

<<中国卫生政策>>

图书基本信息

书名：<<中国卫生政策>>

13位ISBN编号：9787811166996

10位ISBN编号：7811166992

出版时间：2010-4

出版时间：北京大学医学出版社有限公司

作者：林光汶 等主编

页数：713

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

前言

自1949年以来，中国在人民健康以及卫生服务方面取得了举世瞩目的成就。

1978年开始的改革开放不仅促进了经济的飞速发展，也为进一步提高人民健康水平、改善卫生保健质量奠定了基础。

但是与此同时，中国仍然面临着许多巨大的挑战，尤其是卫生体系方面的缺陷以及卫生资源不公平性等一系列问题也浮出水面，如城乡差别、东西部差别、沿海和内地的差别等日益引起政府部门及社会各界的重视。

近年来，尽管中央与地方政府已为农村卫生医疗事业、城市社区卫生服务和低收入人群医疗保障网络投入了大量资金，然而与经济、社会发展不平衡等息息相关的医疗服务不公平的问题还亟须解决。

制定与时俱进的卫生政策也是将经济发展作用最大化的过程中不可缺少的环节。

从2001年起，澳大利亚墨尔本拉筹伯大学与中国北京大学、哈尔滨医科大学从事卫生政策、卫生管理领域研究的学者们开展了广泛的合作，其中包括共同为卫生服务、卫生体制的管理人员提供管理与政策方面的培训，以及进行合作研究。

通过分析澳大利亚与其他国家的经验，探索解决现实问题以及多种改革模式的可行性。

本书以其特有的形式，将中外各国学者的观点有机地结合到了一起。

同时我们还有幸邀请到了来自中国其他地区及英国、美国的相关学者加入我们的核心团队，为我们提供了许多宝贵的研究经验。

谨以本书代表我们对制定卫生政策以及提高政策执行效力等事业的贡献。

了解政策其实是一个可变的观念。

但是通常人们总把它看成是一份份文件，或是高层管理者下达的有关新法案或基金委托的决议。

然而事实上，它的形式是多种多样的，它可以是一系列的决议与行动、一种反复学习的过程、一场社会各界问的对话或是一次权力与管理的竞争。

所以，虽然政府官员才是政策的最终执行者，但是这其中融入了许多相关人员的参与。

我们不妨把政策看成是一场（关于问题与解决方案的）对话，一次政府与诸如媒体、非政府机构等一系列推动政策发展的公众社会组织之间的磨合。

学者、卫生领域专家、卫生服务管理者以及记者们都能在政策对话的进程中占有一席之地。

从政府层面来讲，他们可以为其出谋划策；而从社区层面来说，他们有能力将“政策对话”推广到更广泛的公众社会组织网络中来。

卫生专家以及管理人员可以通过在各自领域的创新、评估和发表文献，以及经由各协会机构的途径来与政府进行对话，从而参与政策的制定。

<<中国卫生政策>>

内容概要

本书第一部分阐述了当前卫生政策制定的相关情况，包括其历史、近期的变革以及面临的挑战等。本部分陈述了卫生政策的制定是以经济发展和公共管理为大背景的。

正如经济和社会一样，卫生政策及其制定还处于过渡性阶段。

第二部分介绍了一系列关于政策理论的研究(分析、发展、执行和评价)。

我们期望本部分能够为大家提供一些理论工具，以利于各位思考如何将中国的卫生政策制定融入国际大背景中去，以及如何借鉴国际经验来发展中国的卫生政策制度。

第三部分为案例分析，强调了中国政策制定者在中国特有国情下，应用前面所提到的各种理论时所遇到的问题。

案例的选择旨在揭示体制缺陷与政策制定方法，而非“致力于解决现实问题”，尤其是某些特定的医疗卫生事件。

本部分试图阐明各种不同的手段和方法，而并非是提出成套的解决方案。

本书以多种方式来面向广大读者。

当然，我们的主要读者还是那些服务于各层面的、个人经验不尽相同的政策执行者。

我们希望他们能重视本书中所提及的国际视角以及某些常见问题的不同解决方案。

我们也期待将中国卫生政策历史与国际视角相结合之举能启发读者的新思考和新观念。

同时，本书也面向卫生保健事业的从业人员、管理者、公共卫生、卫生事业管理、卫生事业规划等领域的学生。

希望各种理论模式及看问题的不同角度，能对他们有所启发，从而产生创新性的政策解决方案。

书籍目录

- 第一章 中国卫生及卫生政策的历史沿革、发展与挑战 1.1 中华人民共和国成立以前的卫生事业 1.2 新中国成立—中国实施改革开放(1949-1978) 1.3 经济转型期的卫生政策及其影响第二章 政府治理及其卫生决策过程 2.1 引言 2.2 政府概念的历史与前瞻 2.3 政府治理结构及其问责制度 2.4 卫生决策过程 2.5 卫生决策过程中的部门过度分权问题 2.6 结论第三章 公共部门改革及对卫生的影响 3.1 中国科层制度的历史概览及其改革逻辑 3.2 创造广阔的公共政策环境,引入“市场机制” 3.3 公共部门改革—行政管理与公共服务分离 3.4 结论:发展就是渐进改革公共部门第四章 宏观经济与卫生 4.1 引言 4.2 宏观经济与卫生的关系分析 4.3 国际上关于宏观经济与卫生的讨论 4.4 人力资源与卫生发展 4.5 贫困与经济发展 4.6 宏观经济问题:卫生政策的“幕后”还是“前台” 4.7 政策一致性要求有共同的语言 4.8 宏观经济政策与卫生发展的相互作用:中国案例 4.9 结论:卫生政策的经验总结第五章 全球化对中国卫生及卫生服务的影响 5.1 引言 5.2 对外关系为何对中国的卫生发展至关重要? 5.3 理解全球影响的概念框架 5.4 对中国卫生系统的主要影响因素 5.5 全球卫生体系设计 5.6 建立卫生领域的跨区对话机制第六章 卫生体系的设计和卫生政策 6.1 为什么要在卫生政策中考虑卫生体系的设计? 6.2 什么是卫生体系? 6.3 卫生体系做什么? 6.4 卫生保健体系设计 6.5 保护健康和健康促进的体系 6.6 卫生体系设计的决定因素 6.7 评估卫生体系的绩效 6.8 卫生体系是否可以进行比较? 6.9 卫生体系发展的策略第七章 治理与中国卫生政策 7.1 引言 7.2 治理的概念 7.3 治理的变化和创新 7.4 中国健康治理面临的挑战第八章 政策理论 8.1 引言 8.2 治理:政策发挥作用的场合 8.3 政策应该做什么,怎么做? 8.4 政策是如何制定的? 8.5 政策策略和工具 8.6 结论第九章 政策分析、政策发展和政策能力 9.1 引言 9.2 政策分析 9.3 政策发展 9.4 政策发展计划 9.5 发展制度层面的卫生政策能力 9.6 结论第十章 健康政策倡导 10.1 引言 10.2 健康政策倡导的实践 10.3 健康政策倡导的能力建设第十一章 政策工具一:计划、市场和混合工具 11.1 引言 11.2 计划还是市场? 11.3 计划 11.4 市场 11.5 第三条道路 11.6 工具的选择 11.7 计划的层次 11.8 卫生计划的关注点 11.9 筹资机制 11.10 市场化的资源分配原则——需方和供方控制 11.11 购买(计划和管理市场)是一种介乎中间的做法 11.12 市场化系统中的计划:一些国际的经验教训 11.13 政策、政府、市场和公民社会的关系 11.14 结论——计划还是市场?第十二章 政策工具二:合作、协调与协作伙伴 12.1 引言 12.2 市场经济中的伙伴模式 12.3 为什么政府热衷于将合作伙伴作为政策与项目的特别平台? 12.4 合作模式在中国的演变 12.5 成功合作伙伴的预测因素 12.6 潜在缺陷 12.7 结论与借鉴第十三章 政策工具三:规制 13.1 引言 13.2 规制的定义 13.3 规制体系 13.4 规制医疗的方法 13.5 顺从体系:规制执行力度的体系设计 13.6 规制面临的挑战和规制改革 13.7 中国规制面临的挑战 13.8 超越技术规制的视野:规制、规范、社会制度和治理第十四章 政策工具四:监督和评价 14.1 引言 14.2 卫生项目和计划中的监督和评价 14.3 卫生政策的监督和评价 14.4 谁是监督者? 14.5 运用研究发现——开展传播、分析和政策评价第十五章 健康政策策略:消费者赋权和社区参与 15.1 引言 15.2 消费者和社区参与模式在中国的适用性 15.3 结论第十六章 改善健康的政策 16.1 引言 16.2 背景 16.3 改进健康的途径:七个案例研究 16.4 结论:健康促进的方向第十七章 政策执行 17.1 引言 17.2 “自上而下”模式、“自下而上”模式及混合政策执行模式 17.3 政策执行是变革管理的要素之一 17.4 中国实施卫生体制改革的经验 17.5 实施变革 17.6 结论第十八章 循证卫生政策 18.1 引言 18.2 什么是循证卫生政策? 18.3 在制定卫生政策时如何获得证据? 18.4 循证卫生政策在中国实行的情况 18.5 在中国开展循证卫生政策所需要的条件第十九章 卫生改革的国际经验 19.1 引言 19.2 改革压力 19.3 方法学工具 19.4 欧洲与拉丁美洲改革经验比较 19.5 改革中

出现的问题 19.6 对中国的启示

第二十章 区域卫生规划 20.1 引言 20.2 区域卫生规划：政策的开发
20.3 作为国家卫生政策的区域卫生规划 20.4 问题的分析 20.5 结论：中国的区域卫生规划下一步走向哪里？

第二十一章 变迁中的医院规制政策 21.1 引言 21.2 1949-1979年的医院规制政策 21.3 1980-1996年期间变化的政策环境及医院规制政策 21.4 1997年以后市场导向的医院政策 21.5 医院改革面临的挑战 21.6 医院的实践模式(公立身份，私人行为)的内在原因 21.7 公立医院改革的途径及远景 21.8 国家、市场和公民社会进程中的医院政策

第二十二章 中国职工基本医疗保险制度改革述评 22.1 医疗保险一般原理与主要模式 22.2 中国职工基本医疗保险制度改革

第二十三章 城市社区卫生服务改革 23.1 引言 23.2 城市社区卫生服务的政策远景与体制结构 23.3 成就、问题与挑战 23.4 发展社区卫生服务离不开系统改革策略 23.5 改进组织与政策环境，重振社区卫生服务 23.6 结论

第二十四章 中国农村医疗保障制度——新型农村合作医疗和医疗救助制度的形成过程及其启示 24.1 引言 24.2 农村医疗保障制度的主要内容 24.3 基于议程设置理论的分析框架 24.4 农村医疗保障制度过程分析 24.5 讨论

第二十五章 贫困地区农村卫生改革的启示 25.1 引言 25.2 改革背景 25.3 实施卫生改革政策面临的挑战 25.4 从改革政策到可行策略 25.5 从改革策略到行动 25.6 从局部试点到政策开发 25.7 结论

第二十六章 公共卫生基础设施改革 26.1 引言 26.2 中国公共卫生组织机构制度——为什么需要改革？
26.3 政策影响分析——政策是否实现了既定目标？
26.4 公共卫生改革所要面临的制度挑战 26.5 结论

第二十七章 中国卫生人力发展 27.1 计划经济时期的卫生人力发展(1949-1977) 27.2 改革开放以来的卫生人力发展(1978年至今) 27.3 卫生人力发展存在的问题和挑战 27.4 推进卫生人力发展的策略建议 27.5 结论

第二十八章 国家基本药物政策 28.1 引言 28.2 国家基本药物政策的主要内容 28.3 中国基本药物政策的演进过程 28.4 问题与分析 28.5 基本药物政策相关试点 28.6 结论

章节摘录

插图：能够在百废待兴的政策选择中，在资源极其贫乏的情况下，在众多亟待解决的优先领域中，卫生政策能够成为中国政府的一项优先制度。

最高领导者的重视和直接推动，政策实施过程中的倾斜性资源投入，为确立卫生事业发展的优先地位提供了重要的保障。

3.确立了卫生政策的四项核心原则、预防为主成为卫生政策的核心1950-1952年，新中国逐步确立了“面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与群众运动相结合”的卫生政策工作方针。

将“预防为主”置于卫生政策的突出位置，将其作为四项卫生工作方针中最为核心的原则，并辅以法律、法规及相关制度的支持。

在具体实践中，重视将预防为主贯穿于医疗、卫生、保健工作的全过程。

此外，卫生政策强调了面向工农兵，以广大普通民众的卫生需求为目标和宗旨的卫生服务原则；通过中西医结合，实现有效动员、有机整合、合理利用多种卫生服务资源；通过“卫生工作与群众运动相结合”实现政府、社会、民众个体力量的有效动员。

4.为卫生政策的落实提供必要的资源保障“卫生优先”、“预防为主”的政策之所以没有成为一个空洞的政治口号，其中一个非常重要的原因是中国政府充分关注了政策实施所需的资源和条件，并为这一政策的落实从筹资、组织、制度保障等方面提供支持。

首先，充分关注了执行卫生政策所必备的组织资源，并从卫生行政管理组织体系完善、公共卫生服务机构建设、医疗卫生服务提供系统的全方位建设等方面着手，建立起覆盖全国的医疗卫生和行政管理组织体系。

第二，通过政府和集体筹资机制的建立，为医疗机构的运行提供了重要的支撑。

政府为公共卫生机构实行全额拨款，支付其人员的工资、日常开支和硬件投入等方面的费用；此外，对于医疗机构，政府则以全额拨款、差额补助、专项拨款、税收减免等方式为公立医疗卫生机构建立了稳定的筹资机制和经费补偿机制。

第三，通过政府公费医疗以及劳保医疗，以及农村合作医疗保障制度的逐步建立和完善，实现了对需方进行投入的目标。

1951年发布《中华人民共和国劳动保险条例》和1952年政务院发布《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，为职工和退休人员公费医疗制度建立提供了法律基础。

同时，合作医疗经历了十多年的发展在1976年覆盖了90%以上农村居民。

第四，探索了“政府主导+群众运动”的独具特色的中国公共卫生实施策略和途径，即爱国卫生运动。

这种“政府主导+公众参与”的形式，不仅有效地动员了社会资源，提高了全社会对公共卫生重要性的认识，而且为创新性公共卫生实践内容和模式的探索提供了宝贵的经验。

虽然成绩令人骄傲，但我们也应该清醒地意识到，受制于当时的社会经济条件的制约，当时的医疗服务水平、服务提供能力还处于比较低的水平上，卫生资源也仍然十分有限，卫生服务的公平和可及性，以及服务提供都停留在一个较低的水平上。

此外，由于片面强调公有制的优越性，导致很多非公有制的医疗机构消亡。

把追求公平误解为绝对的平等，导致平均主义大锅饭盛行，医疗卫生机构的工作效率低下。

职工医疗费用由国家和企业负担，由于缺乏有效的监控机制，导致公费和劳保医药费用增长过快，国家和企业负担过重。

此外，由于缺乏稳定和合理的筹资机制以及管理制度和水平等方面的原因，导致医保的管理效率低下，民众不满，也成为新一轮卫生政策调整和卫生改革的原始动因。

1.3 经济转型期的卫生政策及其影响1.3.1 宏观经济改革政策对卫生政策的影响及其带来的问题1980年代的经济改革，标志着中国从计划经济向社会主义市场经济（SME）的转轨。

这一阶段的特点是：结束了“文化大革命”，国家从以阶级斗争为中心转到以经济建设为中心。

为了纠正高度集中的计划经济体制所带来的诸多问题，中国政府最初推行的改革之一就是实施简政放

权。

中央和地方的分权改革结果是，地方政府承担卫生投入的主要职责。

在放开和搞活等目标的指引下，财政部门也实施了分灶吃饭的办法。

政府逐步减少了对医院的投入，对医疗机构的放权体现在让医院成为“自主经营、自负盈亏”的独立经济实体。

随着政府对医疗机构投入的不断减少，医疗机构越来越依靠竞争的方式从市场回收服务成本。

市场机制的运作结果是迅速地增加了中国的卫生资源，卫生总费用占GDP的比重由改革开放初期的3%左右上升到5.65%。

编辑推荐

《中国卫生政策:汉英对照》是由北京大学医学出版社出版的。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>