

用市场配置资源建好医联体

——如何破解当前医联体难题

□熊茂友 李辉

2013年1月的全国卫生工作会议明确提出“要积极探索和大力推广上下联动的医疗联合体体制机制。”此后，全国各地的医联体试验不断涌现。在所组建的医联体中，有些是城区医联体（主要是以城区三级医院为龙头，以二级医院为成员，以城区社区医疗卫生机构为网络的医联体）；有些是农村（即县域）医联体（主要是以县级医院为龙头，以乡村医疗卫生机构为网络的医联体）；还有连接城区和农村的城乡医联体（如江西省九江市成立的两家分别由一家市三级医院为龙头，由多家县二级医院为成员，由众多乡村医疗卫生机构为网络的医联体）。但是已建立的医联体运行效果并不太理想，“国家的钱向下走，病人和医生却向上涌”，“大医院看病排长队而基层医疗机构门庭冷落”以及“过度医疗”，老百姓看病贵和难的局面依然没有多大变化。导致这种结果的原因是多方面的，既有体制障碍，也有政策障碍，还有操作方法问题。

如何建好医联体（即医疗集团）？笔者建议，以解决城乡居民（包括职工）看病贵、看病难为出发点和落脚点，运用市场机制和“四一三”健康保险理论，建立“集四种机制于一身”的医联体（以下简称“四合一”医联体）。这四种机制

是：让众多社区医疗卫生机构与大医院成为“一家人”（即建立紧密型综合性医联体）缓解看病难的机制；让医联体自己“点菜”自己“埋单”（即采用允许参保人有“定点”自由的门诊和住院医保按人头付费）缓解看病贵的机制；让医联体的防病与治病融为一体（即让预防保健纳入保险范畴，将防病与治病费用打包与医联体按人头付费）进一步缓解看病难、看病贵的机制；让医联体不仅乐于而且善于成本与质量控制（即不仅重视而且懂得现代化医院管理方法），使医联体在为民众提供质优价廉健康保险服务的同时自身也能得到健康、快速发展的机制。那么如何才能建好“四合一”医联体，笔者认为应采取以下具体措施。

（一）以产权为纽带，实行人财物统一管理，让医联体成员单位不仅联体而且联心。从媒体报道情况看，目前我国已建立的医联体绝大多数是松散型的，其成员单位不是“一家人”，因而普遍存在成员单位之间信息系统互不兼容，诊疗信息不能互通共享；医疗质量和检查结果标准不统一，不能互认；成员单位之间的收益分配、责任与风险分担很难达成共识；人力和人才资源无法根据需要及时交流和调整；大医院帮助小医院提高技术水平的积极性不高；基层送上级医院培训和进修后成绩优秀的医生可能会有去无回，使基层不敢送医生到上

级医院培训和进修；患者转诊，上转容易而下转却很难；有些成员单位之间争夺获利丰厚的“优质”病人，而推诿无利可图的普通病人。面对这些问题，医联体的董事会却束手无策。如果成员单位是以产权为纽带，实行人财物统一管理的紧密型医联体，成员单位都是“一家人”，大家就能在“家长”的带领下，心往一处想，劲往一处使，上述问题均能迎刃而解。“家长”还可举“全家”之力，解决基层留住病人这个主要矛盾。笔者并不主张医联体派大医院的专家到基层坐诊，因为专家在大医院一天可以看几十个专科病人，而下基层也可能一天碰不上一个专科病人，专家下基层会得不偿失。较有效的方法：一方面，可分期分批将基层的医护人员派往上级医院接受培训和进修。培训和进修的课程重点是全科医生及相关专业知识。同时应明确规定，接受培训和进修的医护人员必须全部返回基层，无特殊需要上级任何成员单位不得留用，成绩优秀者可在基层重用。另一方面，可定期和不定期派大医院的专家到基层组织学术讲座和进行技术培训，并分阶段进行考试。将考试成绩与薪酬、职称评定挂钩。由于大医院与基层医疗机构是“一家人”，当大医院面临就诊高峰，人手不足时，只需医联体的相关管理部门从那些“门庭冷落”的基层医疗机构“调兵遣将”（包

括医生和护士),几天之内人员就可到位。当大医院的就诊高峰过后,“增援部队”就可及时撤回。这种作法同样既能解大医院的燃眉之急,也能提高基层医务人员的技术水平,甚至还可从大医院带出一些病人回当地社区继续就诊。这样,即便没有医生的“多点执业”,人力资源也能得到充分利用。而如果不是“一家人”,公立医疗机构之间的人力资源调整,不仅需要卫生主管部门同意,还要经政府人事部门批准,手续非常复杂、等待时间漫长,而且人员一旦调入就不可能再回原单位。

(二)采用科学的健康保险管理方法,让医联体自觉规范自己行为,降低市场风险和政府管理难度。众所周知,我国的医疗行业,无论是大医院还是小医院,无论是公立医院还是民营医院,都普遍存在利用“医患信息不对称”,通过为患者提供“过度医疗”创收,侵害患者利益现象;同时存在利用“第三方付费”,通过“医患合谋骗保”套取医保基金,侵害参保人、国家和企业利益现象。这些现象在成立医联体(不论是紧密型还是松散型医联体)后,依然会不同程度存在,甚至还有可能出现医联体内的一级、二级医院使用三级医院的医疗服务收费标准;一级、二级医院过度使用三级医院的昂贵药品和高精尖仪器;如果医保经办机构对医联体实行医保总额预付管理,当医联体的总额预付指标用完后,病人会遭遇医联体“两头堵”(即社区和医院均拒收病人)的困境。尤其是在中央十八届三中全会后,国家加大了“三医”领域的“市场化”改革步伐(包括放开非公立医疗机构的药价限制等)。“市场化”可以打破“大锅饭”,通过竞争提高效率,给医改注入正能量。然而“市场化”也是一把双刃剑,它也会带来市场风险。因为市场所追求的目标是利益最大化,那么医院,尤其是民营医院,在开放的市场环境中,更有可能利用

“医患信息不对称”和“第三方付费”两个特点,通过“过度医疗”和“医患合谋骗保”两种手段来实现利益最大化。如果政府拿不出合理、有效的防范措施,其结果必然是谁敢于并善于利用这两个特点和“两种手段”,谁就能在市场竞争中立于不败之地;相反则被市场淘汰。如果医改“市场化”所带来结果只是“劣币驱逐良币”,那么医改依然不会成功。如何解决这些问题?方法是将我国现在的医疗保险提升为健康保险,也就是将预防保健也纳入保险范畴(健康保险是世界发展趋势)。在此基础上,再将参保人的健康保险费用(包括门诊、住院及预防保健费用)按在该医联体“定点”的人头数(切勿误解为按“就诊”人头数,更不要曲解为“总额预付”)实行包干,费用超支不补,节余归医联体;同时允许参保人如对该医联体服务质量不满意,有定期(一般为一年,也可以适当延长时间)自由选择其他任何一家医联体或任何一家普通医院“定点”的权力,任何单位和个人不得干涉。参保人可在本人定点的医联体内免费享受预防保健服务,而且参保人的医疗保险可享受比其他未采用该管理方法的医联体或普通医院低很多的个人自费标准。该方法就是“四一三”健康保险模式。该方法的意义在于能明显减轻患者看病负担和提高医疗服务质量;能充分调动医联体自觉做好预防保健工作的积极性;能留住更多的患者在社区首诊和康复;能推动更多医联体的建立;让政府不再为如何制定医保和基药目录、控制药品价格而纠结;尤其是能最有效的降低“市场化”所带来的风险。

(三)改财政“供需兼投”为“集中投需方”,增强基层公立医疗卫生机构靠大靠强的内在动力。应当说,“国家的钱向下走,病人和医生却向上涌”反映了我国现在医改投入方式的问题。造成这一现象的原因是多方面的,其中一个

重要原因是政府对基层公立医疗机构实行财政基本“包养”(即人员工资、医疗设备、基本建设均由政府投资)政策,换来的必然是“干多干少、干好干坏一个样”的“大锅饭”机制,医务人员的工作积极性不高。虽然有政府“绩效考核”,但调动工作积极性的作用有限。至于为何国家的钱向下走,医生也向上涌?同样与政府的“包养”政策有关,因为在基层,虽然医疗技术水平不高的医务人员乐意过“温饱型”的“大锅饭”日子,可是绝大多数医疗技术水平高的医务人员却不然,为了能够实现自身价值,也为了过上更加体面的生活,只要有机会就会通过跳槽来摆脱现状。如果这种政府“包养”政策不变,许多(尤其是当地财政条件较好的)公立基层医疗卫生机构对加入医联体不会有太大兴趣,即便加入了医联体,工作同样不会有积极性。如果将政府医改投入集中用于帮助国民提高健康保险水平(以维护医疗卫生服务的公益性),所有医疗机构(无论是大医院还是基层医疗卫生机构,无论是公立医院还是非公立医院)都只能通过为参保人提供质优价廉的健康保险服务吸收健康保险基金生存和发展。为了生存和发展,这些公立基层医疗卫生机构就会利用自己的区位优势,主动与大医院联姻,通过靠大靠强来增强自己抵御市场风险的能力。这样,必然会有更多的公立基层医疗卫生机构不仅愿意加入医联体,而且会在医联体内认真完成好自己所承担的任务。应当说,建立医联体,利用医疗机构自身内在动力要比政府用行政手段“拉郎配”方式要有力有效得多。如果政府改变对公立基层医疗机构的“包养”政策,打破“大锅饭”,真正让基层医务人员人尽其才,多劳多得、优绩优酬;加之医联体再出台向其基层倾斜的物质和精神(包括薪酬、升职和晋级等)鼓励措施,就会吸引更多的医疗技术人才和管理人才自愿留在基层工作,甚至还可

吸引医联体内和社会上的人才主动要求到基层工作。改财政“供需兼投”为“集中投需方”还有一个好处：各级政府只需为本级行政事业单位职工和城乡居民购买较高水平的健康（包括防病与治病）保险提供财政补贴即可，无需向任何医疗机构直接投入。这样，在建立由多级政府（比如市、区政府）投入和由多级医疗机构（包括三级医院、二级医院和社区卫生服务机构）组成的纵向公立医联体后，不再存在下级政府（比如区政府）年年只有投入义务，却没有管理权力的矛盾。也只有这样，才能消除下级政府不平衡心理。

（四）通过建民营“四合一”医联体，用“鲶鱼效应”推动当地公立医院真正改革和医联体建立与发展。从全国已建起来的医联体看，基本上都是公立的，而且在当地只有一家，大多数是由政府“拉郎配”，行政干预也较多。这种体制、机制和管理方式均有明显缺陷的医联体，其运行效果不言而喻。因而笔者建议在民营资本较丰富的地区（贫困地区也可对外引资），先建立民营（或由民资控股的非公立）“四合一”医联体。因为民营医联体没有公立医联体那么多行政干预，有较多的自主权（如最近放开了非公立医疗机构的医疗服务价格管制），如果再加上在医保定点、税收减免、土地使用、职称评定、科研立项、财政支持等方面与公立医联体享受同样政策待遇，并像深圳市一样，取消新增医疗机构距离限制，解除“卫生区域规划”障碍，甚至在初始阶段还有更多的扶持政策，那么民营医联体可能比公立医联体运行效果更好。这样不仅会倒逼公立医院真正改革，而且能推动当地公立医联体的建立和发展。试想，如果在当地建立了一家具有相当竞争实力的民营“四合一”医联体后，质优价廉的健康保险服务就能吸引大量的参保人带着“人头费”在该医联体“定点”。为了应对市

场挑战，当地政府必然会用最快速度，再建一家或多家能与之抗衡的公立“四合一”医联体。因医联体相对于普通医院规模更大，管理层级更多，管理难度也会更大，无论是公立医联体还是非公立医联体，均应充分利用现代化信息技术和管理手段（包括远程会诊、成本核算和医疗质量监督等信息技术），降低管理成本，提高工作效率，从而在让民众获得质优价廉服务的同时也让医联体自身得到健康、快速发展。

（五）将建农村“四合一”医联体试点与县级公立医院综合改革有机结合起来，实行“农村包围城市”医改战略。“四合一”医联体与国务院办公厅《关于县级公立医院综合改革试点的意见》中提出的“按照保基本、强基层、建机制的要求，遵循上下联动、内增活力、外加推力的原则”和国家五部委《关于推进县级公立医院综合改革的意见》中提出的“更加注重改革的系统性、整体性和协同性，更加注重体制机制创新和治理体系与能力建设，更加注重治本与治标、整体推进与重点突破的统一”的总体要求是完全相符的。因而笔者建议，将建农村（或称县域）“四合一”医联体试点与当地的县级公立医院综合改革试点有机的结合起来，从而提升农村医改的效果。如果农村“四合一”医联体试点能获得成功，再将试点范围扩大到城市，进而推动全国医改。具体作法是：充分利用农村现有医疗卫生资源，并吸引社会投资，建立以县级医院为龙头，以农村基层医疗卫生机构为社区服务网络，集四种机制于一身，非垄断的农村公立和非公立“四合一”医联体。待条件成熟，还可在此基础上，进一步上靠外联，建立市、县（区）和城乡社区，多级联动的城乡医联体。为降低操作难度，公立大小医疗卫生机构之间的资源整合，开始可以通过托管方式过渡，待条件成熟后再通过兼并和购买方式整合。

（六）切实落实中央十八届三中全会精神，树立由市场配置资源的观念，实行政府管办分离。我国的医疗市场基本上由公立医疗卫生机构（包括三级、二级医院和基层医疗卫生机构）所垄断，这些医疗卫生机构绝大多数由各级政府投资举办，因而它们均无独立法人资格，其人财物由政府严格管制。要建立医联体，尤其是建地市级以上城市的纵向医联体，必须经多级（如市、区或县）政府及其行政主管部门同意。如果从自身利益考虑，一般下级政府及其主管部门不会同意成立紧密型医联体，而只愿意成立松散型医联体，这样就可保留对原医疗卫生机构的控制权。所以这种医联体即便成立了董事会，由于各个利益主体的利益诉求不同，很难形成统一意见，所以也就很难针对医联体所面临的困难和问题提出及时、合理、有效的解决措施。即便提出了解决措施也很难落到实处，因为董事会对其成员单位的号召力和约束力十分有限。其实十多年前，国家体改委就联合有关部门发文要求通过建立医联体（当时称医疗集团）整合卫生资源。为了既不违背上级的行政命令，又能保留既得利益格局，不少地方成立了以技术协作或单纯拉病人为目的的松散型公立医联体，效果均不理想。如果这种行政化的思路不改变，国家卫计委只能是再走当年国家体改委的老路，结果也就不言而喻。如果要让医联体顺利建立，并健康发展，必须树立“使市场在资源配置中起决定性作用”的观念，充分发挥市场机制作用；必须转变政府职能，实行管办分离，让所有公立医疗机构能成为自主经营、自我发展、自我约束的独立法人实体。如果不更新观念，不排除体制障碍，采用任何措施均很难解决医联体目前所存在的问题。□

（作者单位：中国经济体制改革研究会 华中科技大学）

责任编辑 刘慧娴