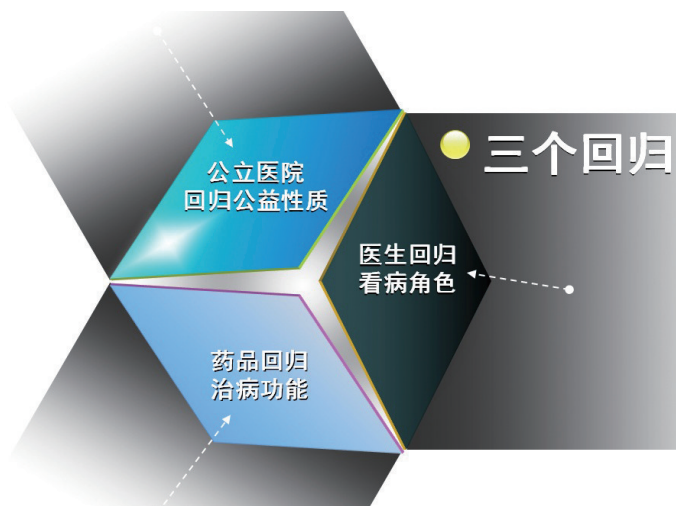


编者按:福建省三明市作为福建省首个公立医院改革国家级试点城市,2012年初,以实现“公立医院回归公益性、医生回归看病角色、药品回归治病功能”为总体目标,在全市22家公立医院全面推行政改,取得明显成效。2014年2月19日至20日,中共中央政治局委员、国务院副总理刘延东考察三明医改时,对医改的“三明模式”给予了充分肯定。

“三医”联动 向综合改革要红利

——福建省三明市公立医院改革调研报告



自2012年2月在三明全市范围内推进公立医院改革以来,短短一年多时间,该市不仅将医保基金扭亏为盈,还创造诸多全省乃至全国的“率先”措施,引起社会各界关注。2013年底,财政部副部长王保安率队赴福建省就三明市公立医院改革情况进行调研。

为什么改:被逼出来的改革

三明市位于福建省的西北部,面积2.29万平方公里,人口274万,所辖12个县(市、区)全部是原中央苏区,是一个以农业为主的山区市。经济发展相对滞后,财政比较困难,2012年全市财政总收入121亿元,其中地方财政收入77.4亿元,在全省同级财力排名靠后,12个县(市、区)中有10个是省级困难转移支付县。近年来,这个曾经的老工业基地由于退休人员多(抚养比2012年达1:1.9,远高于全国1:3的平均水平)、企业效益差,职工医保基金面临越来越大的压力,2009年以来开始收不抵支,2011年基金缺口高达7552.59万元,欠付全市22家公立医院医药费累计达1748.64万元。迫于这一严峻形势,加之近年来三明市医疗系统陆续发生多起药品腐败案件,三明市委、市政府从2012年2月开始在全市22家公立医院全面推进综合改革。

怎么改:“医疗、医保、医药”三医联动

三明市委、市政府建立起“政府主导、部门参与、医院配合、社会监督”的工作机制,提出坚持“三个依靠”、“三个回归”的改革原则。“三个依靠”即:公立医疗机构的硬件投入依靠政府,软件和日常管理依靠医院自身,降低医疗成本和提高运行效率依靠体制机制创新。“三个回归”即:公立医院回归公益性,医生回归看病角色,药品回归治病功能。一年多时间里,三明市在公立医院收入分配机制、补偿机制、药品招标采购、医院管理、绩效考核以及医疗资源布局等方面打出一套“医疗、医保、医药”三医联动的组合拳,其中“十一项”措施创

造全省乃至全国的“率先”。如在全国率先推行医院院长年薪制和医师技师年薪制;率先在全国实施重点药品监控,遏制药品浪费;率先试行由医疗机构自行采购低于统一采购价10%的药品;率先整合医保基金管理机构,率先实行新农合全市统筹等。

三明市多措并举,增强医疗体系的内生动力,做到完善补偿机制,实行药品零差率销售;调动医务人员积极性,深化收入分配制度改革;率先开展绩效考核,强化医院管理。三明市在全省范围内率先在22家公立医院全面取消药品加成,医院因此减少的收入,在不增加患者负担的前提下,通过调整服务价格由医保付费补偿、加强医院内部管理消化、加大财政投入等措施进行补偿。为调动医务人员积极性,三明率先在全市22家公立医院实行院长年薪制,年薪水平30万元,由财政全额负担。率先对全市22家公立医院在聘用临床医师类、技师类医务人员,按照级别和岗位,实行四个等级的年薪制,住院医师年薪最高7万元,主治医师年薪最高12万元,副主任医师年薪最高18万元,主任医师年薪最高25万元。为有效评价院长工作,三明市在全省率先建立公立医院考核评价体系,采取定性定量、年度与日常考核相结合的方式,从医院服务评价、办医方向、平安建设等方面对院长进行全面考核,考核结果与院长年薪发放挂钩。此外,三明市积极推进社会资本办医,与福建中医药大学建立战略合作关系,批准了15家民营专科医院项目。

公立医院院长	30
住院医师	7
主治医师	12
副主任医师	18
主任医师	25

三明注意运用外加推力,通过率先统一医保基金管理机构,率先实行三类医保基金全市统筹,提高医保保障水平,实行门诊统筹报销制度、医保报销向基层倾斜,推进单病种付费改革等方式,深化医保体系改革。三明市于2013年6月将城镇职工医保、居民医保、新农合等三类医保经办机构整合成“医疗保障基金管理中心”,由中心统一与医院结算,由此解决长期以来职工医保、居民医保和新农合由人社和卫生部门分别经办造成的重复参保、政策执行不一致、管理成本较高、资金使用效益低等问题。三明市积极提高医保补偿标准,统一城乡居民报销政策,基本保险最高支付限额统一提高到8万,大病保险统一提高到22万,最高可补偿30万元,再加上医疗救助,最高可补偿33万元,因病返贫问题初步得到解决;同时实行城镇居民医保、新农合政策内用药目录一体化,逐步缩小不同群体之间的待遇不一致问题。按照“小病不出乡,大病不出县,疑难杂症到二级”的思路,三明市从医保报销政策上积极引导群众合理就医。如参加新农合人员住院,在一级医院最高报销比例可达95%,二级医院最高报销比例85%,三级医院最高报销比例70%。

为加强药品采购和使用管理,降低虚高药价,三明市率先规范药品和耗材采购机制,降低采购价格;率先实施重点药品监控机制,遏制商业贿赂;规范医疗行为,抑制过度医疗。为解决流通环节过多和回扣问题,在取消药品加成的同时,三明市积极改革规范药品和耗材采购机制,严格执行“一品两规”(一种药品只能有两个规格)、“两票制”(药品从生产企业到医院过程中只允许开两次增值税发票,一次为生产企业到配送企业,一次为配送企业到医院)和“药品采购院长负责制”(院长负责对采购药品的质量和价格把关)。针对商业贿赂问题,三明市在省统一采购药品目录中选取129个品种(主要是辅助性、营养性、高回扣药品),建立全市重点跟踪监控品种(厂家)目录,并建立企业黑名单制度,对发现有回扣行为的药品生产企业以及承担配送任务的经营企业,列入商业贿赂不良记录企业黑名单,取消该生产企业在市公立医疗机构的供货资格。三明市还通过严格控制“大处方”、大检查等方式,抑制过度医疗。如三明市要求二级以上医院大型设备检查阳性率控制在70%以上,三级医院控制在75%以上。

改革成效:三方共赢

数据表明,三明市公立医院改革初步取得“三方共赢”的成效。一是老百姓满意:老百姓得到实惠,医药费用下降。三明市人均出院费用由2011年的4938.51元下降到2013年10月的4752.20元。二是医疗机构满意,医疗机构收入不降反升,结构不断优化。2012年22家公立医院收入

比2011年增加2.24亿元,2013年1~10月份22家公立医院收入100726.87万元,同期对比增加12626.20万元。三是政府满意:医保基金扭亏为盈,可持续性增强。职工医保基金2012年当年收支结余2632万元,2013年1~10月份收支结余12042.80万元。

总药品费(亿元)	2011年: 9	2013年: 5.67
人均门诊费(元)	2011年: 123.86	2013年: 125.99
人均出院费(元)	2011年: 4938.51	2013年: 4752.20

但是,由于部分改革措施是三明市“单兵突进”,省内国内其他地区还未同步,导致三明市公立医院面临陷入“改革孤岛”的压力,包括面临部分药品无药可配、医生尤其是骨干医生人才流失的困扰。此外,医疗卫生信息化建设相对滞后,对公立医院的管理和考核主要依靠行政命令和人工管理,难以做到过程监控、实时监控。

调研报告显示,三明公立医院改革之所以能够取得“三方共赢”的效果,首先在于下决心推进体制机制综合改革,坚持了“医疗、医保、医药”三医联动,改革创新措施涉及管理机构、人事薪酬、药品、医疗、考核、监管等方面。其次是敢于向改革要红利,突出关键环节,抓住了药品回扣这一关键措施,下决心斩断“以药养医”利益链,下决心保障医院和医务人员的合理待遇,这一“斩”“保”,调动了各方面的积极性,并创造了改革红利。再次在于其强有力的组织领导和凝聚共识、敢于创新的改革团队。

调研建议,将三明市纳入国家层面的试点范围,尽快推广三明改革经验;进一步完善中央层面推进公立医院改革的政策举措,下决心推进体制机制改革,向改革要红利。应将三明市及其他地区改革的成功经验总结提炼,形成中央层面的政策,避免形成“改革洼地”或“改革孤岛”。同时,要加大改革支持力度。对三明市等自行开展试点并全面推进体制机制综合改革、主动改革创新的“样板”地区,国务院医改办以及相关省份,要从政策、资金、试点进度以及信息系统建设等方面予以鼓励和支持。(节选自:《中国财政》)

国家卫生计生委:

确保“单独两孩”执行不走样

全国逾24万对单独夫妇获准生二孩

7月10日,在国家卫生计生委召开的例行新闻发布会上,国家卫生计生委计划生育基层指导司司长杨文庄透露,计划生育政策全面推行40多年,我国人口过快增长的势头得到有效控制,少生4亿多人,资源环境的压力得到有效缓解。“单独两孩”政策进展顺利,截至5月31日,全国提出再生育申请的单独夫妇共有27.16万对,已批准的有24.13万对。

计划生育40多年 有效控制人口过快增长

杨文庄指出,新中国成立后,我国总人口迅速从5.4亿增长到1970年的8.3亿,妇女总和生育率高达5.4,人口与经济、社会、资源和环境之间的矛盾日益突出。二十世纪七十年代初我国开始全面推行计划生育政策,并于1982年将其确定为基本国策。40多年来,人口过快增长得到有效控制,少生了4亿多人,资源环境的压力得到有效缓解,人民群众的生存和发展状况明显改善。创造了较长一段“人口红利期”,为经济长期快速发展奠定了坚实基础。我国人类发展指数从改革开放初期的0.53上升到2012年的0.699,是全世界进步最快的国家之一,我国计划生育政策越来越被国际社会广泛认同,树立了负责任人口大国的良好形象。

29省启动实施“单独两孩” 24.13万对单独夫妇已被批准

杨文庄就调整完善生育政策的背景进行说明,他说,进入本世纪以来,我国人口形势发生重大转折性变化,低生育水平长期稳定,群众生育意愿发生明显转变,计划生育、优生优育的观念已形成。人口结构性问题日益突出,劳动年龄人口开始减少,人口老龄化速度加快,出生人口性别比长期偏高,家庭规模持续缩减,发展能力有所弱化。及时调整完善生育政策顺应时势、符合民意,不仅有利于保持合理的劳动力规模,延缓人口老龄化进程,还有利于改善出生人口性别比结构,促进家庭幸福与社会和谐,也有利于促进人口长期均衡发展,为全面建成小康社会创造更加良好的人口环境。“十二五”成为我国调整完善生育政策的重要窗口期。

就政策启动实施及进展情况,杨文庄指出,党的十八届三中全会作出调整完善生育政策的战略部署。为了贯彻落实中央关于调整完善生育政策的决策部署,国家卫生计生委印发了一系列文件,包括印发《关于贯彻落实<中共中央国务院关于调整完善生育政策的意见>的通知》,对启动实施“单独两孩”政策提出明确的工作要求。印发《关于做好调整完善生育政策宣传引导工作的通知》,协调相关部门,及时发布政策解读,主动回应社会关切。印发《关于做好新形势下妇幼健康服务工作的指导意见》,明确提出调整扩充服务资源,加强高危孕产妇和新生儿管理,强化出生缺陷综合防治,加强专业技能培训、密切监测服务需求变化等要求。国家卫生计生委成立调整完善生育政策领导小组和专家组,组织指导各地备案审核和政策统筹工作。各省(区、市)行动迅速,拟定实施方案,以省级人民政府名义向国家卫生计生委报备。领导小组对各地备案审核以及对各省(区、市)人民政府函复中,综合各地现行生育政策及其落实情况,符合“单独两孩”政策条件人群数量、生育意愿等因素,提出各地各年度出生人口增幅

他山之石

湖北育龄妇女流出到10省市 可不办纸质婚育证明

□王芳

近日,湖北省卫生计生委相关负责人透露,今年湖北被确定为全国流动人口婚育证明电子化改革11个试点省份之一,随着6月全国流动人口电子婚育证明数据库管理平台的正式上线,湖北流出到北京、天津、上海、浙江、安徽、福建、湖南、重庆、四川、青海等10个试点省市的育龄妇女,可以不再办理纸质婚育证明。

试点期间,纸质婚育证明与电子婚育证明可同时使用,功能相同。户籍地将本地流出育龄妇女婚育信息上传至国家电子婚育证明数据库,生成电子婚育证明,不需要流动人口本人申领和持有;试点省份市、县、乡各级用户均可登录全国流动人口电子婚育证明数据库管理平台查询相应信息,并可根据群众需求打印纸质婚育证明。电子婚育证明在未注销之前长期有效,流动育龄妇女退出育龄期自动失效。

据介绍,这是湖北继去年11月取消省内纸质婚育证明之后,在流动人口婚育证明电子化改革上迈出的新的一步。该省在6月上旬已将省级信息系统符合条件的成年流出育龄妇女信息上传至国家电子婚育证明数据库,今后将于每月30日定期上传新增与注销信息。

关于《流动人口婚育证明》

发放对象:18-49岁的流动育龄妇女

主要作用:证明流动人口身份、婚姻状况、生育状况、落实节育措施状况、计划生育奖励情况等,便于卫生计生行政部门免费提供人口和计划生育的政策咨询、避孕药具、孕情、环情、病情检查以及国家规定的基本项目的计划生育技术服务。(来源:湖北省卫生计生委官网)

聚焦医改

加快全民医保体系建设

着力提升医疗保障和管理水平

《广东省“十二五”期间深化医药卫生体制改革实施方案》连载之二

巩固扩大基本医保覆盖面

- 2015年实现基本医疗保险参保率达98%。
- 重点做好异地务工人员、非公经济组织从业人员、灵活就业人员,大学生和中职技校学生,关闭破产企业职工和困难企业职工参保工作。

提高基本医疗保障水平

- 2015年城乡居民基本医疗保险政府补助标准提高到每人每年360元以上,探索建立与经济发展水平相适应的筹资机制。
- 职工基本医疗保险政策范围内住院费用支付比例达80%以上,居民医保政策范围内住院费用支付比例达75%左右,明显缩小与实际住院费用支付比例间的差距;职工医保、居民医保政策范围内统筹基金最高支付限额分别提高到当地职工平均工资的6倍以上和当地居民年人均可支配收入的6倍以上,且不低于20万元。
- 居民医保门诊统筹覆盖所有统筹地区,支付比例提高到50%以上。
- 2013年全面建立并完善职工医保门诊统筹。

完善基本医保管理体制

- 建立统筹城乡的基本医保管理体制,2012年全面建立一体化城乡统筹的居民基本医疗保险制度。

8. 按照管办分开原则,完善基本医保管理和经办运行机制,落实医保经办机构的法人自主权,提高经办能力和效率。

9. 在确保基金安全和有效监管的前提下,鼓励由政府购买服务方式,通过竞争择优委托具有资质的商业保险机构经办各类医保业务。

10. 推广“湛江模式”,从基金管理、大病救助、加强诊疗行为监管、引入保险公司竞争、购买服务、加强信息化建设等方面进一步总结完善,着力提高医疗保障水平;2012年在汕头、肇庆、清远、云浮市开展城乡居民医疗保险引入市场机制扩大试点;2013年全省全面推开,50%以上的地级以上市正式实施;2015年全省城乡居民医保实际报销水平和服务管理水平进一步提升。

提高基本医保管理服务水平

- 加快推进基本医保和医疗救助即时结算,使患者看病只需支付自付部分费用,其余费用由医保经办机构与医疗机构直接结算。建立异地就医结算机制,2015年全面实施统筹区域内和省内外异地医疗费用即时结算;做好基本医保和医疗救助结算衔接。
- 完善医保关系转移接续政策,2012年底制定出台省内职工医保转移接续办法。
- 加快建立完善具有基金监管、费用结算与控制、医疗行为管理

监督等复合功能的医保信息系统,实现与定点医疗机构信息系统的对接。

14. 积极推广社会保障卡,实现医保就医“一卡通”;2015年底社会保障卡全省持卡率达到80%以上。

15. 职工医保统筹基金除一次性预缴基本医疗保险费外,累计结余超过15个月支付额度的地区,要把结余降到合理水平;居民医保基金要坚持当年收支平衡原则,累计结余超过15个月支付额度的,可结合实际重点提高大额医疗费用支付水平。基金累计结余不足9个月支付额度的,应启动基金风险预警机制。

16. 增强基本医保基金共济和抗风险能力,逐步建立省级风险调剂金制度,推进省级统筹。

17. 完善基本医保基金监管和风险防范机制,防止基本医保基金透支。

改革完善医保支付制度

18. 加大医保支付方式改革力度,积极推行按病种付费、按人头付费、按服务单元付费和总额预付等支付方式,及时足额拨付医药费用;2013年制定出台省基本医保诊疗常规,增强医保对医疗行为的激励与约束作用。

19. 建立医保对统筹区域内医药费用增长的制约机制,制定医保基金支出总体控制目标并分解到定点医疗机构,将医疗机构次均(病种)医药费用增长控制、基本医疗保险报销目录内药品使用占比和个人负担定额控制,以及医疗服务质量列入医保协议管理和医保分级评价体系。

20. 积极推动建立医保经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制和购买服务的付费机制。

21. 医保支付政策进一步向基层特别是基层中医医疗机构倾斜,适当拉开各级医疗机构医保支付比例,促进分级诊疗制度形成。

22. 将符合资质条件的非公立医疗机构和零售药店纳入医保定点范围,逐步将医保对医疗机构医疗服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行

为的监管;加强对定点医疗机构和零售药店的监管。

完善城乡医疗救助制度

23. 扩大救助范围,政府全额资助低保对象、五保户、低收入重病患者、丧失劳动能力的残疾人等困难群众参加居民医保。

24. 取消医疗救助起付线,提高封顶线,对救助对象政策范围内住院自付医疗费用救助比例提高到70%以上。

25. 鼓励和引导社会力量发展慈善医疗救助;鼓励工会等社会团体开展医疗互助活动。

探索建立重大疾病保障制度

26. 发挥基本医保、医疗救助、商业健康保险、多种形式补充医疗保险和公益慈善的协同互补作用,加强大病保险与基本医保、重大疾病医疗救助制度之间的衔接,加大对低收入大病患者的救助力度,切实解决重大疾病患者因病致贫问题。

27. 在提高基本医保最高支付限额和高额医疗费用支付比例的基础上,统筹协调基本医保和商业健康保险政策,提高重大疾病保障水平。

28. 2012年底制定出台《广东省推进城乡居民大病保险实施方案》,建立筹资机制,明确保障内容,规范承办方式,实施有效监管。

29. 在试点基础上,推进重大疾病救助工作;无负担能力病人发生急救医疗费用通过医疗救助基金、政府补助等渠道解决。

发展商业健康保险

30. 完善商业健康保险产业政策,引导商业保险机构开发长期护理险、特殊大病保险等保险产品,鼓励企业、个人通过参加商业险及多种形式补充保险解决基本医保外需求,落实税收等相关优惠政策。

31. 简化理赔手续,方便群众结算;加强商业健康保险监管。