

编者按

新一轮医改启动以来,围绕建立基本医疗卫生制度的总体目标,完成了医改五项重点任务,取得了明显的阶段性成效,但一些深层次的体制机制问题仍然突出。开展医改评价是保证实现医改目标的重要环节和有效手段,对了解医改实施情况和调整完善政策具有重要现实意义。作为独立的第三方研究机构,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心受澳大利亚国际发展署资助和卫生部政策法规司支持,于 2010—2012 年开展了“医药卫生体制改革评价研究”项目,归纳了卫生体系改革评价的国际经验与主要进展,构建了我国医改评价框架与指标体系,分析了我国医改的总体进展与挑战;并在东、中、西部选择典型地区,针对基本药物制度实施效果、基层医疗卫生体制改革、新农合制度建设、基本公共卫生服务项目公平性和医疗资源整合实施效果等重点内容开展了专题评价研究。为传播研究成果,我们将分期刊载该项目的系列研究产出,以期为科学评价我国医改、促进循证卫生决策提供支持。

卫生体系改革评价研究的进展与实践

代涛*

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】卫生体系改革评价对判断改革目标实现程度、完善调整改革政策、促进卫生体系持续发展具有重要意义。本文综述了卫生体系改革评价研究的主要进展与特点;重点介绍了中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”的主要内容与发现,总结了新一轮医改的总体进展,并针对几个重点领域进行了专题评价研究。分析了我国开展医改评价研究面临的主要问题,主要有对评价研究重视不够,评价主体比较单一,评价研究的框架和指标体系不够完善,研究方法薄弱,评价信息数据收集困难等。建议将评价研究作为医改过程的必要环节和内容,促进评价的制度和常态化;树立正确的医改评价理念,将提高人民健康水平作为根本目标;持续完善评价框架和指标体系,重点转向绩效结果评价;加强方法学研究,不断提高政策评价的能力与水平。

【关键词】卫生体系改革;评价框架;效果;绩效

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.04.001

Evaluation on health system reform: Progress and practices

DAI Tao

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Evaluating health care system reform is of great significance to attaining goals, following up reform guidance, and sustainable development of the health care system. In this paper, we discuss the features of health care system evaluation and the main findings of the CAHMF “Study of the evaluation of health care system reform.” This study describes the progress of the new health care system reform and focuses on a few key areas. We also analyze the main problems in evaluating health care system reform. The importance of studying health system evaluation is largely unrecognized. The subjects of evaluation are unitary, the framework and indicator are inadequate; the methods are simplistic, and data collection is difficult. We suggest that the evaluation should be an essential part of

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”

作者简介:代涛,男(1969 年—),研究员,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:dai.tao@imicams.ac.cn

health care reform. Evaluation should be more normal and systematic, the purpose of health care reform evaluation should be corrected, and “promoting people’s health” should be the highest goal. We suggest perfecting the framework and indicator system and focusing on the results of performance evaluation. We also suggest strengthening methodology and improving policy evaluation.

【Key words】 Health system reform; Evaluation framework; Effect; Performance

近年来,卫生体系改革评价正成为卫生政策研究的热点,通过评价改革措施的实施过程与效果,以判断改革目标实现程度,指导相关政策调整完善。本文综述了卫生体系改革评价研究的主要进展,重点介绍了中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”的主要内容和发现,分析了我国开展医改评价研究面临的主要问题,提出了完善我国医改评价研究的建议,以期为科学评价我国医改提供借鉴。

1 卫生体系改革评价研究的主要进展

卫生体系需要根据面临的主要卫生问题进行持续的改革,卫生体系改革通过指导卫生资源的配置和新机制的建立,以达到一定条件下提高资源利用效率、推动卫生事业发展、提高人民健康水平的目的^[1],本质上是政府作为特定主体对社会公共资源在卫生领域进行权威性分配的过程。卫生体系改革评价是在收集政策执行过程、效果和影响信息的基础上,运用科学方法分析判断政策措施落实情况,在多大程度上实现了预期目标,产生的社会经济效果与影响,为调整政策提供决策依据。

1.1 评价主体

公共政策评价主体的多元性、独立性是评估结果客观真实的必要条件。不同评价主体的出发点和关注重点不同,会造成评价结果的差异。国家层面的改革评价往往是多主体协作开展的。在英国,政府卫生机构、各初级保健机构、医疗机构联合体及地方机构协同工作。^[2]美国医疗保健研究与质量局在人类服务部领导下与国立卫生研究院、疾病控制中心等一同开展监测评价工作,国家质量评价局为绩效指标的查询、浏览等服务提供平台。^[3]澳大利亚、加拿大等国家也都在行政部门指导下委托独立或专门机构长期开展监测评价和相关研究工作。^[4-5]也有许多国家政府委托或授权相关非政府组织或准政府

组织开展绩效评价工作,其它利益相关者参与到评价中去。

1.2 评价框架

随着对卫生体系认识的不断深入以及卫生改革的广泛开展,卫生体系评价框架在也不断发展。WHO、世界银行、OECD、欧盟等国际组织和许多学者分别提出了包括系统要素、卫生绩效、卫生改革、健康影响等多个卫生体系改革评价框架。评价框架的核心包括卫生服务的可及性、质量、效率、安全性、覆盖率等;卫生体系对国民的影响,主要有居民健康水平的改善、经济风险分担的公平性、患者的满意度和反应性等。根据分析框架的特点和用途,大致可分为以描述卫生体系要素分类为主要特征的卫生系统要素分析框架,关注系统运行过程和目标实现情况的绩效评价框架,关联政策措施和成效的改革监测评价框架以及包括卫生系统外部影响的综合评价框架。

1.2.1 卫生体系要素及绩效评价框架

为更全面、系统地认识和呈现卫生体系,部分学者对卫生体系运行的要素进行分类并研究其相互关系,提出了要素分析框架。1981年 Roger W Evans 提出的卫生体系参与者框架,包括卫生服务提供者、卫生服务需求者和第三方付费者、政府管理人员等。^[6]1993年美国加州大学(University of California, UC) Milton I Roemer 把卫生体系定义为资源、组织、筹资和管理在向人群提供卫生服务的过程中实现效益最大化,并将其分为资源生产、计划方案组织、经济支持、管理和服务提供等部分。^[7]1994年墨西哥国立自治大学(National Autonomous University of Mexico, UNAM) Julie Frenk 把卫生体系描述为五个不同参与者,即提供者、需求方、作为集体调解者的政府、提供资源的组织、其它有益于卫生体系的部门,并界定其相互关系。^[8]1997年 Julie Frenk 等进一步把卫生体系概念化为人与制度间的关系,认为卫生体系有四

个基本功能:筹资、服务提供、调整和整合。^[9]2006 年 Julie Frenk 和伦敦卫生与热带病医学院 (London School of Hygiene and Tropical Medicine) Anne Mills 等在上述研究的基础上,用四个关键的功能,即管理、筹资、资源分配和服务提供,以及关键的参与者来描述卫生体系^[10],得到普遍认可和广泛应用。

卫生体系绩效评价框架是对要素分析框架的继承和发展,主要包括健康水平、体系的响应能力和费用负担的公平性等,同时加入了卫生体系发展的目标。WHO 在 2000 年提出了一个全新的卫生体系绩效评价方法,认为卫生体系主要有三个目标:获得良好的健康、加强人民所期望的反应能力、确保筹资的公正性,并针对卫生体系的主要功能(管理、筹资、服务提供、资源筹措)和应实现的目标,提出了一套评价框架及相应方法。^[10]OECD 国家借鉴 WHO 卫生体系绩效评价框架,将可及性作为反应性的一部分引入医疗服务可及性的公平指标,同时将卫生费用水平纳入考核目标。

1.2.2 卫生体系改革评价框架

近年来,许多国家实施了卫生改革,卫生体系改革评价框架应运而生。该类框架的特征在于动态性,能够把每一项干预措施、中间产出和结果有机联系起来,既可以是一项干预措施产生多层次、多要素的变化,也可以是多项干预措施针对一个体系要素的变化。卫生体系改革评价与卫生体系绩效评价既有区别,也有联系。WHO 于 2000 年开展的对成员国卫生体系筹资公平性和卫生部门整体绩效的评价,评价维度集中在可及性、公平性、质量、效果、效率和可持续性^[10],这既是卫生体系改革的最终目标,也是卫生绩效的核心问题^[11]。卫生体系改革评价与特定目标关系更加密切,形式和内容更加丰富,其主要任务是在特定时期,明确政策措施和具体任务,准确测量投入和产出,从而判断政策措施的实施进展和效果。改革评价既包括过程监测,也有效果评价,绩效评价多侧重结果评价,二者目标是一致的。

2004 年世界银行和哈佛大学提出了控制柄 (Control Knobs) 框架,即通过筹资、支付、组织、规制、行为五个主要控制卫生体系改革的阀门,确定了卫生体系评价的过程指标(提高效率、质量、可及性)和

最终绩效目标(健康状况、患者满意度、财务风险的保护)。^[12]WHO 于 2006 年提出了系统模块 (Building Blocks) 框架,即通过加强卫生体系改善人群健康结果。卫生体系主要包括服务提供、卫生人力、信息、医疗产品、疫苗和技术、筹资、领导和治理七个模块,通过实现中间指标(可及、覆盖、质量、安全),最终实现包括改进健康(水平和公平)、反应性、社会和财务风险的保护、提高效率等总体改革目标。另外,WHO 还提出了医改监测的一般性评价框架,既要满足不同使用者和多重目标的需求,又要平衡短期和长期需求。

由于不同国家的管理水平差异、社会经济环境影响和生活方式不同造成的健康不公平现象日益突出,WHO 进一步扩展卫生体系的外延,将卫生问题的决定因素延伸到卫生部门之外,提倡多部门的领导和管理,提出了健康的公共政策、所有政策中的健康问题、健康环境等概念。卫生体系改革评价框架开始向管理与领导以及经济社会、环境等因素扩展,同时卫生体系发展的战略重点,从健康绝对水平的改善向解决国与国、人群与人群间可避免的卫生不公平现象转移。2008 年,WHO 提出了初级卫生保健评价框架,包括四个领域的改革^[13]:全民覆盖的改革,即健康公平性、团结和社会包涵;卫生服务可及性的改革,即有效、安全的卫生保健;公共政策的改革,即保护和促进社区居民健康;领导改革,即建立可以信赖的卫生部门。为了开展综合性的长期监测评价,欧盟也提出了社区健康指标概念框架^[14],包含了投入与过程、产出、结果、影响四部分,同时对不同国家的指标进行对比,以显示各国卫生改革的短期和长期效果。哈佛大学提出了基于伦理基准的卫生改革评价框架,包括改革是否减少了获得公共卫生和医疗服务的障碍,是否提供了适合于人群需要的卫生保健服务,是否公平地分配支付健康保护的负担,是否促进了临床和管理的效率,是否使卫生保健机构对其决策公开负责,如何影响人民能做出的选择等。

1.2.3 部分国家卫生体系改革评价框架

英国于 1999 年提出了绩效评价框架^[15],其主体是国家卫生服务绩效指标,并从法律上赋予该框架测量、评估、赏罚的功能。评价内容包括服务质量、

效率、结果等,主要突出六方面内容:健康改善、公平的可及性、适当卫生服务的有效利用、效率问题、病人/陪护家属的体验、医疗(保健)结果。

澳大利亚于20世纪90年代中期提出了连续的绩效评价框架^[16],主要针对医院绩效,涵盖了医疗质量、健康结果和临床指标等内容,强调了医院医疗服务的可及性、有效性、技术效率和配置效率、服务的适宜性、病人满意度、保健的连续性等。1999年对原有框架进行了扩充,新的绩效评价框架由医院服务扩展到整个卫生体系,涵盖了社区卫生服务、全科服务和公共卫生等。

墨西哥自20世纪90年代后期开始推行全民医保政策,在此过程中开展了大范围比较严格的政策评估,主要测量项目包括经济负担改善状况、医疗卫生体系覆盖状况、医疗卫生服务设施和居民健康状况四个维度。^[17]

瑞士热带病研究所国际卫生中心提出卫生改革与多部门合作的评价框架和监测指标,认为尽管国际上公认卫生改革的总体目标是促进健康与保证公平,但卫生改革成功与否不能只通过监测和过程指标来评价,还应选择一系列的绩效指标,包括可及性、公平性、质量、有效性、效率和可持续性。

美国卫生政策研究专家提出九项基准来评判一个国家卫生改革是否成功:是否因改革减少人群接触各种风险因素而受益;是否减少了妨碍服务可及性的经济障碍;是否减少了妨碍服务可及性的非经济障碍,包括地理、性别、文化、种族、宗教、阶级等;受益的广泛性;公平的筹资;功效、效率和卫生保健服务质量;管理效率;民主和赋权;病人和医疗卫生人员的自主性^[18]。

1.3 我国卫生体系改革评价研究的发展

1.3.1 借鉴国际经验,开展卫生服务调查研究

我国从上世纪80年代开始引入卫生服务调查研究,如1981年的上海县卫生服务调查研究、1985年10省区的农村卫生服务调查、1986年9省市医疗服务研究等。1993年起开展的四次全国性卫生服务调查较有代表性,是内容比较广泛和系统的卫生服务研究。一些机构及学者开展了以具体的组织机构绩效、卫生项目或活动绩效为主的评价,如医疗机构绩效、卫生监督绩效评价等,为卫生体系绩效和卫生

体系改革评价研究积累了经验。

长期以来,我国缺乏对基本卫生保健制度及卫生体系运行状况与效果的宏观监测评价。上世纪70年代以来,有影响的中国卫生体系评估报告多由国际组织完成,如70年代末世界卫生组织对中国初级卫生保健制度的评价^[19]。世界银行1984年完成的《中国卫生部门》报告盛赞中国的初级卫生保健策略,1992年完成的《中国:卫生模式转变中的长期问题与对策》报告提出了卫生系统出现公益性下降的问题,并提出未来慢病负担的警告^[20]。世界卫生组织2000年开展的对各国卫生系统绩效评价更是引起了我国对卫生系统公平性的广泛关注和深入反思。2005年国务院发展研究中心进行的中国医改回顾与评价,分析了建国后医疗卫生事业发展状况及卫生改革的成效与问题^[21],在社会上产生了较大影响。

1.3.2 政府部门对新一轮医改进行监测评价

2009年3月,中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》,国务院制定了《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》。新一轮医改启动后,国务院医改办、卫生部等政府部门主动开展医改监测评价。2011年初,国务院医改办启动了医改中期评估,主要针对2009—2011年五项重点改革任务的落实情况、成效及问题,了解全国医改工作进展情况,重点是投入性指标,数据采集时间结点为2010年12月底,为编制“十二五”医改实施方案提供帮助。卫生部设166个指标,监测其所承担医改任务的进展。这些监测评价工作侧重于对医改过程的监测,通过了解医改进展,为相关行政部门推进工作服务。

1.3.3 国际组织和机构对我国新一轮医改的评价

一些国际组织和机构也十分关注我国医改进展,并发布独立评价报告。2011年10月,摩根银行发布《中国医改的进展与未来》报告;11月,世界卫生组织完成《帮助中国建立公平可持续的卫生体系》独立评估报告;12月,美国国际战略研究中心发布《中国践行卫生改革政策:挑战和机遇》报告。三个报告从不同视角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,中国医改在整体上正确地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,

即在目前和未来都为人们提供负担得起的高质量医疗卫生服务,保证宏观经济和社会稳定;中国卫生体制经历了从经典的政府提供服务模式到明显的利益驱动提供服务模式,新一轮医改正在探索一条政府与市场相结合的中间道路,虽然艰辛,但已取得一定成绩;中国医改三年政府投入已经超过预计的8 500亿元,需方改革进展明显,城市与农村之间医疗卫生服务差距逐渐缩小,基本实现医改目标。

1.4 卫生体系改革评价研究的特点

1.4.1 卫生体系改革评价框架随着卫生体系改革发展而不断完善

以世界卫生组织和世界银行为代表的国际组织以及一些国家的学者等从多个角度提出了多种评价框架,从描述卫生体系要素,到与目标相联系的卫生体系绩效,再到围绕卫生体系改革的综合评价等框架。从描述性、解释性发展到导向性、引领性,注重过程评价、结果评价、影响评价的结合,并且越来越重视结果和影响的评价。经过不断融合发展,目前卫生体系改革评价一般包括为持续改善卫生体系绩效而采取的一系列提高健康水平、改进卫生资源筹集支付以提高卫生服务的公平性和可及性、增强反应性、提高满意度的政策措施,同时关注经济社会等环境因素的影响,注重不同因素之间的相互作用。

1.4.2 更加注重综合性与宏观性,卫生体系改革评价范畴更广

评价体系考虑的因素更加宏观,从评价健康状况入手,将人口和社会经济等因素考虑在内,按照因果链的逻辑框架,寻求影响健康的因素和针对性的干预措施,包括提供医疗服务和开展健康促进活动,最终的目标是提高全体居民的健康水平。WHO、世界银行等国际组织提出的综合性评价框架具有很好的借鉴价值,这些框架不仅在国际上产生了广泛影响,具有较高的权威性,而且一些国家结合本国实际,调整完善评价框架和指标体系并进行实践,产生了良好效果。

1.4.3 多方参与评价,不同评价主体关注重点有所不同

许多国家及其政府部门、国际组织和学术机构都高度重视卫生体系改革评价,但由于评价目的和出发点不同,不同评价主体侧重点有所不同。政府

及相关部门更关心卫生体系改革的政策措施是否落实、投入是否到位、效率是否提高等,将其作为政府绩效的重要组成部分,过程评价更容易受到关注;国际组织则更关心不同国家之间卫生体系改革发展的比较、国际经验对不同国家的借鉴与推广价值;学术机构则多以具体领域中行为、效率等问题为研究对象,强调独立性,更注重学术价值。

1.4.4 我国的卫生体系改革评价研究发展仍不成熟

新一轮医改以来,我国政府及相关部门已经认识到评价工作的重要性,不但亲自组织开展评价工作,也委托国际组织、学术机构和专家学者进行第三方评价研究。但我国对卫生体系改革评价工作整体重视不够,发展相对滞后。

2 中澳项目“医药卫生体制改革评价研究”的实践

2.1 项目基本情况

医改评价是促进实现医改目标的重要环节和有效手段^[22],对了解医改实施情况、及时总结经验和发现问题、调整完善政策具有重要现实意义,也有很高的学术价值。探索建立科学的卫生体系改革评价方法是促进科学决策、循证决策的重要支撑。有关部门明确提出要开展医改评价工作,支持学术机构开展第三方独立研究,以补充政府部门开展的监测评价。在此背景下,受澳大利亚国际发展署资助和卫生部政策法规司支持,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心于2010—2012年组织实施了“医药卫生体制改革评价研究”项目。该研究的目的是通过开展医改进展和效果的综合评价,分析推进医改过程中的深层次问题和原因,为深化医改提出针对性的政策建议,同时研究制定卫生体系改革评价方法和工具,为今后的医改评价积累经验。研究内容主要包括借鉴国际经验,构建适合我国卫生改革评价的分析框架、指标体系和评价工具;系统总结医改五项重点工作的政策措施、工作进展、主要问题和总体效果;对部分典型地区的重点改革措施进行效果评价;综合分析各地和重点领域的医改进展、效果和问题,并提出政策建议。

2.2 研究方法 with 特点

该研究采用文献研究、专家咨询、现场调查、统

计分析等方法。综合考虑不同地区社会经济发展水平、卫生事业状况和医改工作进展,从我国东、中、西部地区各选2~3个省(市)作为样本地区开展现场调查。其中东部选择北京市、上海市和江苏省,中部选择安徽省和河南省,西部选择陕西省和重庆市,从每个省(市)选择若干市、区、县进行调研。根据评价目的设计调查问卷,调查对象包括政府相关部门及医疗机构,对政府部门主要了解医改资金投入、配套政策、卫生资源分配、重点工作进展等,对医疗机构主要是了解服务利用、费用、质量、效率、人员满意度等。通过个人深入访谈、焦点组访谈等定性方法,了解不同地区医改的主要做法、经验亮点和存在问题,卫生服务机构运行状况,医改对机构和医务人员的影响,居民对医改的了解和满意度等。

该研究具有以下特点。借鉴国内外经验,科学设计监测评价指标框架和体系,综合运用抽样法、倍差法、综合指数法等方法,保证研究的科学性;以医改五项工作中突出和重要的问题为主要研究内容,点面结合,以点为主,而不面面俱到;重视对政策制定过程、实施进展、效果与影响的全面评价;构建卫生体系改革评价框架、方法工具和评价操作手册,为今后全面评价医改长期目标积累经验;与政策制定者与实施者深入合作,提高研究结果转化的可行性和实用性。

2.3 医改总体进展与评价

2.3.1 中国特色基本医疗卫生制度基本建立

到2011年,基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民,基本药物制度初步建立,城乡基层医疗卫生服务体系进一步健全,基本公共卫生服务得到普及,公立医院改革试点不断推进,基本医疗卫生服务可及性持续提高,居民就医费用负担有所减轻。基本医疗卫生制度基本建立,改革初期目标基本实现。

2.3.2 覆盖全民的基本医疗保障体系基本建立,开始向全民医保迈进

截至2011年底,95%以上的城乡居民分别加入以城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度为主体的基本医疗保障体系。政府补贴的持续增加提高了基本医保的筹资能力和支付水平,居民自付比例不断降低,医保经办改革进行了积极探索。因城乡基本医疗保险覆盖面和

支付水平的提高,中国医改获得国际社会赞誉。但医保体系建设也还存在一些问题,如城镇居民医保和新农合的筹资过度依赖政府财政,科学合理的筹资机制和责任分担机制尚未建立,制度可持续性发展存在隐患;城乡基本医保分割提高了管理成本,影响制度运行的公平和效率;医保支付制度改革的滞后影响医保的效果。

2.3.3 基本药物制度逐步建立,更大范围实施面临挑战

基本药物制度在政府办基层医疗机构全部实施,部分地区将村卫生室和非公立基层医疗卫生机构纳入,并探索在县及县以上医疗机构实施。大部分省市根据实际需要在国家基本药物目录的基础上制定增补目录;建立了以政府为主导、以省为单位的招标采购机制;推行基本药物临床应用指南和基本药物处方集,基层医疗卫生机构基本药物使用日趋合理;完善基本药物报销支付政策,促进基本药物优先使用;中央财政对地方和基层医疗卫生机构给予奖励补助,为基本药物零差率提供经费保障。但也还存在一些问题,如药品生产企业存在不合理的“唯低价”之争,“量价挂钩”缺少配套政策支持,部分基本药物配送成本较高导致不能配送;由于地方、尤其是区县资金配套能力较弱,补偿经费落实难以全部及时到位,影响基层医疗卫生机构运行^[23];与公立医院药物政策衔接不足,影响基本药物制度作用的发挥。

2.3.4 基层医疗卫生服务体系显著加强,但与“强基层”目标仍有较大差距

按照“保基本、强基层、建机制”的原则要求,政府加大投入建设基层医疗卫生机构,硬件水平显著改善;加强全科医生培养和住院医师规范化培训,定向招生、定向招聘执业医师到乡镇卫生院工作,提高基层医疗卫生服务能力和水平。然而,基层医疗卫生人才短缺、结构不合理、服务能力不高等问题依然突出,与“强基层”目标仍有较大差距;稳定的财政投入增长机制尚未建立,难以保证可持续发展;基层医疗卫生机构绩效考核机制不完善,绩效工资总量与比例较低,难以有效调动人员工作积极性;同时,如何平衡好公共卫生和基本医疗服务的提供,切实发挥健康“守门人”作用也面临挑战。

2.3.5 公共卫生服务项目进展显著,一些深层次问题和矛盾值得重视

以基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目为手段,政府投入不断提高,基本公共卫生服务均等化水平显著提高;基层卫生人员预防为主的理念得到强化并在一定程度上转化为实践,居民对公共卫生服务的依从性有所提高;基本公共卫生服务能力明显提升,基层医疗卫生机构在基层公共卫生服务中的主体地位和“网底功能”得到强化。但是,一些深层次问题与矛盾值得重视,如公共卫生服务项目的选择如何更加循证;政府投入资金的调整和使用分配机制如何更为合理;卫生部门内部、专业公共卫生服务机构和基层医疗卫生机构的分工协作机制亟待建立和健全,科学有效的绩效考核制度需要进一步完善;基层卫生信息化建设滞后,信息系统难以共享,影响服务质量和效率的提升。

2.3.6 公立医院改革试点稳步推进,任重道远

试点城市围绕公立医院改革的原则和目标积极探索,积累了共识,取得一些进展。公立医院功能定位进一步明确,医疗资源布局不断优化,薄弱区域和领域建设得到加强;积极探索区域医疗资源整合,建立公立医院之间、公立医院与基层卫生机构之间的分工协作机制,提高资源配置利用效率,医疗服务体系不断完善;县级医院综合改革稳步推进,硬件条件不断改善;积极控制医药费用不合理增长,医院内部管理不断加强,便民惠民措施取得实效,群众就医体验有所改善。由于公立医院改革涉及利益多、认识分歧大,深层次的体制机制问题仍未有根本突破。主要表现在公立医院改革顶层设计不够,医疗服务体系的协同整合和多元办医格局远未形成;技术性改革措施效果明显,体制机制改革举步维艰;从规模扩张型向质量效益型转变缺乏动力,符合公立医院行业特点的人事分配制度尚不完善,科学合理的激励约束机制仍待建立,医务人员积极性难以充分调动;推进策略过多依靠行政手段,法律规制、经济调节等措施发挥作用不够。

2.4 医改重点工作专题评价研究的主要内容和发现

2.4.1 新农合制度建设

选择北京、河南、安徽和陕西进行抽样调查,从筹资水平、覆盖人群、保障范围、补偿水平、基金支出

以及参合农民受益和住院服务利用公平性等方面分析了新农合运行现状与效果。研究发现,新农合在覆盖面、保障范围、筹资水平、受益程度和经办管理等方面取得明显进展。实现了新农合制度全覆盖,保障范围从住院为主向门诊和住院保障并重转变^[24],启动了农村儿童先天性心脏病、急性白血病等重大疾病医疗保障试点工作^[25];筹资水平不断提高,政府投入占基金比例维持在 80% 左右,参合农民受益水平逐年提高;经办管理能力逐渐加强,部分地区积极探索商业医疗保险公司参与经办工作。但新农合建设仍面临挑战,筹资水平的增长更多的是各级政府投入增加的结果,个人责任比较有限,持续的筹资增长机制亟待建立,基金监管能力仍需加强,与其他医保之间的转移接续问题有待解决;较低的筹资水平和提高补偿水平需求之间存在矛盾,表现在个人自付费用仍然较高,重大疾病医药负担较重,基金额度难以满足参合农民的补偿需求,部分地区出现了基金赤字现象;经办机构编制严重不足,经办体系亟需健全;新农合重大疾病保障政策的出台,有助于缓解因病返贫和因病致贫问题,但如何做好保基本和保大病之间的平衡,更好地惠及参合农民要进一步探索。

同时,在河南和陕西两省开展的支付方式改革研究,重点分析了单病种定额付费对医疗机构服务费用和质量,医务人员收入水平、工作满意度和参与支付方式改革的意愿,参合农民医疗服务需求、就医行为和疾病负担,以及新农合基金风险等方面的影响。

2.4.2 基本药物制度实施效果

在北京、安徽、河南和重庆等地区进行了现场调研,从基本药物的可获得性、可负担性和合理用药,以及基层医务人员、患者对基本药物制度的认知和满意度等方面分析了基层医疗卫生机构实施基本药物制度的效果。可获得性:基层卫生机构药品种类普遍减少;基本药物配送率较高,但存在不能及时配送的问题,主要是由于一些农村和山区比较偏远导致配送成本高,以及部分小厂家无力承担全省范围配送费用。可负担性:通过采取“量价挂钩,招采合一”的机制,多数基本药物采购价格下降,但仍有少部分药品价格上升;平均处方药品费用下降明显。

合理用药:“大处方”行为有所改善,基层卫生机构单张处方平均用药数下降;但药品不合理使用状况变化不明显,抽样地区抗菌药物处方率、二联及以上抗菌素处方率、激素处方率和注射剂处方率有升有降,变化不大。基层医务人员普遍感受用药限制增多,处方用药监管力度加大,必备的儿科、手术用药缺乏;大部分患者认为基层医疗卫生机构处方用药较为合理,就医费用较改革前低。

通过改革,基本药物可获得性得到提高,但与患者需求仍有差距;基本药物可负担性明显提升,患者在经济上双重受益,但在招标采购中需统筹兼顾价格和质量的关系;机构处方用药合理性好转,与国际标准相比仍有提升空间。

2.4.3 基层医疗卫生服务体系改革

在北京、安徽、河南和重庆的样本地区,从机构建设,人力资源状况,卫生服务提供的效率、质量和费用,机构收支,以及医务人员工作满意度和患者就医满意度等方面分析了基层医疗卫生服务体系建设与运行状况。研究发现,通过政府加大投入,基层医疗卫生服务机构规范化建设进展明显,服务条件持续改善;改革前后门诊服务量变化较小,改革初期住院量下滑明显,随着改革推进住院量有所回升,但尚未恢复到改革前水平;基本医疗服务与基本公共卫生服务之间有待平衡;参合农民在乡镇卫生院住院利用构成比下降,在县级和县外住院构成比上升;机构收入稳中有升,收支基本平衡,政府补助增幅明显,药品收入比例逐步降低。基层医务人员总体满意度较高,但对执业环境和机构整体技术水平满意度较低;患者就医总体满意率较高,尊重程度、解释交流、服务态度排在满意度前三位,最不满意的是药品价格、设施设备、服务价格;多数患者自感病轻愿意去基层医疗机构就诊,主要是因为方便、服务态度好和费用低。吸引和留住人才的政策效果不明显,医务人员有效的激励约束机制亟待完善。

专题还研究了安徽、河南和重庆三省市实施绩效工资对服务效率、质量、费用以及对医务人员收入水平、工作量、考核激励机制的影响。

2.4.4 基本公共卫生服务项目公平性

在北京、安徽、河南和重庆的样本地区,从筹资、人力资源配置、服务提供三个维度对基本公共卫生

服务项目公平性进行了分析。筹资:基本公共卫生服务政府补助水平显著提高,实现城乡标准统一,筹资公平性明显改善,但可持续的筹资机制尚未建立。人力资源配置:基层公共卫生人员配置水平有所提高,但城乡差异显著,乡镇卫生院在岗公共卫生医师所占比例低于社区卫生服务中心。服务提供:基层公共卫生服务功能得以强化,服务均等化水平稳步提升,表现在基本公共卫生服务项目和内容得到拓展,城乡居民健康档案规范化建档进展迅速,儿童、孕产妇和老年人等重点人群保健服务质量明显提升,高血压、糖尿病和重性精神疾病等重点疾病患病人群管理进一步加强。但是,基本公共卫生服务项目进展仍不平衡,妇幼保健、健康教育等开展较好,而老年人管理、慢性病管理、重性精神疾病管理等仍有较大提升空间。

2.4.5 医疗资源整合的实施效果

通过典型地区调研,总结了医疗资源整合的形式,主要有技术援助、医院托管、院办院管、契约式联合体、集团式联合体和联合兼并式医疗集团等,并比较了其对卫生资源配置、服务能力、服务连续性与综合性、持续性、可操作性等方面的影响。资源整合的关键在于构建实质的法人治理结构,统筹系统内部资源;分支机构在财务上共担风险和收益,形成利益共同体;医保支付方式形成激励与约束机制,建立双向转诊制度;调动各级医疗机构和人员参与资源整合的积极性。

以江苏省镇江市为例,2009年11月成立了以镇江市第一人民医院为核心的人财物统一管理的紧密型医疗集团(康复医疗集团)和以江苏大学附属医院为核心的技术合作性松散型医疗集团(江滨医疗集团)。通过改革,镇江市医疗资源初步得到优化,服务效率有所提升,次均费用得到控制,一定程度上起到了引导群众合理就医的作用,将部分常见病、多发病留在了基层。紧密型医疗集团对于完善双向转诊制度、促进患者合理分流、实现分级诊疗方面发挥了更为积极的作用,但在提高服务绩效等方面,与松散型集团相比效果并不明显。由于未建立有效的转诊激励约束机制,医务人员对分工协作机制的认知和满意度不高。

2.5 基本经验与未来挑战

医改成功与否在于体制机制的变化是否激发了卫生事业发展的活力,是否为居民提供公平可及的基本医疗卫生服务,改革的实质是资源、权利和信息等要素的重新配置、利益格局的调整和新机制的建立。

2.5.1 三年医改的基本经验

三年医改实践形成了一些基本经验,在国内外产生了重大影响:一是改革目标、原则和基本路径更加清晰。确定了建立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,形成了保基本、强基层、建机制的原则和循序渐进的路径,长期坚持下去必将推动中国特色基本医疗卫生制度的完善和发展。二是政府重视程度显著提高,投入力度不断加大。政府主导是本轮医改的显著特点,医改在政府事务中的优先序有所提高,各级政府成立专门领导小组和办事机构,凸显了政府的责任,尤其是把基本医疗卫生服务作为公共产品向全民提供,提高了公平性;政府投入力度显著加强,三年政府广义卫生支出累计增长 11 886.77 亿元^[26],超过新增投入 8 500 亿元的承诺。三是医改政策制定和实施过程中,各方力量广泛参与。国际组织、学术机构、广大公众积极参与,多种形式反映社会诉求并得到积极反馈,体现了科学决策、民主决策的本质要求,有助于提高政策执行的效果。

2.5.2 进一步深化医改的主要挑战

随着医改的深入推进,体制性、机制性的深层次问题也变得更加突出,能否顺利完全实现预期目标值得进一步观察和研究。制度性要素是外在于卫生系统的一系列体制安排,很大程度上影响着卫生政策的基本架构,决定卫生资源分配的机制与途径。管理体制条块分割局面没有根本改变,不同层级政府及其不同部门时常从自身利益出发,改革难以形成联动与合力,造成医改政策碎片化,系统性、协调性、连续性不强;财政能力与支出责任不协调,地方政府财力有限但支出责任大,对卫生投入积极性不高;投入结构不合理,经常性财政投入不足,项目投入增长快但稳定性差;自上而下的政府推动体制和运动式治理经常成为改革的基本手段,自下而上的基层创新不够;更重视现有体制路径下的增量式发展,深层次体制机制改革明显不足,特别是当改革触

及现有利益格局调整和宏观层面体制变动时,增量式改革对于提高医疗卫生体系的整体效率和效果有待观察;事业单位的管理体制改革严重滞后,科学合理的激励约束机制建立困难,医疗卫生机构和人员对未来发展缺乏稳定预期。

3 我国医改评价研究面临的主要问题与建议

3.1 我国医改评价研究面临的主要问题

医改内容复杂、涉及范围广、地区差异大,系统全面普及医改面临诸多挑战。

3.1.1 对评价研究的重视不够,评价主体比较单一

作为软科学的卫生政策评价研究在我国还处于发展的初期阶段,仍未得到应有重视。政府部门对政策评价研究的需求仍较为有限,学术机构政策评价研究能力和水平仍然不高;评价任务多来自政府,非政府组织和其他利益相关者的参与程度不高,不同评价主体目标不同,分工也不够清晰。政府部门的自我评价多在描述工作进展和成绩上,独立性和客观性受到影响;学术机构的独立评价多关注学术性,研究成果本身局限,可操作性不够;政府部门对评价结果的应用有很强选择性,成果转化为政策比较困难。

3.1.2 评价研究的框架和指标体系不够完善

我国对卫生体系或其某一领域的评价研究多集中在中、微观层面,宏观层面评价相对较少且存在一些缺陷,定量和定性评价结合不够。评价内容侧重于描述投入、过程(活动)和产出,而对结果和影响的评价较少;多关注过程指标、进展与成绩,对问题揭示和对改进健康水平及公平等最终目标关注不够,如对人群间的健康状况差异反映不足、对卫生筹资公平性以及弱势、特殊人群的风险保护关注不够等。对医改政策制定的程序、政策本身的科学性与协调性、政策措施的执行能力(如领导力、管理体制和组织机制)等内容的研究明显不足。政策评价的基本理念直接影响政策评价过程、内容和结果,几乎所有国家都将实现“公平”作为卫生改革的基本理念,如何体现和测量公平成为评价工作难点。构建一套既满足不同使用者和多重目标需求、又能平衡短期和长期需要的评价框架和指标体系仍面临挑战,其科学性、完整性、指导性和可操作性仍需加强。

3.1.3 研究方法薄弱,建立政策措施和结果之间的逻辑对应关系比较复杂

严格的公共政策评价方法以社会实验法和计量方法为主,将政策客体按完全随机的原则分配为实验组和对照组,以观察政策干预的效果和影响。评价本身具有复杂性,既要评价医改五项重点工作进展,也要评价长期效果与影响;既要鉴别单一政策的作用,而现实又常常是多措并举;建立政策措施、完成任务和产生结果及影响之间的逻辑对应关系十分复杂。加之许多政策实施时间还不长,其长期效果还有待持续跟踪研究,对政策的绩效、结果和影响评价不够。

3.1.4 地区差异较大,评价信息数据收集困难

中国区域发展不平衡,经济社会发展、自然地理条件、卫生资源状况、体系建设和改革基础等方面差异巨大。在国家统一政策要求下,各地具体做法不尽相同,很难按照完全相同的一个评价框架和指标体系进行医改评价,比较不同地区的结果和进行综合评价面临挑战。评价研究以准确的信息数据收集为前提,但目前常规信息统计系统在数据的全面性、准确性和连续性以及公开获取的方便程度上难以满足医改评价研究的需要,研究经费和项目时间有限,及时、准确、全面的大样本信息收集也面临困难。

3.2 完善我国医改评价研究的建议

我国卫生体系改革评价研究的理念、能力和水平与国际先进水平仍有较大差距,要采取多种措施推进医改评价研究工作的发展,使其在完善医改政策、促进医改目标实现中发挥重要作用。

3.2.1 将评价研究作为医改必不可少的环节和内容,促进评价的制度化 and 常态化

随着科学决策理念的深入,政策评价研究已成为科学决策的重要支撑。政府及相关部门要转变理念,重视政策评价,加强研究成果的转化和利用;鼓励多个主体参与医改评价,非政府组织和其他利益相关者等第三方独立评价机构要主动参与,学术机构要不断提高政策评价的能力和水平;评价过程中要注意客观性、公正性、独立性和学术性的平衡,也要考虑政策建议的全面性与可操作性。

医改监测评价需要大量的人力、物力和财力,有

效的解决方法是依靠常规信息统计系统,通过调整完善统计指标使医改评价常态化和制度化。把有共识的指标增加到常规统计信息报送系统中;同时增加定期专项调查和适当的补充调查,以确保评价的科学性、时效性。

3.2.2 确立正确的医改评价理念,将提高人民健康水平作为根本目标

不同主体开展医改评价的目的不同,但都要坚持正确的理念,有利于引导利益主体的行为向实现医改目标的方向转变。要更加关注政策措施对提高健康水平和促进公平等最终目标的实现,更加关注发现差距和问题。评价指标的选择要遵循有效性、适宜性、导向性、前瞻性和可操作性等原则,同时又要具有时间上的延续性和空间上的可比性。要重视评价改革措施对需方的影响,以判断群众是否真正普遍受益。同时,要加强对医改政策制定程序、政策本身科学性与协调性、政策措施执行能力(如领导力、管理体制和组织机构)等的评价研究。为揭示问题,应少采用平均指标,目前很多指标体系热衷使用“均值”,往往掩盖了真正的问题;当前,指标体系发展的一个重要趋势是尽量淡化平均指标,更多关注特殊人群和重点政策,资源指标应更好地反映与需求的差距,而不仅是增长变化。

3.2.3 持续完善评价框架和指标体系,重点由进展评价转向绩效结果评价

明确评价目的和标准,构建一套既满足不同使用者和多重目标需求、又能平衡短期和长期需要的医改评价框架和指标体系十分必要。评价活动应贯穿于医改全过程,作为判断改革方向和理念的评价框架应基本稳定,具体指标可随重点的变化不断完善调整,主要包括服务的质量、效率、公平性、可及性、对疾病的风险保护、经济风险的分担、居民健康水平的改善以及医患双方满意度等。改革初始阶段,投入和工作进展指标可占据较大比例,但随着改革深入应逐渐增加政策效果、结果甚至影响的指标比例,改变目前多以评价过程进展的情况,加强对结果与影响的评价,注重绩效评价。

3.2.4 加强方法学研究,提高政策评价研究的能力与水平

要加强对公共政策分析评价理论与方法的学习

和运用,提高政策评价研究的能力与水平。既评价政策实施进展,更要评价政策效果与影响;既要评价医改五项重点工作进展,还要评价其中长期效果与影响;既要鉴别单一政策的作用,又要评价综合效果。要加强研究方法的创新,定性与定量相结合,构建医改政策措施和效果及影响之间的直接关联和逻辑对应关系,提出一套完整、科学的医改评价框架、指标体系、方法和工具,并能根据不同地区的实际情况进行调整改进后推广应用,为科学评价和调整完善医改政策提供依据。

参 考 文 献

- [1] 郝模. 卫生政策学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005.
- [2] The NHS Performance Assessment Framework[R]. 1999.
- [3] National Quality Measures Clearinghouse[EB/OL]. [2013-04-10]. [http://www. qualitymeasures. ahrq. gov/browse/ browsemeasures. aspx](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/browse/browsemeasures.aspx).
- [4] Fourth national report on health sector performance indicators [Z]. The National Health Performance Committee, 2000.
- [5] 裴丽昆. 澳大利亚卫生系统绩效评价框架[J]. 中华医院管理杂志, 2004, 20(8): 510-512.
- [6] Evans R W, Blagg C R, Bryan F A Jr. Implications for Health Care Policy: A Social and Demographic Profile of Hemodialysis Patients in the United States [J]. JAMA. 1981, 245(5): 487-491.
- [7] Milton I Roemer. National Health Systems Throughout the World Lessons for Health System Reform in the United States [J]. American Behavioral Scientist, 1993, 36 (6): 694-708.
- [8] Frenk J. Dimensions of health system reform [J]. Health Policy, 1994, 27(1): 19-34.
- [9] Londono J L, Frenk J. Structured pluralism towards an innovative model for health system reform in Latin America [J]. Health Policy, 1997, 41(1): 1-36.
- [10] WHO. The World Health Report 2000—Health System: Improving Performance [R]. Geneva, 2000.
- [11] Guy Hutton. Indicators for Monitoring Health Sector Reform and the Sector-Wide Approach [C]. Sector-Wide Approach in Health Conference, 2000.
- [12] Roberts M J, William Hisao, Peter Berman, et al. Getting Health Reform Right [M]. Oxford University Press, 2004.
- [13] The World Health Report 2008—primary Health Care (Now More Than Ever) [R]. Geneva, 2008.
- [14] Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) [EB/OL]. [2013-04-10]. [http://www. rivm. nl/vtv/object_ class/ phsf06_ gezond_ prev_ zorg. html](http://www.rivm.nl/vtv/object_class/phsf06_gezond_prev_zorg.html).
- [15] Department of Health. The NHS Performance Assessment Framework [R]. 1999.
- [16] National Health Ministers, Benchmarking Working Group. First national report on health sector performance indicators: public hospitals—the state of the play [M]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 1996.
- [17] 和经纬. 全国性医疗卫生政策评估的方法论策略—墨西哥全民医保政策评估的经验 [J]. 公共管理评论, 2008(8): 161-170.
- [18] 邱仁宗. 论卫生改革的改革 [J]. 医学与哲学: 人文社会科学医学版, 2005, 26(9): 4-5.
- [19] 阿拉木图宣言 [EB/OL]. [2013-04-10]. [http://www. who. int/topics/primary_ health_ care/ alma_ ata_ declara- tion/zh/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/zh/).
- [20] 石光, 贡森. 改革开放以来中国卫生投入及其绩效分析 [R]. 2005.
- [21] 葛延风, 贡森. 中国医改——问题·根源·出路 [M]. 北京: 中国发展出版社, 2007.
- [22] 世卫组织将在中国建立合作信息中心 我国卫生事业发展将获更多支持 [N]. 健康报, 2010-07-28.
- [23] 李振红, 宗文红, 李哲, 等. 国家基本药物制度的实施现状及完善对策探讨 [J]. 中国初级卫生保健, 2012 (3): 8-10.
- [24] 关于做好 2011 年新型农村合作医疗有关工作的通知 [EB/OL]. (2011-04-11) [2012-04-06]. [http://www. moh. gov. cn/publicfiles/business/htmlfiles/ mohnewsgls/ s3581/201104/51231. htm](http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohnewsgls/s3581/201104/51231.htm).
- [25] 关于开展提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作的意见 [EB/OL]. (2011-06-10) [2012-04-06]. [http://www. moh. gov. cn/publicfiles/business/htmlfiles/ mohnewsgls/s3581/201006/47681. htm](http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohnewsgls/s3581/201006/47681.htm).
- [26] 卫生部卫生发展研究中心. 2012 年中国卫生总费用研究报告 [R].

[收稿日期:2013-03-09 修回日期:2013-04-09]

(编辑 何平)