



广东省 卫生政策研究

Guangdongsheng WeishengZhengceYanjiu

黄庆道◎主编

广东人民出版社



广东省 卫生政策研究

Guangdong Sheng Weisheng Zhengci Yanjiu

曾庆超 主编

广东人民出版社

广东省卫生政策研究

主 编	黄庆道				
副主编	吴圣明	黄 飞			
编 者	吴圣明	黄 飞	高 瓦	凌 莉	
	杨 哲	张心明	张一愚		

广东人民出版社

出版发行	广东人民出版社
印 刷	肇庆市科建印刷有限公司
开 本	787 毫米×1092 毫米 1/16
印 张	14.25
字 数	240 千字
版 次	2003 年 1 月第 1 版 2003 年 1 月第 1 次印刷
印 数	3000 册
书 号	ISBN 7-218-02133-6/R·125
定 价	35.00 元

如发现印装质量问题,影响阅读,请与承印厂联系调换。

广东省卫生政策研究情景分析课题 研究小组成员名单

1. 项目领导小组成员名单：

组 长：黄庆道

成 员：吴圣明 黄飞 李奕明 高瓦

2. 技术专家小组：

组 长：方积乾

成 员(以姓氏笔画为序)：

牛国利 古小丽 叶煜荣

甘远洪 吴圣明 张 丹

张心明 李 劲 李奕明

杨 哲 陈少贤 林应武

柳 青 胡正路 骆福添

凌 莉 高 瓦 梁浩材

黄 飞

3. 资料收集小组：

高瓦 杨哲 周炜彤 曾文棣

4. 综合报告组：

吴圣明 黄飞 高瓦 凌莉 杨哲 张心明 张一愚

前 言

我省是卫生部与世界卫生组织西太区合作“卫生政策情景分析”项目参与省。通过项目课题组近一年来的努力,形成了《广东省卫生政策研究》。该项研究立足于循证方法,将卫生事业放在整个社会大环境下进行审视和评价,对我省卫生事业发展状况、医疗卫生政策等进行多方位、多角度的情景分析,全面回顾了我省改革开放以来卫生事业改革与发展的历程,系统总结了我省认真贯彻党的卫生工作方针,开拓进取,改革创新,为满足人民群众日益增长的,与经济、文化和生活水平相适应的健康需求所取得的成就和经验,客观地分析了存在的不足和问题,针对性地提出了政策建议。

《广东省卫生政策研究》主体部分包括人文地理环境与社会经济发展、卫生资源配置情况、居民健康状况、卫生服务需求与利用、主要卫生政策和卫生发展面临的主要挑战及政策建议六大部分,此外,还收录了关于医疗服务需求、医疗资源分布公平性、医疗费用宏观调控、入世的影响及对策等与项目配套的专题研究论文。可以说这是一部关于我省卫生改革与发展的科学报告,也是一部关于卫生事业研究方法论的工具书,对我省卫生工作和相关科学研究具有重要的指导意义。希望通过大家的共同参与,不断丰富和发展研究成果,为制定符合最广大人民群众利益的卫生发展策略和政策提供更多的科学依据。

本研究得到了世界卫生组织西太区的资助,卫生部卫生统计信息中心的指导,广东省卫生厅的大力支持,广东省卫生统计信息中心的积极协作,在此表示衷心的感谢!中山大学公共卫生学院方积乾、叶煜荣、柳青、骆福添教授,胡正路副教授,广东药学院陈少贤教授,广东省财政厅林应武、古小丽,省发展计划委员会牛国利,省统计局李劲、曾文棣,广州医学院第二附属医院周炜彤,为课题研究提供了重要的技术支持;省卫生厅华建、吴少林、陈泽池、叶兆怡、史明丽及广东省中医药局徐复霖、广东省职业病防治院黄汉林等同志对本课题提出许多宝贵意见并提供翔实的资料,在此一并表示诚挚的谢意。

编 者

二〇〇二年十二月五日

摘 要

卫生政策是一个国家、一个地区发展政策的重要组成部分,对维护和增进人民健康起着重要作用。卫生政策情景分析是在世界卫生组织西太区的倡导下开展的一项卫生政策研究,是一项涉及面广、跨领域、跨学科的系统研究。通过广泛收集现有数据和各种资料并对其进行深度开发,将定性和定量的分析有机结合起来,对卫生事业发展状况、医疗卫生政策进行多方位、多角度的情景分析,力求全面、客观地描述和分析卫生政策取得的成效与不足,提出政策建议,提高人民健康水平。

1. 人文地理环境与社会经济发展

广东省位于我国南部,地处沿海,是内地惟一与香港、澳门相连的省份。广东历来是中国对外交流的门户,对经济发展和投资开发具有重要的意义,经过 20 年的发展,由一个以农业为主、人民生活水平较低、经济发展缓慢的省份,发展成为经济实力雄厚、生产力水平较高、外向型经济比较发达的地区。全省共有 21 个地级市、31 个县级市、42 个县、3 个自治县、48 个市辖区、1529 个镇、33 个乡、351 个街道。区内有深圳、珠海、汕头 3 个经济特区和省会广州。

1.1 人口状况

1.1.1 人口自然变动情况 广东是中国人口较多的省份之一。新中国成立以来,年均递增 2% 左右。2000 年人口普查,全省总人口数为 8642 万,人口增长放慢。人口增长转变为现代型的低出生、低死亡、低增长类型。

1.1.2 人口迁移变动情况 2000 年人口普查结果,常住半年以上的流动人口 2530 万,占全省人口总数的 29.3%,加上常住半年以下的 475 万人口,流动人口达 3000 万,主要集中在珠江三角洲地区,某些地区流动人口超过当地户籍人口。

1.1.3 人口结构 20 世纪 90 年代以来,广东省人口年龄结构逐步接近老年型,2000 年人口普查,显示 0~14 岁少年儿童占 24.11%; 15~64 岁的青年人口占 69.72%。65 岁以上人口占 6.17%,年龄中

位数 25.4 岁。

1.2 居民生活水平 改革开放以来,广东文化素质普遍提高,医疗卫生事业有了长足发展,生育模式已开始进入少生优生的轨道,生活水平有了显著提高,在解决温饱的基础上基本迈进小康。

1.3 劳动与社会保障状况 广东省城镇劳动就业形势基本稳定,2000 年末全省就业人口 4730.25 万人。总人口就业率从 1990 年的 53.57% 提高到 55.19%。2000 年参加企业社会保险 998.3 万人,比上年增长了 87.6%,其他保险如失业保险、工伤保险、医疗保险、生育保险均有很大的提高,社会福利也进一步加强。

1.4 科教文化状况 2000 年末广东省自然和社会科学技术人员 91.4 万,比上年增长 1.5%,科研经费总额 108 亿,比上年增长 11.5%;科技成果显著。1996 年普及九年义务教育。

1.5 城市环境 广东省环境污染和生态破坏的趋势已得到控制,部分城市和地区的环境质量有所好转,噪声环境质量有了改善,生态环境保护得到加强。全省森林覆盖率保持稳定,2000 年达到 57% 左右。

2. 卫生资源配置情况

2.1 卫生机构 全省医疗机构发展迅速,73.2% 的居民到最近的医疗点的距离不足 1 公里,89.8% 居民到最近的医疗点的距离不足 2 公里,73.6% 的居民在 10 分钟内能到达医疗点,以上比例都远远高于全国平均水平。

2.2 卫生人力 全省卫生人力数量大幅增加,质量不断提高,结构更趋合理,现已进入相对平稳的发展时期。全省平均每千人口拥有卫生技术人员 3.53 人,医生 1.48 人,互理人员 1.18 人,药剂人员 0.41 人,检验人员 0.16 人。

2.3 床位 广东省医院病床数呈逐年增加趋势,从 1979 年到 2000 年,年平均增长 3.0%。2000 年全省医院床位 15.7 万张,比 1979 年增加了 8 倍多。平均每千人口拥有医院病床 2.10 张。医院病床中,县及县以上医院、乡镇卫生院、其他医院所占比例分别为 71.1%、28.6%、0.3%。

2.4 卫生设备 全省医院的一般设备得到普及,大型设备则大量增加,2000 年 CT 有 345 台(约 25 万人口 1 台)。

2.5 卫生总费用 1996 - 2000 年,广东省卫生总费用年平均增长 6.6%,人均卫生总费用年平均增长 4.8%。社会卫生支出占卫生

总费用的比重逐年下降,2000 年社会卫生支出和居民个人卫生支出占卫生总费用的比例分别为 33.7%、49.7%。

2.6 卫生资源配置的公平性情况 除卫生事业费的基尼系数大于 0.35 外,医院床位、卫生技术人员基尼系数均小于 0.35,说明这些资源在全省的分布是比较公平的。大型医疗设备分布的公平性较差。

3. 居民健康状况

3.1 居民主要健康指标 全省婴儿死亡率、孕产妇死亡率呈逐年下降趋势,2000 年全省婴儿死亡率为 16.77‰,孕产妇死亡率为 31.47/10 万,期望寿命为 74.54 岁。居民两周患病率为 115.03‰,慢性病患率为 87.2‰。上述各项指标都优于全国平均水平。城市和农村的前六位死因完全一致。前五位死因分别是恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病、脑血管病、损伤和中毒,其所占比例分别为 21.91%、20.47%、18.28%、14.44%、7.01%。

3.2 居民伤残及失能情况 广东省居民残障率为 7.49‰,其中城市地区为 11.38‰,农村地区为 4.09‰。从严重程度来看,严重残障、中度残障分别占 26%、25%左右。

3.3 职业病情况 全省职业病防治工作取得初步成效。新的职业危害形势依然严峻。

3.4 精神病防治 全省的精神疾病总患病率呈明显上升趋势,精神疾患对广东居民的影响越来越大。精神病已经排在了前十位死因之列。

3.5 结核病防治 结核病仍是严重危害全省居民健康的重要慢性传染病,也是广东省重点防治的疾病之一。

3.6 艾滋病防治 HIV 感染者数量快速增长,艾滋病防治形势相当严峻。

4. 卫生服务需求与利用

4.1 就诊与住院需求情况 全省两周患病就诊率为 20.34%,未就诊率为 22.02%,未治疗率为 5.04%,年住院率为 45.15‰。

4.2 就诊单位 95% 以上的农村患者选择到县及县以下医疗单位就诊,村卫生室、乡镇卫生院、县级医院就诊比例分别为 50.0%、23.5%、6.2%。城市居民两周患病就诊单位依次为地市医院、私人

开业、乡镇(街道)卫生院、县(市、区)医院、卫生室、门诊部等等。

4.3 住院单位 城市近 90% 在县及县以上医院住院, 农村略低, 但也有近一半在县及县以上医院住院, 其他在乡镇卫生院。

4.4 诊疗与健康检查 2000 年总诊疗人次为 3.88 亿人次, 县及县以上医院、乡镇卫生院、其他医院诊疗人次占总诊疗人次的比例分别为 28.1%、26.8%、0.2%; 医疗门诊机构、个体开业、乡村医疗点分别占总诊疗人次的 9.4%、6.2%、25.8%。

4.5 入院人数 2000 年全省医院住院人数为 371.1 万人。县及县以上医院、乡镇卫生院、其他医院入院人数所占比例分别为 59.9%、39.7%、0.4%。

4.6 工作人员工作效率情况 县及县以上医院平均每个医生每天担负的诊疗人次及住院床日均呈下降趋势。

4.7 病床使用效率及住院天数 全省县及县以上医院病床使用率呈逐年下降趋势, 出院者平均住院日逐年缩短。2000 年, 全省县及县以上医院病床使用率为 68.1%, 年均周转达到 20.5 次, 出院病人平均住院日为 11.7 天。与国内同类医院相比, 病床使用率高, 周转快, 出院病人平均住院日短。

4.8 未住院原因 广东省需住院而未住院的发生率为 16.16%。未住院原因主要是患者认为没有必要住院 (42.0%)、经济困难 (32.8%) 和没有时间 (19.0%)。

4.9 医疗(门诊、住院)费用 近年来, 无论是门诊费用, 还是住院费用, 都保持一定的速度增长, 但增长幅度呈逐年下降趋势。

4.10 医疗费用负担形式 51.04% 的城市居民自费住院, 88.48% 的农村居民住院需自费。发展和完善城镇特别是农村的医疗保障体系非常紧迫。

5. 主要卫生政策

广东省紧紧围绕建立适应社会主义市场经济体制的医疗服务体系、疾病预防控制体系和监督执法体系, 推行加快卫生改革与发展政策, 在体制、机制、结构的变革上做了大量探索。

5.1 新时期卫生工作指导方针 新时期的卫生工作方针: “以农村为重点, 预防为主, 中西医并重, 依靠科技与教育, 动员全社会参与, 为人民健康服务, 为社会主义现代化建设服务。”

5.2 新时期广东卫生事业发展战略 《中共中央、国务院关于

卫生改革与发展的决定》为我国卫生事业今后的发展指明了方向，明确了卫生事业的性质、地位、作用和方针政策以及奋斗目标。我省为了全面贯彻落实全国工作会议精神，于1997年初通过了《中共广东省委、广东省人民政府贯彻〈中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定〉的意见》，明确了今后一段时期我省卫生事业发展的指导思想、目标和任务。

5.2.1 卫生工作的指导思想 坚定不移地贯彻党的基本路线和基本方针；坚持新时期卫生工作方针；坚持从实际出发，突出重点，分类指导，整体推进，协调发展；坚持政府统筹、部门协作、全社会参与的“大卫生”观念，以质量效益为主，走优质、高效、低耗的道路，以提高人民健康水平为中心的发展模式；坚持“两手抓，两手都要硬”的方针。

5.2.2 卫生事业发展的目标和任务 目标：2010年建立起基本适应社会经济发展和城乡居民多层次需求的卫生服务、医疗保障与卫生执法监督的卫生体系；加强重大疾病的防治，降低传染性和非传染性疾病的发病率。实现目标分三步走：第一步，到1998年实现全省卫生事业发展总体水平进入全国先进行列，某些项目赶上世界先进水平；第二步，到2000年，基本实现人人享有卫生保健，基本建立起有中国特色，能适应居民不同层次保健需求的卫生服务、医疗保险和卫生执法监督体系；第三步，到2010年全省人民的主要健康指标，卫生服务、医疗保障和卫生执法监督体系，居民生存质量和生命质量达到或接近中等发达国家的平均水平。

(1) 率先基本实现卫生现代化战略。制定《广东省基本实现卫生现代化建设纲要》。通过卫生现代化使广东省人民的健康指标和生存质量与宽裕的小康生活水平相适应，接近或达到中等发达国家的水平。

(2) 基本实现现代化的五项目标。生活方式文明化，资源配置科学化，卫生服务优质化，卫生管理法制化，医疗卫生信息化。

(3) 十五项主要评价指标。期望寿命75岁以上；城乡居民基本医疗保障覆盖率达90%；法定报告传染病总发病率130/10万以下；食品卫生监测合格率95%以上，成年人体质指数良好比70%以上；每千人口医师数2.0人；每千人口护士数2.0人；每千人口病床数3.0张；卫生总费用占国内生产总值6%；婴儿死亡率9‰以下；孕产妇死亡率20/10万以下；城镇社区卫生服务覆盖率90%；易感人群预防疫苗接种率95%以上；卫生机构综合设施现代化指标0.90以上；医疗卫生机构信息化指数0.85以上。

5.3 卫生改革与发展主要政策措施及其成效 改革开放 20 多年特别是近十多年来,我省卫生工作以改革为动力,以发展为主题,在卫生宏观管理体制和微观运行机制改革、人力资源开发、促进科技教育、发展农村卫生、完善公共卫生政策、法制建设、振兴中医药、推行医疗保险和合作医疗等方面进行了大量的改革实践,配套切实可行的措施,取得了积极的成效。

5.3.1 卫生管理体制变革 “九五”期间,贯彻落实《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》,特别是 2000 年国务院下发《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》以后,我省加快了改革步伐,积极推进区域卫生规划工作,逐步实行卫生全行业管理。

(1) 推行区域卫生规划,调整资源配置。为适应经济和社会的快速发展,保证群众基本卫生服务需求,我省开始区域卫生规划的探索,调整三级医院规模与数量,鼓励发展医疗集团或医疗联合中心。

(2) 发展城市社区卫生服务。推进城市社区卫生服务既是卫生改革与发展的战略重点之一,也是医疗保障制度改革的一项配套措施。我省社区卫生服务工作于 1996 年开始试点,到目前为止,已基本形成网络,综合服务功能日趋完善。

(3) 推行医疗机构分类管理,发展营利性医疗机构和民办非营利性医疗机构。2001 年底,全省城镇医疗机构有 13757 间,进行了分类核定的有 12659 间,占 92.02%,其中非营利性医疗机构 7272 间,占 57.45%,营利性医疗机构 5387 间,占 42.55%。我省还大力扶持和发展营利性医疗机构和民办非营利性医疗机构。2001 年底,全省民营医疗机构建设投入共 10 亿多元,已建成民营医疗机构 67 间,拥有病床 3769 张。

(4) 加强精神文明建设,促进行业作风好转。全省不断加强精神文明建设,开展“以病人为中心,优质服务,讲文明,树新风”活动和创“文明行业”、“文明单位”、“全国百佳医院”及“省百家文明医院和百家文明卫生院”等活动,促进行业作风好转。

5.3.2 卫生经济政策 改革开放以来,我省利用广东较为宽松的环境,不断改革完善卫生经济政策,改革补偿机制、运营机制和医疗卫生服务价格体系,大大增强了医院的生机和活力。

(1) 完善医院补偿机制。从 1985 年至 1991 年间,广东省认真执行了国家《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》、《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》、《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》等重要文件。1992 年以后,我省加大了改革的步伐,制订了《关于进一步促进卫生改革的若干问题》的文件,在全国较早提出和实行

“一院两制”的改革。

(2) 改革医院运行机制。培育和推广清远市人民医院“优质、高效、低耗”的管理模式，于1997年下发《关于在全省卫生系统进一步推广清远市人民医院优质高效低耗管理模式的决定》。在医院内部管理改革上，推行了医院院长目标管理责任制和院长负责制。

(3) 控制医药费用过快增长。从1998年开始推行医疗费用“总量控制，结构调整”政策。总量控制的目标是：到2000年医疗机构业务总收入年度增长控制在15%以内。结构调整重点是控制药品费用，适当降低大型医疗仪器检查、治疗收费标准，适当提高医疗技术劳务收费项目和标准。

5.3.3 卫生人力政策

(1) 培养和引进相结合，开发人力资源。我省共有八所高等医学院校，培养了多层次、多专业的大批高等医学人才。目前，本、专科招生人数达6000多人，能较好地满足医疗卫生单位的人才需求。

(2) 为农村培养实用型人才。我省有中等卫生（护士）学校49所。开设有社区医学、预防医学、妇幼卫生等20多个专业。解决贫困地区卫技人才缺乏的措施：拨出专项资金，委托普通高等医学院校定向招生、定向培养、定向分配；加强乡镇卫生院在职卫技人员的培养，不断提高学历层次；积极拓展自学考试工作，为更多在职人员提供学习机会。

(3) 推行人事制度改革。推行“减员增效”政策，实行后勤服务社会化，实行医院人事代理制。

5.3.4 卫生科教政策 “九五”期间，我省实施了“五个一科教兴医工程”，改变了我省医学科研教育落后状况。2001年，启动了《广东“十五”医学科技创新与人才培养计划实施方案》。大力发展中等医学教育和继续医学教育，委托代培、自学考试和住院医师、乡村医生规范化培训广泛开展，形成多渠道培养医疗卫生人才的格局。

5.3.5 农村卫生政策 贯彻党的卫生工作方针，始终坚持以农村为重点，加强基础设施建设、妇幼卫生、改水改厕工作，推动农村卫生和农村经济社会的协调发展。

(1) 实现农村初级卫生保健 1990年印发《广东省农村二〇〇〇年人人享有卫生保健发展规划》，要求在20世纪末主要卫生、健康指标达到国内先进水平，提出了具体指标和任务。

(2) 实现基层医疗卫生机构“一无三配套”。1992年以来，积极开展乡镇卫生院和县级防保机构“一无三配套”建设。到2000年有90%的县级防疫站、妇幼保健院（所）、慢性病防治站和95%以上的

乡镇卫生院基本达到房屋、设备、人才三配套。

(3) 加强农村预防保健工作。各级防保机构综合防病能力不断提高,影响农民健康的重大疾病得到消灭或控制。加强妇幼保健机构房屋、设备、人员三配套建设和乡镇卫生院产科建设,推行住院分娩。

(4) 改善农村环境卫生。20 世纪 90 年代以来,通过推进农村卫生村镇建设和改水改厕工作,农村脏、乱、差的环境得到明显改善。到 2001 年底,广东省成为建成“国家卫生镇”最多的省份。农村饮用清洁水和自来水普及率分别达到 98.2% 和 71.1%;“全国农村百佳水厂”的数量居全国第一。

(5) 开展卫生扶贫活动。1996 年以来,贯彻《中共广东省委、广东省人民政府关于进一步支持山区和新建市发展经济的决定》精神,制订《广东省医院支持山区医疗技术方案》,将支持医院从原来 14 家扩大到 24 家三级甲等医院和 2 所口腔医院;对 25 所市、县医院进行定点挂钩;组织 8 个沿海市 16 所中医院对口扶持 14 所特困县中医医院;组织“卫生下乡”和“健康直通车”活动,为贫困地区群众送医送药。

5.3.6 公共卫生政策 坚持贯彻“预防为主”的方针;加强防疫防病机构规范化建设;为实现普及儿童免疫的目标,于 1984 年成立冷链系统办公室;2000 年通过了世界卫生组织无脊灰区的证实工作,1992 年,将新生儿乙肝疫苗接种纳入计划免疫;2001 年全面纳入儿童计划免疫;为加强对艾滋病的控制,1999 年建立广东省预防与控制艾滋病协调会议制度,制定了《广东省预防控制艾滋病中长期规划》和《广东省艾滋病防治战略计划》;20 世纪 80 年代中后期,推行孕产妇系统管理和儿童保健系统管理;1991 年开始实施妇幼保健保偿责任制。

5.3.7 卫生法制建设 为贯彻“依法治国”、“依法治省”的战略决策,近年来,我省卫生法规建设得到前所未有的重视。规范立法工作,制定《广东省卫生厅制订规范性文件规定》,通过省人大颁布《广东省母婴保健管理条例》、《广东省发展中医条例》。此外,通过省政府发布《广东省医疗机构管理实施办法》、《广东省医疗收费管理办法》、《广东省除四害管理办法》、《广东省实施献血法办法》等政府规章,修改《广东省医疗事故处理办法实施细则》,对照《行政处罚法》的规定,完成了我省卫生法规、规章的清理、修订工作,规范卫生执法和卫生管理工作。

5.3.8 中医药发展政策 始终坚持中西医并重的方针。1990 年,批准成立省中医药管理局。1985 年、1995 年两次召开振兴中医工作

会议，于1995年下发《关于加快发展广东中医工作的通知》。1997年首次召开了全省中医科技大会。《中医事业“九五”计划和2010年规划》和《农村中医工作、中医药科技发展“十五”计划》，明确了中医事业的发展目标、任务和措施。

5.3.9 医疗保险和合作医疗政策

(1) 改革医疗保障制度，推行城镇职工基本医疗保险制度。1992年就开始医疗保障制度改革试点工作。随后制定了《关于全省城镇职工基本医疗保险制度改革的规划方案》。逐步建立了医疗保险费用筹措机制，保障了参保职工的基本医疗需求，建立了医患双方的制约机制，促进了医疗机构内部改革。

(2) 推行农村合作医疗制度，提高覆盖率。2000年，我省农村参加合作医疗和各种集资医疗形式的人数仅占农业人口的20.5%；2000年推行机构改革和职能调整。省政府决定连续五年，每年投入6000万元引导资金，加强农村合作医疗网络建设。

6. 卫生发展面临的主要挑战及政策建议

6.1 广东省卫生发展面临的主要挑战

6.1.1 区域经济发展不平衡，制约广东省整体卫生事业可持续发展 经过改革开放20多年的快速发展，广东省的整体经济发展实力一跃成为全国之首，广东省城乡居民的整体生活水平不断提高。但珠江三角洲地区与东西两翼及粤北山区之间在人均GDP、财政收入、城乡间居民收入等方面的差距进一步扩大。由于现行财政和卫生事业实行的是分级管理体制，卫生事业的发展很大程度上受制于当地经济发展水平和财政状况，在区域间经济发展不平衡且短期内尚难以扭转，而省级财政转移支付力度不足的情况下，必然导致区域卫生事业发展的不平衡。

6.1.2 卫生投入不足，卫生补偿机制亟需完善 “九五”期间广东省经济取得很大发展，财政收入状况逐年好转。而政府卫生支出与财政支出年均增长幅度存在一定差距，政府卫生支出占财政支出的比重由1996年的6.79%下降至2000年的5.90%，全省卫生事业费占财政支出的比重由1996年的3.37%下降至2000年的2.78%。政府卫生投入不足，转移支付比例小，客观上造成政府对卫生事业发展的宏观调控乏力。

6.1.3 主要疾病谱发生明显变化，卫生发展策略必须作出相应调整 随着广东省经济、社会和卫生事业的发展以及人民生活水平、

健康水平的提高,广东省人口的疾病谱已发生明显的变化,急性传染病的死亡率显著下降,而恶性肿瘤、心血管疾病、呼吸系统疾病、脑血管疾病等疾病则成为“九五”期间广东省死亡率最高的前十位疾病。预计在 21 世纪初期,广东省的主要疾病谱将进一步发生变化,慢性非传染性疾病的患病率将会继续上升。病毒性肝炎、肺结核、性病尤其是艾滋病等疾病的感染、发病形势将相当严峻,要求广东省必须制定与主要疾病谱变化相适应的卫生干预政策和控制措施。

6.1.4 卫生资源配置不够合理,卫生服务体系与社会经济发展和群众需求尚不相适应 长期以来,广东省实行的是与计划经济体制相适应的卫生管理体制。医疗卫生机构是按部门、按地方、按行业的行政隶属关系来设置,由多部门管理。造成条块分割、机构重叠的不合理格局,导致卫生资源盲目、重复配置,不少地方卫生服务供给与需求失衡。随着社会发展,人们潜在的卫生需求将不断释放出来,要求卫生系统必须进行彻底的改革。

6.1.5 基本医疗保障制度实施覆盖面窄,农村居民有效卫生需求不足 在农村合作医疗方面,几年来,各级政府以及各级卫生部门在建立农村医疗保障制度方面做了大量工作,虽然取得一定成效,但与形势的发展不相适应,而且各地发展不平衡,多数农村尚未建立农村合作医疗保障制度,至 2000 年底,全省农村合作医疗保障制度人口覆盖率仅为 20.5%,没有达到预定 60% 的目标。一些地方农民看病负担重的问题仍然突出,因病致贫、因病返贫的现象时有发生。

6.1.6 卫生机构管理体制和运行机制亟需进一步改革完善 目前,各种医疗卫生机构的行政隶属关系和所有制界限尚未真正打破,卫生全行业管理与医疗卫生机构属地化管理仍难以落实,各种医疗服务要素的准入制度亟待建立和完善。各级、各类医院之间、药店与药房之间以及医生之间缺乏公平、有序竞争机制。卫生行政部门对卫生资源宏观调控乏力,影响了卫生事业健康持续发展。

6.1.7 流动人口多、户籍人口老龄化和城市化给卫生服务带来多重压力 城市化不仅表现为人口由乡村向城市转移,以及城市人口的膨胀,也使生态破坏及环境污染日趋严重,导致中毒、意外伤害和创伤病人大量上升,病毒性肝炎、性病和肺结核防治形势更加严峻。人口老龄化日益成为广东省突出的社会问题。与 1990 年相比,2000 年广东省 65 岁及以上的老年人口达到 523.65 万人,占总人口的 6.1%。加快建立、健全和完善全民基本医疗保障体系,进一步加强农村卫生工作,成为迫在眉睫的重大课题。

6.1.8 中国加入世界贸易组织对广东省医疗卫生事业发展提出

新的挑战 中国加入 WTO,在医药领域上所作的主要承诺有:(1)保护知识产权;(2)降低药品、器械关税;(3)取消大型医疗器械的管制;(4)开放药品分销服务;(5)开放医疗服务。上述领域的开放将对广东省卫生服务领域带来深刻的影响,既有机遇,又有冲击,如何趋利避弊,积极采取应对措施,这是值得我们认真研究的一个重大问题。

6.2 若干政策建议

6.2.1 加大转移支付力度,增加财政对农村卫生投入,缩小区域间和城乡间的卫生发展不平衡 建议省政府增拨卫生专项经费,通过专项转移支付对农村公共卫生项目和农村卫生机构基础设施建设、设备购置及人才培养给予补助,在资金安排上对老、少、山、边、穷地区给予政策倾斜,适应我省全面实现小康和率先基本实现现代化的社会发展要求,改善卫生筹资公平和增加政府的宏观调控力度,缩小区域间卫生发展差距。

6.2.2 按照公共财政要求,贯彻和落实既定的各项财政补助政策,确保卫生财政支出“到位” 市场经济体制与计划经济体制的根本区别就是政府不再充当资源配置主体,而主要着眼于社会公共需要,将财力主要用于社会公益服务和社会保障方面。为了使卫生事业能够适应市场经济和建立公共财政框架的要求,政府要通过公共财政对卫生资源配置、卫生事业运行及发展提供支持,以满足社会公共需要,并且通过税负公平、体制公平、政策公平、制度公平等,为医疗卫生机构提供公平竞争的条件。

6.2.3 大力发展社区卫生服务,落实和加强社区干预措施,加强对慢性非传染性疾病的预防控制 利用政府大力推进社区建设的有利时机,明确凡是广东省境内具备提供社区卫生服务功能基本条件、符合有关法律法规规定、能独立承担民事责任的法人或自然人均可申请举办社区卫生服务,从而引入社会力量开展社区卫生服务,促进社区卫生服务的发展。建立对主要慢性非传染性疾病的登记制度,实施三级预防,加强对地方病、职业病、营养缺乏性疾病、食物中毒、寄生虫病的防治和监测管理。

6.2.4 将区域卫生规划纳入当地人大审议和监督实施,加强卫生资源优化配置,加快推行医疗机构属地化管理和卫生工作全行业管理 加快制定和实施区域卫生规划,探索创新区域卫生规划方式,避免单纯依靠行政命令配置资源,将区域卫生规划纳入当地市人大审议和监督实施。加强对医疗机构、医生及医疗设备等医疗服务要素的市场准入控制,不能多头审批卫生资源配置,推进卫生全行业管理和属