

尽快对现行相应的规范性文件进行修改或者进行相应的法律、法规的清理。对前述有关规定的不协调之处予以明确。

总之,不管采取前述哪种途径来解决当前各地所遇到的有关“医用三源”强制检定的问题,但政府有关行政部门之间关于行使权力的不协调,不应转嫁到医疗机构身上,不应由医疗机构作为最终承担这种不协调的承担者,影响医疗工作的正常进行。因为,影响患者利益不是我们政府行政部门进行检测的初衷。

综上,笔者呼吁各地行政部门在行使自己权力的同时,应当考虑行政相对人的利益。正确行使自己的管理权,充分体现执政为民的理念,为人民群众排忧解难。使当前各地的医疗工作正常运转,为建立和谐社会而尽到自己的努力。



一家公立医院的治理变革及存在的问题

《我国公立医院治理结构研究》课题组 李卫平 阮云洲 刘能

[本刊讯] 伴随着公立医院的改革和发展历程,我国公立医院的治理结构也不断发生相应的变化。目前,公立医院存在的许多问题都被最终归结为“管理”问题,在当前卫生部在全国内开展“医院管理年”活动的大背景下,为了分析政府对公立医院治理存在哪些问题,《我国公立医院治理结构研究》课题组对某省的F医院进行了个案研究,试图从对它1980年代以来的改革路径以及当前治理结构的分析中,寻找问题的症结。现将该调研报告摘登,供大家借鉴。

该调研报告全文,请见《卫生经济研究》2005年第6期。

F医院的治理变革

1979—1982年加强预算约束和实行奖金激励 1979年4月国家卫生部、财政部和国家劳动总局发出《关于加强医院经济管理试点工作的意见》,提出了“用经济方法管理医院的业务活动和财务收支”,强调加强医院管理“要实行定额管理制度,即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经费补助。”医院内部各科室要相应“制订各项有关的定额标准、规章制度。建立各种岗位责任制和其他科学管理制度”。国家对医院的经费补助实行“全额管理,定额补助,结余留用”的制度。将包工资逐步改为按编制床位实行定额补助的办法。

为此,自1980年开始,F医院启动医院经济管理的改革。核定了床位、人员编制,制订了临床转归情况、平均住院日、病床周转次数、病床使用率和陪住率等业务指标。根据1980年的计划收支情况,向上级提出了需要实际补助的差额。同时,制定了《奖惩制度》,确定医院结余的60%用于改善医疗条件和职工生活条件,40%用于集体福利和个人奖励。提取奖金总额最多不超过全院职工一个月的平均基本工资额。奖励形式采取综合奖和单项奖两种。

从1980年开始,F医院一直实行奖金制度至今,在执行过程中,随着实际情况的发展变化,不断调整奖金分配办法。放在当时的历史背景下看这一时期的改革措施,F医院在改革初期,能够着手打破“大锅饭”,拉开奖金差距,试图实现按劳分配已经很不容易。当时工作的重点还是放在增收节支,堵塞漏洞,挖掘潜力等加强管理的措施和提出计分评奖的办法上。

1983—1987年实行技术经济责任制、设立奖励基金和调整收费标准 1983年F医院在原来的“五定一奖”、“分科核算、定额管理、计分算奖”的基础上试行“两级管理技术经济责任制”,把全院的工作任务、业务数量标准、质量标准、经济指标、行为指标等分别落实到科室和个人。在完成任务的前提下,实行超额奖励。

1984年上级主管部门对奖金发放做了新规定,确定奖金的资金来源是按经上级主管部门核定的增收节支结余的40%提取,并按国家卫生部、财政部规定开设“专用基金—奖励基金”科目。同年该院规定了“扩大服务范围所得收入分成办法”,医院还与放射科、眼科和血库签订了承包合同。此后F医院提出了“扩大服务、增收节支的若干做法”、“对临床医技科室采取超定额提成办法的方案”。以科室为单位的核算和计奖办法的提出,使经济指标管理的作用日益突出。1986年国家有关部门又对医疗卫生单位奖金发放和业余医疗服务劳务收入分配问题做了新的规定。规定从国家差额拨款加上业务收入,减去业务支出的结余中提奖。结余部分的60%转入事业发展基金,15%转入职工福利基金,25%转入奖励基金。1987年根据上级文件,F医院也制定了新的奖金管理办法、开展业余服务的规定、关于加床的增设、收费标准和提奖办法的规定,试行了挂号收费处奖金管理办法、门诊超定额服务管理办法、门诊小手术室超定额服务办法。同时,在新项目新设备可以按不含医务人员工资的全成本收费的政策下,F医院在逐步引进新项目新设备,通过新项目的收费补贴老项目低收费标准的亏损。这一阶段医院与放射科等医技科室还有血库和职工食堂签订了承包合同,反映了F医院已经在非临床医疗部门开始引进企业的承包责任制。

1988—1996年结合深化医院改革，扩展医院高科技服务 1988年省卫生厅开始试行“省级医院深化改革方案”，确定了医院的管理体制和管理方法，明确了医院实行院长负责制，实行院长任期目标(合同)责任制，并规定了院长的权限；规定了劳动人事制度，提出干部实行聘任制，工人实行合同制；规定了经济管理与分配的办法和考核奖励办法。这一方案的提出使医院的改革从奖金激励，加强经济核算向医院体制的改革迈进。1992年F医院制订了“深化改革方案”，明确提出了充分发挥技术优势，发展高科技项目，造福病人；并具体提出各科室定编、定岗、定任务并与奖金分配挂钩；实行科主任聘任制，工人任务合同制。1992年该院推出的“深化改革方案”与1988年省厅提出的“深化省级医院改革方案”明显不同的是，在医院管理体制的改革上停顿，它对于院长任期目标责任制没有具体规定，仅提出科主任聘任制等医院内部管理体制的改革。但是在利用医院的技术优势，达到短期内提升医疗水平，迅速扩大医院规模上已经有了明确的发展意向。

1997年以来医院进入高速发展和扩张时期 1997年以来F医院开展了器官联合移植，非体外循环冠状动脉搭桥、心导管介入治疗、脑血管内介入治疗等200多项新技术、新项目。这时F医院的学科发展已从单学科发展到多学科联合，然后跨学科发展，最终形成一个学科群。以器官移植为中心，在肝脏疾病、肾脏疾病、血液病、心脏疾病治疗方面进行突破，形成了肾脏病中心、肝脏病中心和心脏病中心等学科群。根据医院财力、人力，采取了重点科室，重点投入，重点扶持，同时兼顾一般学科的方针。1998年成立省临床细菌耐药监控中心，1999年成为卫生部部属临床药理基地，2000年成立省人工肝中心，2002年成立微创外科中心。在这个过程中，F医院配合学科群的发展，整合了医技科室的资源，极大地提高了临床诊断和检验检测的技术水平，推动了医院的快速发展。

政府对F医院的管制手段

任命院长 F医院目前实行的是院长负责制，院长及医院党政领导班子的成员由大学任命。医院的重大决策在定期召开的院长书记会议上做出，院长具有较大的决策权。

控制床位 1984年随着F医院新专科病房楼建成，医院要求增设病床，医院设病床540张，主管部门只核定了500张，由于病床数与人员编制和经费补助密切相关，医院一直向主管部门说明情况，力争增加核定病床。1988年该院核定病床540张，直至1989年该院才被核定病床550张。1991年F医院的新病房楼落成，该院床位又从550张增加到763张，主管部门核定了760张。1999年F医院由于新增业务科室，要求增加核定床位240张，得到批准。2000年F医院核定床位1000张，但是到2002年F医院

实际开放床位数已达1300张,仍不能解决病人住院难的问题,医院要求在新的病房综合楼完工后新增1100张床位,并要求最终使核定总床位数达到2500张。F医院在增加病床数上,总是先实际扩展出来一定数量,然后再要求主管部门增加核定床位数,经过反复讨价还价后,最终还是会得到政府主管部门的批准。

控制人员 从1980年代初期以来,F医院一直为增加人员编制向政府部门提出要求,随着医院规模的扩大和新技术、新项目的开展,需要增加相应的专业人员,尤其是不断增加病房数和开展高难手术,使护理工作量大增,护士人力明显缺乏。进入1990年代,随着F医院的大规模扩张,只好要求大量使用计划外用工指标,进而计划外用工数也开始受到政府的严格控制。政府每年都要下达医疗卫生单位年末人员控制数,但是在医院规模不断扩大,床位数不断增加的情况下,政府主管部门不得不再给F医院增加编制,而要求新增人员所需经费由医院自行解决。F医院在1991年、1994年、2001年和2002年都曾得到批准大量增加人员。申请的理由往往是新开设多少病房,增加多少病床,新开展哪些医疗服务项目,所以需要增加人员。

控制财政补助 政府补助的一部分是按床位和人员编制核定的正常经费拨款,随着医疗业务量增大和新项目的开展,这使F医院不断要求扩大核定床位和人员编制。政府的另一部分补助就是专项补助,虽然申请的财政专项补助数额不大,但是F医院还是会申明理由要求政府补助。相应地,政府主要通过严格控制人员、床位数量和严格审批专项建设的方式控制财政补助数额,这才出现了如前所述的政府和医院在床位和人员编制上的博弈。

控制医疗项目收费标准 政府一直控制医疗服务收费标准调整的幅度。1980年代中期,F医院开始小幅度调整老的医疗收费标准,被称为价格调整的“小步走,不停步”。到1988年F医院则实行了“优质优价”和“优先优价”,并明确规定了可以开展的科室,每月可开展的手术台数,主刀医生、麻醉师、护士的资格和术后护理等具体做法,而且规定对紧急、危重和复杂病人仍按手术分级规定进行,不在优质优先优价之列。其收费标准需要报经政府批准。进入1990年代F医院开始要求核定新病房和脏器移植等新项目的收费标准。与此同时,政府实施了医疗收费的整顿,修订和完善了医疗收费标准。1993年F医院为满足不同层次病人需求,开始开展特殊服务并相应提高收费标准。随着医疗技术的更新,1990年代中期F医院一再申明要求政府提高收费标准。在政府对医疗机构实行“总量控制,结构调整”时,F医院业务收入超标,从其详细解释超标的原因中可

以看出新技术、新项目的应用是重要原因。F医院不断通过新技术新项目突破了政府制定的医疗收费标准。1990年代在政府对医疗收费标准实行控制的同时,还伴之以对医疗收费、药品差价和奖金支付等实行医院自查与政府审计。2000年卫生和财政部门联合试点建立省卫生财会管理中心,向包括F医院在内的省直卫生机构委派总会计师和财务科长,试图加强对医院的财务管制。2001年以来国家有关部门出台了一系列政府文件试图加强对公立医院的管制,省级相关部门也采取了一系列管制措施。但是这些管制措施并没有能够遏制F医院医疗费用的上升和它的迅速扩张。

从F医院看公立医院治理存在的问题

国家作为公立医院的所有者职能不统一 在现行体制下,公立医院的投资由计经委控制,经费补助由财政部门拨付,人事和干部管理由组织、人事部门或大学掌管,行业监管责任由卫生部门负责。这样的权力分配格局使所有者的权力分散,对公立医院的经营管理者不能形成有效的约束。在计划经济体制下,主管部门都是用行政手段直接管理,但是由于公立医院没有经营自主权,这时权力分散的弊端并不明显。医院改革开始以来,由于公立医院在经营管理,资金使用,投资发展,奖金分配上拥有了很大的自主权,可以自主决定医院的发展规模和资金使用方向。那么,当经营者具有较强激励和发展冲动时,所有者职能分散在各部门的结果,就使政府无法有效约束公立医院的行爲,也无法对公立医院的院长进行考核评估。改革以来的政策一直是在纵向调节机制上做文章,不断下放权力,但是缺乏横向调节机制的调整,即缺乏对于分散在相关部门的所有者职能的必要的集中。医院的投资、经费补助和院长的任免都是政府的所有者职能的体现,这些职能都应和医院的绩效考核相联系的,现在却被割裂开,分散在卫生部门以外的不同部门。这就不可避免地增加了政府制定公立医院政策的部门协调成本,弱化了所有者的权力。

国家投入明显不足,市场竞争机制引导医院迅速扩张 国家对公立医院的财政补助份额逐年下降,医院业务收入补偿的作用逐年上升,以至于大型医院95%以上的资金都来源于医院的业务收入。大医院依靠市场竞争机制发展,以高新技术满足市场需求,拉动医疗费用的上升。市场需求的增加,使大医院在没有成本约束的条件下不断扩张。本应是国家根据区域医疗机构设置规划和需求增长情况设置和建立医院,结果却形成了国家把发展公立医院的責任推给了公立医院的经营者。公立医院经营者承担了自身不该承担的责任。

公立医院的社会功能缺失 国家在对医院扩大自主权的时候，只是原则上提出公立医院的社会目标，并没有相应地具体明确公立医院的社会功能。在允许公立医院开设一定比例的特需病房和提供一定比例的特需服务时，政府部门并没有规定公立医院应当承担的贫困人群的医疗救助服务的数量，以及这些服务费用的解决途径。公立医院只是被迫承担了无主病人和贫困人群的医疗欠费。

缺乏可测量的评估体系 政府对公立医院缺乏一套有效的评估体系，二十多年来隐含的评估标准是医院业务收入越多，收支结余越多，医院发展壮大越快的，就是好医院。而政府政策文件中提出的公立医疗机构的社会政策目标，都没有转化为可测量的评估指标，更谈不上建立评估体系。政府部门对于院长的考核也并不是围绕政府的社会政策目标建立考核指标体系，而是通过医院职工打分和中层干部打分的方式实现，这种考评机制使院长在许多利益问题上要迎合员工的心理，迎合中层干部的意见，而不是追求政府的目标。

管制手段失效 改革以来，政府一直对公立医院下放权力，以放活微观层次的活力，然而在出现问题后又不断试图上收权力，加强控制。但是政府与公立医院博弈的结果都是以政府的管制措施缺乏约束力而告结束。政府部门虽然实施大型设备购置和基建项目的审批制度，但是昂贵的高科技项目仍频频引进，医院的楼房越造越大。政府一再控制病床数量和人员编制，但是医院的病床数量和人员却在不断增长。现实中，政府的政策一方面是把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；但是另一方面又把医院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。由于管制者与经营者之间信息不对称，在这种激励政策的引导下，医院最终都能一一突破管制手段。



中国医改思路出现重大转折

特约记者 杨中旭

一场SARS，使中国政府意识到了缺乏一个完善公共卫生体系的危险性；新一轮医改遭遇的市场失灵，使政府重新认识了公共卫生公平对于整个社会公平的重要性。“市场化非医改方向”。日前，卫生部政策法规司司长刘新明的这番表态被媒体报道后，成