



# 普及先进筛查技术，实现“未癌先防”

代表建议：将基因检测费用列入医保报销范畴，扩大重大疾病防控国家项目覆盖面



一盒检测试剂，能够精准诊断乙肝的病原体感染情况和疾病严重程度；抽取妈妈的一管血，可以检测出胎儿智力发育障碍等染色体疾病，准确率达99.5%以上；通过基因检测，能明确癌症患者的基因突变靶点，有针对性地使用靶向药，实现精准抗癌……科技手段的不断提升和创新，使我们的生活变得更加健康幸福。在总理工作报告中，也明确提出，国家科技投入要向民生领域倾斜，加强癌症等重大疾病防治攻关，使科技更好造福人民。

如何通过先进技术，实现“未癌先防”？如何通过医改，下大力气解决群众看病就医难题？如何斩断“因病致贫、因病返贫”？3月6日，三湘都市报记者采访了部分全国人大代表，共聊健康话题。

■特派记者 黄京 刘璋景



全国人大代表戴立忠  
记者 黄京 摄



全国人大代表雷冬竹  
记者 赵持 摄



全国人大代表黎志宏  
记者 童迪 摄

## 关键词【科技防癌】

普及推广先进的筛查检测技术，实现“未癌先防”

全国人大代表、湖南圣湘生物科技有限公司董事长戴立忠，一直致力于基因检测行业。他告诉记者，随着医疗技术的进步，目前很多重大疾病能够通过筛查进行提前预防。据统计，我国近30%的新发癌症（宫颈癌、肝癌、胃癌、鼻咽癌等）是由感染性疾病而引起的，而西方发达国家由于采用先进的分子诊断和基因检测技术进行提前检测和筛查，目前已经成功将这一比例控制在4%以内。以宫颈癌筛查为例，2014年，国家卫计委正式启动在全国27

个省市（自治区）为54.6万农村女性采用先进的宫颈癌HPV（人乳头瘤病毒）检测技术进行免费宫颈癌筛查，真正做到“未癌先防”。

全国人大代表、中南大学湘雅二医院副院长黎志宏是骨科专家，据他介绍，通过先进技术手段，恶性肿瘤的预防与治疗，取得了很大进展。比如在骨肿瘤研究上，黎志宏率领团队建立了动物模型，并将一些新型的肿瘤抑制药物通过动物模型进行实验，以便更好地在临床中指导肿瘤患者用药，实现精准治疗。

### 【建议】

将重大疾病的常规体检项目纳入医保报销

全国人大代表、郴州市第一人民医院副院长雷冬竹发现，基因检测对癌症患者的靶向用药起着至关重要的作用，但由于检测费用高昂，造成了很多患者贻误治疗。同时，“盲目”靶向药也造成了医保基金的极大浪费。她建议将基因检测费用列入医保报销范畴。同时，随着技术手段的提升，在免费的癌症筛查过程中，检测技术上要更科学合理。“比如免费的宫颈癌检测中，通常都是TCT检查，其是检查在致病因素的作用下，宫颈细胞是否发生了异常变化。但HPV是检测有无可能导致宫颈病变和宫颈癌

的高危病毒感染，因此HPV检查在防止宫颈癌前病变上效果更好。”

戴立忠也呼吁尽快在“两癌”筛查公共卫生服务项目中，全面推广宫颈癌HPV检测技术进行宫颈癌筛查。他同时建议加大力度普及推广先进的筛查和检测技术，以政府购买服务、列入医保目录等方式，推进相关惠民技术在癌症早期筛查、出生缺陷筛查、感染性疾病诊断、血液筛查等领域的应用。同时要将重大疾病的常规体检项目，比如肿瘤标志物检测、部分癌症病因早期筛查项目等，纳入医保报销，提高重大疾病的早期发现率、早诊早治率。

## 关键词【医疗改革】

改革收付款方式

不久前，在湘雅二医院就诊的市民谭女士发现，自己在医院购买的药品价格，甚至比在家门口药店买的还要低。对此，黎志宏表示，随着医改的实施，湘雅二医院取消了药品加成，实现药品“多少钱进的，就多少钱卖出”，药品流通环节的费用也在持续减少。这也使得多年来“以药补医”机制在医院彻底退出。

但市民面对的医疗问题，显然不是单单降低药费就能解决。雷冬竹认为，在深化医改的进程中，支付制度是链接医疗、医保、医药的纽带，具有“牵一发而动全身”的作用。比如，因为医保支付的问题，省级医院对市医保病人只提供门诊就医，不办理入院就医；在治疗过程中，实施按病种收付费，但是患者出现并发症等情况，却可能无法享受医保报销；由于医保对耗材、药品等支付比例进行了严格限定，患者并不能根据自己的需要选择使用何种药品或耗材等等，“这些都是老百姓看病就医中普遍存在的难题”。

### 【建议】

可建立DRGs收付费制度

谈起医保支付改革，黎志宏建议，能尽快建立DRGs收付费制度。DRGs（Diagnosis Re-related Groups）译为疾病诊断相关分组，是国际公认的科学疾病分类方式，被划分到同一个病组的病例具有疾病相同、消耗医疗资源相近、治疗方式相同、严重程度相近、个体特征相近等特点。DRGs收付费制度，就是给这些病组确定付费标准，进行付费。

黎志宏表示，“国内外实践经验表明，DRGs收付费制度在控制医疗费用不合理增长、促进医疗机构降低成本、提高医疗服务质量等方面发挥了积极作用。”

## 关键词【健康扶贫】

加强重大疾病防控体系建设，治病不如防病

“十年努力奔小康，一场大病全泡汤”，戴立忠用这样一句话来形容重大疾病带给一个家庭的伤害。据国家卫计委统计，2016年我国医院人均住院费用为86047元，但我国贫困地区农村居民人均可支配收入仅8452元。数据显示，我国癌症平均治疗费用达15万-50万元。以女性高发的乳腺癌为例，晚期治疗费用就达20万-30万元。戴立忠认为，我国的许多医疗政策都是以治为主、重治轻防，往往治标不治本，投入大效率低。事实上，据世界卫生组织调查显示，要达到同样健康标准，所需的预防投入与治疗费比例为1:8.5。“也就是说，预防上多投入1元，治疗费就可少花8.5元。”

### 【建议】

扩大重大疾病防控国家项目覆盖面

戴立忠呼吁，首先要在国家层面加强顶层设计，针对高发性癌症（如宫颈癌、乳腺癌、肺癌、肝癌等）、重大传染病（肝炎、艾滋病）、出生缺陷疾病（唐氏综合征、遗传性耳聋、地中海贫血等）分门别类地制定相应的防控方案，从疾病的预防、诊断、治疗等各个环节采取相应的防控措施，降低重大疾病发病率。同时要扩大重大疾病防控国家项目覆盖面。要将“癌症早诊早治项目”覆盖范围扩大到全国，进一步提高癌症筛查人群数量；进一步扩大妇女“两癌”免费检查项目覆盖范围，确保2020年实现宫颈癌、乳腺癌覆盖率达到80%，2025年实现“两癌”筛查适龄人群100%全覆

盖。尽管为防控重大疾病，特别是高发癌症，近年来我国实施了国家重大公共卫生服务项目“癌症早诊早治项目”、“农村妇女‘两癌’（乳腺癌、宫颈癌）免费检查项目”等国家项目，在高发癌症防控方面取得了较好的效果，但项目覆盖面仍相对较窄。例如，“癌症早诊早治项目”筛查的癌症仅包括肺癌、乳腺癌、大肠癌、上消化道癌和肝癌5种，目前覆盖省份仅20个，筛查人群数量有限；“农村妇女‘两癌’免费检查项目”覆盖面仅限于农村，覆盖人群也相对有限，距离《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》制定的2020年覆盖率达到80%的目标还有较大差距。

雷冬竹也建议，要针对贫困地区、贫困人口开展“生、老、病”健康干预，拔掉病根，斩断穷根。“生”即为贫困人口进行免费孕产期出生缺陷筛查诊断及孕产期保健，确保生得健康。“老”即为40岁以上的贫困中老年人定期开展免费体检。“病”即“病有良医”。加快乡镇卫生院规范化建设，通过“医联体”“家庭医生签约服务”等形式积极推行“优质医疗下沉”，实现市县乡医疗卫生服务一体化管理，做到贫困地区、贫困人口“小病不出乡，大病不出县”，既有利于遏制“小病变大病”，也节省了病患家庭的医疗费用、来回奔波等附加支出。