

控费需要另辟蹊径

文 / 胡苏云

当前，为何看病难、看病贵问题丝毫没有随着医保扩面保障提升而改观，反而越演越烈，原因何在？处方有否？

要正视一个事实

新出现的互联网、物联网以及在此基础上的移动医疗、远程医疗或许能为改进医疗服务提供组织方式创造新路径，但这些路径需要建立在大胆突破现有的医疗服务提供的场所、资质、组织方式、机构形式等限定基础上，而突飞猛进的生物技术在成本效果方面的应用性突破，将助推稳健诊断和精准医疗的迅速发展，为医疗控费创造前提条件。

医疗费用上升是不少国家的共同痛点，似乎一直无解。罗姆定理认为，有多少床位创造多少需求。道出了医疗领域供给者诱导需求这一真谛的真实表现。在我国，供给者诱导需求又与人们对医疗领域的特殊性的认定密切关系。但我始终在质疑：与人生命有关的领域不仅限于医疗，医疗领域与其他领域是共同性多还是差异性多，适用于其他领域的许多先进的做法真的无法运用到医疗领域以改变其高价低效的局面吗？答案不言自明，我们的困境在于对此视而不见，作茧自缚于既有规则和维护既得利益，让监管成为保护既有医疗机构和体制、从而阻碍新进入者创新的工具，而不是以维护大众健康为宗旨，这样的医改演变无论如何是走不到控费提效之路径上的，结果只能是背道而驰。

众多研究显示，医疗费用上涨的根源还是在于“医疗技术”的发展，是技术拉动型的上涨，关键的问题在于迄今为止的医疗只能发展中间性医疗技术，而没有颠覆性的医疗技术。只提供增费用延生命的技术，而没有适宜的技术，因此，只能提供探测性而非靶向性、局部人群适用性而非所有疾病人群适用性、治标而不治本或疗效不稳健的医疗技术治疗服务，其代价就是成本高昂。

另外，与中间医疗技术有关的是目前无法为人们提供健康保险，只能提供医疗保险，前者是保障健康结果的，后者则只能减缓因疾病造成的经济损失。受制于对病患及其疾病了解有限，受制于对于健康结果追求的无果，受制于医疗技术发展和信息把握程度，既有的机制只能提供医疗保险，不管是德国那样的社会保险，还是美国那样的商业保险，几乎都是围绕疾病尤其是为重大疾病进行资源配置的。

我国前期医改重点在建立覆盖全民的基本医疗保险制度，而对更关键的医疗服务提供中固有的诱导需求应对不力，

过度医疗越演越烈；再加上目前都是中间性医疗技术，既有的医疗定价和医保支付又不激励新的更有效的医疗和健康提供服务组织出现，在这样的情况下，医保发展了，看病贵没有解决是最正常不过的现象。理想的保障应该是能够促进医疗和健康服务有效的提供和组织的健康保险制度的建立、运营、管理和完善。

现行医疗控费措施是否可行？

首先，支付方法改革中设想的并已经在尝试医保总额预付，则在经济上将医保基金的风险转移到医疗供给方医院，有的医院则又转嫁到医生。但作为医疗服务供给方，医院和医生毕竟是直接面对患者的，会有种种方法巧妙地转嫁成本、转移自己的风险，这种最终让患者直接面对医疗服务供给者的支

付方法不禁让人疑惑，当初建立医疗保险制度和设立医疗保险机构的初衷何在？建立医疗保险机构就是为了让其配置医疗经费给各医院和医生吗？这与降低病患的经济风险、增加健康有何关系呢？与其这样，何不如把钱直接交给病患，让其选择医院和医生，这样还不至于产生更多的医患矛盾和纠纷，不至于让病患在得到不利和不满的诊疗时不知何故和不知找谁论理。再看与此相似的是门诊按人头付费和住院实行DRG制度，是分别让门诊部或门诊医生，住院部和住院医生承担一定的经费风险，从而起到控制医疗费用的作用。

所有这些支付方法可以概括为“中间性”控费方法，如同中间性医疗技术那样不解决根本问题。最根本的问题是我们无法区分诊断和治疗，也无法对诊断正确与否、治疗是否有效进行判断。

现有的医保付费制度最大的问题在于是对既有的医疗规则和限制的认同下，紧紧围绕重大疾病治疗方案而设计，比如，遵循服务提供场所的严格规定，服务提供人员资质的门槛规定，服务提供组织方式的认定规定，服务提供项目的目录规定等，支付注重治疗的形式，而无法顾及治疗的过程和结果，导致诱导需求下的过度医疗不断泛滥，并变相把费用成本转嫁给无辜的病患，在对有效果的治疗方法创新、有效率的医疗服务提供方式的出现、本质上能增加健康的医疗服务的内容提供方面毫无激励，反而起着阻碍作用。可以预料，这样的医保支付方式和原来的价格控制方法相比好不到哪去，只不过从原来的财政不投入或无法预料投入量的情况，演变为医保基金本身的有效管控、有节制投入下所诞生的诱导需求适应性新版本。医





疗系统还是在自恋加自虐中运转下去，进一步加深社会和病患的无益感。

其次，转变公立医院补偿机制，建立对医务人员考核问责机制更是在旧有体制机制和话语系统下制造出来的应景性对策。一是将公立医院割裂于医院固有的存在性，让它成为一个非同寻常的异体孤立于社会；二是将公立医院的所有服务界定为无价的公益服务，进行的是无偿或低价的劳动，因此，需要通过政府补偿来得到认可；三是医务人员只有公立医院雇员这一种，同时完全隶属于公立医院，不是独立主体，无法对其追究任何责任；更何况，责任是和权力联在一起的，医务人员本应与权力绝缘而与生命结缘的，何来问责考核，问责一词根本套不到医生头上。当问责一词能用到医生头上，说明医生确实是有权力一族了，而这种权力的产生又与公立医院的特殊地位和待遇相联系后，这种权力的产生正常吗？与医疗领域出现的诸多弊端问题——医患矛盾、医疗费急剧上涨关系如何，只有回答好这

些问题，我们才能认识到公立医院的真正价值和作用，以及它在整个医疗服务体系中的价值和作用。

其实不管是公立还是私立医院，其提供的核心服务是治疗服务和增进健康，提供服务的主体人员是全体医务人员，以及相关医疗保健服务人员和医疗服务管理人员，这些人员的服务应该是按社会上对健康和医疗需求配置的，并非计划能做到有效配置的，服务是有针对性的，对治疗或健康促进是有价值的，不论社会和个人都会认同这样的服务，从而支付其服务费。公立医院问题在于首先脱离了服务的核心，才产生所谓补偿的概念，这种脱离既有长期制度和机制设计上的原因，也有公立医院在这样制度机制上形成的“负服务”惯性造成，因此，公立医院不应去问如何得到合理补偿，而是要首先探究一般的医院如何能提供有效的增值服务——不管是明确诊断的服务，还是有效治疗的服务，抑或增进健康的服务；然后才能回答好作为公立医院如何完成对特定人群

的有效增值服务，乃至比一般医院提供成本效果更佳的有效增值服务，而不是可以问心无愧地提供高价无效的服务，乃至诱导需求服务和“负服务”。如果说由于是公立医院体制机制局限，无法生成这样的有效供给和增值服务，那就要改革体制和机制，以非公立医院、以能更有效组织医疗和健康服务的组织机构来替代，这是推进社会办医疗机构的根本要义。但即使有社会办医疗机构，有商业医疗保险，其并非为解决医疗费上涨的根本之道，控制医疗费用上涨还是要另辟蹊径，围绕有效控制供给者，即控制医院和医生固有的诱导需求冲动。

因此，围绕创新性增加疗效和健康的医疗技术的产生和运用，围绕成本效益更好的医疗服务组织提供方式和机构的出现，并要以更有效的医疗保险制度建立和管理来推动所有这些因素的实现。**中国卫生**

（作者系上海社会科学院城市与人口发展研究所研究员）

编辑 王朝君