

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

高端医疗专刊  
2015 年第 4 期  
(总第 63 期)

上海市卫生发展研究中心

2015 年 5 月 10 日

编者按 高端医疗服务业是健康服务业的重要组成部分,也是国家健康服务业重点鼓励发展的方向之一。2013 年 1 月,上海市政府印发《上海市区域卫生规划(2011 年—2020 年)》(沪府发〔2013〕6 号),文件明确将发展高端医疗服务业城市作为上海市建设亚洲国际医学中心城市的重要组成部分和本轮医改的重要目标。本期刊载了上海市卫生发展研究中心关于高端医疗服务业的最新研究结果:结合国内外文献对高端医疗服务的内涵进行探讨,并提出目前高端医疗服务业发展的优先领域;讨论了上海市社会办医中高端医疗服务和公办医院中特需服务的整体发展现状及未来发展趋势;系统梳理了国际上高端医疗服务业的服务模式和特点。谨供领导和同志们参阅。

内部资料免费交流



## 卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊  
第 8 卷第 4 期（总第 63 期）  
2015 年 5 月 10 日  
（内部交流）

### 主管：

上海市卫生和计划生育委员会

### 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 807 室  
邮 编：200040  
电 话：021—22121872  
传 真：021—22121623  
E-mail: shdrc\_work@163.com  
网 址：www.shdrc.org

顾 问：沈晓初  
肖泽萍

主 编：胡善联

副 主 编：付 晨  
金春林（常务）  
丁汉升  
吴凌放

编辑部主任：信虹云

责 任 编 辑：何江江 陈 多  
杨 燕 常雪沛  
房 良

校 对：王 瑾 陆文婷

上海市连续性内部资料准印证  
（K）第 0649 号

## 目 次

### 专题研究

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 高端医疗服务的概念、内涵与优先发展领域——以上海市为例 ..1 |    |
| 上海市高端社会办医发展的现状及趋势分析 .....       | 9  |
| 上海市三级公立医院特需服务发展的现状及趋势分析 .....   | 23 |

### 他山之石

|                        |    |
|------------------------|----|
| 高端医疗服务发展的国际经验与启示 ..... | 37 |
|------------------------|----|

# 高端医疗服务的概念、内涵与优先发展领域

## ——以上海市为例

金春林<sup>1,2</sup> 何达<sup>1</sup> 付晨<sup>3</sup> 王力男<sup>1</sup> 方欣叶<sup>1</sup> 施莉莉<sup>4</sup> 王贤吉<sup>1</sup>

**【摘要】** 高端医疗服务既是社会资本办医的主要方面，也是健康服务业鼓励发展的产业之一，同时是我国“十三五”时期医疗卫生发展的重点领域。文献研究结果表明，目前国内对高端医疗服务的内涵缺乏明确阐述，而这是高端医疗服务相关研究的基础和前提。本研究通过系统综述、现场调查和关键知情人访谈等方法，探讨了当前我国社会经济环境下高端医疗服务的概念、内涵，结合上海市工作实践，借鉴国际先进经验，提出应优先发展健康管理、医疗养老、移动医疗等领域。

**【关键词】** 高端医疗；概念；内涵；优先发展领域

高端医疗服务业是健康服务业的重要组成部分，也是国家健康服务业重点鼓励发展的方向之一。2011年以来，国家和上海市出台了多项政策，鼓励包括高端医疗在内的社会办医事业的发展。但总体上看，近年来我国高端医疗服务业的发展仍较为缓慢，主要是由两方面的因素导致：一是外部因素，包括政策、社会和经济等因素。政策方面，近年来国家和地方层面虽然陆续出台了许多鼓励社会资本办医的政策，但因为现实原因，很多内容无法实现，被业界称为“玻璃门”现象；而社会和经济方面，虽然自改革开放以来我国经济水平得到迅速提高，但患者的就医观念相对滞后，重医疗技术轻服务水平，普遍倾向于去公立医院就医，严重影响了高端医疗服务业的发展。二是内部因素，主要包括人才、技

---

第一作者：金春林，男，研究员，博士，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

4. 上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

术、品牌、管理等因素<sup>[1]</sup>。高端医疗服务正处于发展初期，存在人力资源总量不足、人才梯队建设不完善、技术实力不及公立医院、品牌影响力较弱以及管理难度大等诸多问题，均影响了高端医疗服务业的快速发展。文献研究结果表明，当前高端医疗服务的相关研究并没有对其内涵和覆盖范围进行明确界定，而对发展重点的分析也不够深入<sup>[2-3]</sup>。在当前利好政策以及大量社会资本涌入的情况下，需要夯实发展高端医疗服务的理论基础，明确高端医疗服务的内涵，深入探究近期的发展重点，从而为进一步发展高端医疗服务业提供建议。

## **一、资料与方法**

### **（一）文献检索**

以“高端医疗服务”、“健康服务业”和“社会办医”为关键词，在国家卫生和计划生育委员会官网、上海市卫生和计划生育委员会官网、中国生物医学文献数据库（CMB Disk）和中国国家知网（CNKI）进行检索；以“high-end medical service”、“health industry”、“private healthcare”为关键词，在 Pubmed 数据库进行文献检索，筛选相应的管理文件、政策法规、学术论文、报纸和网络媒体相关资料，提取关键信息并进行综述。

### **（二）现场调查**

根据医疗服务种类进行分类，在上海市全市范围内，分别选择上海国际医学中心、禾新医院和德济医院作为综合性高端医疗机构代表，上海爱尔眼科医院、上海德真会齿科诊所作为专科医院代表，上海俊维寓医医院作为健康管理机构代表，对这 6 家高端社会医疗机构进行机构调查，对机构主要负责人进行咨询。

### **（三）定性访谈**

采用关键知情人半结构化访谈的形式，对上海市卫生行政部门负责人、部分公立医院院长和特需服务部门负责人、市社会医疗机构负责人、

第三方研究机构、高校相关院所、上海（浦东）国际医学园区和新虹桥国际医学中心负责人等进行访谈，共访谈 15 人次，了解各利益相关方对高端医疗服务内涵的理解，分析高端医疗服务发展存在的问题，探讨近期的发展重点。

## **二、高端医疗服务的内涵**

### **（一）高端医疗服务是相对性概念**

高端医疗服务是在国内社会经济发展与医药卫生体制改革进程中形成的新名词，相关的专业著作中未见相关分类，国内已发表的相关文献中也未对其进行明确界定。而相关行政文件、规章制度中则多是对这一概念的直接应用，并没有涉及对概念内涵、覆盖范围等方面的详细阐述。同时，国际上一般并不按照医疗服务的品质划分服务类型，高端医疗服务往往被划归入私人医疗服务（private healthcare）中<sup>[4]</sup>。

由此可以看出，高端医疗服务并不是独立存在的服务类型，而是医疗服务整体中的一个相对概念，主要与基本医疗服务相对应。医疗服务分为核心服务、形式服务和辅助服务 3 个层次<sup>[5]</sup>。在核心服务方面，基本医疗服务与高端医疗服务基本没有差别，均是以医疗为本质的服务。二者的区别主要体现在形式服务和辅助服务方面。基本医疗服务与高端医疗服务在伦理、政治、经济和技术方面都存在明显差异。基本医疗服务主要是从“保基本、强基层”的角度，保障常见病、多发病、慢性病的诊疗，满足广大城乡居民的基本医疗需求，具有保障性质；而高端医疗服务则更加侧重经济承受能力较高的人群，满足一小部分医疗需求较高的患者，对其提供高水平的医疗服务。

### **（二）高端医疗服务的内涵**

高端医疗服务的内涵主要包括服务提供主体、服务内容、服务对象、支付方式和经营模式 5 个方面：

高端医疗服务的提供主体主要为高端私立医疗机构，包括外资独资、

中外合资、内资独资、公私合作等投资模式。但由于私立医疗机构发展尚处初期，二、三级公立医院的特需服务部门也承担了一定比例的高端医疗服务。

在服务内容方面，高端医疗服务在核心医疗服务的基础上，更加注重对形式服务和辅助服务内容的开发，通过优化就医流程、增加便捷设施、改善候诊室、就诊室及病房条件、提升医护人员服务意识等措施提供更加优质、人性化的医疗服务。

在服务对象方面，高端医疗服务的目标人群相对较少，以具有个性化、高端化服务需求的境外人士及拥有较高支付能力的境内人士为主要对象。而随着商业医疗保险的发展，购买商业医疗保险作为补充的人群比例不断扩大，高端医疗服务的目标人群也在逐步扩大。

在支付方式方面，由于高端医疗服务水平超越了基本医疗服务的层次，其产生的费用也相对较高，一般不利用基本医疗保险的支付方式，多是通过商业医疗保险或患者自费的支付方式使医疗机构获得利润。

在经营模式方面，高端医疗服务主要通过建立综合医院、专科医院、门诊部、诊所等途径，通常采用法人治理的组织架构，按照公司化的治理模式进行运营。此外，北京市、上海市等多地也正在通过建立国际医学园区的方式，集中提供高端医疗服务。

### **（三）高端医疗服务的特征**

与基本医疗服务相比，高端医疗服务具有 3 个典型特征：服务、技术、收费水平均较高。如某口腔诊所为患者提供的服务在诊疗技术方面与本区域内同行业水平持平，但患者可以获得比一般医疗机构更加个性化、适宜的服务，因此收费水平也较高。这家诊所符合了高端医疗服务的高服务、高收费的特点，故属于高端医疗服务。某二甲医院的特需医疗服务部虽然服务水平难以达到让患者满意的标准，不属于高水平的服务；就诊的患者未必使用高级医疗设备或服用昂贵的药品，但由于提供

该服务的专家具有较高的诊疗技术水平，收费水平也较高，符合高端医疗服务高技术、高收费的特点，因此也属于高端医疗服务。再如某三甲医院的非特需医疗部为患者提供器官移植手术，其服务水平一般，但由于其诊疗技术水平较高，收费也较高，因此也属于高端医疗服务。

### 三、高端医疗服务的近期发展重点

#### （一）健康管理

当前中国的医疗服务体系中，公立医疗体系虽然网络庞大、结构健全，但也面临防治不分等问题。很多二、三级公立医院拥有独立的健康体检部门，有的甚至拥有高端健康体检的独立建筑。此外，为了满足患者需求，很多体检部门配置了相当数量的高资质医护人员。在医疗资源尤其是高资质医务人员极其紧缺的情况下，这种人员配置会导致有限的专家资源无法充分发挥其应有的价值，是对专家资源的一种浪费。而公立医院防治不分，也使得医院功能定位更加不明确，影响了医疗服务体系的结构建设。

本研究认为，包括健康体检在内的健康管理服务，其主要涉及疾病诊断，面临的医疗风险较低，更加适合利用社会资本开展这一服务。国际上经验来看，以肝脏健康及肿瘤专项检查为主要业务的新加坡莱弗士医院，开展常规体检业务的韩国韩信综合诊察中心，防癌检查的日本西台医院以及健康疗养 of 瑞士青草地疗养院、阿尔卑斯山温泉医院等都是高端健康体检和健康管理方面的成功案例，可以为我国高端医疗体检和健康管理服务提供一些经验借鉴。

目前高端医疗机构在健康管理方面还存在一些问题：一是由于中国医疗服务行业中存在的“西医看庙，中医看人”规则<sup>[6]</sup>，以及民众陈旧的就医观念。社会对三甲医院的信任程度普遍较高，而对社会办医疗机构则持怀疑态度。二是由于信息化建设水平在不同地区、医院之间存在明显差异，医疗机构之间不能实现检查、检验结果的互认，这进一步阻

碍了社会资本开展健康管理服务的进程。

## （二）医疗养老

根据国务院办公厅 2015 年 3 月发布的《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020）》（国办发〔2015〕14 号），截至 2013 年底，我国 60 岁及以上老年人口达 2.02 亿，占总人口的 14.9%。老年人口比例的快速增长，导致对老年人的生活照料、康复护理、医疗保健等需求日益凸显。但截至 2010 年年底，中国公立养老机构共 350 万张床位，仅能为不到 2% 的老年人提供服务<sup>[7]</sup>。中国经济的持续增长以及老龄化的日益严重，仅依靠公立医疗机构可能难以满足老年人康复护理、医疗保健等方面的需求，因此，社会资本投资医疗养老服务潜力巨大。

事实上，国家和地方层面都出台了许多鼓励和支持社会资本发展医疗养老业务的相关政策。而社会资本，尤其是外国投资者最看好的就是高端医疗养老服务，这些提供高端医疗养老服务的机构被称为“五星级胜地（five-star resort）”，中国比较富裕的人群会倾向于选择此类机构养老<sup>[8]</sup>。

然而高端医疗养老服务的发展也存在一些问题。一是目前国内还没有医养结合产业的成功模式可以借鉴，因此需要社会资本自行探索。二是国内缺乏老年护理的专业人员（包括医生、护士、医务社工等），一定程度上影响了高端医疗养老服务的快速发展。

## （三）移动医疗

随着医疗科技的快速发展，移动医疗成为信息时代医疗改革的重点方向之一。国际医疗卫生会员组织（Healthcare Information and Management Systems Society，以下简称“HIMSS”）将移动医疗（mHealth）定义为通过使用移动通信技术（如 PDA、移动电话和卫星通信）来提供医疗服务和信息，具体到移动互联网领域，则以基于安卓和 iOS 等移动终端系统的医疗健康类应用（App）为主<sup>[9]</sup>。HIMSS 认为移动医疗为发



展中国家提供了一种缓解卫生人力资源短缺问题的有效途径。移动医疗改变了过去人们只能前往医院看病就医的传统就医方式，帮助患者节省挂号、排队等候以及搭乘交通工具前往医疗机构的大量时间和经济成本，比传统医疗服务模式更加便捷和灵活，工作流程更加简洁<sup>[10-11]</sup>。此外，移动医疗还可以使医务人员及时获得和确认患者的医疗信息，减少护理环节以及在发药、药品有效期管理、标本采集等执行环节的失误。此外，还可以通过可穿戴医疗设备的应用，更高效地引导人们养成良好的生活习惯。

目前全球医疗行业采用的移动应用解决方案包括：无线查房、移动护理、药品管理和分发、条形码病人标识带的应用、无线语音、网络呼叫、视频会议和视频监控<sup>[12]</sup>。病人从住院登记、发放药品、输液、配液/配药中心、标本采集及处理、急救室/手术室，到出院结账，都可以使用移动技术予以优化。低成本的手机及全球性移动通信网络的普及为此提供了可行的技术基础，有些大城市的部分医院已经开始尝试利用移动医疗技术提高服务效率、改善服务水平。

当然移动医疗的发展也存在一些障碍，包括 3G 网络不够完善、互联网带宽限制的影响等。但相信随着信息技术的迅速发展，这些障碍将会得到解决。

除此之外，整形美容<sup>[13]</sup>、医疗旅游<sup>[14-15]</sup>、高科技医疗<sup>[16]</sup>等也是当前国际上高端医疗服务的主要发展方向。韩国的医疗美容、马来西亚的医疗保健旅游、印度的旅游心脏手术等都非常值得我国借鉴。

## 参考文献

- [1] 金春林, 王贤吉, 何达, 等. 我国社会办医政策回顾与分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(4): 1-7.
- [2] 张勘, 董伟. 上海医疗服务体系现况分析及新医改未来发展的政策建议[J]. 中国卫生政策研究, 2009 (6): 32-35.

- [3] 李安明, 段文岚, 俞思伟, 等. 社区卫生服务与其高端医疗资源共享体系创新[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2008, 28(11): 13-15.
- [4] Uplekar M W. Private health care [J]. Social science & medicine, 2000, 51(6): 897-904.
- [5] 卫生事业管理学[M]. 人民卫生出版社, 2013.
- [6] 宋维. 打破中国办医僵局的“寓”服务. [EB/OL]. (2014-10-23)[2015-03-08].  
[http://blog.sina.com.cn/s/blog\\_7f3574570102v2d0.html](http://blog.sina.com.cn/s/blog_7f3574570102v2d0.html)
- [7] 中国养老居所产业: 商机与危机. [EB/OL]. (2012-11-06) [2015-03-08].  
<http://www.cctc.net.cn/zyzx/ShowInfo.asp?InfoID=1329>
- [8] 养老居所淘金客. 经济日报. [EB/OL]. (2014-04-21) [2015-03-08].  
[http://paper.ce.cn/jjrb/html/2013-04/21/content\\_152574.htm](http://paper.ce.cn/jjrb/html/2013-04/21/content_152574.htm)
- [9] 江帆. 中国移动医疗发展趋势分析. [EB/OL]. (2013-04-21) [2015-03-08].  
<http://www.askci.com/news/201306/07/07951632210.shtml>
- [10] 滕晓菲, 张元亨. 移动医疗: 穿戴式医疗仪器的发展趋势[J]. 中国医疗器械杂志, 2006, 30(5): 330-340.
- [11] 曾凡, 黄昊, 姬晓波. 移动医疗应用前景探讨[J]. 中国医学教育技术, 2011, 25(3): 314-316.
- [12] 郭涛. 移动医疗风生水起, 投资价值渐显. [EB/OL]. (2014-06-30) [2015-03-08].  
<http://www.chinahightech.com/html/684/2014/0630/336313234353.html>
- [13] 医疗旅游项目概况. 高端医疗服务网. [EB/OL]. (2013-05-02) [2015-03-08].  
<http://www.shww.org/medical-tourism-brief.html>
- [14] 喻学才, 王健民. 高端旅游的基准与标准探讨[J]. 旅游科学, 2006, 20(2): 10-12.
- [15] 宁德煌, 刘娟. 国际医疗旅游发展研究综述[J]. 中南林业科技大学学报 (社会科学版), 2013, 7(2): 1-4.
- [16] 陈玮, 王景烨. 医疗设备企业在中国市场的成长机会——成功的市场进入战略[J]. 中国医疗器械信息, 2013, 19(9): 65-68.

( 责任编辑: 陈多 )

# 上海市高端社会办医发展的现状及趋势分析

何达<sup>1</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 邵祯谊<sup>2</sup>

谢之辉<sup>2</sup> 方欣叶<sup>1</sup> 施莉莉<sup>3</sup> 付晨<sup>4</sup> 金春林<sup>1,5</sup>

**【摘要】目的：**了解上海市高端社会办医发展的现状，分析其发展趋势。**方法：**通过机构数量等 7 个指标对其资源配置情况进行分析，通过门急诊人次数等 2 个指标对其服务量进行分析，通过门诊次均费用等 8 个指标对其费用进行分析，通过不同类别机构之间的横向比较阐述 2013 年上海市高端社会办医各类机构的整体情况，通过从 2011—2013 年不同年份之间高端社会办医情况的纵向比较描述上海市高端社会办医的发展趋势。**结果：**在资源配置方面，目前上海市高端社会办医机构资源配置水平偏低，规模化建设尚处于初期阶段，医务人员组成结构欠合理；在服务量方面，高端社会办医机构服务总量虽增速较高，但仍远低于公立医院特需服务；在医疗费用方面，高端社会办医机构医疗费用总体处于较高水平，内部结构较为合理。**结论：**虽然当前上海市高端社会办医尚处于发展初期，但发展前景广阔。**建议：**高端社会办医应在医疗技术、服务水平、管理能力、人力队伍建设、品牌发展等方面加以强化。

**【关键词】** 高端医疗；社会办医；趋势

党的十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》提出，市场在资源配置中起决定性作用，要完善市场体系建设。在医疗服务业发展中，要进一步发挥市场在医疗卫生资源配置中的影响力，则需要在逐步规范政府办公立医院发展的同时，提高社会资

---

第一作者：何达，女，博士，助理研究员

作者单位：1.上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2.上海市卫生和计划生育委员会信息中心，上海 200040

3.上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

4.上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

5.上海市人口与发展研究中心，上海 20199

本办医的质量和比例。在卫生系统内，根据国家在各类规划文件中的相关阐述，均对社会办医持支持鼓励态度，尤其是近年来针对健康服务业和社会办医出台了鼓励性政策，更加明确了社会办医在当前一个时期的发展方向。上海市作为我国经济中心城市，明确将发展高端医疗服务业城市作为建设亚洲国际医学中心城市的重要组成部分和上海市本轮医改的重要目标，并在全国率先设立了上海（浦东）国际医学园区、上海新虹桥国际医学中心两个国际医学园区，引领高端医疗服务业发展。

目前，上海市《关于进一步促进本市社会医疗机构发展的实施意见》（沪府办发〔2013〕6号）已发布近两年，上海市高端社会办医的发展现状和发展趋势如何，是否具有较大的发展空间等均需要进行深入分析。本研究通过对上海市高端社会办医的发展现状及趋势进行描述和分析，以期对当前上海市鼓励高端社会办医相关政策的制定和完善提供循证依据。

## 一、资料与方法

本研究数据来源分为两部分，2013年上海市社会办医发展总体情况的数据来自上海市社会医疗机构协会，2011—2013年上海市高端社会办医发展情况数据来自上海市卫生计生委卫生信息中心。

本研究从高端社会办医机构的资源配置、诊疗服务量、服务收费 3 个方面，对 2011—2013 年上海市社会医疗机构中高端社会办医机构发展的现状和趋势进行定量描述和分析。鉴于目前国内外文献中尚无对“高端医疗服务”明确的定量界定标准，因此，本研究以当年上海市公立三甲医院特需门诊的次均费用作为界定标准（即 2011 年 441.1 元，2012 年 397.1 元，2013 年 386.5 元），医疗服务收费高于此标准的社会办医院、门诊部和诊所定义为高端社会办医机构。

## 二、结果

### （一）上海市社会办医发展的总体情况

截至 2013 年底，上海市共有社会医疗机构 1715 家，其中民营医院 212 家（占 12.4%）、个体诊所 725 家（占 42.3%）、门诊部 757 家（占 44.1%）、临检中心 21 家（占 1.2%）。平均注册资金约 1000 万人民币；共开放床位数 12870 张，其中老年护理床位 3069 张；诊疗人次数 1296 万人次。2003—2013 年，上海市社会办医事业平稳快速发展，民营医院数量从 2003 年的 29 家发展到 2013 年的 212 家，年均增速 22.0%。目前，上海市高端社会办医涵盖的领域包括医疗美容、老年护理、口腔专业、眼科专业、生殖健康、健康管理等，通过几年的发展，已形成了一批社会办医优势学科，越来越多的医学专家到社会医疗机构执业，高端社会办医实力逐渐增强。

### （二）上海市高端社会办医发展的现状和发展趋势

#### 1、资源配置

在机构数量方面，2013 年，高端社会办医中医院数量 85 家，占机构总量的 18.4%，而门诊部和诊所则多达 376 家，占比达到 81.5%。可见，目前高端社会办医机构中上规模的机构数量较少，大部分是对医疗资源配置和技术要求较低的门诊部和诊所，机构规模普遍处于偏小状态。2011—2013 年，各类高端社会办医数量总体保持持续增长态势，2013 年环比增长率高达 21.3%。其中，综合医院与专科医院的占比无明显变化，而诊所的占比则呈逐年递增趋势，2013 年达到 23.4%。但总体上，门诊部和诊所数量所占比例仍超过 80%，医院的比例维持在较低水平（表 1）。

表 1 2011—2013 年上海市高端社会办医机构数量（单位：家）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 34     | 9.3    | 36     | 9.5    | 44     | 9.5    | 5.9            | 22.2           |
| 专科医院 | 33     | 9.0    | 34     | 8.9    | 41     | 8.9    | 3.0            | 20.6           |
| 门诊部  | 234    | 63.8   | 228    | 60.0   | 268    | 58.1   | -2.6           | 17.5           |
| 诊所   | 66     | 18.0   | 82     | 21.6   | 108    | 23.4   | 24.2           | 31.7           |
| 总计   | 367    | 100.0  | 380    | 100.0  | 461    | 100.0  | 3.5            | 21.3           |

在人力资源方面，近年来高端社会办医机构的执业（助理）医师、注册护士等卫生技术人员数量呈持续增长趋势。总量方面，尽管 2013 年专科医院的机构数量与综合医院持平，但卫生技术人员（以下简称“卫技人员”）数量只有综合医院的 2/3，专科医院卫技人员数量不仅低于综合医院，且大幅低于门诊部的卫技人员数量。2011—2013 年，卫技人员总量保持了 10% 以上的年均增长率。在四类高端社会办医机构中，诊所的卫技人员数量增幅最大，2013 年增幅高达 61.4%，但由于医院卫技人员基数较大，导致 2011—2013 年卫技人员在四类机构中的占比变化不明显（表 2）。

表 2 2011—2013 年上海市高端社会办医机构卫生技术人员数量（单位：人）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 2081   | 31.6   | 2496   | 34.3   | 2762   | 33.4   | 19.9           | 10.7           |
| 专科医院 | 1450   | 22.0   | 1595   | 21.9   | 1847   | 22.3   | 10.0           | 15.8           |
| 门诊部  | 2873   | 43.6   | 2966   | 40.8   | 3320   | 40.2   | 3.2            | 11.9           |
| 诊所   | 178    | 2.7    | 210    | 2.9    | 339    | 4.1    | 18.0           | 61.4           |
| 总计   | 6582   | 100.0  | 7267   | 100.0  | 8268   | 100.0  | 10.4           | 13.8           |

2013 年执业（助理）医师和注册护士数量在各类机构中的分布与卫技人员相似，诊所医师和护士的基数小但增幅较大。2011—2013 年，执业医师和注册护士数呈持续增长，但机构间比例变化不大。四类机构中，

诊所的医师和护士增幅较大，在各类机构中占比也持续增加，而综合医院和专科医院医师和护士的占比则相对降低，反映出诊所规模化发展速度快于医院（表 3、表 4）。

表 3 2011—2013 年上海市高端社会办医机构执业（助理）医师数量（单位：人）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 670    | 26.2   | 830    | 28.6   | 884    | 27.1   | 23.9           | 6.5            |
| 专科医院 | 484    | 18.9   | 521    | 18.0   | 615    | 18.9   | 7.6            | 18.0           |
| 门诊部  | 1306   | 51.0   | 1433   | 49.4   | 1558   | 47.8   | 9.7            | 8.7            |
| 诊所   | 100    | 3.9    | 117    | 4.0    | 202    | 6.2    | 17.0           | 72.6           |
| 总计   | 2560   | 100.0  | 2901   | 100.0  | 3259   | 100.0  | 13.3           | 12.3           |

表 4 2011—2013 年上海市高端社会办医机构注册护士数量（单位：人）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 1020   | 34.2   | 1212   | 37.5   | 1302   | 35.1   | 18.8           | 7.4            |
| 专科医院 | 742    | 24.9   | 782    | 24.2   | 934    | 25.2   | 5.4            | 19.4           |
| 门诊部  | 1149   | 38.5   | 1146   | 35.5   | 1342   | 36.2   | -0.3           | 17.1           |
| 诊所   | 72     | 2.4    | 88     | 2.7    | 129    | 3.5    | 22.2           | 46.6           |
| 总计   | 2983   | 100.0  | 3228   | 100.0  | 3707   | 100    | 8.2            | 14.8           |

2013 年上海市高端社会办医医护比为 1.1，即平均 1 名执业（助理）医师配备 1.1 名护士，与全国医院平均水平持平，但明显低于公立三级医院（1.52）和二级医院（1.33）水平。在四类医疗机构中，综合医院和专科医院的医护比均为 1.5，而门诊部和诊所的医护比均低于 1，区别非常明显。2011—2013 年，除了诊所的医护比持续下降之外，其他三类机构的医护比均保持平稳状态（表 5）。

表 5 2011—2013 年上海市高端社会办医机构医护比

| 机构类别 | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 |
|------|--------|--------|--------|
| 综合医院 | 1.5    | 1.5    | 1.5    |
| 专科医院 | 1.5    | 1.5    | 1.5    |
| 门诊部  | 0.9    | 0.8    | 0.9    |
| 诊所   | 0.7    | 0.8    | 0.6    |
| 总计   | 1.2    | 1.1    | 1.1    |

由于门诊部和诊所无床位配置，因此只分析综合医院和专科医院的床位情况。2013 年，高端社会综合医院共有床位 1559 张，占总数的 47.0%，高端专科医院床位 1757 张，占总数的 53.0%。由此可以看出，高端专科医院虽然在机构数和卫生技术人员数方面不及高端综合医院，但床位数却更高。2011—2013 年，高端综合医院的床位数不增反降，且降幅逐年增加，2013 年比 2012 年降低 17.8%。高端专科医院床位数的变化则恰恰相反，其在高端医院床位总数中的占比也逐年升高（表 6）。

表 6 2011—2013 年上海市高端社会办医机构床位数量（单位：张）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 2046   | 67.0   | 1897   | 57.1   | 1559   | 47.0   | -7.3           | -17.8          |
| 专科医院 | 1008   | 33.0   | 1424   | 42.9   | 1757   | 53.0   | 41.3           | 23.4           |
| 总计   | 3054   | 100    | 3321   | 100    | 3316   | 100    | 8.7            | -0.2           |

2013 年综合医院与专科医院中 100 万元以上医用设备的数量相差不大，但从变化趋势来看，2013 年高端综合医院的设备数量下降了 21.9%，而高端综合医院设备数量则总体上保持增加趋势（表 7）。

表 7 2011—2013 年上海市高端社会办医机构 100 万元以上设备数量（单位：台）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012 年   | 2012—2013 年   |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|---------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 环比<br>增长率 (%) | 环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 30     | 63.8   | 32     | 55.2   | 25     | 49.0   | 6.7           | -21.9         |
| 专科医院 | 17     | 36.2   | 26     | 44.8   | 26     | 51.0   | 52.9          | 0.0           |
| 总计   | 47     | 100    | 58     | 100    | 51     | 100    | 23.4          | -12.1         |



## 2、服务量

2013 年，综合医院的门急诊人次 103.3 万人，占总量的 60.3%，专科医院门急诊人次占比 39.7%。2011—2013 年，各类机构门急诊人次均呈较大幅度的增长，其中，2012 年高端综合医院门急诊人次数的增幅较大，而 2013 年高端专科医院的门急诊人次增幅较大（表 8）。

表 8 2011—2013 年上海市高端社会办医机构门急诊人次（单位：万人）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 66.3   | 59.3   | 95.6   | 65.6   | 103.3  | 60.3   | 44.2           | 8.1            |
| 专科医院 | 45.5   | 40.7   | 50.2   | 34.4   | 68.1   | 39.7   | 10.3           | 35.7           |
| 总计   | 111.8  | 100    | 145.8  | 100    | 171.4  | 100    | 30.4           | 17.6           |

2013 年高端综合医院的出院人数为 2.4 万人，占高端医院出院总人数的 42.9%。2011—2013 年，高端综合医院的出院人数变化呈“倒 V 字”发展，2012 年增幅高达 66.7%，2013 年降幅达 20.0%。而专科医院出院人数则保持持续增长，且增幅逐年提高，2013 年环比增长率达 18.5%（表 9）。

表 9 2011—2013 年上海市高端社会办医机构出院人数（单位：万人）

| 机构类别 | 2011 年 |        | 2012 年 |        | 2013 年 |        | 2011—2012      | 2012—2013      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|----------------|
|      | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 数量     | 占比 (%) | 年环比<br>增长率 (%) | 年环比<br>增长率 (%) |
| 综合医院 | 1.8    | 41.9   | 3.0    | 52.6   | 2.4    | 42.9   | 66.7           | -20.0          |
| 专科医院 | 2.5    | 58.1   | 2.7    | 47.4   | 3.2    | 57.1   | 8.0            | 18.5           |
| 总计   | 4.3    | 100    | 5.7    | 100    | 5.6    | 100    | 32.6           | -1.8           |

## 3、服务费用及药占比

2013 年高端社会办医院的次均门诊费用为 1116.5 元，其中，药费 203 元，药占比为 18.2%。综合医院与专科医院的次均门诊费用差别不大，

但综合医院的药费较高，药占比也相应较高。2011—2013 年，综合医院的次均门诊费用先降后升，而专科医院则先升后降，总体上处于小幅波动的态势。但药占比方面，综合医院药占比持续升高，专科医院药占比持续降低，但总体上仍保持升高趋势（表 10）。

表 10 2011—2013 年上海市高端社会办医机构次均门诊费用、药费和药占比

| 机构类别      | 2011 年   |          | 2012 年   |          | 2013 年   |          | 2011—2012<br>年环比<br>增长率（%） |          | 2012—2013<br>年环比<br>增长率（%） |          |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
|           | 综合<br>医院 | 专科<br>医院 | 综合<br>医院 | 专科<br>医院 | 综合<br>医院 | 专科<br>医院 | 综合<br>医院                   | 专科<br>医院 | 综合<br>医院                   | 专科<br>医院 |
| 门诊次均费用（元） | 1204     | 1245     | 981      | 1264     | 1113     | 1120     | -18.5                      | 1.5      | 13.4                       | -11.4    |
| 门诊次均药费（元） | 230      | 217      | 208      | 181      | 257      | 149      | -9.3                       | -16.5    | 23.5                       | -17.6    |
| 药占比（%）    | 19.1     | 17.4     | 21.2     | 14.3     | 23.1     | 13.3     | 11.2                       | -17.7    | 8.8                        | -7.0     |

2013 年高端社会办医院的次均住院费用为 2.4 万元，其中，药费 4062 元，药占比为 19.7%。其中，高端综合医院的次均住院费用为 3.4 万元，远高于专科医院的 1.4 万元，但药占比相对较高。2011—2013 年，高端医院次均住院费用有所增长，药占比略有下降（表 11）。

表 11 2011—2013 年上海市高端社会办医机构出院次均费用、药费和药占比

| 机构类别       | 2011 年   |          | 2012 年   |          | 2013 年   |          | 2011—2012 年<br>环比<br>增长率（%） |          | 2012—2013 年<br>环比<br>增长率（%） |          |
|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|
|            | 综合<br>医院 | 专科<br>医院 | 综合<br>医院 | 专科<br>医院 | 综合<br>医院 | 专科<br>医院 | 综合<br>医院                    | 专科<br>医院 | 综合<br>医院                    | 专科<br>医院 |
| 出院次均费用（万元） | 3        | 1.1      | 2.6      | 1.3      | 3.4      | 1.4      | -13.3                       | 18.2     | 30.8                        | 7.7      |
| 出院次均药费（元）  | 3890     | 3821     | 4142     | 4233     | 4446     | 3679     | 6.5                         | 10.8     | 7.4                         | -13.1    |
| 药占比（%）     | 13       | 34.7     | 15.9     | 32.6     | 13.1     | 26.3     | 22.8                        | -6.3     | -17.9                       | -19.3    |

2013 年各类高端社会办医机构总费用为 48.1 亿元，其中，门诊总费用为 35.3 亿元，远高于住院总费用 12.8 亿元。各类高端社会办医机构总费用排序由高到低分别为综合医院、门诊部、专科医院、诊所。2011—2013 年，综合医院和专科医院的门诊总费用呈平稳上升趋势，而诊所总费用的增幅最为明显，2013 年环比增长率达到 81.1%，这可能与诊所总费用的基数较小有关（表 12—表 14）。

表 12 2011—2013 年上海市高端社会办医机构门诊总费用（单位：亿元）

| 机构类别 | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 | 2011—2012 年环比<br>增长率（%） | 2012—2013 年环比<br>增长率（%） |
|------|--------|--------|--------|-------------------------|-------------------------|
| 综合医院 | 8.0    | 9.4    | 11.5   | 17.6                    | 22.5                    |
| 专科医院 | 5.7    | 6.4    | 7.6    | 12.1                    | 20.0                    |
| 门诊部  | 16.3   | 13.1   | 15.7   | -19.7                   | 19.3                    |
| 诊所   | 0.2    | 0.3    | 0.5    | 32.4                    | 81.1                    |
| 总计   | 30.2   | 29.1   | 35.3   | -3.5                    | 21.1                    |

表 13 2011—2013 年上海市高端社会办医机构住院总费用（单位：亿元）

| 机构类别 | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 | 2011—2012 年环比<br>增长率（%） | 2012—2013 年环比<br>增长率（%） |
|------|--------|--------|--------|-------------------------|-------------------------|
| 综合医院 | 5.4    | 7.7    | 8.2    | 43.9                    | 5.8                     |
| 专科医院 | 2.7    | 3.4    | 4.6    | 25.0                    | 35.7                    |
| 总计   | 8.1    | 11.2   | 12.8   | 37.5                    | 15.0                    |

表 14 2011—2013 年上海市高端社会办医机构总费用（单位：亿元）

| 机构类别 | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 | 2011—2012 年环比<br>增长率（%） | 2012—2013 年环比<br>增长率（%） |
|------|--------|--------|--------|-------------------------|-------------------------|
| 综合医院 | 13.4   | 17.1   | 19.7   | 28.2                    | 15.0                    |
| 专科医院 | 8.4    | 9.8    | 12.3   | 16.3                    | 25.5                    |
| 门诊部  | 16.3   | 13.1   | 15.7   | -19.7                   | 19.3                    |
| 诊所   | 0.2    | 0.3    | 0.5    | 32.4                    | 81.1                    |
| 总计   | 38.3   | 40.3   | 48.1   | 5.2                     | 19.4                    |

### 三、讨论

#### （一）资源配置水平偏低，整体发展仍有所制约

##### 1、社会办医整体发展尚处较低水平

从包括高端社会办医在内的社会办医整体角度而言，2013 年上海市社会医疗机构总数占全市医疗机构总数的 34.8%<sup>[1]</sup>，私立医院的数量也占到全市医院总量的 47.7%。虽然社会办医疗机构的数量已经占据一定的份额，但床位数占全市床位总数的比例却仅为 11.3%，诊疗人次数占全市诊疗人次总数的比例仅为 5.5%，且从各类机构内部的结构看，约 86.4% 的社会医疗机构为诊所和门诊部，社会办医院仅占社会医疗机构总数的 12.4%<sup>[2]</sup>。社会办医的发展与公立医疗机构仍存在较大差距，距离到 2015 年与公立医院形成有效竞争的目标仍存在较大差距<sup>[3]</sup>，尚未形成社会医疗机构与公立医疗机构有序竞争、明确分工、相互协作的理想状态。

而从国际上看，在德国总计约 2064 家医院中，社会办医机构占总量的 70%，而在社会医疗机构中，有 755 家为非营利性医院，仅有 679 家为营利性医院<sup>[4]</sup>；在日本，95% 的诊所和 80% 的医院是私营<sup>[5]</sup>；在新加坡，80% 的基本医疗服务和 20% 的二、三级医疗机构服务由私人诊所提供<sup>[6]</sup>；英国于 2013 年 4 月通过《健康和社会保健法案》后，也开始引入市场竞争机制，临床服务委托组织（Clinical commissioning groups, CCGs）有权通过在市场上向所有的公立和私立服务提供者招标，采购最符合当地居民和患者需求的服务，2013 年其私立医疗机构数占比达到 10% 左右<sup>[7]</sup>；香港 85% 的急诊或普通科门诊以及 6% 的专科门诊及住院医疗由私立医疗机构提供<sup>[8]</sup>；台湾地区以私立医疗机构为主，截至 2010 年，其私立医院已占到医院总数的 84%<sup>[9]</sup>。国际经验提示当前上海市社会医疗机构的构成中，较大规模机构的比例仍偏低，社会办医整体发展水平较低。这种情况一方面与上海市社会办医整体发展较晚、社会办医政策存在诸多

隐形障碍有关，另一方面也受到上海市公立医疗体系过于发达的影响，非营利性医疗机构仍需大力发展。

## **2、高端社会办医机构规模普遍偏小**

以本研究界定的标准进行划分，高端社会办医机构数量（461 家）超过全市提供特需服务的公立医院数量（约 35 家），且近年来高端社会办医机构总体数量保持持续增长。但从机构规模角度看，高端社会办医机构的规模普遍偏小。高端社会办医机构中仅有 85 家是规模较大的医院，其余 376 家皆为门诊部和诊所，而提供特需服务的公立医院则至少都是二级及以上的公立医院。因此，不难看出，与公立医院特需服务相比，高端社会办医确实在数量上存在优势，但规模普遍偏小。影响高端社会办医机构规模的主要因素为发展空间以及机构本身的发展定位。首先，由于现有公立综合医院的规模已经较大，且数量较多，在上海市各区也均有分布，因此留给社会办医的发展空间更多的是专科医院和诊所等规模较小的机构；同时，高端社会办医主要的受众为支付能力较强的人群，而这部分人群在上海市居民总量中的比例相对较小，需求量也限制了高端社会办医的机构规模。

## **3、高端社会办医规模化建设仍处初期阶段**

虽然上海市鼓励社会办医发展的政策强调引入中上规模的机构，但研究发现，高端社会办门诊部 and 诊所增长速度仍然高于高端社会办医院。在高端社会办门诊部 and 诊所的基数已远高于医院的情况下，门诊部和诊所在近三年中的发展速度很快，这可能是因为除新开的诊所之外，还有一部分已有诊所提高了技术和服务水平。从机构床位数指标看，高端社会办医机构床位总数增长缓慢，高端综合医院和专科医院床位数分别呈递减和递增两向发展，这可能与高端综合医院病床使用率偏低有关。另外，从机构设备配置的指标看，近几年来高端社会办医机构设备配置水平变化不大。这些结果提示，上海市高端社会办医机构的规模化发展仍

处于初期阶段，高端社会办医机构中，专科医院的发展趋势优于综合医院。

#### **4、高端社会办医医务人员组成结构欠合理**

虽然在近年社会办医各项利好政策的引导下，高端社会办医机构的医务人员总数持续提高，特别是诊所等小规模高端社会办医机构的卫技人员数量增长迅速，但从医务人员的内部组成结构看，医护比仍不合理。近三年来，高端社会办医机构的医护比始终维持在 1.1 左右，明显低于公立二、三级医院水平，这主要是由于高端社会办医机构中门诊部和诊所的医护比过低，而将整体平均水平拉低。实际上，三年来社会办高端医院的医护比一直维持在较高水平。因此，门诊部和诊所的护士数量存在较大缺口，医务人员的组成结构有待进一步完善。

#### **（二）服务总量增长迅速，但仍低于公立医院特需服务量**

与上海市公立医院特需服务量相比，高端社会办医的服务量还处于较低水平。虽然近年来高端社会办医的服务量总体增长迅速，但其门诊服务量仅占公立三级医院特需服务量的 60%，而住院服务则仅占公立三级医院特需服务量的 87%。高端社会办医的服务量则与公立医院特需服务的服务量相差更大。由此可以看出，公立医院特需服务仍是高端医疗服务体系中的主要载体。

#### **（三）医疗费用处于较高水平，结构较为合理**

高端社会办医次均费用总体处于较高水平，但无论门诊还是住院服务，高端社会办医的药占比均显著低于公立医院以及公立医院特需服务。三年来高端社会办医药占比略有升高，但总体上较为稳定，因此，虽然高端社会办医的费用较高，但相较于公立医院，其收费结构相对更为合理。

在高端社会办医机构收费的内部结构中，门诊总费用远高于住院总费用，造成这种情况的可能原因一方面是由于门诊部和诊所不设置病床，

因此不存在住院费用，另一方面是由于高端社会办医院的病床使用率较低，住院服务量远低于门诊服务量。随着高端社会办医规模的扩大以及床位利用率的提升，门诊与住院总费用的比例将有所降低。

#### 四、高端社会办医发展前景广阔

上海市经济社会不断发展以及大量高收入人群带来了巨大的高端医疗需求，但目前高端社会办医服务提供能力和数量均难以满足服务需求，结合社会对大型公立医院更加认同的社会心理以及公立医院发展的历史因素，更大比例的高端医疗服务是由公立医院的特需服务部门提供的。而调查显示，公立医院特需服务的品质在服务意识、医患沟通、护理水平和人性化服务等方面患者满意度均有待提高<sup>[10]</sup>。随着公立医院改革的不断推进<sup>[11]</sup>，公立医院公益性的逐步回归<sup>[12]</sup>以及市场作用在医疗服务体系中作用的进一步发挥，相信公立医院特需服务将逐渐让渡出更多的空间给社会办医。

与此同时，作为服务业高端领域的特殊行业<sup>[13]</sup>，高端社会办医也应在医疗技术、服务水平、管理能力、人力队伍建设、品牌发展等方面加以强化，通过规范化运营和高水平服务提高社会信任度<sup>[14]</sup>。随着商业医疗保险的快速发展<sup>[15]</sup>，充分利用当前的利好政策，以上海（浦东）国际医学园区、上海新虹桥国际医学中心两个国际医学园区的建设发展为引领和契机，在实现自身发展的同时，协助缓解群众看病难问题，推进整个城市高端医疗服务业的发展。最后，本研究基于当前尚无对高端社会办医机构确定概念的现实情况而定义了判断上海市高端社会办医机构的标准，该标准重点考虑了费用方面的影响，而未将服务水平、管理水平、就医条件等因素考虑在内，因此具有一定的局限性。如何确定高端社会办医机构的范围或标准，还需要进行更加深入、全面的研究。

## 参考文献

- [1] 《2014 中国卫生和计划生育统计年鉴》，中国协和医科大学出版社。
- [2] 《上海市卫生信息统计手册》，上海市卫生和计划生育委员会。
- [3] 上海市医疗机构设置规划（2011-2015 年）。原上海市卫生局. 4. 2012.
- [4] Dietrich CF, Riemer-Hommel P (2012) Challenges for the German Health Care System. *Z Gastroenterol* 50: 557-572.
- [5] 王星宇. 日本社区医疗保健体系及其对我国的启示[J]. 山西经济管理干部学院学报, 2013, (2):112-114.
- [6] 上海市卫生和计划生育委员会.“上海市卫生局系统管理骨干培训团组”赴新加坡培训报告[R]. 上海: 2014
- [7] Addicott R, Buck D, Goodwin N, et al. Transforming our health care system[R]. The King's Fund. 2013.
- [8] 练路. 不让任何人因贫穷得不到医疗服务——香港医疗体制调查报告[J]. 中关村, 2014, (1):52-55.
- [9] 丁汉升. 中国台湾地区健保总额预付制度[M]. 上海, 上海科学技术出版社, 2013.
- [10] 陈泽波, 臧鑫. 高端医疗服务患者满意度调查分析[J]. 现代医院, 2013, 13(9): 102-104.
- [11] 金春林. 对深化上海医改的几点思考[J]. 中国卫生资源, 2009 (4): 151-153.
- [12] 黄微. 高端医疗: 资本疯抢的下一块蛋糕[J]. 沪港经济, 2013 (6): 24-26.
- [13] 杜人淮. 发展高端服务业的必要性及举措[J]. 现代经济探讨, 2008 (11): 17-21.
- [14] 齐璐璐, 刘嫣, 朱骞等. 社会资本办医的发展现状及其外部影响因素[J]. 中国卫生资源, 2014, (3):183-185.
- [15] 董薇, 束诣斌, 栾乐荣, 等. 商业保险直接理赔在高端医疗服务中的使用[J]. 中国卫生资源, 2012, 15(5): 401-403.

（责任编辑：常雪沛）



# 上海市三级公立医院特需服务发展的现状及趋势分析

何达<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 施莉莉<sup>2</sup>

方欣叶<sup>1</sup> 邵祯谊<sup>3</sup> 谢之辉<sup>3</sup> 付晨<sup>4</sup> 金春林<sup>1,5</sup>

**【摘要】目的：**分析上海市三级公立医院特需服务发展的现状和趋势，为卫生行政部门制定相关政策提供依据。**方法：**研究梳理了公立医院特需服务管理的相关政策，并对 2011—2013 年上海市三级公立医院提供特需服务的机构数量、服务量、服务价格和服务费用等信息进行定量分析。**结果：**上海市三级公立医院特需服务的政策对特需服务规模具有明确要求，对特需服务中住院床位费、住院诊查费、护理费、门诊诊查费 4 项可以由医院自主定价。2013 年，上海市 89.7% 的三级公立医院开设了特需服务，特需服务总量发展变化较为平稳，但医院之间特需服务收费差别较大，特需住院服务费用涨幅较明显，2013 年上海市三级公立医院特需服务总费用占全院总费用的 6.2%，特需服务药占比明显低于全院平均水平。**结论：**公立医院特需服务的存在具有历史必要性，短期内应对其加强管理。**建议：**公立医院应加强自身管理，规范提供特需服务，卫生行政部门则应加大对特需服务的监管力度。而长远来看，建议借鉴国际先进经验，形成公立医院多层次的医疗服务格局，并积极开展与社会医疗机构的合作。

**【关键词】** 特需服务；公立医院；三级医院；上海市

随着公立医院改革不断向纵深推进，公立医院如何回归公益性引发了越来越多的关注。而公立医院特需服务因影响就医公平性、挤占基本医疗资源等原因被大众所诟病<sup>[1-3]</sup>，大量研究认为公立医院不应作为高端

---

第一作者：何达，女，博士，助理研究员

通讯作者：金春林，男，博士，研究员，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1.上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2.上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

3.上海市卫生和计划生育委员会信息中心，上海 200040

4.上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

5.上海市人口与发展研究中心，上海 201199

医疗服务提供的主体<sup>[4-6]</sup>，发展特需服务在一定程度上限制了基本医疗服务的供给，推动了医药费用上涨<sup>[7]</sup>，成为公立医院发展的畸形经营战略<sup>[8-9]</sup>。然而，特需服务是特定历史条件下公立医院发展的产物，在其存在价值的基础之上，本文就公立医院特需服务的发展趋势提出长期方向和短期目标，旨在将公立医院特需服务与社会高端医疗服务业有机结合，形成健康的新型发展模式，以完成公立医院特需医疗服务向社会办高端医疗服务的平稳过渡。

## 一、研究背景

特需服务是特定历史条件下公立医院发展的产物。20 世纪 80 年代初，为了适应市场经济的宏观环境，带有特需服务色彩的一系列改革措施开始实施<sup>[10]</sup>。1992 年原卫生部《关于深化卫生改革的几点意见》明确提出“为满足社会不同层次的医疗保健需求，在确保提供基本服务的前提下开展特殊服务”。在当时的历史条件下，特需服务的提供增加了公立医院的经济收益，调动了医务人员的工作积极性，一定程度上满足了不同层次人群医疗服务的需求，受到了广大群众的欢迎<sup>[10]</sup>。但随着经济社会的迅速发展和人民生活水平的大幅提高，公立医院提供的特需医疗服务在服务水平和服务能力上都无法满足当前人民群众日益增长的高端医疗服务需求。因此公立医院为了提高特需服务的能力和质量，占用大量的人、财、物资源来发展特需服务<sup>[7]</sup>，但这与医药卫生体制改革对公立医院的定位相违背，由此引发了上述种种问题。

随着市场经济的快速发展，我国公立医院发展迅速，国家和地区层面陆续出台鼓励社会资本办医的政策文件<sup>[11]</sup>，社会资本正越来越多地投入到医疗服务市场中<sup>[12]</sup>。上海市作为我国的经济发展中心城市，建设亚洲医学中心城市是其未来的发展目标<sup>[13]</sup>，而高端医疗服务是政府医疗服务领域发展的重点方向之一。公立医院因提供了相当数量的特需服务，更聚集了大量优质的医护人力资源，成为阻碍社会资本举办高端医疗机

构的一大障碍。目前大量对于公立医院特需服务发展方向的研究认为政府应鼓励社会办医提供高端医疗服务，鼓励公立医院主要提供基本医疗服务，限制公立医院提供特需服务，回归公益性<sup>[14-15]</sup>。其中，三级医院因规模大和资源集中，是提供特需医疗服务公立医院的主要部分，其特需医疗的发展一定程度上能够反映上海市特需服务的发展趋势。但根据文献检索，目前上海市三级公立医院特需服务的现状如何，存在哪些问题，尚无定量研究。

## 二、资料与方法

本研究采取定性和定量研究相结合的方法对上海市三级公立医院特需医疗服务的现状进行分析。其中，定性研究主要为政策文献梳理；定量研究包括提供特需医疗服务的三级医院数量、服务量、服务价格和服务费用的分析。研究数据除服务价格部分数据来自上海市卫生和计划生育委员会的调研结果外，其他数据均来自上海市卫生和计划生育委员会信息中心。

## 三、研究结果

本研究将从管理政策、机构数、服务量、定价和费用 5 个角度，对上海市三级公立医院特需服务的管理和发展现状进行分析。

### （一）上海市公立医院特需服务管理政策

#### 1、公立医院特需服务规模政策

上海市自 2002 年起开始尝试在非营利医疗机构内部开展特需服务，其主要形式是特诊部（特需门诊）和特需病房。2010 年原卫生部、中央编办、国家发展和改革委员会、财政部和人力资源社会保障部制定的《关于公立医院改革试点的指导意见》（卫医管发〔2010〕20 号）提出“控制公立医院特需服务规模，公立医院提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的 10%”。上海市 2002 年颁布《非营利性医疗机构特需服务价格管理试行办法》（沪卫财收〔2002〕8 号）中规定，“特需病房床位数一般

不超过医院核定床位数的 10%，对供需矛盾突出、床位使用率高的医疗机构，经市卫生局审批后，可增设不超过核定床位总数 10%的特需床位。”2012 年上海市颁布的《关于进一步规范本市非营利性医疗机构特需医疗服务项目和价格管理的通知》（沪卫规财〔2012〕022 号）进一步强调了特需服务规模按照病床总数 10%进行管理的办法。2013 年，《关于公立医院综合评价工作的实施意见》（沪卫医管〔2013〕4 号）发布了公立医院综合评价指标，为公立医院特需服务最大值提供了按人次数计算的公式\*。

## 2、公立医院特需服务定价政策

2012 年《关于进一步规范本市非营利性医疗机构特需医疗服务项目和价格管理的通知》（沪卫规财〔2012〕022 号）规定，“经批准开设的特需病房医疗服务价格项目是指住院床位费、住院诊查费、护理费，特需门诊医疗服务价格项目是指门诊诊查费”，“特需医疗服务价格按成本加适当盈余同时兼顾市场供求情况的定价原则制定，实行市场调节价，上述 4 项特需医疗服务价格标准，由医疗机构自主确定，其他医疗服务项目仍按基本医疗服务价格管理规定执行。”该文件明确了上海市公立医院特需服务的项目中住院床位费、住院诊查费、护理费、门诊诊查费 4 项价格可以由医院自行决定，而特需医疗服务中涉及到的其他项目仍然要执行基本医疗服务价格。

### （二）上海市三级公立医院特需服务机构数

2011—2013 年，开设特需服务的公立三级医院数量稳定在 35 家，且 35 家均开设了特需门诊，2011 年开设特需病房的三级医院有 28 家，其后每年增加 1 家，2013 年达到 30 家。在上海市 39 家三级医院中，开设特需服务的机构占 89.7%（表 1）。

---

\*特需服务开展比例 = (特需门诊服务人次数 + 实际开放特需床日数 × 4) ÷ (总门诊服务人次数 + 实际开放总床日数 × 4) × 100%。并规定该比例一般不应高于 10%。

表 1 2011—2013 年上海市开设特需服务的三级公立医院数量（单位：家）

| 项目          | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 |
|-------------|--------|--------|--------|
| 开设特需服务机构数   | 35     | 35     | 35     |
| 其中开设特需门诊机构数 | 35     | 35     | 35     |
| 其中开设特需病房机构数 | 28     | 29     | 30     |

### （三）上海市三级公立医院特需服务量

从门诊服务量看，三级公立医院特需门诊服务人次数呈逐年增加趋势，2013 年的特需门诊人次数达到 279.2 万；且 2012 和 2013 年门诊人次增长率达 22.6%和 11.8%，高于全院门诊总人次的增长速度；特需门诊人次数占全院门诊总人次数的比例也呈逐年递增的趋势，2013 年特需门诊人次数占全院门诊总人次数的 4.8%。

从住院服务量看，三级公立医院特需出院人次数呈波动趋势，2012 年特需出院人次数达到 6.7 万，但 2013 年则降为 6.4 万；而全院出院总人次数在 2012、2013 年则连续增长，因此 2011—2013 年特需服务出院人次数占全院出院总人次数的比例出现下降，2013 年仅为 4.6%。

从实际占用床日数看，三级公立医院特需服务实际占用床日数不高，2013 年为 35.5 万日，占全院实际占用总床日数的 3.0%。2011—2013 年，特需服务实际占用床日数大幅波动，而全院实际占用床日数则持续减少，特需服务实际占用床日数占比则先增后减（表 2）。

表 2 2011—2013 年上海市三级公立医院特需服务量

| 指标              |         | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 | 2011—2012<br>年环比<br>增长率（%） | 2012—2013<br>年环比<br>增长率（%） |
|-----------------|---------|--------|--------|--------|----------------------------|----------------------------|
| 门诊人次数<br>（万人）   | 特需      | 203.6  | 249.6  | 279.2  | 22.6                       | 11.8                       |
|                 | 全院      | 5230.1 | 5680.5 | 5786.8 | 8.6                        | 1.9                        |
|                 | 特需占比（%） | 3.9    | 4.4    | 4.8    | 12.8                       | 9.1                        |
| 出院人数<br>（万人）    | 特需      | 6.1    | 6.7    | 6.4    | 9.3                        | -5.2                       |
|                 | 全院      | 122.6  | 134.2  | 139.4  | 9.5                        | 3.8                        |
|                 | 特需占比（%） | 5.0    | 5.0    | 4.6    | 0.0                        | -8.0                       |
| 实际占用床<br>日数（万日） | 特需      | 36.1   | 38.6   | 35.5   | 7.0                        | -7.9                       |
|                 | 全院      | 1201.3 | 1191.0 | 1169.5 | -0.9                       | -1.8                       |

| 指标      | 2011 年 | 2012 年 | 2013 年 | 2011—2012<br>年环比<br>增长率(%) | 2012—2013<br>年环比<br>增长率(%) |
|---------|--------|--------|--------|----------------------------|----------------------------|
| 特需占比(%) | 3.0    | 3.2    | 3.0    | 6.7                        | -6.3                       |

根据医院综合评价公式，2013 年三级医院特需服务开展比例\*为 3.64%，与相关政策文件中“特需服务不超过 10%”的要求相符合。

#### （四）上海市三级公立医院特需服务定价

根据 2012 年上海市卫生计生委调查数据，在 4 种可以由医院自主定价的收费项目中，床位费定位较高，最高达 6000 元/天。而在上海市三级公立医院其他病房中，B 级床位费仅为 45 元，C 级床位费为 40 元，与特需床位费最高相差 150 倍。在门诊诊查费、住院诊查费和护理费方面，普通医疗与特需医疗的收费最高相差 214 倍、200 倍、200 倍。此外，在公立医院特需服务部提供诊疗服务的医学专家大多也在非特需医疗部提供专家门诊，因此在普通医疗部获得同一位专家相似服务的相关费用则明显减少（表 3）。

另外，在上海市不同的三级医院之间，同种特需医疗服务的价格相差很大。不同三级医院之间床位费最高相差 40 倍，门诊诊查费相差 37.5 倍，护理费相差 25 倍，住院诊查费相差 10 倍。

表 3 2012 年上海市三级公立医院特需服务价格情况

| 收费项目       | 特需服务     | 普通服务  |
|------------|----------|-------|
| 门诊诊察费（元/次） | 80~3000  | 14~20 |
| 住院诊查费（元/天） | 200~2000 | 10    |
| 床位费（元/天）   | 150~6000 | 40~45 |
| 护理费（元/天）   | 80~2000  | 10~36 |

\*医院特需服务开展比例=（特需门诊服务人次 279.2 万人+实际开放特需床日数 35.5 万天×4）÷（总门诊服务人次 5786.8 万人+实际开放总床日数 1169.5 万人×4）×100%= 3.64%。由于公立医院特需实际开放床日数数据存在问题，以实际占用床日数代替实际开放床日数进行计算。

## （五）上海市三级公立医院特需服务费用

### 1、三级公立医院特需服务次均费用

2013 年三级公立医院特需服务次均门诊费用为 386.5 元，比全院平均水平高出 16.1%，且连续三年降低，可能因为门诊费用增长速度低于门诊量的增长速度。而每床日平均费用的情况则大有不同，2013 年三级公立医院特需服务每床日平均费用为 4662.4 元，约为全院平均水平的 2.3 倍，比去年增长了 14.8%。从次均住院费用的情况看，2013 年三级公立医院特需服务次均住院费用为 25509.8 元，比全院平均水平高 47.4%，也比去年增长了 9.1%。2011—2013 年，次均住院费用的水平与每床日平均费用呈正相关关系（表 4）。

表 4 2011—2013 年上海市三级公立医院特需服务次均费用（单位：元）

| 指标      |    | 2011 年  | 2012 年  | 2013 年  | 2011—2012<br>年环比<br>增长率(%) | 2012—2013<br>年环比<br>增长率(%) |
|---------|----|---------|---------|---------|----------------------------|----------------------------|
| 门诊次均费用  | 特需 | 441.1   | 397.1   | 386.5   | -10.0                      | -2.7                       |
|         | 全院 | 311.5   | 326.1   | 332.8   | 4.7                        | 2.1                        |
| 每床日平均费用 | 特需 | 4117.6  | 4061.7  | 4662.4  | -1.4                       | 14.8                       |
|         | 全院 | 1684.6  | 1889.3  | 2062.8  | 12.1                       | 9.2                        |
| 次均住院费用  | 特需 | 24198.6 | 23391.4 | 25509.8 | -3.3                       | 9.1                        |
|         | 全院 | 16503.6 | 16763.1 | 17311.3 | 1.6                        | 3.3                        |

### 2、三级公立医院特需服务总费用

2013 年上海市三级医院特需门诊总费用为 10.8 亿元，占全院门诊总费用的 5.6%；住院总费用为 16.2 亿元，占全院住院总费用的 6.7%。而将门诊和住院综合起来看，特需服务总费用占全院服务总费用的 6.2%。

从增长趋势来看，2011—2013 年特需门诊和住院收入均逐年上升，但与同期全院的费用增长相比，特需服务的增长幅度低于全院总体水平，近年来差距有所缩小，2012 年相差 5 个百分点，2013 年仅相差 0.3 个百分点（表 5）。

表5 2011—2013年上海市三级公立医院特需服务总费用（单位：亿元）

| 指标 |         | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2011—2012<br>年环比<br>增长率（%） | 2012—2013年<br>环比<br>增长率（%） |
|----|---------|-------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|
| 门诊 | 特需      | 9.0   | 9.9   | 10.8  | 10.4                       | 8.8                        |
|    | 全院      | 162.9 | 185.2 | 192.6 | 13.7                       | 4.0                        |
|    | 特需占比（%） | 5.5   | 5.4   | 5.6   | -1.8                       | 3.7                        |
| 住院 | 特需      | 14.8  | 15.7  | 16.2  | 5.7                        | 3.4                        |
|    | 全院      | 202.4 | 225.0 | 241.3 | 11.2                       | 7.2                        |
|    | 特需占比（%） | 7.3   | 7.0   | 6.7   | -4.1                       | -4.3                       |
| 合计 | 特需      | 23.8  | 25.6  | 27.0  | 7.5                        | 5.5                        |
|    | 全院      | 365.3 | 410.2 | 433.9 | 12.3                       | 5.8                        |
|    | 特需占比（%） | 6.5   | 6.2   | 6.2   | -4.6                       | 0.0                        |

从收入结构来看，特需服务药占比大幅低于全院水平。2013年，上海市三级医院特需服务药占比为30.3%，其中门诊药占比为37.1%，住院药占比25.8%，而同期全院的药占比则高达42.3%，门诊服务和住院服务的药占比分别为54.4%和32.6%。2011—2013年，特需服务药占比较为稳定，变化不大，全院药占比呈持续下降趋势（表6）。

表6 2011—2013年上海市提供特需服务三级公立医院的药占比（单位：%）

| 指标 |    | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|----|----|-------|-------|-------|
| 门诊 | 特需 | 36.4  | 36.7  | 37.1  |
|    | 全院 | 55.2  | 54.7  | 54.4  |
| 住院 | 特需 | 27.0  | 27.0  | 25.8  |
|    | 全院 | 35.0  | 33.9  | 32.6  |
| 合计 | 特需 | 30.5  | 30.7  | 30.3  |
|    | 全院 | 44.0  | 43.3  | 42.3  |

#### 四、讨论和建议

##### （一）短期应加强对公立医院特需服务的管控，逐渐缩减规模

##### 1、短期内公立医院特需服务存在的必要性

公立医院特需服务的产生与存在都是时代发展的产物。目前，公立医院特需服务虽然带来了种种问题，但从现实角度，其存在仍然具有一定的必要性。



第一，虽然近年来政府财政的投入逐年增加，但距离公立医院维持收支平衡的要求还有很大差距<sup>[16]</sup>。尤其是取消“药品加成”之后，医院的收入进一步减少，对医院的正常运营以及医务人员工作的积极性产生负面影响。作为差额拨款的事业单位，每年财政拨款占医院的运营费用不足 10%<sup>[17]</sup>，这也正是特需医疗服务产生的原因。而公立医院通过将部分医疗资源用于提供特需服务，将获得的收益补贴提供基本医疗服务带来的亏空，从而维持医院正常运营。

第二，公立医院医疗服务价格不尽合理，医疗服务价格未能充分体现市场变化、医院等级差异、医疗风险以及医务人员的医疗技术服务价值<sup>[18]</sup>。医疗服务价格的调整长时间滞后于医疗服务的价值<sup>[19]</sup>，公立医院不得不通过特需服务来弥补基本医疗收入的不足。而特需医疗服务中部分项目医院自主定价，更能体现医务人员的劳务价值，某种程度上与近年来推行的医疗服务价格调整方向相一致。

第三，虽然特需服务作为“准高端”医疗服务，由社会办医疗机构来承担更为恰当<sup>[20]</sup>，但目前社会办医仍处于初期阶段，其医疗服务规模、医务人员配置、医疗技术水平以及机构运营管理等均难以达到承接公立医院特需服务的水平。因此，在社会医疗机构发展尚未达到一定规模和水平之前，特需服务暂时还需要由公立医院来承担。

## **2、上海市三级公立医院特需服务运营管理存在的问题**

首先，三级公立医院特需服务的运营总体上较为规范。根据本研究的数据分析结果，三级公立医院的特需服务量均在政策要求的范围之内，并未出现因谋求经济利益而肆意扩大特需服务规模的情况。但随着公立医院自身规模的不断扩张，特需服务仍然占相同比例的情况下规模也会随之扩张。事实上，本研究的数据分析中特需服务门诊量持续高速增长的结果也验证了这一点。特需服务的出院人数与实际占用床日数的变化趋势相同，全院的出院人数持续增加但实际占用床日数却持续降低，提

示特需服务的平均住院日较为稳定。

其次，三级公立医院特需服务的管理存在问题。根据数据分析结果，公立医院特需服务量逐年增加，特需服务量占全院服务量的比例也在逐年提高，因此是否存在诱导非基本医疗服务消费的情况还需要进一步研究。此外，在定价方面，在特需服务所涉及的各项服务中，只对四项服务规定实行自主定价，可能带来不公平的问题。而且，本研究结果提示，政府对于实行自主定价的四项服务的管理仍然不到位，具相同服务项目特需服务价格比基本医疗服务价格高出近 200 倍，同项目同级别在不同医院之间的价格差异可达 40 倍，提示仍需要加强对特需服务的价格监管。另外，虽然从收入结构来看，特需服务的药占比低于全院平均水平，但导致该结果的原因是因为更合理的用药，还是由于提高了床位费、护理费、住院诊查费和门诊诊察费等更能体现劳务价值的项目，还需要进一步研究。

### **3、短期内公立医院发展特需服务的建议**

第一，从公立医院的角度，由于目前公立医院的特需服务可能存在诱导需求的情况，因此，建议公立医院要理性看待市场，加强医德医风建设，在保证基本医疗服务提供的基础上，规范开展特需服务。

第二，从卫生行政部门的角度，建议加强对公立医院开展特需医疗服务的监管力度。明确区分基本医疗服务与特需服务，防止诱导医疗服务的发生；通过深化对开展特需服务规模的研究和政策引导，更加注重结合各地、各医院的实际情况，逐步缩小特需服务的比例<sup>[21-23]</sup>；通过严格管理特需医疗收入用途，对基本医疗收入亏损进行补充，短期内实现公立医院特需服务科学、规范、有序管理和运营。

## **（二）长远应鼓励公立医院完善多层次医疗服务，开展公私合作**

### **1、公立医院应完善多层次医疗服务的格局**

公立医院提供特需服务存在无法回避的问题。首先，特需医疗因为

抽取了医院优质的医务人员和技术，影响了基本医疗服务的质量和供给，而医院通过收取高额费用获得收益，不符合公立医院公益性的定位。其次，通过不同的收费区分患者，会引发资源分配不公平的问题，影响公立医院公益性的回归。而同时，特需医疗因为服务水平、床护比等指标尚达不到高端医疗的标准，从而既不符合高端医疗的特征，也非基本医疗范畴，其定位较为尴尬。

上海市作为我国的经济发展中心，可以借鉴一些发达国家高端医疗服务提供和管理的经验。在澳大利亚、美国、新加坡等国家，一般对高端医疗有着明确的提供主体和市场划分。基本医疗服务大都由政府举办的公立医疗机构或非营利性医疗机构提供<sup>[24]</sup>；高端服务主要由社会资本举办的营利性医疗机构提供<sup>[25]</sup>。部分公立医疗机构或非营利性医疗机构也会提供高端医疗服务，但其规模一般都会受到严格控制<sup>[26-27]</sup>。因此，根据上海市公立医院运营和发展的实际情况，借鉴国际先进的公立医院管理经验，建议在增强对公立医院特需医疗服务管控的前提下，逐渐破除“非特需即基础”的二元诊疗模式，建立多层次的医疗服务格局。在完善公立医院补偿机制的同时<sup>[27]</sup>，建立不同待遇水平配合不同医保支付比例的多层次医疗服务新格局。

## 2、建议展开多种形式的公私合作医疗

公立医院设立特需服务的初衷是满足更高层次的医疗服务需求，而根据国际惯例以及我国医疗服务行业的发展趋势，高端医疗服务主要应该由社会办医疗机构来承担<sup>[20]</sup>。基于目前上海市乃至全国社会办医服务的能力，目前可行的方式是通过政策引导公立医院和社会办医合作，即PPP模式（public-private partnership）。

21世纪初，已有学者开展了鼓励公私合作医疗的研究，认为与传统政府投资模式相比，公私合作办医能够提高投资效率和服务质量、转移投资风险、减轻财政负担、提高医院管理水平，最终使政府部门、公立医

院、病人及私立投资部门四方共同受益<sup>[28-30]</sup>。事实上，国家卫生行政部门已经出台了一系列鼓励社会资本与公立医院合作办医的政策。尤其是去年以来，相关的鼓励政策连续颁布实施，包括 2014 年 9 月《财政部关于推广运用政府和社会资本合作模式有关问题的通知》（财金〔2014〕76 号）、11 月《国务院关于创新重点领域投融资机制鼓励社会投资的指导意见》（国发〔2014〕60 号）、12 月《国家发展改革委关于开展政府和社会资本合作的指导意见》（发改投资〔2014〕2724 号）等国家层面的政策。政策明确了政府和社会资本合作模式的概念，并提出开展政府和社会资本合作“有利于创新投融资机制，拓宽社会资本投资渠道，增强经济增长内生动力；有利于推动各类资本相互融合、优势互补，促进投资主体多元化，发展混合所有制经济；有利于理顺政府与市场关系，加快政府职能转变，充分发挥市场配置资源的决定性作用”的重要意义。

医疗行业属于公共服务项目，是投融资机制改革的重点领域之一。医疗行业的经营收费不足以覆盖投资成本，需政府补贴部分资金或资源，具有准公共物品属性、较强的正外部性以及较强的公益性，属于准经营性的项目<sup>[31]</sup>。根据相关政策，建议通过政府授予特许经营权附加部分补贴或直接投资参股等措施，采用建设—运营—移交（BOT）、建设—拥有一运营（BOO）等模式推进公私合作。同时，加快发展商业医疗保险，为公立医院特需服务发展公私合作提供资金支持<sup>[32]</sup>。最终，通过多种形式的公私合作，将高端医疗服务资源进行整合<sup>[33]</sup>，逐渐缩小公立医院特需服务提供所占比例，增加社会办医所占比例，实现公立医院特需服务改革短期目标与长期目标的有序衔接和平稳过渡。

## 参考文献

- [1] 阎东方, 陆栋定, 徐卫东, 等. 关于发展上海市民营医院的政策思考[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(4): 161-163.

- [2] 赵虹, 苗卫军. 基于医患双方认知的公立医院公益性淡化原因及强化措施调查分析[J]. 现代医院管理, 2011,2: 5-7.
- [3] 陶月玉, 钱介荣, 庄永忠, 等. 民营医院发展的障碍和策略[J]. 中华现代医院管理杂志, 2004,2(12): 52-53.
- [4] 方鹏骞, 李璐, 李文敏, 等. 我国公立医院改革进展, 面临的挑战及展望[J]. 中国医院管理, 2012, 32(1): 1-5.
- [5] 孙红. 论卫生服务公平性与特需医疗服务之关系[J]. 中国卫生事业管理, 2007,23(5): 337-338.
- [6] 杨淑, 武锋. 论特需医疗服务的提供主体问题[J]. 医学与社会, 2010, 23(5): 52-53.
- [7] 陈文. 医药费用上涨的根源及其对策分析[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(3):99-101.
- [8] 阎惠中. 医院的“三个过度”: 医改必须破解的连环结[J]. 中国医院, 2010 (7): 19-22.
- [9] 陈天, 吕军, 房信刚, 等. 特需医疗服务供方意向调查分析[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2007, 27(12): 32-33.
- [10] 陈方方, 王红漫. 我国特需医疗服务的历史回顾[J]. 中国医院管理, 2010 (10): 33-35.
- [11] 金春林, 王贤吉, 何达, 等. 我国社会办医政策回顾与分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(4): 1-7.
- [12] 何达, 王瑾, 王贤吉, 等. 我国社会办医发展现状研究[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 4: 3-5.
- [13] 张勘. 建设亚洲医学中心城市的重要任务与挑战: 上海专科医师培养的过去, 现在, 来[J]. 上海医学, 2007, 30(10): 802-804.
- [14] 金春林. 对深化上海医改的几点思考[J]. 中国卫生资源, 2009 (4): 151-153.
- [15] 王慧琴, 戴鲁南, 吴雁鸣. 关于发展民营医院的政策思考[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 25(12): 806-808.
- [16] 郑大喜. 基于成本核算的公立医院补偿机制改革——美国经验及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(7): 56-62.
- [17] 特需医疗遇尴尬. 中国消费者报. 2014-06-02  
[http://www.kaixian.tv/gd/2014/0602/5725936\\_3.html](http://www.kaixian.tv/gd/2014/0602/5725936_3.html)
- [18] 耿博. 我国医疗服务价格管制效果的实证研究[D]. 北京大学, 2010.
- [19] 尹志苹. 医疗服务价格改革探究 [J]. 中国卫生经济, 2013, 32(8): 28-29.
- [20] 杨淑, 武锋. 论特需医疗服务的提供主体问题[J]. 医学与社会, 2010, 23(5): 52-53.
- [21] 王箐, 魏建. 公立医院的公益性与横向规模的确定[J]. 中国卫生政策研究, 2011,4(3): 61-65.
- [22] 刘春华, 王仁田, 郭绍朋. 医院在医改过程中应坚持的公平原则[J]. 中国医学伦理学, 2010, 23(2): 96-97.
- [23] 李国红, 晏嵘, 贺黎明, 等. 上海市公立医疗机构特需医疗服务现状及对策建议[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(7): 508-511.
- [24] 刘建凡. 我国医疗体制改革的探讨[J]. 医学与社会, 2007, 20(1): 1-5.
- [25] Bazzoli GJ, ManheimLM, WatersTM. U.S. hospital industry restructuring and the hospital safety net. 40.1 (Spring 2003): 6-24.
- [26] Singapore MOH.”costs and financing”[EB/OL]. (2014-8-5) [2014-9-12]  
[https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html).
- [27] 庞肖梦, 冷益民, 金兰莱. 公立医院补偿机制探讨[J]. 中华现代医院管理杂志, 2008, 5(10): 27-28.
- [28] 郭永瑾. 公私合作模式在我国公立医院投资建设领域中应用的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2006, 21(10): 665-668.
- [29] 张余, 鞠美庭, 孟伟庆. 公私合作模式在我国城市医疗服务业中应用的探讨[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(5): 7-9.

- [30] 周成武, 严素勤, 陈建平, 等. 公私合作伙伴关系在卫生领域的应用[J]. 中国卫生经济, 2006, 5(25): 73-75.
- [31] 邓连喜. 公私合作模式在准经营性基础设施项目中的应用[J]. 城市轨道交通研究, 2008, 10(11): 4-7.
- [32] 罗力. 特大型城市发展高端健康服务业的政策分析[J]. 中国卫生政策研究, 2009 (11): 47-50.
- [33] 王亦龙, 葛建一, 葛国曙, 等. 公立医院特需医疗服务 SWOT 分析及对策建议[J]. 卫生软科学, 2012, 26(7): 610-612.

(责任编辑: 杨燕)

## 高端医疗服务发展的国际经验与启示

方欣叶<sup>1</sup> 施莉莉<sup>2</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 付晨<sup>3</sup> 金春林<sup>1,4</sup> 何达<sup>1</sup>

**【摘要】** 高端医疗服务业是健康服务业发展的关键领域，是新一轮医改的重要内容之一。但由于公立医院特需服务不断扩张、社会办医政策的“玻璃门”等内外部原因，我国高端医疗服务业的发展尚处于初期阶段。事实上，高端医疗服务业在一些发达国家已初具规模，并在发展基础、运营模式、保障体系等方面积累了较丰富的经验。因此，本研究介绍了英、美等国发展高端医疗服务业的经验，包括建立国家的安全网医院起兜底作用，实行分层定价和差异化补贴政策，借助商业健康保险，运用公私合作模式，优先发展若干领域。并结合我国实际情况，提出我国发展高端医疗服务业的若干启示，包括在确保基本医疗服务的前提下，实行有差别的支付政策；推广商业健康保险，拓展公私合作，确定发展高端医疗的优先领域。

**【关键词】** 高端医疗；安全网医院；商业健康保险；公私合作

目前，对于高端医疗的概念在国际以及国内尚无统一界定。从相对于基本医疗的角度出发，高端医疗是医疗服务整体中的一个相对概念，具有高服务、高技术、高收费的特点。通过文献查阅，国际上鲜有对高端医疗服务发展内容的直接阐述，多以私立医疗服务的形式存在。因此，本文通过文献阅读和归纳，依据服务水平、医疗技术和收费水平等指标，遴选出私立医疗服务中这些指标处于较高水平的文献作为本研究的基础，并对国际经验进行归纳总结得出值得我国借鉴的启示。

---

第一作者：方欣叶，女，硕士，研究助理

通讯作者：何达，女，博士，助理研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

3. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

新医改以来，高端医疗服务作为社会办医的重点领域，得到了国家层面的大力支持。2014年，国务院先后颁布《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》（国办发〔2014〕24号）和《国务院关于创新重点领域投融资机制鼓励社会投资的指导意见》（国发〔2014〕60号），放宽准入条件，从政策层面大力推进社会办医的发展<sup>[1-2]</sup>。当前，由于公立医院特需服务不断扩张、社会办医政策“玻璃门”、“弹簧门”、社会信任度等外部原因，以及管理水平、服务水平等内部原因，我国高端医疗服务供给相对滞后，与高端医疗服务相关的很多问题尚未得到解决，严重阻碍了高端医疗服务的发展。与此同时，国际上一些发达国家在探索高端医疗服务发展方面积累了丰富的经验，取得了较好的成效。本文结合英国、美国、德国、新加坡、澳大利亚、印度六国国家的经验，归纳总结其发展高端医疗服务的做法，为我国提供借鉴，以促进我国高端医疗服务健康、有序发展。

## 一、国外高端医疗服务业的发展经验

### （一）发展高端医疗服务，应以保障基本医疗服务为前提

文献检索结果提示，无论是发达国家还是发展中国家，在发展高端医疗服务业时，均强调对基本医疗卫生服务的保障，将基本医疗卫生服务供给作为推进高端医疗服务发展的前提。例如，美国作为家庭医学学科的发源地，近年来专科医疗服务却日益占主导地位，带动了一大批拥有高新昂贵技术的高端医疗机构的发展。然而，伴随着全科医生数量的减少，美国基础医疗服务供给不足，国家整体健康水平下降。新一轮医改政策将改革重点逐渐转向基础医疗服务和家庭医学上。通过重组国家安全网医院，鼓励医院向弱势群体提供免费或低收费服务，保障全民基本医疗服务权益，提升了居民的健康水平<sup>[3-4]</sup>。由此可见，美国在发展高端医疗服务业的同时，并没有忽视脆弱人群的医疗保障需求，通过组建以支撑和托底为主要功能的国家安全网医院，保证了居民享有基本医疗



服务的权利。否则，即使高端医疗服务业得到了迅速发展，基本医疗服务缺失所带来的弊端也迟早会出现。再如，在印度，公共医疗服务水平低、城乡差异大，全民医疗实际覆盖率不高，政府鼓励私营医院向贫困线以下群体提供免费门诊和住院治疗<sup>[5-6]</sup>，以弥补公共医疗服务的不足，确保基本医疗卫生服务的公平与可及。在此基础上，由于私营医疗机构在环境、服务、质量上有一定优势，吸引一批富裕人群就医，间接推动了印度高端医疗服务的发展<sup>[7]</sup>。而在英国全民免费医疗的国民卫生服务体系下，虽然近期的医疗体系改革更加强调市场化的内容，但基本医疗的保障仍然是改革的基础，私营医疗服务机构提供的高端医疗服务多为短期赴英的外国人以及有特殊医疗需求的富裕阶层购买<sup>[8]</sup>。

## **（二）政府差异化补贴，以支付能力为杠杆实现患者分流**

高端医疗服务业的发展与政府的引导和扶持密不可分。尤其在发展初期，各项配套措施尚未完善，政府可通过行政手段或经济手段，直接对开展高端医疗服务的机构或使用高端医疗服务的人群给予补贴。例如，新加坡实行全民医疗保险制度，通过混合筹资系统，运用多层次的保障措施保证居民享受到基本医疗服务<sup>[9]</sup>。同时，随着新加坡人均可支配收入的不断提高，居民对高端医疗服务的需求日益凸显。然而，新加坡 17 家公立医院占全国医院总数的 84%<sup>[10]</sup>，私人办医空间较小。为满足高收入人群的高层次就医需求，鼓励居民选择符合自身需求的医疗服务，新加坡政府采用了差异化的政府补贴政策，将公立医院病房分为 A 级、B1 级、B2+级、B2 级和 C 级，规定各级别病房的医疗服务、环境和服务态度所应达到的水平，并按照病房级别制定高收费标准，给予不同比例的补贴（表 1）<sup>[11]</sup>。新加坡将高端医疗服务纳入公立医疗体系，借助公立医疗机构可享受政府补贴的优势，解决了居民就医不同层次的需求，改善了服务质量，提高了患者满意度<sup>[12]</sup>。

表 1 新加坡不同级别病房费用补助比例表\*

| 病房级别 | 病房条件                                          | 政府补助费用比例 (%) |
|------|-----------------------------------------------|--------------|
| A    | 私人病房, 1~2 张床位, 配备空调、电视、电话、沙发、冰箱、衣柜、书桌以及独立卫生间  | 0            |
| B1   | 半私人病房, 3~4 张床位, 配备空调、电话、电视、浴室, 每个床位都有活动的全落地围帘 | 20           |
| B2+  | 5 张床位                                         | 50           |
| B2   | 6~10 张床位, 没有空调                                | 65           |
| C    | 开放床位、通常有 10 张床位, 没有空调, 室内有数台电风扇、公共浴室及卫生间      | 80           |

\*注: 资料来源: Ministry of Health, Singapore[EB/OL].<http://www.moh.gov.sg>.

新加坡公立医院的 27%的病房属于 C 级, 38%的属于 B1 和 B2 级, 其余 35%属于 A 级<sup>[13]</sup>。以病房条件及舒适程度为基础的分层定价 (differential pricing) 赋予了患者更多自主选择权, 使有条件的患者可根据自身支付能力自由选择。同时, 为确保入住不同级别病房的病人享受同等医疗服务质量, 新加坡政府规定, 除 B2 级以下病房的患者不能自主选择医生外, 任何类型的病房都必须提供相同的医疗服务。A 级和 B1 级病房的患者通过支付较高的费用获得优质的病房条件, 但不能或较少享受政府补贴; 相反, 选择 B2+及以下级别病房的患者, 虽享受的病房环境质量有所下降, 但能获得较高的政府补贴。差别补贴政策运用经济杠杆, 科学分流了不同支付能力的患者, 在减轻中低收入人群医疗负担的同时, 满足了对就医环境、流程等有较高要求的患者, 显示出新加坡医疗卫生政策的公平与公正性<sup>[14]</sup>。

在印度, 为充分调动私营医疗机构的积极性, 政府以较低价格向私营企业提供土地、水电等基础设施, 允许其建立相当于三级医院规模的医疗机构。在保证提供部分基本医疗卫生服务的同时, 私营医疗机构可大力发展服务于富裕人群的高端医疗。此外, 政府还对部分人群在指定私营医院和诊疗机构发生的高额医疗费用予以补偿, 用实际经济补贴鼓励居民使用高端私人医疗服务<sup>[15-16]</sup>。

### （三）以商业健康保险为支撑，发展高端医疗服务

在很多发达国家中，商业健康保险在医疗保障体系中发挥着不可替代的作用。除以商业健康保险为主的国家外，绝大多数国家都建立了以社会医疗保险为主的公共医疗保障体系，商业健康保险充当增补性角色。尽管如此，公共医疗保障体系仍为商业健康保险的发展保留了空间<sup>[17]</sup>。随着收入水平以及保险意识的逐渐提高，商业健康保险引起更多关注，这为高端医疗服务提供了进一步发展的空间。例如，澳大利亚实行全民医疗保险，基本医疗服务免费提供，但患者没有自由选择医生和病房的权利，也无法优先享受住院治疗，只能被动等候<sup>[18]</sup>。但在私立医院和部分公立医院中，有相对高端的设施设备专供私人医疗保险者使用，参加私人健康保险的居民还可自由选择医生，等候时间较短。私人健康保险负责支付全民医疗保险中没有覆盖的服务及一系列非医疗的高端服务，如理疗、牙科、视光等<sup>[19]</sup>。这不仅大大提升了差异化保障水平，也满足了高收入人群的特殊医疗需求。澳大利亚私人健康保险的发展并没有受到全民医疗保险的限制，其人口覆盖率稳定在 44%左右<sup>[20-21]</sup>。

近年来，澳大利亚医疗保险费用不断攀升，为更好的平衡公立医院和私立医院、基本医疗服务和高端医疗服务的关系，鼓励部分高收入人群到高端私立诊所就医，澳大利亚采取了一系列措施引导居民购买私人健康保险，在不支出额外费用的前提下，更多地寻求高端医疗服务<sup>[22]</sup>。在全国性的私人健康保险体系下，澳大利亚居民可从联邦政府获得 30% 的私人健康保险补助，而没有购买私人健康保险的高收入者则需缴纳 1% 的保健税。这一举措推动了很多澳大利亚居民购买私人健康保险，并开始以私家病人的身份在私立或公立医院接受较为高端的治疗，一定程度上促进了高端医疗服务的发展。

在德国，月工资收入超过法定界限的居民可自愿选择参加商业健康保险<sup>[23]</sup>。通过缴纳高额保险费用，被保险者可享受高质量的医疗保障待

遇。2007 年，德国商业健康保险覆盖率达到 27.97%，其中，基本型商业健康保险覆盖率为 10.4%，补充型商业健康保险覆盖率为 17.5%<sup>[18]</sup>。补充型商业健康保险涵盖附加住院费用、附加门诊费用、附加住院津贴、附加收入保证、预防保健费用以及健康服务提供<sup>[24]</sup>。凭借商业健康保险有力的支撑，在同等支付水平下，部分德国居民可优先享受便捷、优质的医疗服务，如在私立医院接受全方位的高端健康体检等，进一步推动了德国高端医疗市场的发展。

在印度，商业健康保险起步较早，1986 年，印度国有保险公司就开始为团队客户提供费用报销型健康保险。1999 年，印度政府全面放开保险业，允许私营机构经营保险业务。参加商业健康保险的多为富裕的中上阶层人士，印度政府也给与参保人部分税收优惠。这些政策都为高端医疗服务的发展提供了有力支撑。

#### **（四）开展公私合作，积极探索发展高端医疗的路径**

根据世界银行 April Harding 教授等人的观点，公私合作不仅可以扩大居民公共医疗服务利用的渠道，提高卫生产出，而且能够促进私立医疗机构的发展，二者相互促进<sup>[25]</sup>。具体来说，公立医院与高端医疗服务机构开展公私合作（public-private partnership，以下简称“PPP”）的方式可以归纳为以下四种：一是服务合作（service PPP），指私立医疗机构提供优于公立医疗机构的公共医疗服务。二是设施或筹资合作方式（facilities/finance），指公立医疗机构与私人主体签订合同，共同筹资、设计、建造和运营医院设施设备，而医院的医疗服务则由公立部门提供。在这种模式下，公立医疗机构的品牌和技术优势，与私人机构的资金和经营管理优势相结合，起到优势互补的效果。三是混合合作模式（combined PPP），指私立医疗机构通过新建设施或对原有设施进行扩建，在可持续的公共医疗保险或社会医疗保险覆盖范围内提供医疗服务。这种模式下，私立医疗机构提供的医疗服务属于社会医疗保险保障范围，

但因其服务在技术水平、服务质量上都优于公立医疗机构所提供的，因此收费价格更高。原则上，服务项目在医疗保险报销范围内的由医保支付，超出医疗保险支付范围的部分则由个人自付。这种方式不仅能够吸引一批有支付能力的中高收入人群，还可以吸引到部分希望享受高端医疗服务、但经济实力并不十分雄厚的群体，有利于高端医疗服务业初期的发展。**四是托管合作模式（Co-location）**，指将公立医院长期使用的土地或房产租赁给私立医疗机构，将租金和指定收益作为对公立医院的回报。托管合作模式实际上是政府或公立医院通过外包的形式，将医院交给专业的私立医疗机构，私立医疗机构充分享有自主权，可自由招聘人员、引进器材，通过提供优质、高价的服务，获得高收益，以此来支付公立医院的租金。

目前，国际上已有很多公私合作的案例，如澳大利亚联邦政府和州政府通过了多种方式进行公私合作，包括 4 家医院实行国有民营，4 家医院转制出售给私营公司，3 家实行私人公司建设新医院，然后租给政府，15 家公立医院由私人建设、拥有和运营，30 家医院公私同址<sup>[25]</sup>。2013 年，英国《健康和社会保健法案》<sup>[26]</sup>正式实施，引入私立部门参与医疗市场竞争，通过私人筹资计划（private financing initiative, PFI）等项目，不断扩大私立医疗机构在英国医疗市场上的影响。英国国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）与私立部门签订长期合同，由私立机构进行医疗机构的基础设施建设并进行几十年的运营和管理。在德国，政府试图在不改变公立医院产权制度的情况下建立新的经营机制<sup>[27]</sup>，积极推进公私合作，兼顾公平与效率，特别是在技术、人才政策等方面促进不同所有制医疗机构之间的竞争与合作，激发活力<sup>[28]</sup>。

#### **（五）依据各国优势经验，优先发展部分专科领域**

纵观国际发展经验，高端医疗服务业在健康管理、高科技治疗、整形美容等专科方向上具有较突出的发展优势<sup>[29]</sup>。由于身体检查、健康管

理、医疗旅游等属于非基本医疗服务，弹性较大，相对富裕的人群具有一定需求并愿意支付较高费用。因此，高端医疗服务业首先在这些领域得到迅速发展。例如，印度凭借丰富的旅游资源以及药草学、物理疗法与藏药等特色优势，主打医疗旅游。产品主要有三类：一是心脏手术、肝脏移植等，主要针对专门前来印度就医的外国人，其心脏手术的平均死亡率和感染率均大大低于发达国家平均水平，是医疗旅行目的地国家中公认价格较低、质量较高的国家。二是利用传统医学等吸引国外前来找寻秘方治愈顽疾的外国人。三是根据发达的休闲健康护理产业，如瑜伽、水疗等，吸引世界各地的养生保健人士<sup>[30]</sup>。再如，新加坡凭借发达的体检技术和先进的诊疗设备，重点开发医疗体检专科，在一些医院专设体检科，可根据不同年龄层次人群需要，提供合适的体检套餐，及早确认风险因素，发现疾病症状。

## 二、国外高端医疗发展经验对我国的启示

### （一）在充分保障居民基本医疗服务权益的基础上发展高端医疗服务

近年来，我国陆续出台的多个政策文件均强调要引入社会资本办医，实现基本和非基本健康服务的协调发展。在促进高端医疗服务业发展之时，应积极推动我国卫生基本法的制定工作，将健康作为基本人权，以法律的形式予以保障。正如许多发达国家卫生法所规定的一样，强调政府责任在于满足居民的基本医疗卫生需要，并用“核心的”、“优先的”等词汇来凸显基本医疗的政策优先性。同时，需以较好的执行力和财力保障法律的实施<sup>[31]</sup>，切实满足全民特别是弱势人群的医疗需求，在此基础上调动社会力量举办高端医疗的热情，大力发展高端医疗服务业。

### （二）公立医院可提供不同层次的医疗服务和差别化的支付政策

我国允许公立医院在提供基本医疗卫生服务的前提下开展特需医疗，但是规定用于特需医疗服务的病床数不得超过医院总床位数的 10%。

在一些大城市，几乎所有公立医院都开设了特需医疗服务项目。由于我国公立医院在整个医疗服务体系中居于主导地位，不仅在规模、数量上远超私立医疗机构，在服务能力上更是遥遥领先。与此同时，我国医生多点执业问题尚未得到切实解决，大部分医生需要所在公立医院批准才能到私立医院行医，导致很多高端私立医疗机构出现“医生荒”，尤其是经验丰富的名医短缺。这一问题严重制约了私立医疗机构高端医疗服务的发展，使得私立医疗机构空有先进的设备，却无法开展高端、复杂的诊疗业务。因此，考虑到现阶段我国绝大多数医疗资源沉淀在公立医院的特殊情况，在发展高端医疗服务业的初期，应充分利用公立医院丰富医疗资源、人力资源的优势，在条件允许的情况下，适当放宽特需病房10%的比例。同时，将特需病房划分为不同级别，在保证服务质量基础上，改善特需病房就医环境、就医体验等更加具有“软效果”的地方。对于入住特需病房的患者，依据不同等级给与适当补贴。这种做法充分考虑到了目前我国私立医疗机构发展高端医疗服务的困难，在有限的条件下，利用公立医院现有条件，具有较高的可操作性。

值得注意的是，提供高端医疗服务的医院过度关注和吸引自费患者，这种过于趋利行为使其医疗费用快速上涨，间接损害了公众利益<sup>[32]</sup>。因此，我国应以此为鉴，在公立医院提供高层次医疗服务的同时，严格控制高级别病房的病床比例，确保低级别病房病床达到一定比例，比例控制可根据医院不同发展情况和实际需要而定。

### **（三）高端医疗服务发展离不开商业健康保险的支持**

当前我国医疗服务体系还不能很好地满足来自社会各阶层的多元化就医需求，高端医疗巨大的发展空间要求商业保险进一步跟进发展<sup>[33]</sup>。我国应明确商业健康保险在医疗保障体系中的定位，进一步细化《关于深化医药卫生体制改革的意见》中关于商业健康保险的内容。实行税收优惠政策是国家鼓励商业健康保险发展的重要手段，借鉴澳大利亚政府

对商业健康保险的定位和扶持等做法<sup>[34-35]</sup>，建议从国家层面加速制定相关法律，给予提供商业健康保险的公司税收优惠政策，将部分社会医疗保险涉及的业务委托给发展商业健康保险的保险公司管理。此外，对于购买商业健康保险的个人也应给予相应扶持，如允许个人使用个人账户内的资金购买商业健康保险，允许购买商业健康保险的费用在缴纳个人所得税前扣除等方式。在此基础上，充分发挥市场机制的作用，吸引部分人群到高端私立医院解决医疗需求，为高端医疗服务业发展提供保障。

#### **（四）公立医院与高端社会办医之间可实行公私合作**

从我国实际出发，在市场化程度较高的北京市、上海市、广州市等地，通过公私合作的方式可实现高端医疗与公立医院联动发展。纵观 4 种社会资本参与医院项目的类型，在服务合作模式下，由于我国公立院长久以来的强势地位和优越感，引入的私立医疗机构缺乏对医院整体的主人翁精神，服务动力不足；同时，在大部分省份，公立医院归属于地方卫生计生委管理，私人机构的并入还带来了管理困难的问题。设施或筹资合作方式虽有整合优势，但由于医院建设周期长、投入大，对于资金回报的期望值很高。而且，医院建设完成后，私立机构不参与提供医疗服务，公立医疗机构仍可大量收治享受基本医疗保险的病人，没有提供高端医疗服务的动力。这与我国希望充分发挥市场力量，发展社会办医的初衷有所背离。混合合作模式虽能够利用社会医疗保险的保障优势，但因当前我国政策“玻璃门”、“弹簧门”的存在，实际能否享受到社会医疗保险的益处还有待商榷，经营风险较大。相比之下，试点托管合作在我国更具现实意义：一是对公立医院进行扩建，增加的空间由私人资本提供临床医生、高端医用设备和相应诊疗服务；二是在公立医院外部，距公立医院较近的区域新建一所小型私立医院或诊所，配置相应高资质医务人员，公立医院的医生也可进行多点执业。在该模式下，患者被赋予了更多的就医选择权，既可选择支付较低的价格在公立医院接



受治疗，也可选择支付较高的价格在私立医疗机构就医。

总体来说，托管模式不仅充分发挥了我国公立医疗机构优质医疗资源集中的优势，又合理利用了社会力量资金密集的特点，在解决政府扩建医院资金问题的同时，将与原有设施的运营结合起来，在管理方式上也有较大的灵活性，是加速发展高端医疗服务业的有效途径。机构扩建或新建之后，原有的公立医院仍保持完全公立的属性，从而有效避免了医疗服务市场特殊性带来的问题，既保持了政府办医这支主要力量的主导地位，又开拓了社会办医这只“无形的手”带来的高端医疗服务市场，两者有机结合、互为补充。托管合作的公私合作模式能够较好的适应我国的制度土壤，也不会对当前医疗市场的整体形势造成过多冲击，具有较高的可行性。

#### **（五）高端医疗服务业可优先发展若干优势领域**

当前，我国社会资本主要投资在门槛较低的眼科、牙科和体检领域，妇产和儿科也由于近年来需求的增长逐渐兴起。对比国际发展趋势，结合我国自身特点，我国发展高端医疗可充分利用国际、国内两个市场，着力发展旅游医疗、健康管理、个性化体检、中医药保健等服务。与新加坡等旅游医疗较发达的东南亚国家相比，中国的价格优势也相当明显。低廉的医疗费用、国际化的医疗服务体系、良好的配套设施是发展旅游医疗的必要条件。目前，我国部分省市如北京市、上海市、广州市等对于发展旅游医疗表现出了极大热情，但由于国内整体市场的不成熟，旅游医疗还处于萌芽状态。除成本低廉、旅游资源丰富外，中医中药等中国特色的医疗保健方法，如针灸、推拿等，也可以作为发展旅游医疗的主打品牌。我国发展旅游医疗，应重点构建具有中国特色的国际化医疗服务体系，提高从业人员素质，同时辅之以其他医疗服务配套设施的建设。

此外，随着人们对养生和健康的关注度逐渐增加，以疾病治疗为主

导的思想意识逐渐被重预防、重保健的观念所代替,越来越多的人开始重视身体检查和健康管。在此背景下,集预防、评估、干预、指导与促进为一体的个性化体检、疾病筛查、保健指导、健康干预等健康管理服务需求日益扩大,可作为我国发展高端医疗服务业的重点领域。

## 参考文献

- [1] 国务院. 深化医药卫生体制改革 2014 年重点工作任务 [Z] . 2014.
- [2] 国务院. 国务院关于创新重点领域投融资机制鼓励社会投资的指导意见 [Z] . 2014.
- [3] Bazzoli G J, Manheim L M, Waters T M. U.S. Hospital industry restructuring and the hospital safety net [J] . , 2003, 40.1 : 6-24.
- [4] Coughlin T A, Ku L, Kim J. Reforming the Medicaid disproportionate share hospital program [J] . Health Care Financing Review, 2000, 22.2 : 137-57.
- [5] 戴卫东. 印度私营医疗卫生服务体系的公平与效率[J]. 人口与经济, 2012, (4):87-93.
- [6] WHO. Country profile, India 2013. [EB/OL]. [2015-4-15]. <http://www.who.int/countries/ind/en/>
- [7] Ministry of Health and Family Welfare, Government of India 2011. [EB/OL] . (2011-12) [2015-4-15] . Annual report to the people on health. <http://mohfw.nic.in/showfile.php?lid=121>
- [8] The changing health service. BBC 2013. [EB/OL] . (2013-3-25) [2015-4-16] <http://www.bbc.co.uk/news/health-21850949>
- [9] Singapore MOH. “costs and financing” [EB/OL] . (2014-8-5) [2014-9-12] . [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html).
- [10] 詹国彬. 新加坡公立医院体制改革及其对我国的启示 [J] . 东南亚研究, 2013, (1):17-23.
- [11] 董云萍, 夏冕, 张文斌. 国外公立医院管理体制及公益性制度安排对我国的借鉴意义[J]. 医学与社会, 2010, (2):1-3.
- [12] Rubsamen V. Deregulation and the state in comparative perspective: The case of telecommunications [J]. Comparative Politics, 1989, 22( 1) : 105-120.
- [13] 代涛, 陈瑶, 马晓静. 新加坡公立医院改革的主要做法与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2012, (8):4-8.
- [14] 饶克勤, 刘新明. 国际医疗卫生体制改革与中国 [M] 北京: 协和医科大学出版社, 2007, 120—121.
- [15] 李琼, 侯可华. 印度私营医疗服务提供及其借鉴[C]. //改革开放三十年: 保险、金融与经济发展的经验和挑战——北大赛瑟论坛文集. 2008.
- [16] Health sector financing by centre and State. <http://mohfw.nic.in/index1.php?lang=1&level=2&sublinkid=5052&lid=3116>
- [17] 顾昕. 中国商业健康保险的现状与发展战略 [J] . 保险研究, 2009, (11):26-33.
- [18] 李鸿敏. 国外商业健康保险的比较与启示 [J] . 中国保险, 2008, (8):30-33.
- [19] 无忧考网. “澳大利亚的健康保险详细介绍”[EB/OL]. (2012-11-8) [2014-12-31]. <http://www.51test.net/show/2519550.html>.
- [20] 孙祁祥, 郑伟. 商业健康保险与中国医改——理论探讨、国际借鉴与战略构想 [M] . 北京: 经济科学出版社, 2010.

- [21] 叶朝晖, 王治军. 西方国家商业健康保险的发展要素研究[J]. 中国保险, 2014, (1).
- [22] Lokuge B, Denniss R, Faunce T A. Private health insurance and regional Australia [J]. Medical Journal of Australia, 2005, 182.6: 290-293.
- [23] 张玲玉, 薛罡. 德国商业健康保险发展现状及经验借鉴[J]. 金融经济, 2008, (10).
- [24] 罗维, 宗文红, 田国栋. 部分国家商业健康保险发展的特点及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2012, (1).
- [25] April H, Alexander S P. Private Participation in Health Services. Human Development Network Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank, Washington, D.C. 2003.
- [26] 于广军, 高解春. 全球化视野中的公立医院改革——公立医院改革的国际比较研究[J]. 中国医院院长, 2007, (9):39-42.
- [27] Health and Social Care Act 2012 (c. 7).  
<http://services.parliament.uk/bills/2010-12/healthandsocialcare.html>
- [28] 兰迎春, 戈文鲁, 王德国等. 国外公立医院改革的现状与启示[J]. 中国农村卫生事业管理, 2011, 31:473-476.
- [29] 韩洪迅. 德国、英国、新加坡公立医院改革解读[J]. 中国医药指南, 2007(8): 11.
- [30] 中国旅游报数字报. “境外著名医疗旅游服务机构”[EB/OL].  
[http://www.ctnews.com.cn/zglyb/html/2013-06/05/content\\_74073.htm?div=-1](http://www.ctnews.com.cn/zglyb/html/2013-06/05/content_74073.htm?div=-1).
- [31] 李正欢, 郑向敏. 印度医疗旅游的发展评介[J]. 桂林旅游高等专科学校学报, 2008, 19(2):263-266.
- [32] 石光, 张春生, 陈宁姗等. 关于界定和实施基本医疗卫生服务的思考与建议[J]. 卫生经济研究, 2014, (10):6-13.
- [33] Liu E, Yue S Y. Health care expenditure and financing in Singapore [R]. Affordable healthcare: A white paper. Singapore, 1993.
- [34] 和讯网. “商业健康险有望全方位参与医改, 高端医疗被看好”[EB/OL].  
<http://insurance.hexun.com/2014-06-04/165355047.html>.
- [35] 安华, 金栋. “全民医保”背景下的中国商业健康保险定位与发展: 澳大利亚经验的启示[J]. 南方金融, 2008, (6):39-41.

(责任编辑: 房良)



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