

始于砍药价,转向促健康,三明医改十年的三次“突围”

为什么到今天国家还要继续推广三明医改经验?带着这个问题,南方都市报记者来到了位于闽西北的三明市。

“我们要把整个改革的理念固化在信息系统里,不至于哪个领导换了就把整个制度破坏了。”三明市医保局局长徐志奎打开了“三明联盟”药品耗材联合限价采购系统网页,开始讲述三明医改这十年所走的路。

改革的开端是2012年。一份《关于努力降低医疗成本提高“三险”资金使用效益的专题会议纪要》无声地对外宣告了三明医改的启动。如今,距离三明市医保局数步之遥的三明市第一医院,院方把这份《会议纪要》打在电子显示屏上,似乎是在提醒人们,却顾所来径,勿忘来时路。

十年过去了,三明医改多次得到了中央认可,国务院已决定在全国范围推广三明经验。在国务院发布的2021年医改重点任务中,推广三明经验排在各项任务之首。

7月8日,国务院副总理孙春兰在三明调研期间亦强调,“要把推广三明经验作为深化医改的重要抓手”。

第一次突围:破冰“以药养医”
改革是被逼出来的。三明地处闽西北的山区,沙溪河穿城而过,1949年之前行政区划几番调整,这里仍然是一个偏居一隅的山区小县。1958年,福建省决定建设一处重工业基地,由于台海局势未稳,基地不能在沿海选址,最终落户三明。

60多年前的决策,带来了三明今天的发展,但也埋下了隐患。到2010年,老工业基地不堪重负的社保压力暴露,这一年当地职工医保统筹基金收不抵支,缺口达1.4亿,2011年,亏损扩大到2亿以上。“这笔钱占财政收入的14.42%,已超过一个地级市能承受的极限。”时任三明市副市长詹积富回忆。

当时,三明既不是全国17个城市公立医院改革的试点地区,也不是311个县级公立医院改革的试点市(县),医保基金严重亏损这一状况,财政承担不了,这促使市委、市政府下定决心,不得不启动医改。

2011年下半年,詹积富出任三明市副市长,“接到的第一项任务就是减少亏损5000万元”。医改团队决定以“药改”为抓手,打响第一枪。

“三明医改的第一阶段是一个反腐败的阶段。”三明市医保局局长徐志奎说,确定了从医药改革着手的思路之后,三明对全市医院的用药目录做了“瘦身”。

徐志奎打开“三明联盟”药品耗材联合限价采购系统。系统显示,药品挂网目录的条目数一共有2145条。在改革之前,药品采购的条目数是14000多条。“条目数越多,说明存在这种情况,同一种药物有多个厂家生产供应,存在重复。目录越宽,医生选择的余地也就越大,就会存在给回扣的现象。”徐志奎解释。

有一组数据可以说明当时三明无法承受的“药价之重”——改革之前的六年里,也即2006—2011年间,三明全市22家医院医药费用年均增长达到19.4%,其中最高的一家医院达到36.8%。

2012年2月,三明率先推出药品重点监控目录,第一批共129种药品纳入监控范围。这些药物都是辅助性、营养性且历史上疑似产生过高额回扣的药品品种。

纳入监控后,医院使用这些药品必须实名登记,主管部门会组织专家分析,如果用量过大或用药不合理,就要对医院批评教育并扣除医生奖金。

措施实施一个月后,原本一直刹不住的“医药费用猛涨”立马回落。当年5月,当詹积富看到最新的统计报表时吓了一跳,当月药品



支出下降1673.03万元,相当于三明全市用药金额的四分之一。若按全年计算,光这一招节省下来的药费便几乎可以扭转医保基金亏损的局面。

到2012年底,三明职工医保统筹基金首次结余2200多万元。这让三明医改团队觉得,改革找对了方向。

初战告捷,团队看到了改革的希望,决定动更大的刀子,采取了更多措施。2013年,改革启动一年后,三明全面取消药品耗材的加成,并尝试建立跨地区的药品采购联盟,实施联合限价采购和药品流通的两票制。两票制即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。

徐志奎举了恩替卡韦分散片和阿卡波糖的例子。改革之前,恩替卡韦这一慢性乙型肝炎D药物在全国的零售价普遍在超过400元一盒,三明通过联合限价采购,把价格砍到了256元一盒,一下子降低了超过36%。阿卡波糖是治疗糖尿病的基本药物,改革之前是128元一盒,三明努力谈到了91元。

让詹积富印象深刻的还有联合限价采购带来骨科耗材降价。2017年,时任将乐县医院副院长黄林新在做完一台骨科手术后,给詹积富打了一个电话。他在一场骨科手术中,过去用于骨科手术固定的髓内钉,平均耗材费用为17000元,现在下降到9500元至9700元;而手术的费用,则从1400多元上涨到2000元左右,提高了45%;患者自付部分,从12000元下降到6000元。

实际上,当时的联合限价采购在现在看来,降价幅度并不算大。三明市医保局一位工作人员告诉南都记者,三明的人口只有不到300万,体量太小,实际上并没有充分的谈判筹码,需要更高层面更强的推动。

联合限价采购可以看作是此后国家医保局开展国家药品带量集中采购的“先声”。2018年的机构改革,国务院组建的国家医疗保障局。7月8日,国家医疗保障局医药价格和招标采购司负责人王国栋表示,到目前为止,国家层面开展的药品集中带量采购共进行了5批,这5批药品集中采购预计每年较原先省了926亿元。

其中,进口原研厂家拜耳医药保健有限公司生产的降糖药物阿卡波糖片,经过国家集采后,每盒价格由三明当初辛苦谈下来的91

元降至9.21元,按患者一日服用3片计算,年用药费用由3321.5元降至336.17元。

而前面提到的恩替卡韦降价幅度更是惊人:在国家开展的第一批药品带量集中采购中,同一家药企生产的同一种恩替卡韦分散片价格降到17.36元。到了第二批,该药物又降至3.83元,有网友评价,“价格低到比白菜还便宜”。

“从过去400多元,降低到了3.83元,现在不到原来的1%。”徐志奎不得不感叹,“医改不仅是财政投入的问题,投入再多有用吗?不改,钱都投到太平洋去了。”

徐志奎还算了一笔账,如果医疗总费用按年增长16%计算,2012年以来,三明相对节约了124.03亿。改革之前的2011年,三明22家公立医院的药品费用是10.15亿,十年过去了,2020年22家公立医院药品费用是10.23亿,十年仅增加了800万。

第二次突围:医疗服务价改“闯关”

药品领域的改革,减轻了医保基金的压力,这为医疗服务价格调整腾出空间,三明医改的这一路径,被人们形容为“腾笼换鸟”。

在中欧卫生管理与政策中心主任蔡江南看来,医疗服务价格不合理是中国医疗体制诸多弊病之源。其最大的恶果之一,就是造成中国医生的职业吸引力减弱。医疗圈常有人感叹,“拿手术刀的不如拿剃头刀的。”

在三明医改之前,三明市第一医院的住院医师、主治医师、副主任医师和主任医师挂号费分别是1.5元、2元、4.5元和7元,这一收费标准沿用多年。

而从医院总收入的结构也能看出医生护士的劳务价格被低估。医改前,三明市22家公立医院每年收入中60%以上为药品(含耗材)收入,检查化验占比20%或更多,体现医务人员劳务收入的比重不到20%。

“这种以药养医,收入倒挂的畸形状态,使整个医疗行业走入一条‘药代’靠医院牟利、群众花高价看病的歧途。”詹积富在他的回忆文章中写道。

上海社科院原常务副院长左学金甚至认为,药价虚高的根本原因就是医生的劳务价格被低估了,而价格改革滞后带来最大问题,是对医疗人力资源带来了严重损害。

而这项改革在行内看来,“复杂、敏感、积重难返,矛盾时间太长,牵涉的利益面太广。”北京市医改办原主任韩晓芳曾评价。

三明的做法是,把药品耗材降

价腾出空间的80%用于调整医疗服务价格,但提高的服务价格纳入医保支付范围,总体上不增加患者负担。

改革前一位主任医师的诊疗费是7元,现在是45元。如果患者选择中医药服务,诊疗服务还需包含30元的药师服务费和10元的辨证施治费,也就是说,一位中医主任医师的诊疗费是85元。

“老百姓的负担不会加重。30元的药师服务费和10元的辨证施治费医保全额报销,45的诊疗费医保报销18元。”三明市沙县区总医院院长谢显金说。

18元是什么概念呢?谢显金说,一个临床五年制医科毕业的医学生,经过3年的住院医师规范化培训,获得执业处方权后的诊疗费定价就是18元。主治医师诊疗费是25元,副主任医师诊疗费是35元。“统统报销18元,通过价格杠杆引导群众根据自己的需求就医,在院内实现分级诊疗。”

据三明市医改领导小组发布的信息,三明在2012—2021年间已经先后9次调整医疗服务收费标准8400多项,因价格调整等因素转移增加的医疗服务收入达57.39亿元。

2011年,三明市公立医院的收入结构中,医疗服务收入只占到18.73%,大头是药品收入占46.77%。2020年,药品收入占比降低到23.25%,医疗服务收入占比提升到了41.46%。

“在沙县总医院,医务性收入占到了43.5%。”谢显金说,“收入结构的含金量提高了,相同营业额的情况下,医院就可以拿出更多的资金去激励医务人员。”

通过如此腾挪,医院的收入结构日趋合理。“改革也帮我们留住了人才”,作为医院院长,谢显金最高兴的是,在2018年,沙县总医院作为一家二级县医院实现了研究生招聘零的突破,“截至今天,我们医院已经有7名研究生。如果没有收入结构改善,我们也没有这么多资金给研究生相关的待遇。”谢显金说。

从三明全市看,2011年全市公立医院的工资总量是3.82亿元,2020年是15.57亿元。分摊到每个医院职工的人头上,医务人员的平均年薪从2011年的4.22万元涨到了2020年的13.37万元。

谢显金告诉记者,“沙县公务员的平均年薪是8.1万元,而沙县医务人员的平均年薪是13.66万元。”

三明经验已经多次得到中央肯定,此时为什么还要力推三明模

式?个中深意在哪里?国家卫生健康委体改司司长许树强在发布会上回答南都记者提问时解释,一些地方对“三医”联动改革存在畏难情绪,改革主动性不强,探索创新不够。“有一些地方还停留在就取消药品耗材加成补加成的这么一个阶段。医疗服务价格,人事薪酬制度,医保支付方式等这些方面难度比较大的改革进展缓慢。”

也就是说,目前全国层面的医改仍然存在“三医不够联动”的问题。经过国家医保局开展的国家药品集采,药价的水分逐渐挤出,但是医疗服务价格改革却没有跟上。

许树强特别提到,目前全国层面的医疗服务价格形成的机制有待完善,“价格水平总体是偏低的,重物资消耗,轻技术劳务,调价价缺乏医院和医务人员的有效参与,动态调整机制还没有建立起来。”

对于这一现象,国家医保局医药服务管理司司长黄华波向南都记者坦承,医保有三大目录——药品目录、耗材目录以及医疗服务目录。“在三大目录中,价格改革最难的就是医疗服务这一块。”

三明市医保局党组成员、副调研员胡凤鹏告诉南都记者,医疗服务价格规格是一项技术活,改革要考虑患者的承受能力,要做足功课,也不能太超前,三明的诊疗费也不是一步提升,是多次小步快跑到现在的水平。

“这项改革要抓住窗口期”。怎么理解?胡凤鹏说,改革红利一出来的时候,就要想到去跟进调服务价格。过了这个窗口期,改革的红利就会被冲淡掉,再调服务价格难度就加大了。

“比如国家集中药品采购的降价落地如果带来了2000万的费用节省,那这就是窗口期,这时就需要医疗服务价格调整跟进。”

在这一背景下,中央全面深化改革委员会5月21日举行的第十九次会议通过了《深化医疗服务价格改革试点方案》。黄华波称,国家医保局目前正在起草相关的实施方案、确定试点城市。

据了解,上述《试点方案》提出要建立“灵敏有序”的医疗服务价格动态调整机制。“我们要学习三明小步快走不停步,建立价格动态调整机制这样一个经验。”国家卫生健康委体改司一级巡视员朱洪彪说。

第三次突围:公立医疗体系“增肌”

2016年,三明医改在经过了堵浪费、建制度的前两个阶段之后,进入了关注“医防融合”的第三个阶段。福建省卫生健康委主任黄如欣解释,3.0版本的三明医改是推动医疗卫生服务重心由后端治疗转向前端预防,强化全生命周期卫生健康服务。

落实这项改革的一项核心工程是全面重塑当地公立医疗的服务体系——在每个县组建紧密型县域医疗共同体,当地称之为“总医院”。以沙县为例,当地2家县级医院、12个基层乡镇卫生院、128个村卫生所全部整合为一家医院,即沙县总医院。

三明市将乐县万安镇卫生院院长饶观音打比方,整合医疗机构之后,卫生院和县医院之间从兄弟关系变成父子关系,彼此之间不再“争蛋糕”。人财物也实施一体化的管理。

在沙县区,总医院院长谢显金要负责管理的员工一下子从一两百人,变成了1289人。

此外,三明将医保资金、财政投入(包括基本公共卫生服务补助资金)按人头打包给医共体,总额包干、超支不补、结余留用。

医疗服务体系的重塑,配套医保支付方式的改革,两项改革叠加,不只是激发了总医院去主动控费, (下转第43版)