

破解看病贵难题的几点建议

□ 陈向明 李婉萍 杨小荔 牛 珺

近年来,我国不断加快推进医药卫生体制改革,医疗卫生投入逐年增长,基本医疗保险制度不断健全,但药品价格高、医检繁多、收取医疗回扣等问题仍然存在,超过了城乡居民的经济和心理承受能力,群众普遍感到看不起病。

从表层看,看病贵是因为物价指数长期走高、医疗费用相应上涨、医学技术进步带动医疗费用增长和疾病模式转变引发的医疗费用增加,但从深层次讲,笔者认为导致百姓“看病贵”的原因可以归纳为:制度缺失、管理缺失、诚信缺失。为此,我国应进一步明确医疗机构性质,回归公立医院的公益性,实行增加投入与制度创新挂钩,建立制度落实在先、财政补贴在后的新机制。同时,加快医疗机构改革,规范合理收益,保障非盈利性医疗机构的正常运转和医务人员的工资收入。加强医德行风建设,全面推行医疗诚信制度,坚持管住医生的笔与调动医务人员的积极性紧密结合,有效缓解看病贵问题。

(一)多元投入,改革方式,强化管理

一是鼓励多元投入。拓宽医疗机构投入渠道,鼓励医疗服务机构自主投入、财政资金配套。资金来源可包括财政卫生事业费和中医事业费、医院发展建设资金、医院按规定比例上交部分诊疗费收入、医院重点学科和特色专科建设的医学发展基金以及用于医院发展建设的银行贷款、财政吸引社会资金的投融资。

二是改革收费方式。改革目前医院的按项目收费方式,形成“总额预算+按服务单元(或病种、人头)”支付方式,其最佳效果已被医疗卫生学界公认,也是国际上比较常见、成熟的支付方式,应大力推行。积极探索由医保经办机构与公立医院通过谈判或招投标方式,确定服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求。通过考核基本医疗保障药品目录备药率、使用率及自费药品控制率,以及合规性、绩效性、诚信度等指标来控制费用增长。通过引入商业保险,改善现行支付制度,降低政府、医保机构和群众的负担水平。

三是强化医疗管理。把医疗卫生的重点放到基层去,全面建立首诊制和家庭医生制度、配齐基层全科医生、明确城市医生下基层的法定义务,并与行政晋级和职称评定等挂钩。按照国家要求,加快合理用药和医检监测系统建设,包括药物临床应用监测系统、处方监测系统、医疗检查检测系统、用药(械)相关医疗损害事件监测系统和重点单病种监测系统。完善基本药物和药品政府采购制度,堵塞制度和操作层面的漏洞。推进公立医院管理体制变革,建立由第三方参加的医患关系调解委员会,维护医患双方的合法权益,强化医院医疗服务和财务管理,实施成本核算与控制,提高资源利用效率,减轻患者负担。

(二)规范医药、医检名目,强化药检管理

一是统一药名,规范有序。使药品

名称法定化,从法律上确定所有药品在生产、流通、采购、临床运用中必须使用的通用名,化学名称只在说明书中反映。强化卫生部关于制定药品处方集的规定,减少医生处方的随意裁量权,进一步提高药品质量,打破医院药房垄断,遏制腐败,方便群众辨认和监督。同时,完善新药审批流程和管理办法,提升创新药品质量和技术含量。严格新药审批,禁止通过改头换面赢取暴利的所谓“新药”面市。对确实获批的新药依法予以保护,使其获得技术创新带来的合理利润。此外,针对一些中标药品因为价格过低没有利润空间而缺货断档的问题,要完善药品生产、流通和临床使用的政策,通过财税引导和鼓励企业多生产微利药品等,提高供应水平;对有效、常用、便宜的临床用药实行药品专卖或直供体制,对低价微利药品按1:1甚至更高的比例给予财政补贴,以保证医院、药房合理的利润空间,满足患者用药需求。

二是公平竞争,打破垄断。公立医院的公益性并不排斥市场竞争,应适时允许国有、集体和私有成分多元化办医,并对各类所有制医院都给予相应的政策支持,包括财政资金、公费医疗和医保定点支持等,切实打破垄断,为化解看病贵奠定基础。同时,新医改方案明确规定,允许患者凭处方到零售药房购买药物。这对于打破医院对药品的垄断权,建立公平的药品定价与流通机制,改善医疗服务水平,引导合理诊治、合理用药和合理控制费用具有关键作用。



三是医检单列，政府购买。卫生部早在2006年就在强制推行医检互认制度，但效果甚微。看病贵，在相当大的程度上是医检贵。而根子是由于过度功利的医院体制和投资举债所致。通过医检单列，将各级医疗机构的检验检查部门或大型设备分离出来，成为独立的机构，由政府购买，以统一的机构名称签发检验检查报告。同时，明确政府对大型医检设备的购买和公立医院基本建设的投资责任。清理和锁定大型设备债务，明确化债责任，禁止个人设备持股和效益提成。在医检单列的体制下，切实抓好医疗机构间医学检验、医学影像检查互认制度的落实。这有利于减轻医疗机构的债务负担；有利于医检互认制度的推行；有利于盘活现有资源、打破医院所有制、减少资源闲置和浪费；有利于简化就医环节、降低患者就诊费用、优化卫生资源、改进医疗服务并惠及广大群众。

（三）完善定点机构及医疗保险制

度，切实减轻医药负担

一是完善医院、药房的医保及公费医疗定点、资格确认机制及其付费机制。制度起步阶段，只要具备资质和资格条件，没有违法违规记录的各类性质的医院、药房都可以作为定点机构。此后每年或2—3年由主管部门和第三方评审确定资格等级，并根据其诚信度、满意度、降费率等指标确认其定点资格，不搞终生制。对于严重违法法规、没有达标的，一律取消定点资格，严重者追究其行政、经济或法律责任。

二是推广平价医疗。将乡村医院、社区医院和城市某些专科医院办成平价医院，将生产断档微利的药厂、经营微利的药房办成平价企业和药房，明确政府对其出资、补贴和监管的责任，以减轻中低收入人群看病负担。

三是统一医保机构。探索将新农合和公费医疗从卫生部门划出、全部划归人保部门的医保经办机构管理的

新机制。稳定和适当扩大基层医保报销比例，逐步合并各类医保，缩小不同人群和职业的差别。适时引入商业保险，探索将医保和公医经费通过公开竞争方式，受托给商业保险公司，通过商业保险与医院、药企和药房谈判，将每种疾病的诊疗费用控制在一定的范围内。经验证明，这种机制可以有效约束过度医疗，是成熟的国际惯例。

此外，要推进医药信息公开，强化社会监督。利用公开栏、电子显示屏、触摸屏和医疗网络等，全面推行医院院务公开和医疗服务信息公开，公开医院服务信息、医疗服务项目及收费标准、药品和医用耗材价格和医疗服务流程。同时，设立卫生部门、医院院长信箱和电话。建立患者和家属可随时查阅的治疗费用明细制度，建立互动台和曝光台，开展处方点评，披露不合理用药和医疗药检案例。

（作者单位：江西省财政厅）

责任编辑 李 燕