

三医联动推动公立医院综合改革

福建省财政厅

2011年,福建省选取石狮市等9个县(市)开展公立医院改革试点,主要以探索单项改革为主。2012年,厦门市被列入国家公立医院改革联系试点城市,在全市公立医院取消药品加成,调整医疗服务价格,加大政府对公立医院基建、设备、重点学科投入。2013年,三明市以设区市为单位整体推进公立医院综合改革,采取“医疗、医保、医药”三医联动方式破除“以药补医”机制,取得了群众、医院、医务人员、医保基金均受益的成效。2014年,福建省被列为国务院四个综合医改试点省份之一,按照省委、省政府统一部署,截至2014年底,全省58个县(市)全部启动县级公立医院综合改革。2015年2月,省委、省政府印发《福建省深化医药卫生体制改革综合试点方案》,将在今年6月底以前全面推进省、市、县三级公立医院综合改革。福建省各级财政部门充分发挥财政宏观管理职能,密切配合省卫计委、省医改办等部门,认真做好制度顶层设计,强化医疗卫生资源布局规划,坚持“医疗、医保、医药”三医联动,扎实推进公立医院综合改革工作。

公立医院体制机制改革实践

(一)注重改革制度顶层设计

加强规划引领。省财政厅配合省医

改办、卫计委等部门科学制定卫生资源配置规划,适度发展公立医院床位数量和规模,2015年以前,千人均常住人口床位数超过4张的地区,原则上不再增加公立医院床位,重点做好医疗机构床位结构和布局调整,提高床位使用效率和非公立医疗机构床位比例。同时,指导各地加强规划,避免盲目新建、扩建公立医院,为社会资本办医预留发展空间,也为全面落实公立医院财政补助政策奠定基础。

坚持三医联动。推进“医疗、医保、医药”三医联动,是福建推进公立医院综合改革的重要抓手。推进医疗改革,包括实施公立医院管理体制、运行机制改革,采取多种措施控制医药费用不合理增长,实行收入分配机制改革,规范公立医院财务管理等;推进医药改革,包括实施药品、耗材零差率改革,规范药品、耗材招标采购,控制过度用药处方行为等;推进医保改革,包括城乡居民医保制度并轨、医保支付方式改革等。“医疗、医保、医药”三医改革密不可分,只有协调推进才是真正的综合改革,才能建立一套符合现代医院发展的新机制。

兼顾各方平衡。深化医改综合试点方案明确了改革路线图和时间表,要求以设区市为单位统一测算、统一制定政

策,同步推进区域内所有公立医院综合改革,医疗服务价格调整方案与医保支付、财政补偿政策“三合一”同步出台、同步实施,达到“四个平衡”,即财政保障可持续、医保基金可承受、群众负担总体有所减轻、医院收入不降低。

(二)通过控费取得改革红利

实施药品、耗材零差率改革。省、市、县公立医院实行药品零差率后的减收部分,分别按90%、85%、82%进行医疗服务价格补偿,按0%、10%、15%给予财政补助;省、市、县公立医院实行耗材零差率后的减收部分,分别按100%、100%、82%进行医疗服务价格补偿,按0%、0%、15%给予财政补助,其余部分由医院通过成本管控、精细化管理等自行消化。

治理药价虚高。通过健全完善药品招标采购制度,最大限度挤压药价虚高水分。实行以省为单位的基本药物和非基本药物合并集中采购办法,统一制定省级药品采购目录,由各设区市和省属医疗机构按照带量采购、量价挂钩的方式进行议价和采购;2017年以前由10家配送企业统一配送全省公立医疗机构基本和非基本药物,提高药品配送企业集中度和偏远地区药品配送到位率;实行药品、医疗器械“两票制”销售模式。值得一提的是,三明市创新机

制,在实现“三保合一”的基础上将药品招标采购与费用结算全部交由“三明市医疗保障基金管理中心”,这对降低药价具有积极意义。首先,有利于落实带量采购制度,大幅提高对药品价格的谈判议价能力,特别是对独家和进口品种的议价能力;其次,切断了医院与药商之间的资金往来关系,建立了医管中心与医院、医管中心与药商双向结算的新机制。

治理乱开药。2014年三明市22家医院总药品费用6.1亿元,比改革前的2011年减少1.12亿元,下降15.51%,取得了明显成效。药占比从2011年的46.77%下降到2014年的27.36%,比全国平均水平低约16个百分点;医务性收入占比从2011年的39.92%上升到2014年的63.06%,县级以上公立医院人均住院药品费仅为1140元,远低于全省平均的2853元。三明市采取的措施主要包括:一是实施辅助性药品监控。将省药品集中采购中标药品目录中辅助性、营养性、高回扣的129个药品品规列为重点跟踪监控品规,这一措施仅实施一个月,全市药品费用就下降了1600多万元。二是严格控制抗菌药物使用。执行抗菌药物分级管理制度,二级及以上医院每月必须将抗菌药物用量前十名的品规及其开具医生在院务公开栏公布,对连续三个月排名在前三名的抗菌药物给予暂停使用处理,对责任医生进行诫勉谈话。三是加强医疗机构静脉输液管理。2014年6月,三明市确定53种无需输液治疗的常见病、多发病,一般不采用静脉输液,如确需输液应附情况说明。四是严格控制“大处方”、“大检查”。根据不同等级医院,设置了门诊及出院次均费用、医师处方权限、抗菌药物的使用和检查、化验收入占比等不同考核指标。五是试行“进口”药品限价结算制度。参保人员在定点医疗机构住院,如有同类型国产药品而使用进口药品的,

超出限价部分基本医疗保险统筹基金不予支付。目前,已公布第一批限价结算的进口药品品规14个。

通过实施以上综合管控措施节省的医药费用,一部分通过提高诊疗服务价格的方式增加医院的医务性收入,改善医院的收支结构,提高医护人员工资待遇;一部分用于提高门诊和住院报销比例,减轻人民群众的看病负担;其余部分用于补充医保基金,取得群众、医院、医护人员、医保基金多方共赢的效果。

(三)探索建立现代医院管理制度

成立公立医院管理委员会。各级政府成立由政府领导担任主任的公立医院管理委员会,对公立医院资产、财务、人事、薪酬、绩效、管理目标、政策投入等方面的重大事项实行决策和监督。

完善院长选拔任用制度。鼓励院长实行公开招聘,实行院长负责制和聘用制、任期目标管理责任制、问责制,建立激励约束机制。各级卫生计生行政部门负责人一律不兼任公立医院领导职务。

建立适应行业特点的薪酬制度。考虑到药品、耗材、检查、化验这4个项目的收入与医护人员提供医疗服务的相关性不大,而且都属于控费项目,所以福建省规定医院除药品、耗材、检查、化验外的其他医疗收入基本用于人员经费支出,鼓励公立医院通过增加医疗服务数量提高收入待遇,多劳多得。

改革编制管理和人事制度。打破现行公立医院编制管理限制,合理核定各级公立医院人员规模,由公立医院自主考录聘用人员。将现行公立医院编制使用审批制改为备案制。全面实行岗位管理,编外聘用人员与在编人员同岗、同酬、同待遇。在此基础上,石狮市进一步探索政事分开、管办分开的有效实现形式,从2012年3月起实行公立医院院长选聘制,签订聘用合同(五年),

取消医院行政级别,实行院长年度目标责任制,并建立第三方评价机制,实现院长的专业化和职业化。同时推行医院管理团队组阁制,副院长人选由院长提名,经管委会审定后聘任;人员招聘由编办人事审批改为由医院自主招聘,每年度由管委会核定招聘计划,医院自主招聘。

(四)落实公立医院政府补助政策

建立差别化补助机制,补助政策向县级倾斜。政府投入向县级公立医院倾斜,对省级、市级、县级医院实行分类补助:县级公立医院硬件投入由政府承担,建立常态化的办医经费补助制度;市级公立医院硬件投入由政府承担,日常运营经费由医院承担,政府按项目给予补助;省级公立医院硬件投入由政府部分承担,日常运营经费由医院承担,政府给予适当专项补助。

建立零差率补助机制,设立政策性亏损补助。对实施药品、耗材零差率改革的市、县两级医疗机构,对原药品加成收入分别按10%、15%比例给予财政补助;对县级医疗机构原耗材加成收入,按15%比例给予财政补助,补助资金列入对公立医院的政策性亏损补助,统筹用于公立医院基本建设和设备购置。

试行公立医院院长目标年薪制,合理核定年薪水平,与绩效考核结果挂钩,并由同级政府全额负担。促使院长切实履行职责,主动将更多的精力致力于加强对医院的科学化、精细化管理,提升医疗服务能力,抓好医疗服务质量,确保医疗安全,保证医院持续健康发展。

进一步推进全省医改综合试点

(一)开展分级诊疗试点。开展“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗试点工作,允许城乡参保居民在一定范围内自主选择首诊基层

医疗卫生机构。完善公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制,加强全科医师培训和培养,提高基层医疗卫生机构服务能力。

(二)积极组建医疗联合体。鼓励以利益共享为纽带,以协同服务为核心,以医疗技术为支撑,以支付方式为杠杆,建立多种形式的医疗联合体,在城市主要以三级医院为龙头,与社区卫生服务中心建立联合体,在县域主要以县级医院为骨干,与乡镇卫生院建立联合体,促进优质医疗卫生资源合理流动、下沉基层。

(三)加强公立医院财务管理。建立公立医院总会计师委派制度,规范公立医院财务行为。加强公立医院基本建设项目立项管理和大型医用设备配置管理,严格审批标准和程序。建立公立医院全面预算管理制度,将政府补助、以前年度结余结转资金、事业发展基金等全部纳入预算管理范围,完善收支结余分配办法。

(四)加快推进社会资本办医。将社会资本办医纳入区域卫生规划,支持非营利性医疗机构提供基本医疗卫生服务,引导营利性医疗机构走高端化、多样化、差别化的发展路子,细化鼓励社会资本办医的扶持政策,促进形成多元办医格局。到2017年,非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的25%左右。

责任编辑 李艳芝

积极推进城乡居民基本医疗保险整合

山东省财政厅

党的十八届三中全会明确提出:“整合城乡居民基本养老保险制度、基本医疗保险制度。”按照这一要求,山东省在总结试点经验的基础上,创新机制、完善措施,积极推进新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度并轨,2014年探索建立起全省统一、城乡一体的居民基本医疗保险制度和大病保险制度,实现管理体制、基本制度、政策标准、支付结算、信息系统、经办服务的有机统一,向实现城乡居民享受普惠、公平的基本医疗保障服务目标迈出了关键一步。

主要做法

整合管理经办职能。将原由卫生部门负责新型农村合作医疗、人力资源社会保障部门负责城镇居民医保的管理经办职能,统一归并到人力资源社会保障部门,建立起统一的居民基本医疗保险管理体制和经办机构。职能合并后,原新农合经办机构的编制、人员、基金全部整体移交人力资源社会保障部门。为不影响参保居民看病报销,确定了3个月过渡期,过渡期间以人力资源社会保障部门管理为主,卫生部门做好配合,妥善处理体制、制度并轨有关问题,做好工作衔接。

整合基本医疗保险制度。两项制度并轨前,虽然管理模式基本一致,但筹资标准、药品目录、报销比例、统筹层次等具体政策均有较大差距。为确保整合后的居民基本医疗保险总体待遇不降低,本着“最大限度惠民”的原则,实现了制度政策的“六统一”。一是统一缴费档次。规定由各市统一确定缴费档次,具备条件的可采取一档缴费方式,暂不具备条件的可采取多档缴费方式,档次原则上不超过3档,并逐步向一档过渡。二是统一政府补助标准。2014年政府补助标准为不低于每人每年320元,2015年进一步提高至不低于380元。三是统一实施普通门诊统筹。将参保居民全部纳入门诊统筹制度保障范围,所需资金从医保基金划拨,一般掌握在基金总额的15%左右。参保居民在定点基层医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费,支付比例不低于50%。四是统一住院医疗待遇。针对不同的缴费档次确定门诊和住院起付标准、最高支付限额和支付比例,政策范围内住院费用基金平均支付比例不低于70%,2015年达到75%,最高支付限额达到城乡居民人均可支配收入的8倍以上。五是统一药品和诊疗项目目录。因制度整合时2014年缴费已基本完成,城乡居民暂分别执行原城镇基