

北京市属市管高校创新团队项目资助

北京市属市管高校中青年骨干教师项目资助

中国 医疗卫生服务与 保障制度的整合研究

ZHONGGUO YILIAO WEISHENG FUWU YU BAOZHANG ZHIDUDE ZHENGHE YANJIU

张琪 朱俊生 著



中国劳动社会保障出版社

中国 医疗卫生服务与 保障制度的整合研究

张明 李敏 著

北京 中国社会科学出版社

北京市属市管高校创新团队项目资助

北京市属市管高校中青年骨干教师项目资助

中国 医疗卫生服务与 保障制度的整合研究

ZHONGGUO YILIAO WEISHENG FUWU YU BAOZHANG ZHIDUDE ZHENGHE YANJIU

张琪 朱俊生 著



中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国医疗卫生服务与保障制度的整合研究/张琪, 朱俊生著. —北京:
中国劳动社会保障出版社, 2009

ISBN 978-7-5045-7838-9

I. 中… II. ①张…②朱… III. ①医疗保健事业-卫生服务-研究-
中国②医疗保健制度-研究-中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 060726 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码: 100029)

出 版 人: 张梦欣

*

北京隆昌伟业印刷有限公司印刷装订 新华书店经销
880 毫米×1230 毫米 32 开本 6.75 印张 183 千字

2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 次印刷

定价: 28.00 元

读者服务部电话: 010-64929211

发行部电话: 010-64927085

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话: 010-64954652

前 言

急剧上涨的医疗费用和不完善的医疗保障体系，是中国百姓近年来最关心的问题之一。尽管城镇职工基本医疗保险制度的覆盖面不断扩大，新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度快速扩展，但是仍有很多人没有被医疗保障制度所覆盖，同时，目前的医疗保障补偿水平无法抵消迅速上涨的医疗费用。中国亟待解决新的“看病难、看病贵”问题。

医疗卫生体制的改革要从需求、供给两个层面入手^①，即要同时解决医疗保障与医疗卫生服务体系两个问题。基于这一研究背景，本书将我国医疗卫生服务与保障制度结合并对其进行纵向分析，以制度和体系的发展为脉络，从历史着手，立足现实，深入地阐释医疗机构和医生职业、医疗保障的范围和水平、政府财政支出等理论热点问题，并探讨了医疗卫生服务和保障制度的未来发展路径选择。我们希望能为我国医疗卫生服务与保障制度的健康有序发展提供参考。

与同类大多数研究不同的是，本书将医疗卫生服务与保障制度作为一个既相互区别又相互关联的整体，确定为研究对象。对于医疗卫生服

^① Kornai J, Eggleston K. Welfare, Choice, and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 2001

务，本书将主要基于服务对象的视角，侧重对医疗卫生的实际服务感受、服务质量与服务效果等内容的研究，致力于研究如何提供可及性强、服务质量好、廉价并高效的医疗服务供给。具体来说，医疗卫生服务包括三级医疗卫生服务体系的布局、提供医疗服务的医院内部运行机制、从事医疗卫生服务的人力资源配置以及医疗卫生体系的管理等内容。

在现行的医疗卫生体制下，如果离开了完善的医疗服务体系，不从根本上改革医疗服务供给，而只是单独依靠医疗保障制度来提高保障水平，“单兵突进”，医疗保障基金的风险将无法控制，不仅无法从根本上解决医疗费用快速上涨的难题，而且人民的就医质量也得不到保证。同样，如果政府只局限于建立健全医疗服务体系，而缺乏完善的医疗保障制度为医疗费用分担资金，也会给人民就医带来经济困难，无法达到减轻医疗负担、提高人民福祉的最终效果。因此，为了解决“看病难、看病贵”问题，需要将医疗卫生服务与保障制度两者联系到一起来研究，在探讨医改的过程中，医疗卫生服务和保障制度必须并重。本书将研究对象界定为医疗卫生服务和保障制度（不包含药品流通体系），分析各自的运行和实施情况，深入探讨二者的相互关系，力求从这两个方面着手解决长期以来我国医疗卫生体系中存在的深层次问题。

本书综合运用了文献研究、实证分析和规范分析相结合的研究方法。首先，充分收集与整理了国家有关医疗卫生服务和医疗保障制度的政策、法律法规、公开出版物和未出版的文献资料，以及本领域内诸多专家的已有相关研究成果。在开展研究过程中，针对当前理论界研究现

状和热点问题，分析当前医疗卫生体系和保障制度运行过程中的问题，进行深入的实证分析与规范分析，探讨其未来发展方向与实施路径。全书理论与实际、政策与现状相结合，力图从宏观政策层面和微观操作层面提出理论阐释与政策建议。

本书紧紧围绕中国医疗卫生服务和保障制度这一主线，结构安排如下：

首先，对我国医疗卫生服务与保障制度的发展历史进行评价，按照时间顺序，依次阐述了改革开放前和改革开放后两个时期的制度变迁、主要成绩和主要问题，并在此基础上对医疗卫生服务与保障制度做了经济分析。

其次，剖析我国现行医疗卫生服务和保障制度存在的主要问题，主要从医疗机构与医疗卫生服务、医疗保障制度以及政府财政投入三个方面进行问题分析，既对现实的问题与矛盾进行总结与归纳，又对相关政策问题进行深入挖掘。

再次，探讨我国医疗卫生服务和保障制度的未来发展方向，对已有的改革方案进行了比较与分析，并在此基础上提出我国医疗卫生服务和保障制度的发展路径选择。

综上所述，本书不仅采用新视角，从医疗卫生服务和保障制度的横向结合、纵向分析出发，力求从这两个方面着手解决长期以来我国医疗卫生体系中存在的深层次问题，还对我国医疗卫生服务与保障制度的发展历史进行梳理，希望对中国医疗卫生服务与保障制度的发展有更深刻的把握和研究。

本书由张琪教授、朱俊生博士主持和撰写，参与编写的人员还有首都经济贸易大学研究生崔冰、王斐、李倩、李璇、张捷、王秀峰、赵琦、杨亚哲。正是由于大家细致耐心的工作和付出，还有出版社编辑同志们的认真负责，本书得以顺利完成。本书的出版还得到了北京市属市管高校创新团队项目“北京市人力资源开发、就业与保障研究”（项目负责人：杨河清）和北京市属市管高校中青年骨干教师项目（项目负责人：张琪）的资助。另外，本书在成文过程中，还参阅了大量专家和学者的研究成果，这里一并表示衷心的感谢。

2008.10

目 录

第一章 改革开放前中国医疗卫生服务与保障制度 ·····	(1)
一、医疗卫生服务与保障制度的基本情况·····	(1)
二、医疗卫生服务与保障制度的主要成绩·····	(4)
三、医疗卫生服务与保障制度存在的主要问题·····	(9)
第二章 改革开放后中国医疗卫生服务与保障制度 ·····	(13)
一、改革开放后医疗卫生服务与保障制度发生的变化·····	(13)
二、改革开放后医疗卫生服务与保障制度取得的成效·····	(18)
三、改革开放后医疗卫生服务与保障制度暴露的问题·····	(22)
第三章 中国医疗卫生服务与保障制度的经济分析 ·····	(28)
一、医疗保障的道德风险与制度设计原则分析·····	(28)
二、医疗卫生服务体制的效果分析·····	(32)
三、城镇职工医疗保障制度的公平性分析·····	(38)
四、对农村合作医疗变迁的制度经济学分析·····	(41)
第四章 医疗卫生服务与医生职业行为分析 ·····	(48)
一、医疗机构分类与宿迁医改评价·····	(48)

二、医疗卫生服务与医生职业特征分析·····	(61)
三、医生职业行为与患者就医行为·····	(65)
四、医疗卫生服务与医生职业行为问题分析·····	(72)
第五章 医疗保障制度覆盖范围与保障水平分析·····	(79)
一、城镇职工基本医疗保障制度覆盖范围分析·····	(79)
二、城镇居民医保试点城市的制度设计与保障水平分析·····	(87)
三、新型农村合作医疗制度的模式与问题分析·····	(104)
第六章 医疗卫生服务与保障制度的政府投入分析·····	(115)
一、健康权的提出与政府责任·····	(115)
二、我国卫生总费用构成变化及政府投入分析·····	(123)
三、城乡卫生保障制度中政府支出平等性分析·····	(130)
第七章 医疗卫生体制改革方案分析与思考·····	(136)
一、三大医改观点评析·····	(136)
二、对几大医改方案的评价·····	(141)
三、未来医疗卫生体制改革的思路·····	(148)
第八章 医疗卫生服务的发展路径选择·····	(154)
一、医疗卫生服务改革的目标与框架确定·····	(154)
二、提高医疗卫生服务可及性的路径选择·····	(157)
三、提高医疗卫生服务效率的路径选择·····	(160)
四、改善医疗卫生服务质量的路径选择·····	(164)
第九章 医疗保障制度的发展路径选择·····	(171)
一、国外医疗保障模式的分析与启示·····	(171)
二、我国医疗保障制度改革的目标与框架确定·····	(181)
三、完善我国医疗保障制度的路径选择·····	(189)

四、我国未来医疗保障制度的整合·····	(196)
主要结论·····	(199)
参考文献·····	(201)

第一章 改革开放前中国医疗卫生服务与保障制度

改革开放之前，我国处于计划经济时期，经济和社会发展水平相对不高，但是，国家一直投入尽可能多的资金和精力用于提高人民生命健康质量，初步建立起相对完备的医疗卫生服务体系，实施城镇职工医疗保险和农村合作医疗制度，基本满足了当时情况下人民的就医要求，使得平均预期寿命迅速提高，死亡率尤其是婴儿死亡率大幅下降，传染病得到有效控制，医疗保障的覆盖面和医疗服务的可及性大大提高。但是在取得这些成绩的同时，也存在着投入不足、城乡差距大、保障水平低等问题，亟待进一步解决。

一、医疗卫生服务与保障制度的基本情况

从新中国成立到改革开放的 30 年时间里，通过政府的统一规划、组织和大力投入，医疗卫生服务体系和保障制度都得到了迅速发展，为我国经济建设和社会发展作出了不可磨灭的贡献。

1. 医疗卫生服务的基本情况

新中国成立初期，中央政府提出了新中国卫生工作的四大方针：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。由于社会、经济层面的二元结构，城镇和农村地区在医疗卫生服务体系组织方式上存在很大的区别。城镇地区的医疗卫生体系由政府直接组织并承担几乎所有费用。由于实行政企不分的统一预算制度，存在着事实上的国家、地区、行业层面的费用统筹关系，经费由政府和企业负担，个人基本上不用付费。农村地区则是以集体经济（公社、生产队）为依托，

集体承担大部分的医疗费用和“赤脚医生”的工资（工分），政府提供有限的财务支持（包括低价药品、部分医疗设备、部分卫生防疫费用、少数医务人员工资等），个人就医少量付费。

政府充分发挥当时动员能力强、社会组织水平高的优势，在控制药品、医疗设备和基本医疗服务价格的计划经济体制基础上，逐步建立起一个包括医疗、预防、保健、康复、教学、科研等在内的比较完整的、基本覆盖城乡居民、效率较高的公共卫生和医疗服务体系。虽然计划经济时期中国的经济发展水平很低，但医疗卫生体制建设还是取得了巨大的成就，在保障人民身体健康，维护社会稳定，恢复和促进经济建设方面发挥了积极的作用。我国的人均预期寿命大幅提高，人口死亡率显著降低。取得这些成就，虽然与当时高度集中的经济体制密切相关，但更主要的还是得益于对社会目标的不懈追求。此外，带有政治动员性质的各种爱国卫生运动和全民健身运动也发挥了不可忽视的作用。

在短短的 30 年（1949—1979）间，婴儿死亡率和平均预期寿命指标都有了明显的改善。即使在“文革”时期受到了巨大的外部冲击，这一体系也仍然继续发挥着自己的作用。

2. 医疗保障制度的基本情况

新中国成立之后，我国逐步建立了与计划经济体制相适应的医疗保障制度，即由国家向公有单位提供劳保医疗和公费医疗，其供给对象主要集中在城镇，在广大农村地区则针对农民逐步建立起合作医疗制度。

（1）城镇职工的医疗保险

按照工作单位和人员的身份，城镇职工的医疗保险分为劳保医疗和公费医疗两部分。其中劳保医疗是根据 1951 年 2 月中央人民政府政务院发布的《劳动保险条例》确立的，对实行劳动保险的企业职工及家属的伤病实施免费医疗及预防疾病医疗的保险制度。由于当时国家财政经济的局限，劳保医疗实施范围有一定的限制，仅局限于百人以上、经济条件许可的部分单位。公费医疗根据 1952 年 6 月中央人民政府政务院颁布的《关于全国人民政府、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》，对全国各级政府、党派、工青妇等团体、

各种工作队以及文化教育、卫生、经济建设事业单位的国家工作人员和革命残疾军人实行公费医疗制度，该制度是对国家机关、事业单位工作人员实行的免费治疗和疾病预防的保险制度。

随着国家财政经济状况的好转，劳保医疗和公费医疗逐步得到巩固与发展，在医疗保障覆盖范围、医疗费提取比例、医疗费开支范围和开支渠道等方面均做了必要的修改，使之更符合实际情况。劳保医疗和公费医疗两项制度，除享受劳保医疗的企业职工家属可享受半费医疗外，其他保险项目与待遇标准二者相差不多，除挂号费、营养滋补药品以及整容、矫形等少数项目自费用外，大部分医疗费用由政府或企业负担，见表 1—1。

表 1—1 劳保医疗和公费医疗基本特征比较

	资金来源	管理单位	覆盖范围	劳保医疗或公费医疗支付	个人支付
劳保医疗	企业职工福利金	企业行政	企业职工及其直系亲属、离退休人员	治疗、医药、检查、手术；因工负伤住院赡养费和就医路费；特殊贡献者住院膳费、假肢等	挂号费、出诊费、住院膳费、家属半医疗、家属住院费
公费医疗	国家财政预算拨款	政府卫生部门	国家机关（含党派团体）和事业单位的工作人员及退休人员、高校学生、复员回乡的二等以上伤残军人	治疗、医药、检查、手术；因工负伤住院赡养费和就医路费；特殊贡献者住院膳费、假肢等	挂号费、出诊费、住院膳费

资料来源：吴书松. 医疗保险制度改革与政府角度. 社会学, 2002, 2

在当时的历史条件下，这些制度基本上保证了城镇职工在发生医疗需要时能够得到必要的物质帮助，对保障我国城镇劳动者身体健康，解除或减轻劳动者因患病、负伤和生育等增加的物质和精神上的负担，保证社会劳动力的再生产，特别是提高全社会劳动者的身体素质，推动社

会生产力的发展，都发挥了积极的作用。

(2) 农村合作医疗制度

新中国成立之后，在经济发展工业化的取向下，保护工业部门的劳动力成为我国公共政策的首选目标，在城镇逐步建立了与计划经济相适应的医疗保障制度。但由于资源分配的限制，这一福利制度并没有延伸到广大农村。中国是一个农业大国，当时农业人口占全国人口的比重超过 80%，缺乏医疗保障的农民采取互助形式来解决农村缺医少药的难题，由此诞生了中国农村的合作医疗制度。

合作医疗制度是按照“风险分担，互助共济”的原则，多方面筹集资金，用来支付参合人及其家庭的医疗、预防、保健等服务费用的一项综合性医疗保健措施。在中国革命战争年代，陕甘宁边区就出现过卫生合作社。新中国成立之后的 1955 年农村合作化高潮阶段，农村地区正式出现具有互助性质的合作医疗制度。一些地方如山西省高平县米山乡等地出现了由农村生产合作社举办的保健站，采取由社员群众出“保健费”和生产合作公益金补助相结合的办法，由群众集资合作医疗，实行互助互济，实现了农民“无病早防，有病早治，省工省钱，方便可靠”的愿望，这种办法很快得到了其他农村地区的响应和推广。

“文革”时期，新兴的农村合作医疗制度被大力推广。1965 年 6 月毛泽东同志做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，同年 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》，极大地推动了农村合作医疗的发展。1968 年毛泽东同志又亲自批发了湖北省长阳县乐园人民公社举办合作医疗的经验，称赞“合作医疗好”。从此，合作医疗在全国蓬勃发展起来。

二、医疗卫生服务与保障制度的主要成绩

新中国成立后的 30 年间，我国处于计划经济时期，在整个经济发展水平相当低的情况下，通过有效的制度安排，中国用占 GDP 3% 左右的卫生投入，大体上满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求，国民健康水平迅速提高，不少国民综合健康指标达到了中等收入国

家的水平，成绩十分显著，被一些国际机构评价为发展中国家医疗卫生工作的典范。

1. 平均预期寿命迅速提高

平均预期寿命是人口学中反映人寿命长短的统计指标之一，是指在一定的死亡水平下，预期每个人出生后平均可存活的年数。平均预期寿命可以反映社会生活质量的高低。一般来说，寿命的长短受两方面的制约：一方面，社会经济条件、卫生医疗水平影响着人们寿命的长短，不同的社会、不同的时期，人类寿命的长短有着很大的差别；另一方面，由于体质、遗传因素、生活条件等个人差异，也使每个人的寿命长短相差悬殊。因此，虽然难以预测具体某个人的寿命有多长，但可对不同时期人口平均预期寿命进行比较。

新中国成立之前，人口平均预期寿命只有 35 岁左右。20 世纪 50 年代以来，随着我国医疗卫生服务和保障制度的显著改善，到 70 年代末已经上升至 65 岁左右，见表 1—2。

表 1—2

人口平均预期寿命

岁

年份	男	女	合计
新中国成立前	35.0	34.85	34.63
1973—1975 年	63.6	66.3	64.95

资料来源：中华人民共和国卫生部，2007 中国卫生统计年鉴，北京：中国协和医科大学出版社，2007

2. 死亡率尤其是婴儿死亡率大幅度下降

死亡率，通常指“粗死亡率”（crude death rate, CDR），是指一国或一地区在一定时期（通常为一年）内死亡人数与同期平均人口数的比值，一般按每千人平均计算。而婴儿死亡率（infant mortality rate, IMR）是指婴儿出生一周岁以内的死亡率，也即未满周岁前死亡数与活产婴儿数的比率，一般以年度为时间计算单位，以千分数表示。国内外专家学者均认为，婴儿死亡率是一个敏感的死亡指标，因为除婴儿抵抗疾病的能力低外，婴儿死亡率还与社会制度及经济、卫生条件，尤其

是妇幼保健工作的质量有关。因此,该指标不仅是反映居民健康水平的重要指标,也是衡量一个国家社会、经济发展与医疗卫生保健水平的重要依据。

新中国成立前,我国人口死亡率为 20‰~30‰,期间,婴儿死亡率则高达 200‰~250‰,其中大城市为 120‰左右,农村及边远地区可高达 300‰。新中国成立后,由于政治安定,经济逐步发展,医疗技术水平提高,人民基本生活得到改善,同时,我国政府大力加强妇幼保健工作,健全组织机构和培训相关人员,加强孕产期保健,防治婴幼儿传染病、常见病、多发病,从而使人口死亡率和婴儿死亡率都迅速下降。人口死亡率从 1952 年的 17‰很快下降到 20 世纪 70 年代的 7‰左右,达到发达国家的水平。婴儿死亡率下降速度更快:1954 年根据全国 14 省、市 5 万余人的调查显示,婴儿死亡率为 138.5‰;1958 年根据全国 19 省、市的调查数据显示,婴儿死亡率为 80.8‰,其中城市为 50.8‰,农村为 89.1‰;1973—1975 年全国 29 省、市、自治区死亡原因回顾调查结果显示,婴儿死亡率下降至 47.04‰,见表 1—3。

表 1—3 人口死亡率和婴儿死亡率统计 %

年份	死亡率	婴儿死亡率
1952	17.00	
1955	12.28	138.5 (1954 年)
1960	25.43	80.8 (1958 年)
1965	9.50	
1970	7.60	
1975	7.32	47.0 (1973—1975)
1980	6.34	34.7 (1981 年)

资料来源:中华人民共和国卫生部. 2004 中国卫生统计年鉴. 北京:中国协和医科大学出版社, 2004. 173, 211

3. 传染病得到有效控制

传染病因有传染性和流行性,极大地影响着人民群众的健康。根据