

我国民营医院发展的现实困境及政策建议

戈文鲁* 易琳琳

山东济宁医学院社会科学部 山东济宁 272013

【摘要】首先总结了我国民营医院发展过程的特点,然后基于自身的特殊性分析了我国民营医院发展中遇到的政策体制困境和竞争环境困境;其次,结合公私伙伴关系理论和第三方治理理论,提出了推动我国民营医院发展的路径选择,指出了我国民营医院发展过程中可能出现的正面效应和负面效应;最后提出了相关的政策建议,如转变社会观念、推动政府角色转变、完善政策扶持、优化竞争环境等。

【关键词】民营医院;现实困境;效应;政策建议

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.03.014

The realistic dilemma and policy recommendations of private hospital in China

GE Wen-lu, Yi Lin-lin

Social Science Department, Jining Medical University, Shandong Jining 272013, China

【Abstract】 Firstly, the paper summarizes the distinct characteristics of the development of private hospital in China, then the paper describes the policy dilemma and the competition environment dilemma of the private hospitals based on these characteristics. Secondly, based on the public-private partnerships theory and the third-party governance theory, the paper provides the path choice of the development of private hospital. Thirdly, the paper points out the positive and negative effects of the development of private hospital. Finally, the paper gives some policy recommendations, such as changing social perception, transforming the role of government, improving the policy and optimizing competition environment, and so on.

【Key words】 Private hospital; Realistic dilemma; Effect; Policy recommendation

经济学中完全竞争的市场结构模型依赖于一系列严格的假定:每一个主体只是价格的接受者、产品和服务是同质的、要素可以自由流动、完全信息。在这种市场结构中竞争最充分,市场价格等于边际成本,资源配置实现帕累托最优状态。但是,如此严格的假定条件在现实的经济生活中几乎无法完全满足,不完全竞争是经济生活的常态。卫生经济学家桑特勒认为医疗服务市场带有一定的垄断性质,不是完全竞争的市场^[1],医疗服务的市场价格在一定程度上都明显高于其边际成本,这是导致我国“看病贵”现象的一个重要原因。本文认为,积极促进和推动我国民营医院的发展可以在一定程度上增强我国医疗服务市场的竞争性,从而既能有效增加医疗服务的市场供给,又能有效抑制医疗服务价格不合理

增长,在一定程度上缓解我国看病就医问题。本文探讨了我国民营医院目前发展过程中遇到的现实困境,阐释了民营医院发展的理论依据,并指出了引导民营医院发展的路径选择以及政策建议。

1 我国民营医院自身的特殊性

根据医疗服务提供者的组织形态,可以把医院划分为公立医院、民间营利性医院和民间非营利性医院。本文采纳的是中华医院管理学会民营医院管理分会对民营医院的阐释,即宽泛意义上的概念:所谓民营医院是指除公立医院以外的一切医疗机构。^[2]

尽管各国的医疗体制呈现出高度多元化的特征,但是据 OECD 的调查报告显示,公立医院为主

* 作者简介:戈文鲁,男(1978年-),硕士,讲师,主要研究方向为政治经济学、卫生经济学。E-mail: forestsong2007@163.com

的、公立医院与民营医院并存以及民营医院为主的组织模式都是普遍存在的。^[3]据颜世洁等人的研究显示:民营医院已经成为美国卫生服务体系的最主要组成部分,承担了大部分医疗服务的提供,这与日本、德国情况类似;而且虽然美国营利性医院占民营医院比例在过去 30 年内有所上升,但上升幅度极为有限,非营利性医院还是民营医院的主体。^[4]

1978 年以来,经过 30 多年的发展,我国民营医院已经成为我国医疗卫生事业发展中的重要力量,其在不断发展和完善过程中体现了以下几个特征:

第一,民营医院特别是非营利性民营医院在满足人民群众基本医疗服务需求方面发挥了重要作用。通过提供居民所需要的基本医疗服务,保证其健康,充分体现医疗服务的公益性色彩。据王小万等人的研究显示:“民营医院不仅打破了医疗卫生领域单一的所有制结构与服务模式,也在解决群众看病就医问题、满足居民多样化医疗保健需求等方面起到了不可替代的作用”。^[5]

第二,民营医院的发展充分体现了撒瓦斯所阐述的关于民营化动力的理论。政府活动成本的上升会促使政府寻求任何可能缓解财政压力的妙方,而审慎的民营化则可以导致成本收益比公共服务更高,又有效缓解政府的财政负担;同时也可以充分体现平民主义思想即公众拥有更多的公共服务选择权。^[6]

第三,大部分民营医院选择的发展路径都是避免与公立医院正面竞争。这样的发展路径就决定了民营医院很难获得实质性的突破,其发展仍处于“起点低、底子薄、整体层次不高、竞争力较弱”的初级阶段。

2 我国民营医院发展的现实困境

2009 年,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,要“鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业。积极促进非公医疗卫生机构发展,形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制。抓紧制订和完善有关政策法规,规范社会办医疗机构包括外资办医疗机构的准入条件,完善公平公正的行业管理政策。鼓励社会资金依法兴办非营

利性医疗机构。”新医改的精神必将会为我国民营医院的进一步发展提供良好的政策环境,民营医院也会依靠其在产权体制、经营管理、特色服务和成本控制方面的优势良性发展。但是目前我国民营医院的发展也遇到了一系列的现实困境。

2.1 政策体制困境

目前我国政府在医疗机构注册中将医院分为非营利性医院和营利性医院,很多地方的医院分类管理政策一般把公立医院界定为非营利性医院,把几乎所有的民营医院都界定为营利性医院。尽管营利性医院在登记后的前三年是免税的,但是一个医院从建成到形成一定规模和达到一定的技术级别一般需要 5~8 年,而民营医院在短短三年内很难实现自负盈亏;三年免税期满后,民营医院要按照一般的服务性企业缴纳税收,高额的税收让很多民营医院步履维艰,据浙江省温州市卫生经济学会的研究报告分析,“营利性医院将面对营业税、城市建设税、教育费附加、义务兵优抚费、水利水电建设基金、地方养老基金、超 960 元工资部分的企业所得税、房产税、城镇土地使用税、车船使用税、印花税和企业所得税等十多项税费负担。我们仅对其中六项主要税费的发生额进行了预测。结果显示,六项税费的平均总负担已占营利性医院全年业务总收入的 10.11%,而民营综合医院的年结余只占总收入的 14%,平均为 7.66%,税收比例远远超过了结余的比例。”^[7]

在医保定点资格授予方面,许多民营医院无法成为医保机构的定点医院。虽然新型农村合作医疗和城镇职工基本医疗保险没有在制度和政策上明确排斥民营医院成为医保定点医疗机构,甚至很多地方的文件中明确规定无论营利性还是非营利性民营医院,均可根据相关规定申请城镇职工基本医疗保险定点资格,但是在具体的实践中,医保定点资格的管理却设置了过高的门槛,民营医院很难进入。据张新庆等人的研究,“2006 年底,上海纳入医保定点的民营医院只有 25 家,占民营医疗机构的 7.2%。2008 年北京朝阳区有各类医疗机构 1 223 家,其中民营的为 576 家,医保定点民营医院为 21 家,仅占全部民营医疗机构的 3.6%。即使成了社保定点机构,在医疗费用项目、额度问题上又可能出现对民营医院

新的歧视。社会保险给同级的公立医院和民营医院的补偿标准有较大差距。”^[8]

2.2 竞争环境困境

经济学家米尔顿·弗里德曼认为,基于邻近影响、家长主义和对无知消费者的保护原则而实施的医疗服务准入限制,既限制了医疗服务的数量又降低了医疗服务合格的标准或医疗服务的质量,因而应该取消。^[9]但是,医疗服务中的不确定性是医疗服务市场的基本特征,而“制度可以被设计成人类对付不确定性和增加个人效用的手段”^[10],因此医疗服务市场实行市场准入具有一定的合理性。但是经济学上符合效率标准的医疗服务市场应该是充分竞争、完全公平的市场结构,因此在医疗服务的市场准入方面也应该一视同仁,但是我国目前对民间资本进入医疗服务市场审批很严格且不够透明。

据《2010年中国卫生统计年鉴》记载,目前我国无论是医院还是乡镇卫生院,民营机构只占据很小的比重,绝大多数都是政府所办;2009年公立医疗机构床位上占据绝对优势,民营医院床位占有率不到12%;2009年公立医疗服务机构在卫生人才占有上也处于绝对优势地位,民营医院占有率不到25%。这种非平衡的市场结构显然无法形成充分的市场竞争,使得民营医疗机构与公立医疗机构处于不公平的市场竞争环境之中。民营医疗机构购买大型医疗设备受到比较严格的控制,而且“民营医院在医院等级评审、卫生技术人员职称晋升、银行贷款、征用土地等方面还存在着较多限制和问题”^[11],在学术交流甚至科学研究等方面都受到相关部门的忽视,这些行为显然也不利于民营医疗机构的健康发展。

3 我国民营医院发展的理论分析

匈牙利经济学家雅诺什·科尔奈提出了福利部门改革竞争性原则,即“不应该存在国家所有和控制的垄断,允许在不同的所有制形式和协调机制之间存在竞争”^[12];产业经济学中著名的伯川德模型也认为即便是寡头垄断,如果价格竞争足够充分、激烈,市场的均衡价格也会等于边际成本^[13];否则,如果市场价格高于边际成本就意味着不完全竞争因素

或市场势力的存在。国外的相关研究表明,通过加强医疗服务市场竞争性的方法来降低医疗机构和医生所面对的需求价格弹性,可以促使医疗机构和医生提供更加合理的医疗服务,迫使医疗服务的市场价格趋向于其边际成本。

3.1 公私伙伴关系理论

基于物品和服务的分类原理分析了不同物品和服务的提供机制,区分了服务的提供、安排和生产等概念,撒瓦斯认为服务提供和生产的区分正是民营化的核心所在。^[6]本文认为,在我国医疗服务供给体系中应该实现角色转换,即生产者的角色由政府充当转化为由民营医院充当;尽管各国民营化形式多样,无论是合同承包、特许经营,还是出售、无偿赠与、民间补缺、放松管制等形式,归根究底是要公私部门之间合作构筑一种和谐的伙伴关系,而这种角色转换必须成为一个基点。

3.2 第三方治理理论

萨拉蒙教授提出了第三方治理理论,重新阐释了在美国广泛存在的政府与非营利部门之间伙伴关系的内在逻辑:因为非营利部门和政府在各自功能上的优势和不足,二者需要相互合作与相互依赖,才得以形成第三方治理机制。^[14]本文认为,我国医疗服务提供体系也需要建立第三方治理模式,即政府仅仅作为医疗服务的资金提供者和监管者,具体的医疗服务提供和生产则由第三方机构即非营利性组织开展。

4 我国民营医院发展的正面效应和负面效应

4.1 正面效应

我国卫生改革的实践证明,鼓励民营医院发展是促进我国卫生资源合理配置的重要途径,有利于提高卫生服务可及性和公平性。民营医院特别是非营利民营医院为大众提供了具有正外部效应的基本医疗服务,可以从整体上提高我国基本医疗服务的提供能力;而且非营利民营医院对于抑制医疗服务领域中的契约失灵可以发挥重要作用。许多民营医院在降低医疗服务价格和增加医疗服务提供数量的同时也确保了医疗服务质量和医疗技术水平,在发展中兼顾了经济效应和

社会效应,维护了基本医疗服务的公益性,承担了相应的社会责任;民营医院的发展在一定程度上可以促进医疗机构的合理竞争,间接推动了政府公共管理职能的转变。

4.2 负面效应

相反,民营医院的发展如果缺乏强有力制度约束,特别是任由利润最大化动机肆意支配,那么民营医院的发展一定会出现很多负面效应,比如腐败或私囊化、缺少社会正义、撇油脂现象等^[6],慈善不足、慈善的特殊主义、家长式作风和业余主义等。^[14]这些行为会损害基本医疗服务的公益性,会影响基本医疗服务均等化目标的实现。民营医院可能会凭借垄断优势提高消费准入价格;基于机会主义倾向而向患者隐瞒或谎报信息;民营医院基于利润最大化的驱动可能会采取逆向选择,针对患者进行有选择性的医疗服务提供;“民营医院之间的不正当竞争,部分民营医院重经济效益、轻社会效益,部分投资者‘投机性、功利性’的经营哲学,医疗安全得不到保证,民营医院的整体形象受到损害”。^[15]

5 我国民营医院发展的政策建议

公私部门伙伴关系理论和第三方治理理论的核心环节就是“将公共服务的提供者与出资者分开,让公共服务的消费者享有更多的选择服务提供者的权利”^[16],这是一种将筹资机制与激励机制巧妙融合在一起的制度安排,这其实与民营医院的设立初衷不谋而合;当然这必将引发公共服务供给机制的改革,2009年诺贝尔经济学奖获得者奥斯特罗姆提出了公共事务的治理可以存在多种组织和多种机制即多中心主义的新思路。^[17]本文认为,我国民营医院的发展可以采取一种比较稳妥的思路,即通过提供者或生产者之间的公平竞争获取委托授权比如合同承包、特许经营、补助和凭单等,从而实现医疗服务的民间提供或生产。民营医院可以与公立医院竞争委托合同,私人医疗卫生服务和公共医疗卫生服务都可以通过公平竞争的方式授予民营医院经营提供。我国民营医院这一发展路径的顺利实施有赖于相关的社会意识、政府职能以及其他配套措施的完善,因此本文提出以下政策建议。

5.1 转变社会观念,不把鼓励民营医院的发展与医疗卫生事业的公益性对立起来

鼓励民营医院发展的传统思想是以公立医院为主体,民营医院为补充,这种政策上的偏差诱导了民众对民营医院的偏见,比如公立医院比民营医院好、民营医院只是单纯的营利性的、民营医院不承担社会责任等,这些观念必然会制约民营医院的发展,甚至会引发民营医院的机会主义生存心态。其实,医疗服务提供者的所有制形式与医疗费用上涨之间没有明确的关联;民营医院的发展与社会公益之间没有必然的负相关。只要存在把医疗服务人员的收入与医疗服务数量联系起来的激励机制,无论公立医院还是民营医院都会千方百计的诱导需求,从而引发医疗费用的上涨;如果激励机制设计合理,那么民营医院也会承担社会责任,维护社会公益。^[18]政府只要能够设计一种有效方式向民间部门购买公共服务,那么民间部门不管是营利性的还是非营利性的都会承担社会责任;而且很多民间机构提供公共物品或服务的动机不是获取直接的收益,丹尼尔·B·克莱恩研究了美国早期的收费公路,发现早期的美国社会充分利用一种分享伦理与合作精神成功克服了搭便车的问题。^[19]

5.2 积极推动卫生管理体制变革,实现政府职能和角色的转换

传统的思维是直接通过市场失灵来论证政府干预的必要性,仿佛市场失灵是政府干预的充分条件,世界被机械单纯的划分为了市场和政府两个部分。其实政府的职能及在市场经济中所扮演的角色应该是多元化的,市场化绝对不是一种简单的零和博弈,市场与政府之间也不是绝对的二元对立关系,政府不应以强制性干预者的身份而是应该以参与者、协调者、监管者、合作者的身份介入市场。因此必须积极推进政府职能转换,首先在医疗服务的提供方面应该实现出资者和生产者的有效分离,政府通过委托授权把公共服务部分或全部向民营医院发包,通过这样的形式购买民营医院的服务;政府应该允许民营医疗机构通过争取服务合同向公众提供基本医疗服务甚至公共卫生服务。其次在积极促进民营医院发展的同时加强对民营医院的监管,纠正医疗服

务领域中的市场失灵现象,有效抑制民营医院的机会主义倾向,促使民营医院走向有管理的市场化,引导其积极承担社会责任、维护社会公益。

5.3 完善扶持政策,优化竞争环境,为民营医院发展营造良好外部氛围

明确界定医院分类管理概念,从学理上分析,“不应该存在公立医院和民营医院之分,只应该存在营利性医院和非营利性医院之分;在非营利性医院中又可以分为政府主办的非营利性医院和社会主办的非营利性医院,对不同主体主办的非营利性医院应该享有完全平等的法律地位和政策待遇”。^[20] 本文认为,民营医院应该以非营利性为主,因为大多数的医疗服务特别是公共卫生服务具有极强的正外部性,费尔德斯坦认为具有正外部性的医疗服务无法按照“谁受益,谁承担”的原则进行补偿;健全和完善医疗服务行业的市场准入制度,“国家应出台民营医院准入制度,让民营资本及民营医院进入医疗市场有法可依的轨道,把营利性民营医院纳入区域卫生规划,坚决把没有资格的投机者拒之门外,建立健全‘退出机制’”^[8];建议降低民营医疗机构纳入医保定点的门槛,同时放松对民营医疗机构自我发展(特别是在人事管理和技术交流方面)方面的限制;鼓励制度创新,为民营医院发展创造好的制度模式,比如为世界银行特别支持的 BOT(build-operate-transfer) 模式,它可以充分利用民间资本早日建成一些急需的基础设施,而且也为民营经营者提供了投资机会和商业机会,很多国家都采用了这种模式,例如泰晤士水务公司和巴西电信。^[21]

参 考 文 献

[1] 雷克斯福特·E·桑特勒. 卫生经济学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006.

[2] 曹荣桂. 推动我国民营医疗事业走上健康有序发展轨道[C]. 北京, 2002.

[3] OECD. The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries [M]. Bethesda, Maryland: Congressional Information Service, Inc., 1996.

[4] 颜世洁, 晏波, 朱勤忠, 等. 美国民营医院发展趋势、经验及借鉴[J]. 中国卫生资源, 2010, 13(2): 95-

97, 100.

[5] 王小万, 何平, 马晓静, 等. 我国民营医院发展的过程与特点[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 30-33.

[6] 撒瓦斯. 民营化与公私部门的伙伴关系[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.

[7] 浙江省温州市卫生经济学会. 税收政策应鼓励支持营利性医院发展[N]. 健康报, 2004-03-09.

[8] 张新庆, 陈虹, 刘大钺, 等. 十家民营医院执业环境不佳的诱因分析[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(10): 40-44.

[9] 米尔顿·弗里德曼. 资本主义与自由[M]. 北京: 商务印书馆出版社, 2004.

[10] 林毅夫. 关于制度变迁的经济学理论——诱致性变迁与强制性变迁[M]// 科斯, 阿尔钦, 诺斯. 财产权利与制度变迁. 上海: 上海人民出版社, 1994.

[11] 陈珞珈. 我国民营医院的现状、问题与发展建议[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 34-37.

[12] 科尔奈. 转轨中的福利、选择和一致性[M]. 北京: 中信出版社, 2003.

[13] 泰勒尔. 产业组织理论[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 1997.

[14] 萨拉蒙. 公共服务中的伙伴——现代福利国家中政府与非营利组织的关系[M]. 北京: 商务印书馆, 2008.

[15] 邹冠扬. 发展民营医院的公共产品理论分析[J]. 国际医药卫生导报, 2006(5): 119-127.

[16] 顾昕. 能促型国家的角色: 事业单位的改革与非营利部门的转型[J]. 河北学刊, 2005, 25(1): 13.

[17] 迈克尔·麦金尼斯. 多中心体制与地方公共经济[M]. 上海: 上海三联书店, 2000.

[18] 顾昕. 走向有管理的市场化[J]. 比较经济社会体制. 2005(6): 25-26.

[19] 丹尼尔·B·克莱恩. 公共产品的民间提供? 美国早期的收费公路公司[M]//经济学的寓言. 上海: 上海人民出版社, 2004.

[20] 王小万. 我国民营医院发展面临的问题及政策分析[J]. 江西社会科学, 2009(5): 24-30.

[21] 魏伯乐. 私有化的局限[M]. 上海: 上海三联书店, 2006.

[收稿日期:2010-09-27 修回日期:2011-02-24]

(编辑 刘 博)