

# 医保统领“三医联动”改革的 内在矛盾及消解<sup>\* 1</sup>

高和荣

**摘 要** 近年来,政府及社会各界积极推进医疗保险统筹改革,用健全的医疗保险制度规制医疗服务主体及其行为,实现医疗资源的配置组合,试图用医保统领“三医联动”改革。但是,医保如果能够成为“三医联动”改革的统领,医保补偿制度就必须完备,医疗费用必须清晰明了,所有药械品种都要进入医保目录,而这三个条件显然都不具备。这表明,医保作为“三医联动”改革的统领具有自身无法克服的矛盾性。从疾病治疗的本性看,医院主宰人们的疾病预防,左右患者的检查安排,支配患者的治疗方案,决定患者的康复治疗,因而必然是“三医联动”改革的统领。为此,我们应该建立更加完善的医院薪酬体系,扎实推进回归公益性的医院改革,提升财政对医院的支持力度,加强对医院的有效监管,规范医务人员的治疗行为,确保医院及其行为公益性的实现,使医院真正成为“三医联动”改革的统领。

**关键词** “三医联动”改革; 医疗保险; 医院

中图分类号 C91 文献标识码 A 文章编号 1001-8263(2019)06-0065-08

DOI: 10.15937/j.cnki.issn.1001-8263.2019.06.009

**作者简介** 高和荣,厦门大学公共事务学院教授、博导,厦门 361005

中华人民共和国成立后,中国的医疗卫生事业坚持以政府为主导、以公益性为导向、以保基本为目标。20世纪80年代起,随着市场经济体制的建立,市场力量广泛渗透到经济社会领域内部,市场化也就成了医疗卫生领域改革的主导与重要手段,人民群众从原来的公费或劳保医疗逐渐转向自费医疗或社会保险医疗,这在扩大医院服务供给能力、增强医疗服务获得便捷性、提高医院经济绩效、缓解医疗资源不足的同时,也造成医保药物过度使用以及医疗费用急剧增长,由此引发公益性缺失、公平性失衡等问题,进而导致因病致贫与因病返贫等诸多社会问题。21世纪初以来,政府努力扩大医疗保障制度的覆盖面,强调“公立医院姓公”“市场化非医改的方向”,出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》及其《实施方案》,

开展以控费、控药、控耗为手段,以回归公益性为导向的医疗卫生改革,确立了医保、医疗卫生与药品流通体制在内的“三医联动”改革方向。此次改革意识到了医疗、医保、医药三者间的相辅相成关系,试图以医保改革撬动医疗及医药领域内的改革,解决患者看病难及看病贵问题。

## 一、医保统领“三医联动”改革的实践

当前,政府及社会各界普遍把“三医联动”当成医疗卫生体制改革的关键<sup>①</sup>,并试图以医保为抓手,由医疗保险经办机构集中管理统筹基金,用于支付参保对象所发生的基本检查费、医药费、手术费以及护理费等,由医保监管医院与患者的治疗费用以及药械企业的产品价格,探索发挥医保在“三医联动”改革中的基础性作用,努力把医保

\* 本文是教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“新时代提高和保障改善民生水平研究”(18JZ043)的阶段性成果。

作为“三医联动”改革的统领,统筹医疗卫生以及药品流通体制的改革。

一是用健全的医疗保险制度规制医疗服务。2003年以来,政府加大医疗保险制度覆盖面建设力度,加快建立针对农村居民、城镇居民、灵活就业人员、企业职工以及公职人员在内的各类群体的医疗保险制度体系,参保率直线上升,基本上做到了全民覆盖。医疗保险制度的建立健全增强了医疗卫生资源获得的公平性与可及性,激发了患者的就医欲望和就医信心,有助于从形式上规范医院及医生的治疗行为及治疗方案,诱致性地引导患者趋向更加合理的就医用药选择,形成对医患双方行为的激励或约束。另外,在推行按病种付费改革情形下,医保越来越成为地方政府控制医疗费用增长的工具,并广为各地医保部门所采用。也正因为如此,2018年十三届全国人大一次会议决定整合人力资源和社会保障部、国家卫计委、国家发改委及民政部的有关机构,组建国家医疗保障局,各省市同步组建自己的医保局,旨在统筹管理所有医疗保险项目,力图发挥医保在医疗、医药领域中的支配性地位。

二是医保通过谈判机制实现对医疗服务主体的制约。疾病治疗涉及医院、医生、制药企业、医疗器械企业、药械流通企业以及患者等各个主体,涉及制度、文化、习俗、心理以及态度等各方面,是一个复杂的社会系统工程,需要找到一个抓手统领其他各主体的行动。客观地说,医疗保险与治疗有关的所有主体都发生联系,用医疗保险作为杠杆确实可以撬动各个主体的行为,在医疗保险全面覆盖以及全民覆盖的条件下,很难有哪一位患者就医不使用医保卡,很难有哪所医院完全放弃使用医保卡而能够得到发展,很少有哪家药械企业主动放弃生产医保目录的药械。这说明,医疗保险确实可以与各行为主体进行谈判,使各主体听从医保的指挥。例如,医保可以与医院进行谈判,要求医院重点解决患者的基本医疗需求还是重大疾病的治疗需要,是预防为主还是治疗为主,是用医保药物还是自费药物等,从而形成符合医保发展态势的治疗理念与行动;又如,医保可以与药品企业谈判,要求药品生产企业以研发和生

产新药为主还是以生产医保药物目录中的药品为主,要求企业是生产高附加值的药品为主还是以常用药为主;再如,医保也可以与药品流通企业谈判,通过推广药品集中采购、取消药品加成以及实行“两票制”等多种方式尽力规范企业的经营活动。当然,医保还可以与参保者进行“谈判”,给予参保者一定额度的费用专门用于参保者前往社区卫生服务中心的治疗,或者降低医保补偿比例制约患者到大医院就医。<sup>②</sup>医保所具有的、能够与所有相关主体进行谈判这一功能确实证明了其可以“连接医疗服务供方和需方”在整个医疗服务领域谈判中居于一定的“主导地位”<sup>③</sup>。

三是医保通过支付手段实现医疗资源的配置组合。医疗服务本质上就是医疗资源的重新配置与组合,这种重组既可以发生在不同病种之间,也可以发生在同一医疗机构内部不同科室之间,还能够发生在不同层次、不同等级的医疗机构之间,当然也可以发生在医疗服务付费方式上。医保不仅可以对医院以及医护人员提供给患者的服务项目、服务内容、开具的药物以及消耗的器材等是否补偿及如何补偿加以规制,还可以采取按项目付费、按服务单元付费、按病种付费以及推行按疾病诊断相关组(DRGs)付费等方式,并通过限定报销额度、比例控制治疗费用,遏制医疗行为,促进医疗服务部门的行为规范、提升服务质量,节约医疗服务资源。医保也可以通过提高补偿比例,引导患者前往社区卫生服务中心就医,促进分级诊疗和家庭医生签约服务的实现。对制药企业来说,医保可以设定某种药械产品是否纳入医保目录,引导制药企业生产或不生产某种药品或医疗器械产品,以此规制这些企业的研发投入、生产规模及市场销售。同样,医保还可以带动药品采购制度的改革,理论上形成医保所期望的药品销售价格区间。毫无疑问,医疗保险对患者的影响最为直接。没有医保,在现行就医市场及就医环境下,一些低收入群体往往“小病养、大病扛,拖成重病见阎王”;而有了医保,他们可以及时去接受治疗,并通过医疗检查、药品选择等引导患者的就医选择。正因为如此,有学者甚至把医疗保险当成“三医联动”改革的“纽带、杠杆和调控阀”,认为

医保通过价格机制和支付机制等方式“实施有效调节”<sup>④</sup>。

四是医保通过监管机制推进医疗服务的完善。在一个特定的时空范围内,医疗资源重新组合的优劣,配置质量的好坏,是否达到预期目标等,不仅依赖于医疗自身的科学性与合理性,而且更依赖于必要的监管,通过监管有效地规制医疗服务各方。某种程度上,医保确实可以发挥监督功能,而且业已成为全国各地广为采用的手段。从监管项目看,医保既可以对医院门诊及住院就诊人数、检查项目、药品及耗材使用所发生的费用情况进行实时监控,也可以通过分析就诊对象与刷卡数量的吻合性监控患者的就医轨迹、异常医疗费用的发生等,防范骗保行为。从监管队伍构成上看,医保监管已经从原来的医管部门监管向邀请第三方、聘请社会监督员等在内的多主体监管转变。从监管方式上看,2015年国家人社部下发《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》后,医保监管已经从最初的定点医院、定点药店准入的资格审查监管以及事后违规处罚监管转为过程监管乃至全程监管。从监管手段看,医保监管已经从最初的台账抽查监管到现在的综合运用“互联网+监管”特别是大数据监管,众多地区甚至结合人脸识别系统和智慧医保系统引入“智能视频监控系统”推动全程监管目标的实现。当然,这种监管自然也可以延伸到药械企业的生产与销售中。这表明,医保确实可以对医疗服务过程及其相关主体的行动进行监管。

## 二、医保能够统领“三医联动”改革的前提及其矛盾

从逻辑上看,政策是人的思维与实践的产物,是人的思维在政策实践过程中的再现。政策的制定必须要有逻辑依据,而政策的实施更需要一定的资源或条件,这是政策目标得以实现的可靠保证,构成了该项政策顺利实施的前提。离开了前提或条件,政策目标就不可能最终实现。从这个角度出发,医保假如真的能够成为“三医联动”改革的统领,医保假如真的能够有效统帅医院的经营、医生的绩效、药械的研发生产与流通改革,应该具

备以下三个不证自明的前提条件。

首先,医保及其补偿制度必须完备。既然用医保撬动医疗、医药改革,那么,必须要建立起完备的医疗保险制度,在参保对象上做到真正意义上的全民覆盖,体现出从“摇篮”到“坟墓”的参保权力,这是给予公民资格式的制度准入与制度安排;在缴费结构上,全体国民都要采取相同的缴费结构,个人缴交收入(工资)的比例相似,雇主承担相同的缴费比例,以体现参保者享有同等保障权力与一致性地承担相应义务;在补偿项目与补偿标准上,不同等级的医疗机构补偿比例应该明确区分,所有参保者的补偿项目相同,所有参保者在同一城市同一等级的医疗机构都应有同等的补偿比例及补偿标准,患者在本地就医或者在外地就医的补偿比例也应该基本相同。这样,避免参保者的逆向选择和道德风险,以免参保者的补偿待遇受损;在补偿总额封顶上,都应该设置基于疾病治疗费用总数的最高限额标准,避免参保者透过差异性的参保制度而获得不同的医保补偿限额。在这种情形下,甚至要做到全国各地补偿比例特别是最高补偿限额基本一致。

但是,现行的医保及其补偿制度达不到这个要求,我们尚未实现全民医保,那么,以医保统领“三医联动”改革必然会造成对尚未参保患者的福利挤占:医保补偿越多,对未参保患者的福利挤占就越多。另外,由于现行的医保制度按职业群体划分,城乡居民等群体的个人账户基本为零,这些群体生病后不得不与有个人账户积累的城镇职工一样去接受各种医疗消费服务,徒增他们的医疗费用支出。同时,不同类别的参保群体在同一等级医疗机构治疗时获得补偿标准不同。当然,在理性人假设的前提下,没有个人账户积累的医保卡经常被挪用去支取医保统筹基金,给整个医疗保险基金带来亏空风险。

其次,医疗费用必须清晰明了。医保能否实现制度设计的初衷,重点在于能否实现对医疗费用进行有效控制。如果医保作为“三医联动”改革的统领,势必要求明晰各项医疗费用,终结医疗服务及药械服务价格“供方垄断”局面。从检查项目来看,患者就医过程中所进行的检查项目应

该符合患者病情诊断,是必要的且合理适度的而不是过度检查的,从而确保检查费用合理;从治疗过程来看,医疗行业需要制定真正意义上的、而不是过度治疗后的“按病种付费清单”,列出各病种详尽且最为经济的诊疗方案、药械使用及后续治疗等费用,患者甚至可以根据这个“清单”选择治疗方案、医院医生及其费用,医保部门也能够根据这个“病种付费清单”准确地获知医院、医生、药企以及参保者的行为,防范道德风险的发生;从药械生产与流通企业来看,各种药品和医疗器械从生产经流通至医院以及最终到患者手里等,其中的各个环节所产生的成本、利润等医保部门同样能够完全精确掌控,真正防范“以药养医”“吃回扣”等问题的出现,完全避免一些药械生产与流通企业将各种环节的灰色费用打包到“两票制”中。如果能够做到这些,医保确实可以统领包括医疗及药品在内的所有与疾病治疗有关的全部领域的改革。

然而,医疗是一个专业性极强的领域,患者就医时是否需要检查、检查那些项目等完全依据医生的专业判断,并且不同医生的判断结果也不一致,这就导致对检查项目是否适度无法进行衡量。而“按病种付费清单”更是基于最近几年或最近几十年我国医疗市场化及过度医疗所形成的费用测算而成,这样的费用总额本身就没有科学性、可靠性及合理性。另外,就疾病本身而言,即使是同一病种究竟采用何种治疗方案、选择哪些药物或器材等也会因患者自身的差异而有所不同,面对多种治疗方案,患者的选择仍然会受到医生的引导,而不是也不太可能受医保所左右。所有这一切表明,要想医保发挥统领作用就必须做到在涉及医疗全部过程的所有环节的费用清晰,使各个主体在信息充分对称的前提下进行博弈与选择。这显然做不到。从本质上讲,一切医疗费用是由医院及医生决定的,只要医院要负责医生的薪酬,医院就不能亏损经营,医院和医生必然要追求经济绩效,他们永远也不可能把有效治疗方案中最节省医疗费用(医保费用)的那一种推荐给患者,药企也不可能把性价比最优的药械推荐给医院及患者,医疗费用对患者来说永远是一团“欲说还休”的迷

雾,医保永远也控制不了医疗费用的上涨。

最后,所有药械品种进入医保目录。医保如果真的能够成为“三医联动”改革的统领,如果真的能够有效控制患者的医疗费用上涨,那就意味着通过医保可以有效规范药品及医疗器械市场的生产与流通,准确知晓全部药械产品的生产与流通成本,形成对所有药械价格的合理控制。不仅如此,还需要将所有的药械产品纳入医保目录,以便使医保能够制约所有药械的生产、流通及定价,防止医院诱导患者使用医保目录以外的高价药品及耗材,而不只是对进入到医保目录中的药品及医疗器械的价格加以控制。这就是说,对医保目录之外的药品及医疗器械的控制同等重要,否则医院同样可以诱使患者使用非医保药械,使得降低医疗费用永不可能。同样,医保要想有效规制药械价格,患者要对他需要付费的药品及医疗耗材在治疗过程中的剂量、功效等有着完全清晰的认识,使得药械企业及医院无法诱导患者使用高价药、高价耗材,医生也无法开出安全、利润高但低效或无效的药械。或者反过来,假如医保真的能够有效统领药械价格的改革,药械企业的生产与经营则必须公开和透明,完全公开药械生产的原料、成本、工艺、性能、销售、利润及其分配等全部流程,避免药械定价虚高。

可是,只要药械企业追逐利润的本性没变,只要允许医院给患者使用非医保目录的药品和耗材,只要医院的公益性没有回归,只要医院考虑经营效益,作为理性人的医院必然去选择利润空间更大的药品及耗材,而不去考虑他们是否属于医保目录;只要药械生产及经营与销售的信息不透明,在利润的驱使下医院及药械生产与流通企业必然设法将他们的高附加值的产品使用到患者身上。实际情况也是如此:进入医保目录中的药品只有2600多种,占全部医药总目录的1.37%,进入到医保目录的耗材同样也很少,患者就医时普遍都需要支付非医保目录的药品及耗材,药械企业的非医保目录产品仍然大行其道,医保部门对医保目录之外的药械价格无法规制,最终直接导致患者消费的药械产品被药械企业及医院“牵着鼻子走”,医保最多只是一个“体面的二传手”。

这表明,医保作为“三医联动”改革的统领存在着难以克服的内在矛盾:一方面,这一做法用客体代替了主体,一切医疗费用的产生虽然要得到患者的认可,虽然要接受医保的监管与制约,但在信息高度不对称的医疗市场与医疗服务领域,最终起决定作用的一定是医院及医生。医保仅仅是一种支付手段,他能否发挥控费功能、能否实现控费目标的关键在医院及医生手中,用医保去控费完全是本末倒置。另一方面,这一做法用手段代替了目的。解决患者看病难看病贵的手段有很多,如免费、医保、自费等,医保仅仅是其中的一种策略选择而已。用医保特别是针对不同群体设置差异化的医保去解决这一问题其实就是用手段代替了目的。同时,用医保作为“三医联动”改革的统领势必造成劣币驱逐良币现象的大量出现,“格雷欣法则”的泛滥,使得优质的药械无法用到患者身上。更为严重的是,全国只有1.37%的药品纳入到医保范围,医保充其量只能控制这部分药品的价格,实际上也控制不了,更不用说那些不受医保制约的药械产品的价格。所有这一切充分证明:医保也绝对不可能控制医疗费用,医保也绝对不可能解决看病贵问题。

### 三、医疗成为“三医联动”改革统领的逻辑必然

从上面的论述我们可以看到,医保作为“三医联动”改革的统领具有自身无法克服的矛盾。这就要从治疗的主体也就是要回归到疾病治疗的本质去谈“三医联动”改革,把医院及医生当作“三医联动”改革的主体,把医疗作为改革的核心,并以此为出发点撬动医保及医药领域内的改革,切实解决民众的看病贵问题,努力解决医疗费用支出居高不下的难题。

第一,医院主宰疾病预防费用支出。预防是保障个体健康的首要前提,也是减少个体生病的有效手段,疾病预防工作的好坏直接影响着个体健康程度的高低。从预防等级上看,临床治疗期间为防止病情恶化或并发症等发生而采取的医疗措施属于三级预防,他所产生的费用可以更多地合并到疾病治疗中,最终由医院所左右;以控制疾病发展和防止疾病恶化为己任,做好早期发现、早

期诊断和早期治疗的二级预防同样也主要由医院承担,费用规模自然受制于医院;而在疾病尚未发生时针对病因所采取的疾病筛查、疫苗接种等一级预防通常由社区卫生服务中心承接,他们根据自身所提供的服务规模、服务项目等获取相应的经费补助。这表明,所有等级的疾病预防费用都是各类医疗机构根据自身的服务直接或转移支付所产生的,尽管有些等级的预防费用不需要患者承担,改由财政划拨给医疗卫生服务机构。这就是说,三种类型的疾病预防工作依然是医疗而不是医保所把控,整个社会的疾病预防项目及产生的费用最终由医院所提出和确定,患者、医保部门以及财政部门乃至制药企业的干预力量十分有限。

第二,医院左右患者的检查安排。检查是疾病治疗的重要环节,随着医学检查设备的更新以及检查结果的精准,医学检查由原来的辅助手段日益成为主导力量并广泛应用于疾病治疗中。在是否检查上,尽管患者有权决定是否接受某种医学检查,医保也可以通过是否补偿以及补偿比例等发挥一定的制约作用,但最终起决定性作用的仍然是医生的建议;在检查项目选择上,患者就医后一旦接受了医学检查,医院就具有绝对的主导权,至于选择何种检查项目以及做多少检查,全凭作为医疗服务提供方的医院决定,医院始终具有“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。”<sup>⑤</sup>也就是说,医生既可以凭借自己的经验与技术不需要对患者进行医学检查就可以对症下药,也可以采取收费较低且效果良好的必要的检查,还可以要求患者进行超越疾病诊断需要的过度检查,这一切完全取决于医院;在检查结果采认上,尽管卫生部早就规定了医疗机构之间医学检查结果的相互采认<sup>⑥</sup>,但是,患者进入医院后基本上就处于“信息孤岛”状态中,患者在其他医疗机构的医学检查结果能否以及在多大程度上被当下的医院及医生采认完全听命于当下医生的专业判断及良知。因此,医疗检查及其所产生的费用决定权最终不在于患者而在于医院,更不在于医保或医药,指望医保去控制检查项目及检查费用行不通。

第三,医院支配患者的治疗方案。治疗是整

个医疗费用发生的主要环节,是医保部门一直设法加以规制的领域,自然也是患者最为关注的核心环节。虽然患者具有治疗方案特别是可能发生的治疗费用选择权与最终决定权,但基于疾病治疗本身的复杂性以及人的求生本能,这种权力仅仅是理论上的而不是现实中的,患者的选择权与决定权在多大程度上得以实现完全取决于医院。一方面,对疾病的判断掌握在医生手中,属于哪种疾病、是否需要接受治疗都是基于医生的专业判断。在没有利润诱导的情形下,医生完全可以根据患者的病情作出恰如其分的判断。反之,则相反。另一方面,治疗方案由医院的医生所决定,患者的治疗检查、药品选用、用药数量,患者是否需要手术,是简单手术还是复杂手术、微创手术还是普通手术,手术中的医疗器械选用,患者是否需要住院以及住院天数等,这些涉及生命救治的专业知识均为医院的医生所专有,就算征求患者的意见,患者终究还是会听取医生的专业判断和建议。可以说,囿于专业知识的缺失和对生命的渴望,患者基本上让渡了治疗方案的决定权。另外,从治疗效果上看,患者能否顺利出院,是留在本级医院继续治疗还是转院至上级医院或者到下级医疗机构乃至社区卫生服务中心进行继续治疗等,患者的病情是否真正需要向上级医院转诊等,都是以医生的判定为准,患者更多的时候是“遵医嘱”,医保只不过是根据医院的药械消耗依规予以补偿而已,很难解决医院的“诱导需求”“过度医疗”“医患合谋”等道德风险问题<sup>⑦</sup>。

第四,医院决定患者的康复治疗。健康具有不可逆性,很多病种的治愈不仅依赖于手术治疗,更需要术后康复,因此,治疗与康复是一个相互嵌套的环节。应该看到,康复作为治疗的延续尽管不像治疗阶段那么十分必要,然而,康复确实有利于患者尽快恢复,特别是一些疾病,像脑中风、脑外伤或是肢体病变等更需要康复治疗。在这一阶段,医院为病患制定康复方案,指导患者采用某种康复方式和服用药物,如果患者有支付能力,加上医保的支持,他就可以选择最好的康复医院、采取最好的康复手段、选择最佳的康复方式。所以,我们看到在整个医疗市场上,越是支付能力强的患

者、越是医保待遇良好的患者,就越愿意获得全面的康复护理,医保某种程度上并不能起到控费和降费的功能,康复手段及康复治疗所产生的费用都是由医院来决定,这是医患双方在心理、利益和风险权衡之后的一种较为理性的契合,该治病还得治病,该康复护理还是要康复护理,这与是否有医保以及医保补偿比例等关系不大。

总之,从整个疾病预防到康复护理的各个环节以及全部过程来看,医院具有较强的专业性与专有性,使其在与病人治疗方案确定、医保支付及药械使用等博弈中处于绝对垄断地位,他们可以根据自己的专业技术和知识权威形成一整套话语霸权体系,主宰着患者的医疗费用支出,主宰着整个国家的医保费用支出,因而成为“三医联动”改革的牵引,这是医院成为统领“三医联动”改革的实践必然与逻辑结果。

#### 四、深化以医院为统领的“三医联动”改革

医生开展疾病治疗,医生主宰治疗的全过程及结果,但医生的薪酬等一切待遇由医院提供,医生的生存与发展被医院所掌控。因此,与其说是医疗或医生主宰患者的治疗费用,倒不如说医院作为“最后的出场人”在患者的医疗费用支出中起着决定性作用,医院才是“三医联动”改革的关键所在。因此,我们应该深化以医院为核心的“三医联动”改革,以医院改革统领医保及医药改革,真正解决患者的看病难看病贵问题,促进健康中国战略目标的实现。

第一,扎实推进医院回归公益性的改革。医院是医疗卫生体系的中枢,是患者治病疗伤的场所。一段时期以来,受市场化改革的影响,医院过于追求经济效益,甚至把经济效益至于首要位置,使得“看病难”特别是“看病贵”问题长期得不到很好地解决。因此,只有坚持以社会效益为主,以稳定医院经营规模为主,医院才能真正回归公益性。一方面,要明确医院不是企业,医院不能以营利为目的,规定无论是公立医院还是民营医院,无论是三级医院还是私人诊所,只要从事医疗行业就不得片面地追求经济效益,不得片面地扩大医院规模,医院必须坚持治病救人的公益性,注重社

会良知的引领,所有医院都应该在遵循市场法则下追求公益性并彰显公益性,也就是说如何运用市场的力量使医院做到收支平衡略有结余,而不是在遵循市场法则下追求经济效益。对医院而言,所有的利润从根本上来讲都来自于患者,这种高度垄断性与来源唯一性的利润是引起看病贵的核心因素。这就需要把所有医院的资产算作公益性资产而不是市场性资产。

另一方面,要结合市场化改革以来各级各类医院的成本控制情况,精确划定医院的经营成本基线。医院市场化改革 20 年来的最大成果之一就是他们普遍增强了成本意识,形成了较为行之有效的成本控制办法及成本总量,从而可以查摆高于成本的经营行为并进行必要的问责,避免一些医院借公益性、社会性之名而行铺张浪费之实,确保医院公益性经营理念落地生根。另外,其他与公立医院相关联的行业如药品、医疗器械企业及其销售企业等也要按照社会企业的要求加以规制,确保整个医疗行业的公益性质。

第二,建立更加完善的医院薪酬体系。医护人员是医院的主体,破解“看病贵”这一难题的关键在于医护人员,背后就是医院的薪酬体系。如果薪酬体系建立在医护人员的治疗收入这一经济绩效基础上,那么医护人员必将尽其所能让患者多检查、多吃药、长住院以及住大医院,“看病贵”问题将永远无解;反过来,如果医生的薪酬主要来源于财政而不是来自于医疗市场,如果薪酬体系以医护人员的社会绩效为主,同时适当兼顾经营成本,如果薪酬体系更多地考察医护人员的治病救人及救死扶伤情况,那么,医护人员自然就会引导患者合理检查、合理用药,甚至主动告诫患者不能过度治疗,困扰我们数十年的“看病贵”问题必将得到根治。一方面,要根据所在地区经济社会发展特别是机关公务员、各类专业技术人员、国有企业职工的社会平均工资以及当地消费水平与生活成本等因素综合确定医护人员的收入区间,分步实现 OECD 国家医护人员是当地社会平均工资的 2.5-4 倍这个收入比目标。另一方面,结合医务人员的专业技能、岗位差异、服务内容、实际工作量、工作强度、服务规范及患者满意度等因素,

合理制定基本工资、绩效工资、福利津贴、奖金及岗位津贴等薪酬结构,既要做到不同职位的医务人员拿不同的基本工资,同一职位不同职级的医务人员拿不同的基本工资,也要做到结合考核与社会贡献等因素确定各类人员的绩效工资与奖金,还要对特殊职位予以必要的岗位补贴,努力形成更加合理的医护人员薪酬激励体系。

第三,强化财政对医院的支持力度。扭转各级各类医院以经济绩效为导向的办医理念,彻底摒弃每个科室、每位医护人员都是一个经营收入核算单位的做法,让医护人员能够专心致志地从事体现其价值本性与职业伦理的工作活动,关键在于医院的投入特别是医护人员的薪酬不能依靠医院的创收而应该依赖于财政投入,因为医院本身并不能创造经济价值。从对人员的投入上看,既要全额投入符合规定的离退休职工工资,也要加大财政对在职职工的投入力度,使得在职职工除奖金之外的基本工资、绩效工资、岗位津贴及福利津贴等收入可以从财政拨款中获取,彻底解决他们的收入主要靠其经营所得,切实减轻公立医院的负担。对民营医院也要采取基本人头费补偿办法予以扶持以减少其唯利的倾向<sup>⑧</sup>;从拨款方式看,要将原来财政主要划拨到医保部门并由其支付给医院的做法改为财政精准分析各医院前五年的经营情况后直接拨款,以财政拨款而不是经营收入作为医院的生存与发展之道;从拨款类型来看,可以实行经常性拨款、专项拨款以及奖励性拨款等,使经常性拨款和专项拨款成为医院收入的最主要来源。同时,对治愈疑难杂症、服务城乡居民、患者满意度高的给予奖励性拨款。通过“施行不同的财政补贴政策切实推动医院向公益性方向转型发展”<sup>⑨</sup>。

第四,强化对医院的有效监管。有效监管是确保医院高效运行及公益运行的可靠保证,一旦失去了有效监管,依靠财政投入的医院或者重回低效运行状态,或者仍然追逐经济效益。在经营监管方面,要按照社会企业的要求限定公立医院的利润区间,低于利润空间尤其是医院亏损的要通过监管查摆原因并予以追责,而超过利润上限的部分收归国有,从而既能够调动医院的积极性,

也避免医院的亏空经营以及医院过于追逐利润。要对医院发展的规模予以监管,通过引入分级诊疗制度和家庭医生签约制度,控制大型医院规模任意扩张,引导患者自觉采取社区首诊双向转诊,以便控制卫生总费用的过度上涨。不仅如此,要真正建立起医德医风“一票否决制”及“黑名单制”,不断强化医疗行为的过程监管,特别是通过对检查项目、一次门诊费用总和、二次或多次返诊率等指标的监管,运用大数据探索建立一套可量化、富有成效的医疗行为监管指标体系,切实规范医务人员的治疗行为,确保医疗行为公益性与社会性目标的达成,实现“三医联动”改革的目标。

注:

- ①王东进《“三医联动”是全面建成医疗保障体系的关键一招》,《中国医疗保险》2019年第3期。
- ②有的城市每年给每张社保卡中额外注入500元,患者只有去

社区卫生服务中心就诊才可以使用这笔补助,一个会计年份结束后余额自动清零。

- 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高和荣《以医疗为中心的“三医”联动改革:路径与策略》,《南京社会科学》2018年第7期。
- ⑥参见卫生部办公厅《关于医疗机构间医学检查、医学影像检查互认有关问题的通知》,卫办医发(2006)32号。
- ⑦李玲、江宇《中国公立医院改革:问题对策和出路》,社会科学文献出版社2012年版,第25—26页。
- ⑧有学者认为,针对公立医院改革不到位情形,可以实施社会办医办法予以解决,这个观点其实是不对的。参见郑秉文《社会办医:以空间换时间,倒逼公立医院改革》,《中国医疗保险》2019年第3期。
- ⑨孙东东《改革政府对公立医院的管理体制是公立医院改革的唯一出路》,《中国卫生法制》2019年第1期。

(责任编辑:若谷)

## The Inherent Conflict and Its Resolution of Medical Insurance to Guide the Three Medical Linkage Reforming

Gao Herong

**Abstract:** In recent years, the government and all sectors of society have actively promoted the reform of medical insurance, and adopted a sound medical insurance system to regulate the main body of medical services and their behaviors, to realize the allocation of medical resources, and to try to use medical insurance to guide the reform of medical care. However, if medical insurance can become the leader of the three medical linkage reform, the medical insurance compensation system must be complete, medical expenses must be clear, and all medical equipment and drugs must enter the medical insurance catalog, but these three conditions are obviously not available. This shows that medical insurance as a three medical linkage reform has its own contradictions that cannot be overcome. From the nature of disease treatment, hospitals dominate people's disease prevention, control the patient's examination arrangements, control the patient's treatment plan, and determine the patient's rehabilitation treatment, which is the logical necessity of the three medical linkage reform. To this end, we should establish a more comprehensive hospital salary system, solidly promote the hospital reform returning to public welfare, strengthen financial support for hospitals, strengthen effective supervision of hospitals, regulate the treatment behavior of medical personnel to ensure the realization of the hospital and its behavioral public welfare, making the hospital truly become the leader of the three-medical linkage reform.

**Key words:** three medical linkage reforming; medical insurance; hospital