

试论作为系统工程的公立医院补偿机制改革

胡伟力, 伍林生[△]

(重庆医科大学管理学院医学与社会发展研究中心 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.19.037

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)19-1960-03

公立医院改革作为医药卫生体制改革五项重点实施方案的核心,在推进过程中遇到了巨大困难,按计划公立医院改革方案本应在 2009 年底出台,但是《关于公立医院改革试点的指导意见》(以下简称《指导意见》)直到 2011 年才正式颁布施行,甚至一度传出了公立医院改革方案“搁浅”的言论。公立医院改革思路也由最初的全面试点方案变成在全国选择 16 座城市先行试点,取得成熟经验后再全面推广。公立医院改革已然成为新医改的“最难题”,引起了社会各界的广泛关注,而补偿机制的改革又是公立医院改革的重点与难点,将直接决定公立医院能否实现改革的底限——回归公益性。公立医院补偿机制改革是一个涉及面广、关系复杂的系统工程,需要各方积极协作、共同努力。本文将公立医院补偿机制改革作为一个系统工程来思考,提出一些不成熟的见解以供讨论。

1 中国公立医院补偿机制改革现状及其重要性

1.1 中国公立医院补偿机制改革现状 公立医院补偿机制是指对公立医院在提供医疗服务过程中所耗费的卫生资源进行弥补、充实的方式和途径,也就是对医院经济活动的耗费有补偿作用的各种要素的有机结合。补偿机制在很大程度上决定了公立医院的性质,对公立医院的的服务模式、内部管理机制、人事制度安排等都起着重要作用。建国初期,中国公立医院被定性为不具有生产功能的人民福利性事业单位,其资金主要来源于政府补偿。20 世纪 80 年代以来,仅靠财政补助和远低于实际价值的劳务收费已不能完全补偿公立医院的耗费,政府开始探索其他补偿途径,在财政补偿不到位、医疗服务收费不断降低的情况下,政府规定医院可以收取 15% 的药品加成收入,作为公立医院经费不足的重要补偿渠道,各公立医院为了生存和发展,“趋利”行为日益严重,“公益性”逐渐淡化。由此,药品销售逐渐成为公立医院补偿的主要来源,“以药补医”已经变成了“以药养医”,在许多地方的公立医院收入中,药品销售收入已占了医院总收入的 50% 以上,这给患者带来了很大的经济负担^[1]。这样就形成了目前中国公立医院的 3 条主要补偿渠道:财政补助、医疗服务收费和药品加成。财政补助在公立医院总收入中所占份额较少,在一些三甲医院中仅占 16% 左右,单纯依靠财政补偿根本不能维持医院正常运营。本应作为主要补偿渠道的劳务收费长期低于服务成本,不仅没有起到补偿医院消耗的作用,反而使医院蒙受亏损,也挫伤了医务人员的积极性。药品销售收入是目前公立医院补偿的主要来源,也是公立医院“创收”的主要渠道,公立医院“看病难、看病贵”问题突出,高额的药品费用是主要原因。

1.2 公立医院补偿机制改革的重要性 群众看病难已经成为现阶段中国最复杂的民生问题之一。自 2009 年 4 月《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》)及《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011

年)》(以下简称《方案》)正式公布以来,五项重点实施方案开始在全国范围内逐步推进,显示出政府对实现人人享有基本医疗卫生服务的决心。但公立医院改革却迟迟不能取得突破,群众“看病贵、看病难”、“以药养医”、医疗资源分配不均、医务人员积极性不高等难题都集中在公立医院改革上。五项重点改革方案需要共同运作才能保障实现其预期目标,作为改革焦点与难点的公立医院改革的效果将直接决定能否切实解决好广大人民群众的就医难题。2011 年 2 月 11 日,中央五部委联合印发了《关于公立医院改革试点的指导意见》,提出公立医院改革的指导思想是坚持公益性。公立医院要回归公益性,真正做到将人民群众的健康放在第一位,必须杜绝“趋利”行为,这要求公立医院的取消药品销售收入,将现行的财政补助、医疗服务收费、药品销售三条渠道相结合的补偿模式转变为以财政补助、医疗服务收费为主要渠道的补偿模式。在取消药品销售收入后,财政补助能否及时到位,劳务收费能否反映价值规律,关系到公立医院的生存与发展。解决好公立医院的补偿问题,将有效地缓解患者就医的经济压力,调动医务人员的积极性,提高医院资金使用效率,公立医院改革的其他方面也将迎刃而解。

2 公立医院补偿机制改革难点分析

2.1 多方利益的博弈 公立医院补偿机制改革是《指导意见》中一个重点改革内容,也是公立医院改革的关键与难点。补偿机制改革涉及到包括政府、医院、患者、保险机构在内的多方利益:政府财政资源有限,希望拨出的资金能最大化地发挥效用;公立医院关心的是在取消药品加成收入后,财政补助能否足额、及时到位,劳务收费能否补偿消耗的成本,否则医院将难以为继;广大群众则对“大处方”、“高药价”十分不满,要求政府采取有力措施提供“优质价廉”的医疗卫生服务^[2]。由此可见,要出台一个合理的补偿方案不难,难的是如何平衡各方利益,公立医院补偿机制涉及利益相关方众多,改革进展缓慢是多方利益博弈的必然结果。

2.2 财政补助范围的确定 政府财政资源有限,公立医院哪些耗费应由财政来补偿,哪些医疗服务应由政府买单? 这一问题是完善财政补助政策首先要解决的。目前财政补助主要是用于医院基本建设、大型设备购买、离退休人员费用、医院重点学科建设等,但是除了离退休人员费用的补偿外,对其他补偿项目都没有明确的规定,投入也很不到位。

2.3 财政补助标准的核算 目前公立医院的财政补助标准很不规范,对工作人员及离退休人员的补助是按编制人头核算,没有考虑到地域差别、医院等级差别;医院基本建设、设备购买、学科建设则由医院向政府申请,争取尽可能多的补助,很难有统一标准。因此,如何制定针对不同等级、不同地域的公立医院财政补助标准以及如何核算不同服务项目的补助标准等,

都是健全财政补助渠道的难点。

2.4 财政补助如何足额、及时到位 《意见》和《方案》指出,推进公立医院补偿机制改革,政府将负责公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补偿等,对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助,保障政府指定的紧急救治、援外、支农、支边等公共服务经费^[3-4]。按照上述支出结构,财政投入将是一个巨大的数目。如何保证在政府资金有限、建设项目繁多的情况下,足额、及时地对公立医院消耗进行补助,是财政补助机制的核心,也是医院管理者最为关注的问题,直接关系到补偿机制改革能否取得预期效果。

2.5 医疗服务收费如何规范 建国以来中国公立医院本着坚持公益性的原则,力求减轻患者经济负担,因此,医疗服务收费长期低于实际价值,单靠政府补助和劳务收费医院很难生存下去。公立医院因此转向倚重药品销售收入,造成了今天医药行业成为“暴利行业”,人民群众看不起病的局面。在取消药品加成收入后,医疗服务价格势必增长,但是如何规范服务收费,如何制定准确反映实际价值的价格标准,体现医务工作者的专业技术、劳动量、职业风险等要素,做到能够有效补偿医院成本消耗,这是提高医疗服务价格必须优先解决的问题。

3 公立医院补偿机制改革的思考与建议

3.1 以成本核算为切入点,破题补偿机制改革 改革后的公立医院补偿机制将由原来的财政补助、医疗服务收费加药品提成转变为主要依靠财政补助和医疗服务收费。显然,在取消目前公立医院的主要收入来源即药品加成后,要保证公立医院的正常运营,就必须提高财政补助和医疗服务价格。建议以医院成本核算为切入点来开展补偿机制改革工作,16 个试点改革城市的公立医院可在当地卫生局的指导下,根据本地区社会经济实际水平,对医院各项支出成本进行核算。首先要进行科室成本核算,在此基础上进行各医疗服务项目的成本核算。当地卫生局财务处将不同等级的公立医院的成本核算数据进行统计分析,找出哪些是政策性亏空,区别不同等级医院的补偿基数,只有在精细核算的基础上,财政补助的标准才可能准确合理,才可能实现医院、政府双赢合作的局面。同时在规范常见病种的诊疗服务后,可进行单病种成本核算,这对于日后按病种付费有着探索意义^[5]。

医疗服务价格的确定也是补偿机制改革要解决的一大难题,建议各地建立医疗服务定价由利益相关方参与的协商机制,组成由卫生局牵头,包括物价局、发改委、财政局以及公立医院在内的部门共同参与,核算各项诊疗服务价格,综合考虑人力资源成本、医疗技术含量、职业风险及劳动强度等,并与社会医疗保险基金管理方、医师工会、雇主工会、雇员工会等社会性机构共同协商制定医疗服务价格,有利于改变医疗服务逐利行为,促进“以医养医”机制的形成。

3.2 规范财政补助机制,确保财政补助足额及时 各级政府部门要重视财政补助对公立医院运营的作用,制定有效的财政补偿机制。首先,要有专项扶持。对列入财政补助范围的资金项目,应以专项列支的办法,严格专款专用,强化资金安全管理,确保足额、按时拨付。其次,简化流程,提高效率。公立医院要改变过去等、靠、要的不科学做法,卫生部门、财政部门应与公立医院建立良好的沟通渠道,涉及到财政拨款的各个单位应对财政补助机制制定出共同认可的方案并予以公示,确保方案机制化、长期化,使财政补助机制公开、顺畅运作^[6]。

3.3 提高医院内部资金管理效率,开辟“第三条”补偿渠道

考虑到中国社会主义初级阶段的基本国情以及卫生事业坚持“广覆盖、低水平、高效率”的指导思想,财政补助不会超出实际消耗太多,医疗服务价格也只是回归价值,如果公立医院资金使用不当,就有可能造成经营困难。在补偿渠道“开源”困难的情况下,公立医院必须做好“节流”工作,使其成为“第三条”补偿渠道。具体做法是提高经费使用效率,建立严格的绩效考评制度,认真分析科室成本核算数据,编制合理的预算方案,制定规范管理制度和合理便捷的服务流程,各项经费支出要严格管理,着力在提高经费运营效率上取得新成效。在严格医院内部资金使用管理的同时,还需建立有效的外部监管机制,组织一个由利益相关方代表参与的监管机构,制定规范的组织纲领,并赋予其明确的权力,能够真正对医院资金运营起到监督作用。此外,公立医院的运营情况也应如实向公众公布,接受广大群众的监督^[7]。

3.4 完善医疗保险付费方式,减轻患者就医经济负担 在新医改方案提出要不断完善医疗保障体系,扩大医疗保险覆盖面的背景下,以后的医疗服务费用绝大部分要从医保基金中提取。如何完善医保付费方式,对于改革公立医院补偿机制、减轻患者就医负担具有重要意义。医疗保险机构对公立医院的影响也将越来越大,医保机构要不断探索多种支付方式,发挥不同支付方式的优点,对公立医院的医疗行为进行引导。建议进一步推广单病种预付制,医疗保险机构可与物价部门、卫生管理部门共同制定单病种预付制价格管理体系。控制“大处方”、“重复检查”等过度医疗行为,引导医院采取“理性医疗”、“适度医疗”的行为,避免医保资金不必要的浪费。

3.5 探索多种补偿渠道,拓宽补偿资金来源 在探讨提高财政补助及医疗服务价格对于实现公立医院补偿机制改革的可行性后,不能将思路仅仅局限于此渠道,其他渠道的筹资机制同样应引起政府及公立医院的重视。比如政府对公立医院提供的公共卫生服务给予税收优惠,医院收支结余的合理利用,各种形式的社会捐赠,对烟、酒等具有外部负效应的产品提高税费,并将其中一部分用于购买公共卫生服务等。通过对这些零散的资金进行合理管理,将是一笔不小的发展经费,公立医院管理者不应该看不上“小钱”。因此,政府在财政预算有限的条件下,应与卫生、物价、税收等系统探索其他渠道的补偿机制,并尽可能使其制度化、规范化、长期化,在此基础上制定优惠政策,鼓励、引导社会各界为公立医院的发展贡献力量。

4 结束语

公立医院改革是一个长期、复杂的系统工程,随着《关于公立医院改革试点的指导意见》的颁布,16 个试点城市公立医院改革已经陆续展开,中国的公立医院补偿机制改革正在不断地探索经验,争取早日解决人民群众看病贵的难题,实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。

参考文献:

- [1] 许秀菊. 公立医院补偿机制演变的研究[J]. 中国医院, 2009, 6(4): 32-36.
- [2] 杨军. 公立医院改革待破冰[J]. 南风窗, 2010, 3(3): 12-14.
- [3] 中共中央, 国务院. 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[Z]. 2009 年 3 月 17 日.
- [4] 中共中央, 国务院. 医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011 年)[Z]. 2009 年 3 月 17 日.
- [5] 赵红, 刘巍. 成本核算破题医院补偿[J]. 中国医院院长,

2010,6(7):49-55.

庆医学,2007,36(2):110-111.

[6] 万鸿君,彭芳.完善公立医院补偿机制改革的难点与思考[J].中国医院管理,2010,30(2):8-9.

(收稿日期:2010-10-14 修回日期:2011-01-24)

[7] 赵存现,李景波.全成本核算在医院管理中的作用[J].重
• 卫生管理 •

城乡统筹背景下重庆市乡村医生管理制度研究

白辉鹏¹,李 情^{2△}

(重庆医科大学:1.管理学院;2.研究生学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.19.038

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)19-1962-02

随着重庆市城乡卫生统筹政策的快速推进及城市社区卫生服务理念及模式不断向农村地区延伸。重庆市城乡卫生资源配置结构进一步优化,城乡医疗环境差距进一步缩小,重庆市农村卫生事业得到进一步发展^[1]。如黔江区经过几年实践与探索,不断分析解决“新农合”中出现的问题,2007年来创新并实践“新农合”发展“取信于农”的“黔江模式”,让农民更深层次了解认识“新农合”,积极主动参与“新农合”。主要表现在:2006年以前,全区农民参合率增长速度不足5%,2007年达10%,2008年达15%,2008年农民“新农合”知晓率达100%,参合农民对“新农合”的满意率达95%,参合农民就医综合补偿率近50%,新农合基金使用率近80%,参合农民以家庭为单位受益率近85%。2008年黔江区参合人员流向市、区、乡三级医疗机构比为3.2%、33.3%、63.5%,基金流向市、区、乡三级医疗机构比为12.3%、55.1%、32.6%,基层医疗机构这2项指标都得到了大幅提高。2008年黔江区参合农民的均次门诊费用(村卫生室、乡镇卫生院分别为12.34元、19.43元)比2002年(村卫生室、乡镇卫生院分别为14.40元、21.30元)还低,医疗费用得到了有效控制,参合农民在辖区内村卫生室或乡卫生院首诊率达80%以上^[2]。

因此,城乡卫生统筹政策对重庆市的农村医疗卫生环境来讲,是一个历史巨变,它要求加速完善重庆市乡村卫生服务组织一体化管理,也对加强重庆市乡村医生管理水平提出了更高的要求。这个巨变,对于农村地区卫生服务提供者即乡村医生来讲,不仅提供了前所未有的发展机遇,同时对整个乡村医生队伍的管理制度建设和完善也是一个巨大的挑战。因此,如何适应这个巨变,如何在城乡卫生统筹加速推进的过程中管理好乡村医生队伍,如何突破制约重庆市乡村医生发展的各种管理瓶颈等问题,亟待回答。

1 重庆市乡村医生管理制度存在的问题

客观来讲,过去十几年来,重庆市对乡村医生管理在国家政策的引导下和自身的研究实践中取得了令人瞩目的成绩并积累了不少经验,如重庆市黔江区利用世界银行贷款项目开展的乡、村卫生组织管理服务一体化建设成效显著,形成了自成一体的“黔江模式”,并在全国得到推广,有力促进了重庆市乃至全国乡村医生管理制度的完善^[3]。但也必须看到,新形势下重庆市的乡村医生管理制度尚存在诸多不足,并在城乡统筹背景下表现得尤为明显。具体表现在以下几个方面。

1.1 村卫生组织一体化管理完善步伐未能跟上城乡卫生统筹政策的快速推进,直接导致乡村医生管理制度的相对滞后 实

践已经证明乡村卫生组织一体化管理方式对于强化乡镇卫生行政管理职能、调整组织结构和功能、优化卫生资源、提高综合效益有着积极的促进作用,是城乡统筹政策下强化农村卫生服务网络的一条有效途径。但仍存在较多问题,如“一体化”政策定位不明确,社会管理层面缺失,对“一体化”的实施缺乏中、长期规划等,这些都直接导致了乡村医生管理制度的相对滞后。

1.2 乡村医生的管理工作依然受农村卫生传统管理观念的禁锢^[4] 在城乡统筹的大背景下,乡村医生管理工作受农村卫生传统管理观念的制约十分突出,农村卫生工作者的管理观念仍未摆脱“官本位”的思想,相关管理者或管理部门只“管”不“理”,留有伸缩空间的政策又使得种种不合理收费有了滋生的土壤,导致村卫生室所有权不明确,多头管理、多头收费现象普遍,村卫生室的布局则普遍存在一村多室、多村一室等不合理、无序的布局格式。因此,顺应城乡统筹的历史潮流,转变传统管理观念势在必行。

1.3 乡村医生的身份及准入管理制度一定程度限制了新时期乡村医生的发展 2004年国务院颁布实施的《乡村医生从业管理条例》以及现有的卫生法律、法规和政策文件对乡村医生的身份性质都缺乏明确的定位,对乡村医生的内涵定义模糊,对乡村医生的权利、义务及职责的规定过于空泛,致使法律和政策所期望的目的都无法实现,最终造成对乡村医生的管理流于形式,限制了乡村医生的发展和城乡卫生人力资源的沟通和互补。调查显示,重庆市68.2%的卫生技术人员集中在城区,农村仅占31.8%。农村有高级职称(副高)8人,占全市2.82%;有中级职称102人,占全市13.47%;有执业医师资格证564人,占全市34.26%;有执业护士资格证150人,占全市17.68%。截至2007年底,全市农村卫生院大学本科学历占2.53%,大专学历占46.94%,中专学历占37.49%,高中及以下学历占13.03%。全市医护比例为1:0.52,低于全国1:0.97的平均水平。中医技术人员缺乏,占全市9%,中医药高级职称者占全市12%,中级职称者占全市11%,农村卫生技术人员配置与城市不协调。

1.4 乡村医生的培训与教育管理机制落后^[5] 体现为在岗位人才的继续教育机制落后,培训的举办形式、内容与乡村医生需求有较大差距,乡村医生培训机构职责不明确导致过程管理不到位、缺乏对培训效果的评价和考查,而后继补充力量的人才建设体系也不健全,缺乏相应的吸引机制,利用城乡卫生统筹相关政策对乡村医生教育培训的支援力度有待提高。

△ 通讯作者, Tel:13628333440; E-mail: xueliqing168@sohu.com.