

图书基本信息

书名：<<我国医疗机构良性运作的制度构建>>

13位ISBN编号：9787802471368

10位ISBN编号：7802471362

出版时间：2008-8

出版时间：知识产权出版社

作者：张录法

页数：267

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

今年是改革开放30周年，在过去的30年里，中国无疑在经济领域创造了世界的奇迹。但与此同时，社会问题也日益凸显，成为制约经济进一步发展乃至社会稳定的负面因素。在众多的问题中，“看病难、看病贵”成为一个焦点。

第三次全国卫生服务调查数据显示，我国约有48.9%的居民有病不就医，29.6%的应住院而不住院；2006年中国社会科学院社会学所在全国进行了一次“社会和谐稳定问题全国抽样调查”，在调查的17个社会问题中，“看病难、看病贵”问题被首次排在第一位，充分表明了这个问题的严重程度。

当然“看病难、看病贵”不是这几年才出现的，也绝非中国所特有，只不过由于目前我国经济体制、社会、人口结构等多重转型同步并行、相互交织从而使之愈发凸显。

世界各国医疗卫生发展和改革的经验表明，“看病难、看病贵”问题是一个世界级难题，其本质是医疗需求与医疗供给之间的不均衡，目前还没有哪个国家能很好地解决这个问题。

从直觉上，谈到“看病难、看病贵”首先可能联想到的是在医疗机构中排得如长龙般的就医队伍，联想到那些到了医疗机构门口却因无钱缴费而被拒之门外或虽已就诊但因费用过高而不得不提前中断治疗的无助患者，因此直接将医疗机构归咎为“看病难、看病贵”的罪魁祸首也就顺理成章、不足为奇。

但这主要是表象而非真相的全部，虽然医疗机构无疑是造成“看病难、看病贵”这一问题极其重要的主体，其价值取向和行为整个问题的形成过程中都扮演了举足轻重的角色，但“看病难、看病贵”的影响因素远不止于此。

事实上，如果从宏观供求角度分析，那么无论是医疗服务的提供还是医疗服务的筹资乃至相关的监管都至关重要，而假如从参与主体角度分析，则无论医疗机构、政府、医疗保险机构、医药生产、流通商甚至比嫫娥还要委屈的患者都在这个问题上起到了或多或少的负面作用。

因此，从医疗机构的角度，要解决“看病难、看病贵”问题必须要让其回归公益的良性运作轨道，这是不言自明的逻辑，但是在医疗机构的改革中，如果不能系统地对医疗机构与各个相关主体之间复杂的关系进行分析，并基于此提出科学的改革措施，那么改革既有可能“改不动”，也有可能“越改越糟”。

这是有前车之鉴的，回顾30年卫生改革的历程，这样的例子比比皆是。

1979年元旦，卫生部钱信忠部长在元旦讲话中提出了卫生部门也要按经济规律办事，医疗机构的改革号角正式吹响。

从此，医疗机构既经历了80年代放权让利、承包责任制、院长负责制，以及从原来的全额预算逐步变成了“核定收支、定额或者定项补助、超支不补、结余留用”的补偿机制的改革；也经历了90年代的城镇医疗机构分类管理、医院药品收支两条线管理、药品采购公开招标、药品直接降价、“三医联动”改革以及后来的产权改革、管办分离、发展社区卫生等改革。

但遗憾自妒是，其中多数的改革都没有奏效，以至于直到今天，医疗机构仍然痼疾缠身。而失效的最主要原因，在于改革中的系统性、科学性和方向性不足。

## 内容概要

本论著立足于我国卫生事业的具体实践，利用现代卫生经济理论以及系统科学的理论，系统剖析了我国医疗机构的不良运作现状及其形成机理，在充分借鉴、合理吸取国际典型医疗服务体系模式中医疗机构运作改革经验的基础上，提出了我国医疗机构良性运作所需的制度构建。

本书的读者包括中国医疗体制改革的决策者和实践者，以及从事医疗体制改革的研究者、高校师生等参考使用。

## 作者简介

张录法，1975年出生，山东安丘人。

上海交通大学国际与公共事务学院讲师。

2005年毕业于上海交通大学安泰经济与管理学院，获管理学博士学位。

主要研究领域为卫生管理及社会保障。

迄今主持教育部哲学社科课题、上海市哲学社科课题各一项，参与国家社会科学基金、国家自然科学基金以及上海市决策咨询等多项科研课题，获第六届上海市决策咨询研究成果奖二等奖一次，在《经济社会体制比较》、《上海交通大学学报》等刊物发表相关学术论文10余篇。

书籍目录

第1章 绪论 1.1 本书的研究背景 1.2 本书的研究意义 1.3 国内外研究综述 1.4 本书的结构体系及主要研究内容第2章 我国医疗机构不良运作现状及改革措施综述 2.1 引言 2.2 我国医疗机构发展改革历史简要回顾 2.3 我国医疗机构不良运作现状综述 2.4 改革措施综述第3章 我国医疗机构不良运作的形成机理分析 3.1 引言 3.2 医疗机构与其外部环境主体关系分析 3.3 医疗机构及其外部环境主体的数理模型 3.4 模型中各主体行为分析 3.5 我国医疗机构不良运作现状的形成机理 3.6 以往改革不能奏效的机理解释第4章 国际典型国家医疗机构运作情况及其改革借鉴 4.1 英国为代表的垄断整合型 4.2 美国为代表的市场主导型 4.3 德国为代表的公共合同型 4.4 新加坡为代表的公私互补型 4.5 四国改革对我国医疗机构制度构建的启示第5章 打破公立垄断，建立健全医疗服务混合提供制度 5.1 引言 5.2 私立医疗机构的特点及作用 5.3 医疗服务提供理论分析的基本模型 5.4 五种医疗服务提供制度模式分析 5.5 五种医疗服务提供制度模式结果比较 5.6 医疗服务混合提供制度的成立条件及扩展分析 5.7 形成有效医疗服务混合提供制度的途径第6章 建立“社区‘看门人’制度”，形成社区卫生机构和高等级医院的良性互动 6.1 引言 6.2 医患之间现有的制度安排及特点分析 6.3 医患之间现有制度安排的效果分析 6.4 改进现有制度安排效果的途径 6.5 医患间基于激励的新制度安排——“社区‘看门人’制度” 6.6 “社区‘看门人’制度”对医疗机构、医疗保险机构和药商的影响第7章 重新界定政府在卫生领域的职能，改革相应的管理体制 7.1 引言 7.2 政府干预卫生行业的原因……第8章 医疗保险和医药生产流通体制配套改革研究参考文献后记

章节摘录

获得公平高效的医疗保障是世界各国民众的共同期盼，如何实现这个目标则是一个世界性的难题，为此，世界各国政府都在不断地改革或改善其医疗卫生体制、医疗保障体制和医药生产流通体制等相关体制，以期更好地满足广大民众多层次的医疗保障需求，保持经济社会可持续发展。

我国是一个发展中的人口大国，有着独特的人口结构和严重的老龄化趋势，又处于传统体制向市场体制转轨的特殊时期，因此医疗保障的作用愈发凸显。

“看病贵、看病难”问题已成为我国社会毋庸置疑和亟待解决的一个焦点，也是摆在各级政府面前的一个难点。

继2005年、2006年之后，2007年3月5日温家宝总理在十届全国人民代表大会第五次会议的政府工作报告中再次明确指出，要高度重视解决涉及群众切身利益的问题，突出抓好医疗工作，着眼于逐步解决群众“看病难、看病贵”问题、而在中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定和十七大报告以及2008年十一届全国人大一次会议的政府工作报告进一步明确指出要为群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务，让人人享有基本医疗卫生服务，提高全民健康水平。

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>