

十堰市精准爱暑期社会实践医疗改革现状调查与研究

夏静琪 李国梁 蒲卓 陈鑫 史珺卿

湖北医药学院 湖北十堰 442000

〔摘要〕 医疗改革是一项影响千家万户的重大变革，关系到亿万人民的身体健康。十八大以来，以习近平同志为核心的党中央将深化医改纳入全面深化改革总体部署，作为治国理政新理念新思想新战略的重要组成部分统筹谋划、全面推进。5 年来，我国政府对医疗卫生的投入持续增长，对医疗改革高度重视，如期完成了五项重点医疗改革任务和十件实事。在本次活动的调查中，我们进一步深入到十堰市目前医改政策的实施以来所取得的重大成效和突破性进展，在医疗报销方面，人民群众个人医疗支出明显减少，就医经济负担明显减轻，健康扶贫显见成效：2017 年，全市贫困人口住院 13.8 万人，总体报销比例 65.5%。通过进一步深化医疗卫生体制改革，实现到 2020 年人人享有基本医疗卫生服务的目标。

〔关键词〕 医疗改革；现状及存在问题；解决对策

〔中图分类号〕 G642.4 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2018) 05-0161-02

引言

在十九大报告中，习近平同志指出了“实施健康中国战略，深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度”等内容。人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。要完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务。深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，健全现代医院管理制度。

1 医疗改革取得的成就及意义

随着经济的快速发展，人民生活水平和医疗水平的不断提高，我国医疗体系不断改革与完善。2013 年以来，我市医疗财政补助标准及住院费用报销比例不断被提升，新农合及城镇居民基本医保人均补助标准已经提高到 280 元，政策范围内住院所花费用报销比例分别约为 75% 及 70%。覆盖范围扩大的同时，试行了新农合及城镇居民基金购买商业保险的形式，建立了新型的城乡居民保险制度，大病保障制度及医疗救助制度持续完善发展，社会大众健康得到多层次、多角度、多体系的保障。健康扶贫政策实施以来，我市贫困人员医疗保障水平明显提升，个人医疗支出明显减少，就医经济负担明显减轻，健康扶贫显见成效。2017 年，全市贫困人口住院 13.8 万人，总费用 5.05 亿元，基本医保报销 3.11 亿元，大病保险报销 2099 万元，总体报销比例 65.5%，比同期非贫困患者实际报销比例高出 16 个百分点；次均自负 1255 元，比非贫困患者住院少支付 2637 元。大病补充保险实施后，对重病住院患者补偿 6691 人次，报销 4893.5 万元，次均补偿 2.32 万元，最高补偿 24.9 万元，全部实现了兜底报销至 90%，实际报销比例高于非贫困户 41 个百分点。享受“一站式”服务的贫困患者达 38.6 万人次。在实施大病集中救治方面，以县为单位，对患先天性心脏病、食管癌等 11 种大病的 2700 名贫困患者，建立救治台账，已集中救治 1027 人，占 38%。在慢病签约服务方面，为 68 万贫困人口建立了健康档案，建档率 86%；实行 31 种慢病签约服务，签约 64.7 万人，签约率 82.8%。在重病医疗兜底保障方面，对贫困对象住院自负合规费用超过 8000 元的大病患者（因我市健康扶贫执行未一个年度，现只执行了取消基本医保起付线、降低大病保险起付

线政策，“个人年度自费用 5000 元以内”政策暂未执行），除去城乡居民基本医保报销、大病保险、民政救助费用后，剩余所有费用由补充医疗保险兜底报销 90%。全省健康扶贫政策实施后，我市又及时实施了重病兜底保障、慢病签约服务、大病集中救治“三个一批”行动。目前，我市初步建立了基本医保、大病保险、民政医疗救助、大病补充保险“四位一体”的保障体系，实现了资金筹集、保障政策、经办机构“三统一”，健康扶贫工作走在了全省前列。

2 医疗改革中存在的问题

2.1 政府在医疗改革中的角色定位不准确我国医疗体制改革从开始就确立了市场化的改革方向。市场化的经济运行方式可以实现社会资源的合理配置和提高经济效益，但是也使得医疗资源的分布不平衡。把医院推向市场，走单纯的市场化道路，正是政府在这场改革中没有对自己进行正确定位的结果。在改革过程中，政府“抓大放小”的方式正是导致医疗卫生服务出现两级分化的直接原因。市场化的改革，使得政府淡化了自己对医疗卫生行业的监管责任。医院产权改革，使得政府在下放权力的同时也放弃了自己的义务。同时，政府也忽略了对医疗卫生这种本该属于自己社会责任范围的公共品的监管，用改革国有企业的方法来改革医疗卫生行业，将医疗卫生机构视同于一般的企业。

2.2 政府和社会在对医疗卫生机构的定性上存在偏差在医疗卫生体制改革的过程中，许多医院产权改革的支持者认为，医院应成为市场经济体制下的市场主体，应在国家法律规范的框架下，自主经营、自负盈亏。这实质上也就是把医院看成了一般的营利性企业，从而削弱了其服务于保护公众基本健康权利的目标。也正是由于定位上的偏差，使得医院为了自己的生存，不得不把赢利作为其重要目标，使得医疗服务价格和医疗卫生费用迅速攀升，损害了人民群众的利益。20 世纪 80 年代实行财政体制改革后，医疗卫生行业的投入主要由地方政府承担。由于区域经济发展的不平衡性，使得广大的欠发达地区缺乏发展医疗卫生事业的财力，而不得不采取“放权弃责”的方法把医疗卫生机构推向市场，让其自行发展，加剧了其营利性的发展步伐。

(下转第 163 页)

地不注重此节日有关,可能当地在开展相关非遗活动时,并没有特别提及而导致。当地居民对非遗了解程度普遍偏低,了解一点占大多数,说明目前羌族非遗的传承保护面临巨大挑战,这可能与北川当地居民居住环境及缺乏继承人有关。北川羌族非遗种类多,其中羌绣在当地居民心中拥有最高的知名度,其次为羊皮鼓舞、羌年。

3.2 北川居民传承及保护羌族非遗的现状

阻碍羌族非遗传承的主要因素是人们意识不够及保护机制的缺乏,这与张欣的研究结果相似^[3]。大多数当地居民赞成羌族非遗与时俱进发展。在现如今这个大数据时代,将近半数的居民赞成拍视频的方式来保护和宣传羌族非遗,这与陶长江等人的研究相似^[4]。当地镇府及当地学校应该积极发挥其宣传保护羌族非遗的带头作用。政府加大宣传,非遗传承从娃娃抓起。

3.3 建议及对策

3.3.1 当地居民应提高自身意识

民众自身应该意识到羌族非遗对本族的重要性,多多关注,积极参与相关活动,从自身做起,保护与发展羌族非遗。

3.3.2 当地学校应积极普及非遗教育。

学校可开设相关讲座,公共课,征文比赛等,教育孩子们保护非遗从小做起,以此可减轻甚至消灭羌族非遗传承人老龄化的问题。

3.3.3 当地政府扩大参与度

政府不仅应该积极组织开展相关活动,为非遗传承与发展提供机会与平台,还充分发挥监督作用,不能让继承发扬羌族非遗只是停留在喊口号阶段。

[参考文献]

- [1] 邱月.新北川:羌族文化再造进行时[J].文化纵横,2015,0(3):96-103.
- [2] 郭凤鸣.北川羌族非物质文化遗产的保护现状调查分析.贵州民族研究,2010,(2):17-21
- [3] 张欣.浅议中国非物质文化遗产保护工作现状[J].音乐时空,2015(07):67.
- [4] 陶长江,鲁敏,王颖梅.基于电视传媒视角的羌族非物质文化遗产保护与传承[J].四川师范大学学报(社会科学版),2015,42(01):70-76.

(上接第 160 页)

精神分裂症是一种严重的精神障碍疾病,其受到患者心理易感素质、生物学因素以及外界环境刺激等因素的影响,导致其感知、思维以及情感出现障碍,进而影响其认知,出现行为异常,存在严重的社会功能缺陷。精神分裂症不仅给患者患者的生理和心理造成损害,同时增加了家庭和社会的负担和压力。在药物治疗精神分裂症的过程中,通过修复神经认知功能缺陷,恢复其日常生活活动能力及社会功能^[2]。利培酮是临床上普遍应用的非典型抗精神病药物,其对于 5-HT、多巴胺 D₂ 受体具有拮抗作用,阻断 5-HT_{2A} 受体活动,同时激动 DA₂ 和 5-HT_{1A} 受体,进而改善患者的精神症状。阿立哌唑是一种新型精神分裂症治疗药物,同属于非典型抗精神病药物,其作用机制与利培酮基本一致,治疗效果相仿^[3]。但是其副作用较小,用药后的不良反应发生率相对较低,在该方面优于利培酮。总体来说,两种药物对于精神分裂症的治疗均具有良好的疗效^[4]。

综上所述,在精神分裂症的临床治疗当中,阿立哌唑和利培酮均具有良好的疗效,极大的改善了患者的精神症状,其疗效确切。两种药物的疗效相仿,而阿哌利唑的不良反应发生率相对更低,更适用于精神分裂症的药物治当中。

[参考文献]

- [1] 田小元,向永红.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的临床疗效对比分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(01):48-50.
- [2] 范洁,徐晓燕,奚娟,贺文.阿立哌唑与利培酮改善精神分裂症认知功能的疗效比较[J].中国医院药学杂志,2013,33(24):2059-2062.
- [3] 杨永秀,陈斌华,徐小杰,等.阿立哌唑联合利培酮治疗慢性精神分裂症对照研究[J].中国临床药理学杂志,2013,29(06):419-422
- [4] 程道猛,刘靖雯,黄鹏,等.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的疗效与安全性对比分析[J].医学理论与实践,2013,2614:1825-1826.

(上接第 161 页)

2.3 我国医疗保障社会化程度较低

在现行体制下,我国医疗保障的覆盖面比较窄,有百分之七十的农村人口和部分城市弱势群体没有任何医疗保障。而对于企业来说,劳保医疗几乎还是企业的自我保障,因此企业还要承担一定的风险。在一些企业,因为不同行业,不同地域,不同工种,不同数量的离退休员工数量都导致了不同医疗保障的负担,这些都使得企业不能适应市场经济体制的要求。

2.4 医疗保障制度存在明显缺陷

我国原有的农村合作医疗制度在八十年代初期崩溃,农村的医疗保障问题至今仍然是我国医疗保障制度的薄弱之处。许多农村人口因为经济收入较低,一旦生病,就会产生“因病致贫”的后果。这个问题如果不能得到妥善的解决,将会大大危害到我国经济的发展。而现行的城镇医疗保险制度的目标人群只包括就业人员及符合条件的退休人员,将绝大部分少年儿童、相当一部分老人以及其他无法就业的人员排除

在外。这样的制度设计必然导致如下结果:一是上述人群的医疗需求难以得到制度化的保障,个人及家庭面临的医疗风险难以化解,从而带来经济、社会方面的消极后果。二是在一部分人有医疗保障而另外一部分人没有医疗保障的情况下,无法避免体制外人员以各种方式侵蚀体制内医疗资源的问题。

3 医疗改革中的对策

3.1 面对上述十大严重问题,此次重提医改,我们必须客观冷静的分析原因,然后才能对症下药。

3.2 在本次大会上,习总书记强调,“当前医药卫生体制改革已进入深水区,到了啃硬骨头的攻坚期。”

3.3 事实上,医改出现的种种问题以及对问题的原因认识不清,致使改革陷入怪圈,都是源于对医改理论上的错误。

3.4 事实上,真正的“公益性”就应该是,政府买单让病人用脚投票,而不是政府去大包大揽,亲自上阵。

3.5 实际上,要想解决医疗这个民生难题,必须摒弃计划经济的思维,取消导致上述种种问题的不当管制,创建一个公平竞争的市场环境。