

# 人人享有健康保障

王延中\*

中国社会科学院劳动与社会保障研究中心 北京 100732

**【摘要】**本文回顾了中国卫生服务与医疗保障体系的改革与发展过程,分析了现存的主要问题,提出了人人享有健康保障的理念,并分析了实现这一目标的必要性、目标与途径,并提出相关政策建议。

**【关键词】**基本医疗卫生服务;医疗保障制度;健康保障;政策建议

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)01-0022-08

## Health protection for all

WANG Yan-zhong.

Research Centre for Labor and Social Security, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

**【Abstract】**This paper reviews the reform and development of health service and medical security system in China, and analyses the major challenges at present. It also proposes a thought of providing health protection for all. Then, the study analyses the necessary of achieving this objective, its aims and ways of approaching this thought. The policy recommendations are presented at the end of the study.

**【Key words】**Basic medical service, Medical security system, Health care security system, Policy recommendations

健康是人全面发展的基础,关系千家万户幸福。十七大把“人人享有基本医疗卫生服务”和“病有所医”作为全面建设小康社会的奋斗目标之一。本文根据十七大精神,进一步提出要全面实现小康社会,必须保障全体国民人人享有健康保障。

## 1 人人享有健康保障的内涵与我国健康保障体系的发展

本文提出“健康保障”的概念而没有使用人们常用的“医疗保障”,不是为了提出一个新的名词,而是不愿把卫生服务体系与医疗保障体系割裂开来,为了二者有机统一起来使用。在中国特定的国情背景下,提出一个概念往往成为一种主张,强调某一个方面甚至导致忽略另一个方面的后果。为了不把保障人民健康的责任完全推给医疗保障体系本身,本文提出并使用更加宽泛的“健康保障”概念,而主要把医疗保障作为健康保障系统的一种筹资机制。

使用健康保障概念更能体现现代健康观。健康保障涵盖了医疗保障和医疗服务两方面的内容,范围更广;健康保障除了重视疾病治疗外,更加关注预

防、保健、护理和康复,这是保障人人享有健康的一个完整体系;健康保障的服务对象不仅仅是少数的病人,还有广大的健康人群和亚健康人群,是保障全体国民的健康;为了使有限的资金、资源更好地发挥作用,健康保障更加关注基层卫生服务体系建设 and 基本医疗保障制度建设,确保卫生服务提供的效率和人人享有公平的基本卫生服务。下面我们也从这两个方面分析中国健康保障体系的基本现状。

### 1.1 中国卫生服务体系的发展与现状

卫生服务体系是健康保障的物质基础。尽管中国拥有悠久的中医中药传统,但从总体上看我国卫生服务的数量与质量都不能满足人民群众的健康保障需要。长期以来,中国的卫生一直处在“缺医少药”的状态。为了能够给广大的人民群众提供最基本的卫生服务,中国在计划经济体制下做出了极大的努力。当时政府把医疗卫生工作的重点放在预防和消除传染病方面,特别是加强了农村卫生工作。在“预防为主”方针的指导下,中国迅速建立起以提供基本公共卫生服务为主的城乡三级预防保健网

\* 作者简介:王延中,男(1963年-),博士,中国社会科学院劳动与社会保障研究中心主任,研究员,博士生导师,主要研究方向为社会保障、卫生经济学,Email:wangyanzhong01@163.com。

络,为广大城乡居民尤其是农民提供最基本的卫生保健服务,创造了公共卫生保障的“中国革命”。<sup>[1]</sup>20世纪80年代,随着经济体制改革的推进,医疗卫生服务领域出现了一些新的情况,主要问题是人民群众日益增长并在短时期内被极大释放的医疗需求与现有医疗服务资源相对短缺之间的矛盾,表现为“三难”(看病难、住院难、手术难)。为缓解这一矛盾,相关部门出台了一系列鼓励社会力量进入医疗服务领域的政策,个体诊所、私营医院、股份制医院、股份合作制医院、合资合作医院、医院集团等陆续出现。在扩大供给政策的作用下,全国特别是城市地区初步形成多渠道、多层次筹集卫生资源,多渠道、多形式办医院的格局。<sup>[2]</sup>同时,医疗卫生机构开始在微观经营机制上进行改革,引进了国有企业改革中的一些做法,基本思路是“放权让利,扩大医院自主权,放开搞活,提高医院的效率和效益”。<sup>[3]</sup>到90年代,这项改革开始全面向市场化进军,一些地方的政府甚至希望通过市场化渠道使政府财政解脱出来。<sup>①</sup>应当承认,多元化投资体制和医疗服务机构市场化运作机制的改革在一定程度上扩大了医疗服务领域的供给能力,为实现“人人享有基本医疗服务”奠定了一定的物质基础。但是,经济体制改革过程中医疗卫生服务提供的市场化、产业化导向也成为长期激烈争议的焦点。2003年SARS危机暴露出公共卫生体系和农村卫生服务体系十分薄弱的弊端,使理论界和决策层从总体上认识到全面的市场化不是医疗卫生改革的方向,必须更加注重卫生服务发展的公益化,确保公共卫生体系发挥更大作用。为此,国家加大了对公共卫生、农村卫生、城市社区卫生的财政投入,试图适当扭转过去卫生服务体系主要靠市场化服务获取发展资源的倾向。通过几年的建设,县乡村三级卫生服务条件和能力得到很大提高。为了克服“看病贵”的问题,这一时期国家也加强了城市社区卫生服务体系的建设,增加了对社区医疗机构的经费投入,降低居民进入社区医疗机构看病的费用,吸引病人进入社区医疗机构。与2003年比较,2007年全国医疗机构、社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院的诊疗人次、入院人数都有明显提高,服务能力进

一步增强。<sup>[4]</sup>

## 1.2 医疗保障制度的改革与发展

医疗保障是政府或社会组织分散个人疾病费用风险的医疗费用筹资制度。我国计划经济时期的医疗保障制度主要有三种:一是企业职工劳保医疗,主要是面向国有、城镇集体企业职工及其家庭成员。劳保医疗由企业组织实施,费用由企业从福利费中垫支。二是公费医疗,主要面向机关事业单位职工,主要由政府财政负担费用医药费。三是合作医疗,主要面向农村居民。合作医疗一般由乡镇集体经济组织负担医务人员劳动报酬,农民个人看病只缴象征性的挂号费或免费,但要承担药品的费用。在计划经济时期由于实行计划价格体制,严格控制医疗费用的上涨,没有被公费医疗和劳保医疗覆盖的居民,也能享受到公立医疗机构提供的低于成本的基本医疗服务。改革以后,随着企业逐步转向独立自主、自负盈亏的经营实体,企业加强了经济核算,减少了对劳保福利的投入,职工报销医疗费逐步成为一个难题。另外,计划经济体制下医疗资源浪费严重、保障待遇不公平等弊端逐步暴露。

从20世纪80年代末期,我国不少城市先后对公费医疗制度和劳保医疗制度进行了多种形式的改革探索。1993年,十四届三中全会决定建立社会统筹与个人账户相结合的职工基本医疗保险制度。经过几年的改革试点,国务院1998年下发了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,建立了社会化的城镇职工基本医疗保险制度。为适应就业形式多样化的情况,2003、2004年职工基本医疗保险的覆盖范围延伸到城镇所有从业人员,覆盖的职工和城镇就业人员总数人口不断增加。到2007年底,参加城镇职工基本医疗保险人数18020万人,在职工基本医疗保险参保人数中,参保职工13420万人,参保退休人员4600万人。在建立基本医疗保险制度的同时,为满足不同参保人员的医疗需求,国家建立和完善多层次医疗保障体系,减轻参保人员的个人负担。为了解决城镇居民的医疗保障问题,2007年7月,国务院发布《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险

<sup>①</sup> 1992年9月,国务院下发《关于深化卫生改革的若干意见》。根据此文件,卫生部按照“建设靠国家、吃饭靠自己”的精神,要求医院在“以工助医、以副补主”等方面取得新成绩。此后,医院中各种能创造效益的“创新”措施被发明出来,诸如点名手术、特殊护理等。2000年,国务院下发《关于城镇医疗卫生体制改革指导意见》,该文件中“鼓励各类医疗机构合作、合并,共建医疗服务集团;营利性医疗机构医疗服务价格放开,依法自主经营,照章纳税”等内容被解读为医疗卫生领域允许进行“完全市场化”的信号,在国有企业改革中广泛采用的产权改革延伸到了医疗卫生领域。

试点的指导意见》(国发〔2007〕20号),规定不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段的学生、少年儿童和其他非从业城镇居民都可自愿参加城镇居民基本医疗保险。2007年试点城市88个,参加城镇居民基本医疗保险人数为4291万人。<sup>[5]</sup>2007年,城镇基本医疗保险基金总收入2257亿元,支出1562亿元,年末基金累计结存2477亿元。<sup>[5]</sup>在农村地区,鉴于经济体制改革后传统合作医疗制度的瓦解和农民“看病难”、“看病贵”的问题日益突出,亟需建立新的农村医疗保障制度。<sup>[6]</sup>2002年,国务院颁布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,提出今后8年的时间内,在全国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村新型合作医疗制度。2003年,国务院办公厅转发了卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》。经过几年的试点,到2007年底,全国开展新型合作医疗的县(市、区)达到2451个,占全国总县(市、区)数的85.64%,参加新农合的人口7.26亿,占全国农业人口的83.54%,参合率为86.20%。<sup>[6]</sup>根据国务院的决定,2008年将在剩余的292个县(市、区)实施新型农村合作医疗,将新型农村合作医疗制度全面覆盖全国农村地区。同时,提高新农合的筹资水平,在两年内将新农合人均筹资水平从50元提高到100元<sup>[7]</sup>。从新农合几年来试点进展情况看,由于财政投入资金占筹资总额的80%,加上各级政府对这项工作的重视,预计2008年完成新农合全面覆盖农村地区的任务,可以提前2年完成2010年全面覆盖农村地区的目标。为了解决这些贫困居民的参保问题,中国还建立了医疗救助制度。2007年,全国农村医疗救助2900万人次,城市医疗救助442万人次。<sup>[8]</sup>

## 2 中国医疗保障体系存在的主要问题

我国城乡居民的健康保障在过去几十年里有了很大进步,但离建立与社会主义市场经济体制相适应、符合中国国情并能够满足人民群众基本健康需求的健康保障体制的目标还很遥远,现有的健康保障体系还有不少突出的问题。

### 2.1 医疗保障体系发展理念的偏差

健康权是宪法赋予公民的基本权利,“人人享有健康”是各国卫生保健事业为之奋斗的目标。改革

以来,我国对卫生事业性质的认识并不十分清晰,有时存在很大的分歧,影响了卫生事业发展的政策。在实践中,很多做法在一定程度上背离了卫生事业的公益性质和发展方向。比如,在卫生服务提供方面,由于公共投入不足、国家为数不多的卫生经费过多投向能够获取经济回报的城镇大型医院。对基层卫生服务机构尤其是农村乡村两级卫生机构投入很少,使其不得不主要甚至完全依靠服务收费生存,扭曲了卫生机构的性质,逐步从公益型福利事业机构转变为盈利性或准盈利性的机构。医疗费用的高速增长越来越成为企业、单位、个人尤其是贫困人群的利用卫生服务的障碍,不得不减少卫生利用服务量,不利于增进广大人民群众的健康。<sup>[9]</sup>在医疗保障领域,由于医疗保险改革过于强调控制费用增长尤其是约束患者的“过度需求”,追求资金平衡乃至节余被当作首要目标,而没有重视为尽可能多的人提供制度化的基本医疗服务。这种对资金平衡的追求,已经在很大程度上改变了医疗保障体制的社会保障属性。<sup>[10]</sup>城镇职工基本医疗保险目前面临基金大量结余与使用效率低下并存的问题。自1998年城镇职工基本医疗保险制度正式建立,医疗保险基金每年都有结余,从2001年开始,基金的累积结余已经超过了基金的当年支出。2006年年末基本医疗保险基金累计结存1752亿元,其中统筹基金结存1077亿元,个人账户积累675亿元。统筹基金结余太多,不符合“收支平衡、略有结余”的统筹基金管理原则,大量闲置资金并没有用在缓解居民疾病负担、促进人民健康上。<sup>[11]</sup>

在卫生总费用不断上涨的趋势下,健康公平在很长一段时期里被忽视并在一定程度上被损害。当费用主要由政府或社会承担时,即使最穷的人也可以享受或部分享受最基本的服务,而当费用主要由个人承担时,收入和财富的分配就直接决定了谁可以获得必要的卫生保健。<sup>[12]</sup>缺乏公共资金的支持,意味着一部分人无法享受基本的健康权利。在“效率优先”理念的支配下,卫生服务体系因为公共资金来源不足只能通过扭曲的方式转变为盈利性的机构,再加上医疗保障制度建设滞后,没有能力负担高昂医疗费用的低收入者只能选择“逃离”的方式“小病不治、大病等死”,加大了因病致贫、因病返贫的问题,健康公平性严重下降。公共卫生事业不断萎缩、功能弱化,“预防为主”的理念难以落实。2003年SARS危机后,公共卫生体系建设得到一定程度的加

强,但我国公共卫生体系在专业技术人员方面还存在着数量不足、质量不高、结构不合理、分布不均匀的问题,在运行机制方面缺乏有效的监督、评估和竞争机制,公共卫生系统的基础建设仍十分薄弱。<sup>[13]</sup>

## 2.2 政府在保障居民健康方面的作用弱化

改革以来,政府忽视卫生工作的一个突出表现是政府对卫生的投入力度不断减弱,政府对卫生的财政支出占 GDP 比重从 1983 年的 1.3% 降到了 1997 年 0.7% 的最低值,政府对卫生的财政支出占总财政支出的比重从 1992 年的 6.1% 跌到了 2002 年

3.9% 的最低值。与之相对应的是,政府预算卫生支出占卫生总费用的比重不断下降。上世纪七八十年代,政府投入占医院收入的比重平均为 30% 以上,政府财政卫生支出占卫生总费用的比重由 1979 年的 32% 下降为 2003 年的 17%,而个人现金卫生支出比重则由 20% 上升为 56% (图 1)。2003 年后,中国卫生总费用当中政府承担的比重有所增加,但仍大大低于类似条件的转型国家(2000 年数据为 70%),也低于世界平均水平(2000 年数据为 62%)。<sup>[14]</sup>

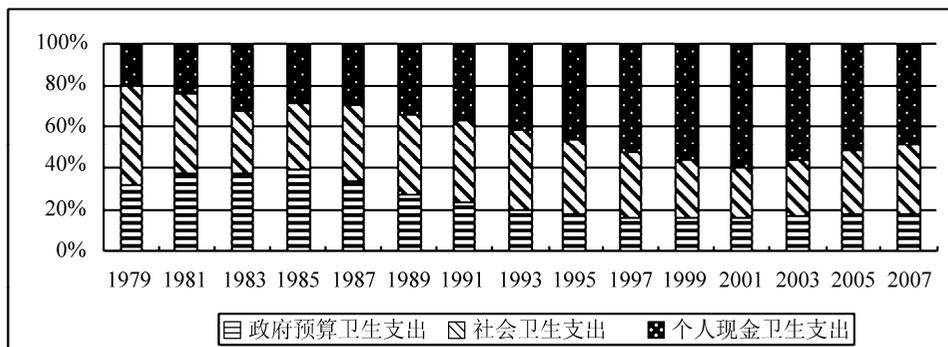


图 1 1979-2007 年全国卫生总费用结构

改革以来,一种比较流行的改革做法是“只给政策不给钱”。<sup>[15]</sup>政府对卫生事业投入不足,医疗卫生事业的投入主要来自民众。政府卫生支出的 80% 集中在城市,其中又有 80% 集中在城市大医院。<sup>[12]</sup>具有更大社会效益的预防保健、基本医疗服务等工作,却因筹资困难发展缓慢。广大农村和城市基层社区的医疗卫生机构服务量不断下降而且很难得到地方财政的支持,中高级的医院凭借自身优势服务量不断增加并因此能够得到国家的支持,使得本来已经十分有限的卫生事业费更加紧张。国家力量基本退出农村居民医疗卫生服务。受“财政包干”体制的影响,经济较落后的地区受自身财力制约,投入卫生领域的资金更加短缺。中央适当加大了对财力不足省份的补助,但在全国范围内还没有形成一套有效的转移支付体制平衡各地的公共服务及卫生服务水平。政府作用的弱化还体现在医药卫生部门对医疗卫生市场和药品流通市场监管的放松,并出现了国家药监局原局长郑筱萸这样腐败案件,影响深远。

## 2.3 卫生服务体系总体配置效率下降

改革开放以来,政府为了提高医院的经营效率引进了市场竞争机制。但是,卫生服务领域是不完全竞争市场,医院经营效率、财务盈利指标的上升,

意味着单位服务量价格的提高或者投入成本(服务数量或质量)的减少,其结果是损害患者的利益。同样的支出不可能获取等量的服务,公众对于医疗服务的消费权益和需求得不到充分的尊重和满足。从整个社会的角度衡量,卫生服务的总体效率并没有提高、甚至是下降的。在卫生资源总量极大扩张的同时,医疗卫生机构提供医疗服务的效率与质量并没有相应增长。90 年代以来,医院病床使用率和平均住院日迅速下降。医生人均诊疗服务量和住院床日等指标在 20 世纪 90 年代后期一直在下降,但平均每个医生所取得的年业务收入却一直在稳步高速增长。即使扣除物价因素,增长幅度也是十分惊人的。一项调查显示,我国医院的成本中,工资支出不到 40%,物质消耗却高于 60%,其中主要是药品支出。但是,很多药品是不必要的,浪费现象十分严重。<sup>[16]</sup>

## 2.4 医疗保障体系覆盖面窄、保障水平低

在医疗制度改革过程中,一些享有劳保医疗的企业职工由于单位破产转制失去了医疗保障。建立城镇职工基本医疗保险从提出方案、进行试点、扩大试点,到基本建立需要了十几年的时间。中间有很多人没有医疗保障制度的覆盖。同时,城镇职工基本医疗保险制度从建立到扩大覆盖面也需要一个过

程,这意味着在此期间是没有医疗保障待遇的。另外,过去享有一定保障待遇的人群,如原公费医疗制度覆盖的在读大学生,原劳保制度中享受部分保障待遇的职工直系亲属,均未纳入新的医疗保障制度中。另外,随着经济不断发展,就业形式也在发生变化,劳动力市场的供求双方自主灵活地选择工作时间、工作方式以及劳动契约。临时工、小时工、家庭雇工、合作组织等灵活就业模式占的比重越来越大,建立在正规就业基础上的现代社会保险制度很难适应这些就业形式的特点,扩面难度比较大,而正规部门扩面的空间已经非常小。在这些因素的作用下,享受医疗保障的人口比例陡然下降。2003 年以来,医疗保障体系建设步伐明显加快,但仍有相当数量的城乡从业人员和居民没有覆盖在医疗保障制度之内。作为覆盖面最广的新型农村合作医疗制度,尽管到 2008 年已经覆盖 90% 左右的农村居民,但仍有几千万乃至上亿农村居民没有参加。受筹资水平的限制,新型农村合作医疗制度最大的问题是保障能力低下(2006 年农民大病费用的平均补偿比不足 30%)。<sup>[17]</sup>

## 2.5 卫生服务和医疗保障的管理体制不顺问题尚未解决

医疗卫生全行业管理和属地管理在“两江”试点时就已经提出来了,但举步维艰。目前公立医疗机构被中央及地方有关部门、企事业单位和军队系统分割,管理事权划分不清,力量分散,信息不通,应急状态时各自为战,难以形成统一的指挥调度系统。医疗资源的整合利用效率低下,正是 SARS 初期信息不畅的重要原因之一。<sup>[18]</sup> 医疗卫生管理体制的人为分割使得卫生资源配置的随意性很大,还强化了卫生资源分配不公。2003 年 SARS 反映出来的另一个问题是突发公共卫生事件应急机制仍不完善,科学有效的预警机制还没有真正建立。在医药卫生监管体制方面,虽然制订了一系列的法律、法规、部门规章、规范性文件和各种行业标准、技术规范,但目前医疗服务机构要素的准入制度还不全面,医疗技术、大型设备方面的准入还不规范。在医疗保障制度方面,多头管理的局面形成已久。城镇职工基本医疗保险制度和城镇居民医疗保险制度由人力资源与社

会保障部门负责,新型农村合作医疗制度由卫生部门负责,医疗救助制度由民政部门负责,割裂了医疗保障制度、卫生服务提供制度之间的内在联系,不利于提高资源利用效率,管理成本很高。目前医疗保障管理机构并没有有效地扮演医疗服务第三方购买者的角色。医疗保障制度参保人员须缴纳全额或者大部分医疗费,然后再向医保机构寻求报销。这导致这些参保者在就医时还相当于自费者,医保机构管理者的工作重心在于控制病人,而不是控制医院的行为。同时,属地管理原则还导致了医疗保险基金地区之间调剂困难、基金结余与不足并存、中央与地方政府的责任不清、医疗保险待遇转移难等诸多问题。

## 3 人人享有健康保障:目标、原则与政策建议

### 3.1 现代健康保障体系的基本目标或建设原则

现代社会健康保障制度一般应当具有三个方面的目标:一是保证健康卫生服务的可及性,卫生服务系统能够为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务;二是保证健康卫生服务的公平性,通过建立公共(政府)筹资或者医疗保险制度筹资等社会性的医疗卫生费用承担机制,减轻个人的疾病或者健康保障的负担,使居民获得平等获取医疗卫生服务的机会和能力,不因个人收入的多寡或购买力以及其他因素而“影响其获取的权利以及可获取的数量”,<sup>[19]</sup>人人享有健康保障;三是卫生费用的合理控制和健康服务提供的可持续性,保障水平与卫生服务需求与经济社会发展水平相一致,防止“过度需求”与“保障(满足)基本服务需求”两个方面不能偏废,保障居民平等获取服务的基本权利与提高管理服务体系的自身运行效率不能对立,使整个健康保障体系具有长期可持续运行和发展的能力,并且不断提高服务质量、努力满足更高层次健康保障需要。

党的十七大报告提出“健康是人的全面发展的基础”的重要论断,把人人享有基本医疗卫生服务作为全面建设小康社会的一项重要奋斗目标。这是一个十分重要的承诺,也是进一步重申我们过去的承诺,<sup>①</sup>意

<sup>①</sup> 中国政府早在 20 世纪 80 年代多次就世界卫生组织“2000 年实现人人享有卫生保健”的目标做出承诺,并将其纳入国民经济、社会发展十年规划和“八五”计划当中。我们在提高人民健康水平方面作出了艰辛努力,取得了举世瞩目的成绩,但与承诺相比仍有一定距离。

意味着党和政府承担保障人民健康的基本职责。这个承诺是符合现代健康保障系统的基本原则,又是从中国现实国情出发的。因为中国没有承诺过高的目标,没有超出中国经济发展阶段,国家财政与社会具有保障人们获取基本卫生服务的能力。在全面建设小康社会的过程中,健康保障不是一般性的收入补偿制度或者基本生活保障制度,不是一般意义上的消费,而是十分重要的人力资本投资,属于发展型的社会保障项目,对提高人力资本、保障人的全面发展和经济社会协调发展具有十分重要的促进作用。要把健康保障作为全面建设小康社会的重要组成部分,纳入我国小康社会建设的总体规划,由政府切实承担起主导责任,逐步建立健全与小康社会相适应的、覆盖全民的、能够基本满足人民群众健康需求的新型健康保障体系。

鉴于健康保障制度在发展型社会福利体系建设中的突出地位,我国发展型健康保障体系建设应当符合现代健康保障系统的基本原则即可及性、公平性、可持续性原则。到 2020 年基本实现“人人享有基本卫生服务”、“人人比较公平的健康保障”这两个发展目标。同时,要在政府主导下,不断提高我国健康保障体系的管理水平,提高其自身与经济社会之间的协调性和可持续性,努力为全体国民提供高质量的卫生服务,为更好地保障人民群众的健康做出更大贡献。

### 3.2 人人享有健康保障的政策建议

#### 3.2.1 积极探索中国特色的健康保障发展模式

中国目前医疗卫生改革与医疗保障制度建设存在很大的分歧,这些分歧在很大程度上可以归结为不同模式选择的分歧。有的主张学习英国模式,由政府通过举办公立医疗机构将国民基本卫生服务全部包下来,公民享受免费医疗。有的主张学习德国模式,强制符合条件的劳动者、雇主和全体国民参加社会医疗保险,主要由社会保险机构作为第三方购买医疗服务。还有一些人主张在卫生服务提供领域放开市场,允许竞争,解决卫生服务供给短缺问题。其实,问题的症结不在于在纸面上论证各种模式的利弊得失,关键是能否找到适合自己国情的发展道路。从新中国成立以来卫生事业与保障制度建设的实践看,只有符合中国实际的才能取得实效,也才是一种具有中国特色的健康保障模式。根据人人享有基本医疗服务和人人享有医疗保障(可以简化为“人

人享有健康保障”)的总体目标,中国特色的健康保障模式在供需双方管理方面都还需要在实践中进行探索,其中的核心又是卫生服务财政拨款和医疗保障经费的支付方式。

#### 3.2.2 基层卫生服务体系建设与医疗保障制度建设的有机结合

我们主张的发展型健康保障制度建设,遵循的是现代健康保障体系的基本理念,把卫生服务建设和医疗保障制度建设结合起来。从卫生服务提供体系看,这一模式通过集预防、基本医疗、保健、康复、健康教育、计划生育功能为一体的社区卫生服务体系和多种形式的医疗服务体系向城乡居民提供医疗服务。其中社区卫生服务体系由城乡公共卫生服务体系、农村三级医疗卫生服务体系和城市社区卫生服务体系组成,其特征是提供方便的、经济的、公平的、综合的、均等的基层卫生服务、满足社区居民的基本卫生服务需求,起到提供服务和医疗保障双重功能。医疗服务体系则是由政府严格监管下相互竞争的营利性与非营利性的医疗机构组成,向居民提供多层次、多样化的医疗服务。从筹资体系或医疗健康制度看,这一模式需要建立基本“全覆盖”保障体系,通过政府、社会、个人的多元化筹资不断增加对卫生的投入,其中政府在筹资体系中占主导地位并且主要投向公共卫生和基层医疗服务;通过多层次医疗保障体系,包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助制度,防范居民的疾病风险。

#### 3.2.3 明确并不断强化政府对健康保障的主导作用

卫生服务和医疗保障是“市场失灵”比较普遍的领域,必须得到政府的支持。政府的主导作用体现在加强领导、增加投入、制定政策、严格监管等方面。中央和地方政府对卫生事业的投入,要随着经济的发展逐年增加,增加幅度不低于财政收入的增长幅度。在提高投入总量的同时,也要优化投入结构。打破现有的城乡分割、地区分割的格局,增强中央财政的跨地区卫生财政转移支付,提高对公共卫生、城市社区卫生、乡镇卫生院及贫困地区卫生机构的投入水平,建立覆盖全民的公共基本医疗服务。打破区域、单位、行业的界限,对医疗卫生资源进行科学合理的重组,逐步达到县以上各级医院机构归口由市级卫生行政部门统一实行行业管理。按区域卫生规划的要求实施有效的资源配置,加强政府对医

疗卫生领域的有效监管,纠正卫生服务机构的逐利性行为,引导城市大型卫生服务机构规范发展;严格医疗资格准入,规范医疗秩序,强化医疗质量评价,加强药品和医疗服务价格监管;完善分类管理,加强政府的宏观调控和行业监管,有效解决卫生事业资源配置不合理、不协调问题。加强健康宣传教育,提高群众的卫生观念和卫生意识,改变不良生活习惯和生活方式。积极开展爱国卫生运动,改善生产生活环境,提高全民族健康水平。

3.2.4 建立健全覆盖城乡居民的医疗保障体系,提高医保基金使用效率

医疗保障制度是将医疗卫生服务的“可及”转化为“可得”的重要途径,是提高健康公平性的关键措施之一。当务之急是努力扩大各种医疗保障制度的覆盖面,让医疗保障制度覆盖全体劳动者和城乡居民。由于城镇职工基本医疗保险是针对正规就业者建立的,不能适应灵活就业者的基本特点,因此需要设计缴费和保障水平更低(比如主要解决大病问题)的医疗保险制度。城镇流动人口的医疗保障问题要引起高度重视,流动人口的医疗保障问题需要分类解决。对于季节性流动人口,可考虑纳入新型农村合作医疗制度,但需要在筹资、给付等方面做调整;对于已在城市稳定工作、生活的流动人口,可考虑纳入城镇医疗保险制度。各地可探讨建立与本地经济发展水平相适应的流动人口医疗保险制度途径方式。此外还需建立特别面向流动人口的特殊救助制度,有效预防和化解流动人口的基本医疗风险。在基本医疗保险制度和医疗救助制度之外,要毫不动摇的鼓励、支持、引导补充医疗保险、商业医疗保险的发展,满足不同层次人群的医疗卫生需求。要建立参保者在不同保障制度之间转换的弹性机制,实现医疗保障关系和待遇在不同地区、不同部门之间的顺利衔接。

随着全民医保体系的建设与筹资及补偿水平的不断提高,从业人员和城乡居民得到医疗卫生服务的费用将主要来自医保基金。这为如何管好、用好医保基金提出了严峻的课题。要下决心解决医疗费用严重不足、不公平与大量医保基金节余、低效甚至无效利用的问题。要尽量减少基本医疗保险制度的基金积累率,规范医疗个人账户制度,解决医疗费用支付机制不完善、支付结构不合理的问题。要充分发挥医保基金管理机构在购买医疗服务环节中的关键作用,引导服务机构的行为从过度利用资源谋取

利益,向节约资源并能更好保障人们的健康方面转变。

3.2.5 建立健全公共卫生和预防保健工作体系

公共预防保健面向全体人民,关系到广大群众的公共卫生,投入低、效益好,也是发挥政府主导作用成效最显著的领域。中国作为一个发展中的大国,必须坚持预防为主卫生工作方针不动摇。预防保健与医疗保障相结合,为城乡居民提供基本的、综合的卫生保健服务,才能有效地利用极其有限的卫生资源,降低服务成本,发挥最大的效益。政府加强对公共卫生和群体预防活动的强有力支持,加大对西部地区的公共卫生和农村公共卫生事业的转移支付,切实解决当地“缺医少药”问题。引导、动员医务人员向基层和西部地区转移,加大卫生技术人员培训,提高卫生服务水平。要动员社会力量和公民个人参与公共卫生建设。绝大多数公共卫生问题与居民的认识与行为密切相关,通过公共参与,不仅可以扩大公共卫生资源,而且可以在参与过程中进行更有效的健康教育,促进卫生环境建设和公民卫生行为的改变。建立健全突发公共卫生事件应急处置机制,有效应对重大突发传染病疫情、重大食物中毒事件,以及严重自然灾害、安全事故等引发的公共卫生事件;加强艾滋病、结核病、血吸虫病、肝炎等严重威胁群众健康的重大传染病的防治力度。

3.2.6 深化医药服务体制改革,建立规范、公平、高效的医药卫生服务体系

为了实现“人人享有基本医疗服务”的基本目标,国家关于卫生投资的基本思路要从一个时期以来的“抓大放小”转变为“抓小管大”。应加大对农村基层与社区卫生服务机构的支持力度,健全公共卫生服务体系。要优先发展城市社区卫生服务和农村乡镇卫生院,建立健全以社区卫生服务为基础的城市卫生服务体系和农村三级卫生预防保健网络。要积极探索“人人享有基本医疗服务”的内容和实现方式,明确公共卫生服务系统提供的基本医疗病种、基本医疗药品目录、基本医疗服务项目和基本公共卫生服务项目,建立国家基本药物制度,通过规范的市场化运行机制组织国家基本药物的生产、采购和配送。同时,通过医疗保障支付方式的转变,引导人们利用基层医疗卫生服务。适应疾病模式的转变,强化慢性病、常见病的早期干预,对贫困居民和没有医疗保障的老年慢性病患者提供一定规模的医疗免费服务。

应当指出,强化政府在保障健康方面的主导作用,并不等同于医疗服务机构全部由政府兴建和全面由政府控制卫生机构,尤其是大中型卫生服务机构。应当要打破国有医疗机构的垄断地位,鼓励社会力量办医,大力发展民营医疗机构。医疗机构的服务行为要通过卫生费用和医疗保障基金支付方式的调整和科学化进行约束,纠正片面追求经济收益的倾向,使卫生服务机构成为真正意义上的非营利机构而不是通过自身垄断地位最大限度地赚取财政、医保基金、患者个人费用的“营利性企业”。要对公立医疗机构的宏观管理体制和微观运行机制进行改革。理顺医疗机构管理体制和运行机制,规范大中型医疗机构经营行为。从宏观上看,卫生主管部门要从部分卫生机构直接投资者即国有医院“总院长”身份中转换出来,变成卫生全行业的管理者、规划者和监管者,逐步实现“政事分开”、“管办分离”、“医药分家”,实现公立医院的法人化管理。从微观看,要加快完善医疗机构运行补偿机制建设,形成符合市场竞争和医疗卫生服务自身规律价格形成机制,切实解决“以药养医”的问题,减少医疗服务和医药的过度供给和资源浪费,抑制医药费用超常快速增长。

### 3.2.7 逐步提高医疗卫生服务和健康保障的质量与水平

随着经济增长、居民收入与生活水平的提高,人口老龄化、疾病谱的变化、医疗科技的进步,人民群众对医疗卫生服务的需求将不断提高,卫生服务体系和健康保障制度必须适应这个变化不断提高质量和保障水平。必须看到,公共资源的有限性与健康需要无限性之间的矛盾还将长期存在。虽然中国的综合国力不断增强,但中国人口多、底子薄、人均收入水平还比较低的基本国情并没有改变。中国有 13 亿人口,占世界总人口的 22%,而卫生总费用仅占世界卫生总费用的 2%。卫生资源不足,特别是优质卫生资源严重不足,是长期存在的突出问题。政府不可能把人民群众的医疗需求全部包下来,除了必须尽到发挥主导作用、保障群众基本医疗卫生服务以外,还需要大力吸引社会资源,发挥市场机制的作用,通过政府、社会、个人多渠道筹资的办法,发展医疗卫生事业,使中国特色的健康保障体系确保公平性、可及性的前提下走向可持续发展之路。

### 参 考 文 献

[1]世界银行. 中国:卫生模式转变中的长远问题与对策

[M]. 北京:中国财政经济出版社,1994.

- [2]宋文舸,吴明,李卫平,等. 以制度创新迎接新世纪的挑战:20 年城市卫生改革的回顾与评述[J]. 卫生经济研究,1999,(10):32-33.
- [3]王延中,冯立果. 中国医疗卫生改革何处去——“甩包袱”式市场化改革的资源集聚效应与改进[J]. 中国工业经济,2007,(8):24-31.
- [4]卫生部统计信息中心. 2003-2007 年我国卫生事业发展情况简报[R],北京:卫生部统计信息中心,2008.
- [5]人力资源和社会保障部. 2007 年度劳动和社会保障事业发展统计公报[R]. 北京:人力资源和社会保障部,2008.
- [6]余义. 财政部积极落实促进医疗卫生改革发展的六项措施[N]. 中国财经报,2008-02-03.
- [7]温家宝. 政府工作报告[R/OL]. (2008-03-19)[2008-09-05]. [http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-03/19/content\\_7819983.htm](http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-03/19/content_7819983.htm).
- [8]国家统计局. 中国统计摘要(2008)[M]. 北京:中国统计出版社,2008.
- [9]王延中. 中国经济转型中的卫生公平问题. 中国社会保障发展报告(2007)NO. 3[M]. 北京:社会科学文献出版社,2007.
- [10]葛延风,贡森. 中国医改:问题、根源、出路[M]. 北京:中国发展出版社,2007.
- [11]人力资源和社会保障部. 2006 年度劳动和社会保障事业发展统计公报[R]. 北京:人力资源和社会保障部,2007.
- [12]王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学,2005,(6):101-120.
- [13]王延中. 我国公共卫生制度的问题及出路[J]. 中国卫生经济,2004,(11):36-37.
- [14]王绍光. 中国公共卫生的危机与转机[J]. 比较,2003,(7):52-88.
- [15]李玲. 2006:我国医改的转折点[J]. 中国卫生经济,2007,26(4):5-9.
- [16]王诚,王延中. 完善社会保障制度的思路与对策. 中国社会保障发展报告(2001-2004)[M]. 北京:社会科学文献出版社,2004.
- [17]新型农村合作医疗试点工作评估组. 发展中的中国新型农村合作医疗——新型农村合作医疗试点工作评估报告[M]. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [18]宋晓梧. 改革:企业劳动社保[M]. 北京:社会科学文献出版社,2006.
- [19]李绍光. 深化社会保障改革的经济学分析[M]. 北京:中国人民大学出版社,2006.

[收稿日期:2008-09-05 修回日期:2008-09-29]

(编辑 许素友)