

3. 爱伦·鲁宾. 公共预算中的政治: 收入与支出, 借贷与平衡[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2001.
4. *Allen Schick*. The Federal Budget: Politics, Policy, Processs [M]. The Brookings Institution, Washington, D.C.2001.
5. *Annette Kyobe, Stephan Danninge*. Revenue Forecasting—How is it done? Results from a Survey of Low-Income Countries. IMF Working Paper, 05 (24): 2—4.
6. *Batchelor R. A.* How Useful Are the Forecasts of Intergovernmental Agencies? The IMF and OECD Versus the Consensus. Applied Economics, 2001 (33): 225—235.
7. OECD. Managing Public Expenditure-A Reference Book For Transition Countries. Edited by Richard Allen and Daniel Tommasi, 2001.
8. *Stephan Danninge, Marco Cangiano, Annette Kyobe*. The Political Economy of Revenue-Forecasting Experience from Low-Income Countries. IMF Working Paper, 05 (2): 3—8.
9. *Stephan Danninge*. Revenue Forecasts as Performance Targets. IMF Working Paper, 05 (14): 1—4.
10. U.S. General Accounting Office. Agencies's Strategic Plans Under GPRA: Key Questions to Facilitate Congressional Review (GAO/GGD-10.1.6), 1997: 1—5.



Ван Венсу (Wang Wensu),
канд. екон. наук, професор,
Центральний Університет
фінансів та економіки (м. Пекін, Китай)

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЦИНИ ТА САНІТАРІЇ В КИТАЇ

Справа медицини та санітарії пов'язана зі здоров'ям мільйонів людей, і представляє собою важливе питання всенародного благополуччя. Поглиблення реформування системи медицини та санітарії є обов'язковою потребою у стимулюванні всебічного узгодженого та стійкого розвитку економіки та суспільства, і представляє собою одна з найважливіших задач у всеосяжній побудові безбідного суспільства та гармонічного соціалістичного суспільства.

Нині проблема невідповідності рівня розвитку медицини та санітарії в нашій країні потребам народних мас та потребам узгодженого розвитку економіки і суспільства очевидна: Нерівномірність розвитку медицини та санітарії між містами та сільськими місцевостями, а також між різними регіонами, недосконалість системи лікувального обслуговування, недостатність урядового капіталовкладення в санітарію, надмірно швидкий темп зростання цін за медичні препарати та медичне обслуговування, надмірне навантаження на індивідуальних осіб.

Наша країна має велику чисельність населення, низький середній рівень доходу на душу населення, великий розрив між містами і сільськими місцевостями та між регіонами. Наша країна довгостроково знаходиться на початковому етапі соціалізму.

1. Цілісне планування.

1.1. Головна ідея.

З метою, щоб кожен мав можливість користуватись основним медичним та санітарним обслуговуванням, потрібно дотримуватись принципу загальнодоступності суспільної медицини та санітарії. Головним чином наполягати на попереджувальних заходах; приділяти належну увагу сільським місцевостям; впроваджувати врівноважену систему як китайської традиційної, так і європейської медицини; розділяти політику від практичного впровадження системи, управлінських органів від реалізації, лікування від системи забезпечення медикаментами; розділення комерційних та некомерційних закладів лікування; підсилити відповідальність уряду та збільшити державне капіталовкладення; заохочувати участі суспільства.

1.2. Головний принцип: враховуючи специфіку країни починати роботу з практики.

1.2.1. Сприйняття людини як основу реформування і ставити захист народного здоров'я на перше місце.

1.2.2. Встановити медичну та санітарну систему з урахування китайської специфіки. Комплексно проявити роль китайської (народної) медицини.

1.2.3. Об'єднати справедливість та ефективність в одній системі. З'єднати державне керування з роллю ринкового механізму.

1.2.4. Єдине та всебічне планування, що поєднує у себе вирішення нагальних проблем та удосконалення функціонування системи.

1.3. Головна мета. Установити та вдосконалити основну медичну та санітарну систему, що покриватиме мережу міст та сіл і надати народу безпечне, ефективне, зручне та доступне медично-санітарне обслуговування.

До 2011 року — почати створення основної медично-санітарної системи, що покриватиме мережу міст та сіл і практично вирішити проблему «складність потрапити до лікаря та недоступність лікування».

До 2020 року — встановлення мережі основної медично-санітарної системи, що обслуговуватиме міста та сільські місцевості.

1.4. Удосконалення чотирьох систем медицини та санітарії.

Встановити систему суспільного санітарного обслуговування, систему медичного обслуговування, систему медичного забезпечення та систему забезпечення медичними препаратами для жителів міст та сіл.

1.5. Просування реформ системи управління державних лікарень. Виходячи з посилення значення суспільності державних лікарень та ефективності моніторингу уряду необхідно здійснювати активний пошук шляхів реалізації розділення політики від виконання, реалізації від управління.

1.6. Установлення механізму роботи медичних та санітарних органів. Занесення всіх доходів та витрат державних органів суспільної санітарії до бюджетного управління.

1.7. Керований урядом комплексний механізм санітарного капіталовкладення передбачає забезпечення капіталу для обслуговування суспільної санітарії зі сторони уряду та доповнюються особистими платами та платою комерційного страхування здоров'я.

1.8. Справедливий розподіл відповідальності санітарного капіталовкладення між центром та місцевими органами влади різних ступенів за принципом диверсифікованого навантаження. Місцеві органи влади беруть головну частину відповідальності, а центральне управління доповнює субсидіями. Необхідно заохочувати та направляти соціальні капітали на розвиток медичної та санітарної справи.

1.9. Науковий та раціональний механізм ціноутворення в медицині. Нормалізувати систему управління цінами медичного обслуговування.

1.10. Встановлення жорсткого та ефективного механізму контролю та моніторингу медичної та санітарної справи.

2. До 2011 року будуть виконані:

2.1. Прискорення установлення системи основного медичного забезпечення. За три роки відсоток участі в основному медичному страхуванні міських жителів і робітників та в корпоративному медичному страхуванні нового типу в сільських місцевостях до-

сягне більш ніж 90 %. Система міської та сільської медичної допомоги зможе покрити всі малозабезпечені сім'ї в країні.

2.2. Встановлення відносно цілісної системи по вибору, виробництву, забезпеченню і використанню основних медичних препаратів та систему списання в медичному страхуванні. В 2009 році опублікувати перелік держаних базових медикаментів. Рационально встановити ціни основних препаратів, зменшити витрати народних мас на базові медичні препарати.

2.3. Удосконалення систему базового медично-санітарного обслуговування. Проявити провідну роль повітових лікарень, за три роки встановити відносно досконалу систему базового медично-санітарного обслуговування.

2.4. Стимулювання поступової паритетності основного суспільного санітарного обслуговування. З 2009 року поступово надавати міським та сільським жителям основні суспільні санітарні обслуговування, наприклад: запобігання та контроль хвороб, охорона здоров'я жінок та дітей та ін. Поступове скорочення розриву між міськими та сільськими жителями в основних суспільно-санітарних обслуговуваннях.

2.5. Реформування механізмів управління, регулювання та нагляду державних лікарень. Збільшити урядове капіталовкладення, поступово вирішити проблему того, що «лікар отримує вигоду від продажу медикаментів».

Для досягнення мети реформування, за попередніми розрахунками, в 2009—2011 роках органам влади різних ступенів потрібно вкласти близько 850 млрд китайських юанів, у тому числі центральному уряду необхідно вкласти 331,8 млрд китайських юанів.

中国医疗体制改革 中央财经大学财政学院-王文素 博士 教授

医药卫生事业关系亿万人民的健康，是重大民生问题。深化医药卫生体制改革，是促进经济社会全面协调可持续发展的必然要求，是全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的一项重大任务。

当前我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适应的矛盾还比较突出：城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，医疗保障制度不健全，政府卫生投入不足，医药费用上涨过快，个人负担过重。

我国人口多，人均收入水平低，城乡、区域差距大，长期处于社会主义初级阶段。

一、整体设计

（一）指导思想

以实现人人享有基本医疗卫生服务为目标，坚持公共医疗卫生的公益性质。坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针，实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开，强化政府责任和投入，鼓励社会参与。

（二）基本原则：立足国情，一切从实际出发。

1. 坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位。
2. 建立中国特色医药卫生体制。充分发挥中医药（民族医药）作用。
3. 坚持公平与效率统一，政府主导与发挥市场机制作用相结合。
4. 统筹兼顾，把解决当前突出问题与完善制度体系结合起来。

（三）总体目标。建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

到 2011 年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，切实缓解“看病难、看病贵”问题。

到 2020 年，覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立。

（四）完善医药卫生四大体系

建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系。

（五）推进公立医院管理体制改革的。从有利于强化公立医院公益性和政府有效监管出发，积极探索政事分开、管办分开的多种实现形式。

（六）建立医药卫生机构运行机制。公共卫生机构收支全部纳入预算管理。

（七）政府主导的多元卫生投入机制。公共卫生服务主要通过政府筹资，辅之以个人直接付费和商业健康保险支付。

（八）按照分级负担的原则合理划分中央和地方各级政府卫生投入责任。地方政府承担主要责任，中央政府给予补助。鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业。

（九）科学合理的医药价格形成机制。规范医疗服务价格管理。

（十）严格有效的医药卫生监管体制。

二、2011年前做到：

（一）加快推进基本医疗保障制度建设。3年内城镇职工、居民基本医疗保险和新型农村合作医疗参保（合）率均达到90%以上；城乡医疗救助制度覆盖到全国所有困难家庭。

（二）建立比较完整的基本药物遴选、生产供应、使用和医疗保险报销的体系。2009年，公布国家基本药物目录；合理确定基本药物的价格，减轻群众基本用药费用负担。

（三）健全基层医疗卫生服务体系。发挥县级医院的龙头作用，用3年时间建成比较完善的基层医疗卫生服务体系。

（四）促进基本公共卫生服务逐步均等化。从2009年起，逐步向城乡居民统一提供疾病预防控制、妇幼保健、健康教育等基本公共卫生服务。逐步缩小城乡居民基本公共卫生服务差距。

（五）改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制。加大政府投入，逐步解决“以药补医”问题。

为了实现改革的目标，经初步测算，2009—2011年各级政府需要投入8500亿元，其中中央政府投入3318亿元。

