

陕西省县级公立医院改革的做法与启示

于春富* 牟蔚平

陕西省医改办 陕西西安 710006

【摘要】通过对陕西省县级公立医院改革的主要成效及面临的问题进行深入分析,探讨了县级公立医院改革进程中公立医院公益性如何界定和体现、怎样实现管办分开等一些难点问题,为促进县级公立医院改革提出如下政策建议:重新界定公立医院公益性的内涵和体现方式,通过建立医院法人治理机构实现管办分开,改革人事分配制度建立激励机制,通过支付方式改革控制医疗费用不合理增长。

【关键词】公立医院改革;公益性;管办分开

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.008

Practice and revelation of county public hospital reform in Shannxi province

YU Chun-fu, MU Wei-ping

Office of Health-care System Reform of Shaanxi Province, Shaanxi Xi'an 710006, China

【Abstract】In this paper, we first thoroughly analyze the main achievements and existing problems in county public hospital reform. The materialization of public welfare and difficulties in separation of management and operation are discussed. The following policy suggestions are put forward to promote county public hospital reform: i) redefine the connotation of public welfare and its materialization in county public hospital; ii) enforce separation of management and operation by establishing corporate governance structure; iii) personnel distribution system and set up incentive mechanism; iv) contain unreasonable increase of medical expenses by changing means of payment.

【Key words】Public hospital reform; Public interest; Separation of management and operation

公立医院是我国医疗卫生服务体系的主体,而县级公立医院是基层医疗卫生服务体系的龙头,是沟通城乡、连接城市大医院与基层医疗卫生机构的桥梁与纽带,是医改的重点和难点。做好县级公立医院综合改革,对促进其自身发展,满足农村地区人民群众医疗需求,巩固基层医改成果,推动城市公立医院改革具有重要意义。2012年县级公立医院改革在全国各地开展试点,虽然改革的方式路径各不相同,但目的都是为了提高县级医院服务能力和服务效率,更好地解决百姓看病难、看病贵问题。2009年,陕西省开始在子长、神木等5个县区开展公立医院改革试点,2011年改革试点县扩大到37个,到2012年2月,县级公立医院综合改革在全省107个

县区全面启动。

1 陕西省县级公立医院改革主要成效

1.1 县级公立医院补偿模式开始转变,公益性增强

明确县级公立医院属于公益性医疗卫生事业单位,县级人民政府是办医主体。逐步增加对医院的基本投入,全额保障医院在职职工基本工资和日常运行费用、医院基本建设和大型设备购置、重点专科发展、符合国家规定的离退休人员费用、政策性亏损、承担紧急救治、救灾、支援基层等公共服务经费;取消药品加成,实行零差率销售,对医院取消药品加成所减少的合理收入,按照“取消多少,补偿多少”的

* 作者简介:于春富,男(1963—),处长,副教授,主要研究方向为医院管理、农村卫生管理等。E-mail:xsxsgb@126.com

原则,由省、市、县三级政府按不同比例给予足额补助;打包剥离医院历史债务,并由政府逐年偿还。全省已有多个县取消药品加成后,以药补医难题开始转变,医院次均门诊费用、次均住院费用出现下降趋势。这些措施改变了以往财政补助不到位,医疗机构只能通过医疗服务和药品销售来获得生存及发展的补偿模式,重新强化了政府办医责任。

以陕西省率先进行公立医院改革试点的子长县为例,通过强化政府投入责任,全县公立医院由差额预算单位改为全额预算单位,人员工资由县财政 100% 核发,医院基本建设费、大型设备购置费、日常运转经费、人才培养经费、取消的药品加成费、医院降低检查费后减收部分全部由县财政补助,医院历史债务打包剥离后,由县政府逐年偿还。从子长县人民医院实施医改前的 2007 年与医改后的 2011 年实际运营指标变动情况来看,医疗收入增长了 163.0%,药品收入下降了约 23.6%;住院人次、门诊人次均增加 1 倍以上;次均住院费用和次均门诊费用分别下降了 21.8% 和 56.6% (表 1)。

表 1 子长县人民医院医改前后运营指标变动情况

	医改前 (2007 年)	医改后 (2011 年)	增长率 (%)
医疗收入(万元)	1 177	3 095	163.0
药品收入(万元)	1 752	1 339	-23.6
次均住院费用(元)	3 040.69	2 378.81	-21.8
次均门诊费用(元)	272.64	118.27	-56.6
住院人次(人次)	5 162	11 998	132.4
门诊人次(人次)	49 860	133 624	168.0

1.2 县级公立医院服务能力明显改善,医院和患者都受益

政府通过增加财政直接投入和基本医疗保险基金的间接投入,以及城乡帮扶等一系列措施,县级公立医院服务能力显著增强,医疗技术水平明显提高。在县级公立医院改革中,出台了一系列吸引和培养人才的办法,如县级公立医院引进高级职称和本科以上学历卫生技术人员不受人员编制限制;由省财政出资安排对县级骨干人员培训培养;搭建全省所有县医院与省市和乡镇医疗机构远程会诊系统平台,通过远程医疗和远程教学提高基层队伍水平;对新进县级公立医院的住院医师必须经过规范化培训;调整医疗服务价格,理

顺价格倒挂,让医务人员劳动的技术价值进一步体现。

以子长、志丹、富县三家县级人民医院为例,实施医改前一年和医改后的 2011 年度的实际运营情况和相关指标值变动情况呈现以下特点:(1)医院的财务状况好转;(2)次均就诊费用下降;(3)财政支持力度加大,医疗专业人工工资性收入大幅提升(表 2 - 表 4)。

表 2 不同地区医改前后财务收支情况对比(万元)

医院	总收入		总支出		结余	
	医改前	医改后	医改前	医改后	医改前	医改后
子长县人民医院	3 687.19	7 126.80	3 755.36	7 014.87	-68.17	111.93
志丹县人民医院	5 897.45	8 165.50	5 479.14	7 280.07	418.31	885.43
富县人民医院	3 641.78	4 800.08	3 758.50	4 713.78	-116.72	86.30

注:1.子长县医改从 2008 年 6 月开始,对比年份为 2007 年和 2011 年;志丹县人民医院、富县人民医院分别于 2010 年 9 月、2010 年 10 月实施医改,对比年份均为 2009 年和 2011 年。

2.各医院运营数据来源于陕西省政府委托会计师事务所就部分县级公立医院医改前后基本情况所做的第三方调查,下同。

表 3 不同地区医改前后次均住院、门诊费用对比(元)

医院	次均住院费用		次均门诊费用	
	医改前	医改后	医改前	医改后
子长县人民医院	3 040.69	2 378.81	272.64	118.27
志丹县人民医院	3 248.87	3 181.51	147.80	129.85
富县人民医院	3 195.85	3 009.98	—	—

表 4 不同地区医改前后财政拨付医疗经费、在职人员人均年收入情况对比(万元)

医院	财政拨付医疗经费		在职人员人均年收入	
	医改前	医改后	医改前	医改后
子长县人民医院	1 017.84	3 501.22	3.39	6.77
志丹县人民医院	755.34	1 342.16	4.06	4.69
富县人民医院	1 074.75	1 949.53	4.72	7.18

1.3 县级公立医院改革多个范本形成,奠定了扩面基础

如子长“平价医院”、神木“全民免费医疗”、洛川和太白“对口帮扶”、府谷“供需双方并补”、阎良“区镇医疗卫生一体化”、镇安综合改革等范本,从不同角度、不同路径,为全面启动县级公立医院改革探索出有益的经验。其中,子长县探索人事分配制度改革,以全员聘用制为核心、绩效工资制为主导,职务能上能下、待遇能高能低,“多劳多得、按劳分配、效

率优先、兼顾公平”,实行医院、科室、单元(个人)三级成本核算和医院收支两条线管理,打破了“大锅饭”;神木县统一城乡居民基本医保筹资标准,统一城乡居民与城镇职工医保基金使用和医疗费用报销标准,扩大诊疗报销范围,提高封顶线(每人每年30万元),降低城乡居民个人筹资比例(每人10元),推进了城乡医保制度整合;洛川在实行整体托管中,坚持隶属关系、独立法人组织、资产归属、医院性质和功能、财政拨款渠道及拨款标准、职工身份六个不变,保证了医院固定资产保值增值;府谷县成立大病救助基金会,设立大病救助基金(县财政注入3000万元、民企资助1.4亿元作为原始基金),探索出把新农合、民政医疗救助、大病救助基金、基本药物零差率补助资金等整合使用和统筹安排的路子;阎良区打破医院管理、运行、人员身份等界限,区医院对各帮扶基层医疗机构实行人员、财务财产、医疗业务统一管理,同时保持区镇医疗机构设置和行政建制、公共卫生服务职能和任务、机构编制基数和财政投入供给机制四个不变,实现了医疗资源灵活调配。

2 县级公立医院改革存在的问题

县级公立医院改革,经过三年试点,取得了一定成效,但改革的一些共性的、深层次问题和矛盾尚未解决,看病难、看病贵问题仍很突出。

2.1 缺少回归公益性的判定标准

县级公立医院要回归“公益性”已经成为共识。然而,医院“公益性”如何定义,其内涵和外延如何界定,具体表现在哪些方面等尚不明确,实践中亦没有标准。理论上说,公益性应该是公共利益性,不是以赚钱为目的的社会活动。纵观20年公立医院改革,直接动因是医院成本上涨与财政补偿不足的矛盾,出现了医疗资源供给不足、医院逐利行为没有得到有效遏制等问题,进而发展为当前患者反映最集中的看病难、看病贵。^[1]新医改以来,政府一方面负担了医院的人员工资、基本建设、大型设备购置、重点学科建设、退休人员费用、药品差价、正常运转经费等医院运行最基本的费用,另一方面减免税收、并通过医保基金等方式间接给医院补助。这些明显优于非公立医疗机构的政府补偿都已到位,可公立医院逐利行为并未淡化,因此,亟需国家统一界定回归公益性的判定标准。

2.2 “管办分开”做法有待验证

政府对公立医院的大力扶持,虽与我国公立医院的功能定位有关,但同时制造了缺乏竞争和市场的不良环境,医疗卫生行业推进体制改革必然要求建立更加公平合理的竞争环境和优胜劣汰的淘汰机制,促进公立医院自发改革。政府出资举办公立医院,同时自身又负有监管责任,如何真正实现管办分开,国家没有明确界定。目前,有的地区在卫生局内部成立了医管局,卫生局长兼任医管局局长,有的地区成立医院管理委员会承担办医职能,办公室仍设在卫生局,有的公立医院成立理事会,卫生局长任理事长,对这些探索或尝试,是否属于真正意义上的“管办分开”,各方意见分歧较大。卫生部门既代表政府办医,又代表政府部门管医,能否突破本位主义和部门利益,做到公平监督,有待观察和研究。

2.3 人事分配制度改革进展缓慢

公立医院改革的核心在于建立新机制,而调动医务人员积极性是建立新机制的关键,其中人事与分配制度改革是否到位,是否兼顾公平和效率至关重要。如果院长委任制度不改变,医院用人自主权不放开,医务人员工资总体水平不突破,医院行政级别不取消,医院就难以吸引和留住优秀人才,所谓绩效工资的实施和比例调整就意义不大,医务人员积极性也难以调动,建立医院新机制就会变成空话。

2.4 医疗费用快速增长的趋势未得到有效遏制

作为医改的重要内容,医保付费制度改革一直受到关注。一直以来,我国医疗付费机制中占主导地位的是按项目付费制度,即根据医疗机构诊疗中所提供项目进行后付费的制度,因与医疗机构收入直接挂钩的特点,被公认为推动医疗费用不断冲高的原因之一。由于医保付费制度改革滞后,其对医院费用的控制作用未得到充分发挥,医疗费用伴随着医保基金的增长而快速增高的趋势未得到有效遏制。陕西大力推进单病种付费,目的在于调动院方自主遏制高价诊疗行为,然而费用控制效果有限。

3 政策建议

3.1 明确功能定位,提高县级公立医院运行效率

县级公立医院主要承担县域居民常见病、多发疾病的诊疗,重症患者救治,疑难疾病初诊、转诊,适宜医疗技术推广应用,乡镇卫生院等基层医疗机构卫

生人员培训、技术指导,以及自然灾害和突发公共卫生事件医疗救治等工作。随着医改不断深入,政府加大对县级公立医院的财政补助,同时不断提高医疗保障水平,这种供需双补的方式加重了地方财政负担。县级公立医院改革必须与当地经济发展水平相适合,医疗供需矛盾解决的唯一出路是增加医疗供给,而不是减少医疗需求。因此,在公立医院改革中,这个阶段的主要任务是提高公立医院运行效率,切实增加有效医疗供给。补供方,必然带来“大锅饭”,这是我国公立医院长期以来未能很好解决的问题。补需方,政府做大医保蛋糕,把公立医院放到市场中去“游泳”,才能打破思维定势。通过有效竞争,才能解放医院生产力,激发医务人员的活力,才能够提高效率,提升有效医疗供给。另一方面,坚持公立医疗机构公益性的同时,加大对社会资本投资办医的支持力度,降低社会资本办医“门槛”,通过放开市场,增加医疗卫生服务供给。^[2]

3.2 推进管办分开,理顺公立医院运行环境

长期以来“管办不分”的管理体制,使公立医院的经营管理行为缺少有效监督。目前各地对“管办分开”已有一些积极探索,如有的地区成立独立运行的医院管理局,不隶属于任何部门,将卫生、财政、发改、组织、人事等与公立医院有关的管理职能整合起来,代表政府履行出资人职权和行政管理服务,负责医院业绩考核、国有资产监管;以出资人的身份享有投融资决策权和院长选聘考核权;负责推进所属公立医院探索管理体制和运行机制改革。通过管办分开,理顺所有权与行政权关系,让卫生行政部门从医院管理的具体事务中解脱出来,集中精力抓行业监管,有利于培育公平竞争的外部环境。

3.3 探索现代医院管理制度和人事分配制度改革,建立公立医院运行新机制

在公立医院内部探索建立现代医院管理制度,建立科学合理的法人治理结构,是实行“政事分开”,实现所有权与经营权分离的关键环节。法人治理是指为实现出资者目的,平衡所有者、经营者以及利益相关者的若干制度安排,核心是解决好所有者和经营者的委托和代理关系。内容包括落实公立医院经营管理和用人自主权;建立理事会等多种形式的法人治理结构,明确理事会与院长职责;建立院长负责

制和任期目标责任考核制度;建立公益性质和运行效率为核心的公立医院绩效考核体系;健全分配机制,探索建立符合医疗行业特性的薪酬制度等方面。对此已有一些省市先行先试,如浙江省东阳市人民医院以“实行董事会领导下的院长负责制”为核心的改革,建立起决策、执行、监督相互促进、相互制衡的运行管理机制^[3],为县级公立医院建立法人治理结构的改革积累了有益经验。在调动医院内部积极性方面,通过实施人事分配制度改革,建立以成本和质量控制为中心的管理模式,收入分配不直接与医疗服务收入挂钩,重点关注工作数量、服务质量、病人满意度三项指标的改善,打破大锅饭,拉开收入差距,让医务人员工作重心回到提供优质的医疗服务上。

3.4 改革医保支付方式,合理控制医疗费用增长

随着医疗保障水平提高释放的医疗需求、医疗行业技术水平发展以及人口老龄化现状等因素,都会造成医疗费用的不断攀升,可能抵销基本医疗保障水平增长带给患者的收益。医保支付方式改革是当下各地普遍使用的控制医疗费用不合理上涨、规范医疗行为的有效手段。目前医疗保险普遍采用的支付方式主要有按服务项目付费、总额预付、按服务单位付费、按人头付费、按病种付费等,五种具体方式各有利弊^[4],发展趋势普遍由后付制改为预付制,由单一付费方式走向组合型付费方式,按病种诊断分类支付(DRG)逐渐成为主流。通过医保支付方式改革使医院和医务人员自觉调整服务行为减少不必要的医疗支出,对控制医疗费用增长将发挥越来越重要的作用。

参 考 文 献

- [1] 周金玲. 公立医院的公益性解析[J]. 卫生经济研究, 2008(7): 3-5.
- [2] 吴敏. 城市公立非营利性医院管理体制改革的途径分析[J]. 中国卫生事业管理, 2004, 20(11): 646-649.
- [3] 李磊, 赵阳, 夏云, 等. 对公立医院运行机制改革的思考[J]. 卫生经济研究, 2010(4): 7-9.
- [4] 钱海波, 黄文龙. 医疗保险支付方式的比较及对我国的发展前瞻[J]. 中国医疗前沿, 2007, 1(1): 101-103.

[收稿日期:2012-05-07 修回日期:2012-07-16]

(编辑 薛云)