

公立医院改革趋势与建议

马 进*

上海交通大学公共卫生学院 上海 200025

中图分类号:R197.1 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.11.005

The trend and suggestions of public hospital reform

MA Jin

School of Public Health, Shanghai JiaoTong University, Shanghai 200025, China

持续性地改善公立医院的服务质量与运行效率是一个国际性课题。随着疾病模式转变,以及医学技术与电子信息网络技术的发展,近年来,世界各国都在积极探索更具成本—效果的医疗服务提供模式。^[1-4]与其他国家一样,我国也正在积极探索公立医院改革,新一轮深化医药卫生体制改革的五项重点工作之一就是要对公立医院改革进行试点,以期寻找到具有中国特色的公立医院改革模式。

1 国际上公立医院改革的主要模式

预算制是国际上传统的公立医院管理模式,医院被视为政府的一个附属部门。政府直接任命医院管理者,管理者向上级政府部门负责。医院的所有重大决策都需要由上级部门批准。人事上,人员编制、雇佣都需要上级主管部门批准;财务上,医院需要提交年度预算,并严格按预算执行,不能根据实际需要进行项目调整;发展规划、设备采购等都需要政府批准。进入 20 世纪 80 年代,由于政府主管部门缺乏对公立医院的了解,官僚主义导致决策脱离医院实际,预算制模式的公立医院通常表现出运行效率低下、质量差的情况,居民的满意度普遍偏低。在这种情况下,各国开始尝试公立医院改革。改革的趋势是通过适当下放政府决策权力,给予公立医院更多的自主权,以便使其通过按照实际需要调整人员、设备配置、资金用途等改善服务质量和效率,并模拟私立部门管理模式管理公立医院。

1.1 自治化改革

公立医院的自治化或自主化(autonomization)改革主要是针对政府通过行政指令直接管理公立医院具体运行可能造成的脱离医院运行实际的问题采取适当放权的方式,在一定程度上允许医院根据具体需要对人事、财务、设备配置等问题进行自主决策。^[2]自主化改革的核心是把公立医院日常管理的责任从政府转移到医院管理者,试图通过这种方式来提高医院管理的针对性和有效性,从而改善医院的运行效率。但医院管理者任命、预算等仍然沿用预算制行政管理模式,公立医院仍是政府的一个部门,而非法人单位。英国、印度等许多国家公立医院最开始的改革都是采取这种模式。^[5-7]改革初期这一模式取得了一定成效,但从长期看,其局限性也是显而易见的。这是因为从近期看,随着某些决策权力的下放,管理者的工作积极性将在一定程度得到激发,从而提高工作效率。但由于放权的有限性,管理者的主观能动性在一定程度上还受到行政干预,不仅如此,如果各种权力下放程度不协调,还可能导致医院运行绩效的扭曲,如过度让渡资产剩余索取权,有可能导致医院的趋利。因此,本质上讲,自治化改革没有变更公立医院的行政管理体制,仍然存在管办不分、政事不分的问题。

1.2 公司化改革

公立医院的公司化或称企业化(corporatization)

* 基金项目:国家自然科学基金(71273175)

作者简介:马进,男(1962 年—),教授,上海交通大学公共卫生学院执行院长,主要研究方向为卫生经济与政策。

E-mail:majin_sph@sjtu.edu.cn

改革是在保留公立医院公立部门所有权的前提下,按照私立公司的管理模式管理公立医院,以便杜绝政府对公立医院过度干预导致的医院运行效率低下。^[2]改革的关键是如何既保持公立医院的公益性,又能模拟私立公司高效的管理方式。公立医院的公营化改革绝不等于私有化或简单的股份制改革。公营化改革没有改变公立医院的公有属性,即使其成为独立的法人实体,也只是模拟私立企业的管理方法运行公立医院。但实质上,它仍是一个公法人,不以盈利为目的,只是政府在更大程度上的放权。实现政府、医院各司其职,管理上实现“管办分开”、运行上实现“政事分开”。这个度较难把握,这也就是为什么我国公立医院改革试点模式颇多的原因。国际上公立医院公营化改革较为成功的国家有新加坡、新西兰和马来西亚等,我国香港也是公立医院公营化改革成功的范例。^[8-10]

国际上公立医院治理模式改革的另外一个趋向就是集团化,具体方式包括:建立公私伙伴关系、医院与诊所合作关系或建立医院、物理诊断中心、生化检验中心、健康教育中心和诊所的合作关系或网络,通过完善法人治理结构,监管和运行集团内各医疗机构,实现资源共享、技术交流、成本控制等,最终提高医疗资源的整体利用效率。^[1,3,11]

2 我国公立院所处的环境

公立医院是我国医疗卫生系统的重要组成部分,是体现我国卫生事业性质的重要载体,公立医院改革是否能够成功直接关系到此次新一轮深化医药卫生体制改革的总体效果。中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》颁布三年多来,在医疗保障制度、公共卫生、基层医疗卫生服务建设以及基本药物制度等方面取得了阶段性成果^[12-13],公立医院改革试点也积累了许多有益经验。随着医改的深入推进,特别是全民基本医疗保障制度的不断完善,如何从公立医院改革试点中摸索和总结经验、避免走弯路,形成公立医院改革的推广方案,以减少浪费,改善医疗服务质量,提高医疗服务可及性、公平性和效率就成为了本轮医改的关键。如果增加的投入没有与体制机制改革创新结合起来,不仅不能促进改革,还很有可能固化旧有的利益格局,为下一步

改革增加阻力。^[12]正如李克强总理指出的:“公立医院改革不到位,看病贵、看病难的问题不明显缓解,医改的成效、政府的投入、群众的实惠、社会的评价都会大打折扣。公立医院改革是社会关注的焦点,也是医改的重要风向标”。^[14]

公立医院改革的根本目的就是要使其承担起应有的职能,即所谓公益性责任,促进人人平等地获得医疗服务。同时提高管理运行效率,用尽可能少的卫生资源,公平、高质量地满足全体公民的医疗卫生保健需要。而要实现这一点,核心就是要创新公立医院的管理体制和运行机制。因为旧的体制机制在新的环境下已经无法有效地保证公立医院履行其责任。为了确保公立医院改革方向的正确,需要充分理解和掌握公立院所处的环境,进而因地制宜的实施有效改革。

2.1 公立医院补偿从补供方为主向补需方为主转变

新中国成立到 20 世纪末,我国主要是采用政府补偿供方,供方以低于成本定价的方式为全国人民提供基本医疗服务。由于医疗服务价格低廉,即使没有医疗保险的居民也能享受到政府的医疗福利。但随着社会主义市场经济的发展,新技术、新项目高于成本定价,导致缺乏医保或保障水平较低的居民感到看病越来越贵。尽管政府也对不合理的医疗服务价格进行了调整,过高定价的项目价格逐渐趋于合理,但总的讲,医疗服务低成本现象逐渐减少,医院收入已经有了一定结余。无保险的居民无法再从公立医院获得具有一定政府补贴的低价医疗服务。新一轮医改试图通过建立全民医疗保障体系解决这部分居民的看病问题。这样政府对公立医院的投入方式就由补供方为主转向补需方为主,即医院要获得政府补偿必须要为医保居民提供相应的医疗服务。为了保证医疗服务的低成本,政府还是要对医院进行一些必要补偿,如对房屋、设备等进行补偿。现在社会公共部门对医院的投入,实际上包括了两部分:政府直接投入和医保收入,并且来自医保的收入已经占医院总收入 50% 以上,政府直接投入仅占医院总收入的 5% 左右。认清这一客观环境的变化,对于改革公立医院管理体制和运行机制十分重要。

2.2 政府管理公立医院的模式基本未变

借用国际公立医院改革模式分类来看,到目前

为止,我国公立医院改革主要为自治化改革。建国初期,我国公立医院管理体制完全模仿前苏联,实行高度集权的计划经济管理体制。当时要求公立医院决策权高度集中,管理体制上实行党委领导下的院长负责制。基层党组织必须严格执行党的方针政策,严格执行请示报告制度,一切重大问题的决定,要经上级党委批准,不得自行其是。医院隶属于各级政府部门,在决策权、人事权、业务活动权、资产处理权、分配权方面要受政府的严格管理和控制。由于医院管理者是由政府直接任命,医院各项重大决策必须要报上级党委批准,医院的管理体制和运行机制均类似于政府部门,医院管理者主要是执行上级领导部门的指令,医院内部各级管理者下级服从上级,按上级指示办事,对于认真履行上级指示者给予奖励,甚至升迁。

这种管理体制确保了政府举办公立医院目标的实现。但医院缺乏发挥自主能动性的制度保证。在运行机制上,缺乏激励措施,易于产生“大锅饭”现象。再加上受到政府财力限制,医院发展速度缓慢。这个阶段,特别是后期,公立医院工作效率偏低,看病难现象普遍存在。医疗技术水平较世界发达国家落后很多,医疗设备、设施陈旧。

20 世纪 70—80 年代,为缓解看病难、住院难、手术难的问题,改变医疗服务供给相对短缺的局面,政府开始调整公立医院管理政策,出台了一系列措施,试图调动微观层面的积极性,释放医疗服务的供给能力。从这一时期到 21 世纪初,政府主要是通过经济杠杆来调整公立医院的运行绩效,下放公立医院收支结余使用权,通过让利于医院和医护人员激励医院发展和提供服务。与此同时,政府的其他管理权力基本没有调整,仍然按照计划经济的管理模式进行,如人员编制、领导任命、床位数量、价格管理等,结果导致公立医院实质上形成了两套管理体制,对上的政府计划管理模式和对内的按市场规律运行的管理模式。两套管理模式没有形成合力。由于政府的补需方政策,又使得医院内部按市场规律运行管理模式的收入份额越来越大,加之政府对这部分的管理缺位,结果导致非编床位、非编人员、非编设备增加,职工奖金收入远高于工资收入。经济激励的政策成为了医院生存发展的主导政策。

2.3 医护人员收入客观上与医院总收入密切相关

为了激励医护人员积极提供医疗服务,绝大多数医院采用了多劳多得的分配制度。并且这一分配制度确实为缓解我国医疗卫生人力不足,特别是优质医疗卫生人力不足起到积极作用,医护人员的工作效率极高。但是这种分配制度对于不同支付方式下的医疗总费用产生不同影响。由于医疗服务信息不对称,在这种分配制度下,如实行按项目付费的后付制,则将提高医疗服务成本;如实行预付制,则将激励医护人员主动控制成本。

3 我国公立医院改革试点进展与建议

为了改变目前公立医院运行绩效不佳的现状,根据中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》,2010 年 2 月国家颁布了《公立医院改革试点指导意见》,并确定了 16 个公立医院改革国家联系试点城市,后又增加了北京这一试点城市。按照公立医院要坚持维护公益性、社会效益原则,以病人为中心,积极探索“管办分开”、“政事分开”、“医药分开”和“营利与非营利分开”的四分开原则,已获得了一些经验^[15-17],形成了很多共识,如必须破除“以药补医”,改革不合理的支付方式;必须要调动医务人员积极性;必须要加强管理,实施便民、惠民政策等。为了进一步巩固公立医院改革进展,结合我国实际,借鉴国际经验,深化我国公立医院改革,提出以下政策建议。

3.1 继续探索具有中国特色的公司化公立医院改革模式

针对我国公立医院内部管理模式双轨制的现象,以及以需方补偿为主的方式和“四分开”指导原则,公立医院改革必须要向前推进,从自治化管理体制转向真正公司化模式。只有这样才能从根本上解决公立医院内部管理的双轨制现象,形成具有合力的公立医院治理模式,从而实现群众得实惠,医务人员受鼓舞,管理者易于管理的局面。要实现这一改革模式,政府部门的权力需要进一步下放,取消公立医院行政级别,使公立医院真正成为独立的法人实体,模拟私立企业的管理方式管理公立医院日常事务。

3.2 建立公立医院医疗服务的战略性购买机制

针对公立医院需方收入占主导地位的局面,以

及社会医疗保险收入所占比例持续增加的现实,对公立医院监督力最强的部门应该为社会医疗保险部门,因为其掌握着医院生存与发展的经济命脉。医疗保险监管部门必须要承担起为居民购买医疗服务的责任,不仅要保持医保资金的收支平衡,而且还要确保购买的医疗服务的质量,监督公立医院医疗服务的提供绩效。

3.3 继续深化医疗服务支付方式改革

针对目前医院存在的科室承包,医生收入与医院收支结余挂钩的现况,必须要改革后付制的按服务项目付费方式为预付制的支付方式,以便使医院的管理导向从追求增收转变为追求成本控制。因此,要改革物价部门对价格的管理方式,针对不同支付方式,价格管理部门要实施不同的价格单元管理。如实行按病种付费,物价部门应该只管病种价格,而不能再管具体项目价格。只有这样才能形成真正意义上的预付制。由于价格管理权没有调整,实际上,国内还不存在真正意义上的预付制支付方式,目前实行的一般为组合付费加项目付费的混合支付方式。

3.4 公开公立医院运行信息

确保公立医院公益性,不仅需要客观的衡量指标,更需要医院信息的公开、透明,形成社会共同监督的局面,特别是在政府权力下放,公立医院实施公司化改革后。随着我国医院网络及信息系统的不断完善,获取医院管理运行信息的准确度和及时性不断得到改善。为了激励医院之间形成有效竞争,改善服务质量,提高服务效率,降低医疗服务成本,在科学筛选的基础上,形成公立医院运行绩效上网公布的方式十分必要,同时这也是实现公立医院管理“政事分开”的有效手段。^[18]

参 考 文 献

[1] Saltman B R, Duran A, Dubois F W H. Governing Public Hospital-Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy, Observatory on Health System and Policies, Observatory Studies Series[R]. World Health Organization, 2011.

[2] Preker S A, Harding A. Innovations in Health Service Delivery-The Corporatization of Public Hospitals, Human[R].

Washington D C, 2003.

[3] Crosson J F, Tollen A L. Partners in Health-How physicians and Hospitals can Be Accountable Together[R]. San Francisco, 2010.

[4] 代涛. 公立医院改革的国际趋势与思考[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(8): 1-3.

[5] 刘金峰, 侯建林, 雷海潮, 等. 英国医院管理及对我国卫生改革的启示[J]. 中国卫生事业管理, 2002, 10(10): 632-639.

[6] 韩洪. 德国、英国、新加坡公立医院改革解读[J]. 中国医药指南, 2007(8): 10-14.

[7] 范桂高. 印度公立医院开展财政自治模式[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 2001, 18(3): 126-130.

[8] 龚向光. 马来西亚卫生体系改革及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(7): 60-64.

[9] 和经纬. “医改”的政策学习与政策工具——中国公立医院改革与新加坡经验[J]. 东南学术, 2010(3): 44-52.

[10] Caulfield J, Liu A. Shifting Concepts of Autonomy in the Hong Kong Hospital Authority[J]. Public Organize Review, 2006, 6(3): 203-219.

[11] 于广军, 高解春. 公立医院改革的国际比较研究[J]. 中国医院院长, 2007(5): 39-42.

[12] 孙志刚. 中国医改的创新实践与探索[J]. 求是, 2012(18): 36-38.

[13] Yip W, Hsiao W, Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms[J]. The Lancet, 2012, 379: 833-842.

[14] 李克强. 不断深化医改, 推动建立符合国情惠及全民的医药卫生体制[J]. 求是, 2011, (22): 3-10.

[15] 陈竺. 统筹兼顾突出重点, 加快推进公立医院改革试点工作[J]. 中国科技投资, 2011, (6): 7-10.

[16] 张茅. 高度重视公立医院改革试点工作[J]. 中国科技投资, 2011(6): 11-13.

[17] 顾昕, 余晖, 熊茂友, 等 30 个省市自治区推进公立医院改革试点思路评述[R]. 中国医院, 2010, 14(9): 17-19.

[18] 赵明, 马进. 公立医院公益性测度与影响因素研究[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2009, 29(6): 737-740.

[收稿日期:2012-08-22 修回日期:2012-09-29]

(编辑 刘 博)