

坚定地走中国特色医疗卫生事业发展之路

马晓伟 | 国家卫生健康委员会主任



- ◆ 70年来，我国居民健康水平持续改善，主要健康指标优于中高收入国家的平均水平，用比较少的投入解决了全世界六分之一人口的看病就医问题，中国的医疗卫生事业走出了一条具有中国特色的道路。
- ◆ 经过70年不懈的努力，我国的医疗卫生事业发生了翻天覆地的变化。主要有六个方面：第一，医疗卫生网络不断健全，服务的可及性显著提高；第二，卫生投入不断提高，群众看病就医的负担逐渐减轻；第三，坚持预防为主，主要疾病得到遏制；第四，医疗服务能力持续提升；第五，发挥中医药特色优势，推进传承创新；第六，拓展卫生国际交流，参与全球健康治理。

人民健康是民族昌盛和国家富强的一个重要标志。新中国成立70年来，党和政府高度重视医疗卫生事业，始终坚持以人民为中心的发展思想，构建我国的基本医疗卫生制度。

特别是党的十八大以来，在以习近平同志为核心的党中央领导下，把人民健康放到优先发展战略的位置上，推进健康中国建设，使我国的医疗卫生事业的发展开始了历史的新征程。

70年来,我国居民健康水平持续改善,人均预期寿命从35岁提高到77岁,婴儿死亡率由200‰下降到6.1‰,孕产妇死亡率由1500/10万下降到18.3/10万,主要健康指标优于中高收入国家的平均水平,用比较少的投入解决了全世界六分之一人口的看病就医问题,中国的医疗卫生事业走出了一条具有中国特色的道路。经过70年不懈的努力,我国的医疗卫生事业发生了翻天覆地的变化。主要有六个方面:

第一,医疗卫生网络不断健全,服务的可及性显著提高。我国建立了覆盖城市(省、市、县)、农村(县、乡、村)的医疗预防保健三级网,使全体人民人人享有基本医疗保健成为可能。社会办医速度也正在加快发展,2018年,民营医院床位数占全国总床位数超过26%。全国的医疗卫生机构的总数超过99万个,床位达到840万张。卫生健康系统人员总数达到了1231万人,每千人口医生数达到了2.59人,每千人口的护士数达到了2.94人,超过了中等收入国家的平均水平。

第二,卫生投入不断提高,群众看病就医的负担逐渐减轻。2018年,我国卫生总费用占GDP比重达到6.6%。城乡居民基本医保财政补助和人均基本公共卫生服务经费补助标准不断提高,基本医疗保障体系从无到有建立起来。本着低水平、广覆盖、可持续的原则,覆盖人口达到了13亿多,参保率稳定在95%。用比较短的时间,建立了世界上最大基本医疗保障网。个人卫生支出占卫生总费用的比重下降到28.6%,进入了一个本世纪最低的水平。

第三,坚持预防为主,主要疾病得到遏制。我国开展爱国卫生运动,使城乡卫生环境得到明显改善;实行计划免疫制度,使疫苗可预防的传染病降低到了一个非常低的水平;注意控制重大疾病,使艾滋病、结核病、血吸虫病、乙肝这些重大疾病得到了控制,职业病和地方病的防治工作也取得了可喜的成效。我国具有一支完整的卫生突发公共事件的应急队伍

和体系,成功地处置了非典、H7N9等重大突发疫情。

第四,医疗服务能力持续提升。人民群众的获得感不断增强。我国在一些医学的关键技术领域里有一些新的突破,产生了一批国际领先成果,新技术、新设备和新方法得到了推广和应用。在扩大医疗服务供给,改进医疗服务质量,加大医德医风建设方面取得了新的进展。2018年,全国门急诊总量超过83亿人次,出院量超过2.5亿人次,全力开展了健康扶贫,保障妇女、儿童、老年人、残疾人、贫困人口等重点人群的健康,不断提高卫生健康服务的公平性。

第五,发挥中医药特色优势,推进传承创新。加强中医人才培养,评选表彰国医大师,推进中医的适宜技术,推动中医药在海外发展。

第六,拓展卫生国际交流,参与全球健康治理。我国累计向71个国家派遣医疗队队员2.6万人次,诊疗患者2.8亿人次,我国加强同国际组织的合作,支持西非抗击埃博拉出血热疫情,与国际组织、有关国家和地区签订并实施了160多个健康领域的合作协议。

下一步,将持续推进健康中国战略,推动医疗卫生服务高质量地发展,更好地为人民健康服务。其中,“看病难”“看病贵”问题是卫生工作长期要解决的一个重大的问题。我国医疗卫生事业存在的突出矛盾是人民群众日益增长、不同层次的医疗需求和我国医疗资源总量不足、结构分配不合理、优质资源匮乏,特别是我国医疗资源分配存在区域、城乡、医院和学科之间发展不平衡不充分之间的矛盾。进一步深化医改,针对群众看病难的问题,要从资源配置的角度、从事业发展的角度来解决。

为解决“看病难”问题有以下四个方面考虑:

第一,稳步推进国家医学中心建设。提高各个省的医疗卫生水平,把学科建设抓起来,

使各个省都能够解决自己省内疑难重症的治疗问题，而不是使这些患者都到北上广来看病。最近中央深改委审议通过了区域医疗中心建设试点工作方案，和四个省签订了省部共建区域医疗中心的协议，这将使得患者能够从北上广分流到各个省、各个区，减少患者跨区域就诊，推进区域分开。

第二，继续实施县级医院能力提升工程。从2004年国家卫生健康委员会会同财政部推出了万名医生支援农村的工程，推动三级甲等医院对口支援县医院。我国农村医疗卫生事业的发展，县医院的水平非常重要。要解决几亿农民“看病难”和“看病贵”的问题，就要把农民大部分的疾病解决在县域内。国家卫生健康委员会持续推进城市的三级甲等医院对口支援县，现在已经有500所县医院达到了三级医院的水平。下一步，到2020年还要推动500个县医院和500个县中医院达到三级医院的水平。

第三，要把区域的医疗机构资源进行整合。现在城市农村患者都去大医院，大医院门庭若市，小医院门可罗雀。要加强基层建设，就要在城市里建设医联体，大医院带动小医院，在农村建设医共体，县医院连接乡镇卫生院，使得县乡一体、乡村一体，使基层的水平能够有所提高，医疗资源能够纵向地流动，这样“看病难”就能够大病在医院、小病在社区，康复还能回社区，加快构建整合型医疗服务体系。不同级别的医院，要实现自己的功能定位。

第四，推动医保支付方式的改革。病人的分流和支付方式有很大关系。去大医院看病和小医院看病，支付的费用不同，经济杠杆所发挥的作用也不同。现在我国正推进支付方式改革，使得急性病在急性病医院看，有急性病的价格；慢性病、康复期的病人在其他医院看，在不同医院看有不同的价格。例如在基层看病，报销要高一些；到上一级医院看病，报销

就要少一些；出省看病，报销的更要少一些，采用差异性的支付方式引导病人分流。

在“看病贵”的问题上，主要考虑三个方面：

第一，发展我国的医疗保障体系。我国现在的医保低水平、广覆盖、可持续，发展很快，覆盖很快，但保障能力有限，特别是对于抗大病风险、经济灾难性的疾病风险。

第二，完善药品政策。“4+7”的招标采购扩大，并还在推进。国务院和相关部门采取了有力的措施来推动这次改革，这是近几年改革的重要突破口。第一个措施是进口专利药降价，抗癌药通过国家谈判，17种药品降价，进入医保。第二个措施是“4+7”集中招标、带量采购。降低了交易成本，特别是中间环节的成本。解决药价虚高问题，牵扯到医药产业，牵扯到医疗服务产业。这个问题如果解决好，对我国医药产业的战略重组和良性竞争，会起到一个非常重要的推动作用，对加强医院管理、规范医疗行为、改进医德医风，也会起到非常重要的作用。要使各级各类公立医院积极使用中标药品，组织好药品的生产和配送，一定不可再出现“中标死”这类情况。现在从药品配送和使用的情况看，进展很好，老百姓能够享受到药品降价所取得的红利。

第三，加强医院的管理。一是加强医生的医德医风教育，二是加强行业监督。国办最近印发了三级公立医院绩效考核工作的意见。抓好实施推动我国大医院从规模扩张型走向质量效益型，从粗放式经营走向集约化经营，从投资医院发展建设转向扩大分配，提高医院整体效能。综上，解决“看病难”的问题，主要是一个资源的盘活和提升的问题。解决“看病贵”的问题，主要是解决补偿和管理的问题。理论

（责任编辑：杨 婷）