全国卫生会议,提出了新中国卫生工作的三大方针——“面向工农兵”、“预防为主”、“团结中西医”。^①会议的一大贡献是在突出中医地位的基础上强调了西医的作用,会议指出,应充分发挥中医在我国的优势地位,同时兼顾西医的作用,使西医贴近群众,服务群众。

1952年,在毛泽东“动员起来,讲究卫生”的号召下,周恩来总理在以上三个方针的基础上追加了“卫生工作与群众运动相结合”的方针,这标志着以“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”为指导思想的医疗卫生事业建设正式开始。

计划经济时期,中国政府非常重视医疗服务体系建设。当时我国医疗服务面临着以下两方面的问题:一方面社会医疗资源不足,主要表现为公有制医疗服务机构数量较少,未能满足国民医疗服务需求;另一方面,社会医疗资源分布不均匀,主要集中在大城市、沿海城市,偏远及农村地区医疗资源匮乏。针对我国医疗服务的这一现状,政府充分、有效地利用有限的资源,对现存的新中国成立前医疗服务机构进行整顿、修复和改造,使之符合社会主义性质。

具体来看,计划经济时期的医疗卫生服务体系建设主要集中在以下几个方面:

首先,从我国城乡二元结构的国情出发,政府分别针对城市和农村建立了一套医疗服务体系:在城市,建立了以市、区和街道医疗服务体系和相关卫生防疫体系为主的三级医疗服务体系;在农村,形成了以县、乡、村为基础的三级预防保健网。^②

其次,在建立城乡医疗服务体系的基础上,政府重点扶持公共卫生机构、医院教育、科研机构等方面的发展,促使整个医疗服务体系系统化、整体化。

再次,针对医疗资源城乡分布不平衡的状况,政府明确指出“要将医疗卫生工作的重点放到农村去”的要求。一方面鼓励、支持大量城市医务人员向农村转移;另一方面,以各种方式加强农村医务人员队伍和服务机构建设,逐步在绝大多数行政村(生产大队)建立村级卫生机构(诊所)。^③从新中国成立到60年代中期,国家一直支持着农村医疗服务

^① 赵娟.1950年8月19日首届全国卫生会议在北京闭幕,毛泽东为这次会议题词 [EB/OL]. <http://cpc.people.com.cn/GB/64162/64165/68640/68659/4714295.html>, 2010-8-19.

^② 葛延风,贡森.中国医改:问题、根源、出路 [M].北京:中国发展出版社,2007(6):147.

^③ 葛延风,王晓明,报告六:对中国医疗服务体系建设和有关改革的反思与建议 [R],中国发展评论,2007(1):99.

机构的发展，补贴公社的基本建设经费、设备购置经费以及医生的工资，对农村公共卫生诸如免疫接种、血吸虫病防治等进行重点财政投入，为农村基本公共卫生服务的发展奠定了基础，有利于保障农民身体健康，调动农民的生产积极性，也在一定程度上缩小了城乡医疗服务差距。

整体而言，计划经济时期的医疗服务体系主要分为两个类别，其一是由各级政府部门以及大的行业组织直接管理的专业医疗服务机构，包括各种综合性医院、专业性医院以及各种卫生防疫机构等等；其二是隶属城市企事业单位和农村经济集体的基层医疗服务机构，主要是卫生所、诊所、医务室等。^① 图 1-1 反映了计划经济时期各类医疗服务卫生机构的隶属关系。专业医疗服务机构由政府相关部门及大行业组织直接管理，属于公有制单位，其工作人员均为政府公职人员，专业医疗卫生服务机构所需的建设经费、业务经费需要通过政府财政预算获得，其提供的医疗服务费用标准和诊疗价格都由政府严格控制。另外，基层医疗服务机构主要包括城市街道门诊、乡（镇）卫生院以及卫生室，由城市企事业单位、农村经济集体直接管理，同时也接受政府的间接管理，表现为接受政府部门的监督管理，执行政府规定的统一价格与服务标准。其中，农村医疗服务制度在性质上属于合作医疗制度，该制度嵌入在集体组织和制度框架之中，因此农村医疗服务制度是农村集体经济的产物，以农村集体经济为依托及存在的前提条件，一旦农村集体经济消失，农村医疗服务制度也会随即消失。

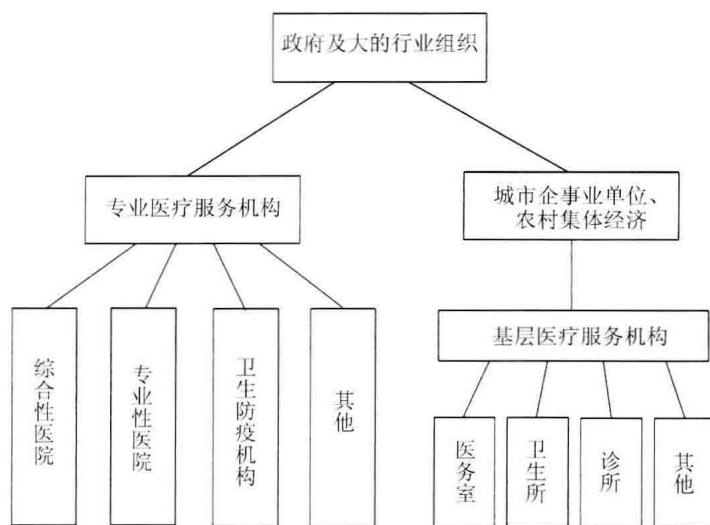


图 1-1 计划经济时期医疗体系分类图

计划经济时期，专业医疗服务机构和基层医疗服务机构既相互区别，又相互联系。一

^① 葛延风，王晓明，报告六：对中国医疗服务体系建设和有关改革的反思与建议 [R]，中国发展评论，2007（1）：100。

方面，它们性质不同，从属于不同的直接管制单位；另一方面，它们之间存在分工与合作的关系：在分工上，专业医疗服务机构主要为特定地区提供较高水平的医疗卫生服务和疾病控制专项服务，在协作上，专业医疗服务机构有对基层医疗服务机构进行业务指导和培训的义务，基层医疗服务机构则承担着配合专业医疗机构担负特定政府任务的责任，特别是公共卫生方面。^①

计划经济时期，中国的医疗服务水平有了很大提高。图 1—2 是新中国成立时期中国医疗卫生服务的基本状况与改革开放前医疗卫生服务状况的基本比较，明确的显示出计划经济时期，中国医疗卫生服务取得了较大的成果，主要表现为：中国医疗卫生技术人员广泛增加，从 1949 年的 50.5 万人增加到 1978 年的 246.6 万人，医生资源增多，平均每万人拥有医生数由 6.7 人发展到 10.7 人；医疗机构规模增大，床位数由 1949 年的 8.5 万张，发展到 1978 年的 204.2 万张，每万人拥有的病床数提高了 17.8 张。由此可见，经过计划经济时期的医疗服务体系建设，我国的医疗服务人力资源以及设备资源均获得了长足发展，在一定程度上提高了我国的医疗卫生服务水平。

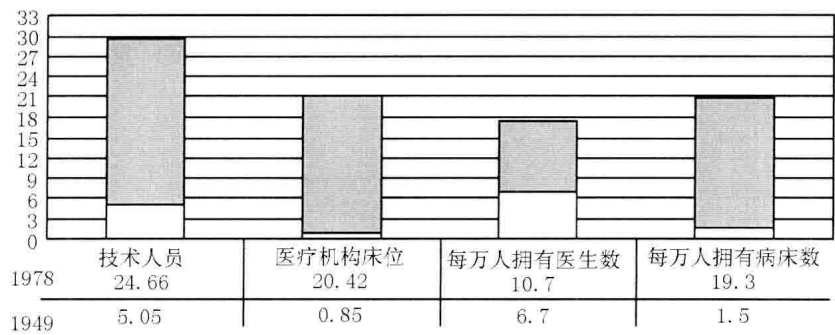


图 1—2 中国计划经济医疗服务发展状况

总之，计划经济时期的医疗卫生服务体系是政府全面干预的结果，是在政府财政支持下发展起来的医疗卫生服务体系，在一定程度上解决了国民对医疗卫生服务的可及性问题，提高了国民平均健康水平，为中国医疗卫生事业的长期发展奠定了一定的基础。

（二）计划经济时期的公共卫生体系

计划经济时期，中国公共卫生体系的建立是不断发展演变的结果。新中国成立初期，中国的公共卫生体系遭到了战争的严重破坏，流行病、传染病泛滥，严重威胁国民的健康水平。1949 年，中国的人均寿命仅有 35 岁，婴儿死亡率高达 200‰，产妇死亡率为 15‰，多种烈性传染病广泛流行，寄生虫病广泛传播，全国仅有 9 个妇幼保健站和 11 个专科防治所。^② 为了维护人民的健康权益，消除疾病对人民的健康威胁，中央政府高度重视公共

① 葛延风，贡森，中国医改：问题、根源、出路 [M]，北京：中国发展出版社，2007（6）：147。

② 张栋，新中国以来医疗卫生事业的发展轨迹 [EB/OL]，http://www.mingge.gov.cn/txt/2011-05/12/content_4194508.htm，1998-10-04，2011-05-12。

卫生事业的发展。1949年，卫生部设立公共卫生局，统一管理全国的卫生防疫机构，坚持以预防为主，推进公共卫生事业建设。1953年，公共卫生局更名为卫生防疫司，主要负责领导全国卫生防疫机构，对全国卫生防疫机构进行统一规划管理，并进行有效工作监督。

在中央的统一领导下，中国公共卫生事业取得了较快的发展，到1952年，中国的医疗卫生防疫体系已经发展成为由“卫生防疫体系、地方病控制体系、妇幼保健体系、过境卫生检验检疫体系”四大体系所构成的系统，各个体系各司其职，职能各不相同。

1. 卫生防疫体系

1953年，政务院第167次会议决定，在全国各省、自治区、直辖市以及地级市、县，建立卫生防疫站。1954年，卫生部颁布了《卫生服务站暂行办法和各级卫生防疫站组织编制规定》，该文件指出，预防疾病、卫生监督和传染病管理是建立卫生防疫站的三个主要任务。

卫生防疫站主要负责急性传染病、地方病的控制，计划免疫，食品卫生，卫生监督等工作。在管理方面，各级卫生防疫站受该级政府部门的管理，各级卫生防疫站之间没有隶属关系，只是一种相互配合的关系，共同完成政府指令性任务和各地防疫工作。

在计划经济时期，卫生防疫站是中国卫生事业的中坚力量，增强了基层防疫疾病的能力，在预防和治疗传染病、地方疾病等方面做出了突出贡献。

2. 地方病控制体系

最初，地方病控制体系的设立旨在防治血吸虫病。1955年，为了有效控制和防治血吸虫病，中央成立南方十三省（市、自治区）血吸虫领导小组，并在地方各级党委成立领导小组，同时卫生部成立血吸虫病办公室，进一步增强血吸虫病防治力量。

3. 妇幼保健体系

针对新中国成立初期产妇死亡率及婴儿死亡率高，全国妇幼保健院所相对缺乏的状况，中央政府决定在各省、市、自治区设立妇幼卫生科，并指出县级以上的妇幼保健专业机构是本地区妇幼保健业务的指导中心，应以妇幼保健为中心，以临床为基础，开展医疗、保健、教学和科研工作。

妇幼保健体系由妇幼保健院、妇幼保健所、妇幼保健站构成，妇幼保健院设有床位和门诊，妇幼保健所不设正规的床位，只有门诊和观察床，而妇幼保健站则不设床位和门诊，其主要工作是对基层妇幼保健进行业务指导和普及妇幼卫生知识。

为了进一步完善全国妇幼保健体系，健全基层妇幼保健体制，国家在农村卫生院和城市街道医院建立了妇幼保健组，由专职妇幼保健人员负责基层保健工作。

4. 过境卫生检验检疫体系

过境卫生检验体系，又称为国境卫生检疫体系。新中国成立后，中央政府决定重新构建国家检疫体系，为充分利用现有资源，中央政府收回旧政权遗留的17个检疫所，划归各地卫生部门领导。到1967年，全国有海港（江河）、航空和陆地边境检疫所、站共37个，主要负责出入境的公共卫生检查、进出口食品的口岸卫生监督，防止重大传染病流入

和流出。^①

计划经济时期,除上述公共卫生专职机构,公共卫生职能还由非专职机构承担,非专职机构与专职机构紧密合作,协调配合,共同防治、监控疾病的发生。这些非专职机构主要分为两大类,第一类是各级医院的预防保健科、传染病科,为医院的正式编制,负责医院周围地区的免疫接种、传染病防治、健康教育等;第二类是基层卫生,包括厂矿企业医务室、农村卫生室等,主要负责为基层群众提供基本公共卫生服务。

总体上,在计划经济时期,中国基本形成了一套较完备的公共卫生服务体系,运作过程中注重城乡、专职机构与非专职机构的协调配合,在一定程度上缩小了城乡和地区差异,在防治传染病、提高妇女生育安全性和降低婴儿死亡率等方面做出了突出贡献,为推进中国公共卫生事业发展奠定了基础。

(三) 计划经济时期的医疗保障体系

1. 计划经济时期城镇医疗保障体系

在计划经济时期,城镇医疗保障体系主要分为两大部分:第一,劳保医疗制度。劳保医疗制度是一项覆盖城镇国有企业职工和退休人员及其家属的保障制度。它是一项强制性的雇主责任制度。国有企业职工和退休人员患病由企业直接支付医疗费用,国有企业职工及退休人员的直系亲属患病时,可以在该企业的医疗诊所、医院或特约中医院免费诊治,企业承担50%的手术费和药费;第二,公费医疗。公费医疗的主要保障对象是国家机关和全民所有制单位工作人员、离休人员和退休人员,乙级以上革命伤残军人以及国家正式核准设置的高等院校在校学生。^②公费医疗是对机关事业单位工作人员的一项基本免费的医疗保险制度,也属于一种强制性雇主责任制度。

从企业医疗保障费用的来源角度,可以将劳保医疗建设分为两个阶段:第一阶段为1969年,在这一阶段,企业医疗保障费用主要由两部分构成,企业医疗保障费和补充性资金,企业医疗保障费主要来自劳保医疗卫生费,补充性资金渠道有企业自留的劳动保险金和按规定提取的福利费;第二阶段为1969年以后,在这一阶段,企业医疗保障费变更为企业职工福利基金,由企业卫生费、福利费和奖励基金合并构成。^③

在报销项目方面,原来挂号费、出诊费、住院费、手术费以及普通药费均可以向企业报销,自1966年起,国家开始对劳保医疗制度进行一定的改革,从1969年以后,挂号费、诊疗费改由个人承担,患者到指定医院或门诊部就医,需经过用人单位的审核批准才可报销。

1952年,政务院发布《关于全国人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》,该指示明确指出,享受公费医疗的群体主要包括:国家机关、事业单位工作人员,革命伤残军人,高校学生。之后,国家卫生部、财政部等部门又颁布了《关于改进公费医疗管理问题的通知》,将社会团体,事业单位离退休人员纳入

^① 葛延风,王晓明.对中国医疗服务体系建设和有关改革的反思与建议[EB/OL].<http://www.wyxxsx.com/Article/Class4/201107/251013.html>, 2011-7-28.

^② 葛延风,贡森.中国医改:问题、根源、出路[M].北京:中国发展出版社,2007(6):96.

^③ 葛延风,贡森.中国医改:问题、根源、出路[M].北京:中国发展出版社,2007(6):95.

到公费医疗保障范围内。1955年,财政部、卫生部和国务院联合发布通知,继续扩大公费医疗的保障范围,将国家机关工作人员子女医疗费用也包含在公费医疗保障范围内。

计划经济时期,城镇医疗保障制度中个人只需缴纳很少一部分医疗费用,大部分医疗费用由国家承担,这在一定程度上减轻了个人的医疗负担,保障了国民健康。

2. 计划经济时期农村医疗保障体系

20世纪50年代初期,在城市,中国已经基本建立了以公费医疗制度和劳保制度为主体的城镇职工医疗保险制度,但是在农村还没有建立相应的医疗保障制度,农民看病需自己承担医疗费用。然而,在一些地区,例如山西、河南等,部分农村自发试行合作医疗保障,群众自发集资创办医疗卫生诊所。随后,许多地方纷纷效仿这种合作制度。1965年9月,中共中央批转卫生部党委《关于把卫生工作重点放到农村的报告》,强调加强农村基层卫生工作的重要性,1968年,湖北省长阳县乐园公社办合作医疗受到毛泽东的赞扬,这极大地推动了农村合作医疗的发展。

与城镇医疗保障制度不同,农村合作医疗保障制度属于低水平保障制度,国家推动合作医疗的发展主要是为了提高农民对医疗卫生服务的可及性。在政府干预全国医药价格的背景下,医药价格不高,农民一般都看得起病。

另外,由于当时生产资料归集体所有,村医疗机构基本由公社所建或是乡卫生院建立。整体来看,不同地区的农村合作医疗各有特色、各不相同,例如对诊疗费的报销,有的地区减免诊疗费,有的地区减免药费,有的地区则是两者均减。^①然而,医疗合作社的经费来源大体是一致的,主要来自农民自愿缴费、大队公益金补贴和业务收入(主要是药品利润)。

在计划经济时代,城镇医疗保障制度以及农村合作医疗保障制度均是在政府的干预下建立的,医疗服务、药品价格由政府控制。公费医疗、劳保医疗中,患者只需承担小部分医疗费用;农村合作医疗虽然报销水平较低,但是在政府的管控下,医疗价格本身并不高,因此农民所承担的医疗费用也不高,而且在农村形成了一种互助共济的良好社会气氛。总之,在计划经济时期,中国医疗保障制度在一定程度上增进了国民健康,减轻了社会负担,取得了一定的成就。

(四) 计划经济时期医药体制

药品是一种较特殊的商品,它直接关系着患者的健康。为了使药品生产、分配、流通合法化,保障人民的权益,在计划经济时期,国家对医药领域进行了严格的管制。图1—3反映了新中国成立时期国家对医药领域的具体管制情况。

^① 高开焰,《新型农村合作医疗及初级卫生保健》[M],安徽:合肥工业大学出版社,2004(7):3。

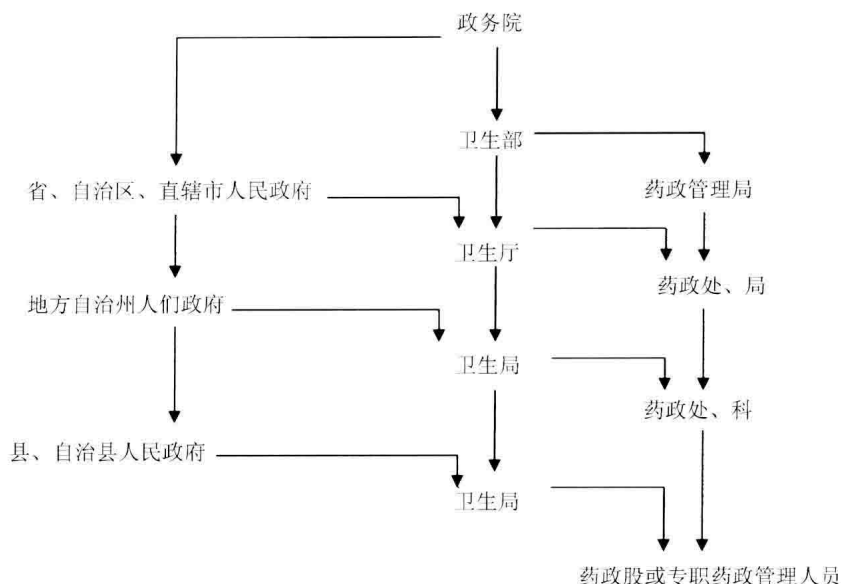


图 1-3 新中国成立时期国家对医药领域的管制图

从上图可以看出，新中国成立初期中国对医疗领域的管理比较严密。政务院直接管理省、自治区、直辖市人民政府和卫生部，卫生部管理卫生厅和药政管理局。卫生部以下每一级医疗管理部门，都由两个部门对其进行监督管理。卫生厅由省、自治区、直辖市人民政府和卫生部进行监督和管理，其下属卫生局受地方自治州人民政府与卫生厅，或县、自治县人民政府与卫生厅的管理。在药政专项管理方面，药政管理局直接管理药政处（局），药政处直接管理药政科，而药政股或专职药政管理人员则受到卫生局和药政科的双向管制。由此可知，在新中国成立初期，国家对医药生产、流通和管理是比较严密的。这有力地改善了当时中国医药工业规模小、生产力薄弱、分布零散的局面。

在制药企业构成方面，新中国成立初期，制药企业以私营企业为主。20 世纪 50 年代，国家对一批民族资本化学制药工业进行社会主义改造，建立了国有医药企业。国家对国有医药企业进行严密管控，对其生产的产品种类、数量，流通的方向实行指令性控制。20 世纪 60 年代中期成立了中国医药公司，集中领导全国制药工业的生产、科研工作。

在流通方面，计划经济时期，药品的批发、销售、配送都受到国家的监管和控制，由国家指定的医药公司进行配送。县级医药采购站的药品均是由国家、省级医药公司直接配送的，再由各级医疗采购站送至各大医院和国营药店。

在价格管制方面，化学药品的原材料采购价格、制药成本和销售、批发价格都由政府统一确定。中药价格方面，中央政府主要负责对大中城市和二类中药材收购价格进行管理，而三类中药材价格则由省、自治区、直辖市药材公司自行管理。

总之，在计划经济时期，国家有一套严密的医药管理监控体制，对药品的生产、流通配送以及价格实行指令性计划，有力地保证了药品生产流通的合法化，有效地控制了药品

价格的上涨。

三、计划经济时期医疗卫生制度的评价

（一）计划经济时期医疗卫生事业取得的成就

计划经济时期，虽然我国的经济水平较低，区域发展不平衡，但是在医疗卫生事业方面，城镇居民以及农村居民均在基本医疗服务的辐射范围内，国民的健康权益得到了保障。

在公共卫生事业方面，在“以预防为主，诊疗为辅”的思想指导下，中国有效地控制了如霍乱、天花等传染病的发展，地方疾病的发病率大大降低。在妇幼保健方面，婴儿死亡率及产妇死亡率大幅度降低，前者从新中国成立初期的 200‰ 降低至改革开放初期的 37.6‰。

在医疗保险方面，城镇公费医疗和劳保医疗几乎覆盖了所有城镇居民，劳保医疗只需患者缴纳很少的医疗费用，而公费医疗几乎不需要患者缴费，在一定程度上保障了城镇居民的社会生活，加强了其抗风险能力。而以集体经济为依托的农村合作医疗，一方面，降低了农民的医疗费用支出，增强了农民对医疗服务的可及性；另一方面，增强了“互济互利，团结协作”的意识，促进了农村的社会整合。城镇居民医疗保险以及农村合作医疗保险在一定程度上缓解了劳动者的后顾之忧，提高了劳动者的生产积极性，进而推动了生产力的发展。

在医疗服务体系方面，国民的就医可得性及就医可及性均得到了一定程度的提高。就医可得性与可及性是两个不同的概念，可及性是在可得性基础上的深入发展。在就医可得性方面，计划经济时期，医疗服务机构的数量大幅增加，层级分类完善而清晰，医疗机构一直延伸到街道、乡村，使多数国民都可以享受有效的医疗服务；在就医可及性方面，计划经济时期，医疗机构在数量大幅增加的基础上，进一步提高了医疗服务水平，明确了医疗服务的公益性性质与目标，有效地控制了医疗服务价格的上涨，减轻了国民的医疗负担。

在医药体制方面，计划经济时期的主要成就表现为以下两点：第一，有效提高药品生产力。计划经济时期药品生产力的较快提高缓和了新中国成立时期药品供需不平衡的状况。在“中西医结合”的思想指导下，中国大力开展药品生产，提高药品科研水平，增加药品种类，降低药品成本，使药品基本满足医疗机构和患者的需求；第二，合理控制药品价格。在政府的指令性安排下，药品价格得到合理控制，患者就医费用有所降低，从而提高了国民医疗服务的可及性。

（二）计划经济时期医疗卫生事业存在的问题与不足

计划经济时期，中国的医疗卫生事业有了一定的发展，但仍面临着一些突出的问题。

在公共服务领域，医疗卫生事业面临的问题主要体现在以下两方面：第一，公共服务的范围较小。中国的公共服务体系主要集中在控制传染病、妇幼保健、控制地方疾病和过境卫生检查四个方面，没有涉及慢性病防治与健康教育等公共服务内容；第二，公共卫生体系比较脆弱。计划经济时期，中国公共卫生体系抗击自然风险及社会风险的能力较低，未能有效应对风险挑战。1959 年到 1961 年中国三年困难时期，新中国成立初期已经得到