

共话时政

十七大热点通俗读物

丛书主编：邢贲思 副主编：易冰

病有所医 不再遥远

——建设覆盖城乡居民的
医疗卫生服务体系

戴卫东 著

人民出版社

共话时政

十七大热点通俗读物

丛书主编：邢贲思 副主编：易冰

病有所医 不再遥远

——建设覆盖城乡居民的
医疗卫生服务体系

戴卫东 著

人民出版社

责任编辑:洪琼
封面设计:周文辉
版式设计:陈岩
责任校对:方雅丽

图书在版编目(CIP)数据

病有所医 不再遥远——建设覆盖城乡居民的医疗卫生服务体系/戴卫东著. —北京:人民出版社,2008.1

(十七大热点通俗读物)

ISBN 978-7-01-006784-1

I. 病… II. 戴… III. 医疗保健事业-卫生服务-中国-学习参考资料 IV. R199.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第000909号

病有所医 不再遥远

BING YOU SUO YI BUZAI YAOYUAN

——建设覆盖城乡居民的医疗卫生服务体系

戴卫东 著

人民出版社 出版发行

(100706 北京朝阳门内大街166号)

北京中科印刷有限公司印刷 新华书店经销

2008年1月第1版 2008年1月北京第1次印刷

开本:850毫米×1168毫米 1/32 印张:4.625

字数:74千字 印数:00,001-10,000册

ISBN 978-7-01-006784-1 定价:7.50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

出版说明

为深入学习贯彻党的十七大精神，根据中央关于“宣传贯彻十七大精神要贴近实际、贴近生活、贴近群众，善于用事实说话、用典型说话、用数字说话”的要求，我社特组织编写了《十七大热点通俗读物》丛书，邀请众多相关领域的专家学者，围绕党的十七大报告提出的一系列新思想、新观点、新论断，针对干部群众学习贯彻过程中普遍关心的热点、难点问题，用“一题一书”的形式进行阐释与讲解，每本书篇幅简短精练，观点准确，力图做到形式活泼，深入浅出，通俗易懂，成为广大基层干部群众、青年学生进一步学习领会十七大精神的重要读本。

建立基本医疗卫生制度，提高全民健康水平。健康是人全面发展的基础，关系千家万户幸福。要坚持公共医疗卫生的公益性质，坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重，实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开，强化政府责任和投入，完善国民健康政策，鼓励社会参与，建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。完善重大疾病防控体系，提高突发公共卫生事件应急处置能力。加强农村三级卫生服务网络和城市社区卫生服务体系建设，深化公立医院改革。建立国家基本药物制度，保证群众基本用药。扶持中医药和民族医药事业发展。加强医德医风建设，提

高医疗服务质量。确保食品药品安全。
坚持计划生育的基本国策，稳定低生
育水平，提高出生人口素质。开展爱
国卫生运动，发展妇幼卫生事业。

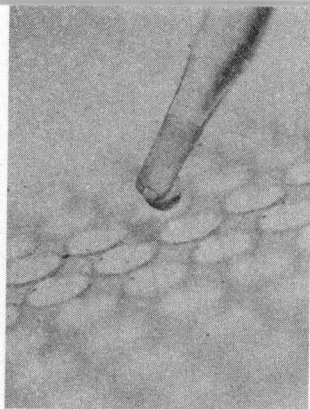
——摘自党的十七大报告

目录

CONTENTS

- 一 中国医疗卫生制度的转型 /001
- 二 公共卫生 /025
- 三 城镇医疗保障 /049
- 四 新型农村合作医疗 /087
- 五 展望中国医疗卫生制度体系 /107

主要参考文献 /133



一

中国医疗卫生制度的转型



（一）医疗卫生制度体系

随着“看病难，看病贵”等呼声越来越高，中国社会各个阶层都关注的医疗卫生制度改革进入了攻坚战阶段。这里，我们必须从最基础的知识了解起。那么，什么是医疗卫生制度体系呢？医疗卫生制度体系是一个复杂的体系，它由医疗卫生保障体系、医疗卫生服务体系、医疗卫生资源提供体系及医疗卫生监管体系4个紧密相关的子系统构成。

所谓医疗卫生保障体系，是由各种不同的医疗保障办法组成的，包括基本医疗保险、社区互助医疗保险、公务员补充医疗保险、企业职工补充医疗保险、商业医疗保险、消费者本人付费以及政府筹资（包括一般性税收筹资和设立卫生专项税）。这个系统主要解决医疗卫生服务由谁来“埋单”、支付哪些服务以及如何支付等问题。应该说，该系统是医疗卫生制度体系中的一个重要子系统，具有促进医疗卫生服务利用和收入保障这两个功能。因为它明确了患者可获得医疗服务的内容，以及提供了一个医疗费用的社会风险分担机制，以解决或缓解“因病致贫”的问题。

所谓医疗卫生服务体系，简单地说，就是指谁来提供服务？提供什么样的服务？如何提供服务？医疗卫生

服务体系的运转好坏,直接影响到人民的健康保护水平及其对医疗卫生体系的满意程度。因而,该系统是整个医疗卫生制度体系的核心部分。它涉及面向全体社会成员的由政府负责的公共卫生服务,以及针对社会成员个体的由政府主导、社会化与市场化相结合的医疗保健服务。

所谓医疗卫生资源提供体系,就是指为提供医疗卫生服务所必需的物质上、人力上的资源组合。一般地,医疗卫生的物质资源主要指药品、仪器等;人力资源是指受过专门训练的医生、护士、药剂师等。如果有药品、仪器,没有好的医护人员,那再好的药品与仪器也发挥不了作用;反之,就是“巧妇难为无米之炊”的道理。两者缺一不可。可见,医疗卫生资源提供体系也是医疗卫生制度体系的另一个重要支撑系统。

所谓医疗卫生监管体系,有学者做过一个形象的比喻:如果把医疗卫生制度体系比做一个人体,医疗卫生监管系统就像是人的大脑中枢神经系统,它指挥着整个医疗卫生制度体系的运转。这个系统主要包括谁来监管?监管什么?如何监管?具体来说,就是一方面制定医疗卫生的一系列政策和法规,另一方面对医疗卫生制度体系的各个子系统进行监管、协调。我们知道,大到一个社会,小到一个家庭,如果缺乏监督管理,那都只能导致“一盘散沙”的局面。从这个意义上来讲,假若

医疗卫生监管体系缺位或执行不力，同样也会使医疗卫生制度这台“机器”瘫痪或运转不畅。

上述医疗卫生制度体系的4个子系统各自承担着一定的功能。4个子系统又有机地结合在一起，共同担负着一个国家或社会的医疗卫生事业的使命。正如有人作出的比喻：医疗卫生制度体系如同一个人体的话，那么，医疗卫生监管体系就好比是人的大脑中枢神经系统，支撑人体的两只脚就是医疗卫生资源提供体系和医疗卫生保障体系，两只手要抓的就是公共卫生服务和医疗保健服务。

一个合理的医疗卫生体系应该是以保障人民的健康、解决城乡居民的后顾之忧为中心，在制度设计上要达到公平性、有效性和可持续性的三个原则。而建设一个新的合理有效的医疗卫生体系，其关键是抓好体系中的医护人员和管理者的能力建设、医院和医生的动力机制建设以及压力机制建设。要使中国医疗卫生体制改革这个系统工程取得成功，就应该遵循4项基本原则：①紧紧围绕一个中心目标——有效地保障人民的健康；②协调发展2个重点领域——公平与效率；③综合运用3个战略措施——“三力丸”（能力建设、动力机制建设和压力机制建设）；④大力加强4个体系建设——医疗卫生保障体系、医疗卫生服务体系、医疗卫生资源提供体系以及医疗卫生监管体系。

新加坡医疗卫生制度体系

一、医疗供给：三方共建

从供给的角度研究，新加坡的医疗卫生服务由三方负责提供，简称“3 P 模式”：第一个 P，政府出资创办的公立医疗卫生机构；第二个 P，私人或民间资金创办的竞争性、赢利性医疗卫生机构；第三个 P，社会人士和福利团体。综观新加坡的医疗卫生组织结构，既不是由政府完全独揽包办、排斥市场的高度集中结构，也不是完全由赢利性组织一统天下的过度竞争性市场结构，而是一个融政府、市场、社会三方于一体的共建型组织结构。

二、医疗费用：两方分担

新加坡的医疗卫生服务费用是由个人和政府两方共同负担的。新方在介绍中反复强调三条观念：一是普遍性观念，即通过明确个人责任加政府津贴，“使人人负担得起保健服务”；二是有偿性观念，即“通过共同付费原则分担责任，避免所谓‘无偿’医疗服务”；三是质量—价格对称观念，即“病人如果需要高质量、高水平的服务，就得支付更高的费用”。新加坡的“两方分担”体现在以下两个环节：

第一个环节，医疗费用由政府和个人共同负担。个人掏一块，政府补一块。政府负担按住院病人和门诊医疗分别制定补贴标准。

第二个环节，三项医疗保健制度（3M）由个人和政府共同负担。第一个 M，保健储蓄（Medisave）。成立于 1984 年。这是一项全国性的医药储蓄计划，相当于中国的城镇在职职工基本医疗保险基金。

第二个 M，健保双全计划（Medishield）。设立于 1990

年。这是一种重病保险计划。

第三个 M，保健基金 (Medifund)。设立于 1993 年。是一项由政府出资建立的带有“兜底”性质的保健信托基金，目前总额达 11 亿新元，并将随预算盈余而逐渐增加到 20 亿新元。

三、医疗运作：双向互转

新加坡把医疗机构分为两层（他们称之为“两级医疗网”）：底层的是社区医院和一般诊所，上层属于综合性或专科性的大医院。前者负责基础性保健服务，后者负责综合医疗服务。在基础性保健服务中，私人诊所占 80% 的业务量，公立机构占 20% 的业务量；在综合医疗服务中，私人医院占 20% 的业务量，公立综合性或专科医院占 80% 的业务量。

他们强调国家卫生服务体系建设应以社区卫生服务为基础，社区卫生机构主要承担基础性保健服务，也承担部分公共卫生的职责，如妇幼保健、计划免疫、儿童保健等。为切实发挥社区机构的基础性作用，规定除急诊外，病人原则上先进社区医院或私人诊所。为鼓励人们到社区首诊，在医疗费用方面对于那些经社区首诊转入大医院者给予 10%—20% 的优惠，而对于直接到大医院首诊者则额外加价，由此从经济利益上诱导人们首先进入社区医院（他们直截了当地说：“这叫用钱来调节你”）。这样，就形成了一道“拦河坝”，缓解了大医院的诊疗压力。更有意思的是，病人在大医院治疗后，根据病情稳定情况适时转入社区医院，他们把此概括为“手术在大院，康复在社区”。为此，政府制定相应的标准，从利益上鼓励病人在社区医院康复。

通过上述双层双向转诊制度，医疗资源的配置得到全

面整合和优化，从而有助于提高医疗卫生资源的整体效益。

(资料来源：常修泽：《新加坡医疗卫生体制的四点启示》，《学习月刊》2007年4月。有改动)

(二) 新中国医疗卫生制度的历史回顾

(1949—1986年)

新中国医疗卫生制度体系包括面向机关事业单位职工的公费医疗制度、面向国有企业职工的劳保医疗制度以及面向农村的合作医疗制度三个部分。

公费医疗是对国家机关、事业单位工作人员实行的免费治疗和预防疾病的一种福利制度。1952年6月27日，政务院颁布了《关于全国各级人民政府、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》，实施数十年之久的公费医疗制度自此建立。1953年卫生部在《关于公费医疗的几项规定》中，将公费医疗预防制度实施范围扩大到高等学校的在校学生及乡干部。1956年《关于办理各国在华专家公费医疗预防几项规定》、《国家机关工作人员退休后仍应享受公费医疗待遇的通知》、《关于高等学校工作人员退休后仍应享受公费医疗待遇的通知》等一系列法规、规定

的发布，使公费医疗实施范围进一步扩大。公费医疗的待遇，除挂号费、营养滋补药品以及整容、矫形等少数项目由个人自付费用外，其他医药费全部或大部分由公费医疗经费开支。费用支付方式是按服务项目支付门诊、住院的检查费、药品费、治疗费、手术费、床位费、计划生育手术的医药费，以及因公负伤、致残的医药费用等。住院的膳费、就医路费由个人负担。公费医疗的经费来源分为两类：国家机关及全额预算管理单位的公费医疗经费来源于各级财政拨款；差额预算管理及自收自支预算管理事业单位从提取的医疗基金中开支。

劳保医疗制度是根据 1951 年颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》建立起来的。劳保医疗制度的适用范围，主要是全民所有制工矿企业和部门的职工及其供养直系家属，县以上集体企业的职工参照执行。劳保医疗经费由企业行政支付。1951—1969 年的劳保医疗是一种“半基金”式的保险模式，由企业行政和工会共同管理，可以在劳动保险基金（按职工工资总额的 3%，税前提取，列入成本）项目下支付职工非因工负伤治疗超过 6 个月时的补助费。针对劳保医疗国家和企业包得过多，药品浪费等情况，1966 年 4 月劳动部和全国总工会颁发了《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》，对劳保医疗作了一些新的规定：企业职工患病或非因工负伤，在指定的医院或本单位附设的医院、

医务室（所）、保健室（站）医疗时，一般不收挂号费；所需的贵重药品费，由企业行政方面负担，但服用营养滋补药品（包括药用食品）的费用，应由职工个人负担。按规定享受医疗待遇的职工供养直系亲属患病医疗时，除了手术费和药费仍然实行半费外，挂号费、检查费、化验费等均由个人负担。

农村合作医疗，是新中国农村社会通过集体和个人集资，用以为农村居民提供低费的医疗保健服务的一种互助互济制度。它是中国医疗保障制度中有特色的组成部分。1956年，全国人大一届三次会议通过的《高级农业生产合作社示范章程》中规定，合作社对于因公负伤或因公致病的社员要负责医疗，并且要酌量给以劳动日作为补助，从而首次赋予集体介入农村社会成员疾病医疗的职责。随后，许多地方开始出现以集体经济为基础，以集体与个人相结合、互助互济的集体保健医疗站、合作医疗站或统筹医疗站。从新中国成立到20世纪50年代末，农村合作医疗处于各地自发举建的阶段。1958年，全国合作医疗覆盖率仅10%。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保健工作，极大地推动了农村合作医疗保障事业的发展。到70年代中期则达到90%。但是，自80年代初期的农村经济体制改革以后，全国大多数农村地区原有的以集体经济为基础