



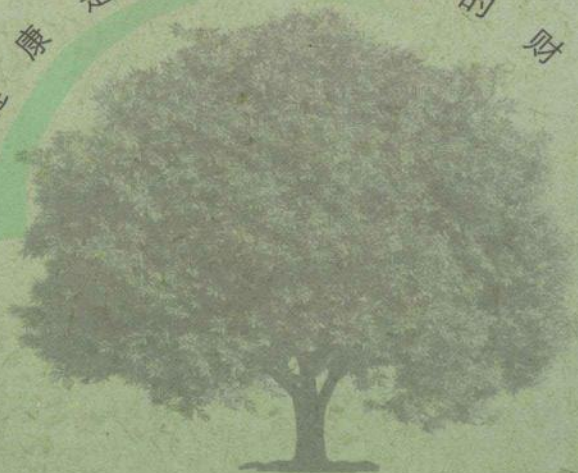
公共政策论丛·专著 执行主编 余 晖

中国“四一三” 健康保险理论与方法

——4+1+N

熊茂友◎著

健康是人生最大的财富



中国财富出版社
CHINA FORTUNE PRESS



公共政策论丛·专著 执行主编 余晖

中国“四一三”健康保险理论与方法

—— 4+1+N

熊茂友 著

中国财富出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国“四一三”健康保险理论与方法：4+1+N/熊茂友著．—北京：
中国财富出版社，2013.8

(公共政策论丛·专著)

ISBN 978-7-5047-4707-5

I. ①中… II. ①熊… III. ①健康保险—研究—中国 IV. ①F842.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 113165 号

策划编辑 寇俊玲

责任印制 方朋远

责任编辑 徐文涛 李瑞清

责任校对 杨小静

出版发行 中国财富出版社 (原中国物资出版社)

社 址 北京市丰台区南四环西路 188 号 5 区 20 楼 邮政编码 100070

电 话 010-52227568 (发行部) 010-52227588 转 307 (总编室)

010-68589540 (读者服务部) 010-52227588 转 305 (质检部)

网 址 <http://www.cfpress.com.cn>

经 销 新华书店

印 刷 三河市西华印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5047-4707-5/F·1964

开 本 710mm×1000mm 1/16

版 次 2013 年 8 月第 1 版

印 张 20.25

印 次 2013 年 8 月第 1 次印刷

字 数 364 千字

定 价 48.00 元

版权所有·侵权必究·印装差错·负责调换

中国“四-三”健康保险理论与方法

— $4 + 1 + N =$ 看病不贵不难

樊纲题

樊纲：著名经济学家，国民经济研究所所长、创始人。北京大学、中国社会科学院经济学教授、博士生导师。中国经济改革研究基金会理事长，中国经济体制改革研究会副会长，中国人民银行货币政策委员会委员。

※ 落实国家新医改方案的两种思路

第一，按国家新医改方案中提出的所有任务，全线出击，全面投资，快速推进。不过该思路需要政府有足够的财力支持。

第二，从国家新医改方案中找出能够影响并能带动全局的关键问题，以此为切入点，然后集中投资，以点带面，循序渐进。该思路可以省钱、省力，且事半功倍。

就我国目前各级政府的财力，大多数地方（尤其是经济欠发达地区）政府应当选择第二种思路。那么，哪些问题是能够影响并能带动全局，能作为各级地方政府落实好国家方案的切入点呢？作者根据十多年来的医改理论研究和实践体会，认为各级政府应先在“4+1+N”上下功夫。

※ 落实国家新医改方案的两种态度

第一，在落实国家新医改方案中，有的官员只对要钱、分钱、管钱和花钱感兴趣，却对“建机制”不积极。因为前者能强化官员手中的权力，后者则反之。这种态度的结果是：新医改的钱全花光了，而老百姓的看病贵、看病难形势依然严峻，政府投资将成为“无底洞”。

第二，在落实国家新医改方案中，大多数官员在重视政府投资的同时更重视“建机制”。因为这种官员心里想得更多的是老百姓，而不是自己。只有重视“建机制”，才能将政府、企业、社会 and 个人的投资全都用在“刀刃上”，才能将政府的投资真正花在老百姓身上，才能让老百姓从新医改中得到实实在在的好处。

看病贵、看病难是“顽症”，但并非“绝症”，能否找到解决看病贵、看病难的有效药方，在很大程度上取决于政府官员的态度。

众所周知，医改与其他改革不同，其他改革仅涉及部分人的利益，而医改却涉及所有人的利益，自然也包括政府系统内千千万万干部、职工的切身利益。一个人也不可能在现有工作岗位上干一辈子，当您大权在握时也许感觉不到看病贵、看病难；而当您离开现有岗位后，尤其是当您和家人生病后，同样会感到解决看病贵、看病难是何等的重要。



※ 建立医联体（即医院集团）的两种方法

第一，完全依赖政府干预，建立垄断的，低工作效率、低服务质量的行政化医联体；

第二，由政府提供政策支持，依靠市场机制作用，建立有竞争的，高效率、高服务质量的“四合一”医联体。

※ 解决百姓看病贵、看病难的四项基本理论

第一，让点“菜”者自己埋单缓解百姓看病贵的理论；

第二，让更多的城乡基层医疗卫生机构与大医院成为“一家人”缓解百姓看病难的理论；

第三，让防病与治病融为一体进一步缓解百姓看病贵、看病难的理论；

第四，只有开源与节流双管齐下、民营与公立公平竞争、举办与监管彻底分离，才能从根本上解决百姓看病贵、看病难的理论。

由于“四一三”健康保险模式的机制在上述四项基本理论中发挥了关键作用，所以“四项基本理论”也可称之为“四一三”健康保险理论。

公共政策论丛总序

中国的改革开放政策已经实施了 30 多年，但基本是以经济领域效率导向的改革和开放为主线，社会、文化尤其是政治领域的改革明显落后。这不仅导致了经济领域的深化改革和进一步开放步履维艰，而且阻碍了中国特色社会主义市场经济体制的建设进程。未来的中国应该是与世界先进文明高度接轨，而且更加开放、民主、平等和自由。显然，目前和未来的中国公共政策在制定的过程中，将面临更加复杂的选择。这是因为经济政策的边际创新动力已经枯竭，而上述其他领域公共政策的边际创新才刚刚起步。我们开始进入一个航向尚不完全明确的深海区域。全面配套的转轨改革将更加艰辛。

在此背景下，中国经济体制改革研究会几年前专门成立了公共政策研究部，陆续聘请了众多的具有国外工作学习经验的中国学者作为高级研究员，这些优秀的学者跨越经济、法律、政治、社会、文化等学科，并长期从事公共政策的理论研究和咨询工作。从 2008 年起，我们以“公共政策研究报告”、“公共政策论丛·专著”和“公共政策论丛·学者自选集”三个系列为组合，推出这套公共政策论丛，并将其作为一项连续出版的计划。其目的就是要在更加广泛的领域介绍他们的研究成果，从而使国内公共政策的研究和讨论在理论和实际操作层面能够更深入地展开，并推动公共政策研究的本土化。同



时，着意培养政府和公众的公共政策意识，吸引公众更为理性地关注和参与公共政策的制定和执行，并为各级政府决策机构在制定和执行公共政策时提供可能的帮助。

其中，“公共政策研究报告”系列展示的是公共政策研究部分年度完成的公共政策研究和咨询报告，这些报告有些来自该部自立的课题，也有些来自有关政府和国内外民间机构委托的课题；“公共政策论丛·专著”展示的是该部高级研究员有关某一公共政策领域的理论研究成果；“公共政策论丛·学者自选集”展示的则是该部高级研究员已发表或未发表的有关公共政策的论文、评论和研究报告组成的个人成果。当然，文集也可能是针对某一公共政策话题所收集的该部高级研究员的特约文章。

在宪政制度比较发达的国家，公共政策的提出、制定、执行、监督和评价是一个由公共政府主导、高度开放、相关利益团体高度参与的制度过程，其中也不乏各类研究咨询机构的参与。这必然是中国公共政策过程的方向。希望本论丛的出版能够为这一过程的逐步完善作出贡献。

作为公共政策研究部的现职主任和本论丛的轮值执行主编，我衷心感谢公共政策研究部高级研究员团队慷慨而有力的支持，也衷心感谢中国财富出版社副社长范建华先生和编辑部主任寇俊玲女士及其编辑团队的高度认同和优质高效的编辑工作。正是他们的辛勤工作，使得《公共政策论丛》（第三辑）得以继续面世。

余 晖

2013年5月1日

序

让中国 13 亿人看得起病、看好病，是最大的民生工程之一。从国务院“两江”医改试点至今，如何建立符合社会主义市场经济需求的医疗保障制度和与此相适应的医药卫生体制，一直是中央、国务院和社会各界高度关注的问题。近 20 年来，医改经过艰难曲折的道路逐步深化，取得了很大进展，突出表现在医疗保障的覆盖面大大扩展，基本实现了全民医保。然而，看病难、看病贵等老大难问题还是困扰着从事医改的实际工作者和理论研究者。最近媒体披露药价利润超 2000% 的黑幕再次说明，加大政府对医改的投资固然十分必要，但深化医药卫生体制改革更重要，不从体制上铲除“以药养医”的痼疾，不端正公立医疗机构扭曲的市场化行为，不知道有多少政府投入将被药品等虚高的价格所吞没。

我从“两江”医改试点开始，一直关注和支持茂友同志的医改研究，尤其关注他对“四一三”健康保险模式的研究。关注和支持的理由：一是 20 世纪 90 年代中期，我在国家体改委工作时曾兼任国务院职工医保制度改革领导小组办公室副主任，他在九江市体改委工作曾兼任过九江市医改办副主任，在“两江”医改期间就有不少共同语言。二是茂友同志作为地方政府官员不仅在任期间刻苦钻研医改业务，从行政岗位退出后，一直跟踪医改进程，与许多“洋专家”相比，他更了解基层群众，更熟悉中国国情，我称他是“草根”医改专家，尤其是在解决看病难、看病贵方面，他提出了许多可供参考的建议。三是他被调离市政府部门后，缺少合适的研究平台，缺少必要的研究人员和经费，在条件十分艰难的情况下十多年来始终如一地坚持医改研究。我清楚地记得他多次与我谈论医改时的激动表情，被他的毅力所感动。四是 he 不仅关注理论研究，还提出了具体的方案，并且进行过试点，取得了积极成果，这是他的一大亮点。

茂友同志在调离政府部门后，为方便继续进行医改研究，1999 年创建了中国第一家民间医改研究机构——江西九江四一三医保研究中心。这所民间



科研机构没有当地政府财政拨款，仅靠科技部和社科部门曾经提供的几万元课题经费，创立了“四一三”健康保险模式及其理论与方法（即“4+1+N”）。“四一三”模式还进行了试点，取得了明显成效，因而通过了科技部成果鉴定。也许在有些人眼里，这种来自民间的“草根”研究成果难登“大雅之堂”。我认为，恰恰这种“草根”研究成果可能具有更加顽强的生命力。因它出自本土，比简单的引进国外经验更加符合国情；因它来自实践，比专家关在办公室里拿出的方案更加贴近实际；因它经历了长达十多年的理论研究和实践探索，经受了时间的考验；因它出自民间研究机构，没有政府部门利益的影响，更具有客观性和公正性；因它经过国家相关部门专家的严格评审鉴定，同样具有科学性和权威性。

我们应当大力支持这类民间医改研究，重视民间的医改研究成果。

宋晓梧

2011年11月22日

宋晓梧：著名社会保障和劳动经济专家、研究员、博士生导师；现任中国经济体制改革研究会会长；曾任国务院职工医疗保险制度改革领导小组办公室主任、国务院体改办党组成员兼秘书长、国家发改委党组成员兼宏观经济研究院院长、国务院振兴东北办副主任；社会兼职有：中国企业联合会副会长、中国劳动学会顾问、中国医疗保险研究会顾问、中国人力资源开发研究会顾问，国家行政学院、中国人民大学、暨南大学、东北师范大学、湖北经济学院客座教授，中国经济50人论坛成员。

自序

我出生在一个贫苦农民家庭，20世纪70年代祖母因看不起病，活活在家里等死；父亲也因看不起病直到病危才上医院，也差点丢了性命；自己从小体弱多病，同样因看不起病，饱受疾病痛苦。为方便家人和乡亲就医，我曾立志学医，但因“文革”未能如愿。有幸的是，20世纪90年代我在任九江市体改副主任（后兼任医改办副主任）期间亲身参与了国务院“两江”（即九江、镇江）医改试点。多年的政府工作经历和医改亲身体验，让自己更明白老百姓看病贵、看病难的真正原因，更清楚解决老百姓看病贵、看病难的真正出路；同时还意识到，要想让更多的老百姓病有所医，当好一名医改理论工作者比当好一名医生更为重要，这就是当本人在调离政府部门后，依然十数年如一日坚持医改研究的巨大精神动力。

“两江”医改试点有经验更有教训，最大的教训是将医改的切入点和着力点放在需方（即患者），而不是供方（即医疗机构）。在“两江”试点到全国扩大试点范围再到全国全面铺开，一直都是沿着这一思路走下去，因而最终导致中国医改“基本不成功”，老百姓对看病贵、看病难的反映越来越强烈。本人吸取“两江”试点的经验与教训，主张将医改的切入点和着力点由需方转向供方，建立以医方为主的医患双方激励和约束机制。在这种思路的指导下，本人一直致力于“四一三”健康保险模式的理论与方法（即“4+1+N”）研究。

一位网友曾在本人的博客上留言，“‘四一三’健康保险模式让我看到了中国医疗改革的希望，由于我有三年医院临床及七年医疗保险的工作经历，有了更深的体会，真能朝这方向改革，是中国人的一大福音，可其中按人头付费的标准如何确定……”。从该网友的留言中可以看出，“四一三”模式不仅需要理论宣传，更需要介绍具体操作细节。所以本书增加了可供参考的实施方案及配套文件，只有这样才能满足不同读者的需要。

我清楚地记得，当年在讨论、修改国务院九江医改试点方案时，市卫生局和市劳动局为了各自的部门利益经常争吵不休。市政府领导对此非常恼火



但又十分无奈，一气之下，便决定将医改办设在市体改委，由市体改委作为全市医改试点的牵头单位。在医改试点方案出台后，市体改委对医改方案仅有监督权并无操作权（这也许就是中国最早的医保管办分离）。因我是在市体改委工作，所以没有维护部门利益，因而当时提出医改措施和建议更多的是从全局和群众利益考虑。当我调离了政府部门后更只是一个民间医改研究者，在主观和客观上既无部门利益的干扰，也无其他利益集团的影响，因而医改研究成果更具有客观、公正性。

1999年9月应合肥市政府的邀请我参加该市医改方案专家认证会，会议安排我介绍“四一三”模式。有位淮北市政府部门负责人在会后对我说，您的“四一三”模式的确很好，但实施会很难。我问为什么？他说在一次全国性的医保工作会上，他提出了试行按人头付费的建议，但当时主持会议的领导马上阻止他发言说：“你别说了，如果把医保基金都交给医院自己去管，那么你们这些人今后去管什么？”此后的事实验证了这位负责人的预言。十数年来，尽管我通过各种途径建议国家采用医保按人头付费（即“四一三”模式的核心做法），可是有人把我的这一建议视作异端言论，下令“采取不理不睬”的态度，从此，凡在该部门所控制的报刊发表文章均需经过严格审查，凡有主张按人头付费观点的文章均被封杀。感谢国家的改革开放，仍可在其他报刊继续发表文章。让人欣慰的是，十数年后，不仅国家新医改方案采纳了医保按人付费，而且在此后国务院办公厅颁发的新医改年度工作安排中，年年要求积极推行按人头付。不过令人费解的是，国家有关部门对按人头付费的推行一直“只打雷不下雨”。

李克强时任副总理时提出的“保基本、强基层、建机制”，应是引导中国新医改走向成功的指南。可是在政府部门中有少数官员只对要钱、分钱、管钱和花钱感兴趣，而对“建机制”并不积极。因为前者能强化政府部门职能和权力，而后者则相反。所以，虽然三年医改实际投资比计划投资几乎翻番，有些患者的看病负担也有所减轻，可是老百姓的看病贵、看病难形势依然严峻。要想新医改取得更加明显的成效，关键是政府部门官员必须看淡自己部门的利益，看重广大人民群众的利益；树立“以人为本”和“执政为民”的理念，真正重视“建机制”，否则再好的医改理论与方法也无人问津。

众所周知，让中国13亿人病有所医的关键是全民医保，而全民医保的关键是医保付费方式。而目前较理想的医保付费方式则是按人头付费。需要强调的是，按人头付费千万不能像过去计划经济年代那样（不给职工有选择定点医院自由）简单地应用它，必须要有相应的配套措施，并有合理的操作方

法与步骤，否则应用效果肯定不会理想。如果能熟读本书，也许其中许多操作难题就能迎刃而解，这也正是出版本书的重要目的之一。必须提醒注意的是，任何改革和创新都会有风险，所以必须先试点，然后逐步推开，并在实践中不断改进和完善。

2011年12月在湖北医药学院举办的“2011年中国医疗保险高峰论坛”上，我提出了“1+N”中国全民健保新思路。其实“4+1+N”和“1+N”的观点、理论和方法完全相同，只是论述的角度不同而已。

医改是世界性难题，自然也是中国难题，医改不理想固然有主观原因，但也有客观原因。医改的不尽如人意，也招致国人对政府有关部门的批评声不断。为避免读者将自己列入“痛打落水狗”斗士的行列，所以本书内容的重点不是批评，而是建言献策。因为“破旧”的目的就是为了“立新”，所以在对过去医改“揭短”的同时更应为新医改“献策”，这是出版本书的初衷。

“四一三”健康保险模式理论与方法的研究和应用，得到了中国经济体制改革研究会、中国改革基金会、九江学院、各级科技和社科部门、当地社保等政府相关部门、各级人大代表和政协委员、全国众多媒体和朋友的支持和帮助，尤其得到了樊纲、贾康、余晖、石小敏、蔡仁华、贾谦、王保真、徐东、周寿祺等众多专家的指导和帮助，更得到了韩启德、宋晓梧、乌日图、王佛生等国家部委和地方政府领导人的关心和支持，在此一并表示诚挚的谢意！

“四一三”健康保险模式的理论和方法，是中国医改的新理论和新方法之一，其实际应用价值仍需要用更多的理论和实践来验证它、完善它，欢迎广大读者提出更多的意见和建议。尤其是在今后的实践中必然会碰到不少这样和那样的困难和问题，希望得到更多的领导、专家和朋友的支持和帮助。

本书于2010年年底就基本完稿，开始想与出版商合作出版，而因该书的专业性较强，购书人群范围有限，出版商自然不愿承担风险；而由自己个人承担费用，数万元对我这个经济欠发达地区的普通工薪退休人员而言不是一个小数字，所以出书时间拖延许久。当宋晓梧会长得知这一情况后，又主动为我排忧解难，在此我深表谢意！

由于我水平所限，加之决定正式出版后的准备时间仓促，书中如有错漏或有不当之处，敬请读者批评指正。

熊茂友

2013年3月31日



第一章 “4+1+N” 健康保险理论与方法概述	1
一、什么是“4+1+N”	1
二、“4+1+N”的形成过程	3
三、“4+1+N”研究大事记	7
第二章 通过让点“菜”者自己埋单缓解患者看病贵（建立“四合一”全民健康保险运行机制之一）	10
一、患者看病贵的直接原因与深层原因	10
二、用“四一三”模式能最有效遏制“七非”现象	12
三、“四一三”模式能将国家基本药物制度执行得更好	14
四、“四一三”模式比目前已有的付费方式和管理方式具有更多的优势	15
五、“四一三”模式在全国实际应用效果和应注意的问题	17
第三章 通过让众多社区与医院成为“一家人”缓解患者看病难（建立“四合一”全民健康保险运行机制之二）	20
一、患者看病难的直接原因与深层原因	20
二、建立医院集团（医联体）对缓解患者看病难的作用	21
三、用行政手段解决患者看病难成本高且作用极其有限	21
四、为何有许多医院集团（医联体）的运行效果并不理想	22
五、用“四一三”模式推动医院集团（医联体）的建立与发展	24
第四章 通过将防病与治病融为一体进一步缓解患者看病贵、看病难（建立“四合一”全民健康保险运行机制之三）	26
一、患者看病贵、看病难的另一个重要原因	26
二、将防病与治病融为一体的做法与作用	26

第五章 通过乐于并善于质量与成本控制促使医疗机构健康、快速发展（建立“四合一”全民健康保险运行机制之四）	29
一、我国医疗质量与成本控制现状	29
二、对乐于并善于医疗质量与成本控制的要求	30
第六章 建立一种合理、稳定、可持续的全民健康投资保障机制	32
一、多年来政府投资不足对患者看病难、看病贵的影响	32
二、国家新医改方案中政府投资方式的利与弊	34
三、如何建立一种合理、稳定、可持续的全民健康投资保障机制	37
第七章 建立真正的“多元化”和“多样化”的办医体制	40
一、我国高度垄断的医疗市场给百姓看病贵、看病难带来的影响	40
二、只有真正的“鲶鱼效应”才能让我国的医疗机构焕发活力	41
三、公立医院必须真正改革，而不只是走走场	44
四、只有医保管理的科学化才能保障医疗市场的多元化	48
第八章 建立“四合一”医院集团（医联体）的必要性和可行性	50
一、“四合一”医院集团（医联体）及其综合优势	50
二、国家新医改政策已为建立“四合一”医院集团（医联体）创造了有利条件	51
三、“四合一”医院集团（医联体）可以与国家基本药物政策对接	53
四、已有医院集团（医联体）为“四合一”医院集团（医联体）的建立奠定了良好基础	54
五、必须选准推广“四合一”医院集团（医联体）的突破口	61
六、商业保险公司可创办全国性“四合一”连锁医院集团（医联体）	62
第九章 “4+1+N”的内在和外在线索	63
一、“4”“1”“N”三者“4+1+N”中的关键作用	63
二、“四一三”模式在“4+1+N”中的关键作用	64
三、“4+1+N”在国家新医改方案中的关键作用	65
四、“4+1+N”是国家新医改方案中亮点的充分体现	68
第十章 “4+1+N”对一些重大医改理论的理解	70
一、要想医院公益是否必须公立	70
二、医院是否应该有“利益驱动”和“利益链”	70
三、建立民营医院是为了“补充”还是为了“制衡”	71
四、导致医患关系紧张的主要原因是什么	72

五、政府投资是投供方好还是投需方好	73
六、医保是否必须设立个人账户	74
七、如何认识和检验新医改的成效	74
第十一章 “4+1+N” 实施方案	76
一、总 则	76
二、基本健康保险对象与参保方法	77
三、基本健康保险筹资方法与标准	78
四、基本健康保险待遇	79
五、基本健康保险管理	80
六、卫生资源整合与多元化办医	82
七、医院集团（医联体）内部管理	85
八、“4+1+N” 操作中应注意的问题	90
第十二章 “4+1+N” 实施方案的配套文件	91
健康保险经办机构与医院集团（医联体或医院）的协议书	91
医院集团（医联体）理事会与总院长的任期目标管理协议书	98
医院集团（医联体或医院）托管社区医疗卫生机构协议书	101
医院集团（医联体）内部双向转诊管理办法	106
附件一 研究和应用“四一三”模式理论与方法的资料选编	110
韩启德主席主持九三学社中央“四一三”医保模式研讨会并讲话的 报道	110
韩启德副委员长在“四一三”医保模式专题研讨会结束时的讲话 摘要	112
国家有关部门专家对“四一三”模式的评价	113
科技部国家软科学研究计划项目——“四一三”医疗保险模式可行性 研究报告（摘要）	120
“四一三”医疗保险模式在九江市应用的始末（摘要）	141
在探索中前行——“四一三”健康保险管理模式试点情况 分析（上）	145
在探索中前行——“四一三”健康保险管理模式试点情况 分析（下）	150
附件二 研究“四一三”模式理论与方法的论文选编（1998—2011） ...	154
“四一三”——我国医保模式的研究	159

我国医疗保险制度改革的难点与对策研究	163
社区卫生服务与“四一三”医保模式——我国社区卫生服务的 难点与对策研究	173
创建中国医改模式的基本思路	179
关于解决百姓看病贵、看病难的三项基本理论——挑选中国医改 方案的参考依据与标准	196
中国三大医改观点的博弈——中国医改究竟应由谁来主导	201
“三合一”能让大庆医院集团（医联体）模式在全国大量复制	207
中国医改方案应从英国移民故事中得到的启示	211
中国四种主要医改思路的利与弊	217
“鲶鱼效应”对公立医院改革的启示 熊茂友 2010年3月3日《中国劳动保障报》	232
落实国家新医改方案应先在“3+1+N”上下工夫——中国新医改的 亮点、难点与切入点	236
医保经办：建立竞争机制 提高基金利用率	245
控制药价虚高：由“点菜”者“埋单”	249
公立医院改革与国有企业改革的相同与不同——对公立医院改革 能否借鉴国有企业改革的探讨	253
对建立中国“四合一”医院集团（医联体）的思考——解决城乡 居民看病贵、看病难的理论与方法	260
医保“总额预付”还有推广价值吗——从上海、保定市医院推诿 职工医保病人说起	269
“医药分开”和药品“零差价”依然无法让患者看病不贵—— 对“以药养医”的几点认识	275
做好“三防”是推行大病保险的关键	279
只有“1+N”才能让中国13亿人看病不贵不难（上篇）—— 论“1+N”健康保险新思路的必要性与可行性	282
只有“1+N”才能让中国13亿人看病不贵不难（下篇）—— 向新的一届中央领导建言新医改	292

