中国医疗制度的
理论分析、效果评价与改革方案

（第三版）

A Theoretical Analysis, Performance Evaluation,

And Reform Solution on Health Care System in China

Third Version

天则经济研究所

Research Team of Unirule Institute of Economics

2018 年 6 月 25 日

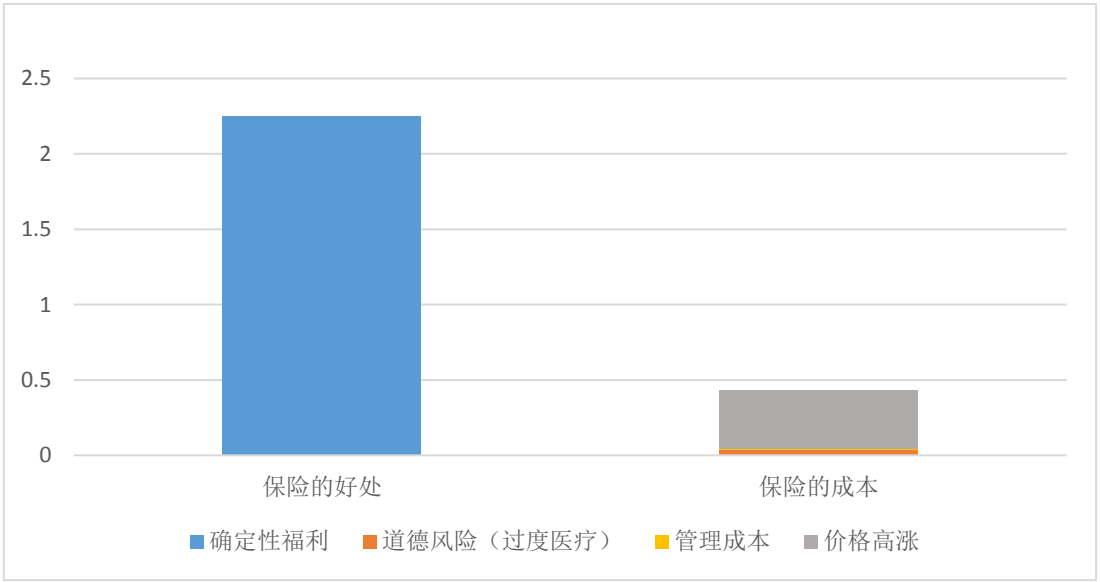
本研究改革方案效果

- 会将人均医疗费用从人均 GDP 的 5.2%降低到了 2.6%，降低幅度为 49.9%。
- 使保险覆盖的医疗费用水平从人均 GDP 的 3.1%降低到 0.4%，降低幅度为 87%。
- 如果以现有城镇职工的医疗保险扣款来表示，保险的扣款将从原来的工资总额的共 9.5%降低到 1.2%，这也大幅度降低了企业的负担。
- 尽管改革后，个人在支付医疗费用的比例上多于改革前，但由于医疗费用整体上大幅度下降，他们实际支付的医疗费用也只略高于改革前，只有其 112%。

The effectiveness of the reform

- In summary, this reform proposal will reduce per capita medical expenses from 5.2% to 2.6% of the per capita GDP, a decrease of 49.9%.
- This reform proposal will also reduce the per capita medical expenses originally covered by insurance from 3.1% to 0.4% of the per capita GDP, a decrease of 87%.
- If it is shown by the deduction of healthcare insurance fees for urban workers, the deduction from their monthly wage will be decreased from 9.5% to 1.2% of their monthly wage, which would also lower the burden for enterprises.
- Even though the self-pay fees account for a higher ratio than before, as the healthcare expenditure decreased in general, patients pay 112% of that they paid for their medical treatments before the reform.

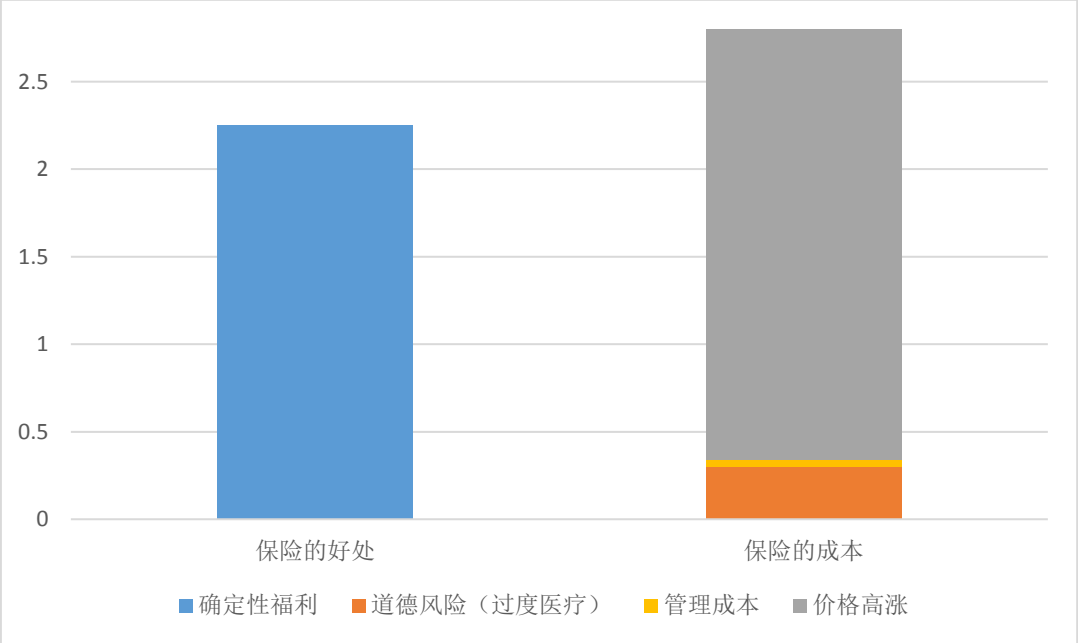
改革后的情形　　单位：人均 GDP 的%



摘 要

- 医疗市场除了具有一般市场的特征外，还具有不确定性、价格缺乏弹性、信息不对称等特点。
- 医疗保险的目的，是通过整合和专业化，将个人在医疗方面的不确定性转化为可以预知概率分布的风险，消除不确定性，从而带来确定性效用。本研究估计，我国现有保险制度带来的确定性效用约为 GDP 的 2.25%。
- 由于保险降低了人们对医疗费用的共付率，使得人们倾向于“买贵”和“买多”，因而在总体上推动了医疗价格的上涨和对医疗服务与药品的过度需求，从而增加了医疗费用。
- 保险制度推动我国医疗服务与药品价格上涨了 73%，使消费者多购买了 21%的医疗服务或药品，因而人均医疗费用将比没有保险情况下的医疗费用增加 115%。
- 虽然保险制度带来了相当于 GDP 的 2.25%的福利增量，但与保险所带来的效率损失相抵，仍有约相当于 GDP 的 0.44%的净损失，约为 3611 亿元。
- 2016 年，公费医疗体系约浪费了 608 亿元。
- 医疗卫生机构行政管理费用，即卫生行政和医疗保险管理费不断上涨，2017 年达到 359 亿元。
- 人均医疗费用不断上涨，从 2008 年的占人均 GDP 的 4.03%上涨为 2017 年的 5.2%。2017 年，全国卫生总费用已占 GDP 的 6.4%。
- 因而，仅对医疗保险的作用进行评判，似乎得不偿失。见下图。

保险利弊比较　　单位：人均 GDP 的百分比（%）



- 优质医疗资源不成比例地向大城市、大医院聚集，导致在空间配置的不合理，使得医疗的时间成本和其它非直接医疗成本明显偏高。2013 年，将本地看病和异地看病多耗费的费用和时间加在一起，一年浪费了相当于 4452 亿元的资源。
- 医生的人工费用增长低于人均 GDP 的增长。医生人工费用占人均 GDP 的比例从 2002 年的 11.7%下降到 2017 年的 3.2%。

- 从总量上看，在我国医疗需求自 1980 年至 2017 年在医疗需求增长了 45 倍的情况下，卫生技术人员仅增长 1.64 倍。供给严重地小于需求。
- 一般医疗资源在空间上的分布，总体上相对均衡。大体符合我国以人口为依据进行地区医疗资源配置规划方式。
- 优质医疗资源空间分布是不均衡的，更多地配置在行政中心。且不均衡程度在增加。
- 北京是在医疗财政分配体系中的“极不公正获益”者，而河南、安徽、河北、湖南、江西、贵州、广西、山东等省则是“不公正受损”者。
- 医疗领域的财政分配体系的不公正性指数为 0.335。按照我们的评价标准，这一得分的价值解读是“中”。
- 公务员是医疗财政资金配置体系中的“极不公正获益”者；农民、城镇居民和城镇职工都是“不公正受损”者。

- 本研究提出的医疗制度改革的基本原则是，以市场制度为基础，辅以政府管制。

（1） 增加个人自付范围和共付率，让市场机制起更大作用；
（2） 推进医疗市场的竞争；
（3） 在市场机制起作用的情况下，让医疗服务的价格由市场制定；
（4） 在医疗服务市场定价的前提下，完全放开药品价格；
（5） 取消强制性的社会保险，借重商业保险机构；个人与机构自由选择医疗保障形式；
（6） 政府财政要对最穷人口的医药费用进行补贴。

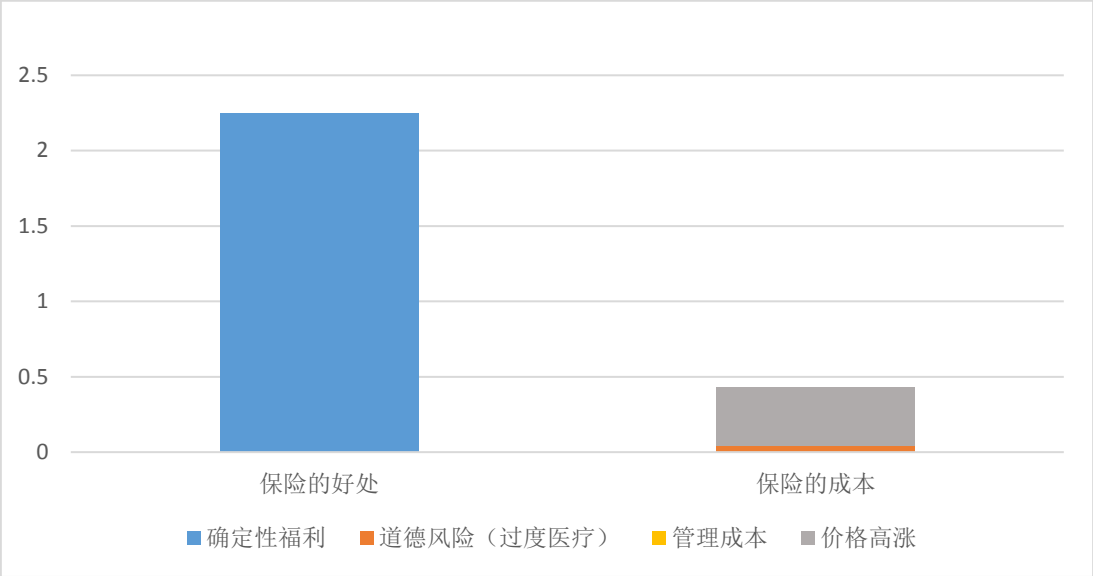
- 本研究提出针对医疗保险制度的改革方案主要包括：

（1） 取消门诊医疗费用的保险；可采取自掏腰包或个人账户的形式支付；
（2） 取消起付线，将住院医疗费用保险的共付率提高到 70%；
（3） 建立国家大病重病救助保障基金，对当年医疗费用的自付部分超当年收入 40%的人予以补助。

- 根据本研究的模型测算，以 2017 年的数据为基准，本改革方案会带来抑制价格上涨 62%的下行力量。约可节约 14049 亿元，为 GDP 的 1.7%。
- 带来抑制过度医疗约 17.5%下行力量，相当于节约了 3965 亿元，约为 GDP 的 0.48%。
- 每人的医疗费用将节约 1537 元，约为人均 GDP 的 2.6%，全国共可节约 21364 亿元的医疗费用。
- 当年全部医疗费用的自付部分超过当年收入的 40%的人，占全部人口的约 2.45%；如果设立一个大病救助国家基金，其规模在 2500 亿元左右，约为全国 GDP 的 0.3%。
- 进一步打破垄断、鼓励竞争，即供给函数斜率（e）从 0.47 变为 2，则可每人进一步节约 127 元医疗费用，全国总共会节约 1765 亿元。
- 医疗资源在空间上的配置有所改善，如果看病的路程和等待时间都缩短了一半，即本地看病时间从 4 小时缩短为 2 小时，将节约相当于 2662 亿元的时间价值；异地看病的路程和等待时间从 12 天半缩短到 6 天 6 小时，按 2013 年数据，将节约 290 亿元的时间价值。两者相加，共会因为资源在空间上的配置得到改善而减少 2952 亿元的时间价值的浪费。
- 取消门诊（小病）保险减少了现有保险工作操作的 2/3，按照 2017 年保险机构的经营管理费用 359 亿元计，也会节约经营管理费用达 239 亿。

- 当医疗费用的上涨受到抑制，相当于大量资源得到了节约，保险的好处又会显露出来。见下图。

改革后的情形　　人均 GDP 的%



- 总体而言，本改革方案会将人均医疗费用从人均 GDP 的 5.2%降低到了 2.6%，降低幅度为 49.9%。
- 本改革方案也将使保险覆盖的医疗费用水平从人均 GDP 的 3.1%降低到 0.4%，降低幅度为 87%。如果以现有城镇职工的医疗保险扣款来表示，保险的扣款将从原来的工资总额的共 9.5%降低到 1.2%，这也大幅度降低了企业的负担。
- 尽管改革后，个人在支付医疗费用的比例上多于改革前，但由于医疗费用整体上大幅度下降，他们实际支付的医疗费用也只略高于改革前，只有其 112.3%。

Abstract

- The market for healthcare features uncertainty, lack of price elasticity, and information asymmetric, besides other market characteristics.

- The purpose of medical insurance is to eradicate uncertainty and bring about the utility of certainty by transforming the uncertainty of personal medical affairs into predictable risks through integration and professionalization.

- People tend to "buy more" and "buy the expensive" as insurances lower the part of the medical expenses borne by the individuals, which in effect pushes up the prices of health care, and the demand for medical services and goods. The overall effect is an increase of health care expenditure.

- Insurances pushes up 73% of the prices of China's medical services and goods, leading to an over-expenditure of 21% of all the medical services and goods by consumers, which further increases the healthcare expenditure per capita to 115% of that without these insurances .

- Even though insurances bring about an increase of welfare by 2.25% of the GDP, compared to the loss caused by it, a net loss of some0.44% of the GDP, that is some RMB361 billion, is caused by insurances.

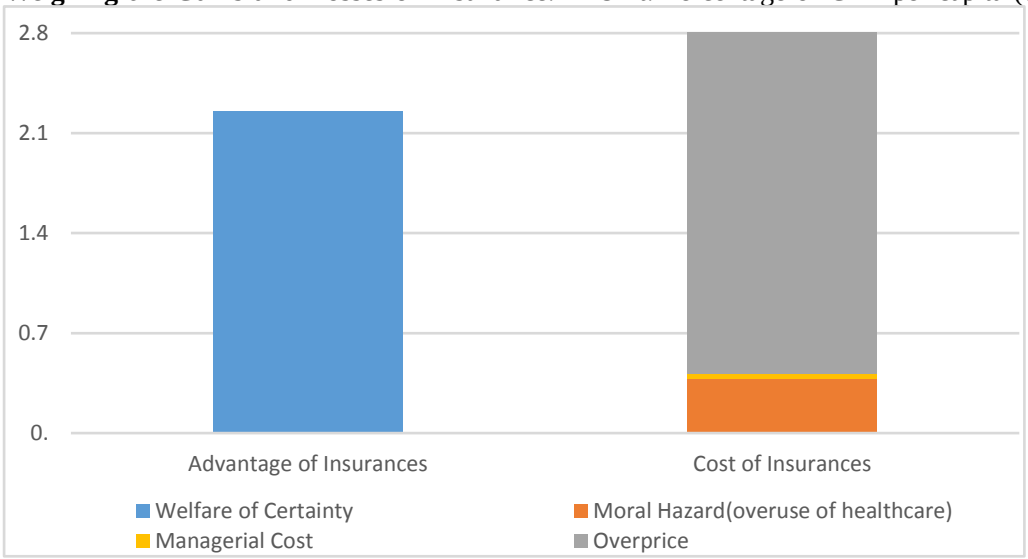
- By 2013, a total of some RMB45.7 billion has been wasted by the public healthcare system.

- The managerial cost of healthcare institutions, i.e., expenditure by healthcare administrations and cost of managing the healthcare insurances, skyrocketed year on year, and reached RMB 35.9 billion in 2017.

- Per capita medical expenses are rising, from 4.03% in 2008 to 5.2% in 2017. In 2017, the national total health expenditure accounted for 6.4% of GDP.

- Therefore, it is not enough to criticize only the use of healthcare insurances. See below:

Weighing the Gains and Losses of Insurance. Unit: Percentage of GDP per capita (%)



- Quality medical resources concentrate disproportionately in big cities and big hospitals, which causes insensible spatial allocation causing an overly high time cost and other indirect medical cost. In 2013, if we put together the overspent cost and time for local and cross-region healthcare services and goods, it equaled to a total waste of resources that priced some RMB445.2 billion a year.

- The growth of labor costs for doctors is lower than that of the per capita GDP. The proportion of labor costs for doctors in per capita GDP fell from 11.7% in 2002 to 3.2% in 2017.

- In an aggregate sense, the demand for healthcare increased 45 times from 1980 to 2017, while the number of health technical personnel only increased 1.64times. Demand surpassed supply by a large margin.

- Average healthcare resources are distributed in a balanced manner across regions. It coincides with the resource allocation planning approach based on population taken by the Chinese government.

- Quality healthcare resources are distributed in a very imbalanced term with more resources concentrated in administrative centre. And this situation is exacerbating.

- Beijing is the "utmost unfair benefactor" of this distributional system of healthcare finance, while the "unfair victims" include provinces such as Henan, Anhui, Hebei, Hunan, Jiangxi, Guizhou, Guangxi and Shandong.

- The unfairness index of the financial distribution system in the healthcare system is 0.335. According to our evaluation standard, this score is interpreted as intermediate.

- Civil servants are the "utmost unfair benefactor" in the current healthcare financial distribution system, while the "unfair victims" include farmers, urban residents, and urban workers.

- This research proposes the basic principles for institutional healthcare reform is taking the market institution as the basis, and government regulations as complement.

    1. To increase the self-pay ratio and its scope, to enlarge the function of the market;
    2. To facilitate the market competition for healthcare;
    3. To let the market make the price for healthcare services under the market mechanism;
    4. To let the price of medicines fluctuate when the market makes prices for healthcare services;
    5. To abandon compulsory social insurance and rely more on commercial insurance institutions;
    6. The government should subsidize the medicine fees for the poorest people.

- The main measures proposed by this research include:

    1. Canceling the insurance covering out-patient medical services: the fee inflicted by out-patient medical treatment can be paid either by the patients or by the individual account;
    2. Canceling the threshold for insurance coverage and raise the self-pay ratio for in-patients to 70%;
    3. Setting up a national severe disease charity fund to subsidize those whose self-pay portion exceeds their yearly income's 40%.

- Estimated according to the model in this research, setting 2017 as the baseline, the proposal of this research should be able to hold back a 62% increase of the price, which would save RMB 1404.9 billion, 1.7% of the GDP.

- It would hold back some 17.5% of healthcare overuse, which would save up to RMB 397 billion, about 0.48% of the GDP.

- Some RMB1537 per person would be saved for healthcare, about 2.6% of GDP per capita, which rounds up to some RMB2036.4 billion nationwide.

- Those whose self-pay proportion exceeds their yearly income's 40% constitute about 2.45% of the total population. If a severe disease fund is set up with a scale of about RMB 250 billion, it will be only about 0.3% of the GDP.

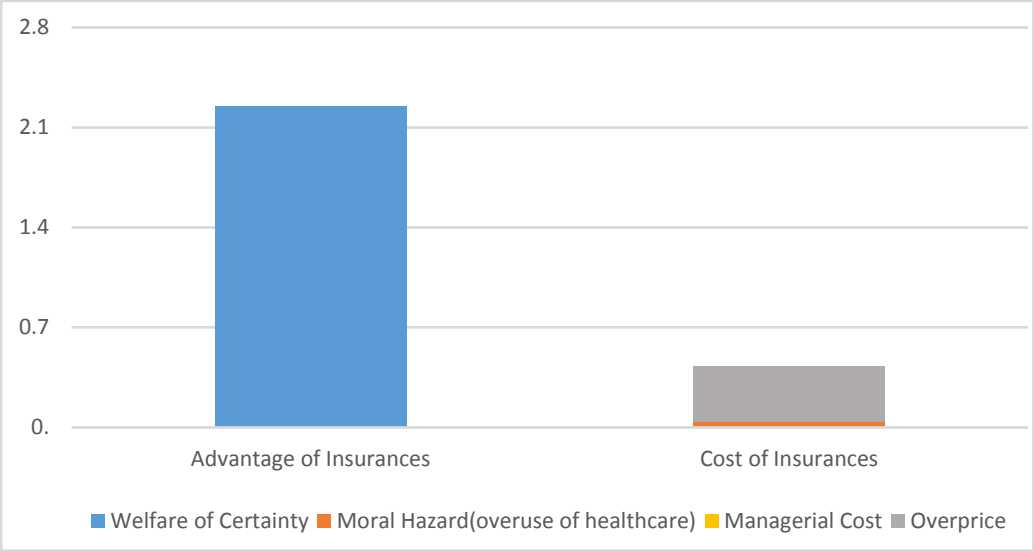
- If the monopoly is eliminated and competition is promoted, that is the slope of the supply function, ***e,*** changes from 0.47 to 2, then everyone would be able to save about RMB 127 for healthcare, a total RMB152.3 billion nationwide.

- Healthcare resources will be better allocated in space. If the distance and waiting time for medical treatment is shortened by half, that is the 4 hours needed for local treatment is shortened to 2 hours, then a total value of time amounting to about RMB 266.2billion will be saved; if the distance and waiting time for cross region treatment is shortened from 12.5 days to 6days and 6 hours, according to data of 2013, when a total value of time amounting to about RMB 29 billion will be saved. Putting them together, a total waste of time estimated for the value of RMB 295.2 billion will be avoided.

- Canceling out-patient (small illness) insurance would reduce 2/3 of the current insurance-related managerial operations, saving a total of RMB23.9 billion according to the current administrative fees of insurance agencies that is RMB 35.9 billion.

- When the increase of healthcare expenditures is contained, a huge amount of resources are saved, which will bring back the advantages of insurances. See blow.

Situation after the Reform Unit: Percentage of GDP per capita (%)



- In summary, this reform proposal will reduceper capita medical expenses from 5.2% to 2.6% of the per capita GDP, a decrease of 49.9%.

- This reform proposal will also reduce the per capita medical expenses originally covered by insurance from 3.1% to 0.4% of the per capita GDP, a decrease of 87%.

- If it is shown by the deduction of healthcare insurance fees for urban workers, the deduction from their monthly wage will be decreased from 9.5% to 1.2% of their monthly wage, which would also lower the burden for enterprises.

- Even though the self-pay fees account for a higher ratio than before, as the healthcare expenditure decreased in general, patients pay 112% of that they paid for their medical treatments before the reform.

目　录

第一章 医疗领域的经济主体与市场 36

一、病人：专业医生出现之前的情形，病人的基本特性 36
1. 不确定性 36
2. 需求价格缺乏弹性 36
3. 医疗知识的缺乏与自我医疗效率的低下 37
二、医生及简单医疗市场 37
1. 广义医生：医疗兼制药 37
2. 专业医生出现之后的病人 38
3. 只有病人与广义医生的市场 40
三、制药者：医疗与制药分工后的情形 42
1. 制药者和制造医疗设备者 42
2. 医药分工后的医生（狭义医生） 44
3. 医药分工后的病人 45
4. 医药分工后的市场 46
附录 1：两阶段医生声誉模型 46
附录 2：医生发送信号的分离均衡模型 47

第二章　保险制度及其问题 49

一、保险的目的：消除不确定性，增加效用 49
1. 理论依据 49
2. 保险好处的直接估计 51
3. 保险好处的间接估计 52
二、以往对保险制度问题的认识与批评 53
1. 道德风险 53
2. 逆向选择 53
3. 机构成本 53
4. 买方垄断 53
5. 推动价格上涨 54
三、进一步问题的提出：医疗保险制度对市场机制的削弱 54
1. 保险支付方式带来的问题：失去预算约束，对价格不敏感 54
2. 预算约束缺位下的成本增加 56
3. 医疗服务或药品在消费者之间的分布无效率 57
4. 需求结构的扭曲对价格体系的影响，以及对效率的影响 58
四、保险悖论：保险没有减少反而增加了医疗成本 60
1．保险制度使需求函数发生变化：弯折的需求曲线 60
2．保险效用的两个组成部分 62
3．关于保险会同比提升价格水平的假说 65
4．保险带来的过度医疗的数量分析 69
5．保险制度是一种内在不均衡的制度，需要不断扩张才能保持动态平衡 70
五、保险的其它问题 71

1．起付线、共付率和最高限额下的保险制度分析.....71
2. 保险很难实现对不健康人的补贴.....73
3．保险公司的管理费用推高了金融风险.....74
4. 现有的保险体系是如何生存的.....75
六、保险制度下的经济主体与市场.....76
1. 保险制度下的病人.....76
2. 保险制度下的医生.....77
3. 保险制度下的制药者.....78
4．保险制度下的保险公司.....78
5．管理式医疗.....79
6．保险制度下的医疗市场.....81
七、小结.....86

第三章 政府对医疗领域的介入 87

一、政府对医疗领域介入的传统.....87
二、因市场失灵的介入.....87
1. 传染病防治.....87
2. 公共卫生.....88
3. 对地理垄断和紧急情况的介入：限制急诊价格等.....88
4. 对信息不对称和代理问题的介入：对医生资质的审查，对药品的审查.....88
三、对不确定性的介入：政府直接建立保险制度.....88
四、保险制度下的政府介入.....89
1. 政府对医生收入的管制.....89
2. 政府对以药补医的管制.....91
3. 政府对药品价格的管制.....92
4. 政府干预的极端形式——全民医保.....92
五、政府干预下保险制度引起的宏观结果.....95
1. 整个社会效率的下降.....95
2. 医药价格的快速上涨.....96
3. 医药成本占 GDP 的比重上升.....96
4. 社会（医疗）保险制度的不可持续性.....96
六、理论部分小结.....97

第四章 我国基本医疗体制的形成、现状和问题..... 99

一、我国医疗行业的制度与政策变迁.....99
1. 计划经济时期的医疗机制（1949～1980）.....99
2. 经济转型期的市场化改革和医疗管制的放松（1980～1997）.....101
3. 医疗体制改革全面推进阶段（1998～）.....104
二、2009 年“新医改”及以来的制度与政策框架.....107
1. “新医改”的主导思想：市场还是政府.....107
2. 政府主导的医疗保障制度与政策.....108
3. 医疗保险资源的构成和改革.....109
4. 医疗服务市场：制度、政策和产业组织.....111
5. 药品市场：制度、政策与产业组织.....113

6. 对新医改的评价.....116
三、现有医疗体制的基本框架及特点.....119
1. 不够完善和受到干预的市场.....119
2. 公立医院为主体的医疗体制.....120
3. 对设立医院的管制.....122
4. 对医师的资格审查与进入管制.....122
5. 财政资源在医院间的倾向性分配.....123
6. 对公立医院医疗服务实行价格管制.....123
7. 药品的价格管制.....124
8. 医院药品流通交易的管制.....125
9. 药品零售市场存在双轨制.....125
四、我国医疗保险制度.....126
1. 社会医疗保障机制：强制保险.....126
2. 社会医疗保障的分级保障体制.....126
3. 城镇职工基本医疗保险.....128
4. 城镇居民医疗保险.....129
5. 新型农村合作医疗.....129
6. 城乡医疗救助制度.....130
7. 不同群体的门诊和住院医保差异.....131
8. 医保基金的实际支付比例.....132
9. 医疗保险的相关机构.....134
10.具体经办机构及经办流程.....135
五、小结.....137

第五章　医疗行业资源配置的效率与公正评价 141

一、制度的效率与公正性的标准.....141
1．私人物品要以市场为基础性制度.....141
2．在私人物品领域进行管制是无效率和不公正的.....141
3．独家垄断和强寡头垄断要管制，但要遵循特定原则.....141
4．财政补助的分配要遵循罗尔斯正义第二原则.....142
5．有外部性时政府可相应管制.....142
6．其它市场失灵可先借用其它形式克服，再由政府管制.....142
二、医疗体制问题的现象.....143
1．总量供给增长缓慢.....143
2．不同等级医院间的差异明显.....144
3．患者向大医院的集中.....144
4．药品流通和定价机制推高了药价.....145
5．看病贵和看病难并存.....147
6．保险制度下的医生/医院行为.....149
7．保险制度下的消费者行为：过度需求.....150
8．保险制度下的药品生产与销售.....151
9．医生收入总体偏低.....152
10．以药补医，以设备补医.....154
11．不同群体的保障程度差异大.....155

12．对医生执业地点的管制限制了医生作用.....157
13．政府拥有配置医疗资源的权力导致了寻租.....157
14．医患关系紧张.....158
15．社会医疗保障体制没有实现应该实现的目标：大病保险.....158
16．医疗体制下的医疗费用上涨.....160
三、我国医疗体制的制度分析与评价.....161
1．社会医疗保障机构的强制性垄断.....161
2．以公立医院为主体提供私人物品的低效性.....161
3．进入管制妨碍竞争.....161
4．药品生产与销售：集中招标机制带来的垄断.....162
5．医疗保险和公费医疗对市场机制的削弱.....162
6．管制带来租值消散和留租.....163
7．医疗资源向权力倾斜的无效率和不公正.....164
8．对市场价格进行管制带来的不公正问题.....164
9．因为管制，所以管制，带来一连串的不均衡和交易费用高企.....165
四、医疗行业资源配置的效率评价.....165
1. 总量配置效率.....165
2. 保险制度对价格水平的推动.....166
3. 保险制度下的过度医疗的损失.....167
4. 保险制度下的静态效率损失.....167
5．保险制度导致价格扭曲带来的损失.....168
6．公费医疗制度下的效率损失.....168
7．医疗资源空间配置的效率.....169
8．社会医疗保险机构的成本与弊端.....171
9．小结 174
五、医疗行业资源配置的公正评价.....174
1．空间分布的公正评价.....174
2．财政资金分配的公正评价.....177
3．医疗资源在不同群体间分布的公正评价.....179
4．财政资源分配的公正评价.....180
5．公立医院与民营医院竞争的公正评价.....181
6．小结 182

第六章 以市场制度为基础的改革方案..... 183

一、医疗改革的基本方向与原则：以市场制度为基础，辅以政府管制.....183
1．两个要点：共付率和垄断程度.....183
2．增加个人自付范围和共付率，让市场机制起更大作用.....183
3．推进医疗市场的竞争.....183
4．在市场机制起作用的情况下，让医疗服务的价格由市场制定.....183
5．在医疗服务市场定价的前提下，完全放开药品价格.....184
6．推进医药分开，让药品价格形成于药品零售领域.....184
7．取消强制性的社会保险，借重商业保险机构.....184
8．个人与机构自由选择医疗保障形式.....184
9．政府财政要对最穷人口的医药费用进行补贴.....184

10．政府要对西药类的药品研发与发售进行管制.....184
11．政府要维护中药市场秩序.....184
二、世界上几种医疗体制优劣比较及借鉴.....184
1．美国模式.....185
2．英国模式.....185
3．德国模式.....185
4．新加坡模式.....186
5．考虑成本与收益的定量分析.....186
6．基本评价和借鉴.....191
三、医疗保障制度改革.....191
1．保险制度改革：取消强制性保险，建立充分发挥市场作用的保险制度.....191
2．减少社会医疗保险扣款，实行小病（门诊）费用自付，大病（住院）部分自付、部分保险.....191
3．取消公费医疗制度，建立公平的医疗保障制度.....192
4．建立国家大病重病救助基金.....192
5．发展商业医疗保险，形成竞争性的医保市场.....193
6．鼓励医疗保健的慈善事业.....193
7．允许中医传统的区别对待价格政策.....193
8．让消费者自己选择医保形式.....194
9．以家庭为单位建立强制医疗储蓄账户.....194
四、医疗服务制度的改革.....194
1．取消对医疗技术人员进入的政府管制，代之以竞争的职业协会的资格认证.....194
2．取消对医院的进入管制，代之以行业协会及竞争的约束.....194
3．取消对医疗服务的价格管制.....194
4．取消对医师的定点执业限制，代之以医师与医院的合约关系.....194
5．推动和鼓励医疗服务人员的职业协会的成立与发展.....195
6．鼓励公有医院向民间非营利医院转型.....195
7．鼓励民营医院发展.....195
8．鼓励通过互联网络的跨院、跨地区的诊断与治疗合作.....195
五、药品生产与流通制度改革.....195
1．将对新药品的准入机制，建立在政府与技术性协会合作的基础上.....195
2．取消集中招标采购制度，让企业在市场上竞争.....195
3．取消药品的价格管制.....196
4．取消对药品流通企业的进入管制，代之以行业协会与竞争的约束.....196
5．鼓励建立与发展药品生产与流通企业的行业协会.....196
6．改进中药市场规则，保证中药材质量.....196
六、政府对医疗领域的辅助性管制.....196
1．特定管制：传染病；急诊；药品质量.....196
2．管制垄断与合谋.....196
3．保护产权；保证合约履行；维护公平竞争.....196
4．鼓励建立医疗领域的消费者协会.....197
5．鼓励医疗中介服务机构的发展.....197
6．促进公共卫生服务的公私合作.....197
七、医疗改革效果估计.....197

1．基本数量模型.....197
2. 提高共付率对医药价格上涨的抑制.....202
3．减少过度医疗带来的资源节约.....204
4．增加自付范围增强了市场机制的作用，医疗服务与药品资源配置的改善带来的社会福利增加.....205
5．对大病风险更有效的分担.....205
6．打破和取消垄断制度，鼓励竞争带来的利益.....206
7. 开放医院设立，鼓励医生流动，促进移动医疗等导致医疗资源在空间配置的改善，缓解看病难的问题.....206
8．减少社保机构和保险公司带来的管理成本节约.....207
9．整个社会及每个个人以更小的成本获得更好的医疗服务.....207
10. 小结 209

第七章　医疗体制改革的策略与时序 211

一、过渡经济学：追求改革成本最小化.....211
二、中国的改革经验.....211
1．体制外改革.....211
2．增量改革.....211
3．特许改革或试验推广.....212
4．补贴改革.....212
5．渐进式改革.....212
三、医疗体制改革可能遇到的问题及其解决办法.....212
1．公众对本改革方案的误解：政治经济学分析.....212
2．原有政府管制部门的反对.....213
3．原有社会医疗保障机构的反对.....213
4．利益集团的抵抗.....214
5．在新均衡出现之前的短期变动.....214
6．医疗费用的短期上涨.....215
四、改革的突破口.....215
1．取消社会医疗保险的强制性，推动商业保险的发展，让个人与企业自由选择保险形式 215
2．促进互联网医疗的发展.....215
3．放开医疗服务价格.....216
五、改革的先后顺序.....216
1．医疗保险改革.....216
2．医务人员资质审查与营业许可的改革.....217
3．放开医疗服务价格.....217
4．鼓励公立医院转型和民营医院发展.....217
5．取消药品流通领域的管制.....218
六、改革的时序.....218

分报告之一　医疗卫生体制的国际比较..... 220

一、各国医疗体制的简述（四种医疗保障体制）.....220
二、美国.....221

1. 医疗服务.....221
2. 药品生产.....222
3. 医疗保障.....223
三、英国.....227
1．历史沿革.....229
2．英国国家健康体系（NHS）.....230
3．英国的 NHS 信托.....231
4．私营医疗机构.....237
5．英国的药品流通.....238
6．英国“药品价格管制方案”（PPRS）.....239
7．2012 年英国卡梅伦医改.....240
四、新加坡.....241
1．新加坡医疗卫生服务体系.....241
2．新加坡医药生产及审批制度.....246
3．新加坡医疗保险体系.....247
4．结论及对新加坡卫生体系的评价.....250
五、德国国民健康体系简述.....252
1．历史沿革.....252
2．体系现状.....254
3．改革过程.....256
4．政府的作用.....257
六、中国台湾省.....260
1．台湾卫生医疗行政管理架构.....260
2．医疗服务体系.....262
3．药品定价与管理.....264
4．对药费增长的管控措施.....266
5．全民健保制度.....267

分报告之二　医药卫生体制改革的国内实践..... 274

一、神木模式.....274
1．神木医改背景.....274
2．神木“全民免费医疗”的内容.....275
3．配套改革.....277
4．实施的效果.....278
5．存在的问题.....279
二、芜湖模式.....280
1．芜湖医疗体制改革的内容.....280
2．医改取得的成绩.....284
3．存在的问题.....285
三、宿迁模式.....286
1．宿迁医疗改革的内容.....286
2．医疗体制改革取得成效.....290
3．宿迁医改存在的问题.....291
四、国内医改经验总结与启示.....292

1．医疗服务市场的定位：政府主导，还是市场主导.....292
2．医保付费方式改革：以项目付费方式为主转向多种付费方式.....292
3．发展壮大基层医疗机构的服务能力，构建多级医疗服务体系.....293
4．构建多重医疗保险体系.....293

分报告之三　中西医技术经济特性比较.....294

一、中西医的基本差异.....294
二、中西医技术经济特性比较.....295

分报告之四　各国移动医疗的现状与发展.....296

一、我国移动互联网医疗的现状及问题.....296
1．我国互联网医疗的内涵及发展的背景.....296
2．我国移动互联网医疗的发展案例.....297
3．盈利模式.....301
4．问题与挑战.....302
二、美国移动医疗应用的现状与发展.....303
1．共享经济：一共互联网新经济的定义.....303
2. 基于智能手机的经济.....305
3．中国的移动互联网发展.....305
3．与医疗服务相关的 O2O 业务和平台.....306

分报告之五　医院看病调查报告.....309

一、背景及方法介绍.....309
1．背景介绍.....309
2．调查的主要方法及不足.....309
二、基本情况描述.....311
1．被调查人员的基本情况.....311
2．被调查人群的医保基本情况.....313
3．药店买药及门诊看病情况.....314
4．对起付线、医药价格及医疗服务的看法.....318
5．关于异地就医.....322
6．关于就医选择.....323
7．可达性调查.....324
三、主要问题及结论.....325
1.“看病难”和“看病贵”现象并存.....325
2．现行医疗制度安排下，消费者和医生都具有某种策略性选择行为.....325
3. 借助“互联网+”的东风，移动互联网获得发展的机遇.....326
4．中医地位日渐衰退.....326

分报告之六 医疗技术的负面影响.....327

附录 1：生命与健康的定价.....329

附录 2：医院看病调查问卷.....331

附录 3：医疗费用众筹作为对保险制度的补救 338

参考文献 341

表目录

表 1.1 部分研究的价格弹性估计 39

表 2.1 兰德健康保险实验对每年平均医疗服务利用影响的总结 60
表 2.2 CHARLS 数据的结果 61
表 2.3 有无保险价格比值矩阵简表 82
表 2.4 数量比值矩阵（R_q）的简表 84
表 2.5 医疗费用比值矩阵（Rc）简表 85

表 3.1 医疗市场存在的问题、解决方案及解决效果 97

表 4.1 1956～1980 年医疗服务价格变化 100
表 4.2 药品最高流通差别差价率（差价额） 107
表 4.3 2015 年我国保险业分类收入情况表 110
表 4.4 两种社会保险与商业保险的对接模式试点，“湛江模式”和“太仓模式” 111
表 4.5 抗肿瘤药物和全身抗感染药物的行业集中度 115
表 4.6 不同等级医院获得的财政补助和科教项目资金（2017 年） 123
表 4.7 北京城镇居民和职工部分报销政策 127
表 4.8 北京新农合报销政策（密云区） 127
表 4.9 部分城市城镇职工住院费用的报销比例 128
表 4.10 部分城市城镇居民住院费用的报销比例 129
表 4.11 北京不同群体政策内门诊报销比例 132
表 4.12 北京不同群体政策内住院报销比例 132
表 4.13 城镇职工基金支付比 132
表 4.14 城镇居民基金支付比 133
表 4.15 新农合基金支付比 133

表 5.1 上海部分药品集中招标价与市场价比价 145
表 5.2 药品招标收费标准 146
表 5.3 各国药品流通价值链 146
表 5.4 人均年医药费（2005～2017 年） 148
表 5.5 2008 年调查地区居民不同医疗保障形式两周就诊比率 （0/00） 151
表 5.6 部分省市增补药品品种数量 151

表 5.7 欧美部分国家医师年平均收入、人均 GDP、比值.....153
表 5.8 不同医保类型的保障程度（2016 年）.....156
表 5.9 国内主要互助保险平台.....159
表 5.10 各人群的实际医疗共付率（2013 年）.....166
表 5.11 公务员的医疗保障（2007～2016 年）.....169
表 5.12 商业保险机构经办新农合管理费用基本情况表（2010）.....173
表 5.13 各省市拥有的医疗卫生资源（2017 年）.....175
表 5.14 全国各省卫生资源配置基尼系数.....177
表 5.15 各省有关医疗的人均财政补贴的相对损益指数.....178
表 5.16 不同群体人均医疗费用对比.....179
表 5.17 不同医保形式的人均财政医疗保障资金（2016 年）.....180

表 6. 1 改革前后医疗费用支付及其占人均 GDP 的%.....207

图目录

图 1.1 缺乏弹性的需求下的标准市场.....40
图 1.2 医疗提供者之间的区位竞争.....41
图 1.3 医生发送信号及市场的分离均衡.....48

图 2.1 均值与标准差无差异曲线.....50
图 2.2 医疗费用的对数正态分布随机数和效用无差异曲线.....51
图 2.3 固定成本和可变成本带来的不同消费量.....55
图 2.4 保险带来的生产端的资源配置无效率.....56
图 2.5 保险带来的消费端的资源配置无效率.....58
图 2.6 价格扭曲带来的效率损失.....59
图 2.7 利用 CHARLS 数据得出的无保险需求函数和有保险需求函数曲线.....61
图 2.8 有无保险的需求函数的替代效应和收入效应.....62
图 2.9 共付率变化对效用曲线的影响示意图（1）.....63
图 2.10 共付率变化对效用曲线的影响示意图（2）.....64
图 2.11 共付率（%）对价格的影响及其导数.....67
图 2.12 不同的垄断程度（e）下，共付率与价格的关系.....68
图 2.13 共付率对数量的影响及数量倍数.....69
图 2.14 有无保险的医疗需求曲线.....71
图 2.15 取消起付线、但共付率较高的保险示意图.....73
图 2.16 消费者倾向“买多”和“买贵”示意图.....77
图 2.17 保险公司抑制“买多”和“买贵”示意图.....78
图 2.18 总额预付制度.....80
图 2.19 共付率（α）变动和垄断程度（e）变动覆盖整个市场情形.....81

图 2.20 有无保险价格比值矩阵空间视图.....82
图 2.21 数量比值矩阵空间视图.....84

图 3.1 政府对医药价格和数量的抑制示意图.....89
图 3.2 管制者和公众的合力使得医生收入受到限制.....91
图 3.3 无保险市场与保险自由的作用.....93
图 3.4 世界医疗支出占 GDP 百分比.....96

图 4.1 我国药品定价方式.....106
图 4.2 全国一般公共预算支出用于城镇居民和新农合医疗保障资金（2010～2016） 109
图 4.3 按保费的医疗保险市场结构（2014 年）.....110
图 4.4 三级医院诊疗人次数占比（2005～2017）.....113
图 4.5 终端药品市场结构（2015）.....115
图 4.6 政府卫生支出（1999～2017）.....117
图 4.7 公立医院的诊疗人次数占全部门诊量的比例（2005～2017）.....120
图 4.8 药品价格管制发展.....125
图 4. 9 新农合个人缴费标准和财政补助标准.....130
图 4. 10 民政部医疗救助资金支出额度.....131
图 4.11 医保支付流程及各部门职能.....135
图 4.12 医保支付结算流程.....137

图 5.1 医疗卫生市场的供需总量变化（1980～2017 年） 143
图 5.2 中国和其他国家每万人拥有医疗资源比较（2016）..... 144
图 5.3 不同等级医院诊疗人次占比（2005～2017 年） 145
图 5.4 药品招标机制..... 147
图 5.5 不同等级医院病床利用率（2005～2017 年） 148
图 5.6 人均医药费和人均 GDP 之比..... 149
图 5.7 公立医院的收入构成（2017 年）.....150
图 5.8 各级综合医院病人人均医疗费结构变化.....153
图 5.9 人工费用和人均 GDP 比值的变化.....154
图 5.10 全国公立医院门诊费用和住院费用构成比例（2017 年）.....154
图 5.11 公费医疗支出（1978～2016）.....155
图 5.12 医患纠纷事件数量.....158
图 5.13 门诊费用的增长情况（2000～2017 年）.....160
图 5.14 住院费用的增长情况（2000～2017 年）.....160
图 5.15 管制带来的福利损失.....163
图 5.16 财政保障资金支出结构.....165
图 5.17 各省每百万人拥有卫生技术人员的密度分布（2017 年）.....170
图 5.18 医疗卫生机构行政管理事务支出.....173
图 5.19 保险利弊比较 174
图 5.20 各省市每百万人拥有医疗卫生技术人员（2017 年）.....176

图 5.21 各省市每百万人拥有三级医院数量（2017 年）.....176
图 5.22 用人均 GDP 修正后的各省市人均获得医疗财政资金（2017 年）.....177
图 5.23 各省人均医疗财政补贴的相对损益指数（2017 年）.....179
图 5.24 不同群体人均医疗费用对比.....180
图 5.25 不同群体在财政资金分配中的损益指数.....181

图 6.1 医疗支出占比和医疗收益的关系.....187
图 6.2 部分国家医疗效率排名.....189
图 6.3 医疗现金支付比例和效率值的关系.....190
图 6.4 根据 CHARLS 数据生成的对数正态分布图.....200
图 6.5 用 CHARLS 数据中得出的对数标准方差生成的模拟住院费用随机数分布.....200
图 6.6 收入水平和医疗费用随机数.....201
图 6.7 门诊医疗费用和住院医疗费用概率分布.....202
图 6.8 取消门诊保险效果示意图.....203
图 6.9 住院医疗保险取消起付线，提高共付率效果示意图.....204
图 6 10 改革后医疗费用支付相当于改革前的%.....208
图 6.11 改革后保险成本下降示意图.....210

图 7. 1 医疗体制改革时序图.....219

Content

Chapter I The Economic Subject and Market for Healthcare

Ⅰ. Patients: Before Professional Doctors, and the Basic Features of the Patients
1. Uncertainty
2. The Lack of Elasticity of the Demand Price
3. The Lack of Medical Knowledge and the Inefficiency of Self-Performed Healthcare

Ⅱ.Doctor and Simple Healthcare Market
1. Doctor in the General Sense: Medical Treatment and Manufacturing of Medicines
2. The Patients after the Emergence of Professional Doctors
3. A Market with Only the Patients and the Doctor in the General Sense

Ⅲ.Manufacturer of Medicine: After the Division of Medical Treatment and Manufacturing of Medicines
1. Manufacturer of Medicines and Medical Equipment
2. Doctors after the Division of Medical Treatment and Manufacturing of Medicines
3. Patients after the Division of Medical Treatment and Manufacturing of Medicines
4. Market after the Division of Medical Treatment and Manufacturing of Medicines
Appendix I: A Two-Phase Model of Doctor's Reputation
Appendix II: A Separating Equilibrium Model of Doctor Sending Signals

Chapter II Insurance and Its Problems

I. Purpose of Insurance: Eradicating Uncertainty, and Increase Utility
1. Theoretical Foundation
2. A Direct Estimation of the Advantages of Insurance
3. An Indirect Estimation of the Advantages of Insurance

Ⅱ.Previous Study and Criticism of Insurance
1. Moral Hazard
2. Reverse Choice
3. Structural Cost
4. Monopsony
5. Driving up Prices

III. Proposal of a Deeper Problem: How Healthcare Insurance Hinders Market Mechanism
1.Issue with the Payment Mechanism of Insurance: Loss of Budget Constraint, and Insensibility of Price
2.Increase of Cost without the Budget Constraint
3. The Distribution Inefficiency of Medical Services and Pharmaceutics between Consumer
4. The Influence of Distortion in the Demand Structure on the Price System, and the Efficiency

Ⅳ.Insurance Paradox: Insurances Do not Reduce but Increase Healthcare Cost
1. Insurances Change Demand Function: Tilted Demand Curve
2. Two Parts of the Utility of Insurance
3. A Hypothesis of Insurances Driving up Prices
4. A Quantitative Analysis of Insurances Inflicting Healthcare Overuse
5. Insurances as an Intrinsically Non-equilibrium Institution that Expands to Maintain Dynamic Balance

Ⅴ. Other Issues with Insurances
1. Analysis of Insurances Regarding Threshold for Payment, Self-pay Ratio, and Payment Ceiling
2. Insurance Hardly Subsidize the Unhealthy
3. Managerial Costs of Insurance Agencies Drive up Financial Risks
4. How the Current Insurance System Works

Ⅵ Economic Subject and the Market in the Current Insurance Institution
1. Patients of the Insurance Institution
2. Doctors of the Insurance Institution
3. Pharmaceutics Manufacturers of the Insurance Institution
4. Insurance Companies of the Insurance Institution
5. Managerial Healthcare
6. Healthcare Market of the Insurance Institution

Ⅶ.Summary

Chapter III Government Intervention in Healthcare

I. Conventional Government Intervention in Healthcar

II. Intervention in Market Failures
1. Prevention and Treatment of Contagious Diseases
2. Public Health
3. Intervention in Geographic Monopoly and Emergences: Price Control for ER etc.
4.Intervention in Information Asymmetry and Clientism: Investigation of Doctors' Qualifications, and the Quality of Medicines

Ⅲ.Intervention in Uncertainty: Government-Set Insurance Institution

Ⅳ.Government Intervention of the Insurance Institution
1. Government Regulation of the Income of Doctors
2. Government Regulation on Medicines Subsidizing Medical Services
3. Government Regulation on Prices of Medicines
4. The Extreme Form of Government Intervention— Universal Healthcare Insurance

Ⅴ.Macroeconomic Impacts Caused by the Insurance Institution with Government Intervention

1. Decrease of Overall Efficiency of the Society
2. Rapid Increase of Prices for Medical Services and Medicines
3. Ratio of Healthcare Expenditure to GDP Increases
4. The Unsustainability of Social(Healthcare) Insurance Institution

Ⅵ.Summary of the Theoretical Analysis

Chapter IV The Formation, Status and Issues of China's Basic Healthcare System

Ⅰ. China's Healthcare Institution and Reforms

1. Healthcare System During the Planned Economy(1949-1980)
2. Market Reform and Loosening of Regulations for Healthcare During the Economic Transformation（1980～1997）
3. All Round Healthcare Reform Era（1998～）

Ⅱ.The Institution and Policy Framework since the 2009 "New Healthcare Reform"

1. Guiding Thoughts of the "New Healthcare Reform": Market or Government
2. Government-Led Healthcare Insurance Institution and Policy
3. Constitution and Reform of Healthcare Insurance Resources
4. Market for Medical Services: Institution, Policy and Industrial Organizations
5. Market for Medicines: Institution, Policy and Industrial Organizations
6. Comment on the New Healthcare Reform

Ⅲ. Basic Framework and Features of the Current System

1. An Incomplete and Interfered Market
2. A Healthcare System with Public Hospitals as the Main Entity
3. Regulation on Setting Up a Hospital
4. Qualification Validation and Entry Regulation for Doctors
5. Tendencious Distribution of Financial Resources among Hospitals
6. Price Regulations on Medical Services of Public Hospitals
7. Price Regulations
8. Regulation of Circulation of Hospital Medicines
9. Duel Track System of the Medicines Retailing Market

Ⅳ. Healthcare Insurance in China

1. Social Healthcare System: Compulsory Insurance
2. Graded Insurance System of the social Healthcare System
3. Basic Healthcare Insurance for Urban Workers
4. Healthcare Insurance for Urban Residents
5. The New Cooperative Rural Healthcare Insurance

6. Differences in Healthcare Insurance for Out-Patient and In-Patient Services for Different Groups
7. Actual Payment Ratio for Healthcare Fund
8. Institutions of Healthcare Insurance
9. Operations and Procedures of Healthcare Insurances

Ⅴ.Summary

Chapter V. Efficiency and Fairness Evaluation of the Resource Allocation in Healthcare Industry

I. Standard for the Efficiency and Fairness of the Institution
1. Market as the Fundamental Institution for Private Goods
2. Inefficiency and Unfairness to Undertake Regulations for Private Goods
3. Perfect Monopoly and Strong Oligopoly Should Be Regulated Following Certain Principles
4. The Allocation of Financial Resources Should Follow Rawl's Second Rule of Justice
5. The Government Could Regulate when There's Externalities
6. Other Measures Should Be Taken to Deal with Market Failure Before Government Regulations

Ⅱ.Symptoms of Healthcare System Issues
1. Aggregate Supply Grows Too Slow
2. Huge Difference Between Hospitals of Different Grades
3. Price of Medicines Pushed Up by Circulation and Pricing Mechanism
4. Long Waiting Time and High Expenditure
5. The Behavior of Doctors/ Hospitals Under Insurance Institution
6. The Behavior of Consumers Under Insurance Institution: Excessive Demand
7. Manufacture and Sales of Medicines Under Insurance Institution
8. Doctors' Income Are Generally Too Low
9. Medical Treatments Subsidised by Selling Medicines and Abusing Equipment
10. Concentrating of Patients in Big Hospitals
11. Insurance Coverage Differs Largely among Different Groups
12. Doctors' Constrained by Regulation of the Locales of Practices
13. Rent-Seeking Caused by Government Power to Allocate Healthcare Resources
14. Tension Between Doctors and Patients
15. Social Healthcare Insurances Fail to Meet Its Goal: to Cover Severe Diseases
16. Increase of Healthcare Expenditures in the Current Healthcare System

Ⅲ.Institutional Analysis and Comment of the Current Healthcare System
1. Compulsory Monopoly of Social Healthcare Insurance Institutions
2. Low Efficiency of Public Hospitals Providing Private Goods
3. Entry Regulation Hinders Competition
4. Manufacture and Sale of Medicines: Concentrated Bidding Brings About Monopoly

5. Healthcare Insurances and Public Financed Healthcare Weaken Market Mechanism
6. Rent Dissipation by Regulations and Rent Conservation
7. Inefficiency and Unfairness of Power-Led Healthcare Resource Allocation
8. Unfairness Brought by Price Regulations
9. Non-Equilibrium and High Transaction Cost Caused by Regulation

IV. Efficiency of Resource Allocation in Healthcare
1. Aggregate Allocation Efficiency
2. Insurances Drive Up Prices
3. Loss Caused by Excessive Use of Healthcare Resources with Healthcare Insurance Institution
4. Static Efficiency Loss with Healthcare Insurance Institution
5. Loss Caused by Price Distortion with Healthcare Insurance Institution
6. Efficiency Loss with Public Healthcare Institution
7. Efficiency of Spatial Allocation of Healthcare Resources
8. Cost and Disadvantages of Social Healthcare Insurance Agencies
9. Summary

V. Fairness of Healthcare Resource Allocation
1. Fairness of Spatial Allocation of Resources
2. Fairness of Financial Resources Allocation
3. Fairness of Healthcare Allocation Among Different Groups
4. Fairness of Financial Resource Allocation
5. Fairness of Competition between Private and Public Hospitals
6. Summary

Chapter VI. Reform Proposal Based on Market Institution

I. Direction and Principle of Healthcare Reforms: Market as Foundation, Government Regulation as Supplement
1.Two Key Points: Self-Pay Ratio and Monopoly
2.Increasing Self-Pay Scope and Ratio, Better Utilize Market Institution
3.Promoting Healthcare Market Competition
4.Let Market Determine the Prices for Medical Services Under the Market Institution
5.Open Prices for Medicines as the Market Determines the Prices of Medical Service
6.Promoting the Division of Medicine and Medical Treatment, Medicine Prices Formed in Medicine Retailing Busines
7.Cancelling Compulsory Social Insurance and Rely on Commercial Insurances
8. Free Choice of Healthcare Insurance Forms by Individuals and Organisations
9. Government Finance Should Subsidize the Poorest Group for Medical Services and Medicine
10. Government Should Regulate the R&D and Sale of Western Medicines
11. Government Should Maintain Market Order for TCM

Ⅱ.Comparative Study of the Main Healthcare Systems in the World and Lessons to be Learned
1. The US Model
2. The UK Model
3 .The German Model
4.The Singapore Model
5. Quantitative Analysis Regarding Cost and Benefit
6. Basic Comments and Lessons

Ⅲ.Institutional Reform of Healthcare Insurances
1.Institutional Reform of Insurance: Cancelling Compulsive Insurance and Establishing an Insurance Institution Where Market Comes First
2. Reducing Social Healthcare Insurance Payment, Implementing Self-Pay for Small Illness(Out-Patient Treatment), Partial Self-Pay for Severe Disease(In-Patient Treatment), and Partial Insurance
3. Cancelling Public Finance Healthcare, and Establishing a Fair Healthcare Insurance Institution
4. Establishing National Medical Assistance Funds for Severe Diseases
5. Developing Commercial Healthcare Insurance and Forming a Competitive Healthcare Insurance Market
6. Encouraging Charity in Healthcare
7. Allowing Differentiated Price Policy for TCM
8. Allowing Consumers to Choose Healthcare Insurance Forms
9. Establishing Compulsory Healthcare Family Savings Accounts

IV. Reform of the Healthcare Service Institution
1.Canceling the Government Entry Regulation for Medical Professionals,and Substituting with Competitive Association Certifications
2.Cancelling Entry Regulation for Hospitals, and Substituting with Constraints by Association and Competition
3. Cancelling Price Regulation for Healthcare Services
4.Cancelling Regulation on Fixed Locale Practices for Doctors, and Substituting with Contract Between Doctors and Hospitals
5. Promoting and Encouraging the Establishment and Development of Professional Associations
6. Encouraging the Transformation of Public Hospitals into Private Hospitals
7. Encouraging the Development of Private Hospitals
8.Encouraging Cooperation in Diagnosis Across Hospitals and Regions via the Internet 203

V. Institutional Reform of the Manufacturing and Circulation of Medicines
1.Approval Mechanism for New Medicines Should Be Established on the Basis of Cooperation Between the Government and Technical Associations
2. Cancelling the Concentrated Bidding, and Allowing Enterprises to Compete in the Market
3. Cancelling the Price Control of Medicines

4. Cancelling the Entry Barrier for Medicine Circulating Enterprises, and Substituting with Constraints by Association and Competition
5. Encouraging the Establishment of Associations in the Manufacturing and Circulation of Medicines
6. Improving the Market Rules for TCM to Guarantee Quality

VI. Supplementary Regulation in the Healthcare
1. Special Regulations: Contagious Diseases, ER, Medicine Quality
2. Regulatory Monopoly and Collusion
3. Property Rights Protection; Fulfillment of Contracts; Fair Competition
4. Encouraging the Establishment of Consumer Association in Healthcare
5. Encouraging the Development of Intermediary Services in Healthcare
6. Promoting the Public-Private Partnership in Public Healthcare

VII. Estimation of Healthcare Reforms
1. Basic Numerical Mode
2. Constraint of Increase of the Healthcare Prices by Raising the Self-Pay Ratio
3. Healthcare Resources Saved from Reducing Overuse
4. Market Mechanism Strengthened by Enlarging the Scope of Self-Pay, Social Welfare Increased by Improving the Allocation of Healthcare Services and Medicines
5. Better Co-Sharing of the Risks of Severe Diseases
6. Breaking and Cancelling of Monopolies, Encouraging Competition
7.Opening the Establishment of Hospitals, Encouraging Doctors to Move, and Improving the Spatial Allocation of Healthcare Resources by Utilizing the Mobile Internet to Shorten Waiting Time
8. Reducing the Managerial Cost of Social Healthcare Insurance Agencies and Insurance Companies
9. Better Healthcare at a Lower Cost for the Whole Society
10. Summary

Chapter VII Strategy and Procedures for Healthcare System Reform

Ⅰ.Transition Economics：Pursuing reform cost minimization

Ⅱ.Experience of China’s Reforms
1. External Reform
2. Incremental Reform
3. License Reform and Promoting
4. Subsidy Reform
5. Incremental Reform

Ⅲ.Possible Issues and Solutions in the Healthcare System Reform
1. Public Misunderstanding of this Reform Proposal: A Political Economic Analysis
2. Objection from the Previous Government Regulatory Agencies
3. Objection from the Previous Social Healthcare Insurance Agencies

4. Objection from the Interest Groups
5. Temporary Turbulence before the New Equilibrium
6. Short-term Increase of Healthcare Expenses

Ⅳ. Breakthrough of the reform
1.Cancelling of the Compulsiveness of the Social Healthcare Insurances, Promoting the Development of Commercial Insurances, and Free Choice of Insurances Forms by Individuals and Enterprises
2.Promoting the Development of Internet-Based Healthcare
3. Opening of the Healthcare Service Price

Ⅴ. Reform Procedures
1. Healthcare Insurance Reform
2. Reform of the Medical Professionals Validation and License
3. Opening of the Medical Services Prices
4. Encouraging Public Hospitals to Transform into Private Hospitals
5. Canceling of the Regulation in Medicine Circulations

Ⅵ. Sequence of Reform

Subreport 1 International Comparative Study of Healthcare Systems

I. Brief Introduction of Main Forms of Healthcare System(Four Healthcare Insurance Systems)
II. USA
1. Medical Services
2. Medicine Manufacturing
3. Healthcare Insurances

Ⅲ.UK
1. Historical Development
2. National Health System(NHS)
3. British NHS Trust
4. Private Healthcare Institutions
5. Medicine Circulation in the UK
6. UK's Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS)
7. The 2012 Cameron Healthcare Reform

Ⅳ Singapore
1. Healthcare System
2. Medicine Manufacturing and Approval Institution
3. Healthcare Insurance System
4. Conclusion and Comments

Ⅴ.Brief Introduction of Germany's Healthcare Insurance System
1. Historical Development

2. Status Quo
3. Reforms
4. The Role of Government

Ⅵ. Chinese Taiwan
1.Administrative Structure of Taiwan's Healthcare
2. Healthcare Service System
3. Pricing and Management of Medicines
4. Control Measures to Handle Medicine Prices Increase
5. National Healthcare Insurance of Chinese Taiwan

Subreport II Domestic Practices in Healthcare System Reforms

I. Shenmu（神木） Model
1. Background
2. "Free Healthcare" in Shenmu
3. Supplementary Reforms
4. Influence
5. Issues

II .Wuhu（芜湖) Model
1. Content of the Reforms
2. Achievements
3. Issues

III. Suqian（宿迁) Model
1.Content of the Reforms
2. Achievements
3. Issues

IV. Summary and Lessons from Domestic Healthcare Reforms
1. Positioning of the Healthcare Market: Government-Led or Market-Led
2. Insurance Payment Reforms: From Item Payment to Multiple Payment
3. Capacity-Building for Local Level Healthcare Institutions, Establishing Multi-Level Healthcare System
4. Establishing Multi-Faceted Healthcare Insurance System

Subreport III Comparative Study of the Economic Features of Western and Traditional Chinese Medicine

Ⅰ.Basic Differences

Ⅱ.An Economic Comparison

Subreport IV Status Quo and Development of Internet-Based Healthcare … 305

Ⅰ. Status Quo and Issues with China's Mobile Online Healthcare
1. Content and Development Background of China's Mobile Online Healthcare
2. Case Study of China's Mobile Online Healthcare
3. Profit-Making Pattern
4. Issues and Challenges

Ⅱ.Status Quo and Development of Mobile Healthcare Applications in the US
1. Sharing Economy: A New Definition of Internet-Based Economy
2. China's Mobile Internet Development
3. Healthcare-Related O2O and Platforms

Subreport V Survey

I. Background and Methodology
1. Background
2. Methodology and Flaws

Ⅱ.Basic Situation
1. Basic Information of the Surveyed
2. The Healthcare Condition of the Surveyed
3. Pharmacy and Out-Patients
4. Comments on Payment Threshold, Prices of Medical Services and Medicines
5. Cross-Region Healthcare
6. Choices of Healthcare
7. Survey of Accessibility

III. Main Issues and Conclusion
1. Waiting Time and High Healthcare Expenditure
2. Consumers and Doctors' Certain Strategic Choice with the Current Healthcare System
3. "Internet+" and New Opportunities of Mobile Internet
4 The Withering Traditional Chinese Medicines

Subreport VI Negative Influence of Healthcare Technology

Appendix I: Pricing of Life and Health

Appendix II: Survey

Appendix III: Crowd-Funding as a Remedy for Insurance

References

List of Figures

Figure1.1 Estimation of Some Price Elasticity

Figure 2.1 Summary of the Influence of Co-Payment Insurance on Annual Average Healthcare Consumption according to Rand
Figure 2.2 Results of CHARLS data
Figure 2.3 Prices Comparison with and without Insurnaces
Figure 2.4 Numerical Ratio Matric(Rq)
Figure 2.5 Healthcare Expenditure Numerical Ratio Matric(Rq)

Future 3.1 Problems, Solution and Effects in the Healthcare Market

Figure 4.1. Price Changes for Medical Services 1956~1980
Figure 4.2 Difference Ratio in the Medicine Circulation (Real Term Price)
Figure 4.3 Categorized Income of China's Insurance Industry
Figure 4.4 Combination of the two Social Insurances and Commercial Insurances, "Zhanjiang(湛江) Model" and "Taicang (太仓)Model"

Figure 4.5 Concentration of Anti-Cancer Medicines and Antibacterials for Systemic Use
Figure 4.6 Financial Subsidies and Education and Technology Funding for Hospitals of Different Grades(2017)
Figure 4.7 Reimbursement Policy for Urban Residents and Workers in Beijing
Figure 4.8 Beijing New Rural Cooperation Policy(Miyun District)
Figure 4.9 Reimbursement Ratio for In-Patient Treatment for Some Urban Workers
Figure 4.10 Reimbursement Ratio for In-Patient Treatment for Some Urban Residents
Future 4.11 Reimbursement Ration for Out-Patient Treatment for Different Groups in Beijing
Figure 4.12 Reimbursement Ratio for In-Patient Treatment for Different Groups in Beijing
Figure 4.13 Payment Ratio for Urban Workers by Social Healthcare Fund
Figure 4.14 Payment Ratio for Urban Residents by Social Healthcare Fund
Figure 4.15 Payment Ratio for New Rural Cooperation Healthcare Fund

Figure 5.1 Comparison of Bidding Price and Market Price for Some Medicine in Shanghai
Figure 5.2 Bidding Fee Standard for Medicine
Figure 5.3 Medicine Circulation Value Chain
Figure 5.4 Yearly Healthcare Expenditure per Person(2005~2017)
Figure 5.5 Ratio of Surveyed Residents Taking Medical Treatment in Two Weeks in 2008(0/00)
Figure 5.6 Supplementary Medicines Type and Quantity for Some Provinces
Figure 5.7 Doctors' Annual Income, GDP Per Capita, and Ratio in Europe and US
Figure 5.8 Coverage of Different Healthcare Insurances(2016)
Figure 5.9 Main Cooperative Insurance Platforms in China
Figure 5.10 Actual Self-Payment Ratio Among Different Groups(2013)
Figure 5.11 Healthcare Insurance for Civil Servants(2007~2016)

Figure 5.12 Administrative Cost for Commercial Insurance Agencies Managing New Rural Healthcare Insurances(2010)
Figure 5.13 Healthcare Resources in Difference Cities and Provinces(2017)
Figure 5.14 Gini Coefficient for Healthcare Resources Allocation Across Provinces
Figure 5.15 Relative Strength Index of Financial Subsidies Per Person in Healthcare Across Provinces
Figure 5.16 Comparison of Healthcare Expenditure Among Different Groups
Figure 5.17 Financial Healthcare Insurance Fund Per Person for Different Healthcare Insurance Forms(2016)

Figure 6.1 Healthcare Expenditure and Percentage of GDP before and after the Reform(%)

List of Tables

Table 1.1 Standard Market with Demand That Lacks Elasticity
Table 1.2 Location Competition between Healthcare Providers
Table 1.3 Doctors Sending Signals and the Separating Equilibrium of the Market

Table 2.1 Mean Value and Standard Deviation Indifference curve
Table 2.2 The Random Number of Logarithmic Normal Distribution of Healthcare Expenditure and the Utility Indifference Curve
Table 2.3 Difference in Consumption Due to Fixed Cost and Variable Cost
Table 2.4 Inefficiency of Resource Allocation on the Supply Side Brought by Insurances
Table 2.5 Inefficiency of Resource Allocation on the Consumption Side Brought by Insurances
Table 2.6 Efficiency Loss Due to Price Distortion
Table 2.7 Tilted Demand Curve
Table 2.8 The Substitution Effect and Income Effect of Demand Function with or without Insurance
Table 2.9 Influence of Change of Self-Pay Ratio on the Utility Curve(I)
Table 2.10 Influence of Change of Self-Pay Ratio on the Utility Curve(II)
Table 2.11 Influence of Self-Pay Ratio(%) on Prices and Its Derivative
Table 2.12 The Relation between Self-Pay Ratio and Prices with Different Degree of Monopoly(e)
Table 2.13 The Influence of Self-Pay Ration on Quantity and the Quantity
Table 2.14 Healthcare Demand Curve with and without Insurances
Table 2.15 Canceling the Threshold for Reimbursement and High Self-Pay for Insurance
Table 2.16 Consumers Tend to “Buy More” and “Buy More Expensive”
Table 2.17 Insurance Companies Constrain “Buy More” and “Buy More Expensive”
Table 2.18 Aggregate Pre-Pay Institution

Table 2.19 Self-Pay Ration(a) change and monopoly degree (e) change cover the whole market situation
Table 2.20 Matrix Spatial View of Insurance Price Ratio
Table 2.21 Quantity Ratio Matrix Spatial View

Table 3.1 Government Constrains the Price and Quantity of Medicine
Table 3.2 Doctors' Income Constrained by Regulators and the Public
Table 3.3 A Market without Insurances and Free Choice of Insurance
Table 3.4 World Healthcare Expenditure and Its Percentage of the GDP

Table 4.1 Pricing of China's Medicines
Table 4.2 National General Public Budget Expenditure on Urban Residents and New Rural Cooperation Healthcare Funding(2010~2015)
Table 4.3 Healthcare Insurance Market Structure According to the Premium(2014)
Table 4.4 Amount of Patients in the Three Grades of Hospitals(2005～2017)
Table 4.5 End Medicine Market Structure(2015)
Table 4.6 Government Healthcare Expenditure（1999～2017）
Table 4.7 Amount of Patients in Public Hospitals and its Percentage to the Total Out-Patients (2005～2017)
Table 4.8 Development of Medicine Price Regulation
Table 4.9 Personal Obligations Standard for New Rural Healthcare Insurance and the Standard for Financial Subsidies
Table 4.10 Amount of Medical Assistance Funds by Ministry of Civil Affairs
Table 4.11 Healthcare Insurance Payment Procedures and Functions of Different Departments
Table 4.12 Healthcare Insurance Payment Process

Table 5.1 Change of Aggregate Supply and Demand in the Healthcare Market (1980~2017)
Table 5.2 Comparison between China and Other Countries In Terms of Healthcare Resources Owned by Every 10,000 People(2016)
Table 5.3 Ratio of Patients in Different Grades of Hospitals(2005~2017)
Table 5.4 Medicine Bidding Mechanism
Table 5.5 Utilisation Rate of Beds in Different Grades of Hospitals (2005～2017）
Table 5.6 Ratio between Healthcare Cost Per Person and GDP Per Capita
Table 5.7 The Constitution of the Income of Public Hospitals(2017）
Table 5.8 Changes in the Structure of Healthcare Expenditure Per Person in Comprehensive Hospitals of Different Grades
Table 5.9 Ratio between Labour Cost and GDP Per Capita and Its Changes
Table 5.10 Ratio between Out-Patients Cost and In-Patients Cost in Public Hospitals(2017)
Table 5.12 Amount of Doctor-Patient Conflicts
Table 5.13 Increase of Out-Patients Cost(2000～2017)
Table 5.14 Increase of In-Patients Cost(2000～2017)
Table 5.15 Welfare Loss Caused by Regulations

Table 5.15 Structure of Financial Subsidies
Table 5.17 Density of Medics Per Million People Across Provinces
Table 5.18 Administrative Expenditures in Healthcare Institutions
Table 5.19 Advantages and Disadvantages of Insurance
Table 5.20 Number of Medics Per Million People Across Provinces(2017)
Table 5.21 Number of Grade Three Hospitals Per Million People Across Provinces
Table 5.22 Financial Subsidies Per Person Across Provinces Modified by GDP Per Capita (2017)
Table 5.23 Relative Strength Index of Financial Subsidies Per Person in Healthcare Across Provinces
Table 5.24 Comparison of Healthcare Expenditure Among Different Groups
Table 5.25 Relative Strength Index of Financial Subsidies Per Person in Healthcare in Different Groups

Table 6.1 Relation between Healthcare Expenditure Ratio and Healthcare Profit
Table 6.2 Ranking of Some Countries' Healthcare Efficiency
Table 6.3 Relation between the Payment Ratio of Cash for Healthcare and Efficiency
Table 6.4 Logarithmic Normal Distribution Based on the Data of CHARLS
Table 6.5 Random Number Distribution of In-Patient Cost Generated by the Logarithmic Mean Square Error Based on the Data of CHARLS
Table 6.6 Income Standard and Healthcare Cost Random Number
Table 6.7 Distribution of Out-Patient Healthcare Expenditure and In-Patient Healthcare Expenditure
Table 6.8 Canceling Out-Patient Insurance
Table 6.9 In-Patient Healthcare Insurance Cancelling Payment Threshold and Raise Self-Pay Ratio
Table 6.10 Percentage of Healthcare Expenditure before against after Reforms
Table 6.11 the Insurance Cost Decreased after the reform

Table 7.1 Illustration of Healthcare Reform Process

我国医疗制度的理论研究、效果评价与改革方案

第一章 医疗领域的经济主体与市场

一、病人：专业医生出现之前的情形，病人的基本特性

1. 不确定性

富兰特·奈特说，不确定性可分为可度量的不确定性和不可度量的不确定性。“我们可用‘风险’一词代表前者，用‘不确定性’一词代表后者。”（2005，第 172 页）如我们不知道每一次掷骰子会是几个点，但我们确切知道，出现某个点数，如三点的概率是六分之一。而我们并不确切知道，某项投资成功的概率是多少。因此也可以说，风险就是知道其分布概率的不确定性，而不确定性就是一种不知道其概率颁布的不确定性，也就是一种绝对的不确定性。

在医疗领域，从个人角度来看，我们用的是奈特意义上的“不确定性”。人体是一个复杂系统。一个人的患病与否与多种原因相联系，患病的种类、时间、程度都有随机性，同一疾病在不同患者身上表征也不尽相同。即使治疗，是否能正确诊断也存在着不确定性，正确诊断以后能否正确治疗也存在不确定性，不同病患对同一治疗方案的反应也不尽相同。

上述特征用经济学的语言来描述，即为面对“病愈”这种“产品”，医疗市场的个体需求是充满不确定性的。

2. 需求价格缺乏弹性

与消费者对一般商品的需求不同，通常而言，消费者对治疗的需求并不能与其他商品带来的效用改善进行替代，比如多享用美食等其他方面的改善不能替代疾病减轻带来的效用，这意味着病患对于“病愈”的需求缺乏弹性。

边际效用递减规律是需求曲线具有弹性的前提。在推导需求曲线时，消费者的最优选择可以用 $MU_i/P_i = \lambda$ 来表达，其中 λ 作为一个常数表示单位货币的边际效用。这个公式表明，如果某种商品的价格降低，则消费者会增加消费量以达到最大效用。“病愈”作为一种需求往往是不可分割的，增加一些诊疗和药物时并不意味着诊疗和药物的边际效用在逐渐降低，这说明医疗需求并不完全遵循着边际效用递减规律，而往往是在药物和诊疗能够达到治愈效果的那一点实现了完全的效用。

除此之外，在一次治疗当中，无论药品的价格有多高，患者都会努力实现“病愈”的目标，而且一旦“病愈”的目标实现，无论药品的价格有多低，消费者也不会再对更多的医疗服务和药品具有需求。

以上三点理由表明，对于医疗服务需求的价格缺乏弹性的。

3. 医疗知识的缺乏与自我医疗效率的低下

在专业医生出现之前，人们只能靠自己及其家庭来治疗疾病。人们通常只是在患病时才注意有关医疗的知识，没有患病时则不再关注相关知识。而医疗知识的掌握需要漫长的时间积累与实践经验，非专业的医疗人员并不能掌握一定的医疗知识。再加上病患的个体医疗需求具有不确定性，在专业医生出现之前，病患依靠自我治疗效率很低。俗语所说“百病成医”，体现了专业分工在医疗领域的重要性和必要性。

二、医生及简单医疗市场

1. 广义医生：医疗兼制药

（1） 一种私人物品

专业医生出现以后，就出现了医疗服务的供给。医疗供给其实包含两个过程，一个是诊断过程，一个是用药（或器械）的治疗过程。最初的医疗市场上医生会同时提供诊断和药品。

医生给病人提供诊疗服务是一种排他性服务。如果病人不交纳费用，医生可以拒绝为他服务。因而是可以一手交钱一手交货的。如果一个病人占用了医生的一段时间，别的病人就不能够占用这段时间，他们之间是竞争的。因而，医疗服务是私人物品。药品作为一种商品同样具有竞争性与排他性。

是私人物品，市场交易就是有效的。在完善的市场状态下，通过医疗服务市场和药品市场的价格信号，最稀缺的医疗资源会投入到回报最大的医疗领域中去。

（2） 竞争与地理垄断

然而，医疗服务的竞争是不充分的。原因是，由于医疗供给是以一定的需求量为基础的，而且诊疗过程需要医生当面提供医疗服务，即医疗服务的供给往往不能远距离提供，这经常表现为仅有一个医生负责一个社区或村子的医疗服务，如果医生过多则没有足够的需求支撑成本。因而在这一社区或村子中，这个医生具有某种垄断地位。

作为需求方的患者当然可以到其它社区或村子，或城镇去就诊，但这需要花更多时间，且有些急病是不允许耽误较多时间。因而医疗服务存在着某种程度的地理垄断。

（3） 有一定外部性

如果疾病是易于传染的，如果一个病人不能得到及时治疗，就会传染给别人。这时，医疗就具有某种程度的外部性。这也就意味着医疗服务的供给可能不足，此时需要非市场的因素介入，如慈善机构，如政府投入资源来抑制传染病。

这就是说，医疗服务具有排他性和竞争性，是一种私人物品，但医疗服务具有一定的公共性或外部性。尤其是对于卫生防疫而言，医疗服务的社会价值超过了个人价值。

所以，医疗服务是一种有一定外部性的私人物品。

（4） 信息不对称与代理问题

医疗服务是一种知识密集型的服务，医生通常需要经过较长时间的学习和实习，如一般医学院为五年学制。人体是一个复杂系统，有关人体及其疾病的知识更是一个复杂的知识体系。因而一般病人对自身疾病的认识、治疗手段和经验上远不如医生，因而存在着严重的信息不对称。

由于信息不对称，带来了医生和患者之间的委托代理问题，医生既是医疗服务的供给者，同时又是医疗服务需求者的代理人，因此医生掌握的私人信息可能会带来委托代理问题。

在供给方充分竞争的情况下，信息不对称的弊端可以被克服；但在供给方竞争不充分的情况下，信息不对称的弊端就可能突显出来。

（5） 紧急情况

许多疾病和伤痛情况是突然发生的；并且疾病不仅降低消费者的效用水平，还直接降低收入水平；而且疾病的治疗一般具有越早治疗效果越好的特点。因此医疗服务不断地面临各种紧急情况，需要紧急诊断和治疗。

在这时，既不允许到更远的医院寻找更好的医疗资源，也不允许有充分的时间和平等的讨价还价地位谈出一个合理价格。因而在这时，市场定价机制是失灵的。

2. 专业医生出现之后的病人

（1）不确定性

专业医生出现之后，由于专业知识的积累和应用，病患需求的不确定性被大大的降低，关于疾病和医疗的专业知识增加大大提高了人类的平均寿命。

但专业的医疗知识并不能完全消除医疗需求的不确定性。首先，即便医生可以确定疾病的种类，但医疗的最终效果往往取决于患者本身的身体和心理状况；其次，医疗的效果还往往取决于医生和患者之间的互动与交流状况；最后，对于一些疾病，尤其是重大或者慢性疾病，专业医生也往往无法估计治疗结果与成本。

（2）需求的价格弹性接近零

如前所述，由于病人对医疗服务的基本需求是“病愈”，对于更为复杂的疾病，消费者也对治疗报有一定的预期效果。专业医生的出现有利于“病愈”和“预期效果”更好的实现，但医疗供给方的技术进步并没有改变需求方的技术特性。

为了达到基本的预期需求，病人不会因为医疗服务或者药品价格的降低就去增加诊疗和药品服用。在预期需求可以达到的基础上，病人一定会选择成本最低的治疗方案。因此专业医生的出现并没有影响到需求的价格弹性。

这种假设得到了一些印证。如舍曼·富兰德等指出，“我们得到的大多数弹性值都位于缺乏弹性的范围内，即在-1.0~0.0 之间”（238 页）。他们在《卫生经济学》一书中引用的需求弹性数据，尤其是与直接医疗有关的数据，就更接近零。如：

表 1.1 部分研究的价格弹性估计

医生服务		
研究	自变量	价格弹性
Fuchs and Huang(1972)	人均医生出诊	-0.2~-0.15
Newhouse and Phelps(1976)	诊所就诊	-0.08
Gromwell and Mitchell(1986)	手术服务	-0.18~0.14
Wedig(1988)	医生出诊	-0.35~0.16

数据来源：舍曼·富兰德等，2015，第 238 页。

病人的需求价格弹性趋近于零，这意味着医疗市场的价格主要取决于医疗服务供给方的市场结构和供给成本。

为了便于研究和计算，**在本研究中，我们先假定“缺乏弹性”的弹性等于− 0.2**。

（3）医生带来了医疗知识，同时形成了与病人之间的信息不对称

专业医生出现之后，患者一般会通过医生作为代理方来满足自身的医疗需求。由于患者和医生之间存在信息不对称和委托代理关系，医药合一的专业医生可能会利用信息优势误导患者，其中包括夸大病情、推销患者并不需要的药品等等。

这就是说，专业医生在提高了医疗服务技术水平的同时，也同时具有了信息优势，这是专业分工带来医疗技术进步的必然结果和必要条件。

（4）医生的医疗效率远高于病人，形成了潜在的垄断优势

医生不仅具有专业知识，而且医疗的专业知识需要不断在实践中得到检验和提高，这意味着医疗知识的掌握具有规模经济，或者也具有一定的范围经济，这使得医疗知识的掌握往往具有“学习曲线”的特征，即医生看过的病人越多，其专业知识增加的成本越低。

在另一方面，医生看病效率的提高，也意味着在单位时间内能治疗更多的病人，治疗病人的数量越多，医生的知识资产平均到每个病人身上的成本越低，因而具有一定程度的规模经济。

以上特征使得医生具有地理垄断特征之外，还具有专业知识及其规模经济带来的垄断倾向。

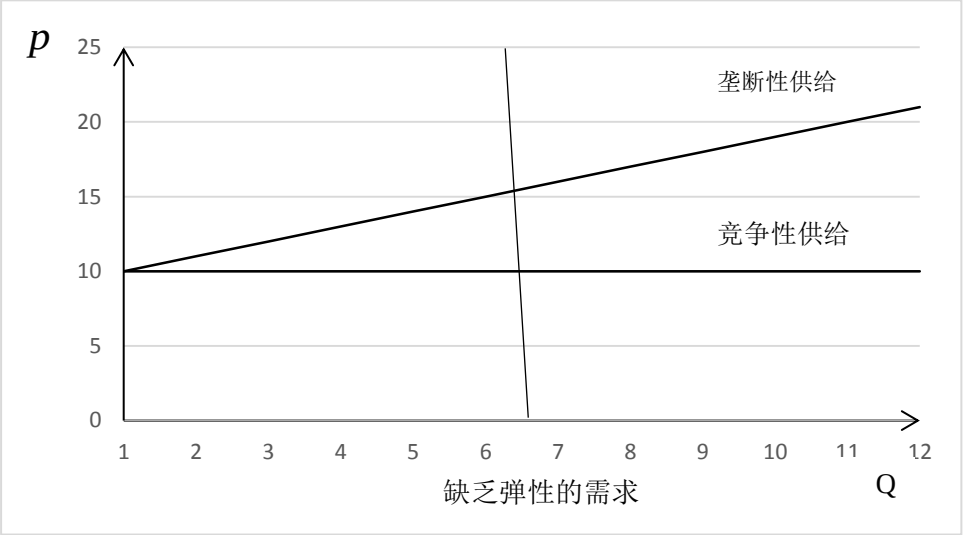
3. 只有病人与广义医生的市场

（1）一个标准市场

在理想的状态下，存在着一个竞争性的医疗市场，这意味着市场上有多个相互竞争的医生以及足够多的病患。对于某种医疗服务而言，单个医生无力改变市场价格，消费者和医生都是价格的接受者。市场的几近垂直的需求为各个患者需求的加总。市场价格和数量由水平的供给曲线和缺乏弹性的需求曲线决定。

而如果此时医生具有一定的垄断性地位，那么医生可以具有一定的能力来根据价格水平来决定供给量，只有在较高的价格水平上医生才会提供更多供给。这就意味着市场的供给曲线是各个医生的供给量的加总，且该曲线是向上倾斜的，此时的市场价格要高于竞争性供给的水平。以上标准市场分析可以由图 1.1 来表达。

图 1.1 缺乏弹性的需求下的标准市场



（2）地理垄断对竞争性市场的偏离

如前所述，由于区域内医生需要一定的人口基数才能支持经营，而过多的医生数量将会自然的被淘汰，所以在一个区域内往往只有为数不多的医生，形成了地理垄断。

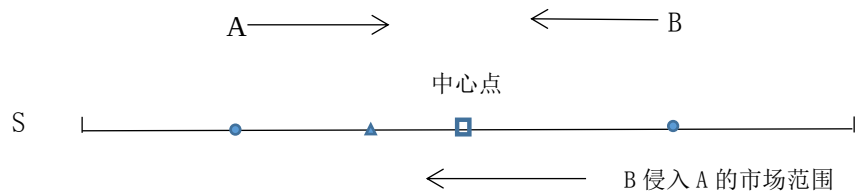
首先，如果一个相对独立的且封闭的区域只能支撑一个医疗提供者，那么该医生则会实施垄断者定价。

其次，如果该区域的人口基数和发病状况能支撑多个医疗提供者，那么这些医疗提供者之间将会产生相当程度的竞争。尤其是当几个医疗提供者之间没有明显的技术差别时，对竞争市场的偏离是非常有限的。

为了表明这一点，以霍特林（1929）提出的区位竞争模型为例，假设 A 与 B 两个医生边际成本相同，同质的患者均匀分布在线段 S 上，每个人会购买单位医疗服务，单位距离的

购买成本为 t。其纳什均衡解为两家医院都集中在线段中心处。同时，假设 A 医生定了高价，则 B 医生则会继续向 A 医生所在的区域进行迁移，即 B 医生会侵占 A 医生的市场范围，从而对提价行为进行了某种惩罚。

图 1.2 医疗提供者之间的区位竞争



如果医疗提供者的技术差别较大，那么根据现有的经济理论，技术先进的医疗提供者将会成为价格领导者，最终的市场均衡价格会低于垄断市场，供给量会高于垄断市场。

（3）生命与健康定价困难妨碍均衡价格的形成

医疗服务供给还往往面临定价上的困难。因为医疗服务提供的产品是健康甚至是生命，而健康和生命所带来的边际效用的价值很高，甚至可以是无穷大，这一点不同于普通的消费品。

其次，生命和健康的定价不同于经济物品的定价，它会涉及到道德观念和哲学考量。如果认为每个人的生命和健康都是同样宝贵的，甚至是无价的，但事实上又要面对不同的人有不同的支付意愿和支付能力，这就给医疗服务的定价带来了一定程度的困难。正是基于这一点，使得一部分学者赞同医疗服务市场是公共或公益领域，而不是私人领域。

（4）信息不对称和代理问题一般由声誉机制解决

市场本身也能部分的纠正信息不对称的问题。Kreps、Milgrom、Roberts 和 Wiison 在 1982 年提出的 KMRW 定理便指出了，在信息不对称的情况下，多次重复博弈可以促使参与方也会选择合作策略，即在多次交易关系中，交易各方都会致力于建立形象和维护声誉，虽然这些声誉在短期来看并非是经济的，但长期的合作收入流的补偿却表明声誉的建立是最优的选择。

这一定理在医疗市场也依然适用，一个医生可能会由于没有采诱导略行为而在短期内受损，但其建立起的良好声誉却能为其带来长久的收益。在这里，所谓的良好声誉是指医生作为代理人，能够尽最大努力满足委托人的目标：即用最小的支出获得最好的治疗效果。

此处可以用一个简单的两阶段重复博弈模型做分析。详见本章附录 1，“两阶段医生声誉模型”。这个模型表明，患者能够对医生的努力和声誉进行评价是非常重要的，它有助于激励医生考虑长期收益，并能同时更好的满足委托人的目标。

“KMRW 声誉模型”考虑的是不完全信息多次重复博弈条件下的声誉形成机制，但由于社会分工和专业化的存在，现实中的大量交易并非是频繁发生和重复进行的，这就意味着声誉模型可能并不是那么有效。但是 Kandori(1992)的研究拓展了“KMRW 声誉模型”的作用范围。Kandori 证明，尽管在一个社会中，不同经济主体之间的交易次数非常有限，但是如果存在信息传播机制，能够及时将交易者的欺诈行为传递给其他相关成员，并由他们（不一定是被欺诈者本人）对欺诈者实施惩罚，同样可以促使交易者维持诚实的声誉。Kandori 最重要的贡献在于，他认为声誉不仅可以通过“自我实施”（self-enforcement）机制（即“KMRW 声誉模型”中的被欺诈者对欺诈者的惩罚）来加以维持，还可以通过“社会实施”（community enforcement）机制加以维持。

信息不对称带来的另一个问题是逆向选择，即好的医生可能由于定价过高而在市场中逐渐被淘汰的问题。在市场竞争存在的情况下，医生会主动通过信号发送解决逆向选择问题。具体分析详见本章附录 2，“医生发送信号的分离均衡”。

（5）紧急情况削弱了讨价还价机制

在紧急情况下，比如急诊的情形下，治疗时间是患者最大的成本，此时患者便失去了讨价还价的能力和机会，也没有办法通过搜寻和对比的方法找到成本最低的医疗机构。

（6）面对传染病和其它公共卫生问题，缺乏有效解决办法

除此之外，卫生防疫等医疗服务具有很强的外部性，对传染病的防治所带来的社会收益要远大于患者本身的收益，因此对卫生防疫的市场供给往往是不足的，需要通过政府和其他社会力量来增加供给。

三、制药者：医疗与制药分工后的情形

1. 制药者和制造医疗设备者

（1）私人物品

药品及医疗设备的使用和消费是排他的、且有竞争性的，所以药品及医疗设备是私人物品。

药品与其它商品并没有什么不同，在竞争当中会形成药品的市场价格。但药品生产在医疗领域中也具有一定特殊性：第一，新药品的开发往往需要投入大量的沉没成本，但模仿新药的成本往往较低，因此更需要专利和产权的保护；第二，药品是医疗服务的互补性产品，药品的生产和供给还取决于医疗服务的供给；第三，对某些药品，尤其是专用性较强的药品来说，相同药品所带来的治疗结果还取决于消费者的个体差异。

（2）供给竞争性

药品市场巨大。2017 年，我国医药制造业实现主营业务收入 27117 亿元；医药商品销售总额 20016 亿元。如此巨大的市场规模，很难有企业能够垄断。因而医药市场存在着许多企业，如 1992 年，美国药品制剂公司有 583 家之多（富兰德，457）；截至 2017 年末，我国规模以上的药品生产企业数量达 7532 家。药品市场是一个竞争性市场。

（3）专业化和大规模生产，相对于广义医生的高效率

相比于医生同时提供诊断和药品供给，药品的提供与诊断的提供之间的分工提高了医疗供给的效率。它使得医生专注于诊断和治疗过程，而使得药企专注于药品的开发和生产。药品生产摆脱了医生诊疗服务的规模限制，从而使得药品的大规模生产成为可能。生产规模一旦扩大，就会带来规模经济性和分工深化，平均成本就会显著降低。

（4）因规模大而形成的垄断倾向

但由于药品具有标准化和大规模生产的特点，有些企业规模巨大，行业集中度比较高。如 1992 年，美国前四家药品制剂企业占有 26%的市场份额，前八家占有 42%的市场份额（富兰德，457）；而到 2000 年，前十家占有 61%的市场份额，前 20 家占有 82%的市场份额（ 徐文和查慧敏，2010）。即使在我国，2005 年，前八家药品生产企业也达到 19.8%的市场份额（徐文和查慧敏，2010）。

如果具体到药品细分市场，垄断程度会更高。如 1992 年，美国四家最大的制药公司控制了抗高血压药的 91%的市场份额（Schweizer,1996，转引自富兰德，2010，第 458 页）如果考虑到对新药的专利保护，某些药品的生产就具有独家垄断性质。

开发新药的厂商往往具有非常高的垄断性。这是由于新药开发需要投入巨大成本，在进入销售之前还需要长期的临床试验及管理机构的严格审批。根据 2012 年全球研发投入企业的排名来看，排名前 20 的企业研发一种新药的平均投入超过 10 亿美元(Matthew Herper, 2012)。以美国食品药品管理局批准新药的程序来看，一个新药从临床到上市的最短时间在 6 年左右(Matthew Herper, 2012)。在长周期、巨大投资的前提下，对企业研发的新药一般有 20 年的专利使用期，在专利期间内，药厂一般具有垄断能力(Matthew Herper, 2012)。专利期外的药品生产企业则竞争比较充分，但前提是要取得政府核准的生产资质。

药品流通企业的集中度则比较高，这是因为药品销售和代理企业往往具有规模经济的性质，一个有能力的流通企业可以同时代理数种药品。销售网络带来的递减的边际成本也会给其带来一定的垄断能力。

（5）西药与中药不同的技术路线及其经济特性

西药，按照定义，“一般用化学合成方法制成或从天然产物提制而成”。它的特点是，有着精确的成分配比，目的在于用一种配方医治所有同类疾病的病人。其研发过程耗时较长，至少需要数年时间，如美国开发一种新药的时间约 14 年（富兰德，2010，460），并要经过一定数量的临床试用，与对照组相比有明显疗效的，得以通过新药审查，并获得进入市场的许可。这往往导致很低的成功率。如在美国，通过审批的药品约 1/5000~1/10000，

且上市后仅有 3/10 盈利，所以成功率仅为五万至十万分之三（富兰德等，2010，第 459 页）。一旦通过审批，企业就可以大批量生产，并受到专利保护，因而又可能形成垄断。

中药则是一种由自然动植物为直接原料的药品。其使用方法是，在医生为病人诊断后开出按比例配比各种中药原料的处方，病人按处方购买相应的中药后，煎制后服用。当然在现代，也有按一些经典配方制作的中成药。

由于中医的处方是因人而易的，所以没有标准化的中药配方，最后的药品制作过程也由病人或其家人操作，即购买来自动植物的直接原料并自己煎制，所以不存在对不同药物的审批，也没有大规模的生产，也就不可能垄断。

比较而言，西药有着更为标准的品质，更为可靠的质量，更广泛的适用范围，更大规模的生产，和更低的边际成本（或可变费用），但研发周期长，成本高，成功率低，不能及时应对当下出现的新的疾病，也不能随着病毒的变异而迅速改变，还不能适用其身体状况偏离标准的人群的疾病，还可能因垄断趋向抵消掉了大规模生产的好处，等等；而中药则无精确标准，配方随病人和医生而异，不能大规模生产，却可随环境、个人身体和疾病变化而灵活应对，也没有大企业带来的垄断之弊。

2. 医药分工后的医生（狭义医生）

（1） 医生更为专业化地提供医疗服务

在医药分工之后，由于药品及设备的提供由专业的供应商研究开发和生产，医生可以更加专注于诊治患者，并且可以依赖于先进的设备更准确的确定病情，大大提高了医疗服务的专业水平。

医药分工后医生的专业水平提高，对于病患的病情及治愈情况有了更好的了解，这也有助于降低患者需求的不确定性。

（2） 医生把制药者视为供应商，药品或医疗设备支出作为医疗费用的一部分；药品或医疗设备价格并不直接由病人与医生的讨价还价决定

制药者与医疗设备提供者与医生产生了专业分工之后，药品或设备以及医生提供的医疗服务便有可能分别提供给消费者，这也使得消费者有可能绕过医生的诊断过程而直接去消费药品。由于消费者不具有医生的专业知识，以及药品及设备本身的使用的专门性，政府往往会通过划分处方药等管制手段，使得专门性的药品提供需要经过医生的专业判断。

在医生与制药商同时面对市场竞争压力的情况下，医生或者医院有动机选择质优价廉的药品，而制药商也会在竞争压力下生产质优价廉的药品。

（3） 医生与制药者有某种程度的竞争，因有独立的药品和医疗设备市场

对于不具有太多专业性的非处方药品而言，医生与制药者之间存在着供给上的替代关系，因而市场上也存在着医院之外的独立的药品和医疗设备市场，直接面对消费者。这个医院之外的市场会对医院之内的市场产生牵制。

3. 医药分工后的病人

（1） 不确定性

医药分工之后，随着医疗设备的进步，医生的专业服务水平提高，患者的医疗需求的不确定性进一步被降低了。但是由于患者和医疗服务本身的技术经济特性并没有改变，因此医药分开之后患者需求的不确定性仍然存在。

（2） 需求的价格弹性趋近于零

医药分开之后，由于独立的药品和医疗设备市场出现，药品和医疗设备也具有了差异化生产的可能。消费者可以从不同的渠道获得药品，这意味着消费者在不同药品之间甚至医疗服务之间进行比较，对某一种具体的药品或者医疗服务的需求满足有了一定的替代性，这意味着患者对该种药品或服务的需求弹性有所增加。

对于“治愈”这一产品而言，往往包含了数种药品或者医疗服务和器械的组合，消费者会根据偏好和价格变化来变动自己的消费组合，但患者仍然是会以支出最低为约束。这就是说，在治愈需求能够满足的情况下，消费者会变动消费预算线与之相切，而不会额外的增加支出。

以上分析即是说，医药分开也并没有改变医疗需求本身的技术特性，即在治愈疾病的层次上，患者对治疗的需求对于价格是缺乏弹性的，医疗需求的价格弹性仍然趋近于零。

（3） 在药品市场具有竞争性的情况下，能获得更为便宜的药品

医药分开后，药品生产和医疗设备生产的专业化具有规模经济的特征，药品和设备的价格有了大大降低的可能。在药品市场充分竞争的情况下，患者能够获得更为便宜的药品。

（4） 在自己无法诊断疾病时，仍要接受医生对药品的定价

在相当多的时候，患者仍然需要经过医生的专业知识才能诊断疾病的种类和相应的用于治疗的药品。尤其是这些药品在处方药的管制下只能在医院购买时，患者仍然要接受医生对药品的定价。

（5） 在药品市场出现垄断时，要付出更高的价格

由于医药分开，以及处方药的管制措施的出现，专用性较强的药品不能作为商品在医院之外的独立市场流通，此时医院和医生便可能获得该种药品的买方垄断地位，如果该种药品也是市场垄断的，这意味着医院和医生有可能收取超过制药厂商垄断价格的更高价格。

4. 医药分工后的市场

（1） 药品和医疗设备市场

- 批发市场：医院和零售商参与

在医药分开后，药品和设备是规模化生产的，而医院则作为批发商从药品销售商那里购得药品。医院作为大量药物和器械的购买者可以具有较强的议价能力，从而有机会压低药品和医疗设备的市场价格。

在另一方面，还有大量医院之外的零售商参与批发市场。

- 零售市场：病人参与

在药品和医疗设备的零售市场上，患者可以直接与销售商的讨价还价，只要零售药店的数量足够多，具有竞争性，那么患者仍然可以获得低价格的药品和设备。

（2） 存在独立药品市场条件下的医疗市场

独立的药品和医疗设备销售市场对于抑制药品和设备价格是非常有效的，第一是因为该市场提供了从医院获得医疗服务的替代性选择，第二是该市场不容易形成垄断。

- 药品市场作为医疗服务的中间品市场

具体而言，如果独立的药品销售市场同样也是医院的药品供给方，那么此时药品市场便是医疗服务的中间品市场。由于药品市场往往是充分竞争性的，它保证了中间品的投入是低价的竞争性价格。当然，在存在药品生产和销售垄断的情况下，也会出现垄断价格。

- 药品市场作为医疗服务的竞争性市场

如前所述，当独立的药品市场直接在市场上提供药品和设备供给时，便成为医院的一个替代性选择。在常见病，以及不需要特别专业知识的医疗领域，该市场的存在可以在一定程度上约束医院的高定价行为。

附录 1：两阶段医生声誉模型

假设医生的声誉函数为：$R_t = a_t + \theta + \mu_t$，其中 a_t 为每一期的努力水平，即医生努力用最小花费达到治愈水平的努力，θ 代表了医生本身的业务能力，假设该能力在短期内不会变化，故与时间无关，μ_t 为随机扰动，独立于其他变量。声誉函数 R 代表了患者对医生治疗

的总体评价。其中a_t，θ为医生的私人信息，假设服从均值为 0 的独立正态分布。医生的努力成本为$C(a_t)$，满足$C'(a_t)>0$，$C''(a_t)>0$，即为递增凸函数。

进一步的，患者为医生支付的报酬为$w_t=\alpha+\beta E(R_t)$，其中α为固定工资，而β则为激励系数。

在第一期，假设声誉函数来源于市场的评价，即$R_1=\bar{\theta}$，可得工资为：

$$w_1=\alpha+\beta E(R_1)=\alpha+\beta\bar{\theta}$$

在第二期，患者会通过对第一期的观察来推断其业务能力，即$w_2=\alpha+\beta E(R_2|R_1)=\alpha+\beta[E(a_2|R_1)+E(\theta|R_1)+E(\mu_2|R_1)]$，

其中，$E(a_2|R_1)=0$，$E(\mu_2|R_1)=0$

$$E(\theta|R_1)=(1-\tau)E(\theta)+\tau(R_1-E(R_1))$$

其中，$\tau=\dfrac{\mathrm{var}(\theta)}{\mathrm{var}(\theta)+\mathrm{var}(\mu_1)}=\dfrac{\sigma_\theta^2}{\sigma_\theta^2+\sigma_u^2}$

将以上公式代入到医生的总收入函数

$$\begin{aligned}R&=w_1-c(a_1)+w_2-c(a_2)\\&=\alpha+\beta\bar{\theta}-c(a_1)+\alpha+\beta\tau(R_1-E(R_1))-c(a_2)\\&=\alpha+\beta\bar{\theta}-c(a_1)+\alpha+\beta\tau(a_1+\theta+\mu_1-\bar{\theta})-c(a_2)\end{aligned}$$

医生收入最大化的一阶条件为$\partial R/\partial a_1=\beta\tau-c'(a_1)=0$，即$c'(a_1)=\beta\tau$。由于$C'(a_t)>0$，$C''(a_t)>0$，这意味着医生从第一期开始就会通过努力建立自己的声誉，即便在第二期会放弃努力。而且由于努力成本严格递增，β越大所带来的医生努力程度越高。

附录 2：医生发送信号的分离均衡模型

医生的服务质量 Q 分为高低两种Q_h、Q_l，其可以选择的等级相应分为两种S_h、S_l，假设Q_h=nQ_l，患者根据其等级来判断质量，其愿意支付的价格等于对质量的判断。质量低的医生的无差异曲线比质量高的陡峭，因为其为了晋升等级所需要的成本更高。

令$\mu(s)=\mu(s=l|s)$为当患者看到医生为低等级时认为其服务质量为低的后验概率。

那么精炼贝叶斯均衡可以写为：

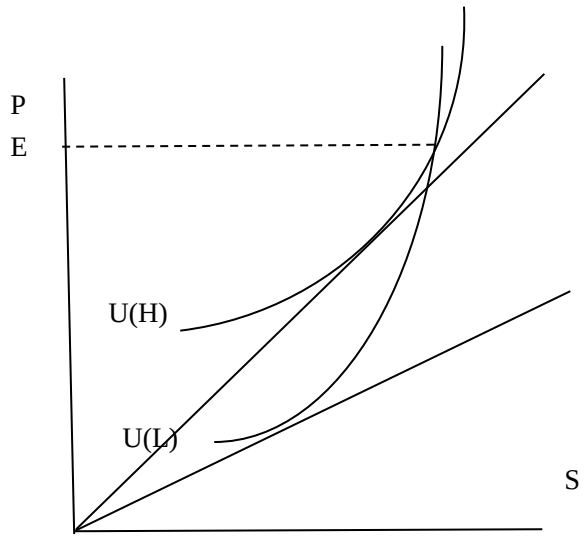
患者预期支付函数 $P(s)$，医生对等级的选择 S，后验概率 $\mu(s)$

给定 $P(s)$、S，最大化其效用 $U_s(P(s),s)$

其中，$P(s)=\mu(s)Q+n(1-\mu(s))Q$

那么，在两条无差异曲线的交点处就有了帕累托分离均衡。以上分析和推导可由图 1.3 来表示。

图 1.3 医生发送信号及市场的分离均衡



说明：如上图所示，U(H)、U(L)分别为高等级医生和低等级医生的效用函数，横轴为医生选择的服务等级，纵轴为患者的预期支付。由于高等级医生技术高，获得收益的成本低，其效用函数要比低等级医生更平缓，即不会因为提高一些服务等级而索要非常高的支付。在均衡点 E 处的右面，低等级的医生如果假扮成高等级医生，他就需要消费者支付非常高的价格才能弥补自己的成本，而消费者此时会选择真正的高等级医生，这样，高等级医生通过发送信号，即通过达到一个较高的医疗等级或评价，就可以将自己和低等级医生区分开来。

第二章　保险制度及其问题

一、保险的目的：消除不确定性，增加效用

1. 理论依据

前面说过，从个人角度看，一个人的得病与否和医疗效果具有奈特所说的不确定性，即不知其概率分布的不确定性。正如奈特所说，“很少有人能够就某一具有惟一性的事例计算出概率。”（第 173 而）但是从整体来看，奈特说，“一类事例中的不确定性要比单个事例中的不确定性更小。”（第 176 页）人群中得病的概率分布，通过统计分析，是大致可预知的，因而又可被称为奈特意义上的“风险”，即预知其概率分布的不确定性。所以奈特建议说，要用“整合”与“专业化”来应对风险。“整合”就是“通过概率归类来减少不确定性”，“专业化”就是“通过选择一些乐于‘承担’不确定性的人来减少不确定性。”（第 176 页）。这正是保险的思路。

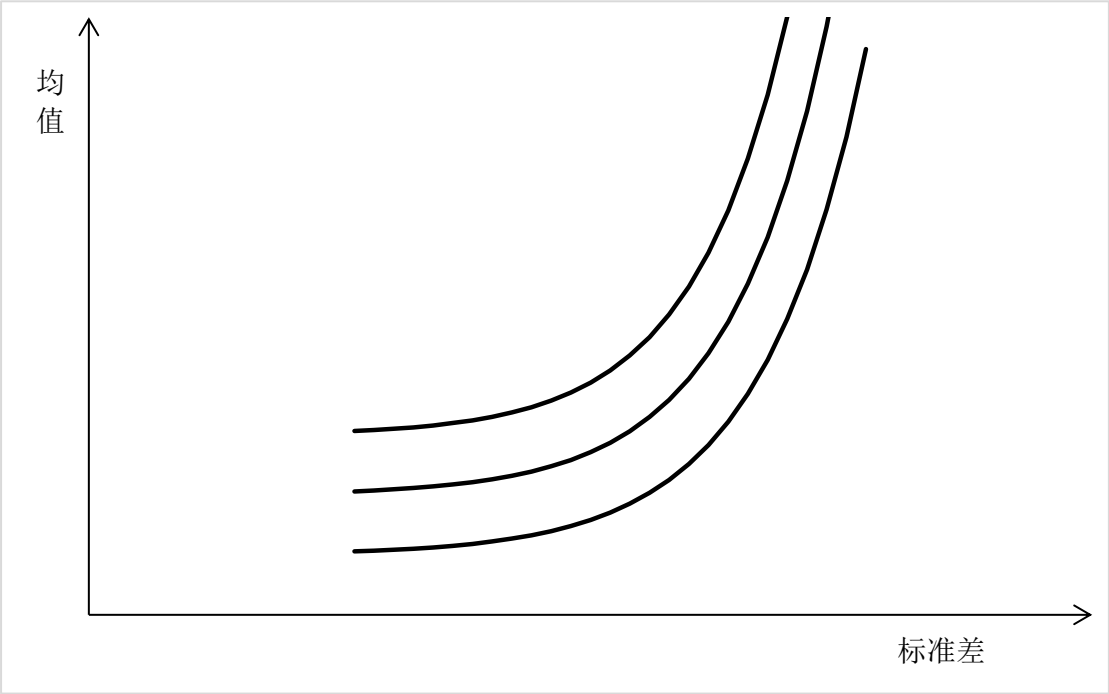
肯尼思. 阿罗说，由于存在着不确定性，由于人们厌恶风险，他们倾向于选择一个确定的收益；而不是一个同等的收益均值，实际收益围绕着这一均值波动。而人们是否得病，以及医疗服务的成本，是比一般产品或服务具有更大的不确定性，所以由一个保险公司或政府提供一种价格确定，但能完全支付以后不可预期的医疗服务费用的保险，将会给每个厌恶风险的人带来福利增量。由于大多数人是厌恶风险的，由于这个保险公司将众多互相独立的个人的一定量的保险金汇集起来，以对付对个人来讲不确定、但从社会来讲呈现出一定概率的风险，则会总体上极大地降低风险，从而使整个社会也会有一个明显的福利增量。这就是医疗保险所依据的基本道理（Arrow, 1963）。

那么，保险所带来的确定性效用是多少呢？根据金融学或保险经济学的研究，这个确定性效用等价于人们愿意为获得这个确定性而放弃的财富的最大数量。具体地说，就是人们原有财富减去愿意为确定性放弃的财富之后的效用，等于原有财富减去不确定的医疗费用后的期望效用。用公式表达，则为：

$$u(w - \pi(\varepsilon)) = Eu(w + \varepsilon)$$

其中，ε 是一个期望值为零的随机变量，它的标准方差代表它的波动幅度，也就用它来衡量风险；π(ε)是为了避免 ε 带来的风险而愿意放弃的财富的最大数量（魏华林，第 50 页）。由于 Eu(w)与 Eu(w＋ε)是相等的，所以 π(ε)就代表了人们愿意为确定性而多付出的货币，我们由此可以衡量确定性的效用。为什么如此呢？ 是因为人们认为一定量的风险要用更多的货币财富来补偿。

图 2. 1 均值与标准差无差异曲线

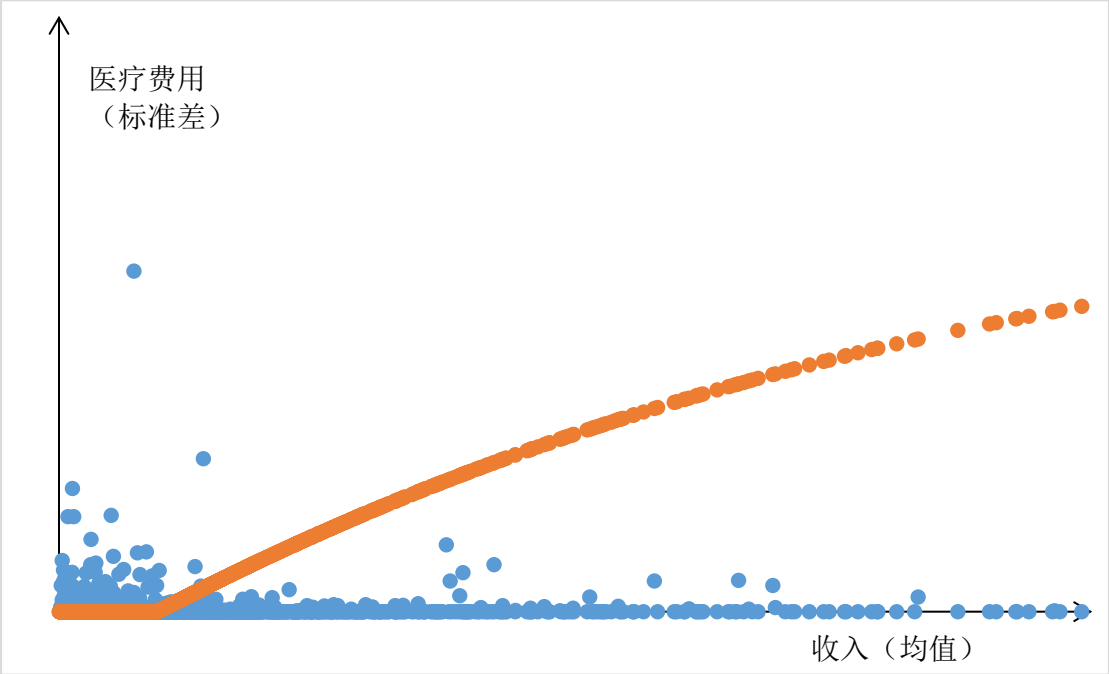


说明：当标准差增大时，意味着风险增大，只有比标准差增大更多提高财富或收入的水平才能弥补不确定性带来的效用损失。

根据这一特性，我们假定人均 GDP 是一个收入均值，平均的医疗费用是一个愿意事先支付的货币量；每个人的实际医疗费用是一个随机变动的量。我们以纵轴表示标准方差，用横轴表示收入额。以人均 GDP 减去平均医疗费用作为可接受的收入值，当标准差增大时，就要求有一定的货币收入作为补偿。我们可以上述可接受的收入值为原点，作一条货币无差异曲线，当医疗费用多一个单位时，收入也多同样多的一个单位。这时从货币角度看，在这条线上的所有点都与上述原点的货币值是一样多的。这是一条向右上倾斜的直线。我们模拟真实的收入概率分布和医疗费用的概率分布用对数正态分布函数作出随机数，在这时利用蒙特卡洛方法，在条线上下两边的医疗费用与这条线垂直相减的差的代数和为零。

但我们知道，由于大多数人倾向于规避风险，一单位的标准方差（即衡量风险的单位）要用多于一单位的货币来弥补，才能在效用上感觉是等价的。因而效用无差异曲线是位于货币无差异曲线下方的，向下弯曲的一条曲线。如下图。在这时利用蒙特卡洛方法，保险带来的确定性效用就表现为在这条线上下两边的医疗费用与这条线垂直相减的差的代数和。这是一个正数。如下图所示。

图 2. 2 医疗费用的对数正态分布随机数和效用无差异曲线



说明：此图的坐标与上图的横纵坐标互换。蓝点是服从对数正态分布产生的随机数，代表不同收入水平的不同的医疗费用；橙色线是效用无差异曲线。由于与上图相转置，所以这条线是向下凹的。

2. 保险好处的直接估计

那么，医疗保险到底能够给消费者带来多少收益，则有直接估算和间接估算两种方法。在直接估算方面，需要了解消费者的效用函数以及风险规避系数。本报告在这里尝试根据直接估计法进一步测算医疗保险的好处。根据学者（王晟、蔡名超 2011 等）对风险规避系数的估计，在投资领域（比如股票），风险规避系数一般在 3 至 6 中间，系数的均值为 5.85。虽然根据前景理论所示，人们面对收益和损失的风险态度是不一样的，即人们面对损失时更偏好风险一些。但是由于人们对于健康比投资更为谨慎（雷晓燕等 2010），那么简单假设认为消费者在医疗领域的风险规避系数为 4。

根据Sharpe（1995）等人的研究，一般将带有风险资产的消费者的效用函数V设为以下形式：

$$V = U_p - 0.5A\sigma_p^{\ 2}$$

$$U_p = wR_m + (1-w)R_f$$

$$\sigma_p^{\ 2} = w^2\sigma_m^{\ 2} + (1-w^2)\sigma_f^{\ 2} + 2w(1-w)\sigma_{mf}$$

$$V = wR_m + (1-w)R_f - 0.5Aw^2\sigma_m^{\ 2}$$

其中，U_p是资产组合的期望收益。R_m、R_f是风险资产期望收益和无风险资产收益。w是不同资产配置比例。

对于医疗市场而言，资产的配置就是买或者不买保险。

假设购买保险后医保机构全额赔付，消费者财富为年平均GDP，那么如果购买了医疗保险，消费者的收入则被确定了，即消费者的效用V退化为人均GDP减去医保费用。根据统计数据，2013年人均医疗费用约为人均GDP的5%，所以假定此为全额医保的费用。本课题的医疗数据来自于charls调查2013，所以人均GDP使用2013年的43320元为计算标准，减去5%，即购买保险的确定性效用为41154元。

如果消费者没有购买保险，那么消费者相当于配置了一件风险负资产，其配置份额为发病概率和预期医疗费用的乘积。消费者的效用函数可用公式 $V = wR_m + (1-w)R_f - 0.5Aw^2\sigma_m^{\ 2}$ 来表达。其中，根据 charls2013 的样本数据，可知一个人一年中得病住院（不包括门诊）的概率，即 w 为 0.034，大病费用的均值，即 R_m 为-18854 元，方差 σ_m 为 1120。又知道 R_f 为人均 GDP（2013 年人均 GDP），系数 A 为 4。将以上参数一一代入，可得不买医疗保险的效用为

$$V = wR_m + (1-w)R_f - 0.5Aw^2\sigma_m^2$$
$$= 0.034(-18854) + 0.966(43320) - 0.5\times4\times0.034^2 \times1120^2 = 38306$$

那么，购买保险比不购买保险获得的收益多 2847 元，此数值占人均 GDP 的比例为 6.57%。考虑到保险的实际支付率在 50%左右，所以，我们估计在我国医疗保险带来的好处约为人均 GDP 的 3.28%。当然，这一估计只能是一个参照。

3. 保险好处的间接估计

在实际中，我们很难直接估计确定性的效用。好在我们可以间接估计。例如，如果有一个理想的保险市场，没有任何其它力量的干预，每个人独立决定以什么样的价格购买保险。这时由市场形成的保险价格就可以间接告诉我们确定性效用是多少。但现在几乎没有这样的市场。我们要考虑从其它方面获得信息,如人们往往通过有无保险人群之间的消费差异来判断医疗保险的好处。

在间接估算方面，根据一些学者的测算（甘犁、刘国恩 2010，臧文斌、刘国恩 2012，李晓嘉 2014，朱铭来 2014 等），表明有医疗保险的家庭对非医疗消费品的支出增加比例为 7%至 13%之间。而白崇恩等的研究则发现，医疗保险给农民带来约 5.6%的非医疗消费增加（2012），扣除政府补贴的收入效应（17 元），非医疗消费约增加了 5%。因为我国农民的收入水平相对处于较低的位置，而保险带来的对消费的影响会随着的收入水平的提高而减少，白崇恩等人的估计可能更为可信。然而，他们的数据较早，最晚是 2006 年的数据，而我们知道，随着新农合的发展保险报销支付率在上升。所以我们选取 5%~13%的中间值，9%作为保险带来的好处的估计。根据《国家统计年鉴》和《中国卫生年鉴》的数据，2014 年我国居民人均非医疗消费支出占人均 GDP 的比重约为 25%，医疗保险为消费者带来了相当于人均 GDP2.25%的收益。

综上所述，在具体数值上，**本报告认为保险带来的好处约为GDP的2.25%，这大约相当于人均医疗费用的44.3%。**含义是，人们支付保险除了获得医疗费用的报销以外，还由于获得了确定性，而享受了相当于全部医疗费用44.3%的确定性效用。

二、以往对保险制度问题的认识与批评

1. 道德风险

阿罗也同时看到，保险也会带来一些负面的效果和额外成本。首先是道德风险，即人们会在有保险的情况下，采取各种方法尽可能地多获得保险的赔付。更多的文献则详细讨论了保险问题当中存在的欺诈现象。

2. 逆向选择

斯蒂格利茨（1973）指出的保险市场本身具有逆向选择问题，即在单一标准下，较健康人群不参保，而较不健康人群积极参保的问题。

逆向选择的逻辑是，如果最健康的人不参加保险，则保险的价格就要向上调整；但这样一来，次健康的人也觉得不值得参保而退出，迫使保险为了平衡收支而再次向上调整价格，又会引致更多的人退出保险。如此循环，保险制度就无法建立。

图洛克认为美国的医疗保险市场的繁荣实际上和政府的干预有关，否则保险市场会因为逆向选择问题而逐渐萎缩（1992）。

3. 机构成本

若要提供保险服务，就要建立保险公司或相当的机构。这些机构就需要有一定的机构成本或管理费用。这本身就抵消了一部分保险所带来的福利增量。更有可能，这些机构还会出现机构臃肿、官僚主义的低效率问题。

皮斯欧文（Spithoven 2009）在比较美国和加拿大的医疗成本时指出，美国的医疗费用高昂的主要在于美国的医疗保险机构繁多，从而带来了高昂的机构成本或管理成本。美国的医疗成本占 GDP 之比高于加拿大 5%个百分点，其中的机构成本占 GDP 的比重要比加拿大高 0.77%至 2.61%。

4. 买方垄断

在庞大的保险公司面对大量医院时，就存在着保险市场的买方垄断。医疗服务和药品的价格不再由市场竞争决定，而是由保险公司决定。但这未必意味着能够医疗服务和药品的价格。相反，有可能存在大保险公司与药品或医疗设备生产巨头的合谋。一方面提高医疗服务与药品价格，另一方面提高保险价格。

如果政府作为医疗保险的强制提供方时，医疗服务的付费方便变成了单一付费人——政府。此时政府处在医疗保险的买方垄断位置，同时保险基金的管理部门具有最大化本部门预算的强烈动机，如果提高医疗保险的缴纳成本低于降低医疗支出的努力成本，政府会比较随意的通过政治程序以提高社会福利的理由提高医疗保险的缴纳数额。

当然，政府作为对社会发展负有责任者，也会有降低保险费用的动机。但这种动机经常对抗不了巨大的利益诱惑。

5. 推动价格上涨

后来的研究（Martin S. Feldstein, 1973）发现医疗保险还存在着增加过度医疗的问题。过度医疗导致对医疗产品和服务总需求的增长，又促进了价格的上升，价格的上升反过来又导致了保险费用的上升。美国的例子似乎证明了这一点。这个以医疗保险为主解决医疗不确定性问题的国家中，医疗费用占 GDP 的比重近些在不断上升，现在已达到 18%的高度。而世界上大多数国家，包括经济领先国家，都在 10%以下。

这还没有穷尽医疗保险的问题。一个最为重要的问题是，当人们购买保险以后，他们的支付方式发生了变化，医疗费用全由保险公司支付，他们就失去了对价格的敏感性。这不仅在总体上推动了对医疗服务的需求，使价格持续上升，而且缺少了对不同医生，不同医疗服务和不同医药产品的分散选择和评价，也就不会形成对这些医生、服务和产品的分别定价，也就不能形成有效的市场相对价格结构，也就不会为这些服务和产品的供给和投资提供正确的价格信号。这会带来资源配置效率的损失。

三、进一步问题的提出：医疗保险制度对市场机制的削弱

1. 保险支付方式带来的问题：失去预算约束，对价格不敏感

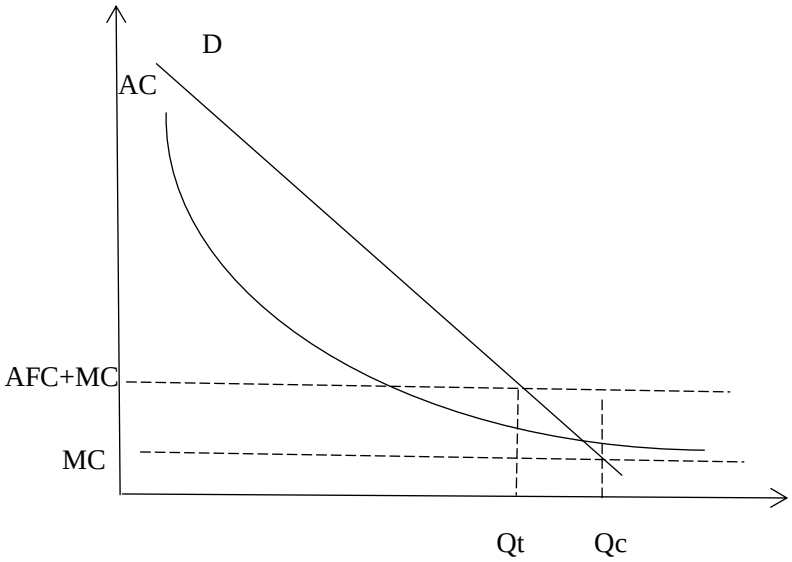
医疗保险制度的基本形式是，人们以一定的价格或者个人购买或者公司代为购买保险产品，这个产品是一份合约，它承诺一旦得病，就会全部或者部分支付看病治疗的费用。在这种基本形式下，有多种不同的变异，如有规定起付线的，有规定上限的，有针对特定病种的，有只支付门诊或住院费用的，等等，这些不同品种都会有与之相应的价格。为了简化，我们只对基本形式进行分析。

当一个人购买了保险产品，就类似于他买了一个较昂贵的消费品，比如汽车。在这之后，购买汽车的成本就是一种沉没成本。他对汽车的使用，主要依赖于对边际成本或曰可变成本的判断。这类似于两部制定价。如果说购买汽车的固定费用对他的决策有什么影响的话，那就是促使他多开车。因为开的里程越多，平均固定费用就越低。而假如他没有买汽车，而是搭乘出租车，他面对的是按里程计价。每公里的单价是由平均固定费用和可变费用（或边际成本）构成的。每多走一公里，他就多付一公里的费用。

剔除司机的成本，将这两种使用汽车的方式对比一下。不同的支付方式会导致他的行为不同。经验告诉我们，自己购车以后的行车里程要显著多于搭乘出租车的里程。如果消费者不再考虑已经购车的固定费用，决定他当下消费的是边际成本或曰可变费用，如汽油等。显

然已购汽车的人使用汽车的边际成本要低于搭乘出租车的边际成本。因而购买汽车的人的行使里程会显著高于搭乘出租车的人。我们也可以推断，购买汽车以后的使用边际成本越低，越会促使人们多开车。

图 2.3 固定成本和可变成本带来的不同消费量



说明：图中，AC 是平均固定成本，MC 是边际成本。AFC+MC 是出租汽车的价格，对应地，消费者使用出租车的消费量为 Qt。而使用自家车的边际成本仅为 MC，对应地，使用自家车的消费量为 Qc，大于 Qt。

问题是，自己购车开与搭乘出租车相比是否更有效？我们做一个更为纯粹的假定。假定租车自驾，按里程的平均固定费用计价，并且假设不存在租车手续，租车与自有车一样方便使用，与自有车自驾相比，哪个更有效率？很显然，租车自驾的边际成本是全成本（平均固定费用加可变费用）的边际成本，而自有车自驾的边际成本则只是作为可变费用的边际成本，所以前者的成本信息更为准确，由该成本决定的行车里程是有效率的，而后者则有多余的行车里程，因而是有效率损失的。

保险也可以被看作是按两部制定价的。消费者预先支付了一笔较高的固定费用，当他生病时，他只支付路程成本和时间，再加上一定限额的自付部分。由于有与上面相类似的原因，他就会对当前的医疗服务与产品有更多但可能是多余的需求，因而会带来效率损失。

这种两部制定价还有一个重要结果，就是在支付了固定费用以后，消费者对边际成本的敏感性降低了。这是因为，支付了高额的固定费用以后，消费者退出的成本上升了。例如，一个买了汽油车的消费者，要想在柴油价格相对于汽油更便宜的时候改用柴油，却因不能轻易地改变他的汽车的发动机，而更容忍汽油相对较高的价格。又如，一个使用燃气的消费者，在电变得更便宜时，也无法轻易地改用电炉，因为他已经为燃气设备支付的较高成本。所以他要对相对较高的燃气价格作出妥协。

保险也有类似的性质。当一个人买了多年保险后，发现保险价格的上涨速度超过自己直接支付医疗费用价格的上涨速度。但他若要退出保险，并由自己承担医疗费用，则要考虑他

已经投入到保险公司的“固定费用”，因而对价格上涨持更为容忍的态度。这也就是降低了消费者对价格的敏感性。

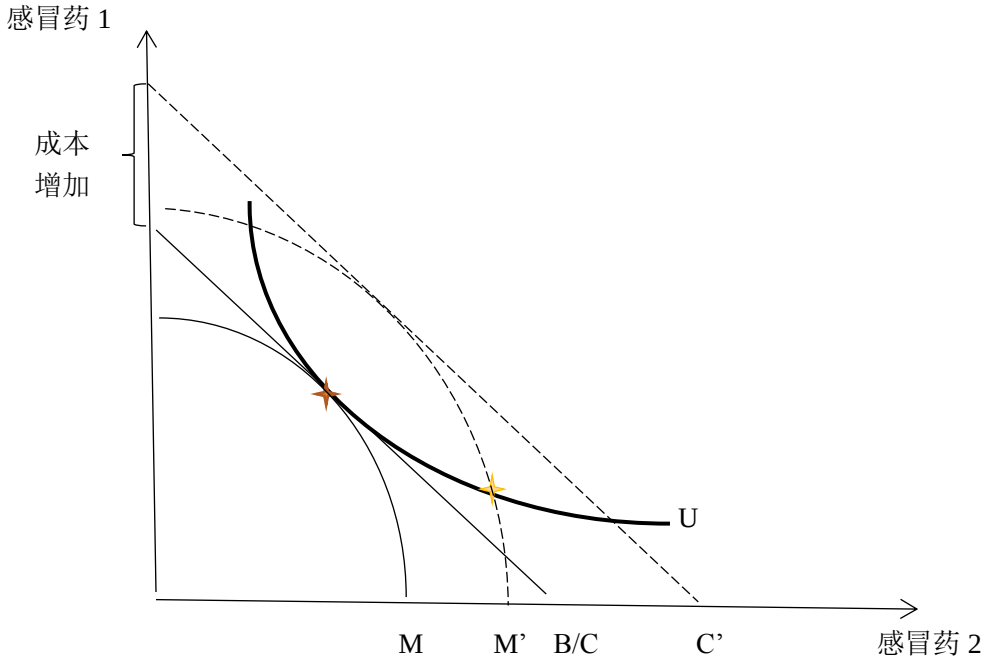
在另一方面，保险与两部制定价的许多商品并不一样。保险是在固定支付一定数额的保费以后，当他有病时，才会享受医疗服务和医药产品；而当他没病时，就不能享受。由于医疗费用由保险公司支付，消费者在不同药品中必然要选择质量或疗效最好的服务或药品，而不考虑价格。这相当于没有了预算约束。因而在这里，消费者对价格毫不敏感，或者说价格弹性很小甚至为零。还有可能，价格弹性为正，即价格越高，需求越多。

2. 预算约束缺位下的成本增加

如果消费者对价格不敏感，价格的变动对消费者的行为就不产生影响；反过来，人的选择不会形成有效率的价格。在这时，价格体系无法形成，或者会形成一个无效率的价格体系。

为了简便，我们假定购买保险不会给消费者带来总效用的增加。首先是保险不会给消费者带来收入的增加。这也符合保险的特性。它只是分担了风险，并没有改变期望收益或期望成本。保险消除了风险，可以视为带来了效用的增加。但本研究的目的不在于此，所以我们假定，单个消费者的总效用不变。

图 2.4 保险带来的生产端的资源配置无效率



说明：本图是两种感冒药的商品组合。U 为效用无差异曲线，B 为预算线；两者之切点（红星）为最佳组合。在这一点，效用与无差异曲线 U 的其它点一样，但成本最低。但有了医疗保险以后，消费者不再受预算线限制，他可以在 U 上任何取一点。假定在黄星那点。为了满足需求，生产可能性边界从 M 向右上移至 M’，其等成本线从 C 移至 C’。在纵轴上或横轴上两者的差距就是增加的成本。这说明，在没有预算约束的情况下，成本增加了但效用没增加，因而是无效率的。

在总效用不变的情况下，不同医疗服务或药品间的替代仍然存在，亦即仍有一个在两种服务或产品间的效用的无差异曲线。但这时，由于医疗服务或产品的费用由保险公司支付，消费者的预算约束不存在了。消费者可以在不同的两商品组合中任选一种，即他可以沿着无差异曲线移动。他所选择的商品组合就未必是在他的预算约束下的商品组合，亦即不是最优的商品组合。

在这时，如果按市场决定的价格比率购买这组商品组合，支出就会超出他原来的预算约束；为了提供这组商品，生产者也要用比在预算约束下的商品组合更多的成本来生产。显然是一种效率损失。

除此之外，消费者在有医疗保险的情况下，要么会增加服务和药品的消费量，要么会选择价格更贵的服务和药品。在相同治疗效果下，消费者如果选择价格更高的药，这意味着低成本的药品反而被逐出了市场，这是一个劣币驱逐良币的过程。

在市场价格其作用的情况下，社会资源会最优地配置到药品和其他产品的生产中去。而由于保险的作用带来了对药品的过度需求，从而使得社会需要增加更多的生产成本满足药品的生产，同时减少了对与其他产品的生产。

3. 医疗服务或药品在消费者之间的分布无效率

根据微观经济学的经典理论，当两种商品在两个消费者之间的效用边际替代率，或两种商品的效用边际替代率在两个消费者之间相等时，这两种商品在这两个消费者之间的配置是最佳的。这种情况可以推广到任何两个人之间。在一个社会中，只有当任意两个消费者之间的两种商品的边际替代率相等时，整个社会对这两种商品的配置达到最佳。

要注意的是，这种最佳配置只有通过市场中任意两两人之间的交易，并形成和改变价格，通过一个过程才能实现。在这一过程中，价格，即两种商品之间的比价会随着交易的调整而变化。如，当消费者甲的两商品的边际转换率不同于消费者乙时，甲乙双方就会通过交易调整他们持有的两商品的比率，使得各自的边际替代率发生变化，最后趋向一致。在这时，两种商品的效用的边际替代率就等于两种商品的比价。即：

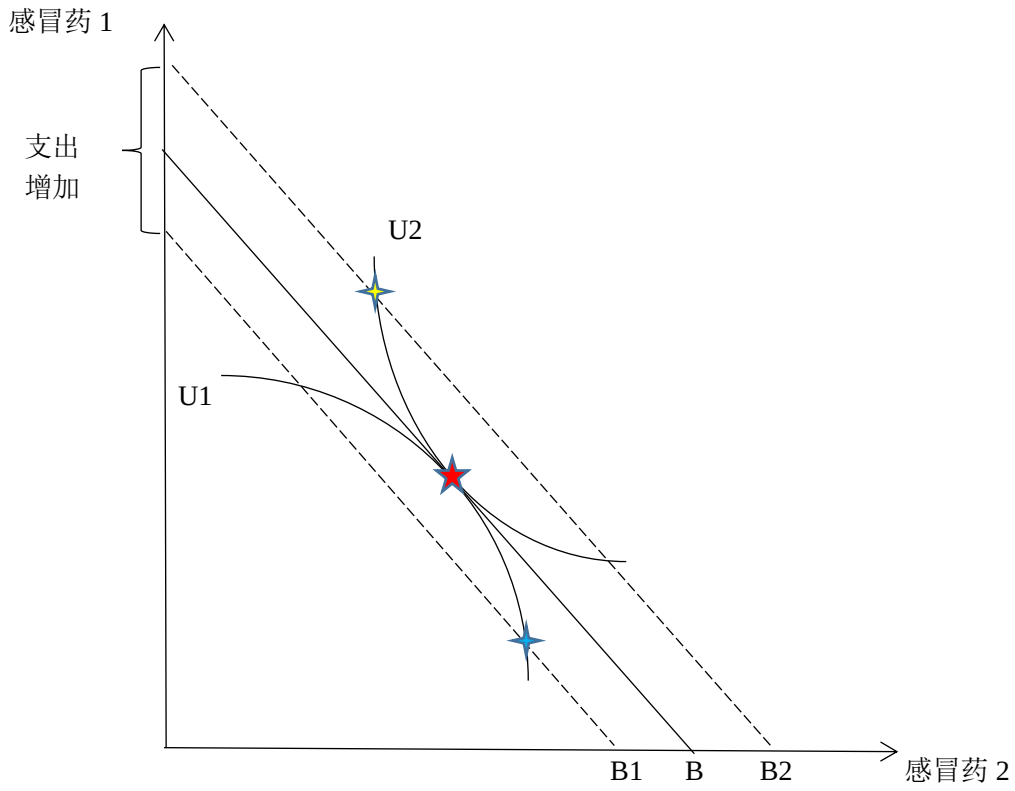
$$dx1/dy1 \neq dx2/dy2 \quad \rightarrow \quad dx1/dy1 = dx2/dy2 = p_x/p_y$$

其中，dx1，dy1，dx2，dy2，分别是消费者甲消费第一种商品和第二种商品的边际效用，消费者乙消费第一种商品和第二种商品的边际效用。p_x 和 p_y 分别是第一种和第二种商品的价格。

然而，当消费者购买了医疗保险以后，由于没有了预算约束，消费者不会根据现有比价去调整自己的消费组合，他们选择的消费组合也不会影响价格，因而市场对医疗服务和药品在个人间的有效配置功能不存在了。

当甲和乙没有通过交易的互动，将各自的商品组合调整到最佳组合时，从市场制度的角度看，若要购买他们选择的商品组合，就要支付更多。见下图及说明。这显然是一种效率损失。

图 2.5 保险带来的消费端的资源配置无效率



说明：U1 和 U2 为消费者甲和消费者乙的效用无差异曲线，他们在感冒药 1 和感冒药 2 之间选择一个组合。两个无差异曲线相切于红星，两者的预算线是一样的，与这点相切，在这时两种感冒药在两者之间的配置达到最佳。然而，由于保险后预算线不再起作用，甲和乙都会偏离红星，在 U1 和 U2 上移动，比如甲移动到蓝星，乙移动到黄星，这时，如果按没有保险时的价格计算，甲的预算线移动到了 B1（注意，甲的预算是从右到左变大），乙的预算移动到了 B2，支出都变多了；社会的总支出也变多了。而总效用没变，所以这是一种效率损失。

4. 需求结构的扭曲对价格体系的影响，以及对效率的影响

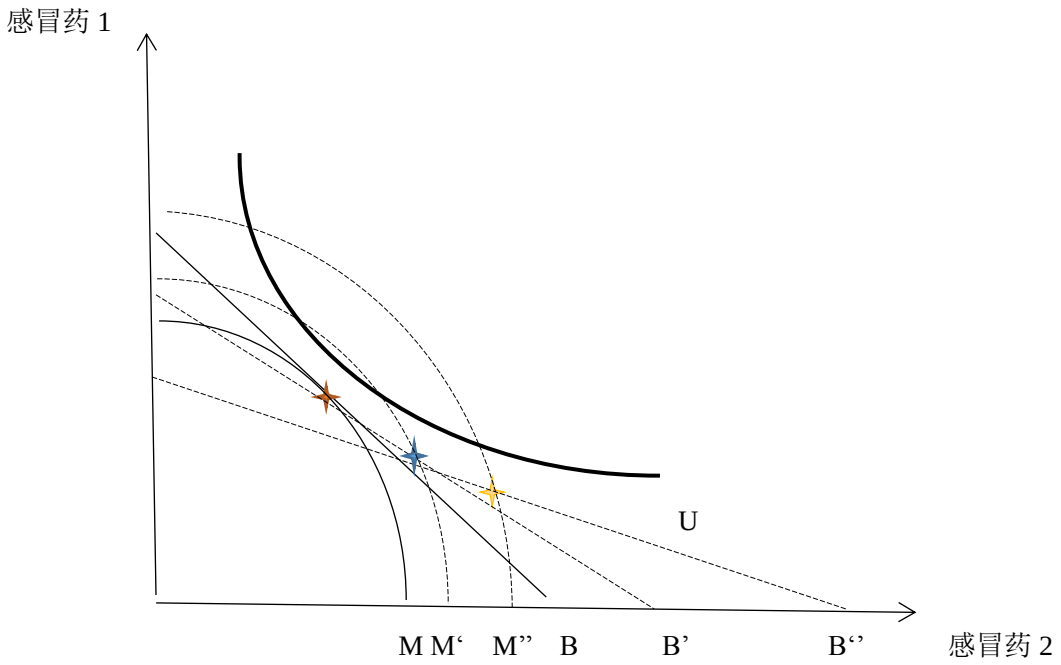
我们知道，价格形成过程，是众多消费者进行成千上万次分散的交易，形成任何两种产品或服务的边际替代率相等的需求结构，而众多生产者则根据这种需求结构，采用边际转换率都相等的任两种生产要素组合进行生产，在这时，价格就被边际替代率等于边际转换率的那一点决定了。这一价格就是最优价格。

由于消费者在购买保险以后并不受预算的约束进行选择，导致他们选择的医疗服务或药品组合偏离最优的组合，也导致他们之间的医疗服务或药品配置偏离最优的配置，最后会形成一种需求结构，它也偏离最优的需求结构。为了满足这一需求结构，生产结构也随之变化。

在这样一组需求结构和生产结构的互动中，也会形成一个价格结构，这个价格结构很显然是偏离了最优的价格结构。

而这种明显扭曲的价格结构，又成为整个产业进行生产和投资的参照，结果是整个产业的资源配置都是错的。效率降低，资源被浪费。那么，扭曲的价格会带来多少效率损失呢？

图 2.6 价格扭曲带来的效率损失



说明：当众多消费者从最佳均衡点红星移动到蓝星后，感冒药 1 与感冒药 2 的相对价格就从 B 移动到了 B’，而再移动到更远的黄星处，则相对价格就移动到更偏离的 B”。而同时，生产可能性边界从 M 移动到 M’，再移动到 M”，即生产成本增大，再增大。因而，价格偏离程度与成本增大程度有正相关关系。价格越偏离，成本越增加。在效用水平不变时，成本增大就是租值消散。

张五常曾说，市价没有租值消散。反过来说，凡是对市场价格的偏离，都会带来租值消散。消散的程度或数量大约等于偏离的程度。例如，由于政府的价格管制，价格被压低到市场价格的 60%处，那么效率损失是多少呢？张五常回答说，政府压低的部分都是租值消散。因为价格被强制压低的部分相当于给消费者同等数量的利益。但这利益是无主的。既然是无主的，消费者之间就会为获得这些利益而竞争。他们排队，或支付较高的互补产品的价格，（如在房租被管制的时候，就支付较高的租用家具的租金，以弥补房租的损失。）在竞争中，就把价格管制带来的好处全给消散掉了。

我们将保险带来的价格扭曲倒过来看，与上述价格管制也有类似之处。我们将最后形成的价格扭曲类比于价格管制，即偏离市场均衡价格的价格，我们在前面的分析中已经发现，这一价格伴随着更多的生产成本，这本身已经是租值消散了。而本来较少的生产成本也能提供同样的效用水平。因而，由于购买保险而带来的租值，即支付医药费用不受收入的约束，在社会层次就消散掉了。

如果我们将张五常的“市价没有租值消散”倒过来理解为，凡是偏离市场价格的扭曲价格都会将偏离部分的租值消散了；再根据张五常的另一个判断，“交易费用等于租值消散”，我们大致可以估计保险带来的价格扭曲的效率损失。即价格偏离程度就是租值消散的程度；租值消散的程度就是交易费用的数额。例如，如果价格偏离 20%，租值消散就相当于全部市价的 20%；同时租值消散等于交易费用，因而全部损失相当于市价的 40%。从经验上，我们可以将租值消散看作是因价格扭曲而导致的资源配置效率降低带来的损失，如上面的分析所揭示的那样；而交易费用的增加则是因为价格扭曲而导致交易行为的扭曲，如当扭曲价格低于市场价格时，就是排队购买；而当价格高于市场价格时，则供给者又会增大销售成本。

从整个医疗领域看，价格偏离并不是个别现象，由于消费者对所有医疗服务和药品的选择都不受预算约束，因此价格偏离是系统性现象。实际上，只要有一对商品组合偏离市场均衡价格，就有 N-1 对商品组合偏离均衡价格。N 在这里是全部服务和产品的数量。如果这对商品组合的价格偏离了 20%，那么整个医疗领域 N-1 对商品组合也都偏离了 20%，效率损失也就也就达到了 40%。

而整个医疗领域，应有 N（N-1）/2 对商品组合。我们可以推测，除了极个别情况，有保险的消费者选择的商品组合正好与最佳组合重合的情况，基本上是不存在的。也就是说，在大多数情况下，每对商品的相对价格都偏离了市场均衡价格。如果每对商品的相对价格偏离 20%，那么整个医疗领域的价格偏离就会远远大于 20%，效率损失也会远远大于 40%。

四、 保险悖论：保险没有减少反而增加了医疗成本

1. 保险制度使需求函数发生变化：弯折的需求曲线

如前所述，患者对于医疗服务的需求从经济技术角度来看是趋近于零的；而一些研究表明，由于保险的存在使得病人的医疗需求更有弹性。如兰德公司的保险实验发现，保险中的共付率“对平均医疗花费的影响相当大”；从 95%的共付率到免费或零共付率，“家庭平均医疗费用上升了近 50%，从 679 美元上升至 982 美元。”（富兰德等，2010，第 243~244 页）下表是兰德实验的数据。

表 2.1 兰德健康保险实验对每年平均医疗服务利用影响的总结

保险计划	利用的可能性（%）	住院一次及以上（%）	总费用（以 1991 年美元计）
免费	86.8	10.3	982.0
家庭付费			
25%	78.8	8.4	831.0
50%	77.2	7.2	884.0
95%	72.3	9.6	797.0
个人起付线	72.3	9.6	797.0

数据来源：转引自富兰德等，2010，第 243 页。

值得注意的是，这种需求弹性是对共付率的弹性，而不是对价格的弹性。消费者在购买保险后，已经支付的费用相当于沉没成本，当他们得病并进行治疗时，他们考虑的是边际成本。一般而言，除了他们看病所耗费的时间外，边际成本主要指的是他们在保险制度下的自己支付的部分，这一部分占全部医疗费用的比率，我们称为共付率。但人们购买了保险以后，就只将注意力放在自付的部分上。即使在实际医疗费用一样的情况下，共付率的不同会导致人们不同的反应。

利用中国健康与养老追踪调查（China Health and Retirement Longitudinal Study，CHARLS）的数据，该调查提供 4496 人的 2011 年、2013 年和 2015 年三年的微观数据[1]，可以回归得出与上面兰德实验类似的结论。医疗费用与共付率的关系可以用如下公式表示：

$C = 1419.4 - 902.95\alpha$

其中 α 为共付率，$0 \le \alpha \le 1$。

表 2.2 CHARLS 数据的结果

共付率	医疗费用
0	1419.4
25%	1193.7
50%	967.9
75%	742.2
100%	516.5

如果我国的平均共付率为 50%，则有保险的人要比没有保险的人多花费 87%的医疗费用。事实很清楚简单。

不过我们要注意，保险制度下的共付率下降并不等价于价格下降。如果从作为宏观后果的名义价格来看，价格是上升的。这重新构造了消费者对医疗的需求函数。

我们继续利用 CHARLS 提供的微观数据回归有无保险的线性需求函数[2]，

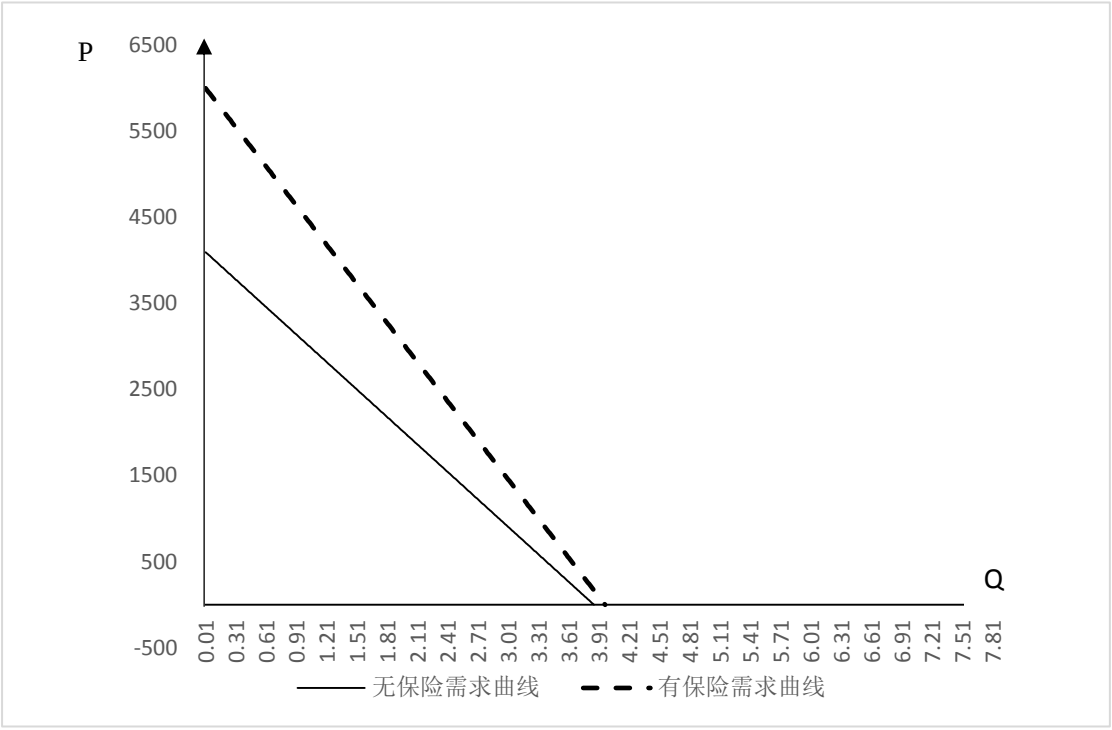
当无保险时，$q = 3.86 - 0.00094\,p$，平均次数 3.71，平均支出 159.9 元。
当有保险时，$q = 3.97 - 0.00066\,p$，平均次数 3.73，平均支出 369.4 元。

作图如下

图 2.7　利用 CHARLS 数据得出的无保险需求函数和有保险需求函数曲线

[1] 数据来源于 2011、2013、2015 年 CHARLS 调查当中“上月多次去过门诊”的样本。由于调查间隔有两年，而且记录的是调查当月的上月统计，仅有少部分样本在连续三次调查当中都有记录，不宜视作面板，因此这里采用了混合截面方法处理数据。本节下文的数据来源及处理方法与此处相同。

[2] 这里同样使用某月多次在门诊就医的微观数据，为了简单起见，需求函数当中的价格为次均价格，数量为门诊次数。



上图直观地说明，医疗保险带来了个人门诊需求的两个重要变化。第一是整个需求曲线右移，这意味着收入的增加，但这种增多的收入不能用于购买其它商品；但右移的幅度是很小的，在横轴上的截矩几乎在一个点上，微小的距离可以认为是误差所至。第二的特点就是有保险的需求曲线向右转动了一个角度，即斜率更小了，价格弹性更小了。

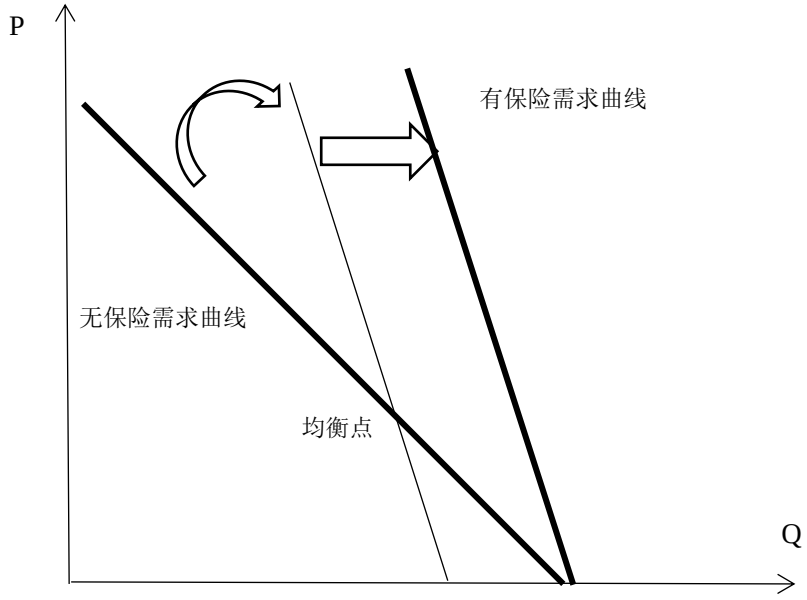
2．保险效用的两个组成部分

到底是因为有了保险支付使实际价格显得更便宜了，还是因为有了保险的支持使消费者认为自己收入增加了，似乎很难判断。在这里，我们套用斯勒茨基方程的方法，也许能够稍微理清问题。图 1 与斯勒茨基用来分析两商品比价变动的图形如出一辙。只要我们把价格看作是一种标准商品，就可以用斯勒茨基方法来分析。图 1 中有保险需求曲线这样的旋转，可以看作是横轴上的每一次医疗服务更贵了，也可以说纵轴上的货币更便宜了。

我们也可以借用斯勒茨基方程，估算出替代效应和收入效应。根据上述 CHARLS 数据，无保险人群的平均门诊支出（159.9 元）和平均看病次数（3.71），有保险人群的平均支出（369.4 元）和平均次数（3.73），我们以无保险人群的平均支出与平均次数为均衡点[3]，按有保险的平均支出估算替代效应，约为 2.11 次，为保持在无保险时的就医次数，需要增加 779 元的支出；而收入效应为 0.02 次，又需要增加支出 7.4 元。总共需要增加 787 元的支出。换句话说，消费者增加支出 779 元以使需求曲线以无保险均衡点为轴心向右转动，再增加支出 7.4 元，使需求曲线平行右移。具体见下图：

图 2.8 有无保险的需求函数的替代效应和收入效应

[3] 平均支出与平均次数所在的点并非完全等价于均衡点。由于无法得知具体的供给曲线，为了简单起见，在这里用平均值代替均衡值。



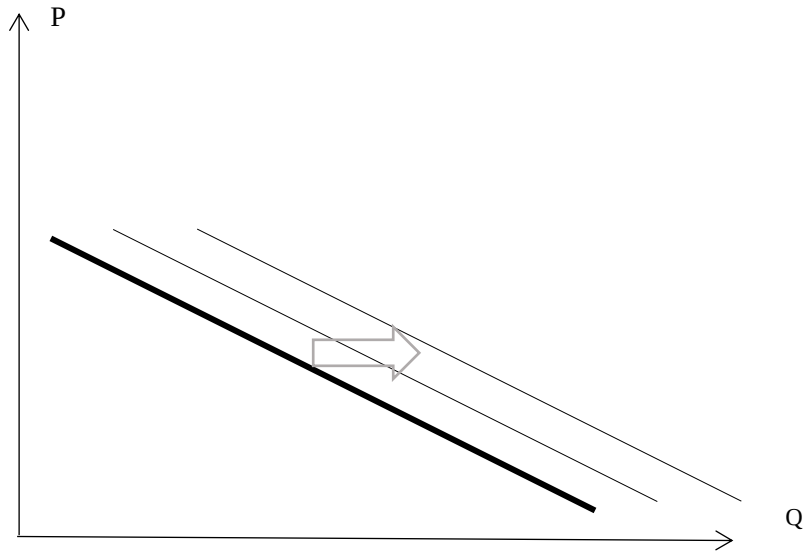
而增加支出就意味着消费者要增加收入以抵偿支出的增加。所以反过来看，斯勒茨基的替代效应和收入效应在这里都是要由收入增加支撑的。而所谓“收入增加”，在保险制度下就是因为有保险公司的报销，共付率的下降而产生的“收入幻觉”。之所以有这种幻觉，是因为消费者把已经支付过的购买保险的支出看作是沉没成本，在面对现实的医疗费用时则考虑的是当下的边际成本。由于有了保险公司的报销，就相当于价格降低了，在斯勒茨基方程的意义下也相当于收入增加。之所以称之为“幻觉”，是因为消费者其实已经为保险公司的报销支付过费用了，并非真实的收入增加。

实际上在保险制度的情况下，与斯勒茨基方程描述的情形是不同的。后者是假定价格发生变化后，对消费者的影响；而前者是因为消费者本身的收入幻觉导致了价格和数量的变化。只是这里所说的消费者不是一个消费者，而是成千上万个消费者。当他们加入保险制度后，共同产生的收入幻觉会形成一种改变市场价格的巨大力量。2016 年，我国居民从医疗保险系统中获得赔付约为 14783 亿元（其中也包含了政府补贴），如此大的货币量被消费者作为有幻觉的“收入”来支出，就会整体提高医药市场的价格水平和数量水平。

这种收入幻觉又可称为“保险幻觉”或“保险效用”，就是消费者对共付率的两种反应，因而保险效用来源于两方面：一是因感觉到收入增加而增加了对医药的需求，即为 U1；二是认为贵的药品能够带来的边际收益高，其消费者剩余要远大于较便宜的医药，且保险报销的数额也大于较便宜的药品，这也是一种“效用”，记为 U2。U1 和 U2 两部分构成了保险效用。

我们先看第一类。人们参加保险后发现，过去购买满足“治愈”的量的医疗服务或药品，现在可以部分地或全部地由保险报销。相当于他们的收入增加，他们就可能愿意购买更多的量，以前不去医院的“小病”现在也可以去了，还可以用于家庭备用，或送给亲戚朋友等。这是在不改变相对价格情况下的需求增加。见下图。

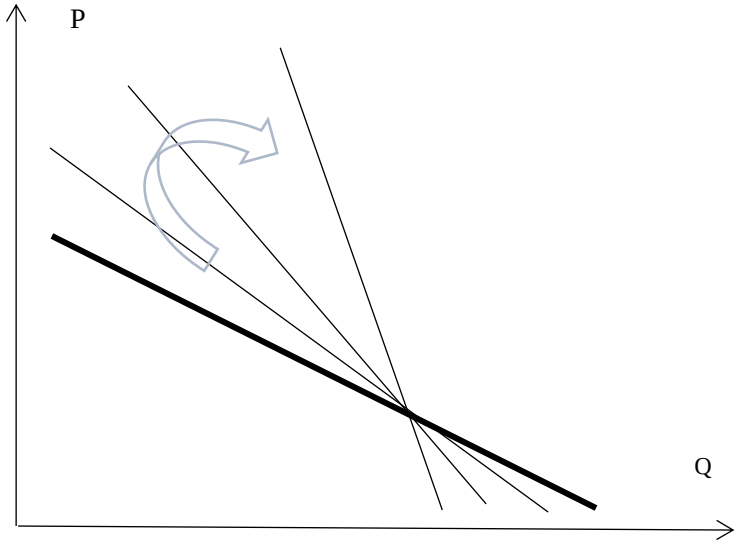
图 2.9 共付率变化对效用曲线的影响示意图（1）



说明：图中，粗线是没有保险时的需求曲线。在参加保险后，因共付率下降产生的收入效应，使消费者愿意在原来同样的价格下购买更多的医疗服务或药品。

我们再看第二类保险效用。由于医疗费用会部分地甚至全部由保险报销，人们可能就会选择更贵的服务或产品。在这时，需求曲线随着共付率的减少而向上倾斜，价格弹性也会随之减小。见下图。

图 2.10 共付率变化对效用曲线的影响示意图（2）



说明：人们参加保险后，由于部分地甚至全部地由保险支付，随着人们共付率的降低，他们愿意购买更贵的药品。形成向右旋转、向上倾斜的需求曲线。

在实际中，这两种保险效用会综合地体现出来，即在同一价格下，有保险的人比无保险的人倾向于买多；在同一数量下有保险的人比无保险的人倾向于买贵。这种判断得到了 CHARLS 数据的支持。

3．关于保险会同比提升价格水平的假说

根据上一节的讨论，我们可以把保险制度带来的消费者需求函数的变化，以及对总体市场的价格和数量水平的影响进行更为一般化的分析。在这里，我们提出有关价格水平的“保险悖论”，即医疗保险推高了医药的市场价格。描述保险制度的核心因素是共付率，在供给垄断条件下，其推高的倍数为保险共付率的倒数。我们将会发现，将共付率加入到需求函数中，将会产生的结果与前面 CHARLS 数据回归的需求函数，以及斯勒茨基方程描述的情形颇为一致。

证明：

假设市场上有 N 个消费者，其个人的需求函数为：

$$Q_i = a_i - b_i P$$

其中，b_i 为斜率，它与点弹性（E）的关系是：$b_i = E^* Q/P$；

约束条件为：

$$0.4 I_i \geq Q_i P$$

其中，Q_i 包含 Q_{0i} ，Q_{0i} 是消费者 i 的真实的缺乏弹性的医疗需求；

I_i 为消费者 i 的收入，该公式意为消费者 i 的医疗费用不应超过他当年收入的 40%，否则就会被看作是超出了他的支付能力。

需求的价格函数为：

$$P = (a_i - Q_i) / b_i \ ,$$

消费者面对市场价格做个人决策，并不考虑自己的选择对市场的影响。那么，市场的需求曲线则为单个消费者的加总，

$$D = \Sigma Q_i$$

特别地，当无保险时，

$$\Sigma Q_{0i} = Q_0$$

其中，Q_0 是 N 人缺乏弹性的医疗需求的累加。

假设市场供给函数为

$S = Q_0$ ，当无保险时；

$S = Q_0 + eP$，当有保险时。

市场价格为市场供需的函数，

$$P = f(D, S)$$

在无保险情况下，当市场均衡时，

$$S = D = Q_0$$

$$P = c$$

其中，c 为完全竞争条件下的边际成本，表现为一条水平直线。

由于我们主要讨论供需在有保险条件下的问题，所以我们只用当 $S \geq Q_0$ 时的供给函数，

$S = Q_0 + eP$。

其价格函数为：

$$P = (S - Q_0)/e$$

则，该市场描述为：

$$Q_i = a_i - b_i P$$

$$D = \Sigma Q_i = \Sigma (a_i - b_i P)$$

$S = Q_0 + eP$，

$P = f(D, S)$

市场均衡时，市场价格为:

$P = (\Sigma Qi - Q_0) / e$

假定在医疗保险的条件下，在每一价格下患者的共付率为 α，$0 \le \alpha \le 1$，则个人需求的价格函数为：

$$P_r \alpha = (a_i - Q_i) / b_i \qquad (1)$$

这相当于价格降低为原来的 α 倍，即小于原价格的一个数。根据斯勒茨基方程，这也可以被理解为收入增加了，它使得无保险时的需求函数的弹性或斜率变小，如下式所示。因 α 小于 1，所以 αb_i 小于 b_i 。

$$P_u = (a_i - Q_i) / \alpha b_i \qquad (2)$$

因为直观地，$1/\alpha b_i > 1/b_i$ ，前者是后者的 $1/\alpha$，也就是：

$$P_u / P_r = 1/\alpha$$

在这里，P_u 为保险制度下的市场价格。

如果每个消费者都参加了保险，则市场需求则是他们各自需求的累加：

$$D = \Sigma Q_i = \Sigma (a_i - \alpha b_i P_u)$$

假定：

$A = \Sigma a_i \qquad i = 1,2,3,4,\ldots\ldots$，N

$b = \Sigma b_i$

上式可改写为：

$D = A - \alpha b P_u$

市场均衡时, $S = D$，则有：

$$\boldsymbol{P_u = (A - Q_0) / (e + \alpha b)} \qquad (3)$$

显然，当 $e = 0$ 时，即完全垄断时，价格严格决定于共付率的倒数，$1/\alpha$。

保险下的价格水平与无保险的价格水平之比：

$$r_p = P_u / P_r = [(A - Q_0) / (e + \alpha b)] * [(e + b) / (A - Q_0)] = (e + b) / (e + \alpha b)$$

即：

$$\boldsymbol{r_p = (e + b) / (e + \alpha b)} \qquad (4)$$

在这里，e 是供给函数的斜率，当 $e = 0$ 时，表示供给是完全垄断的。

这时，$\boldsymbol{r_p = 1/\alpha}$；即保险后的医药价格是共付率的倒数。

验证一下。利用前面用 CHARLS 数据回归得出的无保险时的需求函数 q= 3.86－0.00094 p，采用 b_i= －0.00094。将样本 4496 人横向累加成市场需求函数，代入式（3），则有：

A =3.97×4496＝17355，

b =0.00094×4496＝4.23，

Q_0 =3.71×4496＝16680，

假设 $e = 0$，则有：

P_u=（17355－16680）/(4.23α)

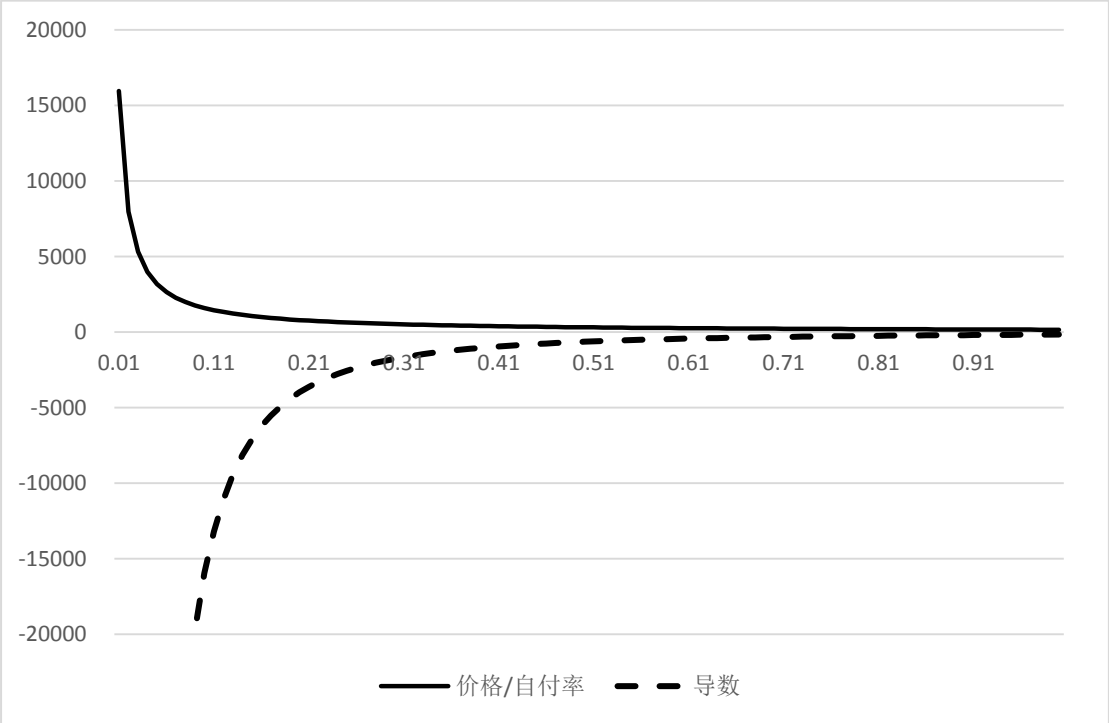
很显然，α ＝0.25 时的价格是 α ＝1 时的 4 倍。

其导数是：

P_u'= －7500/(47α^2)

其图形如下：

图 2.11 共付率（%）对价格的影响及其导数



上图的含义是，式（3）表明，随着共付率 α 从 1 向 0 减小，价格会上升。尤其是在接近零的时候更是如此。见图中实线。纵坐标可理解为是以元为单位的价格。上图中的虚线表

示的式（3）的导数，它说明，随着共付率 α 趋向零，价格会更快的上升，尤其是约在 α = 0.5 的点后再向左移动，价格变动会更快；低于 0.25 后，价格急剧上升。

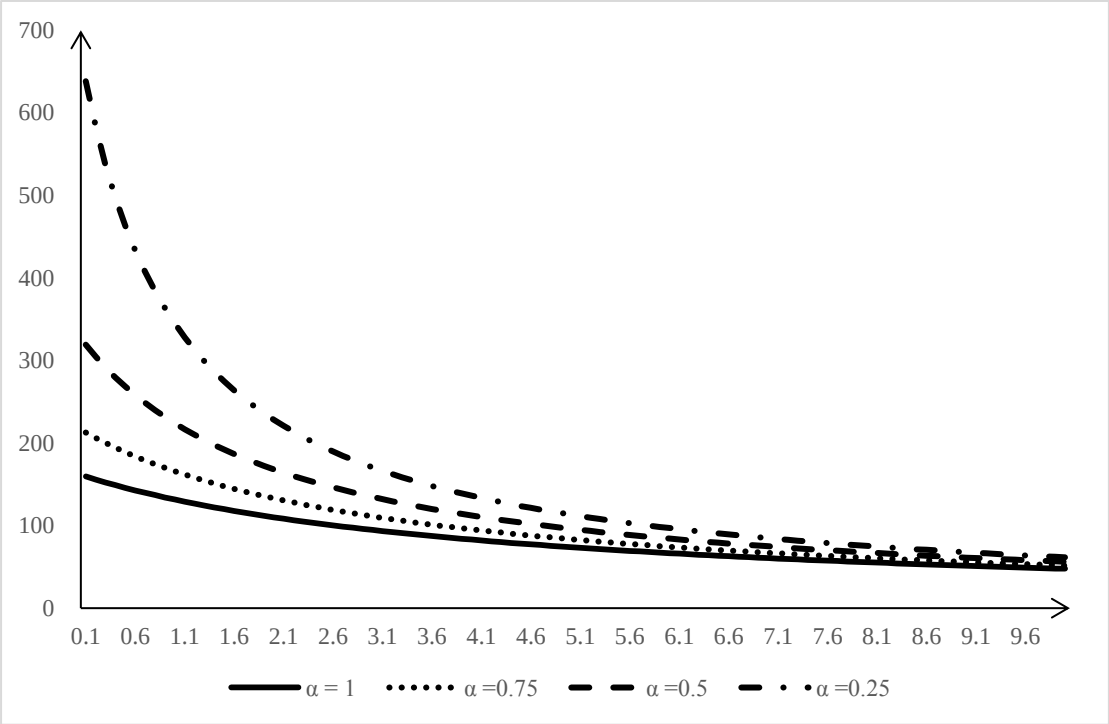
供给函数的斜率 e 反映了供给的垄断程度；e 越大，竞争程度越高；e 越小，垄断程度越高。我们再看一下，供给函数的斜率变动，在不同共付率下对价格的影响。

利用上面的需求函数，假定供给函数的斜率 e 在 0 与 10 之间变动，共付率 α 分别为 100%，75%，50%，25%，则：

$P_u(1)=675/(e+4.23)$
$P_u(0.75)=675/(e+0.75\times4.23)$
$P_u(0.5)=675/(e+0.5\times4.23)$
$P_u(0.25)=675/(e+0.25\times4.23)$

供给函数的斜率 e 在 0 到 10 区间内的变化对价格水平的影响如下图。

图 2.12 不同的垄断程度（e）下，共付率与价格的关系



说明：图中，横轴为供给函数的斜率 e，$0 \leqslant e \leqslant 10$。纵轴为价格水平。

上图说明，e 越接近 0，供给越是垄断，价格水平越来越高；当 $e=0$ 时，价格水平为共付率 α=100%时的 $1/\alpha$ 倍。这与前面的结论一致。当 $e>0$ 并逐渐变大，因共付率变小而引起的价格水平上涨的现象就会减弱，这时价格水平相当于共付率 α=100%时的 $1/\alpha*1/(e/\alpha+b)$ 倍。只要 $1/(e/\alpha+b)>1$，这种情况就会存在。

另一方面，上图也说明，共付率降得越低，垄断带来的价格水平上涨就更显著。共付率越低，价格水平越高。

4. 保险带来的过度医疗的数量分析

上一节我们曾假定，如果共付率较低，消费者更倾向于“多买”，即过度医疗。现在我们根据上一节发展的方法，分析一下过度医疗的数量。

我们已经有需求函数和供给函数：

$P_r = (A - D) / b$

$P_r = (S - Q_0)/e$

保险的共付率 α 影响了需求函数，这组函数为：

$P_u = (A - D) / \alpha b$

$P_u = (S - Q_0)/e$

市场均衡时，$S = D$，上组公式改写为：

$P_u = (A - Q) / \alpha b$

$P_u = (Q - Q_0)/e$

当供给价格与需求价格相等时，市场达到了均衡，则有：

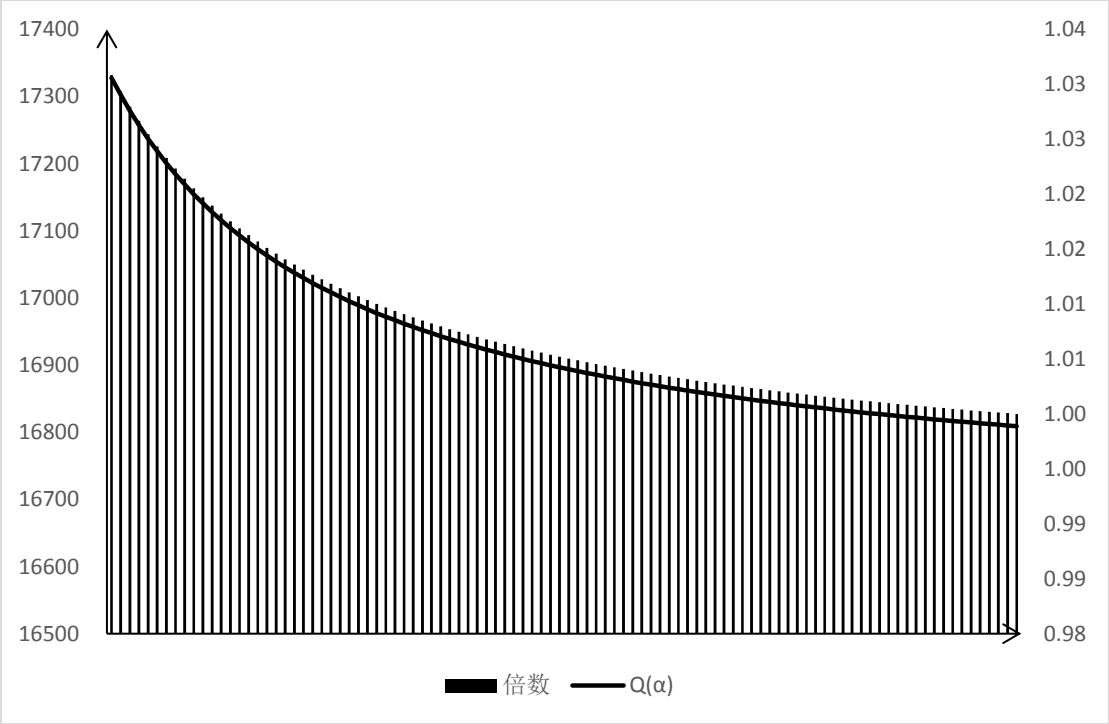
$(Q - Q_0)/(A - Q) = e/\alpha b$

上式改写为：

$$\boldsymbol{Q = ((e/\alpha b)A + Q_0) / (1 + e/\alpha b)} \qquad (5)$$

套用上面的参数，图形如下：

图 2.13 共付率对数量的影响及数量倍数



说明：图中黑色曲线表示共付率对医疗需求数量的影响，左侧为总支出价格；黑色直方图则表示保险后需求数量为保险前的倍数，以右侧轴为标度。

这说明，随着共付率的下降，保险效用除了导致价格上升外，还导致了需求量的增长，这部分需求可被视为过度需求。但是共付率下降导致的需求量的上升并不是很显著[4]。同理，保险制度下的需求数量也会受到供给垄断程度的影响，因篇幅限制，不再赘述。

这一分析也告诉我们，如果保险确实产生了“保险效用”，并随着共付率的降低和供给垄断的提高，不可避免地使需求函数和供给函数发生变化，导致价格上涨和需求过度，那么道德风险的问题就是保险与生俱来的，对道德风险的对抗性措施可能注定是无法完全奏效的。

5．保险制度是一种内在不均衡的制度，需要不断扩张才能保持动态平衡

根据上节的分析，我们发现，保险制度的实施，使消费者的需求函数发生了变化；这一变化使原来保险制度设计的均衡预期不再均衡。

假定，保险公司给消费者提供的保险产品是，一旦消费者得病治疗，保险公司将报销医疗费用（c_i）的 $1-\alpha$ 部分，其中，α 为共付率，$0 \le \alpha \le 1$。假定有 N 个人，他们得病的概率是 β。因而 N 人的医疗总费用为 Σc_i，$i = 1, 2, 3, \ldots\ldots, N$。假定平均每人的医疗费用为 $\dot{c}$，N 人的医疗费用也可以表示为：

$$C = \beta N\dot{c}$$

保险公司若要平衡收支，就要以：

$$P = \beta\dot{c}(1-\alpha)$$

的价格来出售该保险产品。这样在消费者得病时，保险公司可以支付医疗费用的 $1-\boldsymbol{\alpha}$ 部分，消费者自己支付 $\boldsymbol{\alpha}$ 部分。即

$$\beta N\dot{c}(1-\boldsymbol{\alpha}) + \beta N\dot{c}\boldsymbol{\alpha} = \beta N\dot{c} = C$$

这本来是平衡的。然而当消费者购买了保险以后，就产生了保险效用，他既倾向买更贵的服务或产品，也有倾向买更多的服务或产品。这在上一节已经证明。我们用两阶段模型就能表示出来。

在第一阶段，既在还没有实施保险制度之前，

$$C_0 = \beta N\dot{c}_0$$

保险公司也是依据这一数据设计的保险产品。

[4] 这和一些关于“诱导性需求”的研究相符，一般认为在医疗器材、药品和医生技术服务方面过度供给的倾向并不严重。本文也得出类似结果，并进一步认为过度供给，或者过度需求主要表现为价格的上涨。

然而，到了第二阶段，当人们已经购买了保险以后，由于有了保险效用，人们多买和贵买服务或产品，则导致平均医疗费用的上涨，即：

$$\dot{c}_1 > \dot{c}_0$$

则

$$C_1 = \beta N \dot{c}_1 > \beta N \dot{c}_0 = C_0$$

为了实现新的平衡，保险公司就必须把价格涨到：

$$P_1 = \beta \dot{c}_1 (1-\alpha) > \beta \dot{c}_0 (1-\alpha) = P_0$$

才能保持平衡。

动态地看，任何一个纳入到保险报销目录中的医疗服务和药品都会经历这样一个涨价过程。这也许就是这些年来，许多国家医疗费用持续上涨的一个重要原因。Martin S. Feldstein 在 1973 年的文章中对美国医疗市场与保险市场的费用支出做了经验研究，结果发现保险价格、保险数量与医疗价格之间是正向相关关系。他指出：这出于医疗市场的市场结构，即当保险费提高时医生的服务价格也提高。这就造成没有加入保险的人所面临的服务价格也提高了。反过来服务价格的提高又会要求提高保费，从而形成自我循环（Richard Rosett 保险的囚徒困境）。

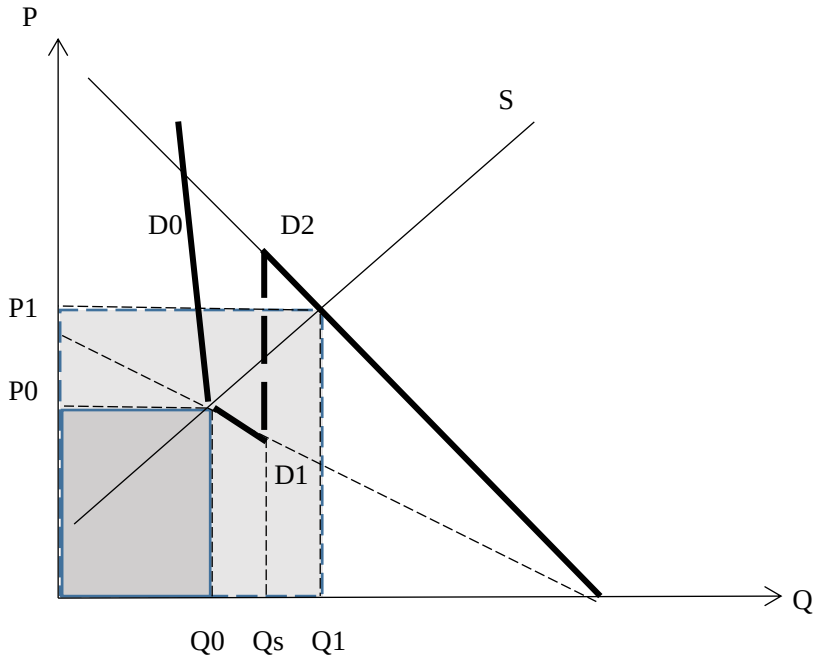
五、保险的其它问题

1．起付线、共付率和最高限额下的保险制度分析

在现实中，保险制度多有起付线，共付率和最高限额。如在我国，门诊（小病）的起付线一般为 1300 元，超过部分则由社会保险支付 75%，即共付率为 25%；而住院（大病）的起付线也约为 1300 元，超过部分社会保险支付 40~98%不等，视不同地区和不同身份而不同，我们按 70%估计，即共付率为 30%；最高限额不定，最高可达 30 万元。按照我们的蒙特卡洛随机模型的估计，我国门诊（小病）的实际获得保险赔付的人占全部人口的比率约为 18%，而住院（大病）的这一比例约为 11.5%。似乎保险的影响并不大，也不会对价格产生过大影响。其实不然。

在市场中，价格是在需求的边际上确定的。由于存在着保险制度，即在起付线下病人自付，起付线上保险公司支付较大比例，使得保险支付部分是在定价的边际上起了重要作用，反而抬高了价格。如下图。

图 2.14 有无保险的医疗需求曲线



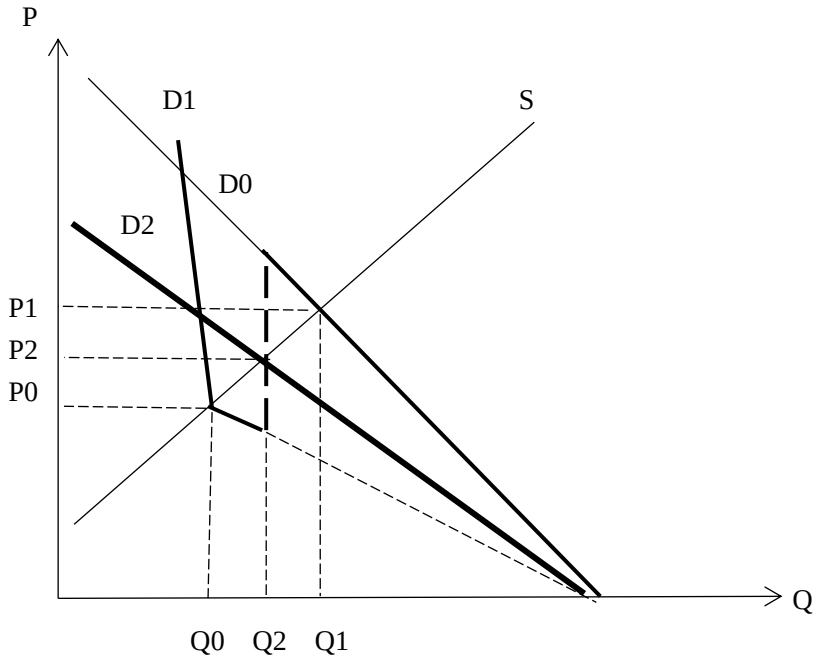
说明：D0 表示在没有保险情况下的人的需求曲线，D1 表示有保险情况下的需求曲线，这里假定共付率是 50%，因而 D2 的截距两倍于 D1。Qs 表示保险起付线。在这种保险制度下下，一个人的需求线是，在需求量小于 Qs 时，他按照 D0 判断和行事；当需求量超过 Qs 后，他按 D1 判断和行事。然而，价格是在边际上决定的，所以在这里，价格是供给曲线与 D1 的交点决定的，为 P1。

一般而言，人们的需求均衡点低于起付线，但这时他们却要按有保险支付的情况下的需求曲线决定的价格付费。如图中的 P1。由于医疗需求（没有保险时）的价格弹性小，又由于医院和制药者的相对垄断，他们只能按 P1 购买药品和医疗服务。但感到很贵。在本课题组的“医院看病调查问卷”中，有 82%的人选择了在自付范围内医药费用“非常贵”，“贵”，和“偏贵”；其中 45%的人选择了“非常贵”。所以“有过在医院就诊后，不在医院而是普通药店拿药的经历”的人高达 76%，其原因，有 63%的人说是“医院药房的药太贵”，40%的人说是“医生有诱导开药的行为”（多选题）。药价太贵是主要原因。

在这种保险制度下，有些人还会在接近起付线时有意多花钱以超过起付线。根据本课题组的问卷调查，有 18%的人有这种倾向。这种作法使得医疗需求超出了真实需求。

因而，起付线制度不是一个好的制度。我们将一个有起付线，但超过起付线后的共付率较低，和一个没有起付线，但共付率较高的制度相比，在影响消费者行为和影响价格方面，后者要比前者好一些。

图 2.15 取消起付线、但共付率较高的保险示意图



例如，我们对我国现在的住院报销规则做一点改变。原来是，起付线 1300 元，共付率 30%（考虑到自费药的实际共付率）；现在我们改成，没有起付线，从第 1 元线开始，就由保险公司支付医疗费用的 30%，也就是说，共付率为 70%。这种改变，根据我们用于蒙特卡洛方法的对数正态分布随机数模型，对 88%的人是有好处的，因为住院费用超过 1300 元起付线的人只有约 11.5%。所以可以将改变后的保险规则视为与原来的规则在个人自付方面至少是等价的。但从社会看，结果优于原来的规则。上图表明，由于共付率上升，由此引起的价格上升就会减少，医疗需求量也会下降。不仅个人，而且社会都会在不减少医疗效用的前提下，节约了资源。

最后，最高限额就是医疗费用超过此一限额后，保险机构就不再报销医疗费用，相当于个人完全自付。这本是最符合市场原则的，但在这时，又真正是病患家庭最需要帮助的时候，因而也是保险制度真正能够帮助人们的时候。而越是费用高，出现的概率越低，越不会影响到市场的定价。所以，仍然可以考虑去掉最高限额，但保持一个较高的共付率。

2. 保险很难实现对不健康人的补贴

如前所述，保险所带来的好处，表现为在期望成本一样的情况下，确定不变的支出与波动的支出之间的效用差别。这一好处又被道德风险、逆向选择和保险公司的管理费所部分抵消。但阿罗坚信，还有剩余的好处。

现在，当我们知道除了保险会带来保费与医药价格的轮番上涨外，还会带来对市场机制的削弱，进而造成资源在医疗领域配置的效率损失。那么，保险还有好处吗？

在另一方面，保险所带来的好处也没有原来设想的那么多。保险是通过众多人购买保险，将具体个人的风险分散到许多人身上，从而减少或消除了具体个人的风险。这类似于财富转

移。仔细分析，这包括三个方面的财富转移。一是年轻人补贴老年人，一是富人补贴穷人，一是健康人补贴不健康的人。事实上，这三个方面都做不到，或无需做。

首先，年轻人补贴老年人。任何一个人都有年轻时期和年老时期，他或她可以用自己年轻时期的积蓄补贴年老时期的医疗费用。因为年轻时得病较少，但收入较多；而年老时则得病较多而收入较少。所以从较长时间来看，一个人是至少大部分可以自己补贴自己，无需或较少由年轻人补贴老年人。反过来说，平均而言，如果一个人不能用他年轻时的收入弥补他老年时的医药费用，整个社会也会不平衡。

第二，富人补贴穷人。在保险体系中，这是做不到的。因为保险公司必须按同一价格对待所有的人或所有同一层级的人，而不是按照消费者的收入收费。在另一方面，它又是按照谁生病为谁支付医疗费用的原则支出，也不是按照照顾穷人的原则。在这里，富人与穷人付一样的钱，当他病时，也一样要由保险公司赔付。所以保险制度并不能实现富人补贴穷人。

第三，健康补贴不健康的人。假如所有的人只有一个保险价格，这个价格是兼顾了所有人情况的一个平均值，是可以实现健康人补贴不健康的人的。但这时就会出现逆向选择，即健康的人觉得太贵了，就会退出保险市场。他们的退出使得保险公司无法平衡它的财务，于是就会提高价格，这时次健康的人又会认为价格太高而退出。如此循环不已。这就类似于二手车市场，无法形成稳定的市场。而如果通过对健康状况进行分组来克服逆向选择，就相当于削弱健康人补贴不健康的人的作用。一个极端，就是将所有人按照健康水平分成理论上无限多个组，并分别定价，这就相当于没有保险。

因而，保险所带来的好处，也没有设想的那么多。

因而，加上我们考虑到保险对市场功效的削弱，市场价格体系的扭曲及其带来的社会福利损失是一个巨额数字。保险是否是一个有效的制度，就是令人怀疑的了。

3．保险公司的管理费用推高了金融风险

同时，保险推高了金融风险，反过来进一步加强了消费者对保险市场的依赖性，即消费者需要购买更多的保险。这意味着保险在动态上会推动保费和市场价格不断的上涨。

证明：

假设消费者遇上某大病的概率为β，看病的费用即损失为 L，保险公司对每一元价值的医疗保险收费的费率为 ρ。消费者所购买的保险价值为 x。

先假设保险公司如阿罗（Arrow）所说，收取公平费率，那么保险公司的期望利润为零：

$$（1-\beta）\rho+\beta(\rho-1) = 0$$

得 $\rho=\beta$

即公平费率为大病概率，也即公平费率下保费率与发病率之比等于 1。

但通常情况下，保险公司需要获得一定利润和管理费用，所以 $\rho > \beta$。

构建消费者的冯诺依曼-摩根斯坦（VNM）效用函数：

$$EU = \beta.U(W_0 - L - \rho x + x) + (1-\beta).U(W_0 - \rho x)$$

消费者的目标是实现预期效用最大，那么对此效用函数求一阶导数并使之为 0 可得：

$$\frac{U'(W_0 - \rho x + x - L)}{U'(W_0 - \rho x)} = \frac{(1-\beta).\rho}{(1-\rho).\beta}$$

如果是公平费率，则消费者购买全额保险，即 $x = L$。在 $\rho > \beta$ 的情况下，$x < L$，即消费者购买不全额保险。

由于保险的购买，医疗市场的价格 L 变大了，即增大了患该病的金融风险。如上公式，由于消费者在只能购买保险的条件下，消费者为了达到效用最大化，就要调整 $x - L$ 的大小，以使得该公式成立。如果 L 变大，即 $U'(W_0 - \rho x + x - L)$ 也变大，此时消费者只能同等数量的增加 x，即增加保险的风险才能满足等式条件。这意味着，在强制保险的情况下，金融风险被放大，而消费者为了进一步稀释该风险，又只能进一步增加保险的购买，从而形成了恶性循环。

4. 现有的保险体系是如何生存的

问题是，既然保险制度也许并不能带来增益，为什么在当今世界，大多数国家都有保险制度，并且还在实际中运转呢？

这是因为，第一，这些国家的保险制度并不是唯一的覆盖所有人口的制度。在保险人群之外，还大量的未保险人群。他们不买保险，在看病时就自掏腰包。由于他们是社会中的相当一部分人，如在美国，有近 18%的人没有保险，于是他们就医疗服务与产品的分别购买，就形成较为真实的市场价格，这一价格为生产者提供了较准确的信息。

第二，即使在保险范围内，保险产品一般不是全额支付医疗费用，而多是规定了起付线，共付率和赔付上限。起付线之下由消费者支付，就相当于消费者个人购买，个人的预算约束就会起作用；自比率也会让消费者对价格有所考虑；赔付上限则使得超过此限度的部分要由消费者自己负担。这些部分地修正了全额支付医疗费用带来的预算约束失灵的问题。

第三，在保险覆盖的范围内，保险公司多采取管理式治疗，即由保险公司或第三方机构对医生的治疗进行管理，给出一些支出限制，提出一个各种疾病和不同治疗的价目表。由此来控制支出的增长。当然，管理方怎么知道医疗服务和产品的成本呢？他们很有可能是参照未保险人群的交易形成的市场价格结构。

观察一下，尽管大多数国家都实行了各种不同的保险制度或国家保健制度，但没有一个国家能够完全消除私人保健市场。即使在实行了全民覆盖保健制度的英国，仍有 11.2%的人购买私立医院的服务。在中国，虽然几乎所有人都加入了城镇居民保险，城镇职工保险或新农合，但仍有 30%的药品是在医院之外的药店出售；根据统计数据估计，从总量上看，中国居民医药费用的实际自付比率高达 60~70%。尤其是在保险体系和医院之外的药店市场的存在，给出了药品的真实价格。

正是这种医疗服务和药品的真实市场的存在，给了政府、保险公司或管理保健组织一个参照系，使他们在制定医疗服务或产品的价格时，可以参考真实的市场价格。因而，这些保险或国家保健体系之外的市场虽然看似处于边缘，却是解决保险对医疗的定价问题起了很大的作用。这就部分地减少了保险对市场定价机制的削弱。

在另一方面，由于在很多国家，支付医疗保险可以享受免税优惠，又由于以公司为单位购买保险更有谈判力量，更能获得较好的价格，因而公司为雇员购买保险成为一种普遍现象。而正是这种形式，克服了逆向选择问题，使得一个公司内部不同身体状况的员工都按同一价格购买保险。这一价格根据经验调整到一个合理的平均水平，使得保险公司能够支付医疗费用且有合理的利润。

正是这三种补救的形式使得保险制度得以生存，也使很多研究者没有意识到，保险制度本来存在的问题。然而，即使是管理式治疗和公司替员工购买保险，都是退而求其次的形式。它们本身也要耗费成本或带来损失。政府保健机构、保险公司或管理保健组织的管理费用本身就是这种保险制度的成本，也是一种交易费用。按照张五常的看法，这种交易费用等价于租值消散，或曰效率损失。

根据这样一种看法，政府保健机构、保险公司或管理保健组织中制定医疗服务和产品价格的成本，也就对应着价格扭曲带来的效率损失。正因为制定管理（管制）价格有成本，所以就不可能制定得很完美，即与市场价格一般无二。这不可能。管理价格与市场价格的偏离带来的效率损失，正等于管理价格的成本。所以，不用市场制度，采用政府、保险公司和管理保健组织对价格的管理，其效率损失正是管理价格的成本的两倍。

六、保险制度下的经济主体与市场

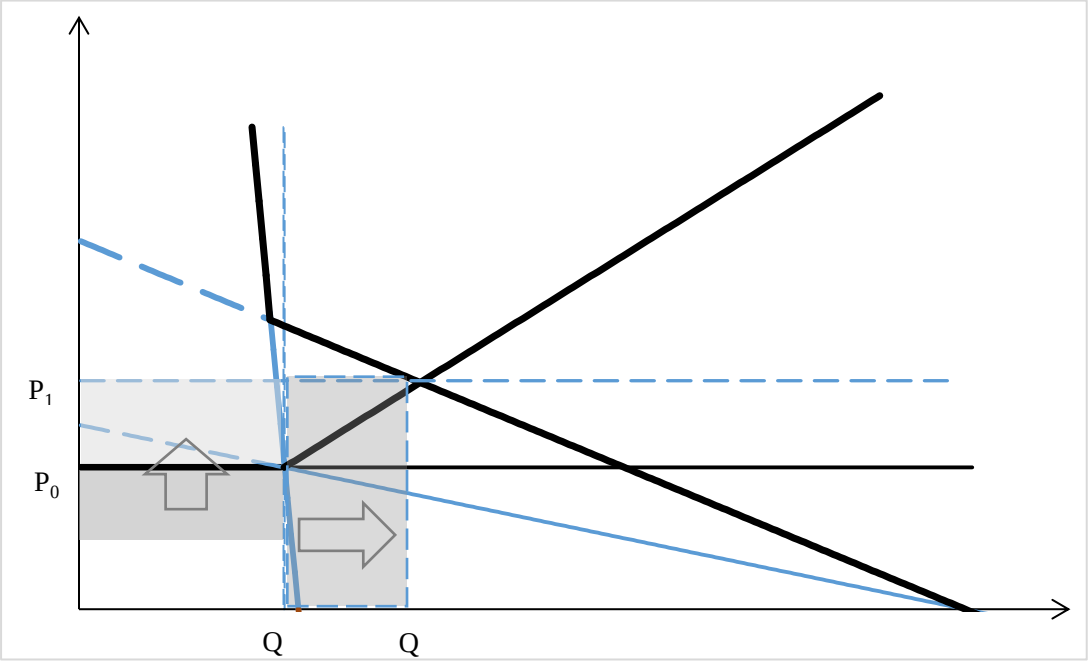
1. 保险制度下的病人

保险制度从表面上看，保险制度减少了人们在医疗费用的方面的不确定性；但正如前述讨论，保险制度在总体上推高的价格，使个人的医疗支出实际上上升了的，所以在减少不确定性方面，保险的作用还需讨论。

关于病人的需求函数特征，以上的分析表明，医疗保险制度对病人产生了根本性的影响，使病人原本弹性趋近于零的需求曲线叠加上保险效用的需求曲线，对于“保险效用”的考虑使得支付数额随着不同的共付率产生了变化。

这个变化的最终结果表现为两方面：第一，它使得消费者倾向于选择较贵的医疗服务或药品，第二，它使得消费者倾向于增加对医疗和药品的需求量。这两方面是需求方的过度医疗的经济技术基础。

图 2.16 消费者倾向“买多”和“买贵”示意图



说明：本图前面的图 2.4 基本一样，只是突出了消费者在两个方向，即在价格向上的方向，和需求量向右的方向，会有内在的动力突破和扩展。见图中箭头的方向。

人们通常所说的“道德风险”，大多产生于这种需求函数的改变。

由于保险带来的“保险效用”，消费者对高价格所带来的预算约束的刚性降低，在很高的价格水平上即能出现过度需求。 当人们以个人的身份在保险制度下倾向于“买多”和“买贵”，许多个人行为合成的宏观结果，正如前面分析的那样，导致医疗服务和药品价格上升，总体需求数量增加，从而医疗支出有较大幅度的上升。这不仅使每个人的医疗费用负担加重，甚至会导致更加接近个人收入约束的上限。如上图所示，消费者的过度需求点从 P_0 上升到了 P_1。

保险制度对病人与医生之间的信息不对称问题，在技术上没有什么改进；而在制度层面，则可能会强化这种信息不对称。我们在下一节具体谈。

2. 保险制度下的医生

保险制度也使得医生的行为产生了偏离，由于需求方过度需求的倾向，会给作为供给方的医生带来更多的收入；而在理论上，决定接受某一价格和数量的医疗是由病人一方作出的，但由于医生与病人之间存在着知识与信息的不对称，医生显然有动机利用这种知识和信息上的优势，诱导病人过度需求。

从收入最大化的目标来讲，医生会尽量推荐给消费者价格高而共付率较低的药品，医生也倾向于向消费者建议过多的检查与治疗。这两个方向的取向也如上图所视，推动价格上涨和需求量向右（更多）移动。

医生的这种倾向不仅不会受到消费者的强烈抵制，而且还有可能与消费者的取向有相近之处。只是在强度上谁的过度医疗倾向更强烈，要视具体个人和情况而定。

3. 保险制度下的制药者

保险制度也同时会使得制药（或医疗设备）方的行为产生某种扭曲。由于消费者和医生在保险制度下所具有过度医疗的倾向，包括价格和数量两个方向的扩展都意味着购买更贵更多的药品和医疗设备，意味着制药者收入的增加，因而制药者会乐见其成。

由于垄断程度的高低会影响在保险制度下获利的程度，制药和制造医疗设备的企业也会倾向于通过技术的和法律的手段增强自身的垄断性。

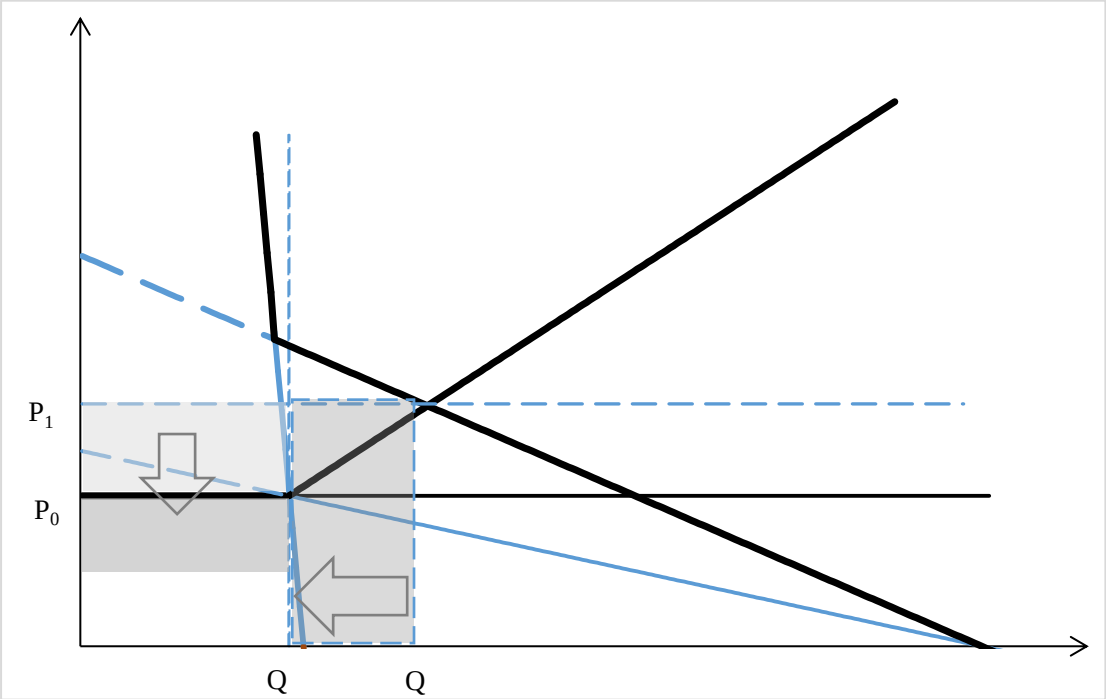
于是，保险制度对制药价格的扭曲同样扭曲了制药市场，生产商不再像纯市场条件下努力寻求生产物美价廉的药品，从而增加了福利损失和社会资源的浪费。

4．保险制度下的保险公司

由于保险制度带来的需求函数的变化，由于病人、医生和制药者都会在这种变化下有着扩张医疗费用的动机，保险公司从诞生的那天起，就与和保险与生俱来的过度医疗与道德风险作斗争。

在保险价格既定的情况下，保险公司致力于压低价格和抑制过度医疗。其努力的方向，恰与在保险制度下的病人的取向相反。如下图。

图 2.17 保险公司抑制“买多”和“买贵”示意图



说明：本图与上图基本一样，只是经济主体变化了。由保险公司替代了消费者。努力方向也就变了，即在价格向下的方向，和需求量向左的方向上努力。见图中箭头的方向。

从动态角度看，保险公司可以医疗费用的上涨为理由，上涨保险价格。这与保险制度下医疗费用的上涨趋势又相一致。

但在现实中，许多保险是由企业集体购买的，因而企业有动力约束保险的价格，又由于存在着保险公司之间的竞争，以及人们不买保险和企业自我保险的压力，保险价格的上升也会受到一定约束。

5. 管理式医疗

在由保险制度导致的医疗费用上涨的背景下，管理式医疗便应运而生了。医疗市场的最大问题便是保险作为支付方，使得医疗服务的提供方和消费方产生了分离，而管理式医疗的核心便是通过对保险公司进行干预或者管理，使得保险公司作为约束方去约束医疗服务的供给方。

根据美国的经验，管理式医疗的具体形式，是健康维护组织，优惠服务提供者组织和独立协会。主要作用“消除了这种消费动机，同时把其替代为控制成本甚至不充分消费的动机。”（富兰德等，2010，第 308 页）关于管理式医疗的动作机制，富兰德指出，第一是“选择性合同”，第二是“引导参保者选择被选出的提供者”，第三是“对提供者行为的合理性进行利用审查”（第 309 页）。其实质，是通过医疗服务与产品的提供者之间的竞争，以及掌握更多的信息，迫使医疗费用被约束在一定水平内。这项服务方式受到了企业雇主的欢迎，因为他们是反对医疗费用上涨、从而保险价格上涨的主要力量。

但管理式医疗也没有从根本上解决医疗费用上涨这一问题，因为保险悖论带来的医疗市场价格的提高，会使得各方同时有了提高各自价格的动力。

为了降低保险制度带来的过度需求，管理式医疗保险一般通过两种手段来降低费用，对需求一方采取起付线制度，目的是为了使得小病不受保险从而降低支付；对供给一方采用总额预付制，促使保险公司有动力约束医疗服务供给方的诱导需求。

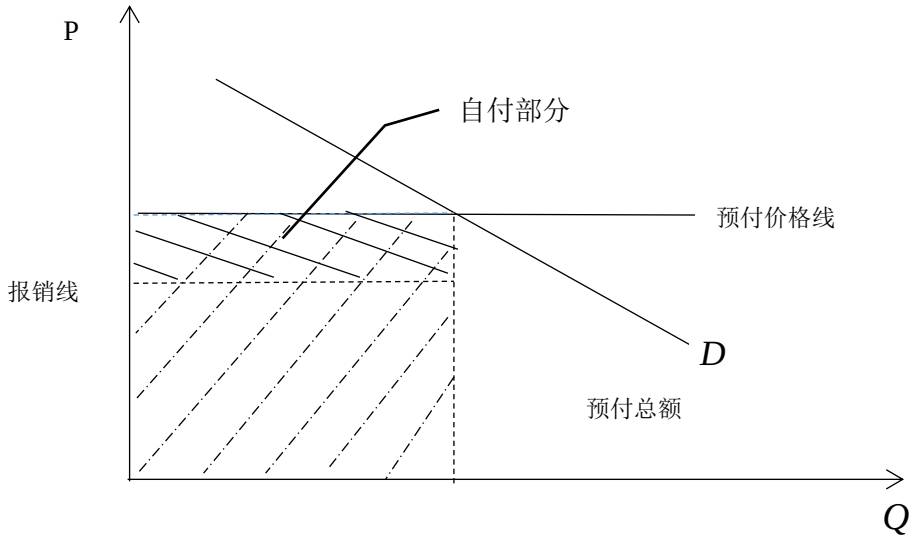
首先，医疗保险公司往往对医疗报销设置起付线。关于起付线，我们在第二章第六节已经做了详细的讨论。我们的结论是，这种起付线制度不是一个好的制度。由于价格是在起付线之上的边际上决定的，而这时消费者因有保险的支付而觉得可以承受，使定价偏高。但大多数在起付线下的医疗费用却要按这一价格支付。相比较现行的起付线制度，即起付线门槛高而实际平均自付比例也高，不如取消起付线而提高自付比例。

管理式医疗的管制手段之二是总额预付制。所谓总额预付制是指，由保险机构依据参保人数、医院的接诊人数及次均的医疗费用等信息，测算医疗费用的支付总额，由医保机构预先支付给医疗机构，按照超支不补、结余留存的方式对医疗机构进行供给方的约束和激励。

如下图所示（简单起见，假设供给线水平），假设管理式医疗组织有充分的能力了解到了市场供需情况，并且按照市场价格与参保病人数量确定了预付的总额，其数额等于参保人数与市场价格的乘积再乘上医保报销的比例。此时，保险机构希望达到的目标是医疗机构能够很好的控制医疗价格。

但是，医疗机构却有其他的选项来偏离管理式医疗组织所设定的目标，其一，医疗机构在总额预付下有强烈的动机增加病人的自费项目，这样在获得了预付总额的基础上可以进一步增加收益；其二，一般而言，参与了管理式医疗的医疗机构不可以拒绝参保病人，如果拒绝则需要面对下一次所获得的预付总额的减少；但如果有一部分病人的成本高于医院可承受的成本，那么医院则会拒绝接受参保病人。

图 2.18 总额预付制度



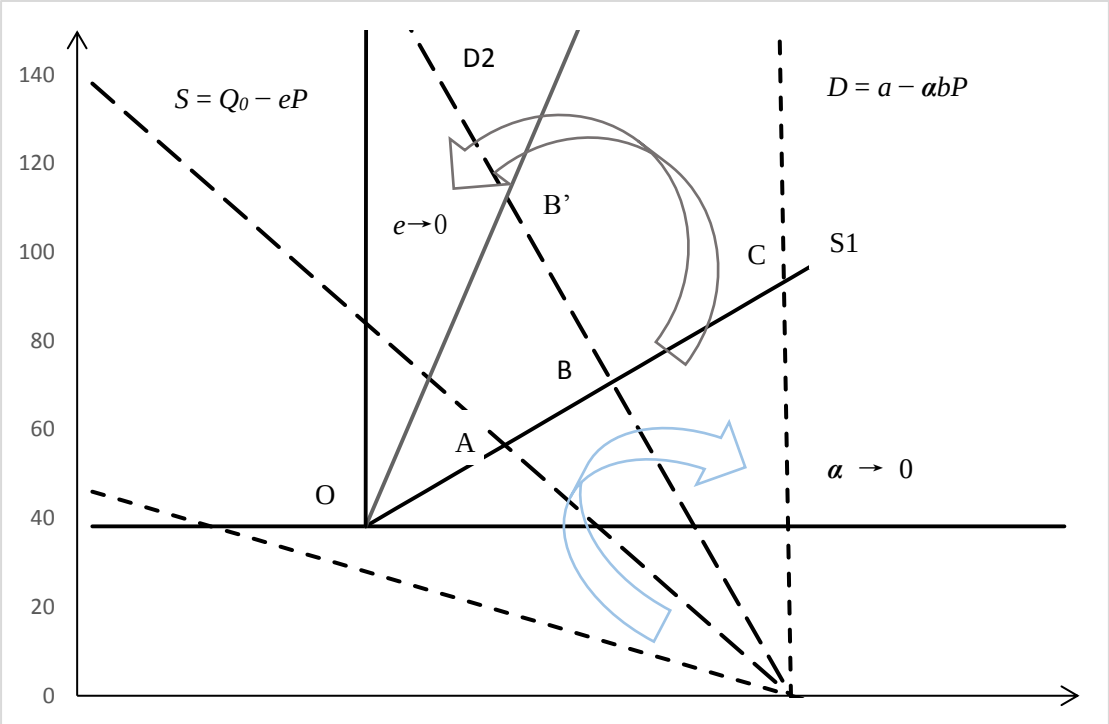
因此，预付总额制如果能够有效控制成本，往往需要管理式医疗组织能够同时控制医疗机构所能开出的自费项目，以及强制要求医疗机构不能拒绝参保病人。而如果这两点同时进行，医疗机构的积极性不但会大打折扣，而且病人所得获得的服务范围被大大减少了。这就是为什么传统的管理式医疗组织（HMO）逐渐被其他更市场化的保险机构所替代的原因。而这些 HMO 的替代方案，无一不是在成本控制上更为宽松，反而偏离了管理式医疗的初衷而更靠近商业保险。

6．保险制度下的医疗市场

综前所述，在保险制度下，有两个重要的变量，一个是共付率（α），一个是供给函数的斜率（e）。前者影响了保险会带来价格上涨和过度医疗的程度，后者则决定着垄断与竞争程度的消长，从而也影响着因共付率低于 100%而产生的价格上涨或过度需求的数量。

共付率（α）在 0~1 区间变动，而供给函数的斜率（e）则理论上在 0 ~ ∞ 之间变动。

图 2.19 共付率（α）变动和垄断程度（e）变动覆盖整个市场情形



说明：上图中，黑色虚线代表需求曲线，$D = A - \alpha bP$，随着共付率（α）从 1 减小到 0 而自左下向右上旋转；黑色实线代表供给曲线，$S = Q_0 - eP$，随着供给函数斜率（e）从∞ 减小到 0，而自右下向左上旋转。

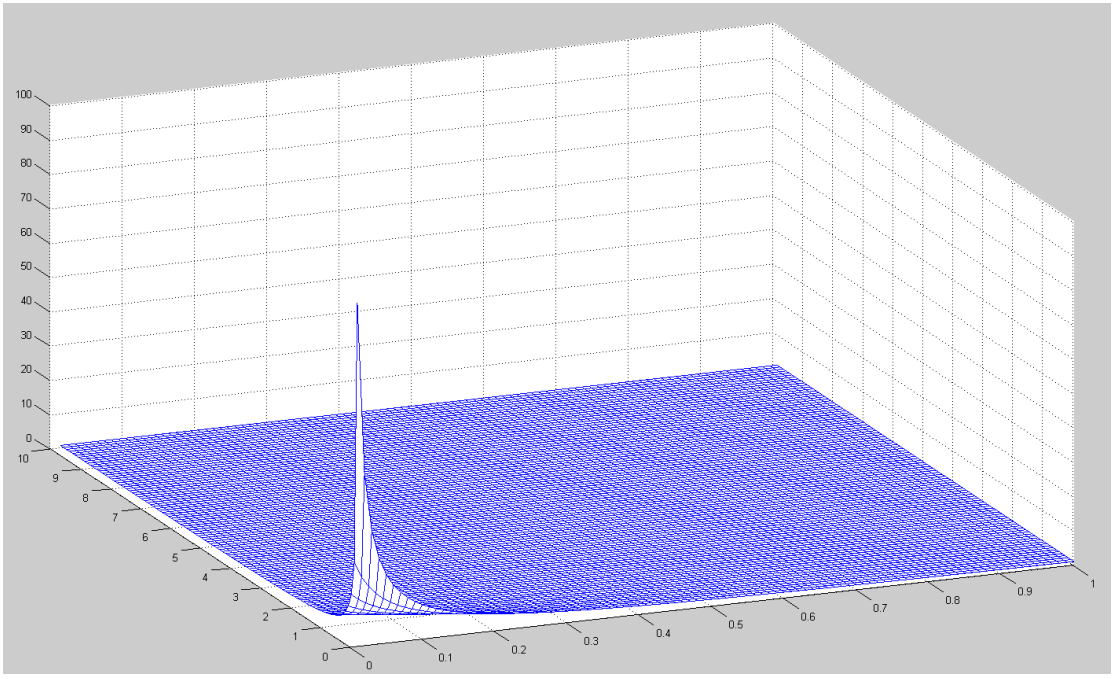
调整这两个参数，使需求曲线和供给曲线旋转。共付率（α）从 1 到 0 旋转，逐渐变陡，最后变成一条垂直线；供给函数的斜率（e）从无穷大向 0 旋转，使供给曲线与需求曲线反向转动，最后也成为一条垂直的线。这两条线相交，就会形成一种均衡；这两条线在旋转时形成了许多均衡，覆盖了在保险制度下医疗市场的绝大部分情形。包括完全自付和完全免费，也包括充分竞争和完全垄断，以及这两对极端之间的所有相交点。

根据式（4），有无保险的价格比为：

$$r_p = (e + b)/(e + \alpha b)$$

因式（4）不包含价格和函数截矩等参数，为简化起见，我们取 b ＝－1。我们可将 e 在 0 至 100 之间变动，α 在 0 至 1 间变动，可以得到一个覆盖各种市场情形的矩阵。我们称这个矩阵为 $\boldsymbol{R_p}$。见下图。在两个极端，当完全垄断（$\boldsymbol{e}$ = 0）和共付率（$\boldsymbol{\alpha}$）等于 1%时，价格水平将是完全竞争（$\boldsymbol{e}$=100）和共付率（$\boldsymbol{\alpha}$）等于 100%时的 100 倍。期间的任何中间状态，只要我们指定 $\boldsymbol{e}$ 和 $\boldsymbol{\alpha}$ 的数值，都可以得到相应的有无保险的价格比值（r_p）。

图 2.20　有无保险价格比值矩阵空间视图



下面是这个价格比值矩阵（$\boldsymbol{R_p}$）的简化矩阵，$\boldsymbol{\alpha}$ 以 0.05 为单位，从 0.05 到 1；$\boldsymbol{e}$ 以 0.1 为单位，从 0.1 到 1。好在本研究所涉及的参数在本表中均可查到。

表 2.3 有无保险价格比值矩阵简表

$\boldsymbol{e}$ / $\boldsymbol{\alpha}$	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
0.05	20.00	7.33	4.80	3.71	3.11	2.73	2.46	2.27	2.12	2.00
0.10	10.00	5.50	4.00	3.25	2.80	2.50	2.29	2.13	2.00	1.90
0.15	6.67	4.40	3.43	2.89	2.55	2.31	2.13	2.00	1.89	1.81
0.20	5.00	3.67	3.00	2.60	2.33	2.14	2.00	1.89	1.80	1.73
0.25	4.00	3.14	2.67	2.36	2.15	2.00	1.88	1.79	1.71	1.65
0.30	3.33	2.75	2.40	2.17	2.00	1.88	1.78	1.70	1.64	1.58
0.35	2.86	2.44	2.18	2.00	1.87	1.76	1.68	1.62	1.57	1.52
0.40	2.50	2.20	2.00	1.86	1.75	1.67	1.60	1.55	1.50	1.46

0.45	2.22	2.00	1.85	1.73	1.65	1.58	1.52	1.48	1.44	1.41
0.50	2.00	1.83	1.71	1.63	1.56	1.50	1.45	1.42	1.38	1.36
0.55	1.82	1.69	1.60	1.53	1.47	1.43	1.39	1.36	1.33	1.31
0.60	1.67	1.57	1.50	1.44	1.40	1.36	1.33	1.31	1.29	1.27
0.65	1.54	1.47	1.41	1.37	1.33	1.30	1.28	1.26	1.24	1.23
0.70	1.43	1.38	1.33	1.30	1.27	1.25	1.23	1.21	1.20	1.19
0.75	1.33	1.29	1.26	1.24	1.22	1.20	1.19	1.17	1.16	1.15
0.80	1.25	1.22	1.20	1.18	1.17	1.15	1.14	1.13	1.13	1.12
0.85	1.18	1.16	1.14	1.13	1.12	1.11	1.10	1.10	1.09	1.09
0.90	1.11	1.10	1.09	1.08	1.08	1.07	1.07	1.06	1.06	1.06
0.95	1.05	1.05	1.04	1.04	1.04	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03
1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

这给分析带来了便利。我们知道，在一特定的保险制度（有着确定的共付率）和既定的供给结构中（用供给函数的斜率描述），必有一个均衡。我们只需分析这个特定的情境，就能得出某种数量上的判断。例如在图 9 中，由特定共付率决定的需求曲线为 D2，既定的供给结构决定了供给曲线为 S1，两者相交于 B。这一点决定的价格乘以数量就是医疗费用，显然比 O 点时（没有保险，竞争供给）的医疗费用要大得多。

除了静态分析，我们还可以对某一参数的变动进行分析，以备制度改革参考。如假定供给结构不变（这至少比较符合现实情况），改变保险制度下的共付率。这相当于图 9 中固定供给曲线为 S1，改变共付率（$\boldsymbol{\alpha}$），让需求曲线沿着 S1 转动，那么供需曲线的交点也就沿着 S1 滑动。在图 9 中，交点经过了 A，B，C 三点，都是在 S1 的直线上。显然，随着交点从 A 到 B 再到 C，价格和数量都在增加，因而医疗费用随着共付率的下降在增加。

反过来，固定需求曲线，转动供给曲线也是类似的情形。如固定需求曲线为 D2，转动供给曲线，两曲线的交点会沿着 B 到 B'的方向在 D2 上滑动。任一交点都给出一对价格和数量的数值，两者相乘即为医疗费用。

由于我们有了有无保险的价格比值矩阵 $\boldsymbol{R_p}$，根据供给函数，我们可得有无保险的数量比值：

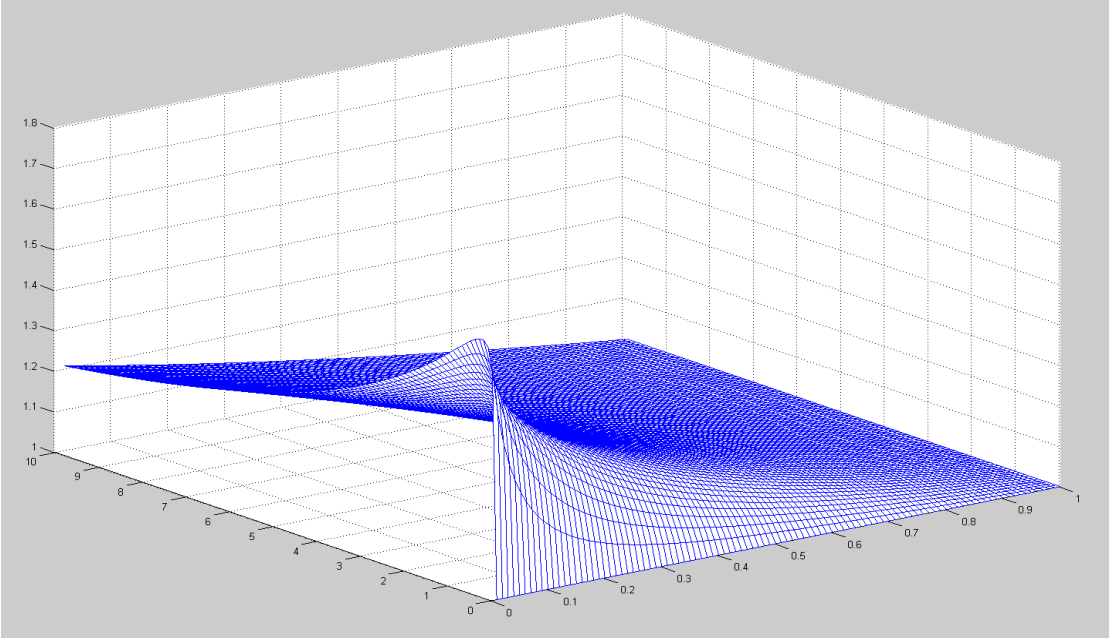
$$\boldsymbol{r_q} = (1 + (e/Q_0)P_u) / (1 + (e/Q_0)P_r)$$

简化起见，我们令 P_r＝1，则 P_u 等于对应的 r_p；令 Q_0＝1，即平均每人在无保险情形下的需求量。于是有下面的公式：

$$\boldsymbol{r_q} = (1 + e*r_p) / (1 + e) \qquad (6)$$

我们可得 $\boldsymbol{R_q}$，即有无保险的数量比值矩阵。其形状如下图。

图 2.21 数量比值矩阵空间视图



下面是数量比值矩阵（R_q）的简表。

表 2.4 数量比值矩阵（R_q）的简表

e / α	0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
0.05	1.00	1.58	1.63	1.63	1.60	1.58	1.55	1.52	1.50	1.47
0.1	1.00	1.41	1.50	1.52	1.51	1.50	1.48	1.46	1.44	1.43
0.15	1.00	1.31	1.40	1.44	1.44	1.44	1.43	1.41	1.40	1.38
0.2	1.00	1.24	1.33	1.37	1.38	1.38	1.38	1.37	1.36	1.34
0.25	1.00	1.19	1.28	1.31	1.33	1.33	1.33	1.33	1.32	1.31
0.3	1.00	1.16	1.23	1.27	1.29	1.29	1.29	1.29	1.28	1.28
0.35	1.00	1.13	1.20	1.23	1.25	1.25	1.26	1.25	1.25	1.25
0.4	1.00	1.11	1.17	1.20	1.21	1.22	1.23	1.22	1.22	1.22
0.45	1.00	1.09	1.14	1.17	1.18	1.19	1.20	1.20	1.20	1.19
0.5	1.00	1.08	1.12	1.14	1.16	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17
0.55	1.00	1.06	1.10	1.12	1.14	1.14	1.15	1.15	1.15	1.15
0.6	1.00	1.05	1.08	1.10	1.11	1.12	1.13	1.13	1.13	1.13
0.65	1.00	1.04	1.07	1.09	1.10	1.10	1.11	1.11	1.11	1.11
0.7	1.00	1.03	1.06	1.07	1.08	1.08	1.09	1.09	1.09	1.09
0.75	1.00	1.03	1.04	1.05	1.06	1.07	1.07	1.07	1.07	1.07
0.8	1.00	1.02	1.03	1.04	1.05	1.05	1.05	1.05	1.06	1.06
0.85	1.00	1.01	1.02	1.03	1.03	1.04	1.04	1.04	1.04	1.04
0.9	1.00	1.01	1.02	1.02	1.02	1.02	1.03	1.03	1.03	1.03
0.95	1.00	1.00	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01
1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

只要我们知道确定的 α 值和 e 值，我们就能找到相应的有无保险的数量比，亦即过度医疗的数量。

将 R_p 和 R_q 相乘，我们就能得到有无保险的医疗费用之比值。我们可称之为 Rc。

下面是医疗费用比值矩阵（Rc）简表。

表 2.5 医疗费用比值矩阵（Rc）简表

α \ e	0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
0.05	20.00	11.56	7.84	6.04	4.99	4.30	3.81	3.45	3.17	2.95
0.10	10.00	7.75	6.00	4.94	4.24	3.75	3.39	3.11	2.89	2.71
0.15	6.67	5.76	4.82	4.15	3.67	3.31	3.04	2.82	2.65	2.50
0.20	5.00	4.56	4.00	3.56	3.22	2.96	2.75	2.58	2.44	2.32
0.25	4.00	3.76	3.41	3.11	2.86	2.67	2.51	2.37	2.26	2.16
0.30	3.33	3.19	2.96	2.75	2.57	2.42	2.30	2.19	2.10	2.02
0.35	2.86	2.77	2.61	2.46	2.33	2.21	2.12	2.03	1.96	1.89
0.40	2.50	2.44	2.33	2.22	2.13	2.04	1.96	1.89	1.83	1.78
0.45	2.22	2.18	2.11	2.03	1.95	1.88	1.82	1.77	1.72	1.68
0.50	2.00	1.97	1.92	1.86	1.80	1.75	1.70	1.66	1.62	1.59
0.55	1.82	1.80	1.76	1.72	1.67	1.63	1.60	1.56	1.53	1.50
0.60	1.67	1.65	1.63	1.59	1.56	1.53	1.50	1.47	1.45	1.43
0.65	1.54	1.53	1.51	1.48	1.46	1.44	1.41	1.39	1.37	1.36
0.70	1.43	1.42	1.41	1.39	1.37	1.35	1.34	1.32	1.31	1.29
0.75	1.33	1.33	1.32	1.31	1.29	1.28	1.27	1.26	1.24	1.23
0.80	1.25	1.25	1.24	1.23	1.22	1.21	1.20	1.20	1.19	1.18
0.85	1.18	1.17	1.17	1.16	1.16	1.15	1.15	1.14	1.13	1.13
0.90	1.11	1.11	1.11	1.10	1.10	1.10	1.09	1.09	1.09	1.08
0.95	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05	1.04	1.04	1.04	1.04
1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

分析告诉我们，在保险制度出来以后，医疗市场总体上有了比较显著的扩张。这主要是因为保险制度带来的保险效用，使人们倾向于购买更贵和更多的医疗服务与产品。

在供给一侧，由于需求特性发生了根本性的变化，即人们倾向于买贵，而只有垄断程度的提高和产品差异化才能诱使人们买贵的服务或产品，所以医疗服务或产品的供给者就有动力提高垄断程度。

由于人们的收入水平并没有随着医疗费用的上涨而同步上涨，所以医疗费用与人们收入的比例在上涨。尤其是重大疾病的费用更因为显著上涨而可能突破人们收入水平的承受能力，反而使人们的金融风险增大。

特殊地，我们还要考虑，如果某些疾病属于重大疾病，它以很高的医疗价格和垄断性供给为特征，那么在需求方就不会出现过度需求的情况。这是因为即便有报销制度，报销之后消费者仍然会面对非常高的价格，此时的“占便宜”效用被高昂的自付价格所抵消，消费者不愿意去过度消费，即需求曲线处于接近垂直状态。

更进一步的，对于重大疾病而言，病患由于收入水平所限会具有一条最高消费线，超过这条线的花费是患者所不能承受的，此时病患会选择放弃医治。极端的，假设“占便宜”的效用如此之大，以至于整个需求曲线没有近垂直部分，此时保险只有在最高消费线之上才能避免保险效用带来的市场扭曲。但应强调的是，这已与设立保险制度的初衷相违背。

保险公司和管理式医疗组织虽然有动机抑制价格上涨和过度医疗，但在这种医疗市场上各个经济评主体都有动力推动医疗费用上涨的强大趋势上，它们的努力是相当无力的。

七、小结

（1） 保险通过消除不确定性带来了确定性效用。本报告认为我国保险制度带来的好处约为 GDP 的 2.25%，这大约相当于人均医疗费用的 44.3%。
（2） 已有的研究已经发现，保险制度本身还带来了道德风险，逆向选择，管理费用，垄断和价格上涨等问题；
（3） 本研究进一步发现，由于保险导致人的支付方式发生变化，使得市场机制遭到削弱，市场价格体系受到扭曲，这直接带来了交易费用增加和租值消散（效率损失）。
（4） 本研究认为，保险制度通过共付率（$\boldsymbol{\alpha}$）的降低和垄断程度（$\boldsymbol{e}$）的提高拭去价格上涨和对医疗的过度需求。用这两个变量的不同组合，可以分析任一市场情形中的价格上涨和过度需求。
（5） 本研究提出，共付率与价格上涨成反比关系；尤其当完全垄断时，价格上涨水平是共付率的倒数。
（6） 保险制度中的起付线基本上没有正面意义，只能加剧推高价格；
（7） 保险制度很难实现健康人对不健康人的补贴。

第三章 政府对医疗领域的介入

一、政府对医疗领域介入的传统

医疗领域虽然是一个私人物品领域，但人类社会从一开始，就把它视为一个特殊领域。因为一旦出现疾病，尤其是传染病，人们就显得极为无助。在这时，对疾病的治疗往往具有某种政治性质。这是帮助人们摆脱灾难的重大事情。

所以在人类早期，政治领袖往往又是医疗技术的发明者或神医。如在中国，“神农尝百草”的故事说明，神农的政治领袖地位不仅来源于他对其它公共物品的提供，还来源于他在医疗技术上的重大发明，解决了社会中的重大问题。

在希伯来-基督教传统中，宗教与政治领袖同时也是神医。如《旧约》中描述摩西治愈病人的神迹，《新约》中描述的耶稣治愈病人的神迹，都是他们获得宗教与政治威望的一个来源。

在埃及历史中，伊姆霍特普（Imhotep，公元前 27 世纪）是辅佐法老的宰相，也被视作医疗之父“father of medicine”，设计了社会付费的公共医疗体制。

随后三千年间政府对医疗领域的介入主要是强化人身伤害赔偿与医疗协会保护（曾祥炎，2009）。现代社会保障制度是由俾斯麦掌权的德国建立的，1883 年德国颁布了《工人医疗保险法》，标志着现代社会保障制度的诞生。

在现代，政府对医疗领域的介入一方面针对医疗领域的市场失灵，一方面主要围绕着医疗保险制度以及公立医院制度两方面展开。

二、因市场失灵的介入

1. 传染病防治

根据外部性理论，具有负外部性的物品的社会成本要大于个人成本；而纠正负外部性的行为具有正外部性。具有正外部性的物品总是供给不足的，由于其产生的边际社会价值总是大于边际个人价值，政府和社会组织需要通过以提供补贴等方式来增加正外部性物品的供给。

虽然一般疾病及其治疗是私人的事情，但传染病就不一样了，它具有负外部性。得传染病的个人一般不会为防止传染付出成本，这就是需要公共机构，包括政府和社会组织通过教育和传播渠道普及有关传染病的知识、通过支持相关研究和投入来预防与监测传染病的爆发，以及采取措施防止疾病的传染，设立应对机构以应对突发的传染病疫情。

2. 公共卫生

除传染病之外，对食品、药品和公共卫生环境的监测和管理，与卫生相关的教育、免疫接种等服务，都属于具有公益性或外部性的领域，需要政府或者社会组织来补充市场供给的不足。

3. 对地理垄断和紧急情况的介入：限制急诊价格等

由于医疗服务是在为患者的健康乃至生命定价，因此政府往往会认定医疗服务属于公共物品。尤其是当医疗领域存在地理垄断和紧急情况时，患者的议价能力很低，医院也有很强的动机拒绝没有支付能力的患者。

在这种情况下，政府倾向于通过行政干预的手段限制急诊价格，甚至通过立法手段要求医院不得拒绝急诊病人，无论病人是否有及时支付的能力。

4. 对信息不对称和代理问题的介入：对医生资质的审查，对药品的审查

如果说医生由于有专业知识而相对于患者具有信息优势，那么政府的介入也无法消除医患之间的信息不对称。首先，政府主管医疗的官员与患者一样，并不具有医疗上的专业知识，也没有办法使得患者在短期内增加相关的医疗知识；其次，政府主管部门不可能对每一次诊疗活动展开具体的干预，也就是说政府干预会付出很大的干预成本。

所以政府对信息不对称的克服多半是采取对医生和药品的资质审查等方式来进行的，但是这些方式并不比市场评价来的更准确更好，也并不比市场评价的成本更低。

政府解决信息不对称的另外一种较为彻底的方式是政府将医生变为政府雇员，即医生的收入完全与其提供的诊疗和服务分开，此时医生便没有了诱致需求的动机。但这一举措的附加作用是使得医生的工作效率急剧下降。

三、对不确定性的介入：政府直接建立保险制度

保险可以克服不确定性，这是保险市场存在的基本理由，由于医疗需求具有不确定性，因此医疗保险可以通过消除不确定性来提高效用，这一点是事实。但是保险市场本身由于逆向选择的存在往往会存在萎缩的倾向。因此政府介入保险市场也便具有了某种合理性。

医疗保险是社会保障的重要一部分，各国政府也都或多或少的提供了社会性的医疗保险。由于政府直接建立的保险制度往往具有强制性，因此可以较好的克服逆向选择问题。

但是政府强制的医疗保险会放大医疗保险本身的问题，尤其是当政府实施全民医保时，政府便成为了医疗服务的单一付费方，政府的这一垄断地位会强烈地扭曲甚至消除医疗市场的价格信号，并随之带来寻租和腐败行为。

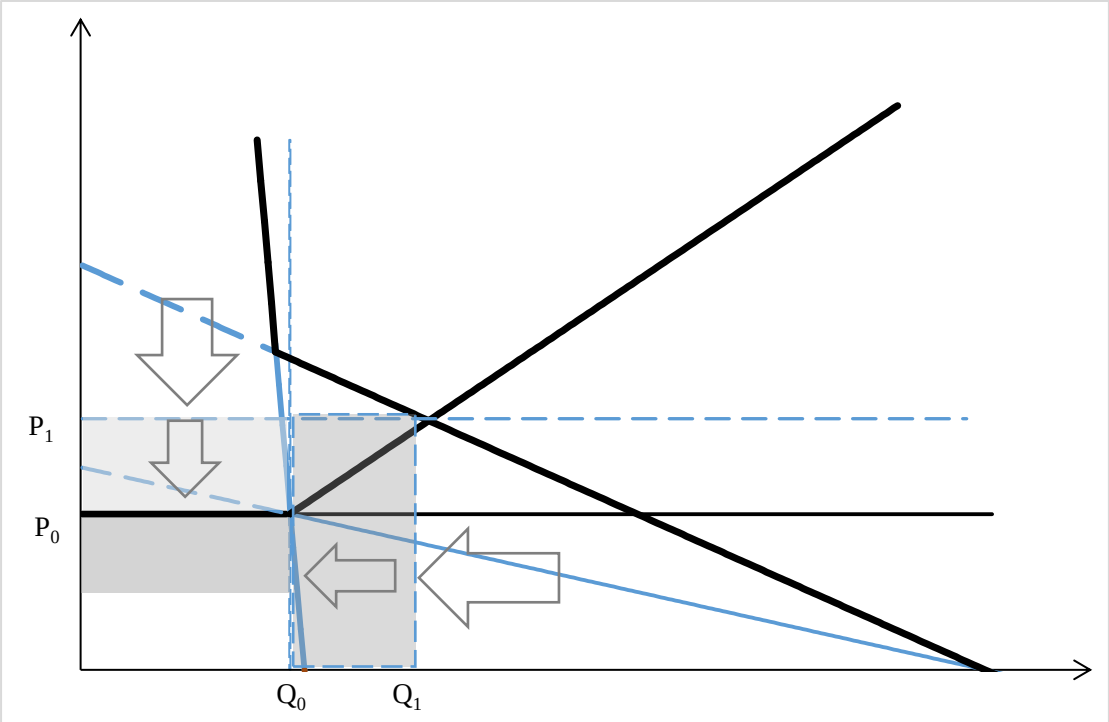
如果说，保险制度本身会带来医疗费用的上涨和过度医疗问题，政府建立的医疗保险制度因更缺少竞争和有更多的强制性而存在更严重的问题，即是把保险制度的问题推向极端。

四、保险制度下的政府介入

如前所述，保险制度下，消费者、医生和制药者的互动，会使价格显著上涨，需求量增大，医疗费用更大幅度的上涨，这已经成为许多国家面临的重大问题。如在美国，医疗费用已经占 GDP 的 18%，并且还有上升的趋势；在我国，2017 年人均医疗总费用是 2000 年的 9.5 倍，平均每年上涨 14.8%。

在保险公司和管理式医疗组织抑制医疗费用上涨的努力并不明显见效的情况下，政府的介入就似乎顺理成章了。政府与医疗市场中的病人、医生和制药者不同，也与保险公司和管理式医疗组织不同，它既在静态时强调对医疗费用上涨的抵制，又对一国的医疗费用的长期上涨负有约束的责任。

图 3.1 政府对医药价格和数量的抑制示意图



说明：由于保险公司和管理式医疗组织对医疗费用上涨的约束还缺乏力度，政府通过管制手段以更大的力度抑制医疗费用的上涨。见图中较大箭头的方向。

政府对过度医疗的管制主要体现在政府对医疗供给方的管制。其主要举措有：控制医生收入；干预药品价格；直接利用行政管制的手段设立管理公立医院；管制作为支付方的保险机构。

1. 政府对医生收入的管制

既然政府介入的主要目标是约束医疗费用的持续上涨，那么很自然地，医生收入是医疗费用中很重要的一部分，所以从政治上考虑控制医疗费用，就不可避免地要控制医生收入。

根据前面的分析，保险制度下带来的医疗费用上涨，主要是因为共付率的降低导致消费者倾向于买多和买贵；同时这也符合医生的利益，因而他们也有倾向诱导病人过度医疗。并且，在共付率较低的情况下，垄断就会更起作用，这也促使医生利用自己的垄断地位提高医疗服务价格。

正如第一章所提到的，医生或者医院的供给总是具有一定程度的垄断性质。这种垄断性质与保险制度下的较低共付率相结合，就会形成医疗费用不断上涨的趋势。

政府干预的措施包括直接规定医生收入，或规定医生诊疗服务项目的价格。前者如英国。因为英国的国家健康体系就是由英国财政直接支持的，医生就是政府的雇员。后者如在我国。

由对医生收入的限制，必然导致对医生的自由执业的限制。一旦医生可以自由执业，就可以到价格管制较弱的地方去行医，也会竞争的市场上获得自身的服务价值。由此医生服务的价格管制就会受到削弱。

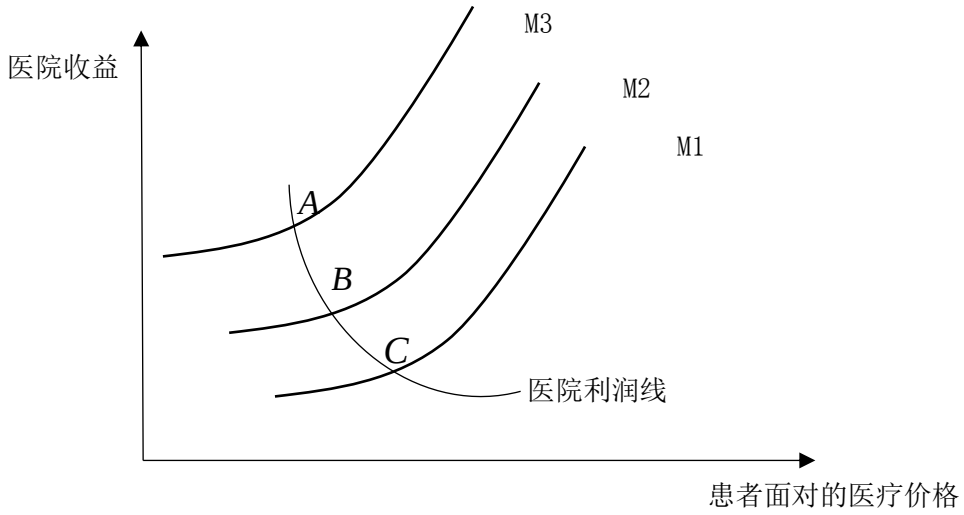
另一方面，在以公立医院为主的我国，如果医生可以自由执业，公立医院之间则会为争取医生资源而产生竞争，这使得公立医院管理部门（剩余索取部门）的收益大减。政府的卫生管理部门虽然和医生的自由执业没有直接的关系，但公立医院，尤其是公立大医院管理层则有强烈的动机俘获规制部门。因此从公立医院管理部门的角度政府管制部门也会限制医生自由执业。

Pletzman 模型（1976）是规制理论的基本模型，它扩展了 Stigler 的规制俘获理论。在这里可以用该模型的变形形式来解释医生的收入为什么容易被管制者限制。佩尔兹曼假设管制者的目标是政治支持最大化。其目标函数由以下公式表达：

$$M = M(R, \pi)$$
$$\partial M / \partial R < 0, \partial M / \partial \pi > 0$$

其中，M 代表政治支持水平，R 代表公众支持/产业价格，产业价格越高，公众的支持则降低；π 代表产业集团的支持/产业利润，产业利润越高，被规制者的支持则提高。

图 3.2 管制者和公众的合力使得医生收入受到限制



说明：将规制模型改为对医生的管制模型，则 R 代表医疗价格，π代表医院收益。如上图所示，在公立医院当中对医生工资的限制，会被视作对消费者的保护，因此而获得了消费者和医院的双重支持，即在相交的 A、B、C 三点当中，管制者一定会选择 A 点，即医生收入最低的点。因此医生的收益就在这一政治支持最大化的过程中被剥夺了。

这一模型不仅适用于西方社会，也适用于中国，只是具体的表现形式不同。比如英国的医生被以公务员的形式进行了严格的收入管制，而中国的医生则被公立医院以行政管理的方式进行了管制。

但人力资本与其他资本不同，这也意味着，医生本身作为一种人力资本，会在本职工作内不那么尽心尽力，而在有机会时尽量补偿自己的收入，比如英国医生往往消极怠工，而中国的医生则出现了大量的以药养医。

2. 政府对以药补医的管制

当政府对医生收入或医疗服务价格进行管制后，很自然，医生会采取各种办法减少政府管制带来的损失。按照张五常的说法，医生可以采取改变互补品的价格来弥补医疗服务价格管制的损失。我们称这种作法为“留租”。

药品和诊疗服务对于患者来说是互补产品。如前所述，在医药分工之前，医生是将诊疗和药品打包提供给患者的。此时医生的收费具有较大的灵活性，他甚至可以通过了解患者的收入和偏好等信息实现针对个人的价格歧视。

而医药分工则将医生的诊疗费用比较独立地分离出来，而且诊疗费也能比较独立地衡量出医生的专业知识的价值。药品市场的充分竞争实际上也能降低患者的医疗支出。

但是在实际当中，处方药等药品仍然要由医生或者医院提供，这意味着医生在提供诊疗服务的同时是药品的单一供给者。如果政府对医生的收入进行了管制，那么医院和医生就可以通过药品的涨价来弥补诊疗阶段的损失。

医院和医生成为药品的单一直接供给方时，药品的生产商则会依靠寻租等手段进行竞争，而非进行价格和质量为标准的市场竞争，从而会带来整个医药市场的混乱扭曲和腐败。因此，以药养医往往是政府管制带来的恶果，但是政府又不得不在一个错误的基础上继续纠正这个错误。

政府解决以药养医的方法包括以下几个方面：第一是限制药品收入占医院收入的比重；第二是限制医院药价的加价率；第三是打击医院和医生拿制药企业的回扣。

实际上，这些限制“以药补医”的措施并不能有效实施，还会遇到医院、医生和制药企业的对策。首先，“药品收入占医院收入的比重”是一个内部统计数据，外部管制者很难判断；即使发现比重偏高也没有惩罚措施；第二，较低的药品加价率反而会刺激制药企业提供价格更高的药品；第三，在医疗服务价格受到管制抑低的情况下，收受回扣是普遍而隐蔽的事情，本与扭曲的价格体系和扭曲的管制相伴而生，根本不可能消除。

3. 政府对药品价格的管制

由于保险制度导致的医药费用的持续上涨，由于对医疗服务价格的管制导致以药补医，又由于对以药补医的管制反而加剧了药品价格的上涨，政府就会对价格进行直接的管制。

政府对药品价格的管制，一是参照历史价格或同类药品价格进行政府直接定价，这种定价方式如果高于市场价格则是无效管制，如果低于市场价格则需要政府提供某种补贴。二是对药品的流通环节进行管制，特别是在药品的加价环节进行管制。此时药品生产商可能会较高的报价，以使得流通环节也能够获得平均收益。结果反而与管制的初衷相悖。三是政府通过提供指导定价的方式干预药品的利润空间；这种方式缺少有效的手段。

近年来我国普遍实行的对药品价格的管制是以省为单位网上集中采购，竞标价格即实际采购价格，不许制药企业与医院“二次议价”。这也是一种通过政府规定的程序对价格的干预。但结果并不理想。一是由于只有一家中标，反而在一省之内造成了独家垄断；二是招标并不唯一取决于价格，所以价格高反而中标，制药企业也有定高价，以覆盖高额回扣的成本，反而使价格虚高；三是参加招标的企业又要被相关政府部门分成三六九等，在这一过程中既缺乏依据，也难免腐败，四是真正需要药品的人，消费者其及治疗者却被剥夺了议价权，反而由与产品消费者无关的政府官员操作，也就不可能代表消费者的最大利益，而只是追求降低价格的政绩（孙越等，2013）。

4. 政府干预的极端形式——全民医保

由于医疗保健有某种政治含义，从而影响到政府的政治合法性，政府的介入也可能走向极端，采取全民医疗保险的形式。这种形式即使没有实现，也是许多政府向往的目标。如在英国，全国医疗服务体系（NHS）就是一种全民医疗保险的制度，所有有收入的公民都要参加，统一交纳保险费，医疗服务由政府提供，经费也有一大部分来源于政府财政。

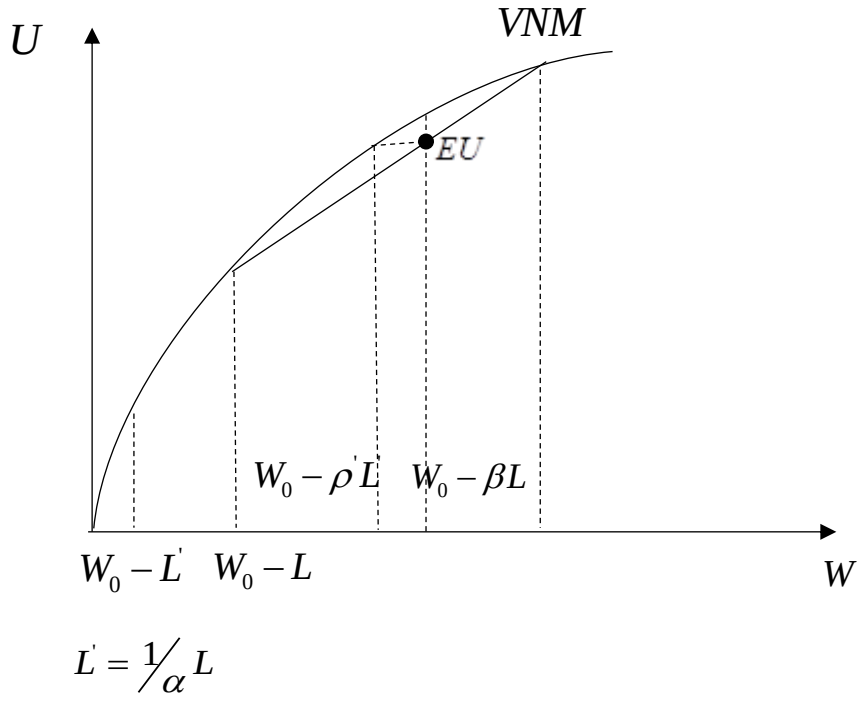
其它国家，虽然没有实现全民医疗保险，但也有走向这一目标的方案。如美国的奥巴马医疗改革计划的目标，就是要实现医保“全覆盖”，即为没有购买医疗保险的人提供医疗保障。

全民医保的最大缺点是取消了作为各方最终约束的无医保覆盖的市场。如果有一个不依赖于保险公司来支付的医疗市场，消费者根据自己真实的医疗效用对不同的医生和药品作出反应，就会出现真实的市场相对价格体系，对医药服务和产品的提供者给出真实的市场信号，推动资源在医疗领域中的有效配置。保险公司也会参照这一价格体系对医疗服务和药品支付费用。这使得整个社会的医药服务和产品的资源配置即使出现了一些扭曲，也还有所依凭。

如果这一真实的医药市场被保险覆盖，那么保险公司的定价将没有可靠的参照，各种服务和药品的相对价格将会起来越扭曲，导致真实的信号的丧失，导致资源错置。

从总体来看，如果人们没有了不选择医疗保险的自由，保险公司或社会保险体系就缺少了最后的市场牵制。任何一个消费者会如果对不买保险的医疗费用和买保险要支付的全部医疗费用（保险费用加自付医疗费用）进行比较，如果前者低于后者，会采取不买保险的行动。消费者的这一选择集合起来显然会影响保险市场的价格，使其受到抑制。如果没有不依赖保险公司来支付的医疗市场，那么保险公司的定价就没有了人们不买保险的约束，就会以垄断利润为最大原则，因为消费者没有了其他市场可以选择，全民医保有可能带来最坏的结果。

图 3.3 无保险市场与保险自由的作用



如图上图所示，U 代表效用水平，W 代表财富水平，L 代表医疗支出，保费率为 ρ，发病率为 β。

据第二章第 6 节，

$L' = r_c L$

据我们对在 α（保险制度下的共付率），$0 \le \alpha \le 1$，和 e（供给函数的斜率），$0 \le e < 100$，范围内的计算，矩阵 $\boldsymbol{Rc}$ 内所有的 r_c 都大于等于 1，因而 $L' \ge L$。即保险制度下的医疗费用大于等于没有保险的医疗费用。

如果保险市场的保费太高，或者保险覆盖下的医疗费用过高，那么消费者将不会选择进入保险市场。消费者在无保险与有保险下的预期效用函数分别为：

无保险支付的医疗市场：$EU = (1-\beta)U(W_0) + \beta U(W_0 - L)$
有保险支付的医疗市场：$EU = U(W_0 - \rho L')$

消费者购买保险的条件是：$U(W_0 - \rho L') \ge (1-\beta)U(W_0) + \beta U(W_0 - L)$

若 $\rho = \beta$，则上面不等式改写为

$U(W_0 - \rho L') \ge U(W_0 - \rho L)$ （6）

然而，上面已经证明，$L' \ge L$，则：

$U(W_0 - \rho L') \le U(W_0 - \rho L)$

与式（6）的条件不符，消费者不会购买保险。这时就会带来对保险价格的向下的压力，迫使 L' 即保险市场及保险制度下的医疗市场的价格受到非保险的医疗市场的价格的牵制。

由于考虑到在期望效用相同的情况下，存在着确定性方面的差别，这可以用标准差来衡量。标准差越大，不确定性越强；标准差越小，确定性越高。当购买保险后，标准差为零；而不买保险，标准差为一正数。

假定不买保险时的标准差为 Ss，则

$U(Ss) < 0$。

式（6）可改为：

$U(W_0 - \rho L') + U(Ss) \ge U(W_0 - \rho L)$

可以把保险消除不确定性的效用看成是消费者容忍保险制度下的医疗费用适当地高于不保险时的医疗费用。比如：

$L' \le 1.1\, L$

即在保险制度下的医疗费用不要超过不保险条件下的医疗费用的 10%。即使如此，不保险的医疗市场仍然有着牵制保险制度下的医疗市场的作用。

然而，当政府推行全民医疗保险，用劳动法律强制性规定所有人都必须参保，医疗保就是强制性的，消费者没有讨价还价的余地，就消灭了不保险的医疗市场，保险价格就不能由市场竞争来决定，就会偏离均衡的市场水平。

社保部门没有商业保险公司的竞争压力，它的最低目标是避免保险金的入不敷出，而它本身由于可以依靠政策提高保险金的收入（比如对退休人员也需要缴纳保险金），因此对降低成本就不敏感了。尤其是当整个医保体制成本过高、甚至应当取消时，医保部门也倾向于为了维持本身的生存予以抵制，即便他们只能获得社会的平均收入水平。

那么，进一步推论，如果没有一个不被保险覆盖的医疗市场，那么保险市场结构，即保险公司是充分竞争的还是垄断的则变得非常重要了。保险市场若是竞争性的，那么保险公司和医疗费用都会受到竞争一定程度的约束。

如果保险公司是垄断的，那么保险公司的利润取决于保费率 ρ 与发病率 β 之间的差距，垄断的保险公司将会定一个垄断价格，提高保费并压低医疗费用，此时是保险公司与医疗机构共同分割消费者的福利。

最后，不管保险市场是否是竞争的，由于保险制度本身带来了消费者需求函数的变化，导致买贵和买多倾向。在没有非保险的医疗市场的情况下，保险市场中的医疗费用由于没有非保险的医疗市场的牵制，必然会导致价格水平和医疗费用的上涨。

五、政府干预下保险制度引起的宏观结果

1. 整个社会效率的下降

根据前面的分析，除了道德风险、逆向选择和管理费用外，保险导致的消费者取自约束的减弱甚至丧失，会扭曲医疗领域的市场信号，降低资源配置的效率；更重要的是，保险消费者需求函数的改变，带来了整体的医疗价格和医疗费用的上涨，从而造成了本报告提出的“保险悖论”。以中国为例，根据本报告的“保险模型”进行测算，一个人在有保险下的一生医疗支出是无保险时的约 2.18 倍。

正如菲尔德斯坦（1976）指出的，社会保险的设计者应该确定这些计划对经济的本质影响。许多对社会保险的评价假设社会保险是更优的转移支付而不会影响整个（美国）经济。但是社会保险已经很大地改变了美国的经济，现在，65 岁以上的病人自付的（out of pocket）医疗金额已经比十年前的医疗总金额还高。失业保险也提高了美国的失业率。而为了支撑这些项目的税收政策则会带来其他的间接影响。

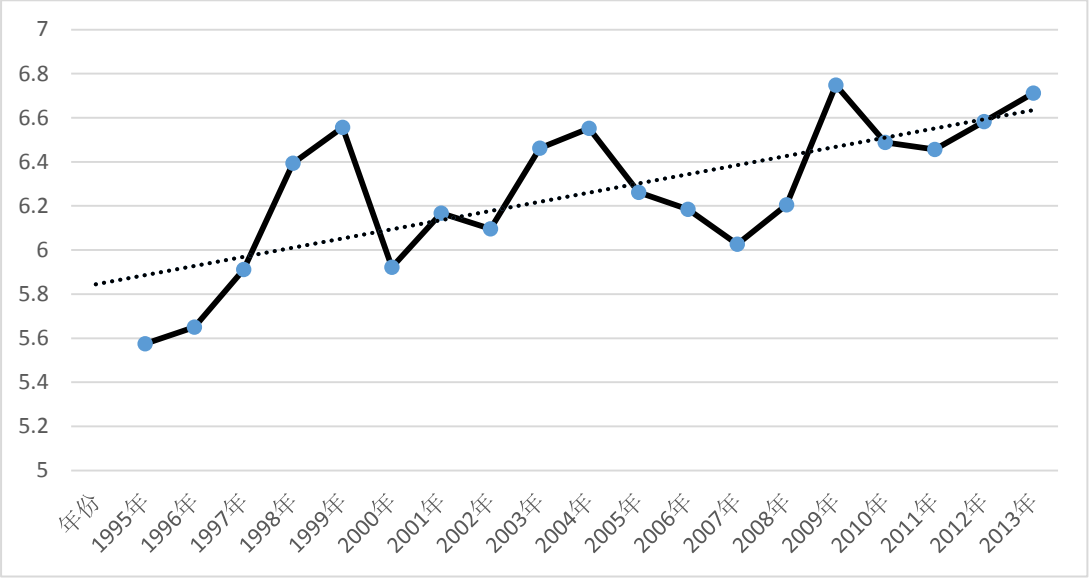
2. 医药价格的快速上涨

近十年来，全球的医药市场年均以 10%左右的规模递增，当直接的价格控制措施通过降低药品价格的上涨速度和降低一些药品的价格，使价格的实际水平下降时，这些国家的药品总费用仍然在继续上涨（刘薇，2014）。导致费用上涨的最主要的因素是药品使用数量的上涨和药品使用组合的变化（更新的药品被加入到报销目录中）。

3. 医药成本占 GDP 的比重上升

与此同时，各国的医疗成本占 GDP 的比重也在不断的上升，美国的医疗成本已经将近 GDP 的 20%。

图 3.4 世界医疗支出占 GDP 百分比



通过对世界银行世界发展指数的各国医疗支出占比数据的统计，可以看出全球医疗支出占 GDP 的比重是波浪上升的。在某一个阶段内，医疗支出有不断上升的惯性，直到到达某个不可持续的点时开始有意识的削减医疗支出，并在其后继续上涨。

4. 社会（医疗）保险制度的不可持续性

随着人口老龄化与人口预期寿命的增长，主流的社会保障体系的经济理论根基也正在受到挑战。

萨缪尔森（1958）通过世代交叠模型证明，养老、医疗保险等社会保障制度可以通过年轻人储蓄为老年人提供消费的方法从整体上改进所有人的福利，但这个福利正随着人口老龄化和预期寿命增长而逐渐减少。各个国家用于社保的支出增加便意味着每个人都在承担着高于前代的成本。而且在该模型当中，并没有考虑到人们推迟消费以及强制储蓄所带来的效用降低。

另外一方面，正如图洛克所指出的，医疗行业的特殊性在于该行业有着天然的成本上升的趋势，因为新药和新治疗技术不断被创造出来的过程意味着医疗价格上涨的过程（1995）。

更为重要的是，医疗保险不同于养老保险的根本特征，是医疗保险扭曲了医疗市场的价格信号，它影响了病患者的边际决策，每个人在表面上的低边际价格使得过度需求和过度医疗同时起作用，从而使得医疗成本和医疗保险成本同时上升。

两方面的共同作用，使得本来以分散成本为目标的社会保障制度本身便有了不可持续性。

六、理论部分小结

表 3.1 医疗市场存在的问题、解决方案及解决效果

医疗市场存在的问题	**市场化解决方案**	**解决效果**	**诱致效果**
委托代理/诱致需求	声誉模型	部分解决了委托代理问题	无
信息不对称	信号发送	解决了信息不对称，但患者支付较高成本	无
地理垄断	医疗服务供给的成本降低	互联网医疗等技术进步可大大解决	无
技术垄断	潜在竞争者/专利到期	新技术的扩展打破了原有技术壁垒	无
需求不确定性	医生、医疗技术的专业化/自愿形成的保险	自愿保险可能会逐渐萎缩	无
医疗市场存在的问题	**保险解决方案**	**解决效果**	**诱致效果**
委托代理/诱致需求	管理式医疗 1（自由式）	部分减少了对帕累托效率的偏离	推高医疗市场价格
	管理式医疗 2（管制式）	部分减少了对帕累托效率的偏离	推高医疗市场价格/降低医生增进业务能力的激励
需求不确定性	提供医疗保险	消除不确定性	削弱市场信号，推高医疗市场价格
医疗市场存在的问题	**政府解决方案**	**解决效果**	**诱致效果**
委托代理/诱致需求	完全补贴的公立医院	部分解决了委托代理问题	医疗效率低下
	不完全补贴的公立医院	无效	诱发更强的委托代理问题

信息不对称	行政等级	部分有效	诱发寻租等问题
地理垄断	行政配置医院	无效	诱发新的行政垄断
技术垄断	价格管制	可能会降低垄断价格	寻租，妨碍医疗技术进步
需求不确定性	政府提供保险	部分克服不确定性	诱发新的委托代理问题

第四章　我国基本医疗体制的形成、现状和问题

一、我国医疗行业的制度与政策变迁

当下的任何制度都是经制度变迁而形成的，我国医疗领域的制度也是如此，因此厘清我国医疗改革的逻辑和历史脉络是了解现状的前提。

1949 年之后，从大的方向看，我国的医疗体制可分为三个阶段：计划经济时期（1949 年以后到 1980 年代初），经济转型期的市场化改革和医疗管制的放松阶段（1980～1997），以及医疗体制改革全面推进阶段（1998～），其中这一阶段有一个重要的时间节点，即 2009 年的“新医改”阶段。

1. 计划经济时期的医疗机制（1949～1980）

（1）政府直接设置医院并控制医疗资源分配

计划经济条件下，医疗服务被视为“非生产性”服务，是一种社会公益事业。因而国家是医疗卫生事业唯一的提供者和举办者，由政府直接举办医疗卫生服务机构。按照行政隶属关系和生产组织特点，在城乡系统建立了三级医疗服务机构，城镇形成了由市、区两级医院和街道、厂矿门诊组成的三级医疗服务及卫生防疫体系；农村地区形成了以县医院为龙头、以乡（镇）卫生院为枢纽、以村卫生室为基础的三级医疗预防保健网络。

这一时期实行的是高度集中的医疗服务管理体制，按行政区划和隶属关系建立了垂直一体化和条块分割相结合的管理体制。在各级政府设立相应的卫生行政机构，负责医疗卫生资源规划与布局，各级各类医疗机构的设置、登记、直接业务活动的监督审查，医务人员的配备及其执业管理工作。医疗机构的设立实施审批制，卫生行政部门有权对不符合条件和要求的医疗机构予以取缔或给予处罚。医务人员被作为国家干部实行统一培养、统一分配，医疗设备和医疗投资由政府机构统一审批和调拨，医疗机构的运转费用基本上由政府或集体、单位承担。

（2）建立二元医疗保障体制

1949 年之前，我国并没有国家体系的医疗保障制度，沿袭的是传统的家庭保障模式。在 1950 年之后，建立了城乡分割的二元医疗保障制度（封进，2008）。

城镇依据保障对象实行公费医疗和劳保医疗制度，其中国家机关、人民团体和事业单位实行的“公费医疗制度”（《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，1952），医疗费用由国家财政按人头拨付给各级卫生行政部门，实行专款专用、统筹使用原则。城镇企业职工实行的“劳保医疗制度”（《中华人民共和国劳动保险条例》，1951），1969 年以前由企业生产成本列支的劳保医疗卫生费负担，以企业自留的劳动保险金和福利费补充。1969 年以后，由企业医疗卫生费、福利费和奖励基金合并的“企业职工福利基金”负担。（财政部，《关于做好一九六九年决算编审工作的通知》，

1969）其他的城市居民由于是上述的受保对象的亲属而享受“半劳保或统筹医疗”。 公费医疗和劳保制度的主要特点是个人不需要承担任何风险，由政府和企业兜底。从严格意义上说，公费医疗是不完全具有社会保险性质的无偿供给的医疗保障制度。到 1956 年，实行劳动保险的职工有 1600 多万人，另外还有签订集体劳动保险合同的职工 700 多万人，享受劳动保险的职工已占到全国职工人数的 94%，全国享受公费医疗的人数到 1957 年时达到 740 万人（吴亦明，2000）。

农村实行的是以集体经济（公社、大队）为依托的合作医疗体制。在 1950 年代中期，一些地方在农业合作化的启发下，自发建立了以集体经济和农民自发筹资为基础，具有医疗保险性质的合作医疗制度，并且在 1959 年的全国卫生工作会议上得到正式肯定，之后开始在各地农村逐步得到推广。其主要经费来源由农民和集体共同负担，集体承担大部分的医疗费用和“赤脚医生”的工资（工分），个人就医支付少量费用，政府在一些防疫费用、低价药品等方面提供有限的财务支持。到 1979 年，全国 90%以上的生产大队办起了合作医疗。（张栋，2013）

（3）医疗服务实行低价管制

医疗服务收费标准由财政部门和各级卫生管理部门共同制定，医务人员的工资则按行政级别和统一的标准确定。医疗服务价格基本上都是一种低价模式，收费低于成本，差额由政府补贴，但是由于补贴的不足，各级医院普遍出现经营困难现象。（李娜，2008）

在公费医疗和劳保制度下，扭曲的激励机制带来的过度需求，导致财政和企业不堪重负。为了减低医疗费用的支出，卫生和财政部门在 1958、1960 和 1972 年分别对医疗服务价格进行了三次大幅度降价，降价导致医疗服务价格严重偏离真实价格，其结果更进一步加剧了扭曲程度。

表 4.1　1956～1980 年医疗服务价格变化

项目	1956 年	1958 年	1960 年	1972 年
挂号费	0.4-0.5 元	0.3 元	0.2 元	0.1 元
床位费	甲：2.50 元 乙：2.00 元 丙：1.50 元	1.00 元	降低 20%-30%	1.00 元（北京、上海） 0.4-0.7 元（其他地区） 乡卫生院：0.21 元
手术费	/	大手术：40 元 中手术：30 元 小手术：10 元	/	大手术：30 元 中手术：20 元 小手术：8 元

资料来源：魏颖、杜乐勋，《卫生经济学与卫生经济管理》，人民卫生出版社，1998。

（4）药品生产和流通管制

医药商品流通体系由中央一级医药采购供应站、各省（地、市）的二级医药采购批发站和县级的三级医药公司组成。一级批发站只有北京、上海、沈阳、天津、广州五家；二级批发站为地市级批发站，全国约有 1000 余家；三级批发站为县级批发站，约 3000 余家。各级医药采购站都是国营单位。企业和批发站完全按计划生产和销售，通过每年的 4 次定货会由

生产企业与一、二级批发站签定全年的供货合同，再由一级（或二级）批发站拔向下一级批发站，最后由三级批发站销向医院和药店。

（5）成就与问题

计划经济时期，我国医疗卫生服务最显著的成就是在公共卫生领域，这是因为公共卫生具有公共产品属性，其发展需要公共财政的支持。1950 年代政府提出的卫生工作的四大方针为：面向工农兵、预防为主、中西医结合、卫生工作与群众运动相结合。中央政府重视公共卫生体系的建设，在整个医疗卫生投入中，对公共卫生事业的投入一直处于优先地位，逐步建立了包括卫生防疫、妇幼保健、地方病控制、国境卫生检验检疫机构在内的、基本完整的公共卫生体系。公共卫生机构与医疗服务机构之间，保持着良好的协作关系。在公共卫生领域取得的主要成就包括在全国范围内，各种烈性传染病被完全消灭或基本消灭，多种地方病和寄生虫病被有效控制。（张栋，2013）

然而，计划经济时期体制下在医疗服务方面的弊端却越来越凸显。

第一，公费和劳保医疗制度因为激励机制扭曲造成极大的浪费。自从 1952 年确定公费医疗体制后，修补制度缺陷的努力一直未曾中断。例如 1957 年，政务院规定了公费医疗十种不得报销的情况，并规定报销必须凭借公费医疗证。1965 年起，又规定挂号费自理，并且要求各地医院对于营养滋补药品也要进行收费，以平衡开支。1977 年规定了自费药品范围。这些措施的目的的遏制干部医疗费用的滥用。

第二，医疗费用的增长给财政和企业带来很大的负担。到 20 世纪 70 年代末，公费医疗、劳保医疗覆盖了全国 75%以上的城镇职工、离退休人员和家属，全国用于公费医疗、劳保医疗的开支，1978 年达到 28.3 亿元，占当时职工工资总额的 6%（刘洪清，2009）。

第三，对各群体的保障不能完全到位，尤其农民保障水平低。享有劳保医疗和公费医疗的群体仅包括全民、集体企业的职工和机关事业单位的职工，覆盖城镇约 20%-25%的人口（郑秉文和孙守纪，2008）。即使享有保障的群体，由于企业存在经营困难等问题，也存在职工医疗费长期得不到报销，医疗费拖欠现象。在合作医疗方面，由于统购统销政策中，国家长期以极低价格收购农产品，农村公社掌握的经济资源非常有限，广大农村始终处于缺医少药的状态。

第四，医疗服务供给不足。完全依靠财政资金，导致总体投入和专业技术教育不足，医疗卫生服务供给短缺，且总体技术水平较低。医疗服务的低价政策，造成医院亏损严重，且医务人员缺乏提升服务效率和质量的积极性。1981 年 2 月 17 日，卫生部公布了《关于解决医院赔本问题的报告》，形象地指出了当时医院面临的艰难困境：“自一九五八年以来，曾三次大幅度降低医疗收费标准，而对降价造成的亏损，国家又没有给予相应的补偿。此外，还由于有的商品提价，医院开支增加，致使医院长期大量赔本，越办越穷。”

2. 经济转型期的市场化改革和医疗管制的放松（1980～1997）

（1）准入管制的放松

1980 年之后，我国逐步放松了医疗行业的准入管制，允许个体、民营、外资等多种资本进入。1980 年国务院批准的卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》中，对个体行医实行了有限定的放开，即规定三种情况可允许申请开业：一是过去领有开业执照，现无工作，仍能继续行医者；二是因各种原因，目前未在国家或集体医疗机构工作的中医（包括民族医）、西医、助产士和牙科技工；三是一部分原在国家或集体医疗机构工作现已退休的医生、助产士和牙科技工。随着经济体制改革和医药卫生体制改革，股份制、股份合作制等产权制度改革逐渐延伸到医疗卫生行业，例如在《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》（1992）文件中提出允许多渠道筹集社会资金用于卫生建设，允许试办股份制医疗卫生机构；鼓励多种形式兴办医疗机构（《医疗机构管理条例》，1994）。

（2）对医疗机构经营管制的放松

由于财政巨大的压力，这一阶段开始将医院设定为差额财政拨款单位，鼓励医院创收以减轻财政负担。

1985 年国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》（国发〔1985〕62 号文），提出：“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好”。这一时期改革的核心思路是放权让利，扩大医院自主权。改革措施主要体现在管理体制、运行机制方面。例如推行承包责任制，允许卫生预防保健单位开展有偿服务，允许卫生事业单位实行“以副补主”、“以工助医”（《卫生部关于部属医院试行承包责任制的意见（试行）》，1988）。在确保按合同要求完成任务的前提下，医疗单位可以根据国家有关规定，自行管理、自主经营、自主支配财务收支，并决定本单位集体福利和奖励基金分配形式（《卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，1988）。《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》（1999）中支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理，做到自主经营、自负盈亏；允许试行‘一院两制’或‘一院多制’的经营模式和分配方式。

（3）医疗服务价格管制的放松

总体上，医疗服务价格仍比较严格的执行政府定价，在部分范围内有所调整和放松。根据《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》（1988）中规定，可适当提升收费标准的范围包括：专家门诊，各种优质服务项目，以及对外国人的医疗卫生服务；可建立特诊室，实行高收费（公费、劳保医疗不予报销）；利用新技术、新设备开展的医疗卫生服务项目，要实行按成本（不含工资）收费；现行门诊挂号、住院床位、手术收费标准偏低的，应予以合理调整，但价格仍要由各省、自治区、直辖市按国家物价改革的统一部署，经物价部门会同卫生、财政等部门研究确定。

（4）药品生产与流通的管制与放松

企业要从事药品生产，需要获得“两证一照”（药品生产许可证、药品经营企业许可证、营业执照）和药品批准文号，之后方可生产该药品。其中新药须经国务院药品监督管理部门批准颁发药品文号；生产已有国家标准或者省、自治区、直辖市标准的药品，必须经省、自治区、直辖市卫生行政部门征求同级药品生产经营主管部门意见后审核批准。

在上世纪 90 年代初之前，药品价格基本沿袭了计划经济体制，政府对药品的生产、流通企业实行生产与销售分开管理，绝大部分药品实行严格的三级价格管理（出厂价、批发价、零售价）。医疗机构作为销售渠道，按批发价购进药品后再加价 15%向患者销售。1990 到 1996 年，随着全国物价改革的推进，除极少数大宗药物继续执行三级价格管理外，绝大部分药品价格完全放开。（古新功，2013）

但在 1996 年，原国家计委出台的《药品价格管理暂行办法》，标志着政府开始恢复对药品价格的干预。办法规定对三类药品实行政府定价和政府指导价，包括生产、经营具有垄断性的药品，临床应用面广、量大的少数基本治疗药品、预防制品，和一类精神药品、一类麻醉药品和避孕药具等特殊药品。国家已明确放开价格的药品仍由药品经营者自主定价。对流通环节药品价格实行差率控制，进入医院的药品规定西药、中成药和中草药的最高批零差率分别为 15%、16%和 20%，医院药房按实际进价加批零差率作价。

从 1984 年开始，药品流通环节取消药品统购统销、逐级调拨的制度，三级药品批发站可以同时从药厂采购药品销往医院，生产企业也开始参与销售，直接向医院和药店供货。医院可以面对不同的流通渠道。这一改革带来药品的流通格局发生巨变，到 1990 年代末，全国已经形成了 1 万多家医药流通企业。

（5）医疗保障制度的变化

1984 年 4 月 28 日出台的《卫生部、财政部关于进一步加强公费医疗管理的通知》，明确指出了公费医疗存在的问题，“公费医疗制度本身也有一些弊端，如经费支出都由国家包下来，超支与浪费并不由享受公费医疗的个人承担任何经济责任。”这一时期，公费医疗和劳保医疗的基本制度没有大的变化，在收费机制上有所调整。1983 年，卫生部和财政部决定对自费医疗收费价格不变，对公费医疗和劳保医疗的部分收费项目按不含工资的成本收费，即实行两种收费标准。自 1988 年起，调整了 4100 项医疗服务的收费标准，1991 年再次调整共 6000 多项；1992 年自费医疗收费标准向公费医疗和劳保医疗收费标准并轨，一些省市还结合医院等级评审，对不同等级的医院制定了差别收费标准，目的在于对医疗机构实施不含工资按成本的收费制度。

自二十世纪 80 年代经济体制改革以来，农村合作社体制的逐步解体，集体经济在多数农村已经名存实亡，依托于此的农村合作医疗制度逐渐衰落。1985 年，全国实行合作医疗的行政村由过去的 90%猛减至 5%（孙爱琳，2002），1998 年卫生部进行的“第二次国家卫生服务调查”结果显示，全国农村居民中得到某种程度医疗保障的人口只有 12.56%，其中合作医疗的比重仅为 6.5%。

（6）成就与问题

这一时期的成果主要扩大了医疗服务的供给，由于私人办诊所的出现，卫生机构数量从 1978 年的 17 万家增长到 1996 年 32 万家。所有制结构上的变动、管理体制方面的变革、部分服务价格管制的放松以及多层次的竞争，明显地提高了医疗服务机构及有关人员的积极性，服务效率有了普遍提高。

在赋予医院一定自主经营权的同时，政府对公共卫生投入的比重逐渐下降，财政投入从1980 年占卫生总费用的 36%下降到 1998 年的 16%。由于基本医疗服务价格是低价管制，医院为了增加收入，设立创收机制，把职工收入与病人收费进行挂钩，医护人员以及医院方面收入不足可以通过向患者收费加以解决，在这一激励机制下，医疗服务开始出现回扣、大处方等现象。

农村合作医疗的衰落使得相当规模的农村居民失去了集体医疗保障，医疗负担加重。1998 年卫生部进行的“第二次国家卫生服务调查”结果显示，1998 年城市居民自费医疗的比重为 44.13%，农村居民自费医疗的比重达到了 87.44%。

这一阶段改革的主要目标是为了改变计划经济时期的医疗服务供给不足、效率低下、费用过高等问题，所以管制放松并没有完全开展，仍带有明显的计划经济特征。例如大部分医疗服务价格仍受到严格管制，医疗市场也没有真正放开准入。

3. 医疗体制改革全面推进阶段（1998～）

1998 年我国开始推行三项医疗改革，分别是中国医疗保险制度改革、医疗机构改革、药品流通体制改革，确立了目前医疗体系的基本架构。

（1）医疗保险机制的改革

我国在 1998、2003 和 2007 年，分别建立了城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度三大医疗保险制度。

20 世纪 80 年代实行多种形式的财政分级包干体制以后，中央财力有所减弱，而公费医疗和劳保医疗体制造成的费用超支和浪费，使财政和企业负担日益加重。一些企业和地方“率先自主开始了对原医疗保障制度的改革”，改变了职工医疗费用的负担方式，“实行医疗费用与职工个人利益挂钩”成为改革的重点。（张琪和张捷，2008）1989 年，国务院“加快社会保险制度的改革”，在四个城市开展医疗保险制度改革试点，分别是丹东、四平、黄石和株洲。1992 年 9 月 7 日，《关于试行职工大病医疗费用社会统筹的意见》颁布，按照“以支定筹、略有结余”的原则，该《意见》规定统筹的层次为县（市）统一筹集，并明确了统筹的范围。可以看出 1990 年代初期的医疗保障制度改革显现出社会统筹的方向。

1994 年，国家体改委、财政部、劳动部、卫生部共同制定了《关于职工医疗制度改革的试点意见》，经国务院批准，在江苏省镇江市、江西省九江市进行了试点，即著名的“两江试点”。“两江”试点的重点是实现机制转换，建立医疗保险“统账结合”（社会统筹与个人账户相结合）的城镇职工医疗保险模式。

在“两江方案”试点成功的基础上。1998 年 12 月，国务院出台《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，并在 2000 年推出了国家基本医疗保险药品目录。城镇职工的医疗保险费由用人单位和个人共同缴纳，其中用人单位按照职工工资总额的 6%缴纳，个人按基本工资的 2%缴纳。城镇职工医疗保障制度采取统账结合的方式，设立医疗保险基金的个人账户和社会统筹账户，职工个人缴费全部记入个人账户，单位缴费的 30%记入个人账户，剩余部分用于建立社会统筹基金。个人账户用于支付门诊和小额医疗费，统筹基金用于支付住

院和大额医疗费。社会统筹基金设置起付线和封顶线，分别为当地职工年平均工资的 10%和 400%。职工住院医疗费用中起付线以上，封顶线以下的部分也需要职工自付一部分，自付比例由地方政府自行决定。超过统筹基金最高支付限额以上的部分可以通过企业补充保险、商业保险等各种补充医疗保险的途径解决。

在建立城镇职工基本医疗保险制度后，也开始推进公费医疗制度的改革。目前除中央直属机构及少数省外，全国其他省份的公费医疗制度已陆续完成了与城镇职工医疗的接轨，但同时这部分群体还享受一份医疗补助政策，保障程度高于城镇职工。

2003 年 1 月，国务院办公厅转发了卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》。原则是政府组织、引导、支持，农民自愿参加。筹资方式是个人、集体和政府多方筹资，新农合作原则上以县为单位统筹资金，农民以家庭为单位参加。

2007 年 7 月，国务院印发《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》。面向不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的群体[5]建立了医疗保障机制。

由此，中国现行的基本医疗保障体系得以形成，并分别从制度上覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口和农村人口。

（2）医疗机构改革

一是对医疗机构进行分类，进一步扩大公立医疗机构自主权。2000 年，国务院办公厅批转国家体改办等八部委《关于城镇医药卫生工作体制改革的指导意见》（以下简称“指导意见”），中将医疗卫生服务机构分为两类：一类定位为营利性机构，医疗服务价格放开，按照企业模式进行组织和管理；另一类为非营利机构，追求公益目标，并且保证公益性的、非营利医疗机构在医疗服务体系的主导地位。之所以将医疗机构划分为营利与非营利，是想为“社会办医”打开一个突破口（李剑阁，2015），这之后，民营医院获得了较大规模的发展。到 2008 年，社会办医的医疗机构数量达到 64674 家，接近政府办医的数量 76704 家。

《指导意见》同时提出“扩大公立医疗机构的运营自主权，实行公立医疗机构的自主管理，建立健全内部激励机制与约束机制”， 在人事制度和分配制度改革上也提出了方向，包括鼓励员工竞争，实行双向选择，逐级聘用并签订合同；员工收入要与技术水平、服务态度、劳动贡献等挂钩；采用公开竞争、择优聘任为主的多种形式任用医院院长，实行院长任期目标责任制等。

二是对公立医院进行产权改革。《指导意见》中提出，“鼓励各类医疗机构合作、合并”，“共建医疗服务集团、盈利性医疗机构，医疗服务价格放开”。这一文件推动了医疗机构的产权改革，同年 3 月，以江苏宿迁公立医院民营化改制为标志性事件，拉开了全国范围公立医院改制的一个热潮。宿迁在五年时间内，原来的 135 家公立医院（包括卫生院），除保留两家外，其余 133 家均被拍卖，政府资本基本完全退出。

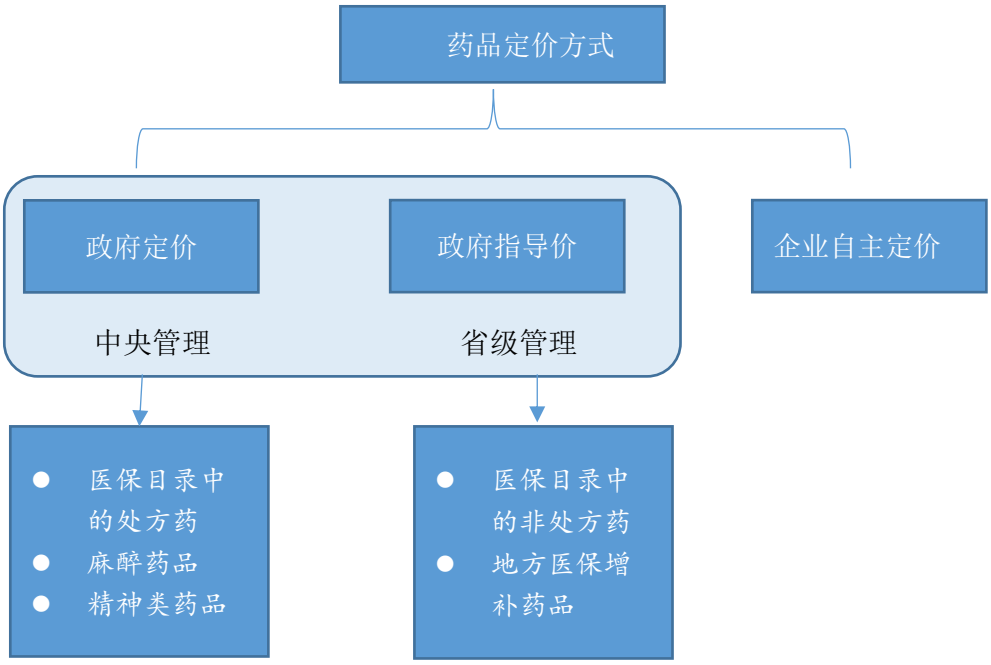
（3）药品的定价和流通机制改革

[5]具体包括：中小学阶段的学生、少年儿童、各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生和其他非从业城镇居民。

根据《中华人民共和国药品管理法实施条例》》（国务院令第 360 号），药品价格主要实行政府定价、政府指导价或者市场调节价。列入国家基本医疗保险药品目录的药品以及国家基本医疗保险药品目录以外具有垄断性生产、经营的药品，实行政府定价或者政府指导价，政府制定的价格是最高零售价格，其他药品实行市场调节价。除了上述定价方法，还有一类“产品有效性和安全性明显优于或治疗周期和治疗费用明显低于其他企业同种药品”可申请单独定价机制。（ 计委，《关于单独定价药品价格制定有关问题的通知》，2001）

政府定价和政府指导价格有着中央和省两级管理体制。属于国家基本药物及国家医保目录中的处方药，垄断生产经营的药品以及具有特殊性质的药品如麻醉药品、精神类药品，由国家发改委定价；属于国家医保目录中的非处方药，及地方医保增补的药品，由各省价格主管部门定价。各省还可以根据国家医保目录增减 15%药品，由各省医保部门付费，并由省级物价部门来定价。

图 4.1　我国药品定价方式



在 2000 年推行的集中招标采购机制和差价率管制，则在药品价格形成过程中起着决定性的作用。

2000 年，卫生部颁布了《医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定》，之后开始在全国普遍推行药品集中招标采购制度，药品采购从医院为单位的分散采购转向政府主导的集中采购。非营利性医疗机构的基本医疗保险目录，临床普遍应用、采购量较大的药品等需组织集中招标采购，招标的形式是以市（地）为最小组织单位，通过招标中介进行，确定药品生产企业和药品批发企业。评定投标药品价格时，要参照价格主管部门公布的最高零售价格和市场实际购销价格。医疗机构在名单中选择具体企业，通过“二次谈判”定价格、定数量、定厂家（《医疗机构药品集中招标采购工作规范》，2001）。允许医疗机构在中标价基础上加

上批零差率销售（《关于集中招标采购药品有关价格政策问题的通知》，2001）。批零差率的具体规定见下表。

在配送上，中标品种可以由生产企业直接配送，也可以委托药品批发企业或者其他物流企业代理配送。

表 4.2　药品最高流通差别差价率（差价额）

流通差价率（差价额）含税出厂（口岸）价	按出厂（口岸）价顺加计算	按零售价倒扣计算
0-5.00	50%	33%
5.01-6.25	2.50	2.50
6.26-10.00	40%	29%
10.01-12.50	4.00	4.00
12.51-50.00	32%	24%
50.01-57.14	16.00	16.00
57.14-100.00	28%	22%
100.01-112.00	28.00	28.00
112.01-500.00	25%	20%
500.01 以上	15%+50.00	13%+43.50

数据来源：国家计委，《关于印发药品政府定价办法的通知》，计价格[2000]2142 号。

（4）成就与问题

这一时期比较大的突破一是公立医院的产权改革，为社会资本的进入和发展提供了机会；二是公费医疗改革，为公务员医保机制和社会并轨打下了基础。

但同时问题也很突出，主要出现在药品集中采购和加价率管制上。药品集中招标采购的顺加作价规定是为了保证了医疗机构的利润空间，但却导致高价药易中标，低价药则出现了“中标死”的结果，推动了药价的上升。中介机构的存在，增加了新的中间流通环节和费用，加重了医药企业的负担。北大中国医药经济研究中心调查显示，因招标耗费的成本占到企业总成本的 6.03%。据对 44 家企业统计，共有 4000 多万元被中介拿走，这还不包括“公关”费（张沉，2006）。

二、2009 年“新医改”及以来的制度与政策框架

1. “新医改”的主导思想：市场还是政府

二十世纪 90 年代以来中国百姓“看病难、看病贵”现象的凸显，加上 2003 年，“非典”暴露了中国在公共卫生体系方面的问题，也引发了高层领导人对医疗改革的重视，当时胡锦涛主席在 2006 年 10 月 23 日中共中央政治局集体学习后的讲话，奠定了新医改的“政府主导”的基调，强调坚持公共医疗卫生的公益性质，强化政府责任和投入的改革原则（李玲，2012）。

2009 年 4 月 6 日，中共中央、国务院公布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称《意见》）和《2009- 2011 年深化医药卫生体制改革实施方案》（以下简称《方案》），标志着新医改的启动。《意见》中明确了“坚持公共医疗卫生的公益性质”，“ 把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”，为此要“确立政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位”。 《意见》构画出了今后我国医药卫生体系的总体框架，即“实现一个目标、完善四大体系、健全八项支撑”。 一个目标是“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”；四大体系是“建设公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系，构建我国的基本医疗卫生制度”；八项支撑是“完善医药卫生管理、运行、投入、价格、监管、科技与人才体制机制、信息、法律的建设”。

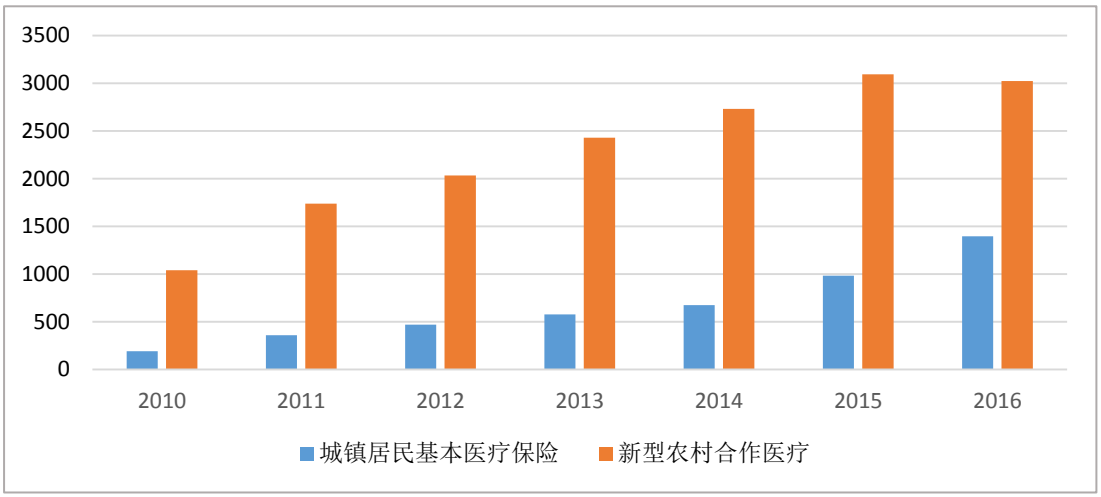
总体上，新医改在强调医疗机构公益性和政府责任的指导下，一个由财政全面投入、弱化市场路线的医改渐次铺开。改革启动后，陕西、浙江、云南等多个省份都打造了自己的样本。最终“安徽模式”脱颖而出，并在安徽探索的基础上，作为新医改突破口的“强基层”在落实层面主要包括以下几个方面：政府通过财政进行保障体系的扩充；基层医疗机构重新走向了公立主导，对基层医疗机构实行财政补助、“收支两条线”的管理方式；建立基本药物供应体系的；执行省级集中招标采购、零差价销售的药品价格管制等。

2. 政府主导的医疗保障制度与政策

新医改提出建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系。由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系。目标是三年内城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗参保（合）率均达到 90%以上。以提高住院和门诊大病保障为重点，逐步提高筹资和保障水平，2010 年各级财政对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助标准提高到每人每年 120 元。

为实现这一目标，财政投入了大量的资金在医疗保障方面，尤其是城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗。全国一般公共预算支出用于医疗保障的资金从 2008 年的 1128.22 亿元，增长到 2016 年 6220.28 亿元，其中 48.6%用于新农合基金的补贴。各级财政对新农合的人均补助标准从 2009 年的 80 元提升到 2016 年的 420 元，将政策范围内门诊和住院费用报销比例分别稳定在 50%和 75%左右。

图 4.2 全国一般公共预算支出用于城镇居民和新农合医疗保障的资金（2010～2016）



资料来源：财政部，全国公共财政支出决算表（2010～2016）。

建立了大病保险制度。2012 年 8 月 31 日，国家发改委等六部门联合发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，是针对参加城镇居民医保和新农合参保者的一种“二次报销”机制，住院的参保者按新农合或城镇居民医保报销后，超过一定额度（比如年人均收入）的部分，按不低于 50%的比例报销。根据国务院医改办信息，截至 2015 年 4 月底，全国 31 个省份均已开展相关的试点工作，其中 16 个省份全面推开，覆盖人口约 7 亿。2015 年 8 月国务院办公厅印发《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（以下简称《意见》）中提出在 2015 年底前，大病保险覆盖所有城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人群。

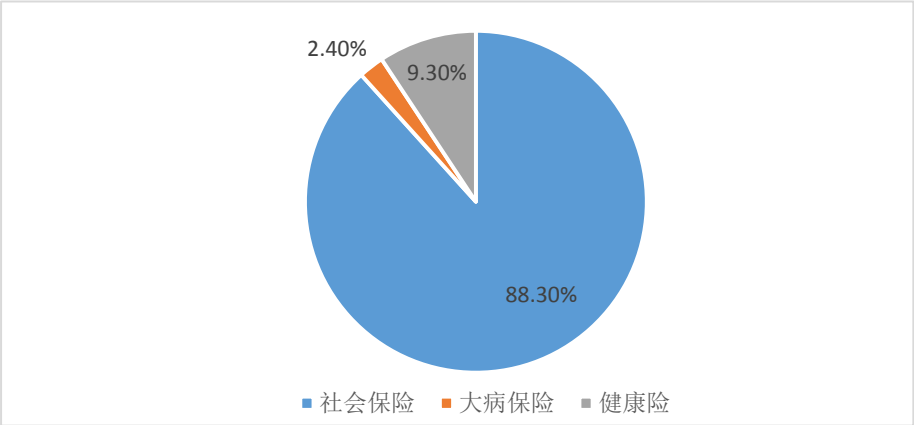
3. 医疗保险资源的构成和改革

我国的医疗保险市场结构分为三类：基本医疗保险（社会保险）、大病保险（允许商业保险公司做一定的参与）、重大疾病险（属于纯商业保险）。

社会医疗保险是前文所说的三大类政府主导医疗保险，包括城镇基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。商业的健康保险，根据《健康保险管理办法》（2006 年保监会第 8 号令），健康保险的涵义是：保险公司通过疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险等方式对因健康原因导致的损失给付保险金的保险。

2014 年全国城乡基本医疗保险总筹资额为 1.5 万亿元左右（人均筹资 1100 元左右），按保费计占市场的 88.3%。大病保险如果按照人力资源和社会保障部的要求，2015 年人均筹资 30 元计算，全国理想的总筹资大约 400 亿元左右，占保险市场的 2.4%，若仅计算纯商业重大疾病等险种则收入更少。2014 年健康险的原保险保费收入 1587 亿元，占城乡基本医疗保险的筹资额的 9.3%。2015 年我国健康险占人寿险保费收入的 12%，而国外成熟的保险市场，这一比例一般在 30%左右。

图 4.3 按保费的医疗保险市场结构（2014 年）



说明：健康险数据来自保监会的《2015 年保险业经营情况表》；大病保险按照人力资源和社会保障部要求的人均筹资 30 元标准计算。

表 4.3 2015 年我国保险业分类收入情况表

原保险保费收入（亿元）	24282.52
财产险（亿元）	7994.97
人身险（亿元）	16287.55
寿险（亿元）	13241.52
健康险（亿元）	2410.47
人身意外伤害险（亿元）	635.56

数据来源：中国保险监督委员会网站，《2015 年保险业经营情况表》。

政府对医疗保险资源享有绝对的垄断。占大部分市场份额的基本医疗保险资源完全由政府指定的社会保险机构垄断，几乎所有的商业保险公司无权涉足基本医疗保险领域（除极少数地方的新农合资金外）。占微弱市场份额的大病保险资源由地方政府通过招标等方式选定当地一家保险公司垄断经办，其他商业保险公司无权分享。

一些商业保险机构承办的大病保险业务规模虽然迅速提升，但却已经出现一定程度的盈利压力，甚至是经营亏损。比如，大病保险市场份额居行业第一的中国人寿，2013 年大病保险业务收入 25.14 亿元，利润总额为亏损 2.47 亿元。2014 年半年大病保险业务收入 38.93 亿元，利润总额仅为 500 万元（朱俊生，2015）。

（2）商业医疗保险和社会医疗保险的对接尝试

随着 2009 年新一轮医改的推进，我国部分地区针对商业健康保险与社会医疗保险的对接做了尝试，比较有代表性为“湛江模式”和“太仓模式”两种。

2009 年 1 月，广东省湛江市与中国人民健康保险公司合作，从基本医疗保险基金中个人缴费部分提取 15%用于购买大额医疗补充保险，即在居民个人缴费标准不变的情况下，提高总体的医疗保障水平，形成政府和商业保险机构联营的医疗保障体系。

2011 年 7 月，江苏省太仓市与中国人民健康保险公司苏州中心支公司合作运行“社会医疗保险大病住院补充医疗保险”项目。由政府主导，从社会医疗保险结余资金中筹集 2168 万元，职工按每人每年 50 元、居民按每人每年 20 元的保费标准，向人保健康购买大病保险，为个人自付医疗费用超过 1 万元的参保人员提供上不封顶的累进比例补偿，提高了社会医疗保险目录外及目录内自费部分的报销比例，且职工和城乡居民享受相同待遇。

表 4.4 两种社会保险与商业保险的对接模式试点，“湛江模式”和“太仓模式”

	湛江模式	太仓模式
类型	再保险	共同保险
缴费标准	政府财政支出和个人缴费标准不变的情况下，个人缴费部分提取 15%用于购买大额医疗补充保险。	从社会医疗保险基金统筹结余中，职工按每人每年 50 元、居民按每人每年 20 元的保费标准，向人保健康购买大病保险。
覆盖人群	城乡居民	城镇职工和城乡居民
保障水平	在既有基本医疗保障限额 1.5 万元基础上，新增 3.5 万元和 6.5 万元大额医疗补助，2011 年累计报销额为 8 万元和 10 万元。	补偿起付线为 1 万元，保障金额从 1 万元到 50 万元不等，分 13 个费用段，补偿比例从 53%递增到 82%。
本质	提高社会基本医疗保险保障上限	对自付部分进行二次补偿
保险公司	“保本微利”，政府财政承担最终责任	4.5%的限额内自负盈亏，超出部分双方结余共享风险共担，收益不超过 5%。

两种模式均为商业健康保险与社会医疗保险制度对接实践中的尝试，以再保险和共同保险思路为基础，扩大了医疗保障范围，在一定程度上提高了保障水平，并减少了个人的自付压力。 商业健康保险虽然开始参与社会医疗保险制度的构建，但要大规模推行这一机制还受到较大限制。

4. 医疗服务市场：制度、政策和产业组织

（1）统一管理，公立主导

新医改确立了医疗服务市场要坚持以“非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则”，强调公立医院的公益性质。在管理上实施属地化和全行业管理，所有医疗卫生机构，不论所有制、投资主体、隶属关系和经营性质，均由所在地卫生行政部门实行统一规划、统一准入、统一监管。强调要强化区域卫生规划，由省级人民政府制定卫生资源配置标准，组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划，明确医疗机构的数量、规模、布局和功能。

（2）建立分级诊疗和双向转诊制

针对医疗资源的分布集中于大城市、大医院的现象，为大医院减负，缓解“看病难”，新医改提出要建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制，发挥价格、基本医疗保障支付政策等的引导和调控作用，引导一般诊疗下沉到基层，推进社区首

诊、分级诊疗和双向转诊。为此中央政府加强基层医疗卫生服务体系的建设，三年中，中央投资 630 多亿元，支持了 2200 多所县医院和 33000 多家基层医疗卫生机构的建设。

推进分级诊疗医改的目标是为了平衡医疗资源，但是由于配置医疗资源的根本体制没有变化，实际效果并未达到政策的预期，实际执行中出现了单向转诊、回转不畅等问题。

（3）政策上鼓励非公立医院发展

新医改的目标之一是推进非公立医院的发展，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制，鼓励民营资本举办非营利性医院。新医改之后出台了一系列政策，放宽社会资本举办医疗机构的准入。在办医主体上和参与形式上，“鼓励有资质人员依法开办个体诊所”，“鼓励社会资本参与公立医院改制(《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，2009)，“鼓励有实力的企业、慈善机构、基金会、商业保险机构等社会力量以及境外投资者举办医疗机构，鼓励具有资质的人员（包括港、澳、台地区）依法开办私人诊所”（ 《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》，2012）。

在服务价格上，非公医疗机构医疗服务价格实行市场调节。(《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》，2014）

2010 年发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》中，要求对非公立医疗机构和公立医疗机构在市场准入、社会保险定点、重点专科建设、职称评定、学术地位、等级评审、技术准入、科研立项等方面与公立医院享有同等待遇，在服务准入、监督管理等方面一视同仁。

但总体上设立医院的基本管制机制没有改变，仍然要符合相应的规划、设立的标准，需由行政主管部门的审批通过，在以公立医院为主导的办医体制下，社会资本进入的体制性障碍仍然存在。

（4）多点执业政策上有所放宽，互联网医疗严格管制

2011 年的《政府工作报告》提出了“完善和推进医生多点执业制度”。 但按照各地已经实施的多点执业管理办法，要想申请多点执业，需要由已注册执业地点的医疗机构出具的同意申请人在其他医疗机构执业的证明。2015 年 1 月，卫计委发布了《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》中原则性提出“医师多点执业实行注册管理，相应简化注册程序，同时探索实行备案管理的可行性。”

医生通过互联网从事医疗服务仍受到严格管制。2009 年 7 月 1 日起施行的《互联网医疗保健信息服务治理办法》第十二条，规定医生“不得从事网上诊断和治疗活动”。2014 年卫计委又发布了《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》，规定“非医疗机构不得开展远程医疗服务”，并且“医务人员向本医疗机构外的患者直接提供远程医疗服务的，应当经其执业注册的医疗机构同意，并使用医疗机构统一的信息平台。”政策层面上，互联网上涉及医学诊断治疗还不允许开展，目前我国互联网医疗机构从事的服务属于“健康咨询”。

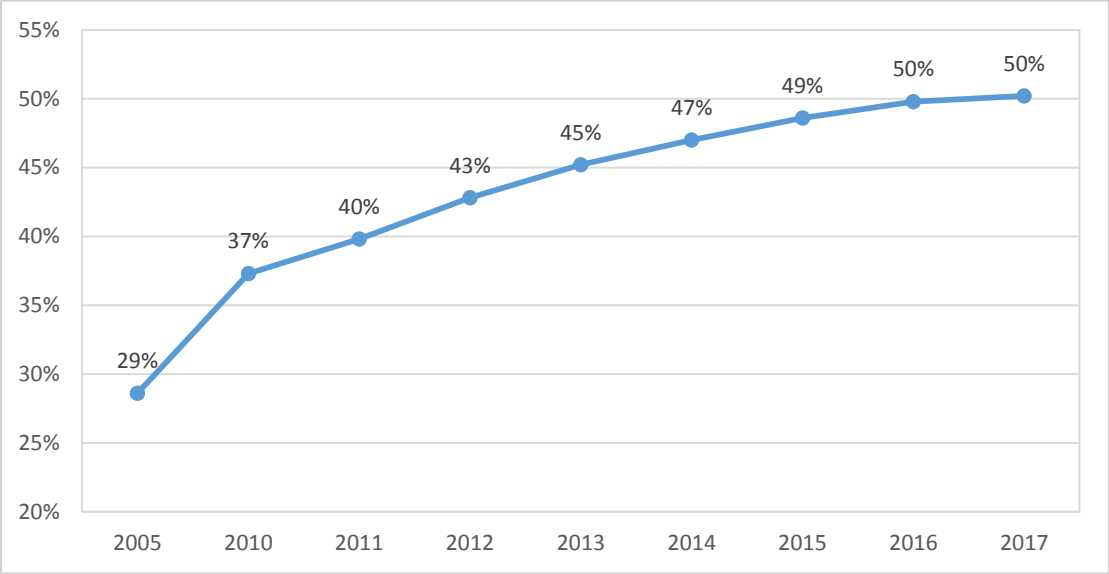
（5）医疗服务的产业组织

新医改之后，我国医疗服务市场呈现以下几个特征：

第一，民营医院数量有所上升，但公立医院仍占主导地位。截止到 2017 年年末，公立医院 12297 个，民营医院 18759 个，数量上民营医院已超过半数，比 2011 年的 38%有明显上升。但从医疗资源还是医疗服务方面来看，公立医院占绝对优势地位。2017 年公立医院的诊疗人次数占所有医院总门诊量的 85.8%，医疗事业收入占 87.1%。

第二，三级医院市场占有率逐渐上升，地理垄断性增强。根据中国卫生健康统计年鉴，2017 年三级医院占医院总数 7.5%，诊疗人次数占比从 2005 年的 28.6%增长到 2017 年的 50.2%。患者向大医院集中的趋势进一步加强。而三级医院基本上是市级以上的医院，从地理上分布上，可以推断出患者更偏好到市以上的医院就诊，三级医院在地理上具有一定的垄断性，而最高等级的三甲医院的地理垄断性更加显著。

图 4.4　三级医院诊疗人次数占比（2005～2017）



数据来源：依据《2016 中国卫生和计划生与统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

5.　药品市场：制度、政策与产业组织

（1）推进基本药物制度，基层实行全覆盖

从 1979 年我国就确立了基本药物遴选原则，并先后公布了六版《国家基本药物目录》，但并没有建立相应的基本药物制度。新医改的《意见》中明确提出了 2011 年初步建立基本药物制度，2020 年普遍建立比较规范的药品供应保障体系的目标。2009 年 9 月推出了《国家基本药物目录》第一版[6]，涵盖了 307 种基本药物，各省根据实际情况增加。基本药物报销比例高于医保目录，并要求政府举办的基层医疗机构全部配备使用，其他各类医疗机构也需优先使用。

[6] 随后有所修改，最新为 2015 年版。

2012 年新版基本药物目录推出时，卫生部要求各地要规定各级各类医疗卫生机构基本药物使用比例。基层医疗卫生机构应全部配备使用基本药物，即政府办的乡镇卫生院和城市政府办的社区卫生医疗机构实现全覆盖；二级医院基本药物使用量和销售额达到 40%至 50%，其中县级医院综合改革试点县的二级医院应达到 50%左右；三级医院基本药物销售额达到 25%-30%。

但中国医药工业信息中心的统计数据显示，基本药物在全部用药中的金额占比在逐年下降，从 2005 年的 16.4%下降到 2010 年的 9.7%。以 2010 年全年上海样本医院医生处方的数据统计为例，有近半数的处方含有基本药物，但基本药物的取药金额只占处方总金额的 8.7%~13.4%，而用药品种数只占到总用药品种数的 0.3%~0.4%。（钟可芬，2011）

（2）药品价格管制

2015 年之前，药品价格实行的是政府定价、政府指导价（最高限价）和市场调节价，其中有 2700 余种药品实行的是政府定价和政府指导价，占市场药品的 23%左右，其余 77%的药品实行的是市场调节价。2015 年 5 月 5 日，国家发改委、国家卫计委和人社部等联合发出了《关于印发推进药品价格改革意见的通知》中规定，自 2015 年 6 月 1 日起，除麻醉药品和第一类精神药品仍暂时由国家发改委实行最高出厂价格和最高零售价格管理外，对其他药品政府定价均予以取消，不再实行最高零售限价管理。

政府取消大部分药品政府定价，为日后药品价格的市场形成机制奠定了基础，但基本药品价格仍受医保控费和招标采购的约束。药品批发环节和零售环节的差率（额）管制仍激励医院采用高价药品，真正意义的药品市场价格形成机制尚未建立。

（3）药品流通的管制

新医改后药品流通的管制机制主要是基本药物实行省级药品集中招标采购和零差价销售。从 2009 年开始，卫生部发布《进一步规范医疗机构药品集中采购工作的意见》，推行以政府为主导，以省为单位网上药品集中采购。将招标采购权集中到省级卫生行政部门，基层医疗机构通过省政府建立的基本药物交易平台进行网上采购。采购机构通过集中采购确定的采购价格（包括配送费用）即为基层医疗卫生机构实际销售价格，禁止医疗机构进行“二次定价”。在实行基本药物制度的县（市、区），政府举办的基层医疗卫生机构配备使用的基本药物实行零差率销售，不再加价产生利润，利润部分由政府给予补贴。

药品零差价制度是一种更为严格的加价率管制政策，这种制度和过去 15%的药品加价率管制政策存在同样的弊端，即药价越高越受医疗机构青睐。在该制度下，参与竞标的药企会在投标价格中预留给医院的回扣空间，因此并不能真正降低药品价格。“这一药品投标和购销模式不过是此前公立医院药品购销模式和政府集中招标采购模式的简单复制”（朱恒鹏等，2010）。

（4）药品生产市场结构

截至 2014 年底，全国共有原料药和制剂生产企业 5000 家，百强的行业集中度为 53%。从总量上看，市场集中率较低。但是在药品行业，主要是产品差异化决定了市场集中度水平。

在细分市场上，行业集中度有所提高。例如在医院用药的排名中，目前抗肿瘤药物和抗感染药物居于前两位，选取这两类药物来考察，可以看出药品集中度明显增加，其中抗肿瘤药物的 CR8 约占市场一半的份额。

表 4.5 抗肿瘤药物和全身抗感染药物的行业集中度

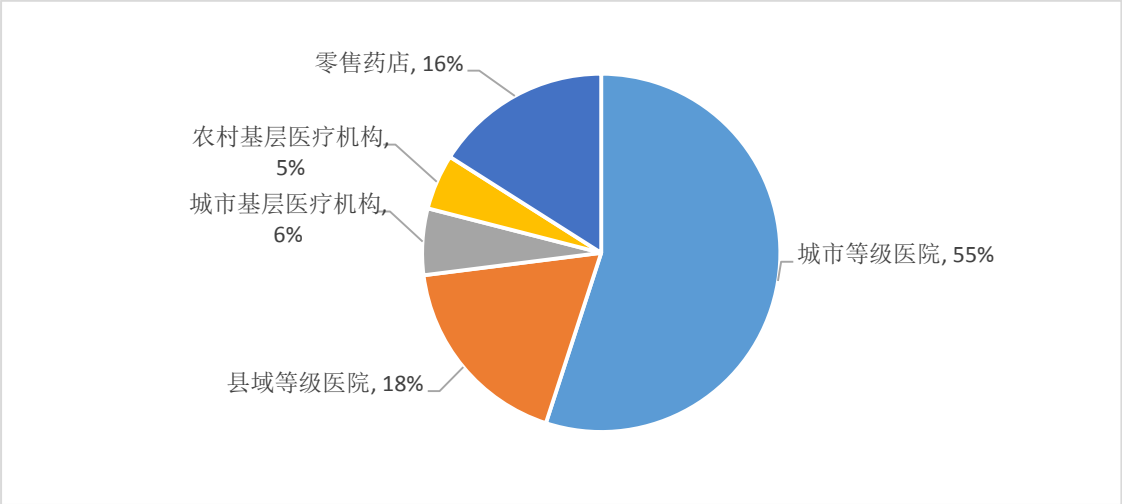
	抗肿瘤药物行业集中度		全身抗感染药物行业集中度	
	CR4	**CR8**	**CR4**	**CR8**
2006	34.63%	50.56%	16.51%	26.69%
2007	35.17%	49.69%	15.56%	26.59%
2008	34.66%	49.61%	15.30%	26.31%
2009	32.40%	47.12%	15.12%	25.94%

数据来源：于小婷等（2013），张慕禹等（2015）

（5）药品终端的市场结构

2015 年，整个中国药品市场（不含药材）总规模达 13775 亿，从市场结构上，医疗终端占据市场的 84%的份额，其中城市等级医院占整个药品市场高达 55%的份额，县域等级医院市场占比 18%，城市基层医疗市场占比 6%，农村基层医疗市场占比 5%。零售药店占 16%份额。（中康资讯，《中国医药行业六大终端用药市场分析蓝皮书 2015-2016》）

图 4.5 终端药品市场结构（2015）



说明：城市等级医院包括地级以上城市的二、三级医院（含部队医院）；县域等级医院包括县（县级市）二级及以上医院（含部队医院）；城市基层包括地级及以上城市一级医院+地级及以上城市社区卫生服务中心（站）；农村基层包括县（县级市）一级医院+县（县级市）社区卫生服务中心（站）+乡镇卫生院+村卫生室；药店包括实体药店和网上药店。
数据来源：中康资讯，《中国医药行业六大终端用药市场分析蓝皮书 2015-2016》。

在处方药和非处方药（OTC）市场上，处方药 2014 年总规模为 10978 亿元，占药品市场的 85%，其中医院渠道约占处方药 92%，仅 8%通过药店销售。非处方药市场规模 2030 亿元，39%通过医院终端销售，其它通过药店和网上药店销售。据中国产业洞察网调研数据，

由于部分 OTC 进入基药目录，使得医院开始和药店争抢市场，尤其是在城市基层医院，OTC 的增速达到 22%。

（6）药品流通行业的产业组织

1999 年年底，原国家经贸委出台了《医药流通体制改革指导意见》，提出形成以公有制为主体，多种所有制经济共同发展的医药流通新格局；国有大中型医药流通企业实现产权多元化，允许并鼓励各行各业、各种经济成份以兼并、重组、联合等多种方式参资入股医药流通企业，之后流通企业数量迅速增长。目前流通行业的市场存在以下特征：

第一，交易主体众多。据国家药监总局公布年报，2017 年底《药品经营许可证》持证企业 47.2 万家，其中批发企业 1.3 万家；零售连锁企业 5409 家，零售连锁企业门店 22.9 万家；零售药店 22.5 万家。

第二，药品流通企业中，国有企业居主导地位。2017 年全国药品流通直报企业[7]中，国有及国有控股药品流通企业主营业务收入 9396 亿元，占药品流通直报企业主营业务总收入的 64.3%，实现利润 213 亿元，占直报企业利润总额的 58.6%；股份制企业主营业务收入 3747 亿元，占直报企业主营业务总收入的 25.6%，实现利润 110 亿元，占直报企业利润总额的 30.3%。（商务部，2017）

第三，药品分销渠道尤其终端由医疗机构垄断。根据《中国医药行业六大终端用药市场分析蓝皮书》，2015 年通过医疗机构销售药品占 84%。药品费用仍然占医疗总费用的一半左右，是医院收入的重要来源，其中公立医院在我国医疗体系中占主体地位，是药品销售的主要渠道。

第四，药品采购具有地区垄断性。药品集中采购制度隐形地带来了地区垄断，药品集中采购逐渐演变成一家医院或一个区域的公立医疗机疗将所需的药品指定一家医药公司独家配送。

例如山东政府推行的药品“阳光集中配送”变为由山东海王“一家配送”，独家配送后部分药价不降反升（《北京青年报》，2010），由于 政府的行政干预造成了药品配送市场的垄断，企业制定的垄断价格造成了物流成本的上涨。

2015 年 9 月，福建省经济和信息化委员会等七部门联合印发了《福建省医疗机构基础输液统一价格、定点生产、挂网采购、直接结算工作实施方案的通知》（闽经信消费（2015）628 号），福建省医疗机构基础输液定点五家本省企业生产供应，各级公立医疗机构应全部配备使用定点生产基础输液，不得采购非定点企业的产品。这五家省内输液生产企业名单：福州海王福药制药有限公司，福鼎康乐药业有限公司，福建三爱药业有限公司，福建南少林药业有限公司，和福建天泉药业股份有限公司。这种红头文件公开支持地区药品采购垄断的行为是非常明显的行政垄断行为。

6. 对新医改的评价

[7] 即定期把企业的经营数据和相关数据报给政府的相关部门。

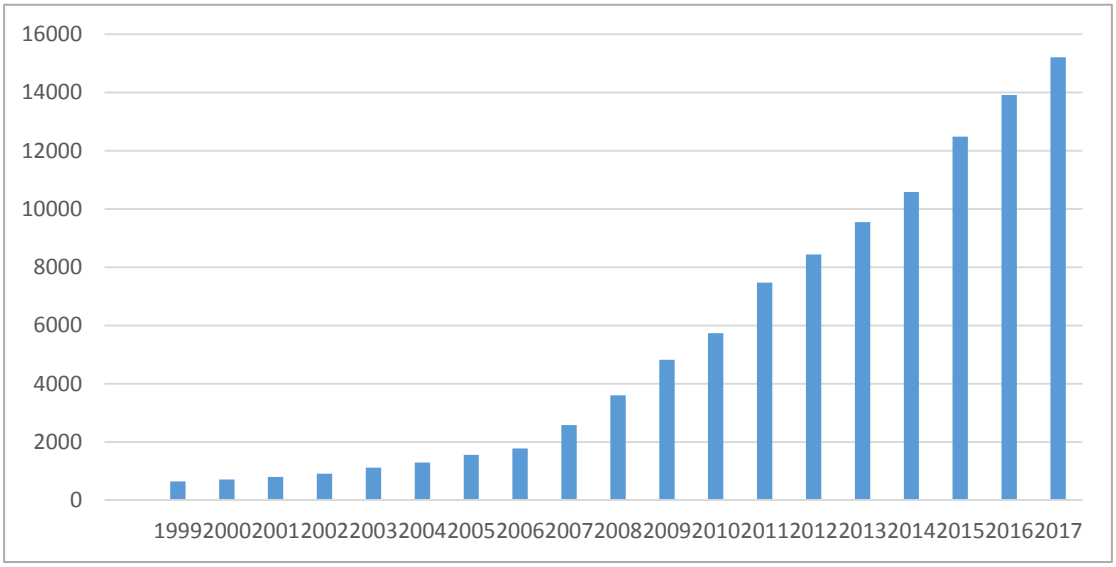
新医改后中央政府加大了对基本公共卫生服务的投入，中央财政投入了 154 亿元实施 6 大类重大公共卫生服务项目，公共服务公平性获得显著改善，城乡居民享受到 10 类 41 项免费的基本公共卫生服务，孕产妇产前检查率达 95.6%，住院分娩率 99.9%。调研数据显示医疗卫生服务可及性显著增强（《中国医改发展报告（2009—2014）》，2015）。新医改提出的 3 年内医保覆盖率达到 90%以上已经实现。根据《2014 年中国人权事业的进展》数据，2014 年城乡基本医疗保险覆盖率超过 95%。

但是由于改革目标和政策目标建立在对医疗体系认识不清晰的基础上，因此新医改的目标和效果间的存在明显冲突。具体表现在以下几方面：

第一，财政投入增长和个人负担增长同时增长的矛盾。

从 2009 年开始，政府对医疗卫生的投入呈爆发式增长，政府卫生支出从 2008 年的 3594 亿增加到 2017 年的 15206 亿。新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的财政补助标准从 2010 年的 120 元/人提高到 2017 年的 450 元/人。

图 4.6 政府卫生支出（1999～2017）



数据来源：依据《2016 中国卫生和计划生与统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

但是财政投入的大幅增长并没有减轻个人的直接负担，人均门诊和住院费用逐渐上升，人均医疗费和人均 GDP 之比从 2008 年的 4.03%增长到 2017 年的 5.16%，个人支出无论从绝对金额还是相对负担上都是增加的。新医改形成了“供需皆补”的局面，其中基层医疗机构和医疗保险成为最主要的倾斜对象，而患者支付能力的提升却进一步刺激了医院和医药企业的盈利动机，大规模的投入使原有的趋利机制更加膨胀。

第二，集中招标机制和药品价格持续上涨的矛盾。

新医改推行的以省为单位的基本药物集中采购制度初衷是想通过批量采购、量价挂钩降低基本药物价格，通过该制度来规范基层医疗机构的用药行为，控制医疗费用。然而，这

一制度运行以来，不仅未能达到预期效果，反而导致价格虚高。并且价格虚高的品规虽然只占 20%，但是总金额却高达 80%以上。（刘汉卿，2014）

药品零差价制度虽然是一种更为严格的加价率管制政策，但这种制度和过去 15%的药品加价率管制政策存在同样的弊端，即药价越高越受医疗机构青睐，因此药企间，以及药企和医院之间仍存在行“高定价、大回扣”的隐性交易，只是“回扣”会在投标价格中预留出来。在药品的市场定价机制没有建立起来的情况下，在基层全面推行基本药物制度和药品零差价制度带来的一个现象是基本药物的短缺。药企和医院生产和销售高价药才有更大的获利空间，偏低的基药的价格可能导致企业在不能形成规模效益的情况下，选择放弃生产基本药物，导致部分基本药物产生短缺。

第三，加强基层卫生机构建设和患者就诊比例下降的矛盾。

“新医改”的重要的改革方向是引导患者流入至基层卫生机构，但最新的数据来看，患者向大医院聚集的现象更加严重。2017 年，基层医疗卫生机构的门诊量为 44.3 亿人次，比上一年上涨的幅度有限，仅为 1.4%，而三级医院的门诊量比上年同期增长 6.1%。从这一数据也能说明，居民对基层医疗卫生体系的认可度并没有显著的改善。

第四，支持民营医院发展政策与现实中制度性障碍的矛盾。

“新医改”提出鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业，随后国务院发布的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中提出，“放宽社会资本举办医疗机构的准入，进一步改善执业环境，落实价格、税收、医保定点、土地、重点学科建设、职称评定等方面政策，对各类社会资本举办非营利性医疗机构给予优先支持，鼓励非公立医疗机构向高水平、规模化的大型医疗集团发展。”

但实际情况中，民营医院和公立医院仍不具有平等的地位，民营医院的发展面临着很多政策性障碍：

第一，民营医院得到的财政资金有限，享受不到公立医院类似的补贴和税收优惠政策，且经营成本高于公立医院。例如民营医院很少能获得用地，多以租赁的方式获得经营场所。北京在 355 家民营医院和 220 家公立医院中，民营医院房屋建筑面积为 130.35 万平方米，其中仅 99 家(占 17.2%) 医院土地完全属于自己，其余 276 家(82.8%) 医院均需要租赁房屋，租房面积约占医院建筑面积的 82%；公立医院总房屋建筑面积为 823.60 万平方米，其中 152 家(占 69.1%) 医院具有自有用地，其余 68 家(30.9%) 医院需要租赁房屋，租房面积仅占医院建筑面积的 4%。（魏超、孟开，2015）

第二，医保政策也对民营医院带有歧视性，大部分民营医院没有取得社会医疗保险定点资格，即使部分成为社保定点的医疗机构，在医疗服务项目、额度上也受到诸多限制。北京民营医院中有 143 家医院属于城镇基本医保定点或新农合定点机构（40. 3%），212 家未获得医保定点资质（占 59.7%）；公立医院有 209 家医院属于医保定点机构（占 95%），仅 11 家未获得医保定点资质（占 5%），且大多为新建医院。（魏超、孟开，2015）

第三，医疗服务行业的进入门槛非常高，尤其是高等级医院。医疗机构，尤其是综合性医院，从新组建到具有竞争力，一般要超过 10 年的时间。现有已经形成竞争力或已经具备品牌的民营医院中，大多是专科医院，少量的综合性医院，基本是依靠公立医院力量成长起来的，这类民营综合医院，有的是通过购买某个公立医院来建立医院，有的与公立医院合作，利用公立医院的人力和技术建立医院。例如莆田系发展起来原因之一就是依托和公立医院合作，借助公立医院资源这一路径。

三、现有医疗体制的基本框架及特点

1. 不够完善和受到干预的市场

（1）医疗服务市场

我国医疗服务供给从所有制形式上，分为公立医院和非公立医院，公立医院是服务供给的主体。从等级上，根据功能和任务不同划分为三级体系，每一级中又依据医院的技术、质量、管理水平和设施条件，分别划分为甲、乙、丙等，三级医院增设特等。全国、省、市直属的市级大医院及医学院校的附属医院一般为三级医院；市、县医院及省辖市的区级医院，以及相当规模的工矿、企事业单位的职工医院一般是二级医院；农村乡、镇卫生和城市街道医院一般为一级医院。

不同所有制形式、不同等级的医疗机构在供给数量、规模、空间布局、位置选址上受到区域卫生规划等相关规划的限定。例如《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020 年)》提出：在县级区域依据常住人口数原则上设置 1 个县办综合医院和 1 个县办中医类医院；50 万人以上的县可适当增加公立医院数量。在地市级区域依据常住人口数，每 100 万至 200 万人设置 1 个至 2 个地市办综合性医院。在省级区域划分片区、按需求每 1000 万人规划设置 1-2 个省办综合性医院。

即在地理布局上，根据医院各自的等级界定了每家医院大致服务的地域范围和人口数量，对市场进行了人为的切割划分。在每一个界定的服务范围内，医院都具有一定的垄断性。且等级越高，垄断性越强。在由行政部门主导医疗资源配置的体制下，一般被限定了等级的公立医院无法突破行政等级的框架。因此在这种统一管理、按等级配置体制下，我国医疗服务市场缺乏竞争性。

（2）医疗设备市场

作为医疗检查必不可少的环节，医疗设备的等级的高低，技术是否先进也是影响医院的市场竞争力的重要因素之一。我国实行对医疗设备购置分级审批制。大型医用设备配置管理被列为非行政许可审批项目，实行国家宏观调控，配置规划和配置证制度。大型医用设备又分为甲、乙两级，购买甲类大型医疗设备须卫生部批准，乙类大型医疗设备须省级卫生部门批准。即医院购买超过一定金额的仪器设备前必须获得卫生主管部门许可，这种许可使医院不能根据自身需求及时购进医疗设备。并且不同等级的医院一般在购买医疗设备的额度、等级上有限定。高等级医院更容易获得购买高端的仪器设备的许可，这进一步强化了高等级医院在市场中的垄断地位。

2. 公立医院为主体的医疗体制

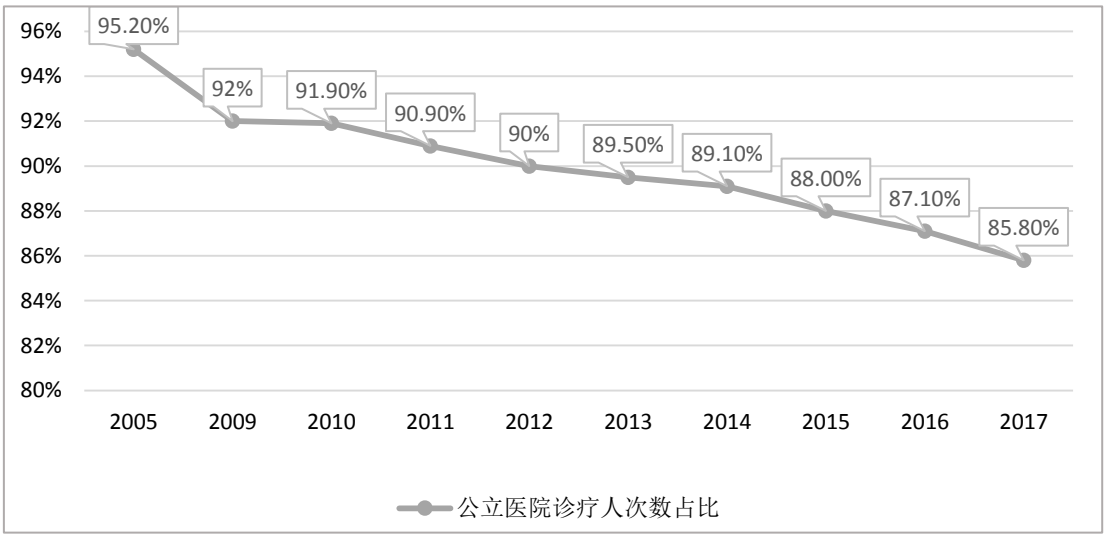
（1）政府主导下公立医院为主体的办医体制

公立医院一直在我国医疗服务市场居于主体地位，政府历来发布的政策文件中也一直强调这一点。2009 年的“新医改”中继续明确 “坚持以非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医院则”。公立医院在市场中的主体性主要体现在以下几方面：

第一，拥有的医疗资源数量，尤其是优质医疗上占主体。虽然民营医院数量增长迅速，但平均规模、等级和业务量都偏小，难以和公立医院进行竞争。公立医院仍然在拥有的医疗资源，尤其是优质医疗资源数量上占据绝对优势的地位。例如 2017 年，公立医院的卫生技术人员占所有人员总数的 79.3%，总资产占 85.6%，公立三级医院数量占全部三级医院的 90.3%。

第二，占有医疗服务市场的主要份额。2017 年公立医院的诊疗人次数占所有医院总门诊量的 85.8%，医疗事业收入占 87.1%。虽然公立医院的资源和服务在市场中的占比呈下降的趋势，但总体上公立医院仍占有绝对主体地位。

图 4.7 公立医院的诊疗人次数占全部门诊量的比例（2005～2017 年）



数据来源：依据《2016 中国卫生和计划生与统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

（2）公立医院高度行政化

公立医院的高度行政化表现为外部行政化和内部管理行政化。在组织上，多数公立医院是卫生行政部门的下属机构，行政等级和行政化管理方式仍然起决定性作用。

首先，与行政等级相对应的是医院的分等、分级。从行政所属级别上，公立医院又可分为五种等级，分别是中央属、省属、地级市属、县级市属和县属医院，分由不同等级的行政部门管理，且不同等级的医院院长对应着不同的行政级别。

其次在干部任免、人员编制、财政拨款、价格收费及基本业务上都由行政部门进行管理。例如公立医院院长的选拔和任职主要由卫生行政主管部门任命；医护等人员实行事业编制管理，人员的录用需卫生、人事、编办等多部门审批；财务上，公立医院的资本投入需由卫生、财政、发改等多部门审批。虽然各地公立医院的治理模式不完全一致，但即使是已经进行法人治理结构改革的公立医院也这些方面也仍然受制于各行政部门，缺少自主权。

再次，评审机制上，医院的等级、医生的高级职称都由相应级别的卫生行政主管部门评定，三级特等医院由中央一级政府——卫生部负责组织评审；二、三级甲、乙、丙等医院（包括计划单列市的二、三级医院）由省、自治区、直辖市卫生厅局负责组织评审等，不同等级的医院分别享受不同的资源与政策。

公立医院内部管理行政化是外部行政化的延伸。公立医院的内部管理也主要以行政权力为基础来实现的，运行方式也和行政体系的运行方式一致。包括机构设置的行政化，我国公立医院内部的机构设置，自上而下，层级分明，显示出严格的等级制度，带有明显的官僚体制和行政等级特征。用人制度上行政化，在人员选拔方面，长官意志明显，人员的绩效考核、薪酬确定方面也是以行政级别、个人职称为依据。运行方式上行政化，内部管理严格按程序办事，需层层请示汇报、层层审批，上级指挥命令下级、下级执行上级决定。正是由于行政构架下的官僚制，使得我国公立医院更重视对上级的负责，对僵化制度和规定负责，而不是对病人负责，出现追求价值的错位。（罗中华和云立新，2009）

国务院发布的《卫生事业发展“十二五”规划》中，提出要逐步取消公立医院行政级别。建立统一、高效、权责一致的公立医院管理体制，落实公立医院自主经营管理权，推进管办分开。探索建立理事会等多种形式的法人治理结构，推进以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事制度改革，建立合理的分配激励机制等改革方向。目前已有北京、山东、广东、深圳、山西等省市在取消公立医院行政级别，推动公立医院管理方式向现代医院治理方式转变等方面进行改革尝试。但在目前的体制下，真正实现去行政化还有许多体制性障碍。

（3）对公立医院医师的管制

对公立医院的医师管制主要包括：人员编制管制、薪酬管制、定点注册管制。

公立医疗卫生机构被归于事业单位管理，因而医疗机构人员受到编制上的控制。综合医院依据 1978 年卫生部颁布《县及县以上综合性医院组织编制原则(试行草案)》（以下简称“编制原则”），社区医院按照 2006 年制定的《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》编制。编制原则基本上是按床位定人，由于公立医院的编制和按人头拨付经费的财政机制相挂钩，主管部门在编制控制上比较严格。而医院所执行的《编制原则》已是 37 年前的标准，已经远远不能适应医疗行业和社会发展的需要。

由于公立医疗卫生机构医务人员拥有事业编制身份，因而执行的是事业单位的人事薪酬制度，需遵循人事部门对其作为事业单位的种种规定。虽然对公立医院医护人员的工资结构

进行了一定的改革，实行岗位绩效工资制度，即职工的薪酬由岗位工资、薪级工资、绩效工资、津补贴、奖金等几部分构成。但制定的标准仍然是行政等级和论资排辈的体现。例如岗位工资按个人所任职务对应最低档执行，薪级工资是根据职工个人任职年限和工作年限确定，津贴补贴是按国家有关规定标准执行。

《中华人民共和国执业医师法》规定医师在取得执业医师资格或者执业助理医师资格后，需向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册，并按照注册的执业地点执业，医师变更执业地点需到准予注册的卫生行政部门依规定办理变更注册手续。医疗资源的核心就是医师，这一管制大大阻碍了医疗资源的合理配置和流动。2011 年以《政府工作报告》的形式提出了“完善和推进医生多点执业制度”，一定程度上打破了医师流动的禁锢。但按照各地已经实施的多点执业管理办法，要想申请多点执业，一个必不可少的材料是“由已注册执业地点的医疗机构出具的同意申请人在其他医疗机构执业的证明”。也就是说，要经过医院院长和医务处签字，因此在实际执行过程中仍有很大的阻力。

医师不能成为“自由人”的障碍还来自于体制——事业单位编制身份，在这一身份上捆绑着职称、科研、退休保障等附加因素。公立医院医生的基本收入，视其所在学科领域和职称级别而定。现有的卫生资源分配和学术认可体制并没有将民营医院纳入其中，如果离开了公立医院，则意味着同时也失去了进行科研和教学的机会。

3. 对设立医院的管制

行政主管部门主要通过制定区域卫生规划、规定医疗机构设立标准和行政审批的方式对医疗机构的进入进行管制，其结果就是控制医疗机构的总量和基本布局。

1994年出台的《医疗机构管理条例》中规定医疗机构的选址要纳入到相关部门规划之中，包括本行政区域医疗机构设置规划，区域卫生发展规划和城乡建设发展总体规划。设置医疗机构应当符合国务院卫生行政部门制定的医疗机构设置规划和医疗机构基本标准，这些标准囊括了床位、科室、房屋、设备、人员和注册资金等多方面要求。医疗机构的设立实行的是审批制，单位或者个人设置医疗机构，必须经县级以上地方人民政府卫生行政部门审查批准，并取得设置医疗机构批准书，方可向有关部门办理其他手续。行政审批给了行政主管部门很大的自由裁量空间。

4. 对医师的资格审查与进入管制

依据《中华人民共和国执业医师法》规定，要在医疗、保健、预防机构中获得医师执业资格的医师，首先要通过医师资格考试，考试分为执业医师资格考试和执业助理医师资格考试，由国家医学考试中心统一命题。其次，我国实行医师执业注册制度，因此在取得医师资格后，要向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。再次，医师要定点执业，即要按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业。如果变更，要当到准予注册的卫生行政部门办理变更注册手续。

个体行医实行审批制。申请个体行医的执业医师，须经注册后在医疗、预防、保健机构中执业满五年，并经过卫生行政管理部门批准后才能行医。对于个体行医的医师，县级以上地方人民政府卫生行政部门还要经常进行监督检查。

5. 财政资源在医院间的倾向性分配

财政资源在医院之间的倾向性分配主要存在于不同等级医院和公立与民营医院之间。

我国卫生财政投入体制实施的是“分级管理、分灶吃饭”的体制，每一层级医院由相应层级的财政进行补助，因而行政级别越高的医院获得的财政补助越多。2017 年公立医院的一、二、三级医院，平均每所医院财政补助收入为 239 万、1637 万、5984 万，科教项目上不同等级的医院平均每所获得的资金为 0.7 万、8.6 万和 543 万。如果考虑到医院规模，按医院人员数量计算人均财政资金，不同等级的医院间的差距仍很明显，并进一步向高等级医院倾斜。因卫生部明确要求，申报国家临床重点专科建设项目的专科所在医院应为三级医院，因而在获得科教项目资金上，不同等级医院的差距更大。

表 4.6 不同等级医院获得的财政补助和科教项目资金（2017 年）

	三级	二级	一级
财政补助（万元/所）	5984	1637	239
科教项目（万元/所）	543	8.6	0.7
财政补助（元/人）	40313	35971	11492
科教项目（元/人）	3656	189	34

数据来源：依据《2016 中国卫生和计划生与统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

同样向居民提供医疗服务的非公立医院，却一直未能建立财政补偿的常规化投入机制。甚至曾在 2000 年发布的《关于城镇医疗机构分类管理的头施意见》中明确提出，“ 医疗卫生领域的财政补助， 仅给予政府办医疗机构， 其他非营利性医疗机构不享受政府补助”。近些年在国家鼓励民营医院发展的政策环境下，非公立医疗机构虽然也能获得财政补助，但是补贴额度仍然很低。2017 年非公立医疗卫生机构获得的财政补助为 19.3 万元/所，公立医疗机构的财政补助达到 4388.1 万元/所。 如果考虑医院规模的差距，按医院人员数量计算人均财政资金，非公立医疗卫生机构获得的财政补助为 1416 元/人，公立医疗卫生机构为 58753 元/人。

6. 对公立医院医疗服务实行价格管制

医疗服务可分为两类：第一类直接和医生创造医疗劳动相关的费用，例如挂号费和诊疗费，包括手术相关费用等；第二类和仪器设备相关的检验费、化验费等。

2000 年国家计委、卫生部制定的《关于改革医疗服务价格管理的意见》（计价格〔2000〕962 号）中，将定价机制由政府定价改为实行政府指导价和市场调节价。对非营利性医疗机构的医疗服务实行政府指导价，医疗机构按照价格主管部门制定的基准价并在其浮动幅度范围内确定本单位的实际医疗服务价格。对营利性医疗机构提供的医疗服务实行市场调节价，医疗机构根据实际服务成本和市场供求情况自主制定价格。2014 年国家发展改革委、卫生计生委、人力资源社会保障部联合发出《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》，提出非公立医疗机构提供的所有医疗服务价格实行市场调节，由非公立医疗机构按照公平、合法和诚实信用的原则合理制定。

目前对医疗服务价格的管制主要在公立医院，定价权在省市一级。国家计委会同卫生部制定国家医疗服务价格的原则，规范服务项目，在此之下省一级相关部门制定和调整本辖区医疗卫生项目基准价格及其变动。其他医疗服务的指导价格，由地、市级价格主管部门会同卫生行政部门制定和调整。

但总体上，体现医生技术价值的服务的项目，包括诊疗费和手术费的价格仍然被严重低估。不同等级医疗机构和不同职称医务人员提供医疗服务的收费标准没有显著差异。以北京市为例，目前普通门诊挂号费规定为 0.5 元/人次，医生按知名专家、正主任医师、副主任医师和主治医师职称分为为每人次 10 元、5 元、3 元和 1 元，急诊为 1 元/人次。诊疗费按一、二、三级医院级别分别为每人次 2.5 元、3 元和 4 元。在手术费定价中，最高的是胰头癌区域性切除术，为 1410 元/例；最便宜的是头皮/皮肤裂伤清创缝合术，最低仅为 6 元/例。（天则所，2015）

在公立医院的收入构成中，来自医生技术服务的收入比例较低，更多的仍来自药品的收入。例如全国三级公立医院 2017 年平均门诊收入中，挂号收入和手术收入分别仅占门诊收入的 0.8%、2.4%，药费收入占到 44.3%；在住院收入构成中，来自手术的收入也仅占 6.9%，而药费占到 30.8%。

在公立医院中还设有一类服务——特需服务。按照我国 2009 年新医改方案的要求，公立医院提供特需医疗的病床数不能超过医院总病床数的 5%～10％。国内的特需服务起源主要是两类，一类是改革开放后为适应一部分高收入人群的特殊需求，部分公立医院开始在门诊挂号、住院条件、护理等方面尝试给高端客户提供特别需求服务，收费标准相应提高。一类是始于“外宾”的就诊服务需求的国际医疗服务部。目前特需服务不再限定服务对象。特需服务收费价格实行同行定价或医院自行定价，报卫生、物价部门备案。例如中日友好医院国际医疗部的门诊挂号费是 200 元-300 元；诊疗费大约是同等普通诊疗花费的 3 倍。特需服务不进入社会医疗保险范畴，商业保险可承担部分费用。对于公立医院来说，在目前政府差额拨款及其他相关体制机制尚未配套改革的情况下，特需医疗发展成为实现医院自身收支平衡，弥补资金不足的重要来源。

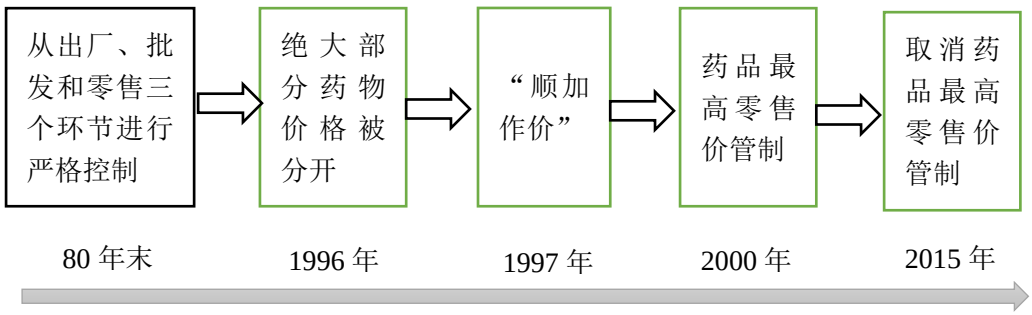
7. 药品的价格管制

2000 年到 2015 年 6 月 1 日之前，我国药品价格实行的是最高零售价管制机制。2015 年发改委发布的《关于印发推进药品价格改革意见的通知（发改价格[2015]904 号）》中，要求自 2015 年 6 月 1 日起，除麻醉药品和第一类精神药品外，取消原政府制定的药品价格。医保基金支付的药品，由医保部门会同有关部门拟定医保药品支付标准制定的程序、依据、方法等规则，探索建立引导药品价格合理形成的机制。专利药品、独家生产药品，建立公开透明、多方参与的谈判机制形成价格。其他药品，由生产经营者依据生产经营成本和市场供求情况，自主制定价格。

2015 之前对药品价格管制的措施还有购销加价率管制。1996 年《药品价格管理暂行办法》规定对流通环节药品价格实行差率控制，并区别药品的不同情况实行差别差率。对进入医院的药品规定西药、中成药和中草药的最高批零差率分别为 15%、16%和 20%，医院药房按实际进价加批零差率作价。2009 年《关于建立国家基本药物制度的实施意见的通知》中

提出实行基本药物制度的县（市、区），政府举办的基层医疗卫生机构配备使用的基本药物实行零差率销售。即在社区卫生服务机构中，对常见病、多发病使用的基本药品，实行按药品进价销售，不再加价产生利润，利润部分由政府给予补贴。

图 4.8 药品价格管制发展



8. 医院药品流通交易的管制

从药品的直接定价看，似乎政府已经取消对药品的价格管制。但是在公立医院药品零售价格形成机制中，起到重要作用的集中招标机制不仅没有放开，反而在进一步得到强化。

2001 年 11 月，全国药品集中招标采购会议决定在全国普遍推行药品集中招标采购制度。药品采购从以医院为单位的分散采购转向政府主导的集中采购。2009 年卫生部颁布《进一步规范医疗机构药品集中采购工作的意见》，将招标权从地方一级集中到省一级，并且规定医疗机构按照合同购销药品，不得进行“二次议价”。实际上在集中招标阶段确定了医院药品的零售价格。2009 年建立了以国家基本药物制度为基础的药品供应保障体系后，基本药物实行以省为单位网上集中采购，并且实施招采合一、量价挂钩、双信封制等机制。

在集中采购、招采合一体制下，医院要按照不低于上年度药品实际使用量的 80%制定采购计划和预算，并具体到品种、剂型和规格，每种药品采购的剂型原则上不超过 3 种，每种剂型对应的规格原则上不超过 2 种，兼顾成人和儿童用药需要。并且不允许医院和药企进行二次议价，这意味着中标药品获得全省所有基层医疗卫生机构的市场份额，形成了区域的寡头垄断。如果只有一种药品中标，则该企业获得了在这一地区的完全垄断权。

9. 药品零售市场存在双轨制

医药零售市场终端主要包括医疗终端和零售药店两大类，其中医疗终端包括各级医院、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、诊所等医疗机构。

在医疗终端，药品尤其是基本药物的零售价格形成机制，是在行政主管部门主导下，通过集中招投标确定的。而零售药店的药品价格则更市场化，主要是直接与厂商或者大的批发商通过讨价还价形成的，从价格形成机制上，没有更多的行政干预。因此从价格上，药店的价格应该更具有竞争优势。天则所向业内人士所做的调研显示，医院用量比较大的前 100 位品种平均起来医院药品的采购价是零售药店采购价的 5 倍左右，零售价格在 4 倍左右，但这

部分药品的销售额却占到医院药品销量的 60%以上，医院仅有部分用量比较小的药品价格可能会低于药店。

根据天则所问卷调查，在 2316 位被调查者中，有 70.6%的人曾经有过在医院就诊后，不在医院药房拿药而是在普通药店取药的经历。其主要原因包括（多项选择）：56.7%的患者认为，医院的药房太贵；36.1%的认为医生存在诱导开药的行为；31.5%的认为取药排队很麻烦；还有 11.2%的是因为属于慢性病，对自己的病情有一定的了解。可见，被调查群体中有超过 50%的人认为医院的药价偏贵。

在零售终端，我国药品销售仍以医院为主，形成这种市场结构的主要原因在于：第一，仅有部分药店被纳入到医保体系。虽然从药品单价上，药店的更低，但是由于医院的药品被纳入医保，在达到起付线后，患者并不需要支付全部的金额，并且在一定范围内，药品总额越高，从医院拿药越“划算”。第二，药厂供应医院和药店的药品是不完全相同的，“医院专供药”是不能在药店这一零售渠道流通的，这样可以保证医院在面对患者时的垄断地位，而不受到来自药店的竞争的压力。第三，处方药主要还是通过医疗终端销售，2014 年，通过医院渠道销售的处方药占市场总规模的 92%。（中康咨询，2016）

而很多国家在医药分离的体制下，零售药店是患者购药的主渠道。法国 84.7%的药品通过药店销售，15.3%由厂家直接销售给医院使用。德国 84%的药品通过药店销售，另外 16%的药品由超市销售，医院销售微乎其微。美国药品零售药店的销售比重为 74.9%。（陈文玲，2005）日本政府于 1989 年开始加大推进医药分开工作的力度，截至 2011 年底，日本处方药中已有 65%是通过医院之外的渠道销售（商务部市场秩序司，2012）。零售药店成为患者购药的主渠道，增强了药品市场的竞争，也使消费者有了更多的知情权和选择权。各国通过多种措施来保证药品流通全过程的安全，例如美国、德国、法国、日本等国都规定，在药品流通的所有环节必须设职业药师；美国食品药品监督管理局要求所有批发和零售商必须保存完整的交易记录。

四、我国医疗保险制度

1. 社会医疗保障机制：强制保险

我国三大医疗保险形式中，城镇职工基本医疗保险具有强制性。根据《城镇职工基本医疗保险条例》的规定，城镇所有用人单位的职工都必须参加基本医疗保险，基本医疗费由用人单位和从业人员双方共同承担。社会保险经办机构负责基本医疗保险基金的筹集、管理和支付。

新农合和城镇居民的医保机制在原则上是自愿参加，《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》中提出新农合是农民以家庭为单位自愿参加的新型农村合作医疗，基本医疗费由个人、集体和政府多方筹资。但是在建立全民医保的政策目标下，作为我国社会保险体系的一部分，由政府主导的新农合和城镇居民医保在实际执行中具有一定的强制性。

2．社会医疗保障的分级保障体制

我国公费医疗、城镇职工医保、新型农村合作医疗和城镇居民医保分别于 1952 年、1998 年、2003 年和 2007 年相继建立。公务员群体的公费医疗在改革后，逐渐被纳入到基本医疗保险制度范围内，遵循和城镇职工相同的医保政策。但同时在参加基本医疗保险的基础上，还会有额外的医疗补助政策。因此，很多地区的机关事业单位职工并入职工医保时，均存在着不同名目的“补充医疗保险”。

城镇职工、城镇居民和新农合三类基本医保制度，在起付线、报销比例上制度上都存在差异。以北京市为例，根据北京医疗保险报销政策（见下表），若门诊费用以 5000 元计，城镇在职职工自付比例 42.4%；城镇退休职工自付比例 33.4%；城镇居民自付比例 86.5%，新农合的农民（一级定点机构）自付比例 65.2%。若住院费用以 3 万元计，在二级医院就诊为例，城镇职工自付比例 16.8%，退休职工自付比例 11.8%，城镇居民需自付比例 63.4%，参合农民自付比例 30.5%。

比较不同群体的共付率，在职公务员和退休公务员最低，因为他们在城镇职工医疗保险的基础上，还可享受医疗补助等二次报销政策，是最受益群体；其次是城镇职工，再次是参加新农合的农民；而城镇居民共付率最高，负担最重。

在一个市场机制中，也会存在差异化的保障机制，但是基于参保人自愿选择，保费的高低与风险和收益相匹配的基础上形成的。我国目前的医疗保障机制是建立在对不同群体人为划分的基础上，单位性质及户籍等成为决定其保障程度的因素。

表 4.7 北京城镇居民和职工部分报销政策

门诊费用	参保人员类别	起付线	医疗费用金额段	报销比例	
				本市社区	其他定点
	城镇职工在职	1800	1800-20000	90%	70%
	城镇退休职工	1300	1300-20000	90%	85%-90%
	城镇居民	650	650-2000	50%	

住院费用	参保人员类别	起付线	报销比例	一级医院	二级医院	三级医院
			医疗费用金额段			
	城镇职工在职	1300（第二次及以后 650）	1300-30000	90%	87%	85%
	城镇职工退休	1300（第二次及以后 650）	1300-3000	94%	92.2%	91%
	城镇居民	1300（第二次及以后 650）	1300-170000		70%	

表 4.8 北京新农合报销政策（密云区）

	医院级别	起付线		报销费用	报销比例
门诊	一级	100		101-3000	60%[8]
	二级	550		551-3000	50%
住院		首次住院	二次及以上		
	镇卫生院	300	150	300 以上	75%

[8] 因有减免费用，按 60%计算。

	县内二级医院	1000	500	101-10000	65%
				10001-30000	75%
				30001-60000	90%
				60001 以上	95%
	县域外定点医院	1300	650	1301-20000	45%
				20001-40000	50%
				40001-60000	60%
				60001	65%

3. 城镇职工基本医疗保险

根据《中华人民共和国城镇职工基本医疗保险条例》（2013），城镇职工实行个人医疗帐户与基本医疗统筹基金支付相结合的制度。个人帐户的所有权属于个人，统筹基金的所有权属于参加基本医疗保险的全体人员。基本医疗保险费由用人单位和从业人员共同缴纳。其中用人单位按本单位从业人员月工资总额的 5%-7%（后又调整为 7.5%）缴纳，从业人员缴纳基本医疗保险费费率不低于本人月工资总额的 2%。

从业人员缴纳的基本医疗保险费全部计入其个人帐户。用人单位缴纳基本医疗保险费的 25~35%用于建立退休人员和从业人员的个人帐户，所余资金用于建立统筹基金。医保起付标准原则上控制在市、县、自治县从业人员上年度年社会平均工资的 9%~11%。最高支付限额原则上控制在市、县、自治县从业人员上年度年社会平均工资的 3~5 倍。

各地制定的职工医疗保险政策不同，起付线和保险赔付率规定也有所差异。但基本上保费率、起付线和最高支付额规定遵循条例中的原则。制度规定的起付线以上的住院的报销率，多数城市能达到 80%以上。并且根据定点医疗机构的等级，起付线和报销比例有所不同，一般是等级越高，起付线越高，报销比例越低，其目的是为了推动分级诊疗机制的建立。

表 4.9 部分城市城镇职工住院费用的报销比例

城市	医保总的缴费率	住院起付线	住院费用由医保基金报销的比例
北京	11%	1300 元	85%—98.2%
上海	13%	700—1500 元	85%—92%
天津	13%	800—1700 元	85%—90%
广州	10%	400—1600 元	80%—90%
重庆	10%	200—880 元	85%—95%

资料来源：根据各城市医保政策整理。

2012 年 7 月 19 日，国务院深化医药卫生体制改革领导小组审议通过了《关于开展城乡居民大病保险的指导意见》，之后一些城市面对城镇职工设立了大额医疗互助基金，缴费比例一般由用人单位按本单位职工和退休人员缴费基数的 1%，职工和退休人员个人每人每月按 2-3 元钱缴纳大额医疗保险费。大额医疗互助资金用于按比例支付职工和退休人员在一个年度内累计超过一定数额的门诊、急诊医疗费用和超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用。以北京为例，住院费用在 10-30 万之间，在职职工的大额医疗费用互助资金支付 85%，退休职工支付 90%，最高支付限额为 20 万元。

4. 城镇居民医疗保险

根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(2007)，城镇居民基本医疗保险以家庭缴费为主，政府给予适当补助。城镇居民中的参保群体一般分为未成年人及在校学生、非从业居民、老年居民，不同群体的缴费额度不同。和城镇职工相比，城镇居民的住院起付线要偏低些，但起付线以上的报销比例要少于城镇职工。根据参保群体和医疗机构的等级不同，制度规定的报销比例不同，且差距比较大。例如重庆市，在三级定点医疗机构住院，起付线是 800 元，如果参加一档医保标准，个人缴费 80 元/人·年，起付线之上住院费用报销比例为 40%；如果参加二档医保标准，个人缴费 200 元/人·年，起付线之上住院费用报销比例为 45%。在一级及以下定点医疗机构就医。住院的起伏线为 100 元，起付线以上的报销比例根据参保的一、二档标准，分别为 80%和 85%。

在财政部下发的《关于做好 2017 年城镇居民基本医疗保险工作的通知》中，要求 2017 年起各级财政对居民医保的补助标准达到每人每年 450 元；居民个人缴费达到人均不低于 180 元，住院费用政策范围内支付比例保持在 75%左右。

表 4.10　部分城市城镇居民住院费用的报销比例

城市	医保总的缴费额度	住院起付线	住院费用由医保基金报销的比例
北京	160-660 元	650-1300 元	70%
上海	90—680 元	50—300 元	60%—90%
天津	100—650 元	500 元	55%—80%
重庆	140—350 元	100—800 元	40%—85%
广州	120—800 元	120—1600 元	55%—85%

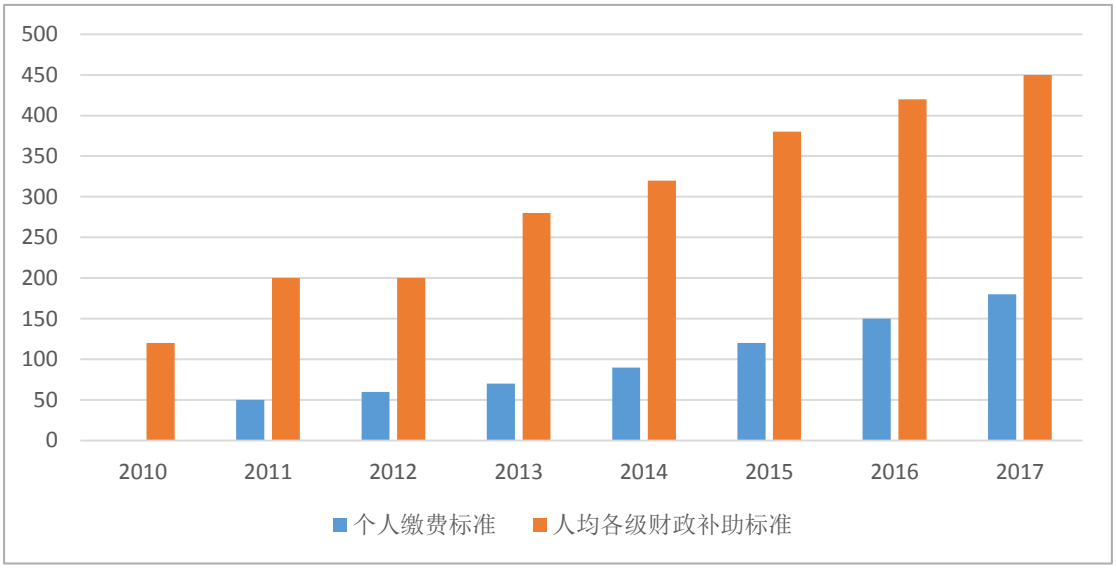
资料来源：根据各城市医保政策整理。

5. 新型农村合作医疗

新农合的筹资主要依靠财政支持，2017 年各级财政对新农合的补助标准为 450 元，农民个人缴费标准平均达到每人每年 180 元左右。财政部要求 2017 年政策范围内门诊和住院费用报销比例分别稳定在 50%和 75%左右。各地根据自己的实际情况，具体的缴费率和报销比例也有所不同。

在 2013 年 3 月 18 日，国务院总理李克强主持召开新一届国务院第一次常务会议，提出“整合城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗”。之后，一些地区开始进行试点推进医疗保险城乡统筹，将城镇居民和新农合纳入到统一标准的医保体系中。2016 年 1 月 12 日国务院发布的《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》中明确提出整合城镇居民医保和新农合，城乡居民医保制度覆盖范围包括现有城镇居民医保和新农合所有应参保（合）人员，逐步统一保障范围和支付标准，政策范围内住院费用支付比例保持在 75%左右。

图 4.9　新农合个人缴费标准和财政补助标准



资料来源：卫计委、财政部，《关于做好新型农村合作医疗有关工作的通知》（2010～2017 年）。

6. 城乡医疗救助制度

2002 年中共中央、国务院制定并出台的《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》中，首次提出在中国农村建立医疗救助制度，确定“医疗救助对象主要是农村五保户和贫困农民家庭。”“医疗救助形式可以是对救助对象患大病给予一定的医疗费用补助，也可以是资助其参加当地合作医疗。”2003 年 11 月，民政部、卫生部、财政部三部委联合下发了《关于实施农村医疗救助的意见》，对医疗救助制度做出了进一步的细化规定。

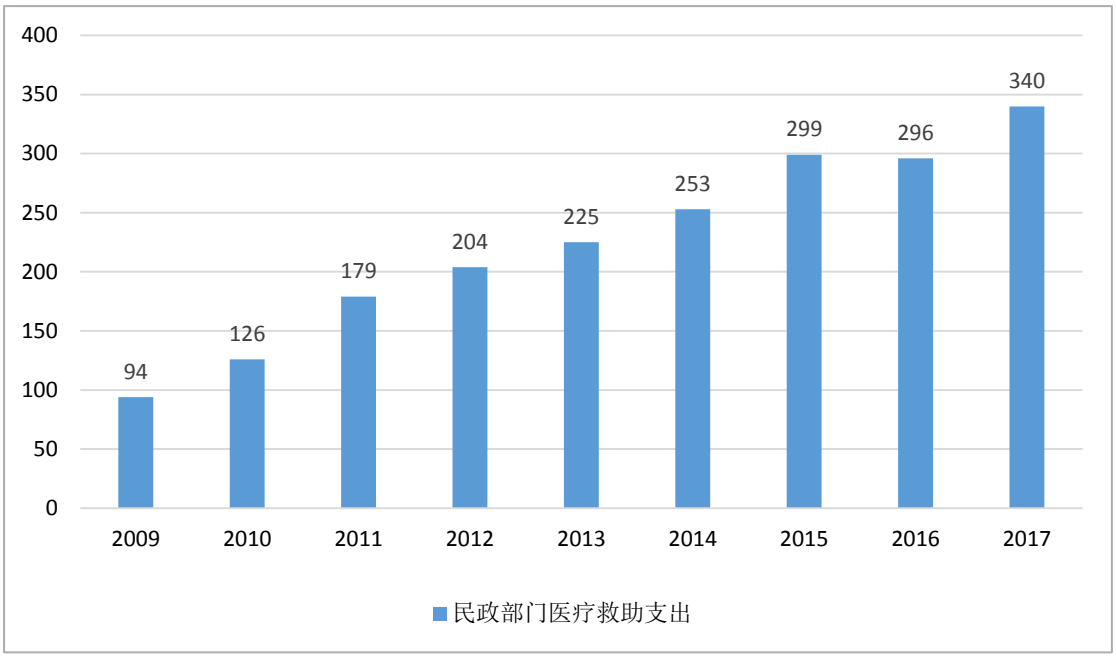
2005 年，国务院办公厅转发了民政部、卫生部、劳动和社会保障部、财政部《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见》，建立了城市医疗救助机制。救助的对象主要是城市居民最低生活保障对象中未参加城镇职工基本医疗保险人员、已参加城镇职工基本医疗保险但个人负担仍然较重的人员和其他特殊困难群众。城市医疗救助的方式主要是：对救助对象看病发生的医疗费用，在扣除各项医疗保险可支付部分、单位应报销部分及社会互助帮困给予的补贴后，须由个人负担的超过一定金额的医疗费用或政策规定的特殊病种的医疗费用，再按一定比例或确定金额再给予一定的补助。

2009 年 6 月，民政部、卫生部、财政部和人社部四部委发布《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》，将城乡医疗救助纳入国家基本医疗保障体系。

医疗救助基金来自各级财政拨款和社会各界自愿捐助等渠道筹集。地方各级财政根据实际需要和财力情况安排医疗救助资金；中央财政通过专项转移支付对中西部贫困地区农民贫困家庭医疗救助给予适当支持。救助基金来源构成中，主要来自中央财政安排，2017 年全国城乡医疗救助资金总的收入中，中央财政投入占到 85.1%。

图 4. 10　民政部医疗救助资金支出额度

单位：亿元



数据来源：民政部各年《社会服务发展统计公报》。

公共财政资金进行救助方式主要有两种形式：一是资助参保参合。对重点救助对象参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗的个人缴费部分进行补贴。二是直接医疗救助，包括基本医疗救助和重特大疾病医疗救助。2017 年，医疗救助人次数 9138 千万人次，其中资助参加医疗保险和直接医疗救助的人次数比例分别为 61.5%和 38.5%。

目前救助机制仍存在一定的局限性，救助对象基本是城乡低保户、农村五保户和政府规定的其他特殊困难群众。随着社会转型，一些新的弱势群体像农民工、留守儿童、失独老人等不断出现，这些人均收入略高于低保标准或身份难以界定的边缘群体在遇到重大疾病时，同样有可能因医疗负担过重陷入“因病致贫，因贫返病”的恶性循环中。起付线和封顶线的设计实际使得贫困群体的救助受到限制，尤其是在面对重大疾病时仍然难以承担高出的费用。此外报销机制上，普遍采用了医后救助的方式，这种方式易于导致救助对象因没有支付能力而延误治疗的情况。

7.　不同群体的门诊和住院医保差异

门诊是否纳入医保报销范围，以及报销比例，各地区有各自的规定，其中的差异较大。以北京为例，由于退休职工、城镇居民和新农合的起付线较低，因此门诊总费用较低时，这部分群体的报销比例高于在职职工。而当门诊费用较高时，城乡居民的共付率明显增加。在住院方面，城镇职工的报销比例较高，而城乡居民的可报销住院费用，随着费用的增加而明显下降，例如当住院费用在 30 万时，城镇职工的政策内报销比例基本在 88%以上，而城镇居民和参加新农合的农民共付率约为 39%-45%，负担明显加重。即保险对于城镇居民和新农合参保人群的大病医疗保障水平较低。

表 4.11　北京不同群体政策内门诊报销比例

医疗费用	2000 元	3000 元	20000 元
在职职工	8%	28%-36%	64%-82%
退休职工	32%	48%-54%	79%-84%
城镇居民	34%	23%	3%
新农合	25%-48%	29-48%	4%-7%

说明：根据北京医保政策计算。

表 4.12　北京不同群体政策内住院报销比例

医疗费用	10 万元	17 万元	30 万
在职职工	90%-93.5%	88%-91%	88%
退休职工	93.7%-95.6%	92%-93%	92%
城镇居民	69%	69%	39%
新农合	62%-75%	64%-75%	39%-45%

说明：根据北京医保政策计算。

8.　医保基金的实际支付比例

政策范围内的报销比例是起付线以上的，在规定可报销项目范围内的报销比例。实际的报销比例，即医保基金支付的费用占全部医药费的比例则低于政策规定的比例。

根据人社部发布的历年全国社会保险情况，以及《中国卫生和计划生育统计年鉴》中的相关数据计算，2014 年，城镇职工的基金支付比例 46%，新农合的基金支付占比为 45.9%，城镇居民的基金支付占比仅为 28.6%，

表 4.13 城镇职工基金支付比

	城镇职工基本医保人数（万人）	基金支出（亿元）	其中统筹支出（亿元）	个人账户支出（亿元）	人均统筹基金支出（元）	人均个人账户支出（元）	个人卫生现金支出（元）	人均医疗费用总支出（元）	基金支付比（人均医保统筹基金/人均费用总支出）
2007	18020	1552	869	683	482	379	669	1530	31.5%
2008	19996	2020	1149	871	575	436	752	1763	32.6%
2009	21937	2630	1561	1069	712	487	816	2015	35.3%
2010	23735	3272	2033	1239	857	522	817	2196	39.0%
2011	25227	4018	2509	1509	995	598	939	2532	39.3%
2012	26486	4869	3061	1808	1156	682	1029	2867	40.3%
2013	27443	5829.9	3669	2160.9	1337	787	1096	3220	41.5%
2014	28296	6697	4159	2538	1470	897	1306	3610	40.7%
2015	28893	7531	4654	-	-	-	1443	-	-
2016	29532	8287	-	-	-	-	1631	-	-
2017	30323	9298	5660	3638	1867	1200	1777	4844	38.5%

数据来源：基金支出数据来自历年全国社会保险情况，个人卫生现金支出根据中国卫生和计划生育统计年鉴中的“中国历年卫生总费用统计”中城镇居民个人支付占比的数据计算而得。

表 4.14 城镇居民基金支付比

	城镇居民基本医保人数（万人）	基金支出（亿元）	人均医保基金支出（元）	个人卫生现金支出（元）	人均医疗费用总支出（元）	基金支付比（人均医保基金/人均费用总支出）
2007				669		
2008	11826	-	-	752	-	-
2009	18210	167	92	816	908	10.1%
2010	19528	267	137	817	954	14.3%
2011	22116	413	187	939	1126	16.6%
2012	27156	675	249	1029	1278	19.5%
2013	29629	971	328	1096	1424	23.0%
2014	31451	1437	457	1306	1763	25.9%
2015	37689	1852	493	1443	1936	25.5%
2016	44860	4109	916	1631	2547	36.0%
2017	87359	5367	614	1777	2391	25.7%

数据来源：2007-2014 年基金支出数据来自历年全国社会保险情况，2015-2017 年基金支出数据根据财政部发布的历年《全国社会保险基金决算的说明》中居民基本医疗保险基金数据扣除新农合基金，新农合基金数据来自《2018 年中国卫生健康统计数据》。个人卫生现金支出根据中国卫生和计划生育统计年鉴中的“中国历年卫生总费用统计”中城镇居民个人支付占比的数据计算而得，2015 年开始，年鉴中人卫生现金支出不再区分城市和农村，因此此后个人卫生现金支出采用年鉴中城镇居民人均医疗保健支出近似替代。

表 4.15 新农合基金支付比

	新农合参保人数(亿人)	基金支出（亿元）	人均医保基金支出（元）	个人卫生现金支出(元)	人均医疗费用总支出（元）	基金支付比（人均医保基金/人均费用总支出）
2007	7.3	347	48	158	205	23.1%
2008	8.15	662	81	184	265	30.6%
2009	8.33	923	111	211	322	34.5%
2010	8.36	1188	142	235	377	37.7%
2011	8.32	1710	206	306	512	40.2%
2012	8.05	2408	299	365	664	45.0%
2013	8.02	2909	363	432	795	45.6%
2014	7.36	2890	393	754	1147	34.3%
2015	6.7	2933	438	846	1284	34.1%
2016	2.75	1364	496	929	1425	34.8%
2017	1.33	754	567	1059	1626	34.9%

数据来源：基金支出数据来自历年全国社会保险情况，个人卫生现金支出根据中国卫生和计划生育统计年鉴中的“中国历年卫生总费用统计”中农村居民个人支付占比的数据计算而得。2015 年开始，年鉴中人卫生现金支出不再区分城市和农村，因此此后个人卫生现金支出采用年鉴中农村居民人均医疗保健支出近似替代。

9. 医疗保险的相关机构

我国医疗保险体系涉及到多个部门，包括人社部、卫计委、财政部、民政部等。

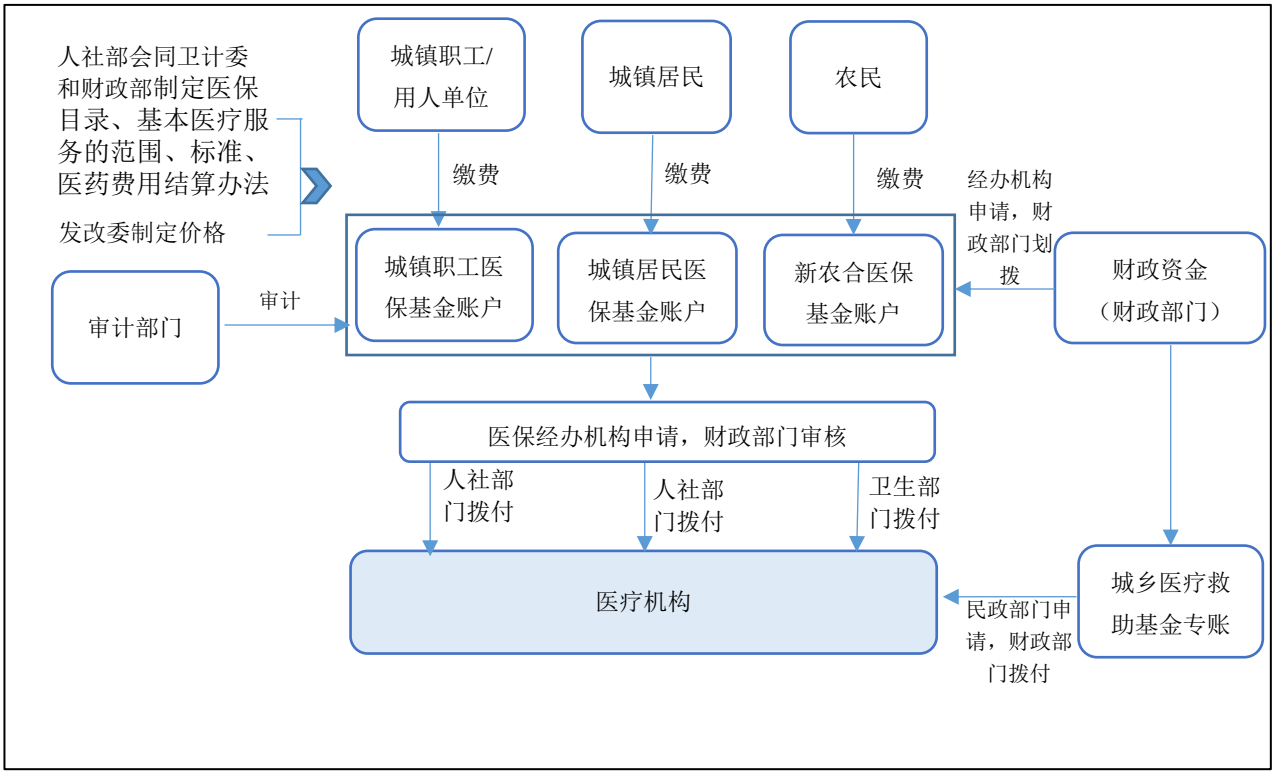
首先，人社部会同卫计委、财政部等有关部门制定基本医疗服务的范围、标准和医药费用结算办法，国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准及相应的管理办法。

社会保险经办机构负责基本医疗保险基金的筹集、管理和支付。我国目前社会医疗保险基金管理处于分治状态，城镇职工和居民医疗保险基金由人社部管理，新农合基金的管理权则在卫计部门。在中央提出整合城镇居民医保和新农合的意见下，各地逐渐出台相关政策推进二者之间的整合，目前在全范围实现医疗保险城乡统筹的天津、上海、浙江、山东、广东、重庆、宁夏、青海 8 个省区市和新疆生产建设兵团等 17 个地市、区，均明确由人社部门统一管理城乡居民医保。

基金管理机制上实行“收支两条线”管理，医保基金纳入财政专户，独立核算、专户管理。城镇职工医保基金的收取是由地税部门根据医保经办机构核定的征缴计划向参保单位和个人征缴入库，收入定期转入财政专户管理，财政部门根据经办机构提出的基金使用计划将基金从财政专户转入经办机构支出户。由经办机构通过支出户向医疗保险待遇享受人支付。城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户统一管理，单独列账，实行收支两条线管理。社会保险经办机构根据本年度参保居民总人数、人员类别和补助标准，对实际受理参保缴费情况汇总后，提出财政部门补助金额。支出时，由医保经办机构向财政部门申请，经财政部门审核后，在规定时间内将基金从财政专户拨入支出户，或由财政专户与定点医疗机构直接结算。新农合中，农业部门负有协助对筹资的管理，监督资金的使用的职能。

审计部门定期对社会保险经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计。

图 4.11 医保支付流程及各部门职能



10. 具体经办机构及经办流程

（1）经办机构

我国基本医疗保险经办机构由城镇职工和居民基本医疗保险经办机构、农村合作医疗经办机构、城乡医疗救助经办机构和工会经办机构共同组成的组织实体。这些机构分别隶属于人力资源和社会保障部、卫生与计划生育委员会、民政部和中华全国总工会。

城市人力资源社会保障局是本市城镇职工和居民基本医疗保险的行政主管部门，负责本市基本医疗保险的统一管理。医保经办单位是人社局的下属事业单位（各地名称不一，医疗保险事务管理中心、社会医疗保险管理局等）是本市医疗保险经办机构，负责和医疗机构签订服务协议、进行医疗费用的结算、拨付以及基本医疗保险个人帐户的管理工作。各区、县医疗保险办公室负责本辖区内的基本医疗保险管理工作。

新农合制度初创之时，便明确其县级统筹的组织管理形式，这主要是由于筹资大部分来自地方财政。新农合的管理机构分层级设立，卫生部设有农村卫生管理司合作医疗处；各省卫生厅的新农合管理机构并不一致，多数归在农村卫生管理处或合作医疗管理办公室，只有个别省份设有独立的合作医疗处；在地市一级没有专门的机构，一般由卫生部门人员兼任，县（市、区）级经办人员是新农合机构的主体，一般设立新农合管理办公室，乡镇则由卫生院工作人员兼职办理报销等业务。（《财经》，2013）

还有很少数地方在尝试将新农合业务和大病补充保险业务委托给商业保险机构经办。最早的“商保经办”探索出现在河南。2004 年，新乡 338 万农民的新农合报销补偿服务，

被委托给新乡国寿公司经办。在 2009 年 1 月 8 日召开的国务院医改领导小组会议上，李克强提出，要在基本医疗保险领域引入商保机构。虽然商业保险虽然开始参与社会医疗保险制度的构建，但目前所占比例很少，并且要大规模推行这一机制还受到较大限制。

医疗保险经办机构负责有关基本医疗保险的各项业务。其主要职责包括：负责基本医疗保险基金的筹集、管理；负责与定点医疗机构、定点零售药店签订基本医疗保险服务合同，并对其履行情况进行监督；负责基本医疗保险费的结算和支付；负责编制基本医疗保险基金的预算、决算等。

根据人社部出台的《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行.2014 版）》，杜会保险经办机构和定点医疗机构签署的服务协议中，对医疗机构规定的内容包括医保总额控制、住院费用、门诊费用、参保人员住院率、结算人次、次均住院费用、日均住院费用、药品检查等占总费用比例、参保人员个人自费共付率等指标。

（2）支付机制及流程

我国医保总支付原则实行基本医疗保险付费总额控制原则（人力资源社会保障部　财政部　卫生部关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见，人社部发〔2012〕70 号）。

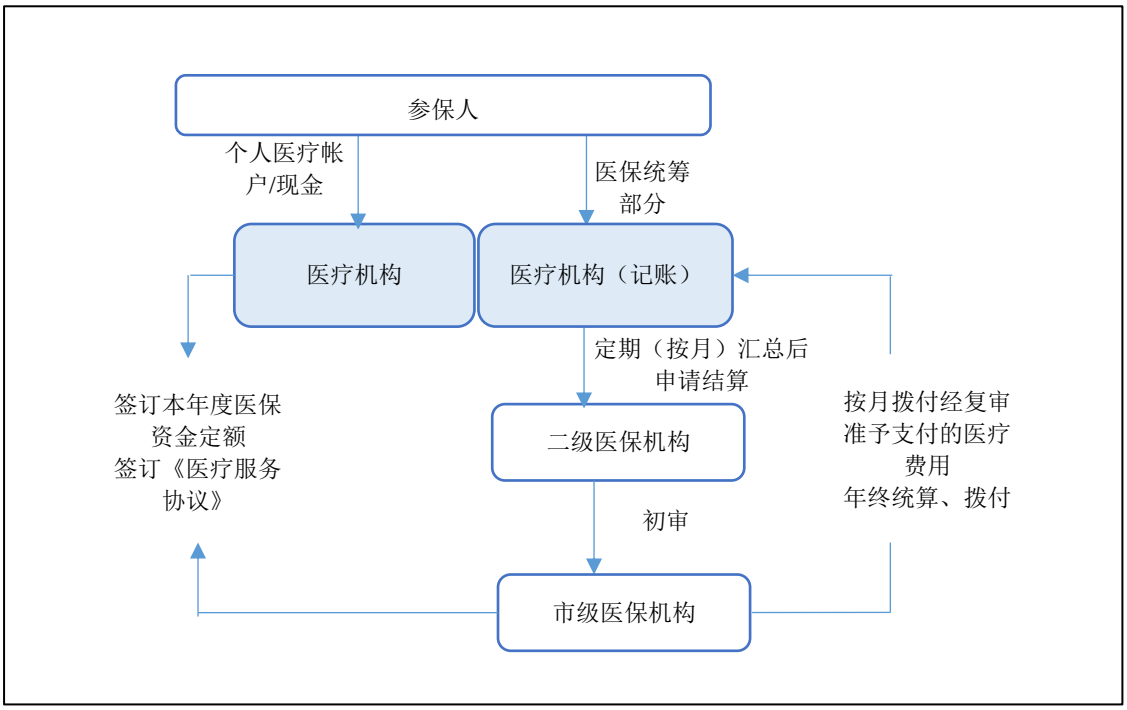
首先要确定统筹地区总额控制目标。统筹地区要按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，以基本医疗保险年度基金预算为基础，在扣除参保单位和个人一次性预缴保费、统筹区域外就医、离休人员就医和定点零售药店支出等费用，并综合考虑各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人员医疗消费水平等因素，确定医疗保险基金向统筹区域内定点医疗机构支付的年度总额控制目标。

其次，在确定总额目标之后要细化分解总额控制指标。以近三年各定点医疗机构服务提供情况和实际医疗费用发生情况为基础，将统筹地区年度总额控制目标按照定点医疗机构不同级别、类别、定点服务范围、有效服务量以及承担的首诊、转诊任务等因素，并区分门诊、住院等费用进一步细化落实到各定点医疗机构。

再次，基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余资金与超支费用的分担遵循“结余留用、超支分担”的原则，当医疗机构年度医疗费用低于年度总额时，不足部分收益主要由医疗机构获得；高于年度总额时，双方按一定比例分担，或全部由医疗机构承担。

参保人就医时，在定点医疗机构就医发生的基本医疗费用，属于个人医疗帐户或现金支付的部分，由参保人与定点医疗机构直接结帐付清；属于医疗保险统筹基金支付的部分，由定点医疗机构和医疗保险经办机构通过相应程序进行结算。结算流程一般为每年年初医保中心与医院签订本年度定额，根据定额，医院每月需要打报表给医保中心，医保中心根据定额、本月的违规情况等与医院结算本月的医保资金，待年底医保中心会进行年终统算，根据定额完成情况，或奖励或扣款，完成统算，医院对账无误后拨款，完成本年度结算。

图 4.12 医保支付结算流程



五、小结

（1） 从大的方向看，我国的医疗体制可分为三个阶段：计划经济时期，经济转型期的市场化改革和医疗管制的放松阶段，以及医疗体制改革全面推进阶段。

（2） 由于“新医改”的改革目标和政策目标建立在对医疗体系认识不清晰的基础上，因此新医改的目标和效果间的存在明显冲突。

（3） 我国医疗服务基本上是由行政部门配置，或其资源配置间接地受到行政部门行为的影响。行政部门配置资源的主要方式，一是通过各种行政管制，包括进入管制、价格管制、人员管制等控制社会资源在医疗领域的配置。二是通过行业政策、财政政策在行业体系内根据等级、所有制性质等进行资源分配。

表 4.16 医疗管制和资源配置的主要内容

行政管制	设立医院的管制	• 规划，选址 • 设立标准 • 行政审批（医疗机构，医生执业）
	医师管制	• 执业管制 • 人员编制（数量）管制 • 薪酬管制 • 定点注册执业许可（一定限度的多点执业）
	医疗服务价格	• 体现医生技术价值的服务价格管制，挂号费、诊疗费、手术相关费用等 • 仪器设备的相关检验费、化验费等
	药品价格	• 药费，主要通过集中招标机制进行管制

资源倾向性分配	等级	• 按功能和任务分等级；行政所属级别分类 • 不同等级的医院获得差异化的资源与政策 • 财政资金支持 • 购买大型医疗设备 • 教科项目资金
	民营与公立	• 选址 • 财政资金 • 教科项目资金 医护人员身份差异，职称、科研、福利等 • 医保

（4） 我国在 1998、2003 和 2007 年，分别建立了城镇职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度三大医疗保险制度。我国的社会医疗保障体系是一个分级的保障体制，城镇职工、城镇居民、农村居民、事业单位人员和公务员具有不同的保障机制和等级。

（5） 在一个市场机制中，也会存在差异化的保障机制，但是基于参保人自愿选择，保费的高低与风险和收益相匹配的基础上形成的。我国目前的医疗保障机制是建立在对不同群体人为划分的基础上，单位性质及户籍等成为决定其保障程度的因素。

附录 北京市医保报销规定

表 1 城镇职工医保门诊报销比例及最高限额

人员类别		起付线（元）	报销比例				最高限额（元）
			社区（本市）		其他定点		
			大额	补充	大额	补充	
在职		1800	90%	/	70%	/	20000
退休	70 岁以下	1300	80%	10%	70%	15%	20000
	70 岁以上		80%	10%	80%	10%	

表 2 城镇职工医住院费用报销比例及最高限额

类别	报销级别	起付线（元）	统筹支付			最高限额（元）
			一级医院	二级医院	三级医院	
在职人员	起付标准-3 万元	1300	90%	87%	85%	10 万元
	3 万元以上-4 万元		95%	92%	90%	
	4 万元-支付 10 万元		97%	97%	95%	
	支付 10 万元-30 万元		大额医疗费用互助资金支付 85%			20 万元
退休人员	起付标准-3 万元	1300	94%	92.2%	91%	10 万元
	3 万元以上-4 万元		97%	95.2%	94%	
	4 万元-支付 10 万元		98.2%	98.2%	97%	
	支付 10 万元-30 万元		大额医疗费用互助资金支付 90%			20 万元

表 3 城镇居民医保门诊报销比例及最高限额

报销类别	参保人员类别	起付线（元）	报销比例	最高限额（元）
门诊费用	城镇老年人	650	50%	2000
	城镇无业居民	650	50%	2000
	学生儿童	650	50%	2000
住院费用	城镇老年人	1300	70%	17 万
	城镇无业居民	1300	70%	17 万
	学生儿童	650	70%	17 万

表 4 新农合报销比例

普通门诊	就医机构类别	起付线（元）	报销比例	最高限额（元）
	一级医疗机构	100	50%	3000
	二、三级医疗机构（中院医院）	550	40%	
	二、三级医疗机构（其他医疗机构）	550	35%	
住院、特殊病门诊	一级医疗机构	300	75%	18 万
	二级医疗机构	1000-2 万	65%	
		2 万-5 万	70%	
		5 万以上	80%	

	三级医疗机构	1000-2 万	55%	
		2 万-5 万	60%	
		5 万以上	67%	

第五章　医疗行业资源配置的效率与公正评价

一、制度的效率与公正性的标准

1．私人物品要以市场为基础性制度

私人物品的定义是，在供给者和需求者的交易中不存在外部性，无论是正外部性还是负外部性，从而不会对交易者之外的人产生成本或收益。更严格的定义是，不仅在交易过程中，而且在生产过程和消费过程中也不存在外部性。正因如此，对私人物品的交易就不会带来对交易者之外的人的额外成本或额外收益。私人物品也就适用市场制度。

市场规则是，在人与人之间进行交易时，可以自由选择，平等谈判，并自愿达成契约。自由选择包括自由选择生产的领域、产业和产品，自由选择所要购买的产品或服务。私人物品可以排他性和竞争性地提供，人们可以俩俩进行交易，通过交易获得帕累托改进。市场价格就在人们自愿的分散交易中形成，并且有效调节社会对物品的供需变动。价格体系的变动能使人们向供不应求的领域投资，也能使人们从供给过度的领域中撤出，从而使资源的配置趋向最优。

2．在私人物品领域进行管制是无效率和不公正的

既然行政部门配置资源的恰当范围，就是公共物品、准公共物品和对市场失灵的补救，那么，当行政部门超出这一范围去配置资源，就会带来效率损失。这是因为，在市场能够发挥作用的地方采取行政方式配置资源，必然会偏离市场均衡状态，一旦如此，就会产生效率损失。（天则经济研究所，2015）在医疗领域，行政部门通过规划、行政审批、职业资格准入和价格管制等方式限定了医疗服务的价格水平和供给数量，其结果就是医疗服务市场和药品市场的资源配置扭曲和供需失衡，因而这些管制是无效率的。

3．独家垄断和强寡头垄断要管制，但要遵循特定原则

在竞争性市场中，价格等于边际成本；而在垄断市场上，价格高于边际成本。由于垄断势力的存在导致了高价格和低产量，会减少总体的社会福利。因此垄断造成资源配置的效率损失，需要进行管制以达到社会福利最大化。

但同时也要意识到政府的管制是有适用范围和边界的。不恰当的政府管制不仅会加剧市场失灵，还可能导致管制政策本身成为政府过度干预、维护垄断市场的工具，从而造成政府失灵。因此，政府的管制应该以不影响竞争政策的有效实施为其最高准则。凡是竞争政策能够发挥作用的地方，政府的管制就不应该涉及。

一般而言，除了自然垄断情形，不需要进入管制。而自然垄断时的进入管制，需要与价格管制及其它管制，如普遍服务管制，不间断服务管制，质量管制和安全管制结合起来。如果在授予自然垄断经营权时，没有相应的管制，就应视为缺乏效率；如果在不需要进入管制时进行管制，也是无效率的行政部门行为；如果进一步还要管制价格，就更是无效率。

4．财政补助的分配要遵循罗尔斯正义第二原则

罗尔斯的第一正义原则是说，每个人最大的平等的自由；第二正义原则是说，如果可以接受一些不平等，就是要向“最少受惠者”倾斜的不平等。当然，第二原则中所说之“最少受惠者”，应是在职务和地位开放的机会平等条件下仍然形成的贫富分布的最穷人（罗尔斯，1988，第 292 页）。

一般而言，公正的财政资源分配应是平等分配，即不考虑其它因素，每个人应获得同等的财政资源分配，因而财政资源分配的基尼系数应是零。如果实在无法实现财政资源平等分配，可以容忍较小的基尼系数，如，0.1，然而要强调的是，这种不公平的财政资源分配应遵循罗尔斯第二正义原则，即要向收入最低的人群倾斜。其限度，应是这种倾斜不应改变现有的收入结构，即最穷的人的补贴不应使其总收入超过次穷的人的总收入，即要符合斯密的税收第三原则 。所有偏离这一标准的情形，如财政资源分配向并非最低收入者倾斜，都应视为不公正。（天则经济研究所，2015）

5．有外部性时政府可相应管制

当经济活动有正的或负的外部性时，边际私人成本（或利益）不等于边际社会成本（或利益），即使假定此时市场是完全竞争的，帕累托最优也无法实现。因此需要政府采取措施对外部性进行矫正。政府的管制应以消除经济活动的外部性为目的，包括对权利的界定，对安全、健康、污染的管制。

例如公共卫生和急救等医疗服务，由市场提供或将面临供给不足的问题，应由非营利机构提供，或政府通过财政资金提供，或者通过政府购买服务的形式由其它医疗机构承担。

6．其它市场失灵可先借用其它形式克服，再由政府管制

市场失灵可分为三种：垄断导致的市场失灵；外部性导致的市场失灵；信息不对称导致的市场失灵。市场失灵尽管为政府的管制和干预提供了种种理由，但这并不表明管制一定是有效率的。针对存在的市场失灵，更有效的方式是减弱或消除导致失灵存在的因素。

一般在企业生产成本具有次可加性即垄断的时候，需要政府进行管制。如果政府直接对企业生产进行数量、价格等方面管制，被管制企业都会相应地采取对策，以寻求自身利益最大化，这种行为实际上扭曲了原来政策的导向和效果。因此更有效的方式是采取投标权竞争和不对称管制方式，鼓励企业进入，增强企业事前的竞争，侧重对企业提供的产品的质量、环境、安全、服务水平等方面的监管。

外部性的存在的本质是权利界定的问题。当存在正或负的外部性时，政府首先要做的是界定权利的归属。例如排污权的交易。

而当存在信息不对称的时候，则可以通过建立声誉机制、增强市场的充分竞争等方式、发展第三方组织等形式消除信息不对称问题。

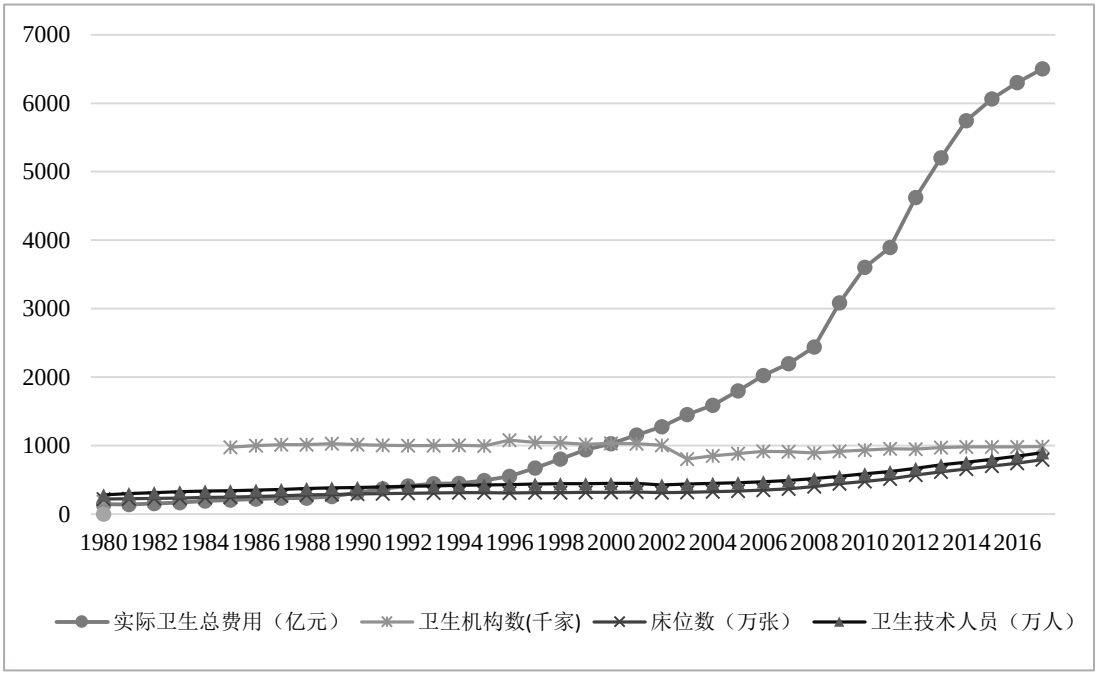
二、医疗体制问题的现象

1．总量供给增长缓慢

我国医疗服务市场以政府直接提供为主，且在医院和医务人员的数量上进行管制，限制了供给的增加。对医疗服务价格的管制导致医师的收入低于市场价格，在一定程度上也影响了供给的增加。

1980～2017 年名义卫生总费用是 1978 年的 367 倍，剔除掉行业工资上涨和价格因素之后，也有约 45 倍，在一定程度上反映了需求的快速增加。而供给方面上，全国卫生机构增长了 446%，其中医院数量仅增加了 213%；医院卫生院床位总数增加了 264%（同期人口增加 41%，所以每千人床位增加 223%）。同期卫生技术人员增长了 221%，其中执业（助理）医师增长 194%，注册护士增长 717%，药师（士）仅增长 47%。

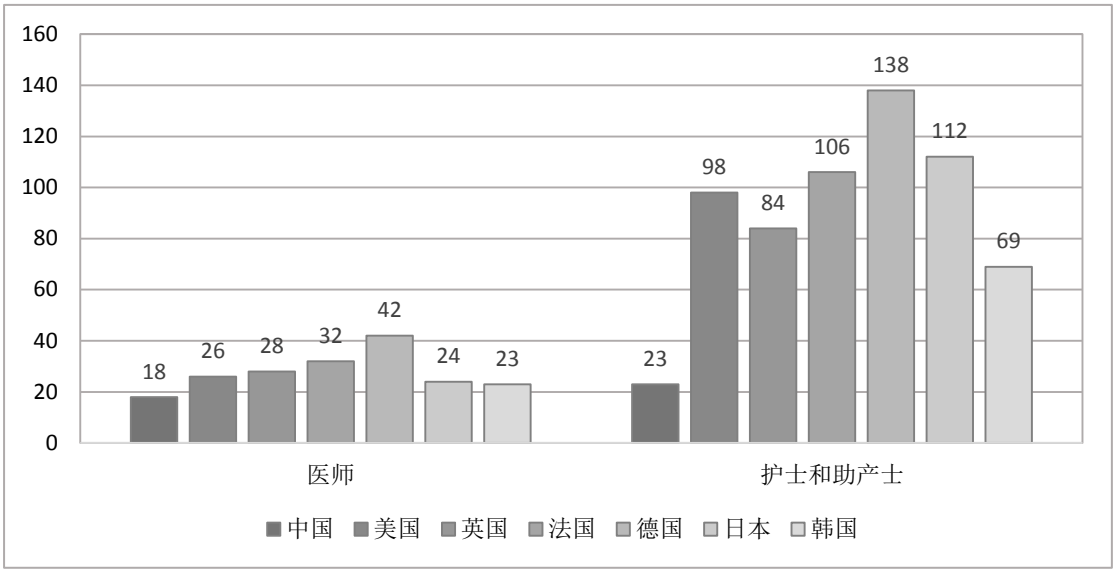
图 5.1　医疗卫生市场的供需总量变化（1980～2017 年）



说明：卫生总费用的增长是考虑了居民消费价格指数和工资指数变化后的修正数据。
数据来源：中华人民共和国卫生部，《《2018 中国卫生健康统计年鉴》，中国协和医科大学出版社；国家统计局，《中国统计年鉴》。

在人均拥有医疗资源上，2016 年我国每万人拥有执业医生数 18 名，护士和助产士 23 名，在人均数量上低于美国、英国、日本、韩国等国家，尤其在护士和助产士的人数上差距更为显著。

图 5.2 中国和其他国家每万人拥有医疗资源比较（2016）



数据来源：中华人民共和国卫生部，《2018 中国卫生健康统计年鉴》，中国协和医科大学出版社。美国护士和助产士数据为 2010 年数据，来自《2013 中国卫生和计划生育统计年鉴》。

2．不同等级医院间的差异明显

由于医院的行政化、等级化的机制，与之相匹配的就是财政资金和人力等资源分配向高等级、大医院倾斜，分配体系最末端往往意味着医疗资源质量最难以得到保障，不同等级医院间在医疗设备和医护人员水平间的差距不断加大。

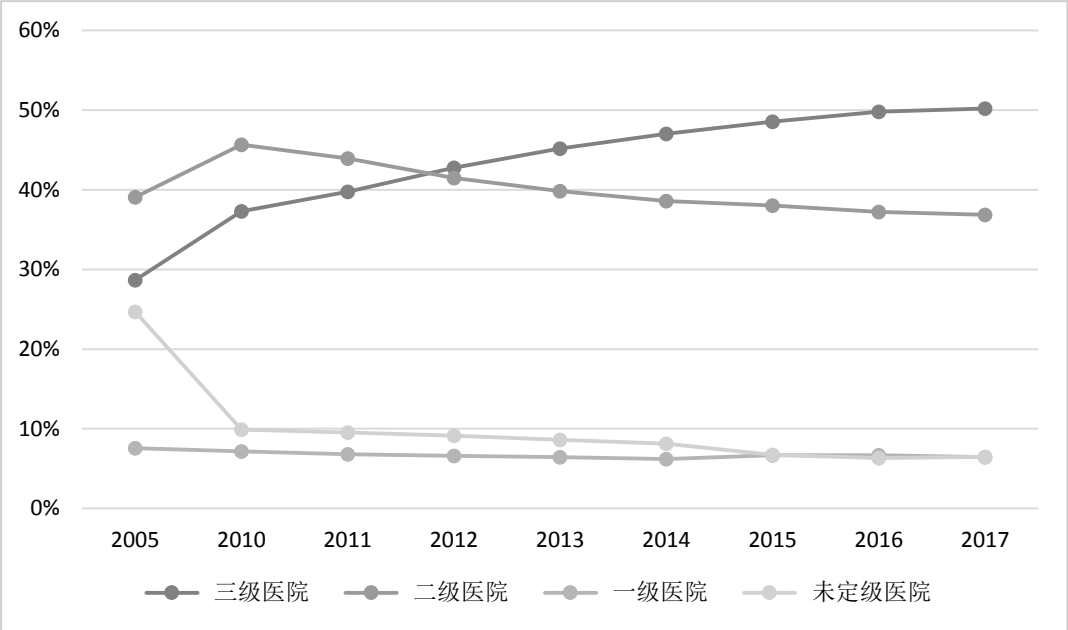
公立医院中分等级存在差异。我国三级甲等医院在医疗设备、医疗人员等卫生资源中占绝对优势，基层医疗机构则硬件设施简陋，人员结构欠合理，技术力量不足，居民对基层医疗机构的诊疗技术普遍缺乏信任，这种现象在欠发达地区表现尤为明显。根据中国卫生健康统计年鉴，2017 年三级医院占医院总数 6.1%，集中了 48.2%的执业（助理）医师。综合医院的万元以上设备台数占全部医疗卫生机构的 62.0%，100 万元以上设备数占 67.2%%，基层医疗卫生机构仅占 3.3%。

城乡人均拥有医疗卫生资源数量上的差异逐渐缩小，但差异主要体现在医院的技术水平和医疗设施方面上。2017 年全国医院执业（助理）医师中，按聘任技术职务，副高级以上占 23.8%，中级职称人员占 32.6%；在乡镇卫生院中执业（助理）医师构成中，副高级职称以上的人员仅占 3.2%，中级职称占 22.0%。

3．患者向大医院的集中

高等级医院集中了优质的医疗资源，而基层医疗机构普遍存在设备落后、医生技术水平偏低等问题。这种卫生资源配置长期不均衡导致患者更偏好到大城市和大医院看病。从近些年的发展趋势上，患者向大医院集中度不断增加。根据天则所的问卷调查， 62.0%的被调查者在得大病时会选择去异地大医院看病，其中有 34.6%的有过异地就医的经历；还有 25.4%的人不太确定。过多的患者向大医院聚集，造成大医院的看病的供需矛盾突出，病床和设备处于超负荷运转状态。

图 5.3 不同等级医院诊疗人次占比（2005～2017 年）



数据来源：中华人民共和国卫生部，《《2016 中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》。

4．药品流通和定价机制推高了药价

1996 以后，价格主管部门通过定价权把控药价走向，并且从 2001 年开始实行药品招标制度，旨在通过政府统一采购，降低药品进入医院时的价格，防止企业和医院之间通过商业贿赂抬高药价。但是经过多次限价、降价措施之后，药品价格并没有真正降下来。有的中标价比出厂价高出几倍、甚至几十倍，和药店价格相比，也明显偏高。

表 5.1 上海部分药品集中招标价与市场价比价

药品名（商品名）	规格	2015 年上海市二、三级医疗机构医保目录药品（第一批）集中招标采购中标药品价格	药店价格（康爱多）
阿德福韦酯胶囊（欣复诺）	10mg×10 粒	99.8	54
阿德福韦酯胶囊（欣复诺）	10mg×14 粒	138	70
阿德福韦酯胶囊（阿迪仙）	10mg×20 粒	213	180
阿德福韦酯胶囊（爱路韦）	10mg×14 粒	135	49

注：药店价格为网上药店公布价格。上海中标药品价格：http://zb.qgyyzs.net/show_zhongb.asp?zbid=564

集中招标机制下，一方面中间环节增加，随之带来费用的增加，国家规定的招标费用包括招标文件费和招标代理服务费，此外在实际操作过程中，很多地区还会收取名目繁多的费用，如果上网投标，企业还需要交入网费。仅按国家规定的收费标准，如果一个省招标有 5000 个品种，则招标文件费就达到 75 万元。这其中还不包括药企的“公关”费。如果药品挂网采购，企业要交几万到十几万不等的费用。例如南京市医疗卫生机构 2015 年挂网采购医药

耗材时，企业缴纳网上交易服务费不低于 4 万。(《南京市医疗卫生机构 2015 年医用耗材及试剂集中采购关于领取入围通知书、领取交易账号等事宜的通知》)

表 5.2 药品招标收费标准

项目	收费标准	说明
招标文件费	150 元/份	
招标代理服务费	100 万元以下 0.6%	单个企业单个品种的中标合同金额招标代理服务费费率； 招标收费标准按差额定率累进法计算，即各招标金额区间乘相应费率后之综合为招标代理服务费
	100 万元~500 万元 0.4%	
	500 万元~1000 万元 0.3%	
	1000 万元~5000 万元 0.2%	
	5000 万元以上 0.1%	

资料来源：国家计委，《关于药品招标收费有关问题的通知》。

表 5.3 各国药品流通价值链

单位：%

	制药商成本及收入	批发商收入	零售终端收入
美国	76.5	3.4	20.1
德国	74.2	4.8	21
法国	68.4	4	27.6
日本	85	5	10
韩国	83	7	10
中国零售	68	12	20
中国医院	20	8+5+8 （居间人费用和价格招标等费用）	13+36 （医生返利及流转费用）

资料来源：秦脉医药，《基本药物招标采购现状分析》2012 年报告，http://www.chnmed.com/plus/view.php?aid=17566。

更重要的方面是参与招投标各方没有降价的动力，反而形成了事实上的利益共同体，推动了部分药价的虚高。

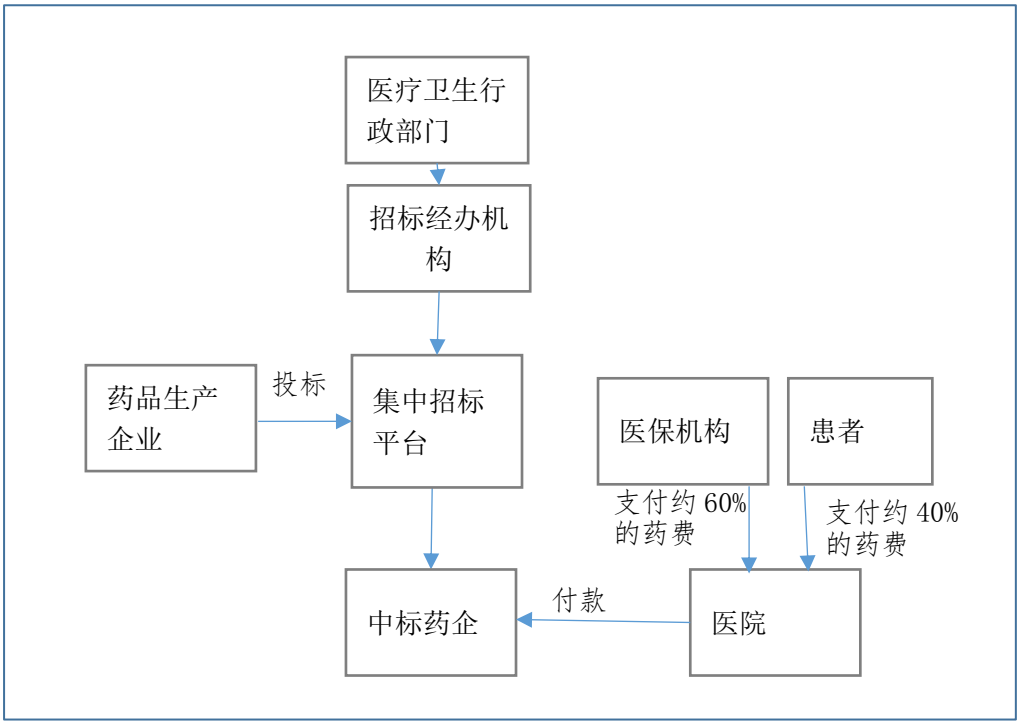
首先招标采购主体——医院不仅没有降价的动力，反而愿意采购价格更高的药品。因为实行购销加价率管制，使得医药价格存在“低价药加价少、高价药加价多”的问题，医院采购价格越高，获得明的加价收益和暗的返利越多。导致低价中标无回扣的药品成为有价无市的“死标”，高价中标有回扣的药品成为销量暴涨的“金标”。例如安徽招标中，元胡止痛片中标价低至 5.78 元，采购额只有 6 万元，仅占参考采购量的 25%；元胡止痛滴丸中标价为 15 元，采购额高达 143 万元，完成参考采购量的 17.15 倍（央视两会医改报道中的四大致命误区”，2015）。

其次，经办机构没有降价的激励机制。药品招标采购主体是医院，在集中招标机制下要委托给招标经办机构，经办机构可以是“招标人联合组建的集中招标采购办事机构”，也可以是“招标人共同委托的药品招标代理机构”，根据《国家药品监督管理局、卫生部关于印发药品招标代理机构资格认定及监督管理办法的通知》规定“药品招标代理机构不得直接从事药品生产经营活动，不得与行政机关存在隶属关系或其他经济利益关系”，但目前很多地

方的招标经办机构都与当地卫生部门存在直接或间接的关系，例如河南 2005 年推行由各地市卫生行政部门自行成立药品招标经办机构，全程运作药品集中招标采购，这种经办机构和行政机关存在隶属关系的做法明显是违规的。医药行政主管部门既不是用药方，也不是付款方，也没有降价的内在动力。

再次，作为药品的最终付费方——患者和医疗保险机构则被排除在定价机制之外，在药价形成机制中基本没有话语权。对于供给方——药厂，更没有降价的动力，因为一旦它中标之后，在目前招采合一的体制下，就获得了区域药品垄断市场。在这样价格形成机制当中，药价虚高不可避免。

图 5. 4　药品招标机制



5．看病贵和看病难并存

从经济学的角度讲，“看病难”和“看病贵”不会长期同时存在。对于一般商品而言，供给和需求会在价格机制的调节下趋向平衡。“看病难”表明医疗资源短缺，短缺的根源在于价格低，但是患者又面临着看病贵的问题。“看病贵”表明价格高，商品有利可图，市场中的供给就会增加，使供求向均衡逼近，价格下降。我国医疗市场的看病难和看病贵并存正是由于政府的管制造成的。

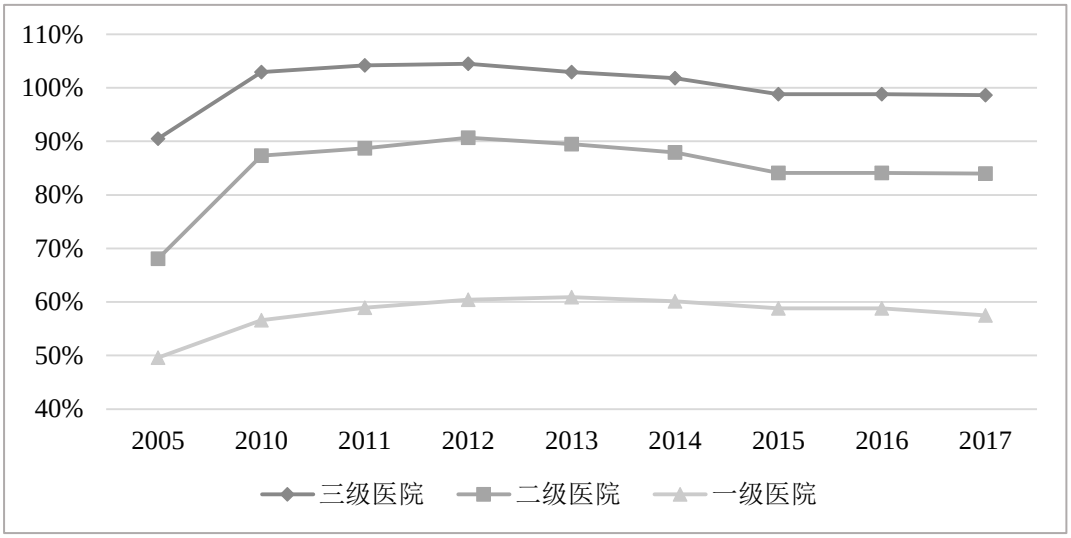
看病难主要表现在两方面，一是高等级医院和专家门诊的看病难，主要原因是供需失衡导致的对“稀缺医疗资源”的竞争。二是农村地区卫生机构看病难，根源在于农村医疗水平较低, 不能满足农民的看病需求。

专家的服务价格被低估，以及卫生资源配置严重不均衡导致患者偏好到大城市和大医院看病。全国三级医院一直承担了 48.6%的诊疗需求，且这一比例近几年一直呈增长趋势。北

京更是优质医疗资源最集中的城市，吸引了大量的外地患者进京看病，根据北京市卫计委信息，2010 年北京三级医院诊疗人次为 4946.1 万人次，2014 年底就增长到 11058.2 万人次，占全部诊疗人次的 48.15%，其中外来病人大约占三分之一。伴随着对优质医疗资源的争夺，看病难的问题凸显。例如专家号“一号难求”。人们为了获得专家号不得不通宵排队，或者出高价从号贩子手中购买。过多的需求挤压了医生的问诊时间，和患者沟通时间不足。对昆医附一院 2014 年 1-9 月门诊的调查显示，在 8 小时完全不休息的情况下，普通门诊医生对每位患者问诊看病的平均时间为 6 分钟；专家平均 12 分钟。

在住院需求方面，三级医院的病床长期处于超负荷运转的状态。2010 年之后病床使用率一直在 100%左右。而一级医院的病床使用率不到 60%。

图 5. 5 不同等级医院病床利用率（2005～2017 年）



数据来源：中华人民共和国卫生部，《2016 中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》。

在农村看病难的现象更加突出一些。村医务室总体上不属于政府财政拨款的范围，对医疗设施、设备的投入只能依赖医生或其家庭的积累能力，但由于又要兼顾农业生产，使得资金投入十分有限，医疗设备匮乏、落后。农村基层医疗卫生服务人员数量不足，技术水平不高。村民倾向于选择去县级或以上的医院就诊。

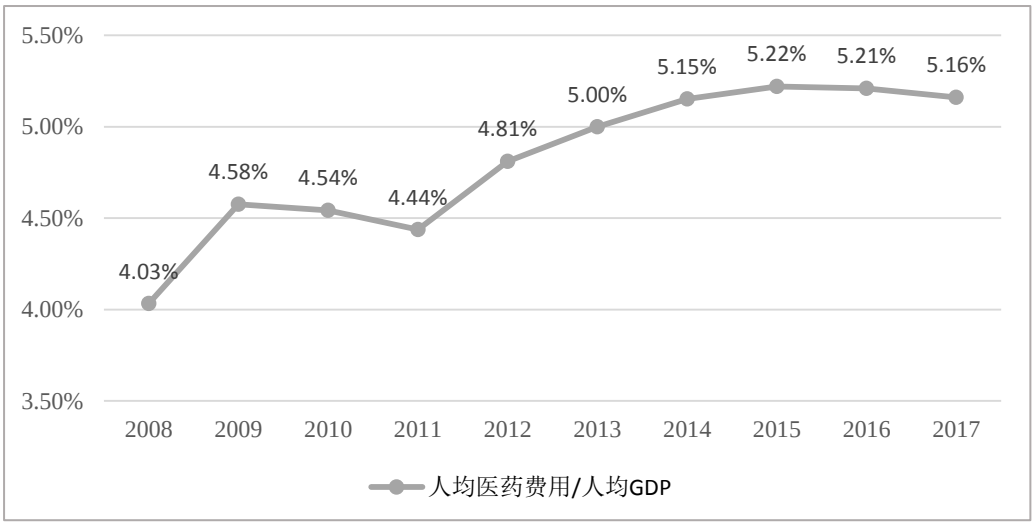
看病贵的表现：一是看病费用的上升，使人们普遍感到看病贵。我们以人均年医药费和人均 GDP 之比这一指标来衡量居民的看病负担的变化。人均年医药费=门诊费用×看门诊次数+住院费用×住院比例。从以下图表可以看出，我国居民不论是人均年医药费，还是这一费用和人均 GDP 之比均呈上升趋势，这反映了人们普遍感觉的看病贵问题。人均医疗费用从 2008 年的占人均 GDP 的 4.03%上涨为 2017 年的 5.16%。从总量看，2017 年，全国卫生总费用已占 GDP 的 6.36%。

表 5.4 人均年医药费（2008～2017 年）

年份	居民平均门诊就诊次数	人均门诊医药费（元）	入院比例	人均住院医药费（元）	人均医药费用（元）
2008	3.7	138.3	0.086	5234.1	964.3
2009	4.1	152.0	0.099	5684.0	1187.8
2010	4.4	166.8	0.106	6193.9	1388.6
2011	4.7	179.8	0.114	6632.2	1598.1
2012	5.1	192.5	0.132	6980.4	1902.3
2013	5.4	206.4	0.141	7442.3	2165.5
2014	5.6	220.0	0.149	7832.3	2402.5
2015	5.6	233.9	0.153	8268.1	2574.9
2016	5.7	245.5	0.164	8604.7	2810.5
2017	5.9	257.0	0.176	8890.7	3081.1

数据来源：根据《中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算。

图 5.6 人均医药费和人均 GDP 之比（2008～2017 年）



资料来源：根据《中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算。

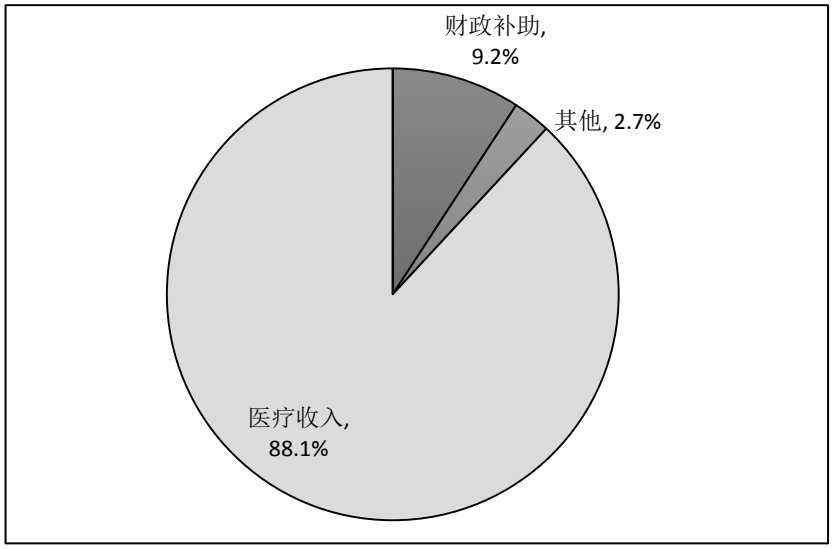
二是在低收入群体和没有医保的群体中，看病贵问题尤为突出。2017 年农村、城镇低收入户的人均可支配收入为 3301.9 和 13723.1 元，而住院的人均医药费为 9735.4 元，这对低收入群体来说是难以承受的负担。国务院扶贫办（2015）摸底调查显示，全国 7000 多万贫困农民中，因病致贫的有 42%。没有医保的群体所面临的价格却是由有医保的群体所决定的，也就是说，没有医保的群体不仅需要自己承担全部的费用，并且支付的价格是高于市场均衡价格的，因而这部分群体获得的是一种更昂贵的产品或服务。

6．保险制度下的医生/医院行为

第一，我国医保的支付方式一般实施的是“按服务项目付费”的方式，即医保机构根据实际发生的医疗费用进行结算。这种方式下，一旦发生医疗服务交易，在医保报销范围内的产生的医疗费用对于医患双方都是可获益的，因此医患双方有可能产生“医患合谋”。医生

/医院一方有激励进行诱导性需求，通过向患者提供过度医疗服务，通过多开药、开高价药、多做检查、多使用耗材等方式获得更多的收入。尤其在财政补助不足的情况下，医院/医生更有动力通过提供过多医疗服务来补偿财政投入的不足。目前，医院 80%以上的收入来自医疗收入/事业收入。

图 5.7　公立医院的收入构成（2017 年）



数据来源：依据《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

第二，医院对患者采取“撇奶油”的收治策略。人社部 2011 年开始在上海等全国 7 个市/自治区推行医保总额预付试点，即由医保部门在对医疗机构进行评估后，计算出人均医疗费用，按此费用标准向医院预付定额的医疗费，如果实际发生费用超支，超支部分由医院自己承担。医院为了控制额度，分解医保额度指标的做法就屡见不鲜，从一个统筹区的总盘子到各家医院乃至各个科室和医生，这一链条逐级往下延伸。这意味着对医保指标的逐级分解已经从医方走向了患方，为了尽量减少费用的超支，医院总体上倾向于收治病情较轻，或有盈利空间的患者，推诿重症患者，或者在患者费用超过限制后，采取较为消极的治疗措施。这种做法在一定程度上把住院统筹基金分解成了个人账户模式，从而消解了医保统筹基金的风险分散功能，增加了患者面临的风险（朱恒鹏，2015）。

7．保险制度下的消费者行为：过度需求

医疗保险介入医疗市场，改变了费用支付的形式。人们面临较低的医疗价格，“免费”或“折扣”的医疗服务激励需方需求，改变了其疾病风险的损失概率或损失幅度；并且由于信息不对称，需方存在道德风险。主要表现为小病大养、门诊改住院、多开药、偏向于价格高的药品和治疗方案等。医疗保险的存在使医疗服务社会边际成本大于边际收益，造成人们过度使用医疗服务资源，这又与医疗保险的目标相冲突。

在医疗保险契约设计中，一般包括起付线、共付率、限额或最高限额等机制，这些需求面的成本分担因素也会影响消费者的行为。

共付率越低，人们需承担的成本越低，过度医疗需求越显著。根据对不同群体的看病频率的调查显示，享有公费医疗的群体在大、中城市的两周就诊率最高。而其他社会保险和无社会保险的群体就诊率低。

表 5.5　2008 年调查地区居民不同医疗保障形式两周就诊比率 （0/00）

	小计	大城市	中等城市	小城市
城镇职工医疗保险	145.2	186.1	87.3	138.0
公费医疗	190.3	246.4	163.4	73.9
城镇居民医疗保险	103.7	115.3	100.2	99.5
新型农村合作医疗	202.0	50.0	107.8	211.0
其他社会医疗保险	73.1	65.7	71.0	92.8
无社会医疗保险	82.5	70.1	76.9	93.9

注：居民两周就诊比率：指调查前两周内居民因病或身体不适到医疗机构就诊的人次数与调查人口数之比。
数据来源：《2013 中国卫生和计划生育统计年鉴》。

起付线的设定在一定程度上会诱导患者出现尽快进入保险支付范围的道德风险。由于保险机构出于控制医疗费用的考虑，加强参保人的费用控制意识，规定相应于每一种医疗保险制度都有相应的医疗费用补偿标准，在标准范围内的医疗费用是由患者自己承担的。但进入统筹阶段实行共付率累退制，患者的费用越高，其共付率就越低，造成的免费效应也就越强烈，所以参保人往往倾向于过度消费。患者在就医过程中如果费用积累到一定额度，接近起付线时，就有多购买医疗服务加快进入保险支付阶段的倾向。例如在每个医保报销年度要结束时，就会出现突击开药的现象。根据天则所问卷调查，在 2316 份问卷中有 17.8%的被调查者会考虑凑够起付线的情况。

8．保险制度下的药品生产与销售

药品生产市场应是竞争性比较强的市场，其主要的管制在于政府部门对新药的审批、用药安全和药品专利保护上。我国目前对药品市场实行的流通和价格管制，以及医保体制则扭曲了厂商的行为，厂商的竞争不在于质量和价格的竞争，而主要表现在以下领域：

第一，对进入基本药物目录的竞争，尤其是独家品种。我国医保目录包括国家层级的，国家医保目录药中的乙类药品可由各省自行调整，基本药物制度也允许各省推出增补版。由此，我国药品市场被划分为国家基本药物、全国基本医保甲类目录药物、地方增补基本药物、全国基本医保乙类目录药品、非医保药品等。医保目录是各家制药企业必争的，进入医保意味着医保支付比例至少将达到 60%以上，成为独家品种进入医保目录则意味着高额的利润。但基药增补目录过程不透明，制度本身存在着很大寻租空间。为了能够进入基本药物目录，企业采取行贿等方式是普遍现象。（周龙凤、蓝姝，2014）

表 5.6 部分省市增补药品品种数量

地区	增补数量	构成
青海省	200	化学药 70 种 中成药 70 种 地方特色藏药 60 种
广东省	278	化学药和生物制品 147 种 中成药 131 种
重庆市	310	化学药和生物制品 159 种 中成药 151 种

贵州省	310	化学药 106 种 中成药 195 种
江西省	228	化学药和生物制品 119 种 中成药 109 种
新疆自治区	535	化学药 281 种 中成药 254 种

第二，对医院销售渠道的竞争。药品要想最终进入医疗销售终端，还需经过省级行业主管部门组织的集中招标采购程序。而主管部门官员、医院采购人员在决定药品是否进入采购名单上都具有一定的权力，药品进到医院后，医生的推荐也很重要，因此药企会向官员、医疗机构采购人员和医生行贿。中国医药企业协会管理会会长于明德坦言，药企向政府官员、医生行贿早已是医药行业公开的秘密，这种现象广泛存在，并且国内药企行贿现象更严重。（袁国礼、平亦凡，2013）

第三，通过差异化的销售品种和渠道降低药品市场竞争性。 医药零售市场除了医疗终端，还有零售药店。零售药店的药品价格基本上是市场化定价，但是为了不对医疗终端的药品销售形成冲击，厂商销往两个渠道的药品是不完全相同的，会在剂型、规格、包装等方面进行改变，形成医院专供药。例如北京发改委曾在网上公示阿莫西林等 119 种西药、胃复春片等 26 种中成药的最高零售价，而这些拟定最高限价的药品，多数是专供医院使用的药品，在普通的药店无法找到（贾中山，2012）。

为了进入医疗终端销售领域，医药企业在中间环节开展的竞争耗费了大量的成本，包括以邀请医务人员参加学术会议、出国考察学习、提供咨询费等隐蔽形式进行的行贿费用。表现在医药公司财务结构中，销售方面的支出非常高，其中差旅费、会议费等支出占有相当大的比例。例如益佰制药 2017 年的销售费用 18.35 亿元，其中差旅费、会议费、业务招待费、促销费、学术费等支出为 10.17 亿元，销售费用与营业收入之比为 48.19%，是利润总额的 377.18%。长春高新的销售费用构成中包括销售佣金提成、会议费、差旅费、交际费等，2017 年这部分费用合计 8.44 亿元，占销售费用的 53.9%。由于医药行业的特殊性，销售费用一般要比其他行业要高。但和国外制药公司相比，国内医药企业销售成本仍显偏高。国外制药企业的销售费用与营业收入之比普遍集中在 25%～35%区间中，离散程度较低。根据 David E.Ross（2008 年）研究，跨国医药企业的行政与销售费用普遍在 20%～35%，超过 35%投资者即视为“效率低下”。且跨国医药企业在行政与销售费用上较为稳定。

9．医生收入总体偏低

由于公立医疗卫生机构医务人员拥有事业编制身份，其基本薪酬要受到事业单位工资体系规定的限制。

丁香园网站发布的《2017 年丁香园中国医生薪酬调研报告》显示，2017 年度参与调查的 15697 名医生的平均年收入为 9.55 万元，其中 62.2%的医生对自己的收入不满意。

和其他国家医生的平均收入相比，我国医生的收入处于偏低的水平。欧美国家专科医师的年平均收入是人均 GDP 的 2 倍~6 倍，平均为 4.9 倍。全科医师的年平均收入为人均 GDP 的 2 倍~4 倍，平均大约 3.17 倍。我国医生年收入为人均 GDP 的 1.60 倍。如果按 4.9 倍计算，则全国专科医生平均年收入应为 29 万元；北京、上海的专科医生的平均年收入可高达约 60 万元。

表 5.7 欧美部分国家医师年平均收入、人均 GDP、比值

单位：美元

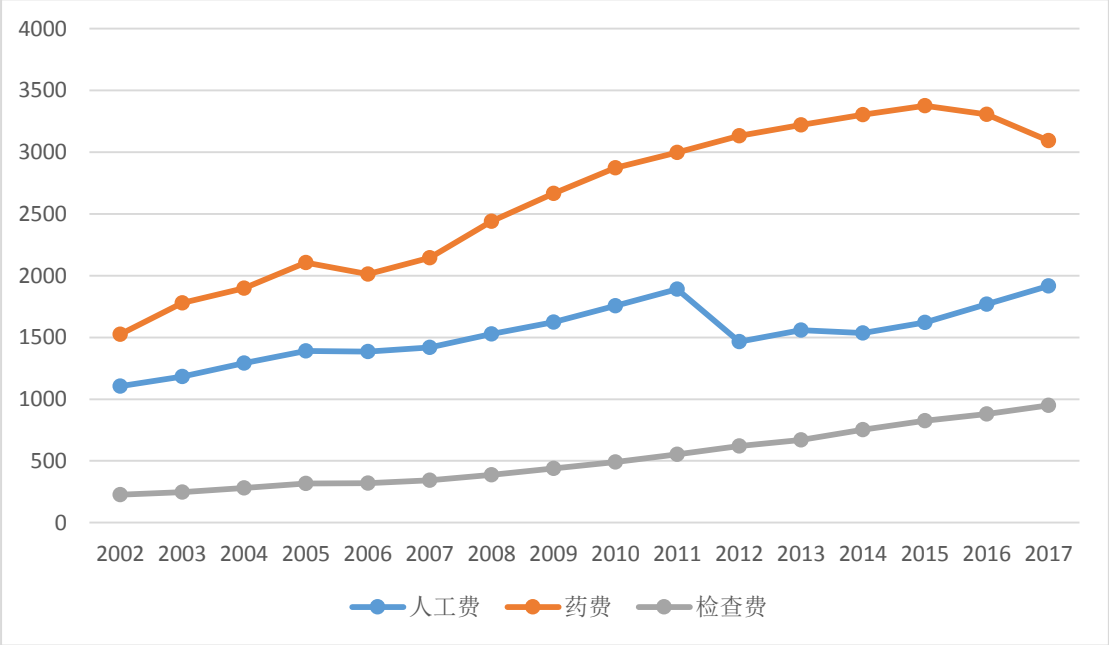
国家	专科医生平均年收入	人均 GDP	比值	全科医生平均年收入	比值
美国	230000	40351	5.70	161000	4.00
比利时	188000	31333	6.00	61000	2.00
加拿大	161000	31569	5.10	107000	3.39
英国	150000	30612	4.90	118000	3.85
法国	149000	29800	5.00	92000	3.09
德国	155000	57407	2.70	77000	2.70
平均			4.90		3.17

资料来源：欧美国家医师收入数据均来自经济合作与发展组织（OECD）2010 年统计数据，欧美各国 GDP 数据来源为世界银行 2010 年统计数据。

病人支付的医药费用中，作为对医生的医疗服务补偿所支付的费用，不仅绝对数额低，且增长缓慢。2002 年门诊病人支付的人均挂号费为 1.52 元，到 2017 年仅为 1.4 元。而最能体现医生劳动价值的手术费，2002 到 2017 年，也仅从 310 元增长到 684 元。

从纵向上看，2002 到 2017 年，费用增长速度最快的是检查费，年均增速 10.05%，其次是药费，年均增长 4.82%，而反映医生劳务价值的人工费，包括挂号费、手术费和治疗费，年均增速为 3.74%。也就是说病人所支付的费用中，更多的支付给了药费和检查费。

图 5.8 各级综合医院病人人均医疗费结构变化（2002-2017 年）

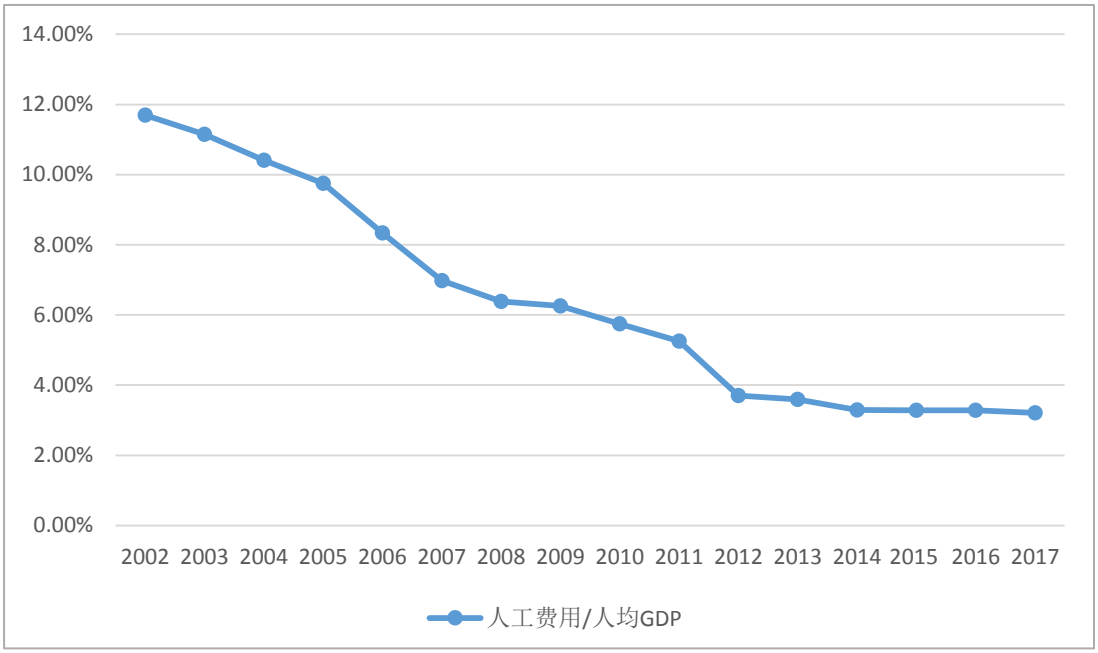


注：人工费包括：挂号费、治疗费、手术费。

数据来源：根据《2017 中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算。

和人均 GDP 的增长相比，医生的人工费用增长低于人均 GDP 的增长，也说明医生的相对收入是在下降的。医生人工费用占人均 GDP 的比例从 2002 年的 11.7%下降到 2017 年的 3.2%，说明医生服务的价格被显著压低了。见下图。

图 5.9　医生人工费用和人均 GDP 比值的变化



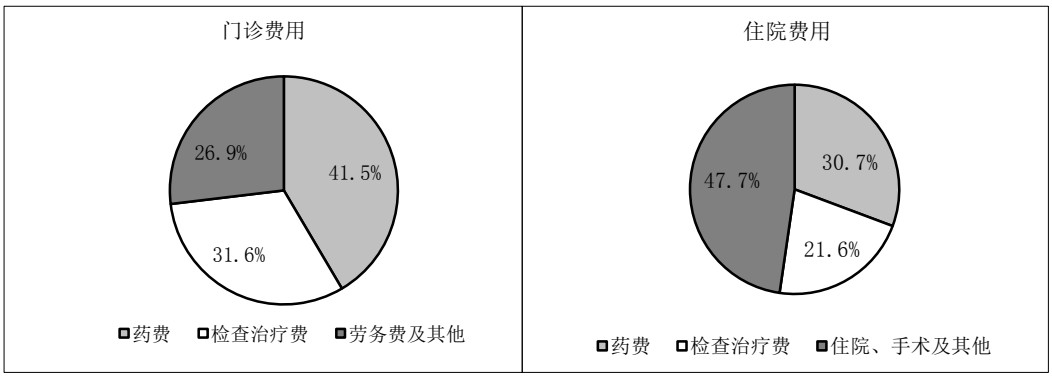
数据来源：根据《2017 中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算

10．以药补医，以设备补医

对医生而言，在市场机制中，医疗服务的价格是医生专业知识和判断能力的价格，这一价格被限制过低，具有双重垄断优势（技术垄断+制度垄断）的医生必然会通过其他渠道对其付出进行经济补偿。

如果不是对所有的市场实行价格管制，医生可能的对策是在未实行价格管制的市场通过提高价格以弥补较低价格管制带来的损失。如上所述我国在医疗服务和药品方面都存在这样两个市场。政府对基本医疗服务和药品进行价格管制，但同时给予的财政补偿却远远不足以支撑医院的运营。在这种情况下，必然产生了“以药补医”、“以设备补医”的现象。在各级综合医院的门诊费用和住院费用中，药费占比 30%-40%，检查治疗费占 20%-30%，二者合计占比在 50%以上，可见医院的主要收入来自药费和检查治疗费。按医药行业的潜规则，医院/医生从药费中获得的回扣是零售价的 20%~25%，高的回扣率能达到 40%以上。（天则经济研究所，2015）

图 5.10　全国综合医院门诊费用和住院费用构成比例（2017 年）



数据来源：根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算。

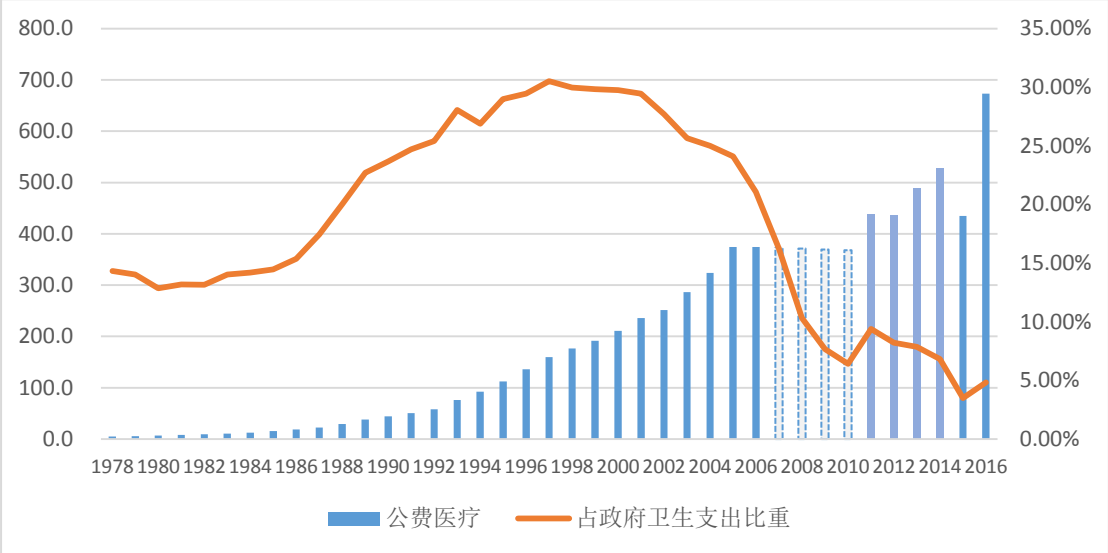
11．不同群体的保障程度差异大

由于建立了分级的医疗保障制度，在不同群体中保障程度之间存在差异，有的甚至相差悬殊。

公务员除了有财政医疗补助外，还享受公费医疗的福利；2016 年国家财政补助公务员人均资金 2170 元；公务员的人均获得的公费医疗和财政补助为 8901 元。

图 5.11 公费医疗支出（1978～2016）

单位：亿元



注：2006 年之前的数据来自《中国卫生统计年鉴》，2007 年后《中国卫生统计年鉴》中就不再列支公费医疗。

2010 年财政部发布的《全国一般公共预算支出表预算支出表》，其中列支的“行政单位医疗”为当年公费医疗数据，

2011 年后行政单位医疗”被合并到“其他医疗保障支出”中，根据 2010 年的占比，我们估算 2011～2013 年的“其他医疗保障支出”中的 60%为公费医疗支出；

2014 年之后一般公共预算支出表的医疗保障支出类别中不再列出“其他医疗保障支出”，但仍可根据医疗保障总支出扣除所列支的各项得出其他医疗保障支出金额，其中仍按 60%估算为公费医疗支出。

2007～2009 年的数据为根据 2006 年和 2011 年的数据变化情况进行估算。其中，2006 年的公费医疗支出为 374.6 亿元，2010 年公费医疗数据为 368.0 亿元（将财政补助资金也计入其中），按历年平均增长率计算中间三年的数据。
公务员补助的数据来自历年《全国公共财政支出决算表》
数据来源：《2006 年中国卫生统计年鉴》，和《全国一般公共预算支出决算表》（2011～2014 年）。

而事业单位群体在参加城镇职工基本医疗保险的基础上，会有额外的财政医疗补助政策。2016 年国家财政补助事业单位人均资金 1688 元，加上职工医疗保险后，事业单位员工的人均医保资金为 4494 元。

面对农民群体的新农合建立以来，国家财政的投入力度不断加大，农民的医疗保障有所改善，2016 年农民人均医保资金为 1596 元/人。

城镇居民人均医保资金为 1227 元，其中来自财政补助的资金人均 311 元，仅是公务员财政保障资金的 3.49%左右。

城镇职工则基本上完全依靠自己缴纳资金形成的医保基金进行保障，人均医保资金为 1227 元。

从各群体平均的保障程度来看，从低到高分别为城镇居民、参加新农合的农民、城镇职工、事业单位员工和公务员。其中公务员的人均医保资金是城镇居民的 7.25 倍。

表 5.8　不同医保类型的保障程度（2016 年）

	医疗保障财政（补助）支出（亿元）	医保基金支出（亿元）	公费医疗（亿元）	人数（万人）	人均财政资金（元/人）	人均医保资金（元/人）
事业单位医疗	**532**			3153	1688	4494
公务员医疗补助	**156**		484	719	8901	8901
新型农村合作医疗	3025	**1364**		27500	1100	1596
城镇居民基本医疗保险	1397	**4108**		44860	311	1227
城镇职工		**8287**		29532		2806

注：新农合和城镇居民医保基金支出中包括财政资金支出部分。事业单位的人均医保资金为人均财政资金加上人均城镇职工医保资金。公务员人均医保资金为人均财政补助加公费医疗。《关于 2016 年全国社会保险基金决算的说明》中列支居民基本医疗保险待遇支出 5156 亿，但这一数据包含新农合，故减去新农合基金的支出为城镇居民医保基金支出的数据。
数据来源：医保基金支出及参保人数根据人力资源和社会保障部《2016 年人力资源和社会保障事业发展统计公报》和卫生部《2017 中国和计划生育统计年鉴》中的数据整理计算，医

疗保障财政资金数据来源财政部《2016 年全国一般公共预算支出决算表》，财政部门户网站，http://yss.mof.gov.cn/2016js/201707/t20170713_2648981.html 。

12．对医生执业地点的管制限制了医生作用

首先限制了资源的优化配置。由于定点执业的制约，医生只能通过私下“走穴”的方式到其他地方出诊。通过医生的“走穴”可以在一定程度上减轻资源配置上区域的不公平，提高资源效用。高水平的医疗资源在大城市、大医院中的集中率越来越高，而偏远地区的居民则存在看病难问题，尤其是获得高水平医疗服务的成本很高，医生通过走穴缓解大城市之外的患者看病难的问题，且节省患者的交通等费用。走穴还有利于医疗技术的推广和交流，提高基层医院诊疗技术水平，促进社会资本办医和民营医疗机构的发展。但是目前走穴机制仍属于“不合法”行为，存在着一定的风险。

其次，抑制了供给和竞争。在公立医院里，医生实行事业管理制度管理，其工资核定、职务提升、工作调动等都按照国家干部管理的程序进行，而不是由医生根据医疗服务市场供求自己决定。这种管理方式扭曲了医生的劳务价格，工资不能充分体现医生的劳务价值，在一定程度上降低了人们愿意进入这一行业的意愿。而医师自由执业等于建立一个人力资源自由流动，竞争充分的医生人力资源市场。在这样一个市场，医生拥有选择和交易的自由，通过竞争来获得反映医生劳务价值的市场均衡价格。只有让医生自由流动与充分竞争，才能真正让市场来为医生定价，从而消除医院靠药品供养、医生收取红包等现象，从根本上改变医患关系。

虽然政府出台了鼓励医师进行多点执业的政策，在具体执行中，还是存在一定的障碍，比如医生要多点执业至少需经过第一执业地点医疗机构的“同意”。截至 2014 年 9 月，北京已经超过 2500 名医生办理了多点执业备案，其中四分之一是在基层医疗岗位。但和北京近 8 万医生数量相比，比例仍然是很低的。

13．政府拥有配置医疗资源的权力导致了寻租

由于管制政策大大影响了厂商和消费者的利益分配，被管制企业就可能通过行贿、游说等方式寻求获得更多的利益。寻租直接导致了社会福利的损失。

行业主管部门对设立医疗机构实行进入管制，从而也限制了市场中医疗服务供给的数量，数量管制下的收益差额形成了租金。行政主管部门由于拥有着审批权力，因而在很大程度上控制着租金的分配。准入审批制造成准入执照短缺，不可避免的产生对稀缺资源有需求的群体或个体对政府手中的稀缺资源展开竞争。基本表现就是获得创办医院诊所的执照而向行政主管部门的官员行贿。又由于民营医院和公立医院的不对等地位，对民营医院的创办、经营上管制更为严格，因此民营医院的寻租现象更为严重。如深圳市罗湖区卫生局原局长任局长期间，共审批30多个个体诊所，贿赂金额数百万元（金璐、宋毅，2006）。

在药品流通上，生产企业要获得盈利保障，就要进入医疗终端销售终端，需要经过的程序链条是：首先进入医保目录，独家品种进入医保目录则意味着高额的利润；其次经过省级平台的招标采购程序；再次通过医院的主管负责人采购；最后要经由医生的药方完成。而在其中每个环节都存在着寻租空间，涉及到人保部门、卫计部门、医院院长、采购负责人和医

生等各部门和人员。例如据报道，唐山市原人社局副局长和医保局局长，在任职期间，收受医院等相关机构、人员贿赂 560 多万元，此外还有多次违规行为。（李俊义，2014）

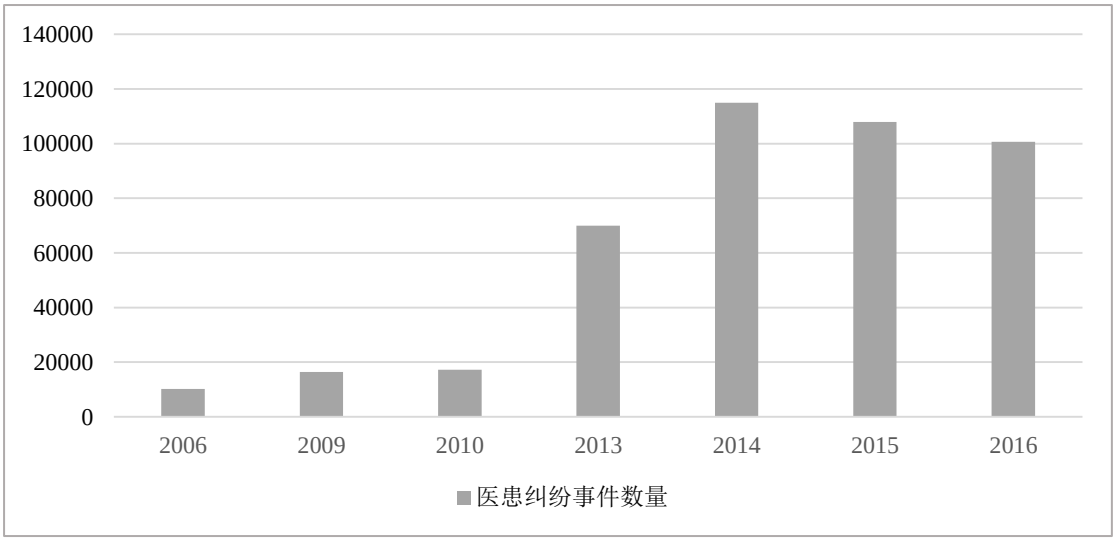
14．医患关系紧张

医疗领域的总体资源投入不足，并且在地区和人群间分布不均衡，优质医疗资源主要集中在大城市、大医院，吸引人们都涌向大医院问诊。供需的严重失衡，使得患者获得优质医疗资源难度大。为了缓解供需矛盾，医生要通过提高劳动强度来增加服务供给，例如大型医院的医生都处于超负荷工作中。这就意味着医生要压缩对病人的有效时间，病人和医生之间不能进行充分有效的沟通，不利于医患间信任关系的建立。

由于政府对医疗服务价格的管制，而医院又需要靠创收维持生存发展，因而在一定程度上会显示出趋利行为，倾向于过度医疗。患者一方面要承受看病难、看病贵的困扰，另一方面和医生间的沟通不畅导致不信任感增加，都增加了医患关系的紧张度，突出表现在医患冲突比例持续上升。

根据中国医师协会发布的《2017 中国医师执业状况白皮书》，2016 到 2017 年调研结果显示，66%的医师经历过不同程度的医患冲突，但绝大多数为偶尔的语言暴力（51%）仅有 34%的医师从未亲身经历过暴力伤医师事件。据国家卫生计生委统计，2016 年，全国发生医患纠纷 10.07 万起，较前两年虽有所下降，但总量仍处于高位。

图 5.12　医患纠纷事件数量



数据来源：国家卫计委历年新闻通报。

15．社会医疗保障体制没有实现应该实现的目标：大病保险

保险机制适用于风险几率比较低但损失比较大的情况。从医疗保障体制建立的目标和参保人的动机、风险和要求看，大病显然是风险最大和最需要得到保障的标的。小病小额资金的风险易于被多数人消化，大病大额资金的风险虽然集中在少数人身上，似乎“以少数人利益牺牲了大多数人利益”，但这一风险是很多“少数人”所无法依靠自身力量化解的，并且

风险产生的几率是随机的。依靠大多数的帮助解决少数人的大困难，这正是医疗保险的目的所在。

但是目前医疗保障体制下，低收入群体面临大病得不到保障的问题比较突出。根据世卫组织的定义，如果有一个家庭强制性医疗大于或等于扣除基本生活费之后家庭剩余收入的40%，即认为一个家庭发生了灾难性医疗支出。按照这个标准统计，一定比例的居民面临着灾难性医疗支出的风险，对大病的保障程度低。

据 2013 年国家第五次卫生服务调查报告显示，中国职工医保、居民医保和新农合三种保障制度下，住院费用的报销费用比分别为 68.8%、53.6%、50.1%。以 2014 年为例，全国居民低收入户（20%）的人均可支配收入为 4747 元，平均每户 2.97 人，全年家庭可支配收入为 14099 元。2014 年住院平均医药费为 7832.3 元，如果大病的 46.4%为自付，则需自己承担约 3634 元。全国农村低收入户（20%）的人均可支配收入为 2768 元，全年家庭可支配收入为 8221 元，如果大病的 49.9%为自付，需承担则 3908 元，超过了灾难性支出的标准，比较来说农村低收入群体面临的看病贵问题更为严重。

在另一方面，由于目前的保险制度并不能解决大病医疗费用的问题，所以其它形式，如互助保险平台或医疗费用众筹发展了起来，以作为补充。比较成熟和有影响的互助保险平台有水滴互助、众托帮、保保集、e 互助、壁虎互助、抗癌公社及 17 互助等。

表 5.9　国内主要互助保险平台

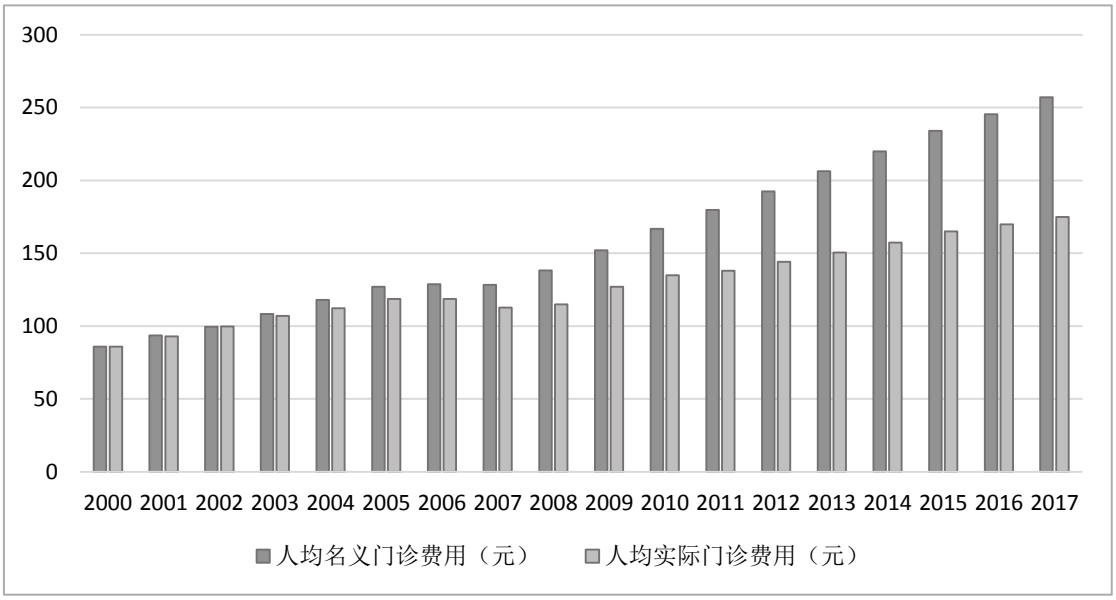
名　称	成立时间	参与条件	是否预付	会员数量（2017 年 5 月）
康爱公社（原互保公社）	2011 年	免费加入；加入前身体健康；65 周岁以内	否	>94 万
水滴互助	2016 年 4 月	未患有癌症及无重大疾病史；账户低于 1 元需在 15 日内补缴，否则视为退出；65 周岁以内	否	>234 万
壁虎互助	2015 年 2 月	身体健康，一年内无住院或手术，60 周岁以内	是，预付 9 元	>150 万
众托帮	2016 年 7 月	身体健康，65 周岁内	是，预付 10 元	>801 万
保保集（夸克联盟）	2015 年 3 月	身体健康，75 周岁内	是，预存 9 元	>143 万
支付宝相互保	2018 年 10 月	身体健康，年龄不超过 60 岁	否	>5960 万（2018 年 5 月）

而一些众筹平台具有医疗众筹的功能，如慢友帮爱心筹、轻松筹等；截止到 2016 年 2 月 23 日下午，爱心筹成功众筹的项目有 236 个，总筹资金额接近 1600 万；2015 年，轻松筹医疗救助板块共上线 2.3 万个项目，筹款金额 1.8 亿元（凤凰财经）。

16．医疗体制下的医疗费用上涨

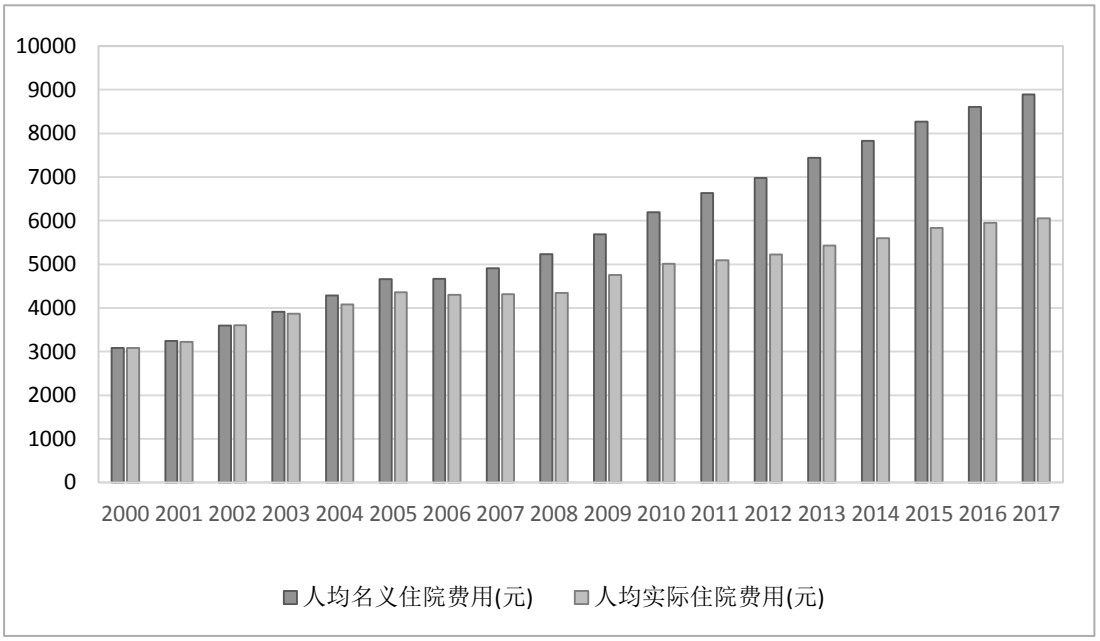
目前的医疗体制下，多个因素相互作用造成了医疗费用的上涨。2017 年人均卫生费用是 2000 年的 10.5 倍，医院门诊和住院的人次均医药费分别为 257 元、8891 元，剔除价格上涨因素，比 2000 年分别上涨了 103.9%%和 96.2%。

图 5.13　门诊费用的增长情况（2000～2017 年）



数据来源：根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》和《中国统计年鉴》相关数据计算。

图 5. 14　住院费用的增长情况（2000～2017 年）



数据来源：根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》和《中国统计年鉴》相关数据计算。

三、我国医疗体制的制度分析与评价

1．社会医疗保障机构的强制性垄断

我国基本医保制度是政府主导的，具有一定强制性的保险制度，社会医疗保障机构是提供医疗保险的主体，在市场中处于垄断地位。由于缺乏竞争压力，社保机构在对基金的经营管理上是粗放的，资金使用效率低。医保资金的使用缺乏精算和合理的安排，一方面基金的保障力有限，患者生病后医保报销费用不足；另一方面，医保基金却存在巨额结余，截至 2017 年末城镇基本医疗统筹基金累计结存 13234 亿元（含城镇居民基本医疗保险基金累计结存 3535 亿元），个人账户积累 6152 亿元，公共资金存在一定程度的闲置。

在基金的收取、使用上，社保机构既是裁判员，又是运动员，具有决策和行为的垄断性。社保机构在具体执行中的决策和处置权力很少也很难受到完全的控制和监督，因此容易产生权力的滥用。大量资金以不透明方式掌握在管理部门手中，滋生了腐败的机会。

2．以公立医院为主体提供私人物品的低效性

在我国，医疗服务机构的主体是公立医院。而根据定义，医疗服务和产品是存在一定程度外部性的私人物品。私人物品由自由竞争的市场提供是最为有效的。而在市场中，最适当的经济主体应是产权清晰的民营企业。而公立医院作为医疗服务的供给主体，其产权不够清晰，且缺少竞争，其经营活动受到多种行政性管制，甚而这种制度形式就是低效率的。

首先，医疗卫生资源供给总量受到管制。其次，公立医院卫生资源供给的进入和退出门槛高，不能对市场的价格变动产生及时的反应。第三，在我国医疗体制政事不分，管办合一的体制下，公立医院的运营活动受到主管部门的过多管制和干预。第四，公立医院之间缺乏自由竞争的机制。公立医院的发展和市场结构的形成主要是政府主导下配置资源的结果，而不是市场竞争的结果。虽然公立医院之间有一定的竞争性，但在目前的财政和医保体系下，竞争程度有限，并没有形成一个自由竞争的市场。

此外，我国公立医院承担的公共性职能和提供私人物品的职能是混淆在一起的，不仅降低了提供私人物品的效率，也降低了提供公共物品的效率。

3．进入管制妨碍竞争

医疗服务和产品的市场进入受到了不同程度的管制。医疗资源，包括医疗机构、医护人员和医疗设备等在进入上都受到行政管制，较高的进入门槛抑制了医疗服务市场潜在的供给能力。

医疗卫生规划一般限制了医院的地理布局，使医院获得了一定的地理上的垄断地位，尤其在交通不够便利的地区。而医疗卫生主管部门对大型医疗设备的审批制，强化了拥有高端设备医院的地理垄断性，医院可以凭借这一先进的、具有地域垄断性的检查仪器吸引患者就医，削弱了医院间在服务质量和价格上的竞争机制。

对医生的进入、执业和身份的管制则抑制了一个自由竞争的人力资源的市场的形成。只有从体制中解放医生，让他们自由流动与充分竞争，才能真正让市场来为医生的服务价值定价。

医保目录的进入管制降低了药品市场的竞争。进入医保目录，尤其是以独家品种的形式进入医保目录，意味着企业在这种药品上获得了区域的垄断经营优势。

进入管制在一定程度上也提高了资源的退出成本，使资源不能在社会中有效配置，造成了浪费。

4．药品生产与销售：集中招标机制带来的垄断

我国普遍实行的药品省级集中招标采购的制度，实际上增加了市场的垄断程度。

集中招标机制造成的第一个垄断是招标的垄断。一个药品市场，应是存在多个卖家和买家，可自由竞争的市场。集中招标机制下，尽管省（市）卫生行政主管部门不是真正的采购者，但是通过招标决定着药品是否能进入该省（市）公立医院的市场和价格，在药品采购环节形成了事实上的垄断。

第二个垄断是区域内市场的垄断。经过招标，能够进入省内市场的同一药品只有几家，按照目前的规定最多不超过 6 家[9]，有的地区甚至只有一家，限制进入减弱了市场竞争。在选择可进入的药品厂家时时，有些地区还存在地方保护主义，进一步限制了市场的竞争。在招标机制中，实际上给药品生产厂商、医药公司、医院和医生都保留了相当大的利益空间，而招标机构是唯一的患者代理人，事实上它又与患者不存在利益一致性，因此被“俘获”参与利益的分配有其必然性。药企则可借助“招标垄断”，实现招标区域范围的市场垄断。

第三个垄断是配送市场的垄断。根据新医改政策，基本药物实行公开招标采购，统一配送的机制。在执行中，有的地区将统一配送发展为指定一家医药公司的独家配送，形成了药品配送市场的垄断，而配送企业制定的垄断价格造成了物流成本的上涨，最终传递到药品价格不降反升。

5．医疗保险和公费医疗对市场机制的削弱

第一，如第二章所述，医疗保险和公费医疗降低了价格机制对市场的调节作用。患者在有保险的情况下，认为自己支付的价格是低于医疗服务的实际价值的，并且越贵的药带来的边际收益越高，因而会更倾向选择较贵的服务或药品。定价较高的服务或药品反而能够带来更多的需求，而需求的增加则进一步提升了价格，价格机制不能发挥约束生产者和消费者行为的作用。特别在公费医疗的情况下，价格弹性基本为零，市场的价格机制完全不能发挥作用。

第二，保险公司的支付价格也不是由市场力量决定的。在我国目前医疗体制下，不论是医疗服务价格和药品价格，作为支付方的保险公司都没有议价权。而社会医疗保险机构作为

[9]根据《国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》中规定：每种药品采购的剂型原则上不超过 3 种，每种剂型对应的规格原则上不超过 2 种。

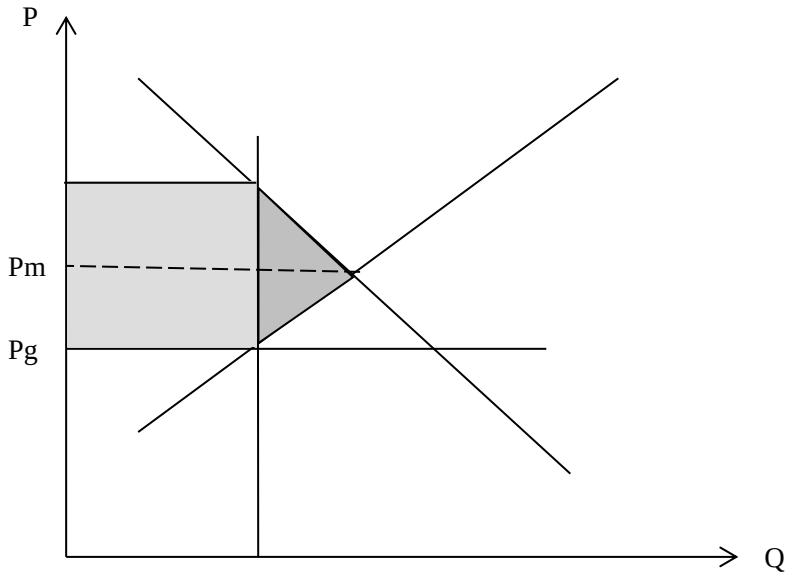
保险服务的供给方处于垄断地位，并且是以基金收支平衡为管理原则，因此也没有和医疗服务供给者讨价还价的内在动力。

第三，我国的医疗保险和公费医疗下，民营医院很难纳入到医保体系内，削弱了医疗服务供给市场的竞争。

6．管制带来租值消散和留租

对于医疗资源的价格的管制，一方面减少了市场的供给而形成净福利损失，另一方面导致供给不足而产生短缺问题，患者需要为获得医疗服务而进行竞争，包括价格竞争和时间上的竞争。价格管制带来了租值的耗散。

图 5. 15 管制带来的福利损失



说明：图中 Pm 为市场均衡价格，Pg 为行政部门干预形成的价格。灰色部分为效率损失。其中深灰色部分为因低价减少了供给而形成的净福利损失，浅灰色部分是因短缺而产生的排队等现象，也是一种效率损失。

对于医疗服务的“市价”与政府管制价格之间形成的租值，供需双方会采取自愿的行动，通过合约方式将即将消散的租值留下，即留租，部分地挽回了租值，并一定程度上使分配格局回归由市场决定的分配格局。留租的形式有以下几种：

第一，医生可以以较高的互补产品价格作为价格被管制产品的配套产品出售，从而弥补价格管制带来的租值消散。医疗服务和药品是互补产品，当医疗服务的价格受到管制时，如果药品价格不受管制，医生就会用开较高价格的药品、进行过多的检查等来弥补医疗服务价格受到的管制。

第二，医生避开价格管制的区域，到没有价格管制或价格管制比较薄弱的地区去提供产品或服务。例如走穴、会诊。

第三，对于患者分割租值的目标在于获得性价比高的医疗服务和产品。他们主要采取金钱投入和时间投入，即红包和排号的方式来换取自己的健康收益。只要红包的成本低于高质量的医疗服务带来的健康收益，或者低于他们排队等号的时间成本。红包也是患者对获得稀缺资源的一种竞争。（郑红，2014）

排队等号是患者另一个常用的留租的手段,只要他们获取的诊疗服务的边际收益大于其付出的边际时间成本,货币与时间的组合能够与医疗服务收益达到均衡,患者就会继续排队等号，或者通过票贩子买号。

由此可见，行政部门对医疗服务价格的直接干预，使价格偏离了市场决定的均衡价格。对于服务的供给方——医生，由于其提供的服务价值被压低，从而通过采取“以药养医”、“过度医疗”、收取“红包、回扣”等途径获得补偿。服务的需求方——患者则不得不采取排队、挂高价号、送红包等形式竞争优质医疗资源。

7．医疗资源向权力倾斜的无效率和不公正

如前文所述，我们认为由行政部门在个人间配置资源，公正的资源分配应是平等分配，每个人应获得同等产品或服务，如果是不得不有所倾斜，应遵循罗尔斯第二正义原则，即要向收入最低的人群倾斜。所有偏离这一标准的情形,如财政资源分配向并非最低收入者倾斜，都应视为不公正。

我国所建立的分级的社会医疗保障制度，主要是基于人们的身份不同而产生差别，并非基于人们的收入水平的高低。从获得的人均医疗财政保障资金上,从低到高分别为城镇居民、参加新农合的农民、城镇职工、事业单位员工和公务员。其中公务员的人均医疗财政资金分别是城镇居民和农民的 28.6 倍、3.1 倍，相差悬殊。而在人均收入水平上，农民、城镇居民却远低于手中握有一定权力的公务员群体。因此，财政资金配置的结果不仅没有缩小反而增大了贫富差距，加大了不公平性。

在获得相同的医疗资源上，不同群体需要自己承担的成本也存在显著差异。根据各地的医保政策，一般来说，公务员需自己承担的比例最低，城镇居民共付率最高，如果考虑收入水平，则是农民看病负担最重。由于公费医疗存在花费越高，个人承担的费用比例越低的制度设计弊端，使得“小病大看”等现象非常普遍。“公费医疗”、“干部病房”都直接体现了医疗资源和财政资金向掌握着配置权力官员的倾斜。

权力在获得医疗资源尤其优质医疗资源配置上有着不可忽视的影响力,以行政权力配置医疗资源,必然会产生特权与制度歧视。配置的结果既降低了效率,又加剧了社会的不公平。

8．对市场价格进行管制带来的不公正问题

行政部门对医疗服务价格的直接干预，使价格偏离了市场决定的均衡价格。对于供给方医护人员来说，其提供的服务价值不能被真实体现，所获得的补偿偏低，就其服务价值与应获得的收入来说是不公平的。

服务的需求方——患者则不得不为获得医疗服务，尤其是优质的医疗服务进行竞争，需要付出额外的成本，包括时间和金钱。而其中的行政官员群体，由于掌握着各类资源配置权力，可利用手中的公权力，排除其他竞争者，优先享受低价产品或服务，虽然有可能产生留租的作用，但也会使分配格局更为恶化，因而总体上是不公正的。

9．因为管制，所以管制，带来一连串的不均衡和交易费用高企

行政部门对于医疗服务进入的管制，导致了医疗服务供给增长的缓慢，在供给小于需求的情况下，市场均衡价格一定会高涨。而行政部门又对医疗服务价格实行低价管制，医生获得的报酬和其付出的劳动价值不相匹配时，会激励医院和医生采取以药补医，以检查补医，收取红包、回扣等手段留住部分租金，医生也会采取“走穴”的方式规避对医疗服务价格的管制。由于医疗服务的低价管制，催生了“号贩子”这一群体，赚取医疗服务管制价格与市场价格的差价。

为了解决医生的“以药补医”现象，行政部门又出台了对基本药物价格的管制，而低价药没有盈利空间，医院或医生没有积极性用低价药，导致一些低价药逐渐被挤出市场。而在管制价格之外的高价药则有了更大的激励性，且价格越高，其中的获利空间越大。这也说明为什么政府在采取了药品差价率管制、集中招标、禁止二次议价等层层管制政策下，药价仍虚高几倍乃至几十倍。可以看出，行政部门的一连串的管制都是因为它先用管制打破了市场的均衡。（天则经济研究所，2015）

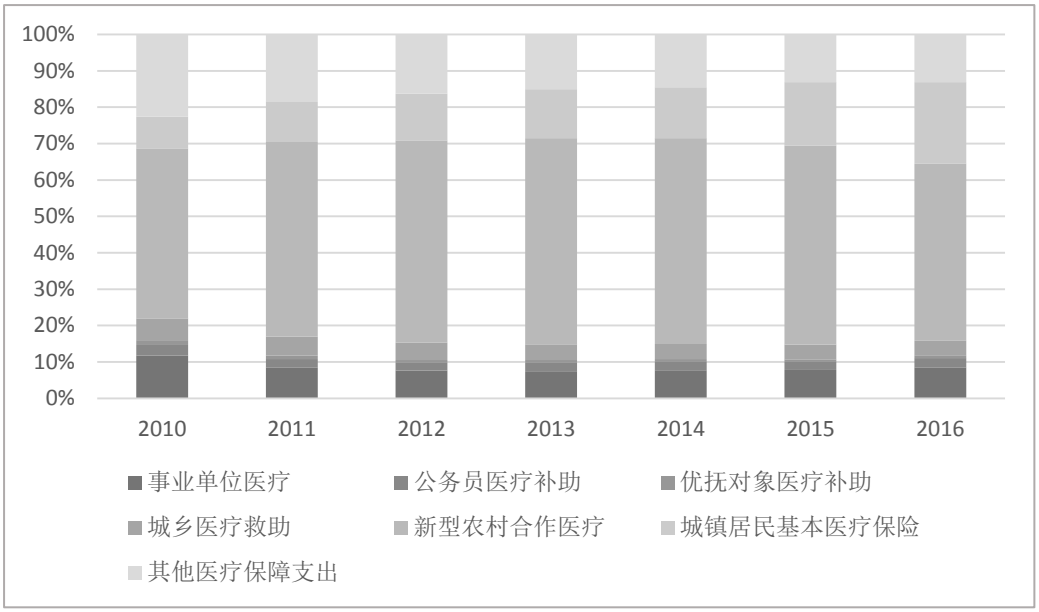
四、医疗行业资源配置的效率评价

1. 总量配置效率

虽然我国医疗服务资源的供给总量及使用效率均呈逐年增长的趋势，但增速明显慢于医疗服务需求的增长速度，仍有相当数量的医疗需求没有得到满足。因存在着行政部门对医疗人员和医院的进入管制，导致自 1980 年至 2017 年在医疗需求增长了 40 倍的情况下，卫生技术人员仅增长 1.64 倍。供给与需求之间严重的失衡，带来了巨大的效率损失。

政府医疗保障财政资金的支出结构上，投入到新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的资金比重逐渐增加，从 2010 年合计的 55.47%增长到 2016 年的 71.09%。这反应了财政资金在时间序列上配置结构上有所改善，资金的总效率得到了提高。

图 5. 16 财政保障资金支出结构（2010~2016）



数据来源：财政部，2010～2016 年全国公共预算支出决算表。

2. 保险制度对价格水平的推动

在第二章中，我们讨论了在保险制度下，有一种机制内在地推动医疗价格的上涨，即随着对医疗费用的共付率的下降，医疗服务与药品价格会成比例地上涨。同时供给的垄断程度也会影响这一价格上涨的程度。我们得出有无保险的价格比值公式：

$$r_p = (e + b)/(e + \alpha b)$$

根据这个公式，我们进而得出了覆盖 α 从 0 至 1，e 从 0 至 100 范围内的所有 r_p，得出覆盖全市场结构情形的有无保险的价格比值矩阵 R_p。只要我们确定 α 值和 e 值，我们就能找到对应的有无保险价格比值 r_p。

根据我国医疗服务和药品的市场结构及具体情境，我们选择 $b = 3$，$\mathbf{e} = 0.47$；而共付率则依不同的人群而不同。2013 年，各人群的实际医疗共付率见下表。

表 5.10 各人群的实际医疗共付率（2013 年）

城镇职工	城镇居民	新农合	公务员	事业单位
47%	77%	54.4%	10%	37.5%

我们知道，价格并不决定于平均水平，而是在边际上决定的。所以我们仍然选取城镇职工的门诊费用的共付率，即 25%；住院费用的保险支付为 90%，即共付率为 10%。考虑到还存在约 21.4%~27.2%的自费药，取中值 24.3%，保险支付范围为 75.7%，住院费用的平均保险支付率为 68.1%，共付率为 31.9%；门诊保险支付率为 56.8%，共付率为 43.2%

当 $\boldsymbol{e} = 0.47$，$\boldsymbol{\alpha} = 0.43$ 时，$r_p = 1.63$；当 $\boldsymbol{\alpha} = 0.32$ 时，$r_p = 1.86$。

人均小病（门诊）费用和人均大病（住院）费用分别占人均医疗费用的 57%和 43%，加权平均，保险制度推动我国医疗服务与药品价格上涨了 73%。这与业内人士的经验感觉很相近。他们指出，零售药店的价格约为医院药价的 1/3 到 1/2，而医院也有 10%的药品是用来治病的药，价格中不含回扣。所以平均而言，零售药店的药价高于医院药价约 82%[10]。按 2017 年个人卫生总费用 42826 亿元计算，价格上涨带来了 18971 亿元的损失，相当于当年 GDP 总量 820754 亿元的 2.2%。

也有一种看法，认为医疗保险带来了更多的及时就医，导致需求正常增加，以致引起价格上涨是合理的。然而，我们知道尽管对医疗的需求缺乏弹性，也还是有一定的弹性，本文接受－0.2 为医疗真实需求的价格弹性。又根据本研究的模型，当保险报销率为 27%，即共付率为 73%时，就医次数会增加 5%，而同时价格会上涨 25%。按照－0.2 的弹性估计，这会导致需求量下降 5%，与保险带来的就医增加互相抵消了。所以在本研究中，我们暂不考虑保险带来的价格“合理上涨”。

3. 保险制度下的过度医疗的损失

根据同样的方法，我们运用第二章关于有无保险的数量比值矩阵（$\boldsymbol{R_q}$），我们也可以给出过度医疗损失的数量描述。

有无保险的数量比值公式是：

$$\boldsymbol{r_q} = (1 + (e/Q_0)P_u) / (1 + (e/Q_0)P_r)$$

在这里，e 值不变，我们选择 $Q_0 = 4$。

则：

当 $\boldsymbol{e} = 0.47$，$\boldsymbol{\alpha} = 0.43$ 时，$r_q = 1.20$；当 $\boldsymbol{\alpha} = 0.32$ 时，$r_q = 1.28$。

考虑到门诊费用报销的起付线下，病人一般不会有过度医疗，而这部分占全部门诊费用的约 20%，所以稍做修正，$r_q = 1.16$。

加权平均，保险制度使消费者多购买了 21%的医疗服务或药品，这也是消费者以及整个社会的损失。按 2017 年个人卫生总费用 42826 亿元计算，过度医疗带来了 7232 亿元的损失，剔除与上节价格上涨的重复计算部分，约为 4296 亿元，相当于当年 GDP 总量 820754 亿元的 0.52%。

4. 保险制度下的静态效率损失

根据本研究第六章第七节的平均数模型，采用 2017 年的统计数据，按门诊（小病）费用的共付率为 43.2%，和住院（大病）费用的共付率为 31.9%，我们得出，在保险制度下的人均医疗费用约为 3081 元时，没有保险制度的医疗费用约为 1432 元。两者相除，等于 2.15，即有保险情况下的医疗费用比无保险时的医疗费用高出 115%。

[10] 根据课题组 2016 年 4 月与业内人士座谈的记录。

由此估计，在现有保险制度下，全国个人的医疗费用总和约为 42826 亿元；在没有保险的情况下，全国个人的医疗费用总和应为 19919 亿元。也就是说，保险比没有保险增加了 22907 亿元的医疗费用。

以当年人均 GDP59201 元比之，3081 元为其 5.2%，比 1432 元高出 2.79%个人均 GDP；再剔除保险制度之外的医疗费用，这里主要指药店的销售额（约为小病医疗费用的 7.6%），约为 2.69%，如果再考虑保险带来的确定性效用（本研究估计为人均 GDP 的 2.25%）而将其扣除，则这个数字修正为 0.44%。以 2017 年全国 GDP 的 820754 亿元乘之，约为 3611 亿元。也就是说，尽管我们考虑到保险制度带来的确定性效用，保险制度仍带来静态效率损失约 3611 亿元。这是一个纯粹的负值。

5. 保险制度导致价格扭曲带来的损失

我们在第二章第三节中提出，保险制度会带来价格扭曲，而价格扭曲会带来相当于价格扭曲程度的租值消散，以及与租值消散相等的交易费用增加；因而保险导致的价格扭曲会带来两倍于价格扭曲程度的效率损失。

在前面“保险制度对价格水平的推动”一节中，我们判断保险制度使得价格上升了 89%，即扭曲了 89%，那么根据第二章第三节的分析，效率损失是价格扭曲加上其引起的同等数量的交易费用，将是恰当的医疗费用的 178%。考虑到交易费用的增加有一半是价外交易费用，表现为时间的耗费和其它交易困难，则可认为价格扭曲带来的价内效率损失相当于价内医疗费用的 133.5%，用来去除 2017 年个人卫生总费用 42826 亿元，可知全国的卫生总费用原本可以是 18341 亿元，人均 1319 元，低于上一小节得出的 1432 元的数值，这说明如果考虑价格扭曲，保险带来的带来的损失就会更大。

没有计入价内的交易费用约为原本的个人卫生总费用的 44.5%，约为 6162 亿元。这是医药机构销售医疗服务和药品的价外交易费用。

6. 公费医疗制度下的效率损失

公费医疗可以被看作是保险制度的一种极端形式，即自费率在理论上是0%。公费医疗群体，由于几乎自己不用承担任何费用，往往在就医时要求最好的药和最好的服务。例如一位退休省级干部住一次院花费就高达300万元。(《重庆晨报》，2013))

调查数据显示，在一些大医院，仅滥开药、滥检查导致的资源浪费约20%~30%，加上药品回扣、药品虚高定价、乱收费等现象，医保基金浪费和流失比例不低于50%。(帅才、段羡菊，2015）广州市人社局网站显示，该局2012年度收支预算为50.2亿元，其中，广州市公务员公费医疗一年花费14亿元，占人社局50亿元预算近3成，远超广州210万名农民医保总额。

而针对一些高等级的官员，很多三甲医院设立了“干部病房”，并为之配备了高等级的医护资源、设备，且享受低价服务。在有限的卫生资源情况下，原本大多数人应该享受的医疗服务却被剥夺了。来自北京积水潭医院网站的资料，“在上世纪六十年代之初，积水潭医院的干部保健科即承担多个机关、高等院校等司局级以上干部、高级知识分子的保健。医

院成立了干部保健委员会，负责领导并监督干部保健。完成国家及市级领导重要活动的保障任务。专家出诊，但费用一律按普通号收费，体现医院及我科工作人员对国家干部保健人员的关怀和照顾。每年门诊量 22000 余人次，病房每年收治病人 1400 余人次。”（北京积水潭医院网站）

吉林大学第一医院的干部病房大楼总建筑面积 5.6 万平方米，设有省级、副省级、厅级及离休干部保健床位 257 张。而据调查发现，江苏、北京、河南、武汉、山东等地，早已存在诸多的豪华病房。如武汉同济医院的高干 VIP 病房，每晚费用达 1000 元（曹林华，2012）。

表 5.11 公务员的医疗保障（2007～2016 年）

	公务员人数（万人）	公务员财政补助（亿元）	公费医疗（亿元）	公务员人均财政补助和公费医疗（元）	公务员报销比	公务员人均医疗费用（元）
2007	-	-	413			
2008	660	-	455	6896	90.0%	7662
2009	679	-	502	7387	90.0%	8207
2010	689	64	304	5341	90.0%	5935
2011	702	75	362	6227	90.0%	6919
2012	709	79	357	6152	90.0%	6836
2013	717	98	390	6807	90.0%	7564
2014	717	112	416	7363	90.0%	8181
2016	719	156	484	8901	90.0%	9890

数据来源：公务员人数来自国家公务员局，基金支付比：根据公务员报销制度估算。
说明：2011 年-2013 年的公费医疗数据根据财政部的全国一般公共预算支出表中，医疗保障支出类别中有一项为“其他医疗保障支出”，因为保障支出中明确列出了各类群体的医疗补贴和各类救助支持，根据 2010 年预算支出表，其中列支的“行政单位医疗”为当年公费医疗数据，之后年份的“行政单位医疗”被合并到“其他医疗保障支出”中，根据 2010 年的占比，我们估算之后年份的“其他医疗保障支出”中的 60%为公费医疗支出；2014 年之后一般公共预算支出表的医疗保障支出类别中不再列出“其他医疗保障支出”，但仍可根据医疗保障总支出扣除所列支的各项得出其他医疗保障支出金额。公务员补助的数据来自历年《全国公共财政支出决算表》。

我们知道，2016 年公务员人数约为 719 万人，公费医疗费用约为 640 亿元，两者相除约为 8901 元。如果考虑公务员还有 10%的自费，公务员人均总的医疗费用约为 9890 元。上节我们估计在没有保险情况下，我国人均医疗费用约为 1432 元。我们假定公务员的平均健康水平与其他人没有显著区别，医疗费用也应与其他人相近，那么上述人均 1432 元的医疗费用也是适用于公务员的合理费用。用公务员实际人均医疗费用 9890 元比之，为前者的 6.91 倍。也就是说，多出的部分就是浪费的资源，用 2016 年的总数 640 亿元估计，约浪费了 608 亿元。

7．医疗资源空间配置的效率

中国的医疗资源和其它所有计划配置的资源一样，从中央层层辐射到地方，从城市最后分配到农村，分配体系最末端往往意味着医疗资源质量最难以得到保障。高等级医院集中了

更为优秀的医疗技术人员和先进的检查设备，反之基层医疗机构服务水平相对较低，这种现象在欠发达地区表现尤为明显。

如果不考虑医疗资源的质量，仅从数量上看，卫生技术人员的空间分布也是不均衡的。如下图。

图 5. 17　各省每百万人拥有卫生技术人员的密度分布（2017 年）

说明：颜色越深，密度越高。

在全国的医疗资源空间配置上，东部地区，尤其北京、上海、天津等城市集中了高水平的医生和设备，造成过多的患者向大医院聚集，大医院的看病的供需矛盾突出，病床和设备处于超负荷运转状态，而基层医疗资源利用率偏低。例如三级医院的病床使用率约为 100%，有时会超过 100%，而一级医院的仅为 60%。据国家计生委的统计，2013 年北京市内三级医院外来就诊患者达到 3036 万人次，其中，23%的病人来自河北，但与此同时，距北京 30 公里的燕郊三甲医院，病床闲置率却高达 70%。

大医院技术水平较高，科研能力强，且通过“干中学”在处理疑难杂症和大型手术方面具有优势。基层医院适宜处理常见病、慢性病，手术后康复治疗以及预防工作等。由于我国分级诊疗制度没有建立，居民的小病也倾向于到大医院看，提高了医师的日工作负荷，在越高等级的医院，医生担负的日均诊疗人次数越高。这同时也挤占了部分更急需得到大医院治疗的患者的资源，降低了高等级医疗资源的使用效率。据统计，到大医院就诊的慢性病人中，有 64.8%门诊病人和 61.6%的住院病人可分流到二级或一级医院。（万谊娜，2009）

医疗资源在空间上的错置所带来的效率损失，主要表现在病人及家属为看病而增加的旅行和食宿费用上。对于患者来说，到大城市或大医院看病的成本除了医疗费用本身支出增加

外，还包括交通、食宿等支出，以及时间成本。根据天则所的调查问卷，到异地看病，除了看病治疗的费用，其它旅行和食宿方面的花费均值为 5170 元。

根据天则所调查问卷，患者在本地就医往返路上、就诊等候、医生问诊以及排队取药的时间均值分别约为 1.9 小时、1.6 小时、7.9 分钟和 20.3 分钟，由此可估算出患者看病整个流程所花费的时间为 4 小时。但是大部分时间都花费在路程和候诊上，医生问诊的时间只有 8 分钟左右。

更严重的问题是，有些大病本地的医疗资源无力治疗，只能到异地就医。天则所的问卷调查显示，当被问及得大病是否会选择去异地大医院看病时，62%的人作了肯定回答，有 34.6%的有过异地就医的经历。而异地看病花费的时间均值则达到 12.5 天。

可见，“看病难”主要表现为就医所耗费的路程、住宿和等候的时间；而这些时间的过多耗费，正是因为医疗资源在空间上的配置无效率。

如果按 2013 年 731401 万的诊疗人次数计算，平均每次本地就医所花路程和等候时间为 4 小时，假定认为 1.5 小时是合理的，那么按当年人均 GDP 的 43852 元计算的每小时价值约为 18.2 元，则每次在本地看病浪费了 45.5 元的时间价值，全国全年因本地看病难多耗费的时间价值约为 3328 亿元。

根据中国健康与养老追踪调查（China Health and Retirement Longitudinal Study, CHARLS）的数据，2013 年约有是 11.92%的病人是到异地（外省、市、县）看病住院的，以当年住院人次数 24740 万乘之，约为 2949 万人次。如果假定医疗资源在空间更为合理地分布，到异地看病的合理旅差和食宿费用是 2500 元，则每次异地看病可以节约 2670 元，则反过来可以估计现在全国一年浪费的费用共约 787.4 亿元。再假定合理的异地看病路程和等候时间是 4 天，那么异地看病多耗费的时间价值每次约 1238 元，全国一年约 365 亿元。异地看病多耗费了共约 1152 亿元。

如果从另一个角度看，如果资源在空间上的错置不像现在这样严重，使得异地看病的人数比例减少一半，如按 2013 年的数据，减少到 1474.5 万人次，则异地看病的旅行与食宿费用将节约 762 亿元，时间费用将节约 268 亿元。反过来说，也就是现在的资源在空间的不当配置浪费了 1030 亿元。这与上面的数字比较接近，可互相印证。

将本地看病和异地看病多耗费的费用和时间加在一起，2013 年一年浪费了相当于 4452 亿元的资源。

更为重要的是，因为看病难，因为到异地看病要耗费更多的时间，有些人的病没有得到及时有效的治疗，而导致健康恶化甚至生命危险的后果。假定真实医疗需求的价格弹性为-0.2，根据 2014 年的医疗价格和医疗次数数据计算，每提高小病医疗费用 108 元，将会减少小病治疗一次；每提高大病医疗费用 1883 元，将会减少大病治疗 1/100 次。这是统计数字无法表达的。

8．社会医疗保险机构的成本与弊端

我国的社会医疗保障机构处于分治状态，三大医保中的城镇职工和居民医疗保险由人力资源和社会保障部（简称“人社部”）则由卫生部门管理。由于分属两个部门管理，新农合和城镇医保在大多数地方并行：两套经办机构、两套人马、两套信息系统，且两个经办机构的信息系统互不兼容。分属不同部门也导致城镇居民医保和新农合在筹资水平、保障水平等方面都存在差异。这种以城乡二元结构为基础的医保制度，弊端也越来越明显。由于农村人员的流动性，部门分治导致重复参保的情况出现，造成参保人的不便和财政补贴浪费。

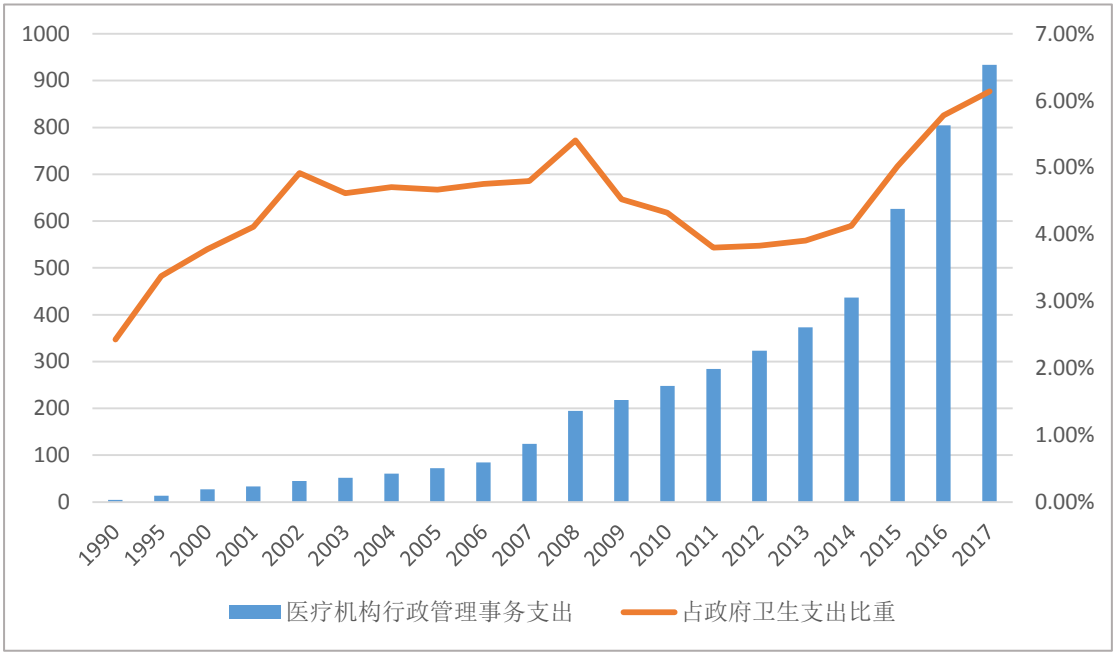
基本医疗保险经办机构，不论属于人社部还是卫生部，在各自的职能范围内是垄断性的医保服务供给者；在组织上具有行政事业单位特性；在职能上主要体现为分配患者和医疗保险基金，扮演一个“消极的医疗费用支付者”的角色；管理目标追求的是基金财务上的平衡。这些因素都使得社会医保机构不能有效合理地利用医保资金。由于缺乏有效竞争，医保基金经办机构本身也存在效率低下、难以监管等问题。

新农合在管理体制上管办不分的特征更加明显。一方面卫生行政部门要规制和管理医疗服务供给者的行为，但又对大部分的医疗服务提供者给予财政预算补偿，甚至直接办医院；另一方面，卫生行政部门又直接管理着医保基金，在很多地方，县级的新农合基金管理机构、经办机构、监督机构和卫生局其实就是一个机构。多重身份的管理体制使社会医疗保障体制处于管办不分的状态，既是运动员又是裁判员的身份，对于医疗服务提供机构不能有效的约束和监督其“诱导需求”的行为倾向。

由于垄断性供给，且管办不分的体制，对社保经办机构缺乏有效的监督机制，通过伪造单据套取医保基金的行为屡有发生，也反映了我国社会医保机构管理粗放的问题。例如根据国务院参事室的调研，湛江 2009 年就医保基金“跑、冒、滴、漏”资金约 2 亿元。（李唐宁，2014）

社会医疗保险机构自身的运作也是需要耗费大量的成本的。2014 年我国有各级别的医保经办机构共 2115 个，编制人员 39276 人（朱俊生，2016）。医疗卫生机构行政管理事务支出，即卫生行政和医疗保险管理费不断上涨，2017 年达到 934 亿元。

图 5. 18 医疗卫生机构行政管理事务支出



数据来源：《2018 中国卫生健康统计年鉴》。

目前一些地区开始以引入商业保险机构参与新农合管理，由商业保险机构承担合作医疗基金的日常管理和审核支付等工作，财政支付保险公司的管理费用。管理费核算的方式有：按比例从筹资金额中提取；按保险公司处理业务件数核算；保险公司上报管理成本预算，双方协商。

在以下几个城市的实践中，财政支付的管理费用约占筹资总额的 0.5%~1.75%之间。但是政府支付的管理费只是社保运营费用的一部分，还有部分成本由商业保险公司分担。因此总体上，政府支付的筹资总额的 0.5%~1.75%管理费低于总成本的概念。以下我们按 2%的比例来估算 2017 年社保管理机构的成本，2017 年全国基本医疗保险基金总收入 17932 亿元，那么管理机构的总费用估算为 359 亿元，相当于当年 GDP 的 0.043%。

表 5.12 商业保险机构经办新农合管理费用基本情况表（2010）

地区	筹资总额（万元）	管理费用（万年/年）	参合人数（万人）	管理费用标准	管理费用占筹资总额的比例	经办人数(人)
洛阳	60100	287	261.0	每人 1.1 元，2007 年之前为筹资额的 1.5%	0.48%	163
新乡	100970	521	441.2	每人 1.18 元，2010 年之前为筹资额的 1%	0.52%	130
江阴	26700	220	63.7	每人 3.45 元	0.82%	57
晋江	17215	240	95.6	每人 2.5 元	1.39%	59
番禺	20244	355	53.3		1.75%	48
花都	9507	110	43.2		1.16%	26

资料来源：高广颖、常文虎等，“商业保险机构参与新农合经办的条件与对策——基于 6 个典型地区的调研”，《中国卫生政策研究》，2013 年第 6 卷第 5 期。

9．小结

对我国医疗体制的效率分析表明：

（1） 从总量上看，在我国医疗需求自自 1980 年至 2017 年在医疗需求增长了 45 倍的情况下，卫生技术人员仅增长 1.64 倍。供给严重地小于需求。

（2） 保险制度推动我国医疗服务与药品价格上涨了 73%，使消费者多购买了 21%的医疗服务或药品，因而人均医疗费用将比没有保险情况下的医疗费用增加 119%。

（3） 虽然保险制度带来了相当于 GDP 的 2.25%的福利增量，但与保险所带来的效率损失相抵，仍有约相当于 GDP 的 0.44%的净损失，按 2017 年数据，约为 3611 亿元。

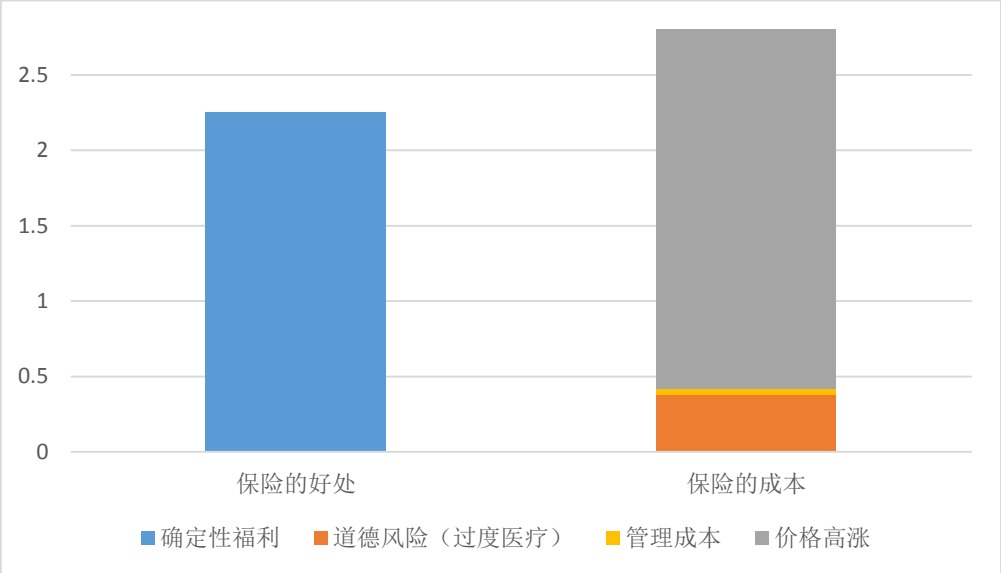
（4） 2016 年，公费医疗体系约浪费了 608 亿元。

（5） 优质医疗资源不成比例地向大城市、大医院聚集，导致在空间配置的不合理，使得医疗的时间成本和其它非直接医疗成本明显偏高。2013 年，将本地看病和异地看病多耗费的费用和时间加在一起，一年浪费了相当于 4452 亿元的资源。

（6） 医疗卫生机构行政管理费用，即卫生行政和医疗保险管理费不断上涨，2017 年达到 934 亿元。

（7） 因而，仅对医疗保险的作用进行评判，似乎得不偿失。见下图。

图 5. 19 保险利弊比较　　单位：人均 GDP 的%



五、医疗行业资源配置的公正评价

1．空间分布的公正评价

根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算，2017 年人均拥有三级医院数量最多的是北京，每百万人有 4.56 家三级医院。最低的是河南，每百万人拥有的三级医院数量为 0.91 家。人均执业医师数量也是北京最高，为 41 人/万人。

按医疗机构床位数获得的政府财政补助最多的是北京，平均为 27.74 万元/床，财政补助最少的省是河南，为 3.14 万元/床。若按居民人均获得的财政补助，也是北京最高，人均 1541 元，最低河南人均 184 元。

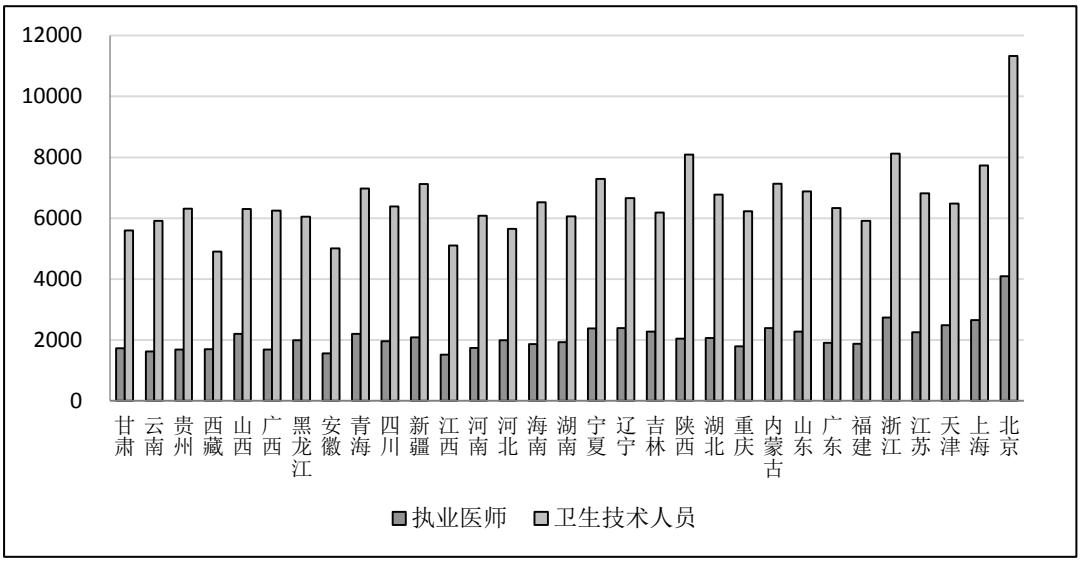
表 5.13 各省市拥有的医疗卫生资源（2017 年）

城市	人均医疗卫生机构（个/百万人）	人均三级医院（个/百万人）	人均床位数（张/万人）	人均卫生技术人员（人/万人）	人均执业医师（人/万人）	人均财政补助（元/人）
北京	460	4.56	56	113	41	1541
天津	356	2.70	44	65	25	603
河北	1076	0.92	53	57	20	208
山西	1148	1.57	53	63	22	366
内蒙古	958	2.85	59	71	24	574
辽宁	819	2.93	68	67	24	220
吉林	767	1.69	57	62	23	501
黑龙江	535	2.51	64	61	20	364
上海	213	1.94	56	77	27	1032
江苏	399	1.92	58	68	23	406
浙江	565	2.35	55	81	27	567
安徽	392	1.09	49	50	16	263
福建	696	1.79	47	59	19	424
江西	818	1.43	51	51	15	285
山东	790	1.66	58	69	23	278
河南	744	0.91	58	61	17	184
湖北	616	2.08	64	68	21	313
湖南	855	1.06	66	61	19	254
广东	447	1.52	44	63	19	506
广西	696	1.47	49	62	17	319
海南	559	1.84	45	65	19	572
重庆	640	1.33	67	62	18	415
四川	969	1.83	68	64	20	333
贵州	783	1.40	65	63	17	365
云南	514	1.44	57	59	16	411
西藏	2026	3.26	48	49	17	720
陕西	935	1.49	63	81	20	361
甘肃	1099	1.37	56	56	17	454
青海	1066	3.01	64	70	22	750
宁夏	626	1.91	58	73	24	641
新疆	766	1.55	69	71	21	604

数据来源：根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》计算。

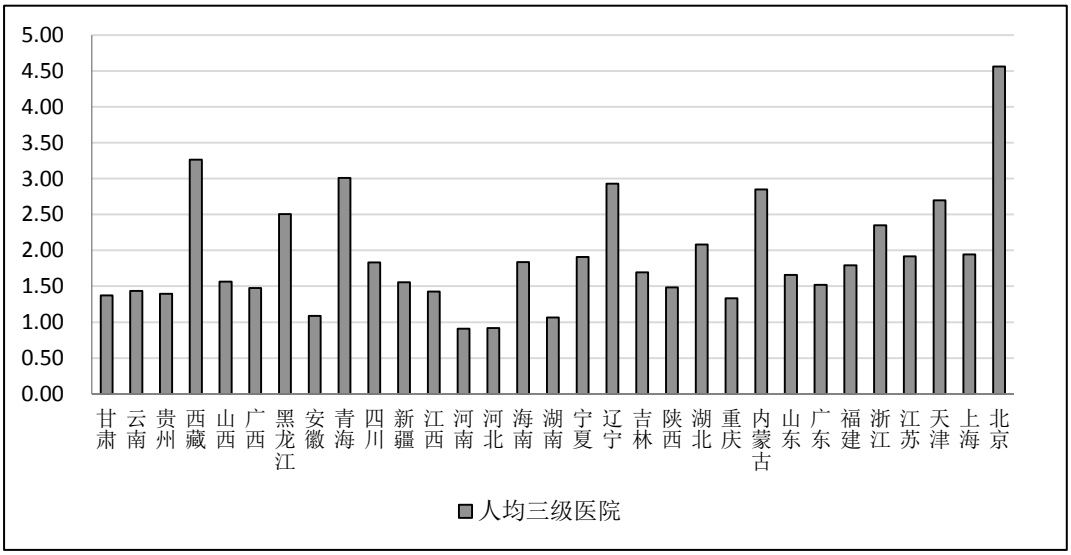
一般医疗资源在空间上的分布，总体上相对均衡。大体符合我国以人口为依据进行地区医疗资源配置规划方式。但在优质医疗资源空间分布的不均衡程度增加，经济比较发达的地区人均三级医院数量多。北京、天津和上海总体上医疗资源更加集中，北京人均拥有执业医师的水平明显高出其他地区，也超过了发达国家水平。

图 5. 19 各省市每百万人拥有医疗卫生技术人员（2017 年）



数据来源：根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

图 5. 20 各省市每百万人拥有三级医院数量（2017 年）



数据来源：根据《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据计算。

基尼系数是根据 Lorenz 曲线计算出的反映社会收入分配公平程度的统计指标。目前，基尼系数已被广泛应用于卫生资源配置的公平性评价中，在实际操作过程中，可供选择的计算公式并不唯一，本报告根据相关文献（戴建林，2000），使用下面的公式计算：

$$G=\sum_{i=1}^{n}W_iY_i+2\sum_{i=1}^{n}W_i(1-V_i)-1$$

其中，Wi 为各地区人口占总人口的比重；Yi 为各地区某一卫生资源指标数值占相应卫生资源指标总数的比重； Vi = Y1 + Y2 + Y3 + …Y4，为人均卫生资源从低到高排序后占有的累计百分比。

依据《中国卫生和计划生育统计年鉴》中数据，计算 31 个省市的主要卫生资源分配的基尼系数，政府财政资金在几个指标中是最不公平的，但程度在逐渐减轻；卫生人员和医疗机构的配置则相对均衡。

表 5.14 全国各省卫生资源配置基尼系数

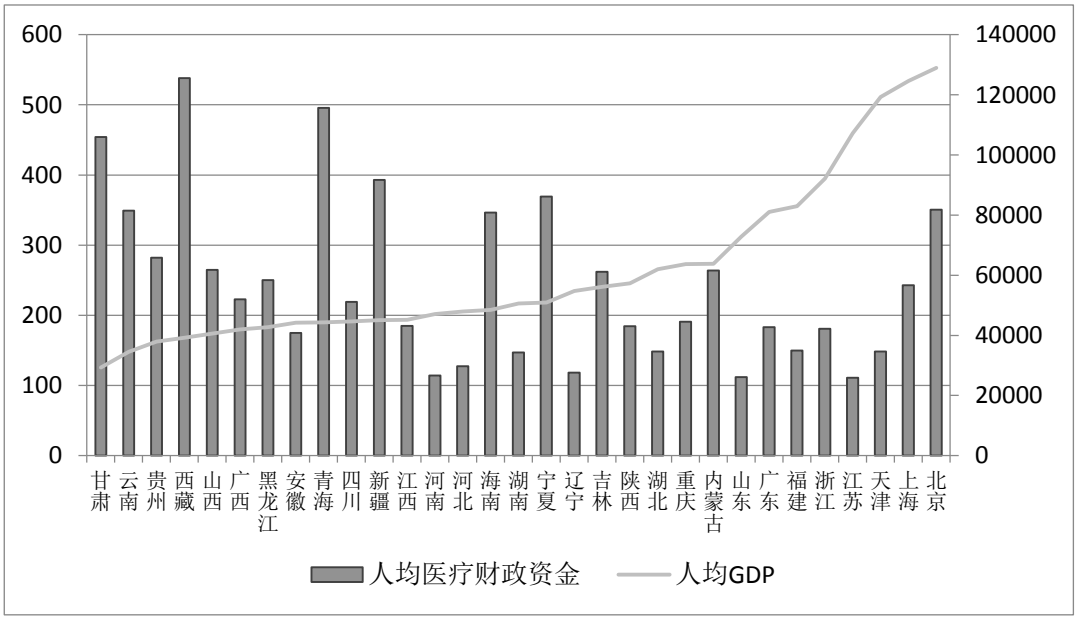
	医疗卫生机构	三级医院	卫生技术人员	执业医师	财政资金
2013 年	0.270	0.339	0.168	0.191	0.481
2014 年	0.274	0.320	0.144	0.199	0.487
2017 年	0.185	0.192	0.0740	0.096	0.239

2．财政资金分配的公正评价

财政资金在地域配置上的公平性用各省市人均获得医疗卫生财政资金多少来比较。由于各省在经济发展水平上存在差异，因此需要剔除经济水平对公平性比较的影响。本报告用人均 GDP 之比对各省市的人均财政资金进行修正后，各省市人均医疗卫生财政资金情况见下图。

图 5. 21 用人均 GDP 修正后的各省市人均获得医疗财政资金（2017 年）

单位：元



说明：横轴是按各省人均 GDP 由低向高排列，纵轴是调整后的人均医疗卫生财政资金。

根据天则所在《行政部门资源配置的公正与效率》研究报告中的指标，我们用财政体系的“相对损益指数”和“不公正性指数”来描绘财政资金在各省间的分配的公正性。

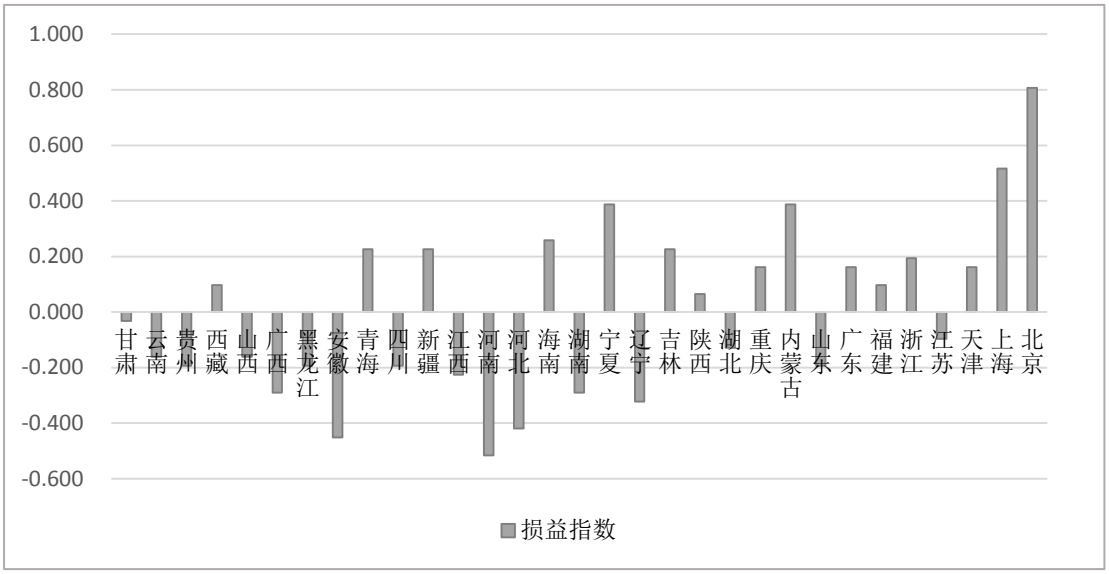
全国各省有关医疗的人均财政补贴的相对损益指数如下表。

表 5.15 各省有关医疗的人均财政补贴的相对损益指数（2017 年）

损益指数排序	省份	相对损益指数
1	河南	-0.516
2	安徽	-0.452
3	河北	-0.419
4	辽宁	-0.323
5	广西	-0.290
6	湖南	-0.290
7	江西	-0.226
8	贵州	-0.194
9	黑龙江	-0.194
10	四川	-0.194
11	山东	-0.194
12	云南	-0.161
13	山西	-0.161
14	湖北	-0.129
15	江苏	-0.097
16	甘肃	-0.032
17	陕西	0.065
18	西藏	0.097
19	福建	0.097
20	重庆	0.161
21	广东	0.161
22	天津	0.161
23	浙江	0.194
24	青海	0.226
25	新疆	0.226
26	吉林	0.226
27	海南	0.258
28	宁夏	0.387
29	内蒙古	0.387
30	上海	0.516
31	北京	0.806

更直观地，如下图所示。

图 5. 22 各省人均医疗财政补贴的相对损益指数（2017 年）



很明显，北京、上海在医疗人均财政补贴方面占据了最优越的位置。然而根据罗尔斯第二正义原则，又是最不公平的。按照天则所“价值解读”，北京是在这个财政分配体系中的“极不公正获益”者，而河南、安徽、河北、湖南、江西、贵州、广西、山东等省则是“不公正受损”者。

这个医疗领域的财政分配体系的不公正性指数为 0.335。按照我们的评价标准，这一得分的价值解读是“中”。

3．医疗资源在不同群体间分布的公正评价

社会各层次人员对资源的占有、分配、使用的不同取决于其经济状况，社会地位的差异。“公费医疗”、“干部病房”都直接体现了医疗资源和财政资金向掌握着配置权力官员的倾斜。

直观地，我们可以用不同群体的人均医疗费用来作对比。因为医疗资源是要靠货币来调动。不管货币从哪里来，较多的货币能调动较多的医疗资源。

表 5.16 不同群体人均医疗费用对比

单位：元

	城镇居民	城镇职工	新农合	公务员	事业单位
2007	-	1530	205	-	-
2008	-	1763	265	7662	-
2009	908	2015	322	8207	-
2010	954	2196	377	5935	3551
2011	1126	2532	512	6919	4012
2012	1278	2867	664	6836	4434
2013	1424	3220	795	7564	5016
2014	1763	3610	1147	8181	-

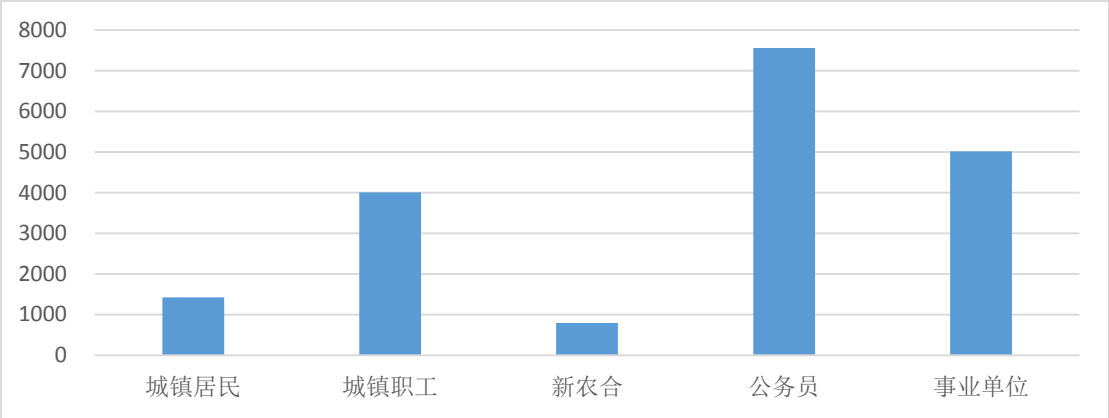
2015	1936	-	1284	-	-
2016	2547	-	1425	9890	-

数据来源：参见本报告表 4.13-4.15。

用图形来表示就更为直观。以 2013 年数据为例，公务员的人均医疗费用最高，说明这个群体享用的医疗资源最多；其次是事业单位员工，再其次是城镇职工。新农合的参合者最低。

图 5.23 2013 年不同群体人均医疗费用对比

单位：元



公务员看病低价甚至免费的结果导致公务员过度医疗，资源配置向权力倾斜，权力、关系和人情在“公立医院”里，事实上都相当于一部分货币购买力。这部分群体在长期享受医疗双轨制优势之后，其并轨的成本最终仍旧转嫁到普通纳税人头上。由于公费医疗存在花费越高.个人承担的费用比例越低的制度设计弊端，使得“小病大看”等现象非常普遍。

由于我国长期以来实行对党政官员的公费医疗制度，其费用由财政支付，这在制度上就是一种在人群间的不公正分配。

另外，优质医疗资源在空间上分布的不均衡，也间接地影响到人群间的分配。因为农民更多地居住在乡村，行政官员和事业单位员工更多地居住在作为行政中心的城市。

4．财政资源分配的公正评价

在不同群体支付的医疗费用中，人均财政补贴的数额也不相同。公务员是得到财政补贴最多的群体，城镇职工基本上完全依靠自己缴纳资金形成的医保基金进行保障，没有财政补助，是最受损群体。见下表。

表 5.17 不同医保形式的人均财政医疗保障资金（2016 年）

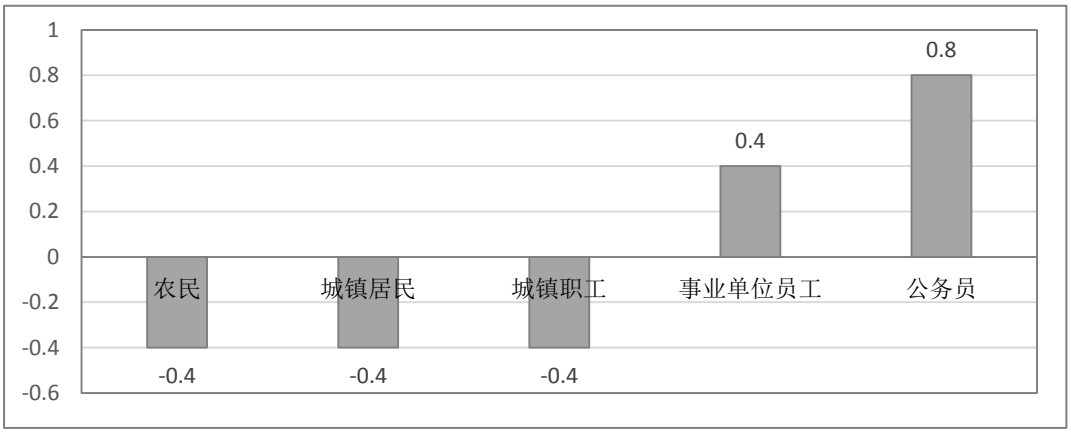
	人均财政医疗保障资金（元/人）	平均收入（元）
事业单位	1688	72538
公务员	8901	72538
参与新农合的农民	1100	12363

城镇居民	311	33616
城镇职工	0	65531

数据：人均财政医疗保障资金参见表 5.8。各群体平均收入数据来自《中国统计年鉴》，其中事业单位人员和公务员收入按照统计年鉴中的国有单位就业人员平均工资计。

不同人群分组的相对损益指数如下图所示，在医疗保障体系下，公务员是“极不公正获益”者；农民、城镇居民和城镇职工都是“不公正受损”者。

图 5.24 不同群体在财政资金分配中的损益指数



说明：图中不同群体按人均收入从低到高从左至右排列。

财政资源的分配，是一种人为的分配方式。所以公正的分配规则应是所有的人都应平均分配；即使是不得不有所倾斜，也应最低收入人群倾斜。其限度，应是这种倾斜不应改变现有的收入结构，即最穷的人的补贴不应使其总收入超过次穷的人的总收入。我国在医疗领域的财政资源分配却是采取了相反的安排，即对最富有的群体提供最多的财政补贴。这显然是极不公正的。

5．公立医院与民营医院竞争的公正评价

政府相关政策虽然多次强调，要在市场准入、社会保险定点、重点专科建设、职称评定、学术地位、等级评审、技术准入、科研立项等方面给予非公立医疗机构和公立医疗机构同等对待。但实际上，二者在市场中不具有公平竞争的地位。

在直接或者间接的财政资金支持上，二者有巨大差异。第一，直接财政补助上，2017 年每所非公立医疗卫生机构获得的财政资金仅仅为公立医疗机构的 0.44%。 如果考虑医院规模的差距，按医院人员数量计算，非公立医疗卫生机构人均获得的财政资金也只是公立医疗卫生机构的 2.41%。第二，现有的学术研究体制基本上并没有将非管理医院纳入其中，因此科研经费几乎很少考虑到非公立医院。第三，虽然政策规定，凡是符合规定的民营医院都可以纳入社会保险定点服务范围，民营医院中很难申请为医保和公费医疗定点医院，即便具备了医保定点资格，起付标准也较公立医院低。所以民营医院的就诊人群以自费（无医保的城镇居民和农民）人群和某些自费项目病种病源为主。

相对于很少的财政补贴，民营医院的运营成本却高于公立医院。公立医院一般可以获得免费划拨土地的使用权，还享受水电气暖的公共事业费用和专项拨款。而民办医院在年审、税收、用地、融资以及水电气的使用价格等方面，都难以享受到与其义务和责任相对应的权益。

在实际空间中，民营医院的分布在非中心的、环境和条件较差的地区。民营医院受到的歧视就会形成对它所在的地区的民众在医疗服务方面的歧视。

6．小结

（1） 一般医疗资源在空间上的分布，总体上相对均衡。大体符合我国以人口为依据进行地区医疗资源配置规划方式。

（2） 优质医疗资源空间分布是不均衡的，更多地配置在行政中心。且不均衡程度在增加。

（3） 北京是在医疗财政分配体系中的“极不公正获益”者，而河南、安徽、河北、湖南、江西、贵州、广西、山东等省则是“不公正受损”者。

（4） 医疗领域的财政分配体系的不公正性指数为 0.335。按照我们的评价标准，这一得分的价值解读是“中”。

（5） 公务员是医疗财政资金配置体系中的“极不公正获益”者；农民、城镇居民和城镇职工都是“不公正受损”者。

第六章　以市场制度为基础的改革方案

一、医疗改革的基本方向与原则：以市场制度为基础，辅以政府管制

如前所述，现有的医疗体制过分依赖于保险制度和政府管制，使得市场制度的作用不能发挥，使看病贵、看病难的问题一直无法解决，也使医疗费用多年来高速增长，而保险的初衷——避免大病带来的财务困难却没有实现。所以，我们的改革方案的主旨，就是要减少保险和政府管制的影响，让市场发挥更大的作用。

1. 两个要点：共付率和垄断程度

具体而言，若想解决医疗费用持续高涨的问题，首先要解决保险制度带来的问题。而根据前面的分析，最重要的两个变量就是保险制度下的共付率（α）和垄断程度（e）。我们的研究发现，共付率越低，越会带来医药价格和医疗费用的上涨；尤其当共付率低于 50%以后，这种情况会更为显著。因而，提高共付率是一个重要举措。

另一方面，我们的研究还发现，医疗市场中供给方的垄断程度越高，医疗费用上涨的幅度越大。因而，降低供给垄断程度，是改革的另一个要点。

2. 增加个人自付范围和共付率，让市场机制起更大作用

在减少强制性社会保险扣款的前提下，增加个人自付医疗费用的范围和程度，使市场机制更大作用，提高医疗资源配置的效率，也使个人和社会支付医疗费用水平的增长速度降下来。个人自付的形式，包括自掏腰包和强制性个人账户。

3. 推进医疗市场的竞争

这包括医疗服务市场和药品医疗设备市场。在医疗服务市场中，要鼓励民营医院的进入，并给予它们与公立医院同等的对待，使它们成为平等的竞争伙伴；同时要将公立医院改造为竞争性非营利机构，或营利性机构。

推进竞争就是要排除各种进入管制，如要取消政府对医生和护士进入的管制，代之以职业机构的审查。

在药品和医疗设备市场中，要取消促成垄断或维护垄断的行政部门管制，包括对药品的集中招标采购，包括对各种销售机构的进入许可等。

4. 在市场机制起作用的情况下，让医疗服务的价格由市场制定

在市场机制更多发挥作用的情况下，放开政府对医疗服务价格的管制，让市场来决定不同医院、不同医生的服务价格，从而能更有效地配置医疗服务资源。

5．在医疗服务市场定价的前提下，完全放开药品价格

在医疗服务价格放开的前提下，就不用担心医院和医生会“以药补医”了，医生的诱导过度医疗、过度用药的行为也会消失。这时就可以完全解除对药品的价格管制，让市场决定药品的价格。

6．推进医药分开，让药品价格形成于药品零售领域

在医疗服务和药品的价格全部放开，让市场决定的情况下，还要推进医药分开，使得药品价格最终形成于药品零售领域。这是因为在医院中，医生还可以通过开药方有倾向地向病人推销自己销售的药品，从而还没有达到完全公正的市场的境地。

7．取消强制性的社会保险，借重商业保险机构

由于缺乏市场定价机制，强制性的社会医疗保险不能制定出合理的保险价格，从而不能有效地配置资源，甚至利用强制性质高估成本，强占和运用保险资金资源牟一己私利，所以应该加以取消。代之以商业保险机构。这些机构应该是民营的和竞争的。个人和企业自愿地与之交易，决定以何种价格购买何种保险。

8．个人与机构自由选择医疗保障形式

社会不应追求保险全覆盖，因为这样就会完全扭曲医药价格，使保险定价无所依赁。社会应该让个人或机构自由选择医疗保障形式，包括各种商业保险，机构自治保险，或没有保险。

9．政府财政要对最穷人口的医药费用进行补贴

由于保险并不具备贫富间转移支付的功能，而又由于政府的累进所得税具有这样的功能，所以政府要承担起补贴最穷人口和最不健康人口（往往是老年人）的职责来。 由政府创立或支持创立针对穷人和老年人的保险制度。

10．政府要对西药类的药品研发与发售进行管制

由于西药的性质，政府或其委托的机构要对新药品的生产上市进行管制。

11．政府要维护中药市场秩序

政府或其委托机构要维护中药市场的秩序，促进竞争，抑制垄断，并通过对行业协会的支持，强化行业自律，减少和消灭伪劣中药材。

二、世界上几种医疗体制优劣比较及借鉴

1．美国模式

美国作为自由主义传统浓厚的发达国家，医疗市场相比较其他国家更具有市场导向的精神。

首先，美国的医生、医院以及医疗保险机构没有受到来自于行政体制本身的太多干预，医生和医院的非市场行为多半产生于医生群体及美国医学会作为利益集团同其他相关方进行利益博弈。

总体而言，美国医疗机构以私营为主，私营医疗机构当中又有 70%为非营利医院。医生以自由执业为主，大部分医生与医院是松散的合作关系。美国医学会作为利益集团同政府、保险公司以及医院有非常大的议价能力，相比其他模式，美国医生群体的利益得到了较好的保障。

同时，美国的医疗支出占 GDP 之比将近 18%，这是美国模式遭人诟病的最主要原因。原因之一在于美国的医疗市场创新发达，新药和新技术的产生推动了医疗价格的上涨。另外一个原因在于美国医疗保险过于发达。法律将医疗保险的提供作为一种对工人福利的保障，集体购买活跃了美国医疗保险市场的同时扭曲了医疗市场的价格信号。

正如菲尔德斯坦在论文中所表明的，保险价格上涨与医疗价格上涨交替互动，最终使得美国模式并没有成为市场导向的医疗市场成功的典型。

2．英国模式

英国模式往往被称之为贝弗里奇模式，它得名于国家健康体系的建立者威廉.贝弗里奇。这种模式的根本特征是通过政府税收为公民提供基本的医疗服务保障，医疗服务被视为类似于警察和公立图书馆一样的公共物品。

大部分医院（不是全部）和诊所由政府所有，医生多为政府雇员（公务员），但也存在向政府收费提供医疗服务的私人医生群体。医院则相当于政府雇员的办公场所。与此相对应，英国的医疗保险体制则是由 NHS 国家医疗服务体系（National Health Service）来负责运营，它实际上是一种政府强制的全民医保。

有些学者认为这种模式会具有较低的人均医疗支出，认为政府作为单一的医疗服务付费方能够对医生所提供的服务和所收取的费用加以控制。但实际上，英国的医疗支出占比也并不低，约占到 10%左右。除此之外，英国的医疗体制本身决定了医生和医院的效率不会高，从而造成了非常漫长的治疗等待时间，这使得很多人宁愿付出高价格而去其他国家看病。

3．德国模式

德国模式即所谓“俾斯麦模式”，得名于普鲁士“铁血宰相”奥托·冯·俾斯麦。俾斯麦在 19 世纪发明了福利国家体制，这一体制也是德国当时得以统一的一个原因。俾斯麦模式主要采取的是保险体制，承包人是一个个所谓的“疾病基金”（sickness fund），这些疾病基金由雇主和雇员共同付费。

不同于美国的医疗保险体制，俾斯麦模式中的各种医疗保险计划必须覆盖所有人，而这些疾病基金不得营利。在实行俾斯麦模式的国家中，医生和医院往往是私人所有的。

4．新加坡模式

20 世纪 80 年代之前，新加坡采取的是英国式的贝弗里奇体制，即政府运营的全民医保模式。与英国不同，新加坡作为一个小规模的经济体，人口老龄化和较快增长的医疗支出给这个小规模的经济体带来了很大的冲击。因此，80 年代之后开始了医疗体制的变革。

新加坡的医疗卫生体制改革的要点在于，新加坡对医疗服务的供给方——医院和药品，采取了放开市场鼓励竞争的举措；对医疗服务的需求方——患者，采取了强制储蓄使之边际决策充分考虑到了成本。

除此之外，新加坡鼓励私营保险机构的竞争，小病自付之外注重对大病保险的政策性性支持。

这些方面的改革举措使得新加坡医疗供给增加的同时显著降低了该国的医疗成本，从而使其成为了优良医疗体制的典型。

5．考虑成本与收益的定量分析

评价医疗体制的经济学标准是以最少的支出获得最高的收益。作为简单基本的评价标准，医疗支出占 GDP 的比例可以作为医疗成本的指标，而平均寿命及死亡率数据可以作为衡量医疗收益的简单指标。而根据 World Bank 世界发展指标数据的统计，可以获得世界上 183 个国家和地区的医疗支出占比、死亡率、婴儿死亡率及预期寿命的数据。

那么，为了使这些指标可以相互比较，首先需要将指标进行数量化和标准化。国际上较常用的数量化方式是使用距离公式:，这样表现最好的就是 1 分而表现最差的就是 0 分。具体到医疗的成本和收益问题，医疗支出占比最低的则是最高分 1 分；平均寿命最高的为 1 分。由于医疗收益有死亡率、婴儿死亡率及总死亡率三个指标，则这个三个指标分别按照距离公式进行计算，并将三者的平均数作为收益指标。

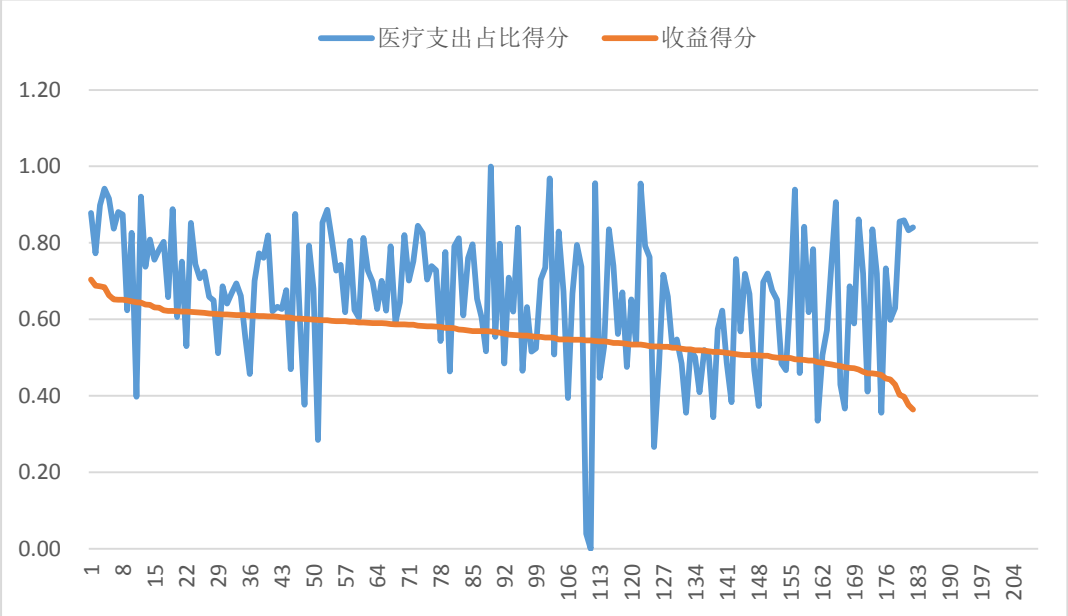
那么，综合考虑成本和收益指标，用两者的平均数作为一个国家的医疗效率得分。根据这个评价体系，可以对世界各国的医疗效率进行打分和排名（部分国家的效率分及排名见下图）。

从排名上可以看出，排名靠前的为资源型小国，包括卡塔尔、科威特、阿联酋、沙特等过排在前十位，北欧、北美国家在效率上排名较为靠后，包括英国、德国、法国、瑞士、加拿大等国排在 150 位靠后，美国排在 183 名，即为倒数第一名。中国排名为第 61 位，新加坡排名在第 32 位。

这个排名给出的直接结论是，富裕国家可能在医疗投入上耗费了大量的成本，但并没有取得相应的效果。医疗方面的巨大支出并没有带来寿命的显著提高和死亡率的显著下降。

从医疗支出占比和医疗收益的相关关系来看，两者也并没有显著的关系。如下图：

图 6.1 医疗支出占比和医疗收益的关系



进一步对两者的关系进行检验，可见投入和收益之间有微弱的正向相关，但在显著水平上过低，即不能接受只要增加 GDP 投入就能带来寿命增加及死亡率降低。

benefit	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
cost	.0878082	.0262866	3.34	0.060	.0359406	.1396758
_cons	.4990086	.0179014	27.88	0.000	.4636864	.5343308

问题的另外一方面，按照本篇报告的逻辑，提高自付比率，可以在一定程度上改善医疗的效率指标，即较高的自付比率不但可以有效的强化医疗成本概念，使得医疗成本降低，另外一方面可以增加人们对预防疾病的重视，降低保险带来的事后的道德风险。

同样的，为了验证这个判断，仍然用上述的效率指标与各国居民医疗支出当中自付现金比例来比较，可以看出两者之间存在着某种正向相关的关系。

进一步地做数据的回归验证，可以得出两者之间的相关系数为正。通过回归数据，可以看到医疗效率与个人自付现金之间有显著的（不为零的）正相关关系。

回归结果

	effici~y	outofp~t
efficiency	1.0000	
outofpocket	0.1955 0.0080	1.0000

图 6.2 部分国家医疗效率排名

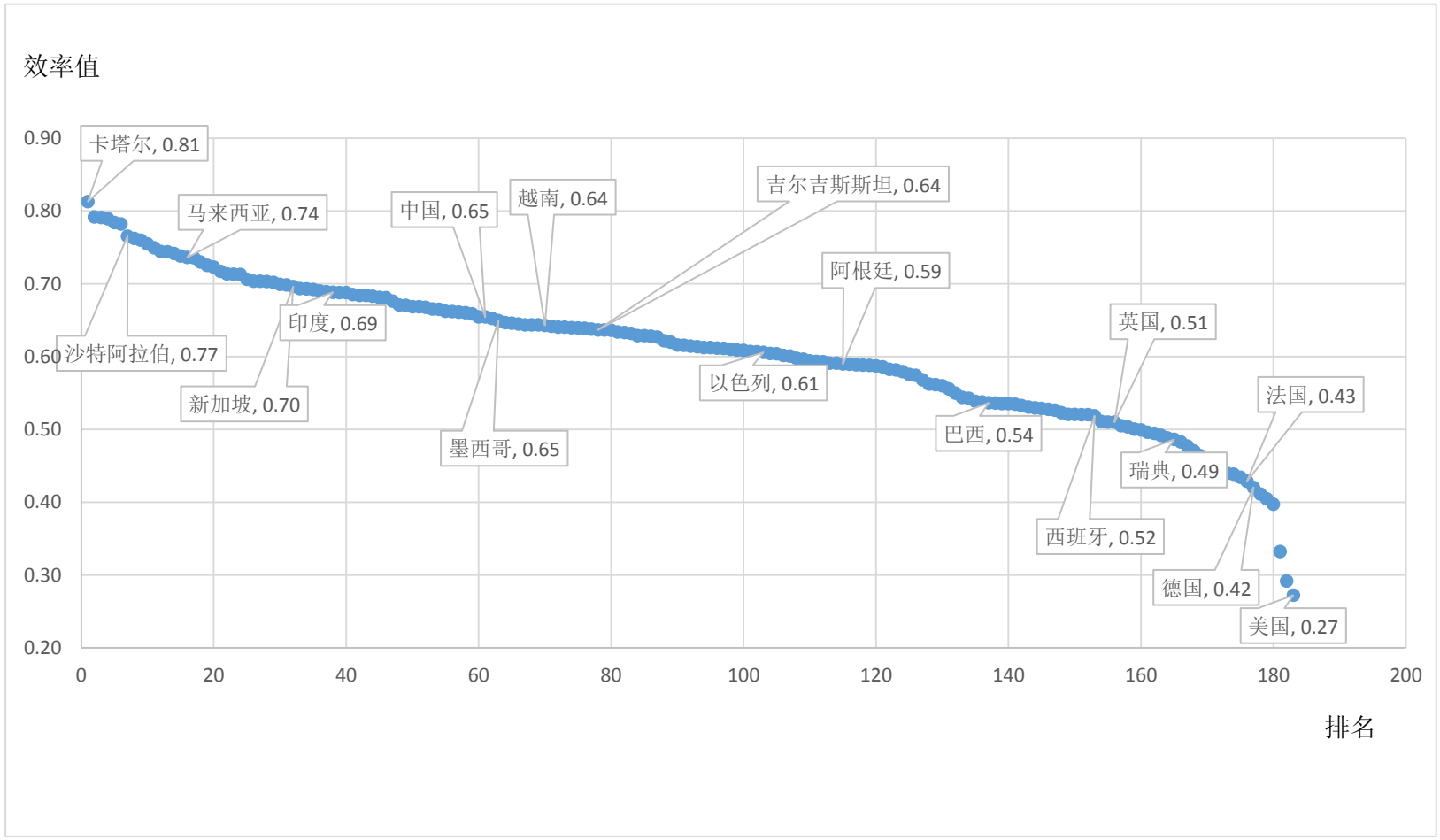
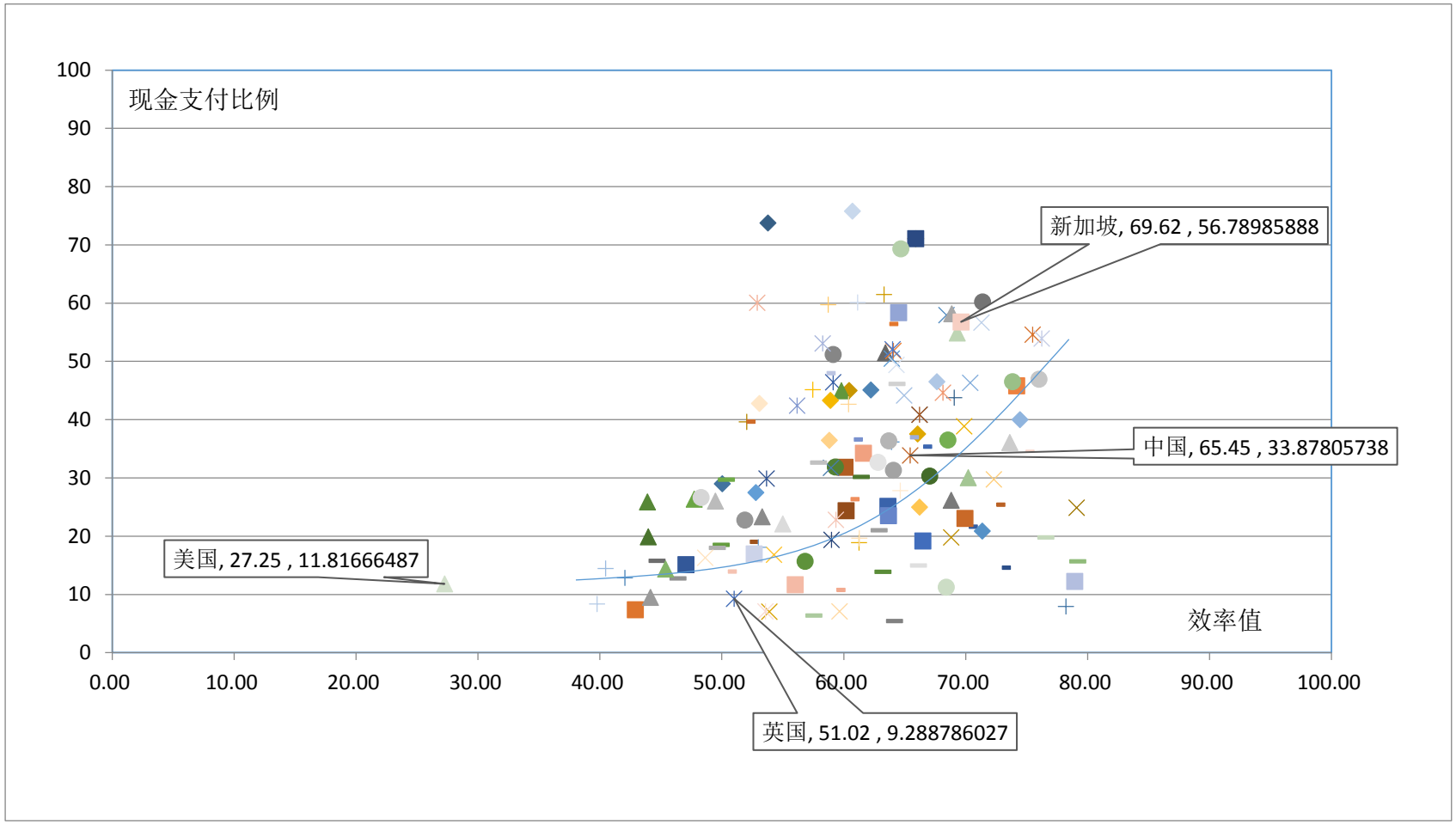


图 6.3 医疗现金支付比例和效率值的关系



6．基本评价和借鉴

综上，对医疗体制的评价需要充分考虑到成本和收益双方的比较。以该原则为基准，对良好的医疗体制的简单分析与考察可以得出以下几点基本结论：

首先，竞争性的医疗供给才能带来医疗服务的高效率和高质量；其次，医疗保险带来的对医疗市场价格的扭曲并没有引起学界和决策者的充分认识，强制性的医疗保险对于推涨医疗市场的价格和费用具有明显的作用；第三，强化个人支出责任可以节约医疗市场的服务成本，原因是它不会造成消费者的边际决策过度失真；第四，医生的激励问题在医疗体制设计当中具有重要的作用，市场才是解决医生激励的最佳途径。

三、医疗保障制度改革

当我们知道保险制度除了道德风险、逆向选择、推动涨价和管理成本以外，还有对市场效率的削弱，我们就要对保险制度进行重新评价。即保险制度真是改善了人们的医疗服务、提高了人们的健康状况，还是徒然建造了一个庞大的管理体系，耗费了我们本来可以更有效地利用的资源？无论结论如何，有一点是确定的，我们应该对保险制度进行改革。在这里，我们着重考虑减少或消除保险对市场效率的削弱的改革。

1．保险制度改革：取消强制性保险，建立充分发挥市场作用的保险制度

所谓“建立充分发挥市场作用的保险制度”包括两个方面。第一，就是尽量减少保险覆盖的范围，让个人支付起作用，形成有关医疗服务和药品的有效的市场价格；第二，在保险覆盖的范围内，也要形成保险公司之间的竞争，由市场决定保险价格。

其中的要点，就是要遵循市场的基本规则，让人们自由的选择。即要取消强制性的社会医疗保险，让人们自由选择商业保险，这同时也意味着，他们有不选择保险的自由。

由此，才能真正形成有效率的保险市场。因为只有存在着不买保险的人群，只有存在着非保险覆盖的医疗市场，才能真正约束保险市场，保险市场覆盖下的医疗市场才能有效率。

2．减少社会医疗保险扣款，实行小病（门诊）费用自付，大病（住院）部分自付、部分保险

既然市场效率的削弱主要来自保险的支付形式，即不是由消费者个人直接支付医疗费用，而是由消费者个人在医生的建议下选择医药服务或产品，由保险公司付费，导致分散的个人根据各自的预算约束选择服务或产品的作用的消失，市场价格制度不再有效，减少保险公司支付的部分，就是一个重要的改革选择。

这就是，在医疗费用的保障制度中，增加个人支付的部分，减少保险或政府补贴的部分。前面讨论过，一般人在年轻时较少得病，而到年老时则需要较多的医疗服务。所以他自己可以以自己年轻时的积蓄至少弥补大部分年老时的医疗费用。

首先，我们可以分离大病和小病的医疗服务；具体地，为了操作方便，可用“门诊”和“住院”来区分小病和大病。实际上小病的特点是，得病的频率会明显高于大病，次均医疗费用远远低于大病，因而小病的医疗费用占收入的比例较低，医疗费用波动的标准差较小。这意味着小病对人的财务冲击并不大，完全在一般可应付的范围之内，无需通过保险来分散风险。

而大病，则暂时还需要保险。但保险的形式可以改变。由于起付线内的个人支付对边际上的价格和量的决定不产生影响，而起付线上的保险支付比率会拉高价格和需求量，所以取消起付线，而增加个人自付比率，就是一个提高效率的改进。例如，将原有起付线 1300 元，起付线上保险报销 50~90%的规则，改变为取消起付线，保险只报销 30%，70%由个人自付，会产生更好的结果。而对于个人来讲，他们并没有多支出。在现有制度下，人均住院（大病）费用为 7968 元，根据我们的对数正态分布的随机模型，有约 88%的人或者没得病，或者住院费用低于 1300 元，从而没有保险报销，他们的共付率是 100%。所以，只要是自由选择，这种保险规则就会有人选择。

相应地，当一个人得小病看门诊时，他或她就要自己支付医疗费用；而当他或她得大病时，则需支付 70%的医疗费用。这部分费用可以是掏腰包，也可以是用个人账户支付。而另 30%，应该是用已购买的商业保险或机构自治保险支付。当然，还有可能，他既不买商业保险，也没有机构自治保险，而是自己承担这另一部分医疗费用。

3．取消公费医疗制度，建立公平的医疗保障制度

公费医疗制度就是由一部分零价格地享受医疗服务，这相当于共付率为零。这既会带来比一般保险制度更低的效率，也是极不公正的。所以建立以市场为主的医疗体制就要取消公费医疗制度，使原有享受的人群逐渐并入其它人群，形成统一规则的公平的医疗保障制度。

4．建立国家大病重病救助基金

由于任何医疗保障制度都是建立在平均数基础上的，且不能或较难进行从富人到穷人，从健康的人到不健康的人之间的转移支付，所以对最低收入人群中的不健康群体，就要有特殊安排。所以，应由政府创立或政府牵头创立针对最穷群体的医疗保障机构，主要由政府财政支持。

由于大病的费用远高于小病，又由于收入和得病概率分布的不平衡，所以要考虑一些极端情况。而社会保险的含义，医疗保险的初衷，本来就是要为得大病而支付不起的人提供帮助。

面对过重的大病医疗费用，首先的一个办法，就是将单位从个人扩展到家庭。一般而言，家庭成员之间可以互相补贴。即健康成员补贴不健康成员。第二个办法，就是家庭本身的储蓄。因为平均而言，中国居民的银行储蓄占人均 GDP 的 81%，还有其它可变现金融资产。这部分储蓄和金融资产是可以抵御得病的较大冲击的。

还有一种解决办法，就是医院或医生实行歧视性价格，这在中国和西方都有传统。关键在于，歧视性定价行为要得到法律的保护。

第四个办法才是保险。虽然人们的健康状况是可以从生活环境、饮食起居和活动习惯中大致判断，但仍存在着不确定性，因而可以通过保险部分地分散不健康人的得病风险。假定所有的人都购买大病保险，条件是对大病的所有费用报销 30%，如果不考虑保险公司的费用，保险费约为人均 GDP 的 0.55%。

在大病保险还不能缓解大病带来的财务负担时，就要考虑由国家建立的大病基金。考虑到本制度方案还保留了住院（大病）保险制度，只是取消了起付线，并将共付率提高到了 70%，也就是说，保险机构还将支付大病医疗费用的 30%。

对于较高的门诊费用，如慢性病的费用，我们也应该在理论上视其为首先由跨年度个人账户支付 30%，当年收入自付 70%。

当当年医疗费用的自付部分超过当年收入的 40%时，就应由政府提供救助。因此，要建立国家大病重病救助基金。

当病人认为他或她符合上述基金救助标准时，可向基金申请救助。申请时应如实提供当年收入情况，以让基金正确估计救助金额。如申报的收入情况不实，可进入个人信用记录。

大病重病救助保障国家基金对每笔医疗费用单据报销比例的基本公式是：

（当年医疗费用－0.4×当年收入）/当年医疗费用

这样做的目的是为了让申请救助者感觉到国家基金的救助并非免费，而每笔医疗费用单据都有自己的支付，从而对申请者本人和家属产生约束作用。

根据我们的模型估算，国家大病重病救助基金的恰当规模约为 GDP 的 0.58%，可考虑设立医疗救助税作为基金的指定资金来源；也可以不设立这一税种。

5．发展商业医疗保险，形成竞争性的医保市场

对于一般人来说，大病保险主要要由商业性保险公司提供。而为了保证商业保险公司的效率和保险服务质量，就必要建立一个竞争性的商业保险市场，让多家商业保险公司竞争。

6．鼓励医疗保健的慈善事业

还要鼓励民间的医疗保健慈善事业发展，为人们，尤其是穷人提供医疗求助或相应的资金。

7．允许中医传统的区别对待价格政策

在中医传统中，有着对不同收入水平人群采取区别对待的价格政策的传统。这一传统在一定程度上实现了在医疗方面的从富人到穷人的转移支付。

8．让消费者自己选择医保形式

一个更基本的原则是，不应强制性地让人们选择某种特定的医疗保障形式，而是让他们自由选择，选择的种类包括商业保险，慈善机构的救助，机构自治的保险，从家庭和亲朋好友中获得医疗求助，甚至不购买或选择任何形式的保险和求助，只依赖于自己在市场中购买医疗服务。

9．以家庭为单位建立强制医疗储蓄账户

由于一个家庭终究比单个个人有更大规模，从而更能随较大风险，所以如果要建立强制医疗储蓄账户的制度，就应以家庭为单位。虽然这好象会带来确定家庭成员的问题，其实这不是问题。只要单个个人的信息是真实的，且一个个人只能参加一个家庭账户，就不需要对单个个人是否家庭成员进行审查。况且我们的目的并非要判断某人是否属于某家庭，而是要建立更大规模账户，以抵御医疗风险。

四、医疗服务制度的改革

1．取消对医疗技术人员进入的政府管制，代之以竞争的职业协会的资格认证

取消政府对医疗技术人员进入的管制，以释放医疗技术人员资源，缓解医疗服务供给短缺；同时还要注意对医疗技术人员有必要的资格评价和论证。鼓励建立多家医疗技术职业协会，对医疗技术人员给予资格评价和认证。

2．取消对医院的进入管制，代之以行业协会及竞争的约束

取消政府对对医院设立的管制，鼓励建立医疗行业协会，由行业协会对医院的建立给予评价和资格认证，也要通过市场竞争及声誉机制约束医院，还要通过行业协会形成的行业自律规则对医院的行为加以约束。对于违反医德的行为，要通过行业协会的道德法庭加以谴责；对于违法行为，要诉诸法律。

3．取消对医疗服务的价格管制

除个别情况（如急诊），取消政府对一般医疗服务的价格管制，让消费者在分散选择的过程中形成对不同医院、不同医生的相对价格体系，以更精确地为医疗服务定价，更有效地配置医疗服务资源。

4．取消对医师的定点执业限制，代之以医师与医院的合约关系

取消对医师定点执业的限制，在取消对医疗服务价格管制的前提下，由医师与医院自由签约。由合约确定该医师与医院的权利义务关系，并由此约束双方行为。任何违约行为都可诉诸法律。在此基础上，不排除医师与其它医疗机构的合作，但以不能损害此合约关系为前提。

5．推动和鼓励医疗服务人员的职业协会的成立与发展

推动和鼓励成立医疗人员的职业协会，但在任何地区都不能形成单一协会的垄断局面，至少不能以法律或政策形式排除竞争性医疗职业协会的建立，以促使医疗职业协会的竞争。该竞争应是在制度规则上的竞争，以推动医疗服务业更好制度规则的形成。

6．鼓励公有医院向民间非营利医院转型

鉴于公立医院存在着各种弊端，即由行政部门直接确定资源配置的地点、范围和规模，以及由等级制造成的资源在地区间配置的不公平，可考虑将公立医院转型为民间非营利医院，即吸引民间资源的投入，但并不以营利为目的。这样一方面可以避免公立医院的弊端，也可以获得非营利机构的好处，即不过度追求利润，以致把治病救人放到了第二位。

当然，也不排除已转型为民间非营利医院再转型为营利性医院。但针对不同类型的医院，社会和政府对其权利义务的要求不同，如非营利医院可以免税等等。

7．鼓励民营医院发展

社会应该鼓励民营医院的发展，取消各种对民营医院的歧视性制度和政策，使民营医院能够在公平竞争的环境成长起来，成为我国医院机构的主干。

8．鼓励通过互联网络的跨院、跨地区的诊断与治疗合作

由于目前医疗资源在地区间配置得极不合理，导致异地求医的情况非常普遍，造成资源的浪费。即使通过改革制度而发送医疗资源在地区间的配置，也仍由于地区间条件不同，仍会存在异地求医的需要，因而社会要鼓励医院、医生通过互联网进行跨院、跨地区的诊断与治疗合作，以使医疗资源能够更均等地为各地区民众服务。

五、药品生产与流通制度改革

1．将对新药品的准入机制，建立在政府与技术性协会合作的基础上

由于药品对人的健康和生命的重要作用，以及对其配方和成分的精确要求，对临床效果的安全性和疗效的显著性的确认，需要有新药品的准入机制。较好的形式是政府与医药技术性协会合作基础上的新药品准入审批机构。在审批环节，应侧重发挥医药技术性协会的作用，而在实施方面，应侧重于政府的作用。

2． 取消集中招标采购制度，让企业在市场上竞争

由于省级集中招标采购制度带来诸多弊端，尤其会导致垄断，所以应取消这一制度，代之以企业的市场中的自由竞争，通过竞争约束企业，提高质量和效率，降低成本。

3．取消药品的价格管制

在改革医疗保险制度，即增大个人自付比重，小病自付，大病自付部分的前提下，在取消对医疗服务的价格前提下，取消对药品和医疗设备的价格管制，让众多消费者在大量分散的交易中形成不同药品或不同医疗设备的相对价格体系，以更精确地指导人们的消费，和供给者的投资。

4．取消对药品流通企业的进入管制，代之以行业协会与竞争的约束

目前我国虽然存在着对药品流通企业的管制，但我国的药品批发零售企业数量高达432659 家（2013 年）（《2014 中国单体药店发展状况蓝皮书》），是典型的进入管制下的过度竞争，所以进入管制既无必要，甚至有负面作用，因而要取消进入管制。同时通过行业协会协调产业内企业，实现行业自律；并通过市场竞争约束药店行为。

5．鼓励建立与发展药品生产与流通企业的行业协会

社会要鼓励建立和发展药品生产和销售的行业协会。在有些地方缺少自组织意愿和能力的情况下，政府行政部门可以通过牵头、财政购买服务等措施加以促进。

6．改进中药市场规则，保证中药材质量

中药疗效的重要一环是中药材的质量，而由于中药材中分散地生产和收购的，所以要通过建立较严格的市场规则来保证中药材质量。如建立中药材标准，划分中药材等级，按等级论价，并通过行业协会的规则制约商家的行为，并对违规的加以惩罚。

六、政府对医疗领域的辅助性管制

1．特定管制：传染病；急诊；药品质量

在以市场为配置医药资源的基础性制度的前提下，政府还要在个别市场失灵的方面进行辅助性管制。如传染病具有负的外部性，即如果不加治疗可能会传染给别人，所以社会要对传染病预防和治疗投入资源，并对传染病人实行隔离；如在突发疾病的情况下，急诊病人没有时间和能力讨价还价，所以公共权力机构就可对急诊价格进行上限管制；再有就是药品质量涉及病人的健康和生命，政府行政部门结合行业协会就要对新药上市进行事先审查，并对市场中流通的药品质量予以抽查。

2．管制垄断与合谋

除专利保护外，垄断和合谋会破坏市场中的公平竞争，因而政府的反垄断机构要对医疗保险、医疗服务和医药生产和销售中的垄断加以管制，并避免采取导致垄断的管制。

3．保护产权；保证合约履行；维护公平竞争

一般地，政府要保护企业与个人的产权，保证合约的履行，维护市场竞争的公平性，以使市场能有效地发挥作用。

4．鼓励建立医疗领域的消费者协会

为了维护消费者的利益，政府行政部门要鼓励建立医疗领域的消费者协会，使之能对应医疗服务行业，药品生产行业协会，和医疗保险行业，并解决医患矛盾，消除冲突隐患，并在与医疗服务行业、药品生产行业和医疗保险行业的互动中，改进规则与制度。

由于分散的医疗消费者很难自发成立医疗领域消费者协会，行政部门应提供一定财政资金支持促进其建立。

5．鼓励医疗中介服务机构的发展

政府还应鼓励医疗中介机构，包括技术的，法律的，管理的，服务的中介机构的发展。

6．促进公共卫生服务的公私合作

政府自然要在公共卫生服务方面提供服务并辅之以管制，如城市环境卫生，垃圾处理，污水处理，卫生宣传，公共防疫措施等，同时还要鼓励发展民间非政府组织参与公共卫生领域的服务，如特定传染病的防疫等。

七、医疗改革效果估计

1．基本数量模型

为了将数据用于具体分析，我们创建了下面的模型。

（1）基本单位

首先，本模型采取的基本单位是：人均 GDP 的百分比（%）。采取这样的基本单位的好处是：

人均 GDP 是一个成熟和通用的指标，这便于进行国别比较和跨时期比较，如果需要改换成其它指标，也容易换算。

其它指标，如人均可支配收入，并不是一个成熟的和通用的指标。一般看来，人均可支配收入是人均 GDP 减去人均纳税，但这似乎是说，税并没有变成人的收入。这显然是错误的，因为税变成了公务员的收入。而公务员显然是构成“人”的一部分。况且，不同国家或地区间的税率的不同，也会成为国家或地区间比较的障碍。

另外，再如就业者人均收入，由于不同国家的文化习惯不同，一个家庭的就业人数并不一样，导致就业者的家庭负担率不同，他们之间的收入差别就不能直接对比。而只要我们假

定，所有就业者都会为他的家庭支付医疗费用，就相当于每个人为自己支付医疗费用，用人均 GDP 就可以了，而不考虑不同家庭的就业者负担率的不同。

因而，我们描述一个社会医疗领域的成本，既可以从宏观角度用社会医疗总费用占 GDP 的比率去描述，也可以从微观角度用人均医疗费用占人均 GDP 的比率去描述。这两者是等价的。但后者可以直接看出普通人的医疗负担，而前者则给我们一个总体图景。

医疗费用可以分解为两个方面，一是医疗价格。这可以用单次医疗费用来表述，具体也可以分成门诊（小病）单次费用，和住院（大病）单次医疗费用。

一是看病次数。这相当于购买医药服务和产品的数量。

单次医疗费用乘以看病次数，就是医疗费用。从全社会看，所有的人看病次数总量乘以平均单次医疗费用，就是社会的医疗总费用；从个人来看，人均看病次数乘以单次医疗费用就是人均医疗费用。

用以人均 GDP 的比率表达的医疗价格（单次看病费用）可以不用考虑货币汇率等国别因素直接进行医疗价格的国别比较，也可以不用考虑通货膨胀率而进行跨时期比较。又由于人均 GDP 的增长，医疗服务的价格和研发与生产药品或医疗设备的人力价格，至少要同比增长，用人均 GDP 比率表示的医疗价格基本上把这一因素消化掉了。

看病次数则表达了民众接受医疗服务的数量。它的多寡的含义并不确定。看病次数增多，有可能是过度医疗，也可能是由于看病成本（含看病时间和货币费用）的下降而增加了正当的需求。在医疗价格一定的情况下，这取决于看病时间的变动。如果看病时间减少了，看病次数的增多是合理的，如果增加了，则就不见得合理。

（2）基本模型

A. 绝对平均数均衡模型

假定所有人的收入和医疗支出都等于平均数，我们来看一下，平均而言，医疗支出占收入的比重。

医疗成本=人均医疗费用/人均 GDP=（人均门诊（小病）次数×人均门诊（小病）费用 + 人均住院（大病）次数×人均住院（大病）费用）/人均 GDP

或将门诊（小病）费用和住院（大病）费用分开。

门诊（小病）医疗成本 = 人均门诊（小病）医疗费用/人均 GDP
住院（大病）医疗成本 = 人均住院（大病）医疗费用/人均 GDP

显然，

医疗成本 = 门诊（小病）医疗成本 + 住院（大病）医疗成本

根据《中国卫生健康统计年鉴》（2018），2017 年我国次均小病医疗费用为 257 元，平均每人一年 5.90 次；次均大病医疗费用为 8891 元，平均每人一年 0.176 次。平均而言，每人每年的医疗费用约为 3081 元。

除以人均 GDP，我们得人均门诊（小病）医疗费用占人均 GDP 的比例为 2.54%，人均住院（大病）医疗费用占人均 GDP 的比例为 2.62%，共为 5.16%。即我国医疗费用占 GDP 的比例为 5.16%。

B．用于蒙特卡洛方法的通用随机数模型

此模型为了便于采用蒙特卡洛方法，即将人们的收入和医疗费用看作是随机数，用特定函数对之进行比较、梳理和分析，得出一些有关的特征数据，用来判断全部人口的整体情形，以为相关的制度和政策方案提供参考。如估计在全部人口中，当年医疗费用超过当年收入 40%的人口比例，以及这部分人的平均医疗费用是多少；如果建立针对这一部分人群的医疗基金，将会运用多少资金。

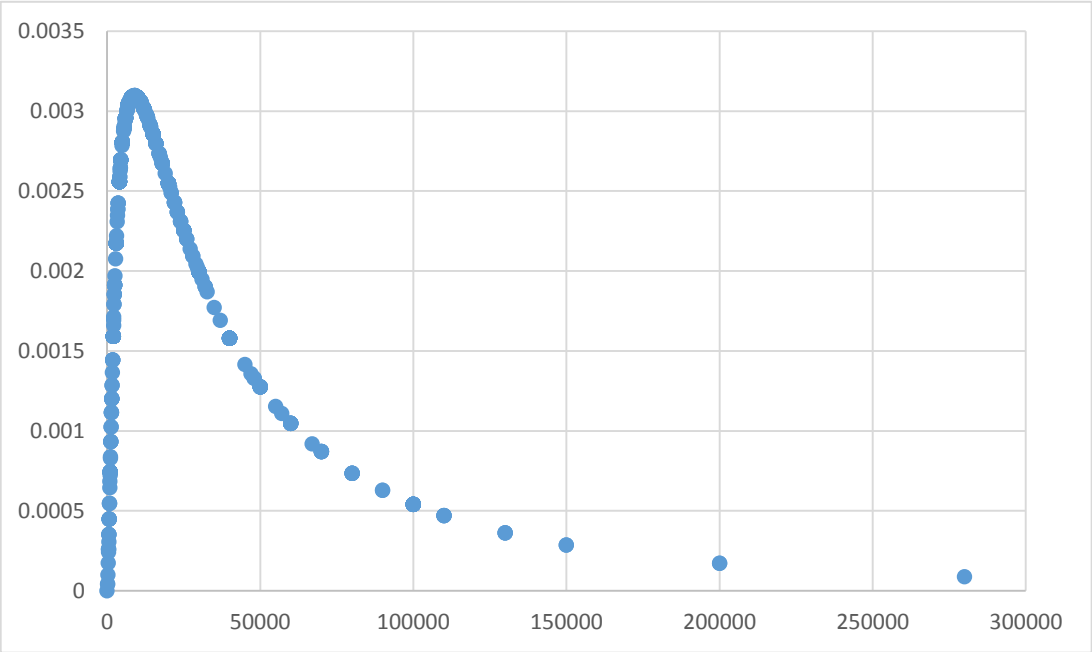
这一模型不考虑人的期望寿命以及不同年龄阶段的得病概率，而是假定所有人口的门诊（小病）次数，门诊（小病）医疗费用，住院（大病）几率，住院（大病）费用，以及收入，都是服从对数正态分布的随机数。

关于收入，我们采用李国锋（2015）提出的收入的对数正态分布的特征参数，主要是他提出的 2012 年个人可支配收入的对数标准方差 1.2678。由于标准方差与期望值不直接相关，所以我们将此标准方差与以后不同年份的收入期望值匹配。

我们从对 CHARLS 的数据分析中获得了门诊（小病）费用和住院（大病）费用的概率分布特征值，均值和标准差，再以此均值和标准差，尤其是标准差为参数，用 EXCEL 的对数正态分布反函数生成出了模拟的门诊（小病）费用的随机数，和住院（大病）费用的随机数。

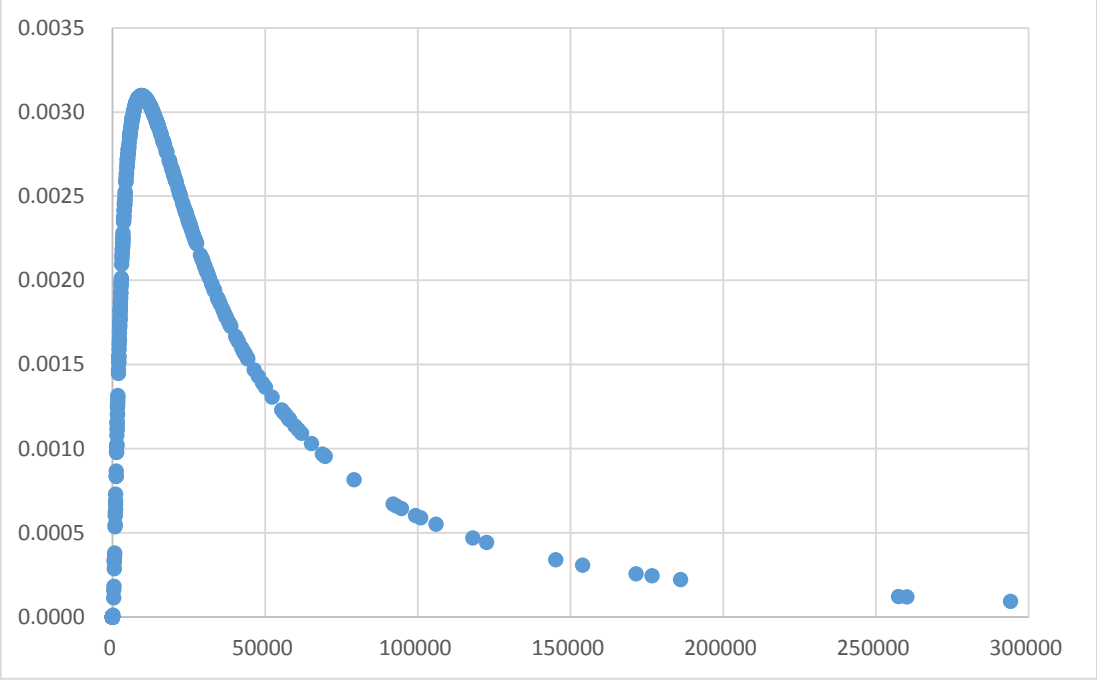
根据 CHARLS 数据生成的对数正态分布图

图 6.4 根据 CHARLS 数据生成的对数正态分布图



用 CHARLS 数据中得出的对数标准方差生成的模拟住院费用随机数分布

图 6.5 用 CHARLS 数据中得出的对数标准方差生成的模拟住院费用随机数分布



门诊（小病）医疗费用随机数 = LOGNORM.INV(RAND（），,LN(门诊费用期望值)，1.715237)

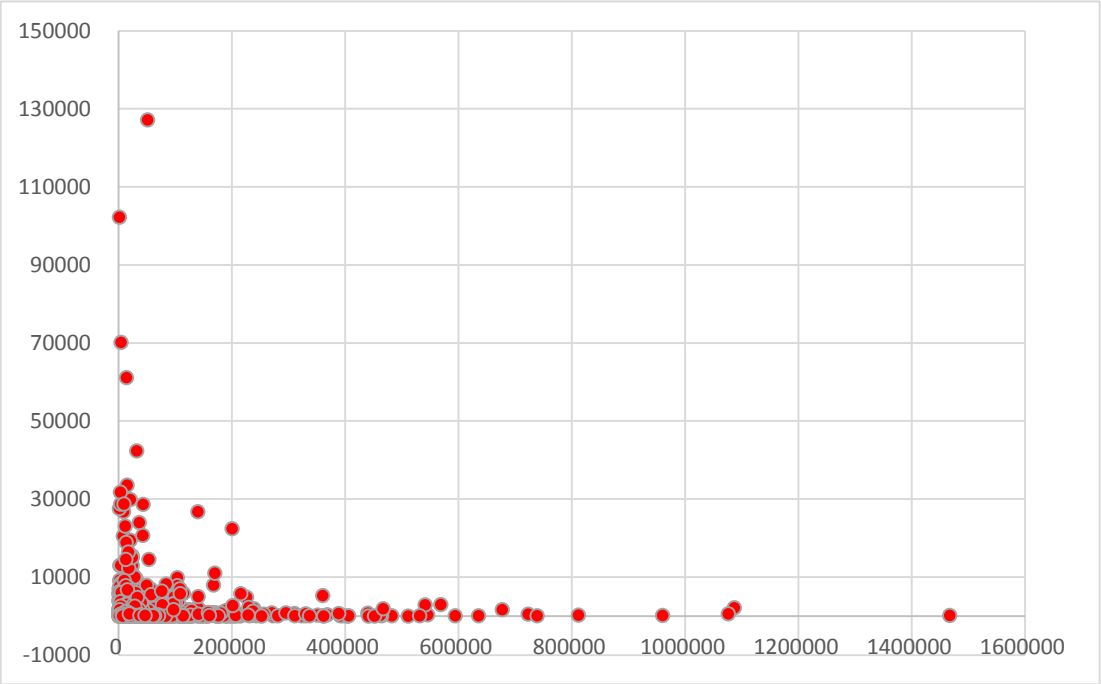
住院（大病）医疗费用随机数 = IF （RAND（）>1-人均住院次数，1，0）× LOGNORM.INV（RAND（），LN（住院医费用期望值），1.29438）

个人收入随机数 = LOGNORM.INV（RAND（），LN（个人收入期望值），1.2678）

上面公式中的人均住院次数，是根据《卫生统计年鉴》（2015）的数据；门诊费用期望值，住院费用期望值和个人收入期望值则是根据上述年鉴的人均数据通过上述模型得出。

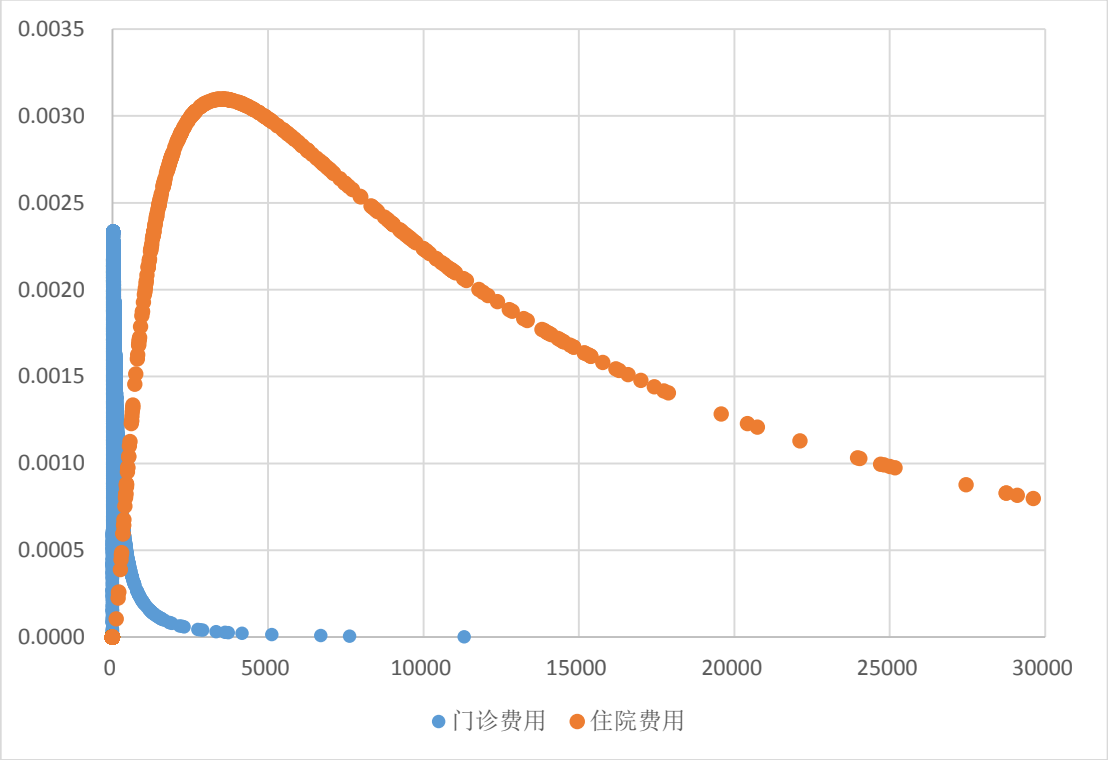
不同个人的不同收入水平和不同医疗费用的随机数表达图形如下。

图 6.6 收入水平和医疗费用随机数



其中门诊医疗费用和住院医疗费用的概率分布如下。

图 6.7 门诊医疗费用和住院医疗费用概率分布



说明：横轴表示医疗费用，纵轴表示分布概率。

我们采用蒙特卡洛方法，将单人医疗费用/单人收入> 40%的情况找出来，并将其数量与整个样本数对比，在 2017 年，在现有医疗保险体制下，约在 5.2~6.0%之间，平均为 5.6%。这意味着，当年医疗费用超过当年收入 40%的情形平均占全部人口的 5.6%。

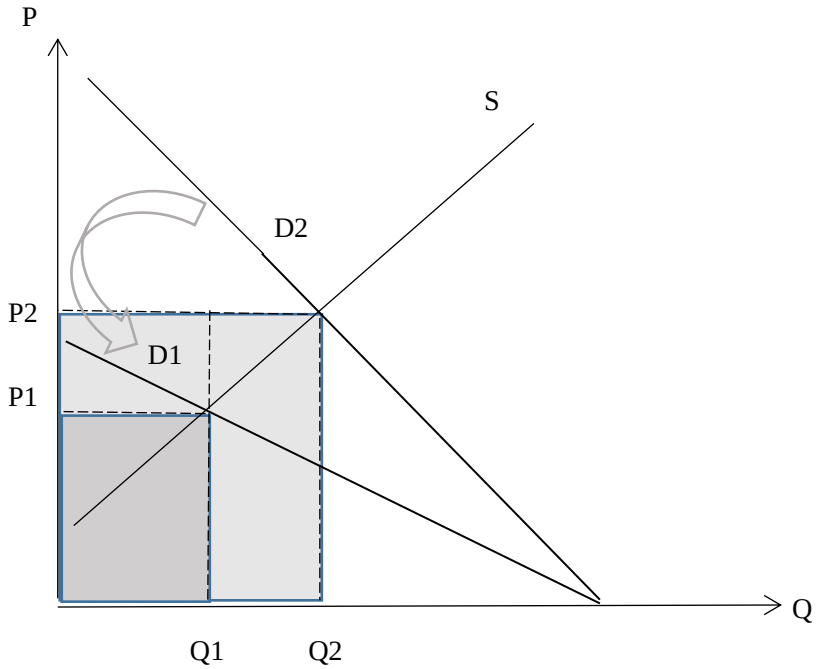
2. 提高共付率对医药价格上涨的抑制

若想解决医疗费用持续高涨的问题，首先要解决保险制度带来的问题。而根据前面的分析，最重要的两个变量就是保险制度下的共付率（α）和垄断程度（e）。我们的研究发现，共付率越低，越会带来医药价格和医疗费用的上涨。因而，提高共付率是一个重要举措。

另一方面，我们的研究还发现，医疗市场中供给方的垄断程度越高，医疗费用上涨的幅度越大。并且在共付率较低的情况下，垄断会放大其带来的价格上涨和过度医疗的负面作用。因而，降低供给垄断程度，是改革的另一个要点。

具体而言，对于小病（门诊），基本上完全自付，即将共付率提高到 100%。

图 6.8 **取消门诊保险效果示意图**

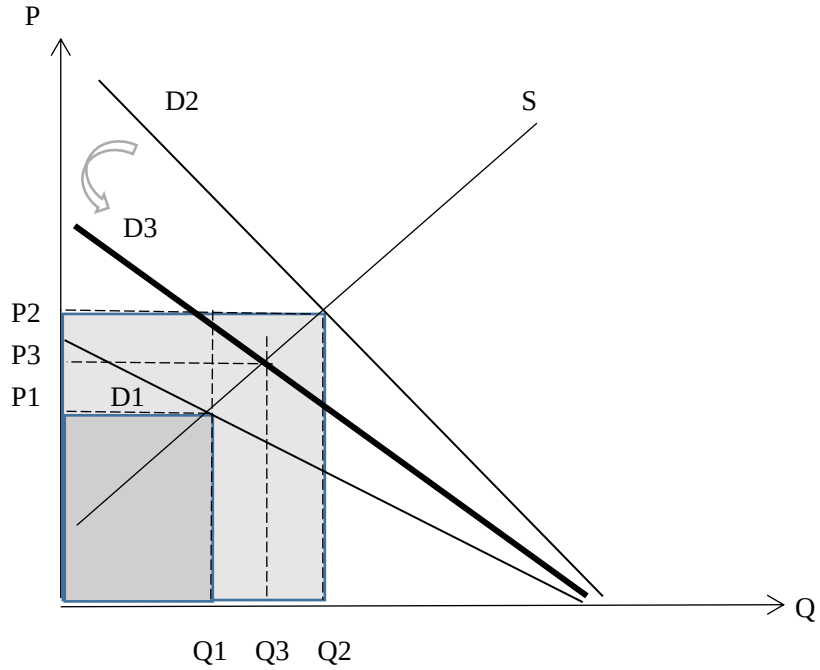


说明：对于小病医疗，由于我们建议的改革方案取消的保险，将共付率提高到 100%，人们的保险需求消失，图中的需求曲线从 D2 回归为 D1；价格会从 P2 降为 P1；需求量从 Q2 降为 Q1。

对于这一部分医疗，完全可以由消费者自己决定，根本无需由保险来承担。如果考虑到医疗服务需求的低弹性，至多可以考虑建立小病医疗的个人账户，平均而言，在个人收入中扣款 0.9%足矣。个人账户可以用于门诊的支付，也可以用于药店购买药品。账户中未用完的钱可以由后代继承。甚至都无需建立小病个人账户，直接由个人掏腰包即可。因为即使考虑到不同人之间的差别，小病的费用一般也不足以使一个人承担不起。

我们建议的大病（住院）保险改革，是取消起付线，将共付率从 10%至 50%不等统一调整为 70%；从医疗费用的第一元起，由保险支付 30%。

图 6.9 住院医疗保险取消起付线，提高共付率效果示意图



说明：由于我们建议的改革方案取消了大病医疗费用的起付线，即可以从第一元开始由保险机构报销，但共付率提高到 70%，使得保险需求减少，图中的需求曲线从 D2 移动到 D3 的位置，但还没有完全回归到 D1。

根据有无保险价格比值矩阵 $\boldsymbol{R_p}$，我们只需从中查找对应于相应共付率的价格比值即可。

当 $b=-1$，$\boldsymbol{e}=0.47$，$\boldsymbol{\alpha}=1$ 时，$r_p=1$；当 $\boldsymbol{\alpha}=0.7$ 时，$r_p=1.26$。

此时人均小病（门诊）费用和人均大病（住院）费用分别占人均医疗费用的 57%和 43%，加权平均，这种制度会比没有保险制度推动医疗服务与药品价格上涨 11%；而与现有的保险制度相比，我们在前面得出其推动价格上涨了 73%，则有着抑制价格上涨 62%的下行力量。按 2017 年数据，约可节约 14049 亿元，为 GDP 的 1.7%。当然，这不必然带来价格下降，因为改革是逐步实现的，所以直接表现为对每年的医药价格上涨的抑制。

3．减少过度医疗带来的资源节约

提高共付率的改革，不仅会抑制医药价格的上涨，还会减少在数量上的过度需求。

当 $\boldsymbol{\alpha}=1$ 时，$r_q=1$；当 $\boldsymbol{\alpha}=0.7$ 时，$r_q=1.082$。

加权平均，约会比没有保险时增加 3.5%的数量需求，比现有保险制度下的增加 21%减少了约 17.5%，按 2017 年数据，相当于节约了 3965 亿元，约为 GDP 的 0.48%。

继续采用前面的方法，在医疗费用比值矩阵

$$\boldsymbol{Rc=Rp*Rq}$$

中选择对应的医疗费用比值。

当 $\alpha = 1$ 时，$r_c = 1$；当 $\alpha = 0.7$ 时，$r_c = 1.359$。

门诊与住院费用加权平均，约为 1.15。即是说，我们建议的改革方案会比没有保险时多 15%的医疗费用；与现有保险制度的医疗费用是无保险时的 215%相比，减少了 100%。

考虑到在门诊费用起付线下的人群行为并未受到保险的影响，所以我们把这一部分因素剔除出去。按照我们的模型，我们的改革方案使得人均医疗费用约为 1671 元，虽比无保险时的 1432 元要高出 16.7%（因做了点调整与前面的数字略有差别），但远低于现有保险制度下的 3081 元。即每人的医疗费用节约了 1410 元，约为人均 GDP 的 2.8%，以 13.9 亿乘之，得 19599 亿元。即这一改革方案节约了 19599 亿元的医疗费用。

4．增加自付范围增强了市场机制的作用，医疗服务与药品资源配置的改善带来的社会福利增加

由于本改革方案取消了强制性医疗保险，减少了保险范围，增加了个人自付医疗费用范围，包括小病自付和大病部分自付，使众多消费者能够分散地进行购买医疗服务和药品的决策，竞争性地形成了对不同医院、不同医生、不同药品和不同医疗设备的相对价格体系，能够比较准确地价格信号，让消费者能够有效地使用货币获得更好的医疗服务，使得投资者能够准确地作出投资决策，改善医疗领域的资源配置，提高整个社会的效率。

前面已经给出，本改革方案将价格扭曲程度从 73%减少到 11%，减少了 62%的价格扭曲，按第五章第四节的计算方法，价格扭曲 11%带来了 22%的交易费用和效率损失，交易费用按一半是价内损失，一半是价外损失计算，虽然与没有保险相比，仍增加了 7066 亿元的医疗费用，但与 2017 年医疗费用总支出 42826 亿元现状相比，节约 13101 亿元。当然，这与上一小节通过抑制价格上涨和过度需求而节约的资源有着较大重叠部分，所以只做参照，不做另外的累计。

5．对大病风险更有效的分担

在收入和医疗费用的分布不平衡的情况下，本改革方案的一个重点，就是要改进对贫穷且多病的群体的医疗费用的分担。由于商业保险不可能进行财富上的重新分配，对这部分人的支持，就主要靠财政资金。首先我们要估计这类群体有多大，将会动用多少财政资金。

如果考虑收入分布的波动和健康状况分布的波动，上述依据平均数的设想就不能完全实现。我们在本节第 1 小节发展出的“用于蒙特卡洛方法的通用模型”模拟了收入分布的波动和患病问诊分布的波动，并用蒙特卡洛方法估计了如果进行我们建议的改革，当年医疗费用（包括住院费用和门诊费用）超过当年收入 40%的人的比例在 2.9~3.7%，平均约 3.2%。

根据本章第三节，我们将医疗费用的自付比率确定为 70%，我们将考虑范围缩小到当年全部医疗费用的自付部分超过当年收入的 40%的人，根据上述模型，这部分人约占全部人口的 2.0%~2.9%，平均约 2.45%。以 13.9 亿乘之，约 3406 万人。如果对当年医疗费用超出当

年收入 40%的部分进行补贴，约在 5000 元到 13000 元不等。平均而言，如果设立一个大病救助国家基金，其规模在 2500 亿元左右，标准差约为 300 亿元。这约为全国 GDP 的 0.3%。

除此之外，他们或者可以购买保险报销率更高的保险产品，或者寻求政府或社会支持的医疗保障机制。如果考虑到政府对穷人提供医疗补贴，与这部分商业保险就有所重叠，两者之间存在着互补和互替关系。

最后，我们应考虑的是，保险是自愿购买的。可考虑在大病个人账户中的资金可由个人选择购买部分大病保险或不购买。那些得病概率较高的人可能会购买。在这之间就自然形成一个购买保险的比率。个人持有个人账户或购买保险之间也会形成竞争，对保险公司形成压力。

6．打破和取消垄断制度，鼓励竞争带来的利益

本改革方案提出取消各种进入管制，代之以行业或职业协会的资格认定和竞争秩序；鼓励民营医院发展，鼓励公立医院改制和与民营医院合作；取消流通领域中的集中招标与采购制度，取消对药品流通企业的进入管制，取消药品的价格管制等，都会带来打破垄断和推进竞争的效果。

假如我国的医疗药品市场的垄断程度明显下降，本研究的参数 e 来表示，就是：

$\boldsymbol{e}$ =0.47 $\Longrightarrow$ $\boldsymbol{e}$ = 2

根据我们的模型，如果从现有的 0.47 增大为 2，对比一下

当 $\boldsymbol{e}$ = 0.47，$\boldsymbol{\alpha}$ = 1 时，r_p = 1；当 $\boldsymbol{\alpha}$ = 0.7 时，r_p = 1.26，r_q = 1.082，r_c = 1.359

当 $\boldsymbol{e}$ = 2，$\boldsymbol{\alpha}$ = 1 时，r_p = 1；当 $\boldsymbol{\alpha}$ = 0.7 时，r_p = 1.12，r_q = 1.074，r_c = 1.193

可以看出，当竞争程度提高（$\boldsymbol{e}$ = 2）时，对完全自己支付（$\boldsymbol{\alpha}$ = 1）的情况没有影响，也就是对改革后的门诊费用没有影响；而对共付率为 0.7 的情况有影响，使价格相对于无保险时的上涨倍数为 1.12，比垄断程度高时低了 14 个百分点，而对数量影响不大，只低了 0.8 个百分点。总体而言，提高竞争程度使住院费用进一步降低了 16.6 个百分点，带来人均 127 元的节约。

按照我们的模型，提高共付率的改革使得人均医疗费用约为 1671 元，提高竞争程度的改革也会使人均医疗费用进一步降低 127 元，降为 1544 元，虽比无保险时的 1432 元要高，但远低于现有保险制度下的 3081 元。即每人的医疗费用节约了 1537 元，约为人均 GDP 的 2.59%，以 13.9 亿人乘之，得这一改革方案节约了 21364 亿元的医疗费用。

7．开放医院设立，鼓励医生流动，促进移动医疗等导致医疗资源在空间配置的改善，缓解看病难的问题

开放医院设立，鼓励医生流动的一个重要结果，就是改善医疗资源的地区配置问题。无论是商业性还是非营利性医院的设立，都会考虑需求问题，所以由民间自发地设立的医院多会弥补因医疗资源的地理配置不当而导致的看病难问题，即主要是医疗资源过度集中于行政中心，而远离大多数患者，使他们不得不长途跋涉去看病。因而民间医院的发展和医生会带来医疗资源在地理配置上的改善。

在另一方面，上述改善并非能一蹴而就，也需要较长时间。而利用互联网的移动医疗会在一定程序上弥补医疗资源空间分布的问题。因而大力发展移动医疗会明显缩短口才与优质资源的距离，降低看病的难度。其指标，应是用于看病的时间，包括路程和等待时间，会大大缩短。

我们用第二章第四节第 5 小节的方法来估计一下资源空间配置改善带来的节约。我们假定因为医疗资源在空间上的配置有所改善，表现为本地看病和异地看病的路程和等待时间都缩短了一半，即本地看病时间从 4 小时缩短为 2 小时，将节约相当于 2662 亿元的时间价值；异地看病的路程和等待时间从 12 天半缩短到 6 天 6 小时，将节约 290 亿元的时间价值。两者相加，共会因为资源在空间上的配置得到改善而减少 2952 亿元的时间价值的浪费。

如果假定异地看病的旅行与食宿费用从 5170 降低到 3000 元，则全国全年也会节约 640 亿元的相关费用。

8．减少社保机构和保险公司带来的管理成本节约

本医疗改革方案建议取消小病医疗保险，简化大病保险（取消起付线，大病医疗费用报销 30%），则会减少医疗保险机构，也就节约了相应保险机构的运营管理费用。由于现有医疗保险的主要操作内容是对门诊（小病）医疗费用的支付，而门诊（小病）在次数上是大病诊疗的 248 倍。因而取消门诊（小病）医疗保险，也就减少了一大部分医疗保险工作的操作。即使假定取消门诊（小病）保险减少了现有保险工作操作的 2/3，按照现有保险机构的经营管理费用 254 亿元计，也会节约经营管理费用达 169 亿元，降至 85 亿元，约为当年 GDP 的 0.0013%。

9．整个社会及每个个人以更小的成本获得更好的医疗服务

总体而言，本改革方案会将人均医疗费用从人均 GDP 的 5.2%降低到了 2.6%，降低幅度为 49.9%。

由于目前医疗费用的一部分是由医疗保险覆盖的，本改革方案也将使保险覆盖的医疗费用水平从人均 GDP 的 3.3%降低到 0.4%，降低幅度为 87%。如果以现有城镇职工的医疗保险扣款来表示，尽管本改革方案中强调要改强制性社会保险为商业保险，但假设改革后的企业选择商业保险，保险的扣款将从原来的工资总额的共 9.5%降低到 1.2%，具体见下图。这在降低医疗费用的同时，也大幅度降低了企业的负担。

表 6.1 改革前后医疗费用支付及其占人均 GDP 的%

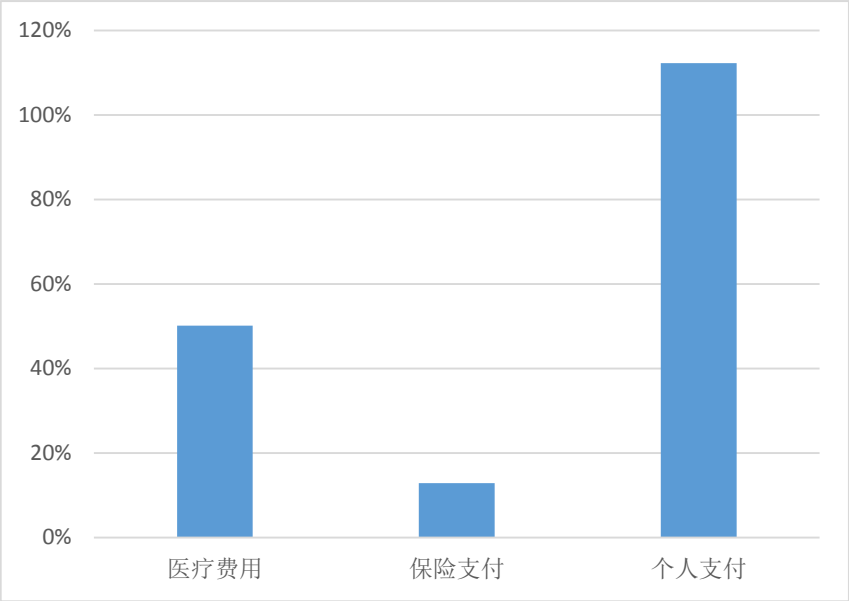
改革前	医疗费用	保险支付	个人支付

门诊	1516	861	655
住院	1565	1066	499
总计	3081	1927	1154
比例	100%	62.5%	37.5%
门诊/人均 GDP	0.026	0.015	0.011
住院/人均 GDP	0.026	0.018	0.008
总计/人均 GDP	0.052	0.033	0.019
改革后	**医疗费用**	**保险支付**	**个人支付**
门诊	775	0	775
住院	896	269	627
打破垄断节约	-127	-20	-107
总计	1544	248	1296
比例	100%	16.1%	83.9%
门诊/人均 GDP	0.013	0.000	0.013
住院/人均 GDP	0.015	0.005	0.011
打破垄断节约/人均 GDP	-0.002	0.000	-0.002
总计/人均 GDP	0.026	0.004	0.022
改革后医疗费用支付相当于改革前	50.1%	12.9%	112.3%

数据来源：根据《中国卫生和计划生育统计年鉴 2018》数据计算。改革前，按门诊（小病）费用的共付率为 43.2%，和住院（大病）费用的共付率为 31.9%；改革后，按按门诊（小病）费用的共付率为 100%，和住院（大病）费用的共付率为 70%。

尽管改革后，个人在支付医疗费用的比例上高于改革前，但由于医疗费用整体上大幅度下降，他们实际支付的医疗费用也只略高于改革前，为其 112.3%。见上表和下图。

图 6.10 改革后医疗费用支付相当于改革前的%



数据来源：上表。

如果考虑到，平均而言，保险报销的部分也是消费者花费购买的，保险支出仅为改革前的 13%，总的医疗费用的降低就给民众带来了 49.9%的资金节约。

在现有的医疗保险制度下，政府还要补贴高达 5024 亿元（2017 年）用于医疗保障（财政部，2018）；而在本改革方案中，尽管建议还要设立国家大病重病救助基金，但估计每年平均只需 2500 亿元就能满足需求。所以我们的改革方案也带来了财政资金的节约。

前述医疗费用的节约，并非意味着整个医疗领域的总需求会减少。恰恰相反，由于医疗价格的抑低，很多因看病贵而减少了的医疗需求又会得到实现。再加上开放医院的设立，鼓励医生的流动，以及移动互联医疗的发展，会降低看病难，即减少看病时间，导致医疗真实需求的增加。

在医疗体系的资源以市场信号为导向更为有效地配置后，医疗技术和医药的发展又会带来更有效果和效率的医疗服务，使得人们可以享受更高质量的治疗，治愈更多疾病，更好地治愈疾病，使得医疗领域在人们获得了更多效用的同时，获得自己的更大的发展。

10. 小结

本研究提出的改革方案主要包括：

（1） 取消门诊医疗费用的保险；可采取自掏腰包或个人账户的形式支付；
（2） 将住院医疗费用保险的共付率提高到 70%；
（3） 建立国家大病重病救助保障基金，对当年医疗费用的自付部分超当年收入 40%的人予以补助。

根据本研究的模型测算：

（1） 带来抑制价格上涨 62%的下行力量；按 2017 年数据，约可节约 14049 亿元，为 GDP 的 1.7%。

（2） 带来抑制过度医疗约 17.5%下行力量，相当于节约了 3965 亿元，约为 GDP 的 0.48%。

（3） 进一步打破垄断、鼓励竞争，即供给函数斜率（e）从 0.47 变为 2，则可每人进一步节约 127 元医疗费用，全国总共会节约 1765 亿元。

（4） 每人的医疗费用将节约 1537 元，约为人均 GDP 的 2.6%，全国共可节约 21364 亿元的医疗费用。

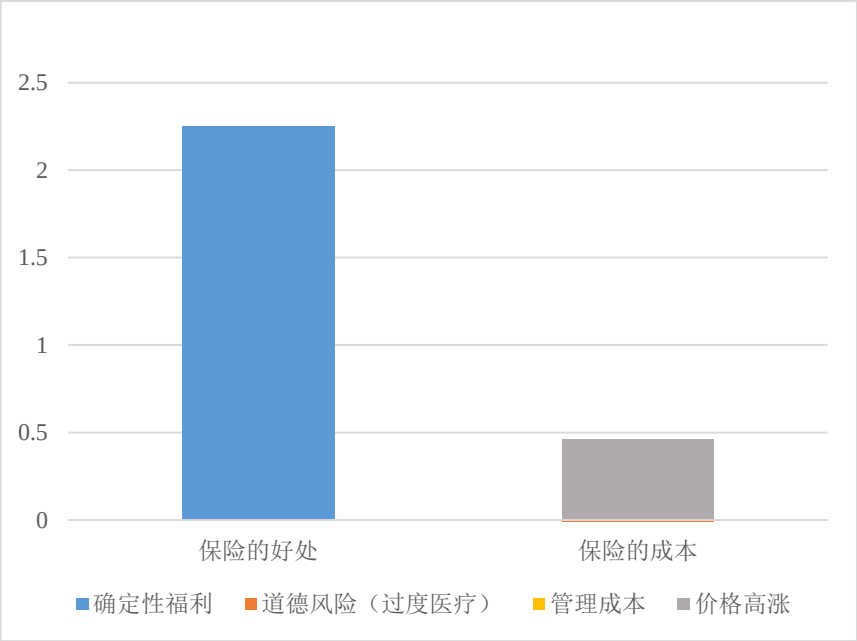
（5） 当年全部医疗费用的自付部分超过当年收入的 40%的人，占全部人口的约 2.45%；如果设立一个大病救助国家基金，其规模在 2500 亿元左右，约为全国 GDP 的 0.3%。

（6） 医疗资源在空间上的配置有所改善，如果看病的路程和等待时间都缩短了一半，即本地看病时间从 4 小时缩短为 2 小时，按 2013 年数据，将节约相当于 2662 亿元的时间价值；异地看病的路程和等待时间从 12 天半缩短到 6 天 6 小时，将节约 290 亿元的时间价值。两者相加，共会因为资源在空间上的配置得到改善而减少 2952 亿元的时间价值的浪费。

（7） 取消门诊（小病）保险减少了现有保险工作操作的 2/3，按照现有保险机构的经营管理费用 254 亿元计，也会节约经营管理费用达 169 亿。

（8） 当医疗费用的上涨受到抑制，相当于大量资源得到了节约，保险的好处又会显露出来。见下图。

图 6. 11 改革后保险成本下降示意图



（9）总体而言，本改革方案会将人均医疗费用从人均 GDP 的 5.2%降低到了 2.6%，降低幅度为 49.9%。

（10）本改革方案也将使保险覆盖的医疗费用水平从人均 GDP 的 3.3%降低到 0.4%，降低幅度为 87%。如果以现有城镇职工的医疗保险扣款来表示，保险的扣款将从原来的工资总额的共 9.5%降低到 1.2%，这也大幅度降低了企业的负担。

（11）尽管改革后，个人在支付医疗费用的比例上多于改革前，但由于医疗费用整体上大幅度下降，他们实际支付的医疗费用也只略高于改革前，只有其 112.3%。

第七章　医疗体制改革的策略与时序

一、过渡经济学：追求改革成本最小化

根据过渡经济学的理论，计划经济体制向市场经济体制转型过程中，最重要的是，在达到既定改革目标的前提下，寻求改革成本最低的路径。任何改革都是要支付一定的成本，而改革的成本又取决于改革方案在改变规则的同时，是否同时改变了收入分配结构，以及改变了多少，触动了多少人的利益，以及损害的程度有多大。触动的人数越多，损害的程度越大，引起的反对改革的力量也就越大，改革成本也就越高，改革越不容易成功（盛洪，1994）。如进行激进式改革，完全推翻原有的旧制度，一方面，旧制度下的利益群体会形成阻扰改革进行的巨大势力；另一方面，因为无法试错，往往还会带来毁灭性的打击。

过渡经济学可以很好地解释中国经济体制改革的经验，也可以为未来更深层次的社会体制甚至政治体制改革提供可供借鉴的路径。**我们在进行医疗体制改革的时候，同样有必要遵行这样的改革原则——追求改革成本最小化的改革路径。**

二、中国的改革经验

1979 年以来的三十多年间，中国的经济取得了举世瞩目的增长，被称作“中国奇迹”，甚至有了“中国模式”的解读（JC Ramo，2004）。由于中国的社会和政治状况完全不符合新古典经济学对经济增长条件，如 Allen, Frank, Jun Qian, 与 Meijun Qian（2005）所指出的那样，按照西方主流文献所列出的评判标准，中国目前的司法和其它制度，如投资者保护、公司治理、会计标准和政府质量均位于世界大多数国家的后面。不过中国依然在过去 30 多年里成为世界上经济增长速度最快的国家之一。毋庸置疑，**中国的渐进式改革的方式是促使中国过去长时期内保持经济持续增长的主要原因。**渐进式改革的原则上是从局部展开、部分试点试错再推广的逐步达成目标的过程，这同样适用于医疗体制的改革。

1．体制外改革

体制外改革，是在不触动原有制度安排的基础上，在体制**所没有涉及到的领域**外进行改革，这样既绕开了原有体制内巨大的改革障碍，又得以在新的机制下进行改革，没有了利益集团的阻挠，改革相对容易进行。（盛洪，1995；1996）

2．增量改革

增量改革在一定时期内维持两种制度，既允许现有制度在既有存量内继续运行，同时又在存量外建立新的制度。如“新人新办法，老人老办法”。这种改革方式既可避免既得利益集团的阻挠推进改革，同时也为原有制度提供一个参考系和评价系统。现已在很多领域内得到实践，如住房制度、社会保障制度等。（盛洪，1995；1996）

3．特许改革或试验推广

在一定地区、某个产业甚至小到某个企业，进行局部的市场化试点改革，待取得示范效应后逐步推广，这样做的好处是，最大限度地减少改革的风险，减少改革的成本，避免重大失误。如改革开放早期设立经济特区的改革。（盛洪，1995；1996）

4．补贴改革

当改革方案不得不给一部分人带来利益损害，为实现大的改革目标，就要对这部分人予以补偿。这样，就会消除或者至少减少他们对改革的抵触。如在取消城市居民计划价格的粮食配给时，即取消粮票时，政府给予城市居民相应的补贴。（盛洪，1995；1996）

5．渐进式改革

由于改革必定会带来利益的变动，而这也会直接引起不同利益集团之间的摩擦及对现有秩序的破坏，为避免改革所引起的利益不均衡及由此导致的不稳定，改革注定是具有过渡性质和渐进性的。（盛洪，1995；1996）

三、医疗体制改革可能遇到的问题及其解决办法

1． 公众对本改革方案的误解：政治经济学分析

由于本改革方案提出取消小病（门诊）保险，大病（住院）保险的共付率提高到 70%，会有不少人认为，本方案会减少公众的福利。其实不然。由于原有的保险制度都有起付线的安排，门诊（小病）和住院（大病）一般都在 1300 元；在现有体制下，大多数人或者没有病，或者医疗费用在起付线以下，享受不到医疗保险的报销。根据我们的随机数模型，有约 82%的人享受不到门诊（小病）费用的保险支付；有 89%的人享受不到住院（大病）费用的保险支付。

按照我们的改革方案，住院（大病）费用取消了起付线，所以所有投保且得大病的人都会获得保险支付。表面看来保险机构的赔付比例从平均约 70%降到 30%，但因取消了起付线，从第一元就开始赔付，显然对现有绝大多数人是有好处的。并且如果在保险支付后的自付部分超出当年个人收入的 40%，则可由国家大病重病保障基金支付。根据第六章第 8 节的分析，主要是由于改革带来了医疗费用大幅度下降了 46.7%，尽管保险支付的绝对金额下降了，个人支付的绝对金额也只相当于改革前的 86.2%。更何况，平均而言，保险支付的部分本来就是消费者预付的。

如果我们考虑成本，改革方案就显得更为优越。在现有的保险制度中，人们要扣除工资额的 9.5%（单位 7.5%，个人 2%；相当于人均 GDP 的 3.1%)，来换取他们本来也达不到起付线而无法报销的保险支付。而在改革方案下，人们只需交纳工资额的 3%，相当于人均 GDP 的 1%用于购买住院（大病）保险，也能达到按以前的保险制度几乎一样的结果。

且如果本改革方案实施，又会带来实际医疗费用的显著下降，所以即使仍按原有保险制度报销，根据我们的蒙特卡洛方法的估计，改革以后，有 93%的人的门诊（小病）医疗费用达不到 1300 元的小病报销起付线；有 90%的人达不到 1300 元的大病报销起付线。因而绝大多数人不会因这一改革而受损。

更何况改革方案使全体大病患者都成为了受益者，而现有体制只给医疗费用超过起付线的人报销。

这一改革最为受益的人是中低收入群体。我们的模型显示，国家大病重病救助基金提供救助的人，平均约 96%是当年收入在 30000 元以下的人。

当然，作为过渡，可以考虑建立小病医疗和大病医疗的商业保险公司，他们可以给出多种保险产品，让消费者选择；如可以继续给出起付线 1300 元，然后赔付 50%的大病保险品种，也可以给出没有起付线，一律赔付 30%的大病保险品种；也可以继续给出起付线为 1300 元的门诊（小病）保险品种，消费者可以买，也可以不买；当然价格不同，让消费者自己选择。如此，可以通过市场选择形成更有效的保险安排。

2．原有政府管制部门的反对

那些参与了现行医疗体制设计及运行的行政部门，如财政部、发改委、人社部及卫生部等，承当社会保险管理者的民政部、人社部及卫计委等，可能会因不愿意承认设立这一体制的错误，以及在进入管制和价格管制时能够获得寻租的好处，或直接享受着垄断的利益，因而可能会很强烈的反对改革。

以药品改革为例，公立医疗机构药品供应体系具有行政垄断地位，2009 年以来的药品改革，采用行政化的省级药品集中采购方式，医院失去了药品自主采购权和议价权，药品改革走回头路；又如在医疗保险领域，政府居于垄断地位，商业保险难以进入，仅能在居民大病医疗保险领域有部分准入权。

对于这些可能的反对，首先还是要强调行政部门应该首先是服务于公众和社会的机构，不应该以自己的利益为转移；其次还是要将这部分行政资源用于医疗体制的改革上。这包括对国家大病重病救助基金的设立，推动大病保险的商业保险公司的设立，建立商业保险公司公正的竞争规则和市场环境，以及推动全民健康的其它工作上。

3．原有社会医疗保障机构的反对

目前我国主要的三大医疗保障体系的管理主体分散，其中城镇职工基本医疗保险与城镇职工居民医疗保险的管理部门是人力资源和社会保障部，新型农村合作保险的管理部门是卫生和计划委员会。

由于人社部和卫计委两部门垄断了社会保险的供给，而社会保险又占到了医疗保险市场大部分的市场份额，他们不会愿意放弃这一部分的管理权力。

在行政部门之下，还有全国社会保障基金理事会负责管理和运营包括医疗保险在内的社会保障基金。这一机构享受了垄断社会保障基金的好处，如利用明显低利率的资金进行投资等，因而也可能会对这个改革方案有所抵触。

然而，同样，这些机构首先要服从社会和公众的大局，同时改革还会给它们带来新的机会，如创立商业保险公司，管理和运营国家大病重病救助基金等。所以也不是改革的真正阻力。

4．利益集团的抵抗

除政府管制部门及社会医疗保障机构外，受惠于政府管制，公立医院在医疗市场中形成了事实上的行政性垄断，并享受着垄断所带来的好处，如，一是药品零售终端由医疗机构所垄断，药品费用仍然占医疗总费用的一半左右，是医院收入的重要来源；二是医保定点单位中公立医院占大多数。一旦打破垄断，进入市场，其将面临巨大的竞争压力，因此会反对改革。

药品集中采购制度形成了新的地区垄断，在集中采购制度下，一个区域的公立医疗机构所需要的药品由采购部门集中指定一家或几家医药公司配送。医药公司通过给予医院增值服务费与医院形成新的利益链条，如果改革，会引起他们的反对。

由于公立医疗卫生机构采用事业单位编制，且医疗资源和科研认可均集中于公立医院，因此就职其中的医务人员享受着职称、科研及退休保障等间接由公立医院垄断市场所带来的福利，如果放开医疗服务市场，该部分人员也将同时面临更多人员对这部分资源的竞争与争夺，可能会有所抵触。

5．在新均衡出现之前的短期变动

由于当前的医疗体制是以政府为主导的，市场无法发挥其配置资源的作用。因此，在该体制下，医疗服务市场、药品市场、医疗服务人员市场都处于一个非竞争性的均衡状态中。一旦进行改革引入竞争，原有的均衡将会被打破，经过一段时间的波动，会并逐渐趋向新的均衡。

首先，在医疗服务市场放开后，医生的劳动价值会在竞争中得以体现，不同技术水平的医生服务费将有所差异，若选择高水平的医生，医生服务费用将高于目前；但同时可以化解“以药养医”的问题，医生诱导患者过度治疗的策略性行为就可以减少，这又会减少医疗费用的支出。其次，由于当前的保险制度对大病的覆盖面小，虽然大病发生概率小，但一经发生，对于很多家庭来说都是灾难性的支出；在改革保险制度后，个人在小病上的将全部自付医疗费用，而在大病上的自付费用会从 50%上升为 70%，因此，从短期看，将会对医疗和药品市场的价格产生影响。再次，在取消药品集中采购制度，放开药品流通市场后，由于竞争，药品的价会先有所下降后上升，并形成一个合理的价格。由于增加和减少医疗费用因素的同时存在，在短期内，总体医疗费用可能会上下波动。

由于人们更注重当下利益，所以医药价格的短期波动可能影响民众心理，产生让政府干预的倾向来。但如果政府行政部门能坚守自律，保持等待和观察，经过一段时间各利益群体的互动，会最终形成相对稳定的市场状态。

6．医疗费用的短期上涨

由于当前的保险制度和医疗体制扭曲了患者的真实需求和医疗服务及药品的真实价格，而且由于压低了医生医疗服务的价格，未能形成患者病情按轻重缓急进行的分流，从而始终未能解决“看病难”和“看病贵”并存的问题。

由于当前不存在医生服务市场来确定医生服务的价格，当前医生服务的价格被普遍压低，在实行医生多点职业和自由执业后会出现医术优秀的医生的服务价格的上升，以及医院在竞争中为获得患者而引进先进仪器设备等问题，医疗费用在短期内会出现上涨。

而在医疗体制改革的过程中，为了避免出现保险所引起的道德风险问题，即参保者过度医疗的问题，需增加个体的共付率，即小病自付和大病部分自付，虽然自付部分可以是自掏腰包或是通过保险账户，但在短期内会让消费者感觉到医疗费用的上升。

但从长期来看，由于形成了竞争比较充分的市场体系，会形成一个合理的医疗服务价格和药品价格。同时，由于患者会减少由保险制度带来的保险需求，形成合理的就医需求，会出现患者的分流，因此，从长远看，医药价格会是一个趋向稳定并小幅下降；但由于医药价格下降和看病交易费用的降低，真实医疗需求会上涨；从而从总体看，医疗部费用会有一个小幅上涨。

四、改革的突破口

1．取消社会医疗保险的强制性，推动商业保险的发展，让个人与企业自由选择保险形式

由于缺乏市场定价机制，强制性的社会医疗保险不能制定出合理的保险价格，从而不能有效地配置资源，甚至利用强制性高估成本，所以应该开放医疗保险市场，取消强制参保，鼓励商业保险进入医疗保险领域，由此营造一个竞争性的的医疗保险市场。

此外，应让个人和企业自有选择医疗保险的形式，包括各种商业保险、机构自治保险或没有保险。

2．促进互联网医疗的发展

传统医疗模式存在优质医疗资源过于集中、医疗成本过高、医患关系等弊端，而互联网的移动医疗咨询和诊断，则因大大降低了看病的交易费用，而在很大程度上克服了医疗资源空间配置不当的问题，实际上直到了医疗资源重置的作用。首先是病前的健康管理，互联网医疗能够帮助病人进行科学、有效的疾病预防，实现治未病；第二，病人就医方式上，互联网通过在线问诊和远程医疗实现优质医疗资源的跨时空配置，帮助病人免去不必要的到院就医；第三，互联网能够帮助优化患者院内就医流程；其后，在购药环节上，互联网医药电商的兴起有望带给患者更方便快捷、便宜的购药体验；最后，在整个医患生态上，互联网医疗

能够优化医患对接机制，促进医患沟通，使医生价值最大化，服务最优化（中国互联网医疗发展报告 2015）。

我国目前医疗资源在地区间配置得极不合理，但在中短期内无法迅速加以改变；导致异地求医的情况非常普遍，造成资源的浪费。即使通过改革制度而改善医疗资源在地区间的配置，也仍由于地区间条件不同，仍会存在异地求医的需要，因而社会要鼓励医院、医生通过互联网进行跨院、跨地区的诊断与治疗合作，以使医疗资源能够更均等地为各地区民众服务。

这一作法会收到较为立竿见影的效果，使民众的“看病难”得到部分缓解；同时也增加了医疗市场中的竞争，甚至是跨地域的竞争，使医疗服务更有效率。

3．放开医疗服务价格

首先，由于医疗服务价格始终处在政府的高度控制之下，大多数医疗服务的价格一直由政府来制定，并没有形成真正意义的医疗服务市场。近年来，政府管制逐渐放松，2014 年 4 月，国家发展改革委、卫生计生委、人力资源社会保障部联合发出《关于非公立医疗机构医疗服务价格实行市场调节价有关问题的通知》，规定非公立医疗机构提供的所有医疗服务价格实行市场调节。

其次，医疗服务的直接供给者是医生，而医生的服务价格在当前没有通过市场来体现。允许医生多点执业，一方面，使得医疗改革具备财务上的可持续性，另一方面，医生获得合法的收入，理顺了价格机制，所谓的“以药养医”，也就容易破冰了。因此，医疗服务价格放开可以作为医疗改革的突破口。

五、改革的先后顺序

如前所述，改革会影响利益的重新分配，若触动的利益群体愈多，引起反对改革的力量就愈大，改革成本也就越高，改革的成功性也就越低。前文也分析了改革过程中可能遇到的问题及反对的力量，为了顺利地推动改革，应逐步推动医疗体制各个环节的变革，最终实现市场化的改革方向。

1．医疗保险改革

由于政府管制，现行医疗体制扭曲了真实的医疗服务价格和药品价格，而在现行的社会保险制度下，即没有体现保险的真实价格和保险的真实需求，同时还掩盖了参保者的真实的就医需求。

第一步：取消社会保险的起付线，取消职工、城镇居民和农村居民强制参加基本医疗保险，允许多家商业保险机构进入大病保险领域。改变社保和商业保险的合约方式，以提高共付率的方式约束价格。使市场机制发挥更大的作用，提高医疗资源的配置效率。

第二步：允许商业保险机构进入社保领域，鼓励保险机构之间的竞争，形成保险的真实价格，让个人和企业自主选择不同的保险形式，并进而实现不同保险需求的人的分流。

第三步：转变现有三大社保管理部门的职能，一部分保留所覆盖领域内最弱势的群体，一部分可以转变为商业保险机构[11]。随着改革的进展，最终的社保管理部门的覆盖群体只针对特殊的弱势人群，穷人和重病人。此外，鼓励民间的医疗保健慈善事业发展，为人们，尤其是穷人提供医疗求助或相应的资金。

终极目标：实现个人自由选择，自由选择的范围不仅在购买社会医疗保险与商业保险方面，还在于拥有参加以及不参加医疗保险的权利。同时，政府要对医疗费用负担最重的人群进行救助。

2．医务人员资质审查与营业许可的改革

第一步：允许医生多点执业。允许医生在互联网及客户端向患者提供诊疗服务，允许医生通过合约确定自己与医院的权利义务关系，促进医生的合理流动。

第二步：鼓励建立多家医疗技术职业协会，由其对医疗技术人员给予资格评价和认证，并逐渐形成医疗服务业的规则。

第三步：将民营医院纳入现有的卫生资源分配和学术认可体制中，使医生可以自由选择执业单位。鼓励有资质的医务人员依法开办私人诊所，并由医疗技术协会和医疗行业协会共同对医务人员是否有资质开办私人诊所进行评价和认证。

3．放开医疗服务价格

在保险制度改革及医生自由执业的前提下，医院的竞争性体现在医疗服务的差别上。

第一步：取消政府对医院设立的管制，鼓励建立医疗行业协会，由行业协会对医院的建立给予评价和资格认证，通过行业协会形成的行业自律规则对医院的行为加以约束。建立医药服务专属消费者协会，患者可以针对医院或医生的不当治疗行为向该协会投诉，由此，建立对医院和医生的双向监督体制。

第二步：在公立医院和民营医院平等进入的前提下，取消政府对一般医疗服务价格的管制，在消费者就医过程中形成对不同医院和不同医生的相对价格体系。

4．鼓励公立医院转型和民营医院发展

鉴于公立医院存在着各种弊端，即由行政部门直接确定资源配置的地点、范围和规模，以及由等级制造成的资源在地区间配置的不公平，可考虑将公立医院转型为民间非营利医院，即吸引民间资源的投入，但并不以营利为目的。这样一方面可以避免公立医院的弊端，也可以获得非营利机构的好处，即不过度追求利润，以致把治病救人放到了第二位。

[11] 逆向选择发挥作用，这个过程是平滑的，而不是断裂的，会带来一个平衡。

鼓励民营医院的发展，取消各种对民营医院的歧视性制度和政策，使民营医院能够在公平竞争的环境成长起来，成为我国医院机构的主干。

5．取消药品流通领域的管制

第一步：在改革保险制度，即增大个人自付比重，小病自付，大病部分自付的前提下，及取消医疗服务价格的基础上，开放医院的处方药销售权，允许药店及药房售卖处方药。

第二步：取消集中招标采购制度，开放药品零售终端市场，允许医院和药店间的相互竞争，从而形成药品的合理价格；取消对药品流通企业的进入管制，同时建立多家行业协会，形成行业规则，并以此约束竞争行为。对于中药，则通过建立行业协会，建立中药材的标准以规范商家的行为。

六、改革的时序

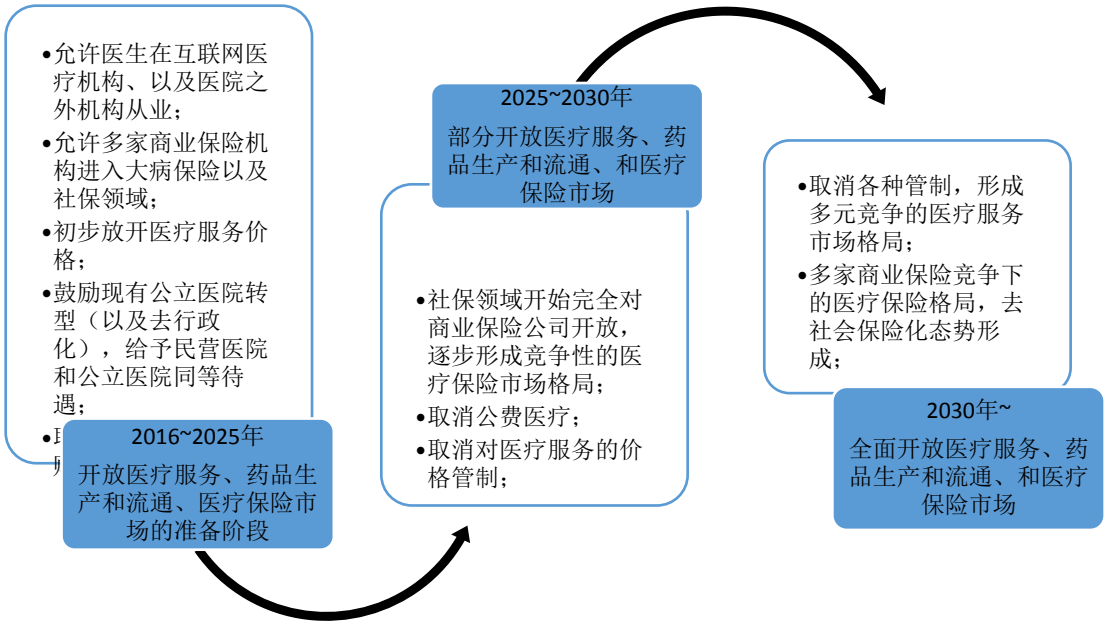
我国的医疗体制改革的宗旨是实现用市场的手段来配置医疗服务、药品生产和流通、以及医疗保险，最终形成竞争性的医疗服务市场、药品市场以及医疗保险市场。可以大致分为：基础准备、部分开放以及全面开放三个阶段。

第一阶段 2016~2025 年，开放医疗服务、药品生产和流通、医疗保险市场的准备阶段。具体包括：允许医生在互联网医疗机构、以及医院之外机构从业；取消居民强制参加基本医疗保险；允许多家商业保险机构进入大病保险以及社保领域；取消社会保险的起付线，提高共付率，改变社保和商业保险的合约方式，约束价格，使所有人都受益；初步放开医疗服务价格；鼓励现有公立医院转型（以及去行政化），给予民营医院和公立医院同等待遇；取消药品集中招标采购制度。

第二阶段，2025~2030 年，部分开放医疗服务、药品生产和流通、和医疗保险市场。具体包括：社保领域开始完全对商业保险公司开放，逐步形成竞争性的医疗保险市场格局；取消公费医疗；取消对医疗服务的价格管制；取消药品价格管制。

第三阶段，2030 年以后，全面开放医疗服务、药品生产和流通、和医疗保险市场。取消了各种管制，形成多元竞争的医疗服务市场格局；以及形成了多家商业保险竞争下的医疗保险格局。

图 7.1 医疗体制改革时序图



分报告之一　医疗卫生体制的国际比较

一、各国医疗体制的简述（四种医疗保障体制）

就医疗卫生保障体制而言，世界上 200 多个国家各有自己的制度安排。各种制度安排主要需要满足人们的以下需求：健康，疾病治疗，和保护家庭免受医疗服务费所带来的资金压力。但在研究各种不同的医疗卫生体制时，可以看到，虽然各国国情不同，经济发展水平不一，文化、政体等各有差异，但主流的医疗健康体制模式却可归类到四种模式，分别是贝尔佛里奇模式，俾斯麦模式，国家健康保险模式和自付模式。各国在实践中虽有独具特色的调整，但大的分类还是与上述四种模式的基本特征一致的。

以下为这四种模式的基本特点：

贝弗里奇模式，得名于英国著名国家健康体系的缔造者和社会改革家威廉·贝弗里奇。这种模式的最根本特点是，通过政府税收为公民提供基本的医疗服务保障，医疗服务被视为类似于警察和公立图书馆一样的公共物品。大部分医院（不是全部）和诊所由政府所有，医生多为政府雇员（公务员），但也存在向政府收费提供医疗服务的私人医生群体。采取这种模式的国家主要有英国和英联邦国家及前英国殖民地，如香港，西班牙，大部分的斯堪的纳维亚国家以及新西兰等。采取这种模式的国家往往会有较低的人均医疗支出，原因在与政府作为医疗服务的单一付费方，能够对医生所能提供的服务和所收取的费用加以控制。这种模式的一个极端体现是古巴，古巴的实践也可以视为全面政府控制的医疗保障体制的纯粹案例。

俾斯麦模式，得名于普鲁士“铁血宰相”奥托·冯·俾斯麦。俾斯麦在 19 世纪发明了福利国家体制，这一体制也是德国当时得以统一的一个原因。俾斯麦模式主要采取的是保险体制，承包人是一个个所谓的“疾病基金”（sickness fund），这些疾病基金由雇主和雇员共同付费。不同于美国的医疗保险体制，俾斯麦模式中的各种医疗保险计划必须覆盖所有人，而这些疾病基金不得营利。在实行俾斯麦模式的国家中，医生和医院往往是私人所有的。如在德国、法国、比利时、日本等国，以保险为主，承包方为各类“疾病基金”，医生和医院多为私营，医疗费用通常由雇佣者和雇员工资扣除共同负担保险费用。俾斯麦模式起源于德国，现在主要在德国、法国、比利时、荷兰、日本、瑞士和部分拉美国家实行。

国家健康保险模式（National Health Insurance Model）融合了俾斯麦模式和贝弗里奇模式。这种模式采用私营部门的医疗服务提供者，但医疗支出则由政府运营的保险项目提供，而全民都需要参与到这种保险项目中来。由于无需进行营销，保险机构也没有拒保和营利的动机，这类普遍医疗保险项目往往比美国式的营利性商业保险价格低廉，而且就管理而言也更简单。这种模式中的单一支付方（政府管理的保险）往往有更强的议价能力。以加拿大为例，由于政府保险的强大议价能力，导致药店中出售的很多药品价格比美国还要便宜，使得很多美国人扩越国境来到加拿大买药。国家健康保险模式也能够通过限制其支付的医疗服务或者通过控制病患的等候时间等来控制医疗支出。典型的国家健康保险模式主要在加拿大实行，其它一些新兴工业化国家和地区也有所采纳，如台湾和韩国等。

自付模式主要存在于经济欠发达的国家和地区。总的来看，全世界只有将近 40%的国家和地区建立了医疗保障体制。世界上大部分的国家和地区由于发展程度较低、经济欠发达，或政局混乱等无力建立医保体制。这也就造成了在这样的国家里，有钱人能够自行负担医疗服务的花销，而穷人则往往无力承担医疗诊治的费用。在非洲地区、印度、中国和南美洲，医疗服务花销仍是一个巨大的经济负担。正如 GBS/CIDP 国际基金会的一份报告中所讲的“对美国人而言，这四种模式都比较容易理解… …当你是老兵时，你将得到英国或者古巴那样的医疗服务；对于 65 岁以上的美国 Medicare 成员，你能享受到加拿大那样的医疗服务；对于有医疗保险福利的公司雇员而言，你能享受到德国那样的医疗服务；而对于美国 15%的没有医疗保险的人群而言，美国就成了柬埔寨、布基纳法索或者印度农村那样的地方，这种情况下，你要么自己掏腰包付给医生医药费，要么病到一定程度进入公立医院的急症病房中去。”（Ed Gdul，2010）美国的医疗保障模式自成一体，因为有众多的各个模式的因素杂糅其中。

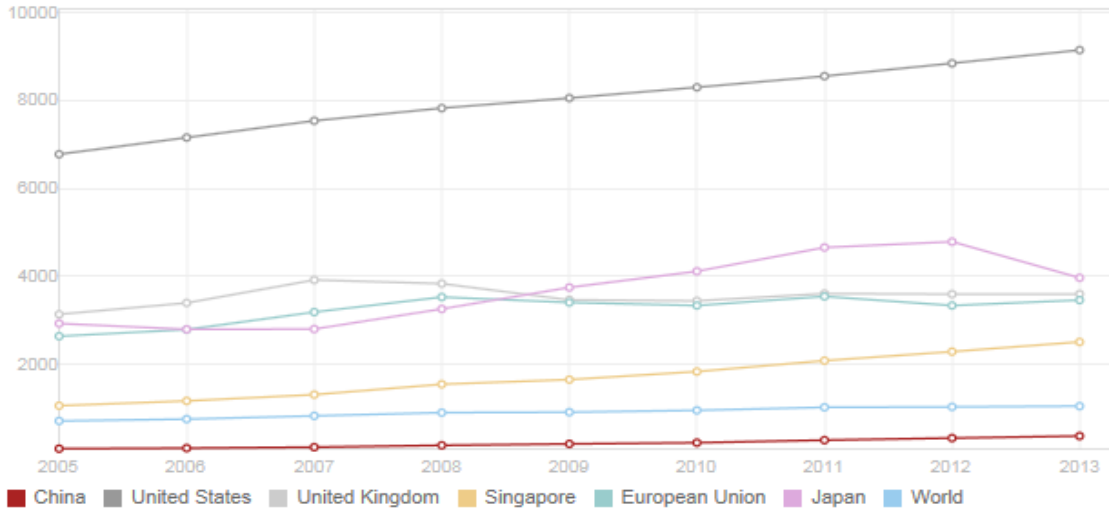
二、美国

1. 医疗服务

首先，美国的医疗服务在技术上来讲是世界上最先进的。自从 1966 年，美国在医学领域获得的诺贝尔奖项比世界其他国家的总和还多，美国还拥有世界上最先进的医疗设备和医院，也是最难治愈的疾病的药物研发中心（Wikipedia）。

其次，美国医疗服务的重要特征是高昂的医疗成本。2013 年美国医疗支出占 GDP 的比重为 17.1%，是世界第一位。而与此同时，美国的死亡率在 50 个发达国家中却是倒数的。美国医疗支出不仅占比高，其增长速度也是较快的。国会预算办公室 （Congressional Budget Office）预计医疗方面的花销会从现在占 GDP 的 17%，上涨到 2035 年占 GDP 的 30%。

图 1-1　世界及各国主要国家人均医疗支出



资料来源：世行统计数据库 http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries

美国医疗市场的主要三方参与者：病人，医护人员，和医疗保险（私营的保险公司或国家保险）。

美国的大部分医生是独立于医院的，医生可以自行或者联合起来开办诊所，也可以选择在多家医院同时兼职。但是参加了管理式医疗的医生，尤其是参加了较为传统的健康维护组织的医生要受到保险公司的某些限制，即这些医生要在保险公司承保的医疗机构内工作，而且要接受保险公司提出的医疗收入条款。

美国的医疗机构大体上只是医生的联合体，或者联合办公的地点。美国几十年来的私营非营利医院占到医院总数的约 60%。其余的医院是私人营利医院和市、县政府的公立医院。没有联邦层次的公立医院。

美国医生的收入水平很高，根据 Mescape 的数据调查，2013 年美国的全科与专科医生的平均年收入约为 20 万美金（Physicians Weekly,2013），是美国人收入中位数的 4 到 5 倍。这一方面是由于美国医学会有比较强大的政治博弈能力，使得医生的收入有保障；另一方面是由于美国医生的培养成本非常高，一个医学专业的学生从专业学习到医院实习，再到成为一名专科医师平均需要 12 到 15 年的时间，很多医学生在就业前即已经负债累累了。

美国医生的诊疗费用也并不是不受约束的，美国医学会为所有可能的治疗、诊断、手术过程设置了一套 5 位数编码，称为“当前诊治专用码”（Current Procedural Terminology, 简称 CPT)。每个 CPT 代码有一个加权值，叫“相对价值单位”（Relative Value Unit or RVU)。这个值越大，说明医生提供这项医疗服务消耗的时间，人力和其他成本越大。联邦医保中心按照每年的财政预算算出一个费率常数，叫“变换常数”（Conversion Factor)，与每一个 CPT 代码的“相对价值单位”（RVU）相乘，其积就是每个 CPT 代码所代表的诊疗手术的费率。因此，所有医生可以提供的诊疗手术服务的联邦医保价格全部有据可查，基本全国统一，医疗保险机构对医生的支付也要参照美国医学会的定价原则。（刘北辰，2008）

美国的社会性医保，即医疗照顾计划（Medicare）和医疗救助计划（Medicaid）是医疗消费的一个重要支出方，联邦政府是医疗服务的重要买方。因此，联邦政府的市场行为会影响医疗市场的价格，而联邦政府是参照美国医学会的定价进行医疗支出，因此，医疗保险机构也需要参照美国医学会的定价。

2. 药品生产

美国的药品市场是较为自由的市场，药品价格由药厂根据市场需求自行定价。这意味着对于一般性的药品生产企业来说，药品生产是竞争充分的。

美国药品价格高来源于新药价格非常之高。以美国 2015 年的丙肝新药 Sovaldi 为例，需要每日服用 1 粒，一粒则标价 1 千美元，按一个疗程 12 周计算，总共需要花费 8 万多美元，美国有 3 百多万肝病患者，如果每个人都吃该药治疗，其总开支相当于美国 2014 年总的药物开支——2700 亿美元。（《财经》，2015）。

新药的价格高则是由新药的垄断地位决定的，而新药之所以能够取得垄断地位则又取决于方方面面的原因。

首先，是市场结构和竞争的原因。总体来看美国制药企业公司数量多，市场集中度比较低，但是如果对药品进行细分之后，市场集中度就会显示出垄断的特征。比如 2008 年四家最大制药公司的抗高压药市场份额占有率为 91%。（国信证券，2010）

近二十年来，美国制药行业的并购和横向一体化也加剧了新药市场的垄断性。其中 2000 年葛兰素威廉公司与史克公司合并成为当时世界上最大的制药公司。合并之后的制药企业可以提高价格而增加利润，合并之后的企业在研发过程中的范围经济和规模经济也使得大公司反而可能更有竞争力。

其次是严格的专利保护制度。新药研发行业是高风险高投资的行业，因此新药的专利期一般长达 20 年。新药开发需要投入巨大成本，在进入销售之前还需要长期的临床试验及管理机构的严格审批。根据 2014 年全球研发投入企业的排名来看，排名前 20 的企业研发一种新药的平均投入超过 10 亿美元。（GEN Magazine，2013）

最后是美国食品药品管理局对新药批准的严格管制。根据美国食品药品管理局的药品审批程序规定，一个新药从临床到上市的最短时间在 6 年左右。而该管理局对新药的认定条件也极为苛刻，需要在分子结构层面具有创新的药品才可以称之为新药。（FDA）

3. 医疗保障

美国的社会性医疗保障主要是通过医疗照顾计划（Medicare）和医疗救助计划（Medicaid）来实施的。而商业性社会保障则是由私人保险公司来提供。

（1）医疗照顾计划（Medicare）

美国医疗照顾计划是美国联邦政府由 1965 年的社会保障法建立的，主要为 65 岁以上老人、残障及晚期肾病患者的人群提供医疗保险。该保险的支付分为 A、B、C、D 四个部分，A 主要为住院费，这部分是 65 岁以上老人免费参加的。其余三种需要按月付费购买保险，B 主要为门诊为基础的医师服务费和其他住院外费用，C 是 A 和 B 的打包，D 为处方药物。B 部分的月付额是 104.9 美金。（张颖超，2014）

到 2011 年，medicare 覆盖了 480 万美国人，其中 400 万是 65 岁以上的老人。覆盖人群当中的医疗支出当中，约有一半（2011 年为 48%）的支出是通过 medicare 支付的。目前 medicare 正在为约 150 万的住院老人支付医疗费用，占美国所有住院费用的 47%。全国性的报销规定由医疗保险与医疗补助服务中心（The Centers for Medicare and Medicaid Services，简称 CMS）规定。（张颖超，2014）

其中，按照 2015 年的规定，A 部分覆盖 150 天以内的住院费用，起付线为 1260 美金，其中超过部分，前 60 天由 medicare 完全覆盖，61 天至 90 天需要自己每天支付 315 美金，91 至 150 天需要每天支付 630 美金，超过 150 天的全自付。B 部分 2016 年的起付线为 166 美金，超过起付线的 medicare 支付 80%。（https://www.medicare.gov/part-a/index.html，https://www.medicare.gov/part-b/index.html）

分别选择 A 和 B 部分的人群一般是选择了“按服务付费”的传统支出模式，这两部分一般是由政府作为支付方向医院支付。

选择 C 部分的人一般加入的是管理式医疗。管理式医疗救助的主要特点是将费用支付方和服务提供方合一，从而实现在某种程度上的成本控制。每个管理式组织负责收集管理保费，掌管自己的医疗资源和医疗系统，如签约的医生和医院。管理式医疗的主要形式是健康维护组织（HMOs），目前约有三分之一的 medicare 受益人购买的是 C 部分。（荣霞，2014）因为这部分是住院和产后费用打包购买，因此可以利用总额预付的方式来提供支付。HMO 一般是由私人保险公司运营的，目前约有 30 余家私人保险公司参加了 medicare 的管理式医疗。HMO 根据自己的病患数目拿到 medicare 保险金，结余的部分便是本保险公司的利润。C 部分与 A、B 部分不同的是，后者可以随意选择医院和医生，前者只能选择该保险公司的合约医院和医生。

D 部分主要是由私人保险公司提供的，每个公司的承包范围和条款也并不相同，政府只是对特定的常用药物提供补贴。（https://www.medicare.gov/part-d/index.html）

在融资方面，A 部分的主要资金来源是工资税，雇主和个人各付总工资的 1.45%，这部分对工资的设定没有上限，即无论工资多高都需要缴纳该工资税。B 和 D 两部分主要来源于保费缴纳和一般公共支出。其中后者一般占 75%左右。到 2011 年，medicare 的支出占到了联邦支出的 15%， 到 2020 年将超过 17%。（https://www.medicare.gov）

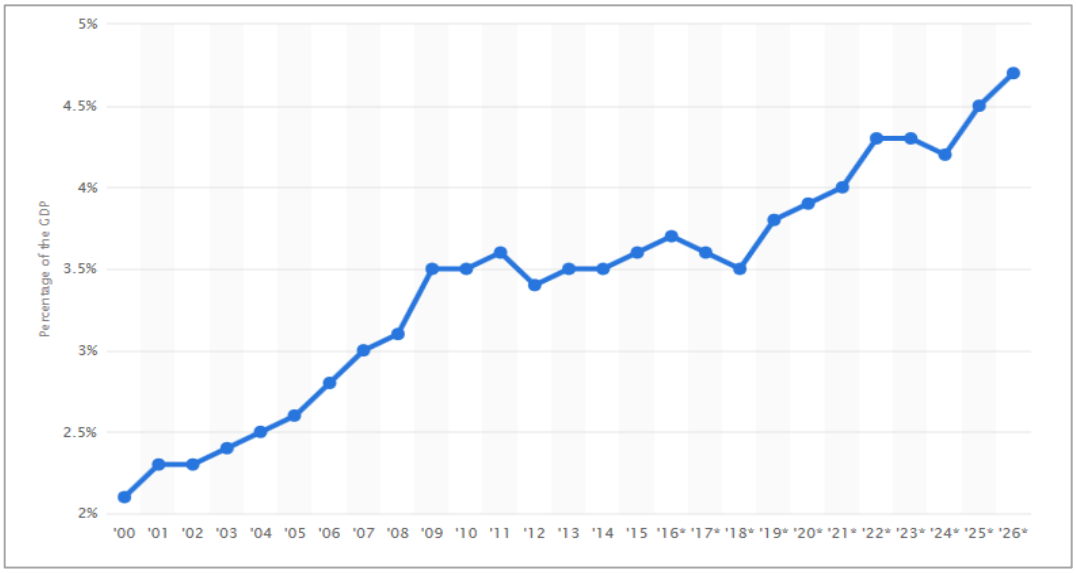
在管理机构上，医疗保险与医疗补助服务中心（CMS）是 medicare 和 medicaid 的管理机构。相对价值更新委员会 RUC（Specialty Society Relative Value Scale Update Committee or relative value update committee）负责制定（告知政府）medicare 的支付标准和程序。该委员会由 31 位职业内科医生（美国医学会会员）组成。

具体地，对于 A 部分的支出，medicare 采用的是预付制，即政府保险机构预付给医疗机构。预付的金额多少是根据 diagnosis-related groups (DRG)及去年该医院实际发生的医疗支出为依据。diagnosis-related groups (DRG)详细列出了每病种住院所需要的费用标准。B 部分主要牵涉到医生的收入，而医生收取的费用在 medicare 系统下主要是受 RUC 和各州的收入水平影响的，医生的每项服务都会从中取得一定的分成（Conversion Factor）。在 80 至 90 年代，美国的医生服务支出上涨迅速，为了控制医生收入的过度上涨，1998 年国会出台了“持续增长条例”（SGR），如果医院的总收入增长过快，则会在当年降低医生的分成比例。而实际当中，自从 2002 年起，医院的总收入都超过了预定的额度，2002 年当年医生的分成便降低了 4.8%。但这一规定也遭到了质疑，认为它限制了医生的合理收入增长。在奥巴马的新医改中，希望改革 SGR 体系并进一步削减医生的收入，这一点遭到了美国医学会的反对。（荣霞，2014）

值得注意的是，医生本身也可以选择接受或者不接受 medicare 对医生收费的规定标准，他可以自己定价，或者不接受来自于 medicare 的病人，但他一般不能超过 medicare 规定的收费标准并需要提前告知患者。87.4%的医生接受了 medicare 提供的条款。

Medicare 计划本身有着尖锐的问题，第一是快速的上涨成本。美国国会预算办公室认为 medicare 的支出将会给美国的财政支出带来非常大的压力，按趋势将很快占到联邦支出的 20%。

图 1-2　Medicare 支出占美国 GDP 比例



资料来源：美国国会预算办公室 https://www.cbo.gov/publication/51580

第二是无法克服保险欺诈。政府审计办公室将 medicare 列为政府的“高风险”政府项目，少于 5%的上报报销是通过审计的。这是一方面是由于筹资主要来自于工资税，政府没有私人公司的动机去考察每一笔支付。另一方面是由于医生和病人在获得保险收入上利益一致，很容易形成骗保行为。

第三是无法与药厂进行整体议价。CMS 规定 medicare 不能以集体的名义同药厂进行议价，其理由是为了避免制药厂在科研方面减少投入。如果保险市场是竞争性的，那么具有垄断性的药厂，尤其是掌握了新药专利的药厂可以直接制定垄断价格。而如果保险市场也是垄断性的，那么药厂和保险公司则具有了合谋的基础。

（2）医疗救助计划（Medicaid）

从本质上来讲，medicaid 是联邦政府对州政府的补贴与转移支付。而州政府需要承担对低收入群体的救助。 主要服务对象是低收入的父母、老人、儿童及残障人士。该项目由美国联邦政府和各州政府共同资助，联邦政府提供一部分项目经费，具体运作由各州负责管理，CMS 中心对各州该项目的执行进行监督。

从构成上看，Medicaid 覆盖的人群主要包括低收入家庭的儿童、老年人、残疾人和孕妇。近年来，儿童几乎占到 Medicaid 注册人数的一半以上，美国 1/4 的儿童被 Medicaid 覆盖，但儿童也是 Medicaid 中花费最少的群体；老年人和残疾人在 Medicaid 注册人数较少，仅占 1/4 左右，但由于他们是长期护理的主要需求者，其费用占整个 Medicaid 支出的约 60%。（张焘、马翠花，2011）

Medicaid 提供的医疗服务项目很多，包括必备和可选两种形式。联邦政府要求各州必须提供的服务主要包括：住院服务、门诊、急救室服务、其他化验室服务和 X 光、21 岁以下少年儿童的早期和定期检查诊断和治疗服务、内科医生服务、牙科医生服务、居家护理服务等。此外各州或多或少都会额外提供一些可选医疗服务项目，主要包括处方药品、职业病和物理治疗、康复治疗、临终关怀等。

在筹资上，50 个州和 1 个直辖特区各自经济状况、人口构成差别明显，联邦与州政府如何分担医疗救助资金成为棘手问题。美国在医疗救助制度建立之初，就将费用分担公式写入法律。联邦政府会根据各州的经济实力确定不同的分担比例，对经济较落后的州，联邦政府拨付较大比例的资金；对经济较发达的州，联邦政府拨付资金相对较少。具体拨款比例计算公式为：FMAP=100－45×Si／N，（50≤P≤83）。其中，FMAP（Federal Medical Assistance Percentage，联邦政府医疗救助资金配套率）为联邦政府拨款比例，N 和 S 分别代表国家和各州的人均收入水平，如果一个州的人均收入水平等于全国平均水平，则联邦政府的配套率就是 55%；通常配套率在 50%到 83%之间。（http://www.cms.hhs.gov/medicaid）

与 medicare 类似，州政府有两种方式提供医疗救助：采取传统的按服务项目付费或者从管理式医疗救助组织那里购买服务。在 Medicaid 实施之初，各州普遍采取按项目付费。从 20 世纪 90 年代初开始，随着美国私人健康保险领域管理式医疗服务的兴起，管理式医疗组织也逐渐被采用并成为主流方式。Medicaid 受益人自愿加入，当州政府支付人头费后，便可享受本组织内医生和医院提供的综合服务；受益人不与医院和医生发生直接的经济联系，费用补偿由管理式医疗救助组织与本系统的医院和医生进行结算。

Medicaid 出资者具有选择权。州政府在众多符合条件的管理式医疗保健组织中公开招标，将医疗救助服务“外包”。各管理式医疗组织承诺接受联邦政府规定的服务项目和质量要求后，要展开竞争。为了防止垄断，许多州还对中标组织的数量有要求，规定要选择一个以上管理式医疗保健组织分散承担医疗救助业务。Medicaid 受益者具有选择权。管理式医疗救助的受益者享有用脚投票的权利。他们可以根据享受到的医疗救助服务的质量和态度，决定是否留在同一个管理式医疗救助组织中。充分的市场竞争使政府较好地实现了质量管理和成本控制。

政府为了控制支出费用，在供需双方都采取了控制措施。对于医疗服务供方，费用控制手段有两个：采取预付费制和控制处方药费用。针对管理式医疗组织，政府通常使用按人头预付，力求以成本效益方式增进高质量医疗服务的可及性；对于处方药，州政府与医药公司直接谈判，可以在购药时从医药公司得到一定的返还；此外还采取组织本州或跨州的联合购买等方法增加与制药公司议价的能力，降低用药成本将 Medicaid 的药价控制在合理范围内。

（3）美国的私营医疗保险

现在，约有一半的美国人参加了由雇主提供的私人医疗保险。由于医疗保险本身具有经济理论中的逆向选择问题，保险市场有可能随着逆向问题的发生而逐渐萎缩。但事实却是美国医疗保险行业非常繁荣，这和美国政府的税收及相关法律政策对保险的干预与支持有关。

首先，1954 年美国税务局(Internal Revenue Services)规定，雇主为雇员购买的医疗保险可以作为营业成本，这样就促使美国商业医疗保险迅速发展。从此美国的私人医疗保险市场开始兴起，因为该项政策正好帮助保险企业克服了逆向选择问题——集体购买使得保险公司分散了赔付风险。其次，美国在 1965 年颁布了老年医疗保险法和穷人医疗补助法，使得雇主必须为雇员购买老年医疗保险。（Nancy Dicksion，2013）

这样，企业为了提高对人员的吸引力，就往往需要将提供医疗保险作为一项激励措施。

但是，美国的私营医疗市场并不是一个完全竞争的市场。美国医学会按照联邦政府评估市场集中度的新标准调查了私人健康保险的市场份额。并在 2011 年发布了《美国各地健康保险业竞争状况的综合研究报告》，在接受调查的美国 83%的大城市市场中，健康保险公司被认定为“严重缺乏竞争”。在接受调查的一半左右的大城市市场中，至少有一家健康保险公司占有 50%或更多的商业市场份额。更有甚者，在调查到的 48 个州中的 24 个州，州内最大的两家健康保险公司所拥有的健康保险客户数量加起来就占有市场总额的 70%或更多。数据显示亚拉巴马州的健康保险市场最缺乏竞争，两家保险公司大体上控制着 95%的市场。美国医学会认为，根据美国司法部和美国联邦贸易委员会去年发布的《横向合并指南》最新修订版，这些健康保险的市场环境应被界定为“高度集中”。一种增加竞争的办法是允许保险公司跨州营业，另一种办法是国家创建公立的保险机构，与私营保险公司竞争，以降低产品价格、提高服务质量。共和党人士一般倾向前一种方案，民主党人士大多倾向后一种方案。

三、英国

英国人口总数 6410 万(2013 年)。由于历史原因，英国的英格兰、苏格兰、威尔士和北爱尔兰四个部分各有相对独立的立法和管理制度，但所实行的国家医疗服务制度的原则和基本形式是一致的。由于英格兰的人口占整个英国人口的 84%(5300 万)，英 格兰的社会经济和卫生状况及其指标具有很强的代表性。

英国的平均期望寿命高，老年人口比例高，人口密度高(231 人/平方公里)，城市人口比例高(80%)，出生率低，死亡率低，人口自然增长率低。尤其是人口老龄化问题非常突出。这也为医疗体制提出了挑战。

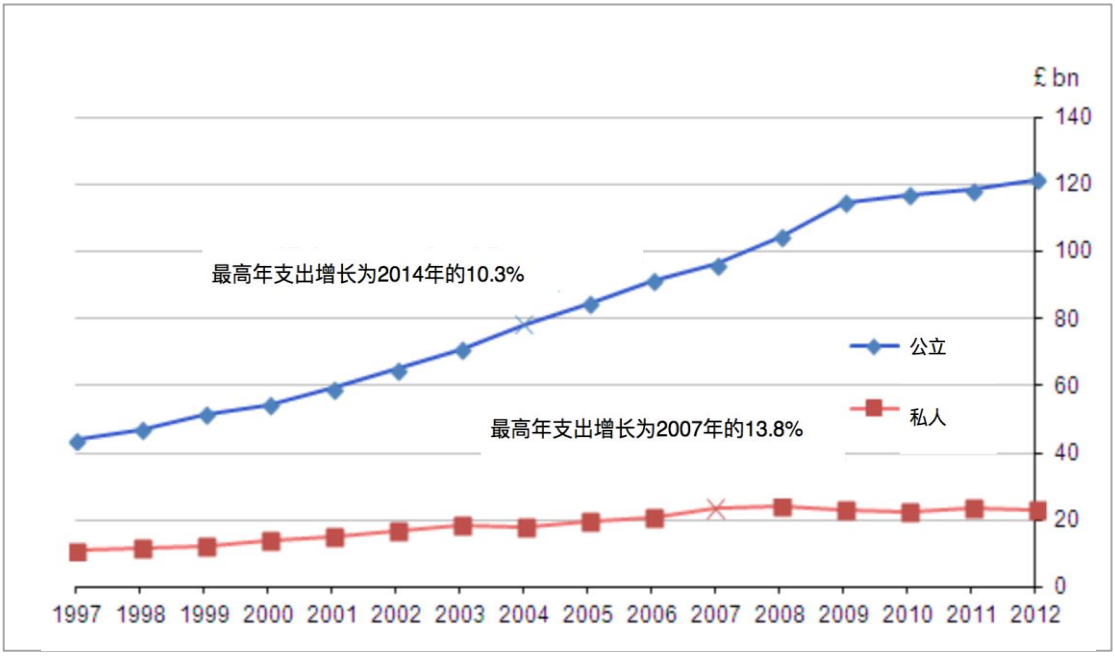
表 1-1 英国 2014 年人口结构

0-14 岁	17.3%（男性 5,660,891/女性 5,380,448）
15-24 岁	12.6%（男性 4,116,859/女性 3,945,146）
25-54 岁	41%（男性 13,299,731/女性 12,843,937）
55-64 岁	11.5%（男性 3,621,110/女性 3,702,717）
65 岁及以上	17.5%（男性 4,990,024/女性 6,182,114）

注：数据来源 CIA 世界数据，2015 年 6 月 30 日更新。

近些年来，英国的医疗卫生支出持续上涨，不可持续性表现得越来越显著。

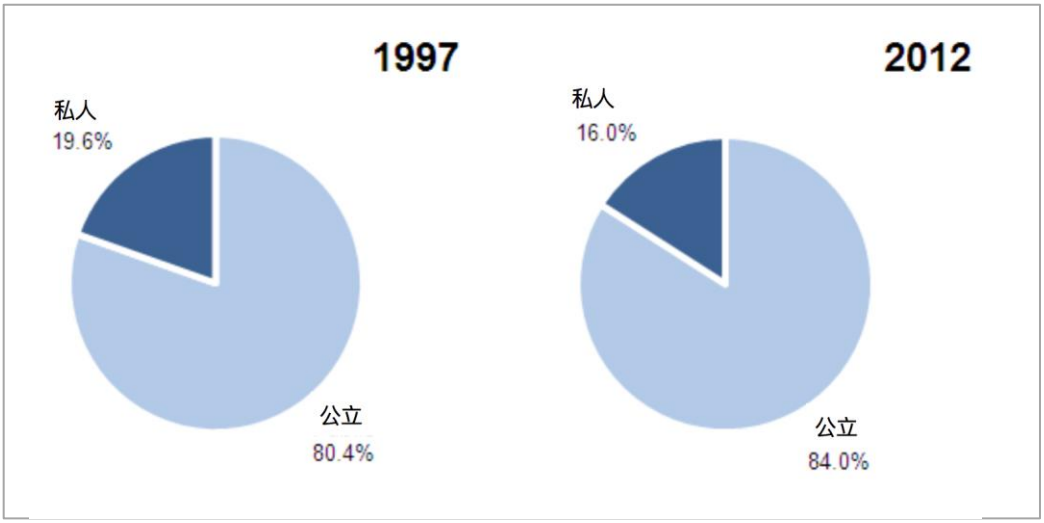
图 1-3 英国公立医疗支出和私人医疗支出变化趋势（1997-2012 年）



数据来源：根据英国国家统计局数据整理

说明：英国的公立医疗主要包括在医疗服务上的政府财政支出，也包括监狱和国防中的医疗政府支出。在医疗服务上的研究、发展和教育培训等造成的支出不包含在内。私人医疗支出是指：公民家庭花在购买医疗用品和服务上的费用 (in accordance with European System of Accounts 1995 (ESA 95) Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP) definition)，购买私人医疗保险的费用，以及花在非营利性的医疗服务机构（Not for Profit Institutions Serving Households (NPISH)）上费用，以及私营部门购买医疗服务、用品和保险的费用。公民购买的医疗用品和服务包括药品和诸如牙医及私立医院服务等。非营利性的医疗服务机构(NPISH)包括慈善机构和其它非盈利组织。

图 1-4 英国公立医疗和私人医疗支出比较



数据来源：根据英国国家统计局数据整理。

说明:OECD 报告中指的私人医疗支出通常指的只是家庭支出(household expenditure)-或者医疗会计系统（System of Health Accounts）所定义的“现付”(out-of-pocket）支出。这与私人家庭消费者花在医疗物品和服务上的支出（根据的是英国国家统计办公室 Office of National Statistics 的统计口径）有所不同：私人家庭消费者的支出包含一些保险支出，而 OECD 国家报告中的“现付”支出并不包括这些保险支出。当比较在医疗服务上的私人支出时，应对以上情况加以区分和注意。

1．历史沿革

英国国家健康体系(National Health System)建立于 1946 年，负责通过公立医疗部门为英国国民提供健康服务。在该体系建立之前，一般只有有钱人才能享受医疗服务，当然，也有一些人通过慈善或者教会医院获得医疗服务。

1911 年， 大卫·劳合·乔治[12]引进了国家保险法案（National Insurance Act），其中规定雇员只需在工资中扣除一小部分，即可享受免费的医疗服务。但需要注意的是，这一法案也仅仅是给了有工作的人以获得医疗服务的机会。

1942 年，英国经济学家威廉·贝弗里奇受命撰写了影响后世的里程碑式著作《社会保险报告书》(Report on Social Insurance)，也称为《威廉·贝佛里奇报告》。该报告提出建立“社会权利”新制度，包括失业及无生活能力之公民权、退休金、教育及健康保障等理念。贝佛里奇是自由主义者，主张市场经济，也深刻地受费边社提倡的社会主义影响。他于 1944 年发表《自由社会的全面就业》一书，主张有国家及市场导向的私人企业来联合运作，对当代社会福利政策及健保制度深具影响。

《社会保险报告书》

1941 年 5 月，卫生部部长欧内斯特·布朗宣布成立委员会以调查社会保障以及盟军服役问题，并且提供建议。贝弗里奇接受委任，经过 18 个月的调查研究，这份关于《社会保险和相关服务》问题的报告（即《贝弗里奇报告》）在 1942 年被提交给国会。它提出，处于工龄的人们应该每周缴纳国民保险金，这样人们在患病、失业、退休和丧偶的时候可以获得补助。贝弗里奇主张这种系统可以为人们的生活提供最基础的保障，并建议政府解决“五大罪”——贫穷、疾病、愚昧、肮脏和懒惰。

二战之后，英国致力于开展公立医疗体系，通过中央税收为医疗体系提供经费，进而使每一个英国国民能够享受免费的医疗服务。主要的医疗服务有三种：医院医疗服务，基础医疗服务（全科医师服务）和社区医疗服务。

第二次世界大战之后,英国把战时形成的医疗体制规范化。1946 年英国议会批准了闻名于世的“国家卫生服务法”；1948 年英国政府正式颁布、实行由政府税收统一支付的“医院专科医疗服务”和“以全科医师制度为基础的社区卫生服务”。全体国民不

[12] 劳合-乔治伯爵（David Lloyd George，1863 年 1 月 17 日－1945 年 3 月 26 日），英国自由党政治家，在 1916 年至 1922 年间领导战时内阁，在 1926 年至 1931 年间担任自由党党魁。劳合·乔治是 20 世纪的自由主义的重要人物。

论其个人支付能力多少,都能得到国家卫生服务体系提供的免费医疗服务,从而在西方首创了政府机构负责筹集卫生资金、又直接提供服务的国家健康体系(National Health Service, 简称 NHS)。从 20 世纪 70 年代开始到 80 年代,这种制度在其他发达国家,如丹麦、冰岛、意大利、葡萄牙、希腊、澳大利亚、瑞典等国相继确立。

1947 年，由于三种主要的医疗服务形式带来越来越多的问题，政府进而对其进行了较大的调整和重组。在撒切尔夫人执政期间，国家健康体系进行了管理体制的重要改革：1990 年，《国家健康体系和社区医疗服务法案》（National Health Service and Community Care Act）得以通过，这一法案带来了诸多独立的信托（trust），进而通过这些信托机构对医院的医疗服务加以管理。

托尼·布莱尔首相执政期间，国家健康体系进一步经历改革，包括成立国家健康体系指导委员会（NHS Direct），旨在改善医疗服务水平，降低成本和缩短候诊时间等。（Nuffieldtrust，2017）

20 世纪 90 年代，英国政府启用了近些年来 NHS 的最重要改革，也即创造了内部市场（internal market）。要求所有医生必须加入这个内部市场（内部市场后来转变为国家健康体系信托 NHS Trust）才能执业。（NHS，2017a）

这些内部市场自主运营，且彼此竞争。起初只有 57 个信托，而到了 90 年代中期，则发展到全英国境内的所有医疗服务都由 NHS 信托提供。至此，可以说，英国的国家健康体系是一个在 21 世纪运作 20 世纪 40 年代体制的健康体系。其缺点也是显而易见的，除了缺乏改善绩效的动力，国家健康体系还存在权力过度集中的问题。

2．英国国家健康体系（NHS）

NHS 成立后，2700 家由私人、教会、公益组织以及地区政府运营的医院，一夜之间统归英国政府“国营”，为英国国民提供免费的医疗服务。凡是有收入的英国公民都必须按统一的标准缴纳税金和社会保险费，作为国家的福利基金由政府统一调拨。政府通过税收筹集医疗经费，给国立医疗机构直接拨款，向所有民众提供免费或价格极为低廉的医疗保健服务。

在 NHS 体系下，凡是英国公民，包括在英国合法居住的外国人，都可以享受免费的医疗服务。NHS 的资金 11%来自国民健康保险税，81%源自国家财政预算，其他源于医药费、商业医疗保险、利息和慈善捐赠等。

NHS 有两层医疗体系。第一层是以社区为主的基层医疗网，通常由社区诊所内的家庭医师和护士提供服务；第二层是医院服务，由各科的专业医师提供，治疗由家庭医生转来的病人，处理重大的事故及急诊病人。

英国国家健康体系（NHS ）的宗旨是英国居民或长期居留者,不论其性别、年龄、文化程度和宗教信仰,都有权享受条件允许下的最好的免费医疗服务。NHS 的内容包括全

科医师服务、医院服务、社区服务、妇幼保健服务、急救服务,以及牙科、眼科、药房服务。（NHS，2017b）

根据《英国国家健康体系患者宪章》规定，NHS 赋予患者的权利主要内容有以下几个方面：

(1) 根据需要平等获得医疗服务,而不是根据患者的经济条件、生活方式或其他任何原因。
(2) 每一个人都可以注册一名全科医师,而且能方便和迅速地更换你的全科医师。
(3) 急诊患者可随时通过自己的全科医师获得救护车服务和医院急诊服务,也可以自己直接去医院急诊。
(4) 当你注册的全科医师认为需要时,可以介绍你去任何医院找专科医师或去专科医院就诊。一般情况下,转就近的医院诊治。
(5) 患者有权获得对自己医疗方案清楚的解释,包括医疗涉及的任何风险、副作用、并发症等,再决定是否接受哪项医疗方案。
(6) 每人均能看到自己的健康记录,并在法定义务下,使自己的健康记录得到保密。
(7) 患者有权选择是否参加医学科研实验以及医学实习生训练。
(8) 缩短等候就诊时间。90% 的患者应在 13 周内,其他患者在 26 周内得到专科医师的诊治。
(9) 等候手术的时间一般不超过 18 个月。
(10) 患者对社区卫生服务或全科医师有抱怨,可以投诉。对调查答复不满意的还可以上诉。

2013 年,国家健康体系覆盖英国常驻居民 5800 余万人。英国公民个人所得税的 18%,也即公民平均收入的 4.5%，用于国家健康体系。总的来看，英国 GDP 的约 8.4%花在了医疗服务上（约合 1,898.4 亿英镑）。

3．英国的 NHS 信托

英国国家健康体系信托（建立于 1990 年）隶属于英国国家健康体系，通常通过地区性（也即管辖医院所在区域）和特殊门类（如救护车服务等）进行运营。在任何一个特定的区域，可能存在多个信托共同涉及一个居民的医疗服务的某些方面，因而，有可能一个居民在享受医疗服务时会涉及多家信托机构。

主要的几类信托机构：

- NHS 医院信托，也叫急症信托（NHS hospital trust），主要提供基础医疗服务；
- NHS 心理健康信托（NHS mental health trust），主要针对心理健康方面的疾病；
- NHS 救护服务信托（NHS ambulance services trust）；
- 社区健康 NHS 信托（Community Health NHS Trust）。

NHS 信托于 1990 年由《NHS 和社区医疗法案》(National Health Service and Community Care Act)创立,主要进行了五轮改革,每次改革都由一个法定文书(Statutory Instrument)

加以确立。这些信托并非法律意义上的信托，而是实践中的公共部门机构/公司。每一个信托都由一个董事会管理，每个董事会由执行董事和非执行董事组成。截至 2015 年，英格兰 NHS 共有 470 个信托机构，包括了将近 2，200 名非执行董事。（Martin Gorsky）非执行董事往往通过广告招募。所有的 NHS 基金董事会都需具有一个审计委员会，由非执行董事组成，而董事会主席不得兼任委员会主席。这些审计委员会得到授权审计和监管基金的资金。

（1）治理结构

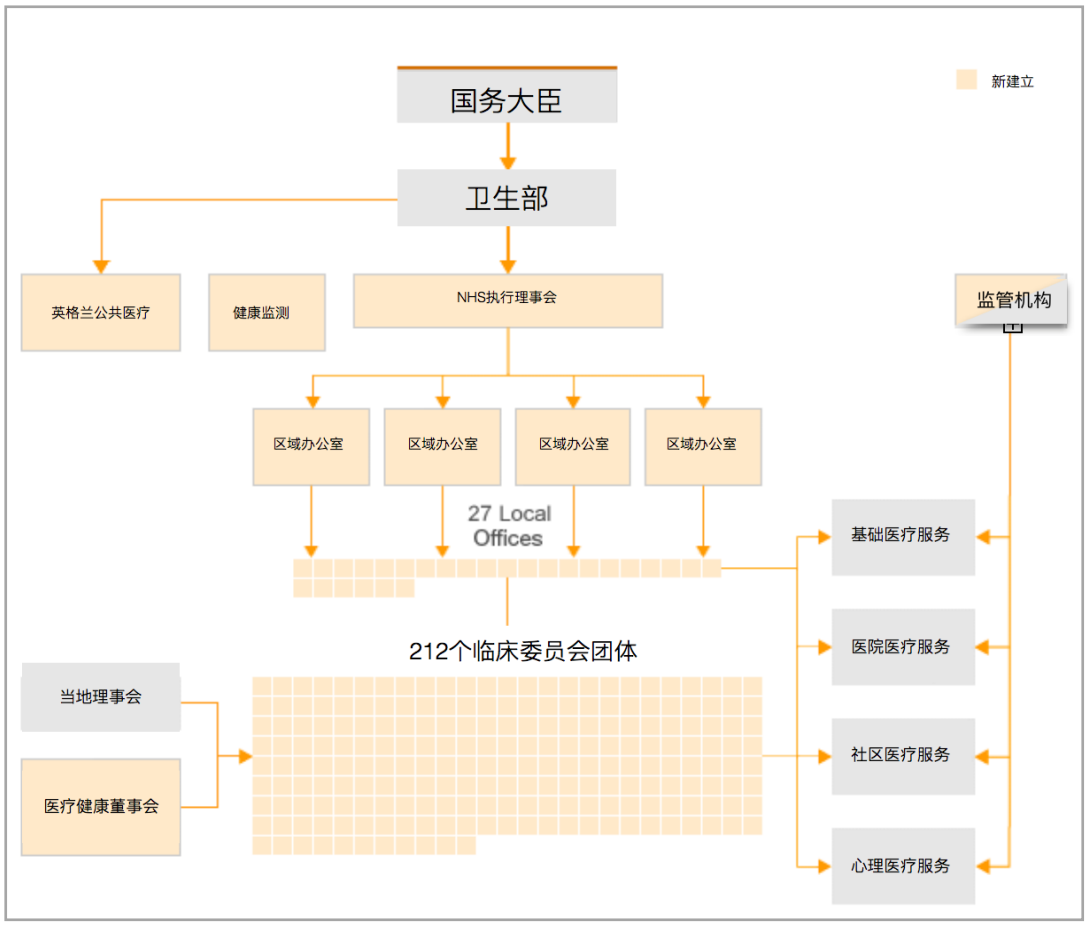
国家卫生部负责制订 NHS 的长远发展计划,布局和配置卫生资源、掌管公共资金、制定卫生服务政策。

下设 8 个地区卫生行政管理机构,负责监督检查各地卫生管理机构和国家卫生管理委员会项目实施情况。

国家卫生管理委员会由财政部门、医学和护理部门的主任等组成,主要起监督作用。全国共 374 个,分别对各自所控制的服务区进行管理。卫生指导委员会按当地医疗水平提供权威性指导,全国共有 99 个,每个委员会平均要为 50 万人口服务。

基本医疗小组共有 481 个,由医生、社会其他成员如患者家属、护士、社保人员、卫生部门非行政人员和主任各一人组成。

图 1-5　NHS 的治理结构



注：根据 http://www.nhshistory.net/a_guide_to_the_nhs.htm 网站内容整理。

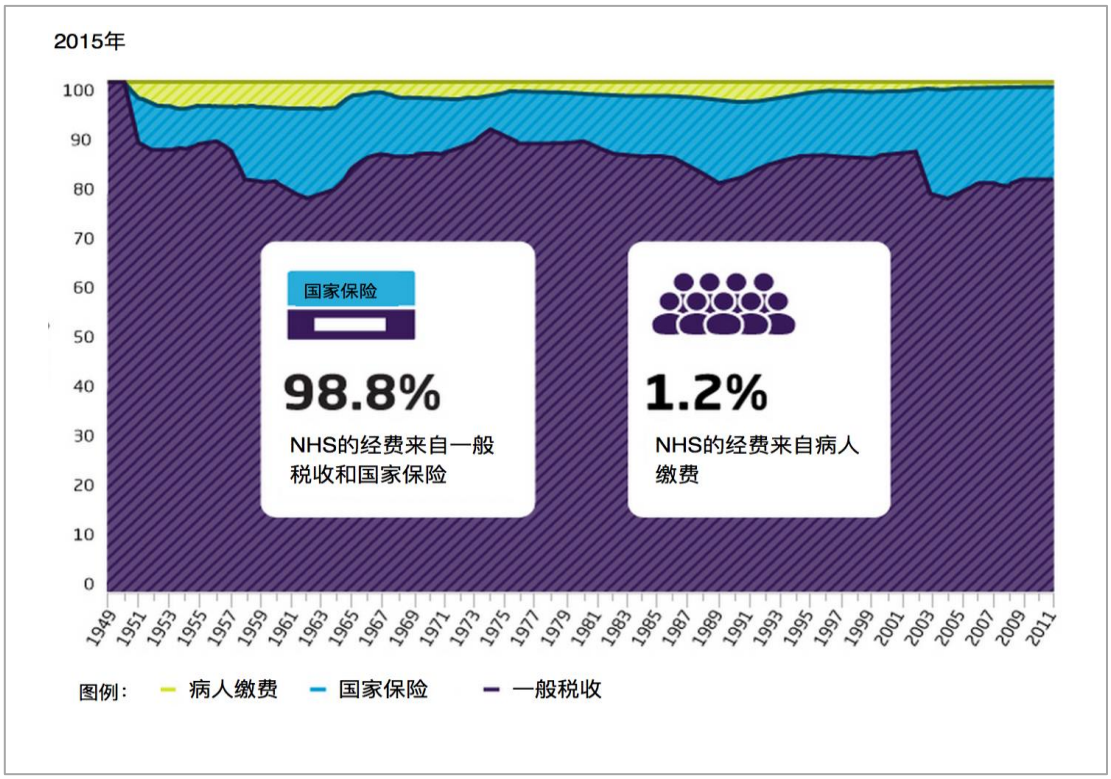
（2）经费来源

NHS 的经费来源主要有三个途径:一是国家税收，这是 NHS 经费来源主渠道，占 80%左右；二是各种保险，占 18% ；三是其他收入，主要是患者缴费，约占 1.2%。

医院和全科医师每年度将当年经费使用情况和来年经费预算情况逐级呈报国家卫生部,由卫生部根据经费预算作拨款计划。

2014-2015 年,NHS 的经费总预算为 1133 亿英镑,由国家财政拨款给卫生部,卫生部再下拨给各地区卫生管理部门。然后由地区卫生管理部门分别将款项拨给医院和全科医师。 2015-2016 年预算经费预计将达到 1164 亿英镑。（Kingsfund，2017）

图 1-6　NHS 的主要经费来源

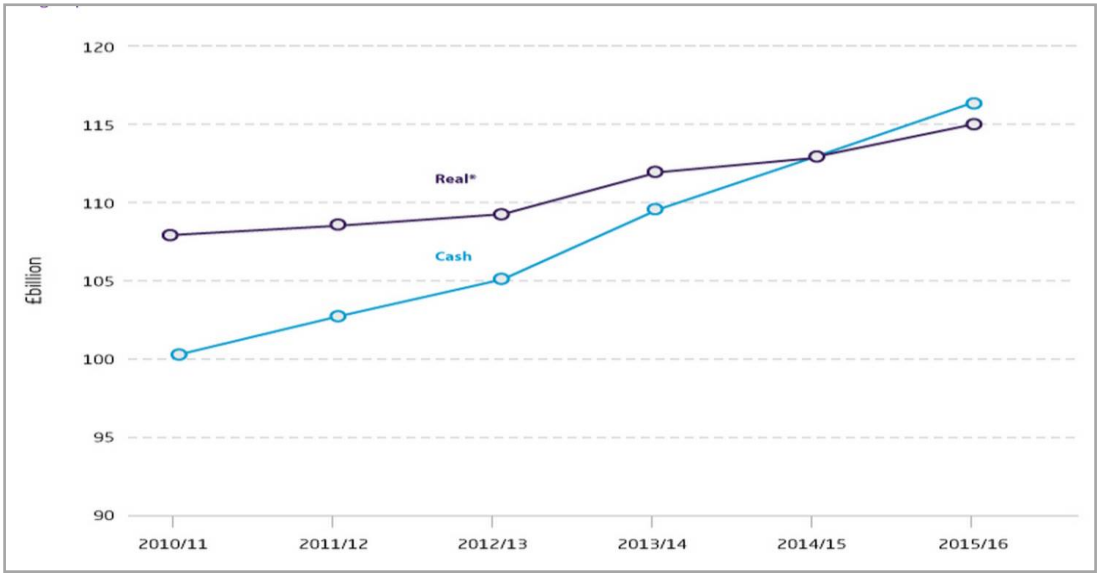


数据：根据 OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics（http://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded）数据整理

（3）发展趋势

NHS 的预算经费逐年增加，NHS 的可持续性也广受质疑，并成为英国政党选举中难以避免的的改革措施辩论话题。

图 1-7　NHS 预算的发展变化



注：1.数据来源：Department of Health Annual Reports and Accounts 2013-14 and Autumn Statement 2014. http://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/nhs-budget

2.表中的“实际花费”由 GDP 平减指数衡量的 2014/2015 年价格，和通胀调整后的现金花费。

（4）NHS 的提供者

英国 NHS 的主要提供者包括：

209 个医疗委员会小组（clinical commissioning groups）（其中 199 个无条件授权）：医疗委员会小组掌管很大一部分 NHS 预算；

155 个紧急信托基金医院（acute trusts）（其中 100 家为 foundation trusts 医院）：雇用大部分 NHS 工作职员，包括护士、医生、药剂师、助产士和保健随访职员，以及从事与医学相关的研究人员；

56 个心理健康基金服务中心（mental health trusts ）（其中 43 家为 foundation trusts 医院）；

34 个社区诊所（community providers）（15 NHS trusts, 3 foundation trusts and 16 社会企业）：Foundation trusts 是一种新型 NHS 医院，由地方经理、医务职员及公众经营，以切合当地人士的需要。

10 家救护车信托基金（ambulance trusts）（包括 5 家 foundation trusts）；

约 8,000 家全科医生诊所（GP practices）。此外，还有 853 家营利及非营利的独立的行业组织，向 7331 个地方的病患提供医疗服务。

在 NHS 系统中，公立医院（public hospital）这个概念与国内的理解有所差异，具体来说，NHS 的公立医院可以分为两类：国家健康体系信托（NHS Trust）和基金会信托（Foundation Trust）。

NHS 信托是在 1990 年的 NHS 改革法案中确立的制度，是通过将当时 NHS 系统里的专科医院进行整合，组建成众多的综合性医院，取名为 NHS Trust。NHS Trust 是由英国卫生部直接管理的，而且要求每年医院的财政收支要平衡。Foundation Trust 的运营模式是 2002 年提出的，这种公立医院最大的特点是不再由卫生部直接管理，而是由各地方的居民自主决定医院的运营模式。Foundation Trust 设有自己的管理层（commissioning board），由其所在地区的居民选举产生。在财务方面，Foundation Trust 可以保留自身的盈余，而且不需要保证每一年度的收支平衡，只要债务水平符合监管机构的相关规定即可。

从 2004 年起，英国政府开始正式推行 Foundation Trust 模式，随后几年开始了大规模的改革，将大量的 NHS Trust 改造为 Foundation Trust。截至目前，在 NHS 系统中，共有 98 家 NHS Trust 和 152 家 Foundation Trust。

英国 NHS 系统中公私合作的概述

英国医院的公私合作的方式主要是民间主动融资（Private Funding Initiative,PFI）模式，最先是由英国政府在 1992 年提出。PFI 指政府部门根据社会对基础设施的需求，提出需要建设的项目，并通过招投标，将公共基础设施项目的建设与运营权给予获得特许权的私营部门。私营部门在特许期（通常为 30 年左右）结束时将所经营的项目完好无债务地转交政府，并且从政府部门收取服务费以回收成本。1997 年托尼·布莱尔领导的工党政府上台之后，对相关法律制度进行一系列修订调整，PFI 模式真正开始被广泛应用。

在 PFI 项目中，政府不再购买建筑工程，而是购买服务。PFI 的项目主体通常为本国民营企业的组合，体现出民营资金的力量。英国政府鼓励长期的资金和股权投资者进入 PFI 项目，因此项目运营商往往就是主要投资者，负责主导整个项目的建设和运营。

在 PFI 项目的推行过程中有着一系列评估、审计、反思、评议的机制。在众多外部监督机构中，影响力最大的是英国国家审计署（National Audit Office, NAO）。此外，英国议会和一些大学和智库等机构也会开展大量关于 PFI 项目的研究。高效的外部监管成为推动 PFI 项目快速发展的重要因素。

总体来说，英国 PFI 的成效显著，使基础设施和公共服务的质量总体提高，推动了众多产业的转型，也加速了英国政府治理方式的改革。英国政府结合以“物有所值”（Value for Money, VfM）为核心理念的 PFI 实施机制，使私人资本看到了稳定的政策预期和投资收益，激发了大量的私人资本进入英国基础设施和公共服务市场。

但是，PFI 在项目花费、财务透明度、投资人索取利益、风险分担等方面存在较多争议和弊端。鉴于此，英国政府在 2012 年对 PFI 进行了优化，推行了 PF2 模式。PF2 模式的最大特征，是政府参股投入部分资本金，进入项目公司董事会参与项目决策和实施，进而增加与私立机构在项目中的沟通与协作。

截至 2014 年， NHS 共雇佣了 150,273 名医生, 377,191 名资格护理人员， 155,960 名科研、诊疗和技术人员，以及 37,078 名管理人员；相比于 2004 年，新增医生 32,467 名，

年均增长 2.5%；新增护士 18,432 名，年均增长 0.5%；新增全科医生 5,729 名，新增临床护士 1,688 名。((NHS，2017))

（5）全科医师（GP）制度

全科医生（General Practitioner）均为政府雇员，向其注册的居民提供从出生到死亡全过程、全方位基本医疗卫生服务，包括疾病的诊断、治疗、医疗 保健、传染病预防监测、健康咨询、患者转诊等。全科医生掌握注册居民医疗保健经费，是居民健康和 NHS 费用的“守门人”，基本上能解决注册患者 90% 的问题。除急诊外，患者去 NHS 医院就诊必须通过全科医生转诊（referral）。 全科医生与当地卫生部门签服务合同，按注册居民多少和年龄结构付款，付款形式比较灵活，全科医生的人均年薪为 8-10 万英镑。 医院医生人均年薪为 7.4-10 万英镑。见习医生人均年薪为 2.4 万英镑，实习期满后一般可升至 6.5 万英镑。（ http://www.telegraph.co.uk/news/health/9300823/Most-doctors-are-not-paid-six-figure-sums-figures-show.htm）

全科医生可以单独开展医疗卫生服务。近年来政府鼓励由几个全科医生建立联合诊所(全科医生中心)，全科医生与患者联系主要是通过信件或电话，较少是面对面的服务。 患者都有全科医生的电话号码，随时可以联系，患者可以按约定时间看全科医生，或全科医生为患者上门服务，科医生有 24 小时为患者服务的责任。

连续性和责任性的医患关系是英国社区卫生服务的主要特点，也是英国卫生经验对国际卫生保健的重大贡献。1948 年 NHS 建立时规定,年满 16 岁的每个英国公民和旅居英国的外国人都有资格选择一个 GP 登记注册(父母及监 护人为 16 岁以下的儿童挑选 GP),形成固定的医患关系。每个人持有专门的医疗卡，选定惟一的注册号。居民患病时先找自己的 GP 就医，凭 GP 处方去药店取药，患者只付少量的处方费，不付药费，需要住院或 GP 不能处理的患者由 GP 介绍给专科医院。患者出院时，医院将病情转告 GP，由 GP 负责继续康复治疗。居民可以随时选择另外的 GP 登记，即更换 GP 不必通知原来的 GP，卫生局会根据注册号转移患者。GP 可以拒绝患者登记，但必须具有充分的理由，并且卫生局在 2 天内要向患者作必要的解释。如果患者在新驻地暂居一段时间，可在当地选择 GP，以临时患者的形式登记。同时可以要求原来的 GP 保留自 己的注册资格。如果外出时间短，也可自付费就医，回家后可在当地卫生局或其他 NHS 组织报销，这就使“经费跟患者走”(the money following patients)的改革更加落实。经费跟随患者走是近年卫生服务的改革措施，其目的是为了方便患者。

4．私营医疗机构

根据 WHO 的报告，政府支持的医疗花销（公费医疗）占英国的 85%，剩余的 15%则有私营部门承担。

私营医疗保险通常由雇主群体（各类公司）购买，也有特殊情况，比如英国一些富人会通过直接购买私营保险公司的产品来获得更多的额外的医疗服务。

英国国家健康体系覆盖了绝大多数的英国国民（有些移民、旅行者和非常住人口不算在内），而且全部由税收支付，但仍有很多人选择在私营保险公司投保。主要表现为自愿健康

保险（voluntary health insurance (VHI)），补充性，或称为私人医疗保险 private medical insurance (PMI)。

公立医疗和私立医疗的主要区别在于，私人医疗服务与 NHS 提供的服务大多为重叠的，但其治疗更快捷、环境更舒适，专科医生的选择更多，医疗仪器和治疗时间等更灵活。此外私人医疗服务还提供更及时的急症治疗服务，住院及护理服务，其费用也有多个层级的区分。私人医疗服务的两个次级市场是个人市场和企业市场。也即，在企业市场中，由雇主购买此类服务提供给员工，作为与工作相关的福利。但调查显示有约 12.5%的公司计划中要求雇员也要缴纳私人医疗服务的部分费用。在个人市场和极少数企业市场中，私人医疗服务由购买方自行决定缴纳金额和可获得的服务范围及赔付标准。

英国的主要私营保险公司有 5 家，占到市场份额的 80%以上，包括 BUPA，AVIVA，AXA，Medicare International，和 Freedom Health Insurance 公司等。

2007 年，英国将《分保保险指令》（Reinsurance Directive）纳入英国法律。其主要规定包括对分保保险机构“所在地区”监管机构的授权和金融监管，各区域机构之间的管辖权互认，对附带要求的取消（也即分保保险公司的保证金），以及贯穿整个欧洲市场的最低标准的趋同协调等。

英国最主要的分保保险机构包括 Towers Watson, Swiss Re，和 R&Q Reinsurance Company (UK) Limited 等。

5．英国的药品流通

2010 年在全球 8560 亿美元的药品市场总销售额中，美、日、德、法、英五国所占市场份额分别为 36%、11%、5%、4%、2%，中国所占市场份额为 5%。

上述发达国家药品流通市场结构趋同，具有医药分业、竞争性的药品零售市场、高度集中的药品批发市场和扁平化的分销体系四大主要特征。

美、德、法、英的“医药分业”主要体现在独立开业医生一般不售药，门诊处方流向药品零售商。传统东方社会医药不分家，医生/医院同时销售药品的现象很普遍，日本也是如此。以社区药房为主的药品零售市场是高度分散且竞争性的。与之相反的是，处方药批发市场高度集中。分销体系扁平化是主要发达国家药品流通市场近期发展的新趋势。

英国实施的是间接利润控制，其“药品价格管制方案”（ Pharmaceutical Price Regulation Scheme ，或 PPRS）以药品制造商成本为基础，限定了供应给 NHS（英国国家卫生服务体系）的专利药价格。（Finance and NHS/Medicines, Pharmacy and Industry Group，The Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2014，2013）

为保证英国居民能够享受到本国和其它国家的新药和改进药品，英国的医药工业必须具备可持续的研发能力。英国的药品价格管制方案（PPRS）是政府和医药产业自愿达成的协议，旨在实现以上目标。英国的药品价格管制方案自 1957 年开始实施，每五年左右的时间更新一次。现在正在执行的五年方案从 2014 年 1 月开始生效，有效期至 2018 年 12 月 31 日。

6．英国“药品价格管制方案”（PPRS）

英国的药品价格管制方案十分复杂，2014 年的方案文本可在英国国家卫生部网站上浏览。受管理的药品范围包括：原研制专利药品、疫苗、体外诊断医疗、血液制品、透析液、生物技术制品、生物仿制药、通过中央和地方竞标获得供应协议的研制药品。

英国国家卫生部对自愿加入该管理体系的医药公司予以登记并在官网上向社会公布。如截至 2014 年 1 月 1 日，也即 2014 年度最新的五年医药价格管制方案生效日，共有 126 家药企加入了该方案。另有 5 家表示有意愿于 4 月 1 日加入。

英国卫生部和英国医药行业协会双方都认为药品价格管制方案的绩效不能脱离其直接互动的对象，也即 NHS 环境，来加以评估。该方案为覆盖英国全境的价格管制方案，对象是专利药品和许可医疗服务类用药。PPRS 覆盖所有供给给 NHS 的专利药，不管这些药品是否有专利权或已经受专利法保护。PPRS 不涵盖非专利药品（或仿制药），对仿制药另有规定。PPRS 是决定以研究为基础的医药工业和英国政府间关系的全面协定，有以下几个特点。

进入机制：药品供应商和生产商可在 2013 年 12 月 3 日前提交申请。自该方案生效之日起，这些药企即获得会员资格。主动不参加该方案或退出该方案的药企受到英国《国家医疗服务法案》（2006）之管辖。参加该方案的药企则不受其制约。此外，医药行业协会的非会员药企亦可申请加入该方案。

PPRS 为自愿非强制的协议，旨在平衡患者福祉和医药公司科研投入；一般执行期限为五年，也经常会超过五年；该方案规定了医药公司能够在给 NHS 提供药品时所能得到的利润，而没有对药品价格进行直接的规定。药品可以以生产商决定的价格为英国引入新药。然而价格也并非完全没有约束。如果价格过高，则药企可能超过利润天花板。（Association of the British Pharmaceutical Industry，Understanding the 2014 Pharmaceutical Price Regulation Scheme）

2008～2013 年，“药品价格调控计划”通过制药企业利润封顶（29.4%）来控制和平衡药价。一旦超过最高利润目标，制药企业则会被勒令降价，或者超过部分利润反馈政府，以此来保证国家医疗服务系统购买的药品都控制在合理的、符合财政预算的价格范围内。同时又不影响推进新药研发，提高制药工业的竞争力。

2014 年 1 月开始实行的最新协议版本较前有较大变化。这项有效期至 2018 年底的新计划，虽然延续了控制利润的原则，但形式上主要以控制 NHS 购买专利处方药的支出来遏制制药企业在其中的获利。

根据最新协议，2015-2016 两年，为了配合英国财政预算总体紧缩的形势，NHS 的购药开支维持 2015 年水平，之后 3 年小幅增长，分别是 1.8%、1.8%和 1.9%。协议还包括，如果 NHS 超支，那么制药企业同意将其 NHS 的总销售额的 3.74%反馈给卫生部。

另外，英国政府对制药公司的业务监控力度很大。英国国内销售额超过 5000 万英镑的制药企业，必须在年初向英国卫生部递交年度销售量、各种支出、总资产以及总利润等数据

报告。制药企业在核算利润时，还必须按照一定的比例来计算各种成本，比如研发费用、生产支出、市场推广开销以及企业管理等，都有严格的成本占比规定。

2014 年的最新政策，还允许制药公司根据实际情况，在提供充分证据，经国家临床规范研究院（NICE）核准同意后进行价格浮动。“药品价格调控计划”，有效平衡了稳定药价和保证制药企业获得利润之间的关系。

英国政府鼓励制药企业加入 PPRS 计划，NHS 90%的专利处方药都是由这些企业提供。而那些非 PPRS 成员制药企业，被归置到另一项由英国卫生部制定的具有法律意义的计划中。2014 年，该法定计划规定，那些非成员企业提供给 NHS 的所有药品的药价，必须比去年降低 15%。

除此之外，对非专利通用药物，英国卫生部则采取设置价格上限进行管理。

英国是一个法律法规非常严谨的社会。与医药相关的法律法规先后有 1941 年的《药房和药品法》、1968 年颁布的《药品法》。同时，作为欧盟成员，英国医药界和制药工业还必须遵守欧盟相关法律。

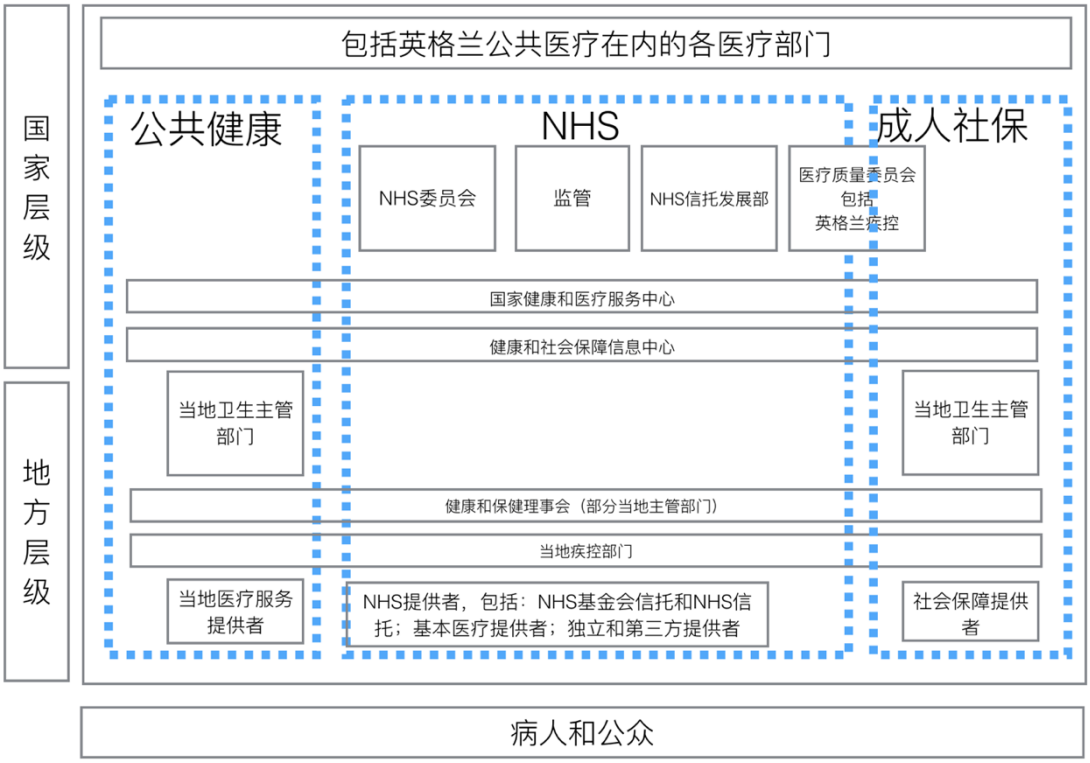
7．2012 年英国卡梅伦医改

2011 年 1 月 19 日，英国保守党和自由民主党联合政府在卡梅隆首相的领导下，向国会提交了新的《健康与社会保健法案》草案，迈开了颠覆 NHS 新医改的第一步。自撒切尔夫人执政以来，英国政府将购买医疗服务的权力交给了法人化的政府公立机构，即初级卫生保健信托机构（Primary Care Trust），由其代替病人向社区诊所接诊看病的全科医生付费，通过收费规定来督促医生合理开药。家庭医生或全科医生们都能从初级卫生保健信托获得一定的底薪，其它大部分工资则“按人头付费”。

而此次医改的主要目标就是解散这些机构，由家庭医生（GP）自己承担其作用，以此“挤”出钱来。以往初级卫生保健信托机构的权力将被交给家庭医生联盟(General Practice Commissioning Consortiums)。从 2013 年起，家庭医生联盟将管理 80%的 NHS 预算，负责购买设备和服务等。英国政府计划取消 151 家初级卫生保健信托机构，改由家庭医生联盟替而代之（此法案只限于英格兰）。

家庭医生接诊患者后，可以决定将患者转诊至更多医疗机构，比如 NHS 医院、私立医院或第三方机构。此外，还要建立一个独立的 NHS 董事会，负责医疗资源分配并提供医疗执业指南。目前监管 NHS 基金信托会的机构——监管理事会(Monitor)也将转变为监管 NHS 内部准入和竞争的经济监管者。医疗质量委员会的作用也会得到增强。

图 1-8　2012 年英国健康和社会保障法案后的医保体制结构



注：来自英国政府网站（https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138258/A3.-Factsheet-Overview-of-health-and-care-structures-240412.pdf）

四、新加坡

20 世纪 80 年代之前，新加坡实行的也是英国式的全民免费医疗体系，然而快速增长的医疗保健支出和人口老龄化等问题暴露出了该模式的可持续性问题，政府由此开始医疗改革的序幕。

在 2000 年世界卫生组织对全球医疗卫生体系的评估中，新加坡在 192 个国家列第六位。根据世界卫生组织的数据，2013 年新加坡医疗费用总支出占 GDP 比重为 4.7%，而人均寿命为 82.4 岁，幼儿死亡率为 0.2‰，新生儿死亡率为 2‰，成人死亡率不到 60‰。（World Health Organization,2000）可见，新加坡在医疗卫生领域可谓是典型的“价廉物美”，在医疗卫生问题日益困扰各国政府的今天，新加坡模式日益为人关注。

1．新加坡医疗卫生服务体系

（1）医疗服务提供机构

从市场准入看，由于新加坡医疗卫生服务领域不设准入门槛，除了政府办医以外，还鼓励私人和社会团体出资提供医疗服务，因此在新加坡既有政府兴办的公立医院，也有私人出资设立的以营利为目的的私人医院，还有社会团体或慈善机构资助的社区医疗机构。从其现

有提供的医疗服务看，新加坡建立起了覆盖初级医疗服务体系、护理保健体系及二、三级的医疗服务体系，并实施分级诊疗制度。

初级医疗服务为人们提供基本诊疗，预防保健和健康教育，主要包括门诊治疗，出院后的跟进治疗，免疫，健康筛查和教育及诊断和药品服务。它主要由全科医生和社区内的护士提供，并主要在综合诊所和私人执业诊所进行，在需要的情况下由全科医生转到医院做进一步的检查和治疗。新加坡境内现有 18 家综合诊所和 1500 家私人诊所，其中只有 20%的初级医疗服务是由综合诊所提供的。在联合诊所就诊的公民可以享受政府补贴，每次门诊费用大约是 8 新元，病人一般只需支付 50%，儿童和老人只需支付 25%（新加坡卫生局）。

二、三级医疗服务由医院和专科中心提供，截止 2015 年，新加坡境内共有 26 家医院和专科中心，其中 16 家为公立的，包括 8 家公立医院（6 家急诊综合医院和妇幼医院及精神医院）和 8 家国家专科中心。在医院服务方面，公立医院占主导地位，根据新加坡卫生部统计数据显示，新加坡公立医院和专科中心拥有 9602 张床位，占到总床位数的 86%，每家机构的床位数在 185-2010 张不等（新加坡卫生局）。由于政府是医疗服务的主要提供者，这使得政府有足够的影响力来干预医院病床数的供给、高科技高成本的药物的引进以及公立医院的费用增长率，这转而又成为私人医院的定价的基准线。（Ministry of Health,Singapore）

图 1-9 新加坡医生在公立医院及私立医院的分布

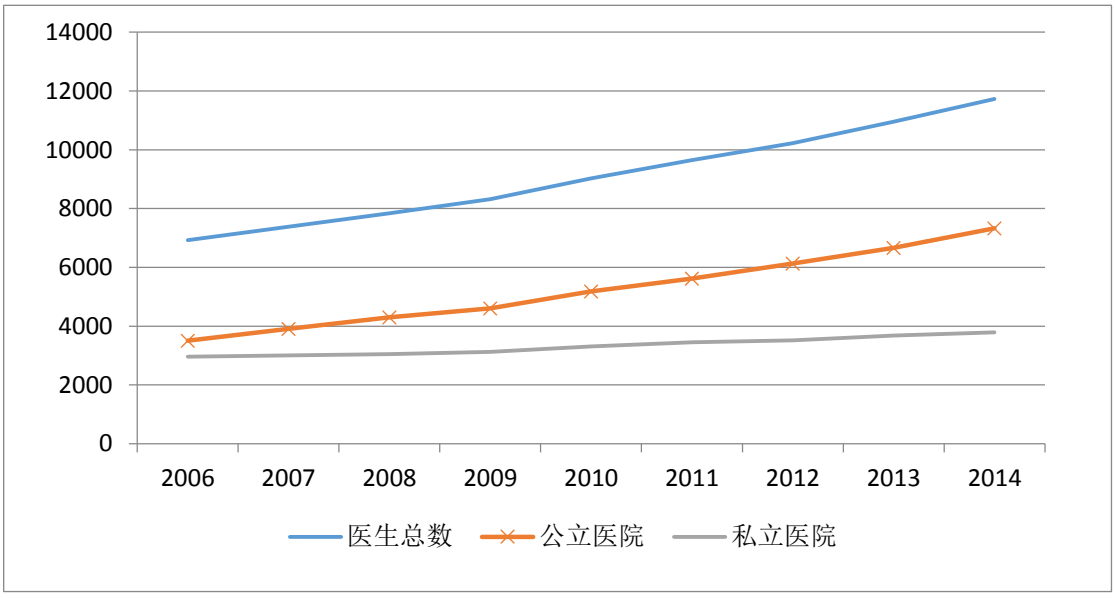


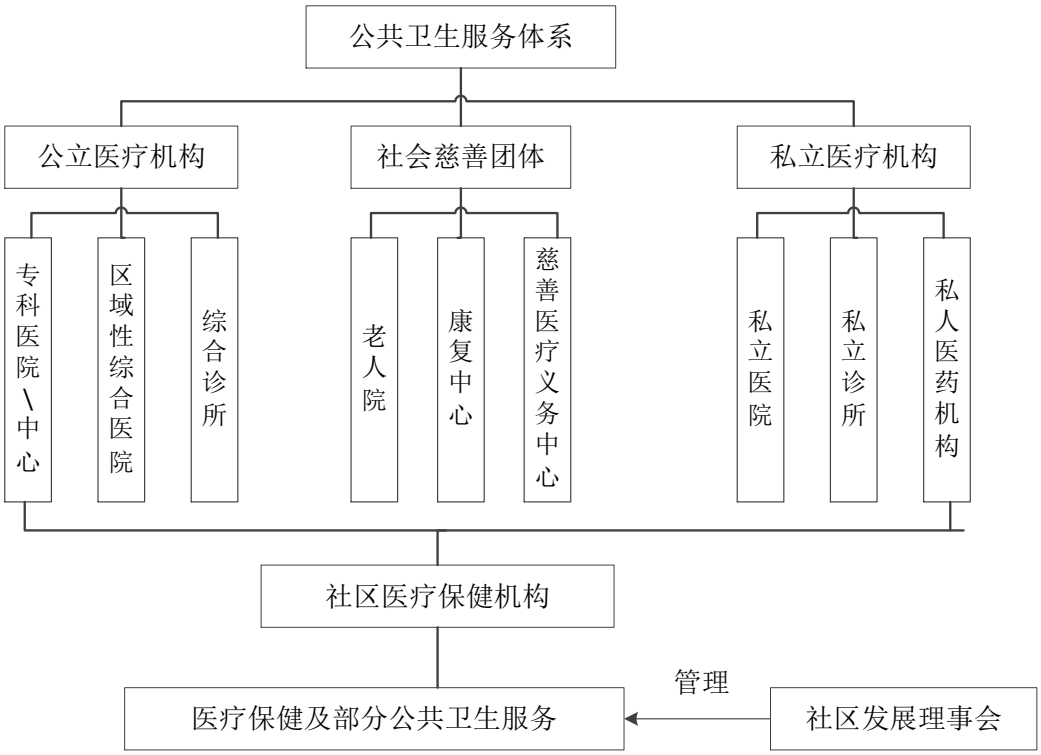
表 1-2 新加坡卫生人员情况

年份	2010	2011	2012	2013	2014
每千人医生人数	1.8	1.9	1.9	2.0	2.1
每千人护士人数	5.8	6.1	6.5	6.7	6.9
每千人牙医数量	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
每千人药剂师数量	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5

数据来源：新加坡卫生局。

护理保健体系由中长期护理机构和综合护理机构两部分组成。其中中长期护理机构又分为两类：以家庭为基础的护理机构和以社区中心为基础的护理机构。以家庭为基础的护理机构为老年人提供医疗护理和姑息治疗，包括家庭医学、家庭护理、家庭临终关怀服务等;以中心为基础的卫生保健机构为老年人开展日间服务，包括老年人日间康复中心、老年痴呆症日间护理中心、精神科日间护理中心、精神病康复院。长期护理主要由政府资助的自愿福利组织提供。政府对由自愿福利组织运行的长期护理机构提供 90%的资本金和 50%的运行资金支持，其他部分的支出通过社区的捐赠弥补（赵斌等，2009）。

图 1-10 新加坡社区卫生医疗体



在医疗服务递送体系方面，新加坡实行严格的双向转诊制度，除急、重症疾病外，患者首先要到社区医院，一般路程在 10 分钟以内，对于超出社区诊疗能力的患者，将被转入医院进行诊疗，患者在大医院经过治疗后，将被转入社区医院进行康复治疗。如果患者直接去大医院看病，按专科急诊对待，其所花费的医疗费用将是由社区综合诊疗所推荐转诊后的费用的 3 倍-8 倍。

（2）新加坡公立医院改革

新加坡政府于 1985 年开始对所有的公立医院进行公司化改革，改革后的公立医院按市场规则管理医院，政府不再负责公立医院的一切开支，也不再收缴医院的收入。新加坡公立医院改革可以分为三个阶段，第一阶段是从 1983 年发布《国家健康计划蓝皮书》开始到 90 年代初期。这一阶段的主要目的是提高医疗服务效率，主要通过赋予医院管理者更大的自主权，并鼓励医院间的竞争以降低成本和提高服务效率。通过所有权和经营权的分离，改革后的公立医院的服务质量和效率得到了提高，但医院为了获得更多的利益，不断引进最新的医疗技术、设备，聘请最好的医生以吸引经济条件好的病人，这导致医疗费用的快速上涨，同

时有政府补贴的病床受到全额付费的病床的排挤而数量减少，从而导致了医疗卫生领域的两级分化。

第二阶段的改革始于 20 世纪 90 年代初，止于 90 年代后期，该阶段的目的是在保持医疗服务提供效率的同时加强政府对公立医院的指导和干预，防止医疗服务的过度供给，同时防止医疗服务费用的过快上涨。首先，政府提供基本医疗保健法案，确定基本医疗服务范围，控制非基本医疗服务范围的诊疗项目。其次，政府严格控制了各级病房的比例，使公立医院重点为中低收入国民提供住院服务；政府将各公立医院住院部 A 级病床的比例上限设置为 13%。同时，普通病床的比例不得少于 30%。第三，实行医院收入上限控制，超过上限的医院获得的补贴金额将减少，在上限控制以内的医院将保留收支结余作为奖励；卫生部针对不同的医疗服务，设置了人均日消费上限， 医院不得提供超出限额的收费服务 ，否则将被扣除政府财政补助。第四，根据医院提供服务的单位量来提供补贴，激励医院向 C 和 B2 级病房患者提供服务。第五，新加坡政府通过控制医学院招生名额控制医生数量，进而控制医疗服务供给。第六，政府将对公司化医院购买昂贵技术，引进新的临床专科进行审批。在购置任何贵重仪器设备前， 也必须申报卫生部批准。在服务收费方面，虽然公司化的医院有权根据自己的边际成本设定费率，但是如果收费增幅超过一定范围，必须获得卫生部的批准。

第三阶段的改革从 90 年代后期开始。首先，政府将公立医院重组为两大医院集团，国立保健集团和新加坡保健集团，以优化医疗服务资源配置。其次，采用病例组合的财政补偿方式为标准医疗服务支付固定费用以提高医院的积极性。目前，大约有 70 种医疗服务在新加坡是按照病种进行付费，而其余部分政府仍旧采用传统的拨款补助方式。为防止医疗服务提供不足，新加坡政府进一步采用同时包含整笔拨款和病例组合的混合支付体系。第三，新加坡卫生部要求所有从事急诊护理的公立和私立医院参加马里兰州的品质指标计划。第四，患者的信息可以在两个集团内部机构之间的共享。

图 1-21 新加坡公立医院治理结构

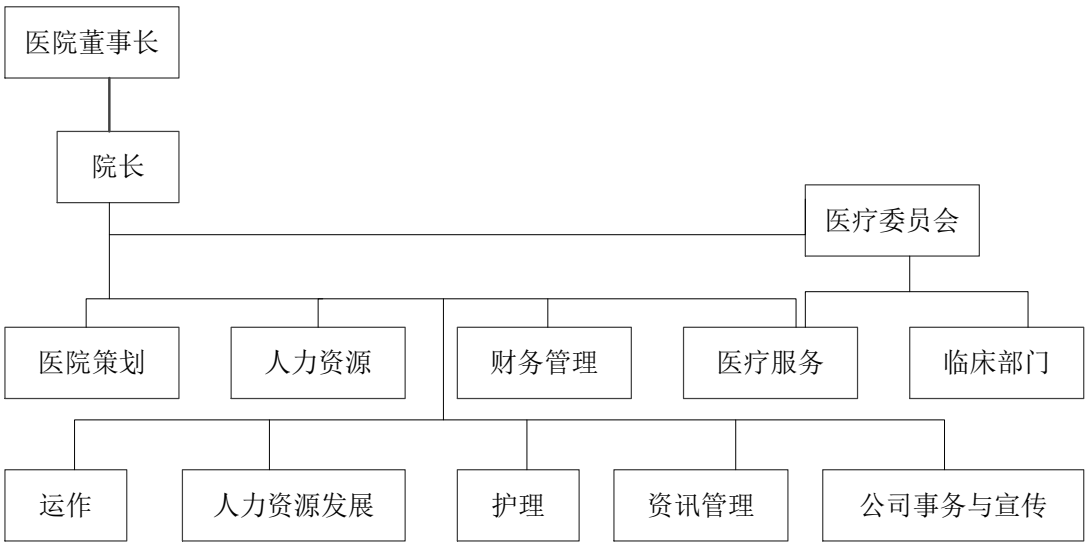
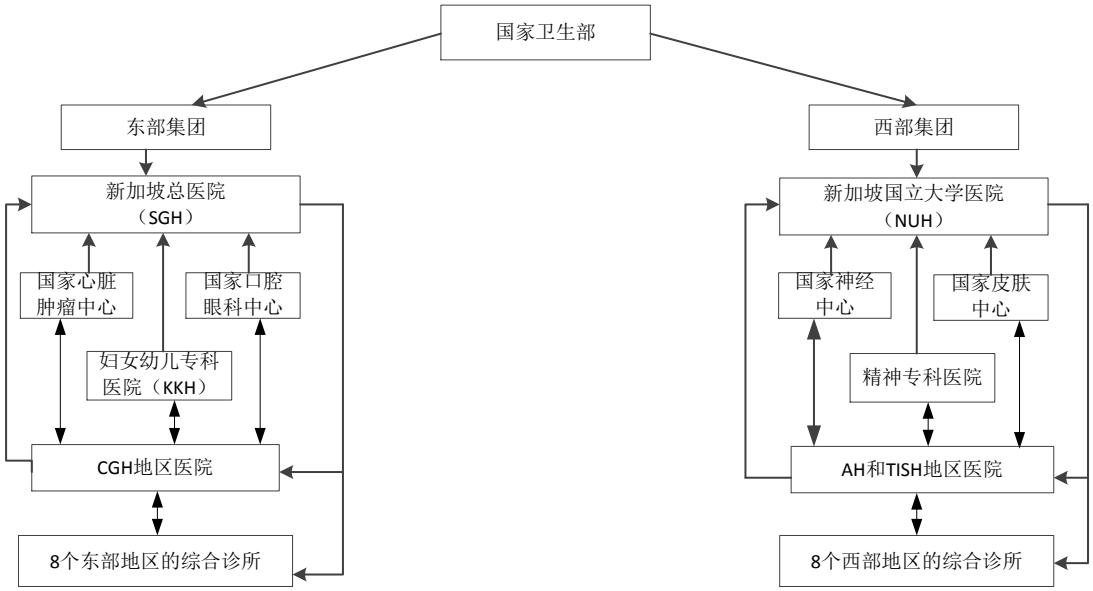


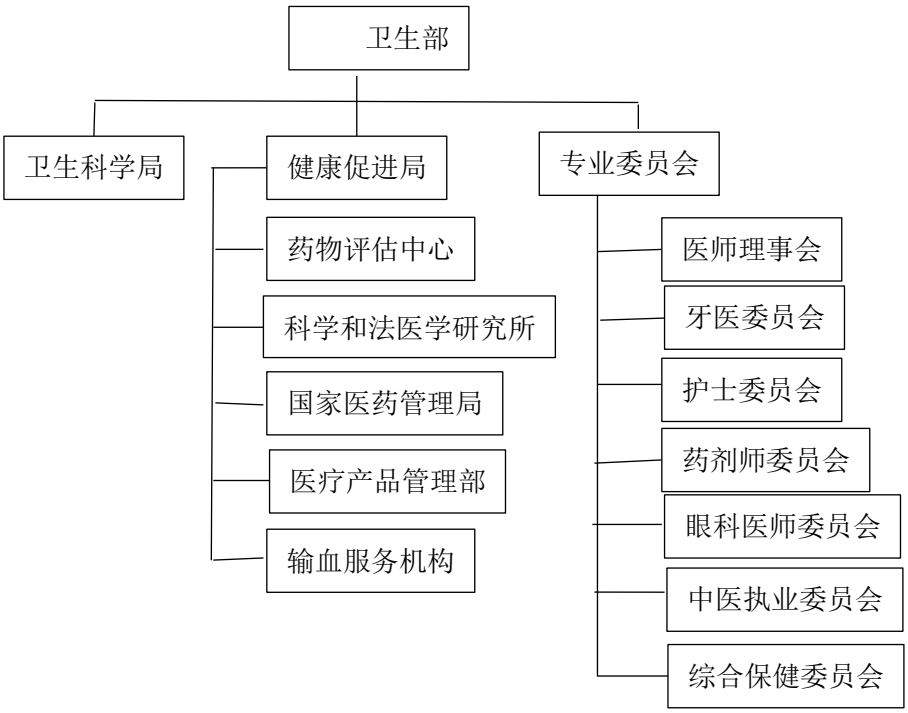
图 1-12 新加坡公立医院集团



（3）医疗卫生管理体系

新加坡的卫生管理体系是由新加坡卫生部及其直属机构健康促进局及卫生科学局组成。卫生部的工作通过政策和企业团体、行政团体及专家团体三个团体展开。它的主要职责是对包括医院、疗养院及牙科门诊等在内的所有的医疗卫生机构实行注册、认证及管理。健康促进局的主要职责是疾病预防和健康教育工作。新加坡卫生科学局主要由药物评估中心、科学和法医学研究所、国家医药管理局、医疗产品管理部和输血服务这五个机构组成。2005 年，卫生科学局进行组织机构的优化，将其重组为三个组，分别为健康产品管理组、血液服务组及应用科学组。其中健康产品管理组的主要职能是确保药品、创新治疗方法、医疗器械及与健康相关的产品能够满足安全、优质及高效的要求，同时其也负责制定药品政策。血液服务组的主要职能是确保血液的供给及安全。应用科学组分管的领域是法医科学、分析测试及化学测量。

图 1-13 新加坡医疗卫生管理体系



2．新加坡医药生产及审批制度

新加坡的卫生科学局（HSA）是医疗器械、药品、化妆品的政府管理机构。2008 年 8 月以前由医疗器械管理中心（CMDR）负责医疗器械的监督管理，目前新加坡的卫生科学局经过机构调整，由治疗产品部医疗器械处（MDB）负责。

（1）医疗器械管理

《医疗保健产品法案》(Health ProductsAct)是新加坡医疗器械的基本法规，于 2007 年生效，为医疗仪器监管提供了一个基本框架。为了更好地控制医疗器械的引进，新加坡卫生科学局规定，从 2010 年 8 月起，所有中高风险 C 级和高风险 D 级医疗仪器需接受强制性审批。到 2012 年 1 月，该强制性审批的覆盖率已扩大至所有中低风险 B 级和低风险 A 级医疗仪器。新加坡卫生科学局根据以下 5 个因素：器械预期使用时间、器械是否是介入的、是否是植入的、是否是有源的及是否包含药或生物成分，把医疗仪器按其风险程度分四级，即 A、B、C 和 D 级。一般来说，在美国、欧盟、澳大利亚、日本获批的医疗器械，如果有适当证明，在新加坡是可接受的。

（2）药品审批

新加坡负责药品管理的机构包括新加坡卫生部及新加坡卫生科学局下属的药品评审中心，其中药品评审中心负责药品的注册，而药品的经销则有新加坡卫生部药物行政处和药品部共同管理。新加坡药品注册分为以下 4 种：创新药、普通制剂、已有药品批准件的重大改变和已有药品批准件的微小改变。若新药上市，它必须经过新加坡卫生部的批准，具体由该部下属的“全国药剂管理组”和“药物评估中心”负责。药品公司经营进口药品和批发药品

业务之前，也必须获得卫生部的许可。药品管理机构批准的进口药品，必须有原产国的药品管理机构颁发的药品证明书、说明书，以及药品特点总结等。通常情况下，新加坡的药品审批程序分为加急和普通两种，加急审批时限为 4 个月，普通审批时间则更长。

（3）医药价格

由于公立医院在新加坡卫生医疗机构占主导地位，因此，新加坡政府控制医药价格的方式是对公立医院药品的价格实行全面干预，其政策取向是不允许医院在药品上获利，所以，对医院药品一律采取零差率政策。政府在 1991 年成立了一个部长委员会，负责检讨政府在控制医疗成本及资助额长远增长方面所扮演的角色。

另一方面体现在药品采购上，新加坡公立医院的药品采购分为合约采购和特需采购两种。合约采购主要包括一般类药物，通常所有公立医院合约采购部分的 99%均由新加坡卫生部下属的专门机构（Group Purchasing Office）来负责招标和采购。而对于特需采购，由医院自行直接联系药剂供应商购买，采购价格完全由市场决定，但整个采购过程要接受极为严格的监管。

从 2003 年起，新加坡当地民众可以在政府卫生部的网站上查看并比较各医院的收费情况，市民在选择就诊医院时，可以通过查询各大医院的平均住院费用、平均住院天数及单病种费用等，以便做出合理抉择。到 2007 年后，新加坡私人医院的收费情况也开始在网上公示，对公众来说就更方便了。这种做法其实是双向受益，公众可以了解各医院的收费情况，以便做出选择，医院则可以从网站上知道同行的收费，从而降低成本，保持竞争力。

新加坡政府对于本国药品在流通中采取市场化管理方式，政府卫生监管部门主要负责监管药品的安全和功效，医药供应商拥有自行定价权。新加坡的药品零售单位主要散布在各大医院的药房、药店、专卖店、私人诊所和组屋区的药品杂货店。医院的药品收入也只占总收入的 10%左右。佳宁药房(Guarding)、Watsons(屈臣氏)等为主要连锁药房，占药房总数的近一半。在处方药的销售方面，零售药店均严格按照药品分类的管理规定执行，否则将会受到严厉处罚。新加坡已加入国际药品检查协约组织，其药品生产也严格执行生产质量管理规范。

3．新加坡医疗保险体系

新加坡建立了以保健储蓄账户为基础，健保双全计划、保健基金、乐龄保健计划及健保双全补充计划等为补充的医疗保障体系网，将尽可能多的人群纳入到医疗保障体系中，保证卫生服务的可获性。

（1）保健储蓄计划

新加坡的中央公积金计划由三个账户组成，即用于住房、投资和教育目的的普通账户；用于支付参保者部分的医疗费用支出的保健储蓄账户及用于养老和其他特殊情况的特殊账户。其中保健储蓄账户是一种国家强制性医疗储蓄计划，强制人们将部分收入存储到账户中，用以支付个人和家庭成员的医疗费用。年收入超过 6000 新元的自雇人员也需向保健账户缴费，缴费比例依据年龄的不同而不同，且有封顶线。2012 年最高金额为 43,500 新元。

表 1-3 不同年龄雇员的支付比例

年龄	个人支付比例
<35	7%
35～44	8%
≥45	9.5%

数据来源：新加坡卫生局

储蓄账户资金可支付雇员本人和家属的住院费用和特定的门诊费用，包括内科和外科住院费用，日间手术及精神病治疗费用，政府认可的社区医院、临终关怀、产科医院和日间康复的住院费用，也可用于指定慢性疾病、疫苗、MRI 检查、癌症患者的 CT 等诊断检查、人工辅助受孕过程、肾透析。同时为了防止过度医疗和过度消耗医疗储蓄账户，其每日可报销的费用设有每日最高限额。如自 2006 年 4 月 1 日之后，每天可从账户报销的包括每天的医院收费、检查、药物和医生的巡出诊费在内的住院费用不得超过 400 新元。其中,医生每日的巡出诊费不得超过 50 新元。依据外科手术的复杂程度,每例手术可以从账户提取 150—5000 新元的手术费用,包括了外科大夫和麻醉师的诊治费、外科移植成本、耗材和设备使用费用等。储蓄账户只有在账户持有人及其亲属在政府医院、重组医院和获准的 18 家医院住院时才可以动用，但住院报销制度有一定的限制。鼓励患者选择与自己经济实力相称的病房。

表 1-4 住院病人政府补贴标准

病房级别	A 级	B1 级	B2 级	C 级
政府补贴	0	20%	50%-65%	65%-80%

数据来源：新加坡卫生局

新加坡医疗储蓄账户设定有最高限额与最低限额，若账户内的金额超过最高限额，超出部分转入公积金的其他账户。2012 年最高金额是 S$43,500。若账户低于最低金额，将从中央公积金的其他账户弥补。2012 年最低金额为 S$32,000。当医疗储蓄进户持有人年满 55 岁后,账户上的存款即使无病也可提取、但账户中要保留依照医疗费用上涨而不断调高的最低资金余额,以备其本人和配偶医疗花费之需。

（2）健保双全计划

健保双全计划是一个略带商业保险性质的医疗保险计划,它允许会员以公积金保健储蓄账户的存款投保，确保会员有能力支付重病治疗和长期住院的费用。健保双全计划面向所有的新加坡公民，主要用于支付投保人在公立医院的住院费用（C 类和 B 类病房）和特定的门诊费用，如肾透析，指定的癌症治疗，比如放射疗法和化学疗法。截至 2009 年，90%以上的新加坡公民拥有该保险计划。2007 年 12 月开始, 所有的新生儿和永久居民被健保双全计划覆盖，2008 年 6 月，扩展到在校学生。公积金会员最晚在 75 岁参保，制度为公积金会员和其家属提供保障到 85 岁。

健保双全计划每年的支出额最高为 5 万新元，全生命周期内最高支出额为 20 万新元。设定单日住院、外科手术、外科植入及特殊治疗的最高支出费用。同时设定起付线及共付比例。医疗储蓄账户可以用于支付这些费用。起付线不包括门诊费用。由于健保双全计划具有较高的自付额和共同保险特点，且索赔申请只限于指定的服务和公立医院的 B2 和 C 等级的

病房，每次服务，每份保单，每年索赔额和受保人一生的索赔申请都有上限，超过部分由个人自付。个人可以在健保双全计划的基础上使用保健储蓄账户购买医疗保健提升综合盾计划，该计划由卫生部制定的 5 家私人保险公司[13]提供，综合盾计划包括 20 多种加强计划，个人可以购买其中的的一项计划，该计划可以涵盖公立医院（A 和 B1 类病房）及私立医院的住院费用。在该保险的使用中，投保人可以从一家保险提供方转向另一家。

（3）保健基金

保健基金设立于 1993 年，定位为卫生健康体系的安全网，旨在于让最穷的人也看得起病。保健基金的资金来源主要来自政府的财政预算。医疗基金计划利用本金的利息收入为在 C 和 B2 等级病房接受治疗的申请人提供帮助 。当人们无法支付或在医疗储蓄账户及健保双全计划无法覆盖全部医疗费用的基础上可申请保健基金。老年患者优先考虑。病患的申请资格由公立医院中政府指定的医疗基金委员会审查，医疗基金委员会由当地的社工组成。对患者资助的金额取决病患及其家庭的收入水平、病患的社会环境、医疗条件及发生的医疗费用。随着老龄化问题的凸显，政府 2007 年设立针对 65 岁以上群体的银发族保健基金。

（4）私人健康保险

乐龄保健计划是一项严重残疾保险，从 2002 年 9 月开始实施，目的在于协助罹患严重残疾的人士。为需要看护的严重是能人员提供基本财务保障。所有新加坡公民和永久居民 40 岁时自动受保该计划。保费从个人或配偶、子女等的保健储蓄户口扣除，也可以通过银行财路、支票或现金来缴付。若受保人出现无法自理洗澡、穿衣、进食、如厕、行动和移动这六种日常起居活动中的至少三种时，可以申请赔偿。该计划针对上述人士每月支付 300 元的生活费，最长期限为 60 个月 。2007 年 9 月改革，增加了基本保险配套的赔偿额,每月赔偿额将从目前的 300 元提高到 400 元,赔偿期从 5 年延长到 6 年。这意味着赔偿限额将从 18000 元增加至 28800 元。

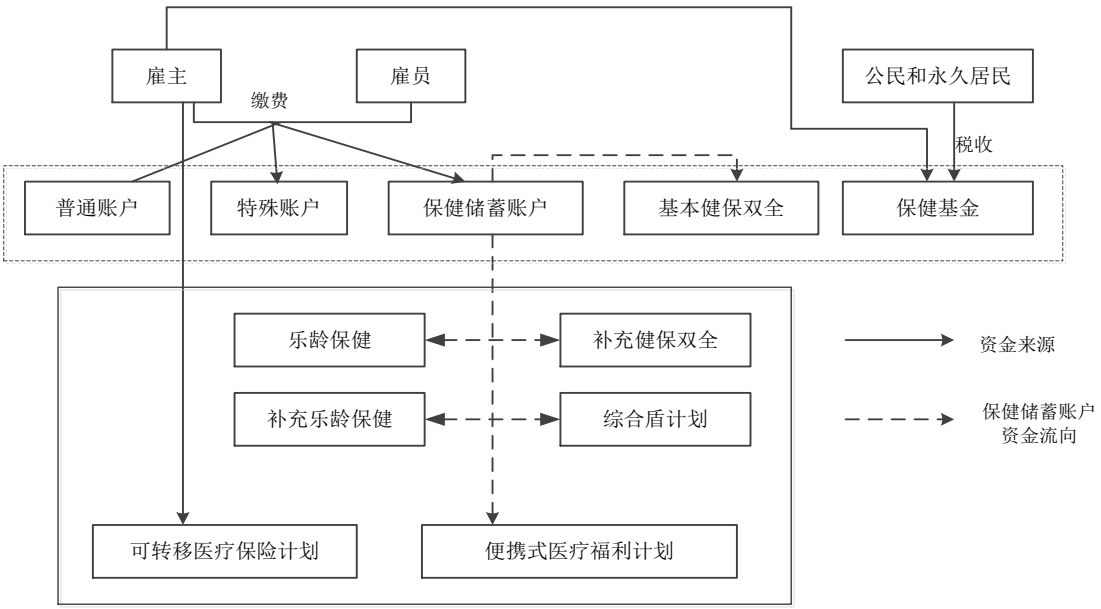
表 1-5 乐龄健保计划保费

投保年龄	定期保费(新元)	
	男性	女性
40	174.96	217.76

数据来源：新加坡卫生局

[13] 即职总英康保险合作社、美国友邦保险、大东方人寿保险、英杰华公司、英国保诚保险五家公司。

图 1-14　新加坡医疗保障体系



（5）由雇主发起的医疗计划

新加坡政府通过税收优惠鼓励雇主向雇员提供医疗保险。雇主提供可转移医疗保险计划或便携式医疗福利计划可享受每年 2%工资总额的税收减免。大多数情况下,雇主通过向雇员的保健储蓄账户缴纳额外费用购买便携式医疗福利计划。便携式医疗福利计划的缴费率由雇主和雇员联盟协商确定,缴费额被限定在每年 1500 新元以下。可转移医疗保险计划是一个雇主发起的团体保险计划。参加该计划的雇员可以获得无论任何原因离职后长达 12 个月的住院医疗保护。12 个月内,雇员找到新的同样提供可转移医疗保险计划的雇主,雇员视同连续参保。2006 年，共有 19 家医疗保险公司提供可转移医疗保险计划产品。

4．结论及对新加坡卫生体系的评价

（1）公平性

世界卫生组织认为公平的筹资体系，就是通过各种融资手段，保证所有个体都能得到有效的公共或私人医疗服务，且能够在不同的群体和个体之间实现最小的差异。新加坡通过建立强制性的医疗储蓄账户、健保双全计划及财政支持的保健基金，以及政府对公立医院的全面干预，在一定程度上实现了人人享有基本医疗保障的目标。但从医疗费用的筹资角度看,公平性是受损的。医疗储蓄账户无法在健康和患病、高收入和低收入群体之间进行收入再分配,无法实现风险共担。对高工资群体而言,高工资意味着高的缴费金额,在积累较高的医疗储蓄账户结余的同时,还规避了税收。而长期失业者和长期慢性病患者无法积累足够的金额支付医疗费用。虽然健保双全计划及综合盾计划虽然能够对大病住院进行报销，但其要求相当高的自付比例，这个自付比例对许多家庭尤其是贫困家庭是一个灾难性支出（赵斌，2009）。

（2）效率性

新加坡通过建立三级诊疗服务体系，同时采用不同程度的财政补贴有效地引导不同人群的医疗需求，实现了医疗的整合，形成了小病在基层，大病到医院的一个联系紧密的医疗网络，从而实现了医疗资源的合理分配，并进而提到了医疗整体的服务质量和能力。

另一方面，通过建立强制性的医疗储蓄账户，同时又允许该账户用于家庭成员的医疗支出及购买个人或家庭成员的商业医疗保险或补充保险，有效地将个人医疗保障和家庭的医疗保障结合起来，从而提高了医疗保险个人账户的共济效用。

新加坡医疗支出中，私人医疗支出占的比重在 62%以上，而其中个人的自费医疗支出占私人医疗支出的 93%以上(见下表)，这意味着医疗支出中约 58%的费用是由个人自讨腰包的。在面对个人难以承受的大病费用或者价格弹性高的慢性病和一般治疗服务时，可能会造成效率的损失。

表 1-6　新加坡医疗支出情况

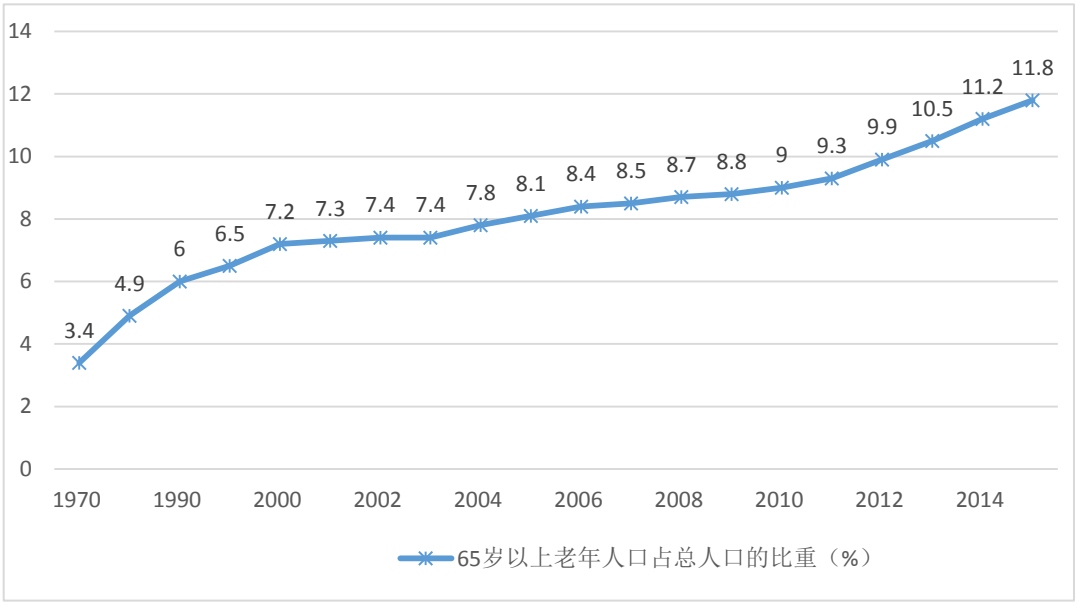
年份	医疗总支出占 GDP 的比重(%)	政府医疗支出占医疗总支出的比重（%）	私人医疗支出占医疗总支出的比重（%）	政府医疗支出占政府财政支出的比重（%）	自费医疗支出占私人医疗支出的比重（%）
2002	2.9	37.2	62.8	5.6	95.6
2003	3.7	37.3	62.7	7.9	93.3
2004	3.2	32.5	67.5	6.5	93.2
2005	3.8	26.9	73.1	6.9	95.1
2006	3.7	27.5	72.5	6.9	95.4
2007	3.6	27.3	72.7	7	95.1
2008	4	30.2	69.8	7.3	95
2009	4.5	34.7	65.3	7.7	94.8
2010	4.2	33.7	66.3	9.1	94.4
2011	4.2	33.3	66.7	8.9	94.1
2012	4.7	37.6	62.4	11.4	93.9

数据来源：世界卫生组织.

（3）可持续性

据新加坡卫生部公布的数据，新加坡卫生服务体系中，80%的门诊服务由私人医疗机构提供，而 80%的住院服务则有公立医院提供。政府依据患者所选的病房级别给予 0-80%不等的财政补贴。在这样的体系下，虽然政府强调个人的自我保障储蓄账户的作用，但政府仍然面临由住院而产生的财政补贴。如下图所示，65 岁以上老年人口占总人口的比重由 2000 年的 7.2%上升到 2015 年的 11.8%，而与之相应的，政府用于医疗的财政支出也逐年上升，的由 2002 年的 5.6%上升至 2012 年的 11.4%，从这可以看出，随着社会人口老龄化的发展，社会对医疗的需求会逐渐上升，这也会引发政府财政补贴模式是否具有可持续性的问题。

图 1-15　新加坡 65 岁以上老人占总人口比重的趋势图



数据来源：新加坡统计局.

五、德国国民健康体系简述

1．历史沿革

德国国民健康体系的建立与德国的工会/行会(guild)传统和自治传统密不可分。德国也是医疗保险出现较早的国家。医疗保险的最早期形式是中世纪时就已经出现的矿工公会和同业公会。[14]通过同业参与者缴纳会费等，对成员的医疗需求进行一定的帮助。这样做一方面是为了富裕成员规避实际的健康风险，同时也是为了促进公会或者行会的团结一致。

到 19 世纪 80 年代，随着工业化进程的加剧，大量农民从乡村来到城市，随之而来的还有这些德国农民工的社会保障问题。而恶劣的工作环境，以及不足的医疗服务，也带来政府救济的急剧增加。

德国社会传统的社会救助体系，也即家庭、农村社区或者封建体系，已经不能满足“工业化人口”的健康需求，而当时的劳工运动也将注意力转移到改善医疗服务上来。

1891 年，教皇利奥十三世（Pope Leo XIII）提出“社会问题”。同一时期，学术界尤其是经济学家们(“Kathedersozialisten”社会主义者，如 Gustav von Schmoller, Werner Sombart）激进地提出要出台与社会发展相协调社会政策，以应对革命社会民主派的影响。

在这样的时代背景下，普鲁士“铁血宰相”俾斯麦受到工会的巨大压力，启动了对社会安全保障体系（social security system）的一系列改革。

[14] 德国有历史悠久的行会和同业公会传统，这一点在现在仍能看到，比如慕尼黑的德意志博物馆中就有矿工协会的物品展览等，在德累斯顿等东德城市，仍有大量曾经的公会（如矿工行会、屠户行会、铁匠行会等）的旧址。

当时，一个由财政体系负担的社保体系并不受到东易北河贵族们的青睐，因为他们担心自己会更多的责任和更多的税负。而俾斯麦本人虽然受到很深的基督教传统影响，但在制定该政策时，还是从国家角度出发：“什么才是有利于普鲁士民族和德意志帝国的？”这是他制定该政策是最主要的指导原则和目标。另外，俾斯麦相信，在制定的社会保障体系中允许公众参与和自治是十分重要的，也是深思熟虑的，因为这将实现工人群体与业已建立的政治经济秩序的和解。

表 1-7 德国国家健康体系的建立历史过程

年份	里程碑
1220	早期医院由教会和市政府管理
1241	医师与药剂师分业（弗里德里希二世）
1710	第一家大学医院建立
1794	普鲁士将所有医院收归国有
1803	教会被禁止提供医疗服务
1811	第一家精神病医院建立
1833	第一家公司健康保险在 Krupp 钢材公司建立
1839	普鲁士出现职业健康和安全措施
1850	矿工行会（Knappschaften）建立基于职业的社会保险（疾病、残疾）
1854	强制矿工行会保险
1881	帝国诏书：福利国家诞生

1883 年创立以蓝领工人为对象，实施健康保险。此后德国亦在 1884 年制定劳灾保险，并于 1889 年实施年金保险。

这样的发展可以归属于德国传统社会团结观念，最重要的角色则莫过于奥托·冯·俾斯麦首相与其同僚、政治家及学者的贡献。特别是，如此广泛的社会保险制度来自于俾斯麦所面对的政治与经济挑战。为发展德国经济，俾斯麦迟疑于增进劳工的权利，但为减少当时社会主义者带来的政治压力，俾斯麦建立社会保险制度。因此，德国社会保险制度的建立，并非来自于爱，而是基于恐惧。今后，以社会保险为核心社会政策的国家，所遵守的即是由此发展的俾斯麦社会安全模式。

表 1-8 德国国家健康体系重要里程碑

年份	里程碑
1881	帝国诏书奠定社会保障体系基础
1883	俾斯麦建立法定健康基金
1885	起初基金支付主要用于补偿因病损失的工资收入—当时的赔付金额与医疗服务支出之比为 1.7：1
1885	建立“意外事故基金”
1885	总人口 11%左右得到超过 18000 种疾病基金的覆盖—每种基金涵盖的付费成员低于 300 人
1891	建立“养老基金”

1892	健康基金和医疗服务提供者之间的综合性管理条例建立。健康基金可决定哪些法定医疗保险医师（statutory SHI-physician）可与自己签约
1896	普鲁士医疗费计划生效。此后，覆盖范围不断扩大到人口的绝大部分，包括学生和农民，过程一直持续到 20 世纪 60 和 70 年代

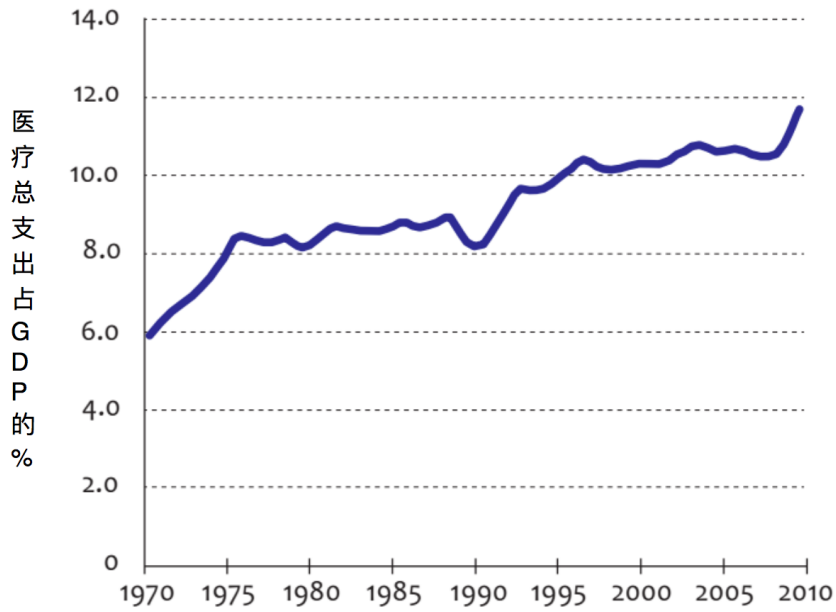
健康、养老和意外保险后来整合到 1914 年的“皇家保险条例”（“Imperial Insurance Code”或“Reichsversicherungsordnung”,RVO）。1989 年，RVO 被改革为德国联邦的《社会法典》（Code of Social Law 或“Sozialgesetz buch”,SGB）。该法典分为 12 部分，其中第五部分有关社会健康保险。

各种由名医和著名科学家创办的各种基金会是德国人生活中意义重要的医疗卫生服务提供者。医生们提出的各种理念也成为德国独具特色的自我管理式社会保障体制的理论基础。比如 Hermann Hartmann 医生创办于 1900 年的 Hartmann-Bund 医生联合会是较早的医疗自助机构。到 2009 年，其会员数达到六万多名。（http://www.hartmannbund.de/home/）

2．体系现状

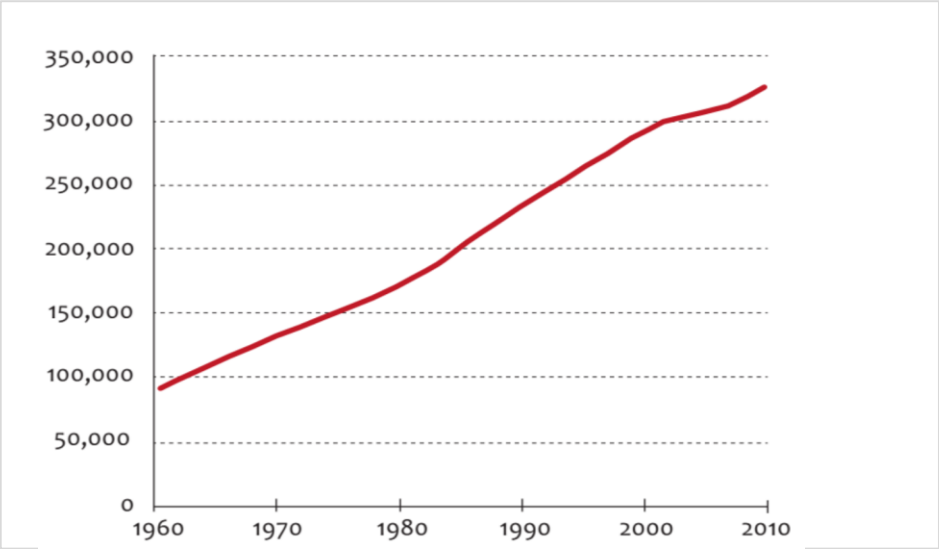
随着新药研发费用逐年上升，医疗卫生支出占德国 GDP 的比重也逐年增加，与此同时德国的医师从业人员也不断上升。

图 1-16　医疗总支出占 GDP 的比重



资料来源：http://miph.umm.uniheidelberg.de/miph/cms/upload/pdf/GHCS_Kap.1.pdf，http://www.hartmannbund.de/home/

图 1-17 德国从业医师人数的变化



资料来源：http://miph.umm.uniheidelberg.de/miph/cms/upload/pdf/GHCS_Kap._1.pdf，http://www.hartmannbund.de/home/

法定健康保险体系（statuary health insurance，or SHI）建立在团结原则（solidarity）之上，也即社区利益高于个人利益，为了群体成员的福利，而要求个人意愿的妥协。加入 SHI 的成员都是强制的。为了确保医疗服务的支出主要由成员中比较富裕的人们承担，而每个成员都能够得到医疗服务，对 SHI 的贡献主要取决于成员收入。

表 1-9 德国国民健康体系状况比较

项目	1880 年	2006 年
预期寿命	38 岁	78 岁
开始工作年龄	15 岁	>20 岁
养老金领取年龄	70 岁	通常早于 65 岁
每个妇女平均子女数量	3.5	1.3
居民数/平方千米	110	230
贡献率	3%	15%
覆盖率	<10%	90%

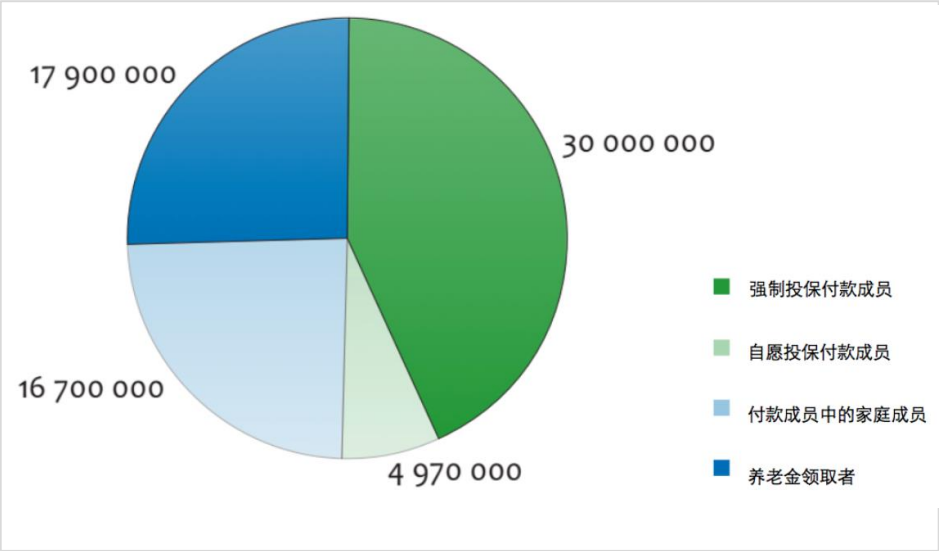
但是，达到一定收入门槛的雇员和自雇佣者可以选择退出 SHI 并选择私营的医疗保险。

表 1-10 强制保险的收入门槛（2012 年）

年收入	选择
收入>50850 欧元	PHI 或 SHI
收入<50850 欧元	SHI

截至 2012 年，德国 SHI 成员的组成结构如下

图 1-18　德国 SHI 成员组成情况（2012 年）



资料来源：http://www.hartmannbund.de/home/

SHI 的管理和德国国民健康体系的组织原则

德国 SHI 主要遵循五个基本原则，即（1）团结原则；（2）同等受益：受益方接受同等治疗，无需当时付款；（3）由雇主和雇员共同负担；（4）自我管理；（5）多种选择：病患可再多家医院和私营医疗服务提供者之中选择。

SHI 已经覆盖了德国人口的 85%，从而在德国卫生体系中占据重要地位。SHI 主要由有工作的人的收入进行支付。SHI 和 SHI 医师协会（KVs）都是自我管理的社会团体

此外，德国国民健康体系的组织原则主要由：

辅助原则：决策在最小的和最底层的地方机构进行，而尽量不在上层机构进行。健康保险公司自我管理；国家只提供框架和监督；1931 年的天主教会文件定义了团结（Subsidarity）原则。

自治原则：国家通过工会、协会等赋予自治权；国家在谈判中不直接牵涉，但负有监督职责；住院病人护理通过 SHI 医师联合会和区域健康保险协会等合约进行监管；在德国的医疗卫生体制中主要的参与者是协会，而不是保险公司或者医师本人。

社团主义：将主要责任转移到职业协会上去；有组织的利益相关方参与到政治决策的形成和执行中；国家是谈判中的乙方。

3．改革过程

近些年来，针对包括医疗费用上涨、机构冗杂等问题，一些列改革措施得以进行。

表 1-11　20 世纪重要的改革过程

年份	里程碑
1977	第一部针对医疗服务费用控制的法律（”Kostendampfungsgesetz”）
1988	1989 医疗改革法案
1994	社会法典 XI（法定长期医疗保险）
1996	医疗保险保费费率减免法案
1997	第一次和第二次法定医疗保险重组
1999	加强法定医疗保险团结原则法案 2001 年平衡法定医疗保险法定条款的法案
2000	感染保全法案
2001	社会法典 IX（残疾人康复和参与） 参考价格调整法案 改革法定医疗保险风险结构补偿机制的法案 疾病基金的新选择法案
2002	医药支出限制法案 病例消费法案 保费费率稳定法案
2003	第 12 款社会法典 V 修正案法案 第一款病例消费修订案 法定医疗保险现代化法案
2004	调整假牙费用法案 第二款病例消费修正案
2007	加强法定医疗保险竞争法案
2009	引入医疗基金
2010	法定医疗保险的可持续性和社会化平衡融资法案
2011	医药市场改革法案（AMNOG）
2012	精神治疗报销法案（“Psych-Entgeltgesetz”）

资料来源：根据研究报告整理，http://miph.umm.uniheidelberg.de/miph/cms/front_content.php?idcat=2&lang=1.

4．政府的作用

德国医疗体系的责任分配遵循德国联邦政府、各州和社团层级等的权力分配原则。联邦法律在社会法典第五条（SGB）中定义了基本的概念，并将其细节和实施方案下放给各式各样的社团机构。

这样一来，健康保险则由相互竞争的、非营利的、非政府的法定医疗保险计划（SHI）中的医疗保险基金，也称为“疾病基金”来提供（截至 2014 年 7 月，共有 131 个医疗保险基金），或者由补充性的私营医疗保险（PHI）提供。

国家拥有大多数大学医院，市政府则在公共医疗活动中起重要作用，并拥有将近一半的医院床位。各级政府在直接资金支持或者提供医疗服务上几乎不起任何作用。监管在很大程

度上由自治的疾病基金协会和医疗服务提供者协会自行进行。其中最重要的一个是联邦联合委员会（Federal Joint Committee）。

所有 2014 年每月收入低于€4,462.50（约合 USD5,695）（年收入约合€53,550［约合 USD68,336］的受雇佣公民（包括其他群体，比如领取养老金者）都强制加入 SHI 计划，而这些人的无收入亲属都免费受到 SHI 的覆盖。

净工资收入超过这个门槛的个人、公务员和自我雇佣者，可以选择是否自愿加入公共资助的计划（有约 75%的人会这样做），或者选择购买补充性私人医疗保险（PHI）。尤其对于拥有良好收入的年轻人而言，PHI 很具吸引力，因为保险可能会提供更昂贵的服务合约选择和较低的保费起付金额。

PHI 既是补充性的，也是额外的。德国人口将近 86%的人会选择通过 SHI 接受基本的费用覆盖，而有 11%的人会通过 PHI 报销医药费（Federal Ministry of Health, 2013）。剩下的 3%的人口（比如士兵和警察）则加入其他特别计划。医疗保险对所有公民和德国永久居民而言是法定要求参与的。访问者并不受 SHI 的覆盖。

未登记的移民则由社会安全保障计划覆盖，以应对突发疾病和怀孕生产等。相关的各类服务则由负责的机构或医师及医院提供。

SHI 覆盖各类预防性医疗服务，住院和门诊医疗服务，医师服务，心理健康服务，牙医，验光，理疗，处方药品，药物护理，康复治疗，临终关怀和姑息疗法，以及病假补偿等内容。SHI 预防性服务包括常规的牙医检查，健康儿童体检，基本的免疫，慢性病检查，和特定阶段的癌症筛查等。所有的处方药品—包括新获批的药品—除非由法律明文规定不予涵盖的和处于评估阶段的之外，都包含在内（主要是所谓的保健品不包含在内）。虽然报销内容主要由联邦层面予以规定，但细节上由联邦联合委员会来决定。长期医疗服务则由长期医疗保险计划单独进行覆盖。

（1）费用分担和自付

2012 年，德国的医疗总支出占 GDP11.3%（根据 OECD，2014）。法定医疗保险 SHI 支出占医疗总支出的 57.4%（总的公共医疗支出包括法定长期医疗保险，法定退休保险，法定意外保险，和各类税费，占医疗总支出的 72.9%）（联邦统计办公室，2014）。疾病基金由强制支付得以资金支持，强制支付根据净工资水平的一定比例确定不高于€48,600 (USD62,020) 每年（2014 年）。收入超过此额的不包括在 SHI 中。2009 和 2010 年，政府制定了一个统一的支付率，即占净工资的 8.2%，而同时雇主或者养老金基金需要负担另外的 7.3%。总的最大支付保费额 2014 年约为每月 €630 (USD804)。这一保费支付额也包括了亲属（无收入的伴偶和孩子）。保费支付额集中为资金池然后分配到各个疾病基金中去，分配根据风险调整人头计算公式进行，同时考虑到年龄、性别和 80 种慢性病和重病的病态等因素。

（2）公共支持的医疗服务

在 SHI 计划中，直到 2004 年前都不存在费用分担条款（主要是药品和牙医服务），2004 年引入共同支付，主要是用在 18 岁及以上救护门诊服务中（每季度的第一次问诊病人自付

€10 [USD13]，或在其后的问诊中不转诊的情况下也付此金额)。2013 年时，这种共同支付取消了，但其它的共同支付还存在，包括 €5 (USD6.50) 到€10 每次的门诊病人处方（除了价格低于参考价格至少 30%的，尚有有超过 5000 种药品几乎是免费的），10 欧元每住院日和康复日（每年的第一个 28 天住院期间），5-10 欧元的处方护理服务。

如果一个疾病基金的收入不足以用于支付，则该疾病基金能够向投保人收取额外的较小数额的保费（如果疾病基金略有盈余，则盈余部分以分红形式发放给投保人）。2011 年三月，当时 156 个疾病基金中的 13 个都收取了额外的保费，在每月€8 (USD10) 至 €15 (USD19) 之间。2014 年，没有疾病基金额外收取保费，但又 20 个疾病基金（包括最大的疾病基金）都向自己的投保人支付了€30 (USD38) 到€263 (USD336)之间的数额作为年终分红。2014 年四月，政府通过了一个法案，限制未来可能对保费收取和共担的方式。同时德国也存在（普遍的）由税收负担的联邦支出用于 SHI 之外的“外部保险”赔付比如对儿童的覆盖），这一数额在 2014 年达到 140 亿欧元。

（3）私营医疗服务

2012 年，德国境内共有 43 个补充性 PHI 公司，其中 24 家是营利性机构，19 家是共同保险公司（mutual insurance company）。补充性 PHI 覆盖两类 SHI 不包括的群体（公务员，他们的医疗服务费用部分由其雇主提供，和自我雇佣者）和那些选择不加入 SHI 的人们。所有选择 PHI 的投保人都需要缴纳一笔与风险程度相关的保费，其亲属则须单独缴纳保费；投保人风险仅在投保时加以评估，而保险合同则基于投保人一生愿意支付的保费额。雇主需支付与 SHI 保费最高额相等的金额（2014 年为€295.65 [USD377]每月），但雇员缴纳部分不应高于其个人 SHI 保费的 50%。

PHI 由政府监管以确保所有投保人无需面对随着其年龄增长而增加的大额保费，以及由于投保人收入减少而无法负担保费的情况（政府管制 PHI 保费额）。提供替代性 PHI 的保险公司须加入一个风险调整计划（与 SHI 无关），这样来为那些不能回到 SHI 计划中的不健康人群（例如，有的是因为他们的是养老金领取这或者自我雇佣者）和那些负担不起与风险相关的保费额的人们提供基本的保险。德国立法也旨在强化承保人之间的竞争。为了减缓随着年龄增加的保费，法律强制私人投保人在年轻时即进行储蓄（老龄储蓄）并在上年纪时使用这些钱。个人老龄储蓄现在可以转移到其它保险项目中，而之前当投保人取消某一个投保计划或者改变保险公司时，老龄储蓄会由投保人保管。这是一个比较大的改变。

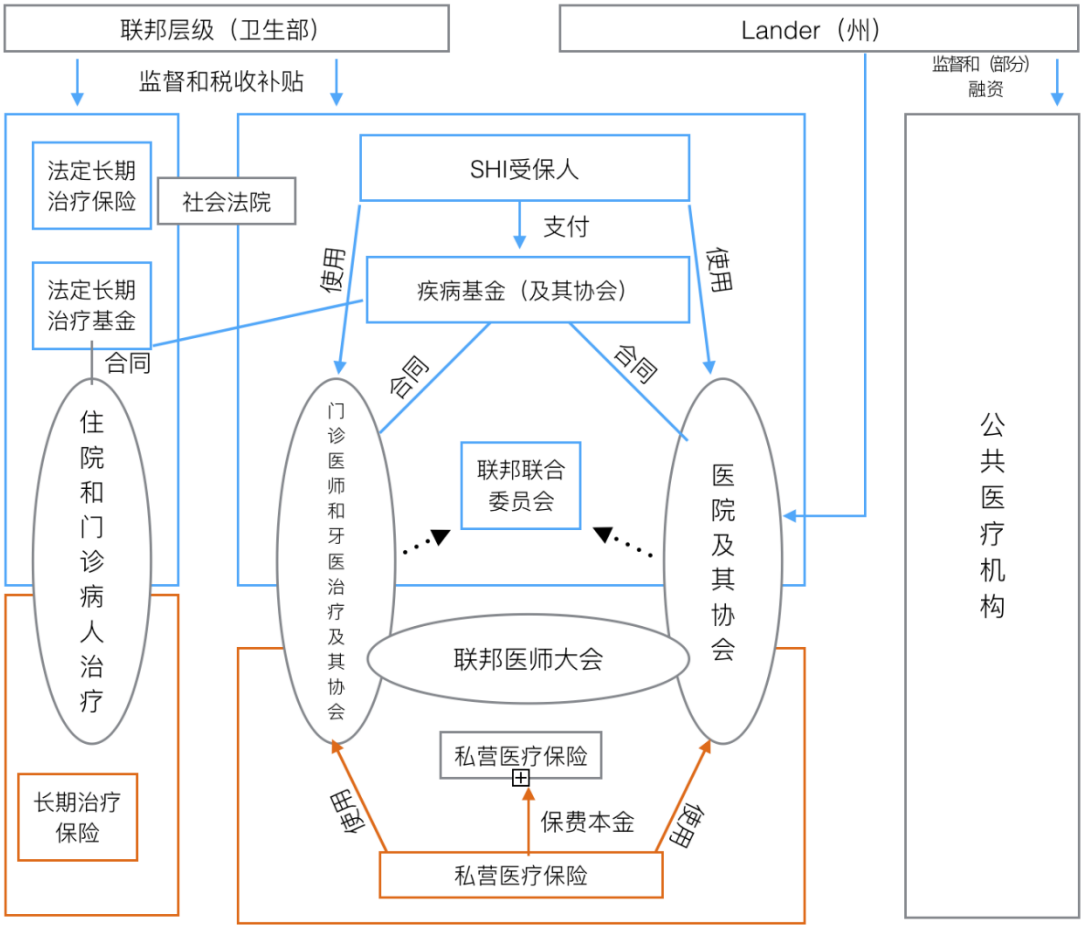
私营医疗保险（PHI）也扮演着一个融合了补充性和额外的角色，覆盖了 SHI 覆盖范围之外的小的报销部分，提供更好的就医设施，以及一些共付金额（比如，牙医诊费）。联邦政府通过一个特定的费用计划决定了补充性、替代性和额外的 PHI 的强制提供费率。对于补充性和额外的 PHI 而言，没有任何的政府补贴。2012 年，所有形式的 PHI 占到总的医疗支出的 9.3%左右。

（4）关键机构

德国的医疗卫生体系有两个突出特点：1）各州、联邦政府和买方与提供方的自治组织间的决策权力共享；和 2）SHI（包括社会长期医疗保险，图中蓝色部分）和 PHI（包括私营长期医疗保险，图中橙色部分）的区分。右图说明了德国不同于其它各国的医疗卫生体系，

也表明 SHI 和 PHI（包括两个长期医疗保险计划）使用同样的提供方，这也就意味着，医院和医生治疗参与法定医保计划和私营医保计划的病人。

图 1-19 关键机构



资料来源：根据德国海德堡大学曼海姆公共健康研究所信息整理。

在德国卫生部制定的法律框架下，联邦联合委员会具有广泛的监管权，包括决定哪些服务由疾病基金覆盖，以及对医疗服务提供方设置哪些质量监管措施等。自 2008 年以来，联邦联合委员会共有 13 名投票成员：5 名来自联邦疾病基金联合会和德国医院联合会，1 名来自联邦 SHI 牙医联合会，3 名来自独立机构。此外还有 5 名病患代表，他们扮演的是顾问角色，不能投票。

六、中国台湾省

台湾地区卫生行政管理实行高度统一的“大卫生”体制和强制性的社会医疗保险制度，即全民健康保险制度。

1. 台湾卫生医疗行政管理架构

“卫生福利部”是台湾地区公共卫生、医疗和社会福利等事务的最高主管机关，其是在2013年，由原“卫生署” 内的21个单位与任务编组，5个所属机构，整并 “内政部”妇女、少儿、老人等身障等社会福利业务，以及“国立中国医药研究所”整合为包括8个司局、6个处室的事权统一的新机关。所属的机构包括疾病管制署、食品药物管理署、中央健康保险署、国民健康署、社会及家庭署、中医药研究所等，并直接管理26家部立医院。（侯岩、代涛等，2015）（详见下图）

图 1-20 卫生福利部组织图

资料来源：台湾卫生福利部的官网 http://www.mohw.gov.tw/

疾病管制署负责建立现代化防疫体系。中央健康保险署，专司统一的健康保险基金筹集、支付和管理，行使健康保障行政四权，即医疗机构的特约权、支付标准的制定权、诊疗行为

的审查权及医疗费用的核付权，而且由财政承担的公共卫生服务经费也通过该局自上而下的系统统一核实拨付。

2．医疗服务体系

（1）多元化办医，非公立医院为主要供给方

早在 1996 年制定了《台湾省立医院办公民营办法》，通过 OT 和 BOT 的模式，开展经营权和所有权分离的探索。2000 年以后开始出现私人诊所合并为社团法人的营利性私人医院，但没有以资本投入形式设立的私立营利性医疗机构，只允许由医生设立。

台湾医院“公办民营”，同时以公私平等政策鼓励社会力量办医，经过多年的努力，非非公立医院已经成为了医疗服务的主要供给方。2013 年，台湾地区共有各类医疗机构 21713 家，其中医院 495 家，包括公立医院 81 家（占 16.4%）、非公立医院 414 家（占 83.6%）;诊所 21218 家，其中公立 444 家（占 2.1%）、非公立 20774 家（占 97.9%）。病床数 159422 张，其中医院床位数 134197 张（84.2%），诊所床位数 25225 张（15.8%），每万人口床位数为 68.2 张；公立医院机构个数占医疗机构总数的 2.4%,床位数占总床位数的 28.7%；私立医院机构个数占 97%，床位数占 71.3%。（侯岩、代涛等，2015）。由此可见，台湾地区无论是机构数量还是病床数，非公立医院在医疗服务的供给上占主导地位。

表 1-12 台湾医院医院及床位

	医院			诊所			总计		
	公立	非公立	小计	公立	非公立	小计	公立	非公立	小计
机构数 100%	81（16.4）	414 (83.6)	495	444 （2.1）	20774 (97.9)	21218	525 (2.4)	21188 (97.6)	21713
床位数 100%	451 （33.6）	89063 (66.4)	134197	546 (2.2)	24679 (97.8)	25225	45680 (28.7)	113742 (71.3)	159422

数据来源：台湾地区卫生服务署官网。

（2）实行医疗服务网计划，形成医疗服务提供的四级均衡配置架构

为了解决医疗资源的不平衡和医疗服务供给的总体规划和协调发展，台湾于 1985 年发起了“医疗网”计划，根据其人口规模、地理状况、医疗转诊设施及健保分区等规划进行医疗机构的分布和设置，到 2013 年该计划已经开展到了第七期，即全民均等照护计划。形成了 6 大医疗区域、17 个二级医疗区域和 50 个次级医疗区域，由医学中心、区域医院、地区医院及基层医疗单位构成的较为合理、完备的医疗卫生服务四级架构。（侯岩、代涛、郑英、庄宁，2015）， 分别承担全台湾地区疑难重症疾病诊治和科学研究任务,承担区域性和地区性的教学和医疗服务以及基础保健。

表 1-13 2013 年台湾地区四级医疗机构数量及医师数分布

四级机构	机构数（百分比）	医师数占总数比例
医学中心（500 床以上）	22（0.2%）	28.7%
区域医院（300-499 床）	82（0.7%）	23.1%

地区医院（20-299 床）	396 （3.4%）	9.7%
基层医疗院所	11119 （95.7%）	37.5

资料来源：匡莉、曾益新、张露文、马天龙，“家庭医师整合型服务及其医保支付制度：台湾地区的经验与启示”［J］，《中国卫生政策研究》，2015.7

由上表可看出，台湾地区医疗服务体系在结构、功能、数量和质量上均较为均衡基层医疗院所占医疗机构总数的 95.7，医院与诊所数量比达到 1:41，大多数医生执业地点分散在基层（匡莉、曾益新、张露文、马天龙，2015）。

（3）医疗市场准入自由，竞争充分

台湾医疗市场在总体上，市场准入自由，竞争相对充分，主要表现在以下几个方面：

第一，台湾地区基层诊所体系是一个自由进出的市场。只要符合条件的医生都可以申请开诊所。申请开业的医师条件是: 医学院毕业，取得医师执照，在医院接受一年毕业后一般医学训练、全科培训和 3-6 年的住院医师培训，取得专科医师执照后，即可到基层担任责任医师。第二，诊所设立的报备流程约一个月左右即可完成，医师公会(相当于国内的学会和协会) 和卫生行政部门分别进行资格审查和条件审查。（匡莉、曾益新、张露文、马天龙，2015）。

第二，鼓励发展民营医院。台湾民营医疗机构在市场准入、医保定点资格获得、税收优惠、等级评审和人才等方面能获得与公立医院同等机会，甚至是更加宽松的条件。

- **市场准入无限制。**台湾卫生福利部“医院设立或扩充许可办法”第二条，只要医生只要具备条件都可以申请开诊所。注重加强医院尤其是私立医院和私人诊所等民营医疗机构的建设，通过采取“补助医疗设备费”，提供“兴建医院费”及“贷款或补助利息”等措施支持民营医疗机构的发展（杨铭钦，1995）。修订《台湾医疗法》，使民营医疗机构“享有独立的法人地位”。

- **税收优惠。**在医疗资源稀缺的地方，设立医疗机构，有税收优惠和奖励。“2012 年台湾医疗法”第八十八条，明确指出，“中央主管机关为促进医疗资源均衡发展，统筹规划现有公私立医疗机构及人力合理分布，得划分医疗区域，建立分级医疗制度，订定医疗网计化。主管机关得依前项医疗网计划，对医疗资源缺乏区域，奖励民间设立医疗机构、护理之家机构；必要时，得由政府设立。”

- **允许民营机构获得医保定点资格。**为了保证全民健保制度的顺利实施，1995 年中央健保局与医疗机构签订契约，所有医疗机构甚至包括私人诊所都有权申请成为全民健保制度的特约医事服务机构。2002 年 3 月，“全民健康保险医事服务机构特约及管理办法”规定，只要符合相关要求，具备相关文件，领有开业执照的医事服务机关包括“特约医院及诊所”、“特约药局”、“特约医事检验机构”和其他指定的特约医师服务机构，均可以申请为保险医事服务机构。到 2012 年民营医疗机构的与“中央健保署”签订为特约医事服务机构的签约率达到 93.5%。（高和荣、季晓静，2016）

（4）允许医生多点执业

只要报备，医生便可多点执业，且现在报备程序简单，在卫生福利部网站登记一个主要的执业点，在这个点执业时间超过执业时间的一半以上，其它一半的时间可以找任何地点执业，只要是合法的医疗机构，并开始执行医疗行为前一分钟登记上即可。

（5）医疗服务的定价：总额预算和按量计酬相结合

目前主要实施总额预付和按量计酬相结合的结算方式，并探索论质计酬支付制度、家庭医师整合照护制度、住院诊断关联群（DRGs）支付制度、论人计酬等支付方式改革方案。

实行总额预算制度。“行政院卫生福利部”根据年度的医疗费用支付情况和医药卫生政策，提出年度医疗给付费用总额，全民健康保险会在给付费用总额范围内讨论确定医疗给付费用总额，其分配方式报“卫生福利部”批准，“健保局”据此将经费划拨到下设的台北、高屏等 6 个分局，分期预付给各定点医疗机构。

“健保局”根据各类医疗服务的难易及成本等，规定一个相对值（按点数计算）。各健保分局按规定的点数统计并核准辖区各医院提供的医疗服务量和总量。然后将本区当期预算总额除以总点数，得到每个点数对应的金额。最后，按每个医院的实际点数乘以点数对应的金额计算当期医疗费用。90％以上医疗服务费用是通过这种方式结算的。2008 年，又开始了实施按病种付费制度，共涉及了 155 个病种。（赖新权、薛松、李海，2013）

（6）提高质量：医院评鉴制度和医疗保险制度相结合方式

为了提高台湾的医疗服务的质量，台湾地区于 1976 年开始施行医院评鉴制度，并且台湾卫生署还将其与医疗保险制度的准入制度相结合。评鉴内容分为医院评鉴与教研评鉴两部分，通过医院评鉴的医院方能取得医保资格；通过教研评鉴的医院则可以在总医疗费用之上再加成 1.5—3%的补助。（赖新权、薛松、李海等，2014）

3．药品定价与管理

2011 年台湾药品消费 2194 亿元新台币，占全民健保总支出的 24.1%。293 家西药制造商提供了台湾市场药品供应 70%的西药制剂品种、30％的制剂销售（金额）；反之占药品品种数量 30%的进口品种构成了 70%的销售。（赖新权、薛松、李海，2013）

（1）从制药公司自由定价到健保局统一定价

全民健保实施之前，台湾地区存在着公保、劳保、低保、农保等多种社会保险，差异较大，分散管理。而制药公司通过与医院进行药品招标谈判，以确定销售给医院的药品的价格，医院卖出药品给患者时，会在进价的基础上，增加 10%-20%的价格加成。（姜山，徐之昇，2012）由此可见，制药公司有一定的自由定价权。全民健保实施之后，台湾医疗保险制度从传统的多元社会保险转向了一元的全民保险，实行一元承保和单一支付。（王琬，2013）健保局对纳入健保给付范围的药品统一制定支付价格，健保局与医院按规定的支付价格结算，医院自行采购药品，可以压低实际进价、获得差价收入（赖新权，薛松，李海，2014）。

由此可见，台湾全民健保制度的实施，使得台湾药品的定价权发生了事实上的转移，从制药公司自由定价变为了健保局统一定价。

（2）健保药品费用支付

台湾对纳入健保局给付范围内的药品统一制定支付价格。药品支付价格是健保与医疗机构和定点药店的结算标准，实际上也相当于医院药房和药店的零售价格。具体的给付范围和支付的标准是由“健保局”与相关机关、专家学者、被保险人、雇主、保险医事服务提供者等代表共同拟定，并邀请药物提供者及相关专家、病友等代表提意见，最后报“卫生署”核定发布。

保险医事服务机构依据医疗服务给付项目及支付标准、药物给付项目及支付标准，向保险人申报其所提供之医疗服务之点数及药物费用。药品费用经保险人审查后，核付各保险医事服务机构支付之费用，超出预先设定药品费用分配比率目标时，超出目标之额度，保险人于次一年度修正药物给付项目及支付标准。其超出部分，应自当季之医疗给付费用总额中扣除，并依支出目标调整核付各保险医事服务机构之费用。健保局与医院按规定的支付价格结算，医院自行采购药品，可以压低实际进价、获得差价收入，同时健保局还可以按规定向医疗机构和定点药店支付药事费。

（3）药品定价及调整

① 新药定价

对于申请列入医保报销范围的新药，按照其创新程度不同，划分为三类，分别为突破性新药、跟进性新药及延展性新药。

第一类突破性新药：即与有效治疗特定疾病的第一个新药与现行最佳常用药品临床比较，显示临床疗效明显改善的药品。此类药品价格通过参考十国药品价格中位数的 1.1 倍核定。如果现有的上市该药品的国家少于 5 个，须从新药价格核定生效之次年起，逐年于每年每四季度复核国际药价，直至参考药价的国家超过 5 个为止的次年，或复核超过 5 次以上。参考的十个国家均为发达国家，包括澳大利亚、比利时、加拿大、法国、德国、日本、瑞典、美国及英国。

第二类新药（疗效类似性新药）：分为 2A、2B 两类。2A 类指与现行最佳常用药品比较，显示临床价值有中等程度改善的新药；2B 类指临床价值与医保目录已收载的参考药品相近的新药。此类药品通过参考对照药品价格进行定价。此类药品以十国药价中位数为上限。根据药品实际临床价值的改善程度，对以下定价方法中选择其一，包括：（a）十国药价最低价；（b）原产国药价；（c）疗程剂量比例法；（d）国际药价比例法；（e）复方制剂采用单方健保支付价合计×70％，或按单一主成分价格核定。依照上述原则计算后，如果符合以下条件，则予以一定比例的加价：一是对于开展了本地人口特异疗效和安全性研究、在国内临床试验达到一定规模的药品，核价后加价 10%；二是对于在国内进行药物经济学临床研究的药品，最高加价 10%。

第三类新药（新药延展性产品）：与医保目录已收载药品同品种同剂型、不同规格的药品。此类药品采取剂量比例法、国际药品价格比例法进行定价。（赖新权，薛松，李海，2014）

②仿制药品价格制定原则及方法

首仿药品以原研制药品价格的 80%核定，以后进入市场的同通用名仿制药品以同成分最低价核定。对于品种仿制药品采取“一厂一价”模式。

③已定价药品的价格调整

健保制定的支付价格与医院采购价格之间往往存在一定差价，“中央健保局”每两年组织一次药品交易价及交易量调查，要求医院与药商报送相关数据，并根据调查的实际交易价格经统计分析后，调整已定价药品的医保支付价格。除有特殊情况的药品外，大部分药品按专利情况划分，进行价格调整。

4．对药费增长的管控措施

（1）通过健保支付制度控制用药

台湾地区药品支付制度的建设可以分为四个阶段：a.筹备实施阶段（1995 年 3 月以前）；b.药品价格内部审计（1995 年 3 月至 1996 年 11 月）；c.价格统一阶段（1996 年 11 月—1999 年 3 月）；d.药品基准价格（1999 年 3 月之后）。台湾健保支付方式可归纳为：在总额预算下，按项目付费为主、住院疾病诊断相关组（DRGs）等多种支付方式为辅的混合支付模式。所有非处方药均不在基金支付范围内，中成药则采用日剂药费的支付方式，即无论使用何种中药、用量多少，健保给予服务提供方每人每天固定的数额。

（2）鼓励使用仿制药

仿制药较之原厂品牌药，在用途、剂型、安全性、效力、给药途径品质与药效特性上，各性质应完全相同或具有生物相等性。由于原厂药品的价格比仿制药价格高出很多，所以鼓励医院医师多使用仿制药，可大幅降低药品使用成本；要求医师在处方笺上标示所开立药品可用同成份仿制药取代的药品，亦可鼓励调剂药师以较便宜的同成份同剂量药品给药，能在一定程度上控制药品费用。

（3）控制医师开立处方

健保局会列举健保给付或健保不给付的药品，限制医师处方开立范围；或对于医师所开立的处方内容进行同侪审查（即同行业间互相监督与借鉴）通过同侪审查活动，可以让医师了解自己开药的习惯与用药成本、与其他医师开方行为的差异、药品交互作用、学名药取代原厂药等信息。

（4）药品部分分担制度

台湾健保个人分担采用额外支付费用方式，个人分担费用根据门诊或住院情况按定额或定率计算，与具体使用药品无直接关系。为避免个人分担过重，还设定个人分担封顶标准。

门诊药品分担费用为参保人在门诊药方或药店取药时按次直接支付的固定额度费用。固定额度根据当次医保基金需支付的药品费用高低分段计算。住院个人分担无论按项目付费或按 DRGs 付费，均只根据住院时间长短和疾病急慢性情况按比例计算，最低按照基金支付费用的 5%，最高 30%核定，药品费用不再另外分担。当次住院个人自付超过居民收入 6%（2013 年约 31000 元）或全年自付超过居民收入 10%（2013 年约 52000 元）后个人不再负担。（张杰，熊先军，李静湖，2014）

通过将部分药品费用的支出转嫁到患者身上，促使患者具有药费成本意识，避免其无止境地使用。另外，列举特定药品使用的适应症及给付范围，限制患者滥用药品，或将部分药品转为成药或自费药品，亦是控制药费的方式之一。

（5）推进医药分业制度

台湾地区自 1997 年起推行医药分业制度，通过医药分业的实施，有助于药品价格及品项流通透明化，通过医疗与药品的专业及执业环境加以区隔，亦有助于药品费用的合理控制。

（6）取得的成效和存在的问题

第一，药品价格显著下降。1999 年以来，台湾药品支付价格已经历 7 次集中调整，目前台湾药品价格与 OECD 国家相比属于最低层次，药品价格控制成效显著，以至于部分创新药品不大愿意进入台湾市场。例如，2011 年台湾门诊药品费用占健保费用 17.7%；2012 年健保药品支出费用 1420 亿元，占医疗费用 25%左右；2005 年至 2012 年间药品整体费用年均增长率约 4%。台湾地区品牌药品价格低于大陆地区品牌药品价格（翁庚，韩晟，史录文，2013）。

第二，药物滥用受到控制。从台湾药品费用结构来看，门诊慢性病“三高”用药、癌症治疗药物、抗精神病用药占了重要比重，抗生素、中成药费用比率较低。

第三，未能实现医药分业。虽然对药品价格控制有效，但台湾健保同样没有切断医疗机构、医师与药品之间的利益关系，即没有实现完全意义上的医药分业。一方面医师依然有开大处方的动机，另一方面从原来优先使用价格高的药品转变成优先使用价差高的药品，某种意义上可以理解为使用同类别下质量较差的药品，会引发社会的质疑。

第四，支付制度有待完善。在药品支付制度方面，医院采用的“按项目付费”的方式，而基层诊所采用“无审查固定金额处方”制度。因此遇到以下现象：一是基层诊所倾向于降低药物成本，不愿意开处方（不利于医药分离的实施 ）；二是患者被转诊到上级医院，以使用较贵的药和获得更长的处方天数；三是初级诊所的药品市场萎缩。（朱恒鹏，2014）

5．全民健保制度

（1）全民健保制度的概况

台湾全民健康保险制度始于 1995 年，采取强制性的社会保险方式，是一种缴费互助、社会统筹、平等就医的医疗安全保障制度。由于其被保险人口投保率高、投保费率低、给付范围广及就医方便。到目前为止，其覆盖率达到 99.5%，（冉密，2013）历经了两个阶段：

第一代全民健保：1995 年-2012 年实施台湾地区实施第一代全民健保。居民全部纳入保险范围，被保险人皆可凭健保卡至医院、诊所、特约药房及医事检验机构等特约医疗服务机构接受医疗服务。全民健保所提供的医疗服务包括：门诊、住院、中医、牙科、分娩、康复、居家照护、慢性精神病康复等项目。治疗照护的范围包括：诊疗、检查、检验、会诊、手术、药剂、材料、处置治疗、护理及保险病房等。

第二代全民健保：2013 年开始实施，第二代全民健保较之第一代主要有两点差异：（1）缴费确定依据不同。第一代健保以薪资收入为主要依据；第二代健保主要是向正常薪资收入之外的奖金、兼职收入、佣金、租金、利息、股息、红利所得征收补充保险费，其目的是向高收入人群多收保险费以提高全民健保财务安全性。（2）支付方式有所调整。第二代健保在支付方式上引入论质计酬制，引导医疗服务提供者提供整体性医疗照顾，并以医疗质量及结果作为支付医疗服务费用的依据。（王宝敏，2013）

（2）台湾健保制度的特点

自 1994 年《全民健康保险法》制定之初，就对保障人群、保障项目和保障水平三方面进行了详细地说明，从而在制度上确保了全民健保制度强制性、保障项目的广泛性和充分的保障水平。

表 1-14 台湾全民健保制度的特点

纳保	全民纳保，强制保险
管理	单一保险人、政府经营
财源	以保险费收入为主要收入财源，包括一般保险费及补充保险费 保险对象、雇主、政府共同负担一般保险费 烟品捐、公益彩券分配收入等补充收入
给付	就医给付范围人人相同 就医自付部分负担
医疗提供者	保健特约医疗院所 特约率占全国所有医院所的 93%
支付制度	在牙医、中医、西医基层、医院各总额下，以同病同品质同酬（即论量计酬）为主，搭配多元支付方式

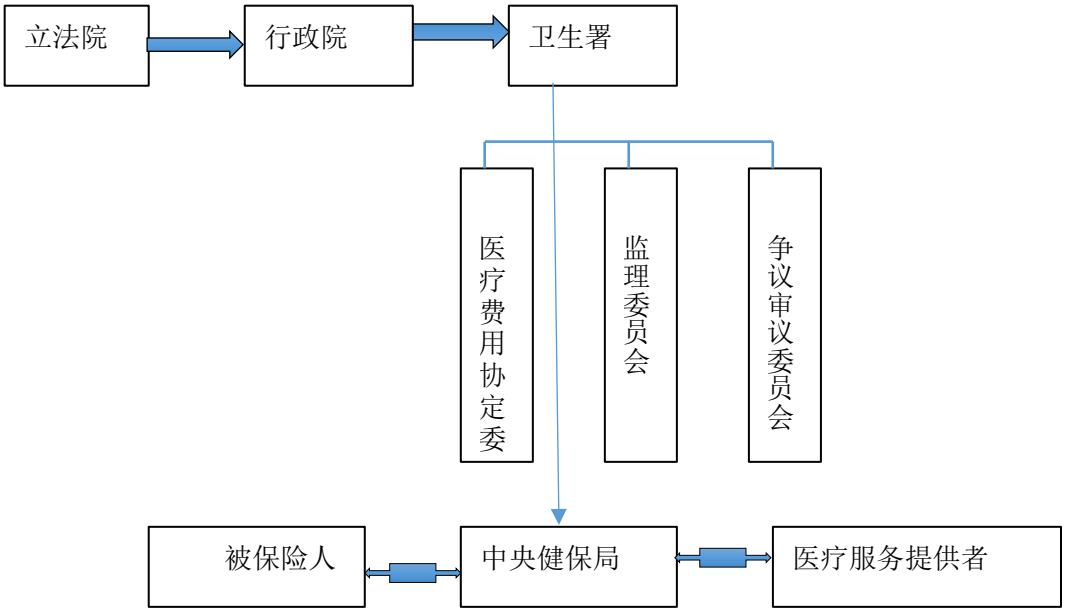
资料来源：刘在铨，台湾健保经验 PPT，2015。

第一，强制保险，统一管理。

《全民健康保险法》第一条规定，“本保险为强制性保险”，第 10 条指出凡在台湾地区设有户籍满 4 个月以上的民众（在台湾地区出生之新生儿只要办妥户籍出生登记），都必须参加全民健保。

全民健保制度涉及政府、保险人、被保险人、医疗服务部门等诸多利益相关人。《全民健康保险法》规定该制度由行政院卫生署主管，并设立“中央健保局”作为唯一的保险人统一经营管理，专司统一的健康保　险基金筹集、支付和管理，行使健康保障行政四权：医疗机构的特约权、支付标准的制定权、诊疗行为的审查权及医疗费用的核付权，而且由财政承担的公共卫生服务经费也通过该局自上而下的系统同归核实拨付。同时，还设立全民健康保险监理委员会、全民健康保险争议审议会以及医疗费用协议委员会等三个平行的机构。其组织架构如图。总局下设 6 个分局，直接办理承保业务、保费收缴、医疗费用审查核付及特约料机构管理业务。（王琬，2013）整体看来，台湾全民健保体系还是以国家行政为原则，以中央调控为手段。（吕建德，2009）

图 1-21 全民健保组织架构



第二，分类投保，共担风险。

全民健保保险费由被保险人、投保单位及政府共同分担，按照职业、所得和身份不同分为 6 类，不同类别人群受政府资助的比例不同。医疗保健支出占 DGP 的 6.11%，平均每人医疗健保支出约 41，242 元（新台币）。健保支出占 GDP 的 3.45%，家庭自付费用/医疗保健支出的 35.8%，住院费用占医疗健保支出的 25.6%，门诊费用/医疗保健支出的 48.4%，药品消费/医疗保健支出的 26.0%。（刘在铨，2015）

表 1-15 保险对象类别与保险费负担比率

类别	保险对象	负担比例（%）

	本人	眷属	被保险人	投保单位	政府
第一类	公务人员、志愿役军人、公职人员	1. 配偶 2. 直系血亲尊亲属 3. 二亲等内直系血亲卑亲属未满 20 岁或满 20 岁无谋生能力或仍在学就读	30	70	0
	私校教职员	同上	30	35	35
	公民营事业、机构等有一定受雇者雇主	同上	30	60	10
	自营业主、专门职业及技术人员	同上	100	0	0
第二类	职业工会会员、外雇船员	同第一类眷属	60	0	40
第三类	农、渔民、水利会会员	同第一类眷属	30	0	70
第四类	义务役军人、替代役役男、军校军费生、在恤遗眷	无	0	0	100
第五类	合于社会救助法规定的低收入户成员	无	0	0	100
第六类	荣民、荣民遗眷家户代表一般家户户长	本人	0	0	100
		眷属	30	0	70

资料来源：丘清华编，《公共卫生学》，785-791 台湾全民健康保险制度 （有改动）。

同时，全民健保以量能付费为原则（收入高的多负担，收入少的少负担），保险费率以工资收入为计费基础。对于第 1 类、第 2 类和第 3 类投保人群，按照工资等级进行申报交费，第 4 类至第 6 类按平均水平计费。具体参见下表。

表 1-16 全民健保投保金额分级（单位：新台币）

组别级距	投保等级	月投保金额	实际薪资月额
第一组 级距 900 元	1	17,880	17,880 以下
	2	18,300	17,881-18,300
	3	19,200	18,301-19,200
	4	20,100	19,201-20,100
	5	21,000	20,101-21,000
	6	21,900	21,001-21,900
	7	22,800	21,901-22,800
第二组 级距 1200 元	8	24,000	22,801-24,000
	9	25,200	24,001-25,200
	10	26,400	25,201-26,400
	11	27,600	26,401-27,600

	12	28,800	27,601-28,800
第三组 级距 1500 元	13	30,300	28,801-30,300
	14	31,800	30,301-31,800
	15	33,300	31,801-33,300
	16	34,800	33,301-34,800
	17	36,300	34,801-36,300
第四组 级距 1900 元	18	38,200	36,301-38,200
	19	40,100	38,201-40,100
	20	42,000	40,101-42,000
	21	43,900	42,001-43,900
	22	45,800	43,901~45,800
第五组 级距 2400 元	23	48,200	45,801-48,200
	24	50,600	48,201-50,600
	25	53,000	50,601-53,000
	26	55,400	53001-55,400
	27	57,800	55,401-57,800
第六组 级距 3000 元	28	60,800	57,80,1-60,800
	29	63,800	60,801-63,800
	30	66,800	63,801-66,800
	31	69,800	66,801-69,800
	32	72,800	69,801-72,800
第七组 级距 3700 元	33	76,500	72,801-76,500
	34	80,200	76,501-80,200
	35	83,900	80,201-83,900
	36	87,600	83,901-87,600
第八组 级距 4500 元	37	92,100	87,601-92,100
	38	96,600	92,101-96,600
	39	101,100	96,601-101,100
	40	105,600	101,101-105,600
	41	110,100	105,601-110,100
第九组 级距 5400 元	42	115,500	110,101-115,500
	43	120,900	115,501-120,900
	44	126,300	120,901-126,300
	45	131,700	126,301-131,700
	46	137,100	131,701-137,100
	47	142,500	137,101-142,500
	48	147,900	142,501-147,900
	49	150,000	147,901-150,000
第十组 级距 6400 元	50	156,400	150,001-156,400
	51	162,800	156,401-162,800
	52	169,200	162,801-169,200
	53	175,600	169,201-175,600

	54	182,000	175,601 以上

资料来源：台湾卫生署，国信证券经济研究所 ，有改动。

通过风险共同分担的机制，减少了患者医疗支付风险，参保者不必担心没钱而不敢看病或者因为昂贵的医疗费用支出而陷入贫困。2010年个人医疗费用支出中，私人自负的比例在57%左右。在医院的门诊和住院费用中，私人负担只有20%左右，其余主要由健保基金进行偿付。

第三，保障范围广，保障水平充分。

台湾全民保健的给付范围广泛，《全民健康保险法》第二条规定，保险对象发生疾病、伤害、生育事故时，全民健保按照规定给予保险给付。基本大病小病都给予支付，中医、牙科、分娩、复健、居家照护、慢性精神病复健等项目都纳入医保支付范畴，政府每年还定期增加一些可给付的药品和治疗项目。同时该法也对于给付项目给出了正负面清单。其中第 40 条和 62 条规定，只有医疗服务项目和药物给付项目内，全民健保才予以核付。同时第 51 条列出了保险给付的负面清单，排除了美容外科、挂号费、非外伤治疗性齿列矫正、人体试验等 12 项内容。

门急诊部分。《全民健康保险法》第 43 条规定：“保险对象应自行负担门诊或急诊费用之百分之二十，居家照护医疗费用之百分之五。但不经转诊，于地区医院、区域医院、医学中心门诊就医者，应分别负担其百分之三十、百分之四十及百分之五十”。

实际运行中，全民健保主管机关以定额方式规定保险对象门急诊部分负担金额。2005 年 7 月 15 日以来，全民健保门诊应自行负担之费用如表 所示。与 2012 年台湾地区家庭收支调查统计的每人可支配收入 28.6 万元（新台币）相比，全民健保门急诊部分每次最高自行负担费用仅为 2012 年每人可支配收入的 0.15%，全民健保门急诊部分自付费用之低、保障水平之高，由此可见。

表 1-17 全民健保门诊基本部分负担 （单位 ：新台币元）

医院层级别	西医门诊基本负担		急诊部分负担	牙医部分负担	中医部分负担
	经过转诊	未转诊			
医学中心	210	360	450	50	50
区域中心	140	240	300	50	50
地区医院	50	80	150	50	50
基层诊所	50	50	150	50	50

资料来源：宋占军，《台湾地区全民健康保险制度考察》[J]，《中国医疗保险》，2015。

住院部分。该法第 47 条依住院天数和急慢性病房分别规定了保险对象自行负担住院费用比例见下表。同时，为兼顾保险对象经济负担，保证患者就医权益，该法第 47 条还明确规定了保险对象于急性病房住院 30 日以内或于慢性病房住院 180 日以内，同一疾病每次住院应自行负担费用设有最高金额，住院费用全年累计应自行负担费用亦设有最高金额。根据“卫生福利部”的公告，2014 年因同一疾病每次住院部分负担上限为 3.2 万元（新台币），每年住院部分负担上限为 5.3 万元（新台币）。与 2012 年家庭收支调查统计的每人可支配收

入 28.6 万元（新台币）相比，同时考虑到收入增长的因素，2014 年住院费用自行负担费用上限不到每人可支配收入的 18.54%。可见，台湾全民健保住院费用部分的自付费用较低、保障水平较高。

表 1-18　住院医疗费用自行负担比例（%）

住院天数	急性病房负担比例	慢性病房负担比例
30 天内	10	5
31 天-60 天	20	10
60 天-181 天	30	20
181 天以后	30	30

资料来源：宋占军.“台湾地区全民健康保险制度考察”[J],《中国医疗保险》, 2015。

特定项目豁免自行负担医疗费用。在较高的门急诊和住院部分保障水平的基础上，全民健保规定重大伤病、分娩、山地离岛地区就医等特定项目，豁免缴纳门急诊和住院部分自行负担医疗费用。根据修订后自 2013 年 1 月 1 日起实施的“全民健康保险保险对象免自行负担费用办法”，重大伤病项目包括恶性肿瘤、慢性肾衰竭、急性脑血管疾病等三十种项目，重大伤病患者在其重大伤病证明有效期内，该重大伤病以及医师认定与该伤病相关的住院或门诊治疗，免除患者的自行负担医疗费用。保险对象因分娩或分娩引起的合并症，以及生产后于当次住院中并行其他疾病之治疗者就医的，免自行负担费用。

根据台湾地区“中央健康保险署”全民健保统计动向（2011），重大伤病项目占门诊和住院申报费用的比例呈逐年提升的态势（2011 年，门诊重大伤病申报费用占门诊申报费用的 22.5%，住院重大伤病申报费用占住院申报费用的 41.5%）。保险对象重大伤病医疗费用是整体医疗费用的一大主体，因而重大伤病患者自行负担医疗费用的豁免，将进一步提升全民健保的保障水平。（宋占军，2015）

（3）问题与结论

台湾地区的全民健保制度在台湾获得民众较高的满意度，在国际上也得到了很高的评价，这种强制性的广覆盖的医保制度从很大的程度上促进了社会医疗资源配置的公平性和可及性。但从长远来看，这种一元化，单一支付，以国家行政为原则，以中央调控为手段的医保制度，缺乏市场竞争的压力。存在着一下弊端：

第一，组织结构僵化，行政成本增加，最终导致入不敷出，财政不堪负重；

第二，缺少竞争，行政手段严重，影响医疗资源配置的公正和效率，最终影响医疗服务供给的质量；

第三，全民社保这种较低的这种自付比例将造成医疗资源的浪费。

分报告之二　医药卫生体制改革的国内实践

2009 年 4 月，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009～2011 年)》两项文件的出台，标志着我国新一轮医改的启动。改革的总体目标是建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，即建立和完善医药卫生的四大体系（公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系及药品保障供应体系）。围绕上述总体目标，各地在公立医院改革、基本药品制度、基层医疗机构改革等多方面进行了积极的探索和实践，形成了许多种不同的模式，取得了一定的成果。本报告主要围绕神木、芜湖及宿迁这三个具有代表性的模式展开，详细阐述他们改革的内容及存在的问题。

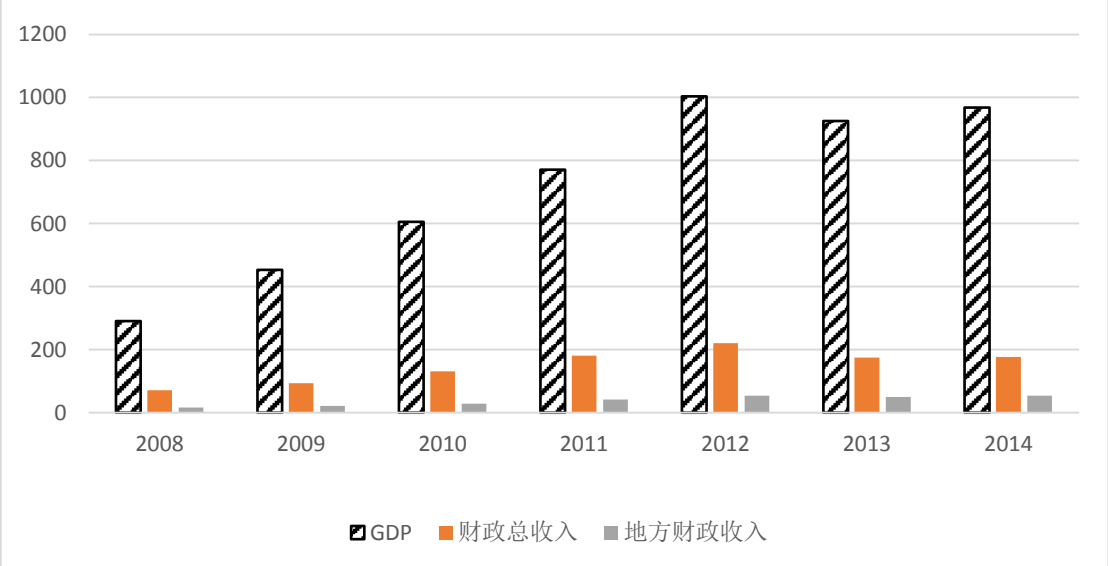
一、神木模式

1. 神木医改背景

神木县位于陕西省北部，全县面积 7635 平方公里，储煤面积达 4500 平方公里，占全县总面积的 59%，煤炭资源丰富。神木以煤炭为龙头，按照煤电/煤化工和载能三个方向转化，形成了以煤炭/电力、煤化工、载能及建材等五大支柱产业。依靠自身资源优势，神木县大力发展县域经济，2008 年县域经济综合实力进入全国百强县，排名 92 位；2014 年，县域经济综合实力位列第 22 位。

图 2-1 神木县经济财政收入状况

单位：亿元



数据来源：《神木县统计年报（2008-2014）》。

2004 年，陕西省以神木等几个县为试点县，进行新型农村合作医疗的试点工作。在这一政策的推动下，神木县于 2005 年基本建立起了新型农村合作医疗的基本医疗保障制度，当年参合人数占全县农业总人口的 81.7%。在此基础上，神木县于 2006 年实施新型城乡合作

医疗制度，覆盖范围在原先的基础的扩大到未参加基本医疗保险的城镇居民。截至 2009 年，新型城乡合作医疗的参保率达到了 81.7%。

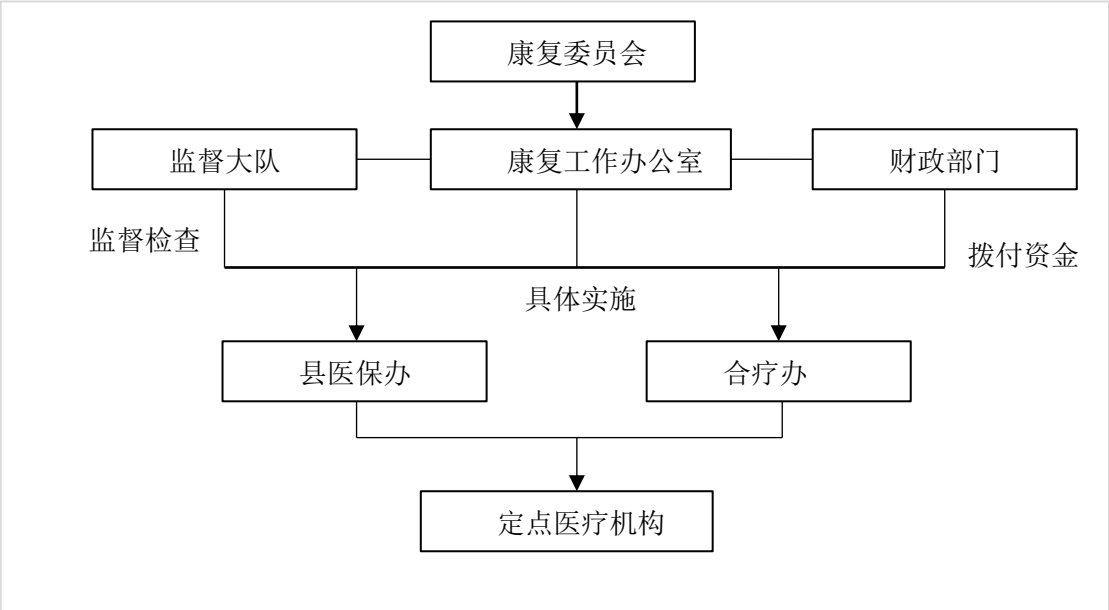
在新型农村合作医疗和新型城乡合作医疗试点取得成功的基础上，2008 年底至 2009 年初，神木县先后颁布了《关于在全县实施全民免费医疗的通知》、《神木县全民免费医疗实施办法（试行）》、《神木县全民免费医疗实施细则（试行）》等规范和调整全民免费医疗行为的规章制度，提出实施“全民免费医疗”制度。

2．神木“全民免费医疗”的内容

（1）机构安排

2008 年 1 月神木县成立了康复工作委员会（简称“康复办”），统筹全县的“全民免费医疗”工作，具体实施由县医保办和合疗办两个机构负责。该委员会由神木县委主要领导负责，在职能界定上属于卫生局内设机构，主要负责全民免费医疗工作的政策制定、工作指导与协调、全民免费医疗基金的管理使用以及全民免费医疗经办机构和医疗机构的考核等工作。与此同时，设立监察大队，对全民免费医疗制度的实施进行监督。

图 2-2　神木县全民免费医疗制度实施机构



定点医院采用政府购买服务的模式，在公共医疗服务中引入竞争机制。政府以购买者的身份选择服务的提供者，按照人员情况、设备设施、科室设置、房屋情况等六项指标，对各医院打分排名，得分排名前 7 位的医院成为定点医院。对定点医院实行动态考核，一年确定一次，不达标要求被取消资格。

（2）保障对象及资金筹集管理

全民免费医疗对象为全县干部职工和城乡居民。具体包括县属党政机关和事业单位的干部职工，县属国有企业、社会团体、民营企业及私营企业中神木籍户口的职工及神木籍户口的城乡居民。未参加城乡居民合作医疗和职工基本医疗保险的人员不予享受免费医疗。

全民免费医疗基金由四部分组成：县医保办收缴的基本医疗保险基金、县合疗办收缴的合作医疗基金、社会募捐、县财政拨付。其中基本医疗保险基金由公务员和城镇职工按照城镇职工基本医疗保险制度缴费；合作医疗基金由参加城乡合作医疗的农村居民和城镇居民个人缴费为 10 元（另由县财政代缴 90 元）组成。医疗基金由财政局社保科设立专户管理，专款专用。具体由医保办和合疗办根据全民免费医疗支出需要报康复办审定后，财政局社保科予以及时拨付。

（3）报销覆盖范围

全民免费医疗覆盖范围共分为三部分，分别为门诊、慢性病和住院治疗。其中一般门诊诊疗实行门诊医疗卡制度，门诊医疗卡以家庭为单位，每人每年 100 元,在定点医院和定点药店消费，门诊医疗卡结余金额可以结转使用和继承。老红军、离休人员、二等级以上伤残军人、五保户在定点医院花费的门诊医药费用全额报销。而参加城镇职工医疗保险的城镇职工（含公务员）则继续执行城镇职工基本医疗保险个人账户制度。

慢性病则实施全年限额报销制度，每季度报销一次。慢性病资格需由慢性病专家评审组（县卫生局、康复办、公疗办、合疗办、县级定点医疗机构专家）定期组织评审。现已列入慢性病保险的疾病有糖尿病等 24 种；其中，最高限额病种为慢性肾衰竭，月限额 5000 元，全年限额 6 万元；最低限额病种为癫痫，月限额 150 元，全年限额 1800 元。

住院治疗补偿制度是神木“全民免费医疗”制度的核心。首先实行住院报销起付线制度，境内定点医疗机构住院，报销起付线为乡镇医院每人次 200 元，县级医院每人次 400 元；县外医院为每人次 3000 元。起付线以下住院医疗费用患者自付，起付线以上费用在规定范围内的予以全额报销，但每人每年累计报销医药费不超过 30 万元。

其中住院全额报销范围包括：一般检查费、治疗费、药费、手术费、普通床位费、护理费，安装人工器官、器官移植等特殊检查、治疗费和材料费。其中的药品费用，除单病种付费情况下对药品不作规定以外，其他付费模式下，只有纳入《陕西省基本医疗保险和工伤保险药品目录》中的药品才给予全额报销。2014 年县境内住院平均补偿率 80%。若到县外医院住院治疗，就诊前需按程序报县医保办或合疗办备案；若为急诊的，应在就诊三日内及时报告。

表 2-1 住院报销起付线及报销比例

定点医院	起付线（元/人次）	报销比例	封顶线（万）
乡镇医院	200	100%	30
县级医院	400	100%	30
县外医院	3000	70% /50%	30

数据来源：《神木县全民免费医疗实施办法（试行）》（2013）

（4）费用结算及控制

费用结算采取门诊医疗卡和住院垫付的方式。其中，门诊医疗费用一般由个人门诊医疗卡支付，定点医院和定点药店与县公疗办和合疗办按月结算，每月将上月住院报销和“个人门诊医疗卡”支出的结算票据，报送县公疗办或合疗办审核拨付，首付 80%，剩余 20%经全面审核后下月拨付。住院患者的医疗费用先由患者自付，待出院后按规定到县医保办或合疗办报销；若患者在县内定点医院就医，其医疗费用可以在出院的时候直接在定点医院结算。

自 2010 年 3 月以来，神木县出台了 3 份有关免费医疗费用控制指标的调整文件，对平均住院费用、最高住院费用、人均住院天数、检查阳性率、自费药品比例等都有明确的指标和上限。县内住院实行日均费用控制，乡镇定点医疗机构不超过 200 元；县级定点医疗机构不超过 400 元，人均总住院费用不超过 4000 元；总住院天数一般不得超过 12 天；急、危、重患者在县级医院每天不超过 1600 元（特殊检查费和手术费除外）；设备检查的阳性率不得低于 75%。住院单病种采取定额付费管理，现有 30 个单病种列入管理。药品不得超过医药费总额的一半，自费药品比率不得超过 10%，超出部分由开药医生买单。

3．配套改革

（1）医疗机构改革

神木县坚持县级公立医院公益性质，在硬件和软件两方面同时推进公立医院改革。在硬件能力上，神木县先后投入 5 亿多元新、扩建县医院，并投入 400 万元建立远程会诊中心，同时购置先进医疗设备以提升服务能力。

在软件建设上，全面改革人事分配制度，普遍实行全员聘用、竞争上岗、岗位分类管理等制度，按实际床位核定人员编制，按编制设定岗位；推行以综合绩效考评为主要内容的分配制度，将工资总额的 60%作为岗位工资按考勤发放，剩余的 40%和医院收支结余的 30%纳入绩效量化考核发放。

在基层医疗机构建设方面，神木在人口较为集中的大柳塔、锦界、大保当、店塔等 4 个矿区乡镇各设 1 个医疗机构 ；其他 18 个乡镇各设置 1 所卫生院负责常见病门诊和留观；在 500 人以上的行政村共设置 258 个标准化村卫生室，主要以预防保健、公共卫生服务和常见病的初诊为主。

神木县鼓励社会资本投入医疗卫生领域。在服务准入、监督管理、医保定点、科研立项、职称评定、继续教育等方面，民营医院与公立医院享有同等待遇。

（2）建立补充医疗制度

2011 年，神木县设立民生慈善基金会，资金主要用于实施养老、健康、助幼、扶残、义工服务“五大”工程，原始资金为 5 亿元，来源于政府资助、企业和个人捐助，截止 2014 年底，净资产为 26.6 亿元。其中部分收益用于“大病救助”制度的实施，对一次报销之后自负医药费用仍然较高的患者给予二次报销。患恶性肿瘤、恶性血液病、心脑血管疾病、肾脏病、肝脏病五类重大疾病的，救助标准上浮 10%。每人每年累计获得大病医疗救助金不超过

15 万元。针对部分患者无力垫付医疗费用的实际情况，积极探索建立“大病预付”制度，从而建立“三位一体”的全方位医疗保障机制。

表 2-2 大病救助补助标准

救助起付标准（万元）	救助比例（%）	封顶线（万元）
3～5（含）	40	15
5～10（含）	45	
10～15（含）	50	
15～20（含）	55	
>20	60	

数据来源：《神木县大病医疗救助暂行办法》.

4．实施的效果

自 2009 年实施“全民免费”医疗制度后，神木县城乡居民医保参保人群覆盖面由 2009 年的 81.65%增加到 2013 年的 99.74%。全年报销金额从 2009 年的 1.12 亿元增加到 2013 年的 2.29 亿元，翻了一倍（见表 2-3）。

表 2-3 神木县医疗报销财政支持情况

年份	年总报销金额（亿元）	财政补助（亿元）	占比（%）
2009	1.12	0.86	76.8
2010	1.7	1.36	80
2011	1.98	1.49	75.3
2012	2.14	1.52	71
2013	2.29	1.38	60.3

数据来源：新浪陕西网

由于对社会资本开放，神木县形成了一个民营医院为主体，竞争相当充分的医疗服务市场格局。根据 2012 年的数据显示，当年公立医院只有 1 家，而民营医疗机构为 22 家，其中纳入医保定点 10 家，实际开放的床位和提供的服务占全县总量的 60%以上。

表 2-4 列示了自医改以来，神木县县内住院率、县内人均住院费用及转县外住院率等指标的变化情况。由于神木县采取的是医保目录范围内的全报销，同时由于神木县只有一家公立医院，虽然政府对公立医院有较大的财政支持，但民营医院数量多，医疗服务市场竞争相对充分，在一定程度上解决了看病难题。

表 2-4 神木县人均住院费用及补偿率

年份	百人住院率（%）	县内住院率（%）	县内人均住院费用（元）	实际补偿率（%）	县内住院实际补偿率（%）	转外率（%）
2009	8.2	92.9	3776	72.4	82.1	10
2010	10.7	91.6	3619	72.1	86.4	8.7
2011	10.9	90.8	3512	70.8	85.7	7.1
2012			3503		84.7	7

5．存在的问题

（1）费用控制标准和报销比例皆有政府单方制定，缺乏独立第三方参与

神木县对定点医院实行动态考核，通过对医院人员情况、设备设施、科室设置、房屋情况等六项指标进行打分确定是否进入定点。除此之外，政府通过制定单病种的包干付费模式来加强费用控制。由于这两方面都是由政府主导，可能存在着行政主管部门的设租寻租行为。

（2）费用控制严格挤出医生的部分灰色收入，同时工资水平不变，工作量却增加了，医生压力大，矛盾多

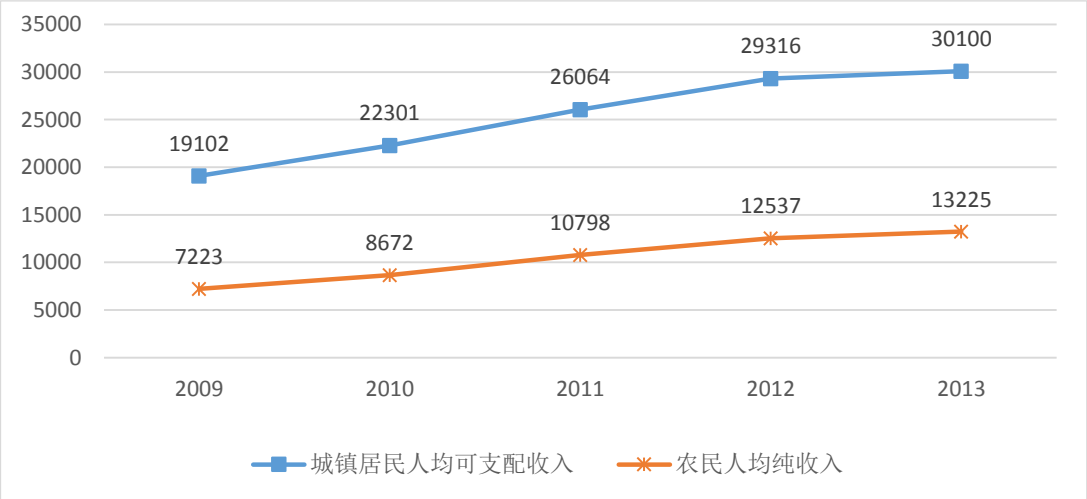
神木县规定对各医院规模、上年度运行费用，将人均报销总额、住院天数、药品占比、检查阳性率等指标进行考核。同时还设定是否有虚挂病床、轻病人住院、出院时超额带药等10 项考评标准进行综合评分，有违规情况的，会受到不同等级的罚款;情况严重的会给予黄牌警告，在“全民免费医疗”调度会上做检查；如果继续超标，就会出局。在这压力之下，使得医院的内控制度越来越严格，医院给各科室设定每天每位病人花费的最高限额。然而这种考核的压力指标和矛盾度集中到了医生身上。

（3）缴费机制有欠缺，患者先垫付后报销，对经济状况不好的居民有困难

神木县针对不同医疗需求采取不同的结算方式，对门诊采取诊疗卡制度，而对住院采取垫付的方式。而对患者来说，真正需要保险支持的往往是大病。根据世卫组织的定义，如果有一个家庭医疗自付支出超过家庭可支配收入的 40%，即认为一个家庭发生了灾难性医疗支出[15]。2012 年神木县城镇居民人均可支配收入为 29316 元，农民人均纯收入为 12537 元，当年县内人均住院费用为 3501 元，分别占城镇居民人均可支配收入的 20%和 28%。

图 2-3 神木县城镇居民和农民人均收入情况

单位：元



数据来源：神木县统计年报（2009-2013）.

[15]世卫组织对“灾难性支出”的定义，即一个家庭一年的卫生支出超过其家庭收入 40%以上者。

（4）免费可能会引起过度医疗的行为

在医疗保险契约设计中，一般包括起付线、共付率、限额或最高限额等机制，这些需求面的成本分担因素也会影响消费者的行为。共付率越低，人们需承担的成本越低，过度医疗需求越显著。

由于神木县内住院费用实际补偿率已经达到 80%以上，患者对医疗费用敏感性明显下降，过度医疗需求在所难免。首先，从医保年报销总额看，2008 年的医保报销金额为 8000 多万元，但到 2013 年报销费用增长的 2.29 亿元，增幅达 186.3%。其次，从县内人均住院费用看，从 2009 年到 2012 年，住院费用逐年下降。最后，由于神木实行县内医院费用全额报销，县外医院就诊率在医改后逐年下降，转县外就诊率降低意味着对县内医疗服务需求的增加。人均住院费用降低，而报销金额却增长迅速，说明看病人次增加，在这些需求的增量中，除了合理的就医需求外，可能会存在由于免费医疗而产生的过度医疗的行为。

（5）未考虑外来务工人员的医疗需求

2014 年末，神木县户籍人口总数为 43.08 万，全县常住人口为 45.92 万，相当于有近 3 万的外来人口，占当地户口人数的 6.6%，若考虑到本地人口外出务工的情况，则外来人口比重还要再高，由于“全民免费医疗”制度只覆盖神木户籍的人口，所以相当于占当地人口近 7%的外籍人口都曝露在无医疗服务享受的风险下。

二、芜湖模式

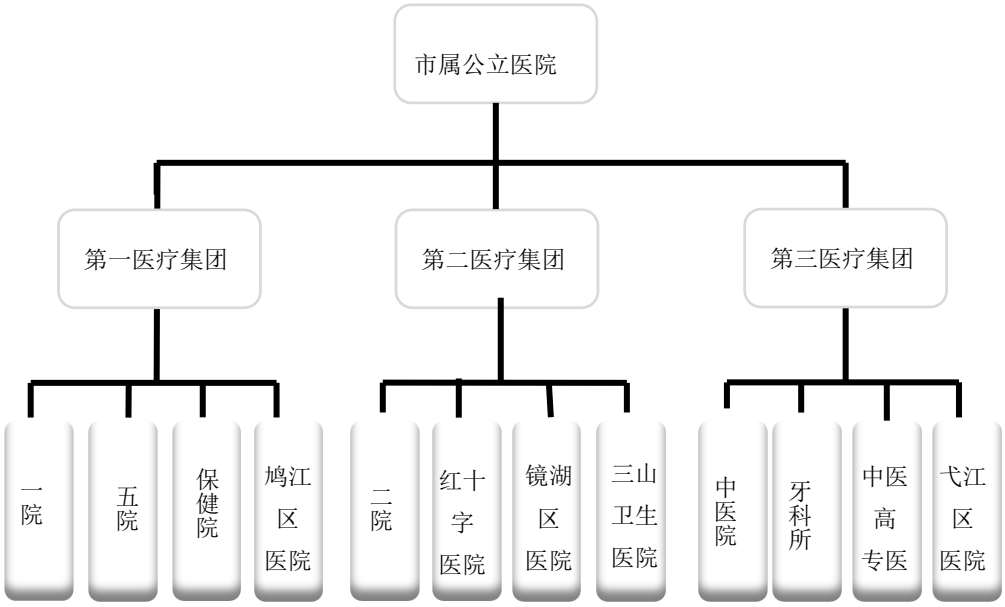
不同于神木县通过财政补贴需方的医疗改革方式，芜湖在 2007 年开启了以“医药分离”为突破口，逐步推进公立医院改革和基层卫生体制综合改革，在此基础上，通过调整新农合筹资及报销标准、建立大病医疗保险及医疗救助、医疗信息化建设等方式以促进医疗资源的优化配置，从而解决医疗体系普遍存在的“看病贵”、“看病难”问题。

1．芜湖医疗体制改革的内容

（1）公立医院改革

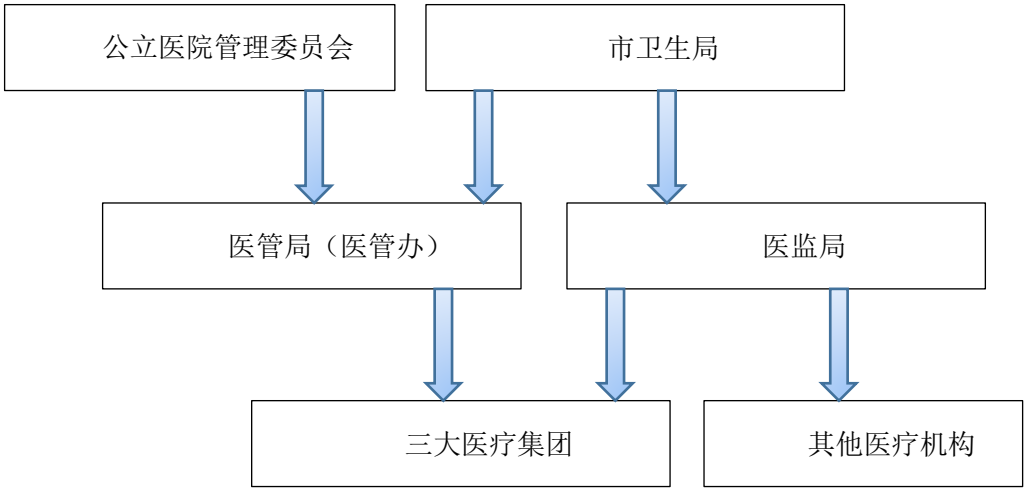
芜湖公立医院改革分为两个阶段，第一阶段从 2007 年 10 月～2009 年 12 月，以“医药分开”的方式开启公立医院改革。2007 年底，芜湖组建市医疗机构药品管理中心，建立医药分开工作机制，将市直属各医疗机构的药剂人员（包括人事、工资、组织关系）全部划转至药品管理中心统一管理，原医院药房统一更名为药品调配中心，药管中心统一负责全市药品招标采购管理。2009 年底，芜湖实行公立医院集团化改革，取消公立医院行政级别，将原有的医疗资源根据区域分布和医疗机构功能组建成三大医疗集团。按照“老人老办法，新人新政策”的原则，医院领导和行政管理人员的现有行政级别继续保留，实行档案管理。各医疗集团院长、党委书记、纪委书记由市委任命，副职由集团院长提名，经报备后聘任。

图 2- 4　芜湖市公立医疗机构关系图



第二阶段从 2010 年 1 月至今为公立医院深入改革阶段。2010 年 9 月，医疗集团化改革向基层医疗机构延伸，将区医院和公办社区卫生服务机构并入医疗集团。2011 年，芜湖市探索建立管办分开的公立医院管理体制，一是成立市公立医院管理委员会，二是在市卫生局下设医院管理局和医院监督局，医院管理局负责对市属公立医院的发展规划和年度计划等进行审核，建立现代医院管理制度，组织实施绩效考核；医院监督局负责对全市各级医疗机构实行全行业监管，对医疗机构、卫生技术人员、医疗技术应用等服务要素实行准入管理。三是将市属公立医院国有资产管理职能由市医管局调整到国资委，代表市政府履行出资人职责。

图 2-5 芜湖市“管办分开”结构图



相应地，芜湖也提出，要求公立医院在机构改革的同时对人事及分配制度进行调整。在人事安排上，一是实行全员聘用制和岗位管理制度，其中岗位管理实行总量控制和动态管理

的方式；二是允许医疗集团内的成员在集团内自由流动；三是以岗位职责作为人员考核的主要依据。四是要求实行社会保险全覆盖，退休人员全部纳入社保系统，其待遇调整按事业单位执行。

在收入分配制度上，提出以专业技术能力、业绩成果、患者满意度和医德医风为主要评价标准，实行职工岗位绩效工资制度和院长年薪制。

（2）医药分离改革

2007 年底，芜湖启动医药分开改革，成立了市医疗机构药品管理中心，负责全市药品的招标、采购和管理。八家公立医院的药房改为药品调配中心，由药品管理中心直接负责药品的配送。与此同时，制定芜湖市医疗机构第三方处方点评管理制度，组织临床合理用药专家组，每季度对各医院处方进行点评并上网公示，修正不良处方行为，促进合理用药。2010 年，医药分开改革向县级医院延伸，各县均成立药管中心并都独立运行。

2011 年，芜湖市制定《芜湖市医疗机构医用耗材集中采购管理暂行办法》，将医用耗材纳入药管中心统一采购、管理，同时医疗机构药品管理中心更名为“药品医用耗材管理中心”，对中心的职能也进行相应的调整，将市属 8 家公立医院的药剂科重新划归各医院管理。并于当年 10 月份开始在市县两级公立医院全面实施药品零差率销售，对于公立医院由此减少的收入则通过三种方式进行补偿，一是医疗价格的调整，包括提升医疗技术服务收费标准、降低部分大型设备检查费用、增设药事服务费；二是药品配送企业提供药品配送增值服务费；即药品配送企业承诺，通过挤压促销、经营等方面的费用，按药品销售总金额的 20%，作为药品供应链增值服务费，让利给芜湖市政府，用于弥补公立医院因取消药品加成而减少的收入。三是政府财政补偿。

（3）医疗保险制度改革

针对难以支付医疗费用的城乡家庭，芜湖市于 2011 年出台《城乡医疗救助制度实施办法》，实施建立医疗救助制度。该办法规定全年直接用于救助困难群众看病的医疗救助金不低于医疗救助金总支出的 70%，医疗救助金结余不高于全年医疗救助金总收入的 10%。市区医疗救助金由市、区两级财政资金按 1:1 的方式列入财政预算，各县医疗救助预算资金不低于省级上年下达资金的 10%。

其具体的救助标准为：

市区低保对象治疗大重疾病的，每人每年累计救助金额最高为 30000 元；住院治疗其它疾病的，每人每年最高救助限额为 20000 元；低保对象享受医疗救助的比例为在国家基本用药目录范围内个人实际负担部分的 70％，其中三无对象（含福利院和光荣院院民）为 100％。

非低保对象治疗大重疾病的，在国家基本用药目录范围内个人实际负担医疗费超过家庭当年实际可支配收入部分（可支配收入指家庭当年总收入—共同生活的家庭人口数×月最低生活保障标准×12，下同）按 60％救助，每人每年救助限额最高为 20000 元；非低保对象住院治疗，市、区医疗救助机构同意救助的其它疾病的，在国家基本用药目录范围内个人实

际负担部分超过 1.5 倍家庭当年实际可支配收入部分按 50%救助，每人每年最高救助金额为 10000 元。

大重疾病指“恶性肿瘤（含白血病）、再生障碍性贫血、急性脑中风、肾功能衰竭（尿毒症）、严重心脏病、重症肝炎及其并发症、艾滋病、晚期血吸虫病、重症精神病、内脏器官移植及其抗排异治疗、急性坏死性胰腺炎、肝硬化失代偿期、系统性红斑狼疮”等疾病以及其它医疗费用支出特别高（个人负担 5 万元以上）的疑难杂症。

2012 年 9 月，芜湖市出台《芜湖市城镇大病医疗补充保险暂行办法》，并于 10 月开始实施大病医疗保险政策。当年城镇职工医保医疗费用超 20 万元以上、城镇居民医保医疗费用超 15 万元以上，属于医保政策支付范围内的个人自付医疗费用，按 50%的比例给予补偿。2013 年起，大病医疗补充保险起付线为 2 万元，实行分段累进补偿，不设封顶线。

表 2-5 大病补充保险补偿标准

分段金额	2-4	4-6	6-8	8-1	10-20	20-30	30-50	>50
补偿比例	55%	57%	60%	64%	68%	73%	78%	83%

数据来源：《芜湖市城镇大病医疗补充保险暂行办法》。

大病医保资金筹集主要分为三个部分：医保统筹资金结余（职工医保每人每年 60 元，居民医保每人每年 30 元）、政府补助及财政。其支付范围包括符合医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施标准的医疗费用；不包含普通门诊医疗及住院期间生活用品费、美容手术费、健康体检费、陪护费等。

（4）卫生服务体系建设和支付方式改革

2011 年，芜湖市投资 1.28 亿元建设“金医工程”信息平台，该平台旨在以居民健康档案、电子病历和远程医疗系统建设为切入点，实现各级医疗机构间的健康档案、电子病历信息共享与协作。

同年，芜湖市将新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险及城乡卫生服务体系建设纳入民生工程，对于当年参与新农合和城镇居民医疗保险的人员给予财政补助 200 元。对于城乡卫生服务体系建设，其工作主要是通过新建村卫生室、规范社区卫生服务中心及卫生工作站的规范化等的基础设施设备建设、城乡医疗信息一体化建设及人才队伍建设的方面来促进基层医疗服务能力的提高。

随着医院集团化改革的深化、城乡基层医疗机构服务能力的提高以及医疗信息化平台建设，芜湖鼓励市级医院、区县医院及社区、乡镇卫生院等医疗机构进行双向协作，尝试构建双向转诊和院际会诊制度。2013 年，芜湖调整新农合的筹资和偿付比例，扩大不同级别医疗机构报销比例差距，鼓励基层就医。

推进新农合支付方式改革，南陵县实施按病种付费、以科室为单元按病例付费、按床日付费的混合支付方式改革，并被国家卫计委确定为全国两个“新农合供方支付方式改革项目县”之一。推动“按病种付费”与“按总额付费”方式相结合，进一步扩大按病种付费范围

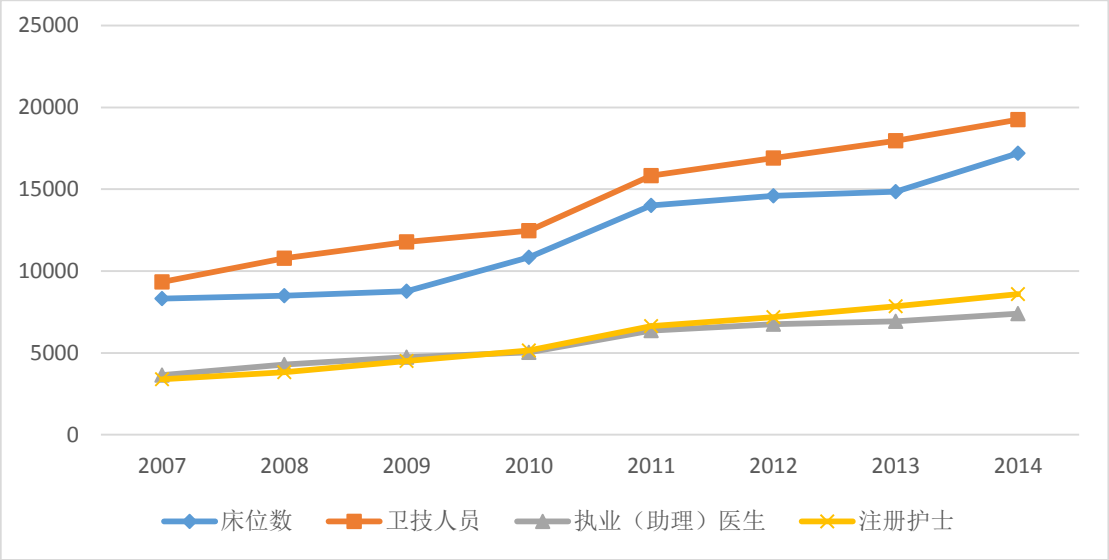
及试点机构范围。同时，将医保病人付费制由后付制改为预付制，市财政按上年的标准每月预付医院 80%。

2．医改取得的成绩

（1）卫生资源状况

芜湖自 2007 年实施医改以后，卫生资源（如下图所示）增长较快，截止 2014 年底，芜湖市共有床位 17198 张，卫技人员 19245 名，其中执业（助理）医师 7400 名，注册护士 8954 名，相较于 2007 年，分别增长了 106.91%、106.38%、103.74%和 153.06%（芜湖市国民经济和社会发展统计年报 2015）。同时，公立医院基础设施建设投入增加，截止 2013 年，芜湖各县共投入医院基础设施建设资金约 4.88 亿元，建成无为县中医院、芜湖县医院病房综合楼、繁昌县中医院、南陵县县医院等，县级医院均达到二级甲等医院水平。

图 2-6 芜湖公立医院改革后卫生资源发展状况



数据来源：芜湖市国民经济和社会发展统计公报（2007～2014）。

与 2009 年相比，2012 年市属公立医院就诊人次、开放床位、病床使用率同比分别增长 53.7%、55.68%和 1.45%，平均住院日同比下降 2.14 天。公立医院职工人均年收入由 2007 年的 41036 元提高到 2012 年 的 74532 元，增幅为 81.63%（何思忠，2013）。

（2）初步建立基本医疗卫生服务体系

通过建立实施新型农村合作医疗、城镇居民医疗保险、大病医疗补充保险及城乡医疗救助政策，芜湖市初步完成基本医疗服务体系建设。2013 年全市新农合参合人数 228.11 万人，参合率达 117.88%。参合农民政策性住院费用报销比例和实际补偿比，均在保障水平的增加下得到大幅度的提高，分别为 70%～85%和 56.29%。截至 2012 年底，芜湖市共建立居民电子健康档案 273.69 万分，建档率达 77.2%。

（3）就医费用降低

自实施医药分离改革后，药品经历了最初的 5%价格下调（2008 年起，芜湖市将药品销售加成比例由原 15%下降为 10%）、2009 年芜湖市招标降价（约 20%）、2011 年 10 月药品零差率销售共三次药品降价，截止 2012 年 12 月底，已累计减轻群众药费负担 4.25 亿元。市属 8 家公立医院药占比连年下降，2012 年降到 34.4%，远低于全国平均水平；与兄弟城市同级医院相比，门诊人均费用低 30～80 元，人均住院费用低 2000 余元。（何思忠，2013）通过改革支付方式，南陵县县内定点医疗机构次均住院费用为 2614.2 元，同比下降 7.3%；实际补偿比例达到 75.7%，同比上升 11.7 个百分点。

3．存在的问题

（1）公立医院改革以行政为主导，市场化程度低

虽然芜湖市尝试通过设立公立医院委员会实现管办分开，但其下属的医管局同时受其与市卫生局的双重领导，而医监局又为市卫生局下属，因此名义上为官办分开，而事实上仍是以行政力量为主导。

此外，通过物理性的剥离药房的医药分开尝试，虽然药品的销售加成比例下降，但十二五期间，政府每年安排 5000 万的财政补贴用于补偿公立医院建设的收入。从下表看出，自 2007 年起，芜湖市政府医疗卫生支出占财政比重逐年上升，截止 2014 年底，政府用于医疗卫生的财政支出是 2007 年的 9 倍多。

表 2-6 芜湖市医改以来医疗卫生支出占财政支出的比重

年份	财政支出（亿元）	卫生支出（亿元）	医疗卫生支出占财政支出比重
2007	66.34	3.14	4.73%
2008	81.17	4.06	5.00%
2009	108.47	6.44	5.94%
2010	144.43	10.03	6.94%
2011	238.18	15.64	6.57%
2012	302.21	19.85	6.57%
2013	319.63	21.64	6.77%
2014	346.65	28.59	8.25%

数据来源：芜湖市社会与经济发展统计公报（2007-2014）

（2）政府主导的基本药物目录制定及集中采购带来寻租空间

芜湖市药品医用耗材管理中心在职能上既是市医疗基本用药目录、医用耗材采购目录的制定，同时又是相关药品和医用耗材的招标采购者。同时，其又根据公立医院规模、诊疗范围、特色专科等不同特点，确定不同等级公立医院的用药目录。作为规则的制定者和实施者，这为医药寻租创造了空间。

对于医院药品采购，其遴选具体品种须遵循以下原则：相同质量类型的药品，要优先选择日均治疗费用最低的品种（厂家）（按成人患者最小剂量计算，下同）。不同质量类型的药

品，若价格相差不大，应优先选择生产企业工信部排名靠前的厂家。不同质量类型中标的药品，其生产企业规模及市场信誉相差较大的，价格相差较大，各医疗机构可以根据治疗需要，分质量类型遴选（曹国平，2015）。

三、宿迁模式

宿迁市位于江苏省北部，经济比较落后。2001 年全市人均国民生产总值和人均财政收入比西部十省区的平均水平还各低了 665 元和 85 元。1999 年，全市地方财政收入为 5.9 亿，加上中央和省的转移支付，财政总收入不到 10 亿元，而财政总支出却达 14 亿。由于宿迁各级政府没有多少资金投入医疗卫生事业，直接导致卫生资源不足，基层医疗卫生单位条件差、水平低。在这种背景下，从 2001 年开始，宿迁通过政府完全退出医疗服务领域、出售公立医院、引入社会资本、促进竞争等方式，展开引入市场机制的医药卫生体制改革。

1．宿迁医疗改革的内容

2001 年，宿迁市政府出台《关于鼓励社会力量兴办医疗卫生事业的意见》，就此拉开了医疗“市场化改革”的序幕。宿迁医疗改革大致可分为两个阶段：第一阶段从 2000 年到 2006 年，政府通过公立医院产权置换吸引民营资本进入，盘活医疗机构资产存量，以解决医疗卫生服务总量不足的问题。第二阶段从 2006 年至今，由总量扩张为主逐步转移到以质量提升为主，开始创建优质医疗资源。

（1）第一阶段改革的主要内容

- 医院体制改革

宿迁医院体制改革包括盘活存量和扩大增量两个层面。盘活存量指对原公立医院和卫生院的改制，鼓励社会资本进入医疗服务领域。截至 2005 年，宿迁通过净资产转让、无形资产竞拍，股份合作制及兼并托管等方式对全市 135 家（125 所乡镇医院和 10 所县级医院）医疗机构完成产权制度改革，形成了包括独资、合伙制、混合所有制和股份制在内的多种所有制形式。扩大增量指放开医疗市场，鼓励民营医院发展。

2006 年，宿迁市政府出台《关于进一步加快民营医院发展的意见》，规定对于在宿迁兴办民营医院投资额达到一定规模的，将获得公共财政专项经费奖励。对市区固定资产投资 3000 万元以上，县级城市固定资产投资 1000 万元以上，乡镇固定资产投资 300 万元以上的民营医院，各级政府可以根据当地政府财力状况，按投资额 1-5％进行奖励。奖励经费专项用于医院设施、设备建设。若民营医院性质为非营利，除享受免征各项税收的优惠外，可申请用地划拨，并与公立医院同样减免相关费用。若民营医院性质为营利，其医疗服务价格自主定价，若其所取得的医疗服务收入直接用于改善医疗卫生条件的，享受 3 年免税，期满恢复征税，5 年内市内地方留存部分先征后返还，6-10 年内减半返还。

- 基本医疗保障体系建设

严格界定公共卫生和医疗服务两个领域的职能，鼓励社会资本进入医疗服务领域，但由政府全额出资办公共卫生。在此理念下，宿迁确立构建了以“五大中心”、“两项监督”和“一个体系”为主要框架的公共医疗卫生保障体制。“五大中心”指建立市、县级疾病预防控制中心、传染病防治中心、公共医疗卫生救护中心、妇幼保健中心、血液采供中心。“两大监督体系”指医疗卫生和药品监督体系。一个医疗保障体系指城市职工医疗保险和农村新型合作医疗制度。对于基层公共卫生，确立“一乡两院”制的构想，在全市 111 个乡镇建立乡镇卫生院和乡镇医院。乡镇卫生院由政府举办，主要承担预防医疗保健服务、卫生监管等公共卫生的职能，不从事一般医疗活动，其人员、业务隶属县级卫生行政部门管理，人员经费列入县级财政预算；而乡镇医院则完全实现民营化。

- 新型农村合作医疗制度

2003 年 10 月，宿迁市在沭阳县进行新型农村合作医疗试点，并于 2004 年扩大到全县所有市区。当年全市参加新型农村合作医疗的人数达 314.29 万人，参保率达 79.8%，人均筹资标准为 30 元，其中个人交 10 元，省财政补助 10 元，县财政补贴 10 元。同时，政府出台《宿迁市新型农村合作医疗管理办法》，规定参合人员在医院即时结报就医费用，并在原《暂行办法》的基础上扩大了补偿范围，提高了补偿比例。针对城镇低保人员，宿迁市政府筹划建立住院统筹的大病医疗救助统筹基金。统筹地区的财政为每人每年补助 240 元，个人每年缴纳 120 元。

表 2-7 新农合筹资标准变化

单位：元

年份	筹资标准	个人	财政
2010	150	30	120
2012	300		
2014	400	80	320
2015	480	100	380

数据来源：《宿迁市新型农村合作医疗管理办法》（2010、2012、2014、2015）

表 2-8 新农合住院起付线及赔付比例

单位：元

医院类型	起付线		赔付比例	
	2014	2015		
一级	200	200	85%	
二级	400	600	80%	
三级	600	1000	<2 万	60%
			>2 万	70%
市外	800	1500	<2 万	50%
			>2 万	60%

数据来源：《宿迁市新型农村合作医疗管理办法》（2014、2015）

（2）第二阶段改革的主要内容

- 医疗机构改革

首先，通过采取“以奖代投”的方式鼓励医疗机构做大做强，鼓励城市二级以上医疗机构采用多种形式与乡镇医院、与上级医院联系，建立“小病在基层、大病到医院、康复回社区（乡镇）”的就医模式。如沭阳县按照每个乡镇医院不低于 20 万元的标准建立乡镇医院“以奖代投”发展专项奖励基金，列入年度财政预算。并按乡镇医院以基础建设和购置大型设备达到一定金额，即基础建设达到 20 万元以上的给予投入金额的 10%奖励，最高不超过 200 万元；单体大型设备购置达到 5 万元以上的给予投入金额的 20%奖励。

其次，强调中医的作用，各中医院均设有中医预防保健科和“治未病”中心，70%乡镇卫生院、社区卫生服务中心设有中医科、中药房，60%村卫生室、服务站能够提供中医药服务。若患者开取中医药，农村合作医疗在这报销后再补报 30%。

最后，由于缺乏优质医疗资源，宿迁市于 2011 年计划建立一所三甲公立医院。同时，严控定点医疗机构住院费用，要求日均住院费用零增长，全年费用增长率不超过前三年平均次均住院费用的 5%，若超出规定标准的，按超出比例相应扣减相关月份住院补偿款。

框 1 扶持民营医院发展的条例

沭阳县进一步加快医疗卫生事业发展意见

（六）政府引导相关金融机构，针对二级甲等以下民营医院，从医院的现金流控制入手，研究新的信贷产品。政府信用平台可以为民营医疗机构提供担保服务，解决民营医疗机构发展过程中融资难的问题，促进民营医院不断加大基础设施投入，加快发展。

（七）县财政加大激励引导，每年按照每个乡镇医院不低于 20 万元的标准建立乡镇医院“以奖代投”发展专项奖励基金，列入年度财政预算。并按乡镇医院以基础建设和购置大型设备达到一定金额，即基础建设达到 20 万元以上的给予投入金额的 10%奖励，最高不超过 200 万元；单体大型设备购置达到 5 万元以上的给予投入金额的 20%奖励。若年初预算不足，由县财政予以追加。

（九）支持二、三级医院在保障基本医疗需求的前提下，为满足部分患者特殊医疗需求，按规定开展特需诊疗服务。医疗机构开展特需诊疗服务，其价格可由医疗机构自行确定，按照规定的申报程序分别向卫生、人社部门备案后执行。特需诊疗费用中，患者基本医疗范畴享受医保报销政策。

- 改革支付和费用结算方式

2011 年，宿迁市实施新农合支付方式改革，由过去以按项目付费为主的后付费制转变为“按病种付费、按床日付费”为主的支付方式。对于按床日付费的结算方式，参合人员根据住院费用，按补偿政策与医疗机构即时结报；合管办以每例出院患者的包干费用为基数，按补偿政策与医疗机构进行结算。包干费用为按照患者实际住院天数与付费标准计算出的各段费用之和。

2013 年 7 月，宿迁开始实施城镇医疗保险费用按病种分值结算，即在住院医疗保险基金总额预算控制的前提下，对结算期内定点医疗机构收治病例进行分值量化，确定医疗机构参与结算的分值和分值单价，在此基础上对住院医疗保险基金在各医疗机构之间进行的结算和分配。病种的分值由市人力资源保障部门设立的病种分值评审委员会根据统筹区内最近三年的平均住院费用和标准参数确定，其中评审委员会由定点医疗机构副高以上职称的专家组成。医保经办机构对各医疗机构的医保住院医疗费用实行月度预结算、年终决算。其中医疗机构的月度结算分值=该医疗机构收治的疾病病种分值总和×该医疗机构等级系数。若定点医疗机构月实际住院发生额大于月住院医疗费用预算金额的，按月住院医疗费用预算金额计算分值单价；若月实际住院发生额小于月住院医疗费预算金额的，按月实际住院发生额计算分值单价。

- 全面实施基本药物制度

2012 年 6 月 8 日，宿迁出台医改“1+2”工程文件，启动全市村级卫生室一体化管理，并将新农合结报体系及国家基本药物制度延伸到所有卫生室。要求所有定点医疗机构对参合人员使用目录外药品费用比例进行控制。村卫生室必须全部使用基本药物目录内药品，一级医疗机构使用目录外药品费用不超过 5%，二级医疗机构使用目录外药品费用不超过 10%，三级医疗机构使用目录外药品费用不超过 15%。

- 设立大病保险基金

2013 年 10 月宿迁市政府印发《宿迁市大病保险暂行办法》，建立大病保险基金，其中城镇居民和城镇职工部分由市人力资源社会保障部门负责，新农合部分由市卫生部负责。它的资金来源包括三部分：一是政府划拨；二是城镇职工医保基金，当年度总收入的 2%以内；三是城镇居民医保基金和新农合基金，当年度总收入的 5%以内。该基金的运营主体由市政府组织统一招标，择优选定承办大病保险的商业结构。根据不同的参保类型，设定不同的起付线，其中城镇职工、居民医保为 1.3 万元，新农合为 1 万元。下表为大病保险不同赔付段的赔付比例。2015 年 12 月起，新农合大病保险赔付起付线调整为 8000 元。

表 2-9 大病保险基金赔付比例

赔付段	职工医保	城镇居民医保	新农合
起付线-5 万（含）	50%	50%	60%
5-10 万（含）	52%	52%	65%
10-20（含）	55%	55%	70%
20-30（含）	60%	60%	75%
30 万以上	65%	65%	80%

数据来源：《宿迁市大病保险暂行办法》。

- 试点家庭医生签约服务

2013 年，泗阳县开始实施家庭医生签约服务试点工作，家庭医生签约服务以基层医疗卫生机构为平台，由执业（助理）医师或者乡医及其服务团队，以签约方式与城乡居民或家

庭建立长期稳定的契约服务关系，为签约对象提供相对应的基本医疗、公共卫生及健康管理服务。泗阳县 2014 年共签约家庭 9.14 万户，签约人口 38.5 万，签约率 45.3%，65 岁以上老人等重点人群签约率为 75.7%。

2. 医疗体制改革取得成效

（1）医疗资源数量增加，服务供给能力提高

在“市场化改制”之前，前宿迁的医疗卫生体制是四位一体，即管办、医卫、医防、医药合一。但宿迁作为欠发达地区，财政资金的困乏使得其难以对医疗卫生事业投入足够的资金。1999 年，宿迁全市 124 个乡镇卫生院资产负债率达 48.8%， 床位利用率仅 20%， 非卫生专业人员占 40%；全市拥有医疗卫生资产总额 4.95 亿元 ，人均卫生资产为 99.1 元，不到全省的 33%；每千人拥有床位数只有 1.06 张， 仅是全省平均水平的 43.1%（魏凤春，2007）。2000 年，宿迁人均医疗资产为 114.2 元，每千人拥有病床数 1.07 张，每千人拥有卫生技术人员 1.68 人，人均卫生资产和千人拥有卫技人员处于江苏省最后一位，低于全国平均水平。十多年来，宿迁市医疗资源增幅在苏北五市处于最高水平，也显著高于江苏省平均增幅（朱恒鹏，2011）。

截至 2014 年年底，宿迁全市医疗卫生资产突破百亿元（达到 105.29 亿元），超过连云港和淮安（101.06 亿元）；千人拥有床位由 1.06 张增加到 4.20 张，增长 3.96 倍。市红十字眼科医院完成封顶，市中医院、市工人医院、市妇产医院新大楼投入使用；全市新增 25 个临床重点专科、8 个建设单位、4 个重点学科；市人民医院普外科被评为省级临床重点专科，省级临床重点专科增加到 2 个。

通过开展“三好一满意”和“平安医院”活动，专家门诊就诊患者比例二、三级医院达到 60%、90%。医疗责任保险实现一级以上医院全覆盖。全市二级以上医疗机构 86.8%的病区开展“优质护理服务示范工程”。服务质量大大提升。

表 2-10 宿迁医改 2001～2009 年每千人拥有卫技人员和病床数增长数及增幅比例比较

地区	每千人拥有卫技人员		每千人拥有病床数	
	增长数	增幅（%）	增长数	增幅（%）
江苏省	0.38	0.11	0.75	32.75
徐州市	0.15	4.41	0.98	51.31
连云港市	0.63	23.86	0.90	58.82
淮安市	0.66	26.72	0.92	60.13
宿迁市	0.82	43.38	1.47	141.34

数据来源：乙军等，《宿迁市医疗改革 10 年卫生资源状况》。

（2）初步建立基本医疗保险体系

经过多年的医改经历，宿迁市初步形成了以基本医疗保障为主体（职工医保、居民医保、新农合），以各种形式的补充医疗保险（企业补充医疗保险、商业医疗保险等）为补充，以社会医疗救助为底线的多层次医疗保险体系。2014 年，城镇基本医疗保险覆盖率达 98%以

上，城乡居民社会养老保险覆盖率达 98%以上。新农合制度进一步完善,参合人数达 387.26 万人，参合率达 99.85%。

（3）医疗服务价格降低

在公立医院改制之后，宿迁的医疗机构主要以民营为主，基本实现了医疗的管办分开。而由于医院都是民营的，在 2011 年前基本不存在实施基本药物制度的条件，因此医院可以不必受招标约束自主采购药品，药品和器械进价要明显低于政府招标采购价。进价的降低，使民营医疗机构在制定药品销售价格时，有一定的降价空间，为了吸引患者前来就诊，民营机构会让出一部分利润给患者。

2006～2009 年，就综合医院而言，不管是门诊费用还是住院费用，宿迁均为苏北五市最低水平，并且明显低于江苏省平均水平。而且，江苏全省和苏北其他四市均呈逐年递增趋势。不管是门诊还是住院，宿迁药占比连年下降，由 54%左右下降到 46%左右，江苏平均水平和其他苏北四市药占比基本没有变化（朱恒鹏，2011）。

3．宿迁医改存在的问题

（1）优秀医疗资源的缺失

宿迁医改的初衷是摆脱卫生资源不足的困境，经过将所有的公立医院改制成民营医院后，其卫生资源总量增加。但在既定的医疗需求下，民营为吸引患者就医就会在服务、质量及价格方面展开竞争，正如李玲教授在其报告中指出的，“各家医院都努力扩大规模，纷纷上马高精尖的设备。规模稍微大一点医院就努力配备彩超、CT、核磁共振等，甚至一些一级医院也都购置了 CT， 而电子胃镜、全自动生化仪等各种医疗设备在一级医院都是常见设备”，在同质竞争下，若其从服务质量改善中可获得预期收益小于需为质量改善所支付的成本，那其进一步改善服务质量的动力就小，这也可以部分的解释为什么宿迁市在市场化改革多年后又准备投资建设一家三甲公立医院。宿迁至今仍只有一座三乙级别的医院，其他医院均在二级和以下水平，且发展实力不均，城区内发展较好的二级医院也就四五家。而周边同样行政级别的地级市淮安，三级医院就有 3 家（刘薇，2015）。

（2）陷入卫生人才难吸引的困境

卫生人才队伍建设是医药卫生体制改革的重要保障。2010 年，城市每千人口拥有卫生技术人员 7.60 人，农村为 3.04 人；东部地区为 5.23 人，西部地区为 3.76 人（张茅，2011）。宿迁市当年每千人卫技人员为 2.5 人，数量低于全国平均水平。说明其卫生人员数量虽有较快的增长，但仍然有所不足。

此外，由于在公立医院执业可以享受职称评级、参与科研项目等多方面在私营医院所不能享受到的好处，因此宿迁市医院在吸引优质卫生人才存在困难，有时也会需要政府出面。与此同时，除了优秀高端人才外，还有基层公共卫生人才的建设问题， 2013 年末，全市卫生人员总数 30039 人（包括村卫生室），与上年比较，增加 1664 人（增长 5.8%），但乡村医生数与上年比较，减少 318 人，为 6584 人，减少了 5.07%（宿迁卫生事业发展报告，2013）。

四、国内医改经验总结与启示

1．医疗服务市场的定位：政府主导，还是市场主导

从国内医疗改革经验看，对医疗服务市场的定位分为两种，一种以安徽芜湖为代表的政府主导模式；另一种是以江苏宿迁为代表的市场主导的医疗改革；神木的“全民免费”医疗改革虽然名义上形成的是政府为主导的市场，但由于同时允许民营资本进入，因此，实际上，形成的仍是公立医院与民营医院互相竞争的良性的市场格局。宿迁则是更进一步地明确了政府与市场在产品提供上的边界，即政府负责提供公共产品（公共卫生领域），而医疗服务等具有竞争性和排他性的私人产品则有市场来提供，解决了医疗体制“管办不分”的弊端。

之所以说公立医疗机构垄断医疗服务市场是医改的一大障碍，原因在于医疗服务行业这种行政化格局使得公立医院一方面“套牢”了政府，另一方面剥夺了患者的选择权，在同样的资源投入下降低了患者享有的医疗服务质量和数量。医疗市场多元化竞争给了消费者用脚投票的机会，有效地促进医疗质量和技术的提高。下表列示了神木与芜湖医疗资源的对比，从数据中可以看出自 2009 年以后，神木卫生资源增长速度高于芜湖，且在 2011 年之后，千人拥有卫技人员及千人拥有病床数这两项指标神木均高于芜湖。根据宿迁市 2013 年卫生事业发展情况报告，当年宿迁市千人拥有卫技人员及千人拥有病床数分别为 3.68 和 4.2，虽然在数值上与芜湖相近，但考虑到早期宿迁卫生资源的匮乏，仍可看出竞争性的医疗服务市场有助于促进医疗资源的优化配置。

表 2-11 神木与芜湖医疗资源对比

年　份	神　木		芜　湖	
	千人卫技人员	千人病床数	千人卫技人员	千人病床数
2009	3.85	4.00	5.12	4.11
2010	5.19	5.49	5.43	4.72
2011	6.55	5.55	4.11	3.63
2012	7.04	6.07	4.41	3.81
2013	7.49	5.67	4.67	3.86
2014	7.32	5.70	5.01	4.47

数据来源：《神木国民经济与社会发展统计公报》与《芜湖国民经济与社会发展统计公报》（2009-2014）

2．医保付费方式改革：以项目付费方式为主转向多种付费方式

随着全民医疗保险制度架构的建立，医保覆盖面的扩大和医疗保障水平提高，医药费用增加，虽然解决了看病难的问题，却依旧没有解决看病贵的问题。2014 年人均医疗总费用是 2000 年的 6.9 倍，医院门诊和住院的人次均医药费为 220 元、7832 元，比 2000 年分别上涨了 156%%和 154%，年均增长约 7%。剔除价格上涨因素，年均增长 4.4%。如何提高医疗质量，又抑制费用上涨，是中国新医改所面临的深刻挑战。这关键在建立一种新的激励机制，使得医疗机构未有向参保者提供高成本效益比的服务才能实现自身收入的最大化（顾昕，2012）。这需要医保付费方式从中调节。从国内实践来看，神木、芜湖及宿迁都有试点进行

支付方式的改革，神木采取单病种定额付费的管理方式；芜湖南陵县实施按病种付费、以科室为单元按病例付费、按床日付费的混合支付方式；宿迁自 2011 年开始采用“按病种付费、按床日付费”相结合的支付方式。

3．发展壮大基层医疗机构的服务能力，构建多级医疗服务体系

社区卫生服务本质上就是扮演“健康守门人”的角色，提供预防、医疗、保健、康复、健康教育及计划生育为一体的服务（梁万年，2003）。基层医疗机构作为初级医疗保健的提供者，是实现医疗合理配置的基础。新医改以来，神木、芜湖及宿迁三地均致力于通过新建村卫生室、规范社区卫生服务中心及卫生工作站的规范化等的基础设施设备建设以及人才队伍建设来提高基层医疗机构服务能力，以促进分级诊疗体系的建设。分级诊疗体系有助于引导不同病情严重程度患者的医疗需求的分流，实现医疗资源的合理配置，也有助于缓解当前的“看病难”问题。

但从实践来看，顾昕认为，虽然全国各地都对基层医疗机构投入了大量的资金以完善其基础设施，提高其服务能力。但令人惊异的是，其基本医疗服务量却未增长，医师人均负担的诊疗人次数没有多大改变，而医师负担的住院服务质量甚至还有所下滑（顾昕，2015）。

4．构建多重医疗保险体系

从神木、芜湖及宿迁三地的医疗保险体系构建的实践来看，其主要包括三方面：一是强制的社会保险（新农合、城镇职工及城镇居民医疗保险）、二是大病补充保险、三是医疗救助。从形式上来看，它们基本构建了一个“病有所医”的医疗保障体系。

但从运行效率来看，由于社会保险是强制性的保险，首先，它并有对不同保险需求的人有一个供给区分，而是统一的“一刀切”，这降低了保险本身设立的初衷。其次，社会医疗保险管理机构实行的是“结果监管”和“资金监管”，即严格限制医患双方对医疗服务的供给和消费能力，努力追求医保资金收支平衡；而患者的医保需求是否得到满足，资金支出是否合理、有效反倒成为次要目标。最后，由于社保机构是保险的唯一提供者，且缺乏有效的外部监督，其管理本身就存在在无效率。

大病补充保险目前已开始尝试引入商业保险机构，由商业保险机构承担医疗基金的日常管理和审核支付等工作，财政支付保险公司的管理费用。虽然目前仍是有政府通过招标指定某一家商业保险机构来提供，但值得肯定的是在这部分市场上政府已放开进入。

分报告之三　中西医技术经济特性比较

一、中西医的基本差异

所谓中医，是指中国传统医学，也称汉医，是研究人体生理、病理，以及疾病的诊断和防治等的一门学科。

《皇帝内经》是中医的理论基础。中医的理论基础源自阴阳五行学说，这是中国古代汉民族朴素的自发的辩证法思想。在中医学理论体系中，处处体现着阴阳学说的思想。阴阳学说被用以说明人体的组织结构、生理功能及病理变化；五行学说被用以解释人体的生理功能，说明机体病理变化，用于疾病的诊断和治疗。

“天人统一”或“天人相应”的观念是整个中医学理论架构的基础。中医将人体看作气、形、神的统一体，通过望、闻、问、切，四诊合参的方法，探求病因、病性、病位、分析病机及人体内五脏六腑、经络关节、气血津液的变化、判断邪正消长，进而得出病名，归纳出证型，以辨证论治原则，制定治法以及使用特有的中医治疗手段，使人体达到阴阳调和而康复。中医疗法可分为针刺艾灸、推拿按摩、刮痧、拔罐、望闻问切、药茶、药酒、气功太极等治疗方法。

西医学，具有许多不同于中医学的特点，主要是倾向于还原论思想，强调分析、实验、定量的研究，对于人的健康和疾病的认识注重生物学内容，注重形态结构和局部定位，注重特异性的病理改变，特异性的病因和特异性的治疗等。西医包括基础医学、临床医学和预防医学三大部分。

事实上，西医和中医在早期并没有太大的差异。西医的奠基人，古希腊医师希波克拉底提出了“四体液说”，古罗马医师盖仑创立了初步的理论体系，即 “灵气论”，认为人只要能够维持体内各种体液的平衡，那么就可获得健康，其学说在 2-16 世纪时期被奉为信条。

中西医在 17 世纪晚期至 18 世纪开始走向不同的道路。西医的突破性改革，源自欧洲的启蒙运动带来医学的革命，由此奠定了近代西方科学医学的基础。维萨里的解剖学，哈维的血液循环理论，莫尔迦尼的器官病理学，微尔和的细胞病理学以及巴斯德和科赫的病原微生物学等，构筑起近代西方医学的新体系。

纵观西方医学的发展轨迹，可以发现西方医学在发展之初和中世纪时期，也参杂不少神秘主义色彩。但自启蒙运动以来受到医学改革者们的排斥，随着机械哲学观被确定为西医学的新的理论基础之后，这些神秘主义元素逐渐消失，被一种朴素务实的“机械医学模式”替代，并成为近代西方医学。

总之，中医和西医之间有着巨大的差异，这体现在理论基础、诊疗手段、治疗方案、用药方式以及医患之间的关系等方方面面。尽管诊疗方式有差异，但中西医的根本目的是使得客体“人”达到健康的目的，从这一点来看，中西医殊途同归。

二、中西医技术经济特性比较

无论中医还是西医，一般意义上，病人都需要支付一定的服务费用。无论是在现代社会，病人去医院看病，还是在传统中国社会，医生到病人家中看病，都是如此。如果病人不支付费用，医生有权利拒绝看病，从这一点来看，中医和西医都具有排他性；而且对于医生而言，给一个病人看病，必然不会同时给其他病人看病，因此病人之间也存在一定的竞争性；同时，对于医生以及提供广泛服务的医院而言，也存在竞争性。

所以，无论中医还是西医，都是一种私人物品，具有排他性和竞争性。

但是医疗服务的对象作为“人”，又有着与其他私人物品不同的属性，医疗行为的最终目的是保护患者的生命权以及健康权。在现代医院的急诊部门，医生往往会简化手续，甚至在付费之前，争分夺秒为急、危重病人抢救生命，在贫困地区，也有人道主义援助，无偿为患者治疗，在中国传统社会，医生也会通过歧视性定价来区分不同经济基础的患者。**从这一点来看，中医和西医属于存在一定公共性的私人物品。**

中医和西医的技术经济特性有着如下区别：

第一，中药和西药的生产工艺区别决定这二者有巨大的不同。中药的药材来源主要是不不中草药，中草药的价格低廉，适合小批量生产，即使从中成药来看，中成药的生产采取水煮、醇提或者其他有机溶剂来提取、分离、过滤、浓缩、干燥等一系列供需来完成，难以规模化，这种小规模生产的方式不具备垄断的条件。

而随着医疗科技的发展，西药的生产的工艺流程越来越精准，西药的大规模生产，使其具备垄断的可能性。

第二，中医和西医诊疗手段的不同，适用不同的地区。现代化大医院，因其具备一定的规模经济，大多集中在城市。而乡村、偏远地区，由于地理距离较为分散，并不适合现代化的大医院。

第三，中医的诊疗方法相对西医来说更为便捷，更适用于偏远地区。西医和技术紧密结合，随着 x 射线、心电图、内窥镜、超声诊断仪器、CT 扫描仪器的发展，西医的诊断大多依赖于这些技术；中医的诊疗方法非常简单，无论是针灸还是推拿，都远比西医简便，更加适用于偏远地区。、

因此，中西医的技术经济特性的不同，使得两者的适用病症、适用地理区域有着显著的不同。

分报告之四　各国移动医疗的现状与发展

一、我国移动互联网医疗的现状及问题

1．我国互联网医疗的内涵及发展的背景

（1）移动互联网医疗的内涵

广义的互联网医疗主要由四个部分组成：远程医疗服务、医药电子商务、移动医疗服务和医疗信息化。

第一，远程医疗服务。用卫计委在《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》中的定义，远程医疗是指一方医疗机构邀请其他医疗机构，运用通讯、计算机及网络技术，为本医疗机构诊疗患者提供技术支持的医疗活动。同时，医疗机构运用信息化技术，向医疗机构外的患者直接提供的诊疗服务，也属于远程医疗服务。

第二，医药电子商务。主体包括医疗机构、医药公司、银行、医药生产商、医药信息服务提供商、第三方机构，通过凭借计算机及网络技术，进行医药产品交换及提供相关服务的行为。

第三，移动医疗服务。依托平板电脑、手机和卫星通信等移动通信技术提供医疗服务的移动医疗。据工信部统计，截止到 2014 年底，国内现有移动医疗 App 数量达 2000 多款（经济参考报，2015）。

第四，医疗信息化领域。将计算机技术、信息技术应用于整个医疗过程。

近年来呈爆发式增长的移动互联网医疗即上述第三部分，也是本文主要的研究对象。

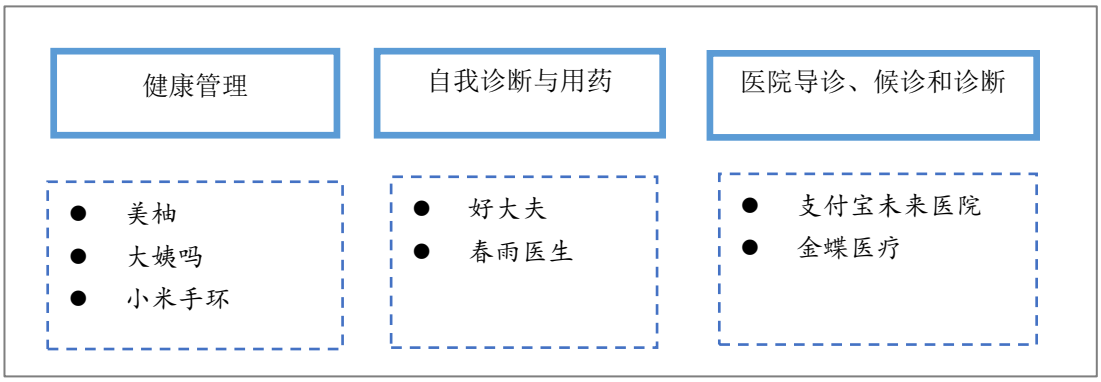
（2）移动互联网医疗的发展背景及现状

第一，传统医疗模式积累的种种弊端。以医疗资源过度集中为例，从医疗机构来看，我国优质医疗机构大多集中在城市，尤其是东部地区。据中国 2013 年各地区医院等级情况统计显示，11.2%的三甲医院资源集中在四大直辖市（北京、天津、上海、重庆）。而优秀医生的资源分配则更不均匀，一些东部发达城市的医生资源可达到西部城市的 3-4 倍。另外，优质医生资源也向三级医院过度集中。在我国被调查的医院中，三级医院中级以上职称医生人数占医生总人数的 55.7%，而非三级医院中，中级以上职称医生的比例仅为 19.8%（reMED2015 中国互联网医疗发展报告，2015）。

第二，移动互联网行业的大发展。根据工信部《2016 年 1 月份通信业经济运行情况》显示，截止到 2016 年 1 月，我国移动互联网用户总数达 9.8 亿户。移动智能终端的普及，改变了网民的使用习惯，当前移动互联网行业中的应用（APP）是竞争的焦点。

因此，重构医疗资源则成为改革的方向，迅猛发展的移动互联网恰好有这方面的优势，可以重构就医、行医以及医疗管理等各个环节。

图 4-1　医疗各环节的部分移动应用



当前互联网医疗服务的重要形式是在线问诊和导诊，主要有两种形式：第一，直接对接医生和患者进行实时同步问诊服务；第二，通过邮件或文字信息进行异步问诊。医生通过专业的手段搭建医生和患者、医生与医生之间的平台，以较低的成本提供高效的医疗服务，改善了医生与患者的信息不对称，从一定程度上缓解了医患矛盾。此外，新兴医生集团为在线问诊导诊模式提供了更多空间，这类医生集团模式，通常是由多个医生团队组成的联盟或者组织机构进行团体执业，如大家医联。

从医生角度，互联网医疗最主要的优势是可以帮助其连接更多患者，建立个人品牌、增加一定的收入。

从医院角度，互联网医疗的优势有：一，建设医院信息系统，提高运行效率；二，打造网上医院，扩大服务范围；三，辅助营销；四，可以提高服务患者的水平。

框 1：大家医联介绍

大家医联于 2015 年 3 月由北京阜外心血管病医院心脏外科副教授、副主任医师孙宏涛创建，是国内首家体制内医生集团，团队成员全部由三甲医院副主任医师级别以上的专家组成，是国内医生合伙人制的倡导者。

大家医联做的事情就是让医生不需要离开体制，做一个科教研平台，在原来的平台内继续保持上升空间。

2．我国移动互联网医疗的发展案例

目前我国的移动互联网医疗处于起步阶段，本节以国内几家典型的电商在移动互联网医疗领域的布局，以及春雨医生和平安好医生为例，介绍了我国移动互联网医疗的发展现状。

BAT 巨头（百度公司、阿里巴巴集团、腾讯公司三大巨头的首字母缩写）在目前互联网和医疗服务相结合的过程中表现积极。传统互联网巨头作为行业先行者，都已在互联网医疗行业做了大量布局。

（1）百度“平台大数据策略”

百度公司主打“大数据策略”，大数量流量可为医院带来用户，医院有可为医生和患者提供丰富的医院、医生信息、挂号和其他门诊资源的平台。百度平台的线上服务，最终能通过医院线下服务团队，为用户提供更好的就诊体验。通过这些方式，联通了线上和线下的服务。

百度的主要的产品如下：

百度健康云平台，为智能可穿戴设备打造数据接入和分析入口，对应的是健康数据监测、汇总的服务。设备目前有智能手环、血压计、心电仪、体重秤、体脂仪等。百度的数据分析处理平台，通过对用户的所有智能设备的健康数据进行汇总和分析，为用户量身打造健康解决方案。

百度医生。对应在线导诊服务，为用户提供找医生、约医生和评医生的服务。百度医生提供网页和手机 APP 的接入方式。与导诊系统相对应的，是百度的在线问诊平台。目前百度与北京 301 医院合作搭建基于信息网络技术的疾病诊疗平台——网上“301”，旨在解决挂号、收费和远程问诊三大难题。

药直达。与药店合作，为用户提供药品搜索、附近药店购药服务，药店提供咨询与送药服务。服务对象为药店，为线下药店接通线上平台资源。

（2）阿里的平台战略“从药出发”

2014 年 1 月阿里巴巴控股中信 21 世纪科技有限公司，后改名“阿里健康信息技术”，掌握全国最大的药品流通监管码（可以认为是药品的线上销售的许可证），率先进入电子处方环节。此款应用最初在石家庄试运营，利用滴滴打车的方式为药房导流，同时鼓励用户上传处方并出售打折药品。

阿里健康事实上是基于自己的电商运营能力，中信二十一世纪对药品信息的管理、对接和数据库，以及强大的物流配送成本控制能力，与地方政府合作，不断网罗用户，为其他服务环节的接入打下基础。

阿里的目标是实现对用户从开药到送药的购药全流程的覆盖。

框 2　滴滴医生

2015 年 10 月，阿里健康、滴滴快的和名医主刀在四个城市北京、上海、杭州、南京的启动“滴滴医生”。首批合作的医院包括北京和睦家医院，上海仁济医院、新华医院、华山医院、德济医院，杭州绿城心血管医院，南京医科大学第二附属医院等医院。

用户打开滴滴出行的 app 以后，会在页面的右侧看到叫医生的选项，点击请求以后，会有后续的一个服务流程，包括会接到医生的电话沟通了解基本需求、信息，确认需求以后，滴滴会送医生上门服务。对于上门专家认为无法在家里实现后续治疗的，滴滴将负责把患者送到专家所在的医院，并通过绿色通道进行后续的治疗。

“未来医院”计划。“未来医院计划”共分三期。第一期规划，利用支付宝对接医疗服务机构的 HIS 系统，支持门诊和住院部门缴费的实时结算等服务；第二期规划，整合阿里集团的物流配送系统，通过移动互联网完成电子处方药就近配送；第三期规划，建立医疗大数据健康服务平台，和医疗设备厂商、医疗机构、智能穿戴设备厂商合作，进行大数据分析整合，对用户进行疾病预防和控制。“未来医院计划”，以支付宝的平台，整合移动平台、支付及金融解决方案、云计算能力、大数据平台，逐步与医疗机构对接，实现对医疗服务的整合。

阿里健康云医院平台（医蝶谷）。重点实现对医疗服务资源的横向整合，包括医生、医药、医疗服务机构和医疗保险方面。在医生资源方面，医蝶谷完成了免费入驻的医生多点执业云端系统；在医药方面，有虚拟药房和电子处方系统；在医疗服务机构方面，医蝶谷解决了许多第三方医疗机构信息化技术储备不足的问题；在医疗保险方面，医蝶谷未来可实现对医保的实时结算和商业保险报销。此外，医蝶谷还能提供云计算和大数据分析服务。

（3）腾讯：打造“智慧医疗”

腾讯是在互联网医疗方面的起步也非常迅速。2014 年，腾讯投资“丁香园”和“挂号网”，以流量为入口切入了医疗健康市场。此外，腾讯在智能可穿戴设备、慢病管理、在线问诊导诊等方面也进行了广泛的投资与合作。

微医平台。这是腾讯与挂号网联合推出的移动医疗开放平台，也是“智慧医疗”方案的核心组成部分，联通的是患者、医生和医院。在用户方面，微医可以提供预约挂号、病历管理、移动支付等便捷的就医服务，使用户能够通过手机和电脑方便地连接医院、连接医生。在医生方面，微医可以辅助医生对患者进行管理，实现诊前咨询和诊后随访等服务，让医生可以通过“微医平台”在互联网上创建个人品牌、开展在线服务。在医院方面，微医将协助医院以移动互联网优化其就医流程，从分诊导诊、预约挂号开始，逐步深入到挂号费支付、院外候诊、检查检验报告查询、院内一站式支付、层级转诊、诊后随访及商保支付结算。

目前，微医平台在全国的布局有超过 900 家重点医院，10 万名合作医生、3700 万实名注册用户。“微医平台”与微信、QQ 打通后，为医院和医生提供接口。

以“微信公众号+微信支付”为基础的智慧医疗已经具有一定的基础。在当前，“智慧医疗”涵盖的范围从诊断前的分诊挂号，到诊间的候诊和检查，以及诊后的病患管理、社交连接和医保支付。通过与医院 HIS 系统的深度融合，腾讯已经建立起一个基本功能完善的智慧医疗服务体系，并以微信支付为载体。在远期，智慧医疗计划在诊前的健康管理、电子健康档案，诊中的远程问诊导诊、就诊服务以及诊外的院内管理和大数据处理等六大方面推进服务。

（4）春雨医生

“春雨掌上医生”是一款专业手机医生问答软件，用户可通过春雨掌上医生， 查询有可能的疾病，免费向专业医生提问。春雨医生搭建了医患之间的沟通平台，患者可以在平台上进行健康咨询，医生在网上实现轻问诊。

春雨医生是行业的改革先锋。2011 年起步，涉及健康咨询、家庭医生、预约挂号、健康资讯等功能。春雨医生一共经历了三轮融资，2011 年 11 月获得蓝驰创投 300 万美元 A 轮融资，2013 年 3 月获得贝塔斯曼亚洲基金、蓝驰创投 800 万美元 B 轮融资；2014 年 8 月 19 日，获得中金公司、如山创投、Pavilion5000 万美元 C 轮融资。最新数据显示，春雨医生平台总用户量 9500 万，平台医生 41 万名。

春雨医生的业务经历了几个发展阶段：从成立之初就主推“自诊+问诊”业务；2013 年 10 月，春雨医生开始尝试智能化服务，推出了病患自查的智能搜索引擎；2014 年 1 月，春雨医生开通会员制问诊，尝试收费模式；2015 年 4 月推出“空中医院”，主推医生主导的个性化服务；2015 年 5 月，推出“私人医生”，开设线下诊所；2015 年 6 月，和京东云合作，为在京东首发的智能硬件提供数据分析解读服务。

春雨医生的商业模式有如下阶段：

第一，免费提问阶段，补贴。用户免费在春雨医生咨询，春雨获得第一手的健康大数据，医生则能够获得平台的补贴。这一时期是完全亏损状态。

第二，“空中医院”的定向问诊，让医生在春雨平台开店，售卖自己的服务：包括图文咨询、电话咨询、挂号预约、买断医生一定时间的私人医生服务。医生对自己的服务进行定价，用户选择其所需要的医生以及购买其所需要的服务。

第三，会员制。春雨新推出的会员机制针对有高频率提问需求的用户，用户购买 8 元/月的会员后，可以享受不限次数的免费咨询，同时春雨保证会员的提问由公立医院二甲主治以上的医生在 20 分钟内进行回复，以及 24 小时随时响应。

第四，私人医生。一方面是线上的家庭医生：建立健康档案，包括所有与健康相关的数据，长期的服务一个客户，充当私人医生的角色。另一方面是线下服务，包括分诊服务、预约线下签约的医院专科专家，线下的春雨诊所会把收集的相关数据和档案汇集到线上。然后

希望将采集到数据进行处理，提供给药厂、药店、医院以换取利润。截至到 2016 年 3 月，春雨医生在全国 24 个大中型城市开设 358 家诊所。而诊所的建设除了传统自建诊所，还有合作模式、加盟模式、托管模式，以快速复制发展线下春雨诊所。

（5）平安好医生

平安健康互联网股份有限公司是中国平安集团旗下的全资子公司，互联网业务板块的重要成员，于 2014 年 8 月成立，公司注册资本人民币 3.5 亿元，总部设在中国上海。公司围绕医网、药网及信息网形成三大产品线，涉及在线问诊、医患管理、药品 020、电子健康档案、慢病管理、儿童健康服务等医疗健康的多个细分领域。“平安好医生”APP 已于 2015 年 4 月正式上线，截止 2015 年二季度末，注册用户已突破千万。

同春雨医生一样，平安好医生的最大特点也是即时的在线问诊。不同之处在于平安好医生的医院建设和医生团队的来源是不同的，是自建全科及专科医生团队以及签约全国知名三甲医院副主任以上级名医专家的模式。

此外，平安好医生也与药房进行合作，可以 2 小时内配送到家（目前在上海试点）。医生在问诊后，对于不需要进一步治疗的疾病，会直接推送药品详情给患者，患者可以直接购买。

3．盈利模式

理论上说，互联网医疗的收入来源可以来自于产业链的各个环节，但是对患者、医生以及医院的收费目前大多无法形成规模。患者尚未产生对在线医疗的完全信任和依赖，对互联网医疗的认识还处于起步阶段，因此有规模的向患者收费的盈利模式仍未出现，而医院、医生因垄断或稀缺而处于强势地位。但是，在未来，随着居民对健康认识的重要性的提升，以及自我健康管理意识的觉醒和普及，健康险会成为居民日常支出中的重要保险类别。2015 年，我国的健康险的原保险保费收入为 2410.47 亿元，占人身险的比例为 15%。健康险在我国发展比较迅速，2015 年比 2014 年同比增长 51.87%。

在互联网医疗领域，两种可行的盈利模式是向制药企业和保险企业收费。

第一，药企收费是互联网医疗当下和未来的主要盈利模式。医药企业市场化程度高、竞争激烈，在将互联网医疗作为营销、推广渠道方面付费意愿更加强烈。大多数互联网医疗创业公司，都将与医药企业合作的电商以及数据开发作为可预期的盈利点。药企营销、研发成本巨大，依赖互联网的强大流量和数据进行营销、辅助研发是其刚性需求；基于流量的广告营销已经是目前向药企收费的主要盈利模式，而基于数据的精准化营销、和支持研发决策的大数据营业将在未来获得更大的市场空间。

其次，向保险企业收费未来有可能成为主要盈利模式。互联网医疗能够实现数据跟踪和及时干预，客观上有潜力降低保险公司保费支出，帮助商业健康保险公司精准定价，满足其营销需求；社会医疗保险费用支出高涨，亟需依赖互联网进行信息、流程监管，建立控费体系；另外，如果政策放开，商业保险进入健康保险领域，将填补社保巨大缺口，给互联网医疗带来更广阔空间。

目前国内，万达信息和上海市社保，卫宁科技与山西省医保中心达成合作，进行互联网医疗服务和费用监控体系的开发，中国平安，人寿、泰康等保险公司都已开始布局，搭建在线健康平台，进行客户健康管理和市场营销。

4．问题与挑战

第一，准入主体模糊。相关领域的许可准入哪些主体可以获准进入医药电子商务、远程医疗等领域开展相关的互联网医疗业务？这些主体需要具备怎样的条件或者资格，才可以开展相关的互联网医疗业务？对于这些主体及其行为，应当采取怎样的监管措施？

第二，远程医疗的技术标准规范不明确。以美国为例，美国政府部门、学术组织、医科大学均在大力研究相关标准，尤其是美国远程医疗协会（ATA）发布制定了很多专科疾病的相关标准标准化上的进展，使得美国远程医疗的发展水平居世界前列。

第三，我国医师多点执业的限制。2009 年 7 月 1 日起施行的《互联网医疗保健信息服务治理办法》第十二条，规定“不得从事网上诊断和治疗活动”。我国《执业医师法》第十四条规定：“医师经注册后，可以在医疗、预防、保健机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业，从事相应的医疗、预防、保健业务。”以法律的形式从“执业地点、执业类别、执业范围”等方面对医师的执业活动进行了明确限制。根据我国现行法律规定，我国医师现阶段尚不能在执业地点以外自由执行，不能在互联网和移动客户端向患者提供诊疗服务。

2015 年 1 月，卫计委发布了《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》，明确表示，多点执业的医师应当获得第一执业地点医疗机构的“同意”，允许临床、口腔和中医类别医师多点执业。提出推进医师合理流动、放宽条件、简化注册审批程序等。

如何将互联网医疗与医师多点执业结合起来，如何监管医师在互联网医疗中的执业行为？此外，没有医生资源的大量流入，互联网医疗的发展也将遭遇瓶颈。

第四，网售处方药政策。我国现有的医药市场中，处方药的需求占比高达 80%，且处方药种类多，有刚性需求，若网售处方药的政策彻底开放，势必将对医药电商的整体销售带来巨大的增量。

第五，信息安全问题。在传统的医疗方式下，诊疗记录和病历资料等医疗信息，一般只在医疗机构（医师）与患者之间熟悉和掌握。在互联网医疗中，由于互联网技术和移动通讯等传输工具的介入，诊疗记录和病历资料则很容易、很可能被医患之外的其他第三方获得。诊疗记录和病历资料等医疗信息，直接关系到患者的隐私权，必须注意提升其安全性保护。现有的《刑法》、《侵权责任法》、《医疗机构病历管理规定》和《电子病历基本规范（试行）》操作性不强，无法适应互联网医疗的发展需求。

第六，移动医疗 app 尚无统一规范。根据我国工信部统计的数据，目前国内现有移动医疗 App 数量已达 2000 多款，但是这些软硬件所提供的患者信息是否真的能反应患者的健康

状况仍然是一个问题。相关监测指标是否具备医疗上的科学性与准确性？尚无统一的标准和权威的规范。还有在线问诊的规范方面，缺乏统一的规范可能会带来医疗纠纷的风险。

第七，各医院自成体系，信息尚未实现共享。由于现行医疗体制的不足，我国的病种编码、收费代码、以及药品和耗材数据库等都是各地区政府或各地医院独立管理，医疗信息难以共享和流通。院内与院外彼此独立，为医疗数据的有效利用增加难度。目前的个人健康数据尚未实现规范的整合，这些数据与医院的个人诊疗数据库也尚未实现有效对接。

二、美国移动医疗应用的现状与发展

1．共享经济：一共互联网新经济的定义

随着智能手机的硬件和软件发展，互联网在移动设备上的应用也日益丰富。以各种移动设备为平台的应用（Application，简称 APP）也大量涌现。

各种传统经济形势在移动互联网平台的辅助下，产生了新的盈利形式，也继而带来了新兴的经济形式。这种新的经济形式具有以下特点：移动互联网为平台，连接人的需求为根本，社交属性为表现形式和增长动力。对这种新兴经济形式的称呼至今为主流接受的有共享经济（sharing economy），出租经济（rental economy），临时工经济（gig economy），和随叫经济（on-demand economy）。

共享经济这个词最早是一位法学教授 Lawrence Lessig 在《纽约时报》的一篇报道中提出来的，后来被媒体广泛使用。((纽约时报，2007a))

传统公司都是在苹果应用商店上（AppStore）销售各种小软件。互联网促使共享经济蓬勃发展起来，比如维基百科这样的网站大量涌现，此类网站是由一帮志同道合的人共同分享知识，创造价值，并以个人兴趣爱好为出发点建立起来的。

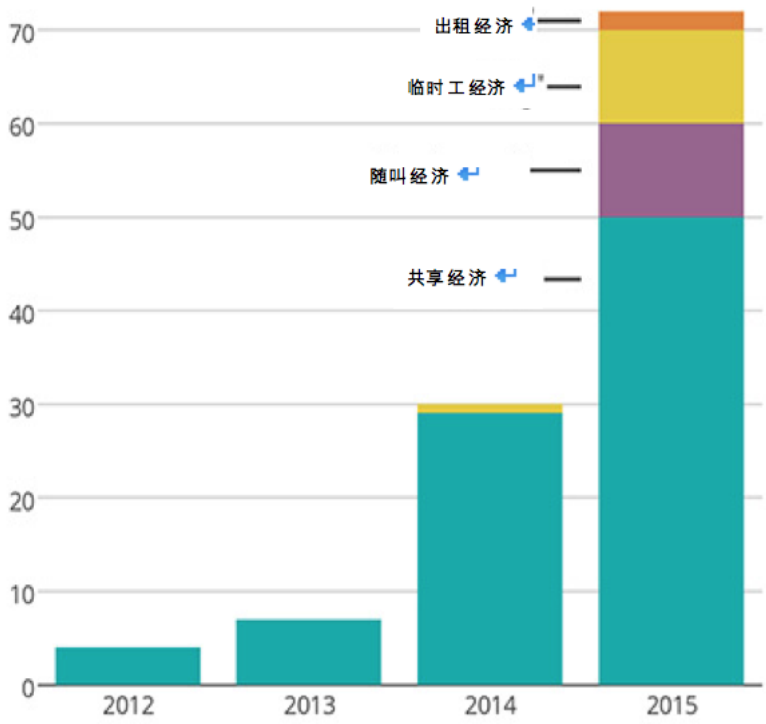
我们已经看到一些混合公司的形式，它们也在不断地寻找和摸索盈利的模式。优步（Uber）作为一款十分流行的打车软件，人们在使用它叫车时，其实并不涉及“共享”。在司机完成运载服务后，乘客需要通过在线支付来结算费用。美国知名投资机构联合广场投资合伙人 弗莱德·威尔逊（Fred Wilson）曾在 2014 年年底提出，这些并不是共享经济，而更像是“出租经济(Rental Economy)”。他指出“没有人在分享什么。人们在赚钱，直白而简单。现在的科技让人们租一件东西(即便是实时)变得如此简单，以至于买东西像是 10 年前的概念。”

共享经济这个词是不准确的，不足以描述包括优步（Uber）和 Airbnb（一种租房服务）在内的各类新型移动互联网应用公司： 但“出租经济”这个说法听起来不够时髦，也很难反映 Airbnb、Uber 等公司的本质。我认为，更适合的叫法应该是“随叫经济(On Demand Economy)”，因为这些服务都只需要你发出一个指令，就能随时获取，而且“随时随地，随叫随到”也有很强的移动互联网特点。

其实，共享经济也有很多问题，它在给从业者自由的同时，也让他们备受不确定性的影响。((纽约时报，2014b))

一个网络调查显示，共享经济是使用最多的词汇，次之是随叫经济，临时工经济和出租经济。笔者认为使用随叫经济（on-demand economy）是比较准确的。

图 4-2 媒体上对新型经济形式的使用



数据来源：Factiva。包括纽约时报、华尔街日报、WaPo2015 年 1 月 1 日-6 月 1 日所有文章中的使用频率数据。

但现在很多随叫服务也已经不能用 O2O 来定义，可能用“D2D(Door to Door 门到门)”更合适：从商家大门来到你家门口。但 D2D 的背后，还是随叫经济在起作用。上门服务只是你表面的感知。更何况还有很多生活相关服务的实现方式并不是门到门，但几乎所有都是你通过手机随时下达一个需求指令，服务随之而来。

如果把随叫经济往大了说，电商也可以算是随叫服务的一种，尤其是现在的当日达和部分生鲜电商，已经基本上可以做到随叫随到，比你上门去趟超市再回家还方便；如果把随叫经济往小了说，一些微信公众号提供的生活相关服务也是一种随叫服务。

随着移动互联网的成熟，随叫服务还会越来越多的涌现，并且人们发送需求的方式也不一定是通过手机。各种可穿戴设备和智能硬件，都有可能成为你发送需求的终端。但不变的是，你需要的服务，都可以随叫随到。

《经济学人》在 2015 年一月份的一期中探讨了随叫经济的形式，以及未来可能的工作的形式。

“你只要手指轻点一下 Medicast 应用，两小时内就会有一个医生来敲你的门。需要律师或者咨询师吗？Axiom 会给你提供很多好的律师资源备选。其它的公司还给那些能够解决研发问题或者提供好的营销主意的自由职业者各种奖励。越来越多的机构正日益提供各种各样的自由职业的选择和机会，比如 Freelancer.com 和 Elance-oDesk，它们将 930 万白领与 370 万家公司连接起来。”（经济学人，2015）

2. 基于智能手机的经济

随叫经济是将劳动力通过智能手机联系起来，而智能手机现在所具有的计算能力远远超过 20 实际 90 年代那些重新塑造了各类公司的个人电脑的计算能力。而且拥有智能手机的人更多。

人们工作和社交的平台正在转变，从个人电脑向智能手机和平板设备转移。这种转移也催生了所谓的互联网+各种传统行业的新兴产业。

虽然各国政府和社会各界对 Uber 多有微词，但在一些圈子里，将 Uber 的理念加以应用则是更大的趋势。

除了共享经济，一些美国媒体今年也开始用“临时工经济(Gig Economy)”来形容 Uber 和 Airbnb。在某些情况下，Uber 的司机的确像是临时工，他们在开 Uber 之外有其他工作，或者同时做多份兼职。但仍然有很多全职的 Uber 司机，有很多全职在 Airbnb 上出租房子的人。

对于国内的各项 O2O（online to offline）服务来说，临时工这个词就更不适用了。国内送外卖、做保洁或者上门为你美甲、按摩的人，基本上都是全职在做。而且“临时工”在国内也有一些不那么好的含义。

Uber 的联合创始人和 CEO Travis Kalanick 曾解释说，在创建 Uber 之初，Uber 更像是一家关注生活方式的公司。你只需要按一个按钮，过不一会就会有一辆黑色豪华车出现在你面前。是谁做到这一切的呢？是 Uber 让一辆豪华轿车在八分钟的时间里来到你的身边。

3. 中国的移动互联网发展

在优步（Uber）和同类社交服务型手机应用（APP）的启发下，中国的共享经济，或者说随叫经济也开始了蓬勃的发展。这是一份由香港投资咨询机构 Carlton Mansfield 公司出具的 2014 年中国 O2O 产业报告。这份报告树立了中国 O2O 业务的发展和现状。

表 4-1 中国移动互联网发展阶段（Carlton Mansfield，2014）

时期	年份	代表	关键词	例子

1	2004-2008	B2C时代，工作坊式网上销售。	互联网，020婴儿时期，那些理解互联网的人取得先机。低成本，严重依赖于消费者，难以复制。	基于 BBS 的即时销售、365 家居宝，本地生活商业圈(无在线支付）。
2	2008-2011	移动互联网兴起，020模式建立，互联网巨头进入020领域：当地服务，功能为主，团购时代，打破B2C的限制，从传统产业开始整合，易于复制，直到2009-2010年间的所谓“百团大战”时期。	资源、商人和消费者是关键资源，020公司。	美团网、大众点评网、2011 年后，约99%的团购网站关闭，转向移动设备端。
3	2011-2015	移动互联网时代，个人化的营销时代，粉丝经济，微信/微博和其它社交媒体时代。	移动、移动应用，移动支付扮演 020 商业模式中的重要角色。	微信支付，滴滴，快的，百度地图，云管家等。
4	2015-2020	展望。	云。	可能出现新的营销模式，移动云智能技术等。

3．与医疗服务相关的 O2O 业务和平台

美国诞生了包括优步（Uber）在内的诸多移动应用，其中与医疗健康服务相关的移动应用也开始兴起。据一份 American EHR Partners2013 年的调查报告显示，只有 28%的医师在执业中使用智能手机，另有 18%的医师在执业中对移动平板上的移动应用比较满意。(AmericanEHR,2013)医生和病患可能会在使用移动应用交流的过程中找到共同的利益点。一些移动应用也开始采纳 21 世纪的新型家庭问诊形式。

各种借鉴 Uber 的医疗移动应用开始在美国涌现，而这主要是因为 Uber 的随叫经济模式为很多初创互联网公司所借鉴。比如 2015 年 8 月《华尔街日报》的一篇文章专门介绍了一名 Pager 的护士在 Facebook 总部为其高管 Kunal Merchant 进行健康检查的事，并称 Pager 这样的移动医疗应用“正在为古老的医生上门问诊带来高科技的光环。”（Melinda Beck，2015）

以下为美国主流的几个移动医疗应用及其特点：

表 4-3 美国主流的几个移动医疗应用及其特点

名称	地域	特点	服务或收费
Doctor on Demand	旧金山地区	该应用受到 Google 和电视名人 Phil McGraw 的推荐。该应用提供 1400 名医师协会注册会员的服务，自 2013 年上线以来，累计下载数百万次。	只需 40 美元，即可获得一名内科医生或儿科医生的视频问诊。该公司最近还添加了心理疾病视频咨询服务，25 分钟需支付 50 美元；50 分钟需支付 95 美元；对于哺乳咨询的话则须支付 40 美元至 70 美元不等的费用。（来源：http://well.blogs.nytimes.com/2015/05/05/an-uber-for-doctor-housecalls/?_r=0）
Medicast	旧金山地区、洛杉矶和迈阿密地区	该应用可用于预定医师上门问诊，也可用于预约医生诊疗服务等。为 7 天 24 小时形式，医生确保在 2 小时内到达约定的居所、酒店房间或办公室等。	根据地点不同，收费一般在 199 美元到 249 美元之间。Medicast 并不接受保险。（来源：http://uk.pcmag.com/apps/39314/gallery/5-apps-that-bring-the-doctor-to-you?p=2）
Pager	纽约	该应用可用于预定医师上门问诊，医生确保在 2 小时内到达约定的居所、酒店房间或办公室等。服务时间从 8：00 到 22：00.	费用在预约时会显示在手机界面上，一般第一次问诊需要支付 49 美元。Pager 并不接受保险。
MDLIVE	美国全境	随时随地都可以通过视频聊天或者 Email 进行在线咨询。	每次咨询需支付 49 美元。
Amwell	在美国 45 个州中可以使用	提供 7 天 24 小时的在线（网页或移动设备端）问诊咨询服务。该应用整合了美国执业医师协会的病患心脏和呼吸系统、血压、体温、血糖、体重和营养等信息系统，病患和医生均可通过该应用进行相关信息的检索。	在线医生问诊需支付 49 美元每次。（来源：http://well.blogs.nytimes.com/2015/05/05/an-uber-for-doctor-housecalls/?_r=0）
Spruce	美国全境	提供上门的医生问诊服务，还包括蚊虫叮咬、荨麻疹等皮肤病的咨询服务。（来源：http://well.blogs.nytimes.com/2015/05/05/an-uber-for-doctor-housecalls/?_r=0）	
HealthTap	美国全境		使用者可每月支付 99 美元，获得在线或网站视频聊天形式的医生问诊服务。（来源：http://well.blogs.nytimes.com/2015/05/05/an-uber-for-doctor-housecalls/?_r=0）

Maven	美国全境	主要关注女性疾病，包括与生殖、孕育、和孕期保健等相关的医疗服务。	视频问诊，病人需支付每次 18 美元。（来源：http://well.blogs.nytimes.com/2015/05/05/an-uber-for-doctor-housecalls/?_r=0）
Heal	洛杉矶、旧金山，并将在 2016 年扩展到美国 15 个主要城市。	可以在线预约医生，20-60 分钟内上门问诊。	每次上门问诊收取平台费 99 美元。（来源：http://well.blogs.nytimes.com/2015/05/05/an-uber-for-doctor-housecalls/?_r=0

分报告之五　医院看病调查报告

一、背景及方法介绍

1．背景介绍

在经济新常态的背景下，中国的医疗卫生实际状况、问题、症结以及解决的办法，抑制是公众、媒体、中外专家及和政府关注的焦点。医疗卫生服务属于“公共产品”可以说是一种深入人心的理念，也是我国构建医药行业管理制度的“基石”。在2009年推出的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中，把基本医疗卫生制度定位为“公共产品向全民提供”，“维护公共医疗卫生的公益性，促进公平公正。”认为使最低收入阶层也能获得的基本医疗卫生保障是一种惠及全民、人人受益的公共产品。

在这一理念指导下，我国医药行业实行的是政府主导型的管理体制。虽然我国医药行业取得了一定的发展，在医疗服务供给的数量、医院技术装备水平、医疗技术、药品的数量和疗效等方面都有明显提升。但在政府管制下也产生诸多难以解决问题和矛盾，例如医疗服务的供需矛盾、药价虚高、寻租、医疗资源配置不公平，卫生投入效率低下等。细究原因，有些问题的产生并非由于医药行业本身特性所致，而正是由于政府管制所导致的。

医药行业的改革是一个复杂的系统工程，面对医疗这样涉及生命的资源配置问题，不是根据意愿和价值观，更需要对当前的医疗体制的现状及问题进行客观的描述、判断及评价。由此，天则所课题组启动了对《医疗体制市场化改革方案》的研究，并以医疗领域作为一个整体，本着客观中立的态度对当前的医疗体制现状及问题展开网上调查。

2．调查的主要方法及不足

由于经费的限制，本课题组在“问卷星网站”设计并生成就医调查问卷，通过微信、微博以及天则所的官方网站发布，进行网上调查。自 2015 年 12 月发布至 2016 年 6 月截止调查，历时半年，共回收有效问卷 2316 份，独立 IP 数 2217，问卷提交的来源渠道主要是手机提交（1771 份，76.5%）和网站链接（545 份，23.5%）。

问卷设计包括七个方面：被调查人员基本信息、被调查人群的医保基本情况、药店买药及门诊看病情况、当前医药及医疗服务的价格、质量以及对起付线的看法、异地就医、就医的选择以及可达性等问题。该样本涵盖包括香港、台湾在内的 35 个地区（详见表 1）。其中广东省的样本数最多，其次是北京、江苏、浙江、山东，分别占到样本数的 10.8%、8.3%、7.0.%和 6.3%。

表 5-1 被调查人员的地理位置分析

序号	省份	数量	百分比
1	广东	304	13.13%
2	北京	250	10.79%

3	江苏	191	8.25%
4	浙江	161	6.95%
5	山东	145	6.26%
6	上海	123	5.31%
7	湖南	106	4.58%
8	河南	100	4.32%
9	湖北	96	4.15%
10	四川	93	4.02%
11	福建	77	3.32%
12	河北	62	2.68%
13	陕西	62	2.68%
14	重庆	54	2.33%
15	安徽	51	2.20%
16	辽宁	47	2.03%
17	广西	44	1.90%
18	山西	42	1.81%
19	云南	33	1.42%
20	江西	32	1.38%
21	贵州	30	1.30%
22	黑龙江	28	1.21%
23	内蒙古	27	1.17%
24	甘肃	27	1.17%
25	吉林	25	1.08%
26	天津	23	0.99%
27	国外	20	0.86%
28	新疆	18	0.78%
29	未知	14	0.60%
30	海南	10	0.43%
31	宁夏	8	0.35%
32	青海	5	0.22%
33	西藏	5	0.22%
34	香港	2	0.09%
35	台湾	1	0.04%

通过网上在线调查具有非常多的好处：不仅调查非常便利，同时经济、实惠，为研究节省了人力和时间成本；其二，通过选项式的问卷调查，其结果更加容易量化，便于统计和分析。但也存在一些不足，主要表现在以下方面：

首先设计一份适合网上调查的问卷比较困难。因为该类型的问题常常需要得知被调查者的目的、动机和思维的过程。而在设计问卷的过程中，课题组虽然多次讨论和修改问卷，但却很难考虑周全，穷尽问题，其中有几道问卷设计成开放性的，而被调查者不愿意填写此类问题，即便填写了，答案也是参差不齐，造成有部分问卷很难回收、统计和分析。

其次，通过网上调查，问卷质量和真实性会受到影响。网络调查虽然面向的人群广泛，但毕竟与面对面的进行调研不同，无法确认被调查人员是否真实地进行了填写，所以存在一些不客观或不真实地回答情况，这在一定程度上影响了回收问卷的质量和真实性。

再次，对于“医疗改革”这样一个具体的调查主题，若要客观真实地反映现实状况，需要对各个阶层的人进行调查，而通过网上调查的形式，往往会漏掉那些地区偏远、技术落后或者工作或知识结构层次较低的人群，因为他们没有时间或者不会通过网上调查的形式关注到相关信息。

二、 基本情况描述

1．被调查人员的基本情况

在 2316 份有效样本中，绝大部分为男性（占比 82.5%）女性占 17.5%，年龄主要分布在 18-45 岁，占到了被调查人群的 64.7%,其次是 45-60 岁的人群，占比为 30.2%（，被调查人员涉及各行各业，且受教育程度比较高，接近 80%获得专科及以上文凭。被调查的人群收入状况主要分布在 3000-6000 元，接近 40%，其次是 6000-10000 及 10000 以上的人群，分别为 21.1%和 20.5%；收入为 3000%以下的，占 19.2%。

图 5-1 被调查人员性别

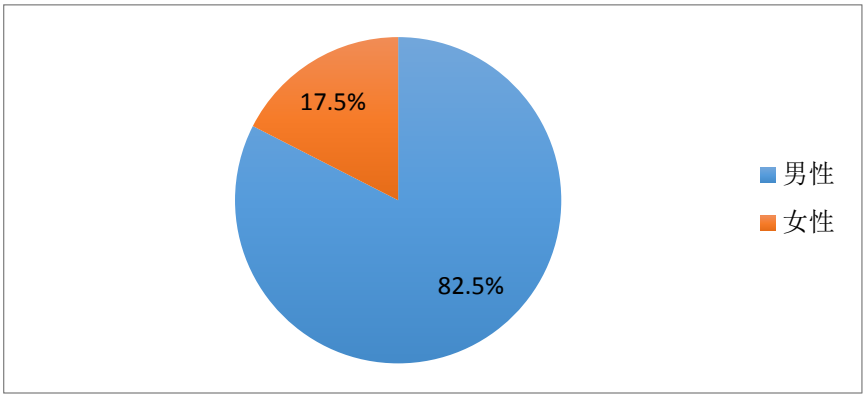


图 5-2 被调查人员年龄

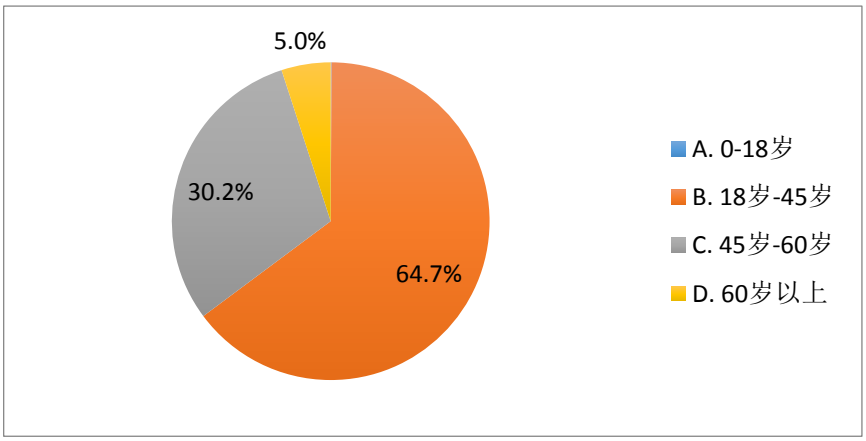


图 5-3 被调查人员的受教育程度

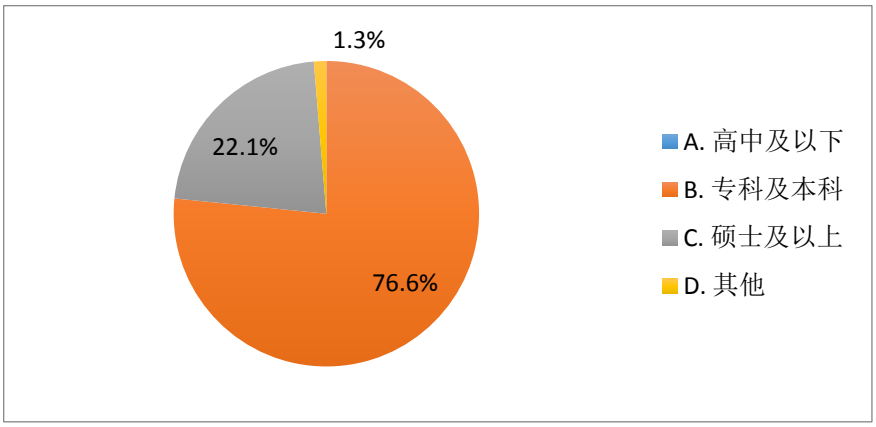


图 5-4 被调查人员的职业情况

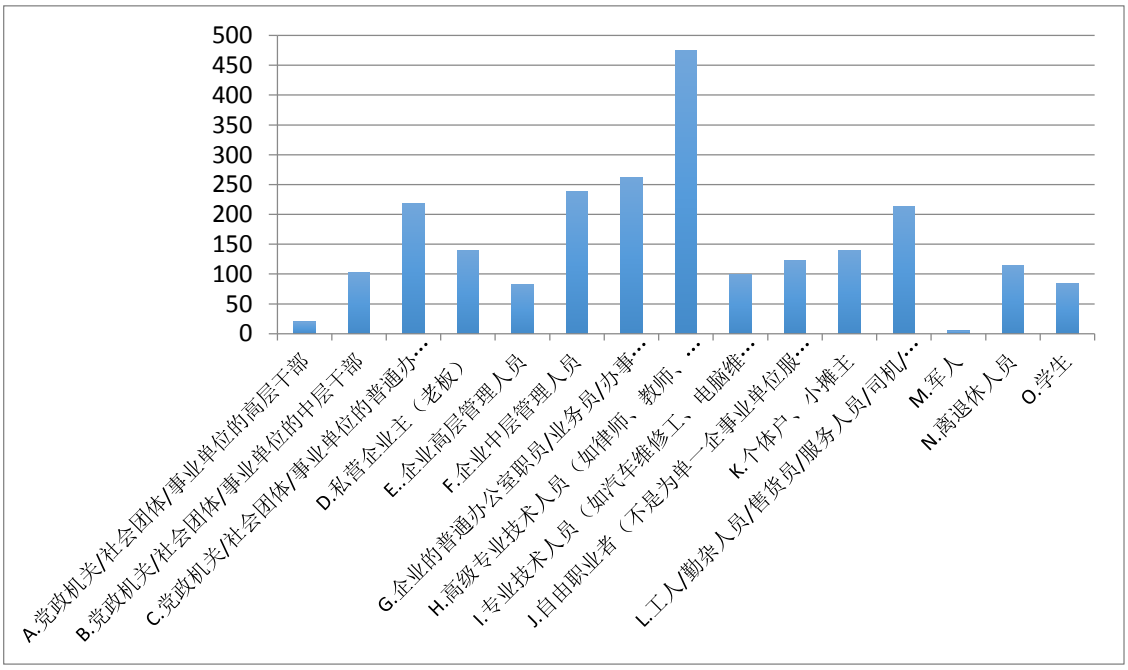
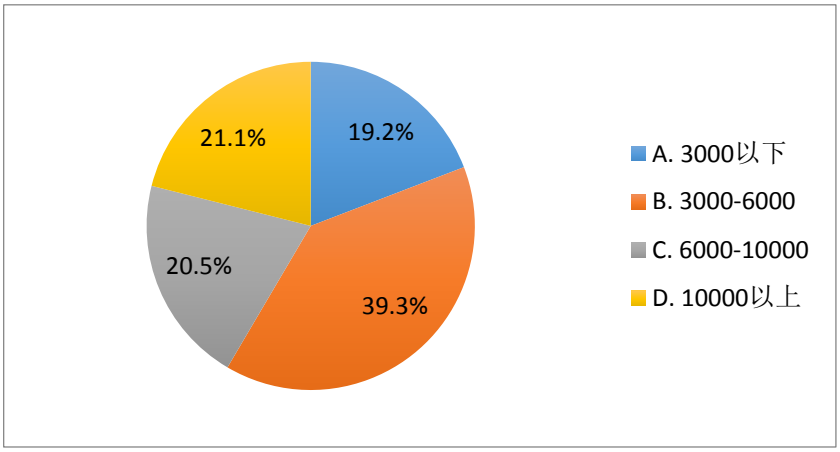


图 5-5 收入情况



2. 被调查人群的医保基本情况

问卷第 6、7 题就被调查人员的医保情况进行了调查，城镇职工占一半以上，为 52.0%，依次是公费医疗（15.4%）、新农合（15.4%）、城镇居民 15.2%、商业保险 11.6%、无医保（6.4%）和其他（2.3%）。所有这些接受调查的人员当中有 69.2%的人医保地址与现住地址一致，但有 30.8%人群为异地医保。

图 5-6 医保形式

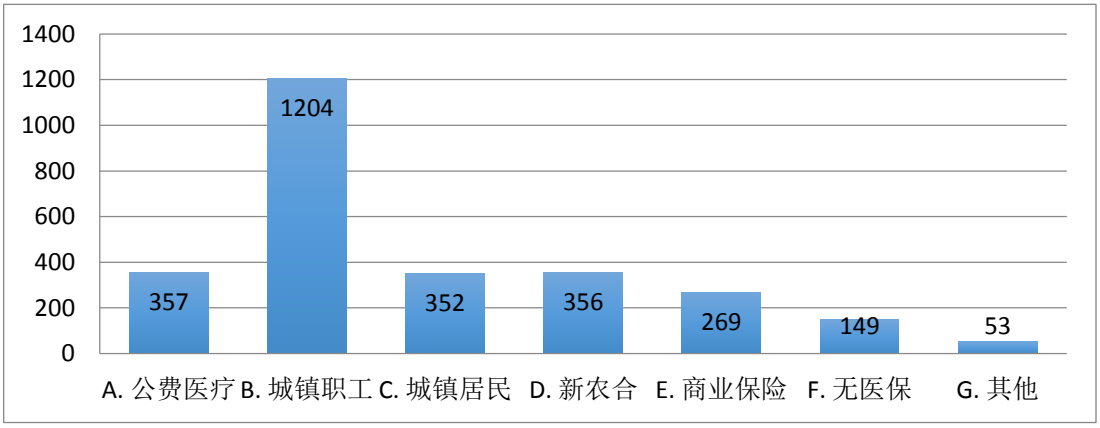
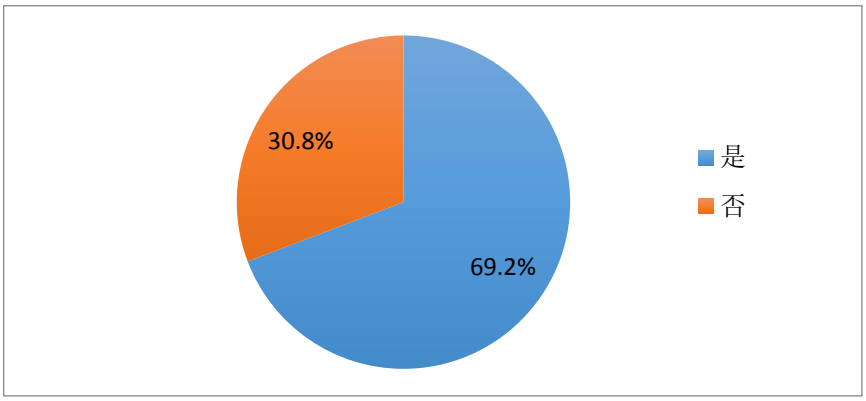


图 5-7 医保地址与现住地址是否一致



3．药店买药及门诊看病情况

问卷第 8-11 题针对“药店买药及医院门诊看病的情况”进行了调查，主要涉及以下几个方面：一年当中在药店买药的次数以及单次买药的价格；去医院就诊的次数及单次花费；在什么情况下选择去药店买药？什么情况去门诊买药？

在接受调查的 2316 人当中， 其中 51.9%人有过 1-3 次去药店买药而不去医院就诊的经历；3-12 次占 35.8%，12 次以上的占 7.5%，还有 4.8%一次也没去过药店。有 64.8%人，一年内去过 1-3 次。有 13.0%门诊看病次数在 3-12 次，2.0%看病次数超过 12 次，但有 20.2%的人没去医院就诊过。

图 5-8 每年选择到药店和医院门诊看病情况

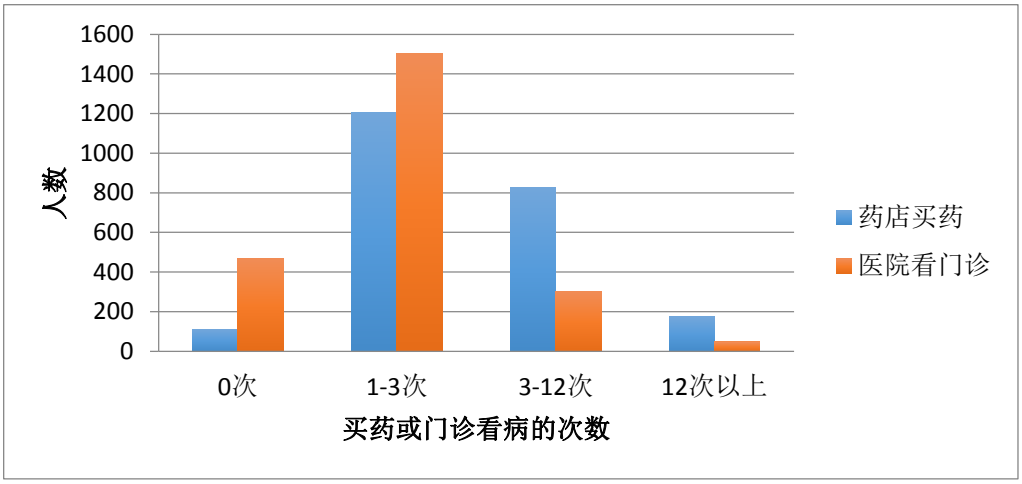


图 5-9 选择药店买药而不去门诊看病的比例

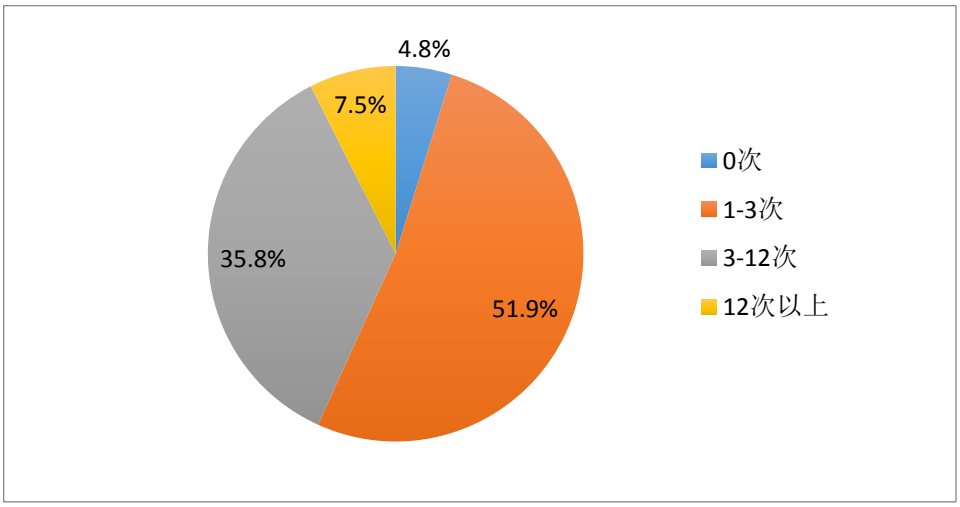
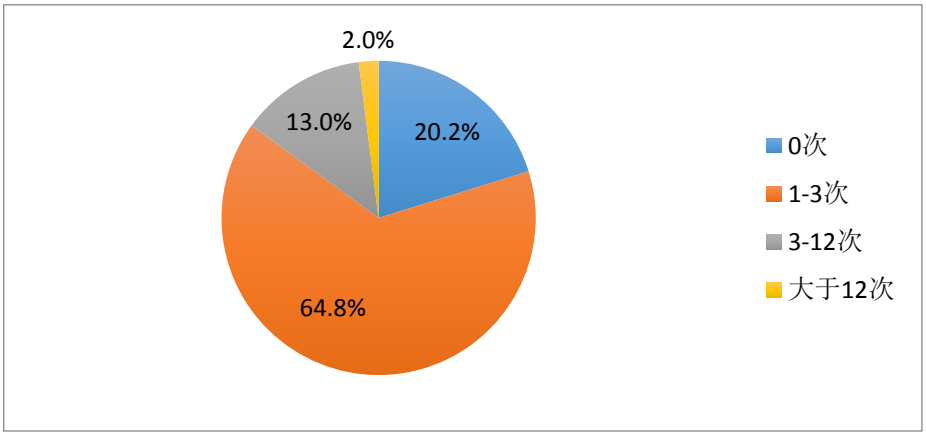


图 5-10 门诊看病的比例



在 500-1000 元之间，3.2%花费在 1000-1500 之间，1500 以上为 2.5%。

图 5-11 药店买药花费情况

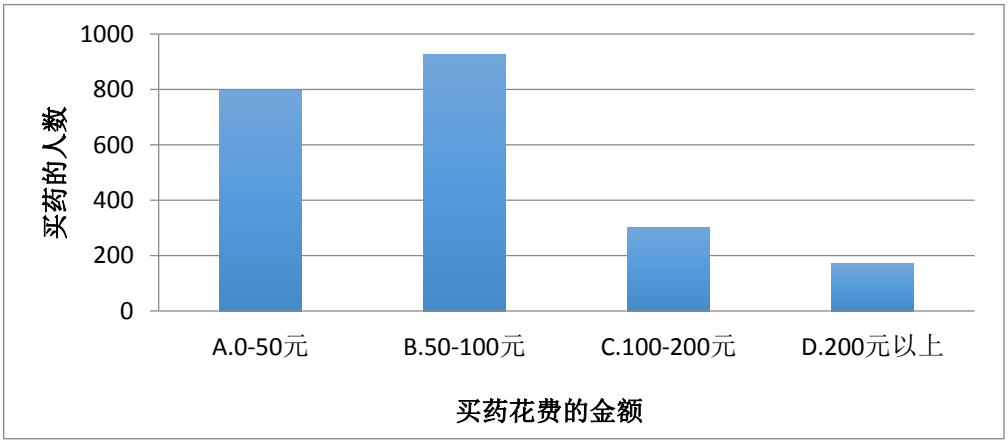
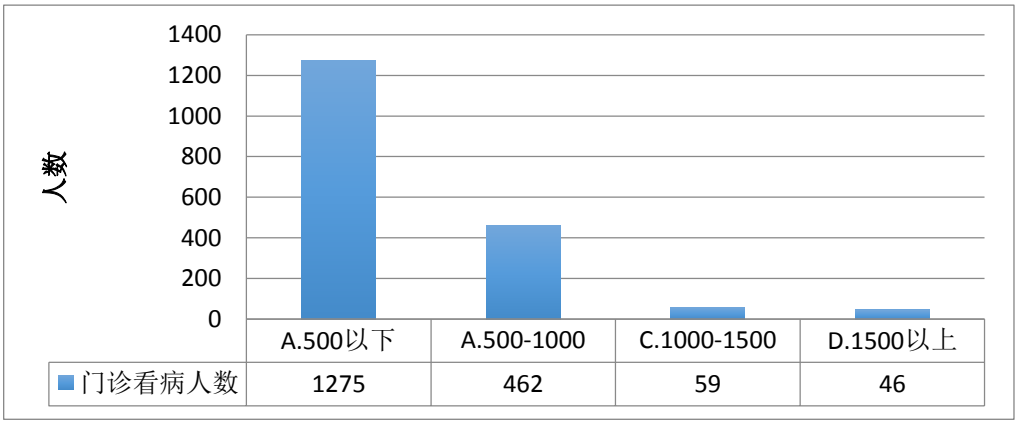


图 5-12 医院看门诊花费情况



选择去药店买药的原因主要有异地医保、病情较轻、慢性病、价格较医院门诊便宜、方便不用排队及其它，其中有 74.4%的认为自己病情较轻而选择去药店拿药，其次 35.7%的认为去药店买药不用排队，33.5%的为慢性病，因为异地医保，无法报销而选择去药店买药的占 6.9%。而对于“选择去医院门诊就诊拿药”的原因及比例基本上与上述情况相对应，79.7%

是因为对自己的病情不了解，需要专业诊疗；病情较重、急的占 60.4%；在药店买不到相关的药，比如处方药的占 33.6%，而考虑到在医院门诊医保可报销的情况占 27.6%。

图 5-13 在什么情况下选择去药店买药 （多选题）

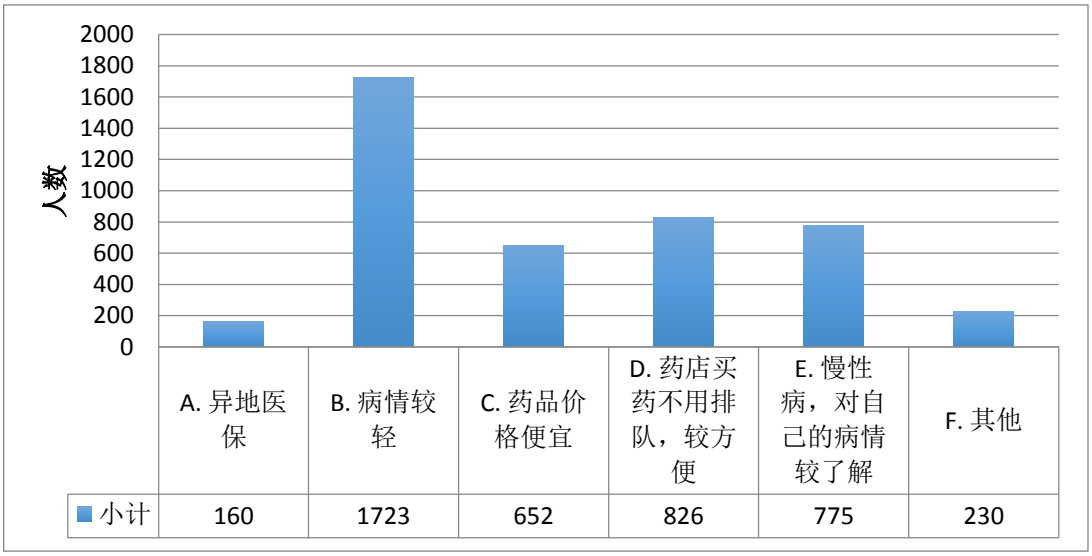
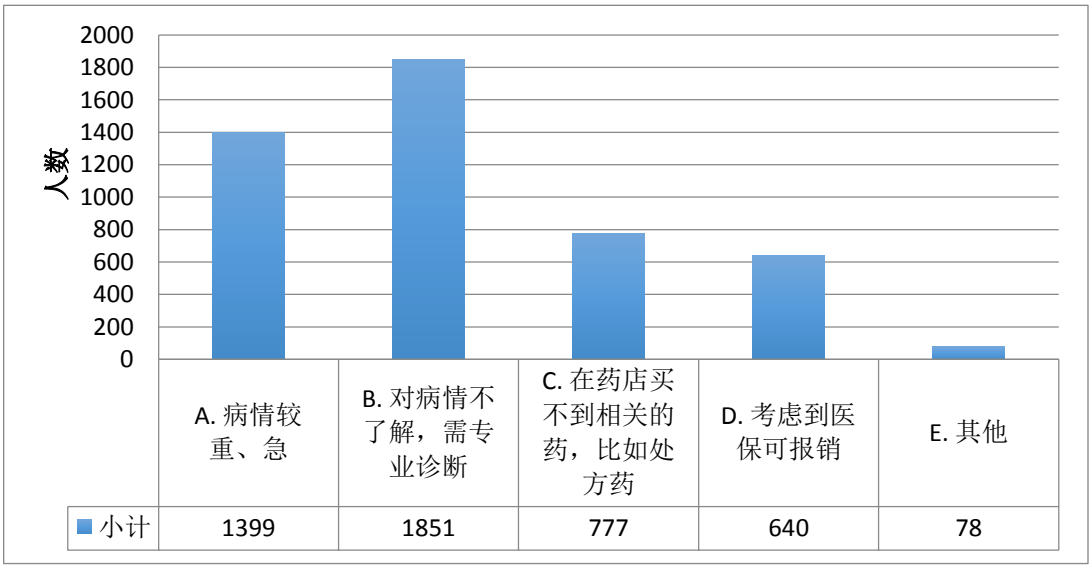


图 5-14 什么情况下会去门诊就医拿药 （多选题）



在 2316 份有效问卷中，大部分的人 1454 人（62.7%）表示没有存药的行为，但有 251 人（10.8%）会为家人存药，32 人（1.4%）会为亲戚存药，810 人（35.0%）的人表示不想老跑医院而会多备点药。在有过备药行为的人当中，约一半的人，最近一次多开出的药估价为 200 元以下。但调查结果显示有 70.6%的人曾经有过在医院就诊后，不在医院药房拿药而是在普通药店取药的经历。

对于为何作出这种选择，原因主要在于：56.7%的患者认为，医院的药房太贵；36.1%的认为医生存在诱导开药的行为；31.5%的认为取药排队很麻烦；还有 11.2%的是因为属于慢性病，对自己的病情有一定的了解。详见下图。

图 5-15 医院看病是否存药以及多存药的原因　　（多选题）

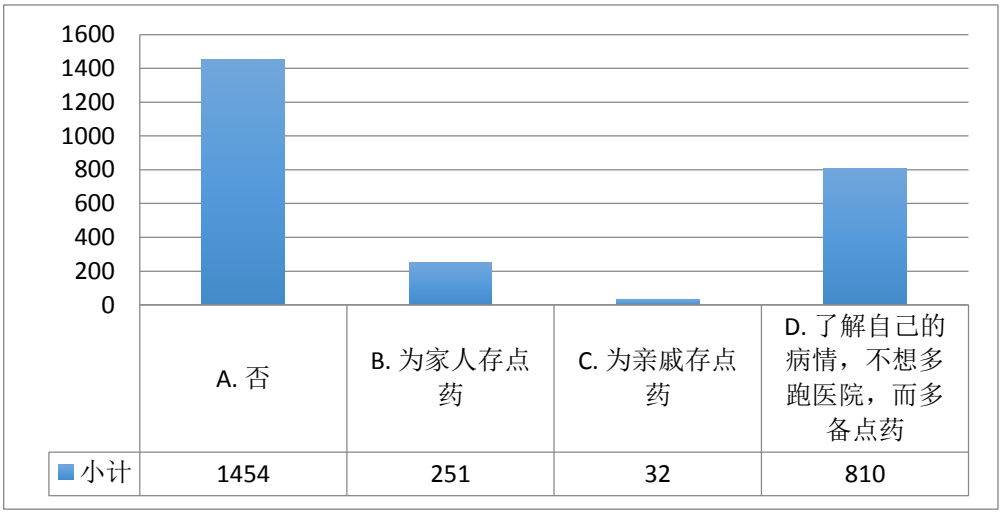


图 5-16 上次看病时多开的药大概是多少钱？　　[单选题]

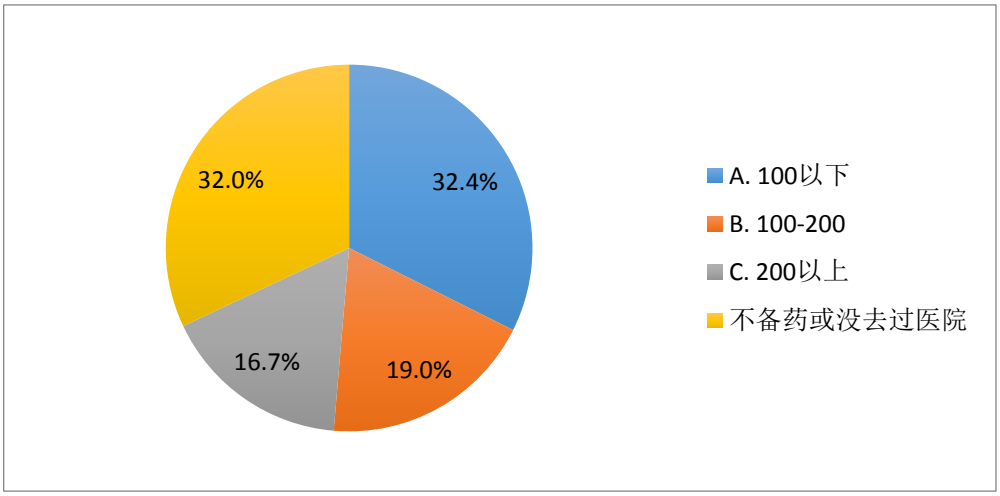


图 5-17 是否有过在医院就诊但不在医院药房取药的经历　　[单选题]

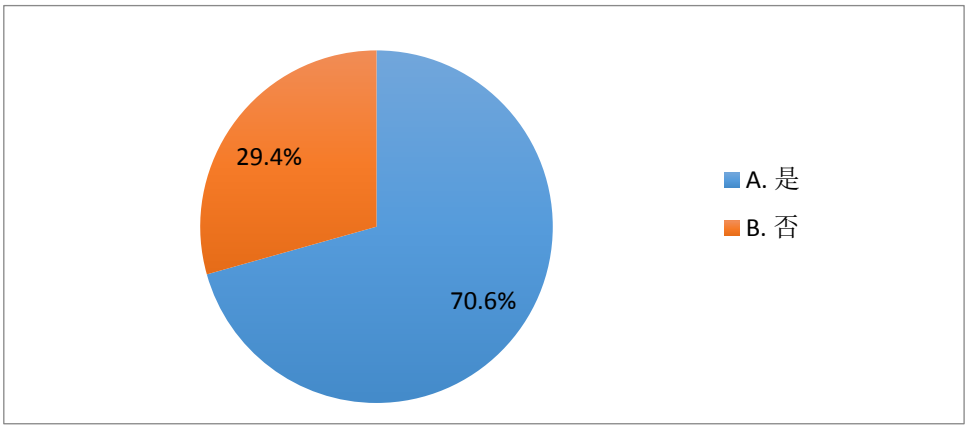
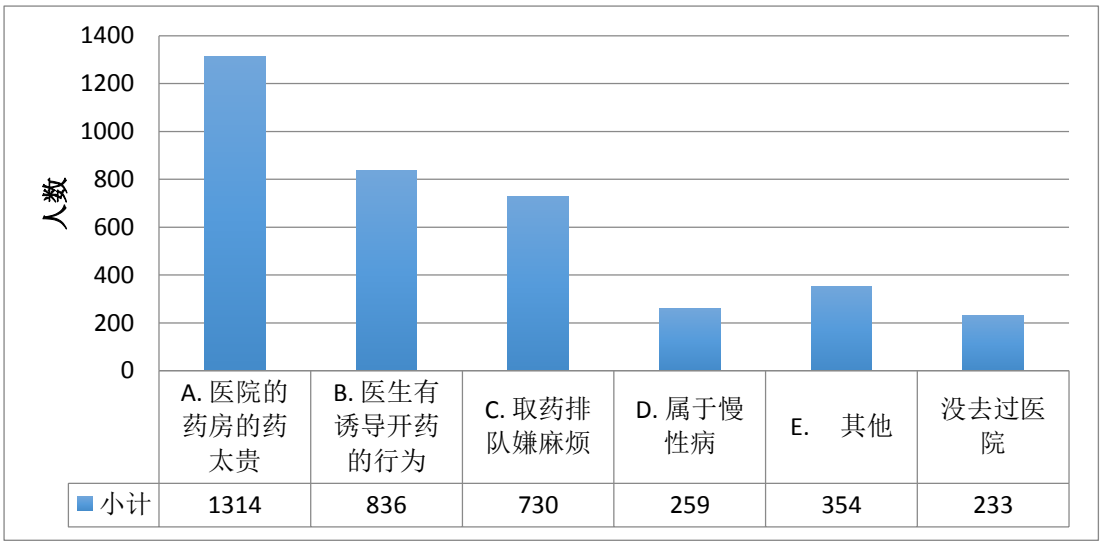


图 5-18 不在医院药房而去普通药店拿药的原因　　[多选题]



4．对起付线、医药价格及医疗服务的看法

在起付线范围以内，对医药费用的看法，认为贵，包括非常贵、贵、偏贵的比例加起来超过了 60%，其中认为非常贵的占的比例最大，为 37.8%。有 11.6%的认为能够承受，而认为医药费用便宜的仅占 0.8%。

绝大多数的人（82.2%），没有考虑过凑起付线的想法，有 5.4%的人通常会在起付线的 70%-80%的比例时去凑，4.9%的会在刚超过起付线一半，即 50%—60%的比例去凑，4.6%的会在 80-90%这个比例，而只有 3.0%的会在 60%—70%这个阶段去凑。

当累计医药费用超过起付线时，超过半数（61.2%）的人不知道自己看病时的自付比例是多少。其次，有 11.1%的自付比例为 20-50%之间，20%以下的为 9.5%，自付 50%-70%以及 70%以上的分别为 4.1%和 8.0%。

图 5-19 对医药费用的价格有什么看法（在医药费用自付范围内）

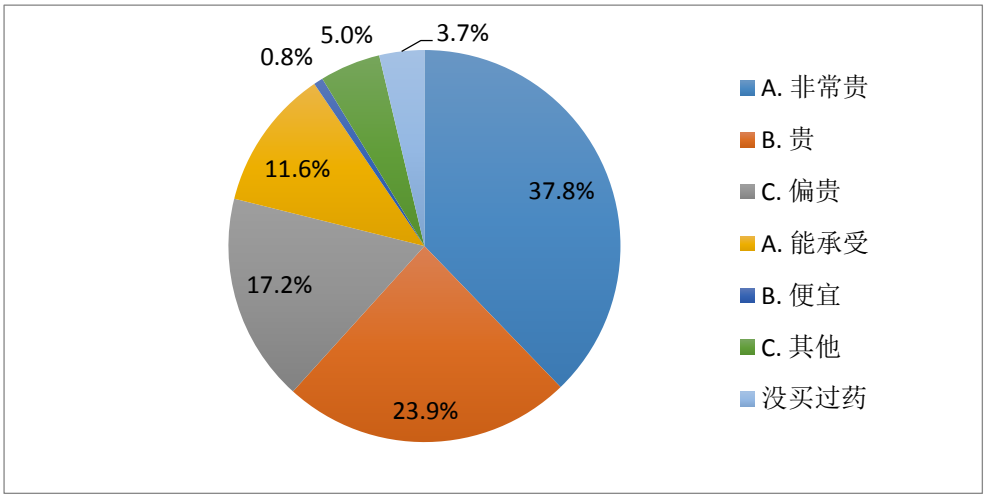


图 5-20 您通常会在到达起付线的哪个比例时考虑凑起付线 ［单选题］

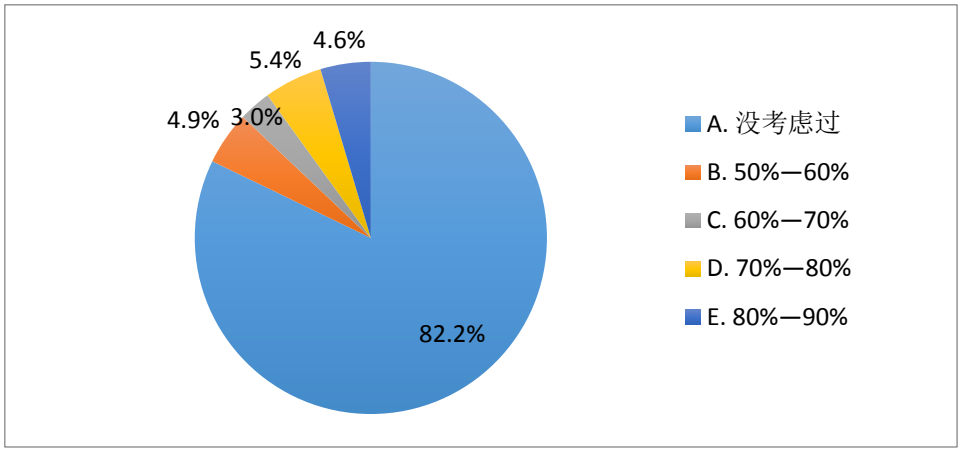
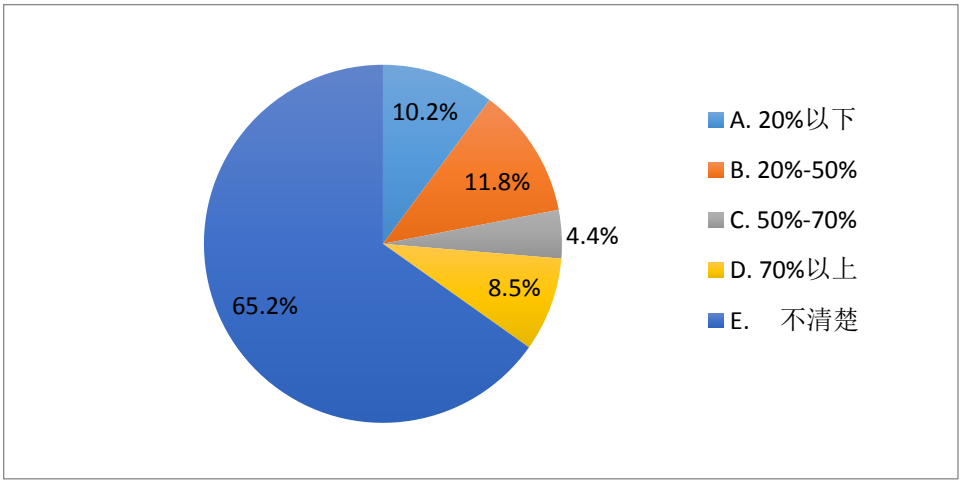


图 5-21 最近一次在门诊看病自付(个人账户)比例（已经超过了起付线后） ［单选题］



从调查结果中可以看出，有一半的人住过院，并有约 30%人，上次住院支付的总费用超过 5000 元，个人自付 50%以下，占 31.4%；自付 50%以上占 19%。而对于大病住院的费用，15.6%的认为能承受，17.3%认为勉强能承受，17.0%认为有困难，但还能承受，18.0%的人表示不能承受，甚至太困难。

但若要降低或者取消门诊报销，而提高住院 / 大病的报销比例，却有 53.2%表示不可接受或没有想过，其中表示不能接受的占 23.3%。

图 5-22 上次住院花费的总费用　　[单选题]（单位：元）

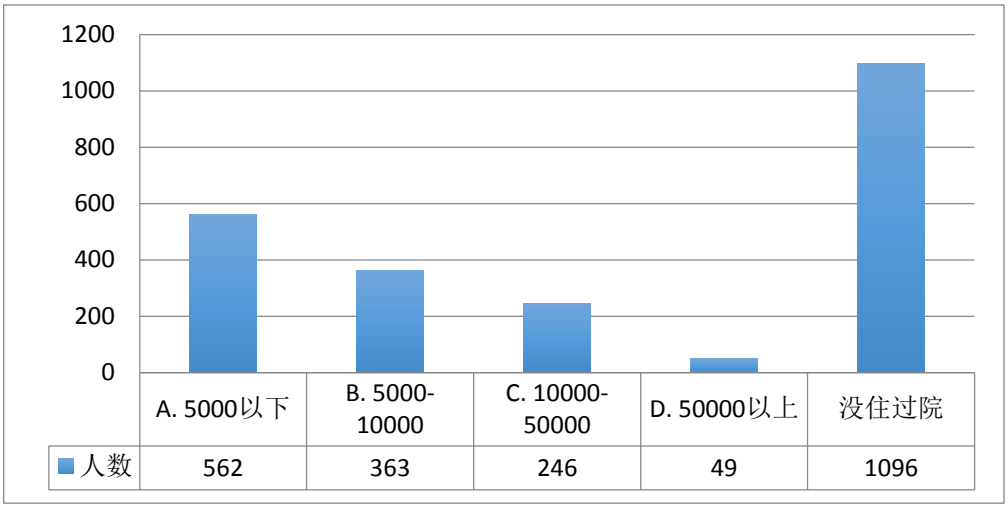


图 5-23 上次住院，自付(个人账户)比例　　[单选题]

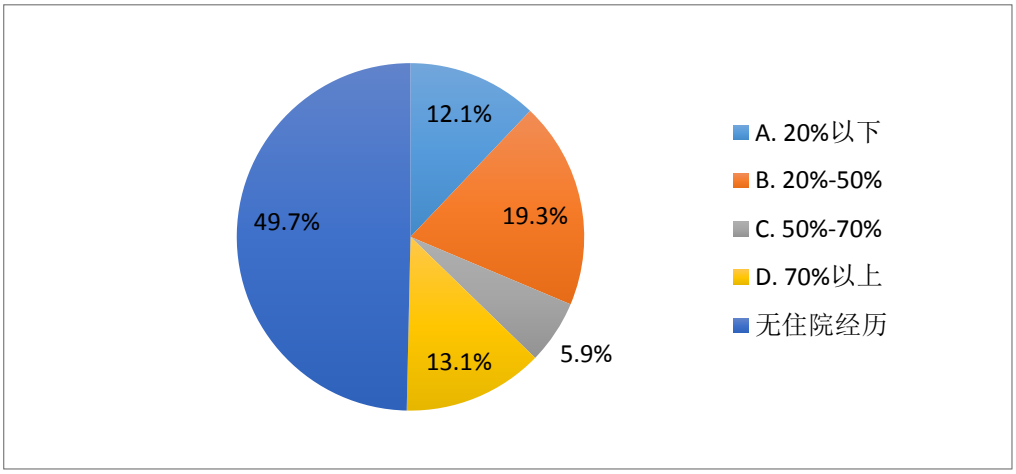


图 5-24 大病住院的费用的自付部分是否能承担（不含生育）　　[单选题]

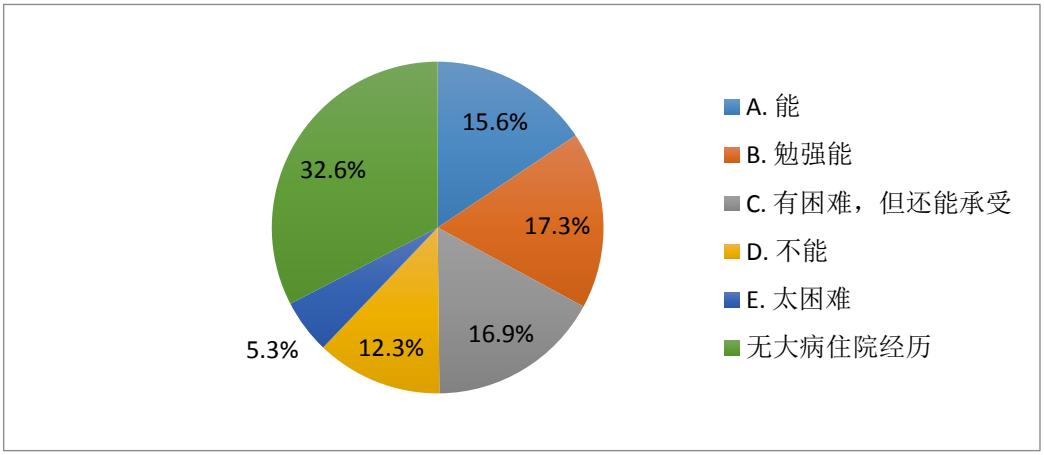
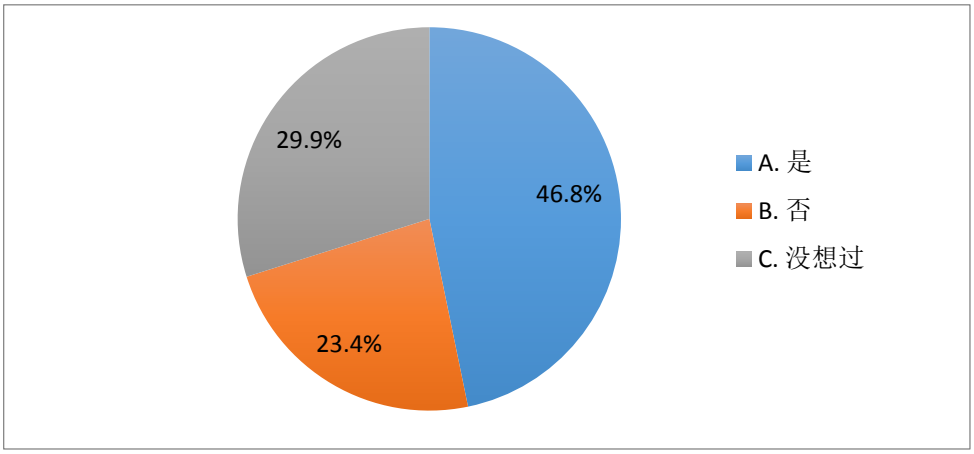


图 5-25 降低或者取消门诊报销，而提高住院／大病的报销比例，是否可接受



绝大多数的人（1655 人）认为医生存在过诱导行医或过度医疗的行为，还有 18.7%表示不清楚医生是否有过诱导行医，但只有 10.0%的认为医生没有诱导或过度行医的行为。有近一半（43.7%）表示有过送红包的经历，且约 53%的人，红包的金额在 1-2000 元，还有约 8%送 2000 以上金额的红包。可见，诱导行医的问题形势严峻，如何控制和抑制此类行为，依然是难题。

图 5-26 感觉医生是否有诱导行医，过度检查和过度医疗的行为　　[单选题]

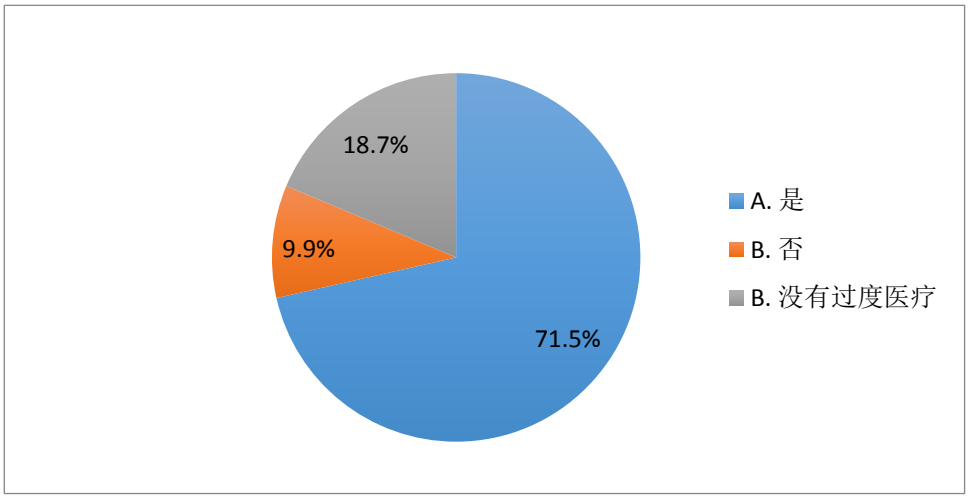


图 5-27 是否有过送红包的经历　　[单选题]

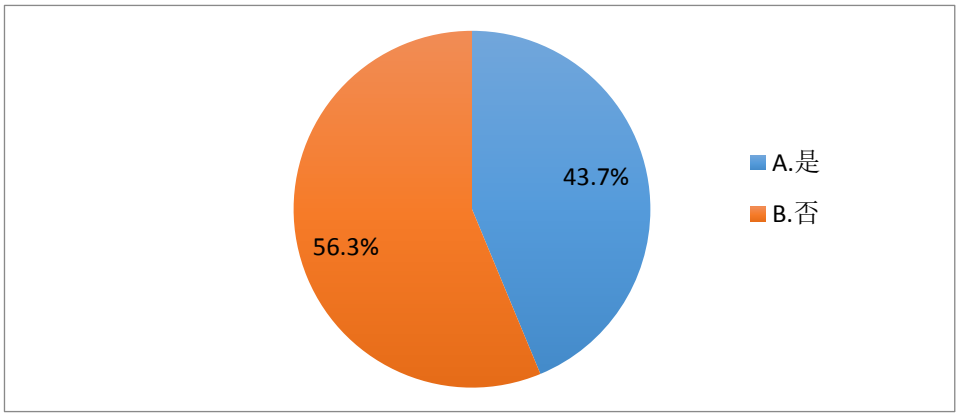
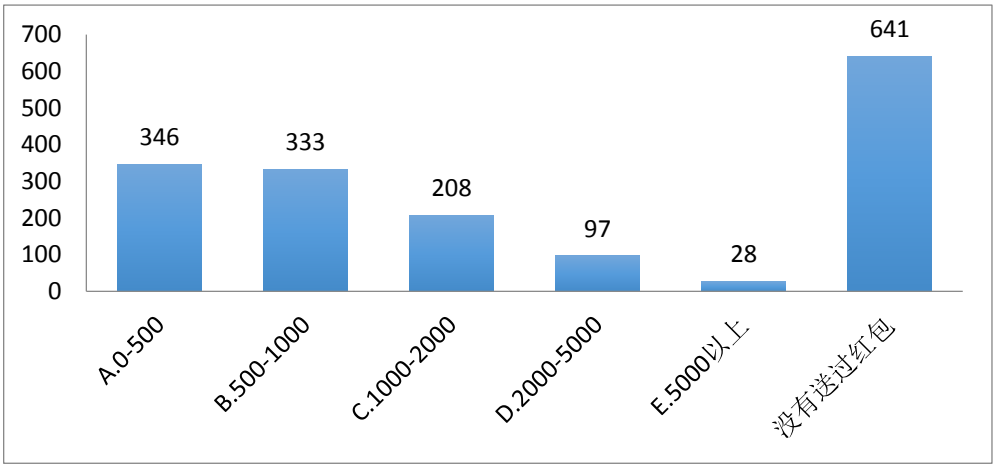


图 5-28 送多大金额的红包　　[单选题]



5. 关于异地就医

当被问及得大病是否会选择去异地大医院看病时，62.0%持肯定态度，25.4%还不太确定。有 34.6%的有过异地就医的经历。可见，当得大病时，不得不选去异地的大医院就医，可见我国的医疗资源的配置不均，医疗服务不能兼顾城乡，优质医疗资源向大城市倾斜。

关于异地报销的问题，约 82%认为异地报销难甚至很难，只有 3%不到的人认为异地报销不难。异地报销难的原因主要是对政策不了解，不知道怎么报销，认为手续太麻烦。其中有 71.8%人认为报销太难。

图 5-29 在得大病的情况下，您是否会选择去异地的大医院看病

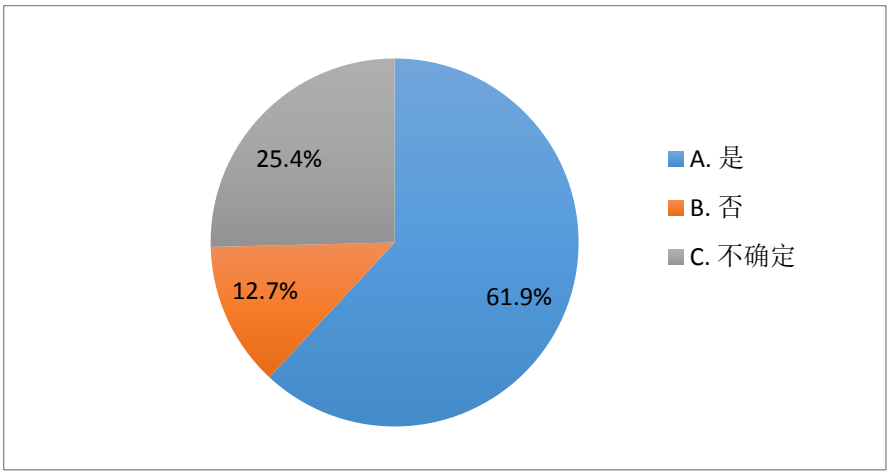


图 5-30 是否有异地就医的经历？ （单选题）

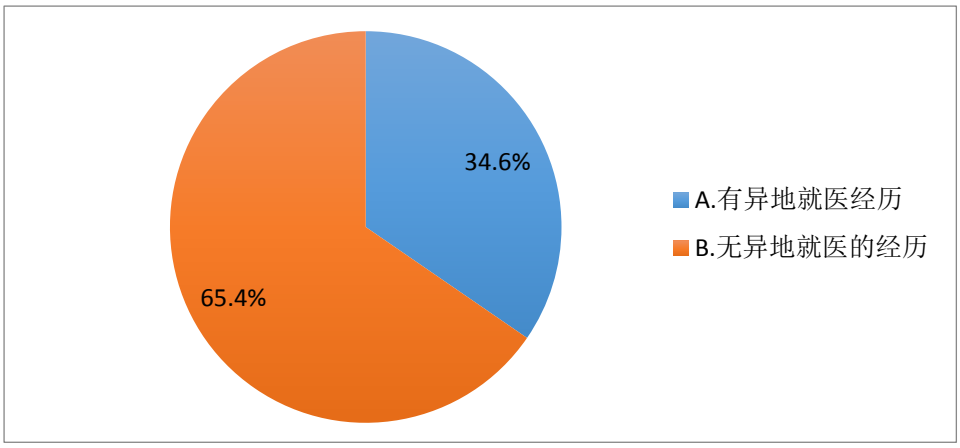


图 5-31 异地报销难吗？ （单选题）

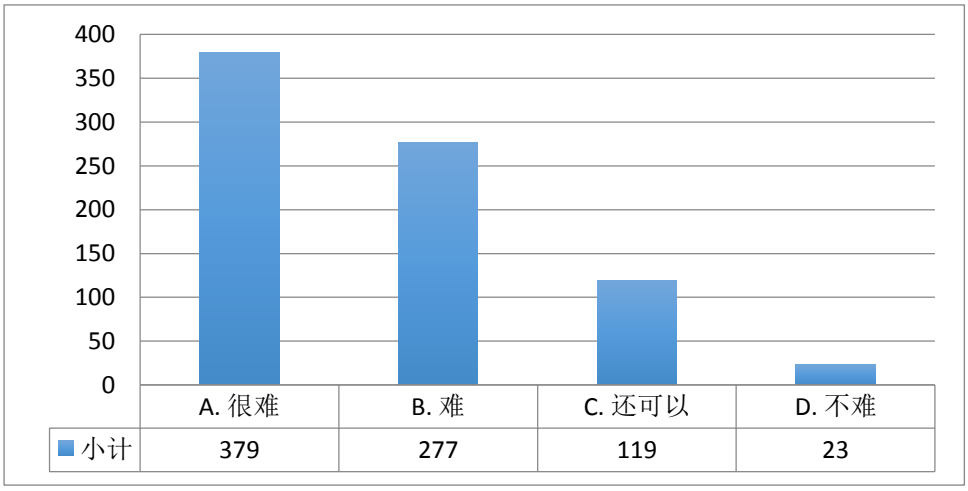
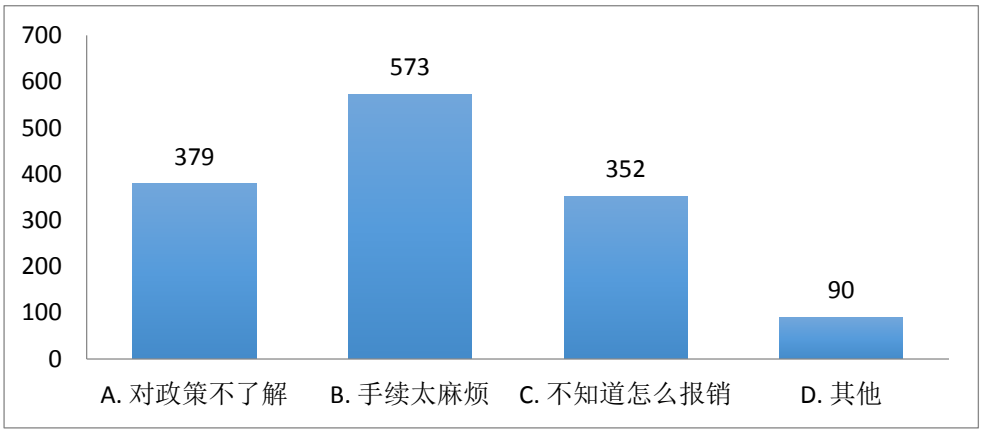


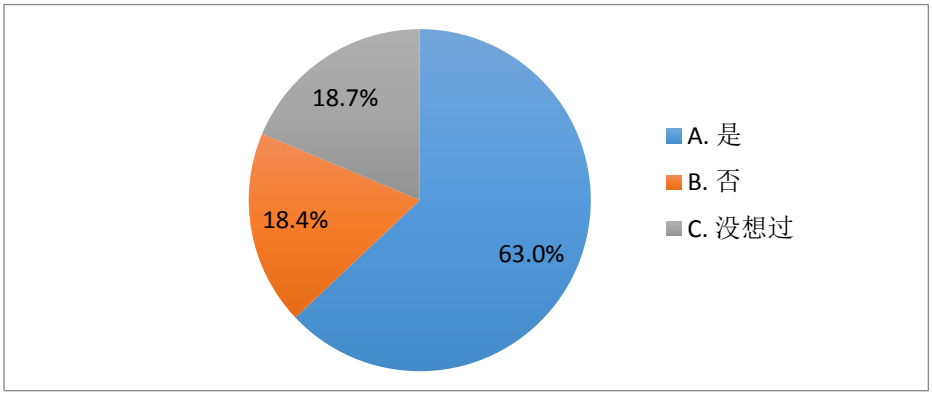
图 5-32 异地报销难的原因是什么？ （多选题）



6. 关于就医选择

随着互联网技术的成熟与发展，有 63.0%能够接受互联网医疗，18.7%没想过，只有 18.4%持否定态度。

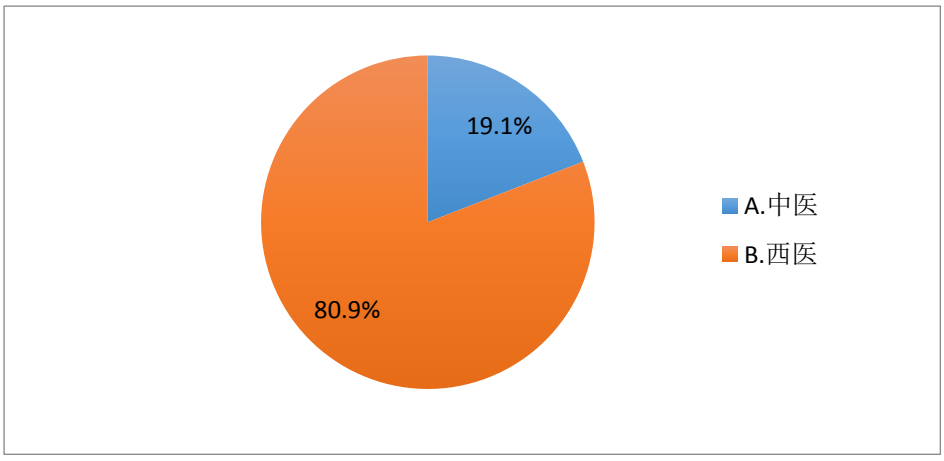
图 5-33 是否接受互联网医疗



在问卷第 38 题，调查了其有疑虑的原因，主要集中在以下几个方面：（1）信息不对称，对医生专业性、医疗技术、信用等级持怀疑态度；（2）存在网络安全风险，信息泄露问题；（3）存在医保报销问题；（4）互联网远程问诊，只凭病人描述，无法设备检查，无法准确判断病情，诊断不可靠；（5）网络虚假信息，存在诈骗问题，担心出现“魏则西事件”；（6）医药产品是一个高度依赖医生专业知识才能消费的产品，在网络远程医疗下，不能望闻问切，无法确保“对症下药”。而对选择传统中医还是西医的为题上，有 80.9%倾向看西医，19.1%人倾向于看中医。选择看中医的原因主要是：（1）中医是中国传统医学诊疗，风险性小，可信赖性强；（2）中医，治本，副作用小；（3）熟人推荐。（4）将中医视为调理身体的选择。

从调查结果，我们可以看出，只有 20%不到的人倾向于看中医，可见中国的中医传统已经有衰退之势。大部分选择西医的认为，“中医不科学”。

图 5-34 倾向看西医还是中医 [单选题]



7. 可达性调查

问卷第 14-17 题就本地就医往返路上、就诊等候、医生问诊以及排队取药的时间进行了调查，从具体的结果来看，其均值分别约为 1.9 小时、1.6 小时、7.9 分钟和 20.3 分钟，由

此可估算出患者看病整个流程所花费的时间为4小时。第34题调查了异地看病花费的时间，其最大值为300天，平均值为12.5天。

由此，可见，“看病难”这种情况在现实中问题依然非常严峻。

表5-1　医院看病花费的时间

	有效样本	平均值	最大值	最小值
P14路上往返（小时）	2032	1.882	100（小时）	0.083
P15 等侯就诊等候（小时）	1993	1.629	48（小时）	0
P16医生问诊	2005	7.935	120（分钟）	1
P17取药	1985	20.346	250（分钟）	0
合计：	/	4(小时)	/	/
P34异地看病（天）		12.546	300	0.021

三、主要问题及结论

1.“看病难”和“看病贵”现象并存

从问卷的调查结果，可看到在现行的医疗制度安排下，一方面看病贵：（1）有超过60%人认为医药价格贵；（2）对于大病住院的费用，只有15.6%的认为能承受 ，17.3%认为勉强能承受；（3）药店的价格较医院便宜，患者若对自己的病情有了解的情况下，会选择去药店买药；（4）异地看病，除了看病治疗的费用，其它食宿方面的花费均值为5170元。

另一方面看病难：（1）对于本地就医，包括路上往返、就医等候、医生问诊及取药四个环节平均所花费的时间为4小时，异地就医平均花费的时间为12.5天，可见看病所导致的时间成本极高,可达性差；（2）有约82%认为异地报销难。

由此，可见“看病贵”与“看病难”同时存在。也从侧面反映了，我国现行的医疗体制是在高度封闭和高度垄断的管理体制和运行机制下，导致医疗资源供需矛盾尖锐，且因医疗资源供需极不匹配，导致稀缺与浪费的现象并存。由于价格信号被极度扭曲，严重影响了“市场之手”在医疗服务领域所应发挥的作用。

2．现行医疗制度安排下，消费者和医生都具有某种策略性选择行为

人总是在特定的约束下行为，因此在现行的医疗体制及游戏规则下，人总会作出某种策略性的选择：

（1）调查中，患者表现出的策略性选择行为：第一，在上述看病贵和看病难现象并存的情况下，病人作为消费者会利益最大化，因此，在有医保报销的情况下，会有为家人、朋友或自己多存药的行为出现；第二，为了达到医保报销，会有凑起付线的策略行为；第三，为了获得优质医疗服务资源，存在送红包的行为。上述这些策略性选择，会对价格信号造成影响，扭曲真实的市场价格。

（2）医生也会有策略性选择：首先，医疗服务的品质很难考核，存在医生诱导行医和过度医疗的情况。由于知识的属性，医院和医护人员具有患者所不具备的专业优势，病人只知道自己不舒服，但无法判断自己的病情轻重缓急，需要医生的专业判断，这种信息的不对称，使得医生获得某种优势地位，患者显然处于劣势。同时加上，在医疗供给不足，以及服务准入限制等情形下，医生获得“卖家垄断”的优势。而现实的状况是，医生凭劳务、知识和技术获得的合法报酬偏低，在这些因素的促使下，导致了医生具有某种策略性选择行为，为了获取更丰厚的报酬，医生或多或少存在诱导行医或过度医疗的情况。

第二，医生有收取红包的行为；从调查结果可知，有近一半的人有过送红包的经历。“红包”有两层含义：一，“红包”被视为正常的“小费。在没有价格管制的情形下，将医疗服务视为一种普通的服务，作为对医生的医疗技术的肯定，给予一定的小费，无可厚非；二，由于知识分工，医院和医生拥有专业知识和判断的垄断权，在当前“医护”劳务定价低，医疗服务又供不应求的情况下，“红包”变成了获取医疗资源和服务的“租”。这是一种体制的“恶”。因为，在这种情况下，这个红包不是事后病人对医疗服务满意的打赏，而是医护人员凭自己的专业知识及行业地位，攫取的与自己所提供的医疗服务不相称的超额报酬，这对患者不仅是经济上的损失，更是一种心里上的伤害。

3. 借助“互联网+”的东风，移动互联网获得发展的机遇

随着移动互联网的发展，医疗领域借助“互联网+”的翅膀，加之可穿戴智能设备和大数据技术的进步，以及现有医疗服务供给不足等背景，给其发展提供了机遇。在调查中，也认证了这一点，其中有 63.0%能够接受互联网医疗。但也有 18.4%持否定态度。主要原因是，医药产品是一种高度依赖医学专业知识才能消费的产品。这种特殊性，使得人们在“互联网医疗”的认识和接受度上受到影响。

4. 中医地位日渐衰退

从调查中可知，只有 20%不到的人倾向于看中医，可见中国的中医传统已经有衰退之势。大部分选择西医的认为，“中医不科学”。

分报告之六 医疗技术的负面影响

更好的健康状况是人类幸福和福祉的核心。健康状况的改善也有利于促进经济进步，因为健康的人群寿命更长，更有生产力，也储蓄得更多。依托各科学学科的整体进步，医疗技术在近现代以来的发展大大造福了全人类。从平均寿命到初生儿存活率，从疾病预防到治疗，从医疗器械到药剂，医疗水平的提高有目共睹。

但是，应该看到，不同的医疗管理体系和寄生于医疗服务之上的附加服务，比如保险，亦对医疗服务产生影响，而这种影响的好坏很难评估。

我们认为保险制度让人们过度地相信医疗服务，也让人们过度地使用医疗服务。可能过度使用医疗服务并不会比不用医疗服务的结果更好。在杰瑞米·史密斯（Jeremy N. Smith）的《壮举：一个医生，七十亿病人》(Epic Measures: One Doctor, Seven Billion Patients)一书中，医生和经济学家克里斯托弗·莫里（Christopher Murray）通过全球疾病负担（Global Burden of Disease）调查研究，意图揭示人类如何生存、怎样死亡。他的研究认为，理想的生存不仅要追求长寿，更应注重生活的高质量，和更少的疾病。在人类准确衡量全球健康问题之前，是无法确切地理解我们生病的原因和改善这一状况的。作者在书中也提到人们对健康的观念存在偏差，由于无法在诸如肺癌和车祸哪个对健康的伤害更大这类问题上达成共识，迄今为止，人类衡量健康威胁的方法和指标都是有问题的。史密斯还认为，一些影响人类生活质量的传统认为“轻微”的疾病并不比“严重的”癌症等疾病带来的伤害更小。（Smith, 2015）

1999年，美国医药研究所（Institute of Medicine）发布了一份名为《人非圣贤》（To Err Is Human）的研究报告，指出美国每年死于医疗错误（medical errors）的人数高达44，000至98，000人。这些医疗错误本有可能得以避免。即使取信报告中的最小值44，000人，那么美国每年死于医疗错误的人数也远远高于机动车事故，乳腺癌和艾滋病的死亡人数。根据该报告的定义，医疗错误指的是不能按照计划进行医疗救治，或者不能按照意图展开治疗，或者为了达成某一目标而采用了错误的治疗计划。在这些问题中比较常见的是不良用药，不当输液（血），手术伤害和错误部位手术（也即，开错刀），自杀，束缚索带相关的伤害或死亡，跌落，烫伤，刀口溃疡，和患者身份误识等。医疗错误发生率较高且后果严重的地方通常是重症监护室，手术室和急救室。_(Kohn, et al, 2000)

医疗错误不仅造成人身伤害和死亡，还带来巨额经济损失，据该报告估算，美国全境医院每年因医疗错误发生170亿美元至290亿美元之间的经济损失。当然，医疗错误也让人们对医疗机构的信任大打折扣。

2010年，美国政府健康与人口服务部下属调查总署声称仅Medicare计划中每年就有180，000人死于不良的医疗救治。2013年9月的《患者安全期刊》（Journal of Patient Safety）声称每年有21万至44万的病人每年在医院中受到诊治中本可预防的伤害的影响，最终导致死亡。而这也使得医疗错误成为继心脏病和癌症之后的美国第三大死亡原因。

医疗服务并不是健康的必要条件，医疗服务作为一种商品，也并非购买的越多越好。在享受医疗技术进步带来的福祉的同时，也应该注意到技术的局限性、技术进步带给人们的盲

目乐观，以及疾病本身的不同属性。奥地利哲学家、神父伊万·伊利希（Ivan Illich）在《医疗刽子手》（Medical Nemesis）一书中就对当代医疗技术进步给人类健康观念带来的负面影响进行了阐释。他提出了三种源于于医疗产业本身的疾病，也即非自然原因造成的疾病类型。这三种疾病分别是：1.临床医源病（clinicaliatrogenesis），即由于医生误诊、感染、侵入性治疗和药物伤害等造成的疾病；2.社会医源病（socialiatrogenesis），即由于不恰当的健康政策和制药企业的垄断行为引发的疾病；3.文化医源病（cultraliatrogenesis），即由教育、市场、媒体等渠道对健康文化的不当宣传，造成人们对医疗化社会（medicalized society）的向往，而导致某些疾病得到不适当或者过度重视，或不受重视的情况。（Ivan Illich, 1976）这些疾病虽然实际上也需得到医治，但却多因医疗而发生。如何看待和处理这类因医疗造成的对健康的侵害，是医疗技术进步条件下人类如何对待健康、如何定义生活质量和如何为当前的医疗管理体系寻找出路的关键。

附录 1：生命与健康的定价

医疗服务的产品就是人们的健康甚至生命。从需求角度看，这是效用很高的产品，也就是价格弹性较小的产品。在供给方缺少竞争的情况下，对医疗服务产品的定价就较为困难。

消费一般的产品面临的是预算约束，而医疗消费的背后面临的其实是生命和健康的约束，而对生命和健康的定价则包含更多社会道德和哲学方面的考量。

在道德哲学上讲，生命权是无价的。洛克认为个人的生命权、自由权和财产权是自然权利。自由主义认为自然权利是无价的，没有其他价值可以高于自然权利之上，是不可以权衡的。但功利主义认为社会总效用的最大化，即最多数人的最大利益可以高于个人权利，是可以权衡的。

功利主义本身的缺陷，一是社会总福利的概念本身是模糊的，只有在假设每个人都是同质的基础上才有意义；二是即便每个人的区别不大，但加总多个人的利益本身可能造成合成谬误，比如投票悖论、勤俭节约；三是人们很少面对“道德困境”的极端例子，但却会经常面对假集体之名损害个人权利的例子。

在个人生命权的尊重的基础上，可以退而求其次地对生命本身做些权衡——基于个人判断基础上的权衡。一种权衡是基于生与死的概率的权衡，比如坐飞机有失去生命的风险，但飞机仍然是主要的交通工具。一种是生命长度与其他收益的权衡，比如吸烟、喝酒会损害一个人的健康与生命，但个人可以基于自身的偏好来选择是否去吸烟喝酒。（卫生部 2012 年吸烟危害报告中，吸烟平均减少寿命 10 年）这意味着每个人自身会为自己的生命与健康做出某种权衡，即用其他收益来衡量生命和健康的价值。

目前有以下三种方法为生命或健康定价：

（1）收入补偿

法院在判处过失致死或伤残案件时，常根据假设这个人如果还活着能够赚到多少钱时来确定赔偿多少钱。

911 事件后，联邦赔偿基金确定的遇害者赔偿办法据说有很大差别：如果遇害者是家庭妇女，她的丈夫和两个孩子能得到五十万美元的赔偿。如果遇害者是华尔街经纪人，他的遗孀和两个孩子却能得到四百三十万美元。（吴思《命价考略》）

按照中国目前的交通事故赔偿标准，如果受害人因交通事故死亡，赔偿总额为死亡赔偿金、被抚养人生活费和丧葬费的总和。其中死亡赔偿金为：上年度该地区当地居民人均可支配收入×20 年。丧葬费为：上年度年该地区社会平均工资×6 个月。

按照这种计算，不同收入组和不同地区的人群的生命价格差距甚大。根据 2014 年国家统计局的统计，全国居民按照五等分收入组，低收入组平均可支配收入 4747 元，中等偏下

10887 元，中等收入组 17631 元，中等偏上 26937 元，高收入组 50968 元，这意味着高收入组的命价约为 104 万元，低收入组的命价为 9 万元。

（2）统计估值法

按照 Rosen （1974）提出的方法，生命的估值可以通过计算收入高低与所处行业的平均死亡风险来计算，即人们为了多赚到一些收入愿意多承担多大的风险。根据这种估算方法，一些国家的生命价值如下表所示：

表 1. 2 一些国家的生命估算

国家/地区	作者	平均行业死亡风险	平均年收入（美元）	生命价值（百万美元）
美国	Moore and Viscusi(1988)	0.00006	31092	9.7
英国	Siebert and Weii(1994)	0.000038	12810	9.4-11.5
加拿大	Meng and Smithi(1990)	0.00012	29646	6.5-10.3
澳大利亚	Miller et al. i(1997)	0.000068	27177	11.3-19.1
日本	Kniesner and Leeth (1991)	0.00003	44863	9.7
韩国	Kim and Fishback (1993)	0.000485	8125	0.8
印度	Shanmugan (2001)	0.000104	778	4.1
中国香港	Siebert and Wei (1998)	0.000139	11668	1.7
中国台湾	Liu and Hammitt (1999)	0．000513	18483	0.7
中国大陆	Guo and Hammitt (2009)	0.00061	789	0.045

资料来源：Vicscusi(2003)，Guo and Hammitt（2009）。

（3）意愿支付

意愿支付（Contingent valuation）方法即是一种通过问卷调查主观意愿。一般而言，通过意愿支付调查，人们对生命和健康的定价在三种方法中是最高的。

生命和健康的定价意味着，医疗保健市场、医疗保险市场是需要做成本收益分析的。

如果认为生命无价，是为最高价值，则意味着对生命的救助是需要不计成本的，但不计成本在经济上是不可行的。全民医疗或者全民医保在形式上具有非常强的道德感召力，它似乎宣示着每个人的生命都是无价的，并且遵从了平等的原则，但其忽略的恰恰是资源的有限性。

生命和健康的定价还意味着，每个人对待生命和健康的支付能力和支付意愿是不同的。从效率的角度来看，医疗市场和医保体制应该尽量适应每个人的支付能力和意愿。同一的供给原则首先会带来大量的浪费，使得所有人的福利受损，这与帕累托改进的原则相悖，也违反了福利经济学最基本的原则。从家庭主义的角度来看，尤其是一些患有大病的人们拒绝继续进行治疗，实际上也是对生命进行自我定价。

应当承认，上述几种对生命的定价方法是非市场的方法，且操作起来比较困难，所以有参考价值，但不能真正解决对生命的定价问题。

附录 2：医院看病调查问卷

医疗领域是人民生活中的重要部分，政府也高度重视。虽然我国医疗行业取得了一定的发展，在医疗服务供给的数量、医院技术装备水平、医疗技术、药品的数量和疗效等方面都有所提升，但在政府管制下也产生诸多难以解决问题和矛盾。因而天则所课题组启动了对《医疗体制市场化改革方案》的研究，本课题将以医疗领域作为一个整体，试图重新评价现有医疗体制，以提出市场放开的制度方案和政策建议。由此，课题组本着客观中立的态度设计了以下调查问卷。带*为必答题。

1. 您的性别？［单选题］[必答题]
○ A. 男
○ B. 女

2. 您的年龄？［单选题］[必答题]
○ A. 0-18岁
○ B. 18岁-45岁
○ C. 45岁-60岁
○ D. 60岁以上

3. 您的受教育程度？［单选题］[必答题]
○ A. 高中及以下
○ B. 专科及本科
○ C. 硕士及以上
○ D. 其他

4. 您的职业？［单选题］[必答题]
○ A.党政机关/社会团体/事业单位的高层干部
○ B.党政机关/社会团体/事业单位的中层干部
○ C.党政机关/社会团体/事业单位的普通办公室职员
○ D.私营企业主（老板）
○ E..企业高层管理人员
○ F.企业中层管理人员
○ G.企业的普通办公室职员/业务员/办事人员
○ H.高级专业技术人员（如律师、教师、会计、医生、记者、IT工程师等）
○ I.专业技术人员（如汽车维修工、电脑维修工等）
○ J.自由职业者(不是为单一企事业单位服务,如自由撰稿人/自由音乐人/经纪人等)
○ K.个体户、小摊主
○ L.工人/勤杂人员/售货员/服务人员/司机/邮递员等
○ M.军人
○ N.离退休人员
○ O.学生

5. 您的月收入？［单选题］［必答题］
○ A. 3000以下
○ B. 3000-6000
○ C. 6000-10000
○ D. 10000以上

6. 您的医保形式是？［多选题］［必答题］
□ A. 公费医疗
□ B. 城镇职工
□ C. 城镇居民
□ D. 新农合
□ E. 商业保险
□ F. 无医保
□ G. 其他

7. 您的医保地址与现住地址是否一致？［单选题］［必答题］
○ A. 是
○ B. 否

8. 您在什么情况下选择去药店买药？［多选题］［必答题］
□ A. 异地医保
□ B. 病情较轻
□ C. 药品价格便宜
□ D. 药店买药不用排队，较方便
□ E. 慢性病，对自己的病情较了解
□ F. 其他

9. 什么情况下会去门诊就医拿药？［多选题］［必答题］
□ A. 病情较重、急
□ B. 对病情不了解，需专业诊断
□ C. 在药店买不到相关的药，比如处方药；
□ D. 考虑到医保可报销
□ E. 其他

10. 有病不去医院，选择到药店买药，一般每年会有多少次？［单选题］［必答题］
○ A. 0 次
○ B. 1-3次
○ C. 3-12次
○ D. 12次以上

11. 每次大约花多少钱？［单选题］［必答题］
○ A. 0-50元
○ B. 50-100

○ C. 100-200
○ D. 200至以上

12. 一般每年看多少次门诊？［单选题］［必答题］
○ A. 0次
○ B. 1-3次
○ C. 3-12次
○ D. 12次以上

13. 每次看门诊大约花多少钱？［单选题］［必答题］
○ A. 500以下
○ B. 500-1000
○ C. 1000-1500
○ D. 1500以上

14. 每次去本地医院看病，往返路上花费的时间是多少小时？［填空题］

_____

15.每次去本地医院就诊等候的时间是多少小时？［填空题］

_____

16.每次去本地医院看病，医生给予的就诊时间是多少分钟？［填空题］

_____

17.去本地医院看病时，医生开出药房后，排队买药的时间是多少分钟？［填空题］

_____

18. 您通常会在到达起付线的哪个比例时考虑凑起付线？［单选题］［必答题］
○ A. 没考虑过
○ B. 50%—60%
○ C. 60%—70%
○ D. 70%—80%
○ E. 80%—90%

19. 如果已经超过了起付线，您最近的一次在门诊看病自付(个人账户)比例是多是？［单选题］
○ A. 20%以下
○ B. 20%-50%
○ C. 50%-70%
○ D. 70%以上

○ E. 不清楚

20. 在医药费用自付范围内（在医保起付线内，比如北京的医保起付线是1300），您对医药费用的价格有什么看法？［单选题］

○ A. 非常贵
○ B. 贵
○ C. 偏贵
○ A. 能承受
○ B. 便宜
○ C. 其他

21. 每次看门诊，您是否会多存点儿药？多存点药的原因是？［多选题］［必答题］

□ A. 否
□ B. 为家人存点药
□ C. 为亲戚存点药
□ D. 了解自己的病情，不想多跑医院，而多备点药

提示：若答案选否，请跳过22题

22. 你上次看病时，多开的药大概是多少钱？［单选题］

○ A. 100以下
○ B. 100-200
○ C. 200以上

23. 您是否有过在医院就诊后，不在医院而是普通药店拿药的经历？［单选题］［必答题］

○ A. 是
○ B. 否

24. 您不在医院药房而去普通药店拿药的原因是什么？［多选题］

□ A. 医院的药房的药太贵
□ B. 医生有诱导开药的行为
□ C. 取药排队嫌麻烦
□ D. 属于慢性病
□ E. 其他

25. 您上次住院是什么时候？［填空题］［必答题］

_____

提示：若您没有住院经历，请跳过26题、27题、28题

26. 上次住院花费的总费用是多少钱？［单选题］

○ A. 5000以下

○ B. 5000-10000
○ C. 10000-50000
○ D. 50000以上

27. 您上次住院，自付(个人账户)比例是多少？［单选题］
○ A. 20%以下
○ B. 20%-50%
○ C. 50%-70%
○ D. 70%以上

28. 大病住院的费用的自付部分是否承担得起？（不含生育）［单选题］
○ A. 能
○ B. 勉强能
○ C. 有困难，但还能承受
○ D. 不能
○ E. 太困难

29. 您感觉医生是否有诱导过度检查和过度医疗的行为？［单选题］［必答题］
○ A. 是
○ B. 否
○ C. 不清楚

30. 如果降低或者取消门诊报销，而提高住院／大病的报销比例，是否可接受？［单选题］［必答题］
○ A. 是
○ B. 否
○ C. 没想过

31. 在得大病的情况下，您是否会选择去异地的大医院看病？［单选题］［必答题］
○ A. 是
○ B. 否
○ C. 不确定

32.您过去是否有过异地就医的经历？［单选题］［必答题］
○ A.是
○ B.否

33. 您上次异地看病，除了看病的费用，其他的开支大概是多少(比如交通、食宿等)？［填空题］

提示：若没有异地看病经历，请跳过30题

34. 您上次异地看病花了多少时间？［填空题］

_____

35. 您觉得异地报销难不难？［单选题］［必答题］

○ A. 很难
○ B. 难
○ C. 还可以
○ D. 不难

36. 您觉得异地报销难的原因是什么？［多选题］［必答题］

□ A. 对政策不了解
□ B. 手续太麻烦
□ C. 不知道怎么报销
□ D. 其他

37. 如果可以不去医院就诊，而是利用互联网技术，通过网上看病的形式，您是否能接受？［单选题］［必答题］

○ A. 是
○ B. 否
○ C. 没想过

提示：若答案选否，请续答38题

38. 如果不能接受，您的顾虑是什么？［填空题］

_____

39.如果您身体不适，您更倾向于去看()？［单选题］［必答题］

○ A.中医
○ B.西医

40.若您选择去看中医就诊，原因是什么？［填空题］

_____

41.您是否有过送红包的经历？［单选题］［必答题］

○ A.是
○ B.否

42.您大概会送多大金额的红包？［单选题］

○ A.0-500
○ B.500-1000
○ C.1000-2000

○ D.2000-5000

○ E.5000以上

附录 3：医疗费用众筹作为对保险制度的补救

根据一项研究显示，尽管美国大多数人都有保险，从 2001 至 2007 年，由医疗费用导致个人破产的比例由 46%上升到了 62%。医疗支出成为家庭破产的主要原因，这也促进了人们从网上筹集医疗费用。现如今，美国成熟的医疗费用众筹平台有 Give Forward，Indie Go Go，GoFundMe ,You Caring 及 Watsi 等，其中成立于 2008 年的 GiveForward 公司，截止目前共筹集资金约为 1.94 亿美元。成立于 2010 年的 GoFundMe 公司目前共筹资资金总额超 30 亿美元，参与人数过 2500 万人次。

近年来，国内在医疗金融领域也有新的尝试，第一种是互补保险，据国际相互合作保险组织联盟统计，截至 2014 年全球相互保险收入 1.3 万亿美元，占全球保险市场总份额的 27.1%，相互保险在法国占比高达 46%、日本占比 45%、德国占比 43%、美国占比 37%，而我国 2015 年保费收入 2.4 万亿中相互保险的市场份额几乎为零。目前国内发展比较成熟的互助保障平台有水滴互助、众托帮、保保集、e 互助、壁虎互助、抗癌公社及 17 互助等。

表 1 国内主要互助保险平台

名　称	成立时间	参与条件	是否预付	当前会员
抗癌公社（原互保公社）	2011 年	免费加入；加入前身体健康；65 周岁以内	否	>80 万
水滴互助	2016 年 4 月	未患有癌症及无重大疾病史；账户低于 1 元需在 15 日内补缴，否则视为退出；65 周岁以内	否	>153 万
壁虎互助	2015 年 2 月	身体健康，一年内无住院或手术，60 周岁以内	是，预付 9 元	35 万
众托帮	2016 年 7 月	身体健康，65 周岁内	是，预付 10 元	>264 万
保保集（夸克联盟）		身体健康，75 周岁内	是，预存 9 元	>111 万

成立于 2011 年的抗癌公社，目前参与人数总数为 80 余万人。当有社员度过等待期后首次确认 30 种大病或身故时，需捐助需要资助其不超过 3 元的一笔钱，计算公式为：受助人权利除以公社人数；未成年社员需由家长代履行费用的一半。

表 2 抗癌公社的成员可享受权利

入社时周岁年龄	等待期	最高受助权利（65 周岁之前）			
		癌症	低恶度癌症	大病	身故
0-39	180 天	30 万元	10 万元	10 万元	10 万元（满 18 周岁才具有，60 周岁前）
40-49	365 天	15 万元	4 万元	4 万元	10 万元 （60 周岁前）
50-59	365 天	4 万元	1 万元	1 万元	10 万元（60 周岁前）

“水滴互助”成立于2016年4月，目前针对不同年龄段共推出“少儿健康互助计划”、“中青年抗癌计划”、“中老年抗癌计划”、“综合意外互助计划”四款互助计划，前两项最高可得保障金为30万，后两项最高为10万；参与人数超过153万人次。

表3　水滴互助的主要项目及覆盖范围

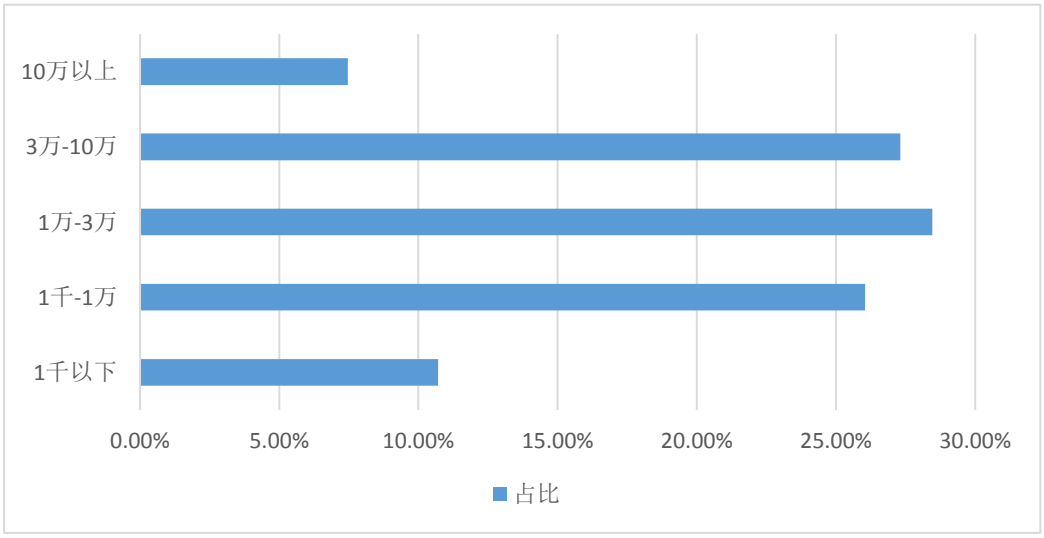
项目	年龄段	覆盖范围	最高保障金
少儿健康互助计划	出生30天—17周岁	包括癌症等50种大病	30万
中青年抗癌计划	18—50周岁	各种常见及罕见癌症	30万
中老年抗癌计划	51—65周岁	各种常见及罕见癌症	10万
综合意外互助计划	1—65周岁	意外事故、意外伤残	10万

壁虎互助成立于2015年2月，截止目前会员人数为35万，成功帮助人数77人，支付互助金逾728万。

第二种形式是捐赠众筹，相关平台有慢友帮爱心筹、轻松筹等；爱心筹平台主要为有紧急资金需求的患者提供筹款服务的平台，筹款的患者主要在个人的朋友圈转发推广；项目结束后，项目发起人在申请提现过程中需扣除1%的费用。截止到2016年2月23日下午，爱心筹成功众筹的项目有236个，总筹资金额接近1600万，参与众筹的爱心用户超过48万余名，帮助次数达36万余。

目前轻松筹的业务板块主要包括：尝鲜预售（农鲜产品、私房菜等）、梦想清单（影视图书、艺术设计等）以及微爱通道（大病救助、灾难救助、动物保护、扶贫助学及其他）这三大类型。根据公开数据显示，2015年，轻松筹医疗救助板块共上线2.3万个项目，筹款金额1.8亿元，参与人数380万人（凤凰财经），根据轻松筹的负责人于亮介绍，目前个人求助的项目占总运营量的50%。轻松筹的项目发起人在项目结束后申请提现过程中需支付2%的手续费。

图1 爱心筹筹款数据



数据来源：爱心筹网站

轻松筹救助案例

案例 1：急性淋巴细胞白血病患者

患者，男，家在农村，隶属国家贫困县，父母年龄六十来岁，未外出打工，每年收入在三万左右；2015 年 9 月被确诊急性淋巴细胞白血病，该病例治疗需进行骨髓移植手术，同时后需术后治疗。而仅手术一项费用就需 50 多万，医保报销的费用为 17 万。经整个村子的捐款及后在“轻松筹”上筹款，共计筹到 38 万元，全部用于手术的治疗费用。

案例 2：胃癌患者

患者李某在怀孕 6 个月后被确认患有胃癌，并且是胃癌晚期，因当时已怀有孩子，未进行化疗，而孕期体内激素的变化又恶化了肿瘤。孩子降生后，李某的孩子又被诊断为无听力及视网膜不健全，仍需在上海进行治疗。母女的治疗费用已达 30 万。李某的丈夫因单位效益不好，每个月只有 3000 元的收入，李某在 2 月开始进行化疗，平均每月 1 次，平均每次的费用在 2 万左右。为继续李某的治疗，李某丈夫第一次在“轻松筹”筹到 3 万元，在第 6 次化疗时，因无力支付费用，李某的父亲在街头求助募的 3 万元款项；而在之后仍需 6 次化疗，因而又在“轻松筹”上募款 12 万。

参考文献

第一章

1. 保罗.菲尔德斯坦，《卫生保健经济学》 [M]，北京：经济科学出版社，1998
2. 富兰特·奈特，《风险，不确定性和利润》[M]，中国人民大学出版社，2005
3. Manuel Gottlieb, Medical Care: A Public Utility? Land Economics, Vol. 34, No. 3 (Aug., 1958), pp. 208-218
4. Siegfried G. Karsten, Health Care: Private Good vs. Public Good, American Journal of Economics and Sociology, Vol. 54, No. 2 (Apr., 1995), pp. 129-144

第二章

1. Daniel Altman, David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser, Adverse Selection and Adverse Retention, The American Economic Review, Vol. 88, No. 2, Papers and Proceedings of the Hundred and Tenth Annual Meeting of the American Economic Association (May, 1998), pp. 122-126
2. David M. Cutler , Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care, Source: Journal of Economic Literature, Vol. 40, No. 3 (Sep., 2002), pp. 881-906
3. Gary A. Anderson and David L. Roberts, A Historical Perspective on the Present Value Assessment of Medical Care, The Journal of Risk and Insurance, Vol. 56, No. 2 (Jun., 1989), pp. 218-232
4. John A. Nyman , Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain, The European Journal of Health Economics, Vol. 9, No. 4 (Nov., 2008), pp. 369-380
5. Katherine Ho, The Welfare Effects of Restricted Hospital Choice in the US Medical Care, Source: Journal of Applied Econometrics, Vol. 21, No. 7 (Nov., 2006), pp. 1039-1079
6. Kenneth J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care [J], The American Economic Review, 1963, (53): 941-973
7. Kenneth J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Reply (The Implications of Transaction Costs and Adjustment Lags) Author(s),The American Economic Review, Vol. 55, No. 1/2 (Mar. 1, 1965), pp. 154-158
8. Mark V. Pauly , Nonprofit Firms in Medical Markets, The American Economic Review, Vol. 77, No. 2, Papers and Proceedings of the Ninety-Ninth Annual Meeting of the American Economic Association (May, 1987), pp. 257-262
9. Michael Crew, Coinsurance and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vol. 59, No. 5 (Dec., 1969), pp. 906-908
10. Reinhart, Economics in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop, The American Economic Review, 1989, 337-342
11. Richard Arnott and Joseph E. Stiglitz , Moral Hazard and Nonmarket Institutions: Dysfunctional Crowding Out of Peer Monitoring?, The American Economic Review, Vol. 81, No. 1 (Mar., 1991), pp. 179-190
12. Roger Feldman, Health Insurance in the United States: Is Market Failure Avoidable? The

Journal of Risk and Insurance, Vol. 54, No. 2 (Jun., 1987), pp. 298-313
13. Vans Robert, Supplier induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications [J], The Economics of Health and Medical Care, 1974, (4)
14. 魏华林等主编，《保险经济学》[M]，高等教育出版社，2011。
15. 臧文斌，刘国恩，徐菲，熊先军，“中国城镇居民基本医疗保险对家庭消费的影响”[J]，《经济研究》，2012年第7期。

第三章

1. David M. Cutler, Robert S. Huckman and Mary Beth Landrum ,The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery, The American Economic Review, Vol. 94, No. 2, Papers and Proceedings of the One Hundred Sixteenth Annual Meeting of the American Economic Association San Diego, CA, January 3-5, 2004 (May, 2004), pp. 342-346
2. H. E. Frech III, Market Power in Health Insurance, Effects on Insurance and Medical Markets, The Journal of Industrial Economics, Vol. 28, No. 1 (Sep., 1979), pp. 55-72
3. Milton I. Roemer, Market Failure and Health Care Policy, Journal of Public Health Policy, Vol. 3, No. 4 (Dec., 1982), pp. 419-431
4. Martin Gaynor, Deborah Haas‐Wilson, and William B. Vogt, Are Invisible Hands Good Hands? Moral Hazard, Competition, and the Second‐Best in Health Care Markets, Journal of Political Economy, Vol. 108, No. 5 (October 2000), pp. 992-1005
5. Burton A. Weisbrod, Collective-Consumption Services of Individual-Consumption Goods, The Quarterly Journal of Economics, Vol. 78, No. 3 (Aug., 1964), pp. 471-477
6. Burton A. Weisbrod, America's Health-Care Dilemma Author(s): Source: Challenge, Vol. 28, No. 4 (SEPTEMBER/OCTOBER 1985), pp. 30-34
7. Martin Gaynor and Deborah Haas-Wilson, Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets, The Journal of Economic Perspectives, Vol. 13, No. 1 (Winter, 1999), pp. 141-164
8. Joseph P. Newhouse, Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? The Journal of Economic Perspectives, Vol. 6, No. 3 (Summer, 1992), pp. 3-21
9. Veeranarayana Kethineni Political Economy of State Intervention in Health Care, Economic and Political Weekly, Vol. 26, No. 42 (Oct. 19, 1991), pp. 2427-2433
10. 朱恒鹏，“管制的内生性及其后果：以医药价格管制为例”[J]，《世界经济》，2011(7):64-90。
11. 张维迎，《博弈论与信息经济学》[M]，上海上海人民，出版社，1996。
12. 高原等，“医疗保险中合谋的声誉模型分析”[J]，《应用数学》，2007。
13. 魏聪，“医生行为的经济学——一个引致需求视角的文献综述”[J]，《浙江社会科学》，2005。
14. 杜创，“医疗服务价格改革何其难”[J]，《中国医院院长》，2014。
15. 刘薇，“世界各国如何调控药家”，《南方周末》，2014 年 1 月。
16. 曾祥炎，“国外医疗保障政府失灵问题研究综述” [J]，《发展研究》，2009 年第 1 期。
17. 孙越、游茂、郭琳琳、王丽，“我国药品集中采购存在的问题及解决策略”[J]，《卫生经济研究》，2013 年第 2 期。

第四、五章

1. 《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，1952 年。
2. 政务院，《中华人民共和国劳动保险条例》，1951 年。
3. 《中国社会保险》编辑部，1998。
4. 财政部，《关于做好一九六九年决算编审工作的通知》，1969 年。
5. 《卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，1988。
6. 《卫生部关于部属医院试行承包责任制的意见（试行）》，1988 年。
7. 《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》，1999 年。
8. 计委，《关于单独定价药品价格制定有关问题的通知》，2001 年。
9. 《医疗机构药品集中招标采购工作规范》，卫规财发〔2001〕308 号。
10. 国家计委，《关于集中招标采购药品有关价格政策问题的通知》，2001。
11. 《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，2009 年。
12. 《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》，2012 年。
13. 发改委，《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》，2014 年。
14. 《关于公立医院改革试点的指导意见》，2010 年。
15. 《国务院办公厅关于保留部分非行政许可审批项目的通知》。
16. 卫计委，《大型医用设备配置与使用管理办法》，2004 年。
17. 卫生部、国家中医药管理局、财政部、国家计委，《关于城镇医疗机构分类管理的头施意见》，2000 年。
18. 国务院办公厅，《关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》，2015 年。
19. 人力资源社会保障部、财政部、卫生部，《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》，2012 年。
20. 《中华人民共和国城镇职工基本医疗保险条例》，2013 年。
21. 《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行.2014 版）》，2014 年。
22. 央视两会医改报道中的四大致命误区”，慧聪制药工业网，2015-03-18，http://info.pharmacy.hc360.com/2015/03/180945552168.shtml
23. 北京积水潭医院网站，http://www.jst-hosp.com.cn/Departments/Main/Detail/517
24. 吴亦明，《中国社会保障制度》[M]，南京师范大学出版社，2000 年。
25. 张栋，“新中国以来医疗卫生事业的发展轨迹” [J]，《团结》，2011 年 02 期。
26. 魏颖、杜乐勋，《卫生经济学与卫生经济管理》[M]，人民卫生出版社，1998。
27. 高春亮、毛丰付、余晖，“激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变———基于建国后医疗制度相关文件的解读” [J]，《管理世界》2009 年第 4 期。
28. 郑秉文、孙守纪，《我国社会保障制度改革 30 年》，载部东涛主编《中国经济发展和体制改革报告 No.l—一中国改革开放 30 年》[M]，社会科学文献出版社，2008，第 352 页。
29. 张琪，张捷，“覆盖城乡居民的中国医疗保障制度改革 30 年：回顾与展望” [J]，《学术前沿论坛科学发展》，2008 年。
30. 李剑阁，“怎样才能让社会资本办医”，财新网，2015 年 6 月 26 日。
31. 封进，余央央，“医疗卫生体制该给：市场化、激励机制与政府的作用” [J]，《世界经济文汇》，2008 年第 1 期。
32. 杨健敏，“医改备忘录之—一职工医疗保障制度变迁的轨迹（上）”[J]，《中国社会保险》，1998 年第 6 期。

33. 刘洪清，“公费劳保医疗：渐行渐远的记忆” [J]，《中国社会保障》，2009 年第 10 期。
34. 李玲、陈秋霖、江宇，“中国医改：社会发展的转折” [J]，《开放时代》，2012 年 9 月。
35. 《医改蓝皮书：中国医药卫生体制改革报告（2014-2015）》。
36. 朱俊生，“大病保险‘公私合作’模式可持续发展的保障”，《中国保险报》，2015 年 5 月 26 日。
37. 刘小明，“我国医疗服务市场结构特征” [J]，《经济体制改革》，2013 年第 2 期。
38. 国家发改委经济研究所课题组，“中国药品生产流通体制改革及医药产业发展研究（下）”，《经济研究参考》，2014。
39. 朱恒鹏、姚宇、杜创、程锦锥，“药品零差价制度应缓行” [J]，《中国社会保障》，2010 年第 7 期。
40. 刘汉卿，“基本药物当取消集中招标采购”，财新网，2014 年 5 月 16 日。
41. 文学国、房志武，《医改蓝皮书：中国医药卫生体制改革报告（2014-2015）》[M]，社会科学文献出版社，2014 年 11 月出版。
42. 魏超、孟开，“北京市民营医院发展现状研究” [J]，《中国医院管理》，2015 年第 1 期。
43. 刘丽杭，“《我国医疗服务价格调整评析” [J]，《卫生经济研究》，2008 年第 5 期。
44. 罗中华、云立新等，“论去行政化与我国公立医院改革” [J]，《中国卫生事业管理》，2009 年第 4 期。
45. 商务部市场秩序司，“日本、印度尼西亚药品流通行业发展情况及启示，2012 年 11 月 1 日，http://sczxs.mofcom.gov.cn/article/dyplwz/bn/201211/20121108413794.shtml。
46. 商务部市场秩序司，“药品流通行业运行统计分析报告（2017）”，2018 年 5 月。
47. 曹凯，“医药电商潮起 医改瓶颈能否破除？” [J]，《财经》，2015 年第 7 期。
48. 陈文玲，“解决我国药品价格问题的政策建议——对药品价格问题的调查研究与思考” [J]，《价格理论与实践》，2005 年第 3 期。
49. 李俊义，“河北唐山“医保腐败”窝案查出近亿骗保金，社保局副局长被捕”，新华网，2014 年 11 月 17 日。
50. 袁国礼、平亦凡，“中国医药企业协会:国内药企行贿官员医生更严重”[N]，《京华时报》，2013 年 7 月 12 日。
51. 周龙凤、蓝姝，“基药目录腐败致命诱惑：药企不惜 50%利润打通关系”，《华夏时报》，2014 年 4 月 26 日。
52. 贾中山，“北京 145 种药品公示最高价 多数专供医院来使用”，《北京晚报》，2012 年 11 月 29 日。
53. David E.Ross,The High Cost of Prescription Drugs,2008.
54. 朱俊生，“从垄断到竞争：医疗领域的改革方向” [J]，《学术界》，2016 年第 3 期。
55. 高广颖、常文虎等，“商业保险机构参与新农合经办的条件与对策——基于 6 个典型地区的调研” [J]，《中国卫生政策研究》，2013 年第 6 卷第 5 期。
56. 李唐宁，“新农合‘外包’满两年 67 亿资金委托险企管理”，《经济参考报》，2014 年 4 月 4 日。
57. 封进、刘芳、陈沁，“新型农村合作医疗对县村两级医疗价格的影响” [J]，《经济研究》，2010 年第 11 期。
58. 金璐、宋毅，“涉嫌受贿五百万 深圳罗湖区卫生局原局长被起诉”，金羊网，2006 年 7 月 7 日。
59. 钟可芬，“基本药物用药占比下滑”，《第一财经日报》，2011 年 8 月 15 日。
60. 中国医学科学院，《中国医改发展报告（2009—2014）》，中国协和医科大学出版社，2015。

61. 李娜，《对推进我国医疗卫生体制改革的的研究》[D]，硕士论文，河北大学，2008。
62. 杨天婵，《我国公共医疗服务政府管制研究》[D]，硕士论文，中国海洋大学，2011 年。
63. 孙爱琳，“中国农村医疗保险：现状分析与对策构想” [J]，《社会保障问题研究》，2002。
64. 张沉，“药协拟再度上书质疑药品集中招标采购”，《经济观察报》，2006 年 3 月 20 日。
65. 郑红，“我国医疗行业中的租值耗散及其规避” [J]，《科学经济社会》 2014 年 03 期。
66. “有退休省级干部住一次院花 300 万”，《重庆晨报》，2013-08-15。
67. 帅才、段羡菊，“医保基金吃紧，医院滥检查、滥开药该管管了”，半月谈网，2015 年 8 月 24 日。
68. 万谊娜，“基于齿轮机理的医保、医疗与医药改革联动机制” [J]，《改革》，2009 年第 9 期。
69. 天则经济研究所，《行政部门资源配置的公正与效率研究》[R]，2015 年。
70. 吴瑕，“家属代开药、浪费医疗资源 公医群体‘怪事’多”，人民网，2013 年 1 月 22 日。
71. 夏军，“新农合摊派致造假，村干部虚报套基金”，新华每日电讯，2013 年 11 月 27 日。
72. 中康资讯，《中国医药行业六大终端用药市场分析蓝皮书 2014-2015》。
73. 医保并轨初起步，“新农合划归人社部管理”，《财经》，2013 年 03 月 25 日，http://finance.sina.com.cn/china/20130325/114614942810.shtml.
74. 国务院扶贫办，“全国 7000 万贫困农民 42%因病致贫”，http://news.sina.com.cn/c/2015-12-16/doc-ifxmpnuk1595176.shtml。

第六章

1. 张奇林，“美国医疗保障制度评估”[J]，《美国研究》，2005。
2. 丁纯，“美国医疗保障制度现状、问题与改革”[J]，《财经论丛，2006。
3. 高芳英，“美国医疗体制改革历程探析”[J]，《世界历史》，2014。
4. 余红星等，“医疗机构分工协作的国际经验及启示——基于英国、德国、新加坡和美国的分析”[J]，《中国卫生政策研究》，2014。
5. 李忱阳等，“英国国民医疗保健体制”[J]，《中外医疗》，2013。
6. 李妍嫣、袁祥飞，“主要发达国家医疗卫生体制模式及启示——以英国、美国和德国为例”[J]，《价格理论与实践》，2009(5):44-45。
7. 李国锋、刘黎明，“个税起征点改革对纳税能力的影响:基于居民收入分布的估算”[J]，《数量经济技术经济研究》，2015 年第 8 期。

第七章

1. 刘国恩，“中国医改的下一步怎么走？”[N]，《FT 中文网》，2015 年 12 月 23 日。
2. 盛洪主编，《中国的过渡经济学》[M]，上海人民出版社，2006。
3. 中国传媒大学互联网医疗会，“中国互联网医疗发展报告 2015”[[R]，2015。

分报告之一

1. 荣霞，《美国全民医疗改革：从克林顿到奥巴马》[D]，南京大学博士论文，2014。
2. 袁国栋、顾昕，“政府对医疗服务价格的管制：美国经验对我国医改的启示”[J]，《中国卫生经济》，2016。

3. 高芳英，“美国医疗体制改革历程探析”[J]，《世界历史》，2014。
4. 王元昆，“美国医疗卫生服务体制的变迁”[J]，《中华医院管理》，2003。
5. Joseph White, Markets and Medical Care: The United States, 1993-2005, The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 3 (Sep., 2007), pp. 395-448
6. 赖新权、薛松、李海、王国华、郑朝晖、黄掌欣、肖瑜，“关于台湾地区医药卫生体制、健康保险制度与医药价格管理调研报告”[J]，《市场经济与价格》，2014（6）:10-20。
7. 侯岩、代涛、郑英、庄宁，“台湾地区医疗服务体系管理的经验和启示”[J]，《中国卫生政策研究》，2015（5）:13-18。
8. 姜山，徐之昇，“药品支付制度和总额支付制度：中国台湾地区的经验” [J]，《陕西农业科学》，2012 年第二期。
9. 王琬，“台湾医疗保险组织体制：演进路径及其动因分析” [J]，《武汉大学学报哲学社会科学版》，2013 年第 1 期。
10. 翁庚，韩晟，史录文，“中国台湾地区与大陆地区医疗保险内品牌药品报销价格比较”[A]，《2013 年中国药学会药事管理专业委员会年会论文集》。
11. 冉密，“全民健保：最实惠的台湾奇迹”[J]，《中国社会保障》，2013（2）:78
12. 王宝敏，“台湾全民健康保险可资借鉴”，《中国保险报》，2013-08-14
13. 宋占军，“台湾地区全民健康保险制度考察”[J]，《中国医疗保险》，2015。
14. 吕建德，“台湾全民健保体制改革刍议：以结构多元主义为中心的考虑” [J]，第五届社会保障国际论坛发言稿，2009 年 9 月。
15. 张杰、熊先军、李静湖，“台湾健保药品价格与支付管理体系” [J]，《中国医疗保险》，2015 年第 4 期。
16. 高和荣、季晓静，“台湾民营医疗机构的发展经验及其经验借鉴” [J]，《台湾研究集刊》，2016 年第 1 期。
17. 杨铭钦，“台湾地区医院的现况与未来发展” [J]，《中国医院管理》，1995 年第 1 期。
18. 刘在铨，“台湾健保经验”， http://wenku.baidu.com/link?url=BtzoibQXbcBxOTMb3-A8bpj7EzZeUCtJMwDqWgcrRrIImMtI_19oW6uUl2XKdvhFiZJPygSSwjHMnsnOW9p8lj-vfNX4nk4UOay6-bNhsbW。
19. World Health Organization ，”Health Systems ： Improving Performance”[R].Geneva;WHO,2000.
20. Martin Gorsky， The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography，Social History of Medicine Vol. 21, No. 3 pp. 437–460
21. Singapore statistics ,”Yearbook of Statistics Singapore”[EB/OL],www.singstat.gov.sg.
22. Finance and NHS/Medicines, Pharmacy and Industry Group,The Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2014,2013,https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/282523/Pharmaceutical_Price_Regulation.pdf
23. Association of the British Pharmaceutical Industry,Understanding the 2014 Pharmaceutical Price Regulation Schem,http://www.abpi.org.uk/our-work/policy-parliamentary/Documents/understanding_pprs2014.pdf
24. Hospital Services, Healthcare Services and Facilities, Our Healthcare System, Ministry of Health, https://www.moh.gov.sg.2015.12.1-2016.1.10.
25. World Health Organization，Health Systems：Improving Performance[R]. Geneva; WHO, 2000.

26. Ed Gdula,U.S. Health Coverage Status-Connecting to and Engaging Associated Reimbursement and Disability Issues/ Events, https://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2012/01/ushealthissues.pdf.
27. Wikipedia, Health care in the United States , https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States.
28. Physicians Weekly, 2013 Physician Compensation Report: Salaries on the Rise, http://www.physiciansweekly.com/physician-compensation-report-2013/.
29. FDA ,New Drugs at FDA: CDER's New Molecular Entities and New Therapeutic Biological Products http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/DrugInnovation/ucm20025676.htm
30. 张颖超：《美国医疗保险制度改革对我国的启示》[D]，华东政法大学博士论文，2014。
31. Nancy Dicksion《美国联邦政府的社会立法：1961—1994》译介，《中国社会福利》，2013 年 5 月。
32. 廖晓成等，“新加坡与中国医疗卫生事业发展比较”[J],《中国经贸导刊》，2014。
33. 赵斌、严婵，“新加坡的医疗保障体系”[J].《东南亚南亚研究》，2009(4)。
34. 代涛等，“新加坡公立医院改革的主要做法与启示” [J],《中国卫生政策研究》，2012。
35. Ministry of Health (MOH) Singapore ,Healthcare Services and Facilities, https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services.html.
36. Nuffieldtrust 网站：http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/
37. 英国 NHS 官方网站：a.http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx b. www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx c. http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx
38. Kingsfund 官方网站：www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/nhs-budget
39. 刘北辰，“美国的医疗制度”[J]，《职业》，2008 年第 5 期。
40. “触不可及的救命药”，《财经杂志》，2015 年 7 月。
41. 国信证券研究报告，《美国医药行业与中国医药行业的比较研究》[R]，2010。
42. GEN Magazine, “Top 20 Biopharma R&D Spenders”, 2013。
43. 张焘、马翠花，“美国医疗救助制度的得失”，人民论坛，2011 年第 8 期。
44. 匡莉、曾益新、张露文、马天龙，“家庭医师整合型服务及其医保支付制度: 台湾地区的经验与启示” [J]，《中国卫生政策研究》，2015.7。

分报告之二

1. 朱恒鹏，“四地县域医改比较”[J]， 《中国医院院长》, 2012, Z1:84-85.
2. 臧星辰，“医疗改革市场化中的政府职责——以宿迁市医改为例”[J]，《重庆科技学院学报(社会科学版）》, 2012, 01:31-33.
3. 顾昕，“走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革”[J]，《经济社会体制比较》, 2012, 04:21-31.
4. 柯先明，“芜湖市公立医院集团化改革实践与思考”[J]，《 中国医院管理》, 2012, 08:7-8.

5. 顾虹等,“公立医院改革取消‘以药补医’的落实状况简析“[J],《上海医药》,2012,23:36-39.
6. 毛瑛等,“陕西省神木县‘全民免费医疗’医改运行机制评价”[J],《 中国卫生政策研究》,2010,09:25-30.
7. 顾昕,“全民免费医疗还是全民医疗保险——基于健康权保障的制度安排”[J],《 学习与探索》,2011,02:173-177.
8. 顾昕等,“‘全民免费医疗’是中国全民医保的发展方向吗?——神木模式系列研究报告之一“[J],《中国市场》,2011,24:7-11.
9. 顾昕等,“‘神木模式’的三大核心:走向全民医疗保险、医保购买医药服务、医疗服务市场化——神木模式系列研究报告之二”[J],《中国市场》,2011,29:4-8.
10. 朱恒鹏等,“‘神木模式’的可持续性发展:‘全民免费医疗’制度下的医药费用控制——神木模式系列研究报告之三”[J],《中国市场》,2011,33:3-7.
11. 胡善联, “中国医改的焦点、难点和痛点”[J],《卫生经济研究》,2015,12:3-7.
12. 代涛, “卫生体系改革评价研究的进展与实践”[J],《中国卫生政策研究》,2013,04:1-11.
13. 何思忠, “芜湖市医药卫生体制改革概述”[J],《医院院长论坛-首都医科大学学报(社会科学版)》,2013,04:6-12.
14. 王会川,“医改典型案例分析:医改中的进与退——财政角度透视医改方式的抉择”[J].《经济研究参考》,2013,52:35-39.
15. 贺红权,《中国医药卫生体制深化改革研究》[D].重庆大学,2012.
16. 何谦然,《中国公立医院改革研究》[D].武汉大学,2014.
17. 王跃甫,《新医改形势下宿迁医改模式的协同性研究》[D].黑龙江中医药大学,2011.
18. 周其仁, “宿迁医改的普遍意义”[J]. 《决策探索(上半月)》,2007,10:54-55.
19. 李玲, “北大课题组宿迁医改调研报告”[J]. 《中国卫生》,2007,01:45-52.
20. 文学国等,《中国医药卫生体制改革报告(2014～2015)》[M],社会科学文献出版社,2014.
21. 梁万年,《卫生事业管理学》[M]人民卫生出版社出版社, 2003.
22. “神木全民免费医疗 6 年 县财政承担资金未现不可控”,
http://ent.nxing.cn/article/895653.html
23. 曹国平,“最低价中标品种出局 安徽药品“带量采购”乱象调查”[N].中国经营报.
24. 刘薇. “卖光”医院十年后,宿迁为何重建公立医院[N].南方周末.
http://www.infzm.com/content/108036/.
25. 张茅,“深化医改人才为先”. http://www.aisixiang.com/data/41429.html.
26. 《2013 年宿迁市卫生事业发展情况报告》.
http://www.suqian.gov.cn/cnsq/lyws/201406/5a16100ba45843caaf649bb4538d4096.shtml
27. 乙军、黄晓光、周业庭等,“宿迁市医疗改革 10 年卫生资源状况” [J]. 《职业与健康》, 2012, 28(22):2715-2718.
28. 魏凤春,“宿迁医疗卫生体制改革争议分析”[J],《中国卫生》, 2007（1)。
29. 朱恒鹏,“宿迁：可复制的民营化医改路”[J],《中国医院院长》. 2011(24):58-61。

分报告之四

1. 徐文,查慧敏,“药品的产品独特性与产业组织结构”[J],《理论探讨》,2010 年第 6 期。

2. “我国移动医疗 APP 已达 2000 多款”，《经济参考报》，2015 年 1 月 30 日。
3. 《reMED2015 中国互联网医疗发展报告》，2015 年。
4. 纽约时报：
a. http://www.nytimes.com/2007/05/07/business/media/07boston.html?pagewanted=print&_r=0,
b. http://www.nytimes.com/2014/08/17/technology/in-the-sharing-economy-workers-find-both-freedom-and-uncertainty.html
5. Workers on Tap，《经济学人》，2014-12-30，http://www.economist.com/news/leaders/21637393-rise-demand-economy-poses-difficult-questions-workers-companies-and
6. Carlton Mansfield,《中国 O2O 产业报告 2014》，http://carltonmansfield.com/wp-content/uploads/2015/05/CML-China-O2O-Industry-Report-2014.pdf
7. AmericanEHR, Survey of Physicians Suggests Tablets More Useful Than Smartphones, 2013-06-12, http://www.americanehr.com/about/learn_more/news/13-06-12/Survey-of-Physicians-Suggests-Tablets-More-Useful-Than-Smartphones.aspx
8. Melinda Beck，Startups Vie to Build an Uber for Health Care，《华尔街日报》，2015-08-11，http://www.wsj.com/articles/startups-vie-to-build-an-uber-for-health-care-1439265847

分报告之六

1. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, et., To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2000.
2. Jeremy N. Smith, Epic Measures: One Doctor, Seven Billion Patients. Harper Collins. 2015.
3. Jeremy N. Smith, “When ‘Moneyball’ Meets Medicine”, The New York Times. http://www.nytimes.com/2015/04/05/upshot/when-moneyball-meets-medicine.html?_r=0, 20150402, 最后访问：2016-07-15.
4. Ivan Illich, Medical Nemesis: The Exploration of Health. Random House, Inc., 1976.

课题负责人：盛洪
课题执行负责人：钱璞

课题组成员：

盛　洪，天则经济研究所所长，山东大学教授；
钱　璞，天则城市发展研究中心副主任，项目研究员；
张　林，天则公共治理与法律研究中心副主任，项目研究员；
杨　华，天则企业家中心副主任，项目研究员；
刘　茜，天则所所长助理，项目研究员；
杨小静，天则经济研究所项目研究员；
马俊杰，天则所国际合作部主任助理，项目研究员；
潘　进，天则所项目研究员。

鸣谢：以下专家曾对本课题提供了咨询和批评，特此感谢！

陈航　　北京地坛医院党委书记
杜创　　中国社会科学院经济所
宋晓梧　　中国经济体制改革研究会会长
万静波　　春雨医生的首席内容和品牌官
吴志龙　　九州通医药集团股份有限公司
邢春冰　　北师大经济与工商管理学院副教授
闫建军　　中国社会科学院金融所
詹智勇　　广州弘康医疗投资集团董事长
张春旺　　广州明美光电技术有限公司董事长
张锐　　春雨医生CEO，
张曙光　　著名经济学家
赵农　　中国社会科学院经济所
朱俊生　　国务院发展研究中心

课题分工

盛洪，提出研究提纲，全报告统稿，第一章，第二章，第三章部分执笔，第五章第四节部分执笔，第六章执笔，第七章第三节部分执笔；
钱璞，第四章，第五章执笔；
张林，第一章，第二章，第三章部分执笔，第六章第二节部分执笔，分报告之一第二节执笔，附录1执笔；
杨华，课题组织与协调；
潘进，第七章执笔，分报告之一第四节执笔，分报告之二执笔，附录3执笔；
杨小静，第四章第一、二节部分执笔，第七章部分执笔，分报告之三执笔，分报告之四第一节执笔；
马俊杰，第六章第二节部分执笔，分报告之一第一节、三节和第五节执笔，分报告之四第二节执笔，分报告之六执笔；
刘茜，分报告之一第六节执笔，分报告之五执笔，附录2执笔。