

新医改背景下我国公立医院回归公益性研究述评

王双彪

(河北省廊坊市人民医院,河北 廊坊 065000)

摘要:公立医院改革是新一轮医改的重点和难点。作者在对看病难看病贵、公立医院及其公益性等主要概念进行界定的基础上,总结阐述了当前我国公立医院改革试点的主要成效,并从公立医院公益性淡化、补偿机制不完善、治理和内部运行机制不健全、医疗人才资源配置失衡等四个方面对其所面临的挑战进行深入分析,最后结合实际情况提出了有针对性的政策建议。

关键词:公立医院改革;看病难看病贵;公益性

中图分类号: R19-0

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2012)04-251-006

一、引言

“十二五”规划纲要明确提出,“积极稳妥推进公立医院改革”,“坚持公立医院的公益性质,积极探索政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开的有效形式”,“以病人为中心大力改进公立医院内部管理”。《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划(2012-2015)》进一步强调了公立医院改革的重要性和紧迫性,由“局部试点”转向“全面推进”。截至2010年我国共有各种类型医院20 918家,比2005年增加了2 215家,增幅达11.8%。其中,按照经济类型划分,有13 850家公立医院和7 068家民营医院;按照医院等级划分,有1 284家三级医院、6 472家二级医院、5 271家一级医院和7 891家未定级医院;按照医院类别划分,有1 3681家综合医院、2 778家中医医院和3 956家专科医院。因此,作为新一轮医药卫生体制改革的重点和难点,占我国目前医疗资源总量85%以上的公立医院改革,既是新形势下大力保障和改善民生、加快推进基本公共服务均等的客观要求,也是促进我国医疗卫生事业自身快速协调发展,更好地满足城乡居民不断增长的医疗卫生需求的现实选择。

二、主要概念界定

(一)“看病难、看病贵”

陈竺^[1]认为,看病难在哪里、贵在哪里,分为“绝对性”、“相对性”。其中,“看病难”可分为两种。第一是

“绝对性”看病难,是由于医疗资源绝对不足无法满足基本医疗卫生服务需求的“看病难”,这往往发生在我国中西部经济落后、交通不便、地广人稀的偏远农村地区。第二是“相对性”看病难,是指由于优质医疗资源相对于居民需求的不足,造成患者去大医院看专家“难”,突出表现为许多人看小伤小病也涌到大医院,大医院人满为患,这是目前“看病难”的主要表现形式和特征。“看病贵”也有几种:第一是个人主观感受的“贵”。第二是家庭无力支付的“贵”,就是看病就医总花费超过了家庭支付能力,造成“因病致贫和因病返贫”,其实质是疾病的经济负担过重而缺乏有效的社会医疗保障问题。第三是社会无法承受的“贵”。

(二)公立医院及其公益性

葛延风^[2]认为,界定公立医院时必须关注两点:第一,公立医院是政府公共服务职能的承担者,提供公共卫生服务、医疗服务、救治服务的最终主体都是政府,公立医院是具体承担这种职能的机构;第二,公立医院是具有独立利益目标和利益诉求的人的集合体,医务人员群体有自己的利益诉求,而且这个群体有其特殊性,包括信息不对称等特点。

赵云等^[3]认为,公立医院公益性主要有三种界定:广义公益性是指人民群众可以而且能够获得公立医院供给的基本医疗服务,它包括四个方面:人民群众看得了病(方便)、人民群众看得到病(资源)、人民群众看得好病(质量)、人民群众看得起病(负担)。狭义公益性是指医疗服务价格合理,使人民群众看

收稿日期:2012-05-27

作者简介:王双彪(1970-),男,河北廊坊人,医学硕士,河北省廊坊市人民医院副主任医师

得起病。而在广义公益性和狭义公益性中间仍存在中义公益性。一方面,中义公益性与广义公益性在内容指向上有大小之别;广义公益性的本质内容是“公众受益性”,不仅要解决人民群众的看病难问题(扩大供给数量、提高供给质量和优化供给结构),还要解决人民群众的看病贵问题(控制医疗卫生费用、提高筹资分摊比重);中义公益性以解决人民群众的看病贵为主要目标,人民群众的看病难问题主要由调动积极性来解决。另一方面,中义公益性和狭义公益性在内容上有单双之别;狭义公益性认为,基本医疗服务价格的低廉性是公益性的标志,所以维护公益性的关键是控制基本医疗卫生服务的供给价格(即公益性的单项实现路径);中义公益性认为,基本医疗卫生服务的可承受性疾病经济负担是公益性的标志,所以维护公益性的关键是从供给源头上控制医疗卫生服务的供给费用,从筹资终端上分摊医疗卫生服务的供给费用(即公益性的双项实现路径)。

三、当前我国公立医院改革试点:成效及挑战

2009年3月,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出2009~2011年重点抓好五项改革:一是加快推进基本医疗保障制度建设;二是初步建立国家基本药物制度;三是健全基层医疗卫生服务体系;四是促进基本公共卫生服务逐步均等化;五是推进公立医院改革试点。2010年2月,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》,选择16个城市(东部、中部和西部分别为6个、6个和4个)作为国家联系指导的公立医院改革试点地区,2011年6月北京也被列入其中,积极稳妥推进公立医院改革试点工作。而17个国家试点城市也并非完全试点同一项目,其中上海、北京、鞍山、芜湖、宝鸡、鄂州重点试点公立医院设置规划和布局,医保、新农合的总额预付和即时结算;上海、天津主要推行住院医师规范化培训;深圳实行社区卫生服务院办院管;镇江、潍坊、深圳试点法人治理机制;北京、鞍山、芜湖、马鞍山试点对补偿机制等;昆明则面向多元化办医^[4]。另外,各省份结合本地实际选定了37个省级试点地区,目前全国参与改革试点的公立医院数量达到2 299个;全国已有1 200所(100%)三级医院开展预约诊疗、双休日和节假日门诊,18个省(区、市)正式启动县级医院综合改革试点,试点医院达到561家^[5]。

笔者认为,总体上看,公立医院改革试点已经取得阶段性成效,在探索开展重大体制机制改革、大力推进医疗服务体系调整重组、全面加强惠民便民措施推广实施等方面取得了积极进展,尤其是近年来我国不断加大对医疗卫生事业的财政投入力度,医疗卫生财政支出由2005年的1 036.8亿元快速增长至2010年的4 804.2亿元,增长了3.63倍;2010年医疗卫生财政支出占财政总支出、GDP的比重分别升至5.3%、1.2%,分别比2005年提高了2.2%、0.6%(表1)。

表1 2005~2010年我国医疗卫生财政支出及占比情况

年份	医疗卫生财政支出(亿元)	财政总支出(亿元)	GDP(亿元)	医疗卫生财政支出占财政总支出的比重(%)	医疗卫生财政支出占GDP的比重(%)
2005年	1 036.8	33 930.3	184 937.4	3.1	0.6
2006年	1 320.2	40 422.7	216 314.4	3.3	0.6
2007年	1 990.0	49 781.4	265 810.3	4.0	0.7
2008年	2 757.0	62 592.7	314 045.4	4.4	0.9
2009年	3 994.2	76 299.9	340 902.8	5.2	1.2
2010年	4 804.2	89 874.2	401 202.0	5.3	1.2
2011年	6 367.0	108 930.0	471 564.0	5.8	1.4

注:数据来源于根据历年《中国统计年鉴》有关数据整理而成。

但也要看到,公立医院改革是一项长期的、艰巨的和复杂的系统工程,涉及一系列体制性、机制性和结构性问题,并受到思想观念、体制机制、资金短缺、技术设备和人才资源等方面约束,与有效缓解并最终解决群众看病难、看病贵的愿望和要求相比还有较大的差距,仍面临着以下主要困难和挑战。

(一)部分公立医院公益性淡化的根源

吴明^[6]认为,公立医院公益性淡化主要表现在三个方面:出于经济利益的考虑有选择地提供服务,

而不是根据老百姓的需求提供服务;提供不合理的服务,过度提供服务;倾向于少承担社会公益性工作。主要原因是政府职责没有到位,包括公立医院开展公共卫生工作、承担社会责任的政府补偿不到位,以及没有建立起有效的激励和约束机制来规范医院和医生的行为。而李玉丹等^[7]对湖北省武汉、随州、荆州、潜江、黄石和咸宁6个地区随机选择10家二、三级公立医院和4家民营医院医护人员和患者进行问卷调查,其中医护人员、患者问卷数量分别为404

份、310份,问卷有效率均为100%。调查结果显示,患者认为公立医院公益性淡化的前三位原因是监管不足、过分追求经济利益、政府投入不足,占比分别为58.1%、57.7%、52.9%;而占比86.6%的医护人员则认为最主要的原因是政府投入不足。

曹永福等^[8]则认为,在目前的医疗卫生体制下,非营利性公立医院不是公益机构,也难以回归公益性。这是因为,目前的医疗卫生体制是将“医疗费用的筹集”和“医疗服务的提供”分开的,即使非营利性医疗机构,它的运营应该不以“营利”为目的,但实际上是以自己的“生存和发展”为目的,以“救死扶伤、防病治病,维护公众的生命健康”为手段的,故并不是公益性医疗机构。

(二)取消以药补医后的公立医院补偿机制面临着巨大的挑战

据对全国13510家公立医院进行统计,院均药品收入为3001万元,占业务收入的45.8%,而药品支出为2798万元,药品收支结余203万元,合计约为274.3亿元。其中,三级医院、二级医院、一级医院院均药品收入分别为17903万元、2620万元、296万元,分别占业务收入的45.5%、46.2%、48.0%,而药品支出分别为16646万元、2450万元、275万元,药品收支结余分别为1257万元、170万元、21万元(表2)。从这组数据可以看出,取消药品加成收入后,各级公立医院运行将面临着巨大的资金缺口。不难看出,我国公立医院系统庞大、数量众多,而目前在各级政府财力有限、中央和地方投入责任界定不清的情况下,大多数地方还尚未全面落实财政补助政策,公立医院补偿的可持续性和强化公益性的经济保障条件有待于商榷。另外,通过增设药事服务费等方式补偿公立医院由此减少的合理收入,可能并不能达到促进合理用药的初衷,治标不治本,换汤不换药,需要在实践中进一步完善相关配套机制。

李玉丹等^[7]认为,现在的政策倾向是通过财政补贴、提高医疗服务收费和增设药事服务费来弥补医院收入的缺口。但是药事服务费基本没有征收,而政府补偿比例、补偿基金出自哪级财政,对于这类问题至今还没有明确的界定。政府补贴不到位,就会导致医院只能依靠提高医疗服务收费来弥补取消药品加成后的收入缺口。这样,患者所负担的医药费用仍没有减少,只是医院的收入结构发生了变化。

郭再萍等^[9]认为,根据新医改方案要求,公立医院的补偿机制确定应该由政府完全投入,这对于那些“国家队”、对于地处中心城市和经济发达地区的三级医院来说可能影响并不大。但由于地域差异和

表2 2010年全国公立医院收入与支出 (万元)

指标	平均	三级医院	二级医院	一级医院
院均总收入	7 179	42 249	6 311	727
业务收入	6 552	39 314	5 677	617
医疗收入	3 439	20 805	2 959	296
药品收入	3 001	17 903	2 620	296
其他收入	111	606	98	25
院均总支出	6 872	40 465	6 033	702
业务支出	6 660	39 288	5 842	676
医疗支出	3 738	22 166	3 277	347
药品支出	2 798	16 646	2 450	275
其他支出	123	476	115	55

注:统计范围为13510个公立医院。数据来源于《中国卫生统计提要(2011)》。

各地区经济发展的差异,作为地处小城镇的县级公立医院,在取消药品加成、“以药养医”后,如果当地政府财力不足,投入不到位,仍执行“少给钱、给政策”,医院实行多种形式的责任制,将医院收入和医师的报酬挂钩,这无异于推动医院把经济压力转移给患者,一方面与医改所追求的减轻群众就医负担的初衷背道而驰,另一方面可能导致医院赔本经营,越办越穷,县级公立医院的生存必将面临举步维艰的尴尬局面。

夏文明等^[10]认为,对公立医院实施补偿的困难主要体现在:一是政府财政补偿力不从心。公立医院系统庞大,国家财政有限,补偿的可持续性值得商榷。二是药品加成取消后的医院资金缺口统计及补偿来源尚不确切。三是药事服务补偿治标不治本。采用收取药事服务费降低药品费用是治标不治本的做法,政府直接对医院实行15%药品加成补偿过于简单,也没达到促进合理用药的目的。四是补偿配套机制尚需完善,如医保基金在医院补偿方面的运行机制。

(三)公立医院治理机制和内部运行机制还不健全

曹荣桂^[11]认为,内部运行机制不健全导致公立医院效率不高和竞争力缺乏。政府一方面是把公立医院作为事业单位来控制床位、人员编制,以控制财政经费补助的支出,另一方面又把其作为可以自我创收发展的经营单位来激励其发展新技术、新项目。在这种政策的激励下,医院经营者不断扩张和提高公立医院的技术构成,拉动了医疗费用水平的持续攀升,加之人事制度改革缓慢、尚未建立起完善的岗位责任制和激励考核机制,导致公立医院的效率难以进一步提高,缺乏活力和竞争力。

(四)公立医院人才资源配置失衡,人才匮乏和人才流失并存

从全国卫生技术人员学历及技术职务层次来

看,2010年具有大学、研究生学历的占比分别为21.7%、3.2%,而大学以下学历(包括大专、中专、高中及以下)占比尽管比2005年下降了10.8个百分点,但占比仍然偏高,合计约75%;具有中高级专业技术职务的占比仅为1/3左右,初级职称占比尽管比2005年下降了2.7个百分点,但仍超过60%(表3);在中西部、农村和基层医疗人才匮乏的现象更为严重。而在2011年全国两会期间医药卫生界代表、委员们普遍认为^[12],当前基层医疗卫生机构最缺的不是房屋,不是药品,不是设备,而是人才,是高素质人才,以及留住高素质人才的机制。郭再萍等^[9]还指出,如果新医改对医务人员就医地点放开、医生多点执业的度把握得不好,必然导致公立医院人才的变相流失。民营医院将不需要支付原始培养成本就能获得医院的核心资源——医疗技术人员,只要利用灵活的用人机制和优厚的待遇,就会吸引到大量较高层次的医疗技术人员的加盟或者变相加盟。变相加盟是医疗人员在不放弃原有工作环境的情况下,“走穴”到民营医院出诊甚或转移患者到民营医院就诊以捞取更大的个人利益。

表3 2010年全国卫生技术人员学历及技术职务构成情况

		(%)	
分组		2005年	2010年
按学历划分	研究生	1.1	3.2
	大学	13.0	21.7
	大专	26.6	36.3
	中专	46.9	34.5
	高中及以下	12.3	4.2
按技术职务划分	高级	6.1	7.7
	中级	25.5	25.5
	初级	63.1	60.4
	未聘	5.3	6.5

注:数据来源于《中国卫生统计提要(2011)》。

四、几点建议

(一)在坚持公益性和调动积极性上实现均衡

公立医院改革是事关亿万人民健康、千家万户幸福的重大民生问题和社会系统工程,为此必须立足国情和民情,坚持以人为本,强化社会公益性原则,并充分调动医疗服务人员积极性,把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务,切实有效缓解并最终解决群众“看病难”、“看病贵”问题。李卫平等^[13]指出,维护公益性和调动积极性,是深化医改中公立医院改革的根本方向和核心任务,也是公立

医院改革中必须着力解决好的两大根本问题。而赵云^[14]则认为,公益性和积极性是衡量公立医院发展状态的两大核心指标,正如公平和效率是衡量我国卫生事业发展状态的两大核心指标一样。公益性和积极性两大指标存在不同组合形式,通过不同的组合形式,我们可以检验公立医院的发展状态和健康程度。从传统文献看,研究公立医院公益性积极性均衡化发展主要存在4种路径:政府主导路径、市场主导路径、社会主导路径和公共管理路径。对4种路径融会贯通并总结出符合中国国情的公益性积极性均衡化发展路径,即一个根本原则(基本医疗服务供给供求双方的利益相容)、二个核心机制(供需平衡机制和激励约束机制)、三个主体(供给、需求和监管)联动制度。

(二)坚持政府主导和市场竞争相结合,健全多元化医疗卫生投入机制

笔者认为,一方面,要强化政府责任和投入,确立政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位,加强政府在顶层设计、资金投入、服务监管等方面职责,按照分级负担原则合理划分中央和地方各级政府卫生投入责任,逐步加大政府投入力度;另一方面,要引入市场竞争机制,鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业,积极参与部分公立医院改制重组,形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制,构建以公立医院为主体,并与非公立医院相互促进、共同发展的城乡医疗卫生服务网络。

(三)在改革创新公立医院管理体制、运行机制和监管机制上继续探索总结

笔者认为,健全完善医药卫生“四大体系”(即公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系),实现“四个分开”(即政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开)是新一轮医改的重点任务和目标,也是难点所在,公立医院改革要在围绕完善“四大体系”、实现“四个分开”上积极探索有效实现形式,改革创新公立医院管理体制、运行机制和监管机制,着力提高医疗卫生服务质量和效率。以县级医院作为公立医院改革的突破口,以破除“以药补医”、改革补偿机制为关键环节和重要切入点,着力推进县级医院人事、编制、分配、价格、支付制度、监管等综合改革,实现与基层医疗卫生机构综合改革的有效衔接,有效缓解并最终解决群众看病难、看病贵的难题。王昕等^[15]认为,“以服务养医”是一项双赢的举措。对患者而言,靠服务收费,让患者能享受到优质服务;对医生而言,让医生通过正当途径获得有尊严的价值回报,体现优劳优得,而

不是多收多得。要想彻底解决以药补医和看病贵的顽症,增设药事服务费这条途径不可取。依靠大幅度地提高医疗服务质量这条途径让民众接受部分技术劳务价格的调整是根本,医保全面覆盖和医疗保障水平大幅增加等加大政府投入措施是必然,但更重要的是政府要加强投入后的监管。

曹荣桂^[11]认为,治理机制和内部运行机制改革是确保改革成功的重要内容。科学界定所有者和管理者责权,建立法人治理结构是公立医院治理机制改革的普遍趋势。探索建立以理事会等为核心的科学的公立医院法人治理结构,形成决策、执行、监督相互制衡的权力运行机制,落实独立法人地位是公立医院治理机制改革的重要内容。对政府举办的公立医院,可构建“政府—委托管理机构—医院”管理体制,委托管理机构的形式可以多样,如医院管理委员会、医院管理集团、医院管理局、管理中心等。

(四)统筹推进和加强医药卫生人才队伍建设

笔者认为,要深入贯彻落实《医药卫生中长期人才发展规划(2011-2020年)》,统筹不同所有制医疗卫生机构人才资源,优化医药卫生人才专业结构,改善医药卫生人才区域与城乡分布;创新医药卫生人才培养开发、使用评价、流动配置和激励保障机制,实施基层医疗卫生人才支持计划、医学杰出骨干人才推进计划、紧缺专门人才开发工程、中医药传承与创新人才工程、医师规范化培训工程等重大工程,为实现人人享有基本医疗卫生服务提供强有力的人才支撑和保障。针对当前积极探索并逐步推行医师多点执业制度,史新叶等^[16]提出,试行过程中除政府主管部门要制订全面配套的政策,对医师多点执业的准入资质和数量加以规范外,医院管理者也要认真研究医师多点执业政策对人才队伍建设的影响,转变观念,真正认识人才的社会价值,把“管人才”变成人才服务。制订医师多点执业的规章制度,对多点执业医师实行许可制,对符合条件的医师颁发多点执业许可证。在保护执业医师合法权益的同时,要考虑到本医院和各执业单位之间的执业时间和利益分配,即输出医师的医院和接受外来医师执业的医院之间的利益关系;医师和执业单位之间的利益关系,三方签订书面协议,以契约的形式切实保护各

方利益。

参考文献

- [1] 周婷玉. 卫生部长回应医改热点问题:公立医院改革是关键[N]. 新华网,2011.2.19
- [2] 朱建春. 关注公立医院改革顶层设计 [J]. 中国卫生人才,2011(12):12-13
- [3] 赵云,徐义海,农圣等. 公立医院公益性本质内涵和实现路径争议的反思及重构 [J]. 现代医院管理,2011(3):7-10
- [4] 王卓铭. 17城市试点评估 公立医院改革成效待考[N]. 21世纪经济报道,2012.2.15
- [5] 李红梅. 18省区市试点改革县级医院 两千多公立医院参与[N]. 人民日报,2011.12.25
- [6] 刘洋. 医卫界委员建言公立医院改革——加大医疗机构的投入调动医务人员积极性 [N]. 人民政协网,2010.3.9
- [7] 李玉丹,张文斌. 基于公益性的公立医院补偿机制分析 [J]. 医学与社会,2011,24(4):9-14
- [8] 曹永福,陈晓阳. 公立医院回归公益性的体制难题及政策建议 [J]. 山东大学学报(哲学社会科学版),2011(1):152-156
- [9] 郭再萍,石高寒,许俊. 医改对县级公立医院的影响及对策[J]. 医院管理论坛,2011,28(2):18-20
- [10] 夏文明,张鑫,田文华. 我国公立医院改革焦点回顾与分析[J]. 中国卫生资源,2011,14(2):72-73
- [11] 曹荣桂. 公立医院改革进展与挑战 [J]. 中国医院,2010,14(6):1-5
- [12] 王丹,孙梦,刘平安. 基层医疗卫生发展最缺人才 [N]. 健康报,2011.3.18
- [13] 李卫平,黄二丹. 坚持公益性调动积极性——公立医院改革的两个关键点[J]. 卫生经济研究,2009(5):5-7
- [14] 赵云. 公立医院改革中公益性和积极性均衡的客观必然与实现路径[J]. 中国医院管理,2011,31(3):1-4
- [15] 王昕,徐程. 新医改中的公立医院取消“以药养医”后的补偿机制分析 [J]. 中国卫生事业管理,2011(12):889-890
- [16] 史新叶,杜新宇. 医师多点执业对公立医院人才队伍建设的影响[J]. 中国医院,2011(4):83-85

Review of the public hospitals returning to public welfare under the background of China's new medical reform

WANG Shuang-biao

(The People's Hospital of Langfang, Langfang 065000, China)

Abstract: The reform of public hospitals is the emphasis and difficulty of China's new medical reform. Based on the definition of the difficulty and expensiveness to see a doctor, public hospitals and its public welfare, the article expounded the main effects of public hospitals reform, and made a deep analysis of the challenges from the indistinct public welfare nature, the imperfect compensation mechanism, the weak management and internal operation mechanism, and the unbalanced medical talent allocation. Finally, some targeted suggestions were put forward.

Key words: reform of public hospitals; difficulty and expensiveness to see a doctor; public welfare