



总主编 姜庆五 俞顺章

公共卫生硕士系列

M

现代医院管理

编 曹建文
编 陈英耀

复旦大学出版社

279602

R9/32
C163
2003
C1



总主编 姜庆五 俞顺章

公
共
卫
生
硕
士
系
列

MPH

现代医院管理

主 编 曹建文

副主编 陈英耀



00124140

复旦大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代医院管理/曹建文主编. —上海:复旦大学出版社, 2003. 1
[博学·MPH(公共卫生硕士)系列]
ISBN 7-309-03498-8

I. 现… II. 曹… III. 医院-管理-研究生-教材
IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 098991 号

出版发行 复旦大学出版社

上海市国权路 579 号 200433

86-21-65118853(发行部) 86-21-65642892(编辑部)

fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

经销 新华书店上海发行所

印刷 复旦大学印刷厂

开本 787×960 1/16

印张 17 插页 4

字数 305 千

版次 2003 年 1 月第一版 2003 年 1 月第一次印刷

印数 1—3 100

定价 28.00 元

如有印装质量问题, 请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究

编者 (以汉语拼音姓氏顺序为序)

曹建文 (复旦大学公共卫生学院副教授)

陈 洁 (复旦大学公共卫生学院教授)

陈英耀 (复旦大学公共卫生学院副教授)

黄蓓燕 (复旦大学公共卫生学院助教)

李 伟 (潍坊医学院卫生管理系教授)

吕 军 (复旦大学公共卫生学院副教授)

田文华 (第二军医大学副教授)

薛 迪 (复旦大学公共卫生学院教授)

于 文 (上海第二医科大学附属瑞金医院副教授)

赵列宾 (上海第二医科大学附属瑞金医院助理
研究员)

序 言

公共卫生硕士(MPH)是根据 2002 年国务院学位委员会批准设置的一个新的专业学位。MPH 将成为公共卫生人才的重要职业教育形式。

MPH 学位教育的目的是培养高层次卫生管理与疾病预防应用型人才的专业学位。复旦大学培养的 MPH 的学生应该具备广博的专业知识、创新性的科学思维;勇于开拓、善于实践;能胜任卫生行政部门与医疗机构、疾病控制与卫生监督部门的高层次卫生管理与疾病预防的重要工作。在 MPH 学位教育过程中,我们将注重拓宽学生的知识面,注重现代科学技术的掌握,重点培养学生分析问题和解决问题的能力。

复旦大学公共卫生学院已经开展了 5 年的公共卫生应用型硕士研究生的教育,今年又被确定为我国 MPH 学位的首批试点单位。根据培养应用型研究生的经验,在 MPH 学位教育过程中,我们将注重理论与实践,课堂教学与课题研究相结合。

我们策划的这套教材包括 MPH 学位的必修课,也有根据学生各自的基础和知识结构确立的选修课。其中不少教材已经在应用型研究生教学中应用,收到良好效果。此系列教材包括:①MPH 学位的“卫生事业(保健)管理”(health care management)专业方向课程,其中有卫生服务研究、卫生事业管理、卫生政策分析、医疗保险学、医院绩效管理、医学技术评估等课程。②“流行病学与疾病控制”(epidemiology and disease control)专业方向课程,其中有流行病学基础、流行病学方法、卫生统计学、统计软件介绍、计算机在流行病学中的应用、重大传染性疾病预防案例等。③“环境医学与卫生监督”(environmental health and supervision)专业方向的课程,其中有环境卫生学、职业生命科学、营养与食品卫生、卫生法学与卫生监督学、毒理学基础、卫生检验基础等。④“妇儿保健与健康促进”(women and child health and health promotion)专业方向课程,包括妇幼卫生学、儿少卫生学、健康促进研究理论与实践、家庭与社区卫生服务等。

MPH 学位在我国尚处于试点时期,此套教材是我们开展 MPH 学位教育的探索,不当之处,请读者提出批评。我们将与全国的公共卫生教育者一起,为开拓与完善我国 MPH 学位教材建设作出贡献。

姜庆五 俞顺章

2002 年 9 月

前 言

随着中国加入世贸组织,医疗机构面临更多的机遇,同时也面临更大的挑战。如何把握机遇、迎接挑战是各级行政管理人員和医院管理人員面临的现实问题。特别是发展社会主义市场经济,对传统的医院管理理论和方法的冲击,带来了医院管理的新的理念。

现代化医院需要现代化的医院管理,本书以现代管理科学理论和方法及国内外医院管理研究的最新进展与成果为基础,密切结合我国医院改革和发展的实际,并总结多年来医院管理学教学的经验,具有学术观点新、理论联系实际、科学性和实用性强的特点。

本书共分十章,特点是各章节相对较独立,但相互之间又有一定的联系,对于读者开拓思路,进行深入的思考有一定的借鉴作用。

本书可以作为卫生事业管理专业硕士生教材,同时也可以作为医学院校卫生事业管理专业教师的参考书,以及各级卫生行政管理人員和医院高级管理人員的必备书。

由于我们理论水平和实践经验有限,书中错误及不成熟之处在所难免,诚恳希望国内外读者、学者、同道们批评指正,以便再版时进一步补充与修改。

编 者

2002 年 10 月

目 录

第一章 医院宏观管理	1
第一节 医院宏观管理的内容.....	1
第二节 医院宏观管理的目标和基本任务	17
第二章 医院文化	22
第一节 医学和医院的兴起	22
第二节 医院文化概述	28
第三节 医院文化的内容和功能	34
第四节 医院文化建设	39
第五节 塑造医院形象	44
第三章 医疗市场	48
第一节 医疗市场的概念与特征	48
第二节 医疗服务相关市场的作用与医疗改革	56
第三节 医疗服务及相关产品的市场营销	57
第四章 医院和社区	72
第一节 概述	72
第二节 社区全科医疗服务	80
第五章 医院与医疗保险	90
第一节 医疗保险概述	90
第二节 我国的医疗保险改革	95
第三节 医疗保险对医院经营管理的挑战.....	104
第六章 医院重组	111
第一节 概述.....	111
第二节 医院重组模式.....	116

第三节 医院重组的效用和运作特征·····	121
第四节 医院重组的实例研究·····	131
第五节 医院重组中的风险、障碍和对策·····	147
第七章 医院经营管理·····	151
第一节 医院经营管理概念与特点·····	151
第二节 医院经营管理宗旨、目标及结构·····	153
第三节 医院经营管理体制·····	156
第四节 医院经营机制·····	158
第五节 医院经营模式的概念、类型及其特征·····	161
第六节 医疗市场与医院经营策略·····	170
第七节 医院经营决策·····	175
第八章 医院成本核算与医疗服务价格管理·····	178
第一节 成本核算的目的和意义·····	178
第二节 成本核算的对象和方法·····	181
第三节 医院经营效益分析·····	191
第四节 医疗服务价格管理·····	196
第五节 医疗服务价格指数·····	201
第六节 医疗服务价格的制定·····	206
第九章 管理型医疗保健·····	211
第一节 管理型医疗保健的背景及特征·····	211
第二节 管理型医疗保健的模式·····	213
第三节 管理型医疗保健的运作·····	219
第四节 管理型医疗保健的评价·····	228
第五节 新兴医疗保健组织的发展·····	230
第六节 管理型医疗保健对我国医疗保健制度改革的借鉴意义·····	233
第十章 医院管理新方法·····	238
第一节 药物利用评估·····	238
第二节 临床经济学评估·····	241
第三节 卫生技术评估·····	247
第四节 循证医学与后评估·····	257

第一章 医院宏观管理

建国 50 多年来,我国医疗卫生事业在保护人民健康,提高民族素质等方面作出了显著的成绩。近年来,随着社会主义市场经济体制的逐步建立和发展,传统的、单一的计划经济体制下的医院管理体制和运行模式所产生的一系列深层次的矛盾越来越突出,原先计划经济体制下强调增加医院的服务能力,从而导致卫生资源分配不均,造成在某些地区机构重叠、庞大,资源利用率不高,但一些地区缺医少药。另外医疗服务价格补偿机制不健全,医院为了自身的生存和发展,出现了诱导需求、开大处方等不良行为,导致医疗费用过快增长。近年来,我国政府明确指出,我国卫生事业是具有公益性的事业,属第三产业。卫生事业的性质决定了医院的基本目的是为群众提供适宜的医疗卫生保健服务,并在提供医疗卫生保健服务中,提高服务质量和工作效率,合理利用卫生资源,充分体现医院的社会效益和经济效益。

第一节 医院宏观管理的内容

医院宏观管理是与微观管理密切相关,相辅相成的,微观是宏观的基础,宏观是微观的向导。所谓医院的宏观管理就是指从整个社会的角度来分析、评价医院的功效,以达到医院合理布局、合理分工,采用适宜的医学技术,控制医疗费用的增长。医院宏观管理涉及的面相当广泛,不仅包括医院分级管理和医院的评审、区域卫生规划和医院的资源配置,同时还包括医疗服务价格的管理,医疗费用的控制、医疗保障制度的建立,医疗机构分类管理、医院药品收支两条线管理以及医学技术的评估等。

一、医院分级管理和医院评审

(一) 医院分级管理的概念

医院分级管理(hospital stratified management)是我国在 20 世纪 80 年代后期提出的一个比较系统的现代医院管理体系,在大卫生观念指导下,建立医疗卫生宏观管理和医院微观管理的双重机制,优化医疗服务整体结构,发挥医疗卫生机构的整体效能,更好地为人民健康服务。

医院分级管理是运用现代科学管理和医院管理理论,依据医院的功能和任务,将医院划分为不同级别,在此基础上,根据医院的服务质量、管理水平、技术能力、医德医风等内容,对不同级别的医院施行标准有别、要求不同的标准化管理与目标管理,从而优化医疗服务体系整体结构,增强其整体功能。

(二) 医院分级管理的基本内容

(1) 根据地区人民群众对医疗保健的需求,分析现有卫生资源及利用的状况,分析供求之间的主要矛盾,制订区域卫生规划,其内容包括工作目标和具体实施方案。其中一个重要的内容是确定各级医疗机构的合理配置(数量)及合理布局(地点)。据此,对地区内原有的医疗机构进行适当调整。

(2) 根据地区内医院不同的功能和任务,划分不同的级别。从医院支持和参与初级卫生保健的观点来看,医院必须具备医疗、预防、保健和康复四项基本功能。当然,大、中、小医院的功能应有所侧重。医院的分级是按照现代科学管理系统原理、能级原理,依据医院不同能级、不同任务、不同规模,以及服务面的大小和技术条件等,划分为不同级别。我国一般从基层医院逐级往上,依次为一、二、三级医院。根据卫生部颁发的“医院分级管理办法(试行草案)”规定:① 一级医院:是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院。② 二级医院:是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。③ 三级医院:是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上医院。

(3) 对不同级别的医院实行要求有别的管理。制订相应的医院分级管理标准,实行标准化、目标化管理。

(4) 建立院外评审制度,评定医院等次。一、二、三级医院各分甲、乙、丙三等,三级医院增设特等,共三级十等。医院评审以3年为一周期。

(三) 医院评审的概念和内容

医院评审(hospital accreditation)是由专家组成的评审委员会依据《医疗机构评审办法》、《医疗机构基本标准》、《医疗机构评审标准》,在医院规划定级的基础上,对医院的执业活动、服务质量、管理水平、技术能力和医德医风等进行综合评价及分等级评定的院外评价制度,是对医院监督管理的重要途径。

医院评审是一种手段,而不是目的。通过评审这个手段来推动医院实行标准化、目标化管理,提高科学管理水平,促进医院提高医疗质量和服务质量,改善医疗条件和就医环境,充分发挥医院的功能。根据现代化科学管理原理,评审标准是全面综合评价医院的功能、任务、规模、医疗服务质量、管理水平、

技术能力、工作效率、医德医风等的准则和依据,对医院的建设、管理与发展有较好的宏观调控能力,并以此促进医院微观运行富有生机机制的形成。标准的实施有利于推进医院标准化、规范化、科学化和法制化的建设;有利于分级医疗体系的建立,发挥医疗体系的整体功能;有利于医院走内涵建设的发展道路,促进整体水平的提高;有利于加强医疗机构执行全行业的监督管理。医院评审也是一种形式,一般来说,形式和内容是辩证的统一。形式是一种载体,有明确的内容和要求,因此,确立正确的指导思想并贯穿于评审全过程,是达到评审预期目的的重要前提和关键。

医院分级管理中所要达到的目标中,有很大一部分比重涉及宏观管理,而这些目标的实现难度较大,不可能在短期内能够完成。

二、区域卫生规划和医院的资源配置

区域卫生规划是在一定地域范围内,根据自然生态环境、社会经济发展、人群疾病负担、主要卫生问题和人群卫生服务需求等因素,确定区域的卫生发展目标、模式、规模和速度,统筹计划,合理配置卫生资源,改善和提高区域内卫生服务的质量和效率,向全体居民提供公平、有效的卫生服务的一种管理思想和计划方法。

区域卫生规划必须与地区的经济发展相适应,与社会发展的各个方面相协调,区域卫生规划必须服从地区的总体发展规划并为其服务。在实行二级政府、三级管理的体制下,省、市以下的地区政府均有权规划地区医疗机构的设置和布局。在区域卫生规划中,必然涉及对现有医疗机构的调整,一部分医院要合并、撤销、改制。关系到人员的安排和处理。所有这些,均增加了工作的难度。所以,区域卫生规划的制订,不可能由卫生行政部门孤立地进行,需要当地政府及有关部门的参与、组织协调。卫生行政部门的主要任务是:在调查研究的基础上,做出区域卫生规划,主动提交各级政府讨论,取得共识,并纳入各级政府的社会发展规划。只有这样,区域卫生规划才能得以实现。

医疗机构在区域卫生规划发展中占有特殊的地位。这是因为:① 医院对区域内人群担负着繁重的疾病诊疗和以医疗为中心扩大预防的任务,又是培训区域内医疗卫生人员、支援农村社区卫生,开展医学科学研究的重要基地。② 在卫生资源的投入量和拥有量中,医院都占有最大的份额。这部分资源的投放是否合理,利用是否有效,关系到整个卫生事业的发展 and 医疗机构的服务水平。③ 区域卫生规划中的许多指标都直接或间接地与医院工作水平密切相关。医院服务质量和 管理状态,直接关系到区域卫生规划目标的如期实现,

关系到区域卫生发展的水平。因此在区域卫生规划中医院资源配置应注意其公平性、整体效益、可及性、分级、公有制主导和中西医并重等原则。这贯穿于医院的机构配置、床位配置、人力配置和设备配置等各个方面。

三、医疗服务价格的管理

近些年来,我国医疗服务价格改革迈出了较大的步伐,取得了可喜的成绩。但从整体上看,仍然体现着较强的计划经济的特征,究其原因,主要是缺乏相应的配套政策。如何建立适应社会主义市场经济体制需要的宏观调控与市场调节相结合的医疗服务价格管理及改革模式和相关政策,是亟待探讨的问题。

我国的医疗服务价格是由国家有关部门按照分工管理权限和审批程序有计划地制定的,未经主管机关批准,不能随意调整或浮动。由于我国医疗服务价格实行的是不包含折旧及工资的非成本价格,同时随着价格改革的不断深入,医疗服务价格未做相应的调整,医疗服务价格不反映价值的情况非常突出。近年来有关建立合理的医疗价格形成机制,改革不协调的价格管理体制的问题已引起全国卫生界的广泛讨论,并且提出许多有建设性的构想,对理顺价格体系,优化卫生资源配置,促进卫生事业的发展有着深远的实际意义。

(一) 医疗服务价格改革中存在的困难

从当前医疗价格改革与管理的实践来看,存在的困难不少,主要表现在以下几个方面。

(1) 群众的健康意识和卫生费用意识缺乏:健康意识和卫生费用意识是关系到医疗价格改革是否顺利进行的前提和基础。由于群众的健康文明观念和卫生费用意识滞后,导致了消费支出结构不合理。不合理的消费结构显示,群众不舍得健康方面的投资,故对医疗价格调整的接受能力较差,这是影响医疗价格改革的一大障碍。

(2) 与国民经济发展水平和群众的经济承受能力不相适应:改革开放以来,经济迅速发展,群众对医疗卫生服务的需求日益增长。社会经济的综合发展要求卫生事业与之协调同步发展。从全国各地医疗价格改革的实践看,多数地方对医疗价格进行了调整,各地纷纷呼吁要求医疗卫生服务按成本收费,但至今还没有变成现实。医疗价格的调幅较小,远远跟不上国民经济的发展速度,医疗价格扭曲,价格偏离成本,与国民经济的发展水平和群众的经济承受能力不相适应。

(3) 医疗成本核算制度和办法不到位:医疗成本是医疗服务收费定价的

主要依据之一,由于缺乏医疗成本核算制度和办法,事中的成本核算工作难以进行,许多单位很难开展这项工作。物价、卫生部门在确定医疗收费标准时,只好根据成本的预测数据作为定价的依据,由于缺乏经常性的成本资料,医疗收费价格低于成本的差距反映不出来,价格调整的依据不充分,物价、卫生等部门对现行的医疗价格如何改革难以做出正确的决策。这不利于成本的事中控制和事后分析,影响医疗服务经济效益的提高。

(4) 医疗服务价格管理机制和运行机制不健全:确定合理的医疗服务价格,使其控制在群众的经济承受能力之内,是保证全体公民平等地享有基本医疗保健服务的重要方面。从当前医疗服务价格管理体制上来看,省级以上物价、卫生、财政等部门拥有医疗价格定价权,管理权限过分集中。但由于受到地理环境的影响,各地经济发展情况不统一,统一的定价标准显然不能适应社会发展的需要和群众对医疗服务的需求。

从影响医疗服务价格体系变动的因素来看,主要有国家的卫生政策、医学科学技术及其应用、医疗成本的变动和医疗卫生需求。

(二) 医疗服务价格改革应开展的工作

针对以上各点,医疗服务价格管理与改革必须从完善有关政策入手,引导医疗价格管理与改革向纵深发展,走上健康的良性运行轨道。因此,要作好以下几点工作。

(1) 强化群众现代文明的卫生观念:各级政府和卫生主管部门对引导群众由传统的健康卫生观念向现代文明卫生健康观念转变是一项重要职责,需要做出不懈的努力。通过重视卫生健康教育、健康宣传、制定卫生法规等渠道,保证群众的卫生观念迅速转变,将健康提高到生活第一需要的高度上去认识,以适应经济的发展和社会的进步,引导群众消费结构的变化,增加社会和群众对医疗服务价格的接受能力,这是实现医疗价格改革顺利进行的关键。

(2) 建立医疗成本核算制度:医疗成本是反映医院经济管理水平的关键指标,最大限度地降低成本是提高卫生事业服务效益的关键措施,通过成本核算尽可能地控制不必要的消耗,对减轻群众的医疗费用负担和医疗价格的制定都具有重要意义。所以必须制定医疗成本核算制度,从政策法规上保证医疗成本核算工作顺利开展,为加强医院经济管理和价格改革提供有力的基础保障。

(3) 建立完善的医疗价格管理体制:按照社会主义市场经济规律和价值规律的要求及医疗服务的特殊性,医疗服务价格既不能全面放开又不能统得过死,这是社会主义市场经济条件下医疗服务价格管理的理想模式。应废除

长期实行的价格管理权过于集中的管理方式,下放管理权限并实行分级管理。同时应将县以上各级卫生行政部门和物价管理部门共同制订的医疗服务价格归于政府定价范围。

(4) 建立全面的医疗服务价格管理体系:应按市场调节方式配置卫生资源,开展公平竞争,挖掘潜力,扩大服务,满足群众基本医疗服务需求和不同层次的特殊医疗需求。应实行政府调控和市场调控相结合,对于基本医疗服务价格由政府统一管理,对于特殊医疗服务可由医院自由定价,引进价格竞争机制,可以实行固定价格、浮动价格及议价相结合的多样化管理形式。本着公平竞争、效率优先、提高效益的原则,制定出适合医院内部管理和社会需要的价格,不适应时再调整,并报物价、财政、卫生部门备案,便于政府部门加强监督。

(5) 建立准确的医疗价格评价机制:保本经营是医院维持再生产的基本前提,衡量与评价医疗服务价格合理与否的标准,必须以保本和适应社会经济承受能力为依据。医疗服务价格改革必须对其进行科学性、合理性评价,价格是否反映成本,医疗收费的增长是否与国民经济的增长幅度相适应。只有这样才能保证医院既能保本,又能满足群众的医疗需求。

四、医疗费用的控制

随着医学技术的发展,世界各国普遍面临医疗费用迅速增长的巨大压力。由于医疗费用的增长速度大大超过了国民经济的增长,日益增加的医疗费用成为各国社会经济发展的沉重负担。如近 20 年来,美国卫生费用年递增 9%~16%,到 1997 年达到 13 924 亿美元,占国民生产总值的 13.5%,已达到政府和社会难以承受的地步。抑制医疗费用的过度增长已成为各国政府普遍关注的政策研究课题。

我国卫生事业发展很快,卫生需求日益增加,医疗服务项目名目繁多,医疗服务费用增长很快。目前国家财政补偿不足,医院主要靠自身的经营收益来维持医院的建设和发展。由于一些新技术、新设备的医疗服务项目收费价格高于成本,刺激了医院争相购置高级医疗设备,进行过量的诊断检查和治疗,以增加医院的收入。医院医疗技术劳务补偿不足,也刺激了医院给患者多开药,以得到药品 15%~20% 的加成收入。据上海市调查统计,从 1983 年到 1993 年的 11 年间,上海市医疗费用平均递增 31.8%,超过同期国内生产总值增长率 16.1 个百分点。1991~1993 年医疗费用年增长率达 39.1%,1993 年高达 57.5%。针对医疗费用的飞速增长,上海市政府于 1994 年 7 月在全市实施了医疗费用“总量控制,结构调整”的改革措施,以理顺医疗价格体系,建立

正常运行的补偿机制,提高卫生资源的利用效率,控制医疗费用过快增长。

“总量控制,结构调整”的内容主要包括:① 确定在一定时期和地区医疗费用增长的总量。② 提高技术劳务收费标准,增设了门诊、住院诊疗费和护理费等合理的技术劳务收费项目,降低了 CT 和磁共振等大型医疗仪器设备收费标准。③ 规定在一定时期内药品费用在总收入中所占比例及其增长的幅度。④ 从新增设的门诊、住院诊疗费中提取 10%,建立上海市医学领先学科建设和人才培养基金。

从实施后的效果来看,首先,医疗费用迅速增长的势头得到遏制,1994 年下半年,上海市全市医疗费用增长率从上年同期的 51.5% 控制到 24.2%,1995 年控制到 23%,1996 年控制在 19% 以内。其次,医院的补偿机制和管理运行机制得到初步改善,医院收入结构得到合理调整,药品收入组成比重从 1994 年上半年的 62.1% 下降到 1996 年的 50% 以下。医务人员的技术劳务收费标准有了明显增加。再次,由于“总量控制,结构调整”的政策和医疗保险制度在对医疗费用的要求和管理操作上有相似之处,所以为新的医疗保险制度的实施创造了良好环境。另外,“总量控制,结构调整”方案中增设的诊疗费收入的 10%,统筹建立了上海市医学领先学科建设和人才培养基金,推动了医学领先专业的学科建设和人才培养计划的实施。

五、医疗保障制度的建立

医疗保障体制的改革是全球性的形势,尤其在工业发达国家及地区。促进改革的根本原因是医疗费用支出的增幅超过社会生产力发展速度及政府财政收入的增长速度,与此同时,医疗服务质量没有明显提高,医疗服务享受的覆盖面不够普及,医疗费用浪费与无基本医疗保障的现象同时并存。

随着经济改革的不断深入和市场经济的建立和发展,尤其是医疗卫生改革深入发展和医疗市场竞争局面的逐步形成,社会保障制度的改革已成为当前社会改革的热点、难点,尤其是医疗费用的过度上涨,公费医疗费用的上升已达到政府难以承受的程度。很多国有大中型企业在短期内不能很好适应市场经济的环境而导致亏损,职工医疗费用拖欠现象十分严重。在这种情况下,以企业为单位来分担医疗费用的风险已很难维持。为了增强抗风险能力,职工的医疗保障开始走向社会化。镇江、九江率先在全国开展职工医疗保险制度改革试点,在此基础上不断总结经验教训,并在全国 30 余个城市开始进一步的试点。另外随着北京市的企业职工大病保险、上海市的总量控制、结构调整的医疗改革以及医疗保险制度的出台,深圳、海南

省、山东烟台、天津市等地医疗保险制度的实行,国务院将职工医疗保障制度的改革纳入议事日程。

1998年11月26日,国务院出台了我国新的医疗改革方案,其目的是从现在起,用3~5年时间初步建立起适应社会主义市场经济体制,覆盖城镇全体劳动者,实现社会统筹和个人账户相结合的职工医疗保险制度;初步形成包括基本医疗保险、补充医疗保险、社会医疗救助以及商业医疗保险等相结合的多层次医疗保障体系。新的医改方案贯彻“低水平、广覆盖”的方针,确定一个较低的基本医疗保障水平和筹资标准,尽可能把各类企业都囊括进去,使新方案覆盖城镇的所有劳动者。

六、医疗机构分类管理

2000年2月,我国国务院办公厅转发了国务院体改办等八部门制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》(以下简称为《指导意见》),提出了建立新的医疗机构分类管理制度,将医疗机构分为营利性和非营利性两类进行管理的改革举措。目前绝大多数省、直辖市、自治区制定下发了医疗机构分类管理的实施办法,一些地区初步完成了两类机构的登记、注册工作。但是,医疗机构的分类管理仍有许多方面需在实践中不断总结与完善。

(一) 医疗机构分类

目前我国客观上存在着不同性质、不同类型的医院。为了规范医院的性质,将医疗机构分为营利性医院与非营利性医院,主要是按医院的经营性质、运行目标进行分类的。营利性医院是指这类医院的运行目标是以追求利润最大化为目标的,其税后利润可以给予投资者一定的回报。在实际运行中,营利性医院不一定盈利,可由于经营不善而亏损。非营利性医院指这类医院的运行不以获取利润为目的,而是追求特定的社会目标,而且如果非营利性医院有盈利,其盈利部分只能用于医院的自身发展,不能以分红等形式给出资者以回报。此外,非营利性医院在终止业务活动后,其剩余资产由社会管理部门处置,出资者无权自行处置。国际上一般把医院划分为三类:政府医院、非营利性医院和营利性医院(图1-1)。

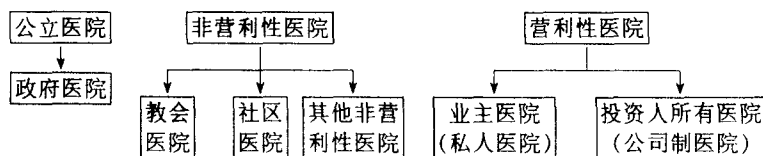


图 1-1 国际上医院分类