

公立医院改革与三医联动

王震

(中国社会科学院经济研究所 北京 100836)

【摘要】公立医院改革是当前医改的关键。“三医”联动助推公立医院改革不等于医保、医药和医疗三个部门之间的行政化合并，而是要各司其职，形成相互制约、平衡的有序竞争机制，形成与社会主义市场经济体制相适应的资源配置机制。从这个角度看，“三医”联动要避免诸如医保成为公立医院“成本补偿”渠道等重新行政化、计划化的思路，而是要从推动公立医院去行政化改革的角度，加快推进医保医师制度，推进医疗服务与医药的分开支付，实现符合医改总目标的“三医”联动新机制。

【关键词】公立医院改革；“三医”联动；有序竞争

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2016)10-9-4

doi:10.369/j.issn.1674-3830.2016.10.002

Reform of Public Hospitals and the Joint Reform of Medical Insurance, Pharmacy Purchase Regime and Medical Service Provision Wang Zhen(Institute of Economics, Chinese Academy of Social Science, Beijing,100836)

【Abstract】The Joint reform of Medical Insurance, Pharmacy Purchase Regime and Medical Service Provision has been issued in recent years to advance the reform of public hospitals, which has become the key task of medical reform in China. However, the aim of the joint reform is to form an independent, mutually restricting, balanced and effective competitive mechanism among different sectors rather than merging them as one government department, and to form a resource allocation mechanism adapting to current socialist market economic system. It should avoid that medical insurance becoming a tool of cost reimbursement for public hospitals; but from the point of de-bureaucratic reform of public hospitals, we should promote establishing a health-insurance-physicians system and separating the payment of pharmacy from medical service, to achieve the general goal of three sectors joint-acting in medical system reform.

【Key words】public hospital reform, joint reform of Medical Insurance, Pharmacy Purchase Regime and Medical Service Provision, effective competition

自2009年新医改开始以来，医疗服务供给侧改革仍未取得实质性进展。作为医疗服务主要提供者的公立医院改革仍然在试点。公立医院改革已成为医改的关键，也是医改推进面临的最大障碍。而通

过“三医”联动推进公立医院改革也成为当前的一个政策热点。“三医”（医疗、医保、医药）联动是国务院确定的重点工作任务，相关部门也出台了推动“三医”联动的政策文件。但是，对什么是“三

医”联动，如何推进“三医”联动，“三医”联动的重点和关键等问题，仍缺乏共识，各地的实践也不尽相同。有的地区将“三医”联动理解为医保部门、财政部门 and 卫生行政部门之间的部门合并，有的地区将“三医”联动理解为医院补偿机制改革，使医保变成公立医院的“补偿”渠道。

【收稿日期】2016-9-16

【作者简介】王震，中国社会科学院经济研究所微观经济学研究室主任、研究员，主要研究方向：收入分配、社会保障、医疗卫生。

那么,什么样的“三医”联动与医改的目标相契合?“三医”联动如何推动公立医院改革?本文首先梳理新医改以来公立医院改革的进展及存在的主要问题,在此基础上从新医改的目标出发界定“三医”联动,对当前“三医”联动的一些思路和做法进行评述,最后从“三医”联动的角度分析推动公立医院改革的路径。

1 公立医院改革症结与“三医”联动的提出

从当前医改进程及效果看,医疗保障的制度框架已基本建立,医疗保险实现了全覆盖。当前的问题主要是技术性调整以及经办管理服务的提升,包括制度并轨、统筹层次提高、付费制度改革等。

在药品销售和采购领域,新医改的主要措施,一是建立基本药物制度,二是公立医院药品集中采购,三是放开药品价格管制,推动建立医保药品支付标准。制定这些政策的目的是通过药品流通领域的管制压低药品价格。从实际效果来看,药品在患者次均费用中的比例虽略有下降,但仍接近40%,与国际上20%左右的药占比相比处于较高水平。

医药领域改革的效果不明显,与医疗服务供给方改革密切相关。医疗服务领域的改革可分为两个方面:一是基层医疗卫生机构改革,二是公立医院改革。基层医疗卫生机构改革落地并贯彻实施的两个主要政策,一是基本药物制度与药品零差价销售,二是收支两条线管理。这两个政策措施也是新医改以来在医疗服务领域全面、统一落地的两大政策。然而在实施过程中扭

曲了激励机制,扼杀了基层医疗卫生机构提供基本医疗卫生服务的动力和能力。在收支两条线下,基层医疗卫生机构陷入“干多干少一个样”的大锅饭体制,没有提供合理服务的激励;而基本药物制度又严重限制了基层医疗卫生机构提供医疗服务的能力。这两项政策带来的一个后果是基层医疗卫生机构“门可罗雀”。

在公立医院改革方面,一是全面推县级公立医院综合改革,二是城市公立医院试点范围不断扩大,截止到2015年已推开三批共100个公立医院改革试点城市,但是并未形成一个统一的、可复制的公立医院改革模式。公立医院改革已成为我国医改面临的核心问题和主要障碍。从各地公立医院改革的举措看,可归纳总结为以下几个方面的措施:

一是破除以药养医的各种举措,主要是药品零差率销售,在公立医院总收入不变的情况下,实现“结构平移”,提高医疗服务收费。这一改革思路已在北京等地开始试点,并且逐渐成为公立医院改革的基本思路之一。

二是实现管办分开的各种措施。管办分开是新医改确定的“四分开”之一。从不同试点城市的做法来看,主要是成立各种各样的新的医院管理机构,比如医院管理局等。这些新的医院管理机构多数仍然隶属于卫生行政部门,或卫生行政部门的二级机构。一些地区也尝试建立独立于卫生行政部门的医院管理机构,但仍属于政府行政权力管控之下。

三是医保付费机制的改革。医保付费机制的总体思路是从按项目

付费的后付制转为各种预付制,比如总额预付、按人头付费、按病种付费、按床日付费等。但从实际效果来看,付费方式改革并未取得预期效果,预付制在实际操作过程中变成了按总额限费,变成了对医院支出的总额限制,失去了预付制提高医疗服务质量、降低医疗服务成本的本意。

这些改革并未触及公立医院改革的核心,公立医院行政等级制的运行机制和资源配置机制未有实质变化,公立医院的行政垄断地位的基本格局未有实质变化。在行政等级制配置资源的情况下,优质医疗资源向高等级医院集中是一个必然的趋势。以执业医师在医院和基层医疗卫生机构的分布变化来看,医院中的执业医师占总数的比例从2009年的57.4%上升到2013年的60.9%,而基层医疗卫生机构则从33.7%下降到30.5%。最能反映这种情况的是患者流向:2010年以来随着新医改的推进,医院的门诊人次与住院人次快速上升,基层医疗卫生机构则明显下降;在医院门诊和住院人次分布中,则主要向三级医院集中(见表1)。这也是近两年推动所谓“分级诊疗”的主要背景。

推动“分级诊疗”在现实中有两个路径:一是提高基层医疗卫生机构的吸引力,二是限制大医院的扩张,遏制大医院“以药养医”的膨胀。但是如前所述,公立医院改革并未触动公立医院得以扩张的最根本原因,即医疗资源的行政等级制配置和实际上的行政垄断地位,因此这两个路径在现实中难以发挥作用。比如,当前限制大医院扩张的一些手段仍然是通过行政管制要求公立医院减少门诊服务的提供,或通

表1 全国医疗卫生机构诊疗和住院人次分布变动情况(2010年—2014年)

年份	总诊疗人次		总住院人次		医院诊疗人次			医院住院人次		
	医院	基层	医院	基层	三级	二级	一级	三级	二级	一级
2010	34.9%	61.9%	67.2%	27.9%	37.3%	45.7%	7.1%	41.5%	55.5%	67.9%
2011	36.0%	60.7%	70.3%	24.7%	39.8%	43.9%	6.8%	35.1%	56.6%	62.5%
2012	36.9%	59.7%	71.3%	23.8%	42.8%	41.5%	6.6%	33.4%	60.0%	58.2%
2013	37.5%	59.1%	72.9%	22.4%	45.2%	39.8%	6.4%	30.7%	62.0%	54.6%
2014	39.1%	57.4%	75.2%	20.0%	47.0%	38.6%	6.2%	26.6%	62.5%	51.3%

注：总诊疗人次和总住院人次中除了医院和基层医疗卫生机构，还包括专业医疗卫生机构（未在本表统计之列）；医院诊疗人次和住院人次中，还包括未定级医院（未在本表统计之列）。数据来源：《卫生与计划生育统计年鉴》相关年份。

过行政强迫命令要求医院医生下基层。这些措施并未取得预期效果，患者仍然在不断“上移”（见表1）。

在这个背景下，“三医”联动被提了出来，并将公立医院改革未取得实质性进展的原因归结到“三医”不联动上，归结到医保和医药不配合公立医院改革上。其中最为典型的是要求医保提高对基层医疗卫生机构的报销比例，相对降低医院特别是大医院的报销比例，要求医保成为公立医院的“成本补偿渠道”。这一思路指导下的“三医”联动实际上有悖于医改的总体目标。

2 新医改的目标与“三医”联动

2009年中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》启动了新一轮医药卫生体制改革。新医改的总目标是“为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”，切实缓解“看病难、看病贵”。为实现这一目标，新医改方案提出了四大体系的改革：公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应体系。公共卫生服务实际上也属于服务供给体系，因此这四大体系实际上已经包

含了“医疗、医保和医药”这三个方面的联动。

从实现医改目标的角度，“联动”的含义在于要形成医疗卫生体制中不同利益相关群体的相互制约、平衡的机制，“促进有序竞争机制的形成”，提高医疗卫生运行效率、服务水平和质量。之所以强调要形成相互制约、平衡的有序竞争机制，是因为我国的医疗卫生发展要与社会主义市场经济体制的大环境相适应。

在市场经济体制下，医疗卫生行业面临的外部环境已经市场化，包括人力资源的配置、各种资源的流动，都以市场作为基础。公立医院不是孤立的存在，需要与外界发生各种资源的交换，而这种交换是以市场竞争作为原则的。在这样的情况下，公立医院行政等级制的资源配置和行政权力形成的垄断就与外部市场机制产生冲突。在公立医院享有事实上的行政垄断优势的条件下，若不对其行为进行控制，公立医院就会利用行政权力谋取不当得利，这即是公立医院“逐利性”的由来。但是，若对公立医院的的行为进行严格控制，最严厉的措施就是收支两条线，切断公立医院收入与

医务人员收入之间的关联，但这会扭曲激励机制，弱化服务提供的激励，从而导致“干多干少一个样”的大锅饭现象，这也是基层医疗卫生体制改革已经呈现出来的结果。

这种“一放就乱、一收就死”的悖论，其背后的根源就是行政等级化资源配置的公立医院与社会主义市场经济体制之间的冲突。要切实推进公立医院改革，实现医改目标，还应回到十八届三中全会、四中全会和五中全会精神上来，准确理解“三医”联动，各司其职，形成各方相互制约、平衡的有序竞争机制：医保代表的是全体参保人的利益，应从参保人的利益出发，以医疗服务的质量和价格选择不同的供给方进行支付，而不是以公立还是民营、营利性还是非营利性作为支付标准，更不能成为公立医院的“成本补偿”渠道；医药应能够准确反映市场真实成本，消除价格扭曲；医疗服务机构特别是公立医院，要依靠自身提供质优价廉的服务来实现收支平衡，而不是依靠行政权力牟利。

当前一些地区落实“三医”联动，一个思路是将医保作为公立医院的“成本补偿”渠道，要求医保按照公立医院的成本核算被动进行支付。在公立医院行政等级制安排下，所谓的“成本补偿”渠道既不公平也无效率，将医保代表参保人利益、应对参保人疾病风险冲击的功能消解为公立医院的“提款机”。还有一些地区更甚，将医保、医药和医疗服务纳入一个行政机构主管来落实“三医”联动，意图通过重返计划化、行政化的老路来推动医改。这一“三医”联动的模式并不新鲜，是改革开放前城市

公费医疗的回光返照，其结果只能是机制扭曲、资源浪费，重回“看病难、看病贵”。

3 “三医”联动助推公立医院改革

“三医”联动本身不是目的，是实现医改目标的手段，也是推动公立医院改革的手段。“三医”联动助推公立医院改革，公立医院首先应作为改革的切入点，医保和医药各司其职，从形成相互制约、相互平衡的有序竞争机制的角度进行相应改革。公立医院行政等级化的资源配置机制和行政垄断地位若不改革，医保和医药的改革难以成功，也难以取得相应的成果。这一点在之前医保付费机制改革中已经充分表现出来。当然，公立医院去行政化的改革，也需要医保和医药的支持和配合，相互形成合力，减少不必要的掣肘。

首先，公立医院要切实推进去行政化改革，成为社会化的医疗服务提供机构，与行政部门脱钩。去行政化改革不等于私有化，也不等于市场化，而是成为自负盈亏、收

支平衡的独立的社会组织。去行政化之后的公立医院仍然是公立的，但除了出资人和建立者是政府外，其制度特征和行为特征与非公立机构相同。在具体操作步骤上，首先是取消公立医院的事业编制管理，打通人才流动通道。在这一点上，当前事业单位编制改革和机关事业单位养老金制度改革已经起了一个好头，下一步要继续推进和深化。其次是全面清理公立医院通过行政垄断牟利的各种途径，回归其社会组织的定位；在此基础上推动公立医院法人治理结构的建立。

其次，医保方面，要配合和支持公立医院的去行政化改革。当前的政策选择是加快推进医保医师制度，将医保定点协议管理定位到医生。从理论上讲，定位到医生符合医疗行业的经济学特征。在医疗行业，医生是核心，整个激励制度的核心是激励医生提供质优价廉的医疗服务。如果定点单位是医院，那么医保对医疗服务行为的监督仍然需要通过医院来进行，增加了不必要的信息扭曲。在现实层面，定点到医生有利于推动医生自由执业和

多点执业，打破公立医院垄断，形成有序竞争机制。

第三，推动医、药分开支付，形成医保与医疗服务供给方和医药销售方的分开谈判机制。2015年《推进药品价格改革的意见》明确提出制定医保支付标准。但是在医药不分、药品主要由医院销售的情况下，药品支付标准的制定还是不能绕开医院。从当前的思路看，医保的支付标准变成了根据医保的支付能力确定支付标准，医保谈判机制难以形成。下一步的突破口，应考虑对医生和医院合乎诊疗标准的处方进行院外医保支付，推动医院处方外流，实现真正的医药分开。对定点的医院和医生只对其医疗服务价格进行谈判；同时，医保直接与医药销售方进行集体谈判，确定药品支付标准和支付价格。■

【参考文献】

- [1] 王东进.“三医联动”是深化医改的不二方略[J]. 中国医疗保险, 2015(11):5-7.
[2] 杜创, 朱恒鹏. 中国城市医疗卫生体制的演变逻辑[J]. 中国社会科学, 2016(8).

要建立符合医疗行业特点的人事薪酬制度。医务人员是医疗行业的核心资源。要尊重医务人员主体地位,促进医疗资源合理流动,增强人才活力,稳步推进和规范医师多点执业,推动公立医院实现公益性,按照国家统一部署,建立激励相容、灵活高效、符合医疗行业特点的人事薪酬制度。要配合有关部门建立健全公立医院改革绩效考核机制,把医保支付、医保医师管理、协议执行、人事管理、绩效工资等纳入考核范围,完善考核指标体系,强化考核的激励约束作用,考核结果与医保结算、绩效工资总

量、医疗机构医保评级管理等直接挂钩,促进公立医院主动加强内部管理,控制医疗费用不合理增长,为参保人提供优质的医疗服务。要统筹优化人事、收入分配、专业技术人才评价、医保管理等各项职能,解放思想,主动作为,形成合力,发挥人力资源社会保障部门整体效应,形成推进医改的良好格局。

——摘自人力资源社会保障部《关于积极推动医疗、医保、医药联动改革的指导意见》(人社部发〔2016〕56号)