

中国医改10年历程回顾与未来展望

王虎峰^①

摘要 自2009年至今,我国新医改已经启动10年,开始进入一个新阶段。中国医改是一项伟大的社会工程。文章阐述了医改同政治、社会、经济的关系,分析了新一轮医改政策议程启动和阶段特征;在分析和总结历史成就和经验的同时,提出了面向“十四五”持续深化医改的5项政策建议。

关键词 医改 政策效果评价 政府责任 健康中国

中图分类号 R197.3 **文献标志码** A **文章编号** 1001-5329(2019)12-0001-05

Review of China Health Reform for the Last 10 Years and its Future Expectation/WANG Hu-feng//Chinese Hospital Management, 2019, 39(12): 1-5

Abstract China Health Reform has been carried out for 10 years and will enter a new stage. China Health Reform is a magnificent social project. The paper expounds the relationship between health reform and politics, society and economics. Also it analyzes the new characteristics of the new era of health reform, while, it also illuminates and summarizes historical achievements and experiences. At last, five suggestions on the “14th Five-Year” planning to deepen health reform are proposed.

Key words health reform, policy effect evaluation, responsibility of government, Healthy China

Author's address Institute of Health Reform and Development, Renmin University of China, Beijing, 100872, China

2009年以来的新一轮医改,可以说是改革开放以来举足轻重的改革事件之一。新医改10年来,经历了从试点到全面推开,从行业改革到健康中国战略,从人口快速老龄化到计划生育政策重大调整等重大社会经济变革的过程,经历10年改革后现在又进入一个新的医改周期。回顾纪念这项伟大改革,总结历史经验,在新的历史起点实现新的突破,具有重大现实意义。

1 新医改起航、历程与成效

1.1 新医改议程的启动

1.1.1 执政理念的转变是催生新医改的基础条件 2014年12月,习近平总书记在镇江考察时提出了全面建成小康社会、全面深化改革、全面依法治国、全面从严治党“四个全面”。2017年,党的十九大报告作出了“我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾”的重大政治论断,提出了新时代坚持和发展中国特色社会主义的基本方略。伴随着发展思路和治国理政方略不断充实完善,我国实现了几个跨越:从计划经济时期经济发展相对落后,到20世纪90年代基本解决温饱问题,再到2020年全面建成小康社会。在执政理念转变的过程中,党和政府对民生问题愈发重视,这为我国医改提供了良好的政治基础和政策环境。

1.1.2 居民在看病就医方面遇到的困难是启动医改议题的根源 20世纪80年代左右,家庭联产承包责任制推开,人民公社时期“三级所有,队为基础”的农村集体经济形式逐步解体,旧农合制度所依附的经济基础不复存在,农村居民看

病问题面临困难。2002年,《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》(中发〔2002〕13号)提出要“逐步建立新型农村合作医疗制度”,2003年1月,随着《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发〔2003〕3号)的印发,新农合制度开始逐步建立。而在城市,随着国有企业的改革,“企业办社会”的局面不再,公费医疗和劳保医疗制度下部分城镇居民享受的“半医保”待遇也难以维持,特别是多种所有制企业的发展,城市非公有制企业的职工和居民缺乏基本医疗保障制度的覆盖。1998年,《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号)颁布后,覆盖全体城镇职工的医疗保障制度开始在全国范围内建立起来。但是,“半医保”待遇取消后,城镇居民却尚未被任何社会医疗保障制度覆盖,疾病经济负担沉重。总体来看,城乡居民的医疗保障覆盖面较窄,城乡居民医疗保障的缺失是促使医改政策之窗开启的重要问题源流。

1.1.3 公众舆论促进了医改政策议程的形成 2005年,国务院发展研究中心与世界卫生组织合作进行了“中国医疗卫生体制改革”的课题研究,由相关单位的专家学者共同完成了一份关于中国医疗卫生体制改革的报告,报告认为中国医改存在许多问题。媒体在介绍有关研究成果时以“目前中国的医改基本上是不成功的”为题进行了报道,这一说法引起了轩然大波,一时间,媒体竞相对此进行报道,引起了广泛的社会影响和讨论。此时,恰逢新一届中央和政府高层领导人换届之际,引起广泛讨论的医疗卫生体制改革也受到了高层领袖的关注,进而促成了医改政策议题的形成。

1.2 阶段及特征

医药卫生体制改革需要不断适应经济体制改革和社会发

^①中国人民大学医改研究中心 北京 100872

展状况,重点解决特定期内的主要卫生问题和主要矛盾。对新一轮医改的启动和进展,笔者分为两个主要阶段来进行分析。

1.2.1 新医改酝酿和实施(2006—2015年) 2006年医改领导协调小组的成立和8家国内外被委托机构平行研究报告的提交标志着我国新一轮医改的展开。2007年,党的十七大首次提出了完整的中国医药卫生体制的制度框架。2009年3月,中共中央、国务院印发《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号),对新一轮医改进行了系统的部署,也被认为是新一轮医改正式启动。2012年3月,国务院发文提出了“十二五”期间医改的四项重点任务^[1]:

在健全全民医保体系层面,覆盖城乡居民的全民医保体系逐步建立和完善。

在巩固完善基本药物制度层面,2009年8月,随着《关于建立国家基本药物制度的实施意见》等一系列政策的出台,国家基本药物制度正式建立。此外,药品领域改革的重点在于保障药品质量和改革药品供应系统,具体包括推进仿制药一致性评价、以省为单位网上集中采购等规范药品流通秩序的举措^[2-3]。

在基层医疗卫生机构运行新机制层面,城市社区,农村乡镇、村卫生室基本建设取得了改观。根据《中国卫生统计年鉴2011》和《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》,2009年到2018年,社区卫生服务中心(站)、卫生院、村卫生室房屋建筑面积分别增加了11 698 261 m²、19 994 195 m²、554 940 m²。

在公立医院改革层面,这一阶段的改革取向仍是坚持公立医院公益性的方向,并同时鼓励社会办医,促进多元办医格局的形成。

总的来说,这一阶段,是新医改夯实基础的阶段。由于上一阶段政府投入的不足引发了诸多问题,从改革属性上讲,这一阶段的改革属于增量改革;从改革内容上看,以体制性改革为主,以探索和完善卫生领域几项核心机制为基本任务。

1.2.2 健康中国建设战略新阶段(2016年至今) 2016年8月,全国卫生与健康大会提出了构建分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度五项基本医疗卫生制度。2017年1月,《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》(国发〔2016〕78号)公布,对五项基本医疗卫生制度进行了具体的部署。2017年10月,党的十九大报告将“优质高效的医疗卫生服务体系”纳入深化医药卫生体制改革的基本内容。至此,“5(五项基本制度)+1(优质高效的医疗卫生服务体系)”成为我国医改的重点领域,“实施健康中国战略”这个目标统领着此后的各项医改举措。继2016年中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》后,2019年7月,健康中国行动推进委员会又印发了《健康中国行动(2019—2030年)》,显示我国健康中国建设不断提速。

分级诊疗制度在五项基本医疗卫生制度中占据首位,是该阶段医改的突出特点。2015年,《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号)印

发,明确了分级诊疗的基本目标。2016年和2017年,《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》印发,力求推行家庭医生签约服务,促进医疗联合体建设。至此,医联体建设、家庭医生签约服务成为推动分级诊疗制度的两大抓手。

现代医院管理制度从改革重点任务的顺序看,重要性也更为凸显。2017年初,《政府工作报告》提出全面取消药品加成。2017年7月,国务院办公厅印发《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》(国办发〔2017〕67号),从医院章程、决策机制、民主管理制度等诸项制度对现代医院管理的构建提出了具体的要求。2018年,国家卫生健康委、国家发展改革委、财政部等六部门印发《关于开展建立健全现代医院管理制度试点的通知》(国卫体改发〔2018〕50号),公布了148家试点单位名单。

在全民医保制度领域,管理主体发生了巨大变化。2018年3月,在新一轮国务院机构改革中,新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险制度等相关职能归并给新成立的国家医疗保障局,地方各级医保部门也陆续建立。

在药品供应保障制度领域中也采取了一些新的举措。在流通环节,主要着力推进了药品“4+7”带量采购、“两票制”等举措;在生产环节,则坚持推行药品一致性评价^[4]。

在综合监管制度领域,则在深化医药卫生领域“放管服”改革的同时,着力构建多元化监管体系,强化全行业综合监管、引导规范第三方评价和行业自律。

总体而言,在“十三五”阶段,医药卫生体制改革进入全面深化阶段,重点任务由过去的建立和完善医疗保障制度,到同步重视精细化管理服务;从强调包括公立医院改革在内的体制改革,到同步重视医疗资源配置和使用;从多元办医格局,到构建综合监管制度。回顾新医改10余年历程,政府责任发挥作用的重点从扩张投入转向资源配置结构调整并重,改革属性从增量改革转向存量改革,医改从形成制度框架转向全面制度建设,从注重需方改革转向供需双方协同管理,从控制“看病难、看病贵”转向控制医疗费用负担。这些特征成为了医改不断深化的典型标志。

1.3 标志性成效

1.3.1 政府卫生投入水平回归和提升 近年来,随着卫生领域矛盾的凸显和医改的推进,政府提高对卫生问题的重视,政府卫生支出所占比例稳步上升。2018年,政府卫生支出占比达到28.26%,比2006年(18.07%)增加了约10个百分点,个人卫生支出总额虽依旧呈现上升趋势,但是占比却持续大幅下降,从2006年的49.31%下降到28.73%。

1.3.2 卫生资源日渐丰富 改革开放以来,国家经济实力日渐提高,卫生领域市场机制的引入也为医疗卫生机构和医学的发展注入了活力。2018年,我国千人口执业(助理)医师数、千人口注册护士数、千人口医疗机构床位数3项卫生资源核心指标相比2006年均均有大幅增长,其中,千人口注册护士数增幅甚至高达187.38%。

1.3.3 卫生服务提供主体向着多元化发展 计划经济时期,我国卫生医疗服务的主体是国有制的医院、集体所有制卫生院等机构,以1980年发布的《关于允许个体开业行医问题的请示报告》为起点,我国逐步开始放开社会办医。2009年之

后,推进社会办医已经成为新医改的主要目标之一。2010年至今,民营医院的数量翻了一番,2015年其占全国医院总数的比例甚至高达52.63%。从其拥有的卫生资源量来看,到2017年,非公立医疗卫生机构床位数占比达26.34%,虽仍与公立医院有较大差距,但呈稳步上升之态。可见,我国医疗卫生服务的提供主体正从单一公有制向着多元化方向转变。

1.3.4 卫生系统服务提供能力显著增强 2006—2018年,医疗机构诊疗量和入院患者数量都有大幅增加,入院患者数量增幅达200%以上,增长更为迅速。这也从侧面反映了近10余年,随着医药卫生体制改革的展开,我国居民接受医疗服务的难度降低,医疗服务可及性提高。

1.3.5 筹资公平性提高,居民健康状况显著改善 2000年,世界卫生组织发布的《卫生系统:改善业绩》(Health Systems: Improving Performance)对各国的卫生系统绩效进行了评价和排序,在191个成员国中我国卫生负担公平性排名188,这个差强人意的结果引起了我国卫生部门的高度重视和学术界的热议讨论。经过将近20年的努力,2017年,《柳叶刀》杂志发布报告,构建了医疗质量和可及性指数(HAQ)对195个国家进行了评价,中国排名82位,成为进步最快的5个国家之一^[5]。2018年,《柳叶刀》杂志再次发布报告,中国排名48位,进步显著^[6]。

我国居民健康水平的提高,从健康指标的改进也可见一斑。2010年我国人均预期寿命为74.83岁,2018年已增长至77岁;孕产妇死亡率从2006年的41.1/10万下降至2018年的18.3/10万;婴儿死亡率则从2006年的17.2‰下降到2018年的6.1‰。主要健康指标优于中高收入国家的平均水平,得到世界关注。

2 面临的深层次问题

2.1 分级诊疗与资源的倒三角配置

我国卫生资源配置不平衡问题由来已久,早在1965年,时任卫生部部长的钱信忠就在报告中指出“中国有140多万名卫生技术人员,高级医务人员只有10%在农村”,毛泽东就此作出了著名的“六二六指示”指出,要“把医疗卫生的重点放到农村去”。至今,区域发展、城乡发展以及医疗资源配置的不平衡仍是我国发展过程中不可忽视的问题,2017年,我国城市每千人口拥有卫生技术人员数是农村每千人口卫生技术人员数的2.53倍。2006—2017年,三级医院占医院床位数的比例从36.09%上升至43.74%,资源向上集中的“倒三角”态势明显且呈加重趋势。其中,大医院由于掌握着基层无法比拟的人才、技术资源,对基层医疗卫生机构有着十分巨大的虹吸能力,进而使得上下级间资源差距不断加大。资源配置失衡的问题一直是困扰卫生事业健康发展的核心问题。

2.2 现代医院管理制度尚待建立

长期以来,我国公立医院的外部治理机制未能理顺。公立医院以市场化基本特征的组织变革的状态有4种,按照医院自主权从大到小,依次为预算制、自主化、法人化、私有化。衡量标准包括5个维度:决策权、剩余索取权、市场进入程度、可问责性、社会功能。而我国公立医院在5个维度上所处模式不一,公立医院治理状态处于较为扭曲的

状态,各方面制度不匹配^[7]。

2.3 药品领域负面事件多发

近年来腐败事件发生频率较高,药品质量问题屡遭质疑。生产领域方面,药品产业生态不佳,药企营利模式粗放,研发能力不足。同时,国家虽多次采取多种举措对药品进行降价,但从实际结果看,综合成效尚不明显,改革成效有待巩固。此外,在市场化发挥基础性作用的药品市场中,针对特殊药物,如治疗罕见病的孤儿药、低值的短缺药缺乏足够的市场矫正机制尚未完善地建立起来,特殊病患者负担较重^[8]。

2.4 医疗保障制度尚存问题

目前,依旧存在以身份为区分参保对象的公费医疗制度和城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民医疗保险和农村新型合作医疗。这造成了诸如公平性不足、地区间转移接续、异地就医结算等多重问题。同时,医疗救助、基本医疗保险、公费医疗、大病医保、商业补充医疗保险等多层次医疗保障制度项目之间、制度之间待遇和筹资的衔接尚未做好,影响了管理效率。医保作为一种资源配置的方式,对医院的规范作用不足,对患者的就医行为引导调节作用有待加强,对供给侧结构性调整的支撑力度有待加大。

2.5 综合监管制度亟待完善

与前面4种制度相比,综合监管制度还是一个全新的领域,亟待加强。主要表现在:非公立医疗机构监管不善。目前,对非公立医疗机构的审批后监管尚未完善建立。新服务内容和方式不断涌现,无疑要求监管方式的创新^[9]。随着信息化的发展,许多服务的开展方式发生了改变,改变了过去地点固定、线下的服务方式转变为地点不固定、时间更灵活、以线上为主的服务方式。这些新的转变需要监管制度进行完善和应对。

3 中国医改的未来

3.1 规律性认识

3.1.1 政府机制:政府逐渐明确自身角色,打造尽责的有限政府。新医改10年来,政府的投入责任逐步回归,这是医改取得现有成效的基本保障。但是,我们必须认识到,在公共产品领域,政府机制同样会失灵,政府包揽事务过多,必然会损失效率,导致服务供给效率低下、人浮于事等现象。因此,在政府落实基本责任的同时,还要挖掘社会资源和社会力量参与到服务体系中,可以由社会组织和市场完成的事务交由社会和市场完成,实现由尽责政府到尽责的有限政府的转变。

3.1.2 市场机制:结合行业特点规划和调整市场机制发挥作用。从筹资角度看,单一主体不能满足所有人的需要。在我国现行经济制度和收入分配制度下,社会成员中的收入水平必然存在一定差异,而Andersen的卫生服务利用模型揭示了收入会对医疗卫生服务利用产生影响^[10-11]。政府首先应该保障基本服务和重点人群的需求,在某些公共性强的领域,政府应当承担主要甚至全部责任。而对高收入人群、基本需求之外的服务,以个人筹资为主,政府应该提供多项选择和多种渠道满足不同人群特殊需求。

从提供角度看,单一主体不能适应当前形势和未来发展。基本医疗卫生服务应当由政府承担主要责任,而那些更

高层次的需求,应当由非公医疗机构提供。即便在部分实行“免费医疗制度”的国家,商业医疗保险仍旧占据一定的市场份额,亦有医疗机构提供价格较高、个性化的高端医疗服务^[12]。

3.1.3 治理机制:社会组织作用、非公非营利性医疗机构发展、公立医院法人治理机制是重要的内容 应该明确政府与社会组织间的关系。政府与行业自律组织等社会组织之间不是替代关系。社会组织的志愿机制作用是不可替代的,尤其当涉及技术性事项的监管、行业准入等问题时,行业自律组织的自我监管发挥着独到的作用。

应该明确营利性机构和非公非营利性机构间的关系。营利性医疗卫生机构和非公非营利性医疗卫生机构都是在市场环境下经常存在的形态,应当认识到两类机构发挥作用的情景不同,并不能互相替代。对于两类机构应当分别管理、泾渭分明、各行其道,努力构建两类机构间竞争—合作—协同的良好关系。

应该明确公立医院改革的目的是实现对公立医院的有效治理。就目前的改革经验而言,应当将政府对医院管理相对分散的权力集中,提高各项政策的协调性,构建有利于现代医院管理制度推行的外部环境。在公立医院内部,则应当主要构建起管理框架,运用好政府授予的管理自主权,改变过去政府事无巨细、直接管理的状况。政府在对公立医院进行宏观管理时,职能部门应当主要担当好举办者、监管人的角色,激发公立医疗机构的活力和管理效率。

3.2 新挑战与新机遇

在总结过去的成绩和经验的同时,也应认识到未来社会经济环境变化对医改提出的新挑战以及带来的新机遇,这是推动医改不断深化的背景条件。应深刻认识以下几点。

3.2.1 政治优势将提供更多发展机遇 我国实行中央集中管理的体制,而医改涉及大量的公共服务,在解决此类问题时,我国的政治体制具有很好的优势。

2016年8月,全国卫生与健康大会强调“推进健康中国建设,努力全方位、全周期保障人民健康”,2017年10月,党的十九大报告再次提出“实施健康中国战略”,健康已然上升到国家战略。定位的提高意味着要求的提高,我国的整个医药卫生体系将面对更高层次的任务,也面临着更多挑战和更多的发展机遇。

3.2.2 经济因素将倒逼进行改革 2014年5月,习近平总书记在河南考察时首次使用“新常态”描述新周期中的中国经济,这也将对医药卫生体制改革产生深刻影响。医改是重要的民生领域,具有反经济周期的特点,这要求我们在经济新常态下,更不能放松对医改的重视。经济进入新常态,对于医改而言是压力更是动力,当面临财政资金收紧、医保基金不够充裕等问题时,将会对医保支付方式改革、公立医院发展方式转变等多项改革形成倒逼之势,必须通过改革化解矛盾,医改可能因此进入一个强周期。

3.2.3 社会因素使服务需求发展重大变化 人口结构的变化以及人口老龄化将会是我国未来医改面临的最大的社会因素挑战,必须积极应对。几十年来的计划生育政策形成的“长尾效应”正在显现。一方面是生育高峰形成的退休高峰已经出现,另一方面是放开“二孩”政策形成的新的服务需求。

“一老一小”是卫生服务需求量较高的群体,退休高峰的到来使得人口老龄化加剧,人口结构的深刻变化将使我国的医疗服务尤其是慢性病、老年病管理、治疗服务的需求量增加,要求我国医疗卫生资源进行结构调整。另外,人口老龄化将会使得人口赡养率上升,由于我国医疗保险主要实行的是现收现付制,人口老龄化也将会对医保筹资和支付带来巨大的压力。

3.2.4 技术因素对变革起到了“乘数”作用 新技术、新药物、新设备的研发带来了疾病治疗成本的快速增加,给公共财政、医疗保障带来了沉重的负担。信息技术尤其是大数据的飞速发展对管理提出了更高的要求。更重要的是,在伦理、法制和管理层面应当如何面对新技术带来的新问题变得不可回避。

3.3 对未来医改的建议

10年医改已成过去,而现在已经到了酝酿“十四五”医改规划的时候。根据形势和任务、经验和问题,笔者认为“十四五”医改应有新的思路,对未来医改主要有以下几点建议。

3.3.1 认识医改的周期性规律,坚定改革的自觉性,增强能动性,把握前瞻性 笔者对国际上15个典型国家110年间进行的266次医改实践进行了分析,总结发现了样本国家的医改周期性规律:一个样本国家平均6.2年进行一次改革。但是这些改革并不是一个简单重复的过程,20世纪70年代以前,制度型医改较活跃,20世纪70年代开始,国际上的医改往往以围绕质量和效率的管理性改革为主,实际上这也反映出改革没有穷期,不同国家、不同国情、不同的阶段目标使得改革具有多样性。同时,通过大量的分析可以发现,改革是有规律性的^[13]。就我们国家目前来说,从2009年起体制性改革的特征比较突出;从2016年“十三五”以来,越来越重视管理性改革。

3.3.2 推动建立优质高效的医疗卫生服务体系 党的十九大报告提出,建立优质高效的医疗卫生服务体系,与“五项制度”并列,成为医改的整体战略布局。打造优质高效的医疗卫生服务体系,是根据现实情况提出的。我国人口众多、人均医疗资源不足、人口快速老龄化、人口红利消失,在这种情况下,单纯靠投入增长还不足以解决目前存在的问题,并且考虑到日益增长的健康需求,未来资源的缺口会越来越大,因此构建优质高效的医疗卫生服务体系既是考虑当下问题,又是未来很重要的一个方针。构建这样的体系需要重点把握三个核心问题:

第一,构建新的体系意味着要对存量进行调整,同时根据新的需求、新的环境条件的变化不断进行政策调整,也就需要建立一整套的反应机制。对短期性的改革工作,我国目前有一套比较成熟的办法;但是对中长期改革的分析、预判、规划的落实以及长效机制的建立,却反而成为工作的短板。所以,未来建立从应急到短期再到中长期的一整套的旨在建立优质高效的医疗卫生服务体系的反应机制是非常重要的一个方面。

第二,构建不同层面——国家级以及地方层面的医疗服务体系建设的标准体系。这个标准体系一定是系统的,既有过程指标又有结果指标,并且要兼顾不同的层级,要可操

作、可实施、可检验、可重复,以此作为制定工作目标、推动落实、检验成效的标准尺度。

第三,应该构建一个比较完善的治理框架的机制。首先,从治理方向上看,横向治理是关键突破口。将健康融入所有政策是新时期卫生健康工作方针所明确的,应当作为重大的体制机制性问题加以研究解决。纵向治理也应该加强,在与医疗相关的领域内,即便在系统内,上下层级之间、不同地区之间也需要加大协调和衔接,真正使健康工作系统化和网络化。另外,公立和非公立医院之间的合作、竞争、互动不够,目前还是“板块式”的结构,这也需要从管理、监管和技术上能够统一起来,难以想象缺乏系统性的合作机制能针对性解决影响健康的多元因素问题。其次,医疗卫生服务体系涉及政府、社会和市场等众多的利益相关者,政府、社会组织和市场机制的合理分工和搭配,是健康国家治理的必备条件。从政府职责看,首要的是解决个人和社会组织不能解决的问题。再次,是发展社会组织并相应抓紧研究相关标准,健康无小事,各项工作要有章可循。同时,调动非资本和运用市场机制,完善和优化医疗卫生资源布局。最后,抓紧建立适应新形势的监管体系,过去的监管条款、监管内容及手段已经落后于现实的需求,应该抓紧制定和完善,形成全要素、全流程,多元参与的监管体系^[14]。

3.3.3 深化医疗卫生体系供给侧结构性调整 目前的分级诊疗和医联体建设已经初显成效,但是医疗资源配置“倒三角”问题,特别是中心城市大医院“虹吸”患者的现象虽然有所遏制,却并未完全得到解决。资源配置实际上分为“静态配置”和“动态配置”。从静态来说,要将按照规划真正落在实处,而不是随意调整或者放在一边;从动态来说,患者流、资金流和人才流都是动态变化的过程,这就需要在“三医联动”的过程中,通过医疗、医保、医药的多措并举,吸引患者流到基层就医,从而带动资金流,再带动人才流往基层走。只有静态和动态两个方面都配合起来,资源配置和使用的效率才能提高。不管是分级诊疗、医联体建设、家庭医生签约、医保支付方式改革还是药品的集中招标采购,都要以围绕着优化资源配置和动态调整资源为导向来做改革的文章。

3.3.4 将质量和效率作为改革和发展的核心目标 公立医院要加强管理和服务精细化,要在信息化、标准化、数据化的融合上面下功夫,让管理创新成为一个强大驱动。在医保方面,在实现全覆盖的同时,通过提高合适的统筹层次、提升管理服务水平来提升基金使用的效率;医保支付方式在发挥其资源配置的基础性作用的同时,要更加重视精准调控、精准引导,将杠杆作用发挥得恰到好处。药品生产流通体制改革中,结合数量、质量和效率,不仅要挤压“水分”,还要激励新药创新、产业升级、重塑药品产供销完整生态链,重构药品生产流通秩序,这将是一项艰巨、长期的任务。随着“互联网+”、基因诊断等生物新技术的出现,我们需要采取更加有针对性、有效的监管手段,以此来鼓励创新和高质量发展。

3.3.5 创新社会管理和社会参与 新医改以来,我们经历了“十二五”“十三五”,积累了很多的经验。医改本身是一项民生工程,重点通过在以下几个渠道上来凝聚更多的力量和

共识。

第一,将医改这一工程看作是公共管理和公共政策一个重要的方面,在政策制定和政策评估这些环节更多地引入“第三方参与”,并且把医改项目看成闭环管理、不断持续改进的过程。

第二,利益相关者的适当参与,特别是现在医改的主力军——医务人员,以及药品和器械供应主体的参与。

第三,新的政策、技术和工具的应用,使政府和社会能够真正把钱花在刀刃上,能够真正地找出供需方、医患保资等的平衡点,努力实现多赢,推动医改持续深入发展。

参 考 文 献

- [1] 国务院. 国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知[EB/OL]. (2012-03-23)[2019-09-09]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=54386>.
- [2] 李伟,周琳,丁锦希,等. 药品质量“一致性评价”对我国医保支付标准影响研究[J]. 价格理论与实践, 2016(8): 70-73.
- [3] 胡善联. 我国基本药物制度改革的进展与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(7): 1-5.
- [4] 殷潇,张欲晓,毛宗福. 我国药品流通领域改革政策研究评述——基于利益相关者博弈视角[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(6): 13-19.
- [5] GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990—2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015[J]. Lancet, 2017, 390(27): 231-266.
- [6] GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet, 2018, 391(22): 2236-2271.
- [7] ALEXANDER S Preker, APRIL Harding. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals[M]. Washington DC: The World Bank, 2003.
- [8] 傅孟元,管晓东,魏国旭,等. 中国罕见病患者的医疗服务利用、经济负担和健康状况研究(英文)[J]. 中国药学(英文版), 2018, 27(5): 361-369.
- [9] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见[EB/OL]. (2018-08-03)[2019-09-09]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-08/03/content_5311548.htm.
- [10] ANDERSEN R M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter[J]. Journal of Health & Social Behavior, 1995, 36(1): 1-10.
- [11] 王懿俏,闻德亮,任苒. Andersen卫生服务利用行为模型及其演变[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(1): 15-17.
- [12] 何平. 社会保障概论[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2004: 1-282.
- [13] 王虎峰. 医改周期: 基于15国百余年医改事件的结构化分析[J]. 经济社会体制比较, 2012(4): 32-43.
- [14] 王虎峰. 健康国家建设: 源流、本质及治理[J]. 医学与哲学(A), 2017, 38(3): 1-4, 17.

[收稿日期 2019-10-14] (编辑 程学薇)