

信息的公示制度,增加两个市场信息透明度。另外,对提供不真实、虚假宣传的教育信息、医疗信息,一经查实,应给予严格的惩罚,使其付出比所得利益还要多的代价<sup>[8]</sup>。协同立法规制的关键在如何实施,立法和执行要同步建设,这样才能产生实际效果。

对教育与医疗服务信息不对称问题的解决有多种途径,除了《义务教育法》、《临床路径管理指导原则(试行)》等信息披露方式以外,还有诸如激励薪酬、伦理规范等方法。但是,加强协同规制应当也可以成为限制信息不对称的主要方法,因为它在营造信息对称的社会氛围和社会声势方面,可以产生合力作用,对形成良好的信息公开习惯的养成,也有联动助推的社会意义。

#### 参考文献:

[1] 唐芸霞.论我国医疗服务市场的失灵及对策[J].理论月刊,2007,28(2):88-90.

#### • 卫生管理 •

## 基本医疗服务界定的研究和议<sup>\*</sup>

潘 伦<sup>1</sup>,吴海峰<sup>1△</sup>,何 坪<sup>1</sup>,邓 宇<sup>1</sup>,张维斌<sup>2</sup>

(1.重庆医药高等专科学校 401331;2.重庆市卫生局 401147)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.32.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)32-3966-03

我国政府第一次提及“基本医疗”是在1993年1月15日,时任卫生部部长的陈敏章在全国卫生工作会议上提及“基本医疗”,其中“基本医疗”和“特需医疗”作为一种政策方向被提出来。2008年,卫生部部长陈竺在全国卫生会议中明确指出“基本医疗卫生服务”包括基本医疗服务和公共卫生服务这两大部分。2009年4月6日,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》进一步提出把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,并将“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”确定为深化医药卫生体制改革的总体目标。

党的十八大报告指出:“提高人民健康水平”,健康是促进人的全面发展的必然要求,它不仅是体现人权、生存权、公平权的标志,也是社会主义优越性和社会主义核心价值观的体现。卫生部党组书记张茅解读这一内容时提出“到2020年基本建成覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,实现人人享有基本医疗卫生服务,实现人民群众病有所医”的目标,进一步明确了基本医疗服务未来的工作目标和工作任务。因此,界定基本医疗服务内容迫在眉睫。

### 1 基本医疗服务的概念和特性

**1.1 基本医疗服务的定义** 基本医疗服务的定义很早就形成了共识,一种普遍看法是相对特需医疗服务而言,特指居民生存发展必需的、人人都能得到的、现有政府财力与居民个人收入能支付得起的医疗服务<sup>[1]</sup>。这是一种典型结合基本医疗需方和政府承受能力进行的定义。而陈竺部长对基本医疗服务定义则强调了“供方立场”——采用基本药物、使用适宜技术,

[2] 缪春玉.德尔菲法构建医患纠纷数据库的研究[J].重庆医学,2012,41(12):1234-1235.

[3] 缪秀多.医患纠纷的调查分析及对策[J].内蒙古民族大学学报,2012,18(2):59-60.

[4] 刘富春.加强医患沟通是化解医疗纠纷的有效途径[J].重庆医学,2011,40(19):1964-1965.

[5] 王君等.中国城市公共教育服务满意度调查及分析[J].复旦教育论坛,2011,9(1):49-52.

[6] 郭建新.医患关系的困境与出路[J].中国医学伦理学,2010,23(1):51-54.

[7] 周丽.对医患纠纷多元化解决系统的探讨[J].法制与社会,2009,2(2):66-68.

[8] 周芸玲.医疗纠纷的现状与防范[J].中国卫生事业管理,2005,21(3):162-163.

(收稿日期:2013-06-08 修回日期:2013-07-15)

按照规范诊疗程序提供的急慢性疾病的诊断、治疗和康复等医疗服务<sup>[2]</sup>。

对基本医疗服务完整的定义应综合考虑基本医疗服务供方、需方、政府承担能力三方面,只考虑任何一方或者两方,都是不完整的。作者认为基本医疗服务的完整定义应为:一种能满足居民生存和健康生活所必需的、人人能平等得到的、现有政府财力和居民能支付得起的,按照规范诊疗程序,采用基本药物和适宜技术,具有较好治疗效果的诊断、治疗和康复等医疗服务。

### 1.2 基本医疗服务的特性

**1.2.1 公益性** 公益性体现在基本医疗服务由政府主导(可由政府部门直接提供,或是由政府部门给予补助的办法通过市场提供),覆盖社会全体成员,即所有居民,无论城乡、无论收入,都能够普遍、广泛地享用基本医疗服务,并且这种享用很少存在竞争性和排他性<sup>[3]</sup>。

**1.2.2 公平性** 公平性体现在无论何时何地、无论其身份和地位,所有居民都能够享受到同等的基本医疗服务待遇,居民不同疾病病种或疾病的不同程度都能得到各自相应的医疗服务<sup>[4]</sup>。

**1.2.3 可及性** 可及性体现在基本医疗服务是一种医疗技术、经济适宜的服务,它是当时社会经济发展水平承受得起,并且能够充足供应的<sup>[5]</sup>。

**1.2.4 可变性** 可变性体现在基本医疗服务会随着社会发展水平、医学科技的进步和社会疾病谱的改变而变更,基本医疗服务在不同的时期、不同的区域会体现出不同的服务

\* 基金项目:2012年重庆市卫生局委托项目(渝卫政法发[2012]6号)。 作者简介:潘伦(1981~),讲师,本科,主要从事卫生管理工作。

△ 通讯作者,E-mail:13983111933@139.com。

范围和服务水平<sup>[6]</sup>。

## 2 基本医疗服务界定的标准和内容

目前基本医疗的理论认识是统一的,但对如何确定和实施基本医疗服务却众说纷纭,目前主要有以下 3 种主流界定方法。

**2.1 以供方来界定** 这种看法认为基本医疗服务应从医疗机构(供方)提供的服务项目的内容、多少、层次等方面进行界定。也就是说界定基本医疗服务的主要依据是供方提供什么样的项目,这些项目的服务程度、价格以及附加值的高低等。由于目前基本公共卫生服务多采用这种界定方法<sup>[7]</sup>,因此这一方法得到国内很多专家的认可。这种方法的优点是项目明确,有利于宏观把握,但由于基本医疗服务到底由谁提供、哪些属于基本医疗服务范围等关键问题没有明确<sup>[8-9]</sup>,可操作性较差。

**2.2 以需方来界定** 这种看法认为无论什么疾病,多少医药费用,只要患者能享受到效果较好的医疗服务,并且不感到贵,能够负担得起,这样的医疗服务就是基本医疗服务。其优点是最大限度地保证了公平性,但在相当长的时间内,这种服务收到经济因素影响难以实现。目前,一种普遍的看法是从实际需求出发,在医保政策范围内,即政府财政能力可负担的范围内,实现这一目标<sup>[10]</sup>。其优点是可行性强,但不能完全解决居民的需要。

**2.3 以政府承担能力来界定** 无论从供方还是需方来界定基本医疗服务,真正具有可操作性的界定方法都必须考虑政府的承担能力。政府的承担能力是制约基本医疗服务提供和需求的主要因素之一,当前之所以出现“看病贵、看病难”问题,重要原因是居民无法承担医疗费用。这种方法就是在一定的经济条件下,政府公共财政能够支撑的医疗服务。其不足之处是若没有国家层面的统筹管理,不同地区政府财力的差异必将导致基本医疗服务出现差异,使得基本医疗服务的公平性丧失。

基本医疗服务涉及供方、需方和政府及其相互之间的关系,应从三方及其之间的关系综合考虑,界定基本医疗服务。

## 3 基本医疗服务界定的原则

**3.1 必需原则** 根据基本医疗服务的定义,基本医疗服务属于必需品,是人人都必须享有的保障和维护生命与健康的基本条件和生存状况的服务<sup>[11]</sup>。因此,在界定基本医疗服务时,首先应遵从此原则。

**3.2 公益、平等原则** 新一轮医改政策中明确把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,因此基本医疗具有公共产品公益、平等的属性。基本医疗在体现公益性的同时,也应体现平等性质,使人人平等地享有健康权利,避免医疗资源分布不均和浪费,这是界定基本医疗的重要伦理原则之一,也是医改主要目标之一<sup>[12]</sup>。

**3.3 可及原则** 基本医疗应当在时间、空间、价格和医疗技术上可及。由于目前政府财政承担能力有限,不可能完全按照居民的需要提供基本医疗。因此,基本医疗服务内容的界定是一个动态、不断发展变化的过程,不仅要时间上考虑,也要从空间上考虑,并非一劳永逸、一成不变<sup>[13]</sup>。同时,也应考虑实际医疗技术水平,为全民提供经济、合理、安全、优质、高效的服务,体现基本医疗服务的基本性,从而保障基本医疗的可持续性。

**3.4 成本效用原则** 成本低、效果好,这是从卫生经济学方面评估基本医疗服务效果的一个重要原则<sup>[14]</sup>。对疾病的诊疗和药品的使用应遵从合理、适度、有效原则,避免过度医疗带来的医疗资源的浪费,不仅导致政府和居民负担的加重,也达不到

维护和促进健康的目的。

需指出的是,以上原则只是界定基本医疗的必要条件,同时满足所有原则才能成为界定基本医疗的充分必要条件<sup>[15]</sup>。

## 4 小 结

**4.1 尽快统一基本医疗服务内容和标准** 对基本医疗服务内容和标准的众说纷纭,显然不利于基本医疗服务制度的建设和基本医疗服务项目的推进。建议政府结合基本医疗供需双方的情况和政府财政支付能力,尽快出台国家层面的基本医疗服务内容和标准,明确谁提供服务、提供哪些服务、服务标准是什么、如何保障服务等基本问题,统一思想,统一认识,为实施全民基本医疗服务奠定基础。

**4.2 明确政府在“基本医疗服务”中的主体责任** 基本医疗服务实质是一种公共医疗卫生资源在全社会范围内进行的平等共享性的再分配,在这一过程中,政府是关键主体,政策是关键手段。政府应准确定位在基本医疗服务中的角色,不仅作为基本医疗服务的领导者和组织者,还应作为基本医疗服务结果的承受者。制定相关政策和制度,明确和落实政府部门的责任,保障基本医疗服务的投入,建立基本医疗服务考核体系。

**4.3 统筹医疗保障体系,消除城乡差异和地区差异** 统筹医疗保障体系涉及两层涵义。首先,统筹医疗保障和医疗服务(即全统筹模式),理顺医疗保障管理体系。把医疗保障纳入医药卫生体制管理框架中进行管理,由卫生部门统筹医疗保障和医疗服务,便于医疗服务和医疗保障的统一、提高医疗卫生资源使用效率、多重手段实现供方监管和费用控制<sup>[16]</sup>。其次,国家层面统筹基本医疗保障,消除城乡和地区差异。可借鉴基本公共卫生服务的模式<sup>[17]</sup>,制定人均基本医疗服务筹资标准,同时加大对经济不发达地区和农村地区的财政投入力度,保障基本医疗服务的公益性和公平性。

## 参考文献:

- [1] 雷海潮. 实现人人享有基本医疗卫生服务的关键问题探讨[J]. 卫生经济研究, 2008(5): 3-5.
- [2] 陈竺. 深入贯彻落实党的十七大精神努力开创中国特色社会主义事业发展的新局面——在 2008 年全国卫生工作上的讲话 [DB/OL]. (2008-01-07) [2012-05-16]. <http://www.moh.gov.cn/pubilicfiles/business/htmlfiles/chenz/pldjh/200804/30591.htm>.
- [3] 杨文怡. 新医改背景下基本医疗服务和基层医疗卫生机构关系探讨[J]. 中外医学研究, 2011(9): 46-47.
- [4] 梁惠仪. 基本医疗服务供给主体多元化研究[D]. 长沙: 中南大学, 2008.
- [5] 梁鸿, 王云竹. 公共财政政策框架下基本医疗服务体系的构建[J]. 中国卫生经济, 2005(10): 8-11.
- [6] 张玉兰. 城乡一体化进程中基本医疗服务均等化的实证研究——以昆山为例[D]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [7] 赵欢. 江苏省社区卫生服务基本医疗服务包研究[D]. 南京: 东南大学, 2008.
- [8] 汪志强. 我国基本医疗卫生服务改革的瓶颈与突破[J]. 中国井冈山干部学院学报, 2010(4): 91-96.
- [9] 杨文怡. 新医改背景下基本医疗服务和基层医疗卫生机构关系探讨[J]. 中外医学研究, 2011(2): 46-47.
- [10] 张洪才. 关于基本医疗服务若干问题的思考[J]. 卫生经济研究, 2012(1): 10-11.
- [11] 易静. 基本医疗及其需要量的研究[J]. 现代预防医学,

2006, 33(12): 2289-2291.

- [12] 付强, 孙萍, 戚钰, 等. 新医改政策背景下基本医疗服务及其补偿界定[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(7): 445-446.
- [13] 曲相艳, 潘志峰, 杨广伟. 基本公共卫生服务项目界定原则的研究[J]. 中国卫生事业管理, 2006(9): 569-570.
- [14] 孙逊. 基本卫生服务均等化界定、评价及衡量方法[J]. 卫生软科学, 2009, 23(4): 424-425.
- [15] 梁鸿, 朱莹, 赵德余. 我国现行基本医疗服务界定的弊端及其重新界定的方法与政策[J]. 中国卫生经济, 2005, 24

(1): 8-10.

- [16] 宋大平, 赵东辉, 汪早立. 医疗保障与医疗服务统筹管理: 国际经验与中国现状[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(1): 49-55.
- [17] 吴海峰, 何坪, 李雪平, 等. 重庆市基本公共卫生服务均等化财政投入机制研究[J]. 重庆医学, 2012, 41(26): 2775-2777.

(收稿日期: 2013-06-24 修回日期: 2013-07-28)

• 卫生管理 •

## Rh(D) 阴性患者实施配合型输血的有关问题探讨

李文平

(重庆市万州中心血站 404100)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.32.048

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)32-3968-02

由于我国 Rh(D) 阴性人口只占 0.2%~0.3%<sup>[1]</sup>, 所以, Rh(D) 阴性血液库存普遍不足; 即使建立 Rh(D) 阴性稀有血型血库或将日常富余的 Rh(D) 阴性血液制备成冰冻红细胞保存<sup>[2]</sup>, 也难以及时满足所有 Rh(D) 阴性患者的抢救用血。关于 Rh(D) 阴性患者的科学安全输血, 兰炯采等<sup>[3-4]</sup>、郭祥萍等<sup>[5]</sup>专家学者也作了一些专题指导。在医疗纠纷日趋上升的今天, 用 Rh(D) 阳性血液抢救 Rh(D) 阴性患者, 现行法规没有明确规定。所以, 即使是在面对生命垂危的 Rh(D) 阴性患者, 无法及时给予 ABO 同型 Rh(D) 阴性血液抢救时, 医务人员也担心用 Rh(D) 阳性血液配合型输血抢救患者后会惹上医疗纠纷而不敢为之。因此, 如何科学、有效地对 Rh(D) 阴性患者给予 Rh(D) 阳性血液配合型输血抢救, 同时又能避免发生医疗纠纷, 也就成了大家关心的话题。本文作者就紧急给予 Rh(D) 阳性血液配合型输血抢救 Rh(D) 阴性患者, 从法规与技术方面的可行性进行探讨, 使医院和医务人员能够积极主动、尽职尽责地抢救更多的 Rh(D) 阴性患者。

### 1 紧急情况下对 Rh(D) 阴性患者实施配合型输血是临床医务工作者应尽的职责

**1.1 法律赋予医院和医师的职责** 《医疗机构管理条例》第三十一条规定: 医疗机构对危重患者应当立即抢救。《中华人民共和国执业医师法》第二十四条规定: 对急危患者, 医师应当采取紧急措施及时进行诊治; 不得拒绝急救处置。这从法规方面规定了医疗机构和执业医师对危重患者给予抢救的职责。如果 Rh(D) 阴性患者需要紧急输血, 但是又无法及时得到 ABO 同型 Rh(D) 阴性血液输注时, 医院和医务人员只选择 Rh(D) 阴性血液输注, 拒绝 Rh(D) 阳性血液配合型输血, 就等于放弃了抢救患者的时机。作者认为, 这是医务人员不作为和不履行职责的消极表现, 这将会导致更严重的后果。

**1.2 未尽义务将承担赔偿责任** 《中华人民共和国侵权责任法》第五十七条规定: 医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务, 造成患者损害的, 医疗机构应当承担赔偿责任。其“当时的医疗水平”, 作者认为, 即指当前医疗卫生行业已经成熟的临床医疗服务技术, 是相关的医疗机构按

照相关规定, 应当开展的或已经开展的医疗技术, 是我国法律、法规、规章和医疗技术规范(包括卫生部委托中华医学会主编的《临床诊疗指南》各学科分册、《临床技术操作规范》各学科分册、中华医学会各专业委员会制定的各种《指南》、各种《专家共识》、各种《建议》等)或医疗行业管理规范中规定的检查、诊断、鉴别诊断和治疗方法或措施, 对于不同医疗机构或医务人员必须开展的或是禁止开展的医疗服务技术项目。卫生部颁发的《临床输血技术规范》第十条规定: “对于 Rh(D) 阴性和其他稀有血型患者, 应采用自身输血、同型输血或配合型输血”。因此, 作者认为, 用 Rh(D) 阳性血液配合型输血, 是当今各医院和医务人员应开展的输血技术, 也就是输血医学“当时的医疗水平”。如果医务人员拒绝用 Rh(D) 阳性血液配合型输血, 延误了患者的抢救时机, 造成患者损害时, 便是医务人员“未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务”, 医院必将承担赔偿责任, 医务人员也有不可推脱的责任。

**1.3 打消顾虑抢救患者, 相关法规为医院和临床医师保驾护航** 《医疗机构管理条例》第三十三条规定: 医疗机构施行手术、特殊检查或者特殊治疗时, 必须征得患者同意, 并应当取得其家属或者关系人同意并签字; 无法取得患者意见时, 应当取得家属或者关系人同意并签字; 无法取得患者意见又无家属或者关系人在场, 或者遇到其他特殊情况时, 经治医师应当提出医疗处置方案, 在取得医疗机构负责人或者被授权负责人员的批准后实施。《中华人民共和国侵权责任法》第五十五条规定: 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的, 医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况, 并取得其书面同意; 不宜向患者说明的, 应当向患者的近亲属说明, 并取得其书面同意。第五十六条规定, 因抢救生命垂危的患者等紧急情况, 不能取得患者或者其近亲属意见的, 经医疗机构负责人或者授权的负责人批准, 可以立即实施相应的医疗措施。第六十条第(二)款规定, 医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务者, 医疗机构不承担赔偿责任。《医疗事故处理条例》第三十三条第(一)款规定: 在紧急情况下为抢救垂危患