

## 王虎峰:谈医药分开 深化医改新举措

发布时间: 2015-05-25 09:07:41 文章来源: 中国网--中国访谈

时间: 2015年5月20日 10:00

嘉宾: 中国人民大学医改研究中心主任, 中国人民大学公共管理学院教授 王虎峰

简介: 国务院办公厅于5月17日发布《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》, 意见要求, 到2017年, 城市公立医院综合改革试点全面推开。作为医改走向深化的重要举措, 国办此时发布这一指导意见具有怎样的意义, 《中国访谈》邀请长期研究医改的专家王虎峰教授对此进行解读。

中国网:

“中国访谈 世界对话”, 欢迎您的收看! 国务院办公厅于5月17日发布了《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》, 意见要求, 到2017年, 城市公立医院综合改革试点全面推开。此时发布这一意见是出于什么考虑, 又是要实现怎么的目标呢? 本期节目我们邀请到了中国人民大学医改研究中心主任王虎峰教授为我们解读。

王教授您好, 感谢您做客我们节目!

王虎峰:

您好, 网友朋友们, 大家好!

中国网:

王教授, 国办此时发布这样一个意见, 其原因和出发点是什么?

王虎峰:

2009年新的医改方案出来以后, 紧接着出来一个公立医院试点的指导意见, 2012年有17家, 去年又增加了17家, 总共有34个城市试点。在这次城市试点过程中, 我们已经探索出来一些试点的路径、方法, 当然我们也发现一些问题。现在出台(这个指导意见)是因为:

第一, 通过前两批的几十家试点, 我们把很多问题看得比较清楚了, 我们的问题写在文件当中, 究竟怎么做, 我们有这个条件了。

第二, 我们这个试点经过了一个由上而下、由下而上的反复过程。第一次我们鼓励地方大胆试, 我们及时总结, 总结之后作为更高层级的文件来协调往下推。这样系统性会很强, 有一些问题不是哪一个地方可以解决的, 它具有全局性。

第三, 我们对这个问题的认识有很多深化, 比方说上一次文件写的是“城市公立医院试点指导意见”, 这次是“城市公立医院综合试点指导意见”, 为什么加上“综合”两个字? 我们认为公立医院改革不是简单的公立医院内部的事情, 也不是哪一个地方的公立医院内部的

事情,比如这个地区,是整体的医疗资源布局的问题,它整个的行业当中有行业管理的问题,并且我们加入了很多新的内容。这次我们提的第七点,一大段就讲分级诊疗的,所以我们认为现在时机成熟了,应该及时总结和推广。

中国网:

我们的医疗改革进行了很多年,我们印象当中,老百姓说的“看病难、看病贵”的问题一直没有得到根本的解决,您如何解释这个问题呢?

王虎峰:

我理解大家的想法和呼吁,我们一直在跟踪研究这个问题。但是作为改革来讲,我客观地说一下,我们前几年的试点是在三四个国家级城市和省级城市试点,很多城市选择几家医院,主要做一个“解剖麻雀”的试验。我们做点上的试点。对于公立医院一年70多亿的就诊人次来讲,我们的改革试点面从深里说就很少了,所以大家感觉不是很强烈或者很明显,我理解(这一点)。

我们过去几年跟过很多地方,有一些地区的医院确实取得了很好的效果,患者满意度提高、职工满意度提高,这种情况是有的。但是总体来讲,还有一些问题恐怕需要一个过程。比方说我们整个的医疗资源,特别是配置不均衡,特别是我们在基层缺乏合格的优秀人才,像这些,我想需要一个周期,因为最近我们加强了规范化培训,我们要做这个。

大家知道,我们医改方案到现在为止,从一个大学生当年入学到今天硕士博士还没有毕业,也就是像这样一些中长性的改革可能还需要一段时日。这就是为什么我们这次要扩面,前几天发了一个县级医院扩充的文件,这次我们发这个指导意见就是要解决试点扩充的问题,有针对性地进行试点。

中国网:

这次针对城市公立医院,把这类医院专门挑出来是为什么呢?

王虎峰:

前几天国务院办公厅出台了《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》。大概来说,医院是八八格局,大概80%的医疗资源是集中在城镇或者城市,这当中又有80%集中在大城市、大医院,城市医疗资源相对比较集中,同时负有比较重要的任务,比如培养人才、教学、科研。我们很多的中心医院、中心城市具有这种职能。宏观上,比如说像分级诊疗,它也有很重要的作用,它和县级医院的功能定位是不一样的,所以我们要把它单独拿出来,针对这类情况进行集中。当然,在一个区域内,城市公立医院改革和城市县级医院也要衔接,但是这两个情况不一样,不能完全用一个文件管着两类的医院,所以我们把它单独列出来,针对它的问题加以解决。

中国网:

这个意见提出了改革的目标，其中一些指标很明确，比如，城市三级医院普通门诊就诊人次占医疗卫生机构总诊疗人次的比重明显降低；医药费用不合理增长得到有效控制，就医费用负担明显减轻，总体上个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到 30% 以下。请您解释一下，这些指标的具体含义？

王虎峰：

之所以提出这些指标，也是经过了反复的论证，这些指标还有很重要的导向作用，我们要认识指标背后的意义。

第一，为什么控制大型特别是三级医疗机构的普通门诊的比重，我们说要让三级医院的机构回归到它本来的定位。我们当年评三级，或者我们之所以设立分级制度，是因为它承担的功能不一样。简单说，越是三级医院就应该承担疑难重症，要搞科研，要做培训，这是它做的事情。

前两年我们对就诊和分诊治疗没有体系的抓，三级医院扩充普通门诊，扩充的结果是现在三甲医院里面接纳的普通病人特多，甚至感冒的都很多，这样问题比较明显了。一方面过度扩张让我们基层的普通病人和医疗人员都跑到大医院了，所以把下面抽空了，这个东西不可持续。它有大量的普通门诊人员，对它自身的学科发展也会带来很大的冲击或者干扰。当然这不是正常的现象。我们之所以设这个分级诊疗就是为了解决疑难杂症。我们现在回到本意，对它的功能进行重新界定，重新削减普通门诊，这是它发展的定义。

第二，我们降低患者的负担，降低负担就要调整费用结构，对药也好，对各种耗材也好，要拉下去，这是解决看病贵的根本之策。我们不是针对哪一个人、哪一个患者，我们从整个医院收入结构上调，未来医院靠服务，靠提供有劳务价值的基础服务来获得合理的报酬，而不是靠卖药。

第三，医生是以医疗技术水平提升自己，你要突出强项，把基层的病源分到基层去。我们要控制患者的负担，我们把病看好，实际上科研给我们提出一条路子，未来我们要走内涵式的可持续发展道路。过去我们增加的投入比较多，很多居民从没有保障到有保障，这时候我们的医疗需求快速释放。现一阶段，我们在一定的投入水平下，包括稳定增长的情况下，我们怎么样不断提升服务的质量和水平，那必须是内涵式发展。

所以，这几个指标规定的是未来我们改革的时候更多地想办法怎么搞精细化管理、搞人性化服务，怎么样让最有限的钱达到最好的服务。

中国网：

意见当中讲到要构建分级诊疗的服务模式，推荐医疗工作中心下移，不知道效果怎么样？

王虎峰：

分级诊疗这项改革我们一直在研究，各地也做了探索。改革的路径我们已经大致梳理出

来了，但是有几种情况，比如，先在一个区域里面所有人开始做这种分级诊疗，还有对特殊的病种，我们认病不认人，比如你是高血压、糖尿病，我们要纳入分级诊疗程序去管理，确保你能得到医疗，同时不让你四处求医乱跑，我们设计好让你享受这个服务。还有就是医保条件，在我的定点地方按照分级诊疗走，我给你一些优惠、报销，如果你自己不愿意接受这样的选择，我自己愿意去哪儿去哪儿，要打折扣的，这些例子都出来了。

现在对分级诊疗也有顾虑，什么顾虑呢？患者一想，分级诊疗，是不是我以后有事不能去大医院了？在基层，我作为学者是这样看，这不是分级诊疗的本意，也不是我们分级诊疗应该做的，我们分级诊疗就是根据你的病情，你适合在哪儿看哪儿看。怎么说呢？

第一，急性病、慢性病怎么看，就是你有急病那就就近原则，怎么方便、怎么及时怎么看，这没有问题。

第二，你有特殊病，我们基层解决不了，或者我没有降压设备，肯定也不应该在基层治，你赶快给我转出来，这个没问题的。

还有一些，即便是这些病我明确了，要在基层，我给你派一些必要的有经验、有条件的医生，还有我们说的药品和检查设备，我给你配备了才能要求你来做。现在政策里具体要求是根据各地的情况，先从一些转诊病人入手，你这个地方能看什么病，你看得了就看，看不给了给人家转，这是一个比较实事求是的态度。

王虎峰：

再就是这么做下去，是不是患者愿意就行呢？根据我们的研究，不是的。这里面涉及到上级医院和下级医院的关系。为什么在分级治疗中上级医院也有相当的责任呢？如果这个人是一个普通的患者，一般的病，这个事情或者到了康复期或稳定了，应该主动转下去，而不是压在大医院。你要舍得放。舍得放，这里面要把利益抛开，而不能说这个患者有钱愿意住院就留他住，不是的。咱们按照标准来。作为基层，也不是患者在这儿他就一定在这儿，也要想办法给他科学合理的评价。过去基层相对压力不大，以后到基层看病的有很多，基层医疗机构和它的医生的压力也会非常大。大家知道，现在是因为去的人少，所以我们的服务能力还能够维持，如果大家真的都觉得你不错，大家都来，恐怕压力非常大。

我们看好的社区医疗中心都发展了几个阶段。第一个阶段是不了解不来，比较冷清和比较轻松。第二个阶段是你做的一些服务，引入了一些人才，有一些配套的设施和药品了，大家都愿意来，觉得你方便，熟了，就愿意来，马上就觉得难以为继。真的，老百姓都来找你，你肯定人手不够。那么，怎样配备相应的设备、人力，科学的激励，都是需要做的。

我去厦门市调研分级诊疗，调研了几次，我认为我们找到了适合我们目前情况的一个突破口和一个模式，那就是从慢病开始。慢性病的有些病种是诊断很明确，并且慢性病一旦确诊，对于日常的管理、对于我们说的这种有专人去指导，这样去治疗和调理效果最佳。而不是说我得了慢性病，一旦确认，我就住在三甲医院，没有用的。关键是你日常的监测护理和指导你去做。如果是这样，大家认识到了，我在基层按照分级诊疗程序走更好，他们有一些好的做法，比如让三甲医院的专家到基层来诊断和帮助复诊，再配上专门的健康管理师来指导你的治疗和日常的康复，我觉得这个效果是很好的。因此我说，我们有信心未来在分级诊

疗方面做得越来越好。

中国网:

其实，我们喜欢去大医院，根本上是觉得对基层医疗服务水平不那么信任，我能随时得到专家到下面来治疗吗？您现在让我去基层的医院，怎么来实现呢？如何推动？就像您说的从第一阶段到第二阶段有几步路要走呢？

王虎峰:

最好的办法还不是我去命令他，患者、老百姓、专家都很现实。我们去调研的结果，有些居民说我觉得我在基层和社区看比在三甲医院要好，因为我是糖尿病，去了（三甲医院）以后医生就让我马上住院，就得在这里治，他说我现在还有工作，一旦住院工作就做不了。所以，就转到社区。结果现在控制得很好，他就具有了说服力，愿意给周围的人说，这件事情在社区是最方便的。我想，要有这么一个接受、转变的过程，我们不是一刀切、急于求成，但真正做出来了，老百姓一比较，更方便、更信任，各种条件都有，何乐而不为呢？甚至有些居民年纪大了，有多种慢性病，他到三甲医院看病，每个慢性病就要讲很长的时间，医生不可能等他们。但后来他到社区，社区医生都熟悉他，如果有变化就告诉医生，没有变化就不需要重复，所以觉得在社区比上边医院方便多了。这里需要给一个时间，给一个体验，我们需要做到很好的设计，让老百姓有口碑，大家慢慢形成好的氛围，才能稳步推进分级诊疗政策。

中国网:

这个意见当中还有另外一个比较重要的内容，意见提出了要“破除以药补医机制，试点城市所有公立医院要实行医药分开”。这可能是最吸引眼球的部分了。那么我们知道，医药分开并不是现在才开始说的，试行了这么多年一直没有做出来吗？还是实行了，效果不佳呢？

王虎峰:

这几年改革确实有很多的收获，我是认真研读了《指导意见》的，公立医院医药分开，我们有一套章法，按照我的话来说，公立医院改革一系列都标注出来了。

以医药分开为例，过去很多人说医药分开行吗？我们说根据改革和最新研究来看不行，医药分开是第一个动作，不能停。第二个动作是什么？理顺医疗服务价格，医药分开不是改革完成了，利用医药分开的改革红利，我们赶快要调整价格，改变医疗结构的收入结构，主要不要靠卖药了，靠什么？靠合理的服务。改革医疗服务价格很多人觉得很难，我们也摸索出一套规律来，要服务于财政的、医保的其他的的手段，要保护患者，使他不受损失。等于你的价格调整不能让它突然增加了很多。

中国网:

我们也会担心，会不会又增加医疗成本？

王虎峰:

那是第三个动作，保证患者利益的前提下，医生和医院的收入不能大幅度降低。降低了会怎么样？我们说对于前面的改革红利，我们要适当向医生倾斜，不能说医药分开了，医生收入锐减，这事也会持续不下去。我就要把改革红利适当地给医生，怎么给它？我们现在有一套办法，从编制、薪酬、人事制度改革入手，要建立一个新的薪酬制度。建立薪酬制度，能不能给了钱让他很好地工作呢？紧接着我们要上绩效管理，科学的绩效，正向的激励，内部要这样做。外部我们对公立医院要创造条件，让它具有独立法人地位和自主运营决策权，给它创造条件。只有这些系列动作做下来，我们才能说医药分开的成果巩固住了。所以，我们说医药分开措施是一系列连续动作，你只有一系列连续动作做下去，并且这一套做下来以后评估，觉得不错，我们继续再做一遍，通过几个回合，才能把公立医院改革相对做到位。所以它是连续的、不断深化的过程，只有这样理解医药分开，我们一步步往前走，并且不是现在简单地重复过去，应该说比过去系统多了、深化多了。

中国网:

您提到的医疗价格调整有一个问题，这个价格的调整怎么算是合理的？对于医院和医务人员，医疗价值如何体现呢？

王虎峰:

我们的调整一般是理顺，理顺不是涨价，不做增量。首先明确不是涨价，我们是结构调整，什么是结构调整呢？过去医院一年有几千万的流水，以流水为例，在医院里，过去接近一半是卖药的，还有相当一部分是高档建材和耗材，真正体现劳务价值的很少，不管医生也好还是护士也好，按照劳务收费的内容很少。这是一个量，在这个量上，我们财政、医保、患者都是有投入的。

现在我们还是这么大的量，怎么办？把药这块降到零，不要盈利了，这是成本概念。这当然降下去一大块，这块干什么？我们把服务体现劳务价值的部分调进来，调进来以后，医院总收入额没变，但是你的真正的纯收入就明显增加了，纯收入增加以后，刚才我讲了，第一个我们要照顾患者，第二个要照顾医生，这里面我们相信它是有改革的空间的。

道理很简单，现在我们的药品、高档建材和耗材占的比例太高了，这本身不单是对医院的可持续发展有问题，对患者也没有好处，是药三分毒，吃那么多药干什么？所以，从根本上解决看病的问题，特别是看病贵、吃药多的问题是有决定性作用的，我希望理解这个事情，我们要挑战，未来要挑战的是得到有质量的服务，而不是吃那么多药，这对我们恢复健康是有帮助的。

中国网:

降低药品、耗材费用，让医生少开药，通过理顺医疗服务价格，也是能够得到很好解决的？

王虎峰：  
对。

中国网：

这次我们的《指导意见》虽然不是很长，但内容很多，除了上面我们提到的之外，还有哪些内容是让您觉得很有新意、很重要的，能否给我们分享一下？

王虎峰：

这次《指导意见》中有很多过去没有提到或者没有提到这个程度的，我们可以称之为亮点的东西，我给大家讲几个。

一，这次我们明确提出了破除以药养医，要切断医院和医务人员与药品间的利益链，这个很明确。过去我们说医院多，我们把医务人员这个事点出来很少，这次我们上升到国办文件层面。第一，我们对这个事情认识更加深刻了，我们在文件上说的不单单是医院，还有医务人员，这个事情对于我们的医药分开是个更高的要求。当然，我们做这个事，医生怎么办？过去有一些虽然没有规范，有灰色收入在那儿，毕竟是他的一部分收入。我们本身的行政制度，过去确实有没到位的地方，这一部分主要是小医院的一般医生，对他们来说确实待遇偏低。现在怎么办？我们现在要进行人事薪酬制度改革。这次也很明确，提出了首先在人事制度上实行聘任制度，人员事业编制由身份管理改为岗位管理，这个编制不再是张大夫、李大夫的，而是在这个岗位上的编制，你在这个岗位这个编制是你的，你不在这个岗位就没有了。相对来说，我们通过这个方式解决卫生领域人力在很多地方严重不足的问题。过去我们核定编制都是一二十年前核定的，目前情况下，我们扩编不现实，但像我们的民生服务行业，群众需求增长很快，特别随着全民医保，大量的医疗需求释放了，我们现在可以说疲于奔命，按领导的说法是“战时状态”，我们的医院每天就像过节一样，拥挤不堪。这样我们通过改革人事制度，让我们的人才能够引进来。

同时还有薪酬，这里面也讲了，建立符合医疗行业特点的薪酬制度，特别提到了行业特点。什么概念？因为我们医疗领域特别是我们的医生，一般来说培养周期比较长，他工作了以后服务的对象不是一般客户，而是病人，急需照顾，并且这种服务质量应该是没有任何瑕疵的，要求比较高，因为事关生命安全，那么他的责任就特别大。同时，我们知道医生行业要求很高的，我说活到老学到老，一点儿都不为过。每天要值班加班，这种劳动强度、学历要求、风险和责任，应该给他们一个合理的报酬。这个合理的报酬当然不是说他希望多少，而是作为社会发展到今天，在这样一个岗位上，这么大的强度，这样一个知识学历结构，这样一个贡献，应该值多少钱？我们通过这样一个标准的测量，就应该给人一个合理的报酬。这是我们要改革的，应该说这次说得很清楚了。你把这三点联系起来就会考虑到。

王虎峰：

第一，明确切断医务人员和药品的利益链。第二，改革大的人事管理制度和编制管理。第三，建立适合行业特点的薪酬制度。我们把这三个联系起来，这些事情我们过去呼吁多年，现在有了明确的政策说法了，我们应该做了，这是第一大方面。

王虎峰:

二,我想特别提一下,我们在鼓励社会办医。这几年自从我们提出来非禁进入、鼓励发展以后,医疗领域也积极出台了很多政策,多元办医格局基本形成。我们正在研究“十三五”规划,各地都在规划,留有空间,给予支持政策。但这次政策里还有特别好的一点,我觉得这是很重要的标志性的信号,就是优先支持非盈利医疗机构发展。我听了这个话是特别欣慰的。为什么这么讲?因为大家知道,首先我们政府办医疗机构资源有限,我们鼓励社会各行各业来投入是没问题的。另外群众医疗需求也是多层次的,不同的人,不同经济条件的人有不同的需求,应该有多样化的选择,这是没有问题的。但是在发展的同时,我们政府的资源怎么去用也是必须要回答的问题。所有社会资本办理都是一样对待吗?我们认为,国际经验给我们很好的借鉴,那就是虽然是非公设立,社会资本投入的,但如果我来不是为了盈利,我是做非盈利的,我想政府更应该同公立的一样一视同仁去支持它。为什么我说这个呢?社会发展到今天,我们很多的有识之士都愿意做一些捐赠,都愿意回馈社会,未来随着税制改革,这个趋势会越来越明显。过去在医疗领域收到的捐赠是比较低的,为什么进不来?我们有好的一窗口,让他们进来,接纳和容纳他们,这个好的窗口就是非公非盈利医疗机构。今天我们提出来了,这里应该有很好的发展。未来我们从国际经验来看,在非公医疗机构中非盈利是占大头的,中国慢慢也会出现一批愿意做非公的非盈利医疗机构,我相信老百姓也会欢迎。

王虎峰:

几年前我接受采访说过一句话,很多人不理解,说王老师你太异想天开了,你让非公医疗机构发挥公益性。我说他们太孤陋寡闻了,今天,这一天来到了,不单是我这么说,国办发文件也这样说——优先支持非公的非盈利机构,这是很大的进步。

我再说一个特别好的消息,我看了以后也是很高兴,能够推出三级综合医院设立全科医学科。过去这么多年,我们的三甲医院真正比拼的是什么?专科。我们按照学科分类,现在搞到一级、二级、三级、四级,我们一般分幼儿、妇科……,这是最初的。越分越细,大医院就热衷于搞这个,我在哪个专科里最有影响,研究得越深越好。但现在形势发展了,我们发现大医院是要有高精尖的专科,但不能把全科医学丢在一边。为什么这么说?因为现在住院医师规范化培训,特别是基层的全科医生都到大医院培训,你大医院没有全科,给人家教的都是很专的,你让人家学完以后怎么到基层医院工作?怎么承担全科的职责?这是不可能的事。

王虎峰:

第二,现在我们的诊疗分级转诊,上下联动,上面没有全科,怎么和基层对接?我们说不管是从科研、人才培养还是实际工作来看,三甲医院如果能够尽快设立全科医学科的话,我觉得对我们的工作帮助很大,对三甲医院自身来讲也解决了过去过于分科、分类,以至于到大医院有些病不知道怎么看。我有过这样的体验,我到很著名的医院里去看我的朋友亲属,就发现这样高级别的医院,单独住在哪个科他都会做得很好,但如果你跨了两三个科,这件事就没法做了,每一件事都要写会诊单,一旦发会诊单,那个科有没有大夫,什么时候来,怎么说,都是没有谱的事。这样整个治疗就没有办法做了。所以,过去我们分科太细了,我希望我们从这个为契机,要好好研究全科医学的事情。

中国网:

感谢您的解读。

王虎峰:

最后还有一句，我看到指导意见里还有特别有刺激性的一句话，但我觉得更有动力，说到“明确不能用经济指标考核科室和医生”。在过去，医院里最擅长的就是用经济指标考核他们，这次我们提出来了，那怎么办？我们要创新绩效管理理论，要我们用更科学的办法，我们既不能够和经济挂钩，同时也不能让医务人员付出了艰辛劳动得不到回报，所以下一步我们要系统地进行绩效管理的改革。

中国网:

再次感谢王教授为我们带来这么详尽的解读。由于时间关系，本期节目到这里就结束了，感谢各位网友收看！再见！