

对重庆市“看病难看病贵”问题的成因与对策再探讨

黄效东

(重庆市江北区中医院行政办公室 400020)

[中图分类号] R179.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2860-02

看病难看病贵问题是人民群众关注的热点和焦点问题^[1],不仅是一个民生问题,而且也是一个体制性和综合性问题。党和政府非常重视人民群众的健康,要实现人人享有基本医疗卫生服务及提高卫生服务水平。江北区作为重庆市医疗改革试点区,医改工作起步早、层次高、步伐大,取得了一定成效,在国内受到多方关注。国内主流媒体曾专题报道,国家医改办曾到江北区考察调研,江苏、山东、陕西等省市也前来参观学习。尽管如此,最近,在江北区群众对各行业的满意度调查中,医疗卫生满意度仍不高,这引起了笔者的深思。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为本院、重庆医科大学附属第一医院(简称:重医附一院)。

1.2 方法 采取文献查询法及专家咨询法进行分析,定量数据来源于 2011 年重医附一院、本院门诊及住院费用的数据统计及本院 1995 年、2011 年的医生及住院患者数目的数据统计。

2 结果

2.1 看病难的原因 看病难是指广大群众所需要的不同层次医疗服务需求难以得到满足。从当前实际可理解为患者看病或就医时要走很远的路程,花费大量的时间、消耗很大的体力,才能来到比较满意的医院和看上比较认可的医生。从卫生经济学上可解释为看病或就医的地理可及性较差。依其根源及结合重庆市江北区实际情况可分为 3 种情况。

2.1.1 看病难实则为看名院名医难 实际上为“相对性”看病难,是由于优质医疗资源相对于居民需求的不足^[2]。主要体现在大型的教学医院,如重庆市区的重庆医科大学三家附属医院、第三军医大学三家附属医院,凭借其在医疗卫生领域的先进技术、设备及优秀的专家人才队伍,使得群众舍近求远,纷纷涌向城市各大教学医院,以至出现“全国人民上协和”的盛景^[3]。看名医更难,很多医院的著名专家需提前几天预约。据统计,城市占据了 80% 的医疗资源,农村仅占 20%,而在城市里面,大医院又占据了 80% 的资源^[4]。

2.1.2 看病难实则为医疗资源的失衡 实际上为“绝对性”看病难,是由于基层医疗薄弱或因“缺医少药”而无法满足基本医疗卫生服务^[2]。主要体现在社区医院和农村卫生院。当前主要发生在我国中西部交通不便、地广人稀的偏远地区^[5]。百姓宁愿舍近求远,排队受煎熬赶往名院看病。造成这种原因是农村大多数乡镇卫生院和村卫生室医疗设备落后,人才匮乏,难以提供合格的医疗服务。

2.1.3 看病难实则为医疗资源的不足 以本院为例,能明显看出就医人数及地区人口数呈增加趋势,但医务工作者的人数未发生改变。其次,从全国来看,注册医生数约 200 万,13 亿

中国人每千人拥有医生数 1.54 人。党的十六大提出的全面建设小康社会十个目标之一:每千人临床医生数是 2.8 人。当前情况与目标还相差近一半,见表 1。再者,与其他国家相比较,根据 2009 年经合组织统计的数据可以看到:法国、西班牙、澳大利亚、日本、加拿大每千人拥有的医生比我国多,其中法国、西班牙位于 6 个国家的前列;而美国比法国、西班牙更占有优势。

表 1 本院医生人数与患者人数变化比较

时间	门诊人数 (万人)	住院人 数(n)	床位数 (n)	江北区人口 数(万人)	医生编制 人数(n)
1995 年	12.867 8	1 419	155	40	205
2011 年	20.000 0	7 202	300	70	205

2.2 看病贵的原因 看病贵的含义复杂,涉及的方面众多,从目前情况可理解为看病或就医的基本价格,实际产生的费用及选择医院级别等总和。同时西部地区存在看病贵的共性,即医疗保障水平低、医疗费用控制不佳,导致居民自付医疗服务,尤其是住院服务的费用超出居民的主观期望值^[6]。依其根源可分为以下两种。

2.2.1 医院内与医院外的价格比较 人们对待生命和医疗技术的尊重有待提高。如在本院,中级职称的诊疗费 5 元,最贵的床位费 30 元/d;与之相比,美容店做面膜 100 元/次,经济型连锁酒店 180 元/d;如此等等,在社会经济迅速发展的今天,人民群众对其他物质方面的消费增长觉得理所当然,唯独在对医疗卫生方面的消费增长显得不够宽容,因此只有从根本上改变健康消费观念,才能从“看病贵”的抱怨中解脱出来。

2.2.2 医院与医院之间的价格比较 医院等级不同收费标准也不相同,同样的设备做同一个检查,在县级医院只能按照物价部门制定的标准的 50%~60% 收费,二级甲等医院大约按照 70% 来收费,而三甲医院可以在允许范围内收得更高^[7],同样在大医院,接受不同职称和水平的医生诊治,依据其级别支付的诊疗费用也不相同。新医保的目的之一就是合理优化医疗卫生资源,因此在正确引导患者在相对合适的医院就诊方面还需努力,见表 2。从表 2 中可以看到,以本院为例的基层医院,门诊、住院都是以药品为重头。以重医附一院为例的教学医院,除门诊药品比例较重,住院患者诊疗服务是重头,各个比例构成相对比较均匀,其原因是大医院设备齐全、项目丰富,特别是大型检查设备方面比基层医院更有优势。故实质上,大医院的药品权重并不低,依靠庞大的检查设备及服务项目,在数字上把药品比例“拉”低。

表 2 2011 年本院与重医附一院相关数据比较

项目	门诊人均 费用(元)	门诊人均费用构成比例(%)			住院人均 费用(元)	住院人均费用构成比例(%)		
		药品	检查	诊疗		药品	检查	诊疗
本院	216.63	66	12	22	4 239.54	47	12	41
重医附一院	373.91	56	14	30	16 157.69	36	18	46

3 讨 论

3.1 医疗改革政策方面

3.1.1 加强完善医疗机构间分级医疗、双向转诊的制度 新医改 5 年来江北区政府投入大量财政在基层医疗机构建设上,但应继续加强不同层次医疗机构之间的连续性和协调性,继续完善形成首诊、分级医疗、双向转诊的制度安排。利用医保杠杆引导多发病、常见病流向公益性中小医疗机构^[8]。笔者曾构想让患者小病进社区、大病进医院,积极地把各个医院的门诊点剥离出来成立社区卫生服务中心,把一级医院改造成社区卫生服务中心,人为地限定了社区卫生服务中心的一些服务功能,使基层医疗机构的各项程序过于僵化,没有达到改革的预期效果,结果造成社区医院门可罗雀。其次基层医疗机构就医少,医术水平长期得不到提高,患者更不信任基层,如此形成恶性循环。同时,区县级医院是农村三级医疗卫生服务网络的龙头,是连接城乡医疗服务体系的纽带,加快区县级公立医院综合改革,有利于缓解群众看病难、看病贵,有利于促进公立医院公益性质回归。

3.1.2 医疗改革需要各司其职 医改的实施需要政府、市场、社会三者有机结合,共同发挥作用^[9]。就整合医疗资源来说,需要政府主导,更需要以市场为导向,还需要以资本为纽带。不能走两个极端,政府主导不是政府主宰,政府主宰下的医疗资源整合,容易形成“包办婚姻”,结果往往得不偿失。江北区应结合自身特点,既不把医院全部推向市场,也不由政府全部包揽,而是探索一种“管办分离”的医院法人治理结构,在卫生局下成立类似国资委的“医院管理委员会”。医院的利益应与门诊量、有效率及患者满意度直接挂钩,广大患者将成为改革的最大受益者。

3.1.3 医疗改革需要统筹兼顾 新医改的顺利进行涉及到多个相关职能部门,既要考虑到广大人民群众的根本利益,又要考虑到政府财政的承受能力,不切实际的盲目改革反而会产生新的矛盾,经济困难和医疗费用高依然是阻碍居民利用医疗服务的重要原因^[10]。因而医疗改革需要统筹兼顾。以重庆药品交易所为例,自成立以来,药品平均降了 30% 左右,但是再往下降就不易了,因为得遵循市场规律的运行机制;相应的,作为医院参与公立医院改革,在医院内部管理方面应该做好两方面:(1)建立内部高效的运行机制;(2)提高医疗质量和服务水平。其他大量的工作不应局限在医院或卫生系统内,要搞好公立医院改革,得先搞好政府相关职能部门的改革,比如发改委、物价局、药监局、经信委、工商、税务等,因为定价是物价局在管,药品、器械、医疗设备是药监局在管,生产企业是经信委在管,流通领域又有工商、税务在管。法律法规、体制机制及市场效应是一个整体,必须得在国家层面有所作为。

3.2 医疗资源利用方面

3.2.1 加大对人才队伍的建设力度 (1)想方设法提高待遇留住卫生人才,特别是在社区、农村工作的医务人员。(2)及时调整不适宜的人事政策。以江北区 2 家公立医院为例,5 年前医改试点取消了高级职称、硕士研究生以下的编制,虽然鼓励

医院面向社会招聘医务人员,但在医院工作人员待遇没有明显优势的情况下,导致两家医院人才匮乏及人手短缺。因此,应该加大中央和地方财政对县级医院和乡镇卫生院、社区卫生服务中心在基础设施、人才培养、重点科室能力建设等方面的支持力度,建立健全住院医师规范化培训制度,完善社区卫生服务体系和运行机制,缩小公立医院服务的差距,推进公共卫生服务均等化。

3.2.2 加大对医疗资源的整合力度 即以政府为主导、市场为导向、资本为纽带,对医疗资源实行集团化、非直管、有限责任管理的方式。就是让一家大型医院“帮、带”几家二级医院,一家二级医院“帮、带”几家社区医院的形式。这里的“帮、带”有几层含义:(1)大医院及其院长必须承担这样的社会责任,这需要政府来主导。(2)需要让大小医院之间相互有得选择,双方自愿,即所谓的市场导向,要让大医院至少有扩大市场、扩大影响的好处。(3)可以是整体、也可以是局部、甚至还可以是某个项目,形成有资本关联的联动。具体来讲,就是要达到这样一个目的:大医院的医生要定期到社区医院进行服务,而社区医院的医生也要定期到大医院进行学习和提高^[11]。让他们的人才、技术甚至设备形成相互流通。如此循环,技术差距必然缩小,从而降低医疗成本,让有效的卫生资源得到合理分配和有效利用,切实缓解看病难、看病贵^[12]。目前基层卫生是我国卫生工作的重难点,政府在制订相关政策时,可根据老年人、贫困人“高需要,低利用”及流动人口“低需要,低利用”等特点有针对性地开展预防、治疗等措施,以提高全民的健康为目的^[13-14]。

3.3 医疗观念制度方面

3.3.1 切实提高医务人员的待遇是解决问题的重要举措 改革开放以来,国家对卫生医疗行业的财政投入机制发生了改变,由过去的全额拨款变为差额拨款。大部分医疗行业实行自负盈亏模式,在此基础上,应承认和保护医务人员合理的利益追求,并建立合理的利益获取及激励机制,不仅要保证医疗工作者与他人一样有获得利益的平等机会,而且要充分考虑医疗工作者高技术、高风险的职业特点与此应享受到相应的待遇。然而,人们习惯于医疗服务具有公益性,以社会效益,服务至上的观点来看待医务人员的利益问题,而医务工作人员的付出并没有得到相应的回报。同时,医疗是民生,作为呵护人们健康和生命的医疗行业是最大、最重的民生,理应得到与之相应的报酬。

3.3.2 改革医院的盈利、分配模式 肩负着人民生命健康使命的公立医院,完全按照市场经济模式必然导致逐利;完全靠财政补贴、职称工资固化容易使人滋生惰性;部门利益冲突、政策信息不对称、多元利益的博弈、政策短视效应等因素促成医疗卫生政策结果偏离维护公共利益轨道^[15]。在这两者之间寻找一个结合点至关重要,政府可给予一定的财政保障,予以市场调节及严格的绩效考核,进一步按病情、病种分类,预算出各类型患者人均医疗消费均值,再按工作量预拨,在严格的医疗质量考核制度的前提下,实现在患者身上花(下转第 2865 页)

力提高。通过毕业生跟踪调查及时了解其就业状况,调查显示,实验组用人单位对护理专业毕业生敬业精神、团队意识、岗位能力充分肯定,各项调查指标综合满意度达 100.00%,大部分毕业生成为为医院护理骨干,在私立医院就业的毕业生部分走上了护士长工作岗位,毕业生普遍对自己的岗位发展能力充满信心。

3.3.3 注重过程培养与结果衔接,确保人才培养与用人单位零距离 (1)校院共建质量监控体系,确保人才培养质量为保证各专业人才培养方案的顺利实施,不断提高人才培养质量,学校与各实习基地共同建立和完善了教学质量监控体系。加大对教学全过程的监控力度,确保人才培养目标的顺利实现^[8]。(2)注重对学生社会适应能力和人际交往能力的培养。学生在医院环境中与老师、患者及整个社会的接触,无疑使他们在实实在在的社会环境中学到了在学校学不到的知识。社会的复杂,人与人的关系,为人处世的游戏规则,自己在社会的地位、理想与现实的落差等都会使学生在 1 年的教学见习中得到锻炼与磨合,使自己的人生观、世界观、价值观得到重新定位^[9]。

3.3.4 注重学校教职工和医院员工双促进,实现学校和医院校院优质资源多方共享 校院联合,既可充分发挥相对稳定的专职教师的骨干作用,既可充分发挥相对稳定的专职教师的骨干作用,又能够发挥临床一线护理岗位综合护理技能的特长,达到学校教职工和医院员工双促进。还能双方充分发挥优质资源的利用率,促进校院之间的互惠互利,实现经济效益和社会效益的最大化^[10]。

综上所述,通过几年的实践,“校院结合、无缝管理”培养护理人才模式有利于学校改善专业实训条件、完善专业运行机

制、优化专业课程体系设置、提高专业教师水平、增强专业技术服务能力、改善专业人才培养政策环境,有利于专业人才培养力,有利于精品学生呈现。

参考文献

- [1] 何学明,武茹. 院校合作构建“221”护理人才培养模式[J]. 江苏卫生事业管理,2011,22(2):111-112.
- [2] 吴正吉,张瀚成,王炎峰,等. 校院联合培养专科护理人才的应用研究[J]. 重庆医药,2014,43(14):1814-1815.
- [3] 周凤生,李志强. 校院合作培养护理人才模式的探索与创新[J]. 科教文汇,2008(7):30.
- [4] 周曼颖,王红,林勇. 校院联合组织护理教学查房新模式的研究[J]. 医学研究生学报,2007,20(6):638-639.
- [5] 罗琼,周碧琴,李黎明,等. 校院联合培养护士核心能力的探索[J]. 中华护理教育,2009,6(10):448-449.
- [6] 章雅青,陈颖,王馥明,等. 上海现代护理职业教育集团的探索与实践[J]. 护理学报,2010,17(1):22-25.
- [7] 蒋乐龙,易礼兰,谢日华,等. 校院联合创办专科护理教育模式的效果评价[J]. 护理研究,2009,23(5):1201-1203.
- [8] 王庆. 校院合作是培养高技能医学人才的有效途径[J]. 继续医学教育,2007,21(34):16-19.
- [9] 舒希贵,冯文跃,王汇玲,等. 实施“校、院联合”办出教学见习特色[J]. 卫生职业教育,2001,19(4):12-15.
- [10] 李伟. 校院联合共建共管共享高职护理人才培养模式的构建[J]. 护理研究,2011,25(7):1771-1772.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-26)

(上接第 2861 页)

费越少、结余越多、医院效益越好,以形成良性循环。

2009 年中国启动新一轮医药卫生体制改革已有 5 年,随着医改的不断深入和各项改革措施的制订,中国已经构建起世界上最大的医疗保障网,老百姓“看病难”和“看病贵”的问题正逐步缓解。本文总结了重庆市新医改实施过程中遇到的实际问题,今后应在以下方面开展工作:(1)针对“看病难,看病贵”的原因进行深入剖析,明确其逻辑关系、影响程度及范围;(2)研究针对“看病难,看病贵”的根源与影响因素的政策原则、实施策略以及具体的措施;(3)加强针对以政府为主导的国家协调及调控机制。

参考文献

- [1] 王绪东. 政府在解决看病贵问题中应承担的责任[J]. 中华医院管理杂志,2006,22(1):20-22.
- [2] Rossnagel K, Nolte CH, Muller-Nordhorn J, et al. Medical resource use and costs of health care after acute stroke in Germany[J]. Eur J Neurol,2005,12(11):862-868.
- [3] 春潮. 卫生部长陈竺辩证看待“看病难看病贵”[J]. 现代养生,2011(6):8-9.
- [4] 甘健. 医疗资源分布不均衡导致看病难[N]. 重庆晚报,2007-03-16.
- [5] 陈竺. 看病难在哪里、贵在何处[J]. 中国卫生政策研究,2011,4(3):27.
- [6] 夏挺松,卢祖洵,彭绩. 我国“看病难、看病贵”问题的成因

及对策分析[J]. 中国社会医学杂志,2011,28(3):155.

- [7] 王呖. 海外华人感叹看病难[N]. 人民日报海外版,2010-08-17.
- [8] 梅达成,先德强. 解决看病难看病贵的制度性对策探讨[J]. 中国卫生事业管理,2010,27(1):6-7.
- [9] 宋曙光,杨言兴. 新医改背景下“看病难、看病贵”破解与政府、市场、社会角色之定位[J]. 卫生软科学,2012,26(4):341-343.
- [10] 潘登,陈烈平,陈巧钗,等. 新医改背景下看病难与看病贵问题实证分析[J]. 中国全科医学,2014,17(1):67-70.
- [11] 项宇飞. 看病难看病贵成因及治理探讨——基于社区医疗角度分析[J]. 现代商贸工业,2010,22(21):102-103.
- [12] 王天鹅. 上海近 7 成市民不赞成医联体解决医联体内利益分配是关键[J]. 中国社区医师,2011,27(27):23.
- [13] 邱慧娟. 上海市徐汇区居民卫生服务需要、需求和利用研究[D]. 上海:复旦大学,2012.
- [14] 彭迎春,王晓燕,彭炜,等. 新医改背景下的农村基层医疗机构功能定位探讨[J]. 中国医学伦理学,2012,25(1):57-59.
- [15] 金今花,胡凌娟,张金,等. 医药卫生政策失灵:新医改难以破解“看病难、看病贵”的深层原因[J]. 中国卫生事业管理,2013,30(1):4-5.

(收稿日期:2015-02-15 修回日期:2015-03-20)