

# 我国公立医院的功能运行状况与改革进展

代涛\* 尤川梅 何平

中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

**【摘要】**经过多年的发展,我国公立医院的服务能力逐步提高,服务功能不断完善,提供了大量的门诊、住院及疑难杂症和危重症诊治服务,承担公共卫生服务、应对突发公共卫生事件、医学教育和科研、对口支援贫困地区基层卫生机构等具有社会功能性质的任务。但我国公立医院在运行中也出现一些问题,如应有的功能和责任履行不到位,布局、规模和结构不尽合理,职工收入与经济效益挂钩,负债经营现象普遍等。为促进我国公立医院良性发展,近年来进行了一系列改革探索,并取得了部分进展,主要包括:1)决策权的变革,主要体现在扩大人员聘用自主权和薪酬分配自主权;2)筹资领域实行融资改革;3)市场环境方面,进行支付方式的改革和对医院支持系统进行社会化改革;4)治理模式改革方面,政府通过任命医院领导团队实施管制;实施新型治理模式的改革,如建立医院管理中心和医院管理理事会,实施“管办分开”等;建立医院集团、推进功能整合等治理模式。

**【关键词】**公立医院;功能;运行;改革;进展

中图分类号:R197.3 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)08-0014-08

## Analysis on functional operation and major reform advances of public hospitals in China

DAI Tao, YOU Chuan-mei, HE Ping

Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

**【Abstract】** After years of development, China's public hospitals gained a lot of achievements in improving service ability and functions. The major functions of public hospitals are medical services and social functions, specifically, including providing common outpatient and inpatient services, treating complicated and catastrophic diseases, as well as undertaking social functions, such as, providing public health services, responding to public health emergencies, taking on medical education and scientific research, and assisting primary health care facilities in poor areas. However, there are still some problems in their operation or management, such as insufficient fulfillments of functions and responsibilities, unreasonable configuration, scale and structure, close linkage between health workers' incomes and their economic benefits, widespread high-liabilities operation models. In order to stimulate the healthy development of public hospitals, many reforms have been implemented in recent years, including: 1) reforming decision-making rights, that is, expanding autonomous rights on personnel employment and distribution of remunerations; 2) reforming financing system of public hospital; 3) reforming payment method and supporting system of public hospitals in terms of market environment; and 4) reforming governance models, such as assigning and appointing hospitals managers to strengthen the government regulation, adopting new style of governance models involving in establishing management centers or councils of public hospitals, separating decision-making and monitoring functions from enforcing functions of the government, constituting hospital unions and promoting integration of functions, and so on.

**【Key words】** Public hospitals, Function, Operation, Reform, Advances

在我国,公立医院的主要职能是提供医疗服务,另外作为政府的公共医疗卫生机构,它还发挥着重要的社会功能。经过几十年的发展,公立医院的服

务能力显著提升,服务功能不断完善,但是,公立医院在取得成就、积累经验的同时,在运行中也暴露出诸多问题。为促进公立医院进一步发展和功能完

\* 基金项目:卫生部政策法规司2008年卫生政策研究立项课题。

作者简介:代涛,男(1969年-),中国医学科学院医学信息研究所所长,卫生政策与管理研究中心常务副主任,研究员,主要研究方向为卫生政策与管理、医学信息研究。E-mail:daitao@imicams.ac.cn

善,我国从来没有停止过探索公立医院改革的步伐。

## 1 我国公立医院的功能运行状况

### 1.1 公立医院的主要功能

#### 1.1.1 医疗服务功能

公立医院的医疗服务包括了从普通的门诊和住院服务到疑难杂症、急危重症的诊断和治疗,其中既包括采用适宜技术,面向城乡居民提供无差异的廉价的基本医疗服务,保证社会的公平和公正;也包括利用较高的医疗技术水平和先进的技术设备,为社会提供疑难杂症的诊断与治疗服务;还包括采用特殊手段、技术和服务路径为高端人群提供的特需医疗服务。

#### 1.1.2 社会功能

公立医院的社會功能是一个国家的政府与社会赋予它的使命和任务,反映了公立医院在整个卫生服务体系乃至整个经济社会发展中的功能定位和作用,是一个国家卫生政策价值取向的集中反映。<sup>[1]</sup>我国公立医院的社会功能具体如下:

(1)推出惠民医疗服务。目前,全国许多公立医院探索了不同形式的惠民医疗服务,如:①限价门诊。对门诊服务进行限价,如免收挂号费、注射费,对手术、化验、治疗等项目实施费用减免。②济困病房(病床)。主要指专门开设惠民病房或惠民病床,为低收入和特困人群提供基本医疗服务。③“三济”服务(混合济困服务)。是指一个医疗机构内同时设有济困门诊、济困病房(病床)、济困药房或其中两者。通常,级别较低(小型)的公立医院多开展限价门诊服务;级别较高(大型)的公立医院由于具备较强的经济实力,多开展济困病房或混合济困服务。

(2)处置突发公共卫生事件。一直以来,我国在突发公共卫生事件、重大自然灾害、相关疾病的预防与控制、生命救治等方面基本上都是由公立医院承担,公立医院发挥着维护人群生命安全、维护社会稳定的骨干作用,是国家和社会的稳定器,属于一支特殊的“人民子弟兵”。例如,2003年“非典”期间,许多公立医院作为非典定点医院,专门收治非典病人;或设立发热门诊,接受非典疑似病例。

(3)承担医学教育功能。公立医院承担了医学生培养和临床医师规范化培训的重要任务,是医学科技人才的孵化器。国内有三类公立医院承担不同类型的医学教育任务,一是附属医科大学/学院的公立医院(附属医院),主要承担临床理论教学、临床实

习和见习、毕业实习的任务;二是与医学院校建立稳定教学协作关系的公立医院(教学医院),与附属医院承担相同的任务;三是承担医学院校部分学生的临床见习、临床实习和毕业实习任务的公立医院。据资料显示,<sup>[2]</sup>我国三级以上大型公立医院有90%承担着高等医学生的临床教学或实习任务,在高等医学院云集的东部省份,这个比例接近100%,同时,在经济发达地区,大部分二级甲等公立医院也承担着医学生的临床教学或实习任务。

(4)开展科学研究。公立医院大多承担了科学研究任务。在我国,作为地域中心医院的大型公立医院在承担科学研究任务,开发新的诊疗技术方面发挥着重要作用。基于具有一批既有丰富临床经验又有较强理论水平、素质较高的学术带头人和具有良好的学术作风、严谨的科学态度和肯于刻苦钻研的中青年科技骨干,配备有先进的技术设备和一定数量的设施完善的实验室,具有丰富的信息、资料和病例来源等优势,大型公立医院承担了许多大型科研项目,如省部级、国家级、甚至国际合作项目,有的大型公立医院在某些领域发挥国家队的作用。相比之下,中小型公立医院由于受人才、设备和经费等限制,它们承担的科研项目较少,级别和层次也相对较低。

(5)承担支边、支农、对口支援等政府指令性任务。公立医院对口支援基层卫生机构是其重要的社会功能之一。目前,许多二级以上公立医院在城市承担对口支援社区卫生服务,在农村对口支援县医院、乡镇卫生院的任务。具体操作方式如,公立医院派出医务人员到基层卫生服务机构坐诊,帮助它们为当地人群提供医疗服务、进行一些疑难杂症及重大疾病的诊治;帮助基层卫生服务机构培养基层卫生人员,如对医务人员提供业务培训、开展讲座、提供现场技术指导、接受基层人员到医院进修;对基层卫生服务机构提供物力、财力的帮助,如支援基层卫生机构的基础设施建设,对其赠送基本药品和一些医疗器械;帮助基层卫生服务机构建立规章制度和技术规范、开展适宜技术和引进新技术。

(6)提供预防、保健、康复、健康教育等公共卫生服务。预防、保健、康复、健康教育等公共卫生职能是医院整体服务功能的组成部分,对改善人群健康具有重要意义。预防保健职能:在公立医院中,设立的预防保健科是医院预防保健服务的主要承担者,具体负责医院传染病疫情报告、健康检查和健康咨询、社区医疗预防和卫生保健、卫生宣传健康教育、

疾病普查谱治、计划生育与优生优育技术指导及职工保健等任务。<sup>[3]</sup> 康复服务职能:为满足人们日益增长的康复服务需求,我国很多公立医院积极创造条件,开展康复医疗服务。2004年,全国共240个康复医学科,分布在三级医院及部分二级医院和中医院内。<sup>[4]</sup> 健康教育职能:我国公立医院开展健康教育主要形式有:门诊患者健康教育,如医院设立健康教育墙报、宣传板进行健康宣教,定期组织健康知识讲座为患者解答相关健康知识;<sup>[5]</sup> 住院患者健康教育,如科室、病区开展专科专病的健康讲座,医师、专家负责讲授,或者由护士对患者及其家属开展入院教育、疾病相关的预防、治疗、康复、护理、用药等方面的教育、出院健康指导等;面向大众健康教育,如通过举办健康教育活动,深入社区、学校、企事业单位开展卫生专题讲座,向广大人群讲授健康教育知识、提供健康咨询服务。

### 1.1.3 其它服务功能

(1) 干部保健工作。属于预防保健服务的范畴,它是公立医院针对特殊群体——各级干部,所提供的保健服务。当前,全国范围内除专门的干部保健机构外,很多公立医院也承担了干部保健工作,服务形式是提供门诊保健和住院保健服务。<sup>[6]</sup>

(2) 援外医疗。援外医疗是我国外交工作的一个组成部分,对维护受援国人民健康、促进受援国卫生事业发展、增进我国同受援国之间的友谊,发挥着不可替代的作用。同时,援外医疗对于密切我国同广大发展中国家的传统友好关系、维护国家形象,营造有利于现代化建设的国际环境、走和平发展道路、奉行互利共赢的开放战略也具有重要的战略意义。1963年,中国向阿尔及利亚派出第一支援外医疗队,掀起了中国同第三世界国家以医疗队为主要形式的卫生援助的史页。<sup>[7]</sup>

(3) 生产药剂。医疗机构制剂是指医疗机构根据本单位临床需要,经批准而配置、自用的固定处方制剂,即,制剂处方不变,配置工艺成熟,并且可在临床上长期使用于某一病症的制剂,且医疗机构配置的制剂应当是市场上没有供应的品种。<sup>[8]</sup> 近年来,医院制剂得到逐步发展,在保障临床用药,满足医疗科研需要方面发挥了重要作用,在一定程度上解决了市场上药品品种供应不足或规格不全等问题。据统计,我国已批准上市的中成药有90%以上的品种是在医疗机构制剂的基础上开发出来的。<sup>[9]</sup> 据统计,我国目前至少有9 000多家医院领有《医疗机构制剂许

可证》,拥有一定规模的制剂室,这其中既包括大型医院,也包括中小医院。<sup>[10]</sup>

## 1.2 公立医院运行中存在的主要问题

### 1.2.1 公立医院承担的功能和职责履行不到位

目前,我国基层医疗机构病源不足,而各大医院却人满为患。大型公立医院不仅诊治最简单的感冒,也治疗最为复杂的、严重的、危急的重大疾病。大量普通病源涌进大医院,增加了医院的工作负荷,占用了其用于研究和诊治疑难杂症及重大疾病的时间,从而影响其开发新的、高尖的、前沿的医疗技术。公立医院虽然大多履行了社会功能,但仍然不足。如,近年来媒体报道一些无主患者或贫困患者因为无钱而被某些公立医院拒绝收治的事件;有的公立医院通常基于政策要求,而非人道主义奉献精神开展某些政府指令性任务或应对突发公共卫生事件;还有的公立医院因为资金问题无法很好的承担医学教育和医学研究任务等。反之,公立医院却沿着另一轨道偏向发展,如设备、病房设施竞相超前发展,床位规模、基础建设盲目扩张,其目的主要在于满足高层次的需求而进行最大的利润追逐,而非提供更多的基本医疗服务和承担社会功能。

### 1.2.2 公立医院的布局、规模与结构不合理

当前公立医院的布局、规模与结构不合理问题突出。布局方面,公立医院在城乡之间、不同地域之间和同一地域中的不同城区之间的分布存在较大差别,优势资源集中在城市地区、经济发达地区、城市的旧城区,而农村地区、经济欠发达地区及城市的新城区缺少大型公立医院。规模方面,一些公立医院盲目增设病床,实际开放床位数通常大于核编床位数。有的公立医院不考虑人群卫生服务需求,盲目大量引进大型医疗设备,导致某些昂贵大型设备闲置。人员结构(如医护比倒置、后勤及管理人员比例过高<sup>[11]</sup>)和服务结构不合理问题(如大型公立医院提供了大量应由基层卫生机构承担的普通医疗任务,并且过多关注提供仅高端人群才能享受得起的特需医疗服务)较为突出。

### 1.2.3 职工收入与医院经济效益直接挂钩

公立医院职工收入与医院经济效益挂钩问题非常普遍,具体表现形式是医院的奖金分配与医院(科室)经济效益直接挂钩。根据政策规定,医院可以将其部分收益用于改善医务人员福利待遇,因此,许多医院根据医院效益情况对医务人员进行奖金发放。然而,在奖金分配过程中,许多医院将经济指标作为奖金分配的唯一参考因素,或者综合考虑了医疗服

务质量、数量、病人满意度、医德医风等诸多因素,但在实际操作中权重分配比重不当,仍旧是偏重经济指标,由此导致医务人员个人收入与整个医院(科室)的经济效益建立起了必然联系。更为突出的是,有的医院为了增加经济效益,为各个医务科室和医务人员个人下达经济指标,导致为完成经济指标或为获得个人最大利益而开大处方、大检查、重复检查等,使就诊人群成为最终的受害者。

#### 1.2.4 公立医院中的负债经营问题

当前,公立医院负债经营现象普遍,在医院门诊和病房楼豪华气派、设施先进、装修高档次、医疗设备快速更新的背后常常以负债为代价,主要原因包括:医院为了做大、做强,提高服务水平而负债投资;不分析需求而盲目投资,在短期内投资难见收益时,为解决资金困难而负债经营;政府行政规划不合理,要求医院添加项目或完善建设,但补偿不足,公立医院投资后出现亏损,陷入负债经营的局面;政府对公立医院盲目投资的行为约束不够,导致公立医院随意贷款,造成负债。<sup>[12-13]</sup> 公立医院过度负债会引发财务危机,同时带来诸多不利后果:对医院而言,资金紧张影响了职工收入,不利于团结人心和稳定人才,医院服务质量下降,承担社会功能的意愿和能力降低;对患者而言,公立医院公益性淡化,通过不合理处方和检查手段追逐利益,导致医疗费用上涨,加重人群疾病经济负担;对整个医疗市场而言,公立医院通过负债方式盲目扩建,导致医疗资源配置过剩,形成浪费。

## 2 我国公立医院改革的主要内容

2002 年,世界银行的 Preker and Harding 博士提出了促进医院绩效的医院改革模型,根据医院自主权的不同水平,将其分为传统的全额预算公立医院、拥有较大自治权的医院、半私立或企业化的医院、私立医院;并从医院的决策权、医院对收入结余的处置权、市场环境、医院的责任与治理、社会功能等五个纬度对医院功能进行分析评价。借鉴这一模型,我国公立医院近年来在决策权的变革、筹资来源与结余处置权、医院的市场环境、治理模式与不同医疗机构的功能整合等方面进行了一系列的改革。

### 2.1 公立医院决策权的变革

公立医院决策权是指对医院投入、运行、产出等自身运行及医院发展战略等方面进行决策,主要包括人员聘用、薪酬管理;对土地、建筑、大型设备等资

产的处置;对药品、医用耗材、小型设备等用品的购置;确定提供的医疗服务种类和数量;对财务、医疗工作和运行过程的管理等。改革开放前,我国的公立医院基本上实行全额预算制度,近年来,政府对公立医院的预算投入减少,医院通过自主经营、自负盈亏的方式得到补偿,其自主权不断加大,主要体现在人事和薪酬分配方面。

#### 2.1.1 人员聘用自主权的扩大

近年来,国内在院级领导的竞聘方面进行了一些改革尝试,包括:“国有民营、委托管理”的医改模式,院级领导聘任中,医院院长由委托管理公司提名,由卫生行政部门、委托管理公司、医院成立的监事会聘任,院长全权聘任副院长和助理。<sup>[14]</sup> 同时,公立医院可以自主决定内部机构设置、科室编制和人员组成,对其中层和一般员工的聘用有较大自主权,实行内部人员的岗位竞争聘用制,中层干部竞聘上岗,科室员工双向选择,竞争上岗等。<sup>[15]</sup>

#### 2.1.2 人员薪酬分配自主权不断加大

我国公立医院的薪酬管理在计划经济时期完全按照国家统一的标准给职工发放工资。改革开放以来,医院薪酬制度从计划经济体制下的职务等级工资制改变为由基本工资、职务工资、工龄工资和奖励工资组成的结构工资制。1979 年,卫生部、财政部、国家劳动总局联合下发《关于加强医院经济管理试点工作的意见》,随后,许多医院开始探索新的薪酬管理制度,即引入奖金制度,工资和奖金成为医院薪酬的主要内容。随着医院经济政策的变革,医院可在不违背事业单位工资制度和政策的基础上,对工资总额进行核定,自主确定各类人员的内部分配,实行岗位工资+绩效工资的制度,如:在基本工资中增加奖励成分、推行岗位工资制,将奖金与绩效挂钩,对医院的核心技术人员和管理人员实行年薪制等。

### 2.2 公立医院的融资改革

公立医院筹资来源主要有财政补助、医疗服务收费和药品收入。<sup>[16]</sup> 多年来,我国政府对公立医院的补助不足,并呈下降趋势,公立医院为维持运行,通过资本市场进行融资等方式获得资金,以扩大规模、改善基础设施和更新设备,增加医院竞争力。公立医院的融资形式包括国债项目、银行贷款、项目合作等。国债项目往往有政府主管部门的认同与支持,带有政府资助性质,资金多用于医疗用房扩建等较大规模的基本建设;银行贷款主要是为医院的发展战略服务;项目合作是指通过专科承包或医疗设备

项目合作等方式,以资本方为经营主体形成院中院,或通过租赁、分期付款、分账式引进设备等,但由于院方控制力减弱,经营中存在不规范操作,一直被政府部门所禁止。另外,一些地方政府也为公立医院进行资本市场融资,其本质是对公立医院进行产权制度改革,包括财政从公立医院资产部分退出和全部退出两种形式,前者以河南新乡市对公立医院融资改造为代表,政府通过引入国有企业(华源公司)资本,将公立医院国有资产所有权 70% 出让,共同组成股份制公司,形成社会资本对公立医院的控制与经营;<sup>[17]</sup>后者以江苏宿迁对公立医院融资改造为代表,政府几乎将所有公立医院通过拍卖、协议转让、职工持股等方式,让渡给社会资本。

## 2.3 公立医院市场环境方面的改革

### 2.3.1 支付方式改革

我国医疗服务主要是按项目收费,其有利于提高医院提供服务的积极性,但却可能造成医疗费用快速上涨并加重患者负担。为减少按项目付费的不良作用,一些地区积极探索支付方式改革,主要是试行按病种定额和按病种限额付费,其中以限额的形式更为普遍。<sup>[18]</sup>改革的发起者和实施原因主要有两类,一是医疗保险部门或卫生行政部门与医疗保险经办机构(如新型农村合作医疗管理办公室),为充分发挥卫生资金的使用效益和确保基金安全、提高医疗服务质量、降低医疗成本、控制医疗费用不合理增长,解决老百姓“看病贵”的问题等,而推行按病种付费试点;二是一些医院出于降低病人的医药费用以吸引人群、提升医院竞争力,而自发实行单病种付费。

2.3.2 对公立医院支持系统进行社会化改革,提高医院竞争力

(1)推进医院后勤服务市场化和社会化改革。卫生部 2003 年下发了《关于医疗卫生机构后勤服务社会化改革的指导意见》,正式启动了医院后勤服务社会化的进程。外包服务费用的支付逐渐从划拨过渡到按项目合同支付,而非完全以市场竞争性的价格支付。<sup>[19]</sup>改革模式大致分为三类<sup>[20-21]</sup>:竞标分类承包模式,将医院后勤服务分成几块,面向社会公开招标,打破院内后勤服务独此一家(医院自办)的格局,例如引进社会保洁公司或专业团队负责医院内环境清扫保洁、医院内修缮、加工改造和中央空调管理等;完全外包的服务模式,将后勤整体交给社会专业服务公司,由其承担具体的服务工作,而医院负责后勤公司的引进、后勤工作的监督与考核<sup>[22]</sup>;组建

中心或集团的模式,以服务项目为指导原则组建“中心”,如将水、电、汽、空调维修、木工、机修、电梯等维护性项目归并建立独立核算、自负盈亏的后勤服务中心,把病区清洁、病区防护、保安、运送等托管给社会服务的托管中心等。

(2)尝试进行医院药房管理改革。为控制药品费用,部分医院采取药房托管、医院门诊药房分离等措施。药房托管是将医院药房的所有权和经营权分离,所有权仍归医院,但经营权交给托管的医药商业企业。医药商业企业每月按销售收入的一定比例上缴医院,保证医院收益不受影响。药房被托管的医院不再参加药品集中采购,改由托管方统一采购。南京市自 2006 年推出药房托管,截至目前该市二级及二级以下 156 家医院的药房已几乎全部实行了托管,通过改革,该市医院的药价平均降幅达到了 30%。<sup>[23]</sup>实行医院门诊药房分离的目的是希望彻底切断医院的药品经济利益驱动,青岛等地已进行了试点,但鲜有成功的经验介绍。

(3)推进医院管理信息化,提高自身竞争力。进行医院信息化建设,目的是加强医院管理、提高医院水平、促进医院内涵发展和全面建设。近几年,医院信息化工作有了较快发展,据某项调查,<sup>[24]</sup>截止 2005 年底,488 家医院中 61.37% 的医院其信息化部门员工人数平均为 8.68 人;门急诊划价收费系统、药房管理系统,入、出、转管理系统,费用管理系统,病区(住院)药房管理系统,药库管理系统建设状况相对成熟,信息化的实施比例均在 80% 左右。

## 2.4 改革公立医院治理模式,强化公立医院责任

随着医院自治权的增加,政府直接行政管理的程度在削减,取而代之的是通过医院管理理事会、合同约定、规章制度、监督管理等方式来强化医院的责任,其重要措施是进行公立医院治理模式改革,主要做法有:政府通过任命医院领导团队实施管制,建立医院管理中心或医院管理理事会、实施“管办分开”等新型治理模式,建立医院集团、推进功能整合等。

2.4.1 政府通过任命医院领导团队实施对公立医院的管制

政府对公立医院主要通过直接任命医院领导团队、对医院的绩效进行考核、监督规章制度执行等进行管制。公立医院领导团队通常由上级卫生行政部门或干部管理部门任命,实行院长负责制下的集体领导形式。在医院管理团队中,一般没有社区代表参加,病人和医疗保险部门作为主要付费者对医院

的监督很有限。上级行政部门除了对医院领导团队的任命和监督之外,对医院的运行与管理则较少干预,主要通过规章制度和政策等对医院实施管理,医院对其自身的绩效负有较大责任。

#### 2.4.2 公立医院治理改革的几种主要模式

(1) 成立医院管理中心,实行“管办分离”的改革模式。以上海申康和无锡为代表。2005 年上海成立申康医院发展中心,作为市级公立医院国有资产投资、管理、运营和政府主办的责任主体,在市卫生局的行业管理和业务指导下,承担投资举办市级公立医院的职能,并对其实施监督管理;<sup>[25]</sup>市卫生局则全面履行公共卫生管理职能,强化医疗卫生行业管理的职能。2005 年无锡市启动了以“管办分离”为主要内容的改革,成立医院管理中心,与卫生局同级,代表市政府经营管理所属国有医院的资产和业务,接受卫生行政部门的行业管理;医院院长由医管中心通过组织选派、公开招聘、公推竞岗等形式聘任,其对医疗服务、资产经营活动和行为负总责,具有一定的经营管理、经济分配和人事用工权。

(2) 建立医院管理理事会模式。以苏州为代表,2004 年苏州市卫生局出台了《关于市属医院实行管办分离改革的实施细则》,基本做法是在政府监管下,组建医院管理理事会,对公立医院进行管理。卫生局与公立医院之间由行政关系过渡到合同关系,公立医院社会责任落实在合同条款中,保证了政府卫生行政部门监管职能的实现。理事们收入实行年薪制,收入由岗位薪酬和理事会自主分配两部分组成。理事会可自主招聘人员,实行全员聘用和人事代理制度,有权自主决定内部机构设置、调整与撤消。<sup>[26]</sup>

(3) 公立医院统一归口管理模式。以潍坊为代表。2005 年,山东省潍坊市卫生局建立隶属于同级卫生行政部门的医院管理中心,对公立医疗机构进行全面管理。将分散在财政、社保、人事等政府部门的医院管理职能统一集中到卫生行政部门,由其负责与财政、组织、人事、医保等部门的协调,承担对公立医院的监督管理职能。<sup>[27]</sup>

(4) 建立医疗股份制管理公司模式。以上海仁济为代表。2003 年,上海仁济医疗股份制管理公司成立,以仁济医院为中心,向托管医院提供技术服务、规范和管理。目前共托管 9 家医院,彼此之间没有产权联系,被托管的医院由管理公司委派或任命院长,实行统一的标准化管理模式,院长负责日常事务的处理,非常规性的工作则由管理公司统一执行。

管理公司可以依据院长的业绩对其继续聘任或解聘,在其托管的几家医院内部可以实现人才共享、自由流动,相当于形成了内部职业经理人的市场。由政府代表和管理公司人员组成的医院管理委员会,相当于公司的董事会,享有相应的决策和监督职能,建立起所有者、经营者、劳动者之间互相激励又互相制衡的治理结构和经营管理体制。由于其不改变医院的产权,不涉及人员身份的转换,只是管理模式的转变,矛盾较小。<sup>[28]</sup>

(5) 成立医院董事会模式。以东阳市为代表。1993 年台商投资 1 000 万美元改建浙江省东阳市人民医院急救中心和重建巍山医院,医院建立了由董事会、监事会和院长组成的法人治理结构,实行董事会领导下的院长负责,实现了政事分开、经营权与所有权分离。医院仍为非营利性国有医疗机构,财产仍归国家所有。董事会为医院最高权力机构,向市政府负责,确定医院发展战略和规划,行使重大事项决策权,下发总体工作目标及考核标准,提名并聘任院长;监事会成员由政府代表和医院职工代表组成,主要职权是检查医院财务,负责对董事会和院长行使职权的活动进行监督;院长负责提名副院长和主要会计人选,经董事会审议同意后即可聘任,而医院的中层行政、技术管理人员则由院长直接聘任。<sup>[29]</sup>

#### 2.4.3 医院集团化改革与医疗卫生服务功能整合

(1) 医院集团化改革。医院集团是以具有技术、人才、管理、服务优势及良好社会基础的医院为中心,多个具有法人资格的医院及多个投资、管理机构共同参与,采取资产重组、合并、兼并、合作、合资等形式,通过医疗技术渗透、管理理念推广和体制改革等措施,形成一个技术水平高、管理科学、功能齐全、服务完善、有规模效益的医院集合。近年来,医院集团发展迅速,据不完全统计,目前已有医疗投资管理公司和医院集团近 120 余家,包括如下发展模式<sup>[29-30]</sup>:

协作型医院集团。以地域优势或学科专业技术优势为纽带,以松散协作为形式,集团内各医院没有隶属关系,所有制性质、财务核算形式、现有资产所属关系、人员归属管理权限均不变,医院各自承担相应民事责任,独立经营,为我国大多数医疗集团所采用。医院集团重组各方以协议或契约的方式建立起协作经营关系,实行管理委员会的方式,在政府机构领导下开展工作,采取平等协商的方法进行集团战略决策。如南京鼓楼医院集团,由南京市卫生局牵

头,联合鼓楼医院、儿童医院、口腔医院组成集团。

连锁型医院集团。以核心医院为母体、专科特色为纽带、连锁经营的形式分设医疗点,实施统一的医疗服务、医院管理和经营活动,扩张医疗市场,形成类似母公司和众多连锁经营子公司的形式。常见于具有专科性质的医疗机构,或不同规模综合性医疗机构具有某种共同专长的学科中,以某个专科和特色项目为模板,如牙科、眼科、激光治疗、整形美容等,开展单项复制式的经营。连锁经营型的医院集团通常规模较小,灵活多变,易于扩散,甚至可以跨省市发展。如民营医院凤凰医院集团、上海华山神经外科集团医院、辽宁省沈阳市博爱齿业集团。

兼并托管型医院集团。以资本和长期经营管理权为纽带,由一家核心医院牵头购买、兼并、联合医院。被联合医院由核心医院派员参与管理,并在学科建设、人才培养、医疗技术等方面给予指导支持,医院隶属关系、产权、级别、人事归属保持不变;被兼并医院纳入核心医院统一管辖,建制撤消,产权转移,人员合并。如上海瑞金医院集团、沈阳东方医疗集团、大庆油田总医院集团等。<sup>[31]</sup>

资产重组型医院集团。以资产或部分无形资产为纽带,由一家核心医院兼并、重组或托管多家医疗机构,以松散协作为形式,联合周围专科和其他级别医院,形成统一名称、统一法人代表、产权明晰的医疗联合体。通过医院集团的规模效应,例如优化资源结构、集体采购、统一配送、融资贷款等,采用统一管理降低运营成本,共享医疗资源。例如,海慈医疗集团下属若干个二级法人单位,实行理事会领导下的院长负责制、干部聘任制、用人合同制和资产统一调配制,保证集团整体运营与二级法人单位独立经营的统一性和协调性。<sup>[32]</sup>

(2)部门所属医院与地方医疗机构重组。部门所属医院主要是指企业或非卫生部门所办的医疗机构。近年来,国有企业为适应经济体制转轨,建立现代企业制度,转换经营机制,对企业医院实行社会化、企业医院与地方医院合并或移交地方管理等改革。从行业看,铁路系统医院“移交地方”工作进展明显。<sup>[33]</sup>

(3)医疗机构和计划生育服务机构合作的改革实践。部分地区开展了计划生育服务机构与卫生服务机构合作的改革实践。如江苏省铜山县为满足群众日益增长的医疗卫生和避孕节育、生殖保健系列服务的需求,整合资源,建立融计生、卫生于一体的

农村新型服务模式和工作机制,<sup>[34]</sup>卫生与计生服务的整合,实现了资源共享、优势互补,满足了群众渴望优质服务的需要,拓展了卫生服务的内涵。<sup>[35]</sup>

### 3 小结

我国公立医院是医疗服务的主要提供者和社会功能的主要承担者,发挥着医学孵化器的作用,是我国医疗卫生事业发展的旗舰。但公立医院运行中存在的问题不容忽视,通过多年的改革已经有所改善。然而,需要清醒认识的是,公立医院改革是一项长期的、艰巨的系统工程,需要政府强化责任,建立合理的补偿机制,保障公立医院的公益性并促使其履行社会功能;医疗市场中引入竞争机制,妥善处理既得利益,完善治理政策等,为公立医院改革创建有利的政策和制度环境,以促进未来改革的成功。

### 参 考 文 献

- [1] 王小合. 对构建公立医院社会评价体系的思考[J]. 中国医院管理, 2006, 26(4): 5-7.
- [2] 薛宇, 王长青, 季晓辉. 大型公立医院高等医学教育功能的探讨[J]. 南京医科大学学报, 2005, 9(3): 222-224.
- [3] 王慧军, 叶炯贤, 张献共, 等. 打造预防保健专业化核心提升医院服务能力[J]. 现代医院, 2006, 6(7): 136-138.
- [4] 卓大宏. 综合医院康复医学科建设的发展与提高[J]. 中国临床康复, 2005, 9(1): 7, 19.
- [5] 赵菁. 综合医院门诊健康教育的方式与效果评价[J]. 中日友好医院学报, 2008, 22(2): 124.
- [6] 赵玉晖. 干部保健工作的发展与改革研究[J]. 社区医学杂志, 2007, 5(1): 61-63.
- [7] 蔡蜀亚. 中国医疗队援外史[EB/OL]. (2004-12-16) [2009-06-02]. [http://news.xinhuanet.com/mil/2004-12/16/content\\_2341300.htm](http://news.xinhuanet.com/mil/2004-12/16/content_2341300.htm).
- [8] 潘勇, 黄平, 丁惠萍. 504篇关于医院制剂的文献分析[J]. 医学前沿, 2008, 27(6): 696-697.
- [9] 吴晓春, 史颖. 对当前医院制剂面临现状及发展方向的调查与思考[J]. 中国现代医药杂志, 2008, 10(4): 141-142.
- [10] 陈国儒, 袁林. 医院制剂发展的思路[J]. 中国医院药学杂志, 2005, 25(9): 875-876.
- [11] 杨文秀. 大型公立医院发展方向与建设规模关系的研究报告[R]. 2007.
- [12] 金虹. 医院负债成了不能忽视的双刃剑[J]. 医院管理论坛, 2008, 25(1): 18-23.
- [13] 郝栋梁, 孟昭爱. 浅析医院负债原因及管理策略[J]. 中国卫生事业管理, 2006, (12): 725-726.

- [14] 孔云龙, 金建清, 刘卫东. 国有民营体制下的人事制度改革与人才流动[J]. 中国现代医药杂志, 2005, 7(3): 76-77.
- [15] 陈绍福. 我国医院管理者职业化调查[J]. 中国卫生产业, 2004, (1): 80-82.
- [16] 管勇. 试论完善公立医院的补偿机制[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(2): 54-55.
- [17] 何党生. 芜湖公立医院改革民间观点[EB/OL]. (2009-03-30) [2009-06-02]. <http://www.globrand.com/2009/213718.shtml>.
- [18] 王淑红, 陆岷, 张秋菊, 等. 运用单病种核算及住院费用最高限价控制医药费用增长[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(8): 27-28.
- [19] 阮肖晖, 黄汉津. 国内外医院后勤服务业务外包的对比研究[J]. 医院管理论坛, 2005, (11): 58-61.
- [20] 诸葛立荣. 国内外医院后勤服务模式比较[J]. 中国卫生资源, 2003, 6(2): 88-90.
- [21] 陈春涛, 蔡志明, 卢祖询. 关于建立现代医院后勤管理体制模式的探讨[J]. 中国医院, 2004, 8(10): 38-40.
- [22] 肖平, 方豪, 刘颜. 国内外医院后勤社会化研究[J]. 现代医院, 2005, 9(5): 2-4.
- [23] 王丹刚. 药房托管——提高医院盈利的新模式[J]. 科技经济市场, 2007, (8): 74-75.
- [24] 中国医院协会信息管理专业委员会. 中国医院信息化状况调查报告——2006 公开版[J]. 中国数字医学, 2006, 2(2): 5-15.
- [25] 管办分离, 不仅是一种医疗行业管理模式[N]. 医药经济报, 2008-11-30.
- [26] 赵明, 马进. 苏州市公立医院管理体制改革剖析[J]. 中国医院管理, 2007, (9): 7-11.
- [27] 赵明, 马进. 潍坊市公立医院管理体制改革剖析[J]. 中国医院管理, 2007, 27(8): 9-12.
- [28] 梁铭会, 李敬伟, 王霞. 我国部分公立医院治理结构改革实例[J]. 中国医院, 2007, 11(5): 11-14.
- [29] 王玉梅. 我国医疗集团刍议[J]. 中国国情国力, 2005, (11): 15-17.
- [30] 张寓景, 孙逊, 李婷. 我国医院集团发展现状与对策分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2007, 14(6): 411-412.
- [31] 许定河. 我国公立医院集团概览[J]. 中国医院院长, 2007, (5): 26-27.
- [32] 杨洋, 朱迪. 关于青岛市医疗机构集团化发展的思考[J]. 齐鲁医学杂志, 2007, 22(2): 176-178.
- [33] 陈绍福. 点评国有企业职工医院社会化剥离[J]. 中国卫生产业, 2006, (11): 58-63.
- [34] 朱朝雷, 金小平, 赵传利. 江苏省铜山县出台整合村级计生、卫生资源实施意见[J]. 中国计划生育学杂志, 2004, (2): 75.
- [35] 刘玲玲, 金小凤. 卫生计生共携手新时期计划生育优质服务新模式探索[J]. 中外健康文摘, 2007, 4(6): 733-734.

[收稿日期:2009-06-03 修回日期:2009-07-20]

(编辑 田晓晓)

## · 动态讯息 ·

# 欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管, 中国医学科学院主办, 中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊。

《中国卫生政策研究》杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 围绕卫生改革发展中的重点、热点和难点等重要政策问题, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 建设我国新型卫生政策研究体系和学术平台。适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者, 卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校专业的师生等阅读。

本刊为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 每期 64 页, 大 16 开本, 定价 10 元/册, 全年 120 元。国际标准连续出版物号为: ISSN 1674—2982, 国内统一刊号为: CN 11—5694/R。编辑部可办理邮购, 欢迎广大读者订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicy.cn@gmail.com

电话: 010-52328667 52328670

传真: 010-52328670