

中国与全球化研究

China and Globalization Research

2012年 第 5 期

总刊第23期

中国与全球化研究中心/欧美同学会建言献策委员会 编

要 目

CCG 月度名家午餐会

全球医药卫生改革与发展大趋势 专刊

中国与全球化研究中心 中国国际经济交流中心《全球化》杂志
联合主办

www.ccg.org.cn

电话: 010 - 65611038 , 65611039 , 65611041 传真: 010-65611040

邮箱: bianjibu@ccg.org.cn

中国与全球化研究

主办单位

欧美同学会建言献策委员会

中国与全球化研究中心

合作单位

国务院侨办海外专家咨询委员会

清华大学公共管理学院

英国诺丁汉大学当代中国研究院

新加坡国立大学东亚研究所

香港科技大学中国跨国关系研究中心

总编

王辉耀 欧美同学会副会长，中国与全球化研究中心主任

编委会委员（以姓氏拼音为序）

陈志武 美国耶鲁大学管理学院金融经济学教授

崔大伟 香港科技大学中国跨国关系研究中心主任

段培君 中共中央党校战略学研究室主任

黄靖 新加坡国立大学李光耀公共政策学院教授

黄亚生 美国麻省理工学院商学院教授

李成 美国布鲁金斯约翰桑顿中国中心研究主任

李连仲 中共中央政策研究室经济局局长

林晓华 加拿大Ryerson大学国际研究院院长

刘宏 新加坡南洋理工大学人文与社会学院院长

隆国强 国务院发展研究中心对外经济研究部部长

吕晓波 美国哥伦比亚大学东亚研究所所长

裴敏欣 美国克莱蒙大学政治学教授

钱颖一 清华大学经济管理学院院长

饶毅 北京大学生命科学院院长

汤敏 中国发展基金会副秘书长

王绍光 香港中文大学政治与公共行政学教授

薛澜 清华大学公共管理学院院长

姚树洁 英国诺丁汉大学当代中国学院院长

张维迎 北京大学工商管理研究所所长

张旭东 纽约大学东亚研究系主任

郑永年 新加坡国立大学东亚研究所所长

特邀专家委员会（以姓氏拼音为序）

鲍曙明 密西根大学中国信息研究中心主任

丁学良 香港科技大学教授

董克用 中国人民大学公共管理学院院长

范文仲 中国银监会研究局副局长

傅军 北京大学政府管理学院常务副院长

郭生祥 澳大利亚澳华金融专家协会理事长

海闻 北京大学副校长

靳志伟 欧美同学会秘书长

胡元豹 加拿大亚太基金会总裁兼执行长

胡兆庆 商务部中国国际经济合作学会会长

李百炼 美国北卡州立大学副校长

李稻葵 清华经济管理学院中国经济研究中心主任

李磊 日本法政大学工学研究生院院长

李曙光 中国政法大学研究生院院长

李兆熙 国务院发展研究中心企业研究所副所长

梁能 中欧商学院管理学教授，EMBA主任

罗亚东 美国迈阿密大学战略与国际商务讲座教授

梅平 中国太平洋经济合作全国委员会会长

潘晨光 中国社会科学院人事教育局局长

彭维刚 美国达拉斯德州大学管理学院讲座教授

丘成桐 美国哈佛大学数学教授

施一公 清华大学生命科学学院院长

宋立刚 澳大利亚国立大学克劳福德经济学院教授

隋殿志 美国德州农工大学助理校长

孙选中 中国政法大学商学院院长

唐永春 美国加州理工大学能源与环境中心主任

王坚 美国南加州大学安传播学院教授

王小凡 美国杜克大学终身教授

王晓东 美国国家科学院院士

王晓萍 国务院侨办政策研究司司长

吴江 人力资源社会保障部中国人事科学院院长

项兵 长江商学院院长

谢国忠 玫瑰石顾问公司独立经济学家

谢宇 美国密歇根大学社会学系教授

徐滇庆 加拿大西安大略大学终身教授

徐小平 真格基金会创始人

许晔宁 欧美同学会副秘书长

颜海平 康奈尔大学中国研究所所长

杨锐 中央电视台《对话》节目主持人兼制片人

杨壮 北京大学国际MBA国际院长

张忠 美国沃顿商学院终身教授

张健青 国务院侨办经科司副司长

张力奋 英国《金融时报》副主编，FT中文网总编

张信刚 原香港城市大学校长，美国百人会会员

赵红心 美国圣路易大学财经教授

赵德生 美国丹佛大学国际关系学院教授

周玮生 日本立命馆大学可持续发展研究中心主任

左小蕾 中国银河证券公司首席经济学家

执行主编：苗 绿

责任编辑：潘 攀

编 务：赵映曦 吴雪莹

CCG 建言研讨

CCG月度名家午餐会:全球医药卫生改革与发展大趋势

医疗体制改革是全球性的管理体系难题，改革开放30年来，中国在经济领域，基本上完成了由计划经济向市场经济的转化，但社会事业领域改革相对滞后，医疗改革举步维艰便是典型例证。我国现有的医疗卫生体制落后、医患矛盾突出，改革陷入瓶颈阶段。如何在比较的视野中打破医疗卫生改革坚冰？全球化背景下，全球医疗卫生发展又有哪几大趋势？

2012年5月21日，中国与全球化研究中心（CCG）联合中国国际经济交流中心《全球化》杂志在北京·万达索菲特大酒店成功举办本年度五月份“全球医药卫生改革与发展大趋势”名家午餐会。

本次午餐会，CCG邀请到哈佛大学公共卫生学院刘远立教授为主讲嘉宾。刘远立教授是中华人民共和国卫生部“卫生政策与管理专家委员会”委员、“健康中国2020”战略规划专家组成员、“健康北京2020”战略规划课题组组长，并被哈佛大学评为“六位未来公共卫生领袖”之一。作为中国卫生部的重要智囊，刘远立教授参与了中国卫生改革与发展一系列重大问题的研究和政策咨询。

参加本次午餐会的还有北京市朝阳区卫生局局长师伟、中国投资有限责任公司总经理高西庆、北京国际医疗中心丁永平、中国国际经济交流中心《全球化》杂志总编辑牛铁航、慈铭健康体检管理集团股份有限公司总裁韩小红以及从事医疗行业的专家学者、企业高管等各界人士。午餐会上，与会嘉宾就中国医疗体制改革等问题进行了热烈交流和讨论。

CCG月度午餐会发言节选：

中国与全球化研究中心执行秘书长 赵涓如

尊敬的各位来宾，大家好！首先我代表中国与全球化研究中心以及本中心王辉耀主任欢迎大家的到来。请允许我先介绍一下CCG的月度名家午餐会，中国与全球化研究中心希望把全球知名的，在各行各业有所建树的专家跟大家一起分享各个领域、各个行业的经验，以及最前沿的一些新的信息。

CCG作为一个智库来说，我们希望每个月都举办这样一次大家可以共同交流的活动，各方朋友在一起度过一个非常美好的欢乐时光，同时能够分享一些经验。

上个月我们邀请到世界著名东亚问题研究专家郑永年教授，讨论了关于国家权力危机和全球化的问题。这一次，应王辉耀会长的邀请，我们又非常荣幸的请到哈佛大学教授，也是卫生体系学创始人之一的刘远立教授。

今天的名家主题午餐会，由中国国际经济交流中心《全球化》杂志的牛铁航老师主持。我们今后的CCG月度名家午餐会将会与中国国际经济交流中心《全球化》杂志联合主办，让我们先有请牛铁航老师。

中国国际经济交流中心《全球化》杂志总编辑 牛铁航

我应辉耀之邀代为主持。我想利用这个机会多讲两句中国国际经济交流中心，你们叫CCG，我们叫CCIEE，这两个机构的共同之处就是都为智库，我们也号称是民间的智库，咱们都是一个板凳里坐着。中国国际经济交流中心是三年前成立的，在一年前创刊了《全球化》杂志，为什么要做“全球化”这个概念？这跟我们中国发展有直接关系，就是中国现在国内有人提出来中国模式，还更有人提出来重庆模式、广东模式。中国模式是中国自己做决策的，但是中国走到这一步，面对复杂的国际事务，这一方面中国决策特别差，所以根据这种情况我们怎么来做是值得我们思考的。

全球医疗卫生发展四大趋势

哈佛大学公共卫生学院教授 刘远立

非常荣幸应邀在这里跟大家做一个交流，针对“全球医药卫生改革与发展大趋势”我给大家做一个介绍。

一、小背景

很多人去过哈佛大学，但是可能没听说过我所服务的公共卫生学院这个学院。公共卫生学院的目标是促进人群的健康，通过研究、发现和与大众以及政府等进行沟通来促进公共健康，我们的学科包括生物科学、人口科学，也包括政策和社会科学。我主要研究政策和社会科学这一块，原来在国内学医，到美国主要是经济学，所以我把这两个结合起来，利用经济学的方法运用到政策和医疗领域战略的问题研究。

我现在所从事的这个系和CCG很有关系，叫全球健康系统。全世界我也跑了很多的国家，不像在座很多去发达国家，而是去非洲、亚洲、拉丁美洲，很多发展中国家在那做项目。非典以后我的主要工作是研究中国，或者借鉴国际经验帮助中国改善医疗卫生体系，促进医疗领域更好地发展。前不久美国外交杂志上有一篇文章，一个姓黄的学者，他的一篇文章引起了很大的反响，他要重提“东亚病夫”的概念，认为我们中国的卫生领域正在经历一个巨大的危机。但不管怎么样，我认为中国仍然具有很多的挑战和机遇。

哈佛除了本科以外主要是研究型学院，公共卫生学院主要以研究为主。我很骄傲，我在哈佛工作16年期间概括起来两件事：一个是刚才主持人提到的卫生体系学创始人之一，就像经济这个体系是经济学家研究的，政治体系是政治学家研究的，我们在哈佛大学第一次把健康作为一个体系来研究；第二件事就是非典以后，我在哈佛大学成立了哈佛大学公共卫生学院中国项目部。

我们主要工作为三大块：应用型研究、教育研究以及中央党校举办社会发展的一个论坛。我们的应用型研究分为两个层次，一是政策层面，比如说医改。2007年1月，我们在清华大学第一次举办了一个由四个部委组成的高层次医改研讨会，同时也参与“健康中国2020”的工作，组织了一批哈佛教授，针对重大公共卫生问题把国际的经验进行了梳理，然后提交给以韩启德副委员长为首席专家的“健康中国2020”战略规划规划组。后来我又领导了中国第一个城

市级十年健康发展的“健康北京2020”的这么一个主题。

另一个层次，我们是通过做试点、做干预性的研究，把技术创新和制度创新结合起来，比如说闵行区的数据资料我认为是代表了中国的未来。另外，我们利用重建汶川的机会创办了中国第一个农村的移动诊疗中心。这是两个层次的，一个是政策层面，一个是应用层面。

我们的论坛讨论的问题不仅仅是公共卫生、健康，而且涉及到整个中国社会发展的领域，包括环境、社会保障、教育、民主与法制等等。这个论坛分别在中央党校和哈佛大学举办。去年9月份我们首次举办哈佛中美健康峰会，两国的卫生部部长到会做主题演讲。这个峰会已经写进了中美经济战略对话在医疗卫生领域的一个协议里面，今年10月31号我们将在北京举办第二届哈佛中美健康峰会，同时欢迎各位的参加。

二、 大趋势

因为我从事的主要是卫生政策管理的战略研究，所以我对在全球范围内我们这个行当在改革和发展当中有哪些大的趋势给大家做一个简单的分享。

研究大趋势已经形成新的边缘学科叫“未来学”，在座年纪稍微大一点的知道，最初改革开放初期有一本书叫《三次浪潮》对我们影响很大，后来这些人来研究大趋势，确实做得还是不错的，给我们一些启发。它可以帮助我们对客观发展规律系统认识，帮助我们解决现实问题的科学决策，提高我们对未来发展机遇的掌控能力。有一些取向和势头前因后果比较清楚，有一些我们还不清楚，但不管怎么样，可能会给我们一些启发。

今天由于时间的关系，我就简单给大家分享四个方面主要的趋势，有些大家知道，有些可能会比较新颖一点。

第一个大趋势，我提出一个大胆的假设，就是经济结构的健康化，也就是说健康经济概念在整个国民经济的地位日益提高。这有两个方面的原因：一方面我们知道我们经济的发展使我们生活质量的改善带来一系列新的资源、财富和机遇，但另一方面也带来了很沉重的代价。所以我们现在大家在讨论经济结构的转型和可持续发展，就是怎么样从黑色经济转向为绿色经济发展的问题。在这当中我们会发现大家也许不太清楚的是随着经济的发展，在GDP当中我们医疗费用所占的比重是在上升的。我们可以把医疗支出看作是一个消费，但我们也可以看成是这个行业创造的经济的价值，那么这个价值占得比重是上升的，美国现在是全世界最高的，20%在医疗卫生领域。

有一次在哈佛大学举办一个高层的研讨会，包括有一些全球500强企业的老总，我主持一个专题，提出这么一个假设，我说大家学经济的都知道，任何一个产业都有发展、饱和、衰落，但是我发现到目前为止有一个在经济发展领域和产业领域里面永远不落的太阳，一个不仅仅是朝阳，我还看不到它衰落的这么一个领域，我认为就是健康经济。因为到目前为止，我们看到随着经济的增长它的比重几乎是直线上升和稳定的。

我在哈佛大学的一位同事，也是经济学家，他预测美国在健康这一块的支出，或者说这一块所创造的就业等等其他的发展机会，带来的价值还会继续上升。拐点是什么时候？拐点是2075年。到那个时候美国由健康经济所构成的GDP比重占到多少？将占到38%。为什么那个时候可能会出现拐点？因为到了38%它就会影响到非医疗卫生支出的下降，这个时候可能就到底了。

另外一个现象我们发现医疗卫生增长速度超过总体经济增长速度。我们中国正在经历医改，见面必谈医改，一些学者和决策层认为关键在于控制医疗费用，控制医疗费用他的基本依据是什么呢？因为我们的医疗费用上涨速度超过了经济的总体增长速度。但是我的研究表明，这不是我们中国自己一家的错误，全世界都在犯这个错误，也许它不一定是个错误，我们要分析一下。中国的卫生费用正在增加，但是它占GDP的比重基本上是维持在5-6之间，未来十年还会增加。为什么我说健康经济可能是我们在国民经济当中的地位还会日益的增加？至少在可见的未来还有两个方面：一个是需求拉动，一个是动力拉动。

需求拉动包括需要的拉动，有一些客观的，我们没法避免的。包括人口老龄化，包括我们疾病转变，人活得越长他得病的机会越多，随着经济收入的增加，我们保健、保命、提高生活质量的要求也会增加。同时，这里面有一些投资需求的增加，我们有很多的热情在寻找新的投资领域，新的健康经济正在被关注。

供应拉动很重要的是高新技术的出现，我们知道自己手上使用的iPhone，新的iPhone、IPAD出来，在美国是排长队。大家想象一下，一个新的技术出来以后能够挽救多少人的生命，能够延长和提高我们的质量，有一些现在还不能攻克的疾病我们攻克了，难道这个市场不会有巨大的反映吗？肯定会。所以高新技术的出现是我们健康经济拉动的一个重要的原因。当然，由于医疗卫生保健这个行业产品的复杂性，我们消费者无法像判断，不像食品和衣服根据自己的偏好来判断一样，这里面我们不能否定存在供方诱导需求，也就是说在我们

这个领域也存在资源浪费和低效率，这个恰恰是我们需要进行控制的，但是要客观的分析。

在我们最近给北京市政府做“健康2020”的报道中，我们也给北京市政府敲了一个警钟，就是未来10年中国的慢性病将出现井喷式的爆发，这是我们过去二十多年甚至三十多年所积累的一些危险因素，包括环境，包括我们行为改变所带来的危险因素，在未来的十年将会出现一个井喷式的爆发。那么这个对于我们公共卫生领域的挑战是极为严重，同时对我们健康经济、健康产业的发展也是一个巨大的机会。

第一个大的趋势就是这个健康经济为什么成为一个朝阳产业、为什么这么重要，它的内涵不仅仅是传统的医药产业，也不仅仅是保健产业，还包括下所有产业的健康附加值。首先，影响人健康的因素很多，在我们生产生活所有环节都可能存在影响我们健康的因素，因此我们必须保障和提高人类的健康，必须要在所有的生产生活环节来做文章。同时我们知道，现在我们各个企业的比较竞争力到底在哪里？除了价格竞争、服务质量的竞争、便捷度的竞争，我在这里提出一个很大胆的假设：我们很重要的核心竞争力应该反映在健康附加值，包括我们国家外贸，当发现出口的玩具有不健康，一下就使我们的外贸下滑非常大。

关于我们的食品安全，我的一个日本的学生，他在日本有一个家庭企业，给我讲了这么样一个故事，让我非常感慨：我们知道，08年我们中国举办奥运会，大家都在谈奥运经济，我们国家也投入了很多，希望通过奥运会的举办带来一些经济价值，其他国家也有很多的做法。因为是在亚洲、在中国举办，很多优秀的运动员要提前来训练、适应时差等，绝大部分优秀的运动员却不是飞到北京来，这是为什么？究其原因，他们对中国的空气不放心，对中国的食品不放心，怕来了以后不但没有把身体调适好反而更坏了。也就是说你可以把医疗卫生看成是和我们经济发展没有关系的一个福利事业，但是它在严重影响着我们的可持续发展。非典大家都知道，一夜之间多少经济损失！使我们很多经济活动一夜之间停顿，这些例子数不胜数。但是我要强调的是我们面对这个挑战很重要的另外一个心态和出发点以及战略思维应该是什么？这是中国实行经济结构转变一个重大的机遇，因为在健康经济这一块我们确实有很多自己优势，包括我们中医药保健的传统保护。

第二个大趋势，医药技术的专业化和医学模式的多维化同时并存。随着现

代科技的发展，没有谁都能做得最好。麻省总医院是全世界非常有名的医院，同时也是我的母校医院。它各个科的排名，排第一的却是精神病。但是我们知道，很多的政要，包括某国的国家领导人有病了到麻省总医院来看都不是看精神病，是看其他病。其实，专业化非常重要。现在在这个领域里面有一些新的专业化的主题出现，包括专业化的疾病管理、健康管理。包括专业化的检验中心，美国临床检验这一块有几个大的专业化公司来做，他们有自己快捷的飞机，收集样本，然后提供标准化的报告，现在又形成了一些专业化的医学研究组织等。从人群上来讲也出现了市场的细分，包括惠民医院和VIP服务公司。专业化有优点，有利于品牌建设，有利于提高效率。但是它的缺点是对高端人才的依赖，可能丢失一些关联市场。

现在我谈几点也许大家不是特别经常提到的一个事，就是医学的多维化。

世界卫生组织对健康是这么定义的：健康并不意味着人不生病，它包括了人的生理、心理和社会的完好状态。所以这个健康的概念，尤其进入二十一世纪，应该包括心理、社会和精神层面的问题。这样也就是说影响它的因素不仅仅是医疗卫生保健，它影响的因素太多了，在座的各位都是影响健康方面的可以有所作为的，包括我个人。这是第一个我想说的多维化很重要的东西。第二个，医药卫生行业是一个特殊的服务行业，不同于其他所有的服务行业，我们这个行业要依赖于我们的消费者，我们的顾客、我们的消费者是“健康”这个特殊产品的联合生产者，他们不是被动的接受我们的服务，我们必须依赖于他跟我们的合作，他不跟我们合作我们这个产品就没法生产，还不仅仅是销售的问题。这是很重要的一个理念，这是医学模式多维化从纯生物医学模式到心理社会医学模式转变很重要的两个主要理念。给大家举两个例子：

第一个例子，每年我在举办卫生高官高管班的时候都要带领我的学员，他们是中国卫生厅局长、大的医院的院长，来参观麻省总医院。参观麻省总医院今天能够引起他们兴奋点的不是大型医疗仪器，因为中国大型公立医院医疗仪器设备不比世界任何国家差，因为现在大的医院也不缺少资金。能引起他们非常兴奋的让我感到非常吃惊的是两个现象：第一个是麻省总医院院内的幼儿园。竟然在这个医院里面会有办幼儿园的，大家想想为什么？其实这是一石二鸟，第一，为我们医院那些有孩子的职工尤其有幼小孩子的职工，作为一个医院职工的福利；第二个，当一个充满悲哀痛苦的医院里面出现孩子的笑声，人们最有希望的象征的时候，这对我们这个医院的氛围、功能潜在的影响很大。

第二个我们学员们感到惊讶的是麻省总医院里面还设有教堂，用来给病人、家属、职工做祈祷用，而且你可以预约，可以免费使用。既可以做穆斯林的，也可以做佛教的，当然也能做基督教礼拜。不仅如此，我们的医院还组织了一个专业的宗教服务团队，把宗教的一种服务融合成我们医疗卫生服务的一个部分，这是一个实践医学模式多维化的范围。

第二个例子，我刚才谈到消费者应该是我们健康这个产品的联合生产者，美国的“病友会”发挥着巨大的作用。美国肿瘤协会是由美国的一批肿瘤幸存者创办的，他们的能力非常的强，他们现在有五十多万会员，他们的筹资能力非常巨大，每年它举办的年会全世界有3万多人来参加，它成了肿瘤研究的一个科学的盛会、新的科技产品的展览会。同时我要告诉大家，肿瘤协会这样一个由病人组织的一个组织，它所筹集的经费用于肿瘤研发支持的强度甚至超过了美国政府在肿瘤领域研究的强度，我们哈佛大学一些顶级教授每年都在忙着给美国肿瘤协会写报告，希望得到他们的资助做肿瘤方面的研究。这是我们“病友会”发挥巨大的作用另外的一个范围，他们不仅仅帮助我们维持自己的健康，还帮助我们实施一些公关来惠及全人类，我们要了解这一点。我们医疗技术科学的发现是一个公共的产业，一旦我们的文章发表了，会带来很多很多的商机。这个全球的公共产品的效益是巨大的，而这个贡献很多是我们的病人，是肿瘤幸存者。

第三个大趋势，是医疗体系协同化，也就是各个医疗服务的孤岛之间的有机联系正在建立起来。

中国有句非常智慧的话叫“合久必分，分久必合”，现代科学的发展趋势是专业化、个性化，而我们市场经济的特征是强调个人与集体的分割。那么上述的变化带来一个什么严重的问题在我们与生命和健康有关的领域呢？就是我们这个体系的碎片化，缺乏协同、信息孤岛、服务孤岛，更导致医疗差错，造成医疗纠纷，造成医疗纠纷以后互相推诿，又进入下一步恶性循环。

也许在座的各位对医疗、科学和技术充满着信念，充满着信任，在这里我要给大家泼个冷水。在美国医疗事业最发达国家，每年由医疗差错所造成病人不必要的死亡有10万人，绝大多数不是医生自己有意谋杀，要么是由于我们不知道，因为医学科技发展到今天很多问题我们无法解决，我们还不知道、不认识、不知道。还有就是我们整个系统出现了碎片化，没有一站式连续性的服务，很容易出差错。因此我们要强调医疗卫生这个体系的内整合和外整合，这就是

大的趋势。

所谓内整合，大家看过病的都知道，在医院里面我们传统的、机械的分了很多科，内科、外科，包括神经也有神经内科、神经外科，心脏也有心脏内科、心脏外科。一个普通的偏头疼，你去了以后各个科去转，内科跟你说内的科的做法，外科跟你说外科的治法，内科外科好像又不对话。我的偏头疼去了以后可能变成全头疼，没有病的人去了医院转晕了，生病了。因此国际缺少一个打破传统界线的一个新的团队医疗联合诊疗的这么一种模式，比如德国，它不再是传统机械的分科，而是一个团队，这个团队里面有神经科医生、心理医生、物理治疗师，还包括医院的管理人员、社会工作者，一起组成一个团队给你治疗偏头疼，集体进行讨论，第一时间进行会诊。这是内整合，就是在医疗机构之间我们进行一个重新的整合。

所谓外整合，举个例子，过去20年期间美国医院总的数量基本上变化不大，但是它集团化医院的数量增加的速度还是非常快的。所谓集团化数量在座的各位很多都是并购的，它们原来是互相竞争的个体，现在形成了一个整体。那么这种资源整合的模式，有所有制之间的公司整合，有服务层级之间的所谓纵向整合和横向整合。横向整合是指同级的医疗机构，医院之间合并为一个医疗集团。纵向整合可以理解为医院把诊所、以及一些保健中心整合为一体。还有法人代表之间有合并和合作的几种模式。

我这里给大家一个案例，哈佛大学的教学医院和其他的不太一样，我们并不拥有这些医院，这些医院都是独立存在的。大家对美国医疗卫生体系有了解的知道，美国的医疗服务主要是由民营的、非民营医院来提供的。我们大部分哈佛这些医院都是独立存在的，每个医院都有自己的董事会和独立的治理结构，它们原来是互相竞争的，最近他们就形成了两大医疗集团，一个叫Partners Group另外一个叫Gare Group。Partners Group的整合是一种松散型的整合，各个医院还是保持了相对的独立，只不过是在财务管理、信息管理方面有一个统一的团队来提供。另外一个集团整合是一体化，就是原来你是五个大外科，现在是一个大外科，便于专业化的统一协调。

我们能不能把在其他经济行业、产业行业所获得的经验智慧照搬到我们医疗行业？大家想一想，医疗和医院这个行业的特征是什么？它是高成本、高技术含量、高风险、知识分子成堆的地方，你一整合，人家原来是五个外科主任当得好好的，现在一整合只有一个外科主任了，一体化管理。所以在第二个集

团化整合的头两年，波士顿媒体曾经有这样的标题新闻说“在流血”，因为大量的这些学科带头人带着自己的医生、护士团队集体叛逃、集体跳槽。所以在这个整合过程当中出现很多人们原来意想不到的事，这也充分说明我们这个行业虽然重要，但是极其复杂，很难实施。当然不是吓唬今后看好这个行业要投资的各位，还是应该继续投资，但是你要充分认识到它不是那么很好的搞定的。这种整合建立比较有效的协同医疗体系，我认为概括起来要做三个方面的改良、改革、改造。第一是建立以自主激励为核心的治理结构的转变；第二是以价值激励为核心的支付方式的改革；第三是以团队激励为核心的服务流程的再造。

第四个大趋势，是政府与市场这两只手在卫生体系内的合作化。因为我们知道政府干预和市场竞争在医疗领域里面各有所长也各有所短，需要加以平衡。关注中国医改的，我相信你们都能够感觉到中国的学者尤其是那些爱讲话的学者有两个学派，一个强调以政府主导，一个强调以市场主导。我曾经不止一次讲过，任何一个强调主导的都是误导。我们医疗行业它既有公共产品，也有私人物品，我们应该公开来谈。那这里就用到了我们卫生体系学的一些基本理论，如果我们把医疗卫生体系看成一个体系的话，这是我的一个小小的发明，叫“医药卫生体系解剖图”，我把医药卫生体系看成是人体一样，它和周边的环境发生密切的互动。它是由四个子系统所组成：第一个是它靠两手提供服务，一个是预防保健服务，一个是医疗服务；第二个是它靠两个子系统支撑，一个是物质供应子系统，就是物质资源和人力资源，包括我们的厂商，包括我们的医学院校，这些都是资源供应系统，有了资源我们才提供服务；第三个是医疗保障系统，这包括我们的社会保险，也包括我们的商业医疗保险，它来解决的是谁来买单、怎么买单的问题。第四个是我们大的监管子系统，处于中心位置的是人民和人民的健康。

那么在这四个子系统里面我们可以看到全世界的趋势政府和市场的相对作用就不一样了。我们看到，在医药卫生监管这个体系里面，没有哪个国家是推到市场去监管的，一定是政府主导。在卫生保障这个子系统里面，社会保障，也就是成本的社会分摊，政府有“组织的筹资+社会保险+商业医疗保险”是一个趋势。到了卫生服务的提供这一块，我们明显的看到全世界逐渐把服务的提供交给市场去做，政府当然有一部分的公立医院、公立医疗机构对弱势群体承担一部分责任，这个肯定不能动，但是大量的医疗服务是靠我们独立存在可以

互相竞争的医疗机构去做的。像英国是比较典型的实行全民医疗保健服务的国家，它的筹资主要是政府的税收来承担，提供是靠政府举办的公立医院来承担，但是撒切尔上台以后发现公立医院极端的低效率，因此他就改革。把公立医院改变原来公务员运作的系统，把它变成一个个独立的法人来进行竞争，所谓的开辟内部市场来进行竞争，英国也在改革。那么在卫生资源供应这个子系统里面，我们全世界看不到哪个国家是由政府主导，基本完全是由市场主导的。因此我刚才为什么说政府主导、市场主导都是误导？因为我们用这个子系统进行更深层次的分析，我们就会发现政府的作用和市场竞争的作用是可以互相弥补的，它在不同的子系统里面相对的作用是应该有不同的设计。全世界概括起来有这么四大卫生体系：从服务这个子系统和保障这个子系统的社会化程度。比较极端的是英国，在保障和社会服务都是比较集中的社会化程度比较高的体制。美国是另外一个极端，就是在保障和服务这两个领域基本上都是市场主导。我比较看好“德国模式”，因为我自己的研究发现“德国模式”正在成为一个主流模式。什么叫做“德国模式”？“德国模式”是在保障这个系统，也就是谁来买单、谁来支付，这一块政府的主导性还比较强。德国政府通过法律强制性的要求人民必须参加保险，这一块德国是社会保障的鼻祖。而在服务这个领域德国是市场化的，它是靠一些独立的法人集团来进行竞争的，这种模式在全世界来看是一个主流的模式。我谈到政府和合作化，我必须要有证据，那么我的证据是这样得来的：我看一看在市场主导的美国政府作用是不是就没了？我再看另外一个极端的例子，在政府主导的英国市场作用是不是没了？我的发现刚好相反。

占用了大家不少的时间，我今天跟大家分享的主要是全球医疗卫生发展四个方面大的趋势，我用比较通俗的语言概括为“四化建设”。一个是经济结构的健康化，第二个是医学模式的多维化，第三个是医疗体系的协同化，第四个是政府与合作化。

讨论互动环节

中国与全球化研究中心执行秘书长 赵涓如:

下面是互动环节，希望大家踊跃发言。这次也请了很多业界人士，我相信在业界人士的讨论下，我们接下来的讨论应该是非常热烈的。

提问:

我是软通动力信息技术有限公司的陈珏，我在软通IT这一部门工作。听到刘教授讲了一个趋势，我们想到讲的几乎都是与医院有关系，但是WHO曾经有一个说法：一个人一生之中跟医院真正打交道的大概是一生之中时间的3-5%，几乎都是最后3年，打完交道也就不大出得来了。那我们先想想95%，我们的医院将来的趋势大概是什么样的情况？

哈佛大学公共卫生学院教授 刘远立:

这个问题提得非常好，因为我们从事的职业叫公共卫生服务，我们跟医学院有很大不同。医学院它关心的是个体，是人得了病以后怎么办，我们更多关心的是人群预防，我们怎么样保证我们的健康能够维持和促进。所以刚才陈珏的这个问题是我这个专业里恰恰要解决的。

从我们这个角度来看，我们现在公共卫生领域现在正在面临第三次革命的挑战，卫生领域第二次革命是传染病，基本上通过疫苗等手段得到了有效的控制。当然，我们国家是传染病和非传染病双重挑战，因为随着我们人口流动加大、生活方式接触密度加大等等，我们新发传染病难以避免，因为病毒细菌它也在演化。我们有一些多重耐药性的结核病是全世界最严重的，所以传染病这个问题仍然严重，那我今天把这个大的公共卫生问题放在一边先不说，我要说的是现在影响中国人民群众最重要的是慢性疾病和非传染性疾病，80%以上的死亡是由这个造成的，包括心血管、肿瘤等等。

慢性病和非传染病有几个很重要的特点：第一个，它的发病原因比较复杂，一旦得了病以后病程会比较长一点，病人的痛苦比较大，治疗起来也很麻烦，

成本也非常昂贵。但是我们公共卫生现在有非常明确和非常有效的预防措施，因为什么？大量的慢性病与我们人的行为是有关的，与我们吃什么，我们要不要经常的运动等等，这就有密切的关系。我们中国人在这方面确实有我们天生的一些劣势，最近有一些学者研究我们有饥饿基因，就是我们祖辈们的生存能力很强，经历了大饥荒都能存活下来，使得我们人体代谢功能很强，就是我们能够把吃的东西里面的营养成分迅速的吸取。这本来是个好事，那我们现在生活条件好了，我们现在可以吃得东西太多了，那我们这个优势就变成了劣势，也就是我们中国人比西方人更容易得糖尿病，得这些慢性疾病，这就是一个最大的挑战。这些没有发病的时候，我们怎么样让我们每一个老百姓所生活的环境、生活方式能够发生健康的变化，这是一个最大的课题。这个课题不光是我们专业人员要做，政府也要倡导，最重要的是我们民间，是我们个人。当然，我们这个领域里面最知名的专家，也是实践的践行者，是我们的韩小红董事长，她也可以做补充。

我曾经在2008年出版了一本书叫《构建全民健康社会》，我认为构建全民健康社会有三大要素或者有三大支柱：第一个是覆盖全民的医疗保健体系，这是我们医改要做的，就是人生了病还是要有一群人帮助他的。而且我要修正一下刚才陈珏的提问，不是3%的时间在医院里面就不重要了，因为有些小伤小病如果不及时的科学的诊治也可以拖成大病。第二个重要的支柱是蓬勃发展的健康产业，我们要提供维护健康、修复健康新的技术和新的办法。第三个是广泛普及的全民健康文化，就是让我们联合生产者每一个人都参与这个健康活动。这就是三大支柱。这个理念我们提出来以后，我们一直想找一个地方怎么样把理念变成现实。在汶川重建的过程中，它的县委书记、县长我们都成了很好的朋友，在潜移默化当中也被我们洗了脑。我们知道现在世界上有“健康城市”这个运动，世界卫生组织也有“世界健康城市联盟”，国际上也有一整套“健康城市标准”。就是你怎么能称你这个城市是健康城市，它有一系列的标准，我们国家也有卫生城市的标准，但是世界上还没有明确“健康农村标准”，也没有“健康农村联盟”，也没有“健康农村运动”，那我认为这个现象将由汶川来改变。为什么我会有信心这么说？因为我们刚刚接到了国务院标准委员会给我们的任务，我将在汶川创建一套“全民健康县示范标准”，就是今后怎么样叫做“全民健康县”这个标准将由我们花一年左右的时间在汶川摸索出来。明年的10月份将是一个验收会，希望大家关注这个事，有机会到汶川来看。

当然，汶川是很特殊，全国人民、全世界人民厚爱，他们的政府也想打造一个新的汶川，不仅仅是表面繁荣的汶川，更是一个健康的汶川，我们利用这个机会去帮助它制定一套标准，让每个县都可以根据这个标准学习。

中国国际经济交流中心《全球化》杂志总编辑 牛铁航：

谢谢刘教授，下面请韩小红介绍一下慈铭在中国做的健康事业。

慈铭健康体检管理集团股份有限公司总裁 韩小红：

刘教授是我们这个行业的专家，他不仅在理论上非常前瞻，而且做了很多实操性和实际的工作，特别是在中国境内，跟着政府开展很多研究和实际的考察。

今天听了刘老师的演讲我也受到很多启发，刘教授的四个观点非常具有前瞻性，而且非常具有应用的价值。第三个观点我是第一次听到，医疗体系的协同化。因为其实在我整个这么多年操盘当中我有很多困惑，我自己也是医生出身，我自己读医学读了11年，当医生8年，自己现在带领团队在做医疗健康产业的工作，做了10年。我现在看到的医疗机构是因为特别的专业化，大家的专业性越来越强，但是协同效应越来越低，所以导致疾病出现刚才说的那种问题。

我现在有一个疑问，刚才刘教授说国外大的医疗机构在互相整合，因为我现在面对人们现在出现的这种问题，我在自己践行着医疗产业发展当中出了一个新的商业模式，叫“私人医生服务”，我们叫“团队私人医生服务”，我前十年是做体检，未来十年我就想做这项工作。为什么出现“团队私人医生服务”？就是因为现在的医疗专业性太强，我们每一个人发生的问题是不能靠一个医生来解决的，所以我们现在为我们的客户量身订做私人医生团队服务。也就是说第一个是你有私人医生、私人医生助理和你对接，同时在你的第二个梯队有私人医生团队，第三个梯队是医院的团队，第四个梯队是国际医疗团队，来围绕一个客户进行服务。其实我对我自己打造的这个商业模式很有信心的，而且已经推向市场了。

那我想问的是，这种商业模式在目前中国包括国际上出现的问题下是可以生存下来，刚才刘教授提到国际上医疗机构在整合，它们整合的动机是什么？就是医疗机构和医疗机构整合的动机是什么？因为医生和医生之间的界线导

致知识的不沟通，我们用团队来解决，但是刚才说的机构整合的动机我想跟教授请教一下。中国现在没有出现大的医疗机构进行互相的整合，每一个机构都有很强势的力量和很多的客户，所以它们不需要这种力量去互相机构的整合吗？

刘远立教授：

韩总说的很对，中国的公立医院，尤其是大的公立医院，大家随时去协和都可以看到门庭若市，它没有大的竞争压力。在美国首先它是自由的市场竞争的体制，再一个，美国大部分的医院都是300-500张床，中国现在是巨型的医院。

所以你刚才问我他们为什么有合并整合的这种需要和需求。首先是生存的压力，因为它们单独的竞争，现在美国经济又不景气。因为我们知道，医疗卫生体系是与整个国家的社会经济发展密切相关的一个领域，受宏观经济影响非常大。第二个，美国为什么要搞医改？主要是它财政的负担非常大，美国中央财政的25%左右是花在了医疗卫生行业，就是给社会医疗保险开支，而且它老年人医疗保险随着老龄化、技术复杂化等等，未来还会出现增长，所以现在它控制费用。它的控制费用是控制费用上涨速度，那一降的话这些医院就面临着竞争的压力，因此他们想整合起来。第一个是成本控制，规模效益，大家成了一个集团以后不必每人再搞一个IT的团队，每人再搞一个法律的团队，每人再搞一个财务的团队，这样可以减少人力成本，这是内部整合的效率。第三很重要的是它形成了一个集团以后，它跟保险公司谈判的地位就增强了，它可以拿到一个好的价格，它就不至于成为一个牺牲品，成为一个弱势群体。

美国大的城市里面有资源过盛和医生过盛的现象，所以我们的协和基本成为一个留美预科班，很多优秀的学生到美国去考执照，想在美国行医，大的城市很难找，一些边远的地方才能找到一份适合的工作。

韩小红总裁：

那我再说一下第四点，政府和市场的合作化。中国医疗体制改革在不断推进，我们是完全做市场化的一家公司，我们非常希望政府能够站出来，既然有政府和市场的合作观念，中国政府现在也越来越清晰的认识到民营医疗机构是

整个公立医院良好的补充。您和中国政府接触得比较多，这种理论研究也比较多，虽然我们在市场是一家很有影响力的公司，但是这个层面我们很少有话语权。我非常希望刘教授告诉我的是什么阶段能够真正实现政府和市场的合作化？在什么阶段能够有实质性的推动？未来5-10年哪个阶段能够让我们这些市场化的公司感受到市场的变化？

刘远立教授：

我们正在跨入一个新的时代，我说这个合作化确实是有所指的。我们分析一个国家的卫生体系，我经常对我带的研究生说，我们不仅仅要用描述性的办法，还要问为什么，要用政治经济学的方法解释政府以及其他团体的行为。第一，政府不能大包大揽，不能走福利国家的道路，这一条认识非常清楚。第二，在服务提供这个领域也不能让我们公立医院一统天下，应该鼓励多元办医，这个也没问题，因为我们需求层次差别比较大，而且我们中产以上比较富裕的人追求舒适环境、便捷服务等等这些都没有问题，而且新的鼓励多元办医的政策也出台了。

牛铁航总编：

非常感谢刘教授精彩的回答。下面请出参加我们今天会议的重量级嘉宾，他不是医药界的，他说他来这是因为中国的投资领域里面要包括卫生领域，第二是他本人对健康问题非常感兴趣，所以现在请高总给我们讲两句。

中国投资有限责任公司总经理 高西庆：

我对医疗卫生健康非常感兴趣有两个原因，一个原因当然是因为我们是投资领域，但是其实还有一个很重要的原因是我个人的兴趣，我在杜克大学做过校管，杜克大学的校管会要求每一个校管都参加两个领域，那么我本人是学法学的，我参加医学院好几年了，但是我从来听不懂它说什么。因为像这样杜克大学这样的学校，他们专业非常强。

我有非常重的一个纠结，一方面是从政府的角度来说，因为政府总是资源分配，总是希望搞得能够赚钱，另一方面是个人的，我自己对公益事业非常感

兴趣。现在的整个趋势不管中国还是外国都有问题，就是医疗资源分配极大的倾斜于有钱的地方，倾斜于有权的地方，实际上到稍微二线的城市不是这样的，这点对我来说是很大的问题。而且这个问题不光是意识形态的问题，而是对于我们这样一个国家、对于我们这样的人类是否能够继续往前走，是否能够平稳的发展，是否能够使得一小部分有钱人也能够过得很舒服。

我们自己这一代人都是经过了很多动乱的年代，而且刚才说饥饿基因，我的两个孩子从来吃饭都是抢着吃，看到肉，眼就放光要站起来吃，我说这是饥饿基因，可能你会问他有什么饥饿基因，其实这是我的饥饿基因。因为我成长过程中大概有过最少七八年饥饿的时间，基本上每一顿饭都有饥饿的感觉。所以我觉得这样的情况下我们谈健康是一个比较奢侈的事情。

我对这个感兴趣，我非常希望的是政府市场的合作化。最终政府的作用在哪里？中国政府在这个问题上确实没有到那个程度，比起很多政府来说还差得远。因为我在杜克大学也看到了，杜克大学是个私立学校，但是杜克大学能够交单子的最后把所有钱付进去的最多不到50%，其余的人都是要么就拖，要么就不交。我们现在医院基本解决了这个问题，怎么解决的？没钱就不救。

每次我看到报纸上或者微博上讲到“某某人、某某孩子有什么样的病，然后父母带到医院去，最后没有办法又背出来”，我觉得我心理非常不舒服，因为政府做的事情太少了。所以我们要讨论这个问题要去看如何平衡这个问题，因为说起医疗是为了人的健康，但是这个健康不是一般的生理状态，它还有精神状态。

刘运立教授：

高总的话让我感触良多，其实在这个领域我跟大家分享我的两个主要经历。从1994-2001年，我做了中国贫困地区的医疗卫生保健长达7年的研究干预实验，包括114个贫困县的调查，和8个省10个贫困县农村合作医疗的试点。应该说在那个时候，我们做中国弱势群体的医疗保障的研究和推动几乎是在做一个意向，因为中国政府那个时候还顾不到这块，发展是硬道理。

而且我在哈佛那一段时间是担任中国项目的主要的负责人，跟中国的九个医科大学合作研究这块。我们1997-2000年的3年试点本来是想告诉政府这不是个无底洞，我们可以建立社区保险的机制来帮助解决“小康、小康，一场大病

全泡汤；小病养，重病扛，大病等着见阎王”，这样一种当时很普遍的现象。但是后来一场非典让我们的政府清醒了，就是如果不把人的基本的健康保障、公共卫生搞好，对我们整个经济发展和社会稳定都产生很大的影响，所以才有了后来的医疗卫生体制改革。现在已经是今非昔比了，现在我们中国人有多少人基本的医疗保险？96%，特别是我们中国的农村实施新农合以后基本的医疗保障已经不存在问题了。那么是不是我们弱势群体问题就解决了？还没有。

政府不是没有拿出钱来替穷人和医疗解决问题，但是我们现在弱势群体的医疗救助这个工作没有做细。为什么？我们现在大部分地区医疗救助是怎么做？你是低保，你生活又有困难，我就替你参加新农合，我替你参加城市的居民保险。而我们现在新农合和城市基本的保险是基本保险，它以保大为主，可是对我们的穷人小伤小病都没有办法掏得起这个钱。

2001年、2003年，我参加“中国首次城市医疗救助”的试点，在沈阳、成都、西宁、银川，我是国际专家组的主要负责人。我们在试点的过程就提出来“二次救助”这么个理念。为什么？医疗救助应该是救穷，还有一个是救急，可是我们传统的做法就是把钱收上来了，然后按比例报销，你先自己垫付，付完了以后根据资格再申请，我再给你报销。可是我们知道，人在紧急的情况下去医院的时候生命有危机，他可能身上一分钱都没有，他交不起住院的押金，那你救还是不救？我们很多地方到今天为止这个急救医疗保障还没有解决。所以我最近想给高层领导送一个报告，就是想呼吁和解决急救医疗保障。

在一个大家都认为是市场化主导的一个国家，政府的责任还非常重要。我可以告诉大家，美国政府它很多的都不管的，都是市场化的。但是它通过的第一个《医疗保健法》是1965年，就是为65岁以上的老年人、为残疾人、为穷人提供医疗保障。所以美国的社会保障制度的开始不是为富人、为有权人、为有钱人来提供保障，它就是为弱势群体。一个最自由、市场化最彻底的资本主义国家都是这样的关注我们的弱势群体，我们社会主义的市场经济国家更应该这样。所以在这一点我们应该有高度的共鸣，我也希望在座的各位用各种各样的渠道和机会来影响我们的政府更多的来关注这个弱势群体。

牛铁航总编:

谢谢刘教授，我们中美两国的卫生体制确实有很大差别，特别是在医疗保险、社保很多地方，政府的决策本意上讲应该是公平的，但是实际上在操作和运作的过程中很多地方不是这样的。

提问:

我是波士顿咨询公司的合伙人，听到各位的讲坛我非常有启发和感触，因为研究这个行业已经很多年了，包括在美国也做了一些关于医疗改革方面的合作项目，有两个方面的问题：

第一个是整个医疗支出这一块，您说按理论学达到36%之后可能会出现一个拐点，这时候非医疗支出会受到损害。但且不说美国从八十年代到今天，从12%到20%，其实中国政府在这一块也是引以为戒的，我们看到过去30年当中中国的支出是3%点几到5%-6%，我们在公司内部预测是6%-7%。其实我对这6%-7%又打鼓，为什么这么说？刚才您谈到中国医疗保险96%了，这边大部分是由个人、社会和政府共同支付的，虽然说是全民保险，但是农村的保险是很基本的，国家今年才提到300块钱的投保水平，比起城镇职工医疗保险是十分之一到二十分之一的水平，现在我们已经听到在上海的医保已经出现透支。所以我的担心是中国这块要把医疗投资提高到7%-8%，谁来掏这个钱？如果希望把政府投入加到超过今天，到20%，到30%，到40%，到50%的话，政府的钱是否出得来？这是第一个问题。

第二个问题是关于医疗集团的整合，刚才您谈到这里边一体化和松散的集团，可能松散的集团是效果最好的。这是个矛盾的问题，这个矛盾目前对中国公立医院改革的时候是一个什么样的方向？包括中投，包括很多PE界同行在这里面看的时候，也都是希望走集团的方式寻找出路。但是这个方式对投资方来说是一个思路，但是对于公共医疗卫生系统来说是不是一个出路？

刘远立教授:

我非常高兴看到我刚才第一个大的趋势引起了火花，我每一个大的趋势实际上都有针对性，因为现在对于医疗费用上涨这个趋势人们产生的反映是不太

一样的，一种反映是“狼来了”，中国医疗费用现在上涨速度这么快，今后谁来承担。我要说的是针对比较普遍的、主流的带有一定偏见的情绪化的反映分析，有些费用上涨避免不了，这是第一个。第二个判断是我们政府能够承担、应该承担的责任还有相当的空间。其实我要说的是这一点，但是不意味着我们要减少浪费，要考虑可持续发展。

很巧合的，今天早上我来这之前是在中国的保监会跟项俊波主席有一个课题，因为最近要由项主席牵头研究商业医疗保险如何参与医改这么一个课题，他邀请我担任课题组的专家。今后医疗费用绝对是不能让个人起主要承担的责任，另外一个趋势就是医疗成本的社会分摊，那么这个分摊有政府、有企业、有个人，应该是合力的，个人也要承担一定的责任是毫无疑问的。今后我们认为商业医疗保险对于那些有支付能力的人应该可能成为一个主要的补充保险的手段。另外，这一块在功能上，包括理赔等等，还有支付制度改革这一块还有相当的空间。所以总的来讲：第一，我认为在医疗保障这一块我们中国政府还是有限责任制的，还是非常小心的，我认为有一定的成长空间。第二，还要靠商业医疗保险和其他的补充保险，也包括我们有支付能力个人责任的承担，有这几个方面解决可持续发展的问题。

第二个是公立医院改革，我们要知道一个事实，中国的公立医院实际上是名义上的公立医院，就是国家确实实把它办起来了，但是基本上我们政府财政给它的拨款占它的支出10%以下，有的地方只有7%，所以就逼着我们的公立医院不得不去向市场去要资源，靠服务收费为它的职工发工资。有些地方的公立医院政府的拨款连它退休人员一半的工资还付不出来，所以我们要认识到可能今后公立改革首先一条是公立医院和政府到底是什么关系。因为总的目标是叫做强调公立医院的公益性，那么这里就有两个接下来的操作问题：什么叫公益性？怎么测量？

我现在正在指导一个博士生，他就是要研究公立医院的绩效评价体系，因为你有了目标必须要有指标体系，没有指标体系就没有办法测量我的改革措施是不是成功、是不是有效。我要讲的是谁为公立性买单，政府如果不提供足够的资金的支持，那谁来为这个弱势群体来买单，是让我们公立医院的医生来承担吗？所以筹资问题可能是下一步很重要的领域。第二个是功能的定位，今后我们的公立医院是以提供基本的医疗服务面向大众为主，如何界定让民营医院提供高端的医疗服务、特需服务，目前这些问题都没有回答，所以现在我们的公

立医院还处于试点阶段。有一些试点我去了，全国有17个试点，可能在五大改革里面公立医院改革是最难的。

我认为今后公立医院的改革离不开三个问题：一定要找到答案：一个是我刚才讲的定位的问题，公立医院如何定位，空间要留给民营医院去做。第二个是定了位以后我们财政这个钱从哪来，如何支付。第三个是治理结构，在美国非盈利性的民营医院、社区医院，它的政府法规要求理事会必须一半以上的成员要来自于社区。现在我们的公立医院基本上是行政管理的一部分，甚至还有组织，还有人事等等这些，公立医院其实自主权并不是很大，今后治理结构怎么变化是第三块我们要解决的。

提问：那您认为集团医院在中国来说会成为一个方向吗？

刘远立教授：

现在有很多地方有集团化的倾向，但是中国的集团化比如说上海华山底下的分院，这些都在做。但中国基本上它的集团化有属地原则，上海的医院主要是在上海，北京的医院就是在北京，现在我们还没有看到政策上允许鼓励跨区域的连锁店、全国型的公立医院集团的出现。但是有一个政策比较明确，就是我说的政府和市场的合作化，政府现在基本明确不要办院中院，就是我公立医院以非盈利基本医疗公益性为主，自己再设一个盈利的、高端的医疗中心。现在不鼓励，但是也没有采取像扫黄打黑一样强有力的行动来禁止，但是政策上基本上是限制公立医院无序的扩张，给民营医院留出一定的空间，这是政策，但是政策与现实还有相当的距离。

提问：私立医院集团化带来的规模效益到底有多大？

韩小红总裁：

现在政策不支持，因为从制造的设立到机构名称的设立完全没有任何政策的扶持，所以我们在做这件事情本身是在突破寻找市场机会。现在公立医院在

做的是社区一级、二级、三级对接，从市场经济来走都是市场化集团在做，但是现在政策完全是自己摸着走。

因为医院是专家依赖型的，所以医院的管理是很难控制住。我们为什么可以做集团化？因为我是靠体检的系统来控制整个流程，不是靠医生的依赖。我刚才讲的私人医生模式也是依赖于整个系统的，是医生团队，如果你把整个管理体系变成医生的依赖，就是现在目前的体系很难发展状态做规模化，医院越做规模化风险越大。

提问：我在美国也搞了很多年医疗方面的，所以有一些很着重数据方面的问题和跟中国的问题，因为我也跟私人医疗集团合作，所以我也知道一些比较细的问题。第一个问题，美国其实有很多人医院不愿意接收，然后扔在街头上，这也是很严重度的问题。中、美两个国家有不同的制度，所以有一些东西美国有、中国没有，有一些东西中国有、美国没有。因为你讲中国整个医疗制度是不行，所以我感觉有点纳闷。

第二个问题，我还没听到你的最希望，比如2020年中国的医改想达到什么东西，你说大的联合体，这个东西是什么样的一个概念？可不可以讲得明白一点？因为我们也想了解一下。谢谢！

刘远立教授：

在很多公开场合我对中国医疗卫生体系的优点和我们医改所取得的巨大成就讲得非常多，尤其医改不光是新医改这三年，包括非典以来的中国政府在医疗卫生方面的投入是巨大的，包括加强农村的基层的硬件设施。在过去的六年当中，我每年冬天都要带哈佛的研究生来中国考察，我们所到之处他们都感到非常兴奋，到处的县医院、乡镇卫生院都在翻修，这是中国政府取得的巨大投入，我们也把这种中国所取得的巨大成绩不断给世界宣讲，尤其是去年的哈佛中美健康峰会上，全民免费医疗的倡导者郭宝成书记也到哈佛的讲台讲中国的故事。那为什么我们今天在这个场合更多注意到我们还仍然存在的缺陷和不完善的地方呢？这样我们就知道哪些还比较有挑战，我们用各种各样的方式和方法帮助改善和完善，这也是我自己很愿意献计献策、身体力行、建设性的做贡献的一个初衷所在。我指出问题绝不是谩骂，我指出问题是为了帮助做得

更好。

美国毫无疑问有很多问题，我甚至在一次公开场合说中国看病和美国比既不贵也不难，我举个简单的例子：我要约一个医生看一个普通的门诊，上个月我来之前给医生打电话，我说我咳嗽，我要跟你见一面，我的保健医生，一个月之前约的了，一个半月以后才过来。而在中国我们老百姓会同意吗？今天感觉不舒服就去协和医院排长队。我是在这里等一个月，他可能在那里要等一个小时、三个小时，他当然觉得很难。我是举的这么一个例子，其实美国有很多问题。你说的见死不救美国也有，但是美国有一个法律规定，就是任何医院碰到危及生命的情况不得拒收，必须抢救，不然就是违法行为。这个世界上有些地方仍然是有法不依，但是我们国家的问题是无法可依，所以我希望能够呼吁的是尽快能够出台《急救医疗保障法》，这也是为什么我们刚才说急救医疗在中国是一个迫在眉睫的问题，而不是说美国做得多么好。

提问：您刚刚讲到美国医生已经开始过盛，那么这个情形是不是他们对慢性病、胃病、体检方面的重视也发挥了作用？我们怎么样把这种情况到中国，在医改方面更重视慢病体检这方面的功能？也让我们医院的压力减小。

刘远立教授：

恐怕不能做这种表面上关联的结论，我认为美国医生过盛主要是因为医生这个职业在美国是全世界最收入的一个群体，所以吸引了大量的人要往医学院拥挤，所以供应的拉动、收入高的这个经济的刺激可能是最主要的原因，而不是美国的预防保健做得多么好，其实在这方面美国做得并不是太好。而我们国家在公共卫生，现在医改很重要的一个就是提供11项、12项基本公共卫生服务，包括给65以上老人免费体检，给妇女免费住院分娩、预防接种等等，这些中国正在得到进一步恢复和加强，那么这两个国家其实可以互相借鉴。美国在促进卫生保健、预防这一块从政府的角度抓得并不是太多，但是它民间的文化还是很强，我们都知道美国的健身等等这些文化。

牛铁航总编：

今天每个人自己都有自己的收益，包括肚子里面的收益。刘教授给我们开了这个题，今后各自在各个领域航行的，还有今后午餐会的形式还要再发展。中国国际经济交流中心的《全球化》杂志也会更深层的参与和接触，邀请更多的专家学者到这来。还有就是今天有一个缺憾，就是代表医学界政府的几个局长没有到，今后我们要注意增加几个层面：政府、学界、商界，互相的交流。今天就到此结束。

赵涓如秘书长：

我最后感谢大家的光临。CCG月度午餐会上个月谈得是政治方面的问题，包括国家权力、资本主义制度的问题。CCG月度名家午餐会是知名专家学者和精英人士与各界人士互动的平台，探讨国内国际和改革开放大事，提供丰富精神食粮，也是各业界人士联系交流聚会的高端平台，诚邀您的参加与交流。

中国与全球化研究中心简介

中国与全球化研究中心（Center for China & Globalization, www.ccg.org.cn）简称 CCG，是由中国欧美同学会建言献策委员会所发起，由国侨办海外专家咨询委员会、中国人才研究会、中国国际经济合作学会、清华大学公共管理学院、哈佛大学肯尼迪政府学院亚洲研究中心、香港科技大学中国跨国关系研究中心、英国诺丁汉大学中国研究院、新加坡国立大学东亚研究所和加拿大亚太基金会作为战略合作伙伴的中国国际化智库研究机构。

中国与全球化研究中心吸引了国际和国内一流的专家学者、企业家和公共政策等专家的参与，致力于研究中国在全球化进程中所面临的机遇与挑战等重要课题，为中国的进步与发展提供战略性、建设性和可行性的建议和政策研究，成为国家、社会和企业发展的高端国际智库，为中国的发展建言献策，为中国在全球化时代提供独立的和客观性的研究。

中国与全球化研究中心的研究重点包括：建言献策、国际问题、国际人才、可持续发展、企业国际化、华侨华商、海外留学与海归创业与发展等领域，CCG 尤其在国际人才发展和海归创新创业研究领域颇有建树，如 CCG 于 2008 年参与中组部《国家中长期人才发展规划纲要 2010-2012》的可行性研究工作，负责“国际人才竞争战略”专题研究；CCG 于 2011 年 5 月完成了人力资源和社会保障部委托的“完善中国绿卡制度”的课题研究报告；CCG 于 2010 年圆满完成了国务院侨办委托的“海外华人华侨专业社团现状及发展趋势”研究课题，并荣获国侨办优秀课题论文二等奖；由 CCG 编辑出版的《中国留学人才发展报告》是国内首次专门研究和出版中国出国留学和回国发展的蓝皮书。

中心还通过研究、出版、刊物和讲座等一系列的方式，研究中国在全球化的进程中所面临的机遇和挑战，提出相应的研究和政策对策，供政府、企业和公共机构等有关部门决策采纳和参考，成为中国与全球化发展进程中高层次的智囊团和思想库。

中国与全球化研究中心目前已成为中国有关部门政策咨询的一个国际智库，承接了多个国家部委和地方政府的课题；并同全国人大，全国政协和国家有关部委保持密切联系和畅通的建言献策渠道，为这些部门提供咨询和参考；已向中国政府有关部委提交过多份建言献策报告，影响和推动政府的相关决策，其中部分报告已经成为国家推出的政策参考和依据。

中国与全球化研究中心也是海内外留学人员、中外专家学者、企业家和前政要智慧和思想交流的平台，通过举办圆桌、午餐会、研讨会和中外论坛等一系列活动，建立广泛的国际交流和思想影响力的网络。