

论我国公立医院的配置调整思路

罗力*

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】不同历史时期,公立医院应当承担起不同的历史责任。在医疗卫生资源稀缺时期,公立医院应当是配置主体。在医疗卫生资源丰富时期,公立医院应当是制衡主体。在民营医院发展到一定规模的时候,公立医院应当专注于向低收入人群提供适宜的医疗卫生服务。这是“市场能做的市场做,市场不能做的政府做”思想的集中体现。我国公立医院在医疗市场中的份额,在今后若干年内可以下降到 70%~60% 的水平。

【关键词】公立医院;配置;卫生改革

中图分类号:R197.3 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)03-0029-04

The policy analysis on the allocation of public hospitals in China

LUO Li

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 20032, China

【Abstract】In different periods, public hospitals should take different historic responsibilities. When the society was scarce of medical resources, public hospitals should be the main supplier to deliver medical services. When the society had sufficient medical resources, public hospitals should play a role of checking and balancing resources. When the society-owned hospitals have developed to a certain size, the role of public hospital is to provide appropriate medical services to low-income people. This is an expression of ideas that “market do it can do, government do the market cannot do”. It is recommended that the share of China’s public hospitals in the health care market over the next few years could be reduced to 70%~60%.

【Key words】Public hospital, Allocation, Health care reform

公立医院的公益性质应当如何体现?这是我国医药卫生体制改革决策者必须首先明晰的一个重要概念。在英语中,公益有三类翻译形式。一是 common weal,可以理解为公共财富,由社会所有公民共同享有的资产;二是 public good,可以理解为公众利益,特定资产提供的服务关系到社会所有公民的基本利益,每个公民都能够接触到这些服务;三是 welfare,可以理解为福利,特定资产所提供的服务应当是费用低廉的,每个公民都能够支付得起这些服务。对于公立医院而言,公益性质^[1]意味着:(1)公立医院应由政府举办,其资产属于政府,属于人民大众。(2)公立医院应当公平配置、覆盖城乡,每位居民都能够在其可容忍的交通时间内获得医疗卫生服务。(3)公立医院提供的服务应当是低廉的,应当低于市

场价格,无医保人群、低收入人群能够从中受惠。简而言之,就是人人可及、费用较低。本文主要从人人可及的角度阐述公立医院布局和群众就医地理可及性问题。

1 问题的提出:需要配置多少公立医院?

我国卫生事业显著成绩之一,是基本建立起了遍及城乡的医疗卫生服务体系。2006 年末,全国注册医疗机构(不含村卫生室)30.0 万个,其中:医院 19 246 个,社区卫生服务中心 2 077 个,农村乡镇卫生院 4.1 万个。^[2]按照每个街道设一个社区卫生服务中心,每个乡镇设一个乡镇卫生院的原则,目前医疗机构的配置已经基本覆盖所有居民居住区域。人民群众缺医少药的局面已经一去不复返了。众多医

* 基金项目:国家自然科学基金应急科学研究专款项目(编号:70641032),复旦大学公共管理与公共政策研究国家哲学社会科学创新基地基金。

作者简介:罗力,男(1974 年-),副教授,主要研究方向为卫生系统和卫生政策,E-mail:liluo@fudan.edu.cn。

医疗机构中,公立医院居于主体地位。公立医院在保证我国基本医疗卫生服务体系的完整性上,做出了关键性的贡献。

目前争论的焦点在于,公立医院是不是太多了?是不是应当减少一些?公立医院一统天下局面的形成,很大程度上是因为当时人民群众缺医少药,政府急民所急,力图在最短时间内解决这一问题,动用了财政力量,按照集中力量办大事的原则,构建了覆盖全民的基本医疗卫生服务网络。从增进人民群众医疗服务可及性角度来看,政府成绩显著。但从历史经验来看,政府往往是善于建造,疏于维持。公立医院造好之后,往往需要自力更生、自主经营、自负盈亏,容易走上逐利道路,背离公立医院的公益性质。时至今日,社会公众普遍反映公立医院的经营行为与营利性医院并无差异,没有几个人相信公立医院不营利。既然如此,将公立医院转制,也就进入了政府决策议程。我国政府已经明确,“要积极稳妥地把部分公立医院转制为民营医疗机构”。与此同时,政府还必须继续办一部分公立医院。这样一种思路,首先要回答一个问题,究竟需要多少公立医院?换言之,政府应当保留多少公立医院?回答这一问题,仍然需要从公立医院公益性这一基本概念出发,从公立医院的历史责任这一角度出发。

2 基于的理论:历史责任的变化决定了公立医院配置要求的变化

2.1 卫生资源稀缺时期公立医院应当是配置主体

建国以后,一方面卫生资源稀缺,传染病肆虐横行,群众缺医少药的局面亟待改善;另一方面按市场原则由民间资本自发自觉设置医疗服务机构,必然是一个漫长的过程,必然忽视农村地区,忽视低收入人群,忽视人口稀少区域。这些地区和人群,恰恰又最需要医疗卫生服务。因此,政府采取的策略是发挥计划优势,发挥行政力量,通过收购、联合、迁址、新建等办法建立大量的公立医疗机构和集体办医疗机构,初步构建了覆盖城乡居民的医疗卫生服务网络。同时,由于是计划经济体制,社会分配比较平均,阶级基本消灭,阶层尚未形成,公立医院服务对象自然是全体大众。公立医院的费用通过各种手段被限制在很低水平。可见,这一时期公立医院的历史责任有二,一是满足医疗结构布局需要,增进人民群众医疗卫生服务的地理可及性;二是服务全体人民,保持费用低廉,增进人民群众医疗卫生服务的经济可及性^[3]。

2.2 卫生资源丰富时期公立医院应当是制衡主体

改革开放之后,医疗卫生资源极大丰富。尤其是近几年来,社会资金已经注意到了医疗服务市场的成熟,开始大规模投资兴办医院^[4]。社会投资要求回报,兴办的医院往往选址在医疗消费水平较高的地区。这些地区,也往往是公立医院比较集中的区域。客观上形成了民营医院与公立医院之间的竞争格局^[5]。竞争的结果,是民营医院处于下风。原因很简单,民营医院缺乏政策支持,例如难以成为医保定点机构;也缺乏技术力量,顶尖的医学人才被牢牢控制在公立医院。结果是,民营医院规模普遍较小,大部分医院在二级医院规模以下,更多的是小型的门诊部、诊所。社会资金愿意进入医疗市场,国家也鼓励社会资金进入医疗市场,对一个特定地区而言,有了民营医院,意味着公立医院增进人民群众医疗卫生服务地理可及性的历史责任已经完成,这一责任可以转交给民营医院。既然如此,我们要问的是,为什么还要保留着公立医院,阻碍着民营医院的进入和成长,阻碍着民营医院接管公立医院的历史责任?

民营医院大多以营利为目的,大规模的进入和成长,必然带来新一轮的医疗费用增长,加重人民群众的医疗费用负担,造成人民群众对医疗卫生服务的地理可及而经济不可及。部分人群,特别是低收入人群会抱怨,“我家旁边是有一所民营医院,到这所医院很方便,但是这家医院赚钱很厉害,收费很高,我支付不起。这家医院对我来说,没有任何意义”。由此可见,在新的历史时期,公立医院增进人民群众医疗卫生服务地理可及性的历史责任已经终结,公立医院转制为民营医院,并不会改变医疗机构布局,不会改变医疗服务的地理可及性。但是,公立医院仍然有存在的必要,他们还要继续履行另一个历史责任,那就是保证医疗费用的低廉。也有专家争辩说,“现在公立医院的费用低廉吗?一点也不低,否则社会不会抱怨看病贵了”。此论有一定道理,但这涉及到补偿机制、分配机制和监督机制的调整问题。这里暂不阐述,权且从公立医院设置初衷出发,认定其提供的服务是低廉的。这样,确保人民群众能够获得适宜价格的医疗服务,就有两个手段,一是保留足够数量的公立医院直接提供低廉的基本医疗卫生服务;二是通过公立医院来制衡民营医院,促使其主动控制医疗费用。这种制衡是建立在服务水准上的制衡。如果民营医院提供与公立医院类似

水准的医疗卫生服务,那么迫于公立医院的压力,他们就不得不遵从公立医院的费用水平。如果民营医院要提高费用水平,他们就不得不提高服务水准。这也是政府所希望看见的,在这种机制下,民营医院将不断提高服务水准,从而满足人民群众不同层次的医疗卫生服务需要。

2.3 民营医院丰富时期公立医院应当成为低收入人群的服务主体

值得注意的是,上述公立医院和民营医院的配置思路,仅仅是针对现阶段而言的。其中的道理是,民营医院内部又分为非营利性和营利性两类。非营利性民营医院和公立医院只是投资主体不同,前者是社会资金,后者是政府资金,在运作模式上是类似的,都有提供低廉医疗卫生服务的责任,都可以对营利性医院的医疗费用发挥制衡作用。理论上而言,公立医院和民营非营利性医院可以归入一类。但在实际当中,我国还没有建立起完善的医院非营利性质的监管体制。许多民营医院,打着非营利的招牌,向政府要求减免税负,做的是营利性的行为,将营利所得用于其他行业投资或分给股东。这一问题早已引起基层卫生监督机构的注意,课题组在江浙沪三省市访谈的时候,各地均达成一致的观点,现阶段监管不完善的背景下,应当限制民营非营利性医院的准入,民营医院要开业,只能是营利性的。

如果我国能够做到对民营非营利性医院进行切实有效的监管,公立医院和民营非营利性医院将能共同发挥对民营营利性医院的制衡作用。公立医院的数量和规模还可以进一步的减少。因为其历史职责可以进一步转移给民营非营利性医院,转移的是费用低廉和制衡职责。此时,公立医院仍然需要保留,原因是尽管非营利性医院的收费低于营利性医院,但低收入人群,尤其是贫困人群也不一定能够负担得起,他们的医疗服务需要只能依靠公立医院来满足。政府给予公立医院高额补贴,使其能够以很低的收费水平,甚至是免费提供服务。当然,服务的内容会比较有限,服务的等待时间可能较长,有更高支付能力的人在公立医院就医会感觉“不满意”或机会成本太高,就有可能转移到其他类型的医院就医。如果是这样考虑,公立医院的规模应按照低收入人群的医疗服务需要为基础设定。我国收入调查中有九分法、七分法、五分法等,应用的比较多的是五分法,即把所考察的收入人群样本分成五个部分,低收入人群、中下收入人群、中等收入人群、中上收入人

群、高收入人群,再假设各部分人群占总人口的百分比相等,都是 20%。按照国家统计局发行的中国统计年鉴给出的统计口径,低收入人群是指收入处于最低 20% 的那部分人群。这样算来,公立医院的规模应当至少按照占有所有医院的 20%,或者是承担 20% 的医疗服务量来设定。美国和印度,在公立医院配置上体现了这一理念。2004 年,美国共有社区医院 4 919 家,其中,835 家为民营营利性医院,2 967 家为民营非营利性医院,1 117 家为公立医院(州或当地政府办的社区医院),公立医院约占 23%^[6]。在印度,公立医院承担了 18% 的门诊服务和 44% 的住院服务^[7]。此外,还有一部分公立医院需要保留,原因是政府有大量需要用到公立医院的事务,例如医学学科的发展,大型会议的医疗保障,支边、援外等。

3 建议:分阶段、有序地优化公立医院配置

到这里,我们可以对需要保留多少公立医院做出初步回答了。第一,社会资金不愿意进入的地区,公立医院必然保留,哪怕公立医院的经营状况不佳。因为这是政府的责任,政府必须首先保证人民群众有医可就,保证地理可及性。按照这一原则,贫困地区、农村地区、人口密度较低的地区,公立医院应当保留、重建,甚至新建;第二,社会资金愿意进入的地区,公立医院可以转制,但留下的公立医院在规模和能力上应当保持对民营医院的制衡作用。这也是政府的责任,政府必须保证人民群众负担得起,保证经济可及性。一个团体要对另一个团体起到制衡作用,前提是双方实力相近。公立医院实力远远超出民营医院,所起的作用是压制而不是制衡。公立医院实力低于民营医院,制衡将无从谈起。在现阶段,公立医院一统江山的局面固然不可取,但大幅度减少公立医院的行为同样不可取。合适的做法是公立医院退至稍稍超出民营医院的地步。这里有两个要素,一是服务量,二是资源拥有量。医疗服务门急诊人次、住院人次、手术人次等服务量,或者医生、护士、医技人员等人才资源,公立医院应略高于民营医院,比如说 6:4,或者是 7:3。第三,展望未来,可能是几十年之后,民营非营利医院真正发展起来,形成了一定的规模,公立医院的配置还可以进一步减少,成为专为低收入人群提供服务的主体,以及承担高精尖医学技术研发和落实政府指令性任务的主体。公立医院的比例下降到 25% 左右,也是有可能的。

参 考 文 献

- [1] 朱建春. 公立医院与公益性[J]. 中国卫生人才, 2007, (8): 12-13.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴(2008) [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [3] 陈亚光. 论公立医院的社会责任[J]. 卫生政策, 2006, (10): 59-60.
- [4] 于润吉, 裴晓伟. 政府医疗机构难以拒绝社会资金[J]. 中国卫生, 2004, (10): 42-44.
- [5] 袁蕙芸, 范关荣, 顾伟民, 等. 营利性与非营利性医院划分的初衷与现实[J]. 中国医院管理, 2005, 25(4): 10-11.
- [6] 饶克勤, 刘新明. 国际医疗卫生体制改革与中国[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [7] 卫生部卫生政策法规司. 墨西哥、印度、巴西、智利、卫生体制考察报告[R]. 2008.
- [收稿日期:2009-03-06 修回日期:2009-03-12]
(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

世界卫生组织召开会议,专门研究卫生研究伙伴关系

在柏林举行的一场会议让不平等的卫生研究伙伴关系进入人们的视野,但这一框架会启动进展还是搁置不前? 2009年3月16日-18日,世界卫生组织在德国柏林召开了卫生研究伙伴关系会议,来自世界各国的研究者、政府代表、资助者和发展机构的代表参加了会议。该会议是由德国联邦经济合作和发展部与世界卫生组织热带病研究和培训特别项目(TDR)组织召开的,并制定了一个“行动框架”,从而改善伙伴关系。会议的主要内容涉及以下几个方面。

1. 平等的角色,共同的优先事项

会议认为,发展中国家的合作者常常只是名义上的“伙伴”,因为发展中国家在设置合作研究的议程方面可能几乎没有发言权。这次的新框架宣布,研究伙伴关系应该让双方参与者在决策、执行研究和共享利益方面拥有平等的角色。会议还呼吁开展遵守适当伦理标准的高质量研究。会议强调了伙伴关系必须反映出发展中国家自身的研究优先事项。柏林框架还呼吁研究资助者和捐助者将它们的支持内容和国际与地区的优先事项相协调。

2. 新的领域

除了回应此前的许多呼吁,柏林框架也通过为研究伙伴关系的各方设定责任,从而踏入了一片新的领域。例如,它采取了令人欢迎的一步,呼吁为发展中国家的科研机构提供更多核心资助。发展中国家的科研人员及其机构只有在拥有充分的人才能力和基础设施的情况下才能成为平等的伙伴。该框架强调了伙伴关系的信任、开放性和沟通的重要性。

3. 不确定的成功?

在没有对目前研究伙伴关系的状态进行严格分析的情况下,将如何衡量该框架的影响力? 有一些计划可以解决这一担忧。TDR正在研究一个衡量该框架是否有效的指标。而且它正在Tropika.net网站上建立一个网络社区,供利益相关方交换意见,并且计划在两年内召开后续会议从而评估进展。柏林会议是首次公开并诚恳地讨论了研究伙伴关系的平等性,该文件没有纳入行动机制,能否据此采取行动,令人担忧。

(来源:科学与发展网络(SciDev.Net); 摘编:何平)