

如何提高政府对医疗机构的监管水平

刘锦钰¹ 董斯宾² 王建东³ 邓小虹⁴

医疗卫生事业是政府公用事业中的重要组成部分，关系到居民的健康与生命，受到社会的高度关注。卫生行政部门承担着对医疗机构进行监管的职责，主要从执法监督和行政管理两个方面进行监管。以下从两方面谈谈如何提高政府对医疗机构监管水平的工作体会。

一、用现代化手段提高政府执法效率

卫生监督执法涉及医疗机构监管的法律法规文件众多。以北京市为例，截至 2014 年 9 月，执法依据归纳起来包括 8 部国家大法，如母婴保健法、献血法、执业医师法、药品管理法、人口与计划生育法、传染病防治法、职业病防治法、精神卫生法等；26 部法规，如医疗机构管理条例、护士条例、医疗废物管理条例、疫苗流通和预防接种管理条例、人体器官移植条例等；63 部规章，如医师资格考试暂行办法、医师执业注册暂行办法、处方管理办法、抗菌药物临床应用管理办法、医疗美容服务管理办法等；还有 100 多规范性文件。

卫生监督执法的基本形式有日常监督检查、重点专项检查和处理群众举报投诉三种。按照国家要求，日常监督检查要做到至少每个执法相对法人单位每年每户两次；重点专项检查往往针对某类突出问题、

¹ 首都医科大学 2013 级研究生

² 北京市卫生监督所

³ 首都医科大学附属北京妇产医院

⁴ 通讯作者，北京市卫计委，电子邮箱 dengxh@bjhb.gov.cn

集中发生的严重问题，引起社会高度关注的问题进行专项整治，如最近出现的山东疫苗问题等；处理群众举报投诉是效率较高的一种方式，根据群众提供的线索往往能精准发现违法机构或行为进行执法监督。

近年来，北京市医疗机构总数持续增长，从 2010 年的 9349 家增加至 2014 年的 10107 家。统计 2014 年各类医疗机构中，村卫生室构成比最大，达到 34.86%，其次是诊所、医务室、卫生所、护理站（以下简称为诊所类）、社区卫生服务中心（站）、门诊部等，医院共 672 家，占比 6.65%。由于监督任务多，监督队伍人员有限，为提高政府执法效率，卫生行政部门推行了以下工作方式。

1、 推行医疗机构不良执业行为积分管理办法

积分管理制度作为一种创新的管理方式，已经在公司客户管理、企业员工管理等方面熟练运用。在行政管理领域，积分管理制度首先运用于驾驶人交通违章、海事船员违纪管理等方面。2003 年，福建省在我国医疗机构监督领域最早实践不良执业行为积分管理制度。2009 年，卫生部出台了《医疗机构校验管理办法（试行）》，明确授权地方卫生行政部门建立医疗机构不良执业行为记分制度。该《办法》规定“地方卫生行政部门建立医疗机构不良执业行为记分制度，对医疗机构的不良执业行为进行记录和评分，记录和评分结果作为医疗机构校验的依据。医疗机构不良执业行为记分以一年为一个周期。”随后，积分制度作为日常监督手段在我国医疗机构监督领域中全面运用。迄今，已有 3 个直辖市、20 个省、3 个自治区全面实施医疗机构不良执业行为积分管理制度。

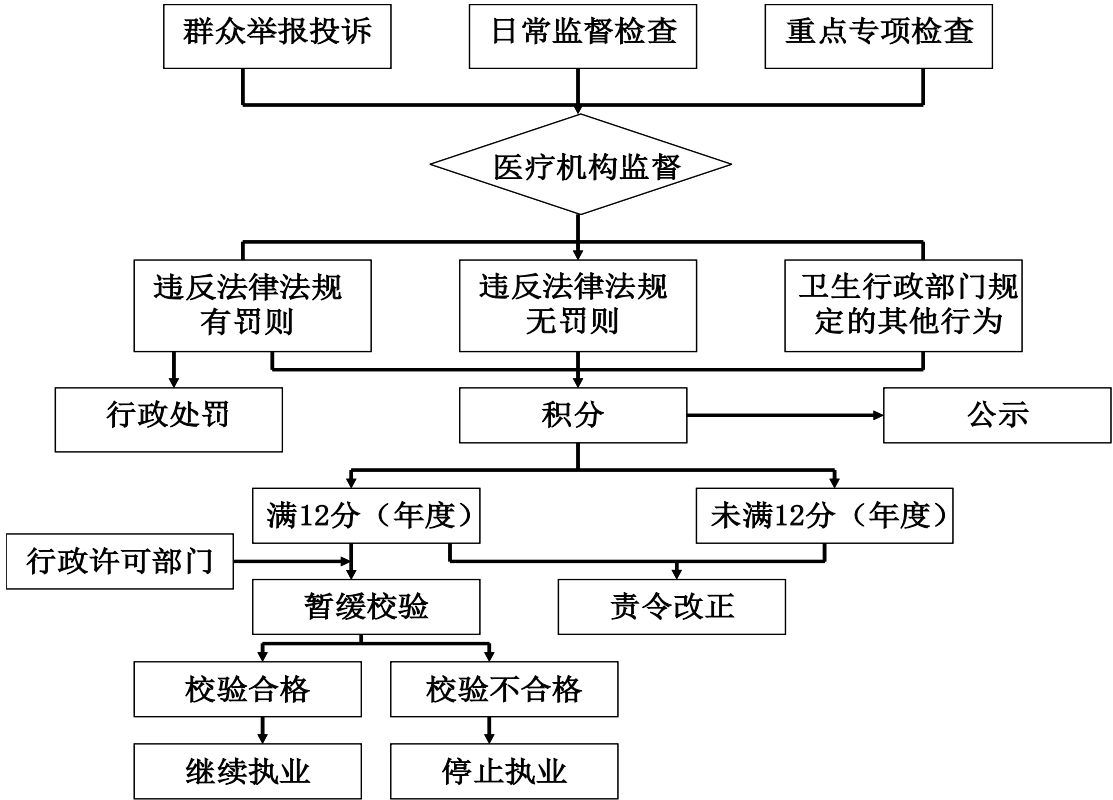
医疗机构在医疗执业活动中违反有关法律、法规、规章和诊疗护理规范、常规以及其他规范性文件的行为，按管理性质可分为两类：一是违反法律、法规、规章相关规定，并设置有行政处罚条款的行为；二是违反法律、法规、规章和诊疗护理规范、常规以及其他规范性文件，但没有设置相应处罚条款的行为。医疗机构不良执业行为记分作为一种新型监管工作模式，弥补了“罚则缺失”的问题，对无法可依或有法无罚的轻微违法违规行为也可以有所作为，成为行政处罚之外的重要监督手段。

北京市于 2008 年制定了《北京市医疗机构不良执业行为积分管理暂行办法》，并在全市范围内实行。《办法》针对医疗机构经常出现的违法违规行为，梳理出 57 种不良执业行为，并按严重程度，分别设置 1、2、4、6、10 五档积分分值。其中，积 1 分的有 15 种情形，积 2 分的有 12 种情形，积 4 分的有 15 种情形，积 6 分的有 8 种情形，积 10 分的有 7 种情形。对于多次违反法律法规，累计积分高的医疗机构，不仅针对具体违法行为进行行政处罚，还设置了加强监督、负责人约谈、法律知识培训、督促整改、积分公示、暂缓校验等多种行政管理措施，形成了处罚与教育结合的长效监督机制，促使医疗机构依法执业意识提高（见图 1）。

2010-2014 年间，北京市卫生监督部门分 20 期公示了积分结果，将每个季度积分在 5 分以上的 213 家医疗机构，以及一个积分周期内累计积分 8 分以上的 65 家医疗机构的具体不良执业行为向社会公布。其中，共有 16 家医疗机构年度积分超过 12 分，卫生监督部门将积分

情况报送卫生行政管理部门后，卫生行政部门根据具体情况对 6 家医疗机构给予暂缓校验，对 5 家医疗机构负责人进行了诫勉谈话。以积分率统计（当年医疗机构积分户次/卫生监督机构监督户次的比率），北京市医疗机构积分率从 2010 年的 5.38%下降至 2015 年的 2.89%，始终保持在较低水平，且呈下降趋势，说明医疗机构依法执业意识逐步提高，依法执业状况良好。

图 1 医疗机构执法监督路线图



2、卫生监督执法信息化

卫生法律法规专业性强，传统的卫生监督执法基本是一部法一支队伍，人员忙闲不均；监督处罚缺乏检查标准和规范，自由裁量度大，有碍公平；登记手续烦琐，工作效率低下。面对数量众多的管理对象，繁重的工作，解决工作多、任务重、人员少的问题，只能改变传统工

作模式和方法，引进现代的管理理念和先进的科学技术来改进我们的工作。

汲取公安部门道路交通信息化管理的理念，北京市卫生局从2004年开始组织开发《北京市卫生监督执法综合管理信息系统》（以下简称信息系统），于2006年起在北京市行政辖区内正式运行。该信息系统供全市卫生监督人员统一使用，涵盖食品卫生、公共场所、生活饮用水、职业卫生、学校卫生、传染病与消毒、医疗机构、血液管理、放射卫生、母婴保健和人类生殖等10个卫生监督专业领域，实现了卫生监督执法工作的科学化、信息化管理。

卫生监督执法信息化的特点如下：

（1）统一检查标准，规范监督执法。卫生监督执法信息化模式需要一整套模板化、规范化的执法标准做基础，包括日常监督检查标准和行政处罚标准。根据不同的检查对象整理不同的检查表，作为日常监督检查的依据，根据违法行为对应的法律条文及处罚办法，建立监督条目与违法行为的对应机制，实施处罚。执法标准全市统一，规范执法行为，避免检查漏项，同时避免自由裁量权过大造成执法不公。

（2）信息系统互联，提供基础数据。卫生监督执法信息系统与卫生行政部门许可审批信息系统实现了无缝衔接，建立了实时变更的全市联网的卫生行业管理相对人基本档案数据库，以便监督员工作中随时查阅，同时极大方便了数据汇总统计上报工作。

（3）提高工作效率，实现综合执法。采用手持执法设备进行现场执法及处罚，现场检查完毕后，监督员将监督执法结果上传至系统

数据库。系统具备以下优点：①便于调动所有监督人员开展综合执法，实现各专业的现场日常监督检查和简易程序行政处罚；②自动打印执法文书，省去手写现场检查笔录和卫生监督意见书等执法文书基本内容的重复书写，大大提高工作效率；③现场监督执法结果回传后不可修改，保证执法的严肃性。

4、建立绩效考评，加强人员管理。方便各级领导对监督员日常工作进行分配和管理，监督员的监督工作情况通过手持执法设备传回系统自动记录，领导可随时查看每日监督工作情况，进行绩效考评。

5、实时收集信息，统计分析便捷。全市数据通过网络实现互联互通，统计室工作人员可以随时按照卫生部、市政府、卫生局的各种要求汇总相应的统计数据上报，统计数据的真实性比以往大大提高。

6、内网外网互联，服务社会百姓。为了给社会公众提供更好的卫生服务，方便百姓生活，信息系统建立了工作内网与卫生监督外网的信息交换机制。公众可以在官方网站查询监督执法的结果，了解各类单位的卫生情况，为公众提供服务的同时，加强管理相对人的自律，并接受社会对卫生监督工作的监督。

依托卫生监督信息系统，北京市全市卫生监督员平均每年执法检查 28 万户次，行政处罚 6000 户次，举报投诉接报处理 4000 件。目前这一执法方式正在全国推广应用。

二、以评价促进医院管理水平的提升

医院管理的重要手段之一是开展医院评审（评价）工作，其发展与应用对医疗机构服务质量的提高起到了巨大的推动作用。

世界各国的医院评审（评价）制度不尽相同。我国医疗机构评审的工作思路起源于上世纪70年代末期，在其后的40年中医院评价评审工作时起时落，时断时续。医院评审使得政府管理医院有了抓手，促进了医院发展，但也存在以下问题：①评审工作因成本高不能经常化，呈现为短期行为，带有运动色彩，医院通过评审后往往工作明显滑坡。②评审指标设置不够科学，如医疗指标不足导致医院忽略医疗实践；大量教学科研指标驱使医生在编写论文、申报科研课题上花费过多精力；平均出院费用/平均住院日指标驱使医院推诿重病人，办假出院.....③现场主观评价指标多于客观指标，缺少量化指标，评价结果受人为干扰较大。④在评审指标导向下，医院为了上级别而置本区域医疗机构设置规划不顾，盲目扩大床位规模，盲目购置高精尖设备，增加“功能”，提高“档次”。

如何科学、准确地评价医院、临床科室以及临床医生的临床工作水平是当前亟需解决的问题。不同医生诊治的病人不同，不同科室收治的病人迥异，不同医院的病例更是千差万别，如何进行比较是医疗服务绩效评价最困难的问题。“诊断相关组（**Diagnosis-related Groups, DRGs**）”则为我们提供了理想的管理工具。

DRGs 诞生于上世界 60 年代末的美国。上世纪 80 年代末，北京市医院管理研究所在国内率先研究 **DRG**，为此后的研究在技术上奠定了基础。2008 年底，北京市成功开发出“北京版诊断相关组（**BJ-DRG**）”，之后被北京市卫生局连年应用于北京地区医院绩效评价、临床重点专科评价、城乡医院对口支援效果评价等诸多工作，并在行

业内公布。

DRGs 分组方案建立在医院急症短期住院病历首页信息基础之上，即根据住院患者的主要疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、年龄、病症严重程度及转归等因素，将患者分入若干诊断组进行管理。**DRGs** 既考虑了病情的严重度和复杂性，同时也考虑治疗方式的难易程度，按照临床过程同质、资源消耗相近的原则，将不同的病例分组并赋以权重值使之量化，从而可以对不同服务提供者的服务绩效进行比较，大大提高了评估的可操作性。

基于 **DRGs** 评价医疗机构住院服务绩效的常用指标分为能力、效率和安全 3 个维度。医疗能力可以通过计算 **DRGs** 组数量、病例平均权重值（**CMI**）获得，分别代表该医疗机构收治病例覆盖的疾病范围和收治病例的技术难度。医疗服务效率使用“费用消耗指数”和“时间消耗指数”指标，分别表示同类疾病费用的高低和住院时间的长短。而医疗安全指标可以使用“低风险组死亡率”，用来反映那些病情并不严重的病例发生死亡的概率（表 1）⁵。

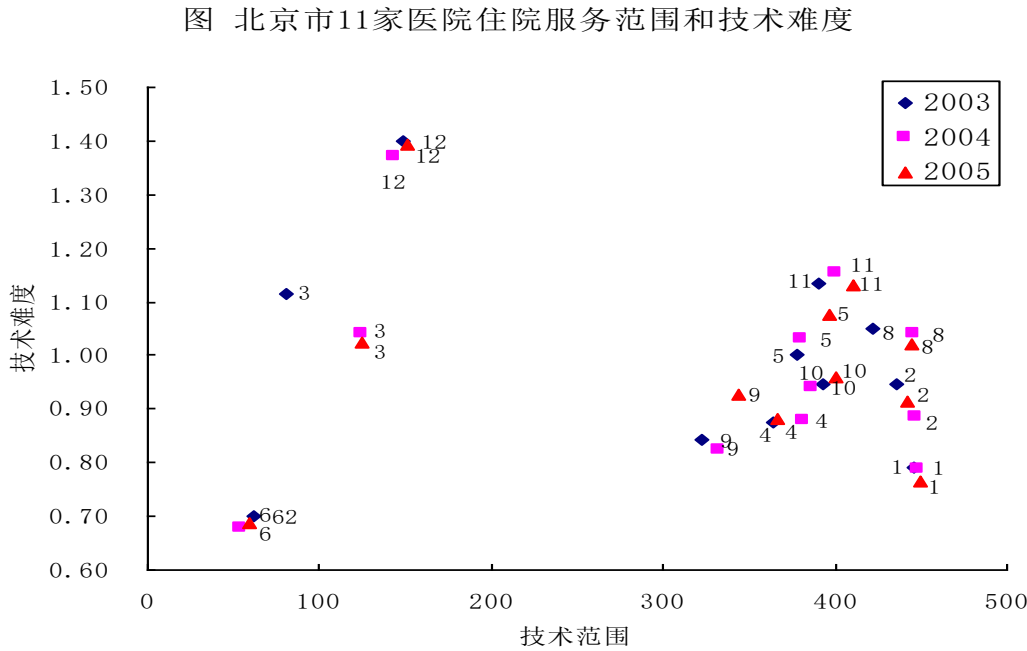
表 1 基于 **DRGs** 进行医疗服务绩效评估的三大维度的指标举例

维度	指 标	评价内容
能力	DRGs 数量	治疗病例所覆盖疾病类型的范围
	病例组合指数(CMI)值	治疗病例的技术难度水平
效率	费用消耗指数	治疗同类疾病所花费的费用
	时间消耗指数	治疗同类疾病所花费的时间
安全	低风险组死亡率	疾病本身导致死亡概率极低的病例死亡率

5 简伟研. **DRGs** 系统的发展和应用. 见：邓小虹主编. 北京 **DRGs** 系统的研究与应用. 北京：北京大学医学出版社. 2015. P1-29

从图 2 可以直观地了解不同医院在不同年份医疗服务能力的相互比较与变化。在 11 家医院中，代号 3、6、12 的三家医院是专科医院，所覆盖的 DRG 组仅在 200 组以内，但 12 号医院治疗病例的技术难度水平较高；其余医院均为综合性医院，覆盖的 DRG 组在 400 组上下，技术难度以 11 号医院最高。从不同年份医院发展的轨迹可以看出其发展趋势。

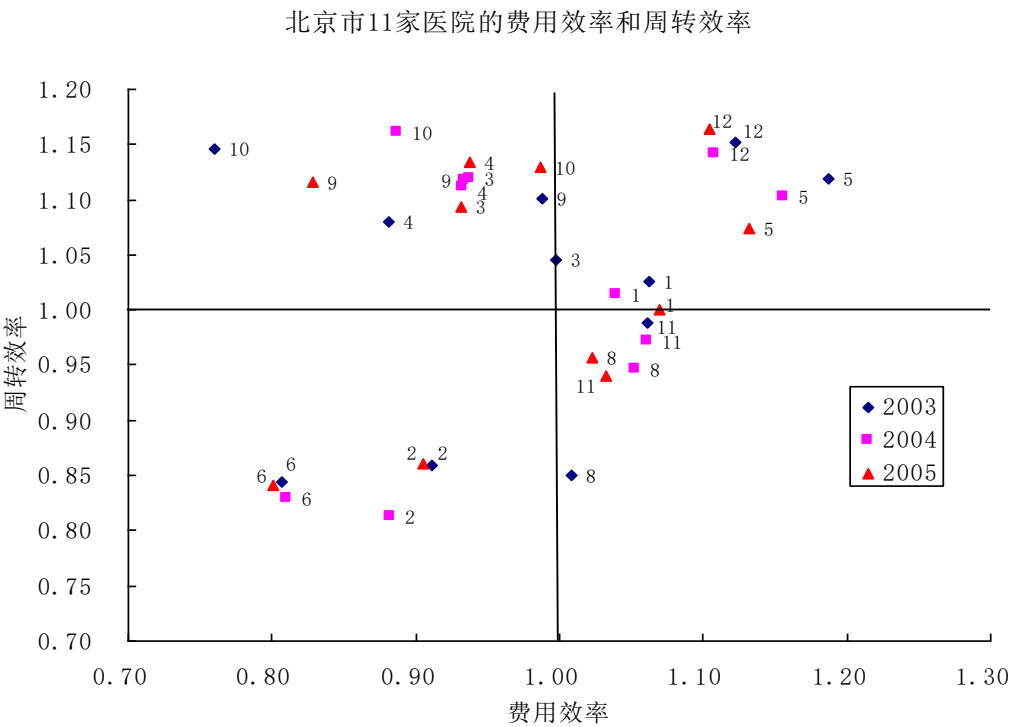
图 2 医疗服务能力展示图



从图 3 可以直观地了解不同医院在不同年份医疗服务效率的相互比较与变化。以 11 家医院的平均费用和时间消耗指数作为 1 将该图划分为 4 个象限，右上象限代表费用消耗最高、时间消耗最长，效率低下；左下象限代表费用消耗最低、时间消耗最短，效率较高；从不同年份医院发展的轨迹可以看出其发展趋势。以 5 号医院为例，虽然连续三年该院都位于右上象限，但其趋势在向左下象限发展，说明

医院的效率在逐年改善。而 10 号医院连续三年从左上象限向右上象限移动，说明该院时间消耗没有降低，费用却在逐年增加，应当引起注意。

图 3 医疗服务效率展示图



根据上述各单项评价指标的权重不同赋分，可以计算各家受评医院的总分，根据总分高低排序便可知医院在所有受评医院中的位置。利用病历首页信息评价医疗服务质量及绩效，可以实现价廉物美、客观科学的评价及持续监测。将评价结果在行业内公示，促进了医院领导者有针对性地不断改善管理，保持优势，弥补不足，使医院不断进步。举例说明：

1、北京市部分三级综合医院中某些学科具备很强的优势，吸引了大量外地患者就医。为解决患者住院床位紧张的状况，也基于经济

收入的考虑，医院限制了那些收入较差的科室发展，造成某些基本医疗服务必须具备的学科如儿科、产科发展不足而处于全市末位甚至病种缺如，影响了周边居民就医。当卫生行政管理部门逐年将各医院缺失专业和末位专业的评价结果在行业内公示后，对改善这一状况起到了很好的推动作用。2011 年，这些医院缺失专业总数为 3 个，末位专业总数为 30 个；到 2013 年，缺失专业总数降到 0，到 2015 年，末位专业总数也降到 0。

2、为了提高北京郊区县的医疗服务水平，满足居民就近就医的需求，政府指定城市三级综合大医院一对一支援郊区医院，依据评价受援医院医疗服务绩效改善的情况向支援医院发放财政补贴，使 10 个远郊医院的总体水平逐年发展趋势良好（表 2）。

表 2 北京市 10 个远郊医院服务绩效评价结果

年份	DRG 组数	CMI	费用消耗指数	时间消耗指数	低风险组死亡率（%）
2010	519	0.89	0.75	0.94	0.07
2011	520	0.89	0.76	0.95	0.07
2012	532	0.93	0.77	0.97	0.09
2013	532	0.94	0.78	0.97	0.06
2014	537	0.95	0.76	0.98	0.07
2015	598	0.94	0.77	0.97	0.04