

## ● 热点观察

## 不要骂医院 医院没有定价权

▲北京大学人民医院 吕厚山

不久前，我的一个老同学在微信上给我转发了这样一段文字：

“一个国产心脏支架的出厂价不超过300元，到了医院变成了2.7万元；一个进口支架，到岸价格不超过760元，到了医院变成了3.8万元，暴利超过了贩毒。我们不敢奢求免费医疗，我们只希望医院应该以良心收费。人民医院应该是救人民的，为什么要吸人民的血？”

看过之后，甚为憋闷。

我想，老同学的想法，绝不是个人想法，他甚至可以代表社会上很大一部分人的想法。针对于此我们真是感到委屈，但我还是要说：

老同学，你的矛头和枪口对错了方向，作为大型三甲医院曾经的院长，我可以负责任地告诉你，医院没有任何定价的权力。医院中所执行的这些消耗品价格都是国家发展和改革委员会价格司定的价，医院哪怕多收一分

钱，都是违法行为，并且还将面临严重的处罚。老同学，求求你了，别再骂医院了。

针对于此，我认为媒体应该起到传播正确信息的作用，而非一味地制造事端、吸引眼球、看热闹不嫌事大。民众所得到的信息几乎都是通过媒体获得的，媒体应该有正确的舆论导向，即便医疗卫生改革问题很难一朝一夕得到解决，但也不应再在这片焦土上再泼一桶油。



## ● 提案议案

## “只筛查、不诊断” 无法杜绝出生缺陷

▲全国人大代表 湖南省郴州市第一人民医院副院长 雷冬竹

目前，我国出生缺陷发生率在5.6%左右，每年新增出生缺陷数约90万例，其中出生时临床明显可见的出生缺陷约25万例。建立一个科学的出

生缺陷防治体系已刻不容缓。

二级预防在预防出生缺陷工作中发挥着重要作用，但由于产前诊断相关技术未纳入医疗保险

体系，造成了最需要孕产、产前出生缺陷防治服务的人群，常为最难获得相应服务的人群。

“只筛查，不诊断”，成为预防出生缺陷工作中的难题。2010年至2014年间，湖南省郴州市先后出生了509例染色体异常的孩子，其中先天愚型194例。2013年高风险诊断率59.96%，为历年之最，但是经随访因产筛异常却拒绝诊断的孕妇中有5名生育了先天愚型。以上现象的存在，

一方面与部分群众认识不足、观念陈旧有关，更重要的是与政府相关投入的不足有关。

除了加强宣传、普及知识，本人建议：将产前诊断技术纳入城镇医疗保险和新农合医疗保险，按照住院比例予以报销。以郴州市为例，2012年全市新农合统筹资金9.5亿，结余1.5亿。按全市活产每年6万左右计算，每年投入4000余万元可造福6万多个孕妇及其家庭。



## ● 有话要说

## 临床是医学教育的试金石

▲四川省自贡市第三人民医院 刘勇

我国临床医学人才培养的新号角刚刚吹响，开创临床医学人才培养新时代则是一个长期系统工程。大环境上需要国家及各级政府、全社会、全民的支持和协作，小环境则须依靠处于这场改革风口浪尖上的教、医、考三方联动，才能圆满实现。

如果说学校是培养医学生素质及各科理论知识的工厂，教学医院则是组装成形和初步磨合的车间。学校教育要特别强化基本素质的提高，基本理论、基本知识的学习、掌

握和巩固，同时要对基本技能做到书面熟悉，把学生培养成头头是道的“理论医师”；医院临床实习重点强化的是基本技能，在熟悉技能的过程中巩固和提高理论知识，使学生“既能说、更会干”。

上下游工作好坏的不同组合，培养人才的结果不尽相同。上游好、下游好，人才就优秀；上游好、下游差，人才就虚浮；上游差、下游弥补，人才还将就；上游差、下游差，则不能称之为人才。

医学教育有教学大

纲、国家执业医师有考试大纲、临床工作实践中有自然存在的疾病大纲（疾病谱），三者应该“基本吻合”。但从范围和深度来看，教学大纲必须略大于考试大纲；考试大纲不能超出、错位位于教学大纲和疾病大纲。教学大纲培养出来的人才是否能使用，必须经过考试大纲的第一道检阅，疾病大纲才是最终的试金石。

医学教育要审时度势、高屋建瓴、前瞻性地适应资格考试和临床实践的客观要求；资格考试要

做到科学、客观、合理、公平、公正、切合实际，走大道不走偏锋，保基本不出怪招，临床的基本需要是考试的原则。

现实对医、教的根本呼唤是提高质量，质量对国考的根本呼唤是要做一堵维护科学的挡风的墙。

作为医版块，我们的宗旨和理念应该是：不抱怨、不埋怨，对扩招后的医学教育质量下降尽量在我们的“车间”里弥补和改进，以此尽到我们无悔的责任和义务，为医学事业代代兴旺而努力。

## ● 话说医改

## 管办不分扭曲医保支付

▲河南省原阳县人民医院 苗庆朝 孟庆远

目前我国医改仍是行政为主、市场为辅的运作模式，一味围绕医院、医疗、医药在资源配置及药品降价的关键链接点——医保运作上寻找死结及解决办法。

一段时期以来，“管办分开”“医药分开”的呼声不断，但均未见有声落地，至今仍是一家。这让医保不能破网去履行职责，用市场竞争规律让定点医院提高技术实力、自动降低服务价格，减少患者的医疗消费，同时减少医保资金的支付量，合理增加新农合资金的累积量，为提高其他患者和病种的报销比做贡献。

在现实中，医保在政府的干预下，没有完全起到应有的作用。试想，如果能够做到“医药分家”“管办分开”，让医保运用商业保险规范管理和运作，医保独立实行市场商业化服务，而政府只负责医保基金的统筹与监管，全社会医疗机构都凭借专业技术实力和信誉吸引患者就诊，合理吸纳新

农合资金，那将会会有一个良好的医疗状况——技术高、服务优、消费低。

“管办分开”，一方面政府甩了财政包袱，专注医疗管理，公立医院也减少了约束，有了发展的宽松环境，社会办医也有了良好的发展和竞争环境，更加促进了民营医院的快速发展，能够加快解决医疗资源的配置步伐。但目前的医疗管理，仍是以非市场管理为主，“管办不分”，必然带来行政干预，这便会给医改带来和设置难以攻克的矛盾与死结。

笔者认为，“管办不分”扭曲和阻碍了医保支付，让医改举步维艰；实行“管办分开”，打破制约医保的行政化管理死结，对医保去行政化管理，给医保一个宽松的运营空间，真正让医保发挥它的市场作用，让所有医疗机构平等参加医保竞争，医保就能严格按规范统一的商业化运作，将统筹资金正确、合理、科学、准确地支付给它的参保者。如此，医改才有可能获得成功。

## 时评版稿约

《医师报》时评版欢迎广大读者针对医疗行业时弊、赐稿。希望大家对医药卫生体制改革、医师执业环境、医患关系、医师职业道德建设、当前行业热点问题等展开评论。

稿件请注明新闻来源，并附作者真实姓名、单位、地址、邮编、电话。

投稿邮箱：149442284@QQ.com