

中国社会办医的现状分析

刘国恩^{1,2*} 官海静² 高 晨²

1. 北京大学光华管理学院 北京 100871

2. 北京大学中国卫生经济研究中心 北京 100871

【摘要】通过系统分析中国社会办医的现状,为进一步促进社会办医提出政策建议。根据国内外文献,社会办医疗机构和公立医疗机构在医疗费用和服务质量方面并没有显著差异,并且由于社会办医促进市场开放与公平竞争,公立医院和整个医疗卫生服务市场的绩效也因此有所提高(正向溢出效应)。尽管如此,由于中国长期计划经济自上而下的资源配置与行政干预,社会办医长期未能得到健康发展,主要政策障碍包括准入方面存在隐形限制、经营方面缺乏税收鼓励、用人方面缺少优质医师资源。因此,建议调整区域卫生规划的功能从“封顶”向“兜底”过渡,尽快制定有利于社会办医的土地政策和人才政策,进一步完善相关配套措施,促进社会办医在中国的健康发展。

【关键词】社会办医; 民营医院; 卫生体制改革

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.009

Analysis on status quo of private care in China

LIU Gordon^{1,2}, GUAN Hai-jing², GAO Chen²

1. Guanghua School of Management, Peking University, Beijing 100871, China

2. China Center for Health Economic Research, Peking University, Beijing 100871, China

【Abstract】This paper systematically analyze the development and challenges of private health care in China in order to provide policy recommendations. Consistent findings from China and abroad indicate private healthcare providers have comparable or better outcomes than public healthcare providers in terms of cost and quality. There is also a spill-over effect on public hospitals and the health delivery system from private providers. However, the existing policy environment does not support the roles of private providers, including poorer invisible barriers in market access, heavier taxes, limited high-quality human resources, and inequitable regulations. These all hinder the development of private providers in China. We recommend that efforts be made to implement relevant health reform policies, including optimizing regional health planning, promoting multisite doctor practice, and improving supporting policy interventions, contributing to improvement in the capacity and efficiency of health service delivery system development of private care in China.

【Key words】Private care; Private providers; Health system reform

1 社会办医的政策背景和意义

2009 年启动的深化医药卫生体制改革旨在从制度上系统解决“看病难、看病贵”问题,经过四年的医改实践,政府在卫生服务的筹资和支付方面取得了成效。至 2011 年底,国家基本医疗保障制度已经覆

盖了超过 13 亿人口,这有助于缓解“看病贵”问题,但“看病难”问题仍然严峻。从经济学角度看,“看病难”问题的实质是卫生服务的供应短缺和体系结构问题,即卫生资源总量,尤其是优质卫生资源不足、分布不均。

2005—2011 年,中国诊疗人次和入院人数年均

* 作者简介:刘国恩,男(1958 年—),教授,博士生导师,主要研究方向为卫生经济、卫生政策。E-mail: ggliupku@gmail.com

表1 2005—2011年中国居民卫生服务利用和供给情况

指标	2005	2008	2009	2010	2011	年均增长率(%)
卫生服务利用						
诊疗人次(亿次)	40.97	49.01	54.88	58.38	62.71	7.35
入院人数(万人)	7 184	11 483	13 256	14 174	15 298	13.43
卫生总费用(亿元)	8 659.91	14 535.40	17 541.90	19 980.40	24 269.00	18.74
人均卫生费用(元)	662.30	1 094.52	1 314.30	1 490.10	1 820.00	18.35
卫生服务供给						
医院数(个)	18 703	19 712	20 291	20 918	21 979	2.73
医院床位数(万张)	244.50	288.29	312.08	338.74	370.51	7.17
执业医师(万人)	204.21	220.19	232.92	241.33	246.61	3.19
注册护士(万人)	134.96	167.81	185.48	204.81	224.40	8.84

数据来源:《中国卫生统计年鉴2012》

增长7.35%和13.43%,卫生总费用和人均卫生费用年均增长18.74%和18.35%;与之相比,医院数和床位数年均增长2.73%和7.17%,执业医师和注册护士年均增长3.19%和8.84%(表1)。这说明,中国居民对卫生服务实际利用的增速快于卫生服务供给,从而进一步加剧了卫生领域供需矛盾。要缓解供需矛盾,必须在提高资源供给的同时提高配置效率。

医疗机构分为公立和非公立两类,两者提供服务之和构成医疗卫生服务总供给。从增大供给的方式来看,可以分为内外两方面:从内部,提高现有公立医疗机构效率,进行存量改革;从外部,进一步开放医疗服务市场,鼓励社会办医。2009年以来,中央政府为引导和鼓励社会办医,颁布一系列政策和文件,明确了社会办医方向、领域和重点(表2)。2012年,卫生部颁布的《做好区域卫生规划和医疗机构设置规划促进非公立医疗机构的通知》提出“2015年非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的20%左右”的目标,并在“调整和新增医疗卫生资源时,在符合准入标准的条件下,优先考虑由社会资本举办。”

优化社会办医条件、动员社会力量兴办医疗机构,对医疗市场将带来两个方面的积极影响:第一,减少政府财政负担。新建、扩建医疗机构,尤其是大型医疗机构,投入大、工期长,政府投入尤其是地方基层财政必然面临越来越大的压力。若能动员社会力量,发挥融资和效率的优势,既能减少政府财政负担,又有利于有效增强总服务供应能力。第二,满足多元化的医疗卫生服务需求。公立医疗机构以公益性为基础,定位于满足基本医疗服务需求。但伴随

中国的快速经济增长和全球化进程,国民医疗服务需求不断提升和日益多元化,社会办医在提供相应的优质、多元和特色化服务方面具有巨大的优势和潜力。

表2 2009—2012年中央政府关于社会办医的主要政策文件

时间	文件名称	提高效率	增加供给
2009	《关于深化医药卫生体制改革的意见》(简称《意见》)	引导社会资本以多种方式参与包括国有企业所办医院在内的部分公立医院改制重组	鼓励社会资本依法兴办非营利性医疗机构
2010	《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》(简称“38号文”)	鼓励社会资本参与公立医院改制	放宽社会资本举办医疗机构的准入范围 调整和新增医疗卫生资源,优先考虑社会资本
2012	《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》	鼓励社会资本对部分公立医院进行多种形式的公益性投入	鼓励非公立医疗机构向高水平、规模化的大型医疗集团发展

2 文献回顾:社会办医的效果与作用

中国医疗服务市场是否应该引入竞争机制?学者们对此分歧明显。有学者认为,政府应鼓励民营医院和公立医院在相同环境中展开公平竞争,并认为这将有助于提高医疗服务的供给效率,降低医疗服务的成本。这种判断的主要理由是相比中国的公立医院,民营医疗机构机制灵活、管理严格,更能够适应市场、满足病人的医疗服务需求,进而带来更优的医疗产出;同时,社会力量进入医疗市场后,将带来市场竞争,促进公立医疗机构改变其与市场经

济发展不相适应的管理体制和运行机制,从而缓解看病贵、看病难问题。^[14]持相反观点的学者认为,医疗卫生服务市场的特殊性导致竞争未必带来效率的提高与成本的降低,必须坚持公立医疗机构的主导地位,谨慎对待社会办医。这种观点的主要理由是社会办医疗机构作为企业,其核心目标是追求利润,这种趋利动机和行为不仅会增加患者的费用负担,还存在潜在的医疗质量风险。^[5-6]学者们的争论反映了一个核心问题,即社会办医疗机构的绩效与作用问题,本文尝试从国内外实证研究中寻找证据。

2.1 国际研究:民营医院和公立医院的绩效差异不显著,各具优势

国际上对医疗机构产权的比较研究主要集中在营利性而非营利性医疗机构之间,对公立和民营医疗机构差异的研究相对较少。

费用方面,Shen 等根据 1990 年以来发表的近 40 篇关于美国不同所有制医院的比较文献,详细分析了不同所有制医院在成本、收入、利润率与效率等方面的指标,结果发现医院所有制的异同对费用没有显著影响,即民营医院(包括营利与非营利两类)与公立医院在费用水平上并无差异。^[7] Kessler 等分析 1985—1996 年美国城镇老年心脏病患者数据,结果发现有营利性医院地区的住院费用比没有营利性医院地区低约 2.4%。^[8]

质量方面,Eggleston 等回顾了 1990 年以后的 31 篇研究美国不同所有制机构医疗质量的文献,综合估计不同类型医院的死亡率、患者不良反应(比如术后并发症、医疗错误)等指标,发现民营医院在质量方面的表现与公立医院类似甚至略优于公立医院。^[9] Shen 对美国各类医疗机构急性心肌梗塞患者的治疗效果进行了研究,发现营利性医院和公立医院的不良结果发生率比非营利性医院高 3%~4%,当非营利性医院转成营利性医院后,该不良后果发生率还会增加 7%~9%。^[10] 全球健康组织(Global Health Groups)通过对 21 篇文献的系统综述,对中低收入国家的医疗机构进行比较研究,结果发现民营医院的死亡率明显低于公立医院,但是公立医院肺结核的治愈率稍高。^[11]

2.2 中国研究:民营医院的效果和作用初显

中国各地社会办医的试点和实践正在开展,相关数据难以及时获得,因此,现阶段中国对于社会办医的实证研究相对缺乏。

费用方面,有研究对台州市 17 家民营医院和 31 家公立医院进行对比分析,发现民营医院的药品收入比例和人均住院费用明显低于公立医院。^[12] 课题组前期使用国务院城镇居民基本医疗保险试点评估入户调查(简称“城居保调查”)数据进行分析,发现在同等条件下(控制年龄、性别、病种、疾病严重程度、医疗机构级别等),民营机构比公立机构的医疗费用低。^[13]

质量方面,通过广东、山西和四川的 150 户城乡家庭问卷调查,对公立和民营医疗机构的患者满意度进行了研究,结果发现,对于技术性方面,如临床环境、诊疗标准、自主选择医生的能力等,公立医院的满意度高于民营医院;对于服务性方面,如挂号效率、位置方便程度、医生态度、等待时间等,民营医院的满意度则高于公立医院。^[14] 基于“城居保调查”数据,在控制了医疗机构、患者人口学特征、就诊过程、城市及年份变量后,发现民营医疗机构与公立医疗机构在患者满意度方面无显著差异。^[13]

中国相关研究还发现,发展民营医疗机构对公立医疗机构的发展具有正向的溢出效应。在民营医疗机构认可较高的城市中,整个城市的医疗机构、公立医疗机构和民营医疗机构的患者满意度均有所提升。^[13] 有研究利用中国省级统计数据发现,营利性医疗机构参与医疗市场竞争,有效降低了卫生部门综合医院的人均门诊费用和住院费用。^[15]

3 国内外公立与民营医疗机构的现状

3.1 国际分布

公立医院与民营医院在不同国家的分布差异较大,但如果将全球大多数国家医疗服务体系中民营医院所占比例进行平均,可以发现民营医院与公立医院的分布大致均衡,说明民营医院在医疗服务供给方面发挥了不可或缺的作用。同时,民营医院的平均规模相对较小,就全国而言,民营医院床位数占总数的 1/3 左右(表 3)。^[4]

表3 部分国家民营医院的机构数及床位数在医疗服务体系中所占的比例(%)

国家	机构	床位
荷兰	100.00	100.00
韩国	94.26	85.78
美国	74.23	74.19
日本	82.02	73.46
巴西	58.71	64.61
比利时	70.00	62.30
德国	73.77	59.32
菲律宾	59.86	49.71
印度	70.00	40.00
法国	67.47	36.59
西班牙	59.35	33.48
意大利	55.74	31.66
澳大利亚	26.96	30.41
希腊	N/A	30.33
奥地利	41.95	28.55
葡萄牙	53.76	26.74
墨西哥	71.14	24.01
南非	N/A	21.00
智利	45.93	20.43
新西兰	47.65	19.64
英国	9.07	15.30
以色列	31.40	14.71
捷克	36.72	14.22
土耳其	33.41	14.02
波兰	31.66	12.28
中国	30.75	10.52
爱沙尼亚	35.59	9.69
挪威	N/A	9.24
丹麦	N/A	5.15
芬兰	21.99	3.97
爱尔兰	13.73	3.11
匈牙利	23.43	3.11
卢森堡	50.00	N/A
印度尼西亚	49.38	N/A
加拿大	40.43	N/A
哥伦比亚	27.50	N/A
瑞典	11.10	N/A
平均	48.45	32.11

数据来源:国务院医改办研究报告

3.2 中国现状

由于计划经济体制的长期影响,中国医疗卫生领域形成了以公立医院为主体的医疗卫生服务体系。

目前,在医疗卫生服务供应中,公立医疗机构从数量、人员、资产,到提供的门诊、住院服务量都占主导地位,相对而言,非公立医疗力量相当薄弱。2005—2011年,民营医院数量逐年上升,年均增长17.42%,公立医院数量逐渐下降;从床位数量上看,民营医院和公立医院年均增长21.41%和5.89%(表4)。这说明近几年民营医院取得较快发展。但

是,直到2011年,公立医院和民营医院实际承担的服务量仍然相当悬殊(表5)。这说明一方面民营医院与公立医院规模差距很大,另一方面民营医院具有广阔的发展空间。

表4 2005—2011年中国公立和民营医院数量和床位数

指标	2005	2008	2009	2010	2011	年均增长率(%)
医院数(个)						
公立医院	15 483	14 309	14 051	13 850	13 539	-2.21
民营医院	3 220	5 403	6 240	7 068	8 440	17.42
医院床位数(万张)						
公立医院	230.09	260.96	279.25	301.38	324.37	5.89
民营医院	14.41	27.32	32.82	37.37	46.15	21.41

数据来源:《中国卫生统计年鉴2012》

表5 2011年中国公立和民营医院服务提供情况

指标	诊疗人次数		入院人数	
	数值(亿人次)	构成比(%)	数值(万人)	构成比(%)
公立医院	20.53	90.9	9 708	90.3
民营医院	2.06	9.1	1 047	9.7
合计	22.59	100.0	10 755	100.0

数据来源:《中国卫生统计年鉴2012》

4 中国社会办医遇到的政策机遇和障碍

4.1 整体政策逐渐“松绑”,准入细节尚存不公

符合医疗机构设置规划是举办医疗机构的基本前提,也是卫生行政部门审批医疗机构的主要依据。国务院“38号文”规定:各地在制定和调整本地区区域卫生规划、医疗机构设置规划和其他医疗卫生资源规划时,要给非公立医疗机构留有合理空间;需要调整和新增医疗卫生资源时,在符合准入标准的条件下,优先考虑由社会资本举办医疗机构。自从温州市被国务院列为全国首个社会办医试点城市以来,北京、上海、深圳、成都等地相继公布了鼓励社会办医的相关政策,力求对政府办医和社会办医“一碗水端平”,享受同等待遇。这在宏观政策层面破除了社会办医的准入障碍,有助于鼓励社会办医。

但是在实际操作层面,阻碍社会办医的隐形“玻璃门”仍然存在,比如土地资源配置不利于社会办医。创办医疗机构是一项长期投资,需要基于一定的人口密集程度,但是,城市中绝大部分人口聚集区的土地已被公立医院占据,新增医疗机构只能往城市周边延伸,这些地区人口稀疏,卫生服务需要较少,不利于社会办医的健康成长和发展。

4.2 税务激励作用尚未充分发挥

根据相关文件规定,营利性医疗机构需要缴纳企业所得税、营业税、城建税、教育附加费等相关税费。根据测算,所得税与营业税的税收负担占到 8% 左右。2008 年“新税法”颁布后,企业所得税由 33% 降为 25%。2010 年出台的“38 号文”规定社会办医“用电、用水、用气、用热与公立医疗机构同价”,同时还免除了营利性医疗机构的营业税,这些都进一步减轻了民营医院的税务负担。但整体而言,民营医疗机构在经营方面面临的税负仍然过高,主要体现在两个方面:

第一,根据“38 号文”,医疗卫生行业是国家鼓励发展的产业,但相对国家鼓励的其它行业(如技术先进性服务企业只需交纳 15% 所得税)其所得税率仍然高出 10%。第二,根据现有规定,营利性非公立医疗机构在卫生部门注册后,享有 3 年的免税期限。但是,营利医疗机构在卫生部门注册后还需到工商部门注册,时间通常较长,使得免税期限显著“缩水”。同时,医疗行业是知识密集型的高科技、高风险产业,医疗机构从创办到形成一定的服务能力,必须要有较长的资本积累过程。现实中,3 年的“免税期限”很难真正促进民营医疗机构的壮大与健康成长,从而影响社会办医发挥更大作用。

4.3 缺乏吸引和培养优秀人才的有效机制

中国的医疗人才尤其是高端医疗人才大多集中在大型公立医院,人才匮乏成为社会办医最重要的瓶颈之一。“38 号文”已提及“优化非公立医疗机构用人环境”,由于缺乏相关的配套政策和文件,社会办医的用人环境仍然严峻,主要体现在两个方面:

第一,现行卫生人事制度不利于人才向民营医院流动。国家医改方案明确鼓励医生多点执业,且在昆明、成都、北京、广东等地相继试点,但是相关法律法规、社会保障、学术晋升等配套措施尚不完善,造成医生流动缺乏动力。尤其是医师申请多点执业需要现有单位允许,公立医院拥有人财物、技术、品牌的绝对优势,很容易设置各种障碍,导致医务人员的自由流动成为难题。第二,缺乏人才培养的有效机制。人才培养需要长期投入,但是,民营医院自筹资金有限,与公立医院相比缺乏政府财政与科研项目支持,尤其难以成为医学院校的教学医院,所以民

营医院很难培养出自身的卫生人才。有时候,即便民营医院愿意投入资金进行人才培养,也可能找不到接纳的公立机构。

5 政策建议

5.1 完善区域卫生规划,为社会办医留足发展余地

区域卫生规划的核心作用应该是“兜底”,即确保由政府提供的卫生服务能满足当地居民的基本卫生服务需要,而不是“封顶”,即实现“保基本”之后,不允许更多的医疗机构为当地居民提供多层次的卫生服务。因此,建议将目前区域卫生规划中“统筹各方资源,科学规划卫生资源的总量、结构和布局”的表述改为“统筹政府卫生资源,科学规划政府卫生资源的总量、结构和布局”。调整之后的表述不仅可以明确政府的责任,而且可以真正为社会办医留出发展空间,使区域卫生规划不再成为一个“限制政策”,而是一个“保本”与“放活”并行的卫生政策。各地政府应该放下对社会办医的歧视,切实将“38 号文”落实到实践中,为社会办医提供公平的准入和发展环境。

5.2 推动医师多点执业,创造医疗人才流动市场

社会办医最缺乏的是医疗卫生方面的专业人才。既往研究发现多点执业促进了医师输入医院(包括民营医院)的发展,尤其是多家民营医院通过采取聘用公立医院知名医师进行多点执业的方式提高了声誉,经营状况得以改善。^[13]鉴于中国基本国情,多点执业改革应当从卫生人事制度、健全法律法规、建设信息平台等方面着手,促进优质医师资源“下沉”与自由流动,为新兴的社会办医、社区诊所创造必要的人才流动市场。^[16]

5.3 完善政策配套措施,优化社会办医环境

准入方面,增强区域卫生规划的执行透明度,并以实际技术水平和医疗产出结果作为医院诊疗科目准入标准。税务方面,降低营利性民营医疗机构的企业所得税率,建议采纳与创新行业等同的优惠税率以鼓励社会办医。适当延长新办营利性民营医疗机构的“免税期限”,建议从现行的 3 年放宽至 6 年。人才方面,尽快推动卫生人事制度改革,以促进多点执业的试点和推广,鼓励医学院校与民营医院合作培养临床医学人才,探索各方受益的人才流动与培养机制。监管方面,卫生行政部门应完善监管内容,

在“管办分开”的前提下对区域内全部医疗机构进行全行业统一管理、平等监管。同时,加强医疗机构的信息化建设,构建公共信息平台,充分发挥行业协会等第三方力量的作用。

参 考 文 献

- [1] 刘国恩. 鼓励社会力量办医将演绎医改新局[N]. 健康报, 2011-01-03.
- [2] 周其仁. 这算哪门子“市场化”? 病有所医当问谁[M]. 北京: 北京大学出版社, 2007.
- [3] Liu G G, Li L, Hou X, et al. The role of for-profit hospitals in medical expenditures: evidence from aggregate data in China [J]. *China Economic Review*, 2009, 20 (4): 625-633.
- [4] 北京大学中国卫生经济研究中心. 国务院医改办研究报告: 优化社会办医环境, 推进公立医院改革[R]. 2011.
- [5] 葛延风. 国务院研究机构称我国医改工作基本不成功 [EB/OL]. [2005-07-29]. http://news.xinhuanet.com/newscenter/2005-07/29/content_3281414.htm
- [6] 北京大学中国经济研究中心医疗卫生改革课题组. 江苏省宿迁地区医改调研报告[R]. 2006.
- [7] Shen Y C, Eggleston K, Lau J, et al. Hospital Ownership and Financial Performance: What explains the Different Findings in the Empirical Literature? [J]. *Inquiry*, 2007, 44(1): 41-68.
- [8] Daniel Kessler, Mark McClellan. The effects of hospital ownership on medical productivity[R]. NBER Working paper No. 8537, 2001
- [9] Eggleston K, Shen Y C, Lau J, et al. Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? [J]. *Health Economics*, 2008, 17 (12): 1345-1362.
- [10] Yu-Chu Shen. The effect of hospital ownership choice on patient outcomes after treatment for acute myocardial infarction [J]. *Journal of Health Economics*, 2002 (21): 901-922.
- [11] The Global Health Groups. A comparison of health outcomes in public vs. Private settings in low- and middle-income countries[R]. 2011.
- [12] 沈清, 徐素艳. 浙江省民营医院的运行情况调查[J]. *中国卫生经济*, 2007, 26(8): 56-58.
- [13] 北京大学中国卫生经济研究中心. 中国医改政策的经济学分析[R]. 2011.
- [14] Lim M K, Yang H, Zhang T, et al. Public perceptions of private health care in socialist China [J]. *Health Affairs*, 2004, 23(6): 222-234.
- [15] 李林, 刘国恩. 我国营利性医院发展与医疗费用研究: 基于省级数据的实证分析[J]. *管理世界*, 2008(10): 53-63.
- [16] 房珊杉, 刘国恩, 高晨. 昆明: 医师“多点执业”探路 [J]. *中国社会保障*, 2011(10): 78-79.

[收稿日期:2013-01-11 修回日期:2013-07-25]

(编辑 刘 博)