

今年诺贝尔经济学奖颁给了契约理论研究者，这显示瑞典皇家科学院诺奖评审委员会的标准已悄然发生变化，眼下他们似乎更看重经济学家对市场规律（哪怕是某一环节规律）的探究。实际上，契约理论（或称激励理论）正日益得到广泛应用，并已成为公共部门改革的核心。

比如在中国医疗体制中的激励不当及变革之道问题上，一方面行政等级制在公立医院管理中仍然起决定性作用；在医疗行业体系内，资源也是根据医院的所有制性质等进行分配的，它导致竞争充分的医疗服务供给格局无法形成。另一方面医疗服务、药品等价格由政府把持，但政府定价难以灵活调整，像通货膨胀导致老项目定价过低，同时又激励新项目定价过高。为此不少学者呼吁，医改应该在医疗保险改革和公立医院去行政化方面下功夫。而可以看到的是，国家卫计委发文要求，2016年全国所有县（市）要重点探索建立现代公立医院管理制度，推进县级公立医院去行政化，逐步取消医院的行政级别。2016年7月，国家发改委亦会同有关部门制定出台《推进医疗服务价格改革的意见》，提出“到2017年，逐步缩小政府定价范围……建立通过制定医保支付标准引导价格合理形成的机制”。显然，“弥补市场不足、矫正市场失灵”已成政府努力的方向；完善全民医保，解除各种形式的价格管制，让医保机构与医疗机构以契约化方式控制医药费用的快速增长则成为医改的又一蹊径。

——编者

医保与公立医院改革

文 / 王震

自2009年新医改以来，作为医疗服务主要提供者的公立医院改革进展缓慢。为此国务院提出“三医联动”，要求“医保、医疗、医药”三个方面共同发力，推进公立医院改革。那么，在社会医疗保险全民覆盖的情况下，如何理解医保在推动公立医院改革中的作用？这首先需要明确医保在整个医药卫生体制改革中的定位，其次要找准当前公立医院改革的主要症结和主要矛盾。在此基础上制定相应的政策举措。

医保在医药卫生体制改革中的定位

在社会保险为主的国家，比如德国，议会制定医疗保险的政策框架，政府负责监管，但医疗保险定位是社会自治的公法人，经办服务则由独立的医疗保险基金负责。在我国由于历史原因，社会保险经办机构管理是政府组织实施的。但应该明确的是我国的社会医疗保险不具有对其他部门的行政权力。

由此出发，医保在医药卫生体制中的定位是代表参保人利益的医疗服务购买方和第三方付费方，而公立医院是医疗服务的提供方，二者之间是针对医疗服务的市场交易关系。医保与公立医院之间不存在行政关系，医保也不是公立

医院的“成本补偿渠道”。“成本补偿渠道”的说法指的是以公立医院的成本核算为准，要求医保被动进行支付。医保作为“补偿渠道”的情况下，公立医院就没有提高效率、控制成本的激励，因为成本越高则得到的“补偿越多”。若如此，那些成本最高、效率最低的公立医院将得到最高收入。而交易关系指的是，双方遵循市场谈判的规则，如果供方不能提供合意的医疗服务，医保可以不予支付，以此激励供方提高效率和服务质量。

因此，在“三医联动”中，医保作为最大的医疗服务和医药购买方发挥的作用，通过考量不同提供方的医疗服务价格和质量进行选择，促使供方提高效率和服务质量，从而推动公立医院改革。医保行政化，或成为其他行政部门的附属机构，以行政权力来推动供方的改革，这不符合医保在医药卫生体制中的定位。一些地区将“三医联动”理解为医保、财政和医疗卫生行政主管部门的合并，这不仅是对医疗保险的误解，也违背我国建立社会保险制度的基本原则。

从这个角度，对于医保和参保人而言，供方的所有制性质和举办主体是谁并不在考虑之列。医保对医疗服务供给方的选择基于医疗服务的质量和价格，

只要质优价廉满足参保人需求即可，是公立的还是社会办的，是营利性还是非营利性的，都不是医保是否支付、支付多少的根据。

当前公立医院改革 存在的问题

公立医院是我国医疗服务的主要提供者。2009年新医改框架确定的公立医院改革原则是“四分开”：政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开。从公立医院改革的进展看，县级公立医院改革全面展开，城市公立医院改革仍在试点，并未形成全国统一的改革模式。从当前的进展及存在的问题分析，主要有以下几点：

第一，公立医院与行政部门之间的关系仍未理顺。公立医院与行政部门之间关系的改革思路是“政事分开、管办分开”。为此，一些地区尝试成立医院管理局或类似的机构，但这些机构仍然与卫生行政部门保持上下级关系，或直接是行政部门的二级机构。公立医院仍然维持了原有的公立事业单位体制，在人事制度、薪酬制度、编制管理等方面，未有实质性的改革。这一方面束缚了公立医院的自主经营，但另一方面却又给予了公立医院实际上的行政垄断地位。在行政管制下实现行政垄断的经济利益，这是导致公立医院各种乱象的根源，也是公众看到的公立医院“逐利性”的根源。

第二，在医药分开方面，总量平衡、结构平移、取消药品加成的思路成为主要的改革思路。但是仍未实现真正的医药分开，医院仍然是最大的药品销售方，且在药品的购买市场和销售市场都仍然具有双向垄断地位。这种内在机制不改革，任何表面上的收入结构平移都难以撼动公立医院的通过药品“逐利”的动机。此外，这一改革主要针对的是医院；而在当前公立医院的人事管理制度下，



医生仍然具有以药养医的内在激励。

第三，行政等级制的医疗资源配置机制没有改变。我国医疗资源的配置仍然沿袭了计划经济体制下的行政等级制，医院分为三级十等，不同等级的医疗机构能够获得的资源有显著的差别。这种等级制的医疗资源配置导致高等级医院、大医院、城市地区的医院能够得到更多的行政垄断权力和更优质的医疗资源。医生的职称制度、人事制度、薪酬制度都与等级挂钩。城市公立医院借助这种行政垄断权力不断虹吸各种优质资源和患者，从而导致大医院“人满为患”，处于“战时状态”，基层医疗卫生机构“门可罗雀”。

从数据看，全国门诊诊疗人次中相比于基层医疗卫生机构，医院占比从2009年的35.0%上升到2013年的37.5%，住院人次中医院占比从2009年的64.0%上升到2013年的72.9%；从三个等级的医院来看，三级医院门诊占比从2009年的35.9%上升到2013年的39.8%，住院人次中三级医院占比从2009年的31.4%上升到2013年的

38.9%。患者向医院尤其是三级医院集中的这种趋势在一些大城市尤其严重。这也是我国医改近两年提出并大力推动“分级诊疗”的主要背景。

总体而言，近年来的医改措施不仅没有削弱公立医院的行政垄断地位，反而在一定程度上加强了这种垄断地位。公立医院改革中遇到的最核心问题就是公立医院的行政垄断地位不断得到强化，“虹吸”大量优质医疗资源和患者，并藉此要求付费方对其成本进行补偿。

在多数患者主要集中在少数几家公立医院就医的情况下，任何削弱公立医院垄断地位的改革措施都难以推动。特别是在局部性的地区医疗服务市场中，少数几家公立医院垄断了几乎所有的医疗服务供给。在这样的情况下，作为主要购买方的医疗保险只能被动付费，任何旨在提高效率和服务质量、降低成本的付费方式都难以发挥实质性作用。近年来各地医保进行的付费方式改革，在这种公立医院垄断的情况下也难以发挥作用。比如总额预付，最终的结果变成了总额限费，失去了预付制下推动医院

提高效率的作用。

医保如何推动 公立医院改革

我国已经实现了社会医疗保险的全民覆盖，医保是医疗服务最大的单一付费方。2013年医疗机构来自医保基金的收入占全部业务收入的比例达到50.2%。但是，如前所述，医保面临的情况是公立医院行政性垄断。在区域性市场环境中，这种垄断尤为明显。在这样的情况下，公立医院失去了控制成本、提高效率和服务质量的内在激励。一些地区的医保基金成为公立医院的“成本补偿渠道”，成了变相的“二财政”。这种状况不符合医保的定位，不符合医改的目标，也难以缓解“看病难、看病贵”的问题。自2009年新医改开始，大医院“过度拥挤”、资源浪费和医患冲突频发的现象愈演愈烈。对医保而言，则是不合理的医疗费用不断上涨，参保人难以获得良好的服务。一些地区医保基金面临支付压力，很大程度上也是因为难以控制医疗费用的不合理上涨。近年

来在推动公立医院改革方面，医保也做了很多工作，例如收费方式改革一度被认为是解决医改难题的突破口。但几年来的实践表明，没有供方尤其是公立医院的实质性改革，付费方式也很难发挥其应有的作用。考虑到医保在医药卫生体制中的定位，以及当前公立医院改革存在的主要问题，医保推动公立医院改革应着眼于如下两个方面：

第一，推动医保医师制度建设，将医疗保险的协议和定点管理定位到医师，而不是医院。这有两个理由：一是在当前公立医院不断强化的行政垄断地位下，特别是在区域性医疗服务市场中，协议定点到医院，医保基本上没有谈判能力，只能被动付费，即使医院违规，医疗服务质量差，医保也没有办法真正落实惩罚措施。一般的情况不过是扣减一部分费用。但这对占据垄断地位的公立医院而言，基本上没有约束力。而若定点到医师，那么医师违规或提供不合理的医疗服务，医保的管理就非常简单，直接取消定点资格，也不会影响到医疗服务的提供。这在全民医保的情况下，

对医生行为的约束力最强，激励性也最强。二是在医疗行业，医生是核心，整个激励制度的核心是激励医生提供优质价廉的医疗服务。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。

第二，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。

作者单位：中国社会科学院经济研究所

PHOTO NEWS



10月25日，人社部社保中心在浙江省宁波市召开基本医疗保险医疗服务智能监控座谈会。据了解，此次会议是贯彻落实全国卫生与健康大会精神背景下一次重要的业务交流活动。部社保中心副主任徐延君出席会议并讲话。

(摄影 张苗)