

发展型社会政策视域下的 中国医疗卫生事业管理创新研究

FAZHANXING SHEHUI
ZHENGCE SHIYUXIA DE
ZHONGGUO YILIAO WEISHENG SHIYE
GUANLI CHUANGXINGYANJIU

新型城镇化建设与社会治理丛书

总主编 颜佳华

鄢洪涛 等著



湘潭大学出版社

发展型社会政策视域下的 中国医疗卫生事业管理创新研究

新型城镇化建设与社会治理丛书
总主编 颜佳华

鄢洪涛 等著



湘潭大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

发展型社会政策视域下的中国医疗卫生事业管理创新
研究 / 鄢洪涛等著. — 湘潭: 湘潭大学出版社,
2014.12

ISBN 978-7-81128-796-7

I. ①发… II. ①鄢… III. ①医疗保健事业—研究—
中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第299831 号

责任编辑: 熊先兰

封面设计: 舒林媛

出版发行: 湘潭大学出版社

社 址: 湖南省湘潭市 湘潭大学出版大楼

电话(传真): 0731-58298966 0731-58298960

邮 编: 411105

网 址: <http://press.xtu.edu.cn/>

印 刷: 国防科技大学印刷厂

经 销: 湖南省新华书店

开 本: 787×1092 1/16

印 张: 10

字 数: 232 千字

版 次: 2014 年 12 月第 1 版 2014 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-81128-796-7

定 价: 28.00 元

(版权所有 严禁翻印)

本书由

湖南省“十二五”公共管理重点学科、
教育部特色专业行政管理、湘潭大学学科建设经费
资助

本书是国家社科基金青年项目《基于绩效评估的农村
医疗卫生制度改革研究》（编号：14CZZ031）系列成果

前 言

十八届三中全会提出要“完善城镇化健康发展体制机制”，坚持走中国特色新型城镇化道路，推进以人为核心的城镇化，推动大中小城市和小城镇协调发展、产业和城镇融合发展，促进城镇化和新农村建设协调推进。这为完善城镇化健康发展体制机制提出了明确目标。我国目前正处于城镇化高速发展阶段，如何引导好城镇化的发展方向，提升城镇化的社会治理水平，拓宽城镇化的社会治理路径，促进国家和社会之间更加有效地融合，是具有重大理论意义和实践意义的课题。

湘潭大学公共管理学院作为全国最早开办行政管理专业的高校之一，曾经出版过《公共管理论丛》、《公共行政与公共管理丛书》等大型学术研究丛书，并编辑出版了《湖湘公共管理研究》学术辑刊。本套丛书紧扣新型城镇化与社会治理中出现的新问题，比如城市社区建设与社区发展、城镇规划、土地流转、农村社会组织与社会发展、医疗制度改革、文化事业管理、城市公用事业管理改革等学界关注的热点问题展开研究，为经济社会发展提供服务。

本套丛书的作者是我院近年来涌现出来的一批优秀中青年教学科研骨干，均具有国内外名校的博士学位，理论功底好，创新意识强，科研上已有所建树，在学术界已开始崭露头角。本套丛书在学术研究视角和研究方法上力求有所突破，理论上有所创新，为推进新型城镇化建设和社会治理作出贡献。但由于学识所限，书中不妥之处诚请专家、读者批评，以便我们进一步提高。

湘潭大学公共管理学院院长、教授、博士生导师 颜佳华

2014年7月8日

目 录

导 论

一、研究背景与意义	(1)
(一) 研究背景	(1)
(二) 研究意义	(2)
二、国内外研究现状	(4)
(一) 国外研究现状	(4)
(二) 国内研究现状	(5)
(三) 国内外研究述评	(11)
三、研究的思路、主要内容与研究方法	(12)
(一) 研究的思路与主要内容	(12)
(二) 研究方法	(13)
四、医疗卫生事业管理的基本内容	(14)
(一) 医疗卫生事业管理的内涵与特点	(14)
(二) 医疗卫生事业管理的构成	(14)
(三) 医疗卫生事业管理的目标与功能	(16)

第一章 医疗卫生事业管理传统社会政策的典型模式

一、福利型社会政策与医疗卫生事业管理实践	(19)
(一) 福利型社会政策的内涵与原则	(19)
(二) 福利型社会政策下医疗卫生事业的主要特征	(21)
(三) 福利型社会政策下医疗卫生事业发展的局限性	(22)
(四) 福利型社会政策下医疗卫生事业管理的典型模式	(23)
二、剩余型社会政策与医疗卫生事业管理实践	(25)
(一) 剩余型社会政策的内涵与原则	(25)
(二) 剩余型社会政策下医疗卫生事业的主要特征	(27)
(三) 剩余型社会政策下医疗卫生事业发展的局限性	(29)
(四) 剩余型社会政策下医疗卫生事业管理的典型模式	(30)

三、制度再分配型社会政策与医疗卫生事业管理实践	(32)
(一) 制度再分配型社会政策的内涵与原则	(32)
(二) 制度再分配型社会政策下医疗卫生事业的主要特征	(34)
(三) 制度再分配型社会政策下医疗卫生事业发展的局限性	(36)
(四) 制度再分配型社会政策下医疗卫生事业管理的典型模式	(37)

第二章 中国医疗卫生事业管理传统社会政策模式的演变及主要弊端

一、新中国成立以来医疗卫生事业管理传统社会政策模式的演变	(39)
(一) 改革开放前福利型社会政策模式下的医疗卫生事业	(40)
(二) 剩余型社会政策模式下医疗卫生事业市场化改革	(43)
(三) 转型期医疗卫生事业制度再分配型管理模式	(45)
二、医疗卫生事业管理传统社会政策模式的主要弊端	(48)
(一) 价值理念的偏离	(48)
(二) 政府职能不明确	(49)
(三) 危机回应型管理范式	(52)
三、医疗卫生事业管理传统社会政策模式的不良影响	(53)
(一) 医疗卫生资源城乡二元差距不断扩大	(53)
(二) 医疗卫生公共服务可及性较低	(54)
(三) 医疗卫生费用持续增长	(55)

第三章 发展型社会政策视域下医疗卫生事业管理的主要内容

一、发展型社会政策概述	(57)
(一) 发展型社会政策的内涵	(57)
(二) 发展型社会政策的产生背景	(58)
(三) 发展型社会政策的代表性理论	(60)
二、发展型社会政策与医疗卫生事业管理的相关性分析	(61)
(一) 发展型社会政策与医疗卫生事业管理的理论关联	(61)
(二) 发展型社会政策与医疗卫生事业管理的功能耦合	(63)
三、医疗卫生事业管理发展型社会政策模式核心理念	(64)
(一) 经济与社会协调发展	(64)
(二) 以社会投资为导向	(67)
(三) 政府积极上游干预	(70)
(四) 多元主体合作治理	(73)

第四章 促进人的发展与全民健康保险制度创建

一、全面推进医疗保险的制度整合	(76)
(一) 制定医疗保险制度整合的战略规划	(77)
(二) 推进医疗保险管理体系的全面整合	(79)
(三) 建立科学的医疗保险筹资与补偿机制	(81)
二、推进医疗保险支付制度改革	(84)
(一) 推进医疗保险机构的改革	(84)
(二) 健全医疗服务市场运作机制	(86)
(三) 建立医疗保险多元付费方式	(89)
三、逐步实现由疾病保险向健康保险转型	(91)
(一) 全民健康保险制度的内涵与特征	(91)
(二) 疾病保险向健康保险转型的必要性	(91)
(三) 实现由疾病保险向健康保险转型的具体路径	(92)

第五章 多元合作治理与医疗卫生服务体系建设

一、建立医疗卫生服务政府主导机制	(94)
(一) 合理界定和优化政府职能	(95)
(二) 健全医疗卫生跨部门协作机制	(96)
二、建立医疗卫生机构竞合机制	(97)
(一) 健全医疗服务体系的科学分类与职能定位	(97)
(二) 建立医疗卫生机构纵向协作机制	(98)
(三) 建立医疗卫生机构分层竞争机制	(103)
(四) 推进公立医疗机构改革	(105)
三、健全医疗卫生服务社会参与机制	(107)
(一) 积极培育参与主体	(107)
(二) 健全信息公开制度	(109)
(三) 拓宽参与渠道	(110)
(四) 健全反馈机制	(111)

第六章 发展型社会政策视域下医疗卫生事业管理创新的实现路径

一、健全医疗卫生事业政府责任制度	(113)
(一) 转变传统理念, 树立政府责任观	(113)
(二) 明确政府职责, 落实政府责任制	(114)
(三) 健全相关法律法规, 保证政府责任履行	(116)
二、健全医疗卫生公共决策制度	(117)
(一) 以平等、科学的精神培育公共决策多元参与主体	(117)

(二) 以民主、法治的理念规范公共决策参与过程	(118)
(三) 以公开、公平的态度执行公共决策	(119)
三、健全医疗卫生事业经费保障制度	(119)
(一) 依法保障医疗卫生事业发展的财政性经费投入	(120)
(二) 积极拓宽医疗卫生事业发展的融资渠道	(121)
(三) 努力提高医疗卫生事业发展经费的使用效益	(121)
四、健全医疗卫生事业市场运行制度	(122)
(一) 在界定医疗卫生产权的基础上建立市场运作多元参与机制	(122)
(二) 在完善市场准入机制的前提下加强市场监管	(123)
(三) 在完善政府医疗卫生供给职能的背景下健全价格规制	(124)
五、健全医疗卫生绩效评估制度	(124)
(一) 明确医疗卫生绩效评估的目标	(125)
(二) 加强医疗卫生绩效评估机构建设	(125)
(三) 加强医疗卫生绩效评估指标体系建设	(126)
(四) 完善医疗卫生绩效评估方法与程序	(126)
(五) 健全医疗卫生绩效评估结果运用制度	(127)
六、健全医疗卫生服务监管制度	(127)
(一) 建立现代监管理念, 加强监管能力建设	(127)
(二) 培育医疗卫生服务监管的多元主体	(128)
(三) 明确医疗卫生服务监管的主要内容	(128)
(四) 运用科学、全面的医疗卫生服务监管方式	(129)
 总 结	
一、研究的主要结论与创新	(131)
二、存在的不足及有待进一步研究的问题	(132)
 参考文献	(133)
 后 记	(145)

导 论

一、研究背景与意义

(一) 研究背景

党的十八届三中全会审议通过了《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》的文件,提出“全面深化改革必须以促进社会公平正义,增进人民福祉为出发点和落脚点”,“要紧紧围绕更好保障和改善民生、促进社会公平正义、深化社会体制改革,改革收入分配制度,促进共同富裕,推进社会领域制度创新,推进基本公共服务均等化”。党的十八大报告强调,要重点推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革,完善国民健康政策,为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和医疗服务。深化中国医疗卫生体制改革,推进医疗卫生事业管理创新已经成为新时期提升国家治理能力、深化社会体制改革以及实现基本公共服务均等化的重要举措。

1. 医疗卫生服务均等化对医疗卫生事业管理提出了新要求

进入新世纪,社会对公共产品和公共服务的需求全面增长,整个社会公共服务的短板危机日渐显露,基本公共服务城乡差距和地区差距逐步扩大。我国市场化、工业化和城市化进程全面加快,人口老龄化问题加剧,医疗卫生公共服务发展问题不断凸显,医疗服务价格居高不下,“看病贵、看病难”、“因病致贫”、“因病返贫”现象突出。特别是 2003 年 SARS 危机爆发后,医疗卫生资源不足等弊端集中显现出来,实现医疗卫生服务均等化已经成为新时期推进医疗卫生事业持续发展、缓解社会矛盾和维护社会公平公正的重要路径。2006 年颁布的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十一个五年规划纲要》首次提出“逐步推进基本公共服务均等化”;2006 年 10 月党的十六届六中全会将“基本公共服务体系更加完备”列为发展任务之一;2012 年 7 月颁布的《国家基本公共服务体系“十二五”规划》,明确了基本公共服务的范围,将其范围确定在“公共教育、就业服务、社会保险、社会服务、医疗卫生、人口计生、住房保障、公共文化等 8 个领域”。医疗卫生事业作为基本公共服务的重要组成部分,亟需实现均等化。实现基本医疗卫生服务的均等化,亟

需在医疗事业管理方面实现创新与发展,在医疗卫生筹资机制、医疗卫生保障机制、医疗卫生绩效评估与监管机制等方面努力实现新的突破,加快基本医疗卫生服务均等化的实现进程。

2. 人口老龄化对医疗卫生事业管理提出了严峻挑战

根据1956年联合国《人口老龄化及其社会经济后果》确定的划分标准及1982年维也纳老龄问题世界大会的规定,在一个国家总人口中,如果60岁以上人口所占比重超过10%或65岁以上人口所占比重超过7%,就属于老年型人口年龄结构。随着人民生活水平的提高、医疗条件的改善和计划生育政策的实施,人口增长模式呈现出低出生率、低死亡率、低增长率的特征,中国进入人口老龄化快速发展阶段。2013年国务院发布《关于加快发展养老服务业的若干意见》指出,2012年底中国60岁以上老年人口已达1.94亿,占总人口的比例高达14.4%;65岁以上老人达1.22亿,占总人口的比例为9.1%。2020年,60岁以上人口将达到2.43亿,2025年将突破3亿人。与其他年龄阶段的人口相比,老年人健康水平低、发病率和患慢性病率高,对医疗卫生资源的需求大、医疗费用高。相关调查显示,老年人两周患病率为43.2%,而全人群为18.9%;老年人慢性病患者率为43.8%,而全人群为20%。世界银行在1993年的《世界发展报告》中得出结论,60岁以上年龄组的医疗费用是60岁以下年龄组医疗费用的3-5倍。根据经合组织国家用于测算卫生总费用的计量经济学模型,65岁以上人口人均医疗费用大约是65岁以下人口的2-8倍。在澳大利亚,60岁以上老年人的人均健康支出是15岁以下人口人均支出的6倍,在匈牙利是10倍以上。在日本,老年人医疗费用是其他人群的5倍左右,约占其国民医疗费用的50%。中国的调查也显示65岁以上年龄组医疗服务需求明显高于其他各年龄组,人口老龄化在一定程度上挑战着中国医疗卫生事业的管理与发展。

3. 医疗卫生资源的配置失衡严重影响了医疗卫生事业的发展

医疗卫生资源配置失衡,结构矛盾凸显,重治疗、轻预防;城乡、区域医疗卫生差距大,城市医疗资源过度集中,农村地区医疗资源匮乏;沿海经济发达地区和内陆大城市医疗资源优势明显,边远山区农村医疗卫生资源十分匮乏,严重影响了医疗卫生事业的发展。从人均医疗卫生经费来看,2011年城市为2695.1元,农村为871.6元,城市是农村的3.1倍;从每千人口医疗机构床位数来看,2011年城市为6.24个,农村为2.80个,城市是农村的2.2倍;2011年每千农业人口乡镇卫生院的床位数仅为1.16个。从每千人口卫生技术人员来看,2011年城市为7.97人,农村为3.18人,城市是农村的2.5倍。其中城市每千人口执业医师数为2.8人,农村为0.95人,城市是农村的2.9倍;城市每千人口注册护士数为3.32人,农村为0.98人,城市是农村的3.4倍。2011年每千农村人口乡镇卫生院人员数为1.32人,每千农业人口村卫生室人员数为1.53人。^①

(二) 研究意义

健康问题关系到广大人民群众切身利益,关系到一个国家经济的可持续发展,关系

① 卫生部:《中国卫生统计年鉴(2012)》,北京:中国协和医科大学出版社2012年版,第29-113页。

到整个社会的和谐稳定。中国是世界上最大的发展中国家,人口众多,医疗卫生事业的管理成熟度直接影响到医疗卫生事业的发展,影响到医疗卫生服务的水平和广大民众的健康状况。传统社会政策模式下的医疗卫生事业管理存在着诸多的弊端与不足,给我国医疗卫生事业的发展带来了诸多不良影响,导致我国医疗卫生资源城乡二元差距不断扩大、医疗卫生费用持续增长以及医疗卫生公共服务可及性较低,居民“看病难、看病贵”、“因病致贫”、“因病返贫”等现象凸显,引起社会各界的关注。传统社会政策模式下的医疗卫生事业管理已经不能适应公众的医疗卫生需求,因此,亟需在医疗卫生事业管理上实现创新与发展。本书以发展型社会政策视域下的中国医疗卫生事业管理创新研究为选题,对于维护广大人民群众切身利益、促进社会公平公正,推进我国医疗卫生事业健康发展有着十分重要的意义。

1. 有利于拓展医疗卫生事业管理研究的新视角

社会政策是社会管理的载体。符合国情的社会政策理念建构对社会管理具有十分重要的引导功能。纵观世界各国,不同的社会政策模式下,医疗卫生事业管理呈现出了不同的发展目标、战略规划和特点。当前中国医疗卫生事业管理创新一般只就管理创新研究管理创新,侧重于研究医疗卫生服务体系建设、医疗卫生保障制度和医疗卫生事业管理中的政府职能等内容,未能突破传统社会政策模式的局限性;医疗卫生事业管理目标功能不明确,价值理念偏离,以被动的危机回应型管理模式为主,战略性不足;医疗卫生事业管理始终无法破解资源配置不均衡、公共卫生服务可及性低、医疗卫生费用持续增长等重点难点问题。本书从社会政策的视角研究医疗卫生事业管理,梳理了发展型社会政策的产生背景、内涵、理论基础;研究社会政策与医疗卫生事业管理的相关性、发展型社会政策的经营理念及其对医疗卫生事业管理创新的影响,深入分析我国医疗卫生事业管理传统社会政策模式存在的诸多弊端与不足,结合我国国情探索和构建发展型社会政策视域下的医疗卫生事业管理创新路径,有利于突破传统医疗卫生事业管理的研究领域和方法,拓展医疗卫生事业管理研究的新视野。

2. 有利于推进中国医疗卫生事业管理的科学创新

发展型社会政策视域下的医疗卫生事业管理创新研究,从医疗卫生事业管理与社会政策的关系出发,通过研究传统社会政策的内涵与特点,深入分析国外传统社会政策模式下医疗卫生事业管理的典型模式,反思传统社会政策模式下医疗卫生事业管理的局限性,进而研究中国社会政策的变迁历程及其对医疗卫生事业管理的影响,同时结合当前我国医疗卫生事业管理实践的客观需要,提出基于发展型社会政策视域探寻当前中国医疗卫生事业管理创新路径的研究假设。通过对发展型社会政策的内涵、产生背景、主要内容及其核心思想进行系统研究,进一步分析发展型社会政策与当前中国医疗卫生事业管理的关联性,紧密结合当前中国医疗卫生事业管理实践,提出中国医疗卫生事业管理创新的实现路径,推进中国医疗卫生事业管理的科学创新。

3. 有利于深化中国医疗卫生管理体制改革的

深化医疗卫生管理体制改革的当前中国全面深化改革的重要内容之一,也是满足公

众基本医疗卫生服务需求,解决“看病贵、看病难”等问题的重要举措。近年来,党和国家高度重视医疗卫生管理体制改革,围绕强化医疗卫生事业顶层设计、医疗卫生管理体制创新、增加医疗卫生公共财政投入、规范和明确医疗卫生事业发展中政府责任、建立健全医疗保障制度体系、健全医疗卫生服务和药品价格机制等问题进行了一系列改革实践,取得了显著成效。当前,中国医疗卫生管理体制改革已经进入“攻坚区”和“深水区”,改革如逆水行舟,不进则退。深化医疗卫生管理体制改革必须协调经济发展与医疗卫生事业发展的关系,把发展目标和改革目标统筹规划;必须突破传统将医疗卫生事业发展与经济发展相对立,把医疗卫生事业仅仅视为公共财政支出以及维护社会稳定工具的局面;必须构建医疗卫生事业多元治理结构,形成多元主体协同治理医疗卫生事业,社会公众倒逼医疗卫生改革向纵深推进的良好局面。发展型社会政策理念回应了当前中国医疗卫生管理体制改革实践的这一需求,为深化中国医疗卫生管理体制改革明确了方向和任务。

二、国内外研究现状

(一)国外研究现状

1. 关于发展型社会政策的研究

20世纪80年代以来,人们对发展的理解开始发生变化。阿玛蒂亚·森倡导的“以自由看待发展”的理念,推动了人们对人类发展本质的理解。于是,旨在修复发展理性与经济增长之间裂痕的发展型社会政策开始出现,如“福利的第三条道路”、“积极的福利观”、“市场友好型社会政策”等不同的名称与表述开始出现;德国社会学家贝克等提出的风险社会理论,直接促成了发展型社会政策的产生;美国学者梅志里、谢若登是发展型社会政策的主要倡导者,最先明确提出“发展型社会政策”的概念,采用这一概念来表述不发达国家社会福利政策的特点。他们认为发展型社会政策的出发点是寻求一种新的理念使社会福利的再分配功能得到更加合理的理解,强调经济政策与社会政策的融合。^①英国学者吉登斯把发展型社会政策解释为积极的福利观,认为其目标是培养自发地带有目的的自我。积极福利政策的实施通常要求国家的干预,且提倡有效的风险管理,鼓励人民追求幸福。^②

2. 关于医疗卫生事业管理的研究

国外学者主要从医疗保障制度建设、医疗卫生费用支出问题、医疗卫生管理组织绩效等方面对医疗卫生事业管理相关问题展开广泛而深入的研究。Young and Cohen(1991)发现未参加医疗保险患者的死亡率远远高于参加了医疗保险的患者。Weissman and Epstein(1994)通过实证研究发现,医疗保险可以改善健康状况,通过医疗保险可以分担人们所支付的医疗费用。^③ Ayanian(2000)在控制其他风险因素不变的基础上,对患者康复率

① 张新文:《发展型社会政策与我国农村扶贫》,桂林:广西师范大学出版社2011年版,第33页。

② [英]吉登斯·安东尼:《超越左与右——激进政治的未来》,北京:社会科学文献出版社2003年版,第188页。

③ Weissman, Epstein: Falling through the safety net: Insurance status and access to health care, Johns Hopkins University Press, 1994(44).

进行了分析,发现参加了医疗保险的人其康复率比没有参加医疗保险的人要高。^① Levy, Meltzer(2008)则在其研究中认为也许可以找到一种可控的方法来研究医疗保险和居民健康之间的关系,进而得出更具实践意义的结论。^② Theo Hitiris 和 John Posnett(1992)提出 GDP 是影响医疗卫生支出的决定性因素,并指出 OECD 国家不应作为单一整体进行分析,而应根据国民人均收入先进行分组。^③ Philip Musgrove, Riadh Zeramdini 和 Guy Carrin(2002)等从卫生费用占国内生产总值比重的角度出发,研究与卫生费用增长相关的影响因素,随着人均收入的提高,医疗卫生占公共财政支出的比重也呈上升趋势。^④ Ke Xu, David B Evans 和 Guido Carrin(2007)等指出患者自付医疗费用模式阻止了低收入群体就医并可能引发灾难性卫生支出进而造成贫困。^⑤

3. 关于医疗卫生管理组织绩效测评的研究

在相关医疗卫生管理组织绩效测评的研究中,人们关注比较多的是医疗卫生管理组织内某个机构的绩效,如英国政府在 1948 年成立了国民卫生服务体系,英国卫生部为了在医疗机构中开展绩效测评工作,制定了 21 项指标进行星级医院评审;20 世纪 80 年代中期,日本成立了医院质量评审研究会,开始讨论医疗质量评审问题,并出台医院自我质量评价体系;进入 90 年代,澳大利亚政府成立了“卫生部长工作组”,该组织提出了一个针对医院服务测评指标的绩效测评框架;1999 年,澳大利亚政府再次强调应采取新的措施改进卫生管理组织绩效,同时推出了一个全国卫生信息模型;《2002 年世界卫生报告》从全新的视角和观念出发,对卫生管理组织进行了新的界定,第一次提出了分析各个国家卫生管理组织绩效的新框架;继《2002 年世界卫生报告》发布之后,世界卫生组织又开展了以“提高卫生组织绩效行动”为主题的活动,包括:开展各国内部的绩效测评、监测绩效、绩效测评的能力建设等。

(二)国内研究现状

1. 关于发展型社会政策的研究

相比国外,国内对发展型社会政策的相关研究尚处于起步阶段,代表性的研究文献并不多。据不完全考证,以“社会政策”为题的文章最早于 1981 年发表在《国外社会科学文摘》第 8 期上;我国社会政策研究领域引入并开展“发展型社会政策”专题则开始于 2004 年 5 月由北京师范大学和《中国社会科学》、《国际社会科学杂志》杂志社共同召开的“科

① Ayanian : Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States, Journal of the American Medical Association, 2000(284).

② Levy and Meltzer : The Impact of Health Insurance on Health, Annual Review of Public Health, 2008(29).

③ Theo Hitiris, John Posnett: The determinants and effects of health expenditure in developed countries, Journal of Health Economics, 1992(11).

④ Philip Musgrove, Riadh Zeramdini, Guy Carrin: Basic patterns in national health expenditure, Bulletin of the World Health Organization, 2002(2).

⑤ Ke Xu, David B. Evans, Guido Carrin et al: Protecting Households From Catastrophic Health Spending, Health Affairs, 2007(2).

学发展观与社会政策研讨会”,初步探讨了中国发展型社会政策构建的理论与实践问题。^①徐道稳(2006)在思考和总结西方学者关于发展型社会政策研究成果的基础上,提出了在我国构建发展型社会政策要遵循以公正为基础、以民主为手段、以自由为目的的三条原则,为我国社会政策变革指明了方向。^②魏亚萍、魏亚丽(2009)通过梳理西方有关发展型社会政策的理论观点、政策实践,认为发展型社会政策理论与实践为我国和谐社会的建设提供了有益的借鉴和启示,并对重构新的社会发展政策提供了新的思路和视角。^③向德平(2010)认为中国发展型社会政策的建构应当遵循以下原则和路径:以社会公正为基础、以提高社会福利为目标、以民主为手段、以人力资本为核心、以资产建设为抓手、以政府能力建设为保障。^④

2. 关于中国医疗卫生事业管理的研究

梳理国内学者关于医疗卫生事业管理的研究,可以发现其研究内容主要集中在以下几个方面:

(1) 关于医疗卫生服务供给与体系建设的研究

一是关于基本医疗卫生服务均等化的研究。符壮才(2009)认为推进基本医疗服务均等化必须从供需双方来考虑,做到四个“结合”,即在发展与改革的结合上进行规划、在财力与制度的结合上进行操作、在供给与需求的结合上进行实施、在市场与社会的结合上进行运作。^⑤张永梅、李放(2010)借助国家第三次、第四次卫生服务调查数据以及《2008年中国卫生统计年鉴》相关数据,对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平总体变化情况加以评价和分析,认为经济发达地区应逐步实现医疗卫生服务供给标准的统一化,将农村基本医疗卫生服务发展纳入县级政府的政绩考核和问责范围,同时逐步加大中央政府和省级政府对农村基本医疗卫生服务的财政支持。^⑥徐振斌(2011)提出了“十二五”时期我国基本医疗卫生服务均等化的具体目标:新农合实现100%全覆盖、基本医疗服务报销标准总体上保持70%—80%等,并为实现基本医疗卫生服务均等化提出了一系列政策建议,如实施基本医疗服务报销标准向当地最基层医疗机构倾斜、执行量入为出的预算管理以及建立“医、药、患、监、管”多方配合机制等。^⑦甘行琼、赵继莹等(2014)选取了江苏、河南和四川三个代表省份作为研究对象,通过泰尔指数分析法对目前我国城乡基本医疗卫生服务的均等化程度进行了实证分析,并在此基础上深入探讨了目前我国城乡基本医疗

① 李培林:《构建中国发展型的社会政策——“科学发展观与社会政策”笔谈》,《中国社会科学》,2004年第6期。

② 徐道稳:《社会发展与发展型社会政策》,《深圳大学学报》,2006年第3期。

③ 魏亚萍、魏亚丽:《发展型社会政策对我国社会政策建设的启示》,《新疆社会科学》,2009年第3期。

④ 向德平:《发展型社会政策及其在中国的建构》,《河北学刊》,2010年第4期。

⑤ 符壮才:《推进基本医疗服务均等化的思考》,《卫生经济研究》,2009年第2期。

⑥ 张永梅、李放:《城乡基本医疗服务均等化的综合评价——基于两次国家卫生服务调查数据》,《贵州社会科学》,2010年第5期。

⑦ 徐振斌:《“十二五”时期我国基本医疗服务均等化目标与对策研究》,《中国经贸导刊》,2011年第20期。

卫生服务非均等的原因,同时提出了相应的对策建议。^①

二是关于医疗卫生服务现代化的研究。孙国荣、黄勇等(2008)认为我国应充分利用现代计算机、网络和信息技术,在新的形势下不断探索医疗卫生服务新模式,为全社会提供快速、有效和高品质的医疗卫生服务。^② 陈静等(2008)通过介绍具有“岭南模式”特色的广东数字家庭推广计划和广东省内数字化最为全面的中山市人民医院技术与业务整合之下的数字化社区医疗卫生服务原型,阐明了数字家庭、数字社区、数字医院一体化的潜在效益及意义。^③ 王虹(2010)以 TD-SCDMA 为通信基础,分析远程医疗的核心业务与现有医疗信息系统之间的内在联系,采用移动无线设备建立基于 3G 网络的远程医疗卫生服务平台。^④ 郝姜菲、刘运成(2011)将网络医疗卫生服务、远程诊断、远程手术等作为加快数字化远程医学系统建设的一项重要任务,说明了建设网络化医疗卫生服务平台的必要性,并对建设网络化医疗卫生服务平台展开了设想。^⑤

三是关于医疗卫生服务体系市场化改革的研究。谢子远等(2005)指出我国医疗卫生改革的“失败”原因不在于改革的市场化取向,而在于市场化改革路径与方式选择的不正确,认为以普通商品的市场化方式推动医疗卫生服务的市场化是导致目前医疗改革中一系列问题产生的本质原因,而引入第三方购买服务,可以很大程度上解决信息不对称等问题。^⑥ 方鹏骞、李文敏(2007)借鉴公共服务市场化理论,对医疗卫生服务市场化的内涵、动力及阻力进行了分析,指出医疗体制改革的方向取决于动力与阻力两种力量的权衡博弈,认为“市场化非医改方向”的结论为时过早。^⑦ 林士惠、雷海潮(2013)使用政策文献综述法、统计分析等方法,对我国医疗卫生市场化程度进行了评价,认为我国医疗卫生服务市场化程度自 1978 年以来持续加深,政府主导和管制作用不断下降。^⑧

四是关于医疗卫生服务质量评估的研究。卢玮(2007)提出应以关系营销、核心竞争力、创新力与控制力的统一等管理学前沿理论作为我国现代医疗卫生服务质量评价方法的理论基础,以构建我国现代医疗卫生服务质量评价方法和考核体系。^⑨ 郑春玲、李军(2010)在国内外已有理论和实践研究的基础上,提出未来医疗卫生服务质量评价必须重视预约服务评价、重视社会认可度评价及患者满意度的评价等。^⑩ 陈云杰(2013)针对基层医疗卫生服务质量的评价问题进行了相关的研究,构建了基于 SERVQUAL 的医疗卫生

① 甘行琼、赵继莹、甘娜:《我国城乡基本医疗卫生服务均等化的实证研究——以东中西三省区为例》,《财税纵横》,2014 年第 1 期。

② 孙荣国、黄勇、曾智:《积极探索建设数字化医院,努力提高医疗服务质量》,《现代预防医学》,2008 年第 2 期。

③ 陈静、陈凯立、牛瑛、梁巧玲:《基于数字化医院与数字家庭的社区医疗服务》,《医学信息》,2008 年第 11 期。

④ 王虹:《3G 时代远程医疗的关键技术》,《中国医院》,2010 年第 7 期。

⑤ 郝姜菲、刘运成:《建设网络化医疗服务平台的构想》,《人民军医》,2011 年第 9 期。

⑥ 谢子远、鞠芳辉、郑长娟:《“第三方购买”:医疗服务市场化改革的路径选择及其经济学分析》,《中国工业经济》,2005 年第 11 期。

⑦ 方鹏骞、李文敏:《医疗服务市场化的动力与阻力分析》,《卫生经济研究》,2007 年第 3 期。

⑧ 林士惠、雷海潮:《中国医疗服务市场化演进趋势研究:市场化指数及其应用》,《中国医院》,2013 年第 12 期。

⑨ 卢玮:《我国传统医疗服务质量评价方法的管理理论分析》,《武汉大学学报》(哲学社会科学版),2007 年第 3 期。

⑩ 郑春玲、李军:《医疗服务质量评价研究综述》,《大众科技》,2010 年第 7 期。

服务质量评价指标体系,该体系从5个维度出发,对医疗卫生服务的有形性、可靠性、响应行、保证性和移情性进行了系统评价和分析,并在此基础上进一步提出了一种基于服务质量差距模型的服务质量测评方法,希望通过患者的服务期望与服务感知的差值来确定患者的满意度。^①

(2) 关于中国医疗卫生保障体系的研究

一是关于医疗保障费用的研究。赵树青(2012)以我国社会医疗保险费用不断增长的状况与变化趋势为切入点,分析了影响医疗保险费用控制的宏观与微观因素,归纳了目前医疗保障费用方面存在的问题,并提出了控制医疗保险费用暴涨,切实缓解“看病难,看病贵”问题的建议。^② 顾昕(2012)认为新医改的核心在于建立一种医保机构集团购买医疗服务的新市场机制,即公共契约模式。^③ 徐伟、李静(2013)从2007—2009年全国城镇职工医疗保险费用现状入手,应用多元回归分析法分析影响城镇职工基本医疗保险费用的因素,以城镇职工基本医疗保险费用的控制为出发点提出了相应的建议。^④ 张晨寒(2014)认为目前社会医疗保险的费用支付方式使医疗保险机构、参保人和医疗机构三方形成三角支付关系、利益竞争关系和信息不对称关系;为促进社会医疗保险事业健康发展,应在传统医疗卫生事业管理和监督手段的基础上创新医疗保险模式、有效调整三方关系以及提高费用控制能力。^⑤

二是关于医疗保障城乡统筹的研究。衣同晔、车莲鸿(2008)认为我国医疗保障制度具有城乡二元结构,这种重城轻农、凭身份决定待遇类型与水平的医保制度与我国当前政治、经济和社会发展形势极不适应,迫切需要构建更为公平的、一体化的医疗保障制度,即城乡统筹的医疗保障制度。^⑥ 于瑞均、马新力(2009)借鉴西方发达国家和国内几大城市统筹医疗保障的经验,设计出未来中国城乡医疗保障的总体制度模式。^⑦ 喻子畅(2010)在对马鞍山医疗保障制度改革过程进行调查的基础上,介绍和分析了该市医疗保障制度的发展历程、主要内容、特点及相关成效,并探究了其存在的问题,提出了相关对策。^⑧ 申曙光、吴昱杉(2013)从实现全民医保的视角,提出我国医保制度城乡统筹需要重点把握的几个问题,即统筹的核心、统筹的目标、统筹的主体、统筹的路径与统筹的任务。^⑨

三是关于医疗保障制度整合的研究。李显文等(2011)针对我国目前医疗保险制度存在的碎片化状况,认为实现医保制度良好整合需要做到:应以总体规划分步实施,以立法为保障稳步推进,以公平优先、兼顾效率为基本原则;在筹资方面,应逐步实现强制参

① 陈云杰:《基于患者满意度感知的基层医疗服务质量评价研究》,《价值工程》,2013年第26期。

② 赵树青:《中国社会医疗保险费用控制研究》,《内蒙古科技与经济》,2012年第9期。

③ 顾昕:《走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革》,《经济社会体制比较》,2012年第4期。

④ 徐伟、李静:《我国城镇职工基本医疗保险费用影响因素分析》,《劳动保障世界》,2013年第4期。

⑤ 张晨寒:《从三方关系论社会医疗保险中的费用控制》,《河南师范大学学报》,2014年第1期。

⑥ 衣同晔、车莲鸿:《构建城乡统筹的医疗保障制度》,《合作经济与科技》,2008年第21期。

⑦ 于瑞均、马新力:《城乡统筹医疗保障制度设计初探》,《现代财经》,2009年第11期。

⑧ 喻子畅:《医保制度改革:从城镇保障到城乡统筹——医疗保障“马鞍山模式”研究》,《社会保障研究》,2010年第1期。

⑨ 申曙光、吴昱杉:《我国基本医疗保险制度城乡统筹的关键问题分析》,《中国医疗保险》,2013年第6期。