



中国卫生发展绿皮书

Green Book on China Health Development

2016年

公立医院改革专题研究

Research on Public Hospital Reforms




国家卫生计生委卫生发展研究中心

China National Health Development Research Center

主 编 傅 卫

副主编 杨洪伟

 人民卫生出版社

G

中国卫生发展绿皮书

2016年

公立医院改革专题研究

主 编 傅 卫

副主编 杨洪伟

编 委 (以姓氏拼音为序)

傅 卫 傅鸿鹏 顾雪非

黄二丹 李亚青 苗艳青

杨洪伟 张毓辉 赵 琨

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国卫生发展绿皮书·公立医院改革专题研究/傅卫主编.
—北京:人民卫生出版社,2017
ISBN 978-7-117-24823-5

I. ①中… II. ①傅… III. ①医院-体制改革-研究-中国
IV. ①R199.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第180265号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

中国卫生发展绿皮书——公立医院改革专题研究(2016年)

主 编:傅 卫

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编:100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京画中画印刷有限公司

经 销:新华书店

开 本:889×1194 1/16 印张:26

字 数:805千字

版 次:2017年8月第1版 2017年8月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-24823-5/R·24824

定 价:120.00元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

公立医院是我国医疗服务体系的主体，“推进公立医院改革”是新医改的重点内容之一。为推进公立医院改革，根据医改的整体布局和“十二五”期间医改的具体安排，国务院发布《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33号）和《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号），对改革的目标、重点任务以及实施路径等作了全面的部署和安排。改革的组织得到加强，推动的力度不断加大，覆盖面持续快速扩大，改革成效持续显现。2016年，县级公立医院综合改革全面推开，公立医院综合改革试点城市扩大到200个。公立医院综合改革已经进入了全面推开、持续深化、突破难点、实质攻坚的新阶段。

国家卫生计生委卫生发展研究中心作为卫生与健康领域的国家级研究智库，开展了一系列有关公立医院改革的研究，其中很多研究成果对相关政策的制定起到了重要的支持作用。这些研究内容主要涉及全国公立医院综合改革、县级公立医院服务能力建设、县医院临床路径与支付方式改革、医疗康复护理服务体系建设、政府与社会资本在卫生与健康领域的合作模式等几个专题，内容涵盖研究进展及改革成效、存在的问题与挑战以及相关政策建议。现将有关研究成果汇集，分为六个部分，编印成册，以供大家参考。

国家卫生计生委卫生发展研究中心
2017年3月

目 录

第一部分 2015 年度公立医院综合改革效果评价考核

专题一 2015 年度公立医院改革效果评价考核总报告	2
专题二 2015 年度城市公立医院改革效果评价考核报告	10
专题三 2015 年度县级公立医院改革效果评价考核报告	30

第二部分 青海省互助县公立医院改革进展情况分析

专题 青海省互助县公立医院改革进展情况分析	54
-----------------------------	----

第三部分 县级医院服务能力建设研究

专题 县级医院服务能力建设研究	72
-----------------------	----

第四部分 县级公立医院一体化诊疗路径和支付方式改革

专题一 县级公立医院一体化诊疗路径和支付方式改革研究总报告	134
专题二 汉滨区公立医院一体化诊疗路径和支付方式改革研究	167
专题三 黔江区公立医院一体化诊疗路径和支付方式改革研究	200
专题四 黄岛区公立医院一体化诊疗路径和支付方式改革研究	230
专题五 温县公立医院一体化诊疗路径和支付方式改革研究	264

第五部分 北京市医疗康复护理服务体系建设研究

专题 北京市医疗康复护理服务体系建设研究	306
----------------------------	-----

第六部分 卫生领域 PPP 研究

专题一 卫生与健康领域政府和社会资本合作模式研究	332
专题二 公立与非公立医疗机构界定及相关要素研究	363
专题三 公立医院公私合作项目的性质界定与监管研究	394

第一部分 2015 年度公立医院综合 改革效果评价考核

专题一 2015年度公立医院改革 效果评价考核总报告

根据国务院办公厅《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》(国办发[2015]33号)和《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发[2015]38号)有关要求,2016年4月19~29日,国务院医改办组织实施了31个省份(含直辖市、自治区,下同)的公立医院综合改革试点效果的自评和复评工作。

一、考评工作情况

本次考评工作先由全国31个省份组织开展各自省内试点地区的自评工作,而后国务院医改办组织31个复评组对各省的自评情况进行现场复核(共抽样复核34个试点城市和90个试点县)。

从考评情况分析,我国公立医院综合改革已经进入了全面推开、持续深化、突破难点、实质攻坚的新阶段。各级政府对改革的重视程度显著提升,改革目标、重点任务以及实施路径等多方面的共识已经形成,改革组织推动力度不断加大,覆盖面持续快速扩大,改革成效持续显现。在城市公立医院改革和县医院改革中均发现了典型地区,有很多经验和亮点。同时也看到,随着改革向纵深推进,一些深层次矛盾和困难凸显,亟待各方进一步强化决心、提高认识、增进共识、提升能力,在体制机制改革上取得更深、更广的突破。

二、总体进展和主要成效

各试点地区党委、政府高度重视,将公平可及、群众受益作为改革出发点和立足点,坚持改革联动、分类指导、探索创新的原则,因地制宜,积极探索,在创新组织领导体制、建立现代医院管理制度、破除以药补医机制、完善药品采购办法、建设分级诊疗制度等方面取得积极进展,为扩大和深化改革奠定了基础。

(一)综合改革试点城市

依照国务院关于城市公立医院改革的一系列文件精神和要求,四个综合试点省率先全面行动,各试点城市强化责任意识,健全工作机制,制定配套方案,推出了一系列看得准、见效快的改革办法,探索了一批具有推广价值的改革经验,关键环节的攻坚部署逐步到位,全面深化改革的条件更加成熟。

1. 试点工作全面推开,组织领导体制更加健全

2015年12月,99个城市正式启动公立医院综合改革试点工作。安徽、江苏、福建、青海4个综合试点省实现城市公立医院改革试点全覆盖。试点城市主要领导负总责、分管领导具体负责的领导体制逐步建立。部分省份党政主要领导担任医改领导小组组长,各部门职责明确,各司其职,任务落实机制逐步确立。

2. 公立医院管理体制开始破题

各地成立由政府负责同志牵头,相关各方组成的公立医院管理委员会,高效的政府办医体制开始建

立。公立医院法人治理机制更加完善,落实用人自主权和内部收入分配权的公立医院分别达到 960 家和 1065 家。医院精细化管理得到强化。

3. 破除“以药补医”机制取得实质进展

截至 2015 年底,试点城市 75% 的公立医院取消药品加成,82.9% 的地市调整医疗技术服务项目价格,药品和耗材招采制度不断完善,流通领域“水分”不断被挤出,价格动态调整机制初步建立。

政府投入力度持续加大,2015 年试点城市公立医院财政补助占总支出的比重为 9.2%,比上年提高 1.1%。医疗服务费用上涨势头得到遏制,2015 年试点城市公立医院门诊和住院医药费用分别增长 4.5% 和 4.2%,涨幅均低于城镇居民人均可支配收入增长幅度。医药费用结构得到一定改善,物耗占比下降,医务性收入占比有所上升(见图 1)。

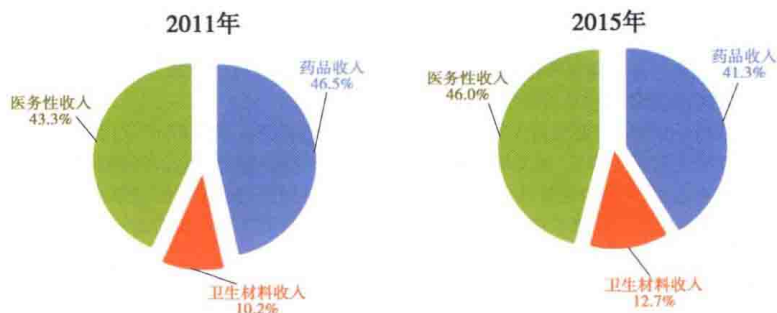


图 1 100 个试点城市公立医院改革前后医药收入结构对比示意图

服务质量总体稳定,患者对公立医院总体满意率达到 94.0%。

4. 医保支付制度改革有所推进

2015 年医保支付方式改革基本覆盖试点所有公立医院,并正在逐步提高病种和费用覆盖程度。特别是新农合支付方式改革推进速度快、效果较好。临床路径管理推进加快。各类医疗保险经办机构 and 定点医疗机构之间的谈判协商机制和风险分担机制开始建立。96% 的城市建立医疗费用增长情况监测制度。98.9% 的城市完善了公立医院合理用药管理、处方审核制。

职工医保、城镇(城乡)居民、新农合住院费用实际报销比例分别为 71.0%、54.3%、53.8%。群众就医个人自付比例持续下降。省内异地就医费用直接结算均达到 85% 以上。

5. 人事薪酬制度改革开始启动

2015 年,24.9% 的试点城市公立医院重新核定了人员编制,93.9% 的公立医院实行按需设岗和竞聘上岗。84.7% 的试点城市提出考核结果与医保支付、财政补助、工资水平等挂钩,并向社会公开。100 个试点城市公立医院门(急)诊人次和住院人次逐年增加,年均增速分别为 11.4% 和 12.9%。46.0% 的地市开展公立医院薪酬制度改革,医务人员薪酬水平渐趋合理。在职工工人均工资性收入近 5 年年均增长 9.4%,地区差异显著(见表 1)。

表 1 试点城市公立医院改革前后在职工工人均工资性收入(单位:万元)

类别	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
100 个试点城市	7.8	8.4	9.0	10.2	11.2
东部试点城市	9.4	10.0	10.4	11.8	12.9
中部试点城市	4.5	5.0	5.6	6.1	7.1
西部试点城市	6.4	7.2	7.8	9.1	10.1

医务人员服务积极性较高,总体满意度达到78.4%。

6. 分级诊疗制度建设迈出新步伐

84.3%的地市制定区域卫生规划,54%的城市开展分级诊疗和基层首诊责任制试点,较上年增加7.5%。许多试点城市通过组建医联体,引导患者在医联体内有序流动。93.5%的城市建立便捷转诊通道。93.8%的三级医院和83.6%的二级医院参与同级检查结果互认。

7. 社会力量办医逐步壮大

截至2015年底,29个省份出台鼓励社会办医的实施细则。全国非公立医疗机构达43.9万个,比2014年新增1364个。非公立医疗机构床位107.5万张。

(二) 综合改革试点县

各试点县围绕“保基本、强基层、建机制”的基本要求,以建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的县级公立医院运行新机制为目标,以破除以药补医机制为突破口,在管理体制、运行机制、服务价格调整、人事薪酬、医保支付等重点领域因地制宜地进行改革创新,改革已经“破冰”。

1. 领导体制和管理体制改革持续推进

90个复评县中,由党政主要负责人任县级医改领导小组组长的县达到87个,组织推进力显著提升。多地建立由政府主管领导牵头、相关部门参与的县级公立医院管理委员会。复评县中,80%的县级公立医院具有用人自主权,96%的医院具备内部收入分配权,78%的医院建立院长任期责任制和问责机制。

2. 破除“以药补医”机制,群众获得感和满意度得到提升

(1) 全面取消药品加成,完善药品招采机制。截至2015年底,全部试点地区县级公立医院均取消药品加成。江苏、浙江、福建、安徽、四川、陕西和宁夏7省份在全部县级公立医院实施药品零加成政策。部分试点县依托于省级或地市级药品采购供应机制改革,挤压了药品采购价格“水分”,强化了医疗服务行为监管,药品费用“量价齐下”。2015年,90个复评县所覆盖的213家县级公立医院(以下简称213家医院)医药费用增长1.5%,比上年度的增速(6.6%)明显下降。其中药品费下降1.9%,与上年(增长5.7%)相比,大幅降低。

(2) 政府办医责任进一步强化。试点县普遍认识到政府对公立医院应该承担必要的投入责任,尤其是办医责任、发展责任和改革政策实施过程中的责任等。一些试点县用公立医院债务纳入“政府化债平台”、财政贴息、提高重点学科和人才培养定额补助标准等办法,强化发展建设和化解历史债务的财政保障。

(3) 调整医疗服务价格,优化医疗收入结构。复评县中,90%以上的县遵循“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则调整了医疗服务价格,医务性收入占比有所上升(见图2)。

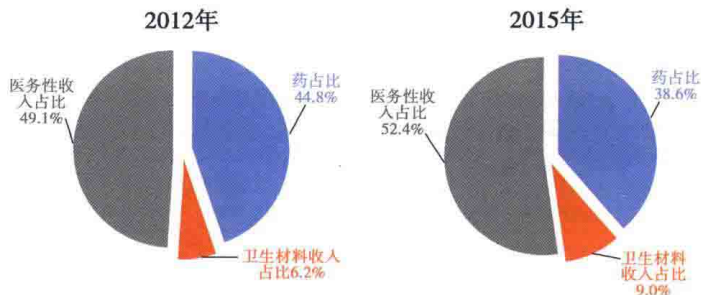


图2 213家医院改革前后医药收入结构变化

(4) 群众满意度较高。从本次复评问卷涉及的3843名患者反应来看,对县级公立医院的总体满意率高达92.8%,主要对看病的方便程度、就医环境和医务人员工作态度表示满意。

3. 人事薪酬制度改革积极推进,医务人员积极性和满意度得到提升

所有试点县基本实现“按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理”。部分试点县探索动态调整编制人员和备案人员、用政府购买服务实现编制内外人员同工同酬等人事制度改革。复评县中,90%的县制定了县级公立医院绩效考核办法,将医院的公益性质、运行效率、群众满意度等作为考核的重要指标,部分县做到了考核结果挂钩。

2011—2015年间,213家医院服务量相对稳定,在职工工人均工资性收入增至7.4万元,比上年增长13.8%。见表2。

表2 2011—2015年90个复评县公立医院在职工工人均工资性收入(单位:万元)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
平均	4.7	5.4	6.0	6.5	7.4
东部	5.5	6.3	7.2	7.8	8.5
中部	3.6	4.4	4.8	5.5	6.4
西部	4.8	5.5	5.7	6.3	7.4

医务人员对公立医院总体满意率达81.7%。

4. 医保支付制度改革持续推进

在多数试点县,新农合支付方式改革持续推进。58.3%的县级公立医院开展按病种付费,比上年提高1.2个百分点。复评县中,7%的县在县域内全面开展按病种、按人头等支付方式改革。上海、云南等地开始探索DRGs付费方式。

5. 县域医疗资源配置优化,分级诊疗建设取得成效

试点县通过差别化的医疗保障政策,利用经济杠杆引导病人合理下沉。尤其是新农合报销政策中,这一导向尤为明确。

2015年,66.5%的县(市、区)开展基层首诊责任制试点,比上年提高20个百分点。92%的县建立县级公立医院向乡镇卫生院轮换派驻骨干医师制度。60%的县建立区域卫生信息平台,51%的县开展县域内检验检查信息共享。

三、经验与亮点

各地在试点中,积极探索,大胆实践,无论在“医改”推进机制还是“医改”的重点领域和关键环节上都涌现出不少创新的做法和亮点。

(一) 综合改革试点城市

1. 顶层设计和总体规划

福建三明实施“三医联动”,多项改革“环环相扣”。江西新余出台“1+64”个配套文件,全面强化改革的整体性、系统性和协同性。江苏镇江以医保改革带动整个“医改”。

2. 医药联动

新余和鹰潭由医院通过省药品集中采购平台与药企进行谈判。杭州实施药品分类采购,建立药品价格谈判机制,建立医保费用预付机制。宝鸡在省招标价基础上,进行配送价格再次谈判。安徽坚持省级招标与医疗机构联合采购相结合。由三明发起,宁波、乌海等7市及河北的27个县已经签订协议,探索药品及耗材采购跨区域连片联动。

3. 分级诊疗制度建设。

新余:提升基层能力,财政补贴鼓励优质医疗资源下沉,医保基金总量向基层倾斜,优化基层机构收入分配制度等。

杭州:出台医保倾斜政策,建立双向转诊信息平台,实施优质资源“双下沉,两提升”工程等。

宝鸡:推进市帮县、县帮镇、镇帮村的“三级帮扶、四级联动”协同机制。

4. 强化医疗服务行为监管

新余引入第三方评价机制,吸纳专家、社会公众参与公立医院绩效考核。柳州建立医疗保险智能监控平台,实现医保支付事前、事中和事后监控。遵义实施临床路径管理,模板达 415 个,覆盖所有临床科室。

(二) 综合改革试点县

1. 创新组织方式。福建省以三明改革经验为蓝本,省级统筹综合改革方案,保证改革总体设计和政策的统一协调。江西省医改办会同有关部门开展公立医院综合改革效果评价,对排名靠前的地区在公立医院改革补助资金上给予适当倾斜,对后进地区进行通报批评,并酌情扣减公立医院改革专项补助经费。

2. 创新财政投入方式

江西芦溪县由政府担保、医院贷款,把医院基础设施建设等长期负债纳入政府债务平台,逐年化解,并设立政策性亏损基金。

3. 推进分级诊疗

安徽省 101 家县级医院与 17 家省属医院建立了紧密协作关系,15 个县开展县域医联体试点,运用价格、医保支付、绩效考核等激励约束措施,促进基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动。山西 2014 年从新农合入手,在 18 个县开展按病种分级诊疗试点。四川构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医格局,取得显著成效。

4. 创新人事管理制度

江西芦溪、于都县落实医院用人自主权,允许县级公立医院自行面向社会公开组织招考招录。山西省 2012 年出台县级公立医疗卫生机构编制标准,改按床位核编为按服务人口核编,将基本编制与附加编制相结合。

5. 创新医务人员薪酬制度

福建尤溪实行医院工资总额制度下的“全员目标年薪制、薪酬计算工分制”。江西省允许县级公立医院收支差额的 50% 作为绩效工资总量追加。

6. 加强信息化建设

广东基本建成人口、健康档案和电子病历 3 大数据库,34 个县级医院与城市三级医院建立远程医疗系统。广西鹿寨县远程医疗服务平台扩展到县、乡、村医疗机构,建立与三甲医院联通的远程教学和会诊“高速公路”等。

四、问题与挑战

2015 年的公立医院改革在破除以药补医机制等方面取得一定进展,但是,部分地区对改革的重视程度不高,改革能力不足,关键环节和重点领域推进相对缓慢,尤其是医药改革推进阻力大、医保体制不统筹,公立医院改革仍面临一些突出问题和挑战。

1. 部分地区改革进展迟缓,整体工作启动慢、重点领域推进慢、关键环节深化慢、改革成功典型推广慢等问题突出。

截至 2015 年底,仍有 24.8% 的试点城市公立医院未取消全部药品加成。57.44% 的城市公立医院尚未开展按病种付费。54.0% 的地市尚未开展公立医院薪酬制度改革。复评的县级公立医院中,有 34.9% 缺少合理的收入分配机制,有 34.9% 在推进付费方式改革方面处于启动阶段。

2. 体制机制改革力度不够

公立医院全行业属地化管理滞后,法人治理机制改革未取得实质进展,政府长效投入机制构建缓慢,药品采供机制尚待进一步创新,医保管理体制改革方向尚需形成共识,价格形成机制和价格动态调整机制未能取得突破。多地县级公立医院改革仍在“取消药品加成”上打转,以管理代改革,体制机制问题鲜有触及或力度有限。

3. 重点领域改革阻力较大

人事制度改革面临编制控制与改革需求的挑战,薪酬制度改革面临国家政策出台滞后与地方创新

风险大的挑战,药品耗材流通改革由于触及利益链条而阻力重重,医保体制改革未能有效保障“三医联动”推进,医保与医疗不能统筹的现实问题很突出,推进支付制度改革的积极性和效果都还难以令人满意,县级公立医院价格改革因县级调价权和调价空间的有限性而面临更大挑战。

4. 改革的人才和信息支撑不够

公立医院人才十分匮乏,部分地区至少缺1/3人员编制,省、市级大型医院还缺1/2人员编制,医生超强度工作十分突出。卫生信息化水平偏低,严重制约医疗联合体、临床路径等政策的高效落实。

除此之外,与分级诊疗制度建设不相适应的,如基层机构与二级以上公立医院用药衔接不保障、不同级别医疗机构的医保报销比例不适当等、医保统筹基金与个人账户基金比例不当导致统筹基金风险较大,以及影响公立医院平稳运行的历史负债较多等问题也值得高度重视。

分析认为,部分人员思想认识不能适应改革的要求;部分地区组织管理体制尚不健全;一些地区部门权力调整有障碍;不少地方医改队伍的执行能力和应变力不足等等因素。影响了改革的系统性、综合性和协调性不够,弱化了政策叠加效应。

五、相关建议

基于对现存问题成因和面临挑战的分析,从推进改革和重点任务突破两个层面提出以下对策建议。

(一) 组织推进工作的建议

1. 统一思想认识,切实加强公立医院的组织领导工作,全面推行党政一把手履行改革第一责任人的制度

各试点地区要进一步增强责任感、使命感,充分发挥各级政府作为医改工作的责任主体作用,明确本级政府的保障责任。要加强公立医院改革工作的组织机构建设,确保各级医改部门、卫生计生委体改处室等机构人员配备到位、经费到位、责任到位,以保证公立医院综合改革工作正常、有效开展。总之,要从思想认识、领导体制上保障公立医院综合改革的整体进展。

2. 强化协同联动机制,加强督导评估,落实医改责任制

从加强组织协调着手,以打破部门利益为突破口,将公立医院管理体制与编制管理、价格体制、人事分配制度、医保管理体制以及政府职能转变等改革协同推进,加强制度统筹、部门协调和政策创新,形成改革合力。注重“三医”联动、上下联动和内外联动,必须统筹设计,充分发挥政策合力。重点在明确责任和确保进度两个方面入手。健全督导考核机制,强化对公立医院综合改革推进的整体性、系统性、协调性和有效性的考核,做好政策培训、调研指导和检查评价。

3. 发挥试点地区的先行先试作用,加强分类指导培训和示范引领

为进一步增进改革共识,提升改革能力,巩固完善公立医院综合改革,建议强化对试点地区改革经验的总结、提炼,同时对各级层面决策层和管理层开展专题指导培训,组织开展省际间、地市间的经验交流。引导各地医改团队正确认识改革,把握正确方向,相互学习借鉴有利于改革推进、有实效的经验做法。

(二) 推动重点任务突破的建议

1. 加强理论创新和制度创新,凝聚共识,攻坚克难

随着公立医院改革试点工作的深入,各地对改革的理论指导提出了新的要求。为统一各级政府和相关部门对公立医院改革的认识并协调行动,建议政府组织力量对涉及公立医院改革的若干重大问题攻关,寻求在公立医院的公益性及其实现机制、政府办医体制和管医体制、医疗行业薪酬水平与结构、医疗服务价格决定机制、医保支付方式的作用机制、公立医院逐利机制的根源等一系列基本理论问题上取得突破。同时,以重点领域改革的突破性进展为目标,以消除体制性障碍为重点,优化科学改革监测评价体系。

2. 聚焦医疗服务价格调整这一补偿机制核心问题,培育“结构合理,增长适度”的医疗服务价格机制,切实减轻群众就医负担公立医院改革的核心是补偿机制,补偿机制的核心是价格体系。近年来,公

立医院医疗费用过快增长势头得到了有效遏制,但费用结构仍有待深度优化。重点要挤压药品费和卫生材料费,严控检查化验费用的过快增长。结合各地试点的成功做法,在“三医联动”的框架下,抓住医疗服务价格这一“牛鼻子”,持续推进医疗服务价格调整,控制医药费用、优化费用结构。价格调整要做到:成本测算科学化、价格调整动态化、医保支付协同化、医疗服务监管精细化。充分发挥医疗服务价格的经济杠杆作用,平衡好医院、医务人员、医保基金、病人、财政等方面的关系。

要充分利用试点城市的药品招标权、调价权,实施区域内药品耗材集中采购,挤压流通领域价格水分,为调价腾出空间。

3. 破局医保制度,稳步推进支付方式改革

医保管理体制至今尚未有明确定论。医保体制改革要以健康绩效改进为目标,以群众利益最大化为方向,以有利于公立医院体制机制改革为标准。推进医保地市级统筹,加大支付方式改革力度,发挥医保对医疗行为的管控引导作用。三明等地的改革实践也证明,改革医保体制是实现“三医联动”的重要体制保证,是推进公立医院改革并取得预期成效的关键环节。对医保制度改革中,尤其是医保体制改革中面临的风险要充分评估,必须避免体制改革不当可能引致的系统性风险。同时,要积极推进按病种付费、按床日付费、按人头付费等支付方式改革,提升医保基金使用效率,充分发挥医保对医疗服务行为的管控引导作用。

4. 推进分级诊疗制度建设,提升医疗服务系统效率

积极发挥城市医院和县级医院在分级诊疗制度建设中的作用。

一方面,在医疗服务体系建设中,继续强化县医院能力建设。同时,重新定位地市级医院的发展地位。建议以内涵发展为思路,强化地市级医院能力建设,在医疗服务能力和管理能力上下工夫,把地市级医院作为区域内病人外流的“闸口”。这可能是缓解省会城市和中心城市的就医压力、真正缓解“看病难”、“看病贵”的现实途径。

另一方面,以促进优质人力资源流动和共享为思路,多途径推动医学人才下沉基层,提升基层服务能力,实现公立医院服务提供中的功能归位。同时,在医疗服务价格制定、医保支付标准确定时,充分考虑分级诊疗制度推进中,公立医院医疗服务量与病人、病种结构变化的关系,调动公立医院在推进分级诊疗制度建设中的积极性。

5. 从解决权责利统一入手,合理界定政府办医和管医职能

进一步理顺管理体制。集中办医职责,把目前分散在卫生、财政、发改、编办等部门的办医职责集中在一个部门,形成具有完整责任能力的办医主体。

适度集中政府管医职责。由行业主管部门集中行使当前分散在卫生、人保部门、质检等部门的监管职责,把培育具有完备管医职责的管医主体。

加快现代医院管理制度建设,科学界定公立医院所有者与经营者权责利关系。重点落实目前已经明确的政府卫生投入责任和监管责任,统筹考虑化解公立医院历史负债的具体办法。落实公立医院自主经营权,实现医院内部管理与外部政策的衔接和协调,保证改革效果通过医院这一载体得以体现和发挥。

6. 深化公立医院人事薪酬制度改革,充分调动医生参与改革的积极性

优质人才短缺一直是影响医疗卫生事业发展的主要原因之一,与之配套的编制管理、人事分配制度、职业上升空间、薪酬待遇等问题急需突破。

试点城市和县亟需加快探索公立医院绩效工资总量核定办法,促进医院建立与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配激励机制,着力体现医务人员技术劳务价值,规范收入分配秩序。以医改先进典型地区做法为借鉴,快速推进公立医院绩效考核制度,以及与之挂钩的薪酬制度建设。实现医务人员收入水平“阳光化”。

7. 改革的最终目标是要群众受益,今后的改革还需要深度思考如何提升人民群众的获得感,让人民群众支持改革、为改革叫好。

综上,以破除公立医院逐利机制为核心的改革,是一项复杂而艰巨的社会系统工程,其进程之曲折

和艰难已经可见一斑。公立医院改革将呈现以下新特征及变化趋势,需要科学预判,及时跟进谋划。一是在上下联动中,设区市在医改中的作用越来越突显。二是从“三医”联动看,医药、医保是改革短板,尤其是医保制度必须成为下一步医改的重点。三是从内外联动看,即建立现代医院管理制度,实现公立医院内部管理与外部改革的联动将是必答题。四是试点地区先行先试的作用将得到更好的发挥,典型地区的实践必将为进一步推进改革带来新的启示。

专题二 2015 年度城市公立医院改革 效果评价考核报告

我国公立医院改革正进入全面推开、重点突破的新阶段。为强化绩效跟踪,激励先进地区,落实责任追究,根据国务院办公厅印发的《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发〔2015〕38号),国务院医改办组织实施了31个省份(含直辖市、自治区,下同)的公立医院综合改革试点效果评价考核的自评和复评工作。31个省份组织开展了各自省内试点城市的自评工作,并由国务院医改办组织31个复评组对各省的自评情况进行了现场复核。各复核评组按照全面了解各地公立医院综合改革进展和成效、深刻剖析推进过程中的遇到的困难和问题、认真发掘改革亮点和典型案例、严格开展改革效果评价的工作要求,采取听取汇报、现场检查、座谈交流、查阅文件资料、问卷调查等方式,如期完成了预定工作任务。

本次考核评价结果显示,各级政府对改革的重视程度显著提升,中央、省、地市联动推进机制已经建成,组织推动力度不断加大,各项政策的协调性和系统性明显提升,试点城市改革覆盖面迅速扩大,体制机制改革等深层次问题有所突破,改革经验更加丰富,改革成效更加巩固,发现了一批典型经验和亮点模式,增强了各方的改革信心和决心。同时也看到,随着改革向纵深推进,一些深层次矛盾和困难凸显,改革进入了更具挑战性的攻坚阶段,亟待各方进一步提高认识,增进共识,提升能力,以更大的勇气和智慧开创公立医院改革的新局面。现将试点城市公立医院综合改革评价考核结果报告如下:

一、改革进展

2015年5月,国务院办公厅下发《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发〔2015〕38号)。各试点城市根据试点工作要求,强化责任意识,健全工作机制,制定配套方案,细化改革措施,积极主动地开展试点工作,安徽、江苏、福建、青海等首批4个综合医改试点省份以省委、省政府文件形式颁发了配套文件,100个试点城市以市委、市政府文件形式出台了相关配套政策。2015年12月底,99个城市正式启动了城市公立医院综合改革试点工作。安徽、江苏、福建、青海等4个综合试点省实现了城市公立医院改革试点全覆盖。各试点城市推出了一系列看得准、见效快的改革办法,探索了一批具有推广价值的改革经验,关键环节的攻坚部署逐步到位,全面深化改革的条件更加成熟。

(一) 公立医院管理体制开始破题

高效的政府办医体制开始建立。福建、安徽等省成立了由政府负责同志牵头,政府有关部门、部分人大代表和政协委员,以及其他利益相关方组成的省级和地市级政府公立医院管理委员会,履行政府办医职能。

公立医院法人治理结构和治理机制逐步完善,公立医院人事管理、内部分配、运营管理等自主权进一步落实。2015年,28.8%的三级公立医院建立了理事会,比上年提高了2.2个百分点;35.5%的二级公立医院建立了理事会,比上年提高了2.6个百分点。94个地(市)卫生计生行政部门负责人不再兼任城市公立医院领导职务。落实用人自主权的城市公立医院达到960家。落实内部收入分配权的城市公立医院数达到1065家。实行院长公开选聘的城市公立医院数为461家。进一步明确了院长任职资格,推

进了院长职业化和专业化。建立院长任期责任制和问责机制的公立医院数为 878 家。院长被赋予人事管理权、内部组织机构设置权、副职推荐权、中层干部聘用权、内部分配权和年度预算执行权等经营管理自主权。

公立医院精细化管理有所强化。三级公立医院有 51.1% 施行总会计师制度,比上年提高 4.8 个百分点;23.2% 施行院长聘任制。二级公立医院有 39.8% 实行总会计师制度,比上年提高 3.3 个百分点;18.8% 施行院长聘任制。

(二) 以破除“以药补医”机制为主攻方向的各项改革全面推进

破除以药补医,建立科学合理的补偿机制,是 2015 年城市公立医院改革的主攻方向。截至 2015 年底,30 个省份出台了取消以药补医具体补偿办法,100 家试点城市的 987 个公立医院取消了药品加成,占试点城市公立医院总数的 75%。药品费用占比有所下降。2015 年,试点地区公立医院平均药占比 42.8%,比上年下降了 1.5 个百分点,次均门诊和住院药占比分别下降了 1.2 个百分点和 1.7 个百分点。次均门诊费用和住院费用分别为 283 元和 12561 元,分别比 2014 年上升 4.5% 和 4.2%。

大多数试点城市在 2015 年制定出台了公立医院医疗服务价格改革方案,降低了大型医用设备检查治疗价格,合理调整提升了体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格,特别是诊疗、手术、护理、床位、中医等服务项目价格,逐步理顺了不同级别医疗机构间和医疗服务项目的比价关系,以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整机制初步建立。在试点城市中,82.9% 的地市调整了医疗技术服务项目价格。54 个地市进行了医疗服务项目价格的综合调整,技术劳务性费用在医药费用中的占比稳中有升,其中次均门诊费用中的占比为 14.6%,比上年上升 0.5%。住院费用中的占比为 22.8%,基本与上年持平。

各试点城市普遍加大了政府投入力度,政府投入责任得到较好落实。2015 年试点城市公立医院财政补助收入占总支出的比重为 9.2%,比上年提高 1.1%。其中市级财政在总投入中占了 47.96%。

(三) 医保支付制度改革逐步推进

2015 年医保支付方式改革基本覆盖试点所有公立医院,并逐步提高了病种和费用的覆盖程度。特别是新农合支付方式改革推进速度快、效果较好。临床路径管理推进加快。各类医疗保险经办机构 and 定点医疗机构之间公开、平等的谈判协商机制和风险分担机制开始建立。各类医疗保险对医疗服务行为和费用的调控引导与监督制约作用得到一定发挥。有 96% 的城市建立医疗费用增长情况监测制度。有 98.9% 的城市完善了公立医院合理用药管理、处方审核制。医疗保险在破除以药补医、建立分级诊疗、绩效考核等方面开始发挥对医疗机构和医疗行为的调控引导和监督制约作用。

各地的大胆探索取得一些具有借鉴意义的进展:

三明率先实行“三保合一”,将城镇职工、城镇居民、新农合医保进行整合,并将药品采购职能并入医保管理中心,实行“招采合一”,发挥医保管理中心在药品采购、配送谈判等方面的主导作用。福建省城乡居民基本医保政策一体化和设区市统筹工作 2015 年底基本完成。

长春 2011 年起开展议价谈判,推进医保基金支付方式改革,减轻疾病经济负担,引导患者合理就医。宝鸡 2011 年在全省率先建立由财政兜底的大病统筹救助制度,采用分段单次赔付和累计叠加赔付相结合,实现低标准筹资向高费用倾斜的互助共济,2015 年政策范围内补偿比达 78%,全额费用补偿比从试点前 48.6% 提高到 53.1%。

北京实施医保基金总额控费,开展 DRGs 诊断分组标准和付费方法,在医院医疗服务的绩效评价中引入了 DRGs 分组方法,对医院的医疗质量、运行效率和单病种诊疗水平进行评价。玉溪除开展 DRGs-PPs 付费制外还实施“基本医保+大病保险+重特大疾病医疗救助”政策,确保贫困家庭住院费用报销比例平均达到 95% 以上。内蒙古乌海市各二级以上综合医院积极开展以信息化为核心的临床路径管理工作。

福建规定的城镇居民医保在三级医院报销 50%~55%,二级医院报销 60%~75%,基层医院报销 85%~90%,还是意在引导病人合理分流。但总体看来,医保支付方式改革进展有限,改革覆盖面窄、支付标准不科学、与临床路径和医疗质量监管脱节等问题较为突出。如不少试点城市的按病种付费仍停留在几十个病种上,支付标准的确定缺乏科学测算过程,医保与医院之间的矛盾较为突出,影响病人的

就医感受和经济负担受到影响。

(四) 部分地区率先启动人事薪酬制度改革

为了解决公立医院人员编制不足与业务需求增长之间的矛盾,许多试点城市深化编制人事制度改革,创新公立医院机构编制管理方式,实施编制备案制管理,初步建立了动态调整、灵活的选人用人新机制。2015年,24.9%的试点城市公立医院重新核定了人员编制,93.9%的公立医院实行了按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理,推动了由身份管理向岗位管理的转变。

2015年,46.0%的地市开展了公立医院薪酬制度改革,大胆探索公立医院绩效工资总量核定办法,医务人员薪酬水平趋向合理。试点城市公立医院在岗职工工资平均增长9.4%,增幅比上年提高3.8%。积极完善绩效工资制度,绩效考核机制趋于优化。

大部分试点城市制定并实施了突出岗位工作量、服务质量、行为规范、技术能力、医德医风和患者满意度的医务人员绩效考核制度,公立医院的用药管理更加完善,高值医用耗材的不合理使用得到有效控制,严禁给医务人员设定创收指标等规定在医院内部考核制度有所体现。有93.9%的试点城市制定了公立医院绩效考核办法,将医院的公益性质、运行效率、群众满意度等作为重要指标。有90.9%的试点城市实施了公立医院绩效考核。有84.7%的试点城市提出将考核结果与医保支付、财政补助、工资水平等挂钩,并向社会公开。部分地区开始探索绩效考核结果与薪酬总额挂钩。

(五) 分级诊疗制度建设迈出新步伐

试点城市按照国家建立分级诊疗制度的政策要求,在构建分级诊疗模式、推进全科医生签约服务、完善双向转诊程序、建立科学合理的分工协作机制、加强基层医疗卫生机构与公立医院药品采购和使用的衔接、推进和规范医师多点执业等方面扎实推进,地区初见成效。2015年,三级、二级公立医院分别有7.6%和6.1%的住院病人转往基层医疗卫生机构,基层医疗卫生机构向医院转诊的病人占1.1%。

制定区域卫生规划严控医院床位规模不合理扩张,建立常见病、多发病复诊和诊断明确病情稳定的慢性病等普通门诊基层首诊责任制试点。2015年,84.3%的地市制定了区域卫生规划,有54%的城市开展了分级诊疗和基层首诊责任制试点,较上年增加7.5%。

通过医保支付制度、价格形成机制、利益分配机制等构建医疗卫生机构分工协作机制。阶梯式的医疗服务价格和医疗保险共付政策仍然是引导患者就诊流向的主要经济杠杆。2015年,15.4%的城市通过医疗保险制度严格限制转诊,采取强制措施推行分级诊疗。许多试点城市通过组建医联体,引导患者在医联体内有序流动。在建立分级诊疗制度的城市中,2111家二级及以上公立医院与老年病医院等机构建立转诊合作关系,占二级及以上公立医院的27.1%。在公立医院与基层医疗卫生机构的转诊通道中,93.5%的城市建立了便捷转诊通道。如江苏省以医联体为抓手,通过在社区成立康复联合病房,全科和专科联合门诊,结合支付方式改革引导就诊流向。

整合推进区域医疗资源共享与信息化建设。推进检查检验、消毒供应中心等资源实行区域资源共享,推进检查检验结果互认。74个试点城市建立区域卫生信息平台(数据中心),70个城市开展市域内远程医疗,64个城市开展市域内检验检查信息共享、会诊工作。93.8%的三级医院和83.6%的二级医院参与同级检查结果互认。充分发挥互联网、大数据等信息技术手段在分级诊疗中的作用。

尽管如此,仍未形成布局合理、分工协作的医疗服务体系和分级诊疗就医格局,基层服务能力薄弱仍是制约分级诊疗的主要原因。

(六) 社会办医获得长足发展

社会资本举办的医疗卫生机构是我国医疗卫生服务体系的有益补充。截至2015年底,29个省份出台了鼓励社会办医的实施细则。全国非公立医疗机构达43.9万个,比2014年新增1364个。非公立医疗机构床位107.5万张,其中非营利性医疗机构床位数占49.0%。2015年社会力量参与改制重组的公立医院有87家,比2014年增加31家,年内完成改制试点的国有企业医院25家,比上年增加9家。