



2014 年末，习近平总书记来到镇江世业镇卫生院考察 来源/新华网

编者按：2014 年末，习近平总书记到镇江世业镇卫生院，了解到那里实现了双向诊疗常态化，总书记给予肯定。他指出，人民群众对医疗服务均等化愿望十分迫切。像大城市的一些大医院，始终处于“战时状态”，人满为患，要切实解决好这个问题。

习总书记这番话，不仅一针见血指出当前我国医疗卫生发展所面临的主要问题，还为未来医疗卫生事业发展指明了方向：医疗服务均等化、人才下沉、为基层医疗强身健体！这些为行业、社会呼唤多时的命题，再次变得炙手可热。

本期我们针对“医疗服务均等化”、大医院“战时状态”和基层医师培养问题，采访了医卫界、教育界的相关专家。我们发现，以上三个话题并非独立存在，它们是医药卫生改革相互联系的各个方面，互为因果。而要解决这些问题，是一个庞大的系统工程，需要多方配合。这大概也是医改被称之为“世界难题”的原因所在。

医疗服务均等化：政策导向是根本

▲本报记者 宋攀

“对普通老百姓而言，到医院排队 2~3 小时才能看上病再平常不过。然而，有些人全然不需如此。

“在医院看病从不开队，住院也是住有专人看护的 VIP 病房。”2014 年湖北省教育实践活动中，一名市长如此自我批评。

“现在经济条件好了，一部分人先富起来了，医疗资源也有所倾斜，有钱人与老百姓享受的差别比较大。”全国人大代表、浙江台州医院院长陈海啸告诉记者。

这些无疑是我国医疗有失公平的缩影。

“不患寡而患不均，不患贫而患不安。盖均无贫，和无寡，安无倾。”作为一项重大的民生工程，医疗服务的公平性关乎到社会和谐稳定，推进医疗服务均等化也成为国家领导人肩头的一个重担。

2008 年 1 月，时任国务院副总理吴仪在全国卫生工作会议上首次提出要努力实现基本医疗服务均等化。时隔六年，习近平总书记来到镇江世业镇卫生院了解基层医疗改革和服务情况时指出，要推动城乡基本公共服务均等化，为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务，再次凸显了国家对医疗公平的重视，可谓是呼唤医疗服务均等化的最强音。

基本医疗服务就像公园里的凳子

谈起医疗服务均等化的内涵，中国医师协会副会长陆军认为，不论地位、级别、性别、年龄，只要是中国公民都应该享受同质的基本医疗。

陈海啸对此表示认同并打了一个更形象的比喻：“基本医疗服务就

应该像公园里的凳子一样，谁都可以坐，谁先到谁坐。”

然而，现实情况并非如此。城乡医疗资源不均、区域医疗资源不均、公立医院设特需医疗……不同户籍、不同地区、不同身份公民享受医疗水平

不同质的情况在我国由来已久、普遍存在。

世界卫生组织曾对 191 个成员国的卫生事业进行评估，在医疗卫生总体绩效评估排序中，中国位列第 14 位，而卫生筹资与分配公平性评估中我国居倒数第四位。

引导社会建立优良医疗服务模式

如何实现医疗服务的均等化，原国务院参事郎志正认为，根本的问题在于，国家作为基本医疗服务的购买方，要引导社会建立一个优良的医疗服务模式和商业支付模式。

然而，在国家政策上，针对医疗服务供应，仍存在不公平的导向。陈海啸对此直言不讳：“医疗机构设置方面，大城市随处可见社区医疗站，不少边远的山区、农村的卫生室却鲜少能够看到。技术和资金方面，国家通常会为大医院争创重点学科、龙头学科提供资金支持，却极少对乡村卫生室发展提供激励政策。类似这样的具体政策导向还有很多。”

在商业支付模式方面，公平性也很难体现。

众所周知，目前我国已形成三大体系，一是城镇职工基本医疗保险制度，二是城镇居民基本医疗保险制度（简称“城居保”），三是新型农村合作医疗制度（简称“新农合”）。此外，公务员和部分事业单位人员依然沿袭公费医疗制度。在参与医疗服务方式上，不同人的参与方式已经不同，而这对整个医疗服务体系也产生了不公平的影响。

以人数最多的我国城镇职工医疗保险（城职保）和新农合相比，城职保是按照工资收入的定额比例缴费的模式，而新农合则

是采取按人数定额缴费的模式，由于职工在缴费方面普遍高于新农合，政府在补偿方面也普遍低于职工医保。政府投入的不均等是优质医疗资源和卫生人才向城镇涌入的重要原因之一。

对此，陆军指出，建立一致性的基本医疗保险制度是必然趋势。要在不断巩固和完善新农合的基础上，向城镇居民基本医疗保险制度过渡，做好衔接与转换，全面实施城乡居民统一的基本医疗保险制度。只有实现城乡居民医疗保险的衔接，达到政策统一、管理统一，才能顺利实现城乡医疗均等化。

最需国家投入与顶层设计

在具体的操作上，陈海啸认为还需要国家加大投入和加强顶层设计。

陆军进一步指出实现基本医疗服务均等化，首先国家要限定基本医疗的范围，并强调人人平等的原则。比如，明确规定基本医疗服务中的住院标准、床位费等，不能因领导干部与员工的身份有别而有差异。

“时间上也要排序，不论贫富贵贱应一视同仁提供医疗服务，要求医生做到的，政府应该身先士卒。”陆军还谈到，这在国外很多国家是惯例。“在台湾，一些领导看病住四五个人的病房也很常见。如果个人对此不愿意，想要享受更高级别的服务，多出的部分必须由个人承担。”

陈海啸也认为，基本医疗的定义不是很清楚，现实中可操作性不强，配套不够。以基本药物目录为例，“基本药物目录，有的省达到六七百种，有的省仅有两三百种。有些地方新农合能报销，有些地方不能报销。”陈海啸指出，基本医疗一定是需要国家投入的，并且要有好的顶层制度设计，将钱用到刀刃上，如分级诊疗制度、乡村医生免费的培训培养和福利报酬补贴都要统筹考虑。

国外有哪些医疗均等化的经验呢？原美国斯坦福大学教授、现独立投资人 Jon Sanderson 告诉记者，在美国，很



多人可以很方便的享受到高质量的医疗保健服务，不过，仍有相当一部分民众因买不起商业医疗保险而享受不到，政府系统提供的医疗保健服务不够有效，医疗不均等的现象在美国同样存在，提供高质量的医疗保健服务需要很多钱，即使是美国也负担不起。

他认为，条条大路通罗马，解决医疗资源的均等化不能仅依靠政府，还可以借助先进的技术，如社交媒体、手机、云技术降低医疗服务成本，为偏远、经济能力不足等弱势群体提供医疗保健服务。

“人人都应享有的不仅是基本医疗服务，我认为更应该是健康服务，医疗服务只是健康服务的一部分。习近平总书记专门提到解决医疗服务均等化是因为这部分是目前最需解决的均等化问题。均等化不应仅停留在医疗，将来要发展到社区、家庭养老等整个健康服务领域。这是一个长期过程，不是一下子能解决的。”郎志正最后总结道。

