

发挥好财政职能作用 服务好医药卫生改革

■ 财政部副部长 王 军

2009年4月,中共中央、国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《关于医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》,以“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”为主线的新一轮医改正式启动。一年来,各级财政部门充分发挥财政职能作用,努力增加财政投入,积极推进体制机制改革,有力地支持了医改“开好头、起好步”。

一、改革成效初步显现

医改启动第一年,各级财政部门努力调整支出结构,大幅增加政府投入。2009年,全国财政医疗卫生支出3994亿元,比2008年增长39.7%,其中,中央财政支出1273亿元,比2008年增长49%,远高于同期全国财政收入增长率11.7%。五项重点改革全面启动,取得了初步成效,突出表现在以下三个方面:

(一) 群众得实惠

基本医疗保障制度覆盖范围迅速扩大,保障水平不断提高。城镇职工医保、居民医保和新农合参保人数超过12亿人,参保率总体上达到90%以上,政策范围内住院费用补偿比分别达到72%、55%和55%。在中央财政的支持下,解决了629万关闭破产国有企业退休人员参保这一历史遗留问题。城乡医疗救助力度进一步加大。

基本公共卫生服务逐步均等化工作进展顺利。启动实施6个重大公共卫生服务项目,使2878万15岁以下的儿童得到免费的乙肝疫苗补种;164万农村妇女获得宫颈癌免费检查,43万农村妇女获得乳腺癌免费检查;321万农村育龄待孕妇女和孕早期妇女免费服用叶酸,885万农村孕产妇获住院分娩补助;21万贫困白内障患者重见光明;农户无害化卫生厕所改建和燃煤型氟中毒病区炉灶改造抓紧推进。各级政府按照人均不低于15元的标准,落实基本公

共卫生服务经费,开始向城乡居民免费提供包括建立居民健康档案,健康教育,预防接种,传染病防治,高血压、糖尿病等慢性病和重性精神病管理,儿童保健,孕产妇保健,老年人保健等9类21项基本公共卫生服务。

国家基本药物制度建设取得重大进展。在30%的政府办基层医疗卫生机构实施了基本药物制度,基本药物实行零差率销售。此外,基层医疗卫生机构能力建设得到加强,公立医院改革试点开始启动。

随着政府卫生投入的大幅增加和五项重点改革的推进,群众个人自付比例进一步减小,一定程度上缓解了“看病贵”的问题。数据显示,政府卫生支出占卫生总费用的比重从2003年的16.96%增加到2009年的27.23%,个人卫生支出占卫生总费用的比重从2003年的55.87%下降到2009年的38.19%,下降了近18个百分点,平均每年下降3个百分点。2009年,孕产妇死亡率和5岁以下儿童死亡率继续下降。据统计,孕产妇死亡率由2008年34.2/10万下降到2009年31.9/10万,5岁以下儿童死亡率由2008年18.5%下降到2009年17.2%,婴儿死亡率由2008年14.9%下降到2009年13.8%。

(二) 卫生得发展

基层医疗卫生机构建设得到加强。2009年,国家发展和改革委员会下达中央专项资金200亿元,支持986个县级医院(含中医院)、3549个中心乡镇卫生院和1154个城市社区卫生服务中心建设。各地还自筹资金201亿元,建设了141个县级医院(含中医院)、2077个乡镇卫生院、8011个城市社区卫生服务中心和68128个村卫生室。中央财政累计下达专项补助资金53亿元,按照“填平补齐”的原则为中西部地区基层医疗卫生机构配置设备。医疗机构床位持续增加,2009年,全国医疗机构共拥有床位442万张,比2008年增加34万张,增长8.3%。

卫生应急反应和处置能力大大提高。2009年,中央财

政安排 50 亿元专项资金,支持甲型 H1N1 流感防控工作,提高应急反应和处置能力。将全国流感监测网络由 63 家实验室、197 个哨点医院分别扩至 411 家和 556 家,实现了我国流感监测网络在地市级的全面覆盖,达到国际先进水平;为中西部地区 114 家流感定点医疗卫生机构重症医学科室购置必要设备,加强应急救治能力建设;支持卫生应急指挥系统建设等。

卫生人才队伍建设得到加强。2009 年底,全国卫生人员达到 784 万人,比 2008 年增加 74 万人,增长 10.42%,其中卫生技术人员 554 万人,比 2008 年增加 51 万人,增长 10.14%。累计为乡镇卫生院招聘执业医师 1000 人,培训乡村卫生人员、城市社区卫生服务人员 64 万人次;支持 634 家城市医院与 955 家县级医院结成对口支援关系。全国 31 个省份均明确了村医补助政策,部分地区将村医纳入乡镇卫生院一体化管理。这些措施有效调动了村医的积极性,加强了农村卫生“网底”建设。

基层医疗卫生机构体制机制改革积极推进。天津、河北、内蒙古、辽宁等 18 个省(区、市)积极推进基层医疗卫生机构建设规划、人事制度、收入分配制度、运行机制、补偿机制、绩效考核等体制机制的综合改革,提高医疗机构运行效率和服务质量。其他地区也在部分试点市、县出台了相关文件推进此项工作。

(三) 经济得促进

在金融危机背景下,政府三年新增投入 8500 亿元,带动全社会消费,将会带来另一个“4 万亿”的效应。2009 年消费总额增长了 17%,一方面是由于家电下乡等消费政策的刺激;另一方面,政府卫生投入也直接拉动了投资与消费,对经济增长产生“直接效应”。

二、依靠政策与制度推动“三大转变”

实现人民群众“病有所医”的目标,关键是要在加大政府卫生投入的同时从根本上创新医疗卫生体制机制,花钱买机制、建机制,实现政府与市场、公平与效率、激励与结束的有机结合。2009 年以来,财政部门以增加投入为突破口,用政策和制度推动实现从“单向落实”补助政策到与医疗卫生机构进行“双向互动”,从“双向互动”到与卫生、人力资源和社会保障、民政等部门进行“多方联动”,从“多方联动”又到引导社会力量广泛参与的“阳光操作”的“三大转变”,从而推动形成各方共同参与改革的有利局面。

(一) 从“单向落实”到“双向互动”

财政部门过去一般扮演单向落实支持及补助政策的角

色,对医疗卫生机构“一家一家地补、一项一项地补”,很少触及医疗卫生机构管理体制、运行机制的变革。此次医改过程中,财政部门注重以投入促改革,努力与医疗卫生机构实现双向互动,通过完善对医疗卫生机构的投入政策促使其转变运行体制机制,提高服务质量与效率。

第一,在基层医疗卫生机构,大力推广安徽等地综合改革的经验。以实施基本药物制度为契机,统筹推进包括人事制度、收入分配制度、管理体制、补偿机制等在内的综合改革,从根本上改变基层医疗卫生机构体制机制。财政对基层医疗卫生机构实行“统筹算账、综合核补”,对基层医疗卫生机构所有收入和支出统筹算账,对核定的经常性收支差额在绩效考核的基础上给予补助。推进综合改革,由财政单向补助转变为财政与基层医疗卫生机构双向互动,符合在基层医疗卫生机构实施基本药物制度、实施绩效工资以及乡村联动的客观要求,解决了基层医疗卫生机构取消药品加成补助补多了补不起、补低了不满意、怎样补无标准的问题,构建了新的运行机制,使基层医疗卫生机构展现新风貌、新气象,增强生机与活力,吸引群众到基层就医。

第二,在提供公共卫生服务的医疗卫生机构,积极推行购买服务。实行购买服务,将补助资金与服务提供的数量与质量挂钩,可以利用市场竞争机制来促使医疗卫生机构提高服务质量与效率。从 2007 年起,中央财政每年拿出一定资金在社区卫生领域推行购买服务工作,对开展较好的地区予以奖励。目前,购买服务已在许多地区由理念变成实践,辽宁铁岭、山东潍坊、河南焦作、黑龙江鸡西以及天津等地均取得了很好的经验。今后,还要在更大的范围、以更大的决心进一步推进购买服务工作。

第三,在公立医院,也要坚定地推进综合改革。在管理体制上积极探索“四分开”(政事分开、管办分开、医药分开和营利性与非营利性分开)的有效途径;在法人治理结构方面要鼓励积极探索以理事会为主要形式的多种方式;在人事管理、收入分配方面,要建立能进能出、能上能下的人力资源管理机制,实行真正的以绩效为核心的收入分配制度,充分调动医务人员的积极性。在体制机制改革的基础上,同样对公立医院实行统筹算账,综合核补。

(二) 从“双向互动”到“多方联动”

医疗卫生机构的资金来源渠道多样,包括医保基金付费、政府补助和个人付费。而医保基金又涉及多个部门,包括卫生部门主管的新农合、人力资源和社会保障部门主管的城镇职工医保和城镇居民医保以及民政部门主管的城乡医疗救助。因而,以投入促改革,不仅仅是要以政府投入促改革,而且要充分发挥医保基金的作用,实现财政、卫生、

人力资源和社会保障、民政等部门多方联动、多头补偿,促进医疗卫生机构体制机制改变。

在基层医疗卫生机构实行综合改革后,各地普遍反映由财政一家补偿,财力上很难承受、更难持续。与此同时,江苏的镇江、扬州以及天津等地在基层医疗卫生机构取消药品加成后,充分发挥医保基金的作用,通过医保基金给予适当补偿。财政部深入分析了通过医保基金给予适当补偿的合理性与可行性,并进一步开拓思路,对基层医疗卫生机构取消药品加成后减少的收入,由先前的财政单家补偿,转变为采取机构内部消化、提高服务价格、医保基金补偿、财政补助等多种渠道共同补偿,建立基层医疗卫生机构多渠道补偿机制。中央财政将通过以奖代补的方式,对实施基本药物制度、推进综合改革、探索多头补偿进展快、效果好的地区给予奖补。

在公立医院也要建立多渠道补偿机制,具体内容可以归纳为“一个取消”、“一个增设”、“一个调整”,即逐步取消药品加成,增设药事服务费,调整部分技术服务费。其思路同基层医疗卫生机构一样,也是要积极拓宽补偿渠道,充分发挥医保基金的作用,实现多方联动。

(三)从“多方联动”到“阳光操作”

从“单向落实”到“双向互动”,从“双向互动”又到“多方联动”,在更大的范围内调动了多方参与改革的积极性,但这还只是局限于政府部门与医疗机构之间,未能充分调动社会相关方面参与医改、加强监督的积极性。因此,财政对医改投入的资金也要实行“阳光操作”,让医改资金的使用者切实感到有压力,把医改资金花好,改变目前财政资金“难要好花”的状况,逐步转变为“好要难花”。一是修订或制定医院财务制度、会计制度、审计指引,并抓好贯彻落实。二是切实加强医疗卫生机构绩效考核,并将其逐步公开。三是推进医疗保障信息公开。四是推进政府卫生支出预算公开。

三、医改中还需解决好的几个问题

(一)如何更好地控制医疗费用

此次医改的一个重要目标就是降低群众医药费用负担,也就是降低医药费用的自付比例。这要从源头入手,供方、需方、保方和管方等多方共举。

一是科学制定并严格执行区域卫生规划,合理配置资源。在医疗卫生机构设置、基本建设投资、大型检查治疗设备购置、人力资源配置等方面,统筹考虑区域内医疗卫生资源的存量和增量,避免重复浪费。禁止基层医疗卫生机构的贷款行为,严格限制公立医院的贷款行为。不管是公立医疗

机构还是私立医疗机构,其基本建设和大型设备购置均需按程序严格审批。

二是完善定价制度,规范诊疗行为。针对目前基本药物价格制定、招标采购方面存在的突出问题,进一步完善定价制度和集中招标采购制度。推进反腐倡廉建设,对医药购销领域的不正之风进行严厉打击。对基本药物目录和基本医疗保险目录进行严格管理,新增目录药品或替换目录药品必须对药品的有效性和成本效益进行严格论证和分析。制定规范化的临床路径,规范诊疗行为。严格限制高档医疗器械、高档医疗耗材和高档药品的利用,杜绝不必要的“大检查”行为。在取消药品加成的医疗机构,一定要严格控制“大处方”的行为,彻底切断医院、医生及药商之间的经济利益联系。

三是加快信息系统建设。以传统的、纸质为基础的医疗卫生信息系统是出现“大处方”、“大检查”乃至影响医疗卫生服务质量和效益的根源之一,也是医保控费管理薄弱的重要原因。美国奥巴马政府应对医疗费用增长的一大措施就是推广规范化的电子病例,并要求所有医院和医生公开医疗成本、质量等信息,所有医保机构都要公开保费用于患者报销和管理费用的比例,便于患者和社会监督。我国也要加快信息化建设步伐,用先进的信息技术控制费用,改善服务,杜绝谋私。

四是合理界定个人责任。一方面,要引导群众树立科学的医疗消费观念,改变“多吃药、吃贵药,看名医、住名院,高档检查、重复检查”等不良医疗消费倾向。另一方面,在加大医保投入、提高医保报销水平的同时,还要给个人自付留有一定空间。对于特需医疗服务,由个人直接付费或通过商业健康保险支付。对于基本医疗服务,医保报销也不是越高越好,当报销达到一定比例(如80%)时,一般不宜再继续提高。对于重大疾病,可以考虑在下一步提高财政对新农合和居民医保的补助标准时,要求加大补偿力度。此外,在群众中普遍开展疾病预防等公共卫生工作,也能“以小投入省大钱”。

五是改革付费机制,充分发挥医保基金作用。付费机制改革是控制医疗费用的一个十分重要的环节,其重要性还未引起足够重视,下一步应大力推广。现实的情况是,“医生点菜、病人买单”。患者的“散户”特征,决定了其难以与医疗机构在谈判中平起平坐,必须由医保经办机构作为患者的代表,发挥集团购买者的作用,通过推行按病种付费、按人头付费、总额预付等方式,对医疗机构实施制约和监控。同时,也要切实增加参保者对医保经办机构的影响力,并促进医保经办机构的竞争。

六是健全医疗费用考核评价机制。根据医疗机构的收入结构、药品收入所占比重、医疗费用增长速度、医疗收入和药品收入核算规范程度等因素,加以考核评估,表扬和奖励先进,批评和处罚落后。同时,要制定一系列指标对医疗管理效率进行考核,如床位使用率、医生日均门诊人次、平均住院天数、门诊均次费用、住院均次费用、事故发生率等。

(二) 如何更好地发挥市场机制作用

卫生筹资来源于政府和市场两个渠道,因此应发挥政府和市场两个方面的积极作用,促进形成多元卫生投入机制,也就是“政府主导、多元共举”。

第一,切实加大投入,履行好政府职责。此次医改方案明确提出,建立政府主导的多元卫生投入机制,确立政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位。2009—2011年,各级政府支持五项重点改革需新增投入8500亿元。安排好和使用好8500亿元资金,是党中央、国务院交给财政部门的一项光荣而艰巨的任务。财政部门将克服困难,主动调整财政支出结构,不折不扣地完成既定投入目标。同时,要统筹考虑可持续问题。医疗保障水平要与经济社会发展水平相适应,保障水平过低不能满足群众需求,而且人们为防病大量储蓄,还会抑制消费需求;保障水平过高又会给政府带来沉重负担,造成财政的不可持续。医疗保障水平存在刚性,只能提高,不能下降,制定经济政策时要充分考虑这一因素。过去我国在社会保障方面有欠账,所以这次医改的目标就是要强调“基本医疗卫生制度”的“公共产品”性质,加大政府投入,提高医疗保障水平。但也要防止出现不顾我国经济社会发展水平过度追求高保障水平、过度吊起老百姓胃口的事情发生。要深刻认识到,我国财政收入仅占GDP的20%左右,发展中国家平均占30—35%,发达国家平均要占到40—45%。那种简单将财政卫生投入与国外相比较的做法,不仅是无益的,而且若作为决策依据也将是有害的。

第二,鼓励和支持民资办医。“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”,其中一个基本内涵就是,政府要确保每个公民能够得到基本医疗卫生服务,但并不是说基本医疗卫生服务一定要由政府提供,应大力引入市场机制。此外,非基本医疗卫生服务更应主要由市场提供。因此,要科学确定政府办医和市场办医各自所占比重,为社会力量办医留出生存和发展空间。在调整和新增医疗卫生资源时,在符合准入标准的条件下,优先考虑社会资本举办医疗机构,鼓励社会资本规范参与部分公立医院改制重组。同时,制定一系列支持民办医疗机构发展的优惠政策,并切实将这些

政策措施真正落到实处,不能只是停留在口头上。

第三,积极发展商业健康保险。一是鼓励商业保险机构开发适应不同层次需要的健康保险产品,满足群众多样化的健康需求。鼓励企业和个人发展补充医疗保险,鼓励个人购买和鼓励商业保险公司发展商业医疗保险,解决基本医疗保障之外的“非基本”需求。二是总结部分地区试点经验,在确保基金安全和有效监管的前提下,积极提倡政府购买医疗保障服务的方式,探索委托具有资质的商业保险机构经办基本医疗保障业务。广东湛江,河南新乡、洛阳,江苏江阴等地的经验表明,委托商业保险机构经办基本医疗保障业务,跳出了过去政府办事增人、增机构的怪圈,有效利用了商业保险公司专业化、网络化的服务优势,改善和提升了医疗保障经办管理服务,降低了管理成本,方便了群众报销,强化了费用控制,促进了制度完善。

第四,大力发展慈善医疗事业。我国发展医疗慈善事业的潜力很大,要从改革慈善组织管理体制、完善相关税收优惠政策、大力弘扬慈善理念等方面入手,切实鼓励社会力量兴办慈善医疗机构,或向医疗保险、医疗救助、医疗机构等慈善捐赠。

(三) 如何更好地调动中央与地方两个积极性

在我国这样一个人口众多、地域广阔、实行分级分税财政体制的国家,要实现人人享有基本医疗卫生服务,必须发挥中央和地方两个积极性,上下联动,形成合力。医改方案的推出并取得初步成效,地方政府顾全大局,付出了很大努力,中央财政也承担了比以往更多的责任。在三年新增投入8500亿元中,中央政府投入占将近40%,而前三年度中央政府和地方政府的分担比例约为27:73。因此,推进医改工作,必须妥善处理好中央和地方之间的关系,明确中央政府和地方政府在医疗卫生领域的事权和支出责任,形成职责明确、分级负担、财力与事权相匹配的卫生财政体制与机制。医改方案明确提出,按照分级负担的原则合理划分中央和地方各级政府卫生投入责任。地方政府承担主要责任,中央政府主要对国家免疫规划、跨地区的重大传染病预防控制等公共卫生、城乡居民的基本医疗保障以及有关公立医疗卫生机构建设等给予补助。在加大中央、省级财政对困难地区的转移支付力度的同时,中央和省级财政要把地方卫生投入情况作为转移支付因素中的一个重要指标。省级政府也要结合省以下财政体制改革,明确地方各级政府在校医改中应承担的事权和投入责任。只有上下联动,步调一致,才能确保医改的成功。^[7]

(注:本文摘自王军副部长2010年5月在“省部级领导干部深化医药卫生体制改革专题研讨班”上的讲稿)