

“这次抗击新冠肺炎疫情的经验再次证明,公共卫生的本质就是要从人群的健康出发,做好健康教育、预防、分级诊疗、康复等等,而不是看医保基金的流向、服务量等。”

后疫情时代的中国医改

——专访哈佛大学公共卫生学院教授、哈佛中国健康项目主任叶志敏

“在人口老龄化、慢病患者增加的挑战下,特别是经过新冠肺炎疫情的考验,中国医疗的供给侧改革已经开始重新定位,将从以治疗为重点步入以管理和保障群众健康为重点的新阶段。”

——《环球》杂志记者 / 鲍晓菁 屈婷 林苗苗

“新冠肺炎疫情凸显了中国医疗制度的优势,也给今后的医改方向带来了启发。”作为长期研究中国医疗改革的国际知名专家,美国哈佛大学公共卫生学院教授、哈佛中国健康项目主任、哈佛大学费正清研究中心代理主任叶志敏,近日接受了《环球》杂志记者的专访。

叶志敏认为,在人口老龄化、慢病患者增加的挑战下,特别是经过新冠肺炎疫情的考验,中国医疗的供给侧改革已经开始重新定位,将从以治疗为重点步入以管理和保障群众健康为重点的新阶段。

医改的成就和矛盾

《环球》杂志:你认为中国医改近年来取得的最大成就是什么?现阶段中国医疗卫生事业中最突出的矛盾是什么?

叶志敏:医保是中国医改最伟大的成就,中国

96%的人口已享受医保。过去十年,中国的医保不断进步,医保经费增加,保障范围和服务也都有所提升。如新农合从只保住院,到把大病、门诊慢病等都纳入保障,还发展了异地就医服务。这种久久为功、不断进步的医保体系,可以说,在全世界其他国家是少有的。

此外,近十年来,中国公共卫生均等化取得了巨大进步,现在基层群众可以享受很多公共卫生服务,其中不少都是免费或低价的。

同时,中国医疗资源呈现中间充裕、两头薄弱的格局——中间住院环节的资源较丰富,但是在两头即预防和康复环节较匮乏。我认为下一轮改革要加强这两头,才能更有效地满足人民的需求。

中国目前的医疗体系资源集中在大医院,随着老龄化的冲击,很多人不应该长时间住在大医院,治疗之后应该回到社区去康复。

农村和社区医生并不需要诊断大量疾病,他们更

重要的工作,第一是要对日常疾病做出准确的诊断;第二是分诊,能判断哪些疾病要立即上转;第三是慢病管理;第四是承担康复职能。

“十三五”期间,中国提出了医联体概念,但深入推进不容易。由于家庭医生数量严重不足,因此,发动护士进行初级卫生保健,提升村医和乡镇卫生院医生的服务能力、调动他们的积极性显得非常重要。要培养当地医学人才,让他们服务当地民众。而通过大数据和人工智能辅助农村医生来加强基层医疗服务能力,在中国也有巨大的潜力。

抗疫带来的启示

《环球》杂志:如何评价中国医疗体系在

抗击新冠肺炎疫情中的表现?

叶志敏:中国抗击新冠肺炎疫情的成绩有目共睹。新冠肺炎疫情和普通慢病不同,它是一个突发公共卫生事件,任何一个国家或地区面对一种全新的传染病,都需要一个反应过程,任何常规应对模式都不可能做到无懈可击。

过去几十年,中国大型医疗机构的技术提升很快,像这次很快完成了病毒基因测序,并与全世界分享,中国是完全有理由骄傲的。

疫情期间,中国政府迅速调整策略,让基层有能力分诊和确诊,甚至当时还发动了基层和社区工作者参与防控,这些都对抗疫发挥了很大的作用。因此我们也在思考,新冠肺炎疫情期间应急的卫生医疗措施其中有哪部分应该常规化、制度化,充实到中国的公共卫生体系中去,以便今后再出现类似的公共卫生危机时,整个体系能反应灵敏、提前预警。

我们从中国的防控工作中可以看到,加强疾控的灵敏度,完善疾控直报系统,就能充分协调各级医疗机构和社区去找出病人。在基层加强健康教育以防止恐慌、防止挤兑医疗资源,也是做好防控工作的行之有效的措施。

建立以健康管理为重点的医联体

《环球》杂志:如何将抗击新冠肺炎疫情的经验落实在医改中?今后中国医改的路径和思路应做何调整?

叶志敏:抗击新冠肺炎疫情给了我们很多经验和启示,我们需要把“以群众健康为核心”的医联体真正落实。

现在,很多矛盾其实不单纯是供需双方的矛盾,而是大医院和基层的矛盾。原因有二:一是目前大医院和基层是割裂的、没有协调的,甚至是竞争的关系;二是在整个医疗系统内,大家还是认为在大医院担任专科医生更有地位、更有前途。而参考

英国的体系,他们的家庭医生在整个医疗系统内拥有最崇高的地位。

社会怎么给基层医生定位非常重要。仅靠医保报销比例杠杆来解决分级诊疗问题效果非常有限。中国进行医改决策及整个医疗系统行业内的专业人士,都应来重新研究不同医务人员的社会定位问题。

目前中国大医院病源最多、医生最受尊重,就会形成虹吸效应。未来五到十年,中国能否通过综合改革,让患者愿意首诊选择家庭医生,再通过家庭医生的转诊,让病人去合适层级的医疗机构接受适当的诊疗,这是影响未来中国医改成效的关键。

过去,病人一旦进了大医院,就很少往下转。因为医联体内各级医疗机构的考核机制和利益分配机制是根据服务量特别是诊疗的指标来定的,这就与全生命周期服务、维护健康的目标脱离了——健康维护得好,上转病人就少,大医院服务量就下降,效益就不好。

这次抗击新冠肺炎疫情的经验再次证明,公共卫生的本质就是要从人群的健康出发,做好健康教育、预防、分级诊疗、康复等等,而不是看医保基金的流向、服务量等。

医疗资源的供方有三个:大医院、基层医疗机构和疾控部门。如何整合是最优选?疾控部门应该对区域内人群健康和疾病发生的趋势更加了解,这个工作理论上应由疾控部门与基层医疗机构联动来做。但由于在目前中国的医联体单位中,大医院的能力最强,所以整合型的工作还是以大医院为主的。在大医院经济绩效和健康目标的悖论下,让大医院担当这些任务,为所在区域的健康负责,需要调整激励机制与监督机制。

既然中国想建立以健康为中心的整合型医疗体系,就要考虑大医院的职能和角色转型。治疗是大医院的一部分工作,但大医院未来还要承担在医联体内调配资源的核心角色。本来疾控部门在专业上更有优势,比如调查区域内人口的健康与疾病

“从世界各国目前的经验来看,新药、昂贵药品都是不纳入基本医保的。富有人群可以通过商业保险来解决,国家也会有一笔钱去保障低收入人群中特殊的群体。这是世界各国通行的做法。”

状况,以此来提出医联体工作目标和督促方案,但目前疾控部门力量似乎不够。

推动分级诊疗

《环球》杂志:要建立以维护健康为目标的医联体,目前的短板以及下一步要加强的任务是什么?

叶志敏:我认为家庭医生作为医疗体系的“最末梢”,是非常重要的。在发达国家的医疗体系中,家庭医生对一个家族几代人都会很熟悉,不仅知道单个患者的身体状况,也了解家族病史甚至生活习惯,甚至与几代人都有交情。患者看病首访找家庭医生,既是对其医疗技术的信任,也是情感上的信任。

中国人看病喜欢找熟人,其实也是一样的心理。我曾到福建三明、安徽天长等地考察,他们都在做整合型医联体,我觉得各有可取之处。但是,还需要让基层医生与病人建立“熟人关系”,与大医院建立共同维护居民健康的关系。家庭医生应是专科医生和病人之间的桥梁,也是病人信任的健康顾问。家庭医生要获得患者的信任,让患者愿意通过他们的首诊转到某个大医院专科;也要获得专科医生和大医院信任,让专科医生愿意把病人转下来交给自己。

此外,医保在购买服务时,要把健康指标纳入,

同时各地政府考核医联体牵头单位时,也应把患病率指标、人均寿命等系列健康指标纳入医联体的责任中去。

最有权力评价医联体效果的应该是出资方,即医保和政府。他们需要明确,医保购买的是整个区域内人群健康水平的提高,而不是医疗机构服务量的增加。医保是地方公立医院(不包括顶级大三甲医院)收入的最大来源,也就是说,医保掌握着财权,以财权改变激励机制和评价指标,我认为是可以做到的。另一方面,政府掌握财权、人事权及职称评定权的部门要参与定指标。

从国家层面上看,要让整个卫生服务体系的任务重心和目标从治病转到维护健康上去。

医改是非常复杂的,需要一个长期磨合的过程。中国的以大医院为中心的体系和虹吸趋势,不是短时间形成的,也不可能一下子扭转,只能缓缓“转向”。

现在医疗成本的上升、医保异地就医等便捷措施,都让医保资金更多地流向省市大医院,患者追逐大医院的知名医生和大型设备。病人一旦去了大医院,大医院不愿意往下推,基层医院也没有办法留住。

为此,一方面要加强基层建设。基层条件太差,是根本留不住人的。

另一方面,可以用医保来调控。中国的医疗价格是由医保来定的,因此如果医保将一些常见病的诊疗费用定成大医院会“亏本”的价格,大医院就会有主动性把病人劝回基层、转回基层,甚至派医生帮助指导基层,让患者信任基层。

分级诊疗需要3个要素:大医院有主动性引导病人,医保释放信号让大医院帮扶基层,以及对患者进行教育,让患者愿意留在基层。其中,医保作为供方是强势的,它的作用是双向的——既能对大医院的收治产生影响,又能对患者的就医选择产生影响。

我考察过厦门、天长、德清等医改试点地区,可以说改革的方向和思路都是对的,但在具体落实上还缺乏配套机制,工作还不够细。经费投入固然重要,(中国在医疗和公共卫生上已经投入了大量经费),但机制更加重要。如何建立新的激励机制,让经费更科学地分配,让大医院实现角色转型,这是今后医改要思考的问题。除了经济杠杆和效益上的激励机制,还可以通过给予医疗机构负责人政治上的激励、职务上的提拔等方式,促进改革落地。



7月8日,贵州省黔东南苗族侗族自治州锦屏县河口乡卫生院组织医务人员到锦中村开展上门诊疗服务,免费为村民做健康体检

医保分配需更冷静、科学、公平

《环球》杂志:你提到全民医保是中国医改的重大成就,你认为医保未来的角色该如何调整?

叶志敏:医保目前承担的责任太过沉重和繁杂。中国医改的目标是人人享有基本医疗,虽然中国目前没有明确定义什么是

基本医疗,但绝不是人人享有全部医疗。

在任何一个国家和地区,如美国和欧洲,现在都面临着这样的问题:医学不断进步,产生新的疗法、新的药品,一方面给患者带去新的希望,一方面这些新技术、新药品费用惊人,无法全部用医保报销。

现在通行的做法是,用卫生技术评估(HTA)来进行医保决策,同样的疾病,医保

只承担费用较低的疗法和药品。不少国家用医保以外的机制来部分解决医药费用昂贵的问题。比如在英国,对于国家医疗服务体系不涵盖的昂贵项目,国家设有单独经费对特定患者提供帮助。

什么是基本医疗要在国家层面来讨论。即使确定了什么是基本医疗,也不可能让所有人都满意。医保的权力是用财权来分配医疗资源。难处是各方都在抢夺医保,而医保的增长是有限的。有限的医保资金如何分配、如何减少浪费、如何用省下来的钱覆盖更多的服务,才是今后改革的思路。

从世界各国目前的经验来看,新药、昂贵药品都是不纳入基本医保的。富有人群可以通过商业保险来解决,国家也会有一笔钱去保障低收入人群中特殊的群体。这是世界各国通行的做法。

医保承担扶贫任务,其实是非常困难的,造成了基本医保出现分层——普通患者和贫困户。而基本医保分层会影响公平性,不能让贫困户在基本医保体系内享受比普通群众更高的医保待遇,更好的医疗条件。

我认为,基本医保的医改应该是在人人享有的情况下,更加科学、更加节约,同时保障水平也有所提升。在基本医保之外,可以考虑建立其他的分层保障,比如给贫困户设置一些救助和二次报销的基金、给中产阶级设置普惠性的商业补充保险等。

电影《我不是药神》上映之后,部分抗癌药物被纳入医保。我建议,以后政府的医疗改革和决策要更多地引入科学评估和专业判断。因为很多政策一旦实行,就无法回头,带来的连锁反应也难以预料。中国目前的经济发展水平和医疗发展状况,还没有能力将昂贵药品和医疗技术纳入基本医保。

医疗资源如此有限,只有更加科学、理智,才能保证医保的公平和可持续。基本医保向某个群体倾斜,涉及伦理、价值观、卫生经济学等等,需要综合考虑各种因素,并进行充分讨论。G

2019年1月11日,美国西雅图一家诊所内的两名医生在交谈

