

“十三五”医改啥样子:整合式或可期待

中国人民大学医改研究中心教授 王虎峰

“十二五”规划:有些任务难交差

卫生费用指标很难完成。从量化指标来看,“十二五”规划里具体分为健康状况、妇幼卫生、医疗保障、卫生资源、医疗服务、卫生费用等几大类,通过跟踪最新的统计公报,我们发现预计多数指标能如期完成。其中,值得关注的是卫生费用这一指标,在“发展规划”和“医改规划”中,均提出合理控制卫生总费用增长问题。据统计,2013年个人卫生支出占卫生总费用的比重为33.88%,而日前下发的《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》中提出到2017年,个人卫生支出占卫生总费用的比重要降到30%以下,可见这项指标预计“十二五”期间很难完成。

个人支出所占比重有可能反弹。2009~2013年卫生总费用平稳增长,但在这样的发展趋势下,我们还有一些隐忧。个人卫生支出占总支出的比重逐年下降,但没有达到计划的30%,发展趋势不稳定。根据2014年进入经济新常态的判断,预示着过去几年这样的高速增长投入很难再继续延续。在这种情况下,如果个人支出不能同步有效控制向下的话,个人支出所占比重很有可能会反弹。反弹的结果就是离30%的目标可能是渐行渐远,这在“十三五”期间要特别注意研究解决。

分级诊疗体系的目标并没有实现。在“发展规划”中,明确提出“到2015年初步实现急慢分治”。但到2013年,我们三级医院病床全国平均使用率103%,二级是69.5%,一级是60.9%,这不仅是基层使用率的问题,更重要的是我们的三级医院超负荷运转,带来了很多的弊病,比如医疗质量、安全、医患关系、管理服务难免出现问题,这个趋势越来越明显。

重治轻防问题没有解决。“改革规划”要求坚持以预防为主,以农村为重点,中西医并重。“发展规划”指出,坚持预防为主,以农村和基层为重点,中西医并重,转变卫生发展方式。但是,现实是重治轻防的问题没有解决,需要进一步研究实现机制。

“十三五”规划:需要研究的对策

从基本医疗概念入手,研究控费问题。“十三五”规划一定要从基本医疗开始,这是一个总阀门,如果基本医疗没界定,其他所有的指标都很难有明确界定,很多指标没有办法衡量。我认为,基本医疗应该从三个方面界定:一是制度层面,在大的制度层面建立与社会主义初级阶段相适应的基本医疗。二是政策层面,所有的卫生政策应在不特指的情况下讲基本医疗,特指的情况下讲非基本医疗。三是管理层面,区分基本医疗和非基本医疗。

推进“整合式医改”。“十二五”给我的警示是提高资金的利用效率和控制医疗费用是非常困难的,而“整合”式医改可以解决这样一个问题。整合式医改的核心理念在于通过疾病清单或项目清单明确改革对象,以就医管理或操作规范明确改革的路径和标准,以医保、财政和价格作为改革的“牵引力”,以绩效考核手段“驱动”改革,保证医疗服务质量和效率,实现对医改领域改革的协调管理。这也是未来控费的基本组合工具。

具体说,第一,在提供健康服务和医疗服务的时候,首先应该有一个病种或者项目清单的概念,明确我们的医疗服务是针对哪一类疾病的。第二,根据国内外的经验,紧跟清单的是就医管理和操作规范,即通过什么路径来实现医疗服务的提供并保证医疗服务质量。第三,所有政策必须有相适应的医保、财政、价格配套政策,要有一个正向的,激励相容的设计,需要“牵引力”引导就医路径和诊疗规范的落实,没有这种激励相容的设计,政策设计难以落实到基层,改革就难以继续下去。第四,通过绩效考核激励各方,特别是针对提供医疗服务的机构和人员。

探索建立个人负担监测体系。医改目标就是要降低个人医疗支出，但是降低的标杆是什么？如何测算个人负担是否降低？过去对个人支出的监测不够完善，在报表的统计系统中没有持续地对个人负担进行监测，仅仅靠几年抽样做一次负担监测，实际情况究竟如何难以表述清楚。

总的来说，未来提高我们的医改水平，需要以“整合式”医改的理念进行。医改需要打出一套“组合拳”。单项改革行不通，“菜单式”综合改革也不行，因为一些地方执行政策时是选择性的，哪个柿子软就捏哪个，这样的医改搞不下去。医改需要以整合的形式推进。比如无论是医疗机构改革，或是分级诊疗等其他工作，首先要有项目清单。另外，必要机构的调整和完善。有了清单，过去的一些机构未必适应现在的工作，因此要进行适当的调整完善。例如甘肃的“公共卫生进医院”行动，对于医疗卫生机构进行了必要的调整，要求公立医院必须设立公共卫生科。“整合式医改”的理念是以患者和居民的需求为导向，以适应新常态为目标，以调动医务人员积极性为重点，以控费为考核目标，将清单管理、操作路径、配套政策和绩效管理有机结合，这样才能促进医改和健康促进目标的实现。