

政府市场双到位 公立民营双发展 医生患者双满意
——迈向 2049 的我国医疗卫生体制机制改革战略研究

指导单位：全国工商联智库

承办单位：中国民生银行研究院

2020 年 3 月 8 日



课题组成员

课题组组长：

黄剑辉 中国民生银行研究院院长

课题副组长：

李岩玉 中国民生银行研究院院长助理

课题组成员：

董运佳 中国民生银行研究院产业发展研究中心主任助理

王 润 中国民生银行研究院产业发展研究中心研究员（总撰）

刘 昊 中国民生银行研究院产业发展研究中心研究员

郭晓蓓 中国民生银行研究院产业发展研究中心研究员

丁 阳 中国民生银行研究院民营企业发展研究中心研究员

赵金鑫 中国民生银行研究院区域经济研究中心研究员

孔 雯 中国民生银行研究院区域经济研究中心研究员

孙 莹 中国民生银行研究院宏观经济研究中心研究员

张雨陶 中国民生银行研究院宏观经济研究中心研究员

伊 楠 中国民生银行研究院宏观经济研究中心研究员

程斌琪 中国民生银行研究院宏观经济研究中心博士后

内容提要

党的十九大报告指出，“永远把人民对美好生活的向往作为奋斗目标，增进民生福祉是发展的根本目的”“在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上不断取得新进展”。医疗卫生事业直接关系到人民的健康福祉，是满足人民对美好生活向往的最基础前提。当前，我国医疗卫生体制改革已涉入“深水区”，广大人民群众“看病难、看病贵”的问题依然较为突出，新冠肺炎疫情暴露出的公共卫生短板引发广大民众对现行医疗卫生体制机制弊端的广泛关注。

本文基于“需求导向”“问题导向”，从医疗卫生体制改革的政策背景、存在不足、时代发展需要三方面入手，通过回顾我国医疗卫生体制改革的发展历程，分析美国、英国、德国、丹麦、日本、韩国、新加坡、中国香港、中国台湾等国家和地区，以及我国福建省三明市、江苏省宿迁市等地方政府推进医疗卫生体制改革的经验与启示，结合我国医疗卫生市场巨大的需求空间，研究提出我国医疗卫生体制改革“政府市场双到位、公立民营双发展、中医西医双融合、公平效率双兼顾、医生患者双满意”的战略愿景和短中长期发展目标，并从完善顶层设计、加大财政投入、加快公立医院体系改革、加快对内对外开放、推广数字化互联网医疗、加强医务人员权益保障、设立医疗消费者权益保护局、强化国际合作等方面提出政策建议。

一、迈向 2049 年的中国亟待加快医疗卫生体制改革

自党的十五大首次提出“两个一百年”奋斗目标，到党的十九大清晰擘画全面建成社会主义现代化强国的时间表、路线图，医疗卫生体制改革始终是全面建成小康社会，建设富强、民主、文明、和谐、美丽的社会主义现代化国家的重要内容和关键组成部分。当前，我国医疗卫生体制改革已步入“深水区”，面临医疗卫生法律法规有待

健全、公共卫生服务短板有待补齐、分级诊疗体系有待重塑、现代医院管理制度有待完善、民营医疗机构经营环境有待优化、药品供应保障体系有待改进、多层次全面医保体系有待建立、“互联网+医疗健康”应用有待推广等诸多深层次问题，推动医疗卫生体制改革刻不容缓。

2019 年，我国人均 GDP 超过 1 万美元，经济中高速增长为建立高质量医疗体系奠定坚实基础，消费结构升级为建立高质量医疗体系创造广阔空间，医疗卫生服务行业发展为经济增长方式转变提供充足动能，科学技术创新为建立高质量医疗体系提供有力支撑，建立高质量的医疗体系成为实现经济发展惠及广大群众的当务之急。

二、我国医疗卫生体制改革的发展历程

回顾我国医疗卫生体制改革的发展历程，在新中国成立前，我国医疗卫生体系经历了长期低水平发展。在 1840 年前，权贵阶层垄断医疗资源，民间郎中成为百姓就医的主要渠道；1840-1948 年，近代西方医疗体系由传教士全面带入中国，为我国近代医学的发展起到了积极作用。

新中国成立以来，我国医疗卫生体制改革取得了较为突出的成就，主要经历了计划经济时期医疗卫生体制的建设阶段，改革开放后医疗卫生体制的市场化探索和推广阶段，以及医疗改革的公益性回归、新医改启动阶段。在 1949-1977 年的计划经济时期医疗卫生体制的建设阶段，确立了政府的主导投入地位，较好地实现了公平性，在城市和农村实现了低水平、广覆盖的医疗保障体制，保证了福利为核心的医疗卫生政策的高效制定和实施，但也面临整体发展水平不高、效率低下、医疗费用上涨过快、国家财政负担较大等问题；在 1978-2003 年的医疗卫生体制市场化探索和推广阶段，医疗卫生政策刺激了医院创收，医疗卫生服务的数量和质量大大提高，一定程度地解决了当时存在的医院微观效率低下、服务供给不足的问题，财政支出负担过重的问题得到了明显改观，但同时也影响了医疗机构公益性

的发挥，医疗卫生资源配置不合理问题逐步凸显，百姓看病难、看病贵的问题日益显现；**2003-2008 年**，医疗改革的决策方向逐渐回归到公益性的轨道上来，实现医疗保障的全面覆盖和相对公平成为了医疗卫生决策的主要考量方向；**2009 年以来**，新医改启动，带来了积极的变化，但新医改仍然具有继续完善的空间，需要进一步深化体制机制改革。

三、医疗卫生体制机制改革的国际经验借鉴与启示

从全球改革经验看，医疗卫生体制机制改革是世界性难题，全球各主要国家和地区均积极探索在力所能及的范围内，为民众提供与经济发展水平相适应的医疗保障。不同国家和地区的医疗卫生体制发展模式各不相同，有自身较为突出的优势，也面临着不同的问题。

美国是所有发达国家中唯一一个没有实现全民医疗保险的国家，建立了高度市场化的商业医疗保险体系，其医疗水平在全球领先，但高昂的医疗服务费用也备受诟病；**英国**坚持公平普惠的国家卫生服务体系，是全球历史最悠久、最健全的国家卫生体系，真正实现了对全体英国国民“从襁褓到坟墓”的免费医疗服务全覆盖，然而，在追求高福利水平与公平性的同时，也以政府的巨大财政压力和低效率为代价；**德国**的医疗卫生服务体系比较完善，近些年来仍然一直在不断推行各项改革，改革的基本目标包括减少政府财政支出、强化医疗卫生服务提供者的竞争、提高医疗服务质量与效率、减少医疗服务的不平等性等方面；**丹麦**与英国类似，实施全民免费医疗保险制度，居民有权免费到指定医疗机构就医，也同样面临患者平均候诊时间过长、医疗保险水平过高带来国民高税率以及国家财政负担加剧等问题；**日本**积极通过控制医疗费用以提升医疗绩效，伴随着老龄化和医疗技术的进步，到 20 世纪 90 年代末，医疗费用每年迅速增加，加之在经济泡沫破灭之后，财政状况持续恶化，为此日本政府进行了多次带有浓厚财政对策色彩的医疗制度改革；**韩国**强制性医疗保险计划覆盖全民，国民已能够真正享受到平等医疗服务，具备完善、总体覆盖面广的优

势，但仍不可忽视该体制下医保水平较低、民众医疗费用负担过重等问题；**新加坡**的医疗卫生体制明确“个人负责”为主、“政府补助”为辅的责任定位，建立起兼顾公平和效率的医疗保障体系，私立医院给予医生的竞争性报酬迅速上升，为留住经验丰富的医护人员，公立医院提高了相关津贴，也因此面临繁重的财政压力；**中国香港**以公立医疗为主，私立医疗为辅的二元医疗体系，形成了政府为主导的筹资体系，但卫生总费用持续增长给香港政府带来巨大压力，同时，全民保障式的医疗服务必然伴随着医疗服务的供给短缺和效率低下；**中国台湾**的全民健康保险以低保费、公平和适宜的医疗品质著称，被认为是全球医疗保障制度中较为成功的范例之一，但也存在健保资金财务状况不佳、健保药费负担沉重、医疗资源过度使用、对低收入群体而言门槛较高等问题。

从国际经验看，不同国家和地区面临的问题和挑战有诸多相似之处，通过借鉴吸取其经验、教训，可为我国医疗卫生体制机制改革提供有益参考。需要注意的是，医疗卫生体制机制改革需要综合考虑本国经济社会发展水平、医疗卫生资源条件、政治制度、文化等基本国情，我国不能直接照搬其他国家和地区的医疗卫生体制机制，而是需要结合现实国情和主要矛盾，因地制宜地进行改革，并渐进式地制定出符合我国实际情况的战略愿景、发展目标以及改革方案。

四、我国部分地方政府推进医疗卫生体制机制改革正反两方面的经验教训

从国内改革经验看，**福建省三明市**以公立医院回归公益性、医生回归看病角色、药品回归治病功能为导向，以“建机制、堵浪费、调结构、增效益”为总体思路，实施“三医联动”，整体推进市县 22 家公立医院综合改革。通过改革，适当控制了医药费用增长过快势头，抑制了过度扩张和对基层人才、病人“双虹吸”效应，得到了中央领导、国家有关部委的高度认可。三明市的“三医联动”“一盘棋”推进改革，是改革成功的关键，也正是三明医改难能可贵的地方，值得全国推广

和学习借鉴。江苏省宿迁市医改的重点是政府退出医疗服务市场，由“办医院”转向“管医院”。同时，建立社会投资机制、鼓励市场竞争机制、引入企业经营机制。医疗机构在改革中不断引进社会资本、加大投入。在宿迁民营医院规模不断扩张、服务量及份额不断提高，人员总量不断扩大的背后，管理理念落后、医疗服务水平不高、高级医疗人才匮乏及优质医疗资源短缺等问题越来越突出，没有从根本上解决患者看病贵的问题。

五、我国医疗卫生市场需求空间分析

从世界主要经济体比较角度分析，我国医疗卫生市场有较大需求空间；从我国省级区域比较角度分析，中西部医疗卫生市场有较大增长潜力；从人口结构、居民收入、城镇化水平角度分析，放开计划生育、老龄化将推动医疗卫生需求高速增长。

本文利用我国 1978-2018 年的统计数据，通过构建经济模型，定量回归研究人口老龄化、儿童人口增加、居民收入提高、城镇化水平提高对医疗费用支出的影响，并结合对 2020-2050 年间全国卫生费用支出总额数据的预测，以此来测算未来医疗卫生市场需求空间。研究表明，**2020-2050 年全国卫生费用支出规模将不断提升，医疗卫生市场需求明显扩大。预计到 2030 年，我国医疗卫生市场需求将达到 15 万亿，2040 年达到 29 万亿，2050 年达到 37 万亿。**

六、我国医疗卫生体制机制改革的战略愿景及发展目标

根据上述研究，我们建议，我国医疗卫生体制机制改革的战略愿景可确定为：政府市场双到位、公立民营双发展、中医西医双融合、公平效率双兼顾、医生患者双满意。

短期目标：到 2025 年，主要健康指标进入中高收入国家行列，人均预期寿命达到 78.0 岁，每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.8 人；加快推进“管办分开”、“政事分开”；公立医疗机构在公平可及性、就医便利性方面全面改善，民营医疗机构进一步发展；医生患者双方满意度均得到提升，医患关系得以缓解。

中期目标：到 2030 年，主要健康指标进入高收入国家行列，人均预期寿命达到 79.0 岁，每千常住人口执业（助理）医师数达到 3.0 人；政府与市场边界基本明确；以社区为基础的“正三角”公立医疗服务体系¹基本建立，民营医疗机构经营环境大幅改善；医患纠纷大幅下降。

长期目标：到 2049 年，主要健康指标进入中等发达国家行列；人均预期寿命达到 81.0 岁，每千常住人口执业（助理）医师数达到 3.3 人；政府与市场有机融合、各司其职；形成公立医院、民营医院协同发展的多层次供给体系；全面实现和谐医患关系。

七、政策建议

医疗卫生体制机制改革是较为复杂的系统工程，涉及卫生、医疗、药品、社会保障等多个领域，需要打破利益固化的藩篱，形成新的利益平衡。需要阶梯式进行公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系“四位一体”的联动改革。

一是以理顺政府市场关系为核心，完善顶层设计并统筹推进医改政策落地。具体包括推动并完善立法，为医疗卫生体制机制改革提供法制保障；提升疾控中心（CDC）管理层级并强化其权责，提升突发公共卫生事件应急管理能力，补齐公共卫生管理短板，形成“防治并重”的发展模式；转变政府职能，建立公平、高效的医疗服务体系；推动药品生产流通领域供给侧改革，完善药品供应保障体系；多措并举，加快实现“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的医保体系。

二是以民众共享经济发展成果为导向，各级政府逐步加大医疗卫生财政投入。包括高度重视“社会性基础设施”²建设，提升医疗卫生财政支出占比；实现政府监督和体制改革相结合，确保财政投入带动效应；充分发挥补短板、调结构、降费用功能，推动财政资金的合理利用。

三是以加强覆盖城乡、全民的公立医疗体系建设为重点，着力改

¹ “正三角”医疗服务体系指优质医疗资源、病人向社区等医疗机构下沉而形成的医疗服务体系。

² 社会性基础设施主要包括教育、科技、医疗卫生、体育、文化等社会事业。

革管理体制机制。包括推进医疗资源在区域、城乡和层级优化配置，完善分级诊疗体系；推动公立医院管理体制改革的；完善现代公立医院绩效考核、患者服务、预算管理、成本核算等制度机制，逐步推行公立医院编制备案制。

四是以加快对内对外开放为抓手，促进多元化、高质量、高效率的供需匹配。一方面，加快对内开放，推进非基本医疗卫生服务领域充分引入社会资本，为民营医院发展创造良好环境，促进民营医院可持续健康发展；另一方面，加快对外开放，持续完善外资医疗机构准入制度，稳步加大外资医疗机构服务供给。

五是以提升医疗服务覆盖率和便利性为目标，积极布局数字化互联网医疗。包括完善数字化服务流程，提升民众就医便利性；推进“互联网+”在线诊疗，拓展医疗服务空间和内涵；推进医疗服务的数字化技术改进，提高服务质量和效率。

六是以提高医务人员职业获得感为关键，切实保障医务人员合法权益。包括完善考核和薪酬分配机制，推进医务人员收入合法化、合理化、阳光化；加强权益保障与宣传引导，提高医务人员职业尊严。

七是以提升患者满意度为宗旨，设立医疗卫生消费者权益保护局。在各级卫健委内部设立医疗卫生消费者权益保护局，致力于健全完善医疗卫生领域的消费权益保护机制和保护措施，组织受理、调查和调解医疗卫生消费投诉，开展监督检查、教育、咨询等工作，多管齐下缓解医患矛盾。

八是以强化医疗卫生领域国际合作为着力点，践行构建人类命运共同体。包括完善重大公共卫生事件应对的国际合作机制，共同维护世界公共卫生安全；从国家、医疗卫生主管部门、社会组织、医疗机构等多个层面，开展常态化的机构与人才交流；强化医药创新研发国际合作；推动中医药产业现代化进程，并从人才培养、理论研究、临床应用等方面，持续推动中西医融合发展。

目 录

一、迈向 2049 年的中国亟待加快医疗卫生体制改革.....	2
（一）十九大报告提出永远把人民对美好生活的向往作为奋斗目标，加快医疗卫生体制改革势在必行.....	2
1. 中央高度重视医疗卫生体制改革	2
2. 国家发布多项“健康中国”的远景规划	3
3. 医疗卫生体制改革是实现“两个一百年”奋斗目标的重要基础.....	3
（二）居民“看病难、看病贵”仍然突出，公共卫生服务存在明显短板，医患矛盾愈演愈烈，推动医疗卫生体制改革刻不容缓	4
1. 医疗卫生法律法规有待健全	4
2. 公共卫生服务短板有待补齐	5
3. 分级诊疗体系有待重塑	7
4. 现代医院管理制度有待完善	7
5. 民营医疗机构经营环境有待优化	8
6. 药品供应保障体系有待改进	8
7. 多层次全面医保体系有待建立	9
8. “互联网+医疗健康”应用有待推广	9
（三）我国人均 GDP 已超过 1 万美元，建立高质量的医疗体系成为经济发展成果惠及广大群众的当务之急.....	10
1. 经济中高速增长为建立高质量医疗体系奠定坚实基础	10
2. 消费结构升级为建立高质量医疗体系创造广阔空间	10
3. 医疗卫生服务行业发展为经济增长方式转变提供充足动能	11
4. 科技创新为建立高质量医疗体系提供有力支撑	11
二、我国医疗卫生体制改革的发展历程.....	11
（一）古代-1840 年：权贵阶层垄断医疗资源，民间郎中成为百姓就医的主要渠道	12
（二）1840-1948 年：教会医疗事业兴起.....	13
（三）1949-1977 年：建国后医疗卫生事业快速发展.....	14
（四）1978-1984 年：医疗领域改革孕育期.....	17

(五) 1985-1991 年：医疗领域全面改革正式启动.....	17
(六) 1992-2003 年：医疗改革向“市场化”探索和推广.....	18
(七) 2003-2008 年：医疗改革向公益性回归.....	19
(八) 2009 年至今：新医改全面启动.....	20
三、医疗卫生体制机制改革的国际经验借鉴与启示.....	21
(一) 美国：高度市场化的商业医疗保险体系.....	22
(二) 英国：坚持公平普惠的国家卫生服务体系.....	26
(三) 德国：同舟共济与竞争高效相得益彰.....	32
(四) 丹麦：北欧国家高福利制度下的全民医疗体系.....	38
(五) 日本：控制医疗费用以提升医疗绩效.....	43
(六) 韩国：立法先行的全民医疗保障.....	48
(七) 新加坡：强制储蓄型医疗保险制度.....	53
(八) 中国香港：公立医疗为主、私立医疗为辅的二元医疗体系.....	58
(九) 中国台湾：覆盖全民强制投保的社会保险制度.....	63
(十) 借鉴与启示.....	68
四、我国部分地方政府推进医疗卫生体制机制改革正反两方面的经验教训.....	70
(一) 成功经验：三明医疗模式.....	70
1. 改革动因.....	70
2. 历史沿革.....	71
3. 关键举措.....	72
4. 改革后主要成效.....	77
5. 可借鉴的经验.....	80
(二) 吸取教训：宿迁医疗模式.....	82
1. 改革时代背景和历史沿革.....	83
2. 关键举措.....	85
3. 改革后主要成效.....	87
4. 改革后面临的问题.....	90
5. 需吸取的教训.....	94
五、我国医疗卫生市场需求空间分析.....	96
(一) 从世界主要经济体比较角度分析，我国医疗卫生市场有较大需求空间.....	96

(二) 从我国省级区域比较角度分析, 中西部医疗卫生市场有较大增长潜力	99
(三) 从人口结构、居民收入、城镇化水平角度分析, 放开计划生育、老龄化将推动医疗卫生需求高速增长	102
1. 老龄化趋势明显加速, 医疗需求明显扩张	102
2. 计划生育政策放开, 儿童医疗短板明显	105
3. 人均收入提高, 城乡居民医疗消费占比提升	108
4. 城镇化水平不断提高, 医疗设施配套激发市场需求	109
(四) 未来我国医疗卫生市场需求空间测算	110
六、我国医疗卫生体制机制改革的战略愿景及发展目标	114
(一) 战略愿景	114
1. 政府市场双到位	115
2. 公立民营双发展	115
3. 中医西医双融合	116
4. 公平效率双兼顾	117
5. 医生患者双满意	117
(二) 发展目标	118
1. 短期目标	118
2. 中期目标	119
3. 长期目标	119
七、政策建议	120
(一) 以理顺政府市场关系为核心, 完善顶层设计并统筹推动医改政策落地 ...	120
1. 推动并完善立法, 为医疗卫生体制机制改革提供法制保障	120
2. 补齐公共卫生管理短板, 形成“防治并重”的发展模式	121
3. 转变政府职能, 建立公平、高效的医疗服务体系	123
4. 推动药品生产流通领域供给侧改革, 完善药品供应保障体系	124
5. 多措并举, 加快实现“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的医保体系 ...	125
(二) 以民众共享经济发展成果为导向, 各级政府逐步加大医疗卫生财政投入	126
1. 高度重视“社会性基础设施”建设, 逐步提升医疗卫生财政支出占比	126
2. 实现政府监督和体制改革相结合, 确保财政投入带动效应	127
3. 充分发挥补短板、调结构、降费用功能, 推动财政资金的合理利用	127
(三) 以加强覆盖城乡、全民的公立医疗体系建设为重点, 着力改革管理体制机制	

.....	128
1. 推进建立覆盖城乡、全民的公立医疗体系	128
2. 积极推动公立医院管理体制改革	129
3. 推进完善现代公立医院管理机制	129
(四) 以加快对内对外开放为抓手, 促进多元化、高质量、高效率的供需匹配	130
1. 加快对内开放, 积极发展民营医院	131
2. 加快对外开放, 积极引入外资医院	131
(五) 以提升医疗服务覆盖率和便利性为目标, 积极布局数字化互联网医疗 ...	132
1. 完善数字化服务流程, 提升民众便利性	132
2. 推进“互联网+”在线诊疗, 拓展医疗服务空间和内涵	132
3. 推进医疗服务的数字化技术改进, 提高服务质量和效率	132
(六) 以提高医务人员职业获得感为关键, 切实保障医务人员合法权益	133
1. 完善薪酬分配机制, 推进医务人员收入合法化、合理化、阳光化	133
2. 加强权益保障与宣传引导, 提高医务人员职业尊严	133
(七) 以提升患者满意度为宗旨, 设立医疗卫生消费者权益保护局	134
(八) 以强化医疗卫生领域国际合作为着力点, 践行构建人类命运共同体	134
1. 完善重大公共卫生事件应对的国际合作机制	135
2. 开展多层次、常态化的医疗卫生机构与人才交流	135
3. 强化医药创新研发国际合作	135
4. 持续推动中西医融合发展	135
附件: 1. 1949 年至今我国主要医疗卫生体制机制改革政策汇总	137
2. 全球部分国家和我国香港、台湾地区医疗卫生体制机制及医改相关 经验与启示	140

政府市场双到位 公立民营双发展 医生患者双满意 ——迈向 2049 的我国医疗卫生体制机制改革战略研究

医疗卫生事业直接关系到人民的健康福祉,是满足人民对美好生活向往的最基础前提。“要体现一个社会的善良,各级医院就是其面孔;要体现一个社会的良知,让人民群众病有所医、及时善治,就是其镜子”³。新中国成立以来,历届政府高度重视医疗卫生体制机制改革工作,取得了较为突出的成就。党的十九大报告指出,“永远把人民对美好生活的向往作为奋斗目标,增进民生福祉是发展的根本目的。必须多谋民生之利、多解民生之忧,在发展中补齐民生短板、促进社会公平正义,在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上不断取得新进展”。当前,我国医改工作已涉入“深水区”,广大人民群众“看病贵、看病难”的问题依然较为突出,新冠肺炎疫情暴露出的公共卫生短板引发广大民众对现行医疗卫生体制机制弊端的广泛关注。如何补齐公共卫生服务短板、破解医疗运行机制不完善、药品价格虚高、医保体系不够健全等突出问题,已成医疗卫生体制机制改革的当务之急。

本文运用“长周期+广视野+定量分析”方法论,坚持问题导向和目标导向,系统分析了我国当前医疗卫生体制机制改革面临的深层次问题,分阶段梳理了我国医疗卫生体制机制改革的历史沿革,并在借鉴和吸收国内外医疗卫生体制机制改革的经验和教训的基础上,形成我国医疗卫生体制机制改革的战略愿景、发展目标及政策建议。

³ 引用于秦朔所著《春节,这一课》. 新浪财经. <http://finance.sina.com.cn/zl/china/2020-02-02/zl-iimxyqvy9760588.shtml>

一、迈向 2049 年的中国亟待加快医疗卫生体制机制改革

（一）十九大报告提出永远把人民对美好生活的向往作为奋斗目标，加快医疗卫生体制机制改革势在必行

1. 中央高度重视医疗卫生体制机制改革

党的十九大报告指出，“永远把人民对美好生活的向往作为奋斗目标，增进民生福祉是发展的根本目的。必须多谋民生之利、多解民生之忧，在发展中补齐民生短板、促进社会公平正义，在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上不断取得新进展”。医疗卫生事业直接关系到人民的健康福祉，是满足人民对美好生活向往的最基础前提。十九大报告强调要“深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，健全现代医院管理制度。加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设。全面取消‘以药养医’，健全药品供应保障制度。支持社会办医，发展健康产业”。

国家“十三五”发展规划指出，“深化医药卫生体制改革，坚持预防为主方针，建立健全基本医疗卫生制度，实现人人享有基本医疗卫生服务，推广全民健身，提高人民健康水平”。强调要“实行医疗、医保、医药联动，推进医药分开，建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。全面推进公立医院综合改革，坚持公益属性，破除逐利机制，逐步取消药品加成，完善公立医院补偿机制。建立现代医院管理制度，落实公立医院独立法人地位。完善基本药物制度，健全药品供应保障机制。鼓励研究和创制新药，将已上市创新药和通过一致性评价的药品优先列入医保目录。鼓励社会力量兴办健康服务业，推进非营利性民营医院和公立医院同等待遇”。

2019 年政府工作报告指出，“继续提高城乡居民基本医保和大病保险保障水平，加强重大疾病防治。抓紧落实和完善跨省异地就医直接结算政策。深化公立医院综合改革。促进社会办医。加快建立远程医疗服务体系，加强基层医护人员培养，提升分级诊疗和家庭医生签

约服务质量”。

2. 国家发布多项“健康中国”的远景规划

2016 年 10 月，中共中央、国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》。文件指出，要“加快建立更加成熟定型的基本医疗卫生制度，维护公共医疗卫生的公益性，有效控制医药费用不合理增长，不断解决群众看病就医问题。推进政事分开、管办分开，理顺公立医疗卫生机构与政府的关系，建立现代公立医院管理制度。清晰划分中央和地方以及地方各级政府医药卫生管理事权，实施属地化和全行业管理。推进军队医院参加城市公立医院改革、纳入国家分级诊疗体系工作。健全卫生计生全行业综合监管体系”。

2016 年 12 月，国务院印发《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》，指出要“全力推进卫生与健康领域理论创新、制度创新、管理创新、技术创新，加快建立符合国情的基本医疗卫生制度，实现发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变，推进医药卫生治理体系和治理能力现代化。到 2020 年，普遍建立比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系、比较健全的医疗保障体系、比较规范的药品供应保障体系和综合监管体系、比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制”。

2019 年 6 月，国家卫生健康委制定了《健康中国行动（2019-2030 年）》，围绕疾病预防和健康促进两大核心，提出将开展 15 个重大专项行动，促进以治病为中心向以人民健康为中心转变，努力使群众不生病、少生病。规划到 2022 年，覆盖经济社会各相关领域的健康促进政策体系基本建立，全民健康素养水平稳步提高。到 2030 年，居民主要健康指标水平进入高收入国家行列，健康公平基本实现。

3. 医疗卫生体制改革是实现“两个一百年”奋斗目标的重要基础

自党的十五大首次提出“两个一百年”奋斗目标，到党的十九大清晰擘画全面建成社会主义现代化强国的时间表、路线图。医疗卫生体

制机制改革始终是全面建成小康社会，建设富强、民主、文明、和谐、美丽的社会主义现代化国家的重要内容和关键组成部分。2020 年是我国全面建成小康社会的决胜时期，也是建立健全基本医疗卫生制度、推进健康中国建设的关键时期。当前，人民生活水平不断提高，健康需求日益增长，但我国卫生资源总量不足、结构不合理、分布不均衡、供给主体相对单一、基层服务能力薄弱等问题仍比较突出，维护和促进人民健康的制度体系仍需不断完善。特别是随着医改进入攻坚期和深水区，深层次体制机制矛盾的制约作用日益凸显，利益格局调整更加复杂，改革的整体性、系统性和协同性明显增强，任务更为艰巨。

此外，我国经济发展进入新常态，工业化、城镇化、人口老龄化进程加快，以及疾病谱变化、生态环境和生活方式变化、医药技术创新等，都对深化医改提出了更高要求。面对新的形势和挑战，唯有推动医改由打好基础转向提升质量、由形成框架转向制度建设、由单项突破转向系统集成和综合推进，用中国式办法破解医改这个世界性难题，为保障人民健康、促进经济社会发展增添新动力，助力全面建成小康社会。

（二）居民“看病难、看病贵”仍然突出，公共卫生服务存在明显短板，医患矛盾愈演愈烈，推动医疗卫生体制机制改革刻不容缓

1. 医疗卫生法律法规有待健全

健全医疗卫生法律体系，加快转变政府职能，完善与医疗卫生事业发展相适应的监管模式，提高综合监管效率和水平，推进监管法制化和规范化，是推进医疗卫生体制机制改革的重要保障。但当前，医疗卫生法律法规和制度建设仍有待健全。一是中医药法规、医保基金监管等方面的法律法规短板仍需补齐；二是医疗卫生领域“放管服”改革迟滞，尚未建立行政事项审批的清单制度，医疗卫生领域行政审批制度仍需优化；三是多元化的监管体系未形成合力，尚未形成政府监管主导、第三方广泛参与、医疗卫生机构自我管理和社会监督为补

充的多元化监管体系；**四是在**属地管理中，基层监管机构的规范化建设和能力建设不足，对执法人员“双随机”抽查、违法违纪“黑名单”等制度执行不严格。

2. 公共卫生服务短板有待补齐

公共卫生服务事业包括疾病预防、传染病控制、妇幼保健、精神病防治等，各地成立如疾病预防控制中心（CDC）、妇幼保健中心、传染病防治站所、精神卫生中心等机构，以各级政府的财政及中央专项经费等来保障。公共卫生服务事业是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容，是深化医疗卫生体制改革的重要工作。然而，长期以来受各级政府“重医轻防”理念所影响，对公共卫生管理重视程度不足，2019 年底新冠肺炎疫情的爆发，更是暴露了我国在公共卫生服务体系的诸多短板。

（1）忽略公共卫生的基础性地位

首先，长期以来，我国各级政府对于不产生收益的公共卫生服务财政投入不足，导致公共卫生系统基层网络薄弱，公共卫生系统在技术、设备、人才资源等各方面较为落后，基层疾病预防控制中心、妇幼保健中心、传染病防治站所、精神卫生中心等机构以提供公益性服务为主，未能充分发挥疾病防控作用；**其次**，我国科研机构针对公共卫生的导向性研究不足，缺乏对重大传染病发现、防控、治疗的长效研究机制，部分研究成果不能对传染病的快速有效防控起到关键技术支撑作用；**最后**，我国对野生动物售卖监管乏力，在食品安全、环境卫生、生态文明建设存有一定缺陷。

（2）公共卫生管理专业性缺乏、运行效率低下

首先，我国地方政府干部队伍在经济建设方面履历丰富，但对公共卫生管理知识储备不足、危机意识不强、防控意识不够，极易造成重大决策失误，错过治理窗口期；**其次**，我国卫生行政部门及下属事业单位、高校和研究机构有大量的公共卫生管理专业人员，但当前体制下，专业技术人员的工作和政府的行政管理分离，专业团队与相关

政府部门的沟通协调机制不够顺畅，导致智囊团的作用未能及时发挥，在疫情早期防控决策过程中未起到关键助力作用；**最后**，我国各地医疗机构网络直报工作队伍专业知识参差不齐，识别和应对重大突发传染病能力不足，甚至还存在少数医疗机构缺乏专门从事传染病网络直报工作人员。基层疾病预防控制中心、妇幼保健中心激励机制不够，优秀人才长期不足。

（3）突发公共卫生事件信息披露机制不健全

一方面，我国突发公共卫生事件信息披露法律法规有待完善，2003 年“非典”疫情后，我国针对突发公共卫生事件管理出台《中华人民共和国突发事件应对法》《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》《中华人民共和国政府信息公开条例》等，建立了我国突发公共卫生事件信息披露制度，但法律法规仍存有一定缺陷。如《突发事件应对法》中规定政府统一、及时发布突发事件发展和处置过程中的信息，“统一”二字为政府垄断突发公共卫生事件信息留下隐患，限制了新闻媒体独立、及时、准确报道突发公共卫生事件；**另一方面**，当前部分地方政府信息公开意识较为淡薄，出于维持稳定、避免引起社会恐慌等目的，习惯性抵制和阻碍信息披露工作，相关法律法规对信息披露问责制度缺乏定量描述，也导致地方政府对相关信息披露重视程度不足。

（4）突发公共卫生事件应急管理能力欠缺

首先，由于长期未发生大规模突发公共卫生事件，地方政府、医疗机构缺乏医疗防护物资储备意识，各地医疗战略物资储备普遍不足，部分医院甚至储备量为零；**其次**，相关部门对突发公共卫生事件应急预案准备不充分，未能在第一时间高效地开展医疗资源调配、应急场所征用等工作，应急管理效率亟待提升；**最后**，突发公共卫生事件舆情管理有待优化，“封、堵、防”为核心的舆情治理理念产生了一定的负面影响。

3. 分级诊疗体系有待重塑

分级诊疗制度是优化和完善医疗卫生服务体系的重要举措。但在实践过程中，“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”体系运行存在着诸多问题。一是分级诊疗制度功能设计不完善。居民基层首诊意向低，对基层医疗机构的信任度不够。基层向上级医院转诊有优势，上级向下级转诊实现度极低。急慢分治没有明确的轻重缓急标准和界定主体；二是资源配置结构不合理，基层卫生服务人员和资源不足、服务能力有限，三级医院就医人员却人满为患；三是医疗信息碎片化、存在盲区。各级医院信息系统相对独立，一体化平台建设严重滞后，患者医疗信息严重脱节；四是“三医联动”机制不健全。医疗、医保、医药“三医联动”是推进分级诊疗的关键路径，但是我国医疗卫生领域的人事编制、绩效考核、收入分配、法人治理等深层次体制机制改革单兵突进，缺乏部门之间的协同合作，尤其是医保支付方式改革、医药购销领域秩序规范落后于医疗卫生服务体系改革进度，严重制约了分级诊疗制度的整体推进。

4. 现代医院管理制度有待完善

自 2017 年改革以来，当前我国医院管理制度与具有中国特色的权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度目标仍有较大差距。一是在公立医院管理体制方面，医院和政府关系不清、政事不分、管办不离。取消公立医院行政级别事项推进缓慢，对医院人事编制、科室设定、岗位聘任、收入分配等的管理干涉过度。公立医院法人治理机制不健全，公立医院全面预算管理制度、成本核算制度、财务报告制度、总会计师制度、第三方审计制度和信息公开制度有待加速；二是医院的运行机制方面，在取消药品加成的过程中，调整医疗服务价格、加大政府投入、改革支付方式、降低医院运行成本等配套的补偿机制未能有效落地。在诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的项目上，价格和价值不匹配。对于特需医疗服务和其他市场竞争比较充分、个性化需求比较强

的医疗服务价格有待放开；三是医院编制方面，公立医院编制管理方式改革、实行备案制、完善编制管理办法等有待突破。对于各级医疗机构引进高端人才和短缺人才的管控过严。

5. 民营医疗机构经营环境有待优化

一是医疗机构缺乏公平的竞争环境。与公立医院相比，民营医院面临难以享受同等待遇，多数未取得医保定点资格、税收压力大、人才吸引能力弱、贷款融资难度大。近年来，党中央、国务院高度重视社会办医的健康发展，陆续出台相关政策，但中央政府层面对于支持和鼓励社会办医的政策多属于指导性的方针，在医保、税收、人力资源、职称评定、融资支持等方面缺乏较为具体的落实机制和硬性规定。地方政府执行中有较大区域差异性，多数地方政府发展民营医院的动力不足，即便放开了对社会办医的审批程序，但由于缺乏明确的政策法规，在执行过程中存有主观随意性大、程序不透明等问题，成为限制民营医院发展的“玻璃门”。同时，政府对公立医院的“管办合一”，导致民营医院难以与由政府投资、政府管理的公立医院相抗衡。二是民营医疗机构自身经营有待规范。民营医疗机构在丰富医疗供给体系，提供多元化医疗服务，提升诊疗效率方面发挥着重要作用。但在实际经营发展过程中，也存在着诸多乱象。如，少数民营医疗机构存在国家明令禁止的投资分红、医商结合、变相承包、无证行医和异地行医行为；部分民营医疗机构逐利心切，刊登违规广告，使用无证人员，与公立医疗机构互抢病号，雇佣医托，扰乱医疗市场秩序；行业自律严重不足，有些民营医疗机构招揽生意口号多变，吹嘘包治百病，无病说有病、小病说大病、小手术变大手术，过度医疗现象较为突出。

6. 药品供应保障体系有待改进

在实施药品生产、流通、使用的全流程改革中，破除以药补医，调整利益驱动机制是当务之急。推动各级各类医疗机构全面配备、优先使用基本药物，建设符合国情的国家药物政策体系，理顺药品价格，促进医药产业结构调整 and 转型升级任重道远。一是在药品供应领域，

低价药、“救命药”、“孤儿药”以及儿童用药的供应不足。药品及医疗器械创新能力不足，质量与国际先进水平仍有较大差距。仿制药质量和疗效评价体系不健全，中药生产尚未实现现代化和标准化；二是在药品流通领域，全国统一开放、竞争有序的市场格局尚未形成，地方保护时有发生，流通企业向智慧型医药服务商转型仍需时日，电商医药发展亟待规范；三是在药品和高值医用耗材集中采购方面，国家谈判药品品种数量仍有较大的提升空间，医保衔接政策仍需理顺，区域联合采购和专科医院联合采购推动力度不足，采购的高值医用耗材编码标准要统一；四是在基本药物制度方面，仍需推动基本药物在目录、标识、价格、配送、配备使用等方面实行统一政策，加强特殊人群的基本用药保障。

7. 多层次全面医保体系有待建立

当前，我国多层次医保体系在基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险和慈善救助等方面的衔接互动、相互联通机制有待健全。一是在基本医保方面，需要不断完善可持续筹资和报销比例调整机制，厘清政府、单位、个人缴费责任，建立同经济社会发展水平、各方承受能力相适应的筹资机制；二是在医保支付方式方面，城乡之间、地域之间、不同层级之间的医疗保障不能实现互联互通，对民众就医报销等产生了极大的不便，造成了部分保障真空或断层；三是在重特大疾病保障方面，需将低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人、重病患者等纳入低收入救助对象；四是在商业健康保险方面，部分地方政府和医保管理部门自己办理基本医保，排斥商业保险机构参与，商业保险机构经办基本医保也存在目标不明确、路径不清晰、效果不理想等问题。

8. “互联网+医疗健康”应用有待推广

2016 年国办印发《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》，为“互联网+医疗健康”发展指明了方向，明确了目标。这一模式实现了患者、医疗机构及医生、政府多方共赢，呈现广阔发展

空间，但在全面推广的过程中也存在着诸多制约：一方面，基础设施建设滞后，信息互联互通、资源共享尚不能实现，成为制约“互联网+医疗健康”发展的硬件软肋。目前绝大多数地方的医疗机构之间难以实现互联互通，患者检验检查结果不能共享，医院孤岛现象相当严重，阻碍了不同级别医疗机构之间相互转诊，居民电子病历数据库、区域信息平台等均无法建立；另一方面，“互联网+医疗健康”的准入门槛、从业规范、监督管理等相关标准还未建立。远程诊疗过程中上下级医疗机构之间权责利关系，以及上级医疗机构收费标准、医疗事故责任划定等也没有明确。

（三）我国人均 GDP 已超过 1 万美元，建立高质量的医疗体系成为经济发展成果惠及广大群众的当务之急

1. 经济中高速增长为建立高质量医疗体系奠定坚实基础

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志，而强大的国家经济实力也为建立高质量的医疗体系奠定了坚实基础。改革开放以来，我国经济保持了 40 余年的高速增长，截至 2019 年末，我国 GDP 总量已经达到 99 万亿元，按年平均汇率折算，人均 GDP 突破 1 万美元大关，达到 10276 美元。从发达国家医疗卫生事业发展的经验来看，人均 GDP 在 1 万美元是各国医疗卫生水平快速提升期，我国正处于这一黄金时期。此外，2019 年 GDP 同比增长 6.1%，在世界主要经济体中名列前茅。这也是我国经济增长连续 18 个季度保持在 6%-7% 之间，经济发展的韧性持续显现。这不仅表明我国在经济建设中取得重要进展，也表明强大的经济实力为建立高质量医疗体系提供了坚实的保障。

2. 消费结构升级为建立高质量医疗体系创造广阔空间

随着我国经济的快速增长，工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化、生态环境及生活方式变化等，也给维护和促进健康带来一系列新的挑战，医疗卫生服务供给总体不足与需求不断增长之间的矛盾日益突出。截至 2019 年末，我国居民人均可支配收入达到 30733 元，

同比增加 8.9%，居民人均消费支出 21559 元，同比增长 8.6%。在医疗卫生领域，2018 年末，我国医疗卫生机构达到 997433 个，床位数达 840.41 万张，每万人口拥有卫生技术人员 68 人。卫生总费用达 59121.9 亿元，人均卫生费用 4236.98 元。卫生消费结构的全面升级，是全面提升民族健康素质，实现人民健康与经济社会协调发展的战略需要，也为建立高质量医疗体系创造了广阔空间。

3. 医疗卫生服务行业发展为经济增长方式转变提供充足动能

随着我国经济由高速增长向高质量增长的转变，各种新业态层出不穷，成为拉动经济增长方式转变的“新引擎”。医疗卫生服务行业涵盖医疗服务、健康管理与促进、健康保险及相关服务，涉及药品、医疗器械、保健用品、健身产品等，是现代服务业和战略性新兴产业。此外，医疗卫生与养老、旅游、互联网、健身休闲、食品等行业融合，催生健康新产业、新业态、新模式。基于互联网的医疗卫生服务，健康体检、可穿戴设备、智能健康电子产品和健康医疗移动应用服务等也为经济增长方式转变提供了新动能。

4. 科技创新为建立高质量医疗体系提供有力支撑

科学技术是第一生产力，国家不断加强医药卫生科技创新体系建设，持续组织国家科技重大专项和重点研发计划项目，提升科技创新能力。依托各类重点实验室、国家临床医学研究中心和协同研究网络，大力推进临床诊疗指南和技术规范的研究和推广。加快科技成果转化和应用，提供更多满足人民群众健康需求的医药卫生技术和健康产品。当前，我国已启动实施脑科学与类脑研究、健康保障等重大科技项目和重大工程。发展组学技术、干细胞与再生医学、新型疫苗、生物治疗等医学前沿技术，加强慢病防控、精准医学、智慧医疗等关键技术突破，重点部署创新药物开发、医疗器械国产化、中医药现代化等任务，显著增强了重大疾病防治和健康产业发展的科技支撑能力。

二、我国医疗卫生体制改革的发展历程

在新中国成立前，我国医疗卫生体系经历了长期低水平发展，医

疗资源极其匮乏，并且被权贵阶层垄断。新中国成立以来，我国医疗卫生体制改革取得了较为突出的成就，主要经历了计划经济时期医疗卫生体制的建设阶段，改革开放后医疗卫生体制的市场化探索和推广阶段，医疗改革的公益性回归、新医改启动阶段。全面梳理我国医疗卫生制度的历史沿革，有助于充分吸取历史经验和教训，准确把握医疗卫生事业改革方向。

（一）古代-1840 年：权贵阶层垄断医疗资源，民间郎中成为百姓就医的主要渠道

中国古代的社会医疗体制从周朝就已开始萌芽，然后随着生产力的发展和社会的进步，在唐朝开始兴盛，至宋朝已达到封建时代的顶峰，到元朝和明朝发展平缓，最后在清朝走向消亡。

春秋战国时期，权贵阶层垄断着大部分的医疗资源，医者们时常需要为权势尊贵者诊治疾病。在医者诊治的这类病者中，最为特殊的是诸侯国国君。例如，无名医为齐蘸公诊断、医缓为晋景公诊断、医和为晋平公诊断、医均为楚宣王割瘟、扁鹊为齐桓公诊断、扁鹊为秦武王诊断、文挚为齐王治病、青靡为魏襄王王后治病。两汉时期，医者群体的规模较春秋战国时期已有大幅度增长，尽管如此，权贵阶层仍然继续垄断医疗资源。

南北朝时出现了地方医疗机构，例如南齐时期的六疾馆和北魏时期的别坊，其中北魏的别坊规定对洛阳的鳏寡孤独进行救助，如果是没有满 60 岁但身体残疾患病且没有亲属的百姓都可送到别坊进行医治，别坊中配备有四名医师和药物。虽然当时已经有了面向百姓的医疗机构，但是却仅仅是一种区域性的救助机构，没能覆盖到全国范围。

唐朝时期，根据朝廷规定，在庙宇中都要配备一名药师和医师，并储存一定量的药品，使寺庙承担了类似于现代的诊所或医院的功能。在两宋时期为百姓提供医疗保障的地方医疗机构主要是惠民局、和剂局这类的官办药店，其主要目的是以便宜的价格为百姓提供优质的药品，同时店里还配备由政府雇佣的医生为患者诊疗。而根据《宋

史》的记载，各州县都设立惠民局和和剂局，到南宋时已经遍布宋朝统治的各个地区。同一时间，政府还广为设置了安济坊、居养院、慈幼局一类的医疗救助机构，但和南北朝时间的六疾馆、别坊，唐朝时期的悲田养病坊一样，其功能类似于现在的救助站。

明朝继续沿袭了前朝的做法，在朱元璋时期就设置了惠民药局，凡是军民贫苦患疾病的，都会给他们诊疗救治，覆盖范围较前朝则更为广泛，且在全国各地都有设立。到了清朝，由于统治者的不重视，没有沿袭前朝设立的惠民药局，但沿袭了前朝的社会救助制度，清朝设立了很多社会抚恤机构，其中最主要的有育英堂、普济堂、养剂院等，但是这些机构仅仅是给予贫困百姓衣服和粮食，极少给予医疗救助。

总体而言，中国古代二千多年来的封建社会医疗呈现以下特征：一是医疗资源主要掌握在达官贵人手中，普通百姓很少或者基本没有机会获得医疗资源。各省虽设有官医、施医局，但大都有名无实，民间郎中二千多年来一直是百姓的唯一就医渠道；二是中国传统医疗医事制度在医学教育与管理上相当放任，医学教育没有产生一个如科举考试那样严格的遴选制度，对医生行医的管理也没有严格的措施，悬壶济世者中充斥着不少庸医。同时，许多人在科举落榜的情况下选择从医，从医者的社会地位并不高。

（二）1840-1948 年：教会医疗事业兴起

1840 年鸦片战争后，清政府割让香港，并开放了广州、福州、厦门、宁波、上海五个通商口岸，西方传教士大规模进入我国传教、开办医院及学校。教会医院的根本宗旨是传教和辅助侵略，但也将一种新的医疗机构和方式传入我国，即“医院”。近代我国教会医院的起源是 1835 年伯驾于广州创办的眼科医局。两次鸦片战争之后，教会医院带领西医技术在我国大规模地发展起来，从沿海逐渐深入内地。

1860 年之后，40 年间由教会创办或与教会有关的医院共有约 100 所，20 世纪后又在原来的基础上增加不少数量，在中国台湾、中国

香港也建立了教会医院，与 19 世纪相比不但在医院设备上较从前完善，数目更是增加了 4 倍多。早期由于教会医院目的是宣传宗教，扩大教会的影响力，取得我国民众的信任，因而一般是不收费的。据统计，1876 年新教在华所办教会医院有 16 所、诊所 24 所。

1900 年以后的前 20 年，教会医学事业快速发展，其重要特征是教会医学校在各地出现，如广东女子医学校、北京协和医学堂、汉口协和医学校、济南共和医学校、上海震旦大学医学院、福州协和医校、沈阳教会医学院、上海圣约翰大学医学院、成都华西协和大学医学院系、湘雅医学校。据 1913 年的统计，教会医学校学生 500 人。1915 年统计，在华教会学校 23 所，各类护士学校、药学校、助产学校 36 所。教会医院的增长虽不及医学教育显著，但是，1900 年后的前 10 年，一些原著名的教会医院也已全部重建，原有的医院几乎均建在现代化的建筑里。据 1905 年的统计，教会医院遍及全国 20 多个省区共有 166 所，诊所 241 个，教会医生 301 人。到 1915 年，医生数量达 383 人。1936 年《中华年鉴》统计，全国 20 个省有教会医院 426 所。目前，无论上海，还是全国各地，最好的三甲医院其前身大都是教会医院。

总体而言，近代西方医疗体系由传教士全面带入中国，促进了我国医学学科的发展，对我国人民的卫生保健事业产生了重要影响，教会医学的发展为我国近代医学的发展起到了不可磨灭的积极作用。客观上，国外教会建立了一批享有很高知名度和医疗水平的教会医院，时至今日，国内一些著名医院的前身都是教会医院，如美国洛克菲勒基金会创办的北京协和医院，由美国、英国、加拿大等五个教会组织创办的华西医院，由英国教会创办的齐鲁医院，以及由湖南育群学会与美国耶鲁大学雅礼协会联合创建的湘雅医院，这四家医院也是目前抗击新冠肺炎疫情的主力医院。

（三）1949-1977 年：建国后医疗卫生事业快速发展

建国后，政府在医疗卫生制度建设领域采取了一系列卓有成效的

措施。原政务院于 1951 年 2 月颁布了全国统一的《中华人民共和国劳动保险条例》，规定凡职工在 100 人以上的国营和公私合营企业要对职工实行劳动保险。这个条例包括了除失业保险以外的老年、疾病、生育等基本社会保险项目，并对保险费的征集、保管和支配的项目标准、保险事业的执行和监督都作了明确的规定。这个条例确定了我国企业职工社会保障体系的框架结构，但它仍不是一个针对医疗保障的专门法规。1952 年 6 月，原政务院颁布了《关于人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家机关工作人员实行公费医疗预防措施的指示》，这是建国后第一个针对医疗保障的专门法规。同年 8 月，原政务院批准了《国家工作人员公费医疗预防的实施办法》，9 月，原政务院又颁布了《关于各级人民政府工作人员在患病期间待遇的暂行办法》，并于 1954 年 7 月和 1955 年 12 月，分别对上述规定进行两次修改。在新中国刚成立的短短几年中，这些法规的建立对保障广大职工、干部的健康起到了积极作用。但同时，这些法规仍有不够完善需要改进的地方，其中包括：一是国家机关、事业单位同企业的医疗保障待遇具有明显区别，前者无论在医疗条件和享受待遇方面都要优于企业，但在供养直系亲属方面低于企业；二是医疗的全过程实行免费，甚至不收挂号费，个人不需要支付任何费用；三是仅考虑城市职工，广大农村还未建立起相应的医疗保障制度。

上世纪六十年代中期，国家对医疗保障制度进行了初步的改革。1965 年，国务院颁布了《关于改进公费医疗管理问题的通知》，1966 年，颁布了《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》。这两个文件对原有的医疗保障制度进行了部分改进，主要有：一是基本上统一了两种医疗保障制度的待遇，但企业仍保留负担亲属的待遇；二是看病收挂号费；三是补药除特批外，一律自理。这一时期，中央对在部分农村推行的农村合作医疗制度给予了充分肯定。农村合作医疗采取依靠农民自愿参加，以村或乡镇为单位筹资，农民自愿缴费，村镇适当补贴的方式进行。六十年代，相当部分的农村开办了合作医

疗，“赤脚医生”应运而生，农村合作医疗制度得到较快发展。

总体而言，建国后到 1978 年之间的中国医疗卫生决策是较为成功的，但也存有一些缺陷。主要成效有：一是较好地实现了公平性，在城市和农村实现了低水平、广覆盖的医疗保障体制，统一规划医疗卫生资源在不同卫生领域以及不同群体间分配的指导思想，人民健康水平显著提高，居民人均寿命由解放前的 35 岁上升到了 1978 年的 68 岁，几乎增长 100%；二是确立了政府主导投入，以公有制为基础的计划管理体制保障了政策过程的一元主导性，保证了福利为核心的医疗卫生政策的高效制定和实施；三是从城市到农村、从劳保医疗制度到整体医疗保障制度的构建，这种渐进决策保证了医疗卫生事业发展的逐步有序推进。

主要缺陷有：一是整体发展水平不高，效率低下。医疗卫生发展相对滞后，由于国家财力资源投入有限，医疗从业人员专业技术水平较低，医学科学和医疗行业发展缓慢，医疗卫生服务仅能满足基本的医疗卫生需求，重大疾病、疑难病症难以得到有效救治。同时，严格的计划管理和政府集中统筹办医的模式，缺乏有效的竞争机制，极大地影响了医疗机构和医务人员的积极性；二是医疗费用上涨过快。公费医疗的经费由国家支付，国家根据职工医药方面的实际需要和国家财政收支状况，确定每人每年享受公费医疗待遇的预算。实际超支部分，由国家财政补贴；劳保医疗经费也是由企业本身负责管理，超支部分由企业自己承担。无论是公费医疗还是企业劳保医疗制度都未能体现个人在自身健康上的花费负担，这在一定程度上导致了医疗费用、药品费用的大量浪费，甚至出现套骗公家药品的行为；三是国家财政负担较大。由于实施财政供给制的医疗保障，国家工作人员的医疗保障基本由财政负担，直接影响的是费用控制管理体制的形成。企业职工甚至家属的医疗保障基本由企业自行负担，一定程度上影响到企业的生产效率，政府担负日益上涨的巨大医疗保障开支，财政负担越来越重；四是社会化程度低。劳保医疗经费是由企业从福利基金中

提取，保障程度视经济效益而定。经济效益好的企业，基本是全免费；效益差的企业，往往基本医疗都难以得到保障，劳保实际上是企业自我保险。

（四）1978-1984 年：医疗领域改革孕育期

上世纪七十年代的“平均主义”分配方式带来了医疗卫生领域供给不足与过度浪费并存的局面，因此，激发活力、提高效率就成了改革开放之初医疗卫生决策的核心目标。1979 年，医疗卫生部门以党的十一届三中全会提出的全党工作重点转移到现代化建设上来的指导思想为契机，开始加强对卫生事业的管理。同年，按照当时的卫生部部长钱信忠的指示“要按客观经济规律办事，对于医药卫生机构逐步试行用管理企业的办法来管理。要让他们有权决定本单位的经费开支、核算、仪器购置，晋升晋级，考核奖惩”，原卫生部制定了“五定一奖”和对医院定额补助、经济核算、考核奖惩的政策，在加强对医院管理的同时，也开辟了医疗主体多元化的先河。1980 年，原卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》也得到国务院批准。这两项政策的出台标志着政策导向开始了市场化进程。

（五）1985-1991 年：医疗领域全面改革正式启动

十二届三中全会通过的《中共中央关于经济体制改革的决定》，确定了整个经济改革的重点：一是农村人民公社制度向家庭联产承包责任制转型；二是企业开始进行以“扩大自主权”为方向的改革试点。在这种经济改革思想影响下，放权让利、扩大医院自主权成为了这一时期医疗改革决策的指导思想。十二届三中全会通过的《中共中央关于经济体制改革的决定》，标志着经济体制改革包括卫生体制改革全面展开。1985 年 1 月召开全国卫生局厅长会议，贯彻十二届三中全会《关于经济体制改革的决定》精神，部署全面开展城市卫生改革工作；同年 4 月，国务院批转了原卫生部起草的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，确立“放宽政策、简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子”的医疗卫生决策指导原则。为了推动放权让利改

革的顺利进行，1989 年国务院批转了原卫生部等部委《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，文件提出调动医院和医生积极性五条：第一，积极推行各种形式的承包责任制；第二，开展有偿业余服务；第三，进一步调整医疗卫生服务收费标准；第四，卫生预防保健单位开展有偿服务；第五，卫生事业单位实行“以副补主”“以工助医”。

总体而言，该阶段的医疗卫生政策刺激了医院创收，弥补收入不足，同时也影响了医疗机构公益性的发挥，医疗卫生资源配置不合理问题越来越突出，百姓看病难、看病贵的问题日益显现。

（六）1992-2003 年：医疗改革向“市场化”探索和推广

经过几年来医疗卫生领域的改革，医疗机构是否应当只注重效益而忽视公益性，在卫生部门内部展开了一系列争论。在 1993 年 5 月召开的全国医政工作会议上，时任卫生部副部长殷大奎明确表示反对市场化，要求多顾及医疗的大众属性和起码的社会公平。为统一认识，防止片面追求经济效益而忽视社会效益倾向，1997 年 1 月，中共中央出台《关于卫生改革与发展的决定》，明确提出了在医疗领域要改革城镇职工医疗保险制度、改革卫生机构运行机制等决策思路，并强调要重视医疗保障、医疗卫生服务和药品流通三大体制统筹协调的必要性。但是，由于对医疗卫生行业的属性和特点认识不够，尤其是地方政府普遍存在着不同程度地将医疗卫生行业等同于一般竞争性行业，将医疗卫生责任看作单纯的个人责任的做法。在分税制的制度背景和当时政绩考核体系下，医疗卫生受到忽视，以至于《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出的许多正确的方针、政策，在实践中没能得到贯彻。

作为贯彻《关于卫生改革与发展的决定》的总体文件，国务院办公厅于 2000 年 2 月转发 8 部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》。这份文件确定了实行医药分业等几项原则。其中“鼓励各类医疗机构合作、合并”“共建医疗服务集团”“盈利性医疗机构医疗服务价格放开”“依法自主经营、照章纳税”等内容，被解读为给完全“市场化”

的医疗开了绿灯。之后继续出台了 13 个配套政策，包括《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》《关于卫生事业补助政策的意见》《医院药品收支两条线管理暂行办法》《关于医疗机构有关税收政策的通知》等等。这一系列文件的出台推动了医院的产业化改革。2000 年 3 月，宿迁公开拍卖卫生院；2001 年无锡市政府批转《关于市属医院实行医疗服务资产经营委托管理目标责任的意见（试行）的通知》提出了托管制的构想；2002 年年初上海市出台《上海市市级卫生事业单位投融资改革方案》推动医院的产业化改革。

总体而言，该阶段以市场化改革导向的医疗卫生政策取得了一定的成绩的同时也带来了诸多严峻的问题，主要成绩有：一是促进了医疗卫生服务的数量和质量大大提高。1980-2003 年，全国的医疗机构数从 180553 个增长到 282771 个，每千人口卫生技术人员数从 285 人增长到 342 人；二是“放权让利”的政策一定程度地解决了当时存在的医院微观效率低下、服务供给不足的问题；三是财政支出负担过重的问题得到了明显改观。

然而，这同时带来诸多严峻的问题：一是决策价值导向错误。由于缺乏对医疗卫生事业特殊性的清醒认识，政府选择了一条过度市场化的道路，致使政府逐步递减了对医疗卫生事业的投入，从而影响了基本公共卫生服务提供的公平可及性，城市与农村的医疗保障的差距进一步扩大，城市中不同人群基本保障待遇不平等进一步加剧；二是政策干预错位。医疗保障政策存在着严重的“重治轻防”，以至对于疾病的控制往往是事倍功半；三是政策制定错位，“以药养医”的医疗机构补偿机制导致患者医药费用快速不合理增长，百姓看病难看病贵的问题日益突出。

（七）2003-2008 年：医疗改革向公益性回归

2003 年，肆虐全球的 SARS 公共卫生危机事件暴露出我国在公共卫生领域制度的建设仍然并不完善，各种问题和漏洞依然存在。我国卫生政策在政府对现行卫生政策的反思中进入了坚持以科学发展

观为指导，强调公益、改善民生的新阶段。2003 年 1 月 16 日，国务院办公厅转发了原卫生部、财政部和原农业部的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，已经停滞发展了近二十年的农村医疗保障体系建设逐渐被纳入医疗卫生政策当中。同时，随着百姓看病难看病贵问题的日益严峻，政府及社会各界对过去二十年的医疗卫生领域的市场化改革的成功经验以及教训与不足的讨论也日益激烈。2005 年 7 月，国务院发展研究中心发布了关于我国现阶段医疗改革的研究报告，报告指出中国医疗改革尚未成功，各种症结亟待解决和完善，归根结底，是近二十年来医疗服务逐渐市场化、商品化所导致的结果。同年，原卫生部制定《关于深化城市医疗体制改革试点指导意见》，保持公立医疗机构的公益性质被确立为新时期医疗卫生决策的宗旨。

为促使医疗卫生事业回归到公益性目标上来，2006 年 9 月，国务院成立了由十一个部委组成的医改协调小组着手制定新医改政策，由国家发改委主任和原卫生部部长共同出任组长。这一时期，通过探索民主决策途径来提高决策质量是医疗卫生决策的新亮点。2007 年年初，医改协调小组委托六家研究机构对医改进行独立、平行研究并提出建议，后研究机构增至九家。2008 年 10 月 14 日，《关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）》启动征求意见。

本阶段医疗改革的决策方向逐渐回归到公益性的轨道上来，实现医疗保障的全面覆盖和相对公平成为了医疗卫生决策的主要考量方向。

（八）2009 年至今：新医改全面启动

2009 年 1 月 21 日，在时任国务院总理温家宝主持召开的国务院常务会议上，新医改方案获原则通过，并宣布今后 3 年内将为实施上述重大改革投入 8500 亿元，目标之一就是 3 年内使城镇职工和居民基本医疗保险及新型农村合作医疗参保率提高到 90% 以上。2009 年 4 月，时任中共中央政治局常委、国务院副总理李克强出任深化医药卫生体制改革领导小组组长，进一步将落实和深化以人为本的医疗卫生

发展政策作为主要医疗改革方向。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》出台。4 月 7 日,《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011 年)》公布,总体目标是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。2020 年 3 月,《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布,提出到 2025 年,医疗保障制度更加成熟定型,基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。到 2030 年,全面建成以基本医疗保险为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。

新医改启动后带来了积极的变化:一是重新确立了政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位,强化政府责任和投入;二是把解决农民的医疗保障问题作为政府工作的重中之重;三是资源配置重点逐渐转移到了社区医院、乡村医院,城乡之间、医院之间、地区之间的医疗资源配置逐渐走向平衡,百姓看病难的问题在一定程度得到了缓解;四是基本药物制度的逐步建立在一定程度上遏制了医院的逐利性,缓解了百姓看病贵的问题。

然而,新医改仍然具有继续改革和完善的空间,仍然有一些方面需要继续深化改革来实现:如政府责任边界如何划定,市场配置资源机制如何有效发挥,社会供应医疗服务渠道如何拓展,人民群众医疗福利有效改进如何确保等。这些问题对政府的新时期医疗卫生决策提出了更为严峻的挑战。

三、医疗卫生体制机制改革的国际经验借鉴与启示

医疗卫生体制机制改革是世界性难题,全球主要国家和地区均积极探索在力所能及的范围内,为民众提供与经济发展水平相适应的医疗保障。从全球主要国家和地区的医疗卫生体制的形成和发展来看,由于社会、政治、经济、文化发展以及社会价值取向不同,医疗卫生

体制发展模式各不相同，有自身较为突出的优势，也面临着不同的问题。研究不同国家、地区的医疗卫生体制机制改革的经验和教训，可为当下我国的医疗卫生体制机制改革提供有益借鉴，助力建立和完善适合我国国情的医疗卫生体系。

（一）美国：高度市场化的商业医疗保险体系

美国是所有发达国家中唯一一个没有实现全民医疗保险的国家，其医疗服务主要采用商业保险模式，即由雇主为雇员购买商业医疗保险，作为公司提供福利的一部分，而非由政府向全民提供医保。美国医疗服务呈现医疗费用高、医保覆盖低的特征。

1. 历史各阶段关键举措

（1）罗斯福签署《社会保障法案》

1935 年，美国经济仍处于大萧条的阴霾笼罩下。为摆脱经济危机的影响，罗斯福总统积极推行新政。作为其新政的重要组成部分，罗斯福总统签署了《社会保障法案》，建立了养老保险制度，确立了美国社会保障制度的基本框架，成为美国政府迄今为止提供的最主要社会福利。

（2）约翰逊签署《社会保障法案》修正案

1965 年，美国医疗保险制度建设迎来了里程碑。这一年，约翰逊总统签署了《社会保障法案》修正案，决定设立两项公共医疗保险项目——联邦医疗保险（Medicare）和医疗补助保险（Medicaid），标志着美国医疗保障体系的正式建立。联邦医疗保险主要面向 65 岁以上高龄人士及残障人士，由联邦政府统筹运营；医疗补助保险则主要针对低收入贫困人群，经费由联邦政府与各州政府共同分担。参加这两项公共医保项目的个人，可以在看病、住院和购买药品时，获得政府提供的财政补贴以减免医疗费用。自此，一套以雇主主导的商业保险为主、政府公共医疗项目为辅的医疗保险体系，逐步在美国社会建立起来。

（3）奥巴马医改取得历史性突破

2010 年 3 月，奥巴马总统签署了《患者保护与可负担医疗法案》，又称“奥巴马医改”（Obamacare）。该法案长达 153 页，被誉为继 1965 年联邦医疗保险（Medicare）法案后，美国医疗系统最重要的改革法案。法案的主要目的在于降低医疗费用，扩大医保覆盖面，提高医疗质量，其中包含许多针对各州甚至地方政府的具体实施细则，并力求做到开源与节流并重、质量和数量并存。

具体来看，奥巴马医改措施主要集中在三方面。一是要让所有没有医疗保险的美国人都享受到医疗保险，保护已有医疗保险的人的利益，约束保险公司的行为。通过制定保险公司的赔付计划，不允许保险公司因为投保人有过往疾病而拒绝赔付；二是扩大医疗保障覆盖面，将没有医疗保障的美国人纳入到医疗保障计划中；三是控制费用，尽可能降低医疗成本。

2. 改革成效和问题

近一个世纪以来，围绕扩大医疗保障覆盖率和控制医疗成本费用上涨两大大宗旨，美国历届政府都试图进行医疗卫生体制机制改革，通过设立新的法律法规来完善医疗费用支付、服务与监管等。然而，受政治体制以及各方资本实力的制约，医改始终未能彻底改变美国医疗体制的逐利机制。

1935 年罗斯福总统签署的《社会保障法案》虽然建立了养老保险制度，但没能涉及医疗保险方面的内容。1965 年约翰逊总统签署的《社会保障法案》修正案为社会弱势群体提供了由政府出资的基本医疗保障。从此，美国医疗体制从单一私有制转变成以私有为主、公共为辅的“双轨”制，但医疗保障始终未能达到全民覆盖。美国医疗体系低覆盖、低效率和高成本的三大问题，不仅难以满足美国国民对健康的需求，更对国家长期经济发展造成极大的负面影响。

在此背景下，2010 年的奥巴马医改进一步增强联邦政府管制，通过增加公共医疗补助受惠人群和政府对中低收入人群购买保险的财政补贴，扩大医保覆盖面，并确实取得了显著的成效。然而，尽管

奥巴马医改在理论上接近了全民医保，有效地提高了医保覆盖率，但仍实际沿用和巩固了过去几十年的“由雇主提供商业医疗保险”的医疗模式，而非像其他发达国家一样由政府提供全民医保，并在实际操作中未能触动既有利益格局，导致问题根源仍未消除，美国巨大的医疗费用支出持续攀升。同时，奥巴马医改还导致了医疗保险价格的进一步上涨。对于达不到政府补助条件的中等收入阶层来说，医疗花销非但没有减轻，反而大大增加了。从表面来看，奥巴马医改使得普通民众有更多机会获得医疗保险，但这并不是实际医疗成本降低的结果，而是政府介入分担了民众医疗开支所造成的表象。因此，尽管奥巴马医改是美国历史上规模最大的一次医改，但其本质上仍是一项治标不治本的政策。其改革的范畴仍然局限于医疗保险体系，而无法实现对医院、药品和管理等多个环节的综合改革，更无法实现全面医疗体系改革。

3. 主要优势

（1）医疗体制运行效率较高

从美国医疗保险体系来看，主要由公立及商业保险两大类组成，呈多元化特征。由于历史文化等方面的原因，美国在医疗服务领域奉行自由竞争主义，由市场来调节各方面的因素。因此，美国也是医疗体制市场化程度最高的国家，政府只对残疾人、老年人或者其他贫困人员实行基本的医疗卫生保障，而多数公民参加的是商业医疗保险。从医疗服务体制来看，美国的医疗服务体系以私立医院为主体，私立营利性医院占医院总数的近七成。各个私立医疗机构之间存在较为激烈的行业竞争，有利于医疗技术的提高，医疗服务的完善，也有助于降低医疗成本，提高医疗效率。

（2）医疗服务管理模式较为完善

美国政府对于医疗领域以市场调节为主。从监管主体来看，美国医疗领域里有代表医生、医院、医疗保险行业以及制药行业的四大协会。这些协会在医疗领域具有举足轻重的地位，对行业内医疗流程的

规范与医疗质量的提升都具有关键作用。同时，政府也对医疗行业进行监管，包括管理医院注册、改造、登记以及各种治疗行为和医疗质量提升等。从医院所有权来看，无论是政府还是其他各类资本兴办的医院，基本均实行管办分离。

(3) 医疗保障资金来源较为多元化

美国医保资金来源主要为企业和个人缴纳以及政府补贴。在商业医疗保险中，企业雇主为雇员交纳保险金，同时员工按一定比例交纳医疗保险的保费。在公立医疗保险项目中，费用主要由企业、个人和政府负担，政府以征收社会保障税和工资税的形式向企业和个人征收税款，建立联邦医疗保险信托基金。奥巴马医改后，美国的医疗保险获得了更多资金来源，政府资金投入、个人所得税和医保税的征收均增加了医保资金的筹募。

(4) 医疗服务付费模式较为合理

从付费方式来看，美国的医保机构普遍对定点医疗机构实行预期付费方式。以按人头付费这种广为采用的付费方式为例，医疗社会保险机构根据医院或医生服务的被保险人人数，定期向医院或医生支付一笔固定的费用。医疗服务提供方所服务的被保险人人数越多，收入就越多；提供的医疗服务越多，收入越少。这种方式能够鼓励医疗机构和医生主动控制、降低医疗费用。从付费流程来看，为控制医疗费用上涨，医疗费用的报销是通过保险公司直接跟医疗机构挂钩，而不需要病人拿着医院费用账单去找保险公司索要保费。这样一来，商业保险公司成为监督医药费用的第三方，为了自身盈利会严格审查医院和医生为病人所提供的医疗服务项目是否是必要的。

4. 关键启示

(1) 医疗改革必须兼顾公平与效率

奥巴马医改显示出，普惠式的全民医疗保障是彰显社会公平与正义的重要一环。美国医疗服务体制在坚持市场化的同时，同样重视卫生服务的公平性。我国由于人口基数大，各地区社会经济发展水平极

不均衡，行政和财政体制制约程度不同，因此现有医疗保障体系仍存在筹资和保障水平不高、资源分配不均衡、适应流动性方面不足、可持续性发展后劲不足等问题。未来，我国仍需在医改过程中不断提高并均衡医疗保障待遇水平。

（2）鼓励多元化办医模式

美国医改的关键是加强政府、医疗机构、私营机构和民众之间的合作，并且鼓励社会资本依法兴办非营利性的医疗机构、促进非公立医疗卫生机构发展，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制，这些对于完善医疗保障体制、提高医疗服务质量都起到积极的作用。我国医疗改革也应注重鼓励和引导社会资本对医疗卫生事业进行投资，协调好公私资本的合作，加大对非公立医院的支持力度，提高非公立医疗机构的服务质量和水平。

（3）稳妥推进多层次医疗保险体系

美国的公共医疗保险与商业医疗保险各司其职，政府对于老人、儿童、低收入者等弱势群体实行特殊政策，为其提供医疗保险。我国医疗保险制度也应不断探索、稳妥推进社会医疗保险、商业医疗保险、医疗救助、个人自保相结合的多层次医疗保险制度体系。

（二）英国：坚持公平普惠的国家卫生服务体系

英国全民医疗服务体系（National Health System, NHS）始建于 1948 年，是全球历史最悠久、最健全的国家卫生体系，真正实现了对全体英国国民“从襁褓到坟墓”的免费医疗服务全覆盖。作为一种典型的政府主导型医疗服务体系，NHS 历经内部市场化、政府职责调整等变革，但政府始终扮演主导角色，主要通过税收筹资，坚持公平普惠原则，核心理念是基于医疗需求而非支付能力向公众提供平等全面的免费医疗服务。

NHS 实行由低到高的分级转诊制度。初级医疗服务是 NHS 医疗服务的主体，主要由家庭医生和社区诊所等构成，他们主要提供初级的医疗服务。当出现其无法处理的医疗问题时，可出具转诊证明，将

病患推荐至二级医疗服务。二级社区医院主要是负责接收由全科医生转诊过来的重症病人以及为他们提供手术治疗，并且负责调配本社区的医疗资源。三级专科医院主要是负责接诊下级医疗机构转诊过来的疑难杂症，并开展医学研究工作。

1. 历史各阶段关键举措

（1）撒切尔夫人领导的保守党政府开启医疗服务改革

随着 1979 年撒切尔夫人领导的保守党上台和财政压力显现，英国开启了激进的医疗服务改革。1989 年，撒切尔政府发布白皮书《一切为了病人》，首次提出了关于国家医疗服务体系改革的建议，并在 1990 年通过的《国家健康服务社区管理法案》中落实成为法律条款。白皮书提出，在 NHS 中引入“内部市场”这一理念，主要是通过政府部门权力下放、加大医院支配资金的自由度以及医院之间竞争的形成，以此提升 NHS 运行效率。白皮书要求以合同承包代替预算管理来支付医院服务费用，促进 NHS 协议转让到非 NHS 承包商手中，借此使医院服务的购买者和提供者相分离，使 NHS 真正成为医疗服务的管理与监督者。

（2）新工党与新 NHS

1997 年，由布莱尔率领的工党再次上台执政，开启了 NHS 现代化改革的新篇章。为兑现竞选期间“在不肆意增加 NHS 经费的基础上，对其服务效率和质量进行崭新改革”的承诺，布莱尔政府发布了白皮书《新 NHS，现代而可靠》，提出了以伙伴关系为出发点的 NHS 运营方式，旨在改善医疗服务领域中数十年投资不足的状况。2000 年，布莱尔政府公布了 NHS 发展蓝图——《NHS：投资与改革计划》。计划提出，在资金方面，政府将在接下来的 5 年中将每年医疗预算从 500 亿英镑增加至 690 亿英镑，以解决医疗资金投入不足的问题；在效率方面，将排队等候手术的平均时间由 18 个月缩短至 6 个月。

（3）卡梅伦联合政府的 NHS 改革

2011 年，英国保守党与自由民主党联合政府在卡梅隆首相的带

领下，向下议院提交了《健康与社会保障法案》，迈出了新医改的第一步。本轮新医改的目标是最大可能地消除机构臃肿，明确各组织职责，从而提升 NHS 效率和质量，减少财政支出规模。具体来看，主要有四项改革点最引人关注。

一是建立专家委员会，根据医学基础，对医疗服务规范和收费价格重新进行梳理；二是成立“全科医生联合会”，使全科医生能够自由执业。高水平的全科医生能够通过对地区人群更高水平的健康维护获得更多的绩效奖励，同时联合会对全科医生起到监督和规范的作用。三是引入市场竞争机制。在英国，初级保健信托机构（Primary Care Trusts, PCTs）的主要职能是为相当一大部分医疗保健服务付账，在一定程度上相当于我国的医保机构。改革决定取消初级保健信托机构，所有的医疗服务信托体系转变或加入基金机构，受到专门的健康理事会监管；四是设立健康国务大臣与医疗服务委员会，制定疾病的治疗规范和政策规范，推进公共健康服务。同时下设健康监管机构和监管理事会，分别对医师行为和基金会的经济行为进行监控。

2. 改革成效和问题

自撒切尔政府伊始，英国 NHS 改革历时近 30 年。1989 年撒切尔政府将英国医疗服务系统转向市场化改革，引入了“内部市场”，实现了医疗服务购买者和提供者的职能分离，由地区卫生局和资金持有诊所负责购买医疗服务，而 NHS 信托能够相对独立地提供医疗服务。同时，卫生行政部门通过设定标准、指南、定价规则等方式来影响 NHS 信托的行为。随后布莱尔政府和卡梅伦联合政府的医疗改革也在倡导市场竞争、强调回应性、提升医疗服务效率、提高公民满意度以及控制医疗费用异常增长方面取得了不错的效果。

然而，NHS 在追求高福利水平与公平性的同时，也以政府的巨大财政压力和低效率为代价。因此，布莱尔政府和卡梅伦联合政府的医疗改革均遭到了一些抵触，主要源于政府能够提供的财政政策扶持力度较为有限，而历届政府上台后的改革只带来一时的影响，未能解

决长期存在的医疗服务费用支出上涨过快和医疗资金不足的根本矛盾。尽管历届政府均做出很大努力，但英国医疗服务改革仍遗留下两方面主要问题。

一方面，NHS 制度自身仍具制约性。由政府主导型的 NHS 面向英国全体国民，人员基数较大，然而有限的医疗服务人员难以保障工作效率，分级转诊制度也相对延长了病患等待治疗的时间。同时，在公益免费的背景下，存在提供低于标准的服务、推卸责任将病患转至其他医疗层级等现象，人为降低了医疗服务质量。

另一方面，医疗资源过度使用。在英国政党政治制度的推动下，历届政府为讨好选民都高度重视医疗保障水平，致使英国医疗保障水平和范围过高。同时，加之公众对自身健康的关注不断增加，病患身份逐渐向消费者身份转换，而 NHS 提供的免费医疗服务脱离了正常市场价值，导致民众能够不考虑自身成本的使用医疗资源，对医疗消费没有节约意识，进而推动医疗支出增长。面对非理性增长的医疗需求和支出，政府在“为民众提供免费医疗服务”的传统理念以及选民满意度的制约下，难以做出有效调控。

3. 主要优势

（1）医疗资源配置机制均衡

NHS 将所有的医疗服务都作为公共品向英国全民免费提供。NHS 以税收这一强制性方式筹集资金，将卫生支出列为国家预算项目，每年根据各地区的人口数量和年龄结构等直接影响医疗支出的因素向各区卫生管理局拨付款项。这种融资方式充分保证了 NHS 的全民覆盖和公平性。NHS 提供的服务中，只有极少数项目需要收取少量费用，而符合国家医疗救助条件的贫困人群均无需缴纳这些费用。此外，NHS 通过全科医生提供初级服务和逐级转诊实现的基层首诊、分级医疗，以及通过排队机制实现急慢分治，实现有限医疗资源的公平有效配置。

（2）医疗服务管理模式具有联动性

NHS 组织结构是以 NHS 委员会领导下全国一体化的组织模式。作为英国 NHS 最高领导机构的卫生部直接领导着地区卫生署和地段卫生署，各个层级的管理机构，各司其职，实行三级垂直管理体制模式。英国医疗卫生管理部门不仅拥有对医疗卫生资源的管理和分配权以及医疗服务的管理权，还担当着为患者购买医疗服务的职能。通过与医疗服务提供方签订合同的形式管理医疗资源和购买医疗服务，管理部门能够有效提高医疗服务效率、降低管理成本，并强化以病患的立场为出发点。

（3）医疗服务资金来源稳定

NHS 资金来源的主体是英国政府的财政拨款，其在整个 NHS 资金来源的比重高达 80% 以上，稳定性较高，而英国国民个人保健支出比例在整个医疗卫生费用中只占很少的一部分，这也是为何英国国民不存在看病贵问题的主要原因。

（4）医疗服务支付流程较简便

英国 NHS 支付流程的环节较少，医疗资金只在英国 NHS 管理机构与医疗服务供给者之间发生流动，患者基本不参与支付环节；而中国医疗服务是由患者在医疗过程中先行垫付资金，待患者痊愈之后再报销，这就涉及到医疗资金支付的三方主体，使得支付流程的复杂程度和所需时间都随之加大。

4. 关键启示

（1）强化政府在公共医疗服务供给中的保障责任

英国由政府主导的全民免费医疗模式显示出，政府需充分发挥应有的职能，维护好医疗服务供给中的公平与正义。完善医疗服务体系的过程中，必须强化政府的保障职能，以公平为先，为全体国民提供最基本的医疗保障。医疗改革的进程中，既要避免政府的过度干预，又要避免过度的市场化，充分利用“有形手”和“无形手”来实现政府与市场的相互协调、相互促进，避免出现“以药养医”、医疗费用攀升、医疗服务市场混乱、医护人员道德缺失等问题。

（2）在公共医疗服务中适当引入市场竞争

英国政府在 NHS 中建立内部市场的实践表明，医疗服务需求的日益多元化与个性化决定了政府与市场间需要采取相互合作、相互信任的方式，共同致力于公共医疗服务的供给。政府向公众提供基本医疗保障，更高层次的医疗需求和服务则可由市场进行操作与调节。在公共医疗服务中适当引入私人资本，建立内部市场竞争，不仅能够减缓财政和公共服务压力，而且益于改善医疗服务供给效率，带动管理机制转变，降低和控制医疗服务成本。

（3）构建有序的分级诊疗模式

分级诊疗是英国 NHS 体系中的基石。我国基本医疗保险实行了较为广泛的定点医疗制度，参保人可以自主选择定点医疗就医，但也同时导致了盲目寻医、重复就医的问题。我国可以借鉴 NHS 中分级诊疗这一有序的医疗服务体系，逐步引入双向转诊的制度，建立从一般疾病到专科疾病、从门诊到住院、从基层机构到综合医院、从疾病治疗到康复护理之间的双向转诊制度。同时，为了将医疗机构间的无序竞争变为有效的协同，最关键的是要将大医院的优质资源下放到基层医疗卫生机构，充分发挥基层医疗机构的作用。

（4）提高医疗保障覆盖水平

英国完善的医疗保障制度体系为其全民免费医疗覆盖提供了坚实基础。目前，我国的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险仍较为割裂，需逐步推动各保险项目之间的整合和统一，使其在制度体系结构、管理流程等标准上趋于一致，逐步缩小各地区和城乡居民基本医疗保险的差距，最终实现融合。同时，我国目前提供的医疗保障水平比较低，患者的自付比例仍旧很高，可通过其他商业医疗保险计划来与基本医疗保险计划相衔接，提高医疗保障覆盖水平。

（三）德国：同舟共济与竞争高效相得益彰

1. 历史各阶段关键举措

尽管德国的医疗卫生服务体系比较完善，但是近些年来仍然一直在不断推行各项改革。进入 21 世纪以来，德国于 2004 年、2007 年、2011 年、2012 年、2013 年等进行了多次医疗改革。其改革的基本目标包括减少政府财政支出、强化医疗卫生服务提供者的竞争、提高医疗服务质量与效率、减少医疗服务的不平等性等方面。

（1）2004 年医改：减少法定医保基金赤字

德国 2004 年医疗改革被认为是二战后德国社会保障制度一次较大规模的变革，旨在减少医疗保险基金赤字，稳定法定医疗保险费率，提高医疗服务的质量和效率。

2004 年 1 月 1 日，德国正式实施《法定医疗保险现代化法》，拉开医改序幕。主要医改措施包括：一是减少成本或转移费用；二是对药品部门的费用进行控制；三是设立联邦联合委员会。其他措施还包括增强病人的个人权利与集体权利，重组较小的地区法定医疗保险医师协会，并要求所有协会配备全职经理等。

通过医疗改革，德国医疗保险费率得到降低，医疗保险开支有所下降，许多医疗保险基金开始扭亏为盈。

（2）2007 年医改：结构性改革兼顾效率与公平

2007 年医改以 2007 年 4 月 1 日实施的《法定医疗保险强化竞争法》为标志，这次医改方案是大联合政府中两派政治力量妥协的产物。

本次医改的主要措施包括：一是增加法定医疗保险服务目录；二是设立健康基金，疾病金收取保险费后统一交至健康基金；三是确立医疗保险普遍义务，采用标准化保险费率；四是建立风险结构平衡机制，以平衡疾病基金因严重、慢性、疑难疾病而增加的支出。改革还扩大了联邦联合委员会在质量保证、专业的门诊护理、免疫接种等方面的监管职权。

（3）2011 年医改：建立更加公平、透明、高效的医保体系

由于人口老龄化导致开支增加,以及失业人数增加导致缴费人群减少,疾病基金收支压力较大,尽管有政府法定医疗保险补助,许多疾病基金仍然入不敷出。为了解决法定医疗保险的财政亏空问题,建立一种更加公平、透明、高效、稳定的法定医疗保险体系,德国在 2011 年再次进行医疗改革。

2011 年医改的主要措施包括:一是统一设定医疗保险费率,不再由联邦政府每年设定;二是重新规制附加费用;三是引入社会补贴金,减轻低收入者负担;四是进一步强化不同疾病基金竞争;五是颁布《药品市场改革法》,调整药品生产商对药品的折扣规定,规范新药报销规定。其他措施包括发布《法定医疗护理结构法》,改善医疗服务供给结构,解决供给不足和供给过度的问题。

(4) 2012 年医改:应对老龄化,重新界定长期护理保险

随着德国人口老龄化程度越来越严重,长期护理的需求日益扩大。德国于 2012 年颁布了《长期护理重整法》,旨在重新界定、巩固需求越来越大的长期护理保险。

2012 年医改的主要措施包括加强护理前的预防,支持家人提供护理,改善医疗保健,建立更加快速与透明的长期护理诊断程序机制,完善法定长期护理的融资,对私人保险提供长期护理给予优惠政策等。保费方面,长期护理社会保险费用由法律统一规定,雇员和雇主各负担一半;退休人员只支付保费的一半,另一半由养老保险基金支付。

(5) 2013 年以来的医改:提高医疗服务质量,强调病人权利

2013 年,默克尔第三次担任联邦政府总理,医疗改革获得稳步、连续推进。新政府医疗改革的目的是继续提高医疗服务质量,加强偏远地区的医疗服务等方面。

2013 年以来,德国医改主要措施包括:一是设立医疗服务质量与效率所,负责收集与分析相关数据;二是地区医师协会设立预约服务中心,方便就诊预约,减少等待时间;三是强调患者权利,颁布《病

人权利法》；四是调整药品折扣率；五是 2014 年 7 月通过《进一步发展法定医疗保险资金结构与质量法》，允许疾病基金自由设置附加保险费率；六是 2015 年 5 月，公布具有里程碑意义的《卫生电子通信和应用法》（草案），即《电子医疗法》（草案）。

2. 改革成效和问题

德国在 2007 年的医改既强调效率，又兼顾公平，不仅减轻了国家对医疗基金的财政投入负担，强化了医疗基金之间的竞争，而且保障了少数患有严重、慢性、疑难疾病的病人的权利；2011-2012 年的医改是一次非常重要的改革，在以前多次改革的基础上，建立了更加公平、透明、高效、稳定的法定医疗保险体系，并且在应对老龄化，重新界定长期护理保险方面取得了较好的预期效果；2013 年的医改提出了许多改善病人权利的措施，包括完善医疗服务的风险管理与医疗事故报告体系，提高医院的投诉管理水平，强化病人在医疗事故中的程序性权利等。总的来说，德国近几年的医疗改革没有实质性改变原有的医疗保险结构，而是在前几次改革基础上进行的持续性改革。

德国医疗卫生事业发展中面临的核心问题是筹资不足以支付需要。导致这一问题的原因与大多数发达国家类似：一是人口老龄化加剧，对医疗卫生服务的需求不断增长；二是医疗技术不断进步，各种新药、新治疗手段不断产生，导致费用成本逐步上升。此外，德国近年来较高的失业问题也影响了社保筹资的能力。

3. 主要优势

（1）均衡的医疗服务

医疗服务的均衡主要体现在：一是医疗卫生服务体系布局的均衡。政府对医疗卫生服务体系的规划基本原则之一就是让国民能够享受均衡的服务，规划的严格执行使得服务的可及性得到较好的保障，也使得医疗卫生资源在城乡之间、地区之间的差异很小；二是国民所享受到服务待遇的均衡。所有参加社保的人，在出现疾病问题后，不论其在哪一个法定医疗保险机构投保，也不论费率及实际缴费额的高

低,所享受到的医疗待遇水平是基本一致的。即使没有购买私人保险,且发生医疗费用后自己无力承担,医疗服务机构也必须为其提供应有的服务,最终费用责任由政府的社会局承担。

(2) 高保障水平、高支出水平

德国的医疗保障及服务水平非常高。从服务体系的情况看,其各级、各类医疗服务机构的技术及设备水平在所有发达国家中都堪称一流,居民就诊所获得的服务也是高水准的。只要病情需要,医疗服务机构所能够提供的任何医疗手段都可以使用,也不存在排队等候问题。高保障水平依靠的是高投入支撑。德国卫生费用占 GDP 比重为 11.3%,属于医疗费用占 GDP 比重超过 10% 的为数不多的国家之一,主要国家中仅位于美国和法国之后。

(3) 公共卫生系统和医疗系统密切协作

德国的公共卫生系统和医疗系统有分有合、充分协作。部分公共卫生职能,如传染病控制等有专门体系,但是在传染病病例或疑似病例发现、报告等方面,则是充分发挥医疗机构的力量,且形成了严格、明确的制度;部分公共卫生事业,特别是妇幼保健、健康教育等职能则是直接让医疗服务机构尤其是承担初级卫生服务的开业医生承担,集教育、预防、诊疗为一体。

(4) 良好的以法律为基础的相互制约机制

医疗卫生事业能否健康发展的核心问题之一就是如何实现医、患、保等不同利益主体之间有效的相互制约。从德国的情况看,通过对开业诊所的总额预付、对医院的项目付费制,较好实现了对供给方过度服务问题的约束;通过给患者以选择权、政府及社会对医疗服务机构严格监督,控制了医疗卫生服务体系可能的服务不足问题;法定保险机构性质为非营利机构,利润与机构和人员收入没有联系,确保其不具营利动机。相比之下,对于患者的约束手段并不多,其中最重要因素是保障水平足够高且足够便捷,使其失去了过度利用服务的动机。

（5）政府和相关社会组织有机协作

在德国医疗卫生体系中，政府的作用主要是确定卫生发展规划，直接组织以传染病防治为主的公共卫生服务，制定法律法规并实施监督执法，对部分特定领域进行直接投资，主要是基本建设投资以及对社会保险难以覆盖的人群承担最终出资责任。与英国、北欧等福利国家相比，各种自治性社会组织在医疗卫生事业发展中的作用更加突出。涉及医疗卫生服务的各个层面都有自治管理机构，不仅是利益群体或组织的利益代表者，也是行业管理和行为规范的组织实施者。除专业性社会组织外，还有协调彼此关系的、同样是自治管理机构的联邦共同委员会。

4. 关键启示

（1）依法保障社会公平

德国医疗体系和医疗改革的核心精神在于社会公平。德国的医疗保险具有囊括全民的覆盖率，就业者、个体户和失业者都享有医疗保障，医保政策制定中考虑多种因素力求达到最大公平。目前，中国不同社会成员医疗卫生需求的实际满足程度差异较大，由于收入差距的扩大而产生严重的两极分化效应。富裕阶层的医疗卫生需求可以得到充分满足，大部分社会成员，特别是低收入城市居民和农村人口的医疗卫生需求还不能得到很好的满足。在中国的医改进程中，依法保障社会公平，应该是重中之重，应加快建立完善医保体系，本着低水平、广覆盖的原则，多方筹集资金，建立覆盖城乡居民的基本医疗保险制度。

（2）系统有效的制度设计

在医疗卫生事业发展中，医疗服务机构及从业人员的行为目标和行为方式具有决定性作用。德国的专业医疗服务机构采取以公立机构和非营利机构为主的体制，这些机构不以营利为目标，机构人员收入也普遍采用固定工资制度，与职位相关、与服务收入无关。开业医生为私营部分，收入与服务关联，但是政府实行严格的总量控制政策。

通过各种制度涉及,避免医疗服务机构的营利冲动以及由此导致的公共利益和机构利益冲突,确保公益目标实现。在医疗服务机构建设方面,必须坚持公立机构的主导地位,切断个人收入与服务收入的联系,通过有效的支持和约束手段确保其公益目标实现。

(3) 逐步转变政府职能

德国在医疗卫生领域实施卫生服务购买者与提供者分离,政府并不直接经营医院,政府工作重点转变为相关政策和法规的制定、宏观调控以及对医院工作的监督评价上。通过公立医院自治甚至公司化管理,使医院能够在人、财、事等方面拥有更大的自主决策权;通过在医疗服务市场中引入和加强竞争机制,使医院变成自负盈亏的实体,产生硬约束与相应的激励机制,促使医院自身与整个社会医疗服务体制的协调发展。对于医疗领域的管理,我国政府许多时候存在越位现象。应逐步转变政府职能,实行管办分离,改变政府与公立医院之间的行政科层关系,逐步调整政府在医疗卫生服务体系中的角色和定位。

(4) 医药分开,引入药品议价机制

德国是最早实行医药分开制度的国家之一。在德国,84%的药品通过药店销售,其中70%为处方药和可报销的非处方药,14%为不可报销的非处方药;其余16%的药品由超市销售,医院销售微乎其微。在医药生产和流通领域,德国并未实行完全放任的自由市场,国家监管非常严厉,尤其是在市场流通流域;同时,德国的药品议价制度也卓有成效地控制了药品的价格。“以药养医”是我国药品费用居高不下的主要原因,未来应进一步探索解决之道,参考和借鉴德国的药品价格制度。

(5) 推进医疗服务电子化和信息化

推进医疗服务的电子化,不仅能够方便患者,还能方便医生,解决医疗机构运行成本,提高医疗生产力和效率。德国早在2015年5月公布了具有里程碑意义的《电子医疗法》(草案),对医疗保险基本

数据的现代化管理、急救信息的电子化储存、用药计划、电子形式医疗通知与账单的寄送、X 光诊断服务电子化的津贴奖励等内容做了全面规定。互联网时代,“互联网+”已经深深影响并改造了许多行业。对于医疗行业来说,大力推进医疗服务电子化已刻不容缓。未来应加快移动医疗服务平台建设,支持远程医疗、智慧医疗发展,加强医疗卫生信息系统建设的顶层设计,促进数据整合和信息共享。

(四) 丹麦: 北欧国家高福利制度下的全民医疗体系

丹麦的医疗保障制度属于国家出资的全民免费医疗保险制度,居民有权免费到指定医疗机构就医,并且根据自身意愿选择性购买补充性医疗保险。丹麦医疗卫生体系覆盖面非常广,所有国民和符合要求的外国居民都享有公共卫生保健服务(包括全科医生和专科医生的服务以及所有公立医院在内),个人仅支付牙医及院外药物和一些辅助性理疗的费用等。

1. 历史各阶段关键举措

(1) 疾病基金系统

丹麦医疗保障体系最早可追溯到 18 世纪,随着医院和医疗高收费方法的出现,民间开始成立疾病基金,基金会的收入主要用来为低收入人群提供除住院外的基本医疗服务。这种基金会组织在丹麦全国曾产生过 50 个。后来,为了争取国家对医疗的财政投入、获得更好的收入,丹麦的医生们积极投入政治运动。1891 年丹麦通过《丹麦医疗投资法》。这个法律使参加基金会的人和一部分低收入人群得到了免费医疗。

(2) 全民医疗保险系统

1970 年,丹麦进行了地方政府改革,实行去中心化的管理制度(Decentralized),废除了推行多年的疾病基金系统,全面建立医疗卫生服务系统,国家和地方两级政府之间进行了明确的责任分工:由州镇负责医院诊所和公共保险;社区负责照料老人、残疾人康复、青少年卫生与防疫。公共卫生系统交由地方政府负责,产生的费用由国家

和地方税进行转移支付，进而实现全民医疗保险系统。

（3）公民基础卫生服务免费

2007 年 1 月，丹麦改革政府体制，14 个省级政府合并为 5 个大区政府，271 个市政府减少为 98 个，国家卫生法案颁布施行，所有丹麦公民自动纳入医疗保险系统并免费享受由全科医生提供的基础卫生服务项目。医疗费用方面，公立医院和社区医生统归大区政府管理并划拨预算；病人出院后的康复、养老设施等则由市政府负责。

（4）超级医院计划

随着丹麦逐渐进入老龄化社会，医院收治患者的年龄结构将会发生改变，与此同时，对疾病预防的重视也需要医院提供与以前不同的医疗服务。为适应时代变革，丹麦的医疗卫生官员启动了“超级医院计划”。在大城市中采用集中式的“超级医院”，专科医生成为治疗的核心力量，并优化患者就诊流程、提升医疗质量与效率，在确保患者安全的同时，改善患者住院环境。

2. 改革成效和问题

改革成效方面：一是让民众拥有多元化的医疗保险选择。第一是参与基本医疗，与一位家庭医生签约，遵循严格的全科医生首诊制，转诊必须经过签约的家庭医生准许，诊疗、转诊、住院等全过程不需要个人另外缴费。第二是不参与基本医疗，不签约家庭医生，每次就诊需支付诊疗费 50 美元（1 美元约合 7 元人民币），没有就诊和转诊限制，转诊、住院等需要按一定比例支付相关费用；二是**医疗保健系统全面实现数字化改革**。丹麦医疗保健系统的特点是广泛的数字化。在所有医院，全科医生和市政医疗保健提供者都使用电子医疗记录（EHR）系统并以电子方式进行交流。丹麦大约存在着 15 种不同的 EHR，它们之间能够互联互通，方便操作；三是**建立了高效的医疗分级制度**。丹麦建立了明确的医疗分级制度，由家庭医生担任国民第一“健康守门人”，在确保民众就医质量的同时，也能减少医疗资源的浪费，并提高医疗保健效率。

主要问题方面：一是患者平均候诊时间过长。患者如果想得到医院的正规治疗，需要获得全科医生的诊断，等待时间相当漫长，尤其是非紧急手术等待时间则更长。这一现象的主要原因是免费医疗带来的公共产品使用的拥挤性，以及全科医生供给不足；二是**医疗保险水平过高带来的高税率问题**。目前，丹麦医疗保险全民覆盖率达到 100%，但丹麦个人所得税的税率高达 56.4%。此外，在丹麦，还要缴纳许多物价税，在丹麦花费 100 克朗，要向丹麦国库平均缴交 31 克朗的税；三是**医疗支出高昂，国家财政负担加剧**。在丹麦，随着人口平均寿命的逐渐延长，人口老龄化速度加快与慢性病患者逐年增多，在 1000 个市民里，有 70-200 人需要由全科医生面诊并进行长周期、全过程的保健方案指导，10 人需要转诊至医院住院治疗。不断增长的医疗费用开支加大了丹麦的财政负担。

3. 主要优势

（1）有效的法律和制度约束

丹麦医疗保障制度是其福利制度的一个重要组成部分，其基本原则是保证所有丹麦居民都能够平等、免费获得各项医疗保健服务。同时，丹麦医疗保障制度是建立在明确法律约束之上的。政府、医生和居民三方以法律形式进行规范，通过详尽的法律条文明确规定各自的权利和义务，各级政府职责划分以及具体流程标准。这样一是可以减少制度监督 and 实际运行中的真空地带，二是避免各个责任主体的行为缺失、越位、懒政、不作为等现象的发生，是丹麦国民医疗体系得以长时间高效平稳运行的关键。

（2）稳定的医疗资金来源

丹麦绝大部分全科医疗服务是由私人医院或诊所提供，但费用是由国家公共财政负担。从筹资渠道来看，丹麦全民医疗体系资金来源比较单一，政府负责筹集所有医疗服务项目的资金。中央政府以及市镇政府负责为居民全科医疗服务筹集资金后，通过不同渠道将所募资金交由大区政府管理分配，供家庭医生制度建设使用。大区政府可

通过以下三个渠道获取医疗资金：**第一**，由中央政府发放的医疗专项资金，这是大区政府最主要的资金来源，占大区政府医疗服务费用开支的 80% 左右；**第二**，由中央政府提供的相关补贴，用来支付患者在各大区医院产生的相关费用；**第三**，来自市镇一级政府的补贴，用来支付该区内患者的住院治疗费用以及由全科医生提供的门诊服务费用。后两部分资金占大区医疗服务费用开支的 20% 左右，上述区市镇政府的补贴资金主要来源于地方税收和中央财政专项资金。

（3）合理的医疗服务定价体系

丹麦引入美国于 1984 年建立的“按病种偿付方式”，即按诊断分类定额预付制。该方式将医疗机构对病人提供服务全过程归为一个产品，并把某一种疾病诊断治疗整体费用作为该医疗服务的预算价格。医疗保险机构（政府）按此预算价格对提供医疗服务的医院付费。这种偿付方式从以医院成本为拨款参考的简单方式，转向依据医疗服务作为医院预算为依据，可减少医院过度治疗现象，有助于全国医疗卫生费用支出控制。

（4）高质量的初级卫生保健体系

丹麦医疗保障十分注重国民的初级健康教育和健康管理。其中，分布广泛、高效、专业的社区全科医生是其初级医疗卫生服务体系的重要支撑，被誉为“健康的守门人”。几乎每一位病人都在社区中的健康中心拥有自己的社区全科医生，平均一位全科医生负责 1500 人。全科医生的主要职责是直接接受所辖社区居民的医疗咨询，给予初步医学诊断，并且有责任建议患者向相关专科医生进一步就诊。全国 90% 社区全科医生诊所得处理，只有 10% 的重症、疑难患者才会被转诊至医院。同时，社区诊所、医院对居民医疗健康教育工作也十分重视，通过设计制作各类宣传材料，定期组织座谈会，对出院患者进行随访和技能培训等途径，提高居民防病防疫、诊后自我恢复能力。

（5）严格的药房、药品管理制度

在丹麦，内政和卫生部、药品管理局负责审批药房的经营资格，

负责药房开设地理选址，以便于绝大多数居民购买药品。同时，药房归私人所有并负责经营，药剂师必须取得内政和卫生部发放的执业执照。但药剂师的收入水平由国家内政和卫生部与药品管理局协商一致后确定，每两年调整一次。各类药品定价由内政和卫生部负责制定。其中，对于常规药品，一般参照欧洲平均价格水平确定；对于新药和罕见病药品，由制造商提出价格方案后经协商确定，投放市场一年后会根据实际供需情况重新定价。1999 年，丹麦成立国家理性药物治疗法研究所，为各类药品合理定价和使用提供指引和参考。此外，处方药只能在国家授权批准的药房中销售，部分非处方药可以在药品管理局批准的商店销售，药品的销售渠道管理较为严格。

4. 关键启示

（1）适当提高医疗保证的公平性

医疗保障制度的构建需以“社会公平”优先，再“兼顾效率”。目前，我国医疗保障对广大农村人口、城镇外来务工人员、下岗职工等弱势群体不够充分。未来在医疗卫生费用支出分配中，还充分考虑地区之间的差异，城乡之间的差异，职业和群体之间的差异。国家应从财政上更多的补偿低水平地区，补偿低收入和弱势群体。地方政府也应充分发挥自身能力，建立与当地居民生活水平、当地居民生活状态相一致的医疗保险服务。当然，医疗服务必须与本国的具体国情和财力相适应，不能盲目崇尚高福利国家模式，必须要考虑本国的生产力发展状况和经济负担水平。

（2）提高各级政府管理、服务水平

未来应切实转变政府职能，统筹协调国家财政与地方财政的关系，统筹协调政府与医疗结构的关系，统筹协调医疗机构和患者之间的关系。政府不仅要充当财政资金的提供者，还要作为医疗服务的购买者，医疗体系的监督者。完善各项法律法规，利用法律法规约束医疗服务提供者行为，保护患者利益。另外，引入科学客观、系统的评价体系，制定可行的评价标准，对医疗服务提供者的服务质量进行评

估，提供机构、医师医疗服务效率，提高医疗费用使用效率。

（3）建立“以患者为本”的医疗服务保障机制

丹麦医疗保障的成功离不开“以患者为本”的初衷。减少等待时间、保护患者权利、以患者为主导的医疗服务精神是其医疗卫生系统高效运行的原因之一。未来我国医疗卫生改革也应坚持该精神，提高服务质量和患者满意度。建立医患服务责任制度，通过信息系统透明化公布服务质量、医院绩效、医师绩效等相关信息提高公众监督效率，形成有效激励。依据医疗服务的提供者的服务质量支付费用，合理优化诊断系统，科学合理的费用评估体系，提高病人的权利，尤其是知情权，建立医疗卫生监测数据库，避免医生滥用和过度使用药物、治疗手段，保证患者的权益。

（4）合理引入竞争和激励机制

未来我国医疗卫生体系建设需注重通过系统科学的评估，对效率高和服务质量好的医疗服务提供者实施激励，给予更多的财政补偿，而淘汰效率低和服务质量低的医疗服务提供者。制定合理的法律法规，提高医疗卫生从业人员的工资水平，增加违规行为的处罚，从根本上抑制医疗卫生从业人员违背职业道德和职业操守。引入合理的竞争制度，运行具有医师执业资格的私人诊所，民众在私人诊所看病，医生也能够得到相应的财政补偿。

（5）加大数字技术的医疗应用深度与广度

丹麦卫生系统是数字化程度世界领先，全科医生和市政卫生服务机构已在丹麦全国范围内实现数字化支持。信息技术已成为丹麦医疗保健服务中不可或缺的一部分。未来我国医疗卫生体系硬件建设也应加大数字化重视程度和投资力度。医疗数字化可有效提高疾病治疗效率和安全性，实现卫生系统资源的低成本共享。同时，高数字化也为人工智能、大数据、远程医疗、全息影像、5G 通信等技术对重大疾病早期发现、诊断诊治等提供支撑。同时，数字化为患者提供透明、便捷的信息获取渠道，提高了患者与医师就其自身治疗更加平等的合

作可能。

（五）日本：控制医疗费用以提升医疗绩效

日本由于 1983 年制定了老年人保健制度以及 1984 年保健法等大修改，一直以来医疗费用快速上升的状况得到了一定程度的缓和。但是，伴随着老龄化和医疗技术的进步，到 20 世纪 90 年代末，医疗费用每年再次迅速增加；加之日本经济在泡沫破灭之后，长期处于低迷状态，财政状况持续恶化。因此，在 20 世纪 90 年代中叶之后，日本政府进行了多次带有浓厚财政对策色彩的医疗制度改革。

1. 历史各阶段关键举措

（1）20 世纪 90 年代后半期到 2002 年的医疗保险改革

1990 年代后半期，由于医疗费用的增加和经济低迷，使得保险财政进一步恶化，预算组成中的最高限额雪上加霜，医疗保险改革的重点放在财政对策方面。1997 年，日本修订了保健法。这次修订中，将就业人员保险的本人负担部分由 10% 提高到 20%，要求个人负担一部分药费，政管健保保险费率由 8.2% 提高 8.5%。2002 年，日本再次修订健保法，从政治层面看，这次修订属于 1997 年以后修订的延续。主要包括：**一是**重新探讨各种制度和各年龄段的支付与负担。规定对就业人员保险本人的支付率为 70%，对不满 3 岁幼儿支付率为 80%；**二是**提高政管健保的保险费率。以总报酬为基准，将保费率由 7.5% 提高到 8.2%；**三是**重新评估高龄患者的负担。取消定率 10% 负担上限，实现完整定率 10%。**四是**减少老年人保健筹措资金负担。将老年人保健法医疗支付对象年龄从 70 岁提高到 75 岁。

（2）2006 年的医疗制度改革

2006 年的医疗制度改革与此前历次改革有所不同。此前的医疗制度修改往往是指医疗保险制度修改，2006 年改革首次提出了医疗费合理化对策和医疗供给制度改革。本次改革要点包括：**一是**医疗费用合理化。重点评估保险支付的内容和范围，制定医疗费用合理化计划，由保险机构进行特定健康检查和保健指导；**二是**提供优质医疗的

体制机制；**三是**建立新的高龄者医疗制度。制定后期高龄者医疗制度和前期高龄者医疗费用的财政调整制度；**四是**重新评估保险支付的内容和范围。将收入与在职时相等的高龄患者自付比例提高到 30%，将 70-74 岁高龄患者的自付比例提高到 20%；**五是**以都道府县为主的保险机构进行合并重组。将政管健保由国家运营改为公共法人运营，财政单位也改为都道府县，保险费率反映各都道府县的医疗费水平。

（3）2007 年医疗改革

2007 年，日本颁布《医疗制度改革法》，国家医疗保险和地方医疗保险制度隔离，地方政府自主，医保费率上下浮动，适当提高老年人口医疗费用承担比例。实行“后期高龄者医疗制度”，为 75 岁以上老龄人专门设置，医疗费个人分担 10%；70-74 岁老龄人口，医疗费个人分担由 10% 提高到 20%；70 岁以上老龄人口，年收入达 520 万日元以上的夫妇，医疗费用个人分担由 20% 提高到 30%。医疗费用分担部分一律从养老金扣除，如长期住院，餐费、取暖及照明等日常生活费用原则上自付。

（4）2009 年的医疗改革

此前的医疗改革重点一直放在抑制医疗费用方面，改革的压力增大的同时，反作用力也逐渐增大，医疗相关人士的反对声音不断高涨，改革措施开始出现反复。2009 年医疗改革主要包括：**一是**废除后期高龄者医疗制度。但是围绕后期高龄者医疗制度废除后，地方保险运营主体扩大的问题，遭到知事会的强烈反对，而且有关提高 70-74 岁患者自付比例的问题也遭到了民主党内部的批判，无法提交国会；**二是**提高医疗报酬。由于经济环境和保险财政十分严峻，医疗报酬主体的修改幅度很小、仅为 1.55%，医院各科修改幅度为 1.74%；**三是**增加医生的培养数量。1982 年以来，日本一直对医生培养数量有所控制。这种情况通过确保医生紧急对策得到改变，民主党提出要将医生培养人数提高 1.5 倍。

2. 改革成效和问题

日本国民健康保险法的制定,是日本崛起前社会政策大战略中的重要一环,不仅解决了贫富差距的社会问题,稳定了当时社会的各种危机,也提高了日本国民整体的健康水平。日本医疗保险主要成效有:**一是**形成了强制加入的全民社会医疗保险。日本的医疗保障实行强制性加入的原则,要求符合条件的国民必须加入,从而实现全民保险的医疗保障制度。日本医疗保险的宗旨是为了国民在生病时能够得到起码的医疗,而不致使患者的经济负担过重,为了使低收入者以及高风险者不被排斥于医疗保险制度之外。在保险费负担方面,保费负担确定不是根据风险大小决定,而是根据个人收入比例缴费。强制性的全民医疗保险制度使得医疗保险覆盖面广,体现了医疗保险的社会性,为日本国民提供了良好的医疗保障。**二是**医疗保险基金来源多元化。日本的医疗保险基金体现了责任共担的原则,由政府、雇主和个人三方负担,使得医疗保险基金来源多元化。具体来源包括患者个人在医疗机构就诊时支付的费用和医保以外的自费医疗费用;医疗保险等支付的费用;公费支付的部分。**三是**形成了具有法律约束性医疗保障制度。日本医疗保障制度的发展和改革始终建立在法律基础之上。日本政府为了保障国民的健康权利,制定了一系列的健康保险法律,如《雇员医疗保险法案》、《国民医疗保险法案》、《老年人健康法案》、《医疗服务法案》等,均属于强制国民、用人单位参加的健康保险。把健康保险纳入法制的轨道,用法律来约束个人、用工单位、政府和卫生服务机构的健康保障责任,保证了医疗保障制度的有效执行和实施,有助于切实为全体国民提供良好的医疗服务。

问题在于:**一是**国家医疗负担较为沉重。随着医疗费总额的上升,国家对医疗保险的负担迅速增加;**二是**易受老龄化问题冲击。随着老龄化的加深,该模式有可能面临支付危机;**三是**增加雇主和雇员负担。为缓解财政支出压力而提高法定保险费率,将增加雇主和雇员财务负担;**四是**存在服务和负担不均。老年人医疗费负担不均,医疗机构数

量分布不均；**五是**存在道德风险。社会医疗保险制度可能助长好逸恶劳，对劳动力市场发展产生负面影响。

3. 主要优势

日本采取的社会医疗保险模式，指通过立法形式强制实施、以第三方医疗保险机构为主要医疗保障，政府不直接参与实施管理。

一是可以提供垄断性保险合同。许多病患并不具备足够的专业知识确定自己是否需要某种医疗服务，过多的商业健康保险选择不但不能帮助他们做出理性的决定，反而会滋生逆向选择问题，社会医疗保险制度提供了统一的保险合同而更具优势；**二是**可以降低逆向选择与道德风险。社会医疗保险与商业医疗保险的关键区别在于参与的强制性或者说可获得大量的财政补贴，这使其在很大程度上避免了商业健康保险面临的逆向选择和道德风险问题；**三是**降低营销成本。社会医疗保险的强制性决定了几乎没有营销成本，数据显示部分国家商业健康保险公司的营销成本已经超过了社会医疗保险制度的管理成本；**四是**增进社会公平。社会医疗保险制度是贯穿收入分配一次、再次及三次的调节工具，重要目标是促进社会公平，维护社会稳定。特别是当商业健康保险采取“撇脂策略”致使市场失灵时，社会医疗保险制度可以为全体社会成员提供普遍可及的医疗卫生服务。

4. 关键启示

（1）重视医疗保障立法

回顾日本医疗保障发展和改革历程，可以感受到无处不在的法治精神和原则。《中华人民共和国社会保险法》已于 2011 年 7 月 1 日起施行。作为社会保险的重要组成部分，医疗保障也需要在《中华人民共和国社会保险法》的框架下，结合医疗保障的特殊国情和发展规律制定专门的法律规范。建议实行法定医疗保障制度，中国公民和符合一定条件的外国国民必须参加基本医疗保险。

（2）理顺基本医疗保险管理体制

早期，日本将医疗保险管理和经办作为政府职能，全部由政府直

接举办，并在厚生劳动省辖下保险厅，专门负责规划、预算、修订、监管医疗保险制度和制度执行。其后，日本按照管理和经办分开的原则，设立了法人治理的国民健康保险团体联合会和社会保险诊疗报酬支付基金组织。目前，我国基本医疗保障制度全面覆盖时间较短，法人化治理还有待完善，需要按照专业化、制度化、规模化、信息化等要求加强经办机构建设。

（3）着力解决好老年医疗保障问题

日本社会老龄化问题日益严重，65 岁以上老人占总人口比重 23% 以上，且医药费支出占总费用支出的一半以上。为此，日本在老年医疗保障、介护保险、在宅治疗等方面采取了许多有效的措施。目前，我国社会老龄化问题也在逐渐显现，对老年医疗费用支出提出了较大挑战。日本老年医疗保障制度的启示包括：建立灵活的退休制度，鼓励员工在法定退休年龄后继续在企事业单位工作；加强老年医疗和养老服务设置的服务体系规划，加快老年养老护理和筹资体系的建设等。

（4）逐步实现医疗保险的全民覆盖

我国医疗保障全民覆盖的形式与日本比较相似，均为按照职业类型和居住地域两个途径实现。近年来，我国医疗保障全面覆盖的主要短板是农民工、非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员的参保问题。为了解决上述问题，日本出台了《临时工健康保险法》，将临时工纳入医疗保险体制；其后，还将该制度并入健康保险，与一般企业职工享受同等待遇。建议我国将农民工、非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员按照工作性质，逐步纳入城镇职工医疗保险，持续完善基本医疗保障制度。

（六）韩国：立法先行的全民医疗保障

在医疗保险体系方面，韩国的医疗保险资金主要来源于三部分，一是雇员和雇主按月平均工资保险费率缴纳的强制性保险费；二是一般税收；三是对烟草收取的额外费用。在保障内容方面，参保人主要

享有两方面保障：一是医疗保健、定期健康检查等医疗服务；例如，针对医疗保健机构提供的疾病诊断、药品、住院、交通等服务，费用由参保人和政府共担。针对定期健康检查及癌症检查，费用由全国健康保险公司（NHIC）和参保人分别负担80%和20%；二是特殊参保人可享有非国家医疗保险范围内的补贴。例如，针对残疾人购买轮椅、助听器等医疗设备，可享80%的价格补贴。此外，针对领取最低保障补助、患有慢性疾病等非医疗保险阶层，政府制定相应的支援制度——医疗给付制度，由国家负担其医疗服务费用。

就医疗卫生体系而言，韩国医疗系统主要由综合医院、韩医院、私人医院、诊所及保健所等构成⁴，其中85%为私立，约10%是政府设立的大型医院或国立、公立大学医院，其余约5%隶属于其他社会团体。在医疗卫生管理方面，健康福利部（MOHW）是政府负责颁布相关法律、制定政策以及实施监管的机构；NHIC作为非营利组织，负责管理全国健康保险计划，并向医疗机构支付民众的医疗服务费用；医疗保险检查和评估机构（HIRA）为中立机构，负责审查医疗费用、评价医疗机构服务质量。

1. 历史各阶段关键举措

从上世纪60年代至今，随着韩国社会经济腾飞，其医疗卫生体制经历三阶段改革后日趋完善。

（1）自1963年起的第一阶段

政府主要通过完善和实施《医疗保险法》，逐步迎来全民医保时代。该法为医疗保险政策奠定法律基础，首先允许300人以上的大型企业自愿为雇员设立保险，由此拉开了韩国医疗保险计划的序幕；1970年该法被修改将适用范围扩展至军人、公务员等，并划归为强制参保对象。为推进该法内容得到全面施行，韩国政府于1976年再次修订该法并制定了一系列配套法规，如《有关医疗保护之规则》、《医疗

⁴从等级来看，甲类医院涵盖所有科室，提供专门的急诊服务，并拥有500张病床，主要包括综合医院和大学附属医院；乙类医院具有四个以上科室，提供住院和门诊服务，拥有300至400张病床和急救室；丙类医院设置较少科室，主要提供预防疾病或早期治疗的医疗服务，包括私人医院和保健所。

保护法》等。进入20世纪80年代，政府逐步建立起地域医疗保险，完成对农村个体劳动者及家属的保障；至1989年，城镇个体劳动者及家属也被纳入医疗保险保障范围，韩国进入全民医保时代。

（2）自20世纪90年代起的第二阶段

政府完成了对医疗保险组织的整合；1997年，国会通过《国民健康保险法》；并根据该法组建起国民医疗保险管理公司、NHIC，上述机构分别统筹开展全国和地区医疗保险业务。

（3）自21世纪起的第三阶段

为改善医疗保险制度，一方面韩国政府再度制定新法，将地区和全国医疗保险业务合并，统一由NHIC支付结算；并将收入阶层为中心的特殊人群的保障再度提高，由医疗扶助发展至医疗给付。另一方面，针对药费对医疗费用的占比过高问题，韩国全民医疗保险再次进行重大改革，重要举措之一即强制性分开医药，关闭医院门诊药房，门诊用药统一全由社会药房提供；计划通过“医药分开”改革减少“以药养医”的问题。尤其针对低收入阶层人群，韩国于2004年还将其本人承担补偿制度的支付标准、诊疗费的个人承担比重分别降低至20万韩元和15%，同时引进本人承担上限制等。

2. 改革成效和问题

目前，韩国已拥有较为完善的医疗卫生制度，强制性医疗保险计划覆盖全民，国民已能够真正享受到平等医疗服务。从改革成效来看，自上世纪60年代开始的医改，主要建立了韩国形成医疗保险和医疗援助相结合的医疗保障体制，并成功实现对全国民众实施强制性医疗保险的计划。

不可忽视的是，历次改革夹杂了大量问题：一是在第一阶段改革中，1981年启动的地区医疗保险试点初期成效并不明显。究其原因，是时任政府未承担居民医保费用，仅支持医保计划的行政开支，从而导致民众投保积极性不高。针对该情况，政府决定将投保费改由政府和个人均担，才逐步调动起广大民众的投保热情。由此，医疗保险才

在地区逐步普及与实施；二是在第三阶段改革中，“医药分开”改革触及医药界人士的利益，由此导致医生大罢工和示威游行，整个公共医疗卫生体系面临瘫痪。最终以政府提高医疗收费、医生待遇以及消费者增设处方调剂费等结果收场，医疗消费不降反升。尽管此后，为避免道德风险，韩国政府加码施行“药品零加成”，计划通过零利润价格管制消除医生配高价药的动机，该政策导致韩国本土小制药商退出市场，跨国药品生产商市场份额增加，进一步引致韩国制药工业竞争力削弱的负面影响。

3. 主要优势

（1）医疗卫生体制完善，总体覆盖面广

韩国具有法律保障的全民国家医疗保险体系。从1977年在500人以上大型企业试点医疗保险制度以来，韩国医疗保险覆盖率由全部人口的9%提升至96.9%。如今，医疗保险适用人口囊括城镇职工及被抚养者、农村和渔村地区私营业主及被抚养者两大群体，占总人口比例分别为52.6%、44.3%。其余3.1%无能力支付医疗保险费的人群的医疗费用也由国家财政负担，同样是医疗保险的受益对象，属于医疗保险的补充部分。

（2）医保筹资渠道广泛，稳定性较高

韩国医保资金来源包括企业、职工、家庭参保者缴纳的保险费及政府补助。筹资体系涉及差异化缴费，根据参保群体的经济活动分类，体现群组公平的同时，筹资稳定性也较高。具体而言，企业和职工保险费缴纳额按照标准月酬数和保险费率计算，一般劳动者与公务员保费由本人和雇主各担50%，私立学校教职员保费由本人、雇主和政府分担50%、30%和20%；家庭参保者保险费缴纳额按标准收入点数和每点金额计算，年收入超过500万韩元的家庭保费根据收入和财产确定，此标准以下的家庭保费根据性别、年龄和财产来确定；政府补助金主要来源于一般税收及部分烟草负担金。

（3）单一机构统筹医保，财政支出高效运行

“国民健康保险”是韩国负责全民医保的唯一机构，由之前各类医疗保险机构合并而成。该体系大幅减少了行政运营成本，显著提高了医疗服务质量。同时，该体系的建立了社会连带责任制度，即让富人帮助穷人，让年轻、健康的人群帮助老人和病人等，使公共财政负担明显减轻。从量上看，公共财政仅支付总医疗支出的不到60%，医疗卫生总费用占GDP比例在6%左右，卫生预算占中央政府预算2%，这意味着在韩国医疗卫生费用的财政负担较轻。

（4）医疗卫生服务市场化竞争程度高，品质较好

韩国私立医疗体系是医疗卫生服务的重要构成，其占据了大量医疗资源，如88%的病床、91%的专家、90%的门诊服务以及93%的急诊救护。从韩国卫生费用的结构来看，其中65%由个人直接付费，23%来自社会保险，而政府仅负担12%，这意味着居民对医疗服务有较高的自由选择权。实际上，高达90%以上的国民选择私人医疗机构就诊。基于上述两点，韩国私立医疗体系竞争特质突出，医疗设备IT化程度较高，无纸化诊疗、机器人手术在甲状腺癌、大肠癌等领域应用广泛，技术实力和治疗效果媲美欧美发达国家。在充足医疗资源和崇尚礼仪的文化氛围下，消费者体验日益增强，医患关系良好，消费者对医疗服务品质的认可不断提升。

4. 关键启示

从成功经验来看，韩国医改主要归结于两点：一是在完善的法律体系条件下逐步改革，在经过反复试点后以法律形式强制实行改革措施；二是贯行政府筹资、建设和组织医疗卫生服务的原则。对于我国医改而言，韩国经验有两点重要启示：一是加快我国医疗保险及相关立法，使全民医疗保险制度运行立足于法律基础上，其实施能够有法可依，杜绝出现企业拒不参保、拖欠医疗保险费用、保险覆盖面难以扩大、医患矛盾升级等问题；二是应坚持政府筹资和规划医疗卫生服务体系的原则，降低医疗服务费用的前提是形成完善的医疗卫生体制。

实践中，韩国医疗卫生体制存在的众多问题同样值得警示：一是医疗保险制度效率不高，导致营利性医院挤出公立和非营利医院，居民医疗费用呈螺旋式上涨。尽管居民均享有医疗保险，但由于体制效率低下、个人自付费用太高、众多医疗服务项目未被保险覆盖等原因，导致大量居民倾向选择营利性医院。而这类医院往往过度依赖高新技术和药物，在缺乏法律规制的环境下，最终将成本转嫁医疗卫生消费者，因此造成韩国医疗服务费用不断高企的现象；二是转诊系统不健全导致逐级转诊制度流于形式，因而存在小病到大医院、一病多医等医疗卫生资源严重浪费的情况；三是韩国医疗保险分别由三百余个保险基金组织管理，每个机构均独立经营，因此存在缺乏规模效应、抵御风险的能力不强、管理成本过高的问题。

（七）新加坡：强制储蓄型医疗保险制度

新加坡医疗卫生体制由医疗保障体系和公共卫生服务体系两部分构成。这两个体系均强调政府与个人、公有与私营间合作互补，实现公平和效益的双重平衡。从医疗保障模式来看，采用强制储蓄型医疗保险，其结构主要分为三层：一是政府设立覆盖所有的工作人士的个人医疗储蓄计划Medisave⁵，旨在通过强制储蓄的方式有效防止个人过度消费，避免医疗资源浪费；二是设立针对重病或长期疾病的健保双全计划Medishield⁶，强调个人、雇主与政府的责任分担；三是通过为经济困难人士建立医疗保障基金Medifund，体现政府保护网的责任。从公共卫生服务结构来看，主要由政府提供的公共卫生体系和私立卫生体系组成，80%的常见病和多发病等基础卫生保健服务由私立体系提供，其余被政府公立体系的社区医院覆盖。对于住院医疗服务，公立和私立体系分别承担80%、20%。总体来看，新加坡医疗体系覆盖全民，公私联动。政府秉承国民必须对自己健康负责的理念进

⁵ 类似中国的城镇在职职工基本医疗保险基金，患者每次治疗准许提取的限额根据病种不同从250 新元到7550新元不等。

⁶ 为大病提供保障，如住院治疗的普通病房每日可以提取450新元，ICU 病房每日可提取900 新元，社区医院病房每日可以提取250新元，手术费用的提取限额则从150新元到1100新元不等。

行制度设计，体现不同医疗情形下个人责任向政府责任的过渡。

1. 历史各阶段关键举措

20世纪60年代前，新加坡实行英国的免费公共医疗服务制度，由财政税收资金支持。独立后，新加坡逐渐发展出自身独具特色的医疗卫生体制。在20世纪80年代起，受全球新公共管理运动影响，一方面，新加坡医疗保障体制进行重大革新，逐步从一般赋税资助转向以个人储蓄为基础。一是在中央公积金制度为主体的社会保障制度⁷框架下，于1984年推出强制性的医疗储蓄计划⁸，设立个人医疗储蓄帐户；二是配以针对大病的健保双全计划和救助性医疗保障基金。由此一来，新加坡医疗保障便形成独具特色的3M（Medisave、Medishield和Medifund）体系。此外，1994年新加坡还进行了医药福利制度改革⁹，确定公务员必须支付部分医药费用的原则，即将公积金医疗储蓄加补贴制度的适用范围扩展至公务员行列。另一方面，公共卫生服务体系同期开展了以竞争、效率、分权为主题的重大调整。在1985年至2000年间，一是全面推行了公立医院收费制度改革，实行医疗费用总量控制，具体是实行提高收费标准和成本回收措施；二是对公立医院进行重组，并按照引入竞争、防止垄断的理念组建了东部新加坡保健和西部国立健保两大医疗服务集团；三是确保公立医院在非营利前提下施行公司化运作，总体实现“公办民营”管理。重症医院和专科医院的产权完全归政府所有，但以公司形式进行运作，即将管理权交予公司。对医院运营和医用品采购等实行市场化运作，大型设备则由卫生部所属控股公司统一采购，列入预算，“以 病人为中心”进行“全面优质管理”。在2015年，新加坡对医疗保障制度作出进一步调整，中央公积金局将各年龄段雇员医疗储蓄缴费率均上调一个百分点，至8%-10.5%。总体来看，新加坡的医疗卫生体制机制改革以中央集权

⁷ 明确规定以雇员薪金为基数，按照法定比率将公积金存入相应账户；中央公积金账户中的特别帐户供退休医疗使用，医疗储蓄账户供个人和亲属医疗支出。

⁸ 此后，中央公积金局于1992年推出自雇人员医疗储蓄计划，规定年收入超过一定额度自雇人员必须以其净收入为基数，缴存固定比例的款项进入储蓄；1993年成立保障基金，据基金援助准则和申请人经济状况审批提供援助

⁹ 1994年前，政府公务员和男性公务员眷属在政府医院或诊疗所接受门诊治疗时免付医药费。

为基础，逐步体现了更多的个人责任，现行制度主要依靠公民强制储蓄和公立医院民营管理，很好地实现了公私共担、兼顾公平和效益。

2. 改革成效和问题

最初，免费公共医疗服务制度给新加坡政府造成严重的社会福利负担。自20世纪80年代开始的医疗卫生体制机制改革总体取得良好成效，使得政府财政负担大大减轻，医疗资源配置得到优化（医疗服务质量得到提升的同时医疗费用实现降低）。例如，全面收费制度的推行使得政府卫生支出以及卫生总费用实现了目标控制。随着收费标准提高，公立医疗卫生机构的成本回收对日常开支的占比有所提升，即其自我“造血”功能增强。再如，1994年针对公务员的福利改革为政府财政减轻了负担，杜绝了医疗费用增长过快、供需双方滥用医疗卫生资源的现象。

但是，改革也带来众多问题。一方面，从需求端看，改革同时也导致患者自付比例变高，经济负担加重。大部分人群主要以个人账户支付医疗费用，少量低收入群体才享有政府医疗补贴，居民的医疗服务消费能力总体减弱。与此同时，民众对公积金管理和使用存在质疑，提出政府存在管理透明低、资金使用限制过严、利息支付过低等问题。另一方面，从供给端看，新加坡模式使卫生费用筹资在公立与私立医疗机构之间存在巨大差异。政府对公立医疗机构资助比例较大，公立医疗集团中有将近一半的资金来源于政府补助。而私立医疗集团则完全按市场化规律运作，其筹资则主要依靠医疗服务收费，因此在公立和私立医疗筹资体系间显然未能实现较好公平。

3. 主要优势

（1）医保机制强调个人和政府共担，兼顾公平与效率

新加坡医疗保障制度可归纳为“3M”或“三保”制度，整体医保强调个人责任的基础作用，不以福利惰民，鼓励公众进行纵向的自我积累。注重政府与市场在医疗资源配置中的作用，对全体国民实行“集团化”的统一医疗保健管理，形成资源高效利用和公平分配机制，承

担了横向的社会共济保障。整个医保体系兼顾公平与效率，资金筹集和运用多元、高效，使国民均获得了良好的基本医疗服务。据世界卫生组织《世界健康报告》对各国医疗卫生筹资和分配公平性的排名，新加坡位列全球第六。

（2）医疗基建世界领先，医疗水平全球一流

在政府主导的医疗体制管理下，新加坡医疗基建世界领先，医疗水平全球一流。在通过国际医院认证联合委员会（Joint International Commission, JCI）认证的亚洲医院中，新加坡占据三分之一，可见新加坡医疗整体水平之高。从医疗体系构成看，新加坡设有公立、私立医院和专业医疗中心等3000多家医疗机构，各大医疗保健机构与世界其他顶尖医疗中心建有稳固合作关系。在眼科、心血管手术、癌症治疗方面技术领先，手术成功率也居世界前列。

（3）医疗体系管理严格且透明，服务质效高

在医生管理方面，新加坡采用严格的培训管理和英式医生考核体系，所有医生均需要参加英联邦的专科医生执照考试，才可晋升为主治医师；在医院管理方面，大多数公立医院均通过JCI国际认证，重视手术和有创诊疗流程的规范化和标准化，同时鼓励私立医疗市场化发展；在医疗服务价格管理方面，新加坡卫生部采用高透明度的医疗保健系统，该系统公布传染病控制、常见医疗服务平均住院费用等重要资料和统计数据，供医疗人员获取作出迅速反应，协助患者制定明智的诊疗方案；在护理管理方面，为确保病人得到最优照料，新加坡卫生部对护理人员及病人比例制定严格规定。实际上，践行“以病人为中心”的理念贯穿新加坡医疗服务全过程，严格透明的管理使得服务高效、便捷，医疗条件完备、成熟。

（4）医疗支出增速较平缓，财政可持续性较强

新加坡政府设有部长委员会，负责控制医疗成本及保证资助增长。从公共医疗支出发展趋势看，新加坡公共医疗支出增速较平缓，公共医疗支出占GDP比例仅为5%左右。对比同属原英联邦体系、医

疗卫生筹资体系均以税收为基础的英国和中国香港，新加坡避免了较高的道德风险和医疗资源滥用，可持续性更强。从全球范围看，新加坡公共医疗支出占GDP比重也远低于美国、英国等发达国家，OECD国家这一指标平均水平为10%。

4. 关键启示

新加坡的医疗卫生体制改革较成功，主要归结于三点：一是明确“个人负责”为主、“政府补助”为辅的责任定位，建立起兼顾公平和效益的医疗保障体系；二是以资源优化配置为基础推行公立医疗卫生集团化，创新公立医院公司化运营；三是以需求为导向设置公民医疗服务“自由选择权利”，激活私营医疗服务活力以增强公共卫生服务的回应性。

新加坡医疗卫生体制改革值得借鉴的经验有：一是探索“手术在大院，康复在社区”的可行性，可探讨研究组建多个医疗服务集团开展市场竞争。通过集团管理模式促进公立医疗机构的资源整合，推进区域内大型医疗卫生机构和社区卫生机构、市级医院与县域医院的合并或合作，以优化资源配置和加快人才、技术和信息等要素流动；二是引入“以患者为中心”的理念，强调提高医疗服务质量和公民满意度。可以将服务满意度设为医疗卫生管理的重要价值取向，敦促公立机构将患者满意度置于服务中心，并对公立医疗卫生机构进行重组，以增强其管理灵活性和对公民医疗服务需求的满足；三是优化现行收费制度，引入总量控制和分层定价方式以促进医疗费用在不同患者群体间合理分担。具体可根据医院类型、医疗技术等情况设定费用总量控制。在保证医疗服务同质化前提下，依据病房条件进行分层定价，以提高医疗服务的公平性。

通过新加坡医疗卫生制度的现存问题，需要吸取的教训有：一是医疗计划无法覆盖特定医疗服务和病患人群。对于产科病房及长期护理的相关费用，医疗储蓄计划未能覆盖；对于先天畸形、人格障碍和艾滋病等健保双全计划也未能覆盖；对于加入健保双全计划前就已患

有癌症、肾病等慢性病并接受治疗的患者，将无法保障。二是高昂的医护人才薪资给公立医院带来压力和财政负担。由于新加坡政策鼓励发展私营医疗机构，随着私营部门给予医生的竞争性报酬迅速上升，公立医院在保有人才方面面临压力。新加坡政府为留住经验丰富的医护人员，提高了公立医院相关津贴，加重财政负担。

（八）中国香港：公立医疗为主、私立医疗为辅的二元医疗体系

香港现行的医疗保障制度始建于 20 世纪 90 年代。20 多年来，该模式在保障香港市民的健康方面发挥了重要作用。

1. 历史各阶段关键举措

（1）初步建立阶段

中国香港早期的医疗服务主要依靠民间慈善机构提供。20 世纪 60 年代至 80 年代，香港政府将民办的 20 多家非盈利性医院纳入公立范围，由政府全部承担其经济投入，但是政府只投入资金，对该类医院没有管理权。1985 年，顾问报告书《医院提供的医疗服务》发布，建议政府成立医院管理局接管公立医疗服务，统一和强化整个公立医院体系的管理，以配合社会发展、有效配置资源。1990 年，《人人健康展望未来：基层健康服务工作小组报告》发布，明确医疗制度的基本宗旨为“不应有人因缺乏金钱而不能获得适当的医疗治理”。1990 年 12 月，医院管理局（下称“医管局”）成立，成为政府以外第二大公立机构。1991 年 12 月起，医管局负责管理香港公立医院及相关的医疗服务。医管局的成立，对于统一和强化整个公立医院体系管理、提高医疗资源使用效率起到了极为重要的作用，标志着香港医疗保障制度正式成型。

（2）改革完善阶段

为解决医疗经费支出急剧增长、公共医疗过度使用以及医疗架构分裂隔离等问题，港英政府和后来的特别行政区政府进行了多轮医疗卫生体制机制改革。1993 年，香港政府发表《促进健康咨询文件》，提出增加额外收入来源以资助医院服务的五项方案，即百分率资助、

目标对象、协调式自愿投保、强制式综合投保和编订治疗次序，为医院服务引入“能者多付”的理念。1997 年香港回归后，特区政府委托美国哈佛大学专家小组对香港的医疗保障制度进行调研与评估。1999 年 4 月，专家小组完成了《香港医护改革：为何要改？为谁而改？》的咨询报告。报告认为，香港医疗体制改革的指导原则是政府与市民分担责任，并提出了改革的短期、中期和长期方案。2000 年，香港特区政府发布《你我齐参与，健康伴我行》咨询文件，提出医疗改革建议。医护服务方面，致力改善公立和私立医疗机构在基层护理及医院服务的相互联系；质量保证方面，设立医疗质量保证机制，从教育与培训、系统支援、规管等多个方面达成这一目标；医护服务经费方面，从降低成本提高生产力和改革公立医护服务收费两方面着手。2005 年，香港特区政府发布《创设健康未来》讨论文件，就公立与私立医疗系统的融合、医院服务、医疗系统的基层医疗服务、第三层和专科医疗服务、长者服务、长期护理和康复护理服务、基建支持等方面提出多项建议。2008 年，香港特区政府发布《掌握健康，掌握人生》医疗改革咨询文件，提出了医疗系统持续发展的三项建议：一是加强基层医疗服务，推动公私立医疗合作，发展电子病历互通记录，强化公共医疗安全网；二是改变医院护理主要由公立医院提供的结构，提升公私立医疗系统的整体效率；三是引入辅助融资提升医疗系统的持续发展能力，包括社会医疗保险、用者自付费用、医疗储蓄账户、自愿商业医疗保险、强制商业医疗保险、个人健康保险储蓄。中国香港这五次医疗改革，公众对推行医疗服务改革有广泛共识。但对个人帐户、社会医保、保健储蓄等支持较少，主要原因在于市民习惯了质优价廉的公立医疗服务，无法接受强制性缴费，且雇主不希望增加用工成本。

（3）深化改革阶段

近年来，中国香港医改注重强调医疗保障是政府和市民的共同责任，核心目标是适当提高个人筹资责任，减轻政府财政负担，保证公

立医疗系统的可持续性。引导更多市民使用私立医疗服务，舒缓公立医疗系统的巨大压力。主要措施包括自愿医保计划、长者医疗券计划和公私营协作计划。

2. 改革成效和问题

改革成效方面：一是形成了以政府为主的“二元医疗体系”，其服务提供者以公立医疗为主、私立医疗为辅。公立医疗以“全民保障”为原则，提供基本医疗服务；私立医疗以“用者自付”为原则，提供私人医疗服务；二是形成了管办分开的医疗管理体系。食物及卫生局是决策机构，负责制订医护服务政策和分配资源，并确保这些政策能够有效地推行。实际的服务提供和运营管理则完全交由卫生署和医院管理局。其中，卫生署负责公共卫生事务，医院管理局负责管理公立医院，分工明确。私立医疗机构由卫生署监管，卫生署负责私立医疗机构注册、验收、检查、接受私立医疗机构的投诉并作出调查；三是形成了政府为主导的筹资体系。支付方面，与公立医院为主的医疗供给模式相对应，香港的医疗服务为政府买单式。公立医院 92% 以上的经费由政府财政拨款，其医疗服务收入仅占总收入的 3%-6%。筹资方面，政府税收占香港卫生总费用的一半左右，居民自愿使用私立医疗服务所支付的费用约占 1/3，由雇主为员工购买的团体商业医疗保险承担了约 7%-8%，市民购买的消费型个人商业医疗保险承担了约 7%-8%。需要注意的是，香港至今没有政府设立的社会医疗保险。

主要问题方面：一是卫生总费用持续增长给香港政府带来巨大压力。2019-2020 财年，香港医疗卫生预算占特区政府财政预算的比重达到 14.6%，如果不对这一制度进行改革，将对公共财政的可持续性构成巨大挑战，更威胁到现行医疗体系的运行。作为全球最长寿的经济体，香港社会人口老龄化非常严重，绝大多数长者高度依赖价格低廉的公立医疗服务，给公立医院带来巨大的服务压力。同时，随着新药、新医疗设备的不断涌现，用药和检查开支占医疗费用的比例不断攀升；二是全民保障式的医疗服务必然伴随着医疗服务的供给短缺。

近年来，香港特区政府虽然努力提高公立医院的医疗服务效率，但仍存在除重症和急症外其他疾病轮候时间过长的问题。特别是在专科门诊，大部分新症患者需要等候十几周甚至几十周才能获得门诊服务。

3. 主要优势

（1）政府发挥主导作用，体现了公共医疗卫生的公益性

在政府大幅补贴成本的情况下，香港的公立医院能够不以经济利益为追求目标，而将主要精力放在提高医疗卫生服务的公平性和可及性、节约医疗支出、提高医疗服务质量等社会目标上。一是公平性和可及性较强。香港市民拥有平等的看病机会，不会因为经济问题而得不到必要的治疗。与此同时，医疗服务大致是平均地分配到香港每一区，市民平均花上不超过三十分钟的路程便可获得服务；二是医疗服务效率高。香港拥有全球最高的人口预期寿命和最低的婴儿死亡率，但其卫生总费用仅占 GDP 的 5.8%，普遍低于同等收入国家和地区，在欧美发达国家和老牌福利国家中也是最低的。在彭博社 2018 年全球医疗卫生体系效率排行榜排名中，我国香港特别行政区高居第一；三是医疗服务涵盖面广、指导性强。香港的医疗服务讲究“整体性”，包括预防、治疗、康复、保健等过程。在社区会有相关的预防、保健措施。病人在医院看完病以后，医院还提供一系列后续服务，包括专门人员随访病情发展、术后配套治疗措施和康复训练等。

（2）充分发挥市场的作用，增加了医疗资源供给

面对人口老龄化和不断增加的健康卫生需求，香港政府除不断增加公立医疗资源外，还重视发展私立医疗机构从而增加资源供给。在私立医疗机构的设立上，只要符合法定的房屋、人员或设备条件要求即可申请注册，政府只负责监管，并在土地供给、人才培养、公私合作等方面给予支持。此外，公立医疗机构清晰的服务功能定位，也给私立医疗机构的补位发展留出了空间。限于资源约束，香港的公立医疗机构对于高使用量、复杂性低的服务需求投入较少，因此私立医疗机构除提供专科、高端服务外，也提供大量普通门诊和保健服务项目，

成为公立医疗的有益补充。

（3）良好的制度设计，为公立医疗机构改革成功奠定了基础

医管局成立后的一系列改革，使公立医疗机构的管理和运营水平发生了根本性变化。**一是在法制框架内将负责医疗卫生管理的决策部门和具体执行管理的部门分开，二者职能清晰、边界分明。****二是将公立医院和私立医院的管理分开。**公立医院由依法成立的第三方非政府部门——医院管理局监管，避免政府在医疗领域既当运动员又当裁判员。私立医院由特区政府部门的卫生署监管，政府仅负责维护医疗市场的环境，让私立医院可以在医疗市场上公平竞争。**三是行政管理机构呈大部门、扁平化，可以做到应对迅速有效。****四是杜绝和斩断了医院、医生利用医疗服务的专业性谋取非正当经济利益的动机和途径。**政府统一拨款使医院没有谋利的压力。医护人员总体薪酬水平较高，一般比其它从业人员高 4-5 倍，没有“大处方”“过度检查”的经济动机。所有公立医疗机构的药物和医疗设备均由医管局集中采购，使公立医疗机构可以以较低的成本获得药物和医疗设备，切断了相关商家与医院、医生的利益链。

（4）重视利用信息技术来改善医疗服务

医管局建立了覆盖全港公立医院的综合医疗信息系统（CMS），并在 1995 年供所有医院和医生使用。CMS 是一个三层架构的信息整合平台，包括技术基础架构层、数据交换层和信息应用层。它可以和所有医疗系统整合，为医院、科室、诊所和医生提供信息支持，从而大大提高服务效率，避免了医疗资源的重复浪费，同时也有利于增加患者与医生、医生与医生之间的沟通，从而改善医患关系。2012 年，香港特区政府启动了为所有公民建立电子健康档案的项目，以便公立和私立的医疗服务提供者能够共享病人信息。电子健康记录平台于 2014 年建立并投入使用，被称为电子健康记录共享系统（eHRSS）。患者可以自愿加入这个系统，医生需经过患者同意才拥有访问权。

4. 关键启示

(1) 医疗卫生体制要与经济社会发展水平相适应

确保医疗卫生支出处于合理的水平，不会导致财政负担过重。建立医疗融资计划，应对未来老龄化社会的风险。注重向弱势群体倾斜资源，实现社会保障兜底功能。

(2) 要充分发挥政府和市场的双重作用

香港的医改实践证明，走国家兜底式的全民医保和完全市场化的医疗保险都是行不通的。医疗市场既要有政府投入的以公益性为目标的公立医疗机构，提供相对低层次的医疗保障，也要有以盈利为目标的私立医疗机构，提供物有所值的高层次医疗服务，二者相辅相成、相互补充。政府要担负起医疗保障的主要责任，加大对医疗卫生的投入，特别关注低收入群体的医疗保障，让社会主义的医疗卫生制度真正体现公平性与互济性。同时大力鼓励私立医疗机构的发展，分流高收入人群。

(3) 完善制度设计，保障可持续发展的能力

改革对医疗卫生投入的补偿机制，提高公立医院运行效率；调整劳务价格，完善公立医院医护人员激励机制和培训教育体系；将药品选择、采购与医院分离，切断药品购销利益链条；设立统一的医疗信息系统，整合医疗信息平台，减少各家医院各自开发的成本，达到医疗资源共享等。

(4) 合理分布医疗资源，更好发挥有限优质医疗资源的作用

我国内地当前医疗资源分配极不均衡，城市大医院人满为患，基层医疗机构门可罗雀。今后有必要学习香港在医改过程中强调基层医疗体系建设的做法，加强全科医生培养和社区门诊、农村卫生院软硬件建设，通过医学科普宣传，使常见病、多发病的诊治能够下沉到基层。

(九) 中国台湾：覆盖全民强制投保的社会保险制度

台湾的“全民健康保险”以低保费、公平和适宜的医疗品质著称，

一直被认为是全球医疗保障制度中较为成功的范例。

1. 历史各阶段关键举措

（1）奠基阶段

台湾地区的健康保险制度产生于 20 世纪 50 年代。为保障劳工生活、安稳民心,台湾当局于 1950 年 3 月颁布“台湾地区劳工保险办法”,开始在公立企业施行劳工保险制度,揭开了强制性社会保险的序幕。此后,又陆续推出 12 种社会保险方案,包括军人保险、公务员保险、农民健康保险等。至 1995 年,台湾地区 59%的人口都已纳入保险范围。这个阶段的健康保险制度主要存在以下缺陷:一是保险种类虽然丰富,但只针对有劳雇关系的民众,年龄在 14 岁以下的孩童及 65 岁以上的老年人则无任何的健康保险方案保护,覆盖范围有限;二是由于存在多种健康保险制度,不同的保险制度在保险费率和保险给付水平上有所差异,导致了不同社会成员在享有健康保险上的差距;三是没有按照精算费率收费,造成财务收支失衡,要靠政府财政补贴;四是不同保险的主管机关不同,出现混乱管理和低效率的局面;五是免费医疗的实行,刺激了人们对医药需求的过度增长,医生与病人勾结舞弊现象普遍,使得医疗费支出膨胀。

（2）建立阶段

为解决保险制度缺陷同时满足日益增长的健康保险需求,在强大的舆论压力以及民进党的选战压力下,国民党当局历经 7 年(1986-1993 年)的准备和筹划,于 1994 年 7 月 19 日由地方议会通过“全民健康保险法”,建立全民健康保险制度。1995 年 3 月 1 日起,全民健康保险(简称一代健保)正式实施,标志着台湾医疗保险制度从传统的多元社会保险转向了一元全民保险,实行一元承保和单一支付。但公办公营的制度核心没有变,主要还是以国家行政为原则,以中央调控为手段。一代健保覆盖范围广、给付范围大,在提高就医公平性、可及性、居民健康水平等方面取得了显著的成效,但也存在诸多问题。一是保费负担不公。保费以经常性薪资而不是总收入作为计

算基础，导致工薪阶段成为了健保收入的主要负担者；二是财务赤字严重。全民健保实施以来，由于人口老龄化、重病患者人数增加、新药新技术不断被纳入覆盖范围、医疗资源浪费严重等原因，医保支出快速增长，导致收支缺口逐渐加大，到 2012 年为止，累积了 2000 亿新台币的财政赤字；三是医疗服务质量难以提高。就医成本远小于实际成本导致民众医疗服务需求大幅增加，而总额支付制度使得医院医疗费用不足，只能选择降低医疗服务质量。

（3）完善阶段

针对一代健保实施过程中产生的问题，台湾当局从 2001 年 7 月起着手健保体系改革，力图实现财政收支平衡与提高医疗品质等目标。2011 年 1 月 4 日，台湾立法院通过了“全民健康保险法修正案”，于 2013 年 1 月 1 日起正式实施（简称二代健保）。二代健保从规划到正式施行，历时 13 年时间，其中有 106 条条文得到修正。具体改进措施包括：一是改善组织结构。成立全民健康保险会，合并医疗费用协定委员会和监理委员会的职能。成立卫生福利部国民健康保险署，整合健康保险的支出面和收入面，建立了收支联动机制。建立民众参与机制，让保险付费者代表参与有关保险费率等重大决策，咨询公开透明；二是维护财务平衡。扩大保险费征收范围，辅之以补充保险费来扩大费基，增加公平性。将保险费率从 5.17% 降至 4.71%，将政府负担保险经费的比率从 33.6% 提高至 36.0%，强化政府责任；改进支付方式，提升医疗品质。根据当年的药品费用额度修正下一年药品给付项目及支付标准；三是节制资源使用，减少不当医疗。建立家庭责任医师制度，落实转诊制度，提高医疗服务品质。规定除紧急情形外，不按规定就医的患者将得不到健保的给付。保障弱势群体，包括低收入者、受刑人员、被家暴者的权利。与此同时，二代健保进一步改进和推广一代健保期间行之有效的制度和计划，如总额预算支付制、DRGs 支付制度¹⁰等，在避免医疗资源浪费的同时努力提高医疗效率

¹⁰ 中文翻译为（疾病）诊断相关分类，它根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度，合并症与并发症及转归等因素把病人分入 500-600 个诊断相关组，然后决定应该给医院多

和质量。

2. 改革成效和问题

形成了覆盖全民的健康保险制度。台湾的全民健康保险以低保费、公平和适宜的医疗品质著称，一直被认为是全球医疗保障制度中较为成功的范例。全民健康保险制度是一种由个人、雇主及政府三方共同负担保险费用，以风险分担与所得再分配为特征，保证被保险人及其眷属获得及时必要的综合性医疗服务为目标的涵盖全民的社会保险制度。**其基本原则是：**覆盖全民、强制投保，即每位台湾居民都必须参加医疗保险；单一支付、独立管理，即全民健保与其它社会保险分开；三方分担、资金共筹，即保险费由被保险人、雇主及政府三方共同负担，收支不平衡时，依精算结果修正保险费率；核查严格，卫生资源配置合理，为被保对象提供适当的综合性医疗服务。从目标来看，全民健保定位于社会保险而非社会福利，作为社会保险中的重要一环，强调全民纳保，以量能负担的原则，通过互助合作，发挥均衡所得分配的功能，以此降低全体民众就医财务障碍，有效免除因病而贫风险，促进民众健康。

主要问题方面：一是健保资金财务状况不佳。针对医疗开支过度增长的问题，台湾当局引入总额预算支付制度来控制财务风险，取得了一定成效，但非经济因素造成的财务问题却无法解决，如人口老龄化、居民所得增加、医疗科技突破等，势必造成医疗费用日益高涨，在保险费率不变的情况下，健保收支平衡难以维持，而调高保险费率易遭到群体反对；二是存在药价黑洞。尽管健康保险局曾在 2006 年提出“药厂自清、不咎责”方案，但问题并没有根本解决，二代健保亦没有设计出很好的改善措施，造成台湾健保药费负担沉重；三是医疗资源过度使用。台湾健保在看病治病方面没有上限限制，且大部分由政府承担，个人负担很少，因此导致人为过度使用的现象；四是由于保费缴纳、大病起付线和封顶线等，是基于居民平均收入水平测算结

果，由于低收入群体支付能力较弱，对低收入群体门槛较高。

3. 主要优势

(1) 以完善的法律体系支撑医疗保险制度实施

台湾地区开办社会保险前，都要先经过立法程序。“全民健康保险法”从 1994 年 8 月公布，到“二代健保”施行，期间经历了多次修正。“全民健康保险法”明确规定了在全民健保实施过程中，保险人、被保险人、特约医事服务机构的权利与义务、健保的各项具体制度、管理与监督等等，对全民健保的平稳运行做出了巨大的贡献。

(2) 引进医疗评鉴体系助力医疗品质提升

1978 年台湾地区行政院卫生署开展医疗评鉴以来，通过对医院照顾措施执行情况，包括对患者的社会及经济状况、生理、心理的考虑情况，对本院无法救治病人的后续处理情况，尊重病人及其家属的情况，对文化及个人差异的照顾情况等等进行评鉴，有力促进了公私医院以病人为中心优化服务流程，尽心尽力为病人提供服务和方便，推进医院的品质管理和文化建设。

(3) 加强对私立医疗机构的支持和监管

尽管台湾全民健保制度是一种政府主导、面向社会筹资的全民社会保险制度，但是台湾 96% 的医疗门诊服务是由私立医疗机构提供的，政府不断通过加强对私立医疗机构的支持和管理，提高服务质量、降低医疗费用、规范医疗市场秩序、减少医疗资源的浪费。

(4) 重视利用信息技术来改善医疗服务

台湾地区在建立全民健康保险的初期就积极推动信息管理，IC 卡的启用为台湾全民健康保险的管理机构提供了很大便利，进一步提高了效率，持卡人的所有基本信息在卡中都有详细记载，减少了重复用药和重复检查现象的发生。此外，台湾地区还建立了互联互通的医疗卫生信息系统，为医疗机构内部管理以及政府对医疗机构监管提供了良好的信息平台。

4. 关键启示

（1）完善以医疗保险主导的购买服务体制模式

继续完善多层次的医疗保障体系，加快建立统一的基本医疗保障制度；鼓励发展补充医疗保险、商业医疗保险和慈善医疗救助事业，解决给付范围以外的医疗费用。

（2）促进形成有序竞争的医疗服务市场

通过制定优惠政策鼓励社会资本参与医疗服务市场，以多元化的服务主体促进必要的竞争。支持有实力的、有医疗管理背景的管理公司采取委托管理、BOT 等多种管理形式参与公立医院的经营管理；支持社会资本参与部分公立医院，特别是经营不善的公立医院改组改制；支持社会力量办医，打造一批有较强服务竞争力的社会办医疗机构，形成若干具有影响力的特色健康服务产业集聚区。

（3）紧抓支付机制改革

中国台湾经验表明，科学的医保基金支付机制，有利于维护医保基金收支平衡，有利于引导医疗机构规范服务、提高质量、控制费用。因此，要在把握总体筹资能力的前提下，合理确定给付范围和给付水平。通过针对门诊和住院分别采取不同的支付方式，逐步建立基层首诊制。

（4）建立健全医疗保险法律体系

我国基本医疗保险应尽快立法，并出台相应的实施细则，明确医疗保险有关各方的权利、义务和利益关系，使医疗保险管理工作有法可依、有章可循，有效降低行政成本，为基本医疗保险的可持续发展打下坚实基础。

（十）借鉴与启示

从以上国家和地区的医疗卫生体制机制改革历程看，面临的问题和挑战有诸多相似之处，通过借鉴吸取其中的经验、教训，可为当下我国内地的医疗卫生体制机制改革提供有益参考。如，美国通过保险公司进行付费的机制使得商业保险公司成为监督医药费用的第

三方，为了自身盈利严格审查医院和医生为病人所提供的医疗服务项目，通过市场机制有效解决了医院过度医疗、乱开处方的问题；**英国**由政府主导的全民免费医疗模式优劣势均较为突出，对我国的主要启示是在完善医疗服务体系的过程中，必须强化政府的保障职能，为全体国民提供最基本的医疗保障的基础上，适当引入社会资本，建立内部市场竞争，不仅能够减缓财政和公共服务压力，而且益于改善医疗服务供给效率；**德国** 84%的药品通过药店销售，其余 16%的药品由超市销售的模式也为我国实行“医药分开”政策提供了一定参考；**丹麦**医疗保障制度是其福利制度的重要组成部分，其医疗保障制度建立在明确法律约束之上，通过详尽的法律条文明确政府、医生、居民各自的权利和义务，各级政府职责划分以及具体流程标准，减少了制度建设和实操过程中真空地带，是丹麦国民医疗体系得以长时间高效平稳运行的关键，值得我国学习借鉴；**日本**出台的《临时工健康保险法》，将临时工纳入医疗保险体制，为我国农民工、非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员完善基本医疗保障制度提供了一定参考；**韩国**尽管全面享有医疗保险，但由于体制效率低下、个人自付费用太高、众多医疗服务项目未被保险覆盖等原因，导致韩国医疗服务费用不断高企，对我国医疗卫生体制机制改革起到一定警示作用；**新加坡**引入“以患者为中心”的理念，强调提高医疗服务质量和公民满意度，将服务满意度设为医疗卫生管理的重要价值取向值得我国公立医疗机构改革学习借鉴；**中国香港**的医改实践证明医疗市场既要有政府投入的以公益性为目标的公立医疗机构，提供相对低层次的医疗保障，也要有以盈利为目标的私立医疗机构，提供物有所值的高层次医疗服务，二者相辅相成、相互补充；**中国台湾**通过医疗保险立法明确医疗保险有关各方的权利、义务和利益关系，使医疗保险管理工作有法可依、有章可循，有效降低行政成本，值得学习借鉴。

然而，不同国家、地区医疗卫生体制机制改革都需要综合考虑其

自身经济社会发展水平、医疗卫生资源条件、政治制度、文化等基本国情。因此，我们不能直接照搬其他国家和地区的医疗卫生体制机制，需要结合我国的现实国情和主要矛盾，因地制宜进行改革，渐进式地制定符合我国实际的战略愿景、发展目标以及改革方案。

四、我国部分地方政府推进医疗卫生体制机制改革正反两方面的经验教训

（一）成功经验：三明医疗模式

“三明医疗模式”以公立医院回归公益性、医生回归看病角色、药品回归治病功能为导向，以“建机制、堵浪费、调结构、增效益”为总体思路，实施“三医联动”，整体推进市县 22 家公立医院综合改革。通过改革，适当控制了医药费用增长过快的势头，以及对基层人才、病人“双虹吸”效应，得到了中央领导、国家有关部委的高度认可。三明市的“三医联动”“一盘棋”推进改革，是改革成功的关键，这也正是三明医改难能可贵的地方，值得全国推广和学习借鉴。

1. 改革动因

三明既是一个老工业城市，也是一个经济不太发达的山区城市。近年来，三明作为老工业基地的职责几近落幕，但由此带来的职工赡养负担等问题仍在持续。多因素综合作用下，职工医保基金出现赤字。2010 和 2011 年分别赤字 1.4 亿元和 2.1 亿元¹¹。一是老工业基地给三明市带来了沉重的职工赡养负担。三明市城镇职工医保赡养比逐年下降，2012 年为 1.97:1，并保持继续下降的趋势，到 2015 年下降到 1.71:1。城镇职工基本医疗保险基金赤字，给财政造成负担。截至 2011 年底，三明市城镇职工基本医疗保险基金亏损 2.1 亿元，占当年财政收入的 14.4%；二是三明市青壮年人口外流情况日益突出。2011 年末，三明市常住人口 251 万人，低于其户籍人口 20 余万人，福州、厦门是其青壮年人口的主要流向地；三是医疗费用增长率远高于居民收

¹¹ 本部分数据来源于三明医保局。

入。2005-2011 年，三明市 22 家县级以上公立医院收入年均增长 17.30%。同期，三明市城镇居民人均可支配收入年均仅增长 10.53%。在此基础上，三明本身存在的财政困难、赡养比持续下降、医保基金赤字等因素综合触发医改。2012 年初，三明正式启动医改。

2. 历史沿革

自医改以来，三明医改经历了治混乱、堵浪费，建章程、立制度，“治未病”、大健康三个阶段。现阶段，三明医改正处在由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变的第三阶段，改革依然在路上。本文将三明医改划分为三阶段，回顾三明市 8 年来在不同阶段解决的不同问题。

第一阶段：2012-2013 年，重点开展重点药品价格监控，统一采购平台。三明市按照“为用而采，去除灰色、价格真实”的原则，实行了联合限价采购，将药品品规压缩至 2287 个；积极探索“两票制”，还原真实药价，避免了“过票、洗钱”、税收流失和医生拿回扣的局面；取消药品加成，破除“以药养医”机制，遏制药价虚高，减少药品浪费；统一采购平台，在不增加患者负担的前提下，通过调整服务价格、政府补助等措施弥补医院由此减少的差价收入。

第二阶段：2013-2016 年，聚焦治病、整合医保阶段。在全国率先将原来分别隶属于人社部、卫生部门的 24 个医保基金经办机构进行整合，组建成立医管中心；统一城镇职工目录、城乡居民目录、新农合三大群体的用药目录、诊疗项目、服务设置标准，破解同病不同价问题；按照“定额包干、超支自负、结余归己”的原则，全面实施住院费用按疾病诊断分组付费 DRGs 改革，实现城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗统一。

第三阶段：2016 年至今，进入以健康为中心的“三医价值”阶段。此阶段主要依靠医联体为抓手，以组建总医院为载体，县乡村实现命运共同体，责任共担。一是构建“价值医疗”体系，将医疗评价指标转向患者受益上，比如评估某种癌症晚期的患者是否要做手术，手术是

否对生活质量有帮助；二是构建“价值医药”体系，更注重药品对患者病情的改善；三是践行“价值医保”理念，积极探索“钱随人走”的医保策略，促进医疗机构从“竞争型”向“协同型”转变。

3. 关键举措

（1）制定明确的目标、远景和实施路径

在领导小组成立之初，三明市启动了“三医一体化”新医改管理体系。建立了“政府主导，部门参与，医院合作，社会监督”的工作机制，提出了坚持“三个执着”，推进“三个回归”的改革方针，为随后的医改措施奠定基础。这些总结起来，实际上就是按照“腾笼换鸟”的思路来腾空间、调结构，将此前医药、耗材等不合理的空间腾出来，减轻医保基金的负担，使患者受益的同时，医院医生也能受益，从而让医疗体系进入良性循环。

主线：建机制、堵浪费、调结构、增效益			
目标 “四个可以”	要求 “三个回归”	依靠 “三个依靠”	途径 “三医联动”
①百姓可以接受 ②财政可以承担 ③基金可以运行 ④医院可以维持	①公立医院回归公益性质 ②医生回归看病角色 ③药品回归治病功能	①公立医疗机构的硬件投入依靠政府 ②软件和日常管理依靠医院自身 ③降低医疗成本和提高运行效率依靠体制机制创新	医药、医保、医疗 三医联动

图 4.1 三明医改纲领

资料来源：中国民生银行研究院根据公开资料整理

（2）深化政府及医院管理体制变革

一是进行“自上而下”的管理体制改革，由三明市委市政府、市财政局、卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障局、食品药品监督管理局等多部门联合组成三明市深化医药体制改革领导小组办公室，全面统筹改革工作，把涉及公立医院改革的有关医药、医保、医

疗等职能部门归口管理,形成高效的改革决策和推进机制,奠定了“三医联动”的基础。

二是突破体制机制创新,成立医保局整合职能。针对“三个医保”统一管理的问题,2016 年三明市在全国率先成立医疗保障管理局。三明市医保局将分设在人社、卫计、财政、医保管理中心等部门的职责进行整合,同时将药品采购职能并入医保管理中心,彻底切断医院与药品供应商之间的资金往来和利益链条。

三是打破公立医院编制管理限制,弱化二级以上公立医院编制管理,编制使用审批制改为备案制,合理核定各级公立医院人员规模,由公立医院自主考录聘用人员;按现代医院管理制度的要求,实行医院院长聘任制,由同级医改领导小组聘任,聘期为每届 5 年,连聘不得超过 2 届,推进公立医院院长职业化、专业化建设。各级卫生行政部门领导一律不兼任公立医院院长职务。

四是出台优惠政策,扶持发展民营医院。近年来,三明市政府及有关部门,在坚持政府主导的原则下,解放思想,改革创新,先行先试,完善民营医院发展的扶持政策,积极探索“医养结合”发展新路。借鉴外地的经验和做法,国土部门对民营医院所需用地实行划拨或优惠供地,税务部门对税费采取更进一步的减免,政府更多地购买服务,以促进医养结合产业的长足发展。

(3) 以薪酬制度不断完善、医疗服务价格提升为主进行医疗改革

一是建立科学考评体系,实行院长年薪制。6 大类 40 项院长考核指标促进院长加强对医院医疗质量、服务能力提升的管理。院长年薪由财政支付。

二是提高医疗服务收费、增加医院可支配收入。通过医保核算,调整床位费、护理费、治疗费、手术费、诊察费等劳务性收费水平。工资总额控制,医务人员目标年薪制、年薪计算工分制。在总额控制下,根据不同级别、不同岗位开展薪酬分配。

三是在全省率先实行分级诊疗和双向转诊制。引导参保人合理选择医疗机构就诊,推进城市医院与基层医疗卫生机构分工协作机制建设,防止过度医疗,形成基层首诊、分级诊疗、急慢分治、双向转诊的诊疗模式,提高医疗服务的协调性、连贯性、整体性。

四是推动医疗资源、人才、病种下沉。一方面建立医师定期驻乡驻村制度,把医生到基层服务的时间和成效与收入挂钩,提高医生下乡入村的积极性;另一方面,合理确定县乡村三级医疗机构诊疗病种目录,下派医生门诊诊查费按下级机构标准收取,差额部分由医保基金全额补足,引导群众到基层就医。

(4) 以联合采购、加强用药监控、取消药品加成为主进行药品改革

一是开展重点药品监控。自 2012 年起,三明市对辅助性、营养性、高回扣、“疗效不确切、价格很确切”的 129 个品规“神药”进行重点监控,仅监控当月药品费用支出就下降 1673 万元。同时,严控大处方、控制次均门诊费用和次均住院费用、严控抗菌药物使用。2014 年三明市确定了 53 种无需输液治疗的常见病、多发病,进一步规范药品使用。

二是全面取消药品加成。在药品的使用端,三明市实行县级以上医院药品零差率销售,破除“以药养医”机制,遏制药价虚高,减少药品浪费,促进合理用药。医院由此而减少的差价收入,在不增加患者负担的前提下,通过调整服务价格、政府补助、加强医院内部管理等措施进行弥补。

三是积极探索“两票制”。在药品的流通端,三明严格要求执行药品“两票制”,即按照“药品生产企业—配送企业—医疗机构”模式,药品从生产企业到配送企业开一次发票,配送企业到医疗机构再开一次发票,且货票同行,杜绝假劣药流入。

四是开展药品联合采购。三明市在保证质量的前提下,于 2013 年开始执行药品的联合限价采购,具体通过将三明全市的采购量打

包，换取企业降低价格，实质是带量采购的雏形。2015 年，三明市在继续做好药品限价采购的基础上，对全市医疗卫生机构临床使用的医用耗材（检验试剂）全部实行集中招标采购。2016 年，建立跨区域药品采购联盟，通过以量换价，争取较低药品价格和较高供货率，也为此后国家层面推动的“4+7”药品集采积累了经验。

（5）不断完善医保支付方式

一是以药品为突破口、实现“三保合一”。2013 年起，三明市将医保工作的重点转向“同病同价”，统一城镇职工目录、城乡居民目录、新农合三大群体的用药目录、诊疗项目、服务设置标准，破解同病不同价问题。为了便于统一管理医保用户，三明市建立了医疗保障管理信息系统，在这个系统中可以查询到各类型参保用户。同时，将医师和药师对应到医疗保险管理信息系统中，通过医师编码和药师编码，对医疗行为进行监管。同病同价和医疗行为的监管为三明开展医保收付费改革奠定了坚实的基础。

二是建设紧密型医联体、突破医保支付改革。2017 年，三明市以组建总医院为载体，全面建设紧密型医联体，推动优质医疗资源下沉基层。截至 2017 年底，三明市全市已组建 10 个县级总医院、2 个市区紧密型医联体，初步建立了基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。在整合前，县内各家医疗机构面临争相分食医保基金“蛋糕”的局面，而整合后，医保基金支付给医联体（即总医院），各家医疗机构必须统一目标、分工协作。

三是实施 C-DRG 收付费改革，节省医疗费用。按疾病诊断相关分组（C-DRG）收付费于 2018 年 1 月 1 日起实施。根据疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等，C-DRG 共分 788 组，按照“同病、同治、同价”的原则，不设起付线，由个人和统筹基金按比例分担。C-DRG 收付费改革试点第一年取得了一定成效后，2019 年又做了进一步完善，将单病种结余的金额按照 30%的比例返还给患者，这部分资金不从医院的结余里出，而是医保单独给予补贴。

（6）构建互联网医疗体系

目前我国医药产业长期处于重流通、轻研发的现状，许多制药企业约 50% 的成本投入到了流通环节，而研发占比还不足 5%。与此同时，医疗、医药、医保数据孤岛现象严重。中国医改迫切需要一个实现“三医联动”综合改革的平台，三明医改正是这一改革方案的最早实践者。

一是搭建新型数字化药品采购平台。2013 年，三明市委托厦门海西医药交易中心设计开发新型数字化平台，落地实施药械联合限价采购与结算，监管部门可通过平台进行全流程监管，在技术上确保“三医联动”改革的落地。

二是打造数字化医保服务平台。通过一个平台即可了解全市医保基金运行、药械采购、医院运行等情况，做到了统一平台、统筹管理。基于连续、全面的健康数据，医保支付将更加关注居民的疾病预防和健康保障，真正实现少生病、不生病。

三是打造“三医联动”平台，搭建“三医联动”改革的信息高速公路，实现医疗、医药、医保三大系统的互联互通，建立覆盖诊前、诊中、诊后一体化的就医流程，基于连续、动态的个人医疗健康数据的监测和管理，构建以用户健康为中心的医疗服务体系，推动健康中国战略落地。

此外，医改涉及的环节多，千头万绪。对于医院和医生，政府通过节省医保基金、通过财政投入等方式，对其公益属性、劳动价值进行保障。而药品流通存在极强的市场化属性，政府无法对这部分“损失”进行长期的弥补，更何况这些“损失”原本就有不合理的部分，而且涉及了药企、流通企业、医药代表等多个主体，影响范围广、影响程度深。如果三明医改长期处于自行摸索的阶段，遇到的阻力大，能走多远存在不确定性。而来自高层的肯定、来自相关部委的支持，使得三明医改的可持续性更加确定。

4. 改革后主要成效

根据三明市医改办最新提供的数据，实施 7 年多以来，三明市实现了放缓医药总费用增速、减轻患者负担、降低药品费用的“三降低”以及提升医务人员薪酬、医院收入结构优化、城镇职工医保基金扭亏为盈的“三提升”。

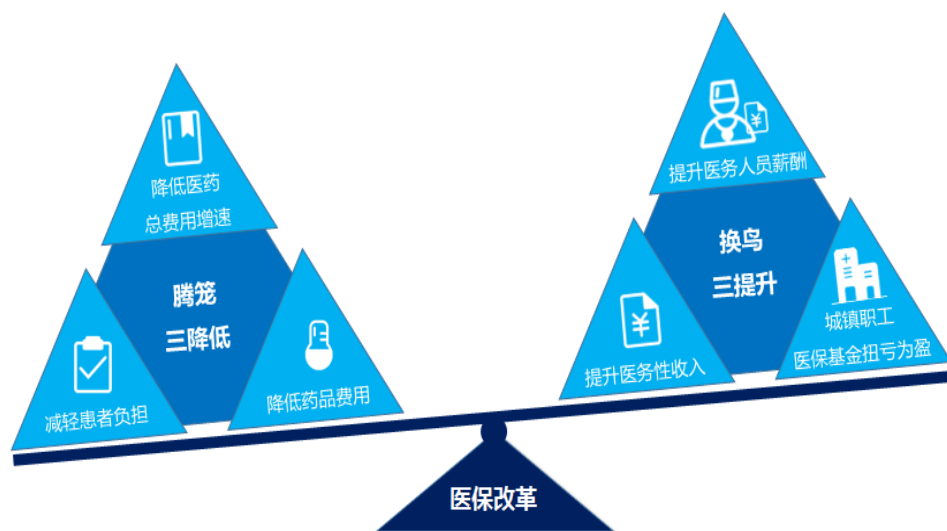


图 4.2 三明医改阶段性改革成果

资料来源：中国民生银行研究院根据公开资料整理

（1）公立医院药占比持续下降，医疗服务价格稳步提升

三明市公立医院药占比由 2011 年的 47.1% 下降到 2018 年的 21%；医疗服务价格方面，体现医务人员劳动价值的服务价格大幅度提升，由此医院医疗服务性收入由 2011 年的 6.8 亿元增加到 2015 年的 15.3 亿元，占总医药收入的比重由 39.9% 提高到 64.8%，显著高于福建省与全国平均水平。

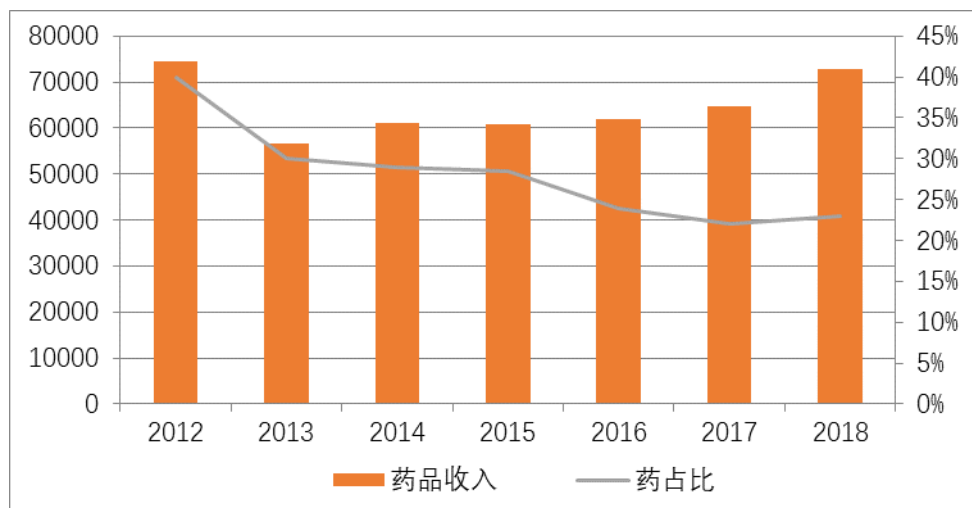


图 4.3 三明市 22 家县级以上公立医院药品收入和药占比（万元）

数据来源：三明市医保局，中国民生银行研究院整理

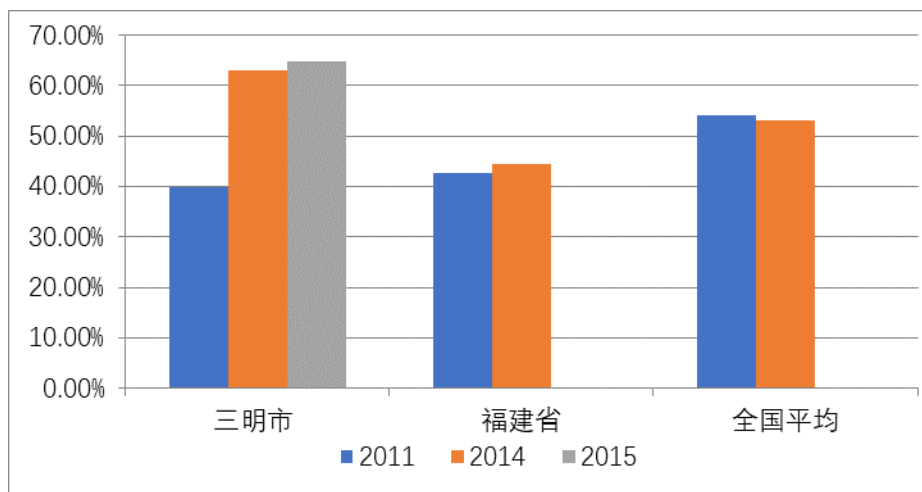


图 4.4 2011-2015 年医院医疗服务收入占比对比情况（万元）

数据来源：网络公开资料，中国民生银行研究院整理，其他年份资料不全

（2）医药总费用节约效果显著

中国卫生统计数据表明，三明市已将公立医院医药总费用年增速控制在 8%-10%，明显低于 2014 年 15% 的全国与福建省平均水平。根据医改前后的医药总费用增长率估算，2015 年三明医改节约医药总费用约 5 亿元，改革以来累计节约近 10 亿元，预计 2020 年这一数字将达 20.7 亿元。

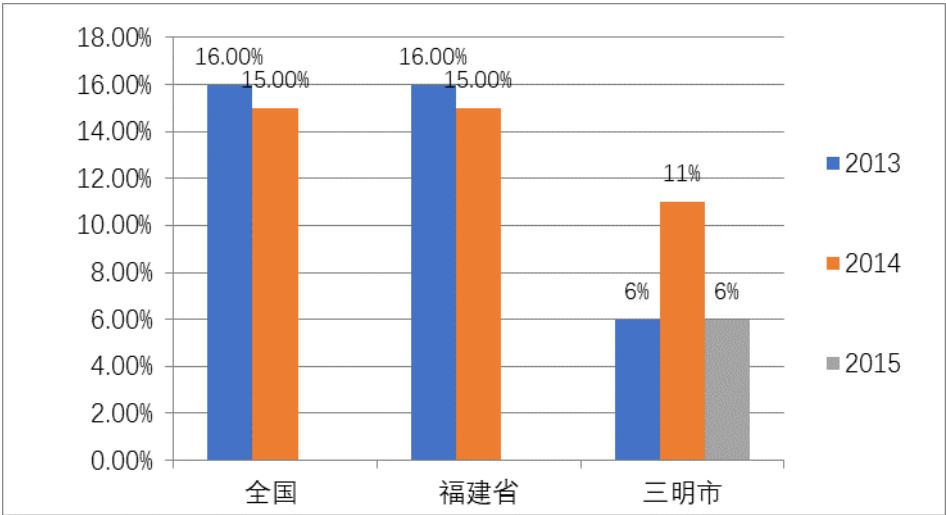


图 4.5 医药总费用增长率

数据来源：三明市医保局，中国民生银行研究院整理

（3）患者医疗负担减轻

不仅是耗材价格下降，从最新的统计数据可以看出，利益链条被斩断了，药价的虚高水分被挤掉了，改革的“红利”很快显现出来。2017 年，三明市 22 家公立医院城镇职工医保住院次均费用个人自付部分由改革前 2011 年的 1818 元减少到 2017 年的 1680 元，下降 7.59%；城乡居民次均住院费用个人自付部分由改革前 2011 年的 2194 元减少到 2017 年的 1749 元，下降 20.28%。患者真正实现了减负。

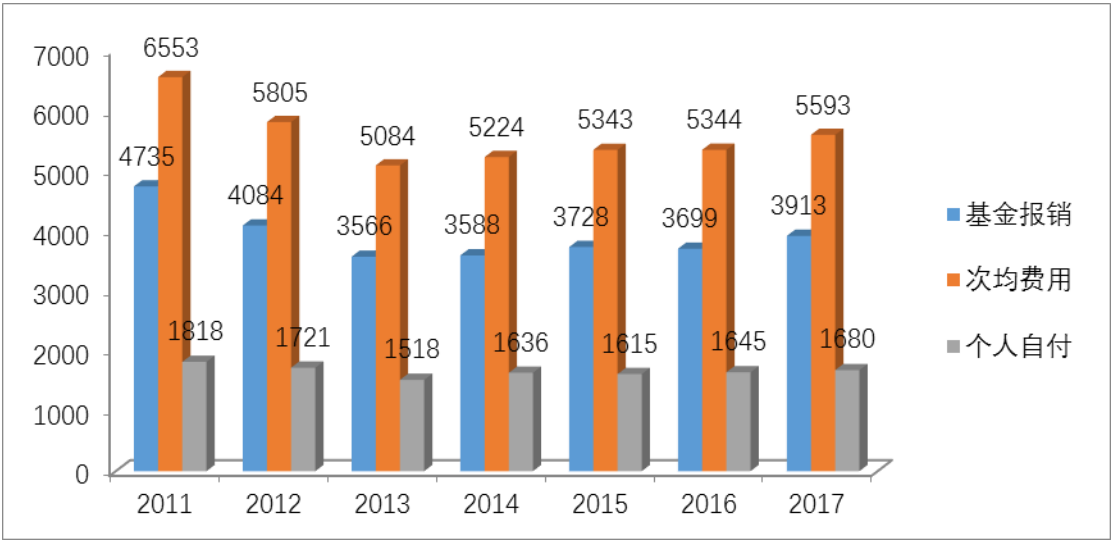


图 4.6 三明县以上公立医院城镇职工医保住院次均费用情况（元）

数据来源：三明市医保局，涵盖 22 家县以上公立医院数据，中国民生银行研究院整理

（4）实现医保基金的连续结余

截至 2018 年底，三明市城镇职工医保住院次均费用由改革前 2011 年的 6553 元下降到 5847 元，居民次均住院费用由 4082 元增加到 4869 元，年均增幅仅 2.55%；与改革前相比，院长年平均工资从 11.2 万元提高到 32.43 万元，医务人员年平均工资从 4.22 万元提高到 11.34 万元；在赡养比逐年下降的情况下，城镇职工医保基金扭亏为盈，且连续 7 年保持结余。

（5）医务人员收入结构优化，平均薪酬提升

改革提高了医务人员薪酬满意度与工作积极性。调查显示：三明市公立医院医务人员目标薪酬兑现率为 80% 左右，医务人员的收入增幅为 30%-200% 之间，外科、妇产、儿科等操作性较多的科室医务人员收入增加幅度较大。三明医保局最新数据显示，通过医改，医务人员平均年薪由 2011 年的 4.2 万元增长到 2018 年的 11.1 万元，院长平均年薪由 2011 年的 10.3 万元增长到 2018 年的 33.2 万元，增幅分别达 160%、200%。根据改革以来三明市公立医院医药总收入增长趋势及医务性收入占比情况进行测算，三明市公立医院实发工资总额占医务性收入比例在未来 5 年将保持为 50%-55%。随着社会平均工资上涨，医务性收入的增长能满足医务人员工资上涨所需的医院实发工资总额合理增加。

5. 可借鉴的经验

（1）建立高效有力的医改领导体制和组织推进机制

三明医改得到党中央、国务院的高度重视。福建省委主要负责同志担任医改领导小组组长，省政府主要负责同志担任第一副组长，由一位政府负责同志统一分管医疗、医保、医药工作，将医改工作纳入政府目标管理绩效考核，带动各市县形成了强有力的推进机制。可以说，党委政府的政治决心，高效有力的推进机制彻底改变医疗、医保、医药“九龙治水”的管理体制。

（2）找到正确的改革路径——“三医联动”

三明市按照“腾笼换鸟”的思路和腾空间、调结构、保衔接的路径，深化“三医”联动改革。所有药品耗材实施联合限价采购，按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的原则，将腾出的空间在确保群众受益的基础上，重点用于及时相应调整医疗服务价格，建立动态调整机制，优化医院收入结构，建立公益性运行新机制。与此同时，改革完善医保基金管理。所有二级及以上公立医院实施按疾病诊断相关分组收付费改革，建立医保经办机构与医疗机构的集体谈判协商机制，合理确定医保支付标准。

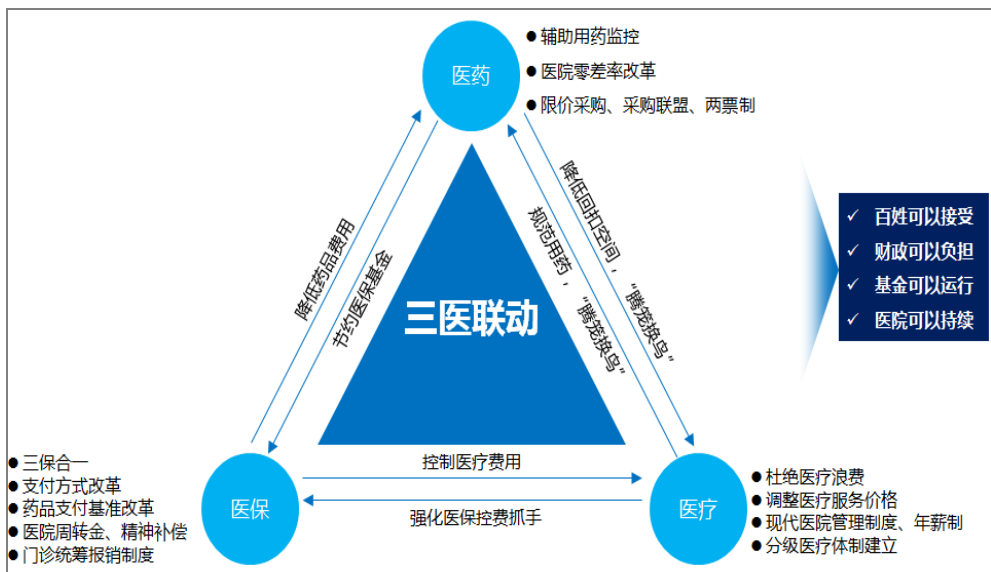


图 4.7 “三医联动”机制

资料来源：中国民生银行研究院根据公开资料整理

（3）遵循一条“一堵二提三保障”的改革机理

一是堵住药品耗材价格虚高回扣的浪费，还给白衣天使一片蓝天白云的行医环境；二是提高医疗服务价格，提高医务人员的阳光薪酬；三是政府为人民提供医疗保障：包括，成立医疗保障局和医疗保障基金管理中心，进行“三保合一”的医保制度保障；为公立医疗机构承担基本建设和大型设备购置的建设保障；为公立医疗机构正常运行兜底的财政保障。

（4）强化医疗机构监督管理

三明市切实加强医疗服务监管，严格医疗机构用药管理，规范

公立医院集中采购药品目录。对医院运行、门诊和住院次均费用增长、抗菌药物和辅助用药使用等进行监控，对不合理用药等行为加大通报和公开力度。福建省加强三级公立医院绩效考核、院长目标年薪制考核、公立医院综合改革效果评价等有效衔接，加大考核结果统筹应用力度。

（5）积极探索市场化医改路径

三明医改的成功还在于厘清政府与市场的关系，不因人员变动而“动荡”，让市场之手充分发挥作用而不使坏。主要体现在四方面：**一是**建立现代医院制度，着力在医院去行政化方面下功夫，确保医院持续健康发展；**二是**深化人事制度、职称晋升制度改革，进一步完善绩效考核制度，确保年薪制更加充满活力；**三是**探索药品价格市场化形成制度，特别是医保支付价改革，突出重围，不被利益集团所“绞杀”；**四是**建立医疗服务价格动态调整，努力让价格与价值相符。

（6）上下联动促进优质医疗资源下沉

三明市在每个县（市）组建紧密型县域医疗共同体，医保基金和基本公共卫生服务经费按人头对医共体总额付费，实行总额包干、结余留用。采取有效措施激励基层做实家庭医生签约服务、强化慢性病管理，引导上级医院主动帮扶家庭医生和乡村医生等提高服务水平。福建省以医保总额付费为纽带，在全省半数以上县（市）组建紧密型县域医疗共同体。

（二）吸取教训：宿迁医疗模式

宿迁医疗卫生体制的改革是经济落后地区穷则思变的典型代表。从改革的目标来看，宿迁医改是政府在财政压力极大的背景下寻求与市场经济相适应的医疗卫生体制的过程。面对经济落后的现实，宿迁采取的是超常规的发展模式，以赶超经济发达地区。宿迁医改的两个重点，**一是**政府退出医疗服务市场，由“办医院”转向“管医院”，同时负责公共卫生；**二是**建立社会投资机制、鼓励市场竞争

机制、引入企业经营机制。改革近二十年来，宿迁市对社会资本投资兴办医疗一直全放开，积极引导鼓励社会资本投入。医疗机构在改革中不断引进社会资本、加大投入，但是在宿迁民营医院规模不断扩张、服务量及份额不断提高，人员总量不断扩大的背后，管理理念落后、医疗服务水平不高、高级医疗人才匮乏及优质医疗资源短缺等问题越来越突出，没有从根本上解决患者看病贵的问题。

1. 改革时代背景和历史沿革

（1）时代背景

一是财政医疗保障缺乏。一方面，财政赤字占 GDP 比重上升，财政负担加重。从 1996 年到 1999 年，宿迁政府财政赤字率整体上升，占 GDP 比重从 0.32% 上升到 2.26%；另一方面，卫生经费在宿迁财政支出中次序较为靠后。根据财政支出的先后顺序，财政赤字加大的政府捉襟见肘，往往难以保障财政支出顺序较后的项目投资。宿迁领导者认为，作为影响国家长治久安的大事，政府应该首先负担义务教育和公共卫生的责任，而市场更倾向投资医疗行业。

二是宿迁当地人均收入水平不高，患者支付能力低。1996 年剔除通货膨胀因素后农民真实年人均纯收入仅为 1848 元，城市居民真实人均收入也只有 2733 元。2000 年，城市居民的医疗卫生支出在消费支出中的比重为 10.90%，农村居民则为 11.85%。根据上述内容，宿迁政府在巨大的财政压力下难以提供有效的第三方担保，导致城市居民保障面小、保障水平低，而农民基本无医疗保障。

三是医疗服务供给不足，质量堪忧。改革之前，宿迁政府将有限的资金投入到医疗服务，公共卫生投入严重不足。在公立医院垄断的背景下，医疗设备短缺，服务供给不足，医疗人员缺乏激励及约束机制，“看病难、看病贵”现象普遍。同时，乡镇卫生院生存艰难、公共卫生条件非常落后。改革前宿迁每千人医生数只有 0.6，远低于全国平均 1.65 的水平。即使在江苏省内，宿迁也排在大多数城市后面。

（2）历史沿革

在宿迁特定的背景下，从 2000 年开始，宿迁市拉开了以“社会办卫生—卫生产业化—产业民营化—民营规范化”为改革思路的医疗改革序幕，形成了后来广受争议的“宿迁模式”。

第一阶段：2000-2005 年，改公办医院为民办。宿迁市政府根据县区乡镇卫生院改革的经验启动了全市社会事业改革，在其下辖的沭阳县以条件好、中、差各挑选一家乡镇卫生院（即沂涛、南关、青伊湖）进行试点，实施“管办分开、医卫分离、医防分设”，变“政府统揽卫医”为“政府主办公共卫生，社会主办医疗事业”，大力促进医疗卫生事业改革。到 2004 年，全市包括精神病医院在内的市、县、乡医院全部由“公办”改制为“民办”。

第二阶段：2006-2010 年，民营医院发展进入提升质量新阶段。前一阶段的宿迁医改一时风头正劲，吸引不少卫生经济学者前往宿迁调研。因此进入 2006 年，民营医院从前一阶段数量上的变化发展到质量上的提升。其中，作为非营利性医疗机构，钟吾医院 2006 年 3 月升格为二级综合医院；2005 年 11 月 9 日，宿迁市中医院经宿豫区改革指挥部批复实行股份制改造，中医院成立董事会，政府持股，实行公助民营。从 2016 年开始，医院连续五年收到宿豫区政府超过 3700 万元的总投入，政府出资比例已经占到了 75%。

第三阶段：2011 年至今，形成医疗服务市场公平有序的竞争格局。2011 年，《宿迁市医疗机构设置规划（2011-2015 年）》印发，鼓励社会资本创办民营医疗机构。同时，明确了医疗机构设置发展“总量控制、结构调整、提高质量、做精做强”的原则。2014 年市政府出台《宿迁市专科医院发展规划（2014-2020 年）》，要求认真履行关于鼓励发展民办医院发展的优惠政策，切实解决资产归属、投资人合理回报及土地政策等问题。2015 年，宿迁市政府出资 20 多亿元，重新建造了一所 2000 张床位的大型三甲公立医院。2016 年，政府又印发了《关于进一步规范社会办医管理的若干意见》，规范了社

会办医法人治理结构，进一步扫除社会办医道路上的阻碍。

2. 关键举措

（1）制定明确的改革目标

宿迁改革的主要目标有两个：一是经济发展的目标，二是领导者的政治目标。宿迁市领导对基于公共卫生和医疗服务概念的重新认识，明确了二者的不同属性，在此基础上界定了政府与市场、不同层级政府的责任、权利和义务。核心思路是公共卫生由政府主导，医疗服务靠市场机制调节，实现政府和市场的有效分工。此外，政府要推进医疗保险计划，建立科学合理的第三方支付体系。

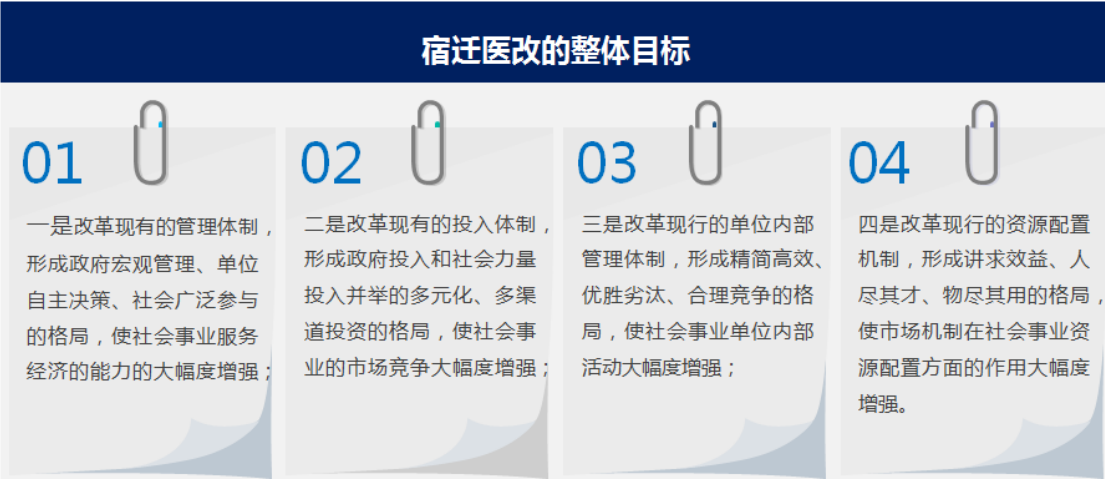


图 4.8 宿迁医改的整体目标

资料来源：中国民生银行研究院根据公开资料整理

（2）集中政府资金，扩大公共卫生服务

医改的实质是对医疗资源的结构性调整。由于宿迁是新建市，很多公共基础设施为零基础，由于基础设施建设公益性强、收益性差，市场机制难以调整，政府责无旁贷。所以宿迁引入社会资本进入医疗服务领域，将政府财力向公共卫生领域倾斜。

一是加快建设 521 工程。为了加快公共卫生医疗服务体系建设，政府收拢五指，集中财力，建 521 工程。所谓 521 工程，指的是 5 大工程、2 项监督、1 个保障。即建设市级 5 大中心，包括疾病预防控制中心、传染病防治中心、公共医疗卫生救护中心、妇幼保健中心、血液采供中心及市、县、乡、村配套网络；完善医疗卫生和

药品监督两大监督体系和一个医疗体系（城市职工医疗保险和农村新型合作医疗制度）。

二是改革体制，乡镇实行医防分设。为改变“重医轻防”局面，政府集中精力抓防保，将医疗让位于社会。乡镇医院开展医疗服务，鼓励民间资本投入；由政府举办的乡镇卫生院开展公共卫生，政府保证卫生院的经费投入。宿迁“一乡两院制”的设计目前全国仅有。社会办医疗，把医疗产业做强；政府办公共卫生，把公共卫生事业做大，以此实现总量增长。

（3）资产置换，吸引社会资金办医

一是改革存量，对国有医疗机构进行产权制度改革。为保证改革稳步推进，2000 年宿迁市在沭阳县分别挑选好、中、差条件乡镇卫生院各一家进行试点，于 2001 年全面展开，所有乡镇医院以净资产转让、无形资产竞拍、股份合作制、兼并托管等形式进行了改制，同时本着“靠外、靠大、靠强”原则，对县级以上 11 家医院进行了改制。改制的方式分为三种：以净资产转让，无形资产竞拍；股份合作制；兼并托管。在这场动荡的改革中，宿迁市 124 个乡镇医院和 9 个县以上的医院进行了产权置换。

二是扩大存量，大力发展民营医院。早在 2000 年，宿迁市政府就出台了《关于鼓励社会力量兴办医疗卫生事业的意见》，民营医院发展就此拉开了序幕。经过几年的改革，通过招商引资、资产置换、扩大医疗资源总量，新办医院 59 家，宿迁成为了全国首个社会医疗资产大于医疗卫生资产的地级市。2006 年 2 月，政府再次出台《关于进一步加快民营医院发展的意见》，更加注重在政策上给予支持，在硬件和软件上为民营医院创造良好的条件。

（4）引导医疗卫生人才合理流动。

2003 年和 2004 年，政府先后出台了《宿迁市医疗机构卫技人员管理办法》和《关于医疗机构全员人事代理的实施意见》，建立市、县区卫生人才服务中心，所有医疗卫生服务人员签订合法的聘用合

同，在卫生人才服务中心鉴证，进行人事代理，合法有序流动。现在宿迁卫生系统正在提升人才结构，提出的“引博引硕”口号，旨在吸引更多高层次人才到宿迁发展。

3. 改革后主要成效

（1）解决了许多公立医院垄断时期的顽疾

一是维护居民健康。1997-2009 年间，江苏其他城市居民报告的四周内患病率大幅上升，但是宿迁这个指标的上升幅度远小于其他城市。宿迁医改使得宿迁居民患病的概率下降 10.0 个百分点。

二是改善医患关系。最近几年，我国恶性医患冲突事件频频爆发，宿迁从未发生任何一起恶性医患冲突事件，而且医改后的宿迁居民更加信任身边的医疗卫生机构。宿迁居民去县（区）外就医的概率比江苏其他城市低 2.3 个百分点；居民生病后一般跑几家医疗机构后才得到满意的治疗。为了得到满意的治疗，宿迁居民生病后跑的医疗机构数比江苏其他城市少 0.5 家。最后，宿迁居民看病所花交通费用比江苏其他城市少 12.8%，所费交通时间少 34.0%。

三是提高医疗服务水平，改善群众就医条件。转制后的医院普遍增加了投资和设备扩充，表现在新设医院和医疗服务机构的显著增加。不争的事实表明，宿迁的医改对宿迁的卫生事业发展带来了积极影响。自 2000 年推行医疗卫生体制改革以来，宿迁市医院床位数、卫技人员数、卫生总资产呈持续上升趋势且上升幅度明显高于全省平均增幅，明显大于徐州、连云港、淮安地区，特别是连云港和淮安地区。

表 4.1 2009 年苏北五市人均卫生资源比较

地区	每万人拥有的县级医院数 (个)	每千人拥有的县级医院 病床数(张)	每千人拥有的县级医务 人员数(名)
宿迁市	0.05	0.72	1.03
徐州市	0.03	0.60	0.85
连云港市	0.06	0.74	0.93
淮安市	0.03	0.45	0.60
盐城市	0.11	0.96	1.11

数据来源：中信建投证券研究发展部《宿迁医改案例分析》，中国民生银行研究院整理

（2）形成新型公共卫生体系

从宿迁市政府对改革方向和目标的设计来看，全面的市场化是改革的核心要点。在整体的设计方案中，政府对医疗与公共卫生的监管理念开始转变，采取经济与法律手段为主、行政手段为辅的措施，与市场开始各司其职。新型公共卫生防保体系逐步形成。

表 4.2 政府与市场在医疗卫生服务中的分工

领域	属性	主要提供者			评判	例证
		理想状态	改革前	改革后		
公共卫生	纯公共品	中央政府	本级政府	本级政府	越位	SARS
	地方性公共品	地方政府	本级政府	本级政府	适当	妇幼保健
医疗	私人物品	市场	本级政府	市场	适当	肾移植
	地方性公共品	地方政府	本级政府	政府+市场	不足	医疗保障

数据来源：中信建投证券研究发展部《宿迁医改案例分析》，中国民生银行研究院整理

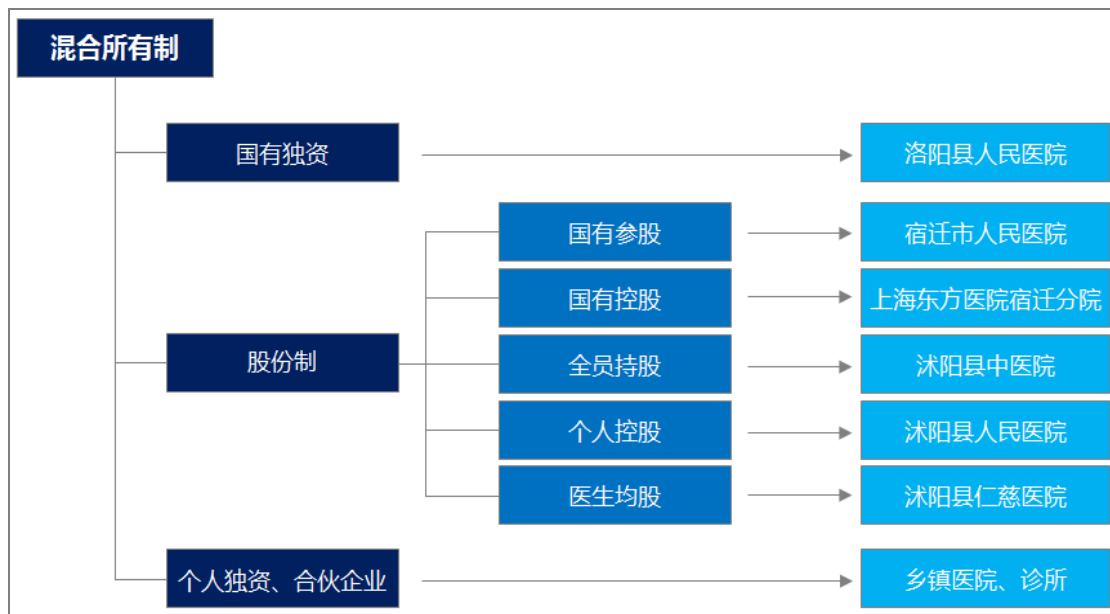


图 4.9 宿迁改革后医院所有制的形式

资料来源：中国民生银行研究院根据公开资料整理

宿迁医改并没有“一刀切”，将所有公立医院都“卖光”，而是保留部分优质公立医院的同时，鼓励民营医院发展，增加市场竞争。

（3）政府财政压力开始下降，公共卫生投入大幅度增加

政府通过盘活医院资产的财务收入，悉数进入专项基金，全部用于公共卫生的开支，政府在卫生领域的职能开始正常发挥。从下

面两张图可以看出，宿迁地区 2010 年卫生总资产、净资产无论总量还是增幅，都远远超过连云港市和淮安市，增幅亦远远超过徐州市。2010 年宿迁卫生总资产、净资产分别达到徐州市的 67% 和 64%。此外，还新建、扩建了五大中心，显著增强了公共卫生的基础设施。

表 4.3 宿迁市与全省及周边地区卫生机构历年总资产比较（万元）

年份	江苏省	徐州市	连云港市	淮安市	宿迁市
2004	5272315	417484	176015	192765	102735
2005	6191002	483327	196114	219023	146648
2006	7093985	552242	225269	277251	143437
2007	8464320	691418	260120	318200	202301
2008	10439286	771233	307399	377847	265352
2009	12060357	960785	370049	401208	348406
2010	14847089	1259246	586421	593830	841332

数据来源：Wind，中国民生银行研究院整理

表 4.4 宿迁市与全省及周边地区卫生机构历年净资产比较（万元）

年份	江苏省	徐州市	连云港市	淮安市	宿迁市
2004	3902046	272182	106686	117958	64878
2005	4546612	316874	122112	140743	81732
2006	5051860	356791	138170	175102	90835
2007	5681599	414967	180357	223300	125709
2008	7091421	508597	185963	242302	166331
2009	8049009	641290	220849	302661	218441
2010	9837525	859686	317236	381538	549140

数据来源：Wind，中国民生银行研究院整理

从表中不难发现，尽管 2010 年周边地区卫生资产均有大幅增长，而宿迁市卫生资产增加最为显著，总资产及净资产由 2009 年的 34.8 亿元和 21.8 亿元猛增至 84.1 亿元和 54.9 亿元，增长幅度达到 2.42 和 2.51 倍。导致宿迁市 2010 年卫生资产大幅度增加的原因在于：一是在宏观方面，新的医改政策出台，2010 年在许多地区是大投入的一年，宿迁地区也不例外；二是在微观方面，宿迁医改通过近 10 年的磨合，已步入良性发展轨道，由于投资环境的日趋成熟，社会资本纷纷涌入卫生行业。

4. 改革后面临的问题

(1) “看病贵”问题并没有解决

从以上现象看，医疗机构增加了，竞争加强了，医院的挂号费减免了，老百姓看病确实有了更多的选择，也确实感受到医院服务态度的改善。同时，单项检查的收费和药品的单价也确实稳中有降。然而，老百姓并没有获得便利、优质、价廉的医疗服务，原因在于：

一是医疗设备盲目向高端发展的现象非常严重。宿迁的医改已经很明显出现“医疗装备竞赛”的趋势。规模稍微大一点医院就努力配备彩超、CT、核磁共振等，甚至一些一级医院也都购置了 CT，而电子胃镜、全自动生化仪等各种医疗设备在一级医院都是常见设备了。高端医疗设备的增多无形中增加了患者的负担。

二是医生诱导病人多做检查和手术。和其他地区相比，宿迁的医院开大处方问题得到了一定的缓解，收入主要靠检查和手术。但却出现了很多其他不正常的现象，形成了医疗费用的另一种扭曲：医生更多要求病人接受各种医疗检查；不需要开刀的疾病让病人开刀，一些医院的剖腹产率达 90%；不严重的疾病故意说得很重。

三是医院的“红包”和“回扣”现象以其他方式表现出来。医院作为一个整体，其盈利的动机并未改变，反而有所加强。主要原因是建立在股份制基础上的医院，如果不以盈利最大化为目标，就无法生存。所以，虽然消灭了医生个人收红包、收回扣的问题，但是这部分利益并没有回到患者手里，而是集中到了医院股东的手里。解决“红包问题”惟一的途径，是使得医院不再有盈利动机。只要这一点不改变，红包和回扣还会以其他的各种方式表现出来。

(2) 区域卫生规划缺乏，三级医疗网络被打破

我国原有的覆盖城乡的三级医疗服务网络，初衷是为了通过转诊体系有效配置医疗资源，防止病人的趋高倾向。宿迁在鼓励医院竞争和引入社会资本办医的同时，没有进行任何区域卫生规划，完

全打破了原有的三级网络和转诊体系，违背了医疗卫生的特殊性，导致医疗资源的浪费和无效率，使老百姓医疗负担加重。

一是加剧行业内竞争，削弱基层医疗水平。在盈利的动机下，只要具备条件，各级医院都在竞相购买设备、做大手术。同时，病人不管是什么病，到哪一家医院都能看，而医院之间“老死不相往来”，根本没有转诊的动力。加上市场化的医疗环境放宽了医务人员流动的限制，促使很多基层医生到城区新兴的医院找工作，导致乡镇医院的医疗水平下降，直至不能够提供一般的医疗服务。

二是中西医医疗格局的打破。由于中医没有很多检查和手术，而且中药价格更低，完全靠市场生存的当地中医再进一步萎缩。据《南方周末》，沭阳县中医院二次改制后效益不断增加，2005 年收入 5500 万，利润率 50%，老百姓口碑也比较好，但是作为一个中医院，其中医所占比重越来越小，原有的中医病区取消了，一些老中医的中医药剂、药丸开始慢慢消失，一些中医人才慢慢都转向西医。

三是高水平医疗队伍发展持续性不足。医务人员的流动性加强，稳定性下降，使得医院缺乏培养医疗技术人才的动力，高水平医疗队伍发展的持续性面临挑战。此外，随着医疗机构的不断增多，医生随时可以跳槽，这使得各个医院宁可“抢人”而不“育人”，不愿意培养自己的技术人员，以防培养好后人才流失。医疗卫生人才后继乏人，医疗质量踏步不前。

（3）政府监管模式相对单一，监管水平不足

政府在对民营医疗机构的监管过程中主要采用奖励和惩罚等经济手段，到底管什么，怎么管，没有制定明确的法律规定。

一是缺乏医疗准入的监管。由于审批的手续简单，政府更看重资产，而不是资质。医疗机构准入的审批权不在于卫生行政部门，却在市长、县长手中。由于政府审批医院的级别不同，收费标准也不一样，而新办的医院千方百计地想得到高级别的审批，所以政府

通过这种权利敛财，也导致了一些名不副实的二级医院出现。

二是财务监管不足。宿迁所有医院都进行了改制，而且主要都是转为民营，很多医院申报了非营利医疗机构。但是调研发现，这些非营利性医疗机构还是实行了分红。转制后，卫生部门基本上无法掌握医院经营的数据，医院上报什么，就是什么，医院会倾向于上报有利于自身的数据，以非营利性的名义盈利。

三是与上级主管部门的协调机制不畅。医疗卫生领域是自上而下的管理体系，改革后，如何使得新的机制能够与各级卫生主管部门相衔接，也是宿迁医改还没有解决好的问题。

（4）医保财税价格政策不完善，存在“以药养医”现象

一方面，宿迁市社会办医一直执行低于成本的医疗服务收费标准，药品价格也受到严格控制。即使现在可以自主定价，但由于受到医保政策的限制和市场竞争的影响，目前全市民营医院还没有一家按公立医院的标准进行调整，药品收费基本上维持原有水平，平均加价率达到 100%，存在“以药养医”现象；**另一方面**，非营利性组织免税资格认定须同时满足 9 个条件，这使宿迁民办非营利性医院很难享受免税资格。3 年免税期后，宿迁营利性医院或不能通过免税资格认定的非营利医院要交纳 25% 的企业所得税，同时仍需交纳房产税、城镇土地使用税以及车船使用税，其税种、税率与企业无异，而且民营医院大型医疗设备更新较快，医院运行成本相对较高，如果不能及时完善税收政策，民营医院负担将会更重。

（5）民营医院投资主体分散、融资困难、财务压力大

一是投资主体分散，抗风险能力不足。在宿迁政府大举“卖”公立医院时，购买者多为非医疗专业人士，多为企业家、个体户等，缺乏专业性，投资实力也较小，抵抗行业风险能力不足。而医院是长线投资，必须要有雄厚的资金实力。要按二级以上规模投资一个新院，即便人员到位、管理规范的环境下，一般要 5-8 年才能实现盈余，若要返还投资成本还要更长时间，在亏损运转时期资金链一旦

断裂，将破产倒闭。

二是融资困难。截至 2016 年，宿迁市民营医院平均负债率达 55%，超过了一般警戒线 40% 的水平，最高超过 100%。除了二级甲等以上医院能从银行获得一定数额的贷款外，其他医疗机构无法从银行贷款。宿迁市政府曾出面希望银行贷款给民营医院，因银行顾虑中小民营医院的还贷能力，不予贷款。而一些医疗机构为了引进新技术、新项目等，从社会上借高利贷发展，存在破产风险。

三是产权归属不清，经营性质变更困难。2014 年国家颁布《关于非营利组织免税资格认定管理有关问题的通知》规定：民办非营利医疗机构资产不属于投资者，若要通过免税资格认定，必须放弃资产所有权。然而，非营利性医疗机构不是慈善家，谁也不可能将资产无条件交给社会。因此，如不解决资产归属问题，将不利于宿迁民营医院健康发展。

四是患者存在重公轻私的就医偏好。不少受访居民表示，是否选取在本市民营医院看病完全取决于病情的严重性，一般不算严重的疾病愿意到民营医院就诊，但是如果严重的疾病还是会选择去公立医院，可见民营医院的社会认可度普遍不高，影响居民就医选择，还导致了人才引进、医保定点服务等问题。

五是民营医院陷入诚信危机。由于政府对医院的监管涉及物价、卫生计生、社保等多个部门，在监管中，各部门之间各自为政，缺乏有效的协调机制，对各部门发现的问题，缺少信息共享，无法从整体上对医院的发展形成良性的引导作用。正是由于政府对民营医院日常行为监管不力，导致民营医院大量存在违规发布医疗广告、采用不正当手段套骗医保、雇佣“医托”招揽病人、无资格卫技人员占比过高，对外承包医院内部科室等非法行医、过度医疗等现象，严重损害了民营医院的整体形象，公众信任度偏低。

六是自身管理不完善，缺乏长远眼光。宿迁存在部分民营医院由于成本、资金的压力，发展中缺乏长远规划，更关注短期利益的

实现，医院发展缺乏技术特色，品牌效应不凸显。此外，虽然宿迁市民营医院机构发展较快，但存在因片面追求自身经济利益而诱导过度医疗的行为，主要表现为“大病小治、不合理检查、不合理用药、不合理治疗、不合理住院”等。

5. 需吸取的教训

（1）贫困地区医疗卫生需精准定位、明确责任

与世界上大多数市场经济国家通常由中央政府和省级政府为主承担医疗卫生支出的制度安排相反，我国财政体制从传统高度集中的“统收统支”向分级分税财政体制演变，中央政府将更多的医疗卫生支出职责交给了地方政府。上级政府把卫生筹资的责任转给下级政府，下级政府在财政资金拮据的情况下，把筹资的主要任务推给了卫生机构，实质上是把难题交给了原本就失灵的市场。

在以 GDP 增长为政绩指标激励机制下，地方政府只热衷于 GDP、招商引资等指标。贫困地区政府搞医疗卫生和教育既没有积极性，也没有能力。这导致地方政府对一些公立卫生机构经费补助日益减少，或者直接将其变卖。地方财政卸包袱的冲动，可以说是医改市场化的重要原因。因此，解决问题的关键是坚持科学发展观，明确政府职责。中央政府必须通过有效手段保障全体公民都享有公共卫生和最基本的医疗服务，明确对贫困地区和贫困人口的财政补助标准。地区间财政能力差异的问题，应通过强化转移支付来逐级解决。

（2）发挥市场机制，不能回避医疗卫生领域的自身规律

“宿迁模式”把医疗卫生事业定位为“经营性行业”，并认为“只要是经营性的行业，就可以放到市场上去竞争，通过竞争降低价格，提高质量，改善服务”，这一定位是不准确的。理论上，竞争的市场上只要供大于求，价格就可能下降。但是在医疗市场，由于存在的不确定性、外部性、垄断性和信息高度不对称性等特征，过剩的供给可以通过诱导需求来消化，医生可以使出各种招数来“以量定

费”，大幅度扩充门诊量，让病人多作检查，增加了不必要的检查和手术，结果是导致医院服务量的扩张与整体医疗费用的上升，美国就是典型的例子。因此，通过竞争来控制医疗价格的思路，短期内可能有效。但长期来看，医疗市场的竞争并不能导致医疗价格的下降。这正是医疗卫生市场与其他消费品市场的巨大不同之处，也是当前理论和实践工作中的薄弱认识点之一。

（3）“引入市场机制”和“政府举办医院”并不矛盾

中国市场化进程已由基本完成的竞争领域，转向非竞争领域，事业性单位的市场化将成为改革的重中之重。未来的方向，到底由政府主导，还是由市场主导，殊为关键。“政府主办医疗机构”和“引入市场机制”两者完全可以结合起来，建立既有政府干预的公平性和成本可控性，又具有市场的高效性和灵敏性的制度。从三明市医改历史可以看出，医院所有制并不是医院经营绩效的关键，医院院长和内部管理是医院成功的重要因素。就我国的现状，应当保留相当数量的公立医院，并且由政府严格控制总费用。同时，要改进政府对医院的管理机制，使公立医院之间形成竞争，但是要彻底消除公立医院的盈利动机，使其之间的竞争不能是面向利润的竞争，而是控制成本、改进质量的竞争。

（4）政府需引入社会资本建立良性竞争的医疗市场

考虑到准公共卫生物品具有一定的竞争性，政府若要保证其自由配置的公平性，不仅会导致政府的财政压力过大，还会严重浪费资源。政府帮助民营企业进入公共服务的手段有很多，譬如政府一次性补助、贷款、税收优惠、机会优先等。若政府的出发点为利用政府资金帮助民营医院发展，则应当限制政府参股的份额，排除政府成为最大股东、控制民营医院、接管民营医院的可能。

五、我国医疗卫生市场需求空间分析

(一)从世界主要经济体比较角度分析，我国医疗卫生市场有较大需求空间

1. 预期寿命

2017 年中国平均预期寿命为 76.5 岁，较 2016 年增加 0.3 岁，高于世界平均的 72.4 岁水平，但距发达国家仍存在较大差距。日本是主要发达国家中人均预期寿命最高的，2017 年为 84.1 岁，高收入国家为 80.7 岁。

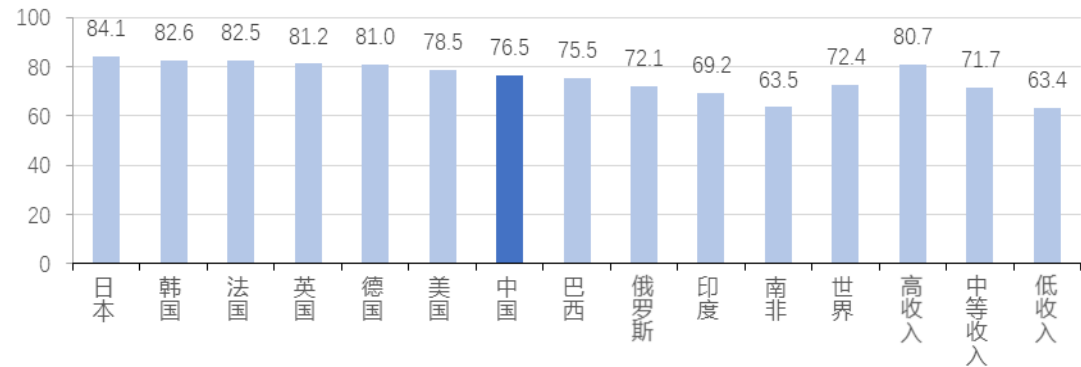


图 5.1 世界主要国家 2017 年预期寿命

数据来源：世界银行 WDI，单位：岁

新中国成立后随着中国整体经济的发展与人民生活的改善，人均预期寿命显著提高，1963 年平均寿命仅为 46.0 岁，低于 54 岁的世界平均水平，1969 年开始已高于世界平均水平，并以约每 4 年提高 0.5 到 1.5 岁的速度稳步提高。

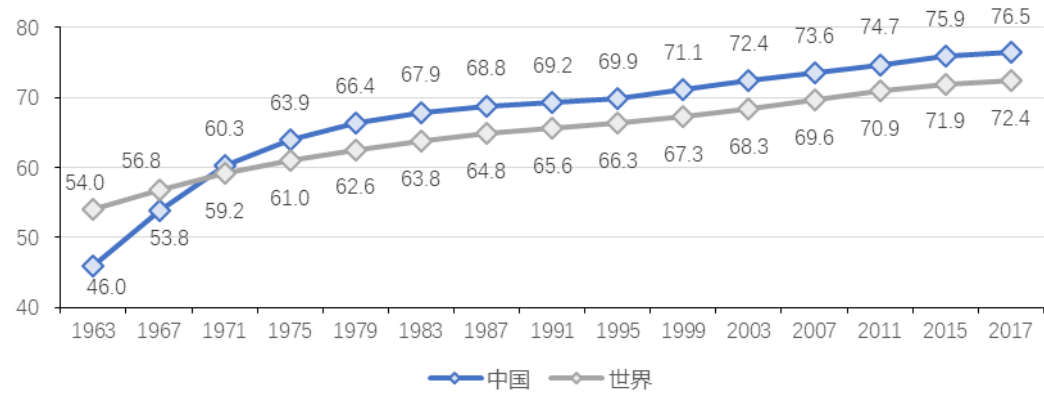


图 5.2 中国与世界人均预期寿命历史变化

数据来源：世界银行 WDI，单位：岁

2. 万人医师数

2018 年中国每万人拥有执业医师数量为 26 人，较 2017 年增加 2 人，高于东亚国家的日本和韩国，并首次超越美国 25.9 的水平，但仍低于欧洲高福利国家。德国 2015 年每万人拥有医师 41.9 人，是全球人均医师人数最多的国家，是中国的 1.6 倍。此外，同为“金砖国家”的俄罗斯，每万人拥有医师数量也是中国的 1.5 倍。可见中国的基础医疗水平与世界领先水平的国家仍有一定差距。

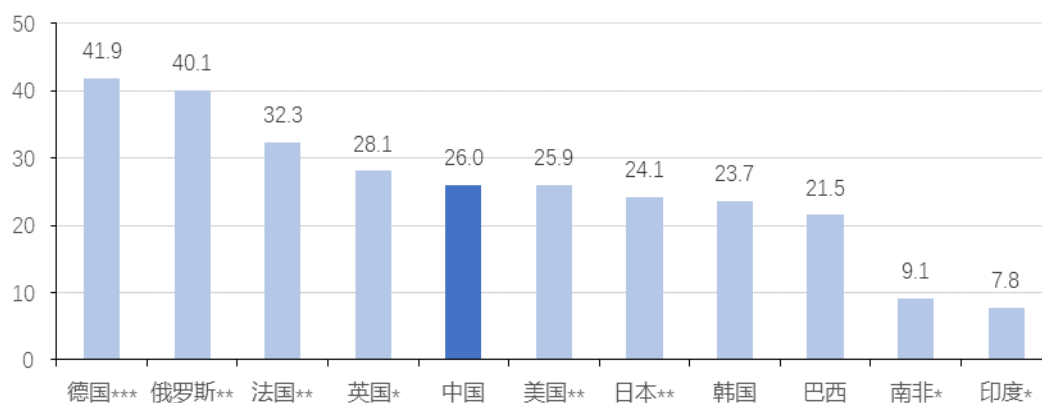


图 5.3 世界主要国家 2018 年万人执业医师数

单位：人/万人 数据来源：世界银行 WDI、国家统计局

注：标*国家数据时间为 2017 年，标**为 2016 年，***为 2015 年，其余为 2018 年

世界银行公布的数据显示世界平均每万人拥有医师 15.0 人，其中高收入国家为 30.0 人，中等收入国家为 13.2 人，低收入国家仅为 3.2 人。中国人均医师数量虽已超过中等收入国家水平，但距高收入国家仍存在差距。

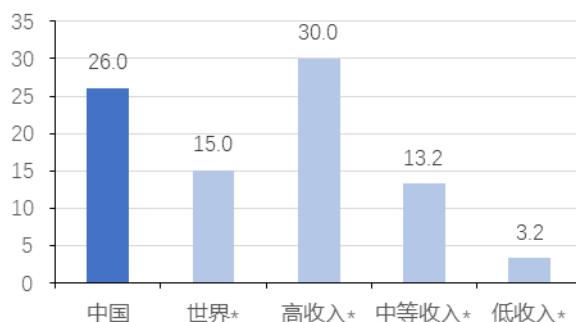


图 5.4 世界及按收入分组国家的万人医师数

单位：人/万人 数据来源：世界银行 WDI

注：中国数据为 2018 年，标*号为 2015 年

3. 万人病床数

2018 年中国每万人拥有医院病床数为 60.2 张，较 2017 年增加 3 张，高于美国、英国。但与同为东亚国家的日本、韩国相比，差距巨大。日本万人病床数为 134 张，列世界第二，是中国的 2 倍多，韩国为 115 张，是中国的近 2 倍。摩纳哥是世界人均病床数最多的国家，为每万人 138 张。

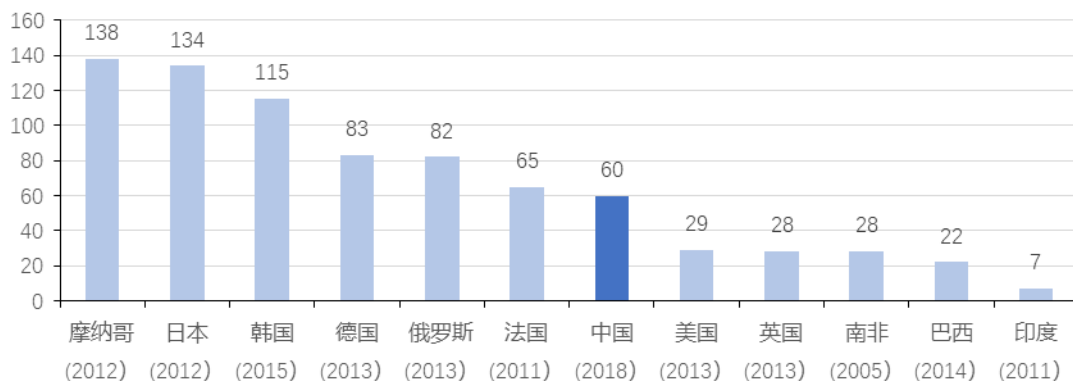


图 5.5 世界主要国家万人病床数

单位：张/万人 数据来源：世界银行 WDI、中国统计局

注：因多数国家数据不连续，采用各国可获取的最新数据比较

高收入国家每万人拥有病床数为 41.1 张，中国目前已超过高收入国家的水平。综合万人病床、万人医师数来看，目前中国约每 450 人配 1 名医师，200 人配 1 张病床。这一水平虽距高收入国家不远，但距世界高医疗水平国家（俄罗斯、日韩等）的差距仍然较大。

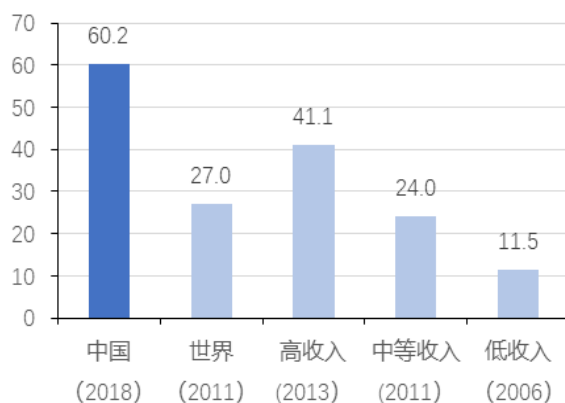


图 5.6 世界及按收入分组国家的万人病床数

单位：张/万人 数据来源：世界银行 WDI，中国统计局

注：因数据不连续，采用可获取的最新数据比较

（二）从我国省级区域比较角度分析，中西部医疗卫生市场有较大增长潜力

我国加快基本公共服务均等化建设，各级各类基本公共服务设施进一步改善，但资源配置不均衡、服务水平差异较大等问题依然存在，尤其是中西部地区医疗卫生条件较为落后，亟需快速发展。

1. 预期寿命

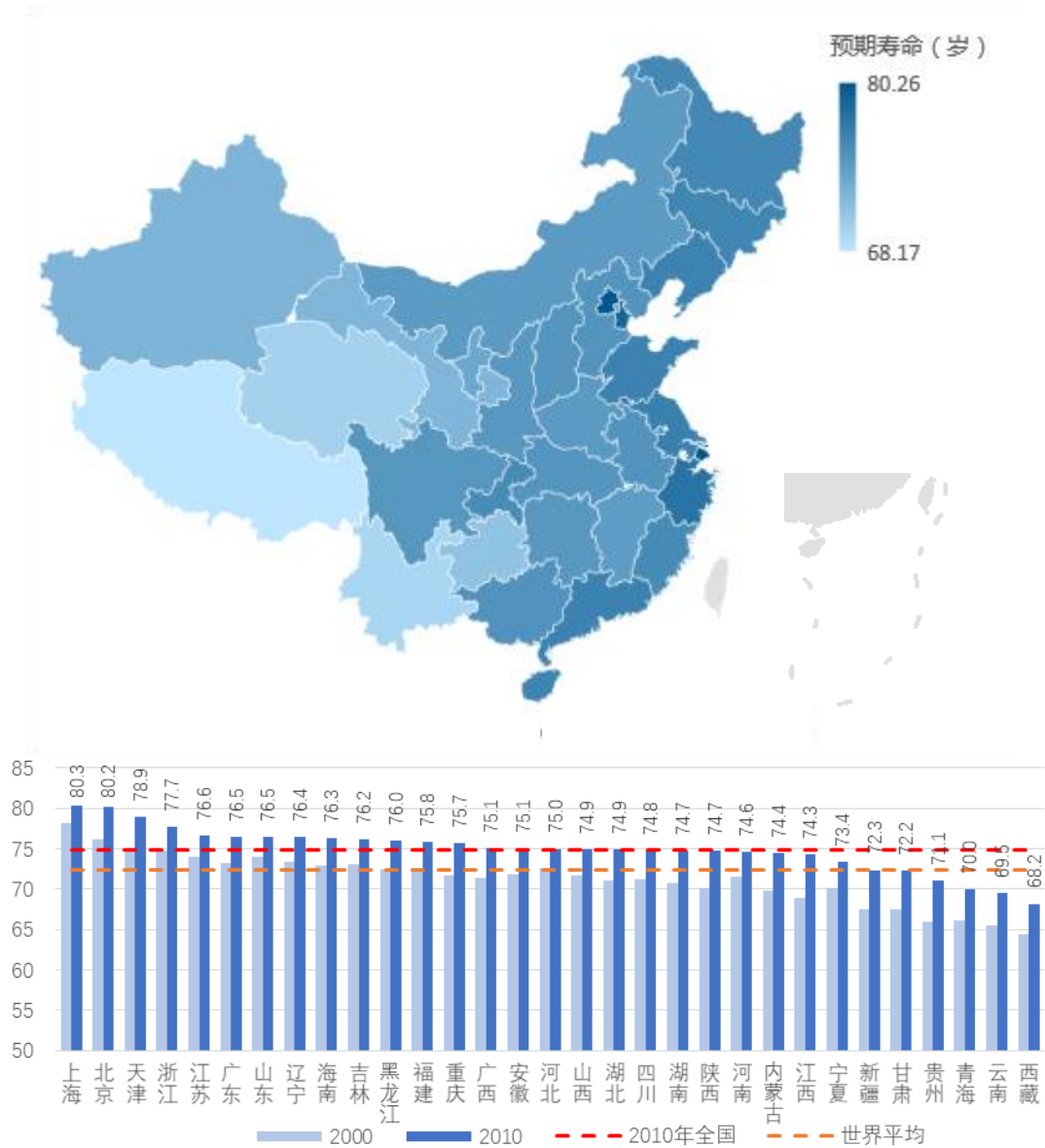


图 5.7 第六次人口普查中国各省（区、市）预期寿命

数据来源：国家统计局、世界银行 WDI 注：世界平均数据为 2017 年数据，单位：岁

根据 2010 年第六次全国人口普查数据，2010 年我国人口预期寿命为 74.8 岁。其中，18 个省区市人口预期寿命高于全国平均水平，

13 个省区市低于全国水平。上海、北京两市的预期寿命超过了 80 岁，分别为 80.3、80.2 岁。而西部地区的新疆、甘肃、贵州、青海、云南、西藏等六个省区人口预期寿命排名靠后，分别为 72.3 岁、72.2 岁、71.1 岁、70.0 岁、69.5 岁和 68.2 岁。整体来看，东部地区人口预期寿命普遍高于中西部地区。与 2000 年人口普查结果相比，2010 年全国人口平均预期寿命提高了 3.4 岁。

2. 万人医师数

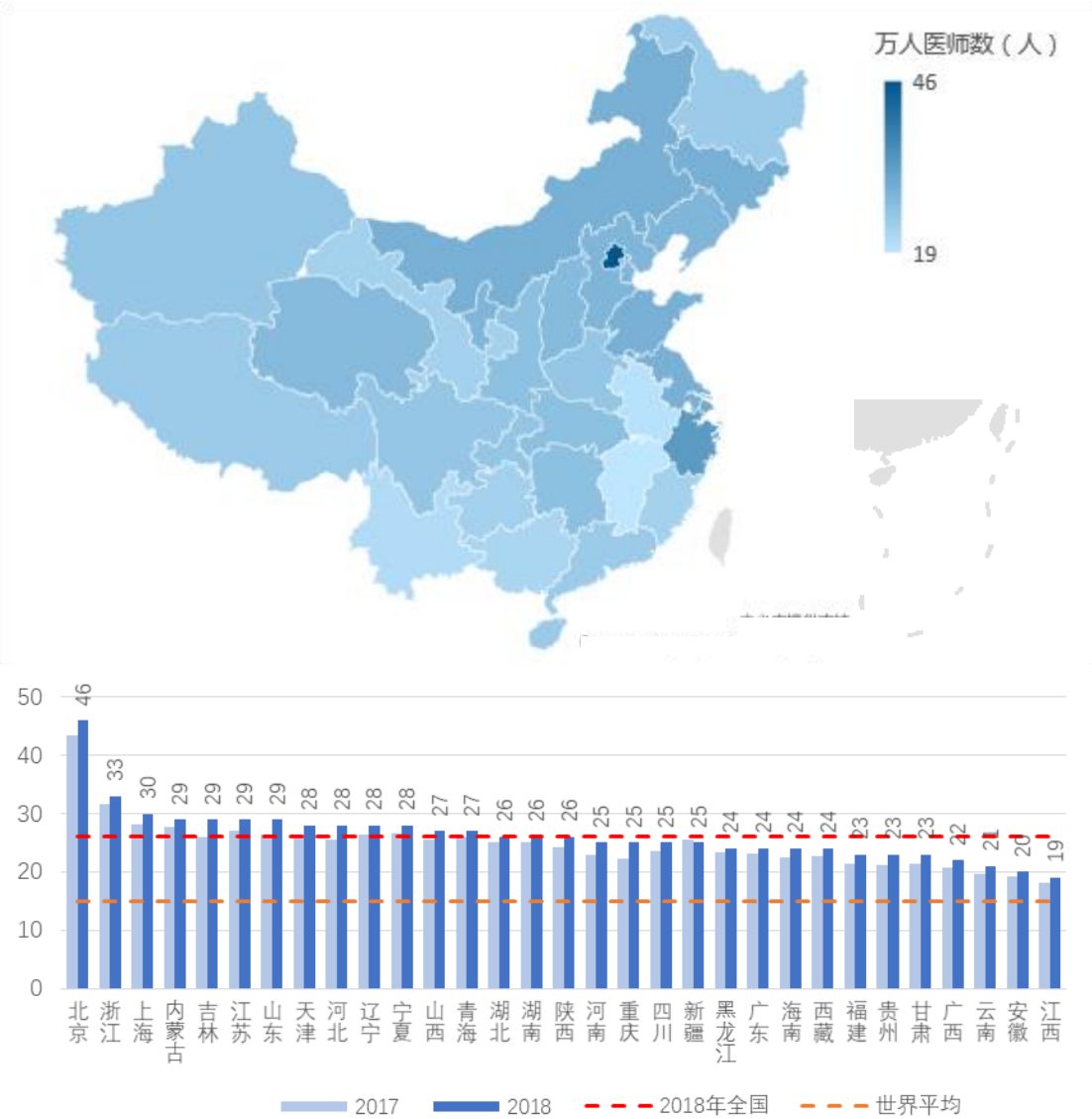


图 5.8 2018 年中国各省（区、市）万人执业（助理）医师数

数据来源：世界银行 WDI、国家统计局 注：世界平均数据为 2015 年数据 单位：人

2018 年，全国每万人执业（助理）医师数为 26 人。其中，13 个

省区市高于全国平均水平，15 个省区市低于全国水平。北京万人医师数为 46 人，位列全国第一。甘肃、广西、云南、安徽和江西五省排在最后，每万人拥有执业（助理）医师数分别为 23 人、22 人、21 人、20 人和 19 人。整体来看，医疗资源主要集中在东部地区，中西部地区万人医师数较低。与 2017 年相比，30 个省区市万人医师数均呈现不同程度上升态势；吉林、重庆、山东、北京和河北等省区增长最快，较 2017 年分别上升了 3 人、2.7 人、2.6 人、2.5 人和 2.5 人。

3. 万人病床数

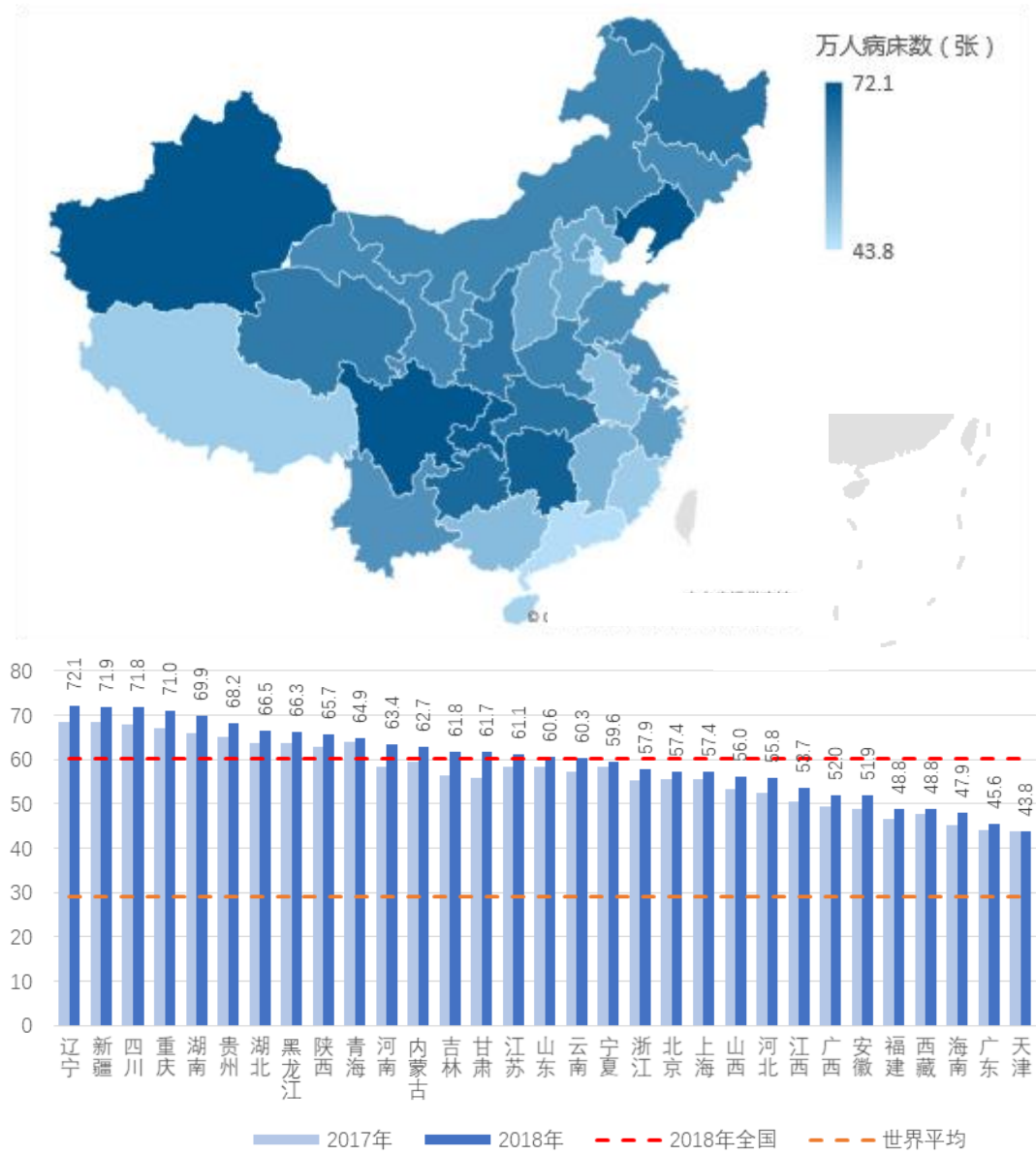


图 5.9 2018 年中国各省（区、市）万人医疗卫生机构床位数

数据来源：世界银行 WDI、国家统计局 注：世界平均数据为 2015 年数据 单位：张

2018 年，我国每万人拥有医疗卫生机构床位为 60.2 张。其中，17 个省区市高于全国平均水平，14 个省区市低于全国水平。辽宁、新疆、四川、重庆四省区市万人拥有医院病床数超过 70 张，分别为 72.1 张、71.9 张、71.8 张和 71 张。西藏、海南、广东和天津等四省市排名最低，万人拥有医院病床数为 48.8 张、47.9 张、45.6 张和 43.8 张。与 2017 年相比，2018 年全国每万人拥有医疗卫生机构床位增加了 3.1 张，30 个省区市万人病床数均呈现不同程度上升态势，仅天津下降 0.2 张，显示全国医疗机构的硬件设施水平不断改善。分地区来看，中西部、东北地区万人拥有医院病床数普遍高于东部。与 2017 年相比，甘肃、吉林、河南三省万人拥有医院病床数提升幅度最大，分别增加了 5.9 张、5.2 张、4.9 张。

（三）从人口结构、居民收入、城镇化水平角度分析，放开计划生育、老龄化将推动医疗卫生需求高速增长

1. 老龄化趋势明显加速，医疗需求明显扩张

自新中国成立以来，我国人口生育政策经历了“由松-变紧-再放松”的过程，这不仅改变了我国人口发展趋势和人口结构，也改变了社会的基本构成，对我国经济社会发展产生了深远影响。其中，人口结构变化的一大特征就是老龄化步伐明显加快，见下图。

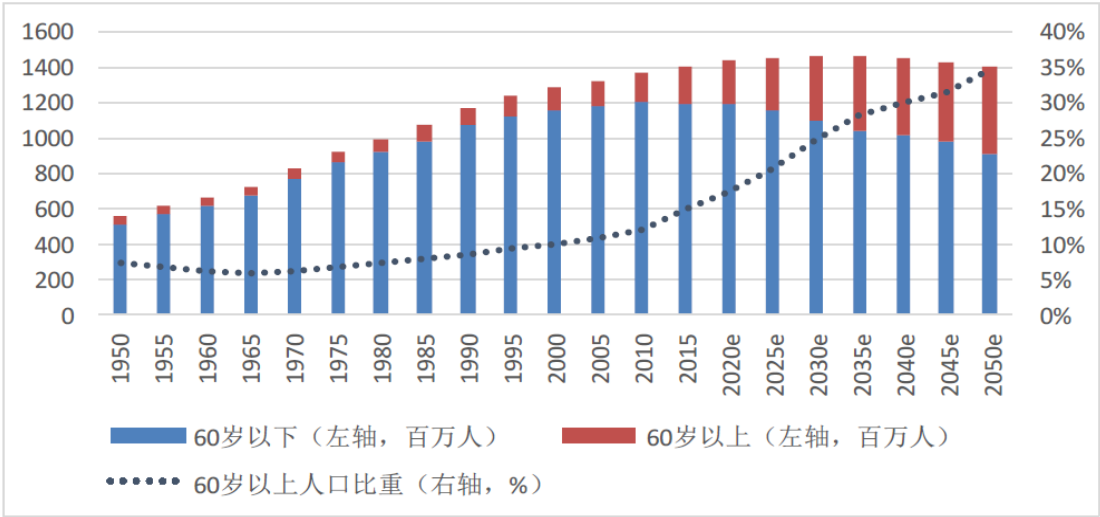


图 5.10 1950-2050 年我国 60 岁以上人口数及占比

数据来源：联合国经济和社会事务部（UNDESA），国家统计局，中国民生银行研究院

2000 年，我国 60 岁以上老年人口占比达到 10.03%，正式进入老龄化社会。据联合国经济和社会事业部估算，未来我国 60 岁以上老年人口占比将逐年提高。预计 2025 年我国 60 岁以上老年人口将突破 3 亿人，人口占比 20.55%，成为老龄国家。从老龄化社会进入老龄社会，法国用了 115 年，英国用了 47 年，德国用了 40 年，而日本只用了短短 24 年，我国与日本速度相近。至 2030 年我国 60 岁以上老年人口占比将达到 24.83%，2040 年将达到 29.92%，2050 年将达到 34.62%。该占比的年均增速将在近 20 年内保持在 10% 以上的高位。

从未来我国人口结构变化趋势（见下图）可以看出，我国老龄化问题的严重程度。我国各年龄段人口结构已由人口红利充足的“金字塔型”（2000 年）逐渐向中老年人口占比较大的“纺锤型”（2030 年）过渡。最终，由于低生育率造成 20 岁以下人口出现不同程度断层，劳动人口占比快速下降，人口结构将表现为老龄化严重的“倒金字塔型”（2050 年）。我国经济增长压力明显增大，医疗、养老资源不足等社会问题将逐渐显现，“未富先老”问题突出。

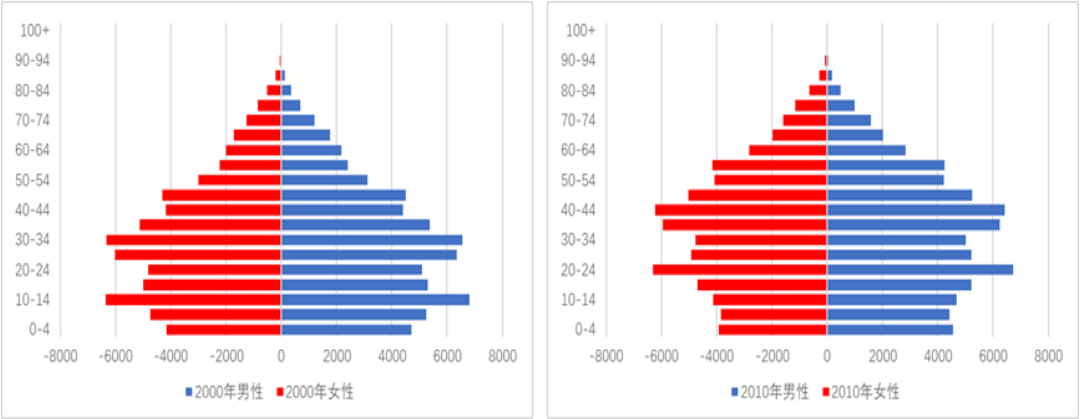
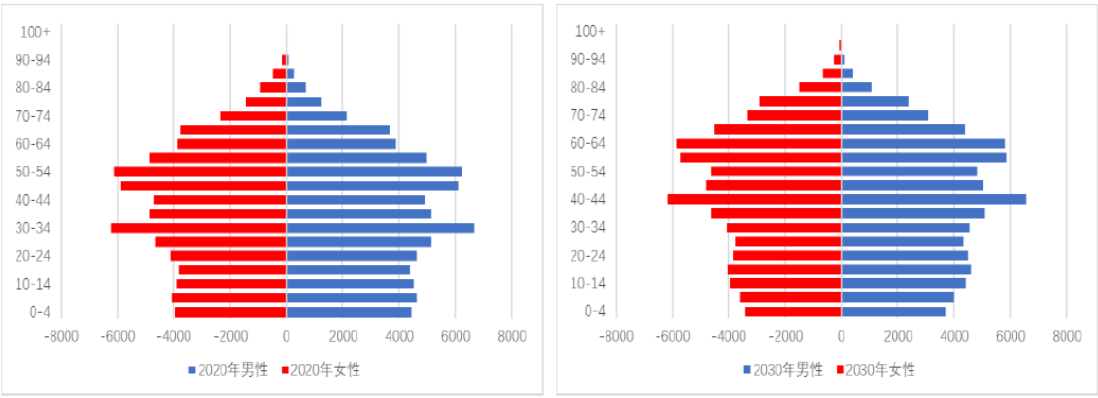
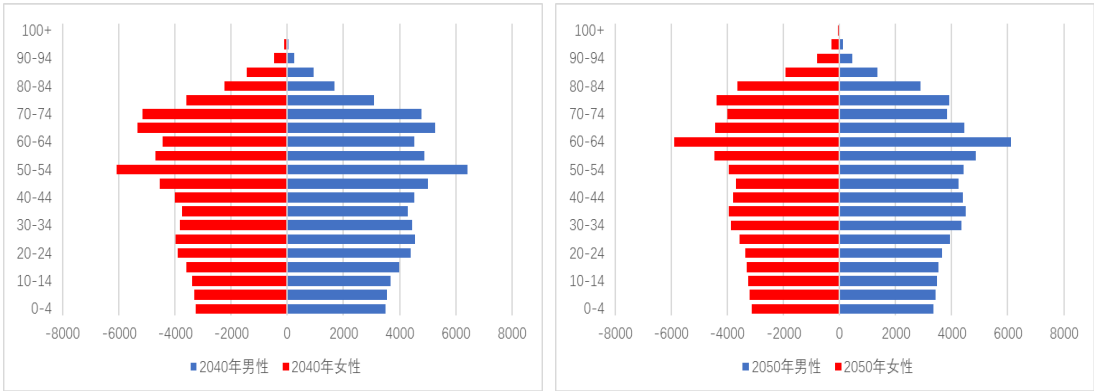


图 5.11 2000-2050 年每十年我国各年龄段人口结构（单位：万人）



续图 5.11（1） 2000-2050 年每十年我国各年龄段人口结构



续图 5.11（2） 2000-2050 年每十年我国各年龄段人口结构

数据来源：联合国经济和社会事务部（UNDESA），中国民生银行研究院

老年人天然具有高患病率、高伤残率、高医疗利用率的特点。老龄化水平快速提升，会给医疗卫生保障等公共服务体系带来越来越大压力。并且，由于我国居民生活水平、医疗水平的提升，各年龄段死亡率均明显下降，人均预期寿命明显提升，医疗服务需求也将明显扩张。

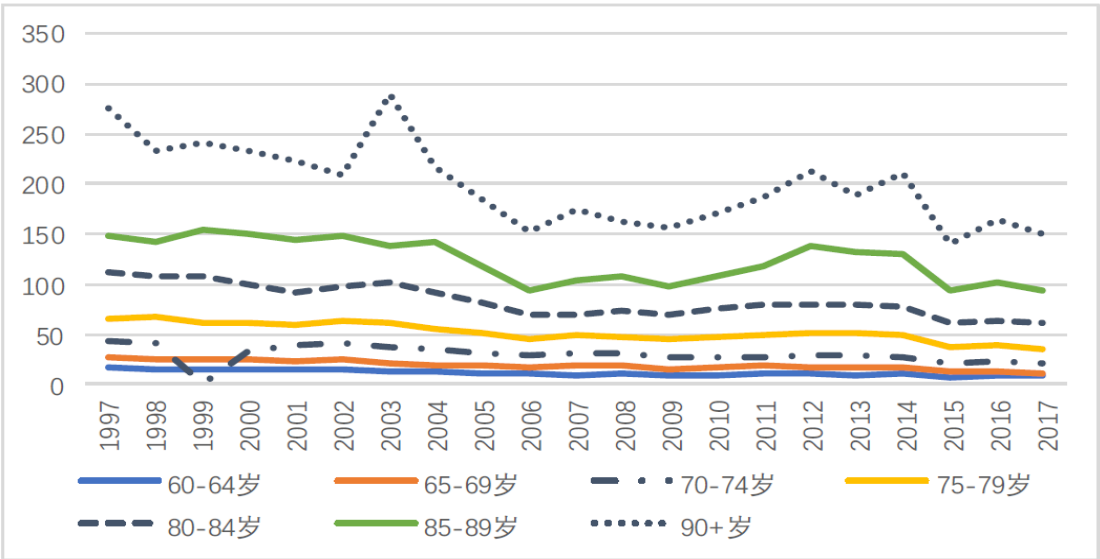


图 5.12 1997-2017 年我国 60-90+ 年龄组别人口死亡率（单位：%）

数据来源：国家统计局，中国民生银行研究院

人口老龄化还会导致个人医疗费用的增加，主要包括老年人患病概率明显增加、慢性病较为常见、恢复期限更长、治疗成本提高等多方面因素。据中国卫生统计数据显示，2003-2013 年，65 岁以上老人的两周患病率从 33.8‰ 上升至 62.2‰，增幅达 61.2%，是人口整体水平的 2.58 倍。2013 年 65 岁以上老人的慢性病患者率为 539.9‰，是整体人口的 1.63 倍¹²。上述患病率还有城市老人患病率高于农村老人的特征。并且，老年人的居家护理成本、护理设备与专业人员要求更高，也会造成老年人医疗需求和医疗费用的大幅提升。

此外，由于男女患病率、死亡率等因素不同，我国老年男女人数不平衡问题也将较为突出，丧偶、空巢和独居老年人等特殊人群规模快速扩大。适合该部分老人的养老、医疗健康服务需求也将不断提高。

2. 计划生育政策放开，儿童医疗短板明显

¹² 数据引用自中国卫生统计年鉴（2018）

为缓解中国人口出生率下行与老龄化进程过快带来的压力，我国政府在 2013 年实施“单独二胎”政策之后，2015 年进一步放开计划生育政策，实施“全面二胎”政策，出生率在 2015-2017 年出现过短暂小幅上升。但从长期来看，我国人口出生率将逐渐下滑，并长期维持在 8‰ 左右。

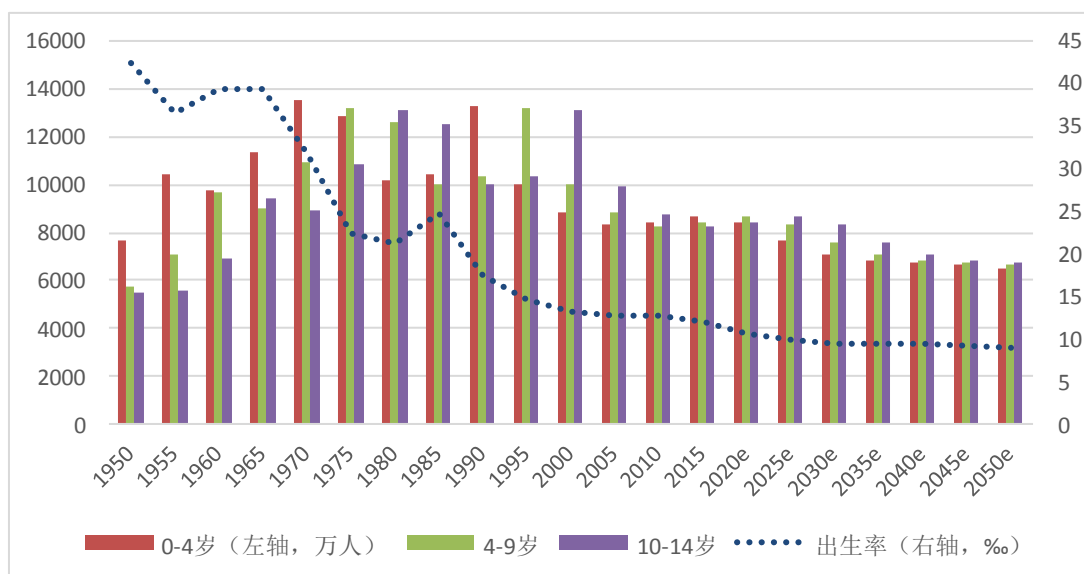


图 5.13 1950-2050 年我国分年龄段儿童人口数及出生率

数据来源：联合国经济和社会事务部（UNDESA），国家统计局，中国民生银行研究院

但长期儿童人口的数量逐年下降并不意味着我国儿童医疗资源相对充足。我国儿童医疗供需不平衡问题主要体现在以下几个方面：

一是儿童人口绝对数量大，医疗资源相对不足。“全面二胎”政策短期有效提高了出生率，到 2030 年我国儿童数量很难明显下降，基本维持在 2.3 亿人左右。到 2050 年，虽然出生率有所下降，但儿童人口绝对数依然很大，在 2 亿人左右。

对于高达 2 亿的儿童人口数量来说，儿童医疗机构与医师人数相对不足。截至 2017 年，全国范围内设有儿童医院 117 家、妇幼保健院（所）3077 家，分别占全国医疗机构总数的 0.12‰和 3.11‰，总量明显不足。其中，高水平儿科专科医院数量明显不足，我国三级甲等医院共有 706 家，其中三级甲等儿童专科医院仅有 22 家。同时，

儿科专科医生数量也明显不足，截至 2017 年，每千名儿童当中只有 0.45 名的儿科医生。

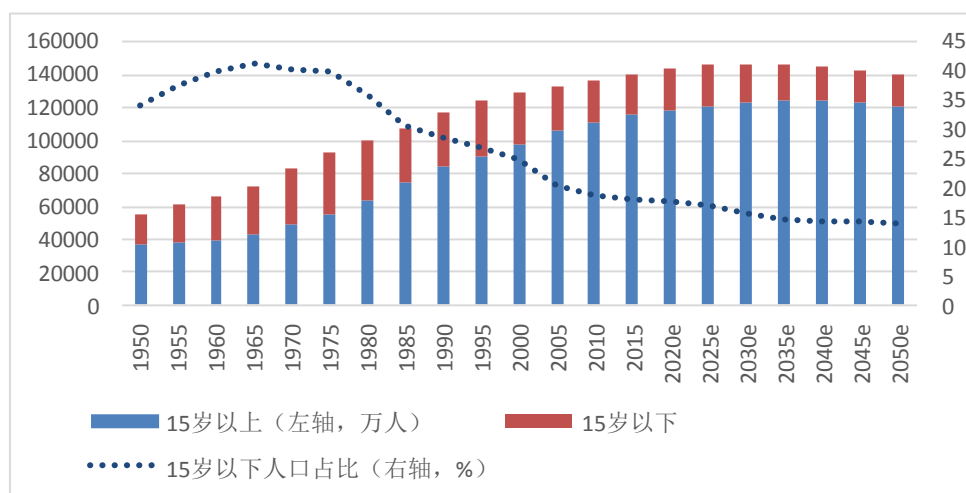


图 5.14 1950-2050 年我国 15 岁以下人口数及占比

数据来源：联合国经济和社会事务部（UNDESA），国家统计局，中国民生银行研究院

二是家长对儿童健康成长重视程度明显增强。随着我国经济发展和人民生活水平的不断提高，家长对儿童能否健康发育成长越来越重视，身体与心理健康并重的医疗保健意识逐渐增强。因此，对相关医疗、保健需求也与日俱增，对相关医疗服务水平、质量和人员资质等方面要求也不断提高，相关儿科医疗资源、专业人员的稀缺问题凸显。

三是儿童各类疾病患病率有所升高。近些年，由于城市环境污染、营养过剩、电子产品普及等原因，儿童身体素质较差，儿童肺部、呼吸道、心血管、眼科、血液等类别疾病的患病率有明显提高，且有低龄化发展趋势，儿科门急诊人数持续攀升。2000-2017 年，我国综合医院儿科门诊人数复合增长率高达 13.75%。2017 年，综合医院儿科门诊接诊人次达 24220.1 万，占门诊总人次的 9.89%，较 2000 年提高了 2.71 个百分点，见下图。

四是儿童专用医疗器械、药品研制发展滞后，市场短板明显。我国药品、医疗器械的研制生产对儿童市场的重视程度不够，儿童专用配方、剂型、规格产品的供给明显不足。儿童用药成人化现象非常普遍，不乏致聋、致死案例。为了解决儿童药短缺问题，量身定制至关

重要，这也是未来我国医药研发的重要方向。

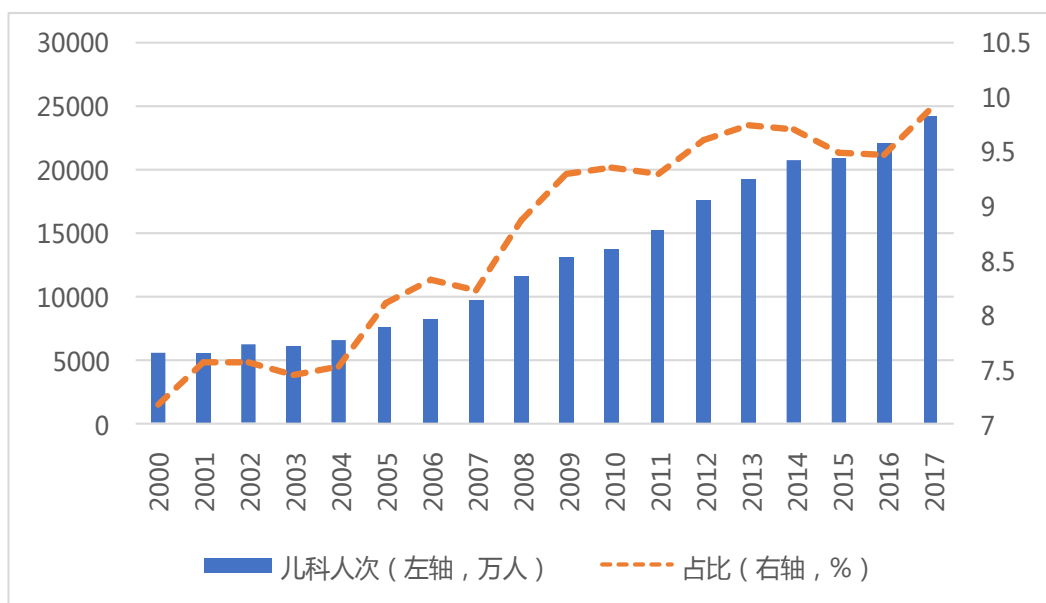


图 5.15 2000-2017 年我国综合医院儿科门诊人次及占比

数据来源：中国卫生健康统计年鉴（2018），中国民生银行研究院

3. 人均收入提高，城乡居民医疗消费占比提升

改革开放以来，我国居民人均收入增长明显，居民消费水平也稳步提升。2000-2019 年，我国人均 GDP 从 959.37 美元增长至 9770.85 美元，增长了十倍有余。同期，我国城镇居民人均可支配收入由 6280.0 元增长至 42359.0 元，农村居民人均可支配收入由 2282.1 元增长至 16021.0 元，分别增长了 6.74 倍和 7.02 倍。

城乡居民的医疗保健意识也有所提高，相应的医疗保健消费开支也逐渐扩大。一方面，居民可支配收入大幅增长导致对基本医疗开支负担能力有所提高，患病平均就医率上升。另一方面，由于收入提高导致居民生活水平的提高，消费意识和消费理念有所改变，已不满足于吃饱穿暖的基本需求，逐渐向健康高品质生活需求过渡。因此，个人医疗消费中保健支出占比逐渐提高。

2000-2019 年，城镇居民人均医疗保健消费支出也由 318.1 元增长至 2283.0 元，农村居民人均医疗保健消费支出也由 87.6 元增长至 1421.0 元，分别增长了 7.17 倍和 16.22 倍。城镇人均医疗保健消费支出占可支配收入比重由 5.065% 增长至 5.390%，农村人均医疗保健消

费支出占可支配收入比重由 3.837% 增长至 8.870%。可见，城乡居民医疗保健消费支出增长幅度远大于其收入增长幅度，并且农村居民医疗保健消费支出增速大于城镇居民，其医疗保健支出负担较重。

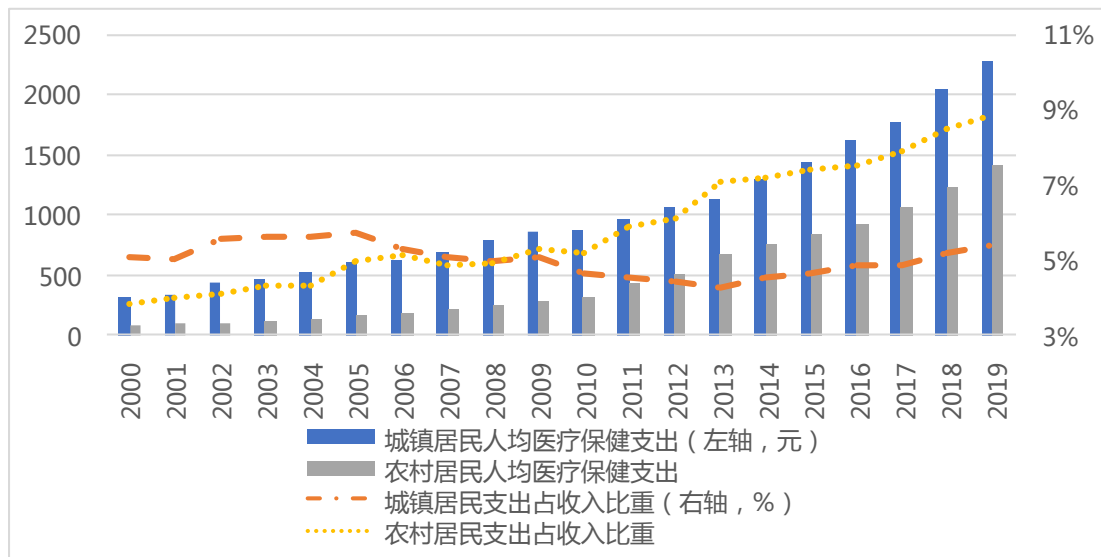


图 5.16 2000-2019 年我国城乡居民医疗保健支出及占收入比重

数据来源：国家统计局，中国民生银行研究院

4. 城镇化水平不断提高，医疗设施配套激发市场需求

目前，中国城镇化进程进入高速增长期，人口城镇化率已由 2000 年的 36.22% 提升至 2019 年 60.60%，估算至少有 3.7 亿人由农村转移至城镇，增大了城镇医疗卫生资源需求压力，推动我国医疗卫生市场的发展。

人口的城镇化将提高居民医疗保障水平，居民身份将由农村居民转变为城镇居民，其医疗保险种类也将由新农合变为城镇职工医疗保险或城镇居民医疗保险。在我国绝大部分地区，城镇职工医疗保险或城镇居民医疗保险的保障水平要高于新农合，这在一定程度上会带来公共医疗支出的上涨。此外，人口城镇化还将提高该部分人口的收入水平，从而提高了个人医疗消费能力和支出水平。

除了上述人口的城镇化外，还有土地城镇化过程。土地的城镇化会带来农村医疗卫生服务体系的城镇化转变，表现为医疗卫生资源数量扩增、质量提升两方面。长期以来，城市医疗卫生资源在数量、质

量上大多优于农村，城镇化可有力助推城乡卫生服务体系均衡化发展，刺激居民医疗保健消费需求的释放，促使公共及个人医疗保健支出的稳步增长。

此外，过快的城镇化会对居民健康产生一定负面影响。一是城镇人口的快速增长，造成交通拥挤、能源过度利用都使得空气质量恶化，对居民健康有显著的负效应；二是城镇人口快速增长会造成城镇医疗资源的相对短缺，而人口的拥挤效应也会增加居民人均医疗成本；三是城镇化会重塑居民生活方式，快节奏、高压、快餐和久坐等城市生活习惯都可能导致居民健康状况下降。上述三方面因素均有可能增加居民个人医疗保健支出水平。

（四）未来我国医疗卫生市场需求空间测算

根据前文所述，我国人口结构、经济发展和城镇化等因素都与公共、居民医疗费用支出水平具有一定相关关系。这里将利用我国 1978-2018 年的统计数据，通过构建经济模型，定量回归研究人口老龄化、儿童人口增加、居民收入提高、城镇化水平提高对医疗费用支出的影响，并结合对 2020-2050 年间全国卫生费用支出总额数据的预测，以此来测算未来医疗卫生市场需求空间的大小。

1. 变量及数据

（1）被解释变量

全国卫生费用支出总额 ($ExpH_t$)，是指我国在一定时期内（通常是一年）全社会用于医疗卫生服务所消耗的资金总额，可作为衡量我国医疗卫生市场需求大小的替代指标。

（2）解释变量

选用老年抚养比 (ODR_t)、少年儿童抚养比 (YDR_t) 表示我国人口老龄化和儿童人口变动趋势。老年抚养比是指人口中非劳动年龄人口数中老年部分对劳动年龄人口数之比，用以表明每 100 名劳动年龄人口要负担多少名老年人。 $ODR = (65 \text{ 岁以上人口数} / \text{劳动年龄人口数}) * 100\%$ 。少年儿童抚养比是指人口中少年儿童人口数与劳动年

龄人口数之比,用以反映每 100 名劳动年龄人口要负担多少名少年儿童。 $YDR = (14 \text{ 岁以下人口数} / \text{劳动年龄人口数}) * 100\%$ 。

选用城镇化率 (UR_t),反映我国城镇化发展水平,一般采用人口统计学指标,即城镇人口占总人口的比重。

选用城镇居民可支配收入 ($City_t$)、农村居民可支配收入 ($Country_t$),表示由城镇或农村居民获得并且可以用来自由支配的收入水平增长情况,衡量城镇或农村居民医疗卫生消费能力的大小。

此外,选用两周患病率 ($Preva_t$)作为控制变量 1,反映居民健康水平对医疗卫生支出的影响。选用物价水平 (CPI_t)作为控制变量 2,反映物价上涨对医疗卫生支出的影响。

上述变量数据样本选用 1978-2018 年年度数据,来源为中国统计年鉴、中国卫生健康统计年鉴。数据样本时间周期跨度较长,能较完整、准确、真实反映我国人口结构、经济发展和城镇化对医疗费用支出水平影响。

其中,两周患病率 ($Preva_t$)部分数据缺失,这里用前值替代。物价水平 (CPI_t)选用 1978 年为基准的定基指数。

同时,为方便统计回归和体现变量间的弹性关系,对上述变量均取对数。

(3) 计量方法与回归结果

利用上述各变量构成时间序列,可得到方程 1:

$$\begin{aligned} \ln ExpH_t = & \beta_1 \ln ODR_t + \beta_2 \ln YDR_t + \beta_3 \ln UR_t + \beta_4 \ln City_t + \\ & \beta_5 \ln Country_t + \beta_6 \ln Preva_t + \beta_7 \ln CPI_t + c \end{aligned}$$

上述模型进行共线性检验发现,变量间存在多重共线性问题。并且为了保证自由度。我们这里采用逐步回归方法,自动剔除部分变量¹³。需说明的是被剔除的解释变量并不意味着其与被解释变量无相关

¹³ 逐步回归模型的基本原理是:把每个解释变量以此引入模型并进行 F 检验,同时对已引入的解释变量逐个进行 T 检验。由于引入新的解释变量而造成原解释变量与被解释变量相关性不再显著时,则将不显著的解释变量剔除。以此类推,保证每次引入新解释变量之前回归方程中只包含显著的变量,直到没有更显著的解释变量加入回归方程,也没有次显著的解释变量被剔除。此时,所得到的回归方程是显著性最优的解释变量组合,完成了解释变量间显著性的对比,同时又消除了严重的多重共线性。

性，只是统计上的优化，得到方程 2：

$$\begin{aligned} \ln ExpH_t = & 1.359218 * \ln UR_t + 1.114088 * \ln ORD_t + 0.465041 * \\ & \ln City_t - 0.3893645 * \ln YDR_t + 0.6589074 * \ln CPI_t + \\ & 0.1819284 * \ln Preva_t - 6.222783 \end{aligned}$$

由方程 2，我们可得如下结论：

一是城镇化水平对医疗卫生支出的影响最大，呈正相关关系。城镇化水平每提高 1 个百分点，医疗卫生支出水平将提高 1.359218 个百分点，弹性大于 1。

二是人口老龄化对医疗卫生支出水平的影响相对较大，也呈正相关关系。老龄人口（65 岁以上）抚养比每提高 1 个百分点，医疗卫生支出水平将提高 1.114088 个百分点，弹性大于 1。

可见，在现阶段，随着我国城镇化和人口老龄化发展，医疗卫生支出水平的增加有不断放大趋势。

三是城镇居民收入水平的提高对医疗卫生支出水平也存在一定正相关影响。城镇居民收入每增加 1 个百分点，医疗支出卫生水平将提高 0.465041 个百分点。说明我国现阶段居民收入对医疗卫生支出的弹性小于 1，恩格尔曲线递减，见下图。

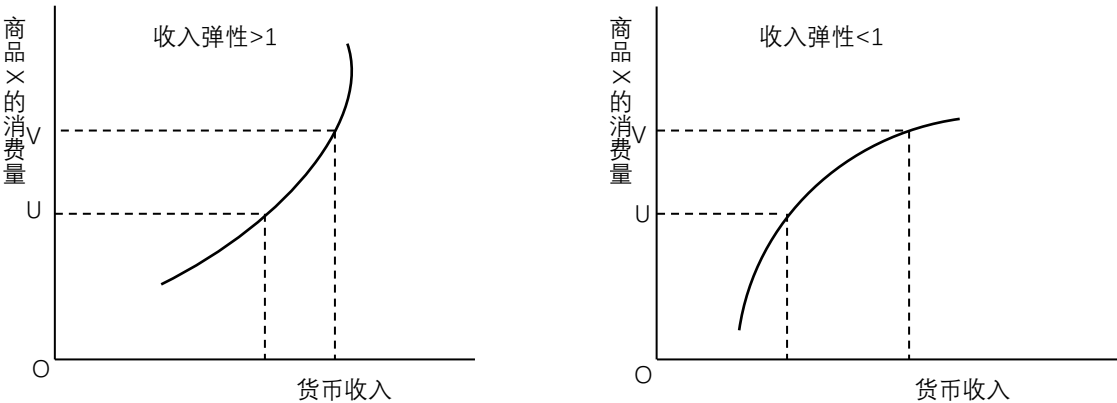


图 5.17 不同形状的恩格尔曲线

四是儿童人口的增多对医疗卫生支出水平的呈负相关关系。儿童

人口（0-14 岁）抚养比每提高 1 个百分点，医疗支出水平将降低 0.3893645 个百分点。这主要可能是随着我国家庭收入水平的提高，家长对儿童健康成长重视程度明显增强，单位儿童医疗卫生的支出水平将有所增加。但这段时间内，我国儿童抚养比明显下降，致使医疗卫生支出总额并未明显提高。

同时，物价水平、两周患病率也与医疗卫生支出呈明显正相关关系。这比较好理解，不作赘述。

（4）对我国医疗卫生市场需求空间测算

对方程 2 中的解释变量进行预测，以推算出 2020-2050 年每五年间全国卫生费用支出总额，从而估算未来我国医疗卫生市场需求空间。

第一，针对老年抚养比（ ODR_t ）、儿童抚养比（ YDR_t ）的预测值采用前文联合国经济和社会事务部的预测数据。

第二，针对城镇居民可支配收入（ $City_t$ ）、城镇化率（ UR_t ）、物价水平（ CPI_t ），我们用 ARMA 模型对其进行自回归预测，并根据经济直觉进行专家调整。

此外，由于两周患病率（ $Preva_t$ ）涉及医疗发展、人类生理等复杂因素，这里不做预测，采用最新数据（2013 年）。

依据上述方法预测的各解释变量预测值，带入方程 2，计算可得 2020-2050 年间每五年的全国卫生费用支出总额预测值，并计算年均复合增长率和人均卫生费用支出，结果见下表：

表 5.1 2020-2050 年我国卫生费用支出预测结果

年份	全国卫生费用支出总额（亿元）	复合增长率（%）	人均卫生费用支出（元）
2020	67943.95		4720.55
2025	102095.28	10.72	7002.86
2030	150573.34	10.20	10282.67
2035	221920.61	10.18	15188.77
2040	292537.52	7.15	20188.49
2045	333755.06	3.35	23350.75
2050	374391.87	2.91	26011.65

数据来源：中国民生银行研究院测算

一是 2020-2050 年全国卫生费用支出规模将不断提升，医疗卫生

市场需求明显扩大。到 2030 年将达到 15 万亿，2040 年达到 29 万亿，2050 年达到 37 万亿。如叠加通货膨胀因素，全国卫生费用支出规模将更大。

二是 2020-2050 年我国居民人均卫生费用支出水平将稳步增长。受居民收入水平和生活品质的不断提高，医疗、卫生、保健、养生等健康消费意识和消费理念逐渐加深，向健康高品质生活需求过渡，我国居民对医疗卫生消费需求将明显增大，消费水平也将不断提高。

三是 2020-2050 年全国卫生费用支出年均增速整体呈下降趋势。2020-2035 年全国卫生费用支出年均复合增长率还保持 10% 以上的相对高位。自 2035 年以后，卫生费用支出年均复合增长率将呈现明显阶梯下降态势。这主要是由于未来我国经济增速逐渐下降，居民收入增速减缓，人口结构调整、城镇化基本完成等因素导致居民医疗卫生潜在需求基本释放，医疗卫生行业供需实现相对平衡。

综上所述，未来我国医疗卫生市场需求空间将不断扩大，居民医疗卫生消费能力和消费水平也将不断提高。同时，本文仅依据我国卫生费用支出数据测算医疗卫生市场需求空间大小，数据口径相对较小。如考虑更大口径，或考虑对上下游或附属产业带动带来的乘数效应，未来我国医疗卫生市场需求空间应将更大。

六、我国医疗卫生体制机制改革的战略愿景及发展目标

从上一章分析判断，我国医疗卫生服务需求将呈高速增长趋势，满足人们日益增长的医疗卫生需求，是我国医疗卫生体制机制改革的根本出发点和落脚点。因此，有必要结合我国现实国情，考虑人口结构、经济发展趋势，匹配医疗卫生服务需求变化，明确我国医疗卫生体制机制改革的战略愿景和各阶段发展目标，在此基础上，以目标导向和问题导向，把握好节奏和力度，推进医疗卫生供给侧改革。

（一）战略愿景

建立“政府市场双到位、公立民营双发展、中医西医双融合、公平效率双兼顾、医生患者双满意”的新时期医疗卫生体制机制。

1. 政府市场双到位

长期以来,我国医疗卫生服务体系由政府主导还是由市场主导存在诸多争论。秉持“政府主导”的观念认为,医疗卫生服务体系具有信息高度不对称性、外部性、垄断性、诱导需求等特征,导致医疗卫生服务体系存有市场失灵。政府为了保障公民获取公平医疗卫生服务的权利,除承担监管职责外,还应在供给端强化筹资分配功能,补贴医疗卫生服务提供方,在需求端建立以“全覆盖、低成本”为原则的全民健康保障体系。秉持“市场主导”的观念认为,政府主导提供医疗卫生服务和医疗保障会导致医疗资源浪费、医疗效率低下等问题,例如,改革开放前医疗卫生服务体系长期低水平发展,而以英国为代表的“政府主导”模式下医疗卫生服务等待时间漫长、效率低下。

本文认为,过分强调政府或市场一方的作用均有失偏颇,医疗卫生服务体系应是两者的有机融合。应结合医疗卫生服务体系的公共卫生、医疗服务、药品生产流通以及医疗保障领域各自发展的规律,合理发挥政府和市场的作用。如在公共卫生领域,包括健康教育、疾病预防、传染病防控、母婴保健等方面,具备纯公共性,政府应承担主要责任,由财政投入资金,政府主导开展;在医疗服务领域,政府应承担监管责任和保障责任。在监管方面,应进行清晰明确的责任划分,不干涉市场发挥资源调节的领域,避免既是主办方、又是监管者,造成行政监管越位和错位。同时,对于基本医疗卫生服务需求,应合理调配医疗服务资源,确保公平获取。对于非基本医疗卫生服务需求,应对社会资本放宽准入条件,优化供给结构;在药品生产流通领域,政府主要对准入资格、价格和质量标准等进行监管,药品的生产和流通则主要由市场解决;在医疗保障领域,政府应承担基本医疗保障,政府、企业、个人共同承担社会医疗保险,个人承担高端化、个性化商业型医疗保险。

2. 公立民营双发展

在人口老龄化、二胎政策放开、人民收入水平逐步提升的背景下,

我国医疗卫生服务体系的供需矛盾日益突出。公立民营双发展模式，有利于增加医疗卫生供给资源总量，提高医疗卫生服务效率，建立协同互补的医疗卫生服务体系。首先，我国民营医院的床位数、诊疗人次占比不到总量的三分之一。在政府投入有限的约束下，加快破除民营医院制度和政策壁垒，有利于增加医疗卫生服务领域投资，创造更多服务供给；其次，民营医院的逐步崛起，将改变当前公立医院的垄断地位，有利于发挥资源配置功能，形成医疗服务市场的有效竞争，提升医疗服务效率；最后，随着我国经济快速发展、经济全球化的不断加深、中高收入人群占比的持续增长，高端化、多元化医疗服务需求快速增长。在保障群众基本医疗卫生服务需求的同时，破除民营医院发展瓶颈，形成公立医院和民营医院优势互补的发展格局，有利于满足多层次医疗服务需求。

3. 中医西医双融合

在现代医学普及之前，全球部分国家和地区发展了自身独有的传统医疗知识体系，包括汉医、苗医、藏医、韩医、印度医、希腊医学等，各国和地区传统医学有悠长的历史，拥有自身独特的哲学体系和医学理论。传统中医是我国几千年来疾病治疗的实践经验总结，其理论体系涵盖古代智慧和哲学思辨，具备整体性、辨证性的特点，以调节整体功能为首务，提倡治未病。西方医学以还原论为基础，以解决局部病灶为首务，针对性进行治疗，我国传统中医与西方医学具备较强的互补性，中西医结合在新冠肺炎等疾病的治疗已被证明行之有效。当前，人类面临的大多数健康与疾病问题，无法通过单一医学体系解决，而不论东方医学还是西方医学，都是疾病的治疗手段，其最终目的在于更好地为患者进行治疗。未来，应在继承、发展中国传统医学精华的基础上，用更加开放包容的心态促进中医和西医的优势互补，促进传统医学向现代医学的转变，共同解决人类面临的健康与疾病问题，造福于人类社会。

4. 公平效率双兼顾

长期以来，各国政府都在致力于建立有效的医疗卫生管理体系，合理配置医疗资源，实现医疗卫生服务的公平与效率，但两者往往难以平衡。由于资源的有限性，过分强调公平，配置过多医疗资源将导致国家财政负担过重以及医疗服务效率低下等问题。目前，英国等高福利国家面临此类问题。过分强调效率，将会降低民众的医疗服务公平可及性，如我国 90 年代医改以提高效率为重点，政府医疗卫生支出占比持续减少，向市场化方向改革，导致全国医疗资源配置出现较大的地区差异，加剧民众“看病难、看病贵”的问题。因此，若把握不好公平与效率的度，将会造成医疗卫生事业的曲折发展。在医疗卫生体制改革中，应根据实际情况综合运用政府干预手段和市场机制，在制度上进行科学合理的设计，在确保医疗资源分配公平可及的基础上，强调管理和运作的效率，实现公平与效率的兼顾统一。

5. 医生患者双满意

近年来，我国医患矛盾愈演愈烈，暴力伤医事件更是“井喷式”爆发。从患者角度看，就医排队时间长、挂号难问题长期存在、就医费用的持续攀升、对医疗的基本认识不足、对医生信任基础的缺失，均导致患者对医疗服务体系不满。从医生角度看，医生接受教育的漫长艰辛过程、工作中所承担的风险和责任与其收入、受尊重程度的高度不匹配，直接影响医护人员的满意度和工作积极性。从客观环境看，由于基层医疗卫生服务体系的缺失，大量病患涌入大型医院，医生普遍高负荷运转。根据统计，我国医生平均每天看病人数量在 60 人以上，平均每个病患服务时间只有几分钟，更无法与病患进行详细、深入的交流，加剧了医患矛盾。医疗纠纷事件扰乱了医院的运转秩序，牵扯了医疗服务工作者大量精力，甚至威胁到医务人员的安全。建立医生患者双满意的服务体系，是医疗卫生服务事业得以长期健康发展的基础，也是我国构建社会主义和谐社会的基本要求。

（二）发展目标

结合我国宏观经济环境、卫生投入、医疗卫生服务体系状况、人口结构、居民健康意识等多方面因素的现状与趋势，制定如下循序渐进的发展目标。

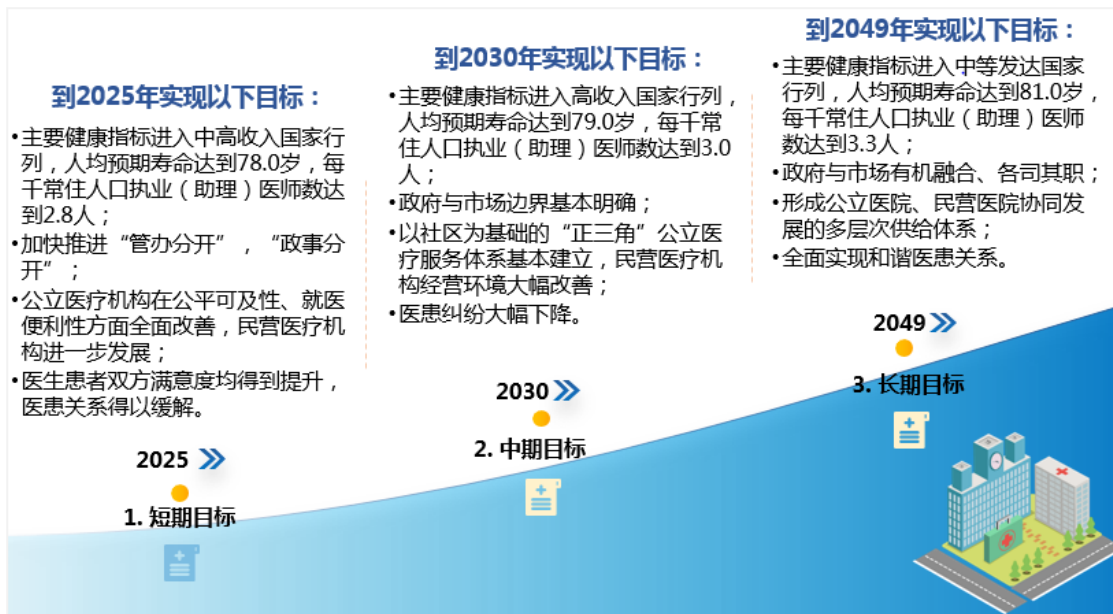


图 6.1 医疗卫生体制机制改革目标¹⁴

1. 短期目标

到 2025 年具体实现以下目标：主要健康指标进入中高收入国家行列，人均预期寿命达到 78.0 岁，每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.8 人；加快推进“管办分开”、“政事分开”；公立医疗机构在公平可及性、就医便利性方面全面改善，民营医疗机构进一步发展；医生患者双方满意度均得到提升，医患关系得以缓解。

公共卫生服务体系：传染病防控短板基本补齐，民众健康意识逐步加强，生产生活环境持续改善，食品安全保障持续提升。

医疗服务能力：医疗资源进一步丰富，在城乡、区域分布逐步均衡，基本医疗服务实现公平可及。

医疗保障体系：覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系持续完善，个人医药费用负担进一步减轻。基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领

¹⁴ 参考并部分引用《“健康中国 2030”规划纲要》、《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》

域的改革任务。

药品供应保障能力：集中采购持续推进，药品价格基本下降到合理水平，医药研发创新能力持续提升。

2. 中期目标

到 2030 年具体实现以下目标：主要健康指标进入高收入国家行列，人均预期寿命达到 79.0 岁，每千常住人口执业（助理）医师数达到 3.0 人；政府与市场边界基本明确；以社区为基础的“正三角”公立医疗服务体系基本建立，民营医疗机构经营环境大幅改善；医患纠纷大幅下降。

公共卫生服务体系：各项传染病得到有效防控，全民健康素养大幅提高，健康生活方式得到全面普及，健康的生产生活环境基本形成，食品安全得到有效保障。

医疗服务能力：医疗服务能力、服务效率大幅提升，居民就医难问题得以显著缓解。

医疗保障体系：全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。

药品供应保障能力：医药生产、流通市场规范有序，医药研发、生产领域形成一批具有较强国际竞争力的企业。

3. 长期目标

到 2049 年具体实现以下目标：主要健康指标进入中等发达国家行列；人均预期寿命达到 81.0 岁，每千常住人口执业（助理）医师数达到 3.3 人；政府与市场有机融合、各司其职；形成公立医院、民营医院协同发展的多层次供给体系；全面实现和谐医患关系。

公共卫生服务体系：健康生活方式深入人心，各项传染病防控、生产生活环境、食品药品安全进入世界领先水平。

医疗服务能力：形成公平与效率兼顾、优质高效的医疗卫生服务体系。

医疗保障体系：形成全覆盖、深保障的社会保障体系，商业健康保险在高端医疗方面对社会保险形成有力补充。

药品供应保障能力：医药创新整体实力位居世界前列。

七、政策建议

医疗卫生体制改革是较为复杂的系统工程，涉及卫生、医疗、药品、社会保障等多个领域，需要打破利益固化的藩篱，形成新的利益平衡。在实现方式上需要坚持政府行为和市场机制有机融合，加快完善立法、顶层设计和资源投入，中央和地方“一盘棋”统筹推进相关政策落地。同时，高度重视“社会性基础设施”¹⁵建设，提升医疗卫生财政支出占比，充分发挥财政支出的补短板、调结构、降费用功能；大力加强覆盖城乡、全民的公立医疗体系建设；加快对内对外开放，鼓励民营医院、外资医院发展，以多元化、高质量、高效率的供给匹配需求；坚持兼顾医生和患者双方利益，保障医护人员合法权益，充分调动医护人员工作积极性，设立医疗卫生消费者权益保护局，不断提升患者满意度；加强医疗卫生领域的国际合作，践行构建人类命运共同体。阶梯式进行公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系“四位一体”的联动改革。

（一）以理顺政府市场关系为核心，完善顶层设计并统筹推动医改政策落地

1. 推动并完善立法，为医疗卫生体制改革提供法制保障

党的十八届四中全会提出，必须全面推进依法治国，促进国家治理体系和治理能力现代化。医疗卫生体制改革是重大系统性工程，然而，当前医改的推进却主要依赖行政手段。未来，应以《中华人民共和国基本医疗卫生法》为基本遵循，推动医疗卫生体制改革。同时，积极推动现代公共卫生立法、公共环境卫生立法等法制体系建设工作，规范公共卫生领域秩序，进一步修订和完善《中华人民共和国传染病防治法》和《中华人民共和国突发事件应对法》，

¹⁵社会性基础设施主要包括教育、科技、医疗卫生、体育、文化等社会事业。

为提高疾病防控能力以及突发公共卫生事件应急能力提供有效的法律支撑。此外，推动修订完善《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国中医药法》《医疗纠纷预防与处理条例》等法律法规的制修订工作，筑牢法律责任的“高压线”，并依法强化对医院、医生、药品生产流通等机构的监管，提高违法违规成本，充分发挥法治对医疗卫生体制机制改革的引领、规范、推动和保障作用。

2. 补齐公共卫生管理短板，形成“防治并重”的发展模式

一是加快转变“重医轻防”的发展模式。长期以来，我国“重医轻防”的医疗卫生事业发展模式，不仅给家庭造成了沉重的经济负担，也给政府带来难以估量的社会负担，未来应持续推进“重医轻防”向“防治并重”转变。首先，在各地方政府建立公共卫生管理一把手责任制，强化食品安全、环境安全监管，深入开展城乡环境卫生、食品安全整治，加大对野生动物贩卖的整治力度。建立以居民健康绩效为主导的卫生健康工作考核指标体系，加大对疾病预防成效考核力度。其次，加强科技研究对公共卫生与防疫的支撑作用，统筹科技资源，在国家层面成立重大课题组或研究平台，建立重大传染疾病、有关病毒以及疫苗研究的长效机制，切实提高科研成果对公共卫生防疫的应用转化能力。再次，继续实施艾滋病、结核病、疟疾、麻风病等重点传染病及区域性疾病防治规划和行动计划，强化对孕产妇、儿童、老年人、慢性病患者等重点人员的规范化、精细化管理。最后，持续加强全民健康意识培养，针对性加强健康教育，积极利用微信、微博、自媒体等新型传播方式，开展科学规范的健康知识讲座，继续实施全民健康运动，进一步增强群众卫生保健常识和自我防范意识。

二是提升突发公共卫生事件应急管理能力和水平。新冠肺炎疫情的爆发给我国经济社会发展和人民群众健康造成了巨大损失，也暴露出我国在公共卫生防疫和应急管理的诸多短板。未来，我国须充分吸取此次事件的教训，持续性开展公共卫生防疫应急管理体系改革，不断夯实公共卫生防疫及应急管理基础。

首先，提升疾控中心（CDC）管理层级并强化其权责，健全突发公共卫生事件监测预警和信息发布机制。改变当前体制下公共卫生管理技术部门和政府的行政管理分离现状，参考美国等西方国家管理模式，提升疾控中心管理层级，归入中央政府直属部门，由中央政府直接领导并进行垂直条线化管理。赋予疾控中心独立进行突发公共卫生事件信息发布、应急管理响应层级决策以及牵头开展突发公共卫生事件应急管理 etc 行政管理权力，强化疾控中心急慢性传染病防控职责。同时，加强地方政府对于信息披露的相关法律法规培训，完善媒体、群众对信息披露的监督机制，完善各区域垂直化的疾控信息管理体系，建立由医生、医院院校、公共卫生科研机构专业人员共同参与的公共卫生管理信息交流平台，确保在所有基层医疗机构的主要科室有专人对接，实现第一时间掌握各类突发传染病信息并进行快速反应，及时启动预警和应急管理，力争将全部疫情控制在传播初期。

其次，做足突发公共卫生事件管理体系应急准备。完善突发公共卫生事件应急预案，强化各级干部风险意识，定期开展部门联动的应急演练，完善突发公共卫生事件时期紧急征用机制，多举措提升突发公共卫生事件救助体系应急管理能力；推进完善各级政府应急医疗物资储备工作，结合各区域人口、医院规模，建立健全应急医疗物资储备目录并严格按照目录要求进行应急医疗物资储备，更好地应对突发公共卫生事件提供物资保障；在主要城市群中心城市、省会城市规划建设如“小汤山”“雷神山”“火神山”的应急性传染病医疗机构，满足突发公共卫生事件大幅增量需求；积极关注、回应舆情，加强宣传教育、信息公开和舆情引导，加大对正能量信息的宣传力度，积极与媒体开展坦诚的沟通交流。

最后，专业队伍是实现疫情的早发现、早隔离、早控制的关键，应持续充实和完善专业队伍，大力加强各级政府、各区域疾控人员、各层级医疗机构医护人员传染病甄别知识、相关法律法规以及突发公共卫生事件应急管理能力培训。同时，大幅增加疾控系统经

费投入，改革考核激励方式，充分调动疾控人员的积极性和主观能动性。

三是推进公共卫生机构与医疗机构融合发展。进一步明确疾控机构与医疗机构职能定位，在人员设备等多方面实现整合与共享、分工协作。强化医疗机构公共卫生服务职能，将疾控机构预防接种、健康体检等职能转出，将社区卫生组织作为面向当地居民提供公共卫生和管理性医疗服务的基础性网络机构，社区卫生服务内容应体现预防为主的定位功能，承担预防接种、健康体检、健康教育、慢性病预防和管理等基础卫生服务。

3. 转变政府职能，建立公平、高效的医疗服务体系

一是推进“管办分开”“政事分开”。改变当前政府在医疗服务领域中的越位、错位、缺位现状，通过推进“管办分开”“政事分开”，强化卫生行政部门行业监督管理的行政职能，构建有序竞争的医疗供给市场，充分发挥市场机制的作用，提高整个医疗服务供给系统的运行效率、服务水平和质量。促使政府职能从直接行政管理向政府制定规则转变，从“办医院”向“管服务”转变，从直接干预向宏观调控转变。

二是健全“三医联动”协同推进机制，彻底破除“以药补医”。福建“三明模式”通过取消药品加成，转变补偿机制的做法有效遏制诱导需求、消除医疗机构逐利行为、控制医疗服务供给方在药品招标采购中的寻租，合理地规避了药品流通过程造成的医疗服务费用快速增长问题。未来，应效仿“三明模式”，持续推广“医药分开”，并加快完善科学补偿机制，彻底破除“以药补医”，实现诊疗费用的合理增长。**首先**，继续向纵深推进“医药分开”，破除“以药补医”。全面推行药品、耗材零差率销售，严格规范均次费用、药占比和耗材比，降低高价药、进口药的使用强度。逐步推进医院门诊和药房分离，医生开具不限定品牌、厂家的商品名，患者凭借医生开具的处方，根据医保目录去外部药店自行购买药品。切断医院、医生与药品销售间的直接经济利益联系，转变医院对药品收入和检查收入的依赖，推动药品、耗材合理使

用。其次，建立健全科学的补偿机制。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，做好医疗服务价格调整工作，以实现更好地体现医务人员的价值贡献。同时，鼓励公立医院发挥技术服务引领作用，有序开展特需服务，增强特需服务对基本医疗服务的补偿功能，巩固取消药品加成改革成果。最后，兼顾政府和市场调节手段，充分发挥“三医联动”作用，协同推进医疗服务价格调整与医保支付制度改革。通过医保谈判机制约束医疗服务和药品市场定价，通过适当财政补贴体现医疗服务的价值，进一步加强对医院医疗服务收费的监管力度，确保医院收费公开、透明、合理。

4. 推动药品生产流通领域供给侧改革，完善药品供应保障体系

一是进一步推动药品耗材价格合理均衡。采取政府调控和市场调节相结合的方式，通过医保谈判、医保支付、税费调整等手段，引导更多品种药品价格下降到合理水平。持续完善集中带量采购机制，逐步增加集中带量采购药品范围，并逐步推广到耗材、医疗设备等领域，全面抑制药品、耗材价格虚高问题。

二是持续推进医药生产企业转型升级，强化药品供应保障能力。鼓励医药生产企业兼并重组，提高行业市场集中度，减少低端无序竞争，集中资源发展一批具备全球领先优势的知名医药企业；积极鼓励企业研发创新活动，持续优化精简药品、医疗器械审评审批流程，支持企业原研药、专利药研发；加快推进仿制药强制替代政策，推进仿制药质量和疗效一致性评价工作，推动高质量仿制药进入临床应用，落实税收优惠政策和价格政策，提升企业积极性；加大对低价药、“救命药”、“孤儿药”以及儿童用药的供应保障力度。

三是持续巩固完善基本药物制度。动态调整基本药物目录，及时纳入新审批上市、疗效显著、价格合理的药品，进一步扩大公共卫生免费用药所覆盖药品品种和人群范围；强化对基本药物使用监管，持续提高公立医院基本药物使用占比。

四是加快形成规范运营的现代药品流通体系。持续推行“两票

制”，持续降低药品流通成本；破除药品流通地方保护，加快形成全国统一开放、竞争有序的市场格局；规范发展医药电子商务、连锁化零售药店，丰富药品流通渠道和发展模式，形成规范化、集约化的现代药品流通体系。

5. 多措并举，加快实现“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的医保体系

一是发挥政府主导作用，建立广覆盖、可持续的医疗保障体系。实现人人享有基本医疗保障，是切实解决民众“看病贵”问题，确保民众获得感、幸福感、安全感的关键举措，未来，应以“让全民享有公平可及的健康服务”为目标，持续推进全民基本医疗保障体系完善优化。首先，与时俱进地推进医保基金管理、弱势群体特殊救助等相关制度；持续加大医保谈判力度，降低药品价格；不断完善可持续的筹资和报销比例调整机制，强化政府责任，建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的筹资运行机制；完善重大疫情医疗救治费用保障机制，确保在突发公共卫生事件期间先救治、后收费。其次，加快推进医疗保障覆盖深度，完善基本医疗保险病种准入标准以及诊疗、药品目录，健全医保目录动态调整机制；强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接；逐步加大医疗保险门诊诊疗费用报销范围，实现治疗范围的深度覆盖；最后，加快实现医疗保障区域平衡，完善异地医保结算机制，逐步缩短各区域基本医疗保障制度差距，统筹城乡医疗保障制度，最终实现全国各区域基本医疗保障一体化，城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度一体化。

二是积极发挥商业医疗保险的补充作用。首先，明确商业保险和社会医疗保险的互补关系，逐步放宽商业医疗保险的准入条件，为商业医保的发展塑造公平竞争的市场环境；其次，在合法合规的前提下，支持商业医疗保险机构积极开展产品创新，提供多样化、个性化、高端化的商业医疗保险产品；最后，鼓励有条件的居民购买商业医疗保

险，鼓励企业在自愿和自主的基础上，采取企业福利的形式为职工购买商业医疗保险，让更多民众获得更高层次的医疗保障。

三是切实维护基金安全，提高基金使用效率。首先，完善医保基金监管体制，建立健全医疗保障信用管理体系，打击欺诈骗保行为；其次，在保证医疗服务质量的前提下，完善医疗服务价格形成机制，积极引入社会力量参与经办服务，有效杜绝诱导需求、过度消费浪费医疗资源的行为发生，控制医疗费用不合理增长，确保有限医保基金的合理利用；最后，转变付费模式，逐步推广按病种付费 DRGs 方式，长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费，通过推进基本医保支付方式改革，有效引导医疗行为，促进医院和医生科学诊治，提升基本医保基金的使用效率。

（二）以民众共享经济发展成果为导向，各级政府逐步加大医疗卫生财政投入

1. 高度重视“社会性基础设施”建设，逐步提升医疗卫生财政支出占比

长期以来，我国各级政府投资聚焦于交通、通讯等物质性基础设施，对教育、医疗卫生等社会性基础设施投入相对不足。从民生角度看，加大社会性基础设施投资有利于维护民众基本权益、提升民众幸福感和获得感、推动实现和谐社会。从经济角度看，加大社会性基础设施有利于拉动居民消费增长，实现经济的可持续、高质量发展。2018 年，我国政府卫生费用占财政支出比重为 7.6%，全球平均水平为 9.9%，主要国家中，美国、德国、英国、日本、韩国、南非、俄罗斯、越南分别为 22.6%、21.4%、18.5%、20.3%、12.9%、14.1%、9.6%、7.9%。由此可见，2009 年新医改以来政府卫生费用占财政支出比重虽实现持续增长，但仍有一定提升空间。建议未来财政资源应更多的向教育、医疗卫生等社会性基础设施领域倾斜，明确与经济发展水平相适应的医疗卫生财政支出目标，实现卫生费用占财政支出比重适度增长。

2. 实现政府监督和体制改革相结合，确保财政投入带动效应

完善公共财政转移支付制度改革；加大对财政资金的监管力度，建立严格奖惩制度，对滞留、截留、挤占、挪用经费和未按规定足额配套地方资金的，由财政和卫生行政部门联合督办并限期解决；探索拓宽政府卫生筹资的渠道，确保政府卫生支出规模的适度增长；坚持公共卫生服务、医疗服务、医疗保险制度、医药购销制度同步改革，确保改革方向和目标一致性；财政投入以“补需方”和“补供方”并重，持续探索财政投入的结构优化，推动医疗卫生事业协调发展。

3. 充分发挥补短板、调结构、降费用功能，推动财政资金的合理利用

一是补短板：补公共卫生投入短板，完善政府对专业公共卫生领域的投入机制。在传染病预防控制、突发性公共卫生事件的应急处理等公共卫生领域，确保充分足额的财政支出，并将资金有效的配置到公共卫生服务人员薪资、系统建设、机构日常运营发展等，尤其是加大农村、社区等基层公共卫生投入；**补研发投入短板**，进一步实施重大科研项目攻关，积极推进疫苗与新药的研发，包括加大艾滋病、结核病、冠状病毒等重大疾病疫苗和特效药研发的投入；**补医疗卫生教育投入短板**，致力于培养适应我国医疗需求的全球一流高素质医护队伍。投入经费加强医学院师资队伍培训，引入海外优秀人才，优化师资结构。加大对国内医学院与海外医学院开展学术交流、互换生源的财政支持。改善教育环境、试验设备、教学设备等基础设施。逐步增加学费减免的定向委培生数量，为中西部地区、基层医疗机构输送更多医学人才。

二是调结构：调整城乡结构，提高乡镇卫生院、村卫生所等医疗机构和单位的基本建设运营经费、人员薪资、设备购置等经费；**调整区域结构**，对于中西部贫困地区，采取转移支付等手段给予补贴，从财政投入源头上缩小区域医疗卫生服务差距；**调整医院类型结构**，向职业病、传染病防治医院、精神病院等公益性较强的医院给予一定补

贴倾斜。

三是降费用：通过补贴公立医院降低就诊费用，政府可考虑设立破除“以药养医”专项补贴基金，进一步加大对公立医院的基本建设、大型设备购置、重点学科发展、人才培养等的投入职责，确保公立医院的公益性基础；通过补贴医疗保险降低居民直接就诊支出，医疗保险属于准公共品，存在一定的供给不足，政府通过加大医疗保险财政投入，克服市场失灵造成的资源配置失效，补足居民基本医疗保险，助力实现医疗服务的公平可及。

(三)以加强覆盖城乡、全民的公立医疗体系建设为重点，着力改革管理体制机制

1. 推进建立覆盖城乡、全民的公立医疗体系

一是持续推进医疗资源在区域、城乡和层级优化配置。区域分布方面，持续推进医疗资源向中西部资源倾斜，强化东部地区对中西部地区的帮扶带动机制，加强东中西部地区的人才交流，提升中西部地区医疗服务质量；城乡分布方面，充分配合在义务教育、社会保障、基础设施、环境卫生等方面城乡二元结构调整的相关工作，积极探索城乡公共卫生服务制度供给的并轨和融合，从制度上完成城乡公共卫生服务供给差距的缩小甚至消除；层级结构方面，着力构建“正三角”的医疗服务体系。根据基层社区人口密度及医疗服务需求的特点，在各个基层社区医院合理配置医疗资源，尤其是大力开展基层医疗技术人才的培养和引进，并通过行政手段和市场激励手段逐步扭转当前大型公立医院对医务人员和患者的“虹吸”现象，严格约束大型公立医院的过度扩张。

二是持续完善分级诊疗体系。长期以来，我国大型医院“门庭若市”、基层医疗机构“门可罗雀”的现象突出。这既导致了有限资源的浪费，也使得居民“看病难、看病贵”问题日益凸显。未来，应加快建立患者对于基层医院的信任关系，持续完善“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系。持续完善医疗联合体、对口

支援、医师多点执业、家庭医生签约制运行管理体系；强化患者对基层医疗机构的信任关系，实现良性循环。通过改变公立基层医疗机构的激励机制，激发公立基层医疗机构维系患者的积极性。同时，改革大型医院考核管理方式，推动大医院承担培训中心功能，加强对基层医疗机构常见病、多发病、慢性病的诊疗指导，逐步提升基层医疗机构诊疗水平和患者诊疗体验；借助医保和价格工具，调节医患双方行为。以基层看病就近便利、费用较低、报销比例高为原则，完善不同级别医疗机构医保差异化支付政策，探索按不同级别医疗机构医疗服务项目差异化收费标准，引导患者在基层就诊。

2. 积极推动公立医院管理体制变革

一是转变卫生主管部门对公立医院的直接控制现状。将公立医院的所有权划归非卫生行政机构隶属部门，卫生行政部门不介入公立医院的内部运行管理，转变为中立监管者。

二是强化卫生行政监管和市场监管职能。卫健委在现有职能基础上，进一步整合发改委、民政部、工商行政管理局等多部门医疗服务行业的相关监管职能，高效公正地行使监管职责。充分发挥医疗行业协会、学会等社会组织、患者、新闻媒体和第三方专业机构的社会监督作用，揭露和打击医疗卫生行业违法违规行为。

三是清晰界定政府与公立医院党群、公立医院法人治理结构之间的关系。党群系统继续发挥其政治监督作用，确保公立医院全力贯彻落实国家战略方针政策，实现健康可持续发展。同时，明确公立医院的法人地位，通过法人治理调动医院自主经营权，推动公立医院增强自身活力，提高效率、服务质量和效果，在保证公益性的前提下，为社会提供更多优质医疗服务。

3. 推进完善现代公立医院管理机制

长期以来，我国公立医院呈现绝对地垄断地位，发展模式较为粗放，运营效率较为低下，对病患人文关怀备受诟病。未来，应加快完善现代公立医院管理机制，推动公立医院从规模扩张型向质量效益型

转变。

一是建立健全以公益性质和运营效率为导向的绩效考核机制。弱化对公立医院盈利能力的考核，医生薪酬分配与对科室收入贡献脱钩，将控制不合理医疗费用、提升医疗服务质量和效率、提高病患满意度作为主要考核指标，将考核结果与政府投入、医护和人员薪酬挂钩，建立内部公平竞争、优胜劣汰、可上可下、流动顺畅的用人机制，促进服务技能和服务数量的良性竞争，提升公立医院运行效率。

二是建立健全“以病患为中心”的服务机制。采取提供预约诊疗服务、畅通急诊绿色就诊通道、优化服务流程等措施，缩短病患就医等待时间、提升就医效率。加大对公共服务区域环境整治的投入力度，营造温馨舒适的就诊环境。

三是强化预算管理和成本核算机制。设立总会计师岗位，由政府部门选聘并由财政支付年薪，承担医院成本核算、预算管理、监督等职责。明确并规范医院各项收入、支出和结余，加强基础设施建设、大型设备购置、运行管理经费监管。

四是逐步推行公立医院编制备案制。在医疗服务需求的快速增长、现代医院制度管理体系的逐步建立的背景下，我国公立医院人员编制审批制面临的核定编制数与编制需求错位、法人自主管理权缺位等问题逐步凸显。建议逐步弱化编制审批制，循序渐进推进编制备案制。

（四）以加快对内对外开放为抓手，促进多元化、高质量、高效率的供需匹配

近年来，党中央、国务院高度重视社会办医的健康发展，陆续出台相关政策，持续优化民营医院发展环境，服务业对外开放步伐也在逐渐加快。目前，政策落地效果仍有待加强，社会办医、外资办医等潜力仍有待挖掘。建议各级政府在坚持基本医疗卫生事业公益性的前提下，积极落实相关政策，加快推进民营医院、外资医院健康发展。

1. 加快对内开放，积极发展民营医院

一是积极引入社会资本。在体检、眼科、骨科、口腔、妇产、儿科、医疗美容、康复护理等专科领域以及健康管理、高端医疗等非基本医疗卫生服务领域充分引入社会资本，满足群众多样化、差异化、个性化的健康服务需求。

二是落实国家相关政策导向，逐步突破制约民营医院发展的体制机制障碍，为民营医院发展创造良好环境。如，继续精简整合审批环节，制定跨部门审批的流程，加快审批效率。优化投融资环境，鼓励设置医疗服务产业基金、PPP 等形式，并对民营企业采取一定幅度的贷款利率优惠。优化人才环境，积极推进医师多点执业，对民营医院从业人员在资格认定、职称评定、学术交流等方面采取与公立医院同等待遇。优化经营环境，切实保障社会办医在医保定点、税收优惠等方面的合理待遇。

三是统筹政府部门监管职能，并有效整合社会监管力量，完善监督管理及信用评价体系。引导民营医院规范行业管理、加强自律意识，严厉打击非法行医行为，促进民营医院可持续健康发展。

2. 加快对外开放，积极引入外资医院

推进医疗服务对外开放，引入外资医院有利于增加医疗服务供给，减轻公立医疗机构的诊疗压力；有利于缓解财政对公立医疗机构支出负担；有利于引入先进的医疗技术和管理模式，提升我国医疗机构整体诊疗水平。然而，由于目前我国对外资医疗机构准入门槛较高，对持股比例、投资规模有较为严格的限制，对外资医疗机构的政策缺乏连贯性，审批信息不公开等因素，一定程度上制约了外资医疗机构的发展。建议我国持续完善外资医疗机构的准入制度，稳步加大外资医疗机构服务供给。

一是在特定区域先行先试并逐步推广。积极推进自贸区专科医院、妇产、儿科等非基本医疗卫生服务领域的外资医院设立，在时机成熟时逐步放开试点区域，稳步加大外资医疗机构服务供给。

二是完善外资医疗准入审批相关法律法规。外资医疗机构准入审批涉及商务部、对外经贸合作部、工商行政管理局、税务局等多个部门，有必要通过立法明确外资医疗机构的准入机制、相关审批要求、税收标准等细则，并推进信息公开，避免相关部门在准入审批执行中的随意性，提升外资医疗机构准入审批效率。

三是发挥监督职能，注重对外资医疗机构的监管。确保外资医疗机构为患者提供高质量的医疗服务。

（五）以提升医疗服务覆盖率和便利性为目标，积极布局数字化互联网医疗

1. 完善数字化服务流程，提升民众便利性

建立互联网分级诊疗平台，开展高效地预约诊疗、双向转诊等服务，完善病患健康电子档案数据库，推动各级各类医院逐步实现电子健康档案、检验检查结果的共享互认；完善网上预约就诊，大力优化医院门诊、住院服务流程，通过急病分治、轻重分流、智能导医分诊、候诊提醒，精准定位病患就诊时间，减少病患等待时间；加快实现医疗保障数据联通共享，逐步拓展在线支付功能，推进“一站式”结算；推进医疗卫生机构处方信息与药品零售消费信息互联互通，促进药品网络销售和医疗物流配送等规范发展，实现购药便利。

2. 推进“互联网+”在线诊疗，拓展医疗服务空间和内涵

探索并推广“互联网+”在线诊疗，鼓励一批重点医院在实体医院基础上，运用互联网技术在线开展部分常见病、慢性病复诊；支持医疗卫生机构、符合条件的第三方机构搭建互联网信息平台，开展远程医疗、健康咨询、健康管理服务；鼓励东部发达地区医疗实力强的医院为中西部医疗资源欠缺的医院提供远程会诊、远程心电诊断、远程影像诊断等服务；建立网络科普平台，利用互联网提供健康科普知识教育，普及健康生活方式，提高居民自我健康管理能力和健康素养。

3. 推进医疗服务的数字化技术改进，提高服务质量和效率

加大对数字化医疗服务质量提升的政策鼓励和支持。鼓励运用云

计算、大数据等分析技术实时监测并分析个人心电图、血糖、血压数据，预测并提醒各种潜在风险，推进技术在高血压、糖尿病、孕产妇等重点人群的健康管理；鼓励运用人工智能技术，支持新药研发、病毒基因测序、蛋白质筛选等工作；鼓励运用人群流动、气候变化等大数据预测传染性疾病的流行和爆发趋势，实现对传染病的智能监测，提高重大疾病预防和突发公共卫生事件的应急能力。

（六）以提高医务人员职业获得感为关键，切实保障医务人员合法权益

1. 完善薪酬分配机制，推进医务人员收入合法化、合理化、阳光化

我国医务人员正常薪酬待遇偏低，与其高技术含量、高强度工作、高社会价值、高风险承担的工作特征极度不匹配。保障医务人员体面和尊严的收入，不仅是对医务人员劳动价值的合理体现，也是调动医务人员工作积极性的关键。根据国务院发展研究中心数据，OECD 国家医生薪酬水平是社会平均工资的 2.5 到 4 倍，我国却不到两倍。未来应加快建立充分体现出医务人员培养周期长、技术含量高、工作强度大、职业风险高的薪酬制度，逐步提高医务人员平均工资水平到社会平均工资的 2 到 3 倍以上。同时，坚持推进医务人员收入合法化、合理化、阳光化。改进考核和薪酬分配机制。制定差异化的晋升和考核体系，对于向主治医生和主任医生职业发展路径的医生，以医术、患者满意度、临床业绩为主导考核指标。对向副教授、教授的学术研究职业路径发展的医生，相应减少医疗工作量，并提供必要的科研平台，以研究对临床疗效的实际贡献度为考核。合理拉开收入差距，将收入分配向临床一线员工、业务骨干人员、重点研究人员、关键岗位倾斜，坚决杜绝医生薪酬待遇与检查、化验、开药、医院科室收入等挂钩。

2. 加强权益保障与宣传引导，提高医务人员职业尊严

在多数国家和地区，医务人员是受到社会高度尊重的行业，然而，

我国紧张的医患关系非常不利于医疗服务行业的长期健康发展。未来，应加快形成医患互信的良好社会风尚，增强医生的职业获得感。**首先**，需加快完善医务人员保护制度的法律法规，做到有法可依、有法必依，维护医务人员的合法权益；**其次**，加强主动发声和社会舆论的正面引导，引导媒体多宣传医疗行业的正面事件、医务人员的真实生存状态，引导群众了解医学技术的局限性和风险性，进行合理的预期管理，构建良好的舆论环境；**最后**，加强治安管理，加强安全检查，增配警务人员开展定期巡逻，缓解医务人员的心理压力。

（七）以提升患者满意度为宗旨，设立医疗卫生消费者权益保护局

当前，我国部分医疗服务机构和从业人员的服务能力、服务意识欠缺，由于经营不规范侵害消费者权益的事件时有发生，医患之间的信息不对称导致双方缺乏互信，造成医患关系长期紧张。同时，我国医疗卫生领域的纠纷处理、宣传教育机制尚不完善，医疗消费纠纷与《消费者权益保护法》的适用性问题存在争议，不利于医患矛盾的妥善、高效处理。

鉴于医疗卫生领域消费纠纷的覆盖面广、专业性强、调解难度大、社会影响深远，建议在各级卫健委内部设立专门的医疗卫生消费者权益保护部门，致力于健全完善医疗卫生领域的消费权益保护机制和保护措施；组织受理、调查和调解医疗卫生消费投诉；组织开展监督检查、宣传教育、纠纷咨询等。逐渐建立起顺畅、高效的医疗卫生消费者权益保护制度机制，加强对医患矛盾突出重点领域的专项治理，不断提升患者满意度，缓和医患之间的紧张关系。

（八）以强化医疗卫生领域国际合作为着力点，践行构建人类命运共同体

随着全球化进程的深化，越来越多的问题需要全球共同解决。本次新冠肺炎在全球的快速蔓延，更加凸显了加强医疗卫生领域全球协作的重要性。同时，随着我国经济大国的地位逐步得到认可和巩固，

我国也需要更加积极地参与国际卫生事务，承担在医疗卫生领域的国际责任与义务，不断丰富构建人类命运共同体的内涵与实践。

1. 完善重大公共卫生事件应对的国际合作机制

公共卫生危机是人类面临的共同挑战。应以新冠肺炎疫情防控的国际合作为契机，总结历次国际性疫情防控过程中的经验和不足，加强与世界卫生组织、有关国家和地区之间的沟通合作，在疫情预警、信息公开、学术研究、防疫经验分享、防疫资源生产动员、抗病毒药物及疫苗研发、人员和经贸往来等方面建立健全国际合作机制，通过重大疫情的跨国联防联控，共同维护世界公共卫生安全。

2. 开展多层次、常态化的医疗卫生机构与人才交流

从国家、医疗卫生主管部门、社会组织、医疗机构等多个层面，加强国际沟通，建立信息交流机制，实现相互促进、互利共赢；加快充实医疗卫生领域的国际化人才，积极引入具备国际视野的高级管理和专业技术人才，增派优秀人才到海外培训学习，助力我国医疗卫生服务的国际化进程；培养一批熟悉国际卫生组织规则、高技术水平的外事工作队伍，提升医疗卫生外事工作质量，在全球卫生治理方面发挥更加积极的作用。

3. 强化医药创新研发国际合作

打造国际医药技术创新研发平台，建设国际化医药科研实验室，针对当前人类共同面临的健康与疾病问题，与国际知名医药院校、全球知名医药企业联合开展技术研发，共享技术研发成果；推动召开医药技术国际论坛、会议，创造更多国内医药专家与国际知名医药科学家交流的机会。通过聚合全球研发力量，在解决人类共同面临的健康与疾病问题中发挥更重要的作用。

4. 持续推动中西医融合发展

一是加快中医药产业现代化进程。加强中药材质量控制安全监管，促进中成药、中药饮片行业规范化高质量发展。通过产学研结合，聚焦重大疑难疾病，提升中医药科技创新能力。规范中医服务行业，

制定行业标准和服务规范，完善行业从业人员准入资格，推动中医保健服务体系良性健康发展；二是全面推动中西医融合，在人才培养方面，增加同时学习中西医两套医学的学生占比。在理论研究方面，将中国传统医学的理论翻译成现代医学所能理解的语言，运用现代科学知识和方法发扬传统中医理论，与西医融会贯通，形成中西医结合的理论与方法。在临床应用方面，组建恶性肿瘤、呼吸系统疾病、冠心病、高血压、风湿病、糖尿病等重大疾病的中西医联合攻关专家团队，有机融合中西医优势，提高临床疗效。

附件 1:

1949 年至今我国主要医疗卫生体制机制改革政策汇总

时间	发布单位	政策文件	主要内容
1951 年 2 月	原政务院	《中华人民共和国劳动保险条例》	规定凡职工在 100 人以上的国营和公私合营企业要对职工实行劳动保险。这个条例包括了除失业保险以外的老年、继斌、生育等基本社会保险项目。并对保险费的征集、保管和支配的项目标准、保险事业的执行和监督都作了明确的规定。
1952 年 6 月	原政务院	《关于人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家机关工作人员实行公费医疗预防措施的指示》	在中央、大行政区、省（市、行署）应建设一部分疗养病床，做为医院的辅助机构，收容恢复期的病人，以加速治疗病床的周转率。今后逐年增设治疗病床、疗养病床及结核病防治病床，以适应一般医疗和长期休养的需要，并扩大疗养范围。
1965 年 8 月	国务院	《关于改进公费医疗管理问题的通知》	1.严格执行国家规定的公费医疗享受范围。各地要对现有享受人员进行一次认真的清理，对符合享受公费医疗的人员，核发医疗证件，实行凭证就医。2.严格执行医药费报销范围的有关规定，不论任何干部包括高级干部在内，凡应由个人负担的挂号费、自费药品、未经医院批准的自购药品和其他不符合规定的开支，一律不得由公费报销。3.坚持分级分工医疗的原则。对享受公费医疗的人员，实行划区定点医疗制度，纠正看病“满天飞”的现象
1966 年 5 月	国务院	《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》	公费医疗制度应做适当改革，劳保医疗制度的执行也应当适当整顿，享受公费医疗的人员看病要收挂号费。根据中央上述批示精神，针对现行企业劳保医疗制度包得过多，医疗工作紧张和药品浪费等情况，逐步整顿落实
1985 年 4 月	国务院	《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》	调动各方面的积极性，改善服务态度，提高服务质量和管理水平，有利于防病治病，便民利民。医院的改革要坚持正确的治疗原则，注意合理用药和合理的检查，避免浪费，不能单纯考虑经济问题。
1989 年 5 月	国务院	《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》	文件提出调动医院和医生积极性五条：第一，积极推行各种形式的承包责任制；第二，开展有偿业余服务；第三，进一步调整医疗卫生服务收费标准；第四，卫生预防保健单位开展有偿服务；第五，卫生事

时间	发布单位	政策文件	主要内容
			业单位实行“以副补主”、“以工助医”。
1997 年 1 月	中共中央、国务院	《关于卫生改革与发展的决定》	到 2010 年，经济较发达地区国民健康主要指标将达到或接近世界中等发达国家的平均水平，欠发达地区将达到发展中国家的先进水平。改革医疗保障制度，将使城镇职工看病有保障——建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度，保险费用由国家、用人单位和职工个人三方合理负担。发展和完善合作医疗制度，将使农民不再因病致贫——个人投入为主，集体扶持，政府适当支持，民办公助和自愿参加的合作医疗将逐步向社会医疗保险过渡
2000 年 2 月	国务院	《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》	为进一步调动医药卫生工作者的积极性，优化卫生资源配置，改进医德医风，提高医疗服务质量，整顿药品生产流通秩序，抑制医药费用过快增长，国务院决定在建立城镇职工基本医疗保险制度的同时，进行城镇医药卫生体制改革。改革的目标是：建立适应社会主义市场经济要求的城镇医药卫生体制，促进卫生机构和医药行业健康发展，让群众享有价格合理、质量优良的医疗服务，提高人民的健康水平
2003 年 1 月	原卫生部、财政部、原农业部	《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》	新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。从 2003 年起，各省、自治区、直辖市至少要选择 2-3 个县(市)先行试点，取得经验后逐步推开。到 2010 年，实现在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度的目标，减轻农民因疾病带来的经济负担，提高农民健康水平。
2003 年 8 月	原卫生部	关于深化城市医疗体制改革试点指导意见	着力解决群众看病就医问题，把深化医改作为保障和改善民生的重要举措，将公平可及、群众受益作为改革出发点和立足点，加快推进城市公立医院改革。充分发挥公立医院公益性质和主体作用，切实落实政府办医责任，着力推进管理体制、补偿机制、价格机制、人事编制、收入分配、医疗监管等体制机制改革
2009 年 4 月	中共中央、国务院	《中共中央国务院关于深化医药卫生体制	从我国国情出发，借鉴国际有益经验，着眼于实现人人享有基本医疗卫生服务的目

时间	发布单位	政策文件	主要内容
	院	改革的意见》	标，着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题。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，完善国民健康政策，健全制度体系，加强监督管理，创新体制机制，鼓励社会参与，建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，不断提高全民健康水平
2020 年 3 月	中共中央、国务院	《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》	提出到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。到 2030 年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。

资料来源：中国民生银行研究院整理

附件 2:

全球部分国家和我国香港、台湾地区医疗卫生体制机制 及医改相关经验与启示

一、美国医疗卫生体制机制及医改相关经验

美国是所有发达国家中唯一一个没有实现全民医疗保险的国家，其医疗服务主要采用商业保险模式，即由雇主为雇员购买商业医疗保险，作为公司提供福利的一部分，而非由政府向全民提供医保。在美国，政府的角色仅限定为给特定人群提供医疗保险，主要包括 65 岁以上的老人和部分低收入群体。在美国商业保险医疗服务模式下，是否有工作、雇主是否给雇员购买医疗保险，成为大多数人能否享受到医疗服务的决定因素。在这一模式下，美国医疗服务呈现医疗费用高、医保覆盖低的特征。

（一）历史各阶段关键举措

20 世纪 30 年代的经济大萧条催生了美国养老保险制度。20 世纪 60 年代，美国人口老龄化助推了政府公共医疗保险计划的确立。2010 年，奥巴马政府通过新医改法案《患者保护与可负担医疗法案》，美国医改取得历史性突破。具体来看，美国百年步履蹒跚、命途多舛的医改进程主要经历了以下三个重要阶段。

1. 罗斯福签署《社会保障法案》

1935 年，美国经济仍处于经济大萧条的阴霾笼罩下。为摆脱经济危机的影响，罗斯福总统积极推行新政。作为其新政的重要组成部分，罗斯福总统签署了《社会保障法案》，建立了养老保险制度，确立了美国社会保障制度的基本框架，成为美国政府迄今为止提供的最主要社会福利。罗斯福还希望能由政府主办健康保险计划，使民众得到良好、及时、可负担的医疗保障，并设想将医疗保险与失业保险、养老保险一并由政府解决。然而，由于经济大萧条引发的失业救济和养老问题比医疗问题更为棘手，因此罗斯福只得暂缓解决医疗保险问

题。随后，杜鲁门总统再度提出全民医疗保险制度的设想，但因美国医学会（American Medical Association，AMA）强烈反对而未能成功。1961 年，考虑到全民医疗保险计划实施难度较大，肯尼迪总统向国会提出了向老年人提供医疗保险的建议。

2. 约翰逊签署《社会保障法案》修正案

1965 年，美国医疗保险制度建设迎来了里程碑。这一年，约翰逊总统签署了《社会保障法案》修正案，决定设立两项公共医疗保险项目——联邦医疗保险（Medicare）和医疗补助保险（Medicaid），标志着美国医疗保障体系的正式建立。联邦医疗保险主要面向 65 岁以上高龄人士及残障人士，由联邦政府统筹运营；医疗补助保险则主要针对低收入贫困人群，经费由联邦政府与各州政府共同分担。参加这两项公共医保项目的个人，可以在看病、住院和购买药品时，获得政府提供的财政补贴以减免医疗费用。约翰逊还先后使国会通过其他 40 多个医疗法案，从而完成了自 1935 年《社会保障法》以来美国最重大的一次社会医疗改革。自此，一套以雇主主导的商业保险为主、政府公共医疗项目为辅的医疗保险体系，逐步在美国社会建立起来。

随后，尼克松、卡特、里根、克林顿、小布什等多位总统都相继提出了一些医疗改革的设想和措施，例如里根推行“新联邦主义”，减少了联邦政府对各州的医疗的补助，限制了每个病例费用的支出，减缓了医疗照顾费用的上涨；小布什执政的 2003 年，国会通过《医疗照顾计划处方药改革法案》等等。这些努力尽管没能最终实现全民医疗保险的理想，但均产生了深远的影响。

3. 奥巴马医改取得历史性突破

由于美国无医保人数不断增加，加之快速增加的医疗费用支出不仅加大了政府财政负担，而且持续吞噬教育、公共安全、环境、基础设施建设等其他公共优先项目的经费，因此，奥巴马总统上任后即着手重启医改。

2010 年 3 月，奥巴马总统签署了《患者保护与可负担医疗法案》，

又称“奥巴马医改”（Obamacare）。该法案长达 153 页，被誉为继 1965 年联邦医疗保险（Medicare）法案后，美国医疗系统最重要的改革法案。法案的主要目的在于降低医疗费用，扩大医保覆盖面，提高医疗质量，其中包含许多针对各州甚至地方政府的具体实施细则，并力求做到开源与节流并重、质量和数量并存。

具体来看，奥巴马医改主要包括六项措施。一是为原本无力购买医疗保险的家庭提供税务优惠以鼓励其参保；二是新设“小企业健康税务优惠计划”，推进小企业为员工团购医疗保险；三是放松现有的公立医疗补助保险和州立儿童医疗保险的加入资格标准，扩大其覆盖面；四是对儿童实施强制性医疗保险，即所有家庭必须让孩子至少参加一种医疗保险；五是要求所有大企业必须为员工集体购买医疗保险，或者参加公立医疗保险；六是新设“国民健康保险交易”项目，资助美国民众和中小企业购买医疗保险。

通过这些举措，奥巴马医改一是要让所有没有医疗保险的美国人都享受到医疗保险，保护已有医疗保险的人的利益，约束保险公司的行为。通过制定保险公司的赔付计划，不允许保险公司因为投保人有过往疾病而拒绝赔付；二是扩大医疗保障覆盖面，将没有医疗保障的美国人纳入到医疗保障计划中；三是控制费用，尽可能降低医疗成本。

（二）各阶段改革成效和问题

围绕扩大医疗保障覆盖率和控制医疗成本费用上涨两大宗旨，美国历届政府都试图进行医疗卫生体制机制改革，通过设立新的法律法规来完善医疗费用支付、服务与监管等。然而，受政治体制以及各方资本实力的制约，医改始终未能彻底改变美国医疗体制的逐利机制。

1935 年罗斯福总统签署的《社会保障法案》虽然建立了养老保险制度，但没能涉及医疗保险方面的内容。1965 年约翰逊总统签署的《社会保障法案》修正案为社会弱势群体提供了由政府出资的基本医疗保障。从此，美国医疗体制从单一私有制转变成以私有为主、公共为辅的“双轨”制，但医疗保障始终未能达到全民覆盖。美国医疗体

系低覆盖、低效率和高成本的三大问题，不仅难以满足美国国民对健康的需求，更对国家长期经济发展造成极大的负面影响。

在此背景下，2010 年的奥巴马医改进一步增强联邦政府管制，通过增加公共医疗补助受惠人群和政府对中低收入人群购买保险的财政补贴，扩大医保覆盖面，并确实取得了显著的成效。在《患者保护与可负担医疗法案》实施的五年间，美国无医疗保险人口从 2011 年的近 5000 万下降到了 2015 年初的 3230 万，占总人口的比例也从 2011 年初的 15.7% 下降到了 2015 年第三季度的 9.2%。在 18-65 岁这一年龄段中，无保险人口比例的下降趋势更为显著，从 2011 年的 22.3% 大幅下降到 2015 年的近 13%。

然而，尽管奥巴马医改在理论上接近了全民医保，有效地提高了医保覆盖率，但实际仍沿用和巩固了过去几十年的“由雇主提供商业医疗保险”的医疗模式，而非像其他发达国家一样由政府提供全民医保，并在实际操作中满足了雇主和医疗产业利益集团的诉求，未能触动既有利益格局，导致问题根源仍未消除，美国巨大的医疗费用支出持续攀升。奥巴马医改方案实施五年间，美国人均医疗费用的上涨依然没有任何减缓，从 2010 年的 8402 美元上升到了 2014 年的 9523 美元，总增幅为 13.3%。

同时，奥巴马医改还导致了医疗保险价格的进一步上涨。对于达不到政府补助条件的中等收入阶层来说，医疗花销非但没有减轻，反而大大增加了。医疗保险价格的上涨是奥巴马医改措施的必然结果。一方面，联邦政府对购买保险的强制性规定，导致了对保险的需求量大大增加，造成保险价格抬高；另一方面，由于许多健康状况不佳的人士得以购买保险，保险公司纷纷上调保险价格以抵消这一人群带来的财政风险。2016 年，美国个人医保市场的平均价格比 2015 年上涨了近 8%。对于收入不高、却没有资格享受政府补助的普通中产阶层来说，保险价格的上涨大大加重了他们的经济负担。

从表面来看，奥巴马医改使得普通民众有更多机会获得医疗保

险，但这并不是实际医疗成本降低的结果，而是政府介入分担了民众医疗开支所造成的表象。联邦政府大幅动用公共财政为民众的医疗费用买单，短期内确实减轻了一部分人口的医疗负担，却不能从根本上遏制医疗费用上涨的势头，而政府的财政收入最终仍来源于税收和借债。急剧增加的公共医疗开支，最终依然需要由纳税人买单。因此，尽管奥巴马医改是美国历史上规模最大的一次医改，但其本质上仍是一项治标不治本的政策。其改革的范畴仍然局限于医疗保险体系，而无法实现对医院、药品和管理等多个环节的综合改革，更无法实现全面医疗体系改革。奥巴马医改虽然短期内在一定程度上缓解了民众的医疗负担，却并未从根源上解决医疗费用快速上涨、医疗服务过度使用等体制性问题。

（三）中美对比优劣势分析

1. 美国医疗体制较中国更为市场化

美国方面，从医疗保险体系来看，主要由公立及商业保险两大类组成，呈多元化特征。公立医疗保险约占医疗保险总费用的 43%，筹资项目有联邦医疗保险（Medicare）、医疗补助保险（Medicaid）、妇幼保健、职业病康复、儿童健康保险、毒品和精神卫生服务、印第安人卫生服务等，主要支出机构和管理机构均为联邦与州政府。商业医疗保险包括由雇主购买的补充医疗、商业保险、企业工伤保险与内部卫生服务等，总计约占医疗保险总费用的 40%，以及个人购买的自费医疗，约占医疗保险总费用的 17%。由于历史文化等方面的原因，美国在医疗服务领域奉行自由竞争主义，由市场来调节各方面的因素。因此，美国也是医疗体制市场化程度最高的国家，政府只对残疾人、老年人或者其他贫困人员实行基本的医疗卫生保障，而多数公民参加的是商业医疗保险。从医疗服务体制来看，美国的医疗服务体系以私立医院为主体，私立营利性医院占医院总数的近七成。各个私立医疗机构之间存在较为激烈的行业竞争，有利于医疗技术的提高，医疗服务的完善，也有助于降低医疗成本，提高医疗效率。

中国方面，从医疗保险体系来看，以基本医疗保障为主体，主要由政府主导，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充。基本医疗保障体系包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。然而，尽管我国以政府为主导的医保体制更有利于进行宏观调控和医疗资源分配，但缺乏市场化竞争的过度集中也导致了医疗资源浪费、技术水平低下、医院医生积极性不高等问题。从医疗服务体制来看，我国医疗服务体系以公立医院为主，国有、集体所有的医院占全国医院总数的七成左右，大多由各级卫生部门管辖。这一体制虽然有利于政府对医疗机构的统一规划和监管，却因长期以来对医疗行业严格的行政准入门槛，限制了公立医院与私立医院之间的公平竞争。同时，我国的医院虽大多数是公立的，但政府补贴仅占不足医院收入的 10%，其余绝大部分收入都是医院通过市场化运营所获得的业务收入。为了获取尽可能多的发展基金，众多公立医院实际上以利润最大化为目标，以公益之名，行市场化之实。一些医院将医务人员的薪酬与科室业务收入挂钩，助长了医生过度医疗的动机，进一步加剧了“看病贵”问题。

2. 美国医疗服务管理模式较中国更为完善

美国方面，政府对于医疗领域以市场调节为主。从政府监管层级来看，美国联邦和州政府之间相互配合，各尽所职，不同层级的政府由不同的医疗管理部门进行监管，且监管内容和方式也有所差异，监管效率较高。从监管主体来看，美国医疗领域里有自我管理的“四大金刚”，包括代表医生的美国医学会（AMA），代表医院的美国医院协会（AHA），代表医疗保险行业的美国医疗保险协会（AHIP），以及代表制药行业的美国药物研究和制造商协会（PhRMA）。这些协会在医疗领域具有举足轻重的地位，对行业内医疗流程的规范与医疗质量的提升都具有关键作用。同时，政府也对医疗行业进行监管，包括管理医院注册、改造、登记以及各种治疗行为和医疗质量提升等。从

医院所有权来看，无论是政府还是其他各类资本兴办的医院，基本均实行管办分离。办医者全权委托专业的各类医院管理公司，对医院进行全面的经营和管理。

中国方面，医疗卫生领域实行“政府主导，垂直管理”的制度，对各个医疗机构进行统一管理，与此同时，还存在同一层级的政府部门多头管理、交叉管理的现象。在我国，政府同时扮演着“运动员”和“裁判员”双重角色，既是公立医院的实际拥有者，同时也是医院的监管者，同时还存在监管法律不完备且滞后等现象。

3. 中美医疗保障资金来源均较为多元化

美国方面，医保资金来源主要为企业和个人缴纳以及政府补贴。在商业医疗保险中，企业雇主为雇员交纳保险金，同时员工按一定比例交纳医疗保险的保费。在公立医疗保险项目中，费用主要由企业、个人和政府负担，政府以征收社会保障税和工资税的形式向企业和个人征收税款，建立联邦医疗保险信托基金。联邦政府不对医疗保险提供任何财政援助，仅对辅助性医疗保险提供财政补助。在美国，能够通过公共资金获得基本医疗服务的人仅限于那些特定的弱势人群，如 65 岁以上的老年人、患严重疾病的人和残疾人。奥巴马医改后，美国的医疗保险获得了更多资金来源，政府资金投入、个人所得税和医保税的征收均增加了医保资金的筹募。

中国方面，医疗保险筹资由国家、企业、个人来共同负担。我国的城镇职工选择了社会统筹和个人账户相结合的模式，其方法是企业和个人按工资的一定比例缴纳医疗保险基金。对于城镇居民和农村居民，除了个人缴纳一部分，国家给予补助，也形成了社会统筹和个人账户的基金管理方式。

4. 美国医疗服务付费模式更为合理

美国方面，从付费方式来看，不管是在公立医保领域还是商业医保领域，美国的医保机构普遍对定点医疗机构实行预期付费方式，包括按病种付费、按人头付费等。近年来随着医疗行业对医疗服务质量

的关注升级,按质量付费或按绩效付费这种新型的付费方式也逐渐兴起。以按人头付费这种广为采用的付费方式为例,医疗社会保险机构根据医院或医生服务的被保险人人数,定期向医院或医生支付一笔固定的费用。在此期间,医方负责提供合同规定的一切医疗服务,不再另行收费。医疗服务提供方所服务的被保险人人数越多,收入就越多;提供的医疗服务越多,收入越少。这种方式能够鼓励医疗机构和医生主动控制、降低医疗费用。从付费流程来看,为控制医疗费用上涨,医疗费用的报销是通过保险公司直接跟医疗机构挂钩,而不需要病人拿着医院费用账单去找保险公司索要保费。这样一来,商业保险公司成为监督医药费用的第三方,为了自身盈利会严格审查医院和医生为病人所提供的医疗服务项目是否是必要的。

中国方面,从付费方式来看,医疗机构还普遍停留在传统的按项目付费阶段,医院收入与医生开具的处方、检查或诊疗项目数量直接挂钩。从付费流程来看,病患需要全部自付费用后,再拿着医疗账单去找医保机构报销。由于医疗机构跟医保机构不存在购买关系,医生在知道病人有医保的情况下,反而更容易通过多用昂贵药品、多做检查、多住院等手段来进行创收,致使医院、医生、药品、检查四位一体的经济利益共同体局面难以打破。

(四) 经验启示

1. 医疗改革必须兼顾公平与效率

奥巴马医改显示出,普惠式的全民医疗保障是彰显社会公平与正义的重要一环。美国医疗服务体制在坚持市场化的同时,同样重视卫生服务的公平性,建立了老年人医疗保险计划、低收入群体医疗救助计划、儿童医疗保险计划、少数民族免费医疗及军人医疗计划等社会性医疗保险模式,完善了医保筹资制度、费用支付制度及监管制度等,一定程度上保证了公平和效率。我国由于人口基数大,各地区社会经济发展水平极不均衡,行政和财政体制制约程度不同,因此现有医疗保障体系仍存在筹资和保障水平不高、资源分配不均衡、适应流动性

方面不足、可持续性发展后劲不足等问题。未来，我国仍需在医改过程中不断提高并均衡医疗保障待遇水平、保障人民群众基本医疗，弥合各群体、地区医疗保障制度之间在缴费标准、筹集水平、报销补充、服务提供、管理机制等方面的差异，对有特殊需求的群体和地区予以适当倾斜和关注，最终实现医疗服务公平与效率的可持续发展。

2. 鼓励多元化办医模式

美国医改的关键是加强政府、医疗机构、私营机构和民众之间的合作，并且鼓励社会资本依法兴办非营利性的医疗机构、促进非公立医疗卫生机构发展，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制，这些对于完善医疗保障体制、提高医疗服务质量都起到积极的作用。我国医疗改革也应注重鼓励和引导社会资本对医疗卫生事业进行投资，协调好公私资本的合作，加大对非公立医院的支持力度，提高非公立医疗机构的服务质量和水平。在保障公立医院平稳运营的同时，使非公立医院作为有益补充，在整个卫生服务体系中发挥积极作用，更好地满足不同层次病患的需求。

3. 稳妥推进多层次医疗保险体系

美国的公共医疗保险与商业医疗保险各司其职，政府对于老人、儿童、低收入者等弱势群体实行特殊政策，为其提供医疗保险。我国医疗保险制度也应不断探索、稳妥推进社会医疗保险、商业医疗保险、医疗救助、个人自保相结合的多层次医疗保险制度体系。由于社会医疗保险对医疗服务等设有一定的限制，对于一些需要高级药品和医疗服务的人则不能满足其保险需求。从我国医疗保障的现状来看，商业医疗保险的作用并未充分发挥。政府需积极引导高收入人群、商业保险企业有序平稳地进入商业医疗保险市场，从而分摊基本医保的财政压力，减轻政府负担，并满足不同人群的医疗需求。商业医疗保险可以通过建立不同的保险形式，合理分担医疗费用，解决当前职工医疗保险中存在的超前和过度医疗消费问题，使社会医疗保险支出的医疗费用能为更多的人提供基本医疗服务。

二、英国医疗卫生体制机制及医改相关经验

英国全民医疗服务体系（National Health System, NHS）始建于 1948 年，是全球历史最悠久、最健全的国家卫生体系，真正实现了对全体英国国民“从襁褓到坟墓”的免费医疗服务全覆盖。

作为一种典型的政府主导型医疗服务体系，NHS 历经内部市场化、政府职责调整等变革，但政府始终扮演主导角色，主要通过税收筹资，坚持公平普惠原则，核心理念是基于医疗需求而非支付能力向公众提供平等全面的免费医疗服务。

NHS 实行由低到高的分级转诊制度。初级医疗服务是 NHS 医疗服务的主体，主要由家庭医生和社区诊所等构成，他们主要提供初级的医疗服务。当出现其无法处理的医疗问题时，可出具转诊证明，将病患推荐至二级医疗服务。二级社区医院主要是负责接收由全科医生转诊过来的重症病人以及为他们提供手术治疗，并且负责调配本社区的医疗资源。三级专科医院主要是负责接诊下级医疗机构转诊过来的疑难杂症，并开展医学研究工作。

（一）历史各阶段关键举措

自 20 世纪 80 年代以来，英国医疗卫生领域先后推行了一系列改革，其中以 1989 年、1997 年和 2011 年对 NHS 体系进行的改革幅度最大。改革的核心要义是将竞争机制引入政府垄断的医疗服务体系内，对原有模式中医疗服务提供者和购买者一体化的结构进行分离，通过创设内部市场的方式重塑 NHS 体系。

1. 撒切尔夫人领导的保守党政府开启医疗服务改革

随着 1979 年撒切尔夫人领导的保守党上台和财政压力显现，英国开启了激进的医疗服务改革。1981 年，撒切尔政府取消了一些对私人医疗保健的管制，鼓励发展私营医疗，将私营管理理念引入 NHS，允许私人部门通过强制性招标竞争参与竞标 NHS 的某些辅助服务，如洗衣、餐饮与清洁。此外，还提高了处方费与其他费用。

1989 年，撒切尔政府发布白皮书《一切为了病人》，首次提出了

关于国家医疗服务体系改革的建议，并在 1990 年通过的《国家健康服务社区管理法案》中落实成为法律条款。白皮书提出，在 NHS 中引入“内部市场”这一理念，主要是通过政府部门权力下放、加大医院支配资金的自由度以及医院之间竞争的形成，以此提升 NHS 运行效率。白皮书要求以合同承包代替预算管理来支付医院服务费用，促进 NHS 协议转让到非 NHS 承包商手中，借此使医院服务的购买者和提供者相分离，使 NHS 真正成为医疗服务的管理与监督者。

2. 新工党与新 NHS

1997 年，由布莱尔率领的工党再次上台执政，开启了 NHS 现代化改革的新篇章。尽管党派和执政理念不同，但布莱尔政府的改革仍采纳了许多由撒切尔夫人政府时期开始的改革措施，包括提升 NHS 效率。为兑现竞选期间“在不肆意增加 NHS 经费的基础上，对其服务效率和质量进行崭新改革”的承诺，布莱尔政府发布了白皮书《新 NHS，现代而可靠》，提出了以伙伴关系为出发点的 NHS 运营方式，旨在改善医疗服务领域中数十年投资不足的状况。白皮书承诺要重建公众对 NHS 的信任，一是要更新 NHS，使之真正为国家服务；二是让提供符合国家标准的医疗服务成为地方的责任；三是通过更严格的绩效考核减少官僚行为，提升效率；四是重点改善服务质量，保证所有病人获得最好的医疗服务。

2000 年，布莱尔政府公布了 NHS 发展蓝图——《NHS：投资与改革计划》。计划提出，在资金方面，政府将在接下来的 5 年中将每年医疗预算从 500 亿英镑增加至 690 亿英镑，以解决医疗资金投入不足的问题；在效率方面，将排队等候手术的平均时间由当下的 18 个月缩短至 6 个月。

3. 卡梅伦联合政府的 NHS 改革

2011 年，英国保守党与自由民主党联合政府在卡梅隆首相的带领下，向下议院提交了《健康与社会保障法案》，迈出了新医改的第一步。本轮新医改的目标是最大可能地消除机构臃肿，明确各组织职

责，从而提升 NHS 效率和质量，减少财政支出规模。新医改的内容不仅包括以往改革中减少行政干预、以病患为核心等项目，还新增了向受许可的私人机构开放病患资料库等争议性条款。改革的核心是对医疗服务的付费者进行改革，改善其治理结构，提高其服务水平。具体来看，主要有四项改革点最引人关注。

一是建立专家委员会，根据医学基础，对医疗服务规范和收费价格重新进行梳理。二是成立“全科医生联合会”，使全科医生能够自由执业。高水平的全科医生能够通过对地区人群更高水平的健康维护获得更多的绩效奖励，同时联合会对全科医生起到监督和规范的作用。三是引入市场竞争机制。在英国，初级保健信托机构（(Primary Care Trusts, PCTs)）的主要职能是为相当一大部分医疗保健服务付账，在一定程度上相当于我国的医保机构。改革决定取消初级保健信托机构，所有的医疗服务信托体系转变或加入基金机构，受到专门的健康理事会监管。四是设立健康国务大臣与医疗服务委员会，制定疾病的治疗规范和政策规范，推进公共健康服务。同时下设健康监管机构和监管理事会，分别对医师行为和基金会的经济行为进行监控。

（二）各阶段改革成效和问题

自撒切尔政府伊始，英国 NHS 改革历时近 30 年。1989 年撒切尔政府将英国医疗服务系统转向市场化改革，引入了“内部市场”，实现了医疗服务购买者和提供者的职能分离，由地区卫生局和资金持有诊所负责购买医疗服务，而 NHS 信托能够相对独立地提供医疗服务。同时，卫生行政部门通过设定标准、指南、定价规则等方式来影响 NHS 信托的行为。随后布莱尔政府和卡梅伦联合政府的医疗改革也在倡导市场竞争、强调回应性、提升医疗服务效率、提高公民满意度以及控制医疗费用异常增长方面取得了不错的效果。

然而，NHS 在追求高福利水平与公平性的同时，也以政府的巨大财政压力 and 低效率为代价。因此，布莱尔政府和卡梅伦联合政府的医疗改革均遭到了一些抵触，主要源于政府能够提供的财政政策扶持

力度较为有限、而历届政府上台后的改革只带来一时的影响，未能解决长期存在的医疗服务费用支出上涨过快和医疗资金不足的根本矛盾。尽管历届政府均做出很大努力，但英国医疗服务改革仍遗留下两方面主要问题。

一方面，NHS 制度自身仍具制约性。由政府主导型的 NHS 面向英国全体国民，人员基数较大，然而有限的医疗服务人员难以保障工作效率，分级转诊制度也相对延长了病患等待治疗的时间。同时，在公益免费的背景下，存在提供低于标准的服务、推卸责任将病患转至其他医疗层级等现象，人为降低了医疗服务质量。

另一方面，医疗资源过度使用。在英国政党政治制度的推动下，历届政府为讨好选民都高度重视医疗保障水平，致使英国医疗保障水平和范围过高。同时，加之公众对自身健康的关注不断增加，病患身份逐渐向消费者身份转换，而 NHS 提供的免费医疗服务脱离了正常市场价值，导致民众能够不考虑自身成本的使用医疗资源，对医疗消费没有节约意识，进而推动医疗支出增长。面对非理性增长的医疗需求和支出，政府在“为民众提供免费医疗服务”的传统理念以及选民满意度的制约下，难以做出有效调控。

（三）中英对比优劣势分析

1. 英国医疗资源配置机制较中国更为均衡

英国方面，NHS 将所有的医疗服务都作为公共品向英国全民免费提供。NHS 以税收这一强制性方式筹集资金，将卫生支出列为国家预算项目，每年根据各地区的人口数量和年龄结构等直接影响医疗支出的因素向各区卫生管理局拨付款项。这种融资方式充分保证了 NHS 的全民覆盖和公平性。NHS 提供的服务中，只有极少数项目需要收取少量费用，而符合国家医疗救助条件的贫困人群均无需缴纳这些费用。此外，NHS 通过全科医生提供初级服务和逐级转诊实现的基层首诊、分级医疗，以及通过排队机制实现急慢分治，实现有限医疗资源的公平有效配置。这样的资源分配注重保健和预防，且根据患

者医疗需求的急迫程度进行。由于受到医疗预算的管制，在医疗服务过程中严格遵守社区首诊、分级医疗和双向转诊制度，这样实现了专科医院、综合医院及全科医生的分工协作，使得很多的医疗问题能够在基层就得以识别、分流，从而充分地利用了医疗资源。

中国方面，我国尚未实现医疗保障的普遍覆盖，医疗卫生体制建设按城乡、所有制和就业状态组织实施，导致医疗服务因在人群、城乡、地区间的割裂而仍存在公平性不足、待遇不一致的问题。同时，尽管基本医疗服务体系依据城乡医疗卫生网络的结构、医院规模、设备等划分了三级医疗服务，但是在实际的执行中并没有得到很好的贯彻，政府投入和医疗资源明显向大城市大医院倾斜，基层机构条件相对有限，二级医疗服务机构和三级医疗服务机构出于市场竞争的需要，利用自身的技术优势，仍然提供基本医疗服务，开展常见病、多发病和一些慢性病的诊疗服务，进而导致大医院患者拥挤，小医院患者不足的现象，造成医疗资源利用不均的现象。病患向占有优势资源的机构集中加剧了“看病难”，同时病患在交通住宿等方面的花费又造成相对的“看病贵”。

2. 英国医疗服务管理模式较中国更具联动性

英国方面，NHS 组织结构是以 NHS 委员会领导下全国一体化的组织模式。作为英国 NHS 最高领导机构的卫生部直接领导着地区卫生署和地段卫生署，各个层级的管理机构，各司其职，实行三级垂直管理体制模式。卫生部主要负责设计和制定英国医疗发展规划与目标，每年对英国医疗资源进行分配，并对分配的医疗资源实施效果进行评价，并对卫生部长负责。地区卫生署主要负责贯彻卫生部制定的政策、计划并对这个过程实施管理等职能，而地段卫生署主要负责提供医疗卫生服务，主要由几百家的初级医疗服务信托基金和医院管理基金会组成。英国医疗卫生管理部门不仅拥有对医疗卫生资源的管理和分配权以及医疗服务的管理权，还担当着为患者购买医疗服务的职能。通过与医疗服务提供方签订合同的形式管理医疗资源和购买医疗

服务，管理部门能够有效提高医疗服务效率、降低管理成本，并强化以病患的立场为出发点。

中国方面，基于现实原因，基本医疗保障存在两套管理制度，即城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险属于人力资源和社会保障部管理，新型农村合作医疗属于卫生部管理，分块管理的基本医疗保障体系无法形成有效的联动机制，容易导致职能重叠、政出多门的问题，降低了管理效率。同时，中国各级医疗管理部门主要担当着制定各辖区内医疗卫生事业发展规划，统筹规划与协调本辖区内卫生资源的配置以及相关业务指导和行政管理职能，工作内容主要以管理者的角色为出发点。

3. 英国医疗服务资金来源较中国更为稳定

英国方面，NHS 资金来源的主体是英国政府的财政拨款，其在整个 NHS 资金来源的比重高达 80% 以上，稳定性较高，而英国国民个人保健支出比例在整个医疗卫生费用中只占很少的一部分，这也是为何英国国民不存在看病贵问题的主要原因。

与之相比，中国的医疗服务资金来源主体更为多元化，城镇职工的筹资主体主要是职工所在的企业及职工缴费，但企业与职工的缴费与企业的经济效益好坏有着直接的关系，导致缴费存在稳定性问题。新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险的筹资主体主要是城乡居民的缴费，国家的财政拨款主要是在居民缴费的基数上对应的财政补助，而非主动的医疗投入。同时，新农合与城镇居民缴费还受到个体缴费意愿的制约，进一步影响着医疗服务资金来源的稳定性。

4. 英国医疗服务支付流程较中国更为简便

英国 NHS 支付流程的环节较少，医疗资金只在英国 NHS 管理机构与医疗服务供给者之间发生流动，患者基本不参与支付环节；而中国医疗服务是由患者在医疗过程中先行垫付资金，待患者痊愈之后再报销，这就涉及到医疗资金支付的三方主体，使得支付流程的复杂程度和所需时间都随之加大。

（四）经验启示

1. 强化政府在公共医疗服务供给中的保障责任

英国由政府主导的全民免费医疗模式显示出，政府需充分发挥应有的职能，维护好医疗服务供给中的公平与正义。完善医疗服务体系的过程中，必须强化政府的保障职能，以公平为先，为全体国民提供最基本的医疗保障。医疗改革的进程中，既要避免政府的过度干预，又要避免过度的市场化，充分利用“有形手”和“无形手”来实现政府与市场的相互协调、相互促进，避免出现“以药养医”、医疗费用攀升、医疗服务市场混乱、医护人员道德缺失等问题。

2. 在公共医疗服务中适当引入市场竞争

英国政府在 NHS 中建立内部市场的实践表明，医疗服务需求的日益多元化与个性化决定了政府与市场间需要采取相互合作、相互信任的方式，共同致力于公共医疗服务的供给。政府向公众提供基本医疗保障，更高层次的医疗需求和服务则可由市场进行操作与调节。在公共医疗服务中适当引入私人资本，建立内部市场竞争，不仅能够减缓财政和公共服务压力，而且益于改善医疗服务供给效率，带动管理机制转变，降低和控制医疗服务成本。通过在医疗服务体系中引入市场竞争机制，强化医疗服务中“以病患为中心”的理念，实现“资源跟着病人走”，让病患的选择权得到充分保障。

3 构建有序的分级诊疗模式

分级诊疗是英国 NHS 体系中的基石。我国基本医疗保险实行了较为广泛的定点医疗制度，参保人可以自主选择定点医疗就医，但也同时导致了盲目寻医、重复就医的问题。我国可以借鉴 NHS 中分级诊疗这一有序的医疗服务体系，逐步引入双向转诊的制度，建立从一般疾病到专科疾病、从门诊到住院、从基层机构到综合医院、从疾病治疗到康复护理之间的双向转诊制度。同时，为了将医疗机构间的无序竞争变为有效的协同，最关键的是要将大医院的优质资源下放到基层医疗卫生机构，充分发挥基层医疗机构的作用。增强基层医疗机构

的服务能力，激发基层医疗机构的积极性。同时，转变基层医疗机构的服务模式，将医生和患者的关系由短暂的关系变成一种连续责任制的契约管理关系。大力发展社区卫生服务，将原有的医院功能从治疗扩大到预防保健和康复，把服务对象从仅针对病人扩大到社区人群。

4. 提高医疗保障覆盖水平

英国完善的医疗保障制度体系为其全民免费医疗覆盖提供了坚实基础。目前，我国的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险仍较为割裂，需逐步推动各保险项目之间的整合和统一，使其在制度体系结构、管理流程等标准上趋于一致，逐步缩小各地区和城乡居民基本医疗保险的差距，最终实现融合。同时，我国目前提供的医疗保障水平比较低，患者的自付比例仍旧很高，可通过其他商业医疗保险计划来与基本医疗保险计划相衔接，提高医疗保障覆盖水平。

三、德国医疗卫生体制机制及医改相关经验

德国是世界上最早建立社会医疗保险制度的国家。早在 1883 年，德国俾斯麦政府就颁布了近代世界上第一部社会保险立法《工人医疗保险法》，规定达到一定收入水平的产业工人、其他商业领域的熟练技工和蓝领工人，必须参加强制医疗保险。之后，德国还相继颁布了工伤保险、残疾保险、死亡保险等多方面的法律。经过一百多年的不断发展，德国已经率先在世界上建立了以法定医疗保险为主、私人医疗保险为辅的相对完善的社会医疗保险体系，为普通公民提供相对较高质量的医疗卫生服务。进入新世纪以来，德国医疗卫生体制出现了一些新的变化，德国联邦政府推进了多次医疗改革。

（一）德国医疗卫生服务体制

德国的医疗卫生服务体制大致分为两大部分：一是以传染病控制为主的公共卫生体系，二是一般医疗服务体系。

1. 公共卫生服务体系

德国的公共卫生服务是由其联邦、州和县三级政府的卫生行政主管部门直接完成的，有自下而上的信息传递体系及反应和处理体系。在联邦一级，科赫研究所负责相关研究、信息处理及协调职责。该机构为国立结构，承担政府相关职能，资金来自联邦政府，人员多数为政府公务员。联邦在若干地区设有专门的治疗机构和相关处理体系，有些是独立运行的，有些则设在医院。按照相关规定，在德国的任何医疗结构发生传染性疾病病例或疑似病例，都要按照规定迅速向所在地卫生行政主管部门报告，并由卫生行政主管部门逐级上报，最终由联邦一级的管理机构进行确认并形成处理方案予以解决。

2. 医疗服务体系

德国的医疗服务体系大致分为四个部分：一是开业医生，主要负责一般门诊检查、咨询等；二是医院，负责各种形式的住院治疗；三是康复机构，负责经医院治疗后的康复；四是护理机构，负责老年以及残疾者的护理。

德国的开业医生属于私人开业，大部分为全科医生，还有一些进行专门手术或检查的专科开业诊所。国家根据人口、地理等条件规定不同地区的开业诊所数量及基本资质标准，达到资质标准的医护人员可以申请独立开业，提供相关医疗服务并获得收入。

德国的医院有三种类型：公立医院、非营利医院和私营医院。公立医院由政府直接投资兴办，并接受政府直接管理或由大学代管，相当一部分人员为公务员，其余为签约的雇员。非营利医院通常由教会或慈善机构管理，基本运作方式类似公立医院，主要区别是与政府的关系。私营医院也是由政府投资兴建的，但是委托给私人机构进行经营。从数量上看，公立医院占比超过 50%，占主导地位；非营利医院占比 35% 左右，仅次于公立医院；私营医院占比 10% 左右。德国的康复机构与护理机构情况与医院情况类似，以公立和非营利为主。

（二）德国医疗卫生筹资体制

1. 公共卫生筹资

德国以传染病防控为主的公共卫生服务由各级政府的卫生行政部门直接承担，相关资金也全部来自政府财政预算，各级政府根据各自的职能及需要分担投入。

2. 医疗服务筹资

德国医疗服务资金筹资是一个多元化体制，医疗服务体系建设资金筹集和医疗费用资金筹集分别采用不同的方式。

医疗服务体系建设资金筹集方面，开业医生诊所由开业者自己投资，包括房产及相关设备；医院、康复机构和护理机构的基本建设、设备等由政府投入，投入责任主要由州政府负责。

医疗费用筹资方面，德国采用的是以强制性社会保险为主的筹资体制。所有工薪劳动者中收入低于一定数额的都有义务参加医疗保险，退休人员、失业人员、无收入者也必须参加保险，国家公务员、自雇佣人员以及工薪劳动者中高收入者两类群体没有法定义务参保。目前，强制性社会保险所覆盖的人群大约占全国人口的 75% 左右。

（三）德国医疗服务的基本运作模式

1. 医、患、保之间的基本关系模式

德国医疗体制最基本的特点之一是第三方付费。德国大部分人口都参加了强制性医疗保险，其余人口大部分也都购买了商业保险。对于每一个参加了保险的人，只要发生疾病，就可以到有关诊所、医院以及康复机构进行就诊、治疗，所发生的费用由所投保的法定保险机构或私人保险机构支付。

法定保险对开业医生、医院、康复机构和护理机构的费用结算方式有所不同。开业医生付费采用的是总额预付制，每个医生的不同服务计为不同点数，费用总额除以总点数可得每个点数的货币价值，乘以点数进而得到每个医生的收入。医院费用给付采取的是按病种付费，定义了病例及其等级，并确定明确的费用给付标准，医院根据治疗的病例计算收入。康复机构和护理机构的费用给付是按照病员的住院条数以及所确定的日服务价格计算。控制过度需求方面，主要是通过医生控制和个人少量付费机制；药品费用控制方面，主要是通过药品目录管理和医生处方价值限制。

2. 转诊体系

每个参加保险的人都可以自由选择一家开业医生提供基本医疗服务，并且可以转换。开业医生要为其建立专门健康档案，患者就医时首先要到所选择的开业诊所。需要到医院治疗的，由开业医生负责向医院进行转诊，个人也可以挑选医院。需要进入更高级医院的，由先前的医院负责转诊。

3. 疾病保障范围

德国医疗保障的范围非常宽泛。除对各种形式的疾病进行门诊和住院治疗、康复外，生育服务、对老年及残疾人的护理等也在保障范围之内。工伤、交通事故带来的医疗费用不在医疗保障范围之内，分别通过工伤保险费和机动车拥有者的第三者险保费承担。

四、丹麦医疗卫生体制机制及医改相关经验

（一）丹麦现行医疗卫生体制

丹麦地处北欧，以独特的高福利社会模式著称于世。丹麦的社会福利体系包括养老社会保障体系、失业救济、医疗卫生和儿童及青少年福利等。其中，医疗卫生体系是丹麦社会福利体系的核心，由全科医生组成的一级医疗机构和以医院为主的二级医疗机构组成。

丹麦的拥有完善的社会福利制度，所有居民都有权享受由一般税收资助的公共医疗福利。因此，医疗卫生体系覆盖面非常广，所有国民和符合要求的外国居民都享有公共卫生保健服务（包括全科医生和专科医生的服务以及所有公立医院在内），个人仅支付牙医及院外药物和一些辅助性理疗的费用等。

1. 丹麦医疗体系行政层级及功能

丹麦卫生管理部门由 3 个行政层级组成：卫生部，5 个州区卫生管理部门和 98 个市卫生管理部门。卫生部是国家一级卫生机构，负责医疗体系的总体计划、卫生政策订定、立法、经济规划、准则/指引的定义、绩效的控制。州区卫生管理部门的责任功能则在医院与精神医疗的提供与管理、基层医疗/公共卫生计划，其中包括全科医生（家庭医生）、私人执业专科医生、牙科服务、生理治疗（Physiotherapy）等。市卫生管理部门的职责功能则是预防照护与健康促进、复健、酒精与药物滥用治疗、儿童的护理、儿童与特殊牙科照护、学校医疗照护与居家护理等。

2. 丹麦医疗体系财政支出结构

丹麦的公共支出基本上是由上而下的流程，中央政府和议会定义总体预算，包括：中央、区域与地方层级的预算。丹麦的医疗服务活动与费用的控制基本也是依循这样的架构进行管理。医疗财务系统的运作一样分三个层级国家、州、市，依此架构负担财务责任，其主要的财务来源为税收，各层级可依实际需要改变征收之税率。国家负责对州、市给予大额指定用途补助。州责支付全科医生费用（包含以人

头计之基本费及服务费)、专科医生服务费 (以服务为基础计价)、药费 (补助)、牙科服务费 (以服务为基础计价)、医院服务费 (总额预算)、产前及产妇照护机构 (总额预算) 之费用。在医院与产前及产妇照护机构的医疗人员费用 (包括医生, 人员是采用薪水制)。市负责居家照护及护理之家、18 岁以下儿童牙医及老人与残障者照护, 直接补助这些机构, 机构内医疗人员费用 (包括医生, 采用薪水制)。

（二）各个阶段的丹麦医疗卫生体系

1. 疾病基金系统

丹麦医疗保障体系最早可追溯到 18 世纪, 随着医院和医疗高收费方法的出现, 民间开始成立疾病基金, 基金会的收入主要用来为低收入人群提供除住院外的基本医疗服务。这种基金会组织在丹麦全国曾产生过 50 个。后来, 为了争取国家对医疗的财政投入、获得更好的收入, 丹麦的医生们积极投入政治运动。1891 年丹麦通过《丹麦医疗投资法》。这个法律使参加基金会的人和一部分低收入人群得到了免费医疗。

2. 全民医疗保险系统

1970 丹麦进行了地方政府的改革, 实行去中心化的管理制度 (Decentralized), 废除了推行多年的疾病基金系统, 全面建立医疗卫生服务系统, 国家和地方两级政府之间进行了明确的责任分工: 由州镇负责医院诊所和公共保险; 社区负责照料老人、残疾人康复、青少年卫生与防疫。公共卫生系统交由地方政府负责后, 产生的费用则由国家和地方税进行转移支付, 进而实现全民医疗保险系统。

3. 公民基础卫生服务免费

2007 年 1 月, 丹麦改革政府体制, 14 个省级政府合并为 5 个大区政府, 271 个市政府减少为 98 个, 国家卫生法案颁布施行, 所有丹麦公民自动纳入医疗保险系统并免费享受由全科医生提供的基础卫生服务项目。医疗费用方面, 公立医院和社区医生统归大区政府管理并划拨预算; 病人出院后的康复、养老设施等则由市政府负责。

4. 超级医院计划

随着丹麦逐渐进入老龄化社会，医院收治患者的年龄结构将会发生改变，与此同时，对疾病预防的重视也需要医院提供与以前不同的医疗服务。为适应时代变革，丹麦的医疗卫生官员启动了“超级医院计划”。在大城市中采用集中式的“超级医院”，专科医生成为治疗的核心力量，并优化患者就诊流程、提升医疗质量与效率，在确保患者安全的同时，提升患者住院环境。

（三）丹麦医疗改革后的成效

1. 多元化医疗保险选择

在医疗保险方面，民众有两种选择。一是参与基本医疗，与一位家庭医生签约，遵循严格的全科医生首诊制，转诊必须经过签约的家庭医生准许，诊疗、转诊、住院等全过程不需要个人另外缴费。二是不参与基本医疗，不签约家庭医生，每次就诊需支付诊疗费 50 美元（1 美元约合 7 元人民币），没有就诊和转诊限制，转诊、住院等需要按一定比例支付相关费用。也有一部分人会单独再买额外的医疗保险，去私人诊所或医院就诊，则无需等待。

2. 医疗保健系统全面数字化

丹麦医疗保健系统的特点是广泛的数字化。在所有医院，全科医生和市政医疗保健提供者都使用电子医疗记录（EHR）系统并以电子方式进行交流。丹麦大约存在着 15 种不同的 EHR，它们之间能够互联互通，方便操作。信息技术已成为丹麦医疗保健服务中不可或缺的一部分。电子卫生保健领域的总体协调在 2011 年创建的国家卫生委员会中进行。国家卫生委员会的作用是遵循电子卫生保健的总体战略和发展，启动新的国家电子卫生保健项目等。

3. 高效的医疗分级制度

丹麦建立了明确的医疗分级制度，由家庭医生担任国民第一“健康守门人”，在确保民众就医质量的同时，也能减少医疗资源的浪费，并提高医疗保健效率。目前，丹麦约有 3600 名全科医生。每一名全

科医生大约签约 1500 名居民。这样的配比使绝大部分人可以得到及时的诊治。此外，每一名全科医生配备一名助手，助手负责预约、记录数据、反馈信息、维护随访等。全科医生一般在当地社区的私人诊所中工作，他们与政府签订合同，遵循严格的全科医生首诊制，提供服务并获取报酬。由全科医生组成的一级医疗机构和以医院为主的二级医疗机构组成了一个高效的医疗运作模式。

（四）目前存在的问题

1. 患者候诊时间过长

随着丹麦老龄化程度的加深，对各种高技术、高水准医疗手术的需求人数逐年增长，但目前丹麦现有医疗服务能力与这些需求相比远远不足，排队等待的队伍不断加长。患者如果想得到医院的正规治疗，需要获得全科医生的诊断，等待时间相当漫长，尤其是非紧急手术等待时间则更长。这一现象的主要原因是免费医疗带来的公共产品使用的拥挤性，以及全科医生供给不足。

2. 医疗保险水平过高带来的高税率问题

目前，丹麦医疗保险全民覆盖率均达到 100%，但丹麦个人所得税的税率高达 56.4%。此外，在丹麦，还要缴纳许多物价税，在丹麦花费 100 克朗，要向丹麦国库平均缴交 31 克朗的税。过高的税率使得丹麦国民储蓄难度增大，个人可支配的收入减少，远高于欧盟平均水平。欧洲经济的自由主义原则和欧盟的建立给资本和劳工的流动造成了便利，向外移民使得最富有的人可以逃避福利国家的高额税收，接着高教育水平和高工资收入的人也开始向低税率地区移动。

3. 医疗支出高昂

在丹麦，随着人口平均寿命的逐渐延长，人口老龄化速度加快与慢性病患者逐年增多，在 1000 个市民里，有 70-200 人需要由全科医生面诊并进行长周期、全过程的保健方案指导，10 人需要转诊至医院住院治疗。目前，经济发展缓慢，包括医疗保障资金在内的社会保障资金来源不足。另外，技术革新带来医院服务和处方药成本上升。

不断增长的医疗费用开支加大了丹麦的财政负担。

（五）丹麦医疗体系的主要优势

1. 有效的法律和制度约束

丹麦医疗保障制度是其福利制度的一个重要组成部分，其基本原则是保证所有丹麦居民都能够平等、免费获得各项医疗保健服务。其医疗保障实行国家、地区和市三级分权管理：国家负责国民医疗保障制度的制定和宏观管理、监督；地区负责医院和医生管理；市则负责社区护理、公共卫生保健、牙科、儿童青年体检等项目管理，分工明确，权责到位。

同时，丹麦医疗保障制度是建立在明确法律约束之上的。政府、医生和居民三方以法律形式进行规范，通过详尽的法律条文明确规定各自的权利和义务，各级政府职责划分以及具体流程标准。这样一是减少了制度建设和实操过程中真空地带，二是避免各个责任主体的行为缺失、越位、懒政、不作为等现象的发生，是丹麦国民医疗体系得以长时间高效平稳运行的关键。

2. 稳定的医疗资金来源

丹麦绝大部分全科医疗服务是由私人医院或诊所提供，但费用是由国家公共财政负担。从筹资渠道来看，丹麦全民医疗体系资金来源比较单一，政府负责筹集所有医疗服务项目的资金。

中央政府以及市镇政府负责为居民全科医疗服务筹集资金后，通过不同渠道将所募资金交由大区政府管理分配，供家庭医生制度建设使用。大区政府可通过以下三个渠道获取医疗资金：第一，由中央政府发放的医疗专项资金，这是大区政府最主要的资金来源，占大区政府医疗服务费用开支的 80% 左右。这部分资金包括两部分，其一是一次性拨款，占到大区医疗服务支出的 75% 左右。对于这部分资金，国家财政根据各地区人口结构、社会结构等客观标准确定拨款标准；其二是基于医院提供服务的差异给予对应补贴，这部分约占总支出的 5%，目的是为了鼓励地区提高服务能力，改善服务质量；第二，由

中央政府提供的相关补贴,用来支付患者在各大区医院产生的相关费用;第三,来自市镇一级政府的补贴,用来支付该区内患者的住院治疗费用以及由全科医生提供的门诊服务费用。后两部分资金占大区医疗服务费用开支的 20%左右,上述区市镇政府的补贴资金主要来源于地方税收和中央财政专项资金。

3. 合理的医疗服务定价体系

丹麦引入美国于 1984 年建立的“按病种偿付方式”,即按诊断分类定额预付制。该方式将医疗机构对病人提供服务全过程归为一个产品,并把某一种疾病诊断治疗整体费用作为该医疗服务的预算价格。医疗保险机构(政府)按此预算价格对提供医疗服务的医院付费。这种偿付方式从以医院成本为拨款参考的简单方式,转向依据医疗服务作为医院预算为依据,可减少医院过度治疗现象,有助于全国医疗卫生费用支出控制。

4. 高质量的初级卫生保健体系

丹麦医疗保障十分注重国民的初级健康教育和健康管理。其中,分布广泛、高效、专业的社区全科医生是其初级医疗卫生服务体系的重要支撑,被誉为“健康的守门人”。几乎每一位病人都在社区中的健康中心拥有自己的社区全科医生,平均一位全科医生负责 1000-2000 人。全科医生的主要职责是直接接受所辖社区居民的医疗咨询,给予初步医学诊断,并且有责任建议患者向相关专科医生进一步就诊。全国 90%社区全科医生诊所得处理,只有 10%的重症、疑难患者才会被转诊至医院。同时,社区诊所、医院对居民医疗健康教育工作也十分重视,通过设计制作各类宣传材料,定期组织座谈会,对出院患者进行随访和技能培训等途径,提高居民防病防疫、诊后自我恢复能力。

丹麦还不断加强社区康复中心等机构的建设,各中心均配备护士、理疗师、营养师和全科医生,负责出院患者和居家老年人护理和照护、康复等工作。这些康复中心既减轻了医院负担,同时减少了政

府财政负担，也为患者提供更为及时、细致、针对性的医疗服务和关怀。

5. 严格的药房、药品管理制度

在丹麦，内政和卫生部、药品管理局负责审批药房的经营资格，负责药房开设地理选址，以便于绝大多数居民购买药品。同时，药房归私人所有并负责经营，药剂师必须取得内政和卫生部发放的执业执照。但药剂师的收入水平由国家内政和卫生部与药品管理局协商一致后确定，每两年调整一次。

各类药品定价由内政和卫生部负责制定。其中，对于常规药品，一般参照欧洲平均价格水平确定；对于新药和罕见病药品，由制造商提出价格方案后经协商确定，投放市场一年后会根据实际供需情况重新定价。1999 年，丹麦成立国家理性药物治疗法研究所，为各类药品合理定价和使用提供指引和参考。

处方药只能在国家授权批准的药房中销售，部分非处方药可以在药品管理局批准的商店销售，药品的销售渠道管理较为严格。对于处方药，国家根据患者药品消费总额分段按比例给予相应补贴，药房仅就药品价格超过公共补贴的部分向患者收费。对于一些非处方药，只有领取养老金或长期服药患者才能享受相应补贴。

（六）案例的启示

1. 适当提高医疗保证的公平性

医疗保障制度的构建需以“社会公平”优先，再“兼顾效率”。目前，我国医疗保障对广大农村人口、城镇外来务工人员、下岗职工等弱势群体不够充分。未来在医疗卫生费用支出分配中，还充分考虑地区之间的差异，城乡之间的差异，职业和群体之间的差异。国家应从财政上更多的补偿低水平地区，补偿低收入和弱势群体。地方政府也应充分发挥自身能力，建立与当地居民生活水平、当地居民生活状态相一致的医疗保险服务。当然，医疗服务必须与本国的具体国情和财力相适应，不能盲目崇尚高福利国家模式，必须要考虑本国的生产力发展

状况和经济负担水平。

2. 提高各级政府管理、服务水平

未来应切实转变政府职能，统筹协调国家财政与地方财政的关系，统筹协调政府与医疗结构的关系，统筹协调医疗机构和患者之间的关系。政府不仅要充当财政资金的提供者，还要作为医疗服务的购买者，医疗体系的监督者。完善各项法律法规，利用法律法规约束医疗服务提供者行为，保护患者利益。另外，引入科学客观、系统的评价体系，制定可行的评价标准，对医疗服务提供者的服务质量进行评估，提供机构、医师医疗服务效率，提高医疗费用使用效率。

3. 建立“以患者为本”的医疗服务保障机制

丹麦医疗保障的成功离不开“以患者为本”的初衷。减少等待时间、保护患者权利、以患者为主导的医疗服务精神是其医疗卫生系统高效运行的原因之一。未来我国医疗卫生改革也应坚持该精神，提高服务质量和患者满意度。建立医患服务责任制度，通过信息系统透明化公布服务质量、医院绩效、医师绩效等相关信息提高公众监督效率，形成有效激励。依据医疗服务的提供者的服务质量支付费用，合理优化诊断系统，科学合理的费用评估体系，提高病人的权利，尤其是知情权，建立医疗卫生监测数据库，避免医生滥用和过度使用药物、治疗手段，保证患者的权益。

4. 合理引入竞争和激励机制

未来我国医疗卫生体系建设要注重通过系统科学的评估，对效率高和服务质量好的医疗服务提供者实施激励，给予更多的财政补偿，而淘汰效率低和服务质量低的医疗服务提供者。制定合理的法律法规，提高医疗卫生从业人员的工资水平，增加违规行为的处罚，从根本上抑制医疗卫生从业人员违背职业道德和职业操守。引入合理的竞争制度，运行具有医师执业资格的私人诊所，民众在私人诊所看病，医生也能够得到相应的财政补偿。

5. 加大数字技术的医疗应用深度与广度

丹麦卫生系统是数字化程度世界领先，全科医生和市政卫生服务机构已在丹麦全国范围内实现数字化支持。信息技术已成为丹麦医疗保健服务中不可或缺的一部分。未来我国医疗卫生体系硬件建设也应加大数字化重视程度和投资力度。医疗数字化可有效提高疾病治疗效率和安全性，实现卫生系统资源的低成本共享。同时，高数字化也为人工智能、大数据、远程医疗、全息影像、5G 通信等技术对重大疾病早期发现、诊断诊治等提供支撑。同时，数字化为患者提供透明、便捷的信息获取渠道，提高了患者与医师就其自身治疗更加平等的合作可能。

五、日本医疗卫生体制机制及医改相关经验

日本的医疗卫生体制和医疗改革经验具有较高参考价值。首先，两国文化渊源相通，均深受儒家、佛教等文化影响；其次，两国经济社会演化路径相似，特定的政治、经济、文化背景还有利于医改制度设计比较和借鉴；再次，日本具有很高的卫生绩效，在世界卫生组织全球医疗水平评比中连续多年稳居第一；最后，日本医改难题与我国相似，且许多医改措施取得较好成效。

（一）日本医疗保障制度的发展历程

在长期改革、不断完善的过程中，日本逐步建立起了一套医疗质量和服务水平高、保障体制健全的医疗保障体系，为日本全体国民提供有效的医疗服务和健康保障。

1916 年日本颁布《工厂法》，规定 15 人以上的工厂，由业主负责承担疗养费，这标志着日本最早的医疗制度的产生。1922 年，日本通过了第一步医疗保险立法《雇员医疗保险法案》，覆盖有 10 个以上雇员的私营部门，其后扩展到有 5 个以上雇员的私营部门。1938 年，日本通过了《国民医疗保险法案》，规定自我雇佣者可以按自愿原则获得医疗保险，还按照不同职业建立了不同的公共医疗保险方案，如海员保险方案、公务员互助方案等。1961 年，日本修订了《国民医疗保险法案》，按照强制的原则将被保险人覆盖，实现了“国民皆保险”。1973 年，这一年被称为日本的“福祉元年”，医疗保险等社会保障制度得到了全面、系统的建立，也是在这一年开始对 70 岁以上的老人实行免费医疗。

随着日本经济社会环境的变化和老龄化步伐加快，日本的医疗费用不断攀升，医疗保险费严重不足，现行的医疗制度不稳定因素增加，影响医疗保险制度的可持续发展，上述情况促使日本政府持续不断地推进医疗改革。从 1984 年日本修订健康保险法，规定医疗费本人承担 10% 开始，到 2001 年 3 月实施第四次医疗改革方案，开始了日本医疗保险制度的不断调整。

2002 年，日本政府提出新的医疗保险改革方案，包括统一保险支付率等；2003 年，日本政府通过《关于医疗保险制度体系及诊疗费用体系的基本方针》，提出构建稳定的、可持续的制度，实现支付平等、公平负担、确保优良、有效医疗的四大目标的理念；2005 年，日本政府深入讨论医疗保障的基本思路、制度设计和未来发展方向等问题。至今为止，日本医疗体系改革调整从未间断、仍在继续。

（二）日本医疗保障制度的基本情况

日本医疗体系发达、覆盖面广。目前，全国有近百万家医院、诊所为医保患者提供服务，日本国民可持医疗保险卡到其中的任何一家就诊。日本医疗保险基金由个人、企业和国家共同分担。个人缴纳的比例较小，费率约是工资收入的 8%。国家机关和企业的职员，每月从工资中直接扣除；处于游散状态的农民和私人企业，按月定期到当地社会保险部门缴费；失业者和孤寡者，有失业保险金和遗属年金为其提供医疗保险。

日本的医疗服务绩效水平较高。2000 年，世界卫生组织公布的 171 个国家的医疗综合评价指标显示，包括健康水平、对人权的尊重、为患者服务的程度和均衡水平以及费用负担的公平性等指标在内，日本的医疗保障体制的综合目标实现程度得分最高，居世界第一位。

日本的医疗保障制度采取强制性原则，所有的日本人和合法居留的外国人都必须加入不同形式的医疗保障制度。日本的医疗保障体总体上主要由地域保险和职域保险两大部分组成，主要分为社会医疗保险性质的雇员健康保险制度、国民健康保险制度、特殊行业健康保险制度以及老年卫生服务计划和私人医疗医疗保险制度组成。

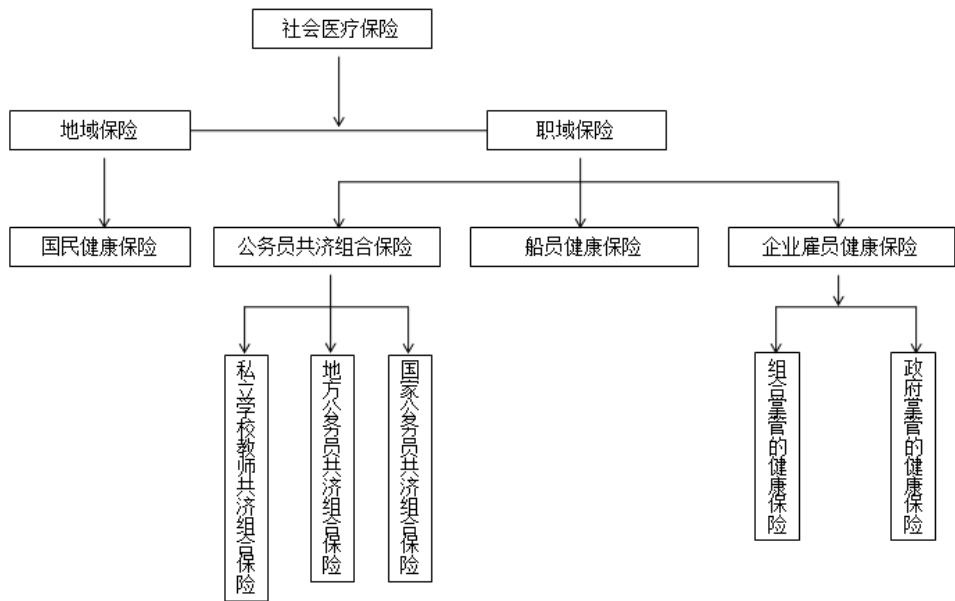


图 2.1 日本社会医疗保险制度的构成

雇员健康保险制度覆盖了企业和商会的雇员及其家属，分为政府管理的雇员健康保险和企业管理的雇员健康保险两类。政府管理的雇员健康保险覆盖中小企业雇员，企业管理的雇员健康保险覆盖大企业雇员。

国民健康保险以区域为单位，由各个基层地方政府负责管理，其覆盖对象为农民、个体经营者、无业者、不能享受“雇员健康保险”的退休人员及其家属以及合法滞留在日本、无职业的留学生等外国人。由于国民健康保险承担了许多老年人健康服务，中央政府和地方政府给予国民健康保险一定的补贴。

特殊行业雇员健康保险主要针对四类人群，即海员、中央公务员、地方公务员、私立学校教师等。

以上三种社会医疗保险制度的资金主要来源于雇主和雇员缴纳的医疗保险费，保险的付费项目在不同的保险方案中是一致的，包括门诊和住院治疗、牙科保健、护理以及处方药，不包括吸毒治疗、健康检查、非处方药以及高级药房的费用等，但不同的保险方案要求个人付费的比例不同。

私人医疗保险目前在社会医疗保险占主导的市场中所占份额不大，但是发展比较迅速，政府鼓励私人医疗保险的发展，尤其是对老年人的医疗照顾。

日本医疗保障制度的覆盖面主要分为四大部分。一是国民健康保险，占比 41%；二是政府掌管的健康保险，占比 28%；三是组合掌管的健康保险，占比 24%；四是各种共济组合，占比 7%。

表 2.1 日本医疗保险的人员构成

被雇佣者保险 (在工作单位加入的医疗保险、雇员保险)	健康保险组合（企业雇员及家属）
	政府掌管健康保险（政府公务员）
	互助会（国家、地方公务员）
	互助制度（私立学校教职工）
	船员保险（海上作业及渔业人员）
地区保险 (所在地的居民加入的医疗保险)	国民健康保险（农林业、个体经营、自由业、无业人员等）

六、韩国医疗卫生体制机制及医改相关经验

（一）韩国现行医疗卫生体制

在医疗保险体系方面，韩国的医疗保险资金主要来源于三部分，一是雇员和雇主按月平均工资保险费率缴纳的强制性保险费；二是一般税收；三是对烟草收取的额外费用。在保障内容方面，参保人主要享有两方面保障：一是医疗保健、定期健康检查等医疗服务。例如，针对医疗保健机构提供的疾病诊断、药品、住院、交通等服务，费用由参保人和政府共担；针对定期健康检查及癌症检查，费用由全国健康保险公司（NHIC）和参保人分担80%和20%或免费；二是特殊参保人可享有非国家医疗保险范围内的补贴。例如，针对残疾人购买轮椅、助听器等医疗设备，可享80%的价格补贴；此外，针对领取最低保障补助、患有慢性疾病等非医疗保险阶层，政府制定相应的支援制度——医疗支付制度，由国家负担其医疗服务费用。

就医疗卫生体系而言，韩国医疗系统主要由综合医院、韩医院、私人医院、诊所及保健所等构成。从等级来看，甲类医院涵盖所有科室，提供专门的急诊服务，至少拥有500张病床，主要包括综合医院和大学附属医院；乙类医院具有四个以上科室，提供住院和门诊服务，拥有300至400张病床和急救室；丙类医院设置较少科室，主要提供预防疾病或早期治疗的医疗服务，包括私人医院和保健所。韩国医院85%为私立，约10%是政府构建的大型医院或国立、公立大学医院，其余约5%隶属于其他社会团体。在医疗卫生管理方面，健康福利部（MOHW）是政府负责颁布相关法律、制定政策以及监管的机构；NHIC作为非营利组织，负责管理全国健康保险计划，并向医疗机构支付民众的医疗服务费用；医疗保险检查和评估机构（HIRA）为中立机构，负责审查医疗费用、评价医疗机构服务质量。

（二）韩国医改相关经验

从上世纪60年代至今，伴随韩国社会经济腾飞，其医疗卫生体制也经历相应改革。时至今日，韩国已拥有较为完善的医疗卫生制度，

强制性医疗保险计划覆盖全民，国民已能够真正享受到平等医疗服务。**一方面**，为完成对全国民众实施强制性医疗保险的计划，政府首先制定并不断修订完善《医疗保险法》，通过法律手段推动形成医疗保险和援助相结合的医疗保障体制，最终迎来全民医保时代。在推动医疗保险体制全民覆盖的过程中，韩国利用相关法律将参保自愿改为强制，并通过上调政府投保费负担比例调动起广大民众的投保热情，由大型企业雇员、军人、公务员为序全面展开制度施行，实现全民医保。

另一方面，韩国政府对医疗卫生体系实施医疗保险组织整合，通过《国民健康保险法》组建NHIC，规定由其统筹开展全国医疗保险业务。同时，对于药费在医疗费用占比过高问题，韩国不断改革，通过加码施行“药品零加成”的价格管制消除医生配药的经济激励，减少道德风险。此外，针对低收入阶层为中心的特殊人群，政府发展起医疗给付制度和不断降低弱势群体的本人承担比重。

（三）总结

总体来看，韩国医疗卫生体制尚较完善、总体覆盖面广。主要得益于一是在完善的法律体系条件下逐步改革，在经过反复试点的坚固基础上，加以法律形式强制实行改革措施；二是贯行政府筹资、建设和组织医疗卫生服务的原则。但是，仍不可忽视该体制下医疗卫生服务效率低下、民众医疗费用负担过重等问题。

七、新加坡医疗卫生体制机制及医改相关经验

（一）新加坡现行医疗卫生体制

新加坡医疗卫生体制医疗保障体系和公共卫生服务体系两部分构成新加坡医疗卫生体制，两种体系均强调政府与个人、公有和私营间合作互补，同时体现公平性和效益性双重目的平衡。从医疗保障模式来看，采用强制储蓄型医疗保险，其结构主要分为三层：一是政府设立覆盖所有工作人士的个人医疗储蓄计划Medisave。该计划类似中国的城镇在职职工基本医疗保险基金，患者每次治疗准许提取的限额根据病种不同，从250到7550新元不等。该计划旨在通过强制储蓄方式有效防止个人过度消费，避免医疗资源浪费；二是设立针对重病或长期疾病的健保双全计划Medishield。该计划为大病提供保障，如住院治疗的普通病房每日可以提取450新元，ICU病房每日可提取900新元，社区医院病房每日可以提取250新元，手术费用的提取限额则从150新元到1100新元不等，强调个人、雇主与政府的责任分担；三是通过为经济困难人士建立医疗保障基金Medifund，体现政府保护网的责任。从公共卫生服务结构来看，主要由政府提供的公共卫生体系和私立卫生体系两部分组成，80%的常见病和多发病等基础卫生保健服务由私立体系提供，其余被政府公立体系的社区医院覆盖；对于住院医疗服务，公立和私立体系分别承担80%、20%。总体来看，新加坡医疗体系覆盖全民，公私联动。政府秉承国民必须对自己健康负责的理念进行制度设计，体现不同医疗情形下个人责任向政府责任的过渡。

（二）新加坡医改相关经验

从新加坡医疗卫生体制机制改革历程和成效来看，总体较为成功。最初为了减轻政府财政负担，新加坡于20世纪80年代开始医疗卫生体制机制改革。一方面，推动医疗保障体制逐步从一般赋税资助转向以个人储蓄为基础。具体措施如下，一是在中央公积金制度为主体

的社会保障制度框架下¹⁶，推出强制性的医疗储蓄计划，规定年收入超过一定额度自雇人员必须以其净收入为基数，缴存固定比例的款项进入储蓄。1993年成立保障基金，据基金援助准则和申请人经济状况审批提供援助设立个人医疗储蓄帐户；二是配以针对大病的健保双全计划和救助性医疗保障基金。由此一来，形成三足鼎立式的3M（Medisave、Medishield和Medifund）体系。此后，为了进一步减轻社会福利负担，杜绝医疗费用增长过快、供需双方滥用医疗卫生资源的现象。新加坡于1994年进行了医药福利制度改革，确定公务员必须支付部分医药费用的原则，即将公积金医疗储蓄加补贴制度的适用范围扩展至公务员行列。上述改革以中央集权为基础，逐步体现了更多的个人责任，依靠公民强制储蓄很好地实现了公私共担的全民医疗保障。

另一方面，公共卫生服务体系于20世纪80年代同期拉开序幕，开展了以竞争、效率、分权为主题的重大调整。具体措施如下，一是全面推行了公立医院收费制度改革，实行医疗费用的总量控制，其具体对策是实行提高收费标准和成本回收；二是对公立医院进行重组，并按照引入竞争、防止垄断的理念组建了东部新加坡保健和西部国立健保两大医疗服务集团；三是确保公立医院在非营利前提下施行公司化运作，总体实现“公办民营”管理¹⁷，例如对医院运营和医用品采购等实行市场化运作¹⁸，以“病人为中心”进行“全面优质管理”。改革使得公立医疗卫生机构的自我“造血”功能实现增强，医疗资源配置得到了优化。

（三）总结

总体而言，新加坡医疗制度以国家型的社会保险为核心。一方面，通过强制储蓄建立起政府与个人责任的合理分担机制，实现了医疗资源的高效利用和政府医疗支出最小化；另一方面，政府公立卫生体系

¹⁶ 明确规定以雇员薪金为基数，按照法定比率将公积金存入相应账户；中央公积金账户中的特别帐户供退休医疗使用，医疗储蓄账户供个人和亲属医疗支出。

¹⁷ 重症医院和专科医院的产权完全归政府所有，但同时以公司形式进行运作，即将管理权交予公司。

¹⁸ 大型设备除外，其由卫生部所属控股公司统一采购，列入预算。

“集团化运作”“公办民营”管理成效显著，明显促进了医疗卫生服务供给水平的提升。但新加坡在在医疗风险分担、提高卫生筹资公平性等方面的潜力仍有待挖掘。

八、中国香港医疗卫生体制机制及医改相关经验

香港现行医疗保障制度始建于 20 世纪 90 年代。20 多年来，该模式在保障香港市民健康方面发挥了重要作用，成为举世公认的最成功的医疗卫生体制之一。通过分析香港医疗保障制度的改革与发展、成功经验及面临挑战，可为当下我国医疗卫生体制机制改革提供有益借鉴。

（一）中国香港医疗保障制度的改革与发展

1. 初步建立阶段

香港早期的医疗服务主要依靠民间慈善机构提供。20 世纪 60 年代至 80 年代，香港政府将民办的 20 多家非盈利性医院纳入公立范围，由政府全部承担其经济投入，但是政府只投入资金，对该类医院没有管理权。1985 年，顾问报告书《医院提供的医疗服务》发布，建议政府成立医院管理局接管公立医疗服务，统一和强化整个公立医院体系的管理，以配合社会发展、有效配置资源。1990 年，《人人健康展望未来：基层健康服务工作小组报告》发布，明确医疗制度的基本宗旨为“不应有人因缺乏金钱而不能获得适当的医疗治理”。1990 年 12 月，医院管理局成立，成为政府以外第二大的公立机构。1991 年 12 月起，医管局负责管理香港公立医院及相关的医疗服务。医管局的成立，对于统一和强化整个公立医院体系管理、提高医疗资源使用效率起到了极为重要的作用，标志着香港医疗保障制度正式成型。

2. 改革完善阶段

为解决医疗经费支出急剧增长、公共医疗过度使用以及医疗架构分裂隔离等问题，港英政府和后来的特别行政区政府进行了多轮医疗卫生体制机制改革。

1993 年，香港政府发表《促进健康咨询文件》，提出增加额外收入来源以资助医院服务的五项方案，即百分率资助、目标对象、协调式自愿投保、强制式综合投保和编订治疗次序，为医院服务引入“能者多付”的理念。

1997 年香港回归后，特区政府委托美国哈佛大学专家小组对香港的医疗保障制度进行调研与评估。1999 年 4 月，专家小组完成了《香港医护改革：为何要改？为谁而改？》的咨询报告。报告认为，香港医疗卫生体制机制改革的指导原则是政府与市民分担责任，并提出了改革的短期、中期和长期方案。

2000 年，香港特区政府发布《你我齐参与，健康伴我行》咨询文件，提出医疗改革建议。医护服务方面，致力改善公立和私立医疗机构在基层护理及医院服务的相互联系；质量保证方面，设立医疗质量保证机制，从教育与培训、系统支援、规管等多个方面达成这一目标；医护服务经费方面，从降低成本提高生产力和改革公立医护服务收费两方面着手。

2005 年，香港特区政府发布《创设健康未来》讨论文件，就公立与私立医疗系统的融合、医院服务、医疗系统的基层医疗服务、第三层和专科医疗服务、长者服务、长期护理和康复护理服务、基建支持等方面提出多项建议。

2008 年，香港特区政府发布《掌握健康，掌握人生》医疗改革咨询文件，提出了医疗系统持续发展的三项建议：**一是**加强基层医疗服务，推动公私立医疗合作，发展电子病历互通记录，强化公共医疗安全网；**二是**改变医院护理主要由公立医院提供的结构，提升公私立医疗系统的整体效率；**三是**引入辅助融资提升医疗系统的持续发展能力，包括社会医疗保险、用者自付费用、医疗储蓄账户、自愿商业医疗保险、强制商业医疗保险、个人健康保险储蓄。

香港这五次医疗改革，公众对推行医疗服务改革有广泛共识，但对个人帐户、社会医保、保健储蓄等支持较少，主要原因在于市民习惯了质优价廉的公立医疗服务，无法接受强制性缴费，且雇主不希望增加用工成本。

3. 深化改革阶段

近年来，香港医改注重强调医疗保障是政府和市民的共同责任，

核心目标是适当提高个人筹资责任，减轻政府财政负担，保证公立医疗系统的可持续性。引导更多市民使用私立医疗服务，舒缓公立医疗系统的巨大压力。主要措施包括自愿医保计划、长者医疗券计划和公私营协作计划。

（1）自愿医保计划

由于需要强制缴费的筹资改革很难成功，香港转而提出自愿性医疗保险计划，鼓励中高收入群体购买个人商业保险到私立医院就医，来减轻公立医院的压力，以便更好服务于中低收入群体。

2010 年 10 月，香港政府发布题为《医保计划，由我抉择》的咨询文件，建议成立自愿参与并受政府规管的医疗保障计划，征询社会各界意见。2011 年 7 月，香港政府发布《医保计划，由我抉择：医疗改革第二阶段咨询文件》，提出引入辅助性的自愿医保计划。2014 年，香港政府发布《自愿医保计划》咨询文件，文件提出保险公司在销售个人住院医疗保险时，必须符合由政府标准计划的“最低要求”。2019 年 4 月 1 日，香港政府正式推出自愿医保计划。

自愿医保计划由标准计划和灵活计划两部分组成。其中，标准计划的产品形态和保险条款是由香港食品及卫生局统一制定，各家保险产品之间的差异非常小，但价格可以不同，因此费率成为标准计划的主要竞争点；灵活计划是在标准计划基础之上提供，必须涵盖基础计划的各项责任，并可以在此之上有所突破，比如添加“额外医疗保障”，或设计为“有免赔额、各项无赔偿上限”的高端医疗版本。

自愿医保与市面上一般医疗险相比最大的区别是：不设终身保障额上限（设有每年赔偿上限 42 万港币，一般医疗险通常设有终身保障上限，如 2500 万港币）；保证续保至 100 岁（有些医疗产品并非保证续保）；接受 80 岁及以下人士投保（一般医疗险很少能接受 80 岁人士投保）；保障投保前“未知但已存在病症”（一般医疗险可不承保投保前已有病症）；可以抵税，相当于香港居民投保可以打“85 折”，保费折扣部分由香港政府来进行补偿（一般医疗险不可以抵税）。

（2）长者医疗券计划

香港是全球老龄化最快的地区之一，2019 年末 65 岁以上人口占总人口的比例高达 18%，且长者的贫困问题十分严重。受经济水平限制，这部分群体对公立医疗服务的需求十分巨大。为将一般门诊需求和病情稳定的慢性病长者从公立医院分流至私立医院，香港特区政府 2009 年开始推行长者医疗券计划，按照“钱跟人走”的理念，以代金券的形式发放，只要年满 70 岁的长者就可以申请，且不设任何资格审查。2014 年长者医疗券计划试点结束后，正式成为一项常态化计划，凡年满 70 岁并持有有效香港身份证或香港特区政府入境事务处发出的《豁免登记证明书》的香港居民均可参加，每人每年可领医疗券金额为 2000 港元，每年未用完的金额可累积至次年使用，累积上限为 4000 港元。

（3）公私营协作计划

2016 年，香港特区政府向医院管理局拨款 100 亿港币成立基金，利用投资回报，以“政府购买服务”的方式，推行一系列公私营协作计划，以减轻公立医院压力、缩短轮候时间、在不增加患者经济负担的同时使其享受更快捷便利的私立医疗服务。在具体操作中，公立医院将转介部分患者到私立医疗机构接受服务，患者只须缴纳较低的费用，余下的金额由医院管理局直接向参加计划的私立医疗机构支付。

截至 2019 年底，香港共推出八项公私营协作计划，分别是普通科门诊公私营协作计划、公私营协作放射诊断造影计划、耀眼行动、共析计划、病人自强计划、疗养服务协作计划、肠道检查公私营协作计划和青光眼治疗协作计划，涵盖范围包括普通门诊、医学造影、预防医疗、专科手术、医养结合等。

（二）中国香港医疗保障制度概况

1. 医疗供给体系

香港的医疗供给体系是一个以政府为主的“二元医疗体系”，其服务提供者以公立医疗为主、私立医疗为辅。公立医疗以“全民保障”

为原则，提供基本医疗服务；私立医疗以“用者自付”为原则，提供私人医疗服务。

以公立医疗体系为主、覆盖全民的医疗服务。香港医疗保障制度的基本宗旨是市民不会因经济困难而无法获得适当的医疗服务，因此公立医院不以盈利为目的，面向全体香港居民提供近乎免费的医疗服务。目前医院管理局辖下有 42 间公立医院/医疗机构、48 间专科门诊诊疗所及 73 间普通科门诊诊疗所，提供近 30000 张病床，聘用 5 万多名员工，提供全港 88% 的住院服务和 29% 的门诊服务。香港市民去公立医院和诊所看病只需支付少许费用。公立医院和诊所的收费标准是，普通病房每日收费 100 元，一切膳食、住院、化验、药物及手术费用均包括在内。不仅如此，住院期间的一日三餐，也都由医院免费提供给病人。

私立医疗体系作为公立医疗体系的有益补充。私立医疗体系采取市场化运作，根据医疗服务成本自主确定价格。目前香港有 13 所私立医院和 3700 所私人诊所，私立医院病床约占全港病床总数的 13%，提供全港 12% 的住院服务和 71% 的门诊。普通科门诊主要由私立医疗体系提供，主要原因在于私立医院和诊所的普通科医生每次诊症收费约 150 元，大部分市民都能负担得起，且病人去私立医院和诊所可以自主选择医生，诊疗时间也更有弹性。

2. 医疗管理体系

公立医疗体系以“管办分开”为运营原则。食物及卫生局是决策机构，负责制订医护服务政策和分配资源，并确保这些政策能够有效地推行。实际的服务提供和运营管理则完全交由卫生署和医院管理局。其中，卫生署负责公共卫生事务，医院管理局负责管理公立医院，分工明确。

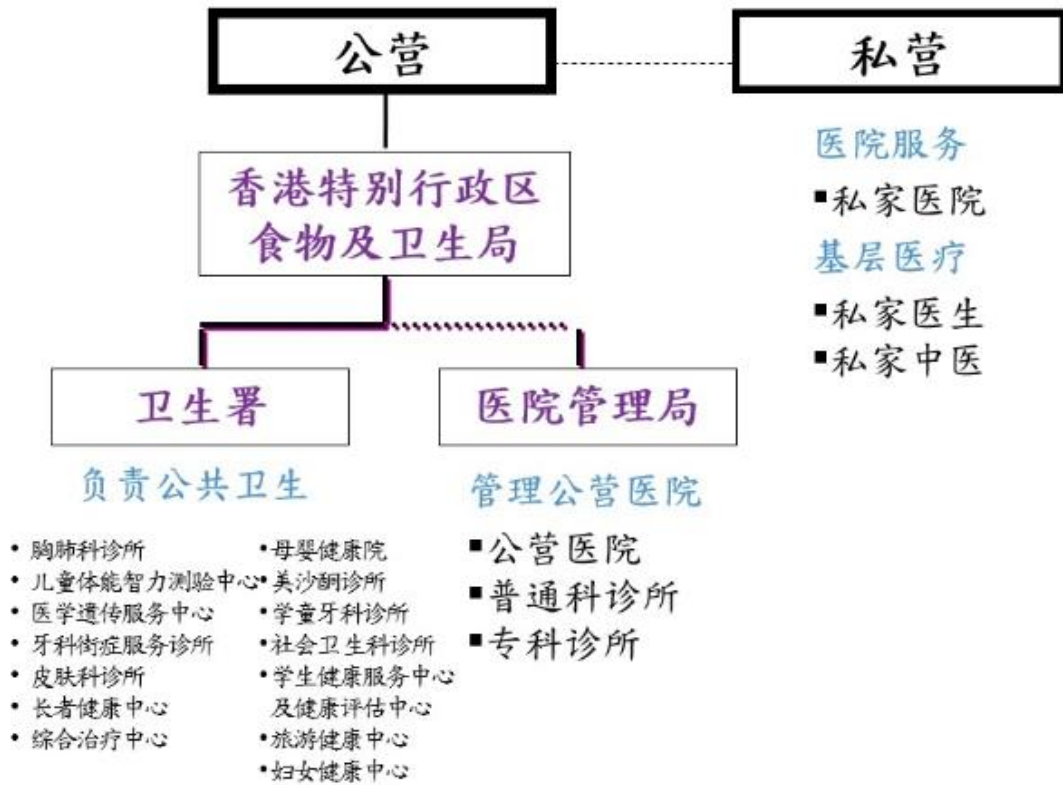


图 2.2：中国香港医疗卫生体系架构

数据来源：中国香港政府网站

卫生署是政府的卫生事务顾问，也是执行政府公共医疗政策和法定职责的部门，负责管理公共及港口卫生和小部分基层医疗服务，负责全港药物的登记和注册、社区药房和本地药厂的监管及有关药剂法规的执行，还负责对私立医院的监管。

医院管理局属法定非政府部门的公立机构，接受食物及卫生局的管理，并通过它向政府负责。医管局是香港公立医疗机构唯一法人，它的主要职责是管理、运营和发展公立医疗机构，向政府提出服务及资源需求的意见和收费政策建议等。医管局拥有一整套健全的法人治理结构和管理机制。医院管理局大会（类似于董事会）为最高决策机构，其成员均是来自不同行业的专业人士，体现了高度的代表性。总监会议负责日常管理并执行医管局大会的决策，其下按照职能分为若干执行层委员会。全局采用统一的财务和人力资源管理系统，采用相同的条件聘用医生，集中采购药物和医疗设备，建立统一的信息系统。

医务人员薪酬参照公务员标准制定，远高于社会平均薪资。

私立医疗机构则卫生署监管，卫生署负责私立医疗机构注册、验收、检查、接受私立医疗机构的投诉并作出调查。

3. 医疗支付与筹资体系

支付方面，与公立医院为主的医疗供给模式相对应，香港的医疗服务为政府买单式。公立医院 92% 以上的经费由政府财政拨款，其医疗服务收入仅占总收入的 3%-6%。

筹资方面，政府税收占香港卫生总费用的一半左右；居民自愿使用私立医疗服务所支付的费用约占 1/3；由雇主为员工购买的团体商业医疗保险承担了约 7%-8%；市民购买的消费型个人商业医疗保险承担了约 7%-8%。需要注意的是，香港至今没有政府设立的社会医疗保险。

（三）中国香港医疗保障制度改革的成功经验

1. 成功经验

（1）政府在医疗资源的投入和配置上发挥了主导作用

突出体现了公共医疗卫生的公益性。在政府大幅补贴成本的情况下，香港的公立医院能够不以经济利益为追求目标，而将主要精力放在提高医疗卫生服务的公平性和可及性、节约医疗支出、提高医疗服务质量等社会目标上。**一是**公平性和可及性较强。香港市民拥有平等的看病机会，不会因为经济问题而得不到必要的治疗。与此同时，医疗服务大致是平均地分配到香港每一区，市民平均花上不超过三十分钟的路程便可获得服务；**二是**医疗服务效率高。香港拥有全球最高的人口预期寿命和最低的婴儿死亡率，但其卫生总费用仅占 GDP 的 5.8%，普遍低于同等收入国家和地区，在欧美发达国家和老牌福利国家中也是最低的。在彭博社 2018 年全球医疗卫生体系效率排行榜排名中，我国香港特别行政区高居第一；**三是**医疗服务涵盖面广、指导性强。香港的医疗服务讲究“整体性”，包括预防、治疗、康复、保健等过程。在社区会有相关的预防、保健措施。病人在医院看完病以后，

医院还提供一系列后续服务，包括专门人员随访病情发展、术后配套治疗措施和康复训练等。

（2）充分市场的作用，增加医疗资源供给

面对人口老龄化和不断增加的健康卫生需求，香港政府除不断增加公立医疗资源外，还重视发展私立医疗机构从而增加资源供给。在私立医疗机构的设立上，只要符合法定的房屋、人员或设备条件要求即可申请注册，政府只负责监管，并在土地供给、人才培养、公私合作等方面给予支持。此外，公立医疗机构清晰的服务功能定位，也给私立医疗机构的补位发展留出了空间。限于资源约束，香港的公立医疗机构对于高使用量、复杂性低的服务需求投入较少，因此私立医疗机构除提供专科、高端服务外，也提供大量普通门诊和保健服务项目，成为公立医疗的有益补充。

（3）良好的制度设计，为公立医疗机构改革成功奠定了基础

医管局成立后的一系列改革，使公立医疗机构的管理和运营水平发生了根本性变化。其一，在法制框架内将负责医疗卫生管理的决策部门和具体执行管理的部门分开，二者职能清晰、边界分明。其二，将公立医院和私立医院的管理分开。公立医院由依法成立的第三方非政府部门——医院管理局监管，避免政府在医疗领域既当运动员又当裁判员。私立医院由特区政府部门的卫生署监管，政府仅负责维护医疗市场的环境，让私立医院可以在医疗市场上公平竞争。其三，行政管理机构呈大部门、扁平化，可以做到应对迅速有效。其四，杜绝和斩断了医院、医生利用医疗服务的专业性谋取非正当经济利益的动机和途径。政府统一拨款使医院没有谋利的压力。医护人员总体薪酬水平较高，一般比其它从业人员高 4 至 5 倍，没有“大处方”、“过度检查”的经济动机。所有公立医疗机构的药物和医疗设备均由医管局集中采购，使公立医疗机构可以以较低的成本获得药物和医疗设备，切断了相关商家与医院、医生的利益链。

（4）重视利用信息技术来改善医疗服务

医管局建立了覆盖全港公立医院的综合医疗信息系统（CMS），并在 1995 年供所有医院和医生使用。CMS 是一个三层架构的信息整合平台，包括技术基础架构层、数据交换层和信息应用层。它可以和所有医疗系统整合，为医院、科室、诊所和医生提供信息支持，从而大大提高服务效率、避免了医疗资源的重复浪费，同时也有利于增加患者与医生、医生与医生之间的沟通，从而改善医患关系。2012 年，香港特区政府启动了为所有公民建立电子健康档案的项目，以便公立和私立的医疗服务提供者能够共享病人信息。电子健康记录平台于 2014 年建立并投入使用，被称为电子健康记录共享系统（eHRSS）。患者可以自愿加入这个系统，医生需经过患者同意才拥有访问权。

（四）关键启示

中国香港的医疗保障制度具有相当的典型性，它所遇到的问题与挑战也具有一定的普遍性。在一国两制的框架下，探析香港多年来医疗保障制度改革实践，可以得出以下几点启示。

一是医疗卫生体制要与经济社会发展水平相适应。确保医疗卫生支出处于合理的水平，不会导致财政负担过重。建立医疗融资计划，应对未来老龄化社会的风险。注重向弱势群体倾斜资源，实现社会保障兜底功能。

二是要充分发挥政府和市场的双重作用。香港的医改实践证明，走国家兜底式的全民医保和完全市场化的医疗保险都是行不通的。医疗市场既要有政府投入的以公益性为目标的公立医疗机构，提供相对较低层次的医疗保障，也要有以盈利为目标的私立医疗机构，提供物有所值的高层次医疗服务，二者相辅相成、相互补充。政府要担负起医疗保障的主要责任，加大对医疗卫生的投入，特别关注低收入群体的医疗保障，让社会主义的医疗卫生制度真正体现公平性与互济性。同时大力鼓励私立医疗机构的发展，分流高收入人群。

三是完善制度设计，保障可持续发展的能力。改革对医疗卫生投入的补偿机制，提高公立医院运行效率；调整劳务价格，完善公立医

院医护人员激励机制和培训教育体系；将药品选择、采购与医院分离，切断药品购销利益链条；设立统一的医疗信息系统，整合医疗信息平台，减少各家医院各自开发的成本，达到医疗资源共享等。

四是合理分布医疗资源，更好发挥有限优质医疗资源的作用。内地当前医疗资源分配极不均衡，城市大医院人满为患，基层医疗机构门可罗雀，今后有必要学习香港在医改过程中强调基层医疗体系建设的做法，加强全科医生培养和社区门诊、农村卫生院软硬件建设，通过医学科普宣传，使常见病、多发病的诊治能够下沉到基层。

九、中国台湾医疗卫生体制机制及医改相关经验

台湾的“全民健康保险”以低保费、公平和适宜的医疗品质著称，一直被认为是全球医疗保障制度中较为成功的范例，加上两岸制度、文化上的相似性，台湾健保制度的改革经验，对我国大陆地区医改有重要的借鉴意义。

（一）中国台湾全民健康保险制度变迁

1. 奠基阶段

台湾地区的健康保险制度产生于 20 世纪 50 年代。为保障劳工生活、安稳民心，台湾当局于 1950 年 3 月颁布“台湾地区劳工保险办法”，开始在公立企业施行劳工保险制度，揭开了强制性社会保险的序幕。此后，又陆续推出 12 种社会保险方案，包括军人保险、公务员保险、农民健康保险等。至 1995 年，台湾地区 59% 的人口都已纳入保险范围。

这个阶段的健康保险制度主要存在以下缺陷：其一，保险种类虽然丰富，但只针对有劳雇关系的民众，年龄在 14 岁以下的孩童及 65 岁以上的老年人则无任何的健康保险方案保护，覆盖范围有限；其二，由于存在多种健康保险制度，不同的保险制度在保险费率和保险给付水平上有所差异，导致了不同社会成员在享有健康保险上的差距；其三，没有按照精算费率收费，造成财务收支失衡，要靠政府财政补贴；其四，不同保险的主管机关不同，出现混乱管理和低效率的局面；其五，免费医疗的实行，刺激了人们对医药需求的过度增长，医生与病人勾结舞弊现象普遍，使得医疗费支出膨胀。

2. 建立阶段

为解决保险制度缺陷同时满足日益增长的健康保险需求，在强大的舆论压力以及民进党的选战压力下，国民党当局历经 7 年（1986-1993 年）的准备和筹划，于 1994 年 7 月 19 日由地方议会通过“全民健康保险法”，建立全民健康保险制度。1995 年 3 月 1 日起，全民健康保险（简称一代健保）正式实施，标志着台湾医疗保险制度

从传统的多元社会保险转向了一元全民保险，实行一元承保和单一支付，但公办公营的制度核心没有变，主要还是以行政为原则，以政府调控为手段。

该阶段全民健康保险制度覆盖范围广、给付范围大，在提高就医公平性、可及性、居民健康水平等方面取得了显著的成效，但也存在诸多问题。**一是**保费负担不公。保费以经常性薪资而不是总收入作为计算基础，导致工薪阶层成为了健保收入的主要负担者；**二是**财务赤字严重。全民健保实施以来，由于人口老龄化、重病患者人数增加、新药新技术不断被纳入覆盖范围、医疗资源浪费严重等原因，医保支出快速增长，导致收支缺口逐渐加大，到 2012 年为止，累积了 2000 亿新台币的财政赤字；**三是**医疗服务质量难以提高。就医成本远小于实际成本导致民众医疗服务需求大幅增加，而总额支付制度使得医院医疗费用不足，只能选择降低医疗服务质量。

3. 完善阶段

针对一代健保实施过程中产生的问题，台湾当局从 2001 年 7 月起着手健保体系改革，力图实现财政收支平衡与提高医疗品质等目标。2011 年 1 月 4 日，台湾立法院通过了“全民健康保险法修正案”，于 2013 年 1 月 1 日起正式实施（简称二代健保）。二代健保从规划到通过立法院三读再到正式施行，历时 13 年时间，其中有 106 条条文得到修正。

具体改进措施包括：**一是**改善组织结构。成立“全民健康保险会”，合并医疗费用协定委员会和监理委员会的职能；成立卫生福利部国民健康保险署，整合健康保险的支出面和收入面，建立了收支联动机制；建立民众参与机制，让保险付费者代表参与有关保险费率等重大决策，咨询公开透明；**二是**维护财务平衡。扩大保险费征收范围，辅之以补充保险费来扩大费基，增加公平性；将保险费率从 5.17% 降至 4.71%，将政府负担保险经费的比率从 33.6% 提高至 36.0%，强化政府责任。改进支付方式，提升医疗品质。根据当年的药品费用额度修

正下一年药品给付项目及支付标准；三是节制资源使用，减少不当医疗。建立家庭责任医师制度，落实转诊制度，提高医疗服务品质；规定除紧急情形外，不按规定就医的患者将得不到健保的给付；保障弱势群体，包括低收入者、受刑人员、被家暴者的权利。

与此同时，二代健保进一步改进和推广一代健保期间行之有效的制度和计划，如总额预算支付制、DRGs 支付制度等，在避免医疗资源浪费的同时努力提高医疗效率和质量。

（二）中国台湾全民健康保险制度概况

1. 基本内涵

全民健康保险制度是一种由个人、雇主及政府三方共同负担保险费用，以风险分担与所得再分配为特征，保证被保险人及其眷属获得及时必要的综合性医疗服务为目标的涵盖全民的社会保险制度。

其基本原则是：覆盖全民、强制投保，即每位台湾居民都必须参加医疗保险；单一支付、独立管理，即全民健保与其它社会保险分开；三方分担、资金共筹，即保险费由被保险人、雇主及政府三方共同负担，收支不平衡时，依精算结果修正保险费率；核查严格，卫生资源配置合理，为被保对象提供适当的综合性医疗服务。

从目标来看，全民健保定位于社会保险而非社会福利，作为社会保险中的重要一环，强调全民纳保，以量能负担的原则，通过互助合作，发挥均衡所得分配的功能，以此降低全体民众就医财务障碍，有效免除因病而贫风险，促进民众健康。

2. 行政组织

行政院卫生署是台湾健保的主管机构，除了设立“中央健康保险局”作为保险人外，它的主要职责还包括监理保险业务以及提供保险政策法规咨询。行政院卫生署下设“中央健康保险局”“全民健康保险会”“卫生福利部国民健康保险署”“全民健康保险争议审议委员会”四个平行单位。其中，“中央健康保险局”具体负责健保的组织实施工作，作为整个健保运作的具体承担者和保险人；“全民健康保险会”负责监

督健保业务并提供保险政策、法规研究及咨询事宜，负责协议及分配医疗给付费；“卫生福利部国民健康保险署”负责执行健康政策、社区居民健康、营养规划及推动等事项；“全民健康保险争议审议委员会”负责审议保险人、投保单位及保险医事服务机构对保险人核定案件发生争议的事项。

为了有效管理台湾地区健保的各项业务，提升运作效益，加强便民服务，“中央健康保险局”又下设了台北业务组、北区业务组、中区业务组、南区业务组、高屏业务组、东区业务组六个分局；为了熟悉医疗机构运作及业务模式，“中央健康保险局”还下设了台北联合门诊中心。总局管理全局业务，负责业务制度规划、督导、研究发展、人员培训、信息管理。六个分局则负责直接办理承保业务、保费收缴、医疗费用审核拨付及特约医疗机构管理等业务。

3. 保险对象

“全民健康保险”覆盖全体民众，除失踪满 6 个月者外，凡符合户籍设立条件的均应参加。被保险人按照职业种类和所属单位划分为六个类别（第一类主要是公职人员、一般雇员、自营业主等；第二类是职业工会会员和外雇船员；第三类是农民、渔民等；第四类是志愿役军人；第五类是低收入群体；第六类是无职业的荣民），涵盖几乎全部职业，每类人群按规定可申报若干位无职业的家庭眷属参保。

4. 资金筹措

全民健保基金主要来自保险费，另外还包括一般税、指定用途税、基金孳息等。保险费由被保险人、雇主和政府分别以不同比率来共同分担。其中，政府整体保费的负担比率从一代健保的 33.6% 提高至 36.0%，政府职责进一步强化，减轻了雇主与被保险人的保费负担。被保险人中，除义务役军人、低收入户、退伍军人由政府全额补助免缴保费外，其余人士根据职业与收入水平，设定不同的费率，以确保医保基金来源的稳定性。

表 2.2 不同保险对象类别及负担费率

保险对象类别			保险费的负担比率(%)		
			被保险人	投保单位	政府
第一类	公务人员	本人及眷属	30	70	0
	公职人员	本人及眷属	30	70	0
	私校教职员	本人及眷属	30	35	35
	公民营事业、机构等有一定雇主的受雇者	本人及眷属	30	60	10
	雇主、自营业主、专门职业及技术人员自行执业者	本人及眷属	100	0	0
第二类	职业工会会员、外雇船员	本人及眷属	60	0	40
第三类	农民、渔民及水利会会员	本人及眷属	30	0	70
第四类	义务役军人、军校军费生、在恤遗眷	本人	0	0	100
	替代役役男				
	矫正机关之收容人				
第五类	低收入户	本人	0	0	100
第六类	荣民、荣民遗眷之家户代表	本人	0	0	100
		眷属	30	0	70
	其他地区人口	本人及眷属	60	0	40

资料来源：台湾“中央健康保险局”

5. 保险给付

全民健保的医疗给付范围非常广泛，包括门诊、住院、牙科、分娩、中医、检查、药剂、复健、居家照护、慢性病复健等各个领域，投保人在健保给付后，需自身承担一部分医疗费用，即“部分负担”，以避免医疗资源的浪费和过度使用。

“部分负担”主要包括门诊基本医疗费用、门诊药品、门诊复健与住院费用负担，分别根据医院级别、药品费用、复健疗程和住院长短来设定不同的负担比例。对于绝癌患者，一经确诊，免除医疗自付部分，完全纳入保险中，较有效地避免了民众因病致贫现象。

6. 医疗费用支付

为提升医疗服务品质，台湾全民健保医疗费用支付方式，由早期的“论量计酬”（按项目付费）、“论日计酬”（按住院日数付费），逐步过渡到“论质计酬”（按服务质量付费）、“按病例计酬”（按病种付费），再到目前实行的总额预算支付制。总额预算支付制度是指保险机构或政府预先针对某类医疗服务（如医院服务、门诊服务或总体医疗支出），以协商方式制定年度预算，以涵盖该部门一年内所提供医疗服务的费用，再以由上而下的方式分配费用，从而确保保险财务平衡的一种制度。总额预算支付制度采取多元计价基准，综合考虑“论量计酬”、“论日计酬”、“论质计酬”、“按病例计酬”、诊断关联群 DRG 支

付制度等。

7. 医疗服务供给

台湾全民健保制度采用医疗机构“特约”方式。当局通过健保局，只提供保险而不提供医疗服务。医疗服务的提供是通过“特约”的方式，由医疗市场中的公立和民营医院及诊所来提供。台湾地区全民健保推行医药分离政策，要求医生必须开具处方签，同时未配有药剂师的诊所不得售药。

（三）中国台湾全民健康保险制度改革的成功经验

一是以完善的法律体系支撑医疗保险制度实施。台湾地区开办社会保险前，都要先经过立法程序。“全民健康保险法”从 1994 年 8 月公布，到“二代健保”施行，期间经历了多次修正。“全民健康保险法”明确规定了在全民健保实施过程中，保险人、被保险人、特约医事服务机构的权利与义务、健保的各项具体制度、管理与监督等等，对全民健保的平稳运行做出了巨大的贡献。

二是总额预算支付制度对控制全民健保支出增长率和卫生总费用的增长起到了较好作用。但总额预算支付制度只能约束医疗服务和药品的提供者，却无法约束医疗资源使用者的不当行为。对此，“全民健康保险法”出台了辅导就医、加倍处罚等规定，以防止浪费和过度使用医疗资源。

三是引进医疗评鉴体系助力医疗品质提升。行政院卫生署 1978 年开展医疗评鉴以来，通过对医院照顾措施执行情况，包括对患者的社会及经济状况、生理、心理的考虑情况，对本院无法救治病人的后续处理情况，尊重病人及其家属的情况，对文化及个人差异的照顾情况等等进行评鉴，有力促进了公私医院以病人为中心优化服务流程，尽心尽力为病人提供服务和方便，推进医院的品质管理和文化建设。

四是加强对私立医疗机构的支持和监管。尽管台湾全民健保制度是一种政府主导、面向社会筹资的社会保险制度，但是台湾 96% 的医疗门诊服务是由私立医疗机构提供的，政府不断通过加强对私立医疗

机构的支持和管理，提高服务质量、降低医疗费用、规范医疗市场秩序、减少医疗资源的浪费。

五是重视利用信息技术来改善医疗服务。台湾地区在建立全民健康保险的初期就积极推动信息管理，IC 卡的启用为台湾全民健康保险的管理机构提供了很大便利，进一步提高了效率，持卡人的所有基本信息在卡中都有详细记载，避免了重复用药和重复检查现象的发生。此外，台湾还建立起了互联互通的医疗卫生信息系统，为医疗机构内部管理以及政府对医疗机构监管提供了良好的信息平台。

（四）经验启示

一是完善以医疗保险主导的购买服务的体制模式。继续完善多层次的医疗保障体系，加快建立统一的基本医疗保障制度；鼓励发展补充医疗保险、商业医疗保险和慈善医疗救助事业，解决给付范围以外的医疗费用。

二是促进形成有序竞争的医疗服务市场。通过制定优惠政策鼓励社会资本参与医疗服务市场，以多元化的服务主体促进必要的竞争。支持有实力的、有医疗管理背景的管理公司采取委托管理、BOT 等多种管理形式参与公立医院的经营管理；支持社会资本参与部分公立医院，特别是经营不善的公立医院改组改制；支持社会力量办医，打造一大批有较强服务竞争力的社会办医疗机构，形成若干具有影响力的特色健康服务产业集聚区。

三是紧抓支付机制改革。台湾经验表明，科学的医保基金支付机制，有利于维护医保基金收支平衡，有利于引导医疗机构规范服务、提高质量、控制费用。因此，要在把握总体筹资能力的前提下，合理确定给付范围和给付水平。通过针对门诊和住院分别采取不同的支付方式，逐步建立基层首诊制度，引导患者养成优先在基层医疗卫生机构就近就便就诊的习惯。

四是建立健全医疗保险法律体系。我国基本医疗保险应尽快立法，并出台相应的实施细则，明确医疗保险有关各方的权利、义务和

利益关系，使医疗保险管理工作有法可依、有章可循，以有效降低行政成本，为基本医疗保险的可持续发展打下坚实基础。

参考文献

- [1]王文娟.医改新出路[M],北京大学出版社,2017-05.
- [2]孟庆跃.深化医药卫生体制改革[M],经济科学出版社,2016-12.
- [3]魏子柠.将中国医改进行到底[M],中国协和医科大学出版社,2019-09.
- [4]王大平、孔昭昆、王苏生.中国医改的政策选择——基于激励机制设计理论的视角[M],清华大学出版社,2015-04.
- [5]蔡江南.医疗卫生体制改革的国际经验[M],上海科学技术出版社,2016-01.
- [6]拉宾·戈尔德.香港的社会政策[M].中国社会科学出版社,1997-03.
- [7]黎宗剑、王治超、朱铭来.台湾地区全民健康保险制度研究与借鉴[M],中国金融出版社,2007-08.
- [8]艾维瓦 罗恩等.医疗保障制度创新[M],中国劳动社会保障出版社,2004-08.
- [9]张维.美国医改的政治经济分析[J],政治经济学评论,2016(01).
- [10]高芳英.美国医疗体制改革历程探析[J],世界历史,2014(04)
- [11]卫松,雷祎.中美医疗卫生体制改革比较及启示[J],前沿,2018(01).
- [12]李旭章,龙小燕.英国医疗公共服务改革与借鉴[J],经济参考研究,2013(07).
- [13]华颖,英国全民医疗服务(NHS)的组织管理体制探析[J],中国医疗保险,2014(03).
- [14]李明,张韬,王洪兴.基本医疗服务与基本公共卫生服务的

统筹管理探索[J], Chinese General Practice, 2014 (07) .

[15]葛延风.德国的医疗卫生体制及其对我国的启示[J].科学决策,2006(08).

[16]刘权.德国是怎样推进医改的[N]. 健康报,2017-05-15(007).

[17]赵永生,谢玄.《日本医疗保障制度与中日比较》专栏(9) 日本医疗卫生供给制度的发展与现状[J].中国医疗保险,2009(10).

[18]乌日图.医疗保障制度国际比较研究及政策选择[D].中国社会科学院研究生院,2003.

[19]叶中华,李燕华.丹麦家庭医生制度及其对我国的启示[J],科技促进发展,2019,15(06) .

[20]杨虎,易丹辉,肖宏伟.丹麦医疗保险制度剖析及对我国的借鉴研究[J],现代管理科学,2014(01) .

[21]劳动保障部丹麦考察团.丹麦医疗保障体制探析[J],中国劳动保障,2007(12) .

[22]易龙飞.英国、新加坡和中国香港全民医保的运行及启示[J],中国卫生政策研究,2014(05) .

[23]常修泽.新加坡医疗卫生体制的四点启示[J],学习月刊,2007(07) .

[24]景婉博.韩国医药卫生体制改革及启示[J],财政科学,2017,000(008) .

[25]姚霞.韩国医疗保险制度的改革及对我国的启示[J],中国医药导报,2013(25) .

[26]黄健航.细读广东版“两票制” CIO 合规保证组织[N],医药经济报,2018-01-22.

[27]刘莉婷.我市公立医院院长将由“任”改“聘”[N],三明日报,2015-03-25.

[28]马涛.2018 城镇职工医疗保险异地就医管理的思考[J],现代经济信息,2018 (02) .

[29]叶曦.全国首个三医联动平台“三医联”发布[N], 健康报, 2018-11-21.

[30]包著彬, 吴亚栗.三明医改星火燎原——专访福建省三明市卫生计生委主任[J], 人口与计划生育, 2016 (08) .

[31]方炜杭.“全国医改的标杆”是如何打造的? [N], 福建日报, 2019-12-07.

[32]三明模式正式推广! 公立医院、医生收入结构大变[R], 医学界智库, 2019-11-17.

[33]李红梅.用好“三明经验”推动医改[N], 人民日报, 2019-12-25.

[34]魏凤春.宿迁医疗卫生体制改革争议分析[J], 中国卫生, 2007 (01) .

[35]唐涛.穷则变、变则通、通则久、改革路正长——行进中的宿迁医改[J], 中国卫生产业, 2006 (09) .

[36]梅锦萍.公共服务的市场化: 本土经验及其理论解析——以江苏省宿迁市医疗改革为例[J], 河海大学学报, 2011 (03) .

[37]田磊, 马爱霞.宿迁市民营医院发展与医疗服务供给的实证研究[J], 药品评价, 2012 (05) .

[38]周东浩, 魏红梅.医疗机构多元化综合监管的宿迁实践[J], 江苏卫生事业管理, 2019 (05) .

[39]乙军, 黄晓光等.宿迁市医疗改革 10 年卫生资源状况[J], 职业与健康, 2012 (11) .

[40]修金来.北大清华热论宿迁医改[J], 中国医院院长, 2007 (03) .

[41]周其仁.宿迁医改的普遍意义[J], 决策探索, 2007 (10) .

[42]李玲.北大课题组宿迁医改调研报告[J], 中国卫生, 2007 (01) .