

# 县级公立医院成医改试验田

■ 本报记者 史燕君  
发自上海

3月21日,国务院印发《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(下称“《医改规划》”),明确提出,“十二五”期间要在加快健全全民医保体制、巩固完善基本药物制度和基层运行新机制、积极推进公立医院改革三个方面取得重点突破,同时,统筹推进其他领域改革。

分析人士认为,在上一轮医改,前两项任务已经取得了巨大成效,惟有公立医院改革迟迟未动。从《医改规划》可看出,公立医院改革将是未来几年内的重中之重。

国务院医改办公室有关负责人也表示:“‘十二五’时期,改革的重心逐步从基层上移到公立医院,涉及到体制机制改革的问题更多更复杂。这是利益格局调整的深水区,医药卫生体制长期积累的深层次矛盾在这一时期集中暴露,需要逐一破解。”

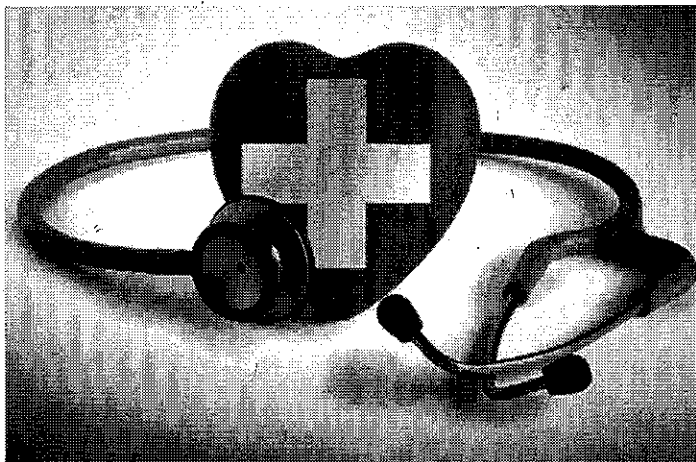
## 以药养医成改革顽疾

作为医疗卫生服务终端的公立医院已成医改必须攻克的“堡垒”

“胃一直不舒服,去看医生,但是看到医院排队看病的队伍长度,胃更‘疼’了,还是回去买点胃药吃了算了。”在接受《国际金融报》记者采访时,小刘满腹抱怨:“排了好长的挂号队伍,轮到,才知道还要先去预检那领号,可预检队伍也很长。”

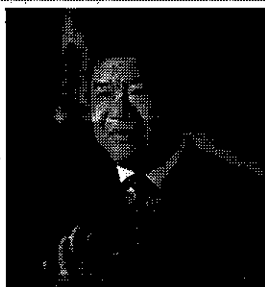
小刘的看病经历是目前“看病难、看病贵”医疗现状下的缩影。作为医疗卫生服务终端的公立医院已成医改必须攻克的“堡垒”,其中“以药补医”机制最受诟病。

相关部门曾经制定过很多政策试图解决此问题,但成效并不好。比如,2010年年初,《公立医院改革试点指导意见》出台,选取全国16个城市试点公立医



公立医院改革是个世界难题。一个是公立医院体制问题,比如四个分开,比如治理结构问题。此外,公立医院特别是面向基层的公立医院,像县级医院,能力也不够。

——卫生部副部长陈竺



院改革。从试点情况看,现在改革大多是围绕着重外项目转,如住院医师培训、信息化、医院管理等,对深层次的问题鲜有触及。

对此,卫生部副部长马晓伟曾表示,公立医院改革在体制机制改革、结构性调整等方面仍然任重道远,主要表现为:补偿机制改革滞后、公立医院内涵建设和调动医务人员积极性的运行机制欠缺、医疗资源总量不足分布不平衡、公立医院改革配套缺失以及药品生产流通体制、药品定价机制、基本医疗保障制度支付方式改革等工作推进缓慢。

## 县级医院成改革试验田

力争使县域内就诊率提高到90%左右,基本实现大病不出县

对于这块难啃的骨头,此次《医改规划》提出“十二五”期间要把县级公立医院改革放在突出位置,以破除“以药补医”机制为关键环节,统筹推进管理体

制、补偿机制、人事分配、采购机制、价格机制等方面的综合改革;加强以人才、技术、重点专科为核心的能力建设,力争使县域内就诊率提高到90%左右,基本实现大病不出县。2015年要实现县级公立医院阶段性改革目标。

而对于县级以上的大医院,《医改规划》鲜明提出“限制扩张”的思路。落实政府办医责任。扭转公立医院逐利行为。合理确定公立医院(含国有企业所办医院)数量和布局,严格控制建设标准、规模和设备配备。禁止公立医院举债建设。每千常住人口医疗卫生机构床位数达到4张的,原则上不再扩大公立医院规模。

《医改规划》还强化了相关部门的监管智能。规划表示,医保经办机构 and 卫生监管部门要加强对医疗服务行为的监管,制止开大处方、重复检查、滥用药品等行为。强化医保对医疗服务的监控作用,采取总额预付、按人头、按病种付费等复合支付方式,引导医疗机构主动控制成本。

此外,《医改规划》积极鼓励社会资本发展医疗服务业,首次

提出“2015年,非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的20%左右”的目标。

## 改革不看政策看疗效

最后能达到怎样的效果,与当地执行机关的水平和其对政策的理解有很大的关系

“从《医改规划》的内容来看;中央政策方向无疑是正确的,但是最后能达到怎样的效果,与当地执行机关的水平和其对政策的理解有很大的关系。”英国 Intertek 天祥医学检验所总经理陆培在接受《国际金融报》记者采访时表示。

陆培以医师多点执业的政策为例具体阐述,2009年底,卫生部下发《关于医师多点执业有关问题的通知》中表明,医师受聘于两个以上医疗机构执业的行为,应当向当地卫生部门申请增加注册执业地点。此举被视为盘活医院资源的有效举措。然而,政策颁布以后却鲜少有人主动申请注册,成为卫生部门备案的“多点执业医师”。

“中央拟定政策的初衷很好,希望好的医生能到民营医院、一级和二级医院去,增强基层的医疗实力。但实际情况是,一个医生如果要下基层,必须要在自己本职工作完成且有精力的情况下才能去,甚至还要和自己的医院报备、得到审批,这个在现实情况下很难做到。”陆培表示,这也说明了其实很多政策是好的,但是关键是执行。

陆培认为,由于医疗资源和信息的不对称,基层医院病人较少,人们更愿意相信大医院,这也加剧了大医院的看病难度。但这些问题不是简单地改善待遇、取消药品加成、增加诊疗费收入就能够解决的,还需要其他方面的改革配套。“比如,一些保险公司只有二甲医院以上的诊断才能受理,在二甲以下的病例根本不纳入理赔,这些情况如果不配套上去的话,要病人下基层很难”。