

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2014 年 第 3 期

(总第 54 期)

上海市卫生发展研究中心

2014 年 5 月 10 日

编者按 发展社会办医是国家和本市深化医药卫生体制改革的一项重要任务，是满足人民群众多元化、多层次医疗服务需求的重要途径。2013 年上海市卫生发展研究中心受国家卫生计生委规划与信息司委托，承担了“鼓励社会资本办医模式研究”课题。本期刊载了该课题的部分成果，对社会办医的内涵及新医改背景下开展社会办医的必要性进行了探讨，梳理了我国社会办医的发展现状、政策沿革及现行政策，分析了社会办医的政策障碍，对社会办医的典型模式进行了总结和分析，并探讨了民办非营利性医疗机构的发展条件。同时，本期还以上海、温州为案例，重点介绍了两市在发展社会办医方面的有关实践和探索。谨供领导和同志们参阅。

1959



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 7 卷 第 3 期 (总第 54 期)
2014 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: 021-22121625
传真: 021-22121879
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
编辑部主任: 王贤吉
编辑: 信虹云 陈多
杨燕 高广文
常雪沛
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

社会办医的内涵及新医改背景下发展社会办医的 必要性探讨	1
我国社会办医发展现状研究	9
我国社会办医政策沿革及现行政策总结	21
我国社会办医政策障碍分析	32
我国社会办医的典型模式研究	46
民办非营利性医疗机构发展条件探讨	54

实践与案例

温州市鼓励社会资本办医的探索与启示	66
上海市社会医疗机构发展现状与政策建议	75

社会办医的内涵及新医改背景下发展社会办医的 必要性探讨

王贤吉¹ 何达¹ 施莉莉³ 谢春艳¹ 王瑾¹ 金春林^{1,2}

【摘要】 发展社会办医是我国新一轮医改的重要举措，但对于什么是社会办医，为什么要发展社会办医，各方在认识上还存在一定争议。本文从主办单位、注册登记类型、营利性质、资产属性四个方面对社会办医的内涵进行探讨，并从医疗服务体系的合理构成、人民群众不同层次医疗服务需求的满足、减轻政府的办医压力、促进经济结构转型和医务人员生产力激活及价值体现等角度分析了发展社会办医的必要性。

【关键词】 社会办医；内涵；必要性

2009 年启动新一轮医改以来，我国已将加快发展社会办医作为卫生事业改革与发展的重要战略举措。2013 年 9 月，国务院发布《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40 号），又将社会办医作为健康服务业的重要组成部分。近年来，国家先后出台了一系列政策文件，加大了对社会办医的支持力度，各方在发展社会办医的政策方向方面已经形成共识。但对于究竟什么是社会办医，为什么要发展社会办医，各地的认识并不统一，这种认识上的不统一直接影响到地方社会办医的政策空间和推进进展。在当前医改不

第一作者：王贤吉，男，助理研究员，复旦大学在读博士研究生

通讯作者：金春林，男，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. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

断深化的背景下，有必要进一步明确社会办医的内涵，厘清发展社会办医的必要性，促进思想认识上的统一，为各地政策实践提供基础。

一、社会办医的内涵

“社会办医”是我国的特有词汇，从字面上讲，“办”应指主办或举办，“医”即医疗机构（或者更大范围内的“医疗卫生机构”）。在不同的语境中，“社会办医”一词有两种具体含义：一是指特定的一类办医形式或办医现象，二是指这类办医形式和办医现象所对应的医疗机构。但不管是哪种情况，“社会办医”这一概念目前在我国尚缺乏清晰的边界。从我国官方角度，其界定主要有以下几种方法。

（一）按照主办单位界定。根据国家卫生计生委的官方统计口径，医疗机构主办单位分政府办、社会办和私人办三大类，其中政府办包括卫生行政部门和教育、民政、公安、司法等政府机关主办；社会办包括企业、事业单位、社会团体和其他社会组织主办^[1]；“私人办”尽管没有给出明确的界定，但根据我国的经济类型分类，可以理解为应包括私有独资、私有合伙、私营有限责任（公司）、私营股份有限（公司）、个体经营等^[1]私人办的形式。从字面上理解，社会办医应指上述社会办医疗机构，但很显然私人办医疗机构也属于通常说的社会办医范畴；另外国有企事业单位和带有官方性质的社会团体主办的医疗机构在我国并未作为社会办医对待。

（二）按照注册登记类型界定。同样是根据国家卫生计生委的官方统计口径，我国医疗机构按照注册登记类型分公立、非公立两种，其中公立医疗机构包括国有、集体办医疗机构；非公立医疗机构包括联营、私营、台港澳投资和外国投资等医疗机构^[1,3]。显然，社会办医不包括公立医疗机构，我国卫生部门出台的政策文件也多以“非公立医疗机构”指代社会办医^[4,5]。

（三）按照营利性质界定。我国实行医疗机构分类管理，根据营利性质，医疗机构分为营利性医疗机构和非营利性医疗机构，其中非营利性医疗机构又包括政府办非营利性医疗机构、非政府办非营利性医疗机构；政府不举办营利性医疗机构^[6]。应该说，营利性医疗机构和非政府办非营利性医疗机构应属于社会办医范畴，但事实上各地政府部门通常将国有企事业单位和带有官方性质的社会团体主办的非营利性医疗机构当作政府办医疗机构对待。

（四）按照资产属性界定。我国医疗机构的资产属性分公有资产和私有资产，其中公有资产又包括国有资产、集体所有资产以及混合资产中的国有和集体成分。显然我国官方文件里提到的“社会资本”^[7,8]投资举办的医疗机构形成的资产不属于公有资产，这类医疗机构应属于社会办医范畴。另外，目前我国也存在一部分医疗机构资产为混合资产，这类机构也属于社会办医范畴。但需要说明的是，我国官方文件中的“社会资本”，与国际上通常说的社会资本（social capital）是完全不同的概念，后者是相对于物质资本（physical capital）和人力资本（human capital）而言的，是建立在信任、互惠、互助基础之上的社会关系网络，借助于这样的社会关系网络，个人或团体能够获得各种资源和支持^[9]。

关于社会办医，在国家有关政策文件中，有“社会资本举办医疗机构”、“非公立医疗机构”等表述^[4,7]；而在地方政策文件中，则有“社会医疗机构”、“民办医疗机构”等多种称谓^[10,11]，学术文献中的称谓更是五花八门，这其中存在一定程度上的概念混淆。从上述几种界定方法中可以看出，“社会办医”这一概念还需从办医主体、资产属性等方面进行进一步明确。从国际上看，英语中并没有与之直接对应的术语，“社会办医”中“社会”一词与英语中“Society”

含义有显著差异。比较接近的术语是“私立部门”(private sector),它往往指非国有或非政府部门所属^[12]。当作为一种办医形式或办医现象时,“社会办医”可以理解为私立部门办医(private-sector-running medical institutions),相当于我国官方文件中“社会资本举办医疗机构”的简称;当作为一类医疗机构时,“社会办医”可以理解为私立部门举办的医疗机构(medical institutions run by private sector)。从我国国家和地方层面出台的社会办医相关政策来看,并没有鼓励国有企事业单位举办医疗机构,相反提出的是要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^[7]。

二、我国发展社会办医的必要性

建国以来,我国社会办医经历了从严控到提倡发展,再到大力扶持的历程。这一历程与我国社会主义市场经济地位的逐步确立和宏观经济社会制度、基本医疗卫生制度的逐步完善是同步的。在当前深化医药卫生体制改革的新时期,发展社会办医被赋予了更为特殊的意义,其必要性体现在以下几个方面:

(一) 社会办医是医疗服务体系的重要组成部分,与公立医疗机构共同构成完整的医疗服务体系

从国际上看,绝大多数国家的医疗服务体系都是由公立医疗机构和社会办医组成的混合体。无论是采取国民卫生服务模式(如英国和我国香港地区)还是社会医疗保险模式(如德国、日本和我国台湾地区)、商业医疗保险模式(如美国),社会办医都是卫生服务体系必不可少的一部分,尽管两者构成比例有所不同。如英国私立医疗机构仅占10%左右^[1];在日本,私立医院占到其医院总数的20%^[2],香港为22%^[3],台湾地区为83%^[4]。公共资源的稀缺性、健康需求的多样性及其不断增长的特性决定了公立医疗机构

不可能单独承担起医疗服务体系的完整功能，而必须与社会办医一起才能共同组成健全的医疗服务体系，以此来满足国民的医疗服务需求。

（二）社会办医的作用不在于“拾遗补缺”，而在于满足人民群众不同层次的医疗服务需求

随着我国经济社会的不断发展，医疗保障水平的不断提升和国民健康意识的不断提高，群众医疗服务需求明显呈现多层次的特点。大体来说，医疗服务包括两个层次：一是基本医疗服务，二是非基本医疗服务。其中，基本医疗服务是与一个国家和地区经济发展水平相适应、社会 and 居民可负担的医疗服务，它属于基本公共服务的范畴，具有公共产品和准公共产品特性，目标是保障居民的基本生命健康权利，使其在防病治病过程中按照防治要求得到基本的治疗。基本医疗服务是一个动态的概念，随着经济社会的发展，其内涵也在不断拓展。从理论上讲，居民的医疗需求是无限的，政府的主要责任在于保障人民群众的基本医疗服务需求，而对于非基本医疗服务尤其是高端医疗服务，则应该由社会办医来提供。公立医疗机构提供非基本医疗服务，必然会挤占基本医疗服务资源。目前，我国允许公立医院开设特需门诊和病房，为部分患者提供特需医疗服务，这在一定程度上可以弥补医院补偿的不足，但其带来的弊端是非常明显的。由于这部分医疗服务的经济收益远大于基本医疗服务，医院和医生势必会产生服务“偏好”，导致医疗资源配给的不公平，甚至会出现医院借机不合理收费、诱导医疗消费等一系列问题^[1]。而另一方面，社会办医在回应非医疗服务市场需求方面具有先天优势，它能够更敏感、迅速地捕捉人民群众的多样化医疗服务需求，及时调整发展方向，提供相应的服务产品。

（三）发展社会办医有利于引入社会力量支持医疗卫生事业，减轻政府的办医压力

医疗卫生行业是知识密集型和资本密集型行业，其基本建设、设备购置及日常维护、人员培养及留用等都需要大量的资金投入。随着人民群众健康需求的不断提高，医疗卫生事业的发展仅靠政府力量是不够的，必须动员社会力量的参与。社会资本的参与能够进一步扩充医疗资源，弥补政府公共资源投入的不足；而通过对营利性社会办医的税收等，还可以进一步补充政府对医疗卫生事业的投入。发展社会办医能够有效减轻政府的办医压力，特别是对于经济欠发达地区而言，鼓励社会资本举办非营利性医疗机构，能有效弥补公立医疗机构基本医疗服务提供的不足，改善当地的医疗条件，促进区域医疗服务体系的完善。

（四）社会办医是现代服务业的重要内容，发展社会办医能够促进经济结构转型

当前我国经济发展面临结构调整和转型升级压力，解决问题的重要战略之一是大力发展现代服务业。其中，健康服务业以维护和促进人民群众身心健康为目标，是现代服务业的重要领域之一。大力发展健康服务业是进一步扩大内需、促进就业、转变经济发展方式的重要举措，对稳增长、调结构、促改革、惠民生，全面建成小康社会具有重要意义^[8]。鼓励社会办医是健康服务业发展的核心内容之一。从国际经验来看，发展社会办医能够带动健康投资和消费，促进区域经济发展；与此同时，还能带动餐饮、住宿、旅游观光等其他外围产业的发展。例如，韩国、印度、泰国、马来西亚、印度尼西亚和新加坡等国家的医疗旅游产业已经成为这些国家的优势产业，有力地推动了当地的经济发展。

（五）发展社会办医能进一步激活医务人员生产力，促进医疗机构和医务人员之间的生产关系调整

发展社会办医客观上将增加医疗卫生行业对医学人才特别是中高端人才的需求，一些优秀社会办医疗机构提供的优厚的收入待遇、灵活的用人机制和良好的执业环境正吸引越来越多的医务人员从“体制内”走出。在这种情况下，医务人员和公立医疗机构之间原有的“买方”（用人单位）主导关系将受到挑战，这种微妙的关系变化将会迫使公立医疗机构更加珍视人才，更加注重完善医院内部管理，改善医务人员的执业条件和待遇。此外，在国家近年来推行的医师多点执业政策下，公立医疗机构医生将越来越多地通过多点执业形式到社会医疗机构执业，从而使得其社会价值得到更充分的发挥，劳务价值得到进一步的体现，实现生产力的充分释放。

总之，发展社会办医绝不只是一项医改任务，它是顺应市场经济和医疗卫生事业发展客观规律的必然。尽管“社会办医”本身的概念还需要进一步明确，但打造多元办医格局、构建多层次医疗服务体系已经是我国医改的既定方向。各地应结合当地医疗卫生事业发展状况和医疗服务领域的现实问题，选择不同的社会办医模式，更好地满足人民群众医疗服务需求。同时，还应在国家鼓励社会办医政策框架下，加大政策创新和管理创新力度，破除社会办医的种种障碍，真正实现社会办医的大发展、大繁荣。

参考文献

- [1] 卫生部. 2012中国卫生统计年鉴[M].北京：中国协和医科大学出版社.2012.
- [2] 国家质量技术监督局.经济类型分类与代码（国家标准GB/T12402-2000）.2000.
- [3] 国家统计局,国家工商总局.关于划分企业登记注册类型的规定[Z].2011.
- [4] 卫生部.关于进一步做好非公立医疗机构设置审批和管理工作的通知[Z].2010.

- [5] 卫生部.关于做好区域卫生规划和医疗机构设置规划促进非公立医疗机构发展的通知[Z].2011.
- [6] 卫生部,中医药局,财政部,国家计委.关于印发《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》的通知[Z].2000.
- [7] 国务院办公厅.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[Z].2010.
- [8] 国务院.关于促进健康服务业发展的若干意见[Z].2013.
- [9] Policy Research Initiative (PRI).Social Capital as a Public Policy Tool[R].Canada PRI. 2005.
- [10] 上海市人民政府办公厅.上海市人民政府办公厅转发市卫生局等十四部门关于进一步促进本市社会医疗机构发展实施意见的通知[Z].2013.
- [11] 江苏省政府办公厅.江苏省政府办公厅转发省卫生厅等部门关于加快发展民办医疗机构若干意见的通知[Z].2006.
- [12] MeSH Database .Private Sector[EB/OL].<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68017149>. [2013-12-20].
- [13] Timmins N. Letter from Britain: across the pond, giant new waves of health reform [J]. Health affairs, 2010, 29(12):2138-2141.
- [14] 廖新波.日本医疗体制也可借鉴[EB/OL]. http://blog.sina.com.cn/s/blog_4940b3f60100hyr3.html.
- [15] 香港卫生署.香港健康数字一览[EB/OL].http://www.dh.gov.hk/chs/statistics/statistics_hs/files/Health_Statistics_pamphlet_SC.pdf. [2013-12-08]
- [16] 丁汉升主编.中国台湾地区健保总额预付制度[M].上海: 上海科技出版社.2013.
- [17] 陈方方,王红漫.特需医疗服务需求意向分析——基于北京市5家医院的实证研究[J].中国卫生事业管理, 2010 (011): 737-739.

我国社会办医发展现状研究

何达¹ 王瑾¹ 王贤吉¹ 谢春艳¹ 金春林^{1,2}

【摘要】目的：全面掌握我国社会资本办医的发展现状。**方法：**以国家卫生和计划生育委员会发布的卫生统计年鉴数据为基础，结合文献复习方法，从机构数、床位数、人力资源、市场份额、地域分布等角度进行深入分析，并将社会医疗机构与公立医疗机构的发展状况进行对比。**结果：**2012年，全国社会医疗机构总数44.7万家，床位总数63.3万张，其中86%属于100张床位以下的民办医院；民办医院的卫生人员共65.5万人，执业（助理）医师比例明显高于公立医院；全国民办医院诊疗人次和住院人次分别为25295.3万和1396.3万，床位使用率为63.2%；中西部地区社会医疗机构发展较为缓慢。**结论：**目前，我国社会医疗机构中，民办医院的发展势头优于民办基层医疗机构，但总体上民办医院的比例仍然偏小，床位规模较大的医院比例较低。社会医疗机构的医务人员特别是护士资源匮乏，与公立医疗机构相比其市场竞争力不足，且区域发展不均衡。

【关键词】 社会办医；现状；趋势

新医改以来，我国国家层面出台了一系列鼓励和引导社会资本办医的政策，明确提出到2015年非公立医疗机构床位数和服务量达到总量20%左右的发展目标。2013年11月，第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》更是明确

第一作者：何达，女，博士，助理研究员

通讯作者：金春林，男，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. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031
2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

了市场在资源配置中的决定性作用，为社会办医发展指明了方向。在政策的积极引领下，我国社会办医的总体发展速度开始加快。由于社会医疗机构能够提供与公立医疗机构类似质量的卫生服务，促进医疗市场的公平竞争，有益于间接提高公立医院医疗服务提供的绩效水平^[1]，与此同时，发展社会办医可以进一步满足群众多层次、多样化的医疗需求^[2]。因此，对我国社会办医的发展现状进行全局性描述具有重要的现实意义。本研究通过对全国社会办医发展的数据进行对比分析，了解中国社会办医的发展状况，分析社会办医发展存在的问题，从而为后续具体政策的制订和实施提供依据。

一、资料与方法

本研究采用 2009—2012 年《中国卫生统计年鉴》及 2013 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》中公立和社会医疗机构的相关数据，结合文献综述，从机构数、床位数、人力资源、市场份额、地域分布的绝对值、构成比及时间变化趋势等角度对我国社会资本办医的整体情况进行深入分析，并将社会医疗机构与公立医疗机构的发展状况进行对比，从而客观地分析我国社会医疗机构的发展现状。本研究中社会医疗机构指社会资本举办的医疗卫生机构，包括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构和其他医疗卫生机构。民办医院指经济类型为国有和集体以外的医院。民办基层医疗机构指社会资本举办的基层医疗机构，包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、街道卫生院、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部和诊所（医务室）。

二、结果

（一）机构数

从全国公立医疗机构和民办医疗机构数变化趋势看，全国民办医院机构数从 2008 年的 5403 家增长到 2012 年的 9786 家，而其相对于公立医院的构成比从 27.4% 增长到 42.2%（表 1）；而民办基层

医疗卫生机构呈小幅波动,其构成比略有降低(从2008年的51.5%降至2012年的47.9%)(表2)。从民办医疗机构的构成来看,2012年全国民办医院仅占2.2%;民办基层医疗机构占63.4%,其中社区卫生服务机构和卫生院仅占1.8%,民办村卫生室占61.6%;门诊部、诊所等其他医疗机构占34.4%(表3)。

表1 2008—2012年全国公立医疗机构数变化趋势

指标	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
公立医院数(家)	14309	14051	13850	13539	13384
民办医院数(家)	5403	6240	7068	8440	9786
民办医院数构成比(%)	27.4	30.8	33.8	38.4	42.2

表2 2008—2012年全国民办医疗机构数变化趋势

指标	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
公立基层医疗机构数(家)	415870	432803	460927	469642	475544
民办基层医疗机构数(家)	442145	449350	440782	448379	437076
民办基层医疗机构数构成比(%)	51.5	50.9	48.9	48.8	47.9

表3 2012年全国民办医疗机构构成比

机构类别		民办机构数 (家)	占民办医疗机构 比例 ^① (%)	占同类医疗机构 比例 ^② (%)
医院类别	综合医院	6047	1.4	40.3
	中医医院	571	0.1	19.8
	中西医结合医院	187	0.0	59.9
	民族医院	23	0.0	11.1
	专科医院	2905	0.7	62.3
	护理院	53	0.0	70.7
	合计	9786	2.2	42.2
基层医疗机构	社区卫生服务中心(站)	7648	1.7	22.8
	乡镇卫生院	233	0.1	0.6
	村卫生室	275413	61.6	42.2
	合计	283294	63.4	39.1
其他医疗机构	门诊部	7267	1.6	71.7
	诊所、卫生所、医务室、护理站	146515	32.8	82.4
	合计	153782	34.4	81.8
总计		446862	100.0	—

注:①该类民办医疗机构在所有民办医疗机构中所占的比例;②该类民办机构占全部该类机构的比例,即该类民办机构数/(该类民办医疗机构数+该类公立医疗机构数)。

（二）床位数

2008—2012 年，民办医院床位数增长了 113.2%，年均增幅达 28.3%；而同期公立医院床位数增长了 37.1%，年均增幅为 9.3%。民办基层医疗机构（包括社区卫生服务中心和卫生院、村卫生室，下同）的床位数增幅维持在 3.5% 左右，变动幅度较小（表 4）。

表 4 2008—2012 年全国公立医院和民办医院床位数变化趋势

指标	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
公立医院床位数（万张）	261.0	279.3	301.4	324.4	357.9
民办医院床位数（万张）	27.3	32.8	37.4	46.1	58.2
民办医院床位数构成比（%）	9.5	10.5	11.0	12.5	14.0
公立基层医疗机构床位数（万张）	—	—	115.4	119.5	127.3
民办基层医疗机构床位数（万张）	—	—	3.8	3.8	5.1
民办基层医疗机构床位数构成比（%）	—	—	3.2	3.1	3.8

民办医院、民办基层医疗机构、其他医疗机构（包括门诊部和护理站，下同）床位数占全国床位总数的比例分别为 14.0%、3.4% 和 56.1%（表 5）。按床位数进行分组，在 0—49 张床位组中，民办医院占 63.6%；500—799 床位组中，民办医院占 5.0%；而在 800 及以上床位组中，民办医院占比仅为 2.5%。100 张床位以下的民办医院占全国民办医院总数的比例高达 86%（表 6）。

（三）人力资源

2010—2012 年，全国民办医院的卫生人员数持续增长，2012 年达到 65.5 万人，增长了 43.0%，年均增长 21.5%，而同期公立医院卫生人员数只增长 13.6%，年均增长 6.8%。民办基层医疗机构的卫生人员数维持在 95 万左右，而由于公立基层医疗机构人员数增幅较大，民办基层医疗机构占比略有下降，2012 年仅为 27.8%。（表 7）。

表 5 2012 年全国公立医疗机构和民办医疗机构床位数量比较

机构类别		床位总数 (张)	公立医疗机构		民办医疗机构	
			床位数 (张)	比例 (%)	床位数 (张)	比例 (%)
医院	综合医院	2979855	2592474	87.0	387381	13.0
	中医医院	547967	515326	94.0	32641	6.0
	中西医结合医院	49844	38510	77.3	11334	22.7
	民族医院	14966	14242	95.2	724	4.8
	专科医院	557383	415061	74.5	142322	25.5
	护理院	11471	3696	32.2	7775	67.8
	合计	4161486	3579309	86.0	582177	14.0
基层医疗机构	社区卫生服务中心(站)	203210	166299	81.8	36911	18.2
	卫生院	1109814	1102256	99.3	7558	0.7
	合计	1313024	1268555	96.6	44469	3.4
其他医疗机构	门诊部	11116	4830	43.5	6286	56.5
	护理站	130	106	81.5	24	18.5
	合计	11246	4936	43.9	6310	56.1

表 6 2012 年全国公立医院和民办医院按床位数分组比较

床位分组 (张)	医院总数 (家)	公立医院		民办医院	
		机构数(家)	比例(%)	机构数(家)	比例(%)
0—49	9336	3395	36.4	5941	63.6
50—99	24478	22003	89.9	2475	10.1
100—199	3488	2548	73.1	940	26.9
200—299	1724	1505	87.3	219	12.7
300—399	1032	951	92.2	81	7.8
400—499	752	714	94.9	38	5.1
500—799	1301	1236	95.0	65	5.0
800 及以上	1059	1032	97.5	27	2.5
合计	23170	13384	57.8	9786	42.2

从总量上来看, 民办医院、基层医疗机构和其他医疗机构卫生人员数占全国卫生人员总数的比例分别为 13.3%、27.8% 和 1.4% (表 8), 民办医疗机构执业(助理)医师、护士等各类卫生技术人员占全国卫生人员总数的 11%—18% (表 9)。从公立医疗机构和民营医疗机构内部各类卫生技术人员的构成情况看, 民办医疗机构执业(助

理) 医师占比明显高于公立医院。

表 7 2008—2012 年全国公立医疗机构和民办医疗机构卫生人员数变化趋势

指标	2010 年	2011 年	2012 年
公立医院人员数 (万人)	377.0	398.1	428.2
民办医院人员数 (万人)	45.8	54.6	65.5
民办医院人员数构成比 (%)	10.8	12.1	13.3
公立基层医疗机构人员数 (万人)	235.0	241.8	248.3
民办基层医疗机构人员数 (万人)	93.2	95.7	95.4
民办基层医疗机构人员数构成比 (%)	28.4	28.4	27.8

注: 2008—2009 年基层医疗机构人员数缺失。

表 8 2012 年全国公立医疗机构和民办医疗机构卫生人员数比较

机构类别	卫生人员总数 (万人)	公立医疗机构		民办医疗机构	
		卫生人员数 (万人)	比例 (%)	卫生人员数 (万人)	比例 (%)
医院	493.7	428.2	86.7	65.5	13.3
基层医疗机构	343.7	248.3	72.2	95.4	27.8
其他医疗机构	73.4	72.4	98.6	1.0	1.4
合计	910.9	748.9	82.2	162.0	17.8

表 9 2012 年全国公立医疗机构和民办医疗机构卫生人员配置比较

人员类别	卫生人员总数 (万人)	公立医疗机构		民办医疗机构	
		卫生人员数 (万人)	比例 (%)	卫生人员数 (万人)	比例 (%)
卫生技术人员					
执业（助理）医师	261.6	213.2	81.5	48.4	18.5
注册护士	249.6	215.5	86.3	34.1	13.7
药师（士）	37.7	32.6	86.5	5.1	13.5
技师（士）	36.4	32.1	88.2	4.3	11.8
其他卫技人员	81.5	71.7	88.0	9.8	12.0
乡村医生和卫生员	109.5	68.6	62.6	40.9	37.4
其他技术人员	31.9	28.2	88.4	3.7	11.6
管理人员	37.3	31.7	85.0	5.6	15.0
工勤技能人员	65.4	55.3	84.6	10.1	15.4
合计	910.9	748.9	82.2	162.0	17.8

(四) 服务量

2008—2012 年, 民办医院诊疗人次和住院人次分别增长了

92.3% 和 168.8%，年均分别增长了 23.1% 和 42.2%。2012 年，民办医院总诊疗人次数为 25295.3 万人，住院人次为 1396.3 万人，分别占全国医院总诊疗人次和总住院人次的 9.8% 和 11.0%。而 2012 年全国民办医院床位使用率仅为 63.2%，远低于公立医院的 94.2%（表 10）。

表 10 2008—2012 年全国公立医院和民办医院服务量变化趋势

指标	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
公立医院门急诊人次数（亿人）	16.5	17.7	18.7	20.5	22.9
民办医院门急诊人次数（亿人）	1.3	1.5	1.7	2.1	2.5
民办医院门急诊构成比（%）	7.3	7.8	8.3	9.3	9.8
公立医院入院次数（万人）	6872.6	7809.7	8724.2	9707.5	11331.2
民办医院入院次数（万人）	519.4	678.4	799.5	1047.3	1396.3
民办医院入院次数构成比（%）	7.0	8.0	8.4	9.7	11.0

（五）区域分布情况

在各类民办医院中，除民族医院在中西部地区较多以外，综合医院、中医医院、中西医结合医院和专科医院等均以东地区居多，特别是护理院比例，东部地区占比高达 90.6%（表 11）。根据 2013 年 10 月中国民办医院发展年会上发布的“2012 中国民营医院竞争力 100 强”榜单显示，有 66 家百强民办医院分布在东部地区，其中 46 家分布在排名居前三位的广东、江苏、浙江三省^[1]（图 1）。

表 11 2012 年全国各类民办医院的地区分布情况

医院类别	合计	东部地区		中部地区		西部地区	
		医院数（家）	比例（%）	医院数（家）	比例（%）	医院数（家）	比例（%）
综合医院	6047	2409	39.8	1357	22.4	2281	37.7
中医医院	571	274	48.0	185	32.4	112	19.6
中西医结合医院	187	75	40.1	50	26.7	62	33.2
民族医院	23	2	8.7	7	30.4	14	60.9
专科医院	2905	1253	43.1	940	32.4	712	24.8
护理院	53	48	90.6	2	3.8	3	5.7
合计	9786	4061	41.5	2541	26.0	3184	32.5

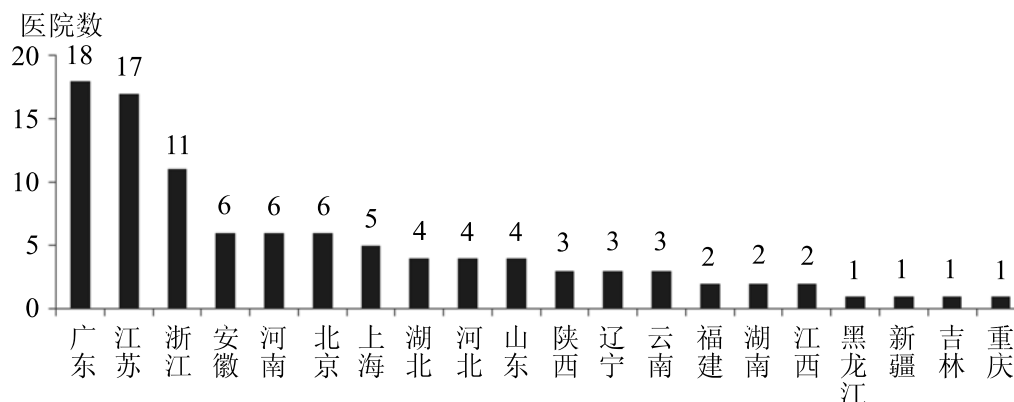


图1 2012中国民办医院竞争力百强医院分布

三、讨论

新医改以来，我国出台了诸多鼓励和扶持社会办医发展的政策，近年来社会办医也取得了较快的发展。首先，民营医院作为社会医疗机构中床位较多、影响力也相对较大的机构种类，其发展速度高于民营基层医疗机构的增长幅度，而对医院的投资，在资金周转、医疗服务质量和数量方面都比投资基层医疗机构的要求更高，这体现出社会资本投资办医更加注重量、质问题的趋势。其次，民办医疗机构的卫生人员数保持了稳定的增长，尤其是民办医院的卫生人员数量近年来增长迅速，这也与民办医院的快速发展态势保持一致；在医疗服务指标方面，全国民办医院诊疗人次和住院人次近年来的年均涨幅较高，显示民办医院的快速发展与群众对民办医院提供医疗服务的需求相适应。

但从上述数据分析结果来看，当前我国社会办医的发展仍然存在一些问题。

（一）基层民办医疗机构增长少，构成呈“小微型”特点

在社会医疗机构的数量方面，近年来民办医院的数量逐年上升，公立医院的数量逐年下降，民办医院占全国医院的比例呈现迅速增

长状态。而民办基层医疗机构数量基本保持平稳态势，但随着公立基层医疗机构数量的逐年增加，民办基层医疗机构在全国基层医疗机构总数中的占比呈逐渐下降的趋势，这说明我国已经有越来越多的社会资本开始转向投资创办民办医院。

从民办医疗机构的构成情况来看，民办医院在民办医疗机构中占比较低，而门诊部和诊所等其它医疗机构占比高达 80%，这提示我国社会办医总体格局呈明显的“小微型”特点，医疗技术和科室建设水平较高的民办医院数量偏少。

（二）床位数普遍较少

在社会医疗机构的床位数方面，由于民办医院床位数总量较低，尽管近年来持续增长，且年均增幅远高于公立医院，民办医院床位数占医疗机构床位总数的比例仍然不高。但民办医院床位数持续增长的趋势提示民办医院在机构数量快速增长的同时，机构规模也有明显扩大。而民办基层医疗机构的床位数及其占比变化不大，这与民办医疗机构数的变化趋势相同。

各类民办医疗机构的床位数普遍较低，这表明与公立医疗机构相比，民办医疗机构的规模普遍偏小。床位规模较大的医院中，民办医院的比例较小。民办医疗机构规模效益普遍较差，运行成本相对较高，这也与近年来全国公立医疗机构规模普遍不合理扩张形成鲜明对照。

（三）人员配置水平偏低，结构不合理

在社会医疗机构的人力资源方面，近年来民办医疗机构的卫生人员数虽呈增长趋势，但由于基数较低，且增幅低于同期公立医疗机构，其在医务人员总数中占比变化不大，提示民办医疗机构人员

配置水平明显偏低。另外，虽然民办医疗机构执业（助理）医师比例明显高于公立医院，但医护比“倒挂”问题相对于公立医疗机构而言更为严重，护士严重匮乏，其他卫技人员数比例也低于公立医院。有研究表明，我国民办医疗机构卫技人员在年龄结构、学历结构和职称结构等方面呈“哑铃型”结构，人才梯队配置不合理，不利于医院学科建设、服务质量的提升和机构的长远发展^[4]。

（四）服务量占比偏低，市场竞争力不足

在社会医疗机构的服务量方面，虽然近几年民办医院的服务量呈稳步增长，增幅明显，但与社会办医服务量占比达到 20% 的目标相差较远。与此同时，2012 年全国民办医院床位使用率远低于公立医院，提示民办医院总体上处于“吃不饱”的状态，市场份额和竞争力与公立医院相比明显要低。

（五）社会办医发展受到多种因素影响

在社会医疗机构的区域分布上，我国中西部地区社会办医发展相对滞后。民办医院地区分布的不平衡提示社会办医发展受到当地经济发展水平、居民医疗服务购买力、社会资本活跃程度等多方面因素的影响。

从国际经验来看，香港、泰国等国家和地区的旅游医疗较为发达，这些地区的社会医疗机构并不强调单体规模，但依靠较强的专业特色获得良好的国际声誉，在当前我国社会办医规模普遍较小的条件下，这种发展战略值得我国社会办医借鉴^[5,6]。从社会资本办医的专业发展方面，国际上有很多妇产科及产后护理成功的案例^[7,8]，在当前公立综合性医院规模较大的环境中，这也为我国社会资本选择医疗专业进行投资提供了较为可靠的国际经验。另外，爱尔兰、澳大

利亚等国家的部分民营医院通过采用公私合作（PPP）等方式对医院管理方法进行改进^[9,10]，取得了较好的运营效果，结合当前我国公立医院公益性的强化建设，公私合作方法不失为我国社会办医发展的一剂良药^[11]。

结合以上分析不难看出，近年来我国的社会医疗机构出现了较好的发展势头，但是仍存在办医规模普遍偏小、市场份额偏低、区域发展不平衡等问题。这些问题的形成既有内部原因也有外部原因。内部原因包括管理水平和经营理念落后、社会形象不佳、员工忠诚度低、人员流动率高；外部原因包括政策障碍较多、人才引进困难、公立医院势力过于强大从而导致市场空间狭小等^[12,13]。近年来国家和各地相继出台了一系列鼓励社会办医的政策，社会办医的发展环境将会得到持续改善。而随着国家对健康产业重视程度的逐渐增强，社会资本办医作为健康服务业的重要组成部分，其投资和运营将会受到越来越多来自社会不同方面的关注。此外，随着医疗服务市场的进一步开放，社会医疗机构之间以及与公立医院之间竞争的加剧，社会办医的经营理念和管理水平将会得到不断提升。同时，各地卫生监管部门对社会资本办医的认识也在不断更新，相应的管理办法也将得到不断的改进和完善，这将从制度上更加有利于社会资本办医的规范化发展。

参考文献

- [1] 刘国恩, 官海静, 高晨. 中国社会办医的现状分析[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(9): 41-46.
- [2] 王春, 刘艳. 社会办医机构发展困境及路径研究[J]. 卫生经济研究, 2013 (12): 12-14.
- [3] 中商情报网. “2012中国民营医院竞争力100强” 榜单[EB/OL]. <http://www.askci.com/news/201311/11/11111838120450.shtml>
- [4] 陈绍福, 王培舟. 中国民营医院发展报告(1984-2012)[M]. 社会科学文献出版社, 2012.

- [5] Bull W. Massachusetts General Hospital: Noblesse oblige, private practice, and the power of research[J]. Journal of Medicine and the Person, 2011, 9(2): 80-82.
- [6] James P T J. The impact of medical tourism on Thai private hospital management: informing hospital policy[J]. Global journal of health science, 2012, 4(1).
- [7] Montagu D, Yamey G, Visconti A, et al. Where do poor women in developing countries give birth? A multi-country analysis of demographic and health survey data[J]. PLoS One, 2011, 6(2): e17155.
- [8] Rayner J A, McLachlan H L, Peters L, et al. Care providers' views and experiences of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia[J]. Midwifery, 2013, 29(6): 622-627.
- [9] Tobail A, Egan P, Abo-Hamad W, et al. Application of Lean Thinking Using Simulation Modeling in A Private Hospital[C]//SIMUL 2013, The Fifth International Conference on Advances in System Simulation. 2013: 22-28.
- [10] Cheng T C, Palangkaraya A, Yong J. Hospital utilization in mixed public-private system: evidence from Australian hospital data[J]. Applied Economics, 2014, 46(8): 859-870.
- [11] The necessity of PPP application in alleviating public funds scarcity under Chinese population aging[C]//Management of Technology (ISMOT), 2012 International Symposium on. IEEE, 2012: 325-329.
- [12] 付小丽, 阮军. 民营医院虚假广告监管的博弈分析与对策[J]. 现代医院管理, 2013, 11(1): 45-48.
- [13] 钟可芬. 虽有政策鼓励民营医院发展仍不乐观[J]. 医院领导决策参考, 2012 (15): 37-39.

我国社会办医政策沿革及现行政策总结

施莉莉¹ 王贤吉² 何达² 谢春艳² 王瑾² 金春林^{2,3}

【摘要】 我国社会办医政策经历了长期演变过程,目前已建立了较为全面的政策体系。本文回顾了我国社会办医政策的历史沿革,从规划、准入、财政投入、监管、扶持和优惠政策等方面系统梳理了现行政策要点。

【关键词】 社会办医; 政策回顾

2013年11月,十八届三中全会提出让市场在资源配置中起决定性作用,鼓励社会办医,优先支持举办非营利性医疗机构,社会资金可以多种形式参与公立医院改制重组,这为我国社会办医发展指明了方向。2009年,国家将鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业作为启动新一轮医药卫生体制改革的重要战略举措之一,国务院及相关部门也先后出台了一系列政策文件以促进社会办医的发展。然而总的来看,我国社会办医力量目前仍较为薄弱,还未形成与公立医疗机构优势互补、良性竞争、健康发展的格局。从各地情况看,社会办医发展方向和势头不一,政府的鼓励、扶持措施和力度也千差万别。本文回顾了社会办医政策的历史沿革,系统梳理了现行社会办医政策,为进一步完善社会相关政策提供依据,以促进我国社会办医健康、有序发展。

第一作者: 施莉莉, 女, 上海交通大学在读博士研究生

通讯作者: 金春林, 男, 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. 上海交通大学公共卫生学院, 上海 200025

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

3. 上海市人口与发展研究中心, 上海 201199

一、我国社会办医政策沿革

我国社会办医政策的发展大致经历了三个阶段：

（一）初步放开阶段（1978—1989 年）

1978 年，中国共产党十一届三中全会确立了“以公有制为主体，发展多种经济成份”的经济发展路线，为社会办医发展提供了政治基础。1980 年 8 月，国务院批准卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》，明确提出“应该允许个体开业行医合法存在”，以补充国家和集体力量的不足，并要严格进行管理。1981 年，关于《建国以来党的若干历史问题的决议》和 1982 年十二大又进一步提出“允许多种经济形式发展”，自此我国个体开业行医和私人诊所得快速发展^[1]。

1985 年，国务院批准卫生部《关于卫生工作改革的若干规定的报告》（国发〔1985〕62 号），提出要“放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞活”，并提出要支持个体开业行医，积极组织和支持经过考核、合乎条件的闲散医务人员和离休退休退职医务人员个体开业行医，坐堂看病，办医院、接生站，开展特别护理以及检验、放射和卫生保健咨询等服务工作；鼓励在职医务人员应聘到附近农村、街道卫生院、门诊部、卫生学校兼职、任教、当技术顾问；允许医生、护士、助产士等在完成定额工作量的前提下，利用业余时间看病、接生、护理病人或从事其它医疗卫生服务工作。1989 年国务院《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》提出，允许有条件的单位和医疗卫生人员从事有偿业余服务。这两个文件标志着民办医疗机构已经正式成为我国医疗卫生服务体系的组成部分，医疗服务市场已初步向社会资本开放。

（二）提倡发展阶段（1990 — 2008 年）

随着上世纪 90 年代经济体制改革和医药卫生体制改革的深入，由企业开始的股份制、股份合作制等产权制度改革延伸到医疗卫生行业，我国开始提倡发展社会办医，国家陆续出台的政策为社会办医发展创造了条件。1992 年卫生部出台《关于深化卫生改革的几点意见》，提出多渠道筹集社会资金（包括部门和企业投资、单位自筹、个人集资、银行贷款、社团捐赠、建立基金等多种形式）用于卫生建设；放宽卫生技术劳务政策，提倡有组织地开展业余服务和兼职服务，其纯收入应大部分分配给个人，体现多劳多得政策。1994 年颁布的《医疗机构管理条例》，在第四条中专门提出“鼓励多种形式兴办医疗机构”。1997 年《中共中央、国务院关于卫生改革发展的决定》（中发〔1997〕3 号）提出了我国卫生改革与发展的总体思路 and 原则、方针、目标和有关具体政策等，并将社会办医定位为医疗卫生服务体系的补充力量。1999 年原国家计委、财政部、卫生部联合下发的《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》（计社会〔1999〕261 号），再次明确了社会办医作为医疗卫生服务体系补充力量的地位。

2000 年是我国社会办医政策密集出台的一年。2000 年 2 月，国务院颁布了《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》（国发〔2000〕16 号），明确将我国医疗机构分为营利性和非营利性两类，规定社会办非营利性医疗机构不享受政府补助，医疗服务价格执行政府指导价，允许营利性医疗机构按照“自主定价、自主经营、自负盈亏、照章纳税”的原则，以获取投资回报为目的进行经营。同年 7 月，原卫生部等四部委联合下发了《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》（卫医发〔2000〕233 号），明确对营利性和非营利性医疗机构采取不同的财政、税收等政策和管理模式，放宽对社会

办医的限制，并提出积极鼓励依靠社会力量兴办医疗机构；财政部、国家税务总局出台《关于医疗卫生机构有关税收政策的通知》（财税〔2000〕42号），明确了对不同营利性质医疗机构的税收规定，除了对非营利性医疗机构医疗服务收入免征各项税收的规定之外，对营利性医疗机构直接用于改善医疗卫生条件的收入和自用房产、土地、车船，3年内免征营业税、房产税、城镇土地使用税和车船使用税；国家卫生部、国家对外经济贸易合作部《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》（卫生部、外经贸部〔2000〕11号）开始生效，该文件对外资及合资医疗机构的投资额、双方股权比例及举办年限进行量化规定。上述各项政策的出台，形成了我国社会办医管理的制度框架，也较好地激发了社会资本办医的热情。

2002年11月，党的十六大报告指出，必须毫不动摇地鼓励、支持和引导非公有制经济发展，放宽国内民间资本的市场准入领域，在投融资、税收、土地使用和对外贸易等方面采取措施，实现公平竞争。这为社会资本办医提供了有力政策支撑。同年11月，原国家经济贸易委员会、财政部、劳动和社会保障部等八部委联合出台了《关于国有大中型企业主辅分离辅业改制分流安置富余人员的实施办法》（国经贸企改〔2002〕859号），提出了企业医院社会化改革的途径，鼓励部分原企业医院改制为民办医院。2006年，国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》（国发〔2006〕10号），提出“平等、竞争、择优”的办医原则，坚持政府主导、鼓励社会参与，建立健全社区卫生服务网络。2007年12月和2008年12月，原卫生部、商务部先后两次对《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》提出补充规定，对港澳资本办医放宽投资额等限制。2008年11月，国务院修订颁布了新的《中华人民共和国营业税暂行条例》（国发〔

2008) 540 号), 规定国家对“医院、诊所和其他医疗机构提供的医疗服务”免征营业税。该条例的实施有效减轻了民办医疗机构的经济压力, 体现了国家对社会办医公益性的认可。这些政策的陆续出台, 使得社会办医开放领域逐渐拓宽, 政策环境得到改善。

(三) 战略扶持阶段(2009 年—至今)

2009 年 3 月,《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〕号, 简称《意见》, 下同) 出台, 拉开了我国新一轮医改的序幕。《意见》将发展社会办医作为医改的战略举措之一, 明确指出要鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业, 积极促进非公立医疗卫生机构发展, 形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制; 抓紧制定和完善有关政策法规, 规范社会资本包括境外资本举办医疗机构的准入条件, 完善公平公正的行业管理政策; 鼓励社会资本依法兴办非营利性医疗机构; 积极引导社会资本以多种方式参与包括国有企业所办医院在内的部分公立医院改制重组; 适度降低公立医疗机构比重, 形成公立医院与非公立医院相互促进、共同发展的格局。同期发布的国务院《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)》(国发〔2009〕12 号), 将鼓励社会资本投入、形成多元办医格局作为新医改的一项战略举措, 并指出鼓励民间资本举办非营利性医院, 民办医院在医保定点、科研立项、职称评定和继续教育等方面享受与公立医院同等待遇, 对其在服务准入、监督管理等方面一视同仁。

2010 年 5 月, 国务院出台《关于鼓励和引导民间投资健康发展的若干意见》(国发〔2010〕13 号), 明确政府投资主要用于关系国家安全、市场不能有效配置资源的经济和社会领域, 而对可以实行市场化运作的基础设施、市政工程和其他公共服务领域, 应鼓励和

支持民间资本进入；并提出鼓励民间资本参与发展医疗事业，支持民间资本兴办各类医疗机构，参与公立医院转制改组，鼓励医疗人才资源向民办医疗机构合理流动，确保民办医疗机构在人才引进、职称评定、科研课题等方面与公立医院享受平等待遇。同年11月，国务院办公厅转发国家发展改革委、原卫生部等五部委《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，以下简称《通知》，下同），重申了“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”的医改基本原则和方向，要求各地区、各有关部门解放思想、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，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，并提出了放宽社会资本举办医疗机构的准入范围6条措施、进一步改善社会资本举办医疗机构执业环境11条措施和促进非公立医疗机构持续健康发展7条措施。政策导向性明确，政策内容更加具体，在调动社会资本办医热情方面发挥了显著作用。

2012年全国卫生工作会议上，李克强总理提出要“在非基本领域更好地利用市场力量，形成多元办医格局”。同年3月，国务院出台了《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》（国发〔2012〕11号），进一步明确提出要放宽社会资本举办医疗机构的准入，鼓励有实力的企业、慈善机构、基金会、商业保险机构等社会力量以及境外投资者举办医疗机构，鼓励具有资质的人员（包括港、澳、台地区）依法开办私人诊所；进一步改善执业环境，落实价格、税收、医保定点、土地、重点学科建设、职称评定等方面政策，对各类社会资本举办非营利性医疗机构给予优先支持，鼓励非公立医疗机构向高水平、规模化的大型医疗集团发展；积极发展

医疗服务业，扩大和丰富全社会医疗资源；并明确提出“2015年非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的20%左右”的目标。2012年6月，原卫生部也发布了《关于做好区域卫生规划和医疗机构设置规划，促进非公立医疗机构发展的通知》（卫规财发〔2012〕47号），对如何通过规划促进社会办医发展提出了明确要求。

2013年9月，国务院出台《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号），提出“大力引入社会资本，着力扩大供给、创新服务模式、提高消费能力”的指导思想，将社会办医作为健康服务业发展的核心领域之一。

2013年11月，中国共产党第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》（简称《决定》，下同），强调了市场在资源配置中的决定性作用，明确提出非公有制经济与公有制经济都是社会主义市场经济的重要组成部分，都是我国经济社会发展的重要基础，必须加快形成企业自主经营、公平竞争，消费者自由选择、自主消费，商品和要素自由流动、平等交换的现代市场体系，着力清除市场壁垒，提高资源配置效率和公平性。《决定》进一步强化确定了非公有制经济在我国现阶段经济发展中的重要地位，为社会办医今后的发展奠定了坚实的理论和政策基础。

2013年12月，为贯彻十八届三中全会精神，国家卫生计生委、国家中医药管理局专门下发了《关于加快发展社会办医的若干意见》（国卫体改发〔2013〕54号），明确指出要加快形成以非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充的社会办医体系，要求加强对非公立医疗机构的规划引导，在区域卫生规划和医疗机构设置规划中为非公立医疗机构留出足够空间，同时还进一步要求各级卫生计生部门要放宽民办医疗机构的举办主体、服务领域和大型医用设备

配置限制, 加快办理审批手续, 并从重点专科建设、人才引进和培养、实行医师多点执业、提升学术地位、开展信息化建设等多方面支持民办医疗机构提升服务能力。

二、我国现行社会办医政策

(一) 规划政策

鼓励社会资本举办非营利性医疗机构以及高水平、规模化的大型医疗机构或向医院集团化发展; 鼓励社会资本举办康复医院、老年病医院、护理院、临终关怀医院、中医医疗机构等。各地在制订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, 将社会办医统一纳入规划, 留出足够空间; 在配置、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^[2]。

(二) 准入政策

凡是法律法规没有明令禁入的领域, 都要向社会办医开放, 并不断扩大开放领域; 凡是对本地资本开放的领域, 都要向外地资本开放^[3]。

1、在投资额度方面, 我国对境内社会资本举办医疗机构没有明确的投资额限定, 但要求中外合资合作医疗机构投资总额不得低于 2000 万元人民币, 港澳资本则不得低于 1000 万元人民币, 且中方所占股权比例或权益不得低于 30%^[4]。

2、在机构准入方面, 对于不设床位或床位不满 100 张的医疗机构, 由所在地县级政府卫生行政部门审批; 床位在 100 张以上的医疗机构和专科医院按照省级政府卫生行政部门的规定审批。中外合资合作医疗机构由省级卫生部门和商务部门审批, 外商独资医疗机

构由卫生部和商务部审批，港澳台资本在内地设置独资医疗机构由省级卫生部门审批^[5]。

3、在设备准入方面，申请大型医用设备由医疗机构向所在地卫生行政部门提出，甲、乙类设备分别由国务院卫生行政部门和省级卫生行政部门审批^[6]。社会办医在申请大型医用设备配置及其利用管理方面，享受与公立医疗机构同等待遇，由相应层级的卫生部门实行统一规划、统一准入、统一监管。

4、在医疗技术准入方面，实行医疗技术分类管理政策，第二、三类医疗技术分别由省级和国家级卫生行政部门负责临床应用能力技术审核^[7]。社会办医在医疗技术准入方面享受与公立医疗机构同等待遇，符合质量和安全准入标准者均可予以许可。

（三）财政投入政策

社会资本办医一般不享受政府财政补助^[8]，但鼓励各级政府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；非公立医疗机构在发生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。

（四）监管政策

我国实行医疗机构分类管理政策，根据机构性质不同，采取不同的监管措施^[7]。

1、机构注册登记方面，非营利性社会办医须由民政部门进行社会办非企业单位登记^[9]，而社会办营利性医疗机构则在工商部

门登记。

2、资产和所有权方面，社会办非营利性医疗机构的投资者不享有医疗机构的所有权，其国有资产未经卫生行政部门和财政部门同意，不得自行处置、转移、出租或变更用途^[10]；社会办营利性医疗机构拥有资产所有权，但从营利性医疗机构中退出的国有资产须经卫生行政部门、商务部门和财政部门批准后方可继续用于发展卫生事业^[8]，社会办医的土地、房产等财产不得抵押。

3、经营管理和收入分配方面，非营利性社会办医的收入用于弥补医疗服务成本，实际运营中的收支结余只能用于自身的发展，不能用于分红；营利性社会办医参照执行企业的财务、会计制度和有关政策，医疗服务所得收益可用于投资者经济回报^[9]。

4、价格和税收方面，非营利性社会办医按国家规定价格取得的医疗服务收入和自产自用制剂免征各项税收，非医疗服务收入按规定征收各项税收，但其中直接用于改善医疗卫生服务条件的部分可抵扣其应纳税所得额；对其自用房产、土地、车船免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。营利性社会办医实行医疗服务价格放开，照章纳税；但对于其收入直接用于改善医疗卫生条件的，3年内享受同上税收减免政策，3年后恢复征税^[11]。

5、评审评价方面，由专家组成评审委员会按照医疗机构评审办法和评审标准，对医疗机构的执业活动、医疗服务质量等进行综合评价^[11]。我国部分省市已将社会办医疗机构纳入等级评审范围。

6、广告监管方面，工商行政管理部门负责医疗广告的监督管理，省级卫生部门、中医药管理部门负责医疗广告的审查，并对医疗机构进行监督管理^[12]。

（五）扶持和优惠政策

近年来，国家出台了《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》（国办发〔2010〕58号）等多个政策文件，从放宽准入、优化融资、加大财政扶持、落实医保定点、强化价格和税收支持、完善用人政策、优化学术环境和畅通信息获取渠道等方面提出了一系列扶持和优惠措施，以加快社会办医发展。

参考文献

- [1] 安徽省财政厅课题组.安徽省民营医院发展状况及相关扶持政策研究.卫生经济研究, 2012,(1):9-13.
- [2] 卫生部.关于做好区域卫生规划和医疗机构设置规划,促进非公立医疗机构发展的通知[Z]. 2012.
- [3] 国务院.关于促进健康服务业发展的若干意见[Z].2013.
- [4] 卫生部,商务部.《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》的补充规定[Z].2007.
- [5] 国务院.关于取消和下放50项行政审批项目等事项的决定[Z].2013.
- [6] 卫生部.关于发布《大型医用设备配置与使用管理办法》的通知[Z].2004.
- [7] 卫生部.关于印发《医疗技术临床应用管理办法》的通知[Z].2009.
- [8] 卫生部.关于印发《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》的通知[Z].2000.
- [9] 民政部,卫生部.关于城镇非营利性医疗机构进行社会办非企业单位登记有关问题的通知[Z].2000.
- [10] 财政部.关于印发《民间非营利组织会计制度》的通知[Z].2004.
- [11] 财政部,国家税务总局.关于医疗卫生机构有关税收政策的通知[Z].2000.
- [12] 卫生部.医疗机构管理条例实施细则[Z].1994.

我国社会办医政策障碍分析

金春林^{1,2} 王贤吉¹ 何达¹ 施莉莉³ 谢春艳¹ 王瑾¹

【摘要】 国家新医改方案中提出鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业，鼓励社会资本依法兴办医疗机构。发展社会办医对深化医药卫生体制改革具有重要意义。然而当前我国社会办医发展仍面临诸多政策障碍，政策的“玻璃门”和“弹簧门”现象普遍。本文试图从观念意识、政策设计和政策执行三个层面分析我国社会办医的政策障碍，并提出相应的政策建议。

【关键词】 社会办医；政策障碍；政策建议

自 2009 年启动新一轮医改以来，国家就将鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业作为启动新一轮医药卫生体制改革的重要战略举措之一^[1]，国务院相关部门先后出台了多个文件以促进社会办医的发展。2013 年出台的《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40 号），更是将社会办医作为我国健康服务产业的重要组成部分，从多个方面提出了鼓励和扶持的政策要求。各级地方政府也纷纷出台相关文件，采取了多种多样的促进社会办医发展的措施。但目前，我国社会办医总体来看仍较薄弱，远未形成与公立医疗机构优势互补、良性竞争、健康发展的格局。从各地的情况看，社会办医发展方向和发展势头不一，政府的鼓励、扶持措施和力度

第一作者：金春林，男，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. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

也千差万别，政策的“玻璃门”和“弹簧门”现象普遍存在。这些现状都是由于现阶段社会资本办医面临的政策障碍所造成的。目前我国社会办医发展面临的政策障碍可以归纳为观念意识、政策设计和政策执行三个层面。

一、观念意识层面

我国社会办医发展政策经历了从完全限制到初步放开，再到提倡发展和战略扶持多个阶段，社会办医的地位和作用也由原来的医疗卫生服务体系补充力量，到公立、非公立医疗机构平等对待、互相促进、共同发展，这本身是一个历时很长的思想不断解放的过程。由于医疗服务行业具有公益性、风险较大、监管成本较高等特点，受计划经济时代“全能政府”传统思维和惯性思维的影响，尽管国家层面已经将发展社会办医作为本轮医改的一项战略性举措，并确立了以公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的多元化办医总体格局，但关于社会办医的功能定位及其在整个医疗服务体系中的地位和作用方面，各地在认识上尚不统一。认识是行动的先导，这种认识上的不统一必然影响其对待发展社会办医的政策观念，以及相关政策的制定和落实。

二、政策设计层面

尽管国家层面已经出台了鼓励社会办医的政策文件，各地也结合自身发展条件和情况制定了相关的政策，但由于思想解放程度不统一、不同政策衔接不顺畅以及政策标准不清晰等问题，导致政策设计存在较多问题。

（一）政策制定过程中思想解放程度不够，仍存在较多的政策瓶颈

1、人力资源受到束缚

对社会办医发展而言，最重要的是“人”的问题，而目前我国

各类卫生专业技术人才主要集中在公立医疗机构，特别是大型公立医院。国家本轮医改提出探索医师多点执业政策，这是可喜的，不少省市也已陆续试点开展了这项工作^[2,3,4]，并没有产生实质上的成效。主要原因在于医师多点执业须经第一执业地点单位批准，在这种情况下，传统的人事管理藩篱很难打破。原卫生部（现国家卫生和计划生育委员会，简称“国家卫计委”，下同）2011年7月发布的《医师多点执业管理暂行办法（征求意见稿）》仍将“第一执业地点医疗机构与第二或第三执业地点医疗机构签订医师执业的相关协议”作为申请多点执业的必要条件之一，第一执业地点医疗机构仍掌握是否允许医师多点执业的主动权。在目前的人事管理制度下，公立医院医生在多点执业的选择上仍顾虑重重，他们在享受体制内的显、隐性利益的同时，也受到事业单位人事制度的束缚，绝大部分仍无法正常流动，社会办医疗机构无法获得必要的优秀人才，因而很难做强做大。从现实情况来看，目前东部地区社会办医疗机构主要靠吸引内地中高年资的卫生技术人员，城市社会办医疗机构主要靠吸引郊区、基层卫生技术人员，这在很大程度上加剧了中西部地区、郊区和基层卫生人力的紧缺和资源配置的不公平。

2、社会办非营利性医疗机构在资产所有权和投资回报方面存在困扰

如上所述，我国社会办非营利性医疗机构应登记为社会办非企业单位，而根据《民间非营利组织会计制度》规定：“民间非营利组织不以营利为宗旨和目的；资源提供者向民间非营利组织投入资源不得取得经济回报；资源提供者不享有民间非营利组织的所有权”。社会办非营利性医疗机构一经社会办非企业单位登记，投资方即丧失了对该机构的财产权，其财产的使用只能通过该单位的决策机构集体决定，对提供医疗服务产生的盈余资产没有所有权，更不可以

用于成员的分配；终止时，投资方不能分享剩余资产，经清算后剩余资产必须继续用于公益事业。调研发现，所有权问题是社会资本投资举办非营利性医疗机构时最困扰的问题。这也正是为什么目前各地社会办医疗机构以营利性居多的原因。此外，由于收支结余只能用于自身的发展，不能用于分红，这也在很大程度上影响到社会资本举办非营利性医疗机构的积极性。

3、外资医疗机构投资额度设置欠合理

如上所述，我国中外合资合作医疗机构投资总额不得低于 2000 万元人民币，港澳资本投资举办合资合作医疗机构投资总额不得低于 1000 万元人民币。2013 年我国成立中国（上海）自由贸易试验区，开放措施允许设立外商独资医疗机构^[5]，上海市政府提出的外商独资医疗机构最低投资额度仍为 2000 万元^[6]。而从国际上看，大型私立医疗机构多为从诊所等小规模医疗机构起步逐渐发展壮大，目前要求的投资额度远远超出了小型诊所开办所需资金，实际上是将外资限定为只能举办大型医疗机构。

4、社会办医疗机构融资渠道受到限制

如上所述，按照我国《担保法》和《物权法》的相关规定，社会办医疗机构属于“公益为目的的事业单位、社会团体的教育设施、医疗卫生设施和其他社会公益设施”，其财产均不得抵押。这在很大程度上使得社会办医疗机构融资渠道受到限制，为此不得不采取变通的做法，例如设立社会办医疗机构上位投资公司，以公司名义进行财产抵押。

5、社会办医疗机构税负较重

尽管我国对非营利性医疗机构给予多方面的税收优惠政策，而由于上述非营利性社会办医疗机构资产所有权方面问题，大多数社

会办医疗机构注册为营利性医疗机构，实际上享受不到这些税收优惠。近年来，国家提出对营利性医疗机构免征营业税^[7]，但仍需按规定缴纳企业所得税，且3年优惠期届满后还需缴纳免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税，其他税种、税率等同于企业，税负仍然偏重，影响到机构的发展壮大。另外，国家规定科研和教学用品的进口医疗器械可免征进口关税及增值税^[8]，由于绝大多数社会办医疗机构不是学校附属医院，因此也享受不到这一税收优惠政策。

6、公立和社会办非营利性机构待遇差别明显

同为社会事业类机构，社会办非营利性医疗机构与公立医疗机构相比存在明显的差别待遇，公立医疗机构在土地划拨、基本建设、设备购置、人员支出以及政策性亏损等多方面享有财政补助，社会办医疗机构基本享受不到，与公立医疗机构相比存在多方面的先天劣势。由于社会办医疗机构职工不具备事业单位身份，在社会保障方面也与公立医疗机构差距明显。

（二）政策灵活性不够，存在诸多人为设置障碍

调研发现，由于政策设置缺乏灵活性，各地在实际管理中对社会办医疗机构设置了诸多障碍。例如：（1）土地出让方面，不少地方均对所建医疗机构有容积率要求，超过容积率就需要补交土地出让金。在目前土地价格越来越高的形势下，这无疑大大增加了社会办医的成本。（2）人员配置方面，在对社会办医疗机构相关审批、评审、校验中，许多地方规定其聘用的多点执业医师和兼职、退休返聘人员均不能算作本单位人员。（3）设备准入方面，社会办医疗机构以自筹资金购置大型医用设备仍需要层层审批，耗时冗长，且要求相关技术人员已经配齐方可提出申请。（4）票据使用方面，不少地方社会办医疗机构（包括非营利性医疗机构）使用的发票与公

立医疗机构也不相同，前者需使用税务发票（需到税务部门领取），后者则使用行政事业单位收据。外地患者往往凭税务发票不能回当地报销，因为医保、新农合不予承认，由此影响到病源，甚至引发纠纷。（5）医保定点机构认定方面，有的地方医保部门对定点机构有开业时间要求（例如有的要求开业满2年才能申请），有的则规定营利性医疗机构不能作为医保定点医疗机构。凡此等等，不一而足。

（三）不同政策之间衔接不够顺畅，一些政策甚至相互矛盾

社会办医政策衔接问题体现在多个具体方面：（1）机构审批方面，一些地方的社会办医疗机构反映，申请医疗机构执业许可证需要先期获得用地批准，而申请卫生用地则需要先期获得医疗机构执业许可证，存在“循环审批”的情况。（2）技术准入方面，尽管国家规定在医疗技术准入方面实行社会办、公立医疗机构同等对待，但由于我国医疗技术实行分类管理，许多医疗技术的应用会有医疗机构等级方面的要求，而在很多地方社会办医疗机构并未评级，因而造成社会办医疗机构技术应用方面仍会面临障碍。调研过程还发现，一些地方卫生部门在医疗机构新申报开展一项医疗技术时，甚至会要求该技术已经开展一定的例数，以证明其具备医疗技术应用的能力。但对于计划新开展的医疗技术，医疗机构往往还没有开展应用，更不用说达到相应的例数标准。（3）不同省份之间部分诊疗服务执业资质不能互认。调研发现，按照我国《母婴保健法》的要求，只有取得《母婴保健技术合格证》者方可提供母婴保健服务，该证书由省级卫生部门核发，每两年考核一次，且不同省份之间不能通用。对于外地卫生人员比例较高的社会医疗机构而言，从外省市引进的妇产科医师短期内无法取得本省市的《母婴保健技术合格证》，导致这些人员在间隔期内

无法合法提供母婴保健服务问题。

（四）政策依据和标准含糊，给实际操作和执行带来困难

1、政策表述含糊

例如，2000年5月发布的《中外合资、合作医疗机构管理暂行办法》中多处使用“参照有关规定执行”、“有关部门”的表述，致使很多境外资本需花费很长时间才搞清楚要具体遵守哪些规定，需要去哪些部门办理。而在2012年5月原卫生部发布的《中外合资、合作医疗机构管理办法（修订征求意见稿）》中，这些表述仍未加以明确。类似的问题在很多社会办医相关政策文件中广泛存在。由于政策表述含糊，各地政府及相关部门在实际操作上五花八门，差异巨大。

2、政策太过原则性，缺乏具体规定，导致政策执行中行政自由裁量权过大

例如，《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）尽管政策框架很全面，提出的鼓励社会办医发展政策不少，但很多都是原则性表述，例如文件提出“逐步增加政府采购的类别和数量”，但具体增加采购的类别以及数量比例均没有量化规定；又如提出“逐步取消对境外资本的股权比例限制”，对取消的时限未作出要求。类似问题在许多政策文件中均可看到。这样设计政策的出发点可能是为了提高政策在不同地区的适应性，但却也在很大程度上为地方提供了规避责任的理由，很难得到落实。

3、与社会办医关系密切的商业健康保险发展政策仍不明朗

社会办医发展特别是高端医疗机构的发展离不开商业健康保险的支持。然而目前我国仍缺乏清晰的商业健康保险发展政策，市场

上的商业健康保险产品也多为理财型产品，并非真正意义上的商业健康保险。尽管国家新医改总体方案和社会办医相关文件中多次提到要发展商业健康保险，《国务院关于印发中国（上海）自由贸易试验区总体方案的通知》（国发〔2013〕38号）文件也提出允许设立外商独资健康保健机构，但到目前为止仍未见具体的发展政策出台。

三、政策执行层面

现有的政策文件已经明确提出要在医保定点、科研立项、职称评定和继续教育等方面享受与公立医院同等待遇，对其在服务准入、监督管理等方面一视同仁。但很多政策的落实情况不容乐观。

（一）社会办医发展相关规划政策未得到落实，办医空间未增反减

国家和很多地方政策文件里都提出要控制公立医院数量和规模，要将社会办医疗机构统一纳入规划并给予合理的发展空间，要在调整和新增医疗卫生资源时优先考虑由社会资本举办等等，但实际上新医改以来我国各地公立医疗机构特别是城市大医院仍普遍快速扩张，加上大医院功能定位未得到有效落实，服务领域和范围从普通病、常见病到疑难杂症，从基本医疗服务到特需医疗服务，现实情况中，社会办医发展空间不但没有拓展，反而更加受到挤占。

（二）政策实施普遍存在隐性障碍

由于上述政策依据和标准含糊等原因，在政策实际执行过程中，还存在诸多的隐性障碍。例如，在机构审批方面，目前社会办医实际上是“三级审批”甚至是“四级审批”，审批环节多、周期长。通常上一级卫生部门审批的项目也需要下一级卫生部门接收和盖章，一些地方仍在审批过程中设置多种形式的人为障碍。有些地方医保部门要先期介入社会医疗机构的审批过程，进一步拉长审批周期。这些情况不仅妨碍了行政效率提高，同时也增加了申请人的时间成

本和前期投入成本。再比如在设备审批方面，尽管政策上已放宽社会办医疗机构的大型设备限制，但由于卫生部门在审批时会有相应的科室设置、人员配备和服务量要求，社会办医疗机构往往难以达到。

（三）现有同等待遇政策执行缺乏约束

按照国家近年来的有关政策规定，社会办医在医保定点、政府购买服务、技术准入、技术职称评审、学术环境等享受和公立医疗机构同等待遇，但由于缺乏对政策执行情况的监督，社会办医疗机构及其人员实际上难以享受到这些待遇。例如在技术职称评定方面，调研发现，评委专家往往来自公立医疗机构，社会办医疗机构卫生技术人员在评定中明显处于劣势；在学术地位方面，不少地方社会办医疗机构引进的高级专家均反映，离开公立医疗机构到社会医疗机构后，其学会中的职务很快就会失去。

四、政策建议

（一）进一步解放思想，充分认识发展社会办医的重要性并确立社会办医在医疗服务体系中的地位和作用

解放思想不是一句口号，对于发展社会办医而言，解放思想尤为重要。**首先**，要充分认识发展社会办医的重要性。发展社会办医，绝不是说要政府“开恩”允许社会资本进入医疗服务领域，而是要站在引入社会力量支持医疗卫生事业发展、减轻政府办医压力角度来考虑。它是现代服务业的重要内容，将带动和促进经济结构转型；它进一步激活医务人员生产力，促进医院和医务人员之间的生产关系调整，将真正调动医务人员的积极性。**其次**，要确立社会办医在医疗服务体系中的地位和作用。社会办医角色不在于“拾遗补缺”，而在于满足人民群众不同层次的医疗服务需求，它是医疗服务体系的重要组成部分，与公立医疗机构共同构成完整的医疗服务体系。

再次，要重视领导开发，让各级党委、政府主要领导真正重视社会办医发展，并通过加强部门间的沟通协调，出台实质性的鼓励和扶持政策。在这方面，可参照“自贸区”的做法，出台社会办医发展政策的“正面清单”和“负面清单”。

（二）根据区域社会经济和卫生事业发展实际情况，合理规划社会办医发展

由于我国不同地区经济社会发展水平和卫生事业发展状况不一，各地应根据自身实际情况，从健全医疗服务体系、满足居民现实需求的角度，合理规划社会办医的发展。在经济较为发达、社会资本较为雄厚、公立医疗服务体系较为完善的地区，主要是鼓励社会资本举办提供营利性的非基本医疗服务或高端医疗服务的社会办医疗机构。可引进有丰富办医经验的境内外优秀社会资本，与公立医疗机构形成错位竞争、优势互补的格局。而在医疗资源配置水平一般或紧缺的地区，则应主要着眼于更好地满足居民基本医疗服务需求，鼓励社会资本举办非营利性社会办医机构，增加基本医疗服务供给；或通过社会资本参与公立医疗机构经营管理，改善公立医疗机构的服务绩效。

（三）针对影响社会办医发展的关键要素，强化政策创新与管理创新，尽可能地消除政策障碍

1、加强政策的顶层设计，对社会办医发展所需的关键政策进一步予以明确

从上述政策分析可以看出，目前社会办医发展仍面临诸多政策障碍，其中包括多点执业问题、非营利性机构所有权和投资回报问题、社会资本投资额度设置问题、民办医疗机构税负问题、企事业单位人员身份和社会保障差别待遇问题等等，这些障碍不去除，社会办

医就难以健康发展。但这些问题地方政府部门很难解决，必须从国家层面开始自上而下地突破，而不能总是寄希望于让地方层面去试点和摸索。

需要特别指出的是，鼓励社会办医应当是“一把手”工程。因为社会办医发展不仅与卫生部门相关，更涉及到发展改革、财政、商务、民政、人力资源和社会保障、国资、医保、规划土地、金融、税收、保监、工商、物价等十几个部门。从国家目前已经出台的政策文件来看，在鼓励社会办医上，卫生部门能给予的政策基本上已经穷尽，迫切需要其他相关部门给予充分的政策支持。而在这一点上，仅靠政府分管卫生工作的领导或卫生部门来协调是不可能实现的，必须由“一把手”来推进，确保。

2、顺应国家宏观经济社会改革形势，提高社会办医发展所需生产要素的流动自由度

在人力资源的流动方面，应尽快放开医师多点执业的政策限制，促进人才的合理流动。事实上，我国医师“地下走穴”是普遍存在的现象，也是公开的秘密。放开多点执业限制，不仅有利于规范“地下走穴”行为，还有利于消除其背后带来的医疗安全隐患，减少潜在的医疗纠纷。从现实角度看，不仅是医生，还有护士等卫技人员也有多点执业需求。以护士为例，目前其职业发展通道只有护士长或转岗从事行政工作，但面对庞大的老年护理社会需求，高年资护士的作用还有很大的发挥空间。医务人员的正常流动不仅要靠多点执业制度的放开，从长远来看，还需要为在社会办医疗机构的医务人员提供公平的政策待遇，包括社会保障、人事关系转移接续、学术地位、职称评定、专业技术和职业技能培训以及落户、住房、子女入学入托等方面。这方面温州市进行了大胆的探索，将社会办医

疗机构注册为社会办事业单位，在机构享受事业单位待遇的同时，也允许其职工参加事业单位各类社会保险。

在资本流动方面，主要是要进一步放宽境外资本办医的限制。应遵循社会办医发展的规律，降低中外合资合作医疗机构和外资医疗机构的投资额度限制，或采取综合医院、专科医院和门诊部、诊所分类管理的模式，分别设置合理的投资额度要求，不能苛求社会办医一开始就做到“大而全”、“大而精”。

在土地资源的流动方面，要将社会办医用地纳入城镇土地利用总体规划和年度用地计划，合理解决其用地需求。对社会资本在医疗资源配置薄弱的基本医疗服务领域举办非营利性医疗机构的，采取划拨方式供地或协议出让等土地使用政策，按照不同的医疗机构类别制定不同的容积率要求。此外，建议进一步研究将营利性医疗机构用地性质限制为卫生用地的必要性和改革思路，减少不必要的政策限制。

3、明确公立医疗机构的功能定位和服务领域，拓宽社会办医的发展空间

一是剥离公立医疗机构的特需服务，取消其自主定价，让公立医疗机构真正专注于基本医疗服务提供。考虑到学术界对基本医疗服务的界定存在争议，可将由政府定价、社会医疗保险支付、按政府指定规则提供和接受服务的医疗服务项目和产品定义为基本医疗服务，公立医院只能在此框架下设立专家门诊和等级病房，实行分级定价。由此将特需服务的提供真正让渡给社会办医，充分发挥社会办医在满足群众多元医疗卫生服务需求上的作用，提高医疗卫生资源的配置效率。

二是对公立医院实行“计划生育”，严格控制公立医院的数量和

规模，避免公立医院的无序扩张。各地应做实区域卫生规划和医疗机构设置规划，科学核定所需的卫生资源总量，明确哪些是政府必须办且能够办的，哪些应该由社会力量来做，既不能大包大揽，盲目追求政绩，大肆兴办大规模的公立医疗机构，也不能把政府不愿意办、无利可图的办医领域扔给社会资本。

4、完善医疗机构分类管理政策，给社会办非营利性医疗机构适当松绑

如上所述，虽然国家层面已明确主要鼓励社会资本举办非营利性医疗机构，但由于我国社会办非营利性医疗机构属于社会办非企业单位，在所有权、投资回报、收入分配、人员身份等多方面受到现行法律和制度的限制，很难健康发展。建议国家有关部门要进一步解放思想，创新政策与管理，真正调动社会资本举办非营利性医疗机构的积极性。在这方面，可借鉴温州市的做法。温州市尝试将社会办非营利性医疗机构按社会办事业单位由民政部门进行登记，赋予投资人财产所有权和支配权，保留从公立医疗机构转到社会办医疗机构从业人员的事业单位身份；在建设项目规费减免方面享有公立医疗机构同等待遇，对其缴纳的税费地方所得部分由财政予以适当返还；同时对歇业的社会办非营利性医疗机构，给予举办者不超过资产增值部分 10% 的一次性奖励^[9]。通过政策引导，逐步优化社会办医疗机构的营利性和非营利性结构比例（参照国际惯例，逐步将营利性医疗机构控制在 20% 左右，非营利性医疗机构控制在 80% 左右）。此外，还应畅通社会办医疗机构的营利性和非营利性的相互转化通道，在完善分类管理政策的同时，允许社会办医疗机构按照自身需求自由选择营利性质。

（四）强化政策执行的督导和考核评估，促进社会办医发展政策的真正落实

政策制定出台后,政策实际效果取决于政策执行情况。如上文所述,尽管国家层面已明确社会办医疗机构在医保定点、政府购买服务、技术准入、技术职称评审、学术环境等享受和公立医疗机构同等待遇,但现实中这些政策在执行环节仍存在诸多问题。因此,应强化政策执行情况的督导和考核评估,并鼓励地方政府积极探索和创新,使各项鼓励社会办医发展的政策真正落实。

参考文献

- [1] 中共中央,国务院.关于深化医药卫生体制改革的意见[Z].2009.
- [2] 上海市卫生局.关于在本市开展医师多点执业试点工作的通知[Z].2011.
- [3] 浙江省卫生厅.关于印发浙江省医师多点执业管理办法(试行)的通知[Z].2011.
- [4] 江苏省卫生厅.关于印发《江苏省医师多点执业管理办法(试行)》的通知[Z].2011.
- [5] 国务院.关于印发中国(上海)自由贸易试验区总体方案的通知[Z].2013.
- [6] 上海市人民政府办公厅.关于转发市卫生计生委等三部门制订的《中国(上海)自由贸易试验区外商独资医疗机构管理暂行办法》的通知[Z].2013.
- [7] 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[Z].2010.
- [8] 财政部,海关总署,国家税务总局.科学研究和教学用品免征进口税收规定[Z].2007.
- [9] 浙江省卫生厅.破除社会资本办医壁垒[EB/OL].http://www.zj.gov.cn/art/2013/8/26/art_15773_874595.html [2013-08-26]

我国社会办医的典型模式研究

王贤吉¹ 何达¹ 谢春艳¹ 施莉莉² 王瑾¹ 金春林^{1,3}

【摘要】 在我国，社会办医模式取决于不同关键要素的组合，这些关键要素包括政府角色、生产要素（人力、资本、土地等）流动自由度、办医空间、公立医院参与度、市场定位、办医性质、资本来源、辐射范围 8 个方面。本文列举了独立举办、公有民营、民有公助、公私共建 4 种典型模式，并分析了 4 种模式的适用条件及对这些关键要素的设置要求，提出不同地区应根据实际选择不同的社会办医模式；在确定社会办医模式后，应围绕 8 个关键要素分别制定和采取相应的政策措施，以确保该模式的实际确立和有效运行。

【关键词】 社会办医；模式；组成要素

所谓“模式”，是指解决某一类问题的方法论。著名建筑学家 Christopher Alexander 给出了经典定义，即模式是用于描述在特定环境中反复出现的问题以及解决该问题的核心方案^[1]。模式强调的是形式上的规律，而非实质上的规律，它是人们在生产生活实践当中通过积累而得到的经验的抽象和升华，是从不断重复出现的事件中发现和抽象出的规律，是解决问题所形成的经验的高度归纳总结。本文在分析社会办医模式构成要素的基础上，结合我国实际提出了四种典型的模式。

第一作者：王贤吉，男，助理研究员，复旦大学在读博士研究生

通讯作者：金春林，男，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. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 上海交通大学公共卫生学院，上海 200025

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

一、社会办医模式的关键要素分析

在我国，社会办医模式取决于多个要素，其中关键要素可以概括为 8 个方面：

（一）政府角色。在我国，对于社会办医的发展而言，政府作用的发挥是决定性因素，一个地方的政府是积极作为、规划引导、鼓励扶持，还是消极应对、放任其自然发展，直接决定了当地社会办医的发展状况，且政府主导层面越高越有利于社会办医发展。这是因为社会办医发展不仅取决于卫生部门的努力，还涉及到发改委、物价、财政、税务、土地规划、工商、人力资源和社会保障、医保、国资、金融、商务、保监、民政等 10 余个部门^[2]，这些部门之间的沟通、协调并非易事，只有主要领导的力推和主抓，才能形成实质性的政策突破。例如温州市的社会办医发展较好、政策全面具体、支持力度大，与温州市委、市政府主要领导的重视密切相关。

（二）生产要素流动自由度。生产要素包括人力、资本、土地等，其流动自由度越高，社会办医发展就越快，势头越好。其中最关键的生产要素是人力资源，而人力资源要素中最关键的是医师。资本流动自由度主要指境内外资本进入社会办医领域受到限制的多少，土地流动自由度主要是指政府对社会办医土地供应的限制程度。

（三）办医空间。一个地区社会办医能否健康发展，很大程度上取决于实际办医空间的大小。在目前各级公立医疗机构功能定位未得到有效落实的情况下，一个地区的公立医疗服务体系越完善，大型公立医院越多，社会办医的发展空间就被挤占得越明显，也就越难以发展^[3]。因此，发展社会办医必须在医疗服务体系规划设计中为其预留实质性的发展空间，并明确是在某个领域发展社会办医，

还是允许其全面介入各类、各层次的医疗卫生服务。

（四）公立医院参与度。受我国当前的事业单位人事管理制度和传统观念影响，现阶段社会办医发展离不开公立医院的支持，包括学科、人才甚至可能是管理等方面的支持，而不是让社会办医和公立医院各自发展，特别是在经济发展水平不高、需社会办医主要提供基本医疗服务的地区。从现实情况看，公私合作是当前发展社会办医的明智选择^[4,5]。

（五）市场定位。社会办医是定位于基本医疗服务，还是高端医疗服务，抑或介于基本和高端之间的非基本医疗服务。社会办医的市场定位是否符合当地实际情况，直接影响到其未来的可持续发展。

（六）办医性质。是社会资本举办的营利性医疗机构还是非营利性医疗机构。不同办医性质往往（但不一定是）对应着不同的市场定位，相应地政府按照我国医疗机构分类管理的政策对其采取不同的扶持和监管措施。

（七）资本来源。是引入境内资本发展社会办医还是港澳台资本或国外资本，投资主体对社会办医的质量和水平有直接影响，通常境外资本倾向于高端医疗服务，特别是在国内经济较为发达的地区。

（八）辐射范围。社会办医是面向本地患者，还是主要吸引外地患者甚至是境外患者（如发展旅游医疗）。辐射范围很大程度上取决于社会办医的市场定位，例如定位于基本医疗服务的社会办医往往是面向本地患者，而定位于高端医疗服务的社会办医往往还会面向外地和境外患者。但辐射范围还取决于地域因素（交通等基础设施、所在城市在医学方面的地位等），甚至是出入境管理政策等因素。

二、社会办医的几种典型模式

资本办医模式可理解为上述八个要素的组合。借助世界银行五

个控制键的卫生改革与发展理论模型的思路^[6]，形象地说，这8个要素就像一个机器的调控旋钮，将这些调控旋钮调置在不同的位置，便可决定一种社会办医的模式。从国内外文献报道的情况来看，社会办医有多种模式^[7,8]。从国内各地政府鼓励社会办医发展的角度看，主要有以下四种典型模式：

（一）独立举办模式。所谓独立举办，是指社会资本在不与公立部门（包括政府、公立医疗机构等）合作情况下独立举办医疗机构，与公立医疗机构互不相干，各自发展。这种模式下有两种子模式可以选择，一是以非基本医疗服务为导向的社会办医机构独立举办模式，二是以基本医疗服务为导向的社会办医机构独立举办模式。在我国现行法律和制度框架下，社会资本举办提供基本医疗服务的非营利性机构（严格意义上的“非营利”）面临诸多的政策限制，很难取得良性发展，因为这类机构的举办者无资产所有权，结余不能用于分红，须执行政府制定的价格，无法通过服务收费获得合理补偿，不享受财政补贴，收入分配受限^[9,10,11]，且职工社保待遇与公立医院相比明显较低等。

因此，这种独立举办模式主要适用于经济较为发达、社会资本较为雄厚、公立医疗服务体系较为完善的地区，着眼于满足居民的多层次医疗服务需求，鼓励社会资本举办提供营利性的非基本医疗服务或高端医疗服务的民办医疗机构。该模式下各要素的设置要求见图1。在这种模式下，由于营利性医疗机构受到的政策限制较少，投资方实力雄厚，提供的平台高，开具的待遇条件优厚，只要去除上述人为设置的政策障碍（特别是多点执业的限制条件），社会办医就能取得较好的发展。

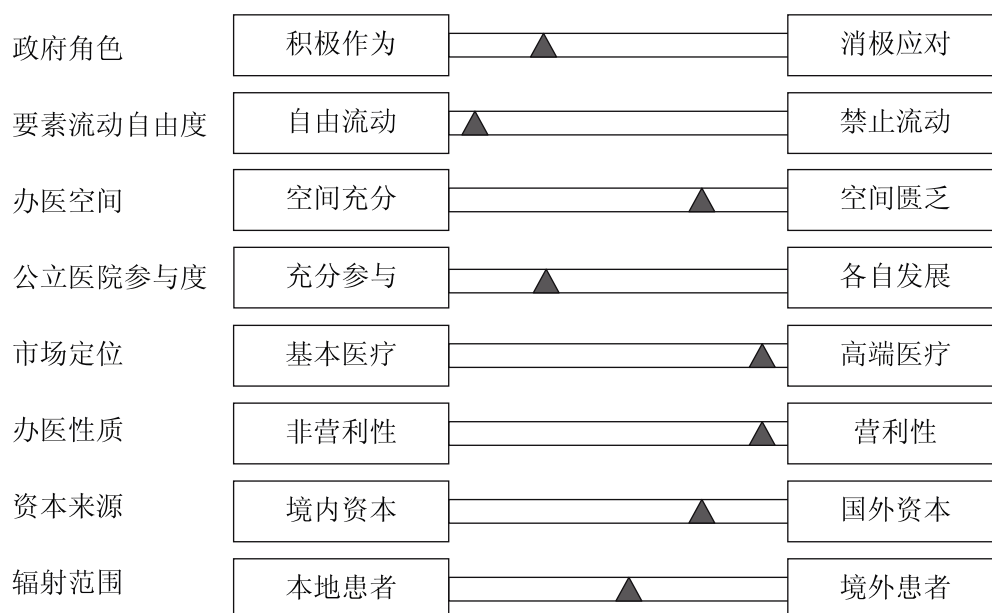


图1 以非基本医疗服务为导向的社会办医独立举办模式

(二) 公有民营模式。该模式主要适用医疗资源配置水平一般或相对富余的地区，政府从改善基本医疗服务提供和公立医疗机构自身经营管理角度考虑，将公立医疗机构整体或某一业务科室交由社会机构经营管理，提高公立医疗机构的反应性和绩效水平。具体方式上，可借鉴国际上公私合作（Public-Private Partnership, PPP）相关理论和实践做法，通过签订合同，明确经营方的责任和经营绩效要求。广义上，国际上所指的 BOT（Build-Operate-Transfer）、BOOT（Build-Own-Operate-Transfer）等也可以归入该模式。该模式下各要素的设置要求见图 2。在这种模式下，政府部门应该加强对经营方的合同履行情况和服务绩效的考核。

(三) 民有公助模式。该模式主要适用于医疗资源较为紧缺、基本医疗服务提供不足的区域，着眼于增加基本医疗服务的供给，在政府部门组织安排下，由公立医疗机构在学科、人员、管理等方面对社会办医发展给予大力支持。该模式下各要素的设置要求见图 3。

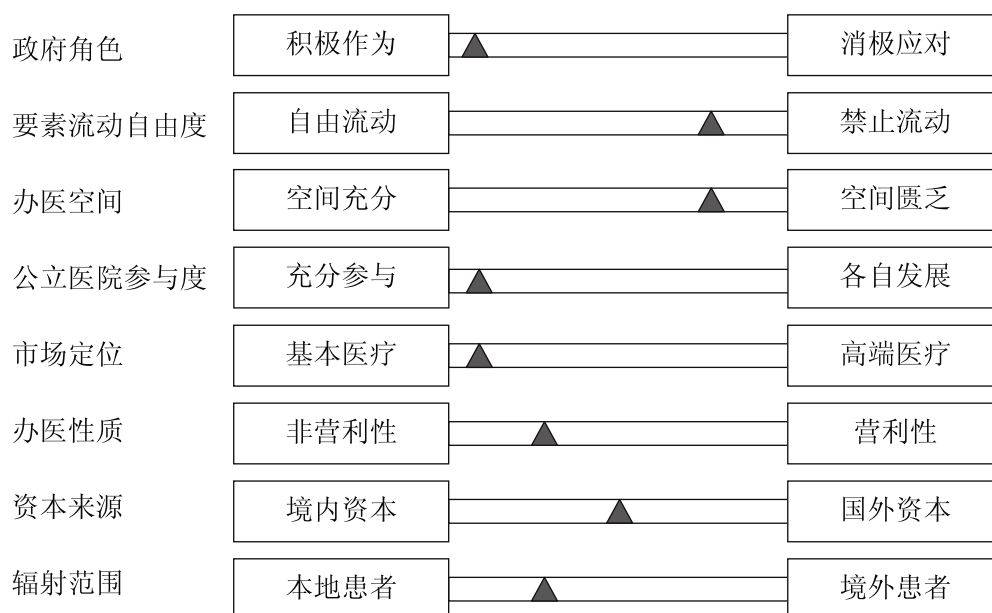


图2 社会办医的公有民营模式



图3 社会办医的民有公助模式

（四）公私共建模式。该模式是由政府或医学院校出面协调，公立医院和社会资本紧密合作（通常是社会资本出资建设，公立医院提供品牌、学科和人才支撑，政府在土地等方面给予支持），共建新的医疗机构，以满足特定人群的需求。这种模式目前已经在许多地方兴起，具体操作灵活多样，共建的医疗机构可以是营利性，也可

以是非营利性；提供的服务可以是基本医疗服务，也可以是非基本医疗服务。该模式下各要素的设置要求见图 4。



图4 社会办医的公私共建模式

三、讨论

（一）不同地区应根据实际选择不同的社会办医模式。我国不同地区经济社会发展水平差异明显，卫生事业发展状况不一，甚至同一地区的不同区域情况也会有显著差异。各地应根据自身的实际情况和面临的现实问题，从健全医疗服务体系、满足居民现实需求的角度，合理选择不同的模式。如上所述，在经济较为发达、社会资本较为雄厚、公立医疗服务体系较为完善的地区，主要是鼓励社会资本举办提供非基本医疗服务或高端医疗服务的民办医疗机构，这时候可选择有丰富办医经验的境内外优秀社会资本，让社会办医独立举办，与公立医疗机构形成错位竞争、优势互补的格局。而在医疗资源配置水平一般或紧缺的地区，则应主要着眼于更好地满足居民基本医疗服务需求，鼓励社会资本举办非营利性社会办医机构，增加基本医疗服务供给；或通过社会资本参与经营管理，改善公立

医疗机构的服务绩效。

(二) 不同社会办医模式有着不同的政策需求。例如,在以非基本医疗服务为导向的独立举办模式下,社会办医往往定位于高端医疗服务,需要商业健康保险发展政策作为支撑;民有公助模式和公有民营模式都要求政府在其中担当积极角色,都需要有较高的人力、社会资本流动自由度,但前者对办医空间的需求远远高于后者。因此,在确定社会办医模式之后,只有清楚地认识到这些模式下的政策需求,并应从上述8个关键要素方面制定和采取相应的政策措施,才能确保该模式的实际确立和有效运行。

参考文献

- [1] Christopher Alexander. The Timeless Way of Building[M]. New York: Oxford University Press, 1979.
- [2] 上海市人民政府办公厅.转发市卫生局等十四部门关于进一步促进本市社会医疗机构发展实施意见的通知[Z]. 2013.
- [3] 金春林,李芬,王贤吉.医改在关键环节上谋突破[N]. 健康报,2014-02-17, 第05版
- [4] 田文华,苏澎,彭靖,等.上海市社会办医疗机构发展规划研究.上海卫生政策研究年度报告(2013) [M].北京: 科学出版社.2014.
- [5] 彭玉梅,王贤吉,冷熙亮,等.关于整合公立医院资源发展高端医疗服务的方案研究.上海卫生政策研究年度报告(2013) [M].北京: 科学出版社.2014.
- [6] Marc J. Roberts, William Hsiao, Michael R. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity[M].London: Oxford University Press.2003.
- [7] 孟庆伟.北京民资办医模式难题未解[EB/OL].<http://finance.sina.com.cn/roll/20120901/005513016963.shtml>[2012-09-01]
- [8] Dominic Montagu, April Harding. Zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species? [J].World Hospitals and Health Services, 2012,48(2):15-19
- [9] 卫生部.关于印发《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》的通知[Z].2000.
- [10] 民政部,卫生部.关于城镇非营利性医疗机构进行民办非企业单位登记有关问题的通知[Z].2000.
- [11] 财政部.关于印发《民间非营利组织会计制度》的通知[Z].2004.

民办非营利性医疗机构发展条件探讨

谢春艳¹ 施莉莉² 何达¹ 王贤吉¹ 金春林^{1,3}

【摘要】 在民办医院普遍面临发展瓶颈的情况下,我国一部分民办医疗机构尤其是民办非营利性医疗机构却呈现出良好的发展态势,这些医院在办院思路、管理体制、运行机制以及合法参与医疗市场竞争方面有许多值得借鉴的经验与做法。本文在整理归纳运行良好的民办非营利性医疗机构发展经验的基础上,对民办非营利性医疗机构良性运行的条件进行了分析与讨论,主要包括以下几点:医疗机构发展符合当地医疗市场需求,医院管理体制与运行机制保证了医疗服务质量,医院发展定位符合卫生规划获得相应政策支持,以公益性为办院宗旨并且具有雄厚的资金实力,医院出资方通过兴办非营利性医院可以获得一定的社会资本和政治资本,管理者和员工队伍素质较高。

【关键词】 民办非营利性医疗机构; 发展条件

发展民办医疗机构尤其是民办非营利性医疗机构对深化医药卫生体制改革具有重要意义^[1]。近年来,从2009年《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)到2013年的《关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)等国家相关政策文件来看,我国充分肯定民办医疗机构尤其是民办非营利性医疗机构在整个卫生服务体系中的重要作用,并重点鼓励

第一作者:谢春艳,女,助理研究员

通讯作者:金春林,男,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.上海市卫生发展研究中心,上海 200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

2.上海交通大学公共卫生学院,上海 200025

3.上海市人口与发展研究中心,上海 201199

社会资本举办非营利性医疗机构。

在提供全方位医疗服务方面，民办非营利性医疗机构比营利性医疗机构具有更多的优势^[2]。民办营利性医院在发展选址上具有高度选择性，同时将业务集中在急性病治疗和手术等方面，并不倾向于提供全方位的医疗服务，如果以此来分配医疗资源，可能会出现地区间和服务内容上的不平衡。而民办非营利性医院服务于所属社区的定位以及提供“纵深”服务的模式在一定程度上避免了上述问题^[3]。

在政府规划引导与有效监管下，民办非营利性医疗机构可以承担与同级别公立医疗机构类似的职能^[4]。鼓励、支持和引导民间资本进入医疗市场，一方面可以促使公立医疗机构同民办医疗机构展开竞争，提高工作效率，促进医疗服务态度和质量的改善和提高，最终使广大患者受益。另一方面有利于有效配置有限的公共资源，在社会资本愿意进入的区域，政府应做好引导者和监管者的角色，不必建立过多公立机构，可以将有限的财政资源用于购买服务或投向社会资本不愿意投入的地方，如农村或郊区的公立医疗机构，以保证卫生服务的公平可及。近年来，国内对社会办医或非营利组织的研究较多，但都是各自在不同领域内的研究，将二者结合聚焦民办非营利性医疗机构的相关研究很少。

本文以上海市杨思医院为典型案例，通过访谈卫生行政部门关键知情人、医院管理者、医务人员及患者，整理归纳运行良好的民办非营利性医疗机构发展经验，并对其良性运行的条件进行分析与讨论，有利于为进一步发展民办非营利性医疗机构提供思路和经验借鉴。

一、民办非营利性医疗机构的界定

根据医疗机构的经营目的和服务任务，民办医疗机构可分为营

利性医疗机构和非营利性医疗机构。由于聚焦民办非营利性医疗机构的研究很少，国内目前也没有统一的定义，因而这里通过探讨非营利组织的内涵与特点对民办非营利性医疗机构进行界定。Wolf 于 1990 年归纳的非营利性组织的特征被较为广泛采用，包括：有服务大众的宗旨；不以营利为目的的组织结构；有一个不致令任何人利己营私的管理制度；本身具有合法免税地位；具有可提供捐赠人免税的合法地位^[5]。美国约翰霍普金斯大学非营利组织比较研究中心归纳的非营利性组织应具有的五大特征是：组织性，指有正式的组织机构，有成文的章程、制度，有固定的工作人员等；非政府性，不是政府及其附属机构，也不隶属于政府或受其支配，可称为“民间性”；非营利性，指不以营利为目的，不进行分红或利润分配；自治性，指有独立的决策与行使能力，能够进行自我管理；志愿性，指成员的参加特别是资源的集中不是强制性的，而是自愿和志愿性的，组织活动中有一定比例的志愿者参加^[6]。

关于中国非营利组织的分类，目前缺乏统一的标准。中国现行法规将非营利组织（民间组织）划分为“社会团体”与“民办非企业单位”。根据 1998 年 10 月国务院颁发的《民办非企业单位登记管理暂行条例》，民办非企业单位（简称“民非”，下同）是指企业事业单位、社会团体和其他社会力量以及公民个人利用非国有资产举办的、从事非营利性社会服务活动的社会组织。民非区别于政府的主要特征在于其民间性与自治性，区别于企业的主要特征在于其非营利性与志愿性。从中国民非的现状看，虽然也存在少数行政事业单位举办的“民办机构”，但大多数民非还是利用非国有资产举办，具有较强的民间性与自治性。根据以上分类，我国的民办非营利性医疗机构属于民办非企业单位的范畴。非营利性医疗机构可以定义

为不以营利为目的，为社会公众利益服务而设立运营的医疗机构，其收入用于弥补医疗服务成本。民办非营利性医疗机构是指由企业、事业单位、社会团体和其他社会组织以及公民个人利用非国有资产创办的不以营利为目的的医疗机构。

二、如何保证民办非营利性医疗机构的非营利性

（一）建立规范的法人治理结构

医院的所有权、产权、经营权以及权责界定是否清晰，直接影响到医院的管理体制和运行机制，进而影响到管理行为和医疗行为^[7]。如果民办非营利性医院在产权和经营权的界定上是清晰的，完全由社会出资兴办，并且所有权与经营权分离，那么其管理体制和运行机制较公立医院要灵活高效。

然而，对于民办非营利性医疗机构，有效的管理体制和运行机制仅能促使其改善管理水平、提高医疗服务质量和效率，却不能从根本上保证其非营利性和公益性。只要医院有独立的产权和所有权，具备收益分配权和资产处置权，就意味着投资者可以通过分配收益或出售资产而获益。因此，非营利性医院的法人治理结构对保证其非营利性和公益性至关重要。法人治理结构中决策权、经营权、监督权三权分立制衡有助于形成权责明确、经营自主的管理体系以及合理的约束、激励与监督机制^[8]。规范的法人治理结构应该包括董事会、医院管理层和监事会，分别代表了决策机构、执行机构和监督机构。它们在医院中应该相互独立、相互制衡、相互协调，董事会是其核心，由医院的重要利益相关者代表（包括投资方、医护人员、当地居民或社区代表、供货商）等组成。执行机构是以院长为首的经营管理层，监事会应由职工代表、社区代表与政府监管部门代表组成。

（二）彻底切断出资者与医疗机构之间的经济利益关联

国外的民办非营利性医疗机构一旦成立，就丧失了收益分配权，而且出资者也丧失了资产处置权，然而相关研究表明，出资者与这些机构之间还会存在千丝万缕的经济联系，甚至将非营利机构转变为营利机构并从中牟利^[9]。

国内的民办非营利性医疗机构，虽然大多数地区规定不能有收益分配权，但依然确保了出资者的资产所有权。因此，其法人治理结构一般为出资方根据出资多少成立董事会，然后根据出资方的要求和社会对于非营利机构的监管措施，制定发展方向和发展策略，这种方式并不能保证非营利机构的公益性，已有相关研究归纳总结了社会资本举办的非营利性医疗机构可能存在的营利行为^[10]。

彻底切断出资者与医疗机构的经济联系，使其丧失资产处置权，才能保证机构的非营利性。具体而言，应改变目前根据股份或出资数额确定法人治理结构的董事会成员及权限的现状，加大职工代表及所在社区的居民等利益相关方在董事会构成成员中的比例和权力，即根据医院的服务功能，来选择董事会成员并定期更改。这种法人治理结构，彻底切断出资者与医疗机构之间的利益纽带，有利于保证民办医疗机构的非营利性质。

（三）改善民办非营利性医疗机构发展的政策环境

中央和多数地方卫生行政部门已经认识到社会办医对卫生事业发展的重要作用，《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》中提到，“鼓励民营资本举办非营利性医院。民营医院在医保定点、科研立项、职称评定和继续教育等方面，与公立医院享受同等待遇；对其在服务准入、监督管理等方面一视同仁。落实非营利性医院税收优惠政策，完善营利性医院税收政策。”然而，现实

中的各种现象表明，民办非营利性医疗机构的发展仍然面临外部政策不畅、竞争实力不强等障碍，民办医疗机构在医疗保险定点、医院等级评定、参加行业协会、人才引进、医务人员职称评审、政策信息、大型设备购置、建设用地审批、银行资金借贷等方面，受到诸多“非国民待遇”，政策和管理上的不公平限制了民营医院的发展。一位民办非营利性医院院长提到：“医院拿到了‘出生证’，却不能‘报户口’，承担非营利的的基本医疗任务，却不能与公立医院享受同等待遇，希望政府相关政策能给民办非营利性医院更大的发展空间。”因而，改善民办非营利性医疗机构发展的政策环境，使相关政策落实到位，享受与公立医疗机构同等待遇，才能使民办非营利性医疗机构着眼长远发展，有利于维持其非营利性。

（四）加强对民办非营利性医疗机构的规划、准入与监管

将民办医疗机构纳入区域卫生规划与医疗机构设置规划，民办医疗机构的设置必须符合医疗机构设置规划的总体要求。细化民办医疗机构审批标准并严格落实，严格准入门槛，从源头上保证社会办医质量；对民办非营利性机构的规划与引导要有针对性，要考虑到出资人意图、办院宗旨、管理体制和运行机制等影响医疗机构行为的最主要因素，建立和完善出资人遴选机制。

相关专家在访谈中表示：“对民办非营利性医疗机构的非营利性和服务质量加强监管与评估，以限制机构和个人的营利目标。可以建立一系列评估指标，包括法人治理结构、资金使用与运作、经营收入的比例、财务与信息的披露、筹资行为、组织所得是否用于成员分红以及相关服务质量、服务费用控制指标等方面。评估的组织者可以是政府指定的某部门，如审计组织，也可以是社会第三方的独立评估机构。”

三、民办非营利性医疗机构良性运行的条件

在鼓励社会办医的政策环境下，民办医院得到了一定程度的发展，但很多问题也随之凸显。然而一部分民办医疗机构尤其是民办非营利性医疗机构呈现出良好的发展态势，这些医院在办院思路、管理体制、运行机制以及合法参与医疗市场竞争方面有许多值得借鉴的经验与做法。

（一）医疗机构发展符合当地医疗市场需求

当前发展情况较好的民办非营利性医疗机构多位于医疗资源相对缺乏的地区，居民数量众多，对医疗服务的需求较大，而当地的公立医院无法满足居民的需求。民办医疗机构的发展符合当地医疗市场需求，这是其能够民办非营利性良性运行的前提条件。一位院长在访谈中说：“我们立足当地社区，开展基本医疗和公共卫生服务，在社区设立预防保健科，与当地卫生行政部门或医保部门签订协议，接受政府委托承担社区卫生保健工作，并获得一定补贴，在参与公共卫生服务、承担一定社会责任的同时，也逐步稳定了医院在当地基本医疗市场上的占有额。”

（二）医院管理体制与运行机制保证医疗服务质量，从而获得社会的认同

民办非营利性医院以优质的服务产生良好的品牌效应，赢得当地居民对医院的信任，同时，医院发展过程中建立了比较科学的管理体制和运行机制，加强自身能力建设，实现内部管理的规范化。其中最为重要的是健全医院规章制度，包括奖励和晋升制度、对违规行为的惩罚制度、对组织成员工作绩效的考核与评估制度、财务制度、人员招聘和解雇制度以及对志愿人员的利用和管理制度等。医院注重提高医疗服务质量，病人满意度较高，在当地赢得了较好

的口碑，社会认同度较高，周围的居民去该院就诊的意愿较高，从而保证了病人来源的稳定性。当地卫生工作者协会的一位知情人说：“医院董事长是商人，不懂医疗业务，不干涉医院管理，医院管理全部由聘请的院长负责，投资者与经营者分开，实行所有权与经营权分离。建立产权清晰的法人治理结构，使医院走上管理的良性轨道，院长作为经营者专心管理医院，关注医院的长远发展前景，医院运营绩效突出，最大的原因在于体制的转变带来了机制的转变。很少有民办医院的院长有这么大的权力，其他很多民办医院投资者与管理者不分，投资方作为董事长要管医院，院长的很多合理化建议董事长听不进去，目光短浅急功近利，希望短期内盈利，快速收回投资，医院的发展就不会好。”

一位院长表示：“我们精设行政机构，防止行政人员臃肿人浮于事，全院设立行政、业务、财务三个办公室，主要是服务，其次是管理，真正做到人员精简，减少环节，提高效率。大部分行政干部不脱产，一人兼数职，例如院长兼外科主任，业务院长兼内科主任和消化科主任，办公室主任兼护理部主任。除了组织架构精简，管理人员很少并一人兼多职外，还拥有公立医院所缺乏的、相当灵活的用人自主权，能者上、庸者下的优胜劣汰用人机制，使医院的医务人员和管理人员都有紧迫感和危机感。我们的绩效考核制度也非常严格，职工跟医院之间是劳动合同关系，人员能进能出，如果违规了就可辞退，比如我们有一条规定，五年投诉五次以上，经核实，应给予辞退，我们有个副主任医师最近就因此离开。工作性质是相似的，但职工明显感觉到这不是铁饭碗。”

一位当地的居民说：“我到这家医院看病很多年了，医生态度好，技术也不错，过去一直不知道这是家民办医院，其实老百姓不管公立

民办，价格合理能看好病就是好医院”。

（三）医院发展定位符合卫生规划，能够获得相应政策支持

民办非营利性医院的创办和发展应符合区域卫生规划，保持良好的运行绩效和医疗质量，才能获得政府的认同和政策支持。如有些民办医院发展良好，是由于自建院伊始便争取到了医疗保险定点医院的资格，获准按照同级别公立医院标准设置科室和制定收费标准，开展基础医疗服务或专科医疗服务。

相关知情人说：“这家医院建立之前附近只有一家地段医院，无法满足当地医疗需求，如新建医院需要政府大量投入，镇政府把原来政府办公的房子廉价让出通过社会办医新建一所医院，并且将其纳入医保定点，但前提是为当地老百姓提供基本医疗和公共卫生服务，承担社会责任。”

（四）以公益性为办院宗旨，并且具有雄厚的资金实力

出资方的经营目的关系到医院的办院宗旨，会影响医院的发展方向、管理体制和运行机制。如果民办非营利性医院的出资方不注重医院的短期利润率和经济回报，不干涉医院日常管理，会给医院的发展带来更大的自主空间。院长没有短期内追求经济回报的压力，专心于日常经营管理和医疗业务水平的提高。这种公益性的办院宗旨和回馈社会的服务理念一定程度上保证了医院的非营利性，避免了营利性医疗机构为收回投资的短期趋利行为，有利于医院的规范管理和长远发展。此外，出资方资金实力雄厚，保证了医院有充裕的流动资金，为医院建设和发展提供有力支持。

当地卫生主管部门的关键知情人表示：“这家医院投资者是搞房地产发家的，经济实力雄厚，办医院并不求经济回报。其实他也不吃亏，长线发展，买了这块地皮如果空闲在那里，政府会有很多限制，

还不如举办公益事业，做善事，办医院不需要营利，只要持平就可以了，地皮本身也在增值。他们聘请的院长是技术型的院长，不是搞行政或商业出身的，尊重和重视人才，注重医院长远发展。而其他很多民办医院的院长不懂医，是经营型的，尽管挂的是非营利性医院的牌子却是以营利为目的的。”

（五）医院出资方通过兴办非营利性医院可以获得一定的社会资本和政治资本

在一些西方国家，企业回馈社会的文化和观念决定了其民办非营利性医疗机构的组织框架不同于国内，其出资者和理事会（董事会）是脱钩的，出资者不需要以营利为目的，出资人办医院也不会对其主体企业产生影响。医院的非营利性主要通过民间的社会治理或社区治理来实现^[1]。

而在中国，民间组织力量薄弱，社区治理的文化理念非常缺乏，回馈社会的企业文化意识和观念比较薄弱，慈善文化和慈善意识缺失，这决定了在将来很长一段时间内，国内多数民办非营利性医院不会做到真正回馈社会。但是，中国也有自己文化和观念方面的特点，除了经济利益外，中国人也很重视社会地位、社会声望等政治资本和社会资本。有些企业家之所以举办非营利性医疗机构，一是当地企业家有回馈社会的公益心和心理期望，二是有利于提高投资者在当地的社会地位与声望，而这都是难得的政治资本和社会资本。在中国，社会效益和经济效益是分不开的。如院长说：“这家医院的投资人就是通过办非营利性医院、开展社会公益事业而被推选为政协委员、人大代表，政治资本和社会声望的提高，反过来又有利于其主体企业的融资与发展。”在中国，政治和社会资本最终可能转化为经济资本，因而社会地位与社会声望等社会资本的提高也有利于

吸引企业家投资兴办非营利性的医疗机构。

（六）管理者和员工队伍素质较高，人才队伍稳定

医院的良性运行离不开管理者的规范化管理，经营较好的民办医院院长都具有较强的业务能力和管理能力。一位医生在访谈中说：“我们的院长曾经在公立医院任职，在行业内声望较高，受聘于民办医院后参照公立医院的管理模式对医院进行管理，一方面保留了公立医院严谨的管理制度，在科室设置、行政管理、组织构架等方面均参照公立医院的管理模式，有利于保证和提高医疗服务质量；另一方面院长也很有人格魅力，根据民办医院的特点，制定了一系列符合医院实际的管理办法，在保证医疗质量的基础上采取各种措施降低成本、提高医院运行效率，使医院在医疗市场上保持活力和竞争力。另外，医院管理层对人才高度重视，从全国各地引进人才，同时聘请本地二、三级公立医院的退休医生，员工队伍素质较高，推动了医院的长远发展。”

民办医院能否吸引和稳定人才队伍对医院发展至关重要，医院的院长表示：“人员全部实行多渠道的社会招聘，医院摆脱了用人制度的束缚，实行灵活机动的招聘机制，在不拘一格选拔人才的基础上，请退休专家、专业技术人员到医院工作，招聘非全日制的专业技术人员对医院工作进行补充和指导，非专业技术岗位不安排专业技术人员上岗。职工福利总体上要比公立医院好一点才能吸引到人才。在引入竞争机制的基础上，为稳定人才队伍，医院营造人性化的工作环境，管理规范，注重企业文化建设，同时提供给医生较高的待遇。关于职工福利，我们医院还做了一件其他公立医院都没做的事情，我们设立了职工互助基金会，个人出资 40%，董事会出资 60%，组成董事基金会，每年筹资 100 万左右，在医院工作 10 年以

上退休的职工，每月补贴 50% 退休金，比如从国家拿 3000 块，我再补贴 1500 块，这算是内部补充养老金，随着工资基数的增加，补充养老金也随工资基数提高。这笔钱由工会管理，行政和董事会不插手，工会可以做再投资，大概 10 年以后，这笔钱可能要有 2000 万，如果工作不到 10 年离开，也一次性付清，有利于稳定职工队伍。”

四、小结

实践证明，鼓励、支持和引导民间资本参与医疗市场竞争，不仅可以减轻国家财政负担，还可以促进医疗服务态度和质量得到改善和提高，最终使广大患者受益。随着人民群众医疗服务需求的不断增长以及医疗卫生领域改革的进一步深化，民办医疗机构以其灵活高效的运行机制，在我国医疗卫生服务体系中必将发挥更加重要的作用。

参考文献

- [1] 卫生部. 关于印发《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》的通知[Z]. 2000.
- [2] Horowitz, J., & Nichols, A. What Do Nonprofits Maximize? Hospital Service Provision and Market Ownership Mix. NEBR Working Paper Series, Working Paper 13246. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2007
- [3] 颜世洁.上海市发展社会办医政策研究[R]. 2007.
- [4] 李文敏,方鹏骞,江世虎. 我国民办非营利性医院监管机制的研究综述[J]. 《中国卫生事业管理》2012(6): 433-435.
- [5] Wolf T., Managing a Nonprofit Organization, N.Y.: Prentice Hall Press, 1990.
- [6] Salamon, Lester M., Global Civil Society, Maryland: the Johns Hopkins University, 1999.
- [7] 刘宏鹏,陶峻. 非营利医院治理体系的构建与完善[J]. 中国医院管理, 2006(2): 5-10.
- [8] Wolf, T. Managing a Nonprofit Organization, N.Y.: Prentice Hall Press. 1990,
- [9] 段光锋,田文华,金春林等. 社会资本举办的非营利性医疗机构营利行为分析与对策研究[J]. 中国卫生经济, 2011(10): 26-27
- [10] Burton a. Weisbrod, Kenneth J. Arrow, To Profit or Not to Profit : The Commercial Transformation of the Nonprofit Sector, New York :Cambridge University Press. 1998.
- [11] Frank Allen Sloan. Not-for-profit ownership and hospital behavior. J. Newhouse and A. Culyer, Handbook of Health Economics, Elsevier Ltd, 2000, vol. 1: 1141-1174

温州市鼓励社会资本办医的探索与启示

何达¹ 谢春艳¹ 王贤吉¹ 王瑾¹ 金春林^{1,2}

【摘要】 随着国家鼓励社会资本办医政策的陆续出台，全国各地均结合当地情况出台了相应的地方性政策，但总体来看，社会办医的发展状况并不乐观。温州市作为全国首个社会办医试点城市，在2012年和2013年连续出台了被称为“1+11”和“1+14”的政策包，从多个政策维度鼓励社会资本办医发展，并收到了较好的执行效果，近年来其社会办医发展势头良好。本研究将就温州市鼓励社会办医突破性和创新性较强的政策进行介绍和分析，以期为全国其他地区鼓励社会办医发展的政策制定提供经验借鉴。

【关键词】 社会办医；政策；实践经验

浙江省温州市是中国民办经济的发源地，也是我国最早引入社会资本举办医疗机构的地区之一。1989年，温州市诞生了我国首家民办医院——温州华侨伤骨科医院。到上世纪90年代中期，温州市的社会办医发展出现一个小高潮，相继成立了一批具有很强专科特色的民办医院。2012年9月，经国务院医改办批准，温州市成为国家社会资本办医改革联系点^[1]。温州市共有75家民办医院，占全市医院总数的57.25%，其中包括综合性医院23家、中医及中西医结合医院11家、专科医院41家；按照营利性质划分，其中非营利性医院13家，营利性医院62家。对比开展改革试点之前的数据，民

第一作者：何达，女，博士，助理研究员

通讯作者：金春林，男，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. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

办医院数量增加了 31.6%，床位数增加了 69.0%。经过 20 多年的探索实践，尤其是最近几年，温州市社会办医取得了较好的发展。本文主要介绍温州市社会办医的政策和经验探索，以期对我国其他地区社会资本办医的发展有所启示。

一、温州市社会办医发展的背景

2012 年以前，随着社会格局的变化和政策调整，温州市在社会资本办医的探索过程中遇到了很多问题，民办医疗机构适用的一些法律法规和政策的局限性也逐步凸显，严重制约了其发展。

例如社会办医的定位问题。根据国家及地区的政策，社会办医在整个医疗体系中，到底是作为公立医疗机构的拾遗补缺还是医疗体系的必要组成部分？社会办医的定位问题是影响其发展的根本性问题，不同的政策制订者、政策执行者以及投资者应该对社会办医的定位有较为统一和清晰的认识。但由于各方存在着思想解放程度的差异，社会办医的定位无法统一。由此导致了一些问题的出现，例如，温州市社会办医的引导方向主要是发展特需、特种医疗服务；办医区域主要限于新区或医疗资源薄弱的地区；而专业体检机构则对社会资本明令禁止^[2]。

再如在税收方面，非营利性民办医疗机构的税收政策不同于公立医疗机构，需要征收企业所得税，而按企业缴纳税收则使营利性民办医疗机构不堪重负。在机构待遇、融资、人才、土地等方面，也都存在一些与公立医疗机构不平等待遇的问题。

二、温州市鼓励社会办医的政策

为了响应国家鼓励社会办医的发展方向，切实解决温州市社会办医发展存在的问题，近年来，温州市委、市政府主要领导高度重

视社会办医发展，出台了一系列全面、务实地鼓励社会办医发展的政策。2012年8月，温州市委、市政府发布了《关于加快推进社会资本举办医疗机构的实施意见》的综合改革政策文件（简称“1+11”政策包）。2013年8月，温州市委、市政府又对该政策进行修订和完善，出台了“1+14”的升级版文件，在社会办医管理体制、人事制度（包括人员流通、社保政策、工资保障、人事代理、培训教育和职称评定等）、分类管理、市场准入、投融资、公共财政支持、税收收费优惠、土地供应、产权属性、投资回报等10个方面开展大胆的改革探索和创新制度^[3,4]。

温州市卫生局通过政策创新，促进不同所有制和经营性质的医疗卫生机构相互合作、竞相发展，提高医疗资源配置效率，提出了“发展提升一批、引进培育一批、规划建设一批、改制重组一批”的发展原则，并确定了“到2015年全市民办医疗机构床位至少新建8000张，达到全市医疗机构总床位数25%以上”的发展目标。通过政策的执行，力争使医疗健康产业逐步成为温州市现代服务业的重要产业。具体而言，温州市鼓励社会办医政策的创新主要包括以下几个方面：

（一）管理体制方面的创新。出台政策保障不同举办主体的医疗机构享有公平待遇，实行政事分开、管办分离，促进民办医疗机构之间有序竞争的同时，强化政府监管。温州市成立了市医疗服务管理委员会，统一领导和统筹协调职能部门依法对医疗机构实施全行业管理。同时，政府引导民办医院完善董事会建设，推行监事制度，促进民办医疗机构法人治理结构的完善。

（二）在人事制度方面的创新。温州市鼓励医务人员从公立医院

流动到民办医院，并出台政策保障，如果公立医院正式在编的人员应聘到民办医院之后，想要回到公立医疗机构工作，他（她）仍可以经过较为简单的程序重新聘任为公立医院的正式在编人员。此举保障了公立医院和民办医疗机构人员流通的顺畅程度。

此外，政策规定民办医院卫技人员可按公立医院同类人员标准参加事业单位社保，中层以上行政管理人员经审核也可参加事业单位社保。原参加企业职工社保人员调整为参加事业单位社保的，按规定补缴职工养老保险已缴数额的差额部分。此举消除了大部分公立医疗机构医务人员向民办医疗机构流动的后顾之忧。

温州市还建立了民办医院的最低工资指导价，明确规定市级民办医院卫技人员工资指导价不得低于市级公办医院卫技人员岗位绩效工资工资的 70%。此举保障了民办医疗机构工作人员的待遇问题。

同时，为了解决不同类型医疗机构之间的不平等待遇问题，政策规定将民办医疗机构当年业务收入的 1% 作为员工的教育培训经费，而民办医疗机构人员的职称评定和继续教育将享受与公立医疗机构工作人员的同等待遇。

（三）分类管理政策方面的创新。温州市推行民办事业单位法人分类管理办法，将民办医疗机构按照非营利性、营利性对民办医院进行分类登记管理。其中，非营利性民办医院按民办事业单位法人由民政部门登记管理，营利性民办医院按企业法人由工商部门管理。此举赋予了民办医疗机构事业单位的待遇，是温州市政策创新的一大亮点，得到了民办医疗机构投资者的广泛好评。

（四）市场准入方面的创新。温州市明确了坚持非营利性医疗机构为主体，营利性医疗机构为补充的社会办医发展原则，全面放开

市场准入标准，鼓励和支持社会、港、澳、台地区和境外资本及国际知名医疗实体在温州市举办医疗机构，可以举办外商独资、中外合资及合作形式的医疗机构，实行非禁即入的原则。此举大幅提升了医疗公共品供给能力，形成了不同投资主体公平有序的竞争环境。

（五）投融资体制方面的创新。温州市专门成立了温州市卫生发展投资集团有限公司，为民办医院提供贷款担保等服务。鼓励社会资本参与医疗产业基金等投资引导基金，明确营利性民办医疗机构可以通过以有偿出让方式取得的土地、产权清晰的房产等固定资产申请抵押贷款，民办医院也可以以其收费权、知识产权作质押进行融资。鼓励金融机构为民办医院提供用于扩大和改善办医条件的信贷支持。此举在一定程度上破解了民办医疗机构融资难的问题，为民办医疗机构投融资建立了平台。

（六）财政补助政策方面的创新。温州市、县两级政府设立社会办医专项奖补资金，用于医学重点学科、专科和实验室建设，以及基建项目投资奖励、大型设备购置补助等。建立对上规模民办医院的贷款贴息机制。同时，取消医保定点时间限制，民办医疗机构只要符合规定的条件即可申请。

（七）税费政策方面的创新。温州市通过建设项目规费减免享有公办医院同等待遇、民办医院医疗收入免征营业税，以及缴纳其他税费地方所得部分由财政予以适当返还等方法，使得非营利性的民办医院解决了与公立医院享受同等税收待遇的问题。

（八）建设用地方面的创新。温州市规定向非营利性民办医院供地可采取行政划拨方式，民办医院原则上通过有偿出让方式取得土地使用权，并提出民办医院利用“退二进三”规划范围内的厂房改

扩建医疗用房，可适度提高建筑容积率，土地出让金不增加，可以先补缴后由财政返还。此举优先保障了医疗机构建设用地。

（九）医疗机构产权方面的创新。温州市规定民办医院实行“谁出资、谁所有”的原则，明确民办医院出资财产属于举办者所有；并规定医疗机构存续期间举办者不得抽回投资，但其产（股）权份额可以转让、继承、赠与；并对非营利性民办医疗机构法人财产的资产种类、界定程序、账务管理、清算处置等逐一予以明确。这是温州市鼓励民办资本办医的又一重要亮点。

（十）投资回报制度方面的创新。温州市规定，在民办医院的收入中，扣除办医成本、预留发展基金及其他有关费用之外的收支结余，可以提取部分用于举办者的奖励金。对非营利性民办医疗机构歇业，可对举办者给予不超过资产增值部分 10% 的一次性奖励。营利性医院依法享有相关产权与经济收益，按市场机制办医获取利润。

三、温州市社会办医发展的成果

温州市鼓励社会办医发展政策的效果是显著的。医疗投资引资成效显著，从“1+11”政策包实施至 2013 年底，温州市共签约项目 29 个，累计引入社会办医资本约 70 亿人民币，新增床位 7000 张。康复、养老和养生等健康产业实现了进一步的发展。市医疗服务管理委员会的成立进一步加强了卫生全行业、属地化管理。市级公办医院管理中心的组建成为国内社会资本办医综合改革的首创，成功迈出了公办医院“管办分离、政事分开”的实现形式。全市 75 家民办医院已完成分类登记，民办医院税收优惠政策已落实，投融资改革已经启动，公共财政扶持开始落实，卫技人员参加了人事代理，开始实施事业单位人员保险，民办医院卫技人员工资指导线已经确

定，市级公立医院与民办医院牵手帮扶协作活动已经开展，人才科研集聚成效显著，各项改革政策得到了有序的落实，公立医疗机构与社会医疗机构公平竞争的环境逐步形成。

四、温州市社会办医政策的启示

温州市社会办医发展过程中遇到的困境和弊病并非温州市所特有，“玻璃门”、“弹簧门”等现象广泛地存在于全国各个地区。而温州市作为国家社会资本办医改革联系点，出台的地方性政策有效地化解了一些影响社会资本办医的关键问题，实现了部分政策瓶颈的突破。本文将从以下几点进行重点阐述。

第一，对于民办医疗机构而言最重要的是人才资源，而由于公立医疗机构医务人员“单位人”的待遇远远优于民办医疗机构医务人员“打工者”的待遇，导致我国大量优质医务人员集中在公立医疗机构，而使得全国绝大多数民办医疗机构无法获得足够的医务人员。而温州市的政策则突破了“单位人”固守在公立医疗机构的执业地点限制，从医保、编制、工资待遇、发展空间等多方面解决了流动到民办医疗机构医务人员的后顾之忧。对于已经在公立医疗机构供职的医务人员来说，有针对性地打消了他们转换工作单位的顾虑；而对于医学院校的应届毕业生而言，也增加了有效的就业选择范围。

第二，民办事业单位法人分类管理办法是温州市改革政策的重要创新。在我国，民办医疗机构分为营利性医疗机构和非营利性医疗机构，两者都具有公益性质，而非营利性社会医疗机构的公益性并不低于公立医疗机构。但同为社会事业类机构，非营利性民办医疗机构不享受事业单位待遇，没有政府财政补助^[5]，与公立医疗机构相比存在明显的待遇差别。温州市的做法则是将民办医疗机构中

的非营利性部分登记为民办事业单位，由民政部门管理。温州市的做法属于打了政策的擦边球，做法非常大胆。但作为国家和浙江省社会资本办医改革试点城市，这种创新恰为改革试点所需，而且该政策的执行效果也印证了其巨大价值。

第三，医院产权的明确是温州市改革的又一重点。目前，根据《民间非营利组织会计制度》的相关规定，我国非营利性民办医疗机构一经民办非企业单位登记，投资方即丧失了对该机构的财产权、支配权，其财产的使用只能通过该单位的决策机构集体决定，并按照章程规定的业务范围开展活动，在提供社会公共产品服务时所产生的盈余资产，没有资产的所有权，更不可以用于成员的分配；终止时，投资方不能分享剩余资产，经清算后剩余资产必须继续用于公益事业。医院产权所属的问题是当前我国民办医疗机构总数中非营利医疗机构比例极低的重要原因。而温州市则明确规定民办医院出资财产属于举办者所有，并出台了详细的具體规定。这也是落实温州市以发展非营利性民办医疗机构为主体政策的重要措施之一。因为产权性质的明确，也为温州市创新回报制度奠定了良好的基础。而温州市在土地、税收、公共政策、收入回报、投融资体制等方面的探索也具有很强的创新性。

第四，温州市鼓励社会办医政策的成功经验引人瞩目，这是地方不断寻求政策突破和创新的结果，政府实际上承担一定的政策风险。而且温州市出台的政策属于地方性政策，与地区的政治经济状况关系紧密，很难在全国范围内推广应用，需要国家及时对试点地区的成功经验进行总结和吸收，并对照其他地区的相关问题，有针对性地对阻碍社会资本办医的关键性问题的调整。如此，既可减

免地方卫生管理部门的政治负担，又能够实现试点经验的及时推广，进而有力地推动全国社会办医的发展。

此外，民办医疗机构从建立和经营涉及到众多部门，温州市鼓励社会办医政策的成功是卫生、民政、医保、税务、编办等多个部门通力协作的成果，单靠卫生部门的努力无法顺利实现。通观我国各地，凡是社会办医发展较好的地区，均离不开“一把手”的主抓力推。从国际经验来看，民办医疗机构与公立医疗机构是同等重要的医疗系统组成部分，在我国现阶段，有必要进一步扶持民办医疗机构，尤其是非营利性医疗机构的发展建设。因此，建议从国家层面进一步加大对医疗体系建设的重视程度，优化公立医疗机构与民办医疗机构共同组成的医疗体系结构，打破阻碍民办医疗机构发展的关键瓶颈，为国家医改的不断深入贡献力量。

参考文献

- [1] 包璇漪, 肖国强, 吴林锋. 温州获批全国首个社会办医试点城市[J]. 中国医疗保险, 2012 (10): 72-72.
- [2] 徐新海. 社会资本办医的障碍与待解之举[J]. 医院管理论坛, 2013, 30(6).
- [3] 魏晋才, 郑海埃, 马伟杭, 等. 温州市社会资本办医若干问题思考[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(011): 808-810.
- [4] 瞿佳, 魏晋才, 王良兴, 等. 温州市社会资本办医综合改革政策解析[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(011): 801-804.
- [5] 卫生部, 国家中医药管理局, 财政部, 国家计委. 关于城镇医疗机构分类管理的实施意见[Z]. 2000.

上海市社会医疗机构发展现状与政策建议^{*}

闫东方

【摘要】 本文梳理了近期国家和上海市关于社会办医的相关政策，介绍了上海市社会医疗机构的发展现状及行业管理的主要方法，提出了上海市社会医疗机构面临的问题，并提出政策建议。

【关键词】 社会医疗机构；现状；管理；政策建议

经过多年的发展，上海市社会医疗机构的发展已经有了长足进展，但其总体发展仍然较为缓慢，存在机构数量少、大多数机构规模偏小、技术水平和服务能力相对不高、社会诚信度总体不高等问题，还不能形成与公立医疗机构有效互补的态势。尽管有相关政策扶持，但社会医疗机构在自身发展过程中仍会遇到诸多政策障碍。本文在梳理社会办医政策背景、本市社会医疗机构发展现状及行业管理主要方法的基础上，认真总结社会医疗机构在发展过程中的政策障碍并提出相关政策建议。

一、发展社会办医的政策背景

（一）国家层面

党和国家高度重视社会办医的发展。十八大报告就明确指出要鼓励社会办医。2014年，在十二届全国人大二次会议上，国务院总理李克强在工作报告中提出应创新社会资本办医机制。除此

^{*}注：本文由本刊编辑部根据7月17日上海市卫生发展研究中心专题讲座内容整理，并经本人审核同意。
作者简介：闫东方，男，研究员，上海市社会医疗机构协会常务副会长兼秘书长
作者单位：上海市社会医疗机构协会，上海 200040

之外，国务院等各部委也多次发文，鼓励社会办医发展。2013年9月国务院下发《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号），要求“在坚持公立医疗机构面向城乡居民提供基本医疗服务的主导地位的同时，大力支持社会资本举办非营利性医疗机构、提供基本医疗卫生服务。鼓励地方加大改革创新力度，在社会办医方面先行先试，国家选择有条件的地区和重点项目作为推进社会办医联系点。”同年12月30日，国家卫生和计划生育委员会、国家中医药发展局联合下发《关于加快发展社会办医的若干意见》（国卫体改发〔2013〕54号，简称《意见》，下同），文件指出“卫生规划要为社会办医留足空间，允许社会资本参与公立医院改制。《意见》要求，各级卫生计生部门要转变政府职能，强化行业指导，将社会办医纳入区域卫生规划统筹考虑，持续提高社会办医的管理和质量水平，引导非公立医疗机构向规模化、多层次方向发展，实现公立和非公立医疗机构分工协作、共同发展。”

（二）上海层面

为落实《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）文件精神，同时充分考虑上海市医疗卫生服务总体状况，2013年2月上海市人民政府办公厅转发原市卫生局（现上海市卫生和计划生育委员会，简称“上海市卫计委”，下同）等十四部门《关于进一步促进本市社会医疗机构发展实施意见的通知》（沪府办发〔2013〕6号），提出本市社会办医的发展目标是：争取到2015年，社会医疗机构床位数和服务量占全市服务量比例、社会医疗机构的办医质量和办医水平较目前有明显提高；在全市建成和发展一

批有一定规模、有一定社会影响、有一定品牌特色的社会医疗机构；建立与上海市社会经济发展水平相适应、公立和社会医疗机构互补发展、有序竞争的多元化办医新格局。

二、上海市社会医疗机构发展现状

（一）社会医疗机构的分类和分布

截至 2013 年底^{*}，本市共有社会医疗机构 1715 家。其中，按照机构规模、类型分类：医院 212 家，门诊部 757 家，个体门诊 725 家，临检中心 21 家。从医疗机构的分布上来说，多数社会医疗机构处于市区，其比例占到社会医疗机构总数的 72%，郊区仅占 28%。从资本构成看，各类中外合资合作的社会医疗机构数量占比仅为 2%。

（二）社会医疗机构业务范围

本市社会医疗机构重点专业构成为：口腔、眼科、医疗美容、生殖医学、健康管理、老年护理、独立实验室等。其中医疗美容 89 家（医院 14 家、门诊 55 家、诊所 20 家），老年护理 34 家（医院 23、康复和护理站 11 家，总床位 6816 床），独立实验室 21 家，口腔社会医疗机构 713 家。

（三）社会医疗机构医疗资源和服务量

床位数和诊疗人次：全市社会医疗机构医院开放床位数 12870 张，占全市医疗机构实际开放床位总数的近 8%，其中老年护理床位 3069 张；诊疗人次 1296 万人次，占全市医疗机构诊疗总人次的 6.1%。

医务人员分布情况：本市社会医疗机构共有医生 11977 人，护士 16334 人。从医护人员所属医疗机构类型看，综合医院的医生、护士数高于专科医院、综合门诊部和专科门诊部；从其所属区域分布看，医生、

^{*}注：如无特别说明，本文数据均为截至 2013 年底，下同。

护士数量最多的为浦东新区(5589人),之后依次为长宁区(3679人)、徐汇区(3413人)、虹口区(3192人)、黄浦区(1982人)。

(四) 社会医疗机构纳入医保定点情况

全市 1000 多家社会医疗机构(门诊部以上)中,仅有 113 家纳入城镇职工基本医疗保险定点医疗机构,入保机构占社会医疗机构总数的比例低于 11%。其中专科医院入保比例最高,约为 42%。另有 12 家社会医疗机构纳入新型农村合作医疗保险定点医疗机构。

(五) 社会医疗机构医疗技术开展、大型设备配置情况

全市已批准的第二、三类医疗技术临床应用的 260 余家医疗机构中,社会办医疗机构为 119 家,专业范围主要集中在口腔种植诊疗技术、妇科内镜诊疗技术、白内障超声乳化技术等。全市社会医疗机构大型医用设备配置数量为 43 台,不足全市乙类设备总数的 10%。

(六) 社会医疗机构社会资本注入

随着政策利好,医药企业、地产大鳄、国际资本纷纷进入民办医院分享医疗服务领域开放的饕餮大餐。业内众多企业如开元投资、金陵药业、贵州百灵、复兴医药、康美药业等,都悉数参与。多家社会医疗机构已成功上市,包括爱尔眼科、迪安诊断、达安基因、爱康国宾(纳斯达克),此外,慈铭体检、美年大健康等机构正在准备上市。

三、上海市社会医疗机构行业管理

上海市医疗机构协会作为社会医疗机构的行业管理组织,近年来注重发挥行业专业管理的特点和优势,不断创新管理模式机制。总体而言,主要通过社会医疗机构星级评审和优势专科建设、特色专病评审两大管理抓手组织行业管理。

（一）社会医疗机构星级评审

本市的社会医疗机构星级评审工作由政府部门主导，行业协会具体实施。2011年，原上海市卫生局（现上海市卫计委）正式同意授权上海市医疗机构协会以行业自律形式开展上海市社会医疗机构的星级评审工作（《关于同意上海市社会医疗机构协会以行业自律形式开展社会医疗机构星级评审工作的批复》（沪卫医管〔2011〕第26号））。

社会医疗机构星级评审秉承遵循“公开、公平、公正”的准则，采用行业自律、行业自治的柔性方式，围绕社会医疗机构内部管理、执业行为、医疗质量、医疗安全、医疗服务等内容，依托相关协会、专家等第三方力量，建立符合社会医疗机构特点的评价评审制度，推动社会医疗机构机构管理和服务质量的持续改进，引导和培育一批管理规范、依法执业、质量可靠、群众满意的优质社会医疗机构。

与卫生监管部门的刚性管理不同，星级评审对社会医疗机构主要发挥鼓励引导作用，是一种柔性管理模式。总体目标是希望通过卫生监管的刚性模式与星级管理的柔性引导，综合发力，共同促进社会医疗机构健康有序发展。

在星级评审过程中，组织机构积极探索建立社会医疗机构评审评价体系，并向所有参评单位公开星级评审标准，下发《上海市社会医疗机构星级评审管理暂行办法》、《上海市社会医疗机构星级评审指标和标准》。目前，全市共有40家社会医疗机构获星级社会医疗机构，其中四星级7家单位，三星级单位33家，五星单位为0家。

星级评审对医疗机构的促进作用在评审过程中即表现明显。据

统计两批 49 家参评单位共计投入资金约 8216 万元，新建或更新规章制度共 5082 项，新建单病种诊疗路径 105 个，初步实现“以评促建、以评促改、评建结合、重在建设”的效果。总体而言，社会医疗机构星级评审有效促进了参评单位制度化建设，提高其综合管理能力和水平；提高了医疗质量和医疗风险的控制能力。

（二）优势专科、特色专病建设

为进一步增强社会医疗机构从业人员的归属感和认同感，发挥专长、强化内涵、塑造特色，社会医疗机构树立诚信服务良好形象，引导本市广大社会医疗机构增加对医疗技术的资源投入，提升社会医疗机构核心竞争力，在原上海市卫生局（现上海市卫生计生委，下同）的大力支持下，上海市社会医疗机构开展了优势专科建设和特色专病评审工作。

优势专科建设：本市社会医疗机构优势专科的评审、考核评估，遵循“公开、公平、公正”的原则，以“循序渐进、以点带面、分步实施、好中择优”的方式开展。截至目前，已启动三届专科评审（表 1）。

特色专病评审：为充分发挥和培育社会医疗机构的优势和特色，发挥人才优势及专病特色，在原上海市卫生局的支持下启动了首批特色专病评审（表 1）。

表 1 至 2013 年上海市社会医疗机构入选优势专科、特色专病情况（家）

批次	优势专科	特色专病
第一批	16	21
第二批	10	11
第三批	10	—

经过工作的不断持续开展，优势专科建设、特色专病评审对医

院的积极作用逐渐凸显。以本市某眼科专科医疗机构为例，2011 年开展优势专科建设之前，该机构眼科手术量持续偏低，2011 年开始，眼科手术量明显增长，且处于持续增长态势。截至 2013 年，手术量已达到 2010 年的两倍多（图 1）。近三年，社会医疗机构科研课题立项数量明显增多（表 2），论文发表及参编著作情况也明显增多，2010—2013 年，共发表论文 76 篇，其中国外杂志发表 3 篇，国内核心杂志发表 73 篇，另外，参与编写专著 4 部。

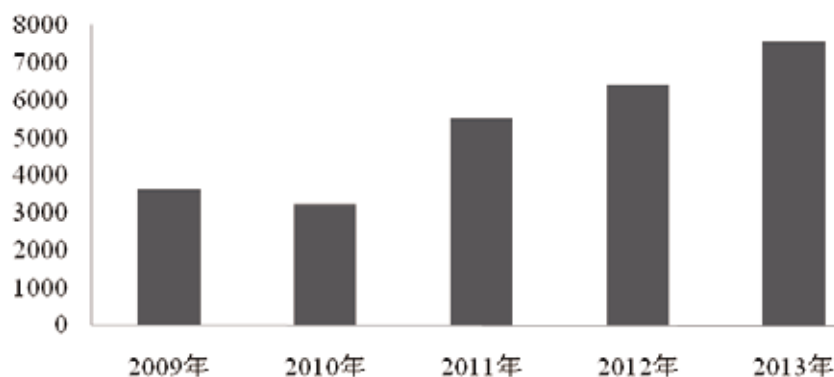


图1 2009—2013年上海市某眼科专科医疗机构眼科手术量统计（例）

表 2 2011—2013 年上海市社会医疗机构申报科研课题情况（项）

年份	吴阶平基金会 课题	局级科研课题		局级青年科研课题	
		申报数	入选数	申报数	入选数
2011 年	—	13	6	3	1
2012 年	1	19	6	2	1
2013 年	12	25	14	5	1

四、上海市社会医疗机构发展面临的政策障碍

目前，本市社会医疗机构自身仍存在不少问题，如定位不清、技术较差、质量欠佳、管理滞后、人才匮乏、资金匮乏、无科研支撑等，社会诚信度和核心竞争力不高。产生这种情况的一个重要因素是在社会医疗机构发展的过程中仍存在一些政策障碍，主要表现在以下

几方面：

一是观念意识方面。尽管国家和上海市医改相关政策都对社会医疗机构的功能及作用有了明确的表述，但现实情况是，各区县对此的认识并不统一，这必然影响到其对社会办医相关政策的制定。

二是人力资源方面。社会医疗机构的人力资源无论在数量和质量上都难以与同规模的公立医疗机构相比。医师多点执业在具体操作中仍障碍重重，社会医疗机构人员结构中的“老少配”组合颇为多见。

三是待遇方面。总体而言，社会医疗机构与公立医院的待遇相比，差别非常大。如公立医院有政策亏损补助、土地划拨、基建投入、设备购置投入、人员专项投入等，而这些社会医疗机构则较少享受。特别在医保定点准入方面，社会医疗机构与公立医疗机构待遇差距明显。

四是税负方面。与公立医疗机构相比，社会医疗机构要承担更多的税负。按照现行政策，社会医疗机构要缴纳企业所得税、房产税、进口医疗器械关税等多项赋税，而公立医疗机构因可以享受相应税收优惠政策，税负较小。

五是机构审批方面。社会医疗机构在审批方面存在重复审批、审批周期长、效率低下等问题。

六是专项技术准入方面。某些医疗机构的准入标准难以实现，甚至相互矛盾。如申报开展专项医疗技术，医学会评估要求是具备一定开展例数，以证明医疗机构具备医疗技术应用能力，而未成功申报此项医疗技术的医疗机构则没有相应技术的开展资格，由此陷

入无解的“蛋”与“鸡”关系。

七是母婴保健技术方面。目前此项技术各区政策执行不一，部分区未对符合资质条件的社会医疗机构开放。

八是港、澳、台籍和外籍医务人员的引入方面。国内引入政策有些难以与其他国家或地区政策接轨，如合资医院的技术职称与大陆不衔接，影响被引进人员的技术开展，造成人力资源浪费。

五、政策建议

（一）明确社会医疗机构在卫生规划中的地位和作用

区域卫生规划对社会医疗机构的设置与发展起着重要的作用。但区域卫生规划和医疗机构设置规划不够具体，无法很好地引导社会资本进一步完善当地的医疗服务体系。建议进一步明确社会医疗机构在卫生规划中的地位和作用，明确办医方向和规模，吸引社会资本投入到医疗服务行业，引导已有社会医疗机构灵活转型发展。

（二）明确社会医疗机构发展空间及方向

上海市公立医院医疗资源丰富，综合服务能力强，具有很强的核心竞争力，因此，上海市社会医疗机构的发展必须走与公立医疗机构差异化发展的路线，不宜引导“大而全”的发展思路，应树立专科特色品牌，提出打造精品医院的发展方向。

（三）降低社会医疗机构运营成本

由于医疗服务的特殊性、专业性和复杂性，难以享受税收优惠政策以及政府扶持政策较少等原因，目前社会资本投资兴办社会医疗机构存在执业筹备时间久、资金回收周期长，房产税、城镇土地使用税等税负偏重，水电气等平均负担较高的特点，运营压力较大。

建议减轻社会医疗机构税负，加大政府扶持力度，尤其是进一步放宽医保准入政策，吸纳更多的社会医疗机构进入医保定点体系，减轻社会医疗机构的营运负担。

（四）推进医师多点执业的相关政策落地

考虑到一步到位落实医师多点执业政策的难度较大，建议对已办理退休手续并具有主治医师以上职称的医师，可自主申请办理增加执业地点的注册手续，而不受原工作单位的限制。尽快形成本市卫生技术人员柔性流动机制。



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