

价格, 医疗服务的痛点?

编者按

当医改步入“深水区”, 医疗服务价格似乎已经成了“水下”不得不迈过去的一块“大石头”, 围绕它争论的声浪, 一波未平、一波又起。公立医院改革试点城市中, 如何补贴成了焦点; 体制内外医务人员的差别中, 分配体制的差别也是最核心内容之一。医疗服务价格该何去何从?

公立医院改革试点添 17 个城市 财政如何补贴?

以医药分开为主的公立医院改革经过北京、深圳、杭州试点之后, 近日迎来大幅扩容, 辐射至我国中部、东部、西部地区。

5 月 9 日晚, 国家卫生计生委官网挂出《关于确定第二批公立医院改革国家联系试点城市及有关工作的通知》(以下简称《通知》)。《通知》确定了天津市等 17 个城市为第二批公立医院改革国家联系试点城市。记者从国家卫生计生委获悉, 接下来, 各地要“认真组织开展摸底调查”, 为今后开展试点评估工作提供基线数据。

事实上, 为试点扩容而展开的摸底调查一事早就在推进。以北京为例, 5 月初, 北京市相关公立医院就已在规模核算并上报自己的经营及成本数据。

业内人士表示, 北京等地的改革经验对于其他地区有重要的借鉴意义, 从这点来说, 北京、深圳在改革中业已遇到的问题, 在这 17 个试点城市中同样值得注意, 其中包

括财政补偿配套细则的跟进。

数据摸底将在全国铺开

记者从国家卫生计生委获悉, 从地方的实际经济发展状况等多重因素考虑, 同时兼顾各省申报试点城市时的优先排序, 决策层从全国范围内甄选出 17 个城市作为第二批公立医院改革国家联系试点城市。

《通知》显示, 在第二批公立医院改革国家联系试点城市中, 东部地区涉及 5 个城市: 天津市、浙江省绍兴市、浙江省宁波市、福建省三明市、广东省珠海市; 中部地区涉及 5 个城市: 河北省唐山市、山西省太原市、吉林省长春市、江西省新余市、海南省三亚市; 西部地区涉及 7 个城市: 重庆市、四川省南充市、甘肃省庆阳市、宁夏银川市、新疆克拉玛依市、广西柳州市、内蒙古鄂尔多斯市。

国家卫生计生委要求, 各地要“在深入调研、精心测算、充分协商、科学论证的基础上, 制订路线清晰、措施具体、任务明确、分工细致的试点实施方案”。实施方案要注重系统性、整体性和协同性, 着力创新体制机制, 统筹推进综合改革; 要注重针对性和可操作性, 聚焦解决当地公立医院存在的突出问题, 力求在关键环节有所突破。方案由省级医改领导小组审核后组织实施, 报国家卫

生计生委备案。

《通知》要求, 各地要围绕试点实施方案, 进一步分解任务、明确分工, 建立问责机制, 做到早部署、早开展、早落实。试点城市范围内县级(二级)以上公立医院都要开展综合改革。

记者从《通知》中看到, 各地要“认真组织开展摸底调查, 为今后开展试点评估工作提供基线数据。加强对试点情况的监测, 收集相关数据并定期上报, 及时研究解决改革过程中遇到的问题和困难, 不断总结经验, 完善政策措施”。

更重要的一点是“要加强对改革试点的督查考核, 对于未按要求开展综合改革的试点城市, 将取消试点资格, 并相应扣回中央财政补助资金”。

财政补偿金额还会增加

一名业内人士和记者探讨公立医院改革时认为, 全国范围内的医药分开, 乃至公立医院改革, 将以北京、深圳等地的改革成效为重要研判根据, “尤其要关注涉及财政补偿层面的问题, 同时包括医保方面的问题等, 都需要更细致的协调”。

据了解, 目前国家对实施医药分开的公立医院, 给予了一定的财政补偿。不过, 已经



由过去按人头、亏损额进行补偿的方式, 转变为按现有工作量、服务效率、绩效、指标完成的情况进行对应补偿, 补偿更加细化, 未来补偿的金额还会进一步增加。

中国人民大学医改研究中心主任王虎峰认为, 未来医药分开乃至公立医院改革的重点, 是从经济角度切断药品在医院和医生之间的利益链。同时, 医药分开应建立在稳定的补偿机制的基础上, 地方试点医药分开应该有相应的价格和药品招标采购政策配合, 以及财政社保等政策支持。

建立长效的财政补偿机制迫在眉睫, 也是保障医疗卫生体制有效运行的关键要素, 尤其对基层医疗卫生机构而言意义重大, 相关补偿资金能否及时、全额落实, 很大程度上将影响部分机构的生存状况。

从更深层次看, 在医药分开的基础上, 更重要的是, 还需要在医药价格调整上持续发力。

“价格调整既敏感又重要, 又是十分关键的一步, 如果不能蓄势待发择机而动, 扭曲的医疗服务价格很可能会积重难返, 很难真正实现医药分开和健康发展。”王虎峰认为。

(据《每日经济新闻》)

体制内外两位医生截然不同的一天

“今天上午很忙, 看了 9 个门诊患者。”著名自由执业医生、血管外科专家张强, 5 月 12 日下午在参加《医学界》组织的一场名为“医生职业压力与需求”座谈会时, 面对台下 100 余名听众侃侃而谈。听到他的门诊数字, 会场里顿时响起一阵惊叹声。

内分泌科主治医师吴医生 2003 年从上海交通大学医学院毕业, 毕业后到上海某三级甲等医院内内分泌科工作至今。他在谈到自己一天的工作场景时说, 一般上午会看 70 位患者, 最多的时候看过 120 位患者。每次出诊看病的过程, 堪比一场战斗, 半天时间不敢喝一口水, 因为没有上厕所的时间。

张强两年前从上海东方医院血管外科主任位置上辞职, 成为一名自由执业医生, 目前他的团队在上海沃德医疗中心、北京和和睦家医院签约多点执业。据张强介绍, 他最近又签约了上海和睦家医院开展多点执业, 目前他的执业医院已达 3 家。

张强典型的一天是这样的: 从早上 6 点起床后, 会花上一段时间看看国外的最新学术进展。早上还会陪伴儿子做做亲子游戏。上班后, 客服助理预约的患者提前 10 分钟

在诊所等候, 每个门诊患者需要看 15~30 分钟, 即使是超声检查, 也由他亲自来做。诊疗结束后, 由医学助理来完成患者的保险单据填写。在沃德诊所中, 张强主要的工作是为患者提供诊疗服务, 其他的工作诸如患者预约、术前沟通、术后随访、保险单据填写都由助理完成。

而在某三级甲等医院, 早上 8 点钟开始门诊, 吴医生在 7 点半就要到医院开会, 做一些准备工作, 门诊开始后, 患者如潮水般涌来。他平均一上午要看 70 人, 最多的时候要看 120 人。这样的强度下, 必须在 3 分钟的时间内完成诊疗过程。“自己想想都觉得可怕!”吴医生说, 虽然有相当多的患者是老病号, 看门诊只为开药。但医学很复杂, 患者一旦有了心脏、肾脏等其他变化, 而自己没有办法查出来, 闹起来就是医疗事故。

在住院病房值班时, 他负责一个病区, 上午会花两个半小时查房。除了管自己的患者外, 每天还花上三四个小时参加院内的会诊。吴医生说, 这也是推不掉的工作, 因为自己的患者也要经常请其他科室医生会诊。

相比之下, 张强的工作则是另一种面貌, 他现在沃德诊所所做的静脉曲张手术, 过程管理精细化, 全部是日间手术, 患者当天即可出院。在和睦家医院多点执业时, 医院会为他配备好麻醉医生、手术助理、护理等工作人员, 手术结束, 他就可以回家了。

高强度的诊疗, 还不是吴医生的全部工作。作为年轻的主治医师, 他还要参加医院内举行的各种考核评估、培训、会议。而论文

写作的压力, 更是像山一样压在身上。

“在我工作的医院, 要进入医院, 需要博士学位, 晋升副高、正高职务, 必须有若干篇 SCI 文章发表。”如果论文不达标, 临床再好, 在医院中也无法晋升职称! 这意味着年轻医生必须花费大量的时间去准备论文。

这么高强度的工作, 年轻医生们在公立医院能拿多少钱? 吴医生说, 低年资主治医师工资只有几千元, 高年资主治医师医院给的收入也不可能超过 1 万元。而在上海, 一平方米的房子需要几万元, 这点儿收入要养家糊口实在太难。

在和睦家医院出诊的时候, 张强每次门诊定价 800 元。听到了张强自报的数字后, 吴医生调侃说: “我每次门诊价钱只有 5 块 5。”张强主要为高收入群体做高品质血管外科手术, 由于诊疗费高、不缺病源。张强医生说他把每个月工作的门诊费收入全部捐给了慈善组织——每个月他仅从门诊费中分得的收入就超过 1 万元。

患者数量不多, 自己收入不低。张强说: “自从自由执业后, 每天都过得不一样。”在他的微博中, 他经常晒出陪儿子的照片, 并强调应多陪伴家人。

不过张强同时也表示, 相比较公立医院而言, 虽然在和睦家等私立医院执业接待门诊的数量要少很多, 但是在质量要求上则要高得多。张强认为在公立医院那种“3 分钟看一个患者”的做法, 在高端的私立医院是行不通的。但是对比同样的辛苦和压力, 显然在他看来那种“质”重于“量”的诊疗方式具有更高的价值。

对于公立医院的年轻医生来说, 大量的临床工作、医院内部的其他事务、职称晋升压力等, 让年轻医生们几乎无暇顾及家庭, 也无法做到“patient+center”。吴医生说, 他认识的两个优秀的年轻医生, 最近刚刚离职。因为工作压力太大, 无暇顾及家庭。所以一个优秀的女医生不得不辞职!

5 月 11 日, 上海另外一家著名医院的年轻骨科医生告诉笔者, 前段时间他的两个同事休年假, 结果他不得不连续做了两天手术, 每天要做 10 台手术, 因为没有人顶班。那么著名的医院为什么招不到足够多的医生呢?

这位年轻的副主任医生告诉笔者: “不停地招, 一边招, 一边走, 留不住人, 医生护士都一样!”不少年轻的医生辞职了, 或者到高端民营医院, 或者离开医疗行业。

“公立医院这样搞下去, 肯定玩不下去!”这位 39 岁、副主任医生职称, 已经发表了多篇 SCI 的医生, 除了每天能做 10 台手术, 还是 Daduro(一种机器人控制软件)的“发烧友”。尽管他不看好公立医院。

吴医生则悲观地预测, 现在上海已经推出了住院医师规范化培训制度, 规范化培训期间工资只有三四千元, 定专业后分到科室, 也只能拿五六千元。这么低的待遇、这么高强度的工作, 还无法养家糊口, 未来合格的医生必将严重缺乏。

“近些年医学生的质量越来越差, 责任心不强, 素质下降得厉害!”那位骨科大夫的观点, 吴医生同样向笔者表达过。

(牧 扬)

他山之石

北京

将削减公立医院特需医疗

已有多年的历史的特需医疗服务有望逐步退出北京市公立医院。“下一步, 我们要控制公立医院的特需服务, 还要进一步推进改革, 两个方面协同推进。”北京市卫生计生委相关负责人近日表示, 一方面要通过监管, 通过绩效考核, 让公立医院更多地提供基本医疗, 但另一方面也要解决公立医院的现实问题, 改革公立医院的补偿制度, 让公立医院不必依赖药品、检查和特需而弥补基本医疗收入的亏空, 让医生提供基本医疗就能够获得体面的收入, 否则一些医疗机构还是有压力提供特需服务。

特需医疗始于 20 世纪 90 年代, 其前身多为外宾门诊或高干门诊, 后期逐步取消了身份识别。由于特需医疗大大增加了医院收入, 曾被认为是医院改革的重要举措。特许医疗主要包括点名手术、加班手术、全程护理、特需病房、专家门诊等形式。

特需医疗一般由副主任医师以上专业技术职务的医生坐诊, 专人为患者提供从挂号、诊疗、缴费、取药等全程导医, 对行动不便或病情较重的患者提供专用轮椅推送的门诊服务, 设独立的诊室、候诊室, 配备空调设备及茶水供应, 有条件的单位还可设独立的治疗室。

对于特需医疗, 上海市最先“开刀”。2011 年 5 月, 《上海市医疗机构设置规划 2011~2015》提出, 严格控制公立医疗机构开设特需医疗服务, 鼓励有条件的公立医疗机构对特需床位实施剥离, 以人员、品牌、技术等形式在两个医疗拓展区内与社会资本合作办医。

(据《经济参考报》)

上海

全科医师培训注重社区服务

“今后全科医师的培养主导应放在区域性医疗服务中心, 而不是高端专科医院。”5 月 14 日, 在上海市住院医师规范化培训全科医学临床培训基地合作共建工作推进会议上, 上海市卫生计生委科教处处长张勘强调。

据悉, 自 2013 年 11 月, 上海市印发了住院医师规范化培训全科医学临床培训标准以来, 所有培训基地都已完成了签约工作。本次会议旨在进一步增强医学院校培训基地与教学基地的互动, 使各个临床培训基地和社区教育能进一步明确自身职责, 做好规范化培训工作。

据张勘介绍, 按照国际惯例, 平均每 2500 名居民就需要一名合格的全科医师, 按照这个标准, 上海的全科医生需求量在 1 万名左右, 但目前真正经过规范化培训的合格全科医生仅达到 50%, 无法满足本市的基本医疗需求。对此, 张勘表示, 下一阶段的全科医师规范化培训工作要求将大学附属医院的教学力量下沉到区域医疗中心及社区卫生服务中心, 让社区卫生服务中心从目前的“重预防保健轻诊疗”逐渐转变为基本医疗与基本公共卫生服务并重, 以提升社区卫生服务中心的软实力。

(本报综合报道)

山西

编制内外护士将享同等待遇

今年, 山西省将进一步规范合同制护士管理, 稳定护士队伍, 做到合同制护士与编制内护士同工同酬。

目前, 山西省注册护士总数达 10.4 万名, 在岗注册护士 7.48 万名, 约占全省卫生技术人员总数的 36.8%; 全省二级以上医院总的床护比达 1:0.63, 病区床护比达 1:0.44, 临床护士短缺的现象逐步得到扭转; 护理队伍中具有大专以上学历的护士占总数的 61.3%, 比全国平均水平高 10 个百分点。随着医疗卫生事业的发展和医改的深入, 各级医疗机构聘用了大量的合同制护士, 在二级以上医疗机构中合同制护士占护士总数的 51.7%。

然而, 在一些地区和医疗机构, 普遍存在合同制护士管理不规范, 制度不完善, 权益不能保障, 不能做到同工同酬等问题。为此, 今年山西省将出台规定, 医疗机构根据业务发展和工作需要聘用合同制护理专业技术人员, 应当按照国家有关法律、法规与聘用人员签订书面聘用合同, 明确双方与工作有关的权利和义务; 聘用合同的期限分为短期(3 年以下)和中长期, 鉴于护理工作的专业技术特性, 一般应签订 3 年以上中长期合同; 合同期限最长不得超过受聘人员达到国家规定退休年龄的年限。

(据《太原日报》)

南京

50 家医院可通过微信挂号

通过微信可预约到南京地区 50 家医院的专家号和专科号。近日, “南京卫生 12320”官方微信服务平台正式上线运行, 除了向市民提供健康知识教育、专家在线排班查询, 还提供预约挂号等服务。

记者尝试从微信中搜索“南京卫生 12320”, 找到后添加关注, 看到“南京卫生 12320”微信平台上有关医疗卫生健康知识、专家在线咨询等, 下方的自选菜单包括“预约挂号”“健康广场”和“我的管家”三大栏目, 涵盖了健康信息咨询、在线专家信息、在线预约、个人健康管理、专家在线咨询、基础卫生知识、满意度调查、服务评价、账户管理等功能, 可满足不同用户的就医需求。

据南京市卫生信息中心主任殷伟东介绍, 微信预约挂号依托“南京市 12320”预约挂号平台, 向市民开放 50 家医院的专科号、专家号, 市民通过手机微信“扫一扫”或添加微信号“南京卫生 12320”并加关注, 即可随时随地轻松预约挂号, 省去了到医院排队长的麻烦、打预约电话忙线的苦恼。接下来, “南京卫生 12320”微信平台还将逐步开放检查结果查询、健康档案查询、专家在线咨询、微信多种方式支付、体检报告查询等功能。

(据《现代快报》)

让扭曲的价格回归本位

□白剑峰

有高有低, 行情瞬息万变, 政府很难制定一个“金标准”。按照市场经济理论, 价格是由供求关系决定的, 而不是由成本决定的。市场既是一只“看不见的手”, 也是一台“超级计算机”, 在公平竞争的环境下, 完全可以定出一个最合理的价格。如果政府的“手”总是“闲不住”, 甚至患了“多动症”, 市场的“手”就会被“踩住”, 再灵活也无法发挥作用。

政府干预过多、管得过死, 不仅体现在药品价格上, 也体现在医疗服务价格上。目前, 我国多数医院执行的医疗服务价格仍是 10 多年前的标准。例如, 北京三级甲等医院主任医师的普通门诊挂号费是 14 元, 不如一小时停车费、一碗牛肉面、一次理发费。又如, 做一次高难度的晚期肺癌手术, 需要七八名医务人员干七八个小时, 但手术费却不到 800 元。为了弥补亏损, 医生不得不多开药, 否则就无法维持生存。可见, 价格扭曲是公益性扭曲的根源。只有让扭曲的价格回归理性, 公立医院才能回归公益性。

从消费者的角度看, 谁都希望价格越低越好。降价总是受欢迎, 涨价总是遭反对。事实上, 价格低了未必是好事, 价格高了也未必是坏事, 恰当的价格才是最好的。所谓恰当的价格, 就是在平等竞争条件下自由浮动的价格, 供不应求则涨, 供过于求则降。例如, 很多廉价经典药由于中标价格低于成本, 企业不愿生产, 患者只能使用高价进口药。可见, 盲目追求低价并非好事。如今, 政府转变管理思路, 低价药可以在一定的范围内自主定价, 企业有了生产积极性, 最大的受益者是患者。

价格是资源配置的“信号灯”。合理的价格, 可以让资源配置更加优化。我国医疗资源短缺与浪费并存, 技术服务价格不合理是重要原因。北京大医院专家号 14 元, 远远低于市场价格, 导致“一号难求”。结果, 大量的普通患者占据了稀缺资源, 疑难重症患者反而挂不上号, 只能花高价从“号贩子”手中买。如果大医院专家号大幅提价, 基本与市

场价格接轨, 普通患者就不会再去抢挂专家号。供求关系一变, “号贩子”倒卖高价号的空间就会被压缩, 更多专家号流向具有刚性需求的人, 资源浪费现象反而减少。

在医疗产品中, 除了公共产品和准公共产品之外, 大部分都属于私人产品, 完全可以由市场决定价格。从长远看, 让医疗价格回归本位, 有利于改变医疗资源稀缺的局面。目前, 由于技术不值钱, 医生收入太低, 很多人不愿当医生, 导致好医生越来越少。如果医生的薪酬由市场来决定, 人力资本体现稀缺资源价值, 医生成为令人羡慕的高薪阶层, 就会吸引优秀人才源源不断地进入医疗行业, 资源短缺状况自然得到改善。

眼下, 医改进入“深水区”, 医药价格改革是绕不过的“险滩”。而要推动医药价格改革, 必须尊重市场经济规律, 发挥市场在资源配置中的决定性作用。让“看不见的手”更灵活, 让“看得见的手”更理性, 两只“手”各司其职、各尽其用, 价格改革才能平稳推进。

“看不见的手”更灵活, “看得见的手”更理性, 两只“手”各司其职、各尽其用, 医药价格改革才能平稳推进。

日前, 国家取消 533 种低价药的最高零售限价限制, 在日均费用西药不超过 3 元、中成药不超过 5 元的前提下, 允许药企自主定价。纳入低价药清单的药品, 将退出药品集中采购的“价格战”, 由医疗机构自行网上交易。此举体现了政府管理药品价格的新思路。

药价管理是一道难题。长期以来, 我国对大部分药品实行政府定价。但是, 无论如何定价, 总有企业抱怨。因为药厂千差万别, 成本