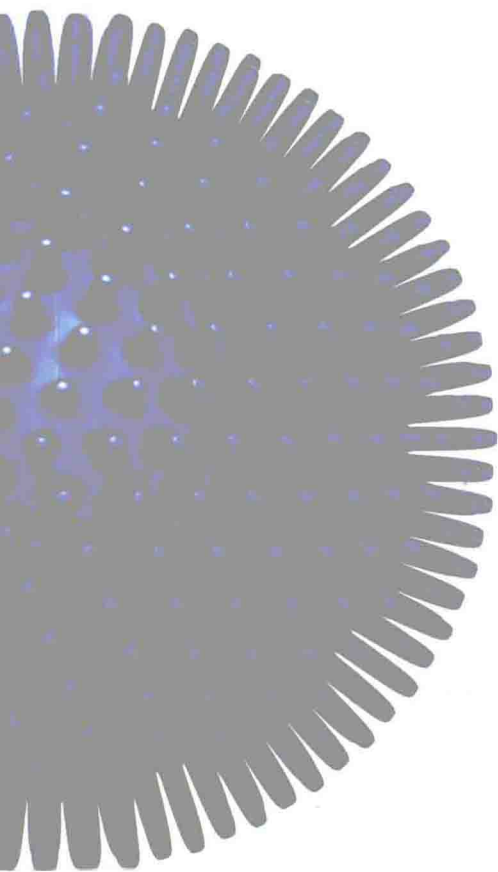




医微知著

理性论道医事医改

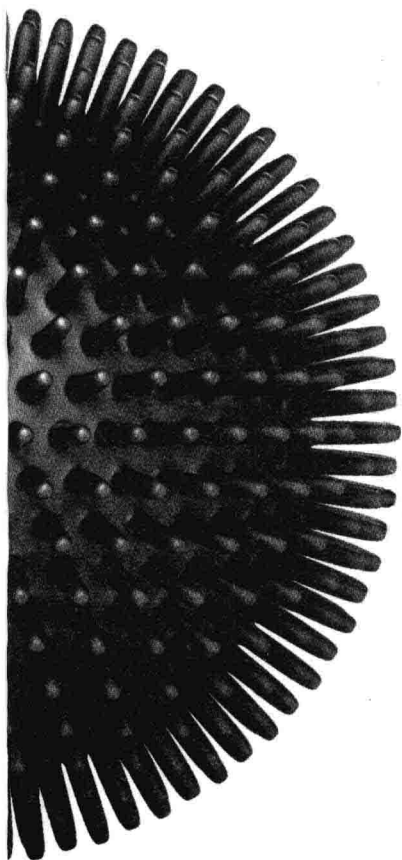
高解春 著

- ◎ 一直争议不断的医改，
其实并非一座没有出路的迷宫。
- ◎ 从细微之处，
开放思考医疗卫生发展的趋势与路径。



当代中国出版社

Contemporary China Publishing House



医微知著

理性论道医事医改

高解春 著



当代中国出版社
Contemporary China Publishing House

图书在版编目 (C I P) 数据

医微知著：理性论道医事医改 / 高解春著.

北京 : 当代中国出版社, 2012.6

ISBN 978-7-5154-0149-2

I. ①医… II. ①高… III. ①医疗保健制度—体制改革—中国—文集 IV. ①R199.2-53

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第135555号

出 版 人 周五一

选题策划 赵 红 冯 蕾

责任编辑 张建光

特邀编辑 桂克全

责任校对 张 杰

装帧设计 龙 惠

出版发行 当代中国出版社

地 址 北京市地安门西大街旌勇里8号

网 址 <http://ddzg.net/> 邮箱: ddzgcbs@sina.com

邮政编码 100009

编 辑 部 (010) 66572154 66572264 66573132

市 场 部 (010) 66572281或66572155/56/57/58/59转

印 刷 北京盛兰兄弟印刷装订有限公司

印 张 13印张 140千字

开 本 710×1000毫米 1/16

版 次 2012年7月第1版

印 次 2012年7月第1次印刷

定 价 45.00元

版权所有, 翻印必究; 如有印装质量问题, 请拨打 (010) 66572159转出版部。



前言

读者一般不爱阅读前言，但这仍抵挡不住我要在正文前唠叨几句的冲动。因为编辑文稿过程中油然而生的惊叹，相信具有说与人听的价值。既然自己是这本书的第一位读者，就以读者视角围绕两个问题展开述说。

第一，这是一本什么书？众所周知，医改是近几年国家的一项要事，新医改方案问世前后，国家持续向民众集思广益。面对此大背景，已在医疗领域躬耕30余年的作者，自2006年开始向业内媒体供稿或撰写博客，阐述他的医改观点。所以，这是一本开放畅谈医改、医管和医事的文字汇编。

不过，与众不同的是，作者没有满腹牢骚地去消极批判，也没有光凭提高声音分贝去空洞呐喊，而是沿着各种事实或现象，基于国情理性思考，厘清改革误区并提供解决路径。

更可贵之处在于，他变换多种角度，有的是直接陈述医改事项的己见，有的是根据热点时事以小见大评说医改，有的是考察国外医疗后归纳出值得中国借鉴之处，有的是回味自己过往经历而谈感悟。这也构成本书的四个篇章。

第二，这本书有何价值？从内容上讲，相比纯粹宏观探讨医改的作品，本书立足医疗领域的具体事情，由点到面谈论医改，因为感同身受而拉近医疗从业者与医改的心理距离，便于非医改政策制定者的院长和普通医务工作者真正理解医改的必要性，以及懂得如何着手自己力所能及的改革。

从形式上讲，所有文章短小精悍，每篇一个主题，避免读者产生阅读鸿篇巨制那样的枯燥乏味之感。

再说说作者的表达方式，这也是编者深感惊叹之处。

刚刚翻阅到一半书稿，编者就产生三个“惊叹号”：一是作者医科出身，文字却如行云流水，起承转合尽在掌握；二是他身在充斥“客套”的官场，言语却酣畅淋漓；三是阐述观点通透明白，且直击本质。

事实上，作者的文字也赢得了众多网友的叫好。从其博

客的点击率和火热跟帖来看，他无疑充当了所评述事件的“意见领袖”。时过境迁，再看这些评论，依然能感受到作者既是“妙笔”，也是“辣笔”，论述观点讲求事实与论据，在敏锐洞察力的背后，是一个充满悟性的独立思想者。

正是因为编者偶遇上述种种始料未及的信息，于是“我要好好编辑此书”的激情被迅速点燃。

首先想到给部分文章配图，用图文并茂的形式丰富表达；其次，给时事评论加注事实背景，易于读者理解事情的来龙去脉，再后来又惊喜地发现另外一个“富矿”——作者发表在博客中的文章，每篇后面都有10则以上的网友跟帖，此中不乏精彩之言，因而决定摘选一些附在文后。

值得一提的是，所选跟帖系原貌照搬，编辑过程中仅作字词校误。而且，没有刻意选择赞同的声音，而是尽量保持百花齐放，延续网络世界自由发声的氛围。所以，最终被采用的跟帖，赞同作者观点者有之，与作者讨论者亦有不少。更重要的是，对于这些，作者并未提出任何异议。

后来此书的策划人又提出一项建议——给部分文章配漫画。众所周知，媒体向来爱好给优秀的时评添排漫画，这样能让读者更加感到意味深长。

还有一事需要告诉读者，因为该书的文章是作者先后花六年时间撰写而成，为了让读者尽快阅读到新近作品，因此每个部分的文章均按时序倒列，越新的文章越靠前。每篇文章后紧跟着撰写时间，旨在方便读者检索关联信息——这是作者的授意。遇到如此细心的作者，也使编者感到惊叹。

最后还要说明一点，考虑到出版物的用词用句比网络文章规范，因此作者将收录进书的博客文章作了些许修改。当然，修改局限于“些许”层面，只为尽量保持作品的原汁原味。

忍不住再次欣慰结识一位独立思考的作者，偶遇一叠值得细细品味的书稿！

桂克全

2012年6月

自序

离开青灯黄卷的书案，轻轻推开书房窗户，盛夏晨曦的习习凉风柔拂面颊，疲惫顿消。刚刚合上的稿件，是自己过去六年间撰写的70篇医改、医管和医事评论杂记。看着即将汇编成书的文字，思绪万千。

遥想2006年12月，我率领上海医院管理培训团在美国哈佛公共卫生学院接受医院管理培训后的结业典礼上，与当年美国总统共和党候选人、麻省州长罗姆尼的副手，一位卫生管理博士并分管卫生福利的女州长赫利对话。我惊讶地发现，同样的看病难和看病贵，同样的医患矛盾，美国官员却把这一切都归结于医药卫生制度，由政府包揽所有责任。体制机制改革也理所当然成为解决问题的关键。

联想我国当时由“中国医改总体不成功”引发的争论中，医院和医生成为众矢之的，甚至有官员妄言“中国看病难和看病贵的症结是医生的欲望无穷大”。彼此在认识、立场上出现如此巨大的差异，令我深思颇多。

正是看到大洋彼岸一个卫生管理专业出身的女州长，以自己卫生管理的理念和思路在麻省演绎了一场令人瞩目的全民医保改革，为日后奥巴马医改方案做出精彩的铺垫。这一切，让我萌生以医院管理者角度去剖析中国医改本质和目标的责任感；产生以医者的良知去直击医事焦点、正视矛盾、呼唤真情的冲动。

一连串的想法最后落于笔耕，旨在用激情呐喊，唤醒人们对重建良好医疗环境和医患关系的信念和希望。自此，我接二连三的观点以“医改漫谈”、“医管手记”、“医事焦点”、“访问随感”等多种形式发表在《中国医院院长》、《中国卫生》、《健康报》等行业报刊上，有的也放在我的博客和个人网站里。

2011年的冬天，我和我们复旦医院管理研究所的几个副所长与本书的策划、编辑在广州相遇，谈及目前几本有关医

改和医院管理的专著，大致可分成两类：一类是学院教授撰写的教科书或学术论文集，虽然学术性很强，但缺乏医院管理实证，也较少涉及医药和医院管理热点时事；另一类是业外人士撰写的报告文学式专著，多以罗列现象、揭露黑幕为主题，难免有哗众取宠之嫌，有的甚至扭曲事实。

当时大家相对更加谴责后者，因为这些文字貌似真理真情，但常常有悖于卫生规律；他们打着民生和公平的旗帜，勾画的却是一个不符合中国国情和很难实现的乌托邦宏图。于是，大家提议我将近年来撰写的评论手记编辑出版，以正视听。正因为这样，也才有了这70篇稿件的汇集。

“医微知著”取常用成语“以微知著”的谐音，寓意从医事、医改的细微之处，开放思考医疗卫生发展的趋势和路径。事实上，我思考医改医事的轨迹，反映的也是一个医院管理者的心路。

重温这六年来自己对医改的憧憬、焦虑、探索和展望，再次放眼世界、纵观古今，发现即便医药卫生体制改革再艰难，只要正确把握医疗卫生发展规律，仍然可以开辟出一条令人充满希望的航道。

高解春
2012年7月

第一篇 医改漫谈

- 医疗资源整合的“瓶颈”与方向 / 002
- 管办分开要略 / 005
- 国情呼唤广覆盖与多层次 / 008
- 厘清医院运行机制改革之关键 / 011
- 医药价格应保证基本需求和体现服务价值 / 014
- 卫生法律法规体系亟待完善 / 018
- 回眸六论医改 / 022
- 公立医院改革重在调整补偿机制 / 025
- 医改的关键是政府转变角色 / 028
- 谨防医院法人治理结构拘泥于形式 / 031
- 洞悉上海医院管理改革 / 034
- 盘点申康管院要略 / 038
- 纵论医院产权属性与分类管理 / 041

第二篇 焦点直击

- “药品团购”如何做? / 050
- 春运购票与预约挂号 / 054
- 子长启迪公立医院公益路 / 056
- 芜湖“药房重返”折射什么? / 058
- 急诊分级的意义与要素 / 060
- 拷问“八毛门”背后的责任与良知 / 063

务实科学的管理胜于承诺 / 066
取消“点名挂号”动了谁的奶酪? / 069
一份调研报告引发波澜的背后 / 072
勿妄解公立医院的公益性 / 075
获得处方点评理想结果的关键 / 078
职业化院长体制探路 / 080
点评《医院评价标准》 / 082
政府回购隐含的失误与迷茫 / 086
“林妹妹”死后遭遇非议的联想 / 090
白衣天使被妖魔化的罪与罚 / 093
较真说说医生的欲望 / 096

第三篇 他山之石

俄罗斯滞缓的医疗体制改革任重道远 / 100
日内瓦医疗保障和多元化医疗服务体系 / 102
新西兰医疗启示中国医改 / 105
澳大利亚的医院专业化管理 / 107
异国他乡共话医改 / 110
加拿大医疗启示录 / 113
希腊高端医疗集团运营借鉴 / 116
法国医疗体系之悟 / 118
芬兰的医疗信息共享和资源整合 / 121
再感医院管理任重道远 / 124
香港医疗补偿分配机制引深思 / 126
美国医改难题攻略 / 128
坦诚交流换来感悟 / 130
匈牙利医疗寻路 / 133
反思与愿望 / 135

第四篇 医管心路

艰难的圆梦征途 / 138

金秋回眸风雨路 / 140

憧憬21世纪华人健康事业 / 142

老师的欣慰 / 144

管理者的愿景激励 / 146

纵论“时间管理” / 149

职业、事业与管理 / 153

话说“管理创新” / 155

谈演讲 / 158

医生的风险与责任 / 160

唤醒你的爱好 / 162

震后都江堰感悟 / 164

师乐 / 167

充实并感动着 / 170

有感众志成城 / 172

了不起的随和 / 174

换位思考和体验 / 176

领导的仁和忍 / 178

别丢了激情 / 180

纳闷 / 182

医生的欣慰 / 184

不惑岁月的彻悟 / 186

宽容个性 / 189

医患能否多点互动? / 191

别了,我永远的汾阳园 / 193

自本页开始，将按写作时序呈现作者自2007年撰写的医改六论。当时作者在第一篇文章前写有题记，讲述自己的写作动因，在此原样刊登：一直感到医疗卫生改革是一个太沉重的话题，不愿在博客中过多涉及，但因为《深化医药卫生体制改革总体方案》即将出台，众多“学者”的争论把医院管理者们搞得云中雾里。笔者作为复旦大学医院管理研究所所长，以及一个关注中国医改的医院管理者，就涉及公立医院改革的若干问题谈一些个人观点，希望有助于医改方案不断完善。——编者注

除了双向转诊、分级医疗等常见的外部手段，医疗资源的整合更需要在医疗服务体系内部下猛药。

医疗资源整合的“瓶颈”与方向

——论医疗体系中公立医院的资源配置

不知从何时开始，一谈及医疗资源整合，就是社区首诊、分级医疗和双向转诊。这种以市场和病人为对象的外部资源整合固然重要，但对中国医疗服务体系的内部资源优化，尤其是占全国医疗服务机构90%以上的公立医院的资源整合却往往被忽视。原因何在？

数十年来，由于多种财政渠道、多头行政隶属和缺乏统一规划，造成中国公立医疗机构资源配置不合理和无序竞争。以上海为例，医疗机构的设置就有许多种情况：有资产归属卫生部、行政隶属教育部的复旦大学附属医院；有资产归属上海市、行政隶属教育部的交通大学附属医院；有资产归属上海市、行政隶属大学的中医药大学附属医院；资产和行政均隶属申康医院发展中心的市属医院；军队在沪举办的第二军医大学附属医院和众多部队医院；资产和行政隶属各区县政

府的二级医院、社区卫生服务中心；众多大中型企业举办的职工医院；从地理位置上看，上海交通大学医学院附属仁济医院与黄浦区中心医院近在咫尺；徐汇区云集了近20家二三级医院……

最近，我们刚完成《上海市医疗资源现状调查和纵向整合研究报告》，其中就提到：上海每千人口执业医师数达3.33人；每千人口床位数达5.2张，已远高于香港和澳门地区，以及新加坡、澳大利亚及英美等国家。一边是医疗机构拥挤、资源浪费与恶性竞争；一边是不少区县没有三级医院，远郊的医疗资源仍显缺乏。

显然，公立医院的资源整合和有效配置理应成为卫生改革的聚焦点。可是，尽管各种医院集团蜂拥而起，模式也多种多样，可医疗资源的现状非但没有改善，反而加剧了公立医院之间的竞争。

其“瓶颈”和障碍究竟何在？

囿于有限的医疗资源与无限增长的医疗服务需求之间矛盾交织，以及国家对医院公益性要求和价格的限定，注重医疗资源整合和医疗资源配置效率也成为全球医疗改革的方向和焦点。

英国、芬兰等福利型国家，十分注重大医院与社区医疗机构以区域规划为依据整合而成的医疗集团，综合性医院与专科医院以功能整合和资源共享为主要内容的医疗中心建设；新加坡将全国的公立医院重组整合成“新保”和“健保”两个医疗集团，统一规划、公平竞争；香港特区将所有非营利性医院在医院管理局的统一管理、统一财务、统一薪酬、统一采购的基础上，按区域实行网片管理，强调网片内专科设置和大型设备尽可能避免重复配置和浪费；即使在美国多元办医倾向明显的医疗机构内，也会为了共同的医疗保险偿付利益而将不同资产的医院以及私人家庭医生组成股份制医疗集团，从而达到缩减成本、提高医疗资源配置效率的目的。

这些不同体制下医疗资源整合的经验，对我们全部为国有资产的公立医院进行不同投资主体、不同隶属关系医院的统一规划、资源整合难道没有借鉴价值？

论及中国医疗资源整合的“瓶颈”与障碍，必然涉及不同层次医院的协调、产权主体之间的合作与资产评估、行政隶属关系确定、政府主导与集团利益的冲突、不同整合对象的文化差异与行为习惯、人员土地财产的处置、管理体制和法律政策的配套，等等。

不可否认，中国医疗资源整合的最大障碍在于管理体制上的“官本位”和各个产权与行政主体在整合中的利益冲突。各个卫生行政部门都死抱住自己的卫生资源

和管理权限不放，而一味希望获取政府更多的补偿，且追求在市场和病人的竞争中获取更多份额。为什么我们不能站在公益目标、有效配置、优化资源的角度做好医疗资源整合，使公立医院为公众的健康发挥更理想的作用呢？

庆幸现在还有很多有识之士和政府决策者正在关注公立医院的医疗资源整合。希望即将出台的《深化医药卫生体制改革总体方案》对此有更为明确的引导。

笔者认为：以覆盖城乡居民的医疗保障体系为基础，以医疗机构资产属地化统一管理为前提，在政府统一卫生规划下，以统一行政管理、统一资产配置、统一医保核算为主要内容，进行以区域医疗服务需求为依据的城市大医院与社区卫生服务中心的网片整合和农村县、乡、村的三级网络整合；以功能为依据的综合性医院与专科医院共享的医疗中心建设；以需求导向、有严格准入监管的医生自由执业制度建设；将会勾画出一幅质量保证、资源优化、就医方便、管理有效的基本医疗服务体系蓝图。

(2007年12月1日)

@网友跟帖

医疗资源的整合不单是卫生系统的事，有时我们经常陷入思考的误区。要更深入地思考“为什么”，是各级卫生行政部门没想通？是各级医院没想通？乃至是各级政府没想通？又陷入误区了，各级政府不乏智者，不乏心胸宽广的官员，但是仍然在整合中步履艰难。为什么？要深思。

借助法人治理结构，对公立医院的所有者、经营者和相关利益者各自的决策、执行、监督、激励、约束等做出总体的机制安排，这才是公立医院获取最大社会效益的根本保证。

管办分开要略

——论公立医院管理体制中办医主体的角色

中共十七大报告和《深化医药卫生体制改革总体方案》均将管办分开与政事分开、全行业和属地化管理作为卫生管理体制改革的的重要内容。但似乎业内人士更多地关注办医主体的机构设置、行政归属、配置权利，以及与卫生行政部门的协调等，而对办医主体的职责、手段即角色问题思考甚少。

从某种意义上讲，医院管办分开是针对公立医院的特有概念。

在国内外，所有资产关系清晰的私立或社会出资兴办的医院，其办医主体的职责，无论是投资融资、发展规划、设备配置，还是学科建设、经营者聘任、决策程序，均十分明确。这一切也必然在政府行政管理部门的卫生规划、卫生法规、价格审核、准入监督下进行，它们的管办泾渭分明。

遗憾的是，几十年来我国公立医院实行管办合一，卫生行政部门长期充当领队和裁判的双重角色。应当承认，这种做法具有政令通畅、管理效率较高等优势，但执法不公、出资人缺位、监督机制失灵等弊端也随之而来。

遥想过去国有企业一统天下时，政府拥有一机部到七机部、轻工部、纺织部、电子部、商业部等众多管办合一的机构。随着企业改制和政企分开，现在仅存一个经委，却也承担了政府的相关职能。看着政企分开走过的历程，应该理解公立医院管办分开的趋势与体制改革战略走向。至于还有人常用来比照的、也是最后一个管办合一的教育行业，依我个人之见，随着多元化办学的兴起，迟早也会管办分开。

公立医院管办分开并非中国独创。

无论是公立医院占80%以上的英国、澳大利亚和香港特区，还是公私医院平分秋色的新加坡和台湾地区，哪怕在公立医院仅占37%的法国、德国，都通过医

院管理局、医院集团、公共医疗援助集团等多种模式作为公立医院的办医主体，其管理核心就是医院法人治理结构和专业化管理。同样，在全球化、多元化的现代世界，几乎所有公益事业，包括医院、学校、文化事业、公用事业，也正是通过责权明确的法人治理结构和高效优质的专业化管理，才能实现对社会和公民公平、对纳税人负责的公益性。

论及公立医院的法人治理结构，很多人会关心医院的董事长由谁担任，党委书记是做董事长还是监事长等。也难怪，习惯人治框架运作的人们，往往会产生如此对公立医院法人治理结构的误解。

实际上，法人治理结构是调整公立医院所有者、经营者及其利益相关者各自关系的体制框架，它只有在所有者和经营者分离时才产生。公立医院这样的事业单位和组织法人更要通过法人治理结构，对公立医院的所有者、经营者、相关利益者各自的决策、执行、监督、激励、约束等有总体的机制安排，才能获取最大社会效益。

纵观国外公立医院法人治理结构，无论是委托管理、利益相关方管理或新公共管理模式，在院长经营层之上普遍设有类似理事会、委员会那样的决策和议事机构，此类决策或议事机构多由政府委托任命，但往往是非政府官员担任理事长或委员会主任，成员由社会贤达、医生、社区代表等多元结构组成。

在如此法人治理结构下，政府将公立医院的资产经营权让渡给决策层，决策层保留重大决策和监督权的前提下再将权力逐级让渡给医院管理者，使公立医院提高资产运营效率成为可能。

同时，这也启动了公立医院管理上的政府、决策层、管理者的逐级监督和激励约束，使公立医院管理的责、权、利真正到位并发挥最大效益。

专业化管理是管办分开后公立医院办医主体的方向与基本宗旨，也是这一角色的核心所在。无论是统一资产和行政隶属下的医院集团，还是属地化、跨行政隶属的医院管理机构，无论是医院决策层，还是医院院长这样的管理者，如何在医院法人治理结构下从发展规划、资产管理、绩效考核、责权落实、机构设置到干部聘任、人事管理、薪酬分配，现代医院发展都呼唤更为专业的管理。

而集团内的资产设备共享、学科人才整合、医疗资源配置、医疗信息共享、跨医院的学科专业管理等，将是办医主体专业管理的方向。香港医管局面向全球招聘，最后从澳洲请来CEO，以及许多国家把医院集团委托给第三方专业机构管理，这些应该对我们具有太多行政管理色彩的医院管理有所启迪。

事实上，对于颇为敏感的公立医院管办分开，只要跳出自身利益，站在现代管理需求、全球发展趋势、医院健康发展的角度去思考，就能理顺思路、转变观念，开拓出中国医院管理的新天地。

(2007年12月23日)

@网友跟帖

法人治理模式在众多的大中型国有企业不是已执行多年了吗？结果还是在转制过程中滋生出一大批蛀虫，出现了企业越亏损老总们越发财的怪象。我觉得就是因为那种改革只是单纯地将国家计划控制转化为市场运转，没有强有力的监管机制，甚至不监不管。我赞同您说的“管办分开，只要跳出自身利益”。如果不能抛开“利益为上”的观念，任何一种形式的管理仍然只能流于形式罢了。

强制全民医疗保险、国家重点资助、迅速提高合作医疗和医疗救助人员的覆盖程度，或许比满足过低水平的广覆盖更为现实和迫切。

国情呼唤广覆盖与多层次

——论医疗保障体系的发展策略

医疗保障体系发展策略是《深化医药卫生体制改革总体方案》的重要构件。作为其核心内容，医疗卫生基金的筹集、使用和偿付有许多需要探讨之处。在笔者看来，医疗保障要实现广覆盖、保基本、多层次、可持续的目标，必须综合考虑国情、财力、效率和步骤等因素。

医疗卫生费用的筹集，提高政府补助水平固然是一个方向，但从中国国情和政府财力角度看，几千亿的医疗卫生费用支出中，国家支出不超过15%。某些学者推测的“政府追加投入200亿（元）”，即便如此，也只是杯水车薪。必须清醒地认识到，政府提高补助水平是一个随着经济发展逐步实现的过程。

有鉴于此，医疗保障体系的建设和完善，更需要明确方向和注重策略。

我国医疗保障体系是以社会医疗保险为基本模式，不同于英国、北欧的国家医疗保险模式。我们以雇主和雇员按单位工资总额和个人收入的一定比例筹资，实质上是个人收入的再分配，核心就是高收入向低收入转移，以及健康者的一部分收入向多病需医者转移的统筹共济。

中国总体收入水平不高和个人收入总额统计困难的现状，要达到广覆盖和提高筹资水平的目标，强制法定保险和多层次保障体系框架十分重要。这应该学习美国和欧洲近年来推行的方法，通过严格执法，强制有正常收入的人按核定比例交纳医疗保险，严格审核医疗救助对象资格。有限的政府补助只能应用于确实没有能力支付医疗保险费用者的全额补助或部分匹配补助。

某些学者主张的方法——政府以普惠制方式为所有参保者提供医疗保险参保补贴。在我看来，此举既不适合中国国情，也未能体现社会医疗保险个人收入横向转移的宗旨。