

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

社会办医专刊

2011年 第4卷第8期  
(总第34期)

上海市卫生发展研究中心

2011年12月20日

**编者按** 非公立医疗机构是我国医疗卫生服务体系不可或缺的组成部分，国家和本市医改方案均明确指出鼓励和引导社会办医发展。了解社会办医整体运营现状、明确其发展面临的瓶颈、加强对社会办医的经济监管对于正确引导本市社会办医健康、有序发展具有重要意义。本期摘编了“上海发展社会办医政策研究”课题研究成果；根据中心组织召开的社会办医发展专题座谈会讨论结果整理了《上海市社会办医政策诉求》；特邀上海第二军医大学田文华教授撰写了《社会资本举办非营利性医疗机构经济监管的研究》一文。此外，还邀请了复旦大学周萍博士根据其为期3个月的实地考察学习，撰文介绍台湾长庚医院的管理特色。谨供领导和同志们参考。



## 卫生政策研究进展

2008年11月创刊

第4卷第8期(总第34期)

2011年12月20日

(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市北京西路1477号801室  
邮编:200040  
电话:021-22121869  
传真:021-22121879  
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com  
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光 肖泽萍  
夏毅

主编: 胡善联

常务副主编: 刘雪峰

副主编: 付晨 丁汉升

编辑部主任: 王贤吉

编辑: 李芬 信虹云

高广文 谢春艳

何江江 彭颖

王月强 王力男

杜丽侠 许明飞

薛佳 徐晓敏

上海市连续性内部资料准印证

(K) 第0649号

# 目 次

## 专题研究

上海市社会办医发展现状	1
一、上海市社会办医发展现况	1
二、上海市社会办医发展模式及问题	4
三、上海市社会办医发展的根源问题	7
四、政策建议	8

上海市社会办医发展政策诉求	11
一、本市民办医疗机构发展面临的问题	11
二、引导本市民办医疗机构发展的政策建议	14

社会资本举办非营利性医疗机构经济监管的研究	16
一、国外相关经验借鉴	16
二、非营利组织监管的理论和方法	17
三、社会资本举办非营利性医疗机构经济监管评价体系	18
四、相关建议	22

## 他山之石

台湾长庚医院“合理化管理”研究	24
一、管理架构	24
二、制度体系	27
三、管理运营模式	29
四、激励机制	33
五、结语	36

## 文件转载

国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励 和引导社会资本举办医疗机构意见的通知	37
国务院医改办公室负责人就鼓励引导社会资本办医意见发布 答记者问	46

## 上海市社会办医发展现状<sup>\*</sup>

**【摘要】**本文从资源配置、服务效率等方面比较分析了上海市民办医疗机构与全市医疗机构以及民办医疗机构中营利性医疗机构与非营利性医疗机构、提供不同类型服务的医疗机构的发展状况，总结了本市社会办医的主要模式及其存在的问题，提出了完善社会办医管理的政策建议。

**【关键词】**社会办医；现状；模式；政策建议

随着经济社会持续发展，上海对外开放程度不断提高，国际化大都市建设不断推进，人口结构、疾病谱发生改变，人民群众的医疗服务需求呈现多元化的特征。引入社会资本、促进民办医疗机构发展是医药卫生体制改革的重要内容，也是满足人民群众多元化卫生需求的客观需要。上海市民办医疗机构虽然已有一定规模，但也存在发展定位不明确、规模较小、相关监管滞后等问题，需要政府的引导和支持。

### 一、上海市社会办医发展现状

自2003年起，上海市陆续出台了医保定点、整顿医疗广告、不良执业行为记录等文件以规范和促进社会办医，努力在各方面营造不同所有制医疗机构公平有序竞争的政策环境。截至2007年底，上海共有民办医疗机构1311家，其中民营医院共149家，占本市医院总数的36.7%；门诊部共406家，占本市门诊部的78.7%。课题组

---

\* 本文由本刊编辑部根据2007年市卫生局卫生政策研究课题“上海发展社会办医政策研究”（课题编号为2007HP011）的研究成果摘编而成，课题负责人为颜世洁。

注：根据《关于本市促进社会办医发展民办医疗机构的若干意见（试行）》（沪府发〔2003〕70号）文件，社会办医是指除本市各级政府用财政经费举办的医疗卫生机构之外的其他社会化办医形式，重点是民办医疗机构。

随机选择了 93 家民营医院进行了调查，并与全市平均水平进行了比较。

### (一) 民营医院与上海平均水平之间的比较

调查发现民营医院的规模相对较小，平均注册资金不到 1000 万，平均占地面积不到 1400 m<sup>2</sup>，平均床位不到 50 张。从资源配置来看，民营医院人力资源配置结构与公立医院相比，医护比较低；配置效率比较，民营医院平均床位使用率较低，仅为 60%，但从每医技人员每年所承担的服务数量来看，运行效率较高。从服务质量范围和质量来看，民营医院提供的服务类型以门诊为主，服务质量与公立医院相比尚有明显差距。服务费用及结构比较，民营医院的门诊次均费用和药品收费水平均高于本市平均水平，但药品占住院总收入比例比本市平均水平低；检查、化验类服务项目收费占比明显高于药占比（表 1）。

表 1 2007 年上海市民营医院运行状况与全市平均水平比较

	项目	民营医院 (N=93)	全市平均水平
资源配置	执业医师：执业助理医师：注册护士（注册护士 =1）	0.9: 0.05: 1	0.97: 1.04: 1
	床位使用率 (%)	60.05	95.90
	平均住院天数 (日)	16.57	16.52
	每医技人员年均诊疗人次数	1093.33	1079.79
	每医技人员年均住院人次数	15.11	15.91
	每医技人员年均住院床日数	250.45	262.75
	每医技人员年均手术人次数	5.20	5.28
服务质量	手术前后诊断符合率 (%)	73.85	99.50
	手术并发症发生率 (%)	0.06	0.20
	门诊与出院诊断符合率 (%)	85.03	99.10
	住院与出院诊断符合率 (%)	84.46	99.36
	住院治愈率 (%)	54.36	—
服务费用	门诊次均费用 (元)	279.30	177.70
	住院次均费用 (元)	7865.01	9019.96
	药品占住院总收入的比例 (%)	27.75	37.11

## (二) 营利性医院与非营利性医院之间的比较

民营医院中，非营利性医院门诊服务量、医疗质量、配置效率和运行效率均优于营利性医院。非营利性医院每医技人员提供的年诊疗人次数、年住院床日数分别为营利性医院的4.1倍和2.1倍；非营利性医院床位使用率是69.5%，营利性医院为51.5%。从费用上看，营利性医院的门诊次均费用远高于非营利性医院，约为非营利性医院的4.3倍。在费用结构上，营利性医院以检查、化验等诊疗项目收入为主，非营利性医院则以药品收入为主。

表2 2007年上海市营利性与非营利性民营医院运行状况比较

	项目	营利性 (N=21)	非营利性 (N=72)
资源配置	执业医师：执业助理医师：注册护士（注册护士=1）	0.86：0.06：1	0.90：0.02：1
	床位使用率 (%)	51.45	69.48
	平均住院天数 (日)	11.61	28.75
	每医技人员年均诊疗人次数	590.14	2417.22
	每医技人员年均住院人次数	15.81	13.24
服务质量	每医技人员年均住院床日数	183.56	380.60
	手术前后诊断符合率 (%)	87.44	52.66
	手术并发症发生率 (%)	0.09	0.00
	门诊与出院诊断符合率 (%)	80.70	89.11
	住院与出院诊断符合率 (%)	79.51	89.12
服务费用	住院治愈率 (%)	49.57	66.11
	门诊次均费用 (元)	535.46	121.70
	住院次均费用 (元)	8398.82	6289.38
	药品占住院总收入的比例 (%)	25.81	36.17

## (三) 提供不同类型服务医院的比较

本课题根据医疗服务属性的不同将民营医院分成3类：第一类是提供非基本医疗服务的医院，即服务项目以优质和高价为特征，主要有特需医疗服务、牙科、整形美容；第二类是提供一般基本医疗服务的医院，功能与公立医院类似；第三类是以提供短缺基本医疗服务或康复服务为主的医院，主要包括护理、康复、精神康复等。

调查发现，第一类医院在手术服务上有优势，大部分服务质量和服务效率指标皆优于第二类医院，其服务费用偏高，且以检查、化验等服务收费为主；第二类医院的门诊服务量最大，但住院服务量低于第一类医院。第三类医院未开展手术服务，门诊服务开展不足，住院服务的平均住院日偏长，周转次数偏低。这些差异可能与各类医院收治病人的疾病类别差异有关（表3）。

表3 2007年上海市三类民营医院之间运行状况比较

项目	第一类 (N=10)	第二类 (N=77)	第三类 (N=6)
资源配置	开放床位数 (张)	34.18	46.91
	每床位医技人员数	0.82	0.91
服务量	年诊疗总人次数 (次)	12177.10	47609.25
	手术人次数 (次)	900.30	118.99
服务质量	手术前后诊断率 (%)	56.44	90.96
	手术并发症率 (%)	0.11	0.00
	门诊与出院诊断符合率 (%)	99.03	89.51
	入院与出院诊断符合率 (%)	99.74	88.60
服务效率	床位使用率 (%)	40.44	54.69
	每医技人员年均诊疗人次数	431.88	1088.3
	每医技人员年均住院人次数	23.36	13.13
	每医技人员年均住院床日数	107.46	223.86
服务费用	门诊次均费用 (元)	1115.59	250.58
	药品占总收入的比例 (%)	10.12	36.01
	住院日均费用 (元)	1963.64	464.99
	药品占入院总收入的比例 (%)	8.80	31.39
			35.37

## 二、上海市社会办医发展模式及各模式存在的问题

市场定位的差异决定了社会办医医疗机构提供的服务、运行模式的差异。本市社会办医主要发展模式及各模式存在的问题如下：

### （一）高质优服务模式

高质优服务模式常见于第一类医疗机构，一般为营利性，市场定位为高收入人士和居住本市的外籍人士，以提供非基本医疗服

务为主，代表性医院是和睦家医院。和睦家医院是一家营利性中外合资医院，医院的管理模式结构明晰、职责明确、管理层次少，公司集团内部人才流动性大，提高了知识与技术的共享率。该院应用国外标准的疾病诊疗规范，并在院内实行全科医生守门人制度，即先由全科医生对病人进行诊断，再判断及决定是否需要进行专科转诊，从而节约人力资源和降低误诊率。

该医院面临的问题主要体现在技术和人员准入方面。由于政府对中外合资民办医疗机构有严格的技术准入标准，和睦家医院无法开展某些具有较大市场潜力的项目，如计划生育服务。在人员准入上主要是因为其医护人员主要为外籍医生和护士，准入过程较为复杂。此外，高比例的税收和无法进入本市社会医疗保险定点机构也是限制医院发展的原因。

## （二）错位竞争模式

错位竞争模式常见于第二类医疗机构，包括营利性和非营利性医疗机构，代表性医院是仁爱医院。仁爱医院是一家营利性医院，其错位竞争表现为提供社会医疗保险覆盖范围外的高端服务或者医疗保险覆盖范围内、公立医疗机构相对忽视的服务，以避开公立医疗机构的竞争。在一般项目竞争中，其价格与公立医疗机构相同甚至更低，而具有质量和技术优势的特殊服务则价格相对较高，后者是仁爱医院利润的主要来源。该院依靠高薪吸引人才，但缺乏较为成熟的人才培养机制。

这类医疗机构面临的主要问题是难以被纳入社会医疗保险定点机构。与此同时，随着社会医疗保险覆盖面的逐渐扩大，该类机构所提供的服务将直接面对与公立机构竞争的局面，与公立医疗机构相比，这类民办医疗机构缺乏技术、人员等方面的竞争优势。

### (三) 专病专科模式

专病专科模式也常见于第二类服务机构，包括营利性和非营利性医疗机构，其特点为集中有限的资源，优先发展针对专病专科的诊疗技术，形成局部竞争优势，避开与公立医疗机构的直接竞争，代表性医院是和平眼科医院。和平眼科医院是一家营利性医院，也是上海第一家集医疗、科研、教学为一体的眼科专科医院。该医院的股东身份体现了资金和技术的良好结合。医院以提供治疗技术相对成熟、规范、简单的眼病防治为主，并且通过引进高级人才和自身培养的方式建立了系统的人才培养体系，通过主动参与各类社会公益性事业，树立了良好的品牌形象。

该医院遇到的问题主要是由于民办医疗机构未定级，该医院参照一级医院收费，在进入医保后，各项服务价格下调了 30% 左右，虽就诊人次上升 20%，但医院的收入仍然在减少。其次是医疗广告方面受到的管制较严，如广告不得包含“医保定点”等内容，医院宣传受到影响。

### (四) 注重内涵与公益性的综合发展模式

这种发展模式常见于第二类机构中的综合民办医疗机构，一般为非营利性，其最大的特点为参照二级公立医院的管理模式，提供与公立医院类似的服务，注重内涵发展和公益性服务，同时在人力、资源配置上更为高效，代表性医疗机构是杨思医院。杨思医院按照卫生规划建立，其服务对象为杨思地区的居民，所提供的服务以基本医疗服务（含计划生育）为主，包括部分公共卫生服务和非基本医疗服务；人才聘任制度灵活，在人才晋升、招聘上与公立医疗机构类似，但尚未建立良好的人才培养机制。

该医院发展面临的主要问题有两个方面：一是政府给予杨思医

院的政策是按照二级医院收费、设置科室，但这与市卫生局民办医疗机构不定级的规定产生矛盾，杨思医院多次因此被牵涉入法律案件中。二是该院按照政府要求为社区居民提供公共卫生服务，但不能获得或足额获得相应的政府补偿。

### （五）运用社会闲暇资源，发展社会短缺服务模式

这种发展模式常见于第三类医疗机构，其主要特点是利用社会闲暇资源，提供社会短缺的基本医疗服务，代表性医疗机构是由上海荣誉军人疗养院创办的上海军民护理院（以下简称护理院）。上海荣誉军人疗养院主要接受伤残军人及其家属中需长期疗养的病人。病人数较少，疗养、医疗资源相对过剩，于是投资设立了护理院，两院共享公共设施设备，共用管理、医疗人员，降低了人力、设备成本，具备质优价廉的竞争优势。护理院主要为周边地区的老年病人提供疾病护理。随着本市老龄化程度逐渐提高，老年慢性病康复、护理服务的市场需求越来越大，护理院市场潜力较大。但由于投资方是事业单位，无盈利性要求，对于护理院的发展和规模缺乏规划，限制了护理院的发展，资源得不到充分利用。

## 三、上海市社会办医发展问题的根源分析

根据对 60 名民办医疗机构法人代表的调查，运用决策树方法分析本市民办医疗机构的发展困境，发现约束上海民办医疗机构发展的根源问题有：

### （一）市场准入标准过低

民办医疗机构的市场准入标准过低，容易出现投资方通过不正当竞争方式获取高额利润后迅速退出市场的不良情况。这种行为破坏了民办医疗机构的形象和声誉，成为了阻碍民办医疗机构尤其是营利性医疗机构生存和发展的重要障碍之一。

## （二）管理规范针对性不强

目前的医疗机构管理规范主要针对公立医疗机构，缺乏与民办医疗机构相关管理制度的衔接。如市卫生局规定民办医疗机构不定级，但相关审批等工作是根据医疗机构等级分类管理的，给民办医疗机构发展带来很大阻碍。其次，与公立医疗机构相比，民办医疗机构在获得相应的技术准入时更为困难，这在计划生育等相关技术准入方面尤为明显。此外，监管规范的不适宜和缺乏市场退出标准，也使得对民办医疗机构的监督管理存在问题。

## （三）营利性医疗机构的税负过重

一是营利性医疗机构税收税种过多，包括营业税、企业所得税、城镇土地使用税、车船使用税、土地附加税、教育附加税等。二是税率过高，没有考虑到医疗服务的特殊性，需缴纳 5.5% 的营业税和 25% 的企业所得税及相关费用，征收税费占机构收入的 8% 左右。三是税收优惠期限过短，在优惠期结束后出现大量“翻牌”现象，影响其稳定发展。本市明年实施税制改革，改革后民办医疗机构的税负可望降低。

## （四）医保定点制度存在限制

无论是营利性还是非营利性，上海民办医疗机构均较难成为社会医疗保险定点机构。随着本市医疗保障覆盖面扩大，能否纳入医疗保险定点机构，对于民办医疗机构发展的影响也逐渐增大。

## 四、政策建议

### （一）民办医疗机构应纳入医疗机构设置总体规划，明确发展空间

民办医疗机构是基本卫生服务体系的重要组成部分，政府应该明确基本卫生服务体系的组织框架，界定公立医疗机构和民办医疗机构在基本卫生服务提供中的作用，并考虑公立、民营医院机构相

结合的卫生服务体系总体规划。对于民营机构的发展空间，从服务类型上应重点考虑以疾病护理为主的民营护理院资源配置；在资源地域配置上，应在人口导入区、卫生资源相对不足的区域考虑发展非营利性医疗机构，形成对卫生服务提供的有效补充；从机构类型角度考虑，可以将第二类机构中的非营利性医疗机构和第三类医疗机构纳入卫生规划中。

## （二）完善以服务质量为核心的民办医疗机构的管理和监督规范

为保证民办医疗机构的服务质量，应首要考虑建立有效机制，引导民办医疗机构有序竞争；在这一机制尚不健全的情况下，加强民办医疗机构监管至关重要。根据本市实际情况，应该加紧修订医疗机构相关法律法规，特别是要针对民办医疗机构的服务内容、医疗质量、经营行为等内容，改进相应的监管措施，提高监管效率。同时，还应进一步完善不良执业积分制度，发挥行业协会作用，从而全面提高民办医疗机构的服务水平和服务质量。

## （三）提高市场准入标准，促进民办医疗机构的有序发展

提高医疗行业的市场准入标准，有利于民办医疗机构之间、民办医疗机构与公立医疗机构的有序竞争。在准入标准的制定上，应考虑根据不同类型医疗机构的特征，加快制定本市医疗机构设置标准，如对于定位为基本医疗服务的老年护理院，可适当降低准入标准；对于提供与公立医疗机构类似服务的机构，可以借鉴国外经验，确立能够对公立医疗机构形成竞争力的最低规模或最佳规模。另一方面，建立医疗机构出资人资格审核制度，考察出资人的背景及其出资母公司的情况。

## （四）逐步放开医保购买服务

能否成为医保定点机构是民办医疗机构迅速扩大市场份额的关

键，当前民营机构难以成为医保定点机构的原因是其服务质量较差、费用较高。可考虑一方面加强监管，提高民营机构服务质量，降低其运行成本；另一方面，可在民办医疗机构与医保管理部门之间建立定期联系，使医保管理部门及时了解民办医疗机构的服务质量和价格信息，逐步将服务质量和价格达到社会医疗保险要求的民办医疗机构纳入医保定点。

#### （五）对提供短缺基本医疗服务的机构予以税收优惠

目前政府制定的医疗服务价格并不能充分反映医疗服务的市场价值，以提供疾病护理等为主的第三类民办医疗机构，如其收费严格按照国家制定的价格标准，则意味着这类机构提供了原本属于公立医疗机构及政府职责范围内的基本医疗服务。对此，可以通过税收减免或者财政补贴方式给予补偿，以便吸引和鼓励民营资本的进入。至于优惠幅度，可以根据服务价值、技术水平、政府价格与社会平均成本，制定该服务的最低收益率，以此为基准测算税收标准，而后推算给予的税收优惠。

（责任编辑：徐晓敏）

# 上海市社会办医发展政策诉求

谢春艳

**【摘要】**根据本刊编辑部组织的社会办医发展专题座谈会上民办医疗机构负责人及相关领域专家提出的观点，本文从政府补助、人才引进与学科发展、医保定点、医院定级、政府监管、准入资格与审批标准等方面梳理了当前本市社会办医发展存的问题，并提出了相应的政策建议。

**【关键词】**社会办医；民办医疗机构；政策建议

发展社会办医是上海市本轮医改关注的重要内容之一。为了解本市社会办医发展面临的问题和民办医疗机构的政策诉求，本刊编辑部特邀请了本市几家有代表性的民办医疗机构负责人及相关领域的部分专家学者进行专题座谈。本文根据此次座谈会讨论结果整理而得。

## 一、本市民办医疗机构发展面临的问题

在国家和本市出台的一系列鼓励社会办医发展的政策环境下，本市部分民办医疗机构取得了一定程度的发展，但仍面临着许多问题，具体表现在以下方面：

### (一) 政府补助方面

上海市《关于本市促进社会办医发展民办医疗机构的若干意见(试行)》(沪府发〔2003〕70号，以下简称《意见》)中提到：“社会办医疗机构在政府购买社区卫生服务等方面的待遇，享受与政府所办医疗机构同等的政策”。但在实际操作过程中，民办医疗机构与公立医疗机构却存在很大的差别，如政府购买预防保健服务方面，

第一作者：谢春艳，女，研究实习员  
作者单位：上海市卫生发展研究中心，上海 200040

有的民办医疗机构虽然也承担了社区卫生服务的责任，但未能得到政府相应的预防保健经费补助；再如在执行药品零差率、挂号费和诊疗费减免等政策方面，有的民办医疗机构受政策影响收入大幅下降，却不能享受与公立医疗机构同等的补助。以 A 医院为例，由于药品加成降低和诊疗费减免等政策每年减收 1000 多万元，在无法得到相应政府补助的情况下，难以同公立医疗机构公平竞争。

## （二）人才引进与学科发展方面

《意见》提出“社会办医疗机构在人才引进、卫生技术和管理人员的技术职称评定、参加学术组织及学术活动、科研课题招标、医学院校实习医院资格、120 急救绿色通道定点医院、政策信息服务、政府购买社区卫生服务等方面的待遇，享受与政府所办医疗机构同等的政策”。此外，相关政策还规定有条件的民办医疗机构可以申请有关卫生科研项目并获得相应的经费资助。但这些在实际操作中，并未得到有效落实。在人才引进方面，由于医师多点执业并未放开，现有政策仍然是只能在一个执业地点注册，若到第二个医疗机构执业，必须注销原所在医疗机构的执业资格。因此，民办医疗机构往往提供很优越的条件却仍难以引进优秀的人才。在参加学术组织和学术活动方面，民办医疗机构也受到阻碍。比如有民办医疗机构反映，其医务人员在公立医疗机构任职时是医疗事故鉴定委员会成员，但转到民办医疗机构工作后，却因所在机构为非公立医疗机构而被取消了资格。此外，民办医疗机构在申请有关科研项目时也很难获得相应的经费资助。

## （三）医保定点方面

《意见》要求“凡符合区域卫生规划要求，提供基本医疗服务的社会办医疗机构，其医保定点资格与政府所办医疗机构同等对待”。医保对民办医疗机构的发展有显著影响，但现实情况却是医保部门对民办医疗机构取得医保定点资格设有很多限制。例如本市医保政

策规定，民办医疗机构只有在附近 2 公里范围内没有医保定点医疗机构的条件下，才可以纳入医保定点。但是在目前本市公立医疗服务体系覆盖很广的情况下，大多数民办医疗机构无法获得医保定点资格。此外，医保部门对民办医疗机构的医保定额和相关核定指标的设置也较苛刻，严重影响其业务发展。以 B 医院为例，该医院 2010 年被上海市社会医疗机构协会评为可与本市综合性医院匹敌的十家优势专科医院之一后，其业务量增加 35%，但由于该医院医保额度过低，导致生存发展出现困难；再如 A 医院反映，因其为民营医院，医保指标只能享受浦东新区的最低标准，而且医保预付周期是 2 个月（公立医疗机构为 1 个月），影响到医院的正常运行。

#### （四）医疗机构定级方面

按照相关政策规定，民办医疗机构不定级，实际操作中往往只是参照类似等级的公立医疗机构进行管理。但目前国家和本市针对医疗机构的大多管理政策，如收费、科研、晋升、设备配置、技术准入、医保指标分配等，都是按照医疗机构等级来划分，导致民办医疗机构发展遇到许多问题。以 A 医院为例，其科室设置和费用价格皆参照二级医院标准，医院只设妇科不设产科，这给居住在附近的产妇带来极大的不便；此外，A 医院 24 小时全天候接诊，且方圆 20 里内没有能处理交通事故的医院，但由于该医院没有定级，不具备院前急救资格，医保不予报销，因此不少在附近发生交通事故的伤者只能舍近求远，一些伤者甚至因延误治疗时机而酿成悲剧。

#### （五）政府部门监管与处罚方面

许多民办医疗机构运行时间不长，管理人员对相关法律和规范比较生疏，迫切希望政府管理部门通过合理监管与业务指导促进医疗机构发展。一些民办医疗机构反映，政府相关部门在监管中指导少、处罚多。此外，对于目前医疗市场混乱，虚假医疗广告增多的情况，有的民办医疗机构负

责人认为政府相关部门协调配合力度不够，对无证行医等违法行为打击不力，致使依法经营的民办医疗机构受到影响。

### （六）技术、设备准入方面

有的民办医疗机构反映，政府部门在民办医疗机构技术准入方面控制较公立医疗机构要严格得多，不利于民办医疗机构的发展。在设备准入方面，卫生部等部委颁发的《大型医用设备配置与使用管理办法》要求对大型医用设备的管理实行配置规划和配置证制度。虽然这一制度的初衷是为了抑制公立医疗机构医疗费用上涨，避免财政投入的浪费，但在民办医疗机构发展尚未真正纳入区域卫生规划的现实情况下，上述制度在很大程度上束缚了民办医疗机构的发展。由于民办医疗机构主要是依靠技术和特色服务在医疗市场中竞争，离不开尖端科技设备的支持。在目前政策环境下，即使民办医疗机构出资购买医疗设备，仍需遵循大型医用设备配置分级审批的原则，最后审批结果与实际需求差距甚远，难以满足其发展特色医疗对设备的需求。

## 二、对本市发展社会办医的政策建议

### （一）转变政府观念和职能，落实相关政策

政府相关部门应转变观念，在对民办医疗机构加强管理和监督的同时，增强服务意识，公平公正对待，落实相关政策并争取突破。建议市级层面制定明确统一建立民办医疗机构准入规范，健全相关法律法规，改变由于管理权下放到区县造成不同区县对民办医疗机构准入和管理的严格程度不一的问题，营造民办医疗机构良性发展的政策环境。符合准入条件的民办医疗机构应在医保定点、等级评定、参加行业组织、学科建设、人才引进、医务人员职称评审、技术和设备准入、基本医疗服务政策性亏损和公共卫生服务财政专项补助等方面享有与公立医疗机构同等的待遇。

## （二）落实营利性与非营利性医疗机构的分类管理

改变按照所有制性质将医疗机构划分为公立医疗机构与民办医疗机构的传统分类管理方法，明确非营利性医疗机构的界定标准，并针对营利性和非营利性医疗机构分别制定细化的管理办法，实行真正意义上的分类管理。

## （三）加强对民办医疗机构的规划和引导

首先，建议将民办医疗机构纳入区域卫生规划与医疗机构设置规划，明确其在医疗服务体系中的功能定位，这是民办医疗机构赖以生存和发展的根本。其次，明确民办医疗机构审批标准，严格准入门槛，从源头上保证社会办医的质量；建立严格的退出机制，对行为不规范、服务质量差的民办医疗机构坚决要求其整改甚至退出。第三，对民营非营利性医疗机构的规划与引导要有针对性，根据出资人意图、办院宗旨、管理体制和运行机制等因素，建立和完善出资人遴选机制。

## （四）建立并完善考核评估体系，加强执法与监督力度

首先，建立一套指标体系，从法人治理结构、筹资行为、资金使用与运作、经营收入比例、财务与信息披露、机构所得是否用于分红、服务质量、服务费用控制等方面加强对非营利性民办医疗机构的考核评估。评估工作具体实施者可以是政府相关部门，也可以是第三方独立评估机构。其次，加强监管力度，特别是对民营非营利性医疗机构，应以限制其非公益活动，如非营利性医疗机构可以有盈余，但盈余不可用于分配，只能用于事业发展的投入。

## （五）强化行业协会作用，加强行业自律

加大对社会医疗机构协会的扶持力度，充分发挥其作为行业协会在规范和促进本市民办医疗机构发展方面的作用，加强行业自律。

（责任编辑：彭颖）

## 社会资本举办非营利性医疗机构经济监管的研究 \*

田文华<sup>1</sup> 段光锋<sup>1</sup> 金春林<sup>2</sup> 吴扬<sup>1</sup> 夏文明<sup>1</sup>

**【摘要】** 鼓励社会资本举办非营利性医疗机构是当前我国医改一项重要举措，如何加强经济监管，确保其非营利性和公益性是一个亟待解决的问题。文章在分析和借鉴国外相关研究的基础上，应用非营利组织监管的理论和方法，结合我国实际，分析社会办非营利性医疗机构存在营利性行为的原因，从定性和定量两个方面，从内部监管和外部监管两个维度，构建了对社会办非营利性医疗机构经济监管具有可操作性的评价指标体系，并提出加强社会办非营利性医疗机构经济监管的对策和建议。

**【关键词】** 社会资本；非营利性医疗机构；经济监管

2010年12月，国办转发发改委、卫生部等部门《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，提出多项措施及优惠政策，强调加强对非公立医疗机构的监管，促进非公立医疗机构持续健康发展。长期以来，我国医疗领域以公立医疗机构为主导，社会资本举办非营利性医疗机构尚处于起始和发展阶段，相关政策法规和监管模式还不够健全，如何加强经济监管，确保其非营利性和公益性是一个亟待解决的问题。

### 一、国外相关经验借鉴

通过对国外民营非营利医疗机构监管的比较发现，美国、日本等发达国家政府在法律、政策和具体措施上对民营非营利医疗机构的经济监

第一作者：田文华，男，教授

作者单位：1. 第二军医大学，上海 200433；2. 上海市卫生局，上海 200040

管比较系统完善，可为我们提供借鉴经验，主要包括在以下几个方面：一是切断出资人与医疗机构的利益关系。国外民营非营利性医疗机构的筹资来源中公益性捐赠占较大比重，如美国规定出资者捐赠后就与医疗机构脱离关系，但有权对资产的运营和处置进行监督，这样有利于保证非营利医疗机构的利润非分配性。二是加强对医疗机构的日常运行管理。国外对民营非营利性医疗机构的运行管理进行监督，重点是确保其提供服务的公益性，如日本对非营利性医疗机构的服务范围作了规定，美国财税部门对非营利性医疗机构的服务进行评估，确保其提供了足够量的公益性服务之后才能享受免税政策。三是加强对医疗机构的经济监管。非营利性医疗机构的重要特征就是利润的“限制分配性”，因此国外对医疗机构的财务状况审计比较严格，通常具有严格的医疗机构财务信息披露制度，公开确切的财务信息，以方便接受社会各界的监督，保证其结余用于组织自身的发展。

## 二、非营利组织监管的理论和方法

非营利组织管理理论认为，非营利组织的主体是由政府部门和公益组织，其主要职能是保证社会财富的公平分配，促进社会进步。非营利组织不以营利为目的，但并非不可以盈利。与营利性组织相比，非营利组织具有以下三个特点：一是缺乏个人利益的存在。营利性组织（如企业）的利益就是所有者的利益，可以进行利益分配，个人利益和企业利益密切相关，而非营利组织经营获得的利益不能用于个人分配，只能用于组织的发展。二是缺乏高效率的竞争机制。大多数的非营利组织基本上都是垄断经营，享有特殊政策，缺乏提高效率的动力和竞争机制。三是缺乏明确的业绩衡量指标。营利性组织以追求利益最大化为经营目标，衡量其最终业绩的指标是利润。

而非营利组织不以营利为目的，具有公益性，与利润之间关系不大，在市场经济条件下，缺乏明确的业绩衡量指标。上述分析表明，对非营利组织经济监管的目的不是像营利性机构一样追求利润最大化，而是追求效率的提高和效用的最大化。因此，监管非营利组织的理论和方法体系具有复杂性和挑战性。

根据非营利组织的性质和特点，要保证其发展方向的正确性、高效率地完成使命、促进可持续性发展，必须加强对非营利组织的监管。国外非营利组织管理理论认为，一个完备的非营利组织监管体系，应当综合考虑四个问题：一是组织的目标与其财力是否一致，二是组织的行为是否符合代际公平的原则，三是可供使用的资金与实际使用的资金是否匹配，四是组织的发展是否具有可持续性。这四个问题综合起来就可以提供一个框架，构成非营利组织的监管体系。通过监管体系，应用披露 (Disclosure) — 分析 (Analysis) — 发布 (Dissemination) — 惩罚 (Sanction)，即 DADS 方法，加强非营利组织业绩信息透明度，通过评价指标体系分析并发布非营利组织的经营业绩，对违反规定的组织进行惩罚。国外实践证明，DADS 法是非营利组织监管体系有效运行的重要保证。

### 三、社会资本举办非营利性医疗机构经济监管评价体系

社会资本举办非营利性医疗机构经济监管的重点是考察其是否具备“非营利性”组织的特征，即剩余的非分配约束和所提供的服务的公益性。下面从定性和定量两方面进行探讨，建立具有可操作性的指标体系。

#### (一) “非营利性”定性评价

对“非营利性”的定性评价主要是对办医宗旨、公共责任、服务提供、财务信息透明度、资金使用等方面进行分析判断，确保其

非营利性质。一是机构宗旨和公共责任。社会办非营利性医疗机构应以社会公共利益服务为主要经营目的，医疗机构所开展的项目和活动必须与组织的公益性目标相一致，不能以营利为最终目的，经营获得的收益不得分配给任何人。非营利性医疗机构以提高人民群众的健康水平为目标，向大众提供基本医疗服务，有义务承担政府赋予的公共卫生服务任务。二是财务信息透明公开。结余的分配约束是非营利性医疗机构的重要标志，因此需要对财务信息进行严密的审计和监督，其财务信息的透明度和完整性是评价的重要内容。三是医疗服务的规范性。医疗服务的公益性体现在致力于满足人民群众的基本医疗服务需求，提供公平、可及、高效、适宜的医疗卫生服务。在医疗服务过程中应遵守相关医疗法规，采用医疗服务收费执行主管部门核定的价格，将医疗费用控制在合理范围。

## （二）“非营利性”定量评价指标体系

### 1. 指标体系的建立

在文献回顾的基础上，初步设计评价指标体系的框架和内容，利用德尔斐法，邀请医疗机构管理人员、管理学者、财务专家、卫生行政部门管理者等 12 人，发放咨询问卷，通过两轮专家咨询，最终确定了非营利性医疗机构评价指标体系，包括财务状况、经济运营、收益处置 3 个一级指标，9 个二级指标和 18 个三级指标（表 1）。

### 2. 需要注意的几个方面

一是关于评价标准。由于对医疗机构非营利性和公益性的评价比较复杂，目前即便是对公立医疗机构也没能很好的界定其非营利性和公益性，因而缺乏比较的基准。基于目前的研究，公立医疗机构的公益性体现优于其它医疗机构，因此本研究做出假设：即公立医疗机构在经营过程中不以营利为目的，并体现社会公益性。本研

究所构建的指标体系是基于相同规模的公立医疗机构的基础上，通过比较社会办非营利性医疗机构和同区域同规模公立医疗机构各个指标间的相对值来确定社会办非营利医疗机构的各指标值，使用的是相对值而不是绝对值。

二是关于评价指标的计量。所选指标中，有些正向体现“非营利性”，有些体现“营利”倾向，故而在对指标计量时对其方向进行了调整，将所有的负向指标通过倒数转换为正向指标，所有指标得分越高，则说明其越能体现“非营利性”。评价指标数据的获得首先要求医疗机构对相关信息要进行准确的统计和发布，客观的信息披露是评价的基础。基准值的获得需要卫生主管部门加强对医疗机构的分类，按照医疗机构规模、地理位置（城市/农村）、提供服务种类（综合/专科，或服务对象群体等）进行划分，对不同类别医疗机构的财务信息、医疗服务质量、医疗费用等指标进行统计，获得平均指标值作为参照。

表1 社会资本举办非营利性医疗机构非营利性评价指标体系

一级指标 (权重)	二级指标 (权重)	三级指标 (权重)	说明
财务状况 (0.38)	预算执行 (0.52)	预算执行度 (1.00)	评估对象预算执行度得分 / 基准预算执行度得分 (预算执行度理想值为 100%，在此基础上 ±10% 以内计 10 分，±20% 以内计 8 分，±30% 以内计 6 分，±50% 以内计 4 分，其他计 2 分)，预算执行度 = (累计支用数 + 应付未付数 + 节余数) / 预算支出数
财务运营 (0.48)	总资产周转率 (0.18) 净资产收益率 (0.28)		总资产周转率 / 基准值， 总资产周转率 = (医疗收入 + 药品收入) / 资产总额 净资产收益率 / 基准值， 净资产收益率 = 收支结余 / 净资产
	资产保值增值率 (0.33) 收入支出比例 (0.21)		资产保值增值率 / 基准值， 资产保值增值率 = 期末净资产 / 期初净资产 收入支出比例 / 基准值， 收入支出比 = 总收入 / 总支出

一级指标 (权重)	二级指标 (权重)	三级指标 (权重)	说明
经济运营 (0.26)	药品收支 结构 (0.36)	药品收入占业务 收入比例 (0.35)	基准值 / 药品收入占业务收入比例, 药品收入占业务收入比例 = 药品收入 / (药品收入 + 医疗收入)
		基本药品费用 占药品费比例 (0.33)	基本药物费用占药品费比例 / 基准值, 基本药物费用占药品费比例 = 基本药品收入金额 / 药品收入
		药品支出占总支 出比例 (0.32)	基准值 / 药品支出占总支出比例
	成本控制 (0.24)	百元业务收入变 动成本 (0.44)	基准值 / 百元业务收入变动成本, 业务收入为医疗收入和药品收入之和
		管理费用占总支 出比例 (0.56)	基准值 / 管理费用占总支出比例
	单位服务 量费用 (0.30)	门急诊次均费用 (0.28)	基准值 / 门急诊次均费用
		出院患者平均费 用 (0.30)	基准值 / 出院患者平均费用
		单病种平均费用 超标率 (0.42)	基准值 / 单病种平均费用超标率, 单病种平均费用 超标率 = (病种所有患者费用总额 - 病种标准费用 总额) / 病种标准费用总额, 病种标准费用总额以 医保核定的单病种费用为准
	患者效用 (0.10)	患者满意度 (1.00)	患者满意度 / 基准值
	收益处置 (0.36)	公益服务支出 占总支出比例 (1.00)	公益服务支出占总支出比例 / 基准值
		工资福利 占总支出比例 (1.00)	基准值 / 工资福利占总支出比例
		机构建设 设备支出占总支 出比例 (0.48)	医疗机构基建和 设备购置支出占总支出比例 / 基准 值
	机构建设 (0.34)	学科建设与人 员培训支出占总 支出比例 (0.52)	学科建设和人员培训支出占总支出比例 / 基准值

注：基准值为同规模公立医疗机构所对应的指标值。

三是关于评价结果。本研究构建的指标体系全部采用相对值，以相同规模的公立医疗机构为参照，对指标进行了归一化处理。评估对象的得分大于等于 1 时，说明其等同于或优于同级别公立医疗机构，由于政府对社会资本举办的非营利性医疗机构不进行补贴，因而其更能体现公益性。另一种情况是得分小于 1，但得分低至何

种程度可判定其存在营利性，尚需通过实证研究进一步验证。本研究通过对相关专家的咨询，建议得分在 0.8 ~ 1 之间可将其归为非营利性，而一旦得分低于 0.8，则表示存在营利倾向，需要对其进行严格的审查和监督。针对选取基准值的不同，该项指标体系还可用于其它目的的评估，如对多个社会办非营利性医疗机构间的横向比较，也可对同一机构进行不同时间的纵向比较。

#### 四、相关建议

##### (一) 确立经济监管的组织体系

加强对社会办非营利性医疗机构的经济监管，首先要明确的问题是由谁来负责监管。按照现有的体制，监管涉及财税、卫生、民政、物价、医保等多个部门。由于是非营利性医疗机构，建议建立由卫生行政部门负责协调，委托行业协会进行经济监管的组织体系。卫生行政部门的职责是公开和发布经济监管评价的结果，并协调财税、民政、医保和物价等部门，据此对社会办非营利性医疗机构进行政策激励或惩罚。行业协会根据上述评价指标体系进行定量分析，并结合定性评价，为卫生部门提供经济监管的评价结果。由此形成卫生部门主管，行业协会具体负责，内部和外部监管相结合的经济监管组织体系。

##### (二) 完善相关制度，建立统一信息平台

真实准确、完整详细的信息是经济监管的必备基础，必须建立统一的信息平台，在制度上规范社会办非营利性医疗机构的信息采集、统计和发布。一是保证财务信息的一致性和真实性。二是按照统一的标准和规范，整合现有信息资源，构建基于计算机网络的信息统计系统。三是政府主管部门要向社会公众提供医疗机构的相关信息，接受社会的监督，由此督促医疗机构努力提高服务质量和效率，保证其非营利性。

### (三) 建立公正透明的监管模式

信息披露机制是建立公正透明的监管模式的基础。可以考虑建立“披露—分析—发布—惩罚”(DADS)的监管模式。首先必须按照标准，确保信息披露的完整性和准确性。其次，监管部门应用评价指标体系，采集信息，对非营利性医疗机构进行综合分析和评价，同时社会上的专业人士也可利用披露的信息对医疗机构进行监督；卫生主管部门应及时将评估的信息向社会发布，亦有助于社会的监督和公众的就医选择。最后，还要将考核结果和医疗机构的利益挂钩，财税部门和卫生部门根据考核结果，对违规者进行严惩。

### (四) 逐步形成多方参与的全程监管体系

目前对社会办非营利性医疗机构的管理存在重审批、轻监督的现象，在监管中应体现全程监管的思想。在对社会办非营利性医疗机构的监管中应充分调动各方积极性发挥行业组织和群众的主动性，可以考虑吸收群众代表加入评估机构，从需方角度加强监督力度。发挥医院管理学会、医师协会等民间组织的作用，大力第三方评估监督机构，提高监督的效力和效果。

### (五) 完善法规制度建设，增强财务监管力度

社会办非营利性医疗机构相关的财务会计制度包括《医院会计制度》和《医院财务制度》以及《民间非营利组织会计制度》，而社会办非营利性医疗机构的自身特点决定了上述规章制度对其适用性受到限制，不利于财务信息的披露和监管。应尽快建立适合社会办非营利性医疗机构的财税制度，确保社会办非营利性医疗机构完整、正确地披露财务信息，以方便相关部门对医疗机构的财务信息进行及时、实施监控，考察其是否具备非营利性医疗机构的资格，加强监督管理。

(责任编辑：王力男)

## 台湾长庚医院“合理化管理”研究

周 萍<sup>1</sup> 黄丽华<sup>2</sup> 刘震涛<sup>3</sup>

**【摘 要】** 长庚医院是台湾地区极具声望的非营利性民营医院，其“合理化”管理模式不仅实现了医院自身的发展壮大，也对台湾医疗界产生了重要影响。本文从管理架构、制度体系、管理运行模式、激励机制 4 个方面对长庚医院的管理特色进行较为系统的分析解读。

**【关键词】** 民营医院；经营；管理；模式

长庚医疗财团法人（以下简称“长庚医院”）由台塑企业董事长王永庆先生创办。创院之初，王永庆即把台塑企业“合理化”管理办法应用于医院，并逐渐发展成为长庚“合理化”管理模式。经过 30 多年的发展，长庚医院成为集医、教、研于一体的综合性医疗“航母”，在台湾民众中具有极高的声誉，其独具特色的医疗管理理念与管理模式也给台湾医疗界带来了强大冲击，并在很大程度上推动了台湾医疗环境、医疗体制的创新与变革。本文从 4 个方面对其管理特色进行较为系统的介绍分析。

### 一、管理架构

长庚医院旗下有 7 个院区（9980 床，18000 多人）、护理之家（349 床）、养生文化村（开放 706 户），并托管 1 所公立医院，各附设机构地理分布、功能定位不同。为尽可能避免组织庞大造成运营绩效

---

第一作者：周萍，女，博士后，兼任清华大学台湾研究所特邀助理研究员

作者单位：1. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032      2. 复旦大学管理学院，上海 200433

3. 清华大学台湾研究所，北京 100083

本文第一作者曾赴台湾长庚医院考察学习 3 个多月，深度访谈包括台塑企业总管理处中高层主管、长庚医院各层级人员、台湾医疗界专家等在内的 60 余人。

低下，使多院区齐头并进，长庚医院设立了由上至下依次为董事会、决策委员会、行政中心、各院区（院长、管理部）、各责任中心五个层次的管理架构（图 1）。

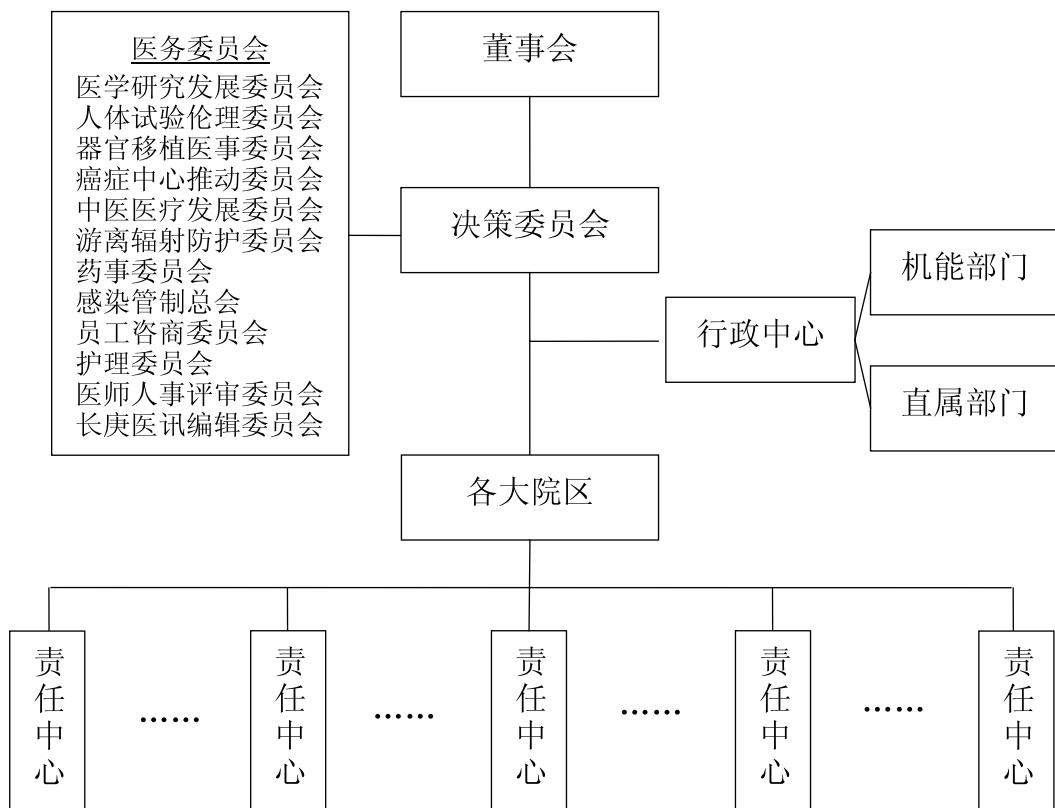


图 1 台湾长庚医院法人管理架构图

## （一）董事会

董事长是医院法定代表人。董事会为医院最高决策机关，负责重大事项的决策审议并监督法人运作。现有成员 15 人，1/3 成员为长庚医疗财团法人外人士，具有医师及其他医事专业资质者 7 人。

## （二）决策委员会

决策委员会是董事会下设的高级专业幕僚（类似于智囊团），目前由 12 个医务委员会构成。决策委员会每 3 个月召开一次会议，协助董事会研究医院发展方针、审议重要决策，并监督各附设机构执

行董事会决议事项。委员会设有主任委员 1 人，由董事会提名，董事长遴选聘任，主任委员不担任院区行政职务；委员会委员由附设院区正、副院长担任，绝大部分委员为医疗卫生领域权威人士。

### （三）行政中心

行政中心是决策委员会下常设执行机构，行政中心主管由董事长直接派任，其行政级别属院长级主管，但他们所能决策的项目金额上限高于后者。行政中心实质为经营管理高级专业幕僚和行政事务总管的结合，内部设有机能部门与直属部门。机能部门又称为专业幕僚机构，主要负责制度的研究和拟定、人财物及资讯系统的管理和督查、重大项目的推进等，是行政中心的“中心”，与决策委员会互为补充，成为董事会的左膀右臂；共设有 11 个部组，包括人力资源发展部、医务管理部、财务管理部、经营管理总组等，成员均拥有经营管理、护理、工程或计算机等专业技能与丰富的工作经验。直属部门是事务执行机构，多为业务执行部门，如供应处、会计处等，各附设院区共通的行政事务由其统一负责。这种高度集权的模式使高层对各院区的掌控力度大，有利于协调整合资源和业务工作专业化，但也带来了决策审批流程多、周期长等问题。

### （四）院区

长庚医院各附设院区实行院长负责制。院长相当于职业经理人，但更侧重医疗业务方面。院区设有院务委员会与管理部，分别为医疗专业和行政管理方面的院长幕僚。管理部负责人和其他高级专员的行政级别属于院区院长级主管。院区下设各类行政机构，如仪器处、医事处等，构成院区层面的行政事务执行部门。在此以林口院区为例展示长庚医院各院区的行政组织架构（图 2）。

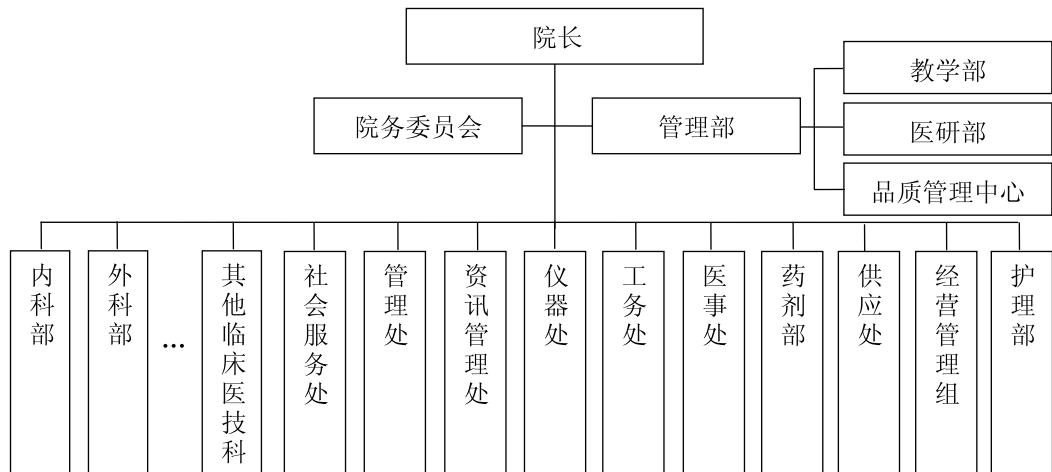


图2 林口长庚纪念医院院区行政组织图

### (五) 责任中心

长庚医院根据能否直接产生经济收益将各部门分为利润中心或成本中心，统称为责任中心。责任中心好比独立运作的权责单元，按照机构总目标的要求，确立中心分目标及相应的考核指标，以中心负责人为主导，统筹中心业务，并接受院区层与行政中心的监督考评。利润中心中最典型的是临床、医技科室，实行分科经营、科室独立核算模式，由科主任主导统筹科内医、教、研工作，各临床医技科室均配有管理专业专科经理，协助科主任规划推动科室医疗发展计划及管理事宜等，并协助行政中心及相关主管实时掌握各科室动态。成本中心主要是行政、后勤部门，如供应室等。利润中心的考评依据是经营绩效（分科损益报表），以及综合科内医、教、研的发展情况；成本中心则通过设置与其职责相配套的关键指标、费用管制表等进行考评。

## 二、制度体系

管理活动制度化，制度“合理化”，严格执行，并在实践中持续改善，止于至善，这正是长庚医院持续、高效运行发展的重要法宝。

### (一) 三大核心制度，环环相扣

责任中心、目标管理和绩效管理为长庚医院的三大核心制度。一是责任中心制。设立责任中心须同时满足以下 6 点：明确业务范畴与职权、充分授权、建立健全的会计制度、制定合理的绩效衡量标准、设立合理的内部成本分摊制度、有效的员工与部门奖惩制度。二是目标管理制。长庚医院为各项业务或作业设定理论值、参考值、设定值。理论值是理想状态下的目标值；参考值是全球范围内收集到的同类作业的最优值；设定值是当下相关部门人员通过努力有望实现的目标值。目标值通常由下至上提出，最后由行政中心、决策委员会审核通过后进入目标管制。月末绩效考评未达标进入异常管制流程，连续三个月达标，则进一步提升目标值。三是绩效管理制。责任中心与对应的岗位均设定可测可得的绩效考核指标及具体标准，考评结果直接与薪酬与奖惩制度挂钩。

### (二) 六个制度层级，层层细化

长庚医院为了将制度落到实处，利于执行，易于监控，始终坚持“流程制度化、制度表单化、表单电脑化”。具体而言，医院的制度体系由上至下依次分为六层：规则、办法、准则、细则、作业要点、电脑作业说明，囊括人事、总务、医护等 14 大业务类别。行政中心统一制定普适性、原则性的规章制度，并督导制定特殊业务的管理办法。院区、科室可根据实际需要制定实施细则和作业要点。制度、细则等形成后设定统一制度编号、统一设计制度表单，实现电脑线上作业。操作细则等均有配套的计算机作业说明。正式上线前，医院对人员进行培训，并将人员受训考核情况纳入个人绩效。

### (三) 三种制度监管，直击异常

长庚医院建立了强大的制度监管体系，并将管理的重心由日常

事务管理转向异常管理。监管体系包括三种方式：一是现场监查，包括自主监查和外部监查。各责任中心需定期（如每周、每月）自主检查，并对异常问题立案结案；外部监查指管理部、行政中心相关部门定期或不定期对责任中心进行检查，定期向决策委员会主任委员、执行董事等报告。责任中心自主检查和外部监查的异常件数分别在电脑系统中登记立案并设立考核标准，与责任中心及外部监查部门绩效挂钩。二是计算机监查，主要针对不符合制度标准的异常现象进行系统自动跟踪。例如，急诊心肌梗塞检验开单至发送报告实际作业时间若超过设定标准，系统即记录异常事件，定期统计超标事件率，随即以邮件形式出具异常反映单，通报相关责任人及其上一级主管，要求责任人在规定时限对异常进行处理改善，上级主管负责督导。三是计算机管制，主要针对流程和设定的工作目标进行跟踪。系统发出异常反映单后即开始对异常事项的处理实行时间管控，责任人若未能在规定时限内结案，系统会再次跟催，并向更高一级主管通报。

### 三、管理运营模式

长庚医院在管理运营模式上有 7 大鲜明特色：

#### （一）医管分工合治

医管分工合治指医疗专业团队与经营管理专业幕僚团队分工合治，由上至下贯穿整个医院：最高层是决策委员会和行政中心；院区层是院长（院务委员会）和管理部；科室层是科主任和专科经理。此模式以医疗专业团队为主导，经营管理专业幕僚为辅助，一方面可将医疗专业人员从行政事务中解放出来，集中精力于医疗专业工作，另一方面可使经营管理专业团队与医疗专业人员形成良好互补，提高经营绩效。

## （二）直线幕僚体系

长庚医院幕僚机构体系按管理条线从上至下贯通到医疗业务一线，成为各层级决策者的助手与参事。其中最显著的例子是经营管理部门。行政中心的经营管理总组（以下简称“经营管理总组”）为该条线的最高行政机关，对行政中心负责；各院区的经营管理组负责人由经营管理总组派驻，既对所在院区院长负责，也受经营管理总组统一指挥；各院区经营管理组成员为各专科经理，服务于各一线临床医技科室，个人绩效直接与科室的经营业绩挂钩，但其人事关系在经营管理总组。这种垂直管理模式有利于行政中心、院区领导层实时了解一线情况，给予协调与支持；同时也利于平衡“机构目标”与“科室目标”，协调整合各方资源与利益，达到全局利益最大化。

## （三）两权分立的行政运作模式

两权分立即立法权与执法权分开，行政部门中的机能部门相当于立法机构，直属部门相当于执法机构。立法部门制定、完善规章制度并负责制度执行情况的监管审核，制度设定合理性和监管成效与其绩效挂钩。另一方面，执法部门严格依规行事，并有权向立法部门提出现有制度的不合理之处与修改建议，建议被采纳则给予嘉奖。两权分立与配套激励使权力双方互相制衡，既保证了制度制定的客观、中立，又有效增强了制度的执行力。

## （四）轨道式管理

轨道式管理包含轨道的铺设、连接、管控及优化。一是轨道的铺设，即制度的统一管理。长庚医院由行政中心统一研究、拟定规章制度，经决策委员会审核报董事会通过后，在全院系统内贯彻落实。二是轨道的连接，即制度的分级实施与同一业务流程中对各相关部门的有效连接。前者表现在之前所阐述的 6 类制度分级，

好比轨道的主干道与分支；后者表现在流程业务的衔接，例如，门诊服务流程中，付费柜台单笔作业时间管控在 6 分钟内，制定领药（从医生开立医嘱到病人药柜取药）时间时则需考虑付费柜台的管控时间，设定为 15 分钟内。各相关作业部门尽职尽责、协同配合，确保整条流程系统的顺畅。三是出轨的管控，即制度监管与绩效奖惩。立法与执法分立实现监控的独立性；现场监查、计算机监查与管制等监管方式相结合使得管控日常化、纠偏及时化、改善持续化；全员异常管理意识的建立，鼓励发现问题解决问题。四是轨道的优化，即全面持续改善，包括系统重组与系统优化。洗肾费用的不断降低、门诊取药时间的缩短等即是持续优化系统的体现。

### （五）统一、精细的财务管理

长庚医院的低成本经营得益于其统一、精细化的财务管理。

**1. 分中心核算与一体化监管。**责任中心是独立的损益核算与成本核算单位，每个中心又将人工费、业务费等不断细分，落实到个人、单次等，月末电脑系统自动核算。同时，医院的财务管理与会计部门均隶属于行政中心，财务制度与电脑作业规划由财务管理组负责，具体会计与出纳作业由会计处执行。

**2. 实现月首日结算。**为确保及时准确掌握全院经营状况，长庚医院多年来持续推动一日结算，依托制度化、信息化手段，严格遵循就源输入、多次应用等管理手段，实现各院区损益报表（营收、成本数据）次月首日 9 时前结清，并于当日提交各院区院长至董事长各高级管理层。

**3. 降低成本，止于至善。**一是推行目标成本管理。根据每个院区的具体情况，结合年度成本降低总目标，设定月度能耗、物耗以及人工成本的降低目标，分解落实到各级责任中心，并与绩效管理

结合。二是开展单元成本分析。依据不断完善的成本目标，按院区、责任中心、业务项目等类别，逐月跟踪实际成本与目标成本的差异，出具成本差异反映单，立案做原因分析，落实改进方法与责任，追根究底，止于至善。三是实行专案成本管理。各级管理部门都有专项管理责任，定期分析挖掘与本专业相关的成本异常，设定专案实施管理。

## （六）两个中心的医疗运行模式

### 1. 以病人为中心

长庚医院创设之初即定位为“平民大医院”，旨在为普通百姓提供质优、便捷、价廉的医疗服务。医院于 20 世纪 80 年代即在台湾首创“门急诊先看病后缴费”、“住院免交保证金”等便民利民措施；院内禁绝“红包”，违者严惩，并积极开展专案改善，在保证品质的前提下，降低医疗项目价格。如肾透析原来一次约 6000 多元新台币，由于费用高昂使得患者只能 10 天洗一次，生命受到严重威胁。对此，医院采取“单元成本分析”，优化流程、合理用材，将每次洗肾费用降到了 4000 元新台币，降幅达 1/3。

近年来，长庚医院通过创设诊疗中心，水平整合相关临床与辅助医疗科室，纵向整合医疗流程，构建一站式医疗照护模式。目前全院已建立包括癌症中心、睡眠中心等 17 个医疗中心。以林口癌症中心为例，其特色在于：一是医疗团队整合化。构建多专业医师组成的联合团队，如食道癌联合团队包括胸腔外科、放射肿瘤科、血液肿瘤科等医师。联合团队会诊讨论病历、制定综合治疗方案。二是服务团队整合化。除医护人员外，还配有社工师、心理治疗师、营养治疗师、临床药剂师等，并积极扶持病友社团，使病人得到生理、心理、社会全方位的诊疗与关怀。三是空间布局整合化。将缴费柜台、

药房、化疗室、病房集中在同一区域，让患者就近完成就诊；同时血液肿瘤科、内外科癌症诊间等集中楼层分区设置，方便会诊及资源共用。四是诊疗服务持续化。从病人首诊诊断期、治疗期到随访期，实行终身追踪，持续关怀。

## 2. 以主治医师为中心

长庚医院建立了主治医师负责制下的 7 位一体制医疗团队（与大陆不同，在台湾主治医师相当于大陆医院的主任医师级别），即 1 位主治医师负责病人诊疗，住院医师、实习医师、一般护理人员、专科护理师、个案管理师、临床药师、其他辅助人员等全方位支持。7 位一体制将医疗过程进行合理分工，主治医师完成其中最能体现其劳务价值或仅能由主治医师完成的关键工作，其他人员给予支持与配合，降低单位成本，提高服务总量。2008 年末数据表明，长庚医院医师数约占全台医疗机构总医师数的 5%，但提供的门急诊、住院服务量和手术量占台湾医疗机构服务总量的比例均超过 7%。

## （七）全面信息化

全面信息化是长庚医院高效管理最重要的手段，其信息管理有十六字箴言：就源输入、多次应用、环环相扣、相互勾稽。“就源输入”指不论职位高低，不论何处发生的信息，都由当事人输入系统，保证信息来源唯一。“多次应用”指各相关部门都用同一数据，避免重复、造假。“环环相扣”指在流程管理中，各环节数据紧密相关。“相互勾稽”指各不同部门间相关数据都符合一定逻辑关系，保证信息真实性。

## 四、激励机制

长庚医院激励机制包括薪酬激励和非薪酬激励，下面主要介绍对主治医师的激励制度。

## (一) 薪酬激励

长庚医院借鉴美国“医师诊疗费”(Physician fee, PF), 结合台湾的医疗环境与医院自身特点, 设计了一套较为完整的医师费制度。薪资一般都由本薪、绩效奖金、津贴构成, 具体包括医师费来源、医师绩效考评积分、医师费重分配3部分, 且具有一定弹性。

**1. 医师费的来源。**长庚医院根据医师在医疗项目上花费的精力、时间及贡献度对各医疗项目设定不同医师拆分费率, 医疗项目费用与医师拆分费率的乘积即为该医疗项目的医师费; 将整个月单个科室所有能够独立开展诊疗服务医师的医师费加总, 得到当月科室医师费总额, 扣除不参与科内重分配的部分(如正常门诊时间以外的门诊、手术、麻醉等诊疗费, 就直接给予该医师)即得到科内医师费重分配的总额。医师费核发有个非常重要的通则, 即给予项目的执行医师, 而非开单医师。如果某些项目需共同照护病人才能完成, 此类项目医师费金额不变, 由开单医师与执行医师各依核定比率分配。这种方式在充分肯定医师劳务价值的同时, 有效切断医药、医检关联。

**2. 医师绩效考评积分。**积分由年资、收入、科内积分三组指标构成, 通常各占1/3, 故称之为“三三三制”。年资积分主要依主治医师年资及职称而定, 旨在体现对资深医师的敬重以及对卓有成就的年轻医师的鼓励; 收入积分主要按照医师诊疗所获得的医师费占本科室医师费收入总额的比例获得, 特定专科则以相对价值比率(Resource based relative value scale, RBRVS)作调整; 科内积分主要涉及院内行政职务、学术研究成果、教学贡献等指标, 旨在引导医师兼顾医、教、研。医师绩效考评积分与医师实际收入紧密关联, 是进行医师费重分配的依据。

**3. 医师费重分配。**医师考评积分占所在科室内所有医师积分总

和的比例即为该医师的分配系数，电脑自动测算每位医师的分配金额，但这不是最终实际所得。为防止医师一味冲量，忽视诊疗质量、教学科研；或者过分偏重学术科研而弱化服务，医院根据医师的年资或职称因子设定奖金上限。每位医师不参与科内分配的收入与科内重分配收入之和为绩效奖金总额，该金额若超过该医师的奖金上限，则超限收入乘以超限分配率划给该医师，而剩余部分则归入主治医师超限基金，用以补助主治医师的退休金、进修学习等。

**4. 医师费制度的弹性制度。**对于持续性或阶段性的发展项目，长庚医院会特别核拨一定比率医师费，或阶段性提高该类项目的医师费拆分率；对于具有市场独占性的诊疗技术则会给予较高的拆分率，或制定较高的收费标准。为了鼓励团队诊疗及诊疗技术传承，对共同执行诊疗的第一与第二主治医师，按比率分配医师费。

## (二) 非薪酬类激励

除合理的薪酬之外，良好培训体系、优越的科研条件、明晰的晋升路径等同样是长庚医院吸引人才、留住人才、培养人才的关键。

**1. 医师研究员制度。**设立该制度的目的是鼓励在医学研究领域确有潜力的主治医师从事医学研究，主要从申请者日常从事专门研究的时间、学历、资历等方面进行评价。院方对获评医师研究员给予经费资助。

**2. 强有力的科研资助。**长庚医院设有专门的研究基金，用于奖励与补助医师从事科研。据统计，长庚全院 2006 – 2009 年研究经费总额高达 85 亿新台币，院内经费（含院内研究计划费、研究奖励与补助）约占 42%。

**3. 鼓励年轻医师培训进修。**长庚医院的科研经费，除用于科研项目本身外，还用于资助主治医师，特别是年轻主治医师进修学习。

对于学成返回的医师，医院还鼓励其创设科研中心、各类核心实验室，为其搭建施展才华的平台。

**4. 明晰严格的晋升制度。**长庚体系具有良好的医、产、学、研结合的土壤，从住院医师、一般级主治医师到教授级主治医师，不同职级晋升均有明确、可量化的指标及标准。优秀的医学人才不用担心身处民营医院自身的学术地位或职称晋升受影响。同时，为了保障人才质量，长庚医院针对医师职级晋升制定了“二六九条款”：住院医师必须经过必要的训练，并在2年内发表一定数量的研究论文，才能当上主治医师；若在接下来6年内未得讲师资格，就可能被解聘；取得讲师资格后，需要通过研究与发表论文在9年内取得助理教授资格，否则就要离开医院自行开业或从事纯临床工作。

## 五、结语

长庚大学原管理学院院长、台湾著名财经类专家吴寿山教授曾对长庚医院“合理化”管理的内涵进行过精辟的阐述：一是合乎人情、人性，如制度体系的构建、激励机制的设计等；二是合乎事理，如任何评估决策、制度修订、目标值设定都尊重专业意见等；三是合理的成本与利润，长庚医院旨在为广大台湾民众提供负担得起的、优质的医疗服务。从这一论述中可以看到一个兼顾“社会、技术（法律）、经济”多层面的“合理化”管理模式。长庚医院独特的医疗运营管理方式给许多公立、民营医院，甚至非医疗机构都带来了深刻的启迪。

（责任编辑：信虹云）

## 国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门 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

国办发〔2010〕58号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

发展改革委、卫生部、财政部、商务部、人力资源社会保障部《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》已经国务院同意，现转发给你们，请认真贯彻执行。

鼓励和引导社会资本举办医疗机构，有利于增加医疗卫生资源，扩大服务供给，满足人民群众多层次、多元化的医疗服务需求；有利于建立竞争机制，提高医疗服务效率和质量，完善医疗服务体系。各地区、各有关部门要解放思想、转变观念，充分认识鼓励和引导社会资本举办医疗机构的重要意义。要抓紧清理和修改涉及非公立医疗机构准入、执业、监管等方面文件，结合实际制定和完善鼓励引导社会资本举办医疗机构的实施细则和配套文件，消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍，促进非公立医疗机构持续健康发展。要加强政策解读，引导社会各界正确认识非公立医疗机构在医疗卫生服务体系中的重要地位和作用，为社会资本举办医疗机构营造良好氛围。

国务院办公厅

二〇一〇年十一月二十六日

## 关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见

发展改革委 卫生部 财政部 商务部 人力资源社会保障部

坚持公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展，加快形成多元化办医格局，是医药卫生体制改革的基本原则和方向。为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）、《国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）的通知》（国发〔2009〕12号）精神，完善和落实优惠政策，消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍，确保非公立医疗机构在准入、执业等方面与公立医疗机构享受同等待遇，现就鼓励和引导社会资本举办医疗机构提出以下意见：

### 一、放宽社会资本举办医疗机构的准入范围

（一）鼓励和支持社会资本举办各类医疗机构。社会资本可按照经营目的，自主申办营利性或非营利性医疗机构。卫生、民政、工商、税务等相关部门要依法登记，分类管理。鼓励社会资本举办非营利性医疗机构，支持举办营利性医疗机构。鼓励有资质人员依法开办个体诊所。

（二）调整和新增医疗卫生资源优先考虑社会资本。非公立医疗机构的设置应符合本地区区域卫生规划和区域医疗机构设置规划。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配置规划时，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。

**(三) 合理确定非公立医疗机构执业范围。**卫生部门负责对非公立医疗机构的类别、诊疗科目、床位等执业范围进行审核，确保非公立医疗机构执业范围与其具备的服务能力相适应。对符合申办条件、具备相应资质的，应予以批准并及时发放相应许可，不得无故限制非公立医疗机构执业范围。

**(四) 鼓励社会资本参与公立医院改制。**要根据区域卫生规划，合理确定公立医院改制范围。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公立医院改制，积极稳妥地把部分公立医院转制为非公立医疗机构，适度降低公立医院的比重，促进公立医院合理布局，形成多元化办医格局。要优先选择具有办医经验、社会信誉好的非公立医疗机构参与公立医院改制。公立医院改制可在公立医院改革试点地区以及部分国有企业所办医院先行试点，卫生部门要会同有关部门及时总结经验，制定出台相关办法。在改制过程中，要按照严格透明的程序和估价标准对公立医院资产进行评估，加强国有资产处置收益管理，防止国有资产流失；按照国家政策规定制定改制单位职工安置办法，保障职工合法权益。

**(五) 允许境外资本举办医疗机构。**进一步扩大医疗机构对外开放，将境外资本举办医疗机构调整为允许类外商投资项目。允许境外医疗机构、企业和其他经济组织在我国境内与我国的医疗机构、企业和其他经济组织以合资或合作形式设立医疗机构，逐步取消对境外资本的股权比例限制。对具备条件的境外资本在我国境内设立独资医疗机构进行试点，逐步放开。境外资本既可举办营利性医疗机构，也可以举办非营利性医疗机构。鼓励境外资本在我国中西部

地区举办医疗机构。

香港、澳门特别行政区和台湾地区的资本在内地举办医疗机构，按有关规定享受优先支持政策。

**(六) 简化并规范外资办医的审批程序。**中外合资、合作医疗机构的设立由省级卫生部门和商务部门审批，其中设立中医、中西医结合、民族医医院的应征求省级中医药管理部门意见。外商独资医疗机构的设立由卫生部和商务部审批，其中设立中医、中西医结合、民族医医院的应征求国家中医药局意见。具体办法由相关部门另行制定。

## 二、进一步改善社会资本举办医疗机构的执业环境

**(七) 落实非公立医疗机构税收和价格政策。**社会资本举办的非营利性医疗机构按国家规定享受税收优惠政策，用电、用水、用气、用热与公立医疗机构同价，提供的医疗服务和药品要执行政府规定的相关价格政策。营利性医疗机构按国家规定缴纳企业所得税，提供的医疗服务实行自主定价，免征营业税。

**(八) 将符合条件的非公立医疗机构纳入医保定点范围。**非公立医疗机构凡执行政府规定的医疗服务和药品价格政策，符合医保定点相关规定，人力资源社会保障、卫生和民政部门应按程序将其纳入城镇基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、工伤保险、生育保险等社会保障的定点服务范围，签订服务协议进行管理，并执行与公立医疗机构相同的报销政策。各地不得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。

**(九) 优化非公立医疗机构用人环境。**非公立医疗机构与医务人员依法签订劳动合同，按照国家规定参加社会保险。鼓励医务人员

在公立和非公立医疗机构间合理流动，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。医务人员在学术地位、职称评定、职业技能鉴定、专业技术和职业技能培训等方面不受工作单位变化的影响。

**(十) 改善非公立医疗机构外部学术环境。**非公立医疗机构在技术职称考评、科研课题招标及成果鉴定、临床重点学科建设、医学院校临床教学基地及住院医师规范化培训基地资格认定等方面享有与公立医疗机构同等待遇。

各医学类行业协会、学术组织和医疗机构评审委员会要平等吸纳非公立医疗机构参与，保证非公立医疗机构占有与其在医疗服务体系中的地位相适应的比例，保障非公立医疗机构医务人员享有承担与其学术水平和专业能力相适应的领导职务的机会。

**(十一) 支持非公立医疗机构配置大型设备。**支持非公立医疗机构按照批准的执业范围、医院等级、服务人口数量等，合理配备大型医用设备。

非公立医疗机构配备大型医用设备，由相应卫生部门实行统一规划、统一准入、统一监管。各地制定和调整大型医用设备配置规划应当充分考虑当地非公立医疗机构的发展需要，合理预留空间。卫生部门在审批非公立医疗机构及其开设的诊疗科目时，对其执业范围内需配备的大型医用设备一并审批，凡符合配置标准和使用资质的不得限制配备。

**(十二) 鼓励政府购买非公立医疗机构提供的服务。**鼓励采取招标采购等办法，选择符合条件的非公立医疗机构承担公共卫生服务以及政府下达的医疗卫生支农、支边、对口支援等任务。支持社会

资本举办的社区卫生服务机构、个体诊所等非公立医疗机构在基层医疗卫生服务体系中发挥积极作用。

非公立医疗机构在遇有重大传染病、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的突发公共卫生事件时，应执行政府下达的指令性任务，并按规定获得政府补偿。

鼓励各地在房屋建设、设备购置及人员培养等方面，对非公立医疗机构给予积极扶持。

**(十三) 鼓励对社会资本举办的非营利性医疗机构进行捐赠。**鼓励企业、事业单位、社会团体以及个人等对社会资本举办的非营利性医疗机构进行捐赠，并落实相关税收优惠政策。鼓励红十字会、各类慈善机构、基金会等出资举办非营利性医疗机构，或与社会资本举办的非营利性医疗机构建立长期对口捐赠关系。

**(十四) 完善非公立医疗机构土地政策。**有关部门要将非公立医疗机构用地纳入城镇土地利用总体规划和年度用地计划，合理安排用地需求。社会资本举办的非营利性医疗机构享受与公立医疗机构相同的土地使用政策。非营利性医疗机构不得擅自改变土地用途，如需改变，应依法办理用地手续。

**(十五) 畅通非公立医疗机构相关信息获取渠道。**要保障非公立医疗机构在政策知情和信息、数据等公共资源共享方面与公立医疗机构享受同等权益。要提高信息透明度，按照信息公开的有关规定及时公布各类卫生资源配置规划、行业政策、市场需求等方面的信息。

**(十六) 完善非公立医疗机构变更经营性质的相关政策。**社会资本举办的非营利性医疗机构原则上不得转变为营利性医疗机构，确

需转变的，需经原审批部门批准并依法办理相关手续；社会资本举办的营利性医疗机构转换为非营利性医疗机构，可提出申请并依法办理变更手续。变更后，按规定分别执行国家有关价格和税收政策。

**（十七）完善非公立医疗机构退出的相关政策。**非公立医疗机构如发生产权变更，可按有关规定处置相关投资。非公立医疗机构如发生停业或破产，按照有关规定执行。

### **三、促进非公立医疗机构持续健康发展**

**（十八）引导非公立医疗机构规范执业。**非公立医疗机构作为独立法人实体，自负盈亏，独立核算，独立承担民事责任。非公立医疗机构要执行医疗机构管理条例及其实施细则等法规和相关规定，提供医疗服务要获得相应许可。严禁非公立医疗机构超范围服务，依法严厉打击非法行医活动和医疗欺诈行为。规范非公立医疗机构医疗广告发布行为，严禁发布虚假、违法医疗广告。卫生部门要把非公立医疗机构纳入医疗质量控制评价体系，通过日常监督管理、医疗机构校验和医师定期考核等手段，对非公立医疗机构及其医务人员执业情况进行检查、评估和审核。

建立社会监督机制，将医疗质量和患者满意度纳入对非公立医疗机构日常监管范围。发挥医疗保险对医保定点机构的激励约束作用，促进非公立医疗机构提高服务质量，降低服务成本。

**（十九）促进非公立医疗机构守法经营。**非公立医疗机构要严格按照登记的经营性质开展经营活动，使用税务部门监制的符合医疗卫生行业特点的票据，执行国家规定的财务会计制度，依法进行会计核算和财务管理，并接受相关部门的监督检查。非营利性医疗机构所得收入除规定的合理支出外，只能用于医疗机构的继续发展。

对违反经营目的、收支结余用于分红或变相分红的，卫生部门要责令限期改正；情节严重的，按规定责令停止执业，并依法追究法律责任。营利性医疗机构所得收益可用于投资者经济回报。非公立医疗机构要按照临床必需的原则为患者提供适当的服务，严禁诱导医疗和过度医疗。对不当谋利、损害患者合法权益的，卫生部门要依法惩处并追究法律责任。财政、卫生等相关部门要进一步完善和落实营利性和非营利性医疗机构财务、会计制度及登记管理办法。充分发挥会计师事务所对非公立医疗机构的审计监督作用。

**（二十）加强对非公立医疗机构的技术指导。**人力资源社会保障和卫生等部门要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。各地开展医疗卫生专业技术人才继续教育、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，要考虑非公立医疗机构的人才需求，统筹安排。

**（二十一）提高非公立医疗机构的管理水平。**鼓励非公立医疗机构推行现代化医院管理制度，建立规范的法人治理结构，加强成本控制和质量管理，聘用职业院长负责医院管理。支持社会资本举办医院管理公司提供专业化的服务。鼓励非公立医疗机构采用各种方式聘请或委托国内外具备医疗机构管理经验的专业机构，在明确权责关系的前提下参与医院管理，提高管理效率。指导非公立医疗机构依法实施劳动合同制度，建立和完善劳动规章制度。

**（二十二）鼓励有条件的非公立医疗机构做大做强。**鼓励社会资本举办和发展具有一定规模、有特色的医疗机构，引导有条件的医疗机构向高水平、高技术含量的大型医疗集团发展，实施品牌发展战略，树立良好的社会信誉和口碑。鼓励非公立医疗机构加强临床

科研和人才队伍建设。

**(二十三) 培育和增强非公立医疗机构的社会责任感。**非公立医疗机构要增强社会责任意识,坚持以病人为中心,加强医德医风建设,大力弘扬救死扶伤精神,加强医务人员执业道德建设和人文精神教育,做到诚信执业。鼓励非公立医疗机构采用按规定设立救助基金、开展义诊等多种方式回报社会。进一步培育和完善非公立医疗机构行业协会,充分发挥其在行业自律和维护非公立医疗机构合法权益等方面的积极作用。

**(二十四) 建立和完善非公立医疗机构投诉渠道。**非公立医疗机构可以采取行政诉讼及行政复议等形式,维护自身在准入、执业、监管等方面权益。可以向上级有关部门投诉,接到投诉的部门应依法及时处理,并将处理结果书面正式通知投诉机构。

**(二十五) 此前有关规定与本意见不一致的,以本意见为准。**

## 国务院医改办公室负责人就鼓励引导社会资本办医意见 发布答记者问<sup>\*</sup>

近日，国务院办公厅转发发展改革委、卫生部、财政部、商务部、人力资源社会保障部《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》（以下简称《社会办医》）。就此，记者采访了国务院医改领导小组办公室负责人。

### 问：为什么要出台《社会办医》？

非公立医疗机构是我国医疗卫生服务体系不可或缺的重要组成部分。改革开放以来，我国非公立医疗机构不断发展壮大。2009年，私营医疗机构数占医疗机构总数的36.06%，但床位数仅占床位总数的5.19%，而且非公立医疗机构仍然以小规模经营为主。社会资本举办发展医疗机构普遍面临准入门槛高、经营压力大、发展空间小、技术人才缺乏、监管机制不健全、社会氛围不佳等困难和问题。

鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制，是深化医药卫生体制改革确定的基本原则和重要内容，有利于增加医疗卫生服务资源，扩大服务供给，满足人民群众多层次、多元化的医疗服务需求；有利于建立竞争机制，提高服务效率和质量，完善医疗服务体系，形成公立医疗机构和非公立医疗机构相互促进、共同发展的格局。

### 问：《社会办医》主要解决什么问题？

《社会办医》的总体考虑是：一方面，着力消除阻碍非公立医

---

\* 本文转载自卫生部网站（<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s8255/201012/49954.htm>）。

疗机构发展的政策障碍，非公立医疗机构在准入和执业等方面与公立医疗机构一视同仁、同等待遇；另一方面，加强监管、扶优扶强，引导非公立医疗机构规范执业，培育社会责任和信誉口碑，促进非公立医疗机构持续健康发展。

针对目前存在的突出问题，《社会办医》从社会资本举办医疗机构的准入、执业、发展等方面，明确相关政策措施，放宽社会资本举办医疗机构的准入范围，进一步改善社会资本举办医疗机构的执业环境，促进非公立医疗机构健康持续发展，围绕机构设立、经营性质、执业范围、外资办医、税收价格政策、医保定点、用人和学术环境、设备配置等社会资本举办发展医疗机构的各个环节和突出问题，制定了有针对性的政策措施。

**问：《社会办医》提出放宽社会资本举办医疗机构的准入范围，具体包括哪些措施？**

准入是社会资本举办发展医疗机构的第一个环节，针对目前社会资本举办医疗机构进入难、限制多的问题，《社会办医》提出了6条措施放宽社会资本举办医疗机构的准入范围：

一是鼓励和支持社会资本举办各类医疗机构，社会资本可按照经营目的，自主申办营利性或非营利性医疗机构，依法登记，分类管理。

二是调整和新增医疗卫生资源优先考虑社会资本，制定和调整区域卫生规划、医疗机构设置规划和其他医疗卫生资源配置规划时，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。

三是合理确定非公立医疗机构执业范围，确保非公立医疗机构执业范围与其具备的服务能力相适应。

四是鼓励社会资本规范参与公立医院改制。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公立医院改革，积极稳妥地把部分公立医院转制为非公立医疗机构，适度降低公立医院的比重。

五是进一步扩大医疗机构对外开放，将境外资本举办医疗机构由目前的限制类调整为允许类外商投资项目，逐步取消对境外资本举办医疗机构的股比限制，对外商独资医疗机构先行试点、逐步放开。

六是简化并规范外资办医的审批程序，中外合资、合作医疗机构的设立审批权限由国家下放到省一级。外商独资医疗机构的设立由卫生部和商务部审批。

### 问：社会资本举办的医疗机构享有哪些优惠政策？

为了进一步改善社会资本举办医疗机构的执业环境，《社会办医》提出 11 条措施，重点包括：

一是按照经营性质落实非公立医疗机构价格和税收政策，社会资本举办的非营利性医疗机构享受与公立医疗机构相同的税收和价格政策；营利性医疗机构按照国家规定享受相应的税收优惠政策。

二是将符合条件的非公立医疗机构纳入医保定点范围，非公立医疗机构凡执行政府规定的医疗服务和药品价格政策，符合医保定点等相关规定，有关部门将其纳入定点服务范围，并执行与公立医疗机构相同的支付或报销政策，不得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。

三是健全非公立医疗机构用人环境和学术环境。鼓励医务人员在公立和非公立医疗机构间合理流动，医务人员的学术地位、职称评定等不受工作单位变化的影响。非公立医疗机构在技术职称考评，科研课题招标及成果鉴定，临床重点学科、医学院校临床教学基地

等资格认定方面享有与公立医疗机构平等待遇。各医学类行业协会、学术组织和医疗机构评审委员会要平等吸纳非公立医疗机构参与。

四是对非公立医疗机构配置大型设备给予支持，各地制定和调整大型医用设备配置规划应充分考虑当地非公立医疗机构的发展需要，合理预留配备空间。卫生行政部门在审批非公立医疗机构及其开设的诊疗科目时，对其配备的大型医疗设备一并审批，凡符合配置标准和使用资质的不得限制其配备。

同时，《社会办医》还提出鼓励政府购买非公立医疗机构提供的服务，鼓励企业、事业单位、社会团体以及个人等社会力量对社会资本举办的非营利性医疗机构进行捐赠。

### 问：如何引导非公立医疗机构健康发展？

医疗机构的健康发展，离不开技术和信誉，需要长期积累。为了引导非公立医疗机构健康发展，《社会办医》制定了一系列政策：

一是加强对非公立医疗机构的技术指导，将非医疗机构纳入行业培训等日常指导范围。医疗卫生专业技术人才继续教育、技能人才执业技术培训、全科医生培养培训和住院医师规范化培训等方面，充分考虑到非公立医疗机构的人才需求，统筹安排。

二是提高非公立医疗机构的管理水平。鼓励非公立医疗机构推行现代化医院管理制度，建立规范的法人治理结构，加强成本控制和质量管理，聘用职业院长负责医院管理，聘请或委托具备医疗机构管理经验的专业机构参与医院管理，提高管理效率。

三是鼓励有条件的非公立医疗机构做大做强。鼓励社会资本举办和发展具有一定规模、有特色的医疗机构，引导有条件的医疗机构向高水平、高技术含量的大型医疗集团发展，实施品牌发展战略，树立良好的社会信誉和口碑。

四是培育和增强非公立医疗机构的社会责任感，鼓励非公立医疗机构采用按规定设立救助基金，开展义诊等多种方式回报社会。

《社会办医》还要求各地区、各部门解放思想、转变观念，充分认识鼓励和引导社会资本举办医疗机构的重要意义。抓紧清理和修改涉及非公立医疗机构准入、执业、监管等方面文件，尽快消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍；同时，结合实际制定和完善鼓励引导社会资本举办发展医疗机构的实施细则和配套文件，进一步落实对非公立医疗机构的扶持政策，促进非公立医疗机构持续健康发展。

**问：为什么要强调对非公立医疗机构加强监管？具体有哪些措施？**

医疗机构提供医疗服务直接关系到群众的健康安全，必须鼓励与监管并重，两手都要硬，这样才能促使其走上健康发展的轨道。目前，社会资本举办医疗机构遇到的一个突出问题是，社会认知度和信任度不高。出现这种现象，原因之一是政府部门重准入、轻管理，对非公立医疗机构日常行为尚未形成连续、动态监管，不利于非公立医疗机构的持续健康发展。因此，《社会办医》把加强监管作为引导非公立医疗机构健康发展的一个重要手段，制定了相关政策。

在执业行为上，引导非公立医疗机构规范执业。非公立医疗机构要执行医疗机构管理条例及实施细则等法规和相关规定，提供医疗服务要获得相应许可。各级卫生行政部门要把非公立医疗机构纳入医疗质量控制评价体系，通过日常监督管理、医疗机构校验和医师定期考核等手段，对非公立医疗机构及其医务人员执业情况进行检查、评估和审核。严禁非公立医疗机构超范围服务，依法严厉打击非法行医活动和医疗欺诈行为。规范非公立医疗机构医疗广告发

布行为，严禁发布虚假、违法医疗广告。

在经营上，要促进非公立医疗机构守法诚信经营。非公立医疗机构要使用税务部门监制的符合医疗卫生行业特点的票据，执行国家规定的财务会计制度，依法进行会计核算和财务管理，并接受相关部门的监督检查。非营利性医疗机构必须按照非营利性的经营目的和宗旨从事医疗服务活动。营利性医疗机构所得收益可用于投资者经济回报，但必须按照临床必需的基本原则为患者提供适当的服务，严禁诱导医疗和过度医疗。

同时，要建立社会监督机制，将医疗质量和患者满意度纳入对非公立医疗机构日常监管范围。发挥医疗保险对医保定点机构的激励约束作用，促进非公立医疗机构提高服务质量，降低服务成本。

**问：营利性与非营利性分开是医药卫生体制改革明确的“四分开”之一，《社会办医》对营利性和非营利性医疗机构分别有哪些政策？**

营利性与非营利性医疗机构主要根据经营目的进行划分。过去，非营利性医疗机构主要由政府举办，社会举办的医疗机构通常定位为营利性。这次医改方案提出，鼓励社会资本举办非营利性医疗机构，这是适应人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求的重大创新。首先，坚持公共医疗卫生的公益性质，实现人人享有基本医疗卫生服务的目标决定了非营利性医疗机构的主体地位，在这方面要以政府为主导，同时也要广泛动员社会参与。其次，满足人民群众个性化、高端的服务需求，主要依靠市场的力量，发展营利性医疗机构。

为了落实营利性与非营利性分开，《社会办医》明确提出，鼓励社会资本举办非营利性医疗机构，支持举办营利性医疗机构，社会资本可按照经营目的，自主申办营利性或非营利性医疗机构，卫生等相关部门分类管理，主要体现在税收价格等方面。

对社会资本举办的非营利性医疗机构，与公立医疗机构一视同仁，同等待遇。社会资本举办的非营利性医疗机构提供的医疗服务和药品要执行政府规定的相关价格政策，按国家规定享受税收优惠政策，用电、用水、用气、用热与公立医疗机构同价。在接受捐赠、土地使用等方面也执行与公立医疗机构相同的政策。同时，非营利性医疗机构也要按照非营利性的经营目的和宗旨从事医疗服务活动，收入除规定的合理支出外只能用于医疗机构的继续发展，原则上不允许转变为营利性医疗机构，确需转变的需经原审批部门批准并依法办理相关手续。从国际经验看，随着社会财富的积累和文明程度的提高，越来越多的企业或个人把举办医疗机构作为回馈社会、发展慈善事业的重要手段，社会力量举办发展非营利性的医疗机构蕴藏着巨大的潜力。

营利性医疗机构按国家规定缴纳企业所得税，提供的医疗服务实行自主定价，免征营业税。

---

送：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处  
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息  
中心  
中国医学科学院医学信息研究所  
美国中华医学基金会合作单位  
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门  
各省市卫生厅（局）政策法规处  
上海市卫生局局领导及有关处室  
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局  
相关医疗卫生单位  
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China