

# 中国公立医院补偿制度改革：进展与挑战

徐进与合作者描述了公立医院补偿改革的效果，并提出了未来迈向公平、高效、优质的医疗服务所需要的努力。

公立医院是中国医疗服务的主要提供者。他们雇佣64%的执业（助理）医生，提供82%的住院服务、40%的门诊服务，也消耗一半的中国卫生总费用<sup>1</sup>。然而，2009年以前，公立医院面对着扭曲的激励结构，导致医疗资源使用效率低<sup>2-4</sup>。

## 扭曲的补偿制度

历史上，中国的公立医院主要通过服务收费、药品销售加成和政府财政拨款得到补偿（图1）。此外，政府制定公立医院药品与医疗服务价格。大部分基本的医疗服务（比如手术、诊断、治疗和护理）的定价偏低，而高技术服务[比如计算机断层扫描(CT)和磁共振成像(MRI)]则利润较高。<sup>5</sup>医院也通过一定比例的药品销售加成（约15%）得到交叉补贴（即通过允许其他可收费项目获得一定利润，从而对医疗服务进行间接补贴）<sup>6</sup>。服务收费按项目支付并从社会医疗保险（医保）或个体患者缴费获得。换言之，医院每多提供一项服务，就会多得到一笔资金补偿。

上世纪八十年代以来，政府忽视了对公立医院的财政责任，让医院自己承担利润和损失<sup>7</sup>。结果，公立医院的生存与发展严重依赖药品销售的利润，以及高价药品和检查等技术服务带来的收入。到本世纪初，药品收入超过公立医院总收入的40%<sup>1</sup>。从2002年到2008年，随着医保覆盖水平的快速提升<sup>8</sup>，公立医院的收入增长了3倍<sup>1</sup>。

中国政府将公立医院改革作为医药卫生体制改革五大重点领域之一，旨在强化公立医院的公益性，提高服务效率和改善服务质量<sup>9</sup>。2009年以来，公立医院改革的措施包括增加政府财政补贴、调整药品和医疗服务定价、改革支付方式、强化规划与监管、重建分级诊疗以及非政府部门在医疗

服务提供中扮演的角色<sup>9-13</sup>。政府将公立医院补偿制度改革看作为调整医疗服务行为和引导医疗资源配置的重要杠杆<sup>14</sup>。

本文重点分析过去十年间公立医院补偿改革的主要任务与成就，讨论当前仍然存在的挑战，并提出未来改革的相关建议。

## 补偿改革

补偿改革侧重取消药品加成、增加财政补助、调整服务价格和支付方式改革。改革措施在推广之前，普遍都在地方进行了探索性的试点工作。（框图1）

中国政府逐步降低了公立医院药品加成（中药饮片除外），并在2018年全面取消了药品加成（框图1）。政府还要求将药品收入在医院总收入中的占比下降到30%。<sup>13</sup>根据各省的情况，医疗服务价格提高将补偿因加成取消所造成损失的40~90%，10~50%由额外的政府补贴弥补，剩余部分由医院通过改善管理提高效率弥补（见网络附件）。

政府补贴的具体安排取决于对医院负责的相应市县。省级政府负责设置医疗服务价格，并为每次诊疗活动设立了“一般诊疗费”，以取代药品加成（见网络附件）。此外，部分省份还提高了医疗服务价格<sup>15</sup>。

尽管按项目付费仍然是主要的支付方式，中国正在迈向医保的复合式支付<sup>16</sup>。自2012年起，社会医疗保险支付的总额控制在全国铺开，该政策规定每个医疗机构每年可得到医保报销的总额度有一定的限额<sup>13-17</sup>。这些限额有一定的随意性，通常由历史水平决定<sup>18</sup>。

大约三分之二的医院对入院标准和治疗过程明确的病例实行了按病种付费<sup>19</sup>。在按病种付费下，医院为特定患者提供服务将得到一笔固定额度的支付，并且如果入组率高而且符合临床路径的比例高还能够得到奖励。一些地方政府还启动了按疾病诊断相关分组(DRGs)支付的试点工作，进

一步区分了临床过程、成本、病情复杂性和患者个体因素。还有一些地区试点了政府对纳入医院和基层卫生机构的一体化医疗服务体系（政策文件中称“医疗联合体”）。因此，医院通过与基层卫生机构合作保持居民健康而得到补偿。

补偿制度改革与其他更广泛的改革共同实施。政府强调对药品生产流通、医疗卫生保障和公立医院组织进行系统性和协调的改革的重要性。2018年，国家医疗保障局成立。国家医保局不仅整合了社会医疗保险的管理职能，还整合了原本分散在不同部门的购买职能，包括定价、采购和供方支付<sup>21</sup>。自2015年起，政府认识到需要摆脱医疗服务对医院的过分依赖，补偿制度改革还与建立包括医院和基层卫生机构在内的多层次转诊体系的系统性努力相联系（框图1）。

## 成就

药品加成的取消似乎带来了药品销售的下降。随着药品销售利润在医院可支配收入（扣除交给药品供应商的费用后的净收入）的逐步降低，药品收入占公立医院总收入的比例从2009年之前的40%以上下降到2017年的31%（图2）。一项全国范围的分析显示，取消药品加成导致次均诊疗药品费用下降了6.5%，例均住院药品费用下降了9.5%。公立医院财政补贴从2008年的52亿元增长到2017年的235亿元（图2）<sup>1</sup>。服务价格调整基本上弥补了取消药品加成带来的损失。县级医院的医疗服务收入在取消加成后增加了8.2%，总收入不变<sup>22</sup>。同一研究发现就诊人次和住院人次没有出现可观察到的变化。北京通过设立医事服务费引导了大量患者转向去基层卫生机构就诊<sup>15</sup>。

伴随着支付制度改革的实施，医院可支配收入的年均增长率从2008年到2012年间的19.9%下降到2013到2017年间的11.7%（图3）。一项地方性的按DRGs付费试点降

## 要点

- 在2009年之前，激励机制的问题导致中国公立医院改革医疗资源使用效率低。
- 补偿改革侧重取消药品加成、增加财政补助、调整服务价格和支付方式改革。
- 改革大大降低了医院对药品销售的依赖，同时其他方面的进展还不到位。
- 医疗服务质量差异较大、医院主导加剧以及患者负担加重意味着需要更进一步改革。
- 我们建议整合补偿改革的领导，实行基于价值价值的战略购买以及加大公立医院管理自主权。

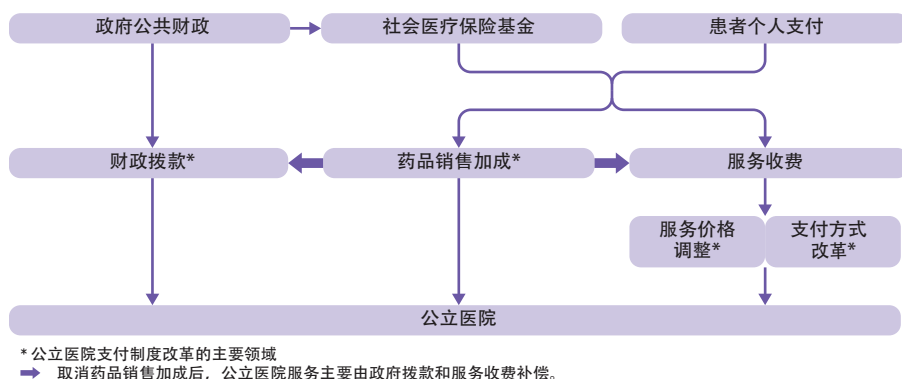


图1：公立医院的收入来源及2009-2018年的主要改革领域

低了例均住院患者的费用而没有影响服务质量<sup>24</sup>。对医疗联合体的捆绑式付费试点提示慢性病管理上出现了更好的协调，但同时也提高了短期内的成本<sup>25</sup>。

### 现存的挑战

尽管补偿制度进行了改革，医院服务质量和效率仍然不高。中国医院服务质量存在较大的差异<sup>26-27</sup>。同时，中国医院快速膨胀。从2008年到2017年，医院的诊疗人次上升了91.3%，而基层卫生机构的诊疗人次仅上升49.5%。同期，医院住院人次上升2.4倍（年均增长10%）。医院收入与基层卫生机构收入相比从2008年时的4倍增长

到2017年时的5.2倍<sup>1</sup>。实际上，中国的医院床位数已经快速接近了经合组织国家平均水平（图3）。

目前的补偿制度仍然存在几个问题。财政补贴仍然与资产投资及地方财政能力挂钩，而不反映机构和人口的实际需要<sup>28</sup>。此外，支付方式的变化并未完全成功。医院通过更多的检查弥补药品加成的损失<sup>22</sup>，有可能导致过度诊疗。尽管总额控制可能减缓了医保基金的支出增长，医院却似乎将费用转嫁给了患者，导致患者个人现金支出上升<sup>29</sup>。更进一步推行按病种付费或可通过激励临床服务标准化而提升医疗服务质量并控制成本，但标准临床路径的覆盖有限，会限

制其应用及有效性<sup>30-31</sup>。其他支付方式，包括按DRGs付费，还有待大范围实施。

一些技术问题阻碍了基于价值购买的应用。割裂的信息系统和严谨评估的缺乏削弱了医院补偿制度的证据基础<sup>32</sup>。不同机构之间的捆绑式付费和网络内剩余及亏损的二次分配尤其要求对相关机构绩效进行有效测量，但目前尚不到位。

此外，改革尚需解决两个深层次问题。首先，参与公立医院监管和支付（包括用财政预算和医保基金）的部门之间缺乏有效协调。北京公立医院的综合补偿制度改革显示了领导结构在促进改革设计和实施中的重要作用<sup>15</sup>。其次，医院管理者缺乏内部变革（包括聘用和解聘、薪酬等）和建立职业新常态的自主权<sup>33</sup>。从本质上，支付方式都有各自的缺陷<sup>34</sup>。补偿制度的改革不是目的，而是促进医院和医生成为患者更好代理人的制度建设手段<sup>35</sup>。

### 建议

根据我们的分析，公立医院补偿制度改革需要以下措施。

整合公立医院支付改革的领导结构——针对目前管理权限的分裂导致政出多门、缺乏协调的问题，进一步的改革需要国家医疗保障局、国家卫生健康委员会和财政部等相关部门及其地方对应机构建立统一的补偿改革领导机制以协调各方改革，并开展医疗卫生服务的联合购买。这些机构应根据各地情况统筹使用经费，建立公立医院行为和绩效的联合监管，并在使用经费中给予医院更大的弹性。

消除战略购买的技术障碍——国家和省级政府应当建立整合的卫生信息系统，以监测医疗质量和结果。这意味着卫生部门和医保部门的信息系统标准化和数据共享。政府应当为独立研究机构提供资金支持，开放数据权限，以监测和评估改革政策的效果。

实行基于价值的战略购买，使供方激励与需要、质量和健康结果一致——门诊服务的支付应当从总额预付下的按项目付费转向风险调整后的按人头付费。按诊断相关组付费应当作为住院服务的基础支付方式。在此上再将支付与服务质量和临床结果相关联。

调整财政预算拨款机制——预算应当根据健康需要制定，并在国内各地区之间实现均等化，并对质量和健康结局相关的改善进行额外奖励，而不只限于资产投资。政府应当促进公立医院政府财政补贴与其他筹资渠道（尤其是医疗保障）以及对基层卫生机构的拨款之间的协调。部分医院可能还需要短期的额外补贴，以减轻加成取消带来的冲击，并使之更容易转型为基于价值的服务提供者。

扩大公立医院管理自主权——公立医院院长应该有管理人力资源相关事务的自主权，包括聘用与解聘、薪酬等。医务人员的工资应该足够高并减少对经济激励的依赖<sup>16</sup>，从而为职业精神和循证临床实践创

### 框图1：公立医院补偿改革方面的主要政策提要（2009–2018）

#### 2009：中共中央、国务院【中发6号】

设立药事服务费，调整服务价格，增加政府补贴。

#### 2009：国务院【国发12号】

明确医改对短期（2009-2011）目标：

逐步取消药品加成；设立药事服务费并将其纳入医疗保险（医保）报销；提高医疗服务价格，为公立医院基础设施建设、大型仪器、学科发展、退休人员养老金和公共卫生活动提供政府补贴。

#### 2011：国家发展和改革委员会、卫生部【发改价格674号】

针对临床路径标准、疗效明确的常见病按病种付费试点。

#### 2012：国务院【国发11号】

启动按病种付费和临床路径。

#### 2012：卫生部【卫农卫发28号】

将新型农村合作医疗制度的支付方式从按服务项目付费转变为复合式支付方式。

#### 2012：人力资源和社会保障部、财政部、卫生部【人社部发70号】

启动医保支付的总额预算控制，提出控制结余和亏损共享。推进按人头、按病种等付费方式改革。

#### 2015：国务院办公厅【国办发33号】

在2000余个县推行县级公立医院综合改革、城市公立医院综合改革试点，降低对按服务项目收费的依赖。

#### 2015：国务院办公厅【国办发38号】

在200余个试点城市推行公立医院综合改革，降低对按服务项目收费的依赖。

#### 2015：国务院办公厅【国办发70号】

实行分级诊疗，使用支付方式引导二、三级医院将诊断明确、病情稳定的患者转向基层卫生机构。

#### 2017：国务院办公厅【国办发37号】

全面实行复合式支付方式，试点按疾病诊断相关分组付费的改革，降低按服务项目收费在总体医保支付中的比例。

#### 2017：国务院办公厅【国办发55号】

实行复合式支付方式：

- 住院服务：主要采用按病种付费和按疾病诊断相关分组付费，长期住院和慢性病住院可按天数付费。
- 门诊服务：探索按人头付费支付医院和初级卫生机构。
- 对不适合打包付费的情况采用按项目付费。

#### 2017：财政部 国家发展和改革委员会 国家卫生和计划生育委员会 国家中医药管理局 人力资源和社会保障部 中央机构编制委员会办公室【国卫体改发22号】

取消所有公立医院的药品加成（中药饮片除外）。

#### 2018：中共中央

建立国家医疗保障局，将原先由人力资源和社会保障部管理的城市基本医疗保险和原版由卫生计生委管理的新型农村合作医疗制度、国家发展改革委员会的药品和医疗服务价格管理职能和民政部主管的医疗救助整合入这个新的部门。

#### 2018：国家医疗保障局【医保办发23号】

启动按疾病诊断相关分组付费的国家试点。

资料来源：第一作者收集自中国政府网站



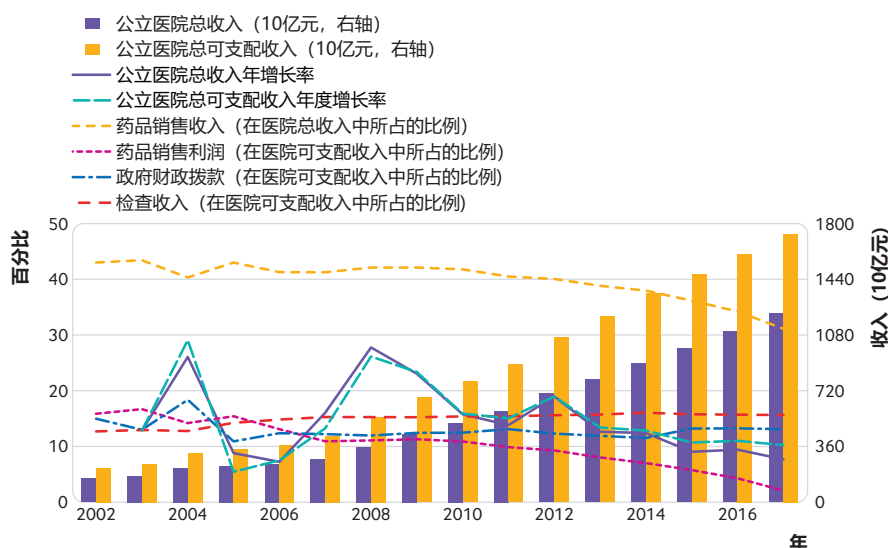


图2: 公立医院的收入及增长速度 (2002-2017)

注: 本图为第一作者根据历年中国卫生统计年鉴数据<sup>1</sup>绘制。2002年到2007年间使用的口径是卫生部门医院, 因为这些年份并未报告所有公立医院 (包括政府办医院和国有企业办的医院等) 的数据。药品销售利润=医院药品收入 (用公立医院住院收费中药品收费金额与门诊收费中药品收费金额之和) - 医院支出中支付给药品供应商的药品费用。收入由名义收入 (根据当期价格) 除以通货膨胀率。通货膨胀率的计算来自《中国统计年鉴2018》报告的基年 (2002年) 以来的消费者价格指数计算。总可支配收入=总收入-药品费用支出。

造一个有利的职业环境。薪酬中固定工资应占更大比例, 并通过绩效考核挂钩的收入得到适当补充。

### 结论

取消实行了长期存在的药品加成政策是中国公立医院改革中制度变革的里程碑。与此同时, 财政拨款仍然与资产和地方财政能力挂钩, 服务价格调整不充分, 支付方式改革尚不到位。因此, 医院越发在中国的卫生体系中占据主导地位, 提供差异明显的服务, 也对患者造成了不断增长的经济负担。下一步的改革, 我们建议整合政府在补偿改革中的领导结构, 清除战略购买的技术障碍, 实行基于价值的战略购

买, 调整财政拨款机制并加强医院管理的自主权。

#### 网络附件: 省级政府关于药品零加成补偿方案表

我们感谢世界卫生组织的乔建荣女士及北京大学中国卫生发展研究中心的孟庆跃和其他同事对本文非常有帮助的建议, 以及柏杨女士在省级药品零加成补偿政策整理中的协助。

**撰稿者贡献:** 徐进从事卫生政策和体系研究, 尤其关注医院主导的卫生体系中如何强化基层卫生, 并发表了相关文章。简伟研和朱坤从事支付方式改革、医保政策及卫生筹资等方面的研究并发表了相关文章。Soonman Kwon与方海在卫生筹资与经济学领域有广泛的研究和发表。

徐进与方海共同构思了文章的主要框架。徐进完成了文献综述、数据分析、并撰写了初稿。所有作者都对文章提供了重要的修改意见。

**利益冲突:** 已经阅读并理解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。

这篇文章是经北京大学中国卫生发展研究中心提议、The BMJ委托的系列文章之一。The BMJ对外部同行评议、编辑和出版进行全程管理。文章出版费由北京大学医学部 (项目号: BMU2017YB006) 和中国国家自然科学基金委 (项目号: 71804004) 支持。

徐进, 讲师<sup>1</sup>  
简伟研, 副教授<sup>2</sup>  
朱坤, 副研究员<sup>3</sup>  
Soonman Kwon, 教授<sup>4</sup>  
方海, 教授<sup>1</sup>

<sup>1</sup>北京大学中国卫生发展研究中心, 北京, 中国

<sup>2</sup>北京大学医学部, 北京, 中国

<sup>3</sup>中国财政科学研究院, 北京, 中国

<sup>4</sup>首尔国立大学, 首尔, 韩国

**通讯作者:** 徐进  
xujin@hsc.pku.edu.cn

**译者:** 徐进, 北京大学中国卫生发展研究中心



- 1 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴 (2003-2018). 中国协和医科大学出版社, 2003-2018.
- 2 Yip WC-M, Hsiao W, Meng Q, Chen W, Sun X. Realignment of incentives for health-care providers in China. *Lancet* 2010;375:1120-30. PubMed doi:10.1016/S0140-6736(10)60063-3
- 3 Eggleston K, Ling L, Qingyue M, Lindelow M, Wagstaff A. Health service delivery in China: a literature review. *Health Econ* 2008;17:149-65. PubMed doi:10.1002/hec.1306
- 4 Barber SL, Borowitz M, Bekedam H, Ma J. The hospital of the future in China: China's reform of public hospitals and trends from industrialized countries. *Health Policy Plan* 2014;29:367-78. PubMed doi:10.1093/heapol/czt023
- 5 Liu X, Liu Y, Chen N. The Chinese experience of hospital price regulation. *Health Policy Plan* 2000;15:157-63. PubMed doi:10.1093/heapol/15.2.157
- 6 Zhang M, Bian Y. History of the policy of drug markup policy in hospitals in China and its Influences. *Chinese Health Service Management* 2007;7:465-6.

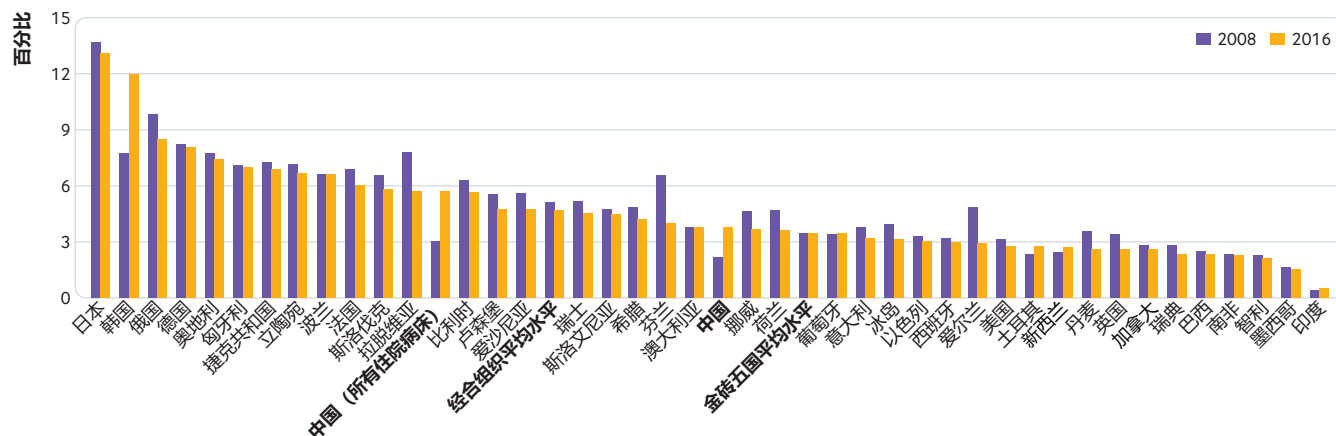


图3: 经济合作与发展组织 (经合组织) 及金砖国家每千人口床位数 (2008-2016年)

注: 本图为第一作者根据2018年中国卫生健康统计年鉴<sup>1</sup>和经合组织国家数据<sup>2</sup>绘制。2016年, 美国使用的是2015年的数据, 印度使用的是2013年的数据, 南非使用的是2011年的数据。值得注意的是, 在中国, 基层卫生机构也拥有大量的床位数, 许多与医院的床位有功能上的重叠。基层的床位因此被纳入“中国 (包括所有住院床位)”。

- 7 Duckett J. The Chinese state's retreat from health: Policy and the politics of retrenchment. Routledge, 2012.
- 8 Meng Q, Mills A, Wang L, Han Q. What can we learn from China's health system reform?. *BMJ* 2019;365:l2349. doi:10.1136/bmj.l2349
- 9 中共中央, 国务院. 关于深化医药卫生体制改革的意见. [http://www.gov.cn/gongbao/content/2009/content\\_1284372.htm](http://www.gov.cn/gongbao/content/2009/content_1284372.htm). 2009.
- 10 国务院. 关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)的通知. 国发12号[http://www.gov.cn/zwqk/2009-04/07/content\\_1279256.htm](http://www.gov.cn/zwqk/2009-04/07/content_1279256.htm). 2009.
- 11 国务院办公厅. 关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见. 国办发33号. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content\\_9710.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content_9710.htm). 2015.
- 12 国务院办公厅. 关于城市公立医院综合改革试点的指导意见. 国办发38号[http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/17/content\\_9776.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/17/content_9776.htm). 2015.
- 13 国务院办公厅. 关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见. 国办发(2017)55号[http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content\\_5206315.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content_5206315.htm). 2017.
- 14 Meng Q. Review of health care provider payment reforms in China. World Bank, 2005.
- 15 Liu X, Xu J, Yuan B, et al. Containing medical expenditure: lessons from reform of Beijing's public hospitals. *BMJ* 2019;365:l2369. doi:10.1136/bmj.l2369.
- 16 史芮源, 魏仁敏, 张光鹏. 公立医院薪酬制度的国际经验及启示. *Human Resources* 2016;20:37-9.
- 17 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70号[http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201212/t20121205\\_709672.htm](http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201212/t20121205_709672.htm). 2012.
- 18 王宗凡. 医保总额控制: 疑问与思考. *中国社会保障* 2017;4:80-1.
- 19 北京青年报. 我国将确定超百个按病种付费项目. 2017年10月10日.
- 20 于保荣. 按病种支付及医疗服务支付方式改革的实现条件——从DRGs、按病种付费、点数法付费及临床路径谈起. *卫生经济研究* 2018;9:16-8.
- 21 Xinhua. China establishes state medical insurance administration. 2018 1 June 2018 1 January 2019]; Available from: <http://www.globaltimes.cn/content/1105123.shtml>.
- 22 Fu H, Li L, Yip W. Intended and unintended impacts of price changes for drugs and medical services: Evidence from China. *Soc Sci Med* 2018;211:114-22. PubMed doi:10.1016/j.socscimed.2018.06.007
- 23 OECD Statistics 2018. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- 24 Jian W, Lu M, Chan KY, et al. Payment Reform Pilot In Beijing Hospitals Reduced Expenditures And Out-Of-Pocket Payments Per Admission. *Health Aff (Millwood)* 2015;34:1745-52. PubMed doi:10.1377/hlthaff.2015.0074
- 25 Wang X, Sun X, Birch S, et al. People-centred integrated care in urban China. *Bull World Health Organ* 2018;96:843-52. PubMed doi:10.2471/BLT.18.214908
- 26 Xu Y, Liu Y, Shu T, Yang W, Liang M. Variations in the quality of care at large public hospitals in Beijing, China: a condition-based outcome approach. *PLoS One* 2015;10:e0138948. PubMed doi:10.1371/journal.pone.0138948
- 27 Zhou Y, Yao X, Liu G, Jian W, Yip W. Level and variation on quality of care in China: a cross-sectional study for the acute myocardial infarction patients in tertiary hospitals in Beijing. *BMC Health Serv Res* 2019;19:43. PubMed doi:10.1186/s12913-019-3872-0
- 28 陈清梅, 尹爱田, 秦雪. 公立医院扭转以药补医改革补偿机制研究述评. *中国卫生事业管理* 2012;10:726-8.
- 29 Fang H, et al. Enhancing financial protection under China's social health insurance to achieve universal health coverage. *BMJ* 2019;365:l2378. doi:10.1136/bmj.l2378
- 30 薛迪. 按病种付费的发展和管理关键点. *中国卫生资源* 2018;21:27-31.
- 31 朱坤. 县级公立医院按病种付费实施现状、问题与建议——基于项目省的实践. *卫生经济研究* 2019;36:5-8.
- 32 刘晓强, 华永良, 薛成兵. 我国医院信息化发展历程浅析. *中国卫生信息管理杂志* 2016;13:142-52.
- 33 Allen P, Cao Q, Wang H. Public hospital autonomy in China in an international context. *Int J Health Plann Manage* 2014;29:141-59. PubMed doi:10.1002/hpm.2200
- 34 Lewis M, Pettersson G. Governance in health care delivery—raising performance. Policy research working paper. Development Economics Department, Human Development Department, The World Bank, 2009.
- 35 Soucat, A., et al., Pay-for-performance debate: not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform* 2017;3:74-9.

Cite this as: *BMJ* 2019;365:l4015  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l4015>