

SHEHUI BANYI LUJING YANJIU
YILIAN TI JIANSHE SHIJIAO

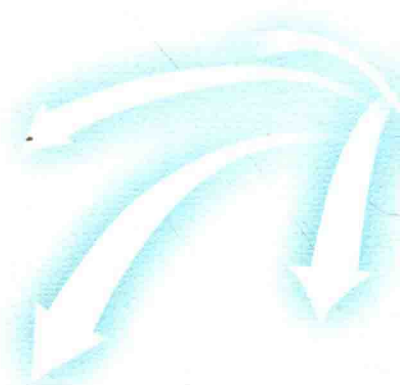


社会办医路径研究： 医联体建设视角

阚 为◎著



合肥工业大学出版社
HEFEI UNIVERSITY OF TECHNOLOGY PRESS



社会办医路径研究： 医联体建设视角

阚 为 著



合肥工业大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

社会办医路径研究:医联体建设视角/阚为著. —合肥:合肥工业大学出版社,2018.4

ISBN 978-7-5650-3919-5

I. ①社… II. ①阚… III. ①合作医疗—研究 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 075394 号

社会办医路径研究:医联体建设视角

阚 为 著

责任编辑 郭娟娟

出 版	合肥工业大学出版社	版 次	2018 年 4 月第 1 版
地 址	合肥市屯溪路 193 号	印 次	2018 年 4 月第 1 次印刷
邮 编	230009	开 本	880 毫米×1230 毫米 1/32
电 话	人文编辑部:0551-62903205 市场营销部:0551-62903198	印 张	5
网 址	www.hfutpress.com.cn	字 数	125 千字
E-mail	hfutpress@163.com	印 刷	安徽昶颢包装印务有限责任公司
		发 行	全国新华书店

ISBN 978-7-5650-3919-5

定价: 30.00 元

如果有影响阅读的印装质量问题,请与出版社市场营销部联系调换。

目 录

第 1 章	绪论	(001)
1.1	研究背景	(001)
1.1.1	中国医药卫生体制改革的实践进路	(001)
1.1.2	新医改的启动及政策焦点	(006)
1.1.3	民营医院的发展困局	(010)
1.1.4	公私合作办医与诱致性制度变迁	(014)
1.2	研究综述	(016)
1.2.1	公私合作伙伴关系的界定	(016)
1.2.2	PPP 的族群	(023)
1.2.3	医疗服务领域 PPP 的应用	(026)
1.2.4	伙伴关系管理的关键成功因素与风险控制	(029)
1.3	研究问题	(032)
1.4	研究内容与方法	(033)
1.4.1	研究内容	(033)
1.4.2	研究方法	(034)
第 2 章	公私合作办医的理论基础	(037)
2.1	医疗服务的属性与供给方式：公共经济学相关理论 视角的分析	(037)

2.1.1	公共物品的基本界定与属性	(038)
2.1.2	医疗服务产品的混合属性与联合供给	(040)
2.1.3	医疗服务产品的供给方式	(042)
2.2	公私合作办医的合法性审视：公共管理相关理论 视角的分析	(044)
2.2.1	“新公共管理”与医疗服务改革	(044)
2.2.2	“新公共治理”与公私合作办医的合法性	(047)
2.3	公私合作办医伙伴关系的构建：跨组织合作理论 视角的分析	(052)
2.3.1	跨组织关系研究的意义与界定	(052)
2.3.2	跨组织合作的困境	(053)
2.3.3	跨组织合作的若干理论视角	(055)
2.4	讨论	(063)
第3章	国内外公私合作办医现行模式分析	(065)
3.1	国外医疗卫生领域的公私合作实践	(065)
3.1.1	英国的实践	(065)
3.1.2	澳大利亚的实践	(068)
3.1.3	西班牙的实践	(071)
3.1.4	其他发达国家的实践	(074)
3.1.5	发展中国家的实践	(075)
3.1.6	国外公私合作办医实践的比较	(078)
3.2	中国公私合作办医的一般模式	(079)
3.2.1	广州广和医院——PFI 实践	(079)

3.2.2	昆明市星耀医院——BOOT 实践	(080)
3.2.3	汕头潮南民生医院——EPC 实践	(081)
3.2.4	香港大学深圳医院——O&M 实践	(082)
3.2.5	北京门头沟区医院——ROT 实践	(083)
3.2.6	武汉亚心七医院——民营医院托管公立 医院的实践	(085)
3.2.7	国内案例总结	(086)
3.3	讨论	(088)
3.3.1	国内外公私合作办医实践的典型模式与经验	(088)
3.3.2	中国公私合作办医的现实选择	(092)

第 4 章 公私合作办医伙伴关系构建的案例比较分析

		(095)
4.1	案例研究设计	(095)
4.1.1	研究对象	(095)
4.1.2	案例相关编码	(095)
4.1.3	案例概况	(097)
4.1.4	案例分析的主要维度	(099)
4.2	案例分析	(100)
4.2.1	合作的启动背景：政府支持的准公私合作	(100)
4.2.2	合作各方动机比较：使命驱动或回报驱动	(105)
4.2.3	运营过程的比较：治理结构控制权、管理者 素质与运营效率观	(110)

4.2.4	合作的产出性质：公共利益与个体利益能否平衡	(120)
4.2.5	可借鉴模式的提出：构建政府主导的三方合作框架	(124)
4.3	讨论	(126)
4.3.1	基于案例比较分析所形成的经验	(126)
4.3.2	关于公私合作办医项目设计的政策建议	(128)
第5章	结语	(137)
5.1	结论	(137)
5.2	创新点	(138)
5.3	本书的不足之处及对公私合作办医的展望	(138)
附录		(140)
参考文献		(141)
后记		(153)

第1章 绪 论

1.1 研究背景

1.1.1 中国医药卫生体制改革的实践进路

当今世界以“和平与发展”为主题，在经济全球化与国际关系多极化背景下，国家与国家之间的竞合聚焦于“发展”这一主线，世界各国概莫能外。而作为后发国家的中国自1978年伊始，以其果决坚毅的勇气推动改革开放，创造了举世瞩目的经济奇迹。这个过程不可谓不艰辛，作为社会主义国家和儒家文化中心的中国很难照搬欧美各国现代化进程的经验，因此从各方面来讲中国的改革开放都是一个摸着石头过河的进程。医药卫生体制作作为经济社会体制改革的重要组成部分，更加深刻地体现出这一特征。新中国成立后，中国医药卫生体系建设基本沿用苏联模式，政府统一规划、组织和大力投入医疗卫生服务体系，形成并快速发展了包括医疗、预防、保健、康复、教学、科研等在内的比较完整的、布局合理的医疗卫生服务体系。在城市地区，市、区两级医院和街道门诊部（所）形成了三级医疗服务及卫生防疫体系；在农村地区，覆盖了以县医院为龙头、以乡（镇）卫生院为枢纽、以村卫生室为基础的三级医疗预防保健网络。计划经济时期，中国医药卫生体制特点鲜明，各级、各类医疗卫生机构的服

务目标定位明确，即提高公众健康水平，不以营利为目的。医疗保障体系的建立也经历了一个从无到有的过程，其保障力度一直在逐年增加，且几乎覆盖了绝大部分社会阶层的基本医疗服务，参保率约达到98%。考虑到中国巨大的人口基数，这是一项前无古人的社会福利和成就！新中国成立30周年时，医疗卫生事业发展卓有成效，其突出表现为婴幼儿死亡率、孕产妇死亡率和人均预期寿命等指标的显著改善。1978年的阿拉木图会议上，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）将中国作为发展中国家推行初级卫生保健的典范。

尽管如此，从发展的眼光来看，中国医疗卫生事业的发展仍显滞后，过度的行政干预极大地干扰了医疗卫生机构的运营，影响了医疗机构及医务人员积极性的提高，导致医疗服务效率低下；同时城乡医疗资源分配不均，医疗保障水平低且公平性差。^①计划经济的低效率表现不仅成为医药卫生体制改革的内部驱动力，而且也引导我们进一步思考影响中国医药卫生事业发展的一个核心问题：政府能够以一己之力满足十多亿人日益增长的基本医疗服务需求吗？政府有必要用纳税人的钱包办本来可以通过购买服务提供的医疗卫生服务吗？在政府计划控制之外能否引入其他的机制或力量？

1979年，时任卫生部部长钱信忠先生在接受记者采访时提出“应当灵活运用经济手段来管理医药卫生事业”这一富有创新性的著名观点，也就是在这一年，卫生部、财政部和国家劳动总局等三部委联合发出《关于加强医院经济管理试点工作的意见》^②，

① 王大平，孔昭昆，王苏生：《中国医改的政策选择：基于激励机制设计理论的视角》，清华大学出版社2015年版，第130页。

② 卫生部，财政部，国家劳动总局：《关于加强医院经济管理试点工作的意见》，<http://www.chinalawedu.com/news/1200/22598/22621/22896/2006/3/1106168271371-360021064-0.htm>。

开始对医院实行“全额管理、定额补助、结余留用”制度。以此为起点，政府开始对医院逐步尝试推进市场化。业界普遍将此作为推进医疗服务市场化的一个信号。与此同时，反对意见也甚嚣尘上，1979年刚复刊的《健康报》就以专栏的形式发表了多篇持不同意见的文章，其主旨“就是从医院的根本属性出发，认为作为社会公益事业的医药卫生，不应当强调其经济属性”^①。可以说从启动伊始，中国医药卫生体制改革就充斥着争议与冲突。随着1984年中共十二届三中全会通过《中共中央关于经济体制改革的决定》，我国城市经济体制改革全面展开，并从经济领域改革开始向政治、科技、教育等各个领域改革延伸，医疗卫生领域也开始走上一条更深入的改革之路。正式标志医改启动的关键事件是1985年国务院批转的卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知》，文件指出：“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好。”^②这也给此后的医改定下了“给政策不给钱”的基调。1989年国务院批转了卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》（国发〔1989〕10号），文件提出五点：第一，积极推行各种形式的承包责任制；第二，开展有偿业余服务；第三，进一步调整医疗卫生服务收费标准；第四，卫生预防、保健等单位开展有偿服务；第五，卫生事业单位实行“以副补主”“以工助医”。其中特别强调“给予卫生产业企业三年免税政策，积极发展卫生产业”。1992年，国务院下发的《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》更是要求医疗卫生单位“以工助医，以副补主”，“支持有条件的单位办成经济实体

① 赵斌：《中国医改这些年》，《新产经》2015年5月30日。

② 国务院：《国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知》，http://www.china.com.cn/law/flfg/txt/2006-08/08/content_7060220.htm。

或实行企业化管理，做到自主经营、自负盈亏”^①。中国医疗服务市场化发展的方向与轮廓越来越清晰，这些政策内容具有标志性意义。此后，中国医院开始了自主经营的探索历程，尽管政府对公立医院还有一定额度的拨款，但政府拨款占医院收入的比例很低，医院的大部分收入需要通过自己经营解决。毫无疑问，市场手段在效率上的优势能够盘活原本如一潭死水般的医疗卫生工作，最大限度地刺激医疗卫生机构的积极性。据权威统计，1978年到2007年，我国医疗卫生机构总数从17万家增加到31.5万家，床位规模从204万张增加到370万张，医疗机构诊疗人次从10.1亿增长到28.4亿，住院人数从1907万增长到9827万^②。中国医药卫生事业也在改革开放后进入了快速发展轨道。

然而，对于医药卫生事业来说，市场手段真的是一味灵丹妙药吗？凯恩斯主义早已指出了“市场失灵”的客观存在，其中一个重要表现就是，市场这只看不见的手无法解决资源的公平分配问题。而在“人命大于天”的医疗卫生领域，公平问题能否妥善解决有着更加深层次的社会政治意义与人文关怀。对于这些普罗大众都能理解的常识，政府不可能忽视，更不可能回避。对此，当时的顶层设计采取了一种极为特殊的“双轨制”，一方面要求医院必须以低于成本的价格来供给基本医疗服务，另一方面同时又默许医院通过抬高一些服务价格及药品加成来弥补前述医院损失^③。这些政策的基点还是“给政策，不给钱”。这在当时政府财力不足、公立医院管理效率低下、医务人员积极性不高的背景

① 国务院：《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》，<http://www.chinalawedu.com/falvfagui/fg22598/29121.shtml>。

② 中共卫生部党组：《卫生改革发展30年：伟大历程、显著成就和宝贵经验》，《经济日报》2008年12月8日。

③ 王绍光，樊鹏：《中国式共识型决策：“开门”与“磨合”》，中国人民大学出版社2013年版，第7页。

下,是十分有效的,具有一定的合理性,不应全盘否定。问题是,表面上政府似乎放权于公立医院,但事实并非如此,医院的自主经营并不完全自主,实际上,医院在很多方面受到政府的管制,而这些管制很多与医疗质量不完全相关。从管理体制上说,医院的法人治理结构并不完备,公立医院的负责人依然由主管部门任命,公立医院的工作人员依然有事业编制身份。因此,政府主管单位与公立医院之间有着很多或隐性或显性的连接。公立医院的经营在很多时候受到政府部门的影响。从规制内容上来说,政府对公立医院的收费有非常详细的规定,比如规定医院的药品加成比例为15%,规定各个等级医院的各项检查收费标准和医疗服务收费标准。而这些标准的一个重要特点是检查收费比较高,而医生等专业技术服务收费偏低。这种结构导致医院慢慢形成了“以药养医”和“以器械养医”的机制。这种对医院的激励机制对中国医疗卫生事业的发展产生了深远的影响,尤其在药品流通领域产生的负面问题至今已成为新一轮医改所面临的顽症痼疾。这种“双轨制”形式上类似于市场化机制,从其政策意图来看,在于政府希望部分退出这个领域。最明显的体现就是国家财政对这一领域投入的变化。1978年,政府财政卫生支出占卫生总费用的32.2%,到了1990年,这个比例下降到25.1%,而从1996年到2006年,这个比例长期维持在18%以下。与此相对应的是,个人卫生支出占卫生总费用的比重从1978年的20.4%剧增到2001年的60.0%^①。这些宏观数据的变化实际上折射了老百姓在就医问题上的痛点。

2005年,一份结论为“中国医改基本不成功”的研究报告在中国激起轩然大波,“看病难,看病贵”也深深刺痛了医务人员

① 卫计委:《2014中国卫生统计年鉴》, <http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>.

的内心。更为吊诡的是，白衣胜雪的天使职业在中国居然成了连基本人身安全都难以保障的“高危行业”。社会公众在质疑，媒体在推波助澜，为什么中国的医院和医生唯利是图？又有多少人知道，对于中国大部分公立医院来说，政府财政补贴仅占其总收入的4%~8%。在财政支出能力有限的情况下，政府同样在反思，医改之路接下来该往哪个方向发展？为此，2005年3月，国务院总理温家宝在十届全国人大三次会议上提出要切实解决群众“看病难，看病贵”的问题。2006年国务院深化体制改革部际协调小组成立，两年后升格为国务院医改领导小组，其主要职责就是研究制定医改的总体思路、实施方案及具体措施。2008年10月，医改领导小组就医改方案向全社会征求意见，这也是党中央、国务院首次在出台重大改革政策前向全社会公开征求意见^①。2009年4月，在历经4年的反复论证设计基础上，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）^②出台，新医改就此揭开大幕。

1.1.2 新医改的启动及政策焦点

新医改的启动是近年来中国民生领域最受社会公众关注的一次公共政策调整。所谓“民为邦本，本固邦宁”，如果说中国的改革开放前一阶段更多是坚持效率优位的话，那么，进入21世纪后，改革必然更多指向于公平优位，让最大范围的公众享受改革开放的红利成为中国政府不可回避的目标，这显然也是医药卫生体制改革的目标。新医改方案旨在落实医疗卫生事业的公益性质，回归政府在国民基本医疗中的责任，强调政府要增加在居民

① 刘军民：《中国医改相关政策研究》，经济科学出版社2012年版，第2页。

② 中共中央，国务院：《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，http://www.zgylbx.com/klxcxztfnw20759_1。

基本医疗中的投入,使基本公共卫生服务逐步均等化,以减轻国民的看病负担。这一轮医改确立了改革的总体目标和分阶段目标,并提出了医药卫生四大体系建设(公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系及药品供应保障体系)和若干体制机制建设。改革第一阶段的目标提出,从2009年到2011年,要着力抓好五项重点改革:一是加快推进基本医疗保障制度建设;二是初步建立国家基本药物制度;三是健全基层医疗卫生服务体系;四是促进基本公共卫生服务逐步均等化;五是推进公立医院改革试点。在这其中,新医改所提出的四大体系建设均涉及医药卫生领域效率与公平的平衡问题。在四大体系建设中,医疗服务体系是核心和支撑,可以说,其他体系建设能否落到实处,还在于医疗服务领域效率与公平的平衡问题。

具体来看的话,首先,是公共卫生体系。顾名思义,公共卫生是关系一个国家或一个地区人民大众健康的公共事业,公共卫生的具体内容包括对重大疾病尤其是传染病(如结核、艾滋病、SARS等)的预防、监控和医治,对食品、药品、公共环境卫生的监督管理,以及相关的卫生宣传、健康教育、免疫接种等。就医学领域的分类而言,公共卫生一词的内涵还是比较清楚的,可被视为针对社区或者社会的医疗措施,它有别于在医院进行的、针对个人的医疗措施。从供给侧来看,公共卫生服务是一种成本低、效果好的服务,但它同时又是一种社会效益回报周期相对较长的服务,这也决定了其公益性本质。在国外,各国政府在公共卫生服务中起着举足轻重的作用,并且政府的干预作用在公共卫生工作中是不可替代的。许多国家对各级政府在公共卫生中的责任都有明确的规定和限制,以有利于更好地发挥各级政府的作用,并有利于监督和评估。

其次,是药品供应保障体系。改革的实际目标在于切断药品供应商与医院之间复杂的利益关系,政府在其中的强力管控会对

医院的收入结构产生深远影响。须知中国绝大部分公立医院收入结构中中药占比维持在30%~50%，在部分医院这一比例甚至超过50%，因此这一体系的改革也对公立医院产生了极大的冲击，使得公立医院未来的发展压力倍增。

再次，是医疗保障体系改革。其基本原则为“广覆盖、保基本、可持续”，关键词是“覆盖城乡居民”，目标可以归纳为“全民医保”，因此这一体系的改革将极大地促进中国居民健康需求的提升，对于整个医药卫生体制改革有着极其深远的影响。因为医疗保障体系改革的核心目标就是为解决“看病贵”问题提供物质保障。之所以提出“覆盖城乡居民”，有其深刻的历史原因。从农村地区来看，在20世纪90年代到21世纪初这10年间，农村地区的合作医疗基本荡然无存。也就是说占中国人口大部分的农村居民看病完全靠自费。而在城市地区，1998年出台的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）^①实际上是把原有劳动保险中职工家属、子女半费医疗政策取消了。也就是说，在相当长一段时期内农村居民和城镇部分居民看病全靠自费，这就是个人卫生支出占卫生总费用比重之所以能够在2001年达到60.0%这个顶峰的原因^②。这也使得医保体系的改革成为必要。

接下来，重中之重是医疗服务体系的改革。如果说“全民医保”能够按计划得以推进，在同时考虑人口老龄化的前提下，中国居民的健康需求将呈井喷式发展。问题是中国目前的医疗服务体系能够满足快速增长的医疗服务需求吗？因此，在新医改四大

^① 国务院：《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，<http://www.zgylbx.com/zhengcefaui/yiliaobaoxian/zcfg2473.html>。

^② 卫计委：《2014中国卫生统计年鉴》，<http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>。

体系中，主要的压力还是落在医疗服务体系改革上。如果说医疗保障体系的不断健全能够为缓解“看病贵”问题提供物质保障，那么解决“看病难”问题的物质基础在哪里？政府财力既要补需方，又要补供方，这是一个何其巨大的财政包袱。所以，对于医疗服务体系的改革，政府在经过慎重考虑之后，开出了这样一份“处方”：“坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则，建设结构合理、覆盖城乡的医疗服务体系”^①，即“公立医院为主体，社会资本参与的多元化办医”的改革思路，也是这一轮医疗服务体系改革的总体目标。

可以说，允许民营医院与公立医院共同发展构成了新医改纲领的政策焦点，尤其是在医疗保障体系不断强化、国民医疗服务需求呈井喷式爆发的背景下，医疗服务供给侧的保障能力显得不足，而政府不可能再办一大批公立医院来满足新的需求。在这样的形势下，只有引入社会资本才有可能填补这个巨大的“缺”。于是，鼓励社会资本办医的相关政策性文件陆续出台。卫生部《关于公立医院改革试点的指导意见》（卫医管发〔2010〕20号）明确提出：“鼓励、支持和引导社会资本发展医疗卫生事业，加快形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制。”^②同年，由发改委、卫生部、财政部、商务部、人力资源社会保障部等五部委联合发布的《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》获得国务院同意（国办发〔2010〕58号），这份著名的58号文件开篇即明确指出：“坚持公立医疗机构为主导、非公立

① 中共中央，国务院：《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.htm。

② 卫生部：《关于公立医院改革试点的指导意见》，<http://www.China.com.cn/policy/txt/2010-02/24/content.19464497.htm.com/p-924678000.html>。

医疗机构共同发展，加快形成多元化办医格局，是医药卫生体制改革的基本原则和方向。”^① 将“多元化办医”明确上升为整个医药卫生体制改革的基本原则和方向，这一举措使我们不能不慨叹政府的决心与魄力。而且，可以断言，这个政策在很长一段历史时期内都不可能改变。在这种背景下，业界普遍认为民营医院的春天来临了。

1.1.3 民营医院的发展困局

政府虽然强调公立医院的公益性回归，但允许社会资本大量进入医疗服务领域，亦说明了医疗服务体系整个操作规则仍然允许采用市场化方式。“共同发展”命题提出的一个长远愿景，即政府希望未来在医疗服务领域，民营医院的发展与壮大能够与公立医院形成有序竞争。从这两方面来看，政府对于社会资本办医的期望值显然非常高。一方面，希望民营医院能够弥补医疗服务供需之间的巨大鸿沟，另一方面也希望民营医院能够发挥“鲶鱼效应”与公立医院形成良性竞争态势，这样的要求不可谓不高，问题是中国的民营医院发展是否具备一个好的基础积淀和生存土壤？

民国时期中国许多著名的大型医疗机构并非公办。中华人民共和国成立之后，民营医院以一刀切的方式转为国有。直到 20 世纪 80 年代，民营医疗机构才再次出现，但中国到 2001 年才开放医疗服务市场，这 20 年的时间里，中国的民营医院在夹缝中努力维持着自身的生存。这其中，“莆田系”扮演着非常尴尬的角色。一方面，“莆田系”是当时民营医疗机构的主流，另一方

^① 国务院办公厅：《国务院办公厅关于转发发展改革委卫生部关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，http://www.gov.cn/jzwgk/2010-12/03/content_1759091.htm。