发达国家和地区
医疗体制与保险制度

孙晓明**摇**著

上海科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

内 容 提 要

本书分为总论和各论两部分。总论以发达国家和地区的医疗体制和保障制度的重要理论、基本模式和特点、卫生经济政策改革走向、政府在卫生服务市场中的作用、药品政策、医疗保险制度比较、医疗帮困救助以及费用控制等角度，全景式地介绍、比较和分析其中的核心内容。各论则采取分镜头形式，有重点地逐个深度介绍有代表性的发达国家和地区的医疗体制和医疗保险模式和特点，包括政策系统的内容、历史背景、发展过程、改革绩效，力图将各个“流派”系统、全面、详尽地介绍给读者。

作 者 简 介



摇摇孙晓明，上海市人。20 世纪 80 年代上海医科大学本科毕业，获医学士学位，从事临床内科工作多年。1990～1997 年赴英国留学，1993 年获英国Leeds 大学卫生服务科学硕士（Msc.），1996 年获英国 Keele 大学卫生管理学博士（Ph. D），并留校任研究员（research fellow），留英期间加入英国皇家医学会，开始参加国际学术会议、发表学术论文。1997 年作为杰出人才被国家教育部和上海市人民政府联合招聘回国工作，先后任上海市卫生局局长助理、妇幼保健与基层卫生处处长，教授、主任医师。1997 年入选上海市卫生系统跨世纪优秀学科带头人“百人计划”。2001 年被加拿大多伦多大学聘为客座教授、博士生导师，被中华人民共和国卫生部聘为专家委员会委员，2005 年被复旦大学和上海第二医科大学聘为兼职教授。回国后承担和参与了卫生部、教育部和上海市的多项卫生改革与发展的研究与实践。10 年来在国内外出版学术著作 6 部，发表学术论文 90 多篇，带教国内外博士生、硕士生多名。作为第一完成人与上海市第二医科大学、复旦大学合作开展的“上海市先天性听力障碍干预对策及 13 万新生儿听力筛查效果研究”项目获得 2004 年度上海市科技进步一等奖。

序

半个世纪以来，新中国卫生事业的发展无论在深度上和广度上都远远超过了以往任何时期，死亡率的迅速下降和人均期望寿命的不断延长，成为中国卫生事业最伟大的成就。但与此同时，由于体制和机制等方面的原因，我国医疗服务在公平和效率方面存在较为突出的问题，医疗费用增长过快，“看病贵、看病难”日益成为社会关注的热点。当前，改革医疗卫生体制，实现以较低廉的费用，提供较优质的服务，保障人民群众的基本医疗服务需求，已成为各级政府的一项重要职责和迫切任务。

上海在党中央、国务院的正确领导下，坚持科学发展观，结合上海社会经济发展的阶段特点，对医疗卫生事业的发展进行一些改革和探索。在基本医疗服务领域，坚持以政府为主，构建公立医疗机构主体框架，建立社区卫生服务制度，保障市民基本医疗服务需求，维护医疗行业的公益性质；在非基本医疗服务方面，坚持以市场为主，引导社会资源投入，发展多层次、高端医疗服务，适应多样化的医疗服务需求；在机制改革上，坚持“三医联动”，强化全行业管理，推进市级公立医疗机构管办分离改革，实行医保费用总量控制，完善药品集中招标采购制度，控制医疗费用的不合理增长。下一步，还将进一步深化“三医联动”改革，推进补偿机制改革试点，从根源上减轻市民的医疗费用负担，为构建和谐社会做出积极的努力。

孙晓明博士编著的《发达国家和地区医疗体制与保险制度》一书，系统地介绍了发达国家和地区医疗体制和医疗保险制度的基本模式，以及在改革和发展方面的一些做法和经验。“他山之石，可以攻玉”。我相信，该书的出版不仅可以为我国卫生改革实践提供丰富而有价值的经验借鉴，而且可以为上海进一步深化改革发展提供重要的理论参考。

上海市人民政府副市长 杨雄

2005 年 7 月

前摇摇言

古人云，“他山之石，可以攻玉”，意思是说，从他人的经验中，我们可以获得宝贵的教益。

如同其他领域的改革，20 世纪 80 年代之后，我们国家医疗保险制度和医疗服务机构的改革也同样遵循以“问题为导向”的逻辑，“摸着石头过河”。这种改革首先是自下而上的，从最容易的方向入手、突破，一般能保证改革初期立竿见影的效率提高和服务改进，且各方面都能从改革中得到好处。但随着改革的深入，当大规模复杂的利益调整和冲突不可避免，“摸着石头过河”就不再是一个解决问题的改革策略，以“问题为导向”的改革也不可避免地“越走越窄”。在这个意义上，系统地对发达国家和地区的政策体系进行研究和理解，并从中获得有益于建设有中国特色的，与市场经济相适应的医疗服务体系和医疗保险制度的启迪，“他山之石”确实不可忽视。

20 世纪的国际社会，卫生事业得到了极大的发展，在人类的生命质量和生活质量快速提高的同时，人类的卫生健康的理念和发展态势也发生着急剧的改变。医学模式的转变，伴随而来的是医疗费用的急剧增长。自 20 世纪 70 年代以来，如何合理、有效地控制卫生费用的增长，已成为全世界共同面临的一个棘手难题。

同样，随着中国医疗卫生事业的发展，我们将不得不迎接一些新的挑战：我们将面临第一次卫生革命尚未结束，第二次卫生革命提前到来的双重性挑战；我们将面临要以“发展中国家”的经济水平去支撑和维持“发达国家”健康水平的差异性挑战；我们将面临人口老龄化所带来的医疗卫生服务需求急剧增长的跨越式挑战。

20 世纪 70 年代末，中国开始从计划经济体制向市场经济体制转变，由此引发了中国社会的巨大而深刻的变革，这场变革影响着中国社会经济发展的方方面面。它从卫生健康需求和卫生健康供给的两方面影响着医疗卫生事业的发展。如何构建与中国社会发展水平相适应的、经济适宜的医疗服务模式和医疗保险制度，如何重构基本医疗服务体系，是当前急需研究并回答的一个核心问题。变化了的世界需要同样变化了的社会发展机制与之相适应。市场在资源有

需要全本请访问 www.ertongbook.com

效配置和提高效率方面的作用是不容忽视的，但仅仅依靠市场无法实现社会的公正、团结和和谐。一个必须牢记的宗旨是发展经济的根本目的是为了提高国民的福利，是为了促进人的全面发展。

中国的卫生事业发展模式无先例可循，也没有现成模式可以照搬。上海卫生事业发展政策和卫生服务体制是在政府、学术界和广大实际工作者共同努力探索下，经过多年实践逐步发展完善的。发达国家和地区的模式不能照搬，但发达国家和地区的经验是值得我们学习和借鉴的。西方卫生发展的理论和方法为上海的卫生发展研究和实践提供了一个起点和分析研究的参照系，帮助我们在一个相对较高的起点上，在一个相对较高的理性层面上，去研究上海的实际问题。同时上海卫生发展的诸多的特殊性要求我们必须对西方的卫生发展理论进行修正，建立起具有中国特色、符合上海特点、反映时代特征的卫生发展的理论体系。

2000 年，中国的社会医疗保险制度进行了新一轮改革，以“低水平、广覆盖”为目标，以医疗、医保、医药“三医联动”改革为核心，引入竞争机制，从而保障居民的基本医疗。到 2003 年，中国城市社会医疗保险的初级改革目标基本实现，标志着中国的医疗支付机制从计划体制下的福利医疗模式切换到了市场经济条件下的社会保险制度模式。但是，在卫生资源配置和使用效率，促进社会公正的进一步深化改革中，存在着许多严峻挑战，如何实现新一轮改革的最终目标的路径和措施还相当模糊，甚至对整个改革的理论认识尚不清晰。

21 世纪是生命健康科学的世纪。这一主题在微观层面上，体现在基因技术的迅速发展，在宏观层面上，聚焦在医疗服务体系和医疗保险制度的设计与实践。有关中国医疗服务体制改革和医疗保险制度的研究，过去 10 年，特别在过去 5 年是一个非常活跃的领域。中国的学术界和政府部门面对迫切的改革需要，针对面临的问题，提出了一系列非常新颖的政策观点。但事实上，其中有许多问题在发达国家和地区卫生服务和医疗保障事业发展过程中，都曾以不同的方式被提出过、被争论过、被实践过，而且积累了许多宝贵文献。因此，我相信将发达国家和地区的医疗服务体系和医疗保险制度详实和系统地介绍到中国，对我国卫生管理事业的理论研究和改革实践将提供有益的帮助。

应该指出，20 世纪 80 年代到 90 年代是发达国家和地区医疗体制和保障制度改革较为活跃的时期，各种理论和改革实践都能在这一时期得到充分体现，是当前模式演变和形成的基础。其中遇到的很多问题与当前我国卫生服务和医疗保障制度改革有相似之处，很有借鉴意义，所以本书涵盖了当今和过去，包括 20 世纪 80～90 年代这一典型时期，从 5 000 多篇参考文献中精选了最有借鉴意义的几百篇，涉及面很广，内容十分丰富。

本书分为总论和各论两部分。总论以发达国家和地区的医疗体制重要理

论、基本模式和特点、卫生经济政策改革走向、政府在卫生服务市场中的作用、药品政策、医疗保险制度比较、医疗帮困救助以及费用控制等角度，全景式地介绍、比较和分析发达国家和地区的医疗体制和保障制度中的核心内容。各论则采取分镜头形式，有重点地逐个深度介绍有代表性的发达国家和地区的医疗体制和医疗保险模式和特点，包括政策系统的内容、历史背景、发展过程和改革绩效，力图将各个“流派”系统、全面、详尽地介绍给读者。

今天的卫生经济学和卫生管理学已成为一门从计量方法到系统论述都有严格定义和形式要求的科学，它所涉及的领域也越来越广泛，方法也越来越深奥。本书侧重于介绍发达国家和地区卫生部门和医疗保险部门提出问题的方式和解决问题的方法，博采众长和通俗易懂始终是本书写作的前提，书的最后附有详细的参考文献索引，有意深究的读者可进一步参阅原始文献。

本书在编写过程中得到数位国内外专家和学者的支持，特别是我研究中多年的合作伙伴复旦大学社会发展与公共政策学院梁鸿教授对本书提出了很多宝贵意见。他和他的研究生许非、王云竹、褚亮、曲大维对某些章节的部分内容作了补充。当我提出与梁鸿教授合作共同署名编著此书时，他却坚决婉言谢辞，他看到我十多年资料的积累和消耗了无数个节假日、十分辛苦的案头工作，衷心希望此书能作为我的个人专著出版，我在此对他的好意深表敬意。

同时我的母校英国 Keele 大学卫生规划与管理中心和 Leeds 大学 Nuffield 卫生研究院的一批世界顶级专家教授，他们不仅培养了我的学术才华、科学思维方式和实践能力，而且对本书的编著提供了大量有价值的参考文献和资料。

尤其需要提出的是，上海市人民政府副市长杨晓渡先生给了我很大的支持，上海市卫生局的领导和同仁给予了我许多鼓励和帮助，例如张大年同志将本书的图表进行了整理和完善，最近刚从英国剑桥大学获得公共卫生科学硕士学位归国工作的余澎医师和具有临床医学硕士和法律双学位的张智医师参与了文字打印、修改和校对工作。特别是部分内容重点参考了同行学长乌日图、卢祖询和马联华教授等专家的研究成果。所有的这些辛勤工作和热忱帮助以及有价值的文献资料才使此书得以更为系统和完善，并能顺利完成，在此我一并表示衷心感谢。

当然，由于本书内容涉及面广泛、统计数据丰富、参考文献较多，同时由于作者个人的认识水平和知识面有限，不可避免地会存在不少问题，敬请专家、同道和广大读者指正。

孙晓明摇

2005 年 7 月

目**摇摇**录

总论 …… 1

第一章摇概述…… 3
摇第一节**摇**20 世纪经济学理论发展的重要贡献 …… 4
摇摇一、福利经济学理论对医疗服务和保障制度的影响…… 4
摇摇二、凯恩斯理论对医疗服务和保障制度的影响…… 7
摇摇三、自由主义经济学理论对医疗服务和保障制度的影响…… 8
摇第二节**摇**公共产品理论和信息经济学分析 …… 10
摇摇一、公共产品理论对医疗服务和医疗保障制度的分析 …… 10
摇摇二、信息经济学对医疗服务和医疗保障制度的分析 …… 13
摇第三节**摇**全球健康状况 …… 18
摇摇一、健康观念的更新 …… 18
摇摇二、世界健康状况比较 …… 20
摇摇三、社会因素对人类健康的影响 …… 21
摇摇四、人类健康面临的几个问题 …… 21
摇第四节**摇**人口老龄化的严峻挑战 …… 24
摇摇一、世界人口老龄化现状及趋势 …… 24
摇摇二、人口老龄化对医疗费用支出的影响 …… 26
摇摇三、积极应对人口老龄化的对策 …… 27
摇第五节**摇**探索医疗与预防结合的健康保险模式和途径 …… 29
摇摇一、逐步实现从疾病保险向健康保险转变 …… 29
摇摇二、加强健康教育和倡导健康的生活方式 …… 30
摇摇三、推行医疗费用按人头包干预付制以促进预防保健 …… 31
摇第六节**摇**医学科技进步与医疗费用控制 …… 31
摇摇一、医学科技发展的现状和趋势 …… 31
摇摇二、医学高新技术对医疗费用支出的影响 …… 32

摇摇三、医疗费用控制的主要措施 …… 34
第二章摇发达国家医疗体制基本模式与评价 …… 38
摇第一节摇发达国家医疗体制评价 …… 38
摇摇一、卫生投入状况 …… 38
摇摇二、医疗服务状况 …… 39
摇摇三、医疗服务的可及性 …… 42
摇摇四、财政补偿的调控作用 …… 43
摇第二节摇强调计划为主的英国模式 …… 43
摇摇一、建立国家卫生服务制度(NHS) …… 43
摇摇二、全科医师(GP)制度 …… 45
摇摇三、英国模式的特点及存在的问题 …… 46
摇第三节摇强调市场为主的美国模式 …… 47
摇摇一、美国模式的基本特征 …… 47
摇摇二、美国模式的特点及存在的问题 …… 49
摇第四节摇市场与计划混合的中间模式 …… 50
摇摇一、全民健康保险制度(NHI) …… 51
摇摇二、北欧国家的社会福利模式 …… 52
摇第五节摇亚洲发达国家和地区的改良模式 …… 54
摇摇一、新加坡的卫生体制 …… 54
摇摇二、韩国的医疗体制 …… 56
摇摇三、中国台湾地区的情况 …… 57
摇摇四、中国香港、澳门地区的情况 …… 58
摇摇五、未来问题的思考 …… 63
第三章摇发达国家卫生经济政策与体制改革特点 …… 65
摇第一节摇发达国家卫生经济政策的共同特点和趋势 …… 65
摇摇一、医疗保障体制的共同特点 …… 65
摇摇二、卫生政策的发展趋势 …… 65
摇第二节摇发达国家主要卫生经济改革 …… 67
摇摇一、短期供给政策的调整 …… 67
摇摇二、长期供给政策的调整 …… 70
摇摇三、医疗保障政策的调整 …… 72
摇第三节摇探索私人筹资计划 …… 73
摇摇一、实行私人筹资计划的背景 …… 73
摇摇二、实行私人筹资计划的效果 …… 74

摇摇三、实行私人筹资计划的方法 …… 74
摇第四节摇发达国家卫生体制改革的典型 …… 76
摇摇一、英国的卫生体制改革 …… 77
摇摇二、美国的卫生体制改革 …… 78
摇摇三、瑞典的卫生体制改革 …… 80
摇摇四、俄罗斯的卫生体制改革 …… 81
第四章摇发达国家政府在卫生服务市场中的作用 …… 82
摇第一节摇医疗市场的基本概念 …… 82
摇第二节摇医疗市场失灵与政府干预 …… 82
摇摇一、政府对医疗市场进行干预的意义 …… 82
摇摇二、政府对医疗市场不进行干预的后果 …… 86
摇第三节摇发达国家政府对医疗市场的干预 …… 88
摇摇一、政府干预的目标是兼顾公平和效率 …… 88
摇摇二、既定目标下的政策导向 …… 88
摇第四节摇发达国家政府对人力资源的调控 …… 91
摇摇一、根据医疗服务需求调控医生总量供给 …… 91
摇摇二、政府在改善区域性医师供需不均衡方面的努力及效果 …… 93
摇第五节摇发达国家政府在控制医疗费用方面的措施 …… 94
摇摇一、“管理医疗”和“管理竞争” …… 94
摇摇二、医院“总额预算制” …… 96
摇摇三、调节老人医疗服务供给方式 …… 96
摇第六节摇发达国家政府加强医疗机构的宏观规划 …… 97
摇摇一、实施区域卫生规划 …… 97
摇摇二、政府通过市场协调机制干预医疗服务合同的制订 …… 98
摇第七节摇发达国家政府对解决卫生服务问题的措施 …… 99
摇摇一、解决住院、门诊等候名单过长问题的措施…… 99
摇摇二、出台“社区保健胜过住院治疗”政策 …… 100
摇摇三、调整合理补偿政策…… 101
摇摇四、通过增加医护人员配备数量来提高服务质量…… 101
摇摇五、在稳定国民医疗需求方面的调控作用…… 102
摇摇六、弥补公共卫生和基本医疗供给不足的措施…… 102
摇第八节摇发达国家政府对药品的干预和医疗质量控制…… 103
摇摇一、政府对药品的干预…… 103
摇摇二、政府对医疗质量的控制…… 104

第五章摇发达国家药品管理的基本政策…… 106
摇第一节摇发达国家政府对药品生产的有关政策…… 106
摇摇一、市场管理与法制完善阶段…… 106
摇摇二、降低药品成本阶段…… 106
摇摇三、强调卫生经济效益阶段…… 107
摇第二节摇发达国家政府对药品营销的有关政策…… 108
摇摇一、对生产厂家的价格控制…… 108
摇摇二、对批发商的政策…… 110
摇摇三、对药店(或药剂师)的政策 …… 110
摇摇四、对医院的政策…… 111
摇第三节摇发达国家对药品的补偿政策…… 111
摇摇一、增加消费者药费共付比例…… 112
摇摇二、鼓励医师开较便宜的处方…… 112
摇摇三、对生产厂家的严格控制…… 113
第六章摇发达国家医疗保险制度的基本模式与评价…… 115
摇第一节摇发达国家医疗保险制度基本特点…… 115
摇摇一、医疗保险制度针对不同收入人群的特点…… 115
摇摇二、政府在医疗保险制度中的责任…… 117
摇摇三、医疗保险制度的功能特点…… 118
摇摇四、发达国家医疗保险制度基本模式特点…… 119
摇摇五、对医疗保险制度模式比较的几点认识…… 122
摇第二节摇德国医疗保险制度…… 123
摇摇一、医疗保险制度的建立…… 123
摇摇二、医师制度与医疗保险…… 123
摇摇三、医院制度与医疗保险…… 125
摇摇四、医疗机构及医疗从业者状况…… 125
摇第三节摇法国医疗保险制度…… 127
摇摇一、法国医疗保险的发展过程…… 127
摇摇二、法国的诊疗费制度…… 130
摇摇三、医疗供给制度的发展过程与现状…… 133
摇第四节摇加拿大医疗保险制度…… 136
摇摇一、加拿大医疗保险制度的诞生…… 136
摇摇二、医院保险…… 137
摇摇三、医疗保险…… 140

需要全本请访问 www.ertongbook.com

第七章摇发达国家社会医疗帮困救助制度…… 143
摇第一节摇社会医疗帮困救助制度的产生和发展…… 143
摇摇一、英国社会医疗帮困救助制度的演变…… 143
摇摇二、美国社会医疗帮困救助制度的演变…… 146
摇第二节摇社会医疗帮困救助制度模式的特点…… 146
摇第三节摇社会医疗帮困救助制度的主要政策…… 147
摇摇一、医疗帮困救助的对象…… 147
摇摇二、医疗帮困救助对象的资格认定…… 148
摇摇三、医疗帮困救助方式…… 148
摇摇四、医疗帮困救助资金来源…… 149
摇摇五、医疗帮困救助待遇标准…… 150
摇摇六、医疗帮困救助服务提供…… 150
第八章摇发达国家医疗费用控制政策…… 152
摇第一节摇医疗费用控制的背景…… 152
摇摇一、医疗费用过快增长的原因…… 152
摇摇二、医疗服务发展的经济学模式三阶段…… 154
摇摇三、控制医疗费用模式的比较…… 155
摇第二节摇德国医疗费用控制政策…… 157
摇摇一、医疗保险改革…… 157
摇摇二、医疗保险的资金平衡问题…… 157
摇第三节摇法国医疗费用控制政策…… 158
摇摇一、医疗费用控制的初始政策…… 158
摇摇二、医疗费用控制的进一步政策…… 159
摇第四节摇日本医疗费用控制政策…… 163
摇摇一、医疗费用增长特点…… 163
摇摇二、医疗费用控制政策…… 164
摇摇三、具体措施…… 165
摇摇四、费用控制政策成效的展望…… 165
摇第五节摇美国医疗费用控制政策…… 166
摇摇一、医疗费用增长的特点…… 166
摇摇二、医疗费用增长的原因…… 166
摇摇三、医疗费用控制理论和价值取向…… 167
摇摇四、具体的医疗费用控制措施…… 168
摇摇五、医疗费用控制政策成效…… 170

摇第六节摇瑞典医疗费用控制政策…… 171
摇摇一、医疗卫生总费用与增长趋势…… 171
摇摇二、政府宏观调控…… 171
摇摇三、卫生系统变革…… 172
摇摇四、加强对医疗供给的控制…… 172
摇摇五、加强对医疗需求的控制…… 173

各论 …… 175

第九章摇美国医疗体制与保险制度…… 177
摇第一节摇美国卫生人力资源…… 178
摇摇一、医学教育体制…… 178
摇摇二、医师培养制度…… 179
摇第二节摇美国医疗机构…… 181
摇摇一、医疗机构种类与功能…… 181
摇摇二、医疗机构的利用…… 182
摇摇三、医院改革与发展…… 183
摇第三节摇美国医疗保险制度…… 184
摇摇一、老人医疗保险制度(medicare) …… 184
摇摇二、低收入者医疗帮困救助制度(medicaid) …… 185
摇摇三、人口涵盖范围广泛的民间医疗保险(PMI) …… 185
摇第四节摇美国老人医疗保险制度…… 185
摇摇一、老人医疗保险费用增加与控制…… 185
摇摇二、老人医疗保险给付内容…… 190
摇摇三、老人医疗保险支付方式…… 193
摇摇四、老人医疗保险行政与资金管理…… 197
摇摇五、老人医疗保险服务利用与质量管理…… 199
摇第五节摇美国低收入者医疗帮困救助制度…… 201
摇摇一、低收入者医疗帮困救助概况…… 201
摇摇二、低收入者医疗帮困救助的给付…… 205
摇摇三、低收入者医疗帮困救助的经费来源与管理…… 208
第十章摇加拿大医疗体制与保险制度…… 212
摇第一节摇加拿大医疗制度的建立与发展…… 213
摇摇一、医师制度…… 213
摇摇二、医院制度…… 216

摇第二节摇加拿大医疗保险的现状与趋势…… 217
摇摇一、医院保险…… 218
摇摇二、医疗保险…… 218
摇摇三、延伸医疗服务…… 218
摇第三节摇加拿大医疗保险的管理…… 219
摇摇一、医疗保险的筹资与财政补助…… 219
摇摇二、医疗保险的组织管理…… 220
摇摇三、医疗费支付方式…… 220
摇摇四、私人医疗保险…… 221
摇第四节摇加拿大医疗保险的动向与趋势…… 221
摇摇一、医疗费的动向…… 221
摇摇二、医疗保险与延伸医疗服务的未来趋势…… 222
第十一章摇英国医疗体制与保险制度…… 224
摇第一节摇英国社区卫生服务…… 226
摇摇一、社区卫生服务的特点…… 226
摇摇二、全科医师的服务…… 229
摇摇三、其他卫生技术人员…… 233
摇第二节摇英国医院服务…… 234
摇摇一、住院服务…… 234
摇摇二、门诊服务…… 235
摇摇三、日间医院…… 235
摇摇四、医院职员…… 235
摇摇五、医院的区域规划…… 236
摇第三节摇英国牙科医师的服务…… 236
摇摇一、牙科医师的服务状况…… 236
摇摇二、牙科医师诊疗报酬…… 237
摇第四节摇英国其他医疗服务…… 237
摇摇一、药剂服务…… 237
摇摇二、眼科服务…… 238
摇第五节摇英国国家卫生服务体制的经费管理…… 238
摇摇一、国家卫生服务筹资…… 238
摇摇二、患者自费部分国家卫生服务情况…… 238
摇摇三、国家卫生服务费用支出…… 240
摇第六节摇英国国家卫生服务管理体制的四次改革…… 241

摇摇一、起步时的管理机构…… 241
摇摇二、NHS 第一次改革 …… 241
摇摇三、NHS 第二次改革 …… 242
摇摇四、NHS 第三次改革 …… 242
摇摇五、NHS 第四次改革 …… 243
摇第七节摇英国民营医疗机构…… 244
摇摇一、对国家卫生服务的不满…… 245
摇摇二、民营医疗保险的存在…… 245
摇第八节摇英国医疗纠纷的处理…… 245
摇摇一、对医院服务的纠纷…… 245
摇摇二、对全科医师服务的纠纷…… 246
摇摇三、向保健服务委员的申诉…… 247
摇摇四、向医学会的申诉…… 247
摇摇五、社区保健委员会的任务…… 247
第十二章摇法国医疗体制与保险制度…… 248
摇第一节摇法国医疗体制…… 248
摇摇一、体制概要…… 248
摇摇二、医疗机构布局图…… 253
摇第二节摇法国医疗从业者…… 255
摇摇一、从业者基本状况…… 255
摇摇二、医师…… 255
摇摇三、药剂师…… 259
摇摇四、其他医疗从业者…… 259
摇第三节摇法国医疗制度的改革…… 260
摇摇一、改革背景…… 260
摇摇二、日间住院…… 260
摇摇三、居家医疗…… 260
摇摇四、居家护理…… 261
摇第四节摇法国医疗保险制度…… 261
摇摇一、医疗保险制度的历史…… 262
摇摇二、医疗保险制度的概要与现状…… 263
摇第五节摇法国医疗保险面临的问题与改革…… 271
摇摇一、医疗费用过快增长导致保险基金入不敷出…… 271
摇摇二、医疗保险改革措施…… 272

第十三章摇德国的医疗体制与保险制度…… 275
摇第一节摇德国卫生服务体系…… 276
摇摇一、医疗服务体系的建立…… 276
摇摇二、卫生服务费用和医院服务费用…… 277
摇摇三、医院服务供给和产出水平…… 278
摇摇四、医院规划和投资…… 284
摇摇五、医院运作成本的补偿…… 285
摇第二节摇德国医疗保险的运行…… 286
摇摇一、制度体系与适用对象…… 286
摇摇二、医疗保险资金筹集与运作…… 286
摇摇三、医疗保险给付…… 288
摇摇四、医疗保险实施机构…… 288
摇摇五、医疗保险费支付方式…… 289
摇摇六、民间医疗保险…… 289
摇第三节摇德国医疗保险政策的现状与趋势…… 290
摇摇一、医疗保险费用抑制政策与结构改革…… 290
摇摇二、医疗供给的控制政策…… 293
摇第四节摇德国新世纪卫生改革…… 294
摇摇一、加强预算管理…… 294
摇摇二、医院的支付系统…… 294
摇摇三、服务质量保证…… 295
摇摇四、推行整体保健…… 296
摇摇五、住院治疗的替代…… 296
第十四章摇瑞典医疗体制与保险制度…… 297
摇第一节摇瑞典医疗供给体制…… 298
摇摇一、医疗供给体制…… 298
摇摇二、医疗费负担方式…… 299
摇第二节摇瑞典医疗服务政策制定过程…… 300
摇第三节摇瑞典医疗保险制度…… 301
摇第四节摇瑞典卫生政策的价值取向…… 303
摇第五节摇20 世纪 80 年代瑞典医疗体制所面临的困难 …… 304
摇摇一、居民的不满…… 304
摇摇二、医疗保险和医疗服务的问题…… 304
摇摇三、福利与医疗的接触点问题…… 306

摇摇四、对引进民营医疗机构的争议…… 307
摇第六节摇20 世纪 90 年代瑞典卫生体制改革 …… 307
摇摇一、改革背景…… 307
摇摇二、“斯德哥尔摩”(Stockholm)改革模式 …… 308
摇摇三、“达朗”(Dalarna)改革模式 …… 311
摇摇四、卫生体制改革效果…… 312
第十五章摇澳大利亚医疗体制与保险制度…… 313
摇第一节摇澳大利亚的医疗体制…… 313
摇摇一、社区卫生服务…… 314
摇摇二、医院及其他服务…… 316
摇第二节摇澳大利亚的全民医疗保险制度…… 318
摇摇一、医疗保险制度的组织机构及其职能…… 318
摇摇二、医疗保险制度的缴费形式…… 320
摇摇三、医疗保险制度的待遇…… 320
摇摇四、社会医疗保险制度的支付范围和拒付范围…… 321
摇摇五、入保资格和报销方式…… 322
摇摇六、医疗保险制度的给付…… 323
摇摇七、存在的问题和改革措施…… 324
摇第三节摇澳大利亚的私人医疗保险…… 324
摇摇一、私人医疗保险特点…… 325
摇摇二、私人医疗保险费用结算…… 326
摇摇三、私人医疗保险业存在的问题及其成因…… 326
摇第四节摇澳大利亚卫生服务及支付制度改革…… 328
摇摇一、改革背景…… 328
摇摇二、住院服务的单病种管理…… 329
摇摇三、支付制度模式…… 329
摇摇四、费用补偿水平的差异…… 330
摇摇五、改革效果和展望…… 330
第十六章摇日本医疗体制与保险制度…… 332
摇第一节摇日本的医疗体制…… 334
摇摇一、医疗机构状况…… 334
摇摇二、医务人员状况…… 335
摇摇三、医疗卫生管理系统…… 337
摇第二节摇日本医疗体制面临的问题与改革…… 340

需要全本请访问 www.ertongbook.com