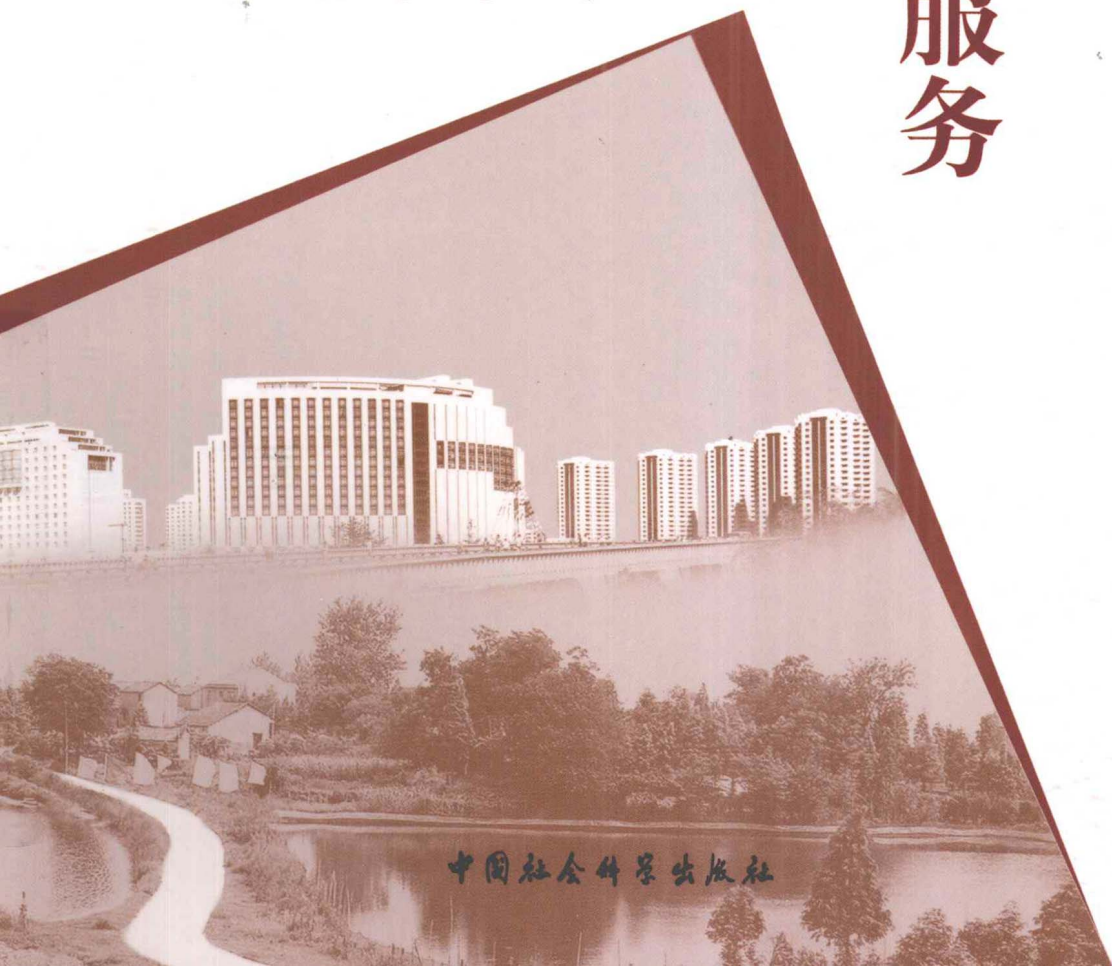


中国城乡卫生服务 公平性研究

韩子荣 著

Zhongguo Chengxiang
Weisheng Fuwu
Gongpingxing Yanju



中国社会科学出版社

中国城乡卫生服务 公平性研究

韩子荣 著

Zhongguo Chengxiang
Weisheng Fuwu
Gongpingxing Yanju



中国社会科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国城乡卫生服务公平性研究 / 韩子荣著. —北京: 中国社会科学出版社, 2009. 4

ISBN 978 - 7 - 5004 - 7710 - 5

I. 中… II. 韩… III. 卫生服务 - 医疗保健事业 - 研究 - 中国 IV. R199. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 058171 号

出版策划 任 明
责任编辑 柏冬秀
责任校对 王应来
技术编辑 李 建

出版发行 **中国社会科学出版社**

社 址 北京鼓楼西大街甲 158 号 邮 编 100720

电 话 010 - 84029450 (邮购)

网 址 <http://www.csspw.cn>

经 销 新华书店

印 刷 北京奥隆印刷厂

装 订 广增装订厂

版 次 2009 年 4 月第 1 版

印 次 2009 年 4 月第 1 次印刷

开 本 710 × 1000 1/16

印 张 20.5

插 页 2

字 数 365 千字

定 价 42.00 元

凡购买中国社会科学出版社图书, 如有质量问题请与本社发行部联系调换

版权所有 侵权必究

序

韩子荣博士的《中国城乡卫生服务公平性研究》一书能在我国著名的学术出版重镇中国社会科学出版社出版，作为她的博士生导师，我备感欣慰。借此机会，我就本书的主题谈点感想，附带也讲讲本书的一些特点，聊作序言。

卫生服务的公平性，是一个人人都关心的意义重大而影响深远的极其复杂的问题，要解决好非常不容易。我国在这方面既有过成功的经验，也有引起人民群众不满的教训，进入 21 世纪以来，在中国共产党的领导下，我们正在探索一条使人民满意的新路。

中华人民共和国在她的头三十年，曾经建立了由公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗构成的廉价而几乎惠及所有居民的医疗卫生服务体系。该体系所提供的廉价而公平的卫生服务，曾经受到国际上的好评，比如 1978 年世界卫生组织在阿拉木图召开初级卫生保健国际会议，形成了《阿拉木图宣言》，宣言敦促各国开展初级卫生保健工作，提出了人人享有卫生保健的口号。在这一重要国际卫生政策形成的过程中，世界卫生组织认为中国提供了特色鲜明的经验和成功案例。又如世界银行在 1980 年的报告中评价中国政府对公共卫生工作高度重视，采用了以预防为主、低投入高产出的公共卫生模式，面向最广大的人民群众提供了最基本的公共卫生保障。世界银行还在 1993 年发表的《投资与健康的报告》中，赞扬中国政府用不足世界 1% 的卫生投入解决了占世界 22% 的人口健康问题，是一个了不起的成就。总之，那时候中国在公共卫生方面的成就和经验，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”，并向世界其他国家宣传推广。

同样不能忽视的是，我国当年的医疗卫生制度也得到了学术界的肯定。比如，1998 年诺贝尔经济学奖获得者、印度经济学家阿马蒂亚·森教授就曾对此给予很高的评价。阿马蒂亚·森并不是社会主义者，更不是毛泽东的崇拜者，但作为正直的有人类良知的经济学家，他曾在香港发表的演讲中对毛泽东时代中国的医疗卫生体系倍加赞扬，并承认中国在食物和医疗资源（包括农村的医疗服务）分配方面比印度公平得多，使得改革开放前的中国

人在健康状况方面远胜于同时代的印度。阿马蒂亚·森有一句话十分形象：“印度平常每八年填满棺材的尸骨就超过了中国那场严重的三年大饥荒了。”须知，当时印度的总人口大约只有中国的三分之二，而且中国 20 世纪 50 年代末 60 年代初因三年大饥荒而死亡的人数被夸大了。总之，改革开放前中国在实现卫生服务公平性方面，在世界上是领先的。阿马蒂亚·森在其《以自由看待发展》（中国人民大学出版社 2002 年版）一书中这样一段话对今天的中国很有现实意义：“毛泽东的土地改革、普及识字、扩大公共卫生保健等政策，对改革后的经济增长起到了非常重要的作用。改革后的中国受益于改革前中国所取得的成果的程度，应该得到更多得承认。”对于现今相当一部分中国人来说，这真是“不识庐山真面目，只缘身在此山中”了！

问题的复杂性在于，阿马蒂亚·森所说的“改革后的中国受益于改革前中国所取得的成果的程度，应该得到更多的承认”，恰恰是最应该得到更多的承认的、被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”被抛弃了。从世界卫生组织和世界银行将我国作为公共卫生问题解决得好的学习典范到现在，差不多 30 年过去了，我们却走了很长一段时间的弯路，卫生服务公平性方面的发展变化，令人民群众极为不满。1978 年至今，中国经济持续高速发展，人均 GDP 和财政收入都翻了好几番（具体是几番不好说，因为缺乏为大家都接受的计算口径。按购买力算，1978 年 1 元人民币至少相当于 10 元 2007 年人民币吧）。按理说，应该更有能力实现医疗卫生服务在更高层次上的公平，更有能力提高国民的医疗卫生服务水平，人民群众对医疗卫生服务比当年更满意才对。然而，情况恰恰相反，城里人看病难、看病贵，农民无钱看病特别是无钱住院的问题非常突出（中共十六大以后情况才开始好转），以致居民的医疗负担重被调侃为压在中国人民头上的新三座大山之一。

这种令人尴尬的局面是怎么形成的呢？我今年 65 岁，是医疗卫生体制变迁的亲历者，对改革前后的医疗卫生服务有切身感受；我又是经济学研究工作，可能比一般民众更知道其中奥秘。在我看来，近 20 年来我国医疗卫生改革之所以不成功，应归咎于“一化两泼掉”（所谓“一化”，就是医改的市场化取向；“两泼掉”，意思是说，改革旧医疗卫生体制如同泼洗澡水，“在泼洗澡水的时候，泼掉了两个‘孩子’——城市中机关企事业单位的诊疗所、医务室和农村中以赤脚医生为主体的合作医疗机构”），具体说就是：一方面，政府有责任：在城镇，改革前的公费医疗、劳保医疗制度确实存在医疗资源浪费和财政负担过重的问题，改革初期政府急于卸包袱，例如将医疗负担特别是劳保医疗负担完全分解给企业和个人，又如听任甚至强

令机关企事业单位撤销具有社区卫生服务机构性质的诊所或医务室；在农村，由于政府取消了人民公社制度，农村合作医疗制度由于失去赖以存在的集体经济基础而迅速消亡——据《人民日报》2001年10月30日报道：‘农村体制变迁短短几年，到1985年时，全国实行合作医疗的行政村由20世纪70年代末的90%猛降到了5%。对此可以有两种解释：一是如果按照官方说法集体经济还存在，那就是在泼洗澡水的同时把孩子也泼掉了；既然存在集体经济，取消人民公社只是改变集体经济的经营方式，那就不应该让建立在集体经济基础上、以赤脚医生为特色的农村合作医疗制度瓦解；二是随着人民公社制度的取消，农村集体经济事实上不存在了，“皮之不存，毛将焉附”？依附于农村集体经济的农村合作医疗制度的消亡、以赤脚医生为主体的农村社区卫生服务体系的瓦解就是必然的。无论如何，将几亿农民置于毫无医疗保障之境是很不应该的。另一方面，则应归咎于市场原教旨主义理论家：改革开放中孳生起来的市场原教旨主义者主张对中国的医疗卫生体制进行市场化改革，将卫生服务供需双方的关系变成以货币为媒介的交换关系。在城市，所谓的医改将医疗费用改为完全由企业（这时的企业已经不是计划经济体制下的企业了）和职工个人负担，这很对当时的政府急于减轻财政负担的胃口。即使是未作根本改变的机关事业单位的公费医疗，除了可报销的药品越来越少（能报销的也不是全额报销），就是市场化后的大涨价。据中国医学科学院院长、中国工程院院士巴德年说，“从上世纪九十年代开始，医疗费用直线上升，十年间差不多上涨了十倍，而中国的国民经济是二十年翻两番。个人收入有所提高，但是与医疗费用的差距却越来越大，看不起病已成为老百姓普遍抱怨的问题。”这两方面的结合所形成的违反医疗卫生服务本质属性的所谓市场化改革，被国务院发展研究中心2005年的一个调研报告认定为“不成功”甚至是“完全失败”，就不足为奇了。

说到这里，我们不能不对某些市场原教旨主义者否定这些年中国的医疗改革是市场化改革表明态度。我们认为，市场原教旨主义者质问此前中国的医疗改革“算哪门子市场化”，似乎声色俱厉，但吓不倒人：第一，此前的中国医疗改革之所本，就是否定公共卫生和基本医疗服务的公益性，即否定它的公共品和半公共品的性质，也就是将它们推向市场，从根本上说，变公共物品为私人物品，就是市场化改革。第二，这些年的改革不仅使医患关系完全成了以货币为媒介的交换关系，而且连改革开放前完全由政府财政支出的公共卫生中的某些项目也改由居民负担，这样的改革不是市场化改革又是什么改革呢？难道市场不是交换关系的总和吗？作为供给方的医疗和医药机构利用信息不对称、利用政府管理不到位抬高价格，使医疗卫生的需求方不

堪重负，它并不能改变医患关系在这里仍然是供需关系、交换关系，它属于“坏的市场经济”（“吴市场”吴敬琏教授语）。市场原教旨主义怎么能否认“坏的市场经济”也是市场经济？所以，我们对此前中国的医疗改革“算哪门子市场化”的回答是：它算是原始的、野蛮的市场化！它是市场原教旨主义的市场化！

在整个医药卫生领域中，更加令人遗憾的是，公共卫生方面的问题更严重。在当代世界，无论社会制度如何，公共卫生服务在各国都是作为公共品主要由政府提供，然而，在我们社会主义的中国，从20世纪80年代开始，在长达20年的时间里，竟然也在市场原教旨主义者的鼓噪下急遽萎缩，那就不仅仅是公平不公平的问题了。我这里讲两个事实。一个是宏观的：20世纪90年代，《巴西宣言》提出到2000年“人人享有卫生保健”，这是世界卫生组织、联合国科教文卫组织向世界各国政府提出的要求，我国当时的总理李鹏在这个宣言上是签了字的。但是，我国政府不仅以“初级”这个限定词来降低标准，即到2000年，中国“人人享有初级的卫生保健”；而且即使如此，我国到2000年时也并没有实现“人人享有初级的卫生保健”。其中的主要原因当然是卫生投入太少：2000年世界卫生组织向全世界发布的数据表明，中国的卫生投入占国民生产总值的2.7%，而美国的卫生投入占国民生产总值的13.7%，德国占10.5%，法国占9.8%，巴西占6.5%，古巴占6.3%，印度占5.2%，连印度都比我国高一倍！当然，也有政府重视不够的问题。这里举一个具体而典型的卫生服务事例：解放前危害于我国长江流域数省，曾经造成“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”悲惨情景的血吸虫病，中华人民共和国成立后，中国共产党领导群众仅仅经过短短几年的努力，在20世纪50年代末期就已将其基本消灭；然而在改革开放后，尽管血防的物质技术条件好多了，但由于原来的以中共中央政治局委员挂帅的血防领导小组撤销，相关省地负责人自然也就不再重视，以致血防经费无着，灭螺工作无人做，血吸虫病又重新肆虐，送走的“瘟神”又回来了。我不知道市场原教旨主义者对此又如何看。

所幸的是，错误和挫折教育了我们，使我们变得聪明起来。我党十六大以后，经过反思，有关的决策部门开始疏远市场原教旨主义，正在重新将公共卫生纳入公共财政之中，重新强调基本医疗服务的公益性，为居民提供日益全面的卫生服务可望得到制度性保障。建立公平高效的中国特色的医药卫生体制的工作也正在紧锣密鼓地进行。我相信，只要根据以人为本的要求，坚持全心全意为人民服务的宗旨，借鉴国际上比较成功的经验，继承我们自己在计划经济时期解决医疗卫生这一重大民生问题的合理内核，一个保障人

人享有基本医疗卫生服务、提高全民健康水平的有中国特色的医药卫生体制，有望在这一届政府的任期内初步建立起来。

必须指出的是，我以上对前些年医疗卫生体制市场化改革的有些评价，特别是批评性的意见，大多并未见之于韩子荣的《中国城乡卫生服务公平性研究》。其中不排除她与我有不一样的看法。我从事研究生教育 20 多年，从来都是鼓励学生独立思考，鼓励他们坚持自己那言之成理、持之有故、能自圆其说而与我并不相同的学术观点，鼓励并赞赏他们具有和保持自己独立的学术人格。特别是像医疗卫生改革这样重大的民生问题，每个人的背景不同、经历不同、视角不同，有不同看法很正常。何况“事非经过不知难”，韩子荣在书中从操作层面对存在问题的分析，可能比我们这些单纯从事理论研究的人提出的批评，较能避免情绪化，因而能更理性；对问题的解决所提出的对策，也就更具有建设性。韩子荣认为改革开放前后卫生体系发展的一个重大区别就在于卫生服务的公平性上，这个理性判断就很准确。改革开放使得市场经济意识渗透到整个医疗卫生体系，但市场力量无论有多强大，也无法解决医疗资源分配中的公平问题，无法解决患者、保险主体以及医院之间的信息不对称问题，依赖市场来筹措资金和提供医疗服务将不可避免地导致穷人和弱势群体对医疗服务使用的减少，这不仅导致不公平，同样也是没效率。这些年群众之所以对医疗卫生服务的现状啧有烦言，一是在市场化改革转轨的过程中，我们没有按照公共财政的要求，具体设计政府介入卫生保健项目的菜单，一刀切地将所有的医疗机构实行差额的预算拨款，这种撒芝麻盐式的公共卫生资金配置，必然使一些主要的公共卫生项目因为资金匮乏而供给不足；二是改革前城乡公共卫生支出就存在有很大差异，改革后这种差异又进一步扩大了；三是地方财力不同也使得各地区公共卫生支出规模具有较大的差异，从而造成了地区之间公共卫生资源配置的非均衡也产生不公平。2000 年世界卫生组织对 191 个成员国的医疗系统进行的一次评估中，我国在医疗筹资的公平性方面位列第 188 位，排名为倒数第 4，仅比巴西、缅甸、塞拉利昂稍强。虽然，这种未到我国实地考察，仅根据所谓模型对可信度又不甚高的数据进行加工而得出的结论，无疑夸大了我国医疗卫生不公平问题；但是，即使按我们提供的相关数据重新计算，我国在世界上的排名往前提个二三十名，也还是改变不了目前我国医疗卫生服务公平性差的事实。这是我们的共同认识。我们另一个相同看法是，这些年政府卫生服务投入的不足。

卫生服务的投入是衡量一国综合国力最基本的指标之一，卫生服务投入的最终目标是满足广大人民的健康生活需要；合理的卫生投入是政府以人为

本的必然要求。这里的所谓合理,不仅是量的足够(与生产力发展水平相适应或相称),也包括结构公平。仅有投入的增加而不注重结构公平,也可能与最终目标背道而驰,与落实科学发展观、构建社会主义和谐社会的要求相悖。可见,解决卫生服务公平性问题意义委实重大。

韩子荣在攻读博士学位之前就在地方政府从事分管科教文卫方面的工作,对公共卫生问题有丰富的实践和深刻的认识,她当时以《中国城乡卫生服务公平性研究》作为博士论文选题很得当。她在博士论文基础上修改充实而成的这本专著,特点非常突出。

本书的首要特点,是作者研究分析问题使用方法的科学性和多样性,这源于她比较好的马克思主义特别是马克思主义哲学的素养,以及近些年来对西方应用经济学方法论有选择地吸收。本书使用方法的科学性和多样性表现为:

一是通过学习借鉴,提出了卫生服务公平的度量方法与若干指标。本书对卫生公平性的讨论没有仅停留在理论层面或定性描述,而是顺着过程公平的思路,具体提出了测算卫生经费支出公平的方法,比如极差法、洛伦兹曲线和基尼系数法、泰尔指数法、集中指数法等。在具体指标方面,作者经过反复比较权衡,在书中采用了《2000年世界卫生报告》提出的4个新的公平性指标及其测量方法,即儿童成活率分布指数和伤残调整期望寿命,用以衡量居民健康状况;反应性,用来表示卫生服务提供过程中的公平性;卫生筹资公平性指数,用来表示卫生筹资的公平性。值得肯定的还有作者的科学态度,尽管她采用了这些指标,但她却能如实指明其中隐含的问题,比如不容易获得计算卫生筹资公平性指数所需的真实、有效的原始数据,以及需要解决许多技术难题。

二是科学地选择样本国家进行国际比较研究。为实现卫生服务的公平,在进行国际比较研究时,除中国外,作者选择了21个样本国家。国家数量虽然不是很多,但由于严格按照科学的选择原则,代表性还是很强的。比较是为了择善而从。本书可贵之处在于真正的“择善”,作者没有照搬和完全效仿某一个“样板国家”,因为总体上看比较好的国家,也存在不足;而整体评价虽然不是很高的国家,却也有值得学习的好的部分。由于进行了科学的国际比较,本书就能够做到博采众长,为我国的医疗卫生体制改革的深化、为城乡卫生服务公平的实现提出有价值的意见。

三是注重通过案例进行实证研究。本书无论是国际比较还是国内调研,都注重用案例说明,用数据说话,因而能较为直观地反映当前国际国内,尤其国内在卫生服务公平性方面的现状和存在的问题。比如本书对我

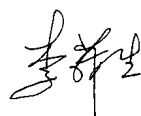
国卫生服务公平性不足的实证分析，是以公共卫生支出为例进行的，作者通过其工作所在地的卫生服务作为案例，结合面上的统计数据，对我国公共卫生支出不公平性的历史表现进行了深入剖析，揭示了我国卫生服务公平性不足的原因，特别是农村卫生服务严重落后、城乡卫生服务差距过大的原因，提出了以加快发展农村卫生服务、缩小城乡差距的比较可行的建议。

四是注重研究的实用性——着眼于提出对策。现实经济问题、社会问题的研究，贵在提出可行的对策。这可能是我们马克思主义经济学家与市场原教旨主义经济学家的根本区别之一。后者声言经济学家的任务只是解释世界，前者则强调在认识世界的基础上改变世界。本书针对当前卫生服务公平性所涉及的卫生医疗保障制度与卫生服务公平性的关系，社区卫生服务与卫生服务公平的关系，农村卫生服务与卫生服务公平性关系，提出了4条对策：（1）建立全民基本医疗保障，作者认为这是实现卫生服务公平性的重要途径。（2）建立和完善社区卫生服务，作者将其作为增进卫生服务公平性的重要载体。（3）加快农村卫生服务体系建设，作者认为它是实现卫生服务公平性的关键举措。（4）建立和完善基本药物制度，作为实现卫生服务公平性的技术措施。还须指出的是，本书提出的是一整套对策即对策体系，为保障上述4大对策的落实，都分别提出了若干具体措施。

由我国城乡二元经济结构决定的解决医疗卫生公平性问题的极度复杂性，决定了人们的认识短期内很难统一，目前我国的医药卫生体制改革的争论仍未结束，改革方案正在酝酿讨论之中，韩子荣博士的《中国城乡卫生服务公平性研究》也只是一种研究、一家之言。由于作者既有经济学、财政学的理论造诣，又有较丰富的实践经验、生活体验，将这几个方面结合起来的科研成果，肯定有理论意义和实际价值。当然，任何个体的研究都可能有这样那样的不足，只是作为她的博士生导师，我迄今未发现大的问题，只好留待方家指正了。

韩子荣博士年轻有为，她很早就在一个数以百万计居民的地方担任领导职务，却无一般人少年得志那种习气，她为人谦逊质朴，好学笃行，明德亲民，政声颇佳。她还有一个值得称道之处，就是不知疲倦的拼搏精神。她在公务如此冗繁忙碌之中还能结合工作实践刻苦学习，不断更新自己的知识，锲而不舍地致力于学术研究，令我这个自诩为特殊材料制成的颇有拼命精神的人感佩不已。我几十年来虽以“自强不息，厚德载物，经世济民”为座右铭，然自度尚不如子荣做得好。这也很正常，所谓“青

出于蓝而胜于蓝”也。羡慕青年人、后继者，乃老年人之常情；希望学生成栋梁之材、干大事业，系为师者之夙愿。子荣正值盛年，如日中天，我希望并相信她能一如既往，在全心全意为人民谋幸福的正义事业中有更大的作为。



2008年10月1日晚初稿

2009年元旦夜改定

目 录

序	(1)
第一章 导论	(1)
第一节 问题的提出	(1)
第二节 国外相关文献简述	(2)
一、健康不平等与不公平：概念界定	(3)
二、降低健康不公平的公共政策	(5)
三、小结	(7)
第三节 国内文献综述	(8)
一、公共财政、和谐社会的基本内涵及与卫生服务的关系	(8)
二、对有关卫生服务公平若干重要问题的认识	(11)
三、我国学术界对政府提供医疗卫生服务绩效和医疗卫生体制改革的争论	(15)
第四节 政府介入卫生服务并维护其公平性的理论依据	(22)
一、医疗卫生事业中存在的外部性需要政府干预	(22)
二、医疗服务市场中的信息不对称需要政府干预	(23)
三、公平的卫生服务需要政府干预	(24)
第五节 我们对我国卫生服务公平性研究简介	(25)
一、研究思路与方法	(25)
二、主要内容及结构	(26)
三、本书的贡献与不足	(27)
第二章 卫生服务公平性的理论和测度方法	(28)
第一节 引言	(28)
第二节 卫生服务公平性问题的研究进展	(30)
一、国外研究卫生服务公平性方面的进展	(30)
二、国内研究卫生服务公平性问题的进展	(32)
第三节 卫生公平的基本理论	(34)
一、卫生与公共卫生	(34)
二、卫生公平的概念	(38)

三、卫生公平的意义	(42)
第四节 卫生公平的基本原则与测度方法	(43)
一、卫生公平的基本原则	(43)
二、卫生公平的测度方法	(43)
第五节 小结	(50)
第三章 卫生服务公平性的国际比较	(52)
第一节 进行国际比较的代表性国家的确定	(52)
一、选择代表性国家的原则	(52)
二、代表性国家的具体情况	(54)
第二节 代表性国家的卫生服务公平性状况	(55)
一、健康公平性状况	(55)
二、卫生筹资和卫生资源配置公平性状况	(61)
三、卫生服务利用与服务质量公平性状况	(65)
第三节 对代表性国家卫生服务公平性的综合评价	(69)
一、国家之间和国家内部卫生服务公平性的总体特征	(69)
二、影响卫生服务公平性的多种复杂因素	(73)
第四节 从国际比较看提高我国卫生服务公平性的努力方向	(74)
一、国际比较视角下的中国卫生服务公平性状况	(74)
二、提高我国卫生服务公平性的努力方向	(74)
第四章 我国卫生服务公平性不足的实证分析	(76)
——以公共卫生支出为对象	(76)
第一节 公共卫生支出不公平性的历史表现	(77)
一、主体差异	(77)
二、城乡差异	(84)
三、地区差异	(86)
四、阶层差异	(91)
五、结构差异	(92)
第二节 公共卫生支出不公平的原因分析	(94)
一、生产力不够发达, 经济发展水平较低	(94)
二、对卫生服务的公共品性质认识含混	(97)
三、20 世纪后 20 年医药卫生体制改革的失误	(99)
四、分税制财政体制存在缺陷	(101)
五、其他因素	(103)
第三节 增强公共卫生支出公平性的对策建议	(104)

一、增强公共卫生支出公平性应遵循的原则	(104)
二、以共同富裕为目标促进经济发展	(105)
三、规范政府公共卫生责任承担机制	(105)
四、完善对农村卫生事业的投入机制	(107)
五、其他配套措施	(108)
第五章 全民基本医疗保障：实现卫生服务公平性的重要途径	(109)
第一节 相关概念界定	(109)
一、社会保障及其模式	(109)
二、关于卫生服务和公共卫生服务体系	(112)
三、基本医疗保障与基本医疗保险体系	(113)
四、医疗服务市场的“逆向选择”	(118)
第二节 建立惠及全民的基本医疗保障制度：实现卫生服务 公平性的重要途径	(118)
一、公平享受卫生服务是每个公民的基本权利	(118)
二、现有医保制度保障不了公民的基本权利	(119)
三、全民基本医疗保障制度对穷人是公平与效率兼得	(122)
四、只有建立全民基本医疗保障制度才能实现卫生服务的 公平	(122)
第三节 医疗保障制度的国际模式及其启示	(123)
一、国际上五种主要医疗保障模式及其启示	(123)
二、发展中国家的某些经验也值得借鉴	(126)
三、我国医疗保障的模式选择	(127)
第四节 我国建立全民基本医疗保障制度的可行性分析	(130)
一、我国曾经有过类似于全民基本医保的成功经历和经验	(130)
二、我国已经具备推行全民基本医疗卫生保障的经济基础	(131)
第五节 构建符合我国国情的全民基本医疗卫生制度框架	(132)
一、建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度	(132)
二、充分发挥财政在建立基本医疗保障制度中的作用	(135)
三、实现全民基本医保必须与卫生服务体系的完善同步进行	(135)
第六章 社区卫生服务：实现卫生服务公平性的制度基础	(138)
第一节 社区卫生服务及其主要关系	(138)
一、社区与社区卫生服务	(138)
二、社区卫生服务与预防保健的关系	(143)
三、社区卫生服务与基本医疗保险的关系	(144)

四、社区卫生服务与农村合作医疗的关系	(145)
五、社区卫生服务与医疗救助的关系	(147)
第二节 若干国家和地区的社区卫生服务模式比较	(149)
一、英国的社区卫生服务	(149)
二、德国的社区卫生服务	(150)
三、澳大利亚的社区卫生服务	(151)
四、日本的社区医疗服务	(153)
五、巴西的社区卫生服务	(153)
六、古巴的社区卫生服务最值得称道	(154)
七、我国澳门的社区卫生服务	(155)
第三节 社区卫生服务结构分析、绩效评价——以北京石景山区 为例	(156)
一、社区卫生服务中心(站)的一般状况与设施配备	(157)
二、社区卫生服务机构的服务现状	(160)
三、社区卫生服务机构的财务收支状况	(165)
四、社区卫生服务机构“六位一体”服务情况	(174)
五、社区卫生服务机构的人力资源和岗位培训情况	(178)
六、社区卫生服务机构的主要困难和外部支持情况	(185)
第四节 建立与完善社区卫生服务体系的对策思路	(188)
一、社区卫生服务体系建设重点联系城市的可贵实践	(188)
二、充分发挥政府在完善社区卫生服务体系中的主导作用	(189)
三、完善医院与社区卫生服务之间的互动关系	(191)
四、将健全社区卫生机构作为改进社区卫生服务水平的 出发点	(192)
五、将社区卫生服务纳入医疗保障体系之中	(197)
六、农村社区卫生服务必须解决政府主导和财政投入问题	(197)
第七章 加快发展农村卫生服务：实现卫生服务公平性的关键 举措	(201)
第一节 我国农村卫生服务严重落后的具体表现	(201)
一、农村卫生服务的可及性	(201)
二、农村居民健康状况和卫生服务需要	(203)
三、农村居民医疗服务需求、利用及费用	(203)
四、卫生系统反应性及居民满意度	(205)
五、计划免疫与疾病控制	(206)

六、孕产妇和儿童保健	(207)
七、卫生资源配置	(209)
八、卫生院概况及其提供的卫生服务	(213)
第二节 我国农村卫生服务严重落后的原因分析	(215)
一、农村改革中对合作医疗制度处置失当	(215)
二、“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的方针失去了 基础	(218)
三、歧视、排斥中医药思潮从 20 世纪 80 年代起重新泛滥	(219)
四、国家财政能力的限制	(222)
第三节 加快发展农村卫生服务、缩小城乡卫生服务差距的对策 建议	(224)
一、正确理解差距,明确指导思想	(224)
二、规范政府公共卫生责任承担机制	(224)
三、完善对农村卫生事业的投入机制	(225)
四、加强对中央财政公共卫生专项资金的管理	(227)
五、探索多种财政调控方式,完善其他配套措施	(228)
六、建立健全农村社区卫生服务网络	(228)
第八章 基本药物制度改革:实现卫生服务公平性的技术措施	(230)
第一节 基本药物制度在公共卫生服务体系中的地位和作用	(230)
一、基本药物与基本药物制度	(230)
二、关于国家基本药物目录	(231)
三、建立我国国家基本药物制度	(232)
第二节 我国基本药物制度的现状与存在问题	(233)
一、我国基本药物制度现状	(233)
二、我国基本药物制度存在的问题	(234)
第三节 完善国家基本药物制度的主要措施	(236)
一、完善国家药物制度,增强政府对基本药物的宏观调控	(236)
二、制定《国家基本药物目录》应遵循的原则	(237)
三、制定药物技术标准并加强监测,指导临床合理用药	(240)
四、强化基本药物制度宣传,使民众能认知与获得基本药物	(240)
五、建立良好的药品流通机制,推行基本药物制度	(240)
附 录	
中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定	(245)
国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定	(256)

关于城镇医药卫生体制改革的指导意见	(260)
中共中央、国务院关于进一步 加强农村卫生工作的决定	(265)
国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见	(272)
国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见	(277)
关于深化医药卫生体制改革的意见	(282)
参考文献	(297)
后记	(310)