

卫生政策研究进展

(2008 年第 1 期)

总第一期

上海市卫生局卫生法规处（政研室）

上海市卫生发展研究中心 编

二〇〇八年十一月二十四日

发刊词：国家新一轮医疗卫生体制改革的号角已经吹响，《卫生政策研究进展》也在这鼓舞人心的时刻诞生了。这份内部刊物由上海市卫生局卫生法规处（政研室）和上海市卫生发展研究中心联办，致力于介绍国内外卫生政策研究和卫生改革进展，推动研究成果向政策制定转化，为从事卫生政策研究及相关工作的同志提供一个及时的信息渠道。栏目分为成果汇编、他山之石、政策分析、专家论坛、焦点解读等。在相关领导的关心和支持下，经过了长期的酝酿和精心的策划，本刊的出版凝结了卫生政策研究者的智慧精华和编辑人员的辛勤汗水。

本期内容有：卫生发展研究中心主任胡善联教授撰文“从中国视角看全民覆盖和卫生筹资”（该文为发表在世界卫生组织公报 2008 年 11 月期的编者按）；复旦大学郝模教授等完成的市卫生局 2007 年上海市卫生局卫生政策课题“医疗卫生体制改革战略研究”的主要结论和政策建议；以及世界卫生组织纪念阿拉木图会议三十周年和推行初级卫生保健战略有关情况。

目 录

专家论坛

从中国视角来看全民覆盖和卫生筹资（胡善联）	3
-----------------------------	---

成果汇编

上海市医疗卫生体制改革战略研究（郝模等）	6
----------------------------	---

他山之石

《2008 年世界卫生报告》呼吁回归初级卫生保健	18
--------------------------------	----

从中国视角来看全民覆盖和卫生筹资¹

胡善联

为保证社会的公平和正义，卫生服务的全民覆盖是需要的，特别是在中国这样一个拥有大量人口的发展中国家。

自 80 年代以来，中国卫生系统没有获得很好的绩效。贫富之间的收入差距已经扩大，医疗服务的市场化导致公平性和可及性的下降。2000 年世界卫生报告提示中国的筹资贡献的公平性是差的，在卫生总费用中政府的卫生支出小于 20%，而从消费者中个人支出部分接近 60%。此外，只有 15% 的正式部门人员被社会保险覆盖。在中国，由于重大疾病的医疗费用导致的因病致贫的现象是很普遍的。虽然 95% 以上是公立医疗机构，但 90% 的运行费用依赖于按项目收费。即使在预防保健服务领域，一半以上的费用也来源于服务收费。因此，中国卫生筹资是极端不公平的，卫生服务的覆盖也是有限的。

近年来，中国经济正在飞速的发展，2007 年的国内生产总值已达到全球国内生产总值的 5%。经济发展不一定会自然地导致对健康的投入。中国的经验证实政治上的承诺是绝对重要的：改变政府的观念是关键。中华人民共和国宪法 2004 年修正案的第 33 条规定：“国家尊重

¹ 该文为世界卫生组织出版的《世界卫生组织公报》(Bulletin of WHO) 2008 年 11 月 第 86 卷 11 期第 11 页的编者按。

和保障人权”。第 45 条中提到：“国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业”。基本健康权是人权的一个部分；每一个人应当拥有平等的健康权。

政府的重心已经由发展经济转向提供公共服务，目的是改善群众的生活标准，卫生发展必须要以人为本和可持续的发展。例如，最近中国政府明显地增加了向农民和农村地区的财政投入。从中央政府转移到中西部地区的省政府，发展农村和城市的医疗保险系统。

2005 年 5 月在 58 届世界卫生大会的决议案中提出了持续的卫生筹资，全民覆盖和社会保险。同年，东南亚区和西太区世界卫生组织联合制定了 2006-2010 年的卫生筹资战略。中国对联合国千年发展目标和 2005 年的世界卫生组织决议方面已做出了重大的贡献。自 1978 年以来，绝对贫困的人口数在不到 30 年内已由 2.5 亿人口下降到 1500 万。政府支持的新型农村合作医疗系统已覆盖 8.42 亿农业人口，从 2004-2007 年 80%的人口已被三种医疗保险制度覆盖。国家的目标是到 2010 年，每一个中国城市和农村的公民将会被医疗保险制度覆盖。

中国的卫生发展与改革正面临着关键的时刻，全民覆盖还需要有很长的路要走。目标是到 2020 年建立基本的卫生服务体系，人人享有基本的卫生服务，不断改善中国人民的健康水平。

与其他转型国家相比，在全民覆盖卫生服务和它们的筹资方面还有很大的差距。中国政府在卫生总费用的投入还少于 1%GDP。多种医疗保险制度还没有整合起来，在不同的医疗保险制度之间和各省提供的

服务包中还存在着较大的差异。参加医疗保险仍然是以自愿为原则。当低收入人们需要医疗保健时，政府的补助还不足以减轻他们的经济负担。预付制和按人头支付的方式以及“看门人”的制度还需要重新再造。促进公共卫生服务的均等化是需要的。现在，中国已经将卫生筹资列入到政治的议事日程中去，卫生改革的政策将开始转向全民覆盖。

编者按：2007 年上海市卫生局建立了卫生政策研究制度，每年对重要的卫生政策课题给予财政资金资助。从本期开始，我们将陆续介绍已结题的 2007 年研究项目的主要结果。

医疗卫生体制改革战略研究

医疗卫生事业与人民群众的切身利益息息相关，是社会高度关注的热点，是国家经济和社会发展的窗口，也是党和政府联系人民群众的桥梁与纽带。党的“十七大”报告中指出：“必须在经济发展的基础上，更加注重社会建设，着力保障和改善民生，推进社会体制改革，扩大公共服务，完善社会管理，促进社会公平正义，努力使全体人民学有所教、劳有所得、病有所依、老有所养、住有所居，推动建设和谐社会。”深化医疗卫生体制改革、使人民群众公平感受到改革的利益，已成为建设和谐社会的重要任务和万众瞩目的焦点。2008 年 9 月 10 日，国务院再次召开常务会议，审议《关于深化医药卫生体制改革的意见》。意见提出了到 2020 年基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度的总体目标，明确了坚持公共医疗卫生事业公益性质的原则，并将完善制度体系与解决当前突出问题相结合，重点推进覆盖城乡的基本医疗保障制度建设、建立国家基本药物制度等五项改革。我国的医疗卫生体制正面临着重要的转型，上海市医疗卫生体制改革也将势在必得。

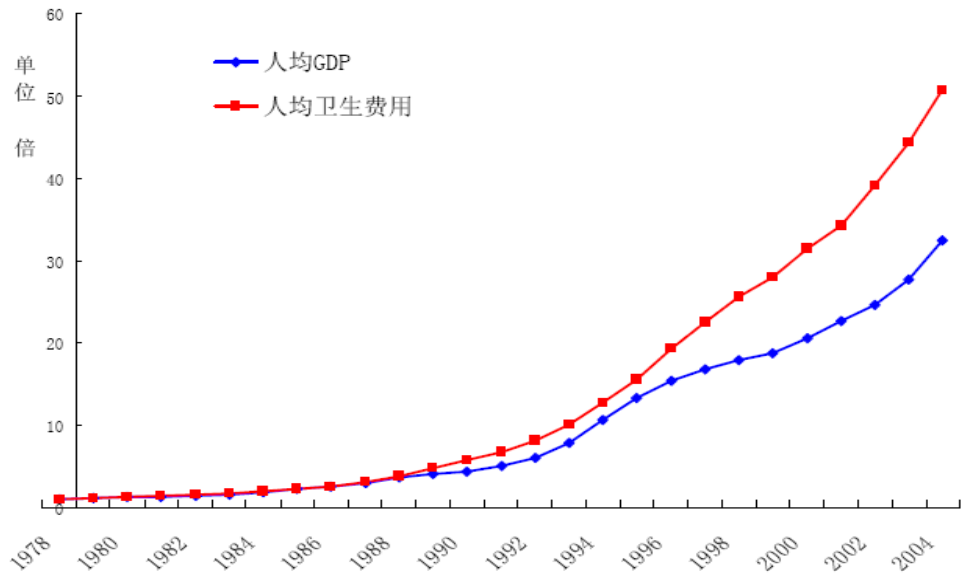
一、上海市医疗卫生事业发展现状及存在的问题

上海的医疗卫生事业已取得了较大成就，主要体现在健康结果和医疗卫生资源两方面。截至 2007 年，上海市居民的平均期望寿命为 80.97 岁，婴儿死亡率为 4.01‰，孕产妇死亡率为 8.31/10 万，均高于全国平均水平。同年，全市医疗机构实际开放床位数 9.59 万张，卫生人员 15.55 万人，其中执业医师 4.88 万人，注册护士 4.67 万人。按常住人口统计，每千人口床位 5.15 张，每千人口医生 2.63 人，每千人口护士 2.51 人，均居全国前列。在医疗保障制度方面，目前上海的城镇职工基本医疗保险已覆盖到 750 万人左右，城镇基本医疗保险年覆盖约 200 万人，农村合作医疗保险覆盖了 186 万人，小城镇社会保险覆盖 138 万人，加上商业医疗保险和其他医疗救助制度，上海已实现医疗保险制度的全覆盖。

在取得上述成果的同时，上海市的医疗卫生体系仍面临严重的挑战。其中，医疗费用过快增长是最突出、最令全社会关注的问题。据 2008 年对上海某区 5516 户居民的入户调查发现，有 70.5% 的市民担忧病后看病倾家荡产，居于最担心的事情前列。“看病贵”已成为严重困扰民生的问题之一。分析我国 1978~2004 年经济增长与卫生总费用之间的关系，可见 26 年中人均 GDP（扣除物价因素）增长了 27.9 倍，而人均卫生费用增长 50.8 倍，两者之间的差异导致我国卫生总费用占 GDP 的比重从 3.0% 迅速上升至 5.5%。

上海市的医疗费用快速增长问题虽然客观存在，但由于上世纪 90

年代上海市实施了“总量控制，结构调整”的改革方案，因此在不同阶段上海与全国医疗费用增长情况存在明显不同。“总控”政策实施前两年，上海市医疗费用年均增长率为 46.70%，同期 GDP 增长率为 32.75%，医疗费用显著高于 GDP 增速；1994~2001 年期间，上海市“总量控制，结构调整”政策的推行使医疗费用得到有效控制，在此期间，医疗费用的年均增长率降至 14.04%，略低于 14.89%的 GDP 增长；而最近几年中，由于“总控”政策的逐步退出，医疗费用的年均增长率又呈现“抬头”趋势，其年均 18.14%的增长率重新高于 GDP 增速。



1-1 1978-2004 年我国人均 GDP 与卫生费用定基增长趋势比较

数据来源:卫生部.中国卫生统计年鉴 2006.北京.中国协和医科大学出版社. 2007

国家统计局.中国统计年鉴 2006.北京.中国统计出版社. 2005. 第一版

二、上海市医疗费用过高问题产生的原因

审视医疗卫生改革的进程，“看病贵”等问题的产生与演化来自多方的博弈与互动，政府行政、医疗机构、物价部门、医药市场、患者、

医疗保障体系等多个因素之间围绕利益问题形成了错综复杂的关系，并以层级递进的方式将医疗费用不断推高。

(一)追根溯源：政府筹资职能弱化，激发医疗机构收费动机

改革开放以来，以经济建设为中心的基本路线确立了有中国特色的社会主义市场经济的发展道路，为我国带来巨大经济社会建设成就。同时，注重效益、效率优先的发展模式，以及对 GDP 增长的过分关注，客观导致了政府在宏观层面对医疗卫生事业的忽视，政府的医疗卫生服务筹资职能逐渐弱化。1988 年的政府工作报告强调，企事业单位包括医疗卫生机构可积极开展多种形式包括有偿形式在内的社会服务。次年，国家财政部直接将医疗卫生机构定性为“有条件逐步自收自支”单位，“逐年减少事业费补助”。在相关政策引导下，中国对公立医疗机构的筹资水平逐年降低，从 80 年代约占机构支出总量的 25—30%减少至 1998~2004 年平均仅占公立医疗机构支出的 6.2%。

政府对医疗卫生机构改革的忽视，以及政府医疗服务筹资职能的不断弱化，使医疗卫生机构为了生存和发展不得不自寻出路。此时，市场经济体制的改革政策与措施显示出巨大成效，为其提供了现成经验。医疗卫生服务甚至是公共卫生服务开始逐步走上靠市场收费的道路。1998~2004 年期间，公立医院 93.3%的经费支出通过市场收费补偿。而自 1992 年开始，根据卫生部相关文件，上海市的医疗机构也进行了经营机制转换，扩大医院服务功能，拓宽医院筹资渠道，尽可能多地追求经济收益。

(二)雪上加霜：限价与降价——医疗机构的畸形服务收费

当医疗机构不得不试图“通过服务收费多收一点”时，却碰到了畸形的医疗服务收费标准障碍。随着中国逐步走向市场经济，物价调整开始随行就市，医疗服务成本相应提高。但为了保障广大居民基本卫生服务的可及性，物价部门依旧坚守医疗服务的低价政策，虽然也曾经对医疗收费标准进行过陆续微调，但总体而言，医疗服务价格背离价值的问题持续存在，其严重程度随物价上涨而愈益凸显。而医务人员劳务收费标准的缺失，进一步加剧了上述矛盾。1950~2007 年期间，医疗保健物价指数变化仅为零售商品价格指数变化的 2/5，社会必需的常规服务项目基本处于收不抵支的境地。

为了弥补基本服务收费和医务人员收费的亏损，政府允许医疗机构在药品处方价上可有 15%的差价提成，同时还对 CT、MRI 等高新检查服务项目实行高于成本的收费标准，从而导致了医疗机构出于营利目的“多做检查多开药”的问题，在推动医疗费用上涨的同时，还造成医疗卫生资源的巨大浪费。

(三)推波助澜：无序混乱的医药用品市场

对医药用品的生产企业和销售流通企业来说，追求利润最大化是其目标。医院作为这些企业的顾客和上帝，时刻关注和满足医院的需求是其基本行为准则，需要高价药就提供高价药，从药品品种和价格上迎合；在供大于求的需方导向市场上，竞争的残酷性使医药用品的生产企业和销售流通企业采用名目繁多的促销手段，无论合理抑或合

法，各类手段层出不穷。

中国政府相关部门对医药用品生产和销售行为的监管乏力，对高价药诱导下的药品虚高定价无能为力，对医疗机构行医行为监管的缺位无力，最终使“高价药易销而价廉质优药不受欢迎”成为现实，不合理竞争的促销手段（如红包、回扣等）可以盛行而不受惩罚，医疗药品市场毫无秩序可言，医疗卫生资源浪费严重。所谓“羊毛出在羊身上”，严重的浪费必然促使医药用品生产和流通企业从医药用品市场的购买方（医院）得到补偿，从而加剧医院“多做检查多开药”的浪费型补偿机制，将医疗费用过快增长推向一个又一个高峰。在这一方面，上海与全国的情况基本相似。

（四）任重道远：基本医疗保障制度亟待完善

中国的医疗服务一直实行“按项目收费”的方式，即病人按所接受的服务项目付出相应项目的费用，从而致使医疗服务有内容多少、收费高低的差别。“按项目收费”方式下产生高额医疗费用风险是必然存在的，而如果存在健全的社会医疗保险制度，就可能将这种风险降至最低。

截至 2003 年，中国仍有 70.3%的人口（44.8%的城镇人口和 79.0%的农村居民）没有任何医疗保障，不具有任何风险分担机制。而 1995 年起试行的城镇职工基本医疗保险制度强调职工工资的筹资，政府筹资职能被弱化，享有该保障的患者生病住院后必须先自付年平均工资 10%后，才能由统筹基金支付，同时高额费用还要面临 4 倍工资的封顶，

封顶后建议由商业保险来解决。但目前中国仅有 5.6%的城镇人口具有商业保险，94.4%的城镇人口面临着统筹基金支付封顶后的自付。由此可见，该制度的风险分担机制非常有限。

上海的医疗保障制度从形式上看优于全国水平。城镇职工医疗保险、小城镇职工医疗保险、农村合作医疗，以及 2008 年初试行的城镇居民医疗保险，使上海市的医疗保障基本实现了人群全覆盖。例如，2006 年上海市农村合作医疗保险的覆盖率达到 88.74%，加上其他医疗保险，总覆盖率达到 98.3%，基本实现应保尽保；2007 年 12 月，上海市出台了《上海市贯彻〈国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定〉实施方案》，充分体现了“个人负担不增加、统筹能力不减弱、保障水平有提高、覆盖人群有扩大”的特点。然而，由于按项目付费的支付方式的存在，当高额费用发生时，医疗保障制度对百姓负担的减少仍然是杯水车薪。

三、关于深化上海市医疗卫生体制改革的建议

深化医疗体制改革的总体目标是，到 2020 年，基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，包括比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系，比较健全的医疗保障体系，比较规范的药品供应保障体系，比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，实现人人享有基本医疗卫生服务，不断提高人民群众健康水平。其近期目标是，到 2010 年，以建立具有制度保障的可持续的医疗卫生服务筹资保障体系为突破口，在完善投

入机制和补偿机制基础上，着力解决当前的一系列突出问题，并初步建立基本医疗卫生制度框架。在此基础上，结合全国形势和上海实际，我们提出了本市深化医药卫生体制的改革思路和建议。

(一)坚持以人为本的原则，公平优先、和谐发展

进一步深化医疗卫生体制改革，必须：**1、坚持以人为本的原则。**把解决人民群众关心的问题放在首要地位，把是否能让人民群众切实感受到改革的利益，作为检验深化医药卫生体制改革成功与否的标准和考核指标。因此必须以改革发展成果惠及全体人民为基础，逐步完善基本医疗卫生制度的方案设计、制度建立和体系建设。**2、公平优先、强化政府职责。**应从制度上明确追求公平是体现医疗卫生服务公益性的关键。明确并加强政府在制度完善、规划、服务、监管、尤其是筹资方面的职责。在此基础上，适度引入市场运作机制和方法，以满足人民群众多层次、多样化的医疗卫生服务需求。**3、秉承和谐发展理念。**深化医药卫生体制改革、构建基本医疗卫生制度，是社会整体层面的制度创新。所以，改革必须运用社会整体的视野审视具体的体系、机制和具体改革措施。在制度设计中，要理清长期努力与短期解决突出问题之间的关系，要注意改革中利弊得失的轻重关系，理清如何协调人民群众、政府部门、医疗卫生机构、医务人员、医药企业和医疗保险等之间的关系等。

(二)强化政府的医疗卫生服务筹资职能

以政府为主导、构建稳定的医疗卫生服务筹资保障体系，是从源

头上解决伴随医疗卫生事业的一系列问题、深化医药卫生体制改革成败的关键。对此，各级政府应有清醒的认识。

1、建立可预期的医疗卫生总费用增长机制。为确保医疗卫生事业发展与社会经济发展相适应，应该设定卫生总费用占 GDP 的合理比重。以上海的经济发展水平、国际地位和惯例，卫生总费用占 GDP 的合理比重可保持 5.5%左右。在此基础上，应增加政府投入，改变政府筹资比重偏低的局面，确保政府筹资在卫生总费用中的比重逐步达到 40%，并使社会和个人比重各保持 30%左右。

2、加大向公共卫生领域和基层卫生的政府投入力度。形成公共卫生机构政府全额预算管理和政府筹资机制，有效消除公共卫生机构“投入不足导致公共职能偏废”困境；构建功能定位清晰、协调顺畅、政府投入和各方分担适宜的农村三级医疗卫生服务体系和以社区卫生服务为基础的城市医疗卫生服务体系。

3、明确政府对公立医院的投入项目和投入额度。有效解决医疗机构长期扭曲的服务补偿机制，转变目前医疗机构“多做检查多开药”的资源浪费型补偿，形成按照诊疗常规“少做检查少开药”的节约型补偿机制，从而维护公立医院的公益性质，规范医药用品市场，保证群众获得价廉质优的基本用药，为构建高效有序的医疗服务体系提供基础。

(三)改革医疗卫生服务的补偿机制

改革医疗卫生服务补偿机制的突破口在支付方式的变化。应转变

目前“按项目收费”的支付方法，试行“总额预算、按服务量”组合收费方式，对医疗机构的业务收入实行定额包干、总额预算，每年的增长率与按上年 GDP 粗增长率同步；同时，设立每次门急诊和每床日收费标准，每次服务收费定额包干、自负盈亏。通过这种方式，可以确保全市医疗费用增长水平纳入社会经济发展能够承受范围，并使医疗机构发展享受社会经济平均发展利益。此外，还应根据新增政府对医疗机构的投入水平，以 1:2 比例降低医院业务收入，让人民群众切实享受改革的利益。

(四)完善医疗保障体系，适当提高医疗保障水平

完善以基本医疗保障体系为主体，其他各种医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，加快覆盖就业人口，重点解决国有关闭破产企业、困难企业等职工和退休人员以及混合所有制、非公有制企业和灵活就业人员的医疗保障问题；稳步推进城镇居民基本医疗保险试点，重视解决老人和儿童的基本医疗保险问题；全面实施新型农村合作医疗制度，逐步提高政府补助水平，适当增加农民缴费，提高保障能力。完善城乡医疗救助制度。对困难人群参保和医疗费用提供补助，筑牢医疗保障底线。妥善解决儿童和农民工医疗保险问题。此外，还应积极发展商业健康保险，鼓励商业保险机构开发适应不同要求的健康保险产品，满足多样化的健康需求。

(五) 建立健全药品供应保障体系

按照国家基本药物目录和防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重的原则，结合我国用药特点和国际经验，确定基本药物品种的数量，并建立相关的生产供应体系，实行招标定点生产或集中采购，减少中间环节，在合理确定生产利润水平的基础上统一制定零售价，确保基本药物的生产供应，保障群众基本用药。同时，应规范基本药物使用，制定规范基本药物使用的处方集和临床应用指南，并将基本药物纳入基本医疗保障药物报销目录，报销比例高于非基本药物。在建立基本药物制度的基础，还应着力培育具有国际竞争力的医药产业，提高药品生产流通企业集中度，规范药品生产流通秩序，完善药品价格形成机制，不断完善执业药师制度，保障人民群众安全用药。

(六) 建立协调统一的医药卫生监督管理体系

形成简单、能级少而协调统一的医药卫生监督管理体系，是深化医药卫生体制改革的灵魂和成败的关键。该体系应具备协调人民群众、相关政府部门、医疗卫生机构、医药企业和医疗保险机构之间关系的能力。因此，建议成立上海市医疗改革委员会。由市长任主任，分管副市长任副主任，市政府办公厅、发改委、国资委、财政局、物价局、申康医院发展中心、卫生局、医保局、民政局、药监局第一负责人任委员。统一领导、组织、协调各个部门，监督和管理医药卫生体制改革方案的落实，确保实现改革目标。委员会按照政事分开、管办分开、

属地化和全行业管理的原则，合理确定不同层级政府之间、政府部门之间、政府与医药卫生机构的职责范围，从而形成职能明确、定位清晰、综合协调、权责统一的管理体制。

(七) 建立健全科技创新和人才保障机制

遵循自主创新、重点跨越、支撑发展、引领未来的方针，深化医药卫生科研机构改革，整合优势医学科研资源，加快实施医药科技重大专项，加强对重大疾病防制技术和新药创制关键技术等的研究，广泛开展国际卫生科技合作交流，大力推广适宜技术。强化人才队伍建设规划，重点加强公共卫生、农村卫生、城市社区卫生专业技术人员和护理人员的培养配型。鼓励优秀卫生人才到城市社区、农村基层和中西部地区服务。培育壮大中医药人才队伍。促进不同医疗机构之间人才交流的纵向和横向合作。建立医院管理者的职业资格制度，逐步形成一支职业化、专业化的医疗机构管理队伍。调整高等医学教育结构和模式，加强全科医学教育。

(八) 建立实用共享的医药卫生信息系统

以推进公共卫生、医疗、医保、药品、财务监管信息化建设为重点，加快信息标准化和公共服务信息平台建设，建立统一高效、资源整合、互联互通、信息共享、透明公开、使用便捷、实时监控的医药卫生信息系统。

课题承担者：复旦大学卫生发展战略研究中心 郝 模等

(编辑：上海市卫生局卫生法规处 付 晨 高广文)

《2008 年世界卫生报告》呼吁回归初级卫生保健

2008 年 10 月 15-16 日，纪念《阿拉木图初级卫生保健宣言》发表 30 周年国际会议在哈萨克斯坦阿拉木图市召开。会议的目的是回顾 30 年来实施初级卫生保健的经验，以及当前的公共卫生问题。

此前在 10 月 14 日，世界卫生组织发布了题为“初级卫生保健：过去重要，现在更重要”的《2008 年世界卫生报告》。报告审视和评估了世界各国卫生保健的组织、融资和服务方式，包括发达国家和发展中国家。报告指出了三十年来卫生系统的若干失误和缺陷，导致了国家内和国家间人群的健康状况严重失衡。

世卫组织总干事陈冯富珍博士在报告发布会上指出，“《2008 年世界卫生报告》提出了处理卫生保健领域不公平和低效率问题的办法，各国必须重视这些建议”。她还称，“在卫生事务极为失衡的环境下，世界既不稳定，又不安全。”

联合国儿童基金会执行主任 Ann M. Veneman 女士称，“孕产妇、婴儿和五岁以下儿童高死亡率往往反映出，人们无法获得洁净水和环境卫生等基本服务，并无缘获得免疫和适当的营养，……而提供包括基层综合服务在内的初级卫生保健有助于增进健康和挽救生命。”

报告所列的数据显示，许多国家的卫生系统未将重点放在公平享

受卫生保健机会、明智配置资源以及满足尤其是贫困和边缘化群体的需求和期望的能力上。报告指出，“卫生保健机会不公平、费用昂贵以及对卫生保健的信任遭到侵蚀等状况危及社会稳定。”

为引导卫生系统提高绩效，报告呼吁卫生系统回归 30 年前正式发起的初级卫生保健制度，认为这是全面的卫生保健方法。对处于同样经济发展水平的国家进行的比较结果显示，就按照初级卫生保健原则开展卫生保健工作的国家而言，同样的投资带来了较高的卫生水平。

在全球金融危机之际，这些经验教训极为关键。陈冯富珍博士指出，“从目前的趋势来看，初级卫生保健越来越是重返卫生发展正确轨道的明智之举。”

多数情况下，生活富裕、总体健康状况较好的人更有机会享受最高质量的卫生保健，而穷人则较困难。卫生保健的提供模式往往侧重于疾病、高科技和专业医疗，健康被视为生物学干预的结果，而预防工作往往被忽视。

专科医生从事的多数是本该由普通医生、家庭医生或护士完成的工作。这显然是低效率的，限制了卫生保健的优化和病人获得全面的卫生保健的机会。卫生保健朝专科化方向倾斜，会丧失使用更高效的预防性干预措施的机会。据世卫组织估计，如果能更好地利用现有的预防措施，全球疾病负担可以减轻 70%。

实施初级卫生保健战略有助于促进全面看待卫生工作，在贯穿整个生命历程的连续不断的卫生保健过程中，将预防工作提高到与治疗

同等重要的地位。初级卫生保健全面处理卫生问题，力求通过在上游对付健康威胁，影响在若干非卫生部门中健康问题的各项基本决定因素。

初级卫生保健有助于恢复卫生保健的平衡，将家庭和社区置于卫生系统的核心。它重视当地自主权，弘扬顽强不屈和锐意创新的人类精神，为社区自主和持续地解决问题提供了空间。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 林 海）

欢迎读者来信来函批评指正，不吝赐稿。

来信来稿请寄：

北京西路 1477 号,801 室，邮编：200040

联系人：陈力歌、林 海

电话：021-22121868、22121878

电子邮件：lige.chen@gmail.com, lin_hai_@hotmail.com