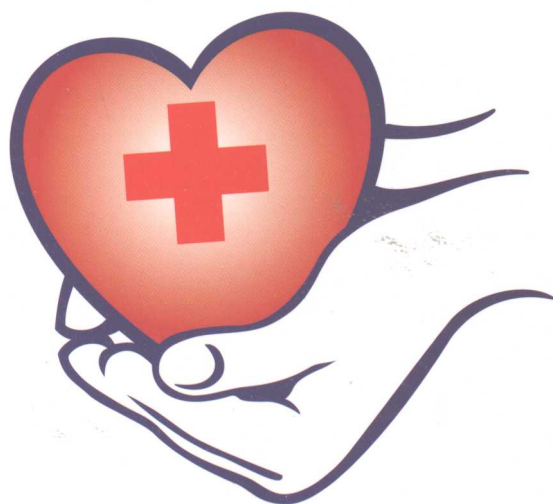


构建和谐医患关系教程

中国继续工程教育协会基础教育委员会
北京育知咨政公共管理研究所

联合编写



中国传媒大学出版社



专业技术人员继续教育培训教材

构建和谐医患关系教程

中国继续工程教育协会基础教育委员会
北京育知咨政公共管理研究所 联合编写

中国传媒大学出版社

2007年·北京

图书在版编目 (CIP) 数据

构建和谐医患关系教程/余绿林、方奎明著.

- 北京: 中国传媒大学出版社. 2007. 5

ISBN 978-7-81085-966-0/K·966

I. 构... II. 方... III. ①医院-人间关系-中国-教材

②医疗事帮-处理-中国-教材 IV. R197.322 D922.164

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 056668 号

构建和谐医患关系教程

主 编 余绿林 方奎明

责任编辑 欣 文

装帧设计 丹 尼

出 版 人 蔡 翔

出版监制 闵惠泉 曹 辉

出版发行 **中国传媒大学出版社** (原北京广播学院出版社)

北京市朝阳区定福庄南里 7 号 邮编 100024

电话: 86-10-65738557 65738538 传真: 65779405

<http://www.cucp.com.cn>

经 销 新华书店总店北京发行所

印 刷 北京宏大印刷有限公司

开 本 850×1168 毫米 1/32

印 张 8.25 印张

字 数 206 千字

版 次 2007 年 5 月第 1 版 2007 年 5 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-81085-966-0/K·966 定 价: 18.00 元

版权所有

翻印必究

印装错误

负责调换

《构建和谐医患关系教程》

编 委 会

主 编	余绿林	方奎明	
副 主 编	李本富		
策 划	育知文化		
编 委 会	余绿林	方奎明	李本富
	王盛辉	郑自文	高桂贤
	徐建新	施林云	张抗之
	刘佰志	陈晓峰	高广平
	高桂贤	钱永平	杨 涛

敬告读者

本书封面粘有出版单位中国传媒大学出版社专用防伪标识，揭去标识，标底留有举报电话，重奖举报，读者也可直接查询中国传媒大学出版社电话。

序 言

发展医疗卫生事业， 为构建社会主义和谐社会做贡献

(卫生部部长 高强)

医疗卫生事业关系到人民群众的身体健康和生老病死，与人民群众切身利益密切相关，是社会高度关注的热点，也是贯彻落实科学发展观，实现经济与社会协调发展，构建社会主义和谐社会的重要内容之一。人民群众往往通过医疗卫生服务看经济发展成果，看政府管理能力，看党风政风建设，看社会和谐公平。深入贯彻落实“三个代表”重要思想和十六大精神，认真落实以人为本和全面、协调、可持续发展的科学发展观，大力发展我国医疗卫生事业，保障公共卫生安全，适应广大人民群众日益增长的医疗卫生需求，提高全民族健康水平，是摆在各级政府、各有关部门，特别是卫生系统广大医疗卫生工作者面前的重大历史任务。

一、我国卫生工作面临的形势和任务

党和政府历来高度重视卫生事业的发展，强调把保护人民健康和生命安全放在重要位置。早在革命战争年代，我们党就遵循“救死扶伤，实行革命的人道主义”的原则，努力解决根据地军民的医疗卫生问题，为赢得战争胜利提供了有力保障。以毛泽东同志为首的党的第一代领导集体为我国卫生工作制定了“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”的四大

方针。毛泽东同志早在1965年,就明确指示“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。党的第二代、第三代领导集体更加重视卫生工作和人民健康。邓小平同志强调指出,医疗卫生部门必须把社会效益放在首位。1996年,江泽民同志在出席全国卫生工作会议时指出,卫生事业是造福于人民的事业。卫生事业关系到经济发展和社会稳定的全局,在国民经济和社会发展中具有独特的地位,发挥着不可缺少、不可替代的作用。1997年和2002年,中共中央、国务院分别作出了《关于卫生改革与发展的决定》和《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,推动了卫生事业的改革与发展。新一届党中央强调把保护人民健康和生命安全放在第一位,坚持以人为本,努力实现卫生事业与经济社会的协调发展。2003年,胡锦涛同志在全国防治非典工作会议上指出,公共卫生建设工作关系到最广大人民的切身利益,也关系到全面建设小康社会宏伟目标的实现,必须下大力气抓好。党中央、国务院领导多次强调加强公共卫生体系建设、大力推进农村合作医疗、加强艾滋病等重大疾病防治工作,努力解决群众看病难、看病贵等突出问题,并制订了一系列方针、政策和措施。在历届中央领导同志的关怀和支持下,我国卫生事业面貌发生了深刻变化,取得了举世瞩目的成就。

(一)我国卫生事业发展取得的巨大成就

主要表现在以下五个方面:

第一,人民健康水平不断提高。按照世界卫生组织确定的标准,衡量一个国家人民健康水平主要有三大指标:一是人均期望寿命,二是婴儿死亡率,三是孕产妇死亡率。新中国成立初期,我国人均期望寿命为35岁,目前提高到71.8岁(美国、印度、尼日利亚分别为77.61、49岁);婴儿死亡率,建国初为200‰,目前下降到25.5‰(美国、印度、尼日利亚分别为7‰、30‰、112‰);孕产妇死亡率,建国初为1500/10万,目前下降到50.2/10万(美国、印度、尼日利亚分别为8/10万、410/10万、700/10万)。这三大指标的

变化,标志着我国国民的健康水平已经达到了发展中国家的较高水平。

第二,基本建立起遍及城乡的医疗卫生服务体系。经过几十年的努力,目前全国现有医疗、预防、保健、监督等各级各类医疗卫生机构近30万个。2004年,各类医疗机构床位数达到327万张,平均每千人3.1张(美国、印度、尼日利亚分别为每千人3.6、0.8、1.7张),卫生人员总数525万人,平均每千人有执业医师1.5人(美国、印度、尼日利亚分别为2.7人、0.4人、0.2人)。此外,还有乡村医生和卫生员88万人。一个遍及城乡的卫生医疗服务网络基本建立起来,药品的生产能力基本能够满足国内民众的医疗卫生需要。

第三,初步建立了城镇职工医疗保险制度,开展了新型农村合作医疗制度试点。经过10年的努力,我国基本建立了适应社会主义市场经济要求的基本医疗保险、补充医疗保险、公费医疗和商业医疗保险等多种形式的城镇职工医疗保障体系。目前,城镇职工参加基本医疗保险的约有1.3亿人,享受公费医疗的职工约有5000万人。从2003年开始,在全国31个省、自治区、直辖市的部分县,开展了由中央财政、地方财政和农民自愿参加筹资、以大病补助为主的新型农村合作医疗试点。2005年参加试点的农民人数达1.56亿人。

第四,重大传染病防治取得了明显进展。在我国历史上,传染病曾经是严重威胁人民健康和生命安全的疾病。上世纪50年代,因传染病和寄生虫病死亡人数居于全国人口死因中的第一位。经过多年的努力,目前下降到第9位,并在发展中国家中率先消灭了天花和脊髓灰质炎等重大传染病。我国虽然是一个自然灾害频繁的国家,但多年来成功地实现了大灾之后无大疫。2003年我们战胜了来势凶猛的非典疫情,近两年又成功地控制了禽流感向人类的传播。我们正在认真落实各项有效措施,建立健全艾滋病、结核

病、血吸虫病、乙型肝炎等严重传染病的预防控制和医疗救治体系。

第五,妇女儿童卫生保健水平进一步提高。妇女儿童是一个国家卫生保健的重点,其健康水平代表着人口的总体健康状况。我国历来重视和关心妇女儿童健康问题,中国历史上形成的高生育率、高死亡率的传统生育模式已经改变,实现了低生育率和低死亡率的良性循环。目前,全国孕产妇产前医学检查率达到90%,住院分娩率(包括在乡镇卫生院分娩)达到83%。婴儿死亡率,由建国初的200‰下降到2003年的25.5‰。5岁以下儿童死亡率,由建国初的250‰~300‰下降到2003年的29.9‰。

卫生事业的发展不仅为提高我国国民健康水平作出了贡献,也为经济的持续增长和社会全面进步提供了充足的人力资源和智力支持,对于拉动内需,扩大居民消费,促进相关产业的发展也发挥了积极作用。

(二)卫生工作面临着严峻的挑战

我国卫生事业取得的成就是举世公认的。世界卫生组织曾经赞誉我国用最低廉的成本保护了世界上最多人口的健康。但是,用“以人为本”和科学发展观重新审视我国的卫生事业,认真进行反思,就会发现我国卫生事业发展滞后于经济和其他社会事业发展,卫生医疗服务体系与人民日益增长的健康需求不适应的矛盾还相当突出,卫生事业发展存在着不全面、不协调的问题。2003年的非典疫情,使人们更加清醒地看到了卫生事业发展存在的差距。概括起来,主要有以下四个方面:

第一,公共卫生体系不健全,重大疾病预防控制任务艰巨。我国卫生工作的基本方针是坚持以预防为主,预防控制疾病的发生是卫生工作的首要任务。在我们这样一个人口众多、经济不发达、地区间经济发展水平存在较大差距的国家,如果不能有效控制疾病的滋生和蔓延,有限的医疗卫生资源将难以有效应对复杂的局

面。目前,我国在中央、省、市、县四级都设立了疾病预防控制机构,人员约 20 万。但不少机构,特别是基层机构人员素质不高,缺乏高水平的人才;设备不齐全,缺乏必要的检测检验设施;乡村两级缺乏稳定的疾病预防控制专业人员;经费保障机制不完善,约有一半的经费靠机构自己创收。这种状况难以有效控制重大疾病的流行,传染病患者人数仍居高位,结核病、肝炎等传统型传染病仍在威胁人民的健康。据调查统计,目前全国结核病患者人数约 450 万,仅次于印度,列世界第二位,其中传染性肺结核患者约 200 万。乙型肝炎病毒携带者估计占全世界三分之一。血吸虫病患者约有 85 万人。在不少农村地区,肠道传染病、微量营养素缺乏病、妇女孕产期疾病、地方病和寄生虫病等仍未得到有效遏制。艾滋病、非典、人间禽流感等新发传染病的出现,又加重了我国疾病预防控制工作的难度。与此同时,由于居民生活环境、工作环境和生活习惯的变化,恶性肿瘤、高血压、心脑血管病、糖尿病等严重疾病的患者人数也在不断增加,已成为威胁人民健康的主要病种。根据调查,我国 18 岁以上居民高血压患病率为 18.8%,糖尿病患病率为 2.6%。因患恶性肿瘤和心脑血管病死亡的人数已经列在我国人口死因的第一位和第二位。精神卫生问题已经成为我国的重大的公共卫生问题和社会问题,全国现有精神障碍者约 1600 万人,患病率达 13.47‰。我国出现了急性传染病和慢性严重疾病同时并存的多重疾病负担的状况。

第二,应对突发公共卫生事件的机制不完善。突发公共卫生事件的显著特点,一是突然发生,猝不及防;二是涉及面广,影响巨大,极易引起社会恐慌,对经济发展、社会稳定和人民生活产生严重影响。建立健全突发公共卫生事件应急处置机制,对于维护国家和社会稳定有着重要的战略意义。突发公共卫生事件的发生,除了重大传染病传播蔓延以外,还有突发自然灾害、重大生产安全事故如火灾、车祸、矿难,以及重大刑事案件、重大食物中毒、

职业中毒等带来的人员伤害。生物武器、有毒化学武器以及恐怖活动等也存在着潜在的公共卫生安全威胁。这些都需要我们建立健全突发公共卫生事件处置机制,提高应对公共安全危机的能力,尽最大可能减少突发事件发生时的人员伤亡损失。2003年非典疫情的蔓延,就暴露了我国公共卫生事业发展滞后,公共卫生体系存在缺陷,应对突发公共卫生事件机制不健全,重大疫情信息监测报告网络不完善,卫生部门敏感性不强,应急救治能力不足等问题。非典过后,党中央、国务院高度重视突发事件应急机制建设,从中央到地方各级政府、各有关部门都制订了应急预案,在应对机制、人员队伍、技术力量、物质准备等方面做了大量工作,在有效应对局部突发公共卫生事件中发挥了很大作用。但有效应对更大范围的突发事件,还需要不断完善。建立健全突发公共卫生事件应急机制,是政府履行公共服务和社会管理的基本职责,也是我们的一项长期任务。

第三,医疗服务体系不适应群众的健康需求,看病难、看病贵问题突出。我国的医疗服务体系虽然有了很大发展,但与人民群众的健康需求相比,还有很大差距。2003年,卫生部组织开展的第三次国家卫生服务调查结果显示,群众有病时,有48.9%的人应就诊而不去就诊,有29.6%的人应住院而不住院,充分说明了群众看病难的基本状况。我们分析,主要有以下几方面原因:

一是卫生资源总体不足,卫生发展落后于经济发展。我国有13亿人口,占世界总人口的22%,而卫生总费用仅占世界卫生总费用的2%。卫生资源不足,特别是优质卫生资源严重不足,是长期存在的突出问题。过去我们经常说,中国的卫生事业走的是低投入、高产出、低成本、高效益的路子。但用科学发展观来审视,这是以影响群众利益和加重医疗卫生人员,特别是优秀医务人员负担为代价的。解决群众看病难问题,最根本的办法还是要加快发展壮大医疗卫生资源。

二是医疗卫生资源配置不合理,农村和城市社区缺医少药的状况没有完全改变。根据我国的经济发展水平和群众承受能力,我国的医疗卫生服务应该走低水平、广覆盖的路子,医疗卫生资源配置应该是金字塔型,为广大人民群众提供基本医疗卫生服务,应是国家发展的重点,使之成为医疗服务的主体和基础。这个体系应比较健全,条件应比较完善,收费应比较低廉,水平能够适应群众基本医疗服务的需求,使群众享受到方便、快捷的服务。在此基础上,再发展一些高水平的大型综合性医院和专科医院,以适应不同人群、不同患者的实际需要。而我国的医疗卫生事业发展却走了一条高水平、低覆盖的路子,世界上最先进的医疗技术我们都大量的采用,医疗卫生体系呈现倒金字塔型,高新技术、优秀卫生人才基本上都集中在城市的大医院,农村和城市社区缺医少药的局面没有根本扭转。群众患病在当地难以有效就诊,要到外地、到大医院,不仅加重了大医院负担,造成了看病困难,也增加了群众的经济负担。农村和城市社区缺乏合格的卫生人才和全科医师,即使城市的一些中小医院也缺乏高水平的医生。大医院的功能应是收治危重患者和疑难患者,目前收治了大量常见病、多发病患者,既造成看病难、看病贵,又浪费了大量的宝贵资源。

三是医疗保障体系不健全,相当多的群众靠自费就医。医疗保障体系是社会保障体系的重要组成部分,是维护社会稳定的减震器。目前我国已建立了城镇职工医疗保障体系,但覆盖面太小。国有企业职工基本参加了医疗保险,但私营企业、外资企业中的职工,特别是进城务工的农民大多没有参加。城市下岗职工、失业人员、低保人员没有医疗保障。从2003年起,全国开展了农村新型合作医疗试点,目前已覆盖约1亿多人,但筹资力度小,一般每人每年仅30元,保障力度不大。据2003年第三次国家卫生服务调查结果显示,目前有44.8%的城镇人口和79.1%的农村人口没有任何医疗保障,基本上靠自费看病,患病群众承受着生理、心理和

经济三重负担。一些地区农村因病致贫、因病返贫的居民占贫困人口的二分之三。另外,我国的城镇化和人口老龄化对医疗保障也提出了更高的要求。有专家预计,到2020年,我国的城镇化比例将上升到50%,大约有3亿农村人口转为城镇人口,必将带来新的健康需求和医疗卫生问题。我国已经步入老龄化国家的行列,60岁以上的老年人口已达到1.34亿,占总人口的10.2%,并以每年3%的速度增长。如何保障老龄人口的医疗护理已经成为迫切的公共卫生问题和社会问题。

四是公立医疗机构运行机制出现了市场化的倾向,公益性质淡化。政府举办医疗机构的基本目的是为人民群众提供安全、可靠、收费低廉的基本医疗服务。目前公立医疗机构占有的资源占绝对主导地位,但运行机制却发生了巨大变化,出现了主要靠向群众就诊收费维持运行和发展的状况。有些医疗机构盲目追求高收入,甚至为了追求收入而损害群众利益。出现这种状况主要有三个原因:

(1)政府投入比重逐年下降。上世纪七八十年代,政府投入占医院收入的比重平均为30%以上,2000年这一比重下降到7.7%。2003年抗击非典,政府投入大幅度增加,也仅占8.4%。2003年全国卫生总费用为6598亿元,占GDP的5.6%,达到发展中国家的较高水平。但其中政府投入仅占17%,企业、社会单位负担占27%,其余56%由居民个人支付。在欧洲发达国家,医疗卫生费用约占GDP的10%,其中的80%~90%由政府负担。即使是美国那样市场经济高度发达、医疗卫生服务高度市场化的国家,政府卫生支出也占到整个社会医疗卫生支出的45.6%(2003年)。与我国经济发展水平相近国家相比,泰国政府投入占56.3%(2000年),墨西哥占33%(2002年),都大大高于我国的水平。由于政府投入水平过低,医院运行主要靠向患者收费,从机制上出现了市场化的导向。群众医疗交费,不仅要负担医药成本,还要负担

医务人员的工资、补贴,一些医院靠贷款、融资购买高级医疗设备、修建病房大楼,相当一部分要靠患者负担的医疗费用来偿还。

(2)一些医疗机构管理不善,医药费用快速增长。造成看病难的一个主要原因是看病贵,群众难以承受。近8年来,医院人均门诊和住院费用平均每年分别增长13%和11%,大大高于居民人均收入增长幅度。2003年与2000年相比,卫生部门管理的医院院均诊疗人数下降4.7%,可能与非典疫情有关。但院均收入却增长了69.9%。其中,财政补助收入增加占医院总收入增加额的9.4%,医疗收入增加占医院总收入增加额的49.8%,药品收入增加占医院总收入增加额的38.7%。医院追求经济利益的倾向不仅加重了群众看病难、看病贵,也严重影响了医务人员和卫生行业的社会形象。

(3)卫生部门监管不力。卫生部门对医疗机构存在重扶持、轻监管的倾向,近几年虽有些扭转,但仍不够有力。政府卫生部门的一个重要职责是对医疗机构的医疗服务质量、合理用药、收费标准以及医疗广告等实施有效监管。但目前各级卫生部门都没有专门监管医院的机构,也缺乏监管医疗机构服务行为的人才。另外,目前的公立医院分别隶属于各级政府、部门、行业和企业,卫生部门管理的医院仅占全国医院总数的51%,这些都增加了卫生行业监管的难度。

五是药品和医用器材生产流通秩序混乱,价格过高。我国的药品和医用器材生产流通企业数量多、规模小,监管难度大。截止2004年底,全国有3731家药品生产企业通过了GMP认证,另有1340家企业未通过认证,共计有5000多家。药品批发企业有12000家,零售企业12万多家。由于企业数量多、规模小,难以实施有效监管。药品作为商品,按一般市场经济规律,药品在供大于求的情况下,价格应该下降。但我国的药品却出现价格上升,越贵越好卖的反常情况。原因之一是一些企业违规操作。国家审计署

对卫生部和北京市所属 10 家大型医院的药品和高值医用消耗材料的价格进行了审计,也抽查了一些企业,发现不少生产企业虚报成本,造成政府定价虚高。在抽查的 5 家药厂 46 种药品中,有 34 种药品成本申报不实,平均虚报 1 倍多。某企业生产的一种注射用针剂,实际制造成本每瓶 32.07 元,申报却达到 266.50 元,虚报 7 倍多。有些医疗器材几经转手,层层加价,其中以进口器材最为严重。抽查的 6 类 35 种进口高值器材,卖给医院的价格平均为报关价的 3.34 倍。某规格的球囊报关价每个 496.2 元,一级代理商批发给二级代理商的价格达到 3600 元,二级代理商卖给医院时达到 7000 元,加价 13 倍多。一些不法药商通过给医生回扣、提成,扩大虚高价格的药品、器材销售。原因之二是现行医院的药品收入加成机制,诱导医院买卖贵重药,医生开大处方。多年来,我国实行医疗服务低收费政策,同时允许医疗机构销售药品时加成 15%~20% 作为补偿。在计划经济时,由于药品品种少,价格由政府控制,这个机制对弥补医院收入发挥了重要作用。但在市场经济条件下,药品品种越来越多,价格差距越来越大,同类药品价格可能相差十几倍,这种机制的弊端日益显现。原因之三是替代药品泛滥。按现行药品定价办法,国家批准的新药可以高于成本定价,以鼓励研发新药。但一些企业把一些常用药品改头换面申报新药,从而获得较高的价格。有的同类药品竟达数百甚至上千个产品,替代药品泛滥。多年来,国家多次降低定价药品价格,但群众反映效果不大,重要原因是企业和医院用同类“新药”替代了降价药品。

六是社会资金进入医疗卫生领域存在困难,多渠道办医的格局没有形成。医疗卫生事业是造福人民健康的事业,除了各级政府增加投入,不断发展壮大医疗资源以外,也要靠社会的支持和参与。改革开放以来,虽然我国的经济实力不断增强,但我国人口多、底子薄、人均经济水平低的基本国情并没有改变,政府不应该、

也不可能把群众的医疗需求全部包下来。除了政府发挥主导作用,保障群众基本医疗卫生服务以外,还需要大力吸引社会资源,发挥市场机制的作用,通过政府、社会、个人多渠道筹资的办法,发展医疗卫生事业。但是,经过十多年的医疗服务体制改革,这种局面并没有出现。据统计,目前我国公立医院拥有的床位、设备和医务人员等医疗资源,仍占到全国医疗资源的90%以上,多渠道办医的格局还没有形成。社会资金进入医疗卫生领域比较困难的主要原因,一是执行医疗机构分类管理制度不严格,卫生部门将公立医院定为非营利性,享受政府补贴和免税政策,而对服务收费又失于监管;将民营医院定为营利性,照章缴税,又不给补贴,民营医院难以与公立医院开展公平竞争;二是卫生部门思想不够解放,一些大中型公立医院的股份制改造存在困难;三是一些社会资金进入医疗领域的目的是追求利润,收费过高,不符合广大群众要求;四是一些民营医疗机构,管理不善,用虚假广告误导患者,又缺乏优秀医疗卫生人才,群众不信任。

以上几条,是造成群众看病难、看病贵的主要原因。

第四,医疗卫生管理体制与人民健康需求不适应。一个健全的医疗卫生体系,应该包括医疗卫生服务体系、基本医疗保障体系、药品和医用器材供销体系、医药费用价格管理体系、财政经费保障体系以及卫生监督管理体系等。从我国国情出发,这些工作仅靠一个部门是管不了,也是管不好的。需要动员政府各有关部门齐抓共管。但必须加强部门协调,形成合力。国务院一直强调加强区域卫生规划,要求地方政府按照经济发展水平和人民健康需求,统筹各地卫生资源,规划建设卫生医疗体系,但这项工作一直做得不好。有的规划难以制订,有的制订了规划也难以落实。一个重要原因是现有的医疗卫生资源分别隶属于各级政府、部门、行业和企业,当地卫生部门把主要精力只放在本级所属的几个医院,而且是重扶持、轻监管,难以对全行业实施有效监管。

卫生部门对卫生事业发展的内在规律研究不深、把握不准,对在市场经济条件下如何发展卫生事业探索不够,缺乏从国民经济发展、社会全面进步和维护人民健康的全局高度推动卫生事业改革与发展的勇气和力量。对工作中存在的一些问题反应不够敏感,决策不够果断,处理不够坚决,甚至有畏难情绪和等、靠、要的思想。

上述问题有些是长期存在而未能解决的问题,有些是现阶段难以避免的问题,也有些是发展新出现的问题。这些问题影响了人民群众的利益,影响了社会和谐,必须动员各方面的力量,齐心协力,逐步加以解决。根本出路在于深化改革,加快发展。用发展的办法解决发展中存在的问题。

二、发展医疗卫生事业是构建社会主义和谐社会的重要内容

党中央提出了努力构建社会主义和谐社会的战略任务,努力建设民主法治、公平正义、诚信友爱、充满活力、安定有序、人与自然和谐相处的社会。实现这个任务,涉及各方面的工作,其中卫生事业发展是重要的一环。

第一,卫生工作直接关系到广大人民群众切身利益。党的十六大把提高全民族的健康素质作为全面建设小康社会的奋斗目标之一,要求我们“建立适应新形势要求的卫生服务体系和医疗保健体系,着力改善农村医疗卫生状况,提高城乡居民的医疗保健水平”。党的十六届三中全会提出了坚持统筹兼顾,坚持以人为本,树立全面、协调、可持续的发展观。“三个代表”重要思想和科学发展观的精髓,在于人民群众的利益高于一切。胡锦涛总书记提出群众利益无小事,要求我们时时刻刻把群众利益放在心上,尽心尽力把涉及群众利益的事情办好。卫生工作涉及千家万户,事关人民群众的身体健康和生命安全,与广大人民群众切身利益密

切相关。卫生工作做得好,可以有效维护人民的健康权益,反之,就会影响甚至损害群众的利益。各级政府、卫生部门和广大医疗卫生工作者都必须时刻想着广大群众,特别是低收入群众的卫生医疗保健问题,制定政策、措施都必须考虑群众的利益,考虑群众能不能受益,受益面和受益程度有多大。只有这样,才能坚持卫生事业改革与发展的正确方向,适应广大人民群众日益增长的卫生与健康需求。

第二,卫生事业与经济社会发展密切相关。人才资源是国家第一资源,良好的国民健康素质是国民经济和社会发展的基本条件之一。在旧中国,国力萎缩,民生凋敝,原因之一就是“东亚病夫”的帽子戴了一百多年。国民健康素质从微观上讲是个人体力、智力和心理的社会适应能力,从宏观上讲是一个国家或地区综合实力的反映。国民健康素质是生产力发展的基础,是劳动者生存发展的基础,也是人的智力、体力和科研开发能力的基础,是社会经济可持续发展的重要保证。世界银行曾经测算,在过去40年的世界经济增长中,约8%~10%来自于人们健康水平的提高。哈佛大学研究指出,亚洲经济发展的奇迹大约30%~40%来源于本地区人群健康的改善。因此,发展卫生事业,不断提高全民族健康素质,不仅关系人民群众的健康,也是保护和发展生产力,推动经济和社会发展的基础。另一方面,提高居民健康素质也是国民经济和社会发展的目的之一。我们推进社会主义现代化建设的基本目的,是不断提高人民的物质、文化和健康水平。中央提出坚持以人为本,始终把最广大人民的根本利益放在第一位,把实现好、维护好、发展好最广大人民的根本利益作为推进改革开放和现代化建设的出发点和落脚点,其中一个重要内容是维护群众的健康权益。胡锦涛总书记指出,坚持以人为本,就是要以实现人的全面发展为目标,从人民群众的根本利益出发谋发展、促发展,不断满足人民群众日益增长的物质文化需要,切实保障人民群众