

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2010年 第7期

(总第21期)

上海市卫生发展研究中心

2010年7月15日

编者按 公立医院改革是我国新一轮医药卫生体制改革的核心，是解决人民群众“看病难”、“看病贵”问题的关键所在。所以，公立医院改革必须加大力度、加快推进。当前，作为医疗卫生服务提供主体的公立医院，集各种矛盾和问题于一身，成为新医改绕不开的“壁垒”。

本期结合公立医院改革及相关问题，邀请复旦大学罗力副教授就中国公立医院经济补偿规律和成本管制的必然性进行分析，提出要有效控制医疗费用必须管制公立医院，控制其运营成本；邀请上海社会科学院胡苏云教授就构建“钱随健康走”的上海卫生投入体系的必要性和需注意的问题进行解析；围绕上海公立医院改革的方向和路径，上海市卫生发展研究中心组织了首期“双月论坛”，与会专家表示公立医院改革应重点搞切断、整秩序、建机制、强管理，应引入多元化办医；同时，与会专家提出公立医院改革既要注重发展公共卫生和公益项目，又亟需削弱其内在逐利动机和垄断能力。继上期转载《柳叶刀》中国卫生专辑第II辑相关文章之后，本期摘编牛津大学叶志敏教授等的文章《中国卫生保健提供者激励机制的重新调整》，谨供有关领导和同志参考。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第3卷第7期(总第21期)
2010年7月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号801室
邮编:200040
电话:021-22121872
传真:021-22121879
E-mail:wszcyjz@163.com
网址:www.shdrc.org

顾问:夏毅
主编:胡善联
常务副主编:刘雪峰
副主编:付晨
丁汉升
编辑部主任:张崖冰
荆丽梅
编辑:张进
彭颖

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目次

政策研究

中国公立医院经济补偿规律和成本管制的必然性	1
1 公立医院经济补偿的系统动力学模型	1
2 若干公立医院相关医改策略的分析	6
构建“钱随健康走”的上海卫生投入体系	10
1 “钱随大医院走”影响卫生投入的有效性	10
2 从卫生总费用看卫生投入的问题	11
3 政府和社会卫生投入中存在的问题	14
4 公共卫生资源投入逐步实现“钱随健康走”的初步建议	18

他山之石

中国卫生保健提供者激励机制的重新调整	20
1 中国卫生保健者激励机制的历史经验与教训	20
2 初级保健提供者的支付激励机制	21
3 医院支付激励制度的试点改革	24
4 讨论	26

动态讯息

上海市卫生发展研究中心首期“双月论坛”顺利召开	29
1 主题发言	29
2 自由讨论	30
3 总结发言	32

中国公立医院经济补偿规律和成本管制的必然性

罗 力

【摘要】 目的：判断国家新医改政策对公立医院经济补偿的影响。方法：构建公立医院经济补偿系统动力学模型，依据模型展开分析和判断。结果：现行基本药物、价格调整、增加政府投入等新医改政策难以有效遏制公立医院对业务收入的追求，医疗费用仍将持续过快增长。结论：要有效控制医疗费用，必须管制公立医院，控制其运营成本。公立医院应当做好准备迎接全额预算管理。

【关键词】 公立医院；系统动力学；经济补偿；管制

人民群众期望政府加强对公立医院的管制，遏制公立医院收费的增加，将医疗负担控制在较低水平。公立医院期望政府放松管制，增强其运营活力，使其能自主维持正常的运作。建国六十年来，前三十年走的是强化管制道路，结果是公立医院普遍活力不高、效率低下、发展缓慢，但人民群众医疗费用负担较轻、医患矛盾比较缓和；后三十年走的是逐步放松道路，结果是公立医院活力增强、效率提高、发展迅速，但人民群众普遍感觉医疗费用负担迅速增加、医患矛盾日趋尖锐^[1]。展望未来，政府对公立医院的管制是加强，还是放松，具体策略将会是什么？本文将通过建模进行分析和解答上述问题。

1 公立医院经济补偿的系统动力学模型

1.1 初始模型：公立医院与社会协调可持续发展

卫生系统是社会大系统的一个子系统，社会经济的发展程度决

作者简介：罗力，复旦大学医院管理处副处长，副教授。

定了公立医院的规模，也决定了人民群众的医疗服务需求水平^[2]。公立医院再怎么超常规发展，人民群众的医疗需求再怎么膨胀，都不可能脱离社会经济的大背景，走出自己的独立路线。这也是为什么经济发达地区人民群众的医疗需求比欠发达地区要高得多，经济发达地区公立医院在技术水平和业务规模上都显著高于欠发达地区同类公立医院的缘故。因此，从一个较长的历史时间段来看，经济增长、公立医院发展、人民群众医疗需求增长应该是齐同的，落实到具体指标，就是国内生产总值、公立医院运营成本、医疗服务资金三者之间应当齐同增长。

这里所说的齐同增长，不是理想化、不是不能实现的一个假设。计划体制下可以做到这一点，其方法是政府依据经济增长速度管制公立医院运营成本，间接控制人民群众医疗需求以及医疗服务资金，从而做到齐同增长。市场经济体制下，以税收为基础的全民医疗保险也可以做到这一点，其方法是政府依据经济增长速度管制医疗服务资金（医保基金），间接控制公立医院的运营成本，从而做到齐同增长。

1.2 模型改进：医保覆盖不全，医疗价格管制

对公立医院来说，医疗服务资金就是收入。医疗服务资金与公立医院运营成本持平，公立医院就不会亏损。但问题在于，公立医院往往不能拿到所有的医疗服务资金。在全民医保制度下，每个人都交钱，形成医保基金，最终汇集到医院形成医院的收入。如果不是全民医保，就会有部分人在生病之前不交钱（不参加医保），在生病之后也不交钱（不去就医），尤其是经济状况比较差的那部分人群，有部分医疗服务资金不再汇集到医院，不再显性表达出来，公立医院拿到的医疗服务资金不是所有的医疗服务资金，其结果就是亏损。医保制度越不健全，医疗服务资金的显性表达就越差，公立医院的

亏损就会越严重。自改革开放到上世纪九十年代末为止，我们国家的公立医院面对的就是这么一个医保逐步萎缩的制度环境。

企业中减少亏损的办法不外乎两条途径：一是缩减支出，二是增加收入。公立医院走第一条途径很难，公立医院最大的支出是人力支出，缩减人力支出意味着裁员，意味着减薪，也意味着劳资纠纷，任何一家公立医院都不会主动去做。公立医院走第二条途径也很难。增加收入，要么是提高价格，要么是提高服务量。自建国以来，公立医院医疗服务价格一直受到政府的严格控制，寄希望于提价来增加收入的想法无异于镜中花、水中月。同时，公立医院是按行政区划设置的，服务于特定区域的人群，所以在特定时间段内他们也很难提高服务量。

因此，就算有财政投入、医保补偿，但只要医疗服务价格被严格控制、有较大比例的自费人群，公立医院的亏损就是必然的。

1.3 模型改进：技术垄断优势，引发诱导服务

企业保持收支平衡的做法在公立医院难以操作，公立医院必须另外寻找解决办法。这种解决办法自然是企业无法操作但公立医院有能力做到的，那就是诱导服务，依托于医患双方信息不对称和医疗服务技术垄断特点的诱导服务。诱导服务需要载体，药品可获得15%加成收入，故而是第一首选，高精尖设备可相对自主定价，则成为第二首选。这样，就形成了公立医院弥补亏损的独特途径，增加成本、提高收入、获得收益、弥补亏损，最终发展为公立医院成本推动型增长模式^[3]。

公立医院诱导服务行为的持续性需要一个前提条件，那就是自费人群的存在。其中的道理在于政府对公立医院的投入增长和社会经济的增长成正比关系，经济发展多少，政府对公立医院投入的增

长就会有多少，公立医院的诱导服务不会影响政府对公立医院的投入；医疗保险资金取决于医保覆盖面和参保者缴纳的保费水平，只要采用总额预算的支付方式，公立医院就无法从医保处获得增量资金。按此推论，公立医院诱导服务的行为的最终着落点在自费人群，着落在收入状况较好、有支付能力的自费人群。这部分人群在与医院沟通过程中处于劣势地位，不得不接受公立医院的诱导服务，同时向公立医院支付医疗服务资金。公立医院由此增加了收入，维持住了收支平衡。

1.4 模型改进：医生高薪期望，诱导服务盛行

公立医院收支平衡得以保证之后，医院的经营管理者面临着另外一个难题，那就是医务人员的薪酬要求。薪酬要求之所以是难题，其在于医务人员认为自己薪酬要高于社会一般人群，而且要越来越高，因为他们有知识、有技术、有特殊的劳动价值。这就会进一步增加公立医院的成本支出，增加诱导服务，进而增加自费人群的负担。这里举一个例子：100个自费人群按收入高低排成队，公立医院在队列前面检阅收钱，收1000元时，90个人付得起，医院拿到9万元；收2000元时，60个人付得起，医院拿到12万元；收4000元时，只有40个人付得起，医院拿到16万元。这样，通过诱导服务，医院钱收得是越来越多，但看不起病的人也越来越多。这批看不起病的人群，在抱怨指责医院的同时，最终会大声疾呼，建立全民医疗保险。

1.5 模型改进：全民医疗保险，医院成本管制

在新一轮医改方案中，建立覆盖全人群的各类社会性医疗保险制度是重中之重，其道理在于医保覆盖全人群不仅能够使原先自费人群中那些看不起病的人群获得基本的医疗服务，还能够从那些可能因为费用问题拒绝接受医疗服务的人群获得医疗服务预付费资金，

这直接增加了显性医疗服务资金的总量，对公立医院来说也是有利的。新农合、城镇居民医疗保险制度不断完善的过程，就是公立医院不断获得医疗服务资金增量的过程。

在医疗保险扩大覆盖范围，不断释放人民群众医疗需求，公立医院经济补偿明显改善的过程中，矛盾的焦点也在悄然转移，从自费人群转移到医保和财政。医保面临的压力是：医院接收了自费病人，不仅仅要接收由此带来的低收入人群的医疗需求释放，更要接收并消化原先由于医院诱导服务强加于自费人群的额外医疗服务资金。财政面临的压力来源于医保资金的赤字可能，一旦医保资金出现赤字，最终为赤字买单的只能是财政。因此，医保和财政将站在同一条战线，提出对公立医院的管制要求。管制的重点显然是诱导服务。可行的策略只能是预算管理，控制公立医院的成本，具体来说，就是公用支出（药品支出）、人力支出和设施设备支出。只有这样，才能真正在源头上遏制住公立医院的诱导服务行为。

综上所述，我们围绕着公立医院的经济补偿，遵循着系统动力学动力传导的思想，完成了一个矛盾焦点的循环。最初的问题是公立医院亏损，矛盾焦点在公立医院，随后公立医院找到了诱导服务的解决办法，把矛盾焦点转移到了自费人群，引发了“看病贵、人民群众医疗服务需求大幅度被抑制”的问题，然后人民群众找到了全民医疗保险的解决办法，把矛盾焦点转移到了医保和财政，引发了“医保收支失衡”的问题。继而，医保和财政也会找到办法，那就是预算管理、管制医院，最终把矛盾焦点转移回公立医院，促使公立医院走向缩减支出、加强成本管理的道路。

至此，模型构建完成，如图1所示，下一步，我们可以根据这一模型进行若干医改问题的分析、研判和预测。

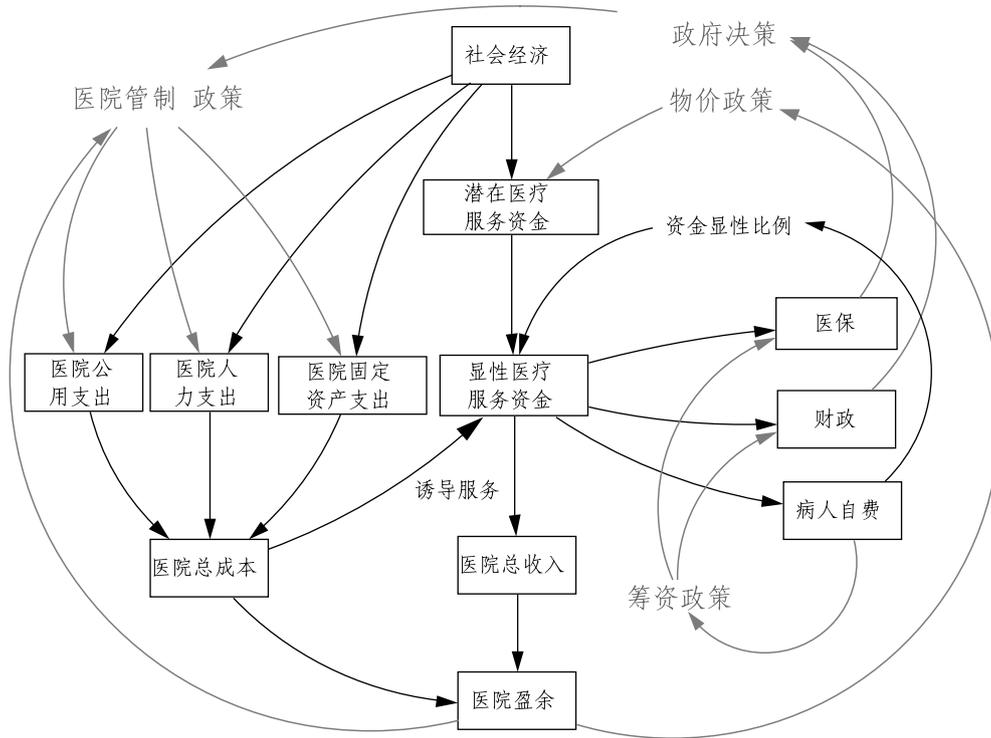


图1 公立医院经济补偿的系统动力学模型（框图）

2 若干公立医院相关医改策略的分析

2.1 医疗服务价格调整与医疗费用控制

社会经济和物价政策决定潜在医疗服务资金，继而影响显性医疗服务资金和医院总收入。调整医疗服务价格可直接改善公立医院的经济补偿。公立医院一直强调呼吁，如果医疗服务价格理顺，医院就不必多开药、多检查，老百姓的医疗费用就会降下来。与公立医院态度形成鲜明对比的是，物价部门一直坚持严控医疗服务价格。我们的模型可以部分地解释物价部门所持的立场，其关键点在于医疗服务价格提高之后，增加的显性医疗服务资金会落在哪个群体上。在医保覆盖人群不增加的前提下，医保对显性医疗服务资金的供给不会增加，因为医保是按职工工资的一定比例筹资的，职工工资与经济基本保持同步增长。财政对显性医疗服务资金的供给也不会增加，因为财政资金来源于税收，税收基本和经济同步增长。如果医

保和财政出现超支风险时，只要采用总量控制办法就可以化解。最终为显性医疗服务资金增加埋单的只有自费病人。因此，在人群自费就医比例很高的情况下，如果调高医疗服务价格，最终就是增加自费病人负担，会招致社会一致谴责。从这个意义上说，物价部门严格控制医疗服务价格是明智的，是理性的。那么，如果扩大医保覆盖，降低人群自费就医比例，提高医疗服务价格是不是就具备了前提？也不是，因为如果扩大医保覆盖范围，比如说实行全民医疗保险，其筹资直接由社会经济发展水平决定，筹资比例及筹资总额是固定的。为了控制支出、保持收支平衡，医保必然让其支付方式从按项目付费向总额预付、按病种付费、按人口付费转移。既然医保不会按项目向医院支付，项目价格的高低就失去了意义。因此，不必把新医改方案中的医疗服务价格调整看得太重，这项策略只不过是一个过渡性策略。公立医院的经济补偿以前不能寄希望于医疗服务价格调整，以后也不能把希望放在这上面。当然笔者认为，也不排除在特定时间段、特定地域，医疗服务价格调整对改善当地公立医院经济补偿发挥巨大的作用。

2.2 基本药物制度与医疗费用控制

国家新医改方案中的一个亮点是基本药物目录、药品零差价、医药分开配套政策所形成的基本药物制度。人民群众和社会各界普遍期望这一制度能够遏制药品费用过快增长，增加老百姓基本药物可及性，缓解看病贵的问题。这一期望忽略了一个简单的事实，那就是推动费用过快增长的关键因素是公立医院诱导服务。公立医院诱导服务的产生是基于公立医院的技术垄断特性。如果不能削弱公立医院的技术垄断特性，就不可能遏制住公立医院的诱导服务。药品仅仅是公立医院运用其技术垄断特性实现诱导服务的一个载体。

所以寄希望于基本药物制度来遏制费用过快增长是不现实的。政府控制了药品方面的诱导服务，公立医院可以把载体转移到医用材料，转移到检查检验。而且，通过零差率的方法固然可以切断医院和药品之间的经济联系，但仍然切不断医生和药品之间的经济联系。因此，基本药物制度充其量只是一个治标策略，决不能指望这一制度能够解决我国公立医院业务收入，或者说人民群众医疗费用非正常增长的问题。

2.3 公立医院成本管制和落实管办分开政策

从本文建立的模型来看，解决或缓解医疗费用非正常增长问题的最佳办法是管制公立医院的运行成本。只要把成本管住了，公立医院就失去了诱导服务的载体。如何管住成本的问题涉及到管办分开的政策。公立医院怎么管，怎么办？这个问题已经被争论了许久，各地也在实践探索各种模式，例如上海的申康医院发展中心模式，无锡的医院管理中心模式，河南新乡医院管理公司模式^[4]等等。从各方评价反馈来看，褒贬不一，到目前为止还没有形成统一的认识。国家新医改方案也只是提出“鼓励各地积极探索政事分开、管办分开的有效形式”。从本文提出的模型来看，政事分开也好，管办分开也好，这些问题都不重要，重要的问题是落实公立医院成本管制政策，遏制公立医院诱导服务行为。在管制公立医院的成本中，医保和财政是最大的受益者，这有利于减少他们的支出。既然医保、财政受益最大，理所当然应当由他们来管制公立医院。具体的实现方式有两种：第一种实现方式是在政府统筹协调下由卫生行政部门代行管制职能，这是长期以来一直采用的方法，其优点在于操作简便，其弊端在于卫生行政部门和公立医院两位一体，利益共同，管制容易流于形式；第二种实现方式是专设一个机构作为财政和医保的代表履行公立医院的管制职能。执行管制职能机构的权威性来自于财政

资金和医保资金的“过手”，公立医院只有满足了该机构下达的管制指令，才能获得相应的财政投入和医保资金。所以，笔者所理解的管办分开有三个层次：第一个层次是全行业管理，这是卫生行政部门的职能；第二个层次公立医院成本管制，由财政和医保主导，其执行机构可由卫生行政部门在其内部设置一个机构，也可以另外单独成立一个机构，最重要的是要保证这个执行机构的权威性和独立性，财政投入和医保资金必须要由这个机构“过手”；第三个层次是公立医院的内部运行管理，这属于办的范畴，主要通过法人治理结构、下放经营自主权实现。

最后，作为本文的结语，笔者有三句话：第一句话是随着财政投入增加、医保制度完善、百姓医疗需求释放，公立医院迎来了发展的春天；第二句话是本轮医改是否成功主要看财政是不是为此背上沉重包袱、医保是否能维持收支平衡、百姓医疗负担是否切实下降，这就必然要求管制公立医院的成本（请注意这里所说的是管制成本或者说各项支出，而不是业务收入）；第三句话是决策层对这些问题要有这个认识，公立医院也要对此有所准备，公立医院目前的成本推动型增长模式将不可持续，控制成本和减少浪费将成为下一阶段公立医院发展的主流模式^[5]。

参 考 文 献

- [1] 赖伟. 医疗改革三十年[J]. 中国医院管理, 2008, 28(11): 1-4.
- [2] 郝模, 信亚东, 罗力等. 医院补偿机制恶性循环模型和协调发展政策思路模型定量论[J]. 中国医院管理, 1998, 18(1): 28-30.
- [3] 罗力, 张勇, 邵晶晶等. 次均医疗费用中诱导服务研究[J]. 中国医院管理, 2002, 21(9): 44-45.
- [4] 熊鹰, 谢振斌, 江山等. 新乡市公立医院管办分开改革模式的实践与探索[J]. 中国医院管理, 2009, 20(3): 6-8.
- [5] 沙志平. 从解决“看病难、看病贵”看创建“节约型医院”的积极效应[J]. 中国医院管理, 2006, 26(11): 15-17.

（编辑：上海市卫生发展研究中心 荆丽梅）

构建“钱随健康走”的上海卫生投入体系

胡苏云

【摘要】“钱随大病走”的现象既造成医院的差距越来越大，又致使病人过度集中到大型医院，并进一步推动政府卫生投入集中到大型医院。在政府及社会卫生投入增长的同时，个人医疗负担并没有得到减轻。上海应重新回归医疗服务和医疗保险的本源，从人口实际需求结构布局卫生投入；解决医疗资源城乡配置失衡，医疗与老年护理、康复资源结构失衡，政府办医和社会办医发展失衡等问题；积极推进社会办医；从以人口健康为核心的社会整体角度考虑卫生资源配置的效率。

【关键词】 健康；卫生投入；卫生资源配置效率

1 “钱随大医院走”影响卫生投入的有效性

目前，卫生资源越来越向重大疾病倾斜，反映在卫生投入上，则是向大型公立医疗机构倾斜，即“钱随大医院走”，这严重影响了卫生服务体系的社会效益，不利于维护整体人群的健康。

“钱随大医院走”由来已久，经历上一轮医改之后，这一问题在上海不仅没有得到改观，反而被强化。无论是卫生总费用构成，还是财政投入和医保资金分配，以及个人医疗自付费用，都明显体现了这一现象。虽然大型医疗机构及其医疗服务的发展水平代表着先进的医疗技术和水平，并延长疾病人群的寿命和平均期望寿命，但是其代价也是高昂的。从生命个体看，当社会只是以寿命延长作为

作者简介：胡苏云，上海社会科学院人口与发展研究所研究员。

唯一追求目标时，生命质量的目标就会退居其次；从整个社会看，当医疗资源越来越集中到少数危重病人时，其他人所能获得的医疗资源相对减少；从政府看，其面临的窘境是不惜一切代价换回少数人群的生命为至高目标，还是以全体人群的总体健康为目标，还是二者兼而有之？显然，兼而有之的选择无疑是最好的选择。但是，在现实中，天平总是向重病患者倾斜，反映在卫生投入上，则是向大型公立医疗机构倾斜。

2 从卫生总费用看卫生投入的问题

2.1 从卫生总费用不同计算方法得出的数据差异看问题

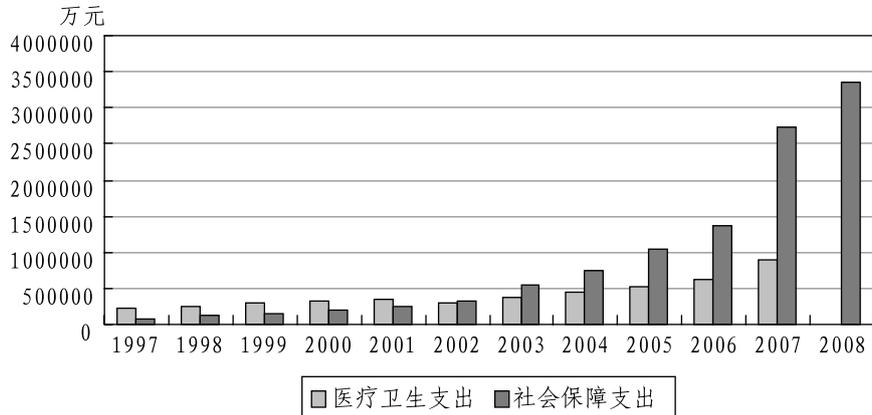
根据上海市卫生局卫生总费用测算所得结果，以卫生总费用机构流向方法进行测算的卫生总费用大大高于以筹资来源法得出的结果，前者为 571 亿元，后者是 487 亿元。两者相差的 84 亿元可以理解为来源于外地病人的医疗费用等。

2.2 财政医疗卫生支出增长比较有限

上海财政对社会保障支出的绝对额逐年递增，从 1997 年的 2.58 亿元增加到了 2008 年的 334.97 亿元，翻了 100 多倍。与财政对医疗卫生支出的绝对额相比，1997-2001 年财政对医疗卫生的支出高于对社会保障的支出。1997 年，两者之间相差 15 亿元左右，之后各年随着财政对两者的支出的提高，社会保障支出与医疗卫生支出之间的差距也逐渐减小。到 2001 年，财政对社会保障的投入与医疗卫生投入之间的差距已缩小到约 9 亿元左右。从 2002 年起，财政对社会保障投入大幅增加，一跃超过对医疗卫生的投入。到 2007 年，财政对社会保障投入的绝对额已经是医疗卫生投入的 3 倍之多。（图 1）

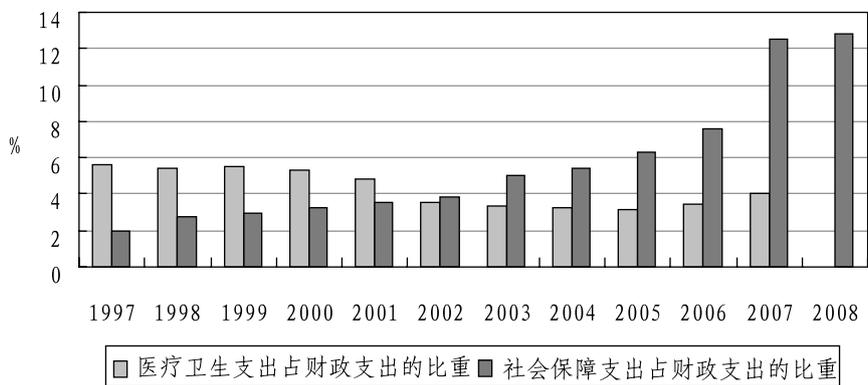
从医疗卫生与社会保障各自占财政支出的比重来看，其变化趋势与绝对额的变化趋势一致，即 1997-2001 年医疗卫生支出所占比

图1 上海财政对医疗卫生及社会保障支出情况（1997-2008）



重大于社会保障支出所占比重，而从2002年之后，社会保障支出所占比重大大超越医疗卫生支出比重。医疗卫生支出占财政支出比重自1997年以来大致呈现下降的状态，直到2006年之后才出现小幅上升的趋势，但其占财政支出的比重始终在3-5%之间。而社会保障支出占财政支出的比重历年来明显上升，从1997年的1.93%一跃而至了2008年的12.80%，其比重提高了将近12倍。（图2）

图2 上海财政支出中医疗卫生及社会保障支出所占比重（1997-2008）

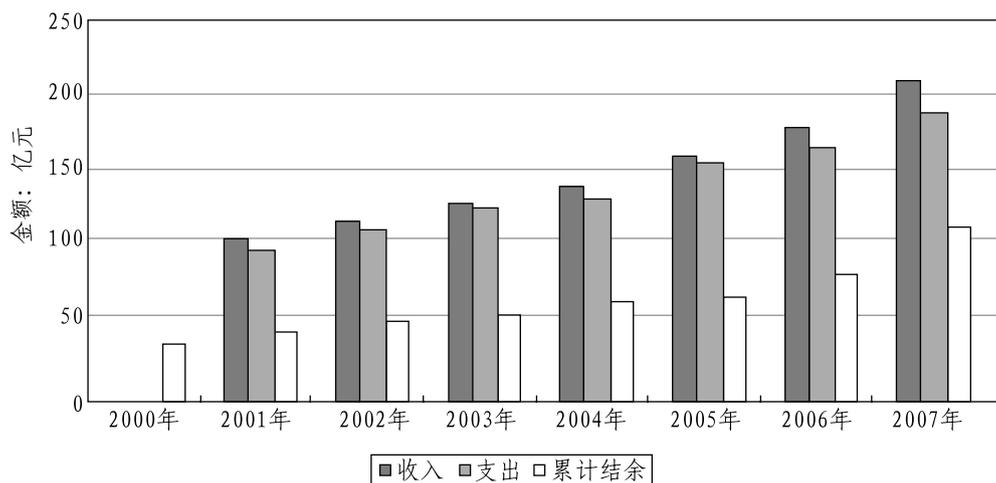


2.3 在医保资金增加的同时，个人医疗负担却没有得到减轻

上海市医疗保险经办机构完成全市1171家定点医药机构2001-2007年的医疗费用结算给付工作。根据结算结果，上海七年来共计支出的医保基金约970亿元，累计结余近112亿元（图3）。据估算，上海2008和2009年医保筹资金额分别达到210和250亿

元。从表 1 可以看出，2001 - 2007 年上海市医疗总费用和城镇职工医疗保险基金支出增长都比较快，其中医疗总费用从 206.33 亿元增长到 487.34 亿元，增幅达到 136.19%；城镇职工医疗保险基金从 95.37 亿元增长到 188.93 亿元，增幅为 98.10%；而同期的财政补贴增长率则为 91.17%。医疗总费用、医保基金和财政补贴之间的年增长率之差有逐年扩大的趋势，这说明卫生总费用增长的大部分不是由医疗保险基金来承担，而是由个人承担。换言之，上海在医保资金增长的同时，个人实际医疗负担并没有得到减轻。

图 3 上海市基本医疗保险基金收支结余表（2000-2007）



数据来源：上海市医疗保险事务管理中心

表 1 上海市 2001-2007 年医疗总费用和城镇职工医疗保险基金的增长（亿元，%）

	医疗总费用	城镇职工医保支出	总费用年增长率	医保支出年增长率	GDP 增长率	通货膨胀率 (CPI, 以上年价格为 100)
2000 年	199.89	--	--	--	11.0	102.5
2001 年	206.33	95.37	3.22	--	10.5	100.0
2002 年	239.60	109.85	16.12	15.18	11.3	100.5
2003 年	264.16	124.11	10.25	12.98	12.3	100.1
2004 年	309.01	131.15	16.98	5.67	14.2	102.2
2005 年	379.98	155.27	22.97	18.39	11.1	101.0
2006 年	414.43	165.19	9.06	6.39	12.0	101.2
2007 年	487.34	188.93	17.59	14.37	14.3	103.2
2008 年	--	210.00	--	11.15	9.7	105.8

资料来源：上海市医疗保险统计分析报告

3 政府和社会卫生投入中存在的问题

政府对卫生的财政投入中可以分为医疗机构投入和公共卫生投入（包括人头费投入和机构投入），政府在机构投入和公共卫生投入方面存在投入结构不合理和投入方向偏差的问题。目前，上海卫生投入资金主要来源于各种医疗保险投入，其占卫生投入资金总额的85%。占总人口一半以上的城镇职工基本医疗保险基金在总额预付制下极度向大型公立医院倾斜。

3.1 公共卫生财政投入保持较快增长速度，但投入结构不合理

上海公共卫生支出一直保持较快的增长速度。1996年，上海公共卫生支出仅有1元，10年后增加到20元左右，如今，这一数字达到每人每年40.79元。但是，从投入总额和比例来看，上海公共卫生投入仍存在一些问题。以卫生总费用机构流向法分析，上海公共卫生资金主要投入到城市医院（占全部资金66%）和社区卫生服务中心（占全部资金12%），流向公共卫生机构的投入资金只占全部资金的5%。由此说明，上海卫生投入是重治疗，轻公共卫生；重大医院大疾病，轻社区和小病（如社区卫生服务机构的资金投入占卫生总费用的比例从2001年16%下降到2007年12%）。

3.2 以医保为主的社会医疗卫生投入偏向大型医疗机构

从覆盖人口近一半的城镇职工基本医疗保险基金看，2008年医保筹资金额达到210亿元，2009年达到250亿元。这些资金对所有医疗机构实行总额预付制度，根据基数和增长率确定每年总额预付额。由于大型医疗机构原来服务基数较大，一开始便可抢得先机，而在随后与医保的博弈中又采取了“超总控，争总额”的策略，因此获得的医保额度越来越大，三级医疗机构费用增长率在2008年达到20%，超标5.9%。（表2）

表 2 2008 年医保定点医疗机构预算管理情况

分组	申报情况		预算指标情况		
	总控内申报		额度 (万元)	超标比例 (%)	超标额 (万元)
	费用 (万元)	增长 (%)			
三级医疗机构	736878	20.0	696149	5.9	40630
二级医疗机构	648857	17.5	611959	6.0	36513
一级医疗机构	477185	17.8	467499	2.1	9603

数据来源：2009 年 2 月 5 日上海市医疗保险工作会议，关于 2008 年预算管理年终清算操作方案的初步思路

3.3 大型公立医院扩张及其问题

3.3.1 大型公立医院扩张趋势明显

据上海申康医院发展中心有关资料统计，2000-2008 年，上海市三级医院的医疗资源、专业技术人员、业务量等增长明显，其中床位数增长 31.13%，年均增长 3.45%；卫生专业技术人员数增长 34.24%，年均增长 3.75%；年出院人数增长 135.85%，年均增长 11.32%；而年手术人数增长 140.11%，年均增长 11.57%。业务量年均增长幅度在 11% 以上，资源年均增长幅度在 3-4% 之间。在现有体制下，全市三级医院存在强烈的扩张动机。由于三级医院拥有得天独厚的资源优势，在自由就诊政策下，大量病人涌入其中，这导致三级医院的扩张动机得到需方的推波助澜。2002-2007 年全市 33 家三级医院净增床位 4800 张（平均每家增加 145 张），增幅达 22.6%。不仅如此，三级医院大多存在实际开放床位超出核定床位的情况，一些医院超出的比例甚至达到 50% 以上，大大超过规定的 10% 控制线。（表 3）

由于“市场份额”不断增加，三级医院业务收入节节攀升。2007 年，全市 33 家三级医院门急诊收入比 2003 年增加 79%，住院收入更是增加了 114%，医院总收入已达 162 亿元，33 家医院年平均

收入接近 5 亿元。

表 3 2000 年以来三级医院卫生资源及业务量的增长情况

	2000 年	2005 年	2008 年	8 年年均增长率(%)	3 年年均增长率(%)
床位数(张)	19861	26044	23952	3.45	2.83
卫生技术人员数(人)	26910	36123	30253	3.75	6.09
出院人数(人次)	336925	794640	546005	11.32	13.32
手术人数(人次)	143605	344803	234768	11.57	13.67

资料来源：由上海市卫生局提供资料计算得到

注：此表统计数字未包含上海儿童医学中心的相关记录

表 4 上海三级医院业务收入变化趋势(亿元)

	2003	2005	2007	2005-2007 增长(%)	2003-2007 增长(%)
门急诊收入	43.75	60.05	78.35	30.47	79.09
住院收入	39.00	59.77	83.81	40.22	114.90
总收入	82.75	119.82	162.16	35.34	95.96

资料来源：上海市卫生发展研究中心，《上海卫生医疗资源合理配置与布局及国际合作研究》课题报告，2008，10

3.3.2 供给诱导性和需求高标准造成看病难和看病贵痼疾难治

病人就医习惯、医保政策设计与医生治疗习惯共同推动过度医疗的现象。

首先，长期以药养医政策的激励促成医生诱导病人多用药、用贵药的处方习惯，导致了病人“看病就吃药，没药等于没看病”的心理定势，医患双方互动造成了用药高标准，医疗费用浪费严重的现象。

其次，在现有自由就医政策和医保实行总额控制的情况下，医院以医保均次处方费用限制应对，供需双方共同导致老年病人和慢性病人频繁就医的现象愈演愈烈。现代服务业的现金流和利润流直接取决于人员流量的多少及其服务对象的数量、人均花费，致使大医院门庭若市的局面。这样，供需双方共同推动大医院门诊量节节攀升。

最后，当大医院吸引并聚集着越来越多的病人时，医院继续扩张的理由和动力也越来越足，医院也就自然感到财政投入扶持力度不够和现有医保偿付制度的约束。尽管大医院自我扩张冲动面临资金压力，但又不得不迎难而上，维持越来越庞大的机构运转。因此，多收取非医保病人、多使用昂贵的非医保项目、多发展特需医疗等成为大医院必不可少的选择，这些市场开拓越大，医院周转余地也就越大。从医生角度看，医生通过多开药、多检查获得药厂和器械厂或明或暗、或多或少的“好处”。从病人角度看，由于优质医疗服务资源的供不应求，红包也就成为病人额外的医疗负担。

3.3.3 医院内部运行效率和外部社会效益，总体效益和个人效益之间存在矛盾

从医院内部运行效率看，医务人员基本处于满负荷工作状态，医用设备也处于超负荷运转。从外部社会环境看，医院属于行政单位和创收主体相混合的组织，这种高效的创收体制与医疗费用的高速上涨同步，与群众有限的经济承受能力之间形成强烈反差。医院内部满负荷运转，但其产出的社会效益并不理想。

医院总体效益和个人效益之间存在矛盾。许多三级医院实际开放床位高于核定床位，即使按照实际开放床位计算，病床使用率也高达93%。医院内部运行效率在提高，但是医院的劳动分配率在降低，人头费率保持不变，这说明医院创收和效益的成果并没有被医务人员同步享受。

3.3.4 医疗机构发展继续偏向大型医院

上海目前医疗机构发展主要通过医疗联合体实现纵向资源整合，即组建以三级综合性医院为龙头、整合二级医院和社区卫生服务中心的纵向区域医疗卫生联合体。虽然大医院的不断扩张可以实现医

疗资源的整合，但这种发展模式无法从根本上解决看病难的问题，只不过将看病难的问题进一步集中到大医院，并进一步加重看病贵的问题。因此，控制大医院的扩张才是根本之策，使大医院的发展符合医疗机构合理布局的需要。

4 公共卫生资源投入逐步实现“钱随健康走”的初步建议

4.1 控制大型公立医院的进一步扩张

大型公立医院的扩张应得到一定的控制，使大型公立医院的发展符合医疗机构结构合理布局的需要，符合人民群众合理医疗服务的需求。医院发展要跟随，而非超越财政和医保的承受能力。整个社会应按人口健康需求导向投入卫生资源，以获得卫生投入社会效益的最大化。

4.2 部分社区卫生服务中心可以转化为老年护理机构

上海社区卫生服务中心布局和场所建设较完备，但并没有考虑区域人口结构的变化以及人员流动频繁的特点。有的社区卫生服务中心的服务人群虽然有限，但其相对充足的场地有利于服务主体的转变。目前上海所有卫生服务中心承担“六位一体”的服务内容，出现大一统，无差异功能定位的现象。上海应该根据各区范围和全市范围的人口布局及区域人口的结构特点调整其功能定位，如对部分社区卫生服务中心进行整体或部分功能转化，重点开展老年门诊，或转化成为公立或非营利老年护理机构，或内部增设老年护理床位。

4.3 医保定点重新布局，尝试医保定点医生制度

首先，改变目前所有公立医疗机构都是医保定点的局面，将医保定点和医保资金配置与新一轮围绕人口结构变化的医疗机构设置和布局相结合；其次，通过设立医保定点医生制度控制医保定点；再者，培养以中医为主的全科医生，促进中医药发展和全科医生建

设相结合，使社区医生逐步成为健康和医保资金的“守门人”。

4.4 将非本地医保的人群纳入医疗产业发展规划，实现社会资源投入集中配置的整体效应

上海目前很大部分的就医人群是来自于周边和其他地区的病人，目前这些人群的就医机构遍布全市。其实，这部分人可以被视为医疗产业发展开拓的人群，可以通过虹桥和浦东医学园区建设，通过集中化方式为其提供服务，并成为支撑园区发展的重要人群来源。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 张 进）

中国卫生保健提供者激励机制的重新调整

叶志敏，萧庆伦，孟庆跃，陈文，孙晓明

1 中国卫生保健者激励机制的历史经验与教训

20世纪80年代中期，中国在进行社会主义市场经济体制改革时，也在医疗卫生领域采取了一些改革措施。例如，政府对公立医院和诊所的财政补助从超过50%降至10%左右。医疗卫生服务的提供者不得不主要依赖于患者治疗费用和药品销售收入来维持经济运转，而此时，医疗服务仍然实行政府定价。为了继续保持基本卫生服务的可负担性，甚至使贫困者也能负担得起医疗服务费用，政府制订的医疗服务价格低于其成本；为了使医疗机构在经济上能够生存下去，政府对高新技术诊断服务制订的价格高于其成本，并且在药品销售方面允许保留15%的利润空间。这些定价政策与按医疗服务项目付费的制度共同导致了不适当激励机制的产生，促使卫生服务提供者以经济利益为服务目标，开大处方和过度检查，这导致医疗费用的迅速增长和医疗行业职业道德水平的日益下降。在医疗保险覆盖面有限的情况下，快速增长的医疗费用最终导致“看病贵”现象的出现，引发公众普遍的不满。

中国政府已经意识到如果不改革卫生系统的激励机制结构，将不能够为国民提供可及的、可负担的和高质量的医疗服务。自21世纪初期开始，中国借鉴国际经验教训，尝试采取各种不同的卫生保

资料来源：The Lancet世界临床医学中国卫生专辑，世界图书出版公司，2010年4月，第4卷，第4期。有所删节。

健者激励机制，着力解决中国卫生服务系统面临的特殊问题。众多的试验具有以下三个共性：

第一，借鉴国际经验，从按项目付费转变为集合的支付方式（如按门诊人次或住院人次进行病种支付、按保险覆盖人头支付、一定时期的总额预算或薪金制），为降低费用提供了良好的激励；同时采取了配套的激励机制，如按绩效表现及治疗方案付费，以保证甚至提高医疗质量。此外，预付制使财务风险从支付方（政府、保险机构和个人）转移到提供方，相比后付制更可节省医疗服务成本。

第二，许多改革试验旨在解决中国所面临的特殊问题，这些问题是自 20 世纪 80 年代实行不适当的激励机制后造成的，包括医疗服务提供者一些根深蒂固的行为，如开大处方、滥用抗生素、过度使用高科技的诊断检查方法、更多地选择昂贵治疗的方式而不是采用初级卫生保健服务的方式。

第三，与许多高收入和中等收入国家类似，中国正在发生着疾病流行模式的转变。在中国，传染性疾病（如结核病）尚未被彻底消灭，同时慢性疾病已成为主要的疾病负担。中国疾病负担的前五位依次为心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和其他慢性病。而对慢性病，鼓励采用积极治愈方法的激励机制并不合适。据此，未来的新激励机制应当鼓励医疗服务提供者将工作重点放在慢性疾病的预防和初级卫生保健服务方面。

2 初级保健提供者的支付激励机制

2.1 概述

中国政府已明确激励机制要以城市社区卫生服务中心和农村地区乡镇卫生院、村卫生室为基础，以建立强大的初级卫生保健提供系统为目标。传统支付方式的激励致使初级卫生保健的提供者专注

于营利性项目，如开诊断检查和药品，而忽略了初级卫生保健服务。因此，很多关于初级保健提供者支付方式的试验都具有以下两个特征：第一，通过切断医务工作者的收入与药品收入之间的联系，以及从传统按服务项目付费转变为集合支付方式，以减少对过度处方药品（尤其是抗生素和静脉注射剂）的激励；第二，按绩效支付可以直接激励初级保健提供者增加一些服务的提供，如免疫接种、健康教育、妇幼卫生保健、家庭访视、传染性疾病预防以及新出现慢性病的预防和初级保健。

2.2 社区卫生服务中心和乡镇卫生院

2.2.1 收支两条线

2005年，中国卫生部开始试行一种政府为初级卫生保健提供者筹资的新策略，即将收入与收费分离，希望将初级卫生保健机构的收入与其服务收入彻底分开。在这一系统中，使用者付费产生的所有收入全部上交政府，政府再根据按服务量校正的运行成本提供固定的预算资金。在许多城市，包括上海、天津、杭州和成都等，将收入与收费分离的策略已经在社区卫生服务中心开始试行。虽然该系统可能会减少对处方不必要药品和检查的激励，但是并没有提供足够的激励机制促使这些卫生服务中心将重心从积极治愈转移到初级保健或慢性病防治服务。因此，上海采用了另一个综合策略，即将总额预算、按绩效支付以及收入与收费分离制度相结合。

2.2.2 上海支付制度改革

上海支付制度的改革分为两个阶段：2005年，开始在长宁区和松江区试行支付制度改革（闸北区作为对照区）；2007年，支付制度改革推广到所有区县。2006年以前，所有社区卫生服务中心都是根据政府定价实行按服务项目付费，并收取15%药品加成。工作人

员的奖金与部门的收入相关，这激励了开昂贵的药品处方和高科技的诊断检查。

作为试验一部分，根据年终绩效评估结果确定各区县卫生行政部门的年度预算。预算由两部分组成：政府提供人均 50 元人民币的补贴，用于为辖区内所有居民提供规定的个人公共卫生服务；社会医疗保险管理机构支付部分费用用于各区县内参保居民的医疗服务费用（上海 90% 以上居民参加了城镇社会医疗保险）。社会保险部分预算基于参保人群前一年实际医疗费用计算，同时根据通货膨胀以及服务量增加情况进行校正。

区县卫生局根据每个社区卫生服务中心服务对象的多少以及区内参保人群前一年社会保险支出高低进行资金分配。所有社区卫生服务中心在年初获得预算资金的一部分（50%-70%）。余款的一部分或全部由区县卫生局根据各中心的成本控制、服务量、预防和初级保健服务提供情况以及患者满意度年终考核结果进行下拨。大多数区县将一半以上的资金用于成本控制，余额平均分配用于服务量和初级保健服务或公共卫生服务。

初步结果表明，改革的试行与次均门诊费用的降低相关，而慢性病患者管理绩效存在差异。在杭州和重庆采用类似干预措施的研究证实了上述结果——成本降低伴随不确定模式的慢性病管理。

2.3 村卫生室

与大多数低收入国家的社区卫生服务工作者一样，乡村医生是完成农村预防保健和初级保健工作的骨干力量。在传统按服务项目付费制度下，乡村医生必须通过药品处方和提供服务活动来获取大部分净收入，这促使他们过度处方抗生素和静脉注射剂，而忽略了只产生低收益的健康促进和预防保健服务。在中国农村地区建立强大的初

级保健提供系统，关键问题是设计适合乡村医生的经济激励机制。

2002-2006年，一组研究人员在贵州和陕西两省的3个镇进行了一项被称为农村互助医疗（RMHC）的社会试验。试验的目的是找到农村医疗保险的可行模式，以提高农村居民对低成本、高效率基本卫生保健的可及性，为他们提供更强的经济风险保障，进而改善健康状况。

为了改进卫生保健提供系统的效率和质量，RMHC引入了一些干预措施以改变组织和激励系统。RMHC筹资办公室作为唯一购买者，竞争性地选择最好的乡村医生签约，将乡村医生的收入与药品销售分离，以减少过度开药。此外，RMHC筹资办公室对药物采购也进行了改革，从以前医生自购方式转变为由乡镇卫生院药品分发系统负责批量购买药品并下发给乡村医生，从而以最低成本保证药品安全。由于参加RMHC的村民只有在签约医生处看病才可以获得医疗费用的偿付，所以非签约医生的患者数量显著下降。这极大地激励了乡村医生改善自己的绩效。

研究结果显示，支付方式激励和服务提供组织变化带来了可测量的效率、质量和可及性的改善；次均门诊费用显著降低，就诊于正式卫生保健提供者的比例大幅增加以及自行支付的医疗费用比例下降。

3 医院支付激励制度的试点改革

按病种支付的方式是基于每种疾病的ICD编码设定各病种付费标准，这种支付方法被广泛用于中国住院服务支付试验。2004年，中国卫生部推动地方政府试行按病种支付系统。到2007年，该系统已在中国19852所医院中22%的医院实施。

这一系统有很多不同类型，在效率和质量激励上各不相同。最常见的一种类型是在按服务项目付费的基础上，对每一种疾病的每

次住院设定一个最高收费标准。相比单纯的按服务项目付费，这种按病种支付并不能在改善效率和质量方面提供更好的激励机制，因为医院无法获得由于减少不必要检查、药品和手术操作而节省的费用。

一些试验采用了按病种预付系统，不管实际费用如何，医院对每次住院都只能收取固定费用。预付方式为医院提供了改进效率的激励机制，因为医院能保留节省资金。但同时也激励医院增加住院次数，尤其是病情较轻的患者；提供少于临床实际需要的服务，因而对医疗质量造成不良影响；或者拒绝治疗有并发症的患者。证据表明，在镇安运行这一系统后，被系统纳入的疾病费用维持在改革前水平，而系统未纳入疾病的费用明显增加，这表明该系统存在严重的住院成本转移的情况。

在另一组试验中，将按病种支付与设定支付限额或总额预算联合使用，以避免激励服务提供者增加服务量或将费用转移给非干预疾病。重庆市黔江区2004年开始试行这一系统。一组研究人员报告，试点开始后的乡镇卫生院（从1246元降至961元， $P=0.02$ ）和县医院（从1423元降至1328元， $P=0.03$ ）每例急性阑尾炎病例的费用均有下降。这些变化主要与药费的迅速降低有关。

最具创新性的按病种支付试验是由济宁医学院附属医院的研究人员进行的。首先由医疗专家小组对疾病治疗方案进行标准化，明确各种疾病的最短住院天数、药物使用、医疗服务使用和手术治疗等具体要求；然后，研究人员根据每种疾病预先确定的治疗方案估计治疗成本确定最高价格。同样，研究人员对护理程序也进行了标准化。医院定期监测住院天数、药品使用、治疗效果、费用和患者满意度等指标。此试验目的是通过将经济激励与治疗方案联系起来，改善临床实践并减少差异。这种方法被广泛认为是一次良好尝试，但迄

今为止，这一试验还未被严格评估，其在降低医疗费用方面的贡献毋庸置疑。

4 讨论

4.1 初步经验

在世界其他国家经验的基础上，中国的试验首先将按服务项目付费转变成集合支付或预付方式来改变提供者的行为，从而提高效率、减少卫生保健费用。在济宁，按病种预付方式使得 128 种被纳入疾病的费用降低 33%。在上海，总额预付结合按绩效付费使次均门诊费用降低 7.1%–12.8%。在 RMHC 试验中，乡村医生的收入是工资加绩效奖金，使均次就诊费用降低 40%，其中大部分费用是与抗生素和静脉注射剂使用减少有关。其次，支付方法进行了革新。中国首创了按病种支付费用，服务费用是根据临床治疗方案确定的，以保证医疗质量、限制费用增长。中国卫生部开始在全国范围内实施该方法。第三，在初级保健领域也进行了一些试验，将按人头付费、总额预算或薪金制与按绩效付费结合起来，改进质量的同时也激励卫生服务提供者开展慢性病的预防和管理(表 1, 表 2)。如果试验成功，这些干预措施将具有长期的健康和成本控制意义。

表 1 针对初级卫生保健的供方支付方式试验

	预期行为反应	经验性证据
社区卫生服务中心或乡镇卫生院 总额预算（部分基于按人头支付）和按绩效支付	降低次均门诊或住院费用，减少抗生素处方、每次处方药品数量和静脉注射剂使用量；改善绩效评估所包括的工作效率指标，如服务量、慢性病患者管理和免疫接种；将患者转诊至上级医院	次均门诊费用和诊断检查的费用减少；高血压和糖尿病管理的结果混杂；免疫接种率高；公众满意度提高；例如上海
乡村医生 工资加奖金制，与就诊量、免疫接种、正确的病历记录和患者满意度相关	降低次均门诊费用，减少抗生素处方、每次处方药品数量和静脉注射剂使用量；增加就诊量、免疫接种和个人服务质量	次均门诊费用、抗生素处方、每次处方药品数量和静脉注射剂使用量减少；就诊量和免疫接种增加；例如农村互助医疗

表 2 针对医院的供方支付方式试验

	预期行为反应	经验性证据
按病种支付：根据服务项目收费，同时设置每次住院的最高费用	设定干预病种的住院费用限额；增加干预范围外病种的住院费用；将重症患者登记为干预范围外病种；医院的整体费用增加；对质量没有影响	干预病种的次均住院费用有中等程度降低，但有效证据不足
按病种预付：入院时付费，包括了有并发症患者的住院费用	降低干预病种的住院费用；如果下一年的支付水平基于今年的费用计算，可能没有影响；增加住院次数；对干预病种住院，减少服务提供量或降低质量；拒绝干预范围内疾病的重症患者，或者将患者登记为干预范围外病种	干预病种的次均住院费用降低；干预范围外病种住院费用快速增加；更改疾病名称后登记；例如，镇安和陕西
混合支付：按病种支付（按服务项目收费并设置每次住院的最高费用）结合总额预算	减少总费用和各病种的费用、住院次数和服务质量；拒收重症患者入院	主要由于药品费用降低而使干预病种的住院费用减少，但有效证据不足；例如，重庆市黔江区
按病种付费结合基于标准治疗方案（包括医疗项目和药品）成本设定的支付水平	减少不必要的药品、检查、住院天数、次均住院费用和临床治疗的差异；增加医疗服务量	干预病种的次均住院费用减少，对医疗费用高昂的疾病住院影响最为明显；药品费用和住院天数减少；例如，山东济宁

4.2 未解决的问题

尽管中国正在进行的很多供方支付方式的试验是鼓舞人心的，但仍有很多问题没有得到解决，如总额预付结合按绩效付费在降低费用的同时是否会影响患者的健康？卫生保健提供者是否会故意让卫生保健费用超过预算，以便来年能争取到更多预算？在实行按绩效支付时，设计者在将提供者的收入与质量相关绩效相联系时，在多大程度上才能够引起执业行为的改变？这种支付制度是否会使卫生服务提供者将工作重点放在改善待评价目标的指标上，而忽视了其他对于改善人群健康同样重要的服务？按病种付费对于未纳入疾病的住院情况又有何影响，提供者是否有可能篡改用于评估绩效的上报数据？这些问题都需要进一步研究。

4.3 建议

第一，在确定最佳模式之前，中国需要进行严格、客观、循证的评价，重点对医疗质量和健康结局的影响进行评估。建议对具有高度优先性的结果（包括临床结局）、测量和数据收集应标准化；对激励干预措施产生的非预期结果予以重视。允许进行外部的客观评价，将更有助于保证结果的可信度。

第二，所有的供方支付方式都是不完善的，可能导致非预期的行为反应。当医生实现自我利益最大化的欲望与保护患者福利的要求相冲突时，职业道德提供了内部的平衡。因此，中国必须重建医疗职业道德和规范。建议在激励医院追求最大利润时将医院和医生的激励机制分开。医生的奖金可以与对治疗方案的依从度、健康结局以及患者满意度联系起来，而不是与医院的收入和利润相联系。

第三，合理的经济激励制度能够深刻影响医生的执业行为。要获得持久的社会效应，任何制度改革都必须考虑包括一些影响医生行为的因素。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 彭颖）

上海市卫生发展研究中心首期“双月论坛”顺利召开

为充分发挥卫生政策研究平台作用，增进卫生政策研究的学术交流、提升卫生政策研究的水平，我中心于2010年7月7日举办了首期“双月论坛”。参加本次论坛的人员有中心特约研究员、局政策法规处相关人员和中心研究人员。本次论坛主要就上海市公立医院改革的相关问题进行了充分和深入的研讨，包括主题发言、自由讨论和总结发言三个阶段，现将本次论坛的主要内容总结如下：

1 主题发言

中心邀请了上海市卫生局医疗服务监管处晏波处长和复旦大学医院管理处罗力副处长两位研究员分别对推进公立医院改革必须解决的问题和实施路径、以及公立医院改革的方向进行了解析。

1.1 推进公立医院改革必须解决的问题和实施路径

对于推进公立医院改革必须解决的问题和实施路径，特约研究员晏波提出应重点做好以下几个方面：（1）搞切断——控制医院的总费用和药占比，从一明一暗入手，着力切断药品收入和医务人员收入之间的直接经济联系，杜绝药品回扣；（2）整秩序——从经济手段和行政手段两方面入手，探索实行区县范围的首诊定点，部分单病种大幅度拉开二、三级医院支付差距等方式，小切口逐步调整目前不合理的就诊模式；（3）建机制——根据公立医院公益性的要求，建立合理的投入补偿机制和有效的运行监管机制；在改革医保支付制度方面，可考虑将区县中心医院与社区卫生服务中心组建联合体、采取按人头总额预付方式，三级医院则探索以单病种付费为

主的付费方式；公立医院监管则从单纯的行政监管向指导监管、技术监督、综合监管转变，实行院务公开的社会监督，对医疗机构和医护人员建立一户一档；（4）强管理——公立医院改革要建立现代医院管理制度，包括建立院长的职业化和专业化制度，完善公立医院的内部组织结构，以及运用现代信息和技术手段加强管理。

1.2 公立医院改革的方向

特约研究员罗力认为，在目前权力分散的卫生管理体制下，公立医院改革难获各方助力，推进十分困难。罗力同时针对上海人民群众医疗需求迅速增加、医疗费用快速上涨和社会医保收支平衡之间的矛盾，强调了在上海推动多元化办医的必要性，并由此引出公立医院改革的方向，即公立医院的改革应发展和削弱并举：一方面，应当重点发展公共卫生相关机构，如精神卫生和传染病医院；发展社会公益相关的机构，如产科、儿科及社区卫生服务机构；发展行业标杆类的机构，如三级甲等医院、重点专科医院。另一方面，应当通过规划准入、医院转制等策略有效削弱公立医院的整体规模，通过上移分配权、落实多地点执业等策略削弱公立医院的内在逐利动机和垄断能力；应当在观念上有所突破，允许国有资本进入高端医疗服务市场，允许公立医院以技术入股的方式参与其中，切实推动高端医疗服务的发展。如果本次公立医院改革只是在发展上下功夫，未能在削弱和高端医疗服务上有创新，上海的公立医院改革将难有突破，公立医院很可能“任他风吹浪打，我自岿然不动”。

2 自由讨论

在自由讨论环节，有专家以上海市卫生总费用问题为切入点，针对“上海市卫生总费用约 580 亿，占 GDP 比重不算高”的论断提出纠正，指出上海正处于高速增长期，GDP 本身不能代表生活水平

的质量，但医疗费用花得多必定加大百姓负担，且卫生总费用的分布不服从正态分布，不同群体存在较大差异。

关于公立医院的性质和公益性问题，有专家提出“国有医院”的概念，并提出公立医院可营利的设想，指出“国有医院”营利部分应上缴相应税收；还有专家对公立医院提供高端医疗服务持否定态度，指出高端医疗服务是奢侈品，并对高端医疗与基本医疗服务之间的转移以及服务提供者的公平性提出质疑。

关于公立医院的成本问题，公用成本和专项成本都不存在太大问题。人力成本方面因其涉及到医生的薪酬体制改革，需要尽可能寻求体现医生劳务价值并对医生行为进行正确引导。而商品支出成本（如药品、器材等）与药品企业等关联，是公立医院改革的重点。有专家认为，利益驱动导致公立医院服务提供行为扭曲，建议设计体现公立医院责任与质量的评价体系，并在此前提下，从政府投入和医保基金着手改革公立医院。

公立医院改革的核心是内部的激励约束机制，有专家提出从供需双方完善激励机制，以保证医疗服务的质量和效率。供方激励应从院长着手，同时着重医生劳务价值的体现；需方激励则着眼于病人选择什么样的医院、科室和医生，建议通过完善的价格体系和相关政策合理引导就医。值得注意的是，在上海市普遍实行就医“一卡通”的现状下，许多改革措施推行阻力巨大。改革的目标应是在尽可能不增加政府投入的前提下，寻求一种补偿有力、调控有效的路径。

另有专家提出公立医院的改革要有三大支柱，即伦理支柱、政治支柱和技术支柱。改革的具体措施包括优化医保支付体系、完善信息系统建设（居民基本健康信息、服务利用）、加强质量保障与费

用控制（卫生与医保联手）等。法律专家也结合事业单位改革进程对公立医院法人治理结构等内容提出了相关建议。

3 总结发言

有专家提出，公立医院的改革是必然，切断其利益驱动机制是改革的重点。虽然改革必然损害到众多利益相关者的既得利益，但是，此次新医改是卫生自我改革的最佳时机，相信新医改一定会在各方的共同努力下走向成功。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 王力男 彭颖）

送：

世界卫生组织驻华代表处、卫生部相关司局
卫生部卫生经济研究所、卫生部统计信息中心、
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区县卫生局、相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构