

全国县级公立医院综合改革第一批示范县改革进展研究

代涛^{1*} 郑英¹ 甘戈² 杨越涵¹ 胡佳¹ 朱晓丽¹ 李力¹ 王清波¹ 吴琼¹ 马晓静¹ 黄菊¹

1. 中国医学科学院医学信息研究所 卫生政策与管理研究中心 北京 100020

2. 国家卫生健康委员会 北京 100044

【摘要】目的:全面分析全国县级公立医院综合改革第一批四个示范县的改革措施、取得的效果、形成的经验与面临的问题,并对进一步深化改革提出建议。方法:通过现场调研收集资料,主要包括统计描述和内容分析法。结果:四县(市)主要从医改领导体制和工作机制、政府投入责任、公立医院补偿机制、医联体建设、基本医保制度、现代医院管理制度、人事薪酬制度等方面进行改革,具体措施各有侧重;在控制医疗费用、优化医院收入结构、提高基本医保补偿、降低就医负担、提高医务人员收入、提升服务能力等方面取得积极效果。结论与建议:四县(市)的公立医院综合改革均取得重要突破和显著进展,但仍存在一些共性体制机制障碍和各自的特定问题;建议进一步推广已形成的经验,强化“三医”联动,针对具体问题不断完善细化改革措施。

【关键词】 公立医院综合改革; 示范县; 措施与效果

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.05.001

Study of the reform progress and effects of the first pilot counties of comprehensive reform of county-level public hospitals

DAI Tao¹, ZHENG Ying¹, GAN Ge², YANG Yue-han¹, HU Jia¹, ZHU Xiao-li¹, LI Li¹, WANG Qing-bo¹, WU Qiong¹, MA Xiao-jing¹, HUANG Ju¹

1. Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. National Health Commission of the People's Republic of China, Beijing 100044, China

【Abstract】 Objective: To analyze the reform measures, effects, experiences and problems of the first demonstration counties of the comprehensive reform of county-level public hospitals, and put forward suggestions for further development. Methods: In this study, field investigation is used to collect data in 4 counties, and statistical description and content analysis methods are applied to do comparative analysis. Results: While each of the four counties has its own focus, they have carried out the reform from various aspects such as leadership system and working mechanism, investment responsibility of government, compensation mechanisms of public hospitals, construction of medical alliances, basic medical insurance system, modern hospital management system, personnel quota management and remuneration system, and they have achieved certain results in the aspects of controlling medical expenses, optimizing income structure of hospitals, increasing reimbursement rate of basic medical insurance, alleviating patients' economic burden, increasing medical staffs' income, and improving medical service ability. Conclusions and suggestions: The four counties have made significant breakthroughs and remarkable progress in the reform, but they are still facing some common institutional obstacles and their own specific problems as well. The reform experiences should be summarized and promoted on a wider scale. The system and mechanism reform should be deepened and the comprehensive reform of “medical treatment, medical insurance, and medicine linkage” should be strengthened. The reform measures should be continuously improved and refined aiming at the specific challenges.

【Key words】 Comprehensive reform of public hospitals; Pilot counties; Progress and effects

* 基金项目:国家卫生健康委员会体制改革司委托项目

作者简介:代涛,男(1969年—),博士,研究员,主要研究方向为卫生政策与卫生体系。E-mail:dai.tao@imicams.ac.cn

公立医院改革是深化医药卫生体制改革的重点和难点,开展示范工作是全面推开公立医院综合改革的重要方法,是引领改革在重点领域和关键环节取得突破的有效手段。2012年6月,原国务院医改办正式启动县级公立医院综合改革试点工作,在全国选择300个左右县(市)作为改革试点;2015年4月,在全国所有县(市)全面推开县级公立医院综合改革。2015年10月,确定江苏省启东市、安徽省天长市、福建省尤溪县、青海省互助县为县级公立医院综合改革重点联系点;2016年3月,决定在四县(市)开展县级公立医院综合改革示范工作;2017年8月,新增26个县(区、市、旗)作为第二批国家级示范县(区、市、旗)。第一批示范县(市)公立医院综合改革启动较早,形成了各自的经验和特色,改革成效逐步显现,对其进行跟踪评估研究,总结内在规律,发现问题,为全面深化县级公立医院综合改革提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究主要通过现场调研收集相关资料和数据。课题组受原国务院医改办委托,分别于2015年11—12月、2016年11—12月、2018年1—2月三次

赴启东市、天长市、尤溪县、互助县开展现场调研,通过问卷调查、召开座谈会和关键人员访谈,收集四县(市)公立医院综合改革相关数据和资料。针对每个县(市)医改办和2所县级公立医院,分别设计调查表,收集2010—2017年医疗费用、医院收入结构、基本医保补偿、医务人员收入、服务能力等数据;组织原卫生计生、人社、发改、财政等公立医院改革相关部门负责人,召开座谈会,详细了解改革思路、主要措施、成效及问题等;设计访谈提纲,对县医改办主任、县级公立医院院长、医务人员等关键知情人进行深入访谈,每次每个县(市)访谈10人左右,重点了解改革的主要做法和特色、面临的主要问题和制约因素以及政策建议等。同时,现场查阅改革相关政策文件,并实地考察2所县级公立医院。

1.2 研究方法与分析框架

定量数据采用Excel 2016进行录入、统计描述和分析;座谈和访谈录音等定性资料由专人进行转录和整理,并运用内容分析法进行分析。针对改革措施,主要从7个维度进行分析^[1-3];针对改革效果,主要从6个维度、选取11个指标进行分析^[1,4-6](图1)。

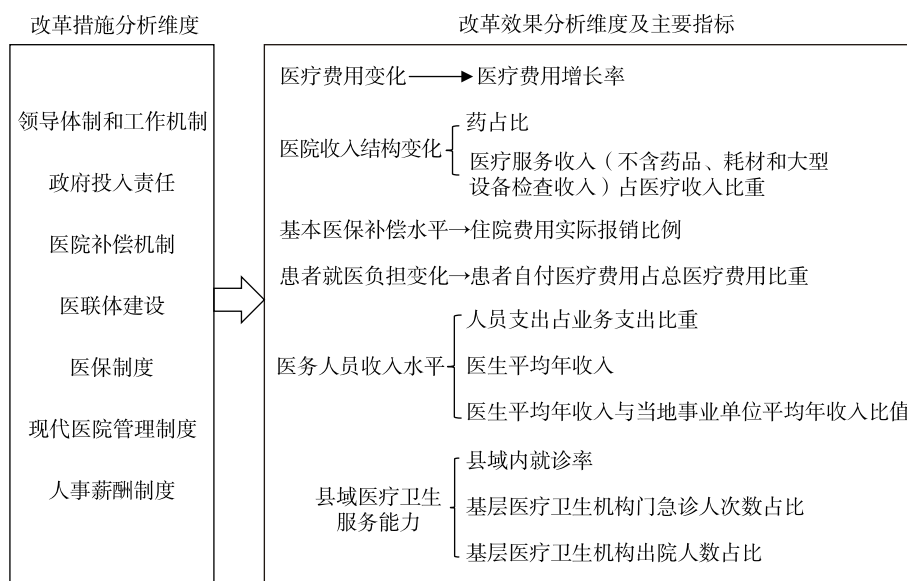


图1 第一批示范县公立医院改革措施与效果分析框架

2 结果

2.1 改革基本情况

第一批示范县(市)均较早启动了县级公立医院综合改革,其中福建省尤溪县于2012年1月、安徽省

天长市于2012年10月、青海省互助县于2013年1月、江苏省启东市于2014年8月先后启动改革。在国家统一政策指导下,示范县(市)结合当地实际,在医改领导体制和工作机制、政府投入责任、医院补偿机制、医联体建设、医保制度、现代医院管理制度、人

事薪酬制度等方面进行了综合改革,形成各自的经验和特色,取得了良好进展和成效。

2.2 主要改革措施

2.2.1 建立强有力的医改领导体制和“三医联动”工作机制

四县(市)均成立了由党政一把手任组长,原卫生计生、人社、发改、财政等多部门参与的医改领导小组,并同步出台医改实施方案及相关配套政策。尤溪县将原来分别由不同分管县领导负责的医疗、医保、医药等“三医”相关业务领域的管理权进行整合,明确由一名县委副书记全面负责,统筹协调各项改革工作;天长市将“三医”相关工作交由一位市领导分管,并通过强化考核问责形成倒逼机制;互助县将医改纳入全县经济社会发展大局安排部署;启东市由一位分管市领导统筹负责“三医”相关工作。

2.2.2 落实政府投入责任

四县(市)都加强了政府对公立医院的投入责任,加大财政保障力度。目前,均已全部化解县级公立医院的长期债务。互助县充分利用各级财政转移支付资金,全额承担医院基础设施、大型设备购置、人才培养、离退休人员工资等费用,2017 年 2 所县级公立医院财政补助收入占总收入比重(以下简称“财政补助收入占比”)分别为 26.99% 和 27.18%,大比例补偿在岗人员基本工资和津补贴(人民医院和中医院分别为 80% 和 90%),每年拨付 600 万元专项资金用于补偿因取消药品加成减少的收入。天长市明确将政策性亏损、离退休人员经费、重点专科建设和人才培养经费等列入财政预算,对基本建设、人才引进、院长年薪等给予专项补助,大型设备逐年折旧,由政府统筹安排购买;2017 年,投入 2 200 万元用于基层医疗卫生机构设备更新和改扩建,政府卫生支出占地区财政支出比重为 17.82%。启东市加大财政投入,2015—2017 年共计投入 1.3 亿元,重点用于医院设备更新、人才引进、基础建设等。尤溪县明确医院基本建设、大型设备购置、院长及总会计师年薪等由政府承担,自 2015 年起对基层在岗未入编人员每人每年补助 5.26 万元。

2.2.3 以破除以药补医为突破口改革公立医院补偿机制

四县(市)均全面取消药品加成(中药饮片除外),执行药品采购“两票制”,开展多种形式的药品耗材集中招标采购,基于此腾挪的空间建立医疗服务价格动态调整机制,并增加财政补助。补偿机制

由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道。尤溪县按照三明市统一部署,基于预留空间和对劳务性医疗服务成本的测算,将取消药品加成、实行药品和医用耗材(试剂)联合限价采购节省资金的 80% 用于调价,先后 6 次调整医疗服务价格 4 800 余项。天长市通过省医药集中采购平台对县域所有公立医疗卫生机构药品实行集中带量采购;按照价格调整权限,先后 3 次调整医疗服务价格 3 000 余项,规定因取消药品加成减少收入的 65% 由调整医疗服务价格、25% 由增加财政补助、10% 由医院自行消化进行补偿。互助县按照青海省统一部署,依据《全国医疗服务价格项目规范》(2012 版)对医疗服务价格进行调整,服务项目由 4049 种调整为 9714 种;通过省级药品采购平台进行药品耗材集中采购,已加入“三明药械采购联盟”,并与陕西、内蒙、四川、宁夏和甘肃组成西部省区医用耗材采购合作联盟,计划实行跨区域联合采购,规定因取消药品加成减少收入的 40% 由调整医疗服务价格、50% 由增加财政补助、10% 由医院自行消化进行补偿,不足部分由财政专项给予专项补助。启东市按照省级政策,先后两次调整医疗服务价格 1700 余项,已加入“三明药械采购联盟”,计划实行药品耗材集中带量采购,规定因取消药品加成减少的收入 80% 由调整医疗服务价格、20% 由增加财政补助进行补偿。

2.2.4 探索组建多种形式的县域医联体

四县(市)均以县级公立医院为牵头单位,组建不同形式的县域医联体,建立健全医联体内部管理运行、利益分配、分工协作等机制。天长市组建 3 个纵向合作、横向竞争的县域医共体,实行市医管会领导和理事会监督下的分院院长负责制;以医共体为单位实行新农合基金按人头总额预付制,结余基金按照 6:3:1 的比例在县乡村三级医疗卫生机构间进行分配;明确县级医院至少承担 122 种疾病诊治、镇(中心)卫生院 50 种、村卫生室 28 种,建立双向转诊绿色通道,确定县级医院 41 个下转病种和 15 个康复期下转病种清单;实行医共体内药品耗材统一目录、统一带量采购、统一价格、统一配送、统一监管。尤溪县在县域内组建 1 个唯一法人代表的紧密型医联体,实行理事会下的总医院院长负责制;以医联体为单位实行基本医保基金总额预付制,结余基金可作为总医院医务性收入和健康促进费用;重新定位 2 所县级公立医院功能、实行差异化发展;通过建立医

师定期驻乡驻村制度和在线专家工作制度、落实医务人员职称晋升前必须在基层累计服务 1 年以上的政策、明确各级医疗机构诊疗病种等措施,推进优质医疗资源向基层流动。启东市组建 2 大医疗管理集团,实行理事会下的总院长负责制和同质化管理;实行新农合基金总额预付制,结余资金可作为收入留给医院;组建消毒供应、病理、会计核算三大资源集约中心,远程会诊、远程教育、远程影像、远程临检、远程心电等五大技术共享中心,为基层医疗卫生机构提供同质化服务。互助县组建 2 个医共体,建立县级公立医院与省内外三级医院长期稳定的协作帮扶机制,提升县级公立医院综合服务能力;加大县级公立医院对基层的技术帮扶,选派业务骨干去基层带教查房、开展新业务、举办培训讲座等。

2.2.5 深化基本医保制度改革

四县(市)不同程度推进基本医保管理体制改革,统一经办管理,持续改革创新医保支付方式。尤溪县实行基本医保市级统筹,成立市医保管理中心履行经办职责,承担基金支付和管理、公立医院药品耗材采购结算、医疗服务定价等职能;以县域紧密型医联体为单位实行基本医保基金(含城乡居民和城镇职工基本医保基金)总额预付制,探索住院费用按全国疾病诊断相关分组(Chinese Diagnosis-Related Groups, C-DRG)收付费制度。天长市 2017 年底按照省市统一部署,组建由市医改委、医改办、医改监督稽查局和医疗保障基金管理中心构成的医保管理架构,由市医改办统一承担基本医保、生育保险、医疗救助、药械集中采购和配送、医疗服务和药品价格等行政管理职责,并在滁州市范围实行城乡居民基本医保市级统筹;不断完善以医共体为单位的新农合基金按人头总额预付制,选择 251 个病种开展临床路径管理下的按病种付费,53 个病种实行按病种付费“浮动定额”支付、12 个病种实行日间手术按病种付费。启东市实施新农合和城镇居民医保筹资并轨,组建医保基金管理中心;探索以医疗管理集团为单位的新农合按人头总额预付制,同步推进临床路径管理和按病种结算。互助县实行基本医保省级统筹,推动各类医保制度间的有效衔接,委托商业保险机构经办城乡居民医保和大病保险;试行医共体内医保基金住院总额控制,开展临床路径管理。

2.2.6 探索建立现代医院管理制度,落实公立医院运营管理自主权

四县(市)均成立县级公立医院管理委员会,履

行规划、保障、管理、监督等办医职能;不同程度赋予公立医院人事管理、副职推荐、绩效工资内部分配、年度预算执行等运营管理自主权。天长市由理事会负责医共体内医疗卫生机构的总体规划、运营方针、资产调配等重大事项决策;县级公立医院院长任理事长,具有对基层医疗卫生机构的管理权、经营权和分配权以及镇卫生院、社区卫生服务中心院长及班子成员的推荐权,全面管理人事、资产、业务、财务、药品耗材、信息化、绩效考核等工作。尤溪县成立医联体理事会,在原县卫生计生局领导下,负责商议医联体及各成员单位发展规划、章程修订、利益分配、人事任免等重大事项;医联体内实行总医院院长负责制,赋予总医院人事、分配、经营及财务自主权,统一管理人力资源、医疗业务、财务制度、绩效考核、资源配置、集中采购、信息化建设、医保预付等。启东市成立医疗管理集团理事会和监事会,由牵头医院负责对集团内部发展规划、人事、财务、资源调配、绩效考核等实行统一管理。

2.2.7 改革薪酬制度,创新编制管理方式

四县(市)均实行县级公立医院院长年薪制,年薪由县财政承担,不断完善薪酬分配和考核评价体系。尤溪县建立医院工资总额增长幅度的动态调整机制,与医务性收入、院长考核等挂钩,医务性收入统计口径由业务收入扣除药品耗材、检查化验收入后,2016 年再扣除床位收入和不计费耗材支出;实施全员目标年薪制,在核定医院工资总额基础上,医生(医技)、护理和药剂、行政后勤按照 5:4:1 的比例进行分配并实行动态调整,后两者目标年薪不超过医生最高年薪的 70% 和 50%;探索年薪计算工分制,利用按疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRGs)、以资源为基础的相对价值比率(Resource Based Relative Value Scale, RBRVS)和关键绩效指标(Key Performance Indicator, KPI)的原理和方法进行工分核算,按劳动时间和复杂程度进行分配。天长市人民医院基于 DRGs、中医院基于平衡计分法分别制定岗位目标绩效薪酬分配方案并设立专项绩效奖。启东市岗位绩效工资总额按其他事业单位绩效工资基准线的 180% 核定,并增加总额的 15% 用于正常工作时间之外的劳动报酬。互助县医院收支结余的 35% 核定为绩效工资总量,由医院自主分配。

同时,四县(市)创新编制管理方式,建立灵活用人机制。天长市试点探索编制周转池制度,按照床位与编制 1:0.8 以内、床位与员额 1:0.4 以内确定公

立医院事业编制周转池规模和社会化用人控制额度;在公立医院编制总量范围内建立“自建池”,实行“周转池”和“自建池”人员动态流转机制;探索县管镇用的镇卫生院编制周转池制度,由医共体牵头医院统一管理;达标且经考核批准的社会化用人和镇卫生院编制周转池人员可择优纳入县级公立医院编制周转池管理;同时实行自主公开招聘、竞争择优、竞聘定岗、合同管理。启东市实行集团人员总量管理和统一招聘,推行人员备案管理。互助县重新核定人员总量,实行全员竞聘上岗和聘用制度,对高级、中级、初级专业技术岗位分别按 15%、45%、40%

进行设置。

2.3 改革效果

2.3.1 医疗费用的过快增长得到不同程度的控制

天长市、尤溪县、互助县 2017 年县域医疗费用增长率较改革前大幅下降,启东市则呈现不规则变动。2017 年,天长市(6.87%)和尤溪县(7.5%)县域医疗费用增长率达到低于 10% 的政策要求,且低于全国公立医院医疗费用增长率平均水平(9.1%),互助县接近政策要求,启东市仍然处于较高水平(表 1)。

表 1 2011—2017 年四县(市)县域医疗费用增长率比较/%

县(市)	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
天长	19.06	23.16	10.35	19.67	9.01	8.28	6.87
尤溪	127.40	21.03	17.62	9.38	16.12	12.90	7.50
启东	86.70	-4.17	18.45	8.23	11.10	-15.52	22.09
互助	16.00	30.49	35.38	24.63	22.09	13.73	10.61

注:依据改革启动时间,天长市、尤溪县、启东市、互助县改革前分别指 2012 年、2011 年、2014 年、2012 年,下同。

2.3.2 医院收入结构得到优化

一是药占比持续下降。改革以来,四县(市)县级公立医院药占比均呈持续下降趋势,尤溪县处于最低水平;其中,尤溪县和天长市 2016 年、2017 年均已在政策要求的 30% 以下,互助县 2017 年达到了政策要求,三县(市)也均低于全国县级公立医院的平均水平(32.82%);启东市尚未达到政策要求且高于全国县级公立医院平均水平(表 2)。二是医疗服务

收入占医疗收入比重不断提升。改革以来,四县(市)县级公立医院医疗服务收入占医疗收入比重整体呈上升趋势,尤溪县处于最高水平且增幅最大,启东市处于最低水平;2017 年,尤溪县县级公立医院医疗服务收入占医疗收入比重高于其他三县(市),天长市和尤溪县也均高于全国县级公立医院平均水平(30.25%)(表 3)。

表 2 2011—2017 年四县(市)县级公立医院药占比比较/%

县(市)	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
天长	45.83	42.89	34.25	34.00	33.76	28.34	25.89
尤溪	45.32	35.58	24.86	24.76	25.41	23.58	23.27
启东	45.20	52.57	51.64	47.76	44.69	37.23	34.93
互助	56.45	51.52	42.91	37.48	33.45	30.25	27.91

表 3 2011—2017 年四县(市)县级公立医院医疗服务收入占医疗收入比重比较/%

县(市)	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
天长	23.97	19.71	22.54	21.66	21.33	32.15	37.18
尤溪	19.19	23.97	34.55	34.56	34.23	36.36	39.77
启东	14.23	15.48	16.25	17.07	20.41	22.21	21.39
互助	15.47	9.96	11.90	11.08	15.48	24.42	27.82

2.3.3 基本医保补偿水平提高有限

改革以来,天长市新农合住院费用实际报销比例整体呈上升趋势,2017 年为 58.4%,为四县(市)最高;启东市新农合住院费用实际报销比例整体变化不大,略呈上升趋势;互助县城乡居民医保实际报

销比例整体水平较高,但自改革以来呈现逐年下降趋势;2013—2017 年,尤溪县城乡居民医保实际报销比例呈下降趋势,2017 年仅为 47.86%,为四县(市)最低(表 4)。城乡居民医保住院费用实际报销比例不增反降的现象需要引起高度关注。

表4 2011—2017年四县(市)新农合住院费用实际报销比例比较/%

县(市)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
天长	49.29	59.13	53.86	53.61	50.25	57.66	58.40
尤溪	41.63	56.21	58.39	56.03	56.02	49.16	47.86
启东	42.60	45.10	47.70	49.80	52.60	46.30	52.10
互助	54.40	62.74	61.85	58.99	57.66	57.06	56.33

注:尤溪县和互助县2013年将城镇居民医保和新农合整合为城乡居民医保,故2013—2017年两县数据为城乡居民住院费用实际报销比例。

2.3.4 患者就医负担有所减轻

以县域患者自付医疗费用占总医疗费用比重分析,总体看,互助县较其他三县(市)低,但其2所县级公立医院的自付费用占比则呈上升趋势;天长市县域及2所县级公立医院的自付费用占比均呈下降趋势;尤溪县县域自付费用占比整体呈上升趋势,2所县级公立医院则略有下降;启东市县域数据缺失,2所县级公立医院自付费用占比较高且处于波动之中。2017年,县域患者自付医疗费用占总医疗费用

比重互助县最低(11.76%),县级公立医院中天长市人民医院占比最低(18.38%)(表5)。

2.3.5 医务人员收入不断提升

总体上看,医院人员支出占业务支出比重呈现增加的趋势。2011—2017年,四县(市)的2所县级公立医院人员支出占业务支出比重总体均呈上升趋势;2017年较改革前均有较大幅度增加,其中,人民医院中尤溪县(44.04%)最高,中医院中互助县(44.91%)最高(表6)。

表5 2011—2017年四县(市)患者自付医疗费用占总医疗费用比重比较/%

县(市)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	
天长	县域	—	—	—	—	29.06	27.05	27.88
	人民医院	31.38	38.03	37.46	42.05	22.43	19.81	18.38
	中医院	77.60	70.86	67.36	65.50	27.25	27.22	26.87
尤溪	县域	37.56	24.11	39.40	33.18	35.20	47.54	48.11
	人民医院	66.89	58.94	62.24	55.23	54.83	50.11	49.13
	中医院	53.55	48.00	44.77	48.96	48.87	44.06	43.00
启东	县域	—	—	—	41.83	52.82	—	—
	人民医院	31.11	38.52	38.38	35.99	35.58	40.39	35.80
	中医院	53.97	54.09	54.01	54.01	55.55	61.75	53.87
互助	县域	12.09	10.28	8.06	8.33	20.19	10.98	11.76
	人民医院	9.28	51.41	15.90	20.94	25.99	28.87	28.10
	中医院	10.75	14.44	16.24	22.82	34.57	35.60	38.90

注:由于医保管理体制改革等原因,天长市和启东市部分数据缺失。

表6 2011—2017年四县(市)县级公立医院人员支出占业务支出比重比较/%

县(市)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	
天长	人民医院	22.24	29.18	34.04	34.86	32.10	34.46	37.66
	中医院	25.26	31.80	35.16	29.18	36.59	37.45	38.11
尤溪	人民医院	25.80	31.34	38.35	40.51	41.39	43.94	44.04
	中医院	26.83	30.12	33.18	32.49	35.98	35.00	37.36
启东	人民医院	25.97	28.35	29.18	28.46	28.88	41.84	37.53
	中医院	25.48	24.28	26.77	25.86	25.47	30.84	32.96
互助	人民医院	20.09	25.53	23.66	27.06	29.87	31.09	36.91
	中医院	44.75	40.29	40.88	45.65	50.48	46.44	44.91

四县(市)2所县级公立医院的医护人员平均年收入均不断提升。2011—2017年,四县(市)的2所县级公立医院医生平均年收入呈上升趋势,互助县

人民医院(20.21%)、天长市中医院(21.53%)年均增幅高于其他县(市)同类机构;2017年,天长市2所县级公立医院医生平均年收入最高,分别为14.7万

元和 14.5 万元,高于全国医疗卫生机构在职职工 9.7 万元的平均工资收入。四县(市)的 2 所县级公立医院护士平均年收入亦呈上升趋势,天长市人民医院(18.08%)、互助县中医院(19.02%)年均增幅高于其他县(市)同类机构;2017 年,启东市人民医院(12.87 万元)、天长市中医院(12 万元)护士平均年收入最高(表 7)。

四县(市)2 所县级公立医院医生和护士平均年收入与当地事业单位平均年收入比值均处于波动之中,仍有进一步提升的空间。天长市 2 所县级

公立医院医生和护士的比值和试点四县(市)的同类机构比较均为最高,说明天长市医护人员收入水平与当地事业单位收入相比有较强吸引力。尤溪县和启东市医护人员收入与当地事业单位平均收入比值近年均呈下降趋势,应引起高度关注;2015—2017 连续三年,启东市中医院医生和护士平均年收入与当地事业单位平均年收入比值均低于 1,2016—2017 年尤溪县中医院护士的比值也低于 1,表明其医护人员收入低于当地事业单位人员收入(表 8)。

表 7 2011—2017 年四县(市)县级公立医院医生和护士平均年收入比较/万元

县(市)			2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
天长	人民医院	医生	5.30	7.10	9.20	10.50	11.50	13.20	14.70
		护士	4.50	6.00	7.90	9.00	9.60	11.10	12.20
	中医院	医生	4.50	5.80	8.90	9.70	12.50	13.60	14.50
		护士	4.30	5.60	7.50	8.30	10.60	11.20	12.00
尤溪	人民医院	医生	5.07	5.93	10.24	11.52	11.60	12.71	13.23
		护士	3.93	4.42	5.63	5.73	6.36	7.30	7.38
	中医院	医生	5.62	7.54	8.65	9.07	10.76	7.17	11.11
		护士	4.30	5.56	5.75	5.94	6.12	6.10	6.79
启东	人民医院	医生	8.16	8.70	11.71	12.19	13.97	12.87	13.97
		护士	7.92	9.01	11.24	11.88	12.87	12.23	12.87
	中医院	医生	4.39	4.79	5.42	6.63	6.62	9.02	10.23
		护士	4.27	4.58	5.38	6.54	6.58	7.67	9.24
互助	人民医院	医生	4.60	5.30	5.80	8.00	10.20	12.47	13.88
		护士	4.50	5.10	5.30	7.30	8.70	10.75	11.22
	中医院	医生	4.20	4.60	5.50	6.10	9.20	9.81	11.23
		护士	3.80	4.20	5.00	5.60	7.32	8.59	10.80

表 8 2011—2017 年四县(市)县级公立医院医生和护士平均年收入与当地事业单位平均年收入比值比较

县(市)			2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
天长	人民医院	医生	1.56	1.97	2.42	2.50	2.40	2.16	2.23
		护士	1.32	1.67	2.08	2.14	2.00	1.82	1.85
	中医院	医生	1.32	1.61	2.34	2.31	2.60	2.23	2.20
		护士	1.26	1.56	1.97	1.98	2.21	1.84	1.82
尤溪	人民医院	医生	1.63	1.59	2.54	2.52	2.08	1.80	1.76
		护士	1.27	1.18	1.40	1.25	1.14	1.03	0.98
	中医院	医生	1.81	2.02	2.15	1.98	1.93	1.01	1.48
		护士	1.38	1.49	1.43	1.30	1.10	0.86	0.90
启东	人民医院	医生	1.80	1.84	2.30	2.34	2.08	1.22	1.17
		护士	1.75	1.91	2.21	2.28	1.92	1.16	1.08
	中医院	医生	0.97	1.02	1.06	1.27	0.99	0.86	0.86
		护士	0.94	0.97	1.06	1.26	0.98	0.73	0.78
互助	人民医院	医生	1.24	1.34	1.39	1.53	1.77	1.80	1.75
		护士	1.21	1.29	1.27	1.39	1.51	1.55	1.41
	中医院	医生	1.13	1.17	1.32	1.16	1.59	1.42	1.41
		护士	1.02	1.07	1.20	1.07	1.27	1.24	1.36

2.3.6 县域医疗卫生服务能力得到提升

一是四县(市)县域内就诊率均已达到或接近90%左右的政策目标,较改革前均有所增长。2015—2017年,天长市、尤溪县、互助县均稳定在90%以上,启东市则逐年上升,2017年接近90%(表9)。二是四县(市)基层服务利用情况。2015—2017年,基层医疗

卫生机构门急诊人次数占比和出院人数占比总体变化不大;启东市基层服务利用情况明显好于其他三县(市)。2017年,启东市和互助县基层医疗卫生机构门急诊人次数占比高于全国平均水平(53.26%);启东市、尤溪县和互助县基层医疗卫生机构出院人数占比高于全国平均水平(18.22%)(表10)。

表9 2011—2017年四县(市)县域内就诊率比较/%

县(市)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
天长	88.76	90.27	90.80	91.10	91.69	92.25	92.34
尤溪	75.61	79.43	84.08	87.14	90.05	90.75	90.86
启东	—	—	—	—	82.70	88.12	89.01
互助	92.32	94.61	95.39	95.42	95.74	91.96	92.30

注:启东市改革前未统计县域内就诊率,故数据缺失。

表10 2011—2017年四县(市)基层服务利用率比较/%

县(市)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	
天长	门急诊人次数占比	49.76	47.26	43.63	40.97	40.36	39.37	38.37
	出院人数占比	15.32	16.53	16.64	14.26	11.77	12.42	12.76
尤溪	门急诊人次数占比	33.79	34.56	35.27	38.77	46.70	50.75	49.15
	出院人数占比	39.43	33.73	29.04	31.00	31.41	32.10	29.46
启东	门急诊人次数占比	72.97	71.74	79.93	81.72	70.92	72.36	73.15
	出院人数占比	46.28	45.05	45.74	45.52	50.06	50.59	51.42
互助	门急诊人次数占比	68.10	66.76	64.35	70.13	66.46	64.14	61.78
	出院人数占比	50.04	54.79	54.62	44.88	32.96	27.18	30.24

3 讨论

3.1 落实政府办医责任是示范县公立医院综合改革的保障

县级公立医院综合改革涉及卫生健康、人社、医保、财政、发改等多个部门,关系到医院及医务人员、医药企业、患者等多方的核心利益,改革面临多重阻力和困难。同时,由于公立医院的办医主体是政府,其承担的公共职能是政府职能的延伸^[7],因此县级公立医院综合改革的深入推进需要从党委政府层面提高重视程度、落实办医责任并统筹协调安排。四县(市)党政领导高度重视医改工作,切实落实政府对公立医院的领导、保障、管理和监督责任,一方面均建立由党政一把手任组长、多部门参与的医改领导小组和县级公立医院管理委员会,明确由一名政府领导分管“三医”工作,促使各部门统一认识、协同配合,并出台医改实施方案及相关配套政策,完善顶层设计,为改革提供组织保障和政策指导;另一方面,加大财政对公立医院基础设施建设和大型设备购置、人才培养、政策性亏损等方面的投入力度,减轻了公立医院运营负担,促使其回归公益性。

3.2 只有综合施策才能推动公立医院综合改革

县级公立医院综合改革是一项复杂的系统工程,需要从医疗、医保、医药等关键领域综合施策,深入推进体制机制改革,提升改革的系统性、整体性和协同性。四县(市)作为第一批国家级县级公立医院综合改革示范县,因地制宜,在公立医院管理体制、补偿机制、医保制度、医联体建设、人事薪酬等方面探索创新,加强“三医”联动,通过政策的叠加效应,推动改革取得阶段性成效。一是通过取消药品加成、实施药品流通领域改革、建立医疗服务价格动态调整机制以及增加财政补助等综合措施,建立了公立医院补偿新机制,降低了医药费用,优化了医院收入结构,药占比大幅下降。天长市和尤溪县稳定在30%以下,破除了以药补医机制,促使医务人员合理用药;体现技术劳务价值的医疗服务收入占医疗收入比重大幅提升,为薪酬制度改革奠定基础。二是推进基本医保管理体制,探索复合型医保支付方式,构筑多层次保障体系,促使基本医保补偿水平得到一定提升,患者就医负担有所减轻。三是探索多种形式的薪酬制度改革。目前,人员支出占业务支出比重和医务人员收入均明显提升,其中天长市

医护人员平均年收入与当地事业单位平均年收入比值维持在 1.5~2.5 之间,技术劳务价值得到较好体现,有效调动了医务人员积极性。四是组建不同形式的县域医联体并建立健全各项内部机制,强化县级公立医院能力建设,有效发挥其在基层医疗卫生服务体系中的龙头带动作用 and 城乡医疗卫生服务体系中的纽带作用,辐射带动基层服务能力提升,以提升县域医疗卫生服务整体能力,体现为县域内就诊率维持在 90% 左右、基层服务利用率有所提升,扩大了有效供给,有助于分级诊疗制度的建设。

从全国范围看,第一批示范县在 2017 年全国公立医院综合改革效果评价中均位列各省第一,成效显著。形成了一些具有推广意义的经验做法,其中天长市和尤溪县的改革经验先后被写进《县级公立医院综合改革案例汇编》和《深化医药卫生体制改革典型案例》中,为其他地区提供了参考和借鉴,有效发挥了示范引领作用。此外,互助县通过充分落实政府投入责任,着力提高县域医疗卫生服务能力,努力构筑多层次医疗保障网络,为西部地区、民族地区推进县级公立医院综合改革起到很好的借鉴和示范作用。

3.3 县级公立医院综合改革效果仍需彰显,面临诸多共性问题

一是从城乡居民医保住院费用实际报销比例和患者自付医疗费用占总医疗费用比重看,基本医保补偿水平不高,患者就医负担依然较重,影响群众获得感。同时,从医务人员收入水平看,有的示范县(市)提高不多,与当地事业单位平均收入比值还有所下降,将对医务人员参与医改的积极性产生影响。二是现行公立医院人员编制、职称晋升等人事制度改革仍需深化,实名制编制与备案制编制及非编人员在养老保险等方面依然无法统一;现行公立医院等级评审制度下,城市大型三级医院虹吸效应依然存在,县域尤其是基层由于待遇较低、个人发展空间有限等原因,难以引进和留住优秀人才,加之本土人才培养是一个漫长的过程,导致普遍存在的卫生人才匮乏问题,成为制约县域医疗卫生服务能力提升的瓶颈因素,表现为基层服务利用率依然不高。三是科学合理的补偿机制仍需加快建立。受分税制财政体制、经济下行等因素影响,县级财政投入可持续性面临考验。尚未形成以成本和收入结构变化为基础的医疗服务定价和动态调整机制,如启东市和互助县调价权限下放不足、尤溪县和天长市调价能力

有待提升,导致不同医疗服务项目与医疗机构间的比价关系尚未完全理顺,医疗服务价格仍不能充分体现技术劳务价值^[8]。四是由于医保管理体制改革、上级部门政策调整等因素对县域医改造成一定影响,需要引起关注。

3.4 示范县(市)各自存在不同问题和挑战

总的来看,天长市和尤溪县各项体制机制改革进展较快,已基本形成较为成熟且各具特色和亮点的县域医改模式,当前主要问题是如何在巩固前期改革成果基础上补齐短板并进一步深化和创新。

具体来看,天长市基于新农合基金按人头总额预付制的医共体改革可能因滁州市实行城乡居民基本医保市级统筹和整合医保管理相关职能而受到影响,医保支付的精细化程度有待加强;医共体内部管理运行机制尚需健全,基层服务能力仍然相对薄弱,信息化支撑作用仍有不足。尤溪县紧密型医联体内部管理运行机制和激励约束机制有待完善,县域单一医联体可能因资源垄断、缺乏良性竞争而导致监管难度加大、组织成本上升等问题,信息化支撑作用不足;医保支付方式改革有待进一步深化和细化,保障水平仍需提升。互助县医疗服务价格调整、医保管理体制和支付方式、人事薪酬制度、药品耗材联合采购等改革相对滞后,医共体激励相容机制尚不健全、基层服务能力和信息化建设有待加强,改革创新能力有待提升。启东市按照省级要求实行新农合和城镇居民医保合并及市级统筹后可能影响医疗集团总额预付制改革;缺乏医疗服务价格调整自主权,向省级相关部门提出的调价申请尚未获批,难以形成合理补偿机制;受省级药品集中采购平台药品目录限制,无法以县(市)为单位实行药品和高值耗材集中带量采购;医疗集团法人治理结构尚未建立、人事管理权限尚未下放、利益分配机制尚需建立健全。

4 结论与建议

4.1 示范县公立医院综合改革取得积极成效但仍需深化,长期效果需跟踪观察

通过近年来的探索与实践,公立医院综合改革第一批示范县已经取得了积极进展与良好成效。但是,医改是一个长期过程,部分医改效果需要较长时间才能显现,需要长期观察。要坚定正确的方向和思路,遵循规律,正确处理中央统一政策要求和试点探索的关系,密切关注政策变化对医疗机构、医务人

员和患者行为的影响,加强对广大城乡居民和医务人员受益情况的研究,切实增强其获得感。适时调整完善医改政策,持之以恒推动医改向纵深发展,以保证改革效果的不断显现。

4.2 总结凝练经验亮点,在更大范围进行推广

建议国家卫生健康行政部门及时总结示范县(市)县级公立医院综合改革经验亮点,充分论证、客观评价改革效果,深入分析改革思路、步骤、方法和实施条件,将实施时间较长、成效显著且较为成熟的改革做法,及时上升固化为制度成果,形成符合实际、可复制、可推广的经验做法并在更大范围推广,更好发挥示范县对全局改革的引领带动作用。

4.3 深化体制机制改革,强化“三医”联动

县级公立医院综合改革需要强化各级政府和多个部门的统筹协调,注重政策衔接,突破制约改革的制度藩篱,强化医疗、医保、医药“三医”联动,统筹推进综合改革。一是加快推进事业单位编制管理制度改革,突破编制总额限制,盘活编制存量、优化编制结构、提升编制使用效率,强化公立医院用人自主权,实现同工同酬,充分调动医务人员积极性^[3];同时完善公立医院等级评审制度,降低城市大型三级医院人才虹吸效应,短期可通过提高薪酬和福利待遇、提供进修培训机会等途径增强引才留才吸引力,积极探索县招乡用、乡招村用等人才柔性流动机制,促进人才下沉,长期可通过定向委培等措施加强本土化人才培养。二是建立与经济社会发展水平相适应、科学、稳定、可持续的卫生投入制度,合理划分各级政府投入责任,明确投入重点,保证公立医院的公益性。三是下放医疗服务价格调整权限,以信息技术为支撑,通过精确测算,逐步建立以体现医务人员价值为导向、以成本和收入结构变化为基础的医疗服务价格动态调整机制,促进建立科学的公立医院补偿机制,并与医保支付方式改革相衔接^[7,8]。四是注重医改政策的可持续性,确保政策调整、机构改革等平稳过渡。

4.4 针对具体问题进一步完善细化改革措施

总的看,天长市和尤溪县应在巩固前期改革成果基础上再深化再创新,针对具体问题和薄弱环节,补齐短板,提升改革的精细化水平;启东市和互助县应更大力度深化体制机制改革,加强“三医联动”。天长市应加强上级医保政策与现有医共体改革措施间的衔接,扩大医共体总额预付范围,完善按病种收

付费制度;强化医共体内部管理运行机制建设,提升基层医疗卫生服务能力,加快推进分级诊疗制度建设。尤溪县应持续完善医联体总额预付制和 C-DRG 收付费制度;建立健全医联体法人治理结构和相容的激励约束机制;以加强人才队伍和信息化建设为抓手,提升县域医疗卫生服务能力。启东市应加强与上级政府的沟通交流,争取更大、更灵活的自主权,推动医疗服务价格、药品集中带量采购等改革;进一步健全医疗集团管理运行、利益分配和技术共享机制,将新农合总额预付制范围逐步扩大到所有参保人群。互助县要加强医院内部成本核算和费用控制,建立科学合理补偿机制;加快整合医保相关职能,积极探索总额预付下的复合型支付方式改革;落实跨区域药品耗材联合采购制度;探索建立体现劳动价值的薪酬分配制度;建立健全医共体分工协作机制和激励相容机制,优化信息系统。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见[EB/OL]. (2015-04-23) [2018-12-20]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content_9710.htm
- [2] 代涛. 我国公立医院改革的进展与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(8): 1-7.
- [3] 熊婷, 胡丹, 陈家应. 我国公立医院改革进展、问题与对策浅析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(3): 215-219.
- [4] 陈吉祥, 陈明军. 城市公立医院改革绩效评价指标体系构建——以镇江市为例[J]. 东南国防医药, 2018, 20(6): 643-646.
- [5] 李滔, 刘智勇, 张红星, 等. 建立以公益性为导向的公立医院绩效考核制度的若干思考[J]. 医学与社会, 2014, 27(9): 7-10.
- [6] 周德水, 秦立建. 公立医院综合改革的绩效研究——以安徽省为例[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(1): 5-7, 55.
- [7] 张福来, 饶洪江, 石丹, 等. 我国县级公立医院改革的进展、挑战 and 对策[J]. 卫生经济研究, 2017(2): 27-30.
- [8] 于保荣, 田畅, 柳雯鑫. 公立医院补偿机制改革问题及建议[J]. 卫生经济研究, 2017(2): 9-13.

[收稿日期: 2019-03-18 修回日期: 2019-04-30]

(编辑 刘博)