

转型中的中国卫生体系

作者：

孟庆跃， 北京大学中国卫生发展研究中心
杨洪伟， 国家卫生计生委卫生发展研究中心
陈文， 复旦大学公共卫生学院
孙强， 山东大学卫生管理与政策研究中心
刘晓云， 北京大学中国卫生发展研究中心

编辑：

Anne Mills
Viroj Tangcharoensathien

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

People's Republic of China health system review
(Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 7 2015)

1. Health care reform. 2. Health expenditures. 3. Health system plans – organization and administration. 4. China. I. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.
II. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.

ISBN 978 92 9061 740 2

© 世界卫生组织 2015

版权所有。世界卫生组织出版物可从世卫组织网站 (www.who.int) 获得, 或者自WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 购买。

要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 - 无论是为了出售或非商业性分发, 应通过世卫组织网站 (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html) 向世界卫生组织出版处提出申请。欲获得复制世卫组织西太平洋区域出版物的许可, 应向世卫组织西太平洋区域办事处出版办公室 (Publications Office, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines; 传真: : +632 521 1036; 电子邮件: publications@wpro.who.int) 提出申请。

本出版物中所采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线之划分的任何意见。地图上的虚线代表可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不代表世界卫生组织对它们的认可或推荐, 或认为它们优于其它未提及的同类公司或产品。除差错和疏忽外, 专有产品名称的第一个字母均为大写, 以示区别。

本文中表达的观点由署名作者全权负责。

目录

| | |
|------------------------|-----------|
| 前言 | vii |
| 致谢 | viii |
| 摘要 | ix |
| 概述 | x |
| 第一章 背景 | 1 |
| 1.1 地理与社会人口 | 1 |
| 1.2 政治背景 | 2 |
| 1.3 经济背景 | 3 |
| 1.4 健康状况 | 5 |
| 第二章 组织和治理 | 11 |
| 2.1 卫生体系概述 | 11 |
| 2.2 历史背景 | 15 |
| 2.3 组织 | 18 |
| 2.4 分权和集权 | 23 |
| 2.5 规划 | 26 |
| 2.6 部门间合作 | 29 |
| 2.7 卫生信息管理 | 32 |
| 2.8 规制 | 34 |
| 2.9 患者权利 | 40 |
| 第三章 卫生筹资 | 43 |
| 3.1 卫生费用 | 43 |
| 3.2 收入来源和资金流动 | 49 |
| 3.3 法定筹资体系的概述 | 51 |
| 3.4 个人现金支付 | 61 |
| 3.5 商业医疗保险 | 63 |
| 3.6 支付机制 | 65 |
| 第四章 卫生机构设施和人力资源 | 69 |
| 4.1 医疗卫生机构和设施 | 69 |
| 4.2 卫生人力资源 | 76 |

| | |
|--------------------------|------------|
| 第五章 卫生服务提供 | 86 |
| 5.1 公共卫生..... | 86 |
| 5.2 医疗服务就诊路径..... | 91 |
| 5.3 基层医疗服务..... | 92 |
| 5.4 二、三级医院提供的医疗服务..... | 93 |
| 5.5 急救医疗服务..... | 94 |
| 5.6 药物供给和管理..... | 95 |
| 5.7 康复医疗..... | 97 |
| 5.8 长期照护..... | 98 |
| 5.9 非正式照顾..... | 99 |
| 5.10 临终关怀/姑息治疗..... | 99 |
| 5.11 精神卫生..... | 100 |
| 5.12 口腔保健..... | 101 |
| 5.13 中医和其他民族医学..... | 102 |
| 5.14 为特殊人群提供的医疗服务..... | 103 |
| 5.15 计划生育服务..... | 104 |
| 5.16 临床血液供应与管理..... | 104 |
| 第六章 主要卫生改革 | 106 |
| 6.1 卫生改革历史..... | 106 |
| 6.2 近期主要卫生改革..... | 114 |
| 6.3 未来发展..... | 119 |
| 第七章 卫生体系评估 | 121 |
| 7.1 卫生体系目标..... | 121 |
| 7.2 疾病经济风险保护和筹资公平性..... | 122 |
| 7.3 服务使用者经历和卫生服务可及性..... | 125 |
| 7.4 人群健康水平和服务质量..... | 130 |
| 7.5 卫生系统效率..... | 131 |
| 7.6 透明度和问责..... | 134 |
| 第八章 结论 | 135 |
| 第九章 附录 | 137 |
| 9.1 参考文献..... | 137 |
| 9.2 相关链接..... | 141 |
| 9.3 方法和撰写过程..... | 142 |
| 9.4 作者介绍..... | 142 |

插图列表

| | | |
|-------|---|-----|
| 图1-1 | 2010年平均期望寿命和人均地区生产总值的关系..... | 6 |
| 图2-1 | 卫生组织和治理体系概览 | 14 |
| 图3-1 | 中国与选定国家卫生总费用占GDP比例, 1995-2012(%) | 47 |
| 图3-2 | 中国与选定国家人均卫生总费用, 1995-2012 (购买力平价指数调整, 美元) | 47 |
| 图3-3 | 中国与选定国家公共(广义政府) 卫生支出占卫生总费用比例, 1995-2012(%) | 48 |
| 图3-4 | 2012年卫生总费用结构图(国内分类, 筹资来源法) | 50 |
| 图3-5 | 资金流向图..... | 51 |
| 图3-6 | 个人现金卫生支付占卫生总费用比例的变化, 2000-2012..... | 62 |
| 图4-1 | 中国医院数量变化情况(1978-2012) | 71 |
| 图4-2 | 2012年中国医院规模(按床位数分组) | 73 |
| 图4-3 | 中国医疗卫生机构床位数量变化(1978-2012) | 73 |
| 图4-4 | 不同国家每千人口医院床位数..... | 74 |
| 图4-5 | 中国医院床位使用率(1980-2012) | 75 |
| 图4-6 | 中国卫生人员总量的变化(1949-2012) | 79 |
| 图4-7 | 各个国家地区每千人口医生数..... | 81 |
| 图4-8 | 各个国家地区每千人口护士数..... | 81 |
| 图4-9 | 各个国家地区每千人口牙医数..... | 82 |
| 图4-10 | 各个国家地区每千人口药剂师数..... | 82 |
| 图5-1 | 中国卫生服务提供框架图..... | 87 |
| 图5-2 | 患者就诊路径图..... | 91 |
| 图6-1 | 中国人均国民收入与儿童死亡率..... | 108 |
| 图7-1 | 卫生支出占家庭支出的比例(% , 均数) | 124 |
| 图7-2 | 灾难性卫生支出家庭比例(% , 均数) | 124 |
| 图7-3 | 卫生服务设施的可及性(% , 均数) | 126 |
| 图7-4 | 每千人口执业(助理)医师人数..... | 126 |
| 图7-5 | 门诊服务的利用(% , 均数) | 127 |
| 图7-6 | 不同收入组居民两周门诊就诊率(% , 均数) | 127 |
| 图7-7 | 不同收入组居民过去一年住院率..... | 128 |
| 图7-8 | 产前检查五次及以上比例(% , 均数) | 128 |
| 图7-9 | 住院分娩率(% , 均数) | 129 |
| 图7-10 | 2005-2011年不同医疗机构平均门急诊人次数变化趋势图..... | 132 |
| 图7-11 | 2005-2011年不同医疗机构平均入院人次数变化趋势图..... | 132 |
| 图7-12 | 中国医生日均负担的诊疗人次和住院床日(2000-2012) | 133 |
| 图7-13 | 中国综合医院平均住院床日(天)(2000-2012) | 133 |

表格列表

| | | |
|------|---|-----|
| 表1-1 | 人口分布和部分社会人口指标, 1980-2012..... | 2 |
| 表1-2 | 部分年份中国宏观经济指标..... | 4 |
| 表1-3 | 部分年份主要健康指标..... | 7 |
| 表1-4 | 部分年份中国前十位死因统计..... | 7 |
| 表1-5 | 部分年份中国农村和城市前十位死因统计..... | 8 |
| 表1-6 | 慢性非传染性疾病主要危险因素..... | 9 |
| 表2-1 | 中国主要卫生立法..... | 13 |
| 表3-1 | 中国卫生费用变化趋势, 1980-2012年..... | 44 |
| 表3-2 | 卫生总费用筹资来源的国际分类和国内分类比较..... | 46 |
| 表3-3 | 中国卫生总费用及其构成(机构流向法), 1990-2012 (亿元人民币)..... | 49 |
| 表3-4 | 各筹资来源的资金占卫生总费用的比例, 1980-2012(%)..... | 50 |
| 表3-5 | 中国法定筹资体系概况..... | 54 |
| 表3-6 | 2012年政府对医疗机构提供的财政补助(十万元)..... | 55 |
| 表3-7 | 供方支付机制..... | 66 |
| 表4-1 | 2012年中国医疗卫生机构构成情况..... | 70 |
| 表4-2 | 每千人口医疗卫生机构床位数(张)..... | 74 |
| 表4-3 | 2012年平均每所医疗卫生机构拥有万元以上设备台数..... | 75 |
| 表4-4 | 每百万人口的大型设备数量..... | 76 |
| 表4-5 | 中国卫生人员的主要分类..... | 77 |
| 表4-6 | 中国卫生技术人员学历构成(2005年和2012年)..... | 80 |
| 表4-7 | 2012年中国基层卫生技术人员学历构成(%)..... | 80 |
| 表4-8 | 中国医学教育学制设置..... | 84 |
| 表5-1 | 不同级别医院门诊人次数(单位= 10 000 人次数)..... | 92 |
| 表5-2 | 不同级别医院住院人次数(单位= 10 000 人次数)..... | 92 |
| 表6-1 | 中国主要卫生改革政策, 1985-2013..... | 112 |
| 表7-1 | 疾病经济风险保护的改变..... | 123 |
| 表7-2 | 2008年农村新农合参合家庭受益情况(%)..... | 124 |
| 表7-3 | 卫生服务公平性趋势..... | 129 |

前言

转型中的卫生体系报告是以国家为基础，提供卫生体系以及政策进展和发展等方面的详细信息。卫生体系报告分析卫生体系的组织、筹资、服务提供和功能；描述健康和卫生政策发展的制度框架、过程、内容和实施；总结需要深入分析的挑战和领域。卫生体系报告从以下几个方面力图为政策制定者和分析者提供发展卫生体系所需要的信息：

- 详细报告卫生体系的组织、筹资、服务提供和功能；
- 描述卫生服务改革制度框架、过程、内容和实施；
- 揭示需要深入分析的卫生体系挑战和领域；
- 为各国卫生政策制定者和分析者交流卫生体系改革经验提供信息平台；
- 帮助其他政策研究者进行卫生体系深入比较研究。

撰写卫生体系报告受到诸多方法学方面的挑战。许多国家缺乏卫生体系相关信息和卫生改革影响评价研究信息。由于缺乏统一的资料和信息来源，卫生服务定量资料来自不同的组织，包括世界卫生组织、国家统计局、经济合作和发展组织（OECD）卫生信息、国际货币基金组织、世界银行和其他作者认可的信息来源。资料收集方法和概念界定在各报告间可能有所不同，但是在一个报告中是一致的。

卫生体系报告为政策制定者了解其他相关国家卫生体系发展经验提供了信息。报告内容也可用于卫生体系间的比较研究。世界卫生组织亚太卫生体系与政策观察（APO）建立了报告更新机制，卫生体系报告定期更新，并在版本更新之间对部分内容进行更新，保证内容连续性、及时性和对区域内其它国家的相关性。

欢迎对卫生体系报告系列丛书提出意见和建议，联系方式：apobservatory@wpro.who.int

登录APO网站可获取卫生体系报告全文或者概要：http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/en/

致谢

《转型中的中国卫生体系》是由孟庆跃（北京大学）、杨洪伟（国家卫生计生委卫生发展研究中心）、陈文（复旦大学）、孙强（山东大学）、刘晓云（北京大学）撰写，由伦敦卫生与热带病学院Anne Mills和泰国卫生部国际卫生政策项目Viroj Tangcharoensathien 编辑，由APO Dale Huntington 统筹。

报告作者感谢中国国家卫生计生委对报告撰写提供的帮助。特别感谢国家卫生计生委国际合作司任明辉司长，以及他的同事张扬副司长、刘岳处长、韩建丽副处长、王倩云女士的支持。感谢国家卫生计生委、财政部、国家发改委相关司局对报告内容提出的意见和建议。

报告作者感谢以下人员在资料收集和翻译等方面贡献：北京大学中国卫生发展研究中心徐进、金音子和闫镒；国家卫生计生委卫生发展研究中心张毓辉；复旦大学公共卫生学院茅雯辉；山东大学卫生管理与政策研究中心孙维帅、初庆和李越。

感谢下列人员对报告提出意见和建议：任明辉、张春生、张朝阳、陈宁姗、张勇、傅卫、张扬、石光、庄宁、焦雅辉、刘岳、徐玲和周辉（国家卫生计生委）；饶克勤（中华医学会）；曾光（中国疾病预防控制中心）；代涛（中国医学科学院）；刘培龙、郭岩（北京大学）。

普林斯顿大学Tsung-Mei Cheng博士、斯坦福大学Karen Eggleston博士和世界银行Gerald La Forgia博士代表APO对报告进行了审评。

摘要

中国人口数量2012年占到世界总人口的19%，在过去六十年里健康状况得到了显著改善。中国的平均期望寿命从1949年的35岁增加到2012年的75岁，主要归因于政府对卫生的支持，提供具有成本效果的公共卫生服务项目，建立广覆盖的医疗保障制度，以及形成基本的卫生服务网络。中国在快速经济增长、城镇化和工业化过程中，老龄化、疾病转型和环境污染对健康持续改善带来了很大挑战。

中国虽然经历了几轮的卫生管理体制和简政放权改革，中央政府在卫生法规和管理制定等方面仍然是主导者。地方政府根据中央政府的政策导向和基本原则，制定和实施地方卫生政策和工作计划。中国卫生战略规划包括卫生发展规划和卫生专项业务规划。

社会医疗保险制度，包括农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险，已经覆盖了几乎所有人群。这些制度由政府补助和个人缴费筹资支持，提供门诊和住院服务。政府还支持基本公共卫生和重大公共卫生服务的提供。随着医疗保障制度覆盖面扩大，卫生服务利用迅速增加。在过去十年中，个人直接付费在卫生总费用中的比例迅速下降。

中国卫生服务提供者包括医院、基层卫生服务机构和专业公共卫生服务机构。中国的卫生人力资源已经有了较大发展。2012年，每千人口有4.94名卫生技术人员。但是，中国长期以来护士短缺，城乡卫生人力资源分布不均。2012年，城乡每千人口分别有8.54和3.41名卫生技术人员。基层卫生机构人力不足以及较低的医学教育水平是人力资源面临的主要挑战。

中国在上世纪五十和六十年代，建立起城乡三级医疗卫生保健网络。虽然健康需求过去几十年间变化很大，但卫生服务体系的结构和功能基本未变，疾病预防控制体系独立于医疗服务体系之外。如何整合和协调卫生服务体系以应对慢病挑战和老龄化，是卫生改革的当务之急。

自2009年开始，中国开始新一轮卫生体系改革，目标是在2020年建立覆盖全民的基本医疗卫生制度。改革在扩大医疗保障覆盖、提供均等的基本公共卫生服务、改善医疗卫生服务条件等方面取得了重要进展，但是也面临着医疗服务成本攀升、服务体系缺乏整合和健康不公平等方面的挑战。统筹社会医疗保险制度，整合医疗卫生服务体系，改革公立医院系统，引进战略购买机制，以及改善卫生服务质量是卫生改革的主要任务。

概述

中国是世界上人口最多的国家。2012年，中国大陆共居住着13.5亿人口，约占世界总人口的19%；中国已经进入老龄化社会，65岁以上人口占总人口的8.7%；中国经历了快速的城镇化，城镇居住人口占总人口的51.8%；流动人口数量巨大，达到2.36亿。中国的根本政治制度是人民代表大会制度，中国的基本政治制度是中国共产党领导的多党合作和政治协商制度、民族区域自治制度、基层群众自治制度。中国行政体系包括中央（国务院）、省（自治区、直辖市）、市、县（自治县、县级市、市辖区、旗、自治旗）、乡（镇、民族乡、苏木）等各级人民政府。中国经济体制分为1949–1978年计划经济体制阶段和1978年后社会主义市场经济体制改革阶段。1978年中国开始经济改革和开放后，经济快速增长，2010年成为世界第二大经济体。2012年，人均国内生产总值达到6093美元，但经济发展在地区间、城乡间存在较大差距。中国人民的健康状况得到极大改善，人均期望寿命从1949年的35岁提高到2012年的75岁，已经由高出生率、高死亡率、传染性疾病和营养不良为主的模式向低出生率、低死亡率、慢性病为主的模式转变。1990–2010年，人口死亡原因最大变化是恶性肿瘤、脑血管疾病和心脏病等疾病的死亡率和构成比不断增加，传染病、慢性呼吸道疾病和消化系统疾病所占比例下降。慢性病已经成为中国主要的疾病负担。在每年约1030万各种因素导致的死亡中，慢性病所占比例为85%，占到中国总的疾病负担的70%。

截止2014年底，中国制订了11部卫生法律和38项国务院颁布的卫生行政法规。在国家层面，国家卫生和计划生育委员会（国家卫生计生委）及由其管理的国家中医药管理局是最主要的卫生行政管理机构。在国务院的其他构成部门中，国家发展和改革委员会、民政部、财政部、人力资源与社会保障部等部门根据职责划分，也在卫生治理体系中承担规划、筹资、保险管理等相应职责。1949年新中国建立以来，中国医疗卫生服务体系经历了不同发展阶段，最终形成了目前的卫生体系。卫生体系的建立与发展，特别是组织与治理模式的变革与中国政治、经济、行政管理等体制变革密切相关。

中国卫生行政组织体系分为四级，从中央到地方主要为国家级、省级（自治区、直辖市）、地市级和县级。虽然中国卫生体系经历了多轮的、以简政放权为主要内容的行政体制改革，但是无论立法和行政决策方面，中央政府都发挥着重要的主导作用。各级地方政府按照国家制定的原则和确定方向，制定和执行本地的规划和决策。中国卫生规划包括卫生发展规划和卫生专项业务规划两大类。中国在多部门合作促进健康方面有着较长的历史传统，“爱国卫生运动”是典型的代表，爱国卫生运动委员会是各级政府的部门间议事协调机构。中国对卫生服务体

系的各个主要方面都有相应的规范规制，主要由政府负责承担本区域的规制职责。

在计划经济时期，中国实行高度的中央政府集权形式，地方权力需要中央政府授权，服从中央的指令，并接受中央的监督。在资源配置的横向制度安排上实行政府及其公共部门集权，纵向制度安排上实行中央政府集权。1978年改革开放以来，尤其是1994年“分税制”实行后，中国行政体制改革主要包括向下级政府和向政府体制外管理和财政等方面的放权。

“爱国卫生运动”是卫生事业多部门合作的典范。爱国卫生运动委员会是各级政府的议事协调机构，由党、政、军、群等多部门组成，其办事机构是爱国卫生运动委员会办公室。全国爱国卫生运动委员会负责统一领导、统筹协调全国爱国卫生工作，全国爱国卫生运动委员会各成员单位按照职责分工，各负其责、加强配合。近年来，将“健康融入所有政策”的理念在中国开始得到各方重视，目前正在以“将健康融入所有政策”的理念为指导推进健康城市建设。

中国卫生筹资方式主要有政府预算、社会保险、商业保险和个人现金支付等四种。随着中国的改革开放、市场经济的快速发展以及医疗技术的进步，中国卫生行业进入高速发展期，卫生费用也随之增长。上世纪八、九十年代，由于全民医疗保险体系尚未建立，基本医疗保险覆盖率较低，从而造成卫生总费用中个人现金支付费用的比例较高。近几年，中国政府通过加大政府投入力度，建立基本医疗保险，力图降低患者个人现金支付水平，改善卫生服务的可及性和公平性，因而近十年出现了个人现金支付占卫生总费用比例显著下降趋势。1995年至2012年间，中国的卫生总费用增长了12.9倍，卫生总费用占GDP比例从3.5%增长到5.4%。政府卫生支出占GDP的比例呈逐年上升趋势，而个人现金支付占卫生总费用的比例在2000年达到59.0%后开始逐年下降，2012年下降到34.4%。2012年，政府财政支出占卫生总费用的比例为30.0%，社会保险占35.6%，个人现金支付为34.4%。

中国已初步形成受益城乡全体居民的基本医疗保障制度框架。城镇就业人口强制参加城镇职工基本医疗保险，由用人单位和职工共同缴纳保费，覆盖门诊、住院服务以及定点销售药店。城镇非就业居民自愿参加城镇居民医疗保险，由居民和政府共同筹资。农村居民以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗，由农民和政府共同筹资。政府财政补贴在城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度筹资中起主导作用。三类基本医疗保险均设立统筹基金，一般用于支付符合规定的住院和部分门诊大病医疗费用，设有一定的起付标准、共付比例以及最高支付限额。此外，基本医疗自付费用的城乡低保、五保户和其他困难家庭人员由城乡医疗救助体系提供资助。城乡医疗救助体系是中国多层次医疗保障体系的兜底层次，通过政府拨款和社会捐助等多渠道筹集资金，主要是确保贫困人口的基本医疗服务。

2003-2006年，由中央和地方财政出资，基本建立健全了覆盖城乡的疾病预防控体系和突发公共事件医疗救治体系。2009年起免费向全体居民提供基本公共

卫生服务。公共卫生服务筹资、专业公共卫生服务机构的人员经费、发展建设和业务经费全额纳入政府预算，并对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助。

中国长期以来实行按项目付费的支付方式，造成了医疗资源浪费、医保基金压力较大等问题。中国政府在“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划和实施方案中提出，加大医保支付方式改革力度，结合疾病临床路径实施，在全国范围内积极推行按病种付费、按人头付费、总额预付等。当前中国正在探索各种形式的支付方式改革。

中国的医疗卫生机构主要包括医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构。过去60年来，中国的医院数量保持持续增长的趋势，医院床位数和人员数也经历了持续的增长。2012年，中国共有各类医疗卫生机构95万个，医院床位数572万张，卫生技术人员668万人；城市每千人口床位数6.88张，农村3.11张；城市每千人口卫生技术人员数8.54人，农村3.41人。中国卫生人员相对稳定，有比较规范的职业生涯发展体系，但在平衡地区和城乡分布、吸引和留住基层卫生人员、提升卫生人员水平等方面仍有较大改善空间。中国初步建立了包括院校教育、毕业后教育和继续教育等连续统一的医学教育体系。大型医疗设备主要集中在二级及以上医院，基层医疗卫生机构的设备配置也逐年改善。在卫生信息系统建设方面，医院管理信息系统、临床信息系统以及区域卫生信息化系统均取得了较快发展。

中国已经建立了比较完善的医疗卫生服务提供体系，能够提供从传染病控制、急救医疗、门诊和住院服务等在内的服务。国家卫生和计划生育委员会负责全国卫生发展规划和行政管理工作，各级卫生计生行政部门负责所辖区域的卫生发展和行政管理等工作。疾病预防控制中心、卫生监督机构、妇幼保健机构、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室等机构为城乡居民提供传染病防控、慢性病防治、地方病防治、健康教育、食品安全监测和监督、劳动场所卫生监测、突发公共卫生事件处理和妇女儿童保健等公共卫生服务。社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室作为负责为辖区居民提供基本医疗服务，同时承担基本公共卫生服务。二、三级综合医院主要提供门诊和住院医疗服务。精神疾病、口腔疾病等医疗服务可以在专科医院获得。每个市、县单独建设一家中医医院，大部分综合性医疗机构和基层医疗卫生机构设有中医科，提供以草药、针灸等传统疗法为主的中医服务。2003年SARS以来，中国政府增加了对公共卫生机构的财政支持，从基础设施建设、人员能力加强、公共卫生服务项目提供等方面极大地促进了公共卫生服务的提供。中国政府鼓励和支持社会资本进入医疗服务市场。

为了解决卫生发展中的问题，中国进行了一系列卫生改革。中国卫生改革分为两个阶段，即上世纪八十年代初开始的卫生改革初步探索阶段和2003年以来卫生改革不断深化阶段。1949-1979年中国在经济水平极为落后、卫生资源极为匮乏的情况下，建立起了基本的卫生体系，通过加强基层卫生组织建设、重视预

防和开展大规模的群众卫生运动，以及建立起低水平广覆盖的城乡基本医疗保险制度，迅速改善了人民健康水平。1980年中国进入卫生改革初步探索阶段，主要是适应社会主义市场经济体制的建立，逐步认识卫生事业发展的规律，改革的核心内容包括医疗卫生机构管理体制、运行机制、补偿机制、医疗保障制度建设等。在卫生经济政策改革方面，加大了价格收费和药品加成的补偿力度。1997年初，中共中央、国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》，提出了医疗卫生机构把社会效益放在首位，防止片面追求经济收益而忽视社会效益的倾向；提出优先发展和保证基本卫生服务；提出建立农村医疗保障制度，深化城镇职工基本医疗保险制度改革。在这个阶段，卫生资源总量得到迅速提升，医疗卫生机构建设和技术条件得到根本性改变，医疗卫生技术人员的工作积极性得到提高，但是出现了医疗费用增长过快、“看病难、看病贵”等问题。2009年3月，中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，其基本目标是到2020年，建立起覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度；其基本任务是建立起比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系、比较健全的医疗保障体系和比较规范的药品供应保障体系；实现上述目标和完成改革任务主要通过卫生人力资源建设，卫生筹资改革、医疗卫生机构管理体制和运行机制改革等八项策略和政策。改革明确了基本医疗卫生服务制度是公共产品，全民应当享有；确定了“保基本、强基层、建机制”的改革原则。

中国自2009年医改实施以来，在建立全民医保体系、建设基本公共卫生服务均等化制度、提升基层卫生机构能力、建立基本药物制度和公立医院改革试点等方面取得了显著进展，为继续深化改革、实现建立健全覆盖城乡居民基本医疗卫生制度总体目标奠定了坚实的基础。

中国基本医疗保险覆盖率已从2003年的29.7%，提高到2008年的87.9%和2011年的95.7%，基本实现了基本医疗保险全民覆盖。2012年，中国城镇职工基本医疗保险制度覆盖人数为2.56亿，人均筹资水平达到2308元；新农合覆盖农村居民8.07亿，人均筹资305元；城镇居民基本医疗保险制度参保人数为2.72亿，人均筹资334元。随着医疗保障水平的提高，因经济原因造成的居民对卫生服务可及性的障碍大幅降低，比如因经济原因造成的提早出院比例由2003年的63.6%下降到2011年的28.0%。国家对基本公共卫生服务持续投入也改善了公共卫生服务可及性，比如产前检查率从2003年的43.2%提高到2011年的62.8%，住院分娩率从2003年的73.3%提高到2011年的95.8%。但是，在卫生服务可及性整体改善的同时，卫生服务不公平状况仍不容乐观，城乡之间、不同收入地区和人群之间在医疗服务利用率、产前检查率、灾难性卫生支出发生率等方面仍然存在较大差距。

由于卫生改革和卫生体系发展的复杂性和系统性，中国卫生改革面临着许多挑战，需要长期坚持和发展。需要继续深化的改革包括统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革，整合基本医疗保险制度，深化基层医疗卫生机构综合改革，加快公立医院改革，建立分级诊疗模式，加强卫生人

员队伍建设和医疗卫生信息化建设,鼓励社会办医,优先支持举办非营利性医疗机构。

第一章 背景

本章概要

中国是世界上人口最多的国家。2012年，中国大陆共居住着13.5亿人口，约占世界总人口的19%。中国已经进入老龄化社会，65岁以上人口占总人口的比例1980年为5.1%，2012年为8.7%。过去三十年，中国经历了快速的城镇化、流动人口众多，2012年城镇居住人口占总人口的51.8%，而这一比例1980年为19.4%。2012年，中国流动人口达到2.36亿；中国人口密度为每平方公里平均140人，但分布很不均衡。中国的基本政治制度是中国共产党领导的多党合作和政治协商制度、民族区域自治制度、基层群众自治制度。中国现行的国家行政管理体系包括国务院、省（自治区、直辖市）、市、县（自治县、县级市、市辖区、旗、自治旗）和乡（镇、民族乡、苏木）人民政府等层次。地方卫生行政管理部门受本级政府领导，并接受上级业务主管部门指导。中国经济体制有两个明确的发展阶段，即1949–1978年计划经济体制阶段和1978年后社会主义市场经济体制改革阶段。1978年中国开始经济改革和开放，实现了经济快速增长，2010年成为世界第二大经济体。过去六十年来，中国人民的健康状况得到极大改善，人均期望寿命从1949年的35岁提高到2012年的75岁，已经由高出生率、高死亡率、传染性疾病和营养不良为主的模式向低出生率、低死亡率、慢性病为主的模式转变。中国快速的经济增长、迅速的城镇化、高速的工业化、人口大规模流动，加上人口老化等因素，与生活方式和老龄化相关的疾病和危险因素成为最重要的健康问题。

1.1 地理与社会人口

中华人民共和国（以下简称中国）于1949年10月1日建立，陆地面积约960万平方公里，是世界国土面积第三大的国家。2012年，中国共有34个省级行政区，包括4个直辖市（北京、上海、天津、重庆）、23个省（包括台湾）、5个自治区和2个特别行政区（香港和澳门）；333个地级行政区划单位，2852个县级行政区划单位，以及40446个乡级行政区划单位（国家统计局，2014）。中国地势西高东低，复杂多样。中国气候复杂多样，从南到北跨热带、亚热带、暖温带、中温带、寒温带、寒带等气候带。中国陆上疆界两万多千米，东邻朝鲜，北面邻俄罗斯和蒙古，西北和西南是哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、阿富汗、巴基斯坦、印度、尼泊尔和不丹，南接老挝、缅甸和越南。

2012年，不包括港、澳、台等地区（本报告其它部分相同口径），中国大陆共居住着13.5亿人口，约占世界总人口的19%，女性人口占总人口的48.2%，人口年平均增长率为0.5%左右（World Bank，2014）。中国已经成为世界上人口增长最慢的国

家之一。按照世界卫生组织的标准,中国在1999年已经进入老龄化社会,2012年65岁以上人口占到总人口的8.7%(World Bank, 2014)。中国高中及以上受教育人口数占总人口的比例从1990年的9.4%提高到了2010年的19.7%,文盲率从1990年的15.9%下降到2010年的4.1%(卫生部, 2013a)。

自上世纪八十年代中期开始,中国经历了快速的城镇化。2011年,中国城镇居住人口数首次超过农村居住人口数。2012年,中国流动人口占全国总人口的17%(2.36亿),流动人口以农村向城市流动为主(国家人口和计划生育委员会, 2013)。中国人口密度分布很不均衡,东部和中部地区人口密集,西部高原地区人口稀少。

表1-1人口分布和部分社会人口指标, 1980-2012

| 指标 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 |
|---------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 总人口(百万) | 981.2 | 1051.0 | 1135.2 | 1204.9 | 1262.6 | 1303.7 | 1350.7 |
| 其中: 女性% | 48.4 | 48.4 | 48.4 | 48.4 | 48.3 | 48.3 | 48.2 |
| 0-14岁% | 35.4 | 30.9 | 29.3 | 28.5 | 25.6 | 20.5 | 18.0 |
| 15-64岁% | 59.5 | 63.5 | 64.9 | 65.3 | 67.5 | 71.8 | 73.3 |
| 65岁及以上% | 5.1 | 5.6 | 5.8 | 6.2 | 6.9 | 7.7 | 8.7 |
| 人口年增长率(%) | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.1 | 0.8 | 0.6 | 0.5 |
| 人口密度(人/每平方公里) | 105.2 | 112.7 | 121.7 | 129.2 | 135.4 | 139.8 | 144.8 |
| 总和生育率 | 2.7 | 2.8 | 2.5 | 1.7 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
| 粗出生率(‰) | 18.21 | 21.04 | 21.06 | 17.12 | 14.03 | 12.4 | 12.1 |
| 城镇居住人口比例(%) | 19.4 | 22.9 | 26.4 | 31.0 | 35.9 | 42.5 | 51.8 |
| 人口负担比% | 68.0 | 57.5 | 54.0 | 53.2 | 48.1 | 39.2 | 36.4 |

数据来源: World Bank, World Development Indicators, 2014

中国共有56个民族,汉族人口占全部人口的91.5%(国家统计局, 2014)。人口较多的少数民族包括壮族、满族、回族、苗族和维吾尔族。中国是一个多语言、多文字国家,共有80种以上语言,约30种文字;在55个少数民族中,除回族和满族两个民族通用汉语外,其他53个少数民族都使用本民族的语言,有文字的民族有21个,共使用27种文字(教育部, 2014)。中国宪法规定中华人民共和国公民有宗教信仰自由。中国是世界上宗教发展比较蓬勃、多种宗教并存的国家,主要包括佛教、伊斯兰教、天主教、基督教和道教。

1.2 政治背景

中国的基本政治制度是中国共产党领导的多党合作和政治协商制度、民族区域自治制度、基层群众自治制度。中国人民政治协商会议是民主党派参与政治协商及行使民主监督的重要渠道。社区自治是基层组织(包括农村的村和城市的社区)由社区居民委员会自我组织的制度安排。中国共产党是政治体制的设计者和核心领导者,是政治体制第一决策力量,对政治体制正常运转起到组织保

证作用。全国人民代表大会是中国的最高国家权力机关，统一行使国家最高权力。全国人民代表大会和地方各级人民代表大会都由民主选举产生。全国人民代表大会的职能包括有权修改宪法和监督宪法实施，制定国家基本法律，选举并罢免国家机关领导人，审查和批准国民经济和社会发展计划和计划执行情况的报告，审查和批准国家预算和预算执行情况的报告。全国人民代表大会每届任期五年，每年第一季度举行会议，会议由全国人大常委会召集。

国家行政制度是指根据国家宪法和有关法律，通过行政机关对国家政治、经济、文化、军事、外交等各方面事务进行管理的组织体系及宏观管理规范的总和，包括规划、组织、用人等方面。中国现行的国家行政机关体系为：国务院、省（自治区、直辖市）、市、县（自治县、县级市、市辖区、旗、自治旗）、乡（镇、民族乡、苏木）人民政府。地方各级人民政府的各工作部门受本级人民政府的领导，并受上级人民政府主管部门的领导和业务指导。省、自治区人民政府经国务院批准可以设立若干行政公署；县、自治县的人民政府经省、自治区、直辖市人民政府批准，可以设立若干区公所；市辖区、不设区的市的人民政府经上一级人民政府批准，可以设立若干街道办事处。派出机关，即行政公署、区公所和街道办事处等，不是一级政府机关，只是上级国家行政机关的代表机关。中国共产党在各级行政机关建立党组织，为行政机关制定路线、方针和政策。

民族区域自治制度是在中国领土内，在国家统一领导下，在各少数民族聚居的地方实行区域自治，设立自治机关，行使自治权，由少数民族自主地管理本民族内部的地方性事务。中国有五个自治区，即内蒙古自治区、新疆维吾尔自治区、宁夏回族自治区、广西壮族自治区和西藏自治区。

1.3 经济背景

中国经济体制有两个明确的发展阶段，即1949-1978年计划经济体制阶段和1978年后所进行的社会主义市场经济体制改革阶段。以1978年12月中共十一届三中全会召开为标志，中国开始改革开放。1984年10月，中共十二届三中全会通过《关于经济体制改革的决定》，提出改革的目标是建立具有中国特色的、充满生机和活力的社会主义经济体制；1992年中共十四届三中全会通过的关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定，提出建立社会主义市场经济体制，使市场在国家宏观调控下对资源配置起基础性作用；2002年中共十六届三中全会通过的关于完善社会主义市场经济体制若干问题的决定，对建成完善的社会主义市场经济体制进行了规划，提出树立科学发展观和构建社会主义和谐社会战略思想。2013年11月召开的中国共产党第十八届中央委员会第三次全体会议，通过了中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定，提出了经济体制改革是全面深化改革的重点，核心是处理好政府和市场的关系，使市场在资源配置中发挥决定性作用，以及更好的发挥政府作用。

中国自1978年改革开放以来，经济增长一直保持较高的速度，GDP年增长率平均10%左右（表1-2）。2010年中国经济总量排在全球第二位，成为世界上第二大经

济体。2012年，中国人均GDP为6093美元，用购买力平价（PPP）调整的人均GDP为10945美元，已经进入中等发展国家行列（World Bank, 2014）。1980–2012年，在经济增长结构中，农业增加值降低了约20%，服务业增加值增加了约20%，工业增加值基本没有变化（World Bank, 2014）。通货膨胀率除个别年份外，基本保持在较低水平上。官方统计和报告的失业率一直维持在5%以下（World Bank, 2014）。

在经济快速发展的同时，城乡间、地区间和人群间收入水平差距拉大。Gini系数从1990年的0.32增加到2005年的0.43（World Bank, 2014）。除城乡差异外，中国区域间经济发展也不平衡。2012年，经济欠发达的西部地区和中部地区，其人均GDP分别只有东部地区的54%和50%（国家统计局, 2014）。为了解决收入差距问题，中国政府积极开展扶贫帮困，并取得到了巨大成就。专栏1.1是中国扶贫事业发展的基本情况。

市场化改革、人口众多、劳动力价格优势等是中国经济发展的主要动力。近几年，由于人口老龄化等因素的影响，中国人口红利正在逐渐消失。此外，中国经济高速发展的环境代价较高，目前生态环境质量整体恶化、污染严重。

表1-2 部分年份中国宏观经济指标

| 指标 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 |
|-------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 国内生产总值（GDP）（10亿美元） | 189.4 | 306.7 | 360.0 | 728.0 | 1198.5 | 2256.9 | 8229.5 |
| 用PPP衡量的GDP（现价国际元，10亿美元） | - | - | 1110.0 | 2151.4 | 3616.3 | 6470.2 | 14 782.7 |
| 人均GDP（美元） | 193.0 | 291.8 | 314.4 | 604.2 | 949.2 | 1731.1 | 6092.8 |
| 用PPP衡量的人均GDP（现价国际元） | - | - | 1006.6 | 1785.6 | 2864.1 | 4162.9 | 10 944.5 |
| GDP年均增长率（%） | 7.5 | 15.2 | 4.1 | 13.1 | 7.6 | 11.3 | 7.7 |
| 财政支出占GDP比例（%） | 14.9 | 14.4 | 14.1 | 13.8 | 15.8 | 14.3 | 13.7 |
| 工业增加值占GDP比例（%） | 48.2 | 42.9 | 41.3 | 47.2 | 45.9 | 47.4 | 45.3 |
| 农业增加值占GDP比例（%） | 30.2 | 28.4 | 27.2 | 20.0 | 15.1 | 12.1 | 10.1 |
| 服务业增加值占GDP比例（%） | 21.6 | 28.7 | 31.5 | 32.8 | 39.0 | 40.5 | 44.6 |
| 失业率（%） | - | - | - | 4.5 | 4.5 | 4.1 | 4.5 |
| Gini系数 | - | - | 0.32 | - | - | 0.43 | - |
| 城镇居民家庭恩格尔系数*（%）* | 56.9 | 53.3 | 54.2 | 50.1 | 39.4 | 36.7 | 36.2 |
| 农村居民家庭恩格尔系数*（%）* | 61.8 | 57.8 | 58.8 | 58.6 | 49.1 | 45.5 | 39.3 |
| 通货膨胀率（%） | - | - | 3.1 | 16.9 | 0.3 | 1.8 | 2.7 |
| 官方汇率（1美元兑换人民币，元） | 1.5 | 2.9 | 4.8 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 6.3 |

* 恩格尔系数：食品支出占家庭总支出的比例，数据来源于国家统计局，2014

数据来源：World Bank, World Development Indicators, 2014

专栏1.1：中国扶贫

中国扶贫事业取得了举世瞩目的成就，主要体现在农村人口减贫。1978-1985年，中国农业出现了持续高增长，农民人均纯收入年增长率高达16.5%，农村贫困人口从1978年2.5亿人减少到1985年1.25亿人（1985年贫困线为农村年人均纯收入206元），贫困发生率从33.1%下降到14.8%。中国政府从1986年开始实施“重点扶贫”政策，对集中连片的贫困人口重点区域划出国家重点扶持贫困县，由国家投入资金，实行“开发式扶贫”，即在国家必要支持下，利用贫困地区的自然资源，进行开发性生产建设，逐步形成贫困地区和贫困户的自我积累和发展能力，主要依靠自身力量解决温饱、脱贫致富。到1993年，中国农村贫困人口进一步减少到7500万人，贫困发生率相应下降到1993年的8.2%。1994-2000年七年中，中国政府投入的扶贫资金比1986-1993年增长2.7倍还多，同时还得到了世行、亚行等国际组织扶贫资金的支持，这一时期成为中国自改革开放以来贫困人口减少速度最快的时期。

近十年来，中国扶贫事业继续得到稳定发展，农村贫困人口出现了大幅度下降，城市贫困问题基本上得到了解决。按照2008年设定的农村扶贫标准（农民年人均纯收入1067元），2010年农村贫困人口比2000年减少了6700万，2000-2010年贫困人口下降幅度达到70%以上。按照新的国家贫困线（农民年人均纯收入2300元），目前中国农村贫困人口为1.3亿；同时，由于收入差距不断扩大、社会矛盾比较突出，对扶贫工作带来了很多困难和挑战。

资料来源：国务院新闻办，2011

过去三十多年，中国经济增长主要依靠出口和基础设施建设拉动。政府目前正在尝试将经济转向更加依靠消费拉动的增长方式，这将对社会经济产生影响。目前国家经济发展战略强调经济增长的结构调整。相比过去三十多年的高速增长，经济发展速度的降低将对建设一个更加有效的卫生体系提出更高要求。

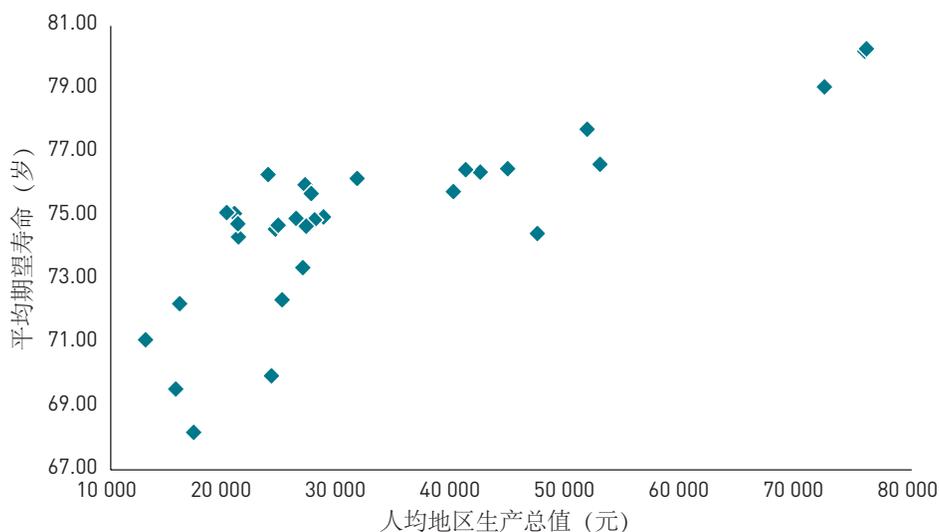
1.4 健康状况

中国与世界上其他大多数国家一样，人口和疾病模式已经从高出生率、高死亡率、传染性疾病和营养不良为主向低出生率、低死亡率、慢性病为主转变。特别自上世纪八十年代初以来，随着中国快速的经济增长、迅速的城镇化、高速的工业化、人口大规模流动，以及人口老化等因素，与生活方式和人口转型相关的疾病和危险因素成为最重要的健康问题。

1.4.1 主要健康指标

平均期望寿命：中国居民的平均期望寿命有了很大增长，从1949年的35岁提高到1980年的67岁和2012年的75岁（见表1-3）。但是，在整体水平提高的同时，平均期望寿命在城乡和地区间仍然存在较大差异，图1-1是不同收入水平的省份人均期望寿命比较。作为经济最发达地区之一的上海，其2010年平均期望寿命是80.3岁，而经济欠发达的云南平均期望寿命同期只有69.5岁。

图1-1 2010年平均期望寿命和人均地区生产总值的关系



数据来源：卫生部，2013a

儿童死亡率：儿童死亡率有两个主要指标，既婴儿死亡率和五岁以下儿童死亡率。如表1-3所示，中国儿童死亡率持续下降。婴儿死亡率从1980年的47.2‰下降到2012年的11.7‰；五岁以下儿童死亡率从1980年的61.3‰下降到2012年13.6‰（World Bank，2014）。儿童死亡率城乡差距正在缩小，但是仍然存在差距。1995年农村婴儿死亡率比城市婴儿死亡率高2.9倍，2010年高2.8倍；1995年农村5岁以下儿童死亡率比城市高3.1倍，2010年高2.8倍（卫生部，2013a）。不同地区之间的婴儿死亡率存在较大差距。2010年，经济较发达的上海市和山东省，婴儿死亡率分别为5.05‰和7.69‰；而经济相对落后的青海省与贵州省分别为16.06‰和27.0‰（韩，2014）。

孕产妇死亡率：孕产妇死亡率从1990年的10万分之120下降到了2012年的10万分之24.5（World Bank，2014）。城乡之间孕产妇死亡率差距缩小较快。农村孕产妇死亡率与城市孕产妇死亡率之间的差距由1995年的2.5倍缩小到了2005年的2.2倍；2012年，农村地区孕产妇死亡率（每10万活产16.4例死亡）比城市地区（每10万活产10.9例死亡）高，贫穷省份比富裕省份高（国家卫生计生委，2014）。2012年，孕产妇死亡率在上海市和山东省分别为10万分之2.0和10.1，而在青海省和贵州省，分别为10万分之36.2和26.1（国家卫生计生委，2014）。

表1-3 部分年份主要健康指标

| 指标 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|
| 平均期望寿命(岁) | 67.0 | 68.3 | 69.5 | 70.3 | 72.1 | 74.1 | 75.2 |
| 其中: 男性(岁) | 65.5 | 66.8 | 67.9 | 68.7 | 70.7 | 72.8 | 73.9 |
| 女性(岁) | 68.6 | 69.9 | 71.1 | 72.0 | 73.6 | 75.3 | 76.5 |
| 婴儿死亡率(‰) | 48.0 | 42.1 | 42.2 | 37.7 | 30.2 | 20.3 | 11.7 |
| 5岁以下儿童死亡率(‰) | 62.4 | 53.8 | 53.9 | 47.5 | 36.9 | 23.9 | 13.6 |
| 孕产妇死亡率(1/10万) | - | - | - | - | 53 | 47.7 | 24.5 |
| 5岁以下儿童营养不良率(%) | 12.6 | 10.7 | 7.4 | 4.5 | - | - | - |

数据来源: World Bank, World Development Indicators, 2014

死因构成: 自上世纪九十年代开始, 中国人口死因最大变化是恶性肿瘤、脑血管疾病和心脏病等疾病的死亡率和构成比不断增加, 传染病、慢性呼吸道疾病和消化系统疾病所占比例下降(表1-4)。1990年到2010年, 慢性呼吸道疾病顺位由第一位降为第四位, 死因构成比由24.9%降到13.5%; 恶性肿瘤从第三位升为第一位, 死因构成比由19%增加到26.5%; 脑血管疾病顺位没有发生变化, 均为第二位, 但是其构成比从19%增加到23.4%; 传染病1990年和1995年处于死因第七位, 2005年和2010年降到第九位, 构成比显著下降; 内分泌营养和代谢疾病在1990年没有进入十位, 2005年和2010年排在了第七位。

表1-4 部分年份中国前十位死因统计

| 顺位 | 1990 | | 1995 | | 2000 | | 2005 | | 2010 | |
|----|----------|------|----------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| | 死因 | % | 死因 | % | 死因 | % | 死因 | % | 死因 | % |
| 1 | 慢性呼吸道疾病 | 24.9 | 慢性呼吸道疾病 | 25.3 | 恶性肿瘤 | 22.3 | 恶性肿瘤 | 26.3 | 恶性肿瘤 | 26.5 |
| 2 | 脑血管疾病 | 19.0 | 恶性肿瘤 | 20.0 | 脑血管疾病 | 21.4 | 脑血管疾病 | 21.7 | 脑血管疾病 | 23.4 |
| 3 | 恶性肿瘤 | 19.0 | 脑血管疾病 | 19.7 | 慢性呼吸道疾病 | 21.4 | 慢性呼吸道疾病 | 19.5 | 心脏病 | 20.8 |
| 4 | 心脏病 | 13.4 | 心脏病 | 12.1 | 心脏病 | 15.3 | 心脏病 | 15.1 | 慢性呼吸道疾病 | 13.5 |
| 5 | 损伤和中毒 | 8.8 | 损伤和中毒 | 10.9 | 损伤和中毒 | 9.7 | 损伤和中毒 | 8.8 | 损伤和中毒 | 7.9 |
| 6 | 消化系统疾病 | 5.2 | 消化系统疾病 | 4.7 | 消化系统疾病 | 3.9 | 消化系统疾病 | 3.4 | 消化系统疾病 | 2.7 |
| 7 | 传染病 | 4.6 | 传染病 | 2.7 | 传染病 | 1.9 | 内分泌营养和代谢疾病 | 1.8 | 内分泌营养和代谢疾病 | 2.5 |
| 8 | 新生儿病 | 2.5 | 新生儿病 | 1.7 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.6 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.5 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.2 |
| 9 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.7 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.5 | 内分泌营养和代谢疾病 | 1.4 | 传染病 | 1.2 | 传染病 | 1.1 |
| 10 | 精神障碍 | 1.0 | 内分泌系统疾病 | 1.4 | 新生儿病 | 1.0 | 精神障碍 | 0.7 | 精神障碍 | 0.5 |

数据来源: 根据相应年份中国卫生统计年鉴城市和农村人口的比例和死亡率进行加权计算

表1-5显示了城乡居民的前十位死因。由表可见城乡之间在1990年存在着很大差别，而在2010年时已经趋向一致。

表 1-5 部分年份中国农村和城市前十位死因统计

| 1990 | | | | | | 2010 | | | | | |
|--------|----------|------|--------|------------|------|--------|------------|------|--------|------------|------|
| 农村 | | | 城市 | | | 农村 | | | 城市 | | |
| 位 序 | 死因 | % | 位 序 | 死因 | % | 位 序 | 死因 | % | 位 序 | 死因 | % |
| 1 | 慢性呼吸道疾病 | 24.8 | 1 | 恶性肿瘤 | 21.9 | 1 | 脑血管疾病 | 23.4 | 1 | 恶性肿瘤 | 26.3 |
| 2 | 恶性肿瘤 | 17.5 | 2 | 脑血管疾病 | 20.8 | 2 | 恶性肿瘤 | 23.1 | 2 | 心脏病 | 20.9 |
| 3 | 脑血管疾病 | 16.2 | 3 | 心脏病 | 15.8 | 3 | 心脏病 | 17.9 | 3 | 脑血管疾病 | 20.2 |
| 4 | 心脏病 | 10.8 | 4 | 慢性呼吸道疾病 | 15.8 | 4 | 慢性呼吸道疾病 | 14.2 | 4 | 慢性呼吸道疾病 | 11.0 |
| 5 | 损伤和中毒 | 10.7 | 5 | 损伤和中毒 | 6.9 | 5 | 损伤和中毒 | 8.5 | 5 | 损伤和中毒 | 6.2 |
| 6 | 消化系统疾病 | 5.0 | 6 | 消化系统疾病 | 4.0 | 6 | 消化系统疾病 | 2.4 | 6 | 内分泌营养和代谢疾病 | 2.9 |
| 7 | 传染病 | 3.6 | 7 | 内分泌营养和代谢疾病 | 1.7 | 7 | 其它疾病 | 2.0 | 7 | 消化系统疾病 | 2.7 |
| 8 | 新生儿病 | 2.5 | 8 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.6 | 8 | 内分泌营养和代谢疾病 | 1.7 | 8 | 其它疾病 | 1.6 |
| 9 | 结核病 | 1.8 | 9 | 新生儿病 | 1.5 | 9 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.0 | 9 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.2 |
| 10 | 泌尿生殖系统疾病 | 1.5 | 10 | 其它疾病 | 1.3 | 10 | 无明确诊断 | 0.7 | 10 | 精神障碍 | 0.9 |

数据来源：国家卫生计生委，2014

1.4.2 慢性非传染性疾病

慢性非传染性疾病（慢性病）已经成为中国主要的疾病负担。在每年约1030万各种因素导致的死亡中，慢性病所占比例为85%，占到中国总的疾病负担的70%（卫生部、国家发改委和财政部，2012）。中国慢性病主要包括心脑血管疾病、糖尿病、慢性阻塞性肺病和肺癌，它们构成了慢性病的主要负担。据预测，中国40岁以上人口慢性病患者人数在2020年和2030年将增加1-2倍（World Bank, 2011）。

中国现有慢性病患者超过2.6亿，2012年因慢性病死亡约712万（卫生部，国家发展和改革委员会，2012）。慢性病患病死亡上升速度明显，2002年到2010年间，18岁以上人群的高血压患病率从18.8%上升至22.8%（中国高血压防治指南修订委员会，2011），糖尿病患病率从2.6%上升至9.7%（中华医学会糖尿病学分会，2011）。

自上世纪九十年代中期以来，中国癌症发病率呈逐年上升趋势，发病率年平均增长为4%（中国疾病预防控制中心，2012a）。肺癌、胃癌、肝癌、食管癌和结直肠癌是主要的癌症。

50%左右的慢性病可以通过控制行为危险因素得到预防（World Bank，2011）。吸烟、酗酒、不合理膳食、缺少锻炼是中国最重要的慢性病影响因素。如表1-6所示，2004-2010年吸烟率有所下降，但仍然处于较高水平。人均每天盐和油摄入量高于世界卫生组织推荐的量。人群包括儿童的超重和肥胖已经成为日益严重的健康问题。室内外空气污染已经成为重要的慢性病危险因素。室内污染包括家庭装修材料污染（甲醛和苯）和室内燃煤污染。

表1-6 慢性非传染性疾病主要危险因素

| 危险因素 | 2004 | 2007 | 2010 |
|----------------------------|------|------|------|
| 18-69岁男性居民现在吸烟率(%) (WHO标准) | 58.7 | 58.2 | 54.0 |
| 18-69岁居民有害饮酒率(%) | 3.1 | 3.6 | 9.3 |
| 18岁及以上居民体育锻炼率(%) | - | - | 11.9 |
| 18-69居民超重率(WHO标准) | 23.1 | 27.3 | 28.6 |
| 家庭人均每日食盐摄入量(克) | - | - | 10.6 |
| 家庭人均每日烹调油摄入量(克) | - | - | 49.1 |

数据来源：中国疾病预防控制中心，2012b

1.4.3 传染病与突发公共卫生事件

传染病，包括霍乱、麻风、结核病、血吸虫和疟疾等，曾经是影响中国人民健康水平最重要的疾病。中国通过建立疾病预防控制体系、开展预防接种和爱国卫生运动等防控措施，降低了传染病发病率，重点传染病得到了有效控制。2012年，甲类传染病包括鼠疫和霍乱以及乙类传染病包括病毒性肝炎和肺结核，其报告发病率和死亡率分别控制在十万人口之238.8和1.24以内（国家卫生计生委，2014）。目前主要传染病包括病毒性肝炎、肺结核、性传播疾病和HIV感染/艾滋病。2012年，病毒性肝炎发病率为十万人口之102.5，肺结核为十万人口之70.6，性传播性疾病十万人口之30.4，HIV感染/艾滋病为十万人口之7.4（国家卫生计生委，2014）。

新发传染病仍然是严重的公共卫生问题，包括严重急性呼吸综合征（SARS，传染性非典型肺炎）、人高致病性禽流感、手足口病，输入性脊髓灰质炎病例，以及人感染H7N9禽流感疫情等，均引起了全国性高度关注。除上述新发急性传染病外，病毒性肝炎、结核病、艾滋病等慢性传染性疾病也是目前中国沉重的疾病负担。2012年1-6月，中国共报告包括急性传染病暴发、各类中毒等在内的突发公共卫生事件657起，病例23843人，死亡111人（中国疾病预防控制中心，2013）。环境因素事件、职业性中毒、学校突发公共卫生事件等时有发生。中国近年来食物中毒事件报告数逐步降低，从2003年的379起下降至2012年的174起，但2010-2012年每年仍有约7000至8000人中毒（中国疾病预防控制中心，2013）。

1.4.4 妇幼健康

中国已经实现了降低儿童死亡率的千年发展目标，并将实现2015年降低孕产妇死亡率的千年发展目标。妇幼卫生项目覆盖范围显著扩大。2012年，产前保健和产后保健覆盖率分别达到95.0%和92.6%（国家卫生计生委，2014）。政府组织并资助针对育龄妇女的年度体检，筛查重大疾病（含妇科相关癌症）和健康问题。2000年，5270万妇女接受了此项服务，占目标人群的38.6%；2012年，接受服务的人数达到1.04亿，占目标人群的64.2%（国家卫生计生委，2014）。在1.4.1中，已经列出了儿童死亡率和孕产妇死亡率等主要妇幼健康指标，分析了妇幼健康整体水平迅速提高及其存在的地区差异。

妇幼其他健康指标也呈现同样的趋势。比如，中国5岁以下儿童中重度营养不良的比重，从2000年的3.1%下降到2012年的1.4%（国家卫生计生委，2014）。但是，儿童营养状况存在明显的城乡差异和地区差异，特别是贫困地区农村儿童营养状况需要改善。2012年，发达地区，以上海市和山东省为例，严重营养不良的比例分别为0.06%和0.67%；而欠发达地区，以青海省和贵州省为例，严重营养不良的比例分别为2.36%和1.27%（国家卫生计生委，2014）。农村地区儿童低体重率和生长迟缓率约为城市地区的3-4倍，而贫困农村地区又为一般农村地区的2倍左右（卫生部，2013a）。

第二章 组织和治理

本章概要

在中国卫生法律体系约束下,中国卫生体系主要由卫生筹资体系、卫生服务提供体系和卫生监管体系等构成,各子系统相对独立又相互联系,不同行为主体在各子系统中发挥作用。中国卫生法律分为卫生机构法律制度,卫生职业法律制度,公共卫生法律制度,卫生服务法律制度。中国目前有11部全国人民代表大会颁布的卫生法律和38项国务院颁布的卫生行政法规。

国家卫生和计划生育委员会(简称“国家卫生计生委”,2013年之前称“卫生部”)及其管理的国家中医药管理局是最主要的卫生行政管理机构。在国务院的其他构成部门中,国家发展和改革委员会、民政部、财政部、人力资源与社会保障部等部门根据职责划分,也在卫生治理体系中承担规划、筹资、保险管理等相应职责(详见2.3.3)。1949年新中国建立以来,中国医疗卫生服务体系经历了不同发展阶段,最终形成了目前的卫生体系。卫生体系的建立与发展,特别是组织与治理模式的变革与中国政治、经济、行政管理等体制变革息息相关。

中国卫生行政组织体系分为四级,从中央到地方主要为国家卫生计生委、省(自治区、直辖市)卫生厅(局)、地市卫生局和县区卫生局。虽然中国卫生体系经历了多轮的、以简政放权为主要内容的行政体制改革,但是无论立法和行政决策方面,中央政府都发挥着重要的主导作用。各级地方政府按照国家制定的原则和确定方向,制定和执行本地的规划和决策。中国卫生规划包括卫生发展规划和卫生专项业务规划两大类。中国在多部门合作促进健康方面有着较长的历史传统,“爱国卫生运动”是典型的代表,爱国卫生运动委员会是各级政府的部门间议事协调结构,主要职责是提高人民健康水平。中国对卫生服务体系的各个主要方面都有相应的规范规制,主要由政府负责承担本区域的规制职责。

组织和治理是卫生体系运行的基础。卫生组织体系是指在一定区域内以保护和增进人群健康为目标的各种不同组织形成的组织群;治理,从广义上讲,是在社会系统中对事务过程的管理,卫生治理则是一个社会为促进和保护其人群健康而对组织及其运转进行界定的规则及管理。

2.1 卫生体系概述

在中国卫生法律体系约束下,中国卫生体系主要由卫生筹资体系、卫生服务提供体系和卫生监管体系等构成,各子系统相对独立又相互联系,不同行为主体在各

子系统中发挥作用。自2009年以来,中国着力建设覆盖城乡居民的基本医疗保障体系。截止2013年,尽管在筹资水平和受益水平上存在差异,三大基本医疗保险项目已经覆盖全国95%以上的人口。迄今为止,医疗卫生服务提供体系主要依靠公立医院(含中医院)和其他公立卫生机构,同时私立部门作为公共筹资和服务提供的有益补充,在中国卫生筹资和服务提供中发挥的作用日益增强。2013年商业健康保险费用占卫生总费用比重达到3.55%,非公立医疗卫生机构数占全部医疗卫生机构数的45.09%。

2.1.1 卫生法律体系

中国法律体系是以宪法为统帅,以法律为主干,以行政法规、地方性法规为重要组成部分,由宪法相关法、民法商法、行政法、经济法、社会法、刑法、诉讼与非诉程序法等多个法律部门组成的有机统一整体。根据《中华人民共和国宪法》和《中华人民共和国立法法》,中国目前形成了三级立法系统,包括(1)全国人大、国务院及其所属部门,(2)省级人大和省级政府,(3)省级政府所在地的市和国务院批准的较大市的人大和政府。省级人大和省级政府“在不同宪法、法律、行政法规相抵触的前提下,可以制定地方性法规,报全国人民代表大会常务委员会备案”,“省级人民政府可以制定规章”。省级政府所在地的市和国务院批准的较大的市的人大和政府,前者可以制定地方性法规,后者可以制定规章。规章制定不得与法规、法律和宪法相抵触,法规制定不得与法律和宪法相抵触。

《中华人民共和国宪法》对居民健康权益有明确规定:“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业”。根据卫生法律的调整对象为主要标准,中国卫生法律分为卫生机构法律制度,卫生职业法律制度,公共卫生法律制度,卫生服务法律制度,这些法律制度主要就某一具体领域进行规范指导。中国目前尚缺乏可以统帅卫生法律体系、连接宪法与具体卫生法律法规的综合性法律,目前中国政府正在制定这样一部法律。

中国的卫生法律绝大部分属于卫生行政法规。除了全国人大常委会颁布的法律外(见表2.1),国务院制定了《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《中医药条例》、《突发公共卫生事件应急条例》、《护士条例》等38项行政法规,除此之外还有大量地方法规、部委和地方政府规章和规范性文件等。

表2-1中国主要卫生立法

| 年份 | 法律 |
|------|--------------------------|
| 1984 | 《中华人民共和国药品管理法》(2001年修订) |
| 1989 | 《中华人民共和国传染病防治法》(2013年修订) |
| 1993 | 《中华人民共和国红十字会法》 |
| 1994 | 《中华人民共和国母婴保健法》 |
| 1997 | 《中华人民共和国献血法》 |
| 1998 | 《中华人民共和国执业医师法》 |
| 2001 | 《中华人民共和国职业病防治法》(2011年修订) |
| 2001 | 《中华人民共和国人口与计划生育法》 |
| 2007 | 《中华人民共和国国境卫生检疫法》 |
| 2009 | 《中华人民共和国食品安全法》 |
| 2012 | 《中华人民共和国精神卫生法》 |

资料来源：根据国家卫生计生委网站信息整理

2.1.2 卫生管理体系

在卫生体系的管理体系(见图2-1)中,各行为主体承担的角色和责任不同,不同主体间存在广泛的联系。

卫生管理主体

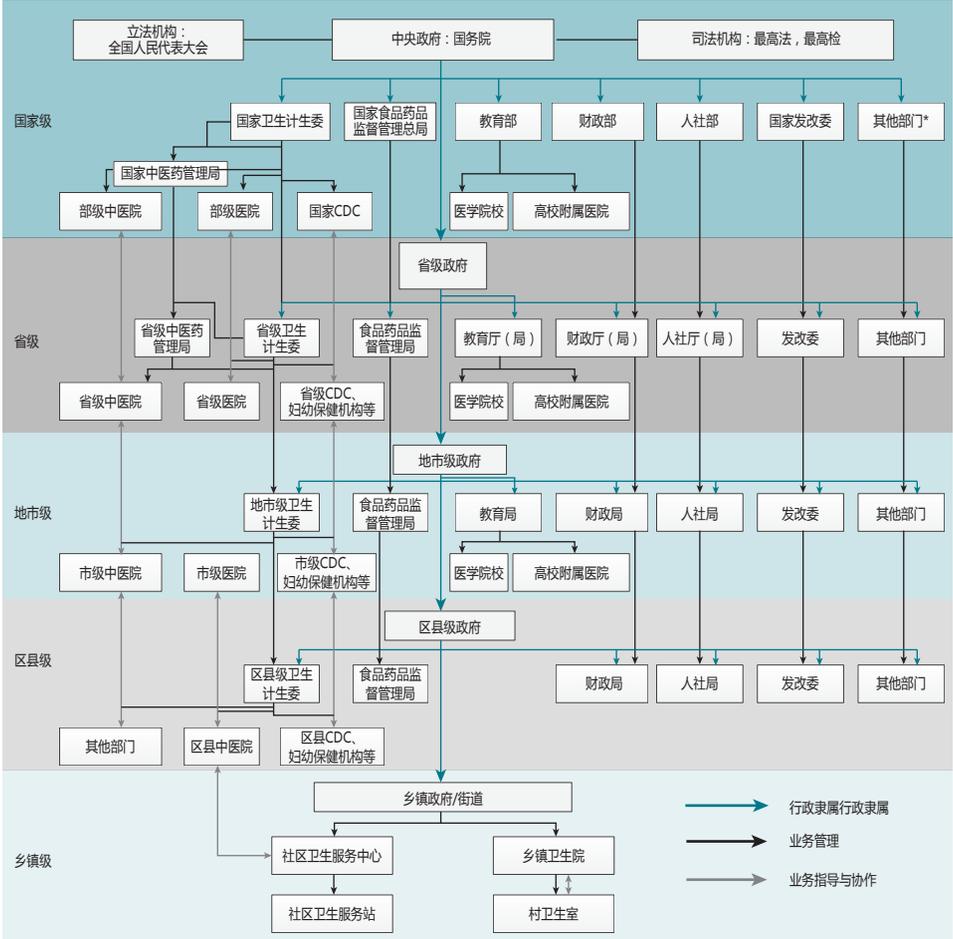
全国人民代表大会是最高国家权力机关,其常设机关为全国人民代表大会常务委员会。全国人民代表大会常务委员会的主要职权包括修改宪法;监督宪法的实施;制定和修改刑事、民事和其他基本法律;监督国务院等部门的工作等。全国人大教科文卫委员会1983年设立,主要负责审议全国人民代表大会主席团或全国人民代表大会交付的有关教科文卫等方面的议案和法律草案、质询案;向全国人民代表大会主席团或全国人大常委会提出属于人大职权范围内同教科文卫委员会有关的议案;参与教科文卫体人口等方面立法工作;在全国人大常委会领导下,依法对教科文卫等方面的法律进行视察与监督等。

国家卫生计生委及其管理的国家中医药管理局是最主要的卫生行政管理机构。

在国务院的其他构成部门中,国家发展改革委、民政部、财政部、人力资源社会保障部等部门根据职责划分,也在卫生治理体系中相应承担规划、筹资、保险管理等相应职责。

国务院直属机构中,国家食品药品监督管理总局、国家质量监督检验检疫总局等机构也参与卫生体系的治理工作。

图2-1 卫生组织和治理体系概览



* 其他部门包括民政部、保险监督管理委员会等

来源：作者绘制

中国省、市、县三个行政级别的机构设置以及在卫生治理中的作用大体与中央级相同。地方政府各工作部门受同级人民政府统一领导，并且依照法律或行政法规的规定受上级主管部门的业务指导或者领导。

非政府组织

在中国，非政府组织也参与到卫生体系的各领域，包括慈善组织，基金会以及各类专业协会。专业协会在卫生治理中发挥一定作用，如中华医学会、中华中医药学会、中华预防医学会、中国医师学会、中华护理学会等，主要职责包括组织在职培训或继续教育，向政府及有关部门反映医药工作者的意见、建议和要求，组织专家协助政府对相关法规政策进行论证等。

卫生服务提供体系

中国卫生服务提供体系主要包括公共卫生服务提供体系和医疗服务提供体系，其中公共卫生服务提供组织包括疾病预防控制、妇幼保健、健康教育、卫生信息、卫生监督管理等机构；医疗卫生服务组织体系包括省、市、县三级医院和基层医疗卫生服务机构。上述医疗卫生机构按照登记注册类型分为公立和非公立医疗卫生机构，按管理类别分为非营利性和营利性医疗卫生机构（关于卫生服务提供体系的详细信息见第五章）。

卫生筹资体系

中国卫生筹资体系包括广义政府和私立部门，其中广义政府投入包括各级财政对医疗卫生服务的直接投入和社会医疗保障基金两部分。其中，财政医疗卫生直接投入包括中央和地方政府对医疗卫生机构的运行和发展投入以及对公共卫生服务项目投入，如基本公共卫生服务均等化补助。社会医疗保障基金包括城镇职工基本医疗保险，城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗三大医疗保险以及正在施行的大病医疗保险等补充医疗保险，上述社会医疗保险与医疗救助共同形成世界上覆盖人口最多的医疗保障网。私立部门筹资主要包括商业保险、个人卫生支出、企业筹资、非营利性机构筹资。

2.2 历史背景

1949年新中国建立以来，中国医疗卫生服务体系经历了不同发展阶段，最终形成了目前的卫生体系。卫生体系的建立与发展，特别是组织与治理模式的变革与中国政治、经济、行政管理等体制变革息息相关。中国的社会经济发展与改革可分为不同阶段，在不同阶段卫生体系发展体现出不同特征。在新中国成立到改革开放前，卫生系统以计划经济为基础，主要依靠公共筹资发展卫生系统，这一时期存在卫生资源短缺和服务提供能力不足的突出问题；从改革开放到2002年，中国卫生系统逐步过渡到以市场经济为主，动员各方面资金投入卫生，卫生资源和服务提供能力有了快速发展，但同期政府投入责任弱化，2000年之后个人卫生支出比重接近60%；第三个阶段中国政府加强政府在卫生领域的责任，加大了政府对卫生的投入力度，到2012年卫生总费用中个人卫生支出的比重下降到34.34%（国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014）。

2.2.1 第一阶段：新中国成立至改革开放前（1949-1978年）

建国之初，中国经济发展水平低下，政府将实现社会公平作为核心价值之一，贯穿到社会主义政治制度、经济制度、分配制度的设计过程中，逐渐形成了以高度集中为特征，以行政管理为主要手段的计划经济体制。国家通过行政手段管理社会经济事务，在收入分配和社会福利方面遵循平均主义，实行“按劳分配”的分配制度。卫生也形成了自上而下的卫生行政管理组织体系，在政府强有力的统一规划组织下，医疗卫生服务体系得到快速建立和发展，形成了包括医疗、预防、保健、康复、教学、科研等在内的比较完整的卫生体系，尤其是以农村合作医

疗和农村三级医疗网为代表的农村卫生服务体系得到了世界卫生组织的高度评价。中国卫生服务提供体系的制度框架基本上形成于这个时期。由于当时社会经济发展水平的限制，卫生体系的特征是“低水平、广覆盖”，筹资和报销水平较低，统筹范围通常是市或县。总体而言卫生人员教育水平较低，医疗服务提供能力和服务质量不高。公共筹资的医疗保险覆盖了大部分城市居民，但补偿水平非常低，农村合作医疗制度尤其如此。缺医少药情况比较严重，一方面当时卫生人员数量总体不足，另一方面尽管通过短期培训等方式培养较多的初级卫生人员（如赤脚医生），但其服务能力相对较低，高质量卫生人员数量较为缺乏；同时，计划经济条件下医务人员收入与服务提供没有直接联系，其提供医疗卫生服务的积极性较低，服务提供效率不高。改革开放之前的一段时期，卫生体系内的各种矛盾日益凸显。

2.2.2 第二阶段：改革开放初步阶段（1979-2002年）

1978年召开的中国共产党十一届三中全会开启了中国从计划经济向社会主义市场经济的转轨，国家的工作重心转到以经济建设为中心。这一时期政治体制、行政管理体制、经济体制和财政体制发生了巨大变革，对卫生体系和治理产生深刻影响。

- 政治体制改革。1982年宪法的全面修改确立了新时期国家政治体制和经济发展的纲领，1987年的中共十三大提出建设高度的社会主义民主是政治体制改革的目标和根本任务之一。1979到2002年，这一时期的政治体制改革内容主要是党政分开，权利下放，精简机构。
- 行政管理体制改革。行政管理体制改革是随着计划经济向市场经济的转型与经济体制改革同步进行的。随着国家经济、社会事业的发展，行政体制开始简政放权。在政府层面，地方政府开始承担更多的卫生职责，对医疗机构的放权体现为大部分医疗机构实际上开始成为“自主经营、自负盈亏”的独立经营实体。
- 经济体制改革。1979到2002年，这一时期经济体制改革的核心是资源配置由行政分配逐步过渡到市场发挥基础性作用。在医疗卫生服务领域很多卫生要素越来越市场化，主要由市场调节，但医疗服务价格主要采取政府定价。
- 财税体制改革。1994年启动了“分税制”的财政体制改革，加强了中央财政的财力集中能力，地方政府收入下降，财政支出压力明显加大。政府财权的不断上移与卫生领域政府事权的层层下放之间出现了矛盾，政府对卫生的投入力度受到较大影响。

为解决计划经济时期人民卫生需求与医疗卫生服务效率之间的矛盾，改革开放后，参照经济体制改革的做法，卫生体系也开始更多地引入市场机制，包括改变机构的收入分配办法，调整价格政策和收费标准等，医疗卫生服务提供主要围绕居民需求展开，另一方面开始允许私人资本开设诊所

等医疗机构提供医疗卫生服务,同时部分公立医疗机构私有化。1979-2002年,卫生事业快速发展,卫生机构数、卫生人员、床位和设备数快速增加,服务提供能力显著增强。但是由于体制机制改革不到位,医疗机构趋利倾向日趋严重,导致医药费用过快上涨、医患不满意等问题。2001年居民个人卫生支出占卫生总费用近60%,达到历史最高水平,而政府卫生支出占比只有16%(国家卫生计生委卫生发展研究中心,2014)。同时,由于政府对公共卫生投入不足、农村卫生服务体系及医疗保障制度建设滞后等问题日益凸现,2003年严重急性呼吸综合征(SARS)疫情在全国蔓延,中国卫生体系经历了严峻的挑战。这些问题的出现使得医药卫生体制改革和卫生事业发展的问題列入了中央政府的议事日程。

2.2.3 第三阶段：改革开放深化阶段（2003年至今）

这一时期中国的政治、经济、财政等各项改革进入攻坚阶段,经济继续保持较高的增长速度,但面临一些不协调之处,贫富差距、城乡二元制、社会保障覆盖率低等问题突出。2003年中国共产党十六届三中全会提出了“科学发展观”,强调以人为本,统筹经济和社会发展。2007年中共十七大提出“进一步解放思想,坚持改革开放,推动科学发展,促进社会和谐”的全面建设小康社会目标,其中卫生是其重要内容。

SARS之后,中国政府开始反思卫生体系存在的问题,努力解决卫生工作中存在的“重医轻防”、“重城轻乡”等弊端,加强公共卫生服务,大力推进农村卫生建设和城市社区卫生建设,2003年之后新型农村合作医疗制度进入加速发展时期。但是医疗卫生体系内市场和政府职能定位还未完全明确,仍存在医疗机构过分依靠市场竞争维持自身发展,“看病难、看病贵”情况突出的问题,同时群众多层次的需求也未得到很好的满足。

为解决卫生领域存在的矛盾和问题,实现人人享有医疗保健的目标,2009年新一轮医改正式启动,确定的长远目标是:到2020年,建立基本医疗卫生制度。医改进一步明确了政府在卫生领域的责任,并明确提出政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出增长幅度等要求,例如基本公共卫生服务人均筹资标准从2009年的15元增加到2013年的30元;公立医院改革试点在部分城市开始实施。基本医疗保障筹资和补偿水平不断提高,2014年城乡居民基本医疗保险人均政府补助达到320元,是2009年的3倍,等等。到2013年政府卫生投入占卫生总费用比重达到了30%。此外,中国还加大鼓励社会资本办医的力度,制定文件放宽社会资本举办医疗机构的准入范围,改善社会资本举办医疗机构执业环境等,民营医院从2009年的6240家增加到2012年的9786家,非政府办医院从2009年的10640家增加至2012年的13533家。与第二阶段改革(1979-2002年)鼓励社会资本相比,差异主要是强调在保证政府举办的医疗机构公益性和非营利性的前提下鼓励社会资本和私人资本进入医疗领域,以满足群众多层次需求,同时更加注重政策环境的改善。

2012年国务院开始了改革开放以来的第六次机构改革,原卫生部、国家人口和计划生育委员会组建为国家卫生计生委,统筹负责卫生和人口发展事业。组建国家食品药品监督管理总局,加强对食品、药品和医疗器械的监管。

2.3 组织

2.3.1 卫生体系行政管理组织

中国卫生行政组织体系分为四级,从中央到地方主要为国家卫生计生委、省(自治区、直辖市)卫生厅(局)、地市卫生局和县区卫生局¹。乡(镇)一般不设独立的卫生行政部门。

国家卫生计生委隶属于国务院,是最高卫生行政机关,现有21个内设机构:办公厅、人事司、规划与信息司、财务司、法制司、体制改革司、卫生应急办公室、疾病预防控制局(全国爱国卫生运动委员会办公室)、医政医管局、基层卫生司、妇幼健康服务司、食品安全标准与检测评估司、综合监督局、药物政策与基本药物制度司、计划生育基层指导司、计划生育家庭发展司、流动人口计划生育服务管理司、宣传司、科技教育司、国际合作司和离退休干部局。

省、市、县各级卫生行政机关是同级人民政府的卫生行政职能部门,在同级人民政府的直接领导下,负责本行政区域内的卫生行政管理工作,并接受上级卫生行政机关的业务领导。其内部机构设置与国家卫计委基本保持一致,一般设有医政、基层卫生、妇幼保健、卫生监督、疾病控制、规划财务等职能科室。

2.3.2 卫生服务提供组织

中国卫生服务提供组织是以卫生部门所属机构为主的多元化办医体系。在城市和农村医疗卫生服务提供体系中,除了作为主体的政府办医疗机构外,还存在较多的非政府办医疗卫生机构。卫生部门办医疗卫生服务提供机构按照行政隶属关系,可以分国家级、省级、地市级、区县级4级,社区(乡镇)和村级医疗卫生机构一般由区县级卫生行政部门直接管理。各级均有其医疗服务提供体系(包括中医服务)和公共卫生服务提供体系。

医疗服务提供体系

按地域划分,中国医疗服务体系分为农村和城市医疗卫生服务提供体系,总体上医疗卫生服务体系以公立医疗卫生机构为主,非公立医疗卫生机构也发挥重要作用。农村医疗卫生服务提供体系以县级医院为龙头,乡镇卫生院和村卫生室为基础。县级医院为县域内的医疗中心,主要负责基本医疗卫生服务及危重急症病人的抢救,并承担对乡镇卫生院,村卫生室的业务技术指导和培训;乡镇卫生院负责提供常见病、多发病的诊疗综合服务,并承担对村卫生室的业务管理和技

1 目前各地区卫生部门和人口计生部门合并仍在进行当中,此处表述仍使用合并之前的卫生行政部门名称。

术指导；村卫生室承担一般疾病的诊治工作。乡镇卫生院和村卫生室共同承担农村居民的基本公共卫生服务。

城市医疗卫生服务体系是以社区卫生服务为基础、社区卫生服务机构与城市医院分工协作的医疗服务体系。社区卫生服务机构承担城市居民基本公共卫生服务，以及一般常见病、多发病初级诊疗服务和康复服务，发挥健康“守门人”职责。城市医院与社区卫生机构建立分工协作机制，城市医院通过技术支持、人员培训等方式，带动社区卫生服务持续发展。国家级、省级和市级的大型综合医院承担城乡居民危重急症和疑难病症的诊疗、医学教育和科研等方面的职责。但目前卫生资源分配不均衡，医院占据了较多的医疗资源，2012年中国医疗机构总床位数是572.5万张，其中医院416.1万张，占72.6%（国家卫生计生委，2014）。在医疗服务提供方面，2013年政府办医院诊疗人次数是政府办基层医疗卫生机构的1.7倍，实际占用床日数是基层医疗卫生机构的4倍（国家卫生计生委，2014）。未来中国应更加关注基层医疗卫生机构服务能力的提高和服务体系的完善。

中国的医疗服务体系还包括中国传统医学服务体系，包括中医、藏医、蒙医等民族传统医学。中医医疗服务体系主要由国家级、省级、市级和县级公立中医医院和综合医疗机构的中医科室组成，非公立中医医疗机构也占有一定的比重。

公共卫生服务提供体系

公共卫生服务体系主要包括疾病控制机构、妇幼保健机构、卫生监督机构、精神卫生专业机构等。上述机构一般分国家、省、市、县四级，乡镇和村级不单独设置，相关职能整合在相应级别的医疗卫生机构中，如乡镇卫生院、村卫生室等。

- 疾病预防控制机构是实施疾病预防控制与职业、放射、环境、学校卫生等公共卫生技术管理和服务的专业机构，包括疾病预防控制中心、口腔疾病、精神疾病等各类专业防治站所等。
- 妇幼保健机构是主要为妇女儿童提供预防保健等的公共卫生服务专业机构。
- 卫生监督机构主要承担食品及医疗市场、传染病等的卫生监督工作。
- 精神卫生专业机构主要承担精神障碍的预防、治疗、管理、技术支持与指导等工作。

2.3.3 卫生治理组织中主要行为主体的作用

国务院深化医药卫生体制改革工作领导小组

该小组主要职责为审议深化医药卫生体制改革的重大方针、政策、措施，组织推动深化医药卫生体制改革工作，统筹协调深化医药卫生体制改革工作中的重大问题。组成人员包括来自国务院、国家发展改革委、原卫生部、财政部、人力资源社会保障部、中央宣传部、中央编办、教育部、民政部、原人口计生委、国资委、法制办、国研室、保监会、原食品药品监督管理局、中医药局等机构高级别行政官员。国务院深化医药卫生体制改革领导小组下设办公室，主要职责为协调医改各项

工作的推进,协调、督办落实医改工作任务。在2013进行的机构改革中,卫生部与人口和计划生育委员会合并为国家卫生计生委。根据部委职能调整,国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室的职责从国家发展改革委员会划入国家卫生计生委,这种职能调整的优点是卫生计生委对医疗卫生领域的具体工作更为熟悉,有利于政策制定,但可能在部门协调和政策执行方面存在问题。

全国爱国卫生运动委员会

在党中央、国务院直接领导下,由卫生计生、总后、发改、财政、农业、水利、教育、卫生、环保、宣传、体育、公安、民政、武警等部门领导组成,负责统一领导、统筹协调公共卫生、环境治理、防病治病、病媒生物防治、健康教育等工作,委员会办公室设在国家卫生计生委。

国家卫生计生委

2013年3月,根据国务院机构改革和职能转变方案,将原卫生部的职责、原人口计生委员会的计划生育管理和服务职责整合,组建国家卫生计生委。核心职能是负责国家医疗卫生的规范、规划和行政管理,并协调其他部委与卫生相关的活动。主要职责是统筹规划医疗卫生和计划生育服务资源配置,拟定卫生和计划生育、中医药事业发展的法律法规政策,组织制定国家药物政策和国家基本药物制度,组织拟定国家卫生和计划生育人才发展规划,监督管理公共卫生和医疗服务,负责计划生育管理和服务工作等。

国家中医药管理局

国家中医药管理局属于国务院部委管理的国家局,专门负责中医药事业管理。主要职能是拟定中医药和民族医药事业发展的战略、规划、政策和相关标准,参与国家重大中医药项目的规划和组织实施,承担中医医疗、预防、保健、康复及临床用药等的监督管理责任,组织拟订中医药人才与科学研究、技术的发展规划,指导中医药科研条件和能力建设,管理国家重点中医药科研项目,促进中医药科技成果的转化、应用和推广。

食品和药品监督管理总局

2013年3月,中国将国家食品药品监督管理局、国务院食品安全委员会办公室、国家质量监督检验检疫总局中的生产环节食品安全监督管理职责、国家工商行政管理总局的流通环节食品安全监督管理职责整合,组建国家食品药品监督管理局,为国务院直属机构。负责药品的研发、生产、流通和使用行政和技术监督;食品、保健品和化妆品等的安全管理的综合监督和依法查处、审批;会同国家卫生计生委建立重大药品不良反应和医疗器械不良事件相互通报机制和联合处置机制。

国家发展和改革委员会

国家发展改革委是国务院组成部门，承担规划卫生重大建设项目和生产布局的责任，包括社会资本举办医疗机构的相关政策；协调卫生事业发展、改革重大问题，负责医药价格管理和监督检查等。

财政部

财政部是国务院组成部门，是主要的卫生筹资部门，负责医疗卫生财政补助资金分配管理，提供卫生政策实施的资金保障及财政投入，监督卫生部门的财务状况，参与确立卫生政策与战略制定。财政部卫生补助的范围包括医疗保障补助、公共卫生补助以及医疗卫生机构补助等。2013年政府补助约占医院总收入的8%左右，约占基层医疗卫生机构总收入的40%左右，占疾病控制机构收入的63%。

人力资源和社会保障部

人力资源与社会保障部是国务院组成部门，负责拟定实施城镇职工医保和城镇居民医保工作的基本政策和标准，建设重特大疾病保障和救助机制，加强各类保障制度间的衔接，提高保障水平。

其他部门和机构，包括：

- 民政部。民政部是国务院组成部门，主要负责拟定医疗救助规划、政策和标准。
- 教育部。教育部是国务院组成部门，组织实施医学教育和继续医学教育，制定医学教育发展规划，组织对医疗技术人员的正规教育培训，参与拟定国家卫生和计划生育人才发展规划。
- 国家质量监督检验检疫总局。国家质量监督检验检疫总局属于国务院直属机构，与国家卫生计生委建立健全应对口岸传染病疫情和公共卫生事件合作机制，包括通报交流机制和协作处理机制。
- 国家工商行政管理局。国家工商行政管理局属于国务院直属机构，负责发放营业执照，以及对营利和非营利医疗保险机构和私营医院的注册管理。
- 国家税务总局。国家税务总局属于国务院直属机构，负责对营利性医院的征税工作。

地方政府

中国的行政体制主要分为五级，分别是中央、省级、地市级、区县级和乡镇级，除中央外，其他四级政府均可称为地方政府。在中国，卫生服务提供体系主要由地方政府组织。地方政府在卫生服务提供体系的建立、运行和监管方面发挥重要作用。欠发达地区的重大公共卫生项目，如乙肝疫苗接种、改水改厕和基本医疗保险由中央财政承担较多的经费补助责任。地方政府主要负责安排公共卫生服务机构、乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构的人员经费、发展建设和业务经费，保证其正常运行。

私立部门

私立医疗卫生服务提供机构。私立医疗卫生服务提供机构主要是私人诊所，加上部分基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心和乡镇卫生院）和私人医院，但私人医院一般规模比较小，人员和床位较少。2011年，中国各类医疗卫生机构中非公立占48%，但各类医疗卫生机构卫生人员中非公立医疗卫生机构卫生人员仅占17.5%，床位数仅占9.7%（卫生部，2012）。目前，中国政府正积极促进非公立医疗卫生机构的发展，推动形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制。

商业健康保险公司。中国商业健康保险出现于上世纪80年代。近年来，随着健康保险需求的增加，各类保险公司的健康保险产品也呈多样化的发展趋势。2006年8月，中国保监会颁布《健康保险管理办法》，统一了财险公司、寿险公司、专业健康保险公司在健康保险业务经营上的监管标准。

2013年，中国国务院发布《关于促进健康服务业发展的若干意见》，提出鼓励企业、慈善机构、基金会、商业保险机构等以出资新建、参与改制、托管、公办民营等多种形式投资医疗服务业；大力支持社会资本举办非营利性医疗机构、提供基本医疗卫生服务；同时鼓励商业保险公司提供多样化、多层次、规范化的产品和服务。未来私立部门在医疗卫生体系中将发挥更大的作用。

其他组织

包括学会、协会等组织承担一定行业管理职责的机构，如中华医学会、中华全国中医学会、中华预防医学会、中华护理学会、中国医师协会等。

2.3.4 卫生政策制定、实施和评价过程的主要特征

中国在建立社会主义市场经济体制、推进经济体制改革的过程中，政治体制也在发生着深刻的变化。这种变化体现在政策过程上，主要的特征是：决策过程逐渐从权威决策或精英决策向制度规范或正式规则的转变。2012年底，中国政府开始全面深化改革，推进协商民主，完善人民有序政治参与，促进决策科学化民主化再一次被提到重要的改革议程。

《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》的出台是中国政策制定过程向科学化、民主化转变在卫生领域的最佳实践。具体来讲，在医改文件的产生过程中，在议程设定、问题界定、政策方案的准备和选择以及政策的合法化等多个环节上，都能够得到政策科学理论的解释。

- 2006年8月17日成立深化医药卫生体制改革部际协调工作小组。
- 2006年9月26日，“我为医改建言献策”为主题的官方网页和热线电话同时启用。利用这个渠道，政府可以更广泛地收集广大人民群众对于医药卫生体制改革的意见和建议。

- 2007年3月23日，工作组邀请世界银行、世界卫生组织、麦肯锡（中国）、国务院发展研究中心、北京大学、复旦大学、北京师范大学和其他研究机构为中国医药卫生体制改革提出各自的建议。这是中国政府首次邀请外国机构为中国医改重大政策制定提供建议。
- 2007年11月30日召开联席工作小组部长会议，国家发改委主任、财政部部长和卫生部部长对一些热点问题进行讨论。例如，对基层卫生机构的财政投入机制、公立医院运行机制和政府卫生支出占财政支出比例等问题。经过讨论，各部门对上述问题形成了一致意见。
- 2008年1月14-15日，主管卫生的国务院副总理召开两次会议征求人大代表对医改的意见和建议。
- 2008年4月11-15日，国务院总理召开两次会议听取医务工作者、专家、药品生产和流通企业代表、教师、市民、农民和农民工对于医改文件初稿的意见和建议。
- 2008年9月10日，国务院通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》初稿，并将全文向社会公布。
- 2008年10月至2009年3月，共收到35260条建议和意见。部分意见和建议被采纳，在《意见》最终稿中得以体现。

上述主要步骤显示了政府在制定《意见》过程中所采取的科学化和民主化方式。

当然在政策执行、政策评估、政策修正和和政策终结等政策环节上，仍然存在进一步提高科学化、民主化水平的空间。

2.4 分权和集权

2.4.1 分权和集权的转化

分权包括职能性分权和地域性分权两类。职能性分权 (functional decentralization) 是指履行特定职能的权力被转移到专门的地方办公室，地域性分权 (geographical or areal decentralization) 是将履行公共职能的广泛的责任转交给具有确定的管辖地理范围的地方组织。我们这里主要讨论职能性分权，因为中国的卫生行政体制改革更多的还是属于职能性分权。

职能性分权 (依分权程度的由低到高) 包括以下四种形式：(1) 权力下移 (deconcentration)：把某些行政权力下移至中央政府在地方的办公室；(2) 权力下放 (devolution)：创建或强化次国家级政府，次国家级政府在相应的、确定的职能上实质性地独立于国家级政府；(3) 权力授予 (delegation)：将某些确定的职能的管理责任转移给中央政府的构架以外的、只是间接地接受中央政府管理的组织；(4) 权力民营化 (privatization)：将政府的职能转移给自愿组织、或私立的盈利或非盈利企业，辅以不同程度的政府管制。

虽然中国卫生体系经历了多轮的、以简政放权为主要内容的行政体制改革，但是无论立法还是行政决策方面，中央政府都发挥着重要的主导作用。各级地方政府按照国家制定的原则和确定方向，制定和执行本地的规划和决策。

在计划经济时期，中国实行高度的中央政府集权形式，地方的权力需要中央政府授权，服从中央的指令，并接受中央的监督。在资源配置上，决策权在政府及其公共部门手里；在政府内，决策权主要在中央政府手中。结果是，政府，特别是中央政府，几乎成了全社会唯一的资源配置主体。在这样的背景下，卫生体系治理是以高度的中央集权的行政体制为特征的。

改革开放以来，经济体制实行了从计划体制向市场体制的转型。与改革和经济转型同步，中国的行政体制改革主要是以向下级政府和向政府体制外的机构放权。向下放权主要是为了更好地发挥中央和地方两个积极性；向外放权主要是为了更好地发挥市场和政府的作用。下述案例有助于说明中国在放权方面所进行的改革。

卫生领域的行政体制安排

中国的行政体制包括五级政府：中央、省级、地市级、县级和乡镇级。卫生和计划生育行政管理是各级政府组成部门之一。各级卫生计生部门在相应级别政府的领导下在各自的辖区范围内履行确定的职责。各级政府为他们的卫生计生部门提供人力和财力方面的保障。中央级的国家卫生和计划生育委员会负责对下级卫生计生行政部门提供技术指导。这样的行政体制安排是一种权力下放（devolution）的体制安排。

国家食品和药品管理的行政体制改革

1998年，国家启动了行政体制改革。当时国务院决定重新建立国家药品管理局，由国务院直接领导。实现药品管理的独立性，地市和县级的药品管理局实行省级“垂直管理”。“垂直管理”意味着中央或省级掌管下级部门的人事权和财权，以避免下级政府对他们的药品监管部门在履行职责中实施干扰。“垂直管理”的安排是一种权力下移（deconcentration），是一种集权化的改革。

在2008年的改革中，为了给地方政府在食品和药品管理事务上更多的权利，国务院决定停止实行“垂直管理”。地市级和县级的食品药品管理部门由当地政府领导。当地政府将负责他们的食品药品管理部门的人力和财力保障。这种改革被称为“属地化”管理。这与权力下放（devolution）相类似。至今，属地化的行政体制安排仍在沿用。

在行政体制改革的过程中，卫生领域采取了一些实质性的措施。

原卫生部于2006年3月3日发布了《卫生部法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息发布方案》。根据发布方案，各省、自治区、直辖市卫生行政部门按照月报、年报的要求定期发布本辖区内法定报告传染病疫情和突发公共卫生事件总体信

息,具体发布时间、方式和程序自行确定。法定传染病报告的职能从中央卫生行政部门转移到省级卫生行政部门是权力授予 (delegation) 的案例,是分权改革的尝试。

取消政府的审批权限

2013年7月,国家卫生计生委宣布:政府对生产消毒剂和消毒设备的审批职能将被取消,除非消毒剂和消毒设备的生产过程使用了新材料、新工艺和新技术,或者使用了新的消毒原理。生产厂商则必须按照国家卫生标准和技术规范对他们的产品进行卫生 and 安全性评估。地方相关的机构应对生产厂商的产品进行监督和检查。这样的改革措施可以被认为是权力民营化 (privatization),是一种分权的改革。

2.4.2 治理机制的分权

在立法方面,全国人大常委会制定和修改刑事、民事、国家机构的和其他的国家基本法律;全国人大常委会制定和修改除应当由全国人民代表大会制定的法律以外的其他法律;国务院根据宪法和法律,规定行政措施,制定行政法规,发布决定和命令;各部、各委员会根据法律和国务院的行政法规、决定、命令,在本部门的权限内,发布命令、指示和规章。省、直辖市的人民代表大会和它们的常务委员会,在不同宪法、法律、行政法规相抵触的前提下,可以制定地方性法规,报全国人民代表大会常务委员会备案。

在卫生领域,国家卫生计生委主要负责研究制订卫生法规、方针政策,研究提出国家卫生事业发展规划和战略目标,制定技术规范和卫生标准并监督实施。地方卫生行政部门在本地人民政府的直接领导下,负责本行政区域内的卫生行政管理工作,制定卫生发展规划和地区资源配置规划。有些行政审批工作涉及不同级别卫生行政机关参与。例如,《大型医用设备配置与使用管理办法》规定甲类大型医用设备的配置由医疗机构按属地化原则向所在地卫生行政部门提出申请,逐级上报,经省级卫生行政部门审核后报国务院卫生行政部门审批。

在不同层级卫生行政管理之间,权力和职责的划分是动态发展的。例如,根据国家行政体制改革的总要求,卫生领域在不同层级、不同事项上开展行政审批权的下放。2013年《国家卫生计生委主要职责内设机构和人员编制规定》指出将除利用新材料、新工艺和新化学物质生产的涉及饮用水卫生安全产品的审批职责下放省级卫生计生部门;将外国医疗团体来华短期行医审批职责下放到设区的市级卫生计生部门等。

2.4.3 支出责任和财权的分权

1994年分税制改革清晰界定了中央政府和地方政府的事权,通过将税种统一划分为中央税、地方税和中央与地方共享税合理分配了中央和地方的收入。中央税体现国家权益,具有宏观调控功能;将适合地方征管的税种划分为地方税;将与经济发展直接相关的税种划入共享税。按照改革的要求,中央税收收入占较大

比例。通过改革，解决了长期存在的“中央政府的财政能力弱于地方政府的财政能力”的问题。改革后，专设了税收机关专事国税和地税的征收。

从财政支出责任看，不同级别政府的支出责任与医疗卫生机构举办主体的行政级别密切相关。中央、省级可以设置少量承担全国或区域性疑难病症诊治的医学中心；地市级根据自身卫生规划设置一定数量的市级医疗卫生机构；县级主要负责举办县级医院，乡村和社区卫生服务机构。地方政府特别是基层政府成为医疗卫生服务筹资的主体。为促进卫生筹资公平，中央政府逐渐加大对卫生的转移支付，承担更多的卫生发展的支出责任。

不同的政府卫生支出项目在各级政府间支出责任的划分上略有不同。

- **基本运行支出：**专业公共卫生机构支出责任取决于行政隶属关系，中央政府为贫困地区提供转移支付资金；
- **基本建设支出：**地方政府为主，中央政府对老少边穷地区提供专项补助；
- **设备购置支出：**地方政府为主，中央政府通过专项经费对中西部地区、农村地区和少数民族地区进行补助；
- **指令性任务支出：**突发公共卫生事件等按外部性划分支出责任的同时，中央财政加大了转移支付；基本公共卫生服务均等化支出，按照经济发展水平，各级财政承担不同支出责任；中西部地区以中央财政为主，东部地区以地方财政为主；
- **基本医疗保险补助支出：**新农合和城镇居民基本医疗保险由各级政府和参保人共同承担筹资责任，中西部地区以中央财政为主。

2.5 规划

当前，中国已正式确立并建立起三级三类规划管理体系：按行政层级分为国家级规划、省（区、市）级规划、市县级规划；按对象和功能类别分为总体规划、专项规划、区域规划。卫生发展规划属于专项规划。国家总体规划、省（区、市）级总体规划和区域规划的规划期一般为5年，可以展望到10年以上。国家总体规划和省（区、市）级、市、县级总体规划分别由同级人民政府组织编制，并由同级人民政府发展改革部门会同有关部门负责起草，由各级人民政府报同级人民代表大会审议批准；专项规划由各级有关行业主管部门组织编制，其中关系国民经济和社会发展全局、需要国务院审批或者核准的重大项目以及安排国家投资数额较大的国家级专项规划由国务院审批，其他专项规划由国务院有关部门批准。

在国务院组成部门中，国家发展改革委负责拟订并组织实施国民经济和社会发展的五年规划和年度计划，受国务院委托向全国人大提交国民经济和社会发展五年规划的报告（草案）。

国家卫生发展规划是国民经济和社会发展规划在卫生领域的专项规划。由国家卫生计生委负责拟订全国卫生事业中长期发展规划和专项规划，由发展改革部门与国家总体规划进行衔接，经国务院批准后实施。

2.5.1 国家卫生规划

卫生事业发展五年规划属于国家级专项规划，一般包括现状、趋势、方针、目标、任务、布局、项目、实施保障措施等内容，是指导五年卫生发展的主要依据。建国以来，中国共制定和实施了12个卫生事业发展五年规划。2012年3月，国务院印发《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》，明确了2012-2015年医药卫生体制改革的阶段目标、改革重点和主要任务。其制定过程由国务院深化医药卫生体制改革领导小组牵头，协调卫生、财政、民政、人力资源与社会保障部等部委共同制定。地方各级政府根据上述规划和医改文件，结合地方实际情况制定区域内“十二五”期间改革方案，报由上级业务指导部门审核同意后实施。2012年10月，国务院印发《卫生事业发展“十二五”规划》，提出要初步建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，使全体居民人人享有基本医疗保障，人人享有基本公共卫生服务，医疗卫生服务可及性、服务质量、服务效率和群众满意度显著提高，个人就医费用负担明显减轻，地区间卫生资源配置和人群间健康状况差异不断缩小，基本实现全体人民病有所医，人均预期寿命在2010年的基础上提高1岁。

除上述外，在与卫生发展相关的领域，如医疗保障、食品药品安全、环境与健康等领域也分别由相应行政主管部门制定相应的专项规划，如《社会保障“十二五”规划纲要》、《药品安全“十二五”规划》、《国家环境与健康行动计划2007-2015》等。

2.5.2 卫生专项业务规划

在卫生发展五年规划的统领下，针对卫生发展的重要方面和领域也分别有各自领域的发展规划，即专项业务规划。专项业务规划一般由卫生行政机构的相关业务部门根据工作需要制定，并与卫生发展五年规划和相关业务领域的国家级专项规划衔接。卫生领域的专项业务规划主要包括两大类：

第一是针对主要健康问题和影响因素进行干预的规划和行动计划，一般以主要疾病或重点人群健康为规划对象通常是先形成中长期规划，之后再制定阶段性的规划和行动计划，如《中国预防与控制艾滋病中长期规划》、《全国地方病防治“十二五”规划》、《中国慢性病防治工作“十二五”规划（2010-2015年）》等。

第二是针对卫生发展的要素和支撑条件，如机构、人才、信息等。相应的规划包括《医药卫生中长期人才发展规划（2011-2020年）》、《“十二五”卫生信息化发展规划》、《中国医学教育改革和发展纲要（2001-2015）》等。这些相关要素和支撑条件的规划是相应领域的重要政策工具，一般由卫生计生行政机构的业

务部门会同发展改革部门、相关主管部门（如科技部门、教育部门、信息化主管部门等）共同制定，并与卫生发展五年规划、相关专项发展规划衔接后下发执行。

2.5.3 卫生服务体系建设规划

卫生服务体系建设规划主要是针对卫生服务体系建设的薄弱环节，通过组织实施建设项目，完善政策措施，全面改善服务条件，促进卫生事业发展。一般由国家卫生计生委提出建设方向和需求，并编制卫生服务体系建设规划报送发展改革委审核后由两委共同印发实施。各地区也根据本地区实际制定本地区卫生服务体系建设规划。

2003年，中国总结防治“非典”的工作经验，决定进一步加强公共卫生体系建设，先后编制实施了《疾病预防控制体系建设方案》和《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》。2006年原卫生部、国家中医药管理局、国家发展改革委、财政部联合制定下发《农村卫生服务体系建设与发展规划》，重点支持乡镇卫生院、县级医院、县级妇幼保健机构和村卫生室基础设施建设。2009年医改以来，中国先后编制实施了《社区卫生服务机构建设规划》、《精神卫生防治体系建设与发展规划》、《健全农村医疗卫生服务体系建设方案》、《农村急救体系建设方案（2011-2013年）》、《儿童医疗卫生服务体系建设规划》、《重大疾病防治设施建设方案》等多项规划和方案。总的来看，随着中国不断加大对卫生事业的投入力度，公共卫生、农村卫生以及城市医疗卫生服务体系基础设施条件有效改善。

2.5.4 区域卫生规划

1997年《中共中央 国务院关于卫生改革与发展的决定》提出将区域卫生规划作为深化卫生管理体制改革的的重要内容。1999年3月，原国家计委、财政部和原卫生部制定了《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》，对区域卫生规划的目标、内容、编制方法、政策措施、组织管理等提出了具体要求。自此，区域卫生规划在全国范围内开始实施。2009年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》进一步明确要“强化区域卫生规划。省级人民政府制定卫生资源配置标准，组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划，明确医疗机构的数量、规模、布局和功能”。地市级政府按照中央指导意见和省级资源配置标准，制定和实施本区域卫生规划和医疗机构设置规划，周期一般为五年。

2.5.5 规划应对的新问题

随着中国社会经济发展和全球化的加速，中国卫生体系面临的新问题日益增加，如突发公共卫生事件日益增多、对外医疗援助力度进一步加大；同时患者跨国流动日益增加等。卫生规划已经为应对上述部分问题作出安排，但完全有效应对这些新问题还需要不断探索。例如，国务院发布《国家突发公共事件总体应急预案》，强调各有关部门要按照职责分工和相关预案做好突发公共事件的应对工作，卫生事业发展“十二五”规划中提出要全面做好各类重大突发公共事件的卫

生应急工作，积极开展重大灾害事故紧急医学救援，做好重大活动卫生保障工作。随着多边合作的推进，一些边境地区已经将此部分内容在地方规划有所体现，比如广西和云南一些边境地区规划中考虑了与东南亚国家联盟之间患者和卫生人员流动的具体内容。

2.6 部门间合作

中国在多部门合作促进健康方面有着较长的历史传统，“爱国卫生运动”是典型的代表。爱国卫生运动委员会是各级政府的议事协调机构，由党、政、军、群多部门组成，其办事机构是爱国卫生运动委员会办公室。全国爱国卫生运动委员会负责统一领导、统筹协调。近年来，将“健康融入所有政策”的理念在中国开始得到各方重视，目前正在以“将健康融入所有政策”的理念为指导推进健康城市建设。

2.6.1 部门间或跨部门规划和实施机制

中国卫生事项的多部门协调有多种形式。联席会议一般是多个没有隶属关系但是有工作关系的部门，为了解决特定的卫生问题、完成一致的卫生目标进行的部门间平等合作。例如在应对禽流感疫情中，原卫生部和农业部数次召开部际联席会议，为达成一致意向和采取统一行动奠定了基础。主要领导或分管领导牵头的协调形式在中国中央和地方层面也较为多见，同时对于需要持续沟通互动的跨部门合作，中国政府还设立常设机构来履行协调部门的职能，使其成为负有协调职能的政府常设机构，如国务院医药卫生体制改革领导小组办公室是国务院医改领导小组下设的常设机构，负责统筹协调医改相关部门职能，推进医改相关工作，国务院防治艾滋病工作委员会办公室也是典型代表，承担研究提出艾滋病防治规划及有关政策、措施；指导有关部门制订艾滋病防治工作年度计划、工作方案并提供技术支持；组织有关部门开展艾滋病防治工作督导检查；协调有关部门研究解决艾滋病防治工作中的具体问题等工作。此外，政府还广泛采取设立临时议事机构或临时协调机构的方式进行部门间协调。该类机构往往用于处理灾害和公共卫生等突发性的领域，2003年为应对“非典”成立的“非典”办公小组就属于此类。

2.6.2 健康影响评价的步骤和机制

目前中国还没有建立以“将健康纳入所有政策”为基础的、系统的健康影响评价机制。近年来，随着大众对空气、水、噪音等环境因素对健康影响的关注，中国对环境健康影响评价日益重视，2008年4月1日环境保护部发布《环境影响评价技术导则 人体健康》（征求意见稿），体现了开始把环境污染对人体健康影响的评价纳入工程项目环境评审的管理制度之中，但从总体上看，中国在健康影响评价方面仍比较欠缺，需要进一步建立完善的、长效的健康影响评价机制。

2.6.3 食品安全、农业和有关工作场所和工作环境

在食品安全、农业、职业卫生和环境卫生涉及多个部门，在具体管理过程中采取由政府设立专门机构负责，相关部门协调配合的多部门合作机制。

食品安全：食品安全管理的主体是政府食品安全管理相关部门，在国家层面主要有国家食品药品监督管理局、国家卫生计生委、农业部、国家质检总局、国家工商总局、商务部、环境保护部等，国务院还设立了食品安全委员会。其中，国家食品药品监督管理局主要负责制定食品行政许可的实施办法并监督实施，负责建立食品安全信息统一公布制度，公布重大食品安全信息，参与制定食品安全风险监测计划、食品安全标准，组织查处重大违法行为以及食品安全事故应急体系建设以及与食品安全相关的其他工作。国家卫生计生委主要组织开展食品安全风险监测、评估，依法制定并公布食品安全标准，负责食品、食品添加剂及相关产品新原料、新品种的安全性审查。国务院食品安全委员会的主要职责是分析食品安全形势，研究部署、统筹指导食品安全工作，提出食品安全监管的重大政策措施，督促落实食品安全监管责任。上述各部门之间通过定期召开联席会议，研究部署重点工作、签订合作备忘录等形式共同维护食品安全，形成从食品生产、加工、销售、使用、监管等全过程安全保障体系，但在实际操作过程中，由于政策链条长，涉及部门多，在一定程度上存在职能划分不清，协调难度较大等问题，影响了食品安全多部门监管的效果。

农业：在农业方面，人畜共患疾病是多部门合作较多的领域，原卫生部、农业部根据近年来国内人畜共患传染病疫情有所上升的趋势，联合制定了有关人畜共患传染病防治合作机制的指导文件。该合作机制明确建立人畜共患传染病防治工作协调小组；建立部门例会制度；定期通报全国人畜共患传染病的人间和动物疫情，及时通报人畜共患传染病暴发疫情；根据疫情情况，双方共同组织专家组，开展流行病学调查及实验室检测，并根据调查结果提出防治对策建议；建立专家定期会议制度；共同研发新发传染病的检测和诊断手段；根据各自工作需要制定相关病种的监测方案并开展监测工作，及时通报异常情况、检测结果；开展人畜共患传染病防治工作督导检查。

职业卫生：中国建立了职业病防治工作部际联席会议制度。国家卫生计生委负责组织拟订职业卫生相关法律法规、规章和标准，会同有关部门拟订职业病与职业危害因素分类和目录，开展职业健康检查和职业病诊断、鉴定、报告的监督管理，组织开展重点职业病监测、专项调查及评估，组织开展职业病防治法律法规和防治知识的宣传教育，开展职业人群健康促进工作。国家安全生产监督管理总局负责用人单位和作业场所的职业卫生监督检查，职业卫生安全许可证的颁发管理，对职业卫生检测、评价技术服务机构的资质认定和监督管理，新建、改建、扩建工程项目和技术改造、技术引进项目的职业卫生“三同时”审查及监督检查工作。人力资源社会保障部负责劳动合同实施情况监管工作和职业病病人的社会保障工作。全国总工会依法参与职业危害事故调查处理，反映劳动者职业健康方面的诉求，提出意见和建议，维护劳动者合法权益。

2.6.4 卫生应急

中国在应急准备工作方面建立了政府领导的多部门合作机制。国务院设立全国突发事件应急处理指挥部，由国务院有关部门和军队有关部门组成，国务院主管领导人担任总指挥。突发事件发生后，国务院卫生行政主管部门和其他有关部门，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作；省、自治区、直辖市人民政府成立地方突发事件应急处理指挥部，人民政府主要领导人担任总指挥。县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，具体负责组织突发事件的调查、控制和医疗救治工作。县级以上地方人民政府有关部门，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。卫生行政部门也制定应急准备专门文件，要求各级卫生计生行政部门加强与民政、国土、水利、地震、气象等部门的沟通协调和措施联动，分析灾害可能对本地区公众健康造成的影响以及对当地医疗卫生服务秩序造成的冲击；完善相关预案、方案和指南，进一步规范自然灾害卫生应急工作。

2.6.5 烟草的税收、营销和销售政策

烟草相关的税收、营销和销售政策涉及发改委、工商、质检、卫生、教育、海关、农业、烟草专卖等多个部门。中国2005年加入《烟草控制框架公约》，根据公约规定加大对禁止烟草广告、促销、赞助、公共场所禁烟等方面的要求。中国控烟履约机制和部门合作由工信部牵头，卫生计生委、外交部、财政部、烟草专卖局等部门共同实施。目前，中国仍缺少全国层面的控烟中长期规划。中国2011年5月1日起实施《公共场所卫生管理条例实施细则》，规定室内公共场所禁止吸烟。2009年5月，中国政府分别调整了卷烟生产环节消费税的计税价格和消费税的从价税税率，各类香烟的消费税有6-11%不等的增长幅度（国家税务总局，2009），并在批发环节加征一道从价税。另外，中国的烟草控制立法与《烟草控制框架公约》规定相比，存在很大的差距。以《广告法》为例，它管理的是直接的烟草广告，并不包括间接或变相的烟草广告，比如烟草公司依然有冠名权等。

2.6.6 减少贫困对健康影响的项目

国务院扶贫开发领导小组是中国扶贫工作的最高领导机构，国务院各部委是领导小组的主要成员，在职能范围内共同协作，致力于减少贫困，例如组织各部门开展调查研究，共同拟定扶贫开发工作政策规划，提供资金支持，督促、检查和总结交流经验等。同时，相关省、自治区、直辖市和地（市）、县级政府也成立了相应的扶贫机构，组织有关部门根据各自职能开展扶贫工作。卫生计生委是扶贫开发领导小组的成员之一。随着扶贫工作的推进，中国政府日益重视卫生扶贫工作，卫生计生委专门印发《“十二五”期间卫生扶贫工作指导意见》，大力提高贫困地区基本医疗卫生服务的公平性和可及性，减少疾病和医药花费对家庭经济的影响。在这一过程中，卫生计生部门和民政部门合作对低收入人群开展医疗救助，新农合与医疗救助联合开展的重大疾病救助也对于防止居民因病致贫、因病返贫发挥了保障作用。此外，在部分地区区域卫生规划制定过程中，对欠发达地区医疗机构的硬件、软件以及人力配置给予倾斜。非政府组织也在减

少贫困对健康影响方面发挥了较大作用，例如，中国初级卫生保健基金会联合中国红十字基金会开展“中国健康扶贫工程”，项目筛选一系列成本效益好的适宜技术和干预策略，并对初级卫生保健服务提供支持。

2.6.7 卫生部门外对公众健康促进项目的投资

多年来，中国政府在健康促进方面一直强调多部门投入。除卫生部门以外，体育、教育等其他部门和工矿企业及社会组织也对公共健康项目有较大投入，如学校在学生健康促进方面开展了大量活动。此外，全民健身活动是卫生部门外对公众健康促进项目投资的典型例子，全民健身活动旨在全面提高国民体质和健康水平，国家体育总局专门投入资金实施全民健身计划。从2001年起，国家体育总局还以体育彩票公益金作为引导资金，建设公共体育设施，推动群众健身活动。

2.7 卫生信息管理

卫生信息是卫生体系的重要组成部分，中国新医改将卫生信息化作为重要任务内容和改革的支撑与保障。

2.7.1 信息系统

从业务领域看，中国卫生信息系统主要包括医院信息系统、公共卫生信息系统、医疗保障信息系统、综合卫生管理信息平台以及区域卫生信息平台等。上述卫生信息系统除医疗保障信息系统中的城镇职工和城镇居民基本医疗保险信息系统主要由人力资源与社会保障部门管理外，其余信息系统均主要有卫生计生行政部门负责管理。

- 医院信息系统对医疗活动各个阶段产生的数据进行采集、存储、处理、提取、传输、汇总、加工生成各种信息。医院信息系统以电子病历为核心，主要包括业务应用信息系统、医院信息平台 and 基于信息平台的应用。
- 公共卫生信息系统横向包括疾病预防控制信息系统、妇幼保健信息系统、卫生监测信息系统、卫生突发应急信息系统等，纵向分为国家、省、地（市）、区（县）和乡镇等多级卫生信息系统。
- 医疗保障信息系统包括新型农村合作医疗、城镇职工和城镇居民基本医疗保险、医疗救助等信息系统。
- 医院信息平台主要提供患者就诊流向、所患疾病、就医花费和费用报销等信息。
- 卫生综合管理信息平台是整合卫生信息资源，实现卫生综合管理部门互联互通和信息共享，促进业务协同和提高决策水平的系统，主要包括信息资源整合服务和业务协同服务。
- 区域卫生信息平台是连接区域内医疗卫生机构基本业务信息系统的数据库交换和共享的平台，主要为基于居民信息档案的区域卫生信息平台。

中国卫生信息系统管理主要包括制定卫生信息管理政策法规和卫生信息事业发展规划,建立全面系统的信息资源开发和共享机制,推进卫生信息标准工作的规范统一,加强卫生信息基础设施和网络建设以及强化卫生信息安全。例如,原卫生部制定《国家公共卫生信息系统建设方案》,建立完善了全国疾病预防控制与突发公共卫生事件报告系统、部(省)级应急指挥与决策信息系统、医疗救治信息系统等。

目前,中国以业务应用为主线的信息系统对于提高业务效率和决策水平发挥了重要作用。随着信息技术的普及、扩展型网络和先进数据挖掘技术的发展,越来越多的数据和信息迅速积累。但由于卫生领域的信息标准开发滞后,信息资源整合能力薄弱,导致出现资源利用不足和共享成本过高等问题,例如居民健康档案与医疗机构信息共享,医疗保险参保信息与医疗卫生机构信息互联,甚至不同医疗卫生机构间信息共享都存在问题。因此,中国卫生信息化建设未来仍需不断加快推进国家、省、地市(区域)级综合卫生管理信息平台建设,整合和完善重点业务信息系统。

《中华人民共和国统计法》、《国家卫生统计调查制度》、《全国卫生监督调查制度》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》等相关法律法规对卫生信息系统的数据报告、数据安全等内容进行了规范。不同的卫生信息管理系统,对于使用机构数据报送的人员、时间、质量控制、数据的保存等均进行了规定。根据《全国卫生统计工作管理办法》的要求,对于上报的数据资料:地方各级卫生行政部门和各级各类卫生机构必须依照有关规定,真实、准确、完整、及时地报送统计资料;卫生行政部门应当对辖区内卫生机构报送的统计资料进行审核,通知有关单位订正错误数据。

2.7.2 卫生技术评估

卫生技术评估能够为各层次卫生决策者提供合理选择卫生技术的决策信息和依据。总体而言,卫生技术评估在中国的发展和水平仍不高。中国在20世纪80年代开始引入卫生技术评估的概念,其组织与管理主要由卫生行政部门实施,具体研究工作由专门研究机构和大学等开展。随着医药卫生体制改革的深化,各级政策制定者日益重视卫生技术评估工作,该项工作近年来得到快速发展。一些主要卫生技术评估项目的结果已经为临床管理和卫生技术,如大型医疗设备(如伽马刀、射波刀和手术机器人)和介入治疗(如器官移植和终末期肾病患者透析)的应用提供了依据。此外,在县级医院试点的基础上,2011年中国还将卫生技术评估运用在许多农村公立医院的临床路径和支付方式改革实践中。2014年国家卫生计生委科教司组织卫生技术评估专家和医务工作者共同制定了《卫生技术评估指南》,该指南有助于评估方法、评估过程和结果展示方法的标准化,为制定完备的卫生技术评估制度安排奠定了基础。同时,《卫生技术评估》教材第二版已经于2014年出版,将有助于中国卫生技术评估的发展。

2.8 规制

中国卫生服务体系的各个主要方面都有相应的规范规制，规制发挥作用的形式通常包括三种，一是设立标准，强制执行；二是提供意见，政策引导；三是禁止类的。卫生规制主要由政府负责承担本区域的规制职责，具体规制活动由有关政府部门执行，其所属事业单位等可承担部分具体规制活动，但需政府授权。中央政府主要负责国家层面的卫生计生事业发展的总体设计和安排，各级地方政府负责法律法规赋予的在本辖区范围内行使卫生组织规制职能。国家卫生计生委、财政部、人力资源与社会保障部、民政部、国家发展改革委和国家食品药品监督管理总局等机构是参与卫生规制的主要国家机构。地方政府也建立相应的对口部门。对于国家级和省级政府部门，通常还下设多个直属事业单位，在一定程度上也参与规制，但这种规制更多的是一种监督作用，一般不具有强制性的行政效力。上述部门和机构根据各自职能开展相应的规制活动，对于明确医疗保障范围和水平，规范医疗卫生服务提供行为，确保医疗服务质量与安全等提供了保障。

对于专业技术要求较高的规制职能，政府也会委托相关的专业技术协会、行业协会制订标准，参与组织实施，并进行监督。例如中国医师协会，除了开展医师相关技术培训教育外，还会组织医师定期考核，开展加强行业自律工作，维护医师权益，并为政府提供制定政策、法律和法规的相关信息等。这些行业协会也在各地设立分会，以保证工作的上下协调，联合互动。各行业协会内部制定协会的章程，会员管理规定等，凡参与协会工作的组织或个人都必须遵守这些规定，也起到了行业规制的作用。

2.8.1 第三方支付者的规范和治理

中国医疗卫生服务第三方支付形式主要为医疗保险。中国社会医疗保险中，城镇职工和城镇居民基本医疗保险由各级社会保障部门负责组织管理，新农合主要由卫生计生部门组织管理，但是在地方层面管理方式并不统一，有的地区新农合和城镇居民基本医疗保险统一由社会保障部门管理。但无论由哪个部门管理，城镇居民基本医疗保险和新农合的资金筹集都执行统一要求。除此之外，政府针对部分贫困人群、弱势群体等特殊对象提供医疗救助，医疗救助由各级民政部门负责管理。在社会医疗保险方面，由于农村和城镇社会医疗保险分别由不同的部门管理，在具体规制方面存在一定的差异，不利于社会医疗保险公平性进一步提高和与医疗服务提供等政策的协调。

2012年中国开始建立城乡居民大病保险，各地在医改领导小组的领导下由卫生、人力资源社会保障、财政、发展改革部门制定大病保险的筹资、报销范围、最低补偿比例，以及就医、结算管理等基本政策要求，并通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构（国家发展和改革委员会，卫生部，财政部等，2012）。

商业医疗保险是自愿性医疗保险，通常是形成买卖双方的契约合同，商业保险公司按合同内容提供服务，商业医疗保险由各级保险监督管理委员会进行规制。

社会医疗保险的福利包一般先由中央政府制定原则及指导意见，各级政府结合本地情况制定具体内容，并监督实施。医疗保险实施过程建立了部门问责机制，例如政府规定新农合资金筹集纳入地方政府责任考核，直接影响地方政府的工作绩效。除此之外，国家每年召开的人民代表大会和政治协商会议上，都会有代表对医疗保险资金的管理情况、医疗卫生事业的发展等提交各类提案建议，这也是规制的重要形式。

2.8.2 卫生提供者的规制

中国卫生提供者规制包括从准入到医疗服务提供的全过程，具体包括机构准入、执业方式、质量管理、价格、费用管理、患者诉求等方面。

卫生计生部门有医疗机构注册许可权，负责制定或者委托专业机构制定有关技术标准和质量安全规范，并对医疗机构的服务质量提供监管，也可组织第三方机构进行监管。同时，行业协会、社会组织等都具有监督的权力。国家卫生计生委负责制定医疗机构基本标准，县级以上卫生计生部门有权制定本地区的医疗机构设置规划，并负责医疗机构设置审批工作，机构获得《医疗机构执业许可证》后才有资格执业。

国家卫生计生委负责制定医疗机构级别、资质审查等的评审办法和评审标准，省级卫生计生部门可以在此基础上适当增加评审标准。评审组织可以由卫生计生部门组建或是受卫生计生部门委托的适宜第三方机构。

医疗机构可向卫生行政管理部门申报营利性和非营利性医疗机构，非营利性医疗机构在税费等方面享有一定的优惠政策。对非营利性医疗机构实行政府指导价，营利性医疗机构自主定价。针对非营利性医疗机构，2012年国家发展改革委同原卫生部、国家中医药管理局发出《关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知》，正式对外发布《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》，全面规范医疗服务价格管理。

除此之外，第三方支付也可以对医疗机构行为起到规制作用，例如决定是否将某医疗机构纳入医保定点报销机构范围；或者通过签订合同契约的形式限制医疗机构的费用报销总额，规范医疗机构和医师的处方行为。

卫生计生委医政医管局负责全国医疗机构的质量管理，通过出台医院质量标准、推行医疗质量行动计划和进行质量监督考核等活动，对医疗机构医疗和护理服务质量进行治理，各地区医政医管部门负责本地区医疗机构质量管理工作。

中国卫生行政管理部门始终重视行业自律，2013年国家卫生计生委、国家中医药管理局发布《加强医疗卫生行风建设“九不准”》，明确规定：不准将医疗卫生人员个人收入与药品和医学检查收入挂钩；不准开单提成；不准违规收费；不准违规接受社会捐赠资助；不准参与推销活动和违规发布医疗广告；不准为商业

目的统方；不准违规私自采购使用医药产品；不准收受回扣；不准收受患者“红包”等。对于违反上述要求的机构和个人视情节轻重给予相应处罚。

为确保患者和医务人员的合法权益，2002年国务院颁布实施《医疗事故处理条例》，规定医疗事故的鉴定由社会学术团体（医学会）担任，卫生行政部门负责制定事故分类标准和鉴定办法，并对事故进行备案和监督。《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》还规定了医疗机构、医务人员和患者的权利与义务，以立法的形式对医疗服务双方的行为进行了规范。

中国正致力于建立分级诊疗制度，城乡基层卫生服务机构主要承担一般常见病、多发病以及已经确诊的慢性疾病的诊疗服务，二、三级医院则主要负责疑难杂症的专科诊治，但严格的分级诊疗制度在中国尚未形成，双向转诊并不畅通。

中国鼓励和支持非公立医疗卫生机构的发展，明确规定凡是法律法规没有明令禁入的领域都要向社会资本开放，在市场准入、社会保险定点、重点专科建设、职称评定、学术地位、等级评审、技术准入等方面执行与公立医疗卫生机构同等政策。非公立医疗卫生机构同样要纳入区域卫生规划，接受政府的统一监管。非公立医疗卫生机构大型医用设备配置需纳入本地区大型医用设备配置规划，其比例不低于20%，由政府组织专家根据人员资质、技术能力、床位规模、门急诊人次等进行配置评审。在通过卫生行政部门设置审批后，由工商部门负责营利性医疗机构的工商登记注册，民政部门负责非营利性医疗机构的民办非企业登记。在人员方面，目前国家和地方卫生主管部门正在研究制定医师多点执业指导意见，允许医务人员在不同举办主体医疗机构之间有序流动。在医疗服务质量监管方面，政府将非公立医疗机构纳入统一的医疗质量控制与评价范围，在医疗技术临床应用准入管理方面给予同等对待。

2.8.3 人力资源注册和规划

《中华人民共和国执业医师法》规定国家实行医师资格考试制度。执业医师资格考试的性质是行业准入考试，申请医师资格者只有通过考试，才具备从事医师工作的资格。医师资格考试分为执业医师资格考试和执业助理医师资格考试。医师资格统一考试的办法由国务院卫生行政部门制定。医师资格考试由省级以上人民政府卫生行政部门组织实施。

从2001年始，国家实行全科医学专业中级技术资格考试制度（人事部，卫生部，2000）。全科医学教育的形式有多种，包括高等医学院校全科医学知识教育、毕业后的全科医师规范化培训、继续医学教育、岗位培训等（国务院，2011）。

根据原卫生部《专科医师培训暂行规定》，专科医师培训工作实行全行业属地管理。国家卫生计生委和省级卫生计生部门成立毕业后医学教育委员会。委员会是专科医师培训工作的研究、指导、协调和质量监控的组织。

2.8.4 药物的规制和治理

根据《药品管理法》规定，食品药品监督管理局负责起草药品的研制、生产、经营、使用质量管理规范并监督实施，建立药品不良反应事件监测体系。拟定并完善执业药师资格准入制度，指导监督执业药师注册工作，并参与制定国家基本药物目录，监督管理的法律法规草案，拟定规划，制定部门规章。卫生计生部门负责组织制定国家药物政策和国家基本药物制度。

药品的生产许可及监管

中国对药品生产企业资质管理实行“两证一照”的监管制度。“两证”为药品生产许可证与药品生产 GMP 证书；“一照”为工商营业执照（国家食品药品监督管理局，2007）。新药生产市场准入首先需要经过新药申请，通过检验审评后，由国家食品药品监督管理局审核发给新药证书，如果申请人已持有《药品生产许可证》并具备生产条件的，同时发给药品批准文号。申请人获得药品批准文号之后，还需要通过 GMP 认证。进口药品实行注册制度，国家食品药品监督管理局负责组织抽检、审批等工作。

国家级药品技术监督机构主要包括：国家食品药品监督管理局下属的中国药品生物制品检定所、国家药典委员会、药品审评中心、药品认证管理中心、国家中药品种保护审评委员会、药品评价中心、国家药品不良反应监测中心、医疗器械技术审评中心。此外，还有19个国家口岸药检所，33个省级药品检验所，325个地市级药品检验机构（国家食品药品监督管理局，2013a）。

经营处方药、非处方药的批发企业和经营处方药、甲类非处方药的零售企业必须具有《药品经营企业许可证》。经省级药品监督管理部门或其授权的药品监督管理部门批准的其他商业企业可以零售乙类非处方药。零售乙类非处方药的商业企业必须配备专职的具有高中以上文化程度，经专业培训后，由省级药品监督管理部门或其授权的药品监督管理部门考核合格并取得上岗证的人员（国家食品药品监督管理局，1999）。

药品质量

获得药品生产GMP 认证是保证药品企业生产合格药品的基本手段之一。除此之外，国家食品药品监督管理局及地方食品药品监督管理局会组织药品质量抽检、审批等工作，并抽检不合格药品进行跟踪抽验，同时还建立了信息通报机制，及时公布合法的药品生产企业和药品质量情况。对于存在安全隐患的药品，根据《药品召回管理办法》分类分级进行召回，相关部门承担一定法律责任；对于无照经营的药品生产企业一律取缔，对于假药，劣药一律销毁。《中华人民共和国刑法》规定了生产、销售假药罪与生产、销售劣药罪。

疫苗的生产、使用及监管

中国人用疫苗分为两类，其中第一类疫苗由政府免费向公民提供（包括国家免疫规划疫苗等），第二类疫苗由公民自费并且自愿受种。目前，中国已经形成了较

为完整的疫苗研发、生产、使用和监管体系，建立了疫苗产品的注册管理、监督检查、生产质量管理规范、疫苗批签发、经营质量管理规范、不良反应报告和监测等一系列制度，构成了一整套从疫苗研制、生产到流通、使用安全和质量保障体系，保障和促进了疫苗的质量安全。2011年3月中国疫苗监管体系通过了WHO评估。

在管理方面，各级卫生计生部门负责预防接种的监督管理和组织实施工作，生物制品企业根据政府计划或市场需求组织生产，药品监督管理部门负责实施质量监管。

在生产方面，中国是为数不多的自主供应疫苗的国家之一，随着疫苗生产品种、规模不断扩大，已成为全球最大的疫苗生产国。目前，中国共有40家疫苗生产企业，可生产60种疫苗，能够有效预防34种传染病，所生产的疫苗基本涵盖了欧美等发达国家上市的疫苗品种。2013年，中国疫苗生产企业总产能达到每年10亿剂次，国产疫苗占实际接种量的95%以上，能够满足中国预防接种的需求。

药品专利保护

中国将药品分为专利药、原研药和仿制药分别管理。国家食品药品监督管理局和国家知识产权局共同制定有关药品专利保护的规范，并且通过立法的形式加以强制执行。《中华人民共和国专利法》于1985年开始对药品领域的方法发明予以专利保护，并在修订后于1993年开放了药品的产品专利保护，保护期限一般为二十年。同时，《中华人民共和国商标法》、《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国反不正当竞争法》、《中药品种保护条例》和《药品行政保护条例》等一系列法律法规，在一定程度上对中国药品开发和市场管理起到了积极作用。

药品使用的成本效果

为保证药品使用的成本效果，国家卫生计生委出台《处方管理办法》等规定，严格治理医生“开大处方”，诱导需求的行为，并制定国家基本药物目录，优先使用安全有效价廉的常见药，避免因利益驱动造成医生过多使用贵药、进口药。

医疗保险制定了专门的保险报销药品目录，限定所使用药品的范围。此外，医疗保险探索采取医院费用总额控制，减少医生开大处方的行为。如果医院的医药费用超过总额上限，医疗保险将按上限支付费用，超出部分由医院负担。

药品定价

药品价格管理实行政府定价、政府指导价和市场调节价三种形式，列入国家基本医疗保险药品目录的药品以及具有垄断性生产、经营特征的药品，实行政府定价或者政府指导价；其他药品实行市场调节价。《药品管理法》对上述三种定价形式制定了较为详细的定价方法。

国务院价格主管部门和省级政府价格主管部门根据中央和地方定价目录，分别制定公布本级药品定价目录。政府价格主管部门应当对实行政府指导价和市场调节价的药品实际购销价格、流通差价率变化情况实施监测。

2009年新医改开始研究降低或取消药品加成，提高医疗机构公益性，减轻药品费用负担。2012年7月开始执行的《药品流通环节价格管理暂行办法》，管控批发企业差价率（额）、非营利性医疗机构差价率（额），流通实际差价按照低价高差率，高价低差率，逐步取消医疗机构销售药品加成。

药品广告管理的有关规定

药品广告须经企业所在地省级人民政府食品药品监督管理部门批准，并发给药品广告批准文号；未取得药品广告批准文号的，不得发布。处方药可以在国务院卫生行政部门和国务院药品监督管理部门共同指定的医学、药学专业刊物上介绍，但不得在大众传播媒介发布广告或者以其他方式进行以公众为对象的广告宣传。非处方药经审批可以在大众传播媒介进行广告宣传（全国人大，2001）。

2.8.5 医疗设备和辅助设备的规制

医疗器械的生产监管

食品药品监督管理总局负责全国的医疗器械监督管理工作，县级以上地方人民政府药品监督管理部门负责本辖区内的医疗器械监督管理工作（国家食品药品监督管理总局，2000）。医疗器械实行分类管理，具体分类目录由国务院食品药品监督管理部门和国务院卫生行政部门制定。国务院、省级和市级食品药品监督管理部门分别负责不同类别医疗器械的生产注册和审批，并颁发许可证，有效期为5年，届满重新审查发证。医疗器械生产企业在取得许可证后，方可生产医疗器械（国家食品药品监督管理总局，2004）。县级以上食品药品监督管理部门设医疗器械监督员，对本辖区的生产企业、经营企业和医疗机构进行监督检查。如违反法律规定，承担相应责任。

目前中国已初步建立起由国家和省两级机构组成的医疗器械技术检测体系。国家级医疗器械质量监督检验中心主要承担境内第三类医疗器械、进口医疗器械产品注册检验和国家医疗器械产品质量抽检；省级医疗器械检验机构主要承担辖区内医疗器械监督抽验和部分医疗器械产品注册检验；具有专业特长的高等院校、科研机构设立的医疗器械检测机构作为医疗器械检测能力的补充。不同专业的医疗器械专业标准化技术委员会，负责相关专业范围的医疗器械标准化工作。

大型医用设备的配置与使用

中国由卫生计生部门负责大型医用设备的配置与使用，其中国家卫生计生委负责制定设备配置和使用管理办法和有关政策，中央和地方卫生计生委根据设备类型划分权责共同进行治理。大型医用设备分为甲、乙两类，前者由国家卫生计生委制定配置规划并管理，后者由省级卫生行政部门根据国家卫生计生委制定

的指导意见编制配置规划并管理，颁发许可证（卫生部、国家发展和改革委员会、财政部，2004）。

根据2013年原卫生部印发的《新型大型医用设备配置管理规定》，对首次从境外引进或国内研发制造，经药品监督管理部门注册，单台（套）市场售价在500万元人民币以上，尚未列入国家大型医用设备管理品目的医学装备的配置管理和合理使用进行了规定，由国家卫生计生委负责，省级卫生行政部门负责对本地区的新型大型医用设备的配置申报和使用监管工作。

2.8.6 固定资产投资规划

全国性的卫生固定资产投资规划一般由国家发展改革委、卫生计生委和财政部等部门联合制定，并最终由财政部拨款建设，由地方对应的发展改革部门、卫生计生部门和财政部门组织实施。地方性的大型固定资产投资一般由地方发展改革部门、卫生计生部门和财政部门联合制定。为平衡不同地区、层级间医疗机构的均衡管理，全国性和地方性固定资产投资规划制定时都会考虑到不同地区的经济发展水平、医疗卫生体系发展现状等因素。

卫生计生部门负责组织制定医疗卫生机构建设标准，其中一些标准还要经过国家住房和城乡建设部的审批，取得标准表号，颁布实施。例如，2011年7月国家住房和城乡建设部批准《传染病医院建筑施工及验收规范》为国家标准，部分条款为强制性条文，必须严格执行。

2012年《国务院关于印发卫生事业发展“十二五”规划的通知》要求，加快医药卫生体系建设，包括支持重大疾病防控体系建设，卫生监督体系建设，农村急救体系建设和食品安全风险监测体系建设，地市级综合医院建设，临床重点专科建设，儿童医疗服务体系建设等；同时，支持县级医院、乡镇卫生院改善基础设施条件，为边远贫困地区配置流动医疗服务车，并装备基本医疗、急救设施设备。

2.9 患者权利

中国对患者权利的保护规定在民法和一些单行的卫生法律法规中都有所涉及，如《执业医师法》、《药品管理法》、《献血法》、《母婴保健法》、《传染病防治法》、《侵权责任法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》以及卫生行政规章中都有涉及患者权利的规定。

2.9.1 患者信息掌握情况

在中国，患者就诊时可获得的信息水平主要依赖于医方的告知。根据《医疗事故处理条例》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律规定和司法实践，医方的告知义务应当包括病情告知、治疗告知、风险告知和费用等其他告知。

在医疗服务质量、医疗事故等方面，根据《医疗事故处理条例》：患者有权复印和复制病历资料，对病历资料享有知情权，医疗机构有提供的义务；患者对医疗事故、医疗过失行为等享有知情权，医疗机构在发现后有通报、解释的义务；医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向患者通报、解释。

2.9.2 患者选择

患者的各类选择包括患者对保险机构、卫生服务提供者、治疗等方面的选择。在中国，居民参加哪种社会保险方案由户籍和职业共同决定，商业保险可以自愿选择参加。例如，城镇职工基本医疗保险是强制性社会医疗保险，主要为城镇企事业单位职工参加；城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗属于自愿性社会医疗保险，分别针对城镇非正式就业居民和农村居民。总体上看，目前社会医疗保险已经基本覆盖全民，参保患者需要到社会医疗保险定点医疗机构就医，不同级别、不同地域医疗机构就医其保险补偿比例差距较大，从而影响患者的就医选择。

根据《医疗事故处理条例》等相关法律法规的规定，患者有权力选择接受或者拒绝医方为患者所提供的治疗疾病的方案措施。患者可以在医生的推荐下，权衡利弊，选择自己认为最佳的治疗方案。

2.9.3 投诉程序（调解、索赔）

在中国，发生医疗纠纷后通常有以下解决方式：医患双方协商解决、卫生行政部门解决、第三方调解（如医疗纠纷人民调解委员会）、法院民事诉讼。总体上，大多数医疗纠纷主要通过双方协商进行解决，还有部分由卫生计生行政部门或医疗纠纷人民调解委员会调解，在协商和调解不成的情况下通过诉讼解决。医院投诉实行“首诉负责制”，一般对于可以当场协调处理的，应当场协调解决；否则接待部门或科室应当主动引导投诉人到投诉管理部门投诉，若投诉事项情况较复杂，需调查、核实的，一般应当于5个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见。残疾人投诉处理可以参照中国残疾人联合会印发的《残疾人联合会信访工作规定》进行处理。

2.9.4 特殊人群的权利保护

中国政府制定了相关法律保障部分特殊人群的权利。《残疾人保障法》明确规定：政府和有关部门有计划地在医院设立康复医学科（室），举办必要的专门康复机构，开展康复医疗与训练、科学研究、人员培训和技术指导工作。在职业病防治方面，2011年12月全国人大常委会审议通过了《关于修改〈职业病防治法〉的决定》，修改后的职业病防治法明确了政府部门在职业病防治方面的职责，强化了用人单位的责任，进一步加强对劳动者权益的保护。在艾滋病防治方面，除《艾滋病防治条例》外，近年来，国务院先后多次制定中国遏制与防治艾滋病五年行动计划，原卫生部也先后印发了《中国预防与控制梅毒规划（2010-2020年）》、

《性病防治管理办法》等。中国艾滋病防治工作取得了显著进展，社会歧视有所减少，艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的生活质量明显改善。

2.9.5 公众参与

在中国，卫生政策制定过程中公众参与越来越多。卫生计生行政部门在制定重大政策法规时，通常首先印发征求意见稿，向公众公开征求意见。以2009年新医改方案制定为例，在医改意见征集阶段，政府开辟互联网媒介等专门渠道广泛征求民意。此外，中国作为世界上因特网覆盖人口最多国家，越来越多的公众在网络上公开表达对卫生政策、卫生服务质量等方面的意见。

2.9.6 患者和跨国的卫生保健

随着中国经济的发展，越来越多中国居民开始选择海外医疗。据韩国驻中国大使馆统计数字显示，2012年韩国驻中国各领馆签发的医疗旅游签证为3000多个，比2011年增长76.5%。对于在中国就业的外国人，2011年人力资源和社会保障部公布《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》，规定在中国境内工作并依法获得相关证件的外国人应该参加社会保险（包括职工基本医疗保险等），这为在中国就业的外国人就医报销提供了制度保障。同时，中国鼓励有条件的地区面向国际市场发展医疗健康旅游，部分地区已进行了一定的探索，如上海、北京均成立了政府主导的医疗旅游产品开发推广平台；甘肃、四川、广东等地则依托当地中医和民族医学等特色资源开展国际医疗旅游。2013年，国务院批复同意设立海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区，要求先行区“依托当地生态资源，试点发展医疗、养老、科研等国际医疗旅游相关产业”，并同意在先行区先行先试医疗器械和药品进口注册审批、医疗技术准入、大型医用设备配置、境外医师执业时间、境外资本办医、进口关税优惠、用地计划指标、国际组织交流以及融资渠道等方面的政策措施，对中国医疗旅游业的发展具有重要的示范作用。

第三章 卫生筹资

本章概要

1995年至2012年间，中国的卫生总费用增长了13倍，卫生总费用占GDP比例从3.5%增长到5.4%。政府卫生支出占GDP的比例在1980-1995年下降，而2005-2012年间该比例提高了近一倍。个人现金支付占卫生总费用的比例在2000年达到峰值59.0%后开始逐年下降，2012年下降到34.3%。中国卫生筹资的方式主要有政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出等。2012年政府卫生支出占卫生总费用的比例为30.0%。

中国已初步建立了覆盖城乡全体居民的基本医疗保障制度。城镇在职和退休职工强制参加城镇职工基本医疗保险，门急诊、住院服务以及定点零售药店的费用可以得到报销。城镇非就业居民自愿参加城镇居民医疗保险，由居民和政府补助共同筹资。农村居民以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗，覆盖门诊和住院服务，个人支付一定数额的保费，同时政府也为新农合提供补助。三类基本医疗保险均设立统筹基金，一般用于支付符合规定的住院和部分门诊大病医疗费用，通过设立起付标准、共付比例以及最高支付限额，在医保基金与参保人之间建立风险分担机制。此外，城乡低保、五保户和其他困难人员的基本医疗自付费用的由城乡医疗救助体系提供资助。

2003-2006年，中央和地方财政出资建立了覆盖城乡的疾病预防控制体系和突发公共事件医疗救治体系。2009年国家基本公共卫生服务项目正式执行，免费向全体居民提供三大类十一项基本公共卫生服务。2013年政府用于公共卫生人头经费的标准为30元/人。公共卫生服务、专业公共卫生服务机构的人员经费、发展建设和业务经费全额纳入政府预算，并对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助。

当前中国对于不同卫生服务的支付方式主要有：财政对基本公共卫生服务按人头进行拨付；基本医疗保险对医疗服务实行按项目为主、按服务单元与总额预算等混合方式进行支付；患者利用医疗服务时按项目付费。

3.1 卫生费用

如表3-1所示，1995年至2012年间，中国的卫生总费用从2155.13亿元上升到28119.00亿元，增长了13.05倍，人均卫生总费用从177.93元上升到2076.67元，增长了11.7倍，但城市和农村之间仍存在较大差异（以2012年为例，城镇地区人均卫生总费用是农村地区的3倍）。中国卫生总费用占GDP的比例从1995年到2012年间整体呈递增趋势，从3.5%增长到5.4%（1995年和2012年的GDP分别为60790亿元和519470亿元），其

中, 1995-2000年以及2005-2012年保持较快的增长速度, 而2000-2005年增长则相对平缓。以政府投入为主的公共卫生总费用(广义政府支出)占卫生总费用的比例近年来明显上升, 从2000年的38%增长到了2010年的56%, 私人卫生费用占卫生总费用的比例呈下降趋势。

表3-1 中国卫生费用变化趋势, 1980-2012年

| 卫生费用 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 |
|-------------------------------|------|------|------|-------|-------|--------|--------|
| 卫生总费用(亿元*) | 143 | 279 | 747 | 2155 | 4586 | 8659 | 28119 |
| 卫生总费用(亿美元) | -- | 95 | 156 | 258 | 554 | 1057 | 4454 |
| 人均卫生总费用(元) | 14.5 | 26.4 | 65.4 | 177.9 | 361.9 | 662.3 | 2076.7 |
| 城镇地区人均卫生总费用(元) | -- | -- | -- | -- | 813.7 | 1126.4 | 2999.3 |
| 农村地区人均卫生总费用(元) | -- | -- | -- | -- | 214.9 | 315.8 | 1064.8 |
| 卫生总费用占GDP比例(%) | 3.2 | 3.1 | 4.0 | 3.5 | 4.6 | 4.7 | 5.4 |
| 卫生总费用的年均实际增长率(%) [^] | 10.0 | 10.4 | 13.6 | 9.6 | 14.6 | 10.1 | 12.8 |
| GDP年均实际增长率(%) | 7.7 | 10.8 | 7.9 | 12.3 | 8.6 | 9.8 | 10.4 |
| 政府卫生支出占政府总支出比例(%) [D] | 4.2 | 5.4 | 6.1 | 5.7 | 4.5 | 4.6 | 6.7 |
| 政府卫生支出占GDP比例(%) [D] | 1.1 | 1.2 | 1.0 | 0.6 | 0.7 | 0.8 | 1.6 |
| 个人现金卫生支出占卫生总费用比例(%) [D][I] | 21.2 | 28.5 | 35.7 | 46.4 | 59.0 | 52.2 | 34.3 |
| 公共(广义政府)卫生支出占卫生总费用比例(%) [I] | -- | -- | -- | 50.5 | 38.3 | 38.8 | 56.0 |
| 私人卫生支出占卫生总费用比例(%) [I] | -- | -- | -- | 49.5 | 61.7 | 61.2 | 44.0※ |
| 政府卫生支出占政府总支出比例(%) [I] | -- | -- | -- | 15.2 | 10.9 | 9.9 | 12.5 |
| 政府卫生支出占GDP比例(%) [I] | -- | -- | -- | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 3.0 |
| 个人现金卫生支出占私人卫生费用比例(%) [I] | -- | -- | -- | 93.7 | 95.6 | 85.3 | 78.0 |
| 商业保险占卫生总费用比例(%) [I] | ---- | ---- | ---- | ---- | 0.6 | 3.5 | 3.1 |

| 卫生费用 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| 商业保险占私人卫生费用比例(%) [1] | ---- | ---- | ---- | ---- | 1.0 | 5.8 | 7.0 |

*本章所有货币单位均为名义值

^GDP和卫生总费用(来源法)各年增长速度按可比价格计算,上年为计算基准(100),计算第一行所表示年份的平均增长速度(通常为5年,1980年除外,由于最早的GDP和卫生总费用的信息始于1978年,因此1980年的增长速度为1979年与1980年的平均值)

[1]表示采用国内口径进行计算(关于国家卫生账户的国内和国际口径的具体解释、示例等,请参照下文中的专栏3-1与表3-2)

[1]表示采用国际口径进行计算(世界卫生组织的国家卫生账户分类标准)

※该指标采用国际口径,2012年私人卫生费用占卫生总费用的比例为44%,其中包括该个人自付费用、商业医疗保险支付的卫生费用(分别为34.3%和3.1%),以及非政府举办卫生机构的卫生费用以及社会捐赠(6.6%,未计入表3-1)

数据来源:国家卫生计生委卫生发展研究中心,2014; World Health Organization, 2013.

专栏3-1 卫生总费用筹资来源的不同分类方式

“卫生总费用的筹资来源”表示与卫生费用来源有关的信息,即卫生筹资方以及筹资的力度,反映政府、社会以及居民的经济负担水平以及卫生筹资的公平性。

卫生总费用的筹资来源有两种不同的分类方式:第一种称为国际分类,用于世界卫生组织的国家卫生账户数据库,并有利于在不同国家之间进行比较;第二种称为国内分类,自1996年以来被广泛应用。为了更好地提供国内和国际比较的信息,本章节将会同时使用上述两种分类。

在卫生总费用筹资来源的国际分类中,卫生总费用被分为两大类:公共卫生支出和私人卫生支出,前者又被称为广义政府卫生支出,并且可以进一步被细分为政府预算(或税收)和社会保险支出,代表了政府组织和机构作为筹资主体在卫生筹资中所发挥的作用。私人卫生支出则是指由居民自行筹资或者由其雇主通过参加自愿医疗保险或社区保险制度(而非政府举办或强制保险)所提供的补助;这部分支出又被分为商业健康保险支出以及个人现金卫生支出,非政府举办的卫生机构所发生的费用也计入私人卫生支出。

在中国,政府卫生支出、社会卫生支出以及个人现金卫生支出是卫生总费用的三个主要来源。政府卫生支出包括了各个级别政府用于医疗卫生服务(包括医疗服务以及公共卫生服务)、医疗保险行政管理事务以及人口与计划生育事务等领域所发生的费用,其他用于医疗卫生领域的政府投入也纳入政府卫生支出。社会卫生支出指政府支出外的社会各界对卫生事业的资金投入,包括社会医疗保障支出(政府补贴除外)、商业医疗保险费、社会捐赠援助、社会办医支出和行政事业性收费收入等。个人现金卫生支出指居民在接受各类医疗卫生服务时的现金支付。

数据来源:国家卫生计生委卫生发展研究中心,2014; World Health Organization, 2011

从卫生总费用的筹资来源看(国内口径),政府卫生支出在1980-1995年呈下降趋势,而2005-2012年间该比例提高了近一倍(表3-1);然而,政府卫生支出占政府支出的比例从1995年的5.7%下降到2000年的4.5%,尽管该指标2005年开始缓慢上升到4.6%,2012年进一步上升至6.7%,但仍处于较低水平。中国个人现金卫生支出在卫生总费用中的比例较高,2000年达到峰值59.0%后开始逐渐下降,2012年

下降到34.3%，为近20年来最低水平。个人现金卫生支出也是私人卫生费用的主要构成，该比例逐年下降，从2000年的95.6%下降到了2012年的78.0%。

表3-2 卫生总费用筹资来源的国际分类和国内分类比较

| 国际分类 | 类别 | | 具体内容 | 类别 | 国内分类 |
|----------|------------------|---------------------|--------------------------|--------|------|
| | 公共卫生支出（广义政府卫生支出） | 政府预算（税收） | 政府用于卫生服务、公共卫生服务、卫生监督等的支出 | 政府卫生支出 | |
| 社会医疗保险支出 | | 政府为社会医疗保险提供的补助* | 社会卫生支出 | | |
| | | 个人（及其雇主）支付的社会医疗保险保费 | | | |
| 私人卫生支出 | 商业医疗保险支出 | 商业医疗保险保费 | 个人现金卫生支出 | | |
| | 其他非政府机构支出 | 非政府机构卫生支出及社会捐赠等 | | | |
| | 个人现金卫生支出 | 个体使用医疗卫生服务时现金支付的费用 | | | |

*此处的社会医疗保险指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗
数据来源：国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014；World Health Organization, 2011.

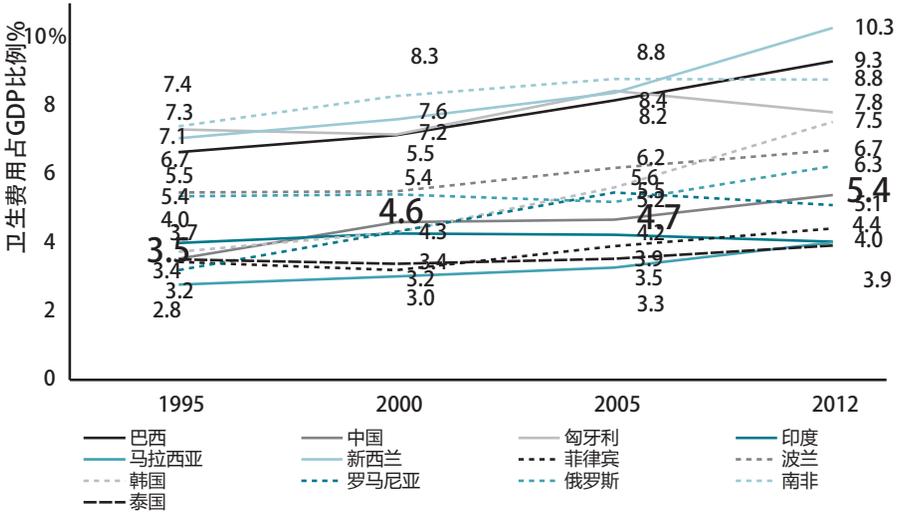
随着中国的改革开放、市场经济的快速发展以及医疗技术的进步，中国的卫生行业进入高速发展期，卫生费用也随之增长。但长期以来，由于全民医疗保险体系刚刚建立，基本医疗保险覆盖率较低，从而造成卫生总费用中个人现金支付费用的比例较高。世界卫生组织2000年世界卫生报告中，中国卫生筹资的公平性指标排名第188位（World Health Organization, 2000），引起了社会广泛关注。中国政府通过加大政府投入力度，建立基本医疗保险，力图降低患者个人现金支付水平，改善卫生服务的可及性和公平性，因而近10年内出现了个人现金支付占卫生总费用比例显著下降趋势。

图3-1为1995-2012年期间中国及选定国家²卫生总费用占GDP比例的变化趋势。在此期间，中国的卫生总费用占GDP比例呈现持续上升的趋势并且始终高于马来西亚、菲律宾及泰国，始终低于巴西、新西兰、波兰、罗马尼亚、俄罗斯和南非。

图3-2为1995-2012年间中国与选定国家人均卫生总费用（购买力平价指数调整，美元）的变化趋势。韩国和新西兰在观察期间保持了较高的增长速度，而其他国家增长则略平缓。中国的人均卫生总费用水平相对较低，但是从1995年的51.7美元增长到了2012年的480美元，增加了9倍。2012年中国的人均卫生总费用水平也高于印度、菲律宾及泰国。

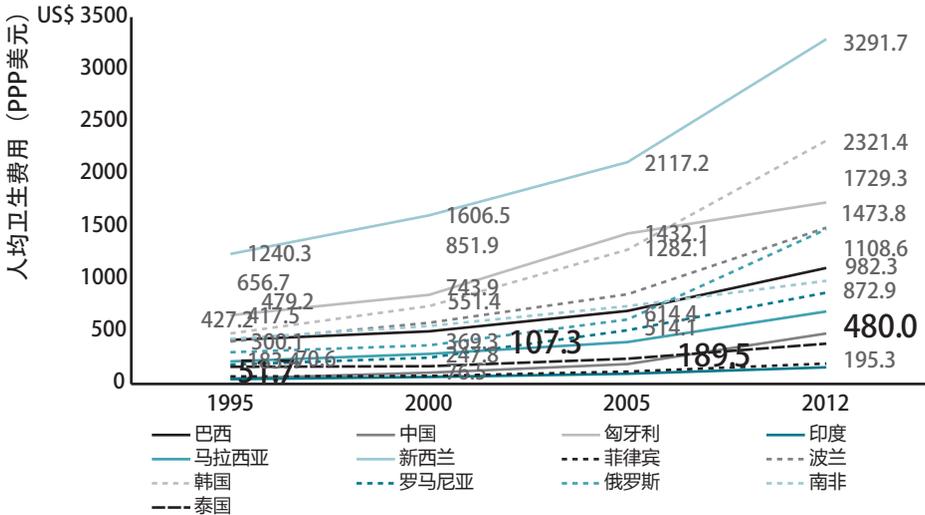
2 选定国家标准：选取与中国经济水平具有可比性的“金砖五国”（即巴西、印度、韩国、俄罗斯以及南非）、亚太地区国家（马来西亚、新西兰、菲律宾及泰国）以及中欧国家（匈牙利、波兰、罗马尼亚）

图3-1 中国与选定国家卫生总费用占GDP比例，1995-2012(%)



数据来源: World Health Organization, 2013.

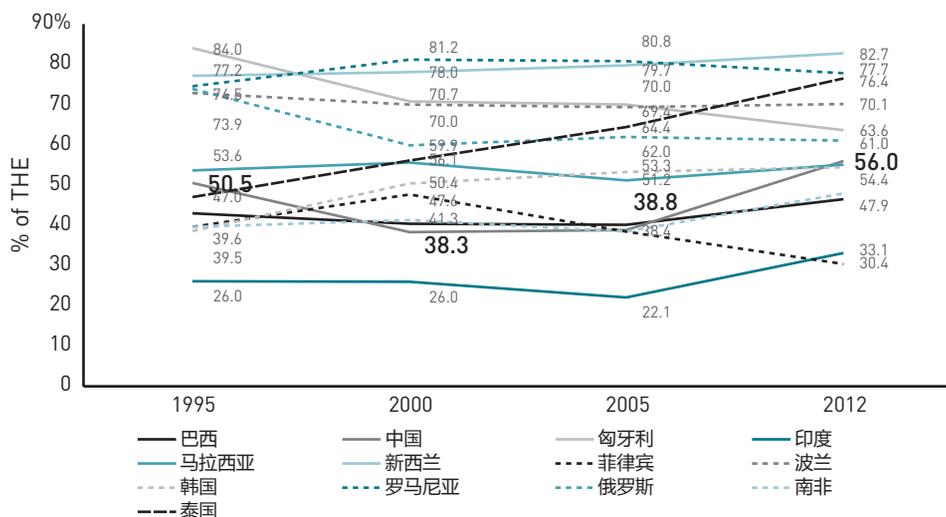
图3-2 中国与选定国家人均卫生总费用，1995-2012 (购买力平价指数调整，美元)



数据来源: World Health Organization, 2013

比较1995-2005年各个国家的公共卫生支出(广义政府卫生支出)占卫生总费用比例后发现,这一指标在韩国和泰国相对较高,并且保持较为稳定的增长率。与此同时,2000-2005年间中国的广义政府支出占卫生总费用比例保持在40%左右,而到2012年这一比例已经上升到56.0%。(见图3-3)。

图3-3 中国与选定国家公共(广义政府)卫生支出占卫生总费用比例, 1995-2012(%)



数据来源: 世界卫生组织, 2013;世界银行, 2014。

由表3-3可知,从1995年起,城市医院、县级医院、社区卫生服务中心、卫生院以及其他医院的总费用不断增长,而各级医院总费用占卫生总费用的比例则呈现不同趋势:城市医院总费用占卫生总费用的比例从1995年到2005年不断上升,2005年以后开始从51%下降到2012年的40%。2005年以来县级医院费用所占比例不断上升。社区卫生服务中心费用所占比例持续上升,但直到2012年仍只有2.75%。卫生院总费用所占比例从1995年起整体呈下降趋势,到2012年为6.04%。

门诊机构、药品零售机构、公共卫生机构、卫生行政和医疗保险管理机构费用都逐渐上升,但各自费用占卫生总费用比例则呈不同变化趋势。门诊机构费用占卫生总费用比例逐步下降,从1995年的16.7%下降到2012年的9.1%;药品零售机构费用占卫生总费用比例整体呈增长趋势,从1995年的4.5%增长到2012年的10.9%。公共卫生机构费用占卫生总费用比例呈现先下降、后上升、再下降的变化趋势。卫生行政和医疗保险管理机构的费用比例总体逐步上升,所占比例仍较小。

表3-3中国卫生总费用及其构成(机构流向法), 1990-2012(亿元人民币)

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
|-----------------------|--------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| 医院 | | | | | | |
| 城市医院* | 281.9 | 999.43 | 2296.74 | 4695.61 | 8459.54 | 11 763.35 |
| | 32.76% | 41.72% | 47.16% | 51.02% | 39.78% | 39.57% |
| 县级医院* | 93.05 | 206.07 | 425.74 | 690.11 | 2615.01 | 4138.26 |
| | 10.81% | 8.60% | 8.74% | 7.50% | 12.30% | 13.92% |
| 社区卫生服务中心 [^] | -- | -- | -- | 72.53 | 488.65 | 873.63 |
| | -- | -- | -- | 0.79% | 2.30% | 2.94% |
| 乡镇卫生院 [^] | 91.36 | 243.3 | 371.67 | 587.22 | 1322.58 | 1794.72 |
| | 10.62% | 10.16% | 7.63% | 6.38% | 6.22% | 6.04% |
| 其他医院 | 16.27 | 34.84 | 66.71 | 56.51 | 37.24 | 32.12 |
| | 1.89% | 1.45% | 1.37% | 0.61% | 0.18% | 0.11% |
| 医院合计 | 482.58 | 1483.65 | 3160.86 | 6101.98 | 12 923.01 | 18 602.09 |
| | 56.07% | 61.94% | 64.90% | 66.30% | 60.77% | 62.57% |
| 门诊机构※ | 180.09 | 398.8 | 662.65 | 1107.93 | 1813.73 | 2709.53 |
| | 20.93% | 16.65% | 13.61% | 12.04% | 8.53% | 9.11% |
| 药品零售机构 | 19.18 | 108.46 | 310.1 | 884.41 | 2511.6 | 3237.72 |
| | 2.23% | 4.53% | 6.37% | 9.61% | 11.81% | 10.89% |
| 公共卫生机构 | 56.25 | 131.87 | 246.82 | 567.8 | 1687.22 | 2207.04 |
| | 6.54% | 5.50% | 5.07% | 6.17% | 7.93% | 7.42% |
| 卫生行政和医疗保险管理机构 | 2.96 | 8.84 | 26.81 | 72.53 | 565.15 | 650.7 |
| | 0.34% | 0.37% | 0.55% | 0.79% | 2.66% | 2.19% |
| 其他 | 119.56 | 263.83 | 463.12 | 469.49 | 1763.24 | 2321.8 |
| | | 11.01% | 9.51% | 5.10% | 8.29% | 7.81% |

*: 在2007年之前, 县级市医院归入“城市医院”分类, 而2007年之后, 县级市医院归入“县级医院”分类。[^]社区卫生服务中心及乡镇卫生院又被称为基层医疗机构。具体而言, 社区卫生服务中心及社区卫生服务站是城镇地区的基层医疗机构, 而乡镇卫生院及村卫生室则是农村地区的基层医疗机构。※门诊机构表示提供门急诊服务以及基于社区的家庭卫生服务的机构, 通常不提供住院服务。包括门诊部、诊所、社区卫生服务站以及村卫生室。

数据来源: 卫生部, 2013a.

3.2 收入来源和资金流动

表3-4提供了国内和国际分类口径下不同筹资来源占卫生总费用的比例。政府卫生支出、社会卫生支出和个人现金卫生支出是国内分类口径中卫生筹资的主要来源。以2012年为例, 政府卫生支出占卫生总费用的比例为30.0%, 社会卫生支出占卫生总费用比例为35.6%, 而个人现金卫生支出占卫生总费用比例为34.4%

(图3.4)。图3.5阐释了中国卫生系统的资金流向。在国际分类下, 公共卫生支出(广义政府卫生支出)占卫生总费用的比例从1995年的50%下降到了2000-2005年期间的38%, 2012年又回升到了55%。与此相反的是, 私人卫生支出在2000-2005年间达到峰值, 2012年下降到45%。

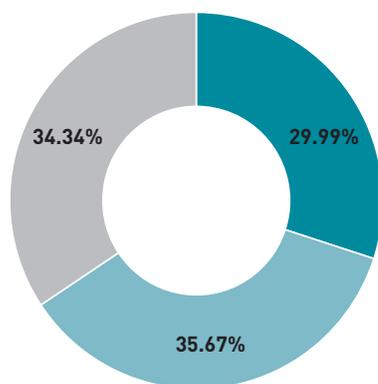
表3-4各筹资来源的资金占卫生总费用的比例，1980-2012(%)

| 分类* | 筹资来源(%) | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
|-----|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 国内 | 政府卫生支出 | 36.24 | 38.58 | 25.06 | 17.97 | 15.47 | 17.93 | 28.69 | 29.99 |
| | 社会卫生支出 | 47.41 | 32.96 | 39.22 | 35.63 | 25.55 | 29.87 | 36.02 | 35.67 |
| | 个人现金卫生支出 | 21.19 | 28.46 | 35.73 | 46.40 | 58.98 | 52.21 | 35.29 | 34.34 |
| 国际 | 公共卫生支出 | -- | -- | -- | 50.50 | 38.28 | 38.77 | 54.31 | 55.96 |
| | 社会保险支出占公共卫生支出的比例 | -- | -- | -- | 64.18 | 57.18 | 54.14 | 64.17 | 67.92 |
| | 政府财政预算(税收)占公共卫生支出的比例 | -- | -- | -- | -- | 34.50 | 37.53 | 31.54 | 29.65 |
| | 私人卫生支出 | -- | -- | -- | 49.50 | 61.72 | 61.23 | 45.69 | 44.04 |
| | 个人现金卫生支出占私人卫生支出的比例 | -- | -- | -- | 93.74 | 95.56 | 85.26 | 77.24 | 77.97 |
| | 商业医疗保险支出占私人卫生支出的比例 | -- | -- | -- | -- | 0.99 | 5.79 | 7.42 | 6.97 |

*卫生筹资的国际和国内分类之间最大的差异在于如何划分政府对于医疗保险的补贴以及非政府卫生机构的卫生费用的划分。在国内分类下，政府对基本医疗保险的补贴被视为政府支出，而非社会支出，而在国际分类的视角下，该费用被认为是广义政府卫生支出下的社会医疗保险支出。对于非卫生机构的卫生支出，国内分类将其视为社会卫生支出，而国际分类则认为其属于私人卫生支出。更多有关卫生筹资国际和国内分类的信息可以参考本章节的专栏3-1与表3-2。

数据来源：国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014。

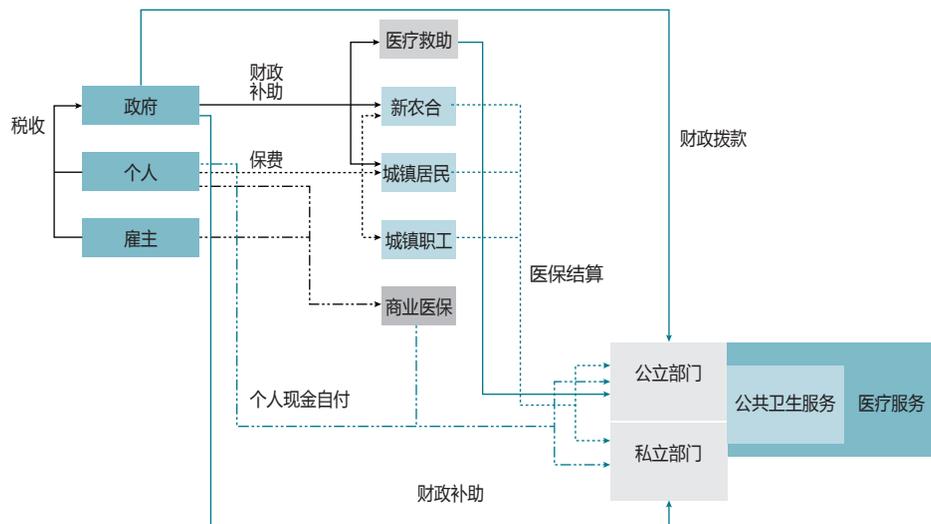
图3-4 2012年卫生总费用结构图（国内分类，筹资来源法）



■ 政府卫生支出 ■ 社会卫生支出 ■ 个人现金卫生支出

数据来源：国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014。

图3-5 资金流向图



—— 政府筹资体系
 社会筹资体系
 - - - - 私人筹资体系
 黑色线表示筹资，蓝色线表示支出
 医疗救助：城乡医疗救助
 新农合：新型农村合作医疗
 城镇居民：城镇居民基本医疗保险
 城镇职工：城镇职工基本医疗保险
 资料来源：作者总结

3.3 法定筹资体系的概述

3.3.1 覆盖范围

中国基本医疗保险与城乡医疗救助体系共同构成了覆盖城乡居民的基本医疗保障体系，具体而言，城镇地区职工参加城镇职工基本医疗保险，城镇地区非从业居民参加城镇居民基本医疗保险，农村地区的居民则参加新型农村合作医疗。医疗救助是城乡地区贫困人口的安全网，为贫困人口支付基本医疗保险保费的同时对基本医疗保险报销后的费用提供进一步的补助。公共卫生体系主要由政府进行筹资，免费向全体居民提供基本公共卫生服务。

2012年，虽然基本医疗保险覆盖了95%以上的人口，个人现金支付卫生支出仍然占了卫生总费用的三分之一。基本医疗保险基本实现了人口的覆盖，但是其覆盖的服务范围及对费用的报销比例等仍有待提高。对于城镇职工基本医疗保险参保者，包括门诊、住院和定点零售药店发生的基本医疗服务费用属于医保报销范围之内。然而，“基本医疗服务”仅包含国家医保目录所涵盖的服务内容。2009年国家基本医疗保险药品目录纳入了1140种西药（其中349种列为甲类药品）、987种中药（其中154种为甲类）以及45种民族药品。而大部分地区的城镇居保和新农合参保者，仅住院服务和门诊大病服务的医疗费用属于医保报销范围之内（2009

年仅40.5%城市的城镇居保将普通门诊纳入报销范围)。此外,新农合的医保目录范围比城镇职保更窄,报销比例也更低(应晓华, 2011)。

3.3.1.1 基本医疗保险

中国建立了覆盖城乡居民的基本医疗保险体系,包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗三类基本医疗保险。城镇就业人口(包括退休职工)强制参加城镇职工基本医疗保险,覆盖门诊、住院服务以及定点零售药店的医疗费用,并可通过医保卡获得实时报销。城镇非就业居民可自愿参加城镇居民医疗保险,城镇居民医疗保险以覆盖住院服务为主,有条件的地区可建立门诊统筹基金³;农村居民以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗,新农合覆盖住院、门诊的医药费用。2012年底中国城镇职工基本医疗保险参保人数为2.56亿,城镇居民基本医疗保险参保人数为2.72亿,新农合参合人数为8.05亿人(人力资源和社会保障部,2013;卫生部,2013a)。

三类基本医疗保险均建立统筹基金,一般以地级市或县为统筹单位,统筹基金用于支付符合规定的住院医疗费用和门诊大病医疗费用,设有一定的起付标准、共付比例以及最高支付限额⁴。参保居民个人支付的费用主要包括医保报销目录范围外的费用、门诊/住院统筹费用的起付标准以下、共付部分以及最高支付限额以上的费用(详见3.3.3.2医疗保险基金)。

3.3.1.2 医疗救助及疾病应急救助体系

城乡医疗救助体系是中国多层次医疗保障体系的兜底层次,包括城市医疗救助体系和农村医疗救助体系。城乡医疗救助体系通过政府拨款和社会捐助等多渠道筹集资金,主要是为基本医疗自付费用的城乡低保、五保户(农村地区无劳动能力、无生活来源、无法定赡养扶养义务人或虽有法定赡养扶养义务人,但无赡养扶养能力的老年人、残疾人和未成年人,由政府保吃、保穿、保医、保住、保葬)和其他困难家庭人员提供资助,确保贫困人口的基本医疗服务。医疗救助以住院救助为主,同时兼顾门诊救助。通过对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗个人缴费部分的资助,使城乡低保家庭成员和五保户等经济困难人员,能够享有基本医疗保险待遇;帮助解决基本医疗保险起付标准以下的自付部分;并对经相关基本医疗保险补偿后个人负担医疗费用有困难的救助对象,及时给

3 中央政府鼓励有条件的城市(筹资和政府补贴充足、具备一定条件的信息系统及管理能力等)探索建立门诊统筹基金,覆盖普通门诊服务费用,以改善城镇居保的服务覆盖范围。

4 起付线、共付和最高支付限额是基本医疗保险实现与参保者风险分担的机制之一,适用对象为符合医保报销范围的费用(即医保目录涵盖的服务项目的费用)。不同地区及不同医保制度有不同的设置。对于起付线而言,可以是一个具体的数字,也可以是上年度当地社平工资的一定比例。患者需要自行支付起付标准以下的费用,超过起付标准方能获得医保报销。三级医院的起付标准往往高于一级医院,对于医保年度内的第二次住院,起付线可能低于第一次住院。对于超过起付标准的符合规定的费用,即共付段,医保会提供一定比例的报销。共付段可以是累进设置的,即针对高费用的医保报销比例更高。与起付标准类似的是,三级医院的自付比例一般高于一级医院。最高支付限额是对医保基金支出的封顶线,超过此范围的费用基本医疗保险不予支付,患者需自行承担或者由补充医疗保险予以支付。封顶线至少为当地平均工资的6倍。封顶线也有两种设置,单次封顶线和全年累计封顶线。封顶线的对象也分为两类:符合医保规定的总费用或医保基金支付的费用。不同地区采用不同类型(或多种类型混合的)的封顶线及封顶标准。

予救助。2012年，医疗救助总共筹集资金180亿元，帮助5878万人参加了基本医疗保险并且为2174万人住院人次提供救助（卫生部，2013a）。

中国于2013年建立了疾病应急救助制度。无法查明身份患者所发生的急救费用、身份明确但无力缴费的患者所拖欠的急救费用，先由责任人、工伤保险和基本医疗保险等各类保险、公共卫生经费，以及医疗救助基金、道路交通事故社会救助基金等渠道支付，无上述渠道或上述渠道费用支付有缺口，由疾病应急救助基金给予补助。（国务院办公厅，2013a）。

3.3.1.3 公共卫生体系

中国的公共卫生服务主要由三类机构提供：一是专门公共卫生服务机构，包括疾病预防控制机构、卫生监督机构、妇幼保健机构、专科疾病防治机构等；二是基层医疗卫生机构，包括社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室等；三是综合医院。这三类机构根据自身职能，提供不同类型的公共卫生服务。

2003–2006年，中国进行了公共卫生“两个体系”建设（疾病预防控制体系、突发公共卫生事件医疗救治体系）。2009年国家实施基本公共卫生服务项目，免费向全体居民提供基本公共卫生服务，使不同经济发展水平地区的居民享受均等化基本公共卫生服务项目，具体包括三大类九大项：针对全体人群的公共卫生服务，如建立居民健康档案、健康教育等；针对重点人群的公共卫生服务，如儿童保健、孕产妇保健、老年人保健等；针对基本预防控制的公共卫生服务，如预防接种、传染病防治、高血压、糖尿病等慢性病和重性精神疾病管理（卫生部，2009a）。2013年政府支付的公共卫生人头经费为30元，并且基本公共卫生服务项目又新增了中医药健康管理和卫生监督协管2项（国家卫生计生委，2014）。

3.3.1.4 城乡居民大病保险

城乡居民大病保险是在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排，是基本医疗保障制度的拓展和延伸，在省级部门监管下由城镇职保建立大病保险。城镇职保医保基金的一部分（由市级政府决定具体比例）将用于大病医保，而城镇职保参保者超过城镇职保封顶线的部分，可从大病保险获得报销。为了进一步改善城镇居保和新农合参保者大病医疗费用的负担能力，2012年中央六个部委联合发文并建议各地建立大病医疗保险。当参保人发生高额医疗费用时，城镇居保和新农合先行报销，对于符合条件的自付费用，可由大病保险提供报销。与基本医疗保险制度有所不同的是，城乡居民大病保险建议由商业保险机构运营。当地卫生、人社、财政、发改部门应对大病保险的筹资、报销、管理及其他关键问题设立基本要求。在此基础上，当地政府应开展公开招标，并根据商业医疗保险公司的报销比例、利率情况、管理运营能力等选择合适的商业医疗保险公司承担大病保险。为避免城乡居民发生家庭灾难性医疗支出，大病保险补偿政策的实际支付比例不低于50%；按医疗费用高低分段制定支付比例，原则上医疗费用越高支付比例越高（国家发展改革委、卫生部、财政部等，2012）。

3.3.1.5 流动人口问题

随着农业技术的发展以及城镇化的进程，越来越多的人，尤其是年轻的剩余劳动力，从农村地区进入城镇地区。另有一定数量的居民为了获得更好的就业机会或教育等离开家乡。大部分流动人口仅能参加其户籍（“户口”）⁵所在地的基本医疗保险，或者部分地区的当地政府不对流动人口提供财政补助，因而流动人口需要全额支付保费以获得参保，这在一定程度上造成了经济上的参保障碍。此外，流动人口在基本医疗保险获得报销方面存在障碍：第一，地理障碍，很多地方要求参保者本人携带医疗费用发票回到参保所在地进行报销；其次，异地就诊发生的医疗费用的报销比例往往低15-25个百分点；第三，参保者往往需要先全额支付医疗费用，才能得到报销，而全额费用对参保人而言可能难以承担。

为了改善上述情况和改善医疗服务的可及性和可负担性，已有政策被用于改善医疗保险参保的灵活性。此外，有较多流动人口的大城市（例如上海和深圳）针对流动人口的特点制定了相应的医疗保险制度。

表3-5提供了中国法定筹资体系的概况，包括不同制度的覆盖、资金筹集和基金使用。本章末尾附录1提供了详细的案例加以说明。

表3-5 中国法定筹资体系概况

| | | 覆盖 | | | 筹资 | | 基金使用 | |
|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|--|--------|----------------------------|--------|-------------|
| | | 宽度（人口） | 广度（服务）* | 深度（费用）* | 政府卫生支出 | 社会保险费 | 财政转移支付 | 医保基金* |
| 基本医疗保险 | 城镇职工 | 城镇地区职工及退休人员 | 定点机构的住院、门诊及零售药店费用 | 对于医疗保险药品/医疗服务/诊疗项目目录范围内费用设定起付标准、共付以及最高支付限额 | | 个体与雇主共同承担。至少分别支出2%和6%的职工工资 | | 个人医疗账户+统筹基金 |
| | 城镇居民 [~] | 城镇地区非就业人口（包括学生） | 住院为主，有条件地区覆盖门诊服务 | | √ | 个体缴纳保费+政府补贴 | √ | 统筹基金 |
| | 新农合 [~] | 农村地区居民 | | | √ | | √ | |
| 医疗救助及疾病应急救助体系 | | 贫困人口 | | | √ | | √ | |
| 公共卫生体系 | | 全体居民 | | | √ | | √ | |
| 大病保险 | | | | | | √ | | 大病保险统筹基金 |

*不同地区和医保制度之间有差异

[~]虽然城镇和农村地区居民自愿参加城镇居保和新农合，上述两个医保制度由中央和地方财政进行管理并提供财政补助。因而，虽然城镇居保和新农合具有自愿参保的特征，但其本质上属于公共或者社会保险，因而其费用别列为社会卫生支出。

资料来源：作者总结

5 户籍制度是中国长期使用的一种注册体系，居民通常以家庭为单位进行登记。户口本上记录了姓名、生日、亲属关系、婚姻状况以及住址等基本信息，可作为具有法律效益的个人身份标示。居民可以选择居住地，但同时需要得到户籍迁出和迁入地的批准，方能变更户籍。户籍制度通过与其他政策（如社会福利政策等）的关联性体现其深远的影响。一般而言，基本医疗保险的覆盖对象为本地户籍居民。2012年人口数达到2.36亿的流动人口在获得当地户籍之前，往往无法参加当地的基本医疗保险。大部分情况下，无当地户口的居民只有通过具有当地户口的居民结婚方可参加居住地医疗保险。

3.3.2 资金筹集

3.3.2.1 政府卫生支出

政府卫生支出是卫生筹资的重要组成部分，来自国家税收和非税收性收入，是国家财政支出的一部分。税收收入是国家财政收入的最主要部分。2009-2013年，国家财政对医疗卫生累计投入22427亿元，年均增幅27.3%，比同期全国财政支出增幅高出8.2个百分点；医疗卫生占财政支出的比例从4.4%提高到了5.7%。其中，中央财政对医疗卫生累计投入6555亿元，占财政支出的比例从2.3%提高到了3.2%（国家卫生计生委，2014）。政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障，鼓励发挥中医药作用。逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准，合理安排重大公共卫生项目所需资金，专业公共卫生机构所需支出纳入政府预算安排；对政府举办的基层医疗卫生机构的人员经费和业务经费等运行成本通过服务收费和政府补助补偿。

2012年，政府对医疗机构提供的财政补助达到15620亿元，其中，14660亿元提供给了公立医疗机构。表3-6为2012年政府对不同级别医疗机构的平均财政补偿情况。

在基本医疗保障投入方面，政府对新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的补助政策逐渐被落实和完善，并随着经济发展水平的提高，筹资水平和政府补助标准也逐步提升，城乡医疗救助制度也得到进一步完善（财政部、国家发展与改革委员会、人力资源与社会保障部等，2009）。

表3-6 2012年政府对医疗机构提供的财政补助（十万元）

| | 医疗机构平均收入 | | 医疗机构平均财政补助 | | 财政补助占医疗机构总收入的比例(%) | |
|---------------|----------|---------|------------|--------|--------------------|-------|
| | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| 医院 | 56.65 | 67.41 | 4.61 | 5.13 | 8.14 | 7.61 |
| 公立医院 | 88.32 | 109.50 | 7.67 | 8.93 | 8.68 | 8.16 |
| 三级医院 | 494.60 | 553.20 | 35.25 | 37.72 | 7.13 | 6.82 |
| 二级医院 | 72.80 | 83.63 | 7.18 | 7.85 | 9.86 | 9.39 |
| 一级医院 | 8.62 | 10.13 | 1.20 | 1.47 | 13.92 | 14.51 |
| 公立全科医院 | 169.16 | 205.66 | 13.13 | 15.28 | 7.76 | 7.43 |
| 部属医院 | 2146.70 | 2642.61 | 162.91 | 165.84 | 7.59 | 6.28 |
| 省属医院 | 801.03 | 979.26 | 56.15 | 71.81 | 7.01 | 7.33 |
| 市属医院 | 283.01 | 347.73 | 20.80 | 25.60 | 7.35 | 7.36 |
| 县市级医院 | 101.44 | 121.82 | 7.76 | 8.67 | 7.65 | 7.12 |
| 县医院 | 67.49 | 84.51 | 6.66 | 7.16 | 9.87 | 8.50 |

数据来源：国家卫生计生委，2014。

3.3.2.2 社会保险费

1998年中国开始建立“基本保障、广泛覆盖、统账结合、多方筹资”的城镇职工基本医疗保险制度。城镇所有用人单位，包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工（包括退休人员），都必须参加城镇职工基本医疗保险。基本医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳（分别至少为6%和2%的职工工资⁶）。用人单位缴费部分用于建立统筹基金，一部分划入个人账户。职工缴费全部计入个人账户。具体缴费比例由各个统筹地区根据实际情况确定，退休人员个人不缴费。部分灵活就业职业、下岗职工等，可以以上年度当地平均工资标准作为缴费基数自行缴纳个人以及单位应缴费用，享受职工医保参保者待遇，该类人群也可自愿参加城镇居民医疗保险。2012年人均总筹资2308元（国家卫生计生委，2014）。

2007年，城镇居民基本医疗保险开始试点，城镇中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（包括职业高中、中专、技校学生）、少年儿童和其他非就业城镇居民都可自愿参加城镇居民基本医疗保险。城镇居民基本医疗保险以个人缴费为主，政府给予适当补助。2012年人均总筹资334元。（人力资源和社会保障部，2013；国家卫生计生委，2014）。

新型农村合作医疗制度一般采取以县（市）为单位进行统筹，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度，于2003年开始试行。截至2012年底，全国有2566个县（市、区）开展了新型农村合作医疗，参合人口8.05亿人，参合率为98.3%，人均总筹资309元，其中240元为政府补助（国家卫生计生委，2014）。

城乡居民大病保险从城镇居民医保基金、新农合基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金（例如每人每年36元或0.2%社平工资），结合当地经济社会发展水平、医疗保险筹资能力、患大病发生高额医疗费用的情况、基本医疗保险补偿水平，以及大病保险保障水平等因素，科学合理确定大病保险的筹资标准。大病保险可以市（地）级统筹，也可以探索全省（区、市）统一政策。有条件的地方可以探索建立覆盖职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度（国家发展改革委、卫生部、财政部等，2012）。

3.3.3 基金的统筹使用

3.3.3.1 财政转移支付

中国在1994年建立分税制财政管理体制及相应的转移支付制度。转移支付有两种基本形式：一般性转移支付；另一种为专项拨款。中央对教育、社会保障等部门设有转移支付资金，以确保福利部门的资金投入。专项转移支付指中央为实现特定的政策及事业发展的战略目标，以及对委托地方政府代理的一些事务进行补偿而设立的补助资金，地方财政需按用途使用资金。

6 中央政府要求城镇职工基本医疗保险的筹资额度个人不低于2%、雇主不低于6%的职工工资。对于北京、上海等城市，雇主筹资比例可以高达12%。

2009年新医改方案实施后，中央财政加强了对医疗服务领域的投入。对于基层医疗机构改革，中央财政投入主要用于基层医疗机构的基本建设投资、重大设备购置、改造维修、乡镇卫生院的招聘医师等方面的建设。2005年启动了“万名医师支援农村”项目，国家财政定向培养1万名愿意在农村卫生机构工作的医学生。2009-2011年中央财政共投入630多亿元。公立医院综合改革作为新医改的主要内容之一，也加强了中央财政投入，如每个公立医院综合改革的试点县获得30万元用以支持改革的措施。此外，中央财政还对基本药物制度及绩效工资制度的建立进行补助，2009-2011年中央财政共支出120亿元专项资金支持基本药物制度，基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入比重从2009年的29%提高到2012年的45%（国家卫生计生委，2014）。

国家财政对于健全全民医疗保险制度的投入主要用于支持新农合和城镇居民医疗保险制度的建立，支持解决关闭破产企业退休人员和困难企业职工的参保问题，也支持扩大医疗救助范围，提高救助水平。政府对新农合和城镇居民基本医疗保险补助标准从制度建立之初每人每年20元和40元提高到了2014年的320元。同时，中央财政也加大了对地方特别是中西部地区的补助力度，中央财政补助比例从制度建立初的50%提高到2014年的对西部地区补助69%、对中部地区56%。在此基础上，对属于低保对象或重度残疾的学生和儿童参保所需的家庭缴费部分，政府原则上每年再按人头给予补助；对其他低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人等困难居民参保所需家庭缴费部分，政府每年再按人头给予补助。

2003-2006年，为推进公共卫生系统建设，中央和地方财政投入资金用于建立健全覆盖城乡的疾病预防控制体系、突发公共事件医疗救治体系。公共卫生重大服务项目的筹资在各级政府财政之间的分担原则为：辖区内重大传染病预防控制等公共卫生由当地政府承担主要投入责任，中央政府补助跨地区项目；重大突发性公共卫生事件以地方政府投入为主，中央适当补助（国务院，2007a）。2009-2012年，国家各级财政共补助1048亿元以落实基本公共卫生服务均等化，其中中央财政补助578.7亿元；按照地域的经济发展水平对省份进行划分，主要支持较不发达的中西部地区，实行中央和地方不同的分担比例，从而降低因不同地区经济水平差异而造成的卫生服务的差异（国家卫生计生委，2014）。

3.3.3.2 医疗保险基金

中国三大基本医疗保险基金分开管理，在各个统筹区内与医疗机构分别结算，每个基本医疗保险基金由社会保险经办机构集中管理，统一调剂，用于支付该基本医疗保险制度参保人员发生的医药费、手术费、护理费、基本检查费等。统筹地区医保管理部门按年度编制收支预算，综合考虑当地经济发展水平、职工工资收入水平、医疗保险覆盖面、医疗保险筹资比例等因素编制收入预算；编制支出预算时综合考虑当地参保人员年龄结构、疾病谱、医疗费用增长、医疗保险受益面、保障水平和基金结余情况等因素。

城镇职工基本医疗保险基金重点用于参保职工的住院和门诊大病医疗支出，有条件的地区逐步试行门诊医疗费用统筹（例如具备建立门诊统筹基金的经济实

力)。城镇职工基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。个人账户主要用于支付门诊费用、住院费用中个人自付部分以及在定点药店购药费用。统筹基金用于支付符合规定的住院医疗费用和门诊大病医疗费用。起付标准以下的医疗费用,从个人账户中支付或由个人自付;起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用,主要由统筹基金支付,个人负担一定的比例。统筹基金的具体起付标准、最高支付限额以及在起付标准以上和最高支付限额以下医疗费用的个人负担比例,由统筹地区确定。在起付标准的设置上,一般对不同级别医疗机构有不同的规定,通常一级医院起付标准最低,二级医院次之,三级医院相对最高。在共付比例上也存在类似的趋势,一级医院共付率最低(报销比例最高),从而引导患者就诊下沉,合理利用卫生资源。部分地区根据参保人员在职状态(是否退休)以及实际年龄,也会有不同设定,一般退休人员以及老年人的起付标准较低,报销比例较高(人力资源和社会保障部,2013)。

国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准及相应的管理办法规定了基本医疗服务的范围和标准。基本医疗保险药品目录分为甲类和乙类两种。甲类药物全国基本统一,费用纳入基本医疗保险基金给付范围,并按基本医疗保险的给付标准支付费用⁷。乙类药物是指基本医疗保险基金支付部分费用的药物,这类药物先由患者支付一定比例的费用后,再纳入基本医疗保险基金给付范围,并按基本医疗保险给付标准支付费用(人力资源和社会保障部,2004)。2009年版目录共纳入西药1140种,中成药987种以及民族药45种,其中甲类西药349种,乙类西药791种,甲类中成药154种,乙类中成药833种。《国家基本药物目录》内的治疗性药品全部纳入甲类药品(317种西药和203种中成药)(人力资源和社会保障部,2009)。

国家人力资源和社会保障部负责组织制定国家基本医疗保险诊疗项目范围,采用排除法分别规定基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目范围和基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目范围。不予支付费用的诊疗项目主要指非临床诊疗必需、效果不确定的诊疗项目以及属于特需医疗服务的诊疗项目;支付部分费用的诊疗项目,主要是一些临床诊疗必需、效果确定但容易滥用或费用昂贵的诊疗项目。各省可对国家基本医疗保险诊疗项目目录予以适当增补。

各省人力资源和社会保障行政部门根据国家规定组织制定基本医疗保险医疗服务设施项目范围。基本医疗保险医疗服务设施费用主要包括住院床位费及门(急)诊留观床位费。对已包含在住院床位费或门(急)诊留观床位费中的日常生活用品、院内运输用品和水、电等费用,基本医疗保险基金不予支付。

城镇居民基本医疗保险的医疗服务管理原则上参照城镇职工基本医疗保险的有关规定执行,并且遵照国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标

7 起付线、共付以及封顶线的设置针对的对象是“政策报销范围内医疗费用”,指医疗保险报销范围内的费用,也就是基本医疗保险药品报销目录、医疗服务目录及诊疗项目目录上所规定的服务内容。医保目录还具体地分为甲、乙两类,甲类完全纳入报销范围,乙类则可以获得部分报销。例如,某药品X是甲类药物,需要500元,药品Y为乙类药品,400元,起付线为300元,那么用于购买药品X的500元完全属于医保范围内,那么200元可获得医保的报销(共付段);与此同时,药品Y仅能报销60%,即240元,尚未超过起付线。

准及相应的管理办法对医疗费用进行结算。部分地区提供给参保者不同的保障包，即不同的筹资标准以及不同的报销比例，以满足不同人群的需求。2012年政策范围内住院费用报销比例为70%左右（人力资源和社会保障部，2013；国家卫生计生委，2014）。

新型农村合作医疗基金主要补助参合农民的住院医疗费用和门诊大病费用（部分地区已开展普通门诊费用统筹）。各统筹地区根据筹资总额，结合当地实际，合理确定合作医疗基金的支付范围、支付标准和额度，确定常规性体检⁸的具体检查项目和方式。2012年政策范围内住院费用报销比例为70%左右（国家卫生计生委，2014）。

新农合主管部门制定新农合药品报销目录（一般以省为单位），用于约束药品补偿范围，采用分级设计，包括村级、乡镇级和县级及以上。定点医疗机构级别越高，则允许使用和报销的药物品种越多。乡级新农合报销药物目录以国家基本药物目录（基层部分）为主，可根据当地突出健康需求和新农合基金支付能力适当增加，增加的药品从本省（区、市）县级（及以上）新农合报销药物目录内选择。村级新农合报销药物目录使用国家基本药物目录（基层部分），如地方根据实际情况确需增加民族药或地方特殊疾病用药，可适当增加相应药物品种。新农合对国家基本药物目录内的药品报销比例要明显高于目录外药品。

3.3.3.3 医疗救助基金

医疗救助通过政府拨款和社会捐助等渠道筹资，根据救助对象的不同医疗需求，开展医疗救助服务。医疗救助采取以下方式：对救助对象参加城镇居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗的个人缴费部分，给予补贴；对救助对象经基本医疗保险、大病保险和其他补充医疗保险支付后，个人及其家庭难以承担的符合规定的基本医疗自费用给予补助（国务院，2014）。

城乡低保家庭成员、五保户⁹等在民政部注册过的贫困居民自动成为医疗救助对象，凭相关证件或证明材料，在定点医疗机构就医只需支付自付部分，其余由医疗救助支付，并与定点医疗机构即时结算。未在民政部登记、但属于医疗救助对象的参保者需全额垫付医疗费用并向民政部门申请报销（财政部、民政部，2013）。

3.3.3.4 疾病应急救助基金

2013年，各省（区、市）、市（地）政府组织设立本级疾病应急救助基金，并鼓励社会各界向疾病应急救助基金捐赠资金。疾病应急救助基金的救助对象是

8 新农合的体检项目可作为筛检向高危人群提供（例如60周岁以上居民、或者患有某些特定疾病的居民等），也可以作为一种福利提供给上年度未发生医疗费用的参保者。

9 五保户：五保对象指农村中无劳动能力、无生活来源、无法定赡养抚养义务人或虽有法定赡养抚养义务人，但无赡养抚养能力的老年人、残疾人和未成年人。“五保”指保吃、保穿、保医、保住、保葬（孤儿为保教）。

在中国境内发生急重危伤病、需要急救但身份不明确或无力支付相应费用的患者，医疗机构对符合上述条件的患者紧急救治所发生的费用，可向疾病应急救助基金申请补助。疾病应急救助基金实行直接支付。基金经办管理机构审核汇总医疗机构的支付申请后向同级财政部门提交用款申请，财政部门审核后应将应急救助资金由社会保障基金财政专户直接支付给相应医疗机构（国务院办公厅，2013b）。

3.3.4 服务购买活动以及购买方与提供方之间的关系

3.3.4.1 基本医疗服务

根据基本医疗保险的规定，患者只有在医保定点医疗机构或者药店就诊才可以得到医保基金的报销，具体而言，患者需要支付服务费用，而在有些地区（尤其是城镇地区），患者通过其医保卡可以直接从医保基金获得报销。但在农村地区，患者需要先行支付所有费用，稍后向医保部门申请报销。在非定点医疗机构或药店，参保者可以通过自费获得医疗服务。

三大基本医疗保险均通过设立起付标准，共付比例以及最高支付限额，与患者共同分摊医疗费用。对服务供方，医保机构通过事前审查、事中监督以及事后核查等方式，减少医疗机构提供不必要的服务；部分地区探索了按服务单元支付、按人头支付以及总额控制等支付方式，使医疗机构拥有更大的财务自主权（国务院，2007b）。社会保险经办机构对定点医院、定点药店实施定点协议管理。定点协议管理指通过订立和履行定点服务协议，规范对定点医疗机构和零售药店的管理，明确医疗保险经办机构和定点的医疗机构、零售药店的权利和义务。医保机构有权利不支付下列费用：

- 治疗期间与患者病情无关的药品、检查、治疗费
- 处方与病情不符的药品费用
- 未经物价和卫生主管部门批准的医疗机构自定项目、新开展的检查、治疗项目、自制制剂
- 医疗机构擅自提高收费标准所发生的一切费用
- 违反药品招标采购政策
- 超出规定零售价格收取的费用等

2009年，国务院发起供方支付制度改革，并且建议采用混合支付方式以改善公立医疗机构的补偿机制。经过试点，按诊断分组支付（DRGs）、按人头付费以及总额预算等方法被用于控制医疗费用的增长以及改善医疗服务的质量。根据人社部开展的一项全国性调查表明，2010年，约8.6%的城市针对城镇职工基本医疗保险住院服务开展了总额预算，23.3%的城市针对部分住院服务采用了按单元/病种的支付方式（人力资源与社会保障部，2014）。在实施之前，医保部门与医疗机构会对按床日支付、按次均费用支付或总额预算等混合支付方式进行谈判协商。对于超过预算标准的费用，医疗保险基金可以拒绝支付或者部分支付，而对低于预算标准的费

用，医疗机构则可以保留部分结余。

3.3.4.2 公共卫生服务

根据医改实施方案，国家基本公共卫生服务项目所需费用纳入政府预算；2009至2013年，人均基本公共卫生服务经费标准不断上升，国家基本公共卫生服务纳入政府实施民生工程。新增经费主要用于扩大服务人群，增加服务项目，提高服务质量。一是将儿童保健管理人群从0~3岁扩大到0~6岁，并增加儿童口腔保健等服务内容；二是增加孕产妇、65岁以上老年人等重点人群检查项目，增加健康教育服务内容，提高服务频次；三是增加高血压、糖尿病、重性精神疾病患者管理人数；四是增加基层医疗卫生机构能够承担的公共卫生事件应急处置和食品安全信息报告、职业卫生咨询指导等服务项目。

政府举办和社会力量举办的医疗卫生机构，只要符合相应的标准和要求，具备相应的服务能力，都可申请参与提供社区公共卫生服务。为了确保在同一范围内的社区居民享受到基本均等的公共卫生服务，地方政府及其相关部门结合当地经济社会发展水平、财政支付能力以及居民的基本公共卫生需求，确定本行政区域内社区公共卫生服务项目，作为政府购买服务的内容。针对个体的公共卫生服务项目（如免疫规划等），可以通过核算享受服务对象的人均成本确定单位项目补助定额。针对群体的公共卫生服务项目（如健康教育等），可通过核算综合成本确定综合项目补助定额，也可以将所有公共卫生项目打包，核定单一的综合项目补助定额。

当地财政、卫生等部门成立购买委员会，并采取公开招标、邀请招标、竞争性谈判、单一来源采购等方式，在具备资质的机构中选择公共卫生服务提供机构。当地财政部门按照公共卫生服务项目及成本补助标准，在预算中足额安排购买公共卫生服务所需资金以及公共卫生服务专项补助资金，并根据绩效考核结果结算。具体资金的给付，采取直接支付，对于部分公共卫生服务项目，还可采取发放服务券、服务手册¹⁰等方式，由居民在接受服务时与机构进行结算。为了鼓励医疗服务机构开展预防工作，有条件的地区，还探索将公共卫生服务经费与医疗保险经费按“人头预付”、“总额预付”等（国务院，2009）。

3.4 个人现金支付

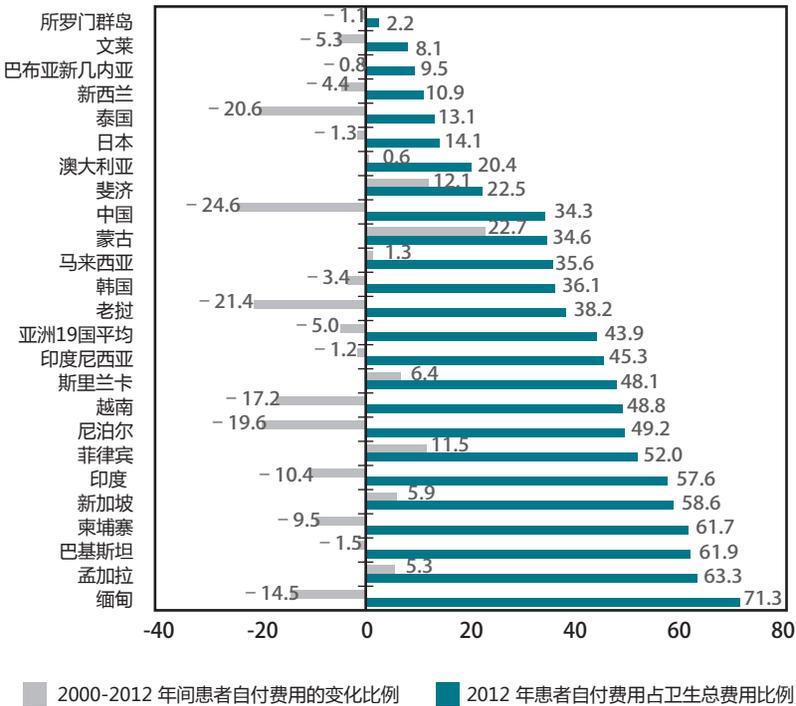
与其他采用社会保险体系的国家相比，中国的个人现金支付在卫生总费用中比例较高（2012年为34.3%）。近年来，随着社会各界对卫生服务公平性的重视，政府部门出台了措施以降低患者自费比例。如增加社会宣传和政府补贴力度以吸引更多居民参加基本医疗保险，提高筹资和补偿力度，减少个人现金支付对患者造成的压力，部分地区对参保人使用自费项目（即无论是否参保都需要患者现

10 服务手册是指由当地政府或卫生部门印发、提供给相应居民的手册，手册内提供了一定的公共卫生服务券，居民可以使用服务券支付相应的公共卫生服务。

金支付) 占总医疗费用的比例限定在40%以下, 从而减少直接支付的比例; 此外, 还通过加强对医疗机构的监管, 减少非正式付费的发生。基层医疗机构基本药物制度等政策的实施, 也对降低个人现金支付比例有推动作用(通过降低总费用)(Yang et al. 2013)。如图3-6所示, 在2000-2012年间, 在所有的亚太地区国家中, 中国是自费比例下降最多的国家(World Health Organization and OECD, 2014)。

中国各地经济和医疗服务水平的差异, 以及不同类型的保险分属不同的统筹单位的现状, 使得中国基本医疗保险的统筹层次不高(停留在县级或市级层面), 风险分担能力有待进一步提高。不同医疗保险筹资水平的差异也导致了其不同的偿付能力, 即不同的财务风险保护能力, 而这一差异又影响不同人群之间服务利用的公平性。在筹资公平性方面, 职工医疗保险在一定程度上体现了垂直公平, 并在服务提供方面力图实现水平公平¹¹, 但在实际应用中, 尚未实现累进的卫生筹资。而城镇居民基本医疗保险以及新型农村合作医疗在筹资方面的垂直公平性较弱。因此, 提高统筹层次、覆盖门诊服务、逐步缩小不同医疗保险制度之间的差异以及开展支付方式与收入分配综合改革已经得到越来越多的重视。

图3-6 个人现金卫生支付占卫生总费用比例的变化, 2000-2012



数据来源: World Health Organization and OECD, 2014

11 垂直公平指收入越高的人应该支付得更多; 水平公平指不同的人群应该享有一致的待遇。

3.4.1 费用分摊（使用者付费）

当前，城镇职工医疗保险参保患者利用门诊服务时，可使用个人账户进行支付。在住院服务方面，对不同级别医疗机构一般设立不同的起付标准，超过起付标准的部分，由个人和统筹基金共同支付。超过最高支付限额的部分，由个人和/或大病保险（如有）承担。

城镇居民参保患者对门诊服务一般需个人自付，而新农合通过门诊统筹的形式对参合人员的医药费用予以报销。住院费用的报销与城镇职保类似，但使用不同的起付标准、共付比例及最高支付限额。三类基本医疗保险在各个统筹地区的起付标准、共付和最高支付限额由各统筹地区制定（人力资源和社会保障部，2013；卫生部，2013a）。

部分商业医疗保险对基本医疗保险费用分摊部分有一定的覆盖，虽然这在一定程度上缓解了费用分担对卫生服务可及性的影响，但费用分担机制对减少不合理需求的作用也被削弱。

3.4.2 直接支付费用

2012年中国三大基本医疗保险覆盖了超过95%的人口，少部分没有任何医疗保险者的就诊费用一般需直接支付。参保人群（包括基本医疗保险以及商业医疗保险）对自费诊疗项目或药品的利用一般也为直接支付。

药品服务以及普通门诊服务是直接支付费用最常发生的服务类型。自我医疗行为在中国较为普遍，因而药房服务的利用频率也较高，而除了城镇职工医疗保险参保人可以使用个人账户在药店购买药品之外，其他居民只能通过直接支付费用来购买药品。此外，城镇居民医疗保险以及新农合一般对普通门诊不予报销，也使得参保人对普通门诊服务直接付费的比例较高。

3.5 商业医疗保险

3.5.1 市场地位与规模

随着中国市场经济体制的进一步完善和居民收入的提高，居民的医疗卫生服务需求也在不断膨胀，商业医疗保险在医疗保险体系中发挥越来越重要的作用。新医改明确提出要加快建立和完善以基本医疗保险为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业医疗保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保险体系，从而明确了商业医疗保险在医疗保险体系中发挥补充作用的地位。当前商业医疗保险市场中，学生医保、补充医疗保险以及包含医疗保险、意外、财产及人寿险在内的综合保险较为常见。2012年国家六部门关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见又明确指出，支持商业保险机构承办大病保险，发挥市场机制作用，提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。

3.5.2 市场结构

以企业为单位、集体参加商业医疗保险是比较常见的集体投保行为，企业在为员工提供福利的同时，提高了自身的劳动生产力。此类商业医疗保险往往是对基本医疗保险的补充。例如，基本医疗保险报销目录外的药品可在部分商业医疗保险制度中得到报销，以及患病后的营养补贴等。学生的集体参保也较为常见。当前，学生可以参加覆盖住院服务为主的城镇居保。而参加了商业医疗保险之后，学生患病后可以获得更好的保障待遇。基本医疗保险参保者也可以通过参加商业医疗保险来获得更高的报销比例或更广泛的报销范围。不同的年龄、性别、社会经济状况、教育以及地域等对商业医疗保险的选择有一定影响，年龄、性别、家族史以及健康状况等也同时会成为商业医疗保险选择的限制条件（财政部、人力资源和社会保障部，2002）。

2012年起，商业医疗保险市场中比较大的格局变化为：城乡居民大病保险采取向商业保险机构购买大病保险的方式。具体措施为：地方政府卫生、人力资源社会保障、财政、发展改革部门制定大病保险的筹资、报销范围、最低补偿比例，以及就医、结算管理等基本政策要求，并通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构。招标主要包括具体补偿比例、盈亏率、配备的承办和管理力量等内容。符合基本准入条件的商业保险机构自愿参加投标，中标后以保险合同形式承办大病保险，承担经营风险，自负盈亏。商业保险机构承办大病保险的保费收入，按现行规定免征营业税。

承办大病保险的商业保险机构必须具备以下基本条件：

- 在中国境内经营健康保险专项业务5年以上，具有良好市场信誉；
- 具备完善的服务网络和较强的医疗保险专业能力；
- 配备医学等专业背景的专职工作人员；
- 商业保险机构总部同意分支机构参与当地大病保险业务，并提供业务、财务、信息技术等支持；
- 能够实现大病保险业务单独核算
- 符合保监会规定的经营健康保险的必备条件

3.5.3 市场行为

国家鼓励用人单位和个人参加商业医疗保险。商业医疗保险的保费一般都是根据保险的定位、目标人群的支付能力，结合保险公司的运营成本等测算而来。对个体参保人群，参保前一般需要提供相关健康信息，以确定其保费；如果以企业或者其他群体为单位参保，则可以享受群体参保的费率。

由于目前商业医疗保险的市场份额不高，对医疗机构难以形成谈判力，因此，商业医疗保险的保障一般以医疗费用事后报销、住院等休工天数补贴形式为主。此外，商业保险对于患者就诊机构一般没有严格的设定，公立医疗机构、私立医疗机构等都能为其参保者提供医疗服务。

中国商业医疗保险的需求主要来自于两类人群：基本医疗保险未覆盖的人群和基本医疗保险已覆盖的人群。第一类人群主要指城镇个体劳动者、私营企业就业人员和乡镇企业就业人员，部分地区暂时未把这部分人群纳入基本医疗的保障范围，而参保限制较少的商业医疗保险为这部分人群提供了较好的解决方案。第二类则是已经享受基本医疗保险的居民，此类参保者对基本医疗保险规定范围以外的特殊检查、治疗、用药的需求较大，商业医疗保险可以满足这部分非基本的医疗服务需要。

3.5.4 公共政策

商业医疗保险由保险监督管理委员会进行规制，2006年中国保监会颁布《健康保险管理办法》，统一了健康保险业务经营的监管标准。为了加快发展健康服务业，国务院提出“商业健康保险产品更加丰富，参保人数大幅增加，商业健康保险支出占卫生总费用的比重大幅提高，形成较为完善的健康保险机制”的目标，为商业医疗保险的发展奠定了政策基础。此外，部分地区开展了商业医疗保险公司运营基本医疗保险模式的探索，在未来可能会为商业医疗保险提供更多发展机会。

3.6 支付机制

3.6.1 为医疗服务支付费用

在中国，公共卫生服务费用的筹资主要通过当地卫生部门财政拨款，按照人头经费予以拨付，另有部分有偿服务项目直接付费（例如流感疫苗未纳入国家基本公共卫生服务内容，因而使用者需要支付该服务的费用）。对于一些初级卫生保健服务以及急救服务，公立医疗机构可从当地卫生部门获得部分预算拨款，与患者按服务项目进行计费；如果是参保患者，当地社保基金则以混合支付方式与机构进行结算。在医疗费用结算方面，服务接受方，即患者仍然按照服务项目进行付费，而医保基金与医疗机构则在很长时间内也实施按项目付费。当前推进付费方式改革的的目标是：结合基金收支预算管理加强总额控制，探索总额预付。在此基础上，结合门诊统筹的开展探索按人头付费，结合住院门诊大病的保障探索按病种付费。建立和完善医疗保险经办机构与医疗机构的谈判协商机制与风险分担机制，逐步形成与基本医疗保险制度发展相适应，激励与约束并重的支付制度（人力资源和社会保障部，2011）。

中国长期以来实行按项目付费的支付方式，造成了医疗资源浪费、医保基金压力重等负面效应，2009年《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出通过支付方式改革等措施完善公立医院补偿机制。《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》进一步提出，要加大医保支付方式改革力度，结合疾病临床路径实施，在全国范围内积极推行按病种付费、按人头付费、总额预付等，增强医保对医疗行为的激励约束作用，建立医保对统筹区域内医疗费用增长的制约机制，制定医保基金支出总体控制目标并分解到定点医疗机构，将医疗机构次均（病种）医疗费用增长控制和个人负担定额控制情况列入医保分

级评价体系,积极推动建立医保经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制和购买服务的付费机制,医保支付政策进一步向基层倾斜,鼓励使用中医药服务,引导群众小病到基层就诊,促进分级诊疗制度形成。强化医保对医疗服务的监控作用,采取总额预付、按人头、按病种付费等混合支付方式,引导医疗机构主动控制成本,同时加强监管,规范诊疗行为、提高服务质量;逐步实现由医保经办机构与公立医院通过谈判方式确定服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求;严格基本医保药品目录使用率及自费药品控制率等指标考核。

2012年,国家卫计委、发改委和财政部发《关于推进新型农村合作医疗支付方式改革工作的指导意见》就积极、稳妥推进新农合支付方式改革提出,要通过推行按病种付费、按床日付费、按人头付费、总额预付等支付方式,将新农合的支付方式由单纯的按项目付费向混合支付方式转变,其核心是由后付制转向预付制,充分发挥基本医保的基础性作用,实现医疗机构补偿机制和激励机制的转换。在乡(镇)、村两级医疗卫生机构要积极推行以门诊费用总额预付为主的支付方式改革。也可探索实行按人头付费向乡村(全科)医生购买服务的方式。对于特殊病种大额门诊费用,可探索实行定额包干的支付方式。积极推进住院费用按病种付费、按床日付费等住院费用支付方式改革。2012年人社部发《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》则提出,应进一步深化医疗保险付费方式改革,结合基本医疗保险基金预算管理的全面施行,开展基本医疗保险付费总额控制。

表3-7 供方支付机制

| 支付者 提供者 | 当地政府 | 当地社会 医保基金* | 私人/商业医 疗保险 | 费用 分摊 | 直接 付费 |
|----------------------------------|------|------------------------------------|---------------|----------|----------|
| 基层公立医疗 机构 | 补助 | 混合支付(总 额,按人头, 定额包干,按 项目等) | 按项目 | 按项目 | 按项目 |
| 二三级公立医 疗机构 | 补助 | 混合支付(总 额预付,按项 目等) | 按项目 | 按项目 | 按项目 |
| 民营医疗机构 | 无 | 混合支付 [^] 或无 | 按项目 | 按项目 | 按项目 |
| 零售药店 | 无 | 按项目 | 无 | 按项目 | 按项目 |
| 公共卫生服务 机构或医疗机 构提供的预防 服务 | 补助 | 无/按项目 | 无/按项目 | 无/按项目 | 有偿服务项目 |

*通常为门诊按人头支付、住院按单元支付;总额预算和按项目支付则可以同时用于门诊和住院服务。

[^]“混合支付”是指某种医疗保险制度(例如新农合)对不同的服务类型采用混合的支付方式(例如:门诊服务按人头支付,住院服务实行总额预算等)

资料来源:作者总结

3.6.2 支付费用给卫生服务工作者

在中国，医生作为医院的雇员，其工资水平、福利待遇等与医疗机构密切相关，人力成本主要通过服务收益获得补偿。在基本工资之外，工作量曾经作为医务人员奖金收入的主要考核标准。理论上，绩效、患者满意度、医保指标完成率¹²等逐步纳入考核范围，对医务人员的奖金收入产生很大影响；然而在实际操作中，2009年新医改之前，工作量仍然是医务人员收入的关键因素。

早在2002年，人事部、财政部、卫生部下发《关于卫生事业单位内部分配制度改革的指导意见（试行）》就提出建立按岗定酬工资、岗位绩效工资等符合卫生工作特点的内部分配模式，医务人员的业务量是分配绩效工资的主要标准。随着基层卫生改革、国家基本药物制度等的推进，中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出，要实行以服务质量及岗位工作量为主的综合绩效考核和岗位绩效工资制度，有效调动医务人员的积极性。《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011年）》又进一步强调，建立以服务质量和服务数量为核心，以岗位责任与绩效为基础的考核和激励制度。2009年9月经国务院常委会会议决定，从2009年10月1日起，公共卫生机构和基层医疗卫生事业单位开始实施绩效工资改革，2010年全面实施绩效工资制度。中央与地方政府将共同为绩效工资制度改革提供财政补助。

公共卫生与基层医疗卫生事业单位实施绩效工资与规范津贴补贴结合进行。公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资总量由相当于单位工作人员上年度12月份基本工资的额度和规范后的津贴补贴构成。绩效工资水平由县级以上人民政府人力资源社会保障、财政部门按照与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接的原则核定，各地结合本地实际确定具体核定办法。

绩效工资分为基础性绩效工资和奖励性绩效工资两部分。基础性绩效工资约占总收入的60-70%，主要体现地区经济发展、物价水平、岗位职责等因素，一般按月发放。奖励性绩效工资主要体现工作量和实际贡献等因素，根据考核结果发放，可采取灵活多样的分配方式和办法。根据实际情况，在绩效工资中可设立岗位津贴和综合目标考核奖励等项目（人社部、财政部、卫生部，2009）。

长期而言，绩效工资的设置有助于改善过度处方和其他不合理的医疗行为，提高效率、服务质量以及患者满意度。然而，绩效工资的负面效应也不容忽视，绩效工资实施之后，医务人员之间的收入差距被缩小，对于工作效率高、能力较强的医务人员而言会造成收入的下降，甚至导致其离开基层或公共卫生机构。

12 基本医疗保险对于某些指标有具体规定，例如次均门诊费用、药品费用占总费用比值、自费药品费用占总费用比值等。对于开展总额预算、按病种支付或其他预付制度的地方，支付制度的实施情况也可被用于评价服务提供方的绩效。

附录1 案例研究——城市A的法定筹资体系

| | | 城镇职工基本医疗保险 | | 城镇居民基本医疗保险 | | | 医疗救助 | 公共卫生 |
|----------------|---------------|---|---------------------------|---------------------|---------------|----------|---|---------------------------------------|
| 覆盖人口 | | 职工 | 退休 | 儿童 | 老年人 | 其他 | 残疾人、贫困人员及其他申请者 | 全体居民 |
| 筹资※ | 个人 | 2%PI+ 36 元 | / | 150 元/人 | 400 元/人 | 1200 元/人 | 12元/人 | / |
| | 雇主 | 11.5%PI | / | / | / | / | / | / |
| | 政府△ | 0.5%AI | | 250 元/人 | 800 元/人 | / | 10元/人 | 25元/人 |
| 基金统筹 | 个人账户 | 2% PI+ 0.4/0.7/1.0%PI (< 35, 36~45, > 46 岁) | 5.8/6.8% PI (<70, > 70 岁) | / | | | / | / |
| | 大病统筹基金 | 0.2%PI+36 元/人 | 0.2%AI | 所有保费及政府补贴 | | | / | / |
| | 统筹基金 | 其余 | | | | | 所有保费及政府补贴 | 所有财政补贴 |
| 公共卫生服务 | | / | | / | | | / | 公共卫生服务 |
| 基本 医疗 保险 | 定点零售药店 | 个人账户 | | / | | | / | |
| | 普通门诊 | 个人账户 | | / | | | 残疾证持有者：基本医疗保险报销后的50%由医疗救助支付；每年最多提供2000元/人 | |
| | 起付标准 | 1000 元/年 | 700元/年 | 300元/年 [^] | | | | |
| | 报销比例 | 76%/80%/86% * | 82%/85%/92% * | 40%/50%/70% * | | | | |
| | 住院 | | | | | | | |
| | 起付标准 | 三级/二级/一级医院每次住院800/600/300元 | | | | | | 总医疗费用超过40 000元以上时，医疗救助对现金自付部分提供90%的报销 |
| | 报销比例 | 82%/85%/90% * | 88%/90%/94%* | 76%/80%/84% * | 60%/65%/70% * | | | |
| | 封顶线 | 180 000元/年 | | 15 000元/年 | | | | |
| 特定病种门诊： | | 与住院同等待遇，不设立起付线 | | | | | | |
| 大病医保 | 封顶线以上 | 88%/90%/92% * | | 70% | | | / | / |
| 供方 支付 方式 | 公共卫生 | / | | / | | | / | 按人头 |
| | 门诊 | 按项目 | | 按人头 | | | / | / |
| | 住院 | 总额预算+单病种 | | | | | / | / |
| | 特定病种门诊 | 按项目 | | 按项目 | | | / | / |

本案例由中国东部某城市简化而来，保障水平较高。案例以该市2012年的医保具体制度设置对中国的法定筹资体系做了阐释。

※保费按年度收缴（城镇职工按月）

△政府：代表各个级别政府。对于中国东部经济较发达的地区，省、市政府财政力度往往大于中央政府（中西部则相反）。

AI：省上年度社会平均工资（2012年为30650元）；PI：职工个人工资，当个人工资高于300%社平工资或低于60%社平工资时，以300%或60%社平工资为缴费基数。

* 依次为三级、二级和一级医疗机构。

[^]对于在社区医疗机构定点就诊的居保参保者，可以免除普通门诊每年300元的起付标准。居民每年可以自行选择定点机构并进行签约。

资料来源：作者整理

第四章 卫生机构设施和人力资源

本章概要

中国的医疗卫生机构主要包括医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构。从1949年开始，中国的医院数量保持持续增长的趋势。2012年全国有23 170家医院，是1978年的2.5倍。其中私立医院数量占42%。与此相应，中国医院床位数也经历了持续的增长。2012年每千人口医疗卫生机构床位数达到4.24张。大型医疗设备主要集中在二级及以上医院，基层医疗卫生机构的设备配置也逐年改善。信息化建设方面，医院管理信息系统、临床信息系统以及区域卫生信息化系统均取得了快速进展。政府对卫生领域的投资集中在基层医疗卫生机构、基本医疗保障和公共卫生服务等方面。

中国的卫生人力资源数量发展迅速，2012年每千人口卫生技术人员数量达到4.94人。但护理人员相对短缺。中国公立医疗机构的卫生技术人员有清晰的职业生涯发展体系，其职业发展比较稳定。但在卫生人员的城乡分布方面仍存在挑战。2012年城市地区每千人口卫生技术人员数为8.54人，而农村地区仅为3.41人。卫生人力资源的其他挑战还包括：基层缺少足够的卫生人员、卫生技术人员的教育水平较低。中国初步建立了包括院校教育、毕业后教育和继续教育等连续统一的医学教育体系。在医学教育体系和医学教育质量方面需要改善和加强。

4.1 医疗卫生机构和设施

4.1.1 医疗卫生机构及资本投入

中国的医疗卫生服务机构可以分为三大类：医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构。

中国的医院既提供住院服务，也提供门诊服务。由于中国的医疗卫生服务体系目前尚没有建立完善的守门人制度和双向转诊制度，因此，医院也提供基本医疗服务。根据医院服务针对的人群或疾病类型，医院包括综合医院和专科医院。综合医院提供针对各类人群和各类疾病的综合的医疗服务，专科医院则提供某些专科的服务，比如儿科医院、耳鼻喉科医院、妇产科医院、口腔医院等。

中国的医院包括西医医院和传统医学医院。大多数的医院提供西医服务。除此之外，几乎在每一座县城和城市，都会有一所中医医院，提供中医服务。在一些少数民族地区，也存在其他传统医学医院，比如藏医院、蒙医院。

根据所有制的不同,中国的医院分为公立医院和私立医院。目前,公立医院是中国医院的主体。私立医院在近些年也取得了一定的发展。大多数私立医院为营利性医院,也有一部分非营利性的医院。

从1989年开始,中国对医院实施分级管理制度。根据医院的规模和功能,共划分为三级:

一级医院:是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院。一级医院的床位数为20—99张,承担的功能主要包括:1) 预防保健(社区卫生防疫工作、妇幼保健工作、计划生育手术和技术指导工作、健康教育等);2) 医疗服务(社区内常见病多发病的门诊住院诊治、普及急救知识与技术、社区康复医疗等);3) 卫生行政管理。目前,这一类医院大多被称为基层医疗卫生机构(见下节)。

二级医院:是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。二级医院的床位数为100—499张。承担的功能主要包括:1) 医疗卫生服务(对社区提供全面、连续的医疗、护理、预防保健和康复服务);2) 与医疗相结合开展教学、科研工作;3) 指导地区内基层医疗卫生机构做好社区治疗、预防保健、康复和精神卫生等工作。

三级医院:是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上的医院。三级医院的床位数为500张以上。承担的功能主要包括:1) 提供专科的医疗服务,解决危重疑难病症,接受二级转诊,对下级医院进行业务技术指导和培训人才;2) 完成培养各种高级医疗专业人员的教学和承担省以上科研项目的任务;3) 参与和指导一、二级预防工作。

基层医疗卫生机构:主要包括城市的社区卫生服务中心(站)和农村的乡镇卫生院及村卫生室,为所在社区居民提供包括基本医疗和公共卫生服务在内的初级卫生保健服务

专业公共卫生机构:在县级及以上,专业的公共卫生机构包括:疾病预防控制中心、专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院(所、站)、以及卫生监督所(中心)。这些专业的公共卫生机构向辖区内居民提供传染病防治、慢性病防治、妇幼卫生保健、健康教育等各类公共卫生服务。在乡镇和社区,没有专业的公共卫生机构,医疗服务和公共卫生服务同时由基层医疗卫生机构的相关科室和人员承担。

表4-1 2012年中国医疗卫生机构构成情况

| 医疗卫生机构分类 | 数量 | 构成比(%) |
|--------------|--------|--------|
| 1. 医院 | 23 170 | 100.0 |
| 1.1 综合医院 | 15 021 | 64.8 |
| 1.2 中医医院 | 2889 | 12.5 |

| 医疗卫生机构分类 | 数量 | 构成比 (%) |
|--------------------|----------------|--------------|
| 1.3专科医院 | 4665 | 20.1 |
| 1.4 其他 | 595 | 2.6 |
| 2. 基层医疗卫生机构 | 912 620 | 100.0 |
| 2.1 社区卫生服务中心(站) | 33 562 | 3.7 |
| 2.2 乡镇卫生院 | 37 097 | 4.1 |
| 2.3 村卫生室 | 653 419 | 71.6 |
| 2.4 门诊部(所) | 187 932 | 20.6 |
| 2.5 其他 | 610 | 0.1 |
| 3. 专业公共卫生机构 | 12 083 | 100.0 |
| 3.1 疾病预防控制中心 | 3490 | 28.9 |
| 3.2 专科疾病防治院(所、站) | 1289 | 10.7 |
| 3.3 妇幼保健院(所、站) | 3044 | 25.2 |
| 3.4 卫生监督所(中心) | 3088 | 25.6 |
| 3.5 其他 | 1172 | 9.7 |

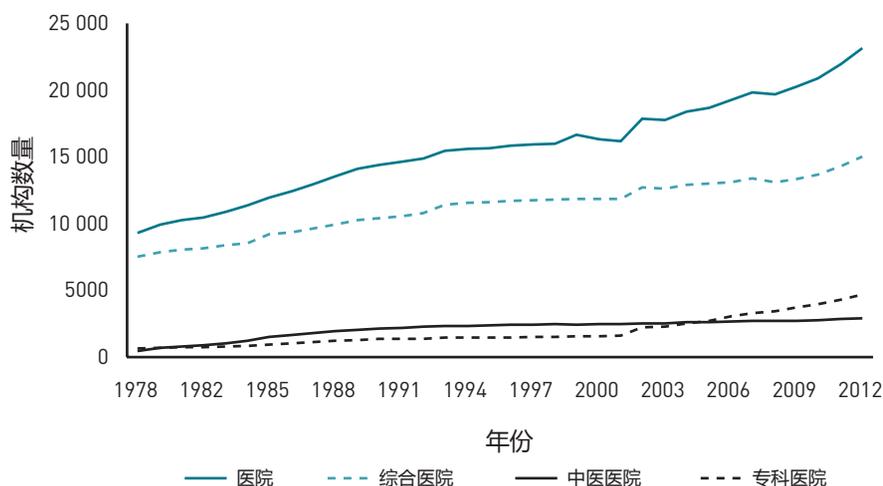
数据来源：卫生部，2013a

医院的数量及分布情况：自改革开放以来，中国的医院数量保持持续增长的趋势。1978年时，中国只有9293所医院；到2012年，医院总数量达到23170所，是1978年的2.5倍。综合医院、中医院和专科医院的数量都有明显增长（图4-1）。

2012年中国所有医院中，公立医院数量占58%（13384所），私立医院数量占42%。而在2002年，私立医院数量只占医院总数的10%。

从城乡分布来看，2012年所有医院中，53%分布在城市地区，47%分布在农村地区。

图4-1 中国医院数量变化情况（1978-2012）



数据来源：卫生部，2013a

资本投入

如前所述，中国的医疗机构多为公立医疗机构。公立医疗机构的房屋及设备管理由政府负责投资建设和购买。1980年代和1990年代，中国的医疗机构引入市场化的运作机制，政府对公立医院的财政投入逐渐减少，公立医疗机构的财政自主权也在逐渐扩大。许多医院和基层医疗卫生机构，可以利用自己的业务收入进行基础建设，购买医疗设备。有些医疗机构甚至举债进行房屋建设和设备购买。

2009年中国实施新的医改以来，政府加强对基本医疗保障和基层医疗卫生机构的投入。2009至2011年，全国财政医疗卫生支出累计达到15166亿元，包括中央财政投入4506亿元。其中中央各级财政共安排城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗资金共4328亿元。在农村，中央投资590亿元，用于县医院、乡镇卫生院和村卫生室的建设和设备购置。中央财政共安排基本公共卫生服务经费395亿元，另有156亿多元用于专业公共卫生服务机构能力建设（国务院医改办，2012）。

政府增加了对二级及以上公立医院的投入，但投入力度不如基层医疗卫生机构。同时，二级及以上公立医院仍然需要利用业务收入或通过其他筹资渠道，加强硬件设施建设。

各级政府对于硬件设施建设的投入发挥着不同的作用。在对基层医疗卫生机构的房屋建设和设备购置的投入中，中央政府和省级政府发挥主要作用；县级政府由于财政能力较弱，除了负责卫生技术人员工资之外，对于硬件建设投资较少，在西部欠发达地区尤其如此。

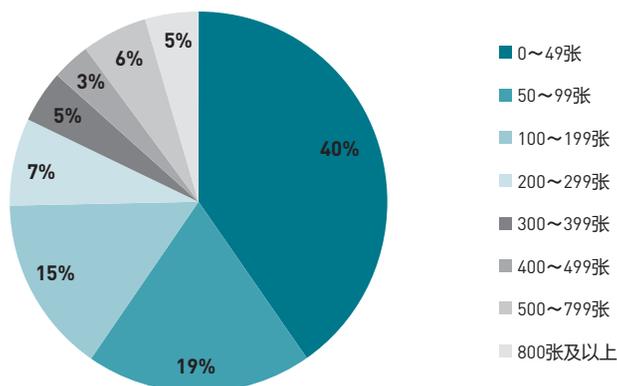
中国鼓励社会资本办医，日益增多的民营医疗机构，主要依靠社会资本投资房屋和设备等硬件建设。

4.1.2 医院床位情况

床位数反映一所医院的经营规模。在中国的官方卫生统计资料中，通常将医院的床位数按以下分类统计：0-49张、50-99张、100-199张、200-299张、300-399张、400-499张、500-799张以及800张以上。图4-2反映了2012年所有医院按照床位数划分的构成情况。其中800张以上床位的大型医院所占比例为5%。

2012年中国医院床位张数为4161486张，其中城市占59%，农村占41%；基层医疗卫生机构床位张数为1324270张，其中城市占12%，农村占88%；专业公共卫生机构床位张数为198198张，其中城市占47%，农村占53%。

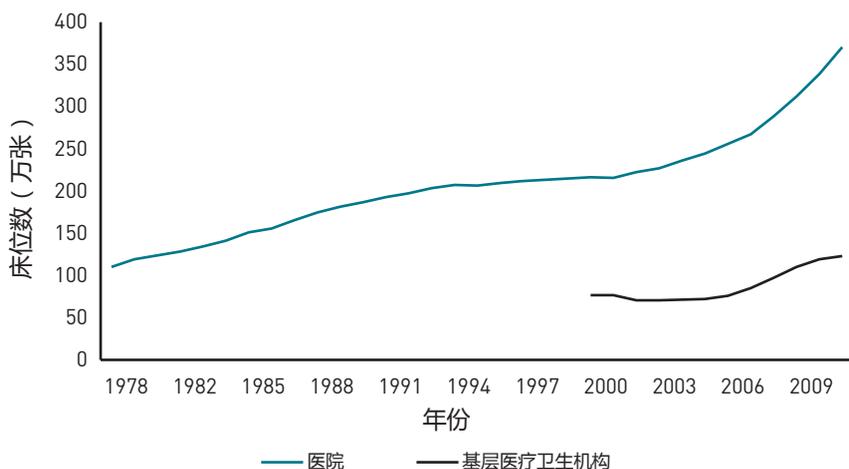
图4-2 2012年中国医院规模（按床位数分组）



数据来源：卫生部，2013a

与医院数量的变化趋势一致，中国医院的床位数也经历了持续的增长，且增长速度超过了医院数量的增长。1978年建国之初，中国只有110万张医院床位，到2012年增长到416.2万张，是1978年数量的3.8倍。基层医疗卫生机构的床位数也有明显增长，但增长速度低于医院的床位数（图4-3）。

图4-3 中国医疗卫生机构床位数量变化（1978-2012）



数据来源：卫生部，2013a

考虑到人口的增长，我们以每千人口拥有床位数来看医疗卫生机构床位的变化趋势，2007年每千人口拥有床位数是2.83张，2012年达到4.24张，4年内涨幅达到50%（表4-2）。

尽管医院数量在城乡之间的差异并不大，但从床位数来看，城乡之间存在着较大差异。2012年，城市的医疗机构床位数约合每千人口6.88张，是农村地区的2.2

倍。这是因为大型医院大都集中在城市地区，农村地区的医院和卫生院规模相对较小。此外，尽管2012年私立医院数量占医院总数的比例高达42%，但从医院床位来看，私立医院床位数占医院床位总数的比例仅为11.1%，说明私立医院平均规模较小。此外，不同地区之间、不同级别、不同所有制医疗机构之间在床位配置以及所提供的服务方面存在较大差异。

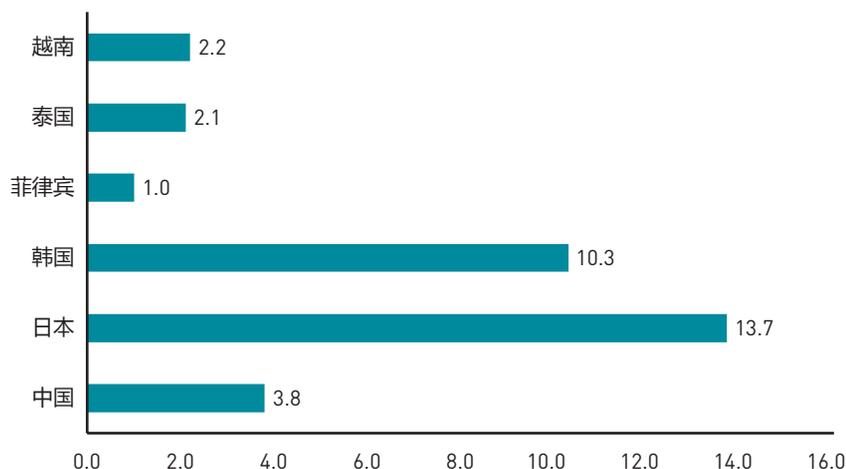
表 4-2 每千人口医疗卫生机构床位数（张）

| 年份 | 合计 | 城市 | 农村 |
|------|------|------|------|
| 2007 | 2.83 | 4.90 | 2.00 |
| 2008 | 3.06 | 5.17 | 2.20 |
| 2009 | 3.31 | 5.54 | 2.41 |
| 2010 | 3.56 | 5.94 | 2.60 |
| 2011 | 3.81 | 6.24 | 2.80 |
| 2012 | 4.24 | 6.88 | 3.11 |

数据来源：卫生部，2013a

与亚洲邻国相比，中国的每千人口床位数远低于日本和韩国，但高于菲律宾、泰国和越南（图4-4）。

图4-4 不同国家每千人口医院床位数



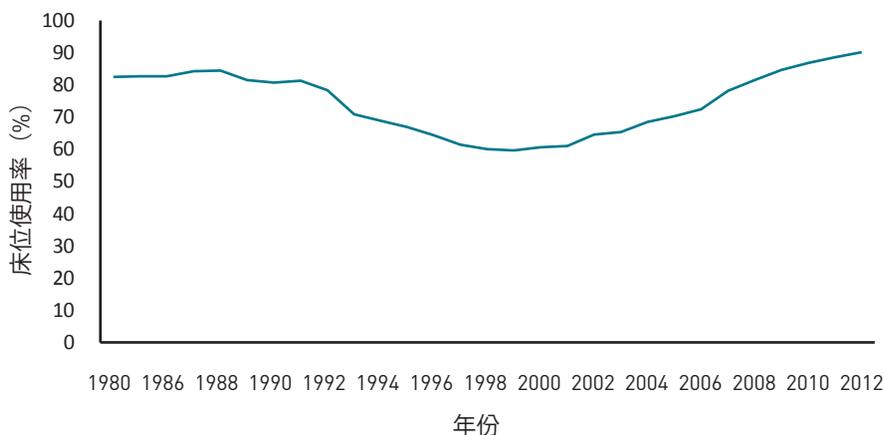
数据年份：中国（2011）；日本（2009）；韩国（2009）；菲律宾（2011）；泰国（2010）；越南（2010）

数据来源：World Health Organization, World Health Statistics, 2013

床位使用率和平均住院日反映医院床位的使用情况。床位使用率是实际占用的总床日数与实际开放的总床日数之比。平均住院日，即住院者占用总床日数与出院人数之比。

中国医院的床位使用率从1992年开始出现下降趋势，低于80%。到1999-2000年左右降至最低，仅为60%。值得注意的是，在卫生筹资方面，居民自付医疗费用在这一时期也达到顶峰。此后床位使用率开始上升，到2012年，床位使用率达到90.1%（图4-5）。

图4-5 中国医院床位使用率 (1980-2012)



数据来源：卫生部， 2013a

不同级别医院的床位使用率存在明显差异。2012年的数据显示，三级医院的床位使用率为104.5%，二级和一级医院则分别为90.7%和60.4%，说明三级医院的床位处于超负荷状态，而基层医疗卫生机构的床位使用率则存在一定的提升空间。

医院平均住院日在1992年左右达到最长，为16.2天，此后一直呈现下降趋势，到2012年达到10.0天。

4.1.3 医疗设备

中国医疗卫生机构的医疗设备按照价值数额进行统计。2012年全国统计的万元以上设备台数为358.7万台。其中100万元以上的设备7.4万台。近年来，医疗设备数量快速增加。以上两项指标比2011年分别增加12.9%和20.7%。这些昂贵的设备主要集中在二级及以上医院。2011年全国所有的100万元以上的医疗设备中，二级及以上医院平均每所医院拥有2.51台，而基层医疗卫生机构万元以上设备仅为0.48台（表4-3）。

表4-3 2012年平均每所医疗卫生机构拥有万元以上设备台数

| | 合计 | 1万-49万元 | 50万~99万元 | 100万元及以上 |
|----------|--------|---------|----------|----------|
| 总计 | 117.67 | 111.34 | 3.46 | 2.87 |
| 医院 | 0.48 | 0.47 | 0.01 | 0.00 |
| 基层医疗卫生机构 | 31.15 | 30.03 | 0.72 | 0.40 |
| 专业公共卫生机构 | | | | |

数据来源：卫生部， 2013a

从每百万人拥有的大型医疗设备来看，2012年每百万人拥有3.0台MRI，9.4台CT，以及0.7台PET。这些大型设备的使用率很高，2011年的调查显示每台CT每年使用9000次（表4-4）。

表4-4每百万人口的大型设备数量

| 设备名称 | 每百万人口的设备数量 (2012年) | 设备使用率 (2011年抽样调查数据) |
|------|-----------------------|------------------------|
| MRI | 3.0 | 5200/年 |
| CT | 9.4 | 9000/年 |
| PET | 0.7 | 2300/年 |

数据来源：国家卫生计生委报告资料

随着国家对基层医疗卫生机构的投入逐渐增加，医疗机构的设备配置也逐年改善。目前乡镇卫生院的设备配置比较完善。一些地区甚至出现设备闲置的现象，即由于缺少相关技术人员，一些配置的设备（如呼吸机等）没有得到充分利用。

4.1.4 卫生信息化

电脑和互联网在中国逐渐普及。截至2013年12月底，中国网民数量达到6.2亿，占总人口的45.8%（中国互联网络信息中心，2014）。电脑和互联网的普及极大地促进了卫生信息化的发展。

我国卫生信息化建设快速发展，经历了三个阶段。第一阶段，2000年以前，主要是医院管理信息系统的建设，包括医院财务管理、药品管理等。第二阶段，2003年非典暴发以后，公共卫生领域信息化得到了快速发展，如建立国家传染病和突发公共卫生事件网络直报系统，实现了传染病个案实时报告。同时，临床领域也逐步由管理信息系统向临床信息系统发展，开始使用电子病历、医学影像系统等。第三阶段，近年来，一些发达地区开始建立以电子健康档案为基础的区域卫生信息化系统。尤其是2009年实施新医改以来，卫生信息化更是取得了快速的发展。

“十一五”期间中国卫生信息化建设取得了如下重大进步：1) 政府加大了公共卫生和应急反应信息系统建设力度。妇幼保健、免疫规划等业务信息系统逐步建立；2) 医疗机构信息化建设进一步深入。绝大部分县及县以上医院建立了以财务管理为核心的医院信息系统，一些医院已从单纯财务管理向以电子病历为核心的临床信息系统建设转变；3) 各地建立了新型农村合作医疗管理信息系统，全国县级新农合信息平台基本建成，省市监管平台正在逐步完善，新农合基金正在实现联网管理和即时结报；4) 区域卫生信息化建设逐步探索，一些地区根据本地卫生事业发展的需要，积极探索区域卫生信息化应用，开展了居民健康档案和电子病历资源共享平台建设，远程医疗也取得了一定的发展。

中国卫生信息化建设起步较晚，面临着数据开发利用、标准化等许多问题和挑战。“十二五”期间，中国卫生信息化建设的总体框架是建设国家、省和地市县3级卫生信息平台，加强公共卫生、医疗服务、医疗保障、基本药物制度和综合管理等5项业务应用，建设居民电子健康档案和电子病历2个基础数据库和1个专用网络，积极推动居民健康卡建设工作，加强信息标准和信息安全体系建设，继续加强远程医疗发展。

4.2 卫生人力资源

我国的卫生人员指在医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构及其他医疗卫生机构工作的人员。根据教育背景和资质，我国卫生人员的主要分类见表4-5。

表4-5 中国卫生人员的主要分类

| 一级分类 | 二级分类 | 三级分类 | 说明 |
|--------|----------|--------|---|
| 卫生技术人员 | | | 包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验技师（士）、影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员。不包括从事管理工作的卫生技术人员（如院长、副院长、党委书记等）。这类人员通常接受过高等医学教育。 |
| | 医师 | | 包括执业医师和执业助理医师。 |
| | | 执业医师 | 指《医师执业证》“级别”为“执业医师”且实际从事医疗、预防保健工作的人员，不包括实际从事管理工作的执业医师。具有高等学校医学专业本科以上学历。执业医师类别分为临床、中医、口腔和公共卫生四类。 |
| | | 执业助理医师 | 指《医师执业证》“级别”为“执业助理医师”且实际从事医疗、预防保健工作的人员，不包括实际从事管理工作的执业助理医师。具有高等学校医学专科学历或者中等专业学校医学专业学历。执业助理医师类别分为临床、中医、口腔和公共卫生四类。 |
| | 注册护士 | | 指经执业注册取得护士执业证书，依照护士条例规定从事护理活动，履行保护生命，减轻痛苦，增进健康职责的卫生技术人员。 |
| | 药剂师（士） | | 是负责提供药物知识及药事服务的专业人员，包括主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药士，不包括药剂员。 |
| | 技师（士） | | 指检验技师（士）和影像技师（士）。包括主任技师、副主任技师、主管技师、技师、技士。 |
| | 其它卫生技术人员 | | 接受过中专及以上专业医学教育或非医学教育，在医疗卫生机构从事诊断和治疗工作的其它卫生技术人员，包括见习医师、卫生监督员等。 |
| 乡村医生 | | | 最初名字叫“赤脚医生”。指在村卫生室工作且取得“乡村医生”证书的人，在村卫生室工作但未取得“乡村医生”证书的人员称为“卫生员”。 |
| 其他技术人员 | | | 指从事医疗器械修配、卫生宣传、科研、教学等技术工作的非卫生专业人员。 |

| 一级分类 | 二级分类 | 三级分类 | 说明 |
|--------|------|------|---|
| 管理人员 | | | 指担负领导职责或管理任务的工作人员。包括从事医疗保健、疾病控制、卫生监督、医学科研与教学等业务管理工作的人员；主要从事党政、人事、财务、信息、安全保卫等行政管理工作的有关人员。 |
| 工勤技能人员 | | | 指承担技能操作和维护、后勤保障服务等职责的工作人员。工勤技能人员分为技术工和普通工。技术工包括检验员、收费员、挂号员等，但不包括实验员、技术员、研究实习员（计入其他技术人员），也不包括经济员、会计员和统计员等（计入管理人员）。 |

资料来源：作者整理

以上各类卫生人员中，值得一提的是乡村医生和全科医生在中国的发展变化。

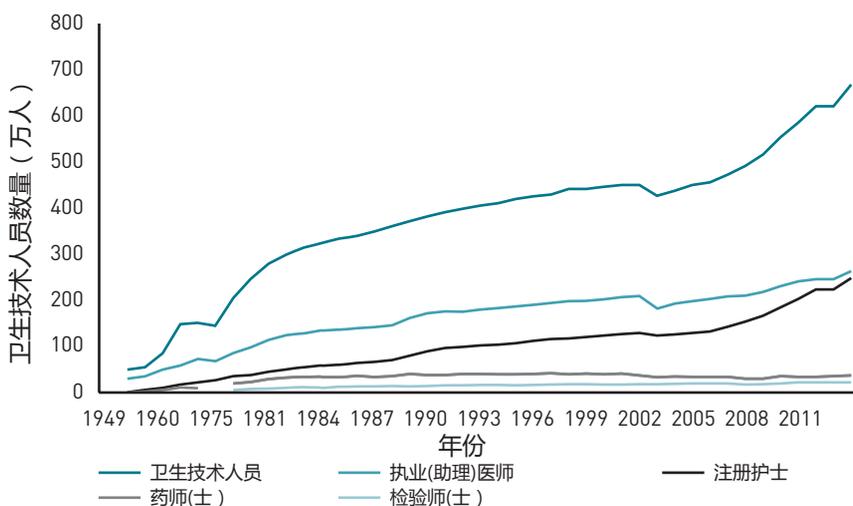
乡村医生：1968年9月，当时中国最具有政治影响力的《红旗》杂志发表了一篇题为《从赤脚医生的成长看医学教育革命的方向》的文章，自此赤脚医生的名称得到了广泛传播。赤脚医生既是农民，又是基层卫生工作者。他们接受短期的培训，为农村居民提供基本医疗卫生服务，由农村集体经济为其支付报酬。到1975年底，全国有150万多名赤脚医生，其中经过6个月以上培训的占41.5%，会接生的赤脚医生占24.3%。赤脚医生制度为中国农村卫生事业发展，乃至为全球初级卫生保健制度的确立都做出了重要的贡献。从1985年开始，中国不再使用“赤脚医生”名称，开始建设和发展乡村医生队伍，到2012年底，中国有102万名乡村医生（卫生部，2013a）。

全科医生：全科医生是综合程度较高的医学人才，主要在基层承担预防保健、常见病多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务，被称为居民健康的“守门人”。2011年7月7日发布的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》提出，我国将把全科医生培养逐步规范为“5+3”模式，即先接受5年的临床医学（含中医学）本科教育，再接受3年的全科医生规范化培训。目前，我国全科医生的培养和使用尚处于起步阶段，全科医生数量严重不足；2012年，全科医生数仅为109794人，每千人口全科医生数为0.82人（卫生部，2013a）。建立全科医生制度，逐步形成以全科医生为主体的基层医疗卫生队伍，是医药卫生体制改革的重要内容，对于提高基层医疗卫生服务水平、缓解人民群众“看病难、看病贵”具有重要意义。

4.2.2 卫生人力资源数量及变化趋势

截至2012年底，中国的卫生人员总量为912万人，其中卫生技术人员668万。每千人口卫生技术人员的数量达到4.94人，包括1.58名执业医师和1.85名注册护士（卫生部，2013a）。

图4-6 中国卫生人员总量的变化 (1949-2012)



注：2007年起，卫生技术人员不再包括药剂师和检验员等技能人员。

数据来源：卫生部，2013a

从1949年开始，我国卫生人力总量总体保持上升的趋势。20世纪50年代，卫生人员数量快速增长，每年递增约11万人。60年代卫生人员数量停滞不前，在180万人上下波动。70-80年代快速发展，每年递增约15万人，90年代后递增速度放慢。2001-2003年卫生人员数量出现负增长。2005年以后，卫生人员数量再次快速增长，每年递增均超过20万。其中，2009年比2008年增长50多万。2011和2012两年也分别比前一年增加40多万。图4-6显示了从1949年建国以后我国卫生技术人员总数量的变化趋势。

卫生人力资源的结构和分布：我国护理人员长期处于短缺的状态。建国初期，医护比约为10: 1。但是护士数量的增长速度明显比医生数量的增长速度快。到2012年，医护比达到100: 95（卫生部，2013a）。

卫生人员通常以女性居多。2012年中国卫生技术人员中女性占67.2%，其中注册护士这一职业中，女性更是高达98.2%。目前我国卫生技术人员的年龄结构以中青年为主。2012年卫生技术人员中25-54岁年龄段的人数占82.1%，55岁及以上的卫生技术人员只占9.2%。但与2005年资料相比，55岁以上的卫生技术人员所占比例有所上升（卫生部，2013a）。

我国卫生技术人员的学历通常分为研究生、大学本科、大专、中专、高中及以下几类。我国卫生技术人员的学历水平不断提高，2012年拥有大学本科及以上学历的卫生技术人员数量占26.7%，而2005年这一比例只有17.1%。在所有卫生技术人员中，执业医师的学历明显高于其它类别的卫生技术人员。大学本科及以上学历者占54.5%；而在注册护士中，大学本科及以上学历者只占10.6%（表4-6）。

表4-6 中国卫生技术人员学历构成 (2005年和2012年)

| | 2005 | | | 2012 | | |
|-------|--------|------|------|--------|------|------|
| | 卫生技术人员 | 执业医师 | 注册护士 | 卫生技术人员 | 执业医师 | 注册护士 |
| 研究生 | 1.6 | 4.3 | 0 | 3.7 | 9.9 | 0.1 |
| 大学本科 | 15.5 | 34.3 | 2.7 | 23.0 | 44.6 | 10.5 |
| 大专 | 29.2 | 32.1 | 28.9 | 37.6 | 28 | 45.4 |
| 中专 | 43.3 | 24.3 | 60.4 | 32.3 | 15.5 | 42 |
| 高中及以下 | 10.3 | 5.0 | 7.9 | 3.4 | 2.0 | 2.0 |

数据来源: 卫生部, 2013a

2012年私立医疗机构的卫生技术人员数量为101.7万, 占总量的15.2%。

从卫生人员的地域分布来看, 我国的东、中、西三类地区的卫生人力资源分布不均衡。2012年, 东部地区每千人口卫生技术人员数为5.33人, 而中部和西部地区分别为4.65和4.71人。经济水平、社会发展程度、卫生投入和卫生服务需求量的差异是造成卫生人力资源配置地域差异的主要原因。

卫生人力资源的城乡分布差异是限制农村地区卫生事业发展的重要因素。与卫生人员的地域差异相比较, 卫生人员的城乡差异更大。2012年我国城市地区每千人口卫生技术人员数为8.54, 而在农村地区, 这一数字仅为3.41。卫生人员的城乡差异不仅仅表现在数量上, 人员素质的差异更加明显。以基层医疗卫生机构为例, 2011年城市地区社区卫生服务中心的卫生技术人员中大学本科及以上学历者占19.1%, 而农村地区乡镇卫生院这一数字仅为5.9% (表4-7)。

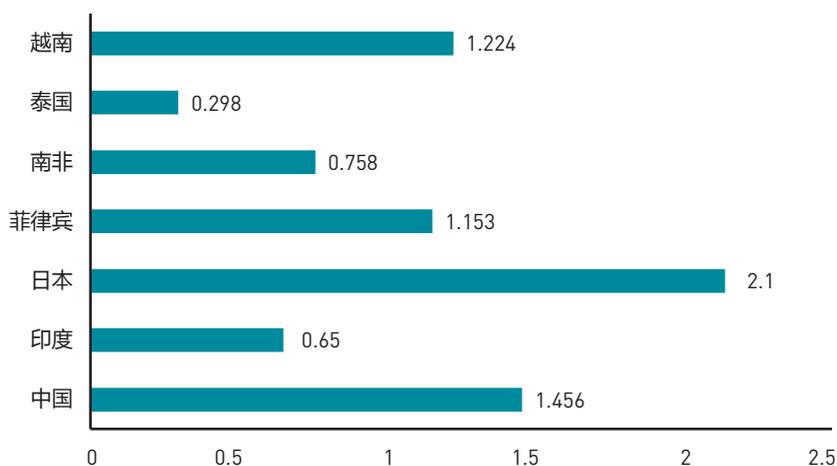
表4-7 2012年中国基层卫生技术人员学历构成 (%)

| | 城市社区卫生服务中心 | | | 农村乡镇卫生院 | | |
|-------|------------|------|------|---------|------|------|
| | 卫生技术人员 | 执业医师 | 注册护士 | 卫生技术人员 | 执业医师 | 注册护士 |
| 研究生 | 0.7 | 1.9 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.0 |
| 大学本科 | 19.3 | 39.3 | 6.8 | 6.1 | 16.0 | 2.4 |
| 大专 | 40.9 | 37.7 | 42.7 | 35.7 | 42.4 | 33.3 |
| 中专 | 34.1 | 18.1 | 47.6 | 51.3 | 35.7 | 60.9 |
| 高中及以下 | 5.0 | 3.0 | 2.9 | 7.5 | 6.8 | 3.3 |

数据来源: 卫生部, 2013a

卫生人力资源的国际比较: 与周边或其他类似国家相比, 中国的每千人口医生数少于日本, 但明显多于越南、菲律宾等国家。相比之下, 中国的护理人员数量不足, 低于菲律宾和日本。另外, 从现有可比数据来看, 中国的牙医和药剂师更加缺乏 (图4-7至图4-10)。

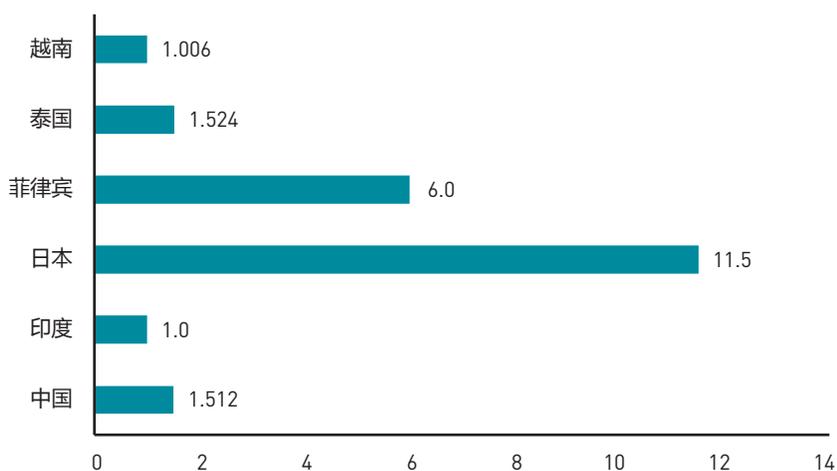
图4-7 各个国家地区每千人口医生数



数据年份: 中国 (2010); 印度 (2009); 日本 (2008); 菲律宾 (2004); 南非 (2011); 泰国 (2004); 越南 (2008)。

数据来源: World Health Organization, World Health Statistics, 2013

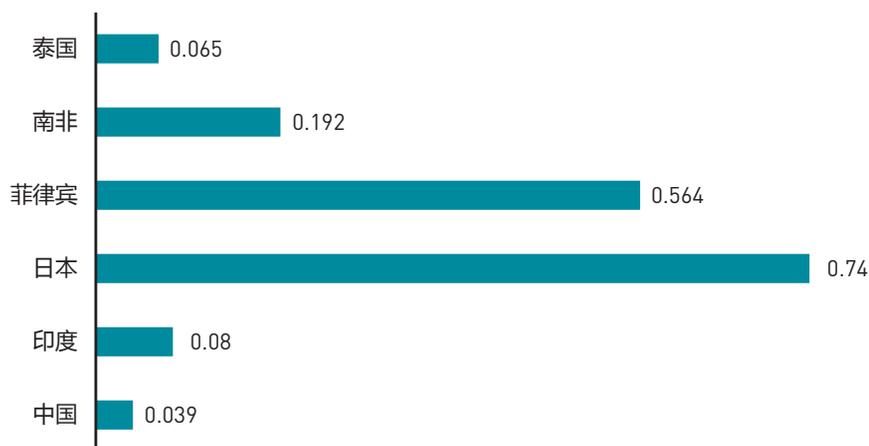
图4-8 各个国家地区每千人口护士数



数据年份: 中国 (2010); 印度 (2008); 日本 (2006); 菲律宾 (2004); 泰国 (2004); 越南 (2008)。

数据来源: World Health Organization, World Health Statistics, 2013

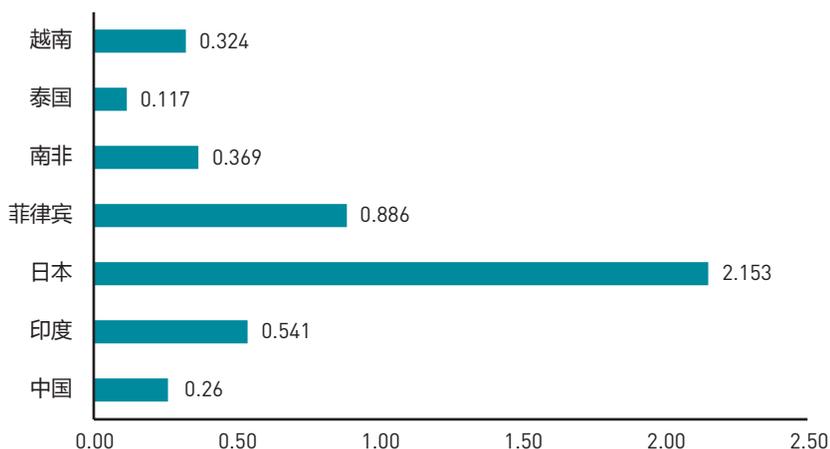
图4-9 各个国家地区每千人口牙医数



数据年份: 中国 (2005); 印度 (2008); 日本 (2006); 菲律宾 (2004); 南非 (2011); 泰国 (2004)。

数据来源: World Health Organization, World Health Statistics, 2013

图4-10 各个国家地区每千人口药剂师数



数据年份: 中国 (2010); 印度 (2012); 日本 (2010); 菲律宾 (2011); 南非 (2011); 泰国 (2004); 越南 (2008)。

数据来源: World Health Organization, World Health Statistics, 2013

4.2.3 卫生人员的流动

由于语言和医学教育体制的差异,中国的卫生技术人员流失到国外的情况并不严重。但在国家内部的不同地区和城乡之间,人员流动比较频繁。

1980年代之前,医学毕业生需要按照国家分配政策,毕业后通常回到来源地的医疗机构就业,也有人服从分配,到国家需要的地区和岗位上工作。参加工作以

后,受到编制和户口的限制,卫生人员极少流动,大多数人在同一个单位工作至退休。

1990年代以后,劳动力市场逐渐开放,就业分配政策也随之更加灵活,基本采取双向选择、择优录取的原则。医学生毕业后不再接受国家的分配,而是自主择业。同时就业地也不限于生源地,可以选择在全国任何地方就业。由于不同地区之间在收入待遇、生活环境以及职业发展机会等方面的巨大差异,医学毕业生大多倾向于在发达的东部地区、城市地区和二级及以上医疗机构就业。相应地,西部欠发达地区、农村地区和基层医疗卫生机构则难以招聘到优秀的卫生人才。

参加工作的卫生人员仍有自由在不同的地区和工作单位之间更换工作。这进一步导致了欠发达地区和基层医疗卫生机构卫生人员的流失。研究显示基层医疗卫生机构流失率很高,加剧了不同地区和城乡之间卫生人力分布的差异。快速增长的私立医疗机构以及医师多点执业政策等也将加快劳动力市场中人才的流动。部分医学毕业生和卫生技术人员选择到其他行业就业,在一定程度上造成卫生人力资源的流失和浪费,但目前缺少全国性的统计数据。

除了劳动力市场的人才流动之外,中国的卫生人力资源也存在政策性流动,即对口支援。城市医院对口支援农村医疗卫生工作,发达地区对口支援贫困地区和少数民族地区,是深化医药卫生体制改革意见做出的一项重要部署,对于培养当地的卫生技术人员、提高当地卫生服务水平发挥重要作用。2005年起,卫生部、财政部和国家中医药管理局开始实施“万名医师支援农村卫生工程”。到2012年,北京等东部9省市共派出医务人员1722名对口支援内蒙古自治区等西部8省区,开展新技术近1800项,培训医务人员近9万人次。但是目前仍缺乏这些医务人员在支援地区工作多长时间等信息。

4.2.4 卫生人员教育和培训

自1949年开始,我国逐步建立了包括院校教育、毕业后教育和继续教育等连续统一的医学教育体系。从20世纪90年代起,我国医学教育快速发展。尤其是在1999年出台的高等教育扩招政策的鼓励下,我国医学院校的办学规模迅速扩大。2008年高等医学教育的招生数量比1998年的招生数量增加了6倍,学生-教师比例增加到原来的3倍。高等医学院校数量由建国初期的44所,发展到2010年的103所,高等医学院校在校生数量则相应地由1.52万人增长到186.5万人。此外,中等医学教育在校生达到168.4万人。

院校教育包括本科、大专、中专等类别。高中毕业生参加全国统一的高考后,根据考试成绩的高低进入不同类别的学校接受不同的医学教育。我国现有的医学教育学制从3年到8年不等(表4-8),其中临床医学教育学制是3、5、7、8年制并存:3年制毕业生授专科学位,5年制毕业生授医学学士学位(这种学制目前的招生规模最大),7年制毕业生授医学硕士学位(专业学位),八年制毕业生授医学

博士学位(专业学位)。医学教育除了培养临床医生以外,也培养其他类别的卫生技术人员,包括:护理人员、公共卫生人员、卫生管理人员、药剂人员以及检验人员等。

表4-8 中国医学教育学制设置

| 学制 | 专业 | 毕业学位 |
|----|----------------------|--------|
| 3年 | 临床医学、口腔医学、医学检验、医学影像等 | 医学专科学位 |
| 4年 | 护理、药学等 | 理学学士学位 |
| 5年 | 临床医学、口腔医学、预防医学、护理等专业 | 医学学士学位 |
| 6年 | 临床医学、口腔医学等 | 医学学士学位 |
| 7年 | 临床医学、预防医学等 | 医学硕士学位 |
| 8年 | 临床医学 | 医学博士学位 |

资料来源:作者整理

中国的医学教育也包括研究生教育。本科毕业生通过推荐或参加统一考试获得研究生学习的资格。硕士研究生和博士研究生学制2—4年不等,毕业后授予硕士和博士学位。结合上表中专科和本科学位,中国医学教育的学制呈现非常复杂的局面。1998年中国开始了世界范围内最大规模的医学教育改革,将医学院校合并到综合大学,并扩大医学生的招生规模。改革已经取得了一些成效,比如:增加医学毕业生数量以弥补医务人员数量的不足;加速护理人员的培养以改善医护比不平衡现象;加强全科医生的培养,尤其是为农村基层地区培养卫生技术人员。但是,改革过程中仍存在一些问题和挑战,包括:招生规模扩张的同时师资队伍没有相应增长,这可能降低医学教育质量;课程设计陈旧,过于强调生物医学技术而忽视伦理和职业精神教育;许多医学生的高考第一志愿不是医学专业等。

住院医师规范化培训属于毕业后教育,是指高等院校医学类专业本科及以上学历,即临床医学类、口腔医学类、中医学类和中西医结合类学生,在5年医学校毕业后,以住院医师身份接受的系统化、规范化培训。住院医师规范化培训是临床医师培养所特有和必经的教育阶段,对于提高医疗质量、确保医疗安全具有不可替代的重要意义。长期以来,中国缺少规范化的住院医师培训制度,学生从医学院校毕业后,未经二级学科培养,就直接分配到医院从事临床工作,其专业能力的提高在很大程度上取决于所在医院的条件和培训过程。这严重影响了医疗队伍整体素质的提高。2013年12月,国家卫生计生委等7部委联合颁布《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》,规定医学专业毕业生在完成5年医学类专业本科教育的毕业生,在培训基地接受3年住院医师规范化培训,提出

进一步探索住院医师规范化培训与医学硕士专业学位研究生教育有机衔接的办法。

继续医学教育，是指在完成院校教育和毕业后教育之后进行的在职医学教育。其目的旨在使在职卫生人员不断学习同本专业有关的新知识和新技术，跟上医学科学的发展。中国的继续医学教育实行学分制。在职卫生人员必须每年参加继续教育活动，完成一定的学分。继续医学教育学分包括两类：国家和省级举办的继续医学项目颁发I级学分，而自学、学术论文、科研立项以及单位自己组织的学术活动等则授予II类学分。

除了以获取学分为目的的继续医学教育外，各级卫生行政部门和医疗机构也会组织卫生技术人员的进修培训，以期提高医学知识和技能，或者获得更高一级的学位，比如专科升本科、本科升研究生等。

中国于1998年颁布《执业医师法》，实施执业医师制度。卫生技术人员需要通过全国统一的执业医师资格考试，由国家卫生与计划生育委员会统一颁发执业医师资格证书或执业助理医师资格证书。只有获得执业（助理）医师资格证书的人员才具有独立从事医疗活动的资格。受县级以上卫生行政部门委托的机构应当按照医师执业标准，对医师的业务水平、工作成绩和职业道德状况进行定期考核。目前，医师只能在其注册的医疗机构行医，但中国正在制定和推行医师多点执业制度。

4.2.5 卫生人员职业生涯

中国的卫生技术人员的职业生涯可以分为三个阶段：初级、中级和高级。以医生为例，中专和大专医学生毕业后通过考核合格后获得医士资格，本科毕业生则可获得医师（或住院医师）资格。医士和医师均属于初级职称。工作满一定年限后（如本科毕业后五年），可通过一定程序晋升为主治医师（中级职称）。高级职称则包括副主任医师和主任医师。同理，其他卫生技术人员也有相应的职业生涯发展体系。

医学院附属医院的卫生技术人员由于有教学、科研和指导研究生的任务，还有副教授和教授职称。

若医疗机构有相应的岗位（或职称晋升名额），符合晋升条件的卫生人员向所在医疗机构提出申请。医疗机构审核后，上报上级卫生行政和人事部门批准。晋升中级职称（如主治医师）需要通过由省级统一组织的考试，考试内容包括专业知识、外语和计算机等。晋升高级职称（如副主任医师和主任医师），则需要进行答辩。省级人事部门和卫生行政部门邀请相关领域专家组成专业委员会，对申请人的资格和能力进行审核。省级人事部门根据答辩结果，最终决定是否晋升。

第五章 卫生服务提供

本章概要

中国已经建立了完善的卫生服务提供体系，能够提供从传染病控制、急救医疗、门诊和住院服务和其他医疗服务。国家卫生和计划生育委员会负责全国的卫生发展规划和行政管理工作，省、市、县各级卫生计生行政部门负责所辖区域的卫生发展和行政管理。

疾病预防控制中心、卫生监督机构、妇幼保健机构、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室等机构为城乡居民提供传染病防控、慢性病防治、健康教育、食品安全监测和监督、劳动场所卫生监测，突发公共卫生事件处理、妇女儿童保健等公共卫生服务。社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室负责为辖区居民提供基本医疗服务，同时承担基本公共卫生服务。

二/三级综合医院主要提供门诊和住院医疗服务。专科医院可以提供与精神疾病和口腔疾病等相关的医疗服务。每个市、县都单独建设至少一家中医医院，大部分综合性医疗机构和基层医疗卫生机构都设有中医科，主要提供以草药、针灸、按摩等传统疗法为主的中医服务。

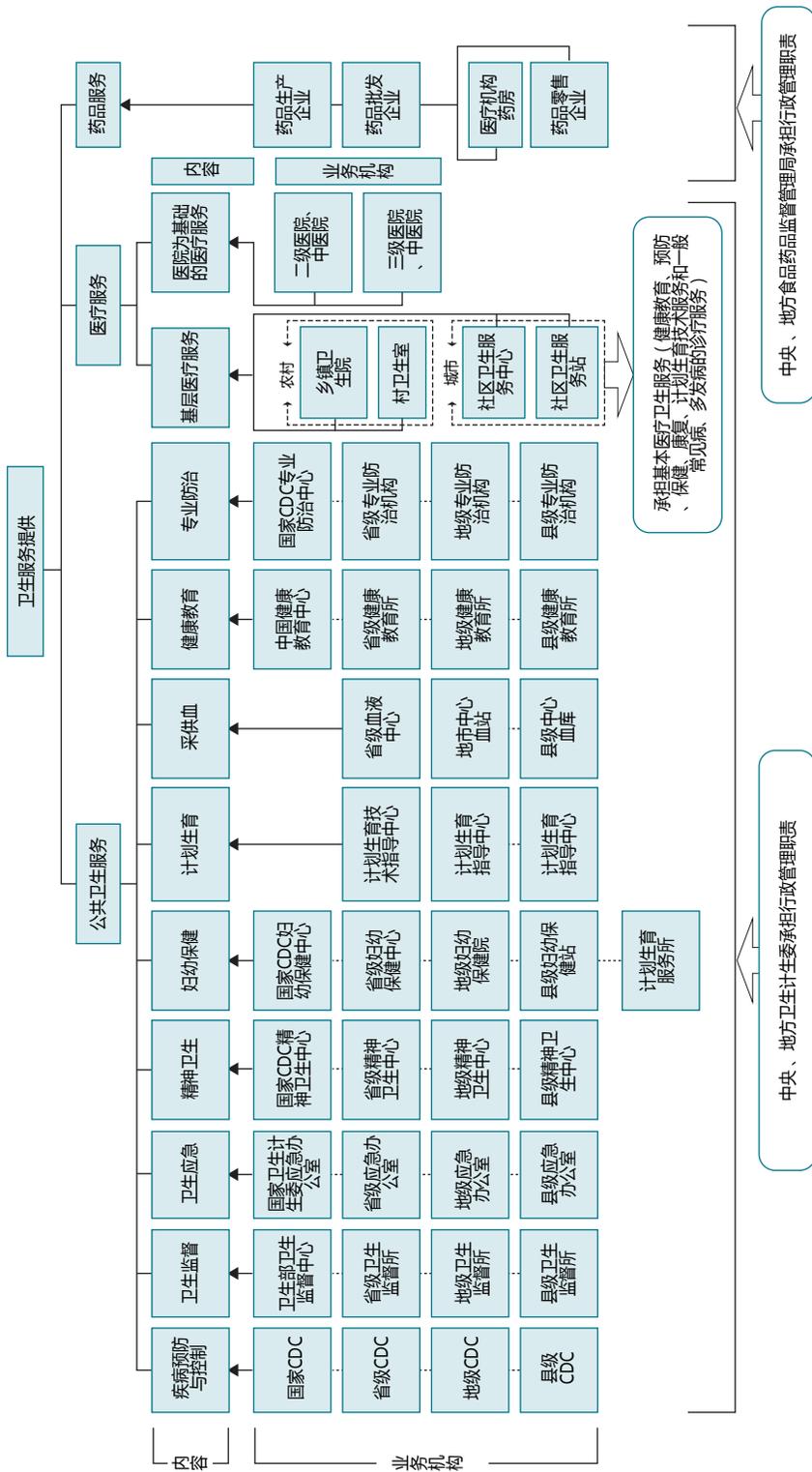
2003年SARS暴发以来，中国政府增加了对公共卫生机构的基础设施建设、人员能力加强和公共卫生服务项目提供等方面的财政支持，这极大地促进了我国公共卫生事业的发展。2009年新一轮医药卫生体制改革以来，中国政府鼓励和支持社会资本进入医疗服务市场。

5.1 公共卫生

5.1.1 公共卫生服务提供体系和管理体系

在中国，公共卫生服务主要由基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构提供。国家建立了以社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室等城乡基层医疗卫生服务网络为基础，由疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等专业公共卫生机构负责具体业务指导的公共卫生服务提供体系。国家卫生和计划生育委员会（以下简称“卫生计生委”）内设疾病预防控制局、综合监督局、卫生应急办公室、基层卫生司、妇幼健康服务司、食品安全标准与监测评估司等相关司局负责国家公共卫生行政管理，省、市、县各级卫生行政部门内设相关机构负责地方的公共卫生管理。

图5-1 中国卫生服务提供框架图



5.1.2 基本公共卫生服务的提供

中国自2009年启动基本公共卫生服务均等化改革，向全体居民免费提供基本公共卫生服务，主要包括建立居民健康档案、健康教育、预防接种、0—6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压和II型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生监督协管等内容。目前基本公共卫生服务已经在城乡基层医疗卫生机构全面开展。

基本公共卫生服务主要通过社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室等城乡基层医疗卫生机构免费为全体居民提供。

5.1.3 传染性疾病的预防与控制

《中华人民共和国传染病防治法》规定传染病实行分类管理。法定传染病分为甲类、乙类和丙类，共39种，其中甲类2种（鼠疫、霍乱），乙类26种，丙类11种。中国坚持在政府统一领导下，预防为主的传染病防治政策。中央、省、市、县四级疾病预防控制机构承担具体的传染病疫情监测、流行病学调查和疫情报告工作。公立和私立医疗保健机构承担责任范围内的传染病疫情报告和临床治疗工作。

目前威胁中国居民健康的传染病主要有结核病、艾滋病和病毒性肝炎等。2013年，全国共报告法定传染病发病642万例，死亡16592人，前五位的死亡原因分别是艾滋病、结核病、狂犬病、病毒性肝炎和流行性出血热。报告发病率为473.9/10万，死亡率为1.2/10万（卫生部，2013c）。

自2007年中国实施了扩大国家免疫规划项目以来，国家免疫规划疫苗种类由原来6种扩大到14种，预防15种传染病。中国已经消灭了天花，实现了无脊髓灰质炎目标，消除了新生儿破伤风。

5.1.4 疫情监测和卫生应急网络

2003年非典疫情发生后，中国建立了全球规模最大的传染病疫情和突发公共卫生事件网络直报系统，实现了包括乡镇卫生院在内的各级各类医疗卫生机构直接向国家报告传染病疫情和突发公共卫生事件，从医疗卫生机构发现、诊断后的平均报告时间由直报前的5天缩短为4小时。目前，100%的县级以上疾病预防控制机构、98%的县级以上医疗机构和94%的基层医疗卫生机构实现了法定传染病实时网络直报（李斌，2013）。

5.1.5 妇幼卫生监测与干预

中国已经建立了省、市、县三级妇幼卫生保健网。2012年，全国共有妇幼保健机构3044家（城市1058家，农村1986家），妇幼保健机构卫生技术人员28.5万（卫生部，2013a）。在妇幼卫生信息化建设方面，中国先后建立了妇幼卫生年报信息系统、妇幼卫生监测信息系统和妇幼保健机构监测信息系统。

中国积极推动住院分娩，保障母婴安全。2012年全国住院分娩率达到99.2%（国家卫生和计划生育委员会，2014）。通过开展筛查工作，防治妇女常见病。2009-2012年共完成2230万农村适龄妇女宫颈癌检查，310万农村妇女乳腺癌检查，为2895万孕产妇提供了艾滋病咨询检测服务（李斌等，2014）。

生殖健康和出生缺陷综合防治进一步加强。2009-2012年共为3627万名农村育龄妇女免费增补叶酸，神经管缺陷快速下降。在孕产期保健服务中加强产前筛查和产前诊断服务。2012年启动实施地中海贫血防控试点项目，努力降低重型地贫儿发生率。新生儿疾病筛查网络不断健全，全国甲状腺功能减低症，苯丙酮尿症等遗传代谢性疾病筛查率达78%，听力障碍筛查率达50%（李斌等，2014）。

5.1.6 慢性病防治

中国常见慢性病主要有心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病等。为了做好慢性病预防控制工作，遏制慢性病快速上升的势头，中国于2012年制定了国家慢性病防治规划。该规划提出，中国将进一步完善覆盖全国的慢性病防治服务网络，健全综合防治工作机制，建立慢性病监测与信息管理制度。并且提出了2015年要实现的具体目标，包括慢性病核心信息人群知晓率达50%以上；35岁以上成人血压和血糖正常水平知晓率分别达到70%和50%；全民健康生活方式行动覆盖全国50%的县（市、区）；国家级慢性病综合防控示范区覆盖全国10%以上县（市、区）；成年人吸烟率降低到25%以下。为了实现上述目标，规划中提出建立疾病预防控制机构、医院、专科疾病防治机构和基层医疗卫生机构在慢性病防治中的分工负责和分级管理机制，明确职责和任务。疾病预防控制机构和专科疾病防治机构协助卫生行政部门做好慢性病及相关疾病防控规划和方案的制定和实施，提供业务指导和技术管理；医院开展慢性病相关信息登记报告，提供慢性病危重急症病人的诊疗、康复服务，为基层医疗卫生机构开展慢性病诊疗、康复服务提供技术指导；建立和基层医疗卫生机构之间的双向转诊机制；基层医疗卫生机构负责相关慢性病防控措施的执行与落实。健康教育机构负责研究慢性病健康教育策略方法，传播慢性病防治核心信息，并指导其他机构开展慢性病健康教育活动。妇幼保健机构负责提供与妇女儿童有关的慢性病预防咨询指导。

目前，中国防治慢性病的一项重要工作就是抓好慢性病综合防控示范区建设，中国从2010年开展创建慢性病综合防控示范区工作。在示范区内，通过开展社区调查诊断，明确本地区主要健康问题和危险因素，应用适宜技术，发展适合当地的慢性病防控策略、措施和长效管理模式。国家慢性病防治工作规划中提出，到2015年，全国所有省（区、市）和东部省份50%以上地级市均建有国家级慢性病综合防控示范区（卫生部等，2012）。

5.1.7 地方病及环境相关疾病的预防与控制

中国地方病流行情况比较严重。全国都不同程度上存在地方病危害，主要有碘缺乏病、水源性高碘甲状腺肿、地方性氟中毒、地方性砷中毒、大骨节病和克山病。各级疾病预防控制部门和地方病防治专业机构负责地方病监测、健康教育、

防控措施制定及效果评估等工作，并协调有关部门落实普及碘盐、改水等防控措施。2012年中国制定了《全国地方病防治“十二五”规划》，未来几年中国将加强地方病病情监测，根据各地地方病的流行现状，实施有针对性的防控措施，建立起持续有效的地方病防治工作机制，基本消除重点地方病的危害。

中国实行职业卫生监督制度。国家安全生产监督管理部门、卫生计生行政部门、劳动保障行政部门依法负责全国职业病防治的监督管理工作。职业病的诊断和职业健康检查工作由经省级卫生行政部门审批的医疗机构承担。一旦发生职业病危害事故，用人单位负责采取应急救援和控制措施，卫生行政部门负责组织医疗救治工作。职业病病人的诊疗、康复费用以及伤残和丧失劳动能力的职业病病人的社会保障按照用人单位参加的国家工伤保险进行补偿，如果用人单位没有参加工伤保险，这些费用由用人单位承担。

2007年，中国出台了《国家环境与健康行动计划（2007年-2015年）》，这是中国环境与健康领域的第一个纲领性文件。2011年中国政府制定的《国家环境保护“十二五”环境与健康工作规划》，提出到2015年，初步建成一支环境与健康工作的管理队伍，完成全国重点地区环境与健康问题调查，初步建立环境与健康监测网络，在这些工作的基础上，初步建立起环境与健康风险管理的数据库和信息系统。

5.1.8 健康教育和健康监测

中国初步建立了以健康教育专业机构为主导，以城乡基层医疗卫生机构为基础，包括其他医疗卫生机构和学校、企业、机关、事业单位等重点场所在内的健康教育体系。健康教育专业机构包括健康教育中心、健康教育所和健康教育站。中国健康教育中心负责全国健康教育与卫生计生新闻宣传工作的技术指导，开展相关理论研究与实践，承担全国健康教育与卫生计生新闻宣传大型活动的组织实施及信息管理、媒体联系、业务培训等有关技术和 Service 性工作。地方上设立健康教育所或健康教育站，负责地方的健康教育具体业务工作。2010年，全国健康教育专业机构达到2678个，覆盖了80%的县。为了促进城乡居民健康，中国政府部门、社会团体和企业联合或独立开展了多项健康教育和健康促进活动，涉及烟草控制、妇幼健康、儿童营养、肝炎防治等方面。

中国已经建立了常规监测和健康体检相结合的人群健康监测方式。常规监测主要指在基层医疗机构开展的基本公共卫生服务中有关人群健康监测的常规性工作。这些监测工作主要由乡镇卫生院和社区卫生服务中心负责组织实施，村卫生室、社区卫生服务站在乡镇卫生院和社区卫生服务中心的业务管理下开展具体的健康监测工作。近年来，健康体检在中国得到了快速发展，健康体检主要由依附于医院的体检机构提供，另外也有一些独立于医院的专业健康体检机构提供健康体检服务。

此外，中国也开展了一些专项健康监测项目，如自1959年开展的全国营养监测项目，至今已完成4次全国营养调查，最近一次调查在2011年进行。近年来，中国居民死因监测、肿瘤随访登记、慢性病与营养监测相继开展，监测点覆盖面逐年扩

表5-1 不同级别医院门诊人次数 (单位= 10 000 人次数)

| 年份 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 三级医院 | 62 127.8 | 68 939.3 | 76 046.3 | 89 807.8 | 108 670.6 |
| 二级医院 | 83 020.7 | 88 840.1 | 93 120.4 | 99 198.5 | 105 476.7 |
| 一级医院 | 15 565.6 | 14 995.2 | 14 573.6 | 15 336.5 | 16 766.5 |
| 未分级医院 | 17 452.9 | 19 419.3 | 20 223.0 | 21 541.0 | 23 247.9 |

数据来源: 卫生部, 2013a

表5-2 不同级别医院住院人次数 (单位= 10 000 人次数)

| Year | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 三级医院 | 2326.8 | 2668.3 | 3096.8 | 3717.3 | 4726.4 |
| 二级医院 | 4061.3 | 4636.0 | 5115.7 | 5567.4 | 6241.6 |
| 一级医院 | 392.2 | 432.0 | 463.7 | 535.8 | 648.9 |
| 未分级医院 | 611.7 | 751.6 | 847.5 | 934.2 | 1110.6 |

数据来源: 卫生部, 2013a

5.3 基层医疗卫生服务

5.3.1 基层医疗卫生服务体系

中国基层医疗服务主要由城市的社区卫生服务中心(站)和农村的乡镇卫生院、村卫生室等基层医疗卫生机构提供。社区卫生服务中心对其下设的社区卫生服务站实行一体化管理,其他社区卫生服务站接受社区卫生服务中心的业务管理。村卫生室接受乡镇卫生院的业务管理和技术指导,在部分已实现乡村卫生服务一体化的地区由乡镇卫生院对村卫生室实行统一管理。

社区卫生服务机构和乡镇卫生院主要负责为当地居民提供健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病诊疗服务。村卫生室为农村居民提供基本的医疗卫生服务。卫生行政部门负责对基层医疗卫生机构实施日常监督与管理;疾病预防控制中心、妇幼保健院(所、站)、专科防治院(所)等预防保健机构负责对基层医疗卫生服务机构所承担的公共卫生服务工作进行业务评价与指导。

5.3.2 基层医疗卫生服务机构和人员规模

2012年,中国有8182家城市社区卫生服务中心,25380家社区卫生服务站,39097个乡镇卫生院和653419家村卫生室。城市社区卫生服务中心(站)卫生技术人员38.7万人,农村乡镇卫生院卫生技术人员101.7万人,村卫生室人员124.3万人(卫生部,2013a)。

5.3.3 基层医疗卫生服务利用、存在的问题和改革方向

中国基层医疗卫生服务利用总体上呈现增长趋势,2012年,基层医疗服务人次占全国医疗服务总人次数的60%。2012年,基层医疗卫生机构诊疗人次为41.02亿人次,与2011年相比,增长了8.0%;基层医疗卫生机构住院人数为4209万人,与2011年相比,增长了11.5%。2012年全国社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院门诊量占全国医疗卫生机构门诊量的比重是22.7%。2012年,全国社区卫生服务中心和乡镇卫生院的病床使用率分别是55.5%和62.1%(卫生部,2013a)。

目前基层医疗服务在人才队伍建设方面仍然任重道远,卫生技术人员数量不足、素质不高、工作不稳定等问题仍是制约基层医疗卫生机构进一步改善服务和提高水平的“瓶颈”。为了加强基层卫生人员的能力,全国各地正在积极推进农村卫生人员在职在岗培训,实施农村卫生人员培训规划和定单定向农村卫生人才培养项目;在城市实施社区卫生人员培训项目,大力开展社区卫生人员岗位培训,实施以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划。在体系建设上,完善以社区卫生服务为基础的城市医疗卫生服务体系,逐步建立社区首诊、分级诊疗和双向转诊制度。

5.4 二、三级医院提供的医疗服务

5.4.1 二、三医院医疗服务提供体系

我国的二级医院是指向多个社区提供医疗卫生服务并承担一定教学、科研任务的地区性医院,包括一般市、县医院及直辖市的区级医院,以及具有一定规模的工矿、企事业单位的职工医院。三级医院是指向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上的医院,包括全国、省、市直属的市级大医院,以及医学院的附属医院。2012年,全国有三级医院1624家,二级医院6566家。二、三级医院按照提供服务类别的不同分为综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院和护理院。其中,综合性医院在各类医院中占有较大的比例,2012年全国综合性医院占医院总数的64.8%。综合医院一般设有内科、外科、妇产科、儿科、耳鼻喉科、眼科、皮肤科、中医科等专科,还设有检验、影像等医技部门。中医院、中西医结合医院和民族医院主要提供与中医和民族医有关的医疗服务。专科医院是为诊治各类专科疾病而设置的医院,如妇产科医院、传染病医院、肿瘤医院、口腔医院、职业病医院等(卫生部,2013a)。

5.4.2 医院的经济类型

在中国,大部分医院是公立医院,2012年,公立医院数占医院总量数的57.8%,与2011年相比,下降了3.8%(卫生部,2013a)。在中国于2009年启动的新一轮医药卫生体制改革中,政府鼓励和引导社会资本办医,鼓励医疗卫生技术人员在公立医院与民营医院之间自由流动执业。

5.4.3 二、三级医院的卫生服务利用

2012年,二、三级医院提供的诊疗人次分别为10.55亿人次和10.87亿人次,二者分别占全部医院诊疗人次的41.5%和42.8%,二、三级医院的入院人数分别是6242万人和4726万人,分别占全部医院入院人数的49%和37.1%。2012年,二、三级医院的病床使用率分别是90.7%和104.5%,平均住院日分别是9.1天和11.4天(卫生部,2013a)。2005年以来,一些大型综合性医院开始开设日间病房为患者提供无需住院的日间急诊手术和日间观察病床服务。目前,日间照护在中国还处在发展阶段。

5.4.4 二、三级医疗服务与基层医疗服务间的关系

为了引导一般性诊疗工作在基层开展,促进医疗资源合理配置,国家在2006年出台了双向转诊制度,要求居民首选在基层医疗机构寻求诊疗服务,必要的时候由基层医疗机构负责将患者转到二、三级医院就诊,待患者病情稳定后再由医院将患者下转到基层医疗机构进行康复治疗等后续治疗(国务院,2007)。2009年新医改以来,国家开始探索建立二、三级医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制,医院在技术、人员和管理等方面带动基层医疗卫生机构的发展。为了实现这一目标,开始探索建设医疗联合体,推动分级诊疗格局形成。

5.4.5 二、三级医疗服务存在问题及变化趋势

费用和质量一直是二、三级医院存在的主要问题。从2010年起,中国开始公立医院改革试点,力求在完善服务体系、创新体制机制、加强内部管理、加快形成多元化办医格局等方面实现突破。2012年起,中国全面启动县级公立医院综合改革试点工作,探索公立医院补偿机制等方面的改革。更多详细的关于公立医院改革的内容见第6章。

5.5 急救医疗服务

5.5.1 急救医疗体系

急救医疗是指对危及生命的突发急症、创伤、中毒等的抢救治疗,包括现场急救、转送途中急救和各级医疗机构内的急救。急救医疗服务包括院前急救、医院急诊科和ICU三个环节。院前急救以急救中心(站)为主体,与医院组成院前急救网络。医院在接收病人之后提供院内急救服务。院前急救网络完成急救工作的指挥和调度,开展现场抢救和转运途中救治、监护,并将患者转运至医疗机构救治。规模较大的急救中心(站)还承担着培训、宣传、教育、科研等任务。卫生计生委负责全国院前急救工作的监督管理,规划和指导全国院前急救体系建设。县级以上地方卫生行政部门负责本辖区院前急救工作的监督管理,规划和实施院前急救体系建设。

急救中心(站)由急救中心、急救分中心和急救站三类机构组成。目前中国大中城市的院前急救模式主要有3种,即独立自主型、依附医院型和急救中心指挥

型。不同模式下急救中心(站)承担的功能不同,急救中心(站)与医院的分工也不同。另外,除了急诊医疗服务体系之外,中国目前在矿山、石油石化、航空、海上交通等行业设有专业救护系统,该系统在事故应急救援救护工作中,担当着重要的救援救护作用。中国灾害事故医疗救援体系正在不断地发展和完善。

5.5.2 急救医疗服务的可及性和质量

中国急救中心数量从2007年的202家增加到2011年的270家。虽然西部地区急救中心数量最少,但增幅最大。急救中心的诊疗人次数也从2009年的317.3万人次增加到2012年的464万人次。随着近些年中国急救事业的发展,大中城市平均急救时间大幅缩短,急诊抢救成功率达到95.77%,而急诊病死率仅0.07%(卫生部,2013a)。无负担能力的病人的急救医疗费用可以通过医疗救助基金、政府补助等渠道解决,不会因为费用问题而被拒绝或延误提供院前急救医疗服务。并且医院为急危重症患者开辟了绿色通道,先救治后收费。

20世纪80年代后中国的急救医疗服务进入了快速发展阶段,特别是2003年SARS以来,各地急救中心数量不断增加,急救网络和相关标准得到完善。但是医疗救治机构区域发展和城乡发展不平衡,中西部有待加强,广大农村急救医疗工作比较薄弱。目前中国缺乏一部针对急救医疗,尤其是院前急救的法律。

2009年新医改将急救医疗服务纳入公共卫生服务建设体系中,要求加强院前急救体系建设,重点提高农村地区急救医疗服务能力。政府要求“十二五”期间(2011-2015)完善专业公共卫生服务网络,逐步建立农村医疗急救网络,加强急救队伍建设,加大院前急救、卫生应急等急需紧缺人才的培养。此外,中国大众急救培训率较低,全民急救知识普及教育和技能培训需要加强。

5.6 药物供给和管理

5.6.1 药品监督管理体系

中国国家食品药品监督管理总局是药品行政管理机构,省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门负责本行政区域内的药品监督管理工作,对药品及其生产、流通、消费环节实施统一监督管理。此外,国家卫生计生委中医药管理部门协同监管中药材等任务。

5.6.2 药品生产

中国的药品生产企业按性质可分为国营企业和民营企业两大类。截至2014年5月,中国共有7401家药品生产企业,能够生产16万多种国产药品(国家食品药品监督管理总局,2014),同时,进口药品有4千多种。2012年全国化学药品原料药制造、化学药品制剂制造、中药饮片加工制造、中成药生产和生物药品制造合计工业总产值为1.54万亿元(中国医药统计网,2013)。

5.6.3 药品流通

传统上，中国的药品流通主要是从生产企业先经过批发企业，再经过医院药房或者零售企业最终到达患者。但是从2009年基本药物制度实施以后，开始实行基本药物的省级集中招标采购，改变了基层医疗卫生机构原有的药品流通方式。

截止2011年底，全国持有《药品经营许可证》的药品经营企业44万家，包括批发企业和零售企业，其中批发企业1.6万家，零售连锁企业3107家，零售连锁门店15万家，零售单体药店27万家(国家食品药品监督管理局，2013)。药品经营企业总数2012年比2007年增加了22%，其中零售连锁企业发展最快，批发企业数量变化不大。

在中国几乎所有的医疗机构都拥有药房，负责药品的销售，医院是药品销售的主要渠道。

5.6.4 保证药品可及性的措施

中国在解决药品可及性问题的过程中，从医药管理制度和医疗保障制度等方面采取了一系列措施，在一定程度上降低了药价、激励了新药研发，改善了药品可及性。近几年中国保障药品可及性最大的措施是建立了“国家基本药物制度”。截止到2013年，全国所有省份已经实现了基本药物制度在政府办基层医疗卫生机构的全覆盖。为了解决市场供应不足或供应不稳定的问题，对于用量小且临床必需的基本药物品种实行定点生产，保证了药品供应。

5.6.5 药品法律体系、公共补贴和消费

从上世纪80年代至今，经过30余年的法制建设，中国已经建立了一个由法律法规、部门规章和其他规范性文件构成的完整的药品管理法律法规体系。出台的法律法规包括《中华人民共和国药品管理法》、《药品注册管理办法》、《药品生产质量管理规范》和《药品经营质量管理规范》等。中国从1995年开始陆续实施药品“生产质量管理规范(GMP)”、“经营质量管理规范(GSP)”和“中药材生产质量管理规范(GAP)”认证制度，并于2006年实行飞行检查制度，以加强对药品生产和经营质量的监督管理。

中国新型农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险和城镇居民医疗保险都制定各自的药品报销目录。使用目录内的药品可以获得医疗保险的补偿。除了医疗保险报销之外，中国还实施了国家免疫规划和重大传染病救治政策：对国家免疫规划中的14类疫苗免费提供；对结核病患者治疗所需要的基本药物实行免费；对农民免费提供抗血吸虫基本预防药物，对经济困难农民的血吸虫病治疗费用予以减免，对疟疾、包虫病救治进行补助，将麻风病纳入免费救治范围，向农村艾滋病病人和城镇经济困难的艾滋病病人免费提供抗艾滋病病毒治疗药品，适当减免经济困难的艾滋病病毒感染者、艾滋病病人抗机会性感染治疗药品的费用。

根据《处方管理办法》及相关药事管理法规，处方分为麻醉药品处方、精神药品处方、普通处方、急诊处方和儿科处方等。处方格式由省级卫生行政部门统一制定，每张处方限于一名患者的用药，每张处方不得超过5种药品。

医院门诊病人均药费用从2008年的71元增加到2012年的96.9元，药费占门诊医药费的比例从51.3%降到50.3%。医院住院病人人均药费用从2008年的2276.3元增加到2012年的2867.4元，药费占住院医药费的比例从43.5%降到41.1%（卫生部，2013a）。

5.6.6 患者安全和药品不良反应监测

1989年，中国建立了国家药品不良反应监测中心。并于2004年开始实施药品不良反应监测网络直报信息系统。根据规定，药品生产企业，药品经营企业和医疗机构必须向国家食品和药品监督管理总局报告药品不良反应事件。在2009年，全国共报告638996起药品不良反应事件，到2013年报告事件数量增加到1317000起。其中65岁以上患者组的药品不良反应报告率略有增长，提示需要加强对老年人用药安全的监管。

5.6.7 存在的困难及改革

中国在药品领域仍然存在以下问题：第一，由于中国医药企业集中度不高，药品配送环节障碍多，流通中普遍存在各种回扣和虚高定价，加之中国实行了多年的以药品收入来补偿医疗服务价格偏低、财政补助不足部分的政策等多种复杂原因导致了药品价格虚高、药品费用占医疗费比例过高现象。第二，中国制售假劣药现象依然存在，药品安全风险仍然较大。尤其在中国农村地区，由于群众对假劣药的鉴别能力差等原因使农村成为了假劣药的重灾区，严重威胁用药安全。第三，医疗机构不同程度地存在药品不合理使用现象，其中抗菌药物不合理应用问题尤为严重。

2013年国务院进行了机构改革，为了进一步提高食品药品监督管理水平，对有关机构和职责进行整合，组建了国家食品药品监督管理总局，对食品药品实行统一监督管理。中国成立了国家药品不良反应监测中心，建立了药品不良反应报告和监测管理制度。将抗菌药进行了分级管理，以规范抗菌药物临床应用行为、减少抗生素滥用。原卫生部2011年开展为期三年的抗菌药物专项整治活动。2012年颁布了《抗菌药物临床应用管理办法》，经过专项整治，抗菌药物各项指标均有明显好转。2012年国务院发布《国家药品安全“十二五”规划》对于如何提高药品安全合理使用做了规划和部署。

5.7 康复医疗

在中国，康复医疗机构、综合医院的康复医学科和部分社区卫生服务中心均提供康复医疗服务，提供的康复医疗服务与卫生保健服务并未完全分开。中国的康

复医疗机构有公立和私立两种类型，包括综合型康复医院、专科型康复医院、疗养院、护理院等。截至2012年底，中国共有康复医院322家，占专科医院总数的7%，约1/4的综合医院设有康复医学科（卫生部，2013a）。

改革开放以来，康复医疗工作取得了显著的成绩，康复医疗资源逐步增加，服务能力不断增强。康复医疗事业正在迅速发展成为中国医药体制改革的重要内容。但是随着老龄化进展，不断增加的康复需求使康复医疗服务的提供面临许多挑战。目前中国康复医疗资源不仅总量不足，而且分布不均，不同地域、不同级别医疗机构之间服务提供能力存在差距，专业人员缺乏，服务质量有待提高，服务内容还有待拓展。

近年来，中国出台了多项政策支持康复医疗发展，包括将部分康复项目纳入国家基本医疗卫生制度和基层医疗卫生服务内容。大力开展社区康复，提出“注重预防、治疗、康复三者的结合”的方针政策，启动了建立完善康复医疗服务体系的试点工作等。

5.8 长期照护

中国存在三种长期照护形式：居家长期照护、机构长期照护和社区长期照护。受中国传统家庭养老思想等的影响，提供低水平照料服务的居家长期照护是主要形式。老年病医院、精神病院、医院康复科、社区康复中心、残疾人社会福利机构、养老院、护理院和社区服务中心等机构提供长期照护服务，服务的可及性和服务能力有待提高。社区长期照护服务尚处于起步阶段，社会化水平较低，发展水平参差不齐。居家和社区长期照护是中国长期照护的发展方向。中国长期照护服务体系的规划、建设和管理工作主要由卫生计生委和民政部门承担，卫生计生委主要承担医疗卫生相关工作，民政部门承担社会服务工作。此外还有全国老龄工作委员会、人力资源与社会保障部、残疾人联合会等部门和组织参与。

对于长期照护服务的申请者，确定是否可以获得长期照护服务时并不考虑其对非正式照顾的可获得性，但是对于无法获得非正式照顾的老年人或残疾人，民政部门会给予一定的补助和优惠。

不同照护模式下医疗卫生服务和社会服务的结合程度不同。居家照护模式下，家庭成员主要提供社会服务和生活照顾，有时能够提供如按摩等形式的基础性医疗保健服务，而在需要正规的医疗服务时需要到医疗机构。长期照护机构既能够提供社会服务又能够提供医疗卫生保健服务，但是不同类型的长期照护机构提供这两种服务的比例有所差异。

中华人民共和国国家统计局每年发布的《中国统计年鉴》含有社会服务机构基本情况、社区服务机构基本情况、残疾人事业基本情况等信息。民政部负责发布《社会服务发展统计公报》等，提供为老年人、残疾人服务的相关信息。

随着中国逐渐进入老龄化社会，各种形式的长期护理也得到长足发展，各类老年人和残疾人服务机构数量和服务能力不断增加，扩大了长期照护对象范围，出现了一些长期照护的民间组织。截至2011年末，全国各类老年人和残疾人服务机构4万多个。截至2012年底，各地已建成以养老服务为重点的综合性社区服务中心1.2万个（国家统计局，2014）。但是由于中国老年人口数量庞大，失能人口数增长迅速，总体来看长期护理服务的供给与需求是不平衡的。

近年来中国颁布了多项法规和规范对机构的长期照护服务进行了规范，如《养老机构管理办法》等。“建立以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的养老服务体系”成为国家应对人口老龄化战略的重要内容，鼓励社会力量兴办养老社会服务机构，努力缓解养老服务供需矛盾。

5.9 非正式照顾

中国的非正式照顾服务并未形成体系，服务提供者主要是家庭成员，其他照护者介入有限，主要包括邻居、朋友、慈善机构和志愿者等。目前中国尚没有为非正式照护者发放补贴津贴、减免个税等经济支持的专门政策，但有一些非经济支持的政策。由于中国的家庭及道德观念影响，家庭非正式照护的可及性较高，但是志愿服务体系尚待发展，服务能力有限。志愿服务人员多为大学生，2009年社区服务志愿者人数达到近600万人（国家统计局，2010），参与社区志愿服务活动超过5000多万人次，服务小时数达1500万小时。

目前中国尚没有为非正式照护者发放补贴津贴、减免个税等经济支持的专门政策，但有一些非经济支持的政策，如法律法规保障提供非正式照护的家庭成员、志愿者等的相关权利。

中国目前老龄化问题突出，家庭劳动人口抚养比正逐渐增大，而且慢性病患者逐年增加、失能老年人口数量庞大，家庭妇女参加工作的比例增加等等问题，使中国非正式照护面临挑战。中国一些地区已经开始试点对家庭照护者进行培训，积极地发展志愿服务体系，以及加强对特殊人群的非正式照护。

5.10 临终关怀/姑息治疗

从1988年中国开展临终关怀服务以来，许多生命末期关怀科室在一些大城市建立，绝大多数是在综合性医院、肿瘤专科医院、护理院、社区卫生服务中心等医疗机构内设置的临终关怀病区 and 病房、姑息（舒缓）治疗科等，由专业医护人员为病人提供综合的对症治疗、生活照护和心理关怀等服务。除机构型临终关怀外，还有部分慈善机构致力于以居家服务为主的临终关怀服务。在临终关怀科室，通常由医师、护士和药剂人员等组成相对固定的临终关怀团队，中医治疗和心理辅导等方面的服务由其他科室医师进行协助。中国临终关怀机构绝大多数设在大城市和个别中等城市，小城市、乡镇和农村的临终关怀机构几乎是空白。在中国，目前尚无临终关怀方面的全国性专门法律或政策文件。

5.11 精神卫生

《中华人民共和国精神卫生法》于2013年5月1日正式实施。根据该法，中国的精神卫生工作实行政府领导、部门各负其责、家庭 and 单位尽力尽责、全社会共同参与的综合管理机制。

在中国，由精神病专科医院、综合医院精神科/心理科、康复机构、精神卫生门诊等机构共同提供精神疾病的预防、诊断、治疗、康复和心理疏导等精神卫生服务。对于重症精神病患者，以住院治疗为主，而对于轻症和恢复期患者，则主要采取门诊治疗和社区康复的服务方式。

中国已将严重精神障碍患者管理纳入基本公共卫生服务项目，由各地乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心（站）等城乡基层医疗卫生机构向辖区内诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者免费提供信息管理、随访评估、分类干预和健康体检等服务。目前在中国，精神疾病诊疗费用由社会医疗保险和患者自付费用共同支付。

原卫生部2010年全国卫生资源与医疗服务调查结果，截至2010年底，全国共有1650家精神卫生机构，其中精神病专科医院874家，综合医院精神科/心理科604个，康复机构77家，精神卫生门诊95个。1650家机构中，政府主办的有1146家，占70%。全国医院精神科开放床位总数22.8万张，其中20.15万张是公立医院床位数，占医院开放总床位数5%左右。精神病专科医院床位数19.7万张（卫生部，2011）。

中国目前仍然存在精神卫生机构资源（包括床位和医务人员）数量不足、分布不合理、各地发展不平衡等问题，影响了服务的可及性和公平性。原卫生部2010年全国卫生资源与医疗服务调查结果表明，全国精神科床位为1.71张/万人，低于4.36张/万人的世界平均水平（卫生部，2013a）。2012年，全国精神专科医院平均住院日为48.8天，远高于10天的全国医院平均水平（卫生部，2013a）。精神科床位资源严重不足，患者住院时间长，床位周转率低。截至2011年底，全国精神科医师24903人，平均每10万人口医师数为1.82人，低于2.03人/10万人口的中高等收入国家水平（卫生部，2013a）。2004年，中国政府开展了全国精神疾病可持续性管理和干预项目（686项目），该项目建立了医院-社区一体的服务模式，为重症精神病患者免费提供登记、随访、治疗、急症治疗服务。到2010年底，该项目已经覆盖了全国31个省，160个城市和3.3亿人口。登记注册的精神病患者280万人，为94000例患者提供免费药物治疗，治疗了12400例。同时，该项目还培训了10000名精神病专科医生和3400名社区医生。

另外，为在全社会普及精神卫生知识从而消除对精神疾病患者的偏见，中国政府在《精神卫生工作体系发展纲要（2008年-2015年）》中确定的工作目标之一就是通过各种健康促进活动，提高普通人群心理健康知识和精神疾病预防知识知晓率。按照中国精神卫生法的规定，精神障碍患者的监护人应当履行监护职责，维

护精神障碍患者的合法权益。禁止对精神障碍患者实施家庭暴力，禁止遗弃精神障碍患者。精神障碍患者的监护人应当妥善看护未住院治疗的患者，按照医嘱督促其按时服药、接受随访或者治疗。

另外，综合医院精神科设置不完备、康复机构在多数地区还处于空白、基层医疗卫生机构精神卫生服务能力不足、质量不高，以及严重的社会歧视等问题，都对精神疾病患者的治疗和康复有着不利影响。《中华人民共和国精神卫生法》在加强精神卫生机构建设和合理分布、综合医院精神科门诊设置、精神卫生工作社区化建设、精神卫生学科建设和人才培养，以及保障精神病患者合法权益的等方面均做出了规定，指明了中国精神卫生服务未来的改革和发展方向。

5.12 口腔保健

在中国，口腔医疗保健服务由综合医院口腔科、口腔专科医院、私人口腔诊所以及口腔疾病防治所（站、中心）等提供。截至2011年底，全国设有口腔科的综合医院约1.8万家，口腔专科医院约317家（其中政府办136家，社会办61家，个人办120家），私人口腔诊所近5万家，口腔病防治所（站、中心）112家（其中政府办88家，社会办14家，个人办10家）（卫生部，2013a）。

截至2010年底，口腔医院总计从业人员26589人，占医院总从业人数的0.63%；中国每15000人口仅有1个口腔医生。另外，口腔医疗机构分布不合理，以口腔专科医院为例，截至2011年底，317所口腔医院中，有253所分布在城市，仅有64所分布在农村地区（卫生部，2013a）。

中国口腔疾病的患病率非常高，几乎每个人都不同程度地拥有口腔疾病问题。与高患病率形成鲜明对比的是，目前国内口腔疾病患者的就诊率非常低。2005年《第三次全国口腔健康流行病学调查资料》数据显示，龋齿患病率达到66%的5岁组儿童，其中只有3%进行了治疗；而患龋率高达98.4%的65岁至74岁老年人的治疗率也只有9%至22%。影响中国居民牙齿保健就诊率的因素主要有口腔卫生服务体系不健全，基层口腔卫生服务能力不足，公众口腔卫生意识薄弱，口腔疾病医疗保险保障水平低等。

在中国，公立医院提供的所有口腔保健服务的收费项目和价格标准都是由国家和省级价格部门制定，民营口腔医疗机构参照执行。各地卫生行政部门负责监督评价公立和私立口腔医疗机构提供的牙齿保健服务的质量。

中国卫生计生委先后下发了一系列关于口腔卫生保健规划和目标的政策文件，制定了中国口腔疾病控制和防治策略规划。国家卫生计生委在1983年、1995年及2005年先后进行了三次口腔健康流行病学调查，基本摸清了口腔疾病在中国人群中的流行情况，还在全国慢性病监测点中选出部分地市开展了口腔健康监测试点工作。中央财政从2008年起设立了中西部地区儿童口腔疾病综合干预项目，支持在项目地区建立儿童口腔卫生工作机制，开展儿童口腔健康教育、基层口

腔卫生专业人员培训,对适龄儿童免费开展口腔健康检查、窝沟封闭和局部用氟等。

5.13 中医和其他民族医学

在中国大部分综合性医疗机构和基层医疗卫生机构都设有中医科,提供以草药、针灸、按摩等传统疗法为主的中医服务。这些服务都不同程度地被纳入了城镇职工、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险的补偿范围内。截至2012年,中国共有中医院2889所,占全国医院总数的12.5%(国家统计局,2013)。除此之外,还有大量的私人传统医疗诊所和个体行医者提供中医服务。截至2011年,中国共有中医科执业医师29.3万人,占全国执业医师总数的11.9%(卫生部,2013a)。2011年,全国医院中医科门急诊人次数为42260万次,占全部科室门急诊人次数的19.1%;同年全国中医科出院人数为1410万人,占全部科室出院人数的13.1%。

《中华人民共和国中医药条例》规定,开办中医医疗机构,应当符合国务院卫生行政部门制定的中医医疗机构设置标准和当地区域卫生规划,并按照《医疗机构管理条例》的规定办理审批手续,取得医疗机构执业许可证。中医从业人员,应当依照有关卫生管理的法律、行政法规、部门规章的规定通过资格考试,并注册取得执业证书后,方可从事中医服务活动。

在城市,形成了以中医院、民族医院、中西医结合医院、中医专科医院、综合医院中医科、社区卫生服务机构及中医门诊部和中医诊所为主的城市中医药服务网络。在农村,形成了由县级中医医院、乡镇卫生院中医科和村卫生室为主的农村中医药服务网络。目前,75.6%的社区卫生服务中心、51.6%的社区卫生服务站、66.5%的乡镇卫生院、57.5%的村卫生室能够提供中医药服务(国务院新闻办公室,2012)。

根据《中医药事业发展“十二五”规划》,中国将以城乡基层为重点,加强中医医疗服务体系建设;积极发展中医预防保健服务;加强中医药卫生应急和重大疾病防治网络建设;推进中医药科技继承与创新;加强中医药人才队伍建设;提升中药产业发展水平;加快民族医药事业和中西医结合发展;繁荣发展中医药文化;加强中医药法制和标准化、信息化建设;积极开展中医药对外交流与合作;促进中医药服务贸易发展等等(国家中医药管理局,2012)。

中国,除传统的中医外,还存在大量的其他少数民族的传统医疗方法,被称为“民族医学”,民族医学存在与传统中医部分相似的医学疗法,如草药、拔罐、针灸等,此外,两者都有其特有的医疗方法。中国的民族医学有藏医、蒙医、苗医等数十种类别。

截至2011年,中国共有中西医结合医院277所、民族医院200所(卫生部,2013a)。民族医疗服务除在民族医院内提供服务外,更多地在寺院(如在佛教寺院中设立的教育和行医的机构叫曼巴扎仓)、诊所,或以个体行医的形式开展医疗服

务，往往以口传身授甚至祖传等较为保守的方式来进行教学，保留了更多自成体系的独特传统医疗方法和技能，但其应用的广泛程度与中医不可同日而语。通常，对民族医师的管理方式参照对中医医师的模式进行。

5.14 为特殊人群提供的医疗卫生服务

5.14.1 农村流动人口的医疗卫生服务

2013年《中国流动人口发展报告2013》显示，2012年中国流动人口数量达2.36亿人，平均年龄约为28岁，男女比例趋于均等。绝大多数流动人口文化层次较低，男工多在建筑业务工，女工则多在服务业工作。近年来，夫妻携带子女的家庭化候鸟式迁移的数量越来越多。

大规模的人口流动迁移是中国工业化、城镇化进程中最显著的人口现象，人口流动主要是由农村流向城市，由经济欠发达地区流向经济发达地区，由中西部地区流向东部沿海地区。

卫生部在《国家基本公共卫生服务规范(2013年版)》中，明确规定要将农民工及其子女等特殊人群纳入管理，免费为流动人口提供健康教育、预防接种、儿童保健、孕产妇保健等服务。

2012年，全国流动人口中跨省流动人口占到了67%，但由于医疗保险制度实施属地化管理，各省之间还没有实现医疗保险信息的互联互通，导致很多流动人口虽有医保，但在异地就医之后难以实现即时、足额报销，绝大部分跨省就医的患者只能回参保地报销。按照“十二五”医改规划，到2015年中国将全面实现省内异地就医即时报销，初步实现跨省就医即时报销。

5.14.2 残疾人的医疗卫生服务

2010年末中国残疾人总人数8502万人，其中重度残疾2518万人；中度和轻度残疾人5984万人（中国残疾人联合会，2012）。《中华人民共和国残疾人保障法》和《中共中央 国务院关于促进残疾人事业发展的意见》均对残疾人合法权益的保障和残疾人事业的发展做出了规定。近年来，中国对残疾人的社会救助水平进一步提高，以基本养老、基本医疗为主要内容的社会保险覆盖面逐步扩大，特别扶助和专项补贴等福利制度得到有益探索和实践，在全面推进残疾人“人人享有康复服务”的工作中，通过一批重点工程的实施，使1037.9万残疾人得到了不同程度的康复（中国残疾人联合会，2012）。但是，中国残疾人社会保障和服务政策措施还不够完善，稳定的制度性保障还需要进一步推进；残疾人在基本生活、医疗、康复、教育、就业、社会参与等方面存在许多困难（中国残疾人联合会，2012）。

5.14.3 艾滋病人的医疗卫生服务

当前中国艾滋病疫情呈低流行态势，部分地区疫情严重，艾滋病病毒感染者和艾滋病患者数量持续增加，但新发感染人数保持在较低水平。中国对艾滋病人实

行“四免一关怀”政策，包括免费自愿咨询检测、免费抗艾滋病病情治疗、免费预防母婴传播、免费上学和开展生活救助等。艾滋病患者的治疗在定点医院进行。中国还建立了艾滋病监测检测网络，实行艾滋病自愿咨询和自愿检测制度。

5.14.4 吸毒人员的医疗卫生服务

国家采取各种措施帮助吸毒人员戒除毒瘾，教育和挽救吸毒人员，吸毒成瘾人员应当进行戒毒治疗。吸毒人员可以自行到具有戒毒治疗资质的医疗机构接受戒毒治疗。中国现有药物戒毒所（中心）13所（政府办9所，社会办4所），其中12所分布在城市，仅有1所在农村（卫生部，2013a）。

5.15 计划生育服务

为控制人口过快增长，中国于1982年将计划生育确定为基本国策。经过40多年的努力，中国已经有效控制了人口快速增长，总和生育率从1971年的5.43下降到2012年的1.6，自然增长率从23.33%下降至5%。控制人口快速增长促进了中国经济发展，促进了国民整体素质的提高，缓解了人口对资源环境的压力，为减缓全球人口增长速度，消除贫困做出重要贡献。中国的计划生育使“世界70亿人口日”推迟5年到来（李斌，2013）。

国家卫生和计划生育委员会领导全国的计划生育工作、管理全国计划生育技术服务工作，各省、市、县的计划生育行政部门和乡镇人民政府、城市街道办事处负责本行政区域内的计划生育工作。流动人口的计划生育工作由其户籍所在地和现居住地的人民政府共同负责管理，以现居住地为主。计划生育技术服务网络由计划生育技术服务机构和从事计划生育技术服务的医疗、保健机构组成。省、市、县、乡分别设立计划生育技术指导中心、计划生育指导中心（站、所）、计划生育服务站、计划生育服务所（站）等计划生育技术服务机构。中国计划生育服务体系主要承担宣传教育、技术服务、优生指导、药具发放、信息咨询、随访服务、生殖健康和人员培训等八项任务。

出生缺陷是影响中国人口素质的重要因素。提高人口出生质量的干预措施还需要进一步得到落实。根据中国经济社会的发展和人口形势的变化，逐步调整完善生育政策，将启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策，现各地正在逐步推行。

5.16 临床血液供应与管理

5.16.1 临床血液监督管理法律体系

《中华人民共和国献血法》（以下简称《献血法》）于1998年10月1日正式实施，确立了无偿献血制度。围绕《献血法》的实施，卫生计生委先后下发了《血站管理办法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《血站基本标准》、《血站设置规划指导原则》、《血站质量管理规范》、《血站技术操作规程》、《全面推进血站核酸检测工作

实施方案(2013-2015年)》等一系列规章、规范和技术标准,对规范血液管理,保障血液安全和血液供应发挥了重要作用。

5.16.2 血站服务体系

血站是指不以营利为目的,采集、提供临床用血的公益性卫生机构,包括血液中心、中心血站和中心血库。国家在“十五”期间投入22.5亿元加强中西部血站建设,在此基础上逐步建立了横向到边、纵向到底、覆盖城乡的采供血服务体系。目前,我国共有血站411个,其中设在省会城市的血液中心32个,设在地级市的中心血站321个,设在县级的中心血库58个,设有分站41个,固定采血点1005个。

5.16.3 临床血液供应

《献血法》实施后,我国在较短时间内实现了从有偿卖血向无偿献血的跨越式发展,血液供应能力不断增强,血液安全得到较好保障。1998年,全国无偿献血人次仅为5万,2013年,已达1278万。与2012年相比,2013年全国无偿献血人次增长1.75%,人口献血率由9.3%提升至9.4%,临床用血100%来自无偿献血。

5.16.4 临床血液质量保障

2004-2013年,中央财政通过转移支付地方项目,共安排项目经费3.3亿元,支持血站加强服务能力建设,保障血液质量安全。2010年以来,在试点的基础上,全面推进血站血液筛查核酸检测,进一步降低经输血传播疾病风险。

5.16.5 临床合理用血

2012年,原卫生部印发《医疗机构临床用血管理办法》,要求各地加强医疗机构临床用血的制度建设、人员培训、临床用血评价和监督管理工作。各地和各级医疗机构将临床合理用血工作作为提高医疗质量,保障医疗安全的重要措施,大力推进这项工作。很多医院在住院量和手术量大幅度增长的情况下,临床血量有所下降。

5.16.6 存在的困难及改革

我国在保障临床血液供应方面存在以下主要困难:第一,无偿献血工作与医疗卫生事业发展不相协调。近年来,随着经济社会发展和医改持续推进,医疗卫生服务总量快速增长。2013年全国医疗卫生机构总诊疗量为73.1亿人次,比上一年增长6.1%,总入院人数1.92亿人,比上一年增长了7.6%;而同期采血量仅增长1.3%。无偿献血工作与医疗卫生事业发展不相适应。第二,部分血站的基础设施有待完善、设备亟需更新,人才队伍建设有待加强。在医疗卫生事业不断发展的过程中,需要不断加强血站服务体系和能力建设。

第六章 主要卫生改革

本章概要

1949年到1979年,中国在经济发展水平极为落后、卫生资源非常匮乏的情况下,建立起了基本的卫生体系,通过加强基层卫生组织建设、重视预防和开展大规模的群众卫生运动,以及建立起低水平广覆盖的城乡基本医疗保障制度,迅速改善了人民健康水平。自上世纪七十年代末期开始的经济改革对卫生体系带来了发展机遇和挑战。人口和疾病转型,卫生服务体系缺乏整合,医疗费用攀升,居民特别是低收入人群医疗费用负担过重,以及服务质量不高,成为卫生体系主要的挑战。中国政府自上世纪九十年代中期开始,进行了一系列的卫生领域的改革,力图解决上述问题。

中国卫生改革可以分为两个阶段,1980年到2002年以市场为导向的改革,2003年至今进行的卫生筹资、卫生服务体系和监管体系等方面的综合改革。上世纪八十年代初期到九十年代中期,受到经济改革政策的影响,政府卫生投入下降,医疗卫生机构主要依赖药品加成收入和服务收入,医疗保障覆盖率下降,导致医疗费用上升和卫生服务可及性降低。中国政府1997年年初试图通过改革改善卫生体系,但是由于缺乏足够的政治和财政支持,未达到预期目标。经过政府和研究机构长时间的准备,2009年3月,中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》,其基本目标是到2020年,建立起覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度;其基本任务是建立起比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系、比较健全的医疗保障体系和比较规范的药品供应保障体系;实现上述目标和完成改革任务主要通过卫生人力资源建设,卫生筹资改革、医疗卫生机构管理体制和运行机制改革等八项策略和政策。

中国医改在建立全民医保体系、建设基本公共卫生服务均等化制度、提升基层卫生机构能力、改革基本药物制度和探索公立医院改革等方面取得了显著进展,为继续深化改革、实现建立健全覆盖城乡居民基本医疗卫生制度总体目标奠定了坚实的基础。同时,由于卫生改革的复杂性和系统性,改革也面临着许多挑战,需要长期坚持和发展。中国未来医改主要方向和内容包括:整合基本医疗保险制度;统筹推进各项卫生改革;整合卫生服务体系;加快公立医院改革。

6.1 卫生改革历史

中国卫生改革分为两个阶段,即上世纪八十年代初开始的卫生改革初步探索阶段和2003年以来卫生改革不断深化阶段(李斌,2014)。1949-1979年中国建立起了基本的卫生体系,为卫生改革和发展奠定了基础。

6.1.1 中国卫生体系发展时期（1949-1979年）

中国建国初期经济体制和治理模式主要借鉴前苏联社会主义制度模式，其特征是公有制取代私有制，实行高度集权的计划经济体制，通过政治化和领导指示化推动重要经济和社会工作。在此体制下，卫生体系在宏观上属于高度集权下的统一规划、统一管理和统一发展。

在1950年第一届全国卫生会议上，明确了中国卫生工作的三大方针，即面向工农兵、预防为主、中西医结合。所谓面向工农兵，主要强调卫生服务的主要对象是基本的人民大众；预防为主是在当时卫生资源极度匮乏、传染病流行的情况下开展卫生工作的方向；中西医结合明确了卫生服务的方式。在1952年第二届卫生工作会议上，又增加了卫生工作与群众运动相结合，即强调社会动员等方式开展公共卫生工作。

在卫生服务供方体系建设方面，中国重视农村基层卫生组织建设。1952年，中国90%的地区已经覆盖了县级医疗机构；1953年在省、地、县三级建立卫生防疫站（现在疾病预防控制中心的前身）；通过公私合办、私人联合和群众筹资等形式，建设了农村乡卫生所、集体诊所和个体诊所等。1965年，为了改变医疗资源主要集中在城市的问题，毛泽东主席提出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”，基本建设和医疗卫生人员配置主要向农村倾斜，培养一批“农村也养得起”的医生，即后来的赤脚医生，是其中重要的政策和举措之一。1965-1975年，农村乡镇卫生院床位数占全部医疗卫生机构床位数从13%提高到35%（卫生部，2005）；村村建立了卫生室，村村都有赤脚医生。农村和城市以国有和集体所有为主体的三级医疗卫生保健网络基本建成。

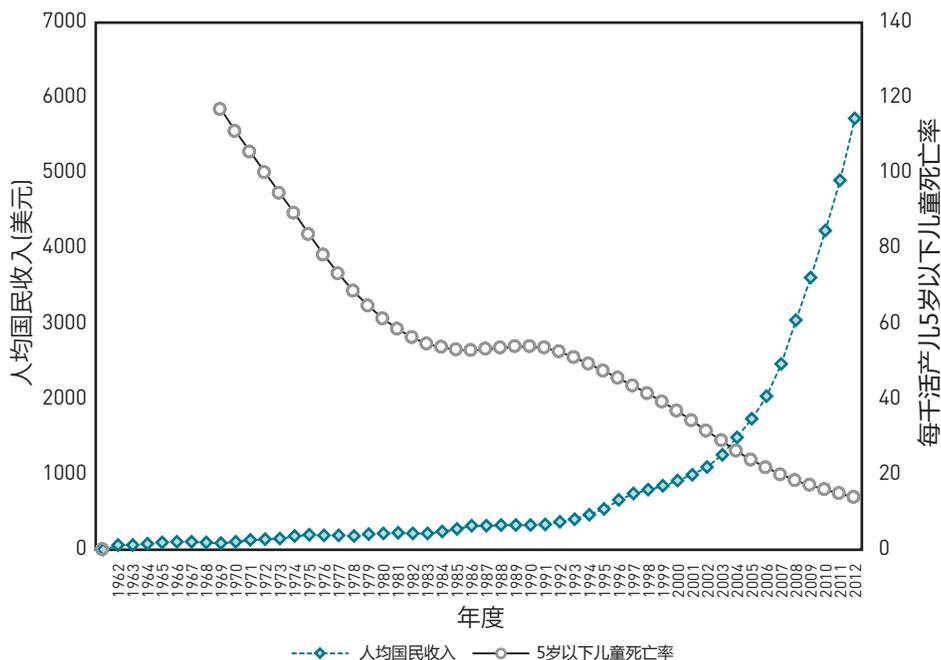
在卫生经济政策上，对公立医院和诊所以及防疫机构，政府提供建设经费和人员经费，免征税收。对公立医院和诊所通过政府补贴、价格和药品加成得到补偿。价格由政府管控、药品加成率由政府规定。对严重影响健康的传染病控制免费提供服务，比如1950年开始免费普种牛痘疫苗和卡介苗，1966年开始免收血吸虫病病人的检查和治疗费用等。

中国自上世纪五十年代中期即开始了医疗保障制度建设，主要是农村合作医疗、公费医疗和劳保医疗制度建设。合作医疗是山西、河南等地农民在上世纪五十年代中期农业合作化中自发组织的互助医疗的筹资形式，此后随着集体经济的快速发展在全国迅速推广，1962年合作医疗已经覆盖接近50%的行政村，1976年覆盖了90%的行政村（周寿祺，2002）。合作医疗筹资主要来源于村乡集体经济和个人，覆盖最基本的医疗卫生服务。公费医疗自1952年开始建立，覆盖对象是各级政府工作人员、事业单位人员、大专院校学生等，政府根据各个单位编制人数拨付资金，负责报销门诊和住院费用。劳保医疗制度上世纪五十年代初开始建立，对象是在全民所有制单位工作的人员，以及县（区）以上集体经济所有制单位工作的人员。上述人员供养的直系亲属可报销50%的医疗费。劳保医疗经费的来源是本单位的收入，劳保医疗经费属于职工福利基金的一部分，按照工资总额

和国家规定的比率提取；如果超支，由单位承担；医疗经费专款专用，单位统一使用，由各个单位负责管理。

在这个时期，中国在经济水平极为落后、卫生资源非常匮乏的情况下，通过加强基层卫生组织建设、重视预防和开展大规模的群众卫生运动，以及建立起低水平广覆盖的农村合作医疗和城市公费与劳保医疗制度，迅速改善了人民健康水平，初步建立了卫生服务和筹资体系。图6-1揭示了1963-2013年中国人均国民收入和5岁以下儿童死亡率之间的关系。中国在1978年阿拉木图宣言之前在经济并不发达时期显著降低了儿童死亡率。

图 6-1 中国人均国民收入与五岁以下儿童死亡率



数据来源：World Bank, World Development Indicators, 2014

6.1.2 中国卫生改革阶段

中国自上世纪七十年代末进行的经济改革，其实质是从计划经济向市场经济转变。市场为导向的改革不仅仅在经济部门，对其他领域包括卫生部门也产生了重要影响。1980-2002年间，卫生体系改革的主要内容是如何利用市场机制发展卫生领域和如何克服市场机制对卫生带来的负面影响。包括SARS在内的公共卫生事件和对上述阶段卫生改革成效的质疑，促进了2003年后更根本性的卫生改革的实施。

卫生改革初步探索阶段（1980-2002年）

中国卫生体系在1978年改革开放前得到了初步发展，但是也积累了很多问题，包括经济发展水平低和政府财政能力有限，以及限制其它非公有社会资源进入卫生领域，医疗卫生技术条件较差、医疗卫生服务供给水平和质量较低、卫生机构可持续发展的能力不强、人民群众健康需求尚不能得到很好的满足。

中国经济改革和开放为卫生体系发展和改革提出了要求和创造了条件。这一阶段的卫生改革主要是适应社会主义市场经济体制的建立，逐步认识卫生事业发展的规律，改革的核心内容包括卫生机构补偿机制、医疗保障制度建设等。

在卫生经济政策改革方面，主要是对公立医疗卫生机构经济补偿机制进行了调整，主要是加大了价格收费和药品加成的补偿力度。

1978年之前，公立医院50%以上的收入来自政府预算。受到经济改革和政府投入政策调整的影响，1980年公立医院收入中只有30%来自政府预算。1985年国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，其核心思想是放权让利、扩大医院自主权，即医院可以留存使用医院收支结余，医院在扩展规模、购置设备和服务方式等方面具有自行决定的权利。

1989年国务院批转了卫生部、财政部等部门《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，进一步明确医疗服务价格改革和医疗卫生机构通过市场收费补偿等政策，强调了市场收费在医院经济运营中的主体作用。1992年，国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》，强调医疗卫生机构“建设靠国家，吃饭靠自己”，进一步明确了国家对公立医院投入的范围，即基本建设由政府投入、医院运行费用包括人员部分收入需要依靠价格和药品加成。这一时期的改革，政府的主导思想是“给政策不给钱”，其目标是提高医疗卫生机构经济运行效率和活力，增加全社会对医疗卫生的投入，解决医疗卫生机构发展所需要的经济支持问题。

卫生经济政策改革为医疗机构发展筹集了更多资源，改善了医疗服务条件。但是，由于缺乏医疗保障体系，卫生筹资机制也导致了医疗费用快速攀升、居民医疗经济负担加重、居民特别是低收入人群卫生服务可及性得不到提高等问题。随着农村集体经济的解体，农村合作医疗失去了经济支撑，加之政府对合作医疗发展的政策不明确，合作医疗制度受到极大影响，覆盖率从1976年的90%下滑到1985年的5%左右，合作医疗只在少数地区运行（周寿祺，2002）。公费和劳保医疗保障制度也面临着不能保障基本医疗卫生服务的困难。

个人自付医疗费用不断攀升，占卫生总费用的比例从1978年的20.4%增加到1995年的46.4%（国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014）。这些问题成为社会热点问题并引起政府关注。1996年12月，中共中央、国务院召开全国卫生工作会议，由此形成的中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》于1997年1月发布。该决定提出了卫生改革与发展的基本原则，即坚持为人民服务的宗旨，正确

处理社会效益和经济收益的关系，把社会效益放在首位，防止片面追求经济收益而忽视社会效益的倾向，卫生发展体现社会公平；提出政府对发展卫生事业负有重要责任，优先发展和保证基本卫生服务，加强基层卫生组织能力建设。

决定还提出了建立农村医疗保障制度，深化城镇职工基本医疗保险制度改革。作为贯彻中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》的总体文件，国务院办公厅于2000年2月转发国务院体改办、卫生部等八部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》。由于各种原因，特别是缺乏足够的政策环境，各方缺乏对改革的共同理解和认识，所提出的许多改革策略和政策并没有完全得到落实，比如农村医疗保障制度建设、社区卫生体系建设等。以农村合作医疗为例，政府从上世纪九十年代初开始，试图通过政策引导、资金补助等方式进行农村合作医疗制度重建，但在当时经济社会发展政策背景下以及缺乏在政策层面对合作医疗形成广泛共识，缺乏对该制度的足够的政治支持和经济支撑，合作医疗一直处在低谷运行。2001年，中国人均国民收入只有1000美元（World Bank, 2014），财政能力有限，制约了对卫生投入的水平。

2002年，农村医疗保障制度建设出现政策转折点，该年10月，中共中央、国务院颁布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，要求到2010年，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合作医疗制度，明确指出要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。

公费医疗和劳保医疗存在的制度缺陷在新的经济体制下日益放大，主要体现在：以单个单位为基础的医疗保障，缺乏风险共担的基本机制，市场经济为导向的改革使得不同的单位特别是企业间的经济能力差别较大，有些企业失去了支撑劳保医疗的经济能力；制度设计上缺乏对参保者和医疗服务提供者的有效约束，费用攀升较快，资源浪费较大；管理和服务社会化程度低，政府和企业经济负担较重；经济改革之后出现的新的所有制形式的企业没有纳入到公费和劳保医疗制度中，劳动保护出现空白。为了解决上述问题，这一时期主要改革包括：1985年，政府明确改革的方向是建立社会统筹制度和个人共付医疗费用；1993年，劳动部出台《关于职工医疗保险制度改革的试点意见》，并于1994年底开始在江苏镇江和江西九江开始试点，成为“两江”试点。“两江”试点明确了公费和劳保医疗制度中国家、单位和个人共同承担医疗费用的原则；建立起资金统筹和个人账户保险模式；公费和劳保医疗保险基金筹集方式和基本结构统一。1998年12月，国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，明确了医疗保险制度改革的目标任务、基本原则和政策框架，在中国全面推开城镇职工基本医疗保险制度。

在这个阶段，卫生资源包括人力资源总量得到迅速提升，医疗卫生机构的建设和技术条件得到显著性改变，医疗卫生技术人员的工作积极性得到提高，医疗卫生服务总体供给能力加强。医疗服务收费成为医疗系统主要收入来源。这个

阶段后期进行的公费和劳保医疗制度改革，以及建立新型农村合作医疗制度的决定，为完善中国基本医疗保险体系奠定了基础。

卫生改革深化阶段（2003年至今）

2003年SARS暴发是对中国卫生体系和既往政策的一次严峻考验，让政府和国家领导人认识到疾病暴发所产生的社会经济影响，从客观上加速了卫生体制改革的进程。2005年7月，《中国青年报》刊出由国务院发展研究中心负责的医药卫生体制改革研究报告，提出了既往卫生改革在医疗保障制度建设、提升卫生资源使用效率和加强卫生服务能力等方面不成功的结论，对推动新一轮医疗体制改革发挥了重要的推动作用。2003年，中国共产党第十六届三中全会提出科学发展观，即“坚持以人为本，树立全面、协调、可持续的发展观，促进经济社会和人的全面发展”，为中国经济社会发展在方向上进行了明确。中国政府强调经济社会和谐发展、强化“以人为本”执政理念，以及卫生体系面临的诸多挑战和社会压力，成为这一时期卫生改革的主要推动力。

2006年9月，中国政府成立了由多部委组成的医药卫生体制改革协调小组，国家发展和改革委员会主任和卫生部部长共同出任组长。2006年10月，中央政治局第35次集体学习，时任总书记胡锦涛明确了医药卫生体制改革的目标和方向，明确提出建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。2007年年初医药卫生体制改革协调小组委托多家机构进行独立研究，为决策提供参考。期间医药卫生体制改革草案广泛征求社会意见，充分听取各界声音。

2009年3月，中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，其基本目标是到2020年，建立起覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度；其基本任务是建立起比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系、比较健全的医疗保障体系和比较规范的药品供应保障体系；实现上述目标和完成改革任务主要通过卫生人力资源建设，卫生筹资改革、医疗卫生机构管理体制和运行机制改革等八项策略和政策。改革明确了基本医疗卫生服务制度是公共产品，全民应当享有；确定了“保基本、强基层、建机制”的改革策略。

这一时期是中国医疗卫生体系建设快速发展的时期，也是中国经济进一步发展的时期，2009年，人均国民收入达到3610美元（World Bank, 2014）。随着国家基本医疗保险体系建设和发展，以及医改对医疗卫生新增投入，医疗服务需求和利用增长迅速，医疗卫生机构进一步扩展。由于SARS的影响，国家重视了公共卫生机构建设，加强了对公共卫生机构的投入；可以说，这个时期是公共卫生机构建设和发展的黄金阶段，县及县以上疾病预防控制机构在基本建设、工作条件等方面发生了根本性变化。

在农村医疗保障制度建设方面，2003年1月，国务院办公厅转发卫生部、财政部和农业部的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，明确提出新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农村居民自愿参加，个人、集体和政府多方

筹资，以大病统筹为主的农村居民医疗互助共济制度。为了建设新农合制度，政府通过转移支付支持经济欠发达地区资金筹集。政府新农合资金补助占到筹资的80%，其余来自个人缴费。

从2003年起，新型农村合作医疗制度开始试点，探索在资金筹集、服务包设计、资金管理和支付制度等方面的可行性和可操作性。2006年1月，卫生部、国家发展和改革委员会等七个部委局联合下发《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》，要求在试点基础上，完善制度设计，加大政府支持力度，加快新型农村合作医疗制度覆盖的速度。2008年底，新农合覆盖了91.5%的农村人口（国家卫生计生委，2014）。2009年以来，新农合制度建设一直作为医改的重点工作。2012年底，新农合覆盖了98%的农村人口，人均新农合经费从2005年的42元增加到2012年308元（国家卫生计生委，2014）。

2007年，国务院出台《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》，提出了城镇居民医疗保险试点基本要求，包括目标原则、指导思想、操作指南和管理，开始为城镇人口中所有非在业人群包括儿童和老人建立基本医疗保险制度。城镇居民基本医疗保险制度的筹资和管理类似新型农村合作医疗制度，由政府和个人共同筹资，以解决重大疾病费用负担为目标。城镇居民基本医疗保险制度的建立标志着中国已经形成了覆盖所有人口的基本医疗保险体系。2012年，城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险分别覆盖了2.64亿和2.71亿人口，人均筹资水平分别达到2574元和401元（国家卫生计生委，2014）。

在中国共产党十八届三中全会《全面深化改革若干重大问题的决定》中，提出了整合城乡基本医疗保险制度、统筹推进综合改革、深化基层医疗卫生机构综合改革等一系列政策。

表6-1是对1985年至2013年主要卫生改革政策的总结。

表6-1 中国主要卫生改革政策，1985-2013

| 年份 | 改革名称 | 决策机构 | 主要内容 |
|------|-------------------|---|---|
| 1985 | 关于卫生工作改革若干政策问题的报告 | 国务院批转卫生部报告 国发(1985)62号 | 放宽政策，简政放权，多方集资；放权让利，扩大医院自主权。 |
| 1989 | 关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见 | 国务院批转卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局报告国发(1989)10号 | 积极推行各种形式的承包责任制；开展有偿业余服务；进一步调整医疗卫生服务收费标准；卫生预防保健单位开展有偿服务；卫生事业单位实行“以副补主”、“以工助医”。 |
| 1992 | 关于深化卫生医疗体制改革的几点意见 | 国务院 | 强调医疗卫生机构“建设靠国家，吃饭靠自己”，要求医疗卫生机构“以工助医、以副补主”等方面取得新成绩。 |
| 1994 | 关于职工医疗制度改革的试点意见 | 国家体改委、财政部、劳动部、卫生部体改分(1994)51号 | 医疗保险基金包括个人医疗保险专户金、单位医疗保险调剂金、大病医疗保险统筹金；明确各个部分筹资的比例。 |

| 年份 | 改革名称 | 决策机构 | 主要内容 |
|------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| 1997 | 关于卫生改革与发展的决定 | 中共中央、国务院中发(1997)3号 | 改革城镇职工医疗保险制度;改革卫生管理体制;积极推进区域卫生规划;积极发展社区卫生服务;改革卫生机构运行机制;积极稳妥地发展和完善合作医疗制度;完善农村三级卫生服务网;巩固与提高农村基层卫生队伍;加强预防保健机构建设;整顿规范药品流通领域。 |
| 1998 | 关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定 | 国务院 国发(1998)44号 | 明确了制度纳入对象、缴费水平、缴费办法、基金管理、服务包和费用控制等政策。 |
| 2002 | 关于进一步加强农村卫生工作的决定 | 中共中央、国务院 中发(2002)13号 | 要求到2010年,在全国农村基本建立起适应农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系 and 农村合作医疗制度;要求逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。 |
| 2003 | 关于建立新型农村合作医疗制度的意见 | 卫生部、财政部、农业部 国办发(2003)3号 | 明确建设新型农村合作医疗制度的基本原则和方法,包括筹资、资金管理、服务内容等。 |
| 2006 | 关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知 | 卫生部、国家发展和改革委员会、民政部、财政部、农业部等七委部局 | 要求扩大试点;加强政府资金和管理支持;提出了2008年全国基本实施新型农村合作医疗制度的目标。 |
| 2006 | 关于发展城市社区卫生服务的指导意见 | 国务院 国发(2006)10号 | 发展社区卫生服务的指导思想、基本原则和工作目标,推进社区卫生服务体系建设的指导工作,完善发展社区卫生服务的政策措施。 |
| 2007 | 国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见 | 国务院 国发(2007)20号 | 城镇居民医疗保险试点基本要求,包括目标原则、指导思想、操作指南和管理。 |
| 2009 | 关于深化医药卫生体制改革的意见 | 中共中央、国务院中发(2009)6号 | 提出了有效减轻居民就医费用负担,切实缓解“看病难、看病贵”的近期目标;提出了建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度的长期目标;提出了四项制度建设和八项策略实施的原则和政策。 |
| 2009 | 医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011年) | 国务院 国发(2009)12号 | 五项重点改革领域(基本医疗保障制度、国家基本药物制度、基层医疗卫生服务体系、基本公共卫生服务均等化、公立医院改革)目标、要求、政策。 |
| 2011 | 国务院关于建立全科医生制度的指导意见 | 国务院 国发(2011)23号 | 提出建立全科医生制度的指导思想、基本原则和总体目标;明确了全科医生培养制度、执业方式等政策措施。 |
| 2012 | “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案 | 国务院 国发(2012)11号 | 提出了到2015年卫生发展目标;提出了四项重点改革领域(加快健全全民医保体系,巩固完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制,积极推进公立医院改革,统筹推进相关领域改革)目标、要求、政策。 |
| 2013 | 国务院办公厅关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见 | 国务院国办发(2013)14号 | 巩固基本药物制度,深化基层医疗卫生机构管理体制、补偿机制、药品供应、人事分配等方面的综合改革;完善绩效考核办法;加强基层医疗卫生服务体系建设。 |
| 2013 | 国务院关于促进健康服务业发展的若干意见 | 国务院国发(2013)40号 | 明确了发展健康服务业的基本原则、发展目标、主要任务和政策措施。 |

资料来源:作者整理

6.2 近期主要卫生改革

2009年至今，中国卫生改革主要集中在五个领域：医疗保障制度、医疗服务体系、基本药物制度、基本公共卫生服务均等化和公立医院改革。

6.2.1 基本医疗保障制度改革

基本医疗保障制度主要是指新型农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险三项基本医疗保险制度，以及城乡医疗救助制度。前三项保险制度在2009年医改前已经得到较大发展，医改的主要任务是在制度和机制建设等方面促进医疗保险体系的进一步完善。

虽然新农合人口覆盖率在医改前已经达到了较高水平，但是其可持续发展面临许多挑战，财政支持也需要制度化。医疗费用攀升需要创新的支付制度，以促进服务提供者有效的利用卫生资源；需要新的机制保证新农合资金的平衡。新农合需要不断扩展福利包和提升卫生服务的质量。

城镇医疗保险制度也需要进一步完善。将失业人群纳入到医保制度中和控制医疗费用快速增长是其中主要任务。开始于2007年的城镇居民基本医疗保险，主要任务是扩展覆盖面和提供有效的服务。另外一个问题是如何在城镇化过程中为流动人口建立方便的医保覆盖。

基本医疗保险制度改革主要围绕以下几个方面。

- **扩大医疗保障制度人群覆盖面。** 2009年-2011年主要改革措施是继续增加政府投入，重点关注弱勢人群参保问题。一是在政府资金支持下，将国有关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入城镇职工基本医疗保险，800多万关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入医保范围；二是全面推开城镇居民基本医疗保险，主要解决老人、残疾人和儿童基本医疗保险问题；三是制定基本医疗保险关系转移接续办法，解决农民工等流动就业人员基本医疗保障关系跨制度、跨地区转移接续问题；四是将针对贫弱人群的城乡医疗救助制度覆盖全国所有困难家庭。2012年和2013年，改革的主要任务是在实现了人群高覆盖（人群覆盖率90%以上）的基础上，巩固扩大基本医疗保障制度覆盖面，主要措施包括继续增加政府投入，对贫弱人口加大医疗救助强度，对重点人群包括城市农民工、非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员以及学生和学龄前儿童等参保采取针对性措施，继续推进关闭破产企业退休人员和困难企业职工等困难群体参保等。
- **提高医疗保障制度费用分担水平。** 通过增加医疗保障经费、控制基金结余率等措施，提高参保者补偿水平。财政对新农合补助标准，2010年为每人120元，2012年为每人240元，2013年为每人280元。新农合基金当年结余率原则上控制在15%以内。对贫困人口、低收入重病患者、重度

残疾人和低收入家庭老年人，其参保费用由医疗救助资金负担，进一步减少其就医的自付费用。

- **扩大医疗保障制度服务覆盖面。**基本医疗保险服务覆盖面从保住院向既保住院又保门诊发展，从只保基本医疗服务向既保基本又保大病发展。2012年，新农合开始建立大病保障机制，利用基本医疗保险基金购买商业大病保险或者建立补充医疗保险，目的是解决重大疾病患者因病致贫问题。包括儿童白血病、尿毒症、乳腺癌等20种疾病纳入到重大疾病保障中进行试点。2013年继续开展20种重大疾病保障试点。
- **大病保险。**2012年8月，中央政府决定实施城乡居民大病保险制度，新农合和城镇居民基本医疗保险部分资金用于大病保险。制度规定，至少50%的费用得到补偿，纳入病种数量逐步扩大。商业医疗保险机构负责大病保险的运行。
- **支付制度改革。**2009-2011年，提出了供方支付制度改革、简化患者费用补偿程序和解决流动人口就医报销等措施，主要目的是控制费用和方便居民就诊。2012年，加大支付制度改革力度，明确提出基本医疗保险制度要积极推行按人头付费、按病种付费、按床日付费和总额预付等支付方式改革。新农合制度对单病种、按人头和总额预付等支付方式进行了探索；城镇职工基本医疗保险制度开始尝试按病种支付改革。

上述自2009年开始的改革提高了医疗保险制度经济可持续发展的能力，加强了保险制度管理能力，开始了支付制度改革。医保制度建设提高了卫生服务利用。但是，医疗费用攀升尚没有得到遏制。

6.2.2 国家基本药物制度改革

药品支出一直是中国卫生体系中的主要问题。2008年，51.3%的门诊费用和43.5%的住院费用花费在药品上（国家卫生计生委，2014）。依赖药品加成收入使得医疗服务提供者倾向于提供贵重药品，加重了患者经济负担。不必要的药物使用造成了患者经济和健康双重损害。2009年前，政府已经采取了多项措施控制药品费用，但是效果并不明显。药物制度改革的目标之一是切断药品使用和医疗服务提供者之间的联系，提高药品合理使用。

- **建立和完善国家基本药物目录遴选和调整机制。**建立基本药物目录定期调整和更新机制。2012年，根据2009年版基本药物目录使用情况，增补和规范用药目录，形成了2012年版基本药物目录，以满足基层卫生机构用药需求。
- **改革药品采购机制。**2009年规定，政府举办的医疗卫生机构使用的基本药物，由省级人民政府指定的机构公开招标采购，并由招标选择的配送企业统一配送。省级人民政府根据招标情况在国家指导价格规定的幅度内确定本地区基本药物统一采购价格。2012年，对基本药物采购机制进行进一步改革，包括药品采购数量和价格挂钩、质量优先兼顾价格等政策。

2009—2011年，推进政府举办的基层医疗卫生机构按购进价格实行零差率销售基本药物。所有零售药店和医疗机构均应配备和销售国家基本药物，基本药物全部纳入基本医疗保障药品报销目录，报销比例明显高于非基本药物。2012年，在乡镇和社区卫生机构实行零差率销售基本药物的基础上，开始推进村卫生室实行基本药物零差率销售，并落实对村医的经济补偿政策。对于非政府办基层医疗卫生机构，2012年提出通过政府购买的方式，鼓励其实施基本药物零差率销售制度。

6.2.3 基层医疗卫生机构运行机制改革

基层卫生机构发展面临着许多挑战。过度依赖药品收入影响了其提供合理的卫生服务。建立基层卫生机构合理的筹资机制和增加政府投入是改革的重点。此外，基层卫生机构需要加强人力资源和其他条件的建设。

- **基层医疗卫生机构体系建设。**2009—2011年，改革的主要目标是完善农村县、乡、村三级医疗卫生服务网络；重点支持城乡基层卫生机构包括农村县乡村卫生机构和城镇社区卫生机构建设；支持边远地区村卫生室建设和支持困难地区城市社区卫生服务中心建设。2012年和2013年继续强化对乡镇卫生院的建设，并加强对基层卫生机构开展中医药服务能力建设。
- **基层卫生机构医疗卫生队伍建设。**2009—2011年，开始实施免费为农村基层卫生机构定向培养卫生人员，2011年国务院出台关于建立全科医生制度的指导意见，明确了全科医生培养制度、执业方式等政策措施。2012年医改提出加强以全科医生为重点的基层卫生人员建设，继续为中西部卫生院定向免费培养医学生。对基层卫生机构现有人员培训是提高卫生人员能力的重要内容，2009—2013年，各级政府投入资金组织各种形式的在岗培训。此外，实施城市医院对口支援农村医院政策，即要求每所城市三级医院与三所左右的农村县级医院建立长期技术援助关系，提升农村县级医院服务能力。
- **基层卫生机构筹资机制。**明确政府补助、服务收费（包括医疗保险收费和公共卫生服务补偿）等方式作为基层卫生机构主要筹资方式。最重要的改革是，药品加成收入不再作为基层卫生机构主要的筹资渠道。政府负责举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心和服务站按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费及所承担公共卫生服务的业务经费，按项目补助或者按购买服务等方式补助；对非政府举办的基层医疗卫生机构提供的公共卫生服务，采取政府或者基本医疗保险购买服务的方式给予补偿；明确财政对村卫生室实施基本药物制度的补偿。
- **基层医疗卫生机构运行机制。**实施的改革包括双向转诊制度、基层卫生机构首诊制度，基层卫生机构和人员绩效考核机制，以及基层卫生人员收入分配机制。2012年明确提出基层机构人员收入分配以服务数量和质量为基础、向核心和骨干卫生技术人员倾斜等。

作为改革成果，药品加成不再成为基层卫生机构收入来源，政府补助补偿药品加成损失，这是卫生筹资机制的重要改变。基层卫生机构的设施条件也得到了改善。尚未解决的主要问题是卫生技术人员的能力。改革使得基层卫生机构人员的收入与医院差距拉大，影响了其工作的积极性。此外，卫生技术人员因不能从药品中获利也缺乏提供医疗服务的积极性。

6.2.4 基本公共卫生服务均等化制度建设

卫生改革的目标之一是促进全民公平享有基本公共卫生服务，具体目标包括“城乡居民补助均等、逐步提高补助水平、不断扩大服务内容”。基本公共卫生服务均等化制度包括两类服务，基本公共卫生服务项目和重大公共卫生项目。实施基本公共卫生服务均等化是为了缩小城乡、富裕和贫困地区间、不同收入人群间在人群和服务覆盖方面的差距。基本公共卫生服务绝大部分是成本低效果好的服务，为全体人民提供可以有效促进健康水平。政府全额资助基本公共卫生服务。

尽管中国公共卫生服务人口覆盖率已经达到较高水平（比如，儿童计划免疫覆盖率达到95%以上），许多人仍然未得到服务以及存在服务质量问题。比如，2008年，城市居民产前检查覆盖率为人均8.7次，而农村居民只有4.3次（卫生部，2009b）。低收入人群和偏远地区居住的人群面临更多的诸如癌症和结核病的健康威胁。通过制度化的保障机制提供基本公共卫生服务，可以提高公共卫生干预的公平性。

- **基本公共卫生服务项目。** 建立国家基本公共卫生服务项目，服务项目由政府财政全额支持向全体居民免费提供，中央财政通过转移支付予以支持经济欠发达地区。基本公共卫生服务项目根据项目的成本效果、健康影响和筹资水平等因素确定，项目范围逐步扩充。目前服务内容包括家庭健康档案、妇幼保健、计划免疫、老年健康服务、慢病防控、健康教育等十一大类四十二项服务项目。基本公共卫生服务经费标准2009年人均15元，2011年人均25元，2013年为人均30元。2013年，约400亿元用于基本公共卫生服务项目，占到政府卫生支出的6%（国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014）。
- **重大公共卫生项目。** 在实施结核病、艾滋病等重大疾病防控项目的基础上，2009年开始逐步增加项目，包括为15岁以下人群补种乙肝疫苗，消除燃煤型氟中毒危害，农村妇女孕前和孕早期补服叶酸预防出生缺陷，贫困白内障患者复明，以及农村改水改厕等。

基本公共卫生服务均等化制度保证了政府财政对所有居民提供基本公共卫生服务的支持。虽然其资金只占到政府卫生支出很小的比例，但其稳定增长并将改变卫生领域公共资金分布的状况。基本公共卫生服务均等化制度提高了弱势群体利用基本公共卫生服务的能力。

6.2.5 公立医院改革

公立医院占有绝大比例的卫生资源，公立医院改革十分重要，但也非常困难。公立医院承担着主要的门诊和住院服务，资金来源于社会医疗保险、患者自负和药品加成。公立医院因逐利行为而饱受诟病。三级医院通过价格和卫生服务利用的提升得到了迅速扩张。基本药品和服务因为收益较低，公立医院对这些服务的提供缺乏动力。基本药物低使用率就是一个例证。按服务项目付费是提供不必要医疗服务的重要原因。公众对公立医院的信任度较低。政府对如何在公立医院中使用社会资源的政策也需要进一步澄清。

公立医院改革主要包括以下几个方面。

- **县级公立医院改革试点。** 2012年开始，国家选择300余家县级公立医院开展改革试点。试点的主要内容包括：1) 改革补偿机制：将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道，去除“以药补医”；2) 调整医药价格：取消药品加成，提高诊疗费、手术费和护理费；降低大型设备检查费用；3) 以基本医疗保险制度为平台，通过支付制度改革等方式，控制医药费用，提高服务质量。
- **城市公立医院改革试点。** 国家选择17个城市，自2010年开始进行改革试点。试点的主要内容包括：探索医药分开模式；探索破除“以药补医”的医院补偿机制；探索医务人员工资分配制度和药品采购制度等方面的改革。
- **加快形成多元办医格局。** 2012年，进一步提出大力发展非公立医疗机构，具体政策包括要求地方政府出台鼓励社会资本办医的实施细则，鼓励公立医院资源丰富的地区利用社会资本参与部分公立医院所有制转型。

中国公立医院改革正在进行中。这些改革对于医院行为的影响还缺乏全国范围内的评价。公立医院改革是目前卫生改革的重中之重。

6.2.6 中国卫生改革的保障机制

为了保证卫生改革实施，中国采取了一系列措施，主要如下。

- **建立组织和领导体系。** 成立跨部委的国务院深化医药卫生体制改革领导小组，协调各个部门改革活动。与各省（区、市）成立省一级跨部门深化医药卫生体制改革领导小组，统筹本地区医改工作。
- **建立目标责任和绩效考核体系。** 在年度医改工作计划中，明确中央各相关部委医改任务，并进行跟踪和评价；每年国务院深化医药卫生体制改革领导小组与各省（区、市）医药卫生体制改革领导小组签定责任书，

明确各个地区年度需要完成的医改任务，并对任务完成情况监测评价。建立医改实施监测信息系统，对主要指标定期考核和评估。

- **经济投入保障。**为实施医改活动，在政府原有卫生投入不变的情况下，新增财政投入。中央新增投入主要投向经济欠发达地区。
- **宣传和引导。**在医改政策解读、医改经验介绍等方面，通过各种媒体进行宣传，加深社会对医改的理解，加强各方面参与医改的积极性。

6.3 未来发展

中国自2009年医改实施以来，在基本医疗保障制度完善、基本公共卫生服务均等化制度建设、基层卫生机构能力提升和基本药物制度建设等方面取得了显著进展，为继续深化改革、实现建立健全覆盖城乡居民基本医疗卫生制度总体目标奠定了坚实的基础。

同时，由于卫生改革的复杂性和系统性，改革也面临着许多挑战，需要长期坚持和发展，需要针对出现的新问题不断完善改革内容、有效推进改革政策和措施的落实。

中国在基本医疗保障制度建设和基本公共卫生服务均等化制度建设等方面，已经基本实现了人口的全面覆盖，但是从服务覆盖和费用覆盖等两个方面，仍然有很长的路要走。城乡三个基本医疗保险制度间存在的筹资和服务等方面的差距，需要通过制度衔接和最终实现统一来缩小；基本公共卫生服务均等化虽然为城乡居民提供了人均等额的经费，但是偏远农村地区公共卫生服务质量、资源质量仍然落后，实现真正意义上的服务均等化还需要长时间更大的努力和改革；中国众多的流动人口以及伴随城镇化进程，医疗保障体系和服务体系如何做出调整，实现城乡统筹发展，也是改革需要考虑的。中国公立医院改革过去几年已经起步，但是尚缺乏实质性突破，将成为未来卫生改革的重点。而公立医院改革，需要考虑卫生服务体系问题，从体系建设和发展的角度推动公立医院改革。发展健康产业，实现多元化办医格局，也是未来重要发展方向。

面对持续的健康和人口转型，中国需要一个更加有效的卫生体系应对慢病的挑战，满足不断增长的健康需要。提高收入公平性，提高儿童教育水平，改善环境质量，是超越卫生部门之外的更根本性的应对健康问题的策略。为了实现2020年建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，中国政府卫生改革的重点主要包括以下几个方面。

- **基本医疗保险制度整合和完善。**需要衔接整合不同类型的医疗保障制度，从而实现制度层面的社会公平，包括三项基本医疗保险制度的整合、医疗保险与医疗救助更加紧密的衔接、医疗保障与基本公共卫生保障的整合等。基本医疗保险制度将继续得到巩固和完善，包括继续稳定参保率、增加经费支持和提高补偿水平等，推进改革医保支付方式，建立城乡居民重特大疾病保障机制，推进建立城乡居民大病保险制度。

- **统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革。**未来改革将更加强调统筹推进，而不是单兵突进。过去几年，虽然各项制度改革均有突破，但进展不平衡、各项制度改革缺乏协调，影响到医改整体效果的发挥。医改统筹推进将保证覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度目标的实现。
- **深化基层医疗卫生机构综合改革，健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制。**完善合理分级诊疗模式，建立社区医生和居民契约服务关系。充分利用信息化手段，促进优质医疗资源纵向流动。加强区域公共卫生服务资源整合。主要任务是建立功能清晰、定位准确、相互协作的医疗卫生服务体系，发挥不同功能和级别医疗卫生机构的作用。完成上述改革任务，需要整合卫生服务体系，包括医疗和公共卫生服务机构的整合和区域内纵向卫生机构的衔接和整合，从而提高整个体系的能力，应对主要健康挑战。
- **加快公立医院改革。**公立医院改革主要是破除以药养医、创新体制机制、调动医务人员积极性。取消以药补医、理顺医药价格、建立科学补偿机制是重点。县级公立医院改革是未来几年重点工作，改革内容主要包括坚持公益性、履行政府办医职责；深化认识和分配制度改革，充分调动医务人员积极性；建立现代医院管理制度，加强内部管理；推进支付制度改革；优化资源配置，加强行业监管，加强人才队伍建设等。
- **卫生人员队伍建设和医疗卫生信息化建设。**卫生人员队伍的质量、结构和分布一直是制约卫生服务提供最重要的因素。中国医改将建立三个队伍建设制度，即住院医师规范化培训制度、全科医师培养制度和稳定乡村医生队伍。在卫生信息化建设方面，中国将研究建立全国统一的电子健康档案、电子病历、药品器械、医疗服务、医保信息等数据标准体系，推进医疗卫生信息技术标准化建设。
- **鼓励社会办医，优先支持举办非营利性医疗机构。**在区域卫生规划和医疗机构设置规划中，给社会办医留有合理发展空间，建立以非营利性医疗机构为主体，营利性医疗机构为补充的社会办医体系。完善社会办医税收等方面优惠政策，推动完善医师多点执业政策，保证非公立医疗机构办医质量。

第七章 卫生体系评估

本章概要

中国医药卫生事业坚持为人民健康服务的宗旨，以保障人民健康为中心，以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点。2009年新一轮医改以保基本、强基层、建机制为基本原则，统筹安排、重点突出、循序渐进地推进重点改革。覆盖城乡全体居民的基本医疗保障制度框架初步形成，国家基本药物制度初步建立，覆盖城乡的基层医疗卫生服务体系基本建成。

基本公共卫生服务均等化水平不断提高，公立医院改革试点积极推进。已基本实现全民医疗保险覆盖，保障水平大幅提升，卫生服务可及性和利用显著提高，卫生服务效率与结果有所改进，卫生体系透明度显著优化，患者对卫生体系的不满程度较低，人群健康水平达到中等发达国家水平。然而，卫生支出上涨幅度及其占家庭可支配收入比例仍维持较高水平，卫生筹资、医疗保险覆盖以及卫生服务利用在城市与农村之间、不同收入水平地区之间、东、中、西部地区之间依然存在差距。

7.1 卫生体系目标

随着社会经济发展，不同阶段的卫生改革与发展任务体现了中国卫生体系目标。2009年的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出，坚持医药卫生事业为人民健康服务的宗旨，以保障人民健康为中心，以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点，建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

到2020年，覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立。“意见”表明，在全国范围内普遍建立

- 比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系
- 比较健全的医疗保障体系
- 比较规范的药品供应保障体系
- 比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制
- 形成多元办医格局，人人享有基本医疗卫生服务
- 基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求
- 人民群众健康水平进一步提高。

2008年，国家成立国务院深化医药卫生体制改革领导小组，统筹组织实施深化医药卫生体制改革。按照“保基本、强基层、建机制”的基本原则，完善政策、健全制度、加大投入。2009年以来的改革取得了明显进展和成效，实现了阶段性目标（详见第6章）。

7.2 疾病经济风险保护和筹资公平性

2012年，中国城镇职工基本医疗保险制度覆盖人数为2.56亿，人均筹资水平达到2308元；新农合覆盖农村居民8.07亿，人均筹资305元；城镇居民基本医疗保险制度参保人数为2.71亿，人均筹资334元（国家卫生计生委，2014）。根据国家卫生服务调查，医疗保险覆盖率已从2003年的29.7%，提高到2008年的87.9%，2011年达到95.7%。

随着筹资水平的提高和政府补贴的增加，医疗保险的保障水平也大幅提高，三大基本医疗保险制度都覆盖住院服务，其平均报销比例从2003年的14.4%，提高到2008年35.2%，再提升到2011年的46.9%，其中西部地区2008年到2011年间大幅上升了10.5个百分点。然而城市与农村、东、中、西部地区间仍存在差距（表7-1）。新农合加大了对重大疾病保障水平，2010年起开展提高农村地区儿童白血病、先天性心脏病保障水平的试点工作，2011年将终末期肾病、妇女乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核等6类重大疾病纳入保障范围，2012年又将血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、I型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、脑梗死、结肠癌、直肠癌等12种疾病纳入保障范围。

城镇职工和居民基本医疗保险以市为单位进行统筹，新农合以县为单位进行统筹，不同统筹地区基本医疗保险的保障范围（起付线、共付、封顶线、可报销药品、可报销医疗服务）存在差别。如城镇基本医疗保险可报销药品种数在2000种以上，新农合一般只在400种（Meng and Tang, 2013）。基本医疗保险的受益面较高（门诊与住院），如新农合的家庭受益面在60%以上（表7-2），未受益者主要为没有利用卫生服务者。

随着医疗保障水平的提高，因经济原因而造成居民对卫生服务可及性的障碍大幅降低，由于经济原因而造成的提早出院比例由2003年的63.6%，下降到2008年35.0%，再到2011年的28.0%，2008年到2011年间东部和西部地区该比例分别下降了11.9和9.1个百分点（表7-1）。

虽然医疗保险覆盖率和保障水平大幅提高，但是灾难性卫生支出家庭比例（家庭卫生支出占扣除食品以外的家庭支出的比例超过40%者）和卫生支出占家庭支出比例仍维持较高水平。2011年灾难性卫生支出家庭比例（12.9%）虽比2008年下降了2.6个百分点，但仍比2003年高2.8个百分点，其中城市和西部地区更是比2003年高出4.8和4.0个百分点（图7-2）。

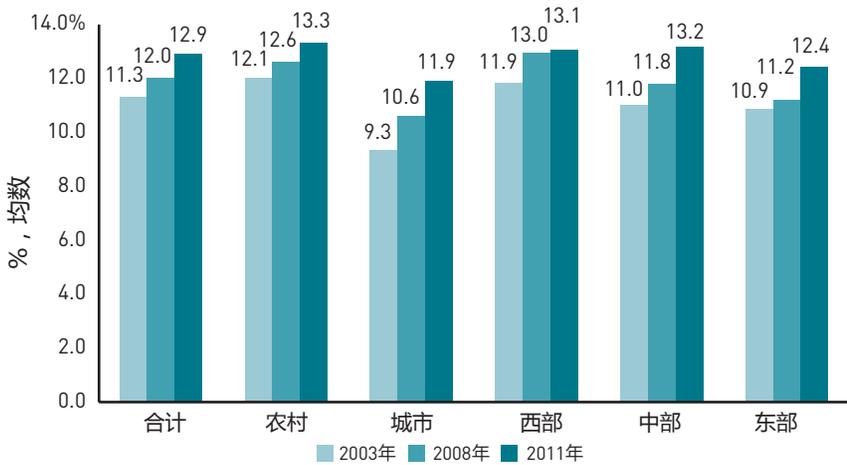
表7-1 疾病经济风险保护的改变

| | 2003 | 2008 | 2011 | 年变化率(%)* | |
|------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------|---------|
| | | | | 2003-08 | 2008-11 |
| 医疗保险覆盖(%，均值，95%CI) | | | | | |
| 合计 | 29.7 (29.6-30) | 87.9 (87.8-88.1) | 95.7 (95.5-95.8) | 22.8 | 2.8 |
| 农村 | 21.0 (20.9-21.3) | 93.0 (92.9-93.2) | 97.4 (97.2-97.5) | 31.3 | 1.5 |
| 城市 | 55.2 (54.8-55.6) | 73.5 (73.1-73.9) | 90.9 (90.4-91.3) | 6.0 | 7.1 |
| 西部 | 27.3 (27.0-27.6) | 90.3 (90.1-90.5) | 96.6 (96.3-96.8) | 25.2 | 2.2 |
| 中部 | 22.9 (22.5-23.2) | 82.2 (81.9-82.6) | 94.4 (94.0-94.7) | 27.0 | 4.6 |
| 东部 | 38.9 (38.5-39.3) | 90.0 (89.7-90.2) | 95.7 (95.4-96.0) | 17.7 | 2.1 |
| 住院费用报销率(%，均值，95%CI) | | | | | |
| 合计 | 14.4 (13.7-15.1) | 35.2 (34.6-35.8) | 46.9 (44.7-49.1) | 18.8 | 9.6 |
| 农村 | 5.8 (5.2-6.4) | 32.9 (32.3-33.6) | 43.7 (40.7-46.7) | 36.4 | 9.5 |
| 城市 | 34.5 (32.8-36.1) | 41.6 (40.2-42.9) | 54.6 (52.4-56.7) | 3.9 | 9.0 |
| 西部 | 12.0 (11.0-13.0) | 37.4 (36.5-38.3) | 51.2 (49.4-53.0) | 23.6 | 10.5 |
| 中部 | 12.3 (11.0-13.6) | 32.1 (31.1-33.1) | 41.2 (34.6-47.6) | 20.2 | 8.3 |
| 东部 | 19.2 (17.8-20.6) | 35.3 (34.2-36.4) | 46.8 (44.7-49.0) | 12.8 | 9.4 |
| 住院患者由于经济原因自行决定出院(%，均值，95%CI) | | | | | |
| 合计 | 63.6 (61.8-65.5) | 35.0 (33.5-36.6) | 28.0 (25.5-30.5) | -12.5 | -7.5 |
| 农村 | 67.0 (64.9-69.1) | 36.6 (34.8-38.4) | 28.3 (25.4-31.4) | -12.7 | -8.6 |
| 城市 | 52.8 (48.8-56.7) | 29.2 (26.0-32.5) | 27.0 (22.0-32.0) | -12.5 | -2.6 |
| 西部 | 64.3 (61.6-67.1) | 39.7 (37.3-42.4) | 30.2 (26.1-34.2) | -10.2 | -9.1 |
| 中部 | 65.5 (62.1-68.9) | 34.5 (31.8-37.2) | 31.1 (27.9-35.3) | -13.5 | -3.5 |
| 东部 | 60.2 (56.5-64.0) | 27.1 (24.1-30.2) | 19.0 (14.4-23.5) | -16.8 | -11.9 |

*该时间段内的年均增长率

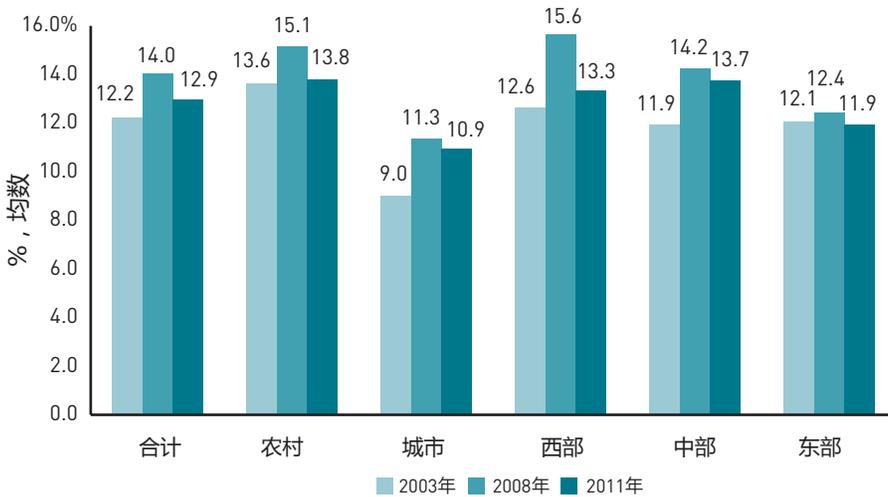
资料来源: Meng Q et al, 2012

图7-1 卫生支出占家庭支出的比例（%，均数）



资料来源: Meng Q et al. 2012

图7-2 灾难性卫生支出家庭比例（%，均数）



资料来源: Meng Q et al. 2012

表7-2 2008年农村新农合参合家庭受益情况(%)

| | 合计 | 东部 | 中部 | 西部 |
|-----------|------|------|------|------|
| 报销过住院费的家庭 | 10.8 | 7.9 | 11.0 | 13.0 |
| 报销过门诊费的家庭 | 42.2 | 43.1 | 42.0 | 41.5 |
| 均报销过的家庭 | 9.5 | 8.0 | 8.0 | 11.8 |
| 均未报销过的家庭 | 37.5 | 40.9 | 39.0 | 33.6 |

数据来源: 卫生部, 2009b

7.3 服务使用者经历和卫生服务可及性

7.3.1 服务使用者经历

根据2008年国家卫生服务调查（卫生部，2009b），调查地区的门诊患者：

- 认为就诊路途花费时间短或很短的比例为57.4%，9.3%的患者认为长或很长
- 认为候诊时间短或很短的比例为58.9%，8.5%认为长或很长
- 认为医生对病情解释清晰程度好或很好的比例为58.0%，3.7%认为差或很差
- 认为医生在征求病人治疗方案意见方面做得好或很好的比例为53.8%，4.8%认为差或很差
- 对就诊单位的环境舒适和设施评价为好或很好的比例为44.2%，7.6%认为差或很差

住院患者：

- 认为医生对病情解释清晰程度好或很好的比例为70.5%，认为差或很差的占1.9%
- 认为医生向病人征求治疗方案意见方面做得好或很好的比例为66.5%，2.7%认为差或很差
- 认为住院房间设施和舒适程度好或很好的比例为56.5%，5.9%认为差或很差

门诊患者对医生信任或很信任的比例为80.4%，不信任或很不信任的比例为1.1%；住院患者对医生信任或很信任的比例为83.6%，不信任或很不信任的比例为1.4%。

7.3.2 卫生服务可及性

卫生服务可及性得到了极大改善。根据国家卫生服务调查（图7-3至7-9）：

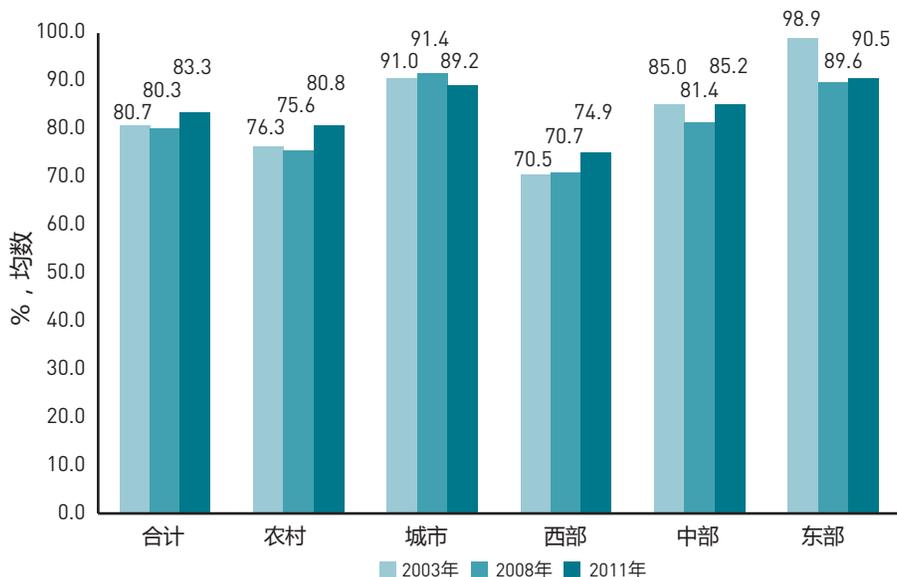
- 对卫生机构的地理可及性（居住地到达任意公立或私立医疗服务机构时间小于15分钟的家庭比例）从2003年的80.7%，提高到2011年的83.3%
- 每千人口执业医师数（包括执业助理医师）从2008年的1.58名增加到2011年的1.82名
- 门诊服务利用率从2003年的13.4%提高到2011年的14.8%

2003-2008年两周就诊率略有提升，同期住院率有大幅提升。同时：

- 产前检查率从2003年的43.2%提高到2011年的62.8%
- 住院分娩率从2003年的73.3%提高到2011年的95.8%

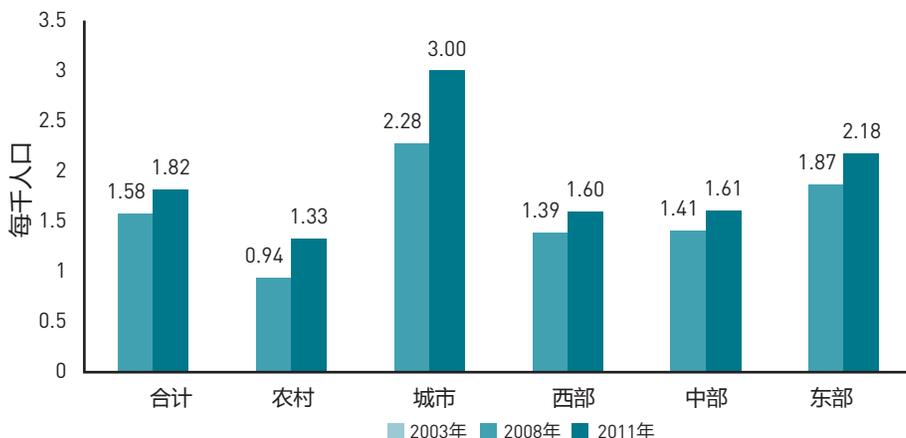
- 居民在基层医疗卫生机构利用服务的比例也有所增加，尤其在城市地区
- 首诊在社区的比例从2008年48.3%上升为2011年的55.5%。

图7-3 卫生服务设施的可达性（%，均数）



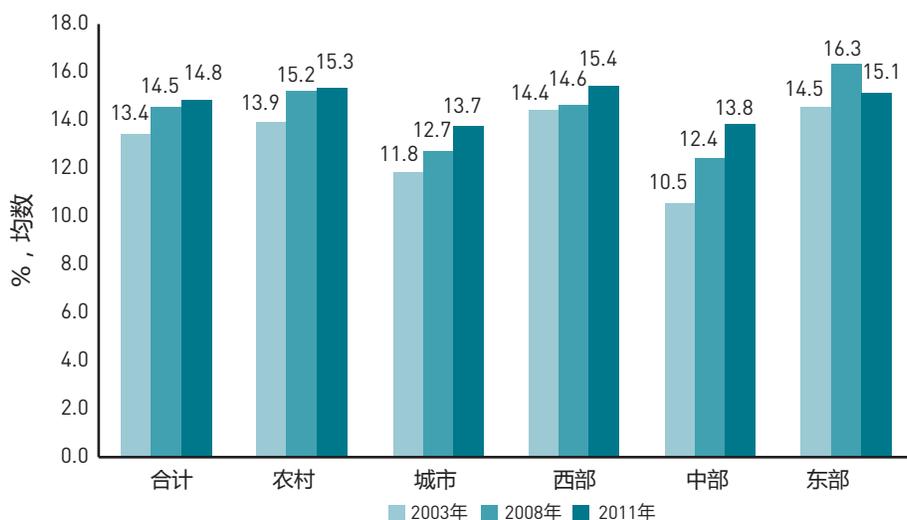
资料来源: Meng Q et al. 2012

图7-4 每千人口执业（助理）医师人数



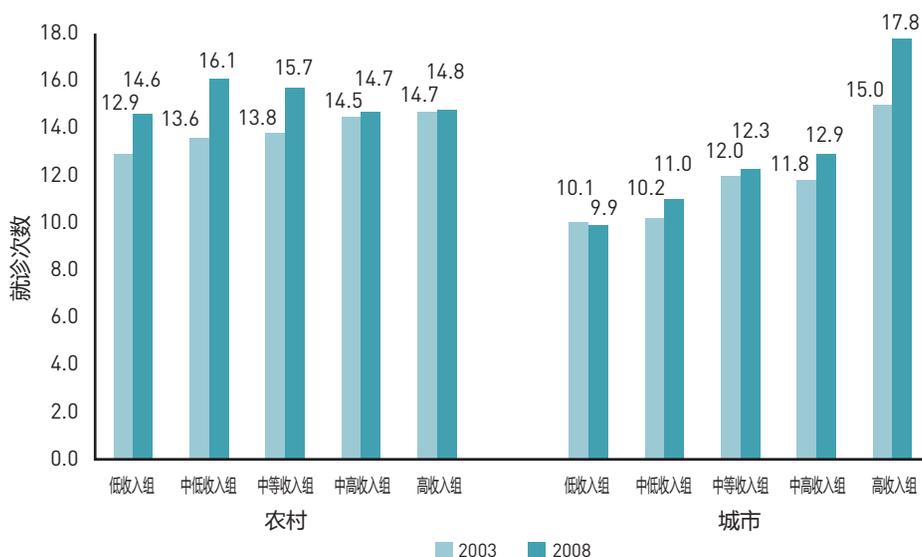
数据来源: 卫生部, 2013a

图7-5 门诊服务的利用（%，均数）



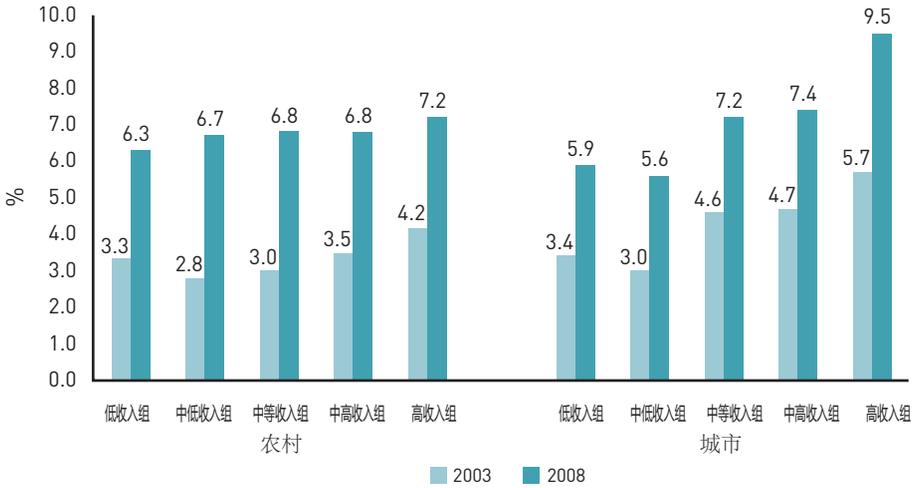
资料来源: Meng Q et al. 2012

图7-6 不同收入组居民两周门诊就诊率（%，均数）



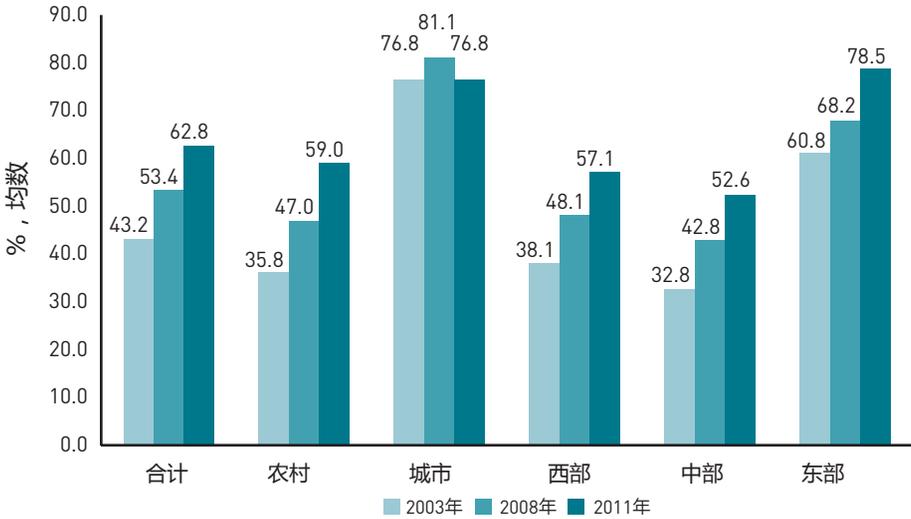
数据来源: 卫生部, 2009b

图7-7 不同收入组居民过去一年住院率



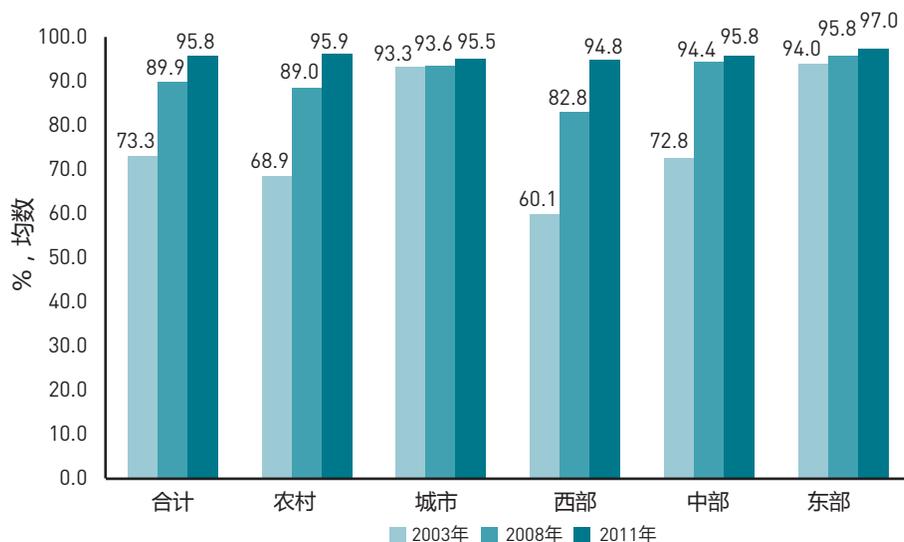
数据来源: 卫生部, 2009b

图7-8 产前检查五次及以上比例 (% , 均数)



资料来源: Meng Q et al. 2012

图7-9 住院分娩率（%，均数）



资料来源：Meng Q et al. 2012

卫生服务可及性与利用的公平性受到多重因素的影响。基于7个省4209个随机选择的家庭入户调查（Wang H et al. 2012），研究发现，有住院和门诊服务保障的新农合参保者相比仅有住院服务保障的参保者，有更高的村级门诊、乡级门诊和总门诊服务利用次数；贫困者有更高的乡级、村级门诊服务利用，而富裕者则利用更多的县级住院和总住院服务。因为基层医疗卫生机构是贫困者生病时的主要选择，所以提升乡村两级卫生服务的能力与质量是利贫政策产生效果的关键因素。

虽然卫生服务可及性得到极大改善，但卫生服务的不公平状况仍不容乐观。无论是对医疗机构的地理可及性、门诊服务利用率、产前检查率，还是医疗保险覆盖率、住院费用报销率、灾难性卫生支出发生率，在城市与农村之间、不同收入水平地区之间、东、中、西部地区之间的差距已大幅缩小，但平均水平依然存在差距（表7-3）。

表7-3 卫生服务公平性趋势

| | 2003 | 2008 | 2011 | 2003-11年的差值 |
|-----------------|------|------|------|-------------|
| 农村与城市的比值 | | | | |
| 居民到医疗机构的地理距离 | 0.84 | 0.83 | 0.91 | -6.4 |
| 门诊服务利用率 | 1.18 | 1.19 | 1.12 | 0.5 |
| 产前保健率（随访5次以上） | 0.47 | 0.58 | 0.77 | -23.2 |
| 住院分娩率 | 0.74 | 0.95 | 1.00 | -24.8 |
| 医疗保险覆盖率 | 0.38 | 1.27 | 1.07 | -40.7 |

| | 2003 | 2008 | 2011 | 2003-11年的差值 |
|-----------------|------|------|------|-------------|
| 住院费用报销率 | 0.17 | 0.79 | 0.80 | -17.8 |
| 灾难性支出率(逆向指标) | 0.66 | 0.75 | 0.79 | -1.7 |
| 西部与东部的比值 | | | | |
| 居民到医疗机构的地理距离 | 0.80 | 0.79 | 0.83 | -1.8 |
| 门诊服务利用率 | 0.99 | 0.90 | 1.02 | -0.4 |
| 产前保健率(随访5次以上) | 0.63 | 0.71 | 0.73 | -1.3 |
| 住院分娩率 | 0.64 | 0.86 | 0.98 | -31.7 |
| 医疗保险覆盖率 | 0.70 | 1.00 | 1.01 | -12.5 |
| 住院费用报销率 | 0.62 | 1.06 | 1.09 | -11.6 |
| 灾难性支出率(逆向指标) | 0.96 | 0.81 | 0.90 | -0.8 |

资料来源: Meng Q, et al. 2012

7.4 人群健康水平和服务质量

7.4.1 人群健康水平

主要健康指标见第一章。

7.4.2 医疗服务质量

医疗服务质量是评价医疗服务的重要标准。患者寻求医疗服务,不仅需要方便可及和费用合理,更主要的是所接受的医疗服务能够满足患者的需求,达到治愈疾病、保护健康的目的。目前我国医疗服务质量评价指标主要数据来源于卫生部2001年修订的病案首页里面的内容。这些传统的医疗服务质量指标正在逐步发展。某些质量指标缺乏科学依据;某些指标定义不明确,需要主观判断。这些均需进一步改善和提高。

中国医改以提高基本医疗服务可及性和降低疾病经济负担为主要导向,因此对于医改的评价也主要以卫生服务的数量和费用为主要指标。需要继续加强对医疗质量的重视。各级卫生行政部门和医疗卫生机构对医疗质量管理主要侧重于医疗事故和医疗安全事件的管理。目前尚缺乏全国统一的有关综合医疗质量的统计数据。

中国的医疗卫生服务质量,尤其是基层医疗卫生服务质量,存在一些重要的问题。比如抗生素滥用,大量使用静脉输液,以及过高的剖宫产率等。此外,在慢性病防治方面存着明显的质量问题。60%的糖尿病患者和超过50%的高血压患者没有获得诊断,因而也不可能获得必要的医疗服务(刘力生等,2011)。在已经获得诊断的高血压患者中,接受治疗的比例仅为38.5%。接受降压药物治疗的高血压患者中,只有24%的人能有效地将血压控制在90/140 mmHg以下(刘力生等,2011)。慢性病防治工作需要进一步加强。

7.5 卫生系统效率

7.5.1 配置效率

配置效率是指将有限的资源用于购买适当的卫生服务。预防为主和以农村为重点一直是中国发展卫生事业的基本方针，并在上世纪50年代至70年代有较好的落实，保证了资源在初级卫生保健体系的配置。但自上世纪80年代中期以后，随着市场化改革在医疗卫生领域的深入开展，以及城乡差异的不断扩大，城市地区的二三级及以上医疗机构的规模进一步扩大，而农村和基层医疗机构发展相对缓慢，不少地区出现了重医疗轻预防的现象。此外，农村居民由于缺少医疗保障制度，不少农村居民出现了因病致贫、因病返贫的现象。中国新一轮的卫生体制改革，对于卫生资源的配置作了一系列重要的政策调整，加强对公共卫生、基层医疗机构和农村地区的投入。进一步加强对基层医疗卫生服务的投入仍是重要的挑战，尤其是针对慢性病的防治措施，比如控烟、限酒及鼓励健康饮食和积极的生活行为等。

资源配置的数量结构变化

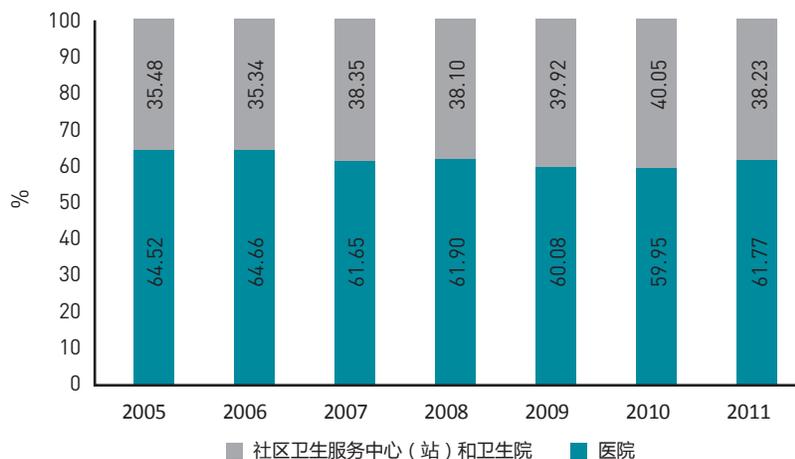
资金投入方面，首先，2003年非典暴发之后，中央和各级政府加大了对公共卫生工作的重视和投入。2009至2011年，中央财政共安排基本公共卫生服务经费395亿元，安排用于专业公共卫生服务机构能力建设的经费156亿多元。其次，2003年以后，中国建立了新型农村合作医疗，以政府投入为主，为农村居民建立了有效的医疗保障制度。2009至2011年，中央各级财政共安排城镇居民医保和新农合资金4328亿元。最后，2009年的医改实施以来，坚持以“保基本，强基层，建机制”为主要原则，加强对基层医疗机构的投资和建设。在农村，中央投资590亿元，用于县医院、乡镇卫生院和村卫生室的建设及设备购置。以上措施促进了医疗资源的配置效率改善，使资源配置向公共卫生倾斜，向基层和农村倾斜。

人力资源方面，第四章中已经显示，中国的卫生人力资源在城乡之间仍存在不平衡的现象。2012年中国城市地区每千人口卫生技术人员数为8.54，而在农村地区，这一数字仅为3.41。从床位数来看，城乡之间也存在着较大差异。2011年，城市的医疗机构床位数约合每千人口6.24张，是农村地区的2.2倍。

资源配置对卫生服务效率的影响

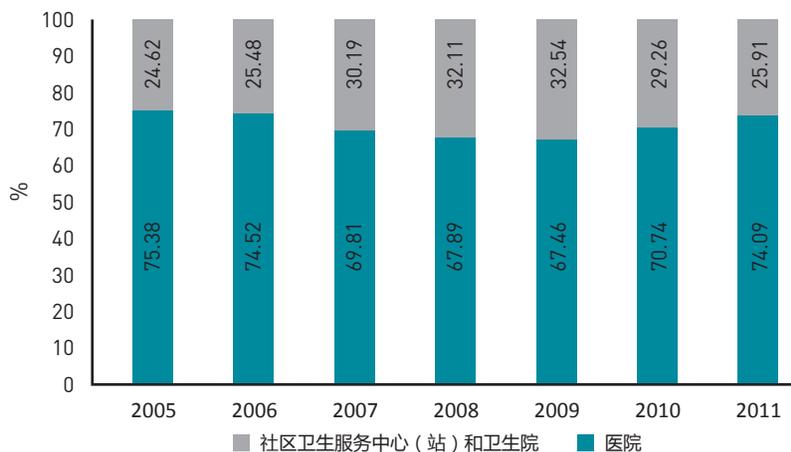
尽管卫生资源的配置向基层倾斜，但图7-10显示，仍有超过60%的门急诊服务由二三级及以上医院提供，基层医疗机构提供的门急诊服务不足40%。同样，图7-11显示，医院住院人次的上涨速度也大于乡镇卫生院和社区卫生服务中心。说明门诊和住院服务仍有向大医院集中的趋势。

图7-10 2005-2011年不同医疗机构平均门急诊人次数变化趋势图



数据来源: 卫生部, 2013a

图7-11 2005-2011年不同医疗机构平均入院人次数变化趋势图



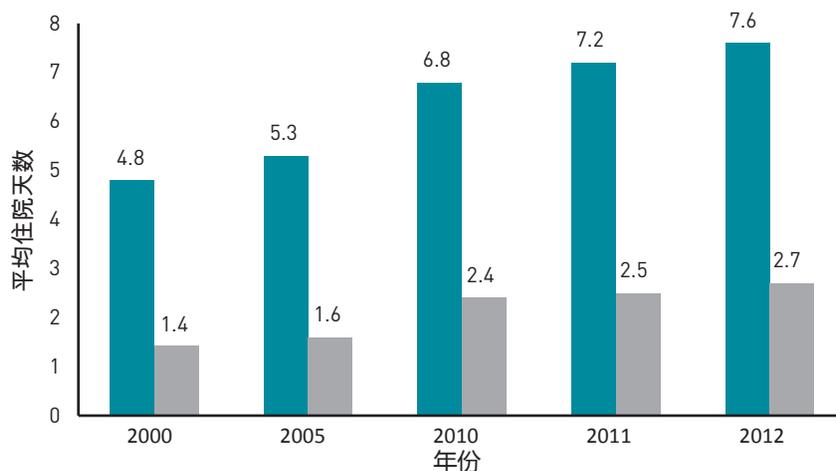
数据来源: 卫生部, 2013a

7.5.2 技术效率

医院服务

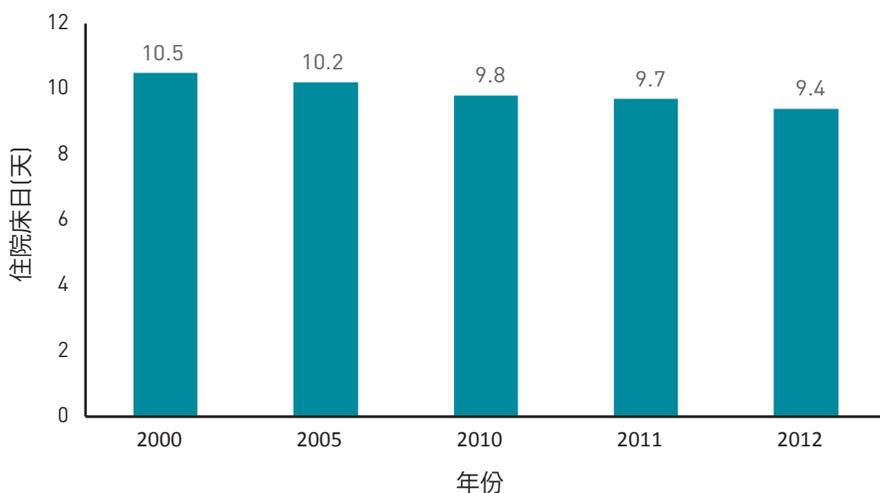
技术效率是指在卫生体系中最少的投入获得固定数量的产出, 或者用固定数量的投入获得最大的产出。从2000年开始, 每名医生日均承担的门诊人次和住院床日数均有明显增加, 表明医院运行的技术效率在逐步提高(图7-12)。同时, 医院平均住院日在1992年左右达到最长, 为16.2天, 此后一直呈现下降趋势, 到2012年下降到9.4天(图7-13)。

图7-12 中国医生日均负担的诊疗人次和住院床日 (2000-2012)



数据来源: 卫生部, 2013a

图7-13 中国综合医院平均住院床日 (天) (2000-2012)



数据来源: 卫生部, 2013a

药物服务

2009年医改以后, 中国在基层医疗卫生机构实施了基本药物制度。基层医疗卫生机构(包括乡镇卫生院和社区卫生服务中心)实施了基本药物目录, 基本药物由省级统一采购和配送, 基本药物采用零差率销售, 基层医疗卫生机构不能从药品销售中谋取利润。实施基本药物制度以后, 基层医疗卫生机构的药价明显下降, 居民因药品而产生的经济负担有所减轻。但与此同时, 部分医务人员的积极性受到一定影响。应该加强财政补偿, 弥补基层医疗卫生机构因实施基本药物制度而遭受的经济损失。

中国的医疗服务体系没有实施守门人制度，居民可以选择任何一级医疗机构作为其首诊机构，由此造成了三级医院的医疗服务供不应求，而基层医疗服务利用不足的现象。中国目前正在推行全科医师规范化培训制度，希望通过提高基层医疗机构的服务能力，实现医疗服务的合理分配，提高卫生服务的利用效率。

7.6 透明度和问责

在经济持续三十多年快速增长的条件下，中央和地方各级政府开始将民生问题作社会经济发展的重点内容。居民基本医疗卫生服务和医疗保障是各级政府重点关注的民生问题之一。十八大报告把提高人民健康水平作为卫生事业发展的根本目的，强调要为群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗服务和基本公共卫生服务。2009年开始的新医改，以及在中国这样一个人口大国实现医保的全民覆盖，都充分体现了政府对人民的政治承诺和社会责任。

对突发公共卫生事件，责任报告单位要按照有关规定及时准确地报告突发公共卫生事件及其处置情况。国务院卫生行政部门或经授权的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门及时向社会发布突发公共卫生事件的信息或公告。国务院卫生行政部门及时向国务院各有关部门和各省、自治区、直辖市卫生行政部门以及军队有关部门通报突发公共卫生事件情况。对涉及跨境的疫情线索，由国务院卫生行政部门根据2005年国际卫生条例向有关国家和地区通报情况。

卫生政策的制定越来越依靠科研证据的作用，政策制定的透明度和社会参与的程度越来越强。以2009年以来开展的医药卫生体制改革为例，在医改政策的制定阶段，中央政府邀请了多家学术和科研单位提出各自的改革方案。政府在博采各家之长的基础上出台了初步的改革方案。并且，在改革方案正式实施之前，通过网络公开改革方案，征求全社会的意见。最终在综合考虑各方意见的基础上，形成了最终的改革方案。在改革方案制定和实施的同时，政策制定部门也加强了对医改实施过程和效果的监测和评估研究。监测和评估包括医疗机构自身评估、政府部门的综合评估，以及国际机构和学术机构的第三方独立评估。

2009年以来，国务院医改办与各省都签订医改任务责任书。各级医改领导小组层层分解医改任务，逐级签订医改责任书，建立起卓有成效的医改工作责任制。同时建立了按月通报、季度考核、年度评估的绩效考核机制，定期向各地党委政府主要负责同志通报医改进展情况。国务院制定了专门督导方案，定期组织开展医改督导检查，督促各地加快改革进展。各地也采取多种办法，加强对辖区内各级政府的督导。

第八章 结论

中国是一个人口大国，自上世纪八十年代初开始，经历了快速的城镇化、工业化和人口老龄化，流动人口众多。中国1978年开始经济改革和开放，实现了经济快速增长，2010年成为世界第二大经济体。中国人民的健康水平在过去六十年里得到显著提升，人均期望寿命、婴儿死亡率和孕产妇死亡率等主要健康指标得到很大改善，已经由高出生率、高死亡率、传染性疾病和营养不良为主的模式向低出生率、低死亡率、慢性非传染性疾病为主的模式转变。中国慢性非传染性疾病已经成为主要的健康问题，城乡间和地区间健康状况仍然存在较大差异。

中国卫生体系主要由卫生筹资体系、卫生服务提供体系和卫生监管体系等构成。中国卫生法律分为卫生机构法律制度、卫生职业法律制度、公共卫生法律制度和卫生服务法律制度。1949年新中国建立以来，中国医疗卫生服务体系经历了不同的发展阶段，最终形成了目前的卫生体系。中国卫生行政组织体系分为四级，从中央到地方主要为国家卫生计生委、省(自治区、直辖市)卫生计生委、地市卫生计生委和县卫生计生委。中国卫生体系无论是在立法还是在行政决策等方面，中央政府都发挥着重要的主导作用。中国在多部门合作促进健康方面有着较长的历史传统，“爱国卫生运动”是典型的代表。

随着中国改革开放、市场经济快速发展以及医疗技术进步，中国卫生行业进入高速发展期，卫生费用也随之增长。上世纪八、九十年代，由于全民医疗保险体系尚未建立，基本医疗保险覆盖率低，从而造成卫生总费用中个人现金支付费用的比例较高。近几年，中国政府通过加大政府投入力度，建立基本医疗保险，努力降低患者个人现金支付水平，改善卫生服务可及性和公平性，个人现金支付占卫生总费用比例显著下降。

中国覆盖城乡居民的基本医疗保险制度已基本建成。城镇就业人口强制参加城镇职工基本医疗保险，由用人单位和职工共同缴纳保费，覆盖门诊、住院服务；城镇非就业居民自愿参加城镇居民医疗保险，由政府 and 居民共同筹资；农村居民以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗，由政府 and 居民共同筹资。此外，无力参加基本医疗保险以及参加后个人无力承担个人现金支付的城乡贫困人口由城乡医疗救助体系提供资助。中国政府免费向全体居民提供基本公共卫生服务。公共卫生服务筹资、专业公共卫生服务机构的人员经费、发展建设和业务经费全额纳入政府预算，并对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助。

中国已经建立了较为完善的卫生服务提供体系，能够提供从传染病控制、防治、急救医疗、门诊和住院服务和特殊照顾在内的医疗卫生服务。中国的医疗机构主要

包括医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构。过去六十年来，中国的医院数量保持持续增长的趋势，卫生技术人员和医院床位数保持持续增长。基层医疗卫生机构的设备配置逐步得到改善，医院管理信息系统、临床信息系统以及区域卫生信息化系统快速发展。疾病预防控制中心、卫生监督机构、妇幼保健机构、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室等机构为城乡居民提供传染病防控、慢性病防治、健康教育、食品安全监测和监督、劳动场所卫生监测，突发公共卫生事件处理、妇女儿童保健等公共卫生服务。社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室作为基层医疗卫生机构，负责为辖区居民提供基本医疗服务，同时承担基本公共卫生服务提供。二/三级综合医院主要提供门诊和住院医疗服务。精神疾病、口腔疾病等医疗服务可以在专科医院获得。每个市、县建设至少一家中医医院，大部分综合性医疗机构和基层医疗卫生机构设有中医科，提供中医服务。

中国卫生改革分为两个阶段，即上世纪八十年代初开始的卫生改革初步探索阶段和2003年以来卫生改革不断深化阶段。1949-1979年中国在经济水平极为落后、卫生资源十分匮乏的情况下，建立起了基本的卫生体系，通过加强基层卫生组织建设、重视预防和开展大规模群众卫生运动，以及建立起低水平广覆盖的城乡基本医疗保险制度，迅速改善了人民健康水平。在中国卫生改革初步探索阶段，主要是适应社会主义市场经济体制的建立，逐步认识卫生事业发展的规律，改革的核心内容包括卫生机构管理体制、运行机制、补偿机制、医疗保障制度建设等。在卫生经济政策改革方面，加大了价格收费和药品加成的补偿力度。2009年3月，中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，其基本目标是到2020年，建立起覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度；其基本任务是建立起比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系、比较健全的医疗保障体系和比较规范的药品供应保障体系；实现上述目标和完成改革任务主要通过卫生人力资源建设，卫生筹资改革、医疗卫生机构管理体制和运行机制改革等八项策略和政策。

中国自2009年医改实施以来，在建立全民医保体系、建设基本公共卫生服务均等化制度、提升基层卫生机构能力和改革基本药物制度等方面取得了显著进展，为继续深化改革、实现医改目标奠定了坚实的基础。同时，由于卫生改革的复杂性和系统性，改革也面临着许多挑战，需要长期坚持和发展。中国未来医改主要方向和内容包括：基本医疗保险制度整合和完善；统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革；深化基层医疗卫生机构综合改革，整合卫生服务体系；建立分级诊疗制度；加快公立医院改革；加强基层卫生人员队伍建设；鼓励社会办医。

第九章 附录

9.1 参考文献

财政部, 民政部. 2013. 关于印发《城乡医疗救助基金管理办法》的通知. (http://sbs.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201402/t20140217_1043715.html)

财政部, 国家发展和改革委员会, 人力资源和社会保障部、民政部、卫生部. 2009. 关于完善政府卫生投入政策的意见. (http://www.gov.cn/gzdt/2009-07/05/content_1357732.htm)

国家发展和改革委员会, 卫生部, 财政部等. 2012. 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见.

国家人口和计划生育委员会. 2013. 2012中国流动人口发展报告. 北京: 中国人口出版社.

国家食品药品监督管理局. 1999. 处方药与非处方药分类管理办法(试行).

国家食品药品监督管理局. 2000. 医疗器械监督管理条例.

国家食品药品监督管理局. 2004. 医疗器械生产监督管理办法.

国家食品药品监督管理局. 2007. 药品注册管理办法.

国家食品药品监督管理局. 2013a. 2012年度统计年报. <http://www.sfda.gov.cn/WS01/CL0108/93454.html>

国家食品药品监督管理局. 2013b. 我国生产的疫苗首次通过世界卫生组织预认证. (<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0051/93094.html>)

国家食品药品监督管理局. 2014. 国家食品药品监督管理局数据查询.

国家统计局. 2014. 国家数据. (<http://data.stats.gov.cn/workspace/index?m=hgnd>)

国家卫生计生委, 财政部, 中编办等. 2014. 关于印发推进县级公立医院综合改革意见的通知.

国家卫生计生委, 国家发展和改革委员会, 财政部. 2012. 全国地方病防治“十二五”规划.

国家卫生计生委. 2014. 2013中国卫生统计年鉴.

国家卫生计生委卫生发展研究中心. 2014. 2013年中国卫生总费用研究报告.

国务院. 2007a. 国务院关于规范财政转移支付情况的报告.

国务院. 2007b. 国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见.

国务院. 2011. 国务院关于建立全科医生制度的指导意见.

国务院. 2012a. “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案.

国务院. 2012b. 国家药品安全“十二五”规划.

国务院. 2014. 社会救助暂行办法. (http://www.gov.cn/flfg/2014-02/27/content_2624221.htm)

国务院办公厅. 2013a. 国务院办公厅关于建立疾病应急救助制度的指导意见. (<http://www.moh.gov.cn/mohzcfgs/s9660/201303/b5376036256e4ed5838704dd6c7b8eb1.shtml>)

国务院办公厅. 2013b. 国务院办公厅关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见. (http://www.gov.cn/zwgk/2013-02/20/content_2335737.htm)

国务院新闻办公室. 2012. 中国的医疗卫生事业.

国务院新闻办公室. 2011. 中国扶贫进展白皮书.

国务院医改办. 2012. 深化医药卫生体制改革三年总结报告.

韩迪, 徐勇. 2014. 近30年我国婴儿死亡的健康公平性变化. 中国儿童保健杂志; 8:874-877.

教育部. 2014. 中国语言文字概况. (<http://www.moe.edu.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moe/s5990/201111/126551.html>)

李斌. 2013. 国务院关于传染病防治工作和传染病防治法实施情况的报告.

李斌. 2014. 凝聚共识 继往开来: 开创卫生计生事业科学发展新局面. 北京: 人民卫生出版社.

全国人大. 2001. 中华人民共和国药品管理法.

人力资源和社会保障部, 财政部, 卫生部. 2009. 关于印发公共卫生与基层医疗卫生事业单位实施绩效工资的指导意的通知.

人力资源和社会保障部. 2004. 关于印发国家基本医疗保险和工伤保险药品目录的通知.

人力资源和社会保障部. 2009. 关于印发国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录的通知.

人力资源和社会保障部. 2011. 关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见.

人力资源和社会保障部. 2013. 2012年全国社会保险情况.

人力资源和社会保障部. 2014. 医疗保险付费方式改革经办指南. 北京: 中国劳动社会保障出版社.

人事部, 卫生部. 2000. 关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知.

卫生部, 国家发展和改革委员会, 财政部. 2004. 大型医用设备配置与使用管理办法.

卫生部, 国家发展和改革委员会, 教育部等. 2012. 中国慢病防控规划 (2012-2015).

卫生部. 2011. 国家卫生资源和医疗服务调查.

卫生部. 2009a. 医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009-2011年).

卫生部. 2009b. 2008年国家卫生服务总调查报告.

卫生部. 2013a. 2012中国卫生统计年鉴. (<http://www.nhfpc.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2012/index2012.html>)

卫生部. 2013b. 新农合2012年工作进展和2013年重点工作.

卫生部. 2013c. 2012年度全国法定传染病疫情概况. (<http://www.moh.gov.cn/zhuzhan/yqxx/201304/b540269c8e5141e6bb2d00ca539bb9f7.shtml>)

中共中央 国务院. 2009. 中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见.

中国残疾人联合会. 2012. 中国残疾人事业“十二五”发展纲要.

中国高血压防治指南修订委员会. 2011. 中国高血压防治指南(2010). 中华高血压杂志, 8:701-743.

中国互联网络信息中心. 2014. 第33次中国互联网络发展状况统计报告.

中国疾病预防控制中心. 2012a. 1989-2008年肿瘤登记报告.

中国疾病预防控制中心. 2012b. 慢病及危险因素监测结果.

中国疾病预防控制中心. 2013. 突发公共卫生事件报告.

中国医药统计网. 2013. 2012年1-12月全国医药工业分行业情况.

中华医学会糖尿病学分会. 中国II型糖尿病防治指南(2010版). 北京: 北京大学医学出版社, 2011:4-5.

周寿祺. 2002. 探寻农民医疗保障制度的发展轨迹. 国际医药卫生导报; 6:18-19.

应晓华. 2011. 中国城镇居民医疗保险现况及其可持续发展—聚焦筹资与管理[M]. 香港文匯出版社.

Meng Q and Tang S. 2013. Universal health care coverage in China: challenges and opportunities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 77: 330-40.

Meng Q, Xu L, Zhang Y, Qian, et al. 2012. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study. *The Lancet*; 379:805-14.

Meng Q and Xu K. 2014. Progress and challenges of the rural cooperative medical scheme in China. *Bull World Health Organ*; 92:447-451.

Wang H, Liu Y, Zhu Y, et al. 2012. Health Insurance Benefit Design and Healthcare Utilization in Northern Rural China. *PLoS ONE*. 7(11): e50395
World Bank. 2011. Towards a healthy and harmonious life in China: stemming the rising tide of noncommunicable diseases. World Bank Report Number 62318-CN.

World Bank. 2013. Health expenditures. (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL>).

World Bank. 2014. World development indicators. 2014. (http://data.worldbank.org.cn/country/china#cp_wdi).

World Health Organization. 2000. The world health report 2000-Health systems: Improving performance. (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).

World Health Organization. 2011. Manual: System of Health Accounts (SHA 2011 Edition). (<http://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>).

World Health Organization. 2013. Global health expenditure database, NHA Indicators 2013. (<http://apps.who.int/nha/database>).

World Health Organization and OECD. 2014. Health at a glance: Asia/ Pacific 2014. OECD Publishing. (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_ap-2014-en).

World Health Organization. 2013. World Health Statistics. (www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/).

Yang L, Cui Y, Guo S et al. 2013. Evaluation, in three provinces, of the introduction and impact of China's national essential medicines scheme. Bull World Health Organ; 91:184–194.

9.2 相关链接

<http://www.nhfpc.gov.cn/>

<http://www.mohrss.gov.cn/>

<http://www.sdpc.gov.cn/>

<http://www.mof.gov.cn>

<http://www.stats.gov.cn>

http://data.worldbank.org.cn/country/china#cp_wdi

9.3 方法和撰写过程

卫生体系报告 (HiTs) 是由各个国家的专家与编辑人员和世界卫生组织亚洲观察 (APO, 设在马尼拉世界卫生组织西太区) 共同完成。HiTs以改良过的欧洲HiTs为模版, 提供了在报告内容、数据来源等方面的指南。但是, 虽然指南提供了模板, 作者和编辑可以根据特定国家的情况灵活掌握。模板发布在http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/template/en

作者通过各种渠道收集资料和信息,包括国家统计数据、国家和区域的政策文件等。此外,一些国际组织数据来源包括世界银行发展指标也得到了应用。除了各个国家提供的数据和信息,世界卫生组织西太区通过西太国家卫生信息系统(Western Pacific Country Health Information Profiles)和世界卫生组织统计信息系统(WHO Statistical Information System)提供了供各个国家进行比较的相关信息。APO鼓励HiTs报告的作者对数据进行讨论,特别是对同一指标不同来源的数据的讨论和确认。

因为HiTs的目标是帮助进行政策决策和循证分析,其质量保证尤其重要。HiTs在撰写和编辑期间,广泛征求各方面的意见和建议。基本过程包括:HiT首先经过APO的检查、审阅和认可;然后,HiT将送交至少三位外审专家评阅,他们的意见和建议将在报告修改中予以考虑;再后,HiT送交卫生部或者相关的政府部门评阅。在编辑出版阶段,也有严格的质量保证措施。

HiTs通过发行纸板、电子版、翻译版和发布会等进行传播。HiTs编辑支持作者们在每一个环节进行有效的工作。

9.4 作者介绍

孟庆跃,卫生经济学教授,北京大学公共卫生学院院长,北京大学中国卫生发展研究中心执行主任

杨洪伟,公共政策学研究员,国家卫生计生委卫生发展研究中心副主任

陈文,卫生经济学教授,复旦大学公共卫生学院院长

孙强,卫生政策与管理学教授,山东大学公共卫生学院副院长,卫生管理与政策研究中心执行主任

刘晓云,卫生服务研究副教授,北京大学中国卫生发展研究中心副主任