

press.tongji.edu.cn

ISBN 978-7-5608-6901-8



定价：58.00元



一本由临床一线医务人员写的医改大众读物
一份为进入健康产业人士展现医改架构的路线图
一首为医改操作提供拓展思路的构想曲

郑文韬 编著

迈向健康中国



同济大学出版社

迈向健康中国

——卫生改革路线图构想

郑文韬 编著

同济大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

迈向健康中国——卫生改革路线图构想 / 郑文韬 编著.

上海 : 同济大学出版社, 2017.6

ISBN 978-7-5608-6901-8

I. ①迈… II. ①郑… III. ①医疗保健制度—体制改革—研究—中国

IV. ①R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第085673号

迈向健康中国——卫生改革路线图构想

编 著	郑文韬
出版策划	萧霏霏(xff66@aliyun.com)
责任编辑	陈立群(clq8384@126.com)
视觉策划	育德文传
封面设计	陈益平
内页设计	昭 阳
电脑制作	宋 玲 唐 斌
责任校对	徐春莲

出 版	同济大学出版社 www.tongjipress.com.cn
发 行	上海市四平路1239号 邮编 200092 电话021-65985622
经 销	全国各地新华书店
印 刷	常熟市华顺印刷有限公司
成品规格	170mm × 213mm 192面
字 数	168 000
版 次	2017年6月第1版 2017年6月第1次印刷
书 号	ISBN 978-7-5608-6901-8
定 价	58.00元

序 言

从着手写这本书到最终完成，我犹豫了很长时间。尽管对国家卫生改革政策方面有许多异于他人的观点，但自忖是不是囿于自己的眼界和知识面，导致这些观点并不成熟，不具备可行性？就这样反复了数年，读过许多建言国家医改的书和论文，有过长期在卫生事业打拼的人生经历，考虑再三，我认为自己能够把国家医改这个错综复杂、困难重重的课题阐述得更有条理、更加清晰，于是还是毅然在繁忙工作之余展开了这一繁重的工程。

医疗卫生改革历来是世界上几乎所有国家行政改革的难点，英国、德国、美国等各种医改模式杂乱纷陈、优劣难辨。卫生体制改革进程冗长，美国奥巴马政府艰难推进的医改法案特朗普一上台就废除了，已有七八十年历史的英国国家卫生体系(NHS)仍然在不停的改革中。医改进程决非一蹴而就，一劳永逸，而是需要不断完善，不断革新的。我国启动医改进程来，在总的思路也在不停摇摆，一段时间以市场为主导成为共识，一段时间以政府主导又占上风；一会儿认为德国模式好，一会儿又推崇英国模式。这是没有认真全面分析我国卫生体系相关国情，没有对我国卫生体制改革的长期目标有清晰认识所造成的。

基于对我国卫生国情的认真分析，按照党和政府的使命，正确设定卫生体制改革的长期战略目标，才有可能分阶段、分步骤逐步实现短期目标和中期目标，才能统筹全局、协

同共同参与改革各方利益，做到顶层设计和基层实践相得益彰，最终建成一个适合中国国情、促进社会进步，为各参与方所满意的先进卫生体制。

当下，中国卫生体系状况堪忧。首要问题是“看病乱”“看病难”“看病贵”的现象未见明显改善，各地政府推进公立医院改革片段化，缺乏长远眼光，群众对医疗服务不满意，医务人员同样怨声一片。更严重的是，“伤医杀医”等极端事件频现，医患关系处于前所未有的紧张期。医学是无奈的、有限的，偏偏很多民众却认为医学是万能的，对疾病的治愈是必须的，常常忽略了自己对自身健康的责任。

笔者从医十余年，从最基层的一名全科医师做起，从日晒雨淋都要上门服务的家庭医师做起，成为全科团队队长后带领团队在社区站点挨家挨户为社区居民建立健康档案、提供医疗预防保健康复等服务。在先后担任分管业务副院长、校长、党委书记、公司副总裁后，更多的是从管理上思考怎样为社区居民提供高质量的卫生服务……在这些实践中，我亲身体验到了老百姓对我国卫生体制积弊的感受，也体验到了这些年卫生改革实际效果与理想状态的差距。

这些年来，笔者经常陷于对医改深层次问题的思考，探求其背后的经济学、政治学、

社会学、行为学等脉络，思路渐渐开阔起来。遂不避窃笑，将此思路汇集成文，配以简明图示，意在让更多人认识医改，参与到医改中来。因为医改不单单是政府的责任，更是全民均需参与，和生活息息相关的大事。

本书定位为了一本尽可能提供大众阅读的医改读物，不想堆砌大量数据和文字，变成研究性著作，而是用较通俗的语言来描述，让社会各界人士对医改有更直观的认识，能积极参与到卫生改革事业中来。

2016年8月召开的全国卫生与健康大会，习近平总书记提出“没有全民健康，就没有全面小康”。这让所有卫生人备感振奋，也让我决心将这本准备束之高阁的小书付梓。如这本小书能对国家卫生体制改革道路有所裨益，则内心欣慰甚矣。

郑文韬

目 录

第一章 医疗卫生基本状况分析.....	11
第二章 卫生体制改革进程回顾.....	29
一、改革背景.....	30
二、医改之年度大事记.....	31
三、改革阶段.....	34
四、重点领域改革进程.....	42
第三章 当前卫生体制改革进程中遇到的困境.....	55
第四章 当前改革分歧与难点问题汇总与对策.....	69
第五章 建立改革共识，明确改革目标与路线图.....	73

一、远景目标·····	74
二、阶段目标·····	75
第六章 第一阶段改革路线图·····	81
第一节 积极的人口老龄化策略·····	82
第二节 政府投入机制改革·····	84
第三节 医疗卫生服务体系全面综合改革(运行机制、职能分工、转诊体系等)·····	90
第四节 医药体制改革(医药产业和医药流通变革,破除过度医疗)·····	109
第五节 更大程度上开放社会资本进入,实施金融创新·····	119
第六节 卫生资源利用相对公平化改革与卫生立法·····	129
第七节 全面提升国民健康意识和健康责任意识·····	137
第八节 以市场化和信息科技引领智慧医疗和医学创新研究·····	143
第九节 夯实基础——中医、医务人员队伍服务能力和基层的医疗服务体系·····	158
第七章 第一阶段路线图中当前阶段该怎么做·····	175
一、立即着手实施举措·····	177
二、可逐步推进,待条件成熟后再整体实施的举措·····	180
第八章 第二阶段改革路线图·····	183
后 记·····	189

第一章 医疗卫生基本状况分析

(本章罗列了较多数据,以利于对我国卫生国情的理解,如不想深究这些数据,可只看数据后面的简析即可)

“国情”一词近年来在政策研究中较少提及,可能是因为担心其成为延缓改革的借口,但国情问题绝不能回避。在一个人口老龄化程度高的十几亿人口大国和一个几千万人口结构合理的国家,要实现同样的卫生政策显然不合情理。

与国家卫生体系相关的国情有很多方面,比如国家卫生体制沿革,国家经济发展状况等,下面列出几项与卫生体系关系密切的因素:

1. 人口基数、人口结构、人口老龄化

言及国情,必首先提及我国庞大的人口基数。这一重大国情因素自然是影响我国卫生体系的最大国情。

2016年4月最新的数据显示,2015年年底的中国人口数量统计结果为137349万人,也就是13.73亿左右,是世界第一人口大国。这比5年前2010年的第六次人口普查数据1339724852人,增长了3377万人;比2014年的13.68亿人增长了600万人左右。

预测我国未来人口发展趋势有很多种方法,包括阻滞增长模型、曲线拟合法、灰色预测法、一元线性回归法等,各种方法预测下来基本上会呈一个三期走势,即快速增长期、减速增长期(有的是平台期)、下降期,只不过各种预测对三期测算的时间有所不同。这里按照基于Leslie矩阵的算法和中国社科院学部委员田雪原先生编制的“中国人口预测结果(2000~2100)”的测算,我国人口在2021年左右达到峰值13.87亿左右,之后逐年下降。在2049年左右降至约12亿多,在2063年左右降至10亿以内(不计2014年执行二胎政策因素)。中国社科院人口与劳动经济研究所所长张车伟测算认为,中国人口将会在2025年达到14.13亿的峰值,而到2050年中国人口数量会比现在低。

我国65岁以上人口数量逐年上升,在2038年左右达到约3.1亿的高位。在2060年(约22

年)到达峰值3.3亿,之后逐年呈回落之势。

21世纪的中国将是一个不可逆转的老龄社会。中国已于1999年进入老龄社会,中国是世界上老年人口最多的国家。从2001年到2020年是快速老龄化阶段,中国将平均每年新增596万老年人口,年均增长速度达到3.28%。

到2020年,老年人口将达2.48亿,老龄化水平将达到17.17%。其中,80岁及以上老年人口将达到3067万人,占老年人口的12.37%。

到2050年,老年人口总量将超过4亿,老龄化水平推进到30%以上。其中,80岁及以上老年人口将达到9448万,占老年人口的21.78%。

从2051年开始进入稳定的重度老龄化阶段,这一阶段老年人口规模将稳定在3亿~4亿,老龄化水平基本稳定在31%左右;80岁及以上高龄老人占老年总人口比重将保持在25%~30%,进入一个约40~50年的高度老龄化平台期。

综观中国人口老龄化趋势,可以概括为四点主要结论:第一,人口老龄化将伴随21世纪始终,以上半世纪为严重。第二,2030年到2050年是中国人口老龄化最严峻的时期。第三,重度人口老龄化和高龄化将日益突出。第四,中国将面临人口老龄化和人口总量过多的双重压力。

庞大的人口基数和高度的人口老龄化程度对社会医疗卫生系统形成的压力是那些人口只有七八千万的国家(2012年英国6200万,法国6300万,德国8200万,美国3.1亿)所难以比拟的。制定国家卫生政策和借鉴国外先进卫生体制经验时都需要仔细考虑这个因素,并且要契合我国接下来数十年的人口发展趋势,制定的政策才有可行性。

2. 国家卫生投入状况

2014年全国卫生总费用达35378.8亿元,比2013年增长11.7%,占GDP百分比为5.56%,其中政府卫生支出10590.7亿元(占29.9%),个人卫生支出11745.3亿元(33.2%),

人均卫生费用2586.5元。^①

从1978年开始，卫生总费用年平均增长速度略高于国民经济增长。1978年到2006年，卫生总费用年平均增长速度为11.41%，卫生总费用相对于国内生产总值比重从1978年的3.02%上升为2003年的4.85%，增长了1.83个百分点。但是，自2004年以来，卫生总费用增长速度已连续3年低于国民经济增长，2006年卫生总费用相对于国内生产总值比重回落到4.67%。^②而从2011年开始，卫生总费用年增长速度大幅提高，其中2012年较2011年增长了近20%，2013年较2012年增长了12.6%。^③

全国卫生总费用的三个组成部分中，2008年新医改实施前，个人卫生支出增速高于社会卫生支出，社会卫生支出增速又高于政府卫生支出；在2008年后，各地区政府卫生支出所占比重明显提高，个人现金支出占总费用比重逐步下降，筹资结构合理化程度逐步提高，但离“十二五”末个人卫生支出水平降到30%以下的目标仍有一定差距。

从国际排名看，中国的卫生总费用排名靠后。2010年，低收入国家卫生总费用占GDP的平均比重为6.2%，高收入国家该比重平均为8.1%，金砖国家中巴西和印度该比重分别为9%和8.9%。中国目前卫生总费用占GDP比重仅为5.1%，排在世界135名左右；2009年人均卫生费用排在世界100名；人均政府卫生支出100美元，排在世界116位(不及伊拉克)。

总体上看，我国国家卫生投入水平相对较低，尤其是政府卫生支出水平在国际上排名落后，尽管近年来改革力度非常大，政府投入增速较快，但仍离国际平均水平有一定差距。这是我国卫生事业遭遇一定困境的深层次原因之一。

3. 地域与城乡差距

中国的卫生事业经费主要来自地方财政，2001年全国卫生事业费中央部分仅占6.5%，

① 中华人民共和国卫生部：2015年全国卫生统计年报资料。

② 中华人民共和国卫生部：2013年全国卫生统计资料。

各省财政实力决定了该地区人均卫生事业费用的高低,在我国地域间差距很大,1998年最高地区(上海)人均卫生事业经费是当年最低地区(河南)的10倍,而且居民个人平均医疗保健支出在各省的分布完全取决于当地人均收入的高低,城镇居民平均医疗保健支出是同一地区农村居民人均医疗保健支出的3~4倍。2000年,占全国2/3人口的农村居民只拥有不到1/4的卫生总费用。^①到2008年,地区差异稍有缩小,不同地区人均卫生费用差距还是明显,最高者是最低水平的4倍左右。^②按城乡居民卫生筹资负担测算,2006年全国城镇居民人均卫生费用1248.30元,农村居民人均卫生费用只有361.89元,城镇居民个人负担的卫生费用水平大约为全国平均水平的1.67倍,是农村居民的3.45倍。^③

我国地域间和城乡间发展不平衡,在卫生领域也体现无余。这种差距造成卫生事业的社会保障体系和医疗服务在地域和城乡之间发展很不平衡,给卫生改革带来障碍。

4. 社会保障体系(医疗保险)

新医改以来,医保支出(仅考虑城镇职工、城镇居民、新农合)年均增速近30%;到2014年,城镇居民医保支出占我国居民消费性支出6.5%(农村居民占9.0%)。2005~2011年城镇医保收入和支出的复合增长率分别为25.68%和26.55%。新医改期间新农合实现了高速扩容,2011年收入和支出增幅分别达56.51%和43.98%,增长动力主要来自筹资水平的提高;新农合筹资来源主要为政府补贴和个人缴纳,近年来政府补助标准不断提高,已从2010年的120元提升至2012年的240元,2015年还将提升至360元;新农合参合人员医疗需求未来将进一步释放,将成为医保基数扩大后增速放缓时期的重要增量。

2013年末全国参加城镇基本医疗保险人数为57073万人,比上年末增加3431万人。

①《中国卫生总费用研究报告2007》。

②《2013年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》。

③ 医药经济报:2013年1月11日。

全年城镇基本医疗保险基金总收入8248亿元,支出6801亿元,分别比上年增长18.9%和22.7%。年末城镇基本医疗统筹基金累计结存5794亿元(含城镇居民基本医疗保险基金累计结存987亿元),个人账户积累3323亿元^①。

截至2013年底,全国有2489个县(市、区)开展了新型农村合作医疗,参合人口数达8.02亿人,参合率为98.7%。2013年度新农合筹资总额达2972.5亿元,人均筹资370.6元。全国新农合基金支出2909.2亿元;补偿支出受益19.42亿人次,其中:住院补偿0.93亿人次,普通门诊补偿15.2亿人次。

近十年来,我国社会保障(医疗保险)覆盖面扩大明显,尤其是新农合对农村的覆盖,但仍离发达国家高覆盖率有差距,社会保障基金筹集欠合理,医疗保险整体保障水平一般,欠发达地区保障水平较差。医疗保险是决定我国卫生事业的高效运行的关键因素之一。

5. 医疗服务体系

2014年底,全国医院25860家,基层医疗卫生机构917335个,专业公共卫生机构35029个。

2013年末,全国医院24709家,基层医疗卫生机构915368个,专业公共卫生机构31155个。医院中,公立医院13396家,民营医院11313家。医院按等级分:三级医院1787家(其中:三级甲等医院1079家),二级医院6709家,一级医院6473家,未定级医院9740家。医院按床位数分:100张床位以下医院14798家,100~199张医院3647家,200~499张医院3624家,500~799张医院1428家,800张及以上医院1212家。

基层医疗卫生机构中,社区卫生服务中心(站)33965个,乡镇卫生院37015个,诊所和医务室184050个,村卫生室648619个。政府办基层医疗卫生机构55743个。

2013年末,全国医疗卫生机构床位618.2万张,其中:医院457.9万张(占74.1%),基层医

① 2013年人力资源和社会保障事业发展统计公报。