

人人享有 健康保障



——《中共中央 国务院关于深化医药卫生
体制改革的意见》操作指南

张越 著

RENREN
XIANGYOU
JIANKANG
BAOZHANG

- ◎ 以健康为中心
- ◎ 以预防为重点
- ◎ 以医生为核心
- ◎ 人人拥有家庭医生
- ◎ 常规就医无经济压力
- ◎ 建立全民基本健康保障体系

 人民出版社

人人享有 健康保障

——《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》操作指南

张越 著

- ◎以健康为中心
- ◎以预防为重点
- ◎以医生为核心
- ◎人人拥有家庭医生
- ◎常规就医无经济压力
- ◎建立全民基本健康保障体系

RENREN
XIANGYOU
JIANKANG
BAOZHANG

人民出版社

责任编辑:李春林

封面设计:肖 辉

版式设计:程凤琴

责任校对:王 惠

图书在版编目(CIP)数据

人人享有健康保障——《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》操作指南/张越 著. —北京:人民出版社,2009.6

ISBN 978-7-01-007939-4

I. 人… II. 张… III. 医疗保健制度-体制改革-文件-中国-指南
IV. R199.2-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 072800 号

人人享有健康保障

RENREN XIANGYOU JIANKANG BAOZHANG

——《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》操作指南

张 越 著

人民出版社 出版发行

(100706 北京朝阳门内大街 166 号)

北京新魏印刷厂印刷 新华书店经销

2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月北京第 1 次印刷

开本:710 毫米×1000 毫米 1/16 印张:18.75

字数:248 千字 印数:0,001-5,000 册

ISBN 978-7-01-007939-4 定价:38.00 元

邮购地址 100706 北京朝阳门内大街 166 号

人民东方图书销售中心 电话 (010)65250042 65289539

目 录

第一章 医改 30 年简要回顾	(1)
一、医改 30 年的基本历程	(1)
二、医改 30 年的主要特点	(8)
三、医改 30 年的经验教训	(12)
四、30 年医改的核心认同	(19)
第二章 新医改方案的基本框架	(21)
一、以健康为中心	(22)
二、人人享有基本健康保障	(23)
三、全民基本健康保障体系	(24)
四、家庭医生制度	(26)
五、三级转诊制度	(28)
六、基本药物制度	(29)
第三章 新医改方案实施细则基本结构	(31)
一、指导思想	(32)
二、基本目标	(32)
三、考核指标	(32)
四、人人拥有家庭医生	(33)

五、三级转诊体制	(34)
六、基本药物制度	(35)
七、全民基本健康保障体系	(35)
八、立法对策	(36)
九、实施细则的初步论证	(37)
第四章 以健康为中心	(39)
一、健康概念的重新界定	(40)
二、健康价值的重新发现	(43)
三、健康水平的评价与测量	(44)
四、健康生存的理想图景	(46)
五、理性审视生死的价值	(46)
六、医疗功能的理性评估	(48)
七、医事行为的重新定位	(49)
八、医疗资源的重新分配	(50)
九、大力推行健康教育	(50)
第五章 以预防为中心	(52)
一、预防为主的美好回忆	(53)
二、医学目的的再认识	(54)
三、对疾病的重新审视	(55)
四、对患者的重新定位	(56)
五、疾病的判断标准	(58)
六、疾病的影响因素	(59)
七、疾病与人类行为	(63)
八、可选择的预防策略	(66)
第六章 人人拥有家庭医生	(68)
一、百姓涉医常见的 20 个疑问	(69)
二、疑问的根源是信息严重不对称	(70)

三、释疑解惑需要一个贴心人	(72)
四、这个贴心人就是家庭医生	(73)
五、家庭医生按实际聚居人口配置	(75)
六、百姓初诊距离不超过 1000 米	(75)
七、每 1000 人拥有 1 名家庭医生	(76)
八、家庭医生服务区按人口密度分类	(77)
九、家庭医生在自己的服务区安家	(80)
十、家庭医生的工作关系	(81)
十一、家庭医生与社区的结合	(82)
十二、家庭医生的薪酬构成	(83)
十三、家庭医生的工资标准	(86)
十四、工资标准的议价机制	(87)
十五、工资标准的决策体制	(88)
十六、居民登记选择家庭医生	(89)
十七、不登记不影响居民就诊	(90)
十八、对登记活动的管理	(91)
十九、家庭医生的 12 项基本职责	(93)
二十、家庭医生的最短服务年限	(101)
二十一、家庭医生的三重考核	(102)
二十二、家庭医生的配套制度	(104)
二十三、家庭医生的制度价值	(105)

第七章 普遍推行三级转诊制度

(112)

一、医疗机构的分级	(113)
二、转诊机构的分类	(114)
三、转诊机构分立的理由	(115)
四、转诊医院的设立	(116)
五、全科诊所的设立	(117)
六、转诊医生的来源与淘汰	(118)

七、转诊医生的收入构成	(120)
八、三级双向转诊流程	(121)
九、转诊纠纷的裁决机制	(124)
十、三级转诊的费用负担	(126)
十一、自费就诊的收费标准	(128)
十二、三级转诊的竞争机制	(129)
十三、三级转诊的合作机制	(133)
第八章 免费享用基本药物	(136)
一、药价虚高困扰全民	(137)
二、国家对基本药物制度的原则要求	(138)
三、基本药物制度运行机制的核心问题	(139)
四、基本药物免费与免费基本医疗	(141)
五、基本药物的遴选体制	(143)
六、生产配送的全国招标	(145)
七、直接配送到终端用户	(147)
八、基本药物的利用机制	(149)
九、其他药品管理的政策措施	(150)
第九章 全民基本健康保障体系	(153)
一、全民基本健康保障体系的定位	(155)
二、全民基本健康保障体系的定性	(156)
三、与基本医疗保障制度的衔接	(158)
四、与商业医疗保险的衔接	(159)
五、基本健康保障的内容	(161)
六、资金来源	(162)
七、居民缴费	(162)
八、盈余控制	(166)
九、财政补贴	(167)

十、自有资产收益	(167)
十一、资金全国统一调度使用	(168)
十二、资金支出项目	(168)
十三、转诊服务的报销水平	(171)
十四、政府主导的主要体现	(173)
十五、成本约束的指导思想	(173)
十六、基本公平的保障水平	(174)

第十章 医生培养及就业体制的转变

(178)

一、医生的通用培养历程	(179)
二、培训体制改革的政策措施	(180)
三、拓展医学教育的资金来源	(181)
四、调整医学教育的层次结构	(182)
五、大力普及全科医学教育	(184)
六、发展全科医学的政策手段	(187)
七、引导医学毕业生的分布	(188)
八、医生的五种职业选择	(188)
九、带教医生	(189)
十、专科医生	(192)
十一、私人医生	(193)
十二、家庭医生的储备	(194)
十三、家庭医生的竞争性配置	(195)
十四、家庭医生的补缺安排	(195)
十五、家庭医生的选拔性培养	(196)
十六、乡村医生的培训提高	(197)
十七、家庭医生的更新换代	(198)
十八、家庭医生工作岗位的设置	(198)
十九、家庭医生服务区的设置标准	(199)
二十、家庭医生服务区的设置程序	(199)

第十一章 以医生为核心的医患关系	(201)
一、敦睦医患关系要靠制度	(201)
二、医生的角色定位	(202)
三、医疗服务的质量判断	(204)
四、病人的虚拟权利	(204)
五、病人可以有限获得的权利	(206)
六、病人不太可能实际享受的权利	(210)
七、公民健康权的确立	(211)
八、要求家庭医生随叫随到的权利	(212)
九、享受免费基本医疗的权利	(213)
十、急诊权	(213)
十一、要求及时转诊的权利	(215)
十二、自费就医的权利	(216)
十三、自费病人的礼让义务	(217)
十四、礼让义务是公平的体现	(218)
十五、礼让义务存在的理由	(219)
十六、疾病面前人人平等	(220)
第十二章 公立医院的改革	(222)
一、公立医院改革的难度	(223)
二、大型公立医院改革尤其困难	(224)
三、大型公立医院的专业化道路	(225)
四、基于全民保健的改革思路	(226)
五、医院改革的政策手段	(228)
六、基层医院改制为转诊医院	(229)
七、转诊医院原有人员的分流	(229)
第十三章 基础医学科研的重点	(231)
一、以开发实用医疗技术为原则	(231)

二、疾病谱变化的对策研究·····	(232)
三、研拟标准的诊断、治疗方案·····	(233)
四、多渠道扶持基础医学研究·····	(234)
第十四章 政府介入的十大政策手段·····	(235)
一、家庭医生的服务人数·····	(235)
二、对家庭医生的补贴力度·····	(236)
三、对家庭医生的资格限制·····	(237)
四、居民就医的平均时距·····	(237)
五、基本健康保障的缴费水平·····	(238)
六、转诊消费的报销水平·····	(238)
七、国家财政的补贴水平·····	(239)
八、加大政策研究的投入力度·····	(240)
九、建立法定的医改方案决策体制·····	(242)
十、建立完善的医事法体系·····	(243)
第十五章 运营成本及经济可行性分析·····	(245)
一、家庭医生的激励机制·····	(245)
二、家庭医生为居民精打细算·····	(247)
三、三级转诊的节约机制·····	(248)
四、全民基本保健的十大成本约束机制·····	(252)
五、人人拥有家庭医生的现实性·····	(253)
六、维护家庭医生的成本·····	(256)
七、免费基本药物的成本·····	(258)
八、维护三级转诊的成本·····	(259)
九、总体成本及资金来源·····	(260)
附 录	
中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见·····	(262)

一、充分认识深化医药卫生体制改革的重要性、紧迫性和艰巨性	(262)
二、深化医药卫生体制改革的指导思想、基本原则和总体目标	(264)
三、完善医药卫生四大体系,建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度	(266)
四、完善体制机制,保障医药卫生体系有效规范运转	(270)
五、着力抓好五项重点改革,力争近期取得明显成效	(278)
六、积极稳妥推进医药卫生体制改革	(279)
 医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)	(281)
一、加快推进基本医疗保障制度建设	(282)
二、初步建立国家基本药物制度	(284)
三、健全基层医疗卫生服务体系	(285)
四、促进基本公共卫生服务逐步均等化	(287)
五、推进公立医院改革试点	(288)
六、保障措施	(289)

第一章 医改 30 年简要回顾

《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》或“新医改方案”)的出台,表明我国医药卫生体制改革在前 30 年的基础上进入一个新阶段。回顾伴随着改革开放的这一专业领域内的变革,有许多经验教训值得总结、反思和汲取。在此基础上充分认识医疗卫生领域现有基础,系统谋划、当断则断,我们完全有可能在未来 3 年内,以现有的医疗技术、现有的人力资源、现有的投入水平,走出试探性改革的犹豫期,投入到逐步完善“全民健康保障体系”的新的、伟大历史进程中。

1

一、医改 30 年的基本历程

以 1979 年提出“要运用经济手段管理卫生事业”为标志,30 年医改大幕拉开。但由于医改政策本身的模糊性以及执行过程中的滞后性,其分期不甚明显,大致有 4 个阶段:

(一)前期造势阶段(1979~1985 年)

这一时期的医改政策并不明确,主要内容套用当时经济体制改革的套路,主要是:将经济效益指标引入对医疗机构和医务人员的考核,

对医疗机构内部进行企业化调整。

1979年是医改“初露端倪”年。是年元旦,卫生部主要领导在接受新华社记者采访时提出,要“运用经济手段管理卫生事业”。不久,卫生部等三部委联合发出《关于加强医院经济管理试点工作的意见》;随后,卫生部开展对医院的“五定一奖”(即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经济补助、完成任务奖励)工作,开始尝试对医院实行“定额补助、经济核算、考核奖惩”。卫生部把黑龙江、吉林、山东、河北、浙江等地的5所医院树立为“典型”,要求在全国推广其经验和做法。

1980年,国务院批转卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》,打破了国营公立医院在医疗卫生领域一统天下的局面。

这一时期的医改,主要针对当时的医院办社会,基本上是管理上的修修补补,没有体制上的真正变革。当时的医院与其他国有单位一样,也在办中学、办食堂、办洗衣房,主业不清、考核机制不明。改革的主要成果是,确立了医疗机构的经济主体地位,纯化了医院内部的治理结构,但也为医疗机构追逐经济利益埋下了伏笔。

(二) 多方集资阶段(1985~1992年)

这是医改的起步阶段。主要任务是扩大医院自主权,政策标志是“给政策不给钱”,核心目标是“多方集资”,鼓励医疗机构及卫生工作者千方百计挣钱;同时,政府直接投入逐步减少,市场化逐步引入医疗机构。

1985年常被称作中国医改元年、启动年。该年4月,国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》(国发[1985]62号),明确提出:“必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开闢发展卫生事业的路子,把卫生工作搞好”,由此拉开了医疗机构转型的序幕。这一时期在全国卫生系统推出两个典型,一是转换经营机制的“协和经验”,二是后勤服务社会化的“昆明经验”。

1989 年国务院批转了卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(国发[1989]10 号文),提出五点意见:第一,积极推行各种形式的承包责任制;第二,开展有偿业余服务;第三,进一步调整医疗卫生服务收费标准;第四,卫生预防保健单位开展有偿服务;第五,卫生事业单位实行“以副补主”、“以工助医”。其中特别强调“给予卫生产业企业三年免税政策,积极发展卫生产业”。这个文件进一步提出通过市场化来调动企业及相关人员积极性,从而拓宽卫生事业发展的道路。作为改革的具体措施,卫生部颁布施行医院分级管理的通知和办法。医院按照任务和功能,划分为三级十等。“三级甲等”成为医院的金字招牌。

这场从一大二公、不计成本的传统计划体制,向强调效益、鼓励创收的市场体制的改革,从医院收益角度看,改革初期成效明显。但也产生了一些问题:由于实行“放权让利”的财政包干制,政府财政收支占 GDP 比重急剧下降,公共卫生支出占 GDP 的比重也一路下滑,政府对公共卫生的投入严重不足;基层,特别是农村医疗卫生防疫网加速破败,严重影响到广大农民的健康保障;由于过分强调自主经营、自负盈亏,医疗机构开始以利润最大化为目标,医疗卫生部门世风日下,医生走穴、手术红包、药品回扣等一系列医疗乱象随即出现。

这一时期的医改多模仿其他领域,虽然涉及体制问题,但对卫生事业发展自身特性了解、认识不足。医改的成果,主要是确立了医疗机构可以自谋生路、不用国家供养的观念,为下一步市场化改革铺平了道路,同时也为政府从医疗领域抽身、撤资奠定了舆论基础。

这一时期医改的主要问题,是医疗卫生事业逐渐弱化了公益性。医疗机构出现了参照系偏差,医院将投入产出考核的参照标准定位为营利性的企业;对医务人员的考核标准,也与经济收入挂钩。事实证明,医事活动事关人的生命、健康,而且不仅是生理健康,还包括心理社会健康。医事活动不能从纯经济角度来刺激,不能完全用经济指标来评价。由于没有选准参照系,我国的医疗服务与人文关怀渐行渐远。

(三) 市场化改革阶段(1992~2003 年)

1992 年 9 月,国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》,确立“建设靠国家,吃饭靠自己”的体制,医疗体制继续向市场化进军。改革的侧重点包括:对城镇职工医疗保险制度、卫生管理体制进行改革,积极发展社区卫生服务、改革卫生机构运行机制等。但总体看,改革仍在探索中,缺乏整体性、系统性,深层次问题未触及。

1996 年 12 月 9 日,中共中央、国务院召开了新中国第一次全国卫生工作会议,为下一步卫生改革工作打下了坚实基础。

1997 年 1 月,中共中央、国务院出台《关于卫生改革与发展的决定》,明确提出了卫生工作的奋斗目标和指导思想。提出了推进卫生改革的总要求,在医疗领域主要有改革城镇职工医疗保险制度、改革卫生管理体制、积极发展社区卫生服务、改革卫生机构运行机制等。这些指导思想成为这一轮改革的基调和依据。

1998 年开始推行“三项改革”,即医疗保险制度改革、医疗卫生体制改革、药品生产流通体制改革,2000 年国务院专门召开会议就“三改并举”进行部署。

2000 年 2 月,国务院办公厅转发国务院体改办、卫生部等 8 部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,其中确定了医药分业等几项制度,以贯彻中共中央国务院《关于卫生改革与发展的决定》。之后,陆续出台了包括《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》、《关于卫生事业补助政策的意见》、《医院药品收支两条线管理暂行办法》等 13 个配套政策。有关部门在地方进行“医药分开”的试点,按照“医药分家”模式将药房从医院中剥离,但未获得重大进展。

本阶段城市社区卫生服务工作受到重视。2000 年 12 月卫生部印发《城市社区卫生服务机构设置原则》、《城市社区卫生服务中心设置指导标准》。2001 年 11 月卫生部印发《城市社区卫生服务基本工作内容(试行)》,同年 12 月印发《关于 2005 年城市社区卫生服务发展目标

的意见》。之后又出台了一系列配套政策。2006年初,国务院发布了《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》。连续密集出台的这些文件为社区卫生组织发展提供了政策支持。

市场化的改革思路,在地方得到了积极响应。由于卫生费用主要来自地方财政,卸包袱的冲动是医改市场化方向的重要动力之一。

《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》中“鼓励各类医疗机构合作、合并”,“共建医疗服务集团、营利性医疗机构”,“医疗服务价格放开,依法自主经营,照章纳税”等内容,被有的地方解读成“为完全‘市场化’的医改开了绿灯”,让1999年即酝酿医改的江苏宿迁“激动不已”,并由此找到了医改名正言顺的理由。2000年“宿迁医改”付诸实施,吹响了完全“市场化”的医院产权制度改革号角——卖医院。5年下来,除2家公立医院,宿迁其他133家公立医院均被拍卖,宿迁政府自我评价“医疗事业基本实现政府资本完全退出”。

改革的进程中甚至出现了反复。1992年国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》后,卫生部有关领导在会议上要求:医院要在“以工助医”、“以副补主”等方面取得新成绩。这或许已回不到医院办社会的老路上去,但医院、医生赤裸裸、不分主业地追求经济利益的做法,很难让人以生命、健康相托,对医疗卫生领域的不满升级。

市场化引发的愈演愈烈的医疗卫生领域黑幕及对全系统的负面社会评价,促使卫生系统内部的争论日趋激烈,围绕“医院是不是掉到钱眼里”、是政府主导还是市场改革,两种思路针锋相对。在1993年5月的全国医政工作会议上,争论集中爆发。卫生部一位领导在报告中明确表示反对医疗服务市场化,有人认为表态“思想保守,反对改革”,两派观点在会议上即吵得不可开交。

这一时期的改革,整个医药系统是受益的、满意的,只是从长远及民众的角度看,必须解决由此带来的根本问题:医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,公共卫生

和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱,医疗保障制度不健全,药品生产流通秩序不规范,医院管理体制和运行机制不完善,政府卫生投入不足,医药费用上涨过快,个人负担过重,人民群众反映强烈。

市场化医改对我国社会的另一个结构性影响是,医生离民众,特别是普通市民、村民越来越远。在医改之前,特别是“文革”期间,知识分子地位不高,乡镇卫生院里也可以见到名牌医学院毕业的医生。但随着落实知识分子政策及“文革”后的恢复重建,落魄乡里、散居民间的中高级医学人才,同村里的知识青年、牛棚里的老干部,一起回到了城里,从此再也没有回来。随着经济发展、城乡差异加剧、医生收入增长,在现行体制下,他们似乎越来越难回来了。游走于计划经济遗存的事业单位保障与市场化改革后优质企业级收入的医生们,成为一个经济实力甚至政治地位均日益提高的万众敬畏的特殊专业群体。

(四) 思路定型阶段(2003~2009年)

这一时期以“非典”的突如其来为标志,以“市场化非医改方向”为结论,是新医改方案反复酝酿的医改非典型时期。

2003年,SARS疫情的全国蔓延,对卫生体系是一次严峻考验。全国卫生系统紧急动员,投入到疫情的控制之中。这一事件直接暴露了公共卫生领域的问题,促使人们反思现行卫生政策,客观上影响和推动了卫生体制的改革。全国人民也由此警觉,意识到一个最简单的道理:医疗体制不仅仅是钱的问题,而是攸系生死、事关健康。中国开始检讨公共卫生体系的漏洞,进而反思整个卫生事业的方向,“政府主导派”再次走向前台,但与“市场派”的意见不相上下。

2005年1月,吴仪在全国卫生工作会议上指示:解决群众“看病难、看病贵”的问题需要标本兼治,综合治理。

2005年5月初,医改风云突变。卫生部领导发表讲话,严厉批评了公立医疗机构公益性淡化、过分追求经济利益的倾向,并且着重强调,“应当坚持政府主导,引入市场机制。产权制度改革,不是医疗制