

第十章 中国医药卫生体制改革*

自 2009 年启动新一轮医疗卫生体制改革以来，至今已过去了将近十年。在这十年间医疗卫生越来越成为社会关注的焦点和热点问题，成为历年政府工作报告的重点问题。总体而言，随着医疗保障制度的完善以及财政医疗卫生投入的加大，投入到医疗卫生领域的资源快速增长。但是，从居民需求的角度，医疗卫生服务的供给“不平衡、不充分”的情况越来越凸显。因此，有必要政策层面、制度层面及基层治理结构的层面对十年来中国医疗卫生体制改革进行一个评估性的梳理和分析。这不仅是对十年医改的一个总结，更为下一步医疗卫生服务发展及体制改革提供借鉴。由于医疗保障方面的内容已在其他章节中进行论述，在本章中我们的内容主要集中在医疗卫生服务供给侧的改革以及药品供应体制改革上。

一、医药卫生体制改革的缘起

1. 计划经济时期医药卫生体制的基本特征

我国的医疗卫生体制是从计划经济时期延续下来的，至今为止一些改革的关键问题依然是计划经济时期的残余。改革开放前，与我国

* 王震，中国社会科学院经济研究所，研究员，wang-zhen@cass.org.cn.

实行的计划经济体制相一致，医疗卫生服务的供给体制也带有鲜明的计划经济色彩：

第一，医疗卫生服务供给的以公立、公办为主¹；公立医疗机构实行计划管理。具体而言，在人事管理上，实行事业单位的编制管理；在业务上，政府直接运营，通过行政性指令对医疗机构进行业务管理；在财务上，人员经费以及基本建设支出、日常办公经费由上级财政直接划拨，药品等治疗费用通过收费解决。医疗机构的各种收费价格、药品购销价格按照行政指令执行，医生和以及其他人员按照事业单位工作人员的工资制度执行。这是典型的计划管理、行政管理的体制，在这一体制下，医疗机构不是独立的运营主体，而是行政机关的附属物。

第二，单位化、福利化的医疗服务供给。在城镇地区，除了地方政府举办的公立医疗机构外，绝大多数企事业单位都设立了附属的医疗机构和医疗部门。这些企事业单位、厂矿企业自主举办的医疗机构在人事管理、财务管理上都附属于设立它们的单位，其特征是“条块分割、部门所有”，不纳入地方政府的卫生事业规划中（曹志军，1985）。在一些地区企业厂矿医院占到了当地医疗卫生服务供给的一半以上，比如太原市企业医院床位数和卫计人员数分别占全市总额的 55%和 56%（史登峰，1997），一直到 2006 年企业医院的人员数和床位数还分别占全国的 9.1%和 13.9%（李璐等，2009）。

第三，城乡分割，农村地区的医疗服务供给与城镇地区不同。在

¹ 根据 1963 年卫生部“开业医生暂行管理办法草案”，也允许一部分个体开业医生开业；但在文化大革命开始后，个体行医基本上被禁止。

计划经济时期，农村地区形成了县级医疗机构、乡镇卫生院、村卫生室的三级农村卫生服务网络。政府仅举办和管理县、乡两级医疗机构，村卫生室通过农村的合作医疗进行筹资和管理。

第四，在药品供应体制上，形成了统购包销、三级批发的购销体系。药品的生产严格按照国家计划进行安排。各级医疗机构根据用药计划事先上报药品的需求。按照这些药品需求，各省的批发企业形成当年的计划安排。首先是省级的一级批发企业按照计划安排从生产厂家进货，而后分发到地区级的二级批发企业，从地区批发企业再进入县级的三级批发企业。从三级批发企业进入分销站点，然后再进入各级医疗机构。虽然药品的价格由政府行政制定，但是为了弥补医疗机构在药品购销过程中的损耗，以及弥补医疗机构的一些经营性亏损，政府对各级批发机构以及医疗机构制定了一定比例的销售加成。各级批发机构按照加成收取一定的加价，医院则根据加成将药品加价后销售给患者（朱恒鹏，2007）。

计划经济时期的这种行政管理、单位化、福利化、城乡分割以及统购包销的体制应该说是与当时的计划经济体制这样的大环境相适应的。在计划经济体制下，城乡居民几无流动，城镇企事业单位的职工也很少流动，“生老病死”都在一个单位。在这种情况下，医疗机构的服务质量与服务效率无足轻重，政府对医疗费用的控制也可以通过严格的计划性指令来落实。

2. 医药卫生体制第一阶段的改革

这一计划供给的体制随着改革开放向市场经济的转轨受到了极大的冲击，在上世纪 70 年代末期及 80 年代初中期，就难以维系下去。当时面临的第一个问题是医疗机构的财务困境：大量医疗机构面临设施老化、入不敷出等问题。国务院 1981 年转批卫生部“关于解决医院赔本问题的报告”指出，1979 年全国卫生部门所属医院、公社卫生院赔本 5.8 亿元，1980 年预计全面赔本 8.4 亿元。这个报告还指出“由于大量赔钱，使医院处境十分困难，日子很不好过，突出的问题是：房屋破旧，无力维修，不少老医院年久失修，破损更为严重，已无法修理，需要重建；仪器设备陈旧落后，不能更新，连常规设备也不配套；被服家俱破烂，卫生状况很差，许多城市大医院都没有住院病人穿的衣服，许多地、县医院医护人员的工作服都保证不了，许多公社卫生院只有一个光板床，被褥都没有，全靠病人自带，卫生条件没有保证；医疗、生活用房十分困难，全国每年需要住院的病人五千万，但医院只能收容二千五百万人次；职工生活用房二十年来国家很少投资，职工宿舍奇缺。”

对于医院的赔本问题，这个报告给出的原因一是财政投入太少，二是收费标准低廉，三是其他商品提价。但是我们观察 1978 年到 80 年代、90 年代的卫生事业费支出（财政对医疗卫生机构的财政补助）占财政总支出的比重并未出现明显的下降。（图 3.1）不仅如此，从 1978 年到 1982 年，卫生事业费占政府财政总支出的比例还出现了明显的上升趋势。因此，出现医疗机构亏损的主要原因应该是行政管制下的

收费标准过低而至。从之后政府对医疗卫生体制改革的政策指向看，也主要指向了收费标准过低的问题。

1985 年国务院转发卫生部“关于卫生工作改革若干政策问题的报告”，提出的改革思路就是扩大医疗机构的经营自主权、支持个体开业行医，同时改革收费制度。报告提出“放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞活”。1992 年卫生部“关于深化卫生改革的几点意见”，正式提出了“建设靠国家、吃饭靠自己”的改革方针。1997 年中共中央国务院“关于卫生改革与发展的决定”指出要进一步扩大卫生机构的经营管理自主权。

从具体的改革措施看，这里的“搞活”、“放开”主要是放开了医疗机构通过药品销售获得收入的政策，并未相应放开反映医生等医务人员劳务价值的医疗服务的定价。医疗服务的定价仍然按照“不含工资和固定资产折旧”的成本进行定价。这个定价原则的逻辑基础是，医务人员的工资以及医疗机构基本建设、大型固定资产等已经由政府财政支付，不应再次收费。但这个定价标准长期以来一直较低。放开药品销售获取收入，但严格管制服务收费，这就导致了严重的“以药养医”问题，即医疗机构和医务人员的收入主要通过药品销售来获得。医疗机构从药品销售中获得收入的主要工具是药品的销售加成。

3. 新一轮改革的背景

在一定的销售加成下，医疗机构销售的药品价格越高、销量越大，则收入越高。在这种情况下，公立医疗机构通过各种方式扩大推高药

品价格、提高药品销售量。这是我国药品价格虚高、药物滥用的主要制度基础。

而以药养医则构成了我国历次医改，包括 2009 年新医改的主要问题。对于这个问题后文中分析药品供应体制改革时还会加以详细解释。我国的公立医疗机构在这样一种运行逻辑下，到上世纪 90 年代末期出现了药品销售收入在医院收入结构中畸高的现象。1998 年卫生部门所属综合医院的平均收入中，药品收入占到了 46%；在门诊患者的次均费用中，药品的费用占到了 62%；在住院患者的次均费用中，药品费用占到了 49%。（图 3.2、3.3、3.4）

除了以药养医带来的药品费用畸高、药物滥用这个主要问题，从上世纪 80 年代开始的城镇国有企业改革进程也极大冲击了原来附着在企事业单位上的医疗保障体系。城镇企事业单位的职工在计划经济时期的医疗保障是已经演变成为单位福利的“劳动保险”制度。随着国有企业的改革，建立社会统筹的医疗保险制度提升了日程。但一直到 1998 年建立城镇企业职工基本医疗保险制度之前的十几年间，城镇企业职工的医疗保障处于不断缩减的趋势。在农村随着合作医疗的消亡，农村居民也原有的非常薄弱的医疗保障也趋于瓦解。这两点导致到 90 年代中后期，中国城乡居民个人支付的医疗费用不断高企。

从卫生总费用的结构看，自上世纪 80 年代中期之后卫生总费用中个人现金支出占比开始上升，从 25%左右一路上涨到 2000 左右的 60%。从城乡居民家庭现金支出中医疗保健支出占比的角度，医疗保健支出占家庭消费支出的比重，从 90 年代初中期的不到 2%一路上升

到 2008 年的 7%左右（图 3.5、3.6）。

以药养医、药物滥用以及个人支付的卫生费用的上升是我国不断推进医改的主要原因。随着医疗保障体系逐步完善，特别是全民医保的制度体系的建立，个人支付的医疗费用所占比重出现了下降的趋势。图 3.5 清晰展现了这一点，自 1998 年建立城镇企业职工基本医疗保险制度后，在卫生总费用中个人现金支出所占比重就开始出现下降的趋势。但是，若从居民家庭消费支出中医疗保健支出所占比重来看，实际的居民个人负担还在上升。而这一点则与医疗卫生服务供给方的制度扭曲与效率低下密切相关，特别是以药养医、药物滥用的问题，成为历次医改要解决的主要问题。

4. 2009 年新一轮医改方案

实际上在 2009 年最新一轮医改开始之前，针对以药养医以及由此带来的药品价格虚高、药物滥用、个人医疗费用上涨等问题，一些领域已经开始了改革。比如针对药品价格虚高的问题，早在上世纪 90 年代中后期就开始药品价格管理体制的改革，并尝试探索药品的集中采购。2009 年开始的新一轮医改则构建了一个全面的改革方案，搭建了医保、医药、医疗三医联动的改革框架。新医改的主要内容，即“四梁八柱”中的“四梁”提出的四大体系建设，若将公共卫生服务体系也包含在医疗卫生服务体系中，则正好是医疗保障体系、医疗服务供给体系以及药品供应体系这“三医”。对于“三医”的改革以及相互之间的配套，新医改方案也提出了相应的改革路径。

因为医疗保障体系的改革已在其他章节进行了论述，本章将着重于“三医”的药品供应体制与医疗服务的供给体制改革。以药养医、药品价格虚高、药物滥用的问题是我国医疗卫生领域中的“顽疾”，医改的主要政策措施也主要是着眼于解决这个问题，因此本章首先对药品供应体制的改革进行分析；其次分析医疗卫生服务供给体系的改革。由于我国医疗卫生服务的供给分为基层（社区）医疗卫生服务与医院提供的医疗卫生服务，因此，本章也分别从基层医疗卫生服务和医院两个方面进行论述。

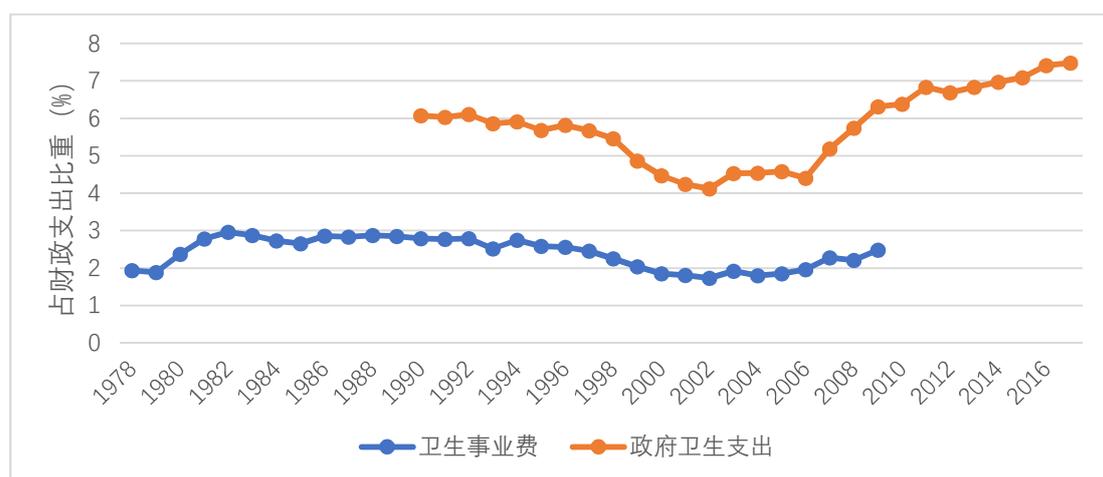


图 3.1 我国卫生事业费与政府卫生支出占政府财政支出的比例

注：卫生事业费是 2010 年之前的统计指标，指的是各级政府用于医疗卫生机构的财政补助（不包括预算内卫生基建投资）。2012 年之后使用新的政府卫生支出的指标，2012 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》给出了 1990 年之后的政府卫生支出统计数据。政府卫生支出既包括对医疗卫生机构的财政补助（包括卫生事业费），还包括财政对医疗保障的补助、卫生健康领域的行政事务支出以及人口与计划生育事务支出。

数据来源：《中国卫生与健康统计年鉴 2018》。

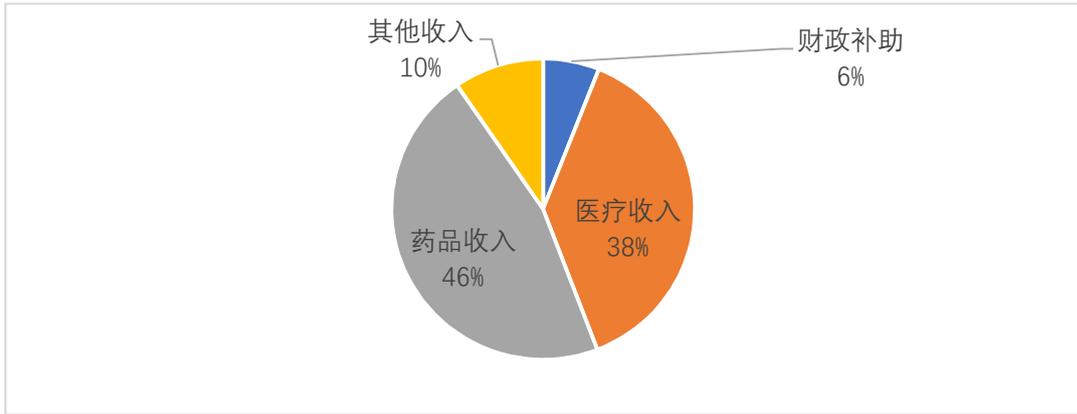


图 3.2 卫生部门所属综合医院收入结构

数据来源：《中国卫生统计年鉴 2002》

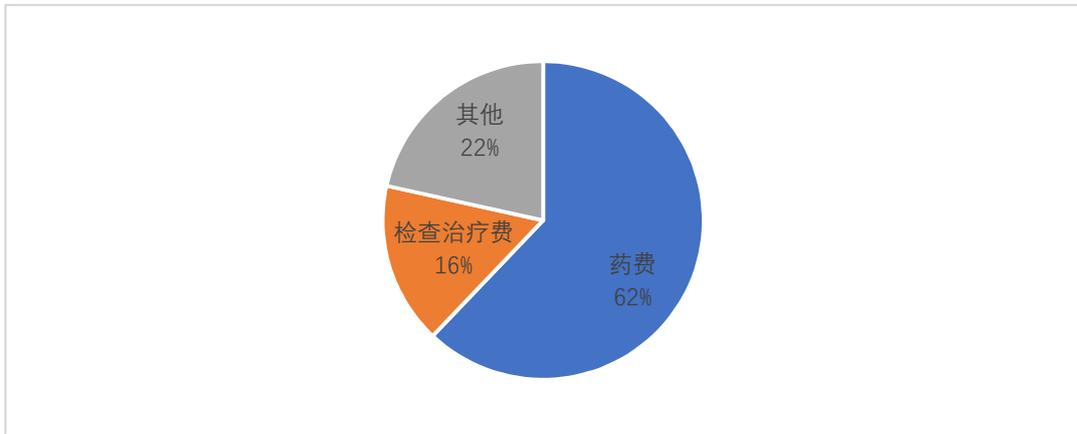


图 3.3 卫生部门所属综合医院门诊患者次均费用结构

数据来源：《中国卫生统计年鉴 2002》

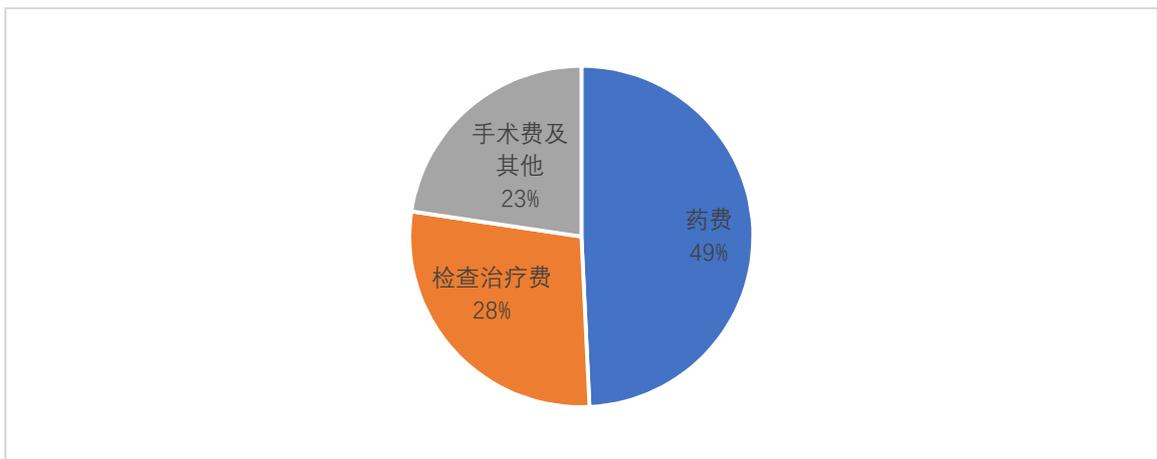


图 3.4 卫生部门所属综合医院住院患者次均费用结构

数据来源：《中国卫生统计年鉴 2002》

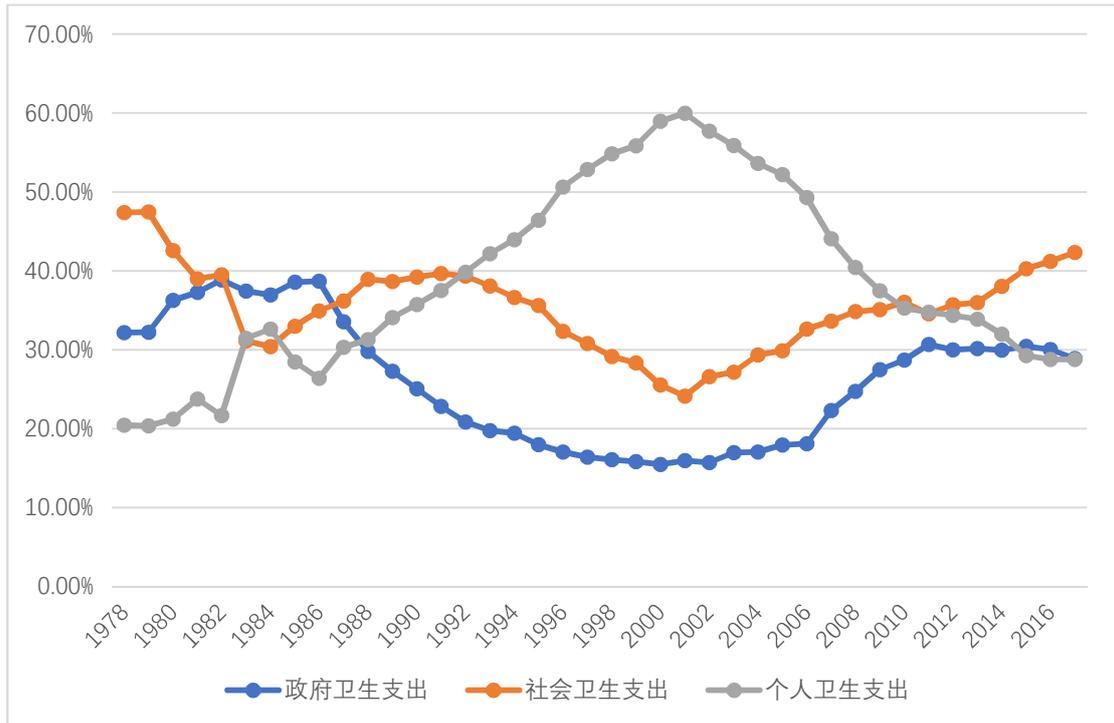


图 3.5 中国卫生总费用的构成变动情况 (1978-2017)

数据来源:《中国统计年鉴 2018》

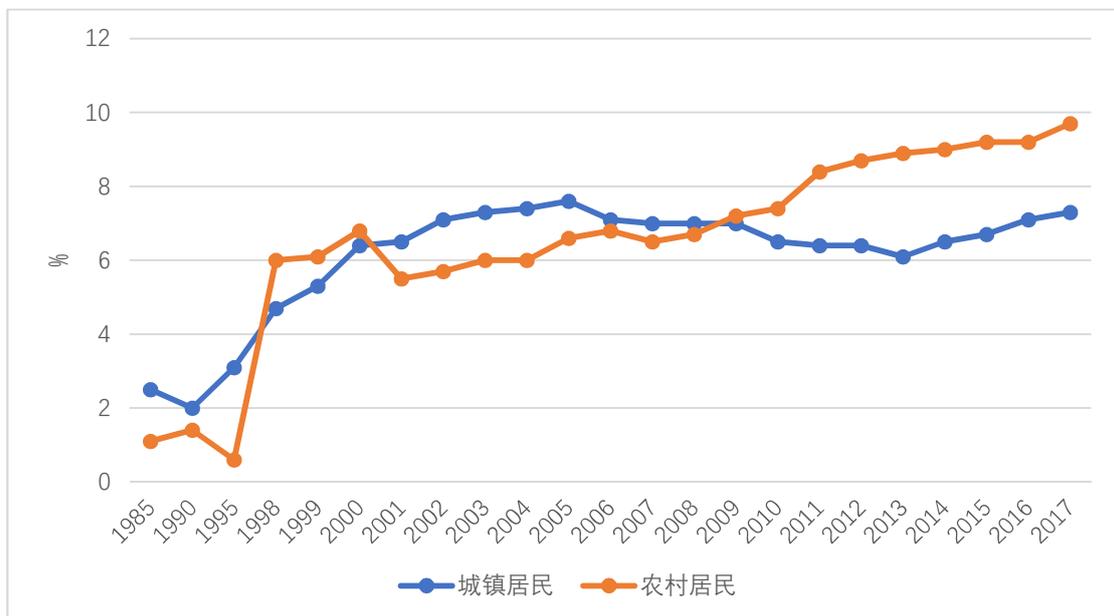


图 3.6 城乡居民医疗保健支出占家庭消费支出的比重

数据来源:《中国统计年鉴 2018》

二、药品供应体制的改革

药品供应领域中的乱象一直是中国医药卫生领域社会关注的焦点，也是医药卫生体制改革面对的首要问题。以药养医、药价虚高、药物滥用也一直是几十年来没有得到彻底根治的“顽疾”。不论是哪一次医改，解决以药养医的问题都是重头戏。2009年新医改以来提出的关于药品供应领域的改革措施，大体上可以归结为三类：一是药品的价格管理；二是药品集中采购；三是药品流通领域中的相关措施，比如两票制。

1. 药品定价机制与医保的药品支付标准

计划经济时期我国形成了三级批发、统购包销的药品流通体制，药品的生产、销售、价格等都严格按照指令性计划执行。但是，为了加强医疗机构的财务管理，给医疗机构一定的激励，在上世纪 50 年代在公立医疗机构的药品销售中，允许医疗机构按照规定在药品进价的基础上加成销售，这是我国医疗机构药品加成的历史来源。加成销售的收入可以用作医院日常经费，改善医院条件。但是，在计划经济下，由于人员工资、医院基本建设投入等都按照计划管理，实际上对医院并没有多大的激励。

到了 80 年代，为了提高医疗机构的运营效率，给予医疗机构经营自主权成为改革的主导方向。但是，在这一改革中并未放开对医疗服务价格和药品价格的管制，药品价格按照 1986 年的“医药商品价格管理目录”，药品价格实行国家定价、国家指导价与市场议价三种

定价方式。对于医疗机构而言，由于药品价格和医疗服务价格都严格管制，因此扩大自主权创收的主要途径就是通过药品的销售加成。在药品销售加成率一定的情况下，对于医疗机构而言，要扩大收入只有两条途径：一是使用较高价格的药品，二是增加药品的使用量。这就导致上世纪 80 和 90 年代药品供应普遍出现“高价格、大折扣、高返利”的现象。为了突破国家行政定价管理，大量药品改头换面以高价格的新特药的形式出现。各地擅自提价、自行定价、定价错误等现象屡有发生（黄鑫华，1990）。“多数药品价格处于失控状况，相当一部分药品的国家定价名存实亡”（马凯，1997）。

1996 年国家计委发布了“药品价格管理暂行办法”，重新确定了药品价格管理的原则，在流通领域确定了顺加作价、按实际进价差率销售的原则，特别是严格控制销售差率，一般不突破 15%。这也是此后十几年间广受诟病的医院药品销售 15% 加价率的来源。

1998 年我国正式建立了城镇企业职工基本医疗保险制度，一部分药品进入了医保报销目录。为此，有进一步改革了药品价格管理的方式。2000 年国家计委发布“关于改革药品价格管理的意见”，在分类定价的原则下，纳入医保目录的药品实行国家最高限价，其他药品实行市场协议价。但是，在这个政策中却留了一个单独定价的“口子”，即部分药品在安全性、有效性、经济性等方面若明显高于其他同类药品，则可以申请单独定价。在此期间大量药品通过更改剂型、包装等手段，以创新药的面目申请单独定价。这就导致了我国药品的“质量分层”。

但是，药品的行政定价并未遏制药品价格的增长，药品出厂价与药品销售价之间的巨大空间导致患者的医疗费用过度上涨，而且也带来了行政机关的大量腐败行为(陈文玲, 2001; 孟妍、王子约, 2014)。

行政管制药品价格并不能解决药品价格虚高的问题。在这样的情况下，国家发改委 2015 年发布了“关于推进药品价格改革意见的通知”，取消了药品的行政定价，除麻醉药品和第一类精神药品外，药品价格主要由市场竞争形成。取消药品行政定价后，医保目录内的药品由医保部门制定药品的医保支付标准。

需要指出的是医保的药品支付标准并不是药品的价格，而只是医保根据医保基金的承受能力以及药品成本和市场结构确定的医保对药品的支付费用。从国际经验看，医保药品的支付标准或参考价格，主要有两种制定的办法：对于创新药品主要是通过多方谈判的方式确定；对于非创新药主要是根据药品的有效成分，在同一通用名下，采用市场平均价格的方式确定。

对于我国医保药品的支付标准，虽然 2015 年就提出来了，但是并未形成全国统一的制定药品支付标准的方法和流程。从各地的实践看，多数地区使用的是药品集中招标采购的中标价。这固然也是医保药品支付标准的形成方式之一，但与理论上的医保药品支付标准不一致：药品的支付标准只是医保的出价，并不是最终的实际价格。药品的最终价格还需要依赖医院、药房、患者等方面的采购与支付。

2018 年下半年国家医保局开始在全国 11 个城市试点“带量采购”(4 个直辖市以及 7 个其他城市，即“4+7”带量采购)。带量采购中

标药品的价格即作为非中标药品的医保支付标准。此外，国家医保局成立后，还进行了 17 种抗肿瘤药的医保准入及价格谈判。通过谈判形成的药品价格也带有医保支付标准的色彩。但不管怎样，我国还未形成成熟的医保药品支付标准的制定方法和流程。

2. 药品集中采购

在上世纪 80 年代和 90 年代初中期，医疗机构的药品自行采购，医院的药房、药剂科等部门具体负责。但在当时的情况下，在加成率一定的情况下，各个医院都倾向于采购高价药，获得高折扣、大回扣以及高的加成收入。一些药品生产企业为了打开市场，也通过各种方式突破政府的药品定价，抬高药品价格，以便从中挤出给医疗机构和医生的回扣及折扣。在这个过程中，滋生了大量的不规范的行为以及腐败行为。对此问题，除了加强药品的价格管制外，另一个方法就是在集中采购。集中采购的目的，一是规范医疗机构的采购行为，二是通过集中采购加大与药品供应商的谈判能力，通过量价挂钩、以量换价的方法降低药品价格。

早在上世纪 90 年代末期，一些地区和企业附属的医院就开始探索和实施了集中采购（庞振山，1996；胡春曙，1999）。

2000 年国务院办公厅“关于成长医药卫生体制改革的指导意见”以及卫生部、国家计委等部门“医疗机构药品集中招标采购工作规范（试行）”这两个文件确定了公立医疗机构以地市为单位的药品集中招标采购模式。在这个模式中，采购主体仍然是医疗机构，但是在地

级市范围内这些医疗机构联合为一体进行采购。此外，采购主体与采购执行单位分开，委托市场化的中介结构进行采购。

地市级的药品集中采购实行几年之后，也没有解决药品价格持续上升的问题，而且还产生了新的问题，助长了药品采购领域中的腐败问题，增加了药品流通过程的环节和费用(王岳,2004;刘丽萍等 2006)。

对此问题，当时提出的解决办法是进一步提升集中招标采购的层级，同时将执行采购的主体从市场化的中介公司转入政府主导的机构。从 2006 年开始，一些地方就开始探索和实施省级集中招标采购。2010 年国家基本药物制度的实施，进一步完善和巩固了省级集中招标采购的模式，形成了招生产企业、招采合一、量价挂钩、双信封制、集中支付等特征。2015 年国务院办公厅“关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见”对省级集中采购的模式又进行了进一步的规范，实行一个平台、上下联动、公开透明、分类采购、招生产企业、量价挂钩、双信封制等措施。特别是量价挂钩，这个文件专门规定了带量采购的具体执行标准，要求医院按照不低于上年度药品实际使用量的 80% 制定采购计划和预算，并具体到品种、剂型和规格。

但是，药品的省级集中采购也并未遏制住或解决药品的价格虚高问题。我国的药品价格以及药品的使用量仍然远高于国际平均水平，药价虚高和药物滥用并未得到根本解决。到了 2018 年，随着国家医保局的成立，药品的集中采购职能从供方主导转入了国家医保局，成为需方主导的集中采购。这其中的背景，一是基于供方主导的集中采购几十年来并未有效遏制药品价格的上涨，第二个则是考虑到全民医

保后，医保作为最大的医药需求方和支付方，具有实施集中采购的能力以及遏制药品费用上升的动力。

国家医保局成立后，在药品集中采购方面最大的措施是 2018 年下半年开始实施的“4+7”带量采购试点。实际上，带量采购、量价挂钩并不是新措施，在 2015 年的文件中就有明确的规定。但医保局主导的带量采购最主要的三个特征，一是单一质量层次，摒弃了之前集中采购的质量分层，减少低质低价带来的“劣币逐良”；二是医保局在谈判中承诺了使用量；三是使用医保基金对药品费用进行提前支付，减少原先医疗机构对药品供应商的压款。由于实施时间比较短，到目前为止还未观察到“4+7”带量采购的实际效果。但从实施过程看，确实压低了中标药品的价格。现在最主要的问题就是如何保证采购药品的使用量达到承诺的目标。

除了带量采购，国家医保局成立后在药品供应上的另一个趋势是集中采购与医保药品支付标准的合并实施。如前所述，医保的药品支付标准并未形成一个统一的标准和流程。但从国际经验看，通过谈判形成药品支付标准是一个重要的途径。“4+7”带量采购中确定的中标药品价格也同时成为了非中标药品的医保支付标准。

3. 药品流通领域的其他措施

对于药品价格虚高的问题，除了药品价格的行政管制以及药品集中采购外，新医改以来还采取了其他政策措施，其中一个很重要的措施是利用行政手段严格控制药品流通领域中的价格膨胀。药品价格虚

高的一个表现是药品的零售价格远高于药品的生产价格。当然，一般而言，一种商品的零售价都比出厂价高，但我国药品出厂价与零售价之间的价差相比其他商品过高。这被认为是药品流通领域过多的中间环节所导致的。具体表现就是药品从出厂到零售端需要多次开具发票，多者七八次，少者三四次。这其中隐藏了大量的虚假交易、虚开发票，并通过这种方式“过票洗钱”，将洗出来的费用作为对医院和医生的回扣。

为了减少药品流通的环节，从而压低药品流通费用，打击“过票洗钱”等违规行为，2016年底国家卫计委、工信部、税务总局等部门发布了“关于在公立医疗机构药品采购中推行‘两票制’的实施意见（试行）”，提出在公立医疗机构中逐步推行“两票制”，鼓励其他医疗机构药品采购中推行“两票制”，要求药品的购销只能开具两次发票：药品生产企业到流通企业开具一次发票，流通企业到医疗机构开具一次发票。

从实施效果看，“两票制”对药品价格的虚高并未产生明显的抑制作用，反而扭曲了药品流通渠道，增加了药品流通企业的成本，变相推高了医疗费用的不合理上涨。福建省自2012年就开始在全省范围内推行“两票制”，从该省的实施效果看，“两票制”带来的两个后果一是促进了药品流通领域的兼并重组，因为“两票制”下企业内部的流转并不算是“一票”，因此一些流通企业为了规避“两票制”，通过兼并重组将外部交易内部化；第二个后果是提高了药品的出厂价，将流通领域的多个环节的价格虚高后推到了药品的出厂价上（李翠翠、

傅鸿鹏，2018；乔家骏等，2018)。从最终的药品价格以及次均医疗费用的角度，“两票制”的实施也未起到效果。

4. 药品供应体制改革背后的逻辑

药品价格虚高以及药物滥用是我国医药卫生领域的“顽疾”，也是医改的重头戏。可以说 2009 年以来的大部分医改措施都是针对药品的供应以及其中存在的弊端。但是，不管是药品的价格管制、药品的集中采购还是流通领域的措施，都未对以药养医、药品价格虚高以及药物滥用产生根本性的影响。从改革实施效果看，往往是没解决老问题，反而带来新问题。这些措施之所以没有产生效果，从逻辑上讲是因为以药养医、药价虚高、药物滥用等弊端只是问题的表现，其根本原因在于医疗服务供给上。

中国医疗服务供给的一个特征是医药混业，绝大多数药品是在医疗机构销售的。这一点与西方欧美国家的医药分业不同。在欧美国家，门诊药品主要是通过社会药店出售，住院药品虽然在医院销售，但医院费用、医生费用以及药品费用是分账支付的。以美国为例，2016 年个人医疗费用的构成中，支付给医院服务的占到了 38%，支付给医生和诊所服务占到了 24%，支付给药品的只占到了 12%左右（图 3.7）。在分账支付的制度下，医院和医生并没有从药品销售中获利的激励。但是中国的医药混业以及对医药的混合支付导致医院和医生有足够的激励通过药品销售来获得收入。而在过去四十年的改革中，包括 2009 年新一轮医改，都没有把对医院和医生的支付单独拿出来，医院

和医生仍然需要从药品销售中获得相应的收入。特别是不当的价格管制，比如严重压低医院服务和医生服务的价格、对医院销售药品的加成率管制等，则直接导致了以药养医；而在以药养医的情况下，医院和医生都有动力使用高价药和处方高价药（朱恒鹏，2011）。

当然，从需方的角度来看，以药养医其本身并不是个问题，问题在于以药养医带来的激励机制扭曲。激励机制的扭曲表现出来就是医院和医生偏好高价药、大处方。但是，高价药、大处方能够长期存在，还有一个必要条件，那就是医疗服务的垄断供给。而我国以公立医院为主的医疗服务供给格局恰恰满足了垄断供给的条件。虽然社会办医的数量近几年增加很快，特别是机构数量增加很快。但是数量多的同时，社会办医多为散、乱、小、差，根本无法形成与公立医院竞争的优势。如果考察床位数以及医生数，公立医院都占据优势地位，特别是高端医疗服务资源，主要集中在公立医疗机构。不仅如此，我国卫生行政部门作为行业监管机构，同时也是公立医院的所有者和管理者，这种“管办不分”的格局使得公立医疗机构的垄断带有浓厚的行政垄断色彩。

不当的行政管制使得公立医疗机构只能通过药品销售来获得收入；同时，行政垄断地位又使得公立医疗机构有能力通过不断抬高药品价格的方法来获得高收入。不管是药品的行政定价，还是集中采购带来的药品价格下降，其效果都在公立医疗机构的行政垄断下难以发挥。国家医保局 2018 年的 17 中抗肿瘤谈判纳入医保目录的药品在价格得以大幅下降后，在一些医疗机构竟然不见踪影。这其中当然

有药品购销方面的原因，但最根本的还是降低药品价格不符合医院和医生的利益，医院和医生偏好高价药的行为依然存在。

从这个角度，我国以药养医、药价虚高问题的根源并不在药品供应领域，而是在医疗服务的供给领域，在公立医疗机构的改革上。

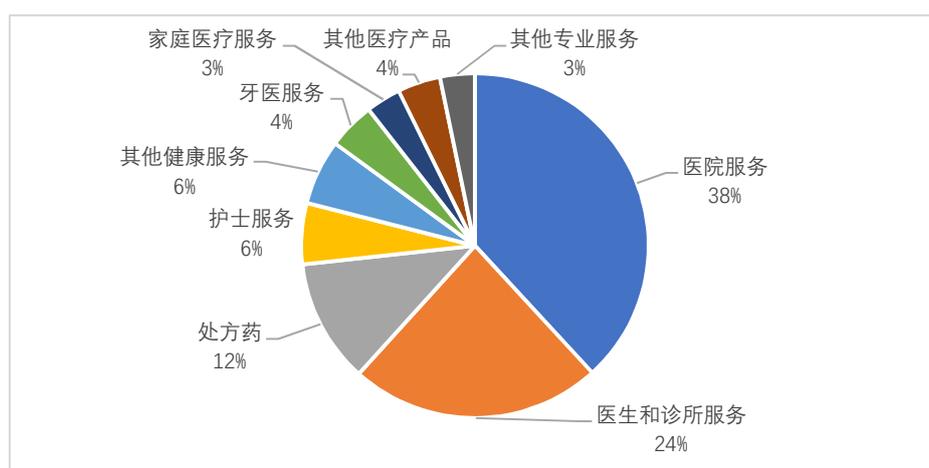


图 3.7 美国个人医疗服务费用的结构（2016 年）

注：个人医疗服务，不包括公共卫生等其他费用。

数据来源：Cothran(2018)。

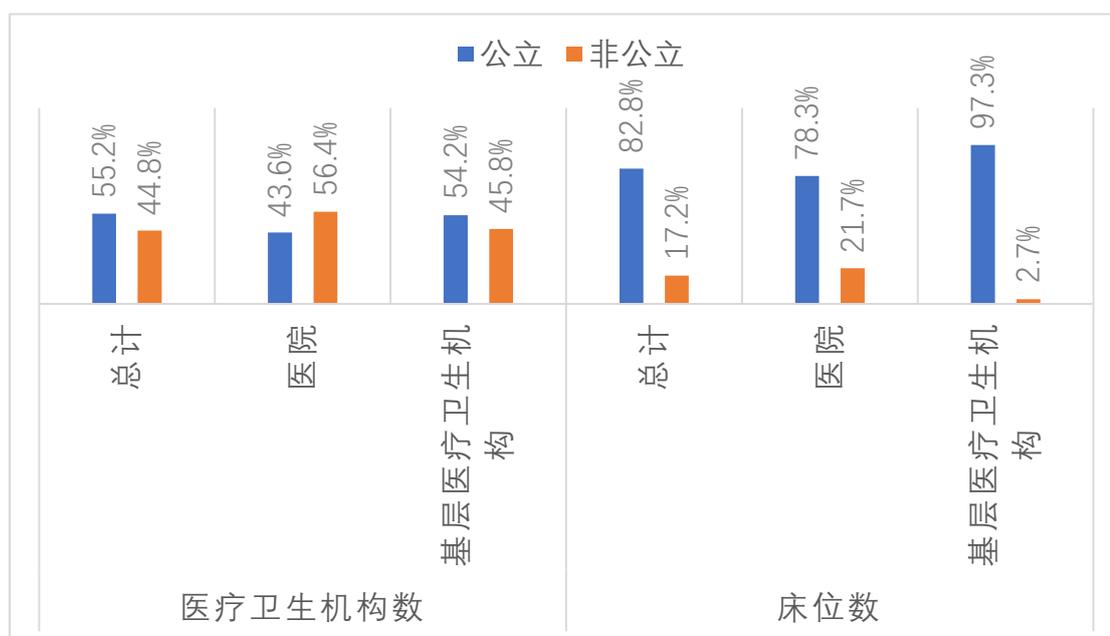


图 3.8 公办和非公办医疗机构数与床位数（2016）

数据来源：《中国卫生与计划生育统计年鉴 2017》。

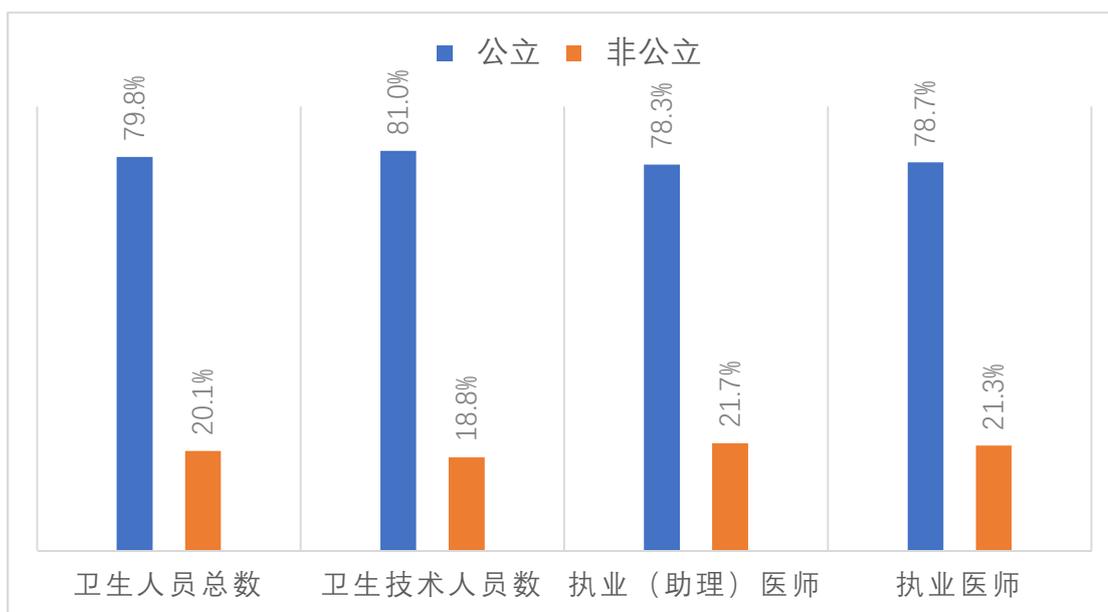


图 3.9 公办与非公办医疗机构卫生人员数（2016）

数据来源：《中国卫生与计划生育统计年鉴 2017》。

三、社区医疗卫生机构的改革

按照在医疗卫生服务体系中承担的职能的不同，我国的医疗卫生服务机构分为社区（基层）医疗卫生机构²与医院两类。社区医疗卫生机构主要是初级医疗卫生保健服务的供给，具体而言负责公共卫生服务的供给，常见病、多发病的诊治，以及提供与社区居民健康管理相关的卫生服务，提供相当于国外医疗卫生服务体系中的全科医生或家庭医生服务。医院则主要提供住院服务以及重大疾病的诊治，相当于国外医疗卫生体系中的专科服务。社区医疗卫生机构在农村主要是乡镇卫生院与村卫生室；在城镇地区则是社区医疗卫生服务中心（站）。中国的医院根据诊疗能力的差别分为三级十等。

社区医疗卫生机构作为三级医疗卫生网络的底层，承担的是医疗

² 社区医疗卫生服务也称作基层医疗卫生服务。在本文中二者同义，一般使用社区医疗卫生服务的叫法。

卫生服务的“守门人”的职责。特别是在当前世界范围内医疗服务理念从“治疗为中心”向“健康为中心”转变的过程中，社区医疗卫生服务的重要性愈发凸显。

1. 社区医疗卫生服务体系的重构

在计划经济时期我国并没有明确的社区医疗卫生服务的政策设计。在农村地区承担全科医生职责的是与农村合作医疗相结合的农村“赤脚医生”；在城镇地区一是企事业单位所属的为本单位职工提供全科医疗服务的各类门诊部、门诊室、诊所等，二是地方政府所属的各类地段医院、街道卫生院等。这些机构在管理、内部设置、医疗服务提供上与医院的门诊差别不大。改革开放后，农村的赤脚医生逐渐改革为乡村医师制度，建立了村卫生室，承担农村的社区医疗卫生服务；城镇地区随着国有企业改革的推进，也出现了医疗卫生服务的“社区化”。1997年中共中央国务院“关于卫生改革和发展的决定”提出要“积极发展社区卫生服务”，其政策含义首先是计划经济时期企事业单位的“单位化”的初级卫生保健服务转向属地化管理的“社会化”的初级卫生保健供给体系。

1999年卫生部等部门“关于发展城市社区卫生服务的若干意见”以及2000年卫生部关于城市社区卫生服务机构设置的三个文件（机构设置原则、卫生服务中心设置指导标准、卫生服务站设置指导标准），重新构建了初级卫生保健服务的供给体系。

这一体系的主要特征，一是公立机构为主。除了农村的村卫生室

由乡村医生个体运营外，乡镇卫生院以及城镇的社区卫生服务中心（站）都由当地卫生部门所属并运营，具有典型的行政化治理特征。在这一点上与公立医院的运营和治理是相同的。虽然在政策设计中也提出要引入竞争，但却存在严格的准入管制，新设立的非公办的社区卫生服务机构需要各级卫生行政部门审批。

第二个特征是乡镇卫生院、社区卫生服务中心的科室设置、内部管理、业务内容等，与医院高度重合。虽然按照职能设置，社区医疗卫生服务机构主要提供的是初级卫生保健服务，提供的是全科服务，但在实际的机构设置以及业务内容设置上却仍然是医院的架构，是规模缩小的医院。当然这也与历史遗留有关，因为大量城镇社区卫生服务中心就是原先的地段医院、街道卫生院以及一级医院。

这两个特征使得社区卫生服务机构在与医院的竞争中处于劣势：提供的服务内容与医院雷同，但在医疗资源的配置上却处于等级制的底端，质量和效率远低于医院。因此，社区医疗卫生服务在建立之初便面临极大的经营困难，生存能力较差（张隆，2001；罗小燕等，2002；孟庆跃等，2003；金喆、李荣梅，2005）。一些地区的乡镇卫生院和社区卫生服务中心面临难以维系的局面。甚至一些大城市的社区卫生服务中心也面临关门的风险。

在这样的情况下，一些地区在 2009 年新医改之前便开始了社区卫生服务体系改革的探索。而 2009 年开始的新一轮医改也将社区医疗卫生服务的改革放到了优先的地位。改革的措施很多，但从 2009 年到 2014 年间，最主要的两项改革一是社区医疗卫生服务机构的财

务收支两条线管理，二是基本药物制度。

2. 收支两条线

收支两条线管理指的是社区医疗卫生机构的所有收入都上缴到财政专户；日常支出以及人员工资由财政另行全额拨付。收支两条线的核心是机构的支出包括人员的工资待遇等与机构的收入没有联系。收支两条线管理并不是 2009 年医改新提出来的措施，实际上在 2009 年之前很多地区已经开始在社区医疗卫生服务机构中实施了收支两条线。北京市在 2006 年发布了“社区卫生服务中心（站）收支两条线管理实施意见”，对市属及县区所属的社区卫生服务中心（站）实施全面收支两条线管理，中心（站）的所有收入全额上缴财政专户；人员经费按照人事部门核定的标准执行；其他经常性支出也由财政全额保障。

从各地实施收支两条线的初衷看，主要是为了保住一部分经营不善、面临亏损、难以维持下去的社区医疗卫生服务机构。比如北京市收支两条线管理的一个主要内容就是这些社区卫生服务机构的运行经费、人员经费由“县区财政予以保证”，同时要求财政部门增加卫生投入。而实施收支两条线的背景则是前文所指出的，社区医疗卫生服务体系建立之后，根本无法与医院进行同质化的竞争，因此一些社区机构面临根本无法维持的困境。

2009 年新医改开始之后，从 2010 年开始国务院医改办就要求学习“安徽经验”，在公办的社区医疗卫生服务机构中全面推进收支两

条线管理，并将其作为基层医改的主要经验之一（孙志刚，2011）。但在这一阶段，除了作为加大财政投入、要求财政全面负担社区医疗卫生机构的人员和运行经费的同时，收支两条线管理又被赋予了新的政策含义，成为新医改的理论依据之一：即收支两条线通过切割医务人员收入与其提供的医疗服务之间的关联，从而达到解决“过度医疗”的目的。这一论断背后的逻辑是，如果医疗机构与医务人员的收入直接与提供的医疗服务关联，那么医疗机构和医务人员就会利用其垄断优势和信息优势提供“过度诊疗”，谋取过高的收入，从而推高了医疗费用，加重了患者负担。

从经济学意义上，收支两条线属于典型的“若激励”机制，在切割医务人员收入与提供服务之间的联系的同时，降低了对医务人员提供服务的激励。既然医务人员的工资待遇与医疗服务提供没有关联，那么医务人员就缺少激励为患者提供服务。当然在实际操作过程中也面临一个如何激励医务人员的问题。为解决这个问题，在社区医改的过程中，还特别强调了绩效工资制度，由上级主管部门对社区医疗卫生机构和医务人员进行绩效考核，并依据考核确定相应的工资待遇。从绩效考核的角度而言，越是能够明确测度的工作越是容易考核，也越容易在考核中获得好成绩。比如公共卫生服务中的疫苗服务，可以很容易的清点医务人员提供的疫苗注射服务，且异议最少。这样的服务还包括填写居民的健康档案、社区健康教育等。但是，对于疾病的诊治、基本医疗服务的提供等，绩效考核不仅异议大，而且也难以操作和衡量。因此，收支两条线的一个后果是社区医疗卫生机构的主要

工作和精力都放到了容易考核的公共卫生服务上，而提供基本医疗服务的动力进一步下降了。

为了进一步落实收支两条线弱化基层医务人员提供基本医疗服务的动机，与之相配套的还有另一个制度，即基本药物制度。

3. 基本药物制度

基本药物制度本是世界卫生组织提出的欠发达国家和地区优先供应和保障的药品清单。但在我国社区医改中还附着了另一个政策含义，即基本药物的零差率销售。如前所述，我国医疗机构销售药品时可以在进价的基础上有一个 15% 的加成。而在医疗服务价格和药品价格严格管制的基础上，医疗机构有动机购买和销售高价药以及大处方。因此，在收支两条线实施的同时还配套了社区医疗卫生机构药品零差率的政策。北京 2006 年开始在社区医疗卫生机构中全面推开收支两条线的同时，还要求实施收支两条线的社区机构必须推行药品的零差率销售。但是北京的药品零差率销售并未限定社区机构的用药范围。到了 2009 年新医改开始后，在收支两条线和药品零差率的基础上，还同时提出了一个基本药物目录，并在 2012 年正式发布了《国家基本药物目录》。这一版的基本药物目录收录了 537 种国家基本药物，要求社区医疗卫生机构的用药只能使用基本药物，基本药物的销售必须实施零差率。基本药物目录对社区基层医疗卫生机构用药范围的限制又进一步压低了社区医疗卫生机构的服务能力。特别是对一些发达地区和大城市的社区医疗卫生服务机构而言，其面对的居民支付能力

较高，更愿意使用质量较高的药品，且用药范围更大。因此在基本药物制度实施之初，包括北京、上海等大城市就反对限定社区基层用药。经过反复调整，又出台了一个地方增补版的基本药物目录。但地方增补版的基本药物目录也不能满足地方所需。因此，最终形成的社区基层的用药范围是“国家版基本药物+地方增补基本药物+目录外药物”。

但即是如此仍然有一些社区基层医疗卫生机构不愿使用基本药物。这一方面是因为虽然基本药物价格低廉，但其质量和药品疗效没有保证，另一方面由于地区差异，各地的用药习惯并不相同。为此，又出台了相应的基本药物使用的考核指标，并将之与收支两条线的实施结合起来，社区医疗卫生机构能够获得财政补助与其基本药物的使用量相挂钩。

收支两条线与基本药物制度是 2009 年新医改的重大举措，其意义首先是在财政加大投入的基础上，保证了公办的社区医疗卫生机构的正常运行。但是其弊端也很明显，就是极大削弱了社区医疗卫生机构提供基本医疗服务的动力和能力。而这一结果又导致大量患者涌入到大医院就诊。一些本属常见病、多发病的患者，以及处于稳定期的慢性病患者都涌入到大医院。这一趋势在 2013 年就开始显现出来，到 2014 年引起了各方面的重视，基层医改又转向了分级诊疗建设的阶段。

4. 分级诊疗

社区医疗卫生服务收支两条线管理以及基本药物制度的实施在

保障公立的社区医疗卫生服务机构运转的同时，也带来了一个弊端，即社区机构提供基本医疗服务的动力和能力下降，难以吸引社区居民就诊。居民不管大病小病都涌入到医院就诊，导致出现了社区医疗卫生机构“门可罗雀”、大医院“人满为患”的状况。

图 3.10 和 3.11 给出了基层医疗卫生机构与医院在诊疗人次及住院人次上所占比重的变动情况，2009 年新医改并未遏制基层医疗卫生机构在诊疗人次和住院人次上的下降趋势，二者之间的差距反而持续性扩大。不仅如此，在不同等级医院之间也有同样的趋势，高等级医院的诊疗人次及住院人次占比都在持续性增长，低等级医院则持续性下降。针对这种情况习近平总书记在 2014 年 12 月份在镇江考察时专门指出“人民群众对医疗服务均等化的愿望十分迫切。像大城市的一些大医院，始终处于‘战时状况’，人满为患，要切实解决好这个问题”。在这样的背景下，分级诊疗的政策被提出并实施。2015 年 1 月份全国卫生计生工作会议的一个主题就是推进分级诊疗。2015 年 9 月份国务院办公厅“关于推进分级诊疗制度建设的指导意见”，提出分级诊疗的目标是基层医疗卫生机构诊疗量比例明显提升，就医秩序更加合理规范，到 2020 年形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系。

从各地推进分级诊疗的实践情况来看，主要包括两个大类的措施：一是强制性的分级诊疗，即强制患者必须社区首诊。这又分为医保的强制首诊和医院的强制首诊，即如果不经基层转诊，直接到医院就诊，要么医保不予报销，要么医院不予接诊。二是诱导类的政策，即通过

各种方式诱导患者到基层首诊，这又包括降低基层就诊实际费用的措施，包括在基层医疗卫生机构实施的药品零差率和基本药物制度，以及提高在基层就诊的医保报销比例等；其次是基层服务能力的政策，包括安排基层机构的医生到大医院培训、以及大医院的医生到基层坐诊等。除了这些措施，各地还大力推进了医联体的建设，将医院与周边的社区卫生服务中心（站）结合在一起，形成整合性的医疗服务供给集团。

上述政策自 2015 年开始推进以来，并未解决、也未缓解大医院的拥挤状态，基层社区医疗卫生机构的诊疗人次占比依然在下降，医院诊疗人次占比依然在上升。一些地区设计实施的家庭医生制度也并未取得理想的效果。究其原因，就在于基层社区医疗卫生机构在收支两条线与基本药物制度的束缚下已经失去了提供基本医疗卫生服务的动力和能力。而推进分级诊疗的这些政策并未触及到这两个问题。在分级诊疗推进几年之后，一些地区已经开始认识到收支两条线与基本药物制度对基层社区医疗卫生机构带来的影响，并开始逐渐取消收支两条线与基本药物制度。在 2017 年广东省即开始放开社区医疗卫生机构使用基本药物的限制。2018 年北京市也放开了社区用药，并取消了收支两条线制度。安徽省作为收支两条线与基本药物制度的发源地，2015 年省内半数县市区就不再实施收支两条线管理。至此，社区医疗卫生服务体系的改革在经过接近十年之后又回到了原点。

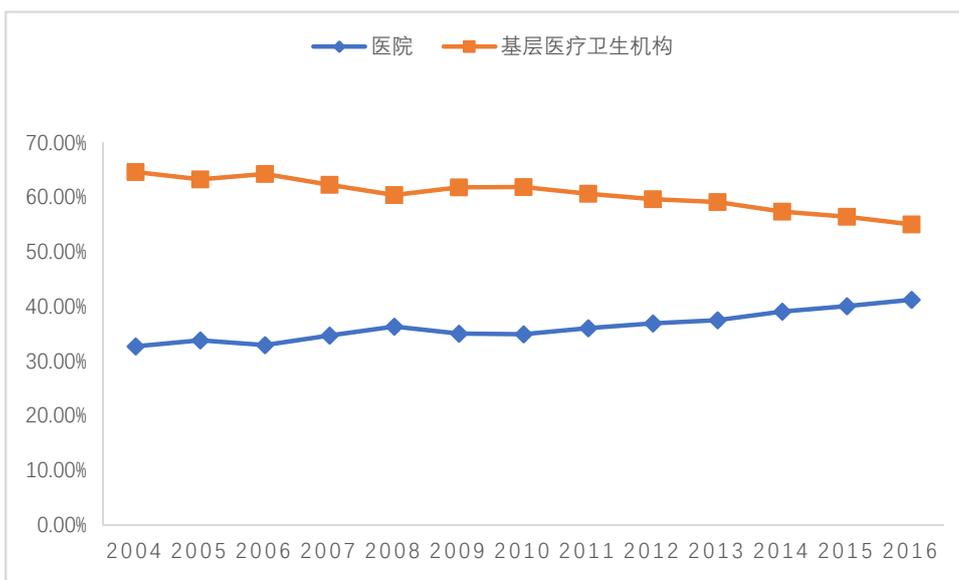


图 3.10 基层医疗卫生机构与医院诊疗人次分布情况

数据来源：《卫生和计划生育统计年鉴 2017》

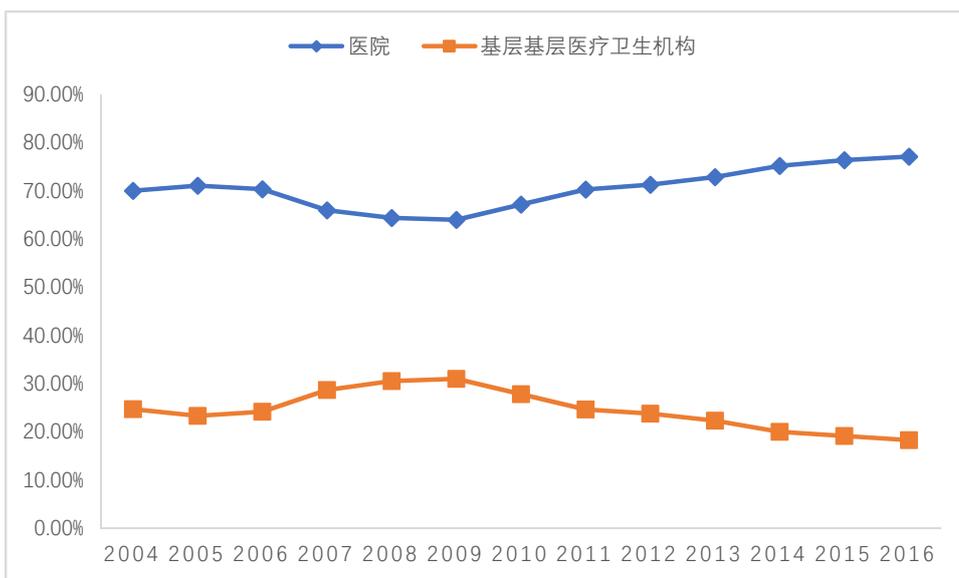


图 3.11 基层医疗卫生机构与医院住院人次分布情况

数据来源：《卫生和计划生育统计年鉴 2017》

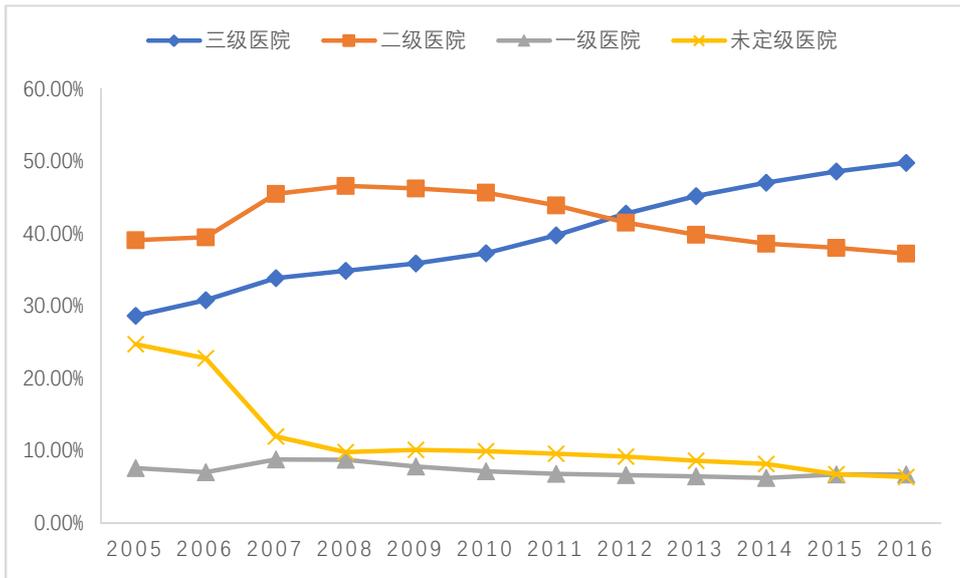


图 3.11 不同等级医院诊疗人次分布情况

数据来源：《卫生和计划生育统计年鉴 2017》

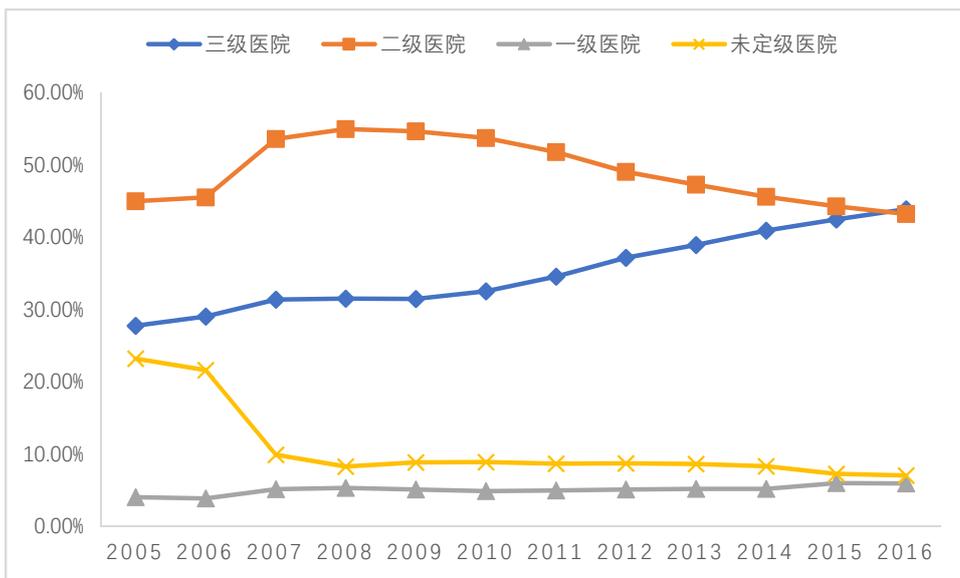


图 3.12 不同等级医院住院人次分布情况

数据来源：《卫生和计划生育统计年鉴 2017》

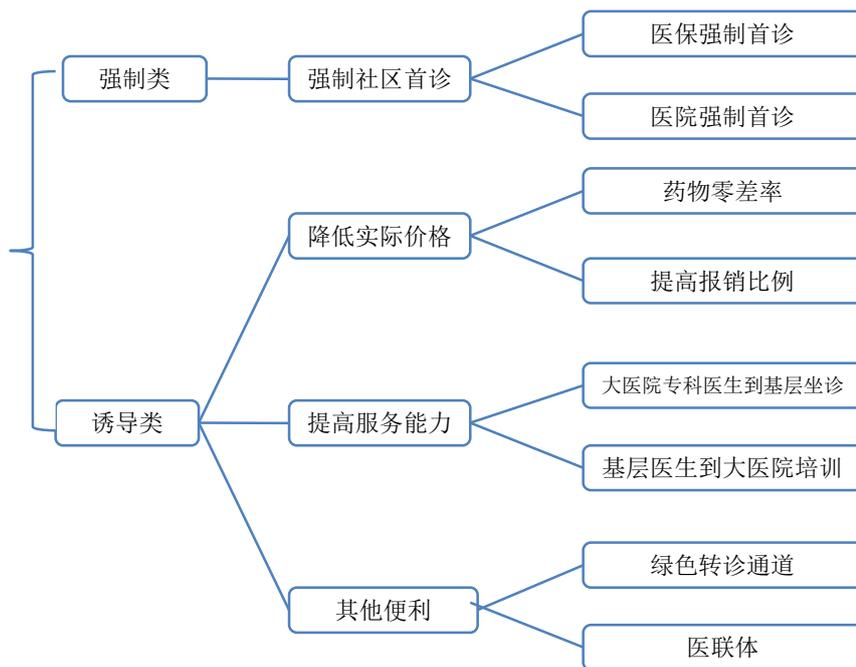


图 3.13 分级诊疗有关政策措施的总结

资料来源：笔者根据各地分级诊疗推进资料总结。

四、公立医院改革

公立医院是我国医疗卫生服务供给的主体，也是新一轮医改的重点。我国医药卫生领域的主要问题以及症结都在公立医院的改革上。2009 年新一轮医改方案提出的公立医院改革的原则是在坚持公益性的基础上，实现“四分开”：即政事分开、管办分开、医药分开、营利性与非营利性分开。政事分开、管办分开要求公立医院作为独立的医疗服务供给主体与卫生行政部门脱钩，卫生行政部门作为全行业监管的政府机关不再直接经营公立医院，实现“运动员与裁判员”分开。医药分开主要针对的是以药养医体制，要求公立医院转换收入结构，取消通过药品销售获得收入的补偿渠道，建立合理的医院收入及医生薪酬机制。营利性与非营利性的目的则在于引入和鼓励社会办医，形

成与公立医院公平竞争的多元供给格局。在社会办医中要区分营利性与非营利性的医疗机构，进行分类管理。

2010年卫生部等五部委“关于公立医院改革试点的指导意见”明确提出了公立医院改革的“四分开”原则，同时确定了16个地级城市作为公立医院改革的试点³。

2012年国务院办公厅“关于县级公立医院综合改革试点的意见”在坚持“四分开”的原则的基础上，突出了医药分开，将打破以药补医作为县级公立医院的关键环节，要求县级公立医院全面取消药品加成，药品销售收入的损失主要通过增加政府财政补贴以及提高医疗服务收费进行弥补。

在县级公立医院改革试点的基础上，2015年国务院办公厅“关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见”将取消药品加成、改革以药补医体制作为主要经验，在全国县级公立医院全面推开。

在城市公立医院，2015年国务院办公厅，“关于城市公立医院综合改革试点的指导意见”，将城市公立医院改革试点扩展到200多个城市，并提出了明确的改革目标，除了全面推行药品零差率，理顺医疗服务价格外，还与分级诊疗的政策目标相结合，提出控制城市三级公立医院门诊规模的目标，要求在城市三级公立医院门诊就诊人次明显降低。

2017年卫计委等七部门“关于全面推开公立医院综合改革工作的通知”，总结各地公立医院改革试点的经验，全面公立医院综合改

³ 之后又加入了一个，所以第一批城市公立医院改革试点为17个城市。

革，改革的核心是医药分开，取消药品加成，破除以药养医。

1. 医药分开改革

医药养医或以药补医是我国医药卫生领域的主要特征之一，也是主要的弊端所在。历次医改无不围绕如何破除以药养医来进行。2009年开始的新一轮医改也以破除以药养医作为公立医院改革的中心环节，并以此来带动公立医院的全面改革。而以药养医的主要手段或途径就是药品的加成销售，以及药品销售过程中医院和医生所收受的各种灰色的折扣、回扣、返利等。医院的15%药品加成是明面上的、可以观察到的“以药养医”，药品销售过程中医院和医生收受的各种回扣、折扣、返利等则是灰色的、看不到的“以药养医”。公立医院的改革，包括社区基层医疗卫生机构的医药分开的改革首先体现在取消医疗机构药品销售的15%加成。取消药品加成可以说是本次医改落地最实在、最主要的一个政策措施，先是在社区医疗卫生机构改革中、而后在县级公立医院，最后在所有公立医院全面推开。

医药分开改革的主旨是改变医院和医生通过药品销售获得收入的途径，因为在药品加成销售的情况下，医院和医生都有高价药的偏好。而在医院和医生掌握药品销售终端和处方权的情况下，无论在药品供应环节做何种改革，效果都是有限的。这在第一部分药品供应环节改革中已经加以论述。取消药品加成实际上是取消医院和医生对高价药的偏好。从这个角度，医药分开改革的思路是没有问题的。

但是，从各地改革的实践看，医药分开改革并未取得预期的效果。

下面以两个地方改革的例子来看医药分开改革的效果。江苏省在 2015 年即开始在全省公立医院推开医药分开改革，具体措施是取消药品加成，同时提高诊疗费、手术费等医疗服务收费。从理论上讲，取消的药品加成是 15%，因此，药品销售收入至少应该降低 15%。但是对南京市、徐州市、苏州市、南通市、淮安市五个地市参加改革的公立医院的数据分析表明，医院收入中的药品收入虽然是负增长，即相比于改革前药品收入下降了，但药品下降幅度都很低，只有 3%左右，远低于理论上的下降比例。（表 3.1）也就是说，在降低了药品的 15% 加成后，医院药品销售量却大幅增长以抵消销售价格下降带来的收入差。从这个结果看，医药分开反而进一步加大了过度用药的程度。

除了药品销售收入下降未达到预期外，另一个结果是医院的检查费、材料费却出现了快速上涨的趋势，检查费的上涨幅度达到了 10% 左右，耗材费用上涨更是猛烈，达到了 30% 左右。一些地市材料费的上涨达到了 56%。这就导致不论是门诊的次均费用还是住院的次均费用都出现了不同程度的上涨。此外，就是就诊人次的上涨。改革后，虽然诊疗费用、检查费、材料费上涨，次均费用也上涨，但医院就诊人次（门诊与住院）都出现了明显的上涨。就诊人次及次均费用的上涨，最终结果就是医院医疗总费用的快速上涨。（胡大洋等，2017）

北京市 2017 年 4 月 8 日在全市公立医院全面推开了医药分开综合改革，以“总量不变、结构平移”为原则，取消医院药品加成，同时将药品加成减少的收入平移到新设立的医事服务费中，实现医院总收入不减少，以减少改革阻力。从改革效果看，首先是药占比出现了

下降。政府办公立医院门诊药占比下降了 8 个百分点，住院药占比下降了 5 个百分点。但是，药占比下降的同时，次均费用却出现了快速上涨的趋势。

改革第一年的 2017 年，北京市政府办综合医院门诊次均费用的增长达到了 8.4%，而过往 5 年间最高的年增幅也只有 4.2%。住院费用在 2017 年相比于 2016 年增幅高达 3.2%，也远高于前 5 年增幅最高的 2.8%。从总医疗费用看，2017 年比 2016 年全市公立医院医疗费用上涨幅度为 6.44%，仍然处于较高增长趋势。医保基金的支出大幅增长，以职工医保基金支出为例，改革后 2018 年上半年北京市职工医保基金比 2017 年上半年同期增长 14.6%，而 2017 年上半年比 2016 年上半年的增长只有 8.8%。

药占比下降的同时，次均费用和总费用快速增长，有两个可能：一是医院实际用药量并未下降，但检查与耗材的费用快速增长，从而间接降低了药占比；二是医事服务费的增加也导致一些医院分解门诊和住院，以增加总收入。

表 3.1 江苏省公立医院医药分开改革前后费用及就诊人次变动情况

	南京市	徐州市	苏州市	南通市	淮安市
药品费用增幅	-3.20%	-1.65%	-3.73%	-3.01%	-0.10%
检查费增幅	10.99%	10.64%	10.67%	5.43%	11.12%
材料费增幅	15.63%	31.52%	43.03%	34.52%	56.19%
诊疗费增幅	33.29%	31.52%	43.03%	34.52%	56.19%
总费用涨幅	9.42%	9.34%	10.92%	8.99%	15.04%
门诊人次涨幅	7.44%	6.38%	0.85%	-4.40%	32.11%
门诊次均费用涨幅	1.34%	-4.24%	2.82%	11.84%	-12.86%
住院人次涨幅	10.60%	9.61%	12.63%	8.37%	7.77%
住院次均费用涨幅	3.70%	3.02%	3.80%	1.24%	6.72%

注：改革前一年（2014 年 11 月 1 日到 2015 年 10 月 31 日）与改革后一年（2015 年 11 月 1 日到 2016 年 10 月 30 日）。

数据来源：胡大洋等（2017）

表 3.2. 部分医疗机构门诊和住院病人药费占医疗费用比重情况（%）

项目	2013	2014	2015	2016	2017
门诊病人药费占医疗费用					
政府办综合医院	61.17	59.9	58.2	56.74	48.95
其中：三级	59.01	57.94	56.05	54.71	46.96
二级	68.39	68.51	68.05	66.18	59.02
一级	64.35	77.86	81.7	74.21	65.39
社区卫生服务中心	84.93	86.89	86.56	86.17	82.28
住院病人药费占医疗费用					
政府办综合医院	30.9	29.56	28.49	28.06	23.42
其中：三级	29.16	28.19	27.06	26.83	22.53
二级	39.79	38.79	39.26	37.68	31.18
一级	23.97	54.94	56.16	46.21	27.29
社区卫生服务中心	43.43	43.13	40.36	39.89	31.57

注：本表统计范围不包括驻京部队医院和武警医院。本表医疗费用增幅均以扣除物价上涨因素后的可比价格计算。

数据来源：2017 年北京市卫生工作统计资料简编。

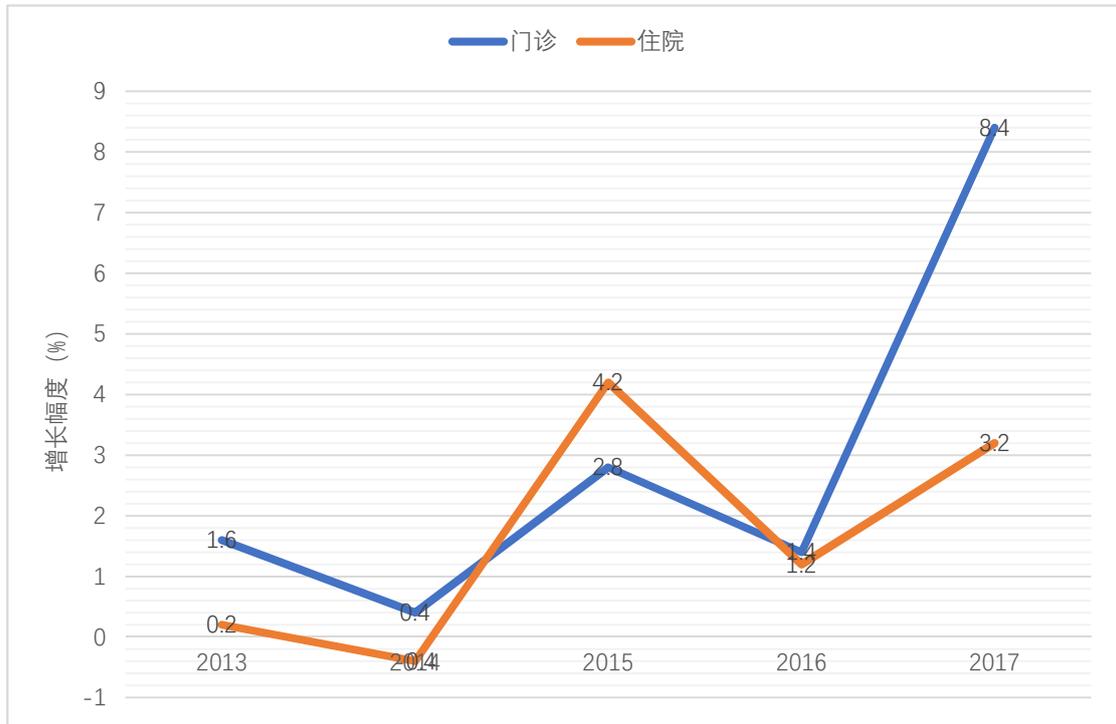


图 3.14 北京市政府办综合医院门诊及主要次均费用年增幅情况

注：本图统计范围不包括驻京部队医院和武警医院。本表医疗费用增幅均以扣除物价上涨因素后的可比价格计算。

数据来源：2017 年北京市卫生工作统计资料简编。

2. 政事分开、管办分开

如果说医药分开改革属于医院经营体制的改革，那么政事分开、管办分开则属于公立医院管理体制改革的范畴。政事分开、管办分开的改革原则不仅是本轮医改的重点任务，也是过去四十年公立医院改革的核心与关键。我国公立医疗机构目前的管理体制仍然带有浓厚的计划管理色彩，卫生行政部门既是公立医院的所有者与直接管理者，同时还是全行业的监管者。这种管办不分的管理体制是我国公立医院行政垄断的体制性根源。在公立医院一家独大，既缺乏竞争，也缺乏有效的监管的情况下，一系列的改革措施都很难取得预期效果。行政垄断的情况下，公立医院不仅享有各种隐性的与显性的财政补贴，而且在享有行政性保护。利用这些公共资源及行政保护“谋取私利”，成为几十年来公立医院“逐利性”的最大问题。新一轮医改充分认识到了这一点，在医改方案以及之后公立医院改革的政策设计中，坚持公立医院的“公益性”一直是一个基本的原则。而要实现公立医院的“公益性”，一个关键环节就是实现管办分开，形成公平竞争、有效监管的医疗服务供给格局。

根据医改方案的设计，公立医院政事分开、管办分开可以探索不同的实现形式，但根本上还是要使公立医院成为独立自主、自负盈亏的法人实体，实现公立医院的法人治理。法人治理又分为两个层面的含义：一是如何处理政府作为出资人与医院之间的关系；二是在医院内部实行怎样的治理模式。从各地的探索来看，在政府与医院之间，一般是建立一个独立的或半独立的医院管理委员会（医管会）或医院

管理局（医管局），代表政府对医院履行出资人职责。有的地方的医管会（局）由政府直属，与卫生行政部门没有隶属关系；有的地方的医管会（局）隶属于卫生行政部门，专责公立医院的管理。这后一种模式又被成为“管办分开不分家”。但不管何种模式，大部分地区公立医院的直接管理权仍然在卫生行政部门手中，“管办分开不分家”最终仍然回到了“管办一体”的格局。

在医院内部的治理结构上，政策上并未作出明确的规定，更多措施集中在医院的具体管理上。但仍有一些地区进行了探索，比如有的地方建立了医院管理理事会，由政府部门、社会各界代表、医院代表、居民代表等组成，行使医院重大事项的决策权。但是从目前公立医院内部治理结构看，行政化的管理、传统事业单位管理模式仍然是主体。

管办分开改革已经触及到了我国公立医疗体系的核心，即行政化的治理模式问题：行政等级制、行政垄断以及内部的行政化管理。但是，相比于医药分开的改革，管办分开改革的推进不仅缓慢，而且也没有一个明确的改革目标。而如果不在公立医院去行政化改革上迈出关键性一步，其他具体的管理层面的改革，包括医药分开改革，也很难取得成效。

3. 医生薪酬制度改革

医生薪酬制度改革是整个医改的核心，是其他改革的最终落脚点。之所以这样说，是因为我国医药卫生体制改革的几乎所有问题都可以归结到医生薪酬制度上。以药养医是我国医药卫生领域的顽疾，几十

年的改革并未取得相应的成效，各种具体的政策措施几乎都推行过，但仍未解决这个问题。究其根本，就是因为我国药品的价格不仅是“药品的价格”，其中好包含了支付给医院和医生的费用。医院和医生需要从药品的销售中获得相应的收入。上世纪 80 年代、90 年代开始，药品回扣泛滥，其逻辑就在于对医生的服务性收费是严重压低的，医生的薪酬与其劳务付出不成比例。在医生掌握处方权，同时还享有行政垄断地位的情况下，医生只能通过大处方、高价药等方式来获取收入。当然，这也与我国医药混业的医院运营方式有关。欧美国家一般是医药分业经营的，不论是医保基金还是患者个人，直接支付给医生服务费用，药品费用则另外计算。以美国为例，2016 年美国个人医疗服务的费用支付中，支付给医院服务的占 38%，支付给医生和诊所服务的占 24%，支付给处方药品的只有 12%。（Cothran, 2018）而我国支付给药品的费用占医院全部收入的比例（药占比）即使到了 2017 年也高达 34%。在中国支付给药品的高额费用中，实际上药品的生产与流通费用也不过占到了 15% 左右。其他费用，很大一部分是支付给医生的费用。这个费用没有明确的数据支撑，但根据笔者的调查，估计占到整个药品费用的 30%-40% 之间。而为了把这笔费用支付给医生，还需要有其他的各种花费。这些扭曲的费用属于纯粹的社会资源的浪费。

但问题在于为什么不能提高医生的薪酬？或改革薪酬制度，使医生能够获得与其劳务付出价值相应的收入？这与我国公立医院事业单位编制管理相关。我国公立医院的医生多数属于事业单位编制管理。

事业单位编制背后隐藏着大量的“好处”：比如财政补贴、社会保障、职称评定、学术进阶、对医疗风险的保障等，以及事业单位编制人员难以被解雇这一“铁饭碗”。从政府行政管理的角度，既然事业单位人员已经享有了这些“好处”，那么肯定不能按照市场化的劳务付出价值确定医生的收入，而只能按照所有事业单位大致平均的职级、职能来确定收入水平。在计划经济体制下，因为医生的工资是有财政保障的，因此医院的收费标准中并不包含支付给医生的费用，医院的收费是按“不含工资和固定资产折旧”的成本确定。从这个角度，医生服务性收费长期得不到调整也是有其背后逻辑的。

但是，这种行政化的治理思路并不适合外部环境已经市场化的条件。医生对标的收入标准不是其他事业单位，而是市场上其他相同类型服务的收入标准。在这样的情况下，握有处方权，同时又受到行政保护的医生就动力也有能力通过大处方、高价药等方式获取高收入。当然，这种动力也是十几年来我国公立医院大发展的主要推动力。

在新一轮医改中，医生薪酬机制的改革也是重点之一。但是从改革措施看，并未涉及到行政化治理机构与事业单位编制管理的层面，更多是要求提高医生待遇，提出的根据也主要是医生工资与其他事业单位“对标”和“挂钩”，比如最流行要求医生的工资是公务员或社会平均工资的3-5倍等。但是，这种“对标”或“挂钩”在理论上缺乏依据，在现实操作中也不现实。事业单位之间的工资“攀比”效应会导致3-5倍工资根本无法实行下去。

五、结论及相关政策建议

中国的医药卫生体制改革准确地说从上世纪 70 年代末 80 年代初就开始了，这期间经历了不同的阶段，但总体来说实际上就是两个阶段，也是在解决两个问题：改革开放初期，改革的主要目标是解决“缺医少药”的问题，是解决医疗服务供给不足以及公立医疗系统激励不足的问题；从上世纪 90 年代中后期开始，医改的主要目标放在了以药养医、过度用药、药物滥用以及由此带来的高折扣、高回扣等行业腐败问题。2009 年的新医改虽然内容很多，政策设计很全面，但核心仍然是解决公立医疗机构的以药养医问题，在坚持公益性的基础上改革公立医疗医疗机构。这两个阶段要解决的主要问题正好是对应的：前期解决“缺医少药”，后期要解决以药养医、过度用药。从整个医改的历程看，特别是从 2009 年新一轮医改的历程看，所采取的政策措施的效果并未实现预期目标，医疗机构的以药养医并未真正解决。这背后的原因则在于我国医药卫生领域至今为止并未形成对医院和医生的合理的支付机制，医院服务与医生服务没有合理的价格形成机制。在无法确定医院服务与医生服务的均衡价格的情况下，公立医疗机构利用自身的行政垄断地位以及医疗服务的信息不对称“谋取私利”，这是医改的问题症结所在。

而问题在于为什么无法形成医院服务和医生服务的合理的定价机制？这又与我国医药卫生领域的行政化治理相关：在行政化治理模式下，公立医疗机构享有使用公共资源的便利，同时还得到行政保护，在这样的情况下，按照政府的行政化管理思路，公立医疗机构以及医

生只能按照行政等级制或其他的等级制来确定收入，而不能根据业务量来确定收入。如果公立医疗机构在享有公共资源使用权以及行政保护的情况下根据业务量来确定收入，那么一个后果就是过度医疗、过度用药。这也是基层医疗卫生机构改革的思路，即切断医务人员收入与业务量之间的关联。但这样的行政管制同时会带来一个弊端，即激励不足。基层医疗卫生机构的改革后果即说明了这一点。在行政化的治理模式下，这种“一放就乱”、“一收就死”的悖论难以解决。

从目前比较可行的角度，要解决这个症结，还是要根据十八大和十九大提出的事业单位去行政化改革的精神，推动公立医疗系统的去行政化改革。而公立医疗系统的去行政化改革，首先要着眼于形成医院服务和医生服务的合理的定价机制，形成医生的合理的薪酬机制。从政策角度，形成医生合理的定价机制以及支付机制，首先要改革事业单位编制管理，淡化事业单位编制背后的隐性福利与隐性保障。这些隐性福利与保障，包括但不限于事业单位职工的社会保障制度、技术人员的职称评定体制、医生的医疗责任保险制度、医生的学术进阶体制等等。在这方面，近几年实际上是有比较大的推进的，比如机关事业单位养老金制度改革，新建立的机关事业单位养老金制度与企业职工养老金制度在缴费率、缴费基数、缴费年限等方面已经并轨，而且建立二者之间的转移接续通道。这为公立机构医生走出公立机构到社会办医机构执业提供了便利。再有，近几年大力推动的医生多点执业，也使得一些希望走出公立机构的医生有了用武之地。

其次，医保作为当前最大的医疗服务和药品的付费方，也要助推

公立医疗机构的改革，一是逐步探索和建立医保医师制度，将医保的协议管理单位具体到医生，而不是放到医院层面。具体到医生后，一方面医保可以更有效监管医生行为，另一方面也有助于医生脱离公立机构之后的多点执业。二是在建立医保的药品支付标准的同时，探索建立医保对医院服务的支付标准以及对医生的支付标准，建立对药品、医生服务、医院服务的分账支付制度。

第三，继续推动公立医疗机构的法人治理结构改革，建立独立于卫生行政部门的公立医疗机构的法人治理结构，彻底实现管办分开。在这方面，要区分“公立”机构与“公办”机构：前者指的是设立者的身份是政府等公共部门，但并不意味着具体经营和管理主体是政府等公共部门。可以探索实施公办民营、公建民营、民办公助等公私合作的新模式。

参考文献

- [1] Cothran, J., 2018, US health care spending: who pays? California Health Care Foundation, <https://www.chcf.org/publication/us-health-care-spending-who-pays/>
- [2] 曹志军，1985：企业医院改革之我见，《中国医院管理》第6期。
- [3] 陈文玲，2005：药品价格居高不下究竟原因何在——对药品价格问题的调查研究与思考，《价格理论与实践》第1期。
- [4] 胡春曙，1999：药品集中招标采购实践初探，《中国农村卫生事业管理》第12期。

- [5] 胡大洋、徐金颖、张艳，2017，取消药品加成对医保基金的影响分析，《中国医疗保险》第7期。
- [6] 黄鑫华，1990：农村医药市场物价管理系带强化——对浙江省金华县16个医药经营单位药品价格的调查与思考，《中国药房》第1卷第3期。
- [7] 金喆、李荣梅，2005，沈阳市农村乡镇卫生院经营现状调查研究，《中国初级卫生保健》第19卷第1期。
- [8] 李翠翠、傅鸿鹏，2018，药品采购“两票制”实施效果评价研究，《卫生经济研究》第5期。
- [9] 李璐、吴少玮、张莉、方鹏骞，2009：企业医院的历史作用及当前生存发展面临的问题，《中国社会医学杂志》第8期。
- [10] 刘丽萍、赵庆国、谢进，2006：关于药品集中招标采购存在问题的探讨，《药学服务与研究》第6期。
- [11] 罗小燕、廖勇彬、梁万硕、谭炳球、申丽丽，2002，江门地区5市农村卫生院3年运行情况调查，《中华医院管理杂志》第10期
- [12] 马凯，1997：深化药品价格改革整顿药品价格秩序，《价格理论与实践》第2期。
- [13] 孟庆跃、汤胜蓝、毛正中、刘华、吴荣翠、宋英，2003，社区卫生服务筹资：现状、问题和政策选择，《中国卫生经济》第6期。
- [14] 孟妍、王子约，2014：价格司遭“重创”医药改革仍将推进，《第一财经日报》10月14日第A13版。
- [15] 庞振山，1996：从我局药品“集中采购”看国有大中型企业加

强内部管理的必要性,《邯郸大学学报》第1期。

- [16] 乔家骏、曾旖旎、傅鸿鹏,2018,“两票制”对药企经济运行及药品价格的影响,《卫生经济研究》第10期。
- [17] 史登峰,1997:分离企业办医院的初步构想,《中国厂矿医学》第2期。
- [18] 孙志刚,2011,基层医改的创新与实践,《中国改革报》12月29日第1版。
- [19] 王岳,2004:对“三方不满意”的医疗机构药品集中招标采购开张“药方”,《中国药房》第15卷第7期。
- [20] 张隆,2001,农村卫生院的困境分析和对策,《中国乡村医药》第5期
- [21] 朱恒鹏,2007:医疗体制弊端与药品定价扭曲,《中国社会科学》第4期。
- [22] 朱恒鹏,2011,管制的内生性及其后果,《世界经济》第7期。