

我国实现全民健康覆盖目标的策略建议

汪彦辉,王莹莹,贾欣欣,陈家应

(南京医科大学卫生政策研究中心,江苏 南京 210029)

摘要:文章介绍了全民健康覆盖的由来和目标,从服务覆盖、人口覆盖和费用覆盖三个方面对其内涵进行了阐述。从国外探索实现全民健康覆盖的实践,谈到我国推进全民健康覆盖的进展和存在的几个突出问题,包括卫生资源总量不足、配置不均衡;不同医保制度间医疗费用和服务利用不公平;基层医疗卫生机构服务能力有限,患者就医流向趋高。针对我国存在的问题,借鉴国际经验,建议加大卫生投入,重点加大对农村、中西部地区的财政转移支付力度;加强基层医疗卫生机构服务能力建设;建立基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医制度;提高基本医疗保险保障水平,整合医保体系。

关键词:全民健康覆盖;卫生服务;基层医疗卫生机构;医疗保险制度

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2015)03-176-006

doi: 10.7655/NYDXBSS20150303

1948年《世界卫生组织宪章》提出健康是人类的一项基本权利。1977年,世界卫生大会提出“2000年人人享有卫生保健”的目标。但目前每年仍至少有10亿人口因各种原因无法获得所需的卫生服务,有1亿人口因支付医疗费用陷入本国的贫困线以下。为此,2005年第58届世界卫生大会又提出了全民健康覆盖(universal health coverage,UHC)的概念,其目标是确保所有人都获得所需要的卫生服务,而在付费时不必经历财务困难^[1],进而达到改善公众健康,促进健康公平性的最终目的。我国《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出到2020年要建立国家基本医疗卫生制度,实现人人享有基本医疗卫生保健,这与UHC的内涵高度一致,UHC也成为了我国卫生服务体系发展的新方向。本文在对UHC的内涵进行阐述的基础上,分析我国在实现UHC的过程中取得的进展和存在问题,借鉴国外实践经验,为我国实现UHC提出策略建议。

一、UHC的内涵

关于UHC,世界卫生组织(World Health Orga-

nization,WHO)的定义是,所有人都应当享有所需要的、有质量的卫生服务,并且不因利用这些服务出现经济困难^[1]。根据此概念,UHC包含三个方面,即服务覆盖、人口覆盖和费用覆盖。

(一)服务覆盖

服务覆盖指卫生机构所提供的卫生服务的范围、质量,以及人们获取服务的方便程度,它是保障人群健康的基础。首先,UHC要保障对所有人基本卫生服务的覆盖。医疗服务体系,尤其是基层医疗服务体系要确保能够提供常见病、多发病的预防和诊疗,保证人们能够获取诊疗所需的基本药物、医疗技术、卫技人员和基础设施。其次,UHC的最终目的是提高人们的健康水平,只有高质量的卫生服务才能有效改善人们的健康状况,因此机构要确保服务质量。最后,UHC要求人们能够就近获得所需要的基本卫生服务,不至于因为就医路程遥远放弃或延误治疗。

(二)人口覆盖

人口覆盖一方面是指目标人群对基本卫生服务的实际利用情况,即到底有多少人真正利用了所需

基金项目:国家自然科学基金“基于患者体验的公立医院改革绩效评价研究”(71473129)

收稿日期:2015-03-11

作者简介:汪彦辉(1990-),女,河北唐山人,硕士研究生在读;陈家应(1962-),男,安徽舒城人,教授,研究方向为卫生政策与卫生服务研究,通信作者。

的卫生服务。UHC 要求每项基本卫生服务在其目标人群中实现全覆盖,保证每个需要该项服务的人都能享有此项服务,这能有效提高人们的健康水平,增强劳动力素质,进而推动经济和社会的发展。基本卫生服务保障人群健康提供了技术上的支持,医疗保障制度则给予人们经济上的保障。人口覆盖的另一方面是指医疗保障制度的人口覆盖率,UHC 要求基本医疗保障制度的参保率达到 100%,这能够促使人们主动寻求卫生服务,增加对卫生服务的有效利用。

(三)费用覆盖

费用覆盖是指医疗保障制度覆盖的卫生费用比例,间接反映了患者的自付费用水平。UHC 保证人们在获得基本卫生服务时不会出现经济困难,并不是说人人都能免费获得所需的卫生服务,而是指人们按照自己的经济能力支付卫生费用,对于最贫困的人群来说,自付费用应该为零。对卫生费用的有效覆盖一方面能够防止贫困人群因经济原因放弃治疗,另一方面能够降低利用服务的人群发生灾难性卫生支出和因病致贫的概率。

二、国外探索实现 UHC 的实践

《世界卫生组织组织法》明确规定享受可能获得的最高健康标准是每个人的基本权利之一,这正体现了 UHC 的核心——公平性。公平性要求各国不仅要提高整个国家服务覆盖、人口覆盖和费用覆盖的水平,还要在不同群体间促进实现公平性,重点关注地区间、城乡间发展水平的差距,人群间经济能力的差别对公平性的影响。为响应 WHO 倡议,世界各国对 UHC 给予了普遍关注,纷纷根据本国国情开展卫生改革探索 UHC 的实现。

(一)明确基本卫生服务包,促进基本卫生服务全覆盖

1. 界定、推广基本卫生服务包

许多国家为保障所有居民公平地享有一套标准的卫生服务,推广了基本卫生服务包。如印度制定了一个综合服务包,包括三部分:①核心服务包:包括由公共产品构成的门诊医疗和非医疗服务,由村级卫生机构、初级卫生服务中心、社区卫生服务中心免费提供;②基本服务包:包括核心服务包所含疾病的住院服务,外科手术,高血压、糖尿病、哮喘等疾病及严重伤害的治疗,由社区卫生服务中心提供或者购买服务,公共预算提供资金;③二级服务包:包括心血管疾病、癌症、心理疾病的治疗,由县级和地区医院提供服务,社会保险筹资^[2]。泰国的“30 泰铢计

划”则包含了预防保健、门诊住院服务、两次以下的分娩服务等内容,由区域医疗联合体提供服务,通过税收进行筹资。

2. 加强基层医疗卫生机构能力建设

为便于人们获取卫生服务,各国普遍依靠基层医疗卫生机构提供基本卫生服务。南非政府实现 UHC 的第一个五年计划重点加强社区卫生机构基础设施建设、提高人力资源数量、确保基本药物配备、开展质量改进战略,为提供高质量的卫生服务创造条件^[3]。印度政府每年为每个保健站提供 1 万卢比的运营资金,为初级保健中心增加设备和人力资源,依照公共卫生标准整改社区保健中心。

(二)关注弱势群体,创新服务模式,提高服务利用率和人口参保率

1. 加大对贫困人口卫生投入

为实现健康公平性,弱势群体成为各国关注的重点。印度政府为贫困线以下且在非正规部门工作的家庭实施了住院医疗保险法案,由政府支付保费,每个家庭登记入保时仅需缴纳 30 卢比费用,就可获得上限为 3 万卢比的年住院费用补偿,大大提高了贫困人口的参保率,并已经为 1.2 亿人口覆盖了住院治疗。在巴西贫困线以下的人口看病和购药全部免费,有效提高了贫困人口卫生服务的利用率。

2. 开展家庭卫生服务

为提高人们对卫生服务的有效利用,许多国家创新服务模式,开展入户服务。如巴西在全国建立了家庭卫生工作队,每队有 2 到 3 名全科医生,若干名护士、助产士和一些经短期培训的社会工作者,每队承担 600~1 000 个家庭的计划免疫、孕产妇保健、健康教育等服务,该项目大大提高了人口对卫生服务的利用^[4]。

(三)完善公共筹资机制,为全体居民提供经济风险保护

1. 实行全民免费医疗

一些国家为确保居民在利用卫生服务时不出现经济困难,实行了全民免费医疗,最典型的就是英国。英国于 1948 年建立了国家医疗服务体系(national health service, NHS), NHS 由基本护理机构、地区医院和中央医疗服务机构组成,除牙科手术、视力检查和配镜外,其余一切服务均由国家免费提供,患者只需支付少量处方费。NHS 筹资主要来自政府税收,中央政府根据各地区的人口结构等因素核定人均预算,拨款给地方政府,地方政府依据医院床位、人头、医疗服务量等进行资金分配^[5]。英国通过提高烟草税率,将增加的税收用于 NHS 的筹资。古巴、巴

西等发展中国家也推行了全民免费医疗。

2. 推行医疗保险制度

另外一些国家选择了推行医疗保险制度,通过社会、个人、政府多方筹资解决医疗费用问题。如俄罗斯1993年开始实施强制医疗保险,各种所有制形式的企业、组织、机构及其员工各自承担部分保险费,个体劳动者和从事私人经济活动的公民也必须缴纳保险费,国家财政为儿童、无缴费能力的成年公民、财政预算范围内的从业人员和退休金领取者缴纳保费。参保者可免费享受绝大多数常见病的诊疗、住院服务和基本药物^[6]。加纳、菲律宾、印尼、越南从针对不同人群的几个独立保险项目逐步向覆盖全体公民的单一保险计划过渡,以提高费用覆盖的公平性。

三、我国实现 UHC 的进展和存在问题

进入新世纪后,我国政府也将 UHC 作为卫生发展的最终目标,并采取了一系列改革措施,2009 年启动新一轮医药卫生体制改革,明确提出了要建立国家基本医疗卫生制度,实现人人享有基本卫生保健。五年多的医改推进在实现 UHC 方面取得了明显的进展,但也存在很多需要进一步解决的问题。

(一)我国实现 UHC 的进展

新医改实施以来,我国政府颁布并落实了各项改革政策,同时不断加大对卫生事业的投入,使我国在迈向 UHC 的道路上取得了长足的进展。

1. 基层医疗卫生服务体系覆盖城乡,服务覆盖水平不断提高

医改前三年,中央财政就投入了 700 多亿元,支持了 2 400 多个县级医院和 4 万多个基层医疗机构的建设,基本实现了每个县有达标县医院、乡乡有卫生院、村村有卫生室的目标;新建、改造了 3 700 多所社区卫生服务中心和 1.1 万个社区卫生服务站^[7],建立了覆盖城乡的基层医疗服务体系,大大提高了人们的卫生服务可及性,保证人们能够及时获得所需的优质卫生服务。

2. 基本公共卫生服务逐步实现均等化,卫生服务公平性不断提高

我国人均基本公共卫生服务经费标准由 2009 年的 15 元提高到 2014 年的 35 元,为确保公平性,中央政府给予中西部和贫困地区更高标准的补助。筹资水平的提高使服务项目不断增加,2014 年扩大到 11 类 43 项,这些服务全部免费向全体城乡居民提供,有效提高了服务利用率、缩小了城乡居民服务利用的差距。2013 年底,我国居民规范化电子健康档案建档率达到 76.9%,3 岁以下儿童系统管理率

达 90.7%,孕产妇系统管理率达 89.5%。

3. 实现了全民医保

我国在完善城镇职工医疗保险的同时,以财政为主、政府和个人共同筹资建立了覆盖所有农村居民的新型农村合作医疗和覆盖城镇未就业人群的城镇居民医疗保险,并建立了城乡医疗救助制度。国家将关闭、破产企业的退休人员和困难企业的职工纳入城镇职工医保;积极推进城镇非公有制经济组织的从业人员、农民工和灵活就业人员参加城镇职工医保,有困难的灵活就业人员可参加城镇居民医保,有困难的农民工可自愿参加城镇居民医保或户籍所在地的新农合;将在校大学生纳入城镇居民医保;城乡医疗救助资助五保户、低保家庭成员参加城镇居民医保或新农合。通过一系列政策的实施,我国三种基本医疗保险总计覆盖了 95%以上城乡居民,实现了全民医保。

4. 基本医疗保险筹资标准、报销比例不断提高,医疗保障水平提升

新农合和城镇居民的人均政府补助标准由 2009 年的 80 元提高到 2015 年的 380 元。2010 年城镇职工、城镇居民、新农合政策范围内住院费用报销比例分别为 75%、60%和 60%^[8],2015 年城镇居民和新农合报销比例提高到 75%。另外,各地普遍开展了门诊统筹,报销范围向门诊服务延伸。保障水平的提高,在一定程度上减轻了居民的就医负担,我国居民个人卫生支出占卫生总费用的比重由 2009 年的 37.5%下降到 2013 年的 33.9%。

5. 推行基本药物制度,居民药品费用负担下降

政府在全国 31 个省(区、市)广泛建立了以省为单位、量价挂钩、招采合一、合同管理、统一配送的基本药物招标采购机制。我国所有政府办基层医疗卫生机构均配备了基本药物,并实行零差率销售,药品售价平均下降了 30%。基本药物已全部纳入医保报销范围,报销比例明显低于非基本药物,有效减轻了人们的用药负担。

6. 公立医院破除以药养医,开展便民服务

2014 年,全国 34 个城市公立医院和 1 011 个县级公立医院开展公立医院改革试点工作,完善公立医院补偿渠道,由服务收费、财政补助、药品加成收入三个渠道转变为服务收费和财政补助两个渠道,试点地区看病贵的问题得到一定程度的缓解。全国各地医院均开展了预约诊疗服务,缩短了候诊时间,看病难情况有所改善。

(二)我国实现 UHC 存在的问题

尽管我国在迈向 UHC 的道路上取得了显著的

成绩,但仍存在着一些较为突出的问题。

1. 卫生资源总量不足,配置不均衡,导致服务覆盖不公平

卫生资源是卫生机构提供服务的基础,它直接决定了服务的范围和质量。然而我国卫生资源总量不足、配置不均衡,严重阻碍了 UHC 的实现。2006~2013 年我国平均每千人口执业医师数为 1.46 人,美国、日本分别为 2.45 人和 2.30 人,我国每千人口护理和助产人员为 1.51 人,德国达到了 11.5 人^[9],我国卫生资源的数量与发达国家存在较大差距,尚不能满足人们的医疗卫生需求。同时,我国城乡间、地区间卫生资源的配置呈现出明显的不均衡。2013 年我国城市、农村每千人口执业(助理)医师数分别为 3.39 人、1.48 人,东、中、西部地区分别为 2.48 人、1.79 人、1.79 人;城市、农村每千人口医疗卫生机构床位数分别为 7.36 张和 3.35 张,东、中、西部地区分别为 4.41 张、4.54 张、4.83 张^[10],总体来说城市地区卫生资源量高于农村地区,东部地区高于中西部地区。此外,城乡间、地区间卫生资源的质量,尤其是人力资源质量存在较大差距,农村、中西部地区卫技人员学历偏低,相比之下,城市尤其是东部发达城市,医院卫技人员大多是大学学历,硕博士占比较高。城乡间、地区间卫生资源数量和质量的不均衡使人们在卫生服务可及性及享受的服务质量方面存在较大差距。

造成我国卫生资源数量不足、配置不均衡的原因很大程度上是政府卫生投入不足,且在地区间的分配失衡。2011 年我国政府卫生支出占政府总支出的比重为 12.1%,美国为 19.9%。我国实行财政分权体制,地方负有卫生领域主要的投入责任,地方经济发展水平直接影响对卫生领域的投入能力,发展水平的差异导致各地区财政卫生投入不公平,进而造成卫生资源配置和服务能力的不公平。

2. 不同医保制度间医疗费用和服务利用不公平

我国依据人口属性建立的基本医疗保险制度在保障水平方面存在一定的差距,这种差距会对医疗费用产生直接的影响,而费用负担则会影响人们对卫生服务的选择和利用。目前,我国居民的医药费用负担仍然较重,2013 年个人卫生支出占卫生总费用的 33.9%,距 WHO 提出的为实现 UHC 个人卫生支出占比降至 15%~20%的目标还有一定的距离。不仅负担重,三种基本医疗保险在费用覆盖方面存在一定的不公平性。如 2012 年浦东新区城镇居民、新农合住院费用实际补偿比分别为 75.2%、64.4%,次均自付住院费用分别为 3 365.25 元和 2 963.22 元,

而浦东新区城乡居民年人均收入分别约为 40 850 元和 17 600 元。显然,新农合的住院经济负担高于城镇居民^[11]。对湖南省株洲市脑出血患者住院费用的研究也显示出城镇职工、城镇居民、新农合的住院费用实际报销比例依次降低,次均自付住院费用依次上升^[12]。三种医疗保险制度在服务利用方面也存在一定的不公平性。如陕西省一项研究发现,城镇职工实际住院服务利用略大于需要预期利用,而城镇居民和新农合的实际利用小于需要预期利用,说明城镇职工过度利用了卫生服务,而城镇居民和新农合的住院服务需要没有得到完全满足^[13]。

3. 基层医疗卫生机构服务能力有限,患者就医流向趋高

居民对就诊机构的选择受多种因素的影响,卫生机构的服务质量是一个关键因素,卫生机构的服务质量又与机构的卫生资源密切相关。我国基层医疗卫生机构人员学历普遍偏低,2012 年社区卫生服务中心、乡镇卫生院的卫技人员中,大中专学历者分别占到 84.0%、86.1%,本科及以上学历者占比较低,卫技人员学历偏低会直接造成机构的服务能力差。非但如此,由于基层卫生人员待遇差,现有人才还在继续流失。此外,基本药物制度实施后,基层医疗机构只允许配备基本药物,其种类有限,且存在配送难、不及时的情况,部分患者的用药需求无法得到满足。上述原因均造成了基层医疗机构服务能力有限,民众对其缺乏信任,致使患者就医流向趋高。此外,我国对患者就医缺乏必要的制度约束,患者可以自由选取首诊机构,导致很大一部分常见病、多发病患者到三级医疗机构就诊。2009~2013 年我国基层医疗卫生机构门诊人次占所有机构门诊人次数的比例分别为 61.75%、61.82%、60.77%、60.35%、59.10%,入院人数占所有医疗机构入院人数的比例分别为 31.03%、27.87%、24.68%、23.63%、22.38%,两者均呈下降趋势。患者就医流向趋高,是造成我国居民看病难、看病贵的一个重要原因,患者纷纷涌向上级医院,造成上级医院的拥堵,一些轻症患者挤占了大医院的卫生资源,使一些真正危重的患者无法及时获得所需的卫生服务。同时随着就医机构级别的提高,医疗费用也随之上涨,给患者造成更重的经济负担,这些都严重影响了我国 UHC 的实现。

四、我国实现 UHC 目标的策略建议

笔者在对 UHC 内涵理解的基础上,针对我国实现 UHC 过程中存在的一些突出问题,借鉴国外的实践经验,提出如下策略建议。

(一)加大卫生投入,重点加大对农村、中西部地区的财政转移支付力度

由于卫生事业的公益性,卫生资源要实现高效、公平的配置不能完全依靠市场进行调节,财政分配应成为医疗卫生资源配置的主体。为解决我国卫生资源数量不足、配置不均衡的问题,需加大卫生投入,同时进行结构调整。增加卫生投入,一方面政府要提高财政卫生投入在政府财政支出中的比重,另一方面也可以吸引社会资本投向卫生领域,比如通过财政补助政策、优惠的税收政策等方法鼓励民间资本投资卫生事业,鼓励社会团体进行卫生捐赠等。为了实现UHC强调的公平性,必须缩小不同地区间卫生资源配置的差异,其中一个重要的手段就是财政转移支付,一方面通过一般转移支付提高农村地区、中西部地区的财政能力,进而提升其发展卫生事业的能力;另一方面加大中央政府对农村地区、中西部地区的专项转移支付力度,将专项资金用于支持医疗卫生机构建设,以平衡城乡间、地区间卫生服务供给失衡的现象,提高卫生服务可及性和服务质量的公平性。

(二)加强基层医疗卫生机构服务能力建设

只有引导居民的健康需求在基层得到满足,才有可能解决我国“看病难、看病贵”的问题,实现UHC。我国也应该像南非、印度政府那样,增加对基层医疗卫生机构的经费保障,加强基础设施建设,丰富基本药品目录,重中之重还是加强卫生人力资源建设。首先,加大对基层卫技人员的技术培训。构建医疗联合体,由联合体内的顶级中心医院定期派专家到基层门诊坐诊,开展专题讲座^[4];加大全科医生培养培训,实施全科医生特岗计划;继续为乡镇卫生院免费定向培养本专科医学生等。其次,提高基层卫技人员的待遇水平。落实各项补偿政策,完善拨付程序,保证经费及时足额到位;实行绩效工资制,鼓励机构提高效率,将业务收支结余的一部分用作增加工资总量,适当提高奖励性绩效工资的比例,调动医务人员积极性;同时,制定严格的考核制度,将绩效工资与服务量、服务质量和群众满意度相衔接。

(三)建立基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医制度

为了让人们形成“小病进社区、大病进医院”的观念,一方面要提高基层医疗机构的服务能力,获取患者信任。另一方面可以效仿国外建立严格的就诊制度,所有医保患者必须首先到基层医疗机构进行首诊,其中满足转诊条件的危重患者由绿色通道转诊至上级公立医院,享受优惠的医保报销政策;对没

有履行转诊手续的越级诊治(除急诊)医保不予报销。拉开基层医疗机构和上级医院在服务价格、起付线、报销比例方面的差距,促进患者分级诊疗。三级医院要将进入恢复期的患者及时转诊到二级医院或社区医院。通过科学就诊制度的实施,可以促使患者下沉基层,一方面便于大多数患者就医,且保证真正需要大医院资源的危重患者能够及时获取所需的卫生服务,另一方面也将促进医药费用的降低。

(四)提高基本医疗保障水平,整合医保体系

我国居民医药费用负担仍较重,需进一步拓宽医保筹资渠道,提高报销比例。可借鉴英国的经验,提高烟草税率,将增加的税收用以扩大医保基金池,在筹资总量增加的基础上,提高基本医疗保险的报销比例,减轻人们的医疗费用负担。此外,我国三种基本医疗保险制度间存在一定的不公平性,体系的“碎片化”也使得不同群体间无法进行风险共济,也应该像加纳、菲律宾、印尼、越南等国一样,逐步建立覆盖全体公民的单一保险计划。由于我国三种基本医疗保险发展水平差距较大,整合应该逐步推进。首先,将三种保险制度纳入一个管理部门;然后,各级财政提高对新农合和城镇居民医疗保险的补助标准,逐步缩小三种保险制度在筹资标准和补偿水平间的差距;最后,进行保险制度间的整合,建立一个覆盖全体居民的单一的基本医疗保险制度。

参考文献

- [1] 世界卫生组织. 什么是全民健康覆盖[EB/OL]. [2015-03-10]. http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/zh/
- [2] 熊威,葛国曙. 基于均等化视角下的基本卫生服务包研究[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(11): 727-728
- [3] Marten R, McIntyre D, Travassos C, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS) [J]. Lancet, 2014, 384(9960): 2164-2171
- [4] 冯显威,王慧,程刚,等. 巴西医疗卫生体制改革及其对我国的启示[J]. 医学与社会, 2007, 20(12): 30-32
- [5] 贾馨璐. 英国医疗保障制度对中国的经验借鉴[J]. 消费导刊, 2014(7): 32-33
- [6] 徐海燕. 俄罗斯联邦的强制医疗保险基金[J]. 中国劳福事业, 2008(10): 34-38
- [7] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会. 把全民医保网

- 编织得更密实、更牢靠[EB/OL]. (2014-03-12)[2015-03-10]. <http://www.nhfpc.gov.cn/zhuzhan/mtbd/20140318b97a500e544be19067c9e805870545.shtml>
- [8] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 医药卫生体制改革述评: 织起世界最大全民医保网[EB/OL]. (2011-05-30)[2015-03-10]. <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s9665/201105/768f730800aa4716b3bb320ad8de1ed1.shtml>
- [9] 世界卫生组织. 2014 年世界卫生统计报告[EB/OL]. (2014-05-15)[2015-03-10]. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/
- [10] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 2014 中国卫生和计划生育统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2014: 55-56, 96
- [11] 荆丽梅, 孙晓明, 崔欣, 等. 新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险对象医疗服务利用及费用情况的比较分析[J]. 中国卫生经济, 2014(2): 28-30
- [12] 刘敏娜, 罗家有. 不同医疗保险脑出血患者住院费用比较[J]. 中国医疗保险, 2014(1): 53-55
- [13] 闫永亮, 闫菊娥, 徐艳, 等. 三种基本医疗保障制度卫生服务利用公平性研究[J]. 医学与哲学, 2012, 33(7): 49-51
- [14] 林娟娟, 陈小嫦. 构建医疗联合体的关键问题分析及其对策建议 [J]. 南京医科大学学报: 社会科学版 2014, 14(2): 104-108

Strategies to achieve universal health coverage in China

Wang Yanhui, Wang Xuanxuan, Jia Xinxin, Chen Jiaying

(Health Policy Research Center, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: This paper introduces the origin and objective of universal health coverage (UHC), explains the connotation and significance of UHC from three aspects, including service-, population- and cost-coverage. Then, we introduce the practice of pursuing UHC by a variety of foreign countries, presents the progress of promoting UHC in China and the main problems in the process, including the lack and unbalanced allocation of health resources; unfairness of medical costs and utilization of health service between different medical insurance systems; the limited service capacity of primary health care institutions which causing the visiting level promoted. Aiming at these problems, several strategies are put forward to achieve UHC based on the current policy in China and with the experiences and lessons learned from foreign countries. For example, increasing investment in health, especially increasing financial transfer payment in rural areas and the Midwest region; strengthening the capacity building of primary health care institutions; establishing hierarchical diagnosis system; improving the level of security of basic medical insurance and integrating health care system.

Key words: universal health coverage; health service; primary health care agencies; medical insurance system