

医改为百姓带来实实在在的“健康红利”

医保参保率超95% 覆盖人口超13亿

个人卫生支出占卫生总费用比重由2008年的40.4%下降到30%

新华社北京11月8日电(记者陈聪 王宾)基本医疗保险参保率稳固在95%以上、公立医院综合改革试点城市扩大到200个……新一轮医改自2009年启动至今,基本建立了较为完善的制度框架,同时也为老百姓带来了不少实实在在的“健康红利”。

中办、国办日前转发《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于

进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》。意见提出,全民医保制度基本建立,基本医疗保险参保率稳固在95%以上,覆盖人口超过13亿人,2016年城乡居民医保财政补助标准达到人均420元,城乡居民大病保险全面推开,保障水平大幅提升。

意见提出,公立医院综合改革持续推进深化,全国1977个县(市)全

面推开县级公立医院综合改革,公立医院综合改革试点城市扩大到200个,科学的管理体制和运行机制正在形成。

与此同时,基本公共卫生服务均等化程度大幅提升,实施12大类45项国家基本公共卫生服务项目,覆盖居民生命全过程,惠及亿万群众。

此外,我国还大力推进分级诊

疗制度建设,全国已有超过一半的县开展了基层首诊试点,县域内就诊率达80%以上。药品供应保障体系进一步健全,实行国家基本药物制度,推行公开透明的公立医疗机构药品省级网上集中采购,逐步建立以市场为主导的药品价格形成机制。

得益于新一轮医改的持续推进,医疗服务和公共卫生服务能力不断

提升,个人卫生支出占卫生总费用比重持续下降,由2008年的40.4%下降到30%以下;基本医疗卫生服务可及性明显提升,80%的居民15分钟能够到达医疗机构;人民群众健康水平显著提升,人均预期寿命达到76.34岁,比2010年提高1.51岁,人民健康水平总体上优于中高收入国家平均水平,用较少的投入取得了较高的健康绩效。



河北省沧州市中心医院工作人员在药房内为患者取药。 新华社记者 牟宇 摄

权威解读

《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》 八年新医改如何再攻坚?

全民医保制度基本建立、公立医院综合改革持续深化、基层医疗卫生服务体系不断健全……我国新一轮医改已取得重大进展和明显成效,但一些体制机制障碍仍然制约医改推进的步伐。中办、国办近日转发《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》。各地落实医改方案有何亮点?如何以实践经验助推医改再上台阶?国务院医改办专职副主任、国家卫生计生委体制改革司司长梁万年日前就意见作了解读。

开展试点 夯实“三医”联动基础

医保在深化医改、促进医疗、医保、医药“三医”联动方面具有重要的基础性作用。

[意见]可开展设立医保基金管理中心的试点,承担基金支付和管理,药品采购和费用结算,医保支付标准谈判,定点机构的协议管理等职能。

梁万年:将医保基金监督管理、医疗服务价格谈判、药品耗材联合采购与结算、医疗服务行为监管、医保信息系统建设等职责合为一体,由一个机构统一行使,有利于实现基本医保基金的统筹管理,有利于发挥医保对采购药品的集中支付功能,通过量价挂钩降低药品价格,也有利于加强对医院和医生的监督制约、规范服务行为。特别是有利于促进形成医保和医改政策协同,加快构建大健康的格局。

看得起病 理顺药价是关键

在日渐高涨的“看病贵”呼声中,必须理顺虚高不下的药品价格,既要确保患者看得起病,又不能挫伤药品生产企业的积极性。

[意见]积极推进医疗服务价格改革,在确保公立医院良性运行、医保基金可承受、群众负担总体不增加的前提下,按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的要求,分类指导理顺不同级别医疗机构间和医疗服务项目的比价关系。

梁万年:所有公立医院取消药品加成,统筹考虑当地政府确定的补偿政策,精准测算调价水平,同步调整医疗服务价格。通过规范诊疗行为,降低药品和耗材费用等腾出空间,动态调整医疗服务价格。

资源不均 家庭医生和分级诊疗是关键

在优质医疗资源分配不均的前提下,必须统筹推进分级诊疗和家庭医生签约服务,既要保障患者看得好病,又要解决“大医院人满为患,小医院门可罗雀”的两难困境。

[意见]推进家庭医生签约服务。组建以家庭医生为核心、专科医师提供技术支持的签约服务团队,向居民提供长期连续的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。

梁万年:可引导居民或家庭在与家庭医生团队签约的同时,自愿选择一所二级医院、一所三级医院,建立“1+1+1”的组合签约服务模式,签约居民可在签约组合内选择任意一家医疗机构就诊,若到组合外就诊须由家庭医生转诊。

“互联网+健康医疗” 改善百姓就医体验

当前,互联网与医疗正在深度融合,分享经济在医疗领域获得延伸拓展。浙江省杭州市等地在借助信息化改善医疗服务方面的经验证明,“互联网+健康医疗”理念是推动实现分级诊疗成功落地的技术保障,也是改善群众就医体验的有效途径。

梁万年:互联网思维可助力加强健康信息基础设施建设,在医疗卫生服务体系改革中发挥技术支撑的作用。

构建互通共享、业务协同的国家、省、市、县四级人口健康信息平台,完善以居民电子健康档案、电子病历、电子处方等为核心的数据库,打通各类医疗卫生机构数据资源共享通道……一系列“互联网+健康医疗”经验应该得到进一步推广和应用。

调动积极性 给医务人员涨薪

医改既要坚持让百姓“治得起病、买得起药”,又要强化医院在市场中的运行活力,推进薪酬制度改革,调动医务人员的积极性。江苏省,以及福建省尤溪县在这一方面提供了成功经验。

[意见]推进薪酬制度改革。建立以公益性为导向的绩效考核机制,薪酬在保持现有水平的基础上实现适度增长。

梁万年:地方可以结合实际,按有关规定合理确定公立医院薪酬水平,逐步提高人员经费支出占业务支出的比例。

推广落地 比较学习再创新

意见总结了来自福建省三明市,以及江苏、安徽、福建和青海等省份综合医改试点共8个方面24条经验。只有将先进经验和当地实际结合,增强深化医改的主动性和创造性,才能在比较学习中再创新,使深化医改不断取得新进展。

梁万年:各地要深刻认识推广医改经验的重要意义,确保改革经验生根落地,产生实效。围绕关键环节和重点领域,探索改革有效实施路径,鼓励区域联动。今后还要加大督促检查力度,进一步总结各地创造的成熟经验,及时上升为政策。

新闻链接

这些地方在破解医改难题方面的探索引发关注

医改的硬骨头 这样啃

新华社北京11月8日电(记者王宾、陈晓)建立全世界最大的全民基本医保网,基本医疗服务可及性明显提升……新一轮医改爬坡过坎,地方经验在破解医改难题方面的有效探索引发各方关注。近日,中办、国办转发《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》,鼓励各地运用典型经验推动医改向纵深发展。

破以药养医,降虚高费用

——三明市降药价补医价

“看病贵”长期以来为基层群众所诟病。福建省三明市公立医院建立了科学补偿机制,所有公立医院取消药品加成,通过实行药品限价采购、严格控制医师处方权和抗菌药物使用挤压药品耗材流通使用环节的水分。

对于作为影响药价基础性环节的药品流通领域,三明市推行公立医院药品采购“两票制”,即生产企业到流通企业开一次发票,流通企业到医疗机构开一次发票。药品生产企业为配送负总责,实行全区域统一配送。同时调整医疗服务价格,医保同步跟进。

让群众看病不再“老大难”

——上海、江苏围绕家庭医生和医疗联合体探索分级诊疗制度

大医院“一号难求”,小诊所门可罗雀,基层群众看病长期呈现“冷热不均”的特点。为促进居民基层首诊,上海市启动试点“1+1+1”签约服务组合,即居民在与1位家庭医生签约的基础上,再选择1家区级、1家市级医院就诊。签约居民可在签约组合内选择任意一家医疗机构就诊,若需至组合外就诊必须由家庭医生转诊,实现“硬绑定”。

江苏省组建以两个三甲医院为核心的省级医疗集团,吸纳城区二级以上医院、专科医院和社区卫生服务机构,组建纵向一体化的医疗集团,成立社区卫生管理中心,医疗集团发挥核心医院资源优势,与社区卫生服务机构展开管理帮扶、技术合作、派驻医生和人员培训等工作。

让白衣天使辛劳“物有所值”

——江苏、上海探索绩效分配向一线骨干医务人员倾斜

薪资低、任务重、风险高,一线医务人员的职业生态环境压力重重。为在考核时兼顾效率与公平,江苏省公立医院在制定单位内部绩效工资发放项目时,设立岗位津贴、生活补贴、科研津贴、医疗卫生职业津贴、延时加班补贴、值班补贴、夜班补贴等项目。在具体分配时,重点向临床一线、关键岗位、业务骨干、风险度高和贡献突出等医务人员倾斜。

此外,在对院长绩效考核方面,上海市从社会满意、管理有效、资产运营、发展持续、职工满意等五个目标维度选取23个评价指标,考核结果直接作为院长年度绩效奖惩的重要依据。

大医院一号难求 分级诊疗势在必行



2009年我国启动医改至今,大医院一号难求、小医院门可罗雀,资源浪费的痼疾依然,要破除“看病难、贵”积弊,分级诊疗势在必行,更涉及大小医院间利益分配、协调机制等公立医院改革“硬骨头”。

图为患者家属在上海市复旦大学附属儿科医院等待挂号。

新华社记者 裴鑫 摄