

哲 学 社 会 科 学 研 究 文 库

中国的医疗市场

结构、规制与绩效

Chinese Medical Market: Structure, Regulation and Performance

刘小鲁◎著

基金项目：教育部人文社科项目规划项目“管制、过度医疗与新医改背景下的付费机制改革”（13YJA790072）。

目 录

CONTENTS

第一章 中国医疗市场的政策模式与演进	1
1.1 我国医疗体系演变的基本历程	2
1.2 中国医疗市场的主要政策体系	6
1.2.1 医疗机构分类管理制度	6
1.2.2 价格管制体系	8
1.2.3 药品流通体系和医药分离改革	9
1.2.4 支付方式改革	11
1.3 本书的结构	13
第二章 垄断、价格上限管制与过度医疗	16
2.1 公立医疗机构的垄断地位	17
2.2 完全信息下垄断医疗市场中的价格上限管制	19
2.3 不完全信息下垄断医疗市场中的价格上限管制	23
2.4 “以药养医”和“以械养医”	33

第三章 医疗市场竞争与过度医疗	38
3.1 基于营利医院和非营利医院划分的分类管理模式	39
3.2 同质患者假设下的医疗市场竞争	42
3.3 异质性患者的垄断医疗市场	44
3.4 非营利医院与营利医院的竞争	53
第四章 药品市场中的政府管制	62
4.1 药品价格形成机制	63
4.2 药品零售价格上限管制与“以药养医”	66
4.3 药品零售价格上限管制与“降价死”	67
4.4 对我国取消药品零售价格上限管制的评论	76
4.5 医药分离及其经济影响	78
第五章 我国的社会医疗保障体系	100
5.1 我国的社会医疗保障体系	101
5.2 社会医疗保险中的逆向选择	105
5.3 行政性分割的社会医疗保障体系与医疗公平	110
5.4 社会医疗保障体系下的医疗金融风险	117
第六章 价格上限管制下的医疗保险支付方式	131
6.1 价格上限管制下的总额预付制	133
6.2 总额预付制与按人头付费制的比较	145

第一章

中国医疗市场的政策模式与演进

新中国成立以来,我国的医疗卫生事业一直充斥着政府管制政策。从计划经济下的医疗服务体系到市场经济改革后的医疗管制改革,政府对医疗市场的控制与干预从根本上决定着我国医疗体系的运行机制与绩效。对我国现行医疗市场的诸多现实问题的考察与分析,不可避免地要和医疗市场的政府管制这一基本的制度性背景相联系。

目前,我国医疗市场中的政府干预主要体现在分类管理、价格管制和社会医疗保障体系与支付方式几个层面。分类管理是指将医院划分为营利性医院和非营利性医院,并为这两类医院设置有差异的制度运行环境;价格管制是指对医疗服务、药品、检查化验以及医疗器械的收费施加行政性的管理和限制;社会医疗保障体系与支付方式在新医改后成为医疗体制改革的重点方向,现阶段主要表现为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相结合的社会医疗保险体系,以及在这一框架下由共同保险比例、起付线和医疗费用分摊模式(如按项目付费或预付制)所组成的支付方式上的制度设计。需要指出的是,这里列举的三个方面虽然构成了我国医疗市场管制的主体框架,但实际的管制政策要更为复杂,其范围遍及医疗市场的各个环节。例如,在药品领域,不仅仅存在着针对药品零售价格

所设置的价格上限和收益率上限,而且还存在针对以药养医问题所进行的医药分离改革,以及针对基本药品招标和药品流通所进行的一系列制度设计。纷繁复杂而又相互关联和交织的管制措施构成了我国医疗市场的基本制度背景。

本章将对我国医疗体系中政府管制模式的基本演进历程进行梳理和介绍。这将成为本书后续研究的展开基础。

1.1 我国医疗体系演变的基本历程

在新中国建国至 1979 年改革开放之前,我国的经济体制主要表现为计划经济。这一时期的医疗服务管理体系也基本与这一时期的经济体制相适应。当时的医疗保障体系由公费医疗制度、劳保医疗制度和合作医疗制度所构成。根据 1952 年 6 月发布的《关于全国人民政府、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》,公费医疗主要覆盖国家公职人员和革命残废军人。1979 年后,公费医疗的保障范围扩大至离退休人员。劳保医疗则是针对单位职工以及直系亲属所提供的医疗保障。该医疗保障最初覆盖的企业类型为国营、公私合营、私营及合作社经营的工厂和矿场及其附属单位,后扩大至铁路、航运、邮电、交通、建筑等行业,且集体企业也被纳入保障范围之内。合作医疗制度则构成农村医疗保障的主要形式。

从经费来源和筹资方式来看,公费医疗主要依靠国家财政进行筹资,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;劳保医疗则来自于企业的纯收入,并根据职工工资总额按比例提取,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。职工家属就医,由企业负担 50%,对于困难家庭,企业酌情增加补助;合作医疗则依托于农业合作社,具有显著的互助共济性质。在人民公社和统购统销的体制下,农村的所有收入都在公社掌控下,合作医疗实际并不需要直接向农民收费,而是由公社扣除,建立和推广相对容易。作为一种合作共济性质的医疗保障制度,合作医疗在一定程度上保障了农民对医疗费用的承受能力。

在计划经济体制下,政府对医疗领域进行全面的行政性管制。首先,私人资本被禁止进入医疗服务领域,而政府则是医疗卫生投入的主体。在这一体系下,医院由政府出资兴办,而与之相对应的是高度集中的垂直化医疗服务管理体制。每级政府均设置了卫生行政机构,负责对各类医疗机构进行管理和监督,对卫生医疗资源的配置进行规划。其次,政府对各类医疗服务和药品进行直接定价,以保证医疗服务获取的低廉价格,部分医疗服务甚至完全免费。对于医疗收费无法覆盖的医疗成本,政府进行财政补贴。我国在 1952 年、1960 年和 1972 年曾经三次进行大幅度的政府定价上的直接调整,使得医疗收费标准大幅下降。此外,我国还分别在 1959 年、1960 年、1963 年、1969 年、1973 年、1980 年和 1984 年进行了抗生素、解热镇痛药、维生素和地方病用药的药品价格行政性调整,最低降价幅度在 50% 以上。

计划经济时代高度集中的管理模式使得我国迅速构建起了全国范围内的医疗卫生体系。1952 年底,我国 90% 以上的地区均建立起了县一级的卫生机构。而到 20 世纪 70 年代末期,我国则基本形成了全面的公共卫生体系,保障了居民的基本医疗卫生需求,国民健康指标大幅改善。但是,这一医疗体制本身也存在很多问题。公费医疗往往效率低下,导致一系列的过度保障和医疗资源浪费问题。劳保医疗受地区、所有制、行业的影响,职工实际能够享受到的医疗待遇存在很

大差异。

改革开放以后,传统的计划经济体制不复存在,农村的人民公社体系也迅速解体。随着国有企业改革的不断深入,这些企业逐渐转变为独立经营,自负盈亏的生产性实体;企业的主要外部资金来源逐渐由财政拨款转变为银行信贷。传统的劳保医疗制度和公费医疗制度在这种转变下难以维系。而在农村,由于人民公社的解体,农村合作医疗制度迅速瓦解,农民长期处于缺乏医疗保障的境地。

在经济转轨的背景下,我国也随之开始对医疗服务领域进行改革,尝试建立新的模式。其中较大的转变表现为三个方面。首先,放松了对医疗机构的管制。一方面,对医疗事业单位的管理由直接管理转变为间接管理。1989年,我国颁布了《医疗机构分级管理办法(试行)》,改变了传统的按行政隶属关系划分医院行政等级的管理模式,转而根据功能和卫生服务技术水平对医疗机构进行评级,并在此基础上进行分级管理。另一方面,对公立医院内部的管理模式进行了调整,开始积极推进医疗机构进行各种形式的承包责任制,在完成既定任务的前提下,医疗机构拥有自主经营和进行福利分配的财务权。其次,我国开始放松医疗领域的行政性进入壁垒。1980年9月,国务院批准了《关于允许个体开业行医问题的请示报告》,开始允许个体开业行医。1985年,《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》又进一步提出打破公立医院、集体医院垄断医疗服务市场,允许多方集资的发展方向。在此基础上,其它所有制形式的医疗机构开始出现。第三,我国开始积极探索新的社会医疗保障制度。早期的探索开展于城镇职工医疗保险改革领域,并于1989年正式开始在辽宁丹东、吉林四平、湖北黄石和湖南株洲四个城市进行改革试点工作。这一时期的尝试,构成了我国医疗体制改革的起点。放权让利,扩大医院自主权,放松管制成为这一时期改革的核心思想。在此之后,1992年,邓小平南

巡讲话之后,我国开始了新一轮的市场化改革。相应地,国务院下发了《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》。在此基础上,卫生部门工作会议强调医院应当“以工助医、以副补主”。该项政策使得医院更加注重医院创收和经济效益,产生了忽视公益性的倾向。在此之后,关于市场化和公益性之间的争论贯穿了整个 90 年代的医疗体制改革。

2000 年是我国医疗体制改革的一个关键时点。自 2000 年起,我国基本形成了新的医疗管理体系。围绕《关于卫生改革与发展的决定》,我国自 2000 年起相继出台了《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》以及其他 13 个配套政策。^① 这些文件建构了新的医药体制管理模式,包括建立医疗机构的分类管理模式,将传统的医疗服务政府直接定价转变为政府设置指导价,实施价格上限管制,开展医疗机构药品集中招标采购等具体制度设计。这些制度安排形成了目前我国医疗市场的政府管理格局。

与此同时,医疗领域的市场化改革不断深入。例如,2000 年 3 月,宿迁拉开了医院产权改革的序幕,共有 100 多家公立医院被拍卖。然而,在这一改革过程中,政府片面追求市场化,在提高医疗市场化程度的同时急于“甩包袱”,导致政府卫生投入比重的下降。在这一背景下,医疗机构过度追求经济效益,忽视了公共医疗卫生服务的公益性。2003 年爆发的“非典”直接暴露出了这一市场化改革思路的问题,促

① 这 13 个配套政策包括《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》《关于卫生事业补助政策的意见》《医院药品收支两条线管理暂行办法》《关于医疗机构有关税收政策的通知》《关于改革药品价格管理的意见》《关于改革医疗服务价格管理的意见》《医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定》《药品招标代理机构资格认定及监督管理办法》《关于病人选择医生促进医疗机构内部改革的意见》《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》《关于卫生监督体制改革的意见》《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》。

使医疗卫生体系开始向医疗体制改革方向调整。

2006年9月,我国启动了新一轮的医改,更加强调政府在公共医疗服务领域的责任。新医改强调了我国卫生医疗体制的四大基本组成部分:公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系。在这一体系下,社会医疗保障体系建设成为重要目标之一。目前,我国已经实现了由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新农合医疗保险所组成的完整的社会医疗保障体系,并实现了社会医疗保险的全民覆盖。

1.2 中国医疗市场的主要政策体系

1.2.1 医疗机构分类管理制度

我国的医疗机构分类管理始于2000年的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》。根据该文件,医疗机构被划分为营利性和非营利性两类,并对这两类医疗机构实行分类关系,提供不同的制度设计。

根据这一分类管理模式的制度设计,营利性医院和非营利医院有着完全不同的经营目标。前者的目标定位是提供基本医疗服务,满足居民基本的医疗需求,其目标中应突出社会公益性;后者的目标则主要是经济性的,以获取合理的投资回报为主要的经营目标。这两种不同的定位使得这两类医院在经营方式、收益分配、财政补助、税收优惠和医保定点资格上都存在较大差异。

首先,非营利医院的经营受到政府管制的影响,而营利性医院则具有更高的灵活性。例如,定价权方面,非营利医院在医疗服务和药品零售价格上面临全面的价格管制。这主要体现在医疗服务定价上

必须实施政府指导价,并在药品零售上面临着基于基本药品目录的价格上限管制和最高不超过15%的收益率管制。相比而言,尽管营利医院在药品零售上同样面临收益率管制,但在医疗服务的定价权方面,我国《关于改革医疗服务价格管理的意见的通知》明确指出,国家对营利性医疗机构实行市场调节价。这实际上赋予了营利医院自主制定医疗服务价格的权力。

其次,非营利医院和营利医院的收益分配同样存在根本性区别。非营利医院的盈利只能用于医院发展,而非营利性医院的利润则归投资者或股东所有,可以自行支配。

第三,在财政补助和税收优惠上,政府为大中型非营利医院提供定项补助,对基层医院提供定额补助,而营利性医院则不享受政府补助。此外,非营利性医院可以享受相应的税收减免优惠政策,而营利性医院通常无法获得税收减免政策。

最后,非营利医院和营利医院在医保定点医院资格上有所不同。国家明确规定非公立医疗机构只有执行政府规定的医疗服务和药品价格政策才能被纳入医保定点医疗机构,因此营利医院实际上被排除在医保定点医疗机构之外。

需要注意的是,非营利医院和营利医院的划分不同于公立医院和非公立医院的划分。公立医院主要是指由政府投资创办的医院,而民营医院则涵盖了其他由社会出资创办的医院。由于我国政策规定政府不得举办营利性医院,因而一般认为公立医院均属于非营利医院。相比而言,民营医院的营利性质则更为复杂。当前我国的相关政策允许社会资本自主申办营利性或非营利性医疗机构,因此民营医院这一概念同营利医院和非营利医院概念都有交叉。不过,从民营医院在分类管理过程中的实际注册类型来看,大多数民营医院都具有营利医院的性质。总的来说,公立医院通常都属于非营利医院,而民营医院则

既可能是营利医院,又可以申请成为非营利医院。

1.2.2 价格管制体系

在医疗机构分类管理模式的基础上,我国进一步确立了医疗服务的价格管理体系。2000年7月,原国家计委、卫生部下发了《关于改革医疗价格管理的意见》。该文件取消了对医疗服务的政府直接定价,并在医疗机构分类管理的基础上,明确了营利性医疗机构实行自主定价,对非营利性医疗机构实行政府指导价的价格管理模式。为配合这一价格管理模式,2001年我国发布了《全国医疗价格项目规范》,要求在全国实行统一的医疗服务价格项目名称和服务内容,以便规范医疗服务价格项目。在该价格管理模式下,非营利医疗机构在所有医疗服务项目上都面临政府所设置的价格上限;非营利医疗机构可以自行设定医疗服务价格,但不能超过价格上限的限制。

药品作为一种特殊的医疗商品,其价格管理在我国医疗价格管制体系中处于核心地位。在20世纪90年代,根据《药品价格管理暂行办法》,国家对药品的各个流通环节直接设置出厂价、批发价和零售价。2000年以后发布的《关于改革医疗价格管理的意见》对这一直接定价模式进行了调整,改为由政府设置最高零售价格上限来实现药品价格的政府管理。在此基础上,我国还多次通过下调药品零售价格上限的方法来降低药品价格。1997年至今,我国已经累计进行药品的行政性降价30余次,但对药品费用的控制总体上来看并未达到预期目标。

实施零售价格上限管制的药品包括《国家基本医疗保险药品目录》中的药品,以及目录以外的少数垄断性和特殊性药品。处方药品的价格上限由国家发改委设置,非处方药的价格上限则由各省的价格主管部门负责。各省还可以在《目录》的基础上增减15%的药品,并

拥有设定这些药品价格上限的权力。这一价格管理模式的一个特例是允许制药企业申请单独定价。根据原国家计委于 2000 年 11 月发布的《关于单独定价药品价格制定有关问题的通知》，如果某种药品由多家企业生产，且企业认为其产品质量明显好于其他同类产品，就可以申请单独定价。这种单独定价虽然也是由价格主管部门来确定零售价格上限，但一般所设置的价格都要高于其他同类药品的零售价格上限。

2015 年，经国务院同意，国家发展改革委会同国家卫生计生委、人力资源社会保障部等部门联合发出《关于印发推进药品价格改革意见的通知》，从 2015 年 6 月 1 日起取消绝大部分药品的政府定价。自此以后，药品价格将主要由市场机制来形成。医疗控费目标将主要由医疗保险来实现。

1.2.3 药品流通体系和医药分离改革

药品的生产、流通和销售一直是我国医疗卫生体制改革的重要组成部分。目前，我国药品流通体系最主要的管理政策是药品采购的集中招标和医疗分离，但实际的管理政策还涉及药品生产、药品分类管理和价格管理等诸多方面。其中价格管理已经在上文中予以介绍。这里将主要介绍药品分类管理、药品生产领域和流通领域内的改革和制度体系。

我国的药品分类管理始于 2000 年。2000 年 1 月起开始实行的《处方药与非处方药分类管理办法（试行）》明确了处方药品和非处方药品的分类管理模式。除该分离管理模式外，出于政府干预的需要和社会医疗保障体系建设的需要，我国又进一步制定了一系列的药品目录。例如，我国自 20 世纪 80 年代初期就开始制定的《国家基本药物目录》成为医疗用药的基本指导性目录。此外，随着社会医疗保障体

系建设的不断深入,我国还相继制订了《基本医疗保险药品目录》和《新型农村合作医疗药品目录》。其他的药品目录还包括《社区卫生服务机构用药参考目录》《乡村医生基本用药目录》《国家中药保护品种目录》和《药品储备目录》。

药品生产领域内的主要政策焦点在于药品生产的准入和新药审批。我国药品的市场准入机制始于1984年颁布的《药品管理法》。它规定了药品的市场准入前提是获取《药品生产企业许可证》和《药品经营企业许可证》。1985年颁布的《新药审批办法》又进一步将新药的管理审批纳入了法制化管理范围。此后,我国又不断地对这一药品生产领域的管理体系进行了完善。

在药品流通领域,集中招标政策是最重要的制度体系。2000年7月,卫生部、国家计委等5部委印发《医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定》,由此拉开了药品集中招标采购的序幕。实施药品集中招标采购的主要原因是药品价格虚高,导致看病贵。在这一背景下,个别地区于2000年开始进行药品招标采购的试点工作。这一制度安排的主要特点在于要求公立医疗机构按照集中招标所形成的药品目录和中标价格进行药品采购。在这一体系下,具体的招标以省为单位,在各省的药品招标采购网上平台集中展开,包括基本药品招标和非基本药品招标。招标所形成的中标价格成为公立医疗机构的药品进货成本价,而最终的零售价格则受到之前所介绍的两个价格管制政策的限制。首先,零售价相对于中标价的加价率不得超过发改委的有关规定;其次,对于政府价格管理范围内的药品,零售价格不得超过最高零售价格上限。2009年卫生部发布的《进一步规范医疗机构药品集中采购工作的意见》,以及2010年的《医疗机构药品集中采购工作规范》进一步对药品集中招标采购的细节性问题进行了规范。

虽然我国采用了一系列政府管制手段来控制药品价格,但药品费

用的快速上涨趋势并未得到有效控制,公立医疗机构普遍存在着与过度用药相联系的“大处方”和“以药养医”现象。在这种背景下,我国开始推进“医药分离”的改革试点,希望通过将药品零售环节与医疗机构相分离,来消除公立医疗机构“以药养医”的利益动机。事实上,早在1997年,国务院就在《关于卫生改革与发展的决定》中提出要实行医药分开。2002年2月,国务院八部委联合发文,明确指出解决以药养医问题的关键在于切断医疗结构与药品销售间的利益关联,强调要将医院的门诊药房改为独立的药品零售企业。

然而,从我国医药分离试点改革的现实情况来看,医疗机构与药品零售之间仍然存在着或多或少的利益关联。这些试点中,比较有代表性的改革模式为“药房托管”和“药品管理中心”模式。其中,药房托管模式由广西柳州市于2001年率先实践,并陆续被湖北、青海、广州、上海、河北、山东、四川、江苏和北京各地的一些医院所采用。该模式的基本特征是,在政府监管的背景下,将原公立医院药房的经营权通过契约形式转移给托管企业,医院和托管企业通过协商确定药品收入或利润中返还给医院的比重。在该类医药分离模式下,医院不仅保留了药房的所有权,而且仍然能够获得药品销售收入或利润的分成。“药品管理中心”模式的代表则是安徽芜湖市。在该模式下,全市成立由财政全额拨款的药品管理中心,将医院药房的经营权与所有权全部收回;药品管理中心负责制定基本药品目录,并对药品供应企业和配送企业进行考核和管理;医院每月可以从药品管理中心的收入中获取8%的返还。

1.2.4 支付方式改革

随着我国社会医疗保障体系的构建,社会医疗保险逐步实现了全民覆盖。在此背景下,传统的按项目付费的医疗保险支付模式暴露出

越来越多的问题。按项目付费的基本特点是根据实际发生的医保范围内的医疗费用进行报销,对报销金额不设任何限制。这样的制度设计难以防范患者和医疗机构的道德风险行为,往往被认为是医疗保险下导致过度医疗的直接诱因。

在上述背景下,我国明确了医疗保险支付方式由按项目付费制向预付制转变的改革方向。事实上,我国部分地区早在 20 世纪 90 年代尝试进行预付制试点。例如,我国自 1997 年起,就开始在江苏镇江开展总额预付的试点工作,之后逐步扩大至北京、上海、保定、呼和浩特等试点城市。2012 年 12 月,人社部、财政部和卫生部联合下发的《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》提出,要在两年左右的时间内,在各统筹地区全面开展总额控制工作。该意见标志着我国医疗保险支付方式改革的全面展开。

总额预付制的基本特点是对医疗机构特定时期内的医疗费用报销总额进行限制。通常情况下,在总额预付制下,社会医疗保险机构按照特定的额度向医疗结构定期预付医疗费用,用于补偿实际发生的医保报销范围内的医疗费用。由于预付额度是给定的,因此如果实际需要报销的医疗费用超过预付额度,那么这部分超出费用将无法得到补偿,只能由医疗机构自行承担。在我国的实践中,总额预付制往往是对统筹基金中的实际应付金额进行限制,因此它不等同于医疗总费用约束。计算预付总额的一种常见的计算方法为:预付总额 = 人次 × 次均费用 × 实际补偿比例(实际报销比例)。在排除医疗费用中的自费项目后,这一计算公式也可以等价地表示为预付总额 = 人次 × 次均医保类费用 × 共同保险比例。实际计算时,往往还会考虑年度增长系数,以反映医疗费用的上涨趋势。

1.3 本书的结构

本书将从我国现行的医疗管理体制入手,探讨政策设计与医疗市场绩效之间的关系。第二章至第四章将重要研究各类医疗服务价格上限管制和医药分离改革的实施绩效;第五章和第六章将就我国的社会医疗保障体系和医疗保险支付方式的改革进行集中探讨。

第二章重点研究了我国医疗价格管理体系的实施绩效。为了控制医疗费用的过快增长,我国长期对各类医疗服务和药品实施政府指导价。但是,医疗费用不仅没有得到有效控制,反而出现了“以药养医”和“以械养医”等过度医疗现象。该章节在垄断的医疗市场下考察了医疗价格上限管制和过度医疗之间的关系。研究所得到的主要结论是,在垄断的市场结构下,价格上限管制不仅无法改善患者的福利,反而是过度医疗的直接诱因,对医疗市场的效率带来了负面影响。

第三章进一步考察了医疗市场竞争和过度医疗之间的关系。2009年,国务院发布的《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011年)》明确指出了加快形成多元化办医格局的改革方向。在此背景下,作为多元化办医的一个组成部分,营利医院的进入对我国医疗体制改革所能产生的影响就成为一个值得探讨的理论与现实问题。该章节以一个非营利医院的垄断模型为基准,讨论了营利医院进入的影响。根据我国的医疗机构分类管理模式,两类医院面临完全不同的制度安排。因此,这两类医院的竞争产生了异质性的医疗服务供给机制。与只存在非营利医院的垄断型医疗市场相比,营利性医院的市场进入对社会福利的积极效应体现在患者医疗费用的降低、更有效率的医疗服务以及对非营利医院过度治疗的抑制和医保运行效率的提高。