

# 公立医院改革刻不容缓



9月5日,由健康报社、辽宁省医院协会主办,健康报社辽宁记者站、中国医科大学附属盛京医院承办的第一届大型公立医院发展高峰论坛在辽宁省本溪市召开。来自全国各地近20家大型公立医院的院长齐聚一堂,就公立医院改革中大医院承担的使命和责任展开热烈讨论。尽管对改革中的一些具体环节,大家有困惑、有争论,但作为广大患者最信任的大型公立医院,应克服困难、主动作为、勇于探索,则是与会管理者的共同心声。

## 精细化管理·守住医疗质量生命线

医院内外改革都需要顶层设计

大型公立医院改革应主要做好两件事:一个是外部环境改革,这一环节需要顶层设计,政府、社会、医院各方共同努力;另一个是医院内部改革,这是广大医务人员尤其是医院管理者肩负的使命。在与会管理者达成的这一基本共识下,对于外部环境、配套政策应怎样调整和完善,公立医院又该如何做到不等不靠、有所作为,大家提出了自己的观点和建议。

除了外部改革亟须顶层设计外,北京协和医院党委副书记陈杰认为,医院内部改革同样需要顶层设计,而这应该回归改革初衷。大型公立医院的职责和定位是集中优势学科与优质资源,重点解决疑难重症,这一点应该进一步明确和坚守。因而在大医院的制度、机制设计上都不能偏离,应始终定位在解决疑难重症上。

陈杰说,北京协和医院接诊的多是全国各地的疑难重症患者,为了提高复杂手术的治疗能力,守住医疗质量安全这条生命线,该院从2012年开始在全院手术科室中开展了手术风险评估分级管理。在综合考虑患者的麻醉分级和手术难度分级后,医院将手术风险划分为低、中、高、极高4个级别,并确定了相应的医疗管理方案。

医院的绩效考核也相应跟上,据陈杰介绍,通过综合绩效考核+专项激励的精细化管理,医院鼓励副高以上医师做高难度手术,不同年资医师做相应级别的手术,明确规定正高级医师做一级、二级手术不予奖励,副高级医师做一级手术不予奖励,从而给中初级医师提供更多手术机会。试行一年来,全院开展四级、四特难度的手术例数提高了8%。

北京大学人民医院党委副书记赵越说,该院通过构建并不断完善医疗质量管理、检查、评价、反馈的长效机制,突破了临床路径实施瓶颈。改革4年来,共有18万多名出院患者进入临床路径管理,临床路径完成率82%。同时,借助电子病历质控功能,对全院所有住院病历进行质控,把质控关口前移到运行环节。

赵越认为,在外部环境还不完善的情况下,大医院应该眼睛向内,从自身的体系中发现问题、解决问题。

“实现医院精细化管理,还应该用好每一分钱。”武汉协和医院副院长姚尚龙认为,目前,医院的支出主要包括医疗、药品、管理费用、购置设备等支出,在发生这些支出时应进行充分论证和分析,明确哪些是由于业务开展需要必须增加的开支,哪些是由于管理缺陷而造成的资源浪费,进而严格控制,有效降低成本。

姚尚龙认为,要花好基础设施投入,大型设备购置的钱,应实现资源配比效益最优化。基础设施建设不要一味攀比扩大规模,应考虑在平均住院日降低、基层医院尤其是县级医院床位扩充的情况下,大医院的实际床位需求量。大型设备购置也不能一味追求进口、顶尖设备,而应以实用为主。管理费用是最需要节省的开支,每节约一分钱,都是“真金白银”,必须做好全成本核算。对于人力成本支出,则不能强调整约,最好能实现“二八定律”,即以大部分支出调动20%核心人力资源的积极性,防止重蹈大锅饭覆辙。

在此次高峰论坛之医改圆桌论坛上,只要话题涉及医师多点执业,参会管理者就会纷纷抢着发言。大家认为,多点执业有利于让优秀医生成为社会共有的资源,但自由流动必然会加大医院运营压力冲击,一旦出现医疗纠纷,责任谁负?打乱医院正常的医疗秩序,出现问题又该由谁来承担责任呢?

自由流动有几点难点 提到医师多点执业,业界最关注的还是大医院里的知名医生能不能实现自由流动。对此,多位与会管理者均认为,在事业单位体制和医师执业注册制度尚未作出改变的前提下,理想化的多点执业实施起来有点困难。

四川大学华西医院党委副书记李正赤认为,在我国现行的人事体制下,医务人员都是“单位人”,不是“社会人”,而目前各大公立医院的优秀医务人员本身就非常紧缺,日

## 医疗价格调整:原地踏步就是退步

“要给公立医院创造一个健康发展的外部环境,当务之急就是尽快调整医疗服务价格。”北京同仁医院院长伍冀湘率先把讨论引到了价格这一大型公立医院管理者最关心的话题上来。

伍冀湘说,北京市的医疗收费价格已经十几年未做调整,而现行价格是当初在不合工资成本条件下核算的,也就是说,并未考虑医务人员的人工成本。据了解,香港地区的人工投入有80%用于医务人员收入,而我国内地平均水平仅为20%。由于价格不调整,医务人员的价值不能在医疗服务收费上得到体现,公立医院只能靠卖药、大型设备检查维持运转,否则医院怎么“活”?

两年前,北京同仁医院作为北京市医药分开改革的5家试点医院之一,在取消药品加成的同时,增设医事服务费。伍冀湘认为,这项改革实际上撬动了医疗价格的改变。作为学

科特色突出、门诊量大的综合医院,在实现费用平移之后,北京同仁医院不仅没有亏损,反而实现了盈余。

伍冀湘认为,都说医改步入了深水区,剩下的都是“硬骨头”,但改革的基本方向应该定好。现在,医疗服务价格调整已经到了不动不行的程度,否则下一步医改的很多症结都无法解开。

“一步都不走,不是原地踏步而是退步。”北京大学第一医院院长刘玉村认为,当前,医改中遇到的很多问题都与医疗价格相关,如果价格调整好,很多瓶颈问题都会迎刃而解。

刘玉村说,医改的顶层设计应该关注结构调整,这是医院围墙之外的事情,而围墙内部的改革,一般都是机制性问题,如果价格调整好了,整个社会承认了医务人员的价值,医院管理者自然会想办法把价值换算成价格,调动起医务人员的积极性,那么老百姓看病贵的问题,在相当程度上就能得

到解决。 四川大学华西医院党委副书记李正赤则为与会管理者算了一笔账。他说,目前,大型公立医院的收入一般都是药品占近四成,耗材占近三成,其他收入占三成多。在取消“以药补医”的大环境下,如果医疗服务价格不调整,各家医院在全成本核算后,只能基本持平、难以盈利,造成的后果只能是医务人员待遇偏低。

中国医科大学附属盛京医院院长郭启勇建议,现在,非公立医院的医疗服务价格已经由自己来决定,能不能为公立医院建立起一个价格谈判机制。实际上,公立医院的生存于市场之中,服务对象在市场,药品设备从市场购买,价格也应该由市场来决定,目前的计划定价不仅不符合价值规律,更谈不上科学规范。医改要取得突破,主管部门应该从直接作出计划决定,转变为严格监管,而医疗支付体系如何改革体现的正是政府的治理能力。

## 改善就医感受:要从细节入手,破解因“繁”致“烦”

无论为公立医院创造良好的外部环境,还是挖潜增效做好医院的内部管理,与会管理者认为,改革的目的是为了更好服务患者,尤其是要破解广大患者在大医院看病因“繁”致“烦”的问题。对此,大家认为,大医院要从细节入手,让患者更有尊严就医。

对于北京协和医院来说,患者最关心的就是能不能尽快挂上号、看上病,陈杰说,尽管配套措施还不到位,分级诊疗尚未实现,但从细节上更好地关注患者就医感受,大医院还是可以有所作为的。比如,门诊服务的流程优化,就是没有最好,只有更好。该院新门诊大楼启用后,医院在挂号、候诊、收费、取药等7个环节上优化流程,通过检查检验自动预约、自动摆药等措施,明显缩短了预约等候时间,减少了患者折返次数,让患者感受到看病方便了。

为了满足广大患者的门诊需求,陈杰说,该院还精确统计了科室应出诊人数,对科室医师总出诊率和医师个人满勤率进行考核,2013年,该院门诊量

首次突破300万人次。

安徽医科大学第一附属医院副院长周典认为,要破解“看病繁”,大医院不能仅仅局限于内部细节改善,还应有关全局观,通过组建区域医疗联合体,充分利用信息化手段,将优质医疗资源下沉,引领并带动基层医疗机构共同发展,方便病人就近看病。

江苏省人民医院院长王虹表示,大医院和基层医院是一个医疗服务体系,基层医院不发展,大医院再怎么盖房子、扩规模也解决不了全国患者的健康问题。实现分级诊疗需要政府的引导,对于大医院来说,主动支援基层医院也是责无旁贷,这是基层医院对我们的期盼,也是老百姓对大医院品牌的信任,是一份责任,更是一种文化。

周典建议,要实现“小病在社区,大病到医院,康复回社区”的就医新格局,大医院应该做医联体信息化的领头羊,做到信息化和常规化手段并用,实现远程医疗、双向转诊、分级诊疗、人才培养等方面有机整

合,畅通基层医疗机构、患者与大型公立医院之间的双向转诊通道。为此,各级政府应增加财政投入,建立、完善医疗信息安全管理制度和医联体利益分配机制,通过激励和监督机制,帮助医联体网络双向转诊通道更加规范、有效地运行。

要更好地服务患者,沈阳军区总医院院长孟威宏认为,医院应通过流程再造和信息化水平的提升,化繁为简,改善就医的各个环节。相关主管部门应通过医保等政策调整,逐步将就医人群按基层合理分散到各级医院,改变基层医院和大医院忙闲不均的现象。

孟威宏说,要实现观念的回归和行动的改变,政府和医院都应该放下效益观,回归公益观,使医院形象更正面、客观、亲切;放下数量观,回归质量观,不在注重“大”和“多”,而是更加关注质量的提升;放下“工厂观”,回归人文观,让大医院不再像冷冰冰的“工厂”,而是真正体现以病人为中心,让患者更多地感受到大医院人性化的技术和服务。

## 多点执业:耕好自家地再种外人田

常工作基本都是满负荷,再加上还要承担医联体内部的医疗指导,去基层进行对口支援等任务,医生哪里还有时间去多点执业?

不妨明白明白白签约 当前,一些地方正在探索想要多点执业的医生,不需要向受聘医院提出申请,只要有医院愿意接收,就可以直接办理相关手续开展执业。对此,多位参会者都认为,这确实会让大医院管理者非常被动,但院长没有审批权、有管理权,各大医院应该转变观念,形成新的管理模式。

北京同仁医院院长伍冀湘介绍,该院正在制定针对多点执业医务人员的管理办法,将这些医务人员分为全职和兼职两种。如果一位医务人员想要多点执业,需要向医院报告,医院将根据他的多点执业情况,与其签订工作合同。假如这位医生是利用正常的休息时间外出执业,是医院会和他签订全职合同;如果平常的工作日也要多点执业,则签

订兼职合同。对于全职、兼职医生在

医院内部职称、职务聘任等方面的差别,须按照医院的现行规定执行。江苏省人民医院院长王虹认为,与其让医生偷偷摸摸地兼职,还不如明白白地签约,实行契约化管理。

由于医师多点执业对大医院的冲击最大,南方医科大学南方医院副院长吴汉森建议,主管部门应据此建立符合公立医院发展的人才培养体系。高级职称医师多点执业,意味着公立医院培养出来的医师要无偿与其他医疗机构共享,那么主管部门应主动承担人才培养任务,使医生由“单位人”转向“社会人”。

对于多点执业过程中出现的医疗纠纷,吴汉森建议,应建立起责、权、利对等的医疗风险处理机制,明确医疗机构之间、医疗机构与医师之间的权责,并制定医疗纠纷的处理程序。(据《健康报》)



# 医生私自远程医疗被禁 互联网医疗前景未卜

近日,国家卫生计生委首次发文明确远程医疗的范围,禁止医生私自远程医疗,这也意味着,快速发展的互联网医疗行业有了不得入内的“禁区”。

国家卫生计生委发布《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》的文件规定,“非医疗机构不得开展远程医疗服务”,并且“医务人员向本医疗机构外的患者直接提供远程医疗服务的,应当经其执业注册的医疗机构同意,并使用医疗机构统一的信息平台。”

所谓远程医疗,根据国家卫生计生委的定义,指一方医疗机构(邀请方)邀请其他医疗机构(受邀方),运用通信技术、计算机及网络技术,为本医疗机构诊疗患者提供技术支持的医疗活动。同时,医疗机构运用信息化技术,向医疗机构外的患者直接提供的诊疗服务,也属于远程医疗服务。

具体而言,国家卫生计生委所定义的远程医疗覆盖的服务项目包括:远程病理诊断、远程医学影像诊断、远程监护、远程会诊、远程门诊、远程病例讨论及省级以上卫生计生部门规定的其他项目。

## 区分远程医疗和互联网医疗

国家卫生计生委人士表示,此处所指的远程医疗政策主要是规范医院间的医疗行为,针对垂直级别医院(市、县、乡合作)和联合医院(医联体、对口帮扶医院和学术合作医院)而言的。“关于互联网医疗,国家卫生计生委将制定专门的文件,但现在在互联网医疗发展还没有形成稳定的态势,仍在探索中,相关规定也没法制定,要再等等。”

显然,目前官方文件的出台,意在清晰定义在公立医院当中日益普及的远程医疗,更与时下市场热捧的互联网医疗作出区分。

对于远程医疗的发展趋势,从公立医院辞职以曲线路径践行自由执业的上海沃德医疗中心血管外科主任医师张强表示,远程医疗是大势所趋,无法阻挡,因为它本身需求非常大,比如医生的随访,就可以很便捷地借助远程工具来实现。

据张强介绍,传统意义上的远程医疗一般是指基层医院遇到疑难杂症请上级医院进行指导,会事先准备好齐全的病例资料,同时是医生和医生的对接,这种情况下是安全可靠的。而现在通过邮件就可以传送影像片子,视频通话的清晰度也在提高,普通医生和病人可以直接对接了。不过,他也指出:“以前需要借助很多设备,现在常常一个手机就可以实现了,这往往带来一些不合规规范的治疗行为。”

## 是否存在“擦边球”

一位地方卫生计生主管部门负责人表示,目前远程医疗尚有技术上的局限,出于安全考虑应该在能进行医疗诊断的前提下进行,以实体医院的进一步检查为准。他表示,进行诊断的医生应该依法合规地进行,医生的执照要得到确认。在他看来,远程医疗值得鼓励,同时还应严格区分通过互联网进行的医疗咨询和医院专业的医疗诊断。

张强也表示,真正的医疗诊断是要下结论出方案的,这种远程诊断必须谨慎,以确保安全。正因此,此次国家卫生计生委文件的相关规定主要针对这种医疗诊断行为,从病人利益出发,也是可以理解的。在他看来,目前互联网医疗行业主要从事的远程健康指导和咨询应当在禁止范围内,否则会对行业发展非常不利。

目前,互联网医疗中的春雨掌上医生、好大夫等著名网站及APP公司,都表示公司的运作乃以“咨询”为落脚点,严守“不处方”的界限,禁止医生下决定性结论,禁止医生开药方,禁止医生出治疗方案,以次区分“咨询”和“问诊”,规避医疗风险。

对此,张强表示,“政策制定太死,会让中国的远程医疗落后于世界;如果太松,加上目前法律不健全,安全性则无从保障,需要把握好这个度。”张强称:“国家卫生计生委文件还是太笼统了,需要细化,这样才能具有可执行性。”如果能出台草案则更好,但政策出台前需要加强跟业界的沟通。

但实际上,咨询和问诊的界限并非黑白分明,尤其在慢性病、常见病方面,进行咨询的医生往往处于模糊地带,会给出治疗意见。张强认为,一些简单疾病如皮肤病的诊疗可以通过远程来实现。比如美国规定,外观非常明显的皮肤病病可以远程诊断开处方。关键是如何在充分利用远程医疗优点的同时还能确保安全。

对于自己的团队,张强表示,其团队大部分还是面谈,但是会通过网络来筛选病人,这相当于一项咨询。“未来我们会在这方面的探索,但会非常谨慎,毕竟是新事物。”

## 互联网医疗难入“禁区”

一年前,当时的北京市卫生局(现为北京市卫生计生委)曾以“禁止商业利用”为由叫停了挂号网和淘宝网的合作,一时掀起了各地卫生计生部门严控互联网医疗企业进入医疗服务领域的热潮。此次,国家卫生计生委上述人士则强调,远程医疗新业态主要针对的是医院间医疗行为,与互联网医疗尚无直接关系。

前述地方卫生计生部门负责人则分析,互联网医疗属于新生事物,和国家卫生计生委所指的远程医疗不可避免有交集,法律的边界有待理清,目前还在探索阶段,需要国家层面作出清晰的监管规定。

春雨创始人张锐也表示,国家卫生计生委文件针对的是医院与医院之间的远程医疗,如远程会诊之类的,“与互联网医疗没有关联”,“业界无须担忧”。

事实上,互联网医疗行业早就在面临对医生资源有关管制制度的困扰。此前挂号网风波之际,张锐曾介绍,春雨掌上医生主要与医生直接合作,“医生主动上传自己的资料和证明”;或与科室和研究所建立联系,“打包十几名医生跟我们合作”。

但这样难免触碰到当下中国卫生计生部门对医生执业资格的管制红线。在中国,医生如果不是在其注册医院行医,则可能遭到“非法行医”的处罚。因此,绝大多数医生只能在公立医疗机构行医,接受固定报酬,公立医疗机构维持着行政性垄断地位。即使从2009年起,原卫生部已经在部分地区进行医师多点执业的尝试,但是由于身份约束没有真正放开,至今效果仍不理想,无法实现欧美国家所通行的医师资源市场化配置和流转。

“医院即使愿意与互联网医疗企业合作,并从中受益,也不希望公开。”张锐透露说,作为公立医院,管理者必须考虑上级的态度,另外,虽然公立医院早已自负盈亏,但仍强调其公益性,避谈商业性,“牵涉到公共医疗资源和经济利益的分配,医院觉得比较敏感,容易引起争议”。

通过在春雨掌上医生上回答问题,每个月都有勤勉的医生获得上万元收入,远远高于其工资收入。但多位接受采访的医生都口径一致地否认有“赚钱行为”,其中一位分析说,医生属于事业单位编制,干部身份,虽然说在业余时间通过转让知识获得收入合法合理,但鉴于身份敏感,“第二产业收入还是灰色的,不够光明正大”。

互联网医疗目前发展迅速,春雨掌上医生、好大夫、丁香园等都完成了三轮融资。8月19日,春雨健康宣布完成5000万C轮融资,号称“业内最大单”。9月2日,丁香园就刷新纪录,获得腾讯公司7000万美元战略投资。

医生资源是互联网医疗公司获得融资的最大筹码,也是未来商业变现的最大资本,春雨计划中的“空中医院”,丁香园打算做的“医生自由执业平台”,以及互联网大佬阿里巴巴正在筹备中的“未来医院”,都是为了最大限度地利用医生资源,加强医生与病人之间的互动可能。

但显然,远程医疗范围和规则的明确,也必然限定了未来互联网医疗的发展空间。

张锐还表示:“我倒非常希望能有互联网医疗的行业规范出台,来填补目前的政策空白。”(据财新网)