

医用高值卫生材料使用中的伦理分析与卫生技术评估*

隋东明¹,李文涛²,安力彬^{2△}

(吉林大学:1. 公共卫生学院;2. 护理学院,长春 130012)

[中图分类号] R197.38

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)22-3152-03

医用高值卫生材料是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、生产使用必须严格控制、价值相对较高的消耗型医疗器械^[1],具有高技术含量、高风险的双重特性。有文献报道,大额住院费用以药费所占比例最大,医用卫生材料费所占比例则仅次于药费,这也是导致医疗费用居高不下的的重要原因之一^[2-3]。特别是某些手术中使用的特殊医用高值卫生材料甚至占到手术费用的 60%以上^[4]。本文通过对医用高值卫生材料使用中的伦理问题进行深刻剖析,并探讨解决问题的方法,从而为医用高值卫生材料的合理使用提供理论支持。

1 医用高值卫生材料使用中的伦理分析

医用高值卫生材料价格虚高,导致医疗费用负担重的原因复杂。从伦理角度分析,市场因素(生产或进口企业成本)、流通环节、政府招标采购、医院补偿机制、医生规避技术风险和患者非理性就医都是导致因素。

1.1 市场因素

1.1.1 生产或进口企业成本因素 目前我国医疗器械市场价格监管机制不完善,高值医用卫生材料类的医疗器械在定价上多采取企业自主定价方式,没有国家统一的价格指导进行规制。生产或进口企业为了追求利润最大化,以及其对市场的垄断是造成价格虚高的第一环节。但是企业也有自己的苦衷,高值卫生材料技术含量高,特别是进口产品,在市场推广和使用过程中往往伴随着学术交流、操作演示、科研合作、技术改进与提升等无形成本。高精的质量、良好的技术培训与售后服务都是医生安全开展新技术、新疗法必须考虑的因素。因此,一方面是企业成本和利润的需求,另一方面是技术垄断和医疗新技术发展的需要,二者相互影响,在缺乏透明度和运作不规范的市场竞争中,导致高值卫生材料的价格虚高现象严重^[5]。

1.1.2 流通环节 在流通的过程中,生产企业为避免流动资金滞压,并不直接对医院供货,而是通过流通企业即代理商进行销售。不同产品线、不同级别、不同区域都会存在 2~3 级的代理商,流通环节的增加不仅提高了物流成本,代理商对利润的追求也导致了价格层层上涨。进口产品的定价更是缺少监管机制,从到岸价到消费者手中其平均加价 2~3 倍,个别产品甚至多达十几倍^[6]。

1.2 政府招标采购效力不足 集中招标采购虽然能使部分高值医用卫生材料降价,但是同药品集中招标采购类似,低价中标的产品因利润难以维持技术培训、学术交流、功能开发等需求,很快退出市场,取而代之的是更新换代的产品或者是未降价的招标目录外的产品作为替代^[7]。此外,有些地方招标流于

形式或层层招标,导致一个产品在同一地区出现多个中标价格。招标程序的繁琐,以及反复多次的招标代理费用给企业造成沉重的负担,所有招标成本最终都会转嫁给患者^[8],导致招标价格越招越高,并没有达到预期的社会效益,患者也没有在招标中得到实惠。

1.3 医院补偿机制不足,运营成本沉重 医疗机构作为高值卫生材料的流通终端,按照国家法律法规相关规定,通过集中采购的方式采购高值医用卫生材料。患者在使用后,按照国家物价部门规定的限制比例加价,加价率一般在 3%~5%。许多学者认为在现有国家对医院补偿机制不足条件下,医院有选择高价材料达到“以械养医”的潜在动机^[5,9]。实际上,医院在采购和管理高值医用卫生材料过程中,在人力、资金周转、场地保管、存储发放、信息化建设等方面的投入远远高于加价收费所获得的利润,因此医院并未从材料费中得到收益。相反,在加强医院建设与管理、提升医院综合竞争力的过程中,很多医院都在极力控制高值卫生材料的使用,不仅是因为加价收入对医院总收入的贡献率非常低,造成虚假的、巨额的泡沫收入,还占用了大量流动资金,不利于医院的动态发展。此外,作为医疗保险定点单位,由于医院高值耗材费逐年提高,医院超医疗保险费用指标而被扣款的风险大大增加。所以,在医院运营过程中出现低利润而又出现医疗保险扣款的双重尴尬^[10]。

1.4 医生规避技术风险的选择 医学诊疗技术的进步一定伴随着新药品、新设备、新术式、新耗材。高值医用卫生材料的使用与医疗技术的快速发展密切相关,提高医疗技术的同时,也带来了治疗的高风险及沉重的费用负担。在当今医患矛盾比较突出的社会和舆论环境下,医生为保证医疗质量、规避医疗风险,往往选择技术、质量和售后更好的进口产品,这无疑患者医疗费用增加的重要因素之一。现在国家没有统一的高值卫生材料使用规范和标准,因此很难界定什么是诱导需求?是为了治疗取得更好的效果,还是为了省钱只用便宜的材料?低价的高值医用卫生材料所内涵的技术复杂程度和质量能否带来技术风险?同种疾病因患者体质的个体差异不同,选择相同的材料能否达到同样的治疗效果?此外,难道患者选择高档高值卫生材料的消费行为一定要有医护人员的诱导吗?患者的经济承受能力、疾病治疗的需要、患者及家属的从众心理都是影响因素^[11]。

1.5 患者非理性就医行为加重过度医疗 近期国务院对我国省市大医院进行抽样调查,发现在大医院中 64.8% 门诊患者和 76.8% 住院的慢性病患者可以在社区医院或者基层医疗机

* 基金项目:吉林省发改委科研项目(JF2012C006-4)。 作者简介:隋东明(1971—),副主任护师,在读博士,主要从事社会医学与卫生事业管理研究。 △ 通讯作者,E-mail:anlibin2001@163.com。

构进行治疗,这说明了目前社会上存在的非理性就医问题很严重^[12]。其主要表现形式之一就是“追求高值耗材、贵重药品”^[13]。由于医疗保险政策的调整和人民群众生活水平的提高,参保人员的医疗需求也不再满足于基本医疗保险“低保障”的原则^[14],使这种盲目的消费行为间接加重了过度医疗。

2 医用高值卫生材料的卫生技术评估 (health technology assessment, HTA)

2.1 HTA 及其应用与发展

HTA 是指运用循证医学和卫生经济学的原理和方法,其评价目标并不以最好的治疗方法为上,而是对卫生技术的临床安全性、有效性、经济学特性和社会适应性进行系统全面评价,找出“性价比”最高的。HTA 为各层次决策者提供合理选择卫生技术的科学信息和决策依据,最适用于一个地区或国家普遍推广的医疗措施,这样有助于提高有限卫生资源的利用质量和效率^[15-16]。

HTA 的对象包括:药品、仪器设备、器械、卫生材料、生物制剂、诊疗方案及手术方式等与医院相关的内容。其综合评估的内容涵盖医疗服务的信息服务系统和管理支持系统^[17-18],是一种综合的、系统的评价手段。目前世界范围内已将 HTA 广泛应用于医疗保险支付范围及支付水平的确定、临床诊治指南、合理配置医学装备、卫生技术价格政策制定、新医药技术准入管理等方面^[19]。

HTA 于 20 世纪 70 年代起源于美国,经过几十年的发展日臻成熟。美国利用 HTA 制定了一系列公共卫生政策,比较成功的项目案例有:药物效能评估、医院设备引进,以及如何解决美国各州医疗费用高度差异性问题和制定规范化的临床指南等^[20]。加拿大和澳大利亚等欧美国家利用 HTA 对医疗费用的控制做出了巨大贡献^[21]。20 世纪 90 年代初,HTA 在亚洲国家迅速开展,新加坡、韩国和日本都已经有了比较完整的 HTA 机构和体系^[22]。我国开展 HTA 起步比较晚,但也开展了多项有关预防与疾病控制的筛查技术,以及与医疗设备等方面的研究与评估,如“叶酸预防”、“产前诊断技术”、“人类辅助生殖技术”、“唐氏综合征产前诊断经济学”、“伽马刀应用”等^[16]。

2.2 医用高值卫生材料使用中的伦理评估

对卫生技术引发的社会和伦理问题进行评估,是 HTA 的一项重要内容。医用高值卫生材料使用过程中价格虚高、政府管制无力、诱导需求、非理性就医等伦理问题均应列入 HTA。采用渗透影响式评估方法^[23],即评估过程中广泛纳入代表各方利益的人群,如政策制定者、生产厂家、经销商、医院管理者、医护人员、患者等,各方利益关注点突出且积极参与,评估过程公开、公正、透明,以提高评估结果的有效性。通过循证,淘汰低效或治疗技术无创新而又价格虚高的“新产品”(成本-效果、成本-效益),清除目录中技术或材料陈旧已不满足治疗需要的老产品(成本-效用)、制定性价比最高的价格政策、规范诊疗常规和临床路径、建立合理的医院补偿机制和医疗保险支付机制。

2.3 HTA 结果的宣传

HTA 结果的宣传是非常重要的。某些与患者治疗或公众健康相关性密切的评估结果可作为医学常识信息进行公益性的健康宣传教育,以增加公众的正向知情权。治疗过程中患者增加维权意识本无可厚非,但这种维权应该有科学的态度和科学的认知,这种科学的认知不一定是非常专业的,但至少是常识性的、正确的,而不是扭曲的或负面的。

3 讨 论

医用高值卫生材料大部分为植入性医疗器械,使用中涉及患者的人身健康、经济利益、医疗安全、医院资产管理、民族产业振兴等方面^[24],利用卫生技术伦理分析对卫生决策具有重要指导意义。但在实践操作过程中伦理评估结果与决策对接有一定困难^[25],且我国目前 HTA 指标体系及评估方法并不完善,HTA 结果转化形成卫生政策的机制还不健全,缺乏专业的 HTA 团队,尚无国家级的 HTA 协调机构^[26]。为使卫生资源的利用和配置更加合理,HTA 的发展需要政府的推动,评估的开展需要公开透明以促进质量的提升,而第三方评估机构的建立则有利于评估向更加公平、独立、规范化的方向发展^[27]。

参考文献

- [1] 李奥婕,李厚成,匡海斌.关于加强医院高值耗材监管的探索[J].海军医学杂志,2013,34(6):424-425.
- [2] 庞宇,杨建南.高额住院费用病例费用及基本特征分析[J].医学信息,2008,21(4):495-498.
- [3] 陈祝萍.新灰色关联法对高额住院费用的影响因素分析[J].中国病案,2010,11(6):36-38.
- [4] 赵洪强,任文琦,乔岭梅.综合医院医用材料使用现状调查与分析[J].中国社区医师:医学专业,2011,13(5):226-227.
- [5] 刘琳,龙钊,喻星旻,等.论政府监管医用高值耗材价格的必要性[J].中国卫生经济,2012,31(5):36-37.
- [6] 蔡欣芸,但秀娟,苑萍,等.医用耗材价格管理在物价政策执行中的现状和对策[J].中国医疗设备,2012,27(5):60-62.
- [7] 石超明,王保真,明珠,等.关于集中采购后几类高值医用耗材使用情况的调查与分析[J].国外医学:卫生经济分册,2008,25(4):188-191.
- [8] 韩璐.高值医用耗材价格“挤水”[J].中国卫生人才,2011(5):50-51.
- [9] 张晓琦,李春,张静.手术室高值耗材管理流程再造:信息化视角下的思考[J].中国卫生经济,2010,29(3):77-79.
- [10] 程志辉,张柯庆.医用高值耗材对医疗费用产生影响的分析 and 思考[J].南京医科大学学报:社会科学版,2013,13(5):435-437.
- [11] 胡云华.我院高值耗材管理存在的问题和改进措施[J].中国医疗设备,2015,30(2):131-132.
- [12] 吕学静.非理性就医的深层原因及防范措施[J].中国医疗保险,2012,46(6):15-16.
- [13] 王安民,鲜于剑波.非理性就医对医保费用质量管理的挑战及应对策略[J].中国医学创新,2013,10(20):132-134.
- [14] 汪永莲,张超群,张凤勤.医疗机构高值耗材质量管理规范初探[J].中国循环杂志,2014,29(1):236-236.
- [15] 应向华,曹建文,陈洁,等.卫生技术评估的基本步骤[J].中国卫生资源,2005,8(1):37-39.
- [16] 韩胜昔,叶露.卫生技术评估及其为决策服务[J].医学信息学杂志,2013,34(2):1-5.
- [17] 王志康,姜海芳,楼亚艳.我院医用高值耗材信息化管理的实践和体会[J].中华医院管理杂志,2012,28(6):468-

- 470.
- [18] 郝梅, 闫华, 刘帆. 论医院高值耗材的科学管理[J]. 中国医学装备, 2011, 8(5): 35-39.
- [19] 陈洁, 于德志. 卫生技术评估[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 3-4.
- [20] Luce B, Cohen RS. Health technology assessment in the United States[J]. Int J Technol Assess Health Care, 2009, 25(1): 33-41.
- [21] Battista RN, Cote B, Hodge MJ. Health technology assessment in Canada[J]. Int J Technol Assess Health Care, 2009, 25(1): 53-60.
- [22] 刘佳琦, 陈英耀. 新加坡、韩国和日本卫生技术评估发展概况及启示[J]. 中国卫生质量管理, 2011, 18(1): 14-16.
- [23] Reuzel RP, van der Wilt GJ, ten Have HA, et al. Interactive technology assessment and wide reflective equilibrium[J]. J Med Philos, 2001, 26(3): 245-261.
- [24] 武敬伟. 浅析医院植入类耗材专项审计[J]. 会计之友, 2011(28): 53-54.
- [25] 刘鹏程, 陈英耀. 卫生技术伦理学评估与卫生决策[J]. 医学与哲学, 2013, 34(23): 12-14.
- [26] 赵琨, 隋宾艳, 郭武栋, 等. 卫生技术评估的国际经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(2): 87-89.
- [27] 唐檬, 耿劲松, 刘文彬, 等. 全球卫生技术评估发展的历史与经验[J]. 中国医院管理, 2014, 34(4): 6-9.
- 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.22.053

(收稿日期: 2015-02-08 修回日期: 2015-07-09)

综合医院全科医学科的定位与发展

龚放, 何芸芳, 谢波, 刘北忠

(重庆医科大学附属永川医院, 重庆 402160)

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)22-3154-02

随着医学模式的转变, 全科医学已受到广泛关注和高度重视, 必须大力发展全科医学得到共识。国内专家学者普遍的观点表明, 综合医院设置全科医学科并进行规范化的学科建设, 开展全科医学医、教、研工作, 是全科医学发展的重要保障^[1], 也是 21 世纪医学发展的要求^[2-3]。

2010 年, 国家发改委等六部委发布了《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍队伍建设规划》, 鼓励综合医院设置全科医学科, 承担全科医师规范化培训任务的医院必须设置全科医学科; 次年, 国务院又发布了《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》, 提出建设以临床培养基地和实践基地为主的全科医生培养实训网络。这些政策都直接或间接表明了: “培养全科医生, 综合医院责无旁贷”。但从过去的实践来看, 无论是在医学的学术界还是医院的管理层, 综合医院是否有必要设置全科医学科都备受争议^[4]。

1 综合医院建立全科医学科的必要性

1.1 综合医院建立全科医学科是国家医疗改革的需要 医改提出“强基层, 保基本, 建机制”, 除了加大基层基本医疗设施设备的投入, 还应打造一支数量充足、技术过硬的基层卫生人才队伍, 以发挥基层全科医生医保“守门人”的作用, 并逐步建立社区首诊制度、分级医疗制度, 缓解当前群众“看病贵、看病难”的问题。

1.2 综合医院建立全科医学科是全科医学人才培养的需要 据统计, 我国目前每万人口拥有全科医生量, 与发达国家相比至少还差 9 名, 在《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》中全科医师需求量与现有量缺口也至少为 20 万名。当前, 国家政策提出通过多种形式培养全科医生, 而综合医院尤其是教学医院, 拥有丰富的医学教育资源和临床实践资源, 是全科医生培养的关键平台。在其中设置全科医学科, 既可以避免全科

医学生在各个专科内“散养”^[5], 又可以吸引具有良好医学教育背景的医学生和年轻医师加入到全科队伍中, 带动全科医学的科研发展, 培养高层次的全科医学人才, 使全科医学人才的学术地位得到认可^[6]。同时, 在专科医疗为主体的综合性教学医院设置全科医学科, 进行全科医师规范化培训的教学管理, 有利于探索全科卫生服务人才培养的新模式^[7-8]。

1.3 全科医学科可以成为综合医院其他专科医疗服务的补充^[9] 现今, 三级医院专业更加细分, 为了避免和体系内的其他机构在医疗服务方面的冲击, 以及与医院其他专科之间发生过多的碰撞和交叉, 全科医学科可以利用其学科特色及服务对象的不同选取特需群体如干部保健人群、涉外医疗群体及其他高端人群等作一些特殊的医疗保健或健康管理, 也可以联合医院的体检中心或健康管理中心作一些人群的健康管理事务。

1.4 综合医院建立全科医学科是与其他专科、社区医疗机构协同发展的需要 综合医院的全科医学科主要面对个体或者群体开展医疗保健和健康管理。而其他专科主要是针对个体专科疾病的诊疗。二者之间的关系主要在于其他专科可以为全科提供人才培养培训及专科学术技术支持, 全科则可以弥补专科诊疗服务的不足, 通过院内分诊的形式实现互动。此外, 在与社区医疗卫生服务机构之间的关系中, 社区医疗机构主要是面对个人、家庭、群体的基本医疗及健康问题, 全科医学科可以在医、教、研方面为社区提供全方位的指导和支持, 社区医疗机构也可以参与到全科医学教育和科研工作中来。同时, 还可以通过双向转诊形成上下联动机制^[10]。当前, 综合医院与社区的联动多存在于其他专科和社区的单向联系, 今后在综合医院全科医学科逐渐壮大的基础上, 这种联系将被弱化, 而是逐步转向全科医学科与社区的互动状态, 而这也契合了国家的医改规划, 见图 1。