

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2010 年 第 5 期
(总第 19 期)

上海市卫生发展研究中心

2010 年 5 月 25 日

编者按 2010 年是我国新一轮医药卫生体制改革的攻坚之年，深化医改是当前我国卫生系统的中心工作，新医改成功与否直接关系到国计民生，关系到老百姓的切身利益，关系到社会和谐和公平正义。

本期编辑转载《柳叶刀》中国卫生专辑第 II 辑中郭岩等教授的文章《追踪中国医疗卫生改革》；结合美国新医改法案出台相关背景，参考美国白官网和国会图书馆等资料，对美国医改法案的主要政策、医保资金来源、法案即时生效条款等内容进行了简要归纳和整理。

针对新医改实施的相关问题，本期约请胡善联教授对上海市医疗费用的增长情况和当前药品招标采购中的“二次议价”问题分别进行解读和探讨；同时刊载了张崖冰博士关于上海市药品零差率政策实施效果实证研究的资料，引出在新医改背景下基本药物制度是否有必要沿用零差率做法的探讨。谨供有关领导和同志参考。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 3 卷 第 5 期 (总第 19 期)
2010 年 5 月 25 日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 801 室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121879
E-mail: wszcyjz@163.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 夏 毅
主编: 胡善联
常务副主编: 刘雪峰
副主编: 付 晨
丁汉升
编辑部主任: 张崖冰
荆丽梅
编辑: 张 进
彭 颖

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

医药卫生体制改革

追踪中国医疗卫生改革 1

政策研究

有关上海市医疗费用增长之我见 5
1 近几年来上海市医疗费用概况 5
2 上海及其他省市医疗服务效率的比较 10
3 上海市医疗费用增长的影响因素 11
4 讨论 14

如何看待药品招标采购中的“二次议价” 19

1 为什么我国药品招标采购中存在“二次议价”的现象? ... 19
2 如何在现有的药品招标采购工作中引入市场机制? 20
3 “二次议价”争议的关键是什么? 21
4 如何规范药品招标采购中的“二次议价”? 22

上海市药品零差率政策实施效果的初步分析 23

1 资料与方法 24
2 研究结果 25
3 讨论 27

他山之石

美国新医改法案简介 30

1 巨额资金由谁来出? 31
2 即时生效的主要条款 32
3 法案的主要内容 34

追踪中国医疗卫生改革

Yan Guo, Kenji Shibuya, Gang Cheng, Keqin Rao, Liming Lee, Shenglan Tang

在中国，公众对健康不公平的关注日益增长，为此中国政府于 2009 年初正式启动新一轮的医疗卫生改革，并承诺在未来 3 年内投入 8500 亿元人民币（折合 1250 亿美元）。新医改方案有着宏伟的目标，其中包括在 2010 年底医疗保险覆盖率达到 90%和在 2020 年实现人人享有基本医疗卫生服务。但是如何才能有效监测这些改革方案的实施？

过去 30 年，中国的卫生信息系统已经发展成为涵盖卫生服务利用和支出的家庭健康问卷调查系统、实时传染病监测系统，以及周期性的疾病流行调查系统的综合体系。这些卫生衡量标准是现行一系列改革的重要依据。参照 1993 年和 1998 年国家卫生服务调查结果，国务院发展研究中心于 2002 年 4 月得出结论，认为之前的改革并不成功。其主要依据是：政府承担的卫生费用比例从 36%下降至 15%，疾病预防的投入也相对减少，而医疗保险覆盖率不断降低，农村居民下降至 13%，城市居民则降至 40%，中国最贫困地区有 70%的居民因医疗费用高昂而无法接受住院治疗。2005 年 7 月《中国青年报》刊登的一篇文章激起了公众对“中国卫生系统人力和筹资失败”的广泛争论，继而又引起媒体对这一问题的大量报道。

资料来源：The Lancet 世界临床医学 中国卫生专辑. 世界图书出版公司. 2010 年 4 月，第 4 卷，第 4 期. 有所删节.

要实现新医改的成功，在监测评价方面面临 3 方面的挑战：逐渐提高信息的质量和全面性；加强分析整合国家卫生服务调查、常规机构报表和全国疾病监测数据的能力；传统的自上而下的政策出台过程应逐步改为循证的、以决策者承诺使用可获得信息为动力的新模式。

框表 监测和评价中国医疗卫生改革的 19 项指标

可及性

- 医疗保险参保率
- 家庭卫生支出占收入的比重
- 因经济原因未住院比例
- 20min 内可到医疗机构的住户比例

质量

- 高血压患者每 3 个月随访率
- 孕妇产前检查（≥5 次）率
- 乙肝疫苗及时接种率
- 基层卫生机构静脉输液率

费用

- 医院次均住院费用
- 基层医疗机构次均就诊费用

健康状况改善

- 孕产妇死亡率
- 婴儿死亡率
- 肺结核报告发病率
- 高血压—卒中病死率

满意度

- 医疗服务综合满意度
- 不同收入人群医疗服务综合满意度

风险保护

- 个人卫生支出占卫生总费用的比重
 - 重大疾病医疗费用支出比例
 - 因就医花费致贫率
-

2009 年 12 月在北京召开的一次会议上，卫生部统计信息中心公布了 19 项指标（框表），用以监测医改的 6 个方面：可及性、质量、费用、财务风险防范、患者满意度和健康水平的提高。对这些指标

的明确是重要的第一步，但是某些数据的质量、信度和效度仍令人担忧。

大部分的原始数据由政府部门的工作人员采集，很多人缺乏专门培训，因此对这些人员进行系统的再培训和督导对数据收集严格把关显得非常重要。目前卫生信息系统所提供的丰富数据对于监测医疗保险覆盖率、疾病流行和医疗服务的变化已经足够，但有关药品供给、定价、分布和使用的数据却略显不足——而这正是新医改的第四个主要支柱。中国国家食品药品监督管理局还没有建立起有效的信息系统，而来源于制药产业的数据也不足。因此亟需建立新的数据收集系统。

第二个挑战是分析能力。海量数据的整合需要大量有经验的分析员，中国面临的主要困难是缺乏合格的人力资源，以及相关学科力量的失衡（虽然这些不是中国独有的问题）。中国相关机构在统计学、流行病学和调查研究方面具有非常扎实的功底，而在卫生经济学、政策分析、社会行为研究以及督导评估方面则有所欠缺。而且中国大部分技术力量都是隶属于政府部门或机构，致力于卫生计量的学术中心和独立的研究机构很少而且不成熟。

最后，跟其他国家一样，仅仅提高卫生数据的质量、完整性和分析能力并不一定能带来更为有效的决策。卫生信息往往由不同的政府部门收集和使用，因此需要解决数据不一致的问题，更重要的是还要保证这些部门一致同意为非政府机构提供相应数据。虽然总体上中国在朝着数据更为开放和公众可及的方向努力，但通过杂志、

报告、网站、新闻发布会和其他媒体发布政府收集的卫生数据的途径并未很好地建立起来。向公众开放与改革进程相关的报告，利用数据来监测改革进程并据此作出调整，这些都要求政府对传统的决策过程作出改变。尽管这一转变对中国的卫生政策制定者而言比较困难，但是公开透明的原则必须得到落实，才能确保卫生改革的成功。

在卫生评估方面，中国已经从其他国家和国际机构学到了很多。鉴于中国在全球卫生中起着越来越重要的作用，其追踪卫生体制改革动向的努力极可能为其他国家提供有价值的经验。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 张丹 彭颖 荆丽梅）

有关上海市医疗费用增长之我见

胡善联

【摘要】 本文介绍了上海市近年来医疗费用增长情况，对上海及若干省市的医疗服务效率进行比较，分析了上海市医疗费用增长的影响因素。在此基础上，对上海市医疗费用增长的内在合理性进行了探讨并对控制上海市医疗费用的增长提出了相关建议。

【关键词】 医疗费用；医疗机构收入；增长；比较；影响因素

近闻 2009 年上海市医疗费用增长明显。这种增长是合理的增长？还是“疯涨”？换言之，其有没有合理性是值得探讨的。

本文分析的材料来源于：（1）上海市卫生总费用核算研究报告（2001-2007）^[1]；（2）上海市卫生局信息中心：上海市主要卫生统计数据（2001-2008）^[2]。（3）卫生部规划财务司：全国卫生财务年报资料（2001-2008）（内部资料）^[3]。

1 近几年来上海市医疗费用概况

1.1 上海市医疗费用增长的情况

本文对全国卫生总费用和上海市卫生总费用两个调查的数据进行比较，由于上海市 2008 年卫生总费用的数据尚未公布，因此只能对比较的结果予以推测。历年来，上海市医疗机构总收入约占卫生

作者简介：胡善联，上海市卫生发展研究中心主任，复旦大学公共卫生学院教授。

总费用的 71%-79%。2008 年已报告的上海市医疗机构总收入为 421.9 亿元^[3]，如果按 80%估算，2008 年上海市卫生总费用应在 527.4 亿元左右。本文估算 2008 年上海市卫生总费用将在 2007 年 485.7 亿元的基础上，再增加 100 亿元，按 580 亿元的高值估计。这样，上海市 2001-2008 年卫生总费用的年均增长率估计为 16.21%，而同期上海 GDP 的年均增长率为 14.81%（表 1）。上述数据说明：一是近年来卫生总费用的年均增长率比 GDP 的年均增长率要高（弹性系数 1.057-1.095:1）；二是上海市卫生总费用的增长速度没有超过全国的速度。因此笔者认为上海市 2001-2008 年医疗费用的增长相对还是比较合理的。

表 1 全国与上海的卫生总费用和国内生产总值增长速度的比较

	卫生总费用（亿元）			国内生产总值（亿元）		
	2001 年	2008 年	年均增长率（%）	2001 年	2008 年	年均增长率（%）
全国	5025.93	14535.4	16.38	109655.2	300670	15.50
上海	202.63	580*	16.21	5210.12	13698	14.81

注：1、年均增长率（%）= $1 - [(t_n/t_0) / n - 1]^{1/2}$

2、* 系估计值

1.2 上海市及其他省市人均医疗费用的比较

从表 2 七个省市门诊和住院均次费用的比较来看，无论是门急诊均次费用、住院均次费用还是床日次均费用均以北京市为最高；在门急诊均次费用和住院均次费用方面，上海和天津分别居于二、三位；床日均次费用方面，天津高于上海；中西部地区的重庆在三项费用方面一直处于最低的水平。总之，上海的人均医疗费用水平

处于全国的第二位。

表2 上海市与其他省市在门诊和住院方面的均次费用（2008年）

	门急诊均次费用	住院均次费用	床日均次费用
上海	165.43	9037.69	535.83
北京	204.17	11370.25	765.01
天津	161.07	8082.52	654.95
重庆	89.9	2887.12	353.62
江苏	125.45	5464.09	534.39
浙江	129.86	7244.34	667.82
广东	100.01	4489.37	581.57
卫生部直属单位	112.64	3773.12	428.15

1.3 从医疗机构收入来看医疗费用的增长情况

根据 2001-2008 年卫生部全国卫生财务年报的资料，医疗机构历年来收入的增加情况可以间接地反映医疗费用的增长情况，因为接近 80% 的卫生总费用是投入到医疗机构中去的，包含政府财政补助收入、上级补助收入、医疗收入、药品收入和其他收入。上海市与兄弟省市医疗机构收入的年均增长率的比较说明，上海市 2001-2008 年卫生局所属医疗机构收入的年均增长率为 15.06%，虽然比广东省的增长率高，但与北京、天津、重庆三个直辖市和江苏、浙江两省以及卫生部直属医院（大部分为三级医院）的年均增长率相比，上海医疗机构收入的年增长率仍处于较低的水平（表 3）。

长期以来，医疗机构主要通过三个渠道获得补偿，即政府财政补助（包括上级补助）、医疗收入和药品收入。如果将全国卫生部直属医院的平均年增长率作为基准（benchmark），各省市三种投入渠道的年增长率有很大不同。政府财政补助增长速度最快的是北京和

浙江, 年均增长率在 28% 以上。而医疗收入的增长速度以重庆市和江苏省为最快。药品收入的增长速度以天津和重庆市为最快。这些数据再次证明, 上海市医疗机构总收入和三种收入渠道的补偿金额的年均增长率都不是最高的 (表 4)。

表 3 上海市与兄弟省市医疗机构收入年增长率的比较

	2001 年 (万元)	2008 年 (万元)	年均增长率 (%)
上海	1580471.29	4218778.14	15.06
北京	945861.05	2906005.10	17.39
天津	478301.98	1485562.38	17.57
重庆	396674.78	1301523.71	18.50
江苏	2038374.03	5836196.97	16.21
浙江	2069941.8	6134043.45	16.79
广东	3000761.86	7172434.83	13.26
卫生部直属医院	24599065.11	73184334.32	16.85

表 4 各地医疗机构补偿渠道构成的比较 (2008 年)

	医疗机构总收入 (亿元)	财政收入 (%)	医疗收入 (%)	药品收入 (%)	其他 (%)
上海	421.88	24.64	14.60	13.91	7.71
北京	290.60	28.68	16.98	15.09	1.22
天津	148.56	23.34	16.71	18.1	5.56
重庆	130.15	19.09	21.72	16.27	7.47
江苏	583.62	14.21	19.0	14.56	10.92
浙江	613.40	28.42	17.21	15.33	12.94
广东	717.24	14.06	14.23	12.16	8.15
卫生部直属	7318.43	18.95	18.41	15.48	7.63

批评者认为: “由于医疗机构医疗收入的总量在各省市之间是不同的, 医疗收入 (消费) 低的省、市, 医疗费用的年均增长率容易高。相反, 医疗收入 (消费) 高的省、市, 即使有所增加其增长率也不会太高, 上海可能就是属于这种情况”。但事实上, 2008 年浙江

和江苏两地医疗机构收入的绝对值比上海高，年总收入分别为 613.40 亿元和 583.62 亿元，年均增长率也比上海高。当然，比较可靠的方法是直接观察人均医疗费用，如比较上海市与全国平均水平和兄弟省市的门诊、住院均次费用。

上述分析都是基于上海市卫生局所属医疗机构的收入，不包括部属医院收入。另一种计算方法是将市卫生局所属医疗机构和部属医院的总收入进行综合分析。这样也许更加符合上海医疗机构收入的实际情况。现将两种方法的结果进行比较（表 5）。

表 5 上海全部公立医疗机构收入的增长趋势

年度	市属医疗机构 总收入（亿）	环比年增长率 （%）	市属加部属医疗机构 总收入（亿）	环比年增长率 （%）
2002*	175.37	—	195.5	—
2003	194.09	10.67	217.6	11.30
2004	231.17	19.10	260.9	19.90
2005	270.70	17.10	307.7	17.94
2006	301.55	11.40	342.6	11.34
2007	345.50	14.57	390.4	14.00
2008	421.88	22.11	480.8	23.16
2009	—	—	588.4	22.38
2002-2008 年均 增长率（%）		15.75		16.18
2002-2009 年均 增长率（%）		—		17.05

注：资料来源于上海市卫生局规划财务处。从 2002 年后开始才有包括市卫生局属医疗机构和部属医院的公立医疗机的数据。

表 5 结果显示，无论是单纯分析市属医疗机构收入，还是分析市属加上部属医疗机构收入，两者得出的结果并没有明显差别，两者的环比年增长率几乎相等。2007 年之前，环比年增长率均在 20% 以下，

2008 年之后环比年增长率在 22%-23%之间。因此，部属医疗机构收入的数据对预测上海市公立医疗机构收入的增长趋势影响不大。

2 上海及其他省市医疗服务效率的比较

在效率方面，本文对每职工平均门急诊人次数和每职工平均住院床日数以及病床使用率、出院者平均住院天数等指标进行比较。前两者显示，上海市卫生人力服务效率为全国最高或较高(表 6)。上海市每职工平均门急诊人数比卫生部直属医疗机构的人数高出一倍，上海市每职工平均住院床日数比全国平均住院床日数高出 20%，上海市卫生资源的床位使用率是全国最高的。但是，上海平均住院天数太长(16.7 天)，比北京高出 3 天。

表 6 上海市与其他省市医疗服务效率的比较(2008 年)

	每职工平均门急诊 人次数	每职工平均住院床 日数	床位使用率 (%)	出院者平均住院 天数
上海	1179.96	263.62	98.62	16.68
北京	773.87	159.94	84.31	13.64
天津	641.41	180.99	81.58	10.98
重庆	757.83	276.89	81.83	8.06
江苏	718.92	213.52	84.77	9.89
浙江	1166.42	228.38	86.32	10.75
广东	971.06	179.9	82.73	7.55
卫生部直属单位	570.45	210.93	80.53	8.50

上海市每职工平均门急诊人次数为全国之最，其原因可能是由于医疗保险全面覆盖后提高了群众服务利用率，还是由于医疗保险门诊处方限额致使医生分解处方和病人多次看病所造成有待进一步研究。

3 上海市医疗费用增长的影响因素

3.1 医疗业务的变化对医疗费用增长的影响

上海市从开展社区卫生服务体系建设以来，社区卫生服务中心转变成“六位一体”的功能，免除挂号费用，提高医保报销比例，鼓励病人下沉到社区，重点做好初级卫生保健服务工作。表 7 显示，社区卫生服务中心由于加强了门诊工作致使门诊病人剧增，弱化了急诊和住院的服务功能，社区卫生服务中心的住院量呈现明显萎缩。社区卫生服务中心的均次门诊费用和年均增长率明显低于医院的均次门诊费用和年均增长率。医院手术病人的数量七年来翻了一番多。

表 7 上海市医院与社区卫生服务中心医疗业务量的变化

	2001 年	2008 年	年均增长率 (%)
医院门诊次数 (万人)	4857.88	9039.14	9.28
社区服务中心门诊次数 (万人)	2559.41	5593.85	11.82
医院急诊次数 (万人)	482.38	962.61	10.37
社区服务中心急诊次数 (万人)	64.76	47.37	- 4.36
医院出院人数 (万人)	89.47	194.2	11.71
社区服务中心出院人数 (万人)	35.29	14.23	-12.1
医院均次门诊费用 (元)	151.33	228.38	6.06
社区服务中心均次门诊费用 (元)	110.59	117.88	0.92
医院均次住院费用 (元)	7068.45	10308.35	5.54
社区服务中心次均住院费用 (元)	5046.86	4708.34	- 9.86
医院次均住院床日费用 (元)	335.53	711.83	11.34
社区服务中心次均床日费用 (元)	147.83	116.98	- 3.4
住院手术人数 (万人)	30.9	70.54	12.51

2001-2008 年上海市的户籍人口数没有太大变化，从 1327.14 万人发展到 1391.04 万人，年均增长率为 0.67%。但 2008 年常住人口有 1888.46 万，说明其中 497.42 万人属于非户籍人口 (26.3%)。

2008 年全市门急诊数量为 15035.14 万人次，如以 1888.46 万常住人口计算，相当于每人每年门急诊为 7.96 次。全市住院人数为 209.48 万人，住院率为 11%。由于无法知道流动人口和外来人口的就医人数，这些服务利用的数据可能是偏高的。在 2008 年全国第四次卫生服务调查时，上海市选择了两个抽样点，卢湾区（城市）和崇明县（农村）的两周就诊率分别为 29.8% 和 10.5%，折合为每年人均门诊就诊 7.74 次和 2.73 次，年住院率分别为 9.2% 和 9.5%。从上海市卫生局信息中心 2008 年常规报告的数据与全国卫生服务抽样调查结果的比较来看，在人群的就诊率和年住院率方面，两者比较接近。

3.2 医疗收入结构的变化对医疗费用增长的影响

七年来上海市医疗收入的结构发生了很大的变化（表 8）。表现在门诊收入方面，挂号（15.94%）、检查（16.47%）、化验（16.37%）费用的年均增长率均超出门诊总收入的年均增长率（14.11%）。在住院收入方面，手术（20.7%）、化验（19.14%）收入的年均增长率明显高于住院总收入的年均增长率（15.05%）。相反，在护理、诊察能体现劳务价值的收入方面明显偏低，年均增长率分别只有 6.26% 和 6.44%。

医疗支出的年均增长率（15.86%）超过医疗收入的年均增长率（14.61%），而人员支出的年均增长率却不高，只占 11.5%，基本工资支出的年均增长率只有 1.69%。相反，在津贴和奖金方面的年均增长率高达 16.63-23.22%。其次，社保费用支出增长也比较明显，年均增长率为 12.64%。值得注意的是，专用材料（包括卫生材料）的年增长率高达 20.47%。

表 8 上海市医疗机构收入和支出的明细分析 (2001、2008 年)

	单位: 收入 (万元), 增长率 (%)		
	2001 年	2008 年	年均增长率 (%)
医疗总收入	640332.34	1663152.6	14.61
门诊收入	303699.9	764857.21	14.11
挂号收入	11640.33	32786	15.94
诊察收入	40124.05	95470.11	13.18
检查收入	63548.76	184736.6	16.47
治疗收入	73060.75	138602.2	9.58
手术收入	35068.04	64517.69	9.1
化验收入	51357.99	148411.75	16.37
其他收入	28899.98	100332.9	19.46
住院收入	336632.44	898295.35	15.05
床位收入	51338.72	110748.3	11.61
诊察收入	18014.18	27890.54	6.44
检查收入	37018.89	96351.85	14.64
治疗收入	50533.86	112048	12.04
手术收入	79220.99	295701.3	20.70
化验收入	41409.43	141087.3	19.14
护理收入	18443.98	28218.3	6.26
其他收入	40652.39	96249.83	13.10
医疗总支出	793177.8	2222366.34	15.86
人员支出	457410.45	1000373.31	11.82
基本工资支出	188403.77	211953.53	1.69
津贴支出	37048.29	159843.9	23.22
奖金支出	149362.49	438567.12	16.63
社保支出	82595.9	190008.74	12.64
专用材料支出	120617.63	444073.33	20.47

3.3 上海市医疗费用影响因素的多元回归分析

本文将上海市医疗机构的总收入作为因变量,将门诊总人次、出院总人数、住院手术总人数、床位数、卫技人员数作为自变量。本文采用 SPSS 逐步回归分析的方法,三个有显著性的影响因素 (F 值 <0.000) 的自变量进入公式 (1),分别为门诊总人次、出院总

人数和住院手术总人数。

上海市医疗机构总收入(亿元) = 46.162 + 2.660 门诊总人次(百万) + 6.499 住院手术总人数(万) - 2.323 出院总人数(万) 公式 (1)

该方程的偏相关系数为 0.998

另一种是采用 enter 方法对三个因素进行多元回归分析, 得出公式 (2)。

医疗机构总收入(亿元) = 46.162 + 2.66 门诊总人次(百万) - 2.323 出院总人数(万) + 6.499 住院手术总人数(万) 公式 (2)

另一种多元回归分析的方法是再加入了床位数和卫技人员两个有关卫生资源的自变量, 得出公式 (3)。

上海市医疗机构总收入(亿元) = 99.516 + 2.748 门诊总人次(百万) - 2.1747 出院总人数(万) - 6.366 床位数(万) + 6.471 住院手术总人数(万) - 2.605 卫技人员数(万) 公式 (3)

该方程的偏相关系数为 0.999

因此, 可以根据上述三个公式, 利用某年门诊总人次、出院总人数、住院手术总人数或其他卫生资源的数据预测上海市医疗机构的总收入。从逐步回归分析结果来看, 上海市医院收入的三个主要影响因素是门诊总人次、出院总人数和手术总人数。

4 讨论

4.1 上海市医疗费用增长是必然趋势

近七年来, 上海市的卫生总费用以 16%左右的年增长率不断上升, 显然高于上海实际 GDP 8%-10%的年增长率。如果不采取有效措

施控制医疗费用增长，政府、社会、家庭和个人将不堪重负。医疗费用的增长有其合理的因素在推动，如人口数量增加、人口老龄化、慢性疾病模式的变化、高新技术的应用、医疗保险覆盖后医疗服务利用率的增加和人民群众健康期望值的提高。当然，医疗费用的增长也有很多不合理的因素在推动，诸如按项目支付的方式没有改变、医生的诱导需求和过度服务提供、“以药养医”的经济激励机制没有切断，医疗器械和药品的定价过高等，这些因素均可导致医疗费用的疯涨。

从本文的研究来看，上海市户籍人口数虽然没有太大的变化，但常住人口数量已有明显增加；平均期望寿命已从2001年的79.66岁，提高到2008年的81.28岁；慢性病的增加和高新技术的引进；上海市将建为亚洲医学中心之一；“5+3+1”的三级医院的扩容。这些均使未来的上海市医疗费用增长呈现必然的趋势。

上海市过去七年的卫生总费用和医疗机构的总收入、医疗收入、药品收入各项指标的年增长率的比较显示，上海市的医疗费用增长率在全国范围内不是最高的。如果消除人口因素的影响，上海市的均次门诊费用、均次住院费用和均次床日费用的绝对值并不是全国之最。上海市的医疗服务有其特殊性：一是服务的效率较高，无论是提供的门急诊还是住院服务量均处于全国首位；二是由于大力推广社区卫生服务，社区卫生服务中心的门诊服务年均增长率（11.82%）已明显高于医院的门诊年均增长率（9.28%）；三是医疗保险制度的广泛覆盖，95%以上的城乡人口均享有不同程度的医疗保障，医疗需求得到了极大的释放；四是高新技术的应用，化验、手

术和专科卫生材料的广泛应用，其年增长率均在 20%以上。

4.2 医疗机构的收入结构和分配制度亟待规范

上海市医疗机构的收入结构极度不合理，反映在劳务的收费项目上，如护理收入、诊察收入的年增长率非常低。七年来的人员支出特别是基本工资，基本没有变动（年增长率仅为 1.69%），“账面”上的奖金和津贴的年增长率也只有 16%-23%。门诊手术收入的增长不明显（9.1%），这说明医院内大型的日间手术（day surgery）还没有在上海市广泛地开展，大量的住院手术增加了病人的经济负担。今后，上海市急需降低医疗成本，对医疗服务的项目价格进行调整，提高含有较多劳务成本的手术项目等方面的收费标准，提高医务人员的基本工资水平，合理规范奖金和津贴的发放。

4.3 牢固树立提高医疗机构内涵发展的思想

如上文所述，上海市住院病人平均住院时间太长（16.7 天），甚至比北京还要高出 3 天。这里固然有收治病人疾病谱（case mix）的差异（但迄今仍没有证据证明，上海医院收治的住院病人的病种和病情要比北京住院病人的病情重而且复杂），但在如何提高上海住院卫生资源的利用效率方面是值得研究的。例如，上海市 2008 年末实际开放的床位数是 77985 张，2008 年出院人数为 165.51 万人，出院者实际占用的总床日数为 2760.69 万床日，折算每张病床全年实际占用的床日数是 354 天。如果上海能像北京那样缩短住院患者平均住院时间为 3 天，上海市可以节省出 496.53 万床日，相当于多出 14026 张病床数，要比目前新一轮“5+3+1”三级医院扩建的床位数

还要多出 2 倍。因此，发展医院的内涵建设仍然是当前医疗改革的主要方向。提供者诱导需求（supplier-induced demand）是国际上公认的著名 Roemer 定律。三级医院的规划不仅要考虑资源的均衡分布，更重要的是控制床位数的均衡分布，“有减才能有增”。不然，盲目扩张三级医院床位数，到头来医疗费用的疯涨会不可收拾。钟南山院士在 2010 年两会期间提出了不少很有见地的思想，他说“提高社区医院水平才是医改的关键……老百姓大部分的常见病都能在社区医院看好了，看病难、看病贵才能真正缓解，而这也是公立医院对医改的最大贡献”^[4]。如果上海市政府能够拿出一些扩建三级医院的资金，使用到社区卫生服务中心硬件的投入和人才的培养上，才能真正将病人下沉到社区，不要过于热衷发展高端医疗，这样才能遏止医疗费用疯涨的趋势。印度是世界上发展高端医疗和旅游医学的典型国家，但人民内部存在两极分化，高端医疗由私立医疗机构去发展，而印度政府和公立医疗机构牢牢把握住提供基本医疗服务的方向^[6]。

4.4 总量控制医院收入，推行总额预算支付方式

从本文的分析来看，如果医院收入的环比年增长率能够控制在 10%-15%，基本上就能与社会经济协调发展。如果医疗费用的年增长率超过 20%，将会产生极大的政治和经济风险。回顾上海市 1994 年开始实行的医院收入“总量控制、结构调整”的成功政策，上海医院医疗费用的年增长率由 1994 年的 24%，最终下降到 2000 年的 7%。药品费用由年增长率 15% 最终也成功下降到 5%。“温故而知新”，研

究并吸取“总量控制、结构调整”政策初期的成功经验和最终失败的教训，是值得我们认真吸取的^[5]。

2008-2009 年上海市医院总收入（可以作为间接反映医疗费用增长的替代指标）的环比年增长率已超过了 20%，是应该考虑再次实行医院收入总量控制的时候了。医保定点医院的医疗保险总额费用控制后，将超支部分的“软约束”改为“硬约束”，也就是说应该是“总额控制，超支不补”。不仅要对医疗保险费用的经济总量实现控制，而且要对医院整个医疗服务的经济总量实行控制。公立医院公益性的实现使患者承担合理的医疗费用负担。不然，公立医院会千方百计地通过非医疗保险补偿的项目，或在非本地的医疗保险患者中获得补给。

参 考 文 献

- [1] 夏毅主编. 上海市卫生总费用核算研究报告（2001-2007）. 上海科学技术出版社，2009.
- [2] 上海市卫生局信息中心：上海市主要卫生统计数据（2001-2008）.
- [3] 卫生部规划财务司：全国卫生财务年报资料（2001-2008）（内部资料）.
- [4] 钟南山代表：提高社区医院水平才是医改关键. 每日电讯报. 2010年3月10日.
- [5] 胡善联主编. 卫生经济政策的评价. 卫生经济学. 复旦大学出版社，2004:400-407.
- [6] Rajat Gupta: A Healthier Future for India. The Mckinsey Quarterly. January 2008. Mckinsey & Company.

（编辑：上海市卫生发展研究中心 荆丽梅 彭颖 李智健）

如何看待药品招标采购中的“二次议价”

胡善联

【摘要】 本文简要分析我国药品招标采购中“二次议价”的形成原因；解析“二次议价”所产生的影响；剖析“二次议价”争议的关键问题；并提出规范“二次议价”的个人建议。

【关键词】 药品招标采购；二次议价；原因；影响

近日,我国《医疗机构药品集中采购工作规范》和《药品集中采购监督管理办法》已取得各部委的认可,这些规范的出台将使药品的集中招标工作更加有章可循。

1 为什么我国药品招标采购中存在“二次议价”的现象?

由世界卫生组织和联合国儿童基金会倡导的基本药品招标采购,意在保证质量的前提下,通过批量采购降低药品价格。上世纪90年代世界卫生组织曾推荐印度德里的做法,即采用两个信封的制度:首先,打开第一个密封的信封,对各家招标药厂之间的药品进行质量评比,从中遴选出生产高质量药品的药厂;然后,再打开第二个密封的信封,对所选出药厂的药品价格进行比较,从中选出药品价格最低的药厂。

作者简介: 胡善联,上海市卫生发展研究中心主任,复旦大学公共卫生学院教授。

我国药品质量和价格参差不齐，药品流通环节加价过多，医院将药品的批零差价和药厂的回扣作为主要的收入来源。因此在我国特定条件下，药品的集中招标采购主要手段和目的是降低药品虚高定价、避免医院进药回扣、规制医药界的商业贿赂行为。尽管医院是药品招标采购的主体，但以往的药品集中招标采购主要是通过中介机构或电子商务平台操作，没有体现出政府主导机制和以省（区、市）为单位的采购模式。在集中招标采购的过程中，如何体现公平、公正和透明的原则，这是一个值得探讨的问题。药品集中招标采购存在的最主要问题是“招标”和“采购”分离，药品招标只定中标的厂家，而没有确定采购各种药品的具体数量。这样致使药厂有后顾之忧，不可能将中标价降到最低的水平。中标的药厂和经销商只有进行“二次促销”、“二次议价”才能将自己参加招标的药品最后进入医院。医院会以“批量采购作价”的名义，要求进一步降低药品的采购价或结算价，医院通过药厂和经销商的回扣和让利从而获得收益。因此，“中标价”不等于最后的“采购价”的现象极其普遍。

2 如何在现有的药品招标采购工作中引入市场机制？

目前，很多地方在招标采购后提出进药要采用“一品两规”的方式。也就是说，即使有众多的中标药厂，医院也只能在其中选择一个品种以及两个规格的产品，有的地方甚至更进一步提出“一品一规一厂一配送”的政策。这些政策的实施会使很多药企丧失参与

市场竞争的机会，形成少数或独家药厂垄断的局面，这为一些机构的权力寻租提供了机会。药厂和经销商在这种情况下需要优化供应链，降低药品物流成本，进一步压缩利润空间，被动接受“二次议价”的方式，以争取获得签订买卖合同的机会。

大批量采购可以降低药品价格，这是市场经济中所采用的常见方式。以美国为例，联邦老人医疗保险（Medicare）、贫困人口医疗保险（Medicaid）和退伍军人医疗保险（VA）大批量采购的药品价格往上是最低的。由于健康维持组织（HMO）和管理保健组织（MCO）的药品采购量也比较大，所以它们的药价也要比一般医院的药价便宜。医院与药厂或医疗保险组织（支付方）之间可以签订价格批量的合同（price-volume agreement），根据药品批量的多少，提供不同的价格。

3 “二次议价”争议的关键是什么？

卫生行政管理机构和医院如何处置药厂给予的折扣和让利则是“二次议价”争议的关键所在。如果将折扣部分留给医院使用，最后得益者则是医院。如果医院实行的是收支两条线，最后药品“二次议价”节余的比例部分变成了财政收入，则减轻了政府对医疗机构的补贴负担。但如果医院能够使药品的价格“低进低出”，让利于患者，即使在目前二、三级医院中还允许存在药品加成的情况下，至少也可以减少患者支付的药品费用。作者认为，这才应该是药品招标采购政策的初衷。

4 如何规范药品招标采购中的“二次议价”？

目前，“二次议价”的现象是普遍存在的，多半现象发生在省级以下的市、区或县的二、三级医院，甚至是一级医疗机构。这种情况是否合理？是否合法？是否可以避免？这些问题值得我们深思。卫生部在2000年颁布的《关于印发医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定的通知》中早已强调“以实际中标价格为基础”、“及时调整招标采购药品的零售价格，让利于患者”。2009年1月，卫生部、国务院纠风办、发展改革委、工商总局、食品药品监督管理局、中医药局联合印发了《进一步规范医疗机构药品集中采购工作的意见》，要求全面实行以政府为主导、以省（区、市）为单位的网上集中采购，这有利于在省（区、市）层面发挥集中采购的规模效益，降低采购价格。文件还规定，集中采购所形成的价格是医药企业向省（区、市）内所有参加药品集中采购医疗机构的供应价格。各医疗机构与医药企业的购销活动必须在采购平台上进行“阳光操作”，医疗机构和医药企业必须按照药品购销合同购销药品，不得进行“二次议价”。文件同时规定，要切实加强监督管理，防止因采购集中度的提高，出现新形式的腐败问题。可见，实行以省（区、市）为单位进行集中采购的政策之后，以任何理由进行的再次折扣均是变相的“二次议价”。而能否最终全部让利于民和信息能否公开和透明，则是检验招标政策成败的试金石。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 彭颖 荆丽梅）

上海市药品零差率政策实施效果的初步分析

张崖冰 胡善联 何江江 杜 蕾 黄 堃

【摘要】 目的：对上海市社区卫生服务中心实施药品零差率政策一年来的效果进行初步分析。**方法：**采用上海市药品采购数据库中的数据，对药品金额、数量和价格等进行分析。**结果：**零差率药品在社区卫生服务中心的使用金额构成比为 17.54%，政策实施后该比例并无提高，而所有药品的总金额增长了 15.79%，且金额前 20 位药品的价格水平提高了 11.25%。**讨论：**零差率药品目录的科学性是该政策得以有效实施的基础，促进药品合理使用的措施和补偿到位是保证该政策效果的必要条件。从本文的分析来看，该政策实施一年来，降低居民就医负担，引导常见病、多发病和诊断明确慢性病在社区诊治等主要政策目标可能并未达到。零差率这一做法是否还要在基本药物制度中继续沿用值得进一步探讨。

【关键词】 药品；零差率；卫生政策；效果分析；上海

为了贯彻落实党的十七大和市委九届三次全会精神，保障人人享有基本医疗卫生服务，促进社区卫生服务事业健康发展，降低居民就医负担，引导常见病、多发病和诊断明确慢性病在社区诊治，上海市卫生局、上海市医疗保险办公室、上海市发展与改革委员会（物价局）和上海市财政局于 2008 年 12 月 19 日发布了《关于上海

市社区卫生服务中心实施基本药品零差率的试行意见》，从而确定了《上海市社区卫生服务中心零差率收费西（中）药目录》（以下简称目录），总计药品 166 种，其中西药 87 种，中药 79 种^[1]。166 个品种中有 90 个与国家基本药物目录（基层版）重合。该政策自 2008 年 12 月 28 日起试行。本文通过对上海市社区卫生服务中心购药数据库的分析，对该政策实施一年来的效果进行初步分析，以期对基本药物政策有所借鉴。

1 资料与方法

1.1 资源来源

本研究所采用的数据来源于上海市药品采购数据库。该数据库记录了上海市近乎全部医疗机构药品采购的信息，包括医院级别、医院名称、药品名称、剂型、规格、生产厂家、包装数量、包装价格和金额等信息，其中价格为医院采购的开票价格。

1.2 研究方法

本研究从药品采购数据库选取了 2008-2009 年（能用于研究的只有这两年的数据）所有社区卫生服务中心的数据；以 2008 年作为政策实施前的基年，把 2009 年作为政策实施一年后的效年。对数据库中目录内的品种进行标示，并把标示品种的剂型规整为目录中的形式；分别计算零差率药品和非零差率药品的金额及其增长率和构成比。为了分析药品用量和价格的变化，本研究应该将包装数量折算成限定日剂量（Defined daily dose, DDD），将包装价格折算成

DDD 的价格。由于工作量较大,本文仅将 2009 年金额排序前 20 位的药品按此类方法进行了折算,中药的日剂量参照说明书,分别比较数量和价格变化。

2 研究结果

2.1 总体情况

社区卫生服务中心实际使用的零差率药品为 162 个,另外 4 个并未被使用,它们分别是大黄碳酸氢钠口服常释剂型、颠茄口服常释剂型、霍胆丸和羚羊感冒片。

2008-2009 年社区卫生服务中心药品使用总体情况见表 1。2009 年全市社区卫生服务中心零差率药品的使用金额为 8.31 亿元,占社区卫生服务中心全部药品的构成比为 17.54%。零差率药品购进金额的增长率为 11.84%,低于非零差率药品购进金额的增长率 16.67%,即零差率药品的金额构成比有一定程度的降低。2009 年社区卫生服务中心全部药品金额的增长率明显低于全市水平,即社区卫生服务中心药品的金额构成比也有一定程度的降低。

表 1 2008-2009 年社区卫生服务中心药品使用总体情况

年份	单位: 金额(亿元) 增长率(%) 构成比(%)									
	零差率药品			非零差率药品			合计		全市所有药品	
	金额	增长率	构成比	金额	增长率	构成比	金额	增长率	金额	增长率
2008	7.43	—	18.16	33.48	—	81.84	40.91	—	215.2	—
2009	8.31	11.84	17.54	39.06	16.67	82.46	47.37	15.79	269.7	25.33

注: 社区卫生服务中心名称目录的确定源于药品采购数据库; 2009 年全市数据来源于上海市卫生总费用核算。

零差率药品的金额都比较小。在被使用的 162 个品种中, 平均每个社区卫生服务中心的药品年金额在 10 万元以上的品种只有 7 个, 在 1 到 10 万元之间的有 44 个, 在 1 万元以下的有 111 个(表 2)。

表 2 2009 年平均每个社区卫生服务中心零差率药品金额分布频数

金额(万元)	品种数量(个)
<1	111
1-	44
10-	4
20-30	3
合计	162

表 3 金额排序前 20 位的零差率药品

序号	通用名	金额(万元)	构成比(%)	累计构成比(%)
1	氯化钠注射剂	7240	8.72	8.72
2	麝香保心丸	6308	7.59	16.31
3	通心络胶囊	6281	7.56	23.87
4	珍菊降压片	4879	5.87	29.75
5	丹参片	3416	4.11	33.86
6	仙灵骨葆胶囊	3172	3.82	37.68
7	葡萄糖注射剂	2957	3.56	41.24
8	头孢拉定口服常释剂型	2600	3.13	44.37
9	二甲双胍口服常释剂型	2520	3.03	47.40
10	胆宁片	2308	2.78	50.18
11	阿司匹林口服常释剂型	2066	2.49	52.67
12	左氧氟沙星口服常释剂型	1719	2.07	54.74
13	阿奇霉素口服常释剂型	1668	2.01	56.75
14	阿莫西林口服常释剂型	1659	2.00	58.74
15	华佗再造丸	1642	1.98	60.72
16	红霉素口服常释剂型	1470	1.77	62.49
17	六味地黄丸	1415	1.70	64.19
18	复方甘草合剂	1351	1.63	65.82
19	新癬片	1086	1.31	67.13
20	麝香解痛膏	1023	1.23	68.36

2.2 金额排序前 20 位零差率药品的情况

金额排序前 20 位的零差率药品如表 3 所示,其金额的累计构成比接近 70%,对这些品种的进一步分析在一定程度上可以反映零差率药品的整体情况。

2009 年这 20 个零差率药品的总用量略有增长,但总金额明显增长,且增长率高于全部零差率药品的增长率,总体价格水平也上升了 11.25% (表 4)。

表 4 金额排序前 20 位药品的数量、金额和价格情况

年份	数量 (万 DDDs)	增长率 (%)	金额 (万元)	增长率 (%)	价格 (元/DDD)	增长率 (%)
2008	27826	—	44493	—	1.60	—
2009	29330	5.41	52143	17.19	1.78	11.25

3 讨论

3.1 零差率药品目录问题

目录的科学性是政策得以有效实施的基础。166 个零差率药品有 4 个未被使用,绝大部分零差率药品的使用金额都很小,出现这种情况有两种可能:一种可能是目录本身不科学,不能满足社区卫生服务中心的需要;另一种可能是目录本身是科学的,但缺乏有效措施或存在经济阻力去推动目录药品的使用。所以,目录的制定一定要以疾病治疗指南为指导,采用循证的方法,并通过有效的激励机制来保证目录药品的合理使用。

3.2 社区卫生服务机构的补偿问题

2009 年全市社区卫生服务中心零差率药品的使用金额为 8.31

亿元，按照 15% 的加成率计算，由于实行药品零差率而减少的收入为 1.25 亿元。同期全市有 284 家社区卫生服务中心，平均每家需要补偿的金额约为 44 万元。这个数字无论对财政部门还是对医保部门来说都应该是力所能及的事情，但是，每个社区卫生服务中心是否得到了足额的补偿还需要进一步的调研。如果补偿不到位，社区卫生服务中心很可能会规避使用目录药品或采用其他方法，从而影响政策效果。

3.3 药品零差率政策对药品负担的影响

从全部零差率药品的金额构成比和金额排序前 20 位零差率药品的数量来看，该政策实施后零差率药品的使用并没有大幅增加，而零差率药品的总体价格水平和金额都明显上升，且全部药品的金额也继续增长，可见，药品零差率政策并没有起到有力引导使用零差率药品的作用，也没有证据表明实施药品零差率政策后社区卫生服务中心就诊患者的药品负担被减轻了。次均药费由于受人均就诊次数的影响而不能反映人均药费，如果有人均药费的数字就能佐证这一点。要减轻患者的药品负担，合理用药、扩大医保的覆盖面并提高其保障水平具有更重要的意义。

3.4 药品零差率政策对就医流向的影响

尽管 2009 年社区卫生服务中心所有药品的金额增长率低于全市水平，但是由于零差率药品的金额构成比并没有提高，因此这种相对低增长并不能被认为是该政策实施的积极效果，而是用药金额由社区卫生服务中心向二、三级医院发生了移动，提示患者的就医可能并没有向社区下沉。与上一点同理，就诊人次数由于受人均就诊

次数的影响而不能反映就诊人数，如果有就诊人数的数字就能佐证这一点。

3.5 药品零差率政策对药品价格的影响

就金额排序前20位的零差率药品来看，尽管总体价格水平低廉，但该政策实施后其价格还是有了明显的上升，而且上升的幅度接近原来的加成率。其中是否存在通过提高开票价而获得暗折暗扣，以及是否由于补偿不到位而迫使社区卫生中心去寻求暗折暗扣需要进一步的调研。在该政策的实施过程中以信息化为基础的科学管理手段和以道德为基础的行为调整规范显得尤其重要。

通过上述初步分析可以看到，药品零差率政策实施1年来，降低居民就医负担，引导常见病、多发病和诊断明确慢性病在社区诊治等主要政策目标可能并未达到。

随着国家基本药物制度的推行，药品零差率政策已经被融入其中，没有必要对该政策本身进行过多的研究。但是，零差率这一做法是否还要在基本药物制度中继续沿用值得进一步探讨。

参 考 文 献

- [1] 关于上海市社区卫生服务中心实施基本药品零差率的试行意见. 沪卫基层[2008]11号.

(编辑: 上海市卫生发展研究中心 荆丽梅 彭颖 李智健)

编者按：从 1912 年美国总统罗斯福提出建立全民医保计划到 2010 年奥巴马政府通过新医改法案，这一步是几代美国人经过近一个世纪的时间才最终完成。奥巴马政府完整的医改法案包括参议院版本法案和“预算协调”法案。其中，参议院版本法案是其主要内容，“预算协调”法案是众议院提出的补充和修正法案。本文结合在美国白宫和国会网站搜集的相关资料，对该法案中医保巨额资金的来源、法案即时生效的主要条款、整个法案的主要内容等进行了简要梳理，以期为我国医药卫生体制改革工作提供参考。

美国新医改法案简介

荆丽梅 张 进 李智健 王力男 彭 颖

美国是一个发达但没有实现全民医保的国家，长期以来，“高支出、低效率、欠公平”被认为是美国医疗体系的三大积弊。奥巴马政府的医改法案（以下简称法案）主要包括：扩大医疗保险覆盖面，降低医疗成本，提高税收、增加政府收入，提高医疗资源利用效率等。本次美国医改是为了实现“全覆盖”和“低成本”，通过适当的政府干预实现全民覆盖，改善作为公共产品的医疗体系的公平性；通过调整医保支出结构削减不必要开支，在低成本投入的同时提高医保体系的运行效率。美国国会的报告称，法案将使医疗保险覆盖范围提高到 95%，接近全民医保的水平，总共将有 3200 万

作者简介：荆丽梅，上海市卫生发展研究中心。

美国人因此受益。本文就法案中医保巨额资金的来源、法案即将生效的主要条款、法案的主要内容进行梳理。

1 巨额资金由谁来出？

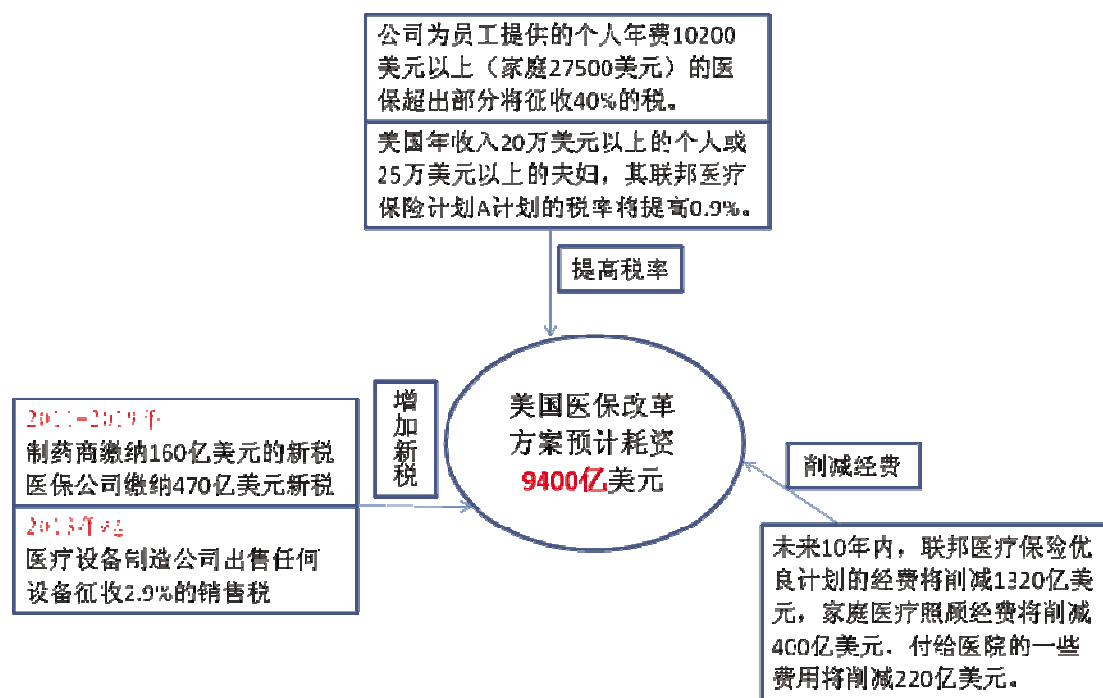


图1 美国新医改法案 9400 亿美元的资金的来源

未来10年，美国将耗资9400亿美元为没有医疗保险的民众提供医疗保险或医疗保险补助，小企业的医保抵税额为400亿美元，两者共计为9800亿美元。如何筹集如此庞大的费用？国会预算办公室评估认为，这些费用将通过医疗健保业和富人增加税收，降低现有联邦医疗保险（Medicare，以下简称联邦医保）开支等渠道筹集。

从2011至2019年，制药商和医保公司将分别向联邦政府新增交纳160亿和470亿美元的税收，从2013年起，医疗设备制造公司

出售的设备将被课征 2.9% 的销售税。

对于年收入在 20 万美元以上的个人或 25 万美元以上的夫妇，联邦医保 A 计划的税率将被提高 0.9%，达到 2.35%，他们的非劳动所得，如红利、股息等，将被课以 3.8% 的联邦医保薪资税。对于年收入在 20 万美元以上的个人或 25 万美元以上的夫妇，联邦医保 A 计划的税率将被提高 0.9%，达到 2.35%，他们的非劳动所得，如红利、股息等，将被课以 3.8% 的联邦医保薪资税。公司为员工提供的年费 10200 美元以上（家庭 27500 美元）的医保，其超出部分将被征收 40% 的税。未来 10 年，联邦医保经费将被削减 1320 亿美元，家庭医疗照顾经费将被削减 400 亿美元，支付医院费用将被削减 220 亿美元。

2 即时生效的主要条款

法案中的立即生效和近年即将生效的主要条款如下表所示：

表 1 美国新医改法案中即时生效的主要条款

编号	主 题	内 容	生效日期及备注
1	小企业税收抵免	向小企业提供税收抵免优惠，以便其能以承担得起的价格为雇员购买保险。为员工提供医保的企业可获得高达 35% 的保险费抵税优惠。	自 2010 年初生效（自 2014 年起，小企业抵税额将占保险费的 50%）
2	禁止歧视有过往病史的儿童	禁止各类市场推行的新医疗计划以及逐步被取代的团体医疗计划拒绝为有过往病史的儿童投保。	自颁布之日起 6 个月生效（自 2014 年起，此禁令将适用于各类人群）
3	帮助有过往病史的未保险人群	在医疗保险交易所成立之前，通过临时补助高风险基金，为由于有过往病史而未投保的美国人提供可负担的医疗保险。	自 2010 年生效
4	禁止撤销保险	禁止保险公司在被保险人患病后取消其医疗保险。	自颁布之日起 6 个月生效

编号	主 题	内 容	生效日期及备注
5	逐步关闭联邦医保（Medicare）D类“甜甜圈洞”	向2010年符合“甜甜圈洞”（即“保障缺口”）的联邦医保受益人提供250美元的退款。	自2010年起生效（自2011年起，向“甜甜圈洞”内的处方药提供50%的折扣，到2020年彻底取消“甜甜圈洞”）
6	向参加联邦医保的人群提供免费预防保健	对于参加联邦医保的人，取消其预防保健的共付部分，免除预防保健的起付线。	自2011年1月1日起生效
7	未满26周岁可享受父母的医疗保险	若父母同意，要求新的医疗计划和部分逐步被取代的团体医疗计划允许未满26周岁的年轻人（作为家属）享受父母的医疗保险计划。	自颁布之日起6个月生效
8	帮助提前退休人员	在医疗保险交易所成立之前，创建临时再保险项目，以帮助雇主和55-64岁之间的退休人员抵消昂贵的保费成本，从而保障其医疗福利。	自2010年生效
9	禁止给险种设定终生限额	禁止医疗保险公司为险种设定终生赔付上限。	自颁布之日起6个月生效
10	禁止设置限制性年度限额	严格限制使用年度限额，确保所有新计划和逐步被取代的团体医疗计划提供必要的医疗保健服务。这些严格的限制性条款由美国卫生和福利部确定。	自颁布之日起6个月生效（自2014年起所有计划均禁止使用任何年度限额）
11	将免费预防保健纳入新的个人医保计划	要求新的个人医保计划覆盖预防保健服务，并取消预防保健的共付部分和免除起付线。	自颁布之日起6个月生效
12	新的、独立的申诉程序	新的医疗计划必须确保消费者能够利用有效的内部和外部申诉程序，以便于消费者对医疗保险计划的裁定进行申诉。	自颁布之日起6个月生效
13	确保保费的价值	要求个人和小团体市场的保险计划将80%的保费用于医疗服务，大团体市场的保险计划将85%的保费用于医疗服务。不符合上述要求的保险公司必须将不足的部分退回投保人。	自2011年1月1日起生效
14	社区卫生中心	增加对社区卫生中心的投入，以应对未来5年社区卫生中心就诊人数的成倍增加。	自2011财政年度生效
15	增加初级保健从业者人数	增加投入以扩大初级保健从业者人员队伍，包括医生、护士、护师和助理医师。	自2011财政年度生效
16	禁止工资歧视	禁止新的团体医疗计划做出医保覆盖范围的资格规定，防止产生有利于高薪员工的歧视现象。	自颁布之日起6个月生效
17	投保人信息	协助各州建立投保人援助办公室，为提出控告和上诉的人提供帮助。	自2011财政年度生效

编号	主 题	内 容	生效日期及备注
18	促使保险公司对不合理涨价负责	设立资助项目，支持各州要求医疗保险公司提交所有申请保费上涨的正当理由，保险公司如存在过度或不正当的保险交易，不得参加新的医疗保险交易所。	自 2011 规划年开始实施

3 法案的主要内容

3.1 高质量可负担的全民医保

通过税收减免政策为普通工薪家庭和小企业提供可负担的医疗保险，这是美国有史以来规模最大的一次中产阶级税收减免。同时减少家庭就诊的个人现金卫生支出，免费提供预防保健服务等。

对于购买联邦医保的人群，任何人没有权利强迫其更改保险；未购买的人群可以在一个自由竞争的保险市场内（即保险交易所）选择保险（国会议员也要在该所选择保险）。同时，法案明令禁止保险公司的滥用和欺诈行为，禁止保险公司因个人的既往病史而拒保，赋予个人申诉的权利。

不同规模的企业承担不同的保险责任。较大公司（员工数 ≥ 50 ）必须主动为其所有符合资格的新进雇员购买保险。否则这些雇主将被处以罚款，其数额大约为每位雇员 2000 美元。小企业（员工数 < 50 ）雇主可得到豁免。但是，如果小企业主为雇员购买保险，可获得税收抵免的奖励，并在交易所获得更多的保险选择。

规范保险市场运作。随着法案的实施，投保者将日益增多，医疗保险市场规范运作显得至关重要。创建医疗保险交易所，使没有投保的个人和家庭及小企业主获得可负担的医疗保险。私人保险公

司将依靠成本和质量进行竞争。

保险公司须遵守新的关于消费者保护的规定，保持诚信并控制权力的滥用。一旦保险交易所开始运营，保险公司将被禁止采取如下行为：基于个人的健康状况、既往病史、遗传信息或家庭暴力证据等拒保或设定保费等级；基于性别或薪资设定保费级别；当某人患病时予以退保；因某人罹患疾病而拒绝续保等。

限制自费费用和“困难期”豁免。为防止保险公司歧视老年人，法案要求保险公司限制基于年龄收取保费的行为。为保障按需投保，保险公司必须将收益控制在可负担的限度内。同时，法案通过限制个人和家庭的个人现金卫生支出比例，尽量避免灾难性卫生支出和因病致贫等现象的发生。如果保费超出个人收入的 8%，这些无力购买保险的个人和家庭将有资格获得购买医疗保险的豁免。该豁免也适用于宗教反对者、收入低于报税门槛的纳税人及 30 岁以下的印第安人及其他享有豁免权的人，他们将有资格参加一项低成本的覆盖重大疾病和伤害的灾难性保障计划。

尤其值得称道的是，法案对普通公众和官员一视同仁，上至国会议员下至普通民众面对相同的保险选择，所有国会议员也将应该从医疗保险交易所购买保险。

3.2 公共保险计划的作用

法案扩大医疗救助计划 (Medicaid)。法案保留了儿童医疗保险计划 (CHIP)，并简化个人和家庭的参保程序；为残疾人提供以社区为基础的卫生保健，扩大家庭护理服务范围；赋予各州改革的权利，

以提高医疗质量；通过降低处方药费和补助未参保人以减少纳税人的支出。

扩大医疗救助的范围。从 2010 年 4 月开始，法案将允许各州将投保医疗救助的资格范围扩大到更多人。从 2014 年 1 月 1 日开始，所有低收入、非年长者及非残疾人均有资格申请医疗救助计划，包括失业的成年人和工薪家庭（收入低于 29000 美元的四口之家，即贫困线水准的 133%）。

简化医疗救助计划和儿童健康保险计划登记程序。个人可通过网站申请和参加 Medicaid 或 CHIP，以方便参保、节省时间和降低管理成本。

为残疾人提供以社区为基础的上门服务。各区将为获得医疗救助却无法享受医院、护理机构或医疗保健机构护理服务的残疾人，提供以社区为基础的上门服务，为需要长期护理服务的人提供家庭及社区护理服务。联邦政府将为以社区服务为基础的保险，以及老年人和残疾人中心增加投资。

节约处方药费和减少医院超支费用。政府将对医疗救助计划的处方药增加退税以节约资金，退税率将从 15.1% 增至 23.1%；制药商要将退税款投入到药物制剂研究机构以及医疗救助计划的管理机构；减少医院超支费用以节约资金。

3.3 提高医疗保健的质量和效率

被称作“甜甜圈洞”的医疗保障缺口将被予以填补，为投保人节约大量费用。鼓励医生、护士和医院提高医疗质量，减少误诊；

改善农村保健服务的水平。终止政府向保险公司支付的超额费用以保障联邦医保所需费用。成立由医生和医疗保健专家组成的专家小组，为提高医疗保健质量和节约成本献计献策。

填补“甜甜圈洞”的医疗保障缺口。2010年，位于“甜甜圈洞”（Donut Hole）的老年人将获得250美元退款。在联邦医保中，有超过800万的老年人位于“甜甜圈洞”中，他们没有其他医疗保障，月平均药品费用为340美元，年平均药品费用为4080美元，这些人往往是长期患慢性病的老年人。将逐步缩小“甜甜圈洞”，并在2020年之前彻底关闭该缺口。

终止给予保险公司的超额付款以保障老年人福利。法案要求终止医疗保险优势计划给予私有保险公司平均14%的超额付款，保险公司应以合理比率提供医疗保险优势计划，以保障联邦医保老年投保人能够以最合理价格获得服务。

减少联邦医保机构给予未参保人员的费用支付。目前，对于未参保人员的医疗费用，联邦医保机构向医院支付额外费用。由于法案将减少无保险人员的数量，所以联邦医保机构可减少此类费用。

保障联邦医保投保人的利益。组建一支独立的医生和医疗保健专家小组，以完善联邦医保的服务质量和减少联邦医保投保人的费用。保障参保老年人的权益，禁止定量服务、增加税收或提高保费，以及变更保险福利、参保资格或成本分摊标准。

3.4 防治慢性病和完善公共卫生服务

法案要求加大疾病防治、健康和公共卫生建设，并提供大量资金资助（预防保健、疾病筛查，传染病、慢性病社区管理等），制定全国性的疾病防治和健康促进政策，改善居民健康状况、减少可预防慢性病和伤残的发生率。

加大疾病预防、疾病研究和筛查的投资。法案要求为疾病预防、公共卫生、疾病研究和筛查提供大量投资。

允许制定地方性传染病防治策略。法案授予地方政府制定地方慢性病防治策略的权利，包括与肥胖和抽烟相关的慢性病防治策略。

提高传染病防治的应对能力。法案要求提高对传染病和其他公共卫生疾病威胁的应对能力；为社区预防和健康服务提供支持；制定竞争性拨款计划，以完善传染病监测和传染病防治应对能力。

提高联邦医保投保人的预防保健服务。对于联邦医保的投保人，法案取消大部分预防保健的共付费用以提高预防保健服务；参加联邦医保的老年投保人，实行年度健康探望和个体化预防计划的全覆盖，以提高预防和健康服务。

3.5 卫生人力

改善医生、护士以及其他医疗服务提供者状况的一系列措施：提供奖学金和制定贷款偿还计划，增加初级保健医师、护士、助理医师、精神卫生服务提供者和牙医的数量；制定新的激励和招募政策，增加公共卫生专业服务人员的输送量，以便于应对卫生突发事

件；为各地社区卫生中心的扩建和运营等提供资金支持，保证居民及时获得必要的卫生保健服务。

对初级卫生保健培训进行投资。对初级卫生保健服务提供者培训项目进行拨款投资，包括家庭医生、儿科医生、普通内科医生、初级保健医师等。

在服务人员不足的社区增加初级卫生保健服务者数量。在初级保健服务人员缺乏的地区增加相关人员数量，包括医生、医师助理、执业医师和牙医。在专业卫生人员缺乏的郊区和农村提供资金上的大力支持，为从事医疗、牙防及精神卫生服务的医生、护士等提供奖学金和贷款偿还的资金支持。

增加护理人员的数量。在全国范围内加强护士教育和培训计划，以及人才留住计划，为护士学校提供竞争性拨款扶持，为护校学生提高贷款额度，向护理队伍提供贷款偿还和奖学金计划。

加大公共卫生人员培训力度。为公共卫生人员及预防保健医师的培训提供支持，解决公共卫生人员严重紧缺的问题；建立一支应对紧急情况的预备队，为公共卫生培训及社区卫生人员发展提供拨款。

扩建社区卫生中心。为全国的社区卫生中心的运营、扩建和建造提供 110 亿美元的资金支持，帮助社区卫生中心向民众提供更好的卫生保健服务。

3.6 透明性与计划的整体性

向患者提供更多信息以帮助患者更好地做出医疗保健决定；提

高医生对尖端医疗研究的可及性以帮助医生和患者作出适当决定，改善医患关系；提高疗养院信息透明度以帮助民众快速寻找亲属；加强护理院职工培训以持续提高护理保健质量；执行新的披露政策要求遏制医疗保险、医疗救助和 CHIP 中的浪费、欺诈和滥用行为等。

3.7 提高创新疗法的可及性

鼓励创新疗法节省开支，鼓励药品公司在市场上有效出售非专利药品，为低收入患者提供服务的医院和社区加大药品折扣；允许非专利药的流通以方便医生和患者取得有效的低价替代药。

3.8 社区生活辅助服务与支持法案——CLASS 法案

提供自愿、自付经费的长期保险选择。对于需要长期服务和护理的残疾人费用负担，提供了一项自付经费、自愿长期的护理保险选择。该项保险的参保人一旦变为残疾人，他们可按日获得福利。该福利适用于从喘息服务到家庭护理的社区服务。该保险将不会用纳税人的钱支付费用，因为他们能够在家工作和生活，且不需要住进疗养院，所以该计划将减少医疗救助计划的支出。

3.9 税收规定

法案规定了美国历史上范围最广的中产阶级税收减免措施，使家庭和小企业主更能负担得起医疗保健费用，数百万的家庭将因此受益，这将帮助他们购买保险和减少保险开支。

提高高收入投保人的住院保险税。对于年收入 20 万美元以上的人或 25 万以上的夫妇，联邦医保的住院保险税率将提高 0.9%。非劳动所得，如红利、股息、租金等将被课以 3.8% 的联邦医保薪资税。

对提供高额保费的保险公司进行征税。造成保险费用高昂且持续增长的原因之一是缺乏推动保险公司降低保费的激励机制，这是对提供高额保费的保险公司征税的原因所在。同时，法案提高了个人保费免征额和家庭保费免征额。

卫生行业相关税费。随着参保人数增加，政府将重新对卫生行业的部分收益征税，包括：（1）原研药公司按联邦销售比例征税；（2）对医疗设备征收消费税；（3）对保险公司征收年费；（4）对室内太阳灯照射服务征收消费税。

3.10 提高印第安人和阿拉斯加州土著居民的健康保健服务

对于向印第安人和阿拉斯加州土著居民提供健康保健服务的《印第安人医疗保健改进法案》（ICHIA），法案再次进行了认可。这将有利于推动印第安人医疗保健制度的现代化，并提高印第安人和阿拉斯加州土著居民的医疗保健水平。

参 考 文 献

- [1] 美国白宫网：<http://www.whitehouse.gov/healthreform/immediate-benefits>;
<http://www.whitehouse.gov/health-care-meeting/proposal>
- [2] 美国国会图书馆：<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c111:H.R.3590>;;
<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c111:H.R.4872>;
- [3] 美国全民医保谁来买单. 理财周刊月末版, 2010年第12期.

（编辑：上海市卫生发展研究中心 张进 荆丽梅 彭颖 李智健）

送:

世界卫生组织驻华代表处、卫生部相关司局
卫生部卫生经济研究所、卫生部统计信息中心、
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区县卫生局、相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构