

新医改背景下加强公立医院医药费用控制体系建设的思路探讨

郑大喜*

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430030

【摘要】控制医药费用的不合理上涨,缓和“看病贵、看病难”的社会矛盾,一直是卫生政策的重要着眼点。医疗费用快速增长的不合理因素主要是由于医疗卫生机制不完善造成的,如医疗服务补偿机制、医院运行机制、医疗保险付费机制和医疗卫生筹资机制等。因此,体系的建立将对医药费用的控制起到积极作用,控制医疗费用快速增长既要建立新型卫生服务体系,加强政府宏观管理,理顺补偿机制,也要改革医院运行机制。

【关键词】公立医院;医药费用;医疗保险;政府筹资;监管体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.08.010

Analysis on enhancing the medical expenditure control system construction in public hospitals under the background of new health system reform

ZHENG Da-xi

Tongji Hospital Affiliated to Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】 One of the key health policy issue is how to control unreasonable increasing of medical expenditure. The main unreasonable factor of the rapid increasing medical expenditure is that the mechanisms of health services are not perfect. For example, the compensation mechanism of health services, the operational mechanism of hospital, the payment mechanism of medicare and health financing mechanism. Based on the above, the article puts forward some suggestions such as setting up the index system of supervising and evaluating medicine expenditure which will have an important and active effect on controlling medicine expenditure, developing community health services, establishing a new health care system, the government's macro management, adjusting compensation mechanism, and of deepening reform the operational mechanism of hospital.

【Key words】 Public hospital; Medical expenditure; Medical insurance; Government financing; Supervision system

近年来,我国人均医疗费用呈上涨势头,药品收入占医院收入比重较大,过度检查治疗仍然存在,患者对医药费用增长过快及看病贵问题的反应较为强烈。2010年我国卫生事业发展统计公报数据显示,2009年,全国卫生总费用17 541.9亿元,占GDP的5.15%;2010年,医院门诊病人人均医药费用和住院病人人均医药费用,按当年价格比上年分别上涨了9.7%和9.0%。^[1]从社会发展角度看,医药费用如果

不能有效控制,当它超过了整个社会的承受能力,就会影响经济社会的可持续发展。在新医改背景下,公立医院如果仍然高成本运行,不能有效控制医药费用,基本医疗保障制度给群众带来的好处就会稀释。卫生部部长陈竺在2011年全国卫生工作会议上指出,我国将致力于控制医药费用过快增长,公立医院要实施控制医药费用的惠民措施,加强医药费用监控,各地区要科学制定人均门诊、人均住院费用

* 基金项目:国家自然科学基金(71073063)

作者简介:郑大喜,男(1977年—),硕士,会计师,主要研究方向为卫生经济学、医院管理学、医学伦理学、医学社会学等。

E-mail: zhengdx77@sohu.com

控制目标和指标,重点控制不合理用药、不合理检查以及一些重点专科医疗费用的较快上涨;各地卫生行政部门要将所属医疗机构医药费用变化信息定期公布,接受社会监督,卫生部和各地要结合医改监测,对控费情况进行专项评价和考核。^[2] 本文拟就新医改背景下加强公立医院医药费用控制体系建设的思路进行探讨。

1 导致我国公立医院医药费用过快增长的主要原因分析

卫生经济学研究表明,导致医药费用高涨的因素主要包括:人口老龄化,医疗保险制度的普及,国民收入的增加,医生数量的增加或医生诱导需求,医疗产业与其他产业在生产效率提高上的差异,医疗技术的进步。^[3] 医药费用上升在某种程度上有必然性,如疾病谱变化,新技术、新材料应用,物价上升,人们就医要求提高;医院经营成本过高等。我国医药费用增长的原因分为成本推动、需求拉动和供方影响三大因素,各方面又受宏观政策影响,如医疗服务体系不健全,政府投入比例的降低,医疗定价和补偿的不合理,药品、卫生材料的虚高定价。

1.1 医保全覆盖目标渐行渐近,患者需求随之释放

新医改实施以来,常见病、多发病等门诊医疗费用逐步纳入医保的支付范围。截至 2010 年底,城镇基本医疗保险参保人数 4.3 亿人,新农合参合人数 8.3 亿人,总覆盖人数超过 12.6 亿,90% 以上的城乡人口有了基本医疗保障。2010 年城镇职工医保政策范围内统筹基金支付比例为 75%,90% 的地区最高支付限额达到当地职工年平均工资的 6 倍;城镇居民医保政策范围内基金支付比例为 59%,大多数地区最高支付限额达到居民可支配收入的 6 倍。^[4] 随着城镇居民基本医疗保险制度的建立,覆盖全体居民的基本医疗保障制度框架基本建成。大额医疗费用最高支付限额的显著提高,带动了医药总费用以及门诊、住院患者次均医药费用的增长。此外,医疗保险的第三方支付作用,使得个人在消费医疗服务产品时并不直接承担费用。这是消费医疗与消费其他产品和服务不同的地方,也是医疗费用过度增长的重要原因。我们需要担心和控制的是这种原因带

来的医疗费用增长,因为其中包含医疗费用使用的低效和浪费。

1.2 新技术、新材料、新设备的应用,带动医疗成本和医疗费用的增长

尽管将医疗技术进步作为一个导致医药费用高涨的变量进行测定是很难的,但医疗技术进步对医药费用增长的重要影响不可忽视。随着医学科学技术的迅速发展,大量先进的诊断和治疗技术应用到医疗领域,提高了疾病的诊断和治疗水平,延长了人们的生命时间并提高了生命质量,但由于新技术、新材料的技术含量较高,收费价格往往定位也较高,医疗费用随之增长。此外,新的诊疗设备不仅要消耗更多的物质资源,还要由技术高超的医务人员提供,由此带来医疗服务成本的快速大幅度上涨。检验项目的增加带动化验费用增长,微创手术、介入治疗等新手术技术的应用,带动了医药费用增长。虽然发改委和卫生部 2005 年 12 月印发的《关于制定和调整大型医用设备检查治疗价格的指导意见》,要求各地从严核定包括 PET-CT、 γ 刀等 10 类医用设备检查治疗价格^[5],但是,部分医疗机构在利益驱动下,盲目购进大型医用设备,乱检查、乱收费等现象比较严重,加重了患者医疗费用负担,也浪费了医疗资源。

1.3 居民消费价格总水平上升,引起医疗价格的上涨

随着社会进步和经济发展,社会总体物价和消费价格呈不断上升趋势。国家信息中心报告显示,2010 年 7 月后,我国居民消费价格(CPI)确实有所攀升,而且通胀的幅度比较大,范围比较广,预期也比较高,全年 CPI 的涨幅大约为 3.3%。^[6] CPI 增长必然导致医院所需药品、卫生材料和各种物资成本的大幅度上涨,使其投入增加,引起医疗价格的提高,从而拉动就医成本的上升。简单观察医疗费用增长的一个有效方法是我们假设一个公式,即医疗费用 = 医疗数量 \times 医疗价格。如果医疗价格相对稳定,医疗费用的过快增长就主要是由于医疗数量(如诊疗人次、住院天数)的过快增长所致;如果医疗数量相对稳定,医疗费用的过快增长就主要是由于医疗价格的过快增长所致。近几年发达国家医疗费用上涨的因素中,物价(即医用设施、材料、设备、能源等)上涨占到 40% ~ 60% 左右,卫生部门人力成本随之

产生连锁反应。国内相关研究同样证明,在我国医疗费用增长率解释成分中,物价因素所占份额达50%左右,在较大程度上影响合理增长率的变化。相对数量增加的影响来看,医疗价格的过度上涨在推动医疗费用上涨方面影响更大,影响医疗价格上涨的重要原因是我国卫生资源相对短缺而导致的医疗供需失衡。^[7]

1.4 人们生活水平提高,对健康和医疗需求相应增长,带来就医费用的增长

近年来,我国城镇居民收入持续快速增长。2010年,全国城镇居民人均可支配收入达到19 109元,比2005年的10 493元增长了82.1%,扣除价格因素,实际增长59.0%,年均实际增长9.7%。同时,生活方式的改变使得城镇居民保健意识逐步增强,医疗保健支出稳步增长:2010年城镇居民人均医疗保健支出872元,比2005年增长45.1%,年均增长7.7%。^[8]随着城乡居民生活水平的提高,对生活质量的要求越来越高,对健康的需求自然随之增加,除基本的治病需求外,很多人对健康查体、健康保健提出了更高的消费要求,而且对检查治疗的项目要求全面性、多样化、高标准,必然带来就医费用的增长。

1.5 医疗服务体系不健全,双向转诊困难

我国70%左右的卫生资源在城市,高新技术、优秀卫生人才集中在大城市的大医院,农村只拥有30%左右的卫生资源。卫生资源的“倒三角”配置结构与医疗卫生需求的“正三角”结构错位,造成卫生资源浪费。受国家资金和相关政策的长期支持,在医疗市场中形成竞争性垄断地位的一些大医院过度发展,其规模和成本(固定成本、人力成本)迅速上升,远远超出了提供非营利性公共医疗服务的市场成本界限,从而带动了医疗价格和医疗费用的过快增长。农村和城市社区等基层医疗机构不仅设备和条件差,而且普遍缺乏合格的全科医师,导致群众患病后往往不信任基层医疗机构,纷纷涌向大城市大医院。双向转诊中的利益划分不清晰,缺乏转诊标准,导致双向转诊较难开展。上转患者不仅候诊时间长,还存在转诊手续繁琐,需要支付起付线费用等现象,享受不到双向转诊的便捷,加上社区首诊制、报销比例等政策缺乏刚性的要求和约束,实际引导

力度并不强。^[9]

1.6 人口老龄化和疾病谱的变化

人口老龄化与人均医疗卫生支出呈现非线性的正向关系,当进入老龄化社会时,医疗支出将递增。按照联合国教科文组织的标准,一个国家或地区60岁以上人口占总人口10%,或者65岁以上人口占人口总数的7%以上时,表明该国家或地区进入老龄化社会。统计资料显示,到2000年底,我国65岁以上人口达8 872万人,占总人口的7.0%,说明我国已全面进入老龄化社会,健康老龄化问题日益凸显。我国仅用其他国家1/4左右的时间即从成年型国家过渡到老年型国家,进入重度老龄社会的速度也将远快于其他国家。在国际老龄化国家中,我国进入老龄化社会时,经济发展水平最低,且差距极大,是典型的“未富先老”。^[10]第四次国家卫生服务调查结果显示,我国城乡居民慢性病持续到两周内的病例由39%增加到61%,慢性疾病已经成为影响居民健康的主要问题。《2009中国卫生统计年鉴》的数据显示,我国城乡居民慢性病的患病率城市地区由2003年的177.3‰上升至2008年的205.3‰,农村地区则由2003年的104.7‰上升至2008年的140.4‰。^[11]我国各种慢性病现患人数达到2.7亿,且每年以1 700万的速度增加。慢性疾病因其本身的特点决定了治疗的周期长、花费大,这必然会引起医药费用的增加。

1.7 政府投入不足,收费标准扭曲,监管缺位

我国公立医院财政补偿机制存在卫生投入总量不足,投入结构不合理等问题,国家对医院的投入采取财政预算补偿和市场经营补偿复合的模式。2009年各级卫生行政部门所属的公立医院,财政补助收入仅占公立医院总收入的9%。财政投入不足,医院所需药品、卫生材料和各种物资成本大幅度上涨,使医院的投入与产出倒挂,消耗与补偿出现反差。^[12]政府医疗服务定价过低(1999年制订的医疗服务价格低于当前实际成本),医疗服务政策性亏损严重(2009年全国公立医院平均医疗服务成本大概为110元,医疗收入不能弥补医疗服务支出,医疗收入亏损达到316亿元),公立医院医疗收支总体亏损和药品收入占医院总收入半壁江山的现象具有普遍

性。在财政补助水平较低、主要依靠自身收入维持运转的现状下,药品收支结余依然是医院补偿的重要来源,以药补医情况比较明显。虽然医疗服务和药品收入能部分解决医院补偿问题,却导致医疗价格扭曲和行为改变,为了实现较高比例的药费收入,医院和医生自然会倾向于给患者开大处方、用高价药、多做检查等。由于发展不均衡以及各地政府投入受到投入用途和财政实力的限制,完全补偿需要很长的时间。此外,政府缺乏评价公立医院公益性的量化考核指标。

1.8 药品及卫生材料的虚高定价

目前,我国的药品和医用器材生产流通企业数量多、规模小,造成监管难度很大。药品生产一直在低水平重复建设,产品结构不合理,导致市场混乱和恶性竞争,造成了药品销售的虚高定价和大回扣现象,直接推动药费的过快增长。按现行药品定价办法,国家批准的新药可以高于成本定价,以鼓励研发新药。但一些企业把一些常用药品改头换面申报新药,从而获得较高的价格。有的同类药品数量过多,替代药品泛滥。一些制药企业的违规操作,造成政府定价虚高。2005 年,国家审计署对卫生部和北京市所属 10 家大型医院的药品和高值医用消耗材料的价格进行了审计,抽查后发现不少生产企业虚报成本,在抽查的 5 家药厂 46 种药品中,有 34 种药品成本申报不实,平均虚报 1 倍多。某企业生产的一种注射用针剂,实际制造成本每瓶 32.07 元,申报价却达到 266.50 元,虚报 7 倍多。^[13]有些医疗器材几经转手,层层加价,其中以进口器材最严重。一些不法药商通过给医生回扣、提成,扩大虚高价格的药品、器材销售。国家发改委发出通知,决定从 2011 年 3 月 28 日起,降低部分主要用于治疗感染和心血管疾病的抗生素和循环系统类药品最高零售价格,共涉及 162 个品种,63 个医药生产厂家,但是这对医药行业来说,影响非常有限。

1.9 医院内部管理不善,公益性质淡化

医院内部经济管理粗放、外部监管不到位等,是目前公立医院经济运行中依然存在的主要问题。医院在内部经济管理方面还存在一些欠缺,比较粗放,医院监管职能很分散,职责不清,管理效率不高,这

些问题提高了医院经营管理成本。不少公立医院尚未从增人员、增设备、增床位的外延扩展转到提高效率的内涵发展上来,机制僵化、效率低下、运行成本居高不下,加之收费存在的管理不严,对“红包”、回扣的治理措施不力,也无形中加重了病人负担。^[14]部分医院对科室乃至医生个人下达经济创收指标,把“按劳分配”变成“按收分配”,形成了药品、检查收入与医生收入挂钩的机制。

1.10 在信息不对称情况下,极易发生医生诱导需求,导致医药费用高涨

Arrow 在 1963 年发表的经典论文《不确定性和医疗保健的福利经济学》中指出,医疗服务的特殊性源于其普遍存在的不确定性:一方面,疾病的发生具有不确定性;另一方面,一旦生病并采取治疗,治疗效果也存在不确定性。这两方面的不确定性,导致一系列医疗服务市场的特殊性:首先,人们对医疗服务需求的不规则性和不可预测性,因为医疗服务只有在疾病发生时才能给人带来幸福感,足够多的收入可以确保人们免受食品短缺之苦,但不能保证人们避免疾病;其次,由于治疗结果的不确定性,病人在享受医疗服务之前完全无法检测这一“商品”,在与医生的“交易”关系中,信任变得尤其重要,医生应该以关注病人的福利为指南。^[15]马克·保利、汉斯曼、韦斯布罗德等人也认为医疗服务与一般商品最大的区别在于人们看待医疗服务的态度,即生病时对服务提供方盈利动机的恐惧,这样的恐惧源于严重的信息不对称。医患之间是基于信息偏差产生的委托代理关系,医生充当着双重角色,不仅作为患者的代理人或顾问为患者利益着想,同时作为医疗服务的提供者为自己的利益着想,在这种双重角色下极易发生诱导需求,导致过度医疗与医疗费用上升。^[16]

2 在新医改背景下,加强我国公立医院医药费用控制体系建设的思路

医药费用控制策略主要有两种:一是以需方(患者)为对象的方案;二是以供方(保险、医疗机构)为对象的方案。但是,有研究认为,通过抑制需方的服务需求控制费用几乎没有效果。将供给方作为管制

对象,抑制医疗费用的做法更有效,具体方案包括:(1)总额预算制度,即为保险机构向医疗机构支付的费用总额设置上限;(2)区分家庭医生和专科医生的职能,即规定如果不先接受家庭医生诊疗,就不能到需要消耗医疗费用的专科医生处就诊。^[17]本研究主要从供方的角度提出控制医药费用过快增长思路。

2.1 做好医疗机构设置规划,建立上下联动、分工协作的服务体系,提高卫生资源的宏观配置效率

医疗服务行业内部开展上下联动、分工合作,可以有效盘活卫生资源。公立医院要在政府的统一部署下,积极支援社区卫生,履行发展社区卫生服务的责任:展开全方位的帮扶,指导制定人才培养计划、帮助做好健康教育和疾病预防、主动签订长期支援协议。^[18]目前,公立医院上下联动、分工协作已大致形成四大模式:大医院对口支援中小医院、院办院管、托管和松散式援助。为促进医疗分工协作,不少地区探索政府对医院支援基层的经费补偿、精神鼓励、完善医保制度等,取得了较好效果。建立医疗服务体系上下联动机制,要由政府主导,制定分工协作的经费支持、人员编制、绩效考核等措施。卫生、医保部门应当相互协调,制定医保制度与双向转诊衔接的政策,包括拉开报销档次,降低起付线等。公立医院对口支援社区卫生机构,必须防止出现单纯的“门诊搬家”、医生身份转移的现象,卫生行政部门应建立科学的医疗质量评价指标体系,加强质量监管。

2.2 加强医院内部管理和内涵建设,降低运行成本,提高医疗服务供给的技术效率和经营效率

公立医院要加强内部管理,优化服务流程,提高运行活力,降低运行成本:(1)提高服务质量,通过质量的提高来降低服务价格。(2)加强对医生用药的培训,严格执行用药技术规范;建立医生处方评价制度,对科室、医生用药情况进行监测,将科室和医生合理用药情况作为绩效考核的重要依据以及医生晋职称的重要条件。^[19](3)强化医院成本核算和预算管理,提高全体人员的成本控制意识。2010年新修订的《医院财务制度》细化了医疗成本归集核算体系,可以把医院各种不同层面、不同角度的成本展示出来。同时,公众可以通过成本报表了解医疗收费

是否合理。严格成本管理,有利于医院合理制定医疗服务价格,控制医疗费用不合理增长。(4)设立价格管理机构,建立健全价格监管机制。(5)扩大单病种付费范围,对常见病、多发病明码标价,限定最高价格。(6)完善分配激励机制,取消医务人员奖金分配与所在科室收入直接挂钩的分配原则,建立按岗取酬、按工作量取酬、按工作业绩取酬的分配机制。(7)改善诊疗环境,优化服务流程,改进服务态度,加快床位周转,缩短患者平均住院日。(8)加强医德医风建设,促进医患合作,降低医药的投入成本。

2.3 建立动态医药费用控制体系和机制,强化对医疗机构的外部监管,规范其经营活动和诊疗行为

基于医患之间的信息不对称和医疗市场的信息不完全,卫生行政部门在以下方面的监管必不可少:(1)加强机构、人员、设备、技术等服务要素的准入控制。控制心脏介入、肿瘤治疗、关节置换等高风险、高费用技术准入,严格实行大型检查(高精尖诊疗设备)、进口诊疗材料和自费诊疗项目申报审批制度。^[20](2)推广临床路径电子化管理,为常见病和多发病建立标准化治疗模式与治疗程序,控制单病种治疗费用。(3)筛选、开发、推广经济有效的基本药物,严格控制进口药、新特贵药应用。对非国家基本药物加强监管,严格市场准入和药品注册审批。(4)完善医用设备和医用耗材管理、采购和价格等政策,政府投资购置的公立医院大型设备按扣除折旧后的成本制定检查价格,以此降低检查费用。(5)在控制检验、检查质量的基础上,逐步实行同级医疗机构检查结果互认,扩大检验、检查结果互认范围,规范互认程序,避免重复检查。(6)改革医疗保险支付方式,推行按人头付费、按病种付费、总额预付等费用支付方式,遏止过度医疗。(7)建立以公益性为核心的公立医院绩效考核体系,反映医疗服务安全、质量、成本控制、效率等绩效,作为医院院长奖惩、任免、评优和财政补偿的依据。(8)公布医院服务质量、服务效率、价格水平、次均费用、病种费用等信息。(9)将医药费用控制作为医院等级评审的主要指标之一,对未能按照要求完成费用控制任务的医院,暂停等级评审资格,暂停新增床位和新增大型医用设备配置。(10)引入医院财务报告注册会计师审

计制度,增强财务状况和经营成果的真实性和公信力,有利于加强对政府卫生投入资金使用情况的监管,确保医改资金投入与使用透明和有效。

2.4 加强部门之间的协调,完善检测体系和配套奖惩措施,为医药费用控制提供良好的支撑环境

各有关部门要加强领导,精心组织实施,强化督促检查,完成医药费用控制的目标:(1)由卫生行政部门牵头,成立由发改(物价)、财政、审计、监察、医保等部门和单位参加的控制医药费用工作协调小组,负责统筹医药费用控制事宜。(2)建立控制医药费用监测指标体系,包括次均费用增长率,出院者平均住院日,药品、检查、卫生材料收入占医药总收入比重等。(3)建立费用控制责任制。卫生行政部门应当与医院签订医药费用控制责任状,把医药费用控制情况纳入对所属医疗机构的目标管理、年终考核和院长绩效考核。医院院长要亲自抓医药费用控制工作,责任到人。(4)改革公立医院补偿机制。制订适宜的服务收费标准,则预示收费标准体现劳务价值,常规项目能得到足够补偿,医院理论上不必在分解服务收费、增用高收益项目和追求药品收益上注入过多热情。^[21](5)对医疗机构的药品费用比例进行定期或不定期的考核,保证药品费用比例控制落到实处。(6)推行绩效考评,设立旨在鼓励医院提高服务水平、降低医疗成本的奖励性补偿政策,对医院预算执行、成本控制以及业务工作等情况进行综合考评,将成本管控效果作为对医院决策和管理层进行综合考核、实行奖惩,以及对医院进行财政补偿的重要依据,体现公立医院的公益性以及财政补助的激励作用和杠杆作用。(7)巩固扩大基本医疗保障覆盖面,提升基本医疗保障水平。(8)医保部门要与定点医疗机构签订协议,对定点医院的病人就医管理、诊疗行为、费用比例形成契约关系。加大对定点医疗机构的监管力度,对检查中发现次均住院费用畸高或增长过快,年业务收入增长比例与住院人数增长比例严重不符的单位,要组织开展专项审核;审核中发现的不规范服务行为和费用控制的漏洞,要限期整改,整改达不到要求的,坚决暂停或取消定点医疗机构资格。^[22]

总之,医药费用的增长必须与经济发展水平相

协调,与政府财政、基本医疗保障和个人的承受能力相适应。控制医药费用过快增长是一项艰巨的任务,要通过深化改革、加强管理、制度创新、标本兼治来解决。政府层面主要解决规划和投入问题,卫生行政部门层面主要解决医疗服务监管、人才培养问题;医院层面主要解决内部管理、改善服务的问题。只有在控制规模、提高效率的前提下,公立医院的运行成本才能下降,医疗费用增长速度才能趋缓。

参 考 文 献

- [1] 卫生部. 2010 年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. (2011-04-29) [2011-06-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201104/51512.htm>.
- [2] 方芳. 卫生部将考评公立医院控制医药费上涨情况[N]. 北京日报, 2011-01-07.
- [3] Newhouse J P. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? [J]. Journal of Economic Perspectives, 1992, 6 (3): 3-21.
- [4] 吴佳佳. 基本医疗保障覆盖九成以上城乡人口[N]. 京华时报, 2011-04-10.
- [5] 迟明霞. 发改委要求从严核定医用设备检查价格[N]. 中华工商时报, 2005-12-29.
- [6] 俞立严. 李肇星透露今年 CPI 预期调控目标为 4% [N]. 东方早报, 2011-03-05.
- [7] 张亚东, 高宪甫, 马剑. 医疗价格过快增长的供需原因与对策[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(8): 58-60.
- [8] 国家统计局住户调查办公室. 全国城镇居民收支持续增长, 生活质量显著改善——“十一五”经济社会发展成就系列报告之九[EB/OL]. [2011-05-21]. http://www.stats.gov.cn/tjfx/zfx/sywcj/t20110307_402708357.htm.
- [9] 俞晓利. 双向转诊“梗阻”原因分析及对策探讨[J]. 中国医院, 2010, 14(3): 52-53.
- [10] 郭亚飞. “未富先老”——如何应对我国人口老龄化挑战[N]. 人民日报, 2004-11-17.
- [11] 卫生部. 2009 中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [12] 王丽平. 医院经济现状与补偿机制研究[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(9): 63-64.
- [13] 沈昀, 刘洁. 卫生部部长高强自揭业内黑幕, 药价虚高 7 倍[N]. 南方日报, 2005-08-04.
- [14] 郑大喜. 社会转型期医院管理伦理失范的警示与思考

- [J]. 医学与社会, 2009, 22(5): 19-21.
- [15] Arrow K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical care[J]. American Economic Review, 1963, 53(3): 942-973.
- [16] 张亮, 肖锦铖. 医生的双重角色与医疗费用的控制[J]. 医学与哲学, 2009, 30(2): 39-41.
- [17] Hsiao W C. Comparing health care systems; what nations can learn from one another[J]. Journal of health politics, policy and law, 1992, 17(6): 13-36.
- [18] 刘正炼. 公立医院在发展社区卫生服务中的社会责任[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(8): 550-551.
- [19] 贺山. 关于公立医院解决看病贵问题的思考[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 22(7): 438-439.
- [20] 吴奎彬. 我国医疗服务监管制度建设的伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(4): 82-83.
- [21] 李清明, 贾春岩, 何瑞灵. 关于构建我国公立医院新的财政补偿机制的思考[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(5): 91-92.
- [22] 张宗久, 方鹏骞, 周尚成. 完善我国公立医院监管: 模式、方法和效率[J]. 医学与社会, 2010, 23(1): 1-3.
- [收稿日期:2011-04-08 修回日期:2011-07-07]
(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

中澳卫生与艾滋病项目 医药卫生体制改革评价研究项目启动会暨专家研讨会在京召开

2011年7月26日,由中国医学科学院卫生政策与管理研究中心主办,卫生部、中澳卫生与艾滋病项目办支持的“中澳卫生与艾滋病项目医药卫生体制改革评价研究”项目启动会暨专家研讨会在北京顺利召开。卫生部有关司局、部分地方卫生厅局及中澳卫生与艾滋病项目办的领导,高校、科研机构的专家学者60余人出席了会议。

卫生部政策法规司高卫中副司长在致辞中指出,医改评价研究既是各方关注的焦点,也是政策研究的难点。该项目具有较强的学术性和独立性,科学、客观地分析医改进展和效果,为政府部门决策提供重要参考;选择典型地区进行深入调研,有利于促进中央和地方卫生部门在医改工作上更好的沟通和协作。卫生部国际合作司刘岳副处长和中澳项目办董胜利经理分别致辞。他们充分肯定了本项目在中央部委与地方厅局、研究机构与决策部门以及卫生政策研究机构间建立的良好协作机制,希望以本项目为契机,促进中国和澳大利亚在卫生体系和卫生政策方面建立更长远而广泛的交流合作。

会上,项目负责人代涛研究员介绍了“医药卫生体制改革评价研究”的总体设计思路;澳大利亚新南威尔士大学 Jack Chen 教授介绍了国际上卫生服务与政策领域的主要研究方法及其应用;卫生部政策法规司张成玉副巡视员、北京市卫生局医改办高星副主任分别就全国医改总体框架和进展情况,以及北京市医改的做法和特色等进行了专题报告。与会专家就研究的具体设计内容和组织实施等进行了认真讨论,为项目的顺利实施提出了很多有价值的意见和建议。

据悉,《医药卫生体制改革评价研究》项目是根据我国医药卫生改革需要,由卫生部政策法规司提出、中澳卫生与艾滋病项目支持、中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承担的研究活动,旨在探索卫生政策的评价方法,深入调研典型地区的医改实践,总结经验、发现问题,为医改政策的不断调整完善提供决策参考,并为今后开展卫生改革发展的中长期评价打下基础。