

# 第六章 国民健康政策

第一节 国民健康政策概述

第二节 我国国民健康政策与卫生体制变迁过程

第三节 新时代卫生政策新范式：健康中国战略

# 第一节 国民健康政策概述

——概念、分类、特点和发展趋势

## （一）健康政策的概念

- 国民健康政策也可简称为“健康政策”（Health Policy）。
- 布莱克默（K. Blakemore）认为，健康政策既可以狭义地定义为政府为提升国民健康而采用的医疗服务政策，也可以广义地定义为政府的任何一种影响健康的活动。
- 希尔认为健康政策是以政府的参与为前提的。现代政府在医疗领域扮演着不可替代的积极角色。这些角色可以归纳为监督管理者、健康服务购买者和健康服务提供者或规划者三类。在不同国家、不同的医疗制度下，政府可以扮演其中一种角色，也可以扮演多种角色。
- 从中国的国情出发，健康政策可以定义为：通过建立以人民为中心的健康服务体系，为国民提供全方位全周期健康服务，不断满足国民健康方面美好生活需要的一种社会政策。

## (二) 健康政策的分类

- 根据不同的人群将健康政策进行分类，主要有妇幼保健卫生政策、老年人医疗保健政策、残疾人医疗康复政策等；
- 根据健康政策的具体目标和内容进行分类，主要有**预防性**的公共卫生政策和**治疗性的医疗服务政策**，同时还包括**其他一些与促进健康有关**的政策。



① **公共卫生政策**。从广义来讲，公共卫生政策不仅包括职业病、传染病等疾病的防治，还包括鼓励健康行为、改善饮食习惯、保证食物在不同人群中的均衡分配、提供健康生活环境等，是关系到一个地区、一个国家国民健康的综合性政策。**狭义上的公共卫生政策只包括职业病、传染病的防治和食品安全与动植物检疫等内容。**



② **医疗服务政策**。按人们对医疗卫生服务需求的不同情况，可分为门诊、住院、急救、保健(康复)医疗服务。其中**以医院医疗服务体系和急救医疗服务体系为主线，形成一个完整的医疗服务体系**。医疗服务政策是为满足国民对医疗卫生服务的多层次需求，在一定区域内设置各种医疗服务机构并提供各项医疗服务的相关政策。



③ **其他健康政策**。包括医疗保障政策（即医疗保险和医疗救助政策）、药品供应保障政策、食品药品监督政策、促进全民健身运动政策、健康生育政策以及针对妇女、儿童、老年人、残疾人等专门群体的健康服务政策等。

### (三) 健康政策的特点

- **第一，基本健康服务具有公共产品属性，政府是健康政策的决策和执行的主体。**
- 基本健康服务具有明显的公共产品属性，其公共产品的特征必然会导致外部效应，外部效应不可能完全通过市场机制来解决。由于这种市场失灵，政府在由市场机制配置资源的同时，不仅承担着维持秩序的责任，而且被赋予了对社会成员之间的资源占有状况进行再分配的责任和对运行过程进行干预的责任和权力，健康政策是政府在健康服务领域发挥作用的主要手段。
- 同时，由于医患双方的信息不对称和医疗市场的不完全竞争，医疗服务的消费者有时不得不支付高价，接受不必要或劣质的医疗服务，而通过政府干预可以降低医疗价格，规范医疗服务市场秩序，保证医疗服务质量，从而提高民众的福利水平。

### (三) 健康政策的特点

- **第二，健康政策的目的是确保健康服务的可及性和公平性。**
- 商业化的医疗服务解决的是医疗资源配置的效率问题，它可以推动卫生水平和医疗服务质量的提高，但它却面临着资源配置的公平性问题。
- 健康政策的**基本目标**是降低各种疾病的发生和危害，减轻疾病负担，提高全社会的健康水平，同时减少健康的不公平性，促进经济发展与社会进步。
- 因此，**健康政策不仅要解决社会成员的健康问题，更重要的是要关注弱势群体的健康问题。**即不仅要提高医疗技术水平和医疗服务质量，更要提高健康服务的可及性和公平性。

## （四）健康政策的发展趋势

- 随着疾病谱、致病因素的变化和工业化、城市化进程的加快，医疗卫生领域面临着十分严峻的挑战，**各国的健康政策总体呈现出重视预防、重视政府宏观调控的发展趋势和特点。**
- **第一，健康政策的基础性作用日趋凸显。**健康政策在国家公共服务政策的战略性、先导性地位日益明确，健康政策的基础性作用也日益彰显。
  - 1990年，美国颁布了**《美国国民健康目标2000年》**，该规划的愿景是“健康社区、健康公民”，旨在提高个人、社区和整个国家的健康水平。
  - 日本政府为提高国民的健康水平和生活质量，于2000年由厚生省提出了一个从2000年至2010年在全国开展的“21世纪日本国民健康促进运动”，简称**“健康日本21”**，是一项从预防保健入手的促进全面健康的公共卫生政策。目前，大多数国家把健康政策作为改善居民健康的重要战略措施。

## （四）健康政策的发展趋势

- **第二，政府在健康政策领域的主导作用更加明显，更注重公平和效率的统一。**
- 20世纪70年代以来，欧洲国家开始强调**公平性**在健康政策的核心地位，明确健康政策的公平性就是要努力降低社会各类人群在健康和医疗卫生服务利用上的不公正和不应有的社会差距，力求使每个社会成员均能达到基本生存标准。目前，各国也注重提高医疗卫生服务效率，防止医疗资源浪费，使有限的资源发挥更大的作用。



## （四）健康政策的发展趋势

- 近年来，各国政府将控制成本确立为健康政策的重要目标。
- 1989年，联邦德国《医疗改革法案》的失败表明了传统的成本抑制政策的局限性，改变卫生系统结构的呼声日益高涨。1992年德国实施《卫生结构法案》，引起了德国健康政策的转型，转型的核心就是要建立医疗服务的竞争性制度。
- 2008年，英国公布了《英国医疗改革纲要》，其宗旨是打破病人不可自由择医的辖区限制，将医生和医院引入自由竞争的市场机制，促使英国国民医疗服务体系中的医疗机构提高服务效率和质量。
- 从总体趋势来看，在实现公平和效率统一的过程中，各国都主张政府主导与引入市场机制相结合。各国政府对医疗卫生的参与范围日益扩大，干预程度日益增强，调控手段日益多样化。

## 第二节 我国国民健康政策与卫生体制变迁过程

- 一、1949-1978年：福利性卫生政策和**创新性**卫生体制
- 二、改革开放后-2003年：“放权让利”到“市场化”
- 三、2003年至今：强调回归公益性
- 四、我国国民健康改善与卫生政策相关性分析

一、

**1949-1978年：**

**福利性卫生政策和创新性卫生体制**

- 背景：

- ① 新中国成立以后，鼠疫、天花、霍乱等恶性传染病严重威胁着我国民众的健康，卫生政策的首要任务就是防病治病。
- ② 当时卫生人才以及卫生医疗资源严重稀缺，特别是广大农村地区除了少数中医以外几乎没有医疗卫生资源。
- ③ 国民经济方面，政府实行优先发展重工业的发展战略，积累的资本和国家财政主要投资于重工业和国防工业，消费性物质资本和轻工业发展速度较慢。因此，新中国在成立以后不具备建立资本相对密集并且强调专业高技术的西方医疗模式的条件。

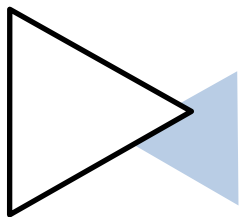
# 公共卫生政策进入预防为主阶段

- 1950年8月，在的第一届全国卫生会议中确定了全国卫生建设以预防为主，卫生工作的重点放在保证生产建设和国防建设方面，面向农村、工矿，依靠群众，开展卫生保健工作的工作方针。

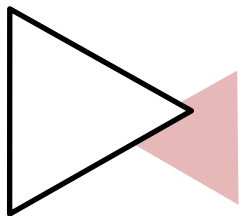
|    |  |
|----|--|
| 城市 | <p>建立了三级卫生防疫网为主的城市公共卫生防疫体系。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1953年1月，全国各地开始建立卫生防疫站，负责疾病监测、控制、卫生监督 and 卫生宣传。省、地、县三级都建立了卫生防疫站，形成了三级卫生防疫网。所建立的卫生防疫站受本系统卫生行政部门领导，在业务上受所在地卫生防疫站指导。</li><li>在工厂、机关和学校普遍设有医院、医务室或医疗保健站，居民委员会也设立了卫生防疫组等。</li><li>为加强对传染病、地方病和职业病等的防治工作，还建立了一些专科的防治所。</li></ul>  |
| 农村 | <ul style="list-style-type: none"><li>以县级医疗卫生机构为中心，由县级卫生机构（县医院、卫生防疫站和妇幼保健站）、公社卫生院和村卫生所组成了一个较完整的医疗预防网络。</li><li>这种网络的特点在于，县、公社、村三级卫生组织具有不同的医疗、预防、保健功能定位，三级组织之间的医、防、保功能互补，相互协调配合。</li><li>当时农村公共卫生政策的重点主要集中于两点：<ul style="list-style-type: none"><li>① 一是培养以赤脚医生、卫生员和接生员为主体的农村卫生人员队伍；</li><li>② 二是实施控制传染病、寄生虫病和地方病等卫生计划。</li></ul></li><li>这一时期，我国农村初级卫生保健体系建设取得很大成就，解决了农村居民“缺医少药”的问题。</li></ul> |

## 医疗服务政策进入“三级网络”建设阶段

- 1950年，第一届全国卫生会议召开，明确了卫生事业属于人民福利性事业的性质，形成了由国家和集体独办的、按行政辖区以块为主的、由上到下进行业务指导的城、乡两个三级医疗服务网。



- 城市三级医疗服务网的构成为：**一级医疗机构由街道医院、诊所、门诊部、企业医疗机构组成；二级医疗机构由区级医院和相同规模的企业医疗机构组成；三级医疗机构由所在市的省（自治区、直辖市）、市综合医院、教学医院、专科医院组成。



- 农村三级医疗服务网的构成为：**一级医疗机构由村（生产队）卫生所及相近的企业医疗机构组成；二级医疗机构由公社（区、乡）卫生院组成；三级医疗机构由县级医院、防治中心组成。
- 城市医疗服务网和农村医疗服务网之间，按行政区划级别层层对所属医疗机构实行业务指导。

- 针对当时农村“缺医少药”的状况，1965年6月26日，毛泽东同志提出要**把医疗卫生工作的重点放到农村去**。
- 在这样的背景下，**农村合作医疗试点于1966年应运而生**。到1968年年底，农村合作医疗制度覆盖广大农村地区，农村**“赤脚医生”制度和农村三级医疗服务网络**形成，使中国的婴幼儿死亡率大幅下降，人均预期寿命大幅提高。
- 1968年，毛泽东亲自批发了湖北长阳县乐园公社举办合作医疗的经验，政府开始引导和扶持**农村合作医疗制度和赤脚医生制度**。到1976年，全国实行合作医疗制度的生产大队的比重高达93%，覆盖了全国农村人口的85%。

## 1949-1978年：福利性卫生政策和创新性卫生体制

- 社会主义中国**将促进社会公平置于整个国家发展的优先地位**。党和政府致力于消除三大差别，营造公平优先的社会环境。**卫生政策的福利性始终贯穿于计划经济时期卫生事业的发展过程中。**

**一方面，新中国学习苏联在城市地区建立了医疗保障制度。**

- 1951年和1952年政务院先后公布了《中华人民共和国劳动保险条例》、《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家机关工作人员实行公费医疗预算措施的指示》，**标志着劳保医疗和公费医疗制度的建立**，并且覆盖人群与享受水平不断扩大和提高。
- 为了保障基本医疗服务，政府直接举办医疗卫生服务机构、生产和分配药品、建立三级医学人才培养机构等，对医疗机构和药品生产企业进行强有力的规制。政府支付卫生人员的工资、日常开支以及硬件投入，保障医务人员的基本生活，对医疗服务价格以及药品价格进行严格的控制。
- 1956年，卫生部颁布《改进卫生财务管理》，明确医院全额管理、差额补助、年终结余上缴。同年，财政部、卫生部联合发出了医院、诊所一律免征工商业税的通知，**明确了医疗卫生单位的社会福利性质。**



## 1949-1978年：福利性卫生政策和创新性卫生体制

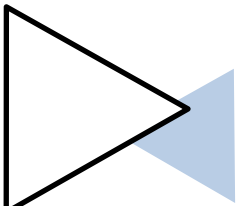
另一方面，面对资本稀缺、人才匮乏的约束条件，新中国非常注重卫生政策和卫生体制的本土化创新。

- “面向工农兵、团结中西医、预防为主、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针就反映了新中国卫生工作本土化创新的倾向。特别是“卫生工作与群众运动相结合”的方针，反映了新中国利用特有的组织资源和劳动力资源来弥补物质资本的相对不足的指导思想。
- 爱国卫生运动就是通过群众性的运动来实现公共卫生环境、个人健康行为的改善，在消除传染性疾病方面取得了显著的效果，是我国医疗卫生政策史乃至世界卫生发展历史上的一次重大创新。

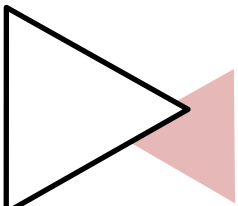


## 1949-1978年：福利性卫生政策和创新性卫生体制

- 计划经济时期的卫生政策和卫生体制具有两个显著的特点：



**第一，卫生事业是福利性质的。**卫生政策和卫生体制的目标是“一切为了人民健康”。**劳保医疗制度、公费医疗制度和农村合作医疗制度**都是卫生政策福利性质的具体体现。卫生工作是党和政府致力于消除三大差别、体现社会主义优越性的重点领域。



**第二，政策创新一直贯穿于卫生政策中。**新中国创造性地将卫生政策与经济、政治、社会和文化建设结合起来。卫生政策既有覆盖全民的医疗保障政策，也有组织发动群众的健康促进政策。**合作医疗制度和赤脚医生制度**通过依托集体经济和群众运动，以低廉的成本向农村地区提供初级卫生保健，对解决农民缺医少药问题、维护农民健康起到了独特的作用。**爱国卫生运动**，通过动员群众的方式，改变国民生活环境和生活方式，健康知识和行为得到大范围的普及。

二、

**改革开放后-2003年：  
“放权让利” 到 “市场化”**

## 改革开放后-2003年：“放权让利”到“市场化”

- 背景：

- ① 在发展思路方面，“放权让利”“搞活”成为改革的方向和目标。公平开始让位于效率，公平与效率并重逐步演化为**效率优先**。
- ② 在计划经济时期建立的国有企业、集体企业以及人民公社开始**改革或者解体**，原有医疗保障制度所依赖的经济组织基础不复存在。
- ③ 财政体制方面，统收统支的财政政策向**分级分税制**转变，**地方政府开始更多地承担卫生筹资责任**。由于不同地方政府的财政收入差距很大，卫生投入的地区差异开始显现。

## 改革开放后-2003年：“放权让利”到“市场化”

01

- **卫生政策的调整首先体现在政府的卫生投入政策。**政府开始逐步调整卫生事业和卫生服务的定位，卫生服务商品属性等概念的提出反映了决策层试图改变卫生事业福利性的定位，在卫生筹资中更多强调个人的责任。政府卫生投入占卫生总费用比重连年下降，最低降至20%以下。

02

- **其次，卫生领域作为经济改革的配套领域，卫生体制改革服务于经济改革。**政府对劳保医疗进行了大刀阔斧的社会化改革。医疗保险的覆盖人群大幅度下降。在农村，由于家庭联产承包责任制，合作医疗和赤脚医生所依赖的社会组织开始瓦解。在这种情况下，用提留集体公益金的方式来扶持合作医疗，在大部分地方失去了可行性，因此农村合作医疗的覆盖率迅速下降，赤脚医生作为非生产人员开始自谋职业。

03

- **第三，经济改革的手段开始大规模应用于医疗机构。**政府对医疗机构引入经济核算，更多强调市场机制在资源配置中的作用。医院成为独立经济核算的主体，医院和公共卫生机构可以进行创收，以弥补预算的不足。市场化改革的思路 and 方向不断强化。

- 20世纪80年代，随着经济体制的改革，城市公共卫生服务体系也进行了以市场为导向的改革，一方面提高了公共卫生的效率，另一方面由于在政策过程中财政对公共卫生的支持不断减弱，公共卫生服务的社会效益出现了不同程度的滑坡，公共卫生资源配置也出现了重城市和重医疗，而轻农村和轻预防的倾向，公共卫生政策的公益性和公平性受到了不同程度的影响。

## 公共卫生政策进入“市场化取向”阶段

### 城市

- 由于政府财政投入严重不足，原本享受全额补助的城市卫生机构面临经费短缺的困境。
- 为了缓解公共卫生机构的经济困难，国家确定了医疗卫生机构可以开办其他产业的政策。同时，允许卫生防疫机构开展有偿服务。
- 许多卫生防疫机构为了维持生存，出现了重有偿服务、轻无偿服务的倾向，不愿再从事疾病预防和公共卫生工作，社会公益服务功能严重弱化。一些经济不发达地区的卫生防疫机构更是面临生存危机。
- 由于缺乏经费，许多卫生监督监测和公共卫生工作难以开展，对保健、防疫人员的专业培训停止，流行病的预防、监测和报告等机制完全缺失，一些传染病得不到有效的控制。

### 农村

- 由于国家对农村卫生事业的投入严重不足，政府在农村公共卫生领域的作用逐渐减弱。
- 随着农村公共卫生领域也逐步走向市场化，农村的三级医疗预防保健网受到了极大削弱。县级卫生行政部门缺乏调控和监管手段；乡镇卫生院缺少财政支持、缺乏业务管理能力；村卫生室由于合作医疗解体缺少集体经济支持、疏于管理，农村三级预防保健网基本处于瘫痪状态。
- 部分村级卫生所、乡镇卫生院被个人承包、出售或出租，成为营利机构并提供有偿服务，因此疾病监测、地方病预防、妇幼保健等公共卫生服务受到了严重的影响。

## 医疗服务政策进入“市场化取向”阶段

- 为缓解供需矛盾，弥补财政补贴的不足，20世纪80年代初，我国开始实施经济导向型卫生政策，采取“以药养医”“承包制”和对除基本医疗服务外的医疗采用高于成本收费方式来增加医院的收入，扩大医疗服务的供给。
- 1985年，国务院批转了卫生部的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，其中提出：必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞活。随着政府对医疗服务领域投入的逐渐减少，医疗服务的公益性淡化。
- 1992年，卫生部下发了《关于深化卫生改革的几点意见》，要求医院在以工助医、以副补主等方面取得进展。
- 2000年，国务院办公厅转发国务院体改办等部门《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》中确定了实行医药分开等几项原则，提出：鼓励各类医疗机构合作、合并，共建医疗服务集团；营利性医疗机构医疗服务价格放开，依法自主经营，照章纳税等。



## 改革开放后-2003年：“放权让利”到“市场化”



**从定位上看**，经济增长成为国家发展的首要目标，卫生体制改革从属于经济改革，**卫生事业在经济社会发展中的地位有所下降**。建国后逐步建立的保障国民健康的重要制度逐渐丧失功能（**三级合作医疗、依托国有企业的劳保医疗、爱国卫生运动**）。



**从政策目标上看**，虽然卫生政策的口号依然是“一切为了人民健康”，但实际上**这段时期卫生政策的目标比较模糊**。长期以来“五年规划”只是把卫生工作作为居民消费和人民生活的一个方面来对待。“提高国民健康”这一卫生工作的终极目标反而被淡化。

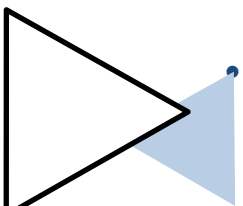


**从政策内容上看**，卫生政策放弃了建国以后前30年全面健康干预的政策框架，**将卫生政策的重点放在医疗资源的供给。公共卫生、疾病预防、健康促进在卫生政策中地位下降，卫生政策在实践中逐步演化为狭义的医疗政策**。虽然市场化导向的卫生政策极大促进了我国医疗卫生资源的扩张，但是对公共卫生特别是农村卫生工作的忽视，对筹资和卫生服务公平性的不重视，直接影响了我国国民健康绩效的提高，导致“看病难、看病贵”问题成为社会突出问题。

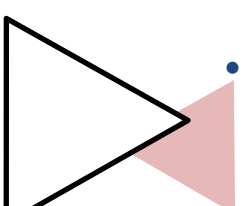
**三、**  
**2003年至今：**  
**强调回归公益性**

- 背景：

- ① “非典”暴发以及“看病难、看病贵”问题使得政府和社会开始反思以往的卫生政策。
- ② 社会进入矛盾相对集中的爆发时期。城乡差距过大、收入分配不公、缺乏基本社会保障等一系列问题使得执政者和学界开始反思改革开放的社会经济政策。重新审视公平和效率的社会思潮开始涌动。
- ③ 科学发展观理念提出。在党的十七大上，提出了“四位一体”建设总布局，以改善民生为重点的社会建设成为国家发展的重点领域。
- ④ 经济方面，随着国有企业改革的阶段性完成以及中国进入WTO以后经济的持续高速增长，政府财力特别是地方政府财力迅速增长，加强政府卫生投入已经具备经济上的可能性。



一方面，针对“非典”所体现的公共卫生体系建设问题，政府开始加大对公共卫生领域的财政投入，将公共卫生服务均等化作为卫生工作的一个主要目标之一，并且通过立法等手段重建了公共卫生体系，先后出台了《关于突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划的通知》《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》等多项政策。



另一方面，在明确的卫生事业定位和目标下，针对农村和低收入群体的配套性政策开始陆续出台。2003年国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》，政府重新扶持建立农村合作医疗制度，并明确政府财政投入不低于每人10元。2007年，政府在城市地区开始建立城镇居民医疗保险制度，同样明确了政府财政投入的责任。针对农村医疗资源不足的问题，政府出台了加强农村医疗机构建设、培养农村卫生工作人才以及规范药品流通体系等相关政策。大部分这类政策在2009年新医改后得到进一步巩固和加强。

# **（一）我国公共卫生政策改革**

## (1) 现代疾病预防控制体系初步建立，相关政策逐步优化

- 改革开放以后，我国的卫生防疫体系也不断适应社会主义市场经济的变革，**将卫生防疫工作纳入法制管理**，诸如《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国国境卫生检疫法》《中华人民共和国职业病防治法》以及《中华人民共和国尘肺病防治条例》《突发公共事件应急条例》等法律法规正是在这一时期相继出台并付诸实施的。
- 20世纪90年代中期，由于公共卫生服务需求不仅仅局限于传染病，且世界卫生组织将慢性非传染性疾病作为公共卫生问题加以重视，**我国也把传统的公共卫生单纯的应对传染性疾病的概念，扩展到慢性非传染性疾病领域（包括伤害和精神卫生领域），并以“疾病预防控制”替代传统的“卫生防疫”概念。**各地纷纷开始在实践中探索卫生监督 and 疾病预防控制机构设立的新模式。

## (1) 现代疾病预防控制体系初步建立，相关政策逐步优化

中国疾病预防控制中心  
在原预防医学科学院的  
基础上组建成立。

2001年

2001年

卫生部下发了《关于疾病预防控制体制改革的指导意见》，明确了各级疾病预防控制机构的职能与任务。该意见将原省、市、县卫生防疫站被赋予的卫生执法、监督功能整体划出，有关卫生事业单位中的疾病预防控制和公共卫生技术管理和服务职能集中，相应增加了预防控制慢性非传染性疾病等功能，更名为疾病预防控制中心。

2004年，卫生部办公厅和国家发展改革委办公厅联合下发了《省、地、县级疾病预防控制中心实验室建设指导意见》，明确提出实验室建设要求及其装备和检验人员能力要求，有力地推动了硬件建设和实验室规范化建设与发展。

2004年新修订的《中华人民共和国传染病防治法》以法律的形式对各级疾病预防控制机构在传染病工作中的职责做出了明确的分工。国务院发布的《疫苗流通和预防接种管理条例》对进一步完善预防接种工作的保障制度，严格规范接种单位的预防接种行为，改革疫苗流通体制等都做出了规定。

2004年

2003年

“非典”疫情的发生和流行，是对我国的疾病预防控制体系的一次严峻的挑战，使政府更加重视和关注疾病预防控制体系的建设工作。

2005年年初

卫生部发布了《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》，提出了疾病预防控制体系建设的重点和具体实施措施。

## (1) 现代疾病预防控制体系初步建立，相关政策逐步优化

- 目前，我国疾病预防控制体系与政策形成了如下主要特点：

1

- **第一，现代疾病预防控制体系初步建立。**我国传染病与突发公共卫生事件报告管理信息系统的建立，实现了突发公共卫生事件和39种传染病疫情网络直报，日、周、月、季、年的疫情分析和定期信息发布已形成制度。我国已经建立了**疾病预防控制基本信息管理系统**和**重点传染病流行病学调查个案管理系统**，这些都对重点传染病的预测和控制提供了很好的支持。

2

- **第二，疾病预防控制政策逐步优化。**2003年以来，全国人大重新修订的《中华人民共和国传染病防治法》，国务院相继颁布的《突发公共卫生事件应急条例》《艾滋病防治条例》，卫生部发布的《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》等法律法规，为疾病预防控制体系的完善提供良好的政策依据。



## (1) 现代疾病预防控制体系初步建立，相关政策逐步优化

- 我国现今公共卫生政策的主要框架为：



①**职业病防治政策**。《中华人民共和国职业病防治法》明确规定，职业病是指企业、事业单位和个体经济组织等用人单位的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒有害因素而引起的疾病。职业病防治工作坚持**预防为主、防治结合的方针，建立用人单位负责、行政机关监管、行业自律、职工参与和社会监督的机制，实行分类管理、综合治理**。



②**传染病防治政策**。1989年正式实行的《中华人民共和国传染病防治法》，于2004年进行修订。**国家对传染病防治实行预防为主的方针，防治结合、分类管理、依靠科学、依靠群众**。



③**食品卫生与动植物检疫政策**。

我国食品生产经营企业规模化、集约化程度不高，食品安全管理水平仍然偏低；食品安全监督管理的条件、手段和经费还不能完全适应实际工作的需要。

动植物检疫工作也是公共卫生政策的一个重要环节。动植物检疫政策的主要目的是防止动物传染病、寄生虫病和植物危险性病、虫、杂草，以及其他有害生物传入、传出国境，保护农、林、牧、渔业生产和人体健康，促进对外经济贸易的发展。

## (2) 卫生监督组织机构体系初步建成，相关政策框架逐步完善

卫生部在《关于卫生监督体制改革的意见》中提出，要按照依法行政、政事分开和综合管理的原则，调整卫生资源配置，理顺和完善现行卫生监督体制，建立结构合理、运转协调、行为规范、程序明晰、执法有力、办事高效的卫生监督新体制，**之后，卫生监督体制改革正式全面推开。**

2000年

**卫生部卫生监督中心正式成立。**

2002年

卫生部发布《**关于卫生监督体系建设的若干规定**》，明确了卫生监督工作的地位和作用，遵循属地化原则，明确划分了各级卫生监督机构的职责和任务，强调综合执法，加强行业管理，规范卫生监督机构设置和监督队伍管理，强调落实卫生监督工作保障措施等。

2005年

卫生部发布《**关于卫生监督体系建设的实施意见**》，要求逐步规范卫生监督机构设置和人员编制，加强人员管理，落实卫生监督经费，同时加强技术支持能力建设和农村卫生监督网络建设，提供多种保障措施，确保卫生监督体系建设的良性发展。

2006年

2001年

卫生部发布《关于卫生监督体制改革实施的若干意见》，对卫生监督执行机构设置、主要工作职责、卫生监督队伍、监督执法经费、监督执行机构的内部制度建设和卫生监督检验机构的管理等进行了规定，**由此，卫生监督工作进入了一个新的发展时期。**

2004年

为进一步加强卫生监管职能，**卫生部成立卫生执法监督司**，专门负责公共卫生和医疗服务监管工作。

2006年

卫生部卫生执法监督司更名为**卫生部卫生监督局**，从组织机构上进一步加强卫生部的卫生监管职能，特别加强了医疗服务监督工作。

## (2) 卫生监督组织机构体系初步建成，相关政策框架逐步完善

- 目前，我国卫生监督体系与政策形成如下主要特点：
  - 第一，卫生监督组织机构体系初步建成。
  - 各级卫生监督机构已基本建立，卫生监督在整个卫生体系中的地位和作用基本明确。全国都已建立了省级卫生监督机构，部分省市监督机构实现了从事业单位向行政执法机构的转变，监督人员参照公务员管理，并且探索了设区的市以下实行垂直管理的模式和县级卫生监督机构在乡镇（街道）设立派出机构的模式，不断加强基层卫生监督机构、队伍的建设。
  - 一个从中央到省、市、县四级，并且逐渐覆盖农村地区的卫生监督组织机构体系基本形成，国家公共卫生和医疗服务监督职能的履行有了组织上的保障。

## (2) 卫生监督组织机构体系初步建成，相关政策框架逐步完善

- 第二，卫生监督体系建设的政策框架逐步完善。
- 2003年以来，总结抗击“非典”的经验教训，中央政府提出加强包括疾病预防控制、卫生监督 and 应急医疗救治在内的公共卫生体系建设的要求，卫生部又相继出台《关于卫生监督体系建设的若干规定》《卫生监督机构建设指导意见》《关于卫生监督体系建设的实施意见》和《卫生监督信息系统建设指导意见》等政策文件，进一步加强对全国卫生监督体系建设的指导。
- 同时，为完善卫生监督运行机制、规范执法行为、加强队伍建设，卫生部还制定了《全国卫生监督机构工作规范》《卫生行政执法文书规范》《卫生行政执法责任制的若干规定》《卫生监督稽查工作规范》和《2005-2010年全国卫生监督员教育培训规划》等一系列文件，并修改了《卫生行政处罚程序》。这些文件的出台和修改，使卫生监督体系建设的政策框架逐步完善。

## **(二) 我国医疗服务政策改革**

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

- 21世纪初至今，医疗服务政策进入基本框架形成阶段。
- 医疗卫生服务政策主要涉及医疗服务体系的建立、医疗资源的合理配置等核心问题。我国医疗服务政策的基本目标是通过政府干预，提高全社会医疗技术水平和医疗服务质量；提高医疗服务的可及性，以尽可能公平的方式使尽可能多的人享有基本的医疗服务，同时不断降低医疗服务的价格，满足国民不断提高的健康需求等。
- 目前，我国医疗服务政策主要包括医疗机构管理体制改革政策、医疗机构服务能力建设政策、医疗服务体系建设政策、医疗费用控制政策等。

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

### ① 医疗机构管理体制改革政策

- 旨在推进体制机制创新，调动医务人员积极性，提高公立医院运行效率。
- 2000年，卫生部、国家中医药管理局、财政部、国家计委联合制定了《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》，要求依据医疗机构的经营目的、服务任务，以及执行不同的财政、税收、价格政策和财务会计制度，**将医疗机构划分为非营利性和营利性两类**，实施分类管理。
- 2009年，中共中央、国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中，**要求坚持公立医院的公益性质，把维护人民健康权益放在第一位，实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开，按照适度规模、优化结构、合理布局、提高质量、持续发展的要求，坚持中西医并重方针，统筹配置城乡之间和区域之间医疗资源，促进公立医院健康发展，满足人民群众的基本医疗服务需求。**<sup>39</sup>

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

### ② 医疗机构服务能力建设政策

- a) 目前普遍开展了以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设。
- b) 基层医疗卫生机构服务模式从坐堂行医逐渐转变为上门服务、签约服务和家庭医生式服务。
- c) 中医药服务能力逐步提升，大部分基层医疗卫生机构积极推广中医药适宜技术。
- d) 大力推进基层医疗卫生信息系统建设，有效提高信息化管理水平。



## (1) 医疗服务政策基本框架形成

### ③ 医疗服务体系建设政策

- 促进医疗服务网络建设，重点包括**三级医疗服务体系建设政策、双向转诊政策、医院集团化管理政策**。
  - a) 我国医疗服务体系分为**城市医疗服务体系**和**农村医疗服务体系**。**城市医疗服务体系**包括综合和专科医院及社区医疗服务机构；**农村医疗服务体系**，即为县、乡、村三级医疗卫生服务网络。
- **农村三级卫生服务网**是指以**县级医疗卫生机构为龙头，乡镇卫生院为主体，村卫生室为基础的卫生服务体系**。农村三级卫生服务网主要承担着预防保健、基本医疗、卫生监督、健康教育、计划生育技术指导等任务，为农民获得基本卫生服务提供保障，缓解看病难、看病费的问题，实现农村医疗卫生发展目标，使农民小病不出村、一般疾病不出乡、大病基本不出县。

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

- **b) 双向转诊政策**是促进各级各类医院为服务对象提供安全、有效、满意、尽可能经济和全程医疗服务的合作政策，**通过契约关系，使全科医生不能处理的问题得到相应专科医生的诊治，专科医生所反馈的处理意见能通过全科医生的协助得以贯彻执行。**
- 双向转诊政策提倡完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系，大力发展社区卫生服务，加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络，完善社区卫生服务功能，以维护社区居民健康为中心，提供疾病预防控制等公共卫生服务和一般常见病、多发病、慢性病的初级诊疗服务。
- 采取**改善服务能力、降低收费标准、提高报销比例**等综合措施，引导一般诊疗下沉到基层，逐步实现**社区首诊、分级医疗和双向转诊**。**卫生服务体系建设的关键是要实行医疗的分级服务与双向转诊。**

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

- **c) 医院集团化管理政策**是指通过集团化的改革，使集团各医疗机构成为一个利益共同体，促使集团内医疗资源的横向整合与纵向流动。
- 既解决医疗机构之间资源配置的过剩与紧缺并存的结构性失衡问题，又推动大医院与基层卫生服务机构的分级诊疗，从而有效缓解看病难、看病贵的社会问题。

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

### ④ 医疗费用控制政策

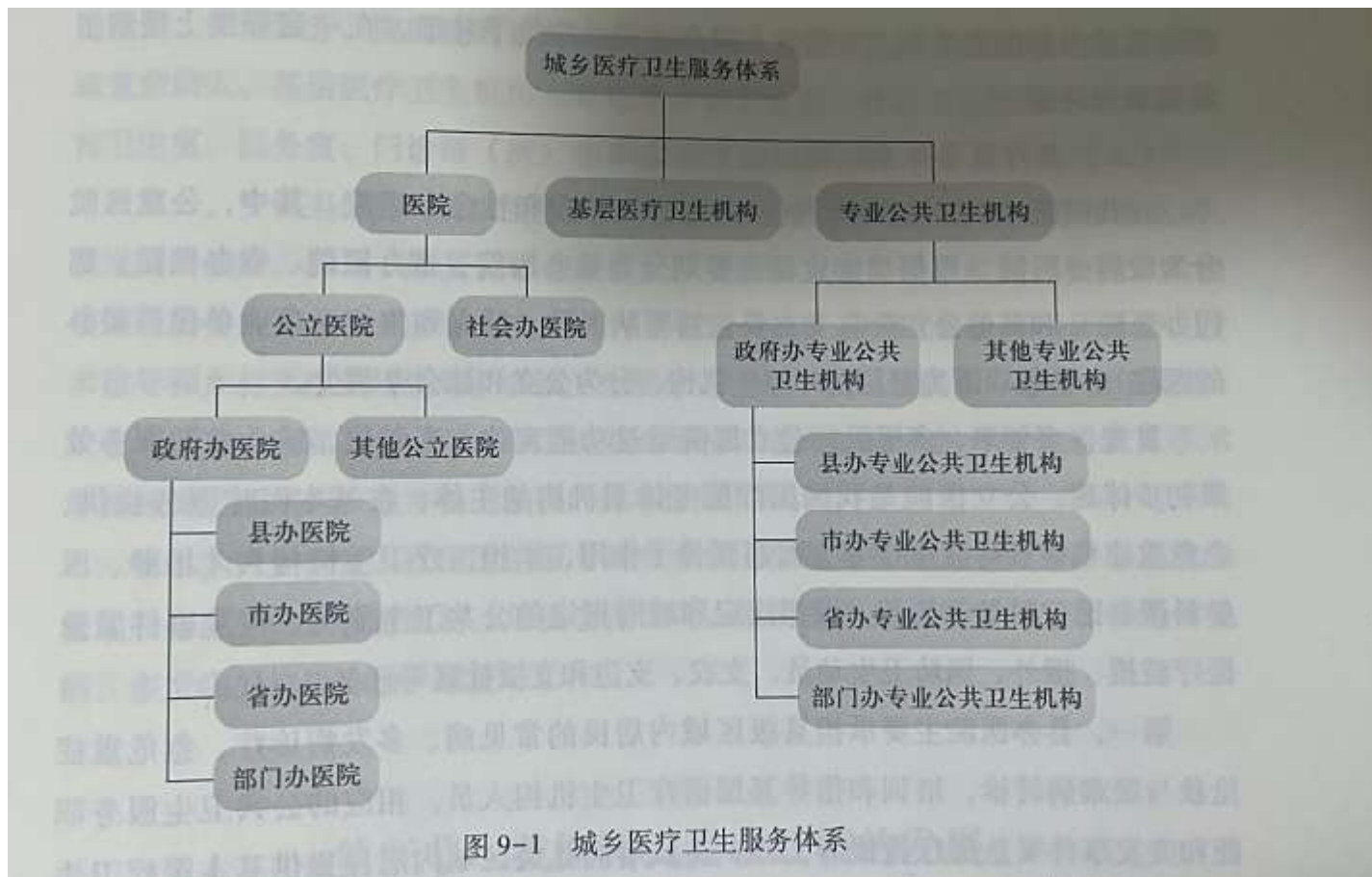
- 从20世纪90年代中期开始，医疗费用迅猛增加的问题日益引起有关方面的关注，为此，国家陆续出台了一系列政策来规范医疗服务提供机构行为，调整费用结构，控制医疗费用增长。
- 2000年，国务院办公厅转发国务院体改办等部门《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》中指出，调整医疗服务价格，对非营利性医疗机构的收入实行总量控制，结构调整，即确定在一定时期和地区医疗费用增长的总量，规定在一定时期内药品费用在总收入中所占比例及其增长的幅度。**针对医疗费用中药品费用占比居高不下问题，政府运用了医院药品收支两条线管理、药品采购招标、药品降价、基本药物政策等药品费用控制政策工具。**
- **2009年8月《关于建立国家基本药物制度的实施意见》的发布，标志着我国建立国家基本药物制度工作正式实施。**同时发布了《国家基本药物目录管理办法（暂行）》和《国家基本药物目录（基层医疗卫生机构配备使用部分）》。

## (1) 医疗服务政策基本框架形成

- 2009年，在《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中，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，以及建立健全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的长远目标。
- 2013年5月，我国施行《国家基本药物目录》。基本药物是适应我国基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。国家将基本药物全部纳入基本医疗保障药品目录，报销比例明显高于非基本药物，降低个人自付比例，用经济手段引导广大群众首先使用基本药物，并主要先由基层医疗机构开始执行。
- 国家基本药物制度的建立有利于保证基本药物的足量供应和合理使用，有利于保障群众基本用药权益，转变“以药补医”机制，也有利于促进药品生产流通企业资源优化整合，有助于实现人人享有基本医疗卫生服务，维护人民健康，体现社会公平，减轻群众用药负担。
- 在新医改中，医疗服务政策确定了公益性回归的改革目标。

## (2) 城乡医疗服务体系一体化初步形成

- 经过长期发展，我国已经建立了由医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构等组成的覆盖城乡的医疗卫生服务体系。



## (2) 城乡医疗服务体系一体化初步形成

- 在**城市中**，初步形成了社区卫生服务机构与城市医院（包括省、市级综合医院和专科医院等）相衔接的医疗服务体系；在**农村中**，形成了县、乡、村三级医疗预防保健网。
- 其中，**公立医院**是我国医疗卫生服务体系的骨干力量，在我国城乡医疗服务体系中具有基础性地位，在增进国民健康、保障社会稳定安全等方面发挥了重要作用。同时，**民营医疗机构**也已成为我国医疗服务体系的组成部分，发挥着积极作用。**中外合资、合作医疗机构**也得到了一定发展。

## (2) 城乡医疗服务体系一体化初步形成

- 城乡医疗服务体系改变了过去城乡的两个三级医疗服务体系管理方式，转变为城乡一体化的两级医疗服务体系管理，即综合、专科医院和社区卫生服务两个层面。
- 同时，这两个层面又通过四级设置成金字塔型医疗服务体系，即省级医院，市、县医院，社区卫生服务中心（社区医院），社区卫生服务站。
- 其中，农村乡镇卫生院和村卫生室分别转为社区卫生服务中心及其下属的卫生服务站，城市社区卫生服务中心由街道卫生院和部分区医院转型而来，并下设卫生服务站。
- 在这一体系中，医疗机构按照信息化发展的要求建立信息管理系统，包括医院信息管理系统、社区卫生机构信息管理系统和医院与社区卫生组织间的双向转诊信息系统三个部分。



### (3) 医疗服务体系公益性开始呈现

- 近年来，通过明确医疗卫生服务的公益性，以政府财政投入为主，我国初步建立起了覆盖全民的医疗服务体系。在医疗服务体系公益性的建设中，政府发挥了主导的作用：



(1) 政府重点保证对绝大部分的常见病、多发病提供所需药品和诊疗手段的基本医疗服务，以满足全体公民的基本健康需要，并初步建立了由政府财政和社会医疗保险等多方共担的费用机制。



(2) 政府通过核定承担基本医疗服务任务的公立医疗机构数量与规模，对承担基本医疗任务的医疗机构实行公共财政补偿制度，承担其人员费用。



(3) 政府通过对医疗服务资源进行规划，合理配置卫生资源，增大对农村、社区医疗卫生费用的投入，增加对农村、社区基层医疗设施的投入；通过组织医疗服务的人才交流、挂钩帮扶、专家下基层门诊等手段，提高基层医疗水平，在提供基本医疗保障的前提下，对低收入群众大病治疗给予补助，在一定程度上缓解了看病难的问题。

## (4) 医疗服务体系机构功能开始优化

- 在我国医疗服务体系中，医院分为**公立医院**和**社会办医院**。
- 其中，公立医院分为政府办医院（根据功能定位主要划分为县办医院、市办医院、省办医院、部门办医院）和其他公立医院（主要包括军队医院、国有和集体企事业单位等举办的医院）。
- 县级以下为基层医疗卫生机构，分为公立和社会办两类。

## (4) 医疗服务体系机构功能开始优化

- 首先，多年来，多层级的公立医院通过功能定位，多元化、综合性的服务效果初步体现。
- 公立医院是我国医疗服务体系机构的主体，在基本医疗服务提供、急危重症和疑难病症诊疗等方面起到骨干作用，承担医疗卫生机构人才培养、医学科研、医疗教学等任务，承担法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等任务。

## (4) 医疗服务体系机构功能开始优化

第一，**县办医院**主要承担**县级区域内**居民的常见病、多发病诊疗，急危重症抢救与疑难病转诊，培训和指导基层医疗卫生机构人员，相应的公共卫生服务职能和突发事件紧急医疗救援等工作，是政府向县级区域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。

第二，**市办医院**主要向**地市级区域内**居民提供代表本区域高水平的综合性或专科医疗服务，接受下级医院转诊，并承担人才培养和一定的科研任务与相应的公共卫生服务职能和突发事件紧急医疗救援任务。

第三，**省办医院**主要向**省级区域内若干个地市**提供急危重症、疑难病症诊疗和专科医疗服务，接受下级医院转诊，并承担人才培养、医学科研与相应的公共卫生服务职能和突发事件紧急医疗救援任务。

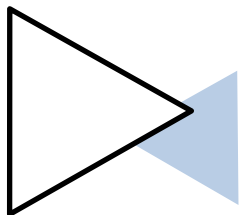
第四，**部门办医院**主要向**跨省份区域**提供疑难危重症诊疗和专科医疗服务，接受下级医院转诊，并承担人才培养、医学科研与相应的公共卫生服务职能和突发事件紧急医疗救援等任务及技术支撑，带动医疗服务的区域发展和整体水平提升。

此外，**社会办医院**提供**基本医疗服务**，与**公立医院形成有序的竞争**；还通过提供高端服务，满足非基本需求；通过提供康复、老年护理等紧缺服务，**对公立医院服务形成了补充**。

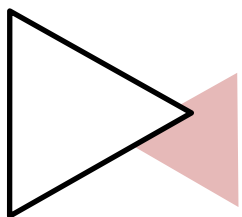
## (4) 医疗服务体系机构功能开始优化

- 其次，近年来，各类基层医疗卫生机构建设获得重视，基层多元化的基本医疗服务正在实行全覆盖。
- 基层医疗卫生机构的**主要职责**是提供预防、保健、健康教育、计划生育等基本公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗服务以及部分疾病的康复、护理服务，向医院转诊超出自身服务能力的常见病、多发病与危急和疑难重症病人。
- 基层医疗卫生机构**主要包括**乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。

## (4) 医疗服务体系机构功能开始优化



- 第一，**乡镇卫生院**和**社区卫生服务中心**主要提供基本公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗、护理、康复等综合服务，并受县级卫生计生行政部门委托，承担辖区内的公共卫生管理工作，负责对村卫生室、社区卫生服务站的综合管理、技术指导和乡村医生的培训等。
- 乡镇卫生院分为**中心乡镇卫生院**和**一般乡镇卫生院**，中心乡镇卫生院除具备一般乡镇卫生院的服务功能外，还承担开展普通常见手术等和对周边区域内一般乡镇卫生院的技术指导工作。



- 第二，**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统一管理和指导下，承担行政村、居委会范围内人群的基本公共卫生服务和普通常见病、多发病的初级诊治、康复等工作。



表1 我国不同时期卫生政策话语谱系比较

| 历史阶段      | 代表性政策文件  | 政策关键词的一级编码  | 政策关键词的二级编码 | 政策关键词的三级编码 |
|-----------|--|---|------------|------------|
| 1949-1984 | 《关于全国各级人民政府、党派团体及所属专业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》(1952)、毛泽东“六二六指示”(1965)等   | 劳动、农村、预防、工会、指示、规定、补助费、人民政府、总工会、劳动力、公费、救济费、调剂金、劳动部、工作者、中医药                                   | 医疗保障,政府责任  | 福利化        |
| 1985-2002 | 《关于卫生机构经济管理的意见》(1985)、《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(1989)等   | 管理、经济、绩效考核、成本、积极性、使用率、收费、缴费、改革、发展、自主权、高新技术  | 效率、市场      | 市场化        |
| 2003-2008 | 《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(2003)、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》(2006)等  | 应急、突发、财政、农村、合作医疗、新型、公共、基本、保障、非营利、公益性、人人享有、基层、中西部、低收入、农民工、意见、办法                              | 弱势群体、公平    | 民生化        |
| 2009-2015 | 《中共中央国务院关于深化医药卫生体制的意见》(2009)、《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(2015)、《国务院办公厅关于分级诊疗制度的指导意见》(2015)等                | 深化、改革、完善、综合、协同、联动、现代化、医院、公立、管理、服务、改革、卫生、试点、机制、制度、指导、规范化、多元化、信息化、一体化、能力、慢性病、分级、签约、多发病、常见病、价格 | 综合改革、深化改革  | 系统化        |
| 2016-至今   | 习近平在全国卫生与健康大会上的讲话(2016);《“健康中国2030”规划纲要》(2016);中共十九大报告(2017)、《中华人民共和国政府和世界卫生组织关于“一带一路”卫生领域合作的谅解备忘录》(2017)等 | 社会主义、中国、人民、健康、战略、发展、建设、卫生、经济、环境、坚持、全面、政治、特色、推进、文化、健康命运共同体、健康丝绸之路                            | 全民健康、发展战略  | 健康中国战略     |

来源:笔者根据 NVIVO 文本分析结果整理,简要分析过程见脚注。

表 2 我国卫生政策范式的转变

| 历史阶段               | 政策问题           | 政策目标                        | 政策工具                         |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|
| 福利化( 1949-1984 )   | 严重缺医少药         | 构建与传统社会主义福利观相适应的卫生体系,保障群众就医 | 爱国卫生运动;城乡医疗保障制度建立;政府举办三级卫生网络 |
| 市场化( 1985-2002 )   | 效率低下           | 医疗市场化                       | 减少财政补偿;医院自负盈亏;建立城镇职工基本社会医疗保险 |
| 民生化( 2003-2008 )   | 看病难、看病贵        | 改善民生                        | 综合性医改框架构建:全民医保;公共卫生体系重构      |
| 系统化( 2009-2015 )   | 深层次体制机制问题      | 深化医改                        | “四分开”;分级诊疗;三医联动              |
| 健康中国战略( 2016- 至今 ) | 没有全民健康,就没有全面小康 | 全民健康                        | 优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业等 |



## 四、

# 我国国民健康改善与卫生政策相关性分析

# 我国国民健康改善与卫生政策相关性分析



- 总体来说，国民健康水平在六十余年间得到了极大的改善。
- 建国以前，人均预期寿命只有35岁，婴儿死亡率超过200‰，传染性疾病以及地方病发病率、致死率都很高。
- 2011年，我国人均预期寿命达到73.5岁，婴儿死亡率下降至13.1‰，基本消灭恶性传染病，主要健康指标已经接近或者达到发达国家水平。
- 《2021年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，我国居民人均预期寿命由2020年的77.93岁提高到2021年的78.2岁，孕产妇死亡率从16.9/10万下降到16.1/10万，婴儿死亡率从5.4‰下降到5.0‰。
- 但是，在不同历史阶段健康水平改善的速度却不尽相同，呈现出阶段性特征。

# 我国婴儿死亡率变迁

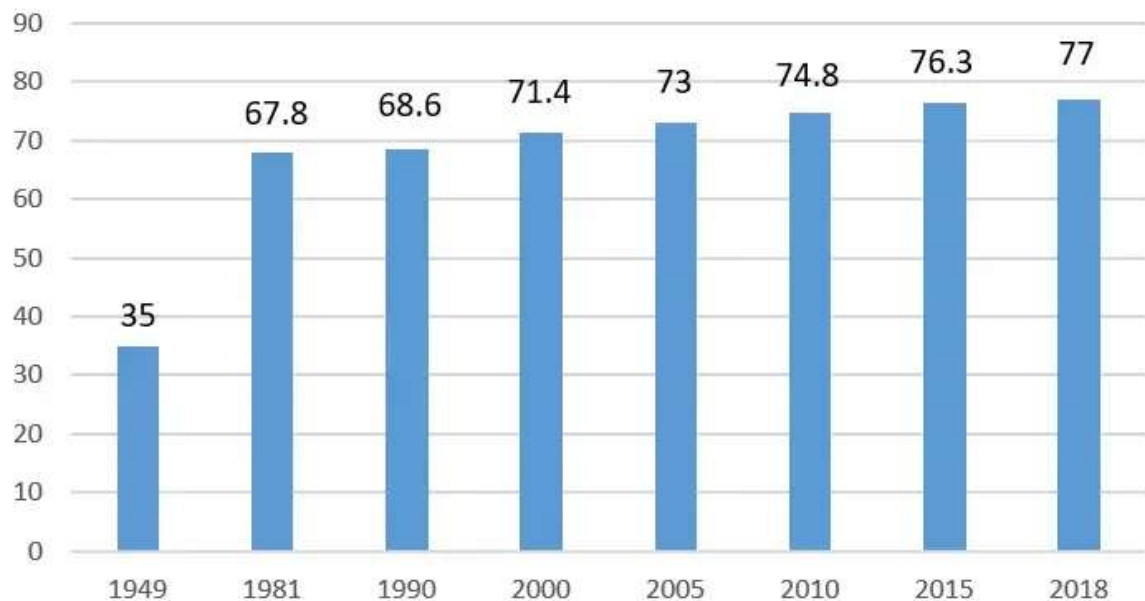


图1 建国以来我国婴儿死亡率“S”变迁②

- 我国婴儿死亡率在三个阶段呈现不同的变化趋势。
- 第一阶段是1960年以后到80年代初，这一阶段的婴儿死亡率的下降速度较快。此阶段卫生政策的特点是注重卫生公平性、体现社会福利性。
- 第二阶段是20世纪80年代至2003年，我国婴儿死亡率下降较为缓慢，甚至在个别年份有所增加。也是在这段时间内，我国卫生事业开始以“放权让利”和“市场化”导向进行改革，政府卫生政策更多强调个人责任，卫生事业的福利性定位逐步被改变。
- 2003年“非典”以后，我国婴儿死亡率的下降速度再次提速，婴儿死亡率从2003年30‰左右下降到2011年13.1‰。

# 我国人均预期寿命变迁

我国居民人均预期寿命变动情况（岁）



- 从中华人民共和国建国到1965年，我国人均预期寿命提高了16岁；
- 1965年到1981年，我国预期寿命增加17岁；
- 1981年到1990年，我国预期寿命的改善程度只有0.8岁。
- 2000年以后我国人均预期寿命增加速度有所提高，从71.4岁提高到2009年73.5岁，十年间人均预期寿命提高了2.1岁。
- 相比之下，澳大利亚、日本、韩国、马来西亚、新加坡在1980年到1998年将近20年间人均预期寿命平均增长了5岁左右。
- 这说明，从改革开放到“非典”前，我国国民健康的改善并未取得较好的结果。

## 我国人均预期寿命与人均GNP关系

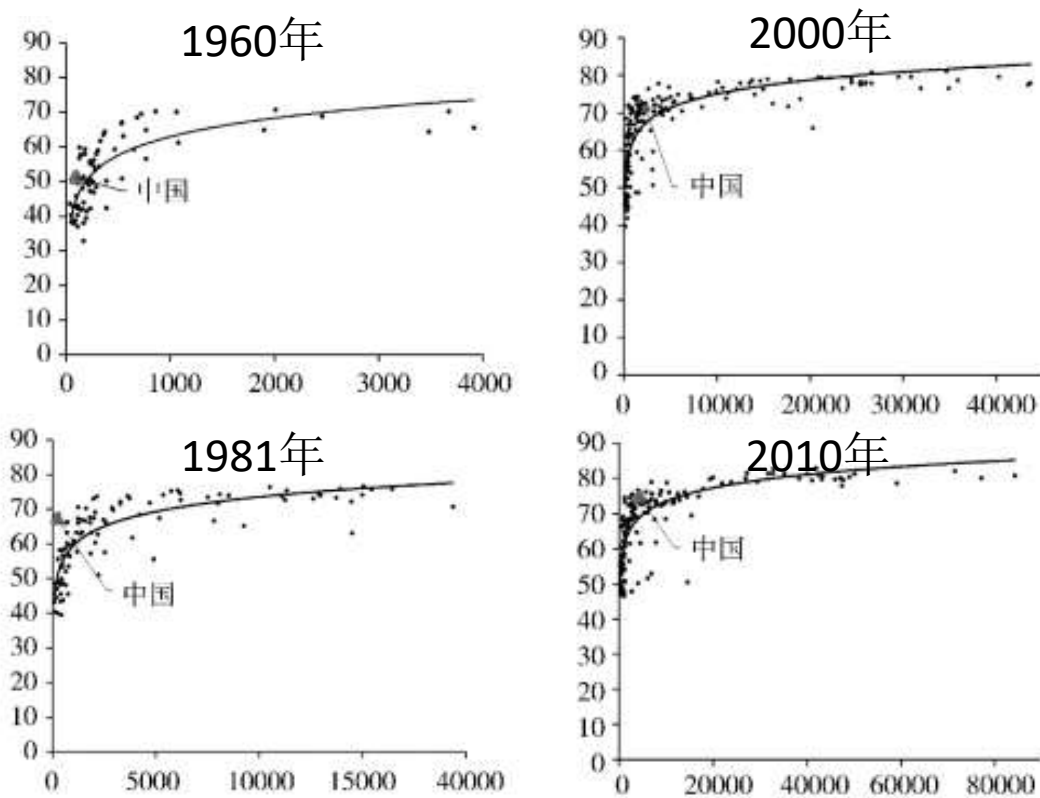


图2 人均预期寿命与人均 GNP 关系  
(四张图依次代表 1960 年、1981 年、  
2000 年和 2010 年两者的关系) ①

- 新中国建国以来，我国国民健康水平与经济发展并不是完全同步的。
- 在1981年，我国国民健康水平与经济发展水平出现了“不一致”，体现在我国国民健康水平改善程度远远超越了经济发展水平，处于趋势线的上方，这反映了从1960 - 1980年中国的医疗卫生体制的优异表现。
- 但优异表现并没有一直持续下去。改革开放以后，国民经济在快速增长的同时，我国健康水平出现了与经济发展的“趋同效应”。到2000年为止，我国主要健康指标与经济发展指标几乎一致，几乎落在趋势线上。在1981 - 2000年，我国国民健康改善的速度落后于经济发展的速度。
- 2010年的数据表明，从2000年至2010年，我国国民健康改善与经济发展基本保持同步，初步改变了改革开放以来“经济发展快、健康改善慢”的趋势。

- 在建国后的前三十多年里，中国用相对廉价的医疗卫生体制保护了世界最大人口的健康，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。
- 在改革开放至“非典”前的25年里，虽然中国的医疗资源快速增加，但是健康改善的程度却并不理想。

## 我国国民健康改善与卫生政策相关性分析

- 研究认为，相比于60年代和70年代表现优异，20世纪80年代到90年代中国医疗卫生体制运行状况不佳。
- 在80年代到90年代，中国国民健康改善程度并不理想，城乡和地区健康不公平性甚至在扩大。中国人均预期寿命在改革开放前20年之间改善缓慢，低收入国家平均增加了3岁，中等收入国家5岁，高收入国家4岁，世界平均4岁，而中国不过2岁。
- 阿玛蒂亚·森以预期寿命对中印两国进行了比较。1979年中国改革开放开始时，中国的人口预期寿命高出印度16岁（中国是68岁，印度是52岁），但到2000年的时候，这个差距已经缩小到了大概只有7岁。
- 针对我国改革开放以后卫生事业发展和国民健康水平改善方面所出现的问题，许多学者认为政府投入减少、对农村地区卫生发展不够重视以及过度引入市场机制是造成中国健康问题的主要原因。

## 第三节 新时代卫生政策新范式：健康中国战略

- 01 “健康中国”提出的背景
- 02 《“健康中国2030”规划纲要》的主要内容
- 03 卫生政策范式转变与政策工具设置
- 04 新时代医疗卫生政策的改革走向



# 一、“健康中国”提出的背景

## 一、“健康中国”提出的背景

- “健康中国”概念的提出可追溯到2008年，原卫生部提出“健康中国”，并组织百名专家广泛研究，形成了《健康中国2020战略研究报告》，但那个阶段“健康中国”还仍然局限在卫生领域。
- 2015年，十八届五中全会“健康中国”首次上升为国家战略。
- 2016年，全国卫生与健康大会召开，这是新世纪我国的第一次全国卫生与健康大会，凸显了国家对国民健康的高度重视，大会进一步明确了健康的战略地位、全民健康的目标、重点领域和体系保障，对解决制约卫生事业发展和国民健康改善的全局性、根本性和长期性问题有极强的推动作用。
- 同年中共中央国务院发布了《“健康中国2030”规划纲要》，对健康中国建设提出了行动纲领。
- 2017年，习近平在中共十九大报告“实施健康中国战略”部分指出，人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志，要完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务。

## 一、“健康中国”提出的背景

“健康中国”是顺应全球社会政策发展的潮流而制定的国家战略。

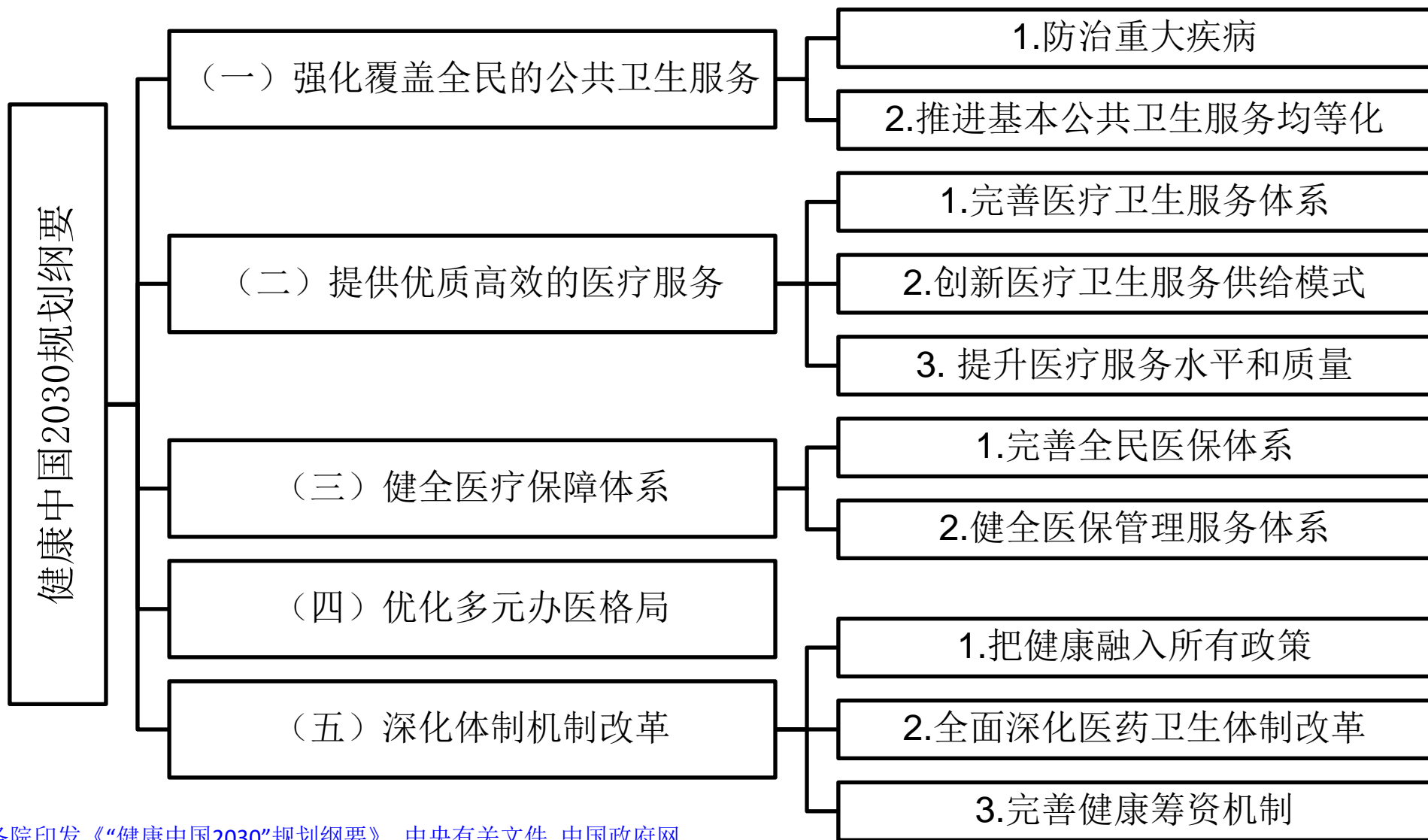
- 一方面是建立起以健康为中心的大健康视野，其内涵不仅是确保国民身体健康，更是涵盖国民健康环境、健康经济、健康社会在内的大健康；
- 另一方面，树立起健康优先的发展观，实现健康与经济社会的协调发展。

## 二、《“健康中国2030”规划纲要》的主要内容

## 二、《“健康中国2030”规划纲要》的主要内容

- 《“健康中国2030”规划纲要》明确提出，到2020年，建立覆盖城乡居民的中国特色基本医疗卫生制度，健康素养水平持续提高，健康服务体系完善高效，人人享有基本医疗卫生服务和基本体育健身服务，基本形成内涵丰富、结构合理的健康产业体系，主要健康指标居于中高收入国家前列。
- 到2030年，促进全民健康的制度体系更加完善，健康领域发展更加协调，健康生活方式得到普及，健康服务质量和健康保障水平不断提高，健康产业繁荣发展，基本实现健康公平，主要健康指标进入高收入国家行列。
- 到2050年，建成与社会主义现代化国家相适应的健康国家。

## 二、《“健康中国2030”规划纲要》的主要内容



### 三、卫生政策范式转变与政策工具设置

## （一）卫生政策范式向“健康国家战略”转变的时代价值

### 首先

- **健康中国战略首先意味着我国卫生政策的地位从部门政策向国家宏观战略的提升。**社会经济发展是健康水平提升的前提，而人民健康水平又是经济发展的重要资源和根本保障。这一战略转型从根本上改变了我国一度为经济发展牺牲居民健康政策的倾向，提升了健康的宏观战略地位。

### 其次

- **健康中国战略标志着我国卫生政策从“治病导向”向“健康导向”的理念转变。**十九大报告指出要为全民提供全方位全生命周期的健康服务：“全方位”和“全周期”意味着从“摇篮到坟墓”的全面健康管理，既重视疾病对健康的威胁，也注重环境和行为方式等潜在风险对健康的影响，更加重视预防等前置干预服务，这是符合健康的内在发展规律的。

### 最后

- **健康中国战略是我国积极参与全球健康治理的重大举措，彰显了我国的大国担当。**



## （二）从范式转移到政策落地：关键政策工具设置

- 由于健康影响因素的复杂性，如何协同多部门、多层次的力量，建立与健康相适应的现代化治理体系就成为新政策范式中政策工具选择的关键。这一方面取决于政府层面在健康领域能否建立起多部门协同治理体系，另一方面取决于政府、市场、社会、居民多方力量的合作。



首先，健康中国战略关乎政府多部门的行政权限——财政税收、能源环境、市场监管、体育文化等等，健康的现代化治理体系首先应该实现政府内跨部门协作。我国最新政府机构改革进一步推进了与健康相关部门的横向联合，体现了多元化协同治理思路。但是如何真正把健康政策融入多部门政策的制定过程，尚需更清晰的实践措施和激励机制。



其次，健康国家战略更重要的是引导全社会行为模式改变。需要政府、社会组织、市场和居民个人等多方力量的共同努力。

## 四、新时代医疗卫生政策的改革走向

## 四、新时代医疗卫生政策的改革走向



**首先，在政策内容上**，要在全民公平享有和受益的基础上向纵深推进，继续深化公立医院改革，继续推动社会办医，推进和规范医疗卫生服务领域的信息化建设。重视加强基层医疗卫生服务体系建设，推进分级诊疗制度的建立。



**第二，在政策目标上**，长期以来，我国社会改革很大程度上滞后于经济体制改革和行政体制改革。我国医疗卫生政策目标正在逐渐实现三个转变，即**从服务患者向服务广大人民健康转变，从关注疾病向关注人民健康转变，从注重疾病治疗向注重预防为主、防治结合转变。**



**第三，在价值取向上**，回归基本医疗卫生事业的公益性，注重政府职能的归位，坚持促进公平和提高效率相结合。一方面要注重公平，重点关注农村地区在资金投入和政策上的需求；另一方面要注重提高效率，在资金的投入上要向最重要的领域、最关键的环节、最需要的人群倾斜。



**第四，在政策工具上**，要进一步促进医疗卫生服务供给主体和方式多元化，鼓励社会各界共同参与公共卫生事业建设，支持社会办医，引导社会资金直接投向资源稀缺及满足多元需求服务领域，强化市场化手段和社会化手段；同时，不能片面抛弃强制性手段，政府要进行统筹协调，把促进全民健康的理念融入到相关部门公共政策的制定过程中。