

以医疗为中心的“三医”联动改革： 路径与策略

高和荣

摘要 实现国民健康长寿需要完善医疗卫生体系,明确医疗、医保及医药之间的责任关系。以医务人员为主体、医院为载体的医疗主导社会医疗保险项目的支出以及基本医疗保险基金的使用,决定着社会医疗保险目标的实现。医疗决定着药品及医疗器械的认定标准、选择使用及利润空间,影响参保者医疗费用特别是医保资金的支出,是整个医疗卫生体制改革的“总开关”,因而在“三医”联动改革中始终处于统领地位。因此,要扎实推进以医疗为龙头的“三医”联动改革,限定公立医院合理的收益区间,实行医院单次门诊限额免费制度,切实提高医务人员的经济社会待遇,推进以医院为统领的分级诊疗制度建设,促进健康中国战略目标的实现。

关键词 “三医”联动; 医疗; 基本医疗保险

中图分类号 C93 文献标识码 A 文章编号 1001-8263(2018)07-0065-07

DOI: 10.15937/j.cnki.issn.1001-8263.2018.07.009

作者简介 高和荣,厦门大学公共事务学院教授,厦门大学健康医疗大数据研究院教授、博导 厦门 361005

健康是人类生存与发展的前提条件以及促进人的全面发展的客观要求,不断提高人民健康水平、努力建成健康国家是党和政府的责任担当与历史使命。《健康中国2030》明确指出,实现国民健康长寿是“国家富强、民族振兴的重要标志,也是全国各族人民的共同愿望”。这就需要全面深化医药卫生体制改革,厘清医疗、医保及医药之间的主次关系,提出解决“三医”联动改革难题的政策措施与政策工具,开展促进健康中国战略目标实现的政策选择及政策行动。

一、“三医”联动改革: 理顺医疗、医保与医药三者关系

进入21世纪以来,探索并理顺医疗、医保、医药之间的关系成为深化医疗卫生体系改革、不断满足人民群众日益增长的健康需求的核心内容。现有的研究普遍认为,要深化医疗、医保及医药改革,明确这三者之间的地位及关系,把它作为医药卫生体制改革成功的关键以及

“三医”联动改革的前提。

一些研究认为,以医疗保险为核心的医疗保障是“三医”联动改革的核心,进而成为“医药卫生体制改革的核心”,深化医药卫生体制改革就是要改革以医疗保险为核心的医疗保障,当务之急就是要“完善基本医疗保险制度框架设计与政策模式选择”^①。2009年新医改政策颁布后,顾昕认为,医疗、医保及医药三者关系的核心就在于要明确“医疗服务的付费者即医保机构”,然后“以医保付费改革为杠杆,来推进整个医疗卫生体制改革”^②,因为医疗保险是“连接医疗服务供方和需方的纽带”、引导医疗服务供方的“价格杠杆”和影响医疗服务行为的“调控阀”^③,它通过“支付机制、谈判机制、价格机制和监管机制”实现对医疗服务供方的调节,“影响医疗服务、药品的供给方式、价格和质量”,因而在“三医”联动改革中发挥“基础性作用”^④。欧阳煌结合工作实际认为医保是“连接供方与需方的桥梁”,在“三医”联动改革中处于“核心和关键地位”,应该“把医保制度改革创新作为突破

口”^⑤。在一些学者看来,医疗保险作为核心中介变量调节了医药生产、医疗服务供给以及各自的价格,而医疗与医药之间建立的合作竞争关系最终通过资金、服务和产品的资源流动分配实现三者的“互相嵌入与结构优化”^⑥。

“三医”联动是符合医改自身规律的改革举措。但是,医保毕竟只是一种支付手段及支付方式,把它作为“三医”联动改革的核心一开始就遭到学界的质疑。郑功成强调,医改必须着眼于“打造新型医疗卫生服务体系”^⑦,实现医疗卫生服务领域的有效竞争。这就要改革医院支付方式和补偿机制,变现有按服务项目支付为“总量控制与按服务量支付”,形成医院主动追求“内涵发展”的政策环境和经营氛围^⑧。有学者认为,公立医院改革“决定着新医改的成败”,解决民众“看病难、看病贵”问题的关键是要解决公立医院扭曲的补偿机制,从而解决由此引发的逐利性问题^⑨。还有学者从医疗市场中“供方—需方”角度发现医疗服务的供方未能走向市场化、供需双方无法相匹配是“三医”联动改革效果大打折扣的“根本原因”^⑩。因此,这需要“明确医疗服务改革的市场化方向,优先推进以促进竞争性医疗服务市场形成的改革行动”,真正实现医保、医疗、医药三者间的良性互动,形成“三医”联动“改革合力”^⑪。

还有一些学者从药品管理体制以及药品回扣等角度阐述了药品管理在“三医”联动改革中的重要作用。王东进指出,药品管理体制在医药卫生体制改革中处于举足轻重地位,关乎“三医”联动改革的“走向和成败”^⑫。房信刚等认为药品回扣问题虽是小事,但对我国医药卫生事业的发展“极具根本性和决定性作用”^⑬,药品回扣导致了医疗卫生行业的扭曲发展,是“看病难、看病贵”问题的根源,它成为“三医”联动改革难题的症结所在。

总体上看,学术界对于“医保、医疗、医药”在医改中的功能定位、价值作用、发展路径进行了探索。但是,人们对医疗、医保以及医药之间的关系及地位尚未凝聚成学术共识,对于抓住医院这个牛鼻子、紧盯医疗环节并联动医保及医药改革仍然存在着很大分歧,以医务人员为主体、医院为载体的医疗在解决人民群众“看病难、看病贵”问题的独特地位与作用尚未得到社会各界的普遍认同,一个满足人民日益增长的美好生活需要以及与健康中国战略目标相适应的医疗卫生体制尚未完全建立。这就需要科学论证医疗、医保及医药间的相互关系,厘清“三医”联动改革的逻辑顺序,为健康中国战略目标的实现提供理论支持与策略选择。我认为,以医院为载体、医务人员为主体的医疗连接医疗保险的使用及药品生产与销售,左右着医疗保险支出以及药品的选用,在“三医”联

动改革中处于统领地位,“三医”联动改革的核心要务就是要深化医疗改革。

二、医疗与医保:关联机制分析

2017年中国基本医疗保险覆盖13.5亿人,织就了世界上最大的社会保障网,实现了基本医疗保险从制度全覆盖向人员全覆盖的历史性跨越,这意味着几乎每一位患者就医时都可以使用医保卡。应该看到,医保虽然连接着医疗服务供需双方,但决定医保项目支出的范围、医保资金的扣除乃至医保目标的实现,既不是由患者所能决定的,也不是由医保卡自发完成的,而是由医院的医生来决定,以医务人员为主体、医院为载体的医疗是整个健康服务的组织者、提供者以及实施者,左右着患者医保资金支出的范围、规模及额度。

第一,医疗主导医疗保险项目的支出。医疗保险项目是医生根据患者病情实施的、主要由医疗保险费用支付的检查、手术、药品及医疗设施使用等项目。就检查项目而言,患者就医时要不要进行医疗检查、检查哪些项目、使用何种设备进行检查等更多地是医生根据自己的判断加以展开,各检查项目是否必要、要不要进行由医疗服务提供方的医院及医生所决定,它具有明显的“供方垄断特性”,不以患者的意志为转移,医院及医生拥有较大的“自由裁量”空间。医生不仅可以不让患者不去接受仪器检查,也可以让患者进行费用较低的个别项目检查,甚至也可以要求患者进行内镜、X线、彩色B超、CT、MRI等花费多的项目检查。这就是说,患者就医时接受各种付费项目的检查不是患者所能决定,也不是医疗保险所能调节,完全由医疗服务提供者控制。另外,手术是医生常用的一种治疗手段,患者的疾病是否需要手术、何时进行手术、如何进行手术、用什么样的手术器材以及术后如何康复等虽然由医院的医生告诉患者及其家属由其选择,但实际上患者可选择的余地较小,更多地是听从医疗方的安排,患者在选择使用何种手术方式及医疗器材时很少去测算医疗保险基金可以负担的比例及额度。就药品使用来说,政府虽然制定了《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》以及《基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准目录》,医疗保险基金支付药品费用时区分甲、乙类目录。其中,甲类药品目录是临床治疗必需、使用广泛、同类药品中价格低的药品,乙类药品目录是可供临床选择使用、疗效好、比同类“甲类目录”药品价格略高的药品,乙类药品个人自付比例相对较大。但是,作为医疗活动实施者的医院特别是大医院始终参与上述药品目录的选择与确定,医疗机构派出的专家在确定基本药品目录时总会站在医院的立场加以认定。因此,问

题不在于患者选择何种基本药品,而在于谁主导着基本药品的提供,进而主导了医疗保险项目的支出。

就医疗服务设施的使用而言,这些设施包括病床位、院内运输用品、药械等物品,它由医疗机构所提供,患者在接受诊疗和护理中使用并支付相应的费用。新医改以来,政府加大医院的投入与建设力度,截至2016年年末,全国公立及民营医院床位数共计5688875床,全年入院人数17527.7万人,医院病床位总数供给远小于住院患者的需求数,以病床位为代表的医疗服务设施成为一种稀缺性资源。为此,医疗保险制度虽然规定医院在安排病房或门(急)诊留观床位时,医院应该安排不同收费标准的病床位供患者选择,这似乎是医疗保险对供需双方制约的一种策略。但是,在信息极不对称的医疗市场上,院方完全可以特意安排超过医疗保险床位费支付标准的病房(床)给患者,从而左右着这类医疗保险项目的支出。医疗保险的制约力与影响力微乎其微。这表明,医院及其医生对检查、手术、药品及医疗设施等项目“拥有权力”^⑭,进而对医保费用及患者自付费用支出拥有决定权,是医院及其医生主导医疗保险项目的支出。

第二,医疗主导医疗保险基金的使用。医疗保险基金是参保单位和参保者按照一定的缴费比例共同缴纳的专项基金,它由统筹基金和个人账户资金构成,用来支付患者的门诊、住院、康复护理及购买药物等费用。表面上看,这些费用都由患者在医院、药店等机构以刷卡消费的方式予以支付,刷不刷卡以及刷卡的额度等均需符合医疗保险政策并由患者自行决定,医院、医生以及其他相关机构均无权过问。但是,在一个完全垄断的医疗市场领域,患者除了可以根据医疗保险限定的费用总额到药店购买药品这个权利外,其他诸如门诊、急诊、手术、住院、康复、理疗等环节的医保卡使用权其实已经完全让渡给医院特别是医生了。无论是门(急)诊、手术还是住院及康复护理等,需要由医疗保险基金支付的额度多少,究竟是由医保全额支付还是部分支付,医疗保险基金支付绝大部分还是较少部分,是开大处方、进行过度检查、过度治疗甚至挂床还是按照病情合理治疗,是对冒名使用医保卡不闻不问还是自觉抵制,是留在本院治疗还是推向上一级医院甚至为了节省医疗保险资金转诊到社区卫生服务中心继续治疗等,患者都无法左右。患者所能做的就是按照医疗方要求留足医疗费用供医院扣除。这就是说,医疗费用支出的多寡最终取决于医疗服务供给方及实施方,是医疗而不是别的什么主体能够主宰医疗保险基金的使用。

实际上,为了防止医疗费用特别是医疗保险基金支出过快问题,国家制定基本医疗保险药品、诊疗项目和医

疗服务设施等目录,取消药品加成以消除以药养医问题,对定点医疗机构采取“定额支付总量控制、超支不补、结余归己”和“总额控制、结构调整”办法,实行医疗费用支付与医院、医生的收入脱钩,对普通门诊按服务付费、特殊门诊采用按单元付费、普通住院按服务单元付费、专科病种按病种付费、社区卫生服务机构按人头付费方式进行组合改革。然而效果并不明显,卫生总费用及人均卫生总费用涨幅仍然较大,全国卫生总费用由2010年的19980.4亿元增至2015年的40587.7亿元,年均复合增长率高达15.2%,同期人均卫生总费用也从1490元增长至2952元,年均复合增长率高达14.7%^⑮。原因就在于,是医院的医疗行为而不是医疗保险本身左右着医疗保险基金的使用,医疗保险补偿比例及负担水平仅仅影响患者的就医用药意愿,医院及其医生才是主宰医疗保险基金进而主宰患者医疗费用支出的关键。如果不规范好医院的经营以及是医生的医疗行为,再高的医疗保险补偿比例及补偿额度都不可能从根本上杜绝医疗保险基金过快支出问题,也不可能真正解决患者的看病贵问题。

第三,医疗决定着医疗保险目标的实现。众所周知,建立医疗保险制度就是为全体社会成员提供基本的医疗保障,降低民众所面临的疾病风险,补偿其因疾病所造成的经济损失,努力“以较低的社会成本实现较高的健康福利。”^⑯减轻疾病费用负担、促进全民健康构成了医疗保险制度的初心与使命,也是医疗保险制度的责任担当及建设目标。就减轻疾病费用负担而言,参保者的医疗费用先由个人账户基金以及社会统筹基金支出,超出部分则由患者自费负担。参保者能否依靠自己的个人账户及社会统筹基金足够支付医疗费用而不需要自费,或者参保者仅仅支付了较少的医保资金后就进入到自费医疗等^⑰,虽然与参保者的参保类型与其所患疾病有关,但是在供方垄断与需求诱导双重作用下,参保患者的医疗费用支出与医疗方的经营理念、经营目标以及由此形成的治疗方案密切相关。当医疗方恪守救死扶伤理念就会对症下药、提供不以赢利为终极目的的医疗服务,保证医疗保险基金在合理的支出范围内;反过来,如果医疗方以追求自身利润最大化为首要目标,它就会在一切医疗环节增加医疗保险基金以及患者的支出,而全然不顾医疗保险基金是否出险以及患者的支付能力。所以,能否控制医疗保险基金支出、能否减轻参保者的费用负担,特别是减轻个人自付部分的医疗费用支出,完全在于医疗方而不在于医疗保险基金以及患者,医院及医生组成的医疗方才是“三医”联动进而是整个医疗卫生改革的统领。

就促进全民健康来说,养成健康生活方式与生活习惯固然是民众自己的事情,但更需要政府及医疗机构的

积极投入,医疗方理当响应政府的号召重视疾病预防,真正树立并践行以基层为重点、预防为主、中西医并重、防治结合理念,自觉担负起预防保健责任,向前来治病患者普及疾病预防知识,尽量把疾病消灭在萌芽状态或初发阶段,这是实现全民健康最为有效的手段。这意味着以医务人员为主体、医院为载体的医疗才是全民健康的引领者,它通过与患者接触最便利地引导他们养成良好的健康生活方式,减轻参保者的医保费用支出。反过来,如果医疗方一味地追求经济效益将会把医院变成了完全市场化的赢利工具,就不可能指导患者开展疾病预防。此时,再高的补偿比例、再宽的补偿范围都显得苍白无力。

三、医疗与医药: 关联机制分析

上述情况表明,患者以及医疗保险本身并不能决定医疗保险基金支出,以医院为载体、医务人员为主体的医疗主宰着医疗保险基金的使用,左右着药品及医疗器械的认定与选用,进而影响药品及器械的价格,把医院及其医疗当成“三医”联动的统领,不仅可以控制医疗保险基金支出过快增长问题,而且还可以决定药械的认定、选用及其费用支出。

首先,医院及其医生决定着药品及器械的认定。药品及器械是一个专有性及垄断性明显、安全性及可靠性要求高的产品,只有经过严格认定的药品及医疗器械方可获准进入到医疗领域,这是确保人民群众健康用药的必要手段。一方面,医院特别是大医院的医生掌握处方药的认定,而低等级的医院、社区卫生服务中心以及广大民营医院的医生难以参与处方药的认定。按照朱恒鹏的估计,处方药销售占国内药品零售总额的80%以上^⑩,这表明全国绝大多数药品能否作为医保药品进入到患者手中主要掌握在医生特别是大医院的医生手里,全国绝大多数企业生产的药品能否被列为基本医疗保险药品或诊疗项目目录不在于制药企业本身,而在于以大医院医生为主体的专家们的认定,这些专家提出处方药及医疗耗材的认定资格、认定标准,甚至规定了各类药品的认定程序,左右着全国处方药的认定市场。另一方面,医院特别是大医院的医生主导医疗保险药品的认定,制药企业能否成为医保用药定点生产企业,它所生产的药品能否成为医保药品目录,往往经过由大型公立医院的医生组成的专家团队进行认定后确认,而不完全只是社会保障部门会同财政、卫生、食品药品监管部门简单商定的结果,它必须组织大型公立医院的专家评定后方可执行。同时,由于医院决定医疗器材的使用权,国务院食品药品监督管理部门在医疗器材规格及推广使用时必须考虑医院

特别是大型公立医院的使用情况及其评价,形成以大型公立医院为标准的医疗器材规格标准。因此,医疗器材的认定实际上受到大型公立医院及其医生的影响,他们的使用标准及规格很容易被国家所吸纳并推广使用。

其次,医院及其医生决定着药品及医疗器械的选用。药品和医疗器械是医疗机构消耗的两大必需品,各医疗机构选用何种药品及医疗器械有着严格的规定及渠道。就药品选用而言,虽然药品由各地医药公司集中采购,但医药公司采购药品前往往根据药品的使用情况,而药品的使用种类及使用量主要由医生决定。医生凭借自己的专业知识成为患者用药行为的决定者,药物的选用、服药疗程及服用剂量等均取决于医生的诊断与推介,患者只能根据医生的诊断及其开具的处方进行购药。因此,在一个特定的行政区域内,无论是否实行医药分离,医院无论是否取消了药房及药店,都不影响这个地区的药品销售及药品供给,也不影响制药企业的利润获取,取消医院的药房及药店只不过位移了患者取药的空间而已,医院的医生仍然主导患者的用药选择。

就医疗器械来说,医疗器械是指单独或者组合用于人体的仪器、设备、材料或者其他物品,它是医治患者必不可少的工具。问题就在于,医疗器械的质量、使用寿命及价格差异很大,同一种医疗器械因为生产厂家的不同、原材料不一、生产工艺的差异以及使用寿命长短的不同使得价格相距甚远,选用何种医疗器械、选择哪一家公司的医疗器械、是否选择进口医疗器械等都是医院及医生的自我行动与自我选择,它将影响着这个地区的医疗器械市场,医院特别是大医院及其医生左右了医疗器械的招标、采购,引领医疗器械的使用,进而影响医疗器械厂家的生产与销售,决定着整个医疗器械行业的发展与走向。

再次,医院及医生决定着药品及器械的利润空间。医院的收入主要来源于财政差额拨款和税收优惠、医疗服务收入、药品销售收入差价等。在财政拨款既定的条件下,医院都会有增加收入与利润的冲动,如果对医院的经营管理成本与利润不加控制,医院必然会通过扩大医疗服务、药品出售以及器械使用来增加收入。即便实行医药分离,药品销售所形成的利润医院看似无法享有,但是,医院特别是大型公立医院可以通过左右并让渡有关药品的使用权获得制药企业及医药公司的部分利润,让这类企业根据药品在本地区的销售给予医院或医生合适的利润。这表明,无论是否实行医药分离都不可能从根本上斩断医院特别是大型公立医院的药品收入分成,所不同的只是他们从以药养医时期的直接收入转变为医药分离后的间接收入。也就是说,解决看病贵问题不在于

有没有实行医药分离,医药没有分离不是看病贵问题的核心,“三医”联动改革不能只盯着医药分离。除此之外,作为医院收入来源的床位、诊察、检查、化验、治疗、手术、卫生材料、药事、护理以及器械使用等也是由各大医院及医生自行选择,在不能有效规制医院及医生的医疗行为情形下,那些价格高、利润空间丰厚、品质和疗效更有保证的卫生材料及医疗器械更容易为医院及医生选用,由此使得各大医院盲目引进昂贵的医疗设备、使用价格高的卫生材料及医疗器械,价格及利润都比较低的普通卫生材料及医疗器械逐渐为大医院所淘汰。

可见,以大医院及其医生为代表的医疗方决定着医疗材料及医疗器械的使用,主导患者的治疗方案选择及药品消费支出,进而决定了参保者医疗费用特别是医保资金的支出规模,它是整个医疗卫生体制改革的总开关。忽视了医院及医生的深化改革,任由医院及医生逐利行为的肆掠,再高的医保药品及医疗服务费用补偿比例都不能解决患者的看病贵问题。因此,医疗在“三医”联动改革中始终处于主导地位,它决定着医保及医药改革目标能否顺利实现,医疗卫生领域内的一切改革都必须以医院及医生的改革为前提。

四、以医疗为中心的联动改革: 推进路径与策略选择

把医疗、医保及医药整合起来实行“三医”联动改革是解决民众“看病难、看病贵”问题的关键,推进“三医”联动改革就是要抓住医疗这个“牛鼻子”与“关键点”。因为医保及医药从属于医院的医疗服务以及医生治疗过程中,它们只是医疗行为及医疗目标得以实现的载体。离开了医疗,医保及医药就失去了存在根基;忽视对医疗改革,无论医保及医药如何改革,“看病难、看病贵”问题不可能得到根本解决;忽视了医疗改革,特别是忽视了对大医院的改革,全民健康目标不可能顺利达成。因此,推动“三医”联动改革关键在于深化以医院及其医生的医疗改革,充分发挥医疗在“三医”联动改革中的统领与核心地位。

一是限定医院合理的利润区间。有数据显示,2016年全国共有医院29140家,其中,公立医院12708家,占总医院数的43.61%;同期全国医院共有床位741万张,其中,公立医院床位占78.3%,民营医院床位仅占21.7%;医院总诊疗32.7亿人次,其中,公立医院就诊数达到28.5亿人次,民营医院就诊仅为4.2亿人次^①。这表明,公立医院作为我国医疗卫生事业的主体在医疗卫生事业发展中占据主导地位,深化医院改革关键在于深化公立医院尤其是大型公立医院的改革,让各类医院特别是公

立医院率先回归到公益性。为此,要引导各级医院着力提升医疗水平而不是利润总额,借助于过去的科学测算出各级医院营业额、毛利润、纯利润增幅,合理制定各级医院的营业额及利润增长幅度,采取利润增长比例封顶、超额上缴等办法限制医疗机构营业额及纯利润的过快增长,避免医院陷入到片面追求营业额及利润增长的发展路子上来。同时,实行任职审计、亏损追责、财政按比例补贴相结合办法避免公立医院恶意亏损,防止国有资产流失。只有这样,才能让医院及其医生专心于能治病、治好病而不是如何提升利润空间,才能使过去通过多检查、多开药、多挂床等不正当获利行为失去其生存空间。可以说,限定医院利润空间是解决医院公益性不足的有效手段,它为解决好医保及医药问题提供了有力支持。

二是实行医院单次门诊限额免费制度。门诊是城乡居民患病后的首选,解决城乡居民“看病贵”问题首先就在于能否有效地降低一次门诊费用。根据原国家卫生计生委的数据,2016年居民到医院就诊总量为32.7亿人次,平均每人就诊2.4次,居民到医院住院的达到1.75亿人,其中到公立医院入院人数1.48亿人,占到医院住院总数的84.2%。同时,2016年全国公立医院人均一次门诊费用为246.5元,比2015年的235.2元上涨11.3元。其中,三级、二级以及社区卫生服务中心的一次门诊费用分别为294.9元、190.6元以及107.2元^②,三级医院的一次门诊费用收入接近社区卫生服务中心的3倍,这是大医院尤其是三级医院乐此不疲地广开门诊科室,不愿将患者转到社区卫生服务中心,使得分级诊疗有名无实,社区卫生服务中心难以发展的动因。为此,应该实行医院单次门诊限额免费制度,可以按照社区卫生服务中心、二级医院、三级医院一次门诊费用总数免费额度分别为100元、150元以及200元为基数,超过部分医院应该自行承担50%以上,每年给予免费的基数涨幅不得超过物价上涨比、教育及科技投入增幅比的总和。通过采取单次门诊限额免费制度有效遏制医院及医生过度医疗行为,大幅度降低患者医保费用支出,促进大医院主动将患者转诊到社区卫生服务中心就诊。

三是切实提高医务人员的薪酬待遇。医务人员是医院的主体,发达国家和地区的医务人员不需要通过频繁加班或者开大处方等就可以获得很高的经济收入,他们的经济地位与社会声望很高。例如,OECD国家的医生薪酬水平是社会平均工资的2.5-4倍,而2015年我国公立医院在职职工人均年工资性收入为8.9万元,其中城市医院、区级医院、县级医院分别为10.5万元、8.1万元和6.6万元,医生薪酬水平不足社会平均工资的2倍^③,与他们的教育投入、工作强度、工作压力等不相符合,薪酬低成

了医生过度医疗、开大处方的重要诱因。推进以医疗为核心的“三医”联动改革必须要改革现行的薪酬制度,大幅度提高医务人员的薪资待遇,真正允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于医务人员的绩效,让他们的薪酬待遇从现行的不足社会平均工资的2倍提高到3倍左右,让医务人员从卖药械的“商人”转变为民众健康的守护者,让医务人员不需要通过红包、回扣、多开药及过度治疗就可以获得很高的经济待遇,他们凭借精湛的医术及服务同样可以获得很高的经济地位与职业声望,让医生特别是名医成为世人所景仰的典范职业。

四是推进以大医院为统领的分级诊疗制度建设。实行分级诊疗是合理配置医疗资源的有效手段,让患者就医首选到基层医疗机构关键在于是否强制实行社区首诊制度,而在于能否切断医院门诊的巨大利润,在于设法提高社区卫生服务中心等基层医疗机构的业务水平与业务本领,以精湛的业务吸引患者前来就医,从而在解决民众看病难的同时进一步降低医疗总费用。为此,要适当控制大医院的门诊规模及门诊人次,全面实施大医院托管社区卫生服务中心等基层医疗机构做法,引导大医院医生到基层医疗机构就医,规定所有医疗从业人员在每一次的职务或职称晋升时必须在基层医疗机构服务1年以上,大医院的医务人员在基层医疗机构服务期内要针对性地开展业务技能培训,以便尽快提高基层医疗机构医务人员的业务能力与业务水平。

总之,在一个非完全竞争的医疗、医保及医药市场中,医疗是患者选择的依据,是医疗保险基金支出的决定力量,也是药品及医疗器械选用的关键因素,医疗保险目标的实现、医药价格的确定等都受到医疗服务提供者的制约。当然,我们提出医疗在“三医”联动改革中的统领地位不是不要去改革医疗保险以及药品供给制度,而是要切实抓住“三医”联动改革的实质,明确只有抓住医疗这个关键点才能有效推进“三医”联动改革,切实解决民众“看病难、看病贵”问题,促进健康中国战略目标的实现。

注:

- ①刘继同、陈育德《“一个制度、多种标准”与全民性基本医疗保险制度框架》,《人文杂志》2006年第3期。

- ②顾昕《全民免费医疗的市场化之路:英国经验对中国医改的启示》,《东岳论丛》2011年第10期。
- ③仇雨临《医保与“三医”联动:纽带、杠杆和调控阀》,《探索》2017年第5期。
- ④申曙光《新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展》,《社会保障评论》2017年第2期。
- ⑤欧阳煌《找准医改突破口——关于医保制度改革创新的思考》,《中国财政》2017年第1期。
- ⑥翟绍果《“三医”联动的逻辑、机制与路径》,《探索》2017年第5期。
- ⑦郑功成《全面深化医改需要理性选择行动方案》,《中国医疗保险》2012年第5期。
- ⑧郝模《论三项改革联动和公立医院管理体制变革》,《中华医院管理杂志》2002年第1期。
- ⑨李玲、陈秋霖、江宇《中国医改:社会发展的转折》,《开放时代》2012年第9期。
- ⑩朱恒鹏《供方市场化改革是医改突破口》,《中国医疗保险》2016年第12期。
- ⑪王宗凡《当前医改最为关键的是明确医疗服务改革的方向》,《中国医疗保险》2016年第12期。
- ⑫王东进《关于我国药品价格改革的几点认识与思考》,《价格理论与实践》2015年第8期。
- ⑬房信刚、吕军、石慧敏《“药品回扣”是中国医改难题的症结所在》,《医学与哲学》2015年第6期。
- ⑭雅诺什·科尔奈、翁笙和《转轨中的福利、选择和一致性》,中信出版社2003年版,第51页。
- ⑮《2015年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》,国家卫计委规划与信息司网站 2016年7月20日。
- ⑯何文炯、杨一心《社会医疗保险:可望更要可及》,《中国医疗保险》2012年第2期。
- ⑰如医生大量使用基本医疗保险药品项目之外的药物,甚至完全自费的药物,则必然会增加患者的自费比例。
- ⑱朱恒鹏《降低药费支出如何可能》,《学海》2009年第3期。
- ⑲《2016年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》,国家卫计委规划与信息司网站 2017年8月18日。
- ⑳参见《2016年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》,国家卫计委规划与信息司网站 2017年8月18日。
- ㉑《公立医院改革三大战役》,《瞭望》2018年2月5日。

(责任编辑:若谷)

Medical Treatment: Command and Core of the Three Medical Linkages

Gao Herong

Abstract: To achieve the health of national residents , we need to improve the medical health system and define the responsibility relationship between the medical care , medical insurance and medicine. The medical treatment which sets medical staff as the main body and hospital as the carrier , dominates the expenditure of social medical insurance project , leads the use of the basic medical insurance funds and determines the realization of the social medical insurance target. While the Medical treatment determines the choice of use and profit space of medicine and medical device , and influences participants' medical expenses , especially the expenditure on medical insurance funds. Thus the medical treatment is always in the command position in the three medical linkages. Therefore , we should firmly promote the reform of the three medical linkage steadily with the medical care as the leading role , limit the reasonable income range of the public hospitals , implement the free quota system of each outpatient in hospital , improve the economic and social treatment of the medical staff effectively , promote the construction of hierarchical diagnosis and treatment system guided by hospitals , and ultimately promote the realization of the strategic target of the healthy China.

Key words: three medical linkages; medical; basic medical insurance

(上接第 31 页)

Empirical Study on Risk Evaluation System of New Rural Financial Institutions

Niu Zhongyang & Qiao Jun

Abstract: The new rural financial institutions have played an important role in providing services for agriculture while also been facing financial risks inevitably. We developed a risk assessment system of the new rural financial institutions , discussed the risks caused by moral factors , and selected a sample of new rural financial institutions for empirical analysis. For the system of new rural financial institutions , the possibility of financial risk caused by internal factors was higher than that of external factors. According to the weighted ranking of decision-making targets by middle factor layer , safety , capital adequacy and economic environment ranked the top three , followed by liquidity. For the new rural financial institutions , we need to focus on the risk control from the internal factors , such as safety , capital adequacy and liquidity. We also need to prevent the risk of inflation due to business growth when improving the efficiency and ability to develop.

Key words: new rural financial institutions; risk evaluation; empirical study