

智库研究报告丛书

# 基本健康制度的构建：北京案例

中国社会科学院公共政策研究中心  
2016/6/8

## 目 录

第一章 绪论：基本健康制度及其构建.....	3
一、基本健康制度的内涵与主要内容.....	3
二、构建基本健康制度的原则.....	4
三、北京市构建基本健康制度的探索.....	5
第二章 新医改以来的政策回顾及分析.....	7
一、费用与筹资.....	7
二、医疗服务.....	11
三、药品及耗材供应体系.....	19
四、医保支付制度.....	19
五、公共卫生.....	21
六、医疗卫生人力资源配置.....	22
七、信息化建设.....	23
八、总结.....	24
第三章 构建基本健康制度的新形势、新挑战.....	25
一、高强度财政补贴难以持续.....	25
二、健康服务业与新的经济增长点.....	27
三、人口流动与就业模式转换.....	27
四、收入提高、人口老龄化与疾病谱变化.....	30
五、互联网医疗为代表的医疗服务模式创新.....	32
第四章 基本健康制度构建的指导思想与目标.....	33
一、指导思想.....	33
二、主要目标.....	34
第五章 基本健康制度的设计.....	35
一、筹资与医疗保障体系.....	35
二、健康服务体系.....	36
三、药品及耗材供应体系.....	38
四、支付体系.....	38
五、公共卫生.....	39
六、支持新型医疗模式发展.....	39
七、人力资源配置机制.....	39
八、信息化建设.....	40
九、监督管理体系建设.....	41
附录 1. 覆盖全民的基本医疗保险筹资标准估算.....	42
附录 2. 互联网医疗与医改突破口.....	47
一、互联网医疗可以为医改做什么？.....	47
二、互联网医改实验区，政府需要做什么？.....	48
附录 3. 医疗服务模式创新的国际经验.....	50
一、医疗服务专业化分工.....	50
二、建立协调网络，推动患者自我疗愈.....	51
后记.....	52

# 第一章 绪论：基本健康制度及其构建

以“健康中国”的理念统领医疗卫生及与居民健康相关领域的建设，是本次“十三五”规划的一个亮点，也是中央审时度势，在经济社会发展新阶段提出的新的发展理念。在“健康中国”的理念下，在制度层面对应的是基本健康制度。与之前的“医疗卫生制度”相比，基本健康制度虽然也包含以疾病治疗为主的医疗卫生制度，但核心已然转变为居民的健康。这一转变体现了当前疾病谱的变化、医学模式的变化、人口老龄化的以及与收入水平提高相适应的需求结构的变化等一系列背景，具有前瞻性，构成了全面建成小康社会的重要内容。

## 一、基本健康制度的内涵与主要内容

从理想模式来看，以健康为核心的基本健康制度包括如下三个要素：第一，能够维护居民健康，以满足居民健康需求为出发点；第二，能够为居民提供可及的、有效的、连续的疾病救治服务；第三，帮助居民抵御和应对灾难性医疗支出的健康保障体系。

(1) 以维护居民健康为核心、满足居民需求为出发点，包含两层含义：首先，基本健康制度不仅仅是“有病治病”，而是以维护健康为核心。健康不仅是没有疾病，而是生理、心理和社会的适应性。这是世界卫生组织对健康的定义。这一定义突破了生物医学模式对疾病的认识，将心理的、社会的因素纳入其中。疾病的治疗只是健康的一个维度。这一发展是医学模式自身演进的规律，也是经济社会发展及居民需求变动的结果。从这个角度，基本医疗卫生制度更适合称之为“基本健康制度”。

在以疾病的治疗为核心的传统的医疗卫生制度中，占据主导地位是供方（医生/医院）。在这一过程中，居民需要遵循供方的安排。随着经济社会发展，人们对疾病和健康的理解发生了变化，健康不仅是没有疾病，社会的、心理的适应也是不可或缺的内容。而社会的、心理的适应需要充分考虑需方的个体化特征。特别是随着经济发展以及居民收入水平的提高，从需方的角度，对健康需求的支付意愿和支付能力提升，对高品质健康服务的需求比重上升。从这两个方面，基本健康制度要求充分考虑需方的要求，从供方为主的制度安排转变为需求主导的制度安排。

(2) 疾病的治疗应实现连续性、可及性和有效性（Accountability<sup>1</sup>）。以现代医院制度为主要特征的医疗体系下，不仅疾病诊断和治疗是分割的，而且不同类型的疾病、不同科目的疾病的治疗都是分割的。这种分割来自现代医学的分工，自有其合理性。但是从居民需求的角度，这种断崖式的治疗服务缺乏连续性，提高了居民就诊的交易成本和匹配成本。从中国医疗卫生体制改革的状况看，这种分割式的安排在公立为主形成的行政性垄断格局下，尤为明显：医疗资源按照行政等级划分，城乡差别和地区差别大，导致医疗资源的分布严重不均，而且这种不均衡的分布主要体现的是行政等级：中国的医院分为三等级，不同等级的医疗机构的医疗服务质量不同。行政等级分割医疗资源带来的问题，一个主要的体现就是大城市的大医院“人们为患”，农村、小城镇、社区的医疗机构“门可罗雀”，广大居民的医疗服务可及性差。

供方主导、疾病治疗的分割、资源分布的行政配置带来的问题，不仅是缺乏连续性和可及性，而且医疗服务的有效性也堪忧。有效性差的一个重要表现是医患关系不和谐、医患冲突增多。疾病治疗的预后带有不确定性，这种不确定性是医患冲突的主要来源之一。传统医

---

<sup>1</sup> **Accountability** 在英文中的含义是可负责的、可追责的、可信任的、可度量的。**Accountability** 是当前国际医改中的一个重要原则（美国奥巴马医改的原则之一），其背后的含义是提高对医疗服务供方行为的可测度性（标准化），加强需方（患者）对供方行为的控制。从某种程度上，是提高需方在医疗服务供给中的知情权和决策权。为适应国内读者的阅读习惯，此处翻译为有效性，指的是医疗服务要充分考虑需方的需要，对需方而言是“有效的”。

疗卫生服务体系下，供方主导了对不确定性的解释。特别是在中国公立机构行政垄断的情况下，患者难以参与到不确定性的解释和定性中，对供方提供的解释持有不信任感。从这个角度，医疗救治服务的有效性差。

(3) 有效抵御和应对灾难性医疗支出。这一点是基本健康制度的保障性功能，而承担这一功能的是健康保障体系。在基本健康制度中，理想的健康保障体系不仅包括政府的医疗救助、社会医疗保险，还应包括各种能够帮助居民抵御疾病风险的制度安排，例如商业医疗保险、各种社会互助组织、慈善组织等。不同的制度安排之间能够形成连续性的风险分散系统，有效抵御和应对灾难性医疗支出。

基本健康制度的主要内容，在“十三五规划”纲要中，提到了八个部分：一是覆盖城乡居民的医疗卫生制度；二是全民医疗保障体系；三是重大疾病防治和基本公共卫生服务；四是妇幼卫生保健及生育服务；五是医疗服务体系；六是中医医疗保健服务体系和中医药服务体系；七是全民健身运动；八是食品和药品安全。从这个八个方面的内容看，“十三五”规划将基本健康制度从之前的医疗卫生服务为主逐渐扩展到与居民健康相关的其他领域。当然，在实践中基本健康制度包含的内容也在不断调整。

## 二、构建基本健康制度的原则

之所以提出“构建”基本健康制度，是因为当前中国的医疗卫生体制仍面临很多的问题，这些问题既有当前以疾病治疗为中心的医学模式产生的问题，也有中国以公立为主的行政垄断带来的制度扭曲的问题。而这背后则涉及政府干预在健康领域中的界限的问题。从历史角度，政府大规模干预医疗卫生是工业革命、特别是现代医学产生之后的事情。在工业革命之前，政府对医疗卫生的干预是偶然的、小范围的。自上世纪 70 年代末期、80 年代初期开始，出现了对科学医学为核心的现代医学模式的反思。与此同时，在经济和社会领域，则出现了反对政府过度干预的改革浪潮。中国的改革开放在这波浪潮中出现，医疗卫生体制改革也是在这个阶段开始的。自上世纪 80 年代初期中国开始医疗卫生体制改革以来，一直存在减少政府过度干预和加强政府干预两种思路之间的争论，实践中的改革框架也在这两个思路之间徘徊。

2009 年以来的医疗卫生体制改革，虽然也提出了对公立机构进行改革的政策，但总体上仍以加强政府干预为主。从 2009 年至今，新一轮医改不仅未解决之前的问题，而且带来的更为严重的一些问题，其中最明显的是社区医疗服务的衰落：大量患者涌向大城市的大医院，带来新的“看病难、看病贵”问题。从理想的健康制度的构建角度，社区卫生服务对居民健康而言尤为重要，它不仅是居民健康的“守门人”，而且还提供诸如慢性病管理、康复等一系列与健康相关的服务。社区医疗卫生服务的衰落导致中国医疗卫生服务的医院化，而中国的医院在公立行政垄断下，可及性差、有效性差。从这个角度，构建基本健康制度既是发展问题，更多的也是改革问题。

基于上述背景，中国基本健康制度的构建应遵循以下几个原则：

(1) 以健康为核心，以“大健康”的理念和框架整合医疗服务、医疗保险、公共卫生、食品药品安全、环境变化等相关领域，打破部门分割、整合健康资源，从整体性和连续性的角度构建基本健康制度。之所以提出基本健康制度，一个重要的原因就是医疗卫生制度的概念反映了与健康相关的不同部门（sectors）之间的分割，这种分割不适应当前医学模式的演变趋势以及居民需求结构的变化趋势。而在中国这种分割又通过行政垄断加以固化，形成“九龙治水”的格局。在这方面，基本健康制度的构建本身就蕴含了以健康为核心的连续性、整体性的制度安排。

(2) 多方参与、共同治理，明确政府在基本健康制度中的职能边界，充分发挥社会和市场的作用。健康的个人属性和社会属性都很明显，一定的公共干预是必要的。但是，公共干预的界限应以中央提出的“市场在资源配置中发挥决定性作用”和“政府更好发挥作用”作为标准，守住底线、保住基本。“底线”和“基本”的把握应遵循“负面清单”的逻辑，只要社会、个人、市场能够做的，政府都不要干预。之所以提出这样的原则，其原因在于：首先，随着中国经济发展水平的提高，市场作用范围的扩大，大多数健康服务都能够通过市场或社会组织的方式提供出来，政府干预固然能够提供，但因为政府组织适用公共决策过程，

漫长且缺乏效率，天生具有僵化特征，这是政府组织必然具有的特征。因此，在适应居民需求方面缺乏灵活性，不论是从效率还是公平性上都不如市场和社会组织。其次，基本健康制度的核心是健康，而健康的个人特征明显，健康服务多是非标准化的个人服务。而政府提供一般而言是面向多数人提供标准化服务，难以满足居民个性化需求。这也是近年来居民对公立医疗机构怨声载道的主要原因之一。

基本健康制度不仅存在“个人-政府”之间的界限问题，而且也要充分发挥社会领域和社会组织的作用。社会组织指的是非政府、非营利性的组织。此前的医疗卫生体制改革，主要的框架是建立在政府与个人之间的界限划定上的。但是，从我国经济社会发展的现状及未来趋势，特别是十八大、十八大三中全会的精神来看，要将“政府-个人”的二分法转变为“政府-社会-个人”的三分法。从这个角度，在构建基本医疗卫生制度中，政府职责应主要放在保基本、构筑底线公平上；个人要对自己的健康负主要责任；社会应能为个人提供各种适宜的组织和方式，以帮助个人维护健康、抵御相应的疾病风险。

(3) 可持续性原则。基本健康制度要有自生能力，能够通过良性循环实现自身的可持续性发展。要实现可持续性，就要以产业发展的理念构建基本健康制度，使基本健康制度在充分满足居民健康需求的同时，实现可持续发展，并成为带动经济发展的新的增长点。健康本身是人类追求的目标，具有目的性；但同时，健康也是重要的人力资本投资。对健康的消费不仅是终端消费，而且也是人力资本投资型消费。从经济发展的经验性规律看，随着收入水平的提高，一个经济体对教育、健康等人力资本投资型消费占比会快速提高。当前中国已进入中等收入国家的行列，北京、上海等大城市已进入高收入经济体行列，可以预计对健康的需求将会进入快速提升的阶段。在这样的背景下，实现基本健康制度的可持续发展具有可行性。

(4) 公平性原则。健康不仅具有明显的个人特征，而且也具有明显的社会属性。现代文明社会难以容忍其成员遭受疾病冲击时不能获得基本的救治。从这个角度，基本健康制度的构建必须考虑公平性原则。当然，基本健康制度实现公平性的具体途径是可以选择的。实现这一目标的是健康保障制度或医疗保障制度。现代社会大致发展了四种医疗保障的模式：

一是国民健康体系或贝弗里奇模式，其特点是政府通过税收直接为医疗服务筹资，代表国家是英国；二是社会保险模式或俾斯麦模式，其特点是政府强制性的社会保险，政府不直接运营社会保险，存在多个支付方，同时供方仍然以市场化供给为主，代表国家是德国；三是国民保险模式，其特点是政府直接运营的统一的国民健康保险作为单一支付方，同时供给方仍然以市场化供给为主或存在部分公共医疗卫生机构，代表国家是加拿大；四是商业保险模式，其特点是居民通过商业保险模式低于健康风险冲击，健康服务的供给以市场化供给为主，代表国家是美国。这四种模式通过不同的方式实现帮助居民应对健康风险。

中国的医疗保障体系是政府运营的社会保险体系，供方是以政府控制的公立机构为主的行政垄断体系，其特点是政府控制医疗资源的配置。这一体系适应计划经济下对人口流动、就业变化严格控制的制度框架。在人口大规模流动常态化、就业模式多元化、流动化的情况下，公平性越来越差。对此，基本健康制度的构建要以公平性为原则，匹配人口大规模流动常态化和就业多元化的现实。

(5) 灵活性和开放性原则。基本健康制度的构建要适应现代社会人口的流动、就业的多元化和新技术、新业态的不断出现，为制度创新提供充足的空间。这就要求制度要保持足够的灵活性和开放性。因此，在制度构建上，要突破政府不同部门“画地为牢”的利益观念，创新政府监管模式和监管流程，将政府从过度管制中退出来，以“负面清单”的思维模式介入到基本健康制度的构建中。

### 三、北京市构建基本健康制度的探索

2014年，北京市人均GDP已达16278美元，进入发达经济体行列。在这一背景下，适应居民需求结构变化、实现经济新常态下经济社会转型，北京面临的任务和挑战更为严峻。在基本健康制度的构建方面，北京市作为优质医疗资源的集中地区，在满足本地居民健康需求的同时，还面临着为全国患者提供高端医疗服务的压力。但是，这也为北京探索基本健康制度提供了良好的外部条件。“十三五”期间，北京市如何结合本地作为首都的种种特殊之

处，探索完善适用于北京市地方特色的改革措施，构建基本健康制度，推动改革制度创新、框架创新、推动政府治理创新及治理能力现代化，是北京市“十三五”期间推动医疗卫生体制改革、构建基本健康制度所要交出的答卷。

2009年新医改启动以来，北京市按照国务院相关部署，坚持“保基本、强基层、建机制”的基本原则，坚持把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的基本理念，坚持“推进发展、提高效率、减轻负担、促进健康”的改革目标，将解决现实问题与改革创新长效机制紧密结合，完善政策，健全制度、加大投入、统筹推进五项重点改革，取得了明显进展和初步成效，实现了阶段性目标，在改善民生、增加社会福祉的同时，也带动健康服务业作为第三产业主要支柱的发展，既提高人民健康生活水平，也带动全社会就业、消费的增加，带动经济增长，成为社会发展重要动力。

“十三五”期间，北京市深化医疗卫生体制改革的任务，既包括过往改革成绩的坚持与深化，也包括结合“新常态”下新背景，继续带动经济社会转型的重要责任与历史使命。目前，北京市作为全国医疗资源最为发达、最为集中、优质医疗资源最为充裕的地区，还面临医疗资源布局不合理、体制机制不协调、市场竞争不充分、分级诊疗体系尚未形成等现实问题，必须作为“十三五”期间重点改革任务；同时，“十三五”期间经济社会整体发展情况、人口结构变化、大规模人口流动、就业模式快速多元化、新技术、新业态蓬勃发展等，也势必将对北京市医改产生影响、提出要求。

北京面临的挑战也是全国在未来几年要面临的挑战；北京当前的探索也必然为全国基本健康制度的构建提供经验和借鉴。基于上述背景，本报告将以北京“十三五”期间构建基本健康制度的设计为案例，探讨基本健康制度的构建，以期为推进中国医疗卫生体制改革、促进健康产业发展提供参考，并未实现健康中国的目标以及2020年全面实现小康社会提供借鉴。

在后文的论述中，为保持与新一轮医药卫生体制改革（新医改）中有关政策论述的一致性，我们仍然按照新医改的框架对各个部门进行分析和表述。

## 第二章 新医改以来的政策回顾及分析

2009 年是全国新一轮医改的启动之年。2010 年 6 月，北京市市委、市政府印发《北京市 2010-2011 年深化医药卫生体制改革实施方案》，提出北京市医药卫生体制改革的主要目标为：推进医疗卫生服务业及医药产业的发展；提高医疗卫生服务的效率；减轻群众就医负担以及促进全民健康水平的提高。对于这一目标，一种通俗的说法是：让群众少生病，解决困难群众看不起病，解决基层医疗卫生机构看不了病，解决大医院看不上病。为保障该目标的实现，北京市的重点任务除了完善医药卫生四大体系外，还提出要健全医药卫生运行机制。

依据上述目标和原则，2011 年发布的《北京市“十二五”时期卫生发展改革规划》确定了以下战略重点：建立基于健康危险因素评估与防患的早发现、早预防、早干预的健康促进工作新模式；建立布局合理、分工明确、高效便捷、有序就医的医疗服务体系；建立方便可及、公平高效、服务周到、居民信赖的社区卫生服务体系；建立产权清晰、权责明确、运转高效、管理科学的现代医院管理制度；实现人人享有基本医疗保障。

本章从不同的侧面对新一轮医改以来北京市医疗卫生体制改革的内容、成效与仍然存在的问题进行分析和梳理。这些政策以及政策实施过程中存在的问题，既有北京作为首都、作为医疗资源聚居地区的特殊性的问题，但更多的也是反映了在其他地区存在的全国性的问题。对这些问题的总结与剖析，是构建基本健康制度的前提。

### 一、费用与筹资

2014 年，北京市卫生总费用 1594.64 亿元，较 2009 年增长 131.24%，其中政府卫生支出占比 24.73%，社会卫生支出占比 55.85%，个人现金卫生支出占比 19.42%；常住人口人均卫生总费用从 3707.5 元增长到 7348.5 元，远高于全国平均水平。<sup>2</sup>

表 1. 2012 各地卫生总费用及其构成 (%)

	卫生总费用 (亿元)	人均卫生总 费用 (元)	政府卫生支 出占比 (%)	社会卫生支 出占比 (%)	个人卫生支 出占比 (%)
全国	28119	2076.67	30.0	35.7	34.3
北京	1190.01	5750.79	26.9	50.5	22.6
上海	1092.35	4588.86	21.3	59.2	19.5
天津	479.75	3394.90	25.2	38.4	36.4
江苏	1892.02	2388.92	25.6	45.6	28.8
广东	2185.30	2062.77	26.9	39.3	33.9
浙江	1543.70	2818.51	22.2	44.7	33.2
山东	1928.88	1991.65	25.8	37.7	36.5

<sup>2</sup>数据来源：北京市卫计委网站

资料来源：2014 年中国卫生统计年鉴

表 2. 2009-2014 北京卫生总费用及其构成 (%)

	卫生总费用 (亿元)	政府卫生支 出占比 (%)	社会卫生支 出占比 (%)	个人现金卫 生支出占比 (%)	人均卫生总 费用 (元)
2009	689.60	29.17	42.96	27.87	3707.5
2010	814.74	27.84	47.27	24.89	4152.8
2011	977.26	28.19	46.37	25.44	4841.3
2012	1190.01	26.92	50.50	22.58	5750.8
2013	1349.62	26.41	53.18	20.41	6381.8
2014	1594.64	24.73	55.85	19.42	7411.4

资料来源：2015 年北京统计年鉴；北京卫计委网站

### (一) 政府卫生支出

北京市的政府卫生支出占比虽然不高，但从绝对值来看，已达到比较高的水平，2014 年北京政府卫生支出已达 394.35 亿元，高于其他地区。从人均水平，北京市医疗卫生人均财政拨款从 2008 年的 546 元增长到 2013 年的 938 元，远高于全国平均水平。即便是在北京、上海、深圳这三个一线城市中，北京的人均医卫财政投入也高居首位。（图 1）

表 3. 2009-2014 全国、北京卫生总费用中政府卫生支出及增速 (%)

	全国政府卫生支 出 (亿元)	全国政府卫生支 出增速 (%)	北京政府卫生支 出 (亿元)	北京政府卫生支 出增速 (%)
2009	4816.26	34.0	201.14	11.7
2010	5732.49	19.0	226.84	12.8
2011	7464.18	30.2	275.48	21.4
2012	8431.98	12.9	320.4	16.3
2013	9545.81	13.2	356.42	11.2
2014	10579.23	10.8	394.35	10.6

资料来源：2015 年中国统计年鉴；2015 年北京统计年鉴；北京卫计委网站

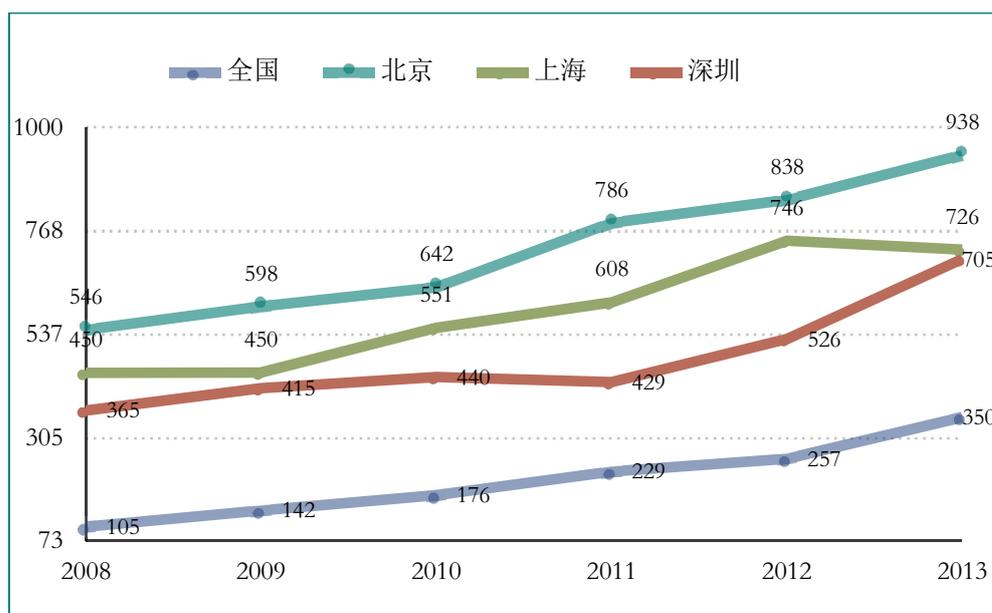


图 1. 2009-2013 全国、北京、上海、深圳人均医疗卫生财政投入 (单位: 元)  
资料来源: 2009-2013 年全国卫生计生财务报表。

## (二) 社会卫生支出

让政府卫生支出与个人现金卫生支出占比都“显得”较低的一个关键, 即在于北京社会卫生支出的高占比。2013 年, 北京市 52.9% 的社会卫生支出占比在全国各地区名列第二, 仅次于上海的 59.3%, 比第三名江苏 (45.7%) 又高了约 7 个百分点; 而全国平均仅 36.0%。<sup>3</sup>

社会医保基金是社会卫生支出的主要组成部分。包括新型农村合作医疗在内覆盖城乡的基本医疗保险制度, 在过去几年中不断完善。就覆盖面而言, 至 2014 年, 三项医保的总参保率超过 96%, 已覆盖农民工、灵活就业人群、失业人员等; 公费医疗与职工医保也已并轨。基本医保保障水平不断提高, 至 2014 年, 城镇职工基本医疗保险每年门诊报销封顶线为 2 万元, 住院报销封顶线为 30 万; 社区就医用药报销比例达到 90%; 城镇居民门诊统筹报销封顶线为 2000 元, 住院报销封顶线 17 万; 新农合实行区县统筹, 住院报销封顶线约 18 万元左右。

表 4. 北京市三项社会医保基本情况

	覆盖人数 (万人)	人均筹资额 (元)	人均支出 (元)	基金收入 (亿元)	基金支出 (亿元)	基金结余 (元)
城镇职工医疗保险	1431	3380.1	3140.3	682.7	648.4	34.3
城镇居民医疗保险	173	1173	815	20.3	14.1	6.2
新农合	243	1090	991.8	26.5	24.1	2.4

资料来源: 北京卫计委网站; 2015 年北京劳动保障年鉴

针对城乡特困群众的医疗救助制度也在扩面和提高救助力度, 目前基本形成了包括资助特困人员参保参合、门诊救助、住院救助、生育救助和重大疾病救助等综合医疗救助体系。截至 2014 年一季度, 北京市历年累计享受医疗救助的总人次为 157.55 万, 历年累计支出医

<sup>3</sup>数据来源: 国家卫计委卫生发展研究中心

疗救助资金 6.8 亿余元。其中 2013 年，全市享受医疗救助的人次为 21.92 万，当年支出医疗救助资金 1.47 亿元。

为了防止城乡居民因病返贫，北京又于 2013 年建立了城乡居民大病保险制度。参保人员按基本医疗保险规定报销之后，政策范围内个人负担超过上年城乡居民年人均可支配收入的，可以“二次报销”，上不封顶。

据统计，城镇职工基本医疗保险个人医药费负担水平，由 2006 年的 31.4% 降至 2014 年的 20% 左右，基本达到了发达经济体的保障水平；新农合和城镇居民政策范围内的待遇水平也在稳步提高，住院补偿比例达到了 70% 以上。<sup>4</sup>

### （三）个人现金卫生支出

基本医保高保障待遇下，北京市卫生总费用中个人现金卫生支出占比在 2009 年就低于 30%，提前实现全国医改“十二五”期间的规划目标；北京市医改“十二五”规划提出，到 2015 年末将这一比重降低到 25%，北京也在 2012 年即提前实现。

但北京是个人现金卫生支出存在的问题，一是绝对支出高，二是增长速度高于经济增长水平。这其中既有经济发展水平提高个人医疗卫生支出意愿提高的原因，也与北京高端医疗资源聚集带来的医疗服务高消费的原因。

表 5. 2009-2014 全国、北京卫生总费用中个人现金卫生支出、占比及增速 (%)

	全国个人 现金卫生 支出 (亿 元)	全国个人 现金卫生 支出占比 (%)	全国个人 现金卫生 支出增速 (%)	北京个人 现金卫生 支出 (亿 元)	北京个人 现金卫生 支出占比 (%)	北京个人 现金卫生 支出增速 (%)	北京 GDP 增速 (%)
2009	6571.16	37.5	11.8	192.21	27.87	11.7	10
2010	7051.29	35.3	7.3	202.8	24.89	12.8	16.1
2011	8465.28	34.77	20.1	248.62	25.44	21.4	15.1
2012	9656.32	34.34	14.1	268.65	22.58	16.3	10.0
2013	10729.34	33.88	11.1	275.45	20.41	11.2	10.7
2014	11295.41	31.99	5.3	309.68	19.42	10.6	7.7

资料来源：2015 年中国统计年鉴；2015 年北京统计年鉴；北京卫计委网站

### （四）存在的主要问题

#### 1、社会医疗保险制度板块化、碎片化。

2015 年 12 月，中央深改组明确发文，要推进整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度。截至 2015 年 12 月，共有 7 个省份实际完成了全省层面的整合。其中天津、重庆、青海、宁夏采用省级统筹，广东、山东实行地市级统筹，浙江大多实行县级统筹。除上述 7 省外，还有其它 11 个省的 20 个地市出台了市级层面的医保整合文件。北京的这一改革尚未提上日程，居民医保与新农合仍由人社、卫生两个部门分别管理，新农合还没有实现市级统筹。板块化、碎片化的保障方式既降低了社会医保资金的使用效率，也暗含区分人群提供保障的巨大不公。

<sup>4</sup> 资料来源：《北京市深化医药卫生体制改革领导小组办公室“十二五”医改规划中期北京市自评报告》，北京市医改办。

2、在城镇职工医保基金中占比不低的个人账户，管理粗放，长期允许参保人直接取现，失去医保基金筹资本意，造成基金浪费，不能保证基金用于健康保障、看病就医。

3、医疗救助体系主要以财政补助为主，社会救助力量作用还没有充分发挥；仅依靠财政拨款，有限的人力、物力、财力都很难保证“精准扶贫”，容易引发社会矛盾，激起社会对政府“救助不足、不准”的不满，不能培养全社会参与救助、完善救助体系的自觉自发意识。

4、《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》要求将商业保险建成社会保险体系的重要支柱，但相较于其他地区将基本医保、大病医保交由商保经办，或支持商保建立补充保险等做法，北京市目前还较为保守，从基本医保、补充医保到大病医保，仍然由政府医保经办机构独家经办，只有平谷一个地区试点与商保合作。商保整体缺乏发展空间，从而无法成为社会保险体系的重要支柱。

5、医疗卫生费用中政府卫生支出分布不均衡，主要投入到公立机构。在鼓励社会力量办医发展的当下，财政大规模补贴降低公立医院运营成本（还不包括公立医院无偿用地等隐形补贴），造成了公立与非公立医疗机构在同样提供基本医疗服务时的竞争不公平。也刺激了公立医院低成本大规模扩张的动机。这是这几年大医院快速扩张、基层社区医疗卫生萎缩的主要原因之一。

## 二、医疗服务

新医改以来，北京市医疗卫生服务资源快速增加。2014年，全市医疗机构诊疗人次达22967.0万人次，较2011年增长42.1%。每千常住人口卫生技术人员数从2011年的9.01人，增长至2014年的11.29人；每千常住人口医生数同期从3.46人增长至4.16人；每千常住人口床位数从4.69张增长至5.10张。各项指标在全国名列前茅。（表6）

但是，北京医疗服务体系的结构矛盾仍然存在，整体布局不均衡、分级诊疗格局未形成。相比于其他地区，大医院人满为患、基层机构门可罗雀的问题更为突出。这既与北京作为全国医疗中心的地位有关，也与北京社区医疗卫生服务体系改革存在根本性问题有关。

表6. 全国、北京、上海、广州、深圳的医疗资源情况比较

	全市医疗机构诊疗人次（万人）	每千常住人口卫生技术人员数	每千常住人口医生数	每千常住人口床位数
全国	760187	5.84	2.18	5.15
北京	22967	11.75	4.33	5.16
上海	25835	7.05	2.61	4.84
广州	13831	9.38	3.15	6.08
深圳	3082	6.26	2.49	2.88

资料来源：各地统计年鉴。

注：2015年数据；其中上海每千人床位数为2014年数据；深圳市三个指标都为2014年数据。

### （一）公立医院改革

北京市公立医院改革按照“从易到难，由浅入深”的思路推进。2010年在门头沟区医院进行重组-运营-移交（ROT）改革；成立首都医药卫生协调委员会，建立协调机制；2011年成立北京市医管局，探索管办分开；2012年出台《北京市公立医院改革试点方案》，在友

谊医院等5家市属医院试点医药分开等综合改革，提出探索公立医院人事制度改革等。其中，管办分开模式、医药分开模式、门头沟区 ROT 改革模式，都在全国引起较大影响，很多地区争相学习。

## 1、主要改革措施

### (1) 管办分开

2011年7月，北京市成立医管局，探索“管办分开”，由北京市卫生局局长兼任医管局局长，负责市属22家公立医院国有资产管理和监督、医院主要负责人聘任，指导所属医院管理体制和运行机制改革。2012年，卫生局局长去任医管局局长，医管局副局长也不再由北京市卫生局调派，而是由市委组织部选调医疗机构管理层接任。

### (2) 医药分开

针对公立医院内部体制机制改革，北京市于2012年出台《北京市公立医院改革试点方案》，在友谊医院等5家市属医院启动了医药分开、医保总额预付、公立医院法人治理结构等试点改革。2012年7月，友谊医院作为首家试点医院启动这一改革，同年9月，朝阳医院启动改革，随后改革逐渐扩大范畴，目前，北京市共有六家医院施行医药分开。

具体改革措施为，取消试点医院药品加成，通过平移方式，提高医疗服务价格，设立医事服务费。医事服务费按医师职级确定，分别为每次普通门诊42元、副主任医师60元、主任医师80元以及知名专家门诊100元。为减轻患者负担，医事服务费纳入医保报销范围，由医保定额支付每次40元。也就是说，如医保患者选择普通门诊就医，只需自费2元；如选择知名专家门诊，则需自费60元。

北京市财政承诺对试点医院加大投入，包括保障医院基本建设、大型设备购置等资本性支出，对政策性亏损等全额补偿。此后，逐年探索将医药分开模式向全市医院推广。

### (3) 门头沟 ROT 模式

在门头沟地区，北京试行公立医疗机构交由社会力量托管。2010年，北京市政府将门头沟区医院设为北京市首家公立医院体制改革试点医院。当年8月，门头沟区与北京凤凰医疗集团签署协议，按照“管办分离”的要求，采取“政府购买服务、医院重组重构”的模式改革门头沟区医院，由门头沟区政府抓改革原则和方案制定、抓绩效考核和监管，凤凰医疗集团注资7500万元，负责医院经营管理。门头沟区政府将提高医院发展水平和强化医院的公益性作为合作的核心目标，并围绕这一核心目标制定了一整套管理绩效考核体系，医院通过考核，即获得政府的资金回报。

凤凰医疗集团的参与方式、运营模式获得了政府和市场的双重认可。2013年，凤凰医疗集团在香港上市，招股过程中就创造了公众超额认购533倍、机构超额认购44倍、认购资金超过1200亿港元的纪录。上市之后，公司股价一直保持稳中有升。

### (4) 法人治理结构试点改革

同样始于友谊医院和朝阳医院两家试点医院。2012年7月，朝阳医院和友谊医院相继建立理事会，包括理事长、执行院长、职工代表、专家代表等内部理事和社会知名人士、周边社区代表等外部理事。理事会是医院的决策机构，由医院理事长作为医院法定代表人。医院理事会负责医院改革与发展，制定医院发展计划和财务、人事等基本管理制度，按规定可以对医院重要干部任免、重大项目投资等事项进行决策。医院运营管理实行院长负责制，理事会与执行院长签订任期目标责任书，实行年度和任期绩效考核，考核结果作为执行院长工作评价、薪酬确定和职务任免的重要依据。医院执行院长负责执行理事会决议，主持医院运营管理工作等。医院总会计师由北京市医管局派驻。

## 2、存在的问题

(1) 资源集中、隶属关系复杂的局面是北京公立医院改革必然面临的挑战。北京市是高端优质医疗资源集中的地区，2015年仅三级医院就有109家。而且北京的公立医院隶属关系复杂，既有市属和区属，又有部委和军队医院，还有隶属于大学、国有企业、科研院所等的医疗机构。这使得市一级政府部门统筹推进改革时，必然遇到困难重重。

(2) 医疗资源和患者更加集聚于高等级医院。北京市公立医院的各项指标，如实有床位数、人员数、医师数、护士数等均占全市医院的85%以上，且呈现上升趋势，例如2014年，北京市公立医院均实有床位数312张，较2011年增加了40张。北京市三级医院的各项指标，如诊疗人次、实有床位数等也在逐年上升。北京三级医院诊疗人次从2011年的5554.1激增至2014年的11058.2，实有床位数占比从2011年的46%升至2014年的56.9%，

反之，一、二级医院的诊疗人次数、实有床位占比则连年下降。

**(3) 行政化、等级化的公立医院管控格局未有有效改革。** 公立医院垄断的局面未破，资源通过自上而下的行政手段配置，必然带来资源过于集中在高等级公立医院，不止“强基层”难以落实，一、二级医院也很大程度上被削弱。专科、康复、护理等功能性机构，仍然稀缺，供不应求。虽然早在十八届三中全会就已经提出逐步取消公立医院行政级别，但包括北京在内，全国各地迟迟尚未启动，法人治理结构的试点改革也流于形式。同时，对于十八届三中全会提出的另一目标——建立适应医疗行业特征的人事和薪酬制度，北京和全国绝大多数地区也进展缓慢，公立医院目前仍然还是“单位人”和“铁饭碗”管理模式，人力资源短缺与浪费并存，医院用人自主权难以落实，北京市文件此前提出的全职、兼职等多种医院用工形式，也因此难以实施。

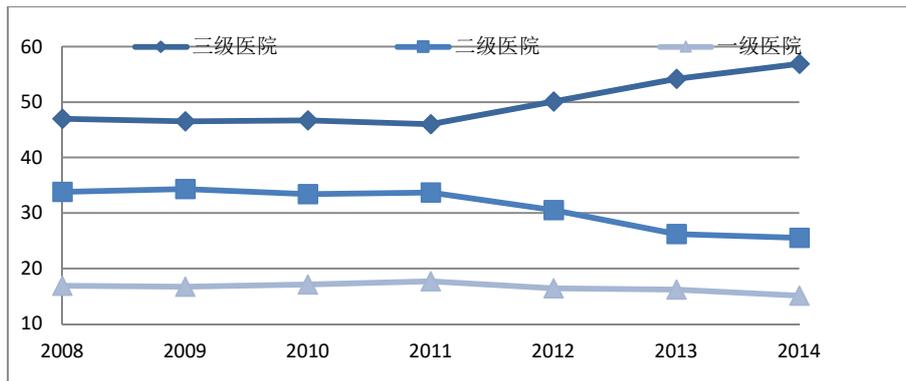


图 2. 北京各级医院实有床位数占全部实有床位数的比重 (%)

数据来源：《北京市卫生工作统计资料简编》

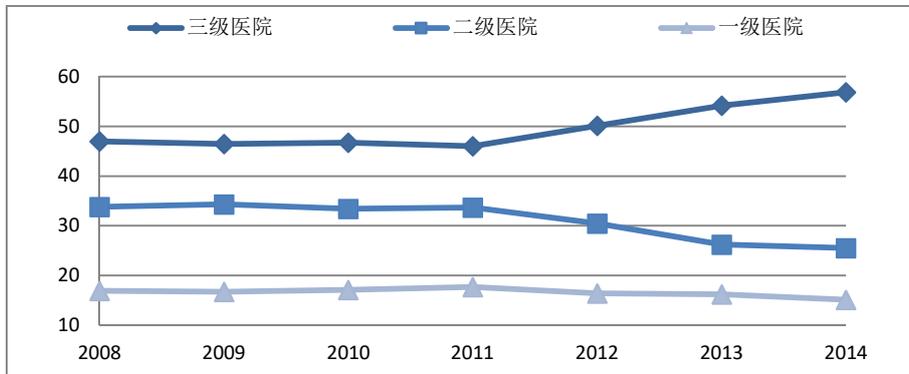


图 3. 北京各级医院执业医师数占医院执业医师数比重 (%)

数据来源：《北京市卫生工作统计资料简编》

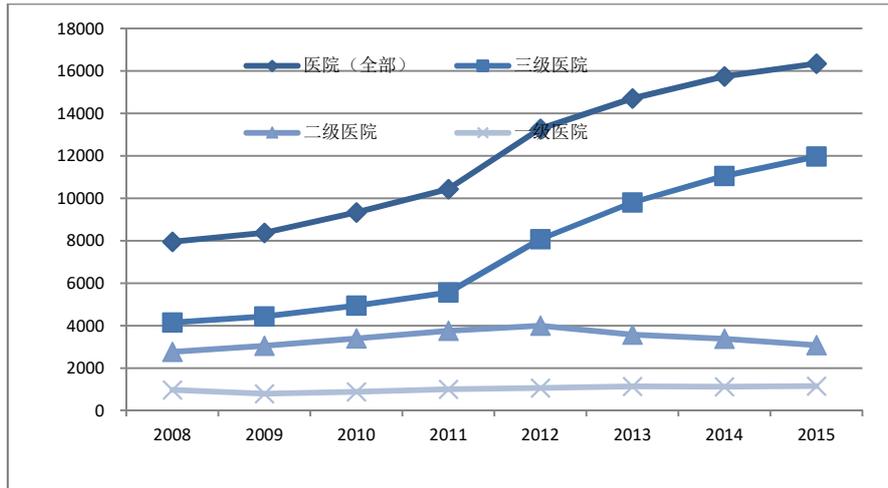


图 4. 北京不同级别医院年诊疗人次数情况 (单位: 万人次)  
数据来源:《北京市卫生工作统计资料简编》

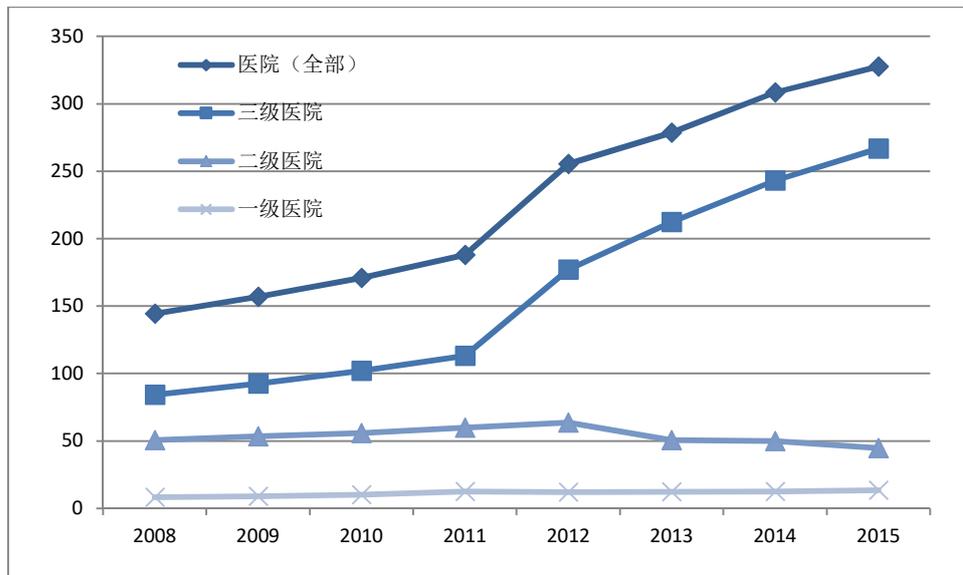


图 5. 北京不同级别医院年出院人次数情况 (单位: 万人次)  
数据来源:《北京市卫生工作统计资料简编》

## (二) 基层医疗机构改革

2014 年末, 全市社区卫生服务中心 (站) 1958 家, 其中: 社区卫生服务中心 326 家, 社区卫生服务站 1632 家, 卫生技术人员数达 30676 人。与 2009 年相比, 社区卫生服务中心 (站) 增加 563 家, 卫生技术人员数增加 17266 人。包括非政府办基层机构在内, 目前全部实施基本药物零差率销售, 对非北京市政府隶属关系的社区机构, 对药品销售按 15% 加成水平予以财政补偿。东城区、西城区等区县建立家庭医生式服务激励机制, 开展家庭医生服务。全市乡村医生补助和养老保险机制也已建立。

北京市对基层的财政补助力度上升明显。社区卫生服务机构财政投入占北京市医疗卫生机构财政总投资的比例从 2008 年的不足 10.9% 迅速增长至 2015 年的 19.2%, 财政投入资金相应的由 10.9 亿元增加至 52.1 亿元, 平均年增幅高达 25.0%。

表 7. 2009 年与 2014 年北京基层医疗机构资源情况

	社区卫生服务中心 (站)	实有床位 (张)	卫生技术人员 (人)
2009 年	1395	2273	13410
2014 年	1958	4515	25561

资料来源：2010 年 2015 年《中国卫生统计年鉴》

表 8. 2008-2014 年全市医疗卫生机构财政补助情况 (单位：亿元)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	平均年增幅
A	100.4	115.2	124.0	160.7	190.5	206.5	225.4	271.5	15.3%
A_1	78.4	91.1	100.2	134.3	156.6	169.3	184.6	211.4	15.2%
A_2	10.9	13.6	19.1	29.2	35.6	38.8	43.7	52.1	25.0%
B	32.2%	29.3%	35.8%	38.7%	38.0%	35.0%	34.1%	35.8%	--

数据来源：《北京市卫生工作统计资料简编》

注：A 为医疗卫生机构财政收入全部财政补贴收入；A\_1 为医院获得财政补贴收入；A\_2 为社区医疗卫生服务中心（站）获得财政补贴收入；B 为社区医疗卫生服务中心（站）中来自财政补贴收入占全部收入的比重。

大量的财政投入加强了社区卫生服务机构的硬件设施，改善了就医环境，然而由于这一举措并未带动社区就医的显著增加。反映在数据上，基层医疗卫生机构诊疗人次占比不仅并未增加，还从 2008 年的 33.3% 降至 2015 年的 28.1%。即便是从统计口径一致的年份来判断，2008-2011 年，2012-2014 年两段时间内，基层诊疗人次占比也没有上升，而是分别从 33.3% 降至 32.5%，29.9% 降至 28.9%；并未表现出“小病进社区，大病进医院”的分流本意。

从 2008 年到 2015 年，基层提供基本医疗服务能力明显弱化，成为“药店”。以北京市的社区卫生服务中心为例，至 2015 年，门诊收入中超过八成的收入来自于药品收入：门诊药占比从 2008 年的 76.31% 进一步上升至 86.56%。住院药占比则一度增加到 60.33%，后逐渐降至 40.36%，这与 2008 年相比也只降低了 4 个百分点左右。考虑到北京市基层医疗机构几乎已不设病床，业务收入的绝大部分来自门诊收入，住院药占比的下降，并不能说明基层的医疗服务能力上升。

表 9. 2008-2015 年北京市医疗机构总诊疗人次 (单位：万人)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
总计	12383.0	13524.9	14605.9	16159.3	19738.5	21882.5	22967.0	23501.6
医院	7953.6	8371.7	9337.5	10434.1	13278.7	14707.1	15750.9	16349
其中：三级医院	4143.3	4439.3	4946.1	5554.1	8072.3	9806.2	11058.2	11974.9
二级医	2756.6	3042.3	3393.9	3755.7	3991.3	3579.4	3385.3	3082.6

表 9. 2008-2015 年北京市医疗机构总诊疗人次（单位：万人）

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
院								
一级医院	965.6	794.9	876.6	1000.2	1067.4	1143.5	1125.9	1154.8
基层医疗卫生机构	4121.9	4813.8	4887.4	5258.5	5905.8	6584.7	6645.0	6596.0
其中：社区卫生服务中心（站）	1375.9	2001.5	3044.4	3487.3	4086.8	4745.7	4857.0	4890.2
基层占比	33.3%	35.6%	33.5%	32.5%	29.9%	30.1%	28.9%	28.1%

资料来源：2008-2015 年《北京市卫生工作统计资料简编》

注：本表统计范围包括村卫生室，2012、2013、2014 年包括 15 家驻京部队医院，2015 年包含 15 家驻京部队医院和 4 家武警医院。

表 10. 2008-2015 年北京社区卫生服务中心门诊和住院病人药费占医疗费用比重（%）

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
门诊	76.31	82.23	83.08	79.68	84.84%	84.93%	86.89%	86.56%
住院	44.51	46.62	60.33	52.55	47.19%	43.43%	43.13%	40.36%

资料来源：2008-2015 年《北京市卫生工作统计资料简编》

基层服务能力下降，与实行“收支两条线”财务管理制度和基本药物制度密不可分。基层公立医疗机构的医疗、药品等全部收入全额上缴区县财政专户，全部支出纳入部门预算管理，工作人员待遇由财政予以保证，这一旨在解决以药养医的措施在一定程度上抑制了公立社区卫生服务机构盈利的空间，但也降低了医务人员的服务积极性，医疗机构的独立决策权更是丧失殆尽，制约了基层自主探索的空间；而基本药物制度限制了基层用药，无法满足患者需求，导致原先在基层就诊的人群反而“向上”流失。

财政对硬件设施的保障，由于没有相关机制配套支持，很大程度成为浪费——基层机构“软实力”没有显现出任何提升。基层医生的人数占比始终没有明显增长。从统计口径相同的年份来看，2008-2011 年，基层医生的占比略有提高，增加了 1.9 个百分点，但从 2012-2014 年来看，基层医生的占比还在下降。医生向上级医疗机构流动带动患者一并上流。

表 11. 2008-2015 年北京市医疗卫生机构执业（助理）医师数

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
总计	58904	62578	66165	69749	82192	85819	89590	96445
医院	38985	40632	43248	45293	56329	59042	62347	68184

表 11. 2008-2015 年北京市医疗卫生机构执业（助理）医师数

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
基层	16388	18493	19418	20745	22042	22714	22986	23893
医院占比	66.2%	64.9%	65.4%	64.9%	68.5%	68.8%	69.6%	70.7%
基层占比	27.8%	29.6%	29.3%	29.7%	26.8%	26.5%	25.7%	24.8%

数据来源：2008-2015 年《北京市卫生工作统计资料简编》。

注：本表统计范围包括村卫生室，2012、2013、2014 年包括 15 家驻京部队医院，2015 年包含 15 家驻京部队医院和 4 家武警医院

在公立医院占据垄断地位、行政等级配置医疗资源的体系中，优质资源向顶端集中是无可避免的。在同一区域内，医院行政级别越高，政府分配给的资源越多，占地越大，设备越高端；对医生而言，在高级别的医院工作，发展空间大、福利待遇和社会地位高。而基层医疗机构只能分到低水平和低年资医生，其医生发展空间小，收入水平、福利待遇和社会地位低，难以吸引人才。由此，高水平医生积聚高级别医院这种资源配置方式，自然也就形成了基层医生水平低的社会信念，患者也越来越不信任社区医生。

即便医保大幅提高基层就医报销比例，甚至强令参保人必须去基层首诊，但在城乡居民收入提高，自费能力越来越强的情况下，效果有限。患者必然向高等级医院集中，三级医院获得了更多的经济收入和可配置资源，带动原本在社区医疗卫生机构和一二级医院的优秀医生进一步向三级医院集中。垄断了优质医疗资源的三级医院把本该在基层解决的常见病、多发病的业务一并包揽，形成了上下游通吃的格局。

目前，旨在增加基层优质医疗资源的方法，仍然以行政指令为主，从长远来看，效果有限。一是通过行政命令指派三级医院医生“下基层”，但这种简单粗暴的办法难以实现长效可持续，医生缺乏配合的积极性。二是通过行政指令组成“医联体”。且不说在目前“分级管理、分灶吃饭”的财政体制下，区县政府管理的医院和社区医疗机构不可能将人、财、物交给三级医院管理调配，即便医联体得以成型，由三甲医院主导的垂直一体化服务体系，进一步加强了大医院的垄断地位，很容易把社区机构变成“病患抽水机”，无助于基层医疗资源增长，也无助于降低医疗费用。

### （三）推进社会办医

社会力量办医既是医改的强有力抓手，也是健康产业的重点要求。2012 年，北京市出台《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构若干政策》，在医疗服务市场准入、政府鼓励方向、用地、投资、医保定点、财政补助、税收、参与公立医院改制重组、人才队伍建设、科研发展与技术创新、改进政府服务和引导健康发展等 18 个方面，支持社会办医发展，此后又推出多个配套文件。

“十二五”期间，社会办医小有增长，实有床位数占全市医院比重从 2011 年的 14.2% 增长至 2014 年的 20.2%，卫生人员占比从 14.2% 增长至 15.9%，执业医师数占比从 14% 增长至 15%。不过，诊疗人次占比仅从 2011 年的 8.75% 增长到 2014 年的 9%。与预定目标相比，社会办医并未取得实质性进展。这其中的原因，主要在于：

（1）根植于计划经济时代的区域卫生规划，限制了社会力量办医的发展。社会上普遍反映北京市民营医疗机构开办难、获取医保资质难，民营机构不能与公立机构获得多方面同等待遇。

（2）中央政策“强基层”的含义并不只是加强公立基层医疗机构，也包括非公立基层

机构。无论身份是公立还是非公立，只要能解决居民家门口就医，都应该被政策鼓励。但从目前的情况看，社会办基层社区卫生机构和诊所仍面临诸多实际性的政策障碍。

(3) 中高端医疗服务方面，北京市的人才优势还没有充分发挥。中医药等明显优势，还没有转换为健康产业发展的重要推力。高新技术为优势的特色医疗机构，也需要进一步支持发展。

(4) 既往围绕社会办医的政策中，一直未能落实的应督促、确保落实，如社会力量参与公立医院改制重组等，倒推公立医院改革；落实公立非公立同等待遇等。

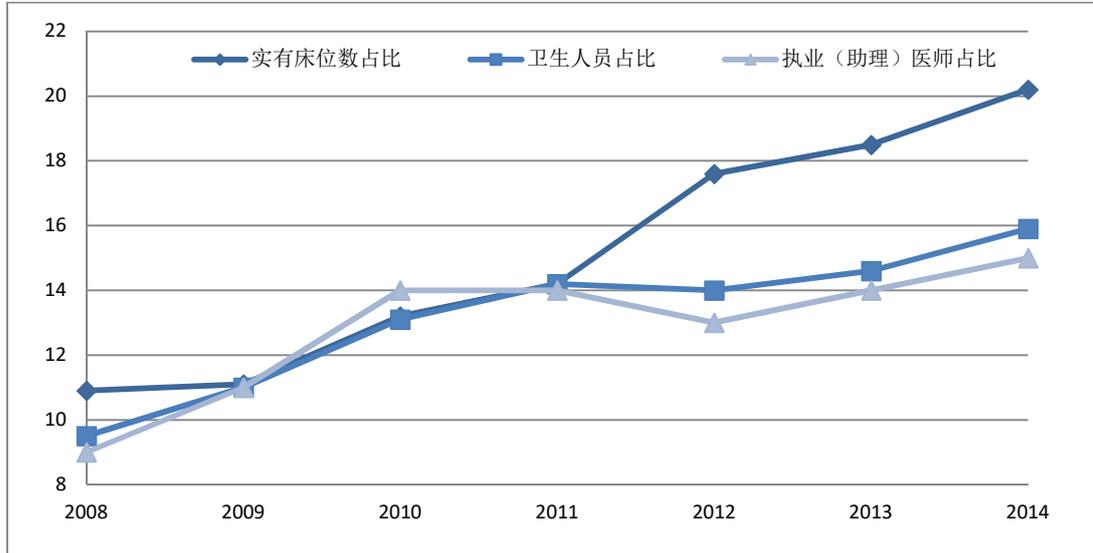


图 5. 2008-2014 年北京市民营医院各项指标占全市医院比重 (%)

数据来源：2008-2015 年《北京市卫生工作统计资料简编》。

#### (四) 卫生行业管理

北京市的卫生行业管理主要由北京市卫计委负责，“十二五”期间针对卫生行业规范做了许多工作，如服务模式创新等。但北京市医疗机构常年存在“多头治理”的问题，行业管理至今未能协调统一，这是“十二五”期间一直未能解决的问题。

此外，在医疗机构分类管理方面，国家层面一直强调要维持公立医疗机构“公益性”，但就医疗行业特征而言，应该对公立医疗机构、非公立医疗机构包括营利性医疗机构一视同仁，都应有统一的行业规范标准、质量监管标准来保证服务的公益性。北京作为首都，同时也是优质医疗资源最为集聚的地区，这方面尚未走在全国前列，至少缺乏明文规定，来明确这一政策方向。

另一个为国家政策所局限的管理办法，是对医疗机构按规模分级的管理，这容易导致医疗机构盲目扩张、贪大求全。新型分级分类管理机制，也应成为下一阶段行业管理探索的重点之一。

#### (五) 监管

在管办分开方面，北京市走在全国前列，设立医管局，将公立医院管理职能从卫生部门独立。不过，因这一职能在国家卫计委层面尚未剥离，国家卫计委设立医政医管司统一协调工作，导致不同行政部门间职能交叉，影响行政和监管效率。

在医院特别是公立医院的运营监管方面，目前也还没有形成体制机制，通过信息公开的国际常用监管手段，来规范医疗机构行为。

综上，北京市医疗服务体系的主要问题在于，医疗服务资源和患者向高等级公立医院集聚，社区卫生服务功能不断弱化，导致整个健康服务体系缺乏效率和灵活性，无法满足

居民的基本健康需求。不容忽视的事实是，随着经济发展和收入水平的提升，大众对于医疗健康的需求开始增加，并具有多元化、多样化、连续性的特征。现有的以公立医院为主的医疗卫生资源供给已经无法满足民众的需求，同时，行政化的资源配置方式，一方面形成了公立医院的垄断地位，内部改革充满阻力，缺乏积极性；另一方面又利用行政管制极大压缩了社会办医空间。人民群众不断增长的健康保障需求，与僵化的行政主导资源配置方式间，矛盾日趋激烈。

### 三、药品及耗材供应体系

在药品供应方面，北京市同样沿用国家统一要求，即全市集中招标采购；同时，由于公立医院改革“医药分开”的要求，几家试点医院试行了取消药品加成、提高医疗服务价格的做法，并探索在全市推开。

1、药品采购方面，北京按照国家要求，统一集中招标采购。但是这一做法违背了“谁出钱谁议价”的基本原理，并不能真正降低药价乃至药费，多年来长期为各界诟病。由于药品集中采购与行政部门工作人员的个人利益无关，所以实际掌握药品集中采购权力的行政部门缺乏择优汰劣的足够动力。与此同时，由于行政部门工作人员拥有极大的采购权，面临着设租寻租的强烈诱惑，因此药品招标过程中的腐败现象屡禁不止。而医生坐拥公立医院垄断带来的“处方权垄断”，寻租获取灰色收入的能力与空间毫无改变，“以药养医”行为自然也不会有任何扭转。

2、“以药养医”现象未得到有效缓解。从数据来看，北京市的用药行为，还没显现出有所改善。以药占比（来自药品的收入占医院业务收入的比重）这一指标来看，2014年，北京市二级以上公立医院门诊费用中药占比为61.1%，显著高于全国医院同期的48.3%。往前追溯到2010年，几乎年年如此。（表12）

表 12. 2010-2014 年二级以上公立医院门诊费用中药品费用占比

	2010	2011	2012	2013	2014
北京	65.0%	64.2%	64.1%	62.1%	61.1%
全国	51.3%	50.6%	50.3%	49.3%	48.3%

数据来源：2010-2014 年《北京市卫生事业发展统计公报》及《我国卫生和计划生育事业发展统计公报》。

3、北京在五家公立医院推行的医药分开试点改革，希望在调整医院收入结构、转变医院激励方面做出探索。从试点医院的运行数据看，一些药物的价格大幅降低，总体上药占比有所下降。但囿于国家医药价格的行政定价体制，仍然不能脱离行政定价的本质。目前，国家已出台政策，要求探索医药价格由医保和医疗机构谈判定价，以及非医保目录内服务药品试行市场调节价，这为“十三五”期间北京药价形成机制改革等提供了明确方向。

### 四、医保支付制度

在社会医疗保险成为主要付费方的情况下，作为最大的购买方，医疗保险如何支付、向谁支付直接关系到医疗卫生服务体系的整体效率。新医改以来北京社会医疗保险支付体系改革措施主要包括：2011年起在朝阳医院等4家市属三级综合医院进行总额预付试点；2012年扩大到33家二三级医院；2013年在全市196家二级及以上医院全面推行总额预付。同时，推进DRGs付费、门诊付费方式改革等多种医保付费方式改革，意在促进医疗机构转变管理理念，形成新的激励机制，提升服务质量，减少不合理支出。新农合则选取平谷区进行支付方式改革试点，包括DRGs付费、按床日、按人头付费等。

#### 总额预付

友谊医院、朝阳医院、同仁医院及积水潭医院四家医院先行试点总额预付制度改革，试

点人群仅限于北京市城镇职工医保参保人员。总额测算以 2010 年下半年试点医院发生的医疗保险应支付职工医保门诊和住院医疗费用总金额为基数，按平均 9% 的增量，确定试点医院医保定额管理指标。

医保经办机构根据这一指标，按月将月指标金额的 90% 预付给试点医院，其余费用指标根据当年医疗机构考核结果结算。医疗机构医保应支付费用总金额超过定额指标的，超额部分由医保基金与医疗机构按比例分担，超过定额管理指标 10% 以内的，医保基金支付 92%，试点医院支付 8%；超过 10% 以上的，医保基金支付 85%，试点医院支付 15%。医保应支付费用不超过定额指标的，按照定额指标全额支付。

### **DRGs（Diagnosis Related Groups；疾病诊断相关分组）**

2009 年，北京市选取北京大学人民医院作为试点医院，率先启动 DRGs（按病种组付费）新型付费方式探索。2011 年 7 月，北京市医保中心与北京大学第三医院、北京大学人民医院、友谊医院、朝阳医院、宣武医院、天坛医院 6 家医院正式签订《北京市医疗保险按病种分组(DRGs)付费试点医疗机构服务协议书》。北京地区的参保患者在上述医院接受住院治疗时，以 DRGs 付费方式来结算医疗费用，首批病种支付范围为 108 种，包括 2003 种疾病诊断和 1873 种手术治疗措施，基本覆盖常见病和多发病。

医保基金对试点医院实行预付。对试点医院在试点病种范围内发生的符合医疗保险报销范围的医疗费用，医疗保险基金实行基金预付。即根据试点医院上年同期纳入试点病种范围的病例数，测算试点期间医保基金给付金额。医保基金每月预付 90% 的月给付金额。此后根据医疗服务量审核结算。年终，根据试点医院当年实际医疗服务量予以清算。试点医院使用的药品和医用耗材，允许在全市药品和医用耗材集中采购中标目录范围内自主采购，但要求采购价格必须低于全市集中采购价格。

试点医院在 108 个病种组诊疗过程中，需严格控制使用自费药品和自费诊疗项目（医用耗材），患者自费比例不应高于试点医院上年同期水平。如当年自费比例高于上年同期水平，年底结算时医保基金将同比扣减其超出部分。为激励医院控费，DRGs 付费方式下，医院结余部分全部由医院留用，超支则不予补贴。

除 DRGs 付费方式外，其余几种付费方式也是“十二五”期间全国各地采用的主要医保改革措施。包括北京在内，各地区都存在共性问题如下：

1、医保新型付费方式，主要特色即“打包付费”，给定医疗机构不同单位、指标的费用上限，但如果这一上限不能形成“硬约束”，超支也补，对医疗机构的约束力就大大降低，总额控制的效力也大打折扣。

2、总额控制成为“硬约束”的关键，在于经办机构是权责分明的独立法人机构，而北京和全国其他地区一样，经办机构为政府部门下属的事业单位，管办不分，既缺乏提高服务能力的激励机制，也缺乏保证服务质量、服务能力的问责机制。

3、总额控制、总额预付中的“总额”往往基于医疗机构历史数据形成，在改革推行之初，有利于降低改革成本，让各定点医疗机构更愿意配合改革，但客观存在的问题是，也维护了旧的市场格局，市场新入力量的发展会受到剩余有限的“总额”抑制，同时也会遭到其他旧有机构的排斥。

4、现行各种包括总额预付在内的打包付费模式，实际上依然是在总额控制下的按项目付费方式。过去的补偿模式是按项目结算医保费用；现在的总额预付模式给医保报销费用制定了上限，超过了的部分由医院自行承担，剩余的部分也由医院自行处置，但费用的结算仍然采取按项目付费方式，按照现行医疗服务价格进行结算。

预付制付费模式的基本原理在于，在保持医院总收入水平不下降的条件下激励医院及其医生尽可能减少不必要的浪费，控制医疗成本。显然，医院及其医生之所以有积极性这样做，激励来自于节约成本带来的盈余增加可以用于增加医生个人收入。但问题是，现有公立医院的收入分配制度下，政府法规限制了医院能用于分配给医院人员的盈余比例，医生努力降低成本增加的盈余并不会带来自身收入的增加，医院和医生自然没有降低医药成本的动力。

5、总额预付的实际操作中，医疗机构大多管理粗放，简单将总额分解到各科室，甚至分解到科室医生个人，将费用超支的风险转移自各科室、及其医务人员身上。这不仅违背总额预付调整激励机制、希望医疗机构改变诊疗行为的本意，还激化了医院、医生、患者间矛盾；就国际通行做法而言，德国等国家的医保给付都是对医疗机构和医生分开给付，而我们

的医生只能作为事业单位职工在医院领工资，很难主动生成为医保控费的积极性。此外，因为医保并不直接对医生给付，医保对医生诊疗行为的监管能力也被削弱。

在医保支付方面，除上述五个共性的问题外，北京还存在的问题是，首先个人账户一直未能封闭管理，参保人可以取现使用，造成医保基金浪费；其次，与许多地区不同，北京市对门诊就医也有补偿，而门诊支出近年来对医保基金造成越来越大的压力。

2010年北京实施持卡就医、实时结算后，门诊医保基金支出增幅连续保持在35%以上，住院增幅也达到20%左右。大医院人满为患，基层医疗机构就诊人次也大幅上升。门诊就诊人次，2012年比2011年增加34.4%，2013年比2012年又增加19%，门诊费用支出比例逐年增高。在医保统筹基金支出中，门诊费用支出比例，2012年达到62%，2013年为65%，远高于住院费用。经统计<sup>5</sup>，2013年北京市三级医院医保基金门诊支出占比为58%，二级医院为68%，一级及以下医院为95%，社区为99%。在医保基金支出中，药品费用高达60%以上，门诊费用中药品费用达70%以上，而且中成药费用已占全部药品费用40%以上。这也与医疗服务体系一直没有改革、没有形成医生个人收入和医保付费相对应的机制，以及未能形成分级诊疗有关，从侧面说明医保支付体系的完善，需要与医疗服务体系改革相辅相成，共同推动。

## 五、公共卫生

通过医改“促进健康”的概念是北京在全国最先提出，并将此作为医改终极目标。北京在全国最先制定实施《健康北京人——全民健康促进十年行动计划（2009-2018年）》，面向城乡全体居民全面实施11类41项国家基本公共卫生服务项目，所有常住人口都纳入政策覆盖范围，人均基本公共卫生服务支出2011年为95元，2013年为110元，增幅15.8%。同时，在国家基本公共卫生服务项目基础上，还新增新生儿免费进行先天性疾病筛查等3项内容。

**1、传染病防控成效显著。**“十二五”期间，北京市各类传染病发病率呈现下降趋势，甲乙丙类传染病发病率从2010年的828.5/10万下降到2014年的654.8/10万，下降了20.96%。加强重点人群传染病监控预防，和重大传染病防控。常住人口乙肝表面抗原流行率降至2.7%，20岁以下人群不到1%，为全国最低水平；全人群的艾滋病现患率为0.5%。进一步完善传染病监测系统布局，2014年建立呼吸道多病原监测系统和住院严重呼吸道感染病例监测系统。

**2、慢病综合防控稳步推进。**12岁学生恒牙龋均持续维持在0.5的低度流行水平，5岁乳牙患龋率较2010年下降了10%；居民高血压和糖尿病的知晓率逐年提高，患者治疗率和相关指标控制率呈良性好转趋势；成年人缺乏体力活动比例从30.1%下降至26%，血脂异常的患病率从51%下降到44.1%。通过2014年开展的血脂异常和心血管疾病综合管理试点项目，社区心血管疾病二级预防用药比例增加了8%。加强青少年健康管理，2013年5月，发布全国首部《北京市中小学生健康指引》，根据儿童、青少年生理心理发育特点、社会行为特征、健康保健和疾病控制的目标任务不同，引导学生养成健康的行为和生活方式，提高青少年健康水平。

**3、卫生应急及院前医疗急救体系建设持续强化。**在不断完善和强化我市卫生应急体系建设的基础上，“十二五”期间，加大京津冀突发事件卫生应急协作，签署了《京津冀毗邻县（市、区）卫生应急合作协议》，涉及北京市9个区、天津市7个区县和河北省8个地级市、25个县（市、区），涵盖了京津冀接壤的全部地区，实现了三地卫生应急联动无缝衔接。持续推进院前医疗急救体系建设，实现了全市120院前急救网络统一调度指挥、统一服务标准、统一质量控制及监管等。积极推进北京市院前医疗急救立法工作，并取得阶段性成果，目前已进入市人大三审阶段。

**4、控烟工作成效显著。**2015年6月1日，实施《北京市控制吸烟条例》，实现了控烟宣传、监督执法、部门协调和综合治理全覆盖。中国控烟协会调查显示，民众的知晓率达到了83%，公共场所吸烟人数明显减少，公共场所吸烟人数从11.3%下降到3.8%，公众对控烟

<sup>5</sup> 资料来源：北京市人社局。

满意度由原来的 42.26%，提高到 81.30%，世界卫生组织高度肯定北京的控烟工作，授予北京市政府 2015 年度“世界无烟日奖”。<sup>6</sup>

北京市在公共卫生服务方面主要存在的问题是公共卫生与医疗服务“两张皮”，二者难以有机融合。公共卫生与医疗服务本是紧密联系的整体；但是，不论从大的制度安排上，还是从各部门的职权分割角度，二者都是分割的。与此同时，在政策框架上对公共卫生服务的界定有所偏差，从而导致在实践中公共卫生服务提供的激励不足。具体分析如下：

一是居民健康的前期预防以及不同等级预防、治疗之间的连续性不够。目前疾病预防主要关注点是传染病和一些明确的慢性疾病，缺乏从维护居民健康角度的公共卫生措施。特别是在预防方面，由于缺乏有效的激励机制，只能对那些已经明确的、有直接项目经费的公共卫生项目进行有效预防和控制。

二是大健康理念不足、制度安排不足。健康不仅是针对疾病的防控和治疗，也受到生活环境、社会环境的影响。当前由于雾霾、污水等环境恶化导致的健康问题越来越突出。但是从目前公共卫生的制度设计理念上，越走越窄，缩小到十几项公卫项目。

三是公共卫生服务经费由财政部门直接对基层医疗机构拨付，而非居民自己签约选择。很多本地居民甚至不知道财政为自己出资在基层医疗机构建立健康档案等。另外，公共卫生经费作为专项经费，不允许医疗机构给人员发放劳务，忽略了医护人员的服务价值，打击人员积极性。

四是医保和财政对公共卫生的投入二者相互分割、未形成合力，资金使用效率低下。健康水平的提高，除北京市每位居民之外，最直接的受益者应该是本地医保基金。居民少生病、不生病，可以避免、减少医保基金支出，减缓基金压力。但是目前医保基金对疾病的预防等公卫服务不进行支付。从这一角度而言，医保基金发挥杠杆作用，激励公卫服务的质量提高、成效落到实处，应该是最优选择，但目前公卫经费主要由卫生部门考核支配，造成了职能交叉，应该在下一阶段探索理顺。

最后，公共卫生服务的绩效评估、第三方评价等，也未建立相应机制，还没有足够的社会监督。对慢性非传染性疾病的早期筛查、长效防控等，医疗机构没有相应的激励机制，也没有积极性去开展、提高服务。

## 六、医疗卫生人力资源配置

医疗人力资源是医疗行业发展的核心资源。建立基本健康制度的核心是激发人力资源的活力，构建有效的激励机制。当前超过 90% 的人力资源被公立医疗机构所垄断；而公立机构的行政化管制导致这些人力资源要么缺乏激励、效率低下，要么行为扭曲，带来各种问题。而基本健康制度以居民的健康作为整个制度设计的目标，更需要高度灵活的用人机制和有效的激励机制。

作为首都，北京市人力资源丰富。截至 2014 年末，北京市每千常住人口卫生技术人员 11.29 人，高于全国的 5.56 人；每千常住人口执业(助理)医师 4.16 人，高于全国的 2.12 人；每千常住人口注册护士 4.9 人，高于全国的 2.20 人。就每千人口医师数这一指标而言，北京市甚至超过了一些欧美发达国家。2014 年北京每千人医师数 4.2 人，不仅高于挪威、澳大利亚、法国、英国、美国、日本等发达国家，也高于 OECD 国家 3.3 人的平均水平。

表 13. 北京、中国及部分国家每千人口医疗资源（单位：个/千人）

	全国	北京	法国	德国	英国	美国	挪威	澳大利亚	日本
医师数	2.18	4.33	3.3	3.8	2.8	2.5	3.7	3.3	2.3
床位数	5.15	5.16	6.29	8.28	2.76	2.93	3.3	3.9	13.7

数据来源：北京市 2015 年《国民经济和社会发展统计公报》；2015 年《中国卫生统计年鉴》；

<sup>6</sup> 上述资料主要来源于：“十二五”首都经济社会发展成就之北京市卫生计生事业发展成果回顾，北京市卫生计生委。

北京的医疗人才专业水平也在全国领先,高学历占比、高级职称占比均远高于全国水平。2013年,北京执业(助理)医师中,23.12%拥有研究生学历,而全国该比例仅为6.9%;44.13%拥有本科学历,也高于全国36.1%的占比。从职称评定来看,北京的医师中,6.49%拥有正高级职称,同样远高于全国3.8%的占比。

这为北京市在下一阶段利用人才优势加快医疗服务业创新提供了显著优势。然而,由于医疗卫生行业人事薪酬制度改革进程缓慢,大多数医生还是公立医疗机构“单位人”,人力资源配置仍无法满足市场需求,大大制约了北京医疗服务质量、效率的提高,以及健康产业发展。

事实上,早在2010年,《北京市2010-2011年深化医药卫生体制改革实施方案》中就已经提出,“探索医师多点执业”、“积极探索专业化、社会化的人力资源管理制度”。2011年,北京市出台《北京市医师多点执业管理办法(试行)》,允许医生多点执业,推动民营医疗机构发展。2014年,改革理念更进一步,明确提出让医务人员从“单位人”转向“职业人”,从人才培养制度、公立医疗机构人事管理制度、薪酬制度等多方面入手改革,旨在建立灵活的用人机制,完善激励约束机制,激活人力资源。

然而,人力资源优化配置至今未能实现。至2015年5月,北京市医师多点执业注册数仅5122人,不到全市医师的5%。2015年农工党北京市委医师多点执业情况调查显示,76%的受访医生有多点执业的意愿,但多达38%的受访医生表示所在医院禁止或以多种潜规则形式阻碍医师多点执业。

究其原因,主要是医疗人力资源的市场化配置并未实现,医生仍然是体制内的“单位人”,仍受公立医院管控,与医院间没有任何谈判的空间与自由,只要医院禁止医生在其他机构执业,医生就不能公然在医院以外的地点提供服务,除非违法“走穴”。此外,医生的执业地点、执业地点数量也受到行政管制,卫生行政部门即使核定通过医生的执业地点数量,但其行政管制的本质不变。

而医疗人力资源的市场化配置难以实现,与一系列配套机制的缺乏相关。例如,非公立医院与公立医院间职称评定机会的不平等,医生一旦走出体制,职业生涯的上升空间就大大受限。非公立机构难以获得医保定点资质,医生离开公立机构进行体制外创新,就会面临没有医保资质,无法吸引医保病人的严峻困难。最后,由于我国尚未发展出完备的医疗责任险,医疗又是一个高执业风险的行业,没有医疗责任险保驾护航,医生在高风险下也不敢离开公立医院独立执业,公立医院对优质医疗资源的垄断难以撼动。

## 七、信息化建设

根据北京市“十二五”期间卫生信息化发展规划,“十二五”期间,北京市信息化发展的宗旨设定为:拓宽信息技术在卫生领域的应用深度和广度,推进区域卫生信息资源的协同共享、提高整体卫生资源的利用效率。具体而言,希望做到以居民电子健康记录为核心,建设一张网络、两级平台、三个基础数据库。

一张网络,即一个卫生专网。在互联网、政府专网的基础上,建立连接市、区(县)、基层各级各类医疗卫生机构的网络联结,实现“横向到边、纵向到底”的目标,全面支持卫生信息化应用服务;两级平台,即满足公共卫生和医疗服务数据信息互联共享的市区两级卫生信息交换平台,为居民获得全面动态连续的卫生服务提供支持;三个基础数据库,即居民电子健康记录数据库、执法相对人数据库和医疗卫生资源数据库,为卫生管理、居民健康服务、领导决策提供全面的数据资源。

2011年,北京市成为国家综合卫生信息化试点省份,获得财政部补助资金2800万。北京市本级财政对信息化建设,也表示了较高的支持力度。然而,虽然投入力度高涨,但信息化的大举建设也有一系列问题亟待解决。

第一,信息系统建设碎片化,医改相关部门各自为政:卫生、医保、药监等部门均自建系统,但缺乏信息联通,造成信息重复采集,行政成本浪费;居民的健康信息散布在医院、疾病预防控制、社区卫生服务、体检等各级各类卫生机构中。

第二，标准规范有待完善：由于不同医院信息系统标准不一致，导致信息资源难以整合共享，无法形成对居民整体性健康状况的描述，无法对各类疾病进行有效的追踪分析；居民健康档案、门诊症状诊断、数据共享交换、临床术语、区（县）级卫生信息平台建设等相关标准和规范还有待进一步完善，已经制定的标准的维护、贯彻落实的机制还未形成；迫切需要制定公共卫生系统与医疗机构之间在信息标准开发、数据编码、交换方式和系统开发规范等方面的统一标准。

第三，信息安全有待加强：目前，在信息安全方面的意识还不强、信息安全管理制度还不完善、已有信息安全管理制度执行力度还不足。

第四，信息化水平的提高尚未带动医疗机构日常运营、医疗行为等方面的信息公开：公开更多只在政府内部实现，既不能让全社会参与监督，也不能让全社会为北京市医改出谋划策。

## 八、总结

北京市医改在中央政策既有框架下，根据本地特色和改革需求，做出诸多有意义的探索，很多理念和政策在转变相关政府部门、医疗行业观念，引领全国医改方面发挥了先导作用。但是，很大的不足是，“理念领先，落地困难”。举例而言，北京市 2010 年即在文件中提出启动城乡一体化的居民医疗保障制度建设，但到 2016 年，全国多个省市地区已经实现了城镇居民医保与新农合的“两保合一”，北京仍然由人社、卫生两部门分散管理；同样，也是在 2010 年，北京就领先于全国提出探索商业保险参与医疗保险服务的方式、运行机制、承保范围和结算形式，但发展至今，不仅商业保险对北京医改进程介入甚微，全国绝大多数地区交由商业保险经办的大病保险，也仍留由人社部门经办管理。

因此，对于北京来说，下一个阶段要面对的已不止是如何在此前政策框架下继续深化或改进，还要考虑如何落实先进的理念和政策。按照中央要求，至 2020 年需建成基本医疗卫生制度，北京在人均 GDP 进入发达经济体行列后，如何构建自己的体系框架，也是亟待交出的答卷。

### 第三章 构建基本健康制度的新形势、新挑战

基本健康制度的构建是整个经济社会改革的内容之一，不可能独立于大的社会体系而单独推进。“十三五”期间，还需考虑整个社会环境存在的新形势和新挑战，在此基础上探寻下一步的改革举措。

#### 一、高强度财政补贴难以持续

经济新常态下，经济增长下行压力增大，财政收入增速下降，依靠高强度财政补贴的方式构建基本健康制度不可持续。当前中国经济进入新常态，增长速度换挡期、结构调整阵痛期、前期刺激政策消化期“三期叠加”，地方经济增长和财政收入面临强大的下行压力。

以北京的情况而言，一是经济下行、结构调整阵痛和不确定因素对财政运行的压力将持续较长时间。2001年以来，北京市名义GDP增速虽有波动，但总体呈现下行趋势，近两年更是滑落到10%以下。（图1）尤其是随着《京津冀协同发展纲要》及实施方案的制定，今后首都非核心功能纾解、经济结构调整将迈出实质性步伐。功能纾解、结构调整从长期看有利于经济持续健康发展和质量提升，但在短期结构调整阵痛期会持续多长时间，目前还难以料定，经济中不确定因素增加。

与经济增长下行相关，2004-2008年北京市地方公共财政预算收入和地方财政收入保持20%以上的高位增长，但自2009年之后，除个别年份，地方公共财政预算收入增速滑落到20%以下（图2）。

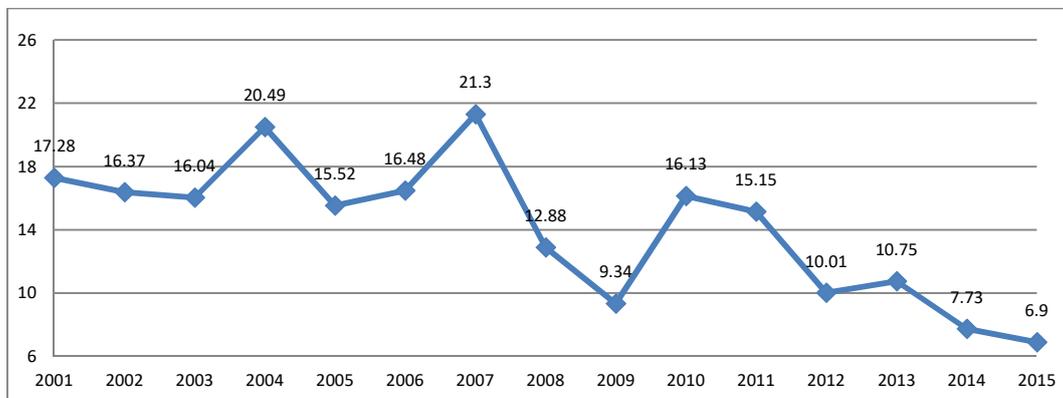


图 1. 2001 年-2015 年北京市名义 GDP 增速 (%)

数据来源：《北京统计年鉴》2001-2014 年。

二是结构性减税政策，特别是随着“营改增”全面铺开，税收减收影响将进一步显现。增值税和营业税一直是地方公共财政预算收入的大项，尤其是营业税。2000 年，北京地方公共财政预算收入中营业税占比高达 43.2%，增值税 13.3%，二者之和达到 56.5%；但到 2014 年，营业税占比已经降到 26.5%，增值税则略增到 16.1%，二者之和为 42.6%（表 1）。尤其是 2010-2014 年，受“营改增”影响，营业税占比滑落了 10 个百分点。随着增值税与营业税增速下滑，地方公共财政预算收入增速将进一步下调。

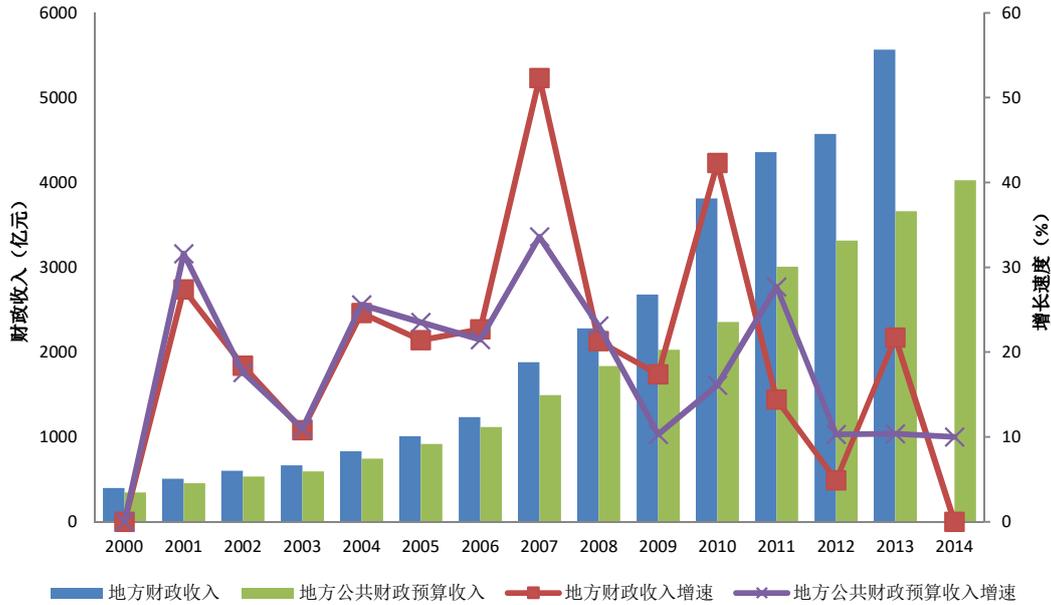


图 2. 北京市 2000-2014 年地方财政收入绝对值及增速 (亿元; %)  
 数据来源:《北京统计年鉴》(2001-2014);《北京市 2014 年国民经济和社会发展统计公报》。

表 1. 北京市地方公共财政预算收入构成 (2000-2014)

年份	地方公共财政预算收入 (亿元)	增值税 (%)	营业税 (%)	增值税与营业税之和 (%)
2000	345.00	13.3	43.2	56.5
2001	454.17	13.0	39.9	52.9
2002	533.99	12.5	42.7	55.1
2003	592.54	12.7	44.5	57.2
2004	744.49	9.3	44.8	54.0
2005	919.21	10.6	41.7	52.4
2006	1117.15	10.5	41.3	51.8
2007	1492.64	9.0	40.3	49.3
2008	1837.32	8.6	35.5	44.1
2009	2026.81	8.9	37.1	46.0
2010	2353.93	8.9	36.3	45.3
2011	3006.28	7.9	35.6	43.6
2012	3314.93	9.5	34.8	44.2
2013	3661.11	15.7	28.3	44.0
2014	4027.2	16.1	26.5	42.6

资料来源:《北京统计年鉴》(2001-2014)。

三是非税收入的增收作用将进一步减弱。2007 年以来,北京市政府性基金收入占地方公共财政全口径收入的比重从此前的一成左右迅速增长到二至三成,成为充实地方公共财政支出的重要渠道;但是,其增速非常不稳定,大起大落。而且,政府性基金收入的大项是土地一次性出售收入。随着建设用地的逐步减少、用地控制越来越严,土地出售收入可能难以持续保持高增长。

这些因素汇总起来,意味着北京地方财政收入高增长时代的结束。财政医疗卫生支出安排需要适应地方财政的新阶段,过去政府为绝对主导的改革模式,可能因为财力减弱而无法持续,需要更多引入社会力量参与推进改革;同时,这也对政府管理优化提出更为严峻的要求,有限的财政资金亟需尽快提高使用效率。

## 二、健康服务业与新的经济增长点

经济下行转轨阶段，服务业特别是健康服务业的发展，对北京增加就业、培育新的经济增长点、改善民生将有更为重要的意义。

从国际上发达国家经验来看，一个基本趋势是随着经济发展水平的提高，健康产业增加值在国民经济中的比重不断上升。图 3 给出了一些国家在不同收入时期卫生及社会工作业（健康服务业）增加值占 GDP 的比例的数据。韩国在 1990 年人均 GDP 达到 6135 美元时，健康产业增加值占 GDP 的比重为 1.89%，2000 年人均 GDP 为 11347 美元，该比例上升为 2.45%，2010 年人均 GDP 为 20540 美元，该比例上升为 4.48%。美国的这一比例也从 1990 年的 6.09% 上升到 2010 年的 7.64%；而在 1962 年美国人均 GDP 为 3108 美元时，该比例就达到了 2.30%。在产业结构变迁中，北京也表现出了这一趋势。2000 年北京的人均 GDP 为 2915 美元，健康产业增加值占 GDP 的比例为 1.75%。到 2015 年，北京人均 GDP 达到了 17064 美元，进入高收入阶段。从国际经验看，进入高收入阶段后，健康产业将成为主导产业之一。

从北京市第三产业内部各行业的发展情况看，经济增长的来源已经体现出一些适应“新常态”的变化。从 2000 年到 2014 年，北京第三产业增加值中，占比呈下降趋势的主要是住宿、餐饮、仓储、交通、居民服务等传统第三产业，而占比呈现上升趋势的，除了科研与技术服务、金融、信息与计算机服务等行业外，健康服务业（卫生、社会保障和社会服务）也呈现了上升的趋势。在这样的状况下，大力促进健康产业的发展，必然是未来北京培育新增长动力的重要关注点。

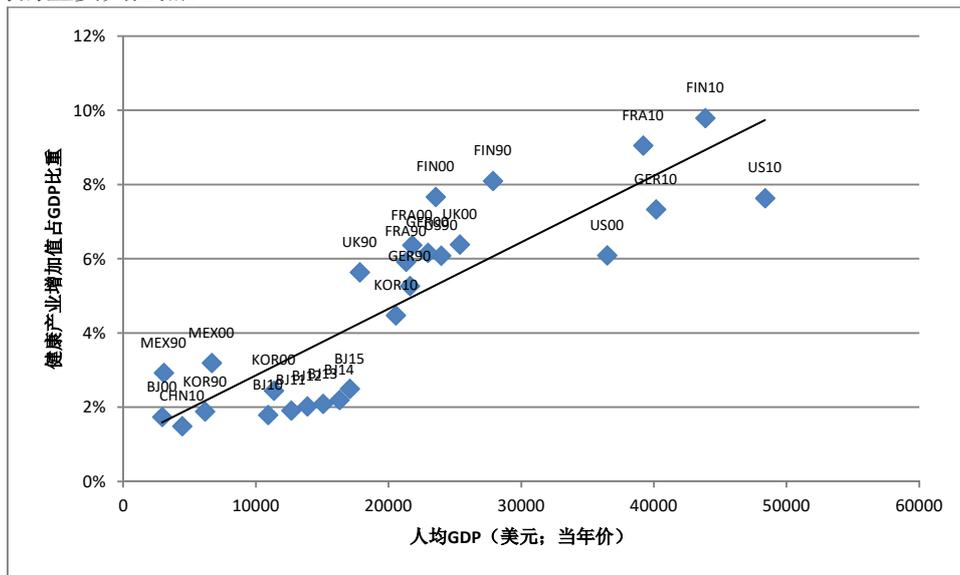


图 3. 不同国家不同阶段卫生及社会工作业增加值占 GDP 的比重

数据来源:其他国家数据来源于 OECD 的 STAN database for structural analysis, 以及 World bank database。北京的数据来自历年《北京统计年鉴》，北京 2013-2015 年的数据来自《北京市国民经济统计公报》(2013-2015)。

注:横轴为人均 GDP (美元:当年价格),纵轴为占比。其他国家为卫生及社会服务增加值占 GDP 的比例;北京为卫生及社会保障与社会福利业增加值占 GDP 比例。卫生及社会工作业 (Human health and social work activities), 主要包括提供卫生医疗服务的机构以及提供康复、照料、看护、疗养等社会工作与社会服务的行业;虽然与中国统计资料中的卫生及社会保障与社会福利业有差异,但主体没有差别,可以进行比较。

## 三、人口流动与就业模式转换

人口大规模流动常态化和就业模式的多元化、灵活化对传统医疗保障体系的冲击。传统上以社会保险为主体的社会医疗保障建立的基础现代制造业的工厂制度,有明确的“雇主-

雇员”的雇佣关系，就业和人口的居住都比较稳定，不同群体之间的流动不甚频繁。中国三大社会医疗保险体系，覆盖农村居民的新农合与覆盖城镇居民的城镇居民医疗保险和覆盖城镇就业职工的城镇职工医疗保险，能够稳定运行的前提是这三个群体之间的流动不甚频繁，能够保持一个比较稳定的互助群体的规模。但是，随着中国经济社会的发展，两个方面的因素冲击了上述基础：

一是大规模人口流动的常态化。上世纪 80 年代以来，人口流动成为中国经济社会的主要特征之一，流动人口的规模从 80 年代的几百万增长到 2010 的 2.2 亿。<sup>7</sup>大规模人口流动，主体是以农民工为主的乡城迁移人口。截止到 2014 年，中国农民工数量为 2.74 亿，其中外出农民工（流动到本乡外）数量达到 1.68 亿，占城镇就业人员的比重为 42.8%。随着中国人口结构及产业结构的变化，农民工的绝对数虽然在增加，但占城镇就业人员的比重近年来呈现下降趋势（表 2）。虽然如此，在中国庞大的农村人口基数及未来不断的城镇化过程中，乡城流动人口仍将构成大规模的人口流动的主力。

与此同时，城城流动人口在不断增加，占流动人口的比重不断上升。2010 年六普数据显示，城城流动人口规模已达 4700 万，占全部流动人口的比重达到 21%（乡城流动人口占比为 63%）<sup>8</sup>。从北京市的情况来看，常住外来人口不断增加，从 2004 年的约 330 万人增加到 2014 年的将近 819 万人，年均增长率约 9.5%（表 3）。

二是就业模式的多元化和灵活化。随着现代信息技术的兴起，特别是互联网技术的对传统行业的冲击，商业模式和就业模式发生了变化，一个雇主雇佣多个雇员形成稳定的工厂化生产模式的状态发生了改变，非正规就业、自由职业者以及其他没有雇主的就业方式越来越多<sup>9</sup>。从中国城镇地区就业人员统计情况看，城镇个体就业人员占城镇就业人员的比重也呈现上升的趋势，从 2006 年的 10.2% 上升至 2013 年的 16.1%（表 2）。若考虑大量小微企业等其他非正规就业并未体现在统计中，这个数字应该更大<sup>10</sup>。北京的情形与全国略有不同，城镇个体就业人员在近十年的增加了约 10 万人，占城镇就业人员的比重在波动中呈现先升后降的趋势（表 4）。

表 2. 中国城镇个体就业和外出农民工情况

年份	城镇就业人员 (万人)	城镇个体就业人员 (万人)	外出农民 工数量(万 人)	占城镇就业人员比重 (%)	
				城镇个体就 业人员	外出农民工
2004	27293	2521	--	--	--
2005	28389	2778	--	--	--
2006	29630	3012	13181	10.2	44.5
2007	30953	3310	13800	10.7	44.6
2008	32103	3609	14041	11.2	43.7
2009	33322	4245	14533	12.7	43.6
2010	34687	4467	15335	12.9	44.2
2011	35914	5227	15863	14.6	44.2
2012	37102	5643	16336	15.2	44.0
2013	38240	6142	16610	16.1	43.4
2014	39310	7009	16821	17.8	42.8
2015	40410	--	16884	--	41.8

数据来源：《中国统计年鉴》（2005-2015）；《国民经济和社会发展统计公报》（2006-2015）

表 3. 北京市外来人口情况（万人）

年份	常住人口	常住外来人口	户籍人口数	外来人口
----	------	--------	-------	------

<sup>7</sup> 郑真真、杨舸，2013，中国人口流动现状及未来趋势，《人民论坛》2013 年第 11 期。

<sup>8</sup> 马小红、段成荣、郭静，2014，四类流动人口的比较研究，《中国人口科学》2014 年第 5 期，第 36-46 页。

<sup>9</sup> 这类没有雇主或在小微企业就业的人员，中国一般将其定义为“灵活就业”。

<sup>10</sup> 吴要武、蔡昉，2006，中国城镇非正规就业：规模与特征，《中国劳动经济学》2006 年第 2 期，第 67-83 页；薛进军、高文书，2012，中国城镇非正规就业：规模、特征和收入差距，《经济社会体制比较》第 6 期，第 59-69 页。

	(1)	(2)	(3)	(4) = (1) - (3)
2004	1492.7	329.8	1162.9	329.8
2005	1538	357.3	1180.7	357.3
2006	1601	403.4	1197.6	403.4
2007	1676	462.7	1213.3	462.7
2008	1771	541.1	1229.9	541.1
2009	1860	614.2	1245.8	614.2
2010	1961.9	704.7	1257.8	704.1
2011	2018.6	742.2	1277.9	740.7
2012	2069.3	773.8	1297.5	771.8
2013	2114.8	802.7	1316.3	798.5
2014	2151.6	818.7	1333.4	818.2

数据来源：《北京统计年鉴》（2015）。

注：北京统计年鉴给出了北京市常住外来人口数，我们又根据常住人口和户籍人口之差计算除了外来人口数，与北京市统计局的统计基本一致。

表 4. 北京市城镇个体就业情况

年份	城镇就业人员（万人）	城镇个体就业人员	
		总数（万人）	占城镇就业人员比重（%）
2004	682.7	45.7	6.7
2005	694.0	57.2	8.2
2006	734.2	65.6	8.9
2007	745.4	67.2	9.0
2008	813.7	65.1	8.0
2009	856.6	67.5	7.9
2010	905.4	65.3	7.2
2011	955.8	59.3	6.2
2012	996.1	50.8	5.1
2013	1073.0	64.8	6.0
2014	1066.2	55.7	5.2

数据来源：《北京统计年鉴》（2015）。

尽管北京现有的基本医保体系已经尽可能将农民工、灵活就业人士、失业人员等纳入，但板块化、碎片化、基于人群身份区分的医保制度，仍然不能与城镇化的快速推进行步相适应。外来农民工即便在北京参加医保，但将来都会面临返乡后转移接续问题。基本健康制度的构建应该充分考虑能否建立社会包容性高的、适应人口自由流动的、兼容优化资源配置和促进就业的统一的保障体制。

技术进步对居民就业模式产生日益深远的影响，没有雇主或雇佣关系不明确的就业越来越多，对建立在明确雇佣关系基础上的现行保障模式提出挑战。以网络创业为例，由于脱离传统单位，这部分人群中很大一部分可能不再参保，成为“脱保一族”。据中国就业促进会与阿里巴巴集团联合开展的关于网络创业就业统计和社保问题的专项研究，以网络创业者户均就业人数推算，全国网络创业就业总体规模接近 1000 万人。网络创业网店中，九成以上为个人网店，带动网络创业就业人数达 600 万人。据统计，个人网店店主中有四成以上、企业网店店主超过三成、个人网店受雇员工有七成以上、企业网店受雇员工有五成以上没有参加任何社会保险，主要原因包括社会保险缴费太高、外地户口、社会保险不能转移接续等。<sup>11</sup>而《中国养老金发展报告》显示，中国城镇职工保险 2014 年脱保 3400 万人，其中主要包括流动性较大的农民工、中小微企业员工、以及没有明确雇佣关系的就业人员。这对于参保

<sup>11</sup> 资料来源：《网络创业就业统计和社保研究项目报告》，中国就业促进会研究项目组，2014 年 2 月。

人数仅 3 亿多的职工养老保险、2 亿多的职工医保来说，无疑是巨大冲击，也是巨大威胁。<sup>12</sup>

#### 四、收入提高、人口老龄化与疾病谱变化

人口老龄化、少子化趋势明显，居民人均寿命和收入水平的提高，对连续性的、多元化的健康服务需求快速上升，以及疾病谱的变化，对传统医学模式的冲击和医疗服务供给模式的冲击。

居民人均寿命继续提高、收入水平进入发达经济体行列后，北京必将面临更加多元化的医疗需求；同时，经济社会变迁带来疾病谱变化，也让过去数十年的“医院-基层”二元服务体系不能适应快速变化丰富的医疗需求。

2014 年，北京市人均 GDP 接近 16300 美元，这意味，医疗需求从此前的“看上病”，发展到“看好病”。一方面，患者对医疗机构、医生的诊疗水平，必然有了更高的要求，即便是感冒等常见病，也希望得到信任的、有口碑的医疗机构、医生来诊治；另一方面，在医疗专业水平之外，患者对医疗服务提供方的服务态度、服务效率，也有了更高的要求。

20 世纪 50 年代以后，人类的疾病谱和致死病因发生了历史性的转折。此前，威胁人类健康的主要疾病，是急性传染病、寄生虫病、营养不良性疾病等。对应的医学为生物医学，治疗方式为靶向治疗。现代疾病谱发生了深刻变化，急性传染病、寄生虫病、营养不良的发病率和致死率下降，慢性疾病，包括慢性传染病、恶性肿瘤、心脑血管、内分泌代谢系统等在内的疾病发病率上升，致死率提高。中国 1990-2012 年间城市居民死亡的前三位疾病为恶性肿瘤、心脏病、脑血管病，可见慢性病已成为致死的重要诱因（图 4）。慢性病与急性病的最大区别在于，后者一般采用断崖式治疗，治疗基于症状显现的事实，慢性病则要求在发病之前先进行积极预防，发病之后实施连续健康管理。

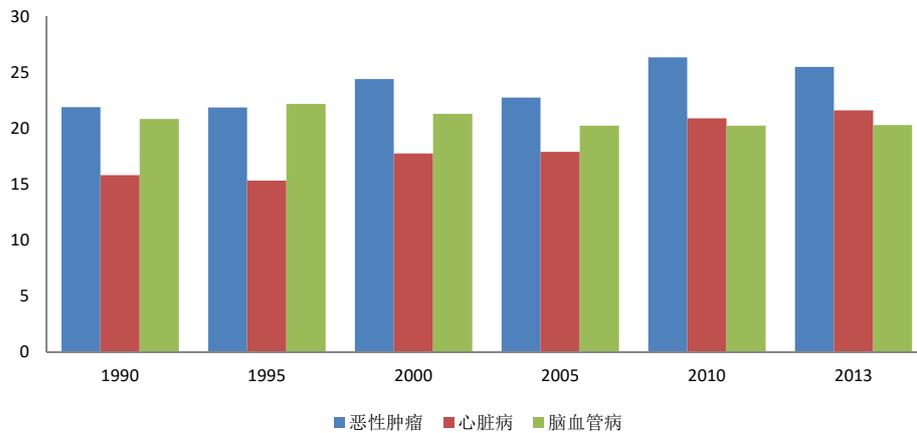


图 4. 1990-2013 年城市居民主要疾病死亡构成

资料来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴 2014》

注：其中 1995 年的情形稍有不同，致死率排名前三的分别是脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统，心脏病排名第 4。

慢性病主要发病群体为老年人，人口老龄化对其治疗与管理提出更大挑战。第四次国家卫生服务调查统计，我国慢性病患者率为 15.7%，其中 65 岁及以上人口为 46.8%，55-64 岁为 32.9%<sup>13</sup>。我国正处于人口老龄化不断加剧的阶段，2014 年 65 岁及以上人口占比为 10%。北京市常住人口的这一比例为 9.9%，户籍人口为 15.4%，北京已进入老龄化社会（图 5、图 6）。全国和北京市的老年人口抚养比都在 10% 以上。虽然北京市 65 岁及以上人口比重和老年抚养比近几年有所下降，但总体水平仍比较高（图 5、图 6）。联合国根据中等生育率、

<sup>12</sup> 郑秉文主编，《中国养老金发展报告 2015》，北京：经济管理出版社。

<sup>13</sup>资料来源：《第四次国家卫生服务调查》。

高生育率和低生育率预测的我国 2050 年 65 岁及以上老人占比分别为 27.6%、25%和 30.5%，这意味着 3-4 个中国人中就有一个 65 岁以上的老人（图 7）。可以预见，人口老龄化将使慢性病的预防和管理更为紧迫。

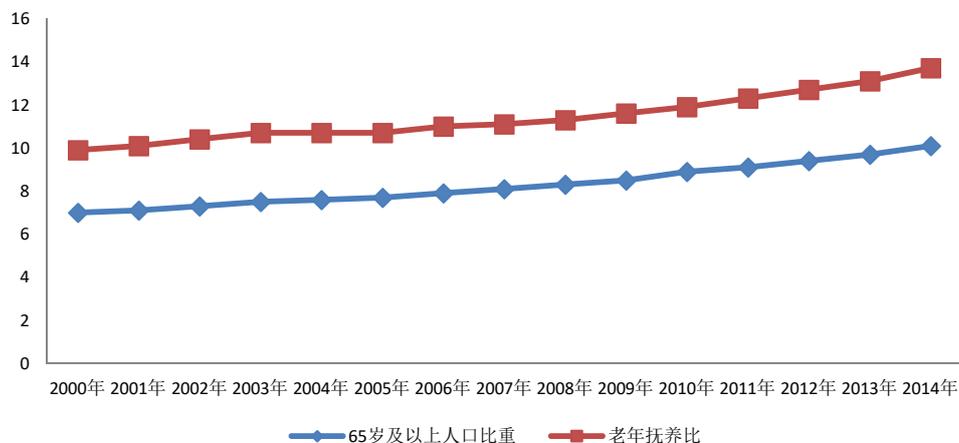


图 5. 2000-2014 年全国人口老龄化情况 (%)

资料来源：搜数网。

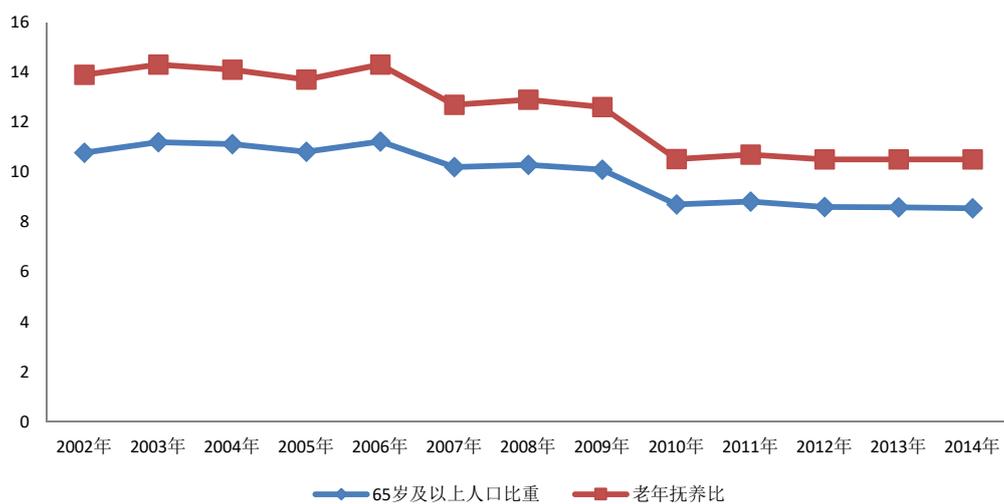


图 6. 2002-2014 北京市人口老龄化情况 (%)

资料来源：国家统计局；《北京市 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报》

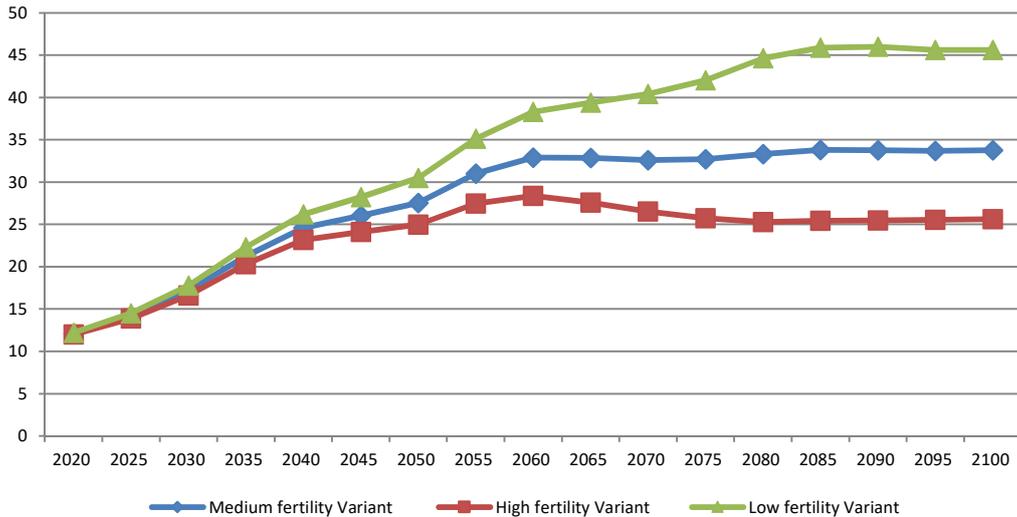


图 7. 联合国根据不同标准预测的 2020-2100 年中国 65 岁及以上人口占比 (%)  
 资料来源: World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nations, Population Division, Department of Economics and Social Affairs.

目前,全国包括北京在内,医疗服务的重心还放在疾病治疗而非健康管理。建国以来“医院-基层”二元体系主要针对经济欠发达时期对疾病的断点式就医需求设立,而忽视长期、连续、可靠的健康管理。对专科疾病、护理康复、长期照护等多样化医疗需求,还没有如国外发达国家和地区发展出一套多元化、多层次的医疗服务谱系。即便是新医改以来提倡的“小病在社区、大病在医院”,强化的也仍然是根据疾病轻重程度对患者分流,而忽视患者对服务能力和服务质量的就医“自选择”。一些能显著提高就医效率、减轻患者负担的新型模式,如第三方检验机构、日间手术中心等也还没能发展起来。供需之间的严重缺口如果不能在“十三五”期间致力缓解乃至解决,必将使目前已十分严峻的医患冲突更趋加重。

## 五、互联网医疗为代表的医疗服务模式创新

以互联网为代表的医疗服务模式创新对北京而言是构建基本健康制度、推动健康产业快速发展的重大机遇。北京天然的品牌优势、人才优势等,可以让北京深入发展创新服务模式,走在全国前列,甚至吸引大量优质的国际患者就医。但同时也是挑战,因为互联网技术等新兴技术,对传统以地域为划分的医疗市场形成巨大冲击。以浙江乌镇互联网医院为例,如果北京市的医疗专家更多是在乌镇的互联网医院线上执业,其附带的大规模健康产业创造值,也可能会向外地流失。

对于医疗卫生体制改革深化来说,互联网医疗也是突破改革多年深水区的绝佳窗口。互联网技术的发展,带来的一大好处是,极大程度地降低了信息不对称程度,相关各方交易成本大大减少,长效信誉机制逐步建立,从政府到社会各方在信息公开、数据公开的环境下进行监督监管更加便捷全面,资源优化配置效率明显提高。在信息化技术支持下,一些医改难题可以通过新的路径加以解决。

第一,为解决“以药养医”提供新思路。取消医院的药品加成销售,只是挤压院方的药品利润空间,并不涉及医生个人收取的药品回扣,也就无从改变医生的处方行为。而现有公立医院虽然普遍加强信息化建设,但只是形成一个个信息孤岛,拒绝对外联通。医生处方中的用药行为难以监督。一旦信息孤岛被打通,形成广泛的信息互联,医生处方信息受到行业监管部门、保险经办部门、商业保险机构等相关各方实时周密监控,其违规违法成本就会大大提高,这将非常有效地制约医生的用药行为,也对院长加强管理、医院自我规范形成极大的倒逼作用。

第二,为推动社会办医提供新途径。社会资本办医迟迟不能快速发展,根源在于难以取

得患者的信任，行业信息不公开、不透明，使得从患者到医保支付方，都不能对医疗机构乃至医生个人做出明确的比较与评价，甚至于医生本人在选择医疗机构执业时，都对非公立机构充满忐忑和担心。互联网医疗则消解了这些问题，社会广泛监督、患者广泛参与将加大对医疗机构的制约，督促机构行为的规范，同时也就使机构更容易获得患者和医保支付方的信任。这也为基本医保经办部门选择定点机构时提供了更明晰的选择参照，明确了支付标准，扩大了支付范畴，进而也助力非公立医疗机构的发展。

第三，互联网医疗还这让医生这一核心人力资源的自由流动成为可能。互联网平台上，医生为自己的名誉背书，为自己的诊疗行为、用药行为负责，通过个人的努力赢得患者，而不是通过公立身份被患者拥簇。没有医生的自由流动，就没有非公立医疗机构发展，遑论医疗资源优化配置。

第四，任何行业的发展都离不开分工精细化、专业化，医疗资源优化配置，也必须依托于诊疗的分级和分类。现有行政主导的医疗体系下，公立医院凝聚患者的信任，也就凝聚患者需要的全部医疗功能，从门诊到住院，从检查化验到手术，从用药到护理。效率的提高需要分工，互联网医疗带来信息透明可查，不同功能机构也能无缝衔接，医生和机构可以依托互联网平台，对患者需要的诊断、治疗、检查、用药、康复护理分类提供，彼此间仍可保持紧密合作，这才能大大缓解现有优质资源的紧缺，缓解日趋激烈的医患矛盾，真正实现“分级诊疗”。

## 第四章 基本健康制度构建的指导思想与目标

### 一、指导思想

基本健康制度概括了一个国家或地区居民获得包括医疗卫生服务在内的健康服务的框架性制度安排。由于各国所处的发展阶段及环境不同，基本健康制度存在横向差异；又由于随着时代的进步、科学技术的发展以及经济发展水平的差别，基本健康制度也存在纵向演进。十八届五中全会以“健康中国”建设引领整个医疗卫生服务体系的改革，实际上提出了中国构建以健康为核心的基本健康制度的方向。

构建基本健康制度，在当前中国经济社会发展的大环境下，还应以创新、协调、绿色、开放、共享五大发展理念作为指导思想。这五大理念在基本健康制度构建中的政策含义：

——创新：创新医疗人力资源配置机制，充分调动人才创造力；扶持新产业、新业态，推动机构创新；鼓励技术发展、互联网+，推动技术创新；深化行政管理体制改革、转变政府职能，推动制度创新；优化要素配置，激发创新活力，拓展发展新空间，让创新贯穿“十三五”期间建立基本健康制度的始终。

——协调：重视发挥社会保障在经济社会转型以及城镇化中重要作用，深化完善基本医疗保障制度，促进城乡区域协调发展、经济社会协调发展；不断协调政府、社会、个人三方关系、三方责任，在协调发展中拓展发展空间，在加强薄弱领域中增强发展后劲；协调北京各区县乃至京津冀地区和谐发展，推动要素有序自由流动。

——绿色：坚持绿色发展、可持续发展，重视健康服务业作为第三产业的重要一环、社会服务业的重要内容，发挥经济社会转型带动作用；加快推进产业转型，推进环境友好型社会建设；加强建设节约型社会，促进人民健康水平不断提高。

——开放：对外开放，对内放开，释放社会各界参与医疗卫生体制改革的积极性与活力。作为优质医疗资源高度集中地区，打造一批具有国际竞争力的高端、高产能医疗机构，引进人才，加强不同区域间跨区域合作，进一步提高北京市在医疗卫生领域的行业影响力、竞争力，鼓励采用互联网+等新兴技术，将北京优质资源向全国各地乃至国际辐射。

——共享：坚持共享发展原则，坚持改革为了人民，改革依靠人民，改革成果由人民共享；积极鼓励社会力量参与公共服务提供，提高公共服务共建能力和共享水平；建立更加公平更可持续的社会保障制度，全民不分人群、不分身份，享受均等化保障，全面实施城乡居

民大病保险制度；推进健康中国建设，深化医药卫生体制改革，理顺药品价格，实行医疗、医保、医药联动，建立覆盖城乡的基本医疗卫生制度和现代医院管理制度；在城镇化发展进程中，加强城市反哺农村，优质领先资源反哺全国其他地区。

## 二、主要目标

从北京的角度，在基本健康制度的内涵、基本原则及指导思想下，结合北京的实际情况，构建基本健康制度的主要目标包括三个大的方面：

### （一）搭建连续性的、整体性的健康服务体系

以“整体性”和“连续性”的理念搭建健康服务体系，有效连通疾病预防、生活方式、生活环境、疾病诊断、疾病治疗、护理、康复、慢性病管理等各个环节，致力于让居民享受到连续、适宜、安全、有效、智能、温暖的健康服务。

### （二）覆盖全民、适应流动性、具有可持续性、公平性的医疗保障体系

首先整合覆盖农村居民的新农合与覆盖城镇居民的居民医疗保险，建立覆盖城乡居民的居民医疗保险。在居民医疗保险的基础上，推动“三保合一”，并以之为基础构建国民健康保险体系。

国民健康保险体系，一是保障基本，为全体居民提供基本的健康保障；二是适应流动性，不仅适应人口的流动，而且也要适应就业模式的转换，特别要适应雇佣关系不明确的就业人员参保；三是在制度设计上，坚持精算平衡，保证制度可持续性；四是打破人群之间的保障分割，实现公平性；五是搭建保障平台，为多元化的保障方式的建立提供平台。

### （三）推动健康服务业发展，为基本健康制度的构建提供发展基础

从发展健康服务业的角度，给定北京的资源优势、发展基础、城市功能定位，参考国际健康产业发展的一般经验，北京健康产业的发展目标还要着眼于以下三个方面：一是立足于高端，占领健康产业链条的高端，成为健康产业技术、管理、标准、品牌中心，占领健康产业发展高地。二是将健康产业打造成北京的主导产业之一，成为吸纳就业、引领创新的主要部门之一，成为经济“新常态”下北京经济发展的新的增长动力；在增加值及吸纳就业方面，力争达到一些发达国家和地区在相同收入水平下的状况。三是充分满足普通居民的健康需求，将健康服务，特别是基本医疗卫生服务和老年照料服务延伸到社区，建成以社区为平台的健康服务提供平台。

## 第五章 基本健康制度的设计

基本健康制度的构建，既是在原有制度上的深入改革，也要立足新形势、新挑战，充分利用新的技术、模式和业态，以创新的理念搭建基本健康制度的新元素。本章在前述章节关于基本健康制度内涵的分析、医疗卫生体制改革的政策梳理及分析、新的发展形势及挑战的基础上，对基本健康制度的构建提出框架性的设计。

### 一、筹资与医疗保障体系

坚持卫生费用由政府、社会、个人三方分担原则，结合经济社会发展进程，协调财政投入与社会、个人筹资关系，既严格落实政府责任，也发挥社会效能，同时始终保证居民履行个人义务、共享改革成果，三方分担中，兼顾公平与效率。

**1、厘清政府筹资界限，推动政府职能转型。**政府对基本健康制度的筹资责任着力于保障基本、搭建平台，从补供方和补需方两个渠道，转变为以补贴需方为主，提高居民获得感；创新公共服务提供方式，提高公共服务供给能力，建立以政府购买服务为主的政府补贴模式，能由政府购买提供服务的，政府不再直接承办或提供。

(1) 强化政府兜底线、保基本的投入责任，做到参保人群、救助人群应保尽保，应救尽救。建立与财力相匹配、相协调的精准医疗救助机制。

(2) 对医疗机构的直接投入，从增量预算走向零基预算，分类投入。具有公共品属性的医疗领域服务，如传染病防治、人才培养、教学科研等，建立相应的财政支持或后期资助机制；非公共品属性的服务，如普通临床医疗服务等，财政不再对提供服务的机构给予直接补助，转向通过基本医保基金支付购买的方式，发挥患者“用脚投票”作用，确保公立、非公立医疗机构公平竞争，通过患者选择、优胜劣汰、医保监管、社会监督等方式，保障基本医疗服务公益性。

(3) 完善政府购买服务机制，推行政府购买清单制度。

(4) 在医疗卫生体制深化改革过程中，贯彻财政花钱“建机制”“促改革”原则，财政支付改革成本，但不用于维持旧体制。支持相应配套改革，如公立医疗机构人事制度改革、公立医院改制等，保证改革平稳推进，确保新机制尽快建立。

**2、推进城乡居民医保统筹，“十三五”期间完成城职保、城居保、新农合三保合一，建立覆盖全民的基本健康保障。**“三保合一”具体办法包括：

(1) 贯彻落实中央精神，适当降低城镇职工基本医疗的缴费比例，减轻企业负担，增强竞争力，激发市场活力；实行职工退休人员缴费参加医保，增强个人缴费责任，增强基金的精算平衡和可持续能力；

(2) 适当增加居民和农民的缴费责任，增强城居保和新农合的社会医疗保险属性，同时增加财政补助力度，提高城乡居民的筹资水平，与城镇职工缴费比例降低后水平一致（约为城镇在岗职工平均工资的2%，详细测算请见附录），在此基础上统一保障待遇，建立全民统一的保障体系。

(3) 现有城镇职工医保参保群体，在参加全民健康保险基础上，用人单位须组织参加由商保机构提供的补充医疗保险，补充医疗保险包含住院补充医疗保险和医疗保险个人账户。全民健康保险与补充医疗保险合计筹资标准与原职工医保持平，全民健康保险与补充医疗保险合计待遇标准与原职工医保持平。城乡居民在加入全民健康保险基础上，参加城乡居民大病保险，鼓励有条件的居民购买商业健康保险。

**3、对特殊困难群体实行医疗救助制度，精准扶贫。**不断健全政府救助与社会慈善捐助相结合的医疗救助制度，稳步提高救助水平。提高救助统筹层次，将医疗救助纳入全民健康保障管理体制。

#### **4、大力发展商业健康保险，将商业保险作为全民健康保障体系的重要支柱，与基本医疗保险衔接互补、形成合力，夯实多层次医疗保障体系。**

首先，为商业健康保险释放市场空间，鼓励商业保险机构向企业机关事业单位提供补充医疗保险，并稳步推进商业保险机构参与各类医疗保险经办服务。加大政府购买服务力度，按照管办分开、政事分开要求，引入竞争机制，通过招标等方式，鼓励有资质的商业保险机构参与各类医疗保险经办服务，降低运行成本，提升管理效率和服务质量。

其次，鼓励商业保险机构丰富商业健康保险产品，大力发展与基本医疗保险有机衔接的商业健康保险，满足企业和个人的多样性需求。多样化健康保险服务。提供与商业健康保险产品相结合的疾病预防、健康维护、慢性病管理等健康管理服务，为参保人提供健康风险评估和干预等服务。

第三，支持商业保险参与医疗服务模式创新，带动互联网医疗、医养结合等新型服务模式发展

最后，加强对商保发展的政策法律支持，例如允许个人健康数据可个人可携带。

## **二、健康服务体系**

积极推进公立医院去行政化改革，鼓励支持社会力量办医，自主探索适合医疗卫生服务行业的人事薪酬制度和考核评价体系，利用市场配置资源，推动分级诊疗自然形成。通过市场选择，优化医疗资源结构和布局，最终形成适应患者需求的多元化、多样化、多层次的医疗服务体系。

### **1、加快公立医疗机构改革**

(1) 严格控制、合理压缩政府办医疗机构的规模 and 标准，新增医疗资源原则上一律由社会力量提供，促进形成公立医疗机构和社会力量举办医疗机构协调发展、充分竞争的多元化办医格局。

(2) 取消公立医院行政级别，取消医院管理层行政级别，公立医疗机构与卫生行政主管部门脱离隶属关系，推动法人治理结构建立。探索实行党委书记牵头的、以外部理事为主体的理事会制度，实行理事会下的院长负责制。

(3) 深化医疗行业人事制度改革，让医务人员从“单位人”转向“社会人”。限期取消事业编制，落实不再将公立医院纳入编制管理，逐步回收编制。落实国务院机关事业单位养老制度改革方案，将医务人员基本社会保障纳入全市社会保障体系，实现基本保障社会化，推动医疗行业人才自由流动。

(4) 落实医院用人自主权，实行岗位管理，同岗同酬同待遇。实行全员合同聘用制，建立灵活的用人制度，探索建立公立医疗机构与医务人员基于对等合作关系的协商机制，医疗机构可采用全职、兼职等多种用工形式，与医务人员签订部分工作时间聘用合同，约定服务时间及相应的薪酬、待遇和责任。

(5) 深化基层医疗卫生机构改革，推进社区家庭医生自由执业、政府购买服务、公共卫生与基本医疗服务整合的社区医疗卫生体制改革。取消限制基层医疗卫生发展的收支两条线制度，以居民用药习惯为出发点，改革和完善基本药物制度。取消对社区医疗卫生机构和社区自由执业医生服务内容、服务地点的行政性管制，满足广大人民群众的健康服务需求。鼓励有执业资质的医生承包、托管、开设社区卫生服务中心，尊重基层机构首创精神，支持基层建立适应医疗行业特征的人事薪酬制度，开展新型医疗服务业态，允许基层自主拓展业务范畴。

(6) 鼓励现有二级医疗机构改制或与社会资本合作，通过托管等多种形式，向专科、康复、护理等满足周边居民需求的功能性机构转型。允许三级医院探索公私合作办医模式，鼓励三级医院进行改制，未来五年选择部分三级医院进行改制试点。鼓励医疗机构自主探索，在充分总结基层实践经验的基础上，研究出台公立医院“公私合作（PPP）”办医的相关管理办法，规范相关各方行为，保障相关各方权益。

(7) 功能定位为区域医疗中心的医疗机构，应逐步剥离普通门诊、取消特需服务。其中，教学科研成果较多的三级医院，建立相应的财政后期资助制度。鼓励医生、现有管理者承包或托管现有公立社区卫生服务中心（站），推进其经营自主权、用人自主权和分配自主

权。

## 2、形成以社会办医为主的格局

(1) 取消区域卫生规划对社会办医的限制，严格执行国务院非禁即入政策，出台明晰的负面清单，政策没有明确禁止的领域，一律对社会力量开放。加快社会事业改革，鼓励社会力量兴办健康服务业，推进公立和非公立医疗机构同等待遇。

(2) 对于符合政府支持方向的社会办医疗机构实行鼓励政策。鼓励社会力量举办非营利性医疗机构、社区卫生服务机构；鼓励社会力量投向医疗资源短缺的区域和满足多元化、多层次医疗服务需求的领域；鼓励社会资本捐资举办医疗机构或对非营利性医疗机构进行捐赠；鼓励港澳台地区以及国际资本举办医疗机构，并按本市有关规定享受支持政策；鼓励中外合资、合作办医、允许外资开设医疗机构、不设经营年份上限；鼓励符合资质的执业医师开办诊所。

(3) 鼓励社会力量举办康复护理机构，鼓励社会资本以托管、合作等多种形式参与公立医院整体转型为康复护理机构。加快建立综合医院(含中医医院)、康复护理专科医院、基层医疗机构分工合作、有序衔接的多元化康复护理体系。

(4) 鼓励社会力量举办中医(含中西医结合、民族医等)医疗机构，推进中医药医疗养生保健服务的发展。允许有资质的中医师在中医养生保健机构提供保健咨询和调理等服务。推进国家中医药服务贸易区建设，支持北京中医药服务贸易示范机构和示范基地积极开展中医药服务贸易。鼓励知名中医医院或中医药企业到境外举办中医医疗保健服务机构，加强中医药国际交流与合作。

(5) 鼓励社会资本举办拥有高新技术和专科优势的医疗机构；支持社会办医疗机构开展医学科研和继续教育项目，参与重大疾病科技攻关和成果转化。

(6) 进一步落实鼓励引导社会资本举办医疗机构的相关政策。落实国家社会办医税收政策、保障社会办医疗机构的合理用地需求。进一步完善和落实非公立医疗机构在市场准入、基本医疗保险、重点专科建设、人才培养、科研立项、成果评定及水电气热使用等方面享受与公立医疗机构同等待遇的政策。

(7) 积极探索社会力量参与公立医院改制重组，合作办医。允许有合法执业资格证书的医生自办医疗机构，且无需通过卫生部门审批。允许非营利性医疗机构和营利性医疗机构间进行双向转换，并尽快出台相关管理办法；公立医院改制重组要按照事业单位改革有关规定，防止国有资产流失，维护医务人员合法权益。政府相关部门要在严格执行国有资产处置监督管理相关规定的同时，为社会资本参与公立医疗机构改制重组提供指导与服务。保证公私合作、社会资本获取合理合法信息的渠道通畅。

## 3、行业管理

(1) 保障基本医疗服务公益性特性，在“四个分开”要求的基础上，对公立医疗机构、非营利性医疗机构、营利性医疗机构三类机构实行统一的行业规范标准、质量监管标准。

(2) 建立临床和科研教学分类评价体系，允许医疗机构自主选用适合自身发展的考核评价体系。取消现行的按规模分级的一、二、三级医院分级管理办法，遏制公立医院贪大求全的扩张动机，实行按功能分类，建立以独立社会第三方机构为主体的医院分级分类评审制度。

## 4、监管

(1) 履行行业管理的行政部门与医疗机构脱离隶属关系。顺应国家卫计委职能部门调整，按照医政医管司行政管理体系，将医管局并入北京市卫计委统一管理，减少职能交叉，实现上下对口，提高行政和监管效率。

(2) 加强公立医院运营监管。建立以社会独立第三方机构为主体的公立医院评价指标体系，针对建设规模、大型医用设备配置管理、人员配备标准、以及贷款投资行为等进行综合评定并对社会公开。将患者满意度、患者个人负担等控制管理目标纳入公立医院院长目标管理责任制和绩效考核范围。加强公立医院财务管理和成本核算，建立公立医院审计监督机制。

(3) 加强医疗服务质量和行为监管，开展临床路径管理。健全医疗质量控制体系，建立分类分级医疗机构评价方法，引导医疗机构健康有序发展。规范诊疗服务行为，加快发展医疗纠纷第三方调解机制，完善医疗纠纷处理和医疗风险分担机制。鼓励商保机构开发多样化的医疗责任险产品，努力构建平等、健康、和谐的医患关系。加强信息披露，逐步完善医

院信息公开制度，强化社会监督，发挥社会组织作用。

(4) 强化行业自律和医德医风建设，加强医务人员法制、纪律和道德教育，树立医德楷模，弘扬文明医风。加大对商业贿赂、开“大处方”等违法违规行为的惩处力度。

### 三、药品及耗材供应体系

取消医疗服务和药品行政定价制度，探索公立医疗机构联合自主采购药品、耗材制度。

1、取消医疗服务和药品行政定价制度。医保定点医疗机构药品价格由医疗机构、医保经办机构、参保人代表等多方谈判议定。非医保定点医疗机构执行市场调节价。

2、探索公立医疗机构联合自主采购药品、耗材制度。食品药品监督管理部门尽快放开处方药网上销售，卫生计生委允许网上诊断和处方外流，医保部门探索处方药网上和药店医保支付。切实推进医药分业，尽快形成药品价格的市场化定价机制。

3、放开电子处方的自由流动，促进医疗服务与药品分开。医疗机构应当逐渐实现信息系统对外的联通，推动落实 2014 年国家食药监总局拟放开处方药网络销售的新规定，保证电子处方可以外流，患者可以携带。结合电子处方外流以及允许处方药的互联网销售，患者可以凭电子处方到任意药店或者选择任意网商购药，最终实现医药自然分开，减小回扣空间。

14

### 四、支付体系

推进基本医保经办体制管办分开，完善优化医保基金支付与管理。

#### 1、推进基本医保经办体制管办分开

(1) 改革医保经办体制，落实管办分开。鼓励经办竞争，探索现行医保经办机构社会化管理。探索商业保险机构全面经办全民医保，以招标形式确立多家经办机构，保证群众选择权。

(2) 政府部门制定政策，包括医保基金筹资及预算制度，加强管理。建立全民健康保险的风险调剂金制度，调剂金标准为当年全民医保筹资基金 5%。制定经办机构公平竞争的规则，监督经办机构及时准确披露相关信息，委托第三方机构制定信息披露内容和披露规则、评估和保证经办机构服务质量，对支付方式和支付标准的真实性进行背书。

(3) 经办机构为参保人提供全面、连续、质量有保证的服务，对医保基金实施精细化管理，利用商业保险机构的全国性网络实现异地结算，方便参保人就医。

#### 2、完善优化医保基金支付与管理

(1) 建立医保签约医师制度及相应的监管平台，优化信息化监控手段，建立医保定点医疗机构和医保签约医师数据库管理办法，推广使用医保智能审核系统。

(2) 建立由医疗机构（协会）、医师（协会）、药品耗材生产或销售企业组成的供方与全民医保经办机构、参保人代表构成的需方间的协商谈判机制、协商谈判支付方式和支付标准。政府制定谈判规则并监督谈判规则的执行，对现有医疗机构的支付标准、支付情况进行公示。专业社会第三方参与谈判过程。

(3) 完善按疾病诊断分组（DRGs）、总额预付等付费机制，推进按人头、按床日等多种付费方式改革，监管复合式付费模式，促进规范医疗行为，控制医疗费用的不合理增长。

(4) 封闭个人账户，加强个人账户管理，拓展个人账户支付范围，试点门诊统筹。2017 年之前在所有定点医疗机构、定点药店实现参保人持卡就医、实时结算。出台具体管理办法，支持个人账户支付新型医疗服务，购买商业健康保险、长期护理保险、康复护理保险等，推动健康服务业发展。

---

<sup>14</sup> 具体做法可以参考浙江省食药监局在乌镇互联网医院进行的电子处方的试点。医生在线诊断后，为患者开具电子处方和医嘱，患者凭借电子处方购买药品，国药集团、金象网等合作企业则根据电子处方为患者及时配送药品，或者让患者就近自提，省去了流通环节的层层加价，大大减少流动环节成本。差价一部分让利给患者，一部分将作为互联网医院的收入。

## 五、公共卫生

公共卫生领域的改革应以“大健康”的理念整合原来的公共卫生项目与基本医疗服务，通过激励机制重构建立以居民健康为核心的公共卫生服务体系。同时，政府要改革公共卫生提供方式，以政府购买、社会提供为主要模式。在社会办健康服务业充分发展以及新技术、新模式不断出现的情况下，也为以政府购买为主的模式提供了条件。

健全疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等专业公共卫生服务网络，建立分工明确、信息互通、资源共享、协调互动的公共卫生服务体系，提高公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力，促使城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务。

1、将公共卫生服务经费纳入基本医保基金，通过医保向医疗机构购买公卫服务，提高医疗卫生机构提供公共卫生服务积极性，提供连续、可及、智能、有效、安全的健康管理和医疗服务。医疗机构所获收入允许医疗机构自行分配使用，基金仅针对服务质量、数量、绩效进行考核支付。建立公卫基金捆绑医保基金（门诊统筹基金），让参保者自主选择公卫和一般门诊服务提供机构，建立公卫基金捆绑门诊统筹基金随着参保者走的机制，通过参保人的自主选择 and 医疗服务机构间的竞争提高公卫服务和一般门诊服务的质量。

2、进一步提高基本公共卫生服务均等化水平。落实国家基本公共卫生服务和重大公共卫生服务项目，继续为城乡居民提供健康档案、健康教育、预防接种、传染病防治、儿童保健、孕产妇保健、老年人保健、高血压等慢性病管理、重性精神疾病管理、卫生监督协管等国家基本公共卫生服务项目。加强重大疾病防控，进一步拓展重大公共卫生服务项目，艾滋病防治、妇幼卫生等重大公共卫生服务项目深入实施。

3、完善防治结合的全民健康服务体系。将社区医疗机构作为健康管理体系建设的主力军，鼓励具有执业资质的医生、护士承包托管社区医疗机构，或开办包括诊所在内的小型医疗机构，与其他基层医疗机构共同参与建立慢性非传染性疾病的早期筛查机制和长效防控机制，促进防治结合。高度重视精神卫生，开展早期诊断，对高危人群及时提供心理疏导和治疗。完善突发公共卫生事件应急机制，继续加强疾病防控和急救体系建设，加强对高危人群和高危场所的监测。建立区域卫生和人群健康评价制度，完善居民健康评价指标体系。

4、建立健全健康促进工作机制。建立政府督导、部门合作、社会动员、全民参与的健康教育与健康促进工作体制以及协调高效的运行机制和经费保障机制。鼓励社会机构进行健康知识宣传，倡导健康的生活方式，引导科学就医和安全合理用药。

## 六、支持新型医疗模式发展

支持技术创新和新兴商业模式，鼓励多种新型医疗服务模式发展，大力发展互联网医疗，带动传统医疗服务模式转型，改善居民就医体验，提高医疗服务可及性，降低医疗费用，助力健康中国建设。

1、鼓励多种新型医疗服务模式发展，形式包括但不限于互联网医疗、医生集团、连锁诊所、检查中心、手术中心、日间手术机构、康复护理中心、等，建立多层次、分工协作的医疗服务提供体系，满足人民日益增长和多元化的医疗需求。

2、推动医生网络诊断行为合法化，借助技术进步提高医疗服务便捷程度、现有医疗资源存量的效率。

3、探索将多种新型医疗服务模式纳入医保支付范畴，针对不同的模式探索使用不同的支付方式。允许个人账户支付范围突破医保定点医疗机构列表，方便患者自主选择多元化的医疗服务模式；逐步探索统筹账户支付各种新型医疗服务业态。

## 七、人力资源配置机制

人才是医疗卫生行业的核心资源，建立适应医疗行业特点的人才培养、准入和人事薪酬

制度，建立公平竞争保障机制，加快形成开放、竞争、充分流动的人力资源市场体系，清除人才流动障碍，优化人力资源配置，带动医疗行业、健康产业发展。

1、在公立医院人事制度改革的基础上，推动医生自由执业，全面放开医师执业注册地点限制，推行执业医师全国注册。

2、完善医疗卫生人才培养和准入制度。完善医学人才院校教育、毕业后教育和继续教育有机衔接的综合培养体系。完善住院医师规范化培训制度，实现从单位培养模式向社会化培养模式的转变，探索通过互联网、远程合作等多种新型培养模式，在住院医师规范化培训、继续教育的财政投入对公立、非公立医疗机构一视同仁。

加强全科医生、精神卫生、妇幼保健、康复护理等紧缺专业人才的培养。完善执业医师准入制度，建立康复护理人员的专业认证制度、规范的执业药师制度。完善构建以“5+3”（5年临床医学本科教育+3年住院医师规范化培训或3年临床医学硕士专业学位研究生教育）为主体、以“3+2”（3年临床医学专科教育+2年助理全科医生培训）为补充的临床医学人才培养体系。

3、改革职称评审制度，鼓励由行业协会等第三方建立针对医疗机构、医务人员的评价体系。发挥行业协会作用，限期实现医疗行业各级各类行业协会、职业协会与行政机关脱钩，加强行业自治，增强对医务人员的自律和监督。逐步取消临床医生的职称制度。

4、健全医疗执业保险制度，医疗责任强制险十三五期间须全面推开。医疗机构和医师通过合同或协议明确发生医疗损害或纠纷时各自应当承担的责任，鼓励医疗机构和特别是医师个人购买医疗责任保险等医疗执业保险。

## 八、信息化建设

加快推进医疗健康信息化建设，以开放、共享、智能为原则，构建信息共享和披露机制，加强对健康数据、健康信息的开发利用，加强医疗卫生领域各界协同，充分发挥改革中信息数据的支撑作用。

1、以参保者个人健康信息和就诊记录为基础，利用医保信息化平台，加快居民健康档案和电子病历信息系统建设。通过医生与居民共享电子病历，患者可以利用在线平台或特定App，查阅到医嘱、处方以及电子病历，医生可以通过电子病历实时掌握患者的健康情况，并及时根据患者疾病发展趋势更新建议，充分提高居民健康和慢性病管理的效率及水平，同时实现诊疗过程的透明性、可监督性。

2、支持发展远程医疗、移动医疗，加大优质医疗资源利用效率和辐射带动作用，提高患者就医的便利性。支持市场开发移动信息管理系统及APP等服务工具，打造以患者为中心的移动智能就医平台。利用支付宝等互联网创新企业开发的“电子处方”功能，加强医院各科室与互联网平台的合作，病人将体征信息上传后，医生即可直接开药。医院授权给药店，病人再根据药方下单到附近药房，由药房抢单发药。通过网络，实现药品直接配送，减少患者用药成本。

3、按照国家统一部署，搭建全市人口健康信息平台，整合信息资源，加快信息标准化建设，促进公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理和综合管理6个业务系统互联互通、数据共享，提高监督、管理和服务水平。实现居民就诊医疗健康信息一卡通及云端存储管理，推进公共服务多卡合一工作，利用“北京通”工程，尽快实现居民就诊一卡通。限期实现全市医疗机构实现系统联网、卫生信息上传到一卡通云端系统，患者能够自由查询个人医疗健康信息，系统对患者授权的所有医疗机构开放，实现电子健康档案实时更新、方便携带。

4、建立强制信息披露机制，推动社会声誉机制形成。公立医院和非营利医院必须向社会公开年度（半年度、季度）工作报告、年度预算和决算报告、物资招标采购等信息，接受社会监督。不涉及个人隐私的医疗、医保、财政等相关行政部门信息，由主管部门定期向社会公众开放，主管部门对信息的及时性、准确性、真实性承担法律责任。向社会公众提供网站等便利的信息查询渠道，为社会力量办医提供行业和政策信息；积累形成“医疗健康大数据”，按照支持、规范、监督并重原则，促进医药卫生领域相关电子商务、信息服务、第三方支付服务、商业医疗保险等行业的健康发展。

5、完善医师执业注册管理信息化系统，对医生的执业地点进行备案，建立医师管理档案，加强对医生个人的信息搜集和监管，系统查询对全社会开放。

6、立法明确患者拥有个人健康和就诊电子档案的所有权，规定经患者同意可将信息开放给被授权的医生和医疗机构以及互联网公司。<sup>15</sup>

## 九、监督管理体系建设

推进治理能力现代化，完善医疗卫生监督管理体系，由政府监管转向政府与社会共同发挥监管作用，推进建立多方监管机制；强制信息披露，建立信息公开体系、提高监管效率，优化监管质量，完善监管问责机制、推动社会治理转型。

1、加强医疗卫生机构运行的质量监管，加强对食品安全、生活饮用水安全、传染病防治、职业卫生、学校卫生、医疗服务以及医疗废弃物处置、公民献血等社会公共卫生监管。

2、优化卫生行政监督职能，推进属地化全行业管理。进一步完善首都医疗卫生协调机制，加强卫生行政主管部门在规划、标准、监督等方面的行业监管职能，推进医疗服务监管体系和监管能力的现代化建设。

3、建立医疗卫生信息公开制度，探索多种形式的社会监督机制。鼓励社会第三方机构探索建立医疗卫生机构服务质量、执业医师服务行为标准的评价体系和信息披露制度。支持医药卫生领域的行业组织发展，加强行业自律，充分发挥其在行业标准化、规范化等方面的积极作用。

4、加大医药卫生法规制度配套建设力度，全面提升全行业依法行政、依法决策，依法管理水平，努力构建法制型、服务型行业。加强全行业卫生监督执法队伍建设，提高监督执法能力和水平。

---

<sup>15</sup> 在我国现行的法律法规中，个人医疗信息虽然有向患者本人公开的要求，但未明确个人可以将医疗信息授权给他人或者其他机构使用。由于公立医院的信息垄断，患者的电子处方、健康档案、医疗信息控制在公立医院内部，多数情况下患者也无法获得自己的核心医疗信息。全国范围内，包括丁香园、春雨医生在内的新兴互联网医疗健康服务提供商们均由于拿不到医院数据，只能为用户提供很初级的咨询、评价服务。在医保付费机制未完全理顺的情况下，公立医院将检查费和药费作为主要收入，因此缺乏转向预防性治疗的动力。而在美国，从2010年其政府主导的“蓝纽计划”解决了这一问题，公民从此能够获得所有与自己相关的医疗健康信息。

## 附录 1. 覆盖全民的基本医疗保险筹资标准估算

在“三保合一”基础上，以居民医疗保险的设计作为基本框架，建立覆盖全民的基本医疗保险的思路，首先整合覆盖农村居民的新农合与覆盖城镇居民的城居保，建立覆盖城乡居民的居民医疗保险。在居民医疗保险的基础上，以其筹资和保障水平为标准，将城镇职工基本医疗保险合并进来，建立覆盖全市居民的统一的基本医疗保险。

关于北京市基本医疗保险的筹资标准，可用两种方法加以估算：

1、设定目标补偿比并以此为基础倒推筹资标准。设北京市基本医疗保险的实际补偿比达到 75%左右（目前城居保和新农合的实际补偿比约 50%），北京市 2014 年城居保和新农合人均筹资标准为 1000 元，实际补偿比约 50%。要使实际补偿比达到 75%，不考虑待遇水平上升带来的医疗资源过度使用（道德风险），人均筹资水平应提至 1500 元，约合 2014 年度全市职工平均工资 77560 元的 2%。由此，可设定统一基本医疗保险的筹资标准为职工平均工资（社平工资）的 2%，每年动态调整。

2、以支定收+设定目标补偿比。根据城居保和新农合的历史数据为基础，测算基金支出增长率，以此为标准，再加上目标补偿比的调整，估算基本医疗保险的支出额，再根据收支平衡原则确定筹资标准（收入额）。

社会保险已满足大数定律，基本无须考虑逆向选择，不需像设计商业健康保险费率那样使用精算方法。社会医疗保险缴费标准的计算逻辑是，从历年支出数据，计算支出增长率并加以预测，再考虑实际补偿比调整因子，以及由于补偿比上涨带来的道德风险（合并到支出增长中），另外还有参保人口增长率，计算出人均筹资标准。计算公式表述如下：

$$\frac{\text{基年人均支出} \times (1 + \text{人均年均支出增长率})^n \times \frac{\text{调整前补偿比}}{\text{调整后补偿比}} \times \text{参保人口} \times (1 + \text{参保人口增长率})^n}{\text{参保人口} \times (1 + \text{参保人口增长率})^n}$$

其中，以 2012 年为基年， $n=4, 5, 6, 7, 8$

附录表 1 给出了北京市 2008-2014 年城居保与新农合的基金支出和参保情况。我们将两项制度的参保人数和基金支出分别加总，计算出人均支出，再根据历年支出计算出每年的增长率。由于新农合只有 2012-2014 三年数据，我们以该期间的数据为依据，以 2014 年为基年，计算出年均增长率，再对 2016-2020 年加以预测。2012-2014 年间，新农合基金总支出的年均增长率为 11.87%，城居保为 26.71%，总基金支出的年均增长率为 16.73%，人均支出的年均增长率为 17.27%。

对于参保人口数，我们分别计算 2012-2014 年间城居保和新农合加总后的参保人数的平均增长率，以及城职保在此期间参保人数的平均增长率。以 2012 年为基年，分别估算 2016-2020 年城居保和新农合加总后的参保人数、城职保参保人数，将两者加总即得基本医疗保险总参保人数。2012-2014 年间，城居保参保人口呈增加趋势，新农合则呈减少趋势，两者合计年均增长率约为-0.47%。该下降率比 2008-2014 间的年均-0.18%要低，但考虑到社会变迁下就业模式多样化引发的参保人口下降，我们认为-0.47%的比率较为合理，并以此估算 2016-2020 年间的参保人数。2012-2014 年城职保参保人数的平均增长率约 5.02%，据此估算 2016-2020 年间城职保的参保人数。将以上两组估算数据加总，得到基本医疗保险的参保总人数（附录表 1）。

考虑到基金安全，以及适度的道德风险，在估算十三五期间的筹资标准时，我们将人均年均支出增长率设定为 17.27%，并分别以 20%、15%、10%三个标准进行对比分析，设定调整前后补偿比分别定为 50%和 75%，具体筹资标准估算结果见附录表 2。北京市 2012-2014 年的年平均工资分别为 62677 元、69521 元、77560 元，年均增长率为 11.24%，以此估算 2016-2020 年的社平工资。在此基础上估算基本医疗保险筹资标准占社平工资的标准（附录表 2）。

对于财政负担，我们以两种标准设定两种方案进行估算：（1）方案 1：个人缴费/财政补助=3:7，财政负担 70%；（2）方案 2：个人缴费/财政补助=4:6，财政负担 60%。具体结果见附录表 2。

#### （1）统一基本医疗保险人均筹资额

以人均支出增长率 20%、17.27%、15%和 10%计算出的 2016 年北京市全民医保人均筹资额分别为 2081 元、1898 元、1756 元和 1470 元，占社平工资的比例均为 2%（附录表 2）。

按照职工平均工资的 2%缴费，在提高个人缴费责任的前提下，以 4:6 标准设定个人、政府缴费责任，个人和政府分别承担 0.8%和 1.2%。

#### （2）统一基本医疗保险下的财政负担

如前所述，我们以两种标准分别设定两种方案估算财政支出负担。方案 1 是个人缴费：财政补助为 3:7，方案 2 是个人缴费：财政补助为 4:6。

在方案 1 下，将参保人数与人均筹资额相乘，即可得总筹资额，再乘以 70%即可得政府财政分担额。依同样思路可估算方案 2 下的财政负担。同时，我们还以社平工资，以及筹资占社平工资之比为标准，分别估算了方案 1 和方案 2 下的财政负担，具体计算方法是用社平工资乘以参保人口，再乘以财政分担额（方案 1 和方案 2 分别为 1.4%和 1.2%）。具体结果见附录表 2。

在方案 1 下，以 17.27%的人均增长率标准估算，2016 年的财政负担约 264.5 亿元，到 2020 年将达到 584.1 亿元。以 10%、15%、20%标准估算的 2016（2020）年财政补贴额则分别为 204.7 亿元（350 亿元）、244.6 亿元（499.5 亿元）、290 亿元（702.2 亿元）。以社平工资标准测算的 2016 年和 2020 年财政负担分别为 267.4 亿元和 478.1 亿元。

在方案 2 下，以 17.27%的人均增长率标准估算，2016 年的财政负担约 226.7 亿元，到 2020 年将达到 500.6 亿元。以 10%、15%、20%标准估算的 2016 年（2020 年）财政补贴额则分别为 175.5 亿元（300 亿元）、209.6 亿元（428.2 亿元）、248.5 亿元（601.8 亿元）。以社平工资标准测算的 2016 年和 2020 年财政负担分别为 229.2 亿元 409.8 和亿元。

附录表 3 提供了对原城居保和新农合参保人进行的财政补贴额，与附录表 2 的区分是不包含对职工部分的财政支出。

附录表 1. 北京市 2008-2014 城居保、新农合与城职保情况及 2016-2020 年间参保人数预测

年份	城居保和新农合			当年基金支出			人均支出	支出增长率 (%)			城职保	预测总参保人数
	参保人数 (万人)			(万元)							人数 (万人)	
	城居保	新农合	合计	城居保	新农合	合计		城居保	新农合	合计		
2008	147.5	272.5	420	33308.7	--	--	--	--	--	--	871	
2009	145.5	275	420.5	40581.3	--	--	--	21.83	--	--	938.4	
2010	143.7	278.5	422.2	46797.9	--	--	--	15.32	--	--	1063.7	
2011	159.8	276.8	436.6	74219.7	--	--	--	58.60	--	--	1188	
2012	151.9	267.4	419.3	87994.1	192591	280585.1	669.2	18.56	--	--	1297.7	
2013	160.1	254.3	414.4	129867.0	228450.1	358317.1	864.7	47.59	18.62	47.59	1354.8	
2014	173.0	242.4	415.4	141285.0	241008.4	382293.4	920.3	8.79	5.5	8.79	1431.3	
年均增长率 (%) (2012-2014)	6.72	-4.79	-0.47	26.71	11.87	16.73	17.27	--	--	--	5.02	
预测			(1)								(2)	(1) + (2)
2016			411.5								1578.6	1990.0
2017			409.5								1657.8	2067.3
2018			407.6								1741.0	2148.6
2019			405.7								1828.4	2234.1
2020			403.8								1920.2	2324.0

资料来源：国家统计局；北京市国民经济和社会发展统计公报（2008-2014）；2014 年北京市卫生事业发展统计公报；2013 中国卫生统计年鉴。

附录表 2 不同增长率下北京市十三五期间基本医疗保险筹资和财政负担测算

年份	参保人口	人均筹资标准 (元/年)				方案 1 的财政负担 (亿元/年)				方案 2 的财政负担 (亿元/年)			
	(1)	(2)				(1) * (2) * 70% / 10000				(1) * (2) * 60% / 10000			
		人均增长率 (%)				人均增长率 (%)				人均增长率 (%)			
		20	17.27	15	10	20	17.27	15	10	20	17.27	15	10
2016	1990.0	2081	1898	1756	1470	290.0	264.5	244.6	204.7	248.5	226.7	209.6	175.5
2017	2067.3	2498	2226	2019	1617	361.5	322.2	292.2	233.9	309.8	276.2	250.4	200.5
2018	2148.6	2997	2611	2322	1778	450.8	392.7	349.2	267.5	386.4	336.6	299.3	229.3
2019	2234.1	3597	3062	2670	1956	562.5	478.8	417.6	305.9	482.1	410.4	357.9	262.2
2020	2324.0	4316	3590	3071	2152	702.2	584.1	499.5	350.0	601.8	500.6	428.2	300.0
	社平工资 (元/年)	占社会平均工资的比例 (%)				以社平工资标准测算的财政负担 (亿元/年) 社平工资*参保人口*1.4%/10000				以社平工资标准测算的财政负担 (亿元/年) 社平工资*参保人口*1.2%/10000			
2016	95974	2	2	2	2	267.4				229.2			
2017	106761	2	2	2	2	309.0				264.9			
2018	118761	3	2	2	1	357.2				306.2			
2019	132110	3	2	2	1	413.2				354.2			
2020	146959	3	2	2	1	478.1				409.8			

数据来源：根据专栏表 1 进行预测而得。

附录表 3 不同增长率下北京市十三五期间全民健保筹资和财政负担测算（居民部分）

年份	参保人口	人均筹资标准（元/年）				方案 1 的财政负担（亿元/年）				方案 2 的财政负担（亿元/年）			
	(1)	(2)				(1) * (2) * 70% / 10000				(1) * (2) * 60% / 10000			
		人均增长率 (%)				人均增长率 (%)				人均增长率 (%)			
		20	17.27	15	10	20	17.27	15	10	20	17.27	15	10
2016	411.5	2081	1898	1756	1470	60.0	54.7	50.6	42.3	51.4	46.9	43.3	36.3
2017	409.5	2498	2226	2019	1617	71.6	63.8	57.9	46.3	61.4	54.7	49.6	39.7
2018	407.6	2997	2611	2322	1778	85.5	74.5	66.2	50.7	73.3	63.9	56.8	43.5
2019	405.7	3597	3062	2670	1956	102.1	86.9	75.8	55.6	87.6	74.5	65.0	47.6
2020	403.8	4316	3590	3071	2152	122.0	101.5	86.8	60.8	104.6	87.0	74.4	52.1
	社平工资（元/年）	占社会平均工资的比例（%）				以社平工资标准测算的财政负担（亿元/年） 社平工资*参保人口*1.4%/10000				以社平工资标准测算的财政负担（亿元/年） 社平工资*参保人口*1.2%/10000			
2016	95974	2	2	2	2	55.3				47.4			
2017	106761	2	2	2	2	61.2				52.5			
2018	118761	3	2	2	1	67.8				58.1			
2019	132110	3	2	2	1	75.0				64.3			
2020	146959	3	2	2	1	83.1				71.2			

数据来源：根据专栏表 1 进行预测而得。

注：本部分财政负担与专栏表 2 的区别是不包括职工部分的补贴。

## 附录 2. 互联网医疗与医改突破口

整体资源不足、优质资源稀缺、资源配置效率低下、供需关系扭曲带来社会矛盾激化，是我国目前教育、医疗等公共领域普遍存在的问题。习近平总书记在此前召开的国际教育信息化大会贺信中指出，要以信息化手段扩大优质教育资源覆盖，这恰恰也是解决医改多年浸入深水区的改革捷径。

过去六年医改始终没有解决看病难、看病贵，直接原因即是分级诊疗未能建成，优质医疗资源的供需关系紧张甚至矛盾激化。此前习近平总书记称大医院为“战时状态”是最为形象的描述，大量轻病患者因为不知道“合适的医生”上哪去找，不得不涌入大医院就医，时间金钱巨大损耗，专家则浪费大量时间精力在本不需要专家服务的患者身上，造成优质资源更加紧缺。

尽管相关政策试图通过行政强推，将轻病患者引流到基层医疗机构，但医疗卫生体系之所以需要改革，本就是因为行政主导的公立医疗体系下，医疗资源配置行政等级化、行政区域化，患者对更大的城市、更高等级的医院趋之若鹜，才会造成“看病难”和“看病贵”。

由此，医改想要用“行政主导”破除“行政主导”，无疑道长且阻，但新兴的互联网技术发展，为医改低成本破冰，实现“弯道超车”，提供了极大的机遇和可能。

### 一、互联网医疗可以为医改做什么？

互联网技术的发展，带来的一大好处是，极大程度地降低了信息不对称程度，相关各方交易成本大大减少，长效信誉机制逐步建立，从政府到社会各方在信息公开、数据公开的环境下进行监督监管更加便捷全面，资源优化配置效率明显提高。

这使得政府多年对医疗行业重重管制的理由不复存在。过去，政府管制医疗机构的准入、管制医生的执业地点、执业范围，是担心信息不对称下，患者可能遭受的健康危害；政府管制药品销售，是担心患者潜在的用药风险；政府限制医疗机构的业务范畴，是防范机构服务能力与患者需求不匹配；而医疗行业自身的专业复杂性带来的行业监管难度较高，又使得政府对放开管制慎之又慎。

互联网信息技术的发展，恰恰使上述担忧全部消解。医疗机构、医生乃至药品销售机构的信息全部可以通过网络平台公开透明，患者的广泛参与、互动将推动相关各方追求长期信誉，为自己的行为负责；电子化的服务交易记录，使得每一个服务环节有据可查。医疗服务提供方的能力水平不再需要政府通过行政级别的划分来背书（即高等级医院能力更强），而是形成社会广泛认可的行业声誉，形成更为有力的制约与激励。

医患双方的精确匹配由此才有实现的可能。患者可信任的范畴大大增加，不再只有挂着“公立三级医院”招牌的医生、护士、手术、设备乃至用药可堪选用，“合适的医生”与“合适的治疗”可以在网络平台上遍地存在，优则广为人知，劣则严惩不贷。

信息化技术为医改目标的实现提供了新的途径：

首先，取消药品加成都不能打破的“以药养医”，在互联网医疗中无法存活。取消医院的药品加成销售，只是挤压院方的药品利润空间，并不涉及医生个人收取的药品回扣，也就无从改变医生的处方行为。而现有公立医院虽然普遍加强信息化建设，但只是形成一个个信

息孤岛，拒绝对外联通。医生处方难以为外界所知，因此难以对医生行为进行有效监管；医院内部处方电子化，甚至让患者无法持处方举证投诉。一旦信息孤岛被打通，形成广泛的信息互联，医生处方信息受到行业监管部门、保险经办部门、商业保险机构等相关各方实时周密监控，其违规违法成本就会大大提高，这将有效地约束医生的用药行为，也对院长加强管理、医院自我规范形成极大的倒逼作用。

其次，多次出台文件支持、但至今没有实质发展的社会资本办医，可以借助互联网平台迅速繁荣。社会资本办医迟迟不能快速发展，根源在于难以取得患者的信任，行业信息不公开、不透明，使得从患者到医保支付方，都不能对医疗机构乃至医生个人做出明确的比较与评价，甚至于医生本人在选择医疗机构执业时，都对非公立机构充满忐忑和担心。互联网医疗则消解了这些问题，社会广泛监督、患者广泛参与将加大对医疗机构的制约，督促机构行为的规范，同时也就使机构更容易获得患者和医保支付方的信任。这也为基本医保经办部门选择定点机构时提供了更明晰的选择参照，明确了支付标准，扩大了支付范畴，进而也助力非公立医疗机构的发展。

这也让医生这一核心人力资源的自由流动成为可能。互联网平台上，医生为自己的名誉背书，为自己的诊疗行为、用药行为负责，通过个人的努力赢得患者，而不是通过公立身份被患者拥簇。没有医生的自由流动，就没有非公立医疗机构发展，遑论医疗资源优化配置。再次，任何行业的发展都离不开分工精细化、专业化，医疗资源优化配置，也必须依托于诊疗的分级和分类。现有行政主导的医疗体系下，公立医院凝聚患者的信任，也就凝聚患者需要的全部医疗功能，从门诊到住院，从检查化验到手术，从用药到护理。效率的提高需要分工，互联网医疗带来信息透明可查，不同功能机构也能无缝衔接，医生和机构可以依托互联网平台，对患者需要的诊断、治疗、检查、用药、康复护理分类提供，彼此间仍可保持紧密合作，这才能大大缓解现有优质资源的紧缺，缓解日趋激烈的医患矛盾，真正实现“分级诊疗”。

## 二、互联网医改实验区，政府需要做什么？

依托于信息技术的医疗服务模式，对市场也就是患者需求的反应，无疑要比过去更加快速和及时，行政干预只会滞后于市场的脚步，难以做精细的前期指导，但这不代表我们放弃发挥政府应有的作用。互联网医疗的快速发展，需要政府在以下政策方面，为相关各方解锁解压。

首先，不再以物理距离、地理位置、执业机构限制执业医师的处方行为。目前，我国执业医师进行诊疗、开具处方，受到政策诸多限制，医生只能在一个执业地点行医，多点行医多数需要院长批复同意，如果在非注册地行医，甚至存在违法风险，更不用说通过网络诊疗和开具处方。

互联网医改实验区需要突破如上现行规定。可以将医改实验区作为全国医生的第二执业地点选择，凡在医改实验区注册的机构，或在实验区备案的执业医师，都应给予网络诊疗、网络处方的合法资质，其中机构不局限于传统定义的医疗机构，互联网医疗平台也应纳入其中。机构信息系统必须对外联通，保证电子处方可以外流，患者可以携带，同时允许处方药通过互联网销售，进而推动医生自由执业、医药分开。

2014 年国家食药监总局已在公开发布的文件中表示，拟放开处方药网络销售，这一新规应在医改实验区率先落实。结合电子处方外流，患者可以凭电子处方到任意药店或者选择任意网商购药，医药自然而然分开，回扣空间大大减小。

再考虑到国家医改保基本、建基层的政策目标，鼓励医生在医改实验区开设网上诊所，通过网络为全国患者提供常见病、多发病的诊疗服务，也是医改实验区应该强推的方向。

其次，不再限制社会医保与商业医保的多种合作以及医保资金网络支付。目前，我国基本医保经办部门与商业保险合作的空间非常有限，简单局限在委托经办也就是支付功能。但在全民医保建立、基本医保成为医疗服务最大买方的情况下，医保应有的功能绝不仅限于支付，更多要实现的是引导资源配置，提高参保人所能享有的服务质量，同时优化基金的使用效率。

如前述，互联网医疗将为基本医保优化管理、探索医药价格市场化形成机制，提供极为清晰的参照，同时，互联网医疗的发展也需要基本医保的支持。医改实验区应该突破目前的政策约束，鼓励基本医保经办方与商业保险公司多样态合作，建立集合支付、服务、监管多功能为一体的医保网络服务平台，对互联网医疗形成网络支付，并根据不同业务样态开发多种多样的支付方式，提高参保人健康福利。

这一政策不应局限于实验区本地的医保经办部门。全国其他地区的医保经办机构，应允许自愿选择实验区注册的互联网医疗机构作为本地参保人的就医定点机构。

再次，不再限制医疗服务提供的多样态，也不再根据医疗机构等级限制服务范围，打造“医疗硅谷”。我国对医疗机构功能的划分定位，已经远远落后于多样化的就医需求。医疗机构服务内容的范围大小，还在由卫生行政部门根据等级限定。事实上，医疗机构的服务能力，很大程度决定于医生，当医生开始流动，这种管理方式就暴露出其僵化与不合理。医改实验区应该打破这样的约束。凡在实验区注册的机构，可根据市场需求及自身服务能力，灵活决定服务范畴。鼓励开设专业的检查中心、手术中心、康复护理中心等。全国各地的执业医师，都可以通过在实验区备案，进而在实验区提供线下手术治疗，这将大大拓展外科医生的自由执业范畴，推动分工精细化、专业化。

慢病管理也可以在这种政策环境下实现飞跃。通过实验区慢病数据电子化、平台化，互联网公司可以摸索出慢病管理、术后康复等一整套服务路径，为现有医疗体系查缺补漏，而由此积累形成的医疗大数据，也为健康产业发展带来非常重大的意义。

最后也是最重要的一点，强制信息公开，为互联网医疗健康发展保驾护航。在现有政策要求基础上，扩大信息公开的内容范畴，建立定期对社会公众信息披露机制与问责机制，加强社会广泛参与的第三方监管。信息披露方对所披露信息负法律责任。

## 附录 3. 医疗服务模式创新的国际经验

世界卫生组织 2012 年一份关于远程医疗的报告指出，远程医疗给医疗服务水平不足的发展中国家带来更大的好处，这些国家首要关注的是基本就医问题，远程医疗为其中缺医少药的人群提供了获得医疗服务的渠道，满足此前未能满足的就医需求，并对整体的卫生保健服务产生积极的影响。

对于像中国这样的发展中国家，医疗服务体系最引人注目的变革，并不在于对尖端临床技术（治疗手段）的突破，而是如何通过体制、机制性变革，在扩大医疗服务可及性同时还能保证服务的质量、效率以及患者的支付能力。包括远程医疗在内的新型医疗服务模式为此提供了非常广阔的空间。

### 一、医疗服务专业化分工

传统医疗服务提供中，医疗服务仅由医院和医生诊所提供，从就医、化验、诊断、治疗一直到术后康复、慢性病管理，上述两类机构几乎涵盖了所有的功能，使得机构运营成本高、主要职能不清晰，大量的成本投入了日常的运营，而不是针对患者的治疗。新兴的医疗服务模式，展现出更多专业化分工的特点，将多个功能分散到相互独立的各类机构，借助不断进步的信息技术、诊疗技术，给予患者更加便宜、高效的服务。

仅仅将诊断与治疗分散到不同的机构，就已经可以显著地提高服务效率。在信息技术的协助下，患者可以通过互联网，上传自己的检验结果，从专业医生处获得准确的诊断，而治疗可以通过微型诊所、专科医院等完成。在诊断精确的基础上，许多病症的治疗都只是可控、可复制的流程，医生助理甚至护士即可完成这些治疗工作。

美国已经出现相当一部分致力于此的机构，如迅捷诊所（RediClinic）和分钟诊所（Minuteclinic）<sup>16</sup>，肖尔代斯医院（Shouldice Hospital）等外科专科医院，还有许多眼外科诊所、心脏病医院、癌症康复中心等。相对于传统医院对所有服务按项目收费，这些聚力于治疗的机构已经开始基于单个程序向患者收取固定费用。流程统一，风险可控，带来的医疗费用支出也就清晰而明确。2006 年 9 月，盖辛格健康系统（Geisinger Health System）的 ProvenCare 计划开始对选定的心脏搭桥手术向保险公司收取固定费率费用，还提供 90 天的保质期。

克莱顿·克里斯坦森的研究表明，与同时提供诊断和治疗的医疗机构相比，这些只提供特定治疗服务的诊所能够以一半的价格提供水平相当的医疗服务。同样治疗外部腹壁疝，肖尔代斯医院仅收治少数类型的外部腹壁疝患者，但所有患者都采用相同的临床路径，总共只需四天时间，第一天膳食准备，第二天进行手术，第三天和第四天休养，总成本为 2300 美元，病人满意率接近百分之百，医疗事故诉讼成本几近为零；相反，在北美的一家综合医院，相同手术的成本为 3350 美元，且手术在门诊完成，如果病人住院，成本将高达近 7000 美元。上呼吸道感染、鼻窦炎、咽炎等常见多发病也都可以在主要由护士执业的微型诊所完成治疗。美国微型诊所领域专家 Mary Kate Scott 统计，在正确的技术支持下，总计 60 种到 100 种左右病症可以由微型诊所处理，虽然种类有限，但这些病症占去美国看家庭医生病症的 17%，而微型诊所处理这些病症的费用，要比看家庭医生的费用低 32%到 47%。其方便快捷、无需排队的特点，也大大减少了患者就医的时间，大大提升了患者的满意度。

<sup>16</sup> 2007 年被美国连锁药店 CVS 公司收购。

由于护理人员就足以在新型医疗服务模式中发挥主要作用，这大大减轻了医生的工作负担，医生人力资源可以更多地投向专业的临床诊断。美国克利夫兰诊所（The Cleveland Clinic）通过重组将诊所改为以跨科室专家合作为特色的机构，比如在神经病学研究所雇佣肿瘤科医生、放射科专家、神经外科医生、精神科及心理学专家等，与神经病学医生整合，尽可能精确地诊断患者的病因及不同类型。而诊断的不断精确化，又推动了诊断与治疗更好的分工。

此外，医生也可以借助信息技术，极大地拓展提供医疗诊断的范围。传统社区中，一个全科医生的服务范围约为 1000 到 1500 人，而在新型医疗服务模式中，患者无需再倚赖面对面的就医模式，医生可以借助互联网向天南海北的患者提供服务，做出诊断。在这种新型服务模式下，全科医师团队可以将自己的服务范围扩大到原来传统模式下的 5-10 倍。

新墨西哥州立大学的 ECHO 项目使用电子通讯技术为新墨西哥州的农村社区提供专科医疗服务，如丙型肝炎和艾滋病的治疗。但 ECHO 项目是通过专科医生和当地的医疗服务提供者合作完成的，在此过程中，当地的医护人员技术能力都得以提高，间接推动了当地医疗服务水平的提升。这对于发展中国家或欠发达地区显然意义重大。

## 二、建立协调网络，推动患者自我疗愈

快速发展、深入生活各个角落的互联网也给慢性病的治疗与管理带来了新的可能。许多慢性疾病的治疗效果，与患者自身的生活方式、日常行为息息相关。如何提高慢性病患者对治疗方案的依从性，是许多医生头痛的问题，仅仅依靠医生开具处方，显然效果有限，而慢性病发生的长期、巨额的费用，已经越来越成为各国最主要的疾病负担。

在美国，搭建于互联网平台之上的患者网络，让患者得以主动参与对自己的治疗，大大改善了治疗的效果，也显著地降低了治疗的成本。

以 dLife 网站为例，致力于帮助糖尿病患者及其家属建立网络互助，通过播出电视节目和网站导航，让注册用户互相帮助和鼓励。同样的机构还有 Waterfront Media 公司和 WebMD 公司，致力于建立面向慢性病患者的互助网络，利用大量的患者数据，让病人可以找到其他“像自己一样的人”。病人可以直接通过与其他病友的对比来了解自己的治疗进展，最终这些病人彼此间能相互交流，相互学习。

对于带有依赖性的慢性疾病，这样的治疗尤为有效。以戒酒为例，在病人网络中交流的都是用户自制的内容。他们互相分享战胜饮酒成瘾的经验，在戒酒的过程中相互鼓励。尽管不少医生也为患者治疗急性戒酒症、酒精性肝病或者酒精中毒，但他们在治疗作为病因的慢性病方面，作用有限。

在网络支持下，这类机构可以帮助患者利用注册的私人病历和匿名的医疗费用账单，查找相似的“病友”，有些甚至可以提供度量指标供患者与类似病友对比。结合模型预测工具，可以计算疾病发生的概率，并得出相应的预防与治疗建议。随着数据不断积累增加，匹配和诊断的精确度也随之不断攀升，形成了良性的循环。

这也为医生的成长带来极大的便利。在传统的医疗服务模式中，医生的诊疗水平很大程度上取决于其临床经验的积累，而如今基于互联网平台形成的大数据，让医生可以轻易地浏览众多的病例，提高诊断的精确程度。

在美国，不宁腿综合征（RLS）基金会帮助病人“获取最新的治疗方案，并用信息武装自己以向医生传授他们关于 RLS 的信息”。这成为医生学习进步的一个新渠道。

## 后记

中国的医疗卫生体制改革不仅伴随着中国的改革开放过程，带有鲜明的社会主义市场经济体制的特征，而且也正好遭遇了全球性的人口结构转变期、疾病谱变化期以及医学模式的转变期。这使得问题变得更加复杂。医改过程中不仅有旧体制向新体制的改革问题，而且也时时面临着医学模式和人们健康观念的演变。医改研究是中国社会科学院公共政策研究中心多年来一直关注的领域。在这方面，中心积累了大量研究素材，也积累了大量对医改、对中国经济社会转型的思考。这些思考正好与中央提出的五大发展理念以及全面实现小康社会的战略目标相契合。健康中国建设是全面实现小康社会的主要内容之一，也是中国实现伟大复兴的必然要求。健康中国的实践需要在五大发展理念下，逐步构建适应中国特色社会主义制度的基本健康制度。从医改的现实出发，也需要拓展医改理念，从基本健康制度的角度来理解医改，从而切实深入推动医改。这是出版本报告的主要的出发点。

之所以以北京作为案例，有两个理由：一是北京作为经济发达地区以及高端医疗资源聚居区，居民对基本健康制度的需求更为迫切，推动基本健康制度建设的现实条件更为充分。北京的探索无疑为全国构建基本健康制度提供一个蓝本。第二个原因则是现实原因，即中心去年承担的北京市医改办“十三五”规划前期研究课题，本报告即以该课题的结项报告为基础。中心与北京市医改办有多年合作关系。北京市医改办也愿意从前沿探索的角度来促成本报告。

此外，根据中央关于智库建设的部署，中国社会科学院也在积极推动智库建设。因此，本报告即以智库丛书的形式出版。在此，需要感谢出版社\_\_\_\_\_。

本报告的整体框架由朱恒鹏（研究员，中国社会科学院经济所副所长、公共政策研究中心主任）、梁杰（北京医改办综合组组长）、王震（中国社会科学院经济研究所副研究员、公共政策研究中心副主任）设计统筹。参加报告撰写的课题组成员包括：咎馨（中国社科院公共政策研究中心研究助理）、彭晓博（中国社科院经济所在站博士后）、林绮晴（中国社科院公共政策研究中心研究助理）、周彦（中国社科院公共政策研究中心研究助理）、孙梦婷（中国社科院公共政策研究中心研究助理）、徐静婷（中国社科院公共政策研究中心研究助理）。北京市医改办的张予、\_\_\_\_\_等同志作为课题组成员也在数据搜集、报告讨论、资料分析等方面做了大量工作。

中国社会科学院公共政策研究中心课题组  
2016-06-12