

推进我国基本医疗卫生服务制度建设的思考

江龙 | 陈太辉 | 吴松林 | 施兵

2009年新医改开启以来,我国正朝着建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度目标迈进,改革取得了显著成效。但由于一些长期积累的体制机制性问题,尤其在转型期医院运行“双轨制”,医疗卫生服务供需矛盾突出,现行体制没有适应市场经济转型及时进行调整,原来计划体制主导的医疗卫生服务无法满足社会需求,影响了医疗制度建设和医改的推进。此外,制度不配套、不协调,保障不健全和创新不足等也导致医疗卫生服务功能难以有效发挥。如何进一步落实“深化医药卫生体制改革”,达到人人享有基本医疗卫生服务,从制度和机制上解决好“看病难、看病贵”问题,成为当前乃至今后相当长时期我国社会事业建设的重大任务,也是关乎全体人民群众的最大民生。

我国基本医疗卫生服务制度的现状与困局

自2009年国务院正式颁布《深化医药卫生体制改革的意见》以来,我国基本医疗卫生服务取得了极大进步。2013年数据显示,全国城镇职工基本医疗保险基金、城镇居民基本医疗保险基金和新型农村合作医疗保险基金收入10800亿元,支出9355亿元,累计结余9720亿元。其中,城镇职工基本医疗保险参保人数27443万人,城镇居民基本医疗保险参保人数29629万人,新型农村合作

医疗保险参保人数80200万人,人民群众获得基本医疗卫生服务的保障大大加强。但同时也应看到,新医改依然存在着许多新问题,如基层医疗卫生机构运行效率低下、积极性不高;公立三级医院就医量增加、运行负荷大;社会办医准入限制多、影响总体供应质量;医药价格居高不下、“以药养医”顽疾难除;三项保险制度差异明显、重复参保率高等。这些问题深刻地影响着新医改的效果和制度建设推进。

(一)基层医疗卫生机构运行回归公益性,尚存机制不畅,动力不足、效

率不高

新医改使基层医疗卫生机构回归公益性。通过收支两条线、基本药物制度、全科医生培训等,使基层医疗卫生机构不再追求利润最大化,不必依赖药品收入、医疗收入创造利润。如图1,以广东省为例,从2011年实行基本药物制度以来,广东省基层医疗卫生机构药品收入下降明显,且药品收入占总收入的比重呈逐年下降趋势,有效缓解了基层医疗卫生机构“以药养医”的问题。

与此同时,因为管理方式的改变,基层医疗卫生机构的绩效激励不足,优

图1 2009—2013年广东省药品收入和药品收入占总收入比重的趋势



表：广东省基层医疗卫生机构运行效率

指标	单位	2009	2010	2011	2012	2013
每职工平均诊疗人次	人次	1289	1362	1326	1364	1428
每职工平均住院床日	床日	70	73	62	60	61
每职工平均医疗收入	元/人	68948	73121	52827	47211	47308
病床使用率	%	61.2	61.2	53.1	53.1	54.5
病床周转次数	次	42.5	40.4	34.0	34.4	35.0

秀医务人才流失，吃大锅饭氛围浓厚。如表所示，广东省基层医疗卫生机构运行效率从2011年开始呈现下降趋势，2013年因为加入了疫苗接种数据，每职工平均诊疗人次才略有回升，但每职工住院床日、病床使用率、病床周转次数等仍处于低位徘徊。此外，广东省基层医疗卫生机构的盈利能力也没有恢复，如图2所示，2011年实行“收支两条线”方式，全省基层医疗卫生机构的收入总额与支出总额下降幅度较大，与运行效率降低一致，且二者之间的差额逐渐缩窄，加之往年累计的债务影响，年末未弥补亏损不断增长。

(二)公立三级大医院承担基层医疗卫生服务过多，看病逆流，负荷过重，

矛盾凸显

2013年10月17日至27日，仅10天时间，全国发生了6起患者伤医事件，多位医护人员重伤甚至死亡。这些医患纠纷造成的悲剧，正是由于公立三级医院超负荷运转留下的祸根。在诊疗成本无明显差异的情况下，公立三级医院因为医疗资源更为丰富、医护设备更为先进、诊疗水平相对更高等原因，成为各类患者的就诊首选。于是，“排了三个小时的队，却只看了三分钟的病”，导致医患之间不信任，医患矛盾加剧。以广州市为例，2013年门诊量排名前3位的公立三级医院合计门诊量超过1480万人次，占广东省全省基层医疗卫生机构全年门诊量的6%。这些公立三级医院每

天的门诊量均超过万人次，如果加上住院床位数据，三级医院的吸金能力就更为显著。这也导致了另外一个问题，公立三级医院凭借巨大的吸引力，把许多本属于基层医疗卫生机构、二级医院的患者抢走了。而公立三级医院为了满足正常运行需要，不得不继续扩大规模，陷入不断膨胀的循环之中。我国医疗保障制度的主要目标是通过提供价格比较低廉、效果较好的基本医疗服务满足广大人民群众的需求。其中，基层医疗卫生机构、二级医院主要提供基本医疗服务，公立三级医院除了提供基本医疗服务外，更侧重于高水平的医疗服务。而现实情况是，公立三级医院一直“负重”前行，越做越大。

(三)社会办医准入限制多、困难多，实质性政策支持不足、不到位

越做越大的公立三级医院，也挤走了社会办医院的市场。从国外看，德国民营医院占医院总数63%、美国占73%、日本占87%、台湾地区占70%，与发达国家和地区相比，我国民营医院占医院总数明显落后，全国仅为42%。社会办医院在高端医疗市场、基本医疗卫生服务等方面，有效供给严重不足，根本无法与公立三级医院、甚至是优质公立二级医院竞争。社会办医院只能通过以专科为主，逐步向综合转变的曲线路线达到发展目的。以广东省为例，社会办医院机构数占全省医院总数的34.3%，床位数、诊疗人次、出院人次分别仅占比12.5%、8.3%、9.4%，呈现出个子小、能力弱的特点。因为主管部门严审批、准入门槛限制、政府扶持较少、医保覆盖不够等原因，社会办医院近年来始终是在夹缝中生存。除上述外部原因外，社会办医院在人才培养、职称晋升、福利待遇等医师人才聚集方面也无法与公立医院类比。综合各方，社会办医院发展缓慢，也正因为其发展缓慢，难以获得患者信任，马太效应明显。其

图2 2009—2013年广东省收入总额、支出总额、年末未弥补亏损变化趋势



实,许多非营利性社会办医院为社会提供了基本医疗卫生服务,也承担了一定的社会救助责任,但始终没有获得政府的认可,使得相当一部分社会医疗资源没有充分利用,成为社会的效率损失。因此,要建立覆盖全民的基本医疗卫生服务制度,必须充分挖掘社会办医院这块金矿。

(四)医药价格居高不下,“以药养医”顽疾难除,医疗服务质效受影响

2009年8月,国家发改委、卫生部等9部委发布了《关于建立国家基本药物制度的实施意见》,这标志着我国建立国家基本药物制度工作正式实施。2012年9月,新的《国家基本药物目录(2012年版)》开始实施,总目录包括546种药品。但原本是剂型适宜、价格合理、能够保障供应的基本药物,经招标采购后,低价药不知所踪,取而代之的是非基本药物。经过层层加码的非基本药物不仅价格贵,也无法获得医保的报销,所以,患者常常会觉得尽管有了医保,但现在看病还是比以前贵了。这正是“以药养医”顽疾在作祟。此外,我国医药产业集中度低,导致医药企业的生产成本无法形成规模递减;现行招标采购办法的低价策略,亦无法有效激励药品生产企业参与药品供应竞争,这些原因共同导致基本药物无法发挥应有的作用。

(五)三项保险制度之间差别明显,待遇差距大,制约城乡一体化

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保险是三项主要的保险制度,保障参保人享受基本医疗卫生服务。这三项保险的参保条件、融资方式、保障范围、待遇水平等方面差别极大,如城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险没有个人账户,报销范围和比例也没有城镇职工基本医疗保险高。此外,不同地区同类保险的待遇差距也非常大,如苏州儿童大病医疗保险可以为患重病

的苏州籍儿童支付最高30万元的医疗费用。与此对应的是,医保制度决定了本地区的基本医疗卫生服务供给能力和水平,全国东、中、西部之间差距大,城市和农村之间差距大。这类因为户籍制度、地区限制而导致的待遇水平差距将越来越站不住脚。十八届三中全会提出“在农村参加的养老保险和医疗保险规范接入城镇社保体系”,“整合城乡居民基本医疗保险制度”。2014年7月,国务院颁布《关于进一步推进户籍制度改革的意见》,提出“统一城乡户口登记制度,全面实施居住证制度”。截至目前,全国已有6个省级地区、30多个地市、150多个县实行了居民基本医疗保险城乡统筹,即城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险整合。比较典型的有三种模式:一是东莞的“一体多层次全民基本医疗保险”模式,把三项保险换成了不同层次的复合型保险,所有居民都有权依据自身情况选择合适的层次进行参保。二是昆山模式“分步推进全民基本医疗保险”模式,其先把城镇居民医保和新农合医保整合,然后提升统筹层次,与城镇职工医保共同享有大病医疗保险。三是神木的“全民免费(住院)基本医疗保险”模式,实行应保尽保。上述做法为全国改革提供了有益尝试,但其共同特征在于当地强大的经济基础和财政实力。

此外,因为人口流动、信息不联网等原因,重复参保情况较为严重,据有关数据显示,全国重复参保率达到10%,重复参保人数近1亿人。重复参保不仅给当前的医保覆盖率打了折扣,还导致财政资金重复补助、参保人重复报销等浪费行为。

推进我国基本医疗卫生服务制度建设的对策建议

(一)加强制度顶层设计,大力发展社会办医院

从世界发达国家的经验来看,完全依靠政府提供基本医疗卫生服务并不现实,必须加强顶层设计,通过对各级、各类医疗机构的市场定位进行层级划分,加大开放医疗卫生服务市场领域的力度,形成以公立医疗卫生机构为主体,非公立医疗机构、混合所有制共同发展的基本医疗卫生服务供给体系。基层医疗卫生机构、二级医院应该侧重于提供基本医疗卫生服务;公立三级医院除承担部分基本医疗卫生服务外,转向高水平的医疗服务发展,重点开展疑难病、重病的诊治和科研攻关。建议加强分级诊疗的政策宣传和结构性调整公立三级医院的服务价格,引导群众有序到基层医疗卫生机构、二级医院就诊。

鼓励发展社会办医院,应大力加强基本医疗卫生服务的多元化供给。十八届三中全会提出了“鼓励社会办医,优先支持举办非营利性医疗机构”的战略部署。建议进一步放开社会办医院的市场准入限制,减少审批环节、缩减要素条件,探索备案制,重事后监管。同时,减少不公平待遇,在税收、用电、土地、科研等方面给予社会办医院支持,通过社会办医院为人民群众提供更为多元化的就医选择,缓解“看病难、看病贵”问题。建议区分社会办医院的种类:对于承担了部分基本医疗服务功能的非营利性社会办医院,应允许其参与提供基本医疗卫生服务,纳入医保范围;而对于提供高端医疗服务的营利性社会办医院,应取消相应医疗项目的医保报销,避免出现穷人补贴富人的局面。对于社会办医院的市场监管方面,坚持以“宽进严管”为基本原则,实行黑名单和退出制度,加强诚信体系构建。

(二)推进医师多点执业,实行医师注册制,建立医师服务平台,加强行业协会自律和管理

医师多点执业制度有利于放大优秀医师的执业范围,让更多患者、更多

地区享受其提供的高效医疗服务,对增加基本医疗卫生服务供给具有关键性作用。优秀医师通过多点执业,能够帮助其他医疗机构建立高水平的医疗团队,带动其他医疗机构提升医疗卫生服务水平。因此,能否成功释放公立医院垄断的优秀医师资源,关系着公立医院改革、社会办医院发展和基层医疗卫生机构建设能否实现。当前,医师的人事、薪酬、医疗、养老、职称等关乎个人利益的事情全部与其执业医院密切联系,医师与医院之间是利益共同体。要加大力度推进医师多点执业制度建设步伐,打破医师的“单位人”属性,使其成为可在不同医院之间自由流动的“社会人”。这既需要协调解决医师原单位因多点执业而导致诊疗收入减少、竞争能力减弱、医师培养投入流失等利益问题,也要妥善处理医师的人事管理、福利待遇、职称晋升等配套问题。建议借鉴国际上通行的医师注册制,通过统一的注册平台,把医师多点执业从如今的审批变为备案。与此同时,加强医师协会的独立性,利用医师协会这个服务平台,管理医师的行医行为和职业道德,代理医师的职称晋升等;实施医疗责任保险制度,利用商业保险化解潜在的医疗纠纷问题。

(三)推进分级诊疗、双向转诊制,强化基层医疗卫生机构首诊制

除了推进医师资源的流动外,还要促进患者在各级医院间的合理流动。建议推广双向转诊及其对应的基层医疗卫生机构首诊制。如果参保患者要享受医保待遇,必须严格遵守基本医疗卫生服务制度的相关规定。基层医疗卫生机构首诊制即对于常见病、慢性病参保患者需在定点基层医疗卫生机构就诊,若转向二级、三级医院就诊,应征得基层医疗卫生机构同意,否则医保不予报销。而分级诊疗制是指当在三级医院就诊的参保患者病情趋于稳定,经三级医院确

认,参保患者需转回定点基层医疗卫生机构进行后续治疗,否则医保不再报销其医疗费用。通过这种分级诊疗和首诊制,既使参保患者自觉到基层医疗卫生机构就诊,保证了基层医疗卫生机构的市场份额,又可以减轻三级医院的接诊压力,释放部分医疗资源。

(四)建立独立的第三方医疗卫生服务质量评价与考核机制

当前,基层医疗卫生机构的工作开展情况如何,是由卫生主管部门牵头进行绩效考核考评,通过考核考评结果,对基层医疗卫生服务机构进行奖罚。这是基层医疗卫生机构的内部监督体系。为完善监督机制,建议引入独立第三方对基层医疗卫生机构的执业服务进行评价。所谓独立第三方,即主要由基层医疗卫生机构服务对象组成的社会群体,其评价内容包括基层医疗卫生机构提供的基本医疗服务和基本公共卫生服务,小到个别医生的服务态度、服务数量、服务质效,大到某一社区的健康体检、慢性病管理。通过独立第三方的评价与监督,能够架起人民群众与基层医疗卫生机构之间的沟通机制,便于基层医疗卫生机构及时改进不足,也能够促进人民群众了解和认可其工作情况。因此,建议有条件的地区先期开展独立第三方执业评价与监督服务评价试点工作,总结经验后向全国推广。

(五)探索政府医保机构、参保人、定点医院之间的医保付费谈判机制

在建立基本医疗保障体系下,三项基本保险成为基本医疗卫生服务的第三方付费制度,实质上是基本医疗卫生服务的特殊购买服务方式。面对不断提高了的医保待遇以及不断增长的医疗费用,医保基金的收支平衡压力越来越大。政府医保机构面临要么基金超支、要么参保患者报销待遇下降、要么医疗服务质量下降的窘境。无论是哪一种情况发生,对于政府医保机构、参保患者、定

点医院而言都是损失。所以,有必要探索由政府医保机构出面,建立与参保患者、定点医院之间的医保付费谈判机制,就医疗费用支付方式、医疗服务质量、医药价格等内容进行医疗服务谈判和付费确认。建议选择医保基础数据较为完备的地区先行探索,以维护参保患者合法权益为基本原则,通过高素质、专业化的医疗保险谈判队伍,与定点医院甚至是医药企业,围绕基本医疗卫生服务报销项目、基本药物目录中报销药品等的价格进行磋商,依法依规拟定协议,并建立协议动态调整机制。

(六)推行基层医疗卫生服务机构“收支两条线”管理,成立县域结算中心,优化多渠道补偿机制

在收支两条线管理方式下,基层医疗卫生机构的基本运行更有保障,趋利性也大大降低。为让基层医疗卫生机构完全回归公益性,应大力推行“收支两条线”管理方式,维护基层医疗卫生机构的正常运行,建议在县域成立结算中心,或在现有的财政结算中心增设功能,具体负责财政与基层医疗卫生机构的费用结算,提升工作效率。多渠道补偿机制是“收支两条线”管理方式的重要基础,但是应该区别多渠道补偿机制中的普惠性措施,必须要有所为、有所不为。建议各级政府要以解决最为紧迫、最为关键的问题为出发点,财政与卫生主管部门紧密联系,避免补助资金撒胡椒面;医保管理机构应在报销机制方面引导参保患者到基层医疗卫生机构就医,对基层医疗卫生机构的报销范围、比例进行必要地侧重,同时还应加强监管手段创新,加大违规处罚力度,以进一步规范和促进基层医疗卫生服务机构有效运行,提升服务质量。□

(作者单位:财政部驻广东省财政监察专员办事处 审计署社会保障司 中国航天工业总公司 中国广核集团)

责任编辑 李燕