

从中国医药卫生体制改革中可以学到什么？

孟庆跃及其合作者评估了中国医药卫生体制改革取得的成就，提出了下阶段需要继续深化改革的建议

中国政府于1996年开始医药卫生体制改革（医改）。但实施几年后，其改革效果却不理想。首先，绝大多数农村和城镇居民没有基本医疗保险覆盖，个人自付卫生支出占卫生总费用的比例高达60%左右，公众对卫生服务可及性和医疗费用负担抱怨增加，许多人没有能力支付医疗费用；其次，2003年在中国爆发的严重急性呼吸综合征（SARS），凸显了健康对人类发展的重要性，政府开始更加关注卫生体系对其他经济社会发展部门的影响；再者，2005年一份公开发表的关于分析医改成功与否的报告，引起了社会舆论对于继续深化改革的讨论。

为了回应社会对卫生体系的关切，中国政府2007年开始设计新一轮医改方案，除了国家卫生部和国家发改委协调的多部委参与设计，还组织了国内外研究和咨询机构提供改革方案。2009年3月，中共中央、国务院发布“关于深化医药卫生体制改革的意见”，标志着中国新一轮医改的开始。改革的目标是到2020年，通过加强和完善医疗卫生服务体系、医疗保障体系和基本药物制度，初步建立起公平有效的基本医疗保险制度。

中国医改是一项大规模长时间的社会实践，从中汲取经验，对于思考2020年后如何继续推动卫生健康发展将有所裨益。这篇文章的目的是评价医改取得的进展，分析存在的挑战，为未来卫生改革提出建议。

主要改革政策

中国建立起了三级医疗卫生服务体系：农村县、乡、村，城市市、区、社区。公立卫生服务机构是主要的服务提供者，2017年，82.4%的住院服务是由公立医院提供的。¹ 中国建立起了覆盖城乡全体居民的医疗保险制度，城乡居民基本医疗保险主要由政府出资（约70%由政府出资）。城镇职工基本医疗保险制度主要有企业和职工出资。

中国过去10年的医改主要覆盖5个重点领域，重点工作在不同的年份有所侧重。这些政策的核心是解决“看病难、看病贵”的

问题。表1对5个重点领域改革政策的总结，及其进展和挑战。

卫生筹资改革主要集中在扩大巩固基本医疗保险人口和服务覆盖面。中国三项基本医疗保险，农村居民和城镇居民基本医疗保险主要有政府筹资，城镇职工基本医疗保险主要由企业和职工出资。城乡居民基本医疗保险制度正在整合中。因为城乡居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险人均筹资额度差别较大，整合为单一的基本医疗保险制度尚需时日。

取消药品加成，改变公立医疗卫生机构筹资机制，是基本药物制度改革的重要内容。过去医疗机构依赖药品筹资被认为是导致药品过度使用的重要原因。政府补贴和基本医疗保险资金是补偿医疗机构取消药品加成的主要方式。

在整个医改期间，加强基层医疗卫生机构即农村乡村医疗卫生机构、城市社区医疗卫生机构的能力一直是工作的重点。政府投入巨资改善基层医疗卫生机构工作条件，出台了一系列政策提高基层医疗卫生机构吸引和留住卫生人才的能力。

建立基本公共卫生服务均等化制度的目的是保障全体居民享受基本的公共卫生服务。中央政府主要为中低收入省份提供资金保障，富裕省份主要由地方政府（省和县）提供资金。人均资金额度和服务包每年进行调整。

约60%的卫生资源集中在公立医院，改革公立医院是解决“看病难、看病贵”问题的关键。¹ 公立医院改革也是医改中最困难的部分，平衡医院和社会之间的利益关系非常不易。

为了实施改革，国务院成立了医改领导小组和办公室，主要是协调部委制定有关改革政策，比如医院支付制度改革和基层卫生人员激励机制改革，以及制定年度医改重点工作。年度重点工作用于指导相关部门和各省医改工作计划制定和活动的落实。每年度对各部门各地医改工作落实情况进行评价，评价结果与领导绩效和政府资源配置挂钩。

成就

表1中最后两栏总结了医改取得的主要成就和存在的挑战。下面的分析主要集中在3个方面：政府和社会卫生投入的变化，表明医改投入；未满足的卫生服务需要变化，表明卫生服务可及性；孕产妇死亡率和婴儿死亡率地区和城乡间差距的变化，反映健康公平。

公共财政对卫生投入增加

医改期间，政府和社会卫生支出加快。卫生总费用占国内生产总值（GDP）的比例从2009年的5.03%增加到2017年的6.36%，但2000年

到2008年期间，这个比例没有变化（2000年为4.57%，2008年为4.55%）。图1是2000年到2017年的卫生总费用，政府卫生支出和社会卫生支出的增长速度明显高于个人卫生支出。2000—2005年，个人卫生支出占比高于50%；2006—2008年，个人卫生支出占比40%~49%；2009—2017年，个人卫生支出占比不断下降，从2009年的37%下降到2017年的28%。¹ 2000年到2006年间，政府卫生支出每年平均增长（100~200）亿；2009年到2017年间，政府卫生支出每年平均增长（1000~1500）亿。¹ 社会卫生支出增加较快，2017年占到卫生总费用的42%。¹ 社会卫生支出在2010年超过个人卫生支出，政府卫生支出在2015年超过个人卫生支出。

政府新增卫生投入向贫困地区倾斜。在低收入地区，80%的新农合资金来自政府资金支持，一半来自中央政府，一半来自地方政府。低收入地区基本公共卫生服务均等化的资金全部来自政府补助。¹¹ 通过医改，城乡居民基本医疗保险实现全民覆盖，基本公共卫生服务均等化制度也覆盖了全体居民。持续增加的政府投入是实现基本医疗保险制度和基本公共卫生服务均等化制度全民覆盖的关键。

卫生服务可及性改善，健康差距缩小

基本医疗保险制度建立前，很高比例的患者主要因为经济困难应就诊而未就诊。2003年和2008年，在医生建议住院的患者中，应住院而未住院的比例下降了4.5%（从2003年的29.6%下降到2008年的25.1%）。¹² 2008年到2013年，这个比例下降了6%（图2）。¹² 因经济困难原因应住院而未住院的比例从2008年的17.6%下降到2013年的7.4%。¹² 门诊服务应就诊未就诊的变化出现同样的趋势。基本医疗保险制度全民覆盖，以及卫生服务供给水平的提高，是卫生服务可及性改善的重要原因。¹³

提高健康公平性是医改的重要目标之一。中国在健康改善方面已经取得了很好的进展。图3是不同收入省份孕产妇死亡率的变化趋势。医改期间，不同收入省份孕产妇死亡率的差距出现了缩小的趋势。城乡孕产妇死亡率也出现了缩小的趋势。2000年到2008年，孕产妇死亡率的平均差距为28/10万；2009年到2017年，孕产妇死亡率的平均差距为2.3/10万。¹ 婴儿死亡率城乡差距也在缩小。2000年，婴儿死亡率城乡差距是25.2%（农村37%，城市11.8%）；2017，婴儿死亡率城乡差距缩小到3.8%（农村7.9%，城市4.1%）。¹ 基本医疗保险制度将住院分娩纳入到服务包，加强贫困地区妇幼和卫生服务体系建设，是缩小地区间和城乡间健康差距的重要因素。¹⁴

要点

- 中国2009年开始的医药卫生体制改革已经取得了良好进展，社会基本医疗保险制度和基本公共卫生服务均等化制度实现全民覆盖，卫生服务可及性改善，健康公平性提高。仍需继续提高基层医疗卫生服务质量，深化公立医院改革，更加有效利用卫生资源，以及整合医疗卫生服务和筹资体系。

表1：2009–2018年主要改革政策总结及其进展和挑战

改革重点	主要政策	进展	挑战
社会医疗保障体系	扩展和巩固基本医疗保险制度 扩大基本医疗保险服务包 提高医疗救助水平 建立大病医疗保险 整合城乡居民基本医疗保险	95%的人口实现基本医疗保险制度覆盖 ^{1 4} 城乡居民基本医疗保险人均筹资额从2008年的100元提高到2018年的700元，大约70%由政府支持 ¹ 所有地区已经建立起大病医疗保险制度	医疗保险经办机构利用战略性购买机制（包括支付制度）控制医疗费用攀升和改进医疗服务质量不够
基本药物制度	取消基本药品加成 建立药品购销体系 促进药品合理使用	医院药品收入从2008年的42%下降到2018年的30% ¹ 医院门诊和住院抗生素使用率医改期间平均下降了50% ⁵	药品集中采购制度尚需进一步完善
基层医疗卫生服务体系	加强基层医疗卫生机构投入 完善激励机制，加强基层医疗卫生队伍能力 建立全科医生制度 建立分级诊疗制度 取消基本药品加成	医改期间政府投入9650亿元用于支持基层医疗卫生机构建设 ¹ 基层医疗卫生机构依赖药品筹资的制度彻底改变，医改期间政府对城市社区卫生服务中心和乡镇卫生院预算支持增加了20% ¹	基层医疗卫生机构吸引和留住卫生人才的激励机制不够有效； 基层医疗卫生机构支撑分级诊疗的能力不足
基本公共卫生服务均等化	政府出资为全体居民提供均等的基本公共卫生服务 实施重大公共卫生服务项目	建立起了政府预算支持的基本公共卫生均等化制度 政府对基本公共卫生均等化制度投入从2010年的人均15元，提高到了2018年的人均55元 ^{6 7}	卫生资源贫乏地区公共卫生服务质量有待提升
公立医院改革	改变按项目付费的支付制度 完善公立医疗机构价格政策，取消药品加成 鼓励建设建立医联体和医共体 建立分级诊疗制度 鼓励开发和使用临床路径和指南	公立医疗机构依赖药品加成的筹资机制发生根本性改变，药品收入比重下降，医改期间政府对公立医院投入增加了1.5% ¹ 2015年，制定了442种疾病临床路径；2017年，65%的二级医院和三级医院实施了按病种支付制度改革 ^{8 9} 到2017年底，95%的城市实施分级诊疗制度改革 ¹⁰	医疗费用攀升 医疗服务和技术的过度利用

挑战

在中国这样一个大国，更加体现出卫生改革的复杂性和长期性。中国医改取得了显著成就，同时也存在着尚未解决以及新出现的挑战。

基层医疗卫生服务利用不高、能力不足

基层医疗卫生服务利用不高和能力不足主要有两个原因。第一，基层医疗卫生机构提供的服务质量不高，患者倾向于到高等级医疗机构就诊，从2005年到2015年，基层医疗卫生机构提供的门诊服务占比下降了7%。¹⁵ 2010年，5.6%的乡镇卫生院医生接受过5年及以上的医学教育，这一比例只提高到2017年的10%，进展比较缓慢。^{1 16} 基层医疗卫生机构吸引和留住卫生人才的激励机制是提高服务质量的关键。¹⁷ 第二，按项目付费支付制度为医院吸引和留住本可以在基层就诊的患者提供了激励。

医疗费用攀升和资源使用效率较低

2009年医改以来，卫生费用攀升速度加快。在综合性医院，2005年到2008年，

每出院患者费用增加了17.2%；2010年到2013年，每出院患者费用增加了22.1%。^{1 16} 门诊费用变化与住院相似，在综合性医院，2005年到2008年，门诊次均费用增加了15.52%；2010年到2013年，门诊次均费用增加了21.7%。¹ 卫生总费用中，个人直接付费比例（OOP）明显下降，但是疾病经济负担绝对水平特别是对于低收入人群并没有显著降低。¹⁸ 虽然药品费用在下降，但医院总支出仍然在上升。¹⁹

在全民基本医疗保险制度覆盖后，卫生服务供需双方可能出现道德损害现象，即服务提供者可能过度提供、患者可能过度利用，加上按项目付费支付制度，是推升医疗卫生费用快速增长的重要因素。²⁰ 图4是人均卫生支出（卫生投入指标）、5岁以下儿童死亡率和平均期望寿命（健康结果指标）等三个指标，中国在世界上的排名情况。中国人均卫生支出排名较低（投入相对较少），低于其他2个指标在世界上的排名（健康结果相对较好），换言之，中国用了较少的卫生投入获得了比较高的健康结果。或者说，中国卫生投入的效率相对

比较高。然而，需要关注的是，3个指标之间的排名差距在缩小。可能的原因包括，政府卫生投入是以开展的活动和服务数量为基础而非健康结果为基础分配，卫生资源向医院倾斜，而非向基本医疗和预防服务倾斜，而基层医疗卫生和预防服务是决定资源使用效率的重要因素。2016年，中国的住院率为16.4%，高于同期OECD国家平均住院率为15%的水平，提示需要对住院服务的适宜性予以关注。^{1 21}

部门间缺乏协调和体系的碎片化

为了有效促进健康和实现健康融入所有政策的方针，健康相关部门之间的协调和合作极为重要。促进部门协调需要更加有效的机制。医疗卫生服务需要以人为本、整合的和具有成本效果的，保证服务的连续性。然而，大多数医疗卫生机构缺乏合作的动机。尽管政府推进医联体和医共体建设并在许多地方试点，但促进机构有效合作的机制还没有真正建立起来。

目前的卫生筹资体系也需要整合，比如公共卫生服务和医疗服务筹资制度分开，是导致卫生服务体系碎片化的原因之一。²³ 政府一直在推动基本医疗保险异地就医，但许多在城市务工的农村人口仍然需要回到原籍享受基本医疗保险政策。

建议

建设基层为核心的整合型卫生服务体系

需要加强部门协调，将健康融入所有政策落到实处。医改取得的成就充分说明了部门协调的重要性。目前以医院为核心的服务体系需要向基层医疗卫生为核心整合型服务体系转化，服务提供者能够更好的协调合作和实现服务的连续性和整合性。医疗卫生服务的组织结构和功能需要较大的调整，患者能够从服务提供者那里得到方便和有质量的服务。以基层为核心是三级医疗卫生服务体系

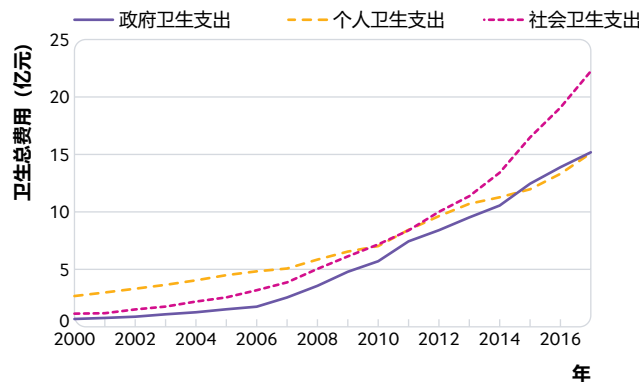
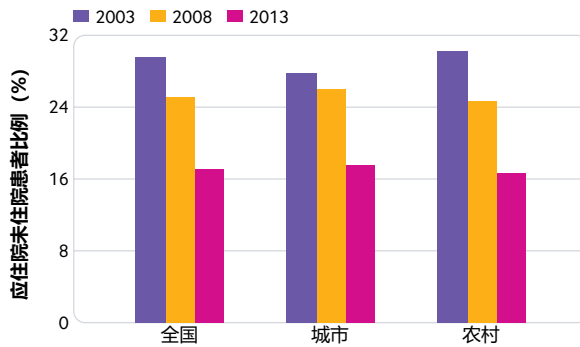
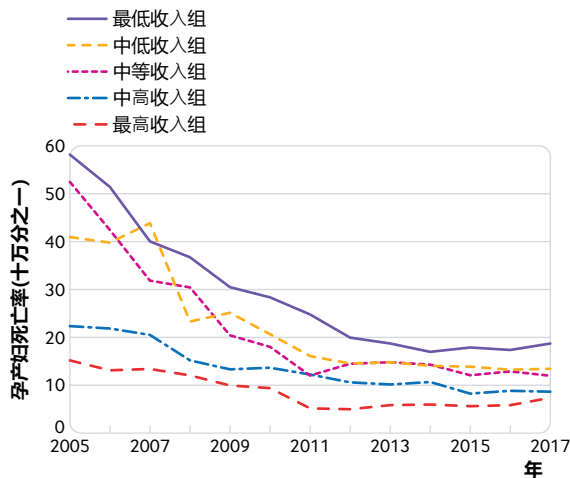
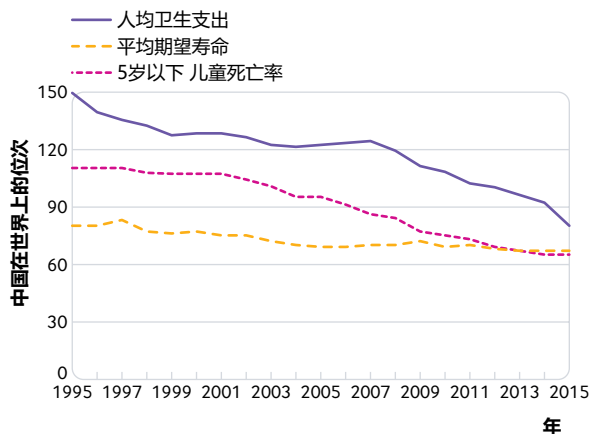


图1：2000—2017年中国卫生总费用及其来源¹

图2：应住院未住院患者比例 (%) ¹²图3：不同收入省份孕产妇死亡率 ¹图4：中国在人均卫生支出、5岁以下儿童死亡率和平均期望寿命在世界上的排名 ²²

建设和整合的基础。基层医疗卫生机构与医院之间需要建立起合作关系，提高基层卫生服务人员的服务能力也非常重要。政府需要继续以基层医疗卫生机构激励制度改革为重点，为基层医疗卫生机构吸引和留住人才创造条件。

整合卫生筹资体系

全民健康覆盖战略为整合医疗和预防服务筹资提供了方向。目前医防分离的筹资机制，基本医疗保险制度只提供治疗服务、基本公共卫生服务均等化制度只考虑预防服务，通过整合后可以激励医疗卫生机构提供更多的预防服务。在整合城乡居民基本医疗保险制度的过程中，农村和低收入人群的利益需要得到保证。加速支付制度改革，有效控制医疗费用攀升和改善服务质量。统筹基层医疗卫生激励机制，切实加强基层医疗卫生服务体系的能力。

监测和评价体系

实施健康中国战略，需要认识到建立更加有效的绩效评估体系的重要性。绩效评估体系中应当更多的考量医疗卫生服务质量和健康结果。主要健康结果指标应当纳入中央和地方的经济社会发展目标中。建立健康影响评价制度，动员更多的部门和社会资源服务于健康改善。

结论

中国自2009年开始实施新一轮医药卫生体制系统性改革，覆盖了加强基层医疗卫生体系能力、扩大和巩固医保覆盖率、公平提供基本公共卫生服务、改革公立医院和完善基本药物制度等主要领域。

中央和地方政府动员了强大的政治和经济资源支持医改。通过改革，实现了基本医疗保障制度全民覆盖，建立起了基本公共卫生服务均等化制度，公立医疗卫生机构取消了药品加成，卫生服务可及性得到明显提升，主要健康指标公平性得到改善。

有些挑战仍然存在。因卫生技术人员教育和培训不够，基层医疗卫生机构提供的服务质量尚未得到明显改善；医院支付制度改革等改革还未完成，医疗费用增长仍然较快；由于存在医疗卫生服务过度利用和资源配置不合理，卫生资源利用效率有待提高；治理结构不完善也导致了医疗卫生服务和筹资体系碎片化问题。

未来卫生体系改革与发展，应加强部门协调，建设以基层为核心的整合型卫生服务体系，建立以健康促进为导向的卫生健康监测和评价体系。

感谢北京大学中国卫生发展研究中心李琦在数据整理和分析方面的帮助。

撰稿者贡献：孟庆跃的研究领域主要是卫生筹资政策，Anne Mills的研究领域主要是卫生经济学和政策，王陇德主要关注慢病控制研究，韩启德重点研究社会和健康发展。这篇文章是BMJ委托撰写。所有作者参加了文章的准备。

利益冲突：已经阅读和理解BMJ关于利益冲突的政策，没有可以声明的利益冲突。

出处和评议：委托，外部同行评议。

这篇文章是北京大学中国卫生发展研究中心建议和The BMJ委托的系列文章的一篇。The BMJ对外部同行评议、编辑和出版全程管理。文章出版费由北京大学医学部支持。

孟庆跃¹

Anne Mills²

王陇德³

韩启德⁴

¹北京大学中国卫生发展研究中心

²伦敦卫生与热带病学院

³中华预防医学会

⁴北京大学医学部

通讯作者：孟庆跃

qmeng@bjmu.edu.cn

译者：孟庆跃，北京大学中国卫生发展研究中心



- 1 国家卫生健康委员会. 2018中国卫生健康统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2018.
- 2 卫生部统计信息中心. 2008中国卫生服务调查研究. 中国协和医科大学出版社. 2009.
- 3 中共中央 国务院. 中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见. 中发〔2009〕6号. 2009.

- 4 国家统计局. 2018中国统计年鉴. 北京: 中国统计出版社, 2018.
- 5 He P, Sun Q, Shi L, Meng Q. Rational use of antibiotics under the context of China's health system reform. *BMJ* 2019;365:l4016. doi:10.1136/bmj.l4016
- 6 Yang L, Sun L, Wen L, Zhang H, Li C, Hanson K, Fang H. Financing strategies to improve essential public health equalization and its effects in China. *Int J Equity Health*. 2016 Dec 1;15(1):194.
- 7 秦江梅. 国家基本公共卫生服务项目进展. 中国公共卫生, 2017; 33(9):1289-1297.
- 8 国家卫生计生委2017年7月7日《对十二届全国人大五次会议第7482号建议的答复》. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/201801/f1b01625241f4c9ba3b9f57eb9796f66.shtml>.
- 9 中国政府网《李克强主持召开国务院常务会议 听取公立医院综合改革和医疗联合体建设进展情况汇报等》 http://www.gov.cn/xinwen/2017-10/09/content_5230395.htm.
- 10 医政医管局《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》解读<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594r/201808/1fc30369e06e43ef82039cd7d490d0d1.shtml>.
- 11 Yuan B, Balabanova D, Gao J, Tang S, Guo Y. Strengthening public health services to achieve universal health coverage in China. *BMJ* 2019;365:l2358. doi:10.1136/bmj.l2358.
- 12 国家卫生和计划生育委员会统计信息中心. 2013年第五次国家卫生服务调查分析报告. 中国协和医科大学出版社. 2015.
- 13 Meng Q, Xu L, Zhang Y, et al. 2012. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study. *The Lancet*;379:805-14.
- 14 字立源, 李宏云, 尹可在. 新农合及妇幼卫生项目补偿对妇幼卫生服务的影响研究. *Chinese Journal of Women and Children Health*, 2015, 6: 66-68.
- 15 Zhang L, Cheng G, Song S, et al. Efficiency performance of China's health care delivery system. *Int J Health Plann Manage*. 2017 Jul;32(3):254-263.
- 16 卫生部. 2010中国卫生统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版, 2011.
- 17 Ma X, Wang H Yang L, Shi L, Liu X. Incentivising China's primary health care providers. *BMJ* 2019;365:l2406. doi:10.1136/bmj.l2406.
- 18 Fang H, Eggleston K, Hanson K, Wu M. Enhancing financial protection under China's social health insurance to achieve universal health coverage. *BMJ* 2019;365:l2378. doi:10.1136/bmj.l2378
- 19 Xu J, Jian W, Zhu K, Kwon S, Fang H. Reforming public hospital financing in China: progress and challenges. *BMJ* 2019;365:l4015. doi:10.1136/bmj.l4015.
- 20 刘海英. 中国存在过度医疗问题吗? 基于省际地区城市医院医疗服务效率测度视角. 社会科学, 2015年第12期, 65-75.
- 21 OECD. Health Statistics 2018 - Frequently Requested Data. (<http://www.oecd.org/health/health-systems/>)
- 22 World development indicators. World Bank, 2018. <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>
- 23 Meng Q, Fang H, Liu X, et al. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards a more equitable and efficient health system. *Lancet*, 2015;386(10002):1484-92.

Cite this as: *BMJ* 2019;365:l2349

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2349>