

公共政策论丛·研究报告 执行主编 余 晖

一个独立智库笔下的 ——新医改——

(上册)

余晖◎主编



中国财富出版社
CHINA FORTUNE PRESS

公共政策论丛·研究报告

一个独立智库笔下的新医改

(上册)

余晖 主编

中国财富出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

一个独立智库笔下的新医改: 全2册 / 余晖主编. —北京: 中国财富出版社, 2014. 9

(公共政策论丛·研究报告)

ISBN 978 - 7 - 5047 - 5244 - 4

I. ①—… II. ①余… III. ①医疗保健制度—体制改革—研究—中国
IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 130763 号

策划编辑 寇俊玲

责任印制 何崇杭

责任编辑 齐惠民 谷秀莉

责任校对 梁 凡

出版发行 中国财富出版社 (原中国物资出版社)

社 址 北京市丰台区南四环西路 188 号 5 区 20 楼 邮政编码 100070

电 话 010 - 52227568 (发行部) 010 - 52227588 转 307 (总编室)

010 - 68589540 (读者服务部) 010 - 52227588 转 305 (质检部)

网 址 <http://www.cfpress.com.cn>

经 销 新华书店

印 刷 北京京都六环印刷厂

书 号 ISBN 978 - 7 - 5047 - 5244 - 4/R · 0079

开 本 710mm × 1000mm 1/16 版 次 2014 年 9 月第 1 版

印 张 50.75 印 次 2014 年 9 月第 1 次印刷

字 数 884 千字 定 价 198.00 元 (全 2 册)

版权所有 · 侵权必究 · 印装差错 · 负责调换



公共政策论丛总序

中国的改革开放政策已经实施了30多年，但基本是以经济领域效率导向的改革和开放为主线，社会、文化尤其是政治领域的改革明显落后。这不但导致了经济领域的深化改革和进一步开放步履维艰，而且阻碍了中国特色社会主义市场经济体制的建设进程。未来的中国应该是与世界先进文明高度接轨，而且更加开放、民主、平等和自由。显然，目前和未来的中国公共政策在制定的过程中，将面临更加复杂的选择。这是因为经济政策的边际创新动力已经枯竭，而上述其他领域公共政策的边际创新才刚刚起步。我们开始进入一个航向尚不完全明确的深海区域。全面配套的转轨改革将更加艰辛。

在此背景下，中国经济体制改革研究会几年前专门成立了公共政策研究部，陆续聘请了众多的具有国外工作学习经验的中国学者作为高级研究员，这些优秀的学者跨越经济、法律、政治、社会、文化等学科，并长期从事公共政策的理论研究和咨询工作。从2008年起，我们以“公共政策论丛·研究报告”、“公共政策论丛·专著”和“公共政策论丛·学者自选集”三个系列为组合，推出这套公共政策论丛，并将其作为一项连续出版的计划。其目的就是在更加广泛的领域介绍他们的研究成果，从而使国内公共政策的研究和讨论在理论和实际操作层面能够更深入地展开，并推动公共政策研究的本土化。同时，着意培养政府和公众的公共政策意识，吸引公众更为理性地关注和参与公共政策的制定和执行，并为各级政府决策机构在制定和执行公共政策时提供可能的帮助。

其中，“公共政策论丛·研究报告”系列展示的是公共政策研究部分年度



完成的公共政策研究和咨询报告，这些报告有些来自该部自立的课题，也有些来自有关政府和国内外民间机构委托的课题；“公共政策论丛·专著”展示的是该部高级研究员有关某一公共政策领域的理论研究成果；“公共政策论丛·学者自选集”展示的则是该部高级研究员已发表或未发表的有关公共政策的论文、评论和研究报告组成的个人成果。当然，文集也可能是针对某一公共政策话题所收集的该部高级研究员的特约文章。

在宪政制度比较发达的国家，公共政策的提出、制定、执行、监督和评价是一个由公共政府主导、高度开放、相关利益团体高度参与的制度过程，其中也不乏各类研究咨询机构的参与。这必然是中国公共政策过程的方向。希望本论丛的出版能够为这一过程的逐步完善作出贡献。

作为公共政策研究部的现职主任和本论丛的轮值执行主编，我衷心感谢公共政策研究部高级研究员团队慷慨而有力的支持，也衷心感谢中国财富出版社编辑室主任寇俊玲及其编辑团队的高度认同和优质高效的编辑工作。正是他们的辛勤工作，使得“公共政策论丛”得以面世。

余晖

2013年5月1日



序 言

自 2005 年有关上一轮医改失败与否的大讨论开始，本轮医改即拉开了大幕。时间如白驹过隙，一晃就是九年！即便从 2009 年春天正式公布《关于深化医药卫生体制改革的意见》以来，也整整五年过去了。一般而言，五年是一个政策周期，此时认真回顾一下其成败得失应该是合理的。

这场引起国内外广泛高度重视的医改，其实是有一个好的开头的。记得本人于 2009 年 7 月 24 日在“世界银行医改效果评估培训班”的闭幕式上代表学者类学员的发言中曾经说过：

“之所以说这次活动是重要的，是因为一项涉及广大群体的公共政策过程，理应包括‘问题的提出、备选方案的设计、利益群体的广泛参与、政策的最终决定、政府预算的投入、政策的执行、政策效果的评估、政策的修正和调整’这些环节。这次医改到目前为止历经三年，可以说在前五个环节都前所未有地取得了重大的突破，为其他领域的改革和公共政策的制定提供了丰富的经验。但医改必然是一个长期的过程，现在开始进入政策的执行和试点阶段，尽管有些配套方案尚未出台。而在医改政策的执行过程中，政策效果的评估同样重要，因为缺乏科学、客观、中立的评估，我们就无法判断政策是否产生了其预期的效果，以及影响预期效果的诸多可能的因素，也就无法决定政策是否应继续执行或调整，甚至终止。这次世行和国务院医改办举办由政府官员和专家参与的效果评估培训，充分表明医改决策层高度意识到了效果评估的重要性。可以说这在国内也是前所未有的。作为一个高度关注公共政策过程的学者，我深知我国极大多数的公共政策不仅缺乏执行前的高度透明和公众参与，更缺乏执行中的持续效果评估。这与政府的执政理念有关，也与评估者缺乏科学的评估知识有关，尤其是在政策执行者自我评估的情况下，效果评估的客观性和中立性更为不足。通过这次活动，我相信



医改决策层会将开了一个好头的医改公共政策过程坚定地走下去，也一定会投入必要资源采取内部评估和外部评估的方式，对近三年甚至更长期的医改执行效果进行评估。”

后来的事实的确如此，各种政府自身的和非政府组织开展的医改效果评估可谓此起彼伏，结论也不一致，成功、失败或持中的都有。当然，评估归评估，尤其是与医改密切相关的政府部门自身或其委托第三方进行的评估，通常皆为该部门自己所用，自我表扬的多，几乎不公布于众。其实，在执行医改政策的过程中，很多老问题（如医护人员收入水平低、多点执业滞缓、大处方）尚未解决，而新的问题（如基本药物招标及零差率销售、医保基金大量结余和透支并存、基层医疗机构门诊量明显下降等）又层出不穷。医改到这个地步，普罗大众连看热闹的机会（除了医患冲突严重到医生被屡屡伤害时）都不复存在了。由于中国医改政策的制定不像别的国家必须由国会或议会通过甚至立法，因此某些政策执行的效果比较好或貌似比较好，其相关执行部门的负责人可能会得到提升，相反，很少有人会因此而被“弹劾”甚至被降职。改到目前这个地步，医改就基本停留在各相关政府部门（尤其是那些相关行业的主管或监管部门）为了自己的权利近乎肉搏的阶段了。这是中国公共政策过程的基本特征，百姓只能等待一个明智且敢于拍板的领导来快刀斩乱麻，急也没用。

尽管如此，在到目前为止的医改过程中，“智库”这一概念得到了很有效的普及，不少智库也的确深入到整个医改的政策过程中。如我所兼职并主持的中国经济体制改革研究会（以下简称“中国体改会”）公共政策研究部（中心）作为一个独立的智库，不但积极参与了医改方案公布前期的政策研究和讨论，甚至针对《关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）》进行了非常细致的、有针对性的评论，并提出了具体而系统的政策建议。而且，在医改意见及其实施方案正式公布之后，我们还对各省（市、自治区）陆续出台的实施方案进行了收集、分析和评论。具体内容如本书上册所载。

在上述过程中，我们被媒体或“政府主导派”冠之于“市场派”。其实我们所谓的“市场派”的主要观点不过如此简单：第一，建立健全公共财政、企事业单位组织和私人共同筹资且逐步一体化统筹和管理的社会医疗保险体制，并由其“集体”或“打包”购买医药卫生服务的功能；第二，管办分开，即医药卫生行业的监管机构与提供医药卫生服务的机构（不论是公立的



还是民营的) 不应有资产方面的权属关系, 两者之间应该是行业内的监管和被监管的关系; 第三, 政事分开, 即将公立医疗卫生机构与政府部门分开, 让公立医疗卫生机构成为独立的事业单位法人。政府相关部门或可派人加入该事业法人的理事会或董事会, 参与决策。以上第一点已经成为现实, 尽管各类医保(经办) 机构在向以公立医疗服务机构为主体的医药服务提供主体购买服务时, 其讨价还价的能力尚显不足。而后两点, 却正好是十八届三中全会所强调的在文教卫生等事业单位去行政化改革的主要内容。

当然, 在医改政策的执行阶段, 作为一个独立的智库, 必然会兼顾改革进程的跟踪、观察以及改革效果的评估。我们团队的这一部分工作即构成了本书下册的主要内容。除了对少数在本轮医改前即具有自我创新性改革行为的典型县(如沭阳、神木、子长、芜湖、昌图) 开展较规范的效果评估(即亚行项目“政府卫生投入模式及医疗卫生机构补偿机制”) 和深度调研(如高州、湛江) 外, 我们还对首批十七个城市公立医院改革试点开展了广泛而深入的调研, 形成了较为翔实的研究报告。这些试点城市我们一共实地深入考察了十二个, 有的城市我们甚至去调研了多次, 如北京、镇江、深圳、上海、洛阳等。值得欣喜的是, 通过这些广泛而深入的调研和评估, 我们发现大多数案例是能够支持医改前期我们的研究成果及其结论的。这也是我们愿意坦然地将我们的研究成果公开出版, 贡献给众多仍然关注中国医改的读者们的原因。

在此, 我不得不将我的诚挚谢意奉献给如下同人、朋友以及长期支持我们的相关机构。

宋晓梧先生, 在他担任中国体改会会长时, 以其深厚的收入和社会分配领域的学养及上一轮医改办公室主任的资历, 全力指导和支持了我们的医改研究活动。

顾昕教授, 他是北京大学政府管理学院的教授, 兼任中国体改会公共政策研究首席社会政策专家。国务院医改办征求机构意见时第七套方案(北师大方案) 的执笔人。可以说这本书中的任何一章都有他的辛勤付出, 几乎一半的文字都出自他的笔端。他的勤奋、博学和严谨的治学态度使我相信他已经成为国内社会政策领域的一位领先者。

在中心的长期合作伙伴中, 还有中国社会科学院经济研究所的朱恒鹏研究员, 他也参与和承担了中心不少有关公立医院和基本药物等方面的课题,



是亚行项目的主要执笔人。此外，董朝晖研究员、张炜教授、杜创副研究员、汪德华副研究员、韩惠玲副研究员、张琼讲师、熊茂友高级研究员等也积极参与了中心的医改调研工作。

牛正乾先生，是他在任副总之时，代表九州通医药公司给了第一笔捐助，成立了中心新医改课题组，这笔捐助使我们游刃有余地开展了医改前期的研究活动。不仅如此，他还积极帮助中心策划和组织了多次有关药物政策尤其是基本药物政策的研讨会。

关志强先生，曾经作为政府官员参与了上一轮医疗改革。在这轮医改中，是他在担任辉瑞制药政府事务部总监时，给了中心第一笔资助，让我们完成了“医改八方案比较”的写作，之后他又代表辉瑞陆续资助了若干医改课题的研究。

在我曾经兼任长策智库总裁时，长策智库法人代表雒亚龙先生和前长策智库分管行政的副总裁刘立娜女士，承担了诸多策划、组织和协调的工作，使我主持的包括医改在内的各项调研任务都能顺利开展。此外，曾经在长策智库任职和兼职的那些年轻、可爱、好学的助理研究员们，如韩钰、朱凤梅、王龔、杨丽霞、何静、李丹等，也为读者面前的这些研究成果付出了艰辛的努力。

还有难以胜数的中央和地方政府涉及医改的各级官员朋友、国内外非政府机构的朋友们，以及各路媒体的优秀记者和编辑们，我也在此一并表示深深的谢意！正因为有你们的一路扶持和鼓励，我们这个民间的研究机构才敢于自称为一个独立的智库！

最后一点声明，本书文责一概由本人承担。

余晖

2014年5月20日

c o n t e n t s

1



六、从管办分离到大部制是本轮医改成功的组织保障	32
医疗卫生服务是“具有社会公益性的经济私人品”	35
一、医疗改革需达成的几个基本认识	35
二、如何认识“看病贵”和“看病难”	39
三、如何构建“激励相容”机制	46
四、对当前我国医疗改革基本目标和改革方式的经济学理解	50
推进和健全全民医疗保险是本轮医改的突破口	53
一、走向全民医保是医疗体制改革的突破口	54
二、公费医疗体制还是社会保险体制	55
三、渐进改革现有的城乡公立医保制度	60
四、现行公立医疗保险覆盖面的拓宽	62
五、构建多层次、多水平的公立医疗保险体系	68
六、医疗付费机制的转型是新医改的核心	69
公共财政的投入要通过推进医改来增强公益性	74
一、公共财政对于医疗卫生事业的投入	76
二、养供方、补供方还是补需方	81
三、公共财政与全民医保的实现	85
医疗服务体系改革的关键在于公立医疗机构的法人化	93
一、医疗资源市场化配置及其后果	94
二、政府医疗投入的规模和流向	98
三、弥补市场不足：公立医疗机构的结构重组	100
四、政事分开：公立医院走向法人化	104
基本药物供应的市场保障体系	109
一、基本药物的可获得性较低吗	110
二、是谁在冷落相对物美价廉的基本药物	113



三、为何医疗机构冷落廉价药	118
四、为何药企可以很容易地转产高价药	120
五、基本药物“统购统销”制度决不可行	122
六、药价管制于事无补	126
七、建立基本药物的市场供应保障体系	130
从管办分离到大部制是本轮医改成功的组织保障	136
一、行政脱钩：健全医疗卫生服务机构的法人治理结构	138
二、确立监管者的中立性：医药卫生监管体制的重构	140
三、建立国家健康委员会：政府行政管理与监管体系的整合	141
“收支两条线”：公立医疗机构的行政化死路	144
一、“收支两条线”令医疗服务体系退回计划体制	145
二、“试点效应”背后的逻辑	147
三、“管办分离”才是公立医院发展的康庄大道	150
此管办分离彼管办分享——公立医院需要什么样的管办分离	154
一、政府管理公立医院的基本模式	155
二、对中国的借鉴意义	159
基本药物制度建设的三条道路	162
一、阳关大道：市场化集中采购模式	164
二、权宜之计：医保机构实行基本药物的集中采购	167
三、独木之桥：基本药物的准统购统销	169
基本药物供给保障的制度建设：国际经验的启示	172
一、基本药物概念的内涵和外延	172
二、基本药物的遴选	175
三、基本药物的定价	176
四、基本药物的供应	178



五、基本药物的使用	184
六、中国基本药物制度的战略选择	186
全民医保的新探索——制度建设的若干问题	191
一、基本医疗保障体系覆盖面的拓展	193
二、基本医疗保障体系筹资水平与保障水平的提高	195
三、城乡公立医疗保险的基金结余率	197
四、基本医疗保障体系与基本药物制度的衔接	200
五、医疗保险经办机构的治理变革	205
分报告一：中国何时实现全民医保	213
一、城镇基本医疗保险的覆盖面	214
二、农村新型合作医疗的覆盖面	217
分报告二：基本医疗保障体系的筹资水平与保障水平	220
分报告三：城乡公立医疗保险的基金结余率	227
一、新农合基金的统计数据公布不全	229
二、城镇居民医保：起步时期步点有些混乱	230
三、城镇职工医保的巨额结余足以支付一年半	232
四、盘活医保沉淀基金的政策建议	239
分报告四：基本医疗保障体系与基本药物制度的衔接	241
一、由医保机构为基本药物埋单	242
二、基本药物的遴选：医保机构的角色	246
三、根治“以药养医”：医保付费改革与基本药物的合理使用	251
四、基本药物的供应体系	256
五、结论：重视医保机构在基本药物制度中的作用	261
分报告五：医疗保险经办机构的治理变革	262
一、医疗保障服务专业化和法人化	263



新医改八家方案评述：走向高度行政化 还是有管理的市场化^①

中国的医疗体制弊端重重，其集中体现就是越来越多的人因为经济困难而有病不能医。自 2005 年夏天以来，关于医疗体制改革的话题便成为大众传播媒体热衷的话题之一。一开始，讨论的焦点放在对过去 20 多年医疗体制改革的评价，尤其是争论以往的改革是否“基本不成功”；之后，讨论的重点很快转移到新一轮医疗体制改革的方向与战略上。

在中国医疗体制改革争论白热化之际，新医改政策的出台被列入中国政府的议事日程。2007 年上半年，七家国内外机构，即北京大学、复旦大学、北京师范大学、国务院发展研究中心、世界银行、世界卫生组织和麦肯锡公司受邀向国家医药卫生体制改革部际协调小组各自递交了一份改革建议书，对中国卫生体制的改革提出指导原则和制度设计框架。5 月底，国家医药卫生体制改革部际协调小组召开了一次大规模的国际研讨会，邀请七家机构展示其方案并且进行研讨。中国人民大学和中金公司主动提交了另两份改革方案，并参加了这一研讨会。

① 本报告执笔人为中国经济体制改革研究会（以下简称“中国体改研究会”）公共政策研究中心首席社会政策专家、北京大学政府管理学院教授顾昕（顾昕教授是北京师范大学方案的执笔人和报告人），以及中国体改研究会公共政策研究中心高级研究员、人力资源和社会保障部社会保障研究所医疗保险研究室副主任董朝晖（他全程参与了本次会议）。中国体改研究会公共政策研究中心主任、中国社科院工业经济研究所研究员余晖作为国家医药卫生体制改革部际协调小组邀请参会的国内六位评议专家之一全程参加了此会，他作为第一读者对本报告提出了修改和完善意见。本文指的“八家”不包括中金公司。



国家医药卫生体制改革部际协调小组并没有把新医改的范围局限在医疗体制的改革上，而是要求各机构对整个医疗卫生药品事业（医药卫生体制）的改革与发展给出全面的、系统性的、综合性的建议。对于中国医药卫生体制的弊端，亦即即将开始的新医改力争解决的问题，这八家机构的分析大同小异。基本上，公平缺失和效率不彰的问题，都受到重视，但最受关注的问题，乃是医疗卫生服务可及性的不平等。一方面，正如前文提及的，医疗费用的上涨幅度高于民众经济收入的上涨幅度，从而导致相当一部分民众有病不能医，亦即医疗卫生服务经济可及性（economic accessibility）具有不平等性；另一方面，卫生资源配置不合理，导致城乡以及不同地区医疗卫生服务的实体可及性（physical accessibility）呈现不均等性。

为了应对这些问题，八家机构根据国家医药卫生体制改革部际协调小组所设定的框架，均就医疗保障、公共财政与卫生筹资、医疗服务、医疗卫生的监管和药品生产与流通这五个制度领域的改革，提出了各自的建议。其中，除北京师范大学外，七家机构均应国家医药卫生体制改革部际协调小组的要求，把公共卫生体制的改革和发展也纳入了建议的范围，但其内容均大同小异，即主张公共卫生服务完全由政府财政出资，由公立机构提供服务，由政府组织评估、评审和奖惩。在这一领域，七家机构提出的改革建议同现实中正在运行的制度没有多大的差别，而对于现行制度的种种缺陷（除了公共投入不足和投入责任不清之外）也未加深入讨论，很多建议绝对是老生常谈，因此完全可以说是聊无新意。或许正是由于相应的基础研究不充分，或者对众所周知的制度安排（例如，政府为公共卫生服务完全出资）没有异议，或者不愿意重复众多专业人士经常表达的观点，北京师范大学放弃了关于公共卫生的讨论，而是把建议的重点和焦点放在了医疗体制的改革上。

下文将分别就上文提及的五大制度领域，评述八家机构改革建议的共识和分歧之处。

一、全民医疗保障体系的建立和完善

八家机构均把全民医疗保障（简称全民医保）的实现视为新医改的重点之一，而北京师范大学更加强调这是新医改的突破口。依照北京师范大学的思路，全民医保是整个医疗卫生体制改革的基础和前提，其关键在于这一改



革能有助于医疗服务第三方购买机制的形成，从而为其他方面的改革提供杠杆和激励。因此，北京师范大学的建议书并没有把医疗保障体系的改革同其他领域的改革等量齐观，而是重点加以论述。或许基于类似的理由，世界银行的建议书把论述的重点同样放在医疗保障体系的健全之上，对于其他问题的论述相当简略。

但是，关键的问题并不在于八家机构对全民医疗保障的重视程度，或如何为全民医疗保障的重要意义定位，而是它们所提出的实现全民医疗保障的具体路径。尽管细节上有一些差异，但实际上，八家机构提出了两种迥然不同的全民医保之路：其一，政府通过补助公立医疗机构，直接以低价格为全体公民提供医疗服务；其二，通过社会保险或税收筹资建立覆盖全民的公共医疗保障制度，实行政府（或社会保险机构）购买医疗服务。其中，北京大学、国务院发展研究中心和世界银行主要倾向于前者，而其余五家机构大体上赞成后者。此外，八家机构均赞成对一些发病率低但费用奇高的疾病治疗，采用商业性医疗保险筹资方式，以为高收入人群提供服务更加全面而精良的医疗保障。八家机构也都赞成由政府财政出资建立公共医疗救助制度，来帮助贫困人群提高医疗服务的可及性；当然，公共医疗救助体系如何与其他公共医疗保障体系相衔接，则取决于其各自对公共医疗保障体系总体框架的建议。

北京大学主张建立“基本医疗卫生制度”，国务院发展研究中心主张建立“国家基本卫生保健制度”。标签不一，但实质都一样，即由政府一般税收筹资，为所有国民提供大体上免费的“基本卫生保健”，也就是国际上通称的“初级卫生保健”（primary care）。“基本卫生保健”分为两部分：公共卫生服务和基本医疗服务。具体而言，中央政府设定全国统一的“基本卫生保健服务包”，地方政府根据当地的经济水平在此基础上设定各自加强版的“基本卫生保健服务包”，由政府指定的医疗卫生服务机构向民众大体上免费提供，即公共卫生服务全额免费，基本医疗服务设定 20% ~ 30% 的自付比。值得一提的是，在国务院发展研究中心的建议中，政府指定的基本卫生保健提供者是指公立的城乡社区医疗卫生服务机构，即城镇社区卫生服务机构、乡镇卫生院和公立村卫生室；至于民营的、面向社区的医疗服务提供者，如诊所、卫生室甚至社区医院等，则必须实行程度不等的国有化（或公有化），才能拥有提供基本卫生保健服务的资格。相反，北京大学提出，基本医疗卫生