

扩大医疗服务业开放的现实逻辑与路径选择

孟彦辰 韩冰 管仲军^①

摘要：推动医疗服务业高水平开放，有利于促进我国多元化办医格局的有序展开，保障健康中国战略目标的实现。其不仅可以满足日益增加的多层次医疗服务需求，业有利于我国引进外资，推动更高水平开放型经济新体制建设。WTO 的 GATS 奠定了全球医疗服务的规则框架基础，其后的诸边与区域协定中医疗服务规则对 GATS 有一定的突破，并呈现出多样化、标准的趋同化特征与发展趋势。《中欧全面投资协定》(CAI) 中我国承诺在部分城市取消外资医疗机构的股权比例限制，意味着我国将加速推进医疗服务业开放。鉴于当前我国医疗服务业发展质量不高的现状，可参考《关于完成服务贸易国内规制谈判的宣言》的相关规定，在准入阶段逐步取消对外资医疗机构的股权比例限制；明确外资医疗机构智能，消除外资医疗结构在华发展堵点；以内地、大陆与港澳台地区相关协议为基础，推动对港澳台地区医疗服务业的高标准开放，满足人民群众多元化的医疗服务需求。

关键词： 中欧全面投资协定 服务贸易 外资医疗机构

一、引言

改革开放 40 多年来，我国经济快速发展，人民生活水平显著提高，但也带来了生活方式变化、人口老龄化、疾病谱转变等变化和问题，人民健康需求显著提高，整个社会对优质医疗的期望值也随之提升。随着高水平开放不断推进，包括外资在内的多种资本进入医疗服务市场，一定程度上增加了医疗服务供给量，满足了人民群众多层次的医疗服务需求。在我国深化公立医院改革的关键时期，外资医疗机构的存在和发展，也会推动和促进医疗服务市场中不同主体之间的市场竞争，通过发挥市场和政府的双重作用，促进我国多元化办医格局的有序展开，保障健康中国战略目标的实现。

医疗服务领域一直是全球资本关注的热点，也是我国服务业开放的重点领域之一。中国与欧盟于 2020 年 12 月 30 日原则上达成的《中欧全面投资协议》(简称“中欧 CAI”)，是迄今为止我国与主要贸易伙伴达成的开放程度最高、监管更加全面和平衡的国际经贸协定。在中欧 CAI 中，中国承诺在部分城市开放独资医

^① 孟彦辰，首都医科大学医学人文学院副教授、博士，研究方向：国际法学、卫生法学；韩冰，中国社会科学院世界经济与政治研究所国际投资室副研究员，研究方向：国际经济法；管仲军，首都医科大学附属北京天坛医院党委书记、教授，研究方向：社会医学与卫生事业管理。本文为国家社科基金一般项目：卫生安全视域下我国医疗服务市场扩大开放的风险点与应对机制研究(21BFX105)的阶段性研究成果。

疗机构，取消对外国资本的股权比例限制，这是中欧 CAI 具有突破性的开放领域之一。从上世纪 80 年代我国允许外国人及华侨在我国通过合资、合作兴办医院或诊所开始试点外资医疗机构，到中欧 CAI 取消对外资医疗机构的股权比例限制，我国在医疗服务市场领域开放的脚步逐渐加快。

2021 年 10 月商务部发布的《“十四五”利用外资发展规划》指出，“有序推进……医疗等领域相关业务开放”，“积极推动中欧投资协定签署生效”。2022 年 8 月，我国向国际劳工组织递交了中国批准《1930 年强迫劳动公约》（第 29 号）和《1957 年废除强迫劳动公约》（第 105 号）的批准书。我国自主批准这两项劳动公约，为推动中欧 CAI 签署生效进一步扫清了政治障碍。因此，医疗服务业将是未来我国服务贸易对外开放的重要领域，而以外国直接投资为主要形式的外资医疗机构也将迎来新的发展机遇。在此背景下，如何对标高标准的国际经贸规则，进一步改善营商环境，降低因监管差异和不透明带来的服务贸易成本，推进医疗服务业开放，更好地满足人民群众对美好生活的向往，是我们研究的应有之义。

二、扩大医疗服务业开放的现实逻辑

医疗服务具有公共产品特性，以及非排他性和非竞争性等属性，与资本的逐利性存在的一定的冲突。长久以来，在多数国家，医疗服务与教育、公共交通、能源、供水供电服务一样，都是事关国计民生的基础性服务。这些领域公共权力介入较深，承载着政府保障本国国民基本生活条件、促进经济和社会发展的政策目标，通常具有较为浓厚的非营利性色彩。在这些服务领域，政府通常既是监管者又是服务提供者。因此，医疗服务市场开放的时间较晚，医疗服务贸易自由化规则的进展也较为缓慢。进入 20 世纪 90 年代，医疗服务贸易的自由化进程加快，各国、各地区之间的医疗服务贸易方兴未艾。1995 年世界贸易组织的《服务贸易总协定》（General Agreement on Trade in Services，简称“GATS”）及其附件在多边机制下建立了包括医疗服务贸易在内的全球性规则，确定了全球服务贸易的规则框架，加速了其开放发展。当前，在全球医疗服务需求日益增加的情况下，扩大医疗服务业开放，具有重要的现实逻辑。

1. 医疗服务的能力和水平全球差异非常显著，患者具有跨越国界、寻求质优价廉医疗服务的强烈需求，跨境医疗服务规模越来越大

权威医学杂志《柳叶刀》在 2018 年发布了《2016 年全球疾病、伤害和风险因素负担研究报告》，对 195 个国家和地区在 1990 到 2016 年间个人医疗服务的获取情况和质量进行了评价。该《报告》显示，全球医疗服务能力和水平差异很大，即使是排名前 20 的欧洲国家之间的差异也较大，西欧国家的整体评分都在 90 分以上，而东欧国家得分则主要在 64-80 分之间^①。美国市场研究咨询机构透明市场研究公司最新发布的报告显示，2013-2019 年，全球医疗旅游业保持 17.9% 的复合年均增长率。即使在新冠疫情肆虐期间，仍然有大批的患者进行跨境流动寻求质优价廉的医疗服务^②。此外，在一些国家，国外新药上市比国内早 6-8 年，新药和新技术的应用亦促使境外患者进行跨境流动^③。

2. 信息技术的发展，跨境的远程医疗服务成为越来越多的患者的选择

借助互联网的远程诊疗技术，患者可以在国内接受跨境的医疗服务。当前我国从事互联网跨境远程医疗服务的机构共有三类：传统的跨境医疗服务机构搭建的线上服务平台、国外知名医院或医疗集团在国内设立的办事处、互联网跨境医疗平台。从提供服务的类型来看，包括重症治疗、海外体检、医疗美容和生育辅助四种。据统计，目前，国内市场上以跨境医疗为主要业务的机构已有上千家。

3. 医疗服务行业日益成为吸引外商直接投资的重要领域

从 2014 年开始，医疗健康市场整体投资活跃度快速增加，投资额不断增长，但仍有较大的增长空间。商务部《中国外资统计公报 2021》显示，2020 年我国卫生和社会工作领域吸引外商投资金额为 2.4 亿美元，实际使用外资金额占比 0.2%。随着中欧 CAI 取消来自欧盟投资者投资医疗机构的股权比例限制，将有助于我国在医疗服务领域进一步吸引外国直接投资。

4. 医疗服务贸易领域需要消弭隐形壁垒，进一步扩大开放

服务贸易的开放涉及到国家主权与安全、政治与文化等敏感问题，导致服务市场显示出较强的垄断性，该领域的竞争与垄断关系较之货物贸易更加复杂。并

^①澎湃新闻：“全球医疗服务排名，各国差别有多大”，

https://m.thepaper.cn/newsDetail_forward_6711538。

^②新冠疫情的发生使得很多医疗机构推迟了原本预定的手术，导致很多患者不得不出国进行手术。根据美国医疗旅游研究中心的数据，2020 年 3 月至 6 月期间，美国有超过 17.7 万台预定手术被推迟，非必要手术的需求也在不断增加。人口老龄化、医疗技术更新、美元贬值、经济危机导致发达国家居民可支配收入减少、发展中国家手术费用低廉、治疗排期短都是全球医疗旅游市场规模不断飙升的主要因素。

^③以干细胞应用于临床治疗骨科疾病为例，由于干细胞具有多项分化的潜能，在一定条件下在体内外可分化为骨、软骨，因而被应用于治疗退行性关节炎等常见骨科病。2012 年 1 月，韩国食品药品厅批准软骨再生治疗药物的生产许可，Cartistem 成为全球首款获国家级认可的异体干细胞疗法关节炎药物。而在我国这项技术虽有突破，但干细胞的临床应用还未完全放开，只有少数城市的个别医院有临床试点。

且，各国对服务贸易以国内监管法规予以监管和保护，导致服务贸易壁垒更加隐蔽和难以消除。医疗服务领域在这方面的问题也非常突出，尤其体现在与直接投资相关的“商业存在”上。许多发达国家通过医疗服务规划和医疗服务需求，限制外商直接投资的区域或者购买特定类型的医疗设备。如美国禁止外国公司在纽约州拥有医院、护理机构（包括长期疗养中心）的股份或成为上述机构的合伙人^①。日本规定外资医疗机构只能注册为非营利性机构，从而将外资医疗机构排除在本国医疗服务市场之外等。新冠疫情发生后，更多国家意识到医疗卫生领域对于维护国家卫生安全的重要性，采取了更多限制医疗服务贸易、保护本国市场的措施。因此，需要将医疗服务贸易纳入多边贸易体制的服务框架之下，通过多边规则减少或者消除贸易壁垒，进一步扩大医疗服务业开放，以满足日益增长的医疗服务需求。

三、全球医疗服务业开放发展特点及趋势

医疗服务贸易领域开放始于 1995 年 GATS。GATS 将服务贸易分为十二大类，医疗服务包括在第八类健康与社会服务中，具体包括四种类别的服务：医院服务、其他医疗保健服务、社会服务和其他。GATS 第 1 条第 2 款规定国际服务贸易通过四种模式提供，即跨境提供、境外消费、商业存在、自然人流动。2012 年启动的国际服务贸易谈判（简称“TISA”）是在 WTO 框架下的诸边协定，全盘吸收了 GATS 相关规则并对其有所深化。此后，WTO 多边贸易谈判停滞不前，先后出现了一系列区域性的贸易规则协定，如《跨太平洋伙伴关系协定》（TPP）、《全面与进步跨太平洋伙伴关系协定》（CPTPP）、《美墨加贸易协定》（USMCA）、《区域全面经济伙伴关系协定》（RCEP）等。综合来看，医疗服务业开放发展特征及趋势主要体现在以下几个方面。

1. GATS 奠定了全球医疗服务的规则框架基础

GATS 及其附件确立的四种类型的服务贸易形式、国民待遇和市场准入、最惠国待遇、透明度四大原则，成为之后服务贸易领域各类协定的基本遵循。新达成的诸边或区域性的服务规则依然深受 GATS 文本延续的逻辑脉络影响。换言之，WTO 谈判停滞状况下的诸边与区域协定是对 GATS 服务规则的继承与发展。

^①当前美国国内仍然有 13 个州保留了对新建医疗机构和购买大型医疗设备的 CON 许可证制度。参见孟彦辰：“美国医院管理相关法律制度对我国外资医院管理的启示”，《中国医院》，2020 年第 1 期。

2. 诸边与区域协定中的医疗服务规则对 GATS 有一定的突破

国际医疗服务规则的演变显示出诸边与区域贸易规则对 WTO 多边规则有所突破，一方面，在医疗服务章节及其适用范围、健康数据的跨境流动等方面形成了新的规则与横向议题；另一方面，对 WTO 中医疗服务负面清单、市场准入、最惠国待遇、争端解决程序规则进行深化和整合。如中欧 CAI 中医疗服务市场准入条款便是我国在世贸组织 GATS 原有承诺的基础上，取消了对欧盟企业在中国部分城市（北京、上海、广州、天津、深圳）开办外资医疗机构的股权比例限制，即，允许欧盟投资者在上述城市开办外商独资的医疗机构。

3. 全球医疗服务贸易规则呈现多样化和标准的趋同化

作为服务贸易规则的一部分，医疗服务贸易规则体现出明显的区域性差异。美国主导下的区域贸易协定，主张高透明度和高水平的贸易自由化，致力于降低服务贸易壁垒；欧盟主导的区域贸易协定则更偏重信息安全、扩大市场准入、提高监管透明度和监管效率方面；亚太地区的区域贸易协定则体现了包容性特征，兼顾服务贸易便利化、自由化与维护国家卫生安全。全球医疗服务规则的利益逻辑与价值取向的差异，导致区域贸易协定走向了不同的路径。但与此同时，全球医疗服务规则又呈现出标准的趋同化。随着国际惯例通用性以及区域性条约影响力的增强，少数国家的规则逐步演变为国际性规则，各区域之间的相互影响与借鉴也愈加明显，全球医疗服务规则标准的共性规则也在增加。如 RCEP 的医疗服务章节便是照搬了 GATS 的规定。

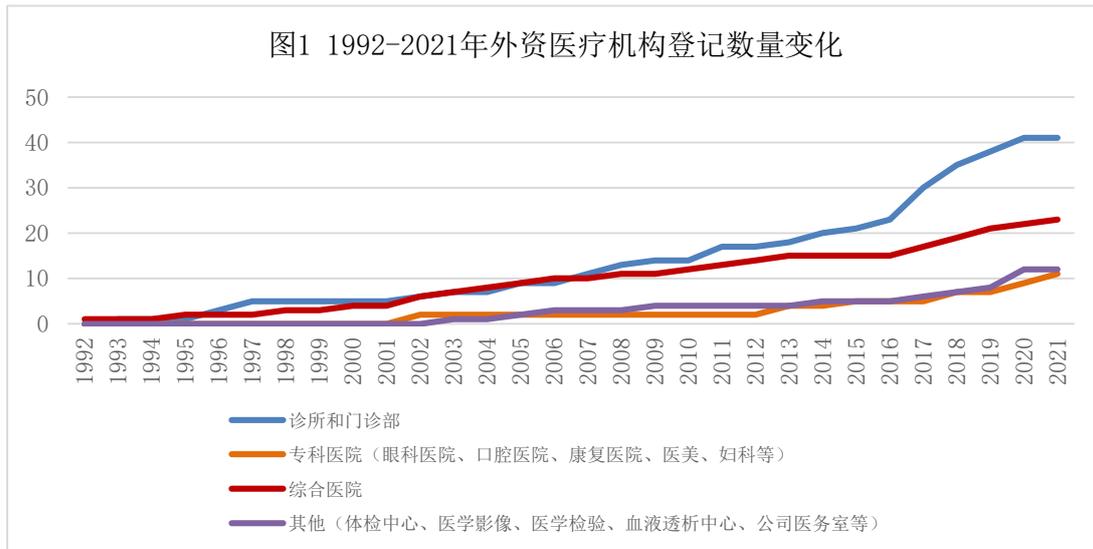
4. 技术与数据成为医疗服务新规则关注的焦点

GATS 订立的时代，医疗服务规则更多立足于传统医疗服务领域，随着互联网技术的发展，远程医疗服务蓬勃发展。在新冠疫情发生后，个人健康数据的收集和分析是防治疫情的有效手段，在监管人员流动、追踪并切断传染链条等发挥了重要的作用。医疗技术和健康数据已经成为跨境医疗服务贸易的核心因素，新的医疗服务规则在医疗服务类型、权益关系、救济措施、监管模式等方面加入了技术与数据的因素，因而健康数据权限、数据安全和患者隐私，也成为医疗服务业开放关注的焦点。

四、我国医疗服务业开放发展现状及问题

外国资本（含港澳台资本）在我国（内地、大陆）投资医疗项目主要有以下三种方式：第一种是由外资直接举办合资医疗机构。这类医疗机构的特点是产权清晰、自我经营、自我管理，自主发展。在中欧 CAI 落地之前，外资投资方最高可占 70% 的股份，投资主体多为大型医疗集团，如麻省总医院、克利夫兰诊所、梅奥医疗、HCA（Hospital Corporation of America）、阿特蒙集团。第二种是采用资产重组改制。外资进入公立医疗机构成为股东并控股，逐步优化股权，按照《公司法》采用现代企业制度的法人治理结构，成立董事会、监事会，实行所有权和经营权分离，虽然医疗机构的原所有人仍然保持有医院法人的地位，但实质上已经成为投资者的分公司。第三种是采取托管经营。投资者接受公立医院产权人的委托对医院进行改革，投资者可以在托管期内就投入资金进行医疗机构硬件更新。此种投资方式，并不直接触及医院的产权变革，因此回避了这一敏感问题。

2020 年 6 月 1 日起施行的《基本医疗卫生与健康促进法》第 40 条规定：“政府举办的医疗卫生机构不得与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，不得与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构”。因此，当前我国公立医疗机构已经禁止通过资产重组或者托管经营的方式来变更经营性质，外资投资我国医疗机构主要是以第一种投资方式为主，而参照外资的港澳台资本投资方式则多以当地设立诊所的方式为主。目前我国登记的外资医疗机构的类别大致分为四类，包括诊所、门诊部（包括综合门诊部）、专科医院（眼科医院、口腔医院、康复医院、医美、妇科等）、综合医院和其他类型（体检中心、医学影像、医学检验、血液透析中心、公司医务室等）。其中诊所和门诊部的数量最多，其次为综合医院和专科医院（见图 1）。以北京、上海、广东为例，受国家建立自贸区利好政策的影响，外资的专科医院和综合医院的注册数量近年来呈增长趋势，但是增量最大的仍然是诊所和门诊部（图 1）。从经营性质上看，目前外资医疗机构以营利性涉外医疗机构为主，非营利性的外资医疗机构主要是外企设立的医务室。



资料来源：课题组现场调研的数据整理。

由于外资医疗机构在我国设立的数量和体量都不大，我国外资医疗机构并没有成为预想中推动公立医院改革的“鲇鱼”，反而一直存在“水土不服”的现象。究其原因，除法律法规对外资的股权比例限制外，还存在其他方面的原因。

1. 外资投资医疗机构对资金、投资时间、医疗技术和专业人才的要求较高，且医疗机构并非高利润行业

医疗机构尤其是三级医疗机构，具有较高的投资壁垒。设立医疗机构不仅需要较多的资金，较长的投入时间，而且医疗技术和专业人才的培养都需要非常长的孵化期。根据行业经验，一个临床科室团队的培养，通常需要几十年的不懈努力，才能打造出医疗机构品牌，这在世界很多国家都是普遍的现象。如新冠疫情发生以来，美国纽约成为疫情的重灾区，医疗机构人满为患，很多感染的患者都无法被收治入院。但纽约地区的医疗危机并非始于新冠疫情期间，从2000年至今，纽约已经关闭了17家大型医院，其中包括具有150余年历史的圣云仙医院。对于医疗机构而言，盈利3%才能保障医疗机构的正常运转。

2. 多数外资医疗机构特色不鲜明，服务同质化，竞争优势不明显

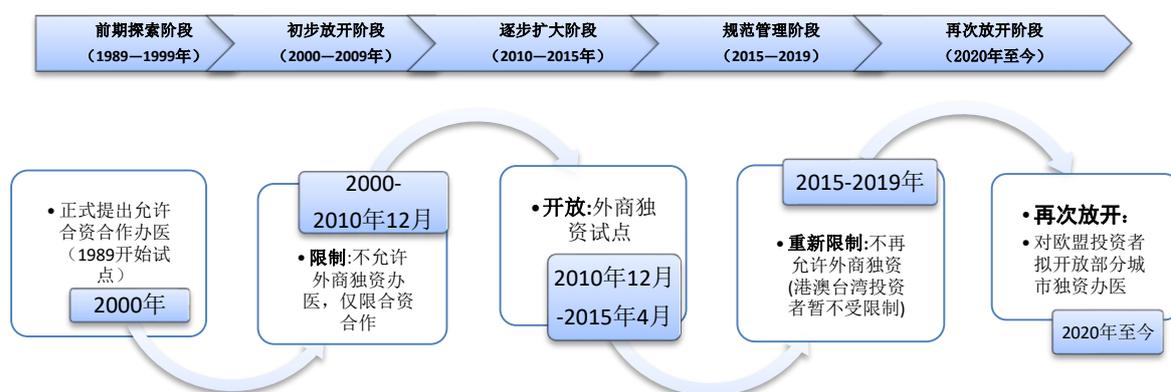
通常而言，货物具有同质化倾向，而服务则具有比较明显的异质化特征。服务具有双重性，一些服务需要直接满足用户的最终消费需求，如医疗服务、休闲、旅客运输等；另一方面，很多作为生产的中间环节“投入”，成为最终产品价值的组成部分。当服务越来越多地成为全球收入、就业和发展的重要来源，服务的

成本、质量以及可得种类成为产品竞争力的决定因素。随着医疗机构总量的快速增加，市场竞争也会越来越激烈。外资医疗机构要想在激烈的竞争中立于不败之地，必须要有非常清晰的业务定位，明确的目标客户群体、服务设计和发展规划，并围绕自身定位选择最适合的业务模式，为客户提供差异化、个性化、优质化的医疗服务。外资医疗机构进入中国几十年来，虽然也有部分机构取得了较好的发展，如由联新国际医疗集团独资的上海禾新医院（综合医院）、由华阳投资公司独资的厦门长庚医院（三甲综合医院）、由香港希玛国际眼科医疗集团（中国）有限公司独资的深圳希玛林顺潮眼科医院（专科医院）等，但在实践中，大多数医疗机构的特色并不鲜明，没有明确的业务定位，在与公立医疗机构和其他民营医疗机构竞争时，难以构建差异化的优势，导致经营不善。就定位而言，有的外资医疗机构投资最初注册为非营利性医院，其后又想变更为营利性医院，这必然导致医院的财务税务制度、政府的监管制度发生较大的变化，对医院的运营会产生较大的影响。尤其是在新冠疫情的影响下，部分外资医疗机构不得不关门歇业，很重要的原因就是缺乏技术含量，一旦受到疫情冲击就难以为继。

3. 我国医疗服务业开放的政策调整，一定程度上影响了外商投资我国医疗机构的预期

我国对于外商投资中国医疗机构的政策几经变迁，从最初的限制，到 2010 年底开始松动并逐步放开，到 2015 年政策调整收紧，再到 2020 年中欧 CAI 签订后再次放开（图 2），政策的多次调整也影响了主要贸易伙伴在医疗方面的投资预期。

图 2 我国外资医疗机构政策法规变化



4. 其他制约外资医疗机构发展的客观因素

按照国际上通常的划分，医疗卫生资源由医疗机构、医务人员、药品和医疗器械四个部分组成。其中医疗机构对其他三个部分有相当大的制约。以人员为例，外资医疗机构定位高端，对医疗机构内人才素质的要求更高，既要有医学专业技能，又需要较高的个人综合素质，如外语水平和管理能力等，但当前公立医疗机构仍然占据着对医疗人才的垄断地位，最近几年试点的医师多点执业政策也并未对医疗人才的流动产生明显的影响。外籍（含参照外资的港澳台地区）医师的执业资质仍是一个难题，其医师短期行医资质申请在卫生性质部门核准时，目前国家政策只允许填报一个执业注册的医疗机构，不能填报两个以上的机构。如某外籍医师在深圳某医疗机构执业注册后，就不允许其在广州的某医疗机构进行再次执业注册。在药品使用方面，用药限制是外资医疗机构发展中的常见问题。外资医疗机构往往无法使用在国外上市的医疗设备和药品，从而影响治疗效果。

五、扩大我国医疗服务业开放的路径选择

当下，我国新医改已经进入了“深水区”，涉及医疗体制中的一些深层次、根本性的问题。新医改的实践表明，我国医疗卫生行业也存在“医疗服务市场”，需要市场机制来配置资源，提高医疗服务的质量和效率。从宏观层面看，依靠行政手段调动和配置资源已经接近极限，公立医疗机构在解决“看病难、看病贵”的问题上仍然有许多无法克服的难题。其中，医疗资源配置的错位、失衡和匮乏

以及激励机制的缺失，是导致“看病难、看病贵”的重要原因，也是 2009 年开始的新医改的动因之一。如何盘活存量资源，形成充满生机活力和富有效率的医疗资源市场，是当下的重中之重。引入外资，促进医疗要素的开放和流动必不可缺。20 世纪上半叶，我国最好的医疗机构不少都是外资医疗机构，给医疗服务管理带来了巨大变化。进入 21 世纪后，中国外资医疗机构的产生、发展和壮大，不仅仅是资金的投入与积累、服务空间的变化与限定、人才流动与信誉的树立，使我国形成了多元办医的新格局。医疗资源的多样性、社会化、医师多点执业和合理流动等，都会对推动公立医院的改革，助推新医改走出“深水区”发挥积极的作用。

2021 年 12 月 2 日，《关于完成服务贸易国内规制谈判的宣言》（简称《宣言》）正式达成，包括中国、美国和欧盟等在内的 67 个 WTO 成员参加。《宣言》取消了服务贸易领域阻碍外国企业进入本国的烦琐程序，降低了因监管差异和不透明带来的服务贸易成本，有助于改善各国营商环境。《宣言》规定适用最惠国待遇，意味着将有利于 WTO 所有成员，对我国医疗服务贸易的规制的有着重要影响，未来我国可参考《宣言》的相关规定，在加快医疗服务市场开放的基础上，降低国内服务贸易的交易成本，提高监管透明度，为外资医疗机构在国内的发展营造公平竞争的市场环境，进一步推动医疗服务业开放。

（一）在准入阶段逐步取消对外资医疗机构的股权比例限制

推动医疗服务业开放，可以首先考虑在准入阶段取消对外资在我国医疗机构的股权比例限制。这不仅可以展现出我国在更高层次、更宽领域扩大开放的决心和诚意，也符合中欧 CAI 体现出的对市场化方向、中立透明的监管体系和公平竞争规则的构建。当前的中欧 CAI 只是在部分城市取消了对外资医疗机构的股权比例限制，未来如果全面取消股权比例限制，在外资准入阶段还需要加强和完善相关的配套制度建设。

第一，在法律层面明确“投资”的含义，对外资投资我国医疗机构进行“穿透审查”，严格界定准入前国民待遇的适用条件和范围。第二，在我国四个自由贸易区负面清单的基础上，借鉴欧美国家在国家安全审查和关键基础设施保护等“不符措施”方面的经验，构建和完善对外资医疗机构的国家安全审查制度，完善我国在医疗卫生领域的“负面清单”制度，严格限制或者禁止外资进入与国家

卫生安全密切相关的领域。第三，在准入阶段细化准入标准，要从过去以外资的规模和数量为中心转变为以医疗技术和医学专业人才为中心。以高端医疗服务为目标的外资医疗机构，只有在医学技术和专业人才方面占有优势，才能逐步走向高端化、特色化、品牌化，最终成为公立医疗机构差异化的补充。鼓励外资医疗机构在华采用国际标准经营，与国际接轨。第四，鉴于医疗健康数据的特殊性和对我国卫生安全的重要意义，建议在准入阶段就将外资医疗机构纳入我国医疗卫生机构的信息化平台，以技术手段加强监管。外资医疗机构的信息系统需要与省级的卫生信息监管平台进行互联互通，在硬件和软件上符合我国信息安全要求。对于外资医疗机构诊疗过程中的个人健康数据，要定期整体迁移至卫生监管平台。医疗健康数据的使用和迁移，均需按照规定向卫生监管平台提出申请。

（二）明确外资医疗机构职能，为外资医疗机构制定更加细致化的医疗资源设置引导清单

根据国外通行的标准，医疗机构的职能主要包括以下四项：照料病员、培养医师及其他医疗技术人员、增加公共健康、推荐医学技术的研究和发展。在我国，根据《医疗机构管理条例》的规定，医疗机构的职能包括以下五项：医疗、教学、科研、预防、指导。我国外资医疗机构的基本职能以“医疗+经营型医疗机构”为主，以诊疗和护理为主体，与辅助业务相互配合，通过急救医疗、门诊医疗、住院医疗和康复医疗为患者服务，从而获取医院的经营效益。由于外资医疗机构多建设在我国北上广等一线城市，而这些一线城市的优质医疗资源配置并不均衡，在城乡、地区、各类型医疗机构之间的差距明显，且区域间和区域内差距有进一步拉大的趋势。为此，卫生行政部门可以设置更加详细和有针对性的医疗卫生机构设置规划，对各区域内的医疗卫生资源进行细分，引导外资按照区域发展情况，建立有针对性的专科或者综合医疗机构，发挥不同外资医疗机构在急救、门诊、住院和康复等领域的优势功能，这也是未来深化医改的方向。

2022年1月29日，国家卫生健康委发布《医疗机构设置规划指导原则（2021-2025）》，其中再次强调了社会办医（包括外资医疗机构）的区域总量和空间不受规划限制，鼓励社会力量在康复、护理等短缺专科领域举办非营利性医疗机构和医学检验室实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、康复医疗中心等独立设置医疗机构。因此，未来卫生行政部门可以根据本行政区

域的医疗卫生实际，鼓励外资在康复领域、护理领域等短缺专科领域举办医疗机构，引导外资医疗机构成为公立医疗机构的必要补充。

（三）进一步优化“放管服”改革，简化审批机制，消除外资医疗机构在华发展堵点

近年来，随着“放管服”改革的不断推进，此前很多由省级人民政府批准的事项已经逐步放宽到由地市级卫健委审批。以广东为例，2017年《广东省人民政府关于将一批省级行政职权事项调整至广州、深圳市实施的决定》规定，港澳服务提供者在广州、深圳设置独立独资医院、诊所的执业登记权限以及港澳台医师、内地的医师资格认定行政许可的事项，下放给广州和深圳市的卫生健康委来执行。2018年，《广东省人民政府关于将一批省级行政职权事项调整由各地级以上市实施的决定》规定，省管权限医疗机构内的医师资格证书的核发（含中医类别的），以及省管权限内的医疗机构设置审批和执业许可（含中医类别的），下放给了各地级以上市的卫生健康委进行执行。2021年2月《广东省人民政府关于将第三批省级管理权限调整由中国（广东）自由贸易试验区各片区管委会实施的决定》规定，省管权限医疗机构的医师执业证书的核发（含中医），以及审管权限的医疗机构设置审批和执业登记（含中医），都下放给了自贸区的管委会来进行执行。因此，对于广东来说，涉外的医疗机构、医师准入的审批工作，省内不同地区便存在有些由省卫生健康委负责审批，有些由市卫生健康委负责审批，还有些由自贸区管委会负责审批的情况。三个层次的卫健委负责审批同一事项，不仅存在审批流程和材料各地不一致的问题，还存在二次审批的现象，这也是未来在简化手续、降低准入壁垒方面需要关注和解决的问题。

2018年，国家发布了《关于进一步改善改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》，对社会办医简化手续，实行“两证合一”。但是需要指出的是，“两证合一”并不含外资医疗机构及视同外资的港澳台独资医疗机构。2018年，国家发改委和国家卫生健康委等9部门发布的《关于优化社会办医疗机构跨部门审批工作的通知》，其适用范围也仅仅是针对内资的社会办医疗机构。2020年，国家卫生健康委、国家中医药管理局发布的《关于推行医疗机构、医师、护士电子证照工作的通知》亦是如此，来华短期行医的外籍医师，以及在内地短期行医的港澳台医师均无法生成自己的医师电子证照。同样，医师的电子化注册系统也不

支持外资医疗机构执业医师的多点执业。以广东为例，虽然从 2016 年开始，广东已经允许港澳台短期行医的医师多点执业，但是卫生行政系统内部的电子化注册系统仍不支持。未来我国应当根据《宣言》的规定，对外资办医实行“两证合一”，允许港澳台及外籍医师的执照进行电子化注册。

（四）以内地/大陆与港澳台地区相关协议为基础，推动对港澳台地区医疗服务业的高标准开放

根据《关于香港和澳门服务提供者在内地设立医疗机构有关问题的通知》、《香港和澳门服务提供者在内地设立独资医院管理暂行办法》、《台湾服务提供者在大陆设立独资医院管理暂行办法》、《中外合资合作医疗机构管理暂行办法》的相关规定，港澳台的投资者可以在内地设立独资医疗机构，享受相关优惠待遇。当前广东的外资医疗机构，绝大多数都是来自视同外资的港澳台投资，其中部分眼科、口腔科和整形美容科的专科医院都有了较好的发展，形成了自己的品牌和特色。建议未来能继续加大开放的力度，在医师执业资质认定、医师多点执业方面，给予港澳台医师的执业资质认可和多点执业核准。在医院严格管理和患者同意下，允许港澳台医师合法使用在港澳台上市的合法药品和医疗设备。

当前，对港澳台投资的医疗机构的临床药物试验、生物技术还有很多限制，但实践中，香港地区在生物制药、生物技术的研究和开发不少处于国际前沿。如心血管科所需要的心脏瓣膜、大血管支架等，国产化的趋势仍有待于推进，即使是支架大组，虽然国产化的程度已经很高，但是仍有一部分高端产品需要进口。未来可以考虑给予港澳台投资的医疗机构更高的开放度，推动港澳台医疗机构在临床药物试验、生物技术方面的研发，不断增加和提升港澳台资本在内地/大陆举办的医疗机构的数量与质量。对于发展势头较好的港澳台医疗机构，可以在其原来“医疗+经营性医院”的功能基础之上，鼓励其逐步发展成为“生产+经营性医院”，即将“医、教、产、学、研”相结合，进行多元化经营。

[参考文献]

[1] 刘谦主编. 中国民营医院发展报告(2019) [M]. 北京: 社会科学文献出版社,

2020.

- [2] 孟彦辰.《中欧全面投资协议》医疗服务领域市场准入条款分析与应对建议[J].国际经济法学刊, 2022 (1): 69-81.
- [3] 石静霞, 韩天竹, 杨幸幸.服务贸易法[M].北京:北京大学出版社, 2021.
- [4] 石静霞.WTO 服务贸易法专论[M].北京:法律出版社, 2006.
- [5] 田穗荣.我在美国当医生[M].北京:科学普及出版社, 2016.