

“三医”联动走向健康治理的实现机制

——基于三明医改的纵向案例研究

庄琦 翟绍果 黄春柳 徐天舒

内容提要: 回顾中国新医改历程,以福建省三明市“三医”联动改革最为典型。基于“要素-结构-功能”系统理论分析框架,本文分析三明医改的行动策略与治理过程,进而揭示“三医”联动走向健康治理的实现机制。研究表明,医疗卫生体制改革需要以人民健康为中心的价值导向树立政府元治理主体权威,通过健康治理引导下的目标转型推动三医统合型联动,以“法治-数治-群治”协同的行动策略促进健康事业高质量发展。在此基础上,政府要切实承担并履行保护人民健康的责任,处理好“三医”联动的动态演进性和次序性,促成健康治理社会动员,构建健康治理合作网络。

关键词: 医疗卫生体制 新医改 三明医改 “三医”联动 健康治理 以人民健康为中心

中图分类号: F062.6; C913.4

文献标识码: A

文章编号: 1000-7636(2024)03-0094-15

一、问题提出

党的二十大报告强调,要“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”,并为进一步深化医药卫生体制改革指明了方向,即“促进医保、医疗、医药协同发展和治理。”医疗卫生体制改革是世界性的难题,面对这一改革“难啃的硬骨头”,中国政府从新世纪伊始便致力于探索一条不同以往的医改新路径。2009年4月,《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》对新医改的必要性、指导思想、原则目标、体系完善、制度建设等进行了阐述。在党中央、国务院的积极引导和地方政府的踊跃探索下,改革试验如火如荼地展开,并涌现出众多的医改典型。其中,以福建省三明市的医疗、医保、医药(“三医”)联动改革经验扩散范围最广,影响范围最大。2021年3月23日,习近平总书记在三明考察时指出:“三明医改体现了人民至上、敢为

收稿日期:2023-05-23;修回日期:2024-01-14

基金项目:中国社会科学院大学阐释党的二十大一般专项“三医联动视角下深化医药卫生体制改革研究”(X20230020);国家社会科学基金一般项目“全生命周期视域下健康老龄化体系路径研究”(21BSH021);中国社会科学院大学研究生科研项目支持计划“促进医保、医疗、医药协同发展和治理——福建三明市的做法、经验及启示”(2023-KY-90)

作者简介:庄琦 中国社会科学院大学政府管理学院副教授,北京,100102;

翟绍果 西北大学公共管理学院教授、博士生导师,通信作者,西安,710060;

黄春柳 中国社会科学院大学政府管理学院硕士研究生;

徐天舒 西北大学公共管理学院博士研究生。

作者感谢匿名审稿人的评审意见。

人先,其经验值得各地因地制宜借鉴。”

那么,如何借鉴推广三明医改经验?目前国内外有较多学者对三明医改的经验、做法与改革成效进行了总结评价。在研究内容方面,既有研究侧重于从药品集中采购制^[1]、支付方式改革^[2-4]、医院补偿机制^[5]、年薪制^[6-7]等方面介绍三明医改的具体改革经验,也有研究侧重于对三明“三医”联动改革的综合效果进行评价,在总结改革经验和问题的基础上,提出政策建议并探讨未来发展方向^[8-9]。有学者发现“三医”联动改革理论上与齿轮传动机理相契合,认为只有协调好各改革主体之间的利益关系才能实现医保、医疗、医药相互促进和共同发展^[10]。基于“三医”联动的节点、规则与目标,有学者提出通过“自我治理—合作治理—协同治理”的联动路径走向健康治理是“三医”联动未来发展的趋势^[11]。另外,也有学者从政策、行政体制与治理结构三个层次构建分析“三医”联动的框架,认为三明医改其实质是行政管理体制的联动^[12]。在研究视角方面,有学者基于政策试验或政策创新扩散角度对三明医改成效经验进行剖析^[13-15],认为府际部门间的博弈、中央政府支持、政策、企业家精神等为三明医改的政策创新扩散创造条件。也有部分学者从卫生治理^[16]、协同治理^[2]、元治理^[17]、整体性治理^[18]等角度对三明医改的治理模式进行理论论证,并就治理经验的整合推广提出了相应的政策建议。

综上所述,现有研究为考察医疗卫生体制改革提供了丰富的理论支撑,但这些研究侧重于从理论抽象角度构建“三医”联动的分析框架,缺乏从系统要素、结构与功能范畴对健康治理的行动策略进行逻辑一致的分析,即鲜有研究关注到三明医改健康治理体系的构建过程,忽视了健康治理推进的动态演进性和次序性,对“三医”联动产生健康治理效能的内在逻辑研究不足。在“全国医改看三明、三明医改再出发”的政策扩散语境中,三明医改实践为“三医”如何实现联动提供了可行路径。以此为线索,本文借助系统理论视角,从“要素-结构-功能”的角度审视三明医改的发展历程,将三明医改的实践经验上升为一般政策经验,以期为全国医改提供可复制、可持续、可推广的样板,也为进一步深化医疗卫生体制改革探明方向,为推进健康中国建设提供理论与实践支撑。

二、理论基础与分析框架

治理不同于管理。联合国全球治理委员会认为,“治理是各种公共的或私人的个人和机构管理其共同事务的诸多方式的综合,它是使相互冲突的或不同的利益的调和并且采取联合行动的持续的过程”^[19]。作为一种新的研究范式,学界既有从横向的行政(政府)治理、市场治理、社群(社会)治理等维度对治理进行解构^[20],也有从纵向的治理主体、治理机制和治理效果三个层次对其进行分析^[21]。治理作为一种系统,具有多重要素有机互动的外在特征^[22],而系统不可或缺的是要素、结构和功能三大范畴。世界卫生组织(WHO)将医疗卫生治理定义为利益相关者能够参与政策、方案和实践的制定和部署,从而实现公平和可持续的卫生系统^[23]。然而,由于医疗卫生服务的多样性,要在错综复杂的利益相关者关系中寻找改革的最大公约数和最佳平衡点,单纯依靠卫生系统很难解决所有的健康挑战^[24]。因此,在医疗卫生体制改革中,必须保持政府、医保、医药、医疗之间适当的平衡,通过政府、市场与社会的互动协同,行政、市场和社群机制的互补嵌入^[25],最终实现各利益相关人之间的合作共赢。在国家治理与健康中国的语境下,健康不仅是一种身体状态,也是一种重要的治理能力^[26]。医疗卫生体制改革的目标是“促进、恢复或维持健康”^[27]。实现从“三医”联动走向健康治理,促进健康福祉最大化是提升国家治理能力的必然要求。

目前,国际上主要基于新制度经济学、政治与公共管理学、发展学等视角构建医疗卫生治理的评估框架^[28],如借鉴“委托-代理”理论,对医疗卫生治理中委托人和代理人相互作用的结果进行分析^[29];基于问责

制对卫生治理的财务、绩效与政治目标实现等维度进行评估^[30];基于“投入-过程-产出”框架分析低收入国家卫生治理水平等^[31]。如上所述,治理作为多重要素有机互动的系统,有必要结合具体行动对治理系统的要素、结构与功能进行深入剖析。在医改过程中,治理的系统性具体表现为所有的医疗卫生治理体系都必须在自身的社会价值与各种驱动因素之间寻求一种平衡^[16],即需要实现医疗、医药和医保三方面健康资源要素整合、健康服务结构优化以及健康治理功能完善。

本文结合系统理论的三大范畴,构建包括治理要素、治理结构、治理功能的分析框架(如图1所示)。其中,健康治理要素即系统内部包括医药、医保、医疗的三大资源要素;治理结构指“三医”通过合作产生效果形成的互嵌机制,即健康资源在医疗、医保与医药之间的分配与交换^[11];治理功能是指充分吸纳融合系统内外资源要素而推动健康保障水平提升的作用。

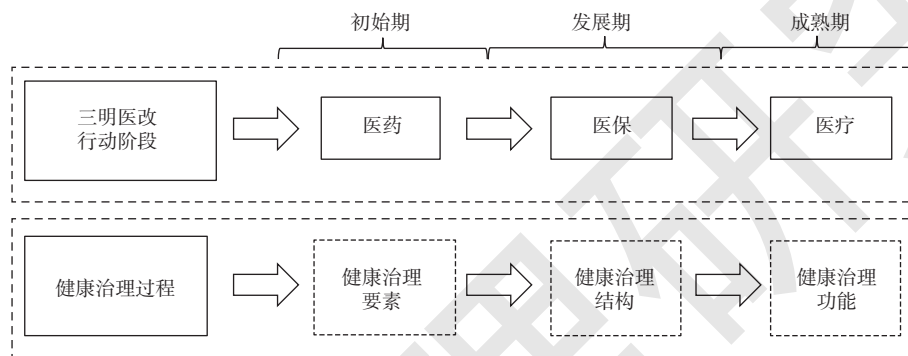


图1 健康治理“要素-结构-功能”的过程分析框架

其中,健康治理要素即系统内部包括医药、医保、医疗的三大资源要素;治理结构指“三医”通过合作产生效果形成的互嵌机制,即健康资源在医疗、医保与医药之间的分配与交换^[11];治理功能是指充分吸纳融合系统内外资源要素而推动健康保障水平提升的作用。

三、研究设计

(一) 研究方法

本文采用纵向单案例研究方法,研究医保、医药和医疗走向联动的现实路径以及“三医”联动如何推动健康治理体系的建构。首先,探究“三医”如何走向联动,如何实现向健康治理转变,这属于典型的“如何”和“怎么样”(how)的问题,具有归纳性和探索性的特征,适用于可解释机制或过程研究的案例研究方法^[32]。其次,健康治理绝不是一个一蹴而就的过程,采用纵向单案例研究有助于厘清医疗卫生体制改革的动态演进性和次序性,挖掘其背后“三医”联动产生健康治理效能的内在逻辑。最后,通过对三明市地方政府医改实践的归因分析与探讨,凝练可供推广的医改实践策略,归纳“三医”如何实现联动,又如何达成健康治理的关键机制。

(二) 案例选择

三明市地处福建省中西部山区,属于典型的老工业基地,退休职工多、青壮年外流、企业效益不高,“未富先老”问题较为突出。医改之前,三明市城镇职工医保赡养比为2.06:1,远低于福建省确定的2.5:1风险线^[33]。随着三明市医院医药总收入和患者个人自付比例飞速增长,老百姓“看病难、看病贵”的问题越来越突出。2009年,三明市职工医保基金出现“收不抵支”状况,连续两年亏损,甚至出现基金“穿底”风险。2012年2月,三明市委、市政府正式启动医药、医保、医疗的“三医”联动改革,经过一系列综合性、系统性、创新性改革,患者、政府、医保机构、医药生产和流通企业、医疗机构等各方主体之间的利益得到重新调整、分配与钩嵌,初步实现了患者、医院、医生、医保多方共赢。本文以三明医改作为分析案例,理由有以下两点:

一是三明医改的成功给“三医”联动提供了可借鉴的实现策略。2021年,国务院办公厅印发《深化医药

卫生体制改革 2021 年重点工作任务》,提出要“进一步推广三明市医改经验,加快推进医疗、医保、医药联动改革”;同年,三明市医改案例被评为“中国改革 2021 年度地方全面深化改革典型案例”。可见,三明医改已然成为可供全国各地医疗卫生改革实践借鉴的经验样板。

二是三明医改刻画了健康治理的基本形态。在三明医改的实践过程中,医务人员的医疗服务价值标准从过去的“以药养医、以药补医”转向以患者健康为追求,医疗行为从“治已病”转向“治已病与治未病”并重,最终向“以人民健康为中心”转变。在此基础上,以“疾病预防、医疗救治、健康管理”为核心的医防协同融合服务模式逐渐成型。由此可见,三明医改刻画出了健康治理的基本形态。

总而言之,三明医改无论是作为国家医疗卫生体制改革的地方政策创新,还是国家健康治理体系的建设实践,均获得了来自中央政府与广大人民群众肯定。因此,本文将通过对其改革过程的深入分析,挖掘三明医改实践中所蕴含的“三医”联动实现机制、健康治理体系的构建路径以及“三医”联动势能转化为健康治理效能的机制。

(三) 数据来源

本文数据主要来源为政府官网公开资料,具体包括 2011—2021 年三明市公立医疗机构运行情况、三明统计年鉴、福建统计年鉴、全国卫生健康事业发展统计公报,三明市深化医药卫生体制改革领导小组提供的詹积富有关“三明医改操盘手讲三明医改”讲座资料,以及环亚经济数据有限公司(CEIC)中国经济数据库。在数据分析过程中,本文重点对三明医改治理成效进行纵向时间比较和横向地区对比分析,为研究“三医”联动走向健康治理提供扎实丰富的解释。

四、案例分析:三明医改的动因与治理历程

(一) 改革动因:问题情境的现实写照

中国特色社会主义进入新时代,社会主要矛盾转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。在医疗卫生领域,伴随着物质生产与医疗水平的不断提高和改善,政府、医保机构、医药生产和流通企业、医疗机构等主体的健康供给能力应当和患者的健康需求达成可持续性均衡,但实际却是人民群众快速增长的医疗卫生服务需求与医疗资源分布不均衡、医疗服务能力和水平不高之间的供需矛盾日益尖锐,老百姓“看病难,看病贵”的问题十分突出。因此,满足群众健康需求成为医疗卫生体系改革的动力。就三明市而言,推动三明市医疗卫生改革实践的动力是资源服务和功能网络所存在的一系列问题,这些问题严重影响对群众健康需求的满足,且缺乏解决方案和经验,因此,可称之为问题情景的现实写照,其具体表现如下:

卫生健康资源配置倒挂。三明市作为山区地市,其六成的常住人口居住于乡(镇)、村,但乡村基层的医疗资源却远低于城镇,如基层床位数不到总床位的 1/4,专业技术人员占不到总量的 1/5,基层群众难以享受到公平可及的公共医疗卫生服务,医疗资源呈倒挂状态。

卫生健康服务效率低下。基层医疗卫生机构基本用药目录可用品种少,与上级医院用药无法对接,导致病人向下转诊困难。市、县疾控中心承担大量公共卫生服务项目,而公共卫生服务经费没有对这些机构予以补助,不利于这些机构开展公益性服务项目,实验室检验能力普遍较弱。

卫生健康功能网络破碎。医院除了要发挥社会公益功能外,还要独立承担医疗设备等硬件设施建设,使之不得不营利来维持自身的运营,“以药养医”由此生成。“大处方、大检查”等现象在加重医保基金负担

的同时无法改善人们的健康水平。最终,三明市的卫生健康服务陷入医保基金匮乏、医药价格虚高、医疗服务低效的功能网络破碎状态。

(二) 健康治理要素的整合链接:以医药改革为契机,促进“三医”内部互律

基于疾病的负外部性和健康的正外部性,以及卫生资源有限性所带来的条件约束,需要公共卫生的协同治理。在三明市开展医疗卫生体系改革之前,全市 22 家县级及以上医院医药总收入为 16.9 亿元,其中药品耗材收入、检查检验收入、医疗服务性收入分别占 60.1%、21.6%、18.3%^[34],先后有 8 个医院院长被查出涉嫌严重的药品腐败。医药流通领域的巨额存量利益引发了严重的腐败问题,原本应服务于公共健康需求的医疗资源成为套取医保基金以及以“大处方”谋取私利的工具^[35]。对此,三明医改以药品改革为切入点,实施“两票制”(指药品从药厂卖到一级经销商开一次发票,经销商卖到医院再开一次发票。整个流通只允许有这两次发票)压缩医药流通过程中巨大的盈利空间:首先,在县级及以上医院实施药品零差率销售改革,并通过适当提高医疗技术服务价格、增加政府投入等途径弥补医院减少的合理收入;其次,建立跨地区药品采购联盟,斩断药品和医院之间的利益链条,挤压流通环节价格水分;最后,对辅助性、营养性、高回扣、“疗效不确切、价格很确切”的 129 种“神药”品规(企业)进行监控,并将存在回扣品种药品的生产企业和配送企业列入黑名单。

得益于挤掉药品流通领域水分、整治回扣和不正确的医疗行为等治理措施,2016 年三明市公立医院药品耗材收入占比降低为 33.17%,医疗服务性收入达到了 10.35 亿元,占比为 39.92%(见图 2)，“灰色收入”向“阳光收入”转变,“以医养医”的新机制逐渐建立。

2021 年,三明市医药总收入中医疗服务性收入、药品耗材费用、检查化验收入占比分别为 41.82%、32.26%、

25.92%,医药收入结构趋于合理化。另外,三明市通过开源节流的方式释放医改治理的红利,提高了资金配置效率。如图 3 所示,三明市公立医院医疗总费用从 2011 年的 16.9 亿元增长至 2016 年的 30.46 亿元,年平均增长率为 7.25%,且在环比增长率方面低于同期福建省与全国医疗总费用增长水平。三明市自 2012 年至 2020 年,实际医疗总费用为 232.74 亿元。如按照“十二五”期间(2011—2015 年)福建省全省医疗总费用增长率中位数 16.35% 计算,三明市十年间医疗总费用将高达 349.74 亿元,三明医改相对节约了 117.0 亿元。

以医药改革为契机,医疗、医药、医保实现了内部的相互制约。通过政府主导下对药品生产、供应、流通、使用等各个环节的控制举措,强化了药品成本管理。制度化的监管控制使得药品耗材费用大幅下降,为提高医疗服务收入腾出了空间,同时也规范了医疗服务市场的竞争,实现了各级医疗资源的有序协同,医疗资源逐渐扭转倒挂的状态,医疗服务质量也因医疗资源的充分供给而不断改进,正常化的医药和医疗引导着医疗保障形成多层次、多来源、科学支付的运行机制。至此,医疗、医保和医药建立起了相互制约的内部

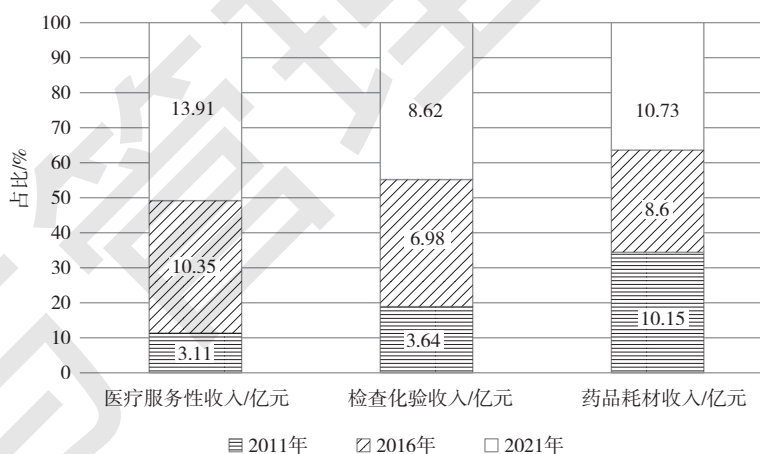


图 2 2011 年、2016 年、2021 年三明市县级及以上公立医院医药收入结构
资料来源:历年《三明市公立医疗机构运行情况》。

互律机制,推动健康治理要素的整合链接。

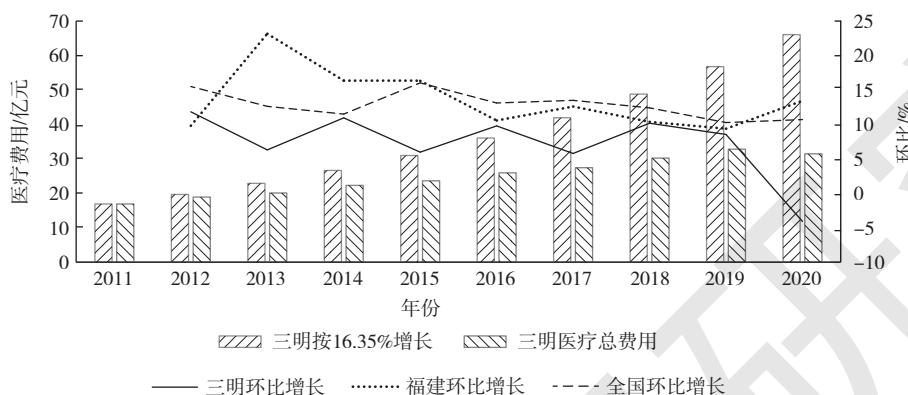


图3 2011—2020年三明市、福建省、全国医疗总费用及环比增长

资料来源:三明市深化医药卫生体制改革领导小组、CEIC中国经济数据库。

(三) 健康治理结构的优化增效:发挥医保改革调控作用,促进“三医”互嵌

医保作为全体参保者的风险分担机制,是连接医疗卫生服务供给方与需求方的重要纽带,在医改中具有基础性作用^[36]。但在开展医改之前,三明市的城镇职工、城镇居民、农村居民在缴费标准、享受待遇、诊疗目录、诊疗标准等方面存在明显的差异。医保不仅没有分担健康风险,反而造成了不同群体之间的健康不平等。对此,首先,三明市通过“三保合一”实现了城镇职工、居民医保和新农合的标准统一,并将医保基金统一交由医疗保障基金管理中心管理。此外,医保管理中心还承担药品集中采购、临床用药需求报批等职责,解决了医院、供应商、医保之间的“三角债”问题。其次,三明市通过普通门诊统筹方案,打破门诊与住院的界限,明确将城镇职工参保人员、城乡居民参保人员的普通门诊费用纳入医保基金报销范围。与此同时,三明市根据医院级别差异^①设置不同的起付线标准和报销比例标准,引导病人在基层就医^[37]。最后,三明市还将全市22家县级以上公立医院纳入中国疾病诊断相关分组(C-DRG)收付费改革试点,按照“同病、同治、同质、同价”的原则,实行医保和患者与医院同时按病种定额结算,减少医患纠纷带来的风险。此外,三明市将医保基金总额包干给总医院,医保基金结余部分可直接纳入医疗服务性收入,健康促进经费可从成本中列支^[38],以此加强医共体内部的医防融合,控制医共体内医疗费用的不合理增长,减轻患者的费用负担^[39]。

得益于以“三保合一”、门诊统筹等以医保为基础的治理措施,三明市老百姓看病负担减轻、报销比例提高,切实解决了群众“看病难,看病贵”的问题。在报销比例方面,2021年三明市公立医院城镇职工参保住院患者医保基金实际报销比例为75.08%,城乡居民参保住院患者医保基金实际报销比例为70.5%,分别较2011年增加2.82个百分点、24.24个百分点。在次均费用方面,城镇职工住院次均费用除受2020年、2021年新冠疫情影响外,总体呈现下降趋势;城乡居民住院次均费用呈小幅上升趋势,但随着报销比例的提高,居民实质就医负担并未增加(见表1)。在自付费用负担方面,2011—2021年城镇职工与城乡居民个人自付额整体增幅不大,自付费用负担整体呈下降趋势,城镇职工、城镇居民、农村居民自付费用负担年均下降率分别为7.13%、5.84%、6.83%(见图4)。

^① 一级、二级、三级医院等级不同,起付线(异地)不同,支付比例不同。资料来源:三明市医保局.三明市职工医保政策指南。

表 1 2011—2021 年三明市城镇职工、城乡居民住院次均费用变化情况

年份	城镇职工				城乡居民			
	次均费用/元	基金报销/元	个人自付/元	报销比例/%	次均费用/元	基金报销/元	个人自付/元	报销比例/%
2011	6 553	4 735	1 818	72.26	4 082	1 888	2 194	46.25
2012	5 805	4 084	1 721	70.35	4 156	2 308	1 848	55.53
2013	5 084	3 566	1 518	70.14	3 876	2 315	1 561	59.73
2014	5 224	3 588	1 636	68.68	4 081	2 356	1 725	57.73
2015	5 343	3 728	1 615	69.77	4 291	2 534	1 757	59.05
2016	5 344	3 699	1 645	69.22	4 275	2 608	1 667	61.01
2017	5 593	3 913	1 680	69.96	4 438	2 689	1 749	60.59
2018	5 847	3 963	1 884	67.78	4 869	3 112	1 757	63.91
2019	6 429	4 366	2 063	67.91	5 246	3 428	1 818	65.35
2020	6 555	4 891	1 664	74.61	5 810	4 098	1 712	70.53
2021	8 551	6 420	2 131	75.08	7 704	5 431	2 273	70.50

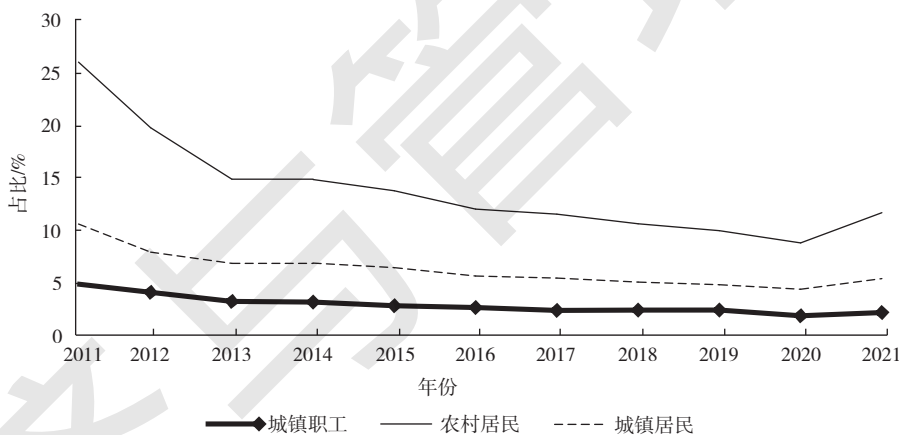


图 4 2011—2021 年三明市城镇职工、城乡居民个人自付费用负担

注:自付费用负担=个人自付/在岗职工平均工资(人均可支配收入)。

资料来源:根据三明医改操盘手讲三明医改讲座资料、三明统计年鉴整理。

医保是连接健康服务供方和需方的纽带、引导健康服务供方的价格杠杆和影响健康服务行为的调控阀。三明医改借助医保药品目录谈判机制优化医药质量与价格,使之与群众的健康需求相适应,又通过医保费用支付机制改进来提高医疗服务效率,同时,还利用医疗与医药间的药品招标采购制度治理药价虚高,最终优化健康资源在医疗市场的交换和配置。在要素互律实现自我优化基础上,通过发挥医保调控阀作用,“三医”建立起了彼此之间合作生效的互嵌机制,推动了健康治理结构的优化增效。

(四) 健康治理功能的协同共创:以医疗改革为统领,促进“三医”内外互融

医疗卫生服务是健康维持的重要手段,除了疾病治疗服务,还应具备预防保健和康复护理功能。医疗质量的高低直接关系公众健康水平。但在改革之前,三明市的医务人员绩效工资来自医疗总收入,因此,在

逐利动机的推动下,大处方、大检查、多化验、多用药等违规行医现象层出不穷。对此,三明医改从三个方面逐步规范医疗服务体系。首先,完善公立医院的补偿机制。适当上调医疗服务价格来补偿药品零差率销售带来的收入降低,并采取财政负担硬件建设、医院负担软件运营的工作思路,降低医院运营成本。其次,实行“全员目标年薪制”,保障医务人员薪酬待遇。三明市改革工资总额核定办法、医院内部分配制度和医院财务管理制度,医务人员的薪酬待遇按照技术岗位和级别实施“541”的差异化分配格局,并通过医院工资总额控制,遏制过度医疗。院长和医技人员薪酬实施动态调整的基数的目标年薪制,以此引导医务人员将自身利益得失与患者的健康水平相关联^[40]。最后,构建紧密型医疗共同体,全面开展分级诊疗和双向转诊制度。2017年以来,三明市整合县域内所有县、乡、村公立医疗机构,建成一个责任共担、利益共享的紧密型县域医共体。三明市以紧密型医联体(医共体)为载体,打破了行政、财政、人事等方面的壁垒,赋予总医院办医自主权,规避了松散型医联体存在的“跑马圈地”、恶性竞争问题,推动优质医疗资源、人才、病种有序有效下沉,构建“医防融合”机制,以促进“全民大健康”目标的实现。

得益于公立医院改革、紧密型医共体等治理措施,患者的医疗负担减轻,健康服务效率得到了有效提升。实施目标年薪制使三明市公立医院在岗职工的平均收入大幅提升。如表2所示,医生年人均收入以13.55%的速度稳步增长,2020年医生年人均收入为16.93万元。医药收入结构的合理化以及医务人员收入大幅增长,大大提高了医院、医生作为医改治理参与者的积极性,在一定程度上促使医疗服务行为的转变以及医疗服务能力的提升。另外,在每千人拥有的机构床位数、执业(助理)医师数方面,三明市高于同期福建省水平,在每千人拥有的机构床位数方面也高于全国水平(见图5)。2021年,三明市县级及以上公立医院入院282.05千人次,门急诊7216.15千人次,且除2021年外两者增长速度整体呈下降趋势(见图6)。此外,2021年三明市县级及以上公立医院次均门诊费和次均住院费用分别为187.3元、718.37元,低于同期全国公立医院次均门诊费和次均住院费用,且在平均增长率方面低于全国平均水平(见表3)。

表2 2011—2020年三明市县级及以上公立医院职工工资变化情况

年份	医院在岗职工工资总额		医院在岗职工平均工资		医生人均收入	
	数额/亿元	同比增长/%	数额/万元	同比增长/%	数额/万元	同比增长/%
2011	3.82		4.22		5.65	
2012	4.69	22.77	5.45	29.15	7.04	24.60
2013	7.09	51.17	7.23	32.66	9.99	41.90
2014	7.60	7.19	7.79	7.75	10.09	1.00
2015	8.95	17.76	8.90	14.25	11.38	12.78
2016	9.83	9.83	9.45	6.18	12.30	8.08
2017	11.02	12.11	10.43	10.37	13.95	13.41
2018	12.40	12.52	11.34	8.72	15.48	10.97
2019	14.06	13.39	12.52	10.41	16.50	6.59
2020	15.57	10.74	13.37	6.79	16.93	2.61
平均增长率		17.50		14.03		13.55

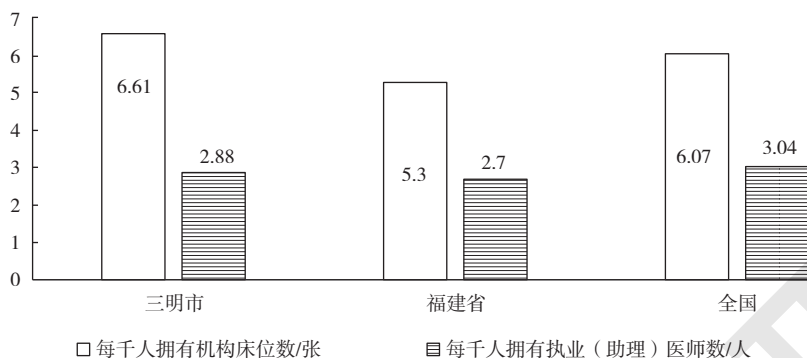


图5 2021年三明、福建、全国每千人拥有床位数及医师数

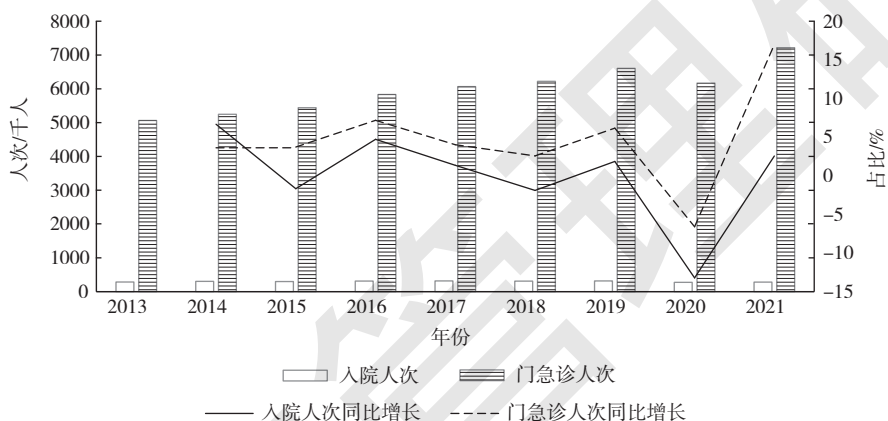


图6 2013—2021年三明市县级及以上医院入院人次与门急诊人次

表3 2011—2021年三明市县级及以上和全国公立医院医疗费用增幅比较

年份	三明市				全国			
	次均门诊费		次均住院费用		次均门诊费		次均住院费用	
	金额/元	环比增长/%	金额/元	环比增长/%	金额/元	环比增长/%	金额/元	环比增长/%
2011	123.77		4 937.28		180.20		6 909.90	
2012	118.64	-4.14	4 912.97	-0.49	193.40	7.33	7 858.90	13.73
2013	128.07	7.95	4 692.32	-4.49	207.90	7.50	7 325.10	-6.79
2014	139.71	9.09	4 867.63	3.74	221.60	6.59	8 290.50	13.18
2015	147.94	5.89	5 147.30	5.75	235.20	6.14	8 833.00	6.54
2016	158.54	7.17	5 287.11	2.72	246.50	4.80	9 229.70	4.49
2017	165.57	4.43	5 398.66	2.11	257.10	4.30	9 563.20	3.61
2018	184.67	11.54	5 967.40	10.53	272.20	5.87	9 976.40	4.32
2019	191.87	3.90	6 363.48	6.64	287.60	5.66	10 484.30	5.09
2020	195.70	2.00	6 936.54	9.01	320.20	11.34	11 364.30	8.39
2021	187.30	-4.29	7 183.37	3.56	320.90	0.22	11 674.70	2.73
平均增长率		4.35		3.91		5.97		5.53

以医院为载体、医务人员为主体的医疗,连接着医疗保险的使用及药品生产与销售,左右着医疗保险支出以及药品的选用,在“三医联动”改革中处于统领地位^[41]。三明医改通过医疗服务串联起医药与医保之外的医疗卫生相关的利益主体,借助社会化管理、法律法规完善以及数字化技术等手段,使之围绕健康服务进行资源共享与协同行动,最终实现医疗体制优化、经办效率提高、医药与医疗服务市场走向规范。至此,医疗、医保和医药建立起以健康服务为核心,充分吸纳关涉医药、医保和医疗的主体、资源等要素的网络,以外部要素的互融推动健康治理功能系统提升。

五、结论与讨论

(一) 研究结论

本文围绕“三医”联动如何实现健康治理这一核心问题展开,针对三明市医疗卫生体制改革实践,通过纵向案例分析方法,系统探索了医疗卫生体制改革推动医疗、医药、医保走向联动的形成过程,分析了“三医”联动产生健康治理效能的内在逻辑(如图7)。本文主要有以下几点发现:

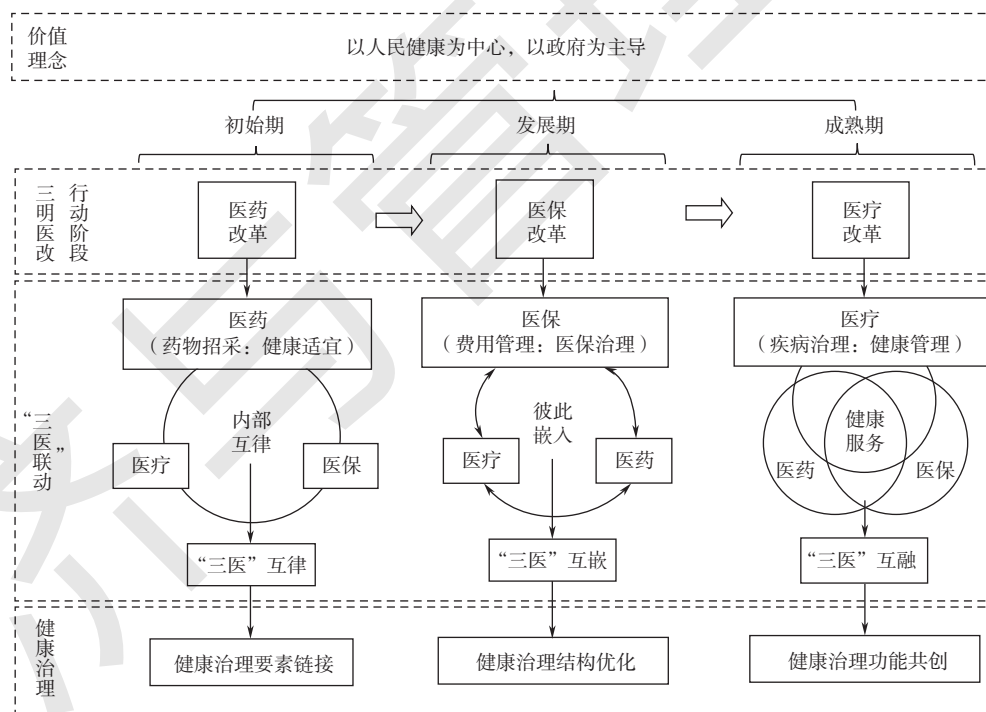


图7 系统视角下从“三医”联动到健康治理的实现机制

1. 坚持以人民健康为中心的价值导向,树立政府元治理主体权威

理念是行动的先导,健康治理的复杂结构与复杂利益关系虽然决定了医改目标的多元性,但归根到底是以保护人民健康为出发点和落脚点。三明医改始终坚持“以人为本,以人民健康为中心”的价值导向,将“大健康”理念融入改革各项决策中,促进医保、医疗、医药协同发展与健康治理效能提升。医改涉及不同利益主体、不同利益诉求,如何在复杂深刻的利益关系中找出改革最大公约数和最佳平衡点,这是“三医”联动改革必须解决的

首要问题。在改革启动之初,三明市就明确政府作为元治理主体的核心作用,将党委、政府确定为领导和推进医改的第一责任人,把医改放在党委、政府工作的重要位置,将其纳入全面深化改革体系。同时,整合政府部门与医疗卫生事业相关的职能,成立深化医改领导小组,明确政府办医责任与监管责任。

由此可见,“三医”联动走向健康治理,关键是要坚持以政府为主导,树立政府元治理主体权威。一方面,健康事业蕴含公共性、普惠性,医疗卫生服务具有准公共物品的属性,而政府作为公共利益的代表人,需要承担起保护人民健康的责任,强化其在公立医院建设、公共卫生服务、突发公共卫生事件应急处置系统建设等方面的投入责任,始终坚持医改公益性方向,把人民健康放在首位。另一方面,在强化跨部门合作治理基础上,要厘清、细化各职能部门的权力与责任边界,确保政策联动、部门协同,两者同向发力。

2. 坚持以健康治理为导向的目标转型,推动“三医”实现统合型联动

医保、医疗和医药关乎健康福祉,成为新时代健康治理的重要领域。在以健康治理为目标指引下,医药、医保、医疗在改革过程中走向统合型联动,不断生成健康治理效能。

从药物招采走向健康适宜的药品体制改革,实现“三医”内部互律与要素整合。医药流通领域由于药品监管机制和价格谈判机制的不完善、不透明,在巨额存量利益面前极易衍生腐败问题。三明市不断完善全国性跨区域联采机制,推动三明采购联盟扩容扩围,通过“两票制”“招采合一”和联合限价采购等方式,提高药品市场以及价格谈判机制的透明度,实现“降药价、提效率、惠民生”。实现药品质量优化与成本降低是撬动“三医”联动齿轮啮合的起点,在此基础上还需要通过加强资金与人才投入,结合发挥中西医特色与优势,促进健康适宜的药品研发创新。最终,随着药品质量优化与成本降低,疾病有药可治、患者有药可用的大医药的联动成型,医疗和医保也回归于患者的健康需求,“三医”内部的互律关系逐渐催生出要素整合型联动。

从费用管理走向医保治理的医保体制改革,实现了“三医”之间互嵌与结构优化。医保作为“三医”联动的纽带、杠杆与调控阀^[36],通过谈判机制、支付机制、激励约束机制等为“三医”联动贡献结构性动力来源。三明市通过实施“三保合一”、“招采合一”、医保“双打包”支付机制、普通门诊统筹等举措,吸纳更多优质医疗机构进入医保支付体系,优化了医保基金的支付方式,使病后报销和病前预防趋于平衡,此外,还推动了医保药品目录优化更新,并借助医保基金结余部分打包支付给医院的制度设计激励约束医院医生的医疗服务行为,在客观上形成了以待遇倒逼和支付激励的行为治理效应。从“三医”联动走向健康治理需要以医保治理为杠杆纽带,通过制度设计、标准制定,推动“医保-医疗-医药”的互动关系,为发挥健康保障功效的目标而不断优化健康资源的配置效率。最终,随着医保控费与健康风险分散功能的发挥,“三医”之间相互嵌入的结构优化型联动逐渐成形。

从疾病治疗走向健康管理的卫生体制改革,实现了“三医”之外互融与功能共创。健康治理目标的实现需要“三医”要素与结构的互律互嵌,但最为根本的是动能向势能的转化,即健康服务效能的提升。三明市结合地区经济发展水平以及医务人员专业技能、岗位差异、服务内容、实际工作量、患者满意度等不断完善医院薪酬制度^[41],调动医务人员积极性,提高服务质量。以此为基础,通过强化分级诊疗和双向转诊机制推动紧密型医联体建设,引导医疗资源下沉,构建区域一体化的健康管护网络。最终,医疗服务聚焦城乡居民的健康管理,围绕人群健康绩效提高,“三医”之外的医疗卫生相关主体通过社会化管理、法律法规等途径开展资源共享与协同治理,“三医”之外各类要素协同互融,健康治理的功能共创型联动由此形成。

3. 坚持法治、数治、群治协同的行动策略,促进健康事业高质量发展

健康治理绝不是一个单兵突进的过程,需要“三医”系统联动与法治、数治、群治等子系统全方位协同融合,促进健康事业高质量发展。首先,三明市依据医疗卫生治理领域法律法规,通过政策联动,加强卫健、医保、药监、市场监管、公安、审计等部门联动,规范医药与医疗服务市场,严厉打击欺诈骗取医保基金、过度治疗、药品价格垄断、制售假劣药品等违法犯罪行为。其次,三明市高度重视卫生信息化建设,打造集“健康档案”“健康服务”“健康资讯”三位一体的数字化健康医疗卫生服务体系,提升健康医疗服务效率和质量。再次,汇聚社会协同力量,鼓励社会资本兴办医疗机构、健康服务产业,从而丰富医疗服务方式,加强与医学院校、医院以及专门培训机构合作,强化医疗卫生人才的培养,助力医疗卫生服务能力与水平的提升,实现高校、科研院所与医改治理的协同发展。最终,通过医疗卫生相关系统的协同融合,“三医”联动超越内部要素结构的互律互嵌机制,形成健康治理网络,进而实现全民健康水平提升的治理目标。

(二) 理论贡献

第一,本文通过构建基于“要素-结构-功能”的健康治理框架,揭示了健康治理体系构建的过程逻辑。首先,已有研究为实现“三医”联动、构建健康治理体系,以及满足公众的差异化需求,提供了协同治理逻辑、“基本-补充”逻辑、“共识-互动”逻辑、系统工程逻辑等多种实践模式^[42-45],却鲜有考察医疗卫生体系改革期间内健康治理的体系构建过程。为此,本文以系统论视角解构医疗卫生改革在医药、医保和医疗三个维度的行动,明确了健康治理体系构建的阶段性路径,强调健康需求与供给的动态耦合,这对健康治理具有一定意义。其次,健康治理的推进必然依据具体治理场景,具备内生性与扩散性。因此,健康治理在系统设计、运行机制和实现路径方面需要比其他类型治理系统更接近实践的经验知识。区别于已有研究强调特定制度、组织、个体等因素决定医疗卫生改革或健康治理的关键要素^[45-46],本文通过治理系统设计,同时串联起医疗卫生改革的现实实践与医疗、医药、医保的联动路径,强化了健康治理理论在医疗卫生体制改革这一宏观语境中的应用。

第二,本文基于“三医”联动产生健康治理成效提炼出互律、互嵌和互融机制,这既是对“三医”联动逻辑的一种补充,也是对基层开展医疗卫生改革实践经验的探索。传统政策逻辑下医疗卫生改革是以内部动力为主,将“三医”联动置于中央与地方行政权力划分的多层级治理框架中,总结基层政府实现创新实践的成功经验,而本文所提炼的互律、互嵌和互融逻辑则强调动态的演进和次序,将健康治理同架构于医疗卫生体系改革之中^[47]，“三医”联动不再是析出自现实案例的具体举措,而是成为链接整个健康治理系统的核心基底。

(三) 实践启示

本文为实现从“三医”联动走向健康治理提供三方面实践启示:(1)理念重塑。医疗卫生体制改革要始终坚持以人民健康为中心的价值理念,将医疗、医药、医保作为公共物品向人民群众提供,同时明确政府及各方利益主体的权责利等关系,树立政府元治理权威,确保健康治理行动策略得以坚定不移地切实履行。(2)行动策略。“三医”联动走向健康治理需要“三医”互律、互嵌,“三医”之外各类要素协同互融,三明医改以医药为契机,以医保为基础,以医疗为统领的行动策略在可操作性与适应性方面具有较强扩散价值,其他医疗卫生体制改革同样可以在治理矛盾与冲突中找到合适的切入点,既要“重症下猛药”,更要绵绵用力、久久为功,探索前进。(3)路径参考。三明医改健康治理的历程以健康治理要素互律整合为开端,进而促进健康治理结构互嵌优化,再到健康治理功能互融共创,其呈现出的健康治理“要素链接—结构优化—功能共

创”演进路径也为其他医疗卫生体制改革提供了参考,为推进健康中国建设提供了实践支撑。

(四) 研究局限与未来展望

尽管本文对医疗卫生体制改革语境中“三医”如何实现联动以及如何从“三医”联动实现健康治理的机制进行了有益的探讨,但仍有一些不足之处有待未来的研究继续完善。比如,本文在讨论医疗卫生体制改革如何实现“三医”联动时,将医药改革实现健康资源整合、医保改革实现健康服务增效、医疗改革实现健康网络构建看作是自然的因果关系,且更为聚焦于如何从“三医”联动向健康治理系统转变,事实上,地方改革实践过程中医药、医保和医疗改革并非一蹴而就,治理情境中一些个体特质、当地习惯、特有主体等都对健康治理的存在推动作用,但为了保证研究主线的核心聚焦、清晰,本文并没有将所有细节吸纳其中,未来研究可以继续细化不同治理情境组态下“三医”实现联动的机制种类和路径,以及健康治理的实现机制。

参考文献:

- [1]王忠海,毛宗福,李滔,等.药品集中采购政策改革试点效果评析——以福建省三明市为例[J].中国卫生政策研究,2015,8(1):21-26.
- [2]钟正东,杨孝灯,吴德武,等.三明市医共体支付方式改革的协同治理模式及效果分析——以尤溪县总医院为例[J].中国卫生政策研究,2022,15(3):1-8.
- [3]张元明.三明市医改与DRG收付费改革的经验总结[J].中国卫生经济,2022,41(1):16-19.
- [4]ZHONG Z D, YAO Q, CHEN S Q, et al. China promotes Sanming's model: a national template for integrated medicare payment methods[J]. International Journal of Integrated Care, 2023, 23(1): 15.
- [5]殷潇,毛宗福,张欲晓,等.三明市公立医院补偿机制改革研究及其启示[J].中国医院管理,2018,38(2):4-6.
- [6]戴悦,郑振佳,孙虹.公立医院“院长年薪制”的理论探讨:以福建三明医改为例[J].中国卫生经济,2015,34(11):15-18.
- [7]邱晶青,杨心玫,杨燕绥.三明市公立医院医生薪酬影响因素研究[J].卫生经济研究,2019,36(7):20-23.
- [8]FU H Q, LI L, LI M Q, et al. An evaluation of systemic reforms of public hospitals: the Sanming model in China[J]. Health Policy and Planning, 2017, 32(8): 1135-1145.
- [9]姚业楠,毛宗福,魏伟,等.三明市公立医院综合改革运行再评价[J].中国卫生经济,2016,35(2):19-22.
- [10]万谊娜.基于齿轮机理的医保、医疗与医药改革联动机制[J].改革,2009(9):126-132.
- [11]翟绍果.“三医”联动的逻辑、机制与路径[J].探索,2017(5):78-83.
- [12]王震.“三医”联动的治理结构特征与实践模式[J].探索,2017(5):72-77.
- [13]HE A J, FAN Y M, SU R. Seeking policy solutions in a complex system: experimentalist governance in China's healthcare reform[J]. Policy Sciences, 2022, 55(4): 755-776.
- [14]岳经纶,王春晓.三明医改经验何以得到全国性推广?基于政策创新扩散的研究[J].广东社会科学,2017(5):186-197.
- [15]LI Y M, SONG Y P. State-led pilot innovation upscaling? A tale of the Sanming healthcare reform in China[J]. Local Government Studies, 2023, 49(2): 375-396.
- [16]王春晓.“三明医改”评估:卫生治理框架的分析[J].甘肃行政学院学报,2018(1):33-46.
- [17]杨帆.元治理理论视角下的三明医改经验[J].中国卫生政策研究,2021,14(6):1-6.
- [18]邓晓欣,姚中进.三明医改经验推广的阻滞因素与整体性治理路径研究[J].中国医院管理,2022,42(4):1-4.
- [19]Commission On Global Governance. Our global neighborhood: the report of the commission on global governance[R]. Oxford: Oxford University Press, 1995.

- [20] Ostrom E. *Governing the commons: the evolution of institutions for collective action* [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- [21] 俞可平. 推进国家治理体系和治理能力现代化[J]. 前线, 2014(1): 5-8.
- [22] 白锐, 郑一凡. “治理态”: 理解互联网时代国家治理的内涵与趋势[J]. 中国行政管理, 2018(5): 40-45.
- [23] World Health Organization. *Good governance for health* [Z]. WHO Equity Initiative Paper No. 4, 1998.
- [24] 张震. 新中国人口健康转变: 卫生治理与健康策略协同演进的成就[J]. 中国人口科学, 2022(5): 32-47.
- [25] 顾昕. 新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同[J]. 武汉科技大学学报(社会科学版), 2018, 20(6): 589-600.
- [26] 杨立华, 黄河. 健康治理: 健康社会与健康中国建设的新范式[J]. 公共行政评论, 2018, 11(6): 9-29.
- [27] World Health Organization. *The world health report 2020—health systems: improving performance* [R]. Geneva: WHO, 2000.
- [28] PYONE T, SMITH H, VAN DEN BROEK N. Frameworks to assess health systems governance: a systematic review [J]. *Health Policy and Planning*, 2017, 32(5): 710-722.
- [29] BRINKERHOFF D W, BOSSERT T J. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening [J]. *Health Policy and Planning*, 2014, 29(6): 685-693.
- [30] BERLAN D, SHIFFMAN J. Holding health providers in developing countries accountable to consumers: a synthesis of relevant scholarship [J]. *Health Policy and Planning*, 2012, 27(4): 271-280.
- [31] BAEZ-CAMARGO C, JACOBS E. A framework to assess governance of health systems in low income countries [Z]. Basel Institute on Governance Working Paper No. 11, 2011.
- [32] 胡登峰, 黄紫微, 冯楠, 等. 关键核心技术突破与国产替代路径及机制——科大讯飞智能语音技术纵向案例研究[J]. 管理世界, 2022, 38(5): 188-209.
- [33] 詹积富. 坚持政府主导 三医联动改革——三明医改实践分析 [EB/OL]. (2020-04-17) [2023-10-29]. <http://www.sm.gov.cn/zw/ztlz/shyywstzgg/wjxz/202004/P020200417372563354707.pdf>.
- [34] 詹积富, 刘春. 三明医改探索 10 年历程 [M] // 荆林波, 方伟岗, 赵俊, 等. 中国县域医共体发展报告(2022). 北京: 社会科学文献出版社, 2022: 83-107.
- [35] 田孟. 存量医改与增量医改: 中国“新医改”的实践逻辑——基于三明市和厦门市的医改调查 [J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2021, 43(5): 75-84.
- [36] 仇雨临. 医保与“三医”联动: 纽带、杠杆和调控阀 [J]. 探索, 2017(5): 65-71.
- [37] 陈志杰. 三明市“三医联动”改革的路径、效果和评析 [D]. 厦门: 厦门大学, 2017.
- [38] 廖冬平. 医共体下医保打包支付与 C-DRG 的实践探索 [J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 49-52.
- [39] 何蓓蓓, 高晶磊, 刘春平, 等. 医保支付方式改革对县域医共体建设效果的影响分析 [J]. 医学与社会, 2021, 34(8): 108-111.
- [40] 王海英, 刘梦, 李其, 等. 三明市公立医院院长年薪制改革经验总结 [J]. 中国卫生经济, 2019, 38(4): 32-34.
- [41] 高和荣. 以医疗为中心的“三医”联动改革: 路径与策略 [J]. 南京社会科学, 2018(7): 65-71.
- [42] 李俊, 吴永江. 系统论视域下新时代健康中国治理: 逻辑结构与伦理向度 [J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版), 2022, 43(5): 181-188.
- [43] 刘莉. 健康中国视域下乡村健康治理: 逻辑基点、现实制约与现代化路径 [J]. 农村经济, 2022(11): 59-67.
- [44] 李志, 唐波. 数字健康治理的国际经验与启示 [J]. 改革, 2020(12): 145-154.
- [45] 张元园, 黄六招. 集体共识与上下互动: 理解复杂问题情境下地方政策创新成功的重要面向——以三明市药品流通“两票制”改革为例 [J]. 甘肃行政学院学报, 2022(3): 13-25.
- [46] 于良春, 刘慧敏. 医院竞争能够降低医疗服务价格吗? ——基于医疗市场主体的博弈分析 [J]. 经济与管理研究, 2022, 43(5): 95-109.
- [47] 庄琦. 始终把人民健康放在优先发展的战略地位——党的十八大以来健康中国行动的成就与经验 [J]. 管理世界, 2022, 38(7): 24-37.

Role of the Joint Reform of Medical Insurance, Medical Services and Pharmaceuticals in Facilitating Health Governance

—A Case Study of Sanming City

ZHUANG Qi¹, ZHAI Shaoguo², HUANG Chunliu¹, XU Tianshu²

(1. University of Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100102;

2. Northwest University, Xi'an 710060)

Abstract: Reviewing the history of China's new healthcare reform, Sanming City in Fujian Province is the most typical example of the joint reform of medical insurance, medical services and pharmaceuticals (the joint reform for short). Based on the theoretical framework of element-structure-function, this paper analyzes the action strategy and governance process of the joint reform in Sanming City, revealing the mechanism through which the joint reform facilitates health governance. First, the integration and linkage of health governance elements foster mutual regulation within the systems of medical insurance, medical services and pharmaceuticals by taking the pharmaceutical reform as an opportunity. Second, optimizing and enhancing the efficiency of the health governance structure serves as a control valve for the medical insurance reform to promote mutual integration of medical insurance, medical services and pharmaceuticals. Third, fostering synergy and co-creation in the health governance functions focuses on medical service reform to promote internal and external integration of medical insurance, medical services and pharmaceuticals.

The findings are as follows. First, the reform of medical and healthcare systems needs to establish the authority of the government as the main body of governance with the value orientation of centering on people's health, uphold the direction of public welfare in the reform, and place utmost importance on safeguarding people's health. In addition, by strengthening cross-sectoral cooperation in governance, it is necessary to clarify and refine the boundaries of the powers and responsibilities of the health commission, the healthcare security administration, the medical products administration, the development and reform commission and other departments, to ensure policy linkage, sectoral collaboration, and joint action. Second, the goal transformation, guided by health governance, facilitates the joint action of medical insurance, medical services, and pharmaceuticals. Moreover, achieving the goals of health governance necessitates the mutual regulation and integration of the elements and structures of medical insurance, medical services, and pharmaceuticals. Thus, the efficiency of health services should be improved. Third, it is essential to promote the high-quality development of public health through a coordinated strategy encompassing the rule of law, digital governance, and public participation. On this basis, the government should effectively assume and fulfill its responsibility for protecting public health, handle the dynamic evolution and sequencing of the joint reform, promote social mobilization for health governance, and build a cooperative network for health governance.

Keywords: medical and healthcare system; new healthcare reform; Sanming medical reform; joint reform of medical insurance, medical services and pharmaceuticals; health governance; centering on people's health

责任编辑:魏小奋