

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.04.045

重庆市县级公立医院改革效果分析*

柳 静, 张 滨[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院, 重庆 400016)

[中图分类号] R195

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)04-0559-03

改革开放以来,随着经济的发展、人们物质和精神生活的提高,人们对医疗卫生服务的需求也在提高。卫生资源的供给滞后于人们日益增长的健康需求,加之医疗卫生资源的独特性、专业性,人们普遍反应的“看病贵、看病难”现象一直未得到解决,医改是关系国计民生的大事,是全面建成小康社会的重要内容。县级公立医院是指由国家投资举办,国家承担无限清偿责任,医院不以营利为目的,向该县全民提供基本医疗服务的医院;公立医院在国外包括能对所有人提供可及的服务和来自公共资源支付的医院,不论其是政府还是私人所有或管理^[1]。县级公立医院是我国农村医疗卫生服务的主体,也是卫生服务体制改革的重中之重,而取消以药补医,建立县级公立医院科学的补偿机制是当前我国县级公立医院改革的三大难题之一,也是此次县级公立医院改革的核心内容。县级公立医院改革的成效直接关系到老百姓的切身利益。

1 重庆市县级公立医院现状

自新中国成立以来,特别是改革开放以来,各级政府向县级公立医院投入了大量资金,重庆市县级公立医院取得了快速发展,其医学科技水平不断提高,在救死扶伤、实行革命的人道主义、满足基层人民群众的医疗服务需求方面取得了突出成就。为防病治病、保障人民健康作出了重要贡献。截至 2013 年底,全市共有医疗卫生机构 1 352 个,其中,医疗机构 1 110 个,卫生机构 242 个。医疗机构中城市医院 61 个,城市中医院 21 个,县级中医院 19 个,城市社区卫生机构 120 个,农村卫生院 868 个。除近 2 年创建了极少数三级医院外,主要为二级医院。全市医院(不包括基层医疗卫生机构)实际开放床位 74 827 张,其中,公立医院实际开放床位 64 426 张,占医院实际开放床位数的 86.10%,县级医院 18 631 张,占 24.90%。重庆公立医院的医疗服务量一直处于高位,全市医疗机构 2013 年门急诊患者 6 737.38 万人次,比 2012 年增加 188.71 万人次,增长了 2.89%;与 2008 年相比增加了 1 516.89 万人次,增长 29.06%。2013 年三级医疗机构门急诊人次、出院患者人次分布(资料来源于重庆市卫生统计年鉴),见图 1、2。

2 重庆市县级公立医院改革的做法和效果分析

2009 年,根据国务院办公厅《医药卫生体制五项重点改革 2009 年工作安排》(国办函[2009]75 号)的要求,各省、自治区、直辖市已经分别选择 1~2 个城市(城区)作为公立医院改革试点城市。重庆市自 2009 年 10 月启动医改以来,根据本市实际情况,积极、稳妥、科学地推进本市的公立医院改革试点工作,江北区是本市公立医院改革试点地区。从 2012 年开始本市又在江北区、南岸区、荣昌县、垫江县、秀山县等 20 个区县以

“取消药品加成、完善管理体制、建立现代医院管理制度、提升服务能力、改革补偿机制等”为主的县级公立医院综合改革。

2.1 理清县级公立医院改革思路 初步理清了县级公立医院改革思路,形成了政府主导作用,公立医院公益性得到较好体现,初步建立了具有重庆特色的医疗机制体制改革方向。

2.2 界定政府办医职能 探索界定政府办医职能,形成多元办医格局。明确政府举办医院的权利和义务,鼓励社会资本举办非营利性医疗机构。对民营医院采取自愿原则,自行申请营利性或者非营利性。

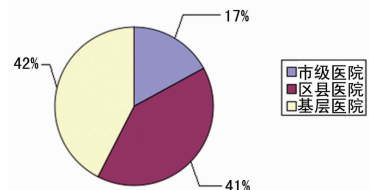


图 1 2013 年三级医疗机构门急诊患者人次分布图

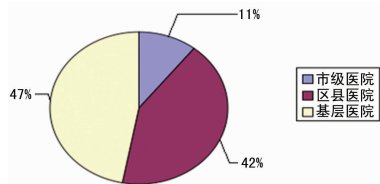


图 2 2013 年三级医疗机构出院患者人次分布图

2.3 改革法人治理结构 探索改革法人治理结构,形成现代县级公立医院管理制度。实施公立医院内部综合改革,形成现代医院内部运行机制。江北区探索建立了以理事会为核心、院长负责的公立医院法人治理结构,初步形成了决策、监督和执行分离的现代公立医院管理制度。

2.4 取消药品加成 药品按进价实行“零差率”销售,群众得到更多实惠。试点医院门诊人次上升 8.27%,人均门诊费、住院费用得到有效控制,药品占医疗业务收入的比例较去年同期下降 2.04%。2011 年本市医疗机构药品收入占医药收入的比例为 45.85%,区县级医院为 44.54%,基层医疗机构为 53.8%,医疗收入占总收入比重为 47.18%,药品收入占医药收入比重为 45.50%。群众就医环境得到改善,看病更加方便,经调查群众满意度达到 98%。2013 年市级医疗机构占全市医疗机构医药收入的 32.05%(104.20/325.12 亿元),县级医疗机构 52.71%(171.36/325.12 亿元),基层医疗机构 15.24%(49.56/325.12 亿元);2013 年三级医疗机构医药收入

情况(资料来源于重庆市卫生统计年鉴),见表 1。

表 1 2013 年三级医疗机构医药收入情况表

项目	合计	市级医疗机构	县级医疗机构	基层医疗机构
医药收入(亿元)	325.12	104.20	171.36	49.56
医疗收入(亿元)	178.87	59.22	94.96	24.69
药品收入(亿元)	146.25	44.98	76.40	24.87
药品收入/占医药收入(%)	44.98	43.17	44.58	50.18

2.5 体现医疗服务供给方的劳动价值 调整医疗服务收费结构,体现医疗服务供给方的劳动价值。从 2013 年 12 月开始,财政通过收取药事服务费对医务人员进行补贴,以确保医生尽可能物美价廉的基本药物给患者。门诊药事服务费分为三类:主城区 12 元/次、渝东南渝东北 9 元/次,其他区县 10 元/次,而患者仅需缴纳其中很小一部分,其余由财政划归医保统一支付。重庆市医保参保人员,每门(急)诊人次(疗程)次均药事服务费由个人承担 2 元/次,剩余由财政和医保各支付 50%。住院患者的药事服务费:主城 340 元/次,渝东南渝东北 290 元/次,其余区县 320 元/次(每次住院付一次,与住院天数无关),患者支付 10%,财政和医保承担 90%(各支付剩余的 50%)。

2.6 建立公立医院补偿新机制 加大政府投入,建立公立医院补偿新机制。自 2009 年实施医改开始,政府投入由 2009 年的 76 亿元提高到 2012 年 142 亿元,四年全市医改政府累计投入达到 410 亿元,比医改预计投入增加 75 亿元。医改投入中,市级以上投入 298 亿元,占 72.70%,区县投入 112 亿元,占 27.30%。建设重点学科项目,以全面提升医疗卫生服务水平,显著改善医疗服务条件。据统计,2011 年重庆市医疗机构收入中,财政补助占总收入比重 13.60%,其中县级医疗机构财政补助收入占总收入比重 8.71%。根据公共产品理论,基本药物和基本医疗卫生服务作为公共产品,政府对基本药物和基本医疗卫生服务的筹资有不可推卸的责任,对基本医疗机构的补偿必须坚持由政府为主导^[2]。

2.7 财政补助收入结构发生变化 本市经过近 2 年的县级公立医院改革,取得了很大的成绩。但是也存在着一定的问题,特别是在取消以药补医后建立科学的可持续性的补偿机制方面仍未取得实质性突破。根据本轮医改按照国务院医改办 2013 年专门制定的《县级公立医院综合改革试点评估提纲》等 6 个配套文件,对本市县级公立医院综合改革进行评价。主要包括县级公立医院补偿机制改革、人事分配制度改革、现代医院管理制度建设、县域医疗资源配置、服务能力建设、加强县级医院监管情况等 6 个方面,其具体情况如下:(1)总体进展情况。本市县级公立医院改革经过各级政府和医院的共同努力,实行了药品“零差价”等方面取得了阶段性的进展,但是由于医改涉及面广,在落实县级政府办医责任、建立长效补偿机制、改革人事分配制度等几方面的难度大,但是没有取得根本性的突破,没有扭转目前县级公立医院存在的以逐利为主的运营模式,需要加大力度。(2)补偿不到位,没有建立长效的补偿机制。县级公立医院改革的关键是资源配置、补偿机制、管理体制和监管机制的到位,而补偿机制的建立和完善是当前县级公立医院改革面临的主要问题。影响本市医改进展的主要原因一是地方财政补偿不到位;二是按照医改的设计,取消药品

15%的加成后的资金营运缺口,部分是通过提高诊疗服务费来弥补,而实际上,由于国家没有细化医疗费用调整的政策,这部分收入比较模糊,另外,调整医疗费用也是比较敏感的问题,医院也要考虑患者的承受能力。因此,通过提高医疗服务价格来补偿也很难操作。(3)人事体制改革仍停留在表面。目前县级公立医院由于工资和待遇水平低、工作条件差、缺乏编制等原因,人事结构呈现机构臃肿和人才流失严重,一方面,毕业生不愿到基层,另一方面,部分骨干人才被大医院吸引,导致县级公立医院人才招不来、留不住,这些原因主要是人事制度改革不到位。(4)医院的分配制度改革不充分,没有形成有效的激励机制。在《关于县级公立医院综合改革试点意见》提出:县级医院通过人事分配制度改革调动公立医院医务人员的积极性。由于医院实行工资封顶等政策,绩效所占比例有限,没办法拉开工作人员的差距,“养懒人”、“吃大锅饭”等问题依然存在。对医务人员的考核比较复杂,除了业务工作外,对医德、医风等指标难于考核,也是分配制度改革的难点之一。(5)现代医院管理制度建设没有完全建立。由于我国的公立医院是从计划经济建立起来的,政府职能缺位,管理混乱,管理权与经营权定位不清,院长权力错位,没有建立真正的现代医院管理制度。2010、2011 年三级医疗机构财政收入比重(资料来源于重庆市卫生统计年鉴),见图 3、4。

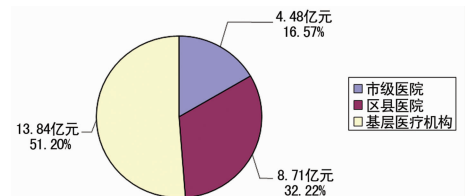


图 3 2010 年三级医疗机构财政收入比重

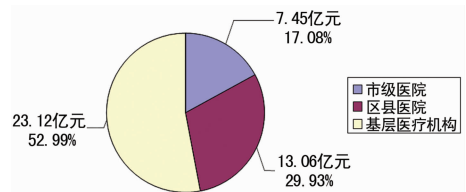


图 4 2011 年三级医疗机构财政收入比重

3 完善重庆市县级公立医院改革的展望及建议

3.1 管理体制和运行机制改革 政府仍主要以行政管理的方式对医院的重要决策进行干预,医院本身也并没有真正的自主权^[3]。政府应积极引导、加强协调、有效监管公立医院改革,要实现政府职能转变和角色的创新。赵云等^[4]认为县级公立医院管理体制改革应以供求双方激励共荣为基本价值,以政府购买服务为基本模式建构开放性管理体制、包容性监管体制、购买性补偿体制和市场化运行机制。陈碧珺^[5]在“高州模式”对中国公立医院改革的启示研究中表示,“高州模式”在我国县级公立医院发展中具有典型意义。总结了该医院取得成绩的原因:理念上,保证医院运行的公益性;管理体制上,政事分开、管办分开;运行机制上,提高医院自身管理水平^[5]。公立医院内部管理应该是充满生机活力,实现管理技术的创新发展。

3.2 补偿机制改革 以前医院收入主要由医疗服务收入、药品加成收入和财政补助收入,取消药品加成后变为由医疗服务收入和财政补助收入。由于实行药品零利润,医院在运行过程中减少的收入应由政府补偿。但是,目前我国公立医院补偿机

制还不完善。1978 年政府投入占总的卫生投入 30% 以上,加之企业投入,个人的医疗负担平均不到 20%。医院收入来源主要由医疗收入、药品收入和财政补助收入(数据来源于中华人民共和国卫生部编 2003~2012 年《中国卫生统计年鉴》,表 2),从表中可以看出我国公立医院财政补助收入占总收入的比例不大。周绿林等^[6]认为取消药品加成后公立医院的补偿机制在补偿主体、补偿方式、补偿金额 3 方面均存在问题。完善公立医院的补偿机制,必须做到补偿主体多元化、补偿方式合理化、补偿金额科学化。国内主要补偿方式有:(1)直接补偿,由政府财政直接专款补偿,缺多少补多少;(2)相关补偿,设立药事服务费等收费项目;(3)间接补偿,提高医疗技术和价值,新增相应收费项目;(4)综合补偿,“直接补偿+相关补偿+间接补偿”相结合。公立医院因取消药品加成而减少的合理收入,可以按照“总量控制、调整结构”的基本原则,通过政策性亏损补助、医疗服务价格调整、提高医保人员报销比例、建立健全基本药品目录等 4 方面来实施。

表 2 2002~2011 年各项收入占公立医院总收入的比例(%)

年份	政府投入	医疗收入	药品收入
2002	10.20	44.20	43.00
2003	8.80	45.10	43.40
2004	12.80	44.60	40.30
2005	7.40	47.50	43.00
2006	8.40	48.40	41.30
2007	8.50	48.50	41.30
2008	8.40	47.80	42.10
2009	8.80	47.50	42.00
2010	8.80	48.10	41.70
2011	9.30	48.80	40.40

3.3 监管机制改革 2010 年国家发布了《关于公立医院改革试点意见的指导见》,明确提出要加强卫生行政部门医疗卫生服务的监管职能,完善医疗卫生服务的监管机制,加强公立医院医疗卫生服务的安全质量监管,加大公立医院的运行监管力度,建立社会多方参与的监管制度,充分调动社会各方面对公立医院进行监督的积极性^[7]。真正做到卫生管理者与监督者权利分开,消除监管工作的随意性,实施监测分析评估工作,促

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.04.046

进公立医院的有效运营。英国实行公立医院改革后,政府对公立医院的监管由单方面监管变更为地区卫生主管部门、通科医生、患者、公立医院董事会以及卫生执法者等所有医疗活动参与者对公立医院进行共同监管^[8]。其做法值得参考借鉴。

3.4 提高医务人员积极性 广大医疗机构卫生服务人员是医药卫生体制改革的主力军。其收入水平在很大程度上影响工作积极性,将医务人员积极性转化为优质医疗服务是医改的重要内容。完善绩效工资改革,建立合理的绩效工资制,打破“平均主义”和“大锅饭”,充分调动员工工作积极性,提高效率,增加社会效益,形成良性循环。充分发挥医师多点执业合法化,逐步实现医师由“单位人”向“社会人”转变,有利于优化医疗资源配置,促进基层医疗机构、社会医院的发展。

3.5 改革医保支付制度 县级公立医院的费用补偿主要由医保来支付,因此合理医保支付制度是补偿机制可持续性的重要保证。深化支付方式改革,改变按项目付费的主导地位,在开展医保付费总额控制的同时,加快推进按病种、按人头付费等为主的医保支付方式。

参考文献

- [1] 闫菊娥,高建民.非营利性医疗机构补偿机制研究[J].中国卫生质量管理,2005,12(4):64-66.
- [2] 杨春艳,向小曦,张新平.基本药物制度下基层医疗机构补偿模式探索[J].医学与社会,2012,25(8):37-39.
- [3] 陈建国.关于公立医院管理改革的研究综述[J].生产力研究,2010(2):248-250.
- [4] 赵云,农乐根.县级公立医院管理体制和运行机制改革的思路[J].中国卫生经济,2013,32(8):5-8.
- [5] 陈碧珺.“高州模式”对中国公立医院改革的启示研究[C].北京:2012年清华医疗管理学术会议论文集,北京:清华大学出版社,2012,19-24.
- [6] 周绿林,邹玲红.取消药品加成后公立医院的补偿机制探讨[J].中国药房,2012,23(1):9-11.
- [7] 向佳.卫生部等五部委联合发布《关于公立医院改革试点的指导意见》[J].中国药物经济学,2010,18(1):9-10.
- [8] 王晓明,姚永浮.英国的公立医院管理制度改革及启示[J].医院领导决策参考,2005(8):46-49.

(收稿日期:2015-06-08 修回日期:2015-10-12)

我国东、中、西部地区农村卫生室现状比较分析

龙 华¹,何中臣²,唐贵忠^{1△}

(1.重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016;2.重庆市卫生局卫生监督局,重庆 401147)

[中图分类号] R195.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)04-0561-03

农村卫生室作为我国三级农村卫生医疗保健网网底,在农村卫生防病工作中具有不可替代的作用^[1]。新医改确立了村