

Analysis of the Issue of Expensive Medical Bills and Difficult Access to Quality Medical Services under the Perspective of Healthy China Initiative

Zhize Xiao, Zhiqiang Li

Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan Hubei
Email: 18627142181@163.com, lizhiqiang@whu.edu.cn

Received: Nov. 29th, 2018; accepted: Dec. 12th, 2018; published: Dec. 19th, 2018

Abstract

The problem of Expensive Medical Bills and Difficult Access to Quality Medical Services has been a serious social problem today. The issue of Difficult Access to Quality Medical Services centers in large hospitals and rural areas where medical resources are underinvested. And the point of Expensive Medical Bills is attributed to poor coverage and returning to poverty due to illness. The main reason lies in the contradiction between insufficient investment in medical resources and uneven allocation. The public welfare and market boundaries of medical institutions are unclear, the compensation mechanism for public hospitals is unreasonable, and the new medical reform policy measures have not yet been fully implemented. We must take the Healthy China Initiative proposed by the 19th National Congress of the Communist Party of China as a guide to focus on solving this problem which includes to realize the fundamental transformation from treating the disease to the health-centered national consciousness, to optimize the medical reform system, to promote graded diagnosis and treatment, to improve the payment method of medical insurance, to promote the reform of public hospitals, and to accelerate the innovation of medical technology.

Keywords

Healthy China Initiative, Visual Threshold/Perspective, Expensive Medical Bills and Difficult Access to Quality Medical Services, Issue

浅析“健康中国战略”视阈下的“看病难、看病贵”问题

肖知曩, 李志强

武汉大学中南医院, 湖北 武汉
Email: 18627142181@163.com, lizhiqiang@whu.edu.cn

收稿日期: 2018年11月29日; 录用日期: 2018年12月12日; 发布日期: 2018年12月19日

摘要

“看病难、看病贵”在今天已经成为一个严重的社会问题。“看病难”重点在大医院, 以及医疗资源投入不足的农村地区。“看病贵”, 重点是看不起病, 甚至因病返贫。主要原因在于医疗资源投入不足、配置不均衡的矛盾突出。医疗机构公益性与市场性界限不清, 对公立医院补偿机制不合理, 新医改政策措施还未完全落实等。必须以中共十九大报告提出的“健康中国战略”为指针, 实现从治病为中心向以健康为中心的全民意识的根本转变, 优化医改体制机制, 推进分级诊疗, 完善医保支付方式, 继续推进公立医院改革, 加快医疗技术创新, 来着力解决这个问题。

关键词

“健康中国战略”, 视阈, 看病难看病贵, 问题

Copyright © 2018 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. “看病难、看病贵”问题提出的背景

实行新一轮医改至今, 尤其是党的十八大以来, 我国卫生与健康事业不断取得新成就, 人民群众健康水平显著提高。2015年我国居民人均预期寿命达到76.34岁, 比2010年提高1.51岁。婴儿死亡率和孕产妇死亡率大幅下降, 居民健康水平总体处于中高收入国家平均水平。中国用较少的投入获得了较高的健康绩效, 创造了巨大的“健康红利”, 赢来广泛的国际赞誉。但是, 在看到新医改取得突出成绩的同时, 毋庸讳言, “看病难、看病贵”问题还没有彻底解决, 甚至解决的难度加大, 并衍生了新的表现形式。“2014、2015年中国社科院的医疗卫生事业发展报告均提出‘新医改’并未实现其预期目标。‘看病难、看病贵’已成为中国医患矛盾频发的现实根源之一, 也已成为社会批判医疗卫生体制的共识性话语”[1]。总之, 在今天的中国, 看病难和看病贵, 已经日益成为一个社会问题。这个问题如果得不到解决, 是达不到全面建成小康社会的战略目标的。为此, 党的十九大报告指出, 必须“实施健康中国战略。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”[2]。

2. “看病难、看病贵”的主要表现形式

“看病难”, 主要难在大医院, 难在医疗资源投入不足的农村地区。有资料表明, 影响人民群众获得和享受优质医疗资源和医疗服务的因素包括交通、挂号时间、专家号、候诊时间、检查时间、技术水平、床位、医疗质量等刚性因素; 也包括医疗服务态度等可以得到改善, 进而缓解或避免患者就医时的不满情绪的柔性因素[1]。这两大因素在大医院、医疗资源投入不足的农村地区均出现不同程度的叠加, 令患者及家属普遍经历“看病难”。

新医改至今,“小病进社区,大病进医院”的就医秩序还未真正形成。患者宁愿舍近求远,奔向大城市的大医院、名医院,集中成“大医院病”,而其他许许多多的中小型医院、社区卫生站所门可罗雀。本应承担大部分诊疗需求的基层医疗机构在社会医疗服务体系中成为最薄弱的环节,全科医生缺口巨大,医院得不到发展,医疗水平得不到提升,医疗资源配置效率大大降低。“大医院病”集中反映在:一是从门诊挂号开始至入院后的一系列检查治疗,都存在冗长的排队问题,患者、家属普遍怨声载道;二是即使患者找到医生看上病,仍存在医务人员处理流程不规范、患者对处理结局不满意、医患沟通不畅等引发矛盾纠纷的问题;三是医患之间的相互不信任,也会促使人民群众趋向于更声名远扬的医生门下。找专家看病难,名专家号一号难求,患者往往要排几小时队,有的甚至要等上几天几十天。

医疗资源投入不足的农村地区“看病难”的最直观感受是医疗水平低,像样的医院不多,想到城里大医院看病交通、转诊手续麻烦,费用结算不方便。

“看病贵”,主要贵在看不起病,甚至因病返贫。这是中国医改长期面临的难题。客观上指个人医疗支出占个人可支配收入的比例过高,甚至超出了正常的经济能力承受范围;主观上指基本医疗服务的公益性定位和制度的沿袭性惯例,使得患者对医疗服务价格的预期较低,从而与现实形成强烈反差[3]。由于医疗费用过高,如药品价格高,检查费用高,脏器移植、介入治疗等新技术和高精尖设备的应用价格昂贵,部分低收入人群和没有医疗保障人群难以承受。即使有了医疗保障,因患者个人承担比例较高,重大疾病救助渠道单一,一般家庭抗风险的能力还不够强,家庭成员中有人得了大病就可能致贫,而贫困家庭(包括偏远农村地区居民)可能因为支付不起高昂的医药费而贻误治病的最佳时机。

3. “看病难、看病贵”的原因之一:医疗资源投入不足、配置不均衡的矛盾

由于医疗资源投入不足、配置不均衡的问题未得到实质性解决,使得优质医疗资源稀缺的矛盾未得到有效缓解,要想看好病就得到大城市、进大医院的思想早已固化人心。

一是医疗资源供给总体上仍然处于相对稀缺的水平。近年来我国人口年龄构成正逐步向老龄化社会转变。不仅人口基数在持续增长,中老年人的净增长也会催生出更多的患病人群。看病人数的增多,医务人员人数的相对稳定,必然会反映到医疗资源的紧缺上,最直观体现就是人民群众看病难。根据2016年《中国统计年鉴》数据:剔除价格因素影响,在1978~2015年间,我国卫生总费用增长超过59倍,个人现金卫生支出超过86倍;而同期医疗卫生机构数量增长仅为4.79倍,医院数量增长不到2倍,卫生人员数量更是仅增长了0.36倍[3]。

二是医疗资源配置结构性矛盾突出。城市医疗资源配置明显高于农村医疗资源配置,东部医疗资源配置高于中部、西部,医院医疗资源配置高于基层医疗机构的现象还没有改变,具体到医务人员的医疗水平差距还呈扩大化趋势。我国城市和农村每千人口医务人员数均逐年上升,但城市数量远远高于农村。同时,农村医务人员质量也与城市有较大差距。以2016年为例,医院副高(含)以上医务人员占比9.5%,而乡镇卫生院副高(含)以上医务人员占比仅为1.5%;农村医疗机构规模和病床设置也严重不足,城乡之间的差距逐年扩大。城乡每千人口医疗机构床位数差距从2007年的2.9张增加到2016年的4.5张[4]。

此外,现阶段实施的住院医师和专科医师的规范化培训,在提高基层医疗机构诊治水平的同时,造成基层医务人员被“虹吸”到更高层级医院,短期内削弱了基层医疗机构的服务质量和能力,一定程度上加重了医疗资源的不合理配置。

4. “看病难、看病贵”的原因之二:医疗机构公益性与市场性界限不清

由于医疗机构公益性与市场性界限不清,对公立医院补偿机制不合理,医务人员技术服务价格长期扭曲,引发“以药补医”、过度医疗,加大了治疗成本,增加了患者费用负担,还造成医务人员的廉洁

行医困境。

一是“以药补医”有其路径依赖, 来源于计划经济时期医疗服务的福利性质和医疗价格的政府定价, 以及延续至今的管理惯性, 医疗服务存在价格扭曲、价值观念扭曲、调价机制不完善等问题。新医改以来虽然明确了公立医院、营利性医疗机构的运营模式, 并积极推进改革措施的落实, 但是公立医院姓“公”, 是新医改的重点, 牵一发动全身, 在公立医院运营机制的改革上追求谨慎、稳妥, 该给的补助政策未落实到位, 造成“以药补医”格局的长期存在。按照新医改进程, 目前虽然取消了医院的药品加成, 并带动了医疗费用整体涨幅的下降, 但是药品收入仍然是医院收入的重要来源, 患者治疗费用的重要构成部分, 多开药、开好药仍是不少医院医生的“重要职责”。医生阳光收入偏低又助长了其开药的动机。根据中国医师协会 2017 年发布的《中国医师职业状况白皮书》调查结果, 初级职称、中级职称、副高级职称、正高级职称组的平均年收入分别是 57,709.35 元、73,854.37 元、88,638.24 元、107,813.18 元, 收入水平与社会贡献不相符, “药品回扣”成为个别医生弥补自身收入的方式之一[4]。

二是过度医疗出现于旧、新医改进程中医院的逐利驱动, 政府的监管职能弱化, 并在一定时期呈多发高发态势。“医院可能通过诱导患者做可做可不做甚至完全没有必要的检查, 尤其是昂贵的检查, 或是重复检查、检验, 获取高额的检查收入, 从而维持医院的业务活动经费开支; 医院有可能通过诱导患者做可做可不做甚至完全没有必要做的手术, 特别是高值耗材的使用, 获取更多的手术收入; 医院还可能为了取得更高的床位和护理收入来诱导完全没有必要住院的患者住院治疗, 并且长期住院。以过度检查和过度手术为代表的过度医疗不仅浪费了稀缺的卫生资源, 还增加了患者的就医经济负担”[5]。

三是国内医疗技术水平的不足、中高端医疗器械设备制造水平的欠缺、新特药开发的滞后等, 难以满足现实医疗需求, 必须引入国际先进的医疗技术、器械和药品。“医用器械企业难以支撑起我国中高端医用器械的供应渠道, 造成我国医疗器械重度依靠国外厂商, 其购买和维修的费用都是巨额的, 从而造成我国病人医疗检查费的高昂难以负担”[6]。

新医改的过程也是不断试错的过程。当前, 改革正处在攻坚克难的关键阶段, “医疗、医保和医药”(以下简称“三医”)三个方面的联动改革还没有完全实现, 相关改革措施还未完全落实, 改革进展还未跟上人民群众的健康需求变化。基本医疗保障体系不健全、医保费结算中个人负担比例高等问题还客观存在, 进一步加剧了“看病难、看病贵”。

5. 解决“看病难、看病贵”问题的若干思考

1) 必须深刻领会实施健康中国战略的内涵

健康中国战略是习近平新时代中国特色社会主义思想的重要组成部分, 实施该战略的目的是为了统筹解决好人民群众最关心最直接最现实的健康问题。主要内涵包括: 一是坚持以人民为中心, 把人民群众的健康放在优先发展的战略位置; 二是贯彻新发展理念, 坚持新时代卫生与健康工作方针; 三是完善国民健康政策, 全方位、全周期维护人民群众健康; 四是促进社会公平正义, 坚持基本医疗卫生事业的公益性。为此, 在当前和今后一段时期, 要以健康为中心, 大力实施健康中国战略, 多管齐下, 在深度推进新医改中彻底解决“看病难、看病贵”问题。

2) 实现从治病为中心向以健康为中心的全民意识的根本转变

实施健康中国战略的愿景可以预期: 生态环境改善了; 生活品质提高了; 就医条件改善了; 不需要看病, 或者看病的人少了, 看病就不难了。不吃药或少吃药, 医药费就降下来了。当前, 一是要调动全社会力量, 建设“绿水青山”, 创造优美的生态环境, 生产供给安全的健康食品, 养成文明的生活习惯; 二是要坚持预防为主, “防未病”。积极推动慢病早诊早治, 加强学生近视、肥胖等常见病防治。推动癌症、脑卒中、冠心病等慢病筛查。社区医疗机构逐步提供血糖血脂检测、口腔预防保健等服务, 预防

控制重大疾病的发生与传播;三是要继续深化医药卫生体制改革,优化就医环境,提升医疗服务质量和保障水平;四是要支持社会办医,发展健康产业,逐步构建医养结合的养老保障体系。

3) 强化医改顶层设计,优化解决“看病难、看病贵”体制机制

2018年3月,国务院进行机构改革,决定组建国家医疗保障局,从体制层面统筹推进“三医”改革。2018年11月1日起,《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法(草案)》面向社会公众征求意见,从法律层面保障新医改顺利进入新阶段。当前,一是进一步厘清“医疗、医保和医药”的相互作用关系,建立统一协调机制,整体统筹和协同推进“三医”联动改革,减少医改阻力与障碍;二是健全公共财政投入机制,优化医疗资源配置。加大基层医疗机构软硬件投入,同时鼓励社会资本办医,大力发展民营医院,满足人民群众不同层次的医疗需求。推动医生多点执业、自由执业,提升医生资源配置效率;三是提高基本医疗保障水平。统筹城乡基本医疗保险制度,大力发展商业医疗保险。在医保定点等方面,赋予商业医疗保险同样的权益,强化基本医疗保险和商业保险的合作与衔接,完善以基本医疗保险为主体、医疗救助兜底、商业保险为补充的多层次医疗保障体系。

4) 推进分级诊疗,用强基层破解“看病难”

着力点在于增加基层医疗供给和提升基层医疗水平。一要找准定位。根据一切以健康为中心的工作要求,基层医疗机构要承担起公共卫生和医疗两个方面的职能,并形成医、防结合的运行机制,把医疗和公共卫生、预防保健等职能有机融合;二是方便就医。借鉴英国、美国、德国和我国台湾地区等经验,建立健全分级诊疗模式[7],“逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊”,“小病进社区,大病进医院”,方便人民群众就医,减少奔波之苦;三是能治好病。在基层医务人员培养和优质医疗资源进社区、下基层上双向用力,大力推进医联体建设,推广远程医疗、互联网+医疗健康运用,实施对口支援等帮扶措施,为人民群众提供高质、便捷的医疗服务。

5) 完善医保支付方式,以降药降费助推解决“看病贵”

一是国家对基本药物继续采取集中采购制度,建立基于大数据应用的国家药品供应保障综合管理平台和短缺药品监测预警信息系统,以此来保障基本药物的供应,抑制药品费用过快增长,保障人民群众的合理用药,确保用药公平性;二是全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,强化医保作为购买方对供给方医疗行为的监管,通过支付制度改革控制医疗费用,提高医疗机构服务效率和质量。医保报销向基层倾斜,引导病人流向基层医疗机构。制定医保药品支付标准,对药品价格形成机制发挥引导作用;三是拓宽医疗救助资金筹集渠道,保障重大疾病救助,实行困难人群定额资助或费用减免政策,降低因病致贫、因病返贫机率。

6) 继续推进公立医院改革,体现公益与效率的统一

按照“政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开”的要求,继续推进公立医院改革。公益性不是完全“零利润”,医院也有运营成本。一要医药分离,切断医与药的利益链条。目前,我国公立医院的药品占比平均仍在30%左右,基层医疗机构的占比更高。由于医保资金相对固定,个人支付资金的增长有限,这就意味着医院每年的总收入相对固定。药品、耗材、检查等费用的虚高占比吞噬了原本可以用于医疗技术服务的资金。将这些虚高占比降下来,医院可以有更多的资金用于体现医务人员的技术和劳务价值,调动医务人员的积极性[8];二要改革补偿机制,公共财政要对现阶段医院不盈利和少挣钱项目进行公益性买单,减少医院的费用负担;三要合理确定医疗服务项目价格,真实反映医疗资源的相对稀缺程度,突出医疗服务和医疗技术应有的价值,使医疗服务项目收费成为医院的主要收入来源,医疗技术成为医生的主要收入来源,提升医生阳光收入,实现“以技养医、以医养医”;四要加快建立现代医院管理制度。强化医院管理者的培养与考核工作,化解管理者往往只懂业务、不懂管理的弊端。坚持公益与效率统一原则设计公立医院绩效考核办法,改革内部分配制度,推行医务人员“薪金制”,

双管齐下提升医院管理水平。

7) 加快医疗技术创新, 降低医疗成本解决“看病贵”

推进医疗技术的创新是降低医疗成本、解决“看病难、看病贵”的有效途径。从健康中国战略出发, 一是政府要以人民群众的现实医疗需求作为导向, 加大投入, 搭建平台, 推动相关疾病的生物医药研究开发和医疗技术创新, 运用创新成果提升医院和医务人员的诊治能力和水平, 减轻患者痛苦, 降低费用负担; 二是医药、医疗器械企业和相关科技企业, 要大胆开展前沿性研究和颠覆性技术创新研究, 以及集成创新和引进消化吸收再创新, 加强远程医疗、基因技术、生物技术、便携式医疗等关键领域的技术创新。政府、医院通过技术扶持, 公益购买, 服务于临床医疗, 提高医疗服务质量和水平, 提升人民群众的健康获得感。

6. 结论

综上所述, 对人民群众来说, 健康中国战略不是一个口号, 也不是一串数字, 而应该是不得病、少得病、方便看病; 应该得到看得上病、看得起病、看得好病的实惠。因此, 必须继续“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” [2], 才能够彻底解决“看病难、看病贵”的问题, 从而有利于中华民族伟大复兴目标的早日实现。

参考文献

- [1] 袁迎春. “看病难、看病贵”的话语变迁: 1978-2012——以《人民日报》为例[J]. 安徽师范大学学报(人文社会科学版), 2017, 45(2): 236-244.
- [2] 习近平. 在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告[M]. 北京: 人民出版社, 2017: 48.
- [3] 蒋文峰, 王文娟. 从供给侧结构性改革看我国“看病难”与“看病贵”的解决策略[J]. 求实, 2017(8): 55-66
- [4] 孔艺颖. 治疗医药卫生体制顽疾: 看病难贵、以药养医[EB/OL]. http://www.sohu.com/a/249949037_313170, 2018-08-25.
- [5] 刘慧云, 韩玉珍. 经济社会新常态下的过度医疗再探讨[J]. 中国医院管理, 2017, 37(6): 25-26.
- [6] 潘瑞琦. 现行医改无法解决“看病难、看病贵”的问题[J]. 劳动保障世界, 2017(29): 7-8.
- [7] 刘英哲, 王红宇, 韦潇湘. 国内外分级诊疗实施现状及改进思考[J]. 内科, 2018, 13(3): 441.
- [8] 沈思. 集中力量打好医改攻坚战[J]. 中国卫生, 2018(10): 44.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2169-2556, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: ass@hanspub.org