

医改步入深水区 代表委员呼吁成立“卫资委”

证券时报两会报道组

医改正在步入深水区。从药品价格改革到公立医院改革,医疗改革领域涉及的诸多问题,均是参加此次两会的人大代表和政协委员们热议的话题。

众多来自医药企业的代表委员认为,药品采购中“最低价者得”的做法不值得提倡,医改应该更加重视顶层设计和总体规划。而为了有效推进医改中的难点——公立医院改革,有委员代表在相关小组讨论时提出,可效仿当年成立国资委推进国有企业改革的做法,成立相应的集资产、人事、行政、经营等权力于一身的国有卫生资产管理委员会,统一推进公立医院改革,以避免政出多门、相互掣肘。

“最低价是取”面临修正

医改变药改、药改变基改、基改变价改——这是业内对某些省份实行的医改的概括。

铁道部曾经公开表示,每瓶矿泉水售价不能低于3元,否则就要亏损。而据全国政协委员、科伦药业董事长刘革新向证券时报记者介绍,在全国各省砍价“大跃进”中,一瓶输液的中标价已经低于0.9元;一支80万单位青霉素的中标价只有0.17元。

“六支青霉素才能够买一份报纸,这是非常离奇的,这种现象在全世界的医药市场都匪夷所思。”刘革新表示。

在刘革新看来,某些省份“最低价者得”的招投标规则与工信部“基本药物主要品种销量居前20位企业所占市场份额应达到80%以上,实现基本药物生产的规模化和集约化”这一政策导向相冲突;与“重点骨干企业的研发投入达到销售收入的5%以上”的创新目标相背离;与科技部“突出创新、支撑产业,形成可持续发展能力”的指导原则相抵触。

目前的情况是,相当一部分基药的中标价格都淹没在成本线以下,优势企业举步维艰,产业升级极度乏力。招投标规则亟须回到“质量优先、价格合理”的原则上来。”刘革新认为,中国医改的宏大工程不可能建立在羸弱的民族医药产业基础上,而是需要一个成熟、规范和强大的医药产业作为重要支撑,广大的医药工作者应该成为医疗卫生体制改革的重要参与者和推动力量。

据刘革新介绍,当前,我国制药行业存在两套产品质量标准;还有两套生产质量管理规范,即1998年版GMP和2010年版GMP并存的局面,这种局面在2015年彻底实施2010年的新版GMP标准之前将一直并存。这意味着,在我们的基药招标当中,参与招标的企业生产的同一类产品尽管在安全性和临床疗效方面存在着客观差异,但可能都是符合招标标准的。这也意味着,许多低成本的药品甚至低于成本价的药品和一些质量相对较高的产品完全是在同一个平台上竞争。

刘革新指出,不同质量的商品不能在价格上做直线比较。而这一点,在目前的招投标规则中并没有受限。因此,以印度为代表的国家在药品采购中“最低价者得”的做法不足为训。”刘革新强调。

四方面完善基药政策

有鉴于此,参加此次两会的医药界人大代表和政协委员认为,可以从四方面来完善基本药物政策。

在基药招标制度方面,要完善“双信封”制度,慎重推广“安徽模式”。要坚持国务院历来倡导的“质量优先、价格合理”的原则,把药

质量放在第一位,综合评价、竞争择优,建立全国统一、科学、可量化的基本药物生产企业综合评价指标体系,改变唯低价是取的政策导向,坚持实行全国统一的最高零售限价管理。

其次,要扩大基层医疗机构用药范围,实行“宽使用、严把关”。认真落实中央“保基本、强基层、建机制”的要求,满足不同患者在基层医疗机构看病用药需求,放开基层医院药品使用限制,既可使用基本药物目录品种,也可使用非基本药物。

而对于基本药物目录品种则要实行总量控制,全额报销。他们认为,国家药品政策需要稳定一段时期,国家目录品种原则上不宜再增加。增加报销的药品品种由各地医保、新农合根据经济社会发展和筹资水平自定,国家不应出台统一目录和政策。

此外,还应该取消药品加成率管制,给公立医院自主采购权。允许医疗机构在不超政府规定的最高零售限价内,自主确定药品的购销价格,通过竞争逐步降低药价。国家对最高零售价适时进行动态调整。

呼吁成立卫资委

为顺利推进公立医院改革,医药界的委员代表提出了成立医疗资产管理委员会统筹公立医院改革的设想。

“可以考虑成立一个由国资委和卫生部共同主管的医疗资产管理委员会,国资委负责投资运营,卫生部负责业务指导。”全国人大代表、天士力董事长闫希军对证券时报记者表示。

在国家主席胡锦涛参加政协医药卫生、社会福利和社会保障联组讨论时,全国政协委员、首都医科大学北京宣武医院神经外科主任凌锋也建议,公立医院改革可以参考国企改革时成立国资委的经验,成立国有卫生资产管理委员会,亦即“卫资委”。

胡主席当时表示,这个问题要好好研究一下。”凌锋对证券时报记者表示,在她提出成立卫资委建议时,胡锦涛主席还再次询问了一遍机构的全名。

凌锋表示,卫资委的职能是梳理公立医院资产,代表国家履行出资人的权利和义务,确保公立医院资产保值增值,同时保证公立医院的公益性质。卫资委不仅要进行医疗服务的市场化改造,也要保障公共服务的提供,用经营国有卫生资产的收益来补充和改善公共服务的品质,如投资医院增添设备、提高医务人员薪酬等。

“公立医院改革实际上是要触动机制改革。政府提出了一个过河的任务和目标,但我们需要解决过河的桥和船的问题,所以需要一套机制和一个机构去具体实施。参照国资委成立

卫资委,目的就是要有一个机构来统管,而不能像现在这样政出多门、互相掣肘。”凌锋强调。

在凌锋看来,近2万家公立医院的改革和未来走向是医改能否成功的关键。但长期以来国家对公立医院的实际投入不足,仅占公立医院收入的10%,所以完全依赖国家财政养所有公立医院是不现实的。因此,从去年两会之后,政协医药卫生组就提出医改的“211”工程计划,对公立医院改革做顶层设计。

所谓医改“211工程”,即:2000所左右县级医院(按强基层、保基本、建机制)完全由地方财政支持,中央财政给予补贴,保证70%农民群众医疗服务的可及性;1000所左右省市级的公立医院,按国际上普遍采用的公立医院的管理机制,由中央和地方全额支持,形成公立医院体系的主体;100所左右的国家级重点医院,代表国家的医学科技水平,由国家统一重点支持办好。其它医院则向社会资本开放,通过资产置换,进行区域性结构调整,参照国有企业改革的有效经验和教训,大力鼓励和吸引社会资金和外资参与医疗卫生事业发展,以扩大优质医疗资源供给和发展,在保证国有资产不流失和不断增值的基础上,迅速将“蛋糕”做大,使所有医院保证社会效益的同时有经济效益。

不过,凌锋强调,医改“211”工程只是一个概念,即一部分公立医院的意思,具体多少需要有关部门去具体核算。按此设想,原来政府的投入在13542家医院中占10%,而现在只需要对其中3100家医院重点投入了,那就非常充分了。”这样就不是光靠政府一家来承担医疗服务的供给,而一个多元化的医疗服务体系。这个提案得到了中央领导的重要批示。”凌锋说。

据悉,公立医院医改所面临的所有人事、财务、医政、资产等都是政出多门,虽然每次国务院发文都是17或5部委联合,但执行时还是存在各自为政、互相掣肘的现象。在这样的局面下,分级转诊难以实现,专科医生准入制度仍未执行,如此一来,改革只能是停留在问题的表面,而不能根除弊端。

因此,有必要成立一家集资产、人事、行政、经营等一身的机构,统一推进公立医院改革、以避免政出多门。推进“211”工程、实现多元办医,最起码的一点是要对整个近2万家公立医院的资产进行梳理,鉴别出哪些是优良资产、哪些是不良资产。”凌锋称。

证券时报两会报道组

近年来医改取得了重大成绩,“强基层、保基本、建机制”这九个字是对前三年医改所取得成绩的简要概括;不过,改革的难点在于公立医院改革,而现在尚未触碰到核心。”

在参加政协医药卫生组讨论期间,卫生部副部长黄杰夫对证券时报记者如是

“可以考虑成立一个由国资委和卫生部共同主管的医疗资产管理委员会,国资委负责投资运营,卫生部负责业务指导,亦即‘卫资委’。”

“六支青霉素才能够买一份报纸,这是非常离奇的,这种现象在全世界的医药市场都匪夷所思。某些省份‘最低价者得’的招投标规则与工信部‘基本药物主要品种销量居前20位企业所占市场份额应达到80%以上,实现基本药物生产的规模化和集约化’的政策导向相冲突;与‘重点骨干企业的研发投入达到销售收入的5%以上’的创新目标相背离;与科技部‘突出创新、支撑产业,形成可持续发展能力’的指导原则相抵触。”

“目前的情况是,相当一部分基药的中标价格都淹没在成本线以下,优势企业举步维艰,产业升级极度乏力。招投标规则亟须回到‘质量优先、价格合理’的原则上来。中国医改的宏大工程不可能建立在羸弱的民族医药产业基础上,而是需要一个成熟、规范和强大的医药产业作为重要支撑。以印度为代表的国家在药品采购中‘最低价者得’的做法不足为训。”

县级公立医院:九龙治水下的突破口

表示。

在黄杰夫看来,公立医院改革的整体设计还不明确,现在仅以破除“以药补医”为关键环节去推进改革,而不解决1980年代改革早期产生的以药品加成作为补偿医疗服务投入不足的问题,不改变在我国医院建制不符合市场经济规律的事业单位属性,会使当前公立医院改革面临“进退两难”的风险。

要将公立医院改革提升到体制改革的层面而不仅仅是管理层面上来。”在黄杰夫看来,我国现有的在计划经济制度下形成的医院服务体系,如果不从体制、组织、结构、管理、经营和监管等方面做配套改革,难以破局,因为我国当前经济发展的阶段,财政、编制、教育、医保和医院等多部门的隶属关系均会对改革现行的举措产生制约和束缚。

“各级政府采取这样或那样的行政手段和措施去解决‘药价虚高’、‘过度医疗’、‘医患关系’等具体问题,只会按下葫芦又浮起瓢,问题始终不能得到根本解决。”黄杰夫认为,依靠现在设定的调整医疗服务价格、改革支付方式等是治标不治本的办法,难以实现破除“以药补医”的

目标。

黄杰夫表示,医疗卫生服务本身就是一个客观的市场,也要按市场经济规律办事,不能走计划经济的老路,在强调各级政府应随着社会经济的发展不断增加卫生投入的同时,还要承认医疗是一个社会生产,而不仅仅是一个公众福利。为此,公立医院的改革应该是在改革过程中,积极培育医疗卫生市场,鼓励市场竞争以拉动内需、推动经济的发展,只有这样公立医院才能推进改革,实现健康可持续发展。

不过,目前正在推进的公立医院改革主要还是在县级公立医院进行试点,在大城市则进展甚微。

对此,全国政协委员、九三学社中央委员吴明对记者表示,城市的大医院和县级医院的情况不同,服务的人群、服务的能力等都有很大的差异,之所以先选择在县级公立医院进行改革试点,是因为公立医院改革涉及到多个部门、多个系统,如发改委管公立医院的价格、编制办管公立医院人员的编制、组织部管任命部分公立医院院长、财政部门管公立医院的部分投入、卫生部门管一部分政策的制定及行政管理和监督等等,需要多项措施统筹协调配合推进才能实现改革的目标。因此,即使成立

了公立医院管理局,要把这些职能整合也需要一个很长的过程。从目前的情况来看,多个部门联合推进的效果并不好,一些部门推进的速度比较快,但另外一些部门改革推进速度相对滞后,尤其在体制改革和机制改革方面。

吴明称,目前大城市公立医院的改革更多的是推进便民惠民措施,体制改革还需要时间。而从县级医院来看,主管部门相对比较单一,因此基层部门之间的协调比较容易配合,再加上县级管理的医院比较单一,不像很多大城市,例如北京,各个部委的医院都有,因而管理起来有一定的难度。

全国政协委员、中华医学会副会长吴明对记者表示,公立医院改革之所以不首先在城市大医院推进,还与两者之间承担的功能不同有关。一些大型的医学中心的医学中心是教学基地和科研基地,既有人才培养的要求和引领学科发展的责任,也是疑难重症的指导中心。他表示,在这个环节上,如何把这些医院建设好,同样有一个管理结构和运行机制的问题,我们希望通过县级公立医院改革的推进来摸索出一些符合我们国家特色的经验,再扩展到更高的层面,甚至以此推进医学中心的改革和发展。”

