

后，采取X+1的办法，不管你原来是什么专业，在此基础上缺什么补什么，进行培训，然后再上岗，上岗以后一边做一边提高。开始的时候抓好整个行业的规范化建设是很重要的，行业建立起来，既要有政府的扶植，还应该利用市场机制调动积极性，干得越多越好经济收入就越好，于是这个行业就转起来了。家政行业在这方面有很好的典范，它们的运作是很好的，唯独在家庭健康领域是一个薄弱环节。组织家庭护理人员培训计划来解决未来家庭护理人员缺乏的问题，这个行业先启动起来，缺什么再补什么。当参加的人有了一个很好的收益的时候，对其他人就是一个吸引。家庭护理行业需要多方筹资来解决。

新医改应统筹进行药品生产流通体制改革和医疗制度改革

中国人民大学医改研究中心主任 王虎峰

【编者按】去年，中国新医改方案出台。一年多后，暴利1300%乃至2000%的天价药品频现，新医改最想解决的“看病难、看病贵”的顽疾并没有得到有效缓解。对于药品的价格问题，新医改第八套方案的执笔人王虎峰说：“我一贯主张是将药品生产流通体制的改革同医疗制度的改革结合起来，这样我们才有可能把从上游到下游的整个环节理顺。”

医改不仅缺钱，同时也缺制度

实际上，从2006年开始酝酿，到2009年三四月份出台的新医改方案，比以往任何一轮医疗改革都有巨大的进步和不同。虽然很多人对医改抱有怀疑的态度，但是很多人实际上已经身在新医改风暴之中，换句话说，已经受到新的医改方案的影响。前几十年的医疗改革，基本上都是沿用城乡分割的模式，农村的不可能和城市的在一个政策、一个方案中体现，享受同等的机会。但是这一次，很明确把城乡放在一起，提出“覆盖城乡居民的基本医疗卫生服务体系”。

在实现的过程中，很多人以为中国医改就是缺钱。但笔者一直认为，医改不仅缺钱，同时也缺制度规则。如果有了钱，医改就能解决，那就把医改看得太简单了。整个医疗服务体系、医院的体制改革、医生的绩效管理考核和薪酬确定包括一些医疗机构的运作模式的改变等问题，都绝非政府说改或者领导表个态，短期内就能改变的。

其中笔者特别关注公立医院绩效管理。要把医院的改革、发展和管理很好地贯穿起来，其中很重要的一个抓手就是绩效管理；绩效管理抓得好，不仅能解决管理问题，还能促进改革。也就是说，医院需要把改革政策贯穿到绩效的考核中，并且要把很多改革目标纳入绩效考核中，只有这样才能推动医院的改革。否则，上层的改革政策，由宏观到中观再到微观，到医生这就卡壳了。如果这样，再多的医改政策也很难传导到患者那里，因为患者所接触的服务都是通过医生的手、医生的笔来获得的。所以说绩效管理是重中之重，也是杠杆，也是国家医改接力棒的

最后一棒。下一阶段随着政策陆续出台，能不能跑好，最后就靠医生了。

治理药价虚高：药品各环节要统筹考虑

在药品价格上，单纯的管制或者调控药品价格解决不了太多问题。因为药品价格同生产、流通、使用者等环节密切相关，所以笔者一贯主张：应该统筹进行药品生产流通体制改革和医疗制度的改革，这样才有可能把从上游到下游，一直到使用环节整个理顺、打通。如果单独就某几类药品进行价格调整，或单独就某一个环节进行调整，很难奏效。

药品从生产、流通到使用环节，机制、利益分配是连通的、是游走的，很难仅仅就某一个环节解决整个产业链的问题。这就是“气球效应”，医院的“以药养医”，或者说药品收入结构、总量就是这么大，要想改变它，从某一个点挤压它，结果就是问题又跑到其他地方去了，由于问题是连通的，压这一点，这一点下去了，其实跑到其他地方去，医院收入并没有变化。从这边挤，往那边冒，实际上，又膨胀起来了。所以未来还是要将生产流通和使用环节统筹考虑，才可能真正走上一个可持续、促进良性竞争的机制。药品价格是一个很大的问题，因为药品价格涉及到方方面面。太多的问题反映在价格上，但是仅靠价格又解决不了这么多问题。

从大的方面来讲，要从产业政策方面加以引导、规范，但这并不是意味着政府直接包办此事。笔者建议设立一个标杆，哪类企业应该怎么做，才去鼓励、规范，一定要给企业一个很强的信号，并且把生产、流通、使用等环节统一起来。只有信号非常明确，市场才会在指挥棒下调整。在这个过程中，做到堵疏结合，所谓堵疏结合，要承认市场里有很多好的企业想做大做强，想规范，想良性竞争，那么一定要让这些企业胜出。所谓堵，确实有些医药企业靠一些不规范的操作，那些东西要堵住。只有堵疏结合才能真正实现优胜劣汰，否则一味去挤压，并不能达到优胜劣汰的效果。如果政府信号不明确，市场信号失真，那么最终损失的肯定是消费者。

财政补给：供需双方要兼顾

近几年，补供方还是补需方的问题一直是讨论的主要问题之一。笔者一直不变的观点就是，供方和需方要兼顾，而国家新的医改方案也是这样确定的。

首先，为什么需方（参保者）应该补呢？有人说，补需方的目的是想让保险机构代表参保人，形成集团购买力，然后集团购买力和医院谈判，通过谈判来压低服务价格，达到制约作用。这从理论上行得通，但现实是不可能实现的。原因在于医疗机构是政府部门的附属机构，不是市场主体，没有办法像国外完全的市场主体那样，在平等的环境中通过谈判来互相施加压力。中国还没有形成这样一个环境，形成成熟的谈判机制，所以不可能寄希望于不存在的机制去解决一个现实的问题。

之所以补需方，真正的原因是，改革开放这么多年，中国参保的或者说得到较好医疗保障待遇的都是有正式工作的、收入高的人群。恰恰是那些没有固定收入或者说没有工作的城乡居民，没有保险。通过补助这一部分人的参保，可以在较短的时间内，给他们提供基本的保障，以达到在医疗保障上基本的公平，这一点

是通过其他渠道很难实现的。换句话说，只有通过政府支持他们参保这种形式，才能实现人人有医保；而通过人人有医保，才能实现人人有一个基本的医疗保障。这是中国短期内可以实现的。

笔者一直坚持要补供方，要给非营利性的医疗机构补钱。它们的基本建设费用、设备费用，还有提供一些公共服务项目的费用，都应该由政府提供补贴。有人质疑，给医疗机构补钱，会不会出现补了钱就没有效率了？笔者认为，由于这些机构从发起设立到运行原则，我们都给它们定下了“非营利机构”的标签，那么这些机构就应该提供有别于其他类型医疗机构的、在市场上可以购买的服务，即相对低廉、相对更多考虑社会公益、安全有效便捷的服务。低廉不等同于低质，不等同于不安全。

应该提倡发展非营利医院

中国的非营利医疗机构应该有两类：一类是国家投资发起的公立医院，还有一类可以是个人设立的，但按照非营利模式运作。形象地讲，这实际上类似于一种慈善行为，由个人捐资建立一家医院；捐助者不是为了赚钱，而是将之作为一种回报社会的慈善行为。笔者认为这是特别值得提倡的，是特别要去鼓励的。随着经济的发展，越来越多的人愿意承担社会责任，愿意做慈善工作。而当前对于一些个人设立非营利医疗机构重视不够，以至于有人想做好事都很难。换句话说，私人设立医院就必须营利，必须要赚钱，否则很难获得国家批准。在美国，这类慈善机构非常多，我们应该学习美国，考虑为那些有社会责任感的慈善家们提供一个出口。不仅是公立的，也包括非公立的，只要是按照非营利模式来设立的，就应该一视同仁，政府该给其税收政策，该给的财政支持都不能落下，同时要求它毫无例外地提供公益性服务。

如何保持公立医院或者说非营利医疗机构的公益性，新医改应该通过哪些方面来制约同时激励公立医疗机构，避免再次出现“以药养医”，我们做一项什么样的制度安排，才能让公立医疗机构健康地可持续发展，让做医疗服务工作的人安心工作，让消费者认为看病费用是合情合理。要达到这个目标，首先要做的就是改变绩效管理模式，公立医院不能够以营利为核心或者以营利为导向，即不能说谁能创收，哪个科室利润多，谁拿的工资就高。如果这个不改革，那公益性就很难实现。现实的情况是，挣钱多的部门总是拿高工资，而另外做很多公益工作、创收很少的医生只能拿低工资。长此以往，提供公共服务的部门自然就萎缩了，没有人愿意去做了，最后是老百姓的福利受到了损害。

神木医改不是免费医疗

关于神木，它仅仅是一个县，它能够做这件事，本身已经不简单了。在财力允许的情况下，多投入民生，惠及老百姓，从大方向上讲是对的。这一点是要肯定的。

但是，作为一个学者，笔者要说的是，所谓的免费医疗，在这里有太多误区：第一，免费医疗是一种通俗的说法，但是很不准确。国际上没有免费医疗这一模式，免费医疗也不是一种值得炫耀的模式。大家熟悉的英国NHS，或者叫国民健康服务，俗称免费医疗，但实际上这个理解本身就是片面的，甚至有太多

的误解。原因是，这种模式的实质不是免费，而是通过完善的家庭医生守门人制度，对医疗需求进行严格过滤，把有限的资源投入到最需要看病的人身上去。在这种模式下，不是说想看病就看病，而是需要到医院去预约，等候往往很长，几个月也很正常。原因很简单，世界上没有任何一个国家可以支撑毫无限制的、“立等可取”的医疗服务。其次，这种模式看似看病不花钱，实际上是有了严格的控制条件，才能说不花钱。如果想不排队，想得到更好更快的服务，那就必须自己花钱。除非是国家元首或者王室成员，或许在一些国家可以享受这种特殊待遇，否则世界上没有一种医疗模式叫做免费医疗。

神木其实是在做医疗保障的工作，医疗保险虽然报销比例比较大，但是有分担比例的。笔者认为，免费医疗是一个典型的双方结构，在免费医疗体制下，只有医院和患者两方，没有医疗保险的介入。如果有医疗保险的介入，这就不叫免费医疗模式。神木模式就是典型的医患保三方结构，未来中国都会这样，那就是不断扩大覆盖面，不断地提高保险比例，如此而已。

江西:五项措施推进城市基本公共卫生服务均等化

江西省卫生厅农卫处 肖云昌

【编者按】新一轮医改方案提出，从2009年起，逐步向城乡居民统一提供疾病预防控制、妇幼保健、健康教育等基本公共卫生服务，这是党和政府为民办的又一件实事。落实好这项改革任务，尽快惠及广大居民，是各地在实际工作中面临的挑战。江西省通过合理划分“城市”、“农村”，在一定行政区域实行基本公共卫生服务均等化；通过将服务项目分两类，细化基本公共卫生服务项目补助标准；提供公共卫生服务实行一卡一册制度，居民“凭腿”选服务；通过完善评价方法，建立健全基本公共卫生服务绩效考核制度；通过强化监管，进行抽查和居民监督等形式进行监督。因地制宜，不断完善，建立机制，扎实推进城市基本公共卫生服务均等化工作。

近日，笔者在南昌市东湖区敦子塘街道社区卫生服务中心，采访了住在附近、正在打点滴的喻菊香大妈。她告诉笔者，今年63岁，是个退休工人，患了高血压、冠心病，经常要到中心打点滴，这里方便、便宜，医务人员态度又好。她说，我们两口子去年1月在这里接受了免费体检，建了健康档案。笔者拿喻大妈的身份证放到识别机上，电脑马上显示她的健康档案，主要是她的相片、住址、联系方式、出生日期、体检结果等身体状况。据了解，2009年，江西像喻大妈这样免费接受健康体检的，全省就有574.6万人次，共建立健康档案693万份。

合理划分“城市”、“农村”，在一定行政区域实行基本公共卫生服务均等化

促进基本公共卫生服务逐步均等化主要是为了缩小城乡和地区间居民享受公共卫生服务的差距，进一步提高居民健康水平。而让居民免费享受基本公共卫生服