



# 快 訊

## SSL Express

2019 年第 05 期 ( 总第 312 期, 1 月 17 日 ) 中国社科院世界社保研究中心 主办



1 月 8 日, 中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文教授应邀出席“第十一届健康中国论坛(2018 年度)”并做题为“中国医改的新起点与新挑战”的主旨演讲, 下面是发言主要内容:

### 郑秉文: 该如何看待 10 年的新医改?

1 月 8 日, 由人民日报指导、人民网、健康时报联合主办的“第十一届健康中国论坛(2018 年度)”在北京万达文华酒店召开。中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文教授应邀出席并发表主旨演讲, 题目是“中国医改的新起点与新挑战”。

郑秉文教授主要从五个方面对中国医疗制度改革的形势做出预判: 医疗费用支出总趋势、2009 年以来的新医改、公立医院改革、医药“带量采购”、长期护理保险尽快统一制度框架等, 还包括医保经办体系改革取向问题。

#### 第一, 关于如何看待医疗费用支出总趋势。

郑秉文认为, 在刚刚过去的 12 月份是中国建立医疗保险制度 20 周年。2009 年启动第二轮医改, 全国医疗卫生费用支出总趋势上升较快, 占 GDP 的比重从 2009 年的约 4.9% 上升到 2017 年的约 6.2%。从支出结构上看, 政府支出与社会支出双增加而个人卫生支出快速下降。政府卫生支出占 GDP 的比重从 2009 年的约 17% 提升到了 2017 年的约 30%; 社会卫生支出占 GDP 的比重从 2009 年的约 17% 提升到了 2017 年的约 41%; 个人卫生支出占 GDP 的比重从 2009 年的约 56% 下降到了 2017 年的约 29%。

---

中国当今的医疗卫生支出规模、比例、结构近似于美国 1970 年的平均趋势水平。1970 年美国个人健康总支出占同年 GDP 比重约 6.1%，中国 2017 年占比约 6.2%。今天美国的个人卫生费用总支出占 GDP 已高达 17.5%。从 6.1%到 17.5%这个过程大约是半个世纪。对中国的启示就是，医疗卫生投入的提高一定要与经济发展水平相适应，未来 50 年的发展过程中，医疗卫生费用的支出水平要与每年的 GDP 增长率挂钩，不能落后，但也不能超前。如果超前了，就会为财政带来巨大压力，在这方面，欧洲一些国家是有教训的。例如，第二次世界大战之后直至 1973 年石油危机爆发之前，是欧洲资本主义经济发展的黄金时期，法国此前 GDP 增长率一直维持在 6%左右，以法国为代表的欧洲资本主义国家几乎完成了福利制度的设计，1973 年石油危机之后，欧洲经济一蹶不振，法国 GDP 跌至 2%左右，福利制度不堪重负。1995 年以来，法国极力主张福利瘦身改革，但遭到社会激烈反对，福利刚性导致激烈冲突和社会动荡，很多法国和欧洲学者开始反思 70 年代初的仓促与盲动，并为之而叹息。



中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文

从支出结构上看，美国个人卫生费用支出占总费用支出的 40%下降到今天的 10.9%，他们用了 50 年的时间，在这 50 年里，社会保险比例略有下降，说明企业负担有所下降；政府支出比例大幅增长至 44.8%；此外，慈善支出占 7%。这个支出结果显示，中国政府支出还有较大空间，应该大力发展第三方支出（慈善），平衡各类支出比例，降低个人卫生支出部分。

## 第二，关于如何看待 2009 年以来的新医改。

郑秉文认为，新医改已经推行将近 10 年，我国医疗卫生体制改革取得了很大成效，在三医联动、分级诊疗、取消药品加成、医生自由执业、公立医院综合改革、带量采购等方面取得突破。但是随着医保制度改革过程渐进，老百姓看病难、看病贵问题依然存在，获得感

不明显。

2009 以来新医改的主要问题应落实在医院改革上，医疗保险制度与养老等问题不同，医疗卫生提供的不仅是“货币报销”，更重要的还是“服务医疗”，而“货币”和“服务”的问题都汇集在医院这个“矛盾点”上。中国是世界上公立医院最多的国家之一，在三医联动中公立医院也占主导地位，医改成功与否主要看公立医院的改革成功与否。

### 第三，关于如何看待公立医院改革。

郑秉文认为，三医联动也好，中国医疗改革的关键也罢，公立医院改革是关键之关键，但在目前的大环境下，公立医院改革难有根本性突破，内在机制问题不可能彻底解决。所以不妨一方面在公立医院改革方面寻找突破口，或作为存量先放在那里，而另一方面，加大社会办医力度，在增量上进行改革，营造公立医院的外部竞争环境，以时间换取机制，等社会办医的比例占绝对统治地位时，公立医院的改革自然就要产生倒逼的性质了。



中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文演讲

先看公立医院改革目前的窘境。新医改以来，公立医院改革的原理是“建设靠国家、运行靠服务”。但公立医院“收不抵支”必将是常态化的，所以就只能“以药养医”。但在取消医药加成之后，医院收入来源就从“服务收费、医药加成、政府补助”三项转为“服务收费、政府补助”两项，所以政府补助只能大幅增加。2009 年~2017 年，各级财政对公立医院的补助从 703 亿增长到 2378 亿，年均增幅 16%，占公立医院总收入 10%，2017 年加上医疗保险支出 1 万亿(总计 14422 亿)，占公立医院医疗收入的 65%。简单加大投入并不能彻底解决公立医院的经营机制与激励机制之间的矛盾、国家的父爱主义与独立的核算机制问题，也就是解决不了公立医院的公益性与经营性的矛盾问题。

---

再看如何加大社会办医的问题。郑秉文认为，在目前的大环境下，公立医院的公益性和经营性矛盾、法人化与行政化之间的矛盾等，都是争得面红耳赤，没有任何结果，且也不容讨论。所以，加大社会办医力度和比重，恐怕是公立医院改革的最好催化剂和客观条件，就是说，在医疗市场上要营造一个公平的竞争中性的环境，迫使公立医院逐渐改革。就目前来看，全国绝大部分诊所、90%以上的妇产医院、骨科医院、眼科医院、70%以上的口腔医院是社会办医，但是，民营医院依然存在不少问题，比如缺乏人才、不够重视、监管自律须加强等。解决这些问题，要从以下几个方面入手：鼓励医生自由执业、自由流动、社会兼职，这是解决民营医院缺乏人才的关键；放宽准入门槛，包括审批门槛、土地用房、税收优惠、医保定点，鼓励社会办医；鼓励优质民营医院扩容下延的扶持力度，支持扩地区办医，向基层延伸分支机构，鼓励品牌化发展；加强综合监管力度，净化行业发展环境，加强行业自律，等等。

#### **第四，关于如何看待 4+7 医药“带量采购”。**

郑秉文认为，带量采购的总体原则是国家组织、联盟采购、平台操作，目的是为了降低药价、挤出水份。总体看，带量采购是大势所趋，当年奥巴马医改方案里也使用了国家集体采购的方案，这个大方向是正确的，且拟中选药品价格大幅下降，达到 50%，大大缓解了看病贵的问题，有利于减轻患者经济负担。但在目前试点一两个月时间里，也出现了一些问题，比如，股票市场的医药板块塌方式下跌，原材料价格大幅度上涨等等。随着带量采购的推进，未来也可能还会出现一些问题，我们应采取积极态度，不断完善带量采购制度。郑秉文认为，原料药价格大幅上升可能由两个原因导致的：一是原材料药品的审批制度还需进一步完善，降低一些门槛，同一类药厂应多放一些进来，打破原料药的独家垄断。二是采用了“最低价中标”。在道德风险盛行、诚信体系和法制建设不太完备的环境下，带量采购中标药厂很可能有很多道德风险藏在背后，他们恶性竞争，跑马占地，待中标后就有可能在道德风险下变通很多东西，药很可能不是原来的药了，质量出现问题，以此来“绑架”医院和消费者。就是说，“最低价中标”的问题是，中标的药厂、没中标的药厂以及民族药业的长期发展都存在可持续性。同样，对进口药来说也存在可持续性的问题和老百姓如何享用进口药的问题，在仿制药和原研药之间存在平衡的问题，要避免“劣币驱逐良币”问题，解决医药的“性价比”问题。去年，人民日报连发几篇文章，严厉批评建设工程界实施的“最低价中标”，工程界将之戏称为“饿死同行、累死自己、坑死业主”。对带量采购，现在也有人戏称为“不过一致性评价是等死，过一致性评价是找死”。基本药物采购最低价中标博弈研究显示：参与投标的药品生产商越多，投标报价溢出成本部分（负的外部性）越少；投标商的单位成本

越低，期望支付越大；只有设法让更多药品生产商参与竞标，才能有效选择低成本药品生产商、降低采购成本、增加社会福利。因此，千方百计让更多药企参与投标是“带量采购”要达到的目的的一个重要手段。那么，如何才能让更多药厂理性地参与投标，而不是恶性竞争和跑马占地，避免出现“小黄车”式恶性竞争？郑秉文认为，应采用“最优价中标”。那么，什么是“最优价”？有三个办法，一是数量法，即规定“最低价不中标”，比如规定“次低价中标”就会起到这样的效果。二是评议法，就是组织专家对性价比进行综合评议。三是将这两个办法结合起来，赋予权重，最后看总分。

#### 第五，关于如何看待长期护理保险的试点。

郑秉文认为，2016年确立15个城市对长期护理保险进行试点，其后自愿参加试点的城市越来越多。从筹资模式、力度，到人员覆盖范围、服务标准的提供、服务供给的方式，长期护理保险制度模式选择差异性很大。从全世界的形式来看，长期护理保险模式有社会救助型，国家保障型，政府津贴型，商业保险型，社会保险型。



中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文演讲

在长期护理保险试点中，目前实际“自愿加入”到试点行列里的城市越来越多，在调研中发现，仅江苏省就已经有5个城市加入进来，2019年还有要加入进来的，所以，从全国范围看，进行长护险试点的城市应大约有四、五十个。应尽快把基本制度模式框架确立起来，让这些试点城市在制度框架里进行试点，否则，加入城市越来越多，制度设计差异性很大，碎片化程度越高，未来就会为统一制度带来很多困难，统一成本就会很高，甚至将来很难统一，路径依赖越严重，改革成本越高。目前的养老保险制度、医疗保险制度存在的一些痼疾就可追根溯源到20多年前试点时期。





最后，由于时间关系，关于医保经办体系改革，郑秉文也简单提出了一些看法。

他认为，新建的国家医保局面临的一个重大挑战就是医保经办体系改革的问题，重点就是如何将专业化和社会化相融合起来。专业化是指医保经办服务体系要尽快划转，各就各位，建立一个高效专业化的、自上而下的专业经办服务体系；社会化是指医疗保险经办服务体系如何发挥商业保险的延伸作用、第三方委托的补充作用，最大限度地、符合实际地把社会化做到最大化。经办机构社会化改革的领域包括城镇职工基本医疗保险制度、新农合制度、大病保险制度、即将建立的长期护理保险制度、医疗救助制度等，这就是国家医保局建立之后面对的“大医保”概念下的改革要求。此外，如何建立一个其他四项社会保险的高效协同的大经办体系，这就是国家医保局面对的“大健康”概念下的关于“医养结合”、“康养结合”的综合挑战。医保经办体系社会化改革十分重要，它是国家治理能力现代化的重要组成部分，牵涉到激励机制的问题、放管服的具体落实问题、推进社会公共服务创新的问题，等等。

（供稿人：张冰倩；审稿人：郑秉文）

---

## 声 明：

中国社会科学院世界社保研究中心(简称“世界社保研究中心”)英文为 The Centre for International Social Security Studies at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 CISS CASS, 成立于 2010 年 5 月, 是中国社会科学院设立的一个院级非实体性学术研究机构, 旨在为中国社会保障的制度建设、政策制定、理论研究提供智力支持, 努力成为社会保障专业领域国内一流和国际知名的政策型和研究型智库。

中国社会科学院社会保障实验室(简称“社会保障实验室”)英文为 The Social Security Laboratory at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 SSL CASS, 成立于 2012 年 5 月, 是我院第一所院本级实验室。“社会保障实验室”依托我院现有社会保障研究资源和人才队伍, 日常业务运作由“世界社保研究中心”管理, 首席专家由“世界社保研究中心”主任郑秉文担任。

“社会保障实验室”于 2013 年 2 月开始发布《快讯》和《工作论文》。《快讯》产品版权为“社会保障实验室”所有, 未经“社会保障实验室”许可, 任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、上网和刊登, 如需使用, 须提前联系“社会保障实验室”并征得该实验室同意, 否则, “社会保障实验室”保留法律追责权利;《工作论文》版权为作者所有, 未经作者许可, 任何机构或个人不得以抄袭、复制、上网和刊登, 如需引用作者观点, 可注明出处。否则, 作者保留法律追责权利。

如需订阅或退订《快讯》《工作论文》, 请发送电子邮件至: [cisscass@cass.org.cn](mailto:cisscass@cass.org.cn)。

**地址：**北京东城区建国门内大街 5 号

**电话：**( 010 ) 84083506

**传真：**( 010 ) 64014011

**网址：**[www.cisscass.org](http://www.cisscass.org)

**Email:** [cisscass@cass.org.cn](mailto:cisscass@cass.org.cn)

**联系人：**董玉齐