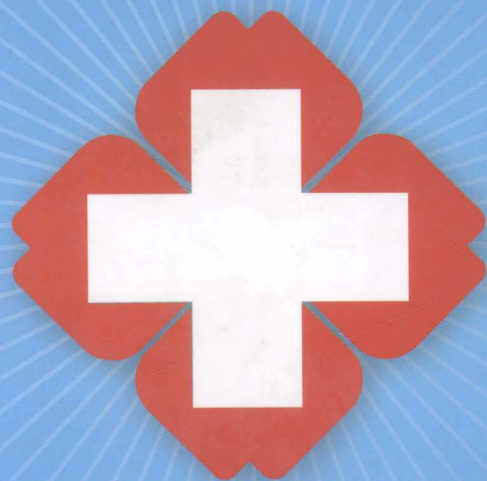




中 国 卫生事业改革与发展

人民日报出版社

中国卫生事业改革与发展

主编 王大可

(下 卷)

人民日报出版社

门源县新农合垫付直报运行情况的调研

青海省门源县卫生局 张海龙

建立新型合作医疗制度是党中央、国务院为解决“三农”问题作出的一项重要决策,对于落实科学发展观,促进城乡协调发展,全面建设小康社会具有重大意义。我县新型农村合作医疗制度于2004年12月份启动以来,紧紧依靠县委、县政府的坚强领导,建立健全管理机构,创新工作思路,改进工作方法,强化管理措施,狠抓任务落实,不断强化政府职责,不断完善制度措施,促进了我县新型农村合作医疗健康稳步可持续发展。从2007年10月起,我县县内定点医疗机构全部实行医药费用垫付直报制度,此项制度的实施,使新农合工作上了一个新台阶。

一、我县新农合运行现状

(一)组织及经办机构建立健全

我县新农合制度自启动以来,县委、县政府高度重视,及时成立了由主管副县长为主任,卫生、财政、民政、监察、发改、药监等相关部门负责人为成员的新型农村合作医疗管理委员会和监督委员会,各乡镇政府也相应成立了新农合管理委员会及监督委员会,村级成立了监督管理小组。组建了县合管办及各乡镇合管办等经办机构,其办公经费列入财政预算。目前,我县上下组织机构健全,政令畅通,信息传递迅速,解决问题及时,有力地推动了合作医疗工作的扎实开展。

(二)筹资标准、补偿比例逐年提高

新型农村合作医疗制度实施4年来,筹资水平逐年提高,补偿比例逐步提高,人均筹资标准由2005年的30元提高到2008年的114.3元,住院费用补偿比例由2005年的省、州、县、乡级35%、40%、45%、50%分别提高到2008年的40%、50%、60%、70%。农牧民参合率2005年度92.44%、2006年度98.7%、2007年度99.53%、2008年、2009年度100%。2009年农牧民参合人数117730人。经3次提标,全县筹资标准人均提高到

164.30元,其中中央每人每年补助60元;省级每人每年补助56.3元;州、县财政补助资金各增加7.5元;农牧民个人缴纳33元。新农合制度更加完善,管理能力、保障能力和农牧民受益水平稳步提高。

(三) 新农合制度进一步完善,农牧民受益率不断提高

新型农村合作医疗制度的实施,切实减轻了农牧民就医负担,有效缓解了“因病致贫”、“因病返贫”现象。但是新农合保障水平较低,就医报帐流程复杂,手续繁琐,农牧民医疗费用得不到及时报销以及报销范围较小等,使农牧民受益率普遍较低,影响了农牧民参合积极性。为此,我县根据省州有关文件精神,结合我县实际情况对合作医疗制度进行完善。一是在提高人均筹资标准的同时提高了住院费用报销比例。二是低保人口、五保护、优抚对象、60年代精简人员及双女户子女住院报销比例提高五个百分点,应用中藏药费用提高报销比例五个百分点,正常孕产妇住院分娩实行免费限价垫付制度。三是对不需要住院但需长期服药治疗的大慢病患者如高血压、肺心病、糖尿病等18种慢病患者的门诊费用纳入大病统筹基金支付范围。四是降低了省州级住院费用报销起付线(2005年省州级起付线分别为600元、400元,2008年分别为300元、200元)取消了县内住院费用报销起付线。五是取消了县内定点医疗机构逐级转诊审批手续。六是实行了定点医疗机构医药费用垫付直报制度。七是开通了县合管办、乡镇合管办、定点医疗机构之间的信息管理系统,实行网上报帐。

自2005年以来对30.23万人次累计补偿医药费用3899.47万元,补偿金额占总基金的93.60%,农牧民受益率59.24%,有效地解决了农牧民群众看不起病、住不起院的问题,极大地缓解了因病返贫、因病致贫的矛盾。

二、新农合垫付直报制度运行情况

为方便农牧民报账,简化报账程序,加强基金的监督管理,提高医疗服务质量,根据省州有关文件精神,我县2006年4月份开始在东川中心卫生院、珠固卫生院进行住院费用垫付直报试点工作,对住院病人免收医疗费用常规报销部分,只收取病人自负费用,然后由医疗机构将垫付费用与县合管办直接结算。

(一) 先试点后推广,确保垫付直报工作顺利开展

通过一年的运行效果显著,病人只需要很少的钱就能住院治疗,切实减轻了住院费用负担,住院病人大量增加,农牧民看病就医的需求被极大地释放。同时简化了报账程序,取消了由原来病人先结算后持原始票据到乡合管办报账,乡合管办再到县合管办报账,然后县合管办将资金拨付到乡合管办,再由乡合管办发放到病人手中的繁杂程序,现在病人出院时就能够得到费用补偿。2007年10月1日新农合垫付直报工作在县内定点医疗机构全部推开。

（二）确定并扩大了定点医疗机构

按照《青海省新型农村合作医疗定点医疗机构监督管理办法》的有关规定,严格新农合定点医疗机构确定工作,根据村级为标准化村卫生室,乡级应达到乙级卫生院标准,县级达到二级医院标准,州级应达到二级乙等以上医院标准,省级应达到二级甲等以上医院的标准。我县共确定定点医疗机构 190 个,其中省级医院 17 个,州(市)级医院 4 个,县级医疗机构 3 个,乡级医疗机构 13 个,村卫生室 162 个,县合管办与各定点医疗机构之间签订了医疗服务及垫付直报协议书,协议内容包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、收费价格、医疗费用垫付直报结算方式、医疗费用审核控制措施、服务承诺等,并明确了双方的责任、权利、义务和违约责任。使参合农牧民患者在定点医疗机构能得到质优价廉的医疗服务。县内定点医疗机构从 2007 年 10 月份全面实行垫付直报制度,省级定点医疗机构从 2009 年 3 月份实行垫付直报。2008 年共垫付住院病人 5504 人次,垫付金额 575.57 万元。定点医疗机构的确定,加强了医院内部管理工作,医疗机构设置了新农合管理科室,配备专(兼)职管理人员,配合经办机构共同做好医疗服务管理和医药费用垫付等工作,落实了定点医疗机构管理制度,建立健全了定点医疗机构的准入和退出机制,定期检查,评估和通报定点医疗机构执行制度,控制费用,提高服务质量等情况。同时卫生行政部门加强了农牧区卫生服务网络建设和管理,定期检查医疗机构遵守诊疗规范,控制医药费用等情况,做好医疗服务质量和医药费用的考核、监督、控制和管理等工作。

（三）建立新农合管理信息系统,实行网络直报

根据卫生厅《关于启用新农合管理信息系统软件的通知》要求,我县与 2009 年 2 月 20 日正式启用新农合管理信息网络系统为参合农牧民报销医药费用。县内 14 个定点医疗机构,12 个乡镇合管办与县合管办之间建立了网络信息管理平台,使参合农牧民住院费用报销更加及时、便捷、正确,新农合管理机制进一步向规范化、科学化发展,管理能力、运行效率明显提高,从而为新农合制度的健康发展提供了有力的基础保障。

三、存在的主要问题

（一）垫付直报制度的实施,使住院病人大量增加,合作医疗基金压力增大

2008 年全县住院病人 6597 人次,比上年增加 10.24%,住院报销费用 901.79 万元,比上年增加 98.2%,2007 年、2008 年住院率分别为 4.8%、5.77%。2009 年住院病人继续呈上升趋势。住院病人大量增加,大病统筹基金透支的风险越来越大。

（二）经办机构缺少专职工作人员,严重影响工作的顺利开展

目前县合管办只有编制 2 人,乡镇合管办无编制,只安排 1—2 名兼职人员,且变动频

繁,由于需要管理全县 12 万农牧民人口的参合金收缴工作,负责注册登记,记录台账,医疗费用的审核报销,定点医疗机构的监督管理,网络报帐以及费用公示,合作医疗运行情况的分析评估,合作医疗的宣传等工作,无专职固定的工作人员,一系列工作无法及时保质保量完成,农牧民医药费用得不到及时报销,严重影响了农牧民的参合积极性,同时,合作医疗基金的管理工作跟不上需求,基金的安全受到影响。

(三)住院病人大量增加,医疗服务跟不上需求

县乡两级医疗机构严重缺员缺编,设科不全,缺乏懂管理、善经营的管理人才,尤其缺乏高精尖的卫生专业技术人员和学科带头人,卫生服务质量和效率较低,同时政府对农牧区卫生的投入不足,农牧区卫生管理不规范,卫生基础设施差,配套政策不健全,医疗设备缺乏,不能满足其功能需求。

四、对策及建议

(一)逐步提高筹资水平,建立政府筹资的制度保证机制

新型农村合作医疗的保障水平应与社会经济发展,农牧民收入以及医药费用的自然增长水平相适应,即至少应保证合作医疗的筹资水平和保障水平逐年增长。因此应建立筹资水平稳定增长的保证保障机制,其中建立政府筹资水平随经济或财政收入增长而增加的保证保障机制尤为重要。

(二)建立健全合作医疗管理体系,加强管理能力建设

根据各级管理机构的管理职能和实际需要,研究和确定合作医疗管理资源(人、财、物)的配置标准,在此基础上,明确各级政府及其相关职能部门在合作医疗管理资源配置的职责。各级政府及其相关职能部门根据配置标准保证合作医疗相关管理资源的足额配置。

积极开展和不断加大管理人员培训力度,通过举办培训班,技术指导手册,经验推广等多种形式,提高县乡经办机构工作人员的管理水平和服务能力,尤其是网络化信息管理能力,确保新农合工作持续顺利运行。

(三)加强农牧区卫生服务网络建设及人才队伍建设

1. 各级政府应当按照公共财政的要求,调整财政支出结构和基础设施投资结构,建立农牧区卫生投入保障机制。合理安排发展建设基金,要加大县乡卫生基础设施建设投资力度,将设备更新,人员培训经费分别定项定额列入财政预算。

2. 按照区域卫生规划,合理配置卫生资源,建立功能基本完善,设备基本齐全,供给基本满足需求的县、乡、村三级医疗网。尤其使要改善乡镇卫生院的服务提供能力,有重点的支持距离县城较远,服务提供能力较低的乡镇卫生院,以满足农牧民就近看病的需

求。

3. 制定农牧区卫生人员培训计划,加强在职人员学历教育,积极鼓励基层卫生技术人员到上级医疗机构进行进修培训,改变因目前农村基层卫生人力质量不高而影响农牧民基本卫生服务的获得以及所获得服务的质量的现状。

在经济发展不平衡地区 新型农村合作医疗补助模式探讨

云南省蒙自县卫生局合作医疗管理办公室 毛炳亮

建立新型农村合作医疗制度是新形势下党中央、国务院着眼于全面建设小康社会目标,统筹经济与社会协调发展,切实解决“三农”问题,提高农民健康水平做出的巨大决策和采取的重大举措,是为农民建立的医疗保障制度。怎样把这件惠及亿万农民的好事办好,蒙自县作为云南省第一批试点县,从2003年开始现已进入第四轮,农民参合率稳中有升(2010年参合率为98.63%),统筹资金使用率在80%以上,合作医疗运行平稳。

在新农合制度运行中,经办机构建设、制度建设、管理机制的建设等都很重要,而补助模式是直接关系农民受益情况的核心,并对新农合的整个运行产生影响,因此,选择怎样的补助模式就特别重要。

在云南省的试点阶段,主要有两种补助模式:一是农民筹资全部进入统筹基金,参合农民门诊给予一定比例减免,住院治疗按比例补助,称为门诊统筹+住院按比例补助模式;另一是农民筹资的大部分为农民建立家庭帐户,另一部分进入统筹基金,参合农户门诊只用家庭帐户资金,住院按比例给予补助,称为家庭帐户+住院按比例补助模式。两种补助模式都各有优势和劣势。在经济发展不平衡的县,选择哪种补助模式更有优势呢?

一、基本情况

蒙自县位于云南省东南部,是一个多山区、多民族、经济发展不平衡的农业县,全县

2228 平方公里面积中 75.6% 是山区,在 33 万人口中 58.4% 是少数民族,80.1% 是农业人口。全县 11 个乡镇 86 个村委会 691 个自然村,有 4 个乡镇的 42 个村委会 199 个自然村在坝区,面积占 24.4%,自然村占 28.8%,农业人口占全县的 58.4%,居住较集中,交通方便,农民人均收入在 1800—3500 元之间;有 7 个乡镇的 44 个村委会 492 个自然村在山区,每个村委会平均有 11.2 个自然村,居住分散,交通不便,农民人均收入在 800—2300 元之间。农民的卫生服务利用情况在乡镇之间、坝区与山区之间悬殊很大。(注一)

在这样的一个多山区、多民族、经济发展不平衡、卫生服务利用悬殊的农业县实施新农合,并要得到巩固发展,就要制定一个切合本县实际的实施方案,选择一种适合的补助模式。

二、深入基层调查分析,认真总结经验,制定的实施方案和补助模式

1. 按地理环境、经济水平和居民素质等综合因素,将全县乡村分为三类地区:较好的坝区乡村为一类,一般的山区乡村和较差的坝区村为二类,较贫困的山区乡村为三类。根据地区类别和不同级别医院制定不同的起补线:在乡镇卫生院住院,一、二、三类地区的起补线分别是 100 元、50 元、20 元;在县级医疗机构住院分别是 300 元、150 元、50 元;在县以上医疗机构住院分别是 600 元、300 元、200 元。

2. 根据医疗机构级别制定不同的补助比例,在乡镇卫生院住院,起补线以上补助 60%,在县级医疗机构及经转院到县以上医疗机构住院治疗的补助 45%,自己选择非定点医院住院治疗的补助 20%。一次最高补助 5000 元,一年最多补助 10000 元。

3. 为提高住院分娩率,降低孕产妇死亡,对住院顺产的产妇按一、二、三类地区分别给予 300 元、350 元、400 元的定额补助,并对定点医疗机构顺产分娩进行限价管理(单胎顺产县级医疗机构限价 600 元,乡镇卫生院限价 400 元),难产按大病住院给予补助。

4. 对农村五保户、特困户,由民政医疗救助资金资助参加新农合,享受新农合的补助规定,新农合补助后还有困难的,由医疗救助资金再给予补助。

5. 以户为单位进行筹资并建立家庭帐户。农民筹资的 20% 进入统筹资金帐户,作为住院补助资金,80% 进入家庭帐户,供家庭成员看门诊时使用,当年没有用完的可以下年使用,但不能抵下年度筹资。

实施方案在筹资、起补线设定、住院分娩补助等方面向山区、贫困地区倾斜,使坝区有就医能力的农民减轻医疗负担,使较困难山区的农民提高就医能力,看病难的问题得到改善,使贫困家庭得到照顾,使合作医疗资金和医疗资源得到合理利用。

三、选择建立家庭账户 + 住院按比例补助的模式有以下优点

1. 有利于农民长期稳定地参加筹资。农民筹资是新农合运行的基础,也是难点。欠

发达地区的农民,风险意识比较薄弱,回报意识比较强烈,蒙自县参加过各种形式合作医疗的人数波动大,主要原因之一就是没有受益的农民感到吃亏,不愿继续参加。而没有受益的又多是经济水平低,交通不便、就医条件差、民族聚居的山区农户,形成了贫困地区农民帮助富裕地区农民医病的状况。新农合的筹资水平比原来的合作医疗高,一年没有看病,一个五口之家就要互助共济 50 元,还不富裕的一些农户,通过反复宣传,参加了第一年筹资没有受益,第二年他们是否愿意再参加筹资? 在一些较边远的山区,生病首先是自己找草药或用各种土办法治疗,不愿到乡、村医疗机构治疗,这些地区又是居民抵御疾病风险最脆弱的地区,是最需要新农合覆盖的地区。实行以户为单位建立家庭帐户进行农民筹资,将农户筹资的 80% 进入家庭帐户,这种筹资就如动员农户每年留一点专用于保健康的钱,今年没有用的可以明年再用,这是提高农民健康意识,增加健康投入,保护身体健康比较好的形式。在经济发展不平衡地区,农民的经济水平、自我保健意识不一,基本医疗卫生服务需求悬殊,互助意识和风险意识不强,建立家庭帐户,农民筹资的大部分在家庭帐户上,几年没有看病,“吃亏”不大,生病住院就会得补助,这对动员农民参加新农合是有宣传力的,有利于这些地区农民长期稳定地参加筹资,有利于新农合的巩固和发展。

2. 也体现了一定的互助共济性质。农民筹资的 20% 进入统筹基金,这在经济收入不高,还比较看重每人 10 元筹资的山区农户,接受了也是一大进步。

3. 管理工作量减少,运行成本低。由于家庭帐户资金由农户自己掌握使用,只需要宏观管理,不需对每次门诊处方进行审核减免兑现,大大减少了审核处方的工作量和门诊表卡制作、填报审批等运行程序和材料。

4. 合作医疗基金使用比较容易控制,安全性高。由于门诊资金在家庭帐户内使用,不会超支,而住院人数少,涉及的机构少,资金使用易于监管,有风险较容易调控。

扩大受益面,提高农民参合的积极性是制定方案要认真研究的问题,门诊治疗给予一定比例减免就是一项有效措施。但是在山区农村,门诊人次多,频率高的都是乡政府和村委会所在地周围村子的农户,那些远离卫生院和卫生所的大部分边远山区农户,经常去看门诊的还是屈指可数,因此提出了给一年未受益的农户进行一次免费体检的方案,作为扩大受益面的补充措施。设立家庭帐户,参合农户都有筹资的 80% 积累在家庭帐户上,需要时可随时全额使用,一个五口之家,一年有家庭帐户资金 40 元,如果门诊减免 20%,已经等于支出 200 元门诊费得到 40 元补助,这对就医不方便、卫生服务利用率低的山区农户更实惠,更能接受。

从蒙自县运行三轮的分析资料看,山区、贫困地区得到补助的比例增加比较快,补助率还比坝区略高。但由于就医能力、就医条件、就医意识等因素的影响,山区、贫困地区农村的卫生服务利用量仍明显低于条件好的坝区。(注二)

民意调查显示,蒙自县新农合实施方案和补助模式,得到了广大干部和群众的肯定和支持。(注三)

建立新型农村合作医疗制度是一件新事物,需要在实践中探索,在前进中不断总结和完善。蒙自县的实施方案和补助模式,是在经济发展不平衡的具体条件下提出来的,愿与同行们一起探讨。

注一:2003年1—3月,在制定新农合实施方案前,县合管办对全县农民的卫生服务利用情况进行调研,调查了开展住院治疗的20家各级各类医疗卫生机构,在2001—2002年期间住院治疗的14466位农民的信息资料,对住院农民的人均费用、大额住院费用的病种分类、各乡镇农民的住院率、住各级各类医院的比例、平均住院费用、人均住院消费等情况进行统计分析:全县人均住院费1053元,农民平均住院率2.82%,年人均住院消费29.6元。其中坝区乡镇住院率是山区乡镇的2.6倍,人均住院消费是山区乡镇的2.8倍;坝区乡镇最高住院率5.1%,人均住院消费68.5元,是山区最低乡镇住院率的5.1倍和人均住院消费的8.5倍。

注二:蒙自县新农合从2003年8月开始到2006年12月已运行了3个周期共41个月,其中第一轮从2003年8月至2004年12月共17个月,第二轮和第三轮按2005年和2006年的自然年度各为12个月。

第一轮运行17个月,人均有统筹资金20元,全县人均使用17.72元,占85.6%,其中山区乡镇参合农民人均使用统筹资金12.5元,最低的乡镇人均使用7元;坝区乡镇参合农民人均使用统筹资金21.52元,比山区人均使用高72.16%,最高的乡镇人均使用统筹资金46.2元,是最低乡镇的6.6倍。

第二轮运行12个月,人均有统筹资金22元,全县人均使用18.98元,占86.3%,其中山区乡镇参合农民人均使用统筹资金16.98元,最低的乡镇人均使用9.2元;坝区乡镇人均使用统筹资金20.47元,比山区人均使用高20.55%,最高的乡镇人均使用统筹资金40.6元,是最低乡镇的4.4倍。

第三轮运行12个月,人均有统筹资金42元,全县人均使用30.7元,占73.1%,其中山区乡镇参合农民人均使用统筹资金25.91元,最低的乡镇人均使用16.7元;坝区乡镇人均使用统筹资金35.56元,比山区人均使用高37.24%,最高的乡镇人均使用统筹资金50.1元,是最低乡镇的3倍。

从以上比较可以看出,山区乡镇参合农民的卫生资源利用仍比坝区低得多。

注三:2006年8月,为调整合作医疗实施方案,县合管办印制了110份“蒙自县新农合运行三年评价问卷”,分别发给县合作医疗管理委员会成员,各乡镇的党委书记、镇长和分管的副乡长,乡镇的合作医疗经办人员,部分村委会的干部和县委、政府、人大、政协等有关领导,在收回的98份问卷中,对我县新农合运行满意的60份,占61.2%,基本满

意的38份,占38.8%,无不满意的答卷。对我县家庭帐户+住院按比例补助模式认为合适的92份,占93.9%,认为不设家庭帐户的6份,占6.1%,说明绝大多数干部对设立家庭帐户的补助模式是认可的,对合作医疗实施方案的运行是满意的。

2010年9月,县合管办分别在一、二、三类地区各进行100多农户入户调查,了解各类地区居民的卫生服务利用情况及合作医疗意向,共调查318户,覆盖人口1398人,对三年合作医疗运行满意的有311户,占97.8%,对现有补助模式认为可行的309户,占97.2%,说明绝大多数参合农民对实施方案的运行是满意的,对家庭帐户的补助模式是欢迎的。

抓住机遇 关注民生 推动卫生事业新发展

青海省祁连县卫生和人口计划生育局 方福德

近年来,我县紧紧围绕提高医疗机构服务能力,缓解群众“看病难、看病贵”问题,加强组织领导,创新机制载体,狠抓工作落实,初步形成了定位明确、层次清晰的医疗卫生建设体系,使我县的医疗机构服务能力进一步得到增强,服务质量持续提高,取得了较好的社会 and 经济效益。按照县委学习开展科学发展观活动的安排,通过深入基层,走访个别医疗卫生单位、召开医务工作者座谈会和负责人座谈等方式,比较全面地了解了我县医疗机构服务能力方面还存在的许多问题。

一、基本现状

近三年来,我县的医疗卫生工作不断加强,并且取得了长足发展,正逐步走向完善,一些影响人民群众健康的传染病得到了有效控制,广大群众的医疗卫生健康水平有了进一步的提高,公共卫生体系建设工作取得了明显成效。一是按照“逐年增加卫生投入,增长幅度不低于同期财政经常性支出的增长幅度”的标准要求,建立了“五项卫生基金”,全面落实了乡村医生“两金”及工资报酬和工作人员福利待遇,并纳入财政预算,解决落实

了45所村卫生室一次性补助3000元的药品周转金等。2008年卫生事业费支出占全县财政支出14%，充分体现了“小财政，大民生”和政府主导、改善民生的执政理念，探索出了一条“民生预算”的卫生事业发展模式，为全县卫生事业的全面发展提供了财力支撑。二是深化卫生人事分配制度改革，严格实行卫生技术人员资格制度，全面推行卫生技术人员聘任制和结构工资制，形成患者选择医生，单位聘任科室主任，科室主任聘任卫生技术人员的机制。进一步完善激励和约束机制，营造人才辈出、人尽其才的用人环境。同时，建立起“管人、管事、管资产”相结合、“责、权、利”相统一的医疗机构领导管理机制，尝试在我县西部最偏远、条件极为艰苦的央隆乡卫生院先期推行年薪制院长试点工作，大大激发了卫生院院长的积极性和责任意识。全面推行岗位绩效工资制，充分体现了一种岗位竞争、能上能下的用人机制和奖优罚劣、优质多酬的分配机制。将与工作的服务数量、服务质量、社会效益和工作效率挂钩。三是针对医院滥用药、乱开大处方的现象，破除“以药养医”体制，探索建立以政府为主体的卫生服务补偿机制，使医疗回归公益性性质为目的，率先推行了药品集中统一招标采购和药品零加成制度，按照统一用药目录、统一厂家品名、统一剂型规格、统一招标采购、统一配送管理、统一价格公示的“六统一”原则，从2008年7月1日起，在县、乡、村三级医疗机构全面推行集中统一招标采购和药品零差价销售试点，结合这一制度的实施，由县政府投资10.9万元建立了医药电子交易平台，在医疗机构、生产企业、配送公司三者之间建立药品采购信息管理系统，医疗机构对药品的需求、生产企业的供应、配送公司的配送，直接网上交易的情况，增加药品购销过程的透明性、可控性。同时，为基层卫生院及部分县级医疗卫生单位配置了医院管理信息系统和计算机硬件网络，使县、乡医疗机构在药房划价、取药、收费、住院病人管理、新型合作医疗报帐等方面实现了计算机管理，在收费票据、治疗清单等方面实现了统一模式，提高了医院服务和管理效率，增强了药价及服务项目收费的透明度，杜绝了医院管理方面的漏洞；四是加大对农牧区卫生机构的支持服务力度。认真贯彻落实国家有关规定，积极实施城市医疗支援农村医疗的重要措施，组建了2支对口帮扶医疗队，常年入驻乡镇卫生院开展对口帮扶工作。组织农牧区巡回医疗车，采取定期巡诊、定额培训、定向转诊等方式帮扶乡镇卫生院发展，五是采取“送出去、请进来”等措施，加强重点学科和业务骨干人才的培养。近年来，共选送86名业务技术骨干到省内外医院进行长短期培训和进修学习。六是农牧区卫生院基础设施建设得到加强。三年来，共组织实施卫生项目14个，总投资1181万元。全面完成县乡、村三级医疗机构新改扩建任务。农牧区三级医疗预防保健网进一步健全。为45个村卫生室建设县财政划拨专项资金20万元，提高了建设标准，有力地改善了卫生事业的发展环境，提高了服务质量，真正让人民群众享受到了基本的医疗服务。同时，积极争取110万元的基本医疗设备。装备了B超、X光机、制氧机等基本医疗设备，通过基础设施的配套建设，使县、乡医疗诊断水平和救治能力明显提

高,实现了引进一项设备、促进一个专业、带动一个学科、培养一批人才的目标。

通过以上措施,全县医疗卫生机构基础设施、经费投入、设备状况、人才培养、综合管理得到有效改善,县、乡、村三级卫生网络进一步健全,服务能力和水平得到改善,农牧民群众看病就医问题得到初步好转,我县医疗服务出现了“三增、一减”的喜人变化。即门诊量人次由2007年5.2万人次增加到2009年的7.0万人次;住院病人由2007年的929人次增加到2009年的1207人次;门诊人均费用较2007年43.25元下降到28.16元,下降了53%,农牧民的满意度、医院业务收入和总体服务水平明显提升,实现了农牧民得实惠、党和政府得民心、卫生事业得发展的三赢局面。农牧区公共卫生服务能力明显得到加强。乡镇卫生院普遍开展了妇产科住院分娩业务和“新三件”业务。全县住院分娩率达88.2%,中心卫生院下腹部手术开展率达到100%。村卫生室的医疗业务量增长幅度加大,业务收入从过去依靠药品变为各种技术成分的多元化收入。法定乙类传染病报告发病率较“十五”末下降了21.31%。儿童计划免疫“11苗”全程合格接种率达到95%以上。基本实现了消除碘缺乏病阶段性目标。农牧区妇女儿童保健水平逐步提高,孕产妇死亡率和婴儿死亡率大幅度下降。医疗费用进一步得到有效控制,着力减轻了群众的医疗负担。近两年来,我县进一步落实医药费减免优惠政策,千方百计,克服困难,多渠道购进药品,严格控制药品价格,医疗收入平均下浮25%,仅此一项县医院每年让利患者达32万元。县、乡医疗单位人均门诊、住院费用分别比上年下降了2%和5%以上。截至目前,全县共有卫生技术人员179人,中级职称人员47名,占26.2%;具有大专以上学历168名,占93.8%;全县拥有万元以上的大型医疗设备共有30台(件)。

二、主要存在的问题

纵观我县医疗卫生工作取得了显著的成绩,但也存在着医疗机构服务能力不足、管理粗放、人才短缺、部分医疗机构运转不畅等问题。

(一)乡(镇)卫生院工作条件较差,部分专业人员想尽办法调离乡(镇)卫生院,调离后及时得不到补充,并且受人员编制的影响,造成我县卫生技术人员逐年减少,出现人才严重匮乏现象。以乡镇卫生院为例,2009年,全县乡镇卫生院在职人员64人,其中本科6人;大专54人;主治医师以上16人;不具备执业资格人员12人。虽每年选派一定数量的人员到上级医疗机构进修深造,但所学的知识由于受医疗条件的限制,不能正常开展工作;

(二)服务项目狭窄,新技术难引进,缺乏相应的专业人员,致部分病人进县城上省城,资源外流,导致医疗设备闲置,利用率不高;

(三)医疗服务收费项目下调、“一免四减”制度的实行、物价指数的上涨和药品零加成制度的推行,导致医疗机构收入大幅度下降,直接影响正常运转。例如:县、乡医疗机

构收入中县医院药品比重占 47%, 乡镇卫生院药品比重占 80%。但从 2008 年 8 月份实行药品统一配送和零差价制度后, 取消了 15% - 20% 药品差价率, 较 2007 年药品差价收入 31.2 万元下降到今年的 10.9 万元, 年让利于患者 20.3 万元。药品价格的降低, 减轻了患者负担, 同时也削减了县、乡医疗机构的大部分收入。同时, 按照《青海省非营利性医疗服务项目指导价格》文件规定, 县级医疗机构的业务收入在现行指导价的基础上下调 20%, 年均减少 32 万元。加之随着物价指数上涨, 使之医疗机构运行成本随之增高。每个乡镇卫生院只有 7 - 8 人, 县医院实有 86 人, 按县政府核拨的人均 1500 元公用经费计算, 每个乡镇卫生院公用经费只有 1.05 万元 - 1.2 万元, 县医院公用经费 13 万元。仅每个乡镇卫生院取暖费每年最低达 2 万元之多, 县医院水、电、暖每年达 13 万元, 其他公用经费没有来源等以上原因, 造成医疗机构难以维持正常运转。

三、建议及对策

必须坚持医疗卫生公益性质, 坚持政府投入为主, 坚持城乡区域卫生资源的合理配置, 加强农牧区卫生、公共卫生和医疗救治体系, 强化政府责任, 严格行业监督管理, 突出公立医院公共服务职能, 建立和谐医患关系。

(一) 制定政策、吸引人才。建立以工作业绩为核心, 以品德、知识、能力、服务为主要内容的卫生人才评价指标体系。建立以政府奖励为主体的卫生人才奖励体系, 发挥经济利益和社会荣誉的双重激励作用。设立“卫生人才奖励基金”每三年开展一次。按照分级分类的管理办法, 加强卫生人才库建设和用人单位信息网络建设, 为个人择业和单位用人提供准确及时的人才信息, 促进卫生人才的合理流动与配置。建立卫生人才“柔性流动”的新机制, 实行更加积极、更加开放的人才政策, 鼓励岗位聘用、项目聘用、任务聘用等灵活多样的方式自主聘用高层次人才。建设医学领先学科、重点专科、重点项目等载体, 提升吸纳、聚集人才的能力。在坚持用好现有人才的同时, 重点引进高层次人才和紧缺人才。坚持“不求所有、但求所用, 不求所在、但求有为”的思路, 采取咨询、讲学、兼职、短期聘用、技术合作、人才租赁等灵活方式引进省内外人才智力。畅通人才引进“绿色通道”, 实行人才引进限时办理。紧缺人才的引进, 可不受编制和专业技术职务结构比例的限制。同时, 结合我县特情, 综合考虑医疗卫生服务人口数量、服务半径、服务项目和工作难度等因素, 合理核定人员编制, 进一步加大培训力度, 拓宽培训渠道, 按照“请进来、派出去”的方式, 引进懂技术的高层次人才来我县开展帮扶和指导工作;

(二) 合理配置资源。首先, 维持相对工作人员在岗的稳定性; 其次, 选派相应的卫生专业人员到上级医院进修深造, 全面掌握适宜技术; 同时, 给广大医务人员提供相对宽松、多项业务的空间。

(三) 加大财政投入力度, 理顺县、乡医疗机构经营模式。按照现有的服务量、用药量

药品差价收入等基本情况的基础上,县政府建立长效的运转经费财政补偿机制,充分体现公立性质医疗机构,确保医疗机构的正常运转;开源节流,拓宽服务项目,搞活自身运营,积极创造条件,把有限的资金用于医疗机构的建设,要利用一切可利用的机会,调动一切可以调动的力量来搞好医疗机构的建设,提高医疗机构的整体水平。以更好地满足患者的医疗保健要求。

(四)积极争取项目,逐步解决县、乡、村三级医疗卫生机构基础设施建设薄弱问题,及时配备大中型医疗设备。

公立医院改革试点工作实施方案

青海省西宁市城东区卫生局 刘红权

为全面贯彻落实国家卫生部、中央编办、国家发改委、财政部、人力资源社会保障部五部委《关于公立医院改革试点的指导意见》和《西宁市公立医院改革试点工作实施方案》要求,现结合我区实际,就区级公立医院改革试点工作制定如下实施方案。

一、城东区公立医院基本现状及面临的困难和问题

目前,城东区共有社区卫生服务中心4所:城东区社区卫生服务中心、中庄社区卫生服务中心、八一路社区卫生服务中心(乐家湾镇卫生院)、火车站社区卫生服务中心(韵家口镇卫生院);公立社区卫生服务站8所、村卫生室20所,社区卫生服务人口覆盖率为98%,基本实现了打造社区卫生15分钟的服务圈。社区卫生服务机构共有专业技术人员121名,村卫生室专业技术人员40名。区级医疗机构编制床位数为106张。

回族医院是集医院与社区卫生服务中心为一体的区属公立医疗机构,目前回族医院核定编制101人,缺编30人,实际在编71人,聘用51人(其中专业技术人员38名),区财政仅拨付实际在编71人工资,医院现属差额拨款单位,在职人员差额部分工资、住房公积金、医保及聘用人员的工资支出均由医院自行承担。

乐家湾镇卫生院共有专业技术人员8人,其中在编仅4人,财政只拨付全院在编4人

工资,每年卫生院上缴区财政 10 万元的业务收入,卫生院其他人员(包括集体人员)的工资及其他支出,均由卫生院自行承担。

韵家口镇卫生院共核定编制为 10 名,缺编 4 名,实际在编 6 人,现聘用 9 人(其是专业技术人员 8 名),现区财政只拨付全院在编 6 人工资,其他人员的工资及支出均由卫生院自行承担。同时每年卫生院上缴区财政 8 万元的业务收入。

目前公立医院面临的困难和问题有:一是资源分布不均衡,结构不合理,城乡差距大。辖区内各级各类医疗机构集中,社区和农村医疗服务能力不强。二是医疗保障水平低、筹资标准不一。医疗保障水平对医疗机构的经营支撑能力有限,县级以下医疗卫生机构,特别是乡(镇)、村、社区卫生服务站,药品占业务总收入的 90% 左右,以药养医依赖程度高。三是服务体系不完善、分工不明确,服务能力不强。各类医疗机构间未能形成竞争有序、合理分工、密切协作的运行机制,分级服务和双向转诊制度以及首诊在社区制度没有得到有效落实。由于人员编制不足,聘用人员较多,专业人才、特别是领军人才缺乏,学科建设发展相对滞后,严重阻碍我区医疗服务水平发展能力和重大公共卫生应急事件的处理能力。四是公立医院补偿机制不健全、投资渠道单一。公立医院投资渠道单一,补偿机制不健全。民营医疗机构数量虽有所增加,初步形成多元化办医格局,但是普遍存在规模小、水平低、人员不稳定等问题。

二、公立医院改革的指导思想和总体目标

(一)指导思想

以科学发展观为指导,以坚持公立医院公益性性质为方向,以充分调动医务人员积极性,最大限度满足人民群众基本医疗需求为核心,坚持中西医并重方针,统筹配置全区城乡之间、区域之间医疗资源,整体推进公立医院改革,促进公立医院健康、协调、有序发展。

(二)总体目标

按照先易后难、整体推进、重点突破的原则,通过改革,基本实现区级医院有新发展,乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)、村卫生室有新加强。各类医疗服务机构有新定位,形成分工合理、职责明确、相互补充、功能齐全、充满生机与活力的医疗服务新格局。

三、公立医院改革试点工作主要任务

(一)优化结构、合理布局,逐步完善公立医院服务体系,建立科学管理体制

1. 明确政府办医职责。一是强化政府规划、投入、监管、准入职能,优化医疗资源配置。二是加强对公立医院社会满意度、医疗服务质量、国有资产保值增值、突发公共卫生事件处置等管理,建立权责明晰、富有活力、监管有力的公立医院管理机制,确保社会公益性目标的实现。三是政府各相关部门按照职责,制订并落实规划设置的公立医院发展

建设、人员编制、政府投入、医药价格、收入分配等政策措施,为公立医院履行公共服务职能提供保障条件(责任单位:区发展和改革委员会、区财政局、区人力资源和社会保障局、区卫生和食品药品监督管理局)。

2. 明确公立医院管理职能。按照管办分离的原则实行区卫生和食品药品监督管理局领导下的院长负责制和任期目标管理,充分发挥科学管理与民主监督作用,实施院务公开,推进民主管理。完善医院组织结构、规章制度和岗位职责,推进医院管理的制度化、规范化和现代化,以公益性为核心,推行绩效考核管理制,建立激励约束机制。公立医院内部重大决策、重大项目投资、大型设备购置、大额资金使用等事项,须经院领导班子集体讨论并按照管理权限和规定程序报上级主管部门批准后执行。(责任单位:区人力资源和社会保障局、区发展和改革委员会、区财政局、区卫生和食品药品监督管理局、市回族自治县、两镇卫生院)。

(二)改革公立医院投入与补偿机制,积极探索多渠道投资方式,促进公立医院的健康发展

1. 加大政府投入。一是明确投入范围。公立医院投入范围主要为:公立医院基础设施建设、大型设备购置投入和公立医院承担的公共卫生服务投入等。二是对公立医院基础设施、大型设备购置、政府购买公共卫生服务等根据区财政实际,在争取中央、省、市级财政投入资金的同时确保将区级财政承担的相应配套资金纳入年度预算。

2. 完善补偿机制。进一步确立补偿原则,一是经常性补偿。对承担公共卫生职能的公立医疗机构,其承担的传染病防治、精神康复、妇幼保健、急救医疗等由本级财政予以定额补偿,并纳入年度预算。二是鼓励性补偿。公立医院医师培训、人才引进、重点学科发展、基层公立医疗卫生机构人才返聘等费用,根据政府财政补偿能力及实际需要,予以鼓励性补偿。三是逐步推行“医药分开、分别核算”,降低医院“以药补医”比重,将医院补偿由服务收费、药品加成收入和政府补助三个渠道改为服务收费和政府补助两个渠道。稳妥推行药品零差率制度,对公立医院因取消药品加成而减少的合理收入,通过完善医疗保障基金支付和增加政府补偿及逐步采取增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准等途径予以补偿。本级财政负责承担除中央、省、市级财政补偿以外的资金配套,并根据实际纳入年度预算(责任单位:区财政局、区发展和改革委员会、区人力资源和社会保障局、区卫生和食品药品监督管理局)。

3. 完善医疗保障支付制度改革。逐步完善基本医疗保障费用支付方式,推行按病种付费、次均费用的医疗保险支付方式,控制医疗费用不合理增长,逐步扩大医疗保障范围,提高支付比例,缓解群众看病贵问题。落实医疗救助、慈善助医的项目管理和支付制度,解决低收入人群的医疗费用(责任单位:区财政局、区发展和改革委员会、区人力资源和社会保障局、区卫生和食品药品监督管理局)。