

# 鼓励社会资本举办医疗机构政策探析

刘洋\* 高国顺

山西省卫生厅 山西太原 030013

**【摘要】**针对国家关于鼓励社会资本举办医疗机构的政策实施,文章分析了当前在投资、准入、人才、医保等方面制约社会办医的因素,提出了“专、精、优”的准入原则;同时,建议在明确政府和市场的责任边界后,充分放开社会资本办医的区域和领域;并优化民营医疗机构用人环境,解除医保定点障碍。

**【关键词】**社会资本; 民营医院; 医疗机构; 政策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.04.007

## Analyze the policy of encouraging social capital setting up medical institutions

LIU Yang, GAO Guo-shun

The Health Department of Shanxi Province, Shanxi Taiyuan 030013, China

**【Abstract】**To take advice for implementing the policy of encouraging and guiding social capital set up medical institutions. The paper analyzed the factors such as investment, human resources, health insurance which handicap the development of non-public medical institutions at present. The conclusions were been made that the large scale, high technology and professional access should be encouraged, moreover, the whole area and region should be full released base on the definition between government and market. Finally, improving the personnel use environments and eliminating the barrier of health insurance limited of private medical institutions are all proper ways in carrying out the policy.

**【Key words】**Social capital; Private hospital; Medical institution; Policy

为贯彻落实深化医药卫生体制改革精神,消除影响非公立医疗机构发展的障碍,2010 年年底,国务院办公厅发布了《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》(以下简称《通知》),本文希望通过对当前影响社会办医的因素解析,为落实《通知》建言。

## 1 社会资本办医现状

截至 2009 年底,我国现有各级各类医疗机构 30 多万家,其中非公立医疗机构约 14 万家。非公立医疗机构中医院有 5 736 家,占到了全国医院总数的 29%。<sup>[1]</sup>但非公立医院的床位、医师以及护理人员只占到全部总量的 1.4%、9.4% 和 0.8%,门诊量、入院人次只占总量的 7.7% 和 2.9%,均未超过 10%。<sup>[2]</sup>

以广东省为例,272 家非公立医院中,只有 2 家在 800 张床位以上,非公立医院万元以上设备拥有量只占全省总值的 7.8%,提供诊疗服务只占总量的 6%。<sup>[3]</sup>中西部地区的情况也大同小异。到 2009 年,山西省有非公立医院 117 所,占全省医院总数的 19%,但其中 100 张床位以上的仅有 3 家,非公立医院提供诊疗服务只占总量的 4%。<sup>[4]</sup>从门类上看,全国 80% 的非公立医院,集中在眼科、妇科、男科、牙科、医学美容、特需服务等领域<sup>[5]</sup>,而在大病种、大科室方面,还涉足不够。非公立医院的发展,呈现多而不强的状况。

目前非公立医院的运营多采取“大专科小综合”方式,即围绕一个或几个包括治疗、手术和护理在内的主要临床科室,开设放射科、检验科和影像科等医

\* 作者简介:刘洋,男(1974 年-),硕士,副主任医师,山西省卫生厅医管处副处长、新闻中心主任,主要研究方向为公共卫生管理。E-mail:dorctorliuyang@yahoo.com.cn

技科室,再辅以内科、中医、耳鼻喉等科室。伴随着非公立医院“小、多、散”特点的是虚假医疗广告、蒙骗患者事件时有发生。

## 2 影响因素分析

### 2.1 投资规模因素

投资医疗服务市场回报长期稳定,成熟地区可能有20%~30%的回报率<sup>[6]</sup>,而且会受经济周期的影响较小,颇受资金实力雄厚的大企业、大财团青睐。

根据卫生部2000年发布的《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》,医疗机构准入时根据自愿选择与政府核定相结合原则,需要划分为营利性或非营利性。但是,如果在准入时选择营利性,不仅要缴纳平均占医院收入11%左右的税,而且很难进入各类医保定点范围;如果选择了非营利性,其实际运营中的收支结余只能用于自身的发展而不能分红。这令资本市场上规模巨大、实力雄厚,但承担投资回报、资产增值职责的投资者望而却步。

另外,根据2000年颁布的《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》:“外商投资医疗机构必须用合资、合作的形式,且股份比例不得超过70%,独资不予批准。香港、澳门、台湾地区的投资者在大陆投资举办医疗机构遵照执行。”结果是许多较大的海外投资者也顾虑重重。目前北京市共有医疗机构9000余家,而中外合资、合作医疗机构却只有20余家,全国不足300家,并且投资规模都不大。<sup>[7]</sup>

大规模投资者不愿加入,海外投资者难以进入的结果是目前全国至少80%以上的非公立医院由福建莆田人个体创办<sup>[8]</sup>,规模普遍较小。这些中小投资者,迫于资金回笼压力,追求短期收益,但在医疗服务领域,需要前期积累客户资源和培养市场信任度,回报周期在5~10年以上,于是导致了目前许多非公立医院医院急功近利,坑蒙患者,转手更迭频繁。

### 2.2 准入因素

医疗行业是为群众健康提供服务的行业,需要严格准入。但是,目前在医疗机构准入规定和实践中对非公立医疗机构与公立医疗机构持不同标准。

例如,按照《医疗机构管理条例》,医疗机构设置

需要在具备了符合条件的营业场所、人员配备、仪器设备等条件后才能去申报和申请现场核查。许多情况下举办人耗费巨大的人力、物力,确定了各种条件后再去申报时,又会由于种种原因不获批准,只能推倒重来。但期间营业场所的重新租赁、已经聘任医护人员的薪酬等都给举办人造成较大损失。相反,公立医院在原有基础上增加床位,扩大编制,审批程序和条件要简单的多。于是,在近几年国家加大卫生投入的背景下,公立医院动辄扩大面积、新建高楼,甚至迁址兴建,非公立医院只能忘“公”兴叹。

再例如,区域卫生规划决定着一个时期内本区域卫生事业发展的方向和布局。区域卫生规划应以优化配置卫生资源为核心,围绕人群健康目标中心,对各类卫生资源合理配置。但许多地方对社会办医纳入区域卫生规划问题上与公立医疗机构持不同标准,如《天津市区域卫生规划(2001年—2010年)》只是要求“社会办非营利性医疗机构的医疗卫生资源,要纳入区域卫生规划范围”,而将社会办营利性医疗机构排除在规划以外。还有的地方在区域卫生规划中,虽然也提出要“倡导多元办医,充分发挥社会力量办医,形成多元化办医格局”,但同时又从卫生从业人员编制、医疗技术运用、大型医疗设备购置等具体方面向业已存在的公立医疗机构倾斜,没有为将来可能设置的非公立医疗机构留下空间,通过规划把非公立医疗机构发展排除在外。

### 2.3 人才因素

医疗行业是高度技术相关的行业,专业技术人才是影响非公立医院发展的直接因素。据医药英才网统计,2010年上半年非公立医院在对人才的需求较上年增加了30%。但现实是非公立医院花3~5倍于公立医院医师的薪酬,也很难招聘到合适的人才,许多非公立医院的专业技术人员以退休聘用和刚出校门毕业生两类为主,中间层次的医技人员严重缺乏,呈“哑铃式”结构。人才难以向非公立医院流动的主要原因是现有人事管理、职称评定、职业技能鉴定、专业技术和职业技能培训等制度的限制。

首先,按规定,医务人员参加职称评定需要具备科研课题、论文、专著等条件。非公立医院由于不是医学院校临床教学、实验基地,参加科研、教学条件

不具备,无法进行科研课题立项、科研论文撰写,它们的医务人员难以正常参加职称评定。其次,很多非公立医院的医生在学术交流、医学科研招标、临床重点学科建设、住院医师规范化培训时往往被卫生行政部门和医学学术团体排除之外,缺乏继续教育机会,无法跟上技术前沿。第三,目前我国品牌医院行列中,公立医院一枝独大,医生离开公立医院后,个人的品牌效应可能大大降低。所以公立医院医生主观上不愿意“屈就”到非公立医院。

其次,现行的医院人事管理制度、编制、补贴等问题短期内还没有出台相应的配套政策,也是限制人才流动的原因。为打破公立医疗机构对优质医师资源的垄断,弥补医疗人才资源的分布缺陷,国家从 2009 年开始推行“多点执业”试点,但云南省昆明市试点实行一年半,仅有 1 098 人办理,其中省级医院医生的比例不足医生总数的 5%。<sup>[9]</sup>究其原因,按照《卫生部关于医师多点执业有关问题的通知》,多点执业需经医师所在单位批准,公立医院管理者对意味人才资源外流性质的多点执业,主观上没有推动的动力;许多具备多点执业条件的骨干医生又同时担任科室或中层领导职务,受医院管理约束,无法到非公立医院多点执业;低年资医生又不具备多点执业规定的条件;甚至退休医生也忌于原来医院的福利待遇可能受影响而不敢到非公立医院执业。

## 2.4 医保定点因素

城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗保险、民政医疗救助、工伤保险、生育保险,每一个医疗保险定点的加入,对非公立医院的经营,以及融资都会是一个很重要的因素。新医改一项重要内容就是要建立覆盖全民的医疗保障体系。医改的很大一部分资金,是通过“补需方”的途径进行投入。2009 年医改方案启动后,中央财政就下达资金 311 亿元,用于城镇居民医保、新农合以及关闭破产企业退休人员和困难企业职工参保工作。<sup>[10]</sup>

但医保定点机构的审批权掌握在地方政府手中,各地在审批过程中,顾忌非公立医院的营利性质和监管难度,大都严格控制。到 2010 年,上海市 637 家非公立医院中,只有 54 家成为医保定点或医保购买专项服务单位,仅占 8%。<sup>[11]</sup>《陕西省新型农村合

作医疗省级定点医疗机构管理办法》明确将营利性医院排除在省级定点之外。有些省甚至将非营利性民营医疗机构也排除在新农合省级定点之外。

医保问题还左右着医院的发展方向。例如,城镇职工医保、城镇居民医保要求参保人就近自主选择一家或几家定点就诊医院作为首诊医院。但是,绝大多数居民会选择公立大医院而不选择非公立医院。所以,许多非公立医院即使成为医保定点也无法发挥其诊治常见病、多发病的功能,只有走“大专科,小综合”的道路。再例如,同一种医保,又有省级、市级、县(区)级统筹之分。如果一家医院只是成为县(区)级统筹定点,没有成为省级、市级统筹定点,所在辖区以外的患者就诊就无法获得补偿,导致医院的专科治疗服务范围局限,服务半径和服务能力大大减弱。为了扩大收益,许多非公立医疗机构只好采取“广泛撒网,多处布点”的发展方式,出现了一个城市里多家医院归属同一名投资者的现象。

除上述情况,非公立医院还面临着土地、财政补助、设备配置等多方面的限制。

## 3 政策建议

2003 年“非典”发生以来,尤其从 2009 年实施医改开始,我国对卫生事业投入大幅度增加,卫生工作蓬勃发展。但要彻底解决群众“看病难、看病贵”问题,单纯依靠财政投入和公立医院是不现实的,必须引入社会力量。原因一是到 2009 年,我国卫生总费用已超过 1 万亿元<sup>[1]</sup>,随着经济社会的发展,群众对健康的需求还会不断释放,单靠政府的力量无法得到充分满足,必须依靠社会的力量。二是社会办医会引入竞争机制,加速现代医院管理体系建立。三是社会办医有利于弥补政府办不好、办不了的领域和地区,形成优势互补的办医格局。

### 3.1 控制低成本、低水平、低档次重复投资,倡导“专、精、优”发展方向

从全国来看,虽然现阶段非公立医院总数已经占到了医院总数近 1/3<sup>[1]</sup>,但规模普遍偏小,条件较差,服务能力较弱,服务范围单纯。还不能与公立医院抗衡,作为公立医院“有益补充”的局面而远未形成。

医疗服务投资是长期投资,急功近利不可持续。

低成本、低水平、低档次机构重复设置过多的结果必然会导致追求短期回报,恶性竞争泛滥,为了在有限数量患者身上获得利益最大化而诱导消费,甚至出现套取医保资金等违法行为。

所以,在制定、修订区域卫生规划和其他医疗卫生资源配置规划时,要按照“服务上水平、规模上等级、质量上档次”的原则,对非公立医疗机构的数量、规模和布局进行科学规划,统一布局。采取一方面控制“小、多、散”医疗机构设置,一方面引导有条件的非公立医疗机构向高水平、高技术含量、社会信誉良好的大型医疗集团发展。通过资源整合、连锁经营、托管共建等方式逐步使目前规模小、层次低、专科特色不明显的非公立医疗机构,走向“专、精、优”的发展方向。

### 3.2 明确政府和市场在医疗机构发展中的责任边界,充分放开社会资本服务区域和领域

公共卫生产品存在着显著的外溢效应,具有有效的非竞争性和不可分割性,以及受益的非排他性,是一种纯公共产品。政府必须承担起公共卫生供方的全部职责,向社会所有成员免费提供。

基本医疗服务具有准公共产品属性。据世界银行估算,如果基本医疗服务有效覆盖 80% 的人口,就能使发展中国家减少 32% 以上的疾病和疾病负担。<sup>[12]</sup>但医疗卫生行业的专业性强,医疗服务供给者(医院和医生)与消费者(患者)在信息和权利上不对等,供给的增加并不一定会带来医疗费用的降低,相反有可能造成局部医疗资源过剩、过度医疗和药品滥用。所以,实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,单纯依靠市场行不通,政府也要充分发挥宏观调控职能。

非基本医疗卫生服务则由个别消费者所占有和享用,具有敌对性、排他性和可分性,是私人产品,应该充分发挥市场的作用。同时,随着经济发展和人民生活水平的提高,国家对医疗卫生的资源投入比重必然持续提高。2009 年,中国卫生费用已经占到 GDP 的 5% 左右<sup>[1]</sup>,预计 2020 年中国将会成为仅次于美国的全球第二大医疗市场。<sup>[9]</sup>事实上,美国投入了占 GDP 17.6% 的卫生经费仍然没有很好解决医疗卫生问题。<sup>[2]</sup>日益增大的医疗卫生费用全部由政府

负担,不现实也不可能,必须把社会力量能做的领域放开,发挥市场作用。

同时,市场经济的属性决定了社会资本在经济条件差、边远、落后的基层地区难以发挥作用。要提高医疗卫生服务的公平性、可及性,政府还必须负责市场做不到的区域,负责构建基层医疗卫生服务体系,这也是医改方案确定的方向。对那些基础条件好、城市、发达地区,应该优先考虑发挥社会力量,用市场杠杆进行配置。

由此,政府和市场在医疗卫生发展中的责任边界应该界定为:政府主要在公共卫生和基本医疗领域和基层地区发挥主导地位,其余的区域如果具备医疗卫生服务和市场机制可面向市场放开,由居民个人承担经济责任,推动社会成员之间的“互保”,鼓励企业在自愿自主的基础上,为职工购买补充形式的商业医疗保险。

### 3.3 推动人事制度配套改革,优化非公立医疗机构用人环境

第一,要随着国家劳动用工制度和事业单位人事制度改革的深入,出台和制订非公立医疗机构人事制度配套政策、制度,落实《通知》对非公立医疗机构医务人员劳动合同、社会保险实施、人员合理流动的要求,有关单位和部门应按有关规定办理执业变更、人事劳动关系衔接、社会保险关系转移、档案转接等手续。

第二,积极推行医师多点执业。建立合理的人才使用成本分担机制,明确培养机构和拟聘机构之间职责,通过市场和合约来规范三方权益。同时,探索开展团队身份的多点执业,医师个人作为团队的组成,由主要技术力量、重要的辅助科室、主要功能科室,整体打包进行多点执业,主要技术岗位可以采取 A/B 角色岗位配置。这样,既能够保证医疗质量和医疗安全,又解决医师执业过程中个人的时间、精力调配。还要放宽对医师执业活动的时间、地点数量等硬性限制。尤其要放宽中级职称医师执业地点的限制,从一切有利于发挥医师的积极性、能动性,有利于缓解群众看病难、看病贵的原则出发,真正盘活卫生人才资源。

第三,要加强对非公立医疗机构的技术指导,按

照非公立医疗机构等级,将其纳入行业培训等日常指导范围。在开展医疗卫生专业技术人员继续教育、技能人才职业技能培训、全科医生培养培训和住院医师规范化培训等专业人员教育培训时,要考虑非公立医疗机构的人才需求,统筹安排。

### 3.4 放宽医保定点与加强监管相结合,发挥杠杆调控作用

《通知》要求,不能将投资主体性质作为医疗机构申请成为医保定点机构的审核条件,符合条件的非公立医疗机构,只要执行政府规定的医疗服务和药品价格政策,符合相关规定,都要将其纳入各级各类医保的定点服务范围,并执行报销政策。

目前社会资本举办的医疗机构多为营利性质,许多地方将其排斥在医保定点之外的原因,多因为营利性医疗机构的医疗服务价格实行市场调节价,医疗服务和药品价格与医保目录的规定不一致,担心有限的医保资金通过营利性医疗机构损失。

其实,在规范营利性医疗机构医疗服务价格方面,国家都有明确要求。要求医疗服务项目和内容根据《全国医疗服务价格项目规范》来设置,做到质价相符;又规定营利性医疗机构的政府定价药品不得超过规定的价格水平,市场调节价药品不得超过生产企业制定的零售价格。在信息、管理体系的支撑下,部分地区已经开展了在营利性医疗机构中,对参保患者按照与非营利医疗机构统一的医疗服务和药品价格收费,同时,通过执行医疗服务价格公示制度、医疗费用一日清单制度和加强监管,将营利性医疗机构也纳入到医保定点范围的做法。

医保定点要成为激励非公立医疗机构提高服务质量,降低服务成本的杠杆,而不是限制社会办医的限制。在放宽直至解除关于医保定点范围限制的同时,还要结合医保制度改革,努力实现医保关系转移

无障碍,异地就医结算“零距离”,建立覆盖城乡、跨制度、跨地区的医保机制,为非公立医疗机构发展创造条件。

### 参 考 文 献

- [1] 2009 年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. (2010-04-09) [2011-02-28]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/201004/46556.htm>.
- [2] 周春红,徐爱军,杨学伟,等. 我国非公立医院的发展现状及对策[J]. 医学与社会, 2010, 22(11): 35-38.
- [3] 广东省民营医疗机构的现状和对策[EB/OL]. (2011-01-20)[2011-02-28]. [http://zx.39.net/a/2011120/1598525\\_1.html](http://zx.39.net/a/2011120/1598525_1.html).
- [4] 2009 山西卫生统计年鉴[M]. 太原: 山西人民出版社, 2011.
- [5] 刘巍. 速读[J]. 中国医院院长, 2008(3): 1-2.
- [6] 孙桂芬,孙远玲,于润吉. 民营医院发展六种模式分析[J]. 中国卫生资源, 2004, 6(2): 55-56.
- [7] 邱巍. 中外合资医疗机构对国内医疗事业的影响? [J]. 上海商业, 2006(1): 62-65.
- [8] 江昊宇,胡进. 莆田医疗资本谱系大起底[N]. 时代周报, 2009-02-12.
- [9] 姚魁. 多点执业须有道可循[J]. 中国卫生人才, 2011(1): 38-40.
- [10] 江国成. 中央财政 716 亿元注入医改[N]. 健康报, 2009-08-11.
- [11] 黄霞燕,应晓华,王群,等. 上海发展民营医疗机构的政策建议[J]. 中国卫生资源, 2010, 22(1): 17-18.
- [12] 刘军民. 过度市场化与高度分权化:中国医疗卫生改革的双重误区[J]. 卫生经济研究, 2005(12): 20-23.

[收稿日期:2011-03-02 修回日期:2011-03-29]

(编辑 刘 博)