

编者按

2011 年 2 月 18 日,中宣部、中央直属机关工委、中央国家机关工委、教育部、解放军总政治部、中共北京市委等 6 部门在京举办热点问题形势报告会,卫生部部长陈竺作了题为《深化医药卫生体制改革 逐步缓解群众看病就医问题》的报告。在“十二五”开局和医改三年重点任务攻坚之际,陈竺部长深刻分析了“看病难、看病贵”问题的表现、成因、解决措施及深化医药卫生体制改革实施两年来取得的进展。为便于卫生政策研究者深入了解陈竺部长报告内容,我们对报告进行了整理刊发,未经本人审阅,略有删减,以飨读者。

深化医药卫生体制改革 逐步缓解群众看病就医问题

——根据陈竺部长在热点问题形势报告会上的讲话整理

【摘要】深化医药卫生体制改革启动两年来,各项改革政策有序推进,取得了明显进展和初步成效。但是,群众在看病就医方面还存在许多困难,“看病难、看病贵”依然是社会各界关注的热点问题之一。报告深刻分析了“看病难、看病贵”的表现形式和主要原因。通过两年来的推动,在缓解群众看病就医问题上取得了积极进展。主要表现在通过加快推进基本医疗保障制度建设,群众个人负担有所减轻;国家基本药物制度在基层稳步推进,基层群众就医负担开始减轻;加强基层医疗卫生服务体系建设,群众就医更加方便;通过促进基本公共卫生服务逐步均等化,使人民群众不得病、少得病;加快公立医院改革试点,为全面推进公立医院改革奠定基础。

【关键词】医药卫生体制改革;看病难;看病贵

中图分类号:R197.1 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.04.001

医药卫生事业关系亿万人民健康,关系千家万户幸福,关系经济发展和社会和谐,在相当程度上也关系国家前途和民族未来,是十分重大的民生问题。党和国家历来高度重视医药卫生事业,为推动卫生事业发展、保障人们健康做出长期不懈努力,取得了显著成就。深化医药卫生体制改革启动以来,各项改革政策正在有序推进,取得了明显进展和初步成效。但是,必须清醒地看到,我国仍然是一个发展中的人口大国,卫生事业发展总体水平不高,各种制约事业发展的体制机制障碍尚未从根本上得到解决,许多群众在看病就医方面还存在着困难,“看病难和看病贵”依然是社会各界关注的热点问题之一。

1 “看病难看病贵”的界定及其原因分析

“看病难看病贵”的说法,其实很笼统,不同的人有不同的理解。城镇居民与农村居民、医生和患者、不同收入的群体可能有不同的看法,需要深入分析,交流沟通,从而达成共识。

1.1 什么是看病难? 难在哪里?

“看病难”比较确切的意思是,病人看病就医要

走很远的路,花费大量的时间、耗费很大的心血才能来到比较满意的医院或看上比较认可的医生。用卫生经济学的概念表示,“看病难”就是看病就医的地理可及性较差。从其成因及表现形式看,“看病难”可分为两种。

第一种,是“绝对性”看病难。这是由于医疗资源绝对不足造成的“看病难”,是因“缺医少药”而无法满足基本医疗卫生服务需求的“看病难”。建国以来,我们已经建成了覆盖城乡的医疗卫生服务体系,这种“看病难”目前多发生在我国中西部经济落后、交通不便、地广人稀的偏远农村地区。

第二种,是“相对性”看病难。是指由于优质医疗资源相对于居民需求的不足,造成患者去大医院看专家“难”的问题。突出表现为:许多人看小伤小病也不去基层医疗机构就医,而是纷纷涌到大医院。大医院车水马龙、人满为患,专家号一“号”难求,门诊看病排队挂号、交费和拿药的时间长,但医生问诊和检查时间较短。病人入院、检查、手术排长队,抱怨连连;医生连续工作、经常加班,苦不堪言。结果是患者不满意,医生也不满意。这种情况是目前“看

病难”的主要表现形式和特征。

1.2 什么是看病贵？贵在哪里？

“看病贵”的概念更复杂，涉及到看病就医的价格、费用以及医疗费用对家庭个人的经济影响等方面面的情况。

第一种是“个人主观感受的看病贵”。患者主观认为看病就医所花的钱超过了自己的预期水平，或者认为所花的医疗费与看病的效果相比不太理想，钱花得不是“物有所值”。这种认识和感受常常来源于生活经验。比如，30年前，在县医院做一台阑尾炎手术只需要几十元钱，但是，现在则要花几千元，甚至上万，病人当然抱怨“看病贵”了。

第二种是“家庭无力支付的看病贵”。是看病就医的总花费超过了家庭支付能力而影响了家庭正常生活，造成“因病致贫和因病返贫”问题。这类“看病贵”的实质是疾病的经济负担过重而缺乏有效的社会医疗保障问题，反过来说，如果有很好的医疗保障，看病不用或基本上不用自己掏腰包，病人就不会抱怨看病贵了。比如儿童急性粒细胞性白血病并非不治之症，大多数可以通过化疗治愈，少数可通过骨髓移植治愈。但是化疗的费用高，疗程长，通常要2~3年，花费约10万~20万，如果要做骨髓移植，则总花费高达四五十万元。农村居民每年的人均收入不过万元，肯定无力支付。其实，儿童急性粒细胞性白血病的发病率很低，按全人口口径，一般在每10万个儿童中，每年发生的病例仅有1~2个。如果采用医疗保险的机制，由每个社会成员都拿一点钱形成一个互助共济的基金，帮助那些有患儿的家庭，我们测算过，每个社会成员只需要拿出1~2元钱，就可以帮助这些家庭渡过难关。这种共济抗风险机制，一般是有政府来组织，社会团体也可以做，但是很难做到制度上的全覆盖。国际经验也表明，必须由政府来组织而不是通过商业组织，才能实现全面覆盖。通常有税收和社会筹资两种形式，如城镇职工医疗保险就是社会保险，按职工收入的8%筹资，其中单位交纳6%，个人交纳2%。新农合和城镇居民则是两种方式的整合，以政府出资为主，政府80%，个人20%。

第三种是“社会无法承受的看病贵”。从社会发

展角度看，全社会医疗费用的总水平有一种不断增长且增速居高不下的趋势，但如果不能有效控制，当它超过了整个社会的承受能力时，就会影响经济社会的可持续发展。在这方面其他国家也有一些教训。如撒哈拉以南的非洲国家艾滋病的患病率达20%，成为民族的灾难。这些国家的平均期望寿命曾经一度达60岁，但是受艾滋病的影响，目前的平均期望寿命已经降至不到40岁。再者，艾滋病影响的主要是青壮年人群，导致主要劳动力受损，GDP也因此一落千丈。从全球范围看，2008年，卫生总费用占GDP的比例全世界平均为9.7%，人均卫生总费用为802美元；发达国家卫生总费用占GDP的比例为11.2%，人均卫生总费用为4405美元，美国的人均卫生总费用为7600美元。可见，目前我国卫生总费用占GDP的比例在正常范围内，尚在全社会可承受的范围内。世界卫生组织早在30年前就对发展中国家的医疗卫生支出提出了要求：到2000年卫生总费用占GDP的比重力争达到5%。我国卫生总费用占GDP的比重从1978年的3.02%增加到2009年的5.13%，30年多一点仅增加了不到两个百分点，刚刚接近世界卫生组织确定的目标。

但是，如果疾病预防工作做不好，服务体系不健全，保障制度不完善，导致各种慢性病就会大量出现，家庭和社会因为疾病负担过重而破产，则会影响国民健康素质和经济社会可持续发展，疾病负担将成为我们社会的“不可承受之重”！我们国家是有13亿人口的大国，在减轻疾病社会负担方面，无法照搬其他任何国家的经验，我们一定要努力探索。

综上所述，“看病难、看病贵”是比较复杂的概念，互相交叉、互相影响，需要仔细辨别，才能防止误解和误读。

1.3 “看病难看病贵”的深层次原因

国内外研究发现，影响医疗费用增长的因素很多，有长期因素和短期因素、合理因素和不合理因素、可控因素和不可控因素，需要认真分析。比如，物价指数长期走高的趋势，就给人们医疗费用上升过快的印象。再如，医学技术进步带来的医疗费用增长。现代医学技术的快速进步，新药物、新设备等

诊疗技术的不断出现,挽救了无数人的生命,给无数身患绝症的病人带来了生的希望,给家庭和社会带来了巨大福祉。建国初,人均期望寿命只有 35 岁,2005 年已经达到 73 岁。抗生素、疫苗等生物技术的发展发挥了重大的作用。还有一个因素,就是疾病模式转变。工业化、信息化、城市化、市场化、全球化、人口老龄化进程不断加速,我国居民面临传染性疾病和非传染性疾病带来的双重负担。与全球趋势一样,慢性病已成为影响健康导致费用上涨的主要因素。慢性病通常要长期治疗、终身服药、费用高昂。以高血压为例,15 岁以上人群的患病率在 1959 年只有 5.1%,到 2002 年已经攀升到 18.8%。2009 年北京市调查发现,城市居民的高血压患病率已经高达 29%,糖尿病在 2002 到 2008 年间的患病率翻了两番。一个不容忽视的问题是,政策也是“双刃剑”,在解决老矛盾的同时,也可能带来新矛盾和新问题。比如,建立基本医疗保险制度从整体上看将大大减轻人民群众的疾病负担,特别是增强抗大病风险能力,但不可否认,医疗保险还会刺激参保人多吃药、吃贵药、去大医院、小病大治等问题的出现,使社会医疗总费用增加而不是减少。这也是我们政策制定者必须关注并加以解决的。还有一个值得注意的现象是,患者的医药卫生服务消费具有被动性,容易产生看病难看病贵的抱怨。由于医疗服务是具有高度专业性和技术性的服务,医患之间信息不对称,不像超市、理发店和饭店。患者很难掌握复杂的医疗信息,没有足够的能力来做出自己的消费选择。花了钱,病没有看好,有时甚至人都没了,感受肯定不好。“看病者”很容易抱怨“看病贵”,这是医疗卫生消费的一个特征。

分析医疗费用的长期、合理、不可控的因素,不是我们研究讨论的重点,也不是为了推卸卫生部门责任而进行的辩解,而是抱着坦诚的态度来探讨,让社会各界理解问题的复杂性,也便于我们深入分析深层次的原因。必须承认,我国医疗服务体系、保障体系和药品生产保障体系不完善,长期存在的体制、机制和结构性矛盾,以及我们的工作和管理的不足,才是群众存在看病就医问题的主要原因,主要包括:

第一,医药卫生事业发展滞后,不能有效地满足

群众日益增长的医药卫生需求。经过 30 多年的改革开放,我国经济社会发展进入了一个崭新的阶段,正在全面建设小康社会,随着居民生活水平不断提高,公众对医疗卫生服务需求的质量和数量都会提出更高的要求,对生命和生活质量的追求将越来越突出。要求医疗卫生服务更便捷、更安全、更有质量、服务条件更舒适。对医疗保健需求更高、更加多样化。但是,长期以来,我国医药卫生事业发展滞后,卫生费用占 GDP 的比重相当长一段时间都是很低的。医疗服务提供体系的发展落后于需求变化,不能适应群众日益提高的服务需求,难以有效提供不同社会阶层所需要的多样化、多层次的服务模式和服务内容。

第二,医药卫生资源总量不足,基层卫生服务体系薄弱。古巴的平均期望寿命达 78 岁,在这个人口只有 1 000 多万的国家,医务人员有 50 多万,相比来看,我国的医疗资源严重不足,这是客观存在的。我国中西部农村地区和老、少、边、穷地区,县乡级医院也很落后,房屋破旧、设备落后、人才匮乏,无法解决大部分常见病和多发病。10.6% 的行政村没有医疗点,群众看病仍很困难。同时,我国医疗卫生资源配置也不合理:70% 左右的卫生资源在城市,高新技术、优秀卫生人才基本上都集中在城市的大医院,基层卫生服务能力十分薄弱,群众往往不在附近的基层医疗机构就诊,怕有大病被误诊了,纷纷涌向城市大医院,造成“看病难、看病贵”。

第三,医疗保障制度不完善,还不能消除“因病致贫”现象。2000 年 WHO 评价的卫生绩效,我国排在 140 多位。当时合作医疗制度已经不再存在,占人口 70% 的农民失去所有的保障,因此卫生筹资的公平性排在倒数第四位。战胜 SARS 后,党中央、国务院提出以人为本的科学发展观。到 2008 年底深化医药卫生体制改革启动之前,我国城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度等已经覆盖了 11 亿多人口,仍有 2 亿多人没有任何形式的基本医疗保障。三项基本医疗保险制度之间的保障水平差距较大。城镇居民医疗保险和新农合的筹资水平和报销水平仍然偏低,个人自付比例仍占医药费用的一半以上,不能有效地

解决“因病致贫”和“因病返贫”的问题。加上我国城乡医疗救助制度和商业医疗保险起步较晚,覆盖人口和保障力度也不大,医疗保障体系还不健全,造成许多病人有病不敢就医,该住院不敢住院的问题。

第四,公立医院公益性淡化,合理的医疗服务体系尚未形成。前些年,对公立医疗机构采取了国企改革思路,实行放权搞活的政策,鼓励医疗机构依靠服务收费维持运行和发展,并允许医疗机构保留收支结余和派发奖金,在财政补助不断减少以及“以药补医”机制的推动下,赚钱的科室迅速发展,一些科室则萎缩,如儿科、妇科和传染科,一些医务人员行为也发生了变化,为增加个人收入,过度服务、大处方、滥检查,甚至损害群众利益,加剧了群众看病贵问题,导致公立医院公益性淡化。其实医疗技术并非越新越好,有些老药也有很好的效果,而有些新药的效果却不一定好。现在存在新药、新技术的滥用,如外科手术的吻合器。加之一些医疗机构管理不善,医院就医流程缺乏人性化设计,少数医务人员服务态度存在“冷、硬、顶、拖、推”等现象,强化了患者对看病难的感受。此外,由于鼓励社会资本发展卫生事业的政策不健全,社会资本进入医疗卫生领域存在困难,功能完善、结构合理、规模适宜、公私合作的办医格局没有形成,无法满足多样化的医疗服务需求。可以说,公立医院改革的路子还正在探索之中。

第五,药品和医用器材生产流通秩序混乱,价格虚高,影响了基本药物的可及性。近年来国家虽然连续 20 多次降低药价,但许多企业采取换名、换包装、换成份比例、重新审批等办法避开国家的降价约束,群众仍然感到没有得到应有的实惠,甚至影响了基本药物的可及性。流通环节也很混乱,有些高值医用耗材几经转手,层层加价,有的甚至数倍于西方发达国家,严重侵犯群众利益,亟待加强监管和干预。

第六,基本公共卫生服务存在较大的城乡、地区和人群差异,影响了疾病预防控制的效果。建国后,我国虽然制定了预防为主卫生工作方针,但公共卫生服务体系不健全、疾病预防保健服务能力不足,

城乡居民之间、东中西部地区之间、户籍人口与流动人口之间,在获得基本公共卫生服务方面,存在着较大差距,由此导致我国面临双重疾病负担:一方面是各种传染性疾病的严重威胁,如结核、肝炎、艾滋病,另一方面是高血压、脑卒中、糖尿病和癌症等慢性非传染性疾病患病率不断攀升的趋势没有得到遏制,给家庭和社会带来了严重的疾病经济负担,是导致“看病难、看病贵”的重要原因。

2 新医改方案针对看病难看病贵问题,提出的主要政策思路和具体措施

2009 年 3 月,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称“新医改方案”)出台,启动了新一轮医药卫生体制改革,为从根本上解决“看病难、看病贵”问题制定制度框架,奠定了政策基础。在此,主要分析三个问题。

2.1 解决“看病难、看病贵”,必须建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,必须深化医药卫生体制改革

看病就医问题是一个存在多年的复杂问题,最根本的是,我国医药卫生体系存在深刻的体制、机制和结构性矛盾,因此,新医改方案立足于我国处于社会主义初级阶段的基本国情,借鉴国际有益经验,坚持医药卫生事业为人民健康服务的宗旨,以保障人民健康为中心,着力建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,以实现全面系统解决居民看病就医问题、不断提高全民健康水平,促进社会和谐。

新医改方案提出了健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务的总体目标。我国基本医疗卫生制度由公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系四大体系组成,将成为保障人人享有基本医疗卫生服务的制度保证。为了保障医药卫生体系有序运转,新医改方案还提出了完善医药卫生的管理、运行、投入、价格、监管体制机制,加强科技与人才、信息、法制建设等八个方面的具体政策措施。新医改的一个目标、四个体系和八项政策支撑构成了完整有机的制度框架,为探索中国特色的

卫生发展道路,解决十三亿人民的看病就医问题奠定了坚实的制度和政策基础。

为了尽快解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题,新医改方案还清晰地勾勒出了缓解“看病难、看病贵”,实现人人享有基本医疗卫生服务目标的路线图,分为两个阶段:一是从 2009 到 2011 年,加快改革步伐,着力推进医药卫生体制五项重点改革,推动医药卫生事业实现跨越式发展,明显提高基本医疗卫生服务可及性,有效减轻居民就医费用负担,切实缓解“看病难、看病贵”问题。二是从 2012 年到 2020 年,通过两个 5 年规划,基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求,进一步提高人民群众健康水平。

由此可见,深化医改,不仅要通过在一段时间内集中增加政府投入、扩大社会投入,加强一系列薄弱环节建设,也要通过改革深层次的体制机制,推进专业化、科学化、精细化的组织管理以及有效的监督机制,全面提升医药卫生体系的服务质量和效率,从根本上满足群众的卫生保健需求。

2.2 近期抓好五项重点改革工作,力求破解看病就医问题

从根本上解决“看病难、看病贵”问题,一是让人民群众不得病、少得病、晚得病、不得大病,二是人民群众得病后能够病有所医,即看得上病、看得起病、看得好病。为此,国务院 2009 年 4 月印发了《医药卫生体制五项重点改革近期实施方案(2009—2011 年)》,进一步提出了近期着力推进五项重点工作,围绕导致“看病难、看病贵”最核心、最突出原因,制定了切实可行的政策和措施,反映出党中央、国务院尽快解决“看病难、看病贵”的决心和信心。

一是要加快推进基本医疗保障制度建设。正如前面提到的,看病贵的集中表现就是个人负担重、因病致贫、因病返贫现象严重。让群众看得起病,就必须加快推进医疗保障制度建设,应保尽保,充分利用政府、社会、个人三方力量,构建起社会互助共济的医疗保障制度。2009—2011 年,在加快扩大覆盖面的同时,要逐步提高城镇居民医保和新农合的政府筹资标准,逐步提高三种基本医保制度的政策范围

内住院费用报销比例、门诊报销范围、最高支付限额,逐步加大医疗救助力度,使全体城乡居民都获得基本医疗保障制度的保护,缓解“因病致贫”和“因贫致病”。

二是初步建立国家基本药物制度。通过建立这一制度,使“人人公平享有”用得起、数量充足的、剂型合适的、质量有保证的基本药物。建立国家基本药物制度,不仅是一个目录,而是一整套制度,包括目录、生产、供应、定价、零差率销售、配备和合理使用、医保报销、质量保障、制度本身绩效评估等多个环节。基本药物制度初步建立以后,基本药物生产供应将得到保证,人民群众对基本药物的可得性和可及性将进一步提高;基本药物的质量得到有效保证,群众用药将更加安全;随着药物使用管理的加强以及定价、报销等政策的调整,药品使用将更加合理规范,药品价格将得到有效控制,基本药物的报销比例也将增加,居民的药费负担有望减轻。以后基本药物的范畴也要扩展到治疗必须的手段,如耗材等。

三是健全基层医疗卫生服务体系。为了完善农村三级医疗卫生服务网络,中央重点支持 2 000 所县级医院建设,支持改扩建 5 000 所中心乡镇卫生院和边远地区村卫生室建设。新建、改造 3 700 所城市社区卫生服务中心和 1.1 万个社区卫生服务站。同时,通过培养、培训基层人才,转换服务方式,努力提升基层医疗卫生服务的质量和水平,使服务更加贴近百姓,城乡居民可就近获得安全有效的基本医疗卫生服务,这也是解决看病难的关键措施。

四是促进基本公共卫生服务逐步均等化。正如前面提到的,对医疗技术的追求几乎是无止境的,也加剧了“看病贵”问题,因此,必须将医疗模式从“以治疗疾病为中心”向“以维护健康为中心”转变,其中最行之有效的措施就是逐步实现基本公共卫生服务的均等化,真正落实预防为主方针,使群众少得病、晚得病、不得大病。因此,确定了 9 类 23 项基本公共卫生项目免费向居民提供,比如,为居民建立健康档案,定期为 65 岁以上老年人体检,为高血压、糖尿病精神病等人群提供防治指导等。在继续实施结

核病、艾滋病等重大疾病防控和国家计划免疫规划、农村住院分娩补助等重大公共卫生服务项目外,增加7个重大公共卫生项目,包括三年为100万贫困白内障患者实施复明手术,15岁以下人群补种乙肝疫苗,为农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等。这样使全体城乡居民均等化获得免费公共卫生服务项目,居民的生产生活环境尤其是农村居民的生活环境将会得到明显改善,重大疾病和健康危害因素将得到更加有效的控制,从根本上解决“看病难和看病贵”问题。

五是推进公立医院改革试点。公立医院改革始终是一道绕不过去的“坎”,也是改善群众的看病就医感受,缓解“看病难、看病贵”的关键点。搞好前面提到的四个“基本”,也必须紧紧依靠公立医院改革和发展,在这个意义上讲,公立医院改革成效,直接关系到医改整体成效。公立医院改革试点必须通过改革宏观管理体制,建立多种渠道的综合补偿机制等措施,探索出一条保障大型医疗机构实现公益性的有效途径,以推动建立各级各类医疗卫生机构之间科学有序的分工协作机制。

2.3 大胆创新思路和方法,切实落实医改政策,逐步缓解“看病难、看病贵”

深化医药卫生体制涉及各方面利益的调整,是一项长期、艰巨的系统工程,不会一蹴而就,更不会一劳永逸,必须不断改革发展,以发展带改革,以改革促发展。落实各项医改政策,逐步缓解“看病难、看病贵”,必须勇于探索,大胆创新,增强政策可操作性;必须统筹考虑,突出重点,保证改革的效果。新一轮医改恰恰体现这样的特点:一是在政策制定上注重远近结合,既从顶层设计出发,确立了我国卫生体制的基本构架和发展目标,为卫生事业的改革和发展指明了方向;同时又为解决目前突出的“看病难、看病贵”问题,对目标和工作任务进行分解,使每年的医改任务更明确,更容易贯彻落实。二是不仅近期三年而且相当长一段时间内要坚持“保基本”、“强基层”和“建机制”的原则,争取在四个“基本”方面实现跨越式发展,在“试点”方面实现突破,为全面实现医药卫生体制改革的长远目标奠定坚实基础。三是注重抓落实。为督促各地、各部门落实医改政

策,国务院医改办,与31个省(区、市)的常务副省长等医改主要负责人签订了年度医改工作责任书,卫生部也和各省(区、市)卫生厅局、卫生部相关司局的主要负责人签订了年度深化医药卫生体制改革任务责任状,通过建立医改责任制来分解任务,明确目标,明确主体,明确责任人,以便进行督导和评估。这是我们首次以责任状的形式向各地落实一项重大工作的目标责任细则,明确考评问责方法。深化医改是卫生系统的重大责任,也是卫生系统发展的重大机遇。

总而言之,深化医改的方案和政策,从维护人民群众的健康权益出发,反映了医药卫生事业发展的客观规律,是标本兼治的可行方案。只要坚持不懈,创造性地加以落实,一定能有效缓解群众看病就医问题。

3 医改启动两年来,缓解群众看病就医问题取得的进展

深化医药卫生体制改革启动两年以来,负责医改的各个部门和各地区,按照国务院部署和要求,扎扎实实推进各项医改工作,在缓解“看病难、看病贵”方面做了一些工作,让人民群众得到了看得见、摸得着的实惠。

第一,通过加快推进基本医疗保障制度建设,群众个人负担大大减轻。我国的新农合可以说是世界上覆盖人数最多的一项基本医疗保障制度。目前,新农合覆盖面持续稳固扩大,覆盖人群达到8.35亿人,参合率持续稳定在90%以上。2010年新农合的筹资水平达到人均155.3元,其中120多元来自政府补助。60%以上的统筹地区实行门诊统筹。统筹地区政策范围内住院费用报销比例逐年提高,最高支付限额提高到全国农民人均纯收入的6倍以上,显著提升了农民对重大疾病的抗风险能力。提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点有序开展,安徽、江西、湖南、内蒙古等地试点范围扩大到全省,农村儿童白血病和先心病的补偿比已超过70%,符合民政医疗救助条件的家庭可再获20%的补助。截至2010年底,已保障4329多名农村儿童患者得到及时救治。新农合管理运行水平

不断提高。近 90% 的统筹地区实现县域内定点医疗机构医疗费用即时结报,一半以上的统筹地区实现了与域外定点医疗机构直接结算。这意味着群众看病报销将越来越方便,群众“垫支”、“跑腿”、“排队”等问题将得到缓解。三分之一以上的县(市、区)开展了按人头付费、按病种付费和总额预付等支付方式改革,对提高医疗服务质量、规范诊疗、降低费用发挥着越来越大的作用。

从全国范围看,由于政府不断加大卫生投入以及基本医疗保障制度的不断健全,政府和社会卫生支出占卫生总费用比重不断提高,已经从 2001 年的 40% 提高到 61.8%;与此同时,个人卫生支出占总费用的比例则逐年下降,已经从 2001 年的 60% 多降到了 2009 年的 38.2%,也就是说,人民群众看病就医个人负担过重的问题正在不断得到缓解。

第二,国家基本药物制度在基层稳步推进,基层群众就医负担开始减轻。截至 2010 年底,基本药物制度已经在 57.2% 政府办基层医疗卫生机构全面实施。安徽、天津、宁夏、吉林、江西、陕西、甘肃、海南等地初步实现了基层全覆盖。零差率销售后的基本药物价格平均下降 30% 左右。各地积极推行基本药物临床应用指南和基本药物处方集,确保临床合理使用。同时,以基本药物制度实施为抓手,配套推进基层医疗卫生机构综合改革,主要包括定编定岗、绩效考核、多渠道补偿、人事分配等体制机制改革,绝大多数基层医疗卫生机构核定了人员编制标准核定,实行了岗位聘用,绩效工资正逐步兑现到位,出现了门诊和住院费用下降、门诊人次和住院人数上升的可喜现象,群众医药费用负担明显减轻,制度实施效果初步显现。

第三,加强基层医疗卫生服务体系建设,群众就医更方便。2009 年以来,我们在农村和基层对于县级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心基础设施的投入力度是史无前例的。中央累计安排资金 400 亿元,支持 1 877 所县级医院、5 169 所中心乡镇卫生院、2 382 所城市社区卫生服务中心和 1.1 万所边远地区村卫生室建设,财政部还安排 130 多亿元用于县乡村三级医疗卫生机构的设备购置。二是加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设。三年内

通过转岗培训、订单定向培养等多种方式为基层培养 6 万名全科医生。目前,面向中西部乡镇卫生院订单定向培养的 5 000 名医学生已入学一个学期,支持乡镇卫生院招聘执业医师 2 万余名,在岗培训乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务机构工作人员 378 万人次。通过上述工作的开展,人民群众看病更加方便,大医院人满为患的看病难的问题有所缓解。

第四,通过促进基本公共卫生服务逐步均等化,使人民群众不得病、少得病。目前分别有 48.7% 的城镇居民和 38.1% 的农村居民拥有了健康档案,3 553.8 万高血压病人、918.9 万糖尿病人和 170.6 万重性精神疾病患者纳入慢性病规范管理,为 8 449 万 65 岁以上的老年人开展了健康检查。二是实施重大公共卫生服务项目。截至 2010 年 12 月底,已经给 6 001 万 15 岁以下的儿童免费注射乙肝疫苗,这个项目将使我国尽早摘掉“乙肝大国”的帽子。另外,分别有 489.2 万、80.4 万、862 万人农村适龄妇女得到免费宫颈癌、乳腺癌检查和免费增补叶酸,对农村孕产妇进行住院分娩补助 1 455 万人。从 2009 年开始实施的“百万白内障复明工程”也是意义重大的一个项目,我们将在三年内为 100 万名白内障患者开展复明手术,去年已经完成了 20 万例,今年完成 35 万,明年将会使 45 万例患者见到光明。在农村建设 783.7 万户无害化厕所,燃煤型氟中毒改灶 143.9 万户,对检出感染艾滋病毒孕产妇的 73% 实施了艾滋病母婴传播阻断。这些重大公共卫生服务项目免费向群众提供,对于缓解群众看病贵有重要作用。

第五,加快推进公立医院改革试点,从根本上缓解大医院的“看病难、看病贵”。公立医院改革试点工作,从 2010 年 2 月启动以来,各试点城市积极稳妥推进公立医院改革。目前,已全部建立健全了领导和工作机制;陆续出台了公立医院改革试点实施方案和一批配套政策措施;紧紧围绕解决群众“看病难、看病贵”问题,着力推进作用直接的便民惠民措施;对重大的体制机制改革进行积极探索。

在公立医院改革试点中,出台了很多解决“看病

难”的措施。一是加强公立医院的规划和调控。组织编制区域卫生规划和区域医疗机构设置规划,明确各级各类公立医院的类别、数量、规模、布局、结构和大型医疗设备配置标准,使公立医院发展与经济发展水平、人民群众需求和城镇化进程相适应。二是对部分公立医院,可有计划、按步骤地迁建、整合、转型和改制等,推动公立医院结构布局的优化调整。三是优先发展县医院,推进县域医疗改革,提升农村的整体医疗服务水平,做到“小病不出乡村,大病不出县”,不仅缓解农村群众“看病难、看病贵”问题,也缓解大城市大医院的医疗压力。四是建立城市医院与基层医疗卫生机构上下联动的分工协作机制。通过技术支持、人员培训、管理指导等多种方式,带动基层医疗卫生机构发展,发挥价格、基本医疗保障支付政策等的引导和调控作用,通过合作、托管、重组等方式,促进医疗资源合理配置,实行分级医疗、双向转诊。五是采取全科医生培养,为基层招聘合格医生和医师多地点执业的政策,使优质医疗资源下沉到基层,合理分流病人。六是发展老年护理、康复等延续服务,逐步实现急、慢性病分治,提高医疗资源的使用效率。七是鼓励、支持和引导社会资本发展医疗卫生事业,加快形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制,壮大医疗资源,满足多层次的医疗服务需求,有效分流病人。八是鼓励公立医院加强内部管理,挖掘内部潜力,优化服务流程,扩大服务能力。

在公立医院改革试点中,解决“看病贵”的主要举措有:一是建立分级医疗制度。着力提高基层医疗卫生机构的服务能力和水平的同时,建立公立医院与基层医疗卫生机构的分工协作机制,逐步实现基层首诊、分级医疗、双向转诊。二是加强内部管

理。采取一系列精细化、科学化、专业化的管理措施。加强人才培养,提高技术水平,提高诊疗有效性、针对性;实施临床诊疗规范或临床路径,规范医疗行为,控制不必要的诊疗行为;优先使用基本药物,推广使用适宜技术,提高医疗服务适宜性;实行药品耗材集中招标采购,降低采购成本和价格;实施成本核算和控制,提高资源使用效率,减少浪费。三是提高服务协调性。在加强规范和保障质量的基础上逐步实行同级医疗机构检查结果互认,建立区域卫生信息系统,实现信息互通共享,减少重复检查检验。四是完善医院内部控制费用的激励约束机制。建立科学合理的绩效考核制度和收入分配制度,将工资收入与成本控制相挂钩;加强院内处方点评和医疗服务信息披露等,促进医疗机构和医务人员自觉控制医疗服务成本,建立控制医药费用的长效机制。五是完善公立医院外部的监督制约机制。积极探索实行按病种付费、按人头付费、总额预付等方式,促使医院自觉控制成本;合理调整医疗服务价格,实行药品差别加价,减少医疗服务行为扭曲;完善医疗行为规范标准体系,加强对医疗服务行为的监测和监管,提高医疗行为的规范性和合理性;建立以公益性为核心的公立医院绩效考核体系,将成本控制作为绩效的重要维度加以考核。六是要调动医务人员积极性,树立良好的职业道德和医疗服务价值观。

总体上看,五项重点改革针对造成“看病难、看病贵”的关键问题,进行了积极探索,并取得了比较明显的效果。

[收稿日期:2011-03-09]

(编辑 何平)