

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

把人民健康放在心上——纪念刘俊同志专刊

2011年 第4卷第7期

(总第33期)

上海市卫生发展研究中心

2011年11月3日

**编者按** 2011年10月16日，中华医学会副会长、中华医学会上海分会会长，国务院深化医药卫生体制改革专家咨询委员会委员，中共上海市第七届委员会委员，政协上海市第十届常务委员、上海市政协教科文卫体常务副主任，上海市卫生局原党委书记、局长刘俊同志离开了我们。刘俊同志在担任上海市卫生局党委书记、局长期间，在卫生部的支持下，在市委市政府的强有力领导下，带领本市卫生系统广大干部职工，积极推进医药卫生体制改革，先后推出多项领先全国的举措。退休后，刘俊同志仍努力开展调研，积极建言献策，为国家和上海制定出台医改方案作出了重要贡献。他先后两次参与中央政治局集体学习报告的起草工作，其中，2006年10月，他作为主讲人之一，在中央政治局第35次集体学习会上作了“国外医药卫生体制改革和我国卫生事业发展”的专题报告，得到了中央领导的高度评价。本刊编辑部将刘俊同志在卫生管理领域的创新举措和医改思路进行了整理汇编，上海市卫生发展研究中心主任胡善联教授和上海市卫生局局长徐建光同志专门为本期撰写了缅怀文章，以此纪念刘俊同志。

# 卫生政策研究进展

2008年11月创刊  
第4卷第7期(总第33期)  
2011年11月3日  
(内部交流)

主管  
上海市卫生局

主办  
上海市卫生发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版  
《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市北京西路1477号801室  
邮编:200040  
电话:021-22121869  
传真:021-22121879  
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com  
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光 肖泽萍  
夏毅  
主编: 胡善联  
常务副主编: 刘雪峰  
副主编: 付晨 丁汉升  
编辑部主任: 王贤吉  
编辑: 吴凌放 彭玉梅  
李芬 信虹云  
何江江 谢春艳  
高广文 彭颖  
王月强 王力男  
杜丽侠 许明飞  
薛佳

上海市连续性内部资料准印证  
(K)第0649号

## 目次

### 缅怀文章

缅怀刘俊局长——我的良师益友 .....	胡善联	1
怀念我的老师——刘俊同志 .....	徐建光	4

第一部分 追寻卫生改革足迹——刘俊同志担任上海市卫生局局长期间若干重大改革举措整理和讲话摘录 .....	7
--	---

专题一 “总量控制、结构调整” .....	7
专题二 疾病预防体系建设 .....	11
专题三 卫生监督体系建设 .....	14
专题四 社区卫生服务改革 .....	18
专题五 公共卫生服务体系 .....	22
专题六 学科人才队伍建设 .....	23
专题七 医疗机构联合重组 .....	27
专题八 医疗机构运行机制改革 .....	29

第二部分 构建中国特色医药卫生体制——刘俊同志医改相关重要文稿和演讲资料整理 .....	33
--	----

关于构建中国特色医疗卫生保健体制的思考 .....	33
谈中国卫生体制建设与公立医院改革 .....	39
刘俊同志在北京大学演讲问答 .....	79

后记 .....	86
----------	----

## 缅怀刘俊局长——我的良师益友

胡善联

早在上世纪 60 年代文化大革命的初期，当我在千人大会上听到刘俊同学的发言，他对问题深刻分析的能力和雄辩的口才深深打动了我的心。作为一名教师，我为上海医科大学能够培养出这样一位优秀的医生、优秀的院长、优秀的校长和优秀的卫生行政部门杰出领导人感到无比的欣慰。刘俊同志用他光辉的业绩证明了获得这一系列称号是当之无愧的。

在以后数十年的交往中有几件事使我非常敬佩。首先是他在担任两任上海市卫生局局长期间对上海市卫生工作的卓越贡献。90 年代初期，上海市医疗费用以高达 30% 以上的年增长率增加，1993 年比 1992 年增长幅度高达 51%，他适时地提出了对上海市医疗费用进行“总量控制、结构调整”的思路。从最初第一年控制医疗费用年增长率在 28%，药品费用年增长率在 18% 以下，以后逐年梯度下降，在连续五年内取得了明显控制医疗费用的效果，使上海市的医疗费用能与 GDP、职工人均收入的增长保持同步发展。同时在医疗费用的结构上进行调整，增加医院医疗劳务的收入，降低药品费用的支出。为此，国务委员彭珮云同志还亲临上海召开了总结会议。这些思路至今仍然是医药卫生体制改革和医疗保险费用总额控制的指导思想。

在 2006 年中央政治局第 35 次集体学习的授课和国务院领导召开的医改工作座谈会中，刘俊同志发表了对我国医药卫生体制改革的真知灼见，提出了医药卫生改革是否成功要通过“医务人员是否满意，政府是否满意和人民群众是否满意”来检验的建议。这三个

---

作者：胡善联，男，教授，上海市卫生发展研究中心主任，上海 200040

“是否满意”得到了中央领导同志的首肯。从新一轮深化医药卫生体制改革以来，刘俊同志遵循胡锦涛主席的指示精神，在国务院深化医药卫生体制改革领导小组的领导下，积极参与，奔赴各地开展调查研究，成为一名卫生事业改革的倡导者和创新者。

在一次去东北调研回沪时，他不慎在机场安检时摔倒，卧床不起，疗养了一段时间，但他无时无刻不在思考我国的卫生改革事业。事后他发了一个短信息给我，他说：“康复尚顺利，平地行走，不能走楼梯。在研究晓明市长交代的课题，一个人在太湖边上苦思冥想。看到研究中心的几份材料，你们辛苦了”。在上海市卫生发展研究中心的筹建过程中，刘俊同志给予了极大的支持和关心。中心成立后，有些年青同志还跟随过刘俊同志开展卫生管理人才队伍建设的专项课题。当噩耗传来时，他们表示要继承刘俊同志勇于改革和创新的精神，以实际行动来缅怀这位前辈。

刘俊同志在他就任局长期间，他敏锐地看到培养年轻一代卫生管理人才的重要性，提出了上海市卫生系统培养“百、千、万”医药卫生人才工程的设想。即培养一百名学科带头人，培养一千名医院管理专业干部，培养一万名基层卫生专业技术人才。他希望复旦大学公共卫生学院卫生干部管理中心利用美国中华医学基金会的卫生管理培训项目，为上海市卫生局系统每年输送10名高级卫生管理领导。他从卫生系统选拔干部，并投入资金给予支持。可以告慰的是，在1992-1997年的6年期间已为上海市培养了60名骨干，目前均已成为上海市卫生局各处室和直属单位的领导干部，为上海市的卫生改革和科学决策创造了条件并贮备了干部力量。刘俊同志对己、对人严格要求，对年轻一代的管理干部寄予无限的期望。

刘俊同志有几句名言可以反映出他对总体卫生改革的看法。一是“我只讲普通话，不讲上海话”。他对当前医药卫生体制改革，从

全国宏观的角度来全面分析考虑问题，而不是仅仅站在上海市的角度来分析问题和研究问题。这就是他通常所说的只讲全国的“普通话”而不讲“上海话”的实质。其次是他谆谆地教导大家，要把卫生事业的改革比喻作“船”和“水”的关系，水是群众，水可载舟也可覆舟，要使船顺利地到达彼岸，获得卫生改革的成功，就有一个如何选择过河的方法问题，需要研究和提出可操作、适合国情和市情的改革方案和措施。第三，他反复强调医药卫生改革的关键是“体制和机制”的改革，有些改革的具体措施是需要的，但不是改革的本质。

2011年4月30日国务院深化医药卫生体制改革领导小组成立了第一届专家委员会暨第一次专家委员会会议，专家委员会成员得到国务院李克强副总理和各部委领导同志的接见。刘俊同志被任命为全国深化医药卫生体制改革专家委员会委员。当时刘俊同志正好被检出身患肿瘤，不能前来参加会议。我及时转达了领导和各位专家对他的亲切问候，他在病榻上发出短信说道：“谢谢，治疗尚顺利，请问候各位，祝愿你们事事如意，多保重”。我们深感痛心和遗憾的是刘俊同志英年早逝，不能再继续为全国和上海市的卫生改革做出贡献，这不仅是上海市卫生事业的损失，也是全国卫生事业的一大损失。

刘俊同志匆匆走了，我们失去了一位良师益友。我相信他对中国的医药卫生事业改革还有很多的想法和建议来不及表达出来。让我们继续他未竟的事业，在“十二五”规划期间进一步推动医药卫生体制的改革，争取实现2020年人人享有基本医疗卫生服务的目标，达到基本医疗和基本公共卫生服务的均等化，使中国人民的健康水平、人类发展指数和幸福指数进一步地提高。

## 怀念我的老师——刘俊同志

徐建光

2011年10月16日，中华医学会副会长、原上海市卫生局局长刘俊同志永远地离开了我们。作为他的学生和事业的继任者，我的心情十分悲痛。在我的心目中，刘俊同志是优秀的领导，是一生的老师，是令人敬重的长者，是我事业上的楷模和生活中的挚友。

**他是杰出的思想者。**刘俊同志既是卫生系统的一位杰出的领导，又是一位充满智慧的学者。对他而言，卫生管理既是他为之奉献一生的事业，也是他孜孜不倦毕生研究的一门科学。他热爱学习，勤于研究，知识渊博，思维敏锐。他善于总结规律，抓住关键，看问题入木三分。在长期的卫生管理工作中，他注重理论与实践相结合，注重政策研究和循证决策，对于卫生管理的诸多领域，他都有系统思考和独到的见解，并形成了用以指导实践的理论体系。他用系统论的思维方法，率先提出了由筹资保障体系、卫生服务体系、监督管理体系三个体系构成的医疗卫生体制框架，清晰地勾勒出各个体系内部和相互之间的各种关系。2006年中共中央政治局第35次集体学习，他和李玲教授被选为主讲专家，在这次报告中他明确提出了建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度的目标，并阐明了实现这一目标的具体策略，为我国新一轮医改奠定了理论基础。新一轮医改启动后，他在国务院领导召开的座谈会上，又提出了医改政策“要让群众得实惠、医务人员受鼓舞、管理者可操作”三个基本原则，成为指导医改实践工作、评价医改成效的重要衡量标准。卫生部领导对他给予高度评价，赞誉他“为上海卫生事业发展和中国医改作

---

作者：徐建光，男，上海市卫生局局长，上海 200040

出了重大的、历史性的贡献”。

**他是改革的践行者。**刘俊同志担任上海市卫生局局长期间，在市委市政府的强有力领导下，锐意改革，创造了我国卫生管理上的许多第一。1994年，为解决医药费用快速上涨的问题，他提出了医药费用“总量控制、结构调整”政策，把完善医疗价格体系、改革医院补偿机制与规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长结合起来，取得了良好效果，此后卫生部在全国推广了这一政策。1996年和1998年，在他的领导下，上海成立了我国第一家卫生监督所和疾病预防控制中心，被卫生部领导评价为我国公共卫生事业的里程碑。1997年，他提出建设以社区卫生为基础的城市新型卫生体系，通过十多年的努力，上海构建了目前我国最为完善的社区卫生服务体系，率先实现了社区卫生服务的全覆盖。2003年抗击“非典”，是他领导上海卫生系统创造的又一个奇迹，当年2月份，当我国南方一些城市出现不明原因肺炎传播时，在世界卫生组织尚未明确这是一种什么疾病，还未给这一疾病冠名传染性非典型肺炎（非典）的时候，他敏锐地作出了反应，及时部署上海各医院对不明原因肺炎进行监测，指定110个医院作为监测点（此后扩大到全市所有医疗机构），为上海及早启动防控工作赢得了先机。上海建立了以信息收集、疫情监测、流行病学调查、定点救治、消毒隔离、监督执法、实验室研究、信息公开、健康教育、督导评估十个关键环节为重点的科学的防治策略，最终实现了“无疫情爆发、无社区传播、无医务人员感染”，夺取了非典防治的重大胜利，有效维护了上海这一国际化特大型城市的公共卫生安全，成为我国乃至国际上突发传染病疫情防控的一个典范。世界卫生组织专家组在他们连续五天、自喻为“近乎疯狂”的工作考察之后，在总结报告中作出了如下评价：“上海没有隐瞒病例，没有必要把上海划为非典疫区；上海的疾病报

告系统设计合理，运行良好，建立了控制医源性感染的有效措施；上海的经验可以帮助中国其他城市和世界其他地方制订疫情应对计划”。吴仪副总理高度评价这项工作，称之为“为中国争了光”。

**他是可敬的良师益友。**我和刘俊同志相识于上世纪80年代，已是大学领导的他和初出茅庐的我，尽管年龄有差距，但思想却非常契合。之后，由于工作关系，我们的交往越来越多，也越来越被他的人格魅力所感召和吸引。他毕生追求真理，为人正直，光明磊落，性情刚毅，敢于负责，时常告诫我们“不唯上、不唯书、只唯实”，“To do right things, then to do things right”。他善于统揽全局，坚持理性思考，工作作风坚韧不拔、雷厉风行，常用“三思方举步，百折不回头”与我们共勉。他尊重知识，尊重人才，多方筹资为上海医学界培养了一大批优秀人才。他身处官场，却淡泊名利，一心向学，极具学者风骨。他古道热肠，关爱下属，提携后辈，尽显长者风范。在我工作中，每遇大事都向他请教，而他的意见往往成为我工作的指南。尤其是2009年启动医改工作后，他担任卫生部决策咨询专家和上海市政府医改工作顾问，每遇重大事情，还未等我向他求教，他总是主动找到我，为我指点迷津，释疑解惑，悉心指导，每次都使我大感受益匪浅。可以说，我的一点一滴的成绩和进步，无不得益于他的教诲，凝聚着他的心血。而像我这样，受之关爱、得之教益、深怀感恩之心的，又何止百千！

一代宗师，丰碑永存！刘俊同志走了，他走得如此突然、如此匆匆。上苍的无情，把巨大的悲痛留给了我们，把无限的思念留给了我们。我们会永远铭记他的丰功伟绩，他的伟大精神将永远激励吾辈不断进取，继承和发扬他未竟的事业。刘俊同志，我敬爱的领导、老师和朋友，一路走好！

## 第一部分 追寻卫生改革足迹

——刘俊同志担任上海市卫生局局长期间若干重大改革举措

整理和讲话摘录

刘俊同志于1993年至2004年任上海市卫生局局长，期间他把对卫生事业的深刻理解付诸于实践。刘俊同志的工作实践有三个特点：**一是致力于推进卫生改革，以改革来推动卫生事业的发展。**宏观层面上抓住疾病预防、卫生监督、医疗服务体系建设，解决重点卫生问题；微观层面上，则以质量、效益为中心，探索机制、体制创新，推动医疗卫生单位改革。**二是从实际出发，把握改革的重点。**针对人口结构和疾病谱的改变，及时调整预防工作，确立社区卫生服务策略；根据学科与人才结构状况，确立实施领先学科计划及人才培养“百、千、万”工程等。**三是在总体考虑基础上，逐步推进，坚持不懈。**对于难点问题的解决，先制订总的策略，然后每年分步实施，集中主要精力去解决各个阶段的主要矛盾。如卫生体系的构建是经统筹规划，分几年实施的；领先学科建设分为两个三年计划予以落实等。

通过整理刘俊同志在有关工作会议上的讲话，我们梳理了他在担任上海市卫生局局长期间重点推进的以下八项重要改革，并对他的部分讲话内容进行了摘录。

### 专题一 “总量控制、结构调整”

1994年上海在全国率先实施公立医疗机构医药费用“总量控制、结构调整”政策。基本方法是制定医疗费用和药品费用增长率控制标准，同时改变医院收费结构，降低大型设备检查收费、提高技术劳务收费。总量控制政策实施后，上海医药费用过快增长的势头得

到了有效遏制。1995-2002年，上海医药总费用和药品费用的增长率基本控制在设定指标以内，多数年份医药总费用增长率低于GDP增长率。2002年达到了实施总控政策以来的最低点，全市医药总费用增长率仅为5.75%，药品费用增长率仅为1.08%，药品费用占医药总费用的比例从1993年的62%降至51%。这一政策得到了国家的肯定，并在1997年全国卫生工作会议上被采纳。

### 讲话摘录：

为了有效地遏制医疗费用上涨过猛的势头和调整医务人员劳务收入太低的现状，也为了与医疗保险制度出台相衔接，我们拟定了对本市各级医院的医疗费用实行“总量控制、结构调整”的改革方案。方案规定各级医院暂以1993年的医疗费用总收入为基数，在工作量相同的条件下，今年的递增幅度限定在一个规定的限度以下，对突破规定增长额度的部分，将予以收缴并处以罚款；方案将适当增设和调整部分体现医务人员技术劳务的收费项目，如增设门诊诊疗费、病房诊疗费和护理费，提高手术、检验费和部分中医收费。另外，经有关领导部门同意，设立“上海市医学发展基金”，用于加强学科建设和各级各类人才的培养，以利于医学科学的发展，以利于提高“上海队”的总体水平。

这个改革方案若能早日实施，将对本市卫生系统产生较大的影响，它有利于加强对卫生费用的宏观控制，从而有利于社会的稳定与协调发展；有利于体现医务人员的劳务价值，从而为推动与深化卫生改革创造条件；同时也为本市医学特色学科的建设提供支持。当然，这个方案的实施也会有许多困难，是希望与挑战同在。我们一定要充分理解上级领导对卫生系统改革的支持，一定要抓住机遇，

使我们的工作按着科学管理的轨道上一个新的台阶。

——摘自刘俊同志在1994年上海市卫生工作会议上的报告

除了执行好、贯彻好、实践好这一方案，另一方面就是要完善这一方案。我们要遵循实事求是的思想路线，遵循实践—理论—再实践的正确思维方法不断地加以改进，为了推动这一政策不断完善，卫生局已经在9月份组成了一个由卫生经济学和卫生管理学专家组成的软课题研究组，承担对“总量控制、结构调整”政策的评估。

——摘自刘俊同志在1994年医院医药费用“总量控制、结构调整”交流会上的讲话

实行总量控制的半年来，医疗费用增长速度比1993年同期下降28个百分点，药品费用占总费用的百分率下降了7.71个百分点……。实践已经证明，“总量控制、结构调整”这项改革的方向是完全正确的，改革的措施是有成效的。1995年要积极争取市财政、市物价部门的支持，经过市政府的批准，继续适当地提高门诊、住院诊疗费的收费标准，继续降低药品在医院总收入中的比例。

——摘自刘俊同志在1995年上海市卫生工作会议上的报告

经过各级卫生行政部门及各个医疗单位的共同努力，顺利达到了医药费用增长控制在23%以内的目标。药品费比重比上年继续下降2个百分点。即费用增长速度逐年递减为51%(1993年比1992年)、28%(1994年比1993年)、23%(1995年比1994年)；药品比重分别为63%(1993年)、58%(1994年)、56%(1995年)。

国务委员彭珮云同志在研讨会讲话中肯定这个经验对全国有普遍意义，并且强调指出“这是卫生改革中的一项重大突破，对于克服长期以来困扰我们的医疗费用增长过快，医院收入结构很不合理，并因此导致的一系列问题与弊端，迈出了重大的一步，这是经过长

期艰苦探索，从实际出发找到的一条切实可行的路了”。

——摘自刘俊同志在1996年上海市卫生工作会议上的报告

希望大家从运行机制的改善上执行这一政策，不是简单地满足于药品的加减法，而是着眼于运行机制的转换，通过提高医院的质量与效益，通过提高医院的管理水平，从而减少卫生资源的浪费，提高卫生资源的效益，为广大人民群众的健康服务，这就要求各医院从减少院内感染、减少并发症、提高诊治正确性、缩短平均住院床日、加强三级查房制度等入手，提高医疗质量，使我们医疗资源的消耗缩短到最少，真正使医院管理走上科学化道路。

——摘自刘俊同志在1997年上海市卫生工作会议上的报告

“总控”政策以完善医院补偿机制与运行机制为切入口，通过调整扭曲的价格体系，逐年提高医疗服务的收费标准，降低大型设备收费标准，控制医疗费用的增长速度，最终达到控制费用的目的。同时，从“总控”增设的诊疗费收入中统筹10%，设立上海市医学发展基金。政策实施6年来，收到了明显效果：一是遏制了医疗费用过快增长的势头。实施“总控”后，医药费用增长幅度逐年下降，1999年已降到11%，2000年预计可以下降到6.5%以内，低于社会GDP增长率，实现了与社会经济同步协调发展。二是减少了药品浪费。药费占总费用的比例，从1993年的63%降低到1999年的46%，2000年达到市政府要求的低于45%的目标。三是体现了医务劳务价值。通过增设和调整劳务收入，体现知识分子的技术劳务价值。四是推动了医学领先学科和人才建设。至1999年已投入资金2.18亿元，用于学科梯队的建设，有力地推动了学科建设与人才培养。五是医疗保险改革创造了良好环境。“总控”确立了医药费用增长的控制目标，也就间接推算了医保资金的支出总量，对保

证医保资金的收支平衡，顺利实施基本医疗保险制度改革创造了适宜的环境。

“总控”实施过程，是不断统一思想、提高认识的过程，也是我们卫生行政部门和院长们坚定改革信心的过程。医院的收入是老百姓的支出，我们不能用浪费卫生资源、增加老百姓不必要的负担的办法，来寻求医院的补偿。

——摘自刘俊同志在 2000 年全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上的发言

## 专题二 疾病预防体系建设

疾病预防体系的建设总体上分了三步走。第一步是在 1998 年组建了国内第一个省级疾病预防控制中心，在原来单一防治传染病的防疫站基础上，将有关的其他 6 个慢病防治机构如血吸虫病防治所、职业病防治所、结核病防治所等并入，增加了慢性非传染性疾病的防治功能。第二步是在 2000 年实现了区县防疫站向疾控中心的转化，组建区县疾病预防控制中心，它的任务是在市疾病预防控制中心的指导下，在本辖区实施疾病控制计划。第三步是在完成地段医院向社区卫生服务中心的转变后，由社区卫生服务中心担当预防保健工作的网底，实施基层预防工作。上海建设疾病预防体系的改革举措得到国家的充分肯定，并在全国推广。

### 讲话摘录：

防疫站是 50 年代学习苏联的体制而来的，但现在疾病谱已经有了很大的变化，传染病的发病率逐年降低，而由于环境与行为所造成的其他方面的疾病的发病率逐年增加，所以要把慢性病的防治任

务和传染病的防治任务综合起来，成立疾病控制中心。

——摘自刘俊同志在1996年上海市卫生法制工作会议上的讲话

要积极实现工作内容、工作模式、工作体系的转变：工作内容要根据疾病谱的改变予以扩大，既要高度重视传染病防治工作，巩固传染病的防治成果；还要积极开展慢性非传染性疾病的防治。疾病控制中心的任务是开展预防科学的研究，积极探索新的有效的疾病防治办法，提高本市疾病防治和公共卫生的科学水平。区县卫生防疫站也应作相应的改变，以在全市形成新的疾病控制体系。

——摘自刘俊同志在1997年上海市卫生工作会议上的报告

应当肯定，建国以来，我们有效地贯彻了党和国家制定的“预防为主”的方针。这个方针无论在中国还是上海，都是卓有成效的。许多危害人民健康的传染病都已经减少、控制甚至被彻底消灭，但是我们在预防工作中，还有很多值得我们思考的问题：第一，我们目前预防工作方面的站、所设置，都以防治疾病为对象，有一个病，建一个所，而这些站和所又分属于不同的上级领导机构，属科研处、属科委、属医政、属防疫，各个处、各个系统都有，因此形成了防治机构之间的大大小小的“围墙”，不利于提高防治水平，不利于卫生资源的充分利用，提高效益，增加了资源的浪费。第二，由于机构的重复设置，不可避免地导致卫生资源低水平的重复投入。第三，小而全的管理模式，基础研究也搞，临床研究也搞，预防系统也搞，治疗也搞，独立自成系统。但是不利于搞好重点实验室，不利于提高水平，不利于人才优势的综合发挥，不利于预防医学科学的发展。

因此我们早在两年多以前，就已经开始酝酿疾病控制中心的组建。我们设想这一中心的大体框架是：首先从行政部门改起，将非传染性疾病的的管理，从医政处划归防疫处，将防疫处改制为疾病控制

处和卫生监督处。而后在扩大市防疫站功能的基础上，建立起疾病控制中心和预防医学研究中心，前者的任务是在理顺防治机构的基础上，加强对传染病、慢性非传染病的监测、预防和控制；后者的任务是在重组研究机构和实验室的基础上，提高对预防科学的研究，积极探索新的、有效的疾病防治方法，提高上海疾病防治和公共卫生的科学水平。经过这样的整合，拆去单一疾病防治的“围墙”，疾病控制中心就真正成为综合管理、检验、科研、培训等功能为一体，主要从事公共卫生保健，疾病预防控制和预防医学研究的预防保健机构。

——摘自刘俊同志在1998年上海市卫生工作会议上的报告

今天是上海市卫生发展史上具有重要意义的一天，在市委、市政府的领导下，经过三年的精心筹备，上海市疾病预防控制中心、上海市预防医学研究院终于正式成立了。这是针对疾病谱改变，切实加强预防工作的重大举措，是防病体系资源重组、理顺体制、提高效益的重大改革，是上海卫生系统迎接第二次卫生革命调整的重要里程碑。

1996年初，局党委就卫生监督体系建设与防疫站发展方向作出了初步决策，决定必须理顺防疫站的卫生监督、卫生预防及预防科学研究的三大功能，作为第一步在当年8月成立了上海市卫生局卫生监督所。1997年，在此基础上又作了进一步实施论证。在去年7月市委、市政府召开的上海市卫生工作会议上，把“市和区县卫生防疫站要在加强预防控制传染病的基础上，承担慢性非传染性疾病的防治功能，逐步向疾控中心发展”的决定写进了会议决定。现在，我们已完成了市卫生局所属的7个主要防治机构（市卫生防疫站，市劳动卫生职业病防治研究所，市寄生虫病防治研究所，市结核病防治中心，市肿瘤防治办公室和市心脑血管预防办公室等）的实质性整合，建立了临床基地

和科研基地，并与全市各有关单位进行了多方面的协作与共建，使疾病预防控制中心和预防医学研究院终于如期成立。

希望通过多方面的努力，使疾病预防控制中心着重实现五大功能：（1）解决参谋功能。要使用现代疾病预防和控制技术，为卫生行政部门拟定规范化疾病防治方案和适宜技术决策参谋。（2）疾病监测功能。要及时预测和评估疾病动态，为调整疾病预防、控制策略提供科学依据。（3）防治实施功能。要实行疾病预防工作的计划制定、组织落实、效果评价的功能。（4）科学研究功能。要开展预防医学科技攻关，加强国内外交流与合作，提高预防医学科学水平。（5）卫生服务功能。要实现提供疾病预防技术服务、咨询，推广科技成果的功能。

——摘自刘俊同志在1998年上海市疾病预防控制中心、  
上海市预防医学研究院成立仪式上的讲话

今年三件重点工作：（1）疾病控制中心成立后，要抓紧建立、完善新的工作体制，提高防病工作的整体水平。（2）在区县卫生防疫站的基础上，组建区县疾病预防控制机构，完善全市防病网络。（3）由疾控中心牵头，年内要制定上海市慢性病防治规划。力争通过3年、5年、10年坚持不懈的努力，使若干慢性病的发病率减低或推迟初发年龄，真正延长上海市民的健康年龄。

——摘自刘俊同志在1999年上海市卫生工作会议上的报告

### 专题三 卫生监督体系建设

1996年在全国率先成立了市卫生局卫生监督所，将卫生防疫站的公共卫生执法功能剥离出来，实现了卫生执法主体向卫生行政部门的转移。1997年成立了市卫生局医疗机构监督管理办公室，加强

对医疗机构行医执法管理。1998年将原分散在各专业防治机构的行政管理职能集中划归市卫生局卫生监督所，强化了卫生监督所的公共卫生执法功能。1999年至2000年间，各区县相继成立卫生监督所，完善市、区公共卫生两级执法网络。2001年初完成了公共卫生执法与医政执法合二为一，形成综合执法队伍，进行统一的卫生执法。在此之后，上海卫生监督体系模式在全国得到全面推广。

### 讲话摘录：

理顺卫生执法体制的目标是：进一步加强卫生执法工作，促进卫生行政部门转变职能、依法行政，要根据卫生法律规范的规定、行政执法的要求和卫生专业的特点，逐步理顺卫生执法体制，强化卫生行政部门依法执法能力，形成公共卫生监督、行业监督、药品监督等相对综合的卫生执法专职队伍。

首先要从市卫生局的局机关职能处室的设置开始整理。医政处主管各级各类医疗机构的行医监督。把卫生防疫处改为卫生监督处，同时加挂疾病控制处的牌子。疾病控制和卫生监督处有联系，有区别，希望把疾病控制和卫生监督这两项有内涵联系的工作放在一个处里，相互协调，有分有合，同时要充实承担执法任务的卫生监督人员。

理顺市和区县的公共卫生监督体制，成立市和区县的卫生监督所，形成一支公共卫生监督执法队伍，承担和完成卫生行政部门交付的执法任务。卫生监督所先从食品卫生监督做起，其他公共卫生监督随后在条件成熟的时候逐步纳入，变成综合执法队伍。由于众所周知的原因，防疫站和卫生监督所目前尚没有条件分离，所以卫生监督的这支队伍目前放在卫生防疫站，在条件成熟的时候再考虑分离。

——摘自刘俊同志在1996年上海市卫生法制工作会议上的讲话

上海市卫生局不仅是市政府的职能局，而且是执法局。市卫生局已建立起三大执法体系。第一个体系是社会卫生执法体系，负责公共卫生执法。去年8月份市卫生局已成立了上海市卫生监督所。第二个执法体系就是成立医疗机构监督管理办公室。这个办公室直接放在市卫生局里，纳入公务员编制系列。医疗机构监督管理办公室下设两个控制网络。一是医疗质量控制中心，建立一支医疗质量监督队伍。二是监督执法管理。执法有三个内容：设置审批、执业登记、执业管理。以后对医疗质量的检查属执业管理，不是行政查一查的问题。执业管理有权检查医疗机构的执业情况，而且有权处置。希望区县卫生局与市卫生局的医政处迅速从原来的行政管理向法制化管理转化。

——摘自刘俊同志在1997年实施《上海市医疗机构管理办法》  
动员大会上的讲话

进一步健全、理顺卫生执法体系，是卫生管理从经验性、部门化管理向法制化、全行业和分级管理转变的根本所在。从今年开始要继续完善和强化卫生监督执法体系。要在市编委的指导下，与各区县政府，区县卫生局研究建立健全各区县卫生系统卫生执法机构的问题。

——摘自刘俊同志在1998年上海市卫生工作会议上的报告

近年来，我们根据“依法行政、政事分开、综合管理”的原则，采取了循序渐进的方法，对卫生执法体系进行了改变。第一步分离了卫生防疫站的卫生执法功能，成立卫生监督所，实现卫生行政部门为监督执法主体的转变；第二步成立了医疗机构监督管理办公室，加强对医疗机构行医执法的管理；第三步将公共卫生执法与医政执法合二为一，形成综合执法队伍，进行统一的卫生执法；第四步完

善市、区（县）两级的执法网络。

——摘自刘俊同志在2000年全国城镇职工基本医疗保险制度和  
医药卫生体制改革工作会议上的发言

完善卫生执法体系是转变政府职能、加强宏观管理的重要举措。经过改组的市卫生局卫生监督所即将宣布成立，这次改组解决了三个问题：一是将市疾病预防控制中心和卫生监督所彻底分离；二是将执法与监测等有偿服务分离；三是将公共卫生执法和医政执法整合。经过整合的市卫生监督所自己要加强公共卫生的监督执法，更要加强医政执法。医政执法有两大重点：一是准入，二是监督。前者包括机构、人员、医疗设备及技术的许可准入制度，前三项准入已经有明确的规定，即《医疗机构管理条例》、《医师法》及上海市大型医疗设备装备学科的相关规定。对技术准入，今年先列入调研，通过试点，逐步推开。二是加强质量监督，主要是对医疗机构和医护人员行医行为的监督。

——摘自刘俊同志在2001年上海市卫生工作会议上的报告

市卫生监督所与市疾病预防控制中心（CDC）分开独立工作，到今年4月份已整整一年了。从这一年的情况来看，CDC和卫生监督所完成了彻底的分离，同时卫生监督所按照卫生部的要求加强了综合执法，这两个目标已经基本达到。现在的卫生监督所在人员队伍上得到了加强，特别是医政执法。从人数上看，比卫生监督所成立以前多了几倍，所有的卫生监督员全部经过了相应的法律、法规知识培训，经过了严格的考核考试，持证上岗。因此，对人员素质的要求是加强了。其次，内部制度的建设加强了，遵守执法程序、书写执法文书的能力及执法力度都明显提高。现在的目标是要把卫生监督从质量和制度上进一步加以规范。同时，还要全面完成区县

卫生监督所的组建，如果这项工作在今年完成了，就可以说基本建成卫生执法体系和网络。

——摘自刘俊同志 2002 年在传达贯彻市八次党代会精神会议上的讲话

#### 专题四 社区卫生服务改革

1997-1999 年，上海致力于转换基层卫生机构的功能，在全国率先构建社区卫生服务网络，逐步将中心城区的地段医院“翻牌”为社区卫生服务中心，并按照每个街道设置 1 个政府举办的社区卫生服务中心的要求，开展社区卫生服务中心布点工作。2000-2002 年，重点加强城区社区卫生服务中心的标准化建设。2003-2005 年，完成郊区乡镇卫生院的标准化建设并全部转化为社区卫生服务中心，初步形成遍布城乡的社区卫生服务网络。通过改革，上海的社区卫生服务中心服务功能从单纯提供医疗服务逐步扩展为提供预防、保健、医疗、康复、健康教育和计划生育技术服务等综合卫生服务。与改革相配套，上海还开展了社区全科医生培养工作。

#### 讲话摘录：

社区卫生服务与传统的医疗服务模式有不同的特点。前者面向人群、家庭及社区，而后者偏重于病人；前者涵盖了预防、保健、康复及医疗服务，而后者偏重于诊断疾病；前者把卫生工作送到了千家万户，而后者在习惯上只是在医院等病人上门。同时，社区卫生服务具有全程化特征；照顾每一个人的生命过程。改变了传统医学治疗慢性病的“住院 - 出院 - 再住院 - 再出院”循环往复的过程。社区卫生服务更有利于从生物医学模式向社会 - 心理 - 生物医学模式的转化。因此，社区卫生服务不仅要更好地为人民“治病”，而更

重要地是为了人民更健康；不仅要提高平均期望寿命，更重要的是提高健康寿命，提高人的生命质量。在上海人口结构老龄化的情况下，发展社区卫生服务更有着重大的社会意义。

一级地段医院在向社区卫生服务中心转变的过程中，必然经历观念的改变，办院方式与医学模式的改变，同时也必然要求医务人员知识结构的改变，呼唤全科医师队伍的诞生。

——摘自刘俊同志在1997年上海市卫生工作会议上的报告

今年要继续抓好地段医院功能转变的试点，逐步规范社区卫生服务中心的工作模式。试点工作要回答这样几个关键问题：（1）社区卫生服务中心的补偿与运行机制。（2）社区卫生服务中心的主要工作内容与模式。（3）社区卫生服务中心的管理体制与在卫生系统内、外的网络。（4）社区卫生服务的适宜人才与适宜技术。在试点的基础上逐步向全市推开。争取通过今、明两年，逐步将全市地段医院向社区卫生服务中心转变。

——摘自刘俊同志在1999年上海市卫生工作会议上的报告

社区卫生服务改革的目的是要建立和完善本市社区卫生服务体系，为社区人群提供便捷、质优、廉价的基本卫生服务。在工作内容上，要从单纯的医疗拓展到医疗、预防、保健、健康咨询和计划生育技术指导；在服务形式上，要从医生在医院等病人改变为医务人员走向社区、走进家庭；在服务对象上，要从面向病人改变为面向社区整个人群，以适应新的卫生形势。

社区卫生服务改革的关键：（1）建立新的管理体制。通过几年实践，上海逐步形成了“区（县）政府领导、各部门协同、街道办事处负责、居委会参与、卫生部门实行行业管理”的新体制，明确了各级政府是社区卫生服务的领导者和组织者。（2）完善投入与补

偿机制。一是增加了政府对基层预防保健经费的投入，预计到 2000 年底，全市所有中心城区对社区预防保健经费的投入实现每万人口 8 万元；二是改革经费投入方式，从按“人头”补贴改为经考核后按项目投入，彻底打破基层防保“干多干少一个样”的大锅饭。(3) 培养全科医师。(4) 引入竞争机制。全市所有的社区卫生服务中心都实行医师挂牌服务，就诊病人可以自己选择医生，促使医务人员改进服务态度、提高服务效率和服务质量。

——摘自刘俊同志在 2000 年全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上的发言

社区卫生服务不是另外搞一套机构，而是一级地段医院服务功能和服务方向的定位。一级地段医院是社区卫生服务的主要载体，所以，一级地段医院向社区卫生服务中心转化的过程中，不应是一个简单的名称转变，而应该是工作方向、内涵、运行机制的改变。社区卫生服务中心应当适应医学模式的转变，从生物医学模式向社会-心理-生物医学模式转变；应当适应疾病谱的改变，做好慢性非传染病的防治工作；应当适应人口谱的改变，重点关注老人、妇女、儿童这些脆弱人群，走出医院，走进社区和家庭；应当适应医疗保险制度的建立，满足居民对基本医疗服务的便捷、价廉、质优的要求。今年建立 20 所示范社区卫生服务中心，不仅要在外观形象上示范，更要在工作质量上示范；不仅要在硬件上示范，更希望在建立新的管理模式与运行机制、管理体制上有所创新。

——摘自刘俊同志在 2000 年上海市卫生工作会议上的报告

社区卫生服务仍是今年的重要工作之一。去年出台的《关于发展上海市社区卫生服务的若干意见》，对社区卫生的工作提出了明确要求，我们要把它贯彻落实好。今年要继续推进改革进程：一是进

一步完善管理体制，年内推广到所有社区卫生服务中心。二是把按“人头”补贴改为按项目、任务和质量拨款的实施办法，使经费和任务挂钩，提高资金使用效率。三是建设40所标准化社区卫生服务中心，完成市政府实事任务。四是加快全科医生培训，充实社区卫生服务队伍，使社区卫生服务工作再上新台阶。

——摘自刘俊同志在2001年上海市卫生工作会议上的报告

社区卫生服务中心除了标准化建设外，还有两件事需要我们去。第一是关于全科医师的培养。全科医师的培养问题我们要从总体上拿出一个长远规划。何谓全科医师？它的内涵、标准、培养途径是什么？目前可先由医务人员向全科医师过渡，具体操作非常重要，否则社区卫生服务中心不能向高水平、高质量的方向迈进；第二是要注意社区卫生服务中心改建以后的服务方向。一定要坚持正确的社区卫生服务方向，要把预防保健、健康教育、常见病放在一个相互协调的地位上去考虑。目前我们在预防上已取得了很大的进展。但是在服务方向问题上，特别是用低廉的收费解决老百姓基本医疗的问题上，依然解决得不那么令人满意，这是社区卫生服务在今年必须要抓紧的工作。

——摘自刘俊同志2002年在传达贯彻市八次党代会精神会议上的讲话

## 专题五 公共卫生服务体系

2003年抗击“非典”取得重大胜利后，在市委、市政府的领导下，刘俊同志带领市卫生局与相关部门同志共同开展了公共卫生体系建设研究，在此基础上，制定实施了第一轮公共卫生体系建设三年行动计划（2003年-2005年），整合构建并切实巩固了由应急控制、信息、预防控制、医疗救治、人才培养和学科研究、卫生监督、

社会支持等七大系统构成的比较完善的公共卫生服务体系框架。

### 讲话摘录：

我们要提高对公共卫生建设的认识，一定要认真学习胡锦涛总书记和温家宝总理在全国“非典”防治工作会议上的讲话，要把公共卫生体系建设作为最近一个时期整个卫生体系的一项重点工作去抓，我们公共卫生体系建设的目标是“一个保持、四个提高”。既要通过三年的建设，保持本市传染病低发病趋势，并且进一步努力降低传染病发病率，提高城市应对突发公共卫生事件的能力，提高突发公共卫生事件的救治水平，提高公共卫生队伍的专业素质，提高公共卫生机构的装备和设施水平。

围绕上述目标，在三年内，要加紧构建六个系统。第一，要建设一个应急控制系统，要建立一个指挥有力、平战结合的突发公共卫生事件指挥平台，并且和社会的其他系统相衔接。第二，要建立一个功能完善、反应灵敏的信息系统。第三，要建立一个应对突发事件和有预防能力的疾病控制系统。第四，要建立一个完善的医疗救治系统，包括市、区两级传染病定点综合性医院的传染病科、医疗急救机构和应对传染病以外的其他生物、化学、职业中毒、食物中毒、意外伤害、核辐射等突发公共卫生事件的医疗救治机构。第五，要建立一个良好的卫生监督系统，要改善执法装备，增加人员经费投入，同时要向市、区两级卫生监督系统垂直管理的体制逐渐过渡。第六，要加大人才的培养和学科研究。

——摘自刘俊同志在2003年上海市卫生工作会议上的报告

目前，各个市级重点项目正按期快速推进。市CDC实验室大楼、应急指挥中心业务用房、市公共卫生中心被列为今年的市重大项目

一号工程。6个专科急救中心项目已完成立项。6个市级医院传染病房、公共卫生信息系统等项目也正抓紧立项。各区县的项目建设也取得了明显进展。大部分区县启动了CDC和卫生监督所的新建、改建工程。6个区县传染病医院和各区县定点隔离病房建设计划也已经确定。松江、奉贤、嘉定等区新的医疗急救站均已建成。总的来说，在各级政府的重视和有关部门的支持下，公共卫生体系建设三年行动计划的实施开局良好，各项工作取得了明显进展。

我们所说的“公共卫生”这一概念有三个层面的内涵。就医学领域而言，是指以预防为手段，以减少、消除疾病和促进健康为目标预防医学专业。就卫生经济学的范畴讲，是指由政府主导，通过一定公共卫生政策，向公众提供公共卫生产品与服务。因此，除了疾病预防以外，还包括基本医疗的内容，即世界卫生组织所说的初级卫生保健的内容。就社会学的概念而言，是指在社会危机，如战争、灾害等突发事件中，为民众提供生命救助的服务，是维护社会稳定与生命安全所必需的紧急措施。

——摘自刘俊同志在2004年上海市卫生工作会议上的报告

## 专题六 学科人才队伍建设

刘俊同志认为学科建设、人才培养是医学事业发展的关键因素，并对此高度重视。1995年开始实施了“百、千、万”人才培养计划，即重点培养100名跨世纪学科带头人，培训1000名卫生管理专业干部，加强对10000名左右基层单位的临床医师的继续教育。1999年，又开展了“医苑新星”培养工作，选拔100名35岁以下的优秀青年临床医师进行重点培养。同时，实施了“上海卫生系统领先学科建设计划”，通过竞争选拔，在全市市级医院中确定了30个重点学科，

二级医院中确定了 50 个特色专科，一级医院中确定了 40 个初级卫生特色项目。2001 年启动临床医学中心建设计划，并成为上海医学学科建设浓墨重彩的一笔，一批学科水平较高、规模较大、确实能解决重大卫生疾患的专科通过重点培养，成为了有一定学科群体、有基础研究支撑、全国著名的专病治疗中心。

### 讲话摘录：

在各级领导的重视和医学科技人员的广泛热烈响应下，上海市医学领先专业建设已经有了一个良好的开端。继去年第一周期第一年 54 个项目签约发布迄今刚满一年的时间，现在又有 45 个项目正式启动。医学领先专业建设得益于“总量控制、结构调整”的卫生改革政策，上海医务界首次以社会集资方式为主渠道，同时采用政府资助、单位匹配、多方筹资途径，筹集医学发展基金用于领先专业建设。据签订合同金额的统计，去年市卫生局和各医院等联合拨款 5117 万元用于支持领先专业建设。加上今年和明年的投入，第一周期的建设计划经费强度会大大超过 1 亿元。

——摘自刘俊同志在 1995 年上海市医学领先专业建设项目  
发布会上的报告

加强学科、人才梯队建设关系到医务队伍的整体水平和综合服务能力，是振兴上海卫生事业的根本。因此，在新世纪的第一年，把学科和人才梯队建设放到一个突出的位置来加以考虑，具有重要的战略意义。在学科建设方面，今年有两项重要工作：一是启动第三周期领先学科建设计划，在全面评估第一、第二周期领先学科建设的基础上，选择部分优秀的学科进入第三周期建设，同时增加一些新建学科，特别是新兴学科、交叉学科、边缘学科，还要扶植某

些薄弱学科。二是随着投入机制改革的深化，“十五”期间重点建设若干临床医学中心。今年将选择若干个试点，启动这项工作，通过加大建设力度，将以某个专科为主的学科群建设成为国际一流、国内领先、具有相当规模、相当水平、相当知名度的医学中心。

对于人才建设，新世纪的第一年起，就要作为卫生系统的重点工作来抓，分层次予以落实。今年首先要加强调研，制订好“十五”人才规划，并且要从机制上研究能够出人才、留人才，使青年人才脱颖而出的政策。要继续抓好“百人计划”及“医苑新星”的培养。对102名跨世纪青年学科带头人进行一次全面的跟踪调查，加大培训力度。今年继续选拔好50名35岁以下的医苑新星。

——摘自刘俊同志在2001年上海市卫生工作会议上的报告

临床医学中心建设是年内的重点工作之一。临床医学中心建设的方向在哪里呢？我想我们不要把注意力单纯地投向简单的投入，多添置仪器设备、多增加床位，而是一定要抓好医学中心建设的质量、水平。我说的质量是医疗质量，水平则是指管理水平，一定要有一流的质量、一流的管理水平、一流的硬件、一流的软件。对医学中心，要率先给予特殊的政策，促使它加强人才梯队建设，人事制度改革和其他运行机制的改革。希望各单位一定要齐心协力把这作为一件大事去抓，不是抓一两天，要抓出成果来，绝不要以为打一个擂台，弄到一点钱就好了，这不是目标，如果以这为导向，是达不到效果的。

——摘自刘俊同志2002年在传达贯彻市八次党代会精神会议上的讲话

学科和人才建设是卫生事业发展的基础。有计划地加强学科和人才梯队建设一直是卫生系统的重要工作。“领先学科专业建设计划”通过两个三年周期的实施，已在市级医疗单位建设了30个医学重点学科；在区（县）级医疗单位，建立了46个医疗特色专科；在一级

医疗单位，建设了 38 个初级卫生特色项目。还在全市选拔了 100 名 45 岁以下的优秀学科带头人和 99 名 35 岁以下的青年优秀人才，加以重点培养，取得良好效果。从 2001 年开始，又在 20 家三级医院中建立了 29 个临床医学中心，目标是力争通过 5 年的建设，形成一批具有国际水平和国内一流技术、一流管理、一流设施的医学中心。

——摘自刘俊同志在 2003 年上海市卫生工作会议上的报告

必须把学科人才队伍的建设和深化卫生改革结合起来，使我们的学科和人才建设与卫生改革相互促进，协调发展。

近年来我们实施的医学领先学科和临床医学中心建设计划，本身就是改革的成果，这两个计划都是与上海的卫生改革密切相连的。这要追溯到 1994 年，我们开始实施了“总量控制、结构调整”的改革，改革是从五毛钱的诊疗费开始的，滴水成河，筹建了上海医学发展基金，第一次启动了领先学科建设计划，是改革支撑了我们的学科和人才建设。而对一个医院来说，把改革和人才梯队建设结合起来，也是非常必要的。比如说，我们非常赞赏神经外科临床医学中心成立了神经外科集团医院，它把外院的神经外科资源整合起来，这样就发挥了其他医院神经外科资源的效力，又为自己神经外科的医生提供了广阔的舞台。而华山医院的领导对神经外科的支持也是很大的，具有决定性的，给华山神经外科的手术室一个楼面，7 个专用手术室，空气流通，提供了最好的设备条件。如果没有这样的支持，没有这样一个神经外科集团，不可能使神经外科的手术量从原来的 2000 例增加到 6000 例左右。通过这样的集团改革，给老百姓带来了什么呢？神经外科的平均住院天数由 25 天缩短到 19 天，人均住院费用从 2.5 万元下降到 1.6 万元，病人满意度超过 98%。我们卫生改革最后落脚点在哪里？应该是改善为病人服务。神经外科集团的

改革和临床医学中心的改革结合起来，我看政府在这个集团上再投个1000万元、2000万元都是值得的，这就叫集团化，这就叫临床医学中心。

——摘自刘俊同志在2004年上海市卫生系统科教兴医大会上的讲话

## 专题七 医疗机构联合重组

刘俊同志担任上海市卫生局局长期间，还推动了医疗机构联合重组工作。九十年代后期，根据城市总体规划、人口迁移和疾病谱的变化情况，采取拆、并、迁等形式对医疗卫生机构进行布局调整。1999年瑞金医院与卢湾区中心医院合并、与市政医院合作，进行了组建医院集团的探索。2000年，利用专业学科优势，以经营管理、技术合作为纽带，先后推动组建了华山神经外科（集团）医院和龙华中医医疗集团。同时还积极探索企业医院的属地重组和同类医疗机构的撤并组合。通过重组，盘活了存量，形成了机构间医疗资源和人力资源的互补，优化资源配置，提高了卫生系统的综合服务能力。

### 讲话摘录：

探索医疗机构联合重组，优化卫生资源配置。我们制定下发了《上海市医疗机构联合重组的若干意见》，对各级各类医疗机构及组合去向提出了原则意见。瑞金医院与卢湾区中心医院合作、与市政医院合并开创了跨行政隶属关系组建医院集团的先河。闵行区打破条块分割，将区属医院分别与上海医科大学和上海第二医科大学签署了共建协议。浦东新区人民医院、中医医院、妇幼保健院拆除围墙，实行联合，实现了卫生资源的优势互补和资源共享。原属纺织系统的纺一、纺二两家医院成建制划转所在地区。中冶集团在上海地区

原有4家医院，即宝冶、二十冶、十三冶和五冶医院，撤四建一合并为中冶集团职工医院。上海华山神经外科（集团）医院，以学科联合为核心，以人才技术为纽带，分层次联合2个二级医院及2个一级医院，组建成神经外科的专业集团。

——摘自刘俊同志在2000年上海市卫生工作会议上的报告

今年的工作我只提三项重点：第一，关于医院重组工作，目前，我们已经顺利地完成了纺一、纺二医院属地、重组工作；企业医院不是简单的属地、重组。纺一医院属地后，迁走了利群医院，让纺一作为普陀南片的医疗中心，把普陀南片的医疗资源进行了重组。纺二到了杨浦区，已经和肿瘤医院组成了新的中原医院，迁到了一个人口导入区——中原小区，这些都是非常成功的重组资源的经典经验。对于内部调整的工作，比如黄浦区中心医院的几个合并为一个，中原职工医院的四个合为一个，现在我们要接着帮着农场局做好17个医院重新布点调整成为5个社区卫生服务中心和1个老年护理医院。对于医院的合作，我们已经有了瑞金医院的经验，今年年内又出现了华山、龙华、市一等医院联合重组等形式。希望这些医院的同志们要脚踏实地，不断探索完善，不是把蛋糕做大，而是把蛋糕做好；不是单纯地扩大规模，而是提高质量；不是去增加市民的负担，而是要为医保省钱，为老百姓治病省钱。

——摘自刘俊同志2000年在上海市卫生系统学习传达“全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议”上的讲话

随着城镇建设与人口的迁移，鼓励医疗资源逐步适度地从资源密集区向相对缺乏区迁移。实施“十五”基建规划，市级医院通过建设，第一人民医院将在松江新城建立分院，曙光医院将向浦东迁移，

儿科医院将迁建闵行。各区县也正在有计划地调整区县内部的卫生机构布局。随着人口谱与疾病谱的改变，鼓励盘活存量资源，向举办老年、精神、护理、康复等卫生需求增加的领域发展。

——摘自刘俊同志在2002年上海市卫生工作会议上的报告

## 专题八 医疗机构运行机制改革

在医疗机构运行机制改革方面，刘俊同志重点探索了投入机制改革、人事分配制度改革和后勤社会化三方面的工作。2001年起探索投入机制改革，将日常经费的投入从按“人头”分配的方式改为按工作量、工作质量和效益进行分配，将专项经费的投入从等比例（“洒胡椒面”）分配的方式，改为集中力量解决重点医学中心的建设、医院公共设施的建设等问题，发挥政府投入的导向作用，提高投资效益。探索住院医师规范化培训制度，对不具备规定学历、资历的人员实行“三转岗”政策，对未聘专业技术人员实行“挂编流动”政策。打破传统的以人员数量为核心的工资总量静态分配模式，建立与医疗单位工作绩效相对应的工资总量动态调控机制，将内部分配与岗位聘任紧密结合，实行档案工资与实际工资相分离。开展了包括组建区域性医院后勤服务实体、委托社会企业提供服务等多种模式的医疗机构后勤改革。

### 讲话摘录：

关于政府的投入，我们不仅要研究投入的适宜总量，更重要的是提高投入的效率，改变“不要白不要”的大锅饭思想和依赖国家的“投资饥饿综合征”。对于不同的功能与定位的机构应有不同的投入政策，对于不同的项目应有不同的投入方法。只有投入机制与补

偿机制有了改革，才有可能促进医院的运行机制的改革。

——摘自刘俊同志在2000年上海市卫生工作会议上的报告

投入机制改革的目标是在国家现有财政管理体制下，界定财政供应的范围，规范供应方式，效率优先，兼顾公平；完善补偿机制，鼓励争取多种渠道投入；发挥投入的宏观导向作用，有利于医院结构、学科结构的调整，有利于区域规划的实施，有利于推动时代特征、中国特色、上海特点的新的医疗服务体系的建立。

根据以上目标原则，具体改革的内容有：（1）卫生事业的经常费用主要用于弥补亏损，改革按床位、职工人数等规模指标分配的办法，主要用于按工作量来确定收费不足的亏损；弥补各单位离退休人员经费、不可预测的病人欠费、某些特殊病种的治疗和其他政策性因素所造成的经费不足等。（2）卫生事业的专项经费主要用于事业发展。要改变事无巨细、“撒胡椒面”的办法，集中用于解决医院内有突出问题的公共设施（如公厕、电梯、锅炉）和若干个与区域卫生规划相关的重点医学中心建设。（3）加强资金使用的科学性和公平性，探索项目申报、专家评审制度，鼓励竞争，提高效率，同时可加强资金分配、使用过程的监督管理及使用效率的考核评估。（4）为了放大资金的使用效益，加速卫生事业的发展，要逐步将可使用的资金集中使用，并探索通过贴息贷款的办法，为建设若干个标志性医院筹措资金。

——摘自刘俊同志在2001年上海市卫生工作会议上的报告

在计划经济模式下，政府的投入曾经对事业的辉煌起过决定性作用，但是随着时代的变迁，有限的投入也曾经成为事业发展的瓶颈。并且“吃皇粮”的经济运行模式导致国有资产投入不计成本，使公立医疗机构陷入了一个缺乏压力、缺乏竞争的泥潭。这两个因素的

共同作用，使公立医疗机构的运行长期来处于一个无激励、少活力、高成本、低效率的境地。因此，改革的必要性是毋庸置疑的。改革的指向，就是要突破这个瓶颈，跳出这个泥潭，以投入机制改革为突破口，逐步实现国有资产管理与管理体制改革的创新。

投融资机制改革的基本思路是：坚持管办分离、政事分离、分类管理的原则，坚持政资分离、产权明晰的原则，坚持取之于卫、用之于卫的原则，坚持引入市场机制，形成多元投入的原则。首先，要组建一个由政府新增固定资产投资和原有市级国有卫生机构存量资产投入两方面构成的公司实体。然后由这个实体逐步承担目前政府办医中的非营利性固定资产投入的职能，管理相应医疗机构的投入和国有资产的经营盘活。经过市场运作的改革，提高国有资产的使用效益。综合考虑市财政的投资方向、医疗机构的隶属关系、“两级政府、三级管理”的体制及改革难易程度等因素，这项改革先在市级财政的非营利性医疗卫生机构中进行试点。

——摘自刘俊同志在2002年上海市卫生工作会议上的报告

今年要继续推进人事、分配和后勤社会化改革，包括今年要在所有公立医院中推开全员劳动合同聘任制，加大竞争上岗。在职称评定中，逐步实现“个人申报、社会评审、单位聘任，评聘分开”。继续深化分配制度改革，今年要重新确定单位可分配总量，与工作量和质量挂钩，体现公平与效率。在单位内部完善合理分配制度，既保证医护人员的合理收益，又体现加大激励因素，促进医院的改革与发展。

——摘自刘俊同志在2003年上海市卫生工作会议上的报告

医院后勤社会化改革的目标是实现三个转变：一是要从单位的后勤变为集约化、专业化管理的后勤；二是要从单位的后勤人变为

社会的后勤人；三是要从医院院长办后勤变为出钱买后勤服务。到2000年底，基本完成医疗卫生单位内部后勤服务职能和管理职能的规范分离，后勤服务的人员组成相对独立的服务实体；经过2年左右的时间，将医疗卫生单位后勤服务职能和人员从医疗卫生单位规范分离到行业或社会，从而根本改变医院办社会的旧模式。

后勤社会化改革的三种类型：（1）成建制分离，后勤服务职能和人员转入后勤服务中心，进而走向社会。（2）引进社会优势企业，开展单项目委托管理。（3）“人随事走”，按项目分离到行业或社会。

——摘自刘俊同志2000年在全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上的发言

（资料整理：吴凌放）

（编辑：信虹云，杜丽侠，许明飞）

## 第二部分 构建中国特色医药卫生体制

——刘俊同志医改相关重要文稿和演讲资料整理

刘俊同志退休后担任国务院深化医药卫生体制改革专家咨询委员会委员、卫生部决策咨询专家委员会委员、上海市政府医改顾问，为国家和上海制定出台医改方案建言献策，作出了重要贡献。我们收集整理了他在此期间的有关文稿和演讲资料，选择其中部分有代表性的予以刊登。

### 关于构建中国特色医疗卫生保健体制的思考

（根据刘俊同志2008年医改研究笔记整理）

中国医改已经到了历史性关键时刻，既有机遇也面临挑战。首先，科学发展观和构建和谐社会为医改奠定了政治基础；其次，社会经济的发展奠定了良好的经济基础，来支撑医疗保障体系和卫生事业的发展；再次，经过多年社会发展，具备了社会基础和公共基础。所以，对医改要有信心、有决心、有耐心。有信心，是因为已经具备良好的基础；有决心，是因为目前正处于一个历史关键时刻，从为全国人民利益、为国家和谐稳定出发，必须下决心解决；但同时要有耐心，因为医改不是一朝一夕之功，并非下发一个文件、办成一件事就能解决，要做长时间艰苦奋斗的思想准备。要在中国卫生改革 20 余年经验的基础上，清醒地分析形势，充分汲取世界各国的有益经验，立足本国国情，建设具有中国特色的医疗卫生保健制度。

## 一、一个目标

从我国国情出发，医疗卫生体制建设应以人人享有基本卫生保健为目标，提高我国居民基本卫生保健的可及性，改善人口的整体健康水平，促进社会和谐公平。这应当成为国家发展战略和经济社会协调发展的重要目标，成为全面建设小康社会和检验政府执政能力的重要内容。

基本卫生保健制度内涵相当丰富，是在国家层面上的适用于全体居民的国家制度，由政府主导、以社会筹资为主、向全体居民提供公共卫生服务和基本医疗服务。这是国家保障国民基本健康权益、保障城乡全体居民能够公平获得基本卫生服务的国家制度。这项制度具有以下几个要点：

1. 这一制度的核心价值观是确保全体居民“公平”享有“基本卫生服务”。

2. “公平”的概念：“公平”不是指平均分配卫生资源，或是国家包揽一切，而是让全体居民能享有与社会经济发展水平相适应的，国家、社会、个人负担得起的基本卫生保健；在大病风险时，能有一个社会分担机制，减少因病致贫的风险；个人卫生筹资应同个人收入相适应，即富人应付更多的钱，而穷人则相反。

3. 基本卫生服务是指与社会经济发展水平相适应的，政府通过公共筹资能支付的卫生服务项目，主要通过基层卫生机构为全体居民服务。根据基本卫生保健服务的主要内容可以分为公共卫生服务和基本医疗服务两大部分。

公共卫生服务是由国家税收筹资、基层医疗单位提供的预防干预措施，包括针对人群和居民个体的公共卫生产品。世界卫生组织对公共卫生产品的界定范围为：环境卫生、控制传染病、个人健康

教育、组织医疗和护理服务、早期诊断并治疗疾病，以及建立相应社会机制，确保每个人都享有足以维持其健康的生活水平。

基本医疗服务是指国家基本卫生制度所规定的、与筹资水平相适应的、体现社会公平所必需的诊断和治疗服务，以税收和社会保险筹资为主，全体公民都能支付得起。它的核心内容是基本设施、基本项目、适宜技术和基本药品。为了界定基本医疗服务的范围和支付标准，许多国家根据各自的筹资水平和医疗实践来确定可操作的基本医疗服务项目、基本设施和适宜技术（即基本服务包），以及可提供的必需常用药品（即基本药品目录）。

## 二、两层服务体系

建设基本卫生保健制度，需要构建基本卫生保健和医院服务两大服务体系。基本卫生保健体系由城市社区卫生服务机构，农村乡、村两级卫生机构和疾病预防控制机构及妇幼保健机构组成。这些机构主要由政府直接举办，也可由政府向私人机构购买服务。基本卫生保健体系免费向全体居民提供疾病预防等公共卫生服务，低收费提供基本医疗服务。政府根据财力状况，确定基本卫生保健机构的服务项目和收费标准，政府核拨基本卫生保健体系的人员工资和运行经费。基本卫生保健推广采用传统中医药和民族医药，控制医药费用。基本卫生保健体系建立完善之后，可以解决 80% 左右城乡居民的基本卫生保健服务需求。

医院服务体系包括现有大中型医疗机构，以收治住院病人为主，接受基本卫生保健机构转诊的病人，为患者提供疑、难、重症诊疗服务，开展医学科研，培养高素质医疗卫生人才，逐步减少一般常见病、多发病的门诊治疗。医院服务体系的经费主要来自于各类社会医疗保险付费、商业保险付费和个人付费。政府应对公立医院的

基础设施建设和大型设备购置给予必要的补助。

在上述两大卫生服务体系中，基本卫生保健体系是实现“人人享有基本卫生保健”的基础，应作为今后卫生发展的战略重点。基本卫生保健制度的建立，标志着我国在世界上进入建立全民健康保障制度国家的行列。

### 三、三重筹资保障

将税收保障筹资、社会保险筹资、医疗救助三种筹资保障相结合，建立覆盖全局的保障体系，使每一个老百姓都能得到一份安全。第一个层次是基本医疗服务和公共卫生服务，实现机构是基层医疗卫生中心和公共卫生服务机构，实现的模式为免费和国家供给，以税收筹资为主。第二个层次是针对大病医疗，它的治疗单位是区域的医疗中心，是以社会保险（分担机制）为主。第三个层次是医疗救助，针对一些特殊的、困难的人群，是一个托底的保障线。筹资保障体系与服务体系的对应关系见图 1。

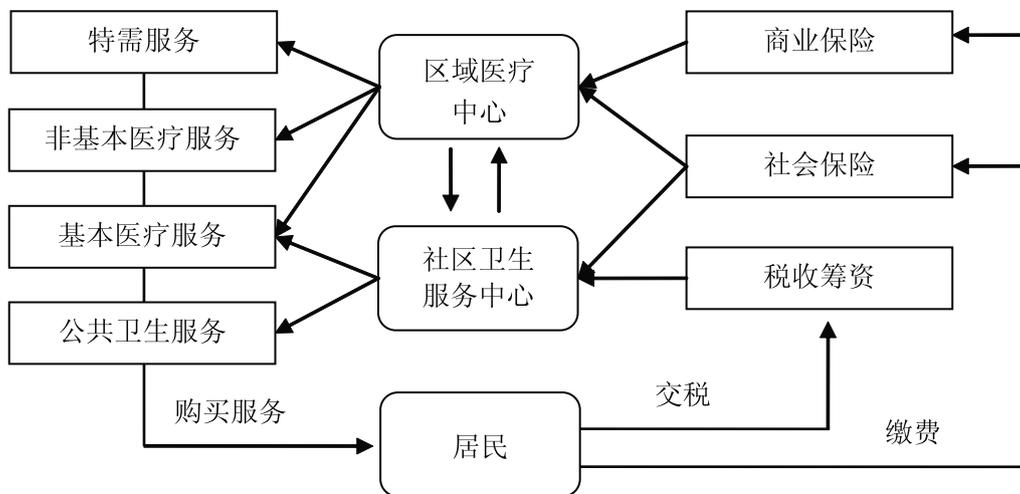


图 1 筹资保障体系与服务体系的对应关系

由于我国城市化水平低，广大农民和城市低收入人群难以按规范办法及时缴费，决定了我国在相当长的时期内不可能建立全国统一的社会医疗保险制度。为此，建议建立多层次的社会医疗保险制度：

1. 积极扩大城镇职工医疗保险制度覆盖面，合理调整个人承担的医药费用比例，减轻参保者的经济压力。有条件的地方将统筹层次由地市级提高到省级，增强医疗保险基金调剂能力。

2. 加快推进新型农村合作医疗制度，随着经济发展和财政收入的增加，应逐步增加政府补助数额，适当提高农民缴费标准，加大保障力度。

3. 对城市非就业人员、低保人员及少年儿童，参照新型农村合作医疗的做法，采取政府补助和个人缴费相结合的办法，建立以大病统筹为主的医疗保险。

4. 积极发展商业医疗保险，鼓励中高收入人群积极参保。

5. 加强城乡医疗救助制度建设，逐步扩大救助面，提高救助水平，重点解决特殊困难人群、特殊病种的医疗问题。

多层次社会医疗保险制度的建立，将使不同形式的社会医疗保险制度覆盖全体社会成员，重点解决群众的大病治疗，有效防范经济风险。基本卫生保健制度、大病保险为主的社会医疗保险制度、医疗救助制度、商业医疗保险制度相衔接，构成比较完整、具有中国特色的医疗卫生保障体系。

#### **四、四项支持措施**

第一，增加投入与投入机制的改革，明确投入方向，提高投入效率，加强投入监管。一是明确政府对居民卫生保健的责任，建立稳定的财政经费保障机制，逐步提高政府卫生投入占财政总支出的比重，改变我国政府卫生投入过低，居民支出过高的状况，确保基本卫生保健的公平可及。二是保障城市社区和农村卫生机构的人员经费和工作经费，使医务人员全身心地投入到健康服务中去。三是对参加农村合作医疗和城镇居民医疗保险的困难居民给予补助，帮

助他们获得必要的医疗服务。四是加强医学科研，提高基础和临床攻关能力，支持重点医药技术研发，发展具有自主知识产权的医药技术。五是大力支持中医药事业发展，为实现传承和创新两大战略目标提供强有力的支持。六是中央财政加大对中西部地区的转移支付力度，支持地区间协调发展，逐步实现公共卫生和基本医疗服务均等化。

第二，实施药品领域改革。药品不同于其他一般商品，药品并不是由患者主动消费，而是由医生指导患者消费。药品使用的这一特征，决定了药品生产流通企业不能单纯追求经济利益，而应以社会效益为最高准则，维护人民群众的切身利益。药品领域要有生产、流通的正确导向，要以基本药品目录的实施和药品的规范使用为重点。按照安全、有效、价廉的原则，由国家制订基本药物目录，实行定点生产、政府定价、集中采购、统一配送办法，较大幅度降低群众基本用药负担，提高基本药物的可及性。国家对生产基本药物的企业应当在税收政策上给予适当优惠。积极推进药品生产企业的重组和并购，提高规模效益，减少低水平重复生产。大力培育和扶持具有创新能力的医药企业研究开发医药产品。扶持中药产业发展，确立相关标准，使中医药稳步走向世界。对不符合质量规范的药品生产和流通企业要坚决采取关停措施，杜绝假劣药品流入市场，危害群众健康。提高药品生产、经营企业的市场准入标准，切实加强市场监管，严格新药审批。

第三，改革管理体系，明确政府部门的职责划分与协调，以及政府与社会的分工与协调。医改涉及到筹资、保障、卫生服务、卫生监督、卫生管理，涉及到公共管理、医疗管理、药品管理等各个领域，必须在改革医疗体制的同时改革管理体系。按照“精简、统一、效能”

的原则，借鉴国外行政管理体制“大部制”经验，整合政府卫生行政管理职能，归并管理部门，建立综合性的卫生行政管理体制。同时，切实转变政府职能，加强公共服务和社会管理。理顺医疗机构监管体制，落实监管职责，避免多头管理或监管“空白”。政府对医疗机构应实行管办分开，强化监管职能。卫生部门内部应专门设立医院管理机构，行使监管医疗市场、维护人民群众健康权益的职能。

第四，加强卫生立法，从法律制度上确保国家意志的实施和公民权利的保障。国家将制定《基本卫生法》，明确政府、社会、居民的权利和义务，明确维护卫生事业公益性质，切实保障公民健康权益。虽然这只是卫生法的一个模板和目录，也是卫生事业的一个很大的飞跃。要加强卫生监督体系建设，提高执法能力和水平，加大执法力度，建立和落实问责制；重点加强医疗服务监管，保证安全、有效；加强食品、餐饮和公共场所卫生监管，保障人民群众健康安全；加强职业卫生监管，严肃查处损害职工健康的不法行为，保护职工健康权益。

## 谈中国卫生体制建设与公立医院改革

（根据刘俊同志2010年在国家行政学院培训班上的讲话整理）

公立医院改革是医改中的难点。要用系统的观点来认识这个问题，只有了解社会系统才可能了解卫生体制的建设，那么当然只有了解卫生体制的建设，才能理解公立医院的改革。

公立医院改革为什么成为难点，大家认识是不一致的，因为有分歧，才会难。如果说认识比较一致，再难的问题也就不难了，但

是有那么多的分歧，那么多的认识不一致，我从哪里着手呢？我想从两个方面出发作为我的起点：一是从基本概念的分歧入手，把基本概念搞清楚，这就像我们做医生的时候，从我进入上海医科大学学习的时候，学校严格要求学生做基本训练、强化基础知识技能。二是从国际国内两个方面的成功实践入手。人家有什么好的，已经成功的东西，来作为我的学习体会和思考。

我沿着这样一个思路写了四个问题：第一个问题是卫生体制是怎么诞生的，第二个是卫生体制是维护人员健康的“船”和“桥”，第三个问题是现在我们这座“桥”摇晃起来了。用一句话来概括，第一是讲由来，第二是讲作用，第三是讲问题和面临的挑战。最后归结到一点，怎么加强制度建设和公立医院改革。公立医院改革是体制建设的一部分，只有在整个体制建设往前推进的时候，公立医院改革才有可能成功。反之，只有深化公立医院改革取得了成功，体制建设才能完善。如果少了公立医院改革，那么中国新医改的体制建设是不全的，是不会成功的。那么，我们怎么认识公立医院改革和体制建设的关系，怎么用系统的思想去指导公立医院改革，我放在第四个问题来跟大家汇报。

### **一、医学进步与社会文明推动卫生体制的诞生**

我们先来说说卫生体制的由来。世界上本来没有卫生体制。医生和病人是人类最原始的行医模式，医生给病人看病，病人向医生付费，出钱买服务。这个社会形态是很简单的，但是随着医学和社会文明的进展，变成了一个复杂的社会体系。

首先是出现了医院，中国的医院最早什么时候才开始呢？文献上没有查到。上海最早出现医院是1844年，第一个医院是仁济，带外国人教会色彩。当时的社会背景是1840年的鸦片战争之后的第4年，

这个医院产生以后，出现了一个集中治疗病人的医疗机构，个体行医变成了群体行医。一个医师从头到脚什么都看，逐步有了分科协作。就医模式从分散治疗转变成集中治疗，原来是医师到病人那里去，变成了病人到医师那里去。特别重要的，原来的个体经营变成了机构经营。医院出现了一个经营者，而医师成为了经营者的雇工。

所以医院出现是医学的重大进展，与原来的个别的、松散的单个医师相比较，极大地推动了医学科学的进步。病人也出现了变化，病人可以寻求优惠保障，而优惠保障的出现就引出了付费方，付费方的出现有力地保障了人民应有的、维护健康的权利，所以，就出现了供方（医院）、需方（病人）、付费方（保险）。政府为了要把这几个机构协调起来，就产生了管理方。

需方和供方的出现形成了一个特殊的医疗市场，这个市场中，所交换的是涉及到“生和死”这一特殊商品。所谓特殊，指无论在哪里，人人无法避免。生老病死，涉及到所有世界上的生物，人类对医疗都有需求。人人无法挑选，他不能随着人的意志挑选一个生病的时间和内容，不能选择。无法预测，不知道这个病治疗以后的结果怎么样，也无法预测因为疾病进了医院，大概需要多少钱。一般的商品交换是可以更换的，比如我买了一台电视机，不要我就换一个。但是，如果一个人切掉一个胃，切掉一个肾脏，一旦发生就变成永远，不能更改。医疗市场交换的这个特殊商品，个人和家庭承担了极大风险，“人人无法避免，家庭难以承担，政府不能不管”。

我为什么要强调这些大家看来都懂的东西，是因为现在有很多高明的经济学家，他们忘记了最基础的东西。他们把这样的商品交换，等同于市场上的肥皂等日用品一样的买卖，电视机、电冰箱一样的买卖，他们把经济学中最简单的东西，强加到事关生与死

的最特殊的商品和商品领域，卫生系统很多观念的混乱来自于此。

## 二、卫生体制是维护人民健康的“船”和“桥”

### （一）什么是医疗卫生保健体制

在卫生领域，市场是失灵的，于是卫生体制的三个主角登上历史舞台。

1883年出现第一个社会保健制度，卫生体制从个人和个人的关系、医师和个人的关系，转化成为付费方、需方、供方的关系，继而上升为国家制度。人民大众在卫生体制的维护下，才得到了真正的公平的健康权益，我总结为“卫生体制是维护人民健康的‘船’和‘桥’，是一个手段，是一个方法，是一个工具，是不可缺少的国家制度”。这是化解疾病风险，保护公民健康的基本制度；是促进劳动力素质提高，促进民族繁荣的重要措施；是维护社会秩序安定，推动社会进步与文明的基础。

### （二）三种主要的卫生保健体制

一百多年来，不同的国家和地区从他们不同的生产力发展水平、不同的历史文化背景出发，选择了不同的卫生体制，又在不断地演变、改革和完善。其中最主要的有三种：国民卫生服务体制、社会医疗保险体制、商业健康保险体制。英国国民卫生服务体制比较完善，通过税收收取资金，而后通过医疗卫生体系向社会提供服务，这是大家所熟悉的；社会医疗保险体制中，保险机构作为付费方，这个大家熟悉的；商业健康保险体制，是比较特殊的，只有美国和少数国家实施。

三个体制谁好谁坏，很难下结论，不同国家有不同国家的选择，这是一种国家的执政理念。我把三个体制个人支付的比例、费用和结果做了一个简单的对比。虽然说复杂的卫生体制不能从这样一个

简单的对比就能下结论，但是这个简单的结论给我们一个提示，美国人的商业化的卫生保险体制，个人支付比例最大（55.4%），花的钱最多，而得到的结果不怎么好。

### （三）共同的结构和功能

从另外一个角度思考，我们国家应该怎么走。中国与其他国家共同的东西就是规律，只有规律性的东西，才有可能来指导我们中国的实践。那么这些规律性的东西，有哪些呢？我首先分析它的结构，然后看各个结构担负着怎样的功能。不管有多少个体系，所有的体系都有一个共同的组成，就是由筹资保障、卫生服务、管理监督三部分组成的，缺一不可。

筹资保障体系，它的功能是解决钱从哪里来，用到哪里去。卫生服务体系，它的功能要维持卫生服务的公平，让需方满意，所以公平和满意度是卫生服务体系的本质特征。管理监督体系，它是实施的一个调控中枢，它要监管，要评估，并且要逐步地完善。所以我讲到船和桥的时候，我比喻这个小船上坐了三个人，一个人叫舵手，两个人叫水手，这个舵手就是管理监督体系，他掌握着这一小船的方向，两个是水手，一个叫筹资保障，一个叫卫生服务，他们两个在划桨划船，三个人一条船，组成了卫生体制。

我们拿这样一个规律来看看我们现在的卫生体制，就发现很多体系在基本问题上有偏差了。我们体系里面谁负责筹资保障呢？谁负责钱从哪里来，又到哪里去啊？搞医改最头痛没钱。那么我们要看一看这个筹钱的责任在哪里。如果说一个筹钱的部门，老是说没钱，经济困难的时候没钱，经济好起来了还没钱；政府说得少的时候没钱，政府说得多了的时候他还说没钱。应当怎么办？请组织部门换一个局长。否则你说没钱啊？钱从哪里来是你的职责，你必须筹钱，

你筹不来，那就换一个人去筹，否则事情就没法说了。

还有，服务体系，你必须公平，必须提高人民的满意度。不满意怎么办？谁管服务体系谁负责，这是明确的职责。监督管理体系要对整个体制进行宏观设计，如果我们建立的一个体系，不能从这三个方面同时到达，这个三人小船就会在河里面打转转。这是一个共同的结构，是一个基础概念。

#### （四）国外医疗卫生体制建立的一些共同规律

下面我讲讲这个结构和功能有什么共同的规律。

第一，作为国家基本制度的医疗卫生体制应当以覆盖全民为目标。没有一个国家的卫生体制只涵盖一部分人、抛弃另一部分人的，这都不叫国家制度。所以开始的时候我们还在争论，新农合要不要全民覆盖啊，还是要先管城里人，还是先管什么的啊，其实就是你要不要搞医改，要不要建立一个国家机制，要不要讲究公平。肯定是全民覆盖，这是一个规律。

第二，注重公平成为所有卫生体制的核心理念。我们为什么要有一个制度，就是把人的生存权，把人生命的尊严，放到我们国家的执政理念的一部分去考虑。如果我们要建立一个国家制度，但是这个国家制度本身是不公平的，那我们要这个国家制度干嘛？但是，公平两个字说说简单，做起来就很难了。我举两个例子来说公平的问题。1978年世界卫生组织在阿拉木图开了一个大会，发表了一个宣言叫《阿拉木图宣言》。《阿拉木图宣言》的本质是什么呢？就是要注重人的健康权利的公平，要在新世纪来到以前，人人享有初级卫生保健。那时还有20多年，大家以为20多年还是一个遥远的将来，大家满怀信心，以《阿拉木图宣言》为起点，开始走，是一定能在新世纪以前实现人人享有初级卫生保健的。世界卫生组织发出

了这个宣言以后，很多国家表态响应。我们国家也做出了庄严承诺，投入这个“人人享有初级卫生保健”的事业中，也要在新世纪以前覆盖全民。可以值得骄傲的是，在1978年《阿拉木图宣言》的时候，中国是作为第三世界国家成功解决卫生保健问题的典范。农村合作医疗的覆盖，农村赤脚医生起了非常大的普及初级卫生保健的作用。所以，《阿拉木图宣言》表扬了中国农村，把中国作为第三世界发展中国家典范。

新世纪的时候，世界各国的首脑又发表了“千年目标”，把健康放在第一位考虑，有很多指标是健康指标。但是那时候大家已经感到，人人享有初级卫生保健，原来要实现“公平”两个字还不那么简单。二十几年过去了，并没有实现。

2009年，世界卫生组织回顾《阿拉木图宣言》发表后30年的进展，发表了一篇世界卫生组织卫生报告。报告的主旨是什么呢？30年来健康不公平是否实现了1978年《阿拉木图宣言》讲的“人人享有初级卫生保健”。它写了一篇很激烈的文章，《用一代人时间弥合差距》。一代人什么意思？大约是30年，就是说我们这一代人再用30年能把差距弥合。世界卫生组织2009年的世界卫生报告，告诉我们全世界30年的努力是扩大了差距，所以我们要再用30年去弥合差距。所以，公平是卫生体制的核心理念。我们往前看30年，但愿30年以后，世界卫生组织的报告说，我们的差距差不多已经弥合了。但愿出现这样的报告，但还要有实践去检验。

第三，要政府主导。从卫生体制的目标理念出发，必须发挥政府的主导作用。这六个责任（制度建设、区域规划、卫生政策、卫生筹资、服务组织、服务监管）是大家都公认的，我们仔细想想，如果这六个责任全落实，中国应该改好了。说明医改最重要的是什么，

是政府的执政理念和政府主导作用的真正落实。

说到政府主导的时候，很多经济学家就一片呼声，说你们不要市场机制了？市场是一个机制，是政府主导下的市场机制，本末倒置是不行的。但是市场主导不是自主，政府主导不是限制市场，在很多方面是要促进市场发展的。要提高资源使用率，提高医护人员积极性，满足农村卫生需求，促进卫生相关产业。

关于卫生相关产业，中国的卫生产业实际上是很软弱的，事实上卫生产业是一个很大的产业。美国的卫生产业除赚了美国人的钱以外，还赚了全世界的钱。但是我们中国卫生产业中间的一部分，如医疗仪器设备，CT、核磁共振，最好的、最顶尖的设备中，国产的、民族的差不多全军覆没。不要说去国外竞争，中国的市场敞开大门，外国公司，飞利浦、东芝、日立，一个劲地进军中国市场，赚了多少钱？

药品，具有知识产权的药品，我们几乎没有。我还在想中药是我们的吧，中药我们可以满足我们国内市场，可以打到国际上面去了。不，也不乐观，我们的很多中草药制剂是从韩国和日本进口的。如果我们在重要的相关产业上面，还不加紧地开发，扶植高科技，如果有一天出现中国人吃的中药是进口的，怎么说？这些产业不调整，相反地，低水平重复，市场竞争混乱，自相残杀，而后把这矛盾一股脑地转嫁给医生和医院，最后转嫁给病人。

卫生产业不是靠赚病人的钱，而是要开发新的产品满足健康的需求。如果说你开发出一个新的产品，返老还童药，60岁人一吃跟30岁的年轻人一样。好啊，可以啊，多少钱都可以开发啊。自己没有好的产品，而是相反地拿假药、坏药，劣质商品，而后你把这些东西转嫁在病人身上，这是产业政策的误导。

卫生产业跟卫生改革有联系，但是两个领域。我以为强调市场

机制，我们不是强调得太多，是不够。真正要占领市场的东西，都给人家占领了。而在我们自己人头上，在最微小的、最贫困的、生了病最需要得到社会照顾的人身上，去强调市场机制。所以，不是不了解市场机制，而是不要错误地去危害病人，阻碍我们整个社会协调发展的所谓市场。政府要宏观调控，还要市场调节。

第四，增加公共设施的比重，减少个人支付。现在我们自己个人出钱出得太多，一定要减少，这是减轻病人的负担，解决“看病难、看病贵”的关键之一。但是公共筹资和个人筹资要有一个适合的比重，首先说因为疾病发生和严重程度不确定，所以要患者和患者的家庭来承担，不公平、不安全、低效率。现在有很多先天性遗传的疾病，发生率当然是很低，例如上海新生儿先天性畸形的发生率是0.7%，大部分是能够治愈的，如先天性心脏病、唇腭裂等，但是也有少数很难治愈。如果说发生在某一个家庭，那夫妇两个今后一辈子完了，那你说这种家庭的不幸，你要个人付费和家庭自己解决是否公平、是否安全、是否有利于整个社会效率的提高？所以要强调社会来承担，要减轻个人的风险，这是公平。但是不能走极端，在社会保障体制中不能取消个人付费。为什么个人付费不能取消？是为了遏制卫生资源的浪费。如果取消了个人付费，全民福利的结果是高消费、低效率。

这个钱怎么花，怎么去筹，筹好以后怎么个人筹资还要有一定比例。我举个例子：一个城市，为了吸引病人到社区卫生服务中心去看病，叫“下沉”。把病人吸引到社区卫生服务中心，那么二、三级医院的压力就轻了，费用就节省了。初衷非常地好，把事情设计得很理想化。怎么吸引病人到社区卫生服务中心去呢？第一，取消社区卫生服务中心的挂号费。第二，取消社区卫生服务中心

的诊疗费，就是一线的劳务服务费用，那就是一去社区卫生服务中心就拿到处方了。处方呢，医保的报销比例增大，那么自付比例就少了。我讲一个故事给你们听，老百姓取消了个人服务费以后，你是政府一个脑袋对着几百万个脑袋，他们脑袋里面也要想东西。三个老太太，每天早上到社区卫生服务中心报到。她知道了挂号费零，诊疗费零，她就开一张 80 块钱左右的处方，她拿这 80 块钱的处方去配药，拿着这个药到弄堂口卖给药贩子，打折，打折下来能够拿到 50 块的现金。而后大家就到市场上去买小菜，买完小菜以后，大家各自回家烧中午饭。一天一次，如此往复。结果有一天早上，来了两个老太，还有一个老太没来，那就问了，这个王老太今天怎么没来啊，说王老太今天病了，在家里躺着呢，所以不来了。所以公共筹资和个人筹资的比重是根据不同的阶段、不同的地区、不同的经济水平调节的。在中国企图要有一个一横杠的标准，大概不行。

第五，重视服务体系宏观规划，重视卫生策略的选择，什么道理？要提高筹资效率。这个筹资总是有限的，而人群中间对健康的需求是无限的，要调节这个能力，就是把有限的钱发挥最大的效益，包括预防为主。中国“预防为主”已经到了非常重要的历史阶段了，中国现在的慢性非传染性疾病是很高的。看看我们现在的慢病报告，高血压，全世界最多了，现在高血压在人群中间，在城市中间的普查率已经超过了 10%。成年人中，10% 的人是高血压，而且一旦高血压的药吃上去是终身的，所以制造高血压的几个药商开心得不得了，他们都把本部搬到中国来，称中国是高血压大国。你不防治高血压，再让它往上涨，了不得！而且特别严重的是高血压后期，高血压心脏病、高血压脑病、高血压性肾病都是要命的。中风多了，

心脏病多了，后面治疗的费用都是不得了的费用，而且对人民群众的健康影响太大。所以预防为主的作用、区域规划的策略、重视基层卫生建设、推广应用适宜技术、严格监管医疗行为、鼓励公立和民营医疗机构间的合作与公平竞争、重视科学管理和严格评估，对中国也很重要。

不要看现在我们是发展中国家，我们有的方面比外国人还跑得前。现在可以这样说，外国有的先进仪器设备，在中国几乎都有；只要外国有了新药，不到两三个月，中国市场上肯定有。还有，外国还没有用的新药，甚至还没有通过食品和药品监督管理局（FDA），就已经偷偷地在中国用了。这是一个很危险的倾向，因为他没有通过FDA就在我们中国的人群身上使用，卫生部是三令五申不能的，因为我们不能把中国人的健康作为实验品，不能把中国人变成实验用的小老鼠。所以这个适宜技术问题，也是一个非常重要、非常值得重视的问题。

还有监管医疗行为，还有民营医院和公立医院的合作，还有要重视科学管理和严格评估。选择高效的卫生政策是所有国家、所有卫生体制必须要做的一件事。

第六，引导健康产业走向健康发展。健康是个产业，健康产业必须做大。我们国家的产业，第一没做大，第二科技含量不高，第三低水平重复，第四无序地竞争。所以我在这里提出，健康产业也要看看病，希望它能健康地发展。

第七，健全卫生法制、加强依法管理。我们至今还没有卫生的母法。要通过立法来规范社会各方行为，卫生行政部门要依法行政。

#### **（五）卫生体制对推动社会文明的重大贡献**

卫生体制产生以后，对整个社会文明的贡献是很大的：第一，

增进了国民健康；第二，增进了公平性；第三，提高了满意度；第四，维护了社会的稳定；第五，体现了执政理念。我还加了第六，改变了整个世界。

是不是因为我从卫生系统出身，终身学医，一辈子在卫生系统奋斗，才对“健康”有那么大的感情，说“健康改变了人类本身，改变了整个世界”，这个话说得是不是太大了？一点都不大。我给大家看两个数字，一百年以前，世界上最富有的国家，美国平均寿命49岁，那时还算是高的；1949年，中国最大的城市上海，平均寿命是35岁，很低。过去100年，从1900年以来，有了卫生体制以来，人类有了一个翻天覆地的变化，最大的飞跃是什么，是人类自己，就是我们把全世界的人的平均期望寿命翻了一番。上海人现在平均期望寿命大于80岁。有了80岁的平均期望寿命，为什么会改变了自己，改变了世界呢？如果平均期望寿命都是40多岁，那就生出来，长大，生个小孩，完蛋。他上面跟下面没有知识积累，更没有财富积累。所以在100年来，世界上产生最大变化的是什么？不是客观世界，是人类本身，是人类更健康、更长寿，才可能有更健康、更长寿的人改变世界。

如果我们真正认识到这一点，给老百姓的健康投一点小钱，我们还要那么横算竖算，还那么舍不得吗？真正都想明白了，卫生系统的日子还那么难熬吗？

### **三、这座“桥”怎么“摇晃”起来了——中国医改面临的困难与挑战**

#### **（一）建国后中国卫生体制建设的巨大进步**

卫生体制是实现医学宗旨的“船”和“桥”，这是第一块砖。好，我们面临哪些困难呢？我们这座“桥”怎么摇晃起来呢？我们这个

小船正在大风大浪里面漂泊。我们先说新中国，看问题的时候要两面看，新中国卫生体制建设取得了“巨大进步”。这是锦涛总书记、党中央都这样说的，是显著的，是巨大的，是大家肯定的。

1949年新中国建国以后，就确立了四大卫生工作方针。首先面向工农兵，为人民群众服务，建立了保障体系，公费医疗、劳保医疗、合作医疗等；建立了医疗机构、联合诊所、预防保健站，培养赤脚医生。

在这样短短的一段时间里面，重大传染病、流行病得到控制，平均期望寿命从35岁到68岁，翻了一番。婴儿死亡率从200‰降到34‰，但是费用只用了GDP的3%。没花多少钱，所以1978年《阿拉木图宣言》把中国作为第三世界的人人享有初级卫生保健的典范，一点也不过分。

公立医疗机构后面要加“人民”二字。有一次研讨会上，有一个专家说过这样一段话，我印象很深刻，他说医院要不要走向市场或者市场化，实际上1949年到50年代初期，周恩来总理已经给我们定性了。“某某县医院”，应该叫“某某县人民医院”，为什么叫“人民”呢？“人民政府”、“人民军队”、“人民法院”、“人民检察院”，他把医院都放到这一系列里面，就是“人民系列”。政府管着，不走市场的，我们把公立医院再走向市场，就把“人民医院”的“人民”两个字拿掉了。我一听，很深刻，有道理，这是基本概念。50年代国务院总理周恩来给我们医院定性的时候，不是“某某县医院”，是“某某县人民医院”。定得很清楚，政府必须管，政府必须管好，因为我们的政府是为人民的。

## （二）医改面临的严峻挑战

### 1. 社会各方不满意

讲问题，我们从需方开始，因为我们服务的对象是我们最需要

关注的。需方不满意，表现在哪里？

第一，费用上升过快。我用了国家统计局和卫生部的一个官方数字，覆盖全国，覆盖的年限是24年（1980-2004年），所以凡是覆盖领域越广，时间越长，就越能发现规律性的东西。24年间，卫生费用涨了52倍，个人负担涨了133倍，而可支配收入城里居民涨了18倍，农村居民涨了14倍。我们怎么分析这样一个费用上升过快？还回到基本概念。卫生费用上升不是不好，费用总是上升的。首先，经济社会发展卫生费用上升是必然的；人的平均期望寿命长了，老年人多了，人口结构改变了，慢性病也多了，所以疾病谱、人口谱在改变，医疗费用肯定会上涨。而且，看病的设施、设备，新技术、新药的应用，也会推动费用增长，所以卫生费用上升是必然的。卫生费用上升是对健康的投入，也是对健康的投资，而且也能拉动我们的健康产业，能够增加我们的整个社会财富，还增加我们的就业。

那么，这是不是矛盾了？我上面提到费用上升过快，又说上升是必然的，问题在这里：费用是不合理上升！

一是脱离国情，我们还是一个发展中国家，GDP水平较低。正如大家到饭店里面吃饭，吃我吃得饱的东西，不会点那些超出我自己口袋里面的钱所能承受的东西，现在医疗领域不是这样。

二是没有筹资保障体系的“缓冲”。如果有人付费，人民群众不说。现在是没人付费，医疗服务涨价花的是群众自己口袋里的钱。

三是供方拉动明显。这个最重要，卫生费用那么高，是供方在拉动的，超前消费，资源浪费，结果是低效率、高消费和不公平。

我原来是在上海医科大学的，先在那里念书，以后在那里做医生，以后管了一家医院，以后调去当学校的副校长兼副书记，管着下面的几个附属医院。做了一段时间以后，1993年把我调到政府部

门。那时候，上海的医疗费用连续以30%的幅度涨了10年，而且增长幅度越来越高，1993年比1992年增长幅度达51%。我到市政府报到的第一件事、第一个任务就是要把疯涨的医疗总费用拉下来。我们当时做过调研后出台了一个政策叫“总量控制、结构调整”，第一年就把51%降一半，不讲道理。最简单的方法却是最有效的方法。

我为什么下这么大的决心，因为我看到了超前消费和资源浪费。这里我再讲一个故事：我收到一封市民来信，这个来信的人是一位教师，他说我住在某医院，医生护士对我很好，我对医疗很满意。但是有一件事情我没有想通，就是他们隔三岔五地来抽我的血去化验，后来我才明白了，原来化验的这台机器是他们医生集资买的，如果不做化验，那么他们不要说分成，连还款都还不了。因此我跟医生说，我是公费医疗，钱你就记着，血不要抽了。这是一位很严肃、很有思想的人民教师。后面他写一段话说：“请问局长先生，如果有人公共汽车上拿了我的钱包，我把这个行为叫做小偷。现在有人不仅拿了我的钱，还抽了我的血，我把这种行为叫什么？”。我开了全市的医院院长会议，用行动告诉他上海市卫生局明确的态度。各个医院增长的51%是不正常的，今年不下到24%，那明年就20%，后年15%。一律执行，行政命令，没有道理可说。当然我还有一个措施，就是把劳务价格上调，挂号费第一次从5毛以下上调到5元。什么道理？就是说医生看病是应该有钱的，但是不能医生看病没钱，而后通过乱卖药赚钱。我对院长们说给我降1000万的药费，我补你200万的劳务费。院长们说，还可以忍受。这就是“总量控制、结构调整”的由来。不是不涨，可以涨，但涨了必须要提供服务。

第二，医疗保障不健全。卫生总费用由三部分构成：政府、社会、个人，加起来是100%。在1980年的时候，政府支出占卫生总费用

的36%，社会占42%，个人卫生支出占21%。1980年以后，中国在不断地改革，不断地变化，政府的36%直线往下掉，最低的时候掉到15%。2007、2008年稍稍有上升了，从18%到22%、到24%，那是因为新农合。社会支出42%，一个劲地往下掉，最多的时候掉到25%、27%，现在大概30%多。个人卫生支出从21%一个劲地往上猛涨，最高的时候到了59%，现在还有40%。这组数据反映了什么呢？反映出我们的医疗保障制度有问题了，个人支付比例太高。面对中央所要求的“和谐社会、小康社会”的目标，科学发展观要求我们“以人为本”的理念，我们怎么解释现在的这些数字？这些数字是客观事实，不是一个人、一个观点所能改变的。那么人民群众的反响呢？卫生部第三次全国卫生服务调查显示：应就诊而未就诊的比例从1993年的36%上升到2003年的48%，应住院而未住院的达29.6%，未治愈要求出院的43.3%，因病返贫占贫困农民的比例达33.4%。用三句话来描述人民群众的看病现状：拖得起的就拖，熬得过的就熬，住在医院里面，病还没有好，赶快就走。什么原因？没钱！这些数字说明我们人民群众对看病和就医叫几声“看病难、看病贵”，一点也不过分啊。这个数字是不太令人满意，不太令人乐观的数字。

第三，服务不满意、医患关系紧张。为什么会服务不满意，一是涨价太快，而且涨的还是群众自己口袋里的钱，还不是社会保险。那如果说我咬咬牙，买了一个商品是好的，我也认了，结果买来一个东西还不好，老百姓的怨气往哪里出？往医生头上出。当然有医生服务不足的原因，但是也有医生当了替罪羊的原因，两个原因混在一起，导致医患关系特别地紧张。这大概在全国各地大同小异，只不过表现形式不一样而已。也出现了在医院门诊放一个炸药包，那个医院我去看了，真是触目惊心啊，在二楼门诊部的地板

上，炸了一个很大的窟窿。也有的医生被病人用刀子捅死了，但是被捅死的医生，据说是很优秀的，还是医院里的先进工作者。而且更令人奇怪的是，在网上一片哗然，网民不同情医生，同情那个凶手。说这个人行事过激是不对的，但是也怪可怜的，是否手下留情，不要判得太重。

怎么会出现那么多复杂的案件？从这个表象中间就能看出我们目前所面临的严峻考验。所以我在这里给所谓当前的“看病难、看病贵”总结三大特征：“上升过快、比例过大、服务不满意”。现在对“看病贵、看病难”有很多解释。有一种解释说，看医院不难的，主要是看大医院难，或者是说看名专家难。我以为这个定义不妥，为什么呢？中国的梅兰芳总是一个，你什么小病都要有一个名专家看，永远是难的，过了10年还是难的。我以为“看病难、看病贵”的特征是这三个，不是看名专家难。

原因总是双方的，病人那么不满意，医生满意了？不是，医生也不满意，压力很大。以前，很多年轻医生对自己的子女说，你好好念书，以后跟爸爸一样去做一个医生。现在的医生教育小孩说，你好好念书，长大了你不要做医生。这是非常令人忧虑的。

院长满意吗？院长也不满意，社会也不满意。政府满意了？政府也不满意。2000年世界卫生组织对所有191个成员国卫生绩效评估，中国的卫生公平在191个成员国中排188名，垫底！那么排在我们188之前的人是否都是穷国，比我们还没钱啊？不是！一个行业要做到都满意是很难的，但是一个行业要做到大家都不满意，也是很难的。卫生系统做到了！

## 2. 产生问题的原因

这是一个很奇怪的社会现象，卫生系统的人在这边敲锣打鼓，

说你看我们的水平多高，我们出来的都是名专家。而那边，一个都不说你好。是“船”和“桥”出了问题。

有人说，一条河里面，死了一条鱼，我们就把这条鱼捞上来，解剖一下，看它是否得了什么病；如果说一条河里，所有的鱼都浮在水面上，张大了嘴巴在那里挣扎，你不要捞鱼，你要取一瓢水，看看水有什么问题。

卫生系统产生了那么多的怪现象，我们去掉它这个现象来看本质，是否也要丢开公立医院本身，看看整个卫生系统，是否要丢开整个卫生系统看看整个社会环境。是否要看看这条鱼生长的水怎么了？我们要分析问题的关键，问题的原因，找到主要矛盾和矛盾的主要方面，才有可能作出明智的选择。否则我们还在那里扩大队伍，提高能力，培养学术，那边还不满意。

政府的原因，是缺少系统设计的制度建设，公共财政投入过少，监督管理职责交叉，全行业监管薄弱，对卫生事业发展与改革的规律性认识不足。改革开放以来，我们有很多个部门，在关心和领导着卫生系统，2000年搞卫生改革的时候是8部委，现在是16部委，缺少系统设计的制度建设。

现在我们国家的卫生资源配置失衡。形容资源配置失衡有一句话很形象，叫“水多了加面，面多了加水”，把一个大饼摊大，把一个小大饼做成一个大大饼，先扩大规模，招来更多病人，更多收费，赚更多钱。而后投更赚钱的项目，再扩大规模，有更多病人，更多收费。医院里面第一是靠制度，第二是靠自律，自律靠什么？靠医德。不在道德层面上把我们的队伍带领好，不把体制、机制理顺，任何文件对医生的这个手，都是管不住的。所有国家，所有政府在搞卫生改革时，靠文件来管住医

生的手的，从来没有，我相信以后也不会有，必须靠医德。如果走一条资源失衡的路，哪里赚钱医院就办什么科，不赚钱的，就把它缩小，这是葬送祖国卫生。那么为什么会这样？因为医院的经营机制扭曲了，医院不做急救，因为急救的劳务收入很低；医生看病是没钱的，他就拉动消费，大检查、大处方，通过这些来创收。

最近我看了一篇报道，说美国人在反思，反思什么？说对心脏里放支架的病人作了随访，有接近 1/3 的病人，本该不放的。有记者就拿着这一篇报道，问我们中国的教授，问在中国有多少个支架，本该可以不放的？这个教授回答得很聪明：“大概也会有吧，到底多少我也不清楚啊”。如果我们把损伤性检查用在病人身上，这个病人不仅是付了钱，在心脏里面放了支架，而且是要终身服抗凝药，这到底是有利于健康，还是损害了健康？资源配置越来越失衡，经营机制越来越扭曲。

我们还面临着一系列社会因素的考验：年龄谱和人口谱的改变，疾病谱的改变，医学模式的改变，新技术浪潮的挑战，城乡二元结构与地区差异。

#### **四、加强卫生体制建设和深化公立医院改革**

这一部分，讲三块内容。第一，我们要领会中国卫生制度建设的源头。第二，要理解这个制度的本质特征。第三，我们怎么统筹规划，系统实施，深化公立医院改革。

##### **（一）领会中国卫生制度建设的源头**

##### **1. 中国基本医疗保健制度来源于和谐社会建设的目标**

基本医疗保健制度是来源于和谐社会建设的目标。在中国卫生改革的历史上，具有里程碑意义的是第十六届六中全会上在党中央

的文件上第一次提出了要建立覆盖城乡的基本医疗保健制度，这个制度是作为建设和谐社会，解决目前群众迫切需要解决的突出问题的重大举措提出来的。

## **2. 中国基本医疗保健制度来源于中央落实科学发展观、全面建设小康社会的战略决策**

中国基本医疗保健制度还来源于中央“落实科学发展观，全面建设小康社会”的战略决策，大家都知道，2006年的10月23号，中央政治局第三十五次集体学习的时候，讨论了这样一个课题：国外医疗卫生体制和我国卫生事业的改革和发展。政治局就中国医改的问题进行了集体学习和讨论，这在中国历史上也是一个有里程碑意义的大事，总书记再一次重申，要建立覆盖城乡的基本医疗保健制度，这是我们医改的源头。

## **3. 中国基本医疗保健制度是中国特色社会主义的重要组成部分**

“十七大”的时候，中央指明了中国社会举什么旗，走什么路，怎么开创中国特色社会主义新局面。而在这个“十七大”中国特色社会主义的新局面中间，也就包含了卫生制度的改革，这也是我们新医改的源头。因此在中央的一系列指示下，16个部委，包括发改委、卫生部、财政部、人力资源与社会保障部等，在2009年4月发布了国家医改实施意见和近期重点实施方案，这是两个纲领性的文件，详细说明了中国卫生制度怎么建立，它的目标、原则和战略选择。

### **(二) 认真理解基本医疗保健制度的本质特征**

#### **1. 公共产品是中国基本医疗保健制度的本质属性**

怎么把握中国卫生保健制度的本质特征？能够把握好这个特征，我们公立医院的改革才有一个明确的方向。实质是要学习和理解公

共产品，中国基本医疗制度的本质核心是一个公共产品。国家医改文件要求把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，实现人人享有基本医疗服务，这是我国医疗卫生事业发展从理念到体制的重大变革，是贯彻落实科学发展观的本质要求，是我们理解医疗保健制度本质特征的一句关键性的话。

为什么要把它作为一个公共产品呢？为什么说要解决群众反映强烈的突出问题呢？我在这里跟大家提供一个社会科学院的调研报告。这个调研报告做得很细，覆盖面也很大，诠释问题说得很清楚，在群众反映最强烈的问题中，“看病难、看病贵”名列第一。

## 2. 公平是中国基本医疗保健制度的灵魂

我们理解这个制度的灵魂是公平，所以公平这两个字是建设和谐社会的历史要求，也是我们把握医改方向的关键所在，是我们建立这样一个医疗卫生制度的核心价值观。关于公平我有三句话，什么是公平？为什么中国医改要注重公平？中国医改怎么注重公平？说说容易做起来难。

公平相近的有三个词，一个叫正义，一个叫均等，一个叫公平。正义是一个价值观念，是一个实行标准；均等是一个结果，但是均等并不代表公平，也不代表不公平。我们的公平大多数是均等，但是均等的分配并不仅仅是公平，而是不公平。所谓公平是什么？是拿正义这个尺度，来衡量是否均等这个结果。拿和谐社会这个尺度来衡量我们目前医疗卫生的各种状态，来得出结果是公平还是不公平。卫生资源的配置、保障体系的覆盖、制度比例的差距、健康结果和生命指标都差得很远。

那么我们的公平理念在哪里？第一，要让全体居民能够有一个

和经济发展水平相适应的基本保健。第二，在大病风险的时候，要能够分担。第三，筹资和个人的收入要相适应。第四，公平不是指平均，也不是指国家包揽。

### 3. 医疗保障体系尽早实现“全覆盖”

中国历史上第一次明确人人享有基本保障的卫生体制，是全世界人口最大的医疗保障体制，也是我们国家第一次用税收筹资，为广大农民投保，是具有深远历史意义的。政府在全覆盖过程中间的职责是什么，政府是管保险，还是管保障？保险和保障是一字之差，含义是不一样的。我以为，体现社会公平价值，政府应该管的是保障。哪些保障要管？失业、义务教育、基本医疗、社会救助，这是政府保障功能的重要职责。所谓职责就是法律规定一定要做好的，但是保险是保障的一个项目，可以政府办，英国模式；可以社会办，德国模式；可以市场办，美国模式。我们的政府怎么会管成一个保险，而且成立了一个保险局？我以为是值得讨论、值得反思的。政府应该管的是保障，不是保险。

### 4. 卫生服务体系要体现公益性

公益性事业的重要特征就是不以营利为目的，即不以追求利润的最大化作为根本目标。坚持医疗卫生体系的公益性，是中国医改的正确方向，是实践科学发展观、维护公民健康权益的公平性的基础，是注重公平的“孪生兄弟”，也是解决当前面临的“看病贵、看病难”等问题的关键。

### 5. 实现可持续发展的战略选择——“基本”

把握中国医改理念的一个非常重要的战略选择是“基本”。强调基本，就是强调从实际出发，从基本国情出发，也包括从我们城市、

我们省的实际情况出发。离开基本，离开实践，离开我们的基本国情，离开我们的省情，离开我们城市的实践，那就不能实践中国医改。所以不要企图在我们中国的 960 万平方公里这样大一个范围，用一刀切的办法来解决，而只能根据我们的实践去解决基本问题。

什么是基本呢？它是通过公共筹资，能够具备支付能力的，政府也付得起、社会也付得起、个人也付得起的卫生项目，包括公共卫生服务和基本医疗服务。那么公共卫生服务，包括一个大类，基本医疗服务也包括了一个大类。对前面一个公共卫生争议比较少，而对后面一个基本医疗服务争议比较多。

根据基本国情，为满足基本需求，我们建立了一个基本医疗保障体系，建立了一个基本医疗卫生服务体系，把基本公共卫生提供给全体人民；把基本医疗用基本服务包来提供给全体人民，就是包括基本设施、基本项目、适宜技术；把基本药品制度提供给全民。所以是“基本满足全体人民的基本需求”。

我为什么强调那么多“基本”？这是从我们国家的实际出发，如果说把中国医改做得太完美、太理想化，把整个社会群体的胃口吊得很高，那么 3~5 年内，我们要有一个阶段性成果是困难的。

## **6. 实现医改目标必须强调政府责任**

政府责任要求坚持公平和效率统一，坚持政府主导和发挥市场机制的作用相结合。我们要提供一个公共产品，这个公共产品是一个国家制度，这个国家制度的核心理念是公平。从公平理念出发，保障体系要全覆盖，服务体系要讲究公益性，而全覆盖和公益性的基本特征是保基本，这个保基本的职责，最后的责任主体在哪里？政府责任。政府通过什么来完成它的责任？政府通过把公共产品作

为一个制度来奉献给全体人民。

以上是新医改文件中的六个政策要点，这六个政策要点组成了一个完整的政策框架，缺一不可。要全面地理解和掌握这个政策框架，而后把这个政策框架放到公立医院改革这样一个特定的事物中去，那么我们公立医院怎么改革就明白了。

### **(三) 统筹规划、系统实施，深化公立医院改革**

公立医院改革就是把六个政策要点，放在公立医院这个体系里去加以实施。所以要全面地理解新卫生体制的内涵特征，再要统筹安排、系统设计，而后要根据本地区的特点整体推进，我这里讲三个重点。

第一是筹资工程，钱从哪里来；第二是保障工程，怎么保障；第三是怎么实施基本工程。这些是公立医院改革的基础。筹资工程不是光筹资，目的是搞公立医院改革。钱从哪里来？居民的钱交税，变成了国家税收；居民的钱付费，变成了社会保险；还有一部分居民他自己付给医院就是自付。所以交税、付费、自付加起来就变成了卫生经费。卫生经费付给供方购买服务，购买服务卖给需方来满足人民群众的需要，这就是筹资体系的功能。

#### **1. 筹资工程**

要解决钱从哪里来，还要调控钱在整个卫生系统的流向、运行。全世界的筹资方式是不一样的，但是最终是政府付了钱，或者保险公司付了钱吗？不是，最终是居民付了钱。我们仅仅是设计了一个制度，把居民的小钱变成了社会的大钱，如此而已。国家又不挣钱，国家是设计了一个制度，这个制度把老百姓的小钱都收起来，变成社会的大钱，这就叫钱从哪里来。以前有一个概念，说钱从国家来。

不对，钱从人民来，我们的财政体系，不是生钱的体系，是帮助人民管好大钱柜的体系。这个概念不建立，后面卫生改革没法做下去。因此，可以说是没有生病的人化解了生病人的风险。对一个人来说，没生病时付钱，才可以在生了病时有钱可花。所以是老百姓在照顾老百姓，全社会化解了生病人的风险，如此而已。

那我们国家怎么办？我们国家可以用税收来收钱，我们可以用强制性社会保险让老百姓缴费，我们可以用商业保险让老百姓自己选择支付，就变成卫生经费的总来源。那么这个来源是可以控制的，因为交多少税是政府规定的，社会保险交多少费也是政府规定的，所以政府可以控制总经费的来源。发展中国家一般不低于 GDP 的 5%，市场经济国家一般是 GDP 的 8~10%，花钱花得最多的是美国人，他们花了 GDP 的 16%，结果还不怎么样，所以急坏了美国政府，一任又一任总统要搞医改，因为他们走了一条高技术、高消费、低效率的路子。那么，这个钱可以补需方，如公共卫生、妇幼保健经费等。可以补供方，投入到医院去。医院的钱哪里来？有三个来源：第一，从政府那里直接得来的补供方的钱；第二，从医疗保险里得来的服务收入；第三，居民看病自付的钱，这三部分就变成了医院的总收入。如果说我们原来的体制，原来的思想观念，原来的那些关系，一直禁锢着我们的头脑，那怎么理解改革是第二次革命呢？所以钱从哪里来，用到哪里去，必须在医改中解决。这是为人民的健康所花的钱，哪里来的？是人民交的，真正地叫取之于民，而用之于民。筹资体系就是想办法把社会的小钱变成社会的大钱，这是筹资体系的功能。中国除了这一条路以外，没有第二条路可走，这就是筹资保障体系在中国必须建立的原因。

我写一个理想中的模式，我这里要说明的是，这是我研究做学问在那里想的，行不行得通还不知道，作为一个搞研究的学者，给政府部门做咨询。我以为要行得通，中国是这个模式：初级卫生保健随时解决，个人免费，初级卫生保健里面应该包括一些常见病，类似于宁夏的一元钱门诊，我以为它的方向很好。当然，具体实施还有一个过程，这是两码事。而基本医疗服务，我以为是社会保险筹资，个人分担；多层次服务需要，商业保险个人支付。中国筹资模式，我以为这是比较可行的，离我们最近，容易实施，这是中国医改的起点，也是公立医院改革的起点。

## 2. 医疗保障工程

保障工程是政府行为，政府要管失业保障、基本医疗保障、基础教育保障、困难群体救助，这是四个政府职责。我们这次要把医疗保障体系做起来，我们现在是管保险太多，管保障太少。要逐渐转化，政府要管保障管得多一些，要把社会保险向全民覆盖，向全民保险过渡。这还需要一个漫长的历史过程。

有的学者，或者有的部门说，我们现在已经全覆盖了，所以现在已经实施了全民医保。不，我们现在不是全民医保，我们现在是覆盖面比较广泛，是由各种保险成分组成的。全民医保是全国一个制度、一个组织标准、一个享受标准，我们离它还很远。我们这个组织保障里面有城市职工保险、城镇居民保险、居民综合保险、农村合作医疗保险。我不知道全国是不是这样，上海有这四种：城镇职工保险的最高，就是国有企业、公务员；城镇居民是原来在城市里面有城市户口的，保险得低一点，还可以；居民综合保险是现在到了上海的新居民都覆盖，包括了打工的，做各种各样工作的，只

要你没有保险，你参加居民综合保险，应该覆盖；第四，新农合。新农合和居民综合保险的保障水平比较低。那么，我们以后怎么把这个保障扩大覆盖面，同时要提高保障水平，而后要发挥筹资效率，这是我们医改的一个亮点，为天下老百姓做好事，我们要把好事做好。

对保障制度的长远建设，有三个关键问题。第一，要逐步过渡到统一的全民保障，现在医疗保障门类太多，各地区差别太大，一个种类里面享受的差别也很大。所以现在，要逐步提高统筹范围，逐步把不同的门类再合并，向全面保障过渡，这是一个任务。第二，对需方、供方改善服务。满足需方的卫生需求，同时改善供方的经营状态，应当把好事做好。反过来我要讲，对供需双方还是要加强管理和制约，不要浪费，要科学管理。所以他既要花钱，又要花好，这点难度很大。第三，要研究中国医疗保险的保险模式，挠头的事来了，谁管？农村合作医疗开始的时候没人管，卫生系统拿下了。现在，中央支持力度加大，农村合作医疗搞起来了，大家都想管。中国的医疗保险模式有四种方案可供选择，一是多种保险合一，由人事劳动保障部门管理；二是多种保险合一，卫生部门管理；三是多种保险合一，社会化管理。四是维持现状，先做起来再说。

对第一种方案，某一些部门和某一些地区，声音很大。第二种方案，即多种保险合一由卫生部门管，是世界潮流，管钱和用钱放在一起，得到的结果是最好的。什么道理呢？我再讲一个故事给你们听，有一个美国的经济学者，他得过诺贝尔奖，他研究经济学的时候，写了一本书，叫《人是如何花钱的》。怎么说呢？他说世界上有几十亿人口的人，每个人都在每天花着自己的钱。花钱的人那么多，花钱的次数那么多，但只有四种花钱的方式，就是自己的钱给

自己花，自己的钱给别人花，别人的钱给自己花，别人的钱给别人花。他接着分析效率了，自己的钱自己花，省吃俭用，用法合理。自己的钱给别人花，要掂斤掂两，但是它要发挥效应。别人的钱给自己花，最好的，没有用，没有用我放在仓库里面放着。别人的钱给别人花，既不对有钱的人负责，也不对花钱的人负责。这个医疗保险是什么呢？它跟养老保险、失业保险有很大的不同，养老保险和失业保险是管结果，医疗保险是管过程，既要控制需方，又要控制供方，不能乱花，还要有效率，所以卫生部门管保险、管服务，是自己的钱自己花，用光了你自己负责，老百姓有意见你也自己负责。第三种方案，多种保险合一，社会化管理。本来这个保险就不是政府部门的事，我们现在把一个社会化的管理，不放给社会，放到政府那里去管，还不止是保险，还有 FDA。我们建立 FDA 的时候，是从美国学来的，美国是在卫生署下面设三个公共卫生机构来支撑，一个是 FDA，一个是 CDC，一个是 NIH，CDC 是疾病控制中心，FDA 是食品和药品监督管理局，NIH 是国立卫生研究院，管公共卫生和社会安全的科学研究工作。这三个加起来成为美国卫生体制中管理公共卫生的三大支柱，所以它是非营利的社会机构，执行政府指令。美国的 FDA 是一个实验室，他们的头不是什么级别的官员，是教授，他领导一个庞大的、强大的实验室，而后按标准检测食品、药品，它是这样一个机构，不是政府机构。

我们政府怎么改？正视问题，可以考虑的问题很多。我以为这样管，现在最容易贯彻执行，而且可能效果最好：成立一个社会事业独立运作的医疗保险管理中心，受卫生部门和劳动保障部门双重领导，劳动保障部门职责是负责钱从哪里来，卫生部门职责是钱用

到哪里去。劳动保障部门负责钱从哪里来，他要统筹保障方案，要建立筹资体系，同时要监督管理中心的资金。我们现在下面政府已经管了保险，谁来监督落实呢？所以医疗保险管理中心一定要由保障部门执行监督，卫生部门管什么？与服务体系衔接，重在过程管理，提高资金效率，确保运行过程的公平。

### 3. 保障基本工程

保障基本的工程是我们在公立医院改革中最基础的工程之一，这是卫生部门十分重要的战略决策。现在的基本药品制度已经开始实施了，但是我说句体会，目前的基本药物制度是很初步的，它跟世界卫生组织讲的基本药品制度差异很大。所以我还讲书本里面的理想模式，什么叫基本药品制度？这是保障基本的制度，就是老百姓免费。真正的基本药品目录制度，不是在那里执行什么 15% 加成率，是国家税收筹资，老百姓吃药免费，这叫基本药品目录。所以基本药品目录这是搞得很少的，公立医院是很有限的。是一个国家、一个社会能够供应得起的，而后，药品生产流通要配套改革，我们现在对药品生产和药品制度的改革有点滞后。全中国 6000 个药厂，2 万个批发企业，生产能力大大地供过于求，但是生产出来的东西是低水平的、重复的。一个药可以有几十个，甚至有上百个药厂去生产，怎么行？但是现在已经到了骑虎难下的时候了。凭良心说，6000 个药厂干掉一半，3000 个，还嫌多，那怎么办呢？很多县是叫“当好县长，办好药厂”，是靠它维持的。但是我想这一步肯定是要迈的。在 6000 个药厂的生产流通配套制度上面不改革，药品的价钱就下不来，要实现基本药品制度，惘然。怎么实施呢？基本药品出来以后，是国家统一招投标，薄利，大包装。我不要你什么大包装里面小包

装，小包装里面什么。我不要这个东西，这个成本很贵的。这需要在药品生产流通中，有一个生产方式的大转变，现在还没有。要保持社会的稳定，要一步步来，还有许多 GDP 要靠这种低水平的、重复生产的药品的 GDP 来支撑。如果我们改变不了这个生产方式，那么中国人的 GDP，第一位高的是什么？酒。第二位高的是什么？烟。第三位高的是什么？药。那我们还是绿色 GDP 吗？所以关于这件事，我以为基本药品目录制度现在实施了，跟世界卫生组织所要求的还有一点差距。最大的差距是药品的生产和流通，基本还没改。

#### 4. 关于公立医院改革的基本认识

讲到公立医院了，先说基本，要认识公立医院改革的难点。第二，要认清当前的现状。公立医院目前的现状，我用了一句话：冰冻三尺，非一日之寒。改革初期，就是出一个改革方案大家都说好，因为大家都有利益，现在是要保护一部分人的利益，就要调整另一部分人的利益。我们要保护人民群众的利益，药厂的药价是要下来的，你怎么保护啊？这就是利益格局调整。我们强调看病要公平，加上有效，加上满意度，公立医院现在的运行机制是要改革的，没有第二条路可选择。

所以难在三个地方：从单向改革到系统改革，从具体的、个别的改革到体制、机制改革，从普惠制到利益格局调整，但是必须下决心。首先是坚持公益性的目标。有了社会系统才有卫生体制，有了卫生体制才有服务体制，有了服务体制才有公立医院。所以公立医院的目標必须服从于服务体制的目标，服从卫生体制的目标，服从于社会系统的目标，而我们社会系统的目标是科学发展观加“十七大”，走中国特色社会主义。所以，要从理念上、认识上和职责上回归。

## 5. 公立医院改革的战略选择

讲到战略选择，是这一课里面最重要和最焦点的一个问题。政府部门的战略选择应该是搞清楚社会体系跟卫生的关系，卫生部门的战略选择是卫生大系统与公立医院系统的关系，公立医院院长应该明确的是医院经营和发展的关系，医护人员是做好医务工作与发挥积极性的关系。所以所谓战略选择，要把层次分清楚，每个人做每个人体系里面的事。政府是大的社会战略选择，卫生部门是卫生体系的战略选择，医院院长是医院经营发展的战略选择，医护人员做好本职工作、发挥积极性、努力为人民服务的选择。

我给大家讲三个层面：社会层面（三大调控政策）、医药卫生体系层面（三大改革机遇）、公立医院层面（三大关键政策）。

第一层面，社会层面。社会层面的三大调控包括卫生总费用的调控、卫生资源调控、医院总经费调控。

第一，卫生总费用要适度增长，但是不能乱涨。调控什么？调控个人和社会筹资之间的比例，个人的比例要下来，社会筹资的比例要上去，而它的费用是适度增长。第二，卫生资源要调控，公立医院只能适度增长，不能疯涨，调整城市和农村的分布结构。第三，医院总经费要控制，调整大医院和基层医疗机构的工作结构，大医院的医疗费用，不是猛涨的问题，是要控制，甚至说要减少。

首先，卫生总费用的调控。关于卫生总筹资占生产总值多少？我以为我们现在占国内生产总值的比例不大，需要继续增高一点，中国到底占多少算合算呢？理想中模式，我以为可以到6~7%就差不多了，这是世界的规律。但是，我们要明白，现在这样的一个理想模式，增长空间已经不大。如果说我们现在的卫生筹资再扩大，

医疗保险再扩大，我们占 GDP 的 6%，马上就要到了，就是说卫生总费用在全中国的增加空间并不大。增加投入，是要把个人付费降下来，是结构调整的问题，是把蛋糕稍稍地做大，主要是结构调整。这个宏观调控权在哪里？在政府，是调控社会系统与卫生系统的整个关系，是一个宏观经济学。

其次，调整公立医院结构。城市和农村，无论床位数还是医护人员数，差得太多了，而且最近的若干年，或者最近的 20 年、30 年没大改变。农村的床位一直那么多，没增长，医护人员一直那么多，没增长；而城市里面床位和人员都增长了，所以现在这个结构要逐步调整。

再次，要控制医院费用，特别控制大医院费用。医院总量在卫生费用的总量中是不断攀升的，医院总量的费用多了，什么少了？大卫生的少了，做预防的少了。这不是一个危险的信号吗？城市医院的卫生费用也增长的，而其他的小医院的都在减少。这个现象跟我们所要追求的发展农村，发展基层，恐怕是相悖的。所以卫生总费用调控、卫生资源的规划、医院总经费的调控大有文章可做。这是什么？这是调整公立医院和社会的关系，是最高层面。

第二个层面，医药卫生体系层面，公立医院改革有三大机遇，一是筹资保障体系建立，二是药品购销，三是管理体系建立。

第一，筹资保障体系。筹资保障体系解决钱从哪里来，这对公立医院改革来说是一个机遇，是一个支撑，但是它还要解决用到哪里去，特别是付费制度要改革。现在公立医院的付费制度是什么？是自己点菜别人买单。我讲个故事给你们听，我在当校长的时候，有很多学生，这些学生已经毕业十几年了，快的已经做到医院院长

了，有很多人已经做科主任了，我从他们那里能得到卫生第一线的最真实的信息。他们告诉我，他在病房里查房，后面已经跟了一大批比他年资低的人了，小医生跟他说，梅大夫啊，药多开一点啊，我们这个月的奖金就指望你啦。我问他为什么，他说因为这个科室，数量决定了科室的奖金。所以公立医院现在是自己点菜，别人买单。筹资保障体系能把它管住？所以我主张至少有一个独立运作的、社会化的保障体系。

第二，药品购销。药品生产现在直接影响到医院行为。药商推销药品，以市场为目标，什么办法都用了。我再讲个故事给你们听。我有一个学生坐门诊，他要请婚假了，两个礼拜，他请师兄帮帮忙，代他看两个礼拜的门诊。假期结束后，师兄请休假的医生吃饭。我就看不懂了，应该是结婚的人请吃饭嘛。同志们，你搞得懂这里面的缘由吗？他是把这两个礼拜的门诊让给师兄，这位师兄在门诊那里捞了两个礼拜的钱。这样搞下去，我们还得了？根本不存在搞公立医院改革的基础和环境。所以我还重复我的一句话，我们对问题的严重性的认识，恐怕还不够。药品生产跟药品购销中间，对公立医院的影响究竟到了何等程度，不可低估。

第三，管理监督体系建立与完善。现在所谓的管办分开，我要说一说。提是我们自己提出来的，一共提了四个字，中国人的语言又是如此之丰富，各人都好解释。所以我以为，公立医院改革，是在筹资保障体系、药品流通体系和行政监督体系的三大改革基础下，促使公立医院改革。如果筹资保障体系不动，药品流通体系不动，行业监管也不动，光公立医院改革，是改不动的。

第三个层面，讲到公立医院本身，有三大关键政策：领导体制

和班子，经营模式和运行机制，队伍建设和内部质量。

第一，领导体制。政府机构管控人员？还是政府机构搞一个医院管理局管控人员？还是政府机构搞一个医院集团再管控医院？我们提出这样几个问题：第一，政府和公立医院之间什么关系，到底要办还是不要办？第二，到底是直接办还是间接办？现在要管办分开，到底怎么分？到底要不要分？要不要公立医院，我的答案是肯定的。现在说不要公立医院的人还是有的，有很多人想把公立医院卖掉或者卖完。有一次研讨会有人说公立医院卖完，你认为好还是不好？我想绝对的肯定和绝对的否定都很简单的结论。我讲一个故事给你听。

上海的小学生上学是很早的，所以小夫妻带着一个上海小学生，早上要起得很早，要给他烧早饭。上海人早饭的习惯，叫泡饭，拿冰箱里面的饭，放一点开水煮煮，小孩很喜欢吃，里面放一点榨菜，吃一个咸鸭蛋，这个叫早餐，或者喝一杯牛奶。这个小夫妻是晚上像条龙，早上像条虫，爱睡懒觉，那么你爸爸妈妈睡懒觉，早饭吃得晚，早上上学就要迟到。怎么办呢？夫妻两个，这个礼拜你起来烧，这礼拜我起来烧，大家轮流值班起来烧早饭。后来大家说，跟女儿谈判，我们谁也不起来，5块钱一天给你，你拿到5块钱，买油条、大饼、糍饭糕，女儿很开心，蛮好，我到外面买糍饭糕。爷爷奶奶知道了，你们两个在胡来，大人叫女儿不吃东西就跑到街上去，街边的什么东西乱吃又不卫生，一边走一边拿着个大饼、油条啃啃，啃到学校门口，又很难看又不文明。爷爷奶奶说你们不烧，我来烧。这个故事在讲什么呢？老百姓的基本医疗，政府是要管的，政府怎么管？办一点公立医院来满足他的基本医疗。烧泡饭吃，如果说你

泡饭不吃，可以，你把钱给老百姓，老百姓拿着钱，到民营医院那里去买服务，吃他的大饼、油条。但是我们那里是把医院卖掉了，他没有投入，还有收入，早饭的钱是不给的。那就是说，你的女儿，家里是不烧泡饭的，泡饭的钱也不给的，你还管不管她？一样的道理。

所以公立医院办还是不办，政府责任。是家里烧泡饭合算呢，还是吃大饼、油条合算，这是政府的选择了。那么涉及到管办分开，管办分开在企业很好分。为什么呢？叫政府管、市场办，这很清楚，所以原来的医药局管到药厂，化工局管到化工厂，纺织局管到纺织厂。他这个所有的厂都市场化了，他们这个局就萎缩；融合起来，变成什么经委、商委，管调控、管计划，这叫管办分开。

医院也可以管办分开，你把所有的医院全卖掉，市场化了，那么你政府的医院一个也没有，管办分开了。但是这一条路，能行吗？你这个早饭还要烧。所以政府不同于企业，他这个管办分开不是政府管、市场办，是政府跟政府自己分，就是管的也是政府，办的也是政府。那么这里就有目标定位了，那么政府为什么要从直接管理到间接管理？应该说有好处。政府从直接管理到间接管理，能够不出声地加强全行业管理，明确职责，加强宏观管理，从而以卫生体制的改革来推动医院机制的改革，来办好公立医院。所以，管办分开的目标，是三个有利于——有利于加强全行业管理，有利于深化公立医院改革，有利于提高群众满意度。只有这三个“有利于”，跟我们这个管办分开相结合，这个管办分开才是有意义的。

关于管办分开我说几点：一是什么是管，什么是办，在职责上理清楚。如果说现在什么办，什么管都理不清楚，你再管办分开是越分越糊涂，不是越分越清楚。不是分了一个职责，是分了一个层

级。二是我以为在系统之内办的机构，比系统之外更有利。什么道理？这是系统能决定的。你把一个系统切成一个孤立的，零碎的系统。还是把一个零碎的系统合成一个综合的系统，这不是系统能决定的吗？ $1+1$ 是大于2的，这叫系统论啊。国外西方哲学有一门分支，就叫整体的哲学。哲学概念是一个系统，系统之间是一个整体，那么我们整体哲学用的最好的是什么？就是我们的生命科学，我们的人体。一个手跟脚是我们的一个器官。如果你说把一个手截下来，这不叫手，这叫垃圾，它没有手的功能了。所以系统内跟系统外，是哪一个更有利，这不要讨论了，这是系统论。我讲香港医院管理局，香港在公立医院很混乱的时候，在卫生署下面的系统内出现了一个香港医院管理局，把公立医院管起来。但是他不是成立一个新的机构而已，整个机制变了。他成立一个机构，变成了一个体制，通过这个体制推动了机制的改变。它有哪些改变？所有公立医院院长变成行政总监，不拿医院一分钱，拿香港医院管理局的钱，香港医院管理局根据你的服务质量和公平效益考核。第二个变化，所有的公立医院里面的财务是香港医院管理局的财务总监，不拿医院一分钱。第三，所有财务收支两条线，这做不得假账了吧。第四，所有医院的人，医生和护士变成社会人。它有一个过渡，如果选择还做医院里面的人，可以，每月1000港币——我忘记数字了，只是打一个比方——如果作为香港医院管理局的人，在香港医院流动，月薪3000港币，你选。一个是稳定的，可做到老的，但是一个月1000港币，一个是不稳定的，一年一评的，全香港要流动的，是一个月3000港币，就把医生从单位人变成了香港的社会人，了不得的人事体制改变。所以局长、院长、财务总监变了，收支两条线变了，医院的医生从

单位人变成自由人了，上面叫一个香港医院管理局，是体制的改变推动了机制的改变，是建立了一个新的机关，是带来了新的体制和新的机制。我们回过头来看，我们的管办分开不是化学变化，是物理变化。

第二，公立医院的经营模式与运行机制。公立医院的经营模式要彻底改变。彻底改变在哪里？第一是投入，但不是光增加投入，还要增加投入机制的改革。改革补偿机制，补偿是因为医院的价格低于市场成本的原因才补偿，这是明确的。所以补偿是价格乘以服务量的，是体现市场规律还是体现公益性，要平衡。如果是体现了市场规律的，不应该再有补偿，因为市场已经补偿了；如果体现公益性，价格乘服务量低于市场一般水平，那么政府应予以补偿。我们和公立医院在这一点上没有搞清楚，都是补偿，到底补什么？补在哪里？不能算暗账，要算明账，这是我们卫生经济学的研究还不够深入。

公立医院的总收入从哪里来？院长这些关系也是改革的难点，应该肯定公立医院是没有免费午餐的，所以他的总收入应该是政府投入、服务的收入和补偿收入的三者之和。服务收入中有政府间接投入，什么道理？就是政府把钱给了需方，需方拿着这个钱，到医院里面买服务，这也是政府的投入。政府投入是两块，一块投需方，一块投供方，加起来都是投。

现在公立医院只算政府直接投入，间接投入不算投入，那么间接投入到哪里去了？补偿到哪里去了？目前总收入减总支出这一条公式已经用了几十年了，从医院企业化管理的时候就开始用了。我们要肯定它在历史上的积极意义，对医院的推动作用，这个我们要

辩证地看待。但现在的问题是，经营这一块决定了对医生的考核评价，决定了医院的职工收入，这是其一。其二是这样一条公式，扩大了医院的经营目标。其三，因为现在的价格是扭曲的，有的项目赚钱的，有的项目不赚钱的，所以就引导医院把赚钱的项目做大。其四，把病人是服务对象还是创收对象搞错了。病人是我们的服务对象还是创收对象？是服务对象。如果把病人变成我们的创收对象，那么我们希望病人多还是少？我们希望病人生重病还是生大病还是不生大病？这个用上海话讲就是没有良心，良心坏了，医院里面赚钱，希望病人多，希望大家都生病，希望天底下的人都不健康，那跟我们卫生事业的目标是相悖的，我们要搞预防就是要把生病的人数“防”下来。

不能总收入减总支出等于经营成效，经营的分配，关系到院长的升迁，还关系到职工的奖金，不是有问题了吗？怎么改？我以为有这一条公式，总收入减人力成本等于经营成效，把医生和护士应该有的人力成本，不在经营里面提，而应该在总收入里面提，而且坚决地把人力成本跟医院的总收入切开。说到这里的时候，我有点担心，为什么？因为还没有人去实践过，到底对还是不对，我真的不知道。但是我以为这是一个值得研究的课题，所以我把它叫理想中的模式。那么医院总收入是政府投入加保险投入，加自付加补偿；它有直接收入，还有间接收入，等于服务收入。

关于药品加成，首先我肯定，我们现在卫生体制中是要取消药品加成的。从哪一个是省、哪一个城市开始，我没有找到出处，但是现在已经风靡全国。我肯定它，它有积极意义，能够减轻病人负担。但我提出一个疑问，如果不切断药商和处方回扣之间的联系，这种

措施会有效吗？我肯定方向，肯定动机，但是我否定结构。要不试试看，取消加成率之前，跟取消加成率之后，选两个医院试试，他们药品的价格和总费用下来没有？没。

接下来，我们讨论人力成本，这在医院改革中是公益性和积极性的平衡点。一定要有一个措施体现医护人员的劳务价值，应该有可控的额度来体现激励因素，这个激励因素在谁手里？说白了在政府手里，办公立医院的人手里。谁办？政府办，既然政府办公立医院，就应该把对公立医院的激励手段拿在自己手里。必须有一个医护人员劳务价值，这个价格一定要体现激励因素，而且激励因素应当和系统追求的目标相一致。

第三，队伍建设和内部质量。内部管理的内容很多，但是我认为，内部管理是医院内部的事，而不是政府的事。我不知道这个命题是否正确。所以，那么政府怎么帮助医院管理呢？第一，干部是决定因素。培育一支职业化的管理队伍，选好医院院长，特别重要。我们要培养一支有理想，有抱负，可以献身，特别是能够为中国医改献身的医院院长，能够体现医院公益性的院长。而后通过严格的自我管理，严格的同行评估，严格的行业管理来把医院管好。第二，把队伍管好，把医德、医风，把学术管好。理想中的模式，我们缺少一个公立医院管理条例。我们不能代替院长去管公立医院，但是我们要制订一个公立医院管理条例，把公立医院管住。这就是政府主管部门和医院院长的职责分级所在。所以我对某些部门现在非常热衷于讨论什么临床路径，我有一些不同的看法。如果体制不理顺，干部不管好，讨论临床路径是没用的。

我记得某个时候，某个地方发文叫医院之间化验单互认作为医

院改革的一个很大的措施。我不以为然，为什么呢？我讲一个理由给大家听。第一，化验单本来就是公认的，没说不是公认啊，但是只能参考。第二，如果说我要去给病人手术，我对这一张片子是否需要复查，我有权决定。如果说这个病人在旁边的医院去拍一个片子，肾脏里面有一颗大石头，他拿来说，请你去把他的石头开了。我不开的，我肯定叫这个病人在手术以前，重新拍一张片子，我亲眼看到这个石头确定在哪里，在左肾还是右肾，在肾脏的上方还是下方，而后我才把病人送到手术台。以前我当医生时，一个老先生拿着一张片子，肾脏里面有一个石头叫我来看看。我一看告诉老先生，老先生你这个片子哪里拍的，哪个医院拍的？我也不告诉他原因，我说你拿回去，你告诉医生这个片子是否弄错了。他说你怎么知道的？我不好跟他说，因为下面有一个绝孕环，这个老先生怎么会有这个东西呢？这种情况没法互认啊。我以为我们是法制管理，很需要一个公立医院管理条例，但是这个公立医院管理条例现在还出不来。为什么？要等我们前面这个公立医院管理的改革措施出台了，这个医院管理条例才可能出台，那说明我们的公立医院成熟了，或者至少说阶段性成熟了。

公立医院改革的基础工程是我们医改的驱动点，保障工程是一个亮点，而后我还讲了公立医院改革的难点。如果说我们筹资、保障、基本这三个点都解决，公立医院改革才可能有基础。所以关于公立医院我讲了上述的“三个三”。

医改已面临挑战，在科学发展观的指导下，我想通过我们全社会的努力，特别是具有领导和决策能力的领导干部的努力之下，一定会迎来中国医改的春天。

## 刘俊同志在北京大学演讲问答

（根据刘俊同志2010年11月5日在北京大学的演讲整理）

2010年11月5日，刘俊同志在北京大学朗润园作了题为《聚焦中国新医改》的演讲，主要阐述了中国新医改的目标、价值观、战略选择以及如何推进医改的深化。并在演讲后对现场提问进行了逐一回答。

**问：**由于医疗行业的特殊性，很多人认为医疗由政府来管比市场更好，但是由政府来管对政府能力的要求非常高。您觉得在中国目前的经济、政治、社会环境下，中国的政府做这件事情条件是否已经成熟了，它能不能够担负起这样一个重任？

**答：**首先我觉得中央决策更加符合民心。我看了“十二五”规划的发展方向是从经济发展走向社会发展，这为中国医改提供了很好的背景，所以我想对此有信心。但是现在中国政府运作有很多问题，这些问题是需要通过改革来解决，所以政府工作本身是改革的对象之一。现在我们整个卫生体制的构架中，政府的作用、医院的作用、公共卫生的作用、市场的作用都应该找到合适的位置。我非常坦率的说依靠市场来解决中国医改恐怕很难，这不是我们对政府的完全信赖，而是由中国的现实所决定的。我在卫生系统干了10多年，我感觉现在医生和护士的积极性不高，应该用激励的办法去解决，但是我不太赞成这些国有医院开一个口子去赚钱，从病人身上得到医生所需要的补偿。我以为即使医生再穷，这个口子是不妥的。为什么呢？我们一定需要一个有道德水准的人去做医生，医生对于病人

最大的作用是奉献和服务，而不能把病人看作他创收的对象，这是一个非常严格的东西。如果一个医生把病人当作创收的对象，想通过对病人的服务得到他自身利益的话，那么医生最大的道德底线没了。我和我的学生说过，医生任何错误都可以犯，但有一个错误是不能原谅的，就是对病人不好，这是不能原谅的，而这个道德底线不是法律，而是道德。比如说，一个检查可做可不做，一个刀可开可不开，这是一个很要命的事。曾经一个教师写信给我，说他去一个医生集资办的医院看病，服务态度都蛮好，就是要做很多的检查，因为这些仪器设备都是医生集资买的，如果不用，成本就收不回来。他说，一个人在公交车上拿了我的钱包，我叫他小偷，那么我在医院，被人拿了钱包，还要抽我的血，我叫这什么呢？我对那件事感触很深，所以我认为对市场的问题怎么强调是要十分谨慎的，尤其是在医学领域。所以我不主张医生和护士在病人身上创收，而是应该由国家给奖金。那么问题回到是否国家给奖金都是没有效率的，只有走向市场，从病人身上赚钱，才会有效率，那么这个怎么解释呢？我的观点是，如果要从病人身上赚钱才有效率，这个效率我宁可不要，这不是效率，这是对病人的坑害，它会把我们整个医疗事业葬送。所以在市场促进医生效率的这个问题上我宁可保守一点，绝不往前走一步，因为我知道往前面再走一步就是损害病人的健康和生命，这个口子万万不要开。

问：现在医院的创收是不得已而为之，大多数医生的道德品质都是没有问题的，医院要给医生发奖金就必须赚钱，医改核心还是应当落实到人，医改如何能够调动医生的积极性，如何不让医生跑偏，一直沿着纵坐标（目标、价值观、战略）选择的方向来走，这是一

个挺大的难题。

答：我觉得大部分医生还是好的，他们还是坚守着医德医风，否则我们国家的医学科学事业没有那么快的发展。现在医院不仅要发工资奖金，还要造大楼。这是我们全体病人造的大楼，怪不得看病那么难，医院干嘛造那么多大楼啊，水多了加面，面多了加水，造楼为了赚钱，为什么要赚钱，为了造楼，为什么要造楼，赚钱……为什么不少造一点，把钱发给医生护士改善事业呢？现在整个社会的协调发展也没有解决。

问：您觉得现在推行的基本药物制度能不能成功，从制度设计上来说，您觉得这个制度有哪些优点和缺点？

答：基本药物制度是中国医改的重要组成部分，也是覆盖大部分人群、解决公共卫生问题的有效措施。我对于目前卫生部的基本药品制度目录实施的文件稍微有点意见，我已经和陈竺部长当面提过这个意见，我以为中国目前实施的基本药物制度比以前是有了一些进展，但是和世界卫生组织提出的文件还差距很大。陈部长说，差距在哪里。我说用一句话概况，一枪打在靶子外面。基本药物目录不是目录，是制度，这个制度的本义是以筹资保障体系的改革为主。我们现在不是，我们现在是以服务体系改革为主。基本药物目录里基本药物的种类是很少的，我们现在是 307+X，但是有些城市说加了 X 还不成，是 307+X+Y。那么为什么要那么多，因为基本药品目录制度应该是零付费，而我们现在是零差率，不一样了。这个制度应该是一个保障制度，而我们现在把它放在了服务制度；基本药物制度应在基层医疗单位实施，而我国基层医疗单位有两种药，基本和非基本。这个是有差异的，这就会造成医院不用零差率的药物，

因此有了 307+X。所以具体实施过程中，道高一尺，魔高一丈，改动到最后，老百姓得到的是零差率，虽然便宜了一点，但是是 1 块 1 毛 5 变成了 1 块，便宜不多，而基层单位就因为 1 块 1 毛 5 变成了 1 块，它要政府补贴增加，否则不够活。政府怎么补，中央财政加省财政加市财政加乡镇财政，各级财政在推，那么乡镇财政怎么说，中央财政灯火辉煌，省级财政喜气洋洋，市级财政勉勉强强，乡镇财政哭爹喊娘，如果乡镇财政不补，基层单位说我无法实施。所以现在很尴尬，那么解开这个结的关键在哪里，应该是国家的税收或者社会的保险筹资，而后变成一个基本药品目录的清单，放在基层医疗机构使用，农民和广大居民使用的时候是零付费，所以覆盖人群是广的，药品总量是少的，但是是大家都能够负担得起的，这是世界卫生组织实施基本药物制度的原因。卫生部也说，第一步零差率，第二步零付费，关键卡在哪里，卡在财政。所以中国基本药物制度目前是一个很基本的制度，和世界卫生组织讲的零付费还有很大的差距，但是现在实施比没有实施跨进了一小步，我们所期待的是一大步，关键在于筹资保障。

问：按照中国医改的纵坐标的方向，您心目中我国公立医院改革的方向是什么？遇到的困难有哪些？

答：为什么公立医院改不好，我们现在是就公立医院改公立医院。公立医院改革涉及到很多战略，第一是筹资保障，一定要改革中国卫生的筹资和保障体系，我们现在财政部门 and 公立医院算账没有算清楚，我以为政府和保险对公立医院的投入是两块，一块叫直接投入，就是政府给供方，一块叫间接投入，政府给需方，需方到公立医院去出钱买服务，这两块加起来已经超过了 50%。如果政府对医

院全部投入，那么病人看病就应该是零付费，我们现在是国家投入供方，国家投入需方，需方买服务制约供方。我认为中国卫生总费用占 GDP 的比重应该在 6~7%。依据何在？全世界卫生总费用平均占 GDP 的 8%，发展中国家平均占 5%，中国应该高于发展中国家水平，低于全世界平均水平。现在中国卫生总费用已经占 GDP 的 5%，所以中国卫生总费用的增长空间不大，我们不可能翻一番。公立医院的总费用不能增长过快，它最重要的任务是提高效率、减少浪费，所以如果公立医院不拼命去盖楼、买钢材，完全有能力提高医生护士的收入，完全有能力把医院建设好，完全有能力把钱省一点下来。民营医院政府一分钱没有投入怎么还能盈利呢？所以我建议应适度开放民营医院的市场，和公立医院竞争。世界上有什么先进仪器，明年中国就有，而且远远超过专利国家，专利国家发明一台，中国就买它一百台；只要这个月出现一个新药，半年以内中国市场上就有，甚至人家 FDA 还没有通过的药，我们就已经开始用了。所以公立医院改变经营机制，发一点医生和护士的奖金，我以为这不是困难的事情，关键是经营理念。我在华山医院的时候是 80 年代，一年收入 600 万，现在华山医院规模扩大了一倍，但是现在它的收入是 20 个亿，是当时收入的 300 倍，还在叫亏呢，还在叫工资奖金发不出，弄不懂。

那么公立医院改革什么地方是切入点呢？我认为法人治理结构不是出路，我以为公立医院要有一个好的管理体制，这个体制应该是独立于卫生管理机构之外的，要么成为一个集团，要么成立一个医院管理局。我不主张照搬企业的董事会、理事会下的法人治理，这样做中国医院肯定会大乱，我认为对医院关键是加强管理，比如说中山大学中山医疗集团。要保护一批医生，不要让老医生天天去

看门诊了，他们就要搞学术，带学生，做科学研究。

问：我认识一个医生，也是院长，他自己有一个药品做得很好，但是这个药品在销售的时候卖得很便宜，但医院没有更多的资金来投入生产这种药品，所以这种药品现在就没有办法继续生产了。但是这种药很便宜，患者都想买，医院处理这种情况就很困难了。您说遇到这种问题怎么办？

答：这个药品很好，应该支持它。怎么支持它？首先它要获得一个正规的许可，如果FDA不许可，再好再便宜的药也要出事情。FDA通过以后，就成为一个新药，成为一个专利。专利有两个出路，一是自己的专利自己生产，二是自己的专利别人生产。

问：现在医学生的投资是最大的，花的时间是最多的，但是回报是最少的。现在没有人想往基层里跑了，我们现在强调基础服务，但是没有人愿意下去，大多数人都挤到大城市来。为什么人事制度改革没有纳入到医改的重点工作中去呢？您是怎么看待这个问题的，怎么把人落实下去？

答：上海医科大学有个农医系，很多山区的姑娘愿意学医到农村去，但是她们上不了大学，这部分上了大学是愿意到基层去的。现在已经开始办这样的班了，上海这几年招了几批到基层的、到农村的还不少，他们在农村生活得很好。还有一个纳闷就是上面的医改说得很好，怎么落实不下去，这和我们中国整个社会、整个机制有关系。中央这个层面，锦涛总书记把中国的这个舵把得很稳了，中国医改他圈了几个圈：市场和政府，他圈了政府主导；保障体系是只管城里人还是全覆盖，他圈了全覆盖；服务体系中公立医院是经营性还是公益性，他圈了公益性。我们听了兴奋得不得了，那么

为什么落实不下去，原因很多。我说一个原因，社会要协调发展，我们的经济增长已经到了改善民生、建设社会保障体系、建设国家的医疗体系的时候了，我们应该有信心，但是现在16个部委管着医改。教育改革谁管，教育部管；科技改革谁管，科技部管；体育改革谁管，体育局管，他那个足球的黑哨比我们的医院不知道黑了多少。但是我们医疗改革不是一个部门管，是16个部门管。管理上有个叫木桶原理，16块木板打水，打出来的水是最低的一块木板。16个部长开会，是少数服从多数，还是多数服从少数？一个建议15个部长同意，一个部长说No，就No了。中央这个层面画了圈，各个部委怎么把这个圈落实，确实是件纳闷的事。怎么解决纳闷呢，是需要一批学者在科学的研究上走光明的大道。这些学者在哪里呢？中国最有名的学府就是北大，所以北大的学者要大声疾呼，要比人家站得更高，看得更远，发更多的声音，李玲教授就是其中的一员干将。我已经退休了，人家上班很卖力，我是退了休也很卖力，尽我所能为中国医改说说话。

（资料整理：彭玉梅）

（编辑：李芬，谢春艳，何江江，彭颖）

## 后 记

刘俊同志离开我们近二十日了。在这些日子里，内刊编辑部的同志们怀着沉重的心情收集和整理了刘俊同志生前大量的文献资料，希望能为记录和传播他的学术和管理思想尽一份绵薄之力。读其文如睹其人，在这些文献资料的字里行间，我们感受到了刘俊同志忧国忧民的情怀、开阔豁达的胸襟，还有犀利敏锐的智慧……

谨以此刊悼念刘俊同志！

斯人已逝，作为后学和晚辈，唯有把他的精神和风范传承下去，把他未竟的事业进行下去，才是对他最好的纪念。

在此感谢国务院发展研究中心葛延风研究员、北京大学李玲教授、上海市医学会课题评估部张晨主任等在资料收集方面提供支持和帮助。

上海市卫生发展研究中心

《卫生政策研究进展》编辑部

2011年11月3日

---

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处  
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心  
卫生部统计信息中心  
中国医学科学院医学信息研究所  
美国中华医学基金会合作项目单位  
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门  
各省市卫生厅（局）政策法规处  
上海市卫生局局领导及有关处室  
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局  
相关医疗卫生单位  
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China