

新加坡公立医院改革的主要做法与启示

代涛* 陈瑶 马晓静

中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】在经历了公司化改革及重新加强政府指导和干预后,新加坡公立医院改革开始采用更加精细的工具以强化对公立医院的监管,主要做法包括组建医疗集团、开展病例组合的支付方式改革、加强医院评价和国际认证、促进医疗相关信息的公开共享、加强人力资源建设等。改革的主要特点是通过引入市场机制、加强竞争提高服务质量和效率,但必须在政府的干预控制下,以保障大多数人群的基本医疗卫生服务需求为前提。这一改革的基本原则为我国公立医院改革也提供了良好的借鉴。

【关键词】新加坡;公立医院;改革;做法;启示

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.002

The main practices and implications of public hospital reform in Singapore

DAI Tao, CHEN Yao, MA Xiao-jing

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

【Abstract】 After corporation reform and strengthening government guidance and intervention, the public hospital reform has used more detailed tools to reinforce the regulatory in Singapore, including establishing hospital groups, carrying out payment reform of case mix, strengthening hospital assessment and international certification, promoting information publicity and sharing, strengthening human capacity building. The main reform features are to reinforce service quality and efficiency by introducing market system and competition and make supporting needs of basic medical care services precondition for most people. The reform principle provides good reference for the public hospital reform in China.

【Key words】 Singapore; Public hospital; Reform; Practices; Implications

1 公立医院的起源与发展

新加坡公立医院的建立可追溯至英国殖民初期。1959年之前,新加坡是一个英国的殖民地国家,其医疗服务体系具有明显的殖民地色彩。新加坡第一所综合性医院建立于1819年,主要服务对象是英国殖民地官员和军队。1830年建立了以收容贫民为主的第二所医院。从上世纪50年代开始,政府逐渐建立起公立医院,提供由税收支持的免费服务。然而,快速增长的医疗保健支出和人口老龄化等问题,使政府的政策在上世纪80年代开始转变。

新加坡居民拥有良好的健康状况。1970年到

2004年,婴儿死亡率降低了85%,人均期望寿命提高了16%。新加坡2‰的婴儿死亡率低于OECD国家的平均水平,而其79岁的平均期望寿命则超出了OECD国家的平均水平。^[1]新加坡的医疗体系主要由政府部门主导,公立医院提供全国四分之三的病床。政府对公立医院病房的补贴根据其舒适程度分为四级:最高级的A级病房完全由患者自付,B1级病房的费用政府补贴20%,B2级病房的费用政府补贴65%,C级病房费用政府补贴80%。公立医院病房中约有27%的病房属于C级,38%的病房属于B1和B2级,其余35%属于A级病房。新加坡的医生一半是私人执业,五分之二注册为专科医生。公立医院

* 基金项目:卫生部医疗服务监管司委托课题《公立医院改革与管理国际经验研究》

作者简介:代涛,男(1969年—),研究员,主要研究方向为卫生政策与管理、医学信息学。E-mail:daitao@imicams.ac.cn

的医生可获得固定的薪酬收入,但收入水平不及私立医院,这对决策者和管理者是否提高公立医院医生的报酬带来了压力。

2 公立医院改革的主要做法

1983 年,新加坡政府颁布《国家健康计划蓝皮书》,对卫生体制改革的影响深远,成为新加坡卫生体制发展的一个重要里程碑。以此为开端,新加坡公立医院改革可分为三个阶段。第一阶段从 20 世纪 80 年代中期到 90 年代初期,改革重点在于公立医院公司化改造和促进医院之间的竞争;第二阶段开始于 20 世纪 90 年代初期,以重申政府对医院的指导和干预为特点;第三阶段从 90 年代后期一直持续至今^[2],强调采用更加精细的政策工具以强化对公立医院的监管。

2.1 第一阶段:公立医院进行公司化改造,促进医院之间竞争

这一阶段的公立医院改革开始于 1983 年国家健康计划的推出。国家健康计划的指导原则是患者自由选择、增加患者自付费用比例、充分的市场竞争以及对那些无力承担医疗费用的人群提供政府补偿等。^[3]为了提高公立医院的效率,该计划主张赋予专业的医院管理者更大的自主权,并认为加强医院之间的竞争有助于降低成本和提高服务效率。1985 年,政府成立了非营利性的“新加坡医疗有限公司”,将所属的单个公立医院注册为公司法人,以实现公立医院的治理机制改革,公司的所有人是政府。“新加坡医疗有限公司”及其所有的附属医院拥有自己的董事会和院长,这些人员均由政府任命,目的在于赋予医院管理者自主经营权的同时仍保留政府的所有权。改革后的每个医院被授予人员招募、薪酬设定以及资源调配等经营职权,医院管理层对董事会负责并遵守商业会计准则和程序。政府为了在加强竞争的同时不损害贫困人群对医疗服务的可及性,采取对不同级别病房患者进行差别补助的方法,即一方面鼓励医院吸引全自费或大部分自费的 A 和 B1 级病房患者,达到促进竞争的目的;另一方面,对于 B2 和 C 级病房患者予以较高比例的补助。

改革后,公立医院的就医环境、服务质量和效率得到了改善,患者排队等候择期手术的现象得到缓

解,患者满意度有所提高。^[4]但是,医院出现过分地关注全额付费患者的现象,开始引进最新的医疗技术和设备以及聘请知名医生以提供新的临床服务,吸引经济条件优越的有支付能力的患者。这些行为使新加坡的医疗费用快速上涨,全额付费的病床逐渐代替有政府补贴的病床。到上世纪 90 年代初期,公立医院被认为过分地趋利,损害了公众利益,从而引发了第二阶段的改革。^[5]

2.2 第二阶段:加强政府对公立医院的指导和干预

该阶段的公立医院改革始于 20 世纪 90 年代初期,《付得起的医疗保健》白皮书指出“仅靠市场的力量还不足以将医疗费用控制在最低。在医疗领域,无管制的供应易诱导需求,从而提高了医疗保健的支出。为此,政府需要加强干预以防止服务的过度供给,抑制不必要的需求并最终控制成本”^[6]。这一阶段新加坡政府致力于提供“基本医疗保健方案”,控制整容手术、移植手术、人造器具、试验型药品等非基本医疗服务范围内的项目^[7],改革的核心是加强政府干预使医院保持效率的同时控制医疗成本。

为实现这一目标,政府采取了一系列措施。首先,为了使公立医院专注于为中低收入群体提供住院服务,政府严格控制了 A 级病房的病床比例,并要求 C 级病房病床必须达到一定比例;第二,新加坡卫生部强制实行了医院收入上限控制,设定了每病人日均费用。超过这个上限的医院获得的政府补助金额会相应减少,如果保持在限制之内,医院则被允许保留收支结余;第三,为了激励医院向 C 和 B2 级病房的患者提供服务,政府采用了基于实际提供服务的单位量进行财政补偿的支付方式代替原来的定额补偿方式;第四,新加坡政府通过限制医学院的招生名额的方式来控制服务供给;第五,公司化的医院被要求在购进昂贵技术和引进新的临床专科之前必须得到卫生部的批准,此外,对于那些会显著增加服务收费的决定,医院也必须获得卫生部的许可。^[7]

2.3 第三阶段:采用更加精细的政策工具,以强化对公立医院的监管

目前正在进行的改革开始于 20 世纪 90 年代后期,政府对医疗市场有了更多认识,开始采用更加精细的政策工具强化监管。改革重点围绕资源配置、支付方式改革、医院评价与认证、医疗信息公开共

享、人力资源建设等方面进行。^[1]

2.3.1 将公立医院重组为两大医院集团

不同医院在规模和声誉上的悬殊使得一些小医院处于竞争的劣势,单个医院的过分竞争被认为阻碍了规划和资源的最优配置。为了促进医疗资源配置和服务连续性,更合理地规划资源,整合住院和非住院服务设施以及更加有效的病人转诊制度,新加坡卫生部于1999年将公立医院重组为国立保健集团和新加坡保健集团。两大医院集团为完全由卫生部控股的公司,集团里的每个公立医院同样也是具有法人地位的独立公司,由集团所有。为了促进住院和非住院服务之间的纵向一体化,非住院病人就诊的“联合诊所”的所有权和管理权也被授予这两个医院集团,因而形成了纵向和横向一体化管理的公司,可以提供急诊、专家和普通门诊一整套服务。

由于两大医疗集团及其所属医院都是单独的公司,在法律上按照公司法进行经营,享有经营自主权,包括招聘、薪酬、采购和服务的定价,它们也通过对A级病房患者的治疗获得收入。但政府仍是公立医院唯一的所有者,对其行使着监管权力和重大决策权。这种管理的方式和程度,与真正的私人企业有着本质区别。这些医院在国家卫生方针政策指导下从事医疗服务,但在医院经营方式上发生转变,是在公司法的规定下进行运作和管理。政府对价格、床位以及昂贵仪器设备的购置等有控制权,具体表现为规定各级别病房的医药服务、环境和服务态度所应达到的水平;按照病房级别规定医院所能执行的最高收费标准;为医院规定病床总数和不同级的病床数量;控制各专科部门的发展和医药科技的引进;根据患者的门诊量和不同级别病房的使用程度,把资金直接拨付给医院。同时,卫生部对医院集团进行直接监督管理,包括采用商业审计法监督医院的财务状况、监督医院的多样化经营活动,如修改公司的组织章程、发行新股票和贷款、有关合并方面的决策、出售或转让公司的资产、开设新的子公司、公司的终止和解散、医疗收费的调整,并负责公司董事和首席执行官的聘用和委任等。

2.3.2 开展病例组合的支付方式改革

新加坡政府发现在上一阶段改革中,采用的根据服务量划拨财政补偿的方式鼓励了医院增加提供

服务的数量,于是在1999年采用了病例组合的财政补偿方式。这种为标准服务支付固定费用的病例组合支付方式给医院提供了激励机制,促使其更加关注服务成本,有利于提高资源利用效率。为了防止服务提供不足这一病例组合支付方式的固有缺点,新加坡政府进一步采用一种同时包含整笔拨款和病例组合的混合支付体系。大约有70种疾病是以病例组合的方式支付,而剩下的疾病是以整笔拨款的方式补偿。政府财政补偿不足公立医院收入的50%,但除直接拨付的资金外,政府还间接控制着医疗储蓄账户和保健双全计划,并通过各种支付体系控制着公立医院的行为。

2.3.3 加强医院评价和国际认证

为了提高医院的绩效,政府鼓励公立医院努力达到国家以及国际的医院评价标准。2000年新加坡卫生部要求所有从事急诊护理的公立和私立医院参加马里兰州的品质指标计划。这项计划包括一整套监控临床质量的指标。^[8]新加坡所有公立医院都自愿地争取获得国际联合委员会的认证。虽然获得国际认证的主要目的在于使公立医院对全额付费的外国病人更具有吸引力,但其附带的效果是提高了医院整体绩效,使整个医疗系统受益。

2.3.4 促进医疗相关信息的公开和共享

目前两个医院集团内部机构之间能够共享患者的综合信息。^[9]同时,政府还借鉴国外的经验,向患者提供关于医院费用、定价和临床结果等方面标准化的可比信息,使患者更深入的了解医院。从2003年开始,公立医院就被要求在卫生部网站上公布费用信息,包括平均病房费用、治疗费用、手术费用和实验测试费等。在政府公布医院的费用信息后,那些费用较高的医院开始控制成本,使得不同医院之间的最低费用成为所有医院跟随的基准。^[10]在临床结果方面的信息公布也产生了同样的效果和趋势。

2.3.5 加强人力资源建设

到上世纪90年代后期,政府意识到限制医生、特别是专家的数量可能引起了医疗人才不足,结果是不仅抬高了医生的工资,也阻碍了医院扩张医疗业务的能力。因此,政府相应地增加了医学生的招生数量,扩大了得到认可的国际医学学位的数量,并开始积极招募外国医生。

3 公立医院改革的主要特点

新加坡公立医院的改革在很大程度上与 OECD 国家相似,从上世纪 80 年代开始,从引入竞争和市场机制改变医院效率和服务质量低下,到重新强调政府对服务提供的干预和控制,直至近期加强对医院的评价和信息公开。改革的核心始终围绕如何通过政府和市场两种手段,平衡公平与效率的关系,最终达到提高服务质量、效率以及中低收入患者可及性,控制费用的多重目标。经过几十年的探索,新加坡公立医院改革的基本原则越来越清晰和明确,可以归纳为:通过引入市场机制、加强竞争提高服务质量和效率,但必须在政府的干预和控制下,以保障大多数人群的基本医疗卫生服务需求为前提;政府与市场、公平与效率之间更加倾向政府干预下的实现公平性。主要特点如下。

3.1 通过公司化改革赋予医院管理者较大的经营自主权,但政府保留医院的所有权和重大决策权,严格控制医院规模扩张和费用上涨

新加坡公立医院虽然依据公司法按照市场的方式经营和运转,医院管理者拥有人员招聘、薪酬设定等较大的经营自主权,但政府保留有对公立医院的控制权,有关资产、昂贵仪器设备的购置、新医药科技引进等重大决策或可能引起费用上涨的决策,都必须经政府批准。政府明确地划分了自己和医院之间的权责范围,涉及医院内部经营管理并能够依靠市场机制解决的事情放权给医院,涉及医院发展规划、产权、价格以及影响公众利益的权力归政府。医院自主权处于政府监管之下,有一定权限;政府则有能力判断出什么权力下放,什么权力上收。

3.2 公立医院进行纵向整合,加强不同层级机构之间的协作与资源共享

新加坡的公立医院均被改造成政府完全控股的非营利性公司,按照公司法,依据市场规律运营和管理,通过加强竞争提高服务质量和效率。为了避免机构之间过度竞争带来服务成本上涨,政府随后又将公立医院组建成两个规模相似的医院集团,在集团内部实现医疗资源和患者信息的共享,并纳入联合诊所的所有权和管理权,建立住院服务与非住院服务的转诊机制,实现纵向一体化,在保持一定竞争

性的同时加强了资源的利用效率和医疗服务的连续性。

3.3 通过财政补偿、支付方式改革和减少成本效益低的医疗项目等方式提高中低收入人群对服务的可及性

新加坡政府通过对 C 类病房患者的财政补偿、整笔拨款和病例组合的混合支付方式、控制成本效益低的医疗项目以及设定了每病人日均费用等多种措施,控制费用上涨,减轻中低收入人群的医疗费用负担,致力于为人们提供基本医疗服务,提高医疗服务的可及性和公平性,保障大多数人的利益。

4 对我国公立医院改革的启示

我国公立医院改革历程与新加坡颇有相似之处。在经历了从上世纪 80 年代到本世纪初以减轻财政负担和调动医院积极性为改革取向的阶段后,我国公立医院改革进入了“看病难,看病贵”问题引起高度重视的新阶段。随着新一轮医改的实施,2010 年出台的《关于公立医院改革试点的指导意见》明确了我国公立医院改革以回归公益性为主要目标与任务,并选出 17 个城市进行公立医院改革试点。新加坡公立医院改革的做法,许多试点城市都在积极探索和尝试,如组建医疗集团、建立法人治理结构、支付方式改革、开展绩效评价等。

4.1 组建以资产为纽带的紧密型医疗集团

新加坡的两大医疗集团通过接收联合诊所的所有权和管理权,从而实现纵向一体化,建立起集团内部的患者转诊机制。这实际上是在不同机构之间建立起以资产为纽带的利益关系,促进形成良好的转诊机制。目前我国一些试点城市也组建了医疗集团,将不同层级的公立医院和基层医疗卫生服务机构进行纵向整合,主要方式包括以技术为纽带的松散型和以资产为纽带的紧密型。但松散型医疗集团内部机构间没有利益关系和制约机制,患者的转诊机制实际上并不顺畅。以资产为纽带的紧密型医疗集团有助于实现资源的整合和共享。

4.2 厘清政府与公立医院之间的权责

新加坡公立医院公司化改革后,政府明晰与公立医院之间的权责划分,做到在赋予公立医院经营自主权、准许公立医院在市场上自由竞争的同时加

强在规划、资产处置、高精尖设备和项目引进等方面的干预和控制。我国公立医院与政府之间权责划分不够清晰,某些应放权给医院管理者的方面政府控制较多,如人事权;某些应加强政府干预的方面却监管不力,如资产的使用、设备的购置等。虽然政府试图通过管理体制和治理机制改革扭转这种局面,建立责权清晰的法人治理结构,但政府不同部门之间利益博弈和对公立医院改革认识不一致,在一定程度上影响了改革的进展和成效。政府及其相关部门要明确自己应承担的职责,通过各种方式履行和落实职责,改革管理体制和治理、补偿以及监管机制,创造良好的改革环境和条件,引导公立医院的改革发展。

4.3 改革财政补偿方式,建立科学的激励约束机制

新加坡政府不断改革对公立医院的财政补偿方式,根据不同医疗服务类型的特点,采用病历组合和整笔拨款相结合的混合支付方式,建立合理的激励机制。目前我国公立医院改革提倡在医保支付方式中探索按人头付费、按病种付费、总额预付等多种预付制支付方式改革,但开展财政补偿方式改革的试点城市较少,能将财政补偿资金与医院绩效结果相挂钩的地方更少。为了更有效地利用财政补偿资金,建立科学合理的激励机制,在进一步加大政府投入的同时,应切实转变按床位和人头投入的传统方式,考虑依据实际产出进行投入。

参 考 文 献

[1] World Health Organization. World Health Statistics 2006 [EB/OL]. [2007-04-13]. [http://www.who.int/healthin-](http://www.who.int/healthin-fo/en/index.html)

[fo/en/index.html](http://www.who.int/healthin-fo/en/index.html).

- [2] M. 拉梅什. 新加坡公立医院改革的自治与控制[J]. 美国公共管理评论, 2008(38): 62-72.
- [3] Hsiao W C. Medical savings accounts: Lessons from Singapore[J]. Health Affairs, 1995, 14(2): 260-266.
- [4] Rubsamen V. Deregulation and the state in comparative perspective: The case of telecommunications[J]. Comparative Politics, 1989, 22(1): 105-120.
- [5] Ruderman A P. Health planning in Singapore: Limits to privatization[J]. Journal of Public Health Policy, 1988, 9(1): 121-131.
- [6] Liu E, Yue S Y. Health care expenditure and financing in Singapore[R]. Affordable healthcare: A white paper. Singapore, 1993.
- [7] Taylor R, Blair S. Singapore's innovative approach financing health care Singapore's innovative approach [EB/OL]. [2006-07-01]. <http://rru.worldbank.org/viewpoint/index.asp>.
- [8] Lim M K. Quest for quality care and patient safety: The case of Singapore[J]. Quality and Safety in Health Care, 2004, 13(1): 71-75.
- [9] Kankhar S. Healthcare facilities in Singapore: Aggressively adopting information technology to drive efficiency [EB/OL]. [2006-07-01]. <http://www.frost.com/prod/servlet/market-insight-top.pag?docid=44320782>.
- [10] Anonymous. CGH's bill sizes, caring newsletter[EB/OL]. [2006-07-01]. http://www.cgh.com.sg/caring/issue79/Pg_4.asp.

[收稿日期:2012-06-23 修回日期:2012-07-27]

(编辑 薛云)