

授人以鱼不如授人以渔

□文 / 蔡江南



蔡江南
中欧国际工商学院卫生
管理与政策中心主任

最近北京市出台了综合医改方案,内容其实是将2012年首先在5家三甲医院试行的改革在全市推广,所以内容应该并不陌生。通过将药品费用向医疗服务费用转移,同时通过医疗保险的配合,从总体上对于病人没有明显影响。北京2012年医改的试点得到了业界的好评,获得了2014年第一届中国健康产业创新平台的奇璞奖。

北京医改针对公立医院的收入补偿机制,试图纠正长期以来以药养医的扭曲结构,这个改革方向完全正确。但是,北京医改方案并没有提出与建立一个新的与医疗服务定价机制有关的内容。医改进入深水区后,最关键的是需要建机制和制度。尽管一次性提价可以在一定程度上缓和长期存在的价格扭曲问题,但是并不能保证问题的根本解决。随着医疗成本和物价的变化,调整后的价格结构又会发生偏离,需要不断进行新的调整。因此,授人以鱼不如授人以渔,我们更需要的是建立一个合理的定价机制。

这个定价机制应当包括:哪些利益相关方参与,机构的组成和权力分配,如何形成一个既公平合理又有一定效率的机制,这是非常关键的问题。医疗的支付方,包括医保机构、企业、个人、行业协会;医疗服务的提供方,包括医疗机构、医护专业人员;政府有关部门和社会专业人士,都应当参与这个定价机制。

此外,定价机制还需要设计价格的单位,是否将费用打包,在什么程度上打包?价格调整的程序如何?价格调整考虑哪些影响因素?例如一般物价水平变化,成本变化,医疗技术变化等。这些都是需要通盘考虑的。

总之,价格是调节资源使用和分配的重要手段,北京医改的核心是通过调整价格来实现公立医院的合理补偿。作为一项重要的改革内容,需要有可持续的制度作为保证,而不应停留在一次性的调价上。■

医药分开难以触及“以药养医”根源

□文 / 王震



王震
中国社会科学院经济
研究所研究员

北京市近期在全市推开的医药分开改革的总体思路是“总量平衡、结构平移”,即取消药品加成,将药品加成收入按总量不变的原则平移到医事服务费中,根据平移总量确定不同等级医生的医事服务费,从而实现取消“以药养医”的政策目标。

出台这一政策是有前期试点基础的。2012年北京市确定了同仁等5家医院进行了改革试点。试点结果显示,医院总收入未下降、患者负担与医保支出未明显增加、医院

药品收入占比明显下降。也未出现所谓的“两头翘”的现象。根据这一试点结果北京市全面推开了这项改革。

从试点结果看,该项改革在短期内会有一些的效果。但需要注意的是,试点阶段只有5家医院推行了该项改革,其他医院并未改革。因此,存在一个试点医院的“价格洼地”效应,即这些试点医院的药品费用下降,而患者自付的医事服务费并未明显增加。这使得一部分以开药为主的患者流入这5

家试点医院。试点医院可以通过患者流量的增加来弥补药品价格下降带来的损失,可类比为通常所谓的“薄利多销”。

但是,在全面推开后,“价格洼地”效应逐渐消失,“以量补价”效应也趋于消失。若医事服务费不能弥补医院取消药品加成带来的收入损失,那么可以预计新的“以药养医”现象将会出现。取消的15%的药品加成是“明扣”,而对这个链条上的“暗扣”而言,特别是对医生的“暗扣”,在政策设计中并未提到。如果医事服务费中分配给医生的部分不能弥补之前的“暗扣”,那么这一政策也难以实现预期效果。

而医生之所以能够拿到“暗扣”,是因为在当前管办不分、行政

垄断的公立医院体制下,事业单位编制的准入垄断带给医生的“租金”需要通过市场变现。从这个意义上,“以药养医”实际上是行政垄断带来的“租金”变现的渠道之一。这也是公立医院以“公权”(行政垄断权)谋取“私利”的“逐利性”的根源。因此,从长期看,若这一根源不去除,“以药养医”的渠道虽然砍掉了,仍然会出现其他的稀奇古怪、匪夷所思的“变现”通道。

实际上,在试点阶段,与“医药分开”改革并行的还有两个主要措施,一是公立医院的法人治理结构改革,即形成独立自主、自负盈亏、与行政部门脱钩的公立医院法人治理机制;二是医保的总额控费。公立医院法人治理结构改革的目标就是要实

现“去行政化”,打破行政垄断。但最终的结果是成立了北京市医管局,而医管局作为卫生行政部门的下属机构,不过是多了一个“婆婆”而已。这种“管办分开不分家”的所谓“改革”并未触及公立医院行政垄断、事业单位编制带来的“官医”问题,公立医院、公立医院的医生仍然享有行政垄断带来的“租金”,仍然会想尽各种办法将“租金”变现。

由此,当前的改革也难以触及“以药养医”的根源,不过是“以药养医”变作“以某某其他东西养医”而已。比如,可以预见,对患者而言,本来可以一次就看完的病,可能需要多跑几趟医院了。这“多跑”的几次医院,其功能与原来“多买”的药是一样的。■

医药分开与其说是改革不如说是回归

□文 / 颢民

药品加成终于取消了,药品重新又回到其治病救人的功能上,不再担当本不应由其担当的费用补偿功能,这与其说是改革,毋宁说是“回归”,只是回归的路走得太艰难太漫长了!

加成取消后,药品在医院流通应属“平进平出”,虽说没有了加成的“利润”,但按理说也不能一下就变成“成本”。之所以大家非要说它是成本,是因为一个大家都知道却没有往深里想的医保政策——“总额预付”。“结余归己,超支分担”。于是乎,药品就这样不知不觉地变成了成本,成为众人避而远之的“瘟神”。其实“药”还是那个药,无所谓好与坏,只是和药相关的人寄予它太多的想法罢了!

从北京医保基金的花费来看,存在两个颇具特色的事实:一是药品支出占比大,二是门诊费用远超过住院。之所以说它有特色,是因为这种费用结构非常不同于其它国家和地区。大道至简,虽然简单的事实,但其背后掩藏的却正是医疗问题的症结所在。在这种价格体系和积

习行为下,不改变支出的结构,或者通俗的讲不去疏通正常的渠道,不把大坝上的“蚁穴鼠洞”堵上,再多再宏大的源头输水也会前行不远,悄无声息的浸入“暗沟”里去了。

大禹“疏堵”结合的治水经验或许有助于理解当下的“医药分开”。所谓“堵”就是“取消药品加成”,实行“阳光采购”政策,减少药品使用及流通环节的“跑冒滴漏”,保障有限的资金花在“刀刃上”。所谓“疏”就是设立医事服务费,调节医疗价格,让体现医务人员“技术”价值的费用“涨”起来,让大型检查等体现“物”价值的费用“降”下去,充分调动医务人员的积极性,逐步理顺“扭曲”的费用支出导向,优化医疗资源的合理配置。

先贤说过,一打纲领不如一个行动。动起来毕竟是好的,而且动的越早既得利益的阻碍会越小些,回归的路途走得会更顺畅些! ■

(责任编辑:张琳)