

## • 卫生管理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.04.037

网络首发 [http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190926.1515.010.html\(2019-09-27\)](http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190926.1515.010.html(2019-09-27))

## 新加坡公立医院托管模式对我国的启示

蒲柳伊,史颖悟,段然,余杰,唐荣,向雅诗,叶俊英<sup>△</sup>

(重庆市妇幼保健院院办公室 401147)

**[摘要]** 研究新加坡公立医院托管模式发展过程,为深化落实我国公立医院改革,推进现代医院管理制度落实提供建议。采用文献分析法,对新加坡公立医院托管模式发展过程与我国公立医院改革现状进行分析。提出加快推进管办分离、完善公立医院法人治理结构、规范医联体内部管理,推进紧密型医联体建设、健全公立医院补偿机制、尝试引入第三方监督机构等启示性建议。

**[关键词]** 公立医院;新加坡公立医院;公立医院托管模式

**[中图分类号]** R197.3

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2020)04-0677-03

公立医院综合改革是我国医药卫生体制改革重点,2017年7月14日,国务院办公厅印发《关于建立现代医院管理制度的指导意见》(国办发〔2017〕67号)指出:“实行民主管理和科学决策,强化公立医院引领带动作用”以及“资产多元化、实行托管的医院以及医疗联合体等,可在医院层面成立理事会”等内容。卓越、高效的医院管理模式,对于统筹卫生发展、提高卫生服务效率、强化服务质量都有着重要意义。因此,如何建立科学、高效的公立医院治理结构,是推进公立医院综合改革的关键,更是推进健康中国建设的重要基石。新加坡自20世纪80年代起,开始全面实施公立医院改革,经历30余年的建设与完善,公立医院治理体系已相对成熟化。本文就新加坡公立医院改革中,医院托管模式发展进行分析,旨在为完善我国现代医院管理制度建设,推进公立医院管办分离提供参考。

## 1 医院托管的概念

医院的托管是指公立医院产权所有者将医院的经营管理权交由具有较强经营管理能力,并能够承担相应经营风险的法人或自然人经营。通过契约形式,受托方有条件地管理和经营委托方的资产,并实现资产的保值增值<sup>[1]</sup>。

## 2 新加坡公立医院托管模式的发展

### 2.1 托管模式雏形期

在新加坡独立20余年后,1983年,第一个医疗卫生改革方案——《国民健康计划》(National Health Plan)出台。此计划深刻显示了新加坡政府全面改善医疗卫生服务体系的决心<sup>[2]</sup>。1985年新加坡卫生部成立了非营利性的新加坡健康有限公司(Health Corporation of Singapore, HCS)<sup>[3]</sup>,各医疗卫生机构均托管于该公司。由此,公立医院的管理权从政府有效分离,自主经营权则得到保留。

新加坡健康有限公司拥有自己公司的董事会,卫生部是其唯一股东。公司管理的全部公立医院拥有自己的董事会和院长,这些人员均由政府任命。同时,公立医院被授予人员招募、薪酬设定及资源调配等自主经营权。新加坡健康有限公司对医院进行管理,医院管理层也对公司的董事会负责并遵守商业会计准则和程序<sup>[3]</sup>。

改革后,公立医院的经营自主权得到下放,为追求经济效益各医院的医疗服务质量及服务效率得到飞速提升,但由于医院过度关注效益回收,全额自费与高比例自费服务项目的过度供给,造成医疗费用急速增长。到了20世纪90年代初期,公立医院被认为过分地趋利,损害公众利益,普通国民“看病贵”成了一大难题,医疗支出也快要成为国家及国民都无法承受的负担。

为了让中低收入群体也能看得起病,新加坡政府成立了一个部长级委员会,探讨政府如何控制成本、限制补贴和保证医疗服务质量。1993年委员会以白皮书形式发布了《可负担的医疗》(Affordable Health Care)。在白皮书中特别强调了医院必须规范医疗费用,并控制医院的床位数及医生数量<sup>[2]</sup>,在医院费用控制中,政府明确控制公立医院全额自费与高比例自费的A级病房床位数;并严格规定每位患者的人均费用标准,从源头限制了医院收入上限。在资金补偿上,政府取消了过去使用的定额补偿方式,采用补偿实际服务单位量,鼓励公立医院向C级和B2级病房的患者提供服务。新加坡病房根据舒适度和政府补贴分为五个等级:A、B1、B2+、B2和C,其中,A类病房患者自费比例最大,C类病房最低。A类病房为单间,配有洗手间、空调且可选择私人医生治疗。C类病房有8~9个床位,为公用洗手间,无空调,治疗的医生则由医院分配<sup>[2]</sup>。在医生数量控制上,政府则通

过限制医学院的招生名额来控制医学生人才输出,以限制服务供给量。

新加坡健康有限公司的成立,使公立医院的管理权从政府有效分离,但公立医院被“放权”后,因过度向市场化倾斜,盲目逐利,导致过度服务。要保证医院的公益性,政府的干预是必不可少的,委员会则有效发挥了政府“有形的手”作用,以成本控制,补贴服务量为切入点,为公立医院改革发展提供方向。

## 2.2 托管模式发展期

为进一步整合医疗资源,完善各级医疗机构转诊制度,保证医疗服务连续性,新加坡卫生部于 1999 年将公立医院分别重组到位于西部的国立保健集团(National Healthcare Group)和东部的新加坡保健集团(Singhealth)中,以代替新加坡健康有限公司。两大医院集团同样是完全由卫生部控股。

重组后,卫生部对两大集团直接监督管理,行使包括公司组织章程修订、发行新股票和贷款、新增子公司、医疗收费的调整、公司资产变更、公司终止和解散、公司董事和首席执行官聘用及委任等监督管理权<sup>[4]</sup>;同时也对公立医院行使监督管理及重大决策等权力,具体表现为规定医院病床总数和不同级的病床数量,制订各级病房服务标准、医院所能执行的最高收费标准,医院资金的拨付,严格把控专科部门发展和新医药科技引进等,并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。

在托管模式发展期中,公司化使两大医疗集团及其所属医院享有经营自主权,集团其内部已建立有完善的管理体系;以新加坡保健集团(Singhealth)为例,其集团下设有董事会、职能委员会、管理层。董事会主要决策公立医院存在的重大问题。董事会下设多个职能委员会,包括审计委员会、员工委员会、资产管理委员会等。职能委员会即行使行政中枢职责,在管理方采取任何重大举措之前,需把存在的问题和建议提交给相关委员会进行审议、决策,然后由委员会将其决定提交给董事会作最终决定。管理层包括行政总裁,主要承担负责集团的日常管理,副总裁职位负责监管研究和教育、诊疗服务和资讯,以及集团下属的医院院长、首席财务官、集团首席运营官等<sup>[5]</sup>。集团作为独立经营的市场主体,拥有更多的医疗投入和产出控制权,对医院收入结余的更大支配权,但也要对医院经营损失负责。集团内的公立医院可双向转诊,有效实现资源共享,以避免资源浪费,而隶属不同集团的公立医院则存在良性竞争,以提升医疗服务质量。公立医院则以卫生部制定的政策为依据,在公司法的规定下自行运作和管理,其内部设有由各方面代表组成的董事会、监事会,董事会作为医院决策机构负责制订医院发展规划,对基建项目、服务价格、床位及高价设备购置等重大决策形成集体决议,并且董事会按照商业标准和审计准则对院长进行考核,组织患

者和社会对医院管理和医疗质量进行评估通过组织结构形成对医院内部管理层的有效制约。

公司化的建立厘清了三方权责,于政府,其明确划分了自身与公立医院的权责范围,涉及医院经营管理并能够依靠市场机制解决的事情放权给医院,涉及医院发展及影响公众利益的权力仍保留在政府<sup>[4]</sup>,确保不越位、不缺位;而集团的设立,将公立医院进行了纵向一体化整合,为实现医疗资源、信息共享搭建了良好的平台,在处理下属公立医院重大问题上起到了指导作用,同时,两集团的设立也有序构建了医疗服务市场的竞争机制,保证了医疗服务质量的不断提升。

## 2.3 托管模式成熟期

由于新加坡老龄化问题日趋严重,慢性病患者逐年增多,为让分级诊疗服务得到充分的实施与利用,2012 年新加坡政府按地区将公立医院划分、重组到了 6 个医疗集团中。每个集团依托一家地区性医院,与各种初级医疗、中级医疗及长期医疗服务机构协作形成内部医疗联合体,提供以患者为中心的医疗服务。6 个集团中,每个集团依照公司法,组成股份有限公司,又归属于卫生部管理<sup>[5]</sup>。

与发展期托管模式不同的是,这次层级划分更加明确,卫生部主要为国家医疗卫生发展战略提供方向,为医疗卫生系统制定卫生信息技术框架,对人才资源管理拟定框架<sup>[6]</sup>,为医院未来信息、人事的发展提供更加系统、规范的管理。而 6 个地区性集团均延续发展期中两大医疗集团的管理模式对下属公立医院进行管理。

根据新加坡卫生部网站最新数据显示,截至 2015 年,卫生部管理有 16 家公立医院,其中,有 6 家为综合性医院,1 家为妇女儿童医院,1 家为精神病医院,另外 8 家则为肿瘤科学、心脏病学、眼科学、皮肤科学、神经病学、口腔学等国家专科护理中心<sup>[7]</sup>。

另外,卫生部设立有卫生科学管理局(Health Sciences Authority)、健康促进委员会(Health Promotion Board)、新加坡医药理事会(Singapore Medical Council)等进行健康相关产品、健康推广与疾病预防、注册医师职业行为规范监督。且所有公立医院均接受第三方机构美国医疗机构评审联合委员会(Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)的资格认证并接受年审<sup>[2]</sup>。

## 3 我国公立医院托管模式探索

近年,我国部分地区尝试探索建立了公立医院托管模式。以镇江市为例,2009 年 9 月江苏省镇江市作为全国 17 个公立医院改革试点城市之一,对我国公立医院治理结构进行了创新。其组建了以镇江市第一人民医院为核心,以专科医院、社区医疗服务机构为成员的江苏康复医疗集团。另外,镇江市中医院、镇江市第三人民医院及 7 家社区卫生服务中心也以



委托管理的方式加入了江苏江滨医疗集团<sup>[8]</sup>。这两个集团通过推行法人治理,明确公立医院产权,着力理顺政府与医院之间的关系,有效实现了经营权与所有权相分离<sup>[9]</sup>。但由于集团内部机构与上级管理部门的责、权、利划分还不够明确。集团运行缺乏人事制度、干部管理、医保政策、补偿机制等配套政策;同时,政府财政支持力度小,集团的利益机制也尚未形成,各层级医疗机构管理体制与目标均存在差异,导致集团沟通效率低下,协调性较差<sup>[10]</sup>。因此,如何把集团运行实体化、托管机制普及化成了建立此类公立医院托管机制的难题。

#### 4 新加坡公立医院托管模式的启示

新加坡其通过对医疗资源的重组和融合促进了资源配置效率的提高,增强了医院的经营管理能力,提升了综合竞争力,同时也重新明确了政府在医疗服务中的定位,建立了适应国家自身发展的医疗机构管理体制,为我国构建职责明晰、结构合理、管理有序、运行高效的公立医院管理体系有启迪意义。

##### 4.1 加快推进管办分离

新加坡的公立医院托管在雏形期就已明确了公司化(法人化)的设定,在不改变公立医院国有制及公益性的前提下,通过赋予医院独立经营权,完善法人治理,提升管理效率,将医疗服务推向市场,促使服务质量提升。在我国的深化医药卫生体制改革中还存在所有权与经营权界限不清,政府举办和监管公立医院存在不同程度的缺位、越位现象,大部分的公立医院存在自主权未能有效落实,以及管理粗放等问题。我国与新加坡不同,在政府和公立医院间,并未建立统一的托管机构,我国的医院托管多以自发组织的医联体集团为枢纽,以片区为范围探索发展,集团内部管理体制如何建设、管理也暂无统一标准。《建立现代医院管理制度》的出台标志着深化医药卫生体制改革正在由形成框架转向制度建设,因此,在政府层面,仍然需要加强顶层设计,做好管办分开的“推手”,将“宏观调控”细化和量化到现代医院管理中,规范医院自主经营权,在医院内部建立科学合理的薪酬制度、改革医院人事制度等,以完善医联体集团、医院自主经营的相关配套政策及管理标准,推动公立医院的管办分离落地。

##### 4.2 完善公立医院法人治理结构

目前,我国部分公立医院已着手建立以决策层、管理层和监督层为主要框架的现代医院法人治理结构,其通过理事会、监事会引进人才,扩大公众参与决策和监督,促使医院提高公益服务质量和效率。政府也尝试以优化人力资源配置、加强医院资产管理的方式推进各医院的法人治理结构建设。医院对于理事会、监事会均根据地区、医院发展实际设立,无标准化规定与程序,自主性较强。类似于新加坡以集团治理为核心的企业托管模式,法人治理结构下的董事会、

股东会及监事会管理架构还很难找到。因此,明确法人治理结构设计原则,制定内部理事会、外部理事会及监事会组成的统一标准,明确分工与职责,是推进公立医院公立医院管办分离的基础。

##### 4.3 规范医联体内部管理,推进紧密型医联体建设

在医联体中,紧密型医联体和松散型医联体根本区别是由权责归属、运行机制决定。紧密型医联体是指对所有医疗机构的人、财、物实行统筹管理,形成一个利益共同体和责任共同体。松散型医联体则是一种以松散式或契约式的纵向医联体模式,该模式以管理和技术为连接纽带,以一家三级医院为核心,联合二级和基层医疗机构。现我国大多医联体则为松散型医联体,主要以章程为统领,以管理、技术为连接纽带,在资源整合方面,医务人员在医联体内柔性流动,以信息化为基础,开展检查检验结果共享互认、预约诊疗、双向转诊等<sup>[11]</sup>。现大多松散型医联体内部没有良好管理模式的支撑、经济的统一管理权限,在这种情况下,需要政府让出部分行政权力给医联体核心医院,使其对医联体内部取得较强的制约管理作用、引领作用及内部行政管理和分配作用。新加坡的医联体集团属于紧密型医疗联合体,其以托管集团为利益、责任共同体,形成了资源纵向整合,最终形成了成熟化的公立医院管理体系。我国在松散型医联体较多的现况下,各省、市、地区可考虑根据现状做进一步纵向整合,构建紧密型医联体,有效整合不同医联体内的医疗资源、信息共享等资源,让全地区的三级医院、二级医院和一级医院的联系更紧密、更有组织性,充分发挥三级医疗互补作用。

##### 4.4 健全公立医院补偿机制

新加坡在建立托管医疗集团后,政府人头根据改革过程中发现的问题,从宏观切入,制定相应政策,不断完善财政补偿机制,并按照不同种类服务,采用病历组合和全额拨款相结合的混合支付方式,建立了合理的激励机制。但我国以财政补偿方式改革的试点城市较少,多以按人头付费、按病种付费、总额预付等多种预付制方式改革为主<sup>[12]</sup>。为了更有效地推动公立医院,政府仍需加大财政补偿力度,不断健全医疗服务价格调整机制,形成科学合理的医疗服务价格体系,进一步发挥医保支付方式改革激励作用,落实好医保基金结余部分留用,以提高公立医院控制成本的积极性。

##### 4.5 尝试引入第三方监督机构

新加坡将公立医院的审查交由第三方机构美国医疗机构评审联合委员会,其对公立医院的服务与管理做到了全面监督。我国公立医院的监督仍然主要采用卫生行政部门主管以及其他部门联合实施。虽然,政府有责任监督医院,如准入把关和价格指导等,但在医院的服务水平评估等指标上,可分配至统一的第三方监督机构,并按照综合医院、专科(下转第 685 页)

业人才具有极为深远的现实意义。

参考文献

[1] 黄姗,何坪,周天寒,等. “供给侧”战略下中医高等专科学校就业指导课程改革探索[J]. 重庆医学,2016,45(20):2867-2868,2880.

[2] 熊阳,来平凡. 形成性评价在药剂学教学中的应用[J]. 药学教育,2009,25(6):31-34.

[3] 宋伟,肖若蕾,程明刚,等. 地方院校药物制剂工程教学方法探讨[J]. 药学教育,2018,34(4):54-56.

[4] 秦昆明,史大华,孙吉佑,等. 基于应用型人才培养的《药物制剂工程》课程教学实践与思考[J]. 教育现代化,2017,4(46):7-8,34.

[5] 杨蓉,钟世华. PBL 教学法在药物制剂工程教学中的实践与探讨[J]. 化学教育,2016,37(16):66-69.

[6] 潘晓莉,王红伟,王明谊,等. 中医药院校课程形成性考核评价体系的研究与实践[J]. 中国卫生事业管理,2017,34(12):940-942.

[7] 张敏,张荻,陈明. 形成性评价在中药学类专业课程中的现状与发展思考[J]. 新课程研究(中旬刊),2017(11):63-64.

[8] 韩永萍,宋爱荣,葛喜珍,等. 一种新型制剂工程学课程设计教学模式的实践[J]. 中国现代教育装备,2013(13):45-48.

[9] 宋珏,陈飞虎,汤继辉,等. 案例式、探究式、基于问题式教学法等方法在药剂学教学中的应用研究[J]. 中外医疗,2013,32(15):126-128.

[10] 王文苹,刘艳华,侯延辉,等. 主题讨论法在药剂学教学中的运用[J/CD]. 高校医学教育研究(电子版),2015,5(3):11-13.

[11] 杨蓉,钟世华. 案例教学法改革研究初探[J]. 药学教育,2018,34(2):38-41.

[12] 王金环,于海艳,杜福泉,等. 基于移动互联网模式下的中医内科教学翻转课堂初探[J]. 时珍国医国药,2016,27(4):967-968.

[13] 谢丹. 翻转课堂中的形成性学习评价[J]. 教育现代化,2017,4(52):207-208.

[14] 谢琳娜,林蔚,郑敏,等. 基于翻转课堂理念的高职新型 PBL 课堂教学模型效果研究[J]. 重庆医学,2016,45(22):3154-3156.

[15] 江秀娟,熊书,孙厚良. 移动教学平台在生物化学形成性评价中的应用[J]. 重庆医学,2018,47(10):1421-1423.

(收稿日期:2019-02-22 修回日期:2019-11-04)

(上接第 679 页)

医院分类,分别设立统一标准,对公立医院进行评估。这样可明确将公立医院的管理与监督权力分离,也让社会机构能更公平、有效地发挥监督作用。

参考文献

[1] 马晓静,王小万,左延莉. 公立医院托管模式研究[J]. 中国医院管理,2009,29(10):9-12.

[2] HASELTINE W A. Affordable excellence: the singapore health system[M]. Brookings Institution Press with the National University of Singapore Press,2013:9,11,42,101.

[3] RAMESH M. Autonomy and Control in public hospital reforms in singapore[J]. Am Rev Public Administ,2008,38(1):62-79.

[4] 代涛,陈瑶,马晓静. 新加坡公立医院改革的主要做法与启示[J]. 中国卫生政策研究,2012,5(8):4-8.

[5] 大卫·马. 新加坡保健集团的改革与管理实践[J]. 中国机构改革与管理,2013(z1):65-69.

[6] Our vision and mission[EB/OL]. (2018-08-08)

[2018-08-13]. <http://www.mohh.com.sg/about-us/our-vision-and-mission.html>

[7] Hospital services[EB/OL]. (2018-08-08)[2018-08-13]. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/our\\_healthcare\\_system/Healthcare\\_Services/Hospitals.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Hospitals.html)

[8] 曹静敏. 镇江市公立医院改革现状的调查与研究[D]. 南京:南京中医药大学,2013.

[9] 姜姝娟,梁秀荣,姜书彬. 新加坡保健集团和江苏康复医疗集团法人治理结构[J]. 机构与行政,2014(11):34-37.

[10] 朱夫,万祥波,杨扬. 江苏镇江康复医疗集团推动分级诊疗的实践与思考[J]. 中华医院管理杂志,2017,33(4):275-277.

[11] 龚伟伟,赵太宏,朱一俊. 不同医联体管理模式下医师能力提升的探究[J]. 中国卫生质量管理,2018,25(2):128-131.

[12] 吕兰婷,余浏洁. 我国现代医院管理制度研究进展[J]. 中国医院管理,2018,38(4):1-4.

(收稿日期:2019-04-22 修回日期:2019-07-06)