

[文章编号] 1009-3729(2015)02-0035-04

# “三明医改”模式可以复制吗?

——兼与钟东波先生商榷

代志明

(郑州轻工业学院 政法学院, 河南 郑州 450001)

**[摘要]**“三明医改”因推行年薪制等举措而成为人们热议的话题,钟东波先生对“三明医改”尤为推崇,认为“三明医改”既具备“三个普遍性”,又有明白的医改当家人,完全可以推广到全国。本文对钟先生的观点不敢苟同,并提出以下质疑:年薪制可以解决公立医院的逐利问题吗?只有公立医院才具有公益性吗?“三明医改”的过度“控费”行为合理吗?医生参与“三明医改”了吗?政府的公立医院改革成本分担责任问题解决了吗?由于“三明医改”所倡导的政府强势介入医疗服务的政策导向背离了国际医疗改革的大势,再加上“三明医改”回避了改革成本的合理分担及医生的改革参与权等问题,因此,“三明医改”模式难以在全国推广。相应地,将竞争机制引入医疗服务领域、让医生参与医改的全过程、政府来承担公立医院的改革成本、构建互联网医疗服务体系,或是推进医改的可选路径。

**[关键词]**“三明医改”;公立医院;年薪制;公益性;控费;参与权;竞争机制;互联网医疗服务体系

**[中图分类号]**R197.1 **[文献标志码]**A **[DOI]**10.3969/j.issn.1009-3729.2015.02.008

2013年以来,福建省三明市的公立医院改革(以下简称“三明医改”)成为公众关注的焦点,国务院副总理刘延东曾于2014年2月到三明市考察其医改情况,国内一些地方政府也纷纷组团去三明市学习其医改经验,部分学者对“三明医改”也较为推崇。于是,在全国各地的医改因遇到较大的阻力而“改不动”的情况下,三明市因成为医改“明星”而备受关注。但由于“三明医改”强化政府干预的政策导向背离了医疗服务领域市场化改革的国际大势,也没有解决改革成本的分担与公众的改革参与权等问题,其在全国推广的可能性值得商榷。因此,为了防止“流行的学术偏向令公立医院改革身陷泥潭”<sup>[1]</sup>,本文拟以钟东波““三明医改”可以推广”<sup>[2]</sup>的论点为例,对“三明医改”的可推广性进行分析,以求教方家。

## 一、钟东波先生认为“三明医改”可以推广的依据

目前学界认为“三明医改”可以推广的学者主要有两位,一位是李玲<sup>[3]</sup>,另一位是钟东波<sup>[2]</sup>,尤其是钟东波最为推崇。钟东波给出了“三明医改”可以推广的两个核心依据。一是“三明医改”具备“三个普遍性”,即针对的问题具有普遍性——公立医院的逐利机制问题;采用的办法具有普遍性——实行不与收入“挂钩”的年薪制,从而改变了公立医院院长与医生的激励机制,这一点被其称为“三明医改”的“精髓”;医改的条件具有普遍性——通过激励约束机制改革,完全可以在调动公立医院院长和医生积极性的前提下,实现医药费用的下降。二是“有明白的医改当家人,有全力支持医改的市委书

**[收稿日期]**2015-01-10

**[基金项目]**国家社会科学基金项目(12CGL105);河南省高校科技创新人才项目;中国博士后科学基金第七批特别资助项目(2014T70763);湖北省人文社会科学重点研究基地中南财经政法大学创业与就业研究中心课题(3154131101711)

**[作者简介]**代志明(1974—),男,河南省永城市人,郑州轻工业学院特聘教授,中南财经政法大学博士后,主要研究方向:医疗保险与卫生经济。

记、市长”。基于以上条件,钟东波认为“‘三明医改’完全可以推广到全国去”,目前就差“领导人的政治决心”。

## 二、对钟东波先生观点的质疑

钟东波认为“三明医改”模式可以推广的主要依据是“三明医改”推行了年薪制、强化了对医药费用的控制和“有明白的医改当家人”,但笔者对钟东波的观点提出以下质疑。

### 1. 实行年薪制可以解决公立医院的逐利问题吗?

钟东波<sup>[2]</sup>认为,通过实施年薪制和全面的绩效考核制,就可以成功地解决公立医院的逐利问题,并让公立医院的院长做政府的忠实代表。笔者认为,钟东波的上述观点值得商榷。首先,虽然中国的国有企业大多实行年薪制,并且其高管的年薪都在10万元以上<sup>[4]</sup>,但仍没有解决国有企业的低效率运行及管理层腐败的问题。例如,仅2003—2007年,全国因涉及腐败案件而被立案调查的国有企业高管就达1.97万人<sup>[5]</sup>。其次,导致公立医院产生逐利行为的因素很多,医院院长工资水平过低只是其中之一。相关研究证明,科学的补偿机制设计可以诱使公立医院放弃逐利动机,如采用打包付费和按人头付费等补偿机制等。同时,笔者认为,公立医院存在一定的逐利行为是促使其提高效率的关键因素,只要我们能够采用科学的付费机制将这种逐利行为控制在合理的范围即可。最后,“三明医改”的“年薪制+考核制”属于命令式治理模式,尽管该模式具有直接激励的效应,但同时也会抑制医生提高服务的动力,甚至还会诱发伪造业绩等问题<sup>[6]</sup>。因此,尽管“年薪制+考核制”在短期内或许能够实现简单的目标,但是该模式并不是解决医疗服务供给问题的最佳策略,三明市一些公立医院对难以完成考核目标的担心就印证了这一点。例如,对三明市部分医院的医生来说,“能拿到八五折的年薪就算任务完成好的了”<sup>[7]</sup>。总之,“三明医改”虽然从形式上看好像改变了公立医院院长和医生的激励机制,但由于这种年薪制建立在官僚等级制之上,如果不实施根本性的制度变革,“三明医改”的年薪制就无法解决公立医院的激励难题。

### 2. 只有公立医院才具有公益性吗?

关于医疗服务公益性的实现途径,目前学界存在较大的争议。例如,钟东波<sup>[8]</sup>认为公立医院在解决医疗领域的市场失灵方面具有优势,笔者并不认

同这一观点。首先,医疗机构的发源地在民间而非在政府。我们通过考察医疗史会发现,西方国家的医院起源于教会等慈善机构,而中国古代的诊所也大多由私人经营。其次,西方国家的私立医院也具有一定的公益性。例如,美国的梅奥诊所尽管没有得到政府的财政补助,并且该医院的运转成本主要通过收费来补偿,但该医院仍然具有一定的公益性<sup>[9]</sup>(P107)。第三,通过科学的支付机制设计,私立医院也可以提供“价廉物美”的医疗服务。例如,英国的“资金跟着病人走”的支付机制设计使得私人诊所提供的医疗服务具有公益性<sup>[10]</sup>;中国台湾地区民营医院的市场占有率虽为69%,但台湾地区的医疗服务质量和患者满意度均居世界前列<sup>[11]</sup>。相反,中国内地“看病难、看病贵”问题大多发生在公立医院而非民营医院。因此,钟东波认为政府干预医疗领域可以实现公益性的论点在“逻辑和方法论上不一致”<sup>[12]</sup>。同时,国际上公立医院改革的自主化、公司化和民营化的实质都是“放权”的过程,而中国内地的公立医院改革却往往会遭到一些政府部门的抵制。或许是意识到“三明模式”一旦推广,卫生部门对医疗机构的行政干预将得到强化,作为北京市卫生和计生委副局长的钟东波青睐“三明医改”也在情理之中。

### 3. “三明医改”的过度“控费”行为合理吗?

钟东波<sup>[2]</sup>认为“三明医改”的“控费”实践值得借鉴,因为三明市医保基金在2012年收支结余仅0.26亿元,而在2013年1~10月份收支结余达到1.20亿元。但笔者认为钟东波的上述论点值得推敲,因为来自美国管理式医疗的实践表明,人们最关心的不是医疗服务成本的下降,而是人们自身健康状况的改善<sup>[13]</sup>。“控费”只是改革的手段而非其目的。中国医疗改革的初始目标是增进医疗服务的可负担性,其最终目标也是提升人们的健康水平而非单纯“控费”。

(1) 医疗服务价格的持续上涨是一种国际趋势。相关研究表明,消费者用于购买各类服务的支出占其总支出的比例越来越多,但是他们接受的服务量大致与他们所获得的其他产品数量同步;服务产出量份额的大致不变,与其占GDP份额的快速上升相比,在某种程度上是一个谜<sup>[14]</sup>(P3)。据统计,1948—1995年,美国门诊治疗服务价格的年均增长率超过5.5%,但其医疗服务的绝对价格上涨了1200%;而1960—1993年,OECD国家的人均卫生保健支出也以高于一般价格水平的速率上涨,并且

日本和德国的上涨速率快于美国<sup>[14] (P9)</sup>。直到目前为止这一趋势仍在发展,这也是近30年以来一些国家实施医疗改革的原因之一。由此我们可以看出,医疗服务费用的上涨是一种普遍的国际现象,我们切不可认为是改革开放以来中国医疗改革的市场化政策导向所致,更不应该将中国医疗改革的目的简单地视为“控费”。

(2) 医疗服务价格上涨并非都是缘于公立医院的逐利动机。当前,很多人将中国医疗服务费用过高归因于公立医院的逐利行为,钟东波就是其中之一,他认为造成中国医疗乱象的根本原因在于医疗系统形成了医院和医生的逐利机制<sup>[3]</sup>。当然,笔者并不完全否认医疗服务费用过高与公立医院的逐利行为有关,但同时认为医疗服务价格也应遵循市场经济规律而作适当的调整。1978年以来,随着人们健康意识的提高,人们对医疗服务的需求也急剧增加,但中国的医疗服务供给能力却相对不足,不能满足这一需求。据测算,中国每千人占有卫生技术人员在1990年和2005年分别是3.45和3.57,几乎没有显著的增加;2006—2010年,中国每千人占有卫生技术人员的数量分别是3.66、3.76、3.92、4.15和4.37,平均每年有4.4%的增加,但是同期其他消费品的供给量平均每年增加10.1%,远高于医疗服务供应的增加<sup>[15]</sup>。显然,在供求失衡的情况下,医疗服务价格也会上涨。因此,单纯地宣扬医疗服务应该“廉价”失之偏颇<sup>[16]</sup>。

#### 4. 医生参与“三明医改”了吗?

钟东波<sup>[2]</sup>认为,“三明医改”的一个亮点是解决了思想统一、知行合一的问题,并且将公立医院改革的核心要素归结为要给医务人员体面的、有尊严的收入。在钟东波看来,只要支付给医生足够的年薪,那么公立医院改革就会成功。当然,若从经济学的视角来看,这一观点似乎有一定道理,但人毕竟不是动物,尤其是对医生这一具有专业技术的人来说,他们除了要获得足够的经济收入以外,还要获得一定的社会尊重和公共决策参与权。而从国际经验来看,“公众参与”是促成卫生服务民主化的战略之一<sup>[17]</sup>。同时,来自世界著名私立非营利性医疗机构美国梅奥诊所的实践表明,行政管理人员与医生是合作伙伴关系,二者之间只有保持适度的平衡,才会产生高效率的医疗工作<sup>[9] (P101)</sup>。然而令人遗憾的是,在“三明医改”中,我们很难找到医生和公众参与医改的身影。实际上,他们已成为“三明医改”的被动接受者,这也反映了“三明医改”决策的“一言

堂”问题。事实上,在医疗公共政策决策方面,中国已出现了由个人决策或“寡头决策”向“共识型决策”转变的趋势<sup>[18]</sup>，“三明医改”却完全是在政府的操纵下实施的,直到目前笔者还没有发现医生或公众参与“三明医改”的资料。而中国的医改实践早已证明,医生参与的积极性若不高,医改落实就很难。因此,“三明医改”的可复制性值得怀疑。

#### 5. 政府的公立医院改革成本分担责任问题解决了吗?

钟东波<sup>[2]</sup>认为“三明医改”的另一个亮点是走了一条不靠增加政府财政投入的改革路径。但国外的医改实践表明,如果政府部门没有对公立医院的转制成本进行预算,必将导致公立医院改革的失败<sup>[19]</sup>。而“三明医改”却在倡导“不靠政府财政投入”而推进医改的理念,这实际上是在变相鼓励公立医院独自承担改革成本。对此,据估算,在取消药品加成的情况下,只有三明市公立医院的门诊量增加3倍,其医事服务费才能弥补其取消药品加成带来的损失。可见,这种改革实际上是“割肉补疮”。事实上,三明市已出现类似的问题。例如,三明市22家公立医院在改革前的2011年的医务性收入只有6.7亿元,而在其改革后的2013年的医务性收入达到了12.4亿元<sup>[7]</sup>,医务性收入的年均增长率高达42.6%,这难免会让人想到该市的公立医院可能存在过度治疗和重复检查等问题。同时,“三明医改”也容易使人产生三明市政府有甩“财政包袱”的嫌疑。

### 三、结语

本文对“三明医改”的可推广性进行了探讨,指出了“三明医改”是一种倡导政府强势介入医疗服务领域的医改模式,其回避了政府应当分担的改革成本与医生的改革参与权等问题。然而公立医院改革的实质是改革政府自身,也即适度的“放权”和支付相应的改革成本,而非像“三明医改”那样“改医院”或“改医生”。因此,“三明医改”模式难以在全国推广。事实上,强化市场竞争已成为当前国家重点推动的医改思路<sup>[20]</sup>,试图通过推广“三明医改”以达到使政府继续在医疗服务领域唱“独角戏”的努力背离了国际医改大势。

相应地,本文认为,应采用以下措施来推进中国医改:一是将竞争机制引入医疗服务领域。可以适当压缩中国公立医院的数量,通过引入社会资本办医等方式来实现医疗服务的多元化供给。同时,推

行“资金跟着病人走”的支付机制,以迫使公立医院提高其服务质量与效率。二是让医生参与医改的全过程。可以考虑在公立医院治理机制方面引入双中心治理机制<sup>[21]</sup>,即让医生成为医疗事务的决策中心,而让以医院院长为代表的管理人员成为负责医院日常事务的管理中心,并通过建立医生—管理者合作机制来优化目前以医院院长为核心的单中心治理机制,从而建立起具有参与性和竞争性的医管机制。三是政府应承担公立医院的改革成本,而不是像“三明医改”那样将改革成本转嫁给公立医院。四是构建互联网医疗服务体系。例如,可以通过构建互联网医疗平台来增加医疗服务的供给能力。事实上,以“春雨医生”和“好大夫在线”为代表的国内网上问诊平台已经建立,并且发展态势良好,而国外也早已将移动医疗付诸实践,这意味着医院向互联网医疗让渡部分职能会成为一种趋势<sup>[22]</sup>。

### 参 考 文 献

- [1] 顾昕. 流行学术偏向令公立医院身陷泥潭[J]. 中国医院院长, 2011(22):114.
- [2] 钟东波. 三明医改模式推广只欠决心[J]. 医学界, 2014(7):14.
- [3] 李玲. 公立医院改革的“三明模式”[J]. 时事报告, 2013(9):38.
- [4] 李映洁. 质疑“国企年薪制”[N]. 人民日报, 2006-03-13(03).
- [5] 孟盛. “天价”高薪高管腐败现象频发[J]. 廉政瞭望, 2010(21):26.
- [6] [英]朱利安·勒·格兰德. 另一只无形的手:通过选择与竞争提升公共服务[M]. 韩波,译. 北京:新华出版社, 2010:22.
- [7] 徐毓才. 三明医改有多少期待与隐忧[N]. 医药经济报, 2013-09-13(02).
- [8] 钟东波. 公立医院的经济学实质和依据[J]. 中国卫生政策研究, 2008(1):45.
- [9] [美]利奥纳多·L·贝瑞. 向世界最好的医院学管理[M]. 张国萍,译. 北京:机械工业出版社, 2009:107.
- [10] [英]亚历山大·S·普力克. 卫生服务提供体系创新[M]. 李卫平,译. 北京:中国人民大学出版社, 2011:149.
- [11] 胡舒立,张荆剑. 中国2014改革升档[M]. 北京:民主与建设出版社, 2014:172.
- [12] 许小年. 从来就没有救世主[M]. 上海:上海三联书店, 2013:135.
- [13] [美]大卫·M·卡特勒. 要钱还是要命:给美国医疗体制的一剂强药[M]. 刘国恩,译. 上海:格致出版社, 2012:98.
- [14] [荷]腾·拉加, [德]罗纳德·谢科特. 服务业的增长:成本激增与持久需求之间的悖论[M]. 李勇坚,译. 上海:格致出版社, 2012.
- [15] 邹至庄. 谈中国医疗近年的进步[N]. 南方都市报, 2013-02-13(02).
- [16] 顾昕. 新医改的公益性路径[M]. 昆明:云南教育出版社, 2013:6.
- [17] Sandy Herron-Marx, Carole Nock Ford. Measuring the impact of patient and public involvement: the need for an evidence base [J]. International Journal for Quality in Health Care, 2008(20):373.
- [18] 王绍光,樊鹏. 中国式共识型决策:“开门”与“磨合”[M]. 北京:中国人民大学出版社, 2013:44.
- [19] Walt G. The effects of hospital on medical productivity [J]. The Rand Journal of Economics, 2010(3):29.
- [20] 曾亮亮. 高层对医改不太满意:医疗保险有望充当主力军[N]. 经济参考报, 2014-09-03(03).
- [21] 代志明. 双中心治理:化解我国医患紧张关系的新路径——基于路西法效应的视角[J]. 郑州轻工业学院学报:社会科学版, 2014(2):24.
- [22] [美]埃里克·托普. 颠覆医疗[M]. 张南,译. 北京:电子工业出版社, 2014:2.