



玉田县医院

县级公立医院改革“突围”

县级公立医院改革是全面推进公立医院改革的突破口，是解决群众“看病难、看病贵”问题的关键环节。党的十八届三中全会提出，加快公立医院改革，落实政府责任，建立科学的医疗绩效评价机制和适应行业特点的人才培养、人事薪酬制度。今年政府工作报告明确提出了推动医改向纵深发展的要求，县级公立医院综合改革试点扩大到1000个县，覆盖农村5亿人口。党中央、国务院为县级公立医院改革指明了方向，作出了新的部署，提出了新的要求。总结经验，完善政策，确保改革沿着正确的道路向前推进，成为一项迫在眉睫的任务。

探路县级公立医院改革

□本刊记者 刘慧娴 张蕊

一所县医院的重生之路

位于白求恩工作战斗过的革命老区河北唐县的唐县人民医院成立于1950年，在保定西部山区县级医院中也曾位于前列，但随后却渐渐衰落。到1999年现任院长吴立国上任时，医院在全省公立医院排名中位于倒数第一，人心涣散，医生推诿患者，外出揽活，就医环境差，服务能力低，亏损严重，拖欠职工3个月工资共600万元，已然濒临倒闭。

如何让医院起死回生？吴立国将改革分配机制，调动医护人员积极性作为突破口。经过不断探索和完善，建立了符合医院行业特色的绩效分配机制和全员聘用、能进能出的用人机制。

医院破除了旧的事业单位分配制度，将工资分为基础工资和效益工资两部分，效益工资占总额工资的60%。建立了四等若干级多档次的分配机制。四个等级即医生第一、护士第二、医技功能科室第三、行政后勤第四；医生、护士、医技功能科室人员分若干级，根据考核结果，科室内每个人效益工资都不相同，同时对临床科主任、专业主任和病区护士长实行风险岗位职务津贴管理；行政职能科室领导根据岗位不同分多个档次，医务科、护理部、感染科、质控办、医技功能科室津贴各不相同。“改革的目的是确立医生的核心地位，激发他们的积极性。”吴立国说。同时，医院根据数量、质量、病人满意度、病人

安全度、三乱（乱用药、乱检查、乱收费）达标情况、院内感染、科研学术、整体环境等进行综合质量考核。根据综合质量考核结果按照各科的分配系数分配到科室，科室内根据职称、职务、工作量、工作年限和科内全面质量考核结果确定的不同系数进行二次分配。

建立了以岗位合同管理、全员聘用、人事代理为重点的用人机制，聘用人员与原有在编人员在政治、经济、职称晋升等方面享有同等待遇。对违反医院规章制度者，不论是不是在编人员，均视情节给予批评教育、经济处罚、停职反省处理，严重者予以解聘。十几年来扣发奖金400余人次，停职反省20余人，解聘4人。

“绩效分配机制和用人机制的改革彻底改变了过去软、懒、散的状况，职工的工作积极性、危机意识有了质的改变。”吴立国说。

与此同时，提升服务能力的举措也在有条不紊地进行。借助紧邻北京的区域优势，县医院先后成为北京大学医学部社会实践基地，海军总医院协作医院，北京301医院远程会诊中心协作医院，北京安贞医院、宣武医院技术帮扶协作医院。在这些三甲医院的帮扶下，县医院的人才培养和技术水平大幅提升，开展了超声乳化白内障手术、颅内血肿微创清除术、脑血管介入、心外科心脏搭桥、瓣膜置换等数十项新技术、新项目。神经内科主任刘登军说：“和大医院的合作提升了我们的技术水平，培养了一批人才。比如颅内造影，以前

我们要请专家来实施，现在自己就可以顺利完成，而且花费比三级医院低很多。比如支架，我们医院每个7600元，上级大医院每个要12000元，真正让病人用县级医院的花费享受了三级医院的诊疗技术。”

改革以来，唐县人民医院的门诊量持续提高，2011年达到17.4万人次，2012年达到21.2万人次，2013年达到27万人次；转诊率逐年下降，2013年为10%。2013年收入突破1.5亿元，位居保定西部山区县级医院首位；职工平均收入由2009年的3.8万元提高到2013年的4.4万元。

县级公立医院改革的全国探索

唐县人民医院的发展历程可以说是全国县级公立医院的一个缩影。上世纪50年代，我国创建了以县医院为龙头的农村三级卫生服务网。经过几十年的发展，医疗资源迅速扩大，服务能力快速提升，在保护城乡居民健康方面发挥了极其重要的作用，社会、经济效益显著。但是，改革开放以来，这一网络受到一定影响和削弱。一些县级医院出现“以药养医”、次均费用增长过快、人才匮乏、诊疗水平低、服务能力不强、病人转诊率高、经济运行困难等一系列问题。乡镇卫生院和村卫生室的运转也举步维艰。

2009年新医改提出“保基本、强基层、建机制”的基本原则，医改前三年着力加强了乡镇卫生院和村卫生室建设，取得了显著成效。在这一背景下，国家

启动县级公立医院改革也就顺理成章，水到渠成。县级医院率先推进改革，一方面可以为整体推进公立医院改革发展探索和积累经验，同时，通过增强能力和水平，分流患者，缓解城市大医院的压力，为城市大医院改革创造条件。另一方面，通过发挥在县域医疗服务体系中的龙头作用，可以带动乡村医疗卫生的协同发展，提高医疗体系整体效率，夯实基层医疗卫生机构综合改革成效。

2012年，国家选取了18个省的311个县(市)作为试点，探索改革之路。据国务院医改办《县级公立医院综合改革试点评估报告》显示，试点县在取消药品加成、改革补偿机制、改革人事分配制度、改革药品采购供应机制、加强医院治理、完善医保付费方式等方面进行了积极探索。

落实政府对县级医院办医责任。各级政府积极调整财政支出结构，加大财政投入，为综合改革提供了有力的支撑。2012年311个国家试点县政府卫生投入共计518.2亿元，较2011年增长了28.0%，占当年财政支出的比重达到6.24%，较2011年提高了0.45个百分点。其中对试点县级医院基本建设投入12.95亿元，占医院当年基本建设总支出的21.5%；对医院设备购置投入4.36亿元，对离退休人员经费投入6.83亿元。各级财政已安排国家试点县医院运行费用支出补助29亿元(不包括离退休经费补助)，占医院基本运行支出(业务支出扣除药品费和材料费)的8.2%，较2011年提高了0.8个百分点。河南、山西、陕西的部分县探索化解历史债务。省级财政加大支持力度，18个省省级财政共投入20.76亿元。中央财政向每个试点县拨付300万元支持试点工作，共计9.33亿元。

取消药品加成，改革补偿机制。国家确定的311个试点县有299个取消了15%的药品加成，陕西、安徽、浙江、青

海在全省推开。除国家试点县外，全国还有454个县市自行试点，取消了药品加成。各地在取消15%的药品加成后，对县级医院减少的收入主要采取三种补偿模式：一是调整医疗服务价格和增加财政投入“双管齐下”补偿。多数试点县采取了这种模式。这种补偿模式优点是不会大幅增加财政投入，调价幅度也容易被群众接受，但难点在于确定增加财政投入和调整服务价格的补偿比例。一些地方按照历史数据测算分担比例，没有考虑到经济社会发展水平以及医疗费用增长和服务行为的变化，改革后医院收支结构与历史数据相比出现较大差异，导致补偿不到位。二是主要通过增加财政投入予以补偿。这种模式对规范医疗机构和医务人员医疗服务行为，控制医药费用过快上涨效果比较明显，但县级财政面临较大压力。三是单纯通过调整医疗服务价格予以补偿。浙江省和湖南省的部分试点县采取了这种模式。这种模式财政对医院不增加投入，主要依靠医院增加服务提高收入，可能加大医保基金运行压力和群众就医负担。三种补偿模式各有利弊。由于实践探索持续时间比较短，能否持续尚需时间检验。财政补助的方式主要有三种：一是补助医院在职人员工资和基本运行。如陕西省对医院在职职工基本工资、日常运行等费用，由县级政府分类给予补偿，对中医院、妇幼保健院补助在职工基本工资的100%，对县医院补助70%。二是根据提供的医疗服务量进行补助。如安徽省确定补助基数后，由省级财政按照县级医院诊疗人次按年度给予补助，并纳入一般性转移支付。三是按照床位数补助。如云南省禄丰县按医院编制床位数以每床每年6000元的标准进行补助，比改革前增加236.2万元。在财政投入的分担比例上，各地做法也各不相同。有的省强化了省级财政的统筹职能，如安徽省省级财政保障取

消药品加成后增加的财政投入，县级政府承担其他政府办医职责；有的省建立省市县的分担机制，如河南省明确财政补偿资金省、市、县(市)按4:2:4分担，省直管试点县(市)按省和县(市)6:4的比例分担；个别省主要由县级财政承担补偿责任。在价格调整方面，各地主要按照国家发展改革委等部门印发的《关于推进县级公立医院医药价格改革工作的通知》的要求，由省级物价部门统一制定价格调整方案，少数省份将价格调整权下放给试点县。价格调整基本上按照“总量控制、结构调整”的原则，把取消15%药品加成后医院减少的收入作为调价的基准。调整的内容差异较大，有的县单项调整，如湖北省只是提高了门诊和住院诊察费；有的县对部分项目进行调整，如河南省和云南省只是提高了部分医疗服务价格；有的省进行了综合调整，如浙江、江苏两省分别调整了4300项和4700项医疗服务价格，并做到“有升有降”。对试点县级医院的调查显示，截至2013年6月，试点县级医院因取消药品加成而减少的收入共计45.09亿元，其中通过医疗服务价格调整补偿24.22亿元，占53.70%；通过加大财政投入补偿8.92亿元，占19.78%；尚有缺口11.96亿元，占26.52%，这部分完全由医院自行消化，医院压力较大。

改革人事分配制度。一是重新核定编制。一些地方针对县级医院编制不能满足实际需求的问题，重新核定了编制，核定标准与床位或服务人口挂钩。有近半数试点县增加了县级医院编制。二是推行聘用制和岗位管理制度。试点县普遍实行了岗位管理，积极推进由身份管理向岗位管理的转变。有些地方推行聘用制，努力做到人员“能上能下、能进能出”。如河南省长垣县实行竞聘上岗1626人，210名落聘人员转入待岗安置培训中心，通过成立保洁服务中心、安全保卫中心等稳妥安置落聘人员。三是

深化收入分配制度改革。主要有四种做法：提高医务人员绩效工资水平。如江苏省扬中市结合医疗服务特点，确定人民医院医务人员绩效工资水平为事业单位基准线水平的1.5倍。提高奖励性绩效工资比例，浙江、江苏等省部分试点县医务人员奖励性绩效工资占比达到60%以上。实行同工同酬，青海省对聘用人员执行事业单位岗位绩效工资制度，享受与在编人员同等的工资待遇，并按规定参加城镇职工基本养老等社会保险。完善绩效考核制度，主要是把医务人员收入与医疗服务提供的数量、质量、技术难度、风险程度和患者满意度挂钩。

改革药品采购供应机制。除安徽省外，其他省份仍然按照《医疗机构药品集中采购工作规范》开展集中招标采购。安徽省主要是借鉴基层基本药物采购经验，以省为单位实行招采合一、量价挂钩、双信封制等措施，进行集中招标采购，中标药品价格平均比政府指导价低36.6%。

加强医院治理。一是落实医院经营管理自主权。浙江省遂昌县对医护专业本科以上学历学生，只需用人单位考核即可进编。二是建立县级医院法人治理结构。山东、安徽、湖北、山西、陕西、青海等省在试点县成立了公立医院管理委员会、管理中心或理事会，履行政府办医职能。其中安徽省明确管委会主任由政府主要领导担任。部分地方还设立了县级医院监事会，监督医院健康运行。三是优化医院内部运行机制。468家医院建立了全成本核算与质量控制体系，156家医院建立了总会计师制度，507家医院实行专门审计制度。

完善医保支付方式。311个试点县都不同程度推行了基本医保支付方式改革，主要措施是推行按病种、按人头、按服务单元付费。根据试点县医院填报的问卷，87.1%的医院实行按病种付费，29.8%的医院实行按人头付费，13.3%的

医院实行按服务单元付费。一些地方细化按病种付费，如河南省宜阳县以“病种付费+临床路径+质量监控+医生激励”等措施开展付费方式改革；云南省禄丰县实行新农合按疾病诊断组付费，设计264个诊断组，覆盖出院病人97.2%。

加强县级医院人才队伍建设。围绕吸引人才、留住人才、培养人才三个关键环节，在职称评定、住房福利、非物质荣誉、职业发展等方面制定鼓励性政策。贵州省为县级医院增设正高级专业技术岗位，促进优秀人才向县级医院流动。云南、陕西等省出台了为县级医院定向招聘本科生的计划。河南、陕西省制定了县级医院骨干人才培养计划，每年培养骨干医师1000名。部分地区还设立专门基金，对在技术创新、科研攻关、医院管理等方面取得重大突破的优秀人才进行奖励。

另外，部分地区还积极推动建立县级医院与基层医疗卫生机构分工协作机制，强化对县级医院的监管，开展第三方满意度评价，改善了医疗服务质量。

改革取得阶段性成果

破除以药补医的共识逐步形成。除国家确定的311个试点县外，各省(区、市)还选择了454个县市取消药品加成。河北省综合考虑基本医保运行压力、县级财政承受能力、人民群众就医负担变化情况、各级医疗机构服务价格比价关系等多个因素，合理确定取消药品加成后不同补偿渠道的补偿比例；福建省三明市规范药品和耗材采购并对重点药品实施监控，显著降低了群众用药负担。这些改革探索丰富了地方的政策实践。无论是医务人员、医疗机构还是政府部门，都认为以药补医扭曲了医疗行为，危害了群众健康，必须加快改革已形成共识。

药品收入占医院总收入比例下降明显。在试点的县级医院中有38家在2011年末取消药品加成，在医院总收入中，

这38家医院药品收入占比从2011年的42.7%下降到2012年的38.1%，医疗收入占比从2011年的45.6%提高到2012年的49.3%，医院收入结构得到完善。医院运行总体平稳，38家医院2011年收支结余为7236.2万元，2012年收支结余为6768.1万元。

各地在体制机制改革方面的有益探索，为完善县级医院改革政策奠定了基础。如一些地方财政在支持医院建设发展的同时，还对医院运行给予补助，维护了医院公益性质；一些地方借鉴基层基本药物招标采购做法，降低了药品价格；一些地方理顺医疗服务价格，体现了医务人员劳务价值，调动了医务人员积极性；一些地方加大财政对医保基金的投入，充分调动医保基金控费积极性，促进医院转变机制、提高效率、控制费用。

县域医疗服务水平整体得到提升，县级医院与基层的联动进一步加强，龙头作用逐步显现。新农合县域外就诊比例逐年下降。江苏、浙江和湖北等省新农合县域外就诊比例基本控制在15%以内，其余省份新农合县域外就诊比例在过去2年也平均降低了1—2个百分点。

人民群众得到了一定实惠。取消药品加成后，各试点县次均门诊费用和人均住院费用总体上得到一定控制，增长率低于改革之前。浙江、安徽、湖南、贵州和云南等省试点县级医院门诊次均费用低于试点之前。

综合来看，改革试点总体方向正确，政策基本符合实际，基本路子逐渐形成，以药补医机制正在破除，新的补偿机制初步建立，人事制度、收入分配等方面改革进一步深化，实现了改革的预期目的，为下一步全面推开改革打下了基础。近期，第二批县级公立医院综合改革试点县名单公布，改革由此进入全新的发展阶段。效果如何，我们拭目以待。☐