

探索中国式医疗保障制度—三明医改实践

李玲

【摘要】医疗卫生改革是各个国家的政治、经济和社会的焦点问题，政府如何选择正确的医疗保障模式至关重要。福建省三明市的医改是中国医改的成功典范。三明市敢为人先，通过系统综合改革，破除逐利创收的旧体制，建立保障公益性和符合人民健康需求的新制度。三明医改为中国式医疗保障制度提供了地方经验和可行路径，也为世界各国医改贡献了可供借鉴的中国经验。

【关键词】中国式医疗保障；三明医改；制度

最近中央纪委国家监委部署纪检监察机关配合开展全国医药领域腐败问题集中整治，暴露出医药领域存在的严重腐败问题。医药反腐要放到医疗卫生改革的大背景下去观察，才能找到问题发生、发展的内在根源和逻辑，也才能找到根除医药腐败的制度安排。

2009 年我国开启新一轮医改，目标就是要让公立医院回归公益性，但是长期以来公立医院办医和管医的主体责任不明确，财政投入责任不落实。据 2022 年《中国卫生健康统计年鉴》数据显示，平均每家公立医院收入中，财政拨款占比在 2017 年、2018 年、2019 年分别为 9.24%、9.54%、9.69%，这意味着 90%以上的收入都要靠医院自身去创造。医疗卫生改革至今并没有改变医院的投入机制、运行机制和分配机制，医疗机构仍然在逐利和创收的轨道上运行，并通过药品、耗材、器械、检查等形成利益链和腐败土壤，导致大量政府投入和医

保资金没有能有效转化为人民的福利，反而加剧了过度医疗、药价虚高和医药腐败等问题。而单个公立医院和单个医生是无法从旧体制机制中挣脱出来的，唯有政府能够破除旧制度，建立新制度，将医院和医生从旧制度中解放出来，才能从根源上解决医药领域腐败问题。

医疗卫生改革是各个国家的政治、经济和社会焦点问题，政府如何选择正确的医疗卫生模式至关重要。中国这些年的地方医改实践为探索中国式医疗保障制度积累了丰富经验和教训，福建省三明市的医改是其中成功的代表。

2012 年以来，三明市委、市政府认真贯彻落实党中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的一系列重要指示精神，坚持人民健康至上，敢为人先，创造了一整套顶层设计、系统改革、综合治理、制度转换、推动实施、巩固完善的综合改革方法，建立了符合人民健康需求的医药卫生制度，实现了医疗机构增效、医务人员增收、人民群众受益、党和政府得民心以及医药腐败根除的改革目标。三明医改探索中国式医疗保障制度提供了地方经验和可行路径，也为世界各国医改贡献了可供借鉴的中国经验。

一、三明医改如何探索中国式医疗保障制度

医改的核心问题是破除旧的逐利创收的体制机制，建立保障公益性的新制度。医疗卫生制度是现代国家的基本制度之一，是以维护和增进人民健康为目标、引导医疗卫生领域资源配置、协调医疗卫生再生产过程的各种体制机制的统称。医疗卫生制度的目的，是以尽可能小的社会总成本，较好地维护和增进人民健康，促进经济社会发

展。建立有效的医疗卫生制度是政府最大的责任，三明正是抓住医改的核心问题，从源头出发，不回避矛盾，通过综合改革，从根本上破除逐利创收的旧制度，建立公益性的新制度，扭转医务人员激励机制，规范药品流通秩序，根除医药腐败。新制度让公立医院回归公益性、医生回归到治病救人的角色、药品回归到治病的功能。他们的做法，攻克了医改中最难啃的硬骨头，成为全国医改的重要突破口，三明在地级市探索出行之有效的中国式医疗保障制度。

（一）系统重构，制度再造

1. 政府承担破除旧制度，建立新制度的责任，打通执政理念堵点

三明市委、市政府坚持人民至上，健康至上的理念、觉悟和担当，将推进医改作为践行党的初心使命的重点民生工程，下大力气解决群众看病就医问题。市委、市政府主要领导深入研究国家医改政策，把握医改的内在规律，理顺谁改，改谁，改革的目标和路径。三明市委、市政府明确医改的主体是政府，看病贵和难是表象，问题背后是政府保障和监管人民健康的体制机制不顺、责任不清。党和政府要勇于承担破旧制度，建立新制度的改革责任，这包括对医药卫生改革的整体设计、改革方法和配套改革政策。三明由党政“一把手”直接承担医改工作决策、部署、协调、督查的责任，各级党委政府创造性地落实医改政策，在实践中培养医改干部，一代一代干部坚定不移地推动医改，不断探索中国式医疗保障制度。

2. 建立“三医联动”体制机制，打通治理体系堵点

医疗卫生制度是复杂的社会系统工程，针对医疗卫生“九龙治水”

“条块分割”与部门间的内耗导致医改在政府层面内部协作失调，难以集中力量进行有效治理等问题，三明市委市政府首先改革医疗卫生的治理体系，建立跨部门协同、权责清晰、高效运转的行政管理体制作为医改的基础设施。具体来讲，三明敢为人先地主动改革政府的职能，确定由一名市政府领导统管卫生健康、医药和医保部门，并主持市医改领导小组的工作。医改领导小组仿照“大部制”的运行机制，将财政、发改、卫生、医保、药监等部门有关医改的职责融合在一起，多个部门共同设计医改方案、共同研究医改政策、共同落实医改措施、共同评估医改成效，形成实体的“三医联动”工作机制，建立了强有力的推动医改的综合治理体系。打通治理体系堵点才能充分发挥我国政治制度的优势，攻坚克难，破旧立新。此外，三明医改强调市、县“一把手”必须既挂帅又出征，承担领导和推进医改第一责任人的责任，对医改任务亲自部署、重大方案亲自把关、关键环节亲自协调、落实情况亲自督察，推动医改工作向市、县、乡、村四级全覆盖，打通医改政策实施落地的层层“堵点”。

3. 重构政绩考核机制，打通干部激励和考核堵点

激励与考核是现代化治理体系的指挥棒，也是三明医改各级行政管理体制高效运转的保障。在市委的领导下，三明市在各级党委、政府建立了医改激励和问责机制，将医改纳入党政主要领导绩效考核范围和医改一线干部考核的重点内容。在改革的过程中，三明坚持激励与容错并重，对医改一线干部以正向激励为主，制定出台提振干部精气神的 16 条措施和改革创新容错纠错 9 条措施，为改革者“保驾护

航”，让敢改，真改的各级干部得到奖励。截至目前，三明各级从事医改工作的干部已有多人得到提拔，仅市级医改团队成员先后有十多名干部被重用和提拔。此外，对医改工作研究不深、推动不力的分管领导及时调整分工；对医改部署“不冷不热、不急不忙、不疼不痒”的干部给予问责和惩罚。三明建立的激励和问责机制，同时树立允许改革有失误、但不允许不改革的正确导向，充分调动了各级干部的积极性和创造性，在医改一线涌现出一大批优秀干部，打通了干部激励和考核堵点。

（二）系统、综合、协调地推动以公立医院为主体的医药卫生体制全面改革，打通医疗卫生体系的堵点

1. 抓住公立医院改革的牛鼻子，建立保障公立医院公益性的新制度

公立医院改革是医改的核心，是一切医改措施最终的落实者。这些年的医改实践已经证明，仅仅建立医保体系，而医疗服务体系还是创收趋利的，过度医疗检查、过度用药以及医药腐败就难以控制，医疗费用就会不断上升，百姓看病就医就会越来越贵。

长期以来由于公立医院办医和管医的主体责任不明确，财政投入责任不落实，医保支付和价格体系不合理，医疗、医药和医保各自为政，使得公立医院存在强烈的逐利创收动机，并通过药品、耗材、器械、检查等形成利益链，滋生医药腐败。但是公立医院和医生是无法自己从旧体制机制中挣脱出来的，唯有政府能够系统、综合、协调地建立新制度，将医院和医生从旧制度中解放出来。

三明医改抓住公立医院改革的牛鼻子，系统、综合、协调地全方位改革，用组合拳坚决破除公立医院创收趋利的旧机制，建立保障公立医院公益性的新制度。

保障公立医院公益性的新制度，需要联动医保、医疗和医药改革，统筹推进管理体制、补偿机制、人事分配、药品供应、价格机制等方面的综合改革。2012 年 1 月三明将市内 22 家公立医院同时转换轨道，建立公立医疗机构回归公益性运行体制，政府要承担建设医院、保障医院运行和监督管理的责任，做到“让院长不怕没钱花，也要有钱不能乱花”。财政支付公立医院院长“年薪”，政府根据举办公立医院的目标定位设计 7 大类 40 多项考核指标对公立医院进行日常考核，建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的公立医院运行新制度，打通医疗卫生体系的堵点，让医改造福人民。

2. 建立严格的药品耗材集中招标采购制度

三明市率先实施药品耗材集中招标采购制度。三明市规定，所属各级公立医疗机构每年所需的药品与耗材，除 5% 左右的特殊药品经批准可以自行采购外，其余 95% 的所需药品与耗材，全部由医疗机构向政府采购中心呈报，由政府采购中心集中向药品耗材生产企业招标采购。中标生产企业再按照招标采购价格的 5%，向社会招标药品流通企业，负责将集中采购的药品耗材统一配送到医疗机构，从而切断了医疗机构与药品营销企业的不正当利益联系，减少了药品耗材的营销环节，显著降低了药品耗材的不合理价格。原有药品耗材等虚高的价格与用量很大程度上是用于弥补原有分配体系中对医院分配的

不足，三明将通过集中招标采购节减下来的药品费用用于四个方面：30%用于提高民众的医疗报销水平，20%用于补充医保基金，20%用于调整医疗服务价格，30%用于保障医务人员工资发放，做到医院、医生、患者三满意。

3. 成立医保中心，集中财力对公立医院实行医保基金“双打包”制度（医保支付总额预算包干制、C-DRG 分组打包收付费）

医保既连着“需方”，又牵动“供方”，是规范医疗、医药行为的重要“杠杆”，是推动医改的“主引擎”。改革前，三明医保在管理上存在横向“制度碎片化”、纵向“体制不顺畅”问题，有8项医保制度分散在4个部门管理，难以通过招采进行控费，难以对公立医院实行总额预算。2013年，三明市成立医保中心，实行“三保合一”，理顺医保管理体制。在全国率先将原来县里统筹的城镇职工医保、居民医保、新农合等三类医保经办机构整合成市医疗保障基金管理中心，承担药品限价采购与结算、基金管理、医疗行为监管、医疗服务价格调整等职能，通过“招采合一”发挥医保机构在药品采购中的主导作用，让“买单”的人“点菜”。此外，针对公立医院的创收逐利动机，三明市在政府合理确定医院年度医疗服务目标的基础上，由医保机构与医院谈判确定年度医保支付预算总额，实行“总额包干、超支自付、结余归己”，激励医院和医生因病施治、合理用药、控制费用、减少浪费，通过实施C-DRG打包收付费改革，避免了人员重复缴费、政府重复补助、患者重复报销等问题。

4. 医疗服务价格动态调整，提升医务人员劳动价值，优化医院收

入结构

改革前，三明市公立医院服务价格执行省物价部门确定的标准，2011 年公立医院医药收入中医疗服务性收入（体现医务人员劳务价值的收入）占比仅为 18.4%。为了优化医院收入结构，提高医务人员劳动价值，三明市本着“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”总要求，医保部门在结合每月医保基金运行分析的基础上，坚持“四个步骤”、把握“七条原则”对全市医疗服务价格进行动态调整，使医、药、检趋于 5：3：2 的合理比例。2012 年以来，三明市先后自主实施 9 次医疗服务价格调整，动态理顺 8421 个医疗服务项目价格（含基层医疗机构、重复调整项目），约占价格项目库的 93.96%，其中调高 6966 项，调低 1455 项，因价格调整等因素转移增加的医疗服务收入达 57.39 亿元。此外，为保证医药卫生事业的公益性，三明市积极落实政府投入责任。2012 年至 2020 年，三明市的政府卫生健康支出年均增长 15.5%，比政府一般预算支出增长幅度高 3.5 个百分点；2020 年卫生健康支出占政府一般预算支出的比重达到 11.2%，比全国同期高 3.4 个百分点。

5. 建立新型公立医院薪酬制度（目标收入年薪制，年薪计算工分制）

公立医院薪酬制度深刻地影响医务人员的医疗行为。一方面，不恰当的薪酬激励机制会导致大检查、大处方、带金开方等腐败问题；另一方面，医院内部不同科室、岗位医务人员收入分配不合理，导致医院内部在收入分配上存在一定矛盾。为打破人员工资与药品、检查

化验、科室创收挂钩的分配模式，遏制医生“开发病人”“制造病人”的创收冲动，三明市建立了新型公立医院薪酬制度，对医院党委书记、院长和总会计师实行考核年薪制。每年由当地党委、政府按照医疗机构的行业特点，并根据医院党委书记、院长和总会计师承担的职能与责任，合理确定其年薪标准，由政府财政发放，切断医院领导与医院经济收益的联系。年终前，由党政有关部门对医院党委书记、院长和总会计师的年度工作绩效进行考核，确定年薪发放数额，体现奖优罚劣。对医院员工实行目标收入年薪制，年薪计算工分制。将原来医生收入与科室收入挂钩改变为按工作量（数量和质量）分配，医护人员年薪以工分制计算，即由基础工分、工作量工分和奖惩工分三个部分组成。每年年初，由政府有关部门根据医院年度医疗服务目标等因素，合理核定医院员工年度工资总额，杜绝医院为增加员工工资而盲目创收，切断医务人员工资与药品耗材、检查化验、床位等收入的直接联系。医院对每个员工按照岗位性质、服务数量、服务质量、医德医风、社会评议等项目，确定不同的计分标准，每天进行考核计分。工资发放实行按月预付、年终按统计计分核定年薪数额。医院党委书记、院长和总会计师的年薪数额，在医院张榜公布，接受全院医务人员和广大民众的监督。医院员工的年薪发放，也在院内采取不同形式公示，体现公开透明，由员工相互监督。

（三）建立县乡村一体化的健康共同体，为人民提供全方位全生命周期健康服务，实现强基层的目标，打通以健康为中心的堵点

1. 以总医院为抓手，下沉医疗资源

过度集中在城市地区是全国性问题，三明同样存在医疗资源分布不均衡等问题。对此，三明市在所有县域内整合县、乡、村三级医疗机构，打破横纵向壁垒，把县级综合医院和县级中医院整合为县总医院，保持乡镇卫生院机构性质、承担的职责、人员身份、资产关系和投入机制不变，乡镇卫生院作为总医院分院，由总医院全面接管；总医院各分院（乡镇卫生院）在行政村设立公办卫生所，实现乡村医疗服务一体化；在市区组建紧密型医联体，由市级医疗机构牵头，对市区所属的乡镇卫生院和社区卫生机构进行整合。总医院内部实行人员统一调配、医疗统一管理、业务统一培训、财务统一核算、工资统一发放、设备统一配置、绩效统一考核，真正形成责任、管理、服务、利益共同体，避免上下级医疗机构争人才、抢病源，各自为战，实现医疗资源的下沉。

2. 坚持基层首诊，调整就医秩序

作为山区地市，三明市有超过 60%的常住人口分布在乡（镇）村，但基层医疗资源却相对匮乏，基层医疗卫生机构床位数仅占总床位数的 23.54%，专业技术人员仅占总量的 19.39%，资源呈倒挂状态，基层群众难以享受公平可及的公共医疗卫生服务。全生命周期健康服务的首要任务就是保基本，建立健康“守门人”制度，这是对现有医疗卫生服务模式、就医理念、就医秩序的深刻调整，是一项基础性、长远性、系统性的制度设计。而建立健康“守门人”制度就是要坚持基层首诊，其中首先要做的就是区域性紧密医共体的基础上，提升基层的服务能力和水平。对此三明建立起县带乡、乡带村的管理体制，

实现强基层的目标。加强城乡人才交流，组织县医院人员到基层开展医疗服务，培训基层医疗人才。其次，三明市科学确定县、乡、村各级医疗机构的服务范围，核定乡、村医疗机构服务目标责任，以服务目标倒逼基层首诊制度的落实，规范分级诊疗，节约医疗资源，减轻民众负担。

3. 从以治病为中心转向以人民健康为中心，落实“健康中国”战略

三明市实现医疗服务与健康管理的有机融合，县医院增设公共卫生科，强化健康教育、健康促进、疾病预防、慢性病管理等职能。在医共体内推行医疗与疾控在人员、资源、服务、信息等方面“四个协同”，建立疾病预防、医疗救治、健康管理“三位一体”新机制，实行医保经费、公共卫生经费、人员经费统筹管理使用的新机制，确定健康促进经费从医疗机构的成本中列支，鼓励基层医疗机构用更多的精力，加强健康宣传教育，倡导健康生活方式，组织开展体育活动，规范民众健康管理，提高民众健康水平，将医药卫生事业从以治疗为中心转向以人民健康为中心，探索实现全方位全周期健康服务，落实“健康中国”发展战略。

二、三明医改的成效

三明医改最鲜明的成效是，政府勇于承担责任，破除了旧的逐利创收的体制机制，建立了全新的公益性医疗卫生制度，使得医疗卫生投入真正转化为保障人民健康的医疗卫生服务，为全国医改探索出新路。

（一）发挥制度优势，实现医药体系全面系统综合改革，成为全国深化医改的标杆

三明市委市政府按照“仿大部制”思路创建的医改领导小组激发了各成员部门的积极性和创新力，在党政“一把手”的充分肯定与大力支持下，通过将具体政策制定、组织实施和监督管理权于一身，实现了跨部门、权责清晰、密切协同、高效运转的目标，解决了“九龙治水”与“条块分割”等堵点。市医改领导小组先后研究出台了政策性文件 300 余份，建立了符合公益性的新型医疗卫生制度。政府承担办医管医的责任，卫生健康支出占政府一般预算支出的比重达到 11.2%，比全国同期高 3.4 个百分点，比福建省同期高 1.19 个百分点。在人均 GDP 仅为福建省中等水平的情况下，三明市 2022 年出院患者满意度已经达到全省第二。三明医改满足了人民群众的根本需求，让群众得到了真正的实惠。

三明医改经验成为国家医改方案，党的十九大后，借鉴三明经验成立了国家医疗保障局，实施药品耗材集采，大幅降低药品耗材价格，取得了非常好的效果。

习近平总书记于 2021 年 3 月视察三明市沙县总医院，他充分肯定三明医改，指出“三明医改体现了人民至上、敢为人先，其经验值得各地因地制宜借鉴”，三明成为全国首个深化医改经验推广基地。

（二）医药卫生体系整体换轨，建立了保障公益性的新制度，根除了医药腐败的土壤

三明医改破除了药品回扣对医生不恰当激励。药品耗材回扣促销

推高了价格，使得全社会总医疗支出增长过快，表现为公立医院医疗收入结构中药品耗材占比过高，这又反过来挤占了可用来提升医疗服务价格的费用空间，结果是公立医院用于提升薪酬的纯医务性收入不足，这是医生灰色收入阳光化最大的难题。三明医改破除回扣对医生的过度激励，是通过三个“不”实现的。

第一，实施药品耗材集中限价采购，让医生不能拿回扣。三明整合原来分散于人社、卫健、财政等部门的医保管理职能，成立医保基金管理中心，由其组织实施药品耗材集中限价采购，以量换价，挤出药品耗材价格虚高水分，让药品耗材回归真实价格，使药品回扣失去操作空间，让医生不能拿回扣。挤出药品耗材等虚高费用近 158 亿元，所有采购药品耗材价格均明显下降，平均降幅为 50%，药品单品最大降幅 96.95%，耗材单品最大降幅 82.5%。2011 年，三明市职工医保统筹基金亏损达 2 亿多元，改革当年，三明市医保基金结余便开始为正。

第二，加强对不合理用药监督与诚信管理，让医生不敢拿回扣。三明医改对药品使用情况进行了深入分析，发现医院用药中辅助性、营养性药品较多，长期使用并没有治疗效果，而这些药品大多有高额回扣。为此，2012 年起三明重点监控福建省第 7、第 8 目录中 129 个“疗效不确切、价格很确切”的“神药”。据统计，监控当月药品支出下降 1673 万元，当年节约费用 2 亿多元。同时实行医保医师（药师）代码制度，实行医师（药师）代码信息管理，监测医务人员接受贿赂（回扣）、过度治疗等不当医疗行为，增加医务人员违法违纪的

成本。截至目前，三明市累计减少药品耗材费用支出已近 200 亿元。2012 年至 2020 年医院医药总收入年均增长 6.57%，相比于 2006-2011 年年均 19.4% 的增幅，明显放缓。2019 年三明市公立医院医药收入增速为 8.5%，低于全国平均水平（13.6%）5.1 个百分点。挤出药品耗材等虚高费用为后续改革留出了充足的政策与资金空间。

第三，原创了符合医疗卫生行业特点的新型薪酬体系，提高阳光薪酬，让医生不想拿回扣。推行药品耗材集中限价采购与加强不合理用药监督，让医生不能与不敢拿回扣都属于被动行为，这也确实会造成医生群体收入明显下降，因此提高医生群体的阳光收入就显得尤为重要与迫切。只有提高医务人员阳光收入，高薪才能养廉，医生才会真正主动不去拿回扣。

三明原创了符合医疗卫生行业特点的新型薪酬体系：目标收入年薪制，年薪计算工分制，保障医务人员阳光体面工资，彻底破除公立医院逐利动机，同时保障公益性和积极性的兼容。医务人员收入年薪制是破除过去创收的收入分配体制，体现公益性；而“年薪计算工分制”是三明原创的知识经济的考核和分配方式。具体是将全市 22 家公立医院所有医务人员在政府建立的统一信息化平台上，应用信息化手段将医务人员医疗行为和工作量系统地数字化记录，然后按照设计规则转化为薪酬工分和分值的一种计算方法和薪酬内部分配机制。临床医生工作量工分通过病种工分和医疗服务项目工分计算，定性定量工分可实行动态调整，政府可以通过全局把控和动态调整设计规则和工分占比以体现公益性和调动积极性。

自 2011 年至 2022 年三明市公立医院工资总额由 3.82 亿元增长至 20.44 亿元，在岗职工平均年薪水平由 4.22 万元增长至 16.34 万元，其中医师平均年薪由 5.65 万元增长至 20.11 万元。三明薪酬分配制度，让医务人员得到阳光体面收入，体现了医院的公益性及医务人员劳动价值，真正让医生回归看病角色，把精力聚焦到提升诊疗技术水平上。见下表。

表 1 三明市县级及以上公立医院薪酬发放情况表

年份	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
工资总量 (亿元)	3.82	4.69	7.09	7.60	8.95	9.83	11.02	12.40	14.06	15.57	19.56	20.44
在岗平均 (万元)	4.22	5.45	7.23	7.79	8.90	9.45	10.43	11.34	12.52	13.37	16.02	16.34
医生 (万元)	5.65	7.04	9.99	10.09	11.38	12.30	13.95	15.48	16.50	16.93	19.34	20.11
医生最高			39.20	36.75	42.70	53.18	72.98	59.29	59.95	59.80	59.68	58.28
书记院长 (万元)	9.84	11.69	20.06	25.55	26.19	29.32	33.88	32.43	39.84	41.10	47.16	46.61
书记院长 最高			31.51	38.13	40.70	42.42	50.28	50.54	53.46	55.04	67.47	58.75

（三）人民健康水平不断提高，医疗负担不断下降

薪酬制度改革真正让公立医院回归公益性质，极大减少了过度医疗，减轻了群众就医负担；同时，医院改变医疗服务模式，医生在治疗的同时，做好院前健康管理和院后疾病管理，让百姓不得病、迟得病、少得病、迟得大病，县域百姓健康绩效指标明显提升。

从健康的质量来看，三明市城乡居民人均预期寿命由 2010 年的 75.29 岁增长至 2021 年的 80.07 岁，增长了 4.78 岁，高于同期全国居民人均预期寿命增长（从 2010 年 74.83 岁至 2021 年 78.2 岁）1.41 岁，高于同期福建省居民人均预期寿命增长（从 2010 年 75.76 岁至 2021 年 78.85 岁）1.69 岁。婴儿死亡率由 2011 年的 7.82‰ 降至 2.33‰，

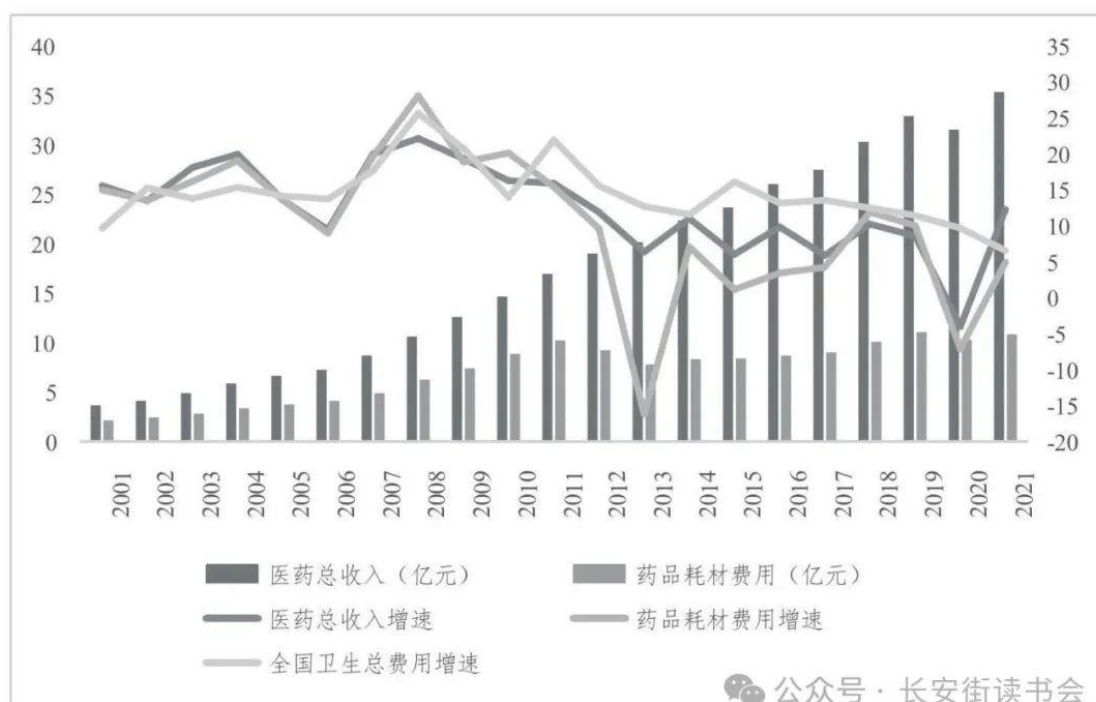
均优于全国平均水平（2021 年全国婴儿死亡率 5.6‰）。人口是国家和民族发展的基础，而健康水平是人口人力资本的重要组成部分。在老龄少子化的人口转型背景之下，三明市人民健康水平的不断提高为国家和民族人口与劳动力结构的长期均衡发展提供了坚实的基础。

表 2 三明市医保基金使用健康绩效指标

年度	参保人数 (万人)		人均基金 数(元)		人均医疗总 费用(元)		人均自付医 疗费用(元)		人均药品耗 材费用(元)		人均 预期 寿命 (岁)	婴儿 死亡 率 (‰)	孕产 妇死 亡率 (/10 万)
	职工	居民	职工	居民	职工	居民	职工	居民	职工	居民			
2019 年	263		1177		1734		764		719		79.82	3.04	0
	41	221	3513	740	3550	1394	1482	630	1666	541			
2020 年	264		1192		1678		704		678		80.02	3.13	20.29
	42	221	3237	800	3390	1349	1392	572	1558	509			
2021 年	261		1318		1877		823		730		80.07	2.33	10.13
	44	217	3588	860	3660	1511	1576	671	1598	555			
2022 年	258		1443		2044		830		819		80.07	2.33	10.13
	45	213	3886	930	3972	1639	1482	693	1768	620			

三明在系统性医改的基础上，将挤出药品耗材等虚高费用所留出的医保资金空间进一步施惠于民，提高医保报销比例，降低患者经济负担。三明市城乡居民医保患者住院次均费用虽由改革前 2011 年的 4082 元增加到 2020 年的 5810 元（全国为 7546 元），但个人自付从 2011 年的 2194 元减少到 2020 年的 1712 元。2011—2020 年，22 家县级以上公立医院城镇职工医保住院患者次均费用实际报销比例由 72.26%提高到 75.02%，城乡居民医保住院患者次均费用实际报销比例由 46.25%提高到 70.53%，高于全国平均水平 10 个百分点，三明医改切实解决了看病贵的问题。

图 1 改革前后三明市医药总收入与药品耗材费用变化



（四）探索建设中国式现代化治理体系

三明医改为医药卫生事业重构了一套以人民为中心的激励相容的卫生健康体系，通过系统综合协调的改革，摸索出了建设医疗卫生事业的现代化治理体系的经验。跳出卫生领域来看，九龙治水、条块分割、政策寻租、政府购买中的浪费，以及不合理的激励和分配等问题在国家和社会的各个领域中都存在，因此三明医改的成效具有更深层次的意义，三明医改的经验也更具有全面深化改革的普遍意义。

图 2 福建省与三明市医药总收入增速变化



三、三明医改对中国式医疗保障制度的启示

自 2009 年开启的医疗卫生改革，尽管在医疗卫生、医药和医保方面改革做了大量工作，包括成立国家医保局，实施药品耗材集采，改革支付方式，以及最近的医药反腐风暴等等，但是由于没有能像三明那样彻底破除创收的旧制度，全面建立公益性的新制度，因而药品、耗材、器械、检查等形成的利益链和腐败土壤依然存在，导致巨额政府投入和医保资金反而加剧了过度医疗、药价虚高和医药腐败等问题。三明医改探索出中国式医疗保障制度，对深化医改具有非常深刻的启示。

（一）制度创新，系统集成，打造中国式医疗保障制度

目前世界上最主要的医疗保障模式之一就是国家医疗服务制度。即政府出资举办和运营公立医院，低费或免费（以个人现金支出衡量）向居民提供医疗服务。英国等欧洲国家，印度、巴西、俄罗斯等资本主义国家和多数前社会主义国家均采取此种制度，我国前 30 年也是

采取此种制度。从体制机制看，这种制度能够从根源上消除医患之间的经济利益冲突，让医生根据医学需要提供适宜服务，把更多资源配置到预防保健、社区医疗、适宜技术等社会效益高的环节，是公平、效率和质量均领先的一种医疗制度，也是最省钱的制度。

三明医改创造性地探索出中国版本的国家医疗服务模式。国家医疗服务模式的核心是将医疗保险分担风险的功能与公立医院提供医疗服务的功能合二为一。三明医改将医疗、医保和医药合一，政府一手将所有公立医院换轨到公益性的新路上，另一手将所有的医保基金和卫生资源统筹使用，直接支付医院的运行和医生的薪酬，再配合上现代信息化考核监管体系，药品耗材集采体系以及医疗服务价格动态调整体系等一揽子集成改革，中国版的国家医疗服务模式已经基本成型。此模式的创新点在于：

1. 它继承了传统国家医疗服务模式的精华，又在原有模式的基础上创新发展

传统国家医疗服务模式的公立医院是由国家财政全额拨款运行的，而我国公立医院长期以来财政投入平均不到医院运营费用的10%，医院必须逐利和创收才能维持生存和发展，这就违背了公立医院的初心和使命，带来了一系列的问题，特别是医疗费用快速增长，人民看病越来越贵。2009年医改的目标就是要让公立医院回归公益性，但是政府和医院一直在投入不够的问题上纠结，政府无力全额投入，医院不创收无法生存。

三明医改打破了政府和医院一直无法突破的死结，三明创造性地

向改革、向制度要红利。首先制定公立医院新的投入、运行和分配制度，让公立医院回归到公益性的新路；然后政府集中各类医保基金、公共卫生经费和政府财政投入直接支付医院的运行和医生的薪酬。破旧立新同时进行，新的制度挤出了过去大量不合理的浪费，让医院和医生回归治病救人的本职。

用医保基金直接支付医院的运行和医生的薪酬是一大创新，它将医疗保险制度和国家医疗服务模式有机整合，克服了传统国家医疗服务模式效率相对低的弊端，较好平衡了公益性和积极性。

2. 与时俱进地应用现代信息技术，建立新型薪酬体系

传统国家医疗服务模式的公立医院薪酬体系相对简单，主要就是按年限和职称发薪，是传统的大锅饭，没有能反映医务人员不同岗位的职业特点，不能充分调动医务人员的积极性。三明原创了符合医疗卫生行业特点的新型薪酬体系：目标收入年薪制，年薪计算工分制。医务人员收入年薪制破除了过去创收的收入分配体制，体现公益性；而“年薪计算工分制”是三明原创的应用现代信息技术来精准考核知识经济和进行合理分配的新模式，是将过去中国农民创造的工分制与数字化融合，原创了系统整合、全面考核的知识经济的新模式，而且随着大数据和实践经验的积累，数字化可以动态更新考核指标，不断迭代升级。“目标收入年薪制，年薪计算工分制”既保障医务人员阳光体面工资，同时又保障公益性和积极性的兼容。此方法还可以推广到现代社会组织的各个领域，如高校、科研单位和政府部门等。

（二）发挥我国政治制度优势，党政“一把手”亲自抓，重构治

理体系是深化医改的关键

从三明经验来看，发挥我国政治制度优势，党政“一把手”亲自抓，承担领导和推进医改的第一责任人，选好配强医改团队，给予充分信任、充分支持、充分授权，为医改工作保驾护航，就能攻坚克难，打通改革的层层堵点。

党的二十大报告提出的“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”，这也是从这些年医改的实践探索出医保、医疗、医药的治理体系是医改的关键，改变目前多头管理、责权不清晰、不统一、统筹协调不力的局面，国家层面需要加快医疗卫生领域治理体系建设，治理能力提升。要尽快在国家层面建立综合性医疗卫生治理部门，统筹医保、医疗和医药等与人民健康相关部门，形成大部门统一领导、大部门内部各机构分工负责、精简高效的医疗卫生治理体系。“大部制”不仅体现为机构合并，更要在机制上实现责权一致和统筹协调。用强有力的现代国家治理体系支撑系统性、整体性、协同性的医疗卫生改革，这样才能真正扭转医院逐利的机制，铲除医药腐败的土壤。医改才能使政府得民心，患者、医院医生受益，财政和医保可持续。

（三）医改工作必须以公立医院改革为核心，“三医”系统综合协调改革缺一不可

医改是复杂的系统工程，综合性强、涉及面广，在复杂环境与复杂关系中，必须强调要进行系统综合协调的改革。首先，系统综合协调的改革要求做好顶层设计，系统考量各方主体的激励相容机制。医

改需要政府做顶层设计如何将医疗、医保、医药三个主体协同发展，国家医药集采和反腐后，当医药被挤出虚高价格后，必会引致各方主体之间的再协调，为避免按下葫芦浮起瓢，在顶层设计中必须保证为各方主体规划的改革路径是激励相容、目标相同的。其次，系统综合协调的改革要明确公立医院是医改工作的主阵地，医生是医改工作的主力军，在改革中抓住主要矛盾，但一定要推进综合全面针对各方主体的改革才能实现彻底“换轨”。在我国的医药卫生服务体系中，公立医院是医疗、医保、医药三者的连接点，医生是公立医院提供医疗服务的最关键要素，因此必须强调医改工作应以公立医院改革为核心，以医生行为和激励为抓手。医院只有不为钱发愁了，才能使医院放下包袱，从赚钱逐利中解脱出来，集中精力加强科学管理、提高医技水平、提升服务质量；医生只有不为工资失落、“得到应该得到的”，才会回归看病角色，稳得住、留得下。最后，系统综合协调的改革要协调推进各方主体的改革，留够政策空间与资金空间。在经济社会中，改革需要进行资源的再分配，因此在总量不变的情况下，只能先做减法，再做加法。三明医改以挤出药品耗材虚高费用为切口，先做减法。药品耗材节省的资金为后续调整医疗服务价格，保障医生和公立医院的合理收入留足了资金空间。

（四）建设新时代健康保障体系

医疗卫生改革是世界难题，面临老龄化和众多疾病的风险以及经济社会转型，传统医疗保障制度的可持续性问题都面临严峻挑战。

三明医改不断迭代升级，在建立保障公益性的新型医疗保障制度

后，以县级医院为龙头，实现县乡村一体化，建立以健康为中心的健康管护组织，即整合型健康共同体。

建立从以治病为中心转化为以人民健康为中心的体制机制。重新制定以健康为中心的医保支付制度、医保基金应该为人民健康负责。从只能支付医疗费用上升到医疗和健康管理，并按人头年度打包支付给健康共同体，实现健康责任共担、经济利益共享。健康管理的责任不仅是提供治疗，还要提供预防、康复、健康管理等全方位全生命周期的卫生与健康服务，提高老百姓的健康素养，让老百姓少生病、迟生病、不生病。三明探索的新时代健康保障体系为落实健康中国战略，努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务所形成的健康共同体模式值得在全国推广。

人民健康是社会主义现代化的重要标志，健康幸福是全人类的共同追求。要充分发挥我国制度优势，创新体制机制；利用信息化、智能化手段，打造智慧健康；融合中医药和天人合一的中国文化优势，探索符合中国国情和百姓需求、高质量、低成本、高效率、可持续的健康保障模式，构建人类健康共同体。

（本文来源：长安街读书会 2025 年 6 月 18 日，作者系长安街读书会成员、北京大学健康发展研究中心主任）