

# 全国公立医院将彻底告别“以药补医”时代

近日,国家卫生计生委体改司公立医院改革处处长甘戈表示,今年全国公立医院将彻底告别“以药补医”时代,“具有重大历史意义”。

甘戈表示,公立医院综合改革是深化医改的“重头戏”和“主战场”,公立医院改革的推进,采取的是“分步走”的策略,县级公立医院改革2015年已全面推开,城市公立医院改革在2010年启动了第一批17个试点城市的工作,2014年增加了17个城市,2015年扩大到100个城市,2016年扩大到了200个城市,覆盖了全国近三分之二的地级以上城市,形成了区域联动改革的良好局面。今年,全国剩下的138个地市都要推开改革,实现全覆盖。

## 国家将出台现代医院管理制度指导意见

甘戈表示,6年以来,城市公立医院综合改革取得了突破性进展。各地、各部门对公立医院综合改革重视程度更高,共识更多,推进力度更大,改革取得了“两升三降”的显著成效。“两升”指的是公立医院财政补助收入占总支出的比例上升,人员支出占业务支出的比例上升;“三降”指的是医药费用增幅下降,药占比下降,居民个人卫生支出

占卫生总费用的比重下降。

甘戈表示,公立医院综合改革的目标是建立现代医院管理制度,重点是要推进两项工作:一项是破除“以药补医”机制,建立维护公益性、调动积极性、保障可持续发展的运行新机制。今年,全国所有公立医院都要实行药品零差率销售,建立科学的补偿机制,实现新旧机制的平稳转换,回归公益性。调动医务人员积极性的核心是让他们能够得到阳光体面的收入、充分的职业发展空间和安全的职业环境。据悉,今年,国家将开展薪酬制度改革试点,重点是落实“两个允许”,也就是允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平,允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员的奖励。保障可持续主要就是确保财政投入的可持续、医保基金的可持续。另一项是建立决策、执行、监督相互协调、相互制衡、相互促进的管理体制和治理机制。推行管办分开、政事分开,推进公立医院治理体系和治理能力现代化,建立权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的内部管理和外部治理机制。

“今年,国家将出台建立现代医院管理制度的指导意见。”甘戈说。



## 让医务人员靠技术靠服务吃饭

甘戈表示,取消药品加成,将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和政府补助3个渠道改为服务收费和政府补助两个渠道。一方面要加大政府投入,另一方面要调整医疗服务价格,使公立医院通过医疗服务获得合理收入。

甘戈表示,公立医院改革是典型的供给侧结构性改革,核心是要实现“腾笼换鸟”。按照“腾空间、调结构、保衔接”的路径,把握好改革的步骤与节奏。“首先,通过取消药品加成,挤压药品、耗材生产流通使用环节的水分和规范诊疗行为等,为调整医疗服务价格腾出空间。”

“其次,腾出来的空间马上用于调整医疗服务价

格,调价的原则是‘总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位’,把药品、医用耗材和大型医用设备检查检验等价格降下去,把手术、诊疗、护理等服务项目的价格提上来,体现医务人员技术劳务价值,优化医院收入结构。简单地说,就是要让医务人员靠技术靠服务吃饭,而不是靠开药、开检查单增加收入。”

“第三,在这个‘腾笼换鸟’的过程中,医保支付和财政补助政策要同步到位、无缝对接,确保群众负担总体不增加。”甘戈说。

“补偿机制改革是一组措施,打的是‘组合拳’。取消药品加成、降低药品、耗材价格、提高劳务价格是补偿机制改革的第一步,接下来应加大力度同步推进以病种付费为主的医保支付方式改革,目的是改变公立医院目前做大收入的运行

模式,同时,财政补助与医院的功能定位和服务绩效挂钩,再配套临床路径、两票制、收入分配制度改革等措施,激励了公立医院在不断改善服务质量的同时,主动控制成本。一方面,不合理的医疗费用得到了控制,医保资金进一步得到有效利用,有助于减轻居民看病的经济负担;另一方面,实现了保证医疗服务质量、控制医疗成本和调动医生积极性的改革目标。”全国政协常委、北京大学医学部主任助理吴明教授说。

## 基层就诊可获得更高比例医保补偿

吴明表示,近期的政策一直在提推进医疗、医保、医药联动改革,简称“三医”联动。其中,医保支付方式改革是核心,是撬动公立医院改革的杠杆,主要的措施是对于住院实施临床路径下按病种付费,对于门诊探索按人头预付,引导医院在保质量的前提下主动控制成本;压低药品耗材价格是关键,为医院进一步控制成本创造了条件,也为提高技术劳务价格腾出了空间;“医保”和“医药”方面的改革促使公立医院运行模式的改变,结合收入分配制度改革,目的是在规范医疗行为的同时调动医生积极性。此外,通过医保支付方式改

革有助于推动各级公立医院和基层卫生机构形成利益共同体、责任共同体、发展共同体,使既往的无序竞争变为有序协同、推进“上下”联动。

“同时,对不同层级医疗机构实施差异化医保报销比例,在基层就诊可以获得更高比例的医保补偿,在基层就诊医疗费用的补偿比例高于在大医院就诊,扩大基层医保报销的药物目录,对于在上级医院已经确诊、明确了治疗方案、长期服用同一类药物的患者,所需要的药物都可以在基层卫生机构拿到。目的是引导和吸引患常见病、普通病的患者更多地利用基层服务,缓解大医院看病拥挤的问题,还可方便居民看病,减轻经济负担,使医疗资源得到更有效的利用。”吴明说。

“考虑到医生工作的技术性、专业性强,工作难度较大、时间长、强度大,工作责任重、职业风险高且要终身学习等,在收入分配上应该允许突破事业单位现行的工资调控水平。可以通过市场来体现,如果这个行业的吸引力不大了,优秀人才都不愿意学医了、不愿意做医生了,说明薪酬水平没有体现医务人员的劳务价值。因此,在医务人员的薪酬分配上应该逐步纳入市场因素。”吴明说。

(据《中国青年报》)

# 博士硕士学位授权审核新规:提高准入门槛

国务院学位委员会日前印发《博士硕士学位授权审核办法》,改变过去以分配数量指标为主要方式的做法,今后,博士硕士学位授权审核将更加严格,同时将严控新增学位授予单位数量和增长速度。

学位授权审核包括新增学位授权审核和学位授权点动态调整两种方式。新增学位授权审核由国务院学位委员会统一部署,侧重于增量结构调整,每3年实施一次;学位授权点动态调整则由学位授予单位根据需求,自主撤销已有博士硕士学位点,新增不超过撤销数量的其他博士硕士学位点的学位授权点,侧重于存量结构优化,每年开展一次。

## 确立以省级学位委员会为主的审核模式

《办法》明确,省级学位委员会受国务院学位委员会委托,负责接收学位授予单位申请,根据本区域经济社会发展对高层次人才需求,在专家评议基础上,向国务院学位委员会择优推荐新增博士硕士学位授予单位、新增博士硕士学位点和自主审核单位。

## 新增硕士学位点以专业学位点为主

《办法》还明确,新增学位授予单位审核原则上只在普通高等学校范围内进行,新增硕士学位授予单位以培养应用型人才为主。新增学位点原则上应为与经济社会发展密切相关、社会

需求较大、培养应用型人才的学科或专业学位类别。其中新增硕士学位点以专业学位点为主。

## 放权部分学位授予单位开展自主审核新增学位点

《办法》放权部分学位授予单位开展自主审核,每年可自主新增学位点,可根据学科发展趋势和经济社会发展需求,探索设置新兴交叉学科学位点,为其开展高水平研究生教育营造良好环境。同时,对这部分单位提出更加严格的制约措施,要求其学位点审核标准必须高于国家规定的申请基本条件,新增点每6年须接受一次评估。对已不再符合申请基本条件的,以及发生严重研究生培养质量或管理问题,或在学位点合格

评估和专项评估中出现博士硕士学位点被评为“不合格”的,国务院学位委员会将取消其自主审核学位授权点的权限。

## 从严控制新增学位授予单位数量和增长速度

《办法》还强调,要从严控制新增学位授予单位数量和增长速度。充分考虑高等教育办学层次结构,合理确定普通高等学校的博士、硕士和学士三级学位授予单位的比例。对现有研究生培养质量不高、教育资源配置明显不足、现有学位点师资队伍支撑有困难的单位,原则上不再接受新增学位授权申请。

据介绍,目前,我国已有博士学位授予单位402个,硕士学位授予单位730

个;开展“服务国家特殊需求人才培养”博士项目单位35个,硕士项目单位63个,基本建立了覆盖各地区、学科门类齐全、学术学位与专业学位并重的学位授权体系。

## 六种情形暂停新增博士硕士学位点

《博士硕士学位授权审核办法》加大了监管和处罚的力度,明确学位授予单位存在以下六种情形之一的,应暂停新增学位点。

- (一) 生师比高于国家规定标准或高于本地区普通本科高校平均水平;
- (二) 学校经费总收入的生均数低于本地区普通本科高校平均水平;
- (三) 研究生奖助体系不健全,奖助经费落实不到位;
- (四) 研究生教育管理

混乱,发生了严重的教育管理事件;

(五) 在学位点合格评估、专项评估、学位论文抽检等质量监督工作中,存在较大问题;

(六) 学术规范教育缺失,科研诚信建设机制不到位,学术不端行为查处不力。

《办法》要求,适当增加公开环节,加强社会对审核工作的监督。加强授权审核与学位点评估和研究生培养的有效衔接,新增学位点3年后必须接受评估,评估不合格的5年内不得申请增列,对研究生教育资源投入不足、培养问题较多的单位,将暂停其新增申请。强化权责一致,各单位在获得授权的同时要承担相应的责任。对材料弄虚作假、违反纪律的单位,实行一票否决。(据央视报道)