

北京市医药卫生体制改革的经济社会影响分析

目 录

序 言.....	4
第一章 绪论：北京医药卫生体制改革的政策特征及其影响	8
第一节 中国医改进程的逻辑及当前改革重点.....	8
一、财政压力推动下的医疗卫生机构扩大经营权、自主权改革.....	9
二、需方改革：搭建全民医保框架.....	13
三、供方改革：2009 年新一轮医改的重点.....	15
四、重建分级诊疗体系.....	19
第二节 北京市医药卫生体制改革的背景及政策特征.....	20
一、北京市医改面临的特殊背景.....	20
二、北京市医药卫生体制改革的政策特征.....	23
第三节 医疗卫生体制改革经济社会影响机制及分析框架.....	24
第四节 北京市医改的微观及宏观影响.....	26
一、北京市医改微观影响.....	26
二、医改的宏观影响分析.....	28
三、医改的长期经济社会影响.....	33
四、小结.....	34
第五节 本书的结构	35
第二章 北京医改的政策演变及特征	37
第一节 医疗保障制度改革	37
一、城镇职工医疗保险.....	38
二、城镇居民医疗保险.....	40
三、新农合.....	41
四、医疗救助.....	45
第二节 基层医疗卫生机构改革	46
第三节 公立医院改革	48
第四节 公共卫生、行业监管政策及其他医改相关政策	52
一、公共卫生.....	52
二、卫生行业监管.....	53
三、写入规划但尚未出台具体办法的政策.....	53
第三章 基层医疗卫生体制改革及其影响	55
第一节 北京市基层医疗卫生机构“零差率”药品实施情况.....	55
第二节 基本药物制度与基层医疗卫生服务.....	58
一、基本药物制度的政策目标.....	58
二、低价格成为现实中实施基本药物制度的首要目标.....	59
第三节 基本药物制度对基层医疗卫生机构运行的影响.....	61
一、基本药物制度的实施限制了基层医疗卫生机构职能发挥.....	61
第四节 基本药物制度对社区居民就医行为的影响.....	67
一、低价策略不能起到吸引居民到基层医疗卫生机构就医的效果.....	68
二、全部使用基本药物的规定限制了居民的健康选择权.....	69
三、造成大量社区居民重新回流至大医院就医.....	71

第五节 基本药物制度与社会医疗保险.....	72
一、基本药物制度与社会医疗保险的关系.....	72
二、我国基本药物制度对医疗保险的影响.....	72
第六节 结论及政策建议.....	75
第四章 北京市公立医院改革效果分析.....	78
第一节 北京市公立医院改革的背景及政策特征.....	78
第二节 法人治理机制改革.....	80
第三节 “医药分开”改革.....	82
第四节 医保付费方式改革的影响.....	89
第五章 医改与医药产业发展.....	97
第一节 北京市医药产业的主要特征及发展趋势.....	97
一、医药制造业.....	97
二、药品流通业.....	100
第二节 医改对药品生产领域的影响.....	102
第三节 医改对医药流通业的影响.....	104
第四节 医改对医疗机构药品使用的影响.....	106
一、医改对北京市医院药品使用的影响.....	106
二、基本药物制度对北京市社区卫生服务机构药品使用的影响.....	110
第五节 结论.....	113
第六章 北京医药卫生体制改革与健康产业发展.....	114
第一节 医改与健康产业发展.....	114
第二节 健康产业及北京健康产业发展的经济社会背景.....	116
一、健康与健康产业.....	116
二、健康产业的框架与体系.....	117
三、北京促进健康产业发展的必然性.....	119
第三节 北京健康产业发展的基础及面临的挑战.....	123
第四节 医改促进健康产业发展的政策选择.....	126
一、政策思路的转变.....	127
二、几个重点领域的改革.....	127
附录一 医疗卫生对经济社会发展影响的理论与国际经验.....	130
一、医疗保障制度对居民消费的影响.....	130
二、医疗卫生相关产业对经济增长和就业的贡献.....	131
医疗卫生及相关产业对区域经济发展的影响:一个案例.....	133
三、医疗卫生对居民健康水平的影响.....	134
四、国外医疗体制改革的经验.....	135
附录二: 如何建立竞争性的社区守门人制度.....	136
后 记.....	141

序言

自 2009 年启动新一轮医改以来，按照中央的部署，各地都根据实际情况采取了深化医改的诸多措施。当然，由于不同地区的发展水平有差异，面对的环境不尽相同，具体的医改措施也都带有各地的不同特征。对于北京而言，医改的推进需要考虑下面几个特殊的约束条件：

首先，北京作为首都，高端医疗资源集中，是全国的医疗中心。2013 年北京每千人口的执业医师数为 5.5 人，上海只有 3.77 人，天津为 2.95 人，全国平均只有 1.67 人。北京三级医院数量为 65 家，其中三级甲等医院 44 家；上海和天津三级医院分别为 44 家和 38 家，其中三级甲等医院只有 36 家和 23 家。

其次，北京的经济发展水平和人均收入都较高，产业结构以第三产业为主，对医疗卫生服务的需求，特别是对高端医疗服务的需求本就较高；而北京拥有的高端医疗资源又吸引了大量外地来京就医患者，二者叠加，北京的高等级医院“拥挤”的状况更为严重。

第三，北京市医疗机构的所属状况复杂，既有北京市属机构，也有中央所属机构、军队医疗机构以及企业所属的医疗机构。在执行医改政策的过程中，不同机构之间的协调是一个重要的问题，对一些措施的实施产生影响。

在上述背景下，北京市的医改在多个方面进行了探索，根据实际情况推出了一系列的政策措施。这些探索既有成功的经验，也有不甚成功的

教训。本书的目的就是通过系统的梳理北京医改几年来的探索，分析其对经济社会各方面发展的影响，总结北京医改的经验和教训。这不仅对北京下一步推进医改继续深入具有重要意义，而且也为其他地区的医改提供了借鉴。

北京市医改的主要措施以及对这些措施的影响的分析，在本书正文中都有详细介绍和解释，在此不再赘述。我们说，中国的医改已进入深水区。那么进入深水区的医改如何继续推进，在这里就北京市医改推进中面临的一些问题，提出几点看法，供大家参考。

第一，继续深入推进医改，需要综合配套改革。医药卫生体制涉及到多个方面：在供方，既包括基层医疗卫生，也包括各级医院；既包括机构改革，也包括人事制度改革；在需方，既要考虑医疗保险的可持续性，也要考虑普通老百姓的支付能力与社会公平。除了供方与需方外，还涉及财政补贴、药品采购、分配制度等多个方面。这些方面的改革，牵一发而动全身，“单兵突进”式的改革有时难以推进，其主要原因就是其他方面改革不配套。在实际的改革过程中，这些方面涉及到不同的部门，既有卫生部门，也有医保部门，既涉及人事部门，也涉及财政部门，需要不同部门之间的相互配合与支持。在实践中，需要充分考虑不同部门的分歧与冲突，寻找契合点，共同推进医改。

第二，改革与发展相互促进，以改革促进发展，以发展带动改革。随着经济发展及居民收入水平的提高，一个社会的消费结构以及与之相适应的产业结构都会发生变迁。一般的规律是，在收入水平达到中高收入阶段，人们对服务类产品的需求比重不断提高，产业结构也不断“软化”，

向服务类为主的第三产业过渡。在这一过程中，对医疗、健康的需求成为主要需求之一，人们对高质量的医疗服务的需求不断高涨。从这个角度，健康产业的发展是适应居民需求结构变化、满足人民群众对高质量、多层次医疗服务需求的必然要求。从当前健康产业的发展状况看，仍面临诸多制度性障碍；而破除这些制度性障碍，需要进一步深化医改，以改革促进发展。另一方面，健康产业的发展，特别是多层次医疗服务供给的增加，又是缓解医疗服务短缺、进行增量改革的前提条件。当前的医改进入了深水区，对原有制度的改革面临较大的障碍。通过健康产业的发展，新的供给模式的形成，“倒逼”原有制度的改革，不失为推进医改的另一个政策选择。

第三，重视医疗卫生行业新业态的发展，通过促进新业态的发展，寻找深化医改的新途径。以现代信息技术和移动技术为代表的新技术滋生了医疗卫生行业的新业态。近年来兴起的互联网医疗就是其中的代表。在理论上，互联网医疗能够降低患者的搜寻成本，提高医患双方的匹配效率，通过信息公开有效降低信息不对称程度，提高医疗资源的利用效率。这些都是新技术下医疗卫生服务新业态带来的好处。除此之外，新业态的发展也为医改的进一步深化提供了新的途径。从当前医改面临的问题看，医改中的一些制度性顽疾难以通过传统的政策手段解决。而新业态的发展则可以通过新的途径，绕开这些障碍，从而为推进医改提供新的途径。当然，从目前新业态的发展看，仍处于起步阶段，多种模式都在进行探索，至于哪种模式能够成长起来，还需要进一步的研究。

医改是一个世界性的难题。北京市近些年来医改的实践不能说形成了成熟的改革模式，但北京医改的探索以及改革中发现的问题，仍不失为医改下一步的改革提供了有益的借鉴。本书对北京医改经济社会影响的分析，应该说还是比较初步的，一些结论也有待于进一步的研究和论证，意在起到抛砖引玉的作用。欢迎读者提出宝贵意见。

本书作者

第一章 绪论：北京医药卫生体制改革的政策特征及其影响*

若从 2009 年中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》发布为准，中国新一轮医改已经过去了 5 年（截止到 2014 年）。实际上，中国医药卫生领域的改革自上世纪 70 年代末随着改革开放已经开始了。北京市医药卫生体制改革与全国的改革在大方向是一致的，但由于北京自身具有的特点，使得北京的医改面临着一些其他地区没有的障碍。例如，北京作为政治中心和文化中心以及高端医疗服务中心，不仅承担北京居民的医疗服务提供，而且还面向全国提供高端医疗服务，使得北京的医疗机构面临的需求呈现负责化；北京医疗机构性质负责，既有大量公立医疗机构，也有大量非公立机构，既有中央所属机构，也有市属，也有大量区属、县属机构，还有为数不少的军队医疗机构。分析和总结北京市医改的经验，并对其经济社会影响进行初步的评估，不仅对下一步推动北京市的医改向纵深发展具有现实意义，而且对如何理解和总结全国的医改具有借鉴意义。

在对北京市医药卫生体制改革的经济社会影响进行分析之前，有必要对中国医改进程的演变及当前改革的重点做一分析，作为理解和把握北京市医改推进的背景。

第一节 中国医改进程的逻辑及当前改革重点

中国的医改在不同的历史阶段，其面对的主要问题以及采取的政策手段都与当时的历史背景，有其自身的逻辑。把握这个逻辑线索对理解当前的医改推进方向具有重要意义。从当前医改推进的关键环节和突破口来看，建立合理的分级诊疗体系已成为改革的重点¹，各地也出台了相关措施。提出分级诊疗作为当前医改的突破口，有其逻辑上的必然性，是中国医改推进过程中各种约束条件不断展开的结果。

在医改的不同阶段，由于面临的外部环境、约束条件的差异，选择的改革突破口是不同的。医疗卫生体制改革推进的第一个突破口是扩大医疗卫生机构（供方）的经营权和自主权，其背后的约束条件是财政压力，各级财政无法难以直接供养医疗卫生机构。但是，在医疗服务价格和药品价格管制下，扩大医疗卫生机构的经营权和自主权，产生的后果，一是以药养医，二是个人自付的医疗费用大幅上涨。解决这两个问题，改革重点转为了建立全民医保体系，通过社

* 本章执笔人：王震，中国社会科学院经济研究所，副研究员。

¹ “分级诊疗：重构医疗服务体系”，《健康报》2015 年 1 月 8 日 02 版。

会医疗保险的方式解决个人自付医疗费用过高的问题。在全民医保建立的过程中以及全覆盖后，虽然个人自付费用占比下降了，但以药养医的格局、医疗费用上涨的状况仍未得到很好的解决。当时提出的全民医保下医改的突破口，重点放在了医保付费方式改革上。总额预付、按病种付费、按人头付费、按床日付费等付费方式在各地进行了实践。但是，结果表明，若无供方改革的配套，医保付费方式改革很难取得预期的效果。因此，供方改革提上了改革日程。

在供方改革中，一个层面是基层医疗卫生机构的改革，改革的重点一是收支两条线，二是基本药物制度；二是医院的改革，主要是公立医院改革。第一个层面的改革，从目前的状况看，束缚了基层医疗卫生机构的发展，降低了基层医疗卫生机构的服务意愿、服务能力和服务动力，事实上将大量居民“赶到”了大医院。第二个层面的改革，至今未形成可供操作的模式，而目前看到的状况是各地的大医院越建越多、患者更多集中到大医院就医。而解决这一难题的突破口，基本的思路是建立合理的分级诊疗体系。从目前各地的实践来看，建立合理的分级诊疗体系面临诸多深层次的制度约束，还需要进一步的改革推进。

一、财政压力推动下的医疗卫生机构扩大经营权、自主权改革

在计划经济时期，中国的医疗卫生机构与其他提供公共服务的事业单位一样，由政府直接管理、财政供养，这是典型的政府直接提供公共服务模式。这一模式的一个前提条件是政府有充足的财政收入²。上世纪 80 年代到 90 年代中期，中国政府财政收入占 GDP 的比重持续下降，从 1978 年底的 31.1% 下降到最低点 1995 年的 10.3%（图 1-1）。另一方面，医疗卫生支出的财政支出主要是地方财政支出，占到了财政卫生支出的 97%-99%（表 1-1）。而地方政府的财政收入占比也出现了下降，特别是 90 年代中期分税制改革后，地方政府财政收入占比持续下降。在卫生总费用中，这表现为来自政府的卫生费用占比持续下降，从最高点 1982 年的 38.9% 下降到最低点 2000 年的 15.5%（图 1-2）。

在这一背景下，这一时期医改的主要政策手段是扩大医疗卫生机构的经营权和自主权，放开公立医疗机构的收费管制，鼓励公立医疗机构通过各种方式创收，提出“建设靠国家、吃饭靠自己”³。虽然这一改革模式受当时其他行业的改革，特别是国有企业改革模式的影响，但其背后的主要推动力之一还是财政压力问题，可称之为“财政倒逼式”改革。

² 实际上，在计划经济时期公立医疗卫生机构也并不是全部财政直接供养的，特别是在财政收入紧张的时期。计划经济时期的医疗卫生机构也有部分收费，并在一个时期实行预算包干的财务管理制度，见：朱恒鹏、咎馨、向辉，“财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革”，《经济学动态》，2014 年第 12 期，第 61-71 页。

³ 卫生部，“关于深化卫生改革的几点意见（卫办发（1992）第 34 号）”。

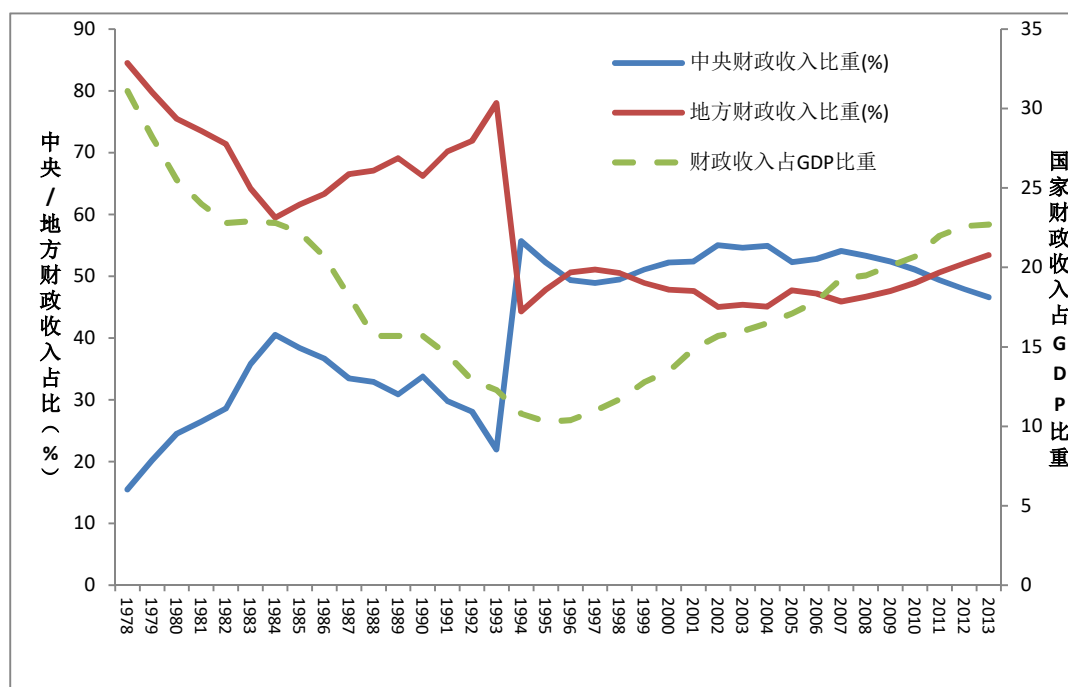


图 1-1. 中国改革开放以来财政收入状况 (1978-2013)

数据来源：历年《中国统计年鉴》

表 1-1. 财政卫生支出中央与地方占比 (单位：亿元；%)

	财政支出的 卫生事业费总计	其中			
		地方财政支出	占比	中央财政支出	占比
1991	145.5	141.8	97.41%	3.8	2.59%
1992	167.2	163.2	97.58%	4.1	2.42%
1993	201.8	197.4	97.85%	4.3	2.15%
1994	257.3	251.7	97.84%	5.6	2.16%
1995	297.3	291.3	97.99%	6.0	2.01%
1996	348.9	341.9	97.99%	7.0	2.01%
1997	390.7	382.9	98.00%	7.8	2.00%
1998	414.9	406.2	97.92%	8.6	2.08%
1999	445.7	438.5	98.39%	7.2	1.61%
2000	489.7	482.4	98.51%	7.3	1.49%
2001	569.3	557.5	97.93%	11.8	2.07%
2002	635.0	617.8	97.28%	17.3	2.72%
2003	778.1	756.0	97.16%	22.1	2.84%
2004	854.6	832.3	97.38%	22.4	2.62%
2005	1036.8	1015.6	97.95%	21.3	2.05%
2006	1320.2	1296.0	98.16%	24.2	1.84%
2007	1990.0	1955.8	98.28%	34.2	1.72%
2008	2757.0	2710.3	98.30%	46.8	1.70%
2009	3994.2	3930.7	98.41%	63.5	1.59%
2010	4804.2	4730.6	98.47%	73.6	1.53%

2011	6429.5	6358.2	98.89%	71.3	1.11%
2012	7245.1	7170.8	98.97%	74.3	1.03%
2013	8279.9	8203.2	99.07%	76.7	0.93%

数据来源：根据相关年份《中国卫生（和计划生育）统计年鉴》整理。

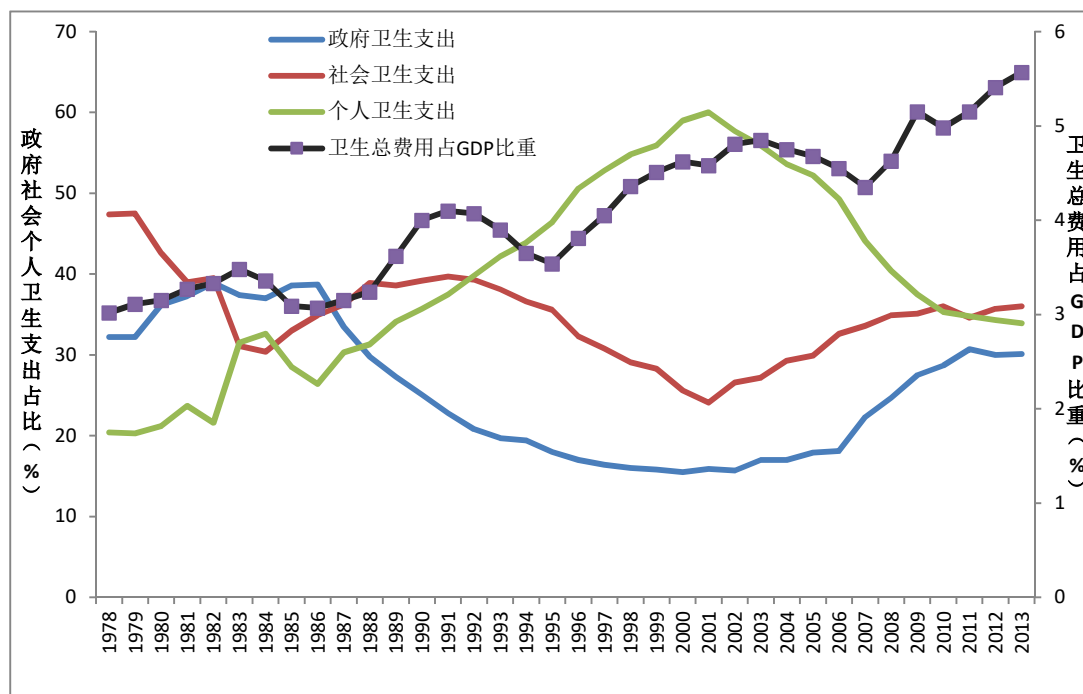


图 1-2. 中国卫生总费用构成历年变化情况 (1978-2013)

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴 2014》。

但是，这一改革并不彻底，同时也缺乏其他方面的配套，虽然解决了医疗机构的收入问题，但其他问题开始凸显。首先，医疗服务价格仍然严格管制，执行物价部门定价，药物价格则实行政府确定的加价率政策。在允许医疗机构创收的情况下，以药养医，通过药物收费补贴医疗服务成为医疗机构的选择。在这样的约束下，公立医疗机构倾向于使用更多的药物、高价格的药物，导致过度医疗、药物滥用⁴。中国综合医院的收入中，药品收入占全部收入的比重在 2000 年左右达到了 50%，占业务收入的比重也达到了 46%（图 1-3）。从人均门诊及住院费用中药品费占比的情况看，药费占门诊及住院人均费用的比例在上世纪 90 年代高达 50%-60% 以上；即使 2013 年这两个比例也在 40% 以上（图 1-4）。而药品费用占卫生费用的比重，在 OECD 国家大致在 20% 左右⁵。

⁴ 朱恒鹏，“医疗体制弊端与药品定价扭曲”，《中国社会科学》，2007 年第 4 期，第 89-103 页。

⁵ OECD, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, 2013, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

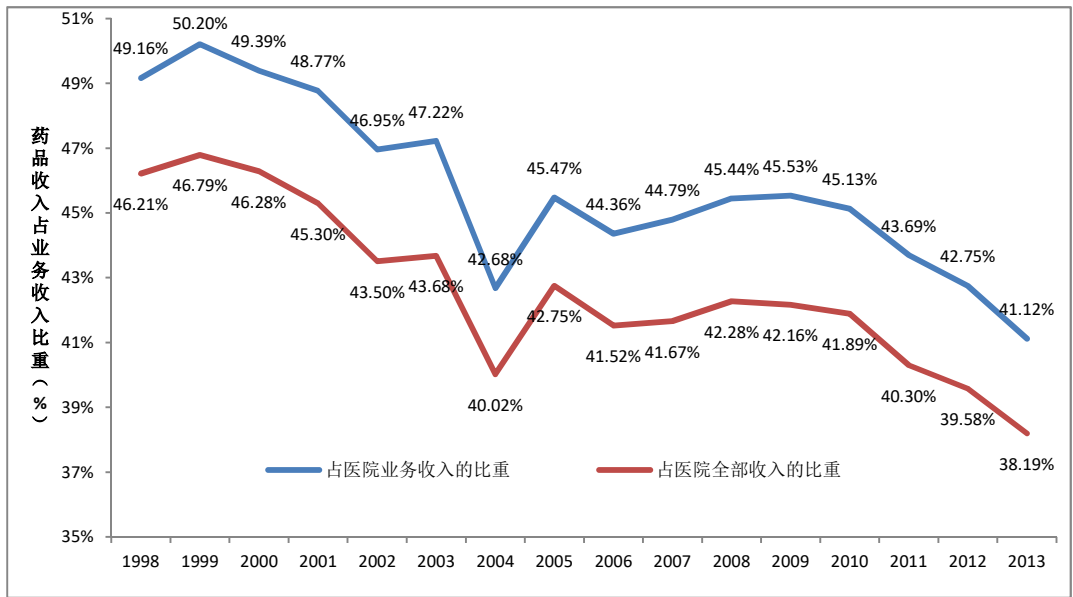


图 1-3. 卫生部门综合医院药品收入占每所医院全部收入及业务收入的比重（1998-2013）
注：为卫生计生部门综合医院的平均数据；全部收入等于业务收入加政府补助收入。
数据来源：相关年份《中国卫生与计划生育统计年鉴》。

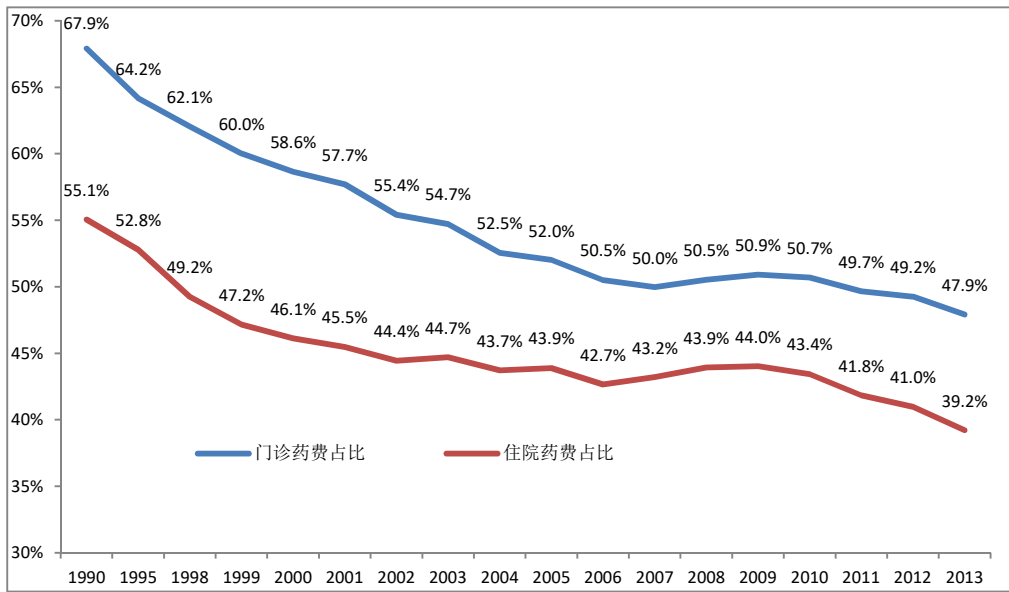


图 1-4. 卫生部门综合医院门诊及住院人均费用中药费占比情况
注：图中数据为卫生计生部门综合医院数据。
数据来源：相关年份《中国卫生与计划生育统计年鉴》。

其次，在计划经济框架下，公立医疗机构的人员经费、基本建设支出以及部分业务经费直接来自财政；日常的诊疗支出、药品支出等还需要需方支付。在需方支付构成中，除了患者自付部分外，还有国有企业和集体企业的劳动保险支付和政府与事业单位人员的公费医疗。而随着国有企业改革的进展，劳保医疗无法维持。在农村原有的合作医疗随着人民公社体制的解体也逐步瓦解。这导致需方的支付中个人自付部分上升。中国医疗卫生总费用中，来自个人支付的比重从 1978 年的 20% 一路上升，到 2001 年达到 60%。个人自付费用上升导致的一个后果是在

社会产生了“看病贵”的问题，特别是一些贫困人口，因病致贫、因病返贫的现象不断出现。

在这样的情况下，从减轻居民就医负担（自付）的目的出发，中国医改的主要突破口选定在了建立全民医保，通过社会医疗保险的全覆盖，降低居民就医费用。

二、需方改革：搭建全民医保框架

社会医疗保险体系的建设是与国有企业改革一并进行的。从上世纪 90 年代中期开始，首先在城市企业职工中试点并建立城镇企业职工医疗保险制度（1997 年），其次从 2003 年开始在农村建立“政府补贴加个人缴费”的新型农村合作医疗制度，并在 2007 年开始在城市试点及建立城镇居民医疗保险制度。至此，中国的医疗保险在制度上实现了人群的全覆盖。从实际覆盖人口及覆盖率来看，覆盖率快速上升，到 2011 年实际覆盖率超过 95%，实现了医保的全民覆盖（表 1-2）。

表 1-2. 城镇职工医保、城镇居民医保与新农合的覆盖人口及医保覆盖率

	城镇职工医保	城镇居民医保	新农合		总人口	医保覆盖率
1997	1762			1762	123626	1.43%
1998	1878.7			1878.7	124761	1.51%
1999	2065.3			2065.3	125786	1.64%
2000	3786.9			3786.9	126743	2.99%
2001	7285.9			7285.9	127627	5.71%
2002	9401.2			9401.2	128453	7.32%
2003	10901.7			10901.7	129227	8.44%
2004	12403.6		8000	20403.6	129988	15.70%
2005	13782.9		17900	31682.9	130756	24.23%
2006	15731.8		41000	56731.8	131448	43.16%
2007	18020.3	4291.1	72600	94911.4	132129	71.83%
2008	19995.6	11826	81500	113321.6	132802	85.33%
2009	21937.4	18209.6	83300	123447	133450	92.50%
2010	23734.7	19528.3	83600	126863	134091	94.61%
2011	25227.1	22116.1	83200	130543.2	134735	96.89%
2012	26485.6	27155.7	80500	134141.3	135404	99.07%
2013	27416	29906	80200	137522	136072	101.07%

注：有部分重复参保人口。根据新农合的参保规定及各地的实际参保覆盖人群，所有有户籍的农村居民都被新农合覆盖，但仍然接近 3 千万左右的农民工参加了打工地的城镇职工医保。这部分群体属于重复参保。这也是一些年份出现实际覆盖率超过 100% 的原因。

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》、《中国劳动统计年鉴》、《中国统计年鉴》相关年份。

医保的全民覆盖极大改变了中国医疗卫生费用的结构以及医疗卫生机构的收入来源结构。

从卫生总费用的结构变化看，社会卫生支出所占比重从 2002 年起开始逐年上升，特别是 2006 年之后，这一比例快速上升，到 2010 年已占卫生总费用的 36% 以上（图 1-2）。这一变化的另一

个重要影响是，供方收入结构发生了巨大的变化，其中来自医保的收入逐步成为主要的收入来源。医疗机构业务收入中来自医保支付的比例从 2004 年的 21.18% 左右上升到 2013 年的 50.17%（图 1-5）。不考虑医疗机构的财政补贴，就业务收入而言，医保的支付已经超过一半。

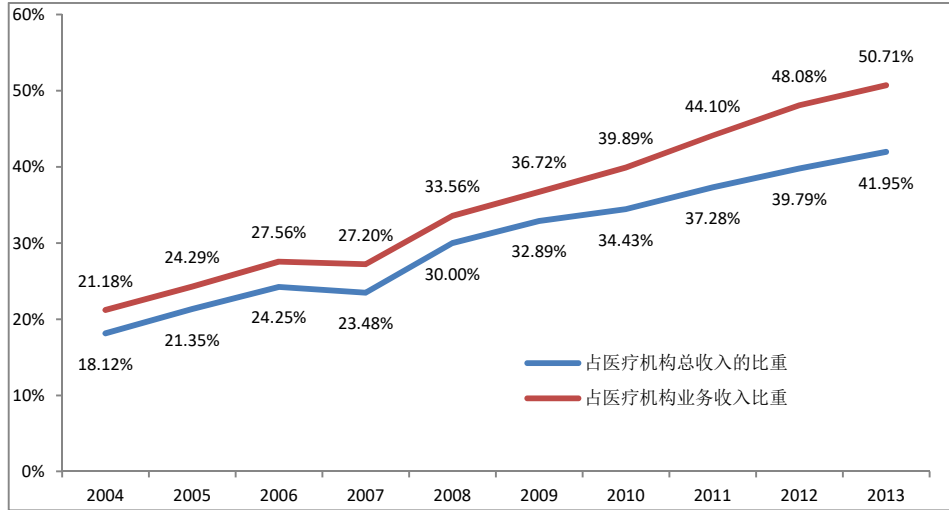


图 5. 中国医疗卫生机构总收入及业务收入中来自医保基金支付的比重

注：医保基金占医疗机构总收入的比重等于该年度三项医保的基金支出总额除以该年度所有医疗机构的总收入。这样计算的根据是，医保基金的支付全部进入医疗卫生机构作为其收入。医保基金的支出等于新农合、城镇居民医保、城镇职工医保三大医保的年度基金支出之和。医疗卫生机构的总收入等于业务收入加财政补助收入之和。

数据来源：相关年份《中国卫生与计划生育统计年鉴》。

全民医保虽然有效降低了个人自付费用的上升，但是在降低医疗费用绝对数额以及医疗总费用方面发挥约束作用，还需要医保付费方式的改革。传统上医疗行业的付费方式是按服务项目收费的后付制；但是这一付费方式在第三方付费的情况下，因为供需双方都无控费约束，极易引发医疗费用的上涨。因此，在全民医保实现的条件下，医改的一个重要抓手是医保付费机制的改革，以总额预付、按病种付费、按床日付费、按人头付费等预付制的付费方式在各地进行了实践。但是，从实践效果来看，并不乐观，医保付费制度改革走上“正轨”的情形不多，引发的不少问题，过度医疗、以药养医、看病难看病贵等问题⁶，并未因为全民医保及医保付费制度的改革而出现根本性的扭转。从人均支付的医疗费用看，从上世纪 90 年代以来一直保持了平稳上涨的趋势，其间并未因为全民医保及医保付费方式改革而出现大的波动（图 1-6）；从人均医疗费用的实际增长率看，在实现全民医保之后（2008 年）人均医疗费用的实际增长率仍在上升，并不比全民医保之前的实际增长率低（2004-2006 年）（图 1-7）。

⁶ 王东进，“评说医保支付”，《中国医疗保险》2014 年第 4 期；顾昕、朱恒鹏，“协调发展的医疗保险与医疗服务供求体系研究”，课题研究报告，2013 年。

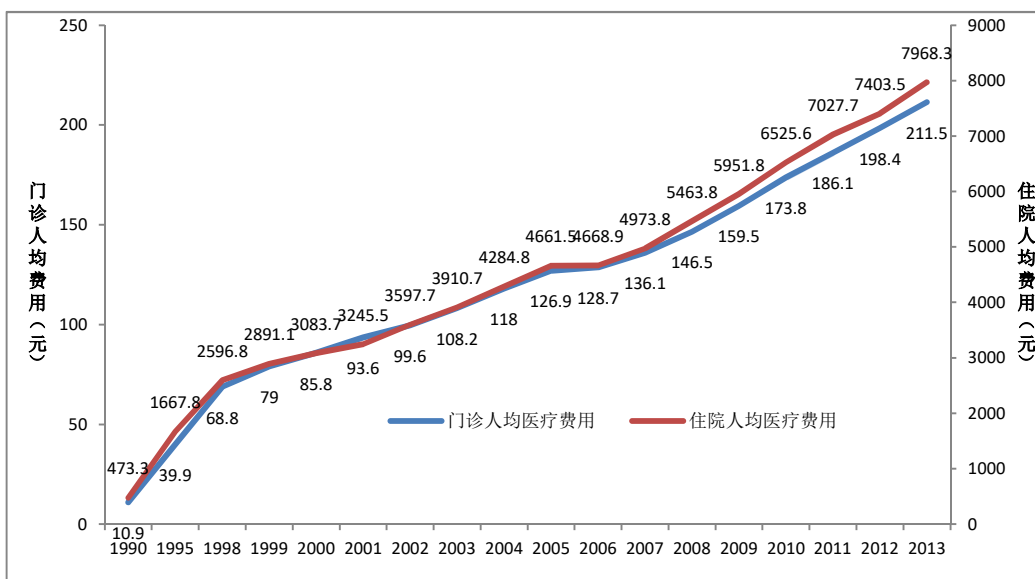


图 6. 卫生部门综合医院门诊及住院人均费用变动情况

注：当年价格计算。

数据来源：相关年份《卫生与计划生育统计年鉴》。

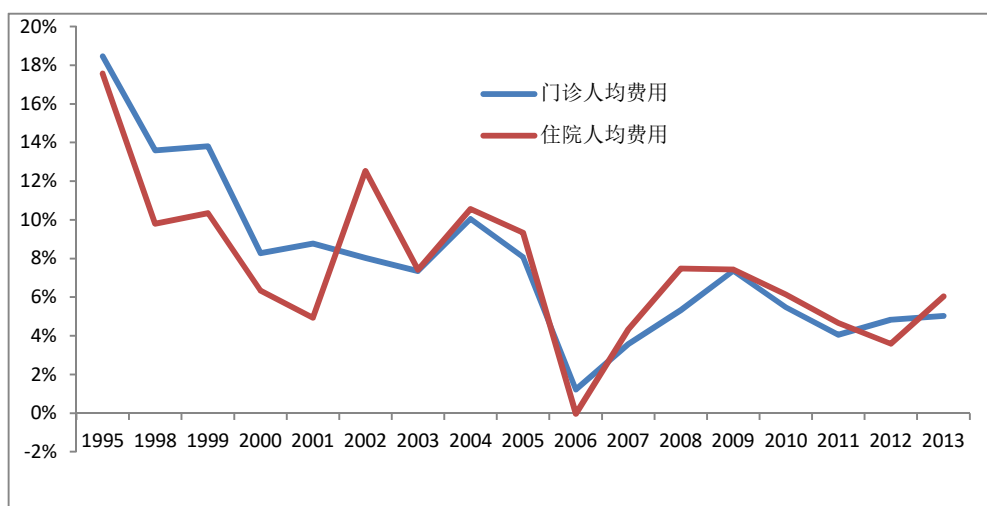


图 7. 卫生部门综合医院门诊及住院人均费用实际增长率

注：实际增长率使用医疗保健消费价格指数进行平减，其中 1990-1993 年使用居民消费价格指数代替，1994-1998 年使用医疗保健及个人用品消费价格指数代替。1990-1995 年及 1995-1998 年使用两个时期的平均增长率。

数据来源：相关年份《卫生与计划生育统计年鉴》。

出现这一情况的一个重要的原因是供方改革滞后。在供方垄断的情况下，需方投入增长，包括付费机制的改革，难以取得成效，反而出现医疗费用继续上涨的问题⁷。

三、供方改革：2009 年新一轮医改的重点

供方改革是 2009 年启动的新一轮医改的重点领域。中国的医疗卫生体制下，供方包括两个

⁷顾昕、朱恒鹏，“协调发展的医疗保险与医疗服务供求体系研究”，课题研究报告，2013 年。

部分：一是基层医疗卫生机构，在城市包括社区卫生服务中心及服务站，在农村包括乡镇卫生院及村卫生室，以及城乡的个体诊所等；二是医院，主要是公立医院。医院又根据行政隶属关系以及医疗服务资质等划分为三级十等⁸。新医改的供方改革在基层和医院两个部分并不是同步的，改革思路也存在较大的差异。

在基层医疗卫生机构，自 2009 年以来主要的改革措施，一是收支两条线管理，意在打破医疗机构收入与医疗服务提供的关联，其背后的逻辑是医疗服务存在严重的信息不对称，若医疗服务供方的收入依赖于提供服务的收费，那么将产生供方诱导需求，导致过度医疗⁹。二是建立基本药物制度，将基层用药限制在基本药物目录的范围内，其背后的逻辑高价格的药物是导致看病贵的主要推手，通过保障基层的基本药物用药，限制过度用药，同时保证基本药物的供给，为居民提供廉价、可及的药物¹⁰。

通过这两个制度切断医疗服务提供与收入之间的联系，后果是扭曲了基层医疗卫生机构的激励机构，抑制了基层医疗卫生机构服务提供的积极性。基层医疗卫生机构无动力、无意愿提供医疗服务，而同时基本药物制度则限制了基层医疗卫生机构的服务能力。这导致的后果是基层机构对居民和患者的吸引力下降，居民更多涌入医院，特别是大医院就诊，加剧了城市大医院的看病难和看病贵问题。

在县级医院改革方面也进行了试点，已经形成的普遍的做法是取消药品加成，改革县级医院的补偿机制，特别突出要求地方政府增加对公立医院的财政补偿，以弥补因取消药品加成带来的损失¹¹。而多数地区的县级财政根本无力补贴县级医院取消药品加成带来的损失。这一改革的后果，一方面县级医院通过提高检查、检验费用弥补取消药品加成损失的收入，看病贵并未缓解；另一方面，抑制了县级医院服务能力的提高，将患者推入城市医院。

在公立医院改革方面，新医改虽然确定了“政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开”的“四分开”思路¹²，并确定了 16 个城市作为试点。但是实践结果表明各地的改革并未形成一个可供扩大和复制的模式。从城市公立医院，特别是高等级医院的发展来看，普遍出现的一个情况是大医院规模的不断扩大，吸引力不断增强，不但对卫生技术人员等医疗资源的吸引力加强，而且对患者的吸引力也不断加大。

2009 年到 2013 年医院和基层医疗卫生机构全部人员占比，医院占比从 50.86% 上升到 54.86%，

⁸ 三级医院分别分为甲乙丙三等，外加未定级医院。

⁹ 李玲、汪浩、曾垚，“基于信息不对称的卫生经济学理论”，《中国卫生经济》第 29 卷第 5 期，2010 年 5 月。

¹⁰ 卫生部等，《关于建立国家基本药物制度的实施意见》，2009 年。

¹¹ 国家卫生计生委，“县级公立医院综合改革试点评估报告”，2014 年，http://www.whdpc.gov.cn/art/2014/3/27/art_4207_348975.html，2015 年 4 月 10 日下载。

¹² 卫生部等，《关于公立医院改革试点的指导意见》，2010 年。

基层医疗卫生机构从 40.51% 下降到 35.89%；而从技术人员，特别是执业医师和助理执业医师占比情况看，二者的差距也在不断拉大。2009 年医院执业医师占全部执业医师的比例为 57.40%，2013 年这一比例上升到 60.93%；同期，基层医疗卫生机构执业医师占比则从 33.65% 下降到 30.45%（表 1-3）。

表 3. 医院和基层医疗卫生机构不同类别人员数变动情况

	2009 年				2013 年			
	卫生人员数	其中			卫生人员数	其中		
		卫生技术人员	执业（助理）医师	执业医师		卫生技术人员	执业（助理）医师	执业医师
医院	50.86%	57.81%	51.46%	57.40%	54.86%	61.37%	53.79%	60.93%
综合医院	38.02%	43.51%	38.45%	43.18%	40.24%	45.40%	39.42%	44.91%
专科医院	5.45%	5.76%	4.73%	5.20%	6.36%	6.60%	5.47%	6.12%
基层医疗卫生机构	40.51%	33.12%	39.84%	33.65%	35.89%	29.65%	37.57%	30.45%
社区服务中心（站）	3.79%	4.52%	4.71%	4.63%	4.86%	5.63%	6.22%	6.07%
卫生院	15.07%	17.80%	18.67%	13.64%	12.71%	14.59%	15.67%	11.08%
门诊部	1.19%	1.33%	1.53%	1.62%	1.34%	1.54%	1.98%	2.12%
诊所、卫生所	5.17%	6.97%	9.58%	9.54%	4.34%	5.70%	8.75%	8.93%
村卫生室	15.28%	2.50%	5.34%	4.22%	12.65%	2.18%	4.95%	2.25%

注：占有机构卫生人员数的比例。所有机构除医院及基层医疗卫生机构外，还包括急救中心（站）、采供血机构、专科疾病防治院所等。表中诊所、卫生所一类包括医务室、护理站。医院类别除综合医院外，还包括其他类别。

数据来源：相关年份《卫生与计划生育统计年鉴》。

从居民就医选择及患者分布来看，出现城市大医院“量价齐升”、基层医疗卫生机构“量价齐降”的现象：城市大医院人均医疗费用与患者人数双双快速上涨，而基层医疗卫生机构人均医疗费用下降的同时，患者人数也在下降。2009 年到 2013 年全国医院门诊及住院次均（日均）医疗费用的年均增长率都远高于基层医疗卫生机构，特别是公立医院以及公立医院中的三级医院，门诊和住院的年均增长率分别达到了 7% 和 8% 以上，而同期社区卫生服务中心和乡镇卫生院的年均增长率都在 5% 以下，社区卫生服务中心门诊的次均费用还出现了负增长（图 1-8）。但是，从就诊患者的分布情况看，在医院和基层医疗卫生机构之间，门诊和住院都向医院集中；在不同等级医院之间，患者向三级医院集中。（图 1-9）

这种大医院“量价齐升”、基层医疗卫生机构“量价齐降”的状况是形成新的看病难、看病贵的主要原因，这也是当前医改将目标锁定在重建分级诊疗体系的主要背景。

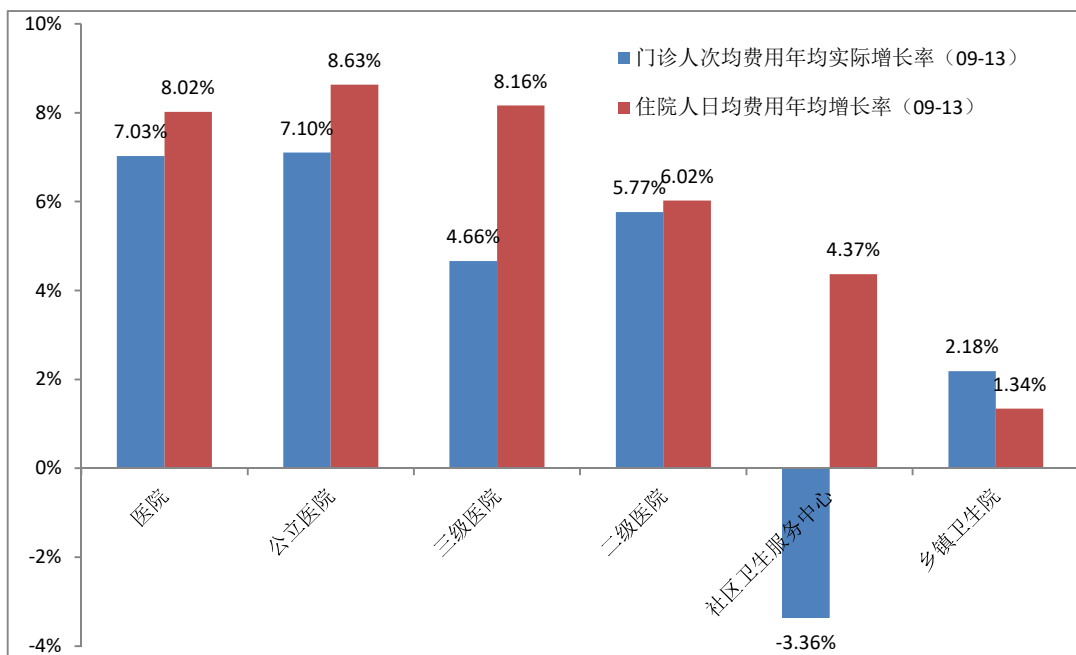


图 1-8. 各类医疗卫生机构门诊与住院次均（日均）费用年均增长率

注：增长率为可比价格计算的实际增长率；2009-2013 年的年均增长率。

数据来源：相关年份《中国卫生与计划生育事业统计公报》。

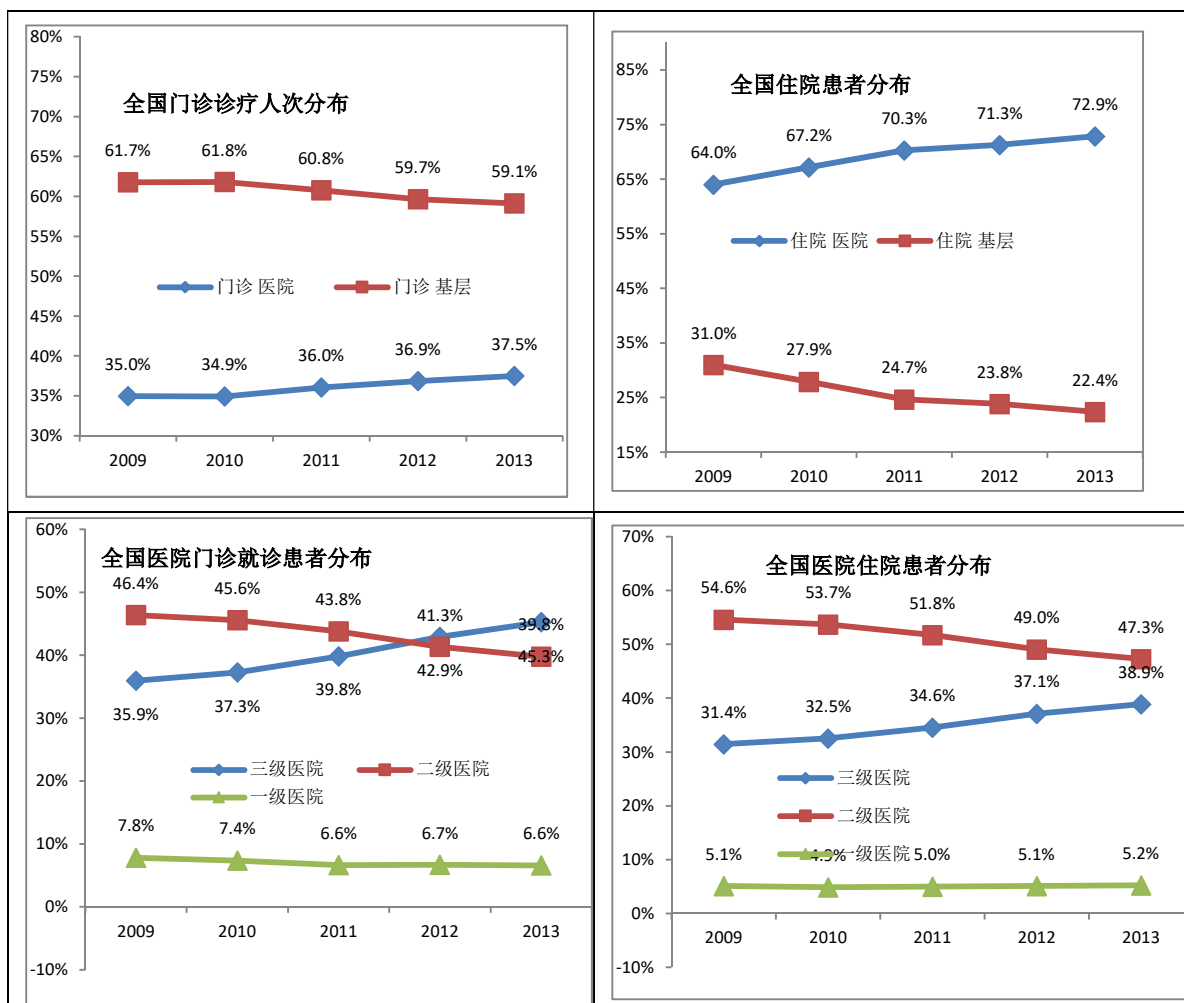


图 9. 中国基层医疗卫生机构与医院就诊患者分布情况（2009-2013）

注：全国三级医院数据为公立医院数据。

数据来源：相关年份《卫生和计划生育统计年鉴》。

四、重建分级诊疗体系

重建分级诊疗体系是当前医改的一个突破口，也是医改政策调整的重点方向。分级诊疗的本来含义是初诊及常见疾病（发病率高疾病）的诊疗、慢性病管理等由基层医疗卫生机构承担，重大疾病诊疗、疑难杂症诊治等由高等级医院承担的正三角形的就医结构。在欧美发达国家，基层医疗卫生机构的职能主要由家庭医生（全科医生）承担；患者初诊以及常见疾病的诊疗首先到家庭医生处，若家庭医生不能处理，则由家庭医生提供转诊服务。中国医疗体系的构建，包括三级医疗卫生服务网络以及医院等级的划分，秉承的也是分级诊疗的理念¹³，基层医疗卫生机构及初级医院主要面向社区居民提供预防、医疗、保健和康复服务，高等级医院则主要想几个地区提供高水平专科医疗卫生服务。

但是如上面的分析所显示的，中国的分级诊疗在现实中演变成了基层医疗卫生机构素质差、服务能力差、服务意愿差的“三差”机构，失去了承担基本医疗服务的功能。而大医院则依靠强大的资源汲取能力，将高素质的医生和患者同时吸引上来。这一问题也引起政府的高度重视，并将重构分级诊疗作为医改的突破口。

从当前的政策实践看，重建分级诊疗的主要由如下几个模式：

第一，强制或通过提高医保报销比例的方式诱导患者到基层医疗卫生机构就医，例如强制社区首诊制，若不经由社区医疗卫生机构转诊，则到医院就诊不予报销；利用患者就医的价格敏感度，提高基层医保报销比例，引导患者到社区就医。

第二，搭建基层医疗卫生机构与大医院，特别是高等级大医院之间的绿色转诊通道，通过社区转诊可以更方便获得大医院就诊机会，以此吸引患者到社区就医。

第三，通过强制性或诱导性措施，促进优质医疗资源的下沉，例如鼓励大医院年轻医生到社区坐诊，并将之作为评定职称的条件之一；要求地区性大医院定期派出医生到社区医疗卫生机构坐诊等，以期通过资源下沉的方式吸引患者下沉。

第四，构建地区性大医院与周边基层医疗卫生机构的“医联体”，医联体内的大医院通过医生外派、优先接受转诊，基层医疗卫生机构通过派出医生到大医院培训以及提供快速转诊通道等方式，将患者吸引至基层医疗卫生机构。

¹³ 卫生部，《医院分级管理办法》，1989年。

实际上，这些模式并不是新的模式，在新一轮医改之初甚至之前已经有过这些模式，且实践多年。从现实来看，这些模式并未取得预期效果，大医院“量价齐升”、基层医疗卫生机构“量价齐降”的趋势愈演愈烈。那么，这背后的原因何在？要实现真正的、合理的分级诊疗，需要哪些条件？

从医改的政策演变历程看，这其中一个主要原因是，行政化的对基层医疗卫生机构与不同等级医院的功能定位：基层医疗卫生机构在行政级别上就低于医院，高等级医院的行政级别也高于低等级医院；而在行政化的管理体制下，行政部门掌握主要医疗资源的情况下，医疗资源的配置依据的主要是行政级别。大医院有更多的医师编制、职称资源以及各种以项目名义的补贴；而低等级医院和基层医疗卫生机构，不仅医师编制少，职称名额少，各种项目少，甚至用药也被限制在一定范围内。在这样的条件下，随着患者支付能力的提高（包括医保支付水平的提高），患者越来越倾向于到大医院就医。

因此，在医疗资源行政配置的情况下，上述四个重构分级诊疗的模式预期很难取得成效。要重建分级诊疗体系，一个根本性的改革是放开对医疗资源的行政管制，特别是对医师的行政管制，实现真正的医师自由执业，并辅之以医保付费制度的改革，建立医保医师制度，并建立社区家庭医生制度，形成社区家庭医生居民“健康守门人”制度以及“医保守门人”的制度。

第二节 北京市医药卫生体制改革的背景及政策特征

一、北京市医改面临的特殊背景

北京市医疗卫生体制的改革线索也大致遵循了与全国一致的逻辑。扩大供方自主权、实现医保全覆盖、基层医疗卫生机构收支两条线、基本药物制度，医保付费制度改革等，这些改革举措都在北京医改的框架之内，有些政策，例如收支两条线和基本药物制度，实行的要更早。但是，北京作为首都都有其自身特征，这些特征使得北京市的医改具有了一些不同于全国的特色。

首先，北京市作为全国政治文化中心，同时也是医疗中心，其拥有的高等级医疗资源居于全国首位。北京作为首都，一直都是医疗卫生资源中心。不论是从总数上，还是从每万人拥有数量上，北京在医疗卫生机构、医疗卫生人员、医师、护士等方面，都远高于上海和北京。从人均拥有量上看，卫生技术人员每千人口拥有量北京为 15.46 人，上海为 10.97 人，天津为 8.05 人，而全国只有 5.27 人，在执业医师拥有量上，这个差距更为明显（表 1-4）。在医疗卫生机构每千人口拥有量上，北京高于上海和天津。北京不仅医疗卫生资源总量高，而且优质资源拥有量更高。2013 年北京拥有三级甲等医院 44 家，而天津和上海分别只有 23 家和 36 家（表 1-5）。

表 1-4. 每千人口医疗卫生资源数量比较 (2013)

	全国	北京	天津	上海
卫生人员				
卫生技术人员	5.27	15.46	8.05	10.97
执业(助理)医师	2.04	5.85	3.18	4.05
执业医师	1.67	5.5	2.95	3.77
注册护士	2.04	6.36	2.95	4.74
医疗卫生机构床位				
合计	4.54	4.92	3.92	4.73
医院	3.36	4.57	3.33	3.92
综合医院	2.39	2.77	1.90	2.36
基层医疗卫生机构	0.99	0.22	0.49	0.71

数据来源: 2014 年《卫生和计划生育统计年鉴》

表 1-5. 北京、上海、天津三级医院拥有量 (2013)

	北京	天津	上海
合计	596	333	328
三级	65	38	44
甲等	44	23	36
乙等	1	11	5
丙等	12		
二级	102	50	107
甲等	41	30	44
乙等	6	10	39
丙等	17	1	1
一级	354	143	11
甲等	78	37	7
乙等	10	6	
丙等	68		
未定级	75	102	166

数据来源: 2014 年《卫生和计划生育统计年鉴》

第二, 北京人均收入较高, 对医疗卫生服务的需求, 特别是对高质量医疗卫生服务需求本就较高; 加上北京拥有的全国性的高质量医疗资源, 外地来京就医患者数量高企, 与本地患者叠加, 形成了对医疗服务特别是高质量、高技术医疗卫生服务的高需求。患者涌入大医院, 高等级医院“人满为患”的现象, 北京比其他大城市表现更为明显。全市总诊疗人次的分布上, 北京市医院占比不断企高, 从 2009 年的 61.9% 上升至 2013 年的 67.2%, 出院人次占比, 医院所占比例更高, 已达 95% 以上; 基层医疗卫生机构在诊疗人次上所占比例仅在 30% 左右, 住院功能也基本消失。而在医院诊疗人次及出院人数的分布上, 也向三级医院集中。(图 1-10)。尤其值

值得注意的是，北京市二级医院的功能在不断弱化，总诊疗人次占比及出院人数占比快速下降，总诊疗人次上二级医院占比从2009年的36.6%下降到2013年的24.3%，出院人数占比上则从2009年的34.1%下降到18.2%。

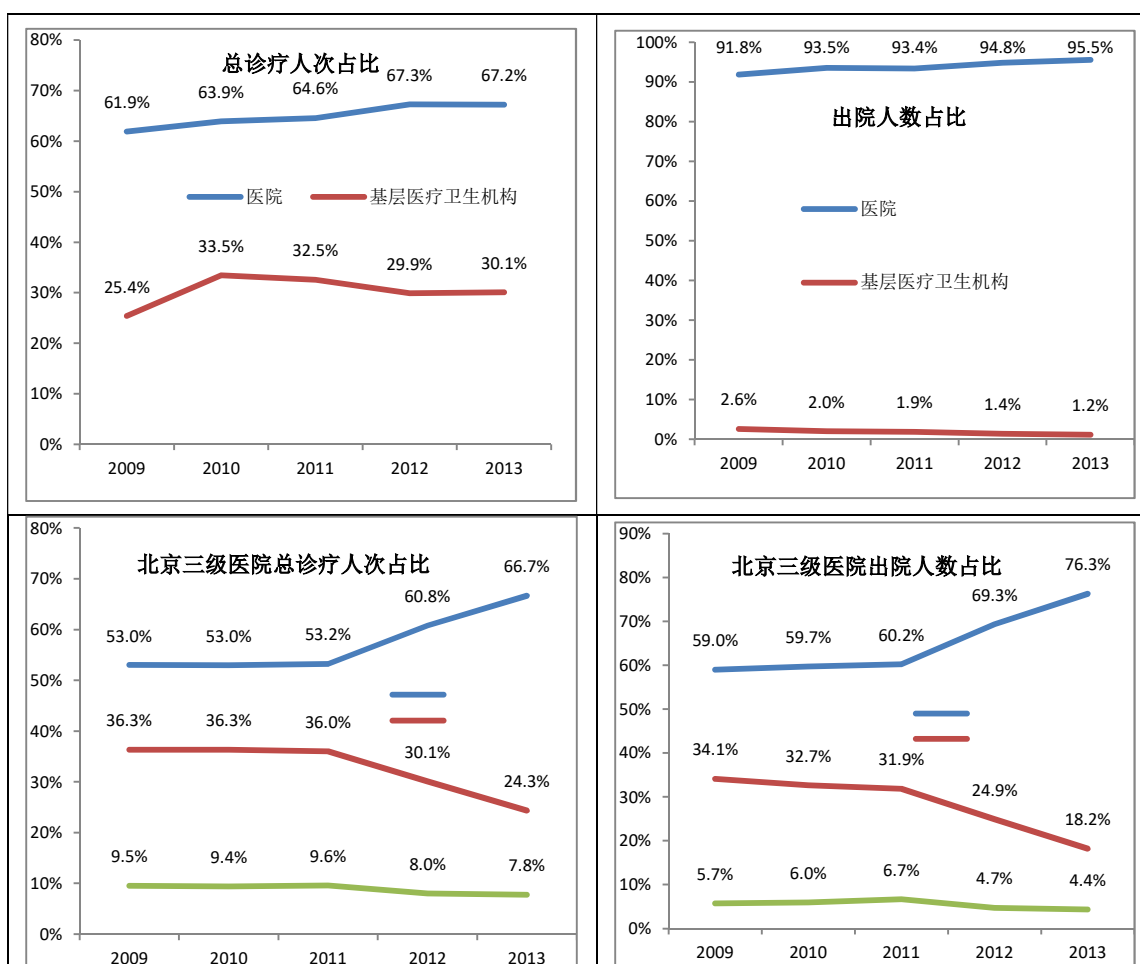


图 1-10. 北京市医院与基层医疗卫生机构及不同等级医院之间总诊疗人次与出院人数占比
数据来源：2013 年《北京市卫生工作统计资料简编》。

第三，北京医疗卫生机构的所属状况负责，为改革带来新的难题。这一点尤其体现在公立医院改革过程中。北京市不仅有市属医院、区属医院，且还有中央所属的三家高等级医院以及军队所属医院。这些医院互不统属，执行的医改政策也有所差异，这导致北京的医改面临较为复杂的局面。特别是在公立医院改革试点中，几家医院进行试点，容易形成改革的“洼地效应”，导致改革效果不明显。例如，试点医院实行“医药分开”试点，提高诊疗费用，取消药品加成，在不同步改革过程中，一些医院还实行原有的药品加成与低诊疗费政策，这样导致一些患者到未改革医院就诊，到已改革医院取药的状况。

二、北京市医药卫生体制改革的政策特征

北京市的医疗卫生体制改革若以 2006 年底开始的基层医疗卫生机构改革为起点，已经过 7 年；若以 2009 年国家新一轮医改启动为起点，也已过去了 4 年。对北京医改的经济社会影响进行一个全面、综合的分析及评估已成必要，有利于总结医改经验，为下一步医改的深入进行以及健康产业的发展提供借鉴，也有利于从社会发展和经济发展的高度来认识和评价医改。

自新一轮医改启动以来，北京市出台了一系列政策措施。这些措施的主要目标集中在“推进发展、提高效率、减轻负担、促进健康”，即解决居民看病难、看病贵的问题。从需方的角度，医改着力加强医疗保障，实现三项医疗保险的人群全覆盖，并逐步提高待遇标准。从供方的角度概括，北京市医改的政策措施着眼于增加医疗卫生投入，提高医疗卫生服务提供机构的效率。而加强医疗保障、增强医疗卫生投入，又着眼于有效降低居民的自付医疗卫生费用。

在增加投入的同时，北京医改的一个重点是提升医疗卫生服务提供系统的效率。效率提高的两个途径，一是在医疗卫生服务格局上，实现分级诊疗，“小病在社区、大病到医院”；二是提升医疗卫生机构的服务效率，减少医疗服务机构的行为扭曲，从而提高医卫资源的利用率。在政策工具上，则主要通过调整财政投入总量和结构、医疗卫生规划、医保付费模式等工具来实现改革目标。

为了实现医疗资源的合理布局，吸引社区患者就近就医，北京市首先进行的改革是基层医疗卫生机构改革，主要措施一是建立覆盖全部社区的社区卫生服务中心（站）网络，提高社区居民就医可及性，二是实施基层医疗卫生机构药物“零差率”，有效降低基层医疗卫生机构药品费用，三是对基层医疗卫生机构实施“收支两条线”管理。这三项措施，特别是后两项措施，目的是减少“以药养医”的扭曲行为，并有效降低基层医疗卫生机构的就医费用。

在医疗服务提供主体的公立医院改革方面，北京根据面临的主要矛盾，即管办不分、“以药养医”以及过度用药和过度治疗，出台了多种措施。首先是实施了管办分开试点，在医院层面建立医院理事会，在行政层面建立医管局，试图通过这两个机构建立公立医院的法人治理结构。其次，在一些公立医院实施了“医药分开”试点，通过“结构平移”的方式，设立医事服务费，提高诊疗费用，并同时取消药品加成，降低药品费用，以此实现合理用药，并降低就医费用。第三，通过医保付费方式改革，有效控制医疗费用上涨，建立对医院和医生的激励机制。实施的新型付费方式包括 DRGs、总额预付及总量控制等。

在供方改革方面，除了公立医院改革外，北京市的医改还注重通过增量改革，激发市场力量，一方面扩大供给，另一方面形成对公立医疗机构的外部竞争压力，推动公立医疗机构改革。

这一方面的主要措施，一是推动和实施医师多点执业，二是放开医疗行业，鼓励社会资本办医。

概括起来，北京市医改的政策特征，在需方，主要是实现医疗保险人群全覆盖，提高保障水平。在供方，一是通过基层医疗卫生机构改革，实现医卫格局的优化；二是通过公立医院的改革，提升公立医院运行效率；三是通过实施医师多点执业及鼓励社会资本进入医疗行业，激发市场活力。

当然，北京市医改还包括了公共卫生服务及卫生行业监管等方面的内容。但其核心还是上述几个方面。

第三节 医疗卫生体制改革经济社会影响机制及分析框架

医疗卫生体制改革对经济社会产生的潜在影响是多方面的、多时期的。这是因为医疗卫生与其他部门有千丝万缕的联系，特别是医疗卫生与人的健康密切联系。从经济发展的经验规律看，随着居民收入的增加，居民的消费结构将发生明显变化，人们对教育、健康、自由的需求成为主要需求。这一需求变迁导致对医疗卫生及相关健康产品和服务的需求明显上升，并导致产业结构的升级。在这一过程中，医改产生的经济社会影响更为复杂。

从理论上讲，医改的经济社会影响可以从三个层面上分析：

第一个层面是微观层面，医改对微观主体的影响。微观主体一是居民家庭和个人的影响。对居民家庭和个人来讲，医改的影响既包括个人就医的自付负担，也包括就医的便捷性，还包括居民就医的公平性。第二个微观主体是医疗机构，包括基层医疗卫生机构及公立医院，也包括社会资本举办的医疗机构。产生影响的指标，主要是运行效率及供给能力。

第二个层面是宏观影响。医改可以直接产生宏观层面的影响，例如医改扩大了医疗需求，进而扩大了就业容量；医改放开了医疗卫生行业，从而吸引社会资本进入，推动医药产业发展等。同时，医改还可以通过对微观主体的影响，间接产生宏观层面的影响。例如，医改降低了居民自付医疗费用，从而相对提高了居民的消费能力，对拉动消费产生影响；医改提升了医疗机构的运行效率和资源使用效率，从而提高该行业的劳动生产率；医改改善居民健康，提高就业质量，并提升全要素生产率。从指标上，宏观层面的影响一是对就业的影响，二是对经济增长极产业发展的影响。

第三个层面是医改的长期影响。全面提升居民健康水平是医改的终极目标；但从产生影响的链条上看，则又是最远的一个环节。而已有的证据也显示，影响人类健康的因素中，医疗仅占到大约 10%左右。此外，健康还是主要的人力资本之一。医改对健康的影响，也对全社会人力

资本的积累产生积极影响。健康与人力资本投资又对可持续发展产生影响。

北京医改即使从 2006 年底开始计算，至今也不过 7 年时间。这一时间段对分析长期影响来说，仍显不足。且由于健康的影响因素非常复杂，难以在经验研究中有效分离医改影响。因此，在本项研究中，我们主要着重于中短期的微观影响及宏观影响分析，对于长期影响仅根据相关数据做一些推断。

在上述分析框架下，从实证研究的角度出发，不论是微观还是宏观影响，都需要寻找可操作的指标。在微观影响层面，本书主要从三个方面进行：一是居民（患者）角度，使用的指标则包括卫生总费用中，个人自付部分所占比重、住户消费支出中医卫支出所占比重，以及医改降低个人自付部分的受益在不同收入阶层中的分布。最后一个指标测度的是受益在不同收入住户中的归属。

二是在公立医院改革方面，根据公立医院改革的主要内容，要加以分析的主要包括如下几个方面：法人治理结构、医药分开及医保付费方式改革，使用的指标，一是药占比，二是患者负担，三是医院业务量，四是医保基金压力。

三是在基层医疗卫生机构改革方面，主要指标是基层医疗卫生机构的投入产出比。投入包括财政资金投入及基层医疗卫生机构的资源增加，产出则使用床位使用率及医师承担的门诊量。

在宏观影响方面，本书考察的主要内容是医改对就业及经济增长的影响。在就业方面，使用的指标是医卫行业就业人员占全部就业人员及第三产业就业人员的比重与增长率情况，并通过国际比较，对北京医卫行业就业带动能力进行分析。在经济增长方面，则主要考察医卫行业的增加值对经济增长的拉动作用及增长空间。

对于长期影响，由于无法有效分离医改对居民健康的影响，本书使用几个常用指标对长期影响进行一个大致的判断。

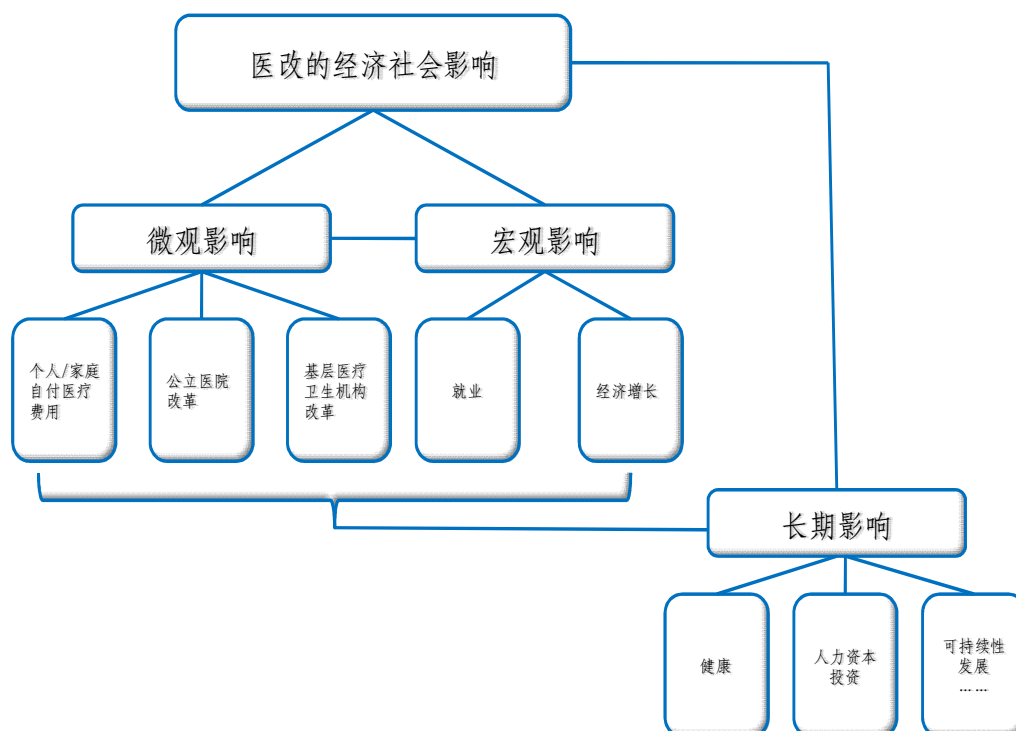


图 1-11 医改的经济社会影响机制框架

第四节 北京市医改的微观及宏观影响

一、北京市医改微观影响

医改的微观影响，一是从患者角度，是否降低了患者的就医负担；二是从供给方角度，医改是否提高了医疗卫生机构的效率。

（一）个人及家庭就医负担

北京医改的一个主要目标是有效降低居民的就医负担，解决“看病贵”的问题。有效降低居民就医负担的途径，一是医保全覆盖，并提高保障水平；二是增加财政投入；三是通过供方改革，提高供方效率。我们从三个方面对医改影响居民自付医疗费用的情况进行分析。

（1）个人自付卫生费用占卫生总费用的比重。该指标在自医改以来呈现明显下降趋势。2005年个人自付占卫生总费用的比重为 36.8%，该比重自 2006 年起明显下降，2009 年下降到 30% 以下；2012 年下降到 22.58%，提前实现了北京市“十二五”规划的目标。与个人自付占比下降趋

势相比，政府投入，特别是社会投入（主要是社会医保）则大幅度上升。

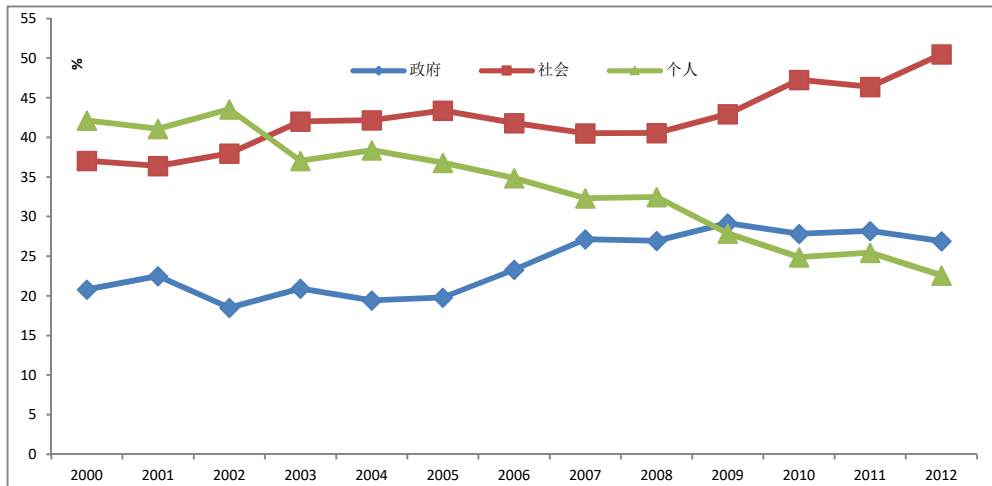


图 1-12 北京市卫生总费用中政府、社会及个人支出占比情况

数据来源：相关年份《北京市卫生工作统计资料简编》。

(2) 医卫支出占住户家庭消费支出的比重逐年下降。城镇居民占比由 2008 年的 9.5% 下降到 2012 年的 6.9%，农村居民由 9.89% 下降到 9.47%。

(3) 医改带来的个人自付医疗费用下降的受益公平性方面，一是城乡受益不均：城镇居民占比低于农村居民，且下降速度高于农村居民。二是在城镇居民和农村居民内部，受益有均等化趋势：在城镇居民内部和农村居民内部，低收入户占比虽高于高收入户，但下降速度高于高收入户。

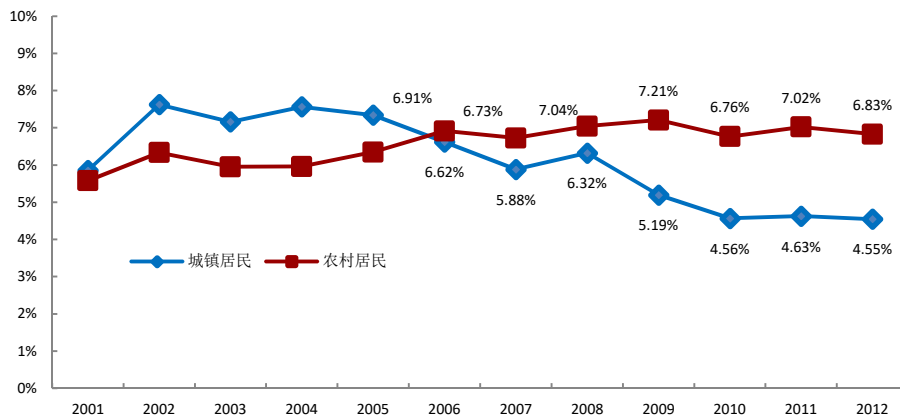


图 1-13 北京市城乡居民家庭消费支出中医疗支出占比

数据来源：相关年份《北京市卫生工作统计资料简编》。

(二) 公立医院改革

对公立医院改革影响的分析，从两个维度出发：一是改革内容，即法人治理结构改革、医药分开改革和医保支付方式改革；第二个维度是评估指标，包括医院业务量、药占比、患者负

担及对医保基金支付压力的影响等。

(1) 法人治理结构改革。该项改革的本意是使公立医院摆脱卫生行政部门的直接管理，成为独立的法人主体。我们使用北京市两家试点医院及两家非试点医院的数据对该项改革的影响进行了分析。结果表明，治理机制改革促进医生合理用药，但未降低患者负担，未增加医院业务量。治理机制改革效果不佳的原因在于，决策、执行和监督三个层面的权责划分还不够清晰；治理机制改革时间较短，各层面尚不熟悉在新的治理框架下工作。

(2) 医药分开改革。医药分开改革针对的是公立医院原先“以药养医”的不合理现象，改革的目的是促进合理用药、降低患者负担。我们使用五家试点医院及七家非试点医院的改革前与改革后的数据，对医药分开的后果和影响进行了分析。结果显示，改革促进医生合理用药。门诊和住院次均药费分别下降约 30%、21%，药占比分别下降约 9%、4%。降低患者看病负担，门诊次均费用、住院次均费用分别下降约 19%、8%，个人负担分别下降约 23%、3%。未明显增加医保基金支付压力，仅使医保基金支付比增加月 2 个百分点。增加了试点医院的业务量。

(3) 医保付费制度改革。我们使用北京 10 家三级医院的实际医保费用数据，使用固定效应模型分析了医保付费方式改革对公立医院的控费效果。结果显示，总量控制没有预期的控费效果，总额预付在三级医院有一定的控费效果，总额预付在三级医院的控费效果优于总量控制。

(三) 基层医疗卫生机构改革

北京市医改基层医疗卫生机构改革的主要举措是基本药物“零差率”及收支两条线管理。其背后的逻辑是，通过切断医生与收入之间的直接联系，从而降低医生过度用药、过度治疗的动机。但是，这一逻辑的另一个含义则是，无法对基层医疗卫生机构及医生提供激励，从而导致基层医疗卫生机构和医生提供服务的效率急剧下降。为解决这一问题，北京医改的另一个措施是在基层医疗卫生机构实施绩效工资制度。但是，绩效工资制度面临根本性困难，即无法确定医生的服务提供量和质，从而导致实际实施中的“论资排辈”、“平均主义大锅饭”等现象。

从分析结果看，北京基层医疗卫生机构自 2006 年以来，获得的财政投入大幅增加，硬件设施明显改善，医卫资源明显增加；但是，基层医疗卫生机构的床位使用率远低于其他医疗机构，医师每日接诊量并无明显变化。

二、医改的宏观影响分析

医改的宏观经济社会影响是多方面的。此处，我们主要分析医改对就业及经济增长的影响。

(一) 医改对就业的影响

分析医改对就业的影响，首先要指出的是即使在没有医改的情况下，医卫行业也能吸引就

业，并对整个就业形势产生影响。因此，需要将医改的影响从医卫行业对就业的全部影响中分离出来。但是，囿于数据及分析方法的限制，我们还无法做到定量分离医改的影响。一个替代方法是，确定医改的时点，分析医改前后医卫行业对就业的拉动作用。

在医改之前，从 2001 年一直到 2006 年，医卫行业就业人员占总就业人员的比重及占第三产业就业人员的比重呈现明显下降趋势。而 2007 年之后，这两个比重都恢复了增长趋势。若以 2006 年和 2007 年作为北京医改的起始点，那么北京新一轮医改重新恢复了对就业的拉动作用。

从就业增长率的角度，医改期间医卫行业的就业增长率也远高于北京市全部就业的增长率及第三产业增长率。特别是 2010 年以来，北京医卫行业就业增长率从 2010 年的 5.58%、2011 年的 7.26%，到 2012 年上升为 17.3%；而在同期，北京市全部就业人员增长率仅为 3.34%、3.69% 和 3.52%，第三产业就业人员增长率也分别只有 4.21%、3.11% 和 5.81%。

从对总就业和第三产业就业增长的贡献率上分析，则医卫行业就业对总就业的贡献率在 2012 年达到了 10.89%，对第三产业就业增长的贡献率也达到 8.90%。

从国际比较的角度，医卫行业就业是拉动第三产业就业增长的重要部门。国际经验显示，随着经济发展水平的提高，医卫行业就业人员占比也逐步提高。我们对包括发达国家和发展中国家在内的 18 个国家和地区的回归结果显示，人均 GDP 每提高 1%，医卫行业占第三产业就业的比重提高余约 0.011 个百分点。

北京医卫行业就业占第三产业比重虽高于同为直辖市的天津和上海，但却远低于同等发达国家和地区的水平。从这一点看，北京医改对就业的拉动作用仍未完全发挥出来。

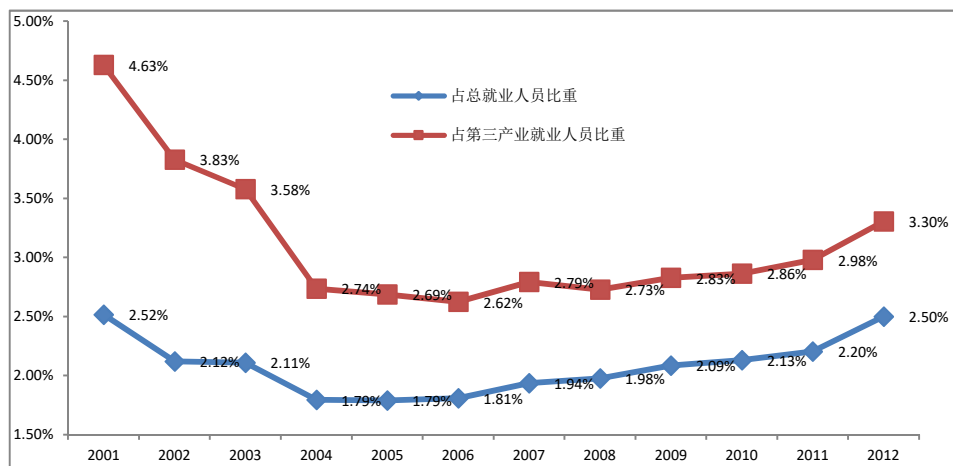


图 1-14 北京市医卫行业就业人员占总就业及第三产业就业人员比重

数据来源：相关年份《北京统计年鉴》

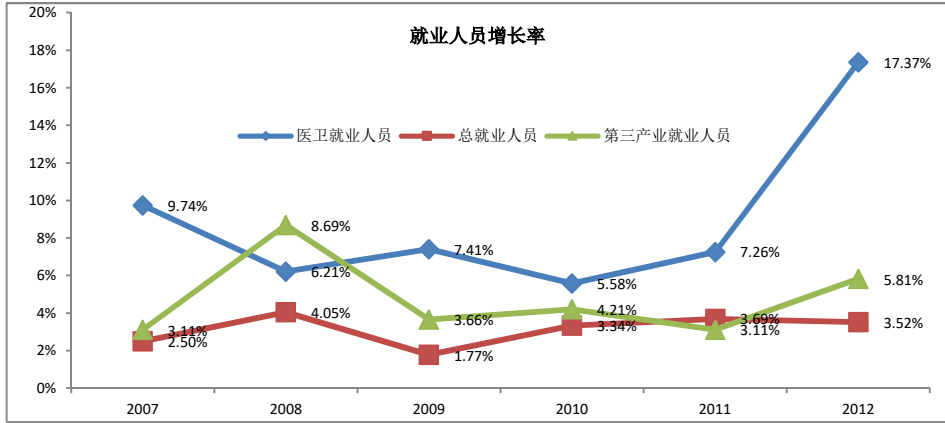


图 1-15 北京市医卫行业就业、总就业及第三产业就业增长率

数据来源：相关年份《北京统计年鉴》

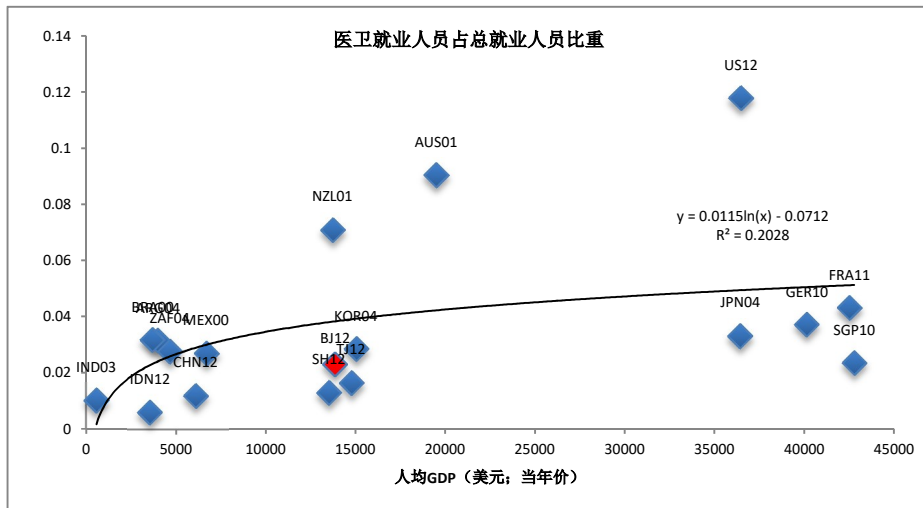


图 1-16 医卫就业人员占总就业人员比重：国际比较

数据来源：ILO Statistics.

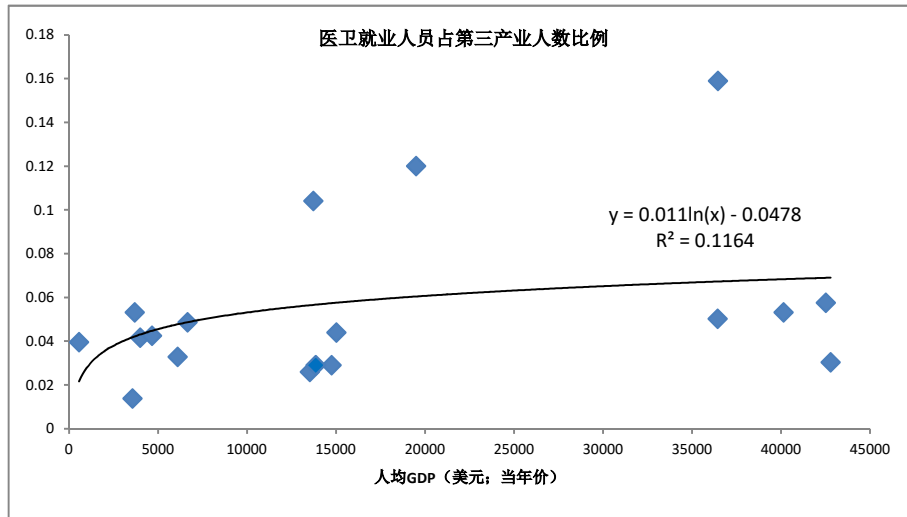


图 1-17 以为就业人员占第三产业就业人员比重：国际比较

数据来源：ILO Statistics.

（二）医改对经济增长的影响

医改对经济增长产生影响的机制，既包括医改带来的居民消费的增长、医卫行业及关联产业社会投资的增长，也包括医改带来的行业效率提升导致的增长。与分析医改对就业的影响遇到的问题一样，在现有数据限制下，无法定量分离医改对经济增长的影响，因为即使没有医改，医卫行业也对经济增长有影响。一个替代的办法仍是比较医改前后的经济增长状况来判断医改的影响。

在可获得的数据中，社会工作行业主要包括社会保障和社会福利行业。在国际比较中，也能找到卫生及社会工作行业的增加值数据。而社会工作行业与医卫行业有较强的关联性。社会工作行业中的一些子行业，例如康复服务、养护服务等，都是医卫行业的上下游产业。从对照分析和比较分析的角度，只要在两个比较期内对行业定义一致，也可以有效控制偏差。

医卫行业增加占北京地区生产总值的比重从 2001 年到 2006 年间呈下降趋势。医改开始后，从 2007 和 2008 年开始，北京医卫行业增加值占北京地区生产总值的比重呈现显著的上升趋势，从 2007 年的 1.69% 上升至 2013 年 2.03%。这一趋势至少表明，医改在满足居民健康需求、扩大医疗服务供给方面对经济增长产生了影响。从对经济增长贡献率的序列变动趋势分析，2007 年之前医卫行业贡献率呈下降趋势，而之后则呈明显上升趋势。

从医卫行业增加值在医改期间的增长率来看，医卫行业对 2008 年金融危机以来北京经济增长的贡献更加明显。2008 年以来，北京地区生产总值的增长率以及第三产业增长率都呈现下降趋势；医卫行业增加值的增长率也在医改前半期有下降趋势。但是，自 2011 年到 2013 年，在地区生产总值和第三产业增加值仍处下降阶段的同时，医卫行业增加值逆势上扬，成为拉动经

经济增长的重要力量。2013年北京地区生产总值和第三产业增加值实际增长率分别只有7.70%和7.60%，而医疗卫生行业增加值的增长率高达11.50%。

从一般经济发展规律的角度，随着一个国家或地区的经济增长进入中高收入阶段，医疗卫生行业的重要性增加，并成为国民经济产业结构中的重要部门。我们使用9个国家和地区25个样本点的数据，估计了经济增长与医疗卫生产业增加值占GDP比重之间的关系，结果发现二者呈显著正相关，人均GDP每增加1%，则医疗卫生行业增加值占GDP的比重增加0.027个百分点。

与国际上其他同等发展国家和地区医疗卫生行业增加值占GDP的比重相比，北京医疗卫生行业增加值占GDP的比重仍处于较低水平。从这一点分析，北京医改对经济增长的拉动作用仍未完全发挥出来。

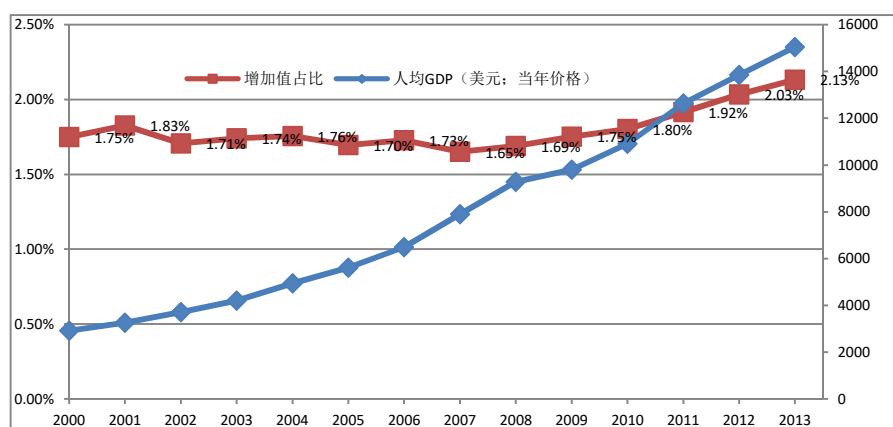


图 1-18 医疗卫生行业增加值占北京市 GDP 比重

数据来源：历年《北京统计年鉴》

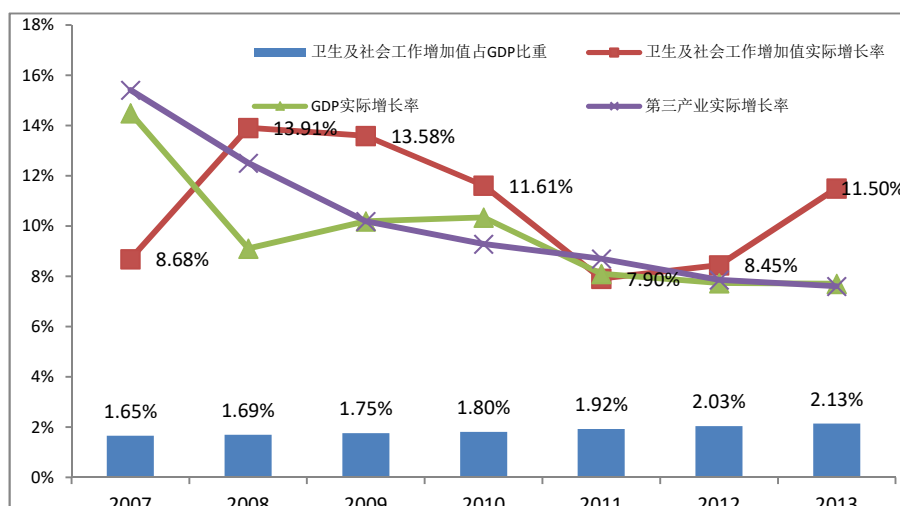


图 1-19 医疗卫生行业增加值、GDP 及第三产业增加值增长率

数据来源：历年《北京统计年鉴》

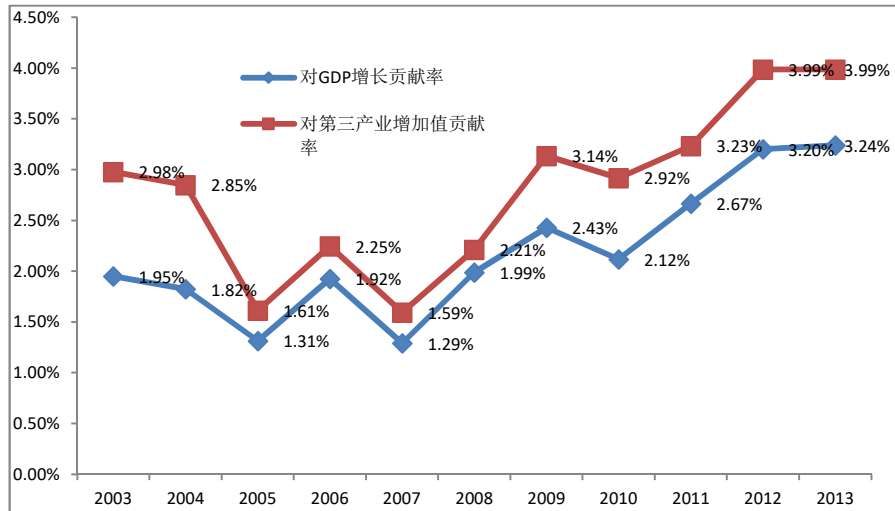


图 1-20 医卫行业增加值对北京 GDP 增长的贡献率

数据来源：历年《北京统计年鉴》

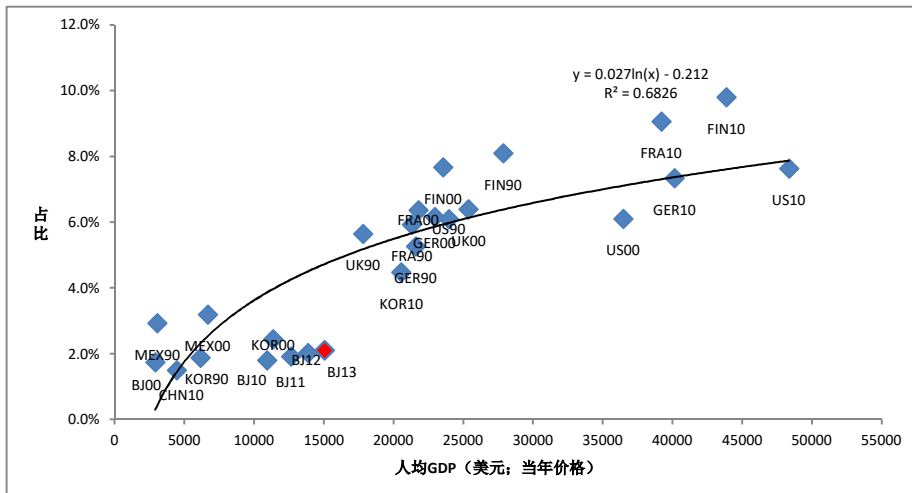


图 1-21 医卫行业增加值比重占 GDP 比重：国际比较

数据来源：ILO Statistics.

三、医改的长期经济社会影响

从长期来看，医改的目标还是在于提高居民的健康水平；而居民健康水平的提高又影响社会的人力资本投资，并对经济社会的可持续发展产生影响。但是，定量估计医改的长期经济社会影响仍存在如下几个困难：首先，北京医改即使按最初时间计算，也仅有 6、7 年的时间，多数长期影响还没有显现出来。其次，即使我们获得了一些长期影响的数据，但是由于健康的影响因素十分复杂，也难以将医改的影响完全分离出来。

虽然如此，在本项研究中，我们还是选择了几个居民的健康指标，以观察医改以来北京市居民的健康状况。

十年来（2003-2012）北京市婴儿死亡率、新生儿死亡率、孕产妇死亡率均呈下降趋势，期望寿命不断提高；甲乙类传染病发病率一度有所升高，至 2006 年达到峰值随后开始下降，2009 年之后连续下降，至 2012 年达到最低值。

从区域来看，婴儿死亡率、新生儿死亡率、孕产妇死亡率等各项指标城郊均优于远县；其中孕产妇死亡率一项，城郊和远县十年来的差距减少较为明显。

虽然不能把这些指标的改善完全归功于“医改”，但可以肯定的是，医改在提高居民健康水平方面，起到了积极的作用。

四、小结

北京医改的经济社会影响，可以从微观影响、宏观影响和长期影响三个层面加以考察。在数据分析和田野调查的基础上，本书对北京医改的经济社会影响进行了分析。基本的结论是，北京医改已经对经济社会产生了积极影响，但是仍存在一些未能充分发挥积极影响的方面。

从积极方面而言，主要的成效表现为：第一，居民自付医疗费用和就医负担有所减轻；低收入居民受益程度高于高收入居民；第二，公立医院改革对改善“以药养医”、减轻患者负担起到了一定作用，且未对医保基金产生负面影响；第三，医改使医卫行业的就业拉动作用增强，带动了就业增长；第四，医改使医卫行业对经济增长的贡献率增大；第五，医改期间，表示居民健康的一些指标有所改进。

但是，医改也存在仍未能发挥积极影响方面，具体而言，一是在减轻居民自付医疗费用方面，农村居民受益低于城镇居民；第二，法人治理结构并未表现出提高公立医院效率的作用；第三，基层医疗卫生机构投入多、效率低，没有发挥基层医疗“守门人”的作用，对缓解居民就医难影响有限；第四，与国际经验相比，医改对医卫行业的就业带动和经济增长贡献的影响仍未完全发挥。北京医改的经济社会影响我们总结在表 1-6 中。

需要指出的是，从理论上，分析医改的经济社会影响需要分离其他影响因素。但是，限于数据的可获得性以及医改发挥作用的长期性，在我们的分析中还无法完全做到控制其他因素。因此，这些影响中掺杂着其他诸如收入提高、生活方式改变等等不可观察因素的影响。这是在理解本书中结论中需要注意的。

表 1-6. 北京市医药卫生体制改革微观及宏观影响

	内容	指标	数据及方法	基本结论
微观影响	患者负担	卫生总费用中个人支出	卫生统计数据；比较	个人支出占比 2012 年下降到 22.58%；实现北京“十二五”规划目标（25%）

		家庭自付医卫支出占比	住户调查数据；比较	家庭自付医卫支出占家庭总消费支出的比重呈下降趋势；城镇居民占比由 2008 年的 9.5% 下降到 2012 年的 6.9%，农村居民由 9.89% 下降到 9.47%。
		公平性：不同收入阶层家庭医卫支出占总消费支出比重	住户调查；归属分析	城乡受益不均：城镇居民占比低于农村居民，且下降速度高于农村居民。 在城镇居民和农村居民内部，受益均等化趋势：在城镇居民内部和农村居民内部，低收入户占比虽高于高收入户，但下降速度高于高收入户。
	公立医院	法人治理结构改革	医院运行的微观数据；对照分析及双差分分析	促进医生合理用药； 未降低患者负担； 未增加医院业务量。 改革促进医生合理用药。门诊和住院次均药费分别下降约 30%、21%，药占比分别下降约 9%、4%。
		医药分开改革	医院运行的微观数据；对照分析及双差分分析	降低患者看病负担。门诊次均费用、住院次均费用分别下降约 19%、8%，个人负担分别下降约 23%、3%。 未明显增加医保基金支付压力。“仅使医保基金支付比增加月 2 个百分点。 增加医院业务量。
		医保付费方式改革	医院运行的微观数据；固定效应模型	总量控制没有预期的控费效果，总额预付在三级医院有一定的控费效果，总额预付在三级医院的控费效果优于总量控制。
	基层医疗卫生机构	投入产出比	卫生统计数据；对照分析	财政投入大幅增加，占财政医疗投入的比重由 2006 年的 5.4% 上升到 2013 年的 22.9%；基层医卫资源大幅增加。但是，基层医疗卫生机构的资源使用率低，运行效率低。床位使用率仅为全部医疗机构使用率的不到一半；基层医疗卫生机构医师日均门诊量无明显变化。
宏观影响	就业	医卫行业就业人员结构及占总就业人员比重	统计数据；序列分析及国际比较	对就业拉动作用持续增大；医卫行业占比持续提高；就业增长率远高于总就业增长率及第三产业就业增长率 相比于同等发展水平国家和地区，北京医卫行业就业仍处于较低水平，未来有较大发展空间
	经济增长	行业增加值变动对经济增长的拉动	统计数据；序列分析及国际比较	对第三产业及整体经济增长有拉动作用；增长率高于第三产业及整体经济增长率；增加值占比稳步上升 与同等发展水平国家和地区相比，仍处于较低水平，有较大发展空间
长期影响	居民健康	婴儿死亡率 孕产妇死亡率 期望寿命	卫生统计数据；对照分析	婴儿死亡率及孕产妇死亡率呈下降趋势；期望寿命不断提高。 但健康状况的改善仍不能做到完全归因；医改对健康的影响仍需长期观察。

第五节 本书的结构

北京医改除了与全国医改进程及其演进逻辑相同之处外，要有其自身的特征。全面的总结

和分析北京市医改的效果和影响，对于判断和把握北京医改面临的挑战具有重要意义。当然，鉴于医药卫生体制改革效果的长期性，全面的深入的评估是困难的，但这并不妨碍从发展趋势及现在面临的情况出发，对医改的影响进行分析。本书旨在对北京市医药卫生体制改革的经济社会影响进行评估。当然，本书所言的“评估”力求站在较为客观的立场上，对北京市医药卫生体制改革在几个方面的主要影响进行分析。

对北京医改经济社会影响的分析框架，如前所述，既有对微观层面各主体影响的分析，也有对宏观层面不同方面的影响的分析，还有一个长期潜在影响的分析。根据这一框架，本书在第一章总论之后，主要内容的框架安排如下：

第二章对北京市医药卫生体制改革的政策框架及政策演变特征进行梳理和分析，在此基础上总结北京市医改的主要政策特征。这是分析北京市医改经济社会影响的前提。

第三章主要分析基层医疗卫生体制改革，特别是从 2006 年底开始收支两条线制度改革及药物零差率政策。这一方面的改革除了对基层医疗卫生机构自身的影响外，还对居民的就医、整个医疗服务的布局产生了巨大的影响。

第四章着重于医改对公立医院运行的影响，以及这些改革对居民就医、医疗费用等方面的影响。这是北京市近年来医改着重推进的领域，也是中国新一轮医改着重要解决的问题。

第五章分析北京医药产业发展及医改对医药生产、流通、配送等环节的影响。

第六章则从医改与健康产业发展的角度入手，分析医改对健康产业发展的影响。

最后本书还提供了“医疗卫生对经济社会发展影响的理论与国际经验”、“如何建立竞争性的社区守门人制度”两篇附录。

第二章 北京医改的政策演变及特征*

2006年12月，北京市作为卫生部首批试点城市之一，启动了基层医疗卫生机构改革，与此前吸引社会力量兴办社区卫生服务机构的做法不同，通过财政加大投入，增设改造政府办社区卫生服务中心，并实行药品“零差价”，对社区仅限供应的312种药物统一采购、统一配送，同时配套“收支两条线”管理，将社区卫生服务中心的业务收入与人员收入脱钩。

这与国家2009年后启动的新一轮医药卫生体制改革措施更为相似。此后，至2010年6月，北京市委、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》，在国家新医改方针指导下，明确北京市最新一轮医改的主要目标，即推进发展，提高效率，减轻负担，促进健康。针对这一目标，一种通俗的说法是：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，同时，为促进北京市民整体健康做出一系列制度安排。

我们依此从医疗保障制度改革、基层医疗卫生机构改革、公立医院改革、公共卫生与行业监管等方面对北京市最新一轮医改政策予以归纳。

第一节 医疗保障制度改革

北京市医疗保障制度的建设与改革，主要包括逐步完善基本医疗保障制度，扩大基本医疗保障覆盖面，逐年提高基本医疗保障待遇，缩小城乡医保待遇，同时，逐步完善城乡医疗救助体系。截至2014年4月，北京市的医疗保障体系由城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合三大体系构成。

在支付方式改革方面，无论是主管城镇职工医保、城镇居民医保的人社部门，还是主管新农合的卫生部门，在过去几年的改革中，均对支付方式作出调整，以图改变对医疗机构的激励机制，扭转医院的诊疗行为。就调整本身而言，主要以从点到面为特点，选取小部分医疗机构为试点单位，再根据试点经验逐步向全市推广。

2011年，在控费压力下，北京市人社局将城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险定点医疗机构都纳入总量控制范围，即按照“以收定支、收支平衡”的原则，确定不同级别医院医保费用增长控制率。根据政策，人社部门对超过指标10-20%的进行全市通报；对超过20-30%的给予

* 本章执笔人：管馨，中国社会科学院研究生院经济系，博士生。

黄牌警示；对超过 30%以上的解除与其签订的医疗服务协议¹⁴。

以下为三种保障体系的政策详述：

一、城镇职工医疗保险

2001 年，北京市出台《北京市基本医疗保险规定》，正式建立北京地区的城镇职工医疗保险。

1.1. 参保人群

按照国家及北京市规定，北京市所有用人单位，包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工都需参加城镇职工医疗保险。2010 年，北京市将北京市市级公费医疗人员全部纳入城镇职工医保体系，含市属公务员、事业单位、公立医院、高校教职工约 22 万人。2011 年，北京市允许失业保险金领取人员参加城镇职工医保，实现“人群全覆盖”。2013 年 4 月，北京市约 150 万农民工也进入城镇职工医保体系。

1.2 筹资方式

基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳，缴费基数为参保人本人上一年月平均工资，缴费下限为上一年平均工资的 60%，上限为上一年平均工资的 300%。其中用人单位缴纳 9%，个人缴纳 2%。用人单位如招用失业人员，可获得财政给予的医疗保险补贴，补贴以北京市上年度职工月平均工资标准的 60%为基数，补贴 9%。领取失业保险金人员缴费标准以上年度北京市职工月平均工资为缴费基数，按 12%缴费比例按月缴费。

按照 2012 年度北京市职工年平均工资 62677 元、月平均工资 5223 元的工资水平，2013 年，北京市城镇职工医保缴费下限为 3133.8 元，其中不享受医疗保险补贴人员个人月缴费为 255.92 元，享受医疗保险补贴人员个人月缴费为 36.56 元。

累计缴费男满 25 年、女满 20 年，按国家规定办理退休手续并按月领取基本养老金或退休费的人员，享受退休人员基本医保待遇，不再缴纳基本医疗保险费。如退休时不满前述缴费年限，由本人一次性补足，享受退休人员基本医保待遇，不再缴费。职工的连续工龄或工作年限符合国家规定的，视同缴费年限。此外，北京市按用人单位缴纳缴费基数 1%、在职职工和退休人员每人每月 3 元建立大额医疗费用互助资金，用于支付一定起付线以上门急诊费用。

1.3 保障待遇

北京市实行“版块式”统帐，即区分个人账户和统筹账户，个人账户支付门急诊费用、定

¹⁴北京市人社局，《关于 2012 年医疗保险基金总量控制有关问题的通知》，2012 年

点零售药店购药费用、基本医保统筹基金起付标准以下费用及超过起付标准、按比例个人负担费用，统筹账户支付住院医疗费用、急诊留观费用及门诊特殊病费用。

个人账户包括职工个人缴纳的基本医疗保险费及用人单位按规定划入部分。具体划拨方法按职工年龄段而定，详见表 2-1。

表 2-1 北京市城镇职工医疗保险个人账户划拨方法

适用人群	划拨方法
<35 周岁（职工）	月缴费工资基数的 0.8%
35~45 周岁（职工）	月缴费工资基数的 1%
≥45 周岁（职工）	月缴费工资基数的 2%
70 周岁以下（退休）	100 元/人月
≥70 周岁（退休）	110 元/人月

资料来源：北京网，基本医疗保险个人账户说明

除 19 家三级医院作为北京市人社局认定的 A 类医疗机构，参保人可以自由就医外，还可选择 4 家 B 类医疗机构作为参保人的定点机构。具体补偿比例如表 2-2。

表 2-2 北京市城镇职工医疗保险待遇

	起付标准	起付标准至 3 万元	3~4 万元	超过 4 万元	统筹基金支付上限
三级医院	1800	85%	90%	95%	30 万
二级医院	1800	87%	92%	97%	30 万
一级医院	1800	90%	95%	97%	30 万

注：(i)表中百分数为统筹基金报销比例。(ii)退休人员起付标准为 1300 元，个人支付比例（1-报销比例）为职工支付比例的 60%。(iii)按照北京市规定，城镇职工医保统筹基金的起付标准按照上年度北京市职工平均工资 10%左右确定，当年第二次及之后住院发生费用，起付标准按上年度北京市职工平均工资 5%左右确定。不过，尽管北京市职工平均工资 2012 年已达 62677 元，但统筹基金起付标准已多年未上调。目前，在职职工起付线为 1800 元，退休人员为 1300 元。统筹基金支付上限则按照上年度北京市职工平均工资 4 倍左右确定。目前北京已远超这一水平，2010 年即已上调至 30 万元。

资料来源：北京网，北京市城镇职工基本医疗保险服务

大额医疗费用互助资金补偿包括住院和门急诊两部分。职工和退休人员在一年度内超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额（不含起付标准以下以及个人负担部分）的住院医疗费用，恶性肿瘤放射治疗和化学治疗、肾透析、肾移植后服抗排异药的门诊医疗费用，大额医疗费用互助资金支付 70%，个人支付 30%。但大额医疗费用互助资金在一年度内累计支付最高数额为 10 万元。门急诊补偿办法见表 2-3。

表 2-3 大额医疗费用互助资金门急诊补偿办法

适用人群	起付标准	起付标准至上限之间的补偿比例	补偿上限
------	------	----------------	------

职工	1800	50%	2 万
退休(<70 岁)	1300	70%	2 万
退休(≥70 岁)	1300	80%	2 万

二、城镇居民医疗保险

2007 年 6 月，北京市首先为“一老一小”推出了大病统筹医疗保险制度。凡具有北京市非农业户籍，未纳入城镇职工基本医疗保险范围，男年满 60 周岁、女年满 50 周岁的居民，可参加老年人的大病统筹医疗保险。2008 年 7 月，北京市为解决近 50 万城镇劳动年龄内无业居民没有被医疗保障的问题，推出城镇劳动年龄内无业居民大病统筹医疗保险制度。2009 年，非京籍大学生纳入大中小学生及婴幼儿医疗保险体系。2011 年，北京市将“一老一小”、城镇劳动年龄内无业居民医疗保险等整合为城镇居民基本医疗保险制度。

2.1 参保人群

目前主要包括未纳入城镇职工基本医保范围，男年满 60 周岁和女年满 50 周岁的城镇居民（下称城镇老年人），本市行政区域内高校、中小学、职业院校、特殊教育学校、工读学校在读学生、非在校少年儿童（下称学生儿童），男年满 16 周岁不满 60 周岁，女年满 16 周岁不满 50 周岁的城镇无业居民，七至十级残疾军人，城镇优抚对象等。

2.2 筹资方式

按照以收定支、收支平衡确定筹资标准和支付待遇，筹资由个人参保缴费与政府补助相结合。具体财政补偿情况及其变化见表 2-4。2013 年，北京市财政对城镇居民医保补助水进一步提高到平均每人每年 540 元。高校全日制非在职学生按照高校隶属关系由同级财政补助。领取最低生活保障和生活困难补助待遇的参保人员，以及参照《北京市城市特困人员医疗救助暂行办法》享受医疗待遇的退养人员和退离居委会老积极分子，重度残疾人员、七至十级残疾军人、城镇优抚对象、见义勇为人员等，财政给予全额补助。补助资金自医疗救助资金中列支。

表 2-4 城镇居民医保筹资模式

险种	开始执行时间	个人	市财政	区县财政	总计
一老	2007	300	550	550	1400
一小	2007	50	25	25	100
无业	2008	600	50	50	700
无业（残疾人）	2008	300	550	550	1400
一老	2011	300		460	760
一小	2011	100		460	560
无业	2011	600		460	1060
无业（残疾人）	2011	300		460	760

注：接受普通高等学历教育的全日制非在职学生，按照高校隶属关系，政府补助部分由同级财政承担。其他特殊条款略。

资料来源：北京市人力资源和社会保障局

2.3 保障待遇

与城镇职工医保不同，参加城镇居民医保的城镇老年人及无业居民不能在 19 家 A 类医疗机构自由就医，需自行选择 3 所医院和 1 所社区卫生服务机构作为定点医疗机构，就医需前往定点社区卫生服务机构首诊，持转诊单方能转至定点医院及 19 家 A 类医疗机构。此外，为了鼓励居民参保，北京市规定，参保人连续参保一年以上方可享受门急诊报销待遇。城镇居民医保的保障待遇及其演变过程详见表 2-5。

表 2-5 城镇居民医保的支付模式

险种	开始时间	保障范围	起付标准 (元)	基金支付 比例	一年内封顶线 (万元)
一老/无业	2007/2008	住院费用、特殊病种门诊费用	1300	60%	7
一小	2007	住院费用、特殊病种门诊费用	650	70%	17
城镇居民全部	2011	门(急)诊	650	50%	0.2
一老、无业	2011	住院费用、特殊病种门诊费用	1300	60%	15
一小	2011	住院费用、特殊病种门诊费用	650	70%	17

注：“特殊病种”指恶性肿瘤放射治疗和化学治疗，肾透析，肾移植、肝移植（包括肝肾联合移植）后服抗排异药，血友病，再生障碍性贫血的门诊医疗费用。

资料来源：根据媒体公开报道整理

三、新农合

3.1 参保人群

2002 年 7 月，北京市大兴区在全国率先开展新农合试点，2003 年全市建立新农合制度。到 2004 年，实现了北京市 13 个涉农区县新农合制度的全覆盖。各区县新农合制度建立时间见表 2-6。

表 2-6 北京市各区县新农合启动时间

区县名称	启动时间（以参保农民享受报销的开始时间为准）
怀柔	2003 年 1 月
昌平	第一批乡镇 2003 年 10 月，第二批乡镇 2004 年 1 月
顺义	2003 年 12 月

通州	2003年10月
门头沟	2004年1月
延庆	第一批乡镇2003年12月，第二批乡镇2004年8月
朝阳	2004年1月
密云	第一批乡镇2004年9月，第二批乡镇2005年1月
大兴	第一批乡镇2002年7月，第二批乡镇2003年7月
房山	2003年10月
平谷	2004年2月
海淀	第一批乡镇2004年1月，第二批乡镇2005年1月
丰台	永定河东乡镇2004年1月，永定河西乡镇2004年5月

资料来源：北京市医改办整理提供

北京市行政区域内具有农业户口的农村居民、中学毕业由农业户口转为城镇户口尚未参加工作的居民，以及父母为农业户口而本人为城镇户口的新生儿童，均可参加新型农村合作医疗。同时，北京市要求应以家庭为单位参加新型农村合作医疗。

3.2 筹资方式

与城镇居民医疗保险一样，新农合筹资同样来自财政补贴和农民个人。财政依照区县功能定位实行分类补助，如对生态涵养发展区参合农民年人均增加补助45元(含昌平区、房山区)，城市发展新区参合农民年人均增加补助35元，对城市功能拓展区参合农民年人均增加补助10元(丰台区增加补助15元)。各区、县政府按年人均增加100元筹齐不足部分，鼓励、调动村集体经济和农民个人增加筹资比例。

2007年，北京市提出“四个统一”，一为统一筹资标准，13个涉农区县从2007年开始统一人均筹资标准，即2007年220元，2008年320元，2009年420元，2010年520元；二为统一制度框架，即全市统一建立“基本统筹”和“二次补偿”的制度框架；三是统一补偿项目，即统一参照城镇职工基本医疗保障范围确定新农合的补偿项目，将新农合资金纳入区县社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，坚持专款专用和监督审计；四是统一工作目标，到2010年，初步建立起覆盖农村居民的基本医疗保障制度，使参合人员政策范围内门诊和住院补偿分别达到40%和60%。

2011年，北京市统一筹资标准要求不低于640元/人，其中政府不低于540元，个人不低于100元；2012年，提高筹资标准到不低于680元/人，其中政府不低于580元，个人不低于100元。2013年，全市除朝阳、海淀、丰台筹资标准高于680元外，其余十个区县按照680元筹资。贫困人群由财政全额补贴参合。下表为2004年至今新农合总筹资额变化情况。

表 2-7 北京市各区县新农合筹资总额变化情况
(i) 各区县人均实际筹资水平(单位:元)

区县	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
----	------	------	------	------	------	------	------	------	------

怀柔区	65.64	118.82	126.50	222.72	321.54	421.04	521.25	775.3	696.98
延庆县	44.96	91.20	111.29	190.03	321.28	421.14	521.33	579.4	641.47
平谷区	81.19	84.79	104.40	190.07	320.50	421.67	520.69	735.7	694.99
大兴区	90.00	96.14	110.12	200	321.56	421.64	523.31	281.2	775.55
房山区	58.45	91.56	129.35	209.88	320.79	420.30	520.42	570.9	648.56
顺义区	79.51	101.56	129.75	220.5	328.81	420.91	624.19	672.6	648.98
门头沟	59.46	89.09	140.87	217.05	331.35	410.95	521.94	580.6	641.20
丰台区	427.76	248.73	315.64	337.10	320.87	420.75	520.89	580.1	651.25
密云县	31.55	66.40	116.58	197.80	321.53	420.73	521.29	579.8	571.59
昌平区	78.86	85.21	100	223.40	321.51	421.24	521.22	580.3	705.31
通州区	60.01	145.66	137.45	215	320.52	420.17	521.54	581.4	678.75
朝阳区	211.53	318.16	418.53	350.46	434.23	527.97	759.61	844.3	1093.16
海淀区	381.18	605.04	673.38	643.38	580.00	661.18	907.01	1004	1299.97
全市	107.10	139.97	166.97	237.29	336.09	433.37	555.40	637.4	707.29

(ii) 个人缴费部分变化情况(元)

区县	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
怀柔区	18.31	28.47	29.15	29.56	40	40	50	50	100
延庆县	20.00	20	5.89	20	35.0	35	35	35	100
平谷区	30.0	29.90	26.29	29.46	39.03	38.97	38.98	40	97.59
大兴区	28.77	26.21	26.40	25.43	30	50	60	60	100
房山区	9.62	11.99	28.57	44.88	36.54	44.72	44.20	50	100
顺义区	24.03	23.11	27.51	35.84	46.40	58.55	60	60	100
门头沟	12.91	17.09	18.24	28.11	49.98	50	50	50	99.85
丰台区	50.15	58.89	44.80	64.20	58.96	80.48	106.79	109.84	109.83
密云县	17.54	23.69	23.47	27.05	38.90	48.39	48.28	48.23	50
昌平区	28.85	30.00	30	48.40	60	60	60	60	100
通州区	14.73	24.43	13.06	24.45	40	50	64.31	64.34	98.99
朝阳区	147.03	72.77	90.5	78.14	81.66	93.92	97.70	97.74	106.99
海淀区	86.69	99.53	94.75	102.35	66.01	67.48	70.01	170.45	197.14
全市	33.14	30.87	30.79	38.64	44.05	52.43	57.08	61.00	98.16

注：由于存在将财政资助个人部分列入政府补助项目当中的情况，故个人筹资部分出现不是整数的结果。

(iii) 政府补助部分变化情况(元)

区县	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
怀柔区	47.33	72.21	84.85	193.16	280.00	380	470	716.1	595.38
延庆县	24.96	64.65	70	170.03	285.00	385	485	535	540
平谷区	51.19	51.85	71.19	160.62	280.97	381.03	481.03	680.3	595.81
大兴区	61.22	69.93	93.72	174.57	290.00	370	460	510	665.98
房山区	41.63	36.33	70	165	283.46	375.28	475.80	512	540
顺义区	50.48	52.02	92.27	179.71	277.25	357.86	455	505	534.64
门头沟	35.05	35.05	65.88	160.55	280.02	359.65	470	520.1	532.41

丰台区	71.60	60.21	84.05	91.81	228.71	298.54	352.26	398.2	468.10
密云县	14.02	42.71	70.00	170.75	281.10	371.61	471.72	521.8	540
昌平区	50.0	49.97	70	175	260.06	360.00	460.00	510	596.41
通州区	45.28	62.01	92.5	190.55	280.00	370	455.69	505.7	576.51
朝阳区	60.22	106.83	117.09	149.84	237.29	318.52	519.85	581	825.61
海淀区	149.30	123.67	121.04	238.91	353.68	508.02	670.58	732.7	762.28
全市	51.24	60.18	84.05	172.06	278.25	369.59	470.66	542.8	583.02

资料来源：北京市医改办整理提供

从新农合当年筹资总额构成来看，2012年，各级财政补助资金占当年筹资总额的82.4%，个人筹资仅占13.9%。从纵向发展来看，各级政府财政补助资金在当年筹资总额中所占比重不断增加，2004年，各级财政资金占新农合统筹资金总额的47.8%，2008年新农合进入发展与完善阶段以后，财政筹资达到82.8%，2012年，各级财政资金已经占筹资总额的82.4%，财政补助资金作为新农合统筹资金主要来源的趋势更为强化。

3.3 保障待遇

2007年《北京市人民政府办公厅转发市卫生局等部门关于调整和完善本市新型农村合作医疗筹资标准和补偿政策意见的通知》提出要扩大新农合受益范围。在原有“一次补偿”的基础上，建立“村级基本用药”、“基本统筹”和“二次补偿”的新型农村合作医疗制度框架，实现新型农村合作医疗制度的补偿模式由以大病统筹为主向住院和门诊统筹兼顾转变。从2008年起，在足额提取风险金后按每年每人再提取50元作为“二次补偿”资金；积极推行“村级基本用药制度”，合理确定其资金数额；其余部分为“基本统筹”资金。¹⁵

2013年，北京市为促进市级统筹工作，统一制定新农合起付线、封顶线标准。对一个参合年度内的门、急诊，一级及以下医疗机构（含社区卫生服务中心、站）起付线100元，二级及以上医疗机构起付线550元，门诊封顶线3000元；对一个参合年度内的住院，一级医疗机构起付线300元，二级医疗机构起付线1000元，三级医疗机构起付线1300元。在各级医疗机构住院就医起付线分别设置、计算，在同级别医疗机构第二次及以后住院起付线分别减半。住院封顶线18万元。

不过，由于北京市新农合目前仍为区县统筹，而各区县筹资水平不同，保障待遇仍略有不同。如北京市海淀区，2013年人均筹资额达到790元，三级医院政策范围内补偿比例55%；而北京市延庆县人均筹资额为680元，三级医院政策范围内补偿比例为50%。各区县参合人仅允许

¹⁵根据《卫生部关于规范新型农村合作医疗二次补偿的指导意见》，新农合二次补偿是指利用新农合统筹基金结余，对已获得大病统筹补偿的参合农民进行的再次补偿；是针对统筹基金结余过多，在调整完善统筹补偿方案前采取的临时性调控措施，不作为常规补偿模式，不得在年初新农合基金分配时预提。当年统筹基金结余超过当年统筹基金15%（含风险基金，下同），历年统筹基金结余超过当年统筹基金25%的情况下，可进行二次补偿。

在所在区县定点医疗机构就医，持转诊证明方可转院。

另外，2013年起，北京市新农合采用综合付费方式改革，将新农合资金通过预算制分配给门诊、短期及长期住院服务，要求至2015年在所有统筹地区全面实施¹⁶。

对门诊服务，采用调整绩效奖励及按人头限额付费的方式。一方面，提取社区卫生服务机构绩效工资工资的20%进行重新分配，与家庭医生团队的签约服务挂钩。另一方面，原则上将新农合基金的30%用于门诊补偿。新农合管理中心与服务团队签订合同，为参保人员提供门诊服务，按人头向服务团队支付费用。

对短期住院，采用按疾病分组付费为主方式，确定分组、费用标准及诊疗规范后，限定由二级及以上医院提供服务。对部分病组费用差异较大者，采用多种支付方式结合。危急重症短期住院服务费用按相应人口诊疗服务总费用的60%控制预算。

对长期住院，采用总量控制，按床日付费方式。由新农合支付部分长期住院护理和康复服务的费用。对在区县医院住院超过60天的病例，采用按床日付费。支付费用控制在总医药费用的10%以内。

四、医疗救助

除为贫困人群补贴参保参合外，北京市还设立特困人群医疗救助政策，未参加基本医疗保险的城市低保对象以及民政部门认定的其他困难人员患危重病、慢性病、常见病等发生的医疗费用，全年个人负担累计超过500元（不含）以上部分，可申请享受医疗救助。医疗救助额度按照个人负担医疗费用的50%支付。其中，危重病患者全年个人累计医疗救助支付额度原则上不超过1万元；慢性病、常见病等患者全年个人累计医疗救助支付额度原则上不超过2000元。确属特殊困难人员，经向户口所在地街道办事处（乡镇人民政府）申请、区县民政部门审批后，可适当增加医疗救助比例。

城市低保对象中，享受基本医疗保险人员患危重病时发生的医疗费用，在扣除各项医疗保险可支付部分、所在单位承担部分及失业人员在失业保险期内享受的有关医疗待遇后，全年个人负担医疗费用累计仍超过500元（不含）以上的，且影响其基本生活时，也可申请享受医疗救助。医疗救助的额度按照个人负担医疗费用的50%支付，全年个人累计医疗救助支付额度原则上不超过1万元。经各种医疗救助后，个人自负医疗费仍然过高，且影响家庭基本生活的，可申请享受临时救助。

¹⁶北京市卫生局，《关于北京市区县新型农村合作医疗综合支付方式改革试点工作的指导意见》，2013年

医疗救助对象可在所在区县指定的 1-2 所非营利性二级公立医院及部分一级医疗机构、基层医疗卫生机构中选定 2-3 家就医。住院时，特困人群还可享受押金减免和出院即时结算待遇。

此外，北京市还于 2011 年出台城乡特困人员重大疾病医疗救助办法，覆盖人群包括城市“三无”人员、农村五保供养人员、享受城乡居民最低生活保障和生活困难补助人员以及享受城乡低收入救助人员，主要救助病种包括恶性肿瘤、终末期肾病、重性精神疾病、I 型糖尿病、先天性心脏病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、器官移植（心脏、肺脏、肝脏、肾脏）九种。这一办法中，城市“三无”人员、农村五保供养人员在扣除现行医疗保障制度报销后的个人负担部分，所需费用由民政部门实报实销。享受城乡居民最低生活保障或生活困难补助人员，以及享受城乡低收入救助人员，因患上述重大疾病产生的门诊或住院费用，在扣除基本医疗保险以及补充医疗保险等现行医疗保障制度报销后，对于医保或新农合报销目录范围内的个人负担部分，由民政部门按 70%的比例给予重大疾病救助。全年累计救助总额不超过 8 万元。

第二节 基层医疗卫生机构改革

针对基层医疗卫生机构的改革是北京市医改最早的改革动作之一，主要包括社区卫生服务中心“收支两条线”管理、药品零差率销售等措施。

最初的改革措施始于大规模地加强财政对社区一级投入。2005 年，北京提出加强社区卫生服务的首要基本原则是“政府主导，城乡统筹，部门协同，社会共建”。至 2008 年，北京市社区卫生服务要以满足城镇、远郊平原和山区的居民分别出行 15、20、30 分钟以内可及社区卫生服务为目的，全市规划设置 360 个社区卫生服务中心、2700 个左右社区卫生服务站，覆盖 100% 的北京城乡社区。社区卫生服务中心(站)要达到标准化建设和设备配置要求，全面提升社区卫生服务能力与水平。而这些要求都通过以政府投入为主的补偿机制完成，社区卫生服务中心的工作经费也由财政负担。

此后，北京市社区卫生服务中心（站）设置与建设规划要求、加强社区卫生人才建设等相关文件在 2006 年相继出台，同年，北京市政府再次发文明确，要坚持社区卫生服务的公益性质，坚持政府主导，建立健全以政府举办的社区卫生服务中心（站）为主体，以社会力量兴办的其他基层医疗卫生机构为补充的社区卫生服务体系。对公立社区卫生服务中心（站）收支两条线管理，其医疗、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。社区常用药品由政府集中采购、统一配送，零差率销售，用药种类限制在 312 种，共计 923 个品规。

在社区卫生人才配备方面，北京市提出实施全科医学人才培养工程，要求在京医学院承担为社区卫生培养人才任务，积极发展全科医学教育，开展社区卫生服务人员岗位培训，包括安排各社区全科医生、社区护士到支援医院轮转培训。实行收支两条线的社区卫生服务中心，人员待遇在人事部、卫生部关于卫生事业单位分配制度改革办法基础上，由财政保证其岗位工资和绩效工资。

由此，北京市成为全国最早开展基层医疗机构药品零差率销售、“收支两条线”管理的地区之一。但是，也有观点认为，在基层医疗机构仅限使用基本药物的规定，有违改革解决“看病难、看病贵”的初衷，基层用药应根据基层医疗机构的服务功能定位，考虑常见病、多发病的用药需求，而非只能使用价格低廉、有限品种的“基本药物”。

2010年，国务院印发《建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见》，要求对政府办基层医疗卫生机构使用的基本药物集中采购、统一配送，并在全国范围铺开。北京由于面临的特殊条件，基层医疗卫生机构得以继续使用部分非基本药物，同时，对北京市基本药物目录也逐年增补。在2009年增至519种的基础上，2010年，北京市社区用药增至664种。2013年10月起，224种用于治疗常见病、慢性病和老年病的药品也进入社区用药目录，至此北京医保社区药品报销范围已增加至1435种。

此外，在基层医疗卫生机构服务能力提升方面，北京市也做出一些相应的改良与调整。2010年，北京市城八区开始试点24小时服务，周一至周五需延长门诊时间至晚八时，至少提供全科诊疗、药房、化验等诊疗服务项目，有条件的社区卫生服务中心要提供24小时医疗应急处置服务。同年，北京市启动家庭医生式服务模式，要求社区卫生服务中心组成服务团队，为周边居民提供管理健康的契约式服务，不仅包括健康档案管理、预防免疫、老人儿童体检等几十项政府规定的基本公共卫生服务，还要提供“随时需要，随时帮忙”的24小时健康咨询或急救帮助服务。

2010年提出的还有建立大医院与社区卫生服务机构间转诊预约机制，加强大医院与社区卫生服务机构间的人才培训以及科研协作。按照要求，大医院要支持和疏导病人优先到社区卫生服务机构就诊，设立专门部门或人员负责组织对社区卫生服务机构提供会诊或远程会诊服务，有计划接收社区卫生服务人员轮流到医院进修、培训。

在这一年出台的众多围绕社区卫生服务机构改革措施中，最为社会关注的是《北京市医师多点执业管理办法（试行）》，鼓励北京市中级以上职称医师经所在医疗机构同意后，到基层医疗卫生机构多点执业，希望以此增强基层卫生机构服务能力，吸引患者到基层就医。

2012年，北京在原有政策基础上，进一步试点以朝阳医院、友谊医院、世纪坛医院等市属

三级医院为龙头，组建医疗集团，将医院周边基层医疗卫生机构纳入集团，希望以此吸引患者到基层就医。

第三节公立医院改革

2010年6月，北京市委、市政府发布《北京市2010-2011年深化医药卫生体制改革实施方案》，首次自市一级明确了公立医院的改革方案，明确了公立医院改革管办分开、医药分开等重点内容，涉及多项体制机制的调整变革。

首先，在行政机构职能调整方面，北京市于2010年9月成立首都医药卫生协调委员会，整合、统筹、协调北京市不同条块的医疗卫生资源，包括军队、武警、中央国家机关、高校等系统所属医疗机构，执行属地化管理。2011年7月，北京市又成立医管局，负责市属22家公立医院国有资产管理及监督、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，试图以此实现“管办分开”。医管局仍隶属于卫生行政部门。北京市管办分开改革的重点，更多是放在如何通过机构分开，将行政部门“管”与“办”的职能相分割，为医管局未来继续调整转型留下空间。

其次，医疗卫生资源规划方面，对政府办医疗机构和社会办医疗机构均实行增量改进。对于政府办医疗机构，明确北京市通过对口支援、土地置换、资源重组、办分院、整体搬迁或合作建设区域医疗中心等方式，将城区优质医疗资源向郊区县扩展。具体如表2-8所示：

表 2-8 北京市医院新建和扩建情况

医院名称	医院改扩建政策
宣武医院	改扩建一期工程并由2012年建成投入使用，日门诊量以增至7000人次以上
安贞医院	建成地上13层，地下3层的新门诊综合楼，成为当前市属大医院中建筑面积最大的门诊楼
积水潭医院	扩建门诊楼，新建回龙观分院并已投入使用
北京口腔医院王府井部	新建门诊大楼
同仁医院	扩建经济技术开发区院区
北京肿瘤医院	新建放射用房和地下车库
北京朝阳医院	打造京西院区
天坛医院	换址到丰台花乡樊家村，新建的天坛医院总占地面积约29公顷，是原有天坛医院的四倍
北京口腔医院	搬迁至丰台马家堡
朝阳区	在望京、垡头、东坝、北苑和定福庄附近新建和改造5家三级医院作为区域医疗中心

资料来源：作者根据网络媒体报道整理。

同时，要求政府办医疗机构在现有资源基础上，增加医疗服务供给，如 2010 年 11 月起，在全市 25 所三级医院试点开展双休日全天门诊，增加服务量。

对于社会办医疗机构，北京市则主要通过出台政策来鼓励其发展。2012 年，北京市政府印发《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构若干政策的通知》，提出 18 条政策以期加快形成多元化办医格局。包括：进一步开放首都医疗服务市场，新建医疗机构优先安排社会资本进入；对于符合政府支持方向的社会办医疗机构实行鼓励政策，如鼓励社会资本举办非营利性医疗机构，鼓励社会资本在郊区新城、重点镇和大型人口聚居区举办医疗机构，鼓励社会资本举办康复、护理医院等；支持社会资本参与北京市公立医院改制重组；保障社会办医疗机构合理用地需求，将社会办医疗机构用地纳入城镇土地利用总体规划和年度用地计划，社会办非营利性医疗机构可按划拨方式用地；对符合条件的社会办医疗机构给予建设资金等支持；社会办医疗机构与政府办医疗机构实行一视同仁的基本医保政策；对社会办医疗机构提供的公共卫生和基本医疗服务实行政府采购；落实社会办医价格政策，机构用水、用电、用气、用热与政府办医疗机构同价；落实国家社会办医税收政策；支持社会办医疗机构人才队伍建设；确保社会办医疗机构平等学术地位；支持社会办医疗机构科研发展与技术创新；鼓励社会办医疗机构提升管理水平和服务能力，包括与政府办医疗机构在预约挂号、双向转诊和分级诊疗、应急医疗保障与服务等方面开展合作；加强与改进对社会办医疗机构的服务，提高部门服务意识；规范社会办医审批程序，要求卫生、民政、工商等相关审批登记手续在正式受理后 10 个工作日内完成；加强对社会办医疗机构的执业监督；加强社会办非营利性医疗机构的资产监管；引导社会办医疗机构健康发展，建立医疗服务信息公开制度。

2013 年，北京市印发《北京市医疗机构设置规划(2012—2015 年)》，此后区域卫生规划不再限制区域内社会资本办医数量上限。

再次，针对公立医院内部体制机制改革，北京市于 2012 年 5 月启动了医药分开、医保总额预付、公立医院法人治理结构等试点改革。基于北京市作为首都的特殊地位，这一系列改革都较为审慎，先选取个别几家医院作为试点单位，再根据试点经验逐步推广，改革方案前后修正 50 余稿。此外，尽管北京市仅三级医院即超过 60 家，但市属医院仅 22 家，目前推广范围也仅限于此 22 家公立医院。

(1) 医药分开

2012 年 7 月，友谊医院作为首家试点医院启动这一改革。在 2010 年北京市的医改方案中，

提出了“分类推进改革”的说法，友谊医院主动提出愿作为改革试点，希望以降低药品价格，换取提高医疗服务价格的政策。

在友谊医院作为第一家试点医院基础上，医药分开改革逐步向北京市属其他医院推广，考虑到改革要平稳，综合医院成为改革的优先选择。在友谊医院实行医药分开两月后，2012年9月，朝阳医院启动改革，随后改革逐渐扩大范畴，目前，北京市共有五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，分别为每人每次普通门诊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，由医保定额支付每人每次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。

一系列数据测算都源自对北京市全市一级以上医院的静态测算，相关部门对政策效果的动态预估是，尽管医保支出可能增加13个亿，但药品价格下调，医院“以药养医”的激励减弱，带来药品总费用下降，由此，医保增加的支出不会达到13个亿¹⁷。

(2) 医保支付方式改革：总额预付

同样在友谊医院、朝阳医院、同仁医院及积水潭医院四家医院先行试点，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础，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。

总额预付试点期间，人社部门对医院门诊和住院的人次、次均费用，住院与门诊比例，药品、耗材、检查、自费占医疗费用比例，群众满意度等指标进行考核。试点医院发生的应支付医疗费用总金额在定额管理指标之内的，按照定额管理指标全额支付医院，但考核不能达到要求的，将按照一定比例扣减定额管理指标金额。

2012年，总额预付扩大至北京33家中央、市属和军队医院；2013年，总额预付在全市所

¹⁷华夏时报，《北京医院试点见成效新医改全面推行“医药分开”》，2014年9月20日

有二三级医院推开。

(3) 医保支付方式改革：DRGs

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）新型支付方式探索。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。

(4) 法人治理结构改革

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。

第四节 公共卫生、行业监管政策及其他医改相关政策

一、公共卫生

2009年，北京市政府发布《健康北京人——全民健康促进十年行动计划（2009-2018年）》，提出全民健康知识知晓率等11项健康指标，提出健康知识普及、合理膳食、控烟、健身、保护牙齿、保护视力、知己健康、恶性肿瘤防治、母婴健康等九大类健康行动。

从这一年起，除国家实施的基本公共卫生服务项目、结核病、艾滋病重大疾病防控、国家免疫规划、农村孕产妇住院分娩、贫困白内障患者复明、农村改水改厕、消除燃煤型氟中毒危害等重大公共卫生服务项目外，北京市新增了15岁以下人群补种乙肝疫苗，妇女孕前和孕早期增补叶酸预防神经管缺陷，为0-6岁学龄前儿童免费健康体检，为新生儿免费进行先天性疾病筛查，全市中小学校、中等专业学校在校学生都可享受政府招标流感疫苗免费接种，在国家农村妇女宫颈癌、乳腺癌免费筛查之外，为全市40岁至60岁户籍妇女提供免费筛查，全市60岁以上全口无牙低保老年人可享受免费镶牙，对全市适龄儿童开展龋齿筛查并实施窝沟封闭，在中小学校开展视力普查，推行低钠盐宣传，实施高血压患者的干预和规范化用药指导，在社区、学校、机关、企业、乡镇启动眼病、口腔疾病、高血压等疾病的初级保健和慢性病管理工作，为全市慢性病家庭培养家庭保健员，对高危人群开展脑卒中筛查及干预项目等。

2010年，北京市卫生局还印发《北京市预防与控制梅毒规划（2010-2020年）》，通过广泛开展宣传教育、开展综合干预、提高监测检测质量等途径，逐步降低梅毒年度报告发病率；同年，印发《2010-2012年北京市消除麻疹行动方案》、《北京市消除疟疾行动方案（2010-2020年）》、《北京市社区脑卒中项目高危人群规范化管理方案》等。从这一年开始，北京市卫生局还公开发表出版卫生与人群健康状况年度报告，从北京市人口基本情况、慢性非传染性疾病及相关危险因素、传染病发病情况、残疾与精神疾患状况、儿童青少年健康状况、医疗卫生服务情况等八个方面对市民健康状况及卫生状况做出详细报告，这也是北京市第一次将各种卫生与健康相关信息及数据整合后公开发表报告。

2011年，北京市在全市建立慢性病行为危险因素监测，掌握北京市居民慢性病行为危险因素的变化趋势，评估各种慢性病干预策略的效果及效应。同年，发布《北京市重性精神疾病信息报告管理办法》，实施重性精神疾病管理治疗工作规范。

2013年起，北京市严重精神障碍患者门诊可使用免费基本药品治疗，经费由所在区县负责保障。

二、卫生行业监管

主要通过北京市卫生局、药监局出台医药领域绩效考核、质量监管等管理办法予以监管，同时，督促医疗机构实施信息化管理，有关主管部门在此基础上采集数据，实施全方位监管。

2009年，《北京市中医、中西医结合医院绩效考核管理办法》出台，明确年度考核内容及计划；同年，北京市卫生局印发《北京市医疗卫生信息化服务提升计划（2009-2012）》，要求各级医院规范信息资源管理，满足卫生管理部门对门急诊信息采集的统一标准要求。

2010年，北京市药监局出台北京市加强基本药物质量监督管理工作实施方案，加强基本药物生产、配送和使用环节的质量监督管理、加强不良反应监测、加强电子监管等；北京市人社局出台《参保人员违法基本医疗保险规定处理办法》，规范参保人员就医行为；北京市卫生局建立北京地区医疗机构门急诊信息报告制度，要求各级医疗机构建立“医联码”并完善门急诊信息系统，对在不同医疗机构就诊的患者实行统一身份标识，统一患者索引，分类采集门急诊患者信息。

2011年，北京市开始开展电子病历为核心的医院信息化试点工作，要求建立统一的医疗数据中心，实现医院内部不同系统的互连互通，数据共享，全方位监管医院诊疗行为。

2013年，北京市卫生局出台《北京市住院医师规范化培训基地管理办法（试行）》、《北京市护士执业注册管理办法》，规范对住院医师培训及护士的管理；同年，出台《北京市医疗机构环境清洁卫生技术与管理规范》，加强医疗机构环境管理，降低院内感染风险。

三、写入规划但尚未出台具体办法的政策

在前述政策之外，北京市尚有部分写入改革实施方案但尚未由主管部门出台具体实施办法的政策。尽管《北京市2010-2011年深化医药卫生体制改革实施方案》印发时间为2010年6月，但至今仍有部分内容未予实施。

首先，首都医药卫生协调委员会于2010年9月成立，但至今尚未真正发挥整合资源的作用，对统一规划北京地区医药卫生事业发展、优化医疗卫生资源配置等，尚未对外公布任何具体管理办法。

第二，医疗保障体系建设方面，方案提出2010年启动城乡一体化的居民医疗保障制度建设，但截至2013年12月，城镇居民基本医保和新农合尚未整合，仍然由北京市人社局和北京市卫生局分别管理，筹资水平、保障待遇以及统筹层次均未统一。此外，方案提出积极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，北京市人社局也未有相关文件

出台。

第三，医疗卫生运行机制方面，方案要求建立科学合理的医药价格形成机制，提高医疗服务价格，降低大型医用设备检查和治疗价格，目前也未完全做到。医药分开改革目前仍仅限于友谊医院等六家试点医院。对于医院信息公开制度的完善，目前也还没有公立医院对外公布其年度收支、门诊/住院均次费用、药占比等信息。而针对医患关系健康和谐，方案提出逐步建立全市统一的医生评价监督体系，逐步完善医疗风险防范机制和强制性医疗责任保险制度，建立医疗纠纷第三方处理机制，探索非政府组织参与医疗纠纷调节，有关主管部门也未出台具体指导文件。

第四，医药卫生监管方面，方案提出探索建立上市药品再评价体系，加强地方卫生立法，这些也未见具体实施办法文件。

第三章 基层医疗卫生体制改革及其影响*

北京市新一轮医改是从基层医疗卫生机构的改革起步的。北京市自 2006 年起就开始实践社区基层医疗卫生机构常用药品政府集中采购、统一配送和零差率销售的制度，并对社区基层医疗卫生机构实行收支两条线管理¹⁸。在这些实践的基础上，根据北京市《关于贯彻落实国家基本药物制度的实施意见》，北京市按照“先补齐、后规范”的原则，2010 年在政府举办的基层医疗卫生机构实施基本药物制度，2011 年初步建立基本药物制度，2020 年建立覆盖城乡的基本药物制度。

北京市零差率基层医疗卫生机构基本药物制度在实施过程中取得了不少经验，也存在一些问题。对这些经验和问题的分析与总结，不仅对北京市下一步深化实施国家基本药物制度有重要意义，而且也是国家基本药物制度不断完善的有益参考。本章通过在北京市的调查，对基本药物制度对基层医疗卫生服务机构及居民就医的影响进行分析和讨论。

基本药物制度包括基本药物的遴选、生产、招标和采购、配送和流通以及使用等诸多环节。我们认为实现基本药物制度的政策目标，其关键在使用环节。只有做到基层医疗卫生机构和医生愿意使用、社区居民愿意接受基本药物，才能最终实现基本药物制度的政策目标。如果在使用环节供方和需方都没有动力使用和接受基本药物，基层医疗卫生机构和医生不愿使用、社区居民不认可基本药物，那么基本药物制度的前期环节，诸如统一招标、采购、配送等，都失去了意义¹⁹。使用环节供方和需方如果有激励使用基本药物，那么其他环节的问题可迎刃而解。招标、采购、配送等环节固然重要，但相比于使用环节，都是配套环节。

第一节 北京市基层医疗卫生机构“零差率”药品实施情况

为了配合社区卫生服务体系的建设和发展，北京市在 2006 年《关于加快发展社区卫生服务的意见》中提出并在当年实施了社区卫生服务机构中部分药品零差率销售的政策。根据这一政策，当年北京市共有 312 种药品在社区卫生服务机构实行零差率销售。在社区卫生服务机构部分药品实行零差率销售的同时，北京市为发展社区卫生服务还实行了如下相关措施：

* 本章执笔人：王震，中国社会科学院经济研究所，副研究员。

¹⁸ 在国家基本药物制度正式出台之前，北京的这一制度被称作“药物零差率”制度。本章在不同的场合使用了不同的名称，但基本含义一致。

¹⁹ 顾昕，2009，全民医保与基本药物的供应保障体系，《河南社会科学》第 17 卷第 6 期。

一是加大对社区医疗卫生服务的财政投入（表 3-1）；

二是创新社区卫生服务模式，建立与上级区域医疗中心的双向转诊制度，形成家庭、社区、医院之间的医疗与健康环状管理服务模式；

三是加强基层医疗卫生机构人才建设，通过各种方式吸引和留住人才；

四是在管理模式上实施收支两条线管理；

五是通过药品集中采购、基层医疗卫生机构“零差率”销售，降低药品价格，增大基层医疗卫生机构的吸引力。

北京市实施社区卫生服务机构常用药品零差率政策以来，取得成效是明显的。

一是社区医疗卫生机构财政补偿大幅提高。2005 年北京基层医疗卫生机构（社区卫生机构和农村卫生院）财政补助额（含上级补助）为 3.45 亿元，占当年基层医疗卫生机构总收入的 23.1%；2009 年财政补助（含上级补助）额为 17.58 亿元，占当年基层医疗卫生机构的 44.5%。与全国相比，北京财政投入到基层医疗卫生服务机构的经费也非常高。2007 年财政补助收入占社区卫生服务中心（站）总支出的比重就达到了 18.37%，而当年全国的这一比例只有 9.65%；到 2013 年北京和全国的这一比例分别为 34.95%和 33.00%。（表 3-1）。

表 3-1 全国和北京市社区卫生服务中心（站）总支出及财政补助

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
北京	总支出	19.6	33.9	46.4	53.4	75.4	93.6	111.0
	财政补助收入 (亿元)	3.6	10.9	13.6	19.1	29.2	35.6	38.8
	财政补助收入/ 总支出 (%)	18.37%	32.15%	29.31%	35.77%	38.73%	38.03%	34.95%
全国	总支出	397.9	258.3	403.6	530.0	667.7	784.5	906.9
	财政补助收入 (亿元)	38.4	49.2	79.3	117.4	192.2	260.6	299.3
	财政补助收入/ 总支出 (%)	9.65%	19.06%	19.64%	22.14%	28.78%	33.22%	33.00%

注：全国数据来源于历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京市数据来源于《北京市卫生工作统计资料简编》相关年份。

二是社区常用零差率药品品种不断增加，满足社区居民就医需求的能力不断提高。2006 年北京共有 312 种零差率药品。到 2010 年，包括国家基本药物 307 种在内，北京市共有 519 种社区常用药品实行了零差率销售。

三是社区常用药品价格下降明显，居民社区就诊零差率药品所占比重提高，次均药品费用降低。从全市的情况分析，2007 年政府集中采购的 312 种药品在上年采购价格的基础上平均降低了 21.11%；此外，加上取消的 15%的加成率，北京市基层医疗卫生机构的“零差率”药品平

均价格下降了大约 36%。从居民药品费用负担的角度，实施“零差率”政策后，次均处方药品费用也出现了明显的下降，最高降幅达到了 31%²⁰。

四是社区诊疗人次（绝对数）有了明显上升。北京基层医疗卫生机构的诊疗总人次从 2006 年的 1406.4 万人次增长到了 2010 年的 4887.4 万人次，2013 年的 6584.6 万人次（图 3-1）。

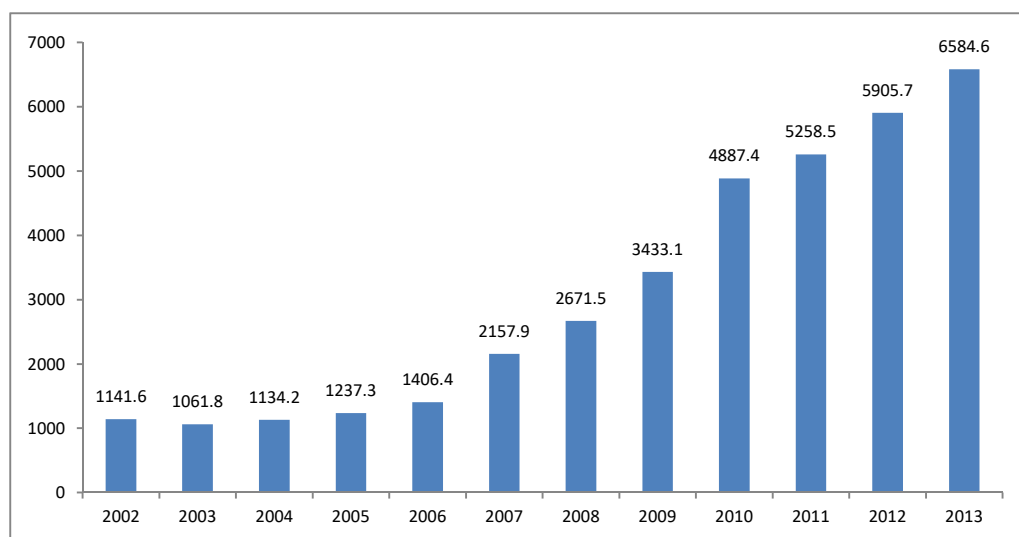


图 3-1 北京基层医疗卫生机构总诊疗人次数（万人次）

数据来源：相关年份《北京市卫生工作统计资料简编》

从政策要点分析，北京市基层医疗卫生机构“零差率”药品制度实际上就是国家基本药物制度。但是，二者也有区别，其中一个北京市基层医疗卫生机构除了优先使用“零差率”药品外，还可以根据实际情况使用“零差率”之外的药品。为了鼓励基层医疗机构优先使用“零差率”药品，北京市的政策是加大“零差率”药品的医保报销比例。

但是，在政策实施过程中，国家基本药物制度，特别是基层医疗卫生机构全部使用基本药物的规定，对北京市社区医疗卫生服务机构的运行以及对社区患者和社区居民健康也存在一些不利的影响。为了分析这些影响产生的途径及后果，课题组在 2011 年 9 月份进入到北京市 6 家社区卫生服务中心（站）进行了实地调查。这六家机构既包括政府基层医疗卫生机构，也包括企事业单位所有的卫生服务中心和诊所。此外，课题组还利用了湖南、河南等地的调查结果。

基于这些调查，本章从如下方面入手分析基本药物制度的实施对基层医疗卫生服务的影响，首先对基本药物制度与基层医疗卫生服务的关系进行理论分析；其次，对社区基层医疗卫生机构和医生的影响，三是对社区患者和居民就医行为的影响，四是分析基本药物制度与医疗保障之间的关系。

²⁰厉李、刘国恩、陈瑶、姚岚，“北京市社区卫生服务机构实施药品零差率政策效果评价与思考”，《中国卫生经济》2008 年第 27 卷第 4 期。

第二节 基本药物制度与基层医疗卫生服务

一、基本药物制度的政策目标

基本药物是世界卫生组织（WHO）于上世纪 70 年代提出的一个概念。世界卫生组织提出基本药物的背景是一些发展中国家，特别是低收入国家，医疗保障水平低，他们的药品供应与分配体系差，卫生设施和人员缺乏，对健康的投资较低，药品成本过高，从而导致民众常用药品缺乏可及性和可得性。根据世界卫生组织对基本药物的最新定义，基本药物是满足人群优先保健需要的药品；基本药物的遴选标准包括疾病相关性、治疗的有效性与安全性证据以及成本-收益比较²¹。从这一定义中，基本药物制度的首要目标是促进合理用药；药物的价格要在药物的效力和安全性的前提下考虑²²。也就是说，世界卫生组织的基本药物概念，首先需要考虑的是药物的临床效果和安全性；在临床效果和安全性的前提下比较药物的价格，优先选取居民可承受价格的药品。世界卫生组织历次基本药物的定义都没有将基本药物定义为价格最低的药物。特别是近年来世界卫生组织更将促进合理用药作为基本药物制度的首要目标。

我国自上世纪 70 年代末就开始着手编制国家基本药物目录，至今已经出台了 7 版国家基本药物目录。但是，在 2009 年之前，我国基本药物目录并没有在全国基层医疗卫生机构强制执行，其主要目标是指导临床医师合理选择药品。2009 年新医改方案将建立国家基本药物制度确立为国家基本医疗卫生制度的四个体系之一。《关于建立国家基本药物制度的实施意见》明确了国家基本药物制度的政策实施细节，并提出了时间表，要求在 2011 年初步建立国家基本药物制度。在使用环节，《实施意见》规定政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用国家基本药物，基本药物实行零差率销售。

在中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称“新医改方案”）中，基本药物目录的作用已经不仅是临床用药指南，而是一项强制基层医疗卫生机构执行的制度。之所以出现这种情况，是因为我国建立和实施基本药物制度的背景是“药价虚高”和“以药养医”问题的凸显。在以药养医的情况下，医院和医生偏好处方高价药、大药方，药品费用占医疗费用的比重不断上升。医药价格存在严重扭曲，低价格药物不仅企业不愿生产，而且医院和医生也不愿意使用²³。这不仅直接加重了患者负担，而且导致了各种不合理用药行为的泛滥²⁴。

²¹WHO 网站：http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html

²²WHO, 2002, The selection of essential medicines, Policy Perspectives on Medicines, Geneva: WHO.

²³朱恒鹏，“医疗体制弊端与药品定价扭曲”，《中国社会科学》2007 年第 4 期，第 89-103 页。

²⁴例如，中央政府门户网站报道，“滥用抗生素带来怎样的灾难”，http://www.gov.cn/fwxx/kp/2009-02/20/content_1236905.htm

在此背景下，我国建立和实施国家基本药物制度的目的就在于“保障群众基本用药，减轻医药费用负担”，通过基本药物制度的实施，降低一些常用药品的价格，减少和杜绝药价虚高，推进合理用药。根据新医改方案的精神，基本药物制度的政策目标主要有三：一是保障基本用药；二是促进合理用药；三是减轻群众医药费用负担。

二、低价格成为现实中实施基本药物制度的首要目标

不论是从世界卫生组织基本药物实施的目标看，还是从国家基本药物制度的政策目标看，促进合理用药、保障基本用药是基本药物制度的最基本目标；而药物价格则是实现基本目标的手段之一。但是，从我国基本药物制度当前的实施情况看，降低基本药物价格成为了各地实施基本药物制度效果的主要衡量指标²⁵。而为了达到基本药物的低价格，大多数地方采取的措施是从采购和配送环节入手，通过集中统一采购、招标和统一配送的手段，压低药品价格，减少甚至取消流通环节费用，从而实现基本药物的低价格。至于基本药物能否在基层医疗卫生机构得到充分使用，能否促进合理用药，则没有引起足够的重视。

不重视基本药物的使用和接受程度，而单从采购和配送环节入手打压药品价格，固然可以在一定程度上降低药物价格，但是其弊端也显而易见。为了通过招标从而占领市场，生产企业在招标中都尽量压低药物价格，甚至低于药品的成本价。这样招标而来的基本药物，其治疗质量可想而知。我们在北京市社区卫生服务中心（站）的调查表明，基本药物价格质量低下已经成为医生和患者的共识。在这种情况下，即使医生可以处方基本药物，患者也多不接受。

对此弊端基层医疗卫生机构及卫生行政部门都有明确的认识，但是之所以在基本药物制度实施过程中，仍然偏好于压低价格，其原因主要在于我国实施基本药物制度的大背景是药价虚高。实施基本药物制度的一个重要目的就是解决药价虚高、以药养医。因此，在实践层面，推动基本药物制度实施的实际目标也就成为了通过各种方式压低基本药物价格。其次，这也与我国政府部门的绩效考核方式有关。推动落实基本药物制度是新医改方案的主要目标之一。而如何衡量和测度基本药物制度实施的效果，最可观测的指标就是药物价格。

三、基本药物制度与基层医疗卫生机构的目标冲突

我国基本药物制度要求政府举办的基层医疗卫生机构必须全部配备和使用基本药物。之所

²⁵各地在报道基本药物制度的政绩中，都将基本药物价格的下降作为首要政绩，例如，“基本药物价格平均下降57%”，《湖南日报》2011年11月10日第4版。

以要求基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物，其背后的原因在于通过完全切断医疗卫生机构与卖药收益之间的关系，从而降低药品费用。这一措施的背景是我国基层医疗卫生机构的财政补偿不足，基层医疗卫生机构主要通过卖药维持生存。如果基层医疗卫生机构除了基本药物外，还可以处方其他药物，那么他们完全可以通过多处方其他药物获得收益。在没有完全切断医疗卫生机构卖药收益的条件下，财政部门就有理由不给予医疗卫生机构充分的补偿。医疗机构则有理由继续通过卖药获取收益。如此一来基本药物制度就形同虚设。因此，这一措施的一个重要目的就是在完全切断医疗卫生机构的卖药收益后，倒逼财政对基层医疗卫生机构进行充分补偿。这一措施的逻辑在于只要给予基层医疗卫生机构和医务人员充分的补偿，那么他们就没有动力开大处方；只要限制了他们的处方权和用药选择权，那么他们就没有“能力”开大处方。

从实施效果看，基层医疗卫生机构全部使用基本药物后，患者的次均药物费用确实出现了下降²⁶。但是，基层医疗卫生机构药物费用的下降并不是医改方案中对基层医疗卫生机构功能的主要定位。在新医改方案中，基层医疗卫生服务的主要功能定位是居民健康的“守门人”。这意味着基层医疗卫生服务机构承担的不仅是一般的医疗服务，而是居民健康的“代理人”。要做到这一点，基层医疗卫生机构及医生需要与居民的激励相容，即医生与病人的目标是一致的。基本药物制度在基层医疗卫生服务机构的实施则是完全切断了医生与病人之间的利益联系，并限制其处方权。这固然可以解决医生开大处方的问题，但是在这样的条件下如何激励医生成为居民健康的“守门人”？

基本药物制度给出的措施是实施绩效工资，通过政府考核医生业绩，从而激励医生为病人提供服务。但是，由于医疗服务本身就是严重信息不对称的行业，绩效考核很难真正实施。在现实中，这种绩效考核实际上已经成为“论资排辈的平均主义大锅饭”²⁸。我们在河南农村乡镇卫生院的调查以及在北京社区卫生服务机构的调查都显示，不论是在农村还是城市，实施基本药物制度后，基层医疗卫生机构实施的所谓绩效工资制度基本上是按照职级、年龄等进行平均分配，而不是按照医术和提供的医疗服务分配。这种状况以及对医生处方权的限制严重影响了基层医疗卫生服务机构提供医疗服务的能力。

从这一点上分析，基本药物制度的实施与“强基层”的目标是不一致的。基本药物制度的

²⁶王娜、陈琦、王君丽、潘岳松、梁万年，“北京市药品零差率销售政策实施对广大社区居民看病就医的影响研究”，《中国全科医学》2011年第1期。

²⁷刘亚军、许俊峰、刘钢、李楠、冯志兰、胡强，“零差率药品销售管理对社区卫生服务机构医疗即药品次均费用影响的现状研究”，《中国全科医学》2010年第13期。

²⁸朱恒鹏，“基本药物制度：路在何方？”，《中国社会科学文摘》2011年第2期。

实施一方面使得基层医疗卫生机构和医生缺乏提供优良服务的激励，另一方面又限制了基层医疗卫生服务机构和医生的处方权。这两个方面的实际效果是“削弱基层”。

第三节 基本药物制度对基层医疗卫生机构运行的影响

一、基本药物制度的实施限制了基层医疗卫生机构职能发挥

基层医疗卫生机构²⁹是医疗卫生服务体系的基础环节，是实现人人享有基本医疗保健的基础环节³⁰。在中央新医改方案中，社区卫生服务被定位为新兴城市医疗卫生服务体系的基础，其功能被定位为居民健康的“守门人”。在理想状态下，社区医疗卫生服务直接面对居民的日常健康需求，提供最基本的健康照料和医疗服务，保障居民健康应当是社区医疗卫生服务的最终目标，即成为居民健康的“守门人”。而医院则更多关注重大疾病的治疗。根据北京市 2006 年提出的目标，社区医疗卫生服务与医院之间应该形成“小病在社区、大病到医院、康复回社区”的有序医疗卫生服务格局³¹。

要实现社区卫生服务与医院之间的这种分工格局，实现社区医疗卫生服务机构的健康“守门人”功能，在当前的情况下，社区医疗卫生机构首先需要能够吸引社区居民就医，即实现社区首诊制。社区首诊制除了制度上保障外，最根本的是社区医疗卫生服务机构能够提供满足社区居民日常就医和健康需求的医疗服务。这一方面要求医疗卫生人才能够下沉到基层，另一方面要求基层医疗卫生机构能够吸引和留住人才。这是实现社区卫生服务功能的基本条件。

根据国家基本药物制度的政策设计，基本药物制度也是要促进基层医疗卫生机构的发展，实现社区医疗卫生服务的健康“守门人”功能。其政策逻辑是通过降低药物价格从而降低居民支付的看病费用的途径来实现吸引居民到社区医疗卫生机构就诊的目的。而基本药物制度降低药物价格的措施，主要在于切断基层医疗卫生机构和医务人员的处方与收入之间的关系。而要做到切断医疗卫生机构和医生的处方与收入之间的关系，一是要将基层医疗卫生机构和医务人员的收入与提供的医疗服务之间的直接联系切断，即实行收支两条线，医疗卫生机构和医务人员的收入依照其他方式进行分配；二是要在基层医疗卫生机构全部使用基本药物，杜绝医务人员处方非基本药物获得收入。这两点也是国家基本药物制度的本质所在。

但是，从基层医疗卫生机构的功能定位来看，基本药物制度要求的收支两条线和全部使用基本药物则限制和打压了基层医疗卫生机构功能的发挥。通过实施基本药物制度降低药物价格，

²⁹在本文中，基层医疗卫生服务和基层医疗卫生服务机构等同于社区医疗卫生服务和社区医疗卫生服务机构。

³⁰国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》，2006年。

³¹北京市委市政府《关于加快发展社区卫生服务的意见》，2006年。

从而实现社区卫生服务机构健康“守门人”功能和降低居民医疗费用的目的，实际上是舍本求末，治标不治本。从表面上看，基本药物制度确实降低了居民支付的药品费用和医疗费用，这一点已经得到了大多数调查的证实³²。但是，收支两条线和全部使用基本药物却没有解决基层医疗卫生机构及其医务人员的激励问题，实际上限制了基层医疗卫生机构功能的发挥，使得基层医疗卫生机构在事实上成为廉价药房，失去了居民健康“守门人”的功能。

二、财政补偿到位不是实现基本药物制度目标的充分条件

在基本药物制度的实施中，财政补偿一直被当做基本药物制度能否真正发挥作用的关键³⁴。根据国家发改委调查组对湖南、广东的调查，地方财政根本无力承担实施基本药物制度所需的财政投入。根据湖南株洲、永州、郴州等地测算，仅实施基本药物制度“零差率”销售一项，每个乡镇卫生院每年需补贴 50-100 万元，每县每年财政支出需增加 1200 万元左右³⁵。这一观点背后的逻辑在于，基层医疗卫生机构之所以不愿意和不能实施基本药物制度，其根本原因是取消卖药收益后，财政补偿不足。在财政补偿不足的情况下，若实施基本药物制度，如果基层医疗卫生机构严格遵守收支两条线和全部使用基本药物，那么一部分基层医疗卫生机构，特别是经济落后地区的基层医疗卫生机构将面临生存困难。对此，国务院办公厅出台了《关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》，明确了实施基本药物制度后基层医疗卫生机构的补偿渠道，按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的办法进行补偿，对于核定后的经常性收支差额，由地方财政予以足额补偿。这实际上是通过倒逼机制将基层医疗卫生服务的筹资责任转移到地方政府身上，从而确认了地方财政对基层医疗卫生服务的兜底责任。

但是，本章的分析将表明财政补偿到位仅是基本药物制度能够促进基层医疗卫生机构实现其功能的必要条件，但不是充分条件，即财政补偿不到位，基本药物制度在实施过程中必然产生扭曲；但是即使财政补偿到位了，基本药物制度的实施也不一定能够促进基层医疗卫生机构充分发挥其功能。即使在财政补偿较为充足的条件下，收支两条线管理和全部使用基本药物的规定将严重限制基层医疗卫生机构发挥其功能。

以北京市为例，自 2006 年以来北京市对基层医疗卫生机构的财政补助已经占到了基层医疗

³²唐圣春、常星、刘春生、魏占英、陈红敬，2010，实施基本药物制度对社区卫生服务供需双方的影响及对策研究，《中国卫生政策研究》第 3 卷第 12 期。

³³陈烈平、张猛、徐旭亮、郭露华，2011，福建省实施国家基本药物制度前后药品价格与销量比较分析，《中国卫生政策研究》第 4 卷第 11 期。

³⁴陈竺、刘谦在 09 年全国社区卫生工作会议上的讲话，中央政府门户网站，2009 年 8 月 31 日，http://www.gov.cn/gzdt/2009-08/31/content_1405362.htm

³⁵刘五星、杨佳佳，“加大财政投入力度，确保基本药物制度顺利实施——对湖南、广东两省基本药物制度实施情况的调研”，《价格理论与实践》2010 年第 4 期。

卫生机构全部收入的 44.5%，远高于全国 21% 的水平。从卫生行业从业人员的平均工资收入来看，北京市城镇卫生行业（国有部门）在岗职工的平均工资一直高于全部国有部门在岗职工的平均工资，也高于性质类似的教育部门在岗职工的平均工资（图 3-2）。2005 年北京市国有部门在岗职工的平均工资收入为 39067 元，卫生部门在岗职工的平均工资为 46396 元，教育部门在岗职工的平均工资则为 37924 元；到 2010 年卫生部门在岗职工的平均工资为 78851 元，仍然高于教育部门的 73392 元。不论从财政对机构的补助而言，还是从职工平均工资收入而言，北京市基层医疗卫生机构及其工作人员的收入都不低。但是北京某城区对社区卫生服务医务人员工作满意度的调查却显示，医务人员工作满意度水平并不高，其中满意度较低的项目包括收入和福利待遇、工作负担、个人发展机会和机构管理水平³⁶。我们在社区卫生服务机构调查中，医务人员也认为在基层工作收入和待遇低、没有发展前途。

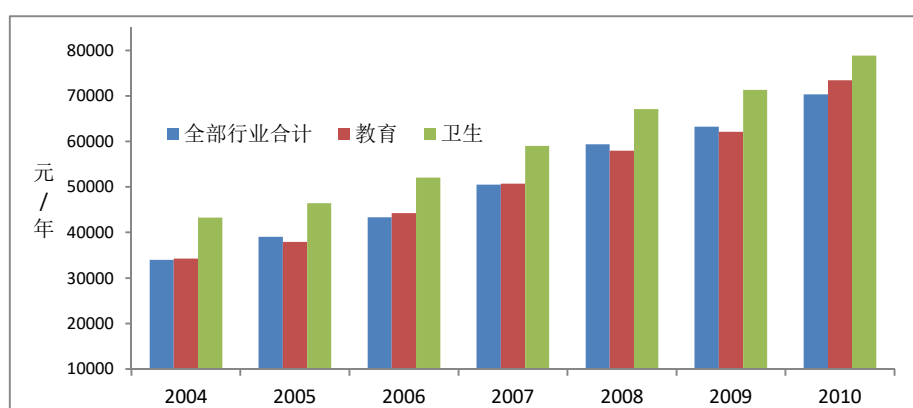


图 3-2 北京市分行业国有部门城镇在岗职工平均工资（元/年）

数据来源：历年《北京统计年鉴》

在实际运行过程中，与基本药物制度相关联的收支两条线和全部使用基本药物的政策并没有促进基层医疗卫生机构发挥其职责和功能，距离居民健康“守门人”的功能定位还很远。

三、收支两条线管理不能解决激励问题

收支两条线管理不仅不能解决以药养医问题，而且还会导致解决基层医疗卫生机构及医务人员的激励不足问题，造成了分配上“大锅饭”和论资排辈。

收支两条线管理的初衷是割断基层医疗卫生机构和医务人员的医疗服务提供与收入之间的直接联系，从而破除“以药养医”。以药养医的根本原因是医疗服务提供方的其他补偿渠道不足，只能通过药品售卖获得相应的收入。其他补偿渠道不足，一是指因为医疗服务价格的管制，医疗服务提供方不能通过医疗服务收费获得相应的收入；二是指财政对医疗服务提供方的补偿不

³⁶张恩宇、陈娟，2011，北京市某城区社区卫生服务医务人员满意度分析，《中国卫生政策研究》第 4 卷第 8 期。

足。

从当前基本药物制度的政策设计分析，对以药养医问题的解决实际上是两个手段：一是在保持医疗服务价格管制的前提下，切断医疗服务提供方与收入之间的联系，二是加大财政补偿，做到补偿到位。

但是，从理论上分析，如果做到了财政补偿到位，那么医疗服务提供方应该就没有了以药养医的冲动，收支两条线就缺乏实施的必要性。从这一点来说，收支两条线管理并没有长期实施的必要性，仅是在财政补偿不足的条件下的过渡性措施。如果收支两条线管理作为长期实施的措施，那么其背后的逻辑就是即使财政补偿到位，那么也存在以药养医的空间，基层医疗卫生机构和医务人员还是会通过各种方式来实现“以药养医”。我们的调查也显示，不管财政补偿如何，收支两条线管理并没有彻底解决以药养医问题。在湖南、河南等地的调查中，实施收支两条线管理的基层医疗卫生机构及医务人员总有各种手段向患者提供非基本药物之外的药物。在医患双方信息不对称的条件下，医生总是能够劝说患者按照医生的处方购买药物。

这实际上是一个信息不对称条件下的激励相容问题。在信息不对称条件下，掌握信息优势的一方，比如医疗服务提供方，总有机会利用自己的信息优势谋利，获取信息租金。在这种情况下，如果双方的目标是一致，那么信息优势一方不会对信息弱势一方造成损害；而如果双方的目标是不一致的，那么信息优势一方的谋利行为就会给信息弱势一方造成损害。由于医疗服务是严重信息不对称，因此任何一个医疗卫生制度的设计，无不是为了解决提供方和需求方之间的激励相容问题，使提供方和需求方的目标一致，即医生的行为都是为了患者的健康提供服务，而不是售卖药物谋利。收支两条线管理也是要解决信息不对称双方激励不相容所产生的问题，但是其背后的思路是彻底消除医疗服务提供方的谋利动机，通过消除提供方的谋利动机使其信息优势不能成为谋利的手段。但是，如前所述这在现实中根本无法实施，因为收支两条线管理只是割断了通过信息优势谋利的一种渠道，并没有消除谋利本身，也没有办法取消其他的谋利渠道。这也是计划经济体制不能持续的主要原因之一。

收支两条线管理不仅不能实现消除以药养医的目的，而且在实际操作中还导致种种弊端，其中最重要的是收支两条线管理造成了基层医疗卫生机构和医务人员的激励不足。在收支两条线管理下，基层医疗卫生机构和医务人员的收入并不直接取决于提供的服务质量和数量，而是取决于医疗卫生行政部门的绩效考核。虽然按照规定，绩效考核也要根据提供的服务的质量和数量进行。但是，一方面这需要投入大量的人力、物力和财力，而且还面临着谁来考核“考核者”的难题；另一方面，由于医疗服务的特殊性，特别是医疗服务双方的信息不对称，对医疗服务数量和质量的精确考核基本是不可能的。在这种情况下，最具可行性的是论资排辈和分配上的

“大锅饭”。而论资排辈和分配上的“大锅饭”打击的是那些基层医疗卫生机构中的优秀医务人员，特别是基层骨干，这一点几乎是计划经济的最主要弊端。

这一管理方式的后果之一就是优秀人才无法下沉到基层；即使通过各种行政手段迫使优秀人才下沉到基层，也无法把他们留住。而缺乏人才导致的后果就是基层医疗卫生机构对居民的吸引力下降，无法发挥其居民健康“守门人”的职责和功能。在我们的调查中，经常出现的情况发现到大医院就诊的人群中，大部分是头疼脑热的常见病。这些常见病在社区卫生站就足以治疗。但是，他们宁愿忍受排队和高价格，也不愿意到就近、价格便宜的社区卫生中心（站）。其原因就是对社区卫生服务机构的不信任。而这种不信任在相当程度上也是有根据的，即好医生都不愿意下沉到基层。

四、全部使用基本药物的规定限制了基层医疗卫生机构和医务人员的诊疗能力

全部使用基本药物的规定，限制了基层医疗卫生机构和医务人员的处方权，从而进一步限制了基层医疗卫生机构和医务人员对疾病的诊断和治疗，严重影响其健康“守门人”功能的发挥。按照国家基本药物制度的规定，基层医疗卫生服务机构要全部配备和使用基本药物。这一规定的初衷是通过限制医务人员的处方权从而限制其通过药物销售获取收入的途径。其背后的逻辑是如果允许医务人员使用非基本药物之外的药物，那么医务人员就仍然有可能通过销售非基本药物获取收入。在非基本药物的加价额超过基本药物的条件下，医务人员更偏好使用非基本药物。实施这一措施实际上是承认了下面这一点：即医务人员的谋利行为损害患者的健康，而且只要有可能医务人员就会利用自己相对于患者的信息优势谋利。因此，要取消医务人员在医疗服务提供过程中的谋利行为，就要取消和限制其处方权。这是全部使用基本药物背后的逻辑。

从实施效果看这一规定确实限制了医务人员的开大处方问题。但是，却仍然无法完全断绝以药养医的弊病，而且还生出其他一些弊端：例如提高检查费用比例、处方拆分等。而更严重的问题在于限制处方权等于限制了基层医疗卫生机构和医务人员的诊疗能力，从而进一步限制了基层医疗卫生机构功能的发挥。

五、基本药物制度的政策设计限制了基层医疗卫生机构的功能发挥，不利于实现其居民健康“守门人”的职能

从性质上说，收支两条线管理和限制医生处方权都是通过“堵”的方法限制医疗服务提供

方的信息优势。这一方法即使能够切断以药养医的渠道，但是因为其没有解决问题的根本症结，没有做到双方的激励相容，因此只是“治标”的办法。其后果，一是催生出了其他各种弊端；二是限制和打击了基层医疗卫生机构和医务人员的积极性，与基层医疗卫生机构健康“守门人”的职能定位背道相驰。

从实施基本药物制度的潜在后果分析，一方面是基层医疗卫生机构药物费用从而全部医疗费用的下降，另一方面是其诊疗能力的下降。这两个“下降”所导致的必然结果就是基层医疗卫生机构成为“廉价药房”，失去了其居民健康“守门人”的功能。按照社区卫生服务机构的职能定位，其主要功能是把好居民健康的第一道关口，实现社区首诊制。但是，现在的情况是，居民患病后首先到大医院诊疗；而后由于基层医疗卫生机构的药品费用低，在大医院诊疗后到社区卫生机构拿药。

北京市自 2006 年起即开始加强社区卫生服务体系的建设。几年来其取得的成效有目共睹，例如药品费用的下降，诊疗总人次的增加等。并且北京市根据实际情况并没有规定基层医疗卫生机构全部使用“零差率”药物。但是，这也对其诊疗能力产生了负面影响。

首先，图 3-1 表明基层医疗卫生机构的诊疗总人次有了大幅度的提升；但是，与此同时，基层医疗卫生机构来自医疗服务的收入所占比重发生了大幅下降，而来自药品的收入则出现了提升。这其中很重要的原因是患者到基层医疗机构仅是为了拿药而不是治疗。

表 3-2 北京市政府办医院和社区卫生服务中心人均费用及涨幅情况

年份	门诊人均费用（元/人次）				住院人均费用（元/人次）			
	政府办综合医院	涨幅（%）	社区卫生服务中心	涨幅（%）	政府办综合医院	涨幅（%）	社区卫生服务中心	涨幅（%）
2006	254.48	5.25	69.13	21.11	12306.9	-2.18	1810.43	30.78
2007	271.98	6.88	88.51	28.03	12612.4	2.48	4747.95	162.26
2008	294.77	8.38	93.69	5.85	13514.52	7.15	3782.01	-20.34
2009	316.08	7.23	110.79	18.25	14805.91	9.56	3978.47	5.19
2010	333.51	5.51	112.92	1.92	14623.3	-1.23	3689.83	-7.26

数据来源：《2010 年北京市卫生工作统计资料简编》

第二个证据，与政府办综合医院相比，2006 年到 2010 年间，社区卫生服务中心的门诊人均费用和住院人均费用的平均涨幅都比较高（表 3-2；图 3-3）。政府办综合医院门诊均次费用 5 年平均增长率为 6.64%，住院均次费用 5 年平均增长率为 3.05%；而社区卫生服务中心门诊和住院的均次费用 5 年平均增长率分别为 14.62%和 21.66%。与均次费用快速增长相关的是社区卫生服务中心较高药品费用占比（图 3-3）。2005 年到 2009 年社区卫生服务中心门诊人均治疗费用中药品费用所占比重在 76%到 86%之间，住院人均治疗费用中药品费用所占比重在 45%到 75%之

间；而政府办综合医院的这两个比重分别为 62%到 65%之间、36%到 39%之间。药品费用占比的增加相对应的治疗费用占比的减少，其背后的原因在于到社区卫生服务机构就诊的患者主要不是进行诊疗，而是购买药物。社区卫生服务机构成为居民的“廉价药房”，而社区医生正在逐渐失去其原有的卫生服务和健康指导功能。

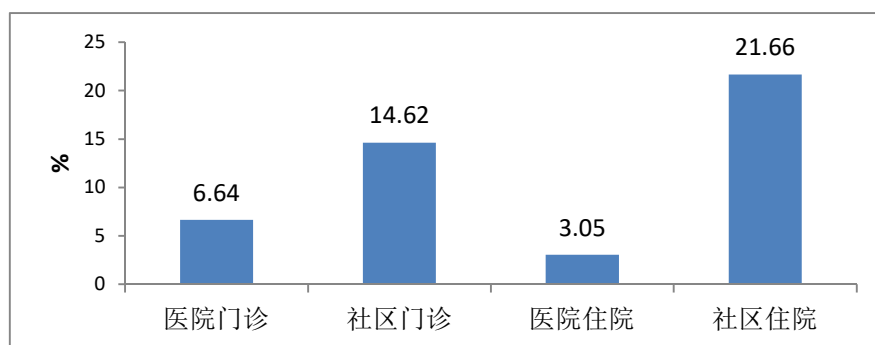


图 3-3 北京市政府办医院和社区卫生服务中心人均费用平均增长率（2006-2010）

注：医院为政府办综合医院；社区为社区卫生服务中心

数据来源：《2010 年北京市卫生工作统计资料简编》

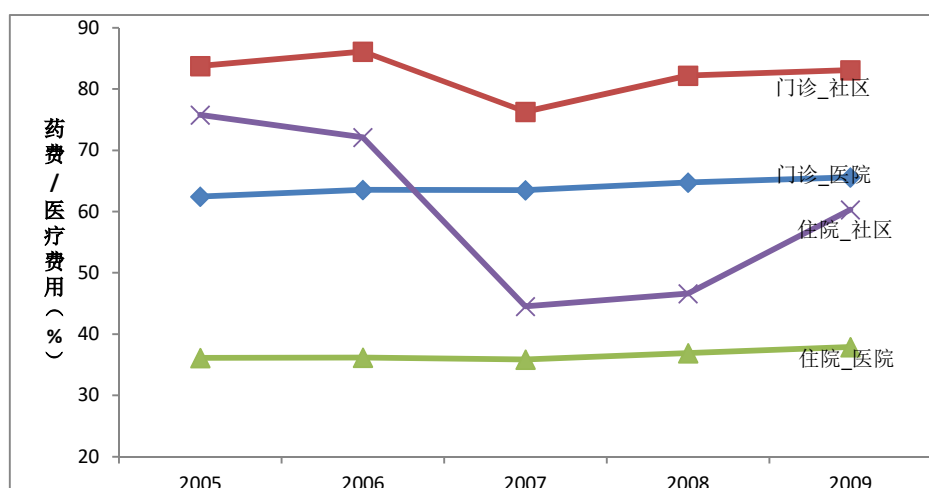


图 3-4 北京市门诊和住院病人药费占医疗费用比重情况（2005-2009）

注：医院为政府办综合医院；社区为社区卫生服务中心

数据来源：《2010 年北京市卫生工作统计资料简编》

第四节 基本药物制度对社区居民就医行为的影响

基本药物制度在使用环节的两个政策要点一是收支两条线管理，二是全部使用基本药物。这两个点都是为了切断基层医疗卫生机构和医务人员处方与收入之间的联系，从而消除以药养医的弊端。上文的分析表明，收支两条线管理和全部使用基本药物，一方面并不能完全杜绝以药养医，而且还会生出其他一些弊端；另一方面，则严重影响了基层医疗卫生机构的诊疗能力，降低了其对社区居民的吸引力，与基层医疗卫生机构成为居民健康“守门人”的职能定位相背

离。除了对医疗服务提供方产生影响外，基本药物制度所要求的全部使用基本药物的规定还对居民的健康需求产生不利的影 响，限制了社区居民的健康需求。

一、低价策略不能起到吸引居民到基层医疗卫生机构就医的效果

基本药物制度的一个重要政策目标是通过降低基层医疗卫生服务机构的药物价格吸引社区居民就医，分流大医院的就医人群，从而解决看病难看病贵的问题。这一政策设计所依据的逻辑是基层医疗卫生机构药物价格过高从而导致其可及性较低。对全国而言，特别是对中西部经济落后地区和农村地区而言，药物价格过高导致可及性较低的可能性是存在的。但是，这对于北京、上海等经济发达地区，药物价格并不是影响社区居民就医选择的显著因素。从药物的经济特征分析，药物的价格弹性本就很小，人们在购买药物时主要考虑的并不是药物的价格，而是其疗效。而且随着人均收入水平的提高，药物的价格弹性越小。

在北京、上海等人均收入水平较高的地区，药物价格对改变人们用药行为的作用非常不明显。在北京市两家社区医疗机构随机调查结果显示，到社区医疗机构就诊的原因排名第一的距离近比较方便，第二是医生熟悉病情；对于医药费用变异这个选项没有人选择³⁷。对北京社区医疗卫生机构和就医患者的调查显示，影响社区居民日常用药选择的药品特性中，最重要的药品的疗效，其次是药品的副作用，药品价格排在第三位（图 3-5）。

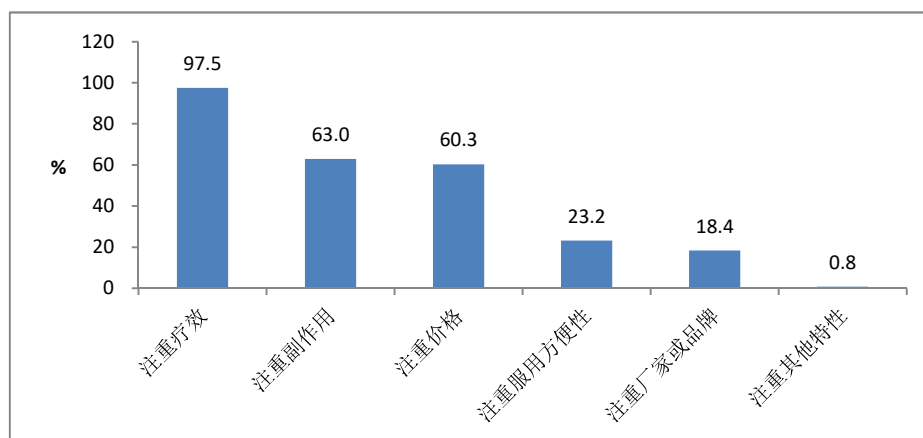


图 3-5 影响社区居民日常用药选择的药品特性分布³⁸

在基层医疗卫生机构全部使用基本药物的规定，还有一个重要目标是改变居民的用药习惯，达到合理用药的目的。从政策手段分析，实现这一目标的手段是降低药物价格。这一点在经济落后地区可能是有用的，因为药品和医疗费用的支出属于居民的大项支出，药品价格的降低

³⁷厉李、刘国恩等，“北京市社区卫生服务机构实施药品零差率政策的效果评价与思考”，《中国卫生经济》2008 年第 27 卷第 4 期。

³⁸刘温文、郭蕊、刘妤、许建、王亚东，2010，北京市“药品零差率政策”对社区居民用药行为的影响研究，《中国全科医学》第 13 卷第 8A 期。

足以起到其改变用药习惯的作用。但是，在经济发达地区由于药品的价格弹性较低，通过药品价格下降改变居民用药习惯并不是一个可行手段。特别是在上海、北京等大城市，医疗资源本就丰富，居民的就医选择非常广泛。2009年全国平均每千人口拥有的医疗机构床位数为3.31张，而北京每千人口拥有的医疗机构床位数为7.22张，远高于其他地区（图3-6）。在就医地点有充分选择余地、药物价格弹性较小的情况下，社区医疗卫生服务机构的药物价格下降并不能起到吸引社区居民就诊的作用。

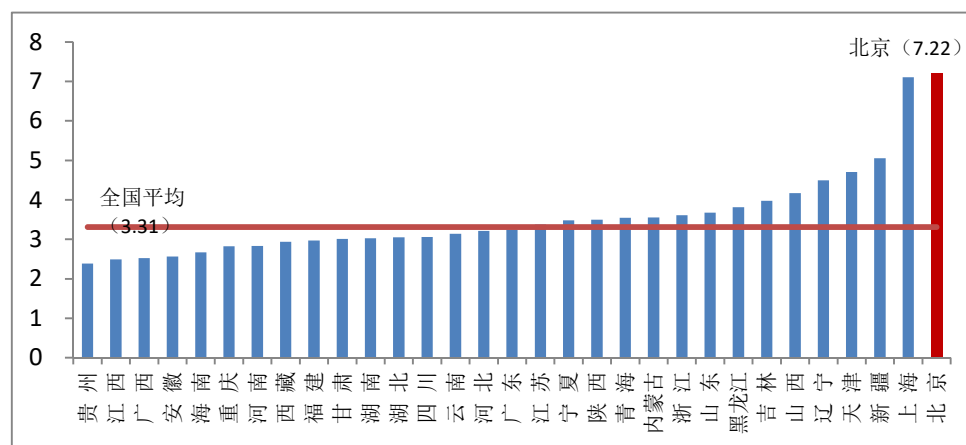


图 3-6 分地区每千人口医疗机构床位数 (单位: 张/千人)

数据来源: 2010 年《中国卫生统计年鉴》

二、全部使用基本药物的规定限制了居民的健康选择权

在基本药物制度的政策设计中，基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物是一个关键环节。之所以做出如此安排主要出于如下考虑，即彻底切断基层医疗卫生服务机构和医务人员开大处方、高价药的渠道，从而杜绝以药养医。其所依据的逻辑是限制基层医疗卫生机构和医务人员的处方权，从而限制其通过信息优势谋利的途径。这一措施在一定程度上限制了基层医疗卫生机构开大处方、高价药的途径。实施基本药物制度后，基层医疗卫生机构次均药品费用的下降也表明了这一点。但是，从社区居民作为健康服务需求方的角度，全部使用基本药物的规定实际上剥夺了在社区医疗卫生服务机构就诊患者的选择权，其后果不仅不能满足患者需要，而且还会导致新的问题。

由于基本药物设定的目标是低价格政策，其方式是通过统一招标、量价挂钩等制度降低生产企业和流通企业费用，实现压低药物价格的目标。虽然在招标过程中质量也作为招标的一个标准，实行质量和价格的双信封制度。但是在实际执行过程中，质量标作为必要条件只能是保证药物满足最低的质量要求，属于商业上的质量。而药物除了商业上的质量外，治疗上的“质量”，即药物的疗效是在招标中无法体现的。

药物的疗效在治疗过程中才能体现出来。在低价格策略下，生产企业为了能够中标都极力压低药物的出厂价格，有些甚至低于成本价³⁹，这样的药物质量即使能够通过招标，其在使用过程中的疗效和副作用也令人堪忧。国家食品药品监督管理局在 2011 年上半年对基本药物质量进行的检查也发现基本药物质量存在较为严重的问题⁴⁰。我们在北京市一些基层医疗卫生机构的调查中，医务人员和患者对基本药物的疗效和副作用都不放心。按照他们的说法，基本药物吃不死人（商业质量没有问题），但是疗效不好，副作用大。

进入基本药物目录的药物品种和规格不能满足群众就医需要。进入国家基本药物目录的为 307 种基本药物；根据不同情况，各地都添加了省（市、区）增补药物，一般的省份国家基本药物和地方增补药物大致在 400 到 600 种之间，例如北京的基本药物（国家加上地方增补）共 519 种。这 500 多种基本药物按照零差率销售，价格明显降低。但是，一方面由于疗效和副作用不确定，另一方面也不能满足群众的一般用药需求。特别是在北京、上海等大城市，居民的用药选择本就很多，基本药物制度的限制就更加明显。

根据实际需要，北京市基本药物制度实施过程中并没有限制社区医疗卫生服务机构使用非基本药物。根据我们的调查，在医患双方都能自由选择的情况下，基本药物和非基本药物的使用比例大致在 6:4 和 7:3 之间；国家基本药物、地方增补药物和非基本药物之间的使用比例大致在 3:3:4 和 3:4:3 之间。也就是说如果强制规定全部使用基本药物，那么将有大约 30%到 40% 的社区居民用药需求得不到满足。这一点不仅在北京这样的大城市存在，而且在中西部地区也普遍存在⁴¹，而且成为评估基本药物制度实施效果的重要方面。例如在湖南、广东等地的调查中⁴²，国家发改委调查组发现部分乡镇卫生院一些农村常用药、低价药等均未进入基本药物目录，一些纺织地方病的特殊用药也没有进入，这严重影响了到乡镇卫生院就诊患者的治疗。

一个地区居民的健康需求，包括对药物的选择，不仅与地区生活习惯、医疗习惯相关，而且与该地区的收入水平相关。随收入水平的变化，健康需求的层次也在发生变化。高收入地区居民的健康需求层次以及对药物质量的要求高于低收入地区。基本药物制度的设计实际上是从全国平均的健康需求出发进行的，主要针对的是低收入地区药物可及性较差的问题。但是，在经济发达地区，药物的可及性并不是一个大的问题。这也是基本药物制度主要在欠发达国家和地区推行的主要原因⁴³。在欧美等发达国家，药物的可及性较高，基本药物已经涵盖到医疗保

³⁹浙江省医药行业协会，关于基层医疗机构基本药物集中采购“安徽模式”的调查和思考，未发表的调查报告。

⁴⁰国家食品药品监督管理局，2011，关于进一步加强基本药物生产监管工作的意见，国食药监安[2011]454 号。

⁴¹卢家忠，2011，基层医疗体制改革存在的问题及建议，政协第十届安徽省委员会第四次会议提案。

⁴²刘五星、杨佳佳，“加大财政投入力度，确保基本药物制度顺利实施——对湖南、广东两省基本药物制度实施情况的调研”，《价格理论与实践》2010 年第 4 期。

⁴³The Third World Network, 2000, Globalization and equitable access to essential drugs,

险药品目录中，所以这些国家并没有通过行政手段来推动和建立基本药物制度。我国基本药物制度的设计，从其政策要旨分析主要针对的还是落后地区基本药物的可及性较差的问题。因此，从提高落后地区以及广大中西部农村地区基本药物的可及性角度，基本药物制度有其必要。但是在东部沿海地区，特别是北京、上海等大城市，药物的可及性较高，居民在药物选择上本就机会较多。基层医疗卫生机构全部使用基本药物后，其后果是减少和限制了到基层医疗卫生机构就诊患者的药物选择权。

从北京的情况看，北京市城镇居民人均可支配收入远高于全国水平，医疗保健支出占家庭消费支出的比重也高于全国水平。这表明北京市社区居民的医疗保健需求要远高于全国水平。在这样的情况下，要求全部使用基本药物无疑是对居民健康选择权的限制和剥夺。对于我国这样一个地区差异和城乡差异都非常明显的国家，关系群众切身利益的政策设计需要考虑到不同地区、不同经济发展水平的差异。基本药物制度要求全国政府办基层医疗卫生机构都全部使用基本药物，实际上是“一刀切”的制度设计，没有考虑到不同地区的经济发展水平差异，在解决地低收入地区和农村地区基本药物可及性的同时，也限制和剥夺了发达地区社区居民的健康选择权。

三、造成大量社区居民重新反流至大医院就医

除了限制社区居民的健康选择权外，全部使用基本药物的后果还表现在社区患者重新回流到大医院，导致新的看病难看病贵问题。全部使用基本药物后，根据在北京的调查大约有 30% 到 40%左右的药物需求无法再基层医疗卫生机构满足；而在北京这种居民收入水平较高、医疗保障水平较好的城市、医疗资源丰富的地区，可以预计这部分需求将重新返回到大医院。

从基本药物制度实施的情况看，不仅在北京这样的大城市限制了居民的健康选择权，即使在中西部地区、农村地区，基本药物制度的实施在降低药物价格的同时，也限制了农村居民健康需求的选择权。研究发现，在基本药物制度下，新农合病人在乡镇卫生院住院大幅减少，县级及以上医院住院增长明显；乡镇卫生院次均住院费用得到控制，但由于县级以上医院次均住院费用和住院人数的增长，导致住院总费用上涨，参合病人的实际补偿水平下降⁴⁴。

<http://www.twinside.org.sg/title/twr120c.htm>

⁴⁴何平、刘博、孙强、左根永、李凯，2011，安徽省基本药物改革前后新农合住院病人流向与医疗费用比较，《中国卫生政策研究》第4卷第11期。

第五节 基本药物制度与社会医疗保险

一、基本药物制度与社会医疗保险的关系

根据国际卫生组织对基本药物的定义以及遴选标准，在医疗卫生体系中，基本药物在任何时候都应有充足的可获得性，其质量是有保障的，其信息是充分的，其价格是个人和社会能够承受的⁴⁵。基本药物制度即是要保障基本药物对普通群众的可获得性，促进合理用药。基本药物制度着重于药物的供给方，从医疗机构基本药物的充足供给解决药物可及性问题，并促进合理用药。从这个角度而言，基本药物制度并不是孤立的制度，而是与其他制度，特别是与需求方的社会医疗保险制度相互支持、相互补充。

不同于基本药物制度，社会医疗保险制度通过人群的疾病风险分担机制，提高需求方患者的支付能力和对治疗以及药物的可及性。在医疗保险支付标准比较高的国家和地区，药物的可及性并不是一个大的问题，不需要通过强制性的基本药物制度从供给方保障药物的可及性。这也是基本药物制度首先在欠发达国家，特别是医疗保障制度缺乏的国家首先推行的主要原因。在我国新医改方案中，对基本药物制度和社会医疗保障制度之间的衔接也有明显表述，即基本药物全部纳入医保报销目录，其报销比例要高于非基本药物。这一表述表达的含义是要通过医保报销的价格优势吸引医疗机构和患者选择使用基本药物。

从其本来含义分析，基本药物目录和医保用药目录在作用、遴选机制、适用范围等方面也存在明显不同。第一，作用不同。基本药物目录主要用于指导医疗机构和医务人员合理选择用药瓶中，通过引导生产企业的生产方向保证基本药物的供给；而医保目录的主要作用是为了控制医保支付药品费用的范围。第二，基本药物的遴选依据，主要应考虑临床使用的合理性和安全性，以及全社会的基本用药水平；而医保目录在考虑用药安全和疗效的同时，重要要依据医保基金的承受能力，主要考虑药品的价格因素。第三，适用人群不同。基本药物面对的全体民众，而医保用药目录面对的是医保参保人员⁴⁶。

二、我国基本药物制度对医疗保险的影响

从当前基本药物制度的政策设计来看，其思路是“补供方”的思路，即通过收支两条线管

⁴⁵WHO, 2002, *The Selection of Essential Medicines, Geneva: Policy Perspectives on Medicines*, World Health Organization.

⁴⁶主要参考：张震巍、沈爱宗，2004，国家《基本医疗保险用药目录》与《基本药物目录》之比较分析，《中国卫生事业管理》第5期。韩在虹、高明、申红强，国家基本药物制度与基本医疗保险制度的关系，《中国药业》第17卷第22期。

理倒逼财政对基层医疗卫生机构的补偿，通过基层医疗卫生机构全部使用基本药物替代医疗保险报销。而全民医保的政策设计思路是“补需方”的思路，即通过财政对参保人员的补偿降低其医疗和药品费用。在“补供方”的思路下，其逻辑结果是“计划管理”，通过计划管理来控制 and 调整医疗卫生机构和医务人员的行为。而计划管理无法解决对医疗机构和医务人员的激励问题，无法解决医患双方信息不对称产生的目标冲突问题。进一步的措施只能是加强管制，通过限制医疗机构和医务人员的信息优势来平衡医患双方的信息差别；而这进一步降低了医疗机构和医务人员的积极性，限制了他们能力的发挥，从而降低了医疗质量。因此，这一思路的必然后果是医疗服务质量的下降。在“补需方”的思路下，其逻辑结果是通过医保付费机制实现医疗卫生机构和医务人员与患者之间的激励相容。在总额预付或按人头付费机制下，医疗机构和医务人员的收入与居民的健康是一致的，从而实现目标的相容；参保人员自由选择定点医疗机构和医生则可以保证供给方的自由竞争，保证医疗服务的质量。因此，“补需方”的逻辑结果是医疗服务质量的提升以及医患双方的目标和激励相容。

从当前基本药物制度的实施情况看，基层医疗卫生机构全部使用基本药物的规定，实际上模糊了基本药物制度与医疗保险制度之间的功能差别，在基层医疗卫生机构的药品政策上，用基本药物制度替代了医疗保险制度的功能。

三、全民医保条件下基本药物制度缺乏必要性

通过“补供方”的方式，实施基本药物制度提高基本药物的可及性，在医疗保障覆盖不广、标准不高的条件下，是有效果的。在没有医疗保障的条件下，低收入居民对基本药物的可及性较差，而通过“补供方”的方式在医疗服务提供方推行基本药物制度，从而保证基本药物的可及性就成为可选择的措施之一。

基本药物概念的产生，实际上就是在医疗保障不足的情况下，为了提高欠发达国家基本药物对普通民众的可及性而产生的。但是，在社会医疗保障实现了全覆盖、保障标准比较高的地区，要求基层医疗卫生机构全部使用基本药物的规定缺乏必要性。在这些地区，由于医疗保障水平较高，人均支付能力也比较高，药物的可及性并不是重要的问题。医疗保险的药品报销目录已经能够完全涵盖基本药物，并且将基本药物的个人自付价格降低到个人和社会可承受的程度。当然，在此基础上实施基本药物制度，将医保用药目录中的一部分药物选出来，降低其供给价格，从而诱导医生和患者更多选择这些药物，这是没有问题的。但是，如果规定基层医疗卫生机构全部使用基本药物，不能使用其他药物，那么医保用药目录还有什么作用呢？此外，

降低基本药物的价格，完全可以通过提高其报销比例来实现，降低供给价格也失去了必要性。

四、基层医疗卫生机构全部使用基本药物对参保群众的不利影响

从北京市的情况看，北京市在今年 7 月份宣布本市按月领取失业保险金的人员可在领取失业保险金的期间享受基本医疗保险待遇，这标志着北京基本医疗保险实现了从“制度全覆盖”到“人群全覆盖”⁴⁷。北京市的社会医疗保险制度包括覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度，覆盖城镇企业职工城镇职工基本医疗保险制度和覆盖城镇居民的城镇居民医疗保险制度。

表 3-3 北京和全国其他一些地区社会医疗保险人均筹资额比较（单位：元/年；2009 年）

	新型农村合作医疗	城镇职工医疗保险	城镇居民医疗保险
全国平均	113.4	1559.1	138.2
北京	433.4	2535.6	351.1
天津	172.3	1920.8	196.8
山西	102.2	1312.9	139.2
辽宁	108.4	1454.5	120.0
上海	563.8	2019.1	431.7
河南	101.6	1096.5	96.8
广东	130.2	1249.4	142.0
重庆	104.4	1541.2	92.3
甘肃	102.8	1441.2	160.4

数据来源：新农合数据来源于 2010 年《中国卫生统计年鉴》；城镇职工和城镇居民医疗保险来源于 2010 年《中国劳动统计年鉴》。

这三项医疗保险已经将北京市民全部覆盖。而且其保障标准也居于全国首位。在 2009 年北京新农合人均筹资标准为 433.4 元，全国平均筹资标准只有 113.4 元，北京新农合人均筹资标准仅低于上海（563.8 元）；城镇职工基本医疗保险，北京的人均筹资标准为 2535.6 元，是全国平均水平（1559.1 元）1.63 倍，居全国之首；城镇居民医疗保险，北京的人均筹资标准为 351.1 元，是全国平均水平（138.2 元）的 2.54 倍（表 3-3）。从补偿标准看，北京市城镇职工医保在一级医院和社区医疗卫生机构的报销比例已经达到 80%以上。在这种情况下，强制推行基本药物制度，规定基层医疗卫生机构全部使用基本药物，不仅弱化了医疗保险对药物的价格指导和调控作用，而且也降低了参保群众（全部群众）在基层医疗卫生机构的用药和治疗选择权。

以我们在北京基层医疗卫生机构的调查情况分析，在医保全民覆盖、保障标准日益提高的情况下，社区居民到基层医疗卫生机构就诊和拿药的自费用已经很低；实施基本药物“零差率”销售后，自付费用仅变化几毛钱，甚至几分钱。这种价格变动对本就价格弹性很低的药品而言，基本起不到调整用药的作用。相反，因为基本药物的疗效和副作用不确定，患者更希望

⁴⁷ “10 万失业人员可参保”，《人民日报》2011 年 7 月 14 日第 2 版。

使用非基本药物。如果规定基层医疗卫生机构全部使用基本药物，那么在北京这种医疗资源丰富的地区，患者大规模到大医院就诊、并返回基层医疗卫生机构拿药的现象将愈演愈烈。这与新医改“保基本、强基层”的目标相背而驰。

其次，医疗保险的用药目录已经充分考虑了药物的价格因素，是根据医疗保险基金和个人的承受能力制定的，起作用就在于通过价格指导来调控医疗机构和患者的用药选择。与之相对应，基本药物应该主要根据临床使用效果来确定，首先考虑的是合理用药标准，虽然价格的承受能力也是重要标准，但是在医保用药目录已经充分考虑价格的情况下，基本药物制度的作用还是要放在促进合理用药上。当前的基本药物制度一方面通过低价格策略降低基本药物价格，另一方面又通过限制使用非基本药物来保证基层医疗卫生机构使用基本药物。从实施效果来看，实际上是替代了医保用药目录的指导和调控作用。

第三，为了保证基层医疗卫生机构使用基本药物，规定基层医疗卫生机构全部使用基本药物，这实际上是消解了医疗保险用药目录在基层医疗卫生机构的作用。而这也同时限制了参保居民在基层医疗卫生机构就医和用药的选择权。

第六节 结论及政策建议

基本药物制度是我国新医改的重要内容，其政策目标在于保障群众基本要用药、促进合理用药、减轻群众药费负担。实施基本药物制度的重要背景是我国长期以来的药价虚高和以药养医现象。基本药物制度涵盖了药物的生产、流通和使用等诸多环节。但是，其关键还是在于使用环节。如果基层医疗卫生机构和医务人员不愿意使用、患者不愿意接受基本药物，那么统一招标、集中配送等措施等失去了意义。本章在北京市基层医疗卫生机构基本药物使用调查的基础上，分析了基本药物制度对基层医疗卫生服务的影响。

北京市自 2006 年即开始加强社区基层医疗卫生服务体系建设，并在基层医疗卫生机构实施了药物“零差率”销售政策。几年来，北京市社区医疗卫生服务发展取得了明显的成绩，财政补偿大幅增加，社区医疗卫生机构就诊人次也不断提高，居民药物费用下降明显。但是，在实施过程中也存在一些问题。北京市的经济发展水平较高，居民医疗保健需求也较高，在基层医疗卫生机构强制推行全部使用基本药物，不仅削弱了基层医疗卫生机构的作用，而且也限制了居民的健康选择权。

从其潜在影响分析，为了实现其政策目标，保证基层医疗卫生机构使用基本药物，基本药物制度的设计思路是在做到财政补偿到位的条件下，切断基层医疗卫生机构和医务人员的收入

与药物销售之间的联系，取消基层医疗卫生机构和医务人员以药养医的渠道。其根本性措施，一是实施收支两条线管理，二是规定基层医疗卫生机构全部使用基本药物。但是，这一政策思路与新医改“保基本、强基层”，促进基层医疗卫生服务发展的目标存在潜在冲突。

首先，收支两条线管理和全部使用基本药物，并没有解决基层医疗卫生机构和医务人员的激励问题。在收支两条线管理下，基层医疗卫生机构和医务人员缺乏提供高质量诊疗服务的动力，容易形成大锅饭、论资排辈等现象，打击基层医疗骨干的积极性，不能吸引优秀人才下沉到基层。而全部使用基本药物的规定则进一步限制了基层医疗卫生机构和医务人员的处方权，从而限制了其诊疗能力的发挥。在基本药物低价格策略下，这些措施导致的后果是基层医疗卫生机构成为“廉价药房”，与其居民健康“守门人”的功能定位背道而驰。

其次，全部使用基本药物的规定是从全国“一刀切”的角度推动基本药物制度的实施。基本药物制度的推行实际上实施的通过低价格策略吸引居民到社区医疗卫生机构就诊，提高基本药物的可及性。但是，低价格策略下并不能保证药品的疗效。特别是在经济发达地区，人们的医疗保健需求层次高，全部使用基本药物限制了这些地区居民的健康选择权，也不利于基层医疗卫生机构实现其功能。

第三，在社会医疗保险全覆盖的条件下，通过“补供方”的方式推行基本药物制度，缺乏必要性。基本药物制度要解决的是在医疗保障不足的情况下，基本药物的可及性不足问题。但是，在全民医保的情况下，药物的可及性并不是突出问题。强制基层医疗卫生机构全部使用基本药物，实际上消解了医疗保险用药目录的作用，部分替代了医疗保险对居民就医和药物选择的调控作用。

基于上述结论，从落实新医改精神、加强基层医疗卫生服务机构建设出发，有如下政策建议值得关注：

首先，从北京市的实际情况和北京市居民较高的医疗保健需求出发，提高基层医疗卫生机构的诊疗能力，继续放开非基本药物的使用，以满足居民较高的医疗保健需求，并吸引居民到社区医疗卫生机构就诊，解决大医院看病难问题。

其次，对于以药养医问题，一方面继续加大财政补偿力度，另一方面通过医保付费方式改革调控医疗费用，切实将居民过高的医疗负担降下来。医保付费方式的改革，可以探索和实施总额预付制、按人头付费等。要实现医保付费方式对医疗费用的控制作用，一方面要放开基层医疗卫生服务的准入限制，并推动医生多点执业，吸引人才下沉到基层，从而扩大基层医疗卫生资源供给；另一方面，需要赋予参保群众医保定点的自由选择权，实现供方的有序竞争机制，从而提高服务质量并降低价格。

第三，推动社区首诊制，加强基层医疗卫生机构对居民的吸引力。将基本药物制度作为促进基层医疗卫生服务合理用药的指南，同时允许非基本药物的使用。在降低药物费用方面，除了基本药物的低价格外，主要发挥医保报销的作用。

第四章 北京市公立医院改革效果分析*

第一节 北京市公立医院改革的背景及政策特征

公立医院改革是新一轮医改的重点，也是中国医改深入推进的最大挑战。从中国医改发展的历程以及不同阶段的重点改革目标分析，从扩大医院经营自主权改革、推进全民医保及医保支付方式改革，到基层医疗卫生体制改革，这些改革不管潜在效果如何，都能够推动开来；但是公立医院的改革直至今日仍未形成可以全面推开的模式。但是，公立医院作为当前中国医疗服务的提供主体，实为医改的核心和关键，若无实质性的改革，很难想象其他改革能够取得应有的效果。

与全国相比，北京公立医院的构成及格局还有其自身的特征，因此在公立医院改革方面不仅面临全国公立医院改革面临的普遍性问题，还要解决北京所面临的独特的问题。北京公立医院的特征，一是数量多，截止到 2013 年北京三级十等医院共 596 家，而天津和上海分别只有 333 家和 328 家⁴⁸。

二是集中了众多高端医疗资源，是全国医疗服务中心。北京三级医院共 65 家，而天津和上海分别只有 38 家和 44 家⁴⁹。

北京具有众多享誉全国的医院品牌。在复旦大学医院管理研究所发布的 2012 年度最佳综合医院排行榜中，北京协和医院、中国人民解放军总医院、北京大学第一医院、北京大学人民医院和北京大学第三医院分列第一、第三、第九、第十一和第十二名。在专科医院排名中，北京积水潭医院的骨科、北京天坛医院的神经外科、阜外心血管病医院的心血管病和北京大学口腔医院的口腔科等独占鳌头⁵⁰。

北京荟萃了众多著名高校和科研院所，医学科技能力全国领先。中国科学院和中国工程院医药卫生与生命科学部院士中，在北京工作的共 109 人，占全国总数的 30.4%；“215 工程”高层人才有 204 人，其中领军人才 13 人，学科带头人 43 人，学术骨干 148 人；卫生部确定，北京市 2010 年至 2012 年国家临床重点专科建设项目 130 个；WHO 医疗卫生合作中心 27 个。国际

* 本章执笔人：付明卫，中国社会科学院经济研究所，助理研究员。

⁴⁸ 数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》2014。

⁴⁹ 数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》2014。

⁵⁰ 根据复旦大学医院管理研究所网站提供的数据整理，

<http://www.fudanmed.com/institute/news2012-1.aspx>，2014 年 7 月 5 日访问

高端医疗技术的引进速度和数量在全国均名列前茅。目前北京有 10 个 PET-CT 中心、4 套质子治疗系统，居全国城市首位。

第三，北京公立医院，特别是大型高端医院的所有权属复杂，行业监管体系复杂。当前，公立医疗体系的一个特征是“谁举办，谁监管”。由于中央、市（包括区、县）两级政府和驻京部队、高校、厂矿企业等均举办医疗机构，举办主体之间缺乏行政隶属关系导致监管权被割裂，北京市卫生行政部门很难实现对中央政府、驻京部队、高校、厂矿企业等举办的医疗机构的充分监管。首都医药卫生协调委员会 2010 年成立后，监管体系的统一性得到提高，但距建成属地化全行业监管体系仍有较远距离。

在这样的条件下，北京市积极推动公立医院的改革，改革的特征，一是抓住重点，首先解决居民反映强烈的顽疾，抓住以药养医、过度医疗、费用上涨等问题进行针对性改革；二是试点先行，循序渐进，待取得经验后再行推广；三是卫生与医保联动、供方与需方同时改革，从供需双方同时推进。

当然，这一改革模式也存在一些问题，第一个是改革的“洼地”效应，特别是在医药分开改革过程中，已改革的医院诊疗费上升、药费下降，未改革医院仍维持原来的定价模式，诊疗费较低、药费较高。这样势必导致一些患者在未改革医院就诊，但到已改革医院取药的现象。这一现象也造成后面的效果分析中的偏误。第二个改革仍缺乏综合配套，人事编制管理制度、收入分配制度等改革仍未跟上，导致一些改革措施的推行受到影响。

北京市公立医院改革的具体政策措施，瞄准的是三个方面：一是供方的治理结构改革，二是医药分开，三是医保付费制度改革。

在公立医院改革方面，北京市先后试点了医保付费方式改革、法人治理结构改革和“医药分开”改革。参与改革试点的医院、采取的改革措施及开始实施的时间节点见表 4-1。在后面的章节中，将分别对这三项改革进行效果分析和评估。

表 4-1 北京地区三级医院参与改革试点情况（2011-2012）

医院	2011 年 7 月	2011 年 8 月	2012 年 1 月	2012 年 7 月	2012 年 9 月	2012 年 12 月
友谊医院	总额预付	DRGs 付费		法人治理机制, 医药分开		
朝阳医院	总额预付	DRGs 付费		法人治理机制	医药分开	
同仁医院	总额预付					医药分开
积水潭医院	总额预付					医药分开
天坛医院		DRGs 付	总额预付			医药分开

		费				
北大人民医院		DRGs 付费				
北医三院		DRGs 付费				
宣武医院		DRGs 付费				
北京市军区总医院			总额预付			
二炮总医院			总额预付			
301 医院			总额预付			
309 医院			总额预付			
北京肿瘤医院			总额预付			
东方医院			总额预付			
回龙观医院			总额预付			

说明：1. 北大人民医院在 2009 年已开始 DRGs 付费试点，全市 196 家二级及以上医保定点医疗机构 2013 年全面实施总额预付。为节省篇幅，此两点未包含在表中。2. DRGs 付费试点仅限于 6 家医院的 108 个病组。对于同时进行两项付费方式改革的医院，这些病组发生的医保费用不计入预付总额度中。

第二节 法人治理机制改革

朝阳医院和友谊医院先后进行法人治理机制改革。2011 年 7 月，北京市成立医院管理局（下文简称“医管局”）。市医管局作为政府代表履行市属公立医院出资人职责和办医院职能，探索现代医院管理模式。2012 年 7 月 5 日，朝阳医院成立理事会；理事会共 7 人，包括 4 名内部理事和 3 名外部理事。2012 年 7 月 16 日，友谊医院成立理事会；理事会共 9 人，包括 5 名内部理事和 4 名外部理事。内部理事由理事长、执行院长、专家代表和职工代表组成，外部理事由社会贤达、医院管理专家、服务对象和社区代表组成。理事全部实行零薪酬。理事会聘请执行院长和副院长，组建医院执行层。2012 年 8 月，医管局组建监事会，分别向两家医院派出监事。在这种新的治理框架下，理事会成为决策层，负责医院改革和发展，制定医院发展规划、年度计划、财务和人事分配基本管理制度，按规定向医管局报告重大事项和有关信息，接受医管局考核监督。由于理事会中有外部理事，尤其是外部理事中有患者代表，法人治理机制改革从理论上讲可能促进医师合理用药、提高服务质量、降低患者负担、增加医院业务量等。

我们选用同仁医院、积水潭医院作为朝阳医院、友谊医院的对照组。这四家医院都先后进行了总额预付改革试点、医药分开改革试点。前两家医院和后两家医院不同之处在于没有进行法人治理机制改革试点。因此，两组医院（处理组为友谊医院和朝阳医院，对照组为同仁医院和积水潭医院）对比能识别法人治理机制改革的效果。

我们使用四家医院 2011 年 12 月-2012 年 4 月（时期 1）、2012 年 12 月-2013 年 4 月（时期 2）两个时期的医保患者就医统计数据⁵¹。在时期 1，四家医院都只在实行总额预付改革。在时期 2，四家医院都实行“医药分开”改革，但同仁医院和积水潭医院未实行法人治理结构改革。两组医院对比分析的结果如表 4-2 示。根据表 4-2 可以得到如下主要结论。

表 4-2 医院经营指标在样本期内的变化及对比

	友谊	朝阳	积水潭	同仁	处理组	对照组	对比
业务量							
总收入	8.7%	9.5%	19.0%	18.8%	9.1%	18.9%	-9.8%
门诊总收入	7.0%	11.9%	25.5%	5.5%	9.5%	15.5%	-6.1%
住院总收入	11.1%	9.8%	13.7%	39.8%	10.5%	26.8%	-16.3%
门诊人次	30.5%	22.3%	51.6%	39.6%	26.4%	45.6%	-19.2%
住院人次	17.1%	13.3%	28.7%	60.1%	15.2%	44.4%	-29.2%
患者负担							
门诊次均个人负担	-22.0%	-13.4%	-20.8%	-30.6%	-17.7%	-25.7%	8.0%
住院次均个人负担	-2.6%	-3.4%	-9.7%	2.6%	-3.0%	-3.6%	0.6%
医保基金							
门诊医保基金总额	9.5%	16.1%	27.7%	13.4%	12.8%	20.6%	-7.8%
住院医保基金总额	9.6%	9.4%	11.6%	30.9%	9.5%	21.3%	-11.8%
药费和药占比							
门诊次均药费	-31.3%	-27.0%	-33.8%	-30.4%	-29.2%	-32.1%	3.0%
住院次均药费	-23.0%	-28.2%	-26.0%	-31.7%	-25.6%	-28.9%	3.3%
门诊药占比	-12.3%	-14.3%	-15.7%	4.4%	-13.3%	-5.7%	-7.7%
住院药占比	-6.5%	-8.7%	-3.9%	-6.6%	-7.6%	-5.3%	-2.4%

说明：1. “处理组”的取值为友谊医院和朝阳医院的平均值，“对照组”的取值为积水潭医院和同仁医院的平均值，“对比”的取值为“处理组”与“对照组”之差；2. 药占比的变化是绝对变化，其它变量的变化都是相对变化；3. 数据来自北京市医改办。

首先，治理机制改革没有增加医院业务量。两期相比，四家医院的总收入、门诊总收入、住院总收入、门诊人次和住院人次都增加。无论用那个指标衡量，处理组业务量增加幅度都小于对照组。这表明，治理机制改革没有增加医院业务量。

⁵¹此数据由北京市医改办提供。

其次，治理机制改革没有降低患者负担。两期相比，四家医院的门诊患者负担和住院患者负担都下降，但对照组的患者负担下降幅度相对略大。这表明，治理机制改革没有降低患者负担。

最后，治理机制改革未降低患者次均药费，但降低药占比。平均而言，治理机制改革后，门诊次均药费和住院次均药费分别增加 3.0%和 3.3%，门诊药占比和住院药占比分别下降 7.7 和 2.4 个百分点。这意味着，治理机制改革后，患者理事确实能促进医生合理用药，而医生合理用药吸引更多药物治疗依赖度更高的疾病患者前来就医。

综上所述，治理机制改革促进医生合理用药，但未降低患者负担，未增加医院业务量。治理机制改革效果不佳的原因在于，决策、执行和监督三个层面的权责划分还不够清晰；治理机制改革时间较短，各层面尚不熟悉在新的治理框架下工作。

然而，由于数据限制，我们须对上述结论保持谨慎。由于数据样本量小，我们不能采用固定效应回归模型控制医院自身特点的影响，故药占比下降、患者负担增加、医院业务量减少可能并不完全是治理机制改革带来的，而与医院自身特点有关。以医院业务量减少为例，友谊和朝阳的业务量增长相对积水潭和同仁要慢，但这可能是因为前两者规模已经很大⁵²，业务量增加的潜力本身较小，而不是因为治理机制改革。得到更为科学、客观的结论需要更丰富的数据。

第三节 “医药分开” 改革

2012 年下半年，友谊、朝阳、积水潭、天坛和积水潭医院先后开始“医药分开”改革（详见表 2-1）。改革内容具体如下：

一、取消药品销售的 15%加成，药品按全市统一招标采购确定的进价销售；

二、取消门（急）诊挂号费、门（急）诊诊疗费和住院诊疗费；

三、设立医事服务费价格项目，具体标准如下：普通、副主任医师、主任医师、知名专家门诊每人次分别为 42 元、60 元、80 元和 100 元，急诊每人次 62 元（即在普通门诊医事服务费基础上每人次加收 20 元），住院每床日 80 元；

四、北京市医保基金为医保患者门、急诊医师服务费每人次报销 40 元。

“医药分开”改革理论上会产生一系列积极影响。第一、取消药品加成使得医院收入来源由财政补贴、医疗服务费和售药收入变为财政补贴和医疗服务费⁵³，收入结构具有了社会正当

⁵²友谊和朝阳都是大型综合型医院，而积水潭和同仁是规模相对较小的专科突出的综合型医院。2011 年 11 月-2012 年 4 月，友谊、朝阳、积水潭和天坛医院的医保患者总收入分别为 4.99 亿元、6.30 亿元、1.91 亿元、2.50 亿元。

⁵³医院凭借其垄断地位获取的药品回扣收入是普遍但非法的，故不在我们的讨论范围内。

性。第二、相对（改革前诊疗费）较高的医事服务费使得医生人力资本价值得到体现，医生工作积极性得到提升。第三、差别化医师服务费引导患者根据病情合理选择不同层次医师，高水平医师看病拥挤状况得到改善，知名专家“一号难求”现象得到缓解。第四、取消药品加成促进医生合理用药。第五、医生合理用药降低患者就医负担。

然而，“医药分开”改革也有消极影响。第一、较高医师服务费激励医师通过分解门诊增加收入。医师接诊一名患者的收入由原来的 10 几元增加到不低于 42 元，故医师有动力将原来挂一个号就可以看好的患者分解成几个号，以增加收入。第二、五家医院的看病拥挤状况可能恶化。其原因有两个方面：一方面，五家医院药品价格比未改革医院低 15%，吸引患者来此购药；另一方面，医保患者普通门诊医师服务费支出实际为 2 元，低于基层医疗机构现行挂号费，导致常见病、慢性病医保患者涌向这五家医院。第三、除普通门诊外的较高医师服务费（尤其是针对非医保患者）导致患者流失到未改革医院，五家医院相关业务量下降。这一点在五家医院非优势学科的非普通门诊最明显。第二、三点消极影响不是长期的。在“医药分开”改革推广到其他医院和基层医疗卫生机构后，这两点消极影响不复存在。

我们选用下述七家三甲医院作为五家改革医院的对照组：301 医院、309 医院、二炮总医院、北京军区总医院、东方医院、回龙观医院和市肿瘤医院。这七家医院都先后进行了总额预付改革试点，但未进行医药分开改革。因此，两组医院（处理组为友谊、朝阳、积水潭、天坛和同仁，对照组为上述七家医院）对比能识别“医药分开”改革的效果。

我们使用四家医院 2011 年 12 月-2012 年 4 月（时期 1）、2012 年 12 月-2013 年 4 月（时期 2）两个时期的医保患者就医统计数据⁵⁴。在时期 2，友谊、朝阳、同仁、积水潭和天坛医院都已开始“医药分开”改革和总额预付改革，其中友谊和朝阳还已进行治理机制改革，而七家医院只进行总额预付改革。为通过描述统计识别出“医药分开”改革的影响，处理组只能包括时期 1 只实行总额预付改革的两家医院一同仁和积水潭（构成处理组 1）。假定天坛医院 2011 年 12 月实行总额预付改革和未实行改革的各项经营指标取值相同，处理组可同时包括同仁、积水潭和天坛（构成处理组 2）。因为不能假定治理机制改革不影响药占比、患者负担等经营指标，故处理组不能包括友谊和朝阳。在我们所获数据中，五家“医药分开”改革医院的各项经营指标都是区分开的，但对照组七家医院的各项经营指标是加总后的。因此，我们也将不同定义的处理组（处理组 1 和处理组 2）医院各项指标加总后做对比分析。须要指出的是，对照组中七家医院 2011 年 12 月都还未开始总额预付改革，而又不能将此月份的数据区分开，我们的分析结

⁵⁴此数据由北京市医改办提供。

论都基于下述假定：2011年12月实行总额预付改革和未实行改革的各项经营指标取值都相同。在得出基本结论后，我们讨论这一假定不成立对结论的影响。

表4-3报告五家“医药分开”改革医院经营指标变化情况。

第一，五家医院收入中医事服务费占比大幅增加。根据表4-3 Panel A，五家医院改革前次均门诊挂号/诊疗费、每床日住院诊疗费分别约为6元、7元，改革后分别增为49元、73元；医事服务价格的提升使得医院医事服务收入所占比例由不到1%增加到超过8%。49元更接近普通门诊医师费（42元），表明绝大多数患者都是看普通门诊。

第二，“医药分开”促进友谊、朝阳和积水潭医院的医生合理用药。根据表2-3 Panel A，五家医院改革前后门诊和住院药费平均分别下降33%、28%，药占比平均分别下降12%、7%。表4-4进一步表明，改革后实际次均药费远低于改革后预期药费，意味着次均用药量下降；改革后实际药占比也低于改革后预期药占比⁵⁵。由于友谊、朝阳和积水潭医院的门诊检查检验费（见表4-3 Panel A中门诊次均其它费）没有明显下降，我们认为，这三家医院药费的下降不是因为医院挑选病情轻的患者，而是因为医生用药行为的改善。表4-5为此论断提供进一步的证据：友谊和朝阳医院“医药分开”改革前销售额最大的十种药品，改革后销售额明显下降⁵⁶。由于同仁和天坛医院的门诊检查检验费大幅下降，我们不能肯定其药费下降是否来自医生用药行为的改善。

第三，门诊和住院患者负担都下降。门诊次均费用及个人负担部分大幅下降；住院次均费用及个人负担部分虽然也下降，但幅度不及门诊。

第四，医保基金支付压力未增加，五家医院收入中医保基金支付部分增幅在1%左右。

表4-3 五家“医药分开”改革医院经营指标变化情况

		友谊	朝阳	同仁	积水潭	天坛
Panel A						
医事费-总收入比 (%)	改革前	0.7	0.9	1.0	0.7	1.0
	改革后	7.7	8.7	9.2	7.4	9.2
	增量	7.0	7.8	8.2	6.7	8.2
门诊次均医事费 (元)	改革前	5.8	5.9	6.4	5.8	6.4
	改革后	47.3	48.5	51.1	48.7	47.1
	增量	41.5	42.6	44.8	43.0	40.7
住院每床日医事费 (元)	改革前	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
	改革后	78.4	79.3	70.6	71.9	65.4
	增量	71.4	72.3	63.6	64.9	58.4

⁵⁵同仁医院门诊是个例外。

⁵⁶同仁医院“医药分开”改革前销售额最大的十种药品，改革后销售额上升，主要来自统计误差。改革前销额第一、第六的鼠神经生长因子和维替泊芬在改革后未进入前20名，数据缺失，导致改革后平均销额偏高。

门诊次均费用（元）	改革前	463	406	491	469	450
	改革后	380	371	371	388	329
	增速	-18.0	-8.5	-24.4	-17.2	-26.9
门诊次均药费（元）	改革前	352	287	273	366	330
	改革后	242	210	190	242	197
	增速	-31.3	-27.0	-30.4	-33.8	-40.2
门诊药占比（%）	改革前	75.9	70.8	55.6	78.1	73.2
	改革后	63.6	56.4	51.3	62.4	59.9
	增量	-12.3	-14.3	-4.4	-15.7	-13.3
门诊次均其它费（元）	改革前	105.2	113.1	211.6	97.2	113.6
	改革后	90.7	112.5	129.9	97.3	84.9
	增速	-13.8	-0.5	-38.6	0.1	-25.3
住院次均费用（元）	改革前	18869	18183	14983	25799	19395
	改革后	17904	17619	13088	22795	18422
	增速	-5.1	-3.1	-12.7	-11.6	-5.0
住院次均药费（元）	改革前	6483	6468	4762	6225	6244
	改革后	4992	4644	3253	4606	4329
	增速	-23.0	-28.2	-31.7	-26.0	-30.7
住院药占比（%）	改革前	36.3	36.8	31.8	24.1	32.2
	改革后	29.8	28.2	24.9	20.2	23.5
	增量	-6.5	-8.7	-6.9	-3.9	-8.7
住院次均床日（天）	改革前	10.1	10.1	12.4	9.5	12.6
	改革后	8.8	9.1	8.3	8.0	11.5
	增速	-12.5	9.9	-33.4	-15.2	-9.4
住院次均其它费（元）	改革前	12315	11644	10134	19508	13063
	改革后	12222	12253	9249	17614	13341
	增速	-0.8	5.2	-8.7	-9.7	2.1
Panel B						
总收入（%）		8.7	9.5	18.8	19.0	-7.4
门诊总收入（%）		7.0	11.9	5.5	25.5	-20.1
住院总收入（%）		11.1	9.8	39.8	13.7	13.1
门诊人次（%）		30.5	22.3	39.6	51.6	9.3
住院人次（%）		17.1	13.3	60.1	28.7	19.0
门诊次均个人负担（%）		-22.0	-13.4	-30.6	-20.8	-27.8
住院次均个人负担（%）		-2.6	-3.4	2.6	-9.7	-1.7
医保基金支付比（%）		0.3	0.4	1.4	-0.4	0.7

说明：1. 变化指 2011 年 12 月-2012 年 4 月相对 2012 年 12 月-2013 年 4 月的变化；2. Panel A 中数值都是各指标的相对变化；3. 改革前医师费指（挂号）诊疗费；4. 门诊次均其它费=门诊次均费用-门诊次均药费-门诊次均医事费。由于门诊费用包括挂号、诊察、检查、化验、手术、治疗、卫生材料、药品、药事服务等费用，其它费主要是检查化验费；5. 住院次均其它费=住院次均费用-住院次均药费-住院次均床日*住院每床日医事费。由于住院费用包括床位、护理、诊察、检查、化验、手术、治疗、卫生材料、药品、药事服务等费用，其它费主要是检查化验费。

表 4-4 改革后实际和预期药费、药占比（%）

	友谊		朝阳		同仁		积水潭		天坛	
	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院
次均药费 实际（元）	242	4992	210	4644	190	3253	242	4606	197	4329

	预期 (元)	306	5637	250	5624	237	4141	318	5413	287	5430
	实际预期差 (%)	-20.9	-11.4	-15.9	-17.4	-20.0	-21.4	-24.0	-14.9	-31.3	-20.3
药占比	实际 (%)	63.6	29.8	56.4	28.2	51.3	24.9	62.4	20.2	59.9	23.5
	预期 (%)	66.7	30.1	60.7	31.1	47.5	27.3	68.6	21.1	64.1	28.1
	实际预期差	-3.1	-0.3	-4.3	-2.9	3.8	-2.4	-6.2	-0.9	-4.2	-4.6

说明: 1. 改革后预期药费=改革前药费/(1+15%); 2. 改革后预期药占比指假定患者和医生的行为都不变, 取消 15%售药加成和增加医事服务费后的药占比, 故: 改革后预期门诊药占比=(改革前门诊次均药费/(1+15%))/[改革前门诊次均费用-0.15*(改革前门诊次均药费/(1+15%))+ (改革后门诊次均医师费-改革前门诊次均医师费)], 改革后(预期)住院药占比=(改革前住院次均药费/(1+15%))/[改革前住院次均费用-0.15*(改革前住院次均药费/(1+15%))+改革前住院次均床日*(改革后住院每床日医师费-改革前每床日医师费)]。

第五, 除天坛医院外, 其余四家医院业务量都有增加。四家医院的门诊人次、住院人次、门诊收入和住院收入都大幅增加。业务量增加的原因在于患者看病负担下降, 医生用药行为更合理等因素。天坛医院的业务量在增加, 但门诊总收入大幅下降, 导致总收入下降。有必要指出的是, 友谊、朝阳和积水潭的门诊人次增速快于住院人次, 而同仁和天坛的门诊人次增速慢于住院人次。这表明, 在同仁和天坛医院, “医药分开”诱导医生将门诊转化为住院。由于住院患者相对于门诊有更多检查、化验项目, 医生将门诊转住院可以增加收入。正是因为医生将可以不住院的患者转成了住院, 同仁和天坛的次均门诊检查费用大幅下降(见表 4-3 Panel A 中门诊次均其它费)。同仁的眼科专科特色和天坛的神经专科特色有利于医生完成此转化。必须指出, 此段所述医院的各种变化都只是与“医药分开”改革相关。要将这些变化的原因归为“医药分开”改革, 我们还需要利用对照组做对比分析, 控制其它因素⁵⁷带来的可能变化。表 4-6 报告对照分析的结果。

⁵⁷譬如, 友谊和朝阳医院分别在 2012 年 7 月和 9 月开始法人治理机制改革。

表 4-5 医院药品采购额排名对比

友谊医院			朝阳医院西院			同仁医院			积水潭医院			天坛医院		
药品名	2012 排名	2013 排名	药品名	2012 排名	2013 排名	药品名	2012 排名	2013 排名	药品名	2012 排名	2013 排名	药品名	2012 排名	2013 排名
人血白蛋白	1	2	神经节苷酯	1	5	替莫唑胺	1	1	鼠神经生长因子	1	.	莫西沙星	1	1
氯化钠	2	3	氨基葡萄糖	2	3	阿托伐他汀	2	4	银杏叶制剂	2	5	吗替麦考酚酯	2	2
头孢西丁	3	8	氟比洛芬	3	2	美罗培南	3	2	脑苷肌肽	3	14	氯吡格雷	3	5
莫西沙星	4	19	血凝酶	4	4	氯吡格雷	4	3	氯吡格雷	4	2	环孢素	4	4
前列地尔	5	5	羟乙基淀粉	5	9	长春西丁	5	9	莫西沙星	5	3	奥美拉唑	5	9
奥扎格雷钠	6	4	氯化钠	6	6	头孢呋辛	6	16	维替泊芬	6	.	阿托伐他汀	6	3
长春西丁	7	15	氯吡格雷	7	8	氯化钠	7	7	羟苯磺酸钙	7	10	银杏叶制剂	7	16
阿托伐他汀	8	1	鼠神经生长因子	8	13	复方氨基酸 15AA	8	5	阿托伐他汀	8	7	氯化钠	8	7
磺苄西林钠	9	9	康艾	9	11	麝香/栀子/郁金/冰片	9	18	氯化钠	9	9	腺苷钴胺	9	.
阿卡波糖	10	6	帕瑞昔布	10	12	前列地尔	10	.	阿卡波糖	10	4	前列地尔	10	12
平均采购额（万元）	700	659		151	138		417	348		382	428		438	476

说明：1. “2012 排名”、“2013 排名”都指上半年的采购额；2. 排名取值为“.”表明未进入前 20 名；3. 取值为“.”的药品不参与计算平均采购额；4. 朝阳医院本部的数据缺失；5. 数据来自中国药学会。

表 4-6 医院经营指标在样本期内的变化 (%) 及对比

	处理组 1	处理组 2	对照组	对比 1	对比 2
药费和药占比					
门诊次均药费	-31.6	-34.6	-3.4	-28.2	-31.2
门诊药占比	-8.1	-10.3	0.0	-8.1	-10.3
住院次均药费	-30.4	-31.0	-9.5	-20.9	-21.5
住院药占比	-5.1	-6.2	-1.7	-3.4	-4.5
患者负担					
门诊次均费用	-21.7	-22.9	-3.4	-18.3	-19.5
门诊次均个人负担	-27.4	-26.5	-4.1	-23.3	-22.4
住院次均费用	-14.7	-12.3	-5.6	-9.1	-6.7
住院次均个人负担	-8.2	-6.0	-4.1	-4.1	-1.9
业务量					
总收入	18.9	10.2	3.6	15.3	6.6
门诊总收入	13.0	1.4	12.2	0.8	-10.8
住院总收入	26.5	22.5	-4.6	31.1	27.1
门诊人次	44.3	31.4	16.2	28.1	15.2
住院人次	48.2	39.6	1.1	47.1	38.5
医保基金支付比	0.6	0.4	-1.5	2.1	1.9

说明：1. “处理组 1”、“处理组 2”和“处理组 3”分别包括（同仁+积水潭）、（同仁+积水潭+天坛）、天坛，对照组为（301 医院+309 医院+二炮总医院+北京军区总医院+东方医院+回龙观医院+市肿瘤医院）；2. “对比”的取值为“处理组”与“对照组”之差；2. 医保基金支付比和药占比的变化是绝对变化，其它变量的变化都是相对变化；3. 本表根据北京市医改办提供数据计算而得。

对照分析所得结论与前述结论基本一致：

第一，“医药分开”改革促进医生合理用药。“医药分开”改革促使门诊和住院次均药费分别下降约 30% $[\approx (28.2+31.2)/2]$ 、21% $[\approx (20.9+21.5)/2]$ ，药占比分别下降约 9% $[\approx (8.1+10.3)/2]$ 、4% $[\approx (3.4+4.5)/2]$ 。

第二，“医药分开”改革降低患者看病负担。门诊次均费用、住院次均费用分别下降约 19% $[\approx (8.1+10.3)/2]$ 、8% $[\approx (8.1+10.3)/2]$ ，个人负担分别下降约 23% $[\approx (8.1+10.3)/2]$ 、3% $[\approx (8.1+10.3)/2]$ 。

第三，“医药分开”改革未明显增加医保基金支付压力。“医药分开”改革仅使医保基金支付比增加 0.2 个百分点。

第四，“医药分开”改革增加医院业务量。处理组 1 的总收入、门诊人次和住院人次增长速度分别比对照组高 15.3、28.1、47.1 个百分点，处理组 2 的总收入、门诊人次和住院人次增长速度分别比对照组高 6.6、15.2、38.5 个百分点。综上所述，“医药分开”改革

促进医生合理用药，降低患者负担，增加医院业务量，不增加医保基金支付压力，符合“患者负担不增加、医院收益不减少、政府财政和医保基金能承受”的改革原则。

但是，必须指出，由于数据限制，我们须对上述结论保持谨慎。**第一**，上述结论都是基于各医院北京市医保患者数据，可能不适用于包括进非医保患者后的整体情形。由于北京三甲医院非医保、外地就医患者比例都比较高⁵⁸，这一点十分重要。**第二**，一些影响是临时的。一旦“医药分开”改革全面推开，五家医院药品价格“洼地”不复存在，较低医保患者普通门诊医事费相对优势消失，医院门诊量可能下降，带来医院收入下降，医保基金压力下降。**第三**，分析所依假定可能不成立。分析的主要假定是：在2011年12月，七家对照组医院如果实行总额预付改革，其各项经营指标和未实行改革的取值都相同，即假定七家医院在2011年12月已实行总额预付改革。显然，这一假定不完全符合现实。由于医院实行总额预付后可能推诿重症患者，分析中所用对照组第1期药费、费用和医保基金支付比数据高于对照组2011年12月确实实行总额预付改革的真实值，从而高估药费、费用和医保基金支付比在“对比1”和“对比2”两栏的取值，故低估“医药分开”改革促进合理用药、降低患者负担和减轻医保基金支付压力的积极作用。**第四**，虽然分析使用双重差分描述统计，但由于数据限制，不能用固定效应回归模型控制不同医院专科特色的影响，上述积极变化的原因可能不完全是“医药分开”改革，甚至可能完全不是“医药分开”改革。为了增加结论的可靠性，可使用下述数据：五家“医药分开”改革医院和七家总额预付改革医院2012年1-6月及2013年1-6月所有患者的月度数据。

第四节 医保付费方式改革的影响

北京市医保付费方式改革在中央政府指导下展开。2011年5月31日，人力资源与社会保障部发布《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（人社部发〔2011〕63号），提出医保付费方式改革要“保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用增长和促进医疗机构发展”；“采取按人头付费的，重点防范减少服务内容、降低服务标准等行为；采取按病种付费的，重点防范诊断升级、分解住院等行为；采取总额预付的，重点防范服务提供不足、推诿重症患者等行为”。2011年7月18日，北京市根据人社部63号文的要求，发布《关于开展职工基本医疗保险总额预付试点工作的通知》（京人社医发〔2011〕198号）、《关于基本医疗保险基金实行总量控制的通知》（京人社医发〔2011〕204号）、《关于开

⁵⁸根据各医院给北京市医改办的汇报材料，友谊医院非医保患者占80%，天坛医院特色专科—神经外科—收治的外地患者占比高达90%

展按病种分组（DRGs）付费试点工作的通知》（京人社医发〔2011〕207号），进行总额预付、总量控制和按病种分组（DRGs）付费方式改革试点⁵⁹。

DRGs 付费、总额预付和总量控制的试点人员范围有差别、有变化。（1）DRGs 付费改革试点启动至今包括北京大学人民医院、北京大学第三医院、友谊医院、朝阳医院、宣武医院、天坛医院六家试点医院；试点对象为试点医院 108 个病种组里城职保和城居保患者住院发生的相关医疗费用。（2）总额预付改革试点医院分批增加，2011 年 7 月有友谊、朝阳、同仁、积水潭 4 家医院，2012 年 1 月扩大到全市 33 家二级以上医院（名单见表 4-7），2013 年 1 月扩大到全市 196 家二级及以上医疗机构；试点对象为北京市城职保患者在试点医院发生的全部住院和门（急）诊医疗费用；对于参加 DRGs 付费试点医院的 108 个病种组，相关医疗费用按 DRGs 付费试点办法结算，不受定额管理指标限制。（3）总量控制改革试点医疗机构范围分步扩大，2011 年包括除社区卫生服务机构和参加总额预付试点医院外的所有医保定点医疗机构，2012 年扩大到除参加总额预付试点医院外的所有医保定点医疗机构⁶⁰；试点对象为北京市城职保患者在试点医院发生的全部住院和门（急）诊医疗费用；对于参加 DRGs 付费试点医院的 108 个病种组，相关医疗费用按 DRGs 付费试点办法结算，不纳入总额控制指标。三种改革的试点人员范围差别和变化如表 4-8 示。

表 4-7 北京市 2012 年实行医保基金总额预付改革的 33 家医院

医院级别	医院名称
三级（12 家）	友谊医院、朝阳医院、同仁医院、积水潭医院、天坛医院、北京中医药大学东方医院、回龙观医院、北京肿瘤医院、301 医院、309 医院、二炮总医院、北京军区总医院
二级（21 家）	北京市隆福医院、北京市垂杨柳医院、北京市中关村医院、北京市仁和医院、清华大学玉泉医院、中国人民解放军 66055 部队医院、中国航天科工集团 731 医院、宣武区广外医院、丰台中西医结合医院、门头沟区医院、房山区第一医院、通州区潞河医院、大兴区人民医院、昌平区医院、顺义区中医院、密云县医院、怀柔区第一医院、怀柔区中医院、平谷区医院、平谷区妇幼保健院、延庆县医院

说明：1. 丰台中西医结合医院在 2012 年 9 月前名为丰台区长辛店医院；2. 引自《北京市医疗保险付费方式实施情况调研报告》（北京市卫生经济学会，2012）。

表 4-8 DRGs 付费、总额预付和总量控制的试点人员范围

	试点医院			适用患者	适用费用
	2011 年	2012 年	2013 年		
DRGs 付费	北大人民、北医三院、友谊、朝阳、天坛、宣	同上年	同上年	城职保和城居	住院费

⁵⁹具体改革内容见第一章。

⁶⁰新增定点医疗机构，取得医疗保险定点资格当年不考核总量控制指标，自第二年起纳入总量控制范围。

	武			保	
总额预付	友谊、朝阳、同仁、积水潭	33家二级以上医院	196家二级及以上医疗机构	城职保	住院和门(急)诊费
总量控制	除社区卫生服务机构和总额预付试点医院外的所有医保定点医疗机构	除总额预付试点医院外的所有医保定点医疗机构	同上年	城职保	住院和门(急)诊费

说明：作者根据政策文件整理。

实践中，总量控制改革的控费效果不理想⁶¹。总量控制改革预先设定明确的医保费用额度及其增长率控制指标，明确奖励结余、惩罚超支（详见表 4-9）。但是，其控费效果并不理想。根据表 4-10，北京市所属、高校所属和卫计委所属医院都出现医保基金超支。超支为 15%以内、15-30%、30-45%和 45%以上的分别为 4 家、2 家、2 家和 0 家。普遍的超支可能表明，在患者来源结构不稳定的环境中，总量控制根本就不适用。没有医院超支 45%以上，意味着“取消医保定点资格”的处罚措施起作用。低于 45%以下的超支状况都有，可能意味着“约谈”、“全市通报，并缓支医保费用 2 个月”和“黄牌警示，限期进行整改”这些处罚措施的控费作用并不强，其影响力的差异性不大。”处罚措施控费作用不强的原因在于，上述公立医院为国家所有和经营，医保也为国家（人力资源和社会保障部门作为国家的代理人）所经办，故惩罚措施对公立医院构不成可信的实质威胁。

实践中，总额预付改革有一定的控费效果，且效果在三级医院比在二级医院好。总额预付改革预先设定明确的医保费用额度，明确结余奖励和超支分担规则（详见表 4-9）。根据表 4-11，在 10 家⁶²三级医院中，仅有天坛医院和东方医院出现超支状况，超支幅度都在 10%以内；在 21 家二级医院中，16 家出现超支，其中 11 家超支幅度超过 10%。显而易见，总额预付改革扭转了三级医院医保费用大幅攀升的势头。

总额预付控费效果在二、三级医院上的差异，究其原因，可能有三：首先，二、三级医院管理能力差异所致。北京地区三级医院对外交流多，更快、更易适应总额预付制度。特别值得指出的是，三级医院中的友谊、朝阳、同仁和积水潭在 2011 年已经积累了总额预付改革的相关经验。其他三级医院更易从和这四家医院的交流中提升相关管理水平，获得结余，控制医保费用。其次，二、三级医院患者特征所致。实践中，二、三级医院普遍将医保额度分解到科室，甚至分解到医生个人。由于三级医院占用医保资金额度大的疑难杂症、重症患

⁶¹由于缺乏相关数据，我们不讨论 DRGs 付费改革的影响，故不对比其与总量控制、总额预付的异同。

⁶²2012 年实行总额预付改革的三级医院共 12 家。由于未获得回龙观医院和北京肿瘤医院的数据，表 2-11 只包含 10 家。

者较多，三级医院医生通过推诿这类病人控制医保额度的空间比二级医院大，故更能获得结余。最后一个可能的原因是，三级医院规模大、行政级别高，医保额度谈判力强，获得的额度高于二级医院，故显示出的结余高。譬如，友谊医院和朝阳医院 2012 年总额度的增幅比其它三级医院多 3 个百分点。总额预付制度本适用于患者群体稳定的情形，但其在患者群体相对更稳定的二级医院，控费效果很差，表明总额预付在我国的应用价值低。

表 4-9 总量控制和总额预付在改革内容上的区别

		2011 年	2012 年
总量控制	额度确定	以上一年医保应支付费用总额为基数，按医疗机构等级确定本年度医保费用增长率控制指标：三级，≤18%；二级，≤25%；一级及以下，≤30%。 ⁶³	以上一年度总量控制指标为基数，按医疗机构等级确定本年度医保费用增长率控制指标：三级，≤10%；二级，≤15%；一级及以下，≤20%；社区卫生服务医疗机构，≤25%。
	支付方式	月底结算	月底结算
	奖惩措施	对完成指标的，结合对定点医疗机构的年度考核，给予表彰和奖励。对未完成指标的，视超过控制指标情况分别惩罚：15%以内，约谈；15-30%，全市通报，并缓支医保费用 2 个月；30-45%，黄牌警示，限期进行整改；45%以上，取消医保定点资格。	未完成指标的定点医疗机构不纳入年度评奖范围。视超过控制指标情况分别惩罚：10-20%，全市通报；20-30%，黄牌警示；30%以上，取消医保定点资格。医疗机构在年度内超过总量控制指标的，如不能继续承担医保定点医疗机构任务，可申请提前终止医疗保险服务协议。
总额预付	额度确定	以 2010 年下半年医保应支付费用总额为基础，按平均 9%的增量，确定为 2011 年下半年试点医院额度。	以 2012 年我市试点医院的总量控制指标，确定为 2012 年试点医院定额管理指标。
	支付方式	每月初将月指标金额的 90%预付给试点医院。未预付的 10%作为考核支付部分，在试点期末根据医疗服务考核结果予以结算。	第一个月按月指标金额的 90%预付给试点医院，其余各月按月指标全额预付。第一个月未预付的 10%作为考核支付部分，在试点期末根据医疗服务考核结果予以结算。
	奖惩措施	如有结余，原则上全额支付给医疗机构。超过定额管理指标在 10%以内的，医保基金支付 92%，试点医院支付 8%；在 10%以上的，医保基金支付 85%，试点医院支付 15%。	如有结余，原则上全额支付给医疗机构。超过定额管理指标在 10%以内的，医保基金支付 92%，试点医院支付 8%；在 10%以上的，医保基金支付 85%，试点医院支付 15%。

说明：作者根据相关政策文件整理。

⁶³对 2010 年医保费用增长率过高的医疗机构，综合考虑其前 2 年医保费用增长率、医疗服务提供能力，结合全市同级同类定点医疗机构医保费用平均增长水平、医疗保险基金承受能力等因素，合理核定基数，控制费用增长。

表 4-10 2011 年下半年总额控制医院城镇职工医保基金超支情况

序号	医院名称	医院级别	总额指标(万元)	医保基金申报总额(万元)	超支率
1	天坛医院	三级	28,500	29,700	4.2%
2	地坛医院	三级	7,728	10,943	41.6%
3	安定医院	三级	5,833	6,908	18.4%
4	北京肿瘤医院	三级	24,136	26,019	7.8%
5	北京中医医院	三级	31,120	34,446	10.7%
6	北医三院	三级	36,635	41,842	14.2%
7	首钢医院	三级	32,253	43,081	33.6%
8	中日友好医院	三级	39,000	48,000	23.1%

说明：1. 天坛医院、地坛医院、安定医院、北京肿瘤医院、北京中医医院为北京市属医院，北医三院和首钢医院为北京大学附属医院，中日友好医院为国家卫生与计划生育委员会所属医院。2. 引自《北京市医疗保险付费方式实施情况调研报告》(北京市卫生经济学会，2012)。

表 4-11 2012 年总额预付医院城镇职工医保基金超支情况

序号	医院名称	医院级别	总额指标(万元)	医保基金申报总额(万元)	超支率
1	朝阳医院	三级	120,618	110,738	-8.2%
2	309 医院	三级	24,847	22,822	-8.2%
3	301 医院	三级	36,510	34,056	-6.7%
4	友谊医院	三级	99,496	93,181	-6.3%
5	北京军区总医院	三级	32,915	31,902	-3.1%
6	同仁医院	三级	41,698	40,966	-1.8%
7	积水潭医院	三级	32,705	32,326	-1.2%
8	二炮总医院	三级	29,205	29,203	0.0%
9	天坛医院	三级	33,284	35,356	6.2%
10	东方医院	三级	38,257	42,013	9.8%
11	66055 部队医院	二级	392	309	-21.0%
12	玉泉医院	二级	4,534	3,661	-19.2%
13	731 医院	二级	13,107	11,737	-10.5%
14	房山区第一医院	二级	16,155	14,808	-8.3%
15	中关村医院	二级	8,933	8,309	-7.0%
16	隆福医院	二级	10,708	10,753	0.4%
17	平谷区妇幼保健院	二级	686	718	4.7%

18	垂杨柳医院	二级	17,954	18,981	5.7%
19	通州区潞河医院	二级	27,938	30,225	8.2%
20	宣武区广外医院	二级	7,375	8,064	9.3%
21	平谷区医院	二级	13,619	15,180	11.5%
22	仁和医院	二级	13,537	15,279	12.9%
23	大兴区人民医院	二级	19,451	21,959	12.9%
24	密云县医院	二级	9,778	11,176	14.3%
25	怀柔区第一医院	二级	8,742	10,019	14.6%
26	延庆县医院	二级	8,243	9,480	15.0%
27	丰台中西医结合医院	二级	6,081	7,128	17.2%
28	昌平区医院	二级	14,297	17,016	19.0%
29	门头沟区医院	二级	7,704	9,315	20.9%
30	怀柔区中医院	二级	5,082	6,280	23.6%
31	顺义区中医院	二级	7,543	10,173	34.9%

说明：1. 2012年实行总额预付改革的医院共33家。由于未获得回龙观医院和北京肿瘤医院的数据，此表只包含31家医院。2. 超支率为负数表示是结余。3. 丰台中西医结合医院2012年9月前名为丰台区长辛店医院。

上述讨论初步表明，总量控制的控费效果不好，总额预付有一定的控费效果。那么，总额预付的控费效果是否优于总量控制？下面用固定效应模型回答这一问题。

固定效应模型所用数据。数据为10家三级医院2011年1季度和2012年1季度的实际医保费用，如表4-12所示。友谊、朝阳、同仁和积水潭医院实行总额预付改革，为处理组；北京中医、地坛、安定、北医三院、中日友好和首钢医院实行总量控制改革，是对照组。在2011年1季度，10家医院都未进行医保付费方式改革；在2012年1季度，处理组医院已实行总额预付改革，对照组医院已实行总量控制改革。

表 4-12 固定效应模型所用数据

医院	医保费用	总额预付	时期	医院	医保费用	总额预付	时期
友谊医院	19654.39	1	0	北医三院	12936.63	0	0
友谊医院	24219.28	1	1	北医三院	14672.78	0	1
朝阳医院	26972.37	1	0	地坛医院	3179.63	0	0
朝阳医院	29395.51	1	1	地坛医院	4757.45	0	1
同仁医院	11383.00	1	0	首钢医院	7291.19	0	0
同仁医院	11850.03	1	1	首钢医院	10811.01	0	1
积水潭医院	7781.64	1	0	中日友好医院	14633.22	0	0
积水潭医院	10537.66	1	1	中日友好医院	19155.31	0	1
安定医院	2027.96	0	0	中医医院	3374.73	0	0
安定医院	2973.51	0	1	中医医院	4433.54	0	1

说明：1. 医保费用单位为万元；总额预付为“1”表示实行总额预付改革，为“0”表示实行总量控制改革；时期为“0”表示2011年1季度，为“1”表示2012年1季度。2. 引自《北京市医疗保险付费方式实施情况调研报告》（北京市卫生经济学会，2012）。

固定效应模型的设定。计量经济学模型为：

$$\ln(\text{医保费用}) = \alpha + \beta_1 * \text{时期} + \beta_2 * (\text{时期} * \text{总额预付}) + \mu_i + \varepsilon$$

其中 α 、 β_1 、 β_2 、 μ_i 为待估计的参数， ε 为随机扰动项。 α 是截距项， μ_i （ $i=2, 3, \dots, 9$ ）为医院固定效应。如果 β_2 显著不为0，则表示总额预付的控费效果由于总量控制。

固定效应模型估计结果表明，总额预付的控费效果优于总量控制。根据表4-13中的估计结果，在控制各家医院专科特色、规模大小等固定效应后，与总量控制相比，总额预付平均而言导致医保费用增长率降低14.8个百分点。此外，2012年1季度的医保费用总体而言比2011年1季度高30.8%。总额预付的控费效果优于总量控制，究其原因，主要有二：第一，总额预付改革不仅惩罚医保费用超支，还奖励结余，故激励医疗机构控费的强度高于总量控制；第二，总额预付改革的奖惩措施都已完全货币化（而总量控制主要依靠非货币化措施），执行起来更容易。

表 4-13 固定效应模型估计结果

变量名	系数	标准误	t 统计量	p 值
时期	0.308	0.045	6.870	0.000
预付*时期	-0.148	0.073	-2.030	0.077
截距项	9.014	0.025	359.560	0.000
F(2,8)=27.42		Prob(F=0)=0.000		

说明：标准误为稳健标准误

综上所述，总量控制没有预期的控费效果，总额预付在三级医院有一定的控费效果，总额预付在三级医院的控费效果优于总量控制。但是，由于缺乏数据，不能分析三级医院在总额预付制度下获得结余的机制，我们并不能据此分析就提倡推广总额预付制度。

我国公立医院管理体制的下述两个特征坚定了我们的“不提倡”态度：首先，公立医院的实际控制人为政府部门，医保基金管理机构也为政府部门。这使得公立医院和医保基金管理机构的谈判像“双手互搏、没有输赢结果”，不能建立公立医院的硬约束，不能建立有效的谈判协商机制和风险分担机制。其次，医保基金结余在用于员工收入分配以落实“多劳多得、优绩优酬”时，存在制度障碍，导致总额预付的激励效果大打折扣。2012年全面实行的修订后《医院财务制度》规定，“业务收支结余应于期末扣除按规定结转下年继续使用的资金后，结转至结余分配，为正数的，可以按照国家有关规定提取专用基金，转入事业基金……”。这表明，医院通过改善服务、加强管理获得的结余不能用于改善员工收入分配。

然而，数据限制使我们对上述结论保持谨慎的另外一点在于，固定效应回归模型中的对照组医院只有 6 家，且不是通过随机抽样得到的。为了使得结论更可靠，须要将对照组包括更多三级医院。

第五章 医改与医药产业发展*

药品是医药卫生体制改革的重要方面。中国的医药行业在改革开放以来形成了一个较为独特的特征：在生产及生产商与医疗机构之间已经完成了市场化，生产什么、如何生产，乃至销售渠道、价格等都由市场决定，这也是本书使用医药“产业”这一名称的原因；但是在医疗机构与作为药品使用终端的患者之间，则仍然受到价格管制，最明显就是医疗机构药品加成政策。从这个角度出发，医改对药品的生产、流通的影响，一是直接性的药品改革政策的影响，二是医疗服务供方与需方改革措施对药品生产、流动的间接影响。

医药产业也是北京市重点发展的产业之一，是北京产业结构调整与升级的重点产业。另一方面，给定北京作为全国医疗服务特别是高端医疗服务中心的定位，医药产业的发展也必将对北京医疗服务提供产生影响。而北京市医改，特别是医疗服务供方改革，也将对药品的生产、流动及配送产生影响。基于此，本章将对医改与医药产业发展进行分析，评估二者之间产生影响的途径及潜在后果。本章的内容安排，首先对北京市医药产业的现状和特征进行了分析，在此基础上分析医改对北京市医药制造业、医药流通业及医疗卫生机构药品使用的影响。

第一节 北京市医药产业的主要特征及发展趋势

一、医药制造业

北京市医药制造业的工业总产值、产品销售收入、利润总额及就业人数均不断增加，其中工业总产值从1999年的43.17亿元增加到2011年的452.88亿元，翻了10倍多，复合增长率为21.64%；产品销售收入从1999年的59.96亿元增加到2011年的437.23亿元，为1999年的7.29倍，复合增长率为17.90%。从图5-2可看出，北京市医药制造业的销售收入在医改后开始迅速增加；利润总额从1999年的4.55亿元增加到2011年的75.98亿元，为1999年的16.70倍，复合增长率为26.44%，销售利润率在医改后的增速上升。

此外，从图5-1还可看出，医药制造业带动的就业人数也不断增加，从1999年的29.01

* 本章执笔人：王林，中国社会科学院经济研究所，博士后。

千人增加到 2011 年的 57.85 千人。北京市医药制造业带动了经济的增长，并促进了就业。从医药制造业的企业个数来看，虽然总体上来看，从 1999 年到 2011 年北京市医药制造业的企业个数是增加的，但增幅不明显，尤其是近年来，医药制造业的企业个数出现了下降，如从 2010 年的 225 个下降到 2011 年的 169 个；亏损企业个数也在近年来呈现了下降的趋势。在工业总产值、产品销售收入、利润总额不断增加的情况下，医药制造业的企业个数却没有大幅增加，可以看出北京市医药制造业的企业规模是不断增加的，医药制造业的集中度得到了提高。

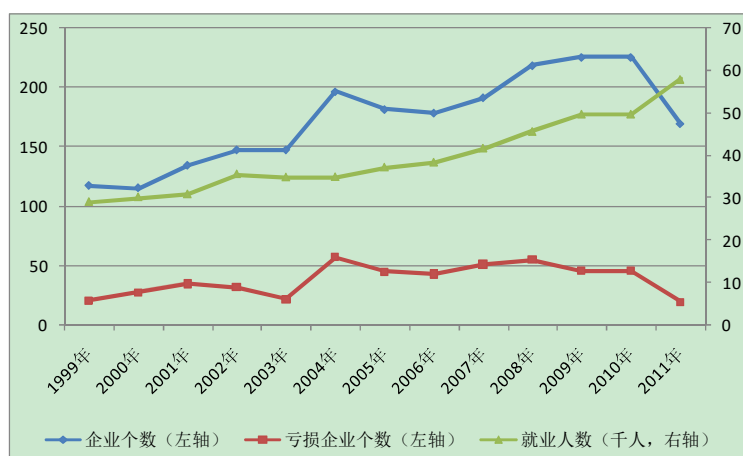


图 5-1 北京市医药制造业的企业个数、亏损企业个数及就业人数

资料来源：国泰安 CSMAR

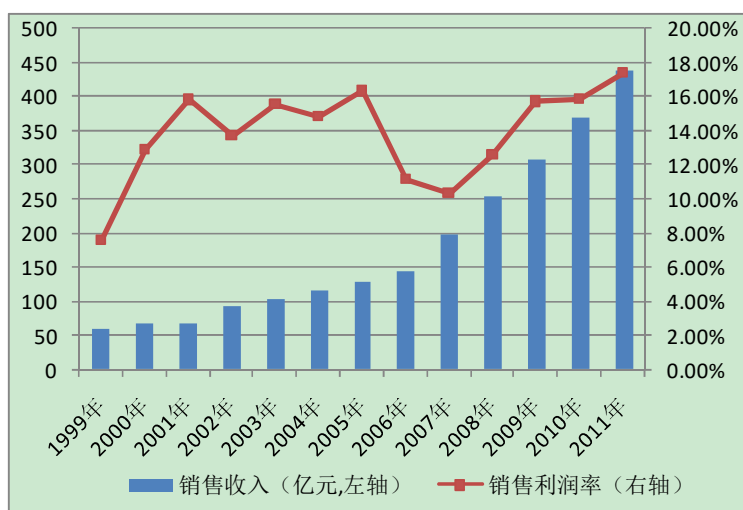


图 5-2 北京市 2000-2010 年的医药制造业的销售收入及销售利润率

注：销售利润率=利润总额/产品销售收入

资料来源：国泰安 CSMAR 金融经济数据库

另外，据 2011 年中国医药统计快报统计，北京市 2011 年的工业总产值在全国排名第 12 位；规模以上企业实现销售收入 521.5 亿元，全国排名第 6；医药工业的增加值在全市

37 个工业领域中排名第四位，增长速度在全市排名第一位。并且，北京医药制造业的骨干企业的贡献突出。北京医药制造业高质量、高利润，在全国具有领先水平，2011 年销售利润率达 17.4%，同比增长 1.6 个百分点，高于全国 7.1 个百分点，在收入排名前 10 省市中已连续 10 年排名第一。2011 年北京医药工业主营业务收入亿元以上企业共计 83 家，其中 1 亿-5 亿元企业 62 家，5 亿-10 亿元企业 10 家，10 亿元以上企业 11 家，共占北京医药工业主营业务收入的 89%，产业集中度进一步提高。2011 年度中国医药百强企业中，北京 11 家企业 64 家入选，较 2010 年排名上升两位，跃居第 2。

从子行业构成来看，北京市药品制造业格局呈现出化学药品原药、化学药品制剂、中药、生物制药四轮驱动的格局。表 5-1 从产品销售收入、利润总额、就业人数等指标列示了北京市药品制造业各子行业具体构成及变化（2000 年、新医改之前的 2008 年、及 2011 年）。总体上看，化学药品份额在逐步下降，中药和生物制药份额在逐步上升；这一趋势在新医改中得到延续。

此外，北京化学制剂的产值在全国排名第 4；中药制药有以同仁堂为代表的品牌优势企业，并且中药饮片的利润增速在全国排名第 4 位；生物制药及医疗器械的利润及利润增长率也在全国排名靠前。

表 5-1 北京市药品子行业构成（销售收入、利润及就业人数）

指标	年份	化学药品原药(%)	化学药品制剂(%)	中药材及中成药(%)	生物、生化制品(%)
产品销售 收入占比	2000	8.5	60.2	18.7	12.6
	2008	1.7	55.5	26.9	15.9
	2011	1.1	61.6	21.2	16.1
利润总额 占比	2000	5.4	59.9	2.6	32.0
	2008	0.2	48.8	22.7	28.3
	2011	1.0	47.3	21.6	30.2
就业人数 占比	2000	7.9	42.4	38.2	11.5
	2008	3.9	47.2	29.3	19.6
	2011	2.5	51.3	25.4	20.7

资料来源：原始数据来自国泰安 CSMAR 金融经济数据库，百分比系作者计算。

⁶⁴入选的 11 家企业分别是中国医药集团总公司、拜耳医药保健有限公司、华润双鹤药业股份有限公司、奥森尤斯卡比投资有限公司、中国通用技术（集团）控股有限责任公司、中国远大集团有限责任公司、北京诺华制药有限公司、悦康药业集团有限公司、赛诺菲安万特（北京）制药有限公司、北京同仁堂健康药业股份有限公司、北京同仁堂科技发展股份有限公司。

二、药品流通业

2012年北京市共有药品流通企业5676家，其中批发企业297家，零售企业5379家，零售企业中连锁企业有28家。2012年北京市零售企业共有5351家门店，门店占比同比增长0.47%；其中单体门店数4392家，连锁门店数959家，约占药店总数的1/5。在连锁药店中，数量最多的是金象大药房，其次为医保全新和嘉事堂。北京市医保定点门店数98家，占比1.83%。

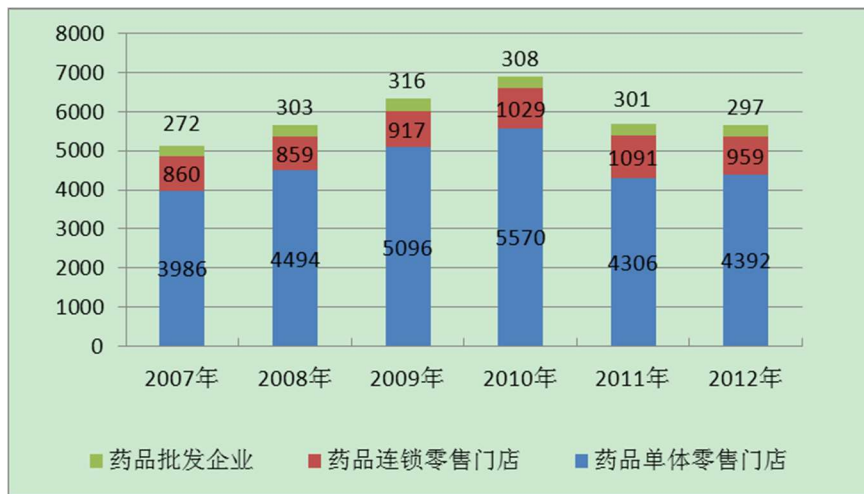


图 5-3 2007-2012 年北京市药品经营企业数量

资料来源：《启航：2012 北京生物医药产业发展报告》整理而来

北京市药品销售及零售额增长十分迅速，其中中西药品类、西药类和中草药及中成药类的销售额分别从2000年的134.84、81.19和30.58亿元增加到2012年的1319.87、941.25和214.04亿元，分别为2000年的9.79、11.59和7.00倍，复合增长率分别为20.93%、22.65%和17.60%。中西药品类、西药类和中草药及中成药类的零售额分别从2000年的70.63、42.01和18.96亿元增加到2012年的646.54、455.01和117.23亿元，分别为2000年的9.15、10.83和6.18倍，复合增长率分别为20.26%、21.96%和16.40%。并且从图5-3和5-4可以看出，医改后各类药品的销售额和零售额开始快速增加。

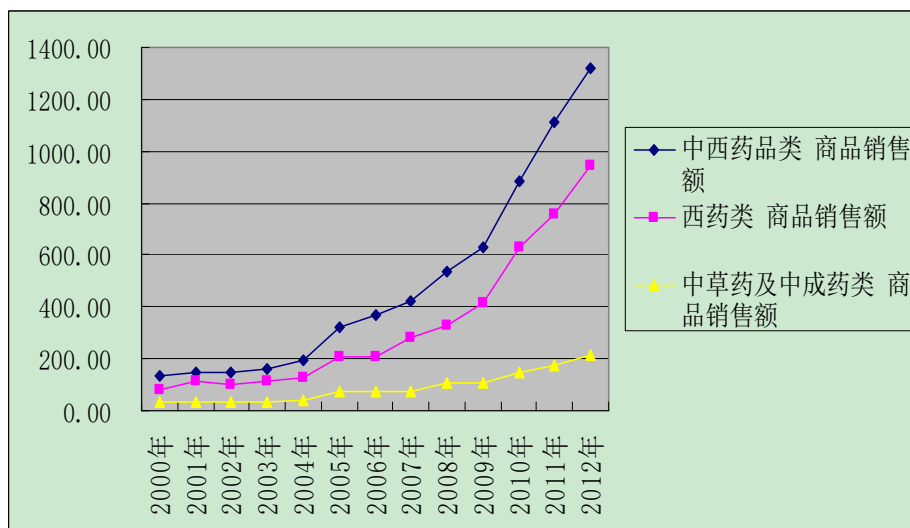


图 5-4 北京市 2000-2012 年不同药品的销售额 (单位: 亿元)

资料来源: 历年《北京市统计年鉴》

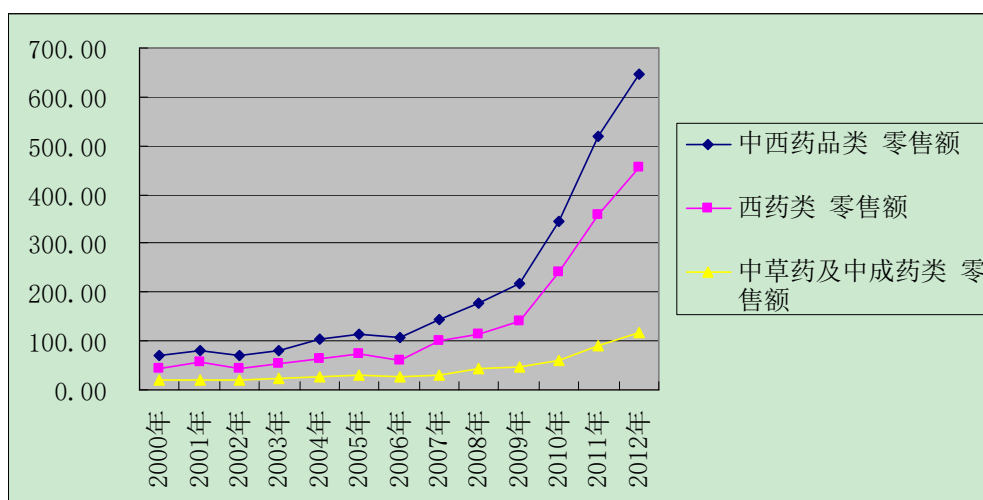


图 5-5 北京市 2000-2012 年不同药品的零售额 (单位: 亿元)

资料来源: 历年《北京市统计年鉴》

表 5-2 2011 年北京市药品流通行业各子行业商品销售总额及全国排名

类别	销售总额 (亿元)	在全国排名
药品类	611.27	2
中成药类	99.07	6
中药材类	48.95	1
医疗器械类	39.04	1

资料来源: 根据《启航: 2012 北京生物医药产业发展报告》整理而来

北京市医药保健品的出口额也在全国处于前列, 2011 年出口总额为 16.6 亿美元, 同比

增长 44.3%，高于全国增长率近 10 个百分点。其中以医疗器械的出口为主，医疗器械 2011 年出口额为 10.1 亿美元，占总出口的 60.48%。其次是西药类的出口，西药 2011 年出口额占总出口的 28.14%。西药类中又以西药原料的出口为主，西药原料药 2011 年的出口额为 3.63 亿美元。中药类产品 2011 年的出口额为 1.9 亿美元，其中又以中药提取物的出口为主，2011 年的出口额为 0.79 亿美元。

表 5-3 2011 年北京医药保健品出口商品分类统计

	出口额（亿美元）	同比增长（%）	占比（%）	全国排名
医疗器械	10.1	53.4	60.48	6
中药类产品	1.9	42.9	11.38	4
西药	4.7	28.3	28.14	12
总计	16.7	44.3	100.00	7

数据来源：根据《启航：2012 北京生物医药产业发展报告》整理

第二节 医改对药品生产领域的影响

新医改对医药制造业的影响主要来自基本药物制度的实施。基本药物制度规定城市社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室等基层医疗卫生机构应全部配备和使用基本药物，其他各类医疗机构也要将基本药物作为首选药物并确定使用比例。并且基本药物全部纳入基本医疗保障体系药物报销目录，报销比例明显高于非基本药物。

首先，基本药物制度的实施会有利于大型医药制造企业，并推动医药产品价格的下降。

北京市是 09 版基药招标中最后招标开标的省份，基药集中采购工作于 2012 年开展，不仅包括国家基本药物（2009 版）还包括 519 种北京增补的药品。北京市吸取其他省市药品招标的经验教训，更重视产品质量。北京市基药集中采购的评审办法分为经济技术标评审、商务标评审和综合评审三个阶段。技术标评审阶段明显倾向于大企业，通过新版 GMP 企业、工信部行业排名前列的企业、创新药企业、同种药品市场占有率排名前列的企业均获得了不同程度的加分。在商务标阶段也不再坚持单一货源中标，而是从入围企业中挑选 1 家报价最低的企业和 2 家综合得分⁶⁵最高的企业共同中标。同时本次集中采购招标和采购中参照全国最低中标价实行动态联动机制，本次集中采购中标产品，将直接纳入二级以上医疗机构药品集中采购中标产品目录，执行新的中标价格。

北京市基本药物招标结果显示，平均降价幅度为 26%，外企药品平均降价 10%。对于竞争性产品（基础抗生素等普药），其价格降幅将远大于 26%，甚至超过 50%，这些品种大幅降

⁶⁵综合得分按照商务标与经济技术标 3:7 加权加总计算。

价后，将会加快退出北京市场。⁶⁶对于生产独家产品的企业来说影响较小，因其产品价格降幅小，且采购量的增长将远远胜于价格的微弱下调。基本药物制度的实施会对一些产品价格偏高的外资企业产生影响，因为其无法适应中央政府物价部门的指导价和北京市政府部门的中标价。对于缺乏规模优势的中小企业来说，也很少能胜出。对于有多品种的制药企业受基药政策的影响不大。北京市基药集中招标采购会对此前招标价较高的产品构成一定压力，但同时也打通了基层和高端医院的用药市场，为大型内资企业在高端市场抢占外资产品市场份额提供了机会。

其次，医改新政会提高北京市医药制造企业的规模和产业集中度。在当前新医改的大背景下，鼓励优势制药企业实现跨地区、跨所有制的收购兼并和联合重组，将品种、技术、渠道等资源向优势企业集中，通过优胜劣汰的市场竞争机制，实现企业规模经济水平和产业集中度的提高。对于北京市医药制造业来说，将形成大型制药企业将为主导、中小医药企业配套、各种所有制医药企业共同发展的格局。

第三，医改会对北京市医药制造业的子行业带来不同程度的影响。结合北京市医药制造业现状及当前的产业政策来说，医药行业将主要依赖于化学制药领域中具有研发实力的企业；中药领域着重于大健康产业的企业。

对于化学制药企业来说，将有利于以生产处方药为主，尤其是专科用药，且需求弹性小、质量高的处方药制药企业。对于以仿制药为主的医药企业来说，将有利于首仿能力强，产品的技术壁垒高、进入成本高，具有较强的竞争和价格维护优势的企业。有利于市场地位和市场认同度高，获得多省市基本药物集中采购的大型企业。通过药品定价机制鼓励创新是新医改所强调的内容之一，这将对拥有创新药、首仿药及独家品种的大型企业有利，对于研发能力与盈利能力强的制药企业，将具有更大的发展空间。医保覆盖面的扩大，带来的药品市场的扩容，会有利于产品用量大、品牌知名度高的企业。

基本药物制度的实施也有利于具备基本药物集中采购资格的中药企业，尤其是对拥有多个独家品种的企业。同时，国家鼓励民族药的研发和产业化，促进民族药标准的提高，并对工艺和技术处于领先地位的中药制药企业进行政策扶持，也将有利于中药制药企业。《北京市 2010-2011 年深化医药卫生体制改革实施方案》将大力发展中医中药作为工作重点之一。出台各项政策鼓励北京市中医药行业的发展，在政府举办的二级以上综合医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院设立中医科和中药房，建成覆盖城乡的中医药服务网络；并促进中医药

⁶⁶参考：张明芳，崔文亮等，北京老版基本药物招标降幅点评，中信建投证券研究报告，2013.04.10

人才的培育。受当前新医改的影响，新进基本药物目录的独家品种，价格维护能力强且在基层医院拓展能力强的中药企业会受益。

医改新政强调加大对公共卫生的投入，国家已经出台政策扩大免疫规划的疫苗范围，将有利于疫苗生产企业。诊断试剂业也将随着全民医保带来的处方药市场的扩容而增长。《关于加快医药行业结构调整的指导意见》指出，研发防治恶性肿瘤、心脑血管疾病、神经系统疾病、消化系统疾病、艾滋病以及免疫缺陷疾病等的基因工程药物和抗体药物，加大传染病新型疫苗研发力度，争取有 15 个以上新的生物技术药物投放市场。北京市拥有较强能力的生物制药企业将受益于该政策的影响。

第四，新医改以来，北京市药品制造业的利润率出现了显著上升，从 2008 年的 12.1% 上升到 2011 年的 17.9%。尤其是化学药品原药、化学药品制剂、生物生化制品三大类，2000 至 2008 年利润率总体上呈现下降趋势，但 2008 至 2011 年出现了加大规模的反弹；中药材及中成药利润率虽然一直在上升，但新医改以后增幅加快：2008 年至 2011 年三年增加了 8 个百分点，而 2000 至 2008 年 8 年仅增加 7.8 个百分点。对于药品制造业，尤其是化学药品原料药从 2000 年到 2008 年利润率的大幅下滑，可归因于 2008 年爆发于美国的金融危机。化学药品原料药作为最主要的出口产品，受国外需求减弱的影响，利润率减少的也较多。详见表 5-4。

表 5-4 新医改对药品制造业利润率的影响

年份	药品制造业 总体(%)	化学药品 原药(%)	化学药品 制剂(%)	中药材及 中成药(%)	生物、生化 制品(%)
2000	16.7	10.7	16.6	2.4	42.1
2008	12.1	1.4	10.6	10.2	21.6
2011	17.9	15.6	13.7	18.2	33.6

资料来源：原始数据来自国泰安 CSMAR 金融经济数据库，利润率系作者计算。利润率=100%*利润总额/销售收入。

第三节 医改对医药流通业的影响

虽然北京市药品流通行业发展迅速，药品销售复合增长率和利润复合增长率均高于全国平均水平，但是北京市药品流通行业也有一些不足：即北京市医药物流行业的集中度偏低。目前北京的交通状况制约了药品批发配送业务的适度集中和效率提高，难以形成竞争力；现代医药物流不发达，流通效率低下，药品流通供应缺乏应有整合，药品流通的标准化、信息化建设滞后，限制了现代流通方式的发展。连锁药店比例仍偏低，未能较好的发挥规模优势，

降低采购成本。零售药店在城区及新城分布密集，基本达到饱和状态，企业盈利能力较差，边远郊区药店分布相对较少，零售企业发展在管理和专业服务领域面临诸多障碍，影响药品零售业的健康长远发展。

《药品流通行业“十二五”规划纲要》提出到“十二五”末形成 1-3 家年销售额超过千亿元的全国性大型医药商业集团，20 家年销售额过百亿的区域性药品流通企业；药品批发百强企业年销售额占药品批发总额 85%以上。当前的医改新政也对药品流通行业提出了新的要求和挑战。总体来说，提高药品流通行业的集中度，形成大型医药配送企业，零售药店进行连锁经营，并转变经营、盈利模式等是未来北京市药品流通行业的发展趋势。具体分析如下：

2009 年新医改方案的出台对医药商业公司来说有了新的要求：基本药物直接配送，即药品从生产商到终端医疗机构，只允许一家配送商进行药品配送，使大批配送规模和覆盖范围有限的二、三级配送商失去竞争优势，加速区域医药企业集中。新医改会使得医药供应链的合作模式发生变化，使得产销集中，促使生产企业与销售商整合成产销一体化企业，这会有利于优质企业的发展，并使得具有配送优势的大企业集中。

同时，对于医药流通企业来说，进销差价和返利的传统盈利模式也将受到基本药物制度、药品价格调控和医药分开等的挑战。对于药品流通行业来说，针对当前的医改新政提出的要求，不能固守传统的盈利模式，北京市药品流通行业要结合现实积极应对挑战，以应对行业整合和配送权之争及价格调控带来的冲击等。北京市药品流通行业要提高集中度，扩大规模，形成绝对竞争优势。在同质化的竞争中，有成本优势的企业会胜出，而规模优势是其进一步胜出的筹码。

新医改方案中提出要“鼓励零售药店发展连锁经营”，“严格控制药品流通行业差价率”，这意味着药品流通行业要以“规模”和“规范”取胜，药品流通渠道将越来越短和扁平化，一步终端将成为一种趋势。因此，对于北京市医药零售药店来说，进行连锁药店经营，吸引更多的药店加入，并扩大对中小城市和边远地区的影响。

当前的医改新政已使得北京现有医药流通企业受益，现以嘉事堂为例进行说明。嘉事堂作为扎根北京的区域商业龙头，其公司主营业务包括医药分销、医药零售和第三方物流三大部分，其中 2011 年医药分销业务收入近 16 亿元，同比增长 54%，占公司总收入比重的 90%。医药分销业务具体分为医院纯销、社区医院配送和商业调拨三类，其中纯销业务占比超过 50%。2010 年北京医保招标后，公司覆盖北京 95%以上的二级以上医院，获得了 7472 个品种的配送资格，列北京市医药商业企业第二名。公司是北京地区仅有的两家为社区医院配送药品的医药批发商之一，为北京市的三个区——海淀区、石景山区、门头沟区的社区医院配送

药品（其余 15 个区位北京医药股份），配送收入占比达到北京地区的 1/3。公司在北京地区拥有直营连锁药店 100 余家，直营门店数量排名北京第一位，2011 年收入近 1.5 亿元，毛利率 36.3%，同比提升 2.6 个百分点。净利润率高，资产负债率低，现金流优秀，业绩高速增长。2011 年公司实现收入 18 亿元，净利润 6368 万元，分别同比增长 34%和 31%，净利润率高达 3.5%，在同类公司中位居前列。

表 5-5 嘉事堂 2010-2011 年主营业务分行业构成情况

百万元	2011年			2010年			11年收入 比重	10年收入 比重	销售同 比增长	毛利率 同比变化	11年毛利 比重
	收入	成本	毛利率	收入	成本	毛利率					
药品批发	1594	1506	5.6%	1034	966	6.6%	90.1%	79.4%	54.2%	-1.0%	56.8%
药品零售	146	93	36.3%	170	113	33.7%	8.2%	13.0%	-14.2%	2.6%	33.9%
药品生产	0	0	0.0%	86	74	13.8%	0.0%	6.6%	-100.0%	-13.8%	0.0%
仓储配送	27	13	52.1%	13	6	51.7%	1.5%	1.0%	106.2%	0.4%	9.0%
医疗器械销售	2	1	29.9%	0	0	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	29.9%	0.4%
小计	1769	1613	8.8%	1303	1159	11.0%	100%	100%	35.8%	-2.2%	100%

资料来源：招商证券研究报告

第四节 医改对医疗机构药品使用的影响

一、医改对北京市医院药品使用的影响

北京市 2012 年开始实施公立医药改革，包括试点医院法人治理运行机制；试点医药分开；试点药事管理体制机制改革；并实行总额预付和按病种付费的医保付费方式；鼓励探索医联体。可以看出，此次医改的重点将是医保支付方式改革和法人治理结构为核心的现代医院管理制度。公立医院治理结构改革的目的是让医院成为独立法人，实现政事分离。2011 年 7 月 28 日，筹建已久的北京市医管局正式挂牌运作，这是国内省区市首个列入行政序列的医管局，北京也在全国大城市中率先启动“管办分离”改革。北京友谊医院、北京朝阳医院作为医药分开第一批、第二批试点医院，分别于 2012 年 7 月 1 日和 9 月 1 日正式启动试点改革。2012 年 12 月 1 日，在北京天坛医院、北京同仁医院、北京积水潭医院开始医药分开的第三批试点改革，并且这三家医药均为医保总额付费制度改革试点医院。

总体来看，围绕医改的目标，医保付费制度及医药分开会医院的处方行为产生一定的影响，同时对于医药企业在面临 GMP 认证和用工成本上升等因素的影响下，会对利润增速产生影响。医药企业优胜劣汰，使得医药行业形成相对集中的趋势；同时国家持续加大对全民医保的投入力度，短期内不会对医药企业的盈利能力产生影响，并促进优势企业进入新一轮的发展周期。此外，公立医院与医保付费机制改革对药品总使用量基本没有影响，但是会对医生的处方行为和医院的用药结构产生影响，高价外资药和辅助用药将减少，整体用药金额

将有所下降。因此，医保付费机制的改革会有利于拥有独家品种的优质中药公司，品牌普药公司和生产高端专科药的国内企业⁶⁷。

医药分开试点医院药品使用情况。2012年7月1日，北京友谊医院的1670种药品全部按照进价销售（包括1007种西药、292种中成药、371种中药饮片）。取消了原有的挂号费、诊疗费，建立了医事服务费。北京友谊医院改革启动至今，门诊整体的药占比下降。以友谊医院2012年上半年日均数据和医改后截至2013年10月份的数据做对比来看，前者总药占为日均56.46%，医改后的总药占比为37.46%，下降了8.72%，下降率为18.88%。门诊住院药品收入和门诊药品收入分别从2012年的上半年日均207.32万元和138.98万元下降为医改后的181.14万元和118.94万元，分别下降了26.18万元和20.04万元，下降比例分别为12.26%和14.42%。全部患者的门诊次均药品费用从2012年上半年日均248.40元下降为医改后的200.68元，下降了47.72元，下降的比例为19.21%，具体信息如表5-6所示。可以说，医药分开十个月来成功实现了医事服务费与原有药品加成的平移。

表 5-6 医改前后友谊医院药品使用情况

监测指标	2012年上半年日均	医改后	变化量	变化率
门诊住院药品收入（万元）	255.86	226.33	-33.21	-12.98%
总药占比	0.56	0.48	-0.10	-16.91%
门诊药品收入（万元）	189.63	168.07	-23.73	-12.52%
门诊药占比	0.70	0.59	-0.12	-17.13%
门诊次均药品费用（元）	309.77	250.16	-59.27	-19.14%
出院药品收入（万元）	66.23	58.26	-9.48	-14.31%
出院药占比	0.36	0.30	-0.06	-17.21%
出院病人例均药品费用（元）	5356.94	4433.50	-998.72	-18.64%

资料来源：内部资料整理。

朝阳医院是继北京友谊医院之后第二家开始试点医药分开的医院。按照“患者负担不增加、医院收益不减少、政府财政和医保基金能承受”的原则，北京市医药分开改革采取取消的药品加成、诊疗费、挂号费，与设立的医事服务费进行“平移转换”的方法，实现公立医院补偿渠道的转变。截至2013年5月底，朝阳医院医药分开试点已持续9个月，各项数据表明，较好地实现了预期的效果。

一是取消药品加成，从利益机制上有力地促进了合理用药与改革前同期相比，门急诊患者的次均药费和药占比分别下降54.4元和13.9个百分点，住院患者的次均药费和药占比分

⁶⁷对包括北京在内的大城市来说，高价外资药所占的药品市场份额比例较高，而公立医院进行总额预付、按人头付费和按病种付费等医保支付方式的改革，这将有利于遏制虚高药价对医保基金的浪费。因此，从医保控费的角度来看，对于国内药品厂家，当药品疗效可靠且价格较低时会具有较强的竞争力，能形成对高价外资药的替代作用。

别下降 1645 元和 8.7 个百分点，处方点评中不合理用药处方检出率由 7.82% 下降到 0.48% 以下，患者用药更加合理、安全。

二是取消的药品加成、挂号费、诊疗费与设立的医事服务费，实现了“平移转换”，医院收益略有提高。与改革前同期相比，试点 9 个月收取的医事服务费与取消的药品加成、挂号费、诊疗费相抵后，总增收 2212.73 万元，月均增收 245.86 万元；如果不考虑财政补助和医院人力成本两个变量因素，医院整体收支结余与改革前同期相比月均增加 356.89 万元。

三是医保基金次均支付水平无明显增加。与改革前同期相比，门急诊患者医保基金次均报销支出减少 8.2 元，住院患者医保基金次均报销支出减少 779.3 元。表 5-7 给出了医改前后，即 2012 年上半年和医改后截至 2013 年 10 月的朝阳医院的药品使用情况。

表 5-7 医改前后朝阳医院药品使用情况

监测指标	5 朝阳医院		变化量	变化率
	2012 年上半年日均	医改后		
门诊住院药品收入（万元）	346.05	281.80	-64.25	-18.57%
总药占比	0.53	0.41	-0.12	-21.87%
门诊药品收入（万元）	239.19	194.60	-44.59	-18.64%
门诊药占比	0.66	0.52	-0.12	-18.63%
门诊次均药品费用（元）	266.20	209.90	-52.00	-19.53%
出院药品收入（万元）	106.86	87.20	-19.66	-18.40%
出院药占比	0.37	0.28	-0.07	-19.20%
出院病人例均药品费用（元）	5666.14	4338.30	-1160.94	-20.49%

资料来源：内部资料整理。

对比五家试点医药分开医院的 2012 年上半年日均与医改后的总药占比、门诊药占比、门诊次均医疗费和门诊次均药品费，发现总药占比从 2012 年上半年日均 46.18% 下降到医改后的日均 37.46%，下降了 8.72 个百分点；门诊药占比从 61.00% 下降到医改后的 50.45%；门诊次均医疗费从 407.23 元下降到 397.82 元；门诊次均药品费从 248.40 元下降到 200.68 元，下降了 47.42 元。具体如表 5-8 所示。

表 5-9、5-10 和 5-11 分别给出了天坛医院、积水潭医院和同仁医院医改前后的药品使用情况。

表 5-8 医改前后 5 家试点医院药品使用情况

监测指标	2012 年上半年日均	医改后	变化量	变化率
门诊住院药品收入（万元）	207.32	181.14	-26.18	-12.63%
总药占比	0.46	0.37	-0.09	-18.88%
门诊药品收入（万元）	138.98	118.94	-20.04	-14.42%
门诊药占比	0.61	0.50	-0.11	-17.30%
门诊次均药品费用（元）	248.40	200.68	-47.72	-19.21%

出院药品收入（万元）	68.34	62.21	-6.14	-8.98%
出院药占比	0.31	0.25	-0.06	-18.77%
出院病人例均药品费用（元）	5455.50	4231.87	-1223.63	-22.43%

资料来源：内部资料整理

表 5-9 医改前后天坛医院药品使用情况

监测指标	2012 年上半年日均	医改后	变化量	变化率
门诊住院药品收入（万元）	145.0389	114.36	-30.6789	-21.15%
总药占比	0.421169	0.3271	-0.09407	-22.34%
门诊药品收入（万元）	79.71758	58.38	-21.3376	-26.77%
门诊药占比	0.606115	0.4797	-0.12641	-20.86%
门诊次均药品费用（元）	238.0074	175.98	-62.0274	-26.06%
出院药品收入（万元）	65.32132	55.99	-9.33132	-14.29%
出院药占比	0.306889	0.2456	-0.06129	-19.97%
出院病人例均药品费用（元）	6403.706	4929.17	-1474.54	-23.03%

资料来源：内部资料整理。

表 5-10 医改前后积水潭医院药品使用情况

监测指标	2012 年上半年日均	医改后	变化量	变化率
门诊住院药品收入（万元）	136.39	139.49	3.10	2.27%
总药占比	0.35	0.30	-0.05	-14.03%
门诊药品收入（万元）	80.12	82.33	2.21	2.76%
门诊药占比	0.64	0.51	-0.13	-19.65%
门诊次均药品费用（元）	261.19	211.36	-49.83	-19.08%
出院药品收入（万元）	56.27	57.15	0.88	1.56%
出院药占比	0.21	0.19	-0.02	-11.44%
出院病人例均药品费用（元）	6244.20	5214.89	-1029.31	-16.48%

资料来源：内部资料整理。

表 5-11 医改前后同仁医院药品使用情况

监测指标	2012 年上半年日均	医改后	变化量	变化率
门诊住院药品收入（万元）	153.29	143.74	-9.55	-6.23%
总药占比	0.38	0.15	-0.23	-59.66%
门诊药品收入（万元）	106.26	91.31	-14.95	-14.07%
门诊药占比	0.43	0.38	-0.05	-11.09%
门诊次均药品费用（元）	164.64	142.00	-22.64	-13.75%
出院药品收入（万元）	47.03	52.43	5.40	11.49%
出院药占比	0.30	0.25	-0.05	-16.25%
出院病人例均药品费用（元）	3867.30	2916.07	-951.23	-24.60%

资料来源：内部资料整理。

从以上统计数据可看出，医改后北京市试点医院的药品收入、门诊药占比及门诊次均费用均出现了不同幅度的下降。并且与北京市未进行医改试点的医院相比，试点医院的药品费用和药占比的下降量和下降的比例更大。但朱恒鹏（2007）⁶⁸指出，行政管制失当使得公立医院在医疗服务市场上获得了行政垄断地位，公立医疗机构对药品零售环节的垄断及以药养医的体制等医疗体制的制度性缺陷是导致药品价格及费用过高的主要原因，进行医药分离，解决以药养医问题也必须从解决医疗体制的弊端入手，最主要的是破除公立医疗机构在药品零售中的垄断地位。但由于该项政策会面临较大地改革阻力，其现实可操作性不强。

刘小鲁（2011）⁶⁹认为医药分离改革的结果取决于改革后药品零售环节的市场结构和医药分离程度。当药品零售环节具有垄断特征时，随着医药分离程度的提高，医生会逐渐放弃“以药养医”，但会相应提高“以械养医”程度。如果公立医院的垄断地位不消除，医药分离不会改善患者的福利状况，反而会在医疗体系价格管制的基础上造成新的社会福利损失。因此，北京市要在当前试点的医药分开改革的基础上，进一步理清医疗体制关系，减弱并消除公立医院的垄断地位，最终实现真正的医药分业。

二、基本药物制度对北京市社区卫生服务机构药品使用的影响

2009年安徽开展的基层医疗机构改革，包括基本药物零差价制度，收支两条线制度等被称为“安徽模式”，此后“安徽模式”被在全国大力推广，然而北京市却是09版基药招标中最后招标开标的省份，基药集中采购工作于2012年开展。为何北京市不积极推行“安徽模式”？据财新《新世纪》报道，北京市早在2006年12月在各社区卫生服务中心站推行“零差价”制度，具体的做法类似于“安徽模式”，对312种基本药物统一采购和配送，由财政弥补15%的药品收入损失，并实行“收支两条线”管理制度。当时北京市推行该制度不久便出现了药品短缺，病人流失的情况。患者反映实行零差价制度后，部分药品价格要高于之前一些常用药的价格，并且药品品种不全。于是北京市在2010年放弃了该模式。因此北京市并不是在推行“安徽模式”上落后，而是预先知道该模式所存在的问题⁷⁰。

基本药物制度会带来药品供应的扭曲⁷¹。基本药物零差价制度会使得盛行于二、三级医院的药品回扣现象带到社区卫生服务中心等基层医疗机构。基层医疗机构实施药品零差价制

⁶⁸朱恒鹏，药品定价扭曲与医疗改革困境，《中国社会科学》，2007年第4期

⁶⁹刘小鲁，管制、市场结构与中国医药分离的改革绩效，《世界经济》2011年第12期

⁷⁰王晨，北京试行社区医疗零差价，部分药物极度短缺难持续，财新《新世纪》2011年第50期，2011.12.26

⁷¹朱恒鹏，安徽模式降低药品费用了吗？，凤凰网财经，2012.03.07；

http://finance.ifeng.com/a/20120307/5714369_0.shtml

度以前，社区卫生服务中心没有返利和回扣的现象。它完全可以通过合法的药品加价独享卖药收益，没必要和医药代表分享。图 5-6 和图 5-7 分别对比了实施基本药物零差价制度前后社区卫生服务中心获取卖药收益的不同形式。

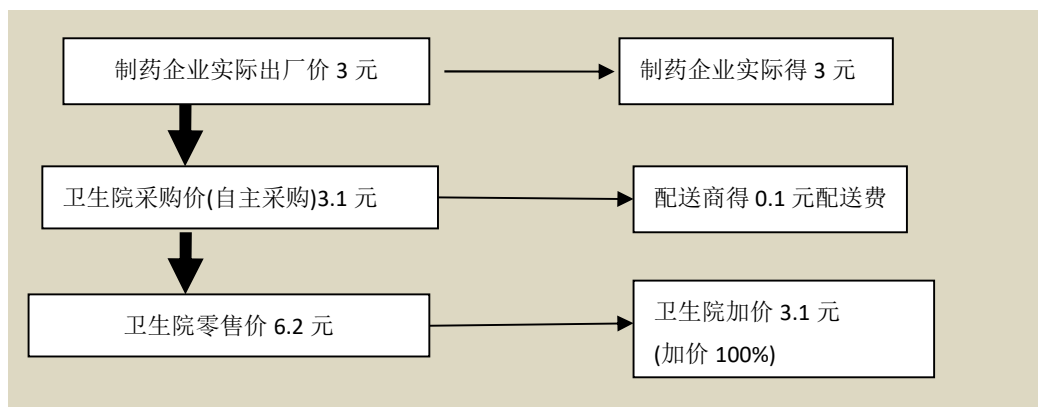


图 5-6 实行零差价制度以前对基层医疗机构的药品采购和盈利模式⁷²

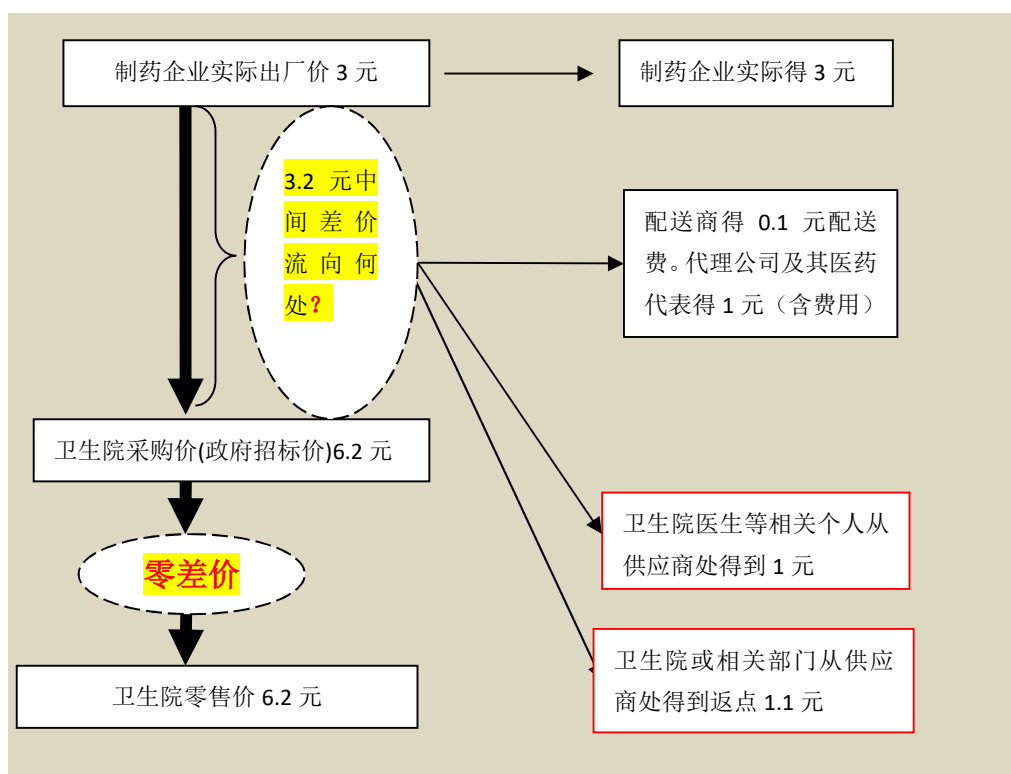


图 5-7 实行零差价制度后基层医疗机构的药品采购和盈利模式⁷³

基层医疗机构的药品价格管制并不能有效控制药品费用的增长。影响药品费用的主要因

⁷²参考：朱恒鹏，药品零差价制度的后果，工作论文，2011

⁷³参考：朱恒鹏，药品零差价制度的后果，工作论文，2011

素可以分解为：（1）药品的价格；（2）药品的使用数量；（3）药品品种组合的改变，即高价药代替低价药。大量文献分析表明药品费用增长主要来自于药品使用量的增加以及药品品种的改变，而不是药价的上涨。如唐圣春，张新平（2008）⁷⁴认为药品价格上涨并不是药品费用增长的最主要因素，药品用量的增加以及药品处方组合的改变才是药费上涨的主要推动力；刘国恩，唐艳（2007）⁷⁵通过将药品费用的变化分解为数量指数、价格指数和混合效应指数，并用北京和广东省佛山市 13 家医院对抗生素和循环系统药品的采购数据，研究表明，药品费用不断上涨的原因是药品用量的增加和药品的替代效应共同作用的结果。此外，吴龙（2000）⁷⁶，周书美（2010）⁷⁷，万伟忠（2006）⁷⁸的研究也表明药品价格并不是导致药品费用快速增长的唯一原因。并且我国实行 10 多年的药品政府集中招标制度已经证明了控制药品价格并未带来药品费用的下降，却使得疗效可靠的廉价药被挤出了市场，催生了大量药价虚高的虚假创新药品。朱恒鹏⁷⁹利用安徽省卫生厅提供的数据，计算了安徽省在实行基本药物零差价制度后，从 2010 年 9 月到 2011 年 9 月的药品采购金额，结果发现，与实行基本药物零差价制度前相比，安徽省基层医疗机构的药品采购金额变化不大，并未出现大幅下降。因此，可以推断，尽管基本药物零差价制度表面上降低了部分药品的价格，但表面上的药价下降事实上被医疗机构和医生通过调整药品品种完全消解了，药品费用并未下降，居民负担也未减轻。

朱恒鹏在其发表于财新《新世纪》上的“基层医改的逻辑”⁸⁰一文中指出，“基层医疗机构由于面临很强的市场竞争，高价卖药的能力较弱，和二、三级医院相比，其药价虚高问题要弱得多，城乡居民的不满也弱得多。所以药价虚高问题不是基层医疗机构的主要矛盾。基层医疗机构的突出问题是医疗服务水平严重偏低，不能有效满足城乡居民就近方便看病的需要，从而使得城乡居民蜂拥到大医院就诊，加剧了看病难和看病贵现象。因此，基层医疗机构的改革和建设应该着眼于能力建设而非药价问题。基本药物制度的根本问题就在于它不仅不能提高、反而明显弱化了基层医疗机构的服务供给能力。

⁷⁴唐圣春，张新平，对药品价格及药品费用的再认识，《中国卫生经济》，2008 年第 3 期。

⁷⁵刘国恩，唐艳，中国药品费用走势分析，《中国卫生经济》，2007 年第 12 期。

⁷⁶吴龙，我国药品费用不合理增长的“四大”源头及对策思考，《中国医院管理》，2000 年第 4 期。

⁷⁷周书美，论我国药品费用快速增长的原因与控制，《内蒙古财经学院学报（综合版）》，2010 年第 2 期。

⁷⁸万伟忠，药品费用增长过快的原因与控制措施，《医药产业咨询》，2006 年第 13 期。

⁷⁹朱恒鹏，安徽模式降低药品费用了吗？，凤凰网财经，2012.03.07；

http://finance.ifeng.com/a/20120307/5714369_0.shtml

⁸⁰朱恒鹏，基层医改的逻辑，财新《新世纪》，2011.11.26；

<http://finance.sina.com.cn/review/jcgc/201111226/113611063957.shtml>

第五节 结论

本文首先对北京市医药生产、流通的现状进行了描述性分析，然后论述了当前新医改对北京市医药生产、流通行业以及药品的终端使用层面的影响。从本文的分析中可看出，北京市的医药工业总产值、规模以上医药工业企业的销售收入以及医药工业的主营业务收入均排在全国前列，同时北京市药品制造业格局呈现出化学药品原药、化学药品制剂、中药、生物制药为主的四轮驱动的格局。北京市药品流通企业众多，并且以药品单体零售门店为主，药品集中度和连锁率均较低。

医改新政中的基本药物制度、医保付费方式改革以及医药分开对医药产业和药品终端使用最直接的影响政策，从本文分析来看，基本药物的集中招标采购会有利于大型医药企业，这也有利于进一步提高北京市医药生产企业的市场规模和集中度。2009年新医改提出了基本药物直接配送的要求，这会有利于优质企业的发展，并使得具有配送优势的大企业集中。北京市于2012年实施公立医院试点改革，进行医药分开、医保付费方式改革的试点，从本文分析来看，公立医院与医保付费机制改革对药品总使用量基本没有影响，但是会对医生的处方行为和医院的用药结构产生影响；医药分开改革降低了北京市5家试点医院的总药占比、门诊药占比、门诊次均医疗费和门诊次均药品费。对于社区卫生服务机构推行基本药物制度，本文认为这一制度会带来基层医疗机构的药品供应扭曲，同时也不利于有效控制药品费用的增长。

第六章 北京医药卫生体制改革与健康产业发展*

第一节 医改与健康产业发展

医疗卫生不仅是民生事业，满足居民的健康需求，而且也是国民经济发展的重要产业之一。从其经济学性质上而言，民生事业与经济产业并不是对立关系，而是相互促进、相互支持，具有内在的一致性。作为民生事业的医疗卫生，其目标在于满足居民的健康需求，而作为产业的医疗卫生要获得发展，也必须满足居民健康需求；反过来，医疗卫生产业的发展扩大了医疗服务供给，提高了医疗卫生服务的质量，同时通过竞争减少医疗费用“虚高”，从而有效缓解居民看病难、看病贵的问题。从这个角度，促进以医疗卫生行业为主导的健康产业的发展，本就是医疗卫生事业发展的含义之一。

另一方面，医改在深入过程中，面临的一些问题，也需要在发展中得以解决。例如，扩大医疗卫生服务的供给，满足居民多层次的医疗卫生服务需求，缓解看病难；促进预防、体检、康复等环节的服务，提高居民健康素质，促进合理的分级诊疗等。值得指出的是，在健康产业发展过程中，涌现出来的一些基于现代信息技术的新业态，如互联网医疗、远程诊疗、慢性管理系统等，为医改的推进提供了新的手段和途径。以慢性管理系统为例，在旧的业态下，社区慢性病群体的管理，主要依靠医生面对面、一对一进行，而随着人口老龄化以及疾病谱的变化，慢性病发病率不断上升，对社区医疗卫生人员的需求大大增加；但在当前社区医疗卫生服务机构实行事业单位编制管理的条件下，很难为基层医疗卫生机构配备足够的医疗卫生人员。这也是导致大量慢性病患者涌入大医院就医、取药的重要原因之一。因此，加强社区医疗卫生机构的慢性病管理能力是重构分级诊疗的重要环节。建立在现代信息技术基础上的慢性病管理系统将慢性病管理中的一些环节标准化，建立慢性管理信息系统，使得社区医生能够同时管理的慢性病患者成倍增长，相对提高了社区医疗卫生资源的利用效率。

而健康产业的发展，特别是医疗卫生的产业发展，也需要加大医改力度，将医改推向纵深，从而为产业发展提供基础。当前，阻碍健康产业发展的一些制度性障碍，都需要通过继续推进医改来解决。健康产业中的微观主体中，医疗卫生机构是主要组成部分；健康产业要稳步发展，需要在医疗机构之间建立公平、有序的竞争格局。但是，当前公立医院依托行政

* 本章执笔人：王震，中国社会科学院经济研究所，副研究员。

垄断地位，与其他类型医疗机构形成不公平竞争，压制了其他医疗机构的发展。公立医院享有政府财政补助、人员编制、划拨土地、医保定点等优势，而且在医务人员职称评定、承担国家科研项目等方面也有优势。这些都导致其他类型医疗机构，特别是社会办医疗机构在医疗市场中处于劣势地位。在这样的情况下，即使鼓励和运行社会办医疗卫生机构的发展，放开医疗服务市场准入，在不同类别医院不公平竞争的条件下，社会办医还是难以发展。当前社会办医面临的“玻璃门”、“弹簧门”等问题，都可从中找到来源。

国务院 2013 年发布了《关于促进健康服务业发展的若干意见》，提出在积极推进医药卫生体制改革的同时，多措并举发展健康服务业。对北京而言，医药卫生体制改革进入深水区，遇到的制度性障碍越来越大；另一方面，经济发展已进入高收入阶段，面临着经济结构转型升级的挑战。促进健康产业发展，不仅是北京经济结构转型、打造新兴经济增长点的需要，也是进一步深化医改的一个可行路径。促进健康产业发展，需要深刻领会和贯彻十八届三中全会精神，加快改革，以改革带动发展，通过发展深化改革。

北京新一轮医改自启动以来做了大量工作，出台了一系列政策。在北京“十二五”规划以及历年北京市政府工作报告中，也都有深化医改的相关论述。总起来看，北京市医改近年来的主要政策要点：一是在医疗保障上，实现了全覆盖，缩小了城乡居民医疗保障差距；同时，医保通过改革支付方式，其控费功能有所发挥。二是在基层医疗卫生机构，实施实施了基本药物制度（零差率），基层医疗卫生机构全面实行“收支两条线管理”。三是在公立医院改革方面，试点通过“结构平移”的方法推进医药分开改革，取消医院药品加成，同时提高医事服务费（诊疗费）；试点医院法人治理结构，推进管办分开。四是在药品采购和流通方面，实行统一招标采购，分级配送制度。五是在社会资本办医方面，出台多种政策，在多个方面推动社会资本进入医疗卫生行业。

北京医改的这些措施在缓解居民看病难、看病贵，以及满足居民健康需求方面起到了一定的作用。而大力发展健康产业有助于进一步释放医改的经济社会效应。

第一，进一步激发民间投资活力。传统上，科、教、文、卫被视为“社会事业”，“事业”一词有两层含义，一是必须依靠政府的财政投入，二是必须由政府亲自兴办。在这种理念下，医疗卫生不仅是一项“花钱”的事业，即不论是对医疗机构的投入即“补供方”，还是对医保机构的投入即“补需方”，都表现为财政资金的支出；而且还是一项必须由政府来直接兴办的事业：管办合一、行政定价、人事任命、事业编制等等均是这一理念在实践中的具体表现。从“医疗卫生事业”到“健康产业”，是思想认识上的重大突破。“健康产业”意味着，从长远来看，医疗服务业的发展进而带动整个健康产业的发展，广义的健康产业并非“花钱”

而是“赚钱”的。一方面，健康产业链上的许多环节都是直接的税源，另一方面，健康产业发展带来的劳动力素质的提高、技术进步的溢出效应等等，从而以间接途径拓宽税基的效果更加难以估量。在“健康产业”的理念下，产业链条上的各个主体，从上游的医疗设备企业、制药企业，到下游的医院、医保经办机构，均应成为自主经营、自负盈亏、独立核算、具有独立法人资格的经济单位。

第二，进一步提高国民健康水平。医改的目标，短期来说是实现“病有所医”，而长期来说应是带来健康产业的大发展，最终提高国民健康水平。研究表明，人的健康水平与医疗技术的高低并无直接相关关系，换言之，一国国民健康水平并不会和医疗技术同步提高。常识也告诉我们，一个人的健康水平取决于多种因素，生活习惯、饮食、健身、生活环境等等都会对健康产生影响，而在促进健康的各种因素当中，医疗服务仅占很小的比重。另一方面，在全民医保体制日益完善、保障水平不断提高的趋势下，我们必须决定“钱怎么花”。是像目前这样继续把医保资金投入到医院看病中，还是更多地投入到防病、养病中？目前的医疗服务格局体现的是以“花钱看病”为重点的健康理念，而包括医疗服务业上下游的保健、预防、康复、疗养等环节在内的大健康产业，则体现了“防病、看病、养病”并重的健康理念。

第三，进一步带动就业。受制于此前长期难以打破的公立医疗机构垄断，非公立医疗机构一直未能获得充分发展，其促进就业的巨大潜力一直被抑制，未能充分发挥。据世界卫生组织统计，日本、德国、英国、香港等国家和地区医护比均超过 1: 4，芬兰、挪威、加拿大等国家则超过 1: 6，而我国仅有 1: 0.9，明显偏低。目前，我国约有医生 247 万，护士 224 万，即便医护比达到 1: 4，至少还应增加 740 万护士岗位。况且，一旦放开社会资本办医，医生的数量显然还会大幅增加。如果考虑到包括制药、医疗器械在内的整个产业链，健康产业的发展对就业的拉动作用将十分巨大。

第二节 健康产业及北京健康产业发展的经济社会背景

一、健康与健康产业

定义健康产业首先需定义健康。健康是一个动态概念，在不同时代，社会对健康的含义有不同的认识。传统的生物医学模式观点，从疾病的角度看待健康，认为健康就是没有疾病的状态⁸¹。当前比较流行的对健康的定义是世界卫生组织（WHO）对健康的定义：健康指的是

⁸¹ “Disease-free state”。Dolfman, M. L., 1973, The concept of health: an historic and analytic reexamination, The Journal of School Health, Vol. 43, No. 8, pp. 491-497.

生理上的、精神上的完整状态以及良好的社会适应，而不仅仅是没有疾病或虚弱⁸²。但这一定义的概念化色彩浓厚，是非现实的理想状态，缺乏现实针对性和操作性⁸³。对此，有学者提出从生命周期的角度来理解健康，认为健康是一个动态过程，在生命周期的不同阶段健康状态及健康需求不同⁸⁴。基于这一理解，我们认为理论上，健康产业就是旨在提供个人及社会以满足不同生命周期阶段生理、精神及社会健康需求的生产部门的集合。这一定义有两个要点：一是该产业的内容随生命周期不同阶段而有所差别，主要部门也有所差别；二是该产业既提供满足生理健康需求的服务和产品（治疗及药品），也提供满足精神健康与社会健康需求的服务与产品（保健与照料等）。

从操作性层面，健康产业可包含三个相互紧密关联的体系：需求体系、筹资体系及供给体系。从产业发展的角度，供给体系是政策着力点；而供给体系的构成则直接来源于不同生命周期阶段的需求特征。不论是需求体系还是供给体系，都需要筹资体系的金融支持。这三个体系共同构成了健康产业。

健康需求大致可分为三类：一是传统上的满足疾病治疗与康复的医疗卫生需求（治疗与康复的需求）；二是满足照料、健康管理、精神需求、检测等非治疗性服务需求和照料需求；三是上述两类需求过程中所需要的药品及药械的需求。

与健康需求相对应的是支持需求的筹资体系，这也是健康产业不可或缺的组成部分。从筹资体系看，基本的医疗服务及健康需求主要通过社会保障体系实现。根据不同社会及不同经济发展水平，“基本”的健康需求水平有所差异。在基本保障水平之上的筹资主要有三种：一是个人自付，二是雇主提供，三是商业保险。这一层次的筹资具有较大的差异性，既与个人的经济状况有关，也与个人对健康的态度有关。

二、健康产业的框架与体系

需求体系与筹资体系映射到供给方面就是健康产业的供给体系。供给体系是发展健康产业的政策着力点。对应着需求体系的三大类需求以及筹资体系的需求，健康产业的供给体系

Boruchovitch, E., and Mednick B. R., 2002, The meaning of health and illness: some considerations for health psychology, *Psico-USF*, Vol. 7, No. 2, pp. 175-183.

⁸² Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

⁸³ Lewis, A., 1953, Health as a social concept, *British Journal Society*, Vol. 4, pp. 110-115.

Saracci, R., 1997, The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health, *British Medical Journal*, Vol. 314, pp. 1409-1410.

⁸⁴ Bircher, J., 2005, Towards a dynamic definition of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 8, pp. 335-341.

主要如下四类：一是提供传统治疗服务的医疗卫生行业；二是提供健康管理、照料等服务的行业；三是药品与药械行业；四是满足筹资需求的商业健康保险行业。

另一个需要指出的是，随着现代信息技术的发展以及由此支撑的商业模式的创新，健康产业的新业态层出不穷。可以预计在未来一个时期，基于信息技术以及新的商业模式的新业态将极大改变当前的行医模式和服务提供模式。

要使健康产业的定义具有可操作化，还需要将这四个健康产业供给体系的大类映射到能够具体操作的行业小类中。我们根据国家统计局颁布的《国民经济行业分类》（GB/T4754—2011），联系健康产业的需求体系与筹资体系，给出了健康产业供给体系四个大类的小类行业（四位代码），见图 6-1。



图 6-1 健康产业供给体系的行业分类

注：图中四位数代码为《国民经济行业分类》（GB/T4754—2011）中的小类行业代码。

医疗卫生服务行业，主要包括提供医疗卫生服务的机构（医院、基层医疗卫生机构及公共卫生机构）以及医学研发机构；健康管理、照料与社会服务行业，既包括保健服务行业、疗养及康复服务机构，也包括老年养护、照料，社会看护以及休闲健身等行业。这两类行业构成了健康服务业的核心产业。对应到统计方面，这两类行业一般被划分在卫生、社会保障与社会福利业（或卫生及社会工作）。此处的社会保障与社会福利（社会工作）指的就是提

供保健、疗养、康复、照料、看护等服务的行业。商业保险主要是与健康有关的健康和意外保险。上述医疗卫生服务、健康管理、照料与社会服务以及医疗保险，构成了健康服务业。药品与药械既包括中草药的种植与生产，也包括化学药品、生物药品、医疗器械等的制造，还包括药品与药械的流通。这些行业，在国务院《关于促进健康服务业发展的若干意见》中被定义为支撑行业。

三、北京促进健康产业发展的必然性

（一）健康产业发展是经济发展进入高收入阶段后的必然要求

现代经济发展的一个一般规律是需求结构与产业结构的不断“软化”。在经济发展达到中等收入之后，整个社会的需求结构发生变化，需求出现“软化”的趋势：即在经济发展到一定阶段后，对吃、穿、住、行等的需求比例下降，而对诸如教育、自由、健康、文化等软性需求的比例上升⁸⁵。这是“丰裕社会”到来后的需求结构⁸⁶。与需求结构变迁相对应的是国民经济产业结构的“软化”：经济的主导产业由以工业为主向服务业为主转化（图 6-2）。而在服务业的内部结构中，则由劳动密集型的服务业为主向技术和智力密集型服务业为主⁸⁷。

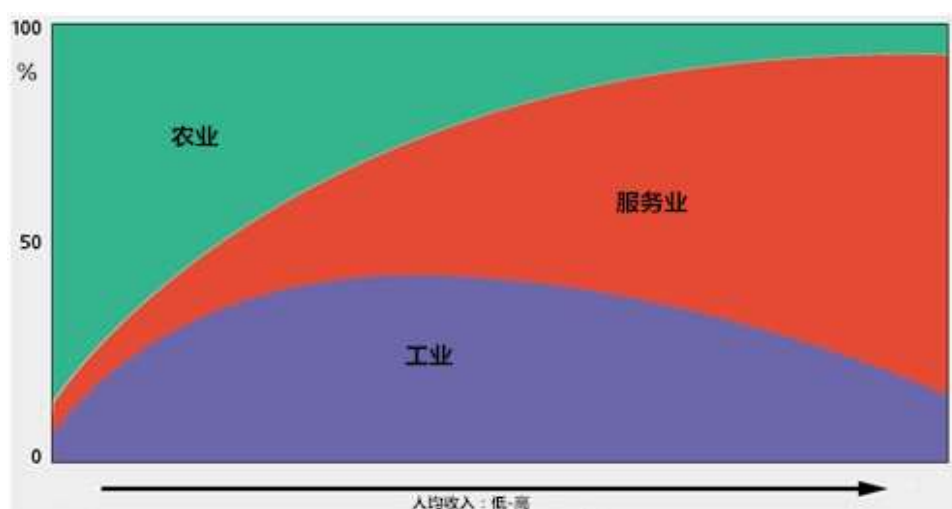


图 6-1 主导产业的变迁：农业-工业-服务业

在这一产业结构变迁过程中，随着人们对健康需求的增加，在服务业中与健康相关的产业在国民经济中的比重也在逐渐上升，并成为服务中最重要的产业之一。图 6-2 给出了一些

⁸⁵ 王国刚，2010，城镇化：中国经济发展方式转变的中心所在，《经济研究》，第12期，第70-83页。

⁸⁶ 【美】加尔布雷瑟著，徐世平译，《丰裕社会》，上海：上海人民出版社，1965。

⁸⁷ UNIDO, 2012, Climbing the stairway of development: structural change as the driver of economic growth, Policy Brief, Issue. 02.

国家在不同收入时期卫生及社会工作业（健康服务业）⁸⁸增加值占 GDP 的比例的数据。一个基本的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。例如韩国在 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 2013 年，北京人均 GDP 达到了 15052 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。对北京而言，促进健康产业的发展应属顺势而为。

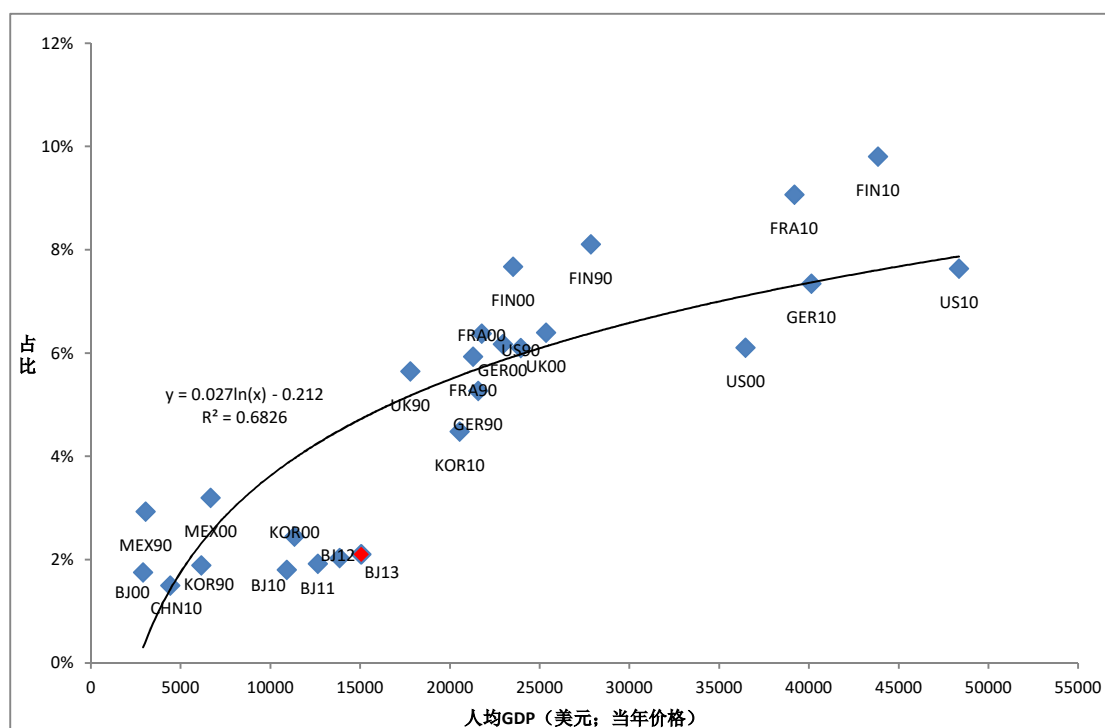


图 6-2. 不同国家不同阶段卫生及社会工作业增加值占 GDP 的比重

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 年的数据来自《2013 年北京市国民经济统计公报》。

注：其他国家为卫生及服务增加值占 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（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

⁸⁸ 卫生及社会工作行业所包括的行业主要是本文所涉及的医疗卫生服务业及健康管理、看护、照料、疗养等行业，这是健康产业的核心产业。在后文中，为便于计算和比较，以及数据的可得性，我们使用这两个核心产业的增加值来代表健康产业的增加值，没有包括商业健康保险及药品和药械制造业。

进行比较。

（二）健康产业发展是北京经济进入“新常态”后实现转型升级、培育新的增长动力的重要突破口

中国经济发展已进入“新常态”。所谓新常态，不仅是经济增长速度的下降，而且也包含着经济增长模式的转变，以及产业结构的转型升级。在“新常态”下，唯 GDP 论的经济增长模式转变为以满足居民需求为目的的经济增长。而随着经济发展到一定水平，健康需求成为居民需求结构中的重点之一。因此，在“新常态”的经济增长模式下，满足居民健康需求的健康产业成为国民经济的重要行业，也成为经济发展的新的增长动力之一⁸⁹。

从北京经济发展的趋势看，也进入“新常态”阶段；但是，不同于其他地区，北京第三产业占比一直较高，这与北京作为首都的政治和文化中心地位密切相关，也与北京主动适应经济发展新阶段所进行的产业结构调整有关。从第三产业内部各行业的发展情况看，经济增长的来源也体现出一些适应“新常态”的变化。从 2000 年到 2013 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，也是未来北京培育新增长动力的关注点之一。

（三）发展健康产业是发挥首都功能，建设人文、科技、绿色北京的要求

北京作为首都在经济发展和产业结构上有其独特之处，既是全国的政治中心、文化中心，还要在经济上突出和增强服务功能。相比于其他直辖市，北京的产业结构更加突出第三产业带动，更加突出服务功能。在改革开放之初，北京、天津和上海第三产业占 GDP 的比重相差不多；但是随着改革开放，北京作为首都，产业结构发生了明显的变化，第三产业占比一路飙升，截至 2012 年北京第三产业占比达到了 76.5%，远超上海的 60.4% 和天津的 47.0%（图 6-3）。

北京发挥首都服务功能的着力点要求调整第三产业内部的结构，由低端的劳动密集型服务业向高端的技术密集型与智力密集型产业转变⁹⁰。在过去十多年间，北京市确定了金融服务业作为高端服务业的发展重点。金融服务业带来的增加值占地区 GDP 的比重也由 2000 年的 13.45% 上升到 2012 年的 14.47%。在这种情况下，金融服务业的发展空间已面临极限，且在上海、天津⁹¹等地大力建设和发展金融中心的情况下，也面临较大的竞争压力。在这一情

⁸⁹ 裴长洪，2014，“为经济新常态培育持久增长动力”，《经济日报》，9月2日。

⁹⁰ 这一点在北京市“十二五”规划中有明确表述。

⁹¹ 上海的城市发展目标之一就是建设国际金融中心，而相比于北京，上海在发展金融服务业方面具有产业

况下，北京第三产业的内部结构还需要继续调整。从增强服务功能，发展高端服务业的目标出发，健康产业无疑是选择之一。

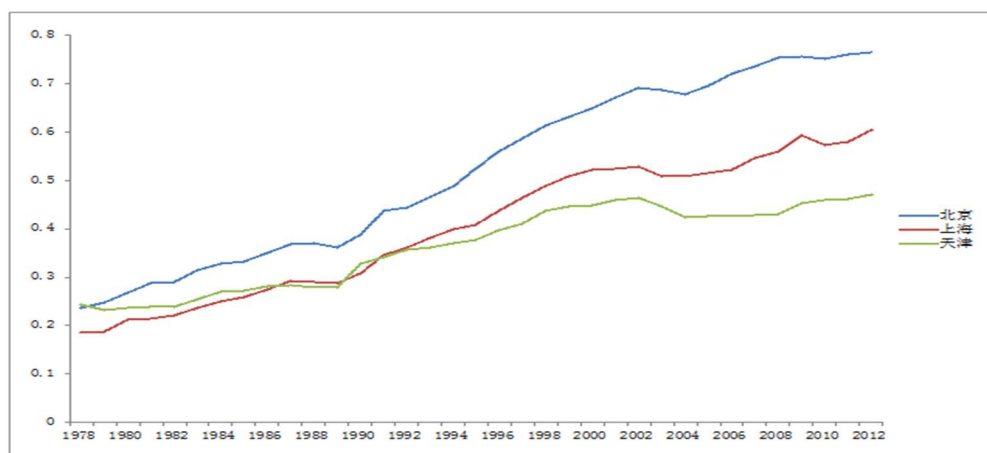


图 6-3 北京、上海、天津三地第三产业增加值占 GDP 比重变动情况（1978-2012）

数据来源：各地《统计年鉴》。

从产业属性来讲，健康产业属于第三产业，不会产生环境污染，属于绿色产业。同时，健康产业又属于技术和智力密集型产业，是吸引高端人才的产业，符合北京打造世界高端人才聚集之都的战略目标，与建设人文、科技和绿色北京相一致。

而从近年来北京健康产业的发展来看，也表现出了强劲增长的势头。健康服务业（卫生及社会工作）增加值占地区 GDP 的比重在 2000 年为 1.75%，此后出现下降趋势，但从 2007 年开始又出现了上升趋势，截止到 2013 年，健康服务业增加值占地区 GDP 比重上升到 2.13%。从增长率看，从 2008 年开始，由于受全球金融危机的影响，北京市的 GDP 增长率及第三产业增长率都呈现下降趋势；但是，健康服务业的增长率却在 2010 年后逆势上扬，表现出快速增长的趋势。2013 年健康服务业增加值的实际增长率为 11.50%，远超 GDP（7.70%）和第三产业（7.60%）的增长率（图 6-4）。

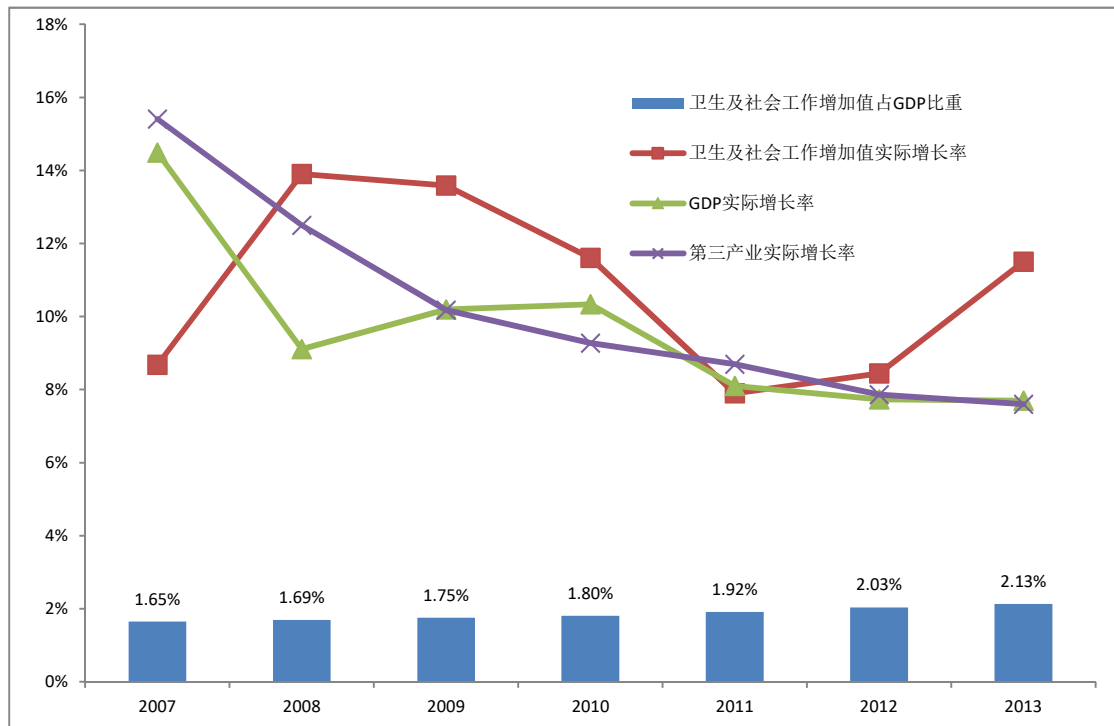


图 6-4. 北京市健康产业增加值占 GDP 比重实际增长率 (2007-2013)

数据来源：《北京统计年鉴 2012》；2013 年北京市国民经济统计公报。

第三节 北京健康产业发展的基础及面临的挑战

从现有的资源基础来看，北京具有快速发展健康产业的基础。相比于上海和天津⁹²这两个直辖市，北京在发展健康产业方面具有优势。从经济基本面来看，三个直辖市的经济总量和人均 GDP 相差不多；在产业结构方面，由于北京所处的政治中心地位，北京产业结构更加“软化”，第三产业增加值占 GDP 的比重远高于上海和天津。特别是北京作为首都，一直都是医疗卫生资源中心。不论是从总数上，还是从每万人拥有数量上，北京在医疗卫生机构、医疗卫生人员、医师、护士等方面，都远高于上海和北京。例如，每万人拥有的执业医师数量，北京为 33.7 个，而上海和天津只有 21.7 个和 20.0 个。但是，在医疗资源的利用率方面，北京比上海要低一些。2012 年北京医疗卫生机构门急诊人次为 1.83 亿次，出院人数为 224.92 万人，低于上海（分别为 2.17 亿次和 276.71 万人）。总体来看，相比于上海和天津，北京在发展健康产业方面具有优势。

特别是新一轮医药卫生体制改革以来，北京采取了多种政策举措促进加快推进医疗卫生体制改革，为健康产业发展提供了相对良好的环境。但是，不论是从健康产业规模的增长还

⁹² 之所以选择上海和天津与北京进行比较，是因为这两个城市与北京同为直辖市，且在经济总量、人口规模、经济发展水平等方面与北京具有可比较的基础。

是吸纳就业能力的释放，北京健康产业的发展还存在诸多问题与挑战。

第一，在健康服务业的供给与需求之间的巨大缺口。理论上讲，经济体中的供给要与需求相适应，才能实现资源配置的宏观效率；相对于需求，如果一个行业中的供给过少，那么在价格机制的作用下资源向这个行业转移，增加供给满足需求。但是，在现实中会有种种障碍阻碍资源的自由流动，从而导致现实中的供给不足。这一点表现为生产可能性曲线内移，造成宏观上资源配置无效率。

改革开放以来，北京经济发展水平飞速提高，居民收入也快速提升。在这一过程中，居民的健康需求也在快速增加。但是，健康服务业的供给，特别是医疗卫生服务供给增长缓慢，不能匹配需求的增长。我们以医疗卫生业为例说明此点。我们以北京城镇居民人均可支配收入、农村居民人均纯收入表示北京的收入水平；以卫生总费用表示居民的医疗服务总需求；以医疗机构总床位数及卫生技术人员数作为供给方代理变量，来刻画北京医疗卫生行业的供需变动。为了剔除单位的影响，我们以这些变量 1978 年的值为 1，将 1979-2013 年的值表示为 1978 年的倍数。图 6-5 给出了北京医疗卫生行业过去 35 年来的供需变动情况。从图中可以发现，表示需求方的变量快速上升，而表示供给方的变量变动不大，维持平稳。具体而言，1978-2013 年北京城镇居民人均可支配收入增长了 15 倍，农村居民人均纯收入增长了 20 倍，卫生总费用增长了 32 倍（2012 年）；但是表示供给方的变量，医疗卫生机构床位数仅增长了 4.12 倍，卫生技术人员变动更少，仅增长了 3.48 倍。宏观上的总供给不足是导致当前医疗卫生行业诸多问题的根源之一。

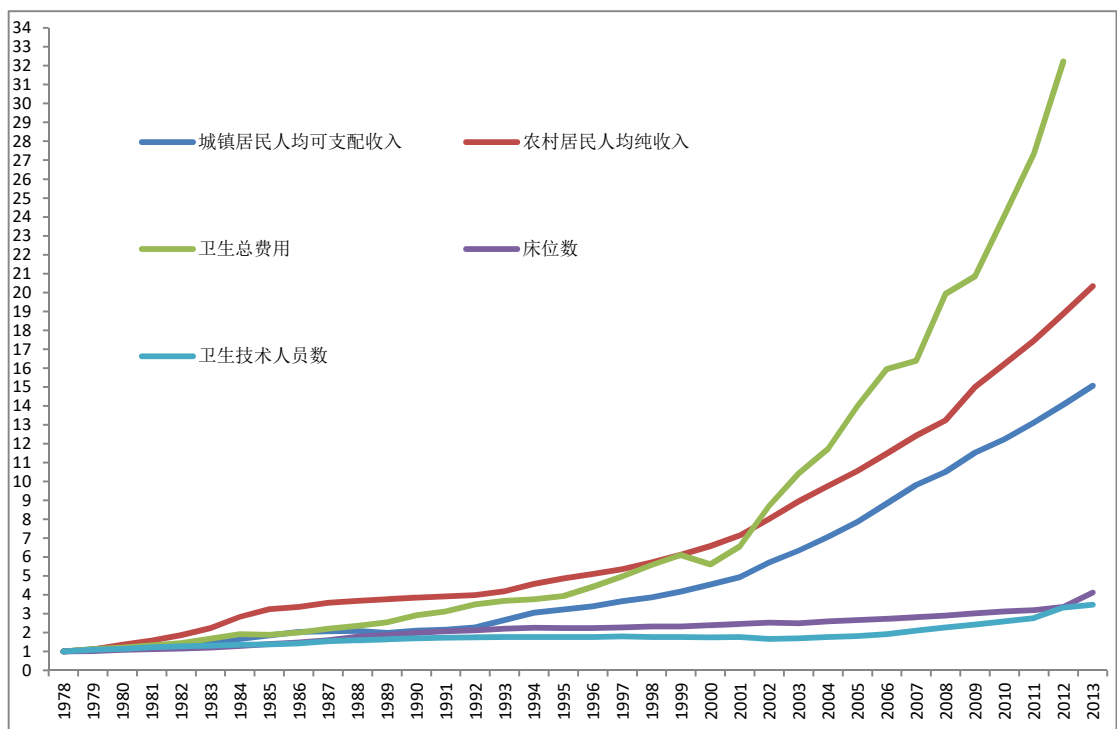


图 6-5 北京医疗卫生业供需变动情况

数据来源：《北京统计年鉴》

注：1、城镇居民和农村居民收入使用实际值（剔除了价格变动影响）。2、在统计年鉴中，北京卫生总费用只有 2000-2012 年数据。此前的数据我们根据 2000-2012 年全国卫生总费用与北京卫生总费用的比例，根据全国卫生总费用折算而来。虽然这一折算不精确，但在总体趋势上是一致的。总费用使用各年度 CPI 进行了折算。

第二，当前健康服务的提供主体仍然是公立机构，包括公立医院、基层医疗卫生服务机构和老年照料机构。从这些运行主体的运行效率较低，资源没有得到充分利用。基层医疗卫生机构实行了“收支两条线”管理，对医务人员缺乏激励。大部分社区卫生服务中心（站）能够有效提供的服务数量少、质量差，成为附近居民的“廉价药房”。而在基本药物制度的约束下，即使进入基本药物目录的药物，也无法做到及时供应。而由于受到事业单位管理约束，公立医院没有自主定价权、自主用人权和收入分配权，导致公立医院通过其他手段赚取收入，例如“以药养医”等，损害了病人的健康，浪费了资源。

微观运行无效率还表现在整个健康服务业的结构和功能的不匹配。如前所述，健康是一个涵盖全部生命周期的动态概念。健康需求也表现为一个完整的链条。但是，当前的健康服务提供体系，仍以疾病治疗为主，康复和照料服务提供跟不上，导致了极大的资源浪费。由于康复机构的缺乏，一方面大医院出现“一床难求”的局面，另一方面一些一级和二级医院限于现有的制度约束，又不能提供康复、照料服务。在养老照料服务方面，养老照料实际上与医疗服务是结合在一起的。但是，当前养老机构不能提供医疗服务，或无法进入医保定点，不仅限制了养老照料机构的发展，也造成了极大的资源浪费。

第三，医疗保障的不公平性。北京已经实现了医保的全民覆盖，这是一个巨大的成就。但从医疗保障的内部结构看，不同人群间仍存在巨大的保障水平差距。城镇职工医保、居民医保和新农合之间在人均筹资额、报销比例、医保目录等方面都存在巨大且明显的差距。越是收入高的群体、精英群体，其医疗保障水平越高，从而出现了逆向收入分配，形成穷人补贴富人的不公平格局。

北京社会保障体系还存在结构不合理的问题，最突出的是没有长期护理险。在人口老龄化快速发展的情况下，老年照料需求将大幅增长；但是由于缺乏长期护理保险，一些老年人无法获得相应的照料服务；而一部分老年群体还使用了医疗保险的资金获得照料和康复服务，从而导致资源浪费。

出现上述问题的原因，我们认为主要还是在于体制未能理顺，特别是医药卫生体制改革，仍有一些核心问题未得到解决，不能适应社会主义市场经济的发展。

第一，不当的准入管制，导致资源进不来。这种管制，不仅是显性的政策障碍，更主要的是各种隐性准入管制。关于推动社会资本办医，从中央到地方出台了不少文件，但从当前社会资本办医的实际运作情况看，仍无法形成与公立机构的竞争力，处于散乱小差的状态。究其原因，社会资本办医面临各种隐性歧视。在这种管制下，即使公立机构也无法吸纳所需资源。这也是供需缺口越来越大的主要原因。

第二，行政化的事业单位编制管理和人事管理，以及医疗卫生、养老等公立机构的收入分配管理，导致公立机构的激励机制扭曲，效率低下。这种行政化的管理机制，导致一方面公立机构的人才无法人尽其用，另一方面考虑到公立机构的隐形补贴、养老金、升职机会等，他们也没有动力离开公立机构。人才不能自由流动，是当前健康服务业微观无效率的主要原因。

第三，准入管制、行政化管理以及财政补贴、医保定点等政策，形成的公立机构事实上的行政性垄断，弱化了健康服务业的竞争，形成公立机构一支独大的格局。从当前健康产业资源分布的情况看，绝大多数的优质资源仍掌握在公立机构手中。不改变这种事实上的行政性垄断，社会资本进入健康产业根本无法发展起来，无法形成对公立机构的有效竞争压力，从而也就无法形成有序竞争格局。

第四，社会医疗保障福利化明显，失去了风险管控的本来功能，且本身成为巨大的风险来源。中国的医疗保障体系是以社会医疗保险为主，其本质含义是风险的分散，以应对不确定的因为疾病带来的财务风险。但当前中国的医疗保险，特别是城镇职工医疗保险福利化倾向明显，分散风险的功能弱化，甚至本身已成为风险来源。从北京市城镇职工基本医保的运行情况看，这种情况更为明显。北京城镇职工医保的制度抚养比相比于其他地区还是非常好的；但是从基金运行上，则面临较大的支付压力，出现了当期收不抵支的情况。在财政兜底的情况下，这一压力直接传导到政府财政压力上。由于缺乏精算基础，基金和政府财政面临着巨大的未来支付不确定性，本身成为了风险来源。

这种不公平性进一步挤压了商业健康保险的发展。社会保险的逆向收入分配使得高收入群体获得了较高的补偿，而这部分人群正是商业健康保险的主要购买群体。在当前的医疗保障制度下，这部分群体没有积极性购买商业健康保险，从而挤压了商业健康保险的发展空间。

第四节 医改促进健康产业的政策选择

北京在医改过程中，以及在产业结构的调整过程中，出台了一系列的政策促进健康产业

的发展。我们总结了自 2000 年以来，特别是近五年来北京促进健康产业发展的相关政策，主要包括养老、照料方面的政策，医疗卫生体制改革的政策，公共卫生发展政策，鼓励社会资本办医的政策，医药发展政策，医疗保障政策以及商业医疗保险方面的政策等。这些政策涉及到方方面面，不可谓不全面，而且有些政策的指向性非常明确，也出台了相关保障实施的措施。但是，从整体发展状况来看，北京的健康产业发展还还处于与整体经济发展水平不相称的水平。医疗卫生行业的活力没有激发出来，社会资本办医未取得明显进展，居民的健康需求得不到有效满足。而随着北京老龄化的进一步加深，对老年照料的需求也将出现大规模爆发。北京要在 2020 年实现健康产业的大发展，还需在政策思路有一个大的调整，也需要在一些关键环节上有根本性的举措。

一、政策思路的转变

北京市出台的健康产业发展，特别是医改方面的政策，一个基本的思路是出政策，也确实出台了大量政策。但是我们在实地调研过程中，包括医院、基层医疗卫生机构、民办养老机构等，一个基本诉求还是向政府要政策，并举出诸多例证，说明政府在某一领域没有可以遵循的政策。而没有政策规定，这些机构就不能做。从当前健康产业新兴业态的发展趋势看，建立在现代信息技术之上的远程医疗、移动医疗等新的模式层出不穷。而现有的一些政策还建立在传统的医疗模式基础上，不适应现代健康产业创新趋势，甚至成为创新的障碍。

这严重抑制了市场发现机会、实现商业模式创新的基本功能的发挥，也与市场在资源配置中起决定作用的社会主义市场经济体制相违背。因此，北京市促进健康产业发展的政策思路需要转变，加强政府监管能力的基础上，落实“负面清单”管理的政策思路，放开健康产业发展空间。

二、几个重点领域的改革

除了政策思路的转变外，在这一思路下，促进健康产业发展需要在几个重点领域进行切实可行的改革：

(1) 配合事业单位改革，取消公立医院行政等级，取消医院的事业单位编制，放开对医院的人事管制。这是突破当前各种制度障碍，重构健康服务业领域激励机制的核心，也是政策的出发点。

健康产业是技术和智力密集型产业，人才是健康产业的核心资产。但是，在公立医院体

制下，公立医院垄断了绝大多数医生和卫生技术人员，并通过编制管理等人事管理手段，控制他们的流动。这也是社会资本进入健康产业后，发展面临的最大的困境之一。也是医师多点执业不能普遍推开的主要根源。

事业单位编制改革的着力点，不应放在原有待遇的降低上，而应放在事业单位编制的隐性福利的显性化、可计算化。在事业单位福利显性化和可计算后，人才流动就有了明确的标准，事业单位编制改革也就有了可操作的把手。

实际上，事业单位编制对医卫人员带来的好处，主要有两个：一是事业单位的养老保险；二是事业单位的财政供养人员身份，以及事业单位编制与公务员编制之间的沟通渠道。拥有事业单位身份，那么就具有了公职人员身份，具备了人事升迁以及进入公务员序列的资格。

从当前的可行策略来看，应借鉴“新人新办法、老人老办法”的思路，一刀切，从明年开始进入公立医疗机构的所有人员全部取消事业单位编制身份，实行聘用制；原先的老职工则可保持原有身份。

(2) 创新政府购买服务模式，在公共卫生、基本医疗、老年照料、医疗保险等多个方面推动政府购买服务。在公共健康服务方面，形成政府购买服务为主体的格局，提高供给方运行效率。政府不再对公立医疗卫生机构给予财政补贴，全部公立医疗机构实行自收自支，或转为按企业管理的事业单位。建立政府补贴主要补需方的体制。

(3) 推进“三保合一”，在此基础上探索建立全民健康保险制度。借鉴城镇居民医保和新农合的框架，建立普惠制的全民健康保险，政府补贴一部分，个人缴纳一部分。全民健康保险主要保基本，在此基础上，大力发展商业健康保险，满足居民多层次健康筹资需求。

(4) 在上述改革的基础上，推动医生自由执业。医生可以自行选择行医方式、行医地点；医生可以成为医院雇员，或成为个体执业医师。医保（或政府）通过预付制方式实现对费用的控制。例如，在基层社区，推行家庭医生制度，家庭医生与社区居民签订服务合同，医保就服务合同中的内容（服务包）进行预付和打包付费。

(5) 研究和出台促进健康产业新业态、新技术和新模式发展的相关政策。从当前健康产业趋势看，建立在技术创新和商业模式创新基础上的新业态将极大改变传统健康服务业的生产、传递和消费模式。例如随着信息技术的发展，远程健康管理、疾病会诊等将会极大缓解高端医疗资源不足的情况，提高现有资源的效率。

上述政策的要点是释放医疗卫生领域被相关行政部门垄断的人才资源，激发他们的活力，在供方形成有序竞争格局，提高供给效率；而政府通过保需方的方式，为居民提供基本的健康保障，保障公平性。

附录一 医疗卫生对经济社会发展影响的理论与国际经验*

一、医疗保障制度对居民消费的影响

预防性储蓄理论认为, 风险厌恶 (risk aversion) 的消费者为预防未来不确定性导致的消费水平的急剧下降, 会进行储蓄。⁹³这种不确定性主要来源于收入的波动。在相当长的一段时期内, 研究居民消费与储蓄行为的主要理论框架是持久收入-生命周期理论。该理论基于终生效用最大化原则, 揭示了消费者在生命周期内平滑消费的动机。为了平滑消费, 消费者会在收入大于支出的青壮年时期进行储蓄, 以备年老时所用。但是多年来的经验研究表明, 这一理论框架并不像预期那样具有普遍性。导致这一现象的主要原因在于该理论假定不存在不确定性; 而现实中则充满各种不确定性, 如疾病的发生会严重影响收入水平, 由此导致预防性储蓄的必要性。经验研究表明, 我国城市居民和农村居民都存在预防性储蓄动机。

94

医疗保障体系建设主要通过降低居民的预防性储蓄动机, 增加居民消费。所有居民都面临未来健康冲击的风险。一方面, 健康冲击会降低居民人力资本的价值, 导致预期收入的降低; 另一方面, 由于应对健康冲击的医疗保健支出具有很强的刚性, 医疗保健支出会挤出非医疗保健类消费支出 (譬如文化娱乐支出、衣着支出等)。面对健康冲击风险, 消费者会进行预防性储蓄。拥有医疗保障降低居民应对未来健康冲击的医疗保健支出, 减弱其预防性储蓄动机, 增加其当期消费。目前, 国内基于全国范围调查数据的经验研究都发现, 我国的医疗保障体系建设增加居民消费。代表性的研究包括如下几项:

臧文斌等 (2012)⁹⁵认为, 城镇居民医疗保险 (下文简称“城居保”) 促进居民非医疗保健类消费支出。他们使用 2007-2011 年对全国 9 省 9 个城市 (内蒙古区包头市、吉林省吉林

* 执笔人: 杜创, 中国社会科学院经济研究所, 副研究员。

⁹³ Leland, H.E., 1968, "Saving and Uncertainty: The Precautionary Demand for Saving", *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 82, pp.465-473.

⁹⁴ 宋铮, 1999, "中国城镇居民储蓄行为研究", 《金融研究》第 6 期。龙志、周浩民, 2000, "中国城镇居民预防性储蓄实证研究", 《经济研究》第 11 期。孙凤、王玉华, 2001, "中国居民消费行为研究", 《统计研究》第 4 期。万广华、史清华、汤树梅, 2003, "转型经济中农户储蓄行为: 中国农村的实证研究", 《经济研究》第 5 期。施建淮、朱海婷, 2004, "中国城市居民预防性储蓄及预防性储蓄动机: 1999-2003", 《经济研究》第 10 期。易行健、王俊海、易君健, 2008, "预防性储蓄动机强度的时序变化与地区差异", 《经济研究》第 2 期。

⁹⁵ 臧文斌、刘国恩、徐菲、熊先军, 2012, "中国城镇居民基本医疗保险对家庭消费的影响", 《经济研究》第 7 期。

市、浙江省绍兴市、福建省厦门市、山东省淄博市、湖南省常德市、四川省成都市、青海省西宁市、新疆区乌鲁木齐市)城镇居民基本医疗保险试点评估入户调查数据,发现参加城镇居民医疗保险使得家庭每年非医疗消费支出比未参保家庭高约 13.0%,医疗消费没有发生显著变化;参保对低收入家庭的非医疗消费影响最大,为 20.2%,中等收入家庭次之,为 12.6%,对高收入家庭基本没有影响。

马双等(2010)⁹⁶、高梦滔(2010)⁹⁷和白重恩等(2012)⁹⁸都发现新农村合作医疗保险(下文简称“新农合”)减少居民储蓄,增加消费。马双等(2010)使用中国健康与营养调查 1989 年-2006 年对全国 9 省(广西、贵州、湖南、湖北、河南、江苏、山东、辽宁、黑龙江)的调查数据。他们研究表明,新农合使居民人均食品消费支出增加约 81 元。高梦滔(2010)和白重恩等(2012)都使用农业部农村固定观察点调查 2003-2006 年全国 8 省的微观面板数据。高梦滔(2010)发现,根据流动性最强的储蓄定义(现金加上银行存款),新农合使得农户储蓄减少 12%-15%,每个农户平均储蓄减少额约为 552 元。白重恩等(2012)除了进一步证实新农合促进家庭非医疗保健类消费支出外(新农合使得非医疗类消费支出增加约 5.6 个百分点),还对新农合促进消费作用的异质性做了研究,发现(1)这一正向作用随医疗保险保障水平的提高而增强,在没有医疗支出的家庭中仍然存在;(2)新农合对消费的正向影响在收入较低或健康状况较差的家庭中更强;(3)只有在那些有村民获得新农合补偿的村,新农合对消费才有促进作用,而且在这些村中,新农合对新加入农户的消费的影响明显小于对参合一年以上农户的消费的影响。

总之,经济学理论表明,医疗保障建设减低居民预防性储蓄动机,增加居民消费。国内已有针对全国性居民的经验研究发现,城居保和新农合都促进居民消费。

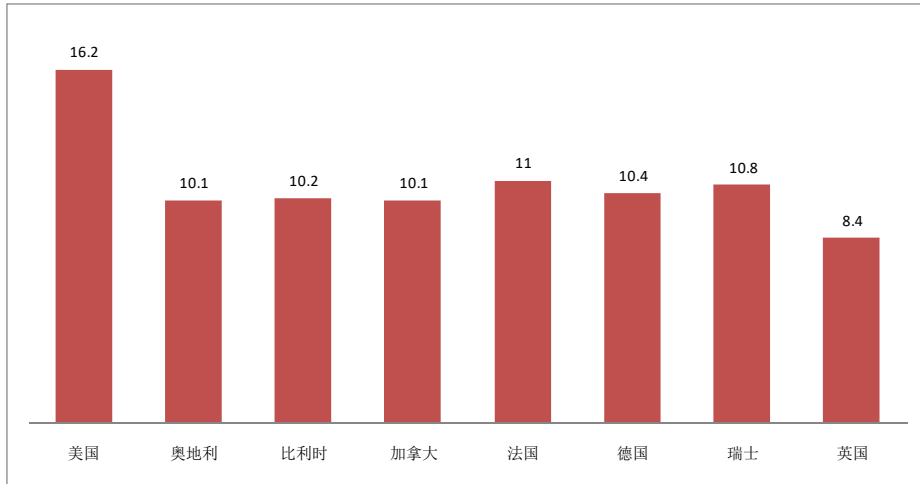
二、医疗卫生相关产业对经济增长和就业的贡献

经济发达国家卫生总费用占 GDP 的比重通常在 10%以上,使医疗保健相关产业成为国民经济中第一大产业。附图 1 列示了 2007 年部分 OECD 国家卫生总费用占 GDP 的比重,其中美国高达 16.2%,法国 11.0%,瑞士 10.8%,德国 10.4%,加拿大 10.1%;英国稍低,但也达到了 8.4%。

⁹⁶马双、臧文斌、甘犁,2010:《新型农村合作医疗保险对农村居民食物消费的影响分析》,《经济学(季刊)》第 10 期。

⁹⁷高梦滔,2010:《新型农村合作医疗与农户储蓄:基于 8 省微观面板数据的经验研究》,《世界经济》第 4 期。

⁹⁸白重恩、李宏彬、吴斌珍,2012,“医疗保险与消费:来自新型农村合作医疗的证据”,《经济研究》第 2 期。



附图 1：部分 OECD 国家卫生总费用占 GDP 的比例（2007 年）

资料来源：U. S. Department of Health and Human Services, *Health United States, 2010*, Table 121.

以美国为例, 2000 年卫生服务站点就业人数 1221.1 万人, 占全部就业人数的 8.9%; 2009 年卫生服务站点就业人数达到 1547.8 万人, 占全部就业人数的 11.1%, 比 2000 年增加 326.7 万人, 占全部就业人数比重增加了 2.2 个百分点。以 2009 年为例, 卫生服务站点就业人数中约四成在医院工作, 一成以上在护理机构工作, 个人诊所中就业者则占近二成 (详见附表 1)。

卫生保健支出的增加, 提高了卫生保健产业的就业职位与机会。因此减少卫生保健支出意味着就业机会的减少。

附表 1：美国卫生服务站点就业人数：2009 年

类别	绝对数 (千人)	比例 (%)
全部就业人数	139,877	100
卫生站点就业人数	15,478	11.1
不同类别卫生机构就业人数及比重		
总就业人数		100
普通医生诊所	1,555	10.0
牙医诊所	801	5.2
手足病诊所	136	0.9
眼科诊所	117	0.8
其他个人诊所 (心理医生、营养保健医生等)	220	1.4
门诊中心	1,102	7.1
家庭保健服务	967	6.2

其他保健服务（血站、临床实验室、CT 中心等）	1, 747	11. 3
医院	6, 265	40. 5
护理机构	1, 869	12. 1
院舍服务设施（无护理）	699	4. 5

资料来源：U. S. Department of Health and Human Services, *Health United States, 2010*, Table 105.

医疗卫生及相关产业对区域经济发展的影响:一个案例

与其他产业一样，医疗服务产业同样存在明显的产业集群效应，并对区域经济发展产生显著影响。本节以世界上最大的医疗城——得克萨斯医疗中心——为例说明医疗城的运作模式及经济效应。

成立于 1945 年的得克萨斯医疗中心（以下简称 TMC）位于美国得克萨斯州西南部的休斯顿，占地略超过 1000 英亩（约合 4.05 平方公里），是目前世界上最大的医疗城。截至 2010 年底，TMC 拥有 49 所成员机构，按机构类型分，包括 21 所学术机构，14 所医院，3 所医学院，6 所护理学院；按所有制性质分，则包括 25 所政府代理机构和 24 所私人非营利性组织。TMC 成员共有床位 6800 张，雇员 93500 人，其中医生、科学家、高级科研人员 20000 人，国际访问学者 2000 人；此外还有志愿者 12000 人；学生 71500 人，其中国际学生 5600 人。2010 年，TMC 成员机构共接待患者约 600 万人次，其中国际患者 18000 人次，实施手术 153000 次，年度研究经费 18 亿美元⁹⁹。

TMC 是由私人基金会 Anderson Foundation 于 1945 年投资创立的非营利组织，最初通过购买土地形成园区，吸引医院及相关机构进入（对进入的成员机构每年象征性征收 1 美元租金）。TMC 与其成员机构的关系有点儿类似于中国开发区管委会与区内企业的关系，只不过 TMC 是私人机构。通过影响各成员机构 CEO 组成的政策委员会（policy council），TMC 扮演了园区范围事务（如园区战略规划、总体规划）协调者的作用。TMC 的主要收入来源是捐赠、政府拨款和园区停车费收入。

传统区域医疗中心的特征是：医院、实验室及其他研究机构围绕着某个医科大学。如约翰霍普金斯大学医疗系统，主要在马里兰州运营医院和诊所；Emory 大学医疗系统，主要在亚特兰大都市区运营医院和诊所。与传统的区域医疗中心相比，TMC 的独特之处是其在在一块很小的区域内密集了大量的非营利性医疗机构，这些机构之间或者互补，或者相互竞争，

⁹⁹Facts and Figures 2010, <http://www.tmc.edu>.

利用免费土地和其他捐助作为初始投入。典型的聚集经济降低了运营成本。更侧重于疾病诊疗服务和医学教育，更少投入到医学研究领域。

TMC 的经济乘数效应。TMC 及其成员机构购买设施、雇员消费、学生消费、访问者的消费构成第一轮效应，这些投资和消费对当地商业和消费具有乘数效应。这些消费的提供者获得收入后又可以进行新一轮的消费，如此循环。类似的乘数效应还表现在就业岗位创造上。据测算，2000 年，TMC 直接和间接消费产生的总个人收入达到 38.61 亿美元，相当于得克萨斯州西南部区域收入的 2.2%；同年，TMC 有雇员 61041 人，间接创造的就业岗位达到 81560 个，总计提供了 142601 个就业岗位，占休斯顿区域 38 县总就业的 4.3%¹⁰⁰。2010 年由于 TMC 而带动的区域经济产值达到 140 亿美元。此外，TMC 雇员 93500 人，由于 TMC 的存在而间接创造的就业岗位达 121500 个，总计就业岗位 215000 个¹⁰¹。

除了消费和就业外，另一个效应是建筑投资。新医院、新大楼的投资将更大规模的（虽然往往是一次性的）促进经济增长，乘数效应同样有效。据分析，仅 2000-2001 年，规划和在建建筑规模超过 350 万平方英尺，项目总投资达到 9.31 亿美元；此外还有 2.19 亿美元投资用于停车场、公园、电厂和其他类型的园区基础设施¹⁰²。

除了经济效应之外，TMC 为休斯顿带来了世界上最优秀的医疗人才群，在休斯顿寻求产业转型（摆脱过分依赖石油的局面）之际，TMC 的研究为休斯顿铺平了迈向生物技术和其他高技术产业的通道。

三、医疗卫生对居民健康水平的影响

卫生经济学研究发现¹⁰³：

1. 在有代表性的工业化国家，历史上人口死亡率的下降导致了人口的大幅增长。历史上人口死亡率的下降并不是由于医疗服务产生的，因为一直到人口死亡率已经下降，人们并不能广泛地得到有效的医疗服务。对此，公共卫生措施、改进后的生存环境，以及营养状况的改善可能起了重要作用。

2. 美国的卫生保健边际产出是很小的。最近发现其弹性围绕 0.1 小幅波动。兰德健康保险试验发现，对于所研究的人群，增加卫生保健的使用对发病率的效果很小。

3. 生活方式与环境是人口健康状况的主要的且具有统计显著性的决定因素。

¹⁰⁰Economic Impact of the Texas Medical Center on Southeast Texas, <http://www.tmc.edu>.

¹⁰¹Facts and Figures 2010, <http://www.tmc.edu>.

¹⁰²Economic Impact of the Texas Medical Center on Southeast Texas, <http://www.tmc.edu>.

¹⁰³Folland, et al. 2001. *The Economics of Health and Health Care*.

4. 卫生保健对包括婴儿及（美国）一些少数民族群体在内的亚人群的健康状况所起的作用更大。

四、国外医疗体制改革的经验

国外医疗体制改革的经验可以概括为以下几点：

第一，建立全民医疗保障体系是世界各国普遍追求的目标，因为这一点对于确保医疗费用负担的公平性至关重要，而且也能促进医疗服务可及性上的公平。实现全民医疗保障可以殊途同归，而公费医疗和社会保险制最为常见，不同的体制难分高下。世界各国在全球性的改革浪潮中大都固守其原有医疗保障体系的基本架构不变，就说明了这一点。

第二，在医疗服务的递送体系中，引入或者强化市场机制以推动不同服务提供者之间的竞争，尤其是在服务质量和价格上的竞争，乃是各国医疗体制改革的不二法门。竞争推动的具体方式各异：完善原有的契约制度安排是一种选择，而借鉴美国式管理型医疗模式是另一种。管理型医疗是自愿性医疗保险体制在高度竞争的情况下自发形成的一种新秩序，但是作为一种组织形式，也可以在其他制度环境中以变种的形式得到发展。值得注意的是，在医疗服务的递送上推动竞争，甚至走向市场化，并不一定对医疗费用负担的公平性带来多大负面的影响。事实上，在那些业已实现了医疗保障普遍覆盖的国家，这一问题并不存在。

第三，只要存在某种机制让医疗服务提供者的收入同其服务量挂钩，不论医疗服务的市场化程度如何，医疗服务的购买者必须通过各种制度安排，对提供者的道德风险行为加以约束，方能有效控制医疗费用的上涨。国际经验表明，就这些制度安排，同样有多种选择，但医疗服务的购买者同提供者分开并且通过契约方式来控制后者，在许多国家依然占据主流。即使在管理型医疗模式兴起的国家，如果医疗服务的购买者是公立机构的话，购买者与提供者依然是分开的。例如在美国，很多管理型医疗机构是政府医疗照顾(Medicare)和医疗救助计划的定点服务商，但在此安排下，有关政府计划与服务商依然保持着契约关系。

附录二：如何建立竞争性的社区守门人制度*

从改革的可操作性考虑，立足于目前公立社区医疗机构占主导的现实，基层医疗服务体系走向竞争性社区（全科）医生守门人制度可以通过如下改革路径来进行：

首先，尽快修改《执业医师法》，明确规定，有执业资格证书的医生都可以自主开办诊所，无需审批，只需在卫生监管部门备案即可。同时，废止有关医疗机构设置的区域卫生规划，废止对非公医疗机构位置、规模和数量的限制，让开业者自主选择执业地点、执业方式和规模大小。

其次，城职保和城乡居民医保，尽快建立门诊统筹制度，为社区首诊按人头付费奠定基础，政府购买公卫服务等方面的财政支出也要采取按人头付费模式。

再次，鼓励包括二三级医院医生在内的医生以各种方式承包改制现有公立社区机构，使其成为优秀医生个体或合伙制执业的民营社区医疗机构。同时，尽快取消政府对社区医疗机构的财政补贴（包括人员工资），尽快将直接投入到社区医疗机构的财政资金转为对城乡居民医保的补贴，尽快将对社区医疗机构付费方式转变为按注册服务人头付费制度。

最后，改革基层医保定点机构集中在公立社区机构的局面，允许参保人自由选择任何一家诊所作为首诊机构，促进基层医疗机构竞争。社区居民自由选择注册家庭医生，家庭医生按照注册人头获得医保支付和公卫补贴。由于每个城乡居民门诊医保人头费用是固定的，这不会因为诊所的增加及选择范围的扩大而增加医保支出，故医保部门不必担心增加定点门诊机构会导致医保费用支出增加。换句话说，将所有拥有合法经营资质的诊所纳入医保定点，扩大了居民的选择范围，提高医疗机构之间的竞争进而提高医疗服务质量，但是并不增加医保资金支出。

一旦建立上述分级诊疗体制，可以同时实现三个目标：

首先，极大地缓解城乡居民“看病难”问题，因为社区首诊可以满足患者绝大多数诊疗需求，极大地方便患者。

其次，有效的分级诊疗体制可以显著降低医疗费用，降低医保资金压力。大部分医疗需求包括一些小手术能够在社区门诊机构解决完成，医疗费用自然低。

* 执笔人：朱恒鹏，中国社会科学院经济研究所，研究员。

最后，能够构建良好的医患关系，显著缓解医患矛盾。良好的就医环境、足够长的交流沟通时间和明显低于三甲医院的就医费用本身就会改善医患关系。更深层次的是，竞争性的社区门诊医生和签约居民形成的是长期关系，非常有助于双方形成良好关系。从医生角度，没有良好关系无法长期留住客户，从而得不到稳定的收入；对患者来说，没有良好关系无法确定一个稳定的、了解自己健康状况和健康史的家庭医生。此外，按人头付费模式给予了全科医生强烈的控费激励，包括通过做好预防和健康管理的控制医疗费用的激励；与此同时，社区居民对签约家庭医生的自由选择权又要求他在控费和保证服务质量从而获得较高患者满意度之间实现最佳平衡。

总之，只有通过以上改革，建立以医生独立执业诊所为主体的竞争性社区守门人制度，城乡居民“看病难”问题才能得以根本性解决；也才能有效控制医疗费用的过快增长，保障医保资金的合理利用，有效缓解城乡居民“看病贵”问题；也才能重建和谐有序的医患关系。

我们利用北京现有的数据可以说明，如果如上制度设计得当，财政和医保维持现有支出水平，根本不需要增加费用，社区全科医师年收入将超过 30 万元甚至超过 50 万元。如此高的透明化收入怎么可能吸引不到优秀的医生扎根社区长期做家庭医生？2012 年北京市社区卫生服务中心（站）有执业医师 8804 位，获得直接财政投入 35.6 亿元，平均每执业医师财政投入 40.44 万元。此外，城职保和城居保门诊支出 327.8 亿元（新农合无法分离计算门诊支出）。若社区门诊机构能够完成 80%的门诊量，获得 60%的医保门诊支出，则社区机构可以获得 197 亿元的城职保和城居保支付，若再纳入新农合门诊支付，这一数字肯定超过 200 亿元，平均每位执业医师超过 227 万元。平均每位执业医师获得的财政直接投入加医保支付合起来达 267 万元。按照每个社区医生服务居民不超过 1500 人的发达国家标准，8804 位社区医生能服务 1320.6 万人，超过北京市户籍人口 1297 万人，完全能满足需求。扣除诊所运营成本（包括其他医技人员工资支出），同时按照国际标准扣掉药品费用，每位社区执业医师年度个人纯收入不会低于 50 万元。即便按照服务于 2069 万常住人口需要 1.4 万社区执业医师计算，每位社区医生的年纯收入也不会低于 30 万元。上述计算都没有考虑源自患者自付的收入。显然，30-50 万元的年收入完全能够吸引到优秀大夫进社区开办诊所。问题是，目前医保和财政事实上已经达到了如此高的支出水平，而北京市社区医生的阳光收入不过 8 万元，众多的公立社区医疗机构完成了不过 20%左右的门诊量，其中大部分门诊服务还仅仅是卖药服务。显然，问题绝不在财政投入不足和医保补偿水平过低上，而在于医疗服务供给体制改革严重滞后。

一个更为保守的估算同样支持上述结论。目前北京公立社区卫生服务中心（站）的总支

出中人员成本只占 22%左右，而药品费用占到 50%以上，员工年人均收入 7 万元左右。如果将药品费用降低一半，同时把这部分费用用于增加医卫人员报酬，员工年均收入可以提高到 15 万元以上。考虑到全科医师和护士等医卫人员之间合理的工资差别，全科医师的年均收入完全可以超过 20 万元。如果社区全科医师能够把目前只占 20%的门诊比例提高到 60-80%从而获得大量的医保支付，达到上述 30-50 万元的年收入是水到渠成的事。我们将药品费用降低一半的说法绝非拍脑袋。众所周知，国内公立医疗机构普遍存在严重的过度用药现象，致使药占比超过 50%。欧美国家这个比重普遍低于 20%。亚洲国家相对高一些，但也不会超过 25%（比如台湾和日本）。事实上，我们调研的自主定价的私人诊所大约 380 元左右的均次门诊费用中药费不过 80 元左右，还不到 20%。因此，上述“将药品费用降低一半”的算法有充分依据。

建立竞争性的社区守门人制度，需要破除以下几个错误认识：

第一，在当前公立医疗机构主导下也能够建立分级诊疗制度。在公立主导体制下，优秀医生不会去社区工作，在医疗服务市场由公立机构占据主导地位的情况下，必然也只能建立严格的行政等级制，这是公有体制下缓解“公地悲剧”的不二法则，只有按照严格的行政等级层级分配公有资源，才能使得这一公立主导体系维持一个基本的效率，防止该体制崩溃。也就是说，在医疗服务市场由公立机构主导的情况下，医疗资源包括作为核心资源的医生，也包括与之相对应的医生薪酬等都必然按照行政等级分配，行政级别越高的医疗机构获得的优秀医生越多，处于越高等级医院的医生获得的资源和薪酬越高，而处于最底层的基层医疗机构获得的肯定是最差的医生，他们的薪酬也最低，可支配的资源也最少，这是行政主导体制的必然结果。对此，经济学中早有系统的分析，也为中国的实践所证实。国内的医疗机构通过区域卫生规划等计划式行政手段划分为一级、二级、三级医疗机构等，并基于此分配资源。

由此，我们这种以公立为主体的社区医疗服务模式不可能吸引到足够的优秀医生到社区，也就不可能形成有序的分级诊疗制度。因此，一旦社区医疗机构形成以国有事业单位体制为主导的格局，行政等级制必然出现。社区医疗机构被称为“基层”医疗机构这一事实，已经明白无误地告诉大家，社区医疗机构处于行政等级金字塔的最底层，进入社区的医生只能是层次最低、水平最差的医生。这一点很清楚地体现在我们的制度安排中。比如，尽管目前卫生部门力图建立分级诊疗体系，但其采取的措施是要求刚毕业的大学生或者低年资医生到社区医疗机构服务一定年限，并且把社区服务经历作为进入二三级医院以及晋升高层级职称的前提条件。换句话说，在卫生主管部门眼中，社区医生只能由一些资质较浅、水平较低的医

生构成，超过一定水平和资质以后他们就可以进入高等级医院。显然，这样的政策表明，卫生部门自己就已经认定社区大夫只能由医术和经验尚欠的低年资医生构成。

问题是，行政主管部门是否意识到以下两个问题：（1）如何做到“首诊在社区，小病在社区”？对于理性的患者来说，是否是小病，需要由高水平医生来判断，大医生说是小病患者才会相信是小病，低年资医生说是小病谁会相信？蜂拥到三级医院看小病的患者已经用实际行动回答了这个问题，所以欲建立首诊在社区的分级诊疗制度，承担首诊任务的社区医生决不能是低年资、低水平的医生；（2）为何英美德日等发达国家，以及我们的香港和台湾地区，在社区开诊所的医生并不是低年资大夫，而是经验丰富、医术高的高年资大夫？这些国家和地区，刚毕业的low年资医生去医院工作，积累了足够经验后离开医院到社区去自办诊所。唯独我们和国际上相反。

第二，可以通过建立公立医疗机构联合体的方式建立分级诊疗制度。这个认识的错误之处在于：首先，公有制占主体的前提下，根本不可能建成真正意义上的医疗联合体。从建国至今中国体制改革的大趋势是分权，“分级管理、分灶吃饭”是公立主导体制下维持基本的激励和效率的必然选择。而在“分级管理、分灶吃饭”下，县区公立医院和社区医疗机构由县区政府管理和财政补贴，怎么可能将其人财物交给三甲医院来管理和调配？若想做到这一点，首先需要裁撤县区卫生局或者将其改造为类似药监局的行业监管部门而不是今天这种公立医疗机构人财物的管控部门？

其次，即便个别地区三甲医院、二级医院和社区中心能够通过经济纽带建立紧密型联合体，这个医联体也弊大于利。医联体主导方是三甲医院，三级医院主要由专科医生组成，专科医生的职业特征是技术至上和质量至上，其职业偏好是用最好的技术实现最好的质量。所以，三甲医院领导康复医院和社区，倾向于高技术高质量，自然高成本，而且缺乏宏观效率。这种从上而下的垂直一体化模式，很容易把社区机构变成病患抽水机。此外，医联体的寡头垄断地位，使其可以高技术高质量为诱饵挟患者以令医保，使其能够和医保索取更高的额度。

简言之，医联体的寡头垄断地位事实上废除了医保机构对医疗机构的控费和引导职能。实际上，国际上有限的紧密型医联体实践表明：医联体有可能做到提高整个医联体内部的技术水平，但无助于控制医疗费用，甚至无助于提高医疗质量，实践表明会抬高医疗费用。文献资料表明，在患者满意度方面，以专科医生为主导的医联体低于以全科医师为主导的社区守门人制度。而在医疗费用方面，前者却高于后者。

第三，可以通过限制医保补偿资格、设置差别化补偿比例把患者留在基层的办法来强制形成分级诊疗制度。这种观点至少有两个错误：首先，这种做法对谈判能力强的患者比如离

退休公务员和机关单位职工毫无约束力，支付能力强、谈判能力强的患者自费去三甲医院看门诊，或者要求去三甲医院看门诊同时医保报销，政府部门能强迫他们去社区吗？其次，认为只要把患者强留在基层，基层医生看的病人多了，也就经验丰富了，也就能够成为好大夫，这个认识完全错误，一来这种拿社区居民练手艺的设计会因社区居民的强烈排斥而完全行不通，二来优秀大夫是通过竞争带来的竞争压力和优胜劣汰逐渐形成的，没有优胜劣汰机制，一个天资不足者就是看一辈子病人也成不了好大夫，没有竞争压力，即便是一个高材生也未必有足够动力成为好大夫。

最后，只有经过相当长时期、培养了足够多的全科医生后才能建立社区守门人制度。据我们所知，相当数量的二三级医院医生目前完全可以、也愿意去社区开办诊所。我们认为，这些医生经过简单培训以及执业模式创新，都可以组成受社区居民认可的家庭医生团队。实际上，除英国外，在美国、加拿大、日本、德国、中国香港和台湾地区，开办社区诊所的医生相当部分是医院出来的高年资医生。尽管这些医生还达不到英国全科医生的水平，但 IT 技术的发展和商业模式的创新已经大大减弱高水平全科医生数量不够的制约作用。事实上，国内一些地方已经初步探索出一些有效的新模式。只要放开政府管制，这些新型的全科医生服务模式会很快在中国发展起来。

后 记

本书是在北京市医改办委托中国社会科学院公共政策研究中心承担的“北京市医药卫生体制改革经济社会影响分析”以及“北京市健康产业发展研究”课题研究成果的基础上形成的，主要内容来自这两个课题的研究报告，并根据课题结项时评审专家的意见进行了修改。

韩晓芳主任与朱恒鹏研究员承担了本书框架的整体设计，并承担了部分内容的撰写。梁杰同志与王震研究员承担了研究课题的实施，并组织了本书的撰写。课题组的其他成员，杜创、咎馨、付明卫、王林、张琦、刘超群、舒维群、张宇、朱薇薇等也都承担了相应的工作。

由于时间仓促，书中难免带有一些疏漏乃至错误，还请读者提出宝贵意见。

本书作者