

改革开放 30 年我国卫生服务发展的成效、问题与经验

李士雪^{1*} 刘 岩²

1. 山东大学公共卫生学院 山东济南 250012

2. 山东省医药卫生科技信息研究所 山东济南 250062

【摘要】本文对我国改革开放 30 年在卫生服务法制建设、卫生服务体系建设、医疗保障体系建设和居民健康水平方面取得的成效进行了系统综述,分析归纳了卫生服务方面的城乡资源差异、重医轻防以及制度与监管层面存在的主要问题,总结提炼出今后卫生服务体系建设与发展值得借鉴的五大经验。

【关键词】改革开放;卫生服务;成效;问题;经验

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)02-0003-06

The achievements, problems and experiences of the health service development in China's 30-year reform and opening-up

LI Shi-xue¹, LIU Yan².

1. The Public Health College, Shandong University, Shandong Ji'nan 250012, China

2. Shandong Institute of Medicine and Health Information, Shandong Ji'nan 250062, China

【Abstract】This paper reviews the development achievements in the construction of health service legal system, health service system, medical security system and the population health status achieved during China's 30-year reform and opening up, as well as sums up the analysis of the main problems such as the differences of the health service resources between the urban and rural area, special attention for medical service and neglect prevention, and other problem in system and supervision. In addition, the study recommends the top five priorities for the future construction and development of the national health service system basing on experiences gained from China's 30-year reform and opening up.

【Key words】Reform and opening-up, Health service, Achievements, Problems, Experiences

改革开放 30 年,无论是理论层面还是实践层面,虽然都还不可避免地存在着一些问题与争议,但我国卫生服务体系建设取得了巨大成就是一个不争的事实,期间获得的经验亦是极其宝贵的。本文基于历史回顾,对改革开放 30 年我国卫生服务发展取得的成效、存在的问题以及值得今后借鉴的经验做了系统归纳,与学界同仁共同探讨。

1 改革开放 30 年我国卫生服务发展取得的成效

1.1 建立健全了规范医疗卫生服务发展的法律法规,群众健康权益逐步得到有效保障

改革开放 30 年间,我国已初步完成了由法律、

法规、条例和规章制度等共同组成的卫生法律框架体系建设。全国人大常委会先后颁布实施了《传染病防治法》、《职业病防治法》、《母婴保健法》、《执业医师法》、《食品卫生法》、《药品管理法》、《献血法》、《红十字会法》等卫生法律;国务院颁布实施了《医疗机构管理条例》、《公共场所卫生管理条例》、《全国医院工作条例》、《医疗事故处理条例》等数十部行政法规,连同卫生部制定的 180 余项部门规章,确立和规范了医疗卫生保健服务机构的建设标准、执业管理与服务环境管理制度;加强了血液制品、放射性药品、精神药品、麻醉药品管理及医疗器械监督管理等与人体健康相关的食品卫生与医疗药械管理制度建设;在职业病防治、公共场所和学校卫生管理、妇女

* 基金项目:中国卫生政策支持项目快速政策咨询领域资助课题(编号:HPSP-CS200702-20)。

作者简介:李士雪,男(1962 年-),教授,博士生导师,主要研究方向为社会医学、卫生政策与管理,E-mail:sxli1961@yahoo.com.cn。

儿童健康权益和公民生殖健康权益保障等诸多方面也都相继进行了相关的法制建设。此外,我国初步建立了以国家标准为主体、行业标准相配套的卫生标准体系,为国家卫生法制建设提供了坚实的技术基础。这些法律法规对指导改革开放 30 年卫生服务体系建设与发展起到了重要的规范作用,有效保障了人民群众的健康权益。

1.2 国家卫生服务体系不断健全,可及性得到明显改善

经过改革开放 30 年的发展,我国医疗卫生服务供给显著增加,服务能力和利用同步增长,城乡居民卫生服务的可及性得到明显改善。

全国医疗卫生服务机构总量显著增加^[1-2]。2006 年全国医疗卫生服务机构总量比 1978 年增长了 1.82 倍,比 1949 年增长了 84 倍。每千人口医院和卫生院床位 2.53 张,较 1980 年增长了 25.25%,较 1950 年增长了 14 倍。2007 年卫生人员总量较 1978 年增长了 1.84 倍,较 1949 年增长了 10.53 倍。2007 年每千人口医师与护士数比 1978 年分别增长了 44.44% 和 161.91%,比 1949 年分别增长了 2.3 倍和 18.33 倍;全国医疗机构(不包括诊所、医务室和村卫生室)诊疗人次数达 25.7 亿人次,入院人数达 8 623 万人。乡镇卫生院门诊量 7.5 亿人次,入院人数 2 250 万人。社区卫生服务中心(站)门诊量 2.3 亿人次,入院人数 63.1 万人。

在农村,通过三分之一重点县级医疗卫生机构强化建设,农村乡镇卫生院、防疫站和妇幼保健机构三项建设、乡村卫生一体化管理、农村合作医疗恢复重建和新型农村合作医疗创新发展,维护和完善了农村三级预防医疗保健网。至 2007 年底,全国县及县级市共建有医院 8 800 所、妇幼保健院(所、站) 2 020 所、乡镇卫生院 3.9 万家、村卫生室 60.9 万个(占行政村数的 88.1%),农村执业(助理)医师 10.4 万人,乡村医生和卫生员 95.7 万人^[1]。

在城市,创建了由政府主导、社会力量参与、服务功能比较齐全、以社区卫生服务网络为基础的新型城市卫生服务体系。到 2007 年,全国社区卫生服务中心(站)从无到有已经发展到 2.4 万个,平均每个社区卫生服务中心人员数达 31 人^[1]。中央财政通过专项转移支付对中西部地区发展社区卫生服务和培训人员进行补助,促进了社区卫生服务均衡发展,保障了人民群众的基本医疗和预防保健需要。

与此同时,各级党委和政府加大了公共卫生体系建设力度,逐步完善疾病预防控制体系、医疗急救体系和卫生监督体系,覆盖城乡、功能比较完善的医疗卫生保健服务体系已基本建成,应对重大突发公共卫生事件的能力明显提高。

1.3 覆盖全民的医疗保障体系初步建立

改革开放 30 年,各类保障制度覆盖了超过 10 亿城乡居民,以基本医疗保险为主体、以多种形式的商业医疗健康保险为补充、以社会医疗救助为底线的多层次医疗保障制度框架已初步形成。

从 1994 年“两江试点”开始至 2007 年年底,我国城镇职工基本医疗保险制度实施面不断扩大,参保职工人数达到 18 020 万人,其中参保在职职工 13 420 万人,参保退休人员 4 600 万人^[3],完成了从福利型公费医疗和劳保医疗向保险型社会医疗的体制转轨,实行了社会统筹与个人账户相结合、费用分担、医疗服务竞争、费用控制以及社会化治理的新运行机制。

到 2008 年 3 月,全国已经开展新型农村合作医疗制度的县(市、区)数达 2 679 个,占有农业人口县(市、区)数的 98.17%,占全国总县(市、区)数的 93.57%。参合人口 8 亿,参合率 91.05%,全国 31 个省份已经实现了全覆盖目标^[4]。

2007 年,城镇居民基本医疗保险试点在 79 个城市启动,年末参加城镇居民基本医疗保险人数为 4 291 万人,参加医疗保险的农民工人数为 3 131 万人^[5]。2008 年,河北保定等 229 个城市和地区被列入扩大试点范围^[6]。

我国还加快推进医疗救助工作的步伐。农村医疗救助制度从 2003 年年底开始建立,到 2006 年年底,仅用 3 年时间已经覆盖了所有涉农的县(市、区)。城市医疗救助从 2005 年开始试点,到 2007 年 9 月底,全国 86% 的县(市、区)都建立了城市医疗救助制度,全国 19 个省(自治区、直辖市)已经实现辖区内所有县(市、区)全覆盖^[7]。

商业健康保险始于上世纪 80 年代初期、兴于城镇职工基本医疗保险制度推出的 90 年代中期,定位为国家医疗保障体系的重要组成部分之一,与现有的保障政策一起构成最广泛的医疗保障网络,并开始扮演越来越重要的角色。目前,国内有资格经营商业健康保险的主体达 50 余家,其中包括 29 家寿险公司、8 家产险公司以及 5 家专业健康保险公司,各

类医疗健康保险产品超过 300 种。2006 年,商业健康险保费收入为 375.66 亿元,同比增长 20.46%,占人身保险总保费的 8.8%^[8]。

1.4 健康状况指标显著改善,城乡居民的健康水平持续提高^[2]

改革开放 30 年,我国城乡居民疾病结构已发生显著变化,建国初期主要发病和死亡原因是传染病和寄生虫病,现今则被高血压、糖尿病、心脑血管病、恶性肿瘤等慢性疾病取代。平均期望寿命由解放前的 35 岁、1981 年的 67.9 岁、1990 年的 68.6 岁提高到了 2005 年的 73 岁。全国人口死亡率已经从 1949 年的 25‰、1977 年的 6.87‰降至 2006 年的 6.81‰。1977 年至 2006 年,人口死亡率一直维持在 6.2‰至 6.9‰之间。而全国人口出生率从 1952 年的 37‰、1978 年的 18.25‰控制到了 2006 年的 12.09‰。孕产妇死亡率从 1949 年的 1500/10 万、1989 年的 94.7/10 万、1992 年的 76.5/10 万、2003 年的 51.3/10 万下降至 2007 年的 36.6/10 万。婴儿死亡率由解放初期的 200‰、1980 年的 34.7‰、2003 年的 25.5‰下降至 2007 年的 15.3‰。

2 改革开放 30 年卫生服务发展中存在的主要问题

2.1 卫生资源总体不足,卫生服务供给城乡差异显著

我国卫生服务发展长期存在的突出问题之一就是“看病难”、“看病贵”的问题迟迟得不到有效解决。一个官方经常引用的数据是:我国有 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%^[9],充分说明了我国卫生服务供给量的严重不足。现有卫生服务资源不仅无法满足人民群众日益增长的医疗卫生服务需求,而且存在资源配置严重不合理的问题。杜乐勋等统计分析报告^[10]:2002 年全国医院总费用占当年卫生总费用的 67.68%。其中,三级医院总收入占当年卫生总费用的 37.05%,二级医院占 22.16%,一级及以下医院仅占 13.44%。到 2005 年,这一比例分别为三级医院占 40.07%,二级医院占 22.94%,其余一级及以下医院仅占 11.42%。结论是社会卫生投入流向严重失衡,俗称“倒三角”。受其影响,更多卫生服务资源集中到了城市,基层卫生服务供给严重短缺。如乡镇卫生院数量从 1978 年的 55 018 所下降至 2006 年的 39 975 所,绝对数减少 15 043 所,仅为改革开放初期

的 72.66%。而乡村医生和卫生员数量则由 1980 年的 1 463 406 人降至 2006 年的 957 459 人,平均每千农业人口拥有乡村医生和卫生员数 1980 年为 1.79 人,2006 年为 1.10 人,2003 年只有 0.98 人。每千农业人口乡镇卫生院床位数由 1980 年的 0.95 张降到 2006 年的 0.8 张,2002 年最低降至 0.74 张^[2]。

2.2 重医轻防,基层公共卫生服务体系建设滞后

计划经济体制转变为市场经济体制是我国改革开放 30 年来国家政治、经济、社会发展中的最大变化。其最大影响是直接导致了基层公共卫生服务机构(乡镇、街道卫生院和村卫生室)失去了赖以生存的集体经济基础,不少地区的公共卫生服务出现了空白。杜乐勋的同一份研究报告显示:2002 年全国卫生总费用 5 872.84 亿元,其中医院总费用占当年卫生总费用的 67.68%,而公共卫生机构费用仅占卫生总费用的 6.29%。到 2005 年全国卫生总费用 8 659.90 亿元,其中医院总费用占当年全国卫生总费用的 65.00%;同期全国公共卫生机构费用也仅占卫生总费用的 7.87%^[10]。根据全国卫生部门的决算统计^[10-14],1990 年以来,政府预算拨款占防治、防疫机构的收入比例已从 59% 下降到 2002 年的 42%。妇幼保健机构中的这一比例从 56% 下降到 27%。1980 年以前,乡镇卫生院提供预防保健服务的所有经费均由政府经费补偿,到了 1993 年,政府经费仅能补偿人员工资支出的 60%。结果就是整体公共卫生状况无法得到改善,部分公共卫生领域甚至出现倒退,计划经济时期已被控制的传染病如肝炎、肺结核、血吸虫病等传染病和一些地方病在部分地区重新出现。直至 SARS 出现,我们为忽视公共卫生服务体系建设付出了沉重的代价。

2.3 现有三大医疗保障制度设计均存在较大缺陷

目前,我国三大医疗保障体系存在保障覆盖不足、保障力度不够、费用控制不力、运行效率不高以及保障制度不公等五大问题。其中,保障覆盖不足是首要问题^[15]。在保障制度设计上,全部实施了“大病统筹,小病自费”的支付保障原则,实质上是要求个人自己来解决基本医疗服务问题,违背了“预防为主”的医学规律^[12]。加上实施起付线、封顶线、多种形式的个人付费规定等对患者的全面经济限制,以至于参保者无法得到应有的基本医疗服务保障。

在农村,新型农村合作医疗制度设计原则上依然存在明显的缺陷:一是设定农民按年缴费的实际

费用门槛,导致最需帮助的最贫困村民因缺乏缴费能力而无法参加,与突出对经济弱势群体保护的一般性保障制度原则相矛盾。二是政府对参保者的财政补贴因自愿交费参加原则形成对经济困难群体的排斥,导致相对富裕参合农民群体受益而变为典型的逆向转移支付,违背了应对贫困者进行转移支付以缓解社会不平等的保障原则。三是现实生活中真正影响农民整体健康水平的是常见病和多发病,许多农民正是因为“小病无钱治而扛成大病”的。但目前新农合确定的“保大病”目标原则,事实上放弃了“低水平、广覆盖”的基本医疗保障责任。^[12]

保大病、不保小病,保住院、不保门诊,在城镇居民基本医疗保障制度设计中,上述缺陷同样存在,致使原本希望通过城镇居民基本医疗保障制度的实施,引导病人流向社区卫生服务机构的愿望成为制度设计者的一纸画饼,最终导致城镇居民基本医疗保障制度变相演化成城镇居民的大病医疗救助制度,违背了制度设计的初衷。

2.4 政府部门间缺乏统一协调,政策前后矛盾,操作困难

一是区域卫生规划不见实效。国家虽一直强调按区域卫生规划统筹各地卫生资源,但在改革开放 30 年间,这项工作一直没有做好。一个重要原因就是计划经济时期延续下来的部门所有、条块分割的医疗卫生资源管理体制缺陷。同一区域内不同层级、不同行业与不同部门管理的医疗机构间的利益保护,致使区域卫生规划无法实施,还加剧了不公平竞争和卫生资源的不合理配置,卫生行政部门转而把主要精力放在自办自管医疗卫生机构上,放弃了对全行业的有效监管。

二是管理政策相互矛盾。以农村合作医疗为例,卫生部从 1979 年 12 月发布《农村合作医疗章程(试行草案)》,到 1997 年国务院批转《关于发展和完善农村合作医疗的若干意见》出台,为恢复传统合作医疗制度进行了多种尝试和努力。但与此同时,“合作医疗”筹资项目被农业部等五部委当作“乱收费”整顿,列为农民不合理负担写进《减轻农民负担条例》中禁止征收。相互矛盾的政策使农村卫生服务体系严重倒退^[16]。

三是多元化办医格局难以形成。国务院 1980 年 9 月批转卫生部的请示报告,明确要从思想上打破单纯依靠国家投资的羁绊,在“国家、集体、个人一

起上”的方针指导下形成多元化办医新局面。但事实上,医疗领域只是对开设个人门诊的审批条件相对放宽了,社会办医条件和环境都还没有形成,多元化办医局面一直没有出现。

四是卫生价格管制脱离实际。医疗卫生服务上游环节的企业生产、销售医药器械全部靠市场机制调节;下游环节除国家公务员和部分垄断行业的职工,绝大部分患者看病靠自费、调节靠市场;唯独医疗服务自身这一中间环节却必须接受严格计划定价,致使价格与价值背离:传统医疗技术服务项目收费价格几乎不变;医生、护士凭劳务、知识和技术获得的合法报酬偏低;新药品、新器械、新技术定价畸高,这种刚性而又严重失当的价格管制已成为扭曲医疗服务行为的重要因素^[17]。

2.5 卫生行政部门行业监管不够,运行机制僵化效率低

在运行监管方面,由法律、法规、部门规章、规范性文件和各种行业标准、技术规范和相应的执行机制组成的我国医疗卫生服务监管体制虽具有一定雏形,但还存在很多问题:卫生行政部门的重心还在如何办医院上,缺少对整个大卫生行业监管的研究和行动。缺乏行业基本法和准入标准,缺少相应的技术规范和人员行为管制规定,人员、技术、医械(设备)准入尚不完善。医疗卫生机构内部运行机制上,尚未打破计划经济时期形成的人事与分配制度模式。卫生行政部门坚持套用行政级别管理医疗卫生机构,公立医院院长只能由卫生行政部门任命,药品集中采购逐步演变成对各个医院药房药品计划体制下的控制性配置,医疗卫生机构职工招聘考录尚未摆脱审批制等,与社会主义市场经济体制不一致。自 20 世纪 80 年代后期,全国医疗机构诊疗人次和入院病人数都有所下降,每个医生负担的工作量在下降^[18],但医院每诊疗人次医疗费用、每出院者住院医疗费用、医疗业务收入和医院设备水平都在增长,医疗卫生服务机构运行效率不高广为诟病。

3 改革开放 30 年卫生服务发展中值得借鉴的经验

3.1 坚持法制先行,依法规范和管理卫生服务建设与发展

自 1978 年经国务院批准卫生部颁布《急性传染病管理条例》起,到 2007 年国务院《关于开展城镇居

民基本医疗保险试点的指导意见》出台,改革开放 30 年间,国家制订并发布实施了一系列医疗法律法规和部门规章制度,包括《传染病防治法》、《执业医师法》、《母婴保健法》、《职业病防治法》等多部法律,都是我国首次以国家法律的形式对卫生服务领域的相关问题做出规范。抗击“非典”中公布施行的《突发公共卫生事件应急条例》,是新中国成立以来出台速度最快的一部法规,从提议到国务院常务会议审议通过该条例只用了二十几天,在最需要的时刻将我国突发公共卫生事件应急处理工作纳入法制化的轨道。其他如医疗卫生机构的设置、管理标准,工作条例、制度、职责等,卫生服务领域颁布实施的一系列法律法规,使得卫生服务体系建设、改革与发展行动处处体现着法治的力量。

改革开放以来,依法规范和管理卫生服务领域的建设与发展,成为 30 年形成的最为宝贵的经验之一。

3.2 坚持理论联系实际,积极探索具有中国特色的卫生服务发展道路

改革开放之初,国民经济虽经恢复,基础仍然十分薄弱。相对以经济建设为中心的大局而言,国家不可能一下子对卫生事业增加很多投资,更不可能全部包下来,这就是当时中国的基本国情。1992 年,邓小平南巡讲话的发表和 1993 年党的十四届三中全会召开,我国建立社会主义市场经济的体制改革目标才得以确立。1997 年,党中央国务院出台了《关于卫生改革与发展的决定》,一系列涉及我国 13 亿人口的重大卫生服务改革措施才开始试行。如 1998 年 12 月国务院 44 号文发布才基本形成城镇职工医疗保障制度政策框架;城市社区卫生服务 1999 年才开始扩大试点,2006 年国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》及卫生部 8 个配套文件发布后,该项工作才得以全面推开;2003 年国务院转发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,新农合开始在全国扩大试点和推广;2007 年,79 个城市试点探索城镇居民基本医疗保险制度。可以说,医疗卫生作为我国经济社会的一个重要领域,是跟随经济体制改革之后不断探索前行的。1985 年国务院 62 号文关于卫生工作改革的八项政策,也是基于当时的基本国情而出台的一项重要改革措施。

从自己的基本国情出发,着眼于提高人民群众基本卫生保健服务的可及性,探索以人人享有基本

卫生保健为目标的改革之路,正是我们改革开放 30 年卫生服务与筹资发展变迁中获得的第二大宝贵经验。

3.3 坚持预防为主,保障初级卫生保健工作取得预期成效

经过改革开放 30 年的发展,我国从 20 世纪 50 年代开始建立的儿童计划免疫体系,在全国城乡各地已普遍建立。除常规实施的国家计划免疫外,国家还根据疾病预防需要,安排接种扩大免疫的常用疫苗、新疫苗和季节性疫苗,适时组织进行疫苗加强接种。2008 年 2 月,国家又将甲肝、流脑、乙脑疫苗和麻腮风疫苗纳入国家免疫规划,对适龄儿童进行常规接种。有的省、市还根据具体情况,在国家免疫规划内疫苗外增加免费提供的疫苗种类。联合国儿童基金会最新统计结果表明,定期接受免疫接种的孩子已经占到我国儿童总人数的 98%,在 29 个东亚及太平洋发展中国家名列第一。计划免疫的实施,对保障儿童健康和传染病防治起到了无法估量的巨大作用,成为我国坚持预防为主、持续加大对基础防疫体系建设的国家意志的最好体现。

不仅仅是计划免疫和传染病防治工作,国家对妇幼卫生保健和地方病防治工作同样十分重视并取得了非常好的成效。通过实施初级卫生保健工作、城市社区卫生服务和农村合作医疗制度,居民的公共卫生服务利用和医疗保健服务利用均有明显增加。在国家卫生事业发展经费投入有限的情况下,能够取得这样的成效,预防为主的卫生工作方针和对这一方针坚定不移地贯彻实施是其重要经验。

3.4 坚持把医疗卫生工作的重点放到农村和城市社区,满足最基层人民群众的医疗卫生服务需求

自 1978 年卫生部出台《农村合作医疗章程(草案)》起,加强农村卫生工作,重点建设和完善农村三级医疗预防保健网的目标就十分明确且一直未变。其后,允许个体行医开业、启动“三项建设”、推行“乡村一体化”,直到党的十七大提出将“人人享有基本医疗卫生服务”作为全面建设小康社会的一个重要目标,全面推进新型农村合作医疗制度建设;2003 年以 30 元钱“低水平”起步的新农合制度初步形成,今年筹资标准提高到 100 元并实现了全面覆盖。可以说,改革开放 30 年来,党和政府恢复重建、创新发展农村合作医疗、完善三级医疗预防保健网的努力从来都没有停止过。与新型农村合作医疗实现全面覆

盖同样具有重要意义的是,从上世纪 90 年代中期开始启动以城市社区卫生服务为基础的城市卫生服务体系改革,同样把关注的重点放到了满足城市基层社区居民的公共卫生、预防保健和基本医疗服务需求上。如今,全国大部分城市社区卫生服务体系框架已基本建成,健康教育、慢病控制、妇幼保健、计划生育等内容正在逐步纳入社区卫生服务范畴中,为到 2010 年在全国建成较为完善的城市社区卫生服务体系奠定了良好基础。

改革开放 30 年来,党和政府始终坚持把医疗卫生工作的重点放到农村、放在基层,把满足最广大人民群众群众的医疗卫生和预防保健需求当成改善民生的重要任务来抓,真正体现了政府“以人为本”的执政理念和“人以健康为本”的大卫生工作观念。

3.5 坚持政府主导,多渠道筹资、多元化举办卫生事业

30 年来,我国医疗卫生服务建设、改革与发展,始终是在政府主导下进行的,并未放手让卫生服务完全进入市场,接受市场化调控。政府预算卫生支出总量从 1978 年的 35.44 亿元增加到 2006 年的 1 774.73 亿元,增加了 50.08 倍。而同期国家实际财政收入从 1978 年的 1 132 亿元到 2006 年的 38 760 亿元,只增加了 34.24 倍。相对而言,党和政府对医疗卫生事业的投入始终是在不断加大的。在公共卫生服务方面,国家一直在实行“五苗防七病”的计划免疫战略,自始至终免费向全国适龄儿童提供防疫疫苗。在妇女病普查普治、儿童保健、传染病控制、地方病防治等方面,每年都有固定经费投入,有效促进了公共卫生事业的可持续发展和国民健康水平的提高。

但政府主导决不是政府垄断,加大政府对卫生服务领域的投入与动员社会力量发展卫生事业、利用经济管理手段调控医疗卫生机构内部运行效率并不矛盾,适时、适地试行市场经济体制下医疗卫生机构的改革试点,有利于拓宽卫生服务资源、完善卫生服务体系建设。

总之,坚持以政府主导为主、积极探索市场调控有效措施,多渠道筹资、多元化举办卫生事业,是我国改革开放 30 年卫生事业全面可持续发展的又一重要经验。

参 考 文 献

[1] 卫生部统计信息中心. 2003-2007 年中国卫生发展情况

简报 [EB/OL]. (2008-05-05) [2008-07-20]. http://cn.chinagate.com.cn/reports/2008-05/05/content_15073031.htm.

- [2] 中华人民共和国卫生部. 2007 中国卫生统计年鉴 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [3] 社会保障部, 国家统计局. 2007 年度劳动和社会保障事业发展统计公报 [EB/OL]. (2008-05-21) [2008-07-20]. http://www.cnss.cn/zlzx/sjtj/ldbzbtj/200805/t20080521_190134.html.
- [4] 刘平安. 新农合足迹回首 [N]. 健康报, 2008-07-18.
- [5] 国务院确定 79 个试点城市 [N/OL]. (2007-07-25) [2008-07-20]. <http://news.sina.com.cn/c/2007-07-25/060712266028s.shtml>.
- [6] 芳蕾. 229 个城市和地区被列入 2008 年城镇居民基本医疗保险扩大试点范围 [EB/OL]. (2008-02-25) [2008-07-20]. http://www.cnss.cn/xwzx/jdxw/200802/t20080225_178708.html.
- [7] 李立国. 以党的十七大精神为指导扎实推进城乡医疗救助工作——在全国城乡医疗救助工作会议上的讲话 [EB/OL]. (2007-11-23) [2008-11-03]. <http://www.gxmtz.gov.cn/publicweb/staticpage/documentnews.php?id=990>.
- [8] 汪言安. 商业健康险: 医保的补充方案 [N]. 北京青年报, 2007-11-22.
- [9] 梁中堂. 宏观视野下的我国医疗卫生体制改革 [J]. 经济问题, 2006, (3): 12-17.
- [10] 杜乐勋. 我国卫生总费用流向的概略分析和政策建议 [J]. 中国卫生经济, 2008, 27(1): 19-20.
- [11] 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.
- [12] 刘兴柱, 徐凌中. 我国公共卫生筹资改革措施评价 [J]. 中国卫生资源, 1998, 1(4): 151-154.
- [13] 吴成顺, 黄如霞, 孙景才. 试述公共场所卫生监督管理体系 [J]. 中国公共卫生管理, 1994, 10(5): 285-286.
- [14] 夏媛媛. 从解放后我国公共卫生体系的发展看政府的责任 [J]. 现代医药卫生, 2006, 22(1): 140-142.
- [15] 李明强. 医疗保障制度创新与全民医保相关措施探讨 (下) [J]. 中国卫生经济, 2008, 27(3): 56-59.
- [16] 卫生部统计信息中心. 国家卫生服务研究系列报告之二: 卫生改革专题调查研究 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.
- [17] 周其仁. 医改系列评论之八: 价格管制的重负 [N]. 经济观察报, 2007-03-12.
- [18] 汪云, 陈霞, 汪莹等. 我国医疗卫生服务效率及其改进策略 [J]. 卫生经济研究, 2007, (12): 3-4.

[收稿日期:2008-10-03 修回日期:2008-10-18]

(编辑 何平)