

## 关于我市深化医药卫生体制改革 工作进展情况的调研报告

三亚市人大常委会调研组

为掌握我市深化医药卫生体制改革工作进展情况，研究和分析当前我市医药卫生体制改革推进过程中存在的主要困难和问题，督促政府及各有关部门加强和改进工作，保证改革的顺利推进和改革目标的如期实现，拟于今年3月份召开的市人大常委会会议将听取和审议市政府关于深化医药卫生体制改革工作进展情况的报告。为提高审议质量，市人大常委会组织调研组对我市深化医药卫生体制改革工作进展情况开展了调研，调研组以康耀红副主任为组长，黄国泰、白志勤两位委员和教科文卫工委有关人员参加。调研组在去年10月份公立医院综合改革调研基础上，于今年2月23日至3月4日对我市深化医药卫生体制改革工作进展情况开展了调研。调研组先后赴三亚、儋州、琼海、文昌、万宁、东方、五指山、乐东、澄迈、临高、定安、屯昌、昌江、琼中、白沙等15个市、县、自治县，听取了当地政府的情况汇报，实地查看了44家市（县）级医院、乡镇卫生院和村卫生室改革运行情况，认真倾听一线医务人员、患者和家属对医改的意见，并与医务人员代表进行了座谈。现将调研情况综合报告如下：

### 一、主要进展和成效

2009 年新一轮医改启动以来，我市各级政府及各有关部门认真贯彻落实中央和市委市政府的决策部署，立足我市医疗卫生底子薄、基础差、基层弱的现状，按照“保基本、强基层、建机制”的要求，深化基层医疗卫生机构综合改革，努力提高基本医疗卫生服务的公平性、可及性。2012 年启动了县级公立医院综合改革试点，并于 2015 年 8 月在全市全面推开，同时城市公立医院综合改革在三亚和儋州开展试点。通过改革，各级医疗机构的医疗服务能力得到明显提升，医疗卫生事业得到了较快发展，群众看病难、看病贵问题得到一定缓解，改革工作取得了明显进展和初步成效。

### **（一）覆盖城乡居民的基本医保制度基本建立**

以基本医疗保障为主体的多层次医疗保障体系逐步建立，保障能力和水平不断提高。截止 2015 年 8 月 31 日，我市城镇职工参保 194.05 万人、城镇居民参保 194.66 万人、新农合参合 501.29 万人，参保（合）率为 98.51%。城镇居民医保财政补助标准从每人每年 320 元提高到 380 元，城镇居民个人缴费标准提高到 120 元。城镇职工医保将急性白血病等重大疾病医保年支付限额提高到 50 万元，特殊门诊由 14 个病种扩大到 24 个病种。城镇居民医保实现市级统筹，支付限额由区域统筹的 8 万元提高到 15 万元。城镇居民门诊特殊病种由 15 个扩大到 30 个。新农合支付限额由 10 万元提高到 15 万元，将儿童白血病和先天性心脏病补偿标准提高到 70%，将终末期肾病等 22 类疾病纳入重大疾病保障范围，支付限额统一提高到 22 万元。将特殊病种大额门诊从 15 种增加至 25 种，补偿标准达 60%。

### **（二）基本公共卫生服务均等化水平逐步提高**

城乡居民基本公共卫生服务政府补助标准从 2009 年人均 15 元提高到 2015 年人均 40 元，项目类别增加到 12 大类，基本覆盖了居民生命全过程。全市适龄儿童免疫接种率保持在 95% 以上，麻疹发病连续 7 年保持全国较低水平，连续 21 年保持无脊灰状态，慢性病、精神疾病防治水平不断提升。婴儿死亡率、孕妇死亡率分别由 2010 年 13.25‰、24.74/10 万下降到 2014 年的 9.38‰、16.39/10 万。

### **（三）县域医疗服务能力不断提升**

现已基本实现村村有卫生室、镇镇有卫生院、县县有达标县医院，基本建成覆盖城乡的基层医疗卫生服务体系，大部分基层医疗机构能够提供中医服务。基层医疗机构硬件条件得到显著改善。近年来，中央财政投入 2.13 亿元用于我市卫生院业务用房、周转房建设。市财政投入资金 6505.8 万元用于标准化村卫生室建设，累计建设 60 平方米标准化村卫生室 2332 间，村卫生室标准化率 96.1%。中央、市财政投入 2014 万元用于村卫生室信息化建设，为 2476 所卫生室配备电脑、打印机，并开通网络宽带。市、市县财政投入 2352 万元为 49 个乡镇卫生院配置院前急救标准化救护车和车载设备。2015 年乡镇卫生院住院量比去年同期提升 15.04%。2014 年，村卫生室、乡卫生院门诊就诊人次分别为 119 万、648 万人次，比 2010 年增加 77%、27%。

医疗卫生人才队伍建设不断加强。近年来，通过实施免费医学生培养项目，已定向委培 330 名医学生赴乡镇卫生院工作，目前还有 570 名定向委培医学生正在接受培训；定向为乡镇卫生院招聘了 173 名医学生，每年委托三亚医学院培养 100 名大专学历的农村户籍乡村医生，同时，各市县也积极委托医学院校开展乡村医生定向培养工作。

积极推进住院医师规范化培训，为各级医疗机构培养了 373 名合格住院医师，还有 1510 名住院医师正在参加培训。

积极引进市外优质资源，通过合作、托管等方式，提高县域医疗服务能力和就诊率。引进第四军医大学西京医院、南方医科大学南方医院、哈尔滨医科大学、湘雅医学院分别帮扶琼海市人民医院、农垦那大医院、农垦三亚医院和海口市人民医院。同济医院以合作模式托管文昌市人民医院后，开展了 6 项新技术新项目，填补了医院技术空白，缩短了与三级医院的距离；中山眼科中心“整建制”模式托管市眼科医院，实现了市内居民“眼科大病不出岛”的突破；齐鲁医院“理事会”模式托管保亭县人民医院，转诊率从托管前近 30% 下降至 10% 左右。

#### **（四）药品供应保障体系不断巩固和完善**

一是全面实施国家基本药物制度。全市 298 个乡镇卫生院、51 个政府办社区卫生服务中心（站）、89 家农场医院和 2361 家村卫生室全部配备和使用基本药物，基本药物价格较实施前平均降幅为 23% 左右，基本药物全部纳入基本医疗保障药物报销目录，报销比例明显高于非基本药物。

二是推行药品集中招标采购。全市所有公立医院均纳入药品集中采购范围，禁止网下采购和目录外采购，根据公立医院上年度 80% 的使用金额确定采购数量，药品采购预算一般不高于医院业务支出的 30%。同时，探索推进高值医用耗材采购，要求各级医院参照广州军区 2014 年高值医用耗材集中招标采购中标结果作为最高限价进行跟标采购。

#### **（五）医院收入结构逐步优化**

目前全市共 17 个市县 35 家公立医院(含人民医院和中医院)、17 家妇幼保健院(所)取消了药品加成。医院由此减少的合理收入,通过调整医疗服务价格和增加政府补助,以及医院加强核算、节约运行成本等多方共担。目前各市县物价部门调整县级公立医院医疗服务价格 2657 项,各级财政投入公立医院综合改革资金 8000 余万元。

各市县公立医院取消药品加成后药占比有不同幅度下降,如琼海市从 2015 年 8 月 1 日起在市人民医院、市中医院和市妇幼保健院实施药品零差率销售,三家医院 8-11 月药占比分别为 35.3%、39.2%、32.6%,与取消药品加成前相比分别下降了 2.5%、6.3%、5.5%;各医院医疗服务收入占比与改革前相比有不同幅度上升,如万宁市人民医院 2015 年 8 月份医疗服务收入占比 64.13%,较改革前的 7 月份提高 3.24%,乐东县第二人民医院 2015 年 7-9 月医疗服务收入占比 66%,较改革前同比提高 4.7%;各医院住院次均费用有升有降,如昌江县人民医院 2015 年住院次均费用 3939.4 元,较改革前的 2013 年下降 13%,东方市中医院 2015 年住院次均费用 3055 元,同比降低 26.4%,乐东县人民医院 2015 年 7-9 月次均住院费用 4582.34 元,较改革前同比下降 5.9%。

部分医院如定安县人民医院、琼海市中医院、陵水县人民医院由于应用微创等新技术及重症病人增多等原因,住院次均费用有小幅上涨,但上涨幅度有所降低;绝大部分市县医院门诊次均费用有小幅上涨,但上涨幅度有所降低。

#### **(六) 区域医疗资源配置不断优化**

我市重点在琼海、儋州、三亚、海口和五指山投资建设“东西南北

中”五大区域医疗中心,并确定文昌、万宁和东方为三个重点建设方向,形成辐射全岛的战略格局,全市“1 小时三级医院服务圈”基本形成。目前东部区域医疗中心项目进展顺利,西部区域医疗中心一期建设项目竣工投入使用,南部区域医疗中心内科楼和市农垦三亚医院外科楼竣工投入使用。中部区域医疗中心外科住院大楼正在进行收尾。市眼科医院、市耳鼻喉头颈外科医院建成并投入使用,市人民医院秀英门诊楼、内科楼和三亚 医学院附属医院门急诊大楼建设进展顺利。各市县已完成 23 家县级公立医院的新建和改扩建工作,其中异地新建 11 家,改扩建 12 家,另有 3 家异地新建的中医院正在规划设计。

## 二、存在的困难和问题

从调研的情况看,各地改革进展不平衡,改革配套政策还不完善,体制机制改革还需要继续深入推进,改革成效尚未充分体现,与中央改革要求还有较大差距。

### **(一) 一些地方政府对医改的认识还不到位**

一些市县政府对于推进医改工作的重要性、紧迫性认识还不到位,没有解决好政策落实“最后一公里”问题,国家和市里出台了一系列改革政策措施,部分市县仍停留在文件上,没有落地。一些市县政府对于改革目标和政策的理解还存在偏差,认为医院不改革也能在医疗服务市场上获取收入,可以运行发展得很好,忽视了改革的最终目标是破除医院逐利机制,维护医院公益性质,从而对改革推进不力。还有一些市县政府认为取消药品加成就可以实现医院的公益性质,不需花大力气推动综合改革。个别市县政府认为改革可能带来不稳定因素,对改革缺乏主动性。目前各市县虽已成立了公立医院管理委员会,但

绝大多数都没有运行起来，很多市县甚至连一次会都没开过。

## **(二)基层医疗卫生人才短缺问题突出**

受编制管理僵化以及人才培养、基层服务体系人员待遇等体制政策影响，基层医疗卫生队伍总体规模不足、人员结构失衡，特别是乡村卫生人员数量较少、素质总体不高，严重地影响了医疗卫生服务的质量，结果导致医疗机构所在地患者纷纷流向城区或县外大医院，引发“看病难、看病贵”的问题。基层医疗卫生人才缺乏已成为制约基层医疗卫生事业发展的瓶颈。

目前，基层医疗机构医疗卫生技术人才的配置普遍存在“三多三少”现象：一是发展较快乡镇卫生院人才相对较多，欠发达乡镇卫生院，特别是民营医院人才更少；二是欠发达乡镇卫生院低学历或无学历人员较多，大专以上学历专业人员较少；三是欠发达乡镇卫生院低职称和无职称人员居多，中高级职称人员极少。

## **(三)政府办医主体责任没有落实到位**

多数医院反映政府对其基本建设、设备购置、离退休人员经费等财政投入责任没有有效落实。原因有三方面：一是一些地方认为县级医院可以挣钱，即使政府不投入，也能维持运行。二是缺乏县级医院发展规划，财政投入占医院收入的比例明显偏小。三是部分地区财政确实有困难。目前，大多数市县政府对新建医院只给予贷款贴息补助，这使得医院资产负债率普遍较高，医院难以负重前行，从而也影响了许多改革措施的有效推行。

## **(四)相关领域配套改革滞后**

深化医药卫生体制改革是一项涉及面广、难度大的社会系统工程，

需要整体推进，才能形成政策合力。目前我市医疗、医保、医药“三医”联动改革进展不平衡，实质性成效不多。在医疗方面，各市县医院管理体制改革和人事、编制及薪酬制度改革未有实质性进展，大部分市县仍停留在方案制定阶段。在医保方面，医保支付方式改革覆盖面还不够广，医保对医疗行为的激励约束作用没有充分发挥。在医药方面，仅实施了取消 15% 的账面药品加成，流通、招标采购等方面的改革进展迟缓，药价虚高问题仍未从根本上解决。

分级诊疗工作推进缓慢。目前市里和各市县都出台了推进分级诊疗制度建设的相关文件，但多数没有实质性举措。主要原因有以下几方面：一是分级诊疗的机制尚未形成。市里和各市县出台的推行分级诊疗指导性意见和实施办法针对性和可操作性不强，各级医院各自为战，没有形成统一协调、分工明确、转诊有序的分级诊疗机制。二是医保报销机制没有从政策层面引导分级诊疗。目前，医保患者在各级医院报销比例虽然有一定差距，但档次还没有很好拉开。如，城镇职工医保在三级医疗机构报销比例为 85%，在二级医疗机构报销比例为 88%；转诊与未转诊在同级医疗机构报销比例之差 5 个百分点。三是基层医疗机构的专业技术水平相对较低，难以“取信于民”，影响分级诊疗制度落实。

此外，市里出台的改革方案没有细化分类指导，没有围绕市内不同区域公立医院面临的改革发展主要矛盾和矛盾的主要方面制定差异化的政策，也没有针对不同规模公立医院服务能力、管理水平和运营的不同特点制定有针对性的措施。

### **（五）破除“以药补医”的改革有待进一步深化**



由于药品价格普遍虚高，而目前改革仅取消 15% 的药品加成，公立医院医药费用水平与人民群众期盼还有一定差距。多数县级公立医院受服务能力限制，能开展的医疗服务项目比较少，普遍只能开展 15%-20%，许多价格提升较大的手术类项目都无法开展，通过调整医疗服务项目收入无法达到 70% 的补偿目标，致使一些医院出现亏损。如琼海市人民医院通过调整医疗服务价格增加的收入仅占取消药品加成的 39.5%。

### **（六）医疗卫生信息化建设滞后**

我市的医疗卫生信息化建设缺乏顶层设计与规划，标准和规范应用滞后，导致信息不能互联互通，信息资源共享程度较低；居民电子健康档案和电子病历数据资源库建设滞后，难以适应当前深化医药卫生体制改革的需要，不能有效满足人民群众的健康保障需求。同时，医疗卫生信息化专业人才缺乏，信息化对医疗卫生事业改革发展的技术支撑作用难以得到充分发挥。

## **三、意见和建议**

为加快推进我市深化医药卫生体制改革工作，确保如期实现各项改革目标，调研组建议：

### **（一）进一步提高认识，强化政府责任落实**

医药卫生体制改革是全面深化改革的重要内容，是维护人民群众健康福祉的重大民生工程、民心工程。各级政府及有关职能部门要进一步提高对医改重要性、紧迫性和艰巨性、复杂性的认识，坚定信心把医改推向前进。市政府要进一步发挥改革统筹和政策创新作用，切实加强政策的本土化研究，围绕中央顶层设计出台更具针对性和可操

作性的改革实施方案；要采取多种方式加强对地方工作的监督指导，提高改革政策的执行力，同时要鼓励地方大胆探索、锐意创新；要高度重视新农合、城镇职工医保和城镇居民医保基金的安全，摸清家底，加强统筹，早思对策。各市政府要进一步强化责任落实，破除消极等待思想，积极探索，主动作为，进一步强化医改办的综合协调职能，建立有效的各相关部门协同合作机制，及时研究解决改革中出现的困难和问题，切实将各项改革措施落实到位；要健全政府对公立医院长效、稳定的财政投入保障机制，紧紧围绕降低患者县域外就诊率、实现“大病不出县”目标，着力加强公立医院服务能力建设，全面提升县域医疗服务水平。

## **（二）着力加强人才队伍建设，进一步强化基层医疗服务能力**

人才队伍建设不仅是解决基层群众看病难、看病贵的重要举措，更是新一轮医药卫生体制改革成功与否的关键。各级政府要按照深化医药卫生体制改革、建设现代医疗卫生体系的总体思路，遵循保基本、强基层、建机制的基本原则，从适应各地区经济社会发展和基本医疗卫生制度长远建设出发，以稳定和优化乡村医生队伍和健全全科医生制度为重点，创新育才、引才、留才、用才机制，进一步加大基层医疗卫生人员的培养培训力度，进一步深化人事制度和编制管理改革，进一步完善绩效工资政策、职称评审政策和财政补助政策，进一步推进优质卫生资源下沉。

## **（三）坚持联动改革，加快推进相关领域改革进程**

“健全医保、规范医药、创新医疗”，这是深化医改的三大主攻方向，三者密切相关，互联互通。全面取消药品加成只是打响了公立医

院破除以药补医的“第一枪”，要巩固和扩大改革成效，将改革向纵深推进，就必须坚持三医联动，统筹谋划医疗、医保、医药三方面的改革问题，必须不失时机全面推动补偿机制、价格调整、药品采购、医保支付、人事分配、法人治理、监管机制等体制机制综合改革。

要加快推进分级诊疗工作。实现分级诊疗，是缓解群众看病难看病贵的根本途径。一要进一步建立健全分级诊疗政策体系和医疗卫生机构分工协作机制，进一步明确医疗服务体系不同层级、不同类型公立医院的功能定位，制定相应的转诊标准，完善医保支付政策，增强政策的调控效应；二要继续加强以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设，进一步提高医疗资源利用效率和整体效益；三要综合运用医疗、医保、价格、财政和人事薪酬等多种手段，完善上下联动、对口支援、增强能力等机制，加快建立“基层首诊、双向转诊、疑难分治、上下联动”的就医制度，真正形成“小病在基层，大病到医院、康复回社区”的医疗服务格局；四要探索建立区域会诊中心，推动医疗机构间共享使用大型医用设备。

#### **（四）多措并举，完善公立医院补偿机制**

一是进一步理顺医疗服务价格。在精确测算的基础上，逐渐根据医院收入的总量调整价格，保证医院正常运转，调价项目要能够体现医务人员价值及调动医务人员积极性，并使价格调整与医保支付相互衔接，总体上不增加群众看病负担；二是加大财政投入力度。各级财政部门要强化政府投入责任的落实，对公立医院因实施取消药品加成收入后出现的政策性亏损给予兜底补助，确保医院收入不减少，发展不止步，对于符合规划的公立医院基本建设和设备购置等硬件投入要

足额落实到位，减少其资本性支出，维护其公益性，还应保障医院人才培养、重点学科发展等所需经费，并清理公立医院历史债务，对基本建设和设备负债制定计划逐步化解，让医院轻装上阵。三是加强公立医院成本核算、管理监控，促进医院主动节约运行成本。

### **（五）加强培训和宣传，调动各方参与和推进改革的积极性**

公立医院综合改革政策性强、涉及面广。要定期对各级政府分管领导、医改领导小组成员单位、公立医院院长开展政策培训，明确各项改革的操作办法，推广医院综合改革的典型经验，提升改革者落实政策的能力。各相关部门要加强宣传引导工作，使广大医务人员切实理解改革，支持改革，提升参与改革的积极性，同时合理引导各方预期，营造有利于改革拓展和深化的社会氛围。

### **（六）加快推进信息化建设，充分发挥其对医改的技术支撑作用**

加快推进医疗卫生信息化建设，对于有效落实医改措施，提高医疗卫生服务质量和效率，降低医药费用，促进人人享有基本医疗卫生服务目标的实现具有重要的战略意义。要加强市级层面的顶层设计和规划，加快推进互联网与传统医疗服务的深度融合，以居民电子健康档案、电子病历和远程会诊系统，区域卫生信息平台 and 居民健康卡发放为建设重点，统筹规划，整合现有的医疗卫生业务信息系统和信息资源，完善区域之间、医疗卫生机构与社会保障系统之间的信息共享措施，实现互联互通、资源信息共享。

各级政府要把医疗卫生信息平台建设、应用系统运行维护和医疗卫生信息化管理经费纳入各级财政预算，重点支持医疗卫生信息平台、医疗卫生信息化基础设施、基本医疗卫生服务信息系统建设，推进区

域医疗卫生信息平台 and 基础数据资源库建设。同时，鼓励社会资金参与，积极探索区域医疗卫生信息平台的管理和运行模式。

以上报告，请予审议。