

《中国医改发展报告（2009—2014）》发布——

医疗重点领域改革成效显著

本报记者 吴佳佳

聚焦

新一轮医改自2009年启动以来,总体成效初步显现,我国医疗保障体系得到很大发展。但与满足人民群众的健康需求相比仍有不小差距。近日发布的《中国医改发展报告(2009—2014)》认为,相关部门还应继续深化几个重点领域的改革,包括健全筹资机制,巩固和完善基本医疗保障制度,加快公立医院综合改革,完善并建立分级诊疗制度等



近日,中国医学科学院发布《中国医改发展报告(2009—2014)》。报告认为,新一轮医改启动以来,总体成效初步显现,居民健康状况指标持续改善,城乡居民健康差距不断缩小,群众看病难、看病贵现象有所缓解。

城乡居民健康差距不断缩小

《报告》指出,国际社会对中国医改的进展和阶段性成果给予了积极评价,总体认为中国医改在整体上把居民的需要作为优先重点,强调政府保障人民福利的责任,引领中国卫生体系朝着正确的方向前进。

统计数据显示,自2009年以来,城乡居民健康差距不断缩小,城市孕产妇死亡率2009年比农村低7.4/10万,到2013年差距缩小到1.2/10万;城市婴儿死亡率2009年比农村低10.8‰,到2013年差距缩小到6.1‰;城市5岁以下儿童死亡率2009年比农村低13.5‰,到2013年差距缩小到8.5‰。

政府不断加大投入,卫生总费用的结构发生了较大改变。卫生总费用中个人卫生支出比重呈下降趋势,政府预算和社会卫生支出的比重不断上升。个人卫生支出所占比重从2008年的40.4%下降到2013年的33.9%,政府预算和社会卫生支出所占比重从2008年的24.7%、34.9%分别提高到30.1%和36.0%。参合农民住院费用自付医药费用比例从2009年的73.4%下降到2013年的43.4%。

城乡居民抵御疾病风险的能力有所增强。2013年,城镇职工医保住院患者实际报销比达到73.2%,新农合住院费用实际报销比达到56.6%,城镇(城乡)居民医保住院患者实际报销比达到56.7%。

基层医疗卫生服务体系建设显著加强,卫生服务可及性得到明显改善,达到规定建设标准的县级医院、乡镇卫生院和村卫生室比例大幅度提升。与2008年相比,未就医的比例由37.6%下降为15.5%,年住院率由6.8%提高到9.0%,年应住院而未住院比例也有所下降。

城乡居民对医疗卫生服务具有较好

的满意度,医患关系有了明显好转。第五次国家卫生服务调查显示,门诊和住院患者的总体满意度分别为76.5和67.2。2014年发生在医院的侵犯公民人身等案件与上年同比下降10.6%,医疗纠纷较上年同期下降18%,医疗纠纷人民调解成功率在85%以上,已经成为医疗纠纷处理的重要渠道。

重点领域改革取得明显进展

《报告》认为,新一轮医改启动以来,重点领域改革取得明显进展。基本医疗保障体系基本建立,为实现全民医保奠定重要基础。

统计显示,我国初步形成了覆盖全体居民的多层次的医疗保障体系。经过5年的努力,我国基本医疗保险制度覆盖人数逐年增加,从2008年的11.3亿人增加至2013年的13亿人以上,已基本实现医疗保障制度的全民覆盖,政府主导与市场机制相结合的多层次医疗保障体系初步形成。

国家建立基本药物制度,是本次医改“保基本、强基层、建机制”的原则在药物政策领域的具体体现。我国政府以基本药物制度为核心,构建了药品集中采购的新机制,进一步推动药品生产流通领域的改革,以期不断完善药品供应保障体系。建立了政府制定基本药物招标采购办法、地方政府主导基本药物采购和配送的药品集中采购制度框架,促进我国药品生产流通、使用、管理等方面的变革。

此轮医改首次提出“基本公共卫生

服务逐步均等化”的目标,将实施国家基本公共卫生服务项目作为改善卫生公平的重要途径和策略。基本公共卫生服务项目经费来源主要由政府预算安排,基本形成了从中央到地方的政府预算筹资、分级承担、经费预拨、考核结算的经费保障机制。国家对基本公共卫生服务的财政投入从2009年的全国人均15元提高到2014年的35元,服务项目从9大类增加到11大类,推动了卫生发展模式从重大疾病治疗向全面健康管理转变。

我国公立医院试点改革成效,给人民群众带来了初步实惠。对2012年年底启动改革的343个试点县的分析可以看出,县级医院次均诊疗费用和人均住院费用增长率都得到了有效控制,2013年增长率分别为3.2%和6.3%,均低于全国平均水平。城市公立医院也呈现相同趋势,城市三级公立医院次均诊疗费用和人均住院费用分别从2010年的9.1%和12.7%下降到2013年的5.3%和3.9%。此外,群众看病费用自付比下降。医院总收入中,来自于医保基金和财政补助的收入占比不断提高,患者自付比从2009年的61.9%下降到2013年的52%。

健康服务业得到空前重视

《报告》指出,2013年9月,国务院制定《关于促进健康服务业发展的若干意见》,明确提出健康服务业的概念,一时间一些社会资本表现出很高的积极性,相关部门多种形式推动其发展。

目前,社会办医的资源量和服务量明显增加,服务能力不断提升。2013年非公立医疗卫生机构数达到43.9万所,其中非公立医院11313家,2009到2013年年均增长16%,非公立医疗机构床位总数75.5万张,占总床位数的比例从2009年的8.5%提高到2013年的12.2%,非公立医院诊疗人次达到2.9亿,占医院诊疗人次数的比例从2009年的8%提高到2013年的10.5%。

国家将发展养老服务业作为发展健康服务业的关键领域和重点环节,提出建设社会养老服务体系,建立以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的养老服务体系。2013年出台《国务院关于加强发展养老服务业的若干意见》明确提出要推动医养结合发展,探索医疗机构与养老机构合作新模式。目前,部分地区已经开始试点“医养结合”养老模式。

国家同时将商业健康保险作为发展健康服务业的重要内容。2014年11月,《关于加快发展商业健康保险的若干意见》提出要丰富商业健康保险产品,推动完善医疗保障服务体系,提升管理和服务水平。相关部门出台相应措施扶持商业保险,依照企业经营状况采取减免营业税或个人所得税的方式支持单位集体或个人共同出资购买商业健康保险产品,允许个人使用社会保险个人账户基金购买商业健康保险产品。2014年我国商业健康保险保费的总额达到1587.18亿元。

建立基层首诊和分级诊疗制度

《报告》指出,随着经济社会发展和健康保障水平提高,全生命周期的健康服务需求日益增长,居民医疗卫生服务的需求日益多元化,对于高端多样化医疗服务的需求快速增加,目前我国医疗卫生服务体系的结构仍不合理,质量与人民群众的需求仍有差距,医疗费用负担仍然较重,深化医改面临新挑战。

《报告》建议,以医保制度改革为突破点,建立基层首诊和分级诊疗制度,为有序就医的形成提供制度基础。在现有的人力资源不足和签约服务需求之间存在矛盾的情况下,加强区域协同,以慢性病和重点人群为切入点,以医保支付为杠杆,以信息技术为支撑,立足防治结合,逐步开展签约服务,建立全科医生与居民的稳定服务关系,提高服务的连续性、协同性,改善服务质量。

明确基本卫生服务筹资来源、额度、支付方式及增长机制,从法律层面保障基本卫生服务投入的稳定性,消除投入的随意性和不确定性。明确基层医疗卫生机构的功能定位和医务人员的专业价值,采用合理的测算标准和科学的测算方法,合理确定基本医疗服务、基本公共卫生服务的成本和价格。

打破现有的“定编、定岗、定人”制度,科学设定人员编制数量,创新编制管理方式,可采取虚拟编制,实行政府购买岗位的办法,落实基层单位用人自主权,由机构负责人根据实际需求自主聘用所需人员,建立基层人才流动机制。完善绩效工资制度,允许将一定比例的机构业务收入用于绩效分配,建立收入增长机制,调动积极性。完善绩效考核制度,建立以质量和健康改善为导向的绩效考核办法,促进医务人员服务行为从根本上发生改变。

制,将医务人员的工资提升至当地社会平均工资的3—5倍。数据显示,2011年全市公立医院职工人均收入为3.23万元,2014年为7.72万元,年均增长46.3%,有效稳定了医务人员队伍。

今年3月,三明市出台文件,按现代医院管理制度要求,淡化二级以上公立医院院长行政级别,实行医院院长聘任制,在合理核定公立医院人员规模的基础上,由医院自主公开招聘人员。此外,三明市还对分配制度改革进行了深化,在严格执行工资总额政策的情况下,医生、护理和行政后勤管理团队的分配分别占50%、40%、10%,激发了基层一线医疗人员的积极性。

“从管住药品,到管住医院,三明市医改初步实现百姓看病费用降低、医院收入含金量提升、医保基金扭亏为盈的三赢局面。近年来,医保基金从2010年亏损1.44亿元到2014年结余8637.48万元,这就是实实在在的成效。”三明市医保中心主任徐志尧说。

今年3月,三明市出台《关于进一步深化医药卫生体制改革工作的意见》,巩固医改成果的同时持续推动医改深化。

福建三明市积极推进公立医院改革——

建设靠政府 运行靠服务

本报记者 吴佳佳 石伟

利益链条,遏制药价虚高,才能切实减轻百姓负担。2013年以来,三明市在22家公立医院先后实施药品零差率销售和药品限价采购,同时确定30个病种实行单病种付费改革。医改小组还专门筛选129个辅助性、营养性、高回扣药品,对其使用情况重点监控。

在药品流通上,采取“两票制”:药品生产企业到药品配送企业开具一次发票,药品配送企业到医疗机构开具一次发票。市食药监部门通过两张发票和企业挂网的出厂价监控药品流向、加价情况。例如,药品限价采购前,上海第一生化药业生产的10支装奥美拉唑钠采购价为256元一盒,限价后采购价仅为7.8元。实行限价采购后,三明市药品采购费总体降幅达10%。

虚高的药价水分挤掉后,老百姓的看病成本降下来了,但医院总收入并没

下滑,公共财政负担也未加重,这得益于医院医性收入的提升和收入结构的优化:2011年,全市22家公立医院医药总收入16.9亿元,药品耗材收入10.15亿元,占比为60.06%;2014年,公立医院总收入22.28亿元,药品耗材收入占比下降至36.94%。国务院医改专家咨询委员会委员、北京大学教授李玲认为,医改最关键的就是要破除公立医院长期以来创收的机制,三明在这方面的探索实践效果显著。

针对公立医院公益性,三明市建立了“建设靠政府、运行靠服务”的公立医院运行发展新机制。医改后,政府对公立医院的投入有较大幅度增长:2014年22家公立医院财政专项拨款为2.6亿元,比2011年增长89.21%。

2013年1月,三明市在全国首创医院院长、医生(技师、临床药师)年薪

案例

打破现行公立医院编制管理限制,由医院自主公开招聘人员;理顺医疗服务价格,药品、耗材的直接费用比重降低到30%以下;鼓励各级医疗卫生机构与养老机构、社区和家庭签订健康服务协议……福建三明市出台系列举措推进公立医院改革,全市22家公立医院主要经济运行指标持续优化势头,医患双方都受益显著。

“公立医院改革的目的是切实减轻百姓看病的负担。”三明市医改领导小组组长詹积富说。

取消药品加成,是三明市公立医院改革给予百姓的最大红利。高价药一直是医改的难点,只有切断医院与药品的

近日,苏宁云商和国务院扶贫办在北京签署全国农村电商扶贫战略合作框架协议。这是国务院扶贫办首次与企业签约扶贫,该协议将惠及全国约104个贫困县。

目前我国有7000多万贫困人口。按照2020年全面建成小康社会的目标,中央要求,确保在既定时间节点打赢扶贫开发攻坚战,这就需要扶贫开发工作进一步加大力度、创新体制机制。在“互联网+”大潮下,积极应用互联网创新成果,开展电商扶贫。

国务院扶贫办副主任洪天云表示,“从今年起,扶贫办确定了12项精准扶贫工程,电商扶贫就是其中之一”。据介绍,电商扶贫工程通过采取部门合作、基层试点、搭建平台、社会动员等多种措施,旨在整合各方资源和力量,切实增强贫困群众利用电商创业、就业能力,推动贫困地区特色产品的销售,实现增收致富。

按照苏宁和国务院扶贫办达成的协议,双方携手在中西部地区实施首批“电商扶贫双百示范行动”。未来3年,苏宁将在适合发展农村电商的贫困县建设104家店,包含苏宁易购直营店、服务站,并相应在苏宁易购上线104家“地方特色馆”,促进农副产品、民族手工艺品、旅游产品等上网、进城。还将利用线下1600家门店的优势,让电商扶贫O2O体验展示专区在城市核心商圈落地,集中展示扶贫地区优质特色农副产品与旅游等资源。此外,国务院扶贫办还将联合苏宁计划打造“10·17扶贫购物节”,呼吁全社会共同参与扶贫公益事业,并拉动贫困地区特色产品销售。

目前,电商扶贫的热度很高,但是切实落地并不容易。有关专家表示,把宽带接进去,网店开到了贫困村,并不意味着万事大吉。实际上,做好电商扶贫,还很多的难题需要解决。比如,贫困地区开展电商,亟待掌握相关的游戏规则,人才短板也很突出。同时,贫困地区的农产品规模小、非标准产品多、鲜货突出,在物流、运输以及价格等方面存在瓶颈问题,这就需要把农民有效组织起来,提高标准化程度,基础设施建设等跟上,才能跟市场有效对接。

据了解,苏宁扶贫思路正由“输血扶贫”转为“造血扶贫”,重点是贫困地区培养农村电商人才。按照计划,苏宁将协助贫困县政府加强电子商务实用性培训,预计3年累计培训1万人次以上。

为帮助贫困地区的产品、产业有效对接市场,苏宁将进行多种方式的探索。比如,针对生鲜产品多、价格低的现实情况,苏宁众筹将帮助贫困地区打造农产品众筹活动,为当地提前打开农产品销售渠道,通过预售形式解决产品销售问题;苏宁物流将帮助当地降低运输成本,提高当地农民收益比例;苏宁金融将提供更加精准的供应链融资及小额贷款等金融服务,帮助培育当地农产品电商发展力量。

片场

大学生村医获百姓认可

近年来,河北省三河市深化医药卫生体制改革,不断改善基层医疗卫生人才队伍结构,提高农村医疗卫生水平。共建设高标准村卫生室298所,每间卫生室都配备了心电图机、中医理疗机、电针仪等医疗设备,总计43种75台件。该市从2011年开始连续5年实行“大学生村医”计划,每年招聘50名大学生村医。大学生村医的专业咨询、定期体检、上门诊断等服务获得百姓的普遍认可。

本报记者 高兴贵 通讯员 兰海波摄影报道



大学生村医李强(左二)为村民测血压。



大学生村医刘涵(左二)为群众讲解糖尿病知识。



大学生村医杨藏在查阅资料。