

现代医院营销

Modern Hospital Marketing

李东贤◎著

- 当医院希望为更多的患者提供服务时 医院就成为营销者
- 只有通过对医疗市场的分析 才能找到自己生存与发展的方向
- 在市场经济环境下 营销也是医院的一项重要职能
- 现代营销观念要求医院营销的出发点应该是患者 而不是医院自身
- 目的是通过患者的满意获得利润 而不是通过增加患者数量获得利润
- 营销不单单是营销部门的事情 没有其他部门的配合不可能有好的效果



清华大学出版社

内容简介

本书立足于当前中国医院营销的现状，结合国外医院营销的经验，从医院营销的概述、医院营销的组织机构、医院营销的策略、医院营销的实施、医院营销的评估五个方面，系统地介绍了医院营销的理论与实务。本书可作为医院营销人员培训教材，也可作为医院营销管理人员的参考。

现代医院营销

李东贤 著

图书在版编目(CIP)数据

现代医院营销 / 李东贤著. —北京: 清华大学出版社, 2008.3

ISBN 958-7-893-16839-3

I. ①现… II. 李… III. 医院—市场营销学 IV. R197.322

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第009145号

责任编辑: 徐学军

文字编辑: 王凤芝

责任印制: 何平

出版发行: 清华大学出版社

地址: 北京清华大学学研大厦A座

http://www.tup.com.cn 邮编: 100084

c-service@tup.tsinghua.edu.cn

社总机: 010-62770175 邮购部: 010-62786244

读者服务部: 010-62776969 客户服务中心: 010-62776969

印刷: 清华大学印刷厂

发行: 北京市密云县京文图书本装厂

经销: 全国新华书店

开本: 185×260 印张: 12 字数: 386千字

版次: 2008年3月第1版 印次: 2008年3月第1次印刷

印数: 1~5000

定价: 29.00元

清华大学出版社

北京

本书除在文字上做了大量删减外, 还对部分章节进行了重新编排, 以适应当前出版业发展的需要。产品编号: 058115-01

内 容 简 介

本书立足于营销学基础理论,与医疗机构的实际情况紧密结合,引用了大量的案例,旨在对医疗机构的管理人员有切实的指导作用。全书共分九章,在解析市场营销理念与实质的基础上,对医疗机构的宏观、微观环境进行了详细的分析,形成了完整的医院营销战略体系,同时论述了医院产品、价格、渠道及促销策略,将营销学经典的“4P”理论融合进医院的实际情况,阐释了医院营销策略这一重要的内容。本书还重点强调医院营销道德的基本理论及其在医院营销中的运用。最后,分别介绍了美国、德国、英国、法国、俄罗斯、日本、新加坡等医院的管理与市场营销模式。

该书适用于医疗机构营销管理人员使用,还可作为管理专业和营销专业教师、研究人员的参考书,也可作为医学院管理专业学生的教材。

本书封面贴有清华大学出版社防伪标签,无标签者不得销售。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13501256678 13801310933

图书在版编目(CIP)数据

现代医院营销/李东贤著. —北京:清华大学出版社, 2008. 2

ISBN 978-7-302-16839-3

I. 现… II. 李… III. 医院—市场营销学 IV. R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 006145 号

责任编辑:徐学军

责任校对:王凤芝

责任印制:何 芊

出版发行:清华大学出版社

地 址:北京清华大学学研大厦 A 座

<http://www.tup.com.cn> 邮 编:100084

c-service@tup.tsinghua.edu.cn

社 总 机:010-62770175 邮购热线:010-62786544

投稿咨询:010-62772015 客户服务:010-62776969

印 刷 者:清华大学印刷厂

装 订 者:北京市密云县京文制本装订厂

经 销:全国新华书店

开 本:185×260 印 张:17 字 数:366 千字

版 次:2008 年 2 月第 1 版 印 次:2008 年 2 月第 1 次印刷

印 数:1~5000

定 价:29.00 元

本书如存在文字不清、漏印、缺页、倒页、脱页等印装质量问题,请与清华大学出版社出版部联系调换。联系电话:(010)62770177 转 3103 产品编号:028117-01

序言

市场营销学是一门以经济学、行为科学、管理理论为基础的综合性应用科学,因此,自 20 世纪 80 年代初引入我国以来,在各个领域都有广泛的应用。医疗机构的营销,是营销理论在医疗机构的运用与拓展。成功地开展医疗机构的营销,关乎国计民生,具有深刻的现实意义。一方面,我国社会经济的发展以及人民生活水平的提高,使得国民的健康意识增强,对医疗机构和医疗服务的需求与要求不断提升;另一方面,全球化和一体化的大背景又使国内的医院面临国外医院在管理制度、经营理念、医疗技术等各方面的冲击。与此同时,我国的医疗机构在这样的双重压力之下,又经历着在不断探索中进行的内部改革。因此,医疗机构的营销,有着其特殊的复杂性,也正因为如此,才显得尤为重要和必要。

本着“既具有深刻的理论内涵,又具有很强的现实意义”的原则,本书在写作过程中,不但立足于营销学的理论,还与医疗机构的实际情况相结合,引用了大量的案例,旨在对医疗机构的管理人员有切实的指导作用。本书共分九章。

第一章“医院营销概述”阐述了营销的理念与内涵,并对我国医疗机构的改革与营销现状进行了概述,旨在让读者对本书所要阐述问题的背景和现实情况有一个总体的了解。

第二章“医院营销环境分析”对医疗机构的宏观、微观环境进行了详细的分析。同时,对医疗机构应当如何进行具体的环境分析,也作了系统的阐述。

第三章“医院营销战略”由医院制订战略计划过程、医院市场竞争战略及目标市场战略三部分内容构成,形成

了完整的医院营销战略体系。

第四～七章,分别详细地论述了医院产品、价格、渠道及促销策略,将营销学经典的“4P”理论融合进医院的实际情况,阐释了医院市场营销策略的选择和运用。

第八章为“医院营销道德”,讲述了营销道德的基本理论以及在医院营销中的运用。

第九章为“国外医院的管理模式与营销”,分别介绍了美国、德国、英国、法国、俄罗斯、日本、新加坡医院的管理与市场营销,希望可以对我国医疗机构运作起到一定的借鉴作用,以求“他山之石,可以攻玉”的效果。

本书由李东贤主持编写,并完成了最后的统改定稿。刘颖、董世宁参与了编写,卜湜、张梦、张帅、王志芳同学也为本书的编写做了大量的工作。同时,本书的编写得到了清华大学出版社以及相关单位的大力支持。

由于水平有限,书中定有不妥之处,敬请广大读者及有识之士提出宝贵意见。

李东贤

目录

第一章 医院营销概述	\1
第一节 营销的基本理念	\1
第二节 我国医院发展概况	\5
波兰医疗体制改革	\10
第三节 我国医院营销概况	\16
宁阳县第一人民医院品牌营销	\22
北京五洲女子医院的整合营销策划	\24
新加坡蒙特·伊丽莎白医院的内部营销	\26
第二章 医院营销环境分析	\28
第一节 医院营销的宏观环境	\29
武汉市医院宏观环境分析	\36
第二节 医院营销的微观环境	\40
中外合资医院的现有竞争者分析	\42
医患关系	\45
第三节 医院环境分析	\48
驻某省军队医院 SWOT 分析	\52
第四节 医院市场营销信息系统	\55
香港医院管理局临床信息系统建设	\59
第三章 医院营销战略	\61
第一节 医院战略规划过程	\61
台湾地区某区域医院的战略管理	\63
第二节 医院市场竞争战略	\70
第三节 医院目标市场战略	\80

瑞金-哈佛心脏中心选择目标市场	\86
上海首间女子贵族医院——丽人养生会馆	\91
杭州市第三人民医院	\93

第四章 医院产品策略 \96

第一节 医院产品的内涵	\96
第二节 医院产品组合策略	\101
综合医院还是专业医院	\102
第三节 医院品牌策略	\104
北京中日友好医院服务品牌形象的建立	\115
第四节 医院服务营销	\120
第五节 医院服务创新	\132

第五章 医院价格策略 \139

第一节 医院定价存在的问题	\139
第二节 定价目标	\141
第三节 影响定价的因素	\143
第四节 定价方法	\145
第五节 定价策略	\150
第六节 定价程序	\154
第七节 价格调整策略	\156
上海同济医院手术价格调整	\158

第六章 医院渠道策略 \161

第一节 医院营销渠道概述	\161
日本网络医疗医院	\164
双向转诊的建立	\165
成功的医院集团	\168
多渠道营销新模式	\170
第二节 渠道设计	\170
第三节 渠道管理	\174
第四节 渠道冲突与控制	\176
西安交通大学医学院第一附属医院——协作医疗制度	\178

第七章 医院沟通组合策略	\181
第一节 医院营销沟通模式	\181
第二节 广告策略	\192
公立医院要不要做广告	\201
第三节 销售促进策略	\203
销售促进的新模式——卡式营销	\206
第四节 公共关系策略	\207
上海瑞金医院的公共关系策略	\212
第五节 人员推销	\213
第六节 客户关系管理	\218
天津环湖医院的客户关系管理系统	\225
第八章 医院营销道德	\227
第一节 营销道德理论	\227
第二节 医院营销道德建设	\234
北京新兴医院的营销道德失范	\240
第九章 国外医院的管理模式与营销	\242
第一节 美国医院的管理与营销	\242
第二节 欧洲医院的管理与营销	\248
第三节 亚洲医院的管理与营销	\255
参考文献	\260

CHAPTER 1

第一章

医院市场营销概述

随着我国社会经济的发展以及人民生活水平的提高,人民的健康意识日益增强,对医疗机构的需求与要求不断提高。与此同时,医疗体制改革又使得现有的医疗机构管理制度和经营方式面临着巨大的变革。医疗机构的市场营销也正是在这样的背景之下被提上了日程,受到越来越多的关注。

医疗机构的市场营销,是营销理论在医疗机构的运用与拓展。本章将在阐述市场营销的理念与实质的基础上,对我国医疗机构面临的问题与挑战进行剖析,并概述我国医院营销的现状与问题。

第一节 市场营销的基本理念

一、市场营销的概念

市场营销,是指在变化的市场环境中,为满足消费需要、实现企业目标而进行的商务活动过程。其实质是以满足人类各种需要和欲望为目的,通过市场变潜在交换为现实交换。

市场营销不等于销售或促销,它是一系列相互关联的与市场有关的商务活动,包括市场调研、目标市场战略、产品开发、定价、渠道选择、促销、物流、销售、售后服务等。随着时代的发展,市场营销在不同行业的企业实践中发挥了重要的作用,相关的研究也日益受到高度的重视。

二、市场营销观念的演变

市场营销观念,也称为市场营销哲学,是指企业在市场营销活动中的指导思想,涉及企业在营销活动中处理顾客、社会和企业自身三者关系的态度和观念。了解市场营

销观念的演变,对于把握市场营销的实质,以及企业的市场营销实践有重要的指导意义。随着时代的变迁,市场营销主要经历了以下五种观念演变。

1. 生产观念

这是产生于卖方市场条件下的观念。认为消费者喜欢容易得到且价格低廉的产品,因此企业应着力于提高生产和分销效率,扩大产量,降低成本以提高市场占有率。这种思想在物资匮乏、市场产品供不应求的条件下,发挥过重要的作用。

2. 产品观念

这种经营思想同样产生于卖方市场形势下,认为消费者喜欢高质量、有特色、性能好的产品,因此企业应致力于提高产品质量,生产高附加值的产品,以扩大产品的销路。这种想法会导致“市场营销近视症”,即在市场营销中缺乏远见,只关注自己的产品,而不将企业的注意力置于市场需求变化上,从而使企业经营陷入困境。

3. 推销观念

这种观念产生于卖方市场向买方市场的过渡阶段。认为消费者由于具有购买惰性和抗衡心理而不会主动购买某种产品,因此企业应该努力推销以刺激消费者购买,从而扩大市场。这种观念在产品供大于求以及销售非渴求品的情况下被广泛使用。

4. 市场营销观念

这种观念的产生源于买方市场的出现,其本质是以消费者需求为导向。认为企业应当洞察与把握消费者的需求,并按照目标市场的需要和欲望,比竞争者更有效地向消费者传递满足这种需要的产品和服务,以赢得市场。

5. 社会营销观念

这种观念产生于 20 世纪 70 年代西方国家环境恶化、能源短缺、人口膨胀的背景之下,是对传统的市场营销观念的修正和补充。认为企业的市场营销活动要兼顾自身利润、社会利益和消费者需要,达到三者的和谐统一。

总的来说,前三种观念属于传统的营销观念,其出发点是企业生产的产品,是一种以生产者为导向的营销观念;后两种属于新型营销观念,是以消费者需求为核心的市场导向的营销观念。这五种观念是与特定的生产力发展水平及市场供求关系变化相联系的,在不同的社会条件下都发挥过一定的作用,并随着时代的发展得以不断地演变和完善。

三、具有影响力的主要营销思想

1. 4P 理论—P 字叠加—4C 理论—4R 理论

(1) 4P 理论

尤金·杰罗姆·麦卡锡(Eugene Jerome McCarthy)教授于 1960 年提出营销组合

的概念,它是指产品(product)、渠道(place)、价格(price)、促销(promotion),以及它们的组合,简称4P。4P理论的提出,是现代市场营销理论中最具划时代意义的变革,从此营销管理成为了企业管理的一部分,涉及了比销售更广的领域。

(2) P字叠加

在整个20世纪80年代与90年代,企业的营销大多都在运用4P策略。后来在一些特殊产品(如服务业)、在特定的市场条件和市场环境中,有学者又增加了第五个P——人员(people)和第六个P——包装(packaging);在强调“大营销”的时候,菲利普·科特勒(Philip Kotler)教授又提出了两个P,即公共关系(public relations)和政治(politics)。当市场营销被提上企业战略的日程表时,科特勒再次提出了市场营销战略计划中的4P,即probing(市场营销调研)、partitioning(市场细分)、prioritizing(选择目标市场)和positioning(市场定位)。这样到今天,比较有代表性的营销组合已由4P演变成了12P。

(3) 4C理论

1990年,美国学者罗伯特·F. 劳特朋(Robert F. Lauterborn)教授从消费者角度出发,提出了与传统营销4P理论相对应的4C理论,即顾客的需求和欲望(consumer)、消费者愿意付出的成本(cost)、购买商品的便利(convenience)和沟通(communication)。4C理论的提出引起了营销传播界及工商界的极大反响,从而也成为后来整合营销传播的核心。4C是站在消费者的角度来重新思考营销活动的要素,从而更有助于营销人员积极主动地适应市场变化。但是这个理论仍具有一些不足之处。首先,4C以客户需求为导向,但客户需求有一个合理性的问题,使4C具有被动适应顾客需求的色彩。同时,从长远来看,企业要遵循双赢的原则,但4C没有很好地体现既赢得客户,又长期拥有客户关系的营销思想,这些都是4C需要解决的问题。

(4) 4R理论

近年来,美国学者唐·E. 舒尔兹(Don E. Schultz)提出的4R营销新理论,受到业界的广泛关注。这一理论阐述了一个全新的营销四要素4R: 关联(relevancy)、反应(response)、关系(relationship)和回报(reward)。4R理论根据市场不断成熟和竞争日趋激烈的形势,着眼于企业与客户互动与双赢,体现和落实了关系营销的思想。强调企业与顾客在市场变化的动态中应建立长久互动的关系,以防止顾客流失,赢得长期而稳定的市场;其次,面对迅速变化的顾客需求,企业应学会倾听顾客的意见,及时寻找、发现和挖掘顾客的渴望与不满及其可能发生的变化,同时建立快速反应机制以对市场变化做出快速反应;而且,企业应追求市场回报,并将市场回报当作企业进一步发展和保持与市场建立关系的动力与源泉。

值得注意的是,从4P到4C再到4R,是营销观念不断发展的结果,但这并不意味着这些观念相互独立,可以互相取代。相反,在企业的营销实践中,应该把这几种观念结合起来,从理念、实践的不同层面进行整体的思考。

2. 内部营销

1981年,瑞典经济学院营销专家克里斯蒂·格鲁诺斯(Christian Gronroos)首先

提出了以顾客为导向的内部营销概念。内部营销是指将传统上企业用在外部的营销思想、营销方法用于企业内部,以便企业的每个员工、每个部门、每个层次都形成顾客导向的内部最大合力来满足外部最终顾客的需求,以求得企业的长期发展。内部营销的实质是,在企业能够成功地达到有关外部市场的目标之前,首先要通过有效地运作企业和员工间的内部交换,使员工认同企业的价值观。目的是获得受到激励的、有市场与顾客意识的员工,员工的满意程度越高,越有可能建成一个以顾客和市场为导向的企业。

3. 关系营销

1985年,巴巴拉·邦德·杰克逊(Barbara Bund Jackson)强调了关系营销的重要性。关系营销是指建立、维系和发展与其运作过程中相关的外部市场和内部市场的长期友好关系,而制订详细、适当的营销计划,实施直接、有效的营销活动,其目标是为企业创立良好的外部环境,建立顾客的忠诚度。它有别于传统的交易营销,而是坚持质量、服务顾客、营销活动三种要素有机结合的理念,为顾客增加经济的、社会的、技术的支持。

4. 整合营销传播

1991年,美国学者唐·E.舒尔兹(Don E. Schultz)首先提出了整合营销传播的观念,是将所有与产品或服务相关的信息来源加以管理的过程,使顾客以及潜在消费者接触到的是关于企业和产品整合后的信息,促使其产生购买行为,并维持消费忠诚度。关于传统营销和整合营销传播的区别,舒尔兹教授用了一句非常生动的话来表述:前者是“消费者请注意”,后者是“请注意消费者”。

5. 全员营销

1995年,保斯蒂安·库德(Paustian Chude)提出了全员营销(又称整合营销)的观念,是指全体员工以及研发、生产、财务、人事等各部门统一以市场为中心,以顾客为导向开展工作,实现营销主体的整合性。各部门都关注和支持企业的整个营销活动的计划、组织、执行和控制流程,所有人员都具备以顾客为导向的营销观念,从而使企业获得强大的市场竞争能力,不断向前发展。全员营销的实质在于使营销成为贯穿整个企业各项业务流程的指导思想。

6. 数据库营销

数据库营销(DBM)是指借助计算机与数据库技术搜集和积累消费者的大量信息,运用相应的统计分析方法,对其进行处理以预测消费者购买某种产品的概率,并借助这些信息给产品以精确定位,有针对性地传播营销思想,以达到说服消费者购买产品的目的。数据库营销首先要有一个涵盖现有和潜在顾客的动态的数据库,基于对这个数据库的分析,确定目标消费者及其需要,然后用更有效的方式向其传递产品和服务,并加强与顾客的关系。数据库营销不仅仅是一种营销方法、工具、技术和平台,更

重要的是一种企业经营理念,它改变了企业的市场营销模式与服务模式。

7. 网络营销

网络营销是建立在互联网基础之上,借助于联机网络、电脑通信、数字交互式媒体来实现营销目标的一种营销手段,是整体营销的组成部分。网络营销有着传统营销所不具有的优点,如低成本、不受时间及地域的限制、消费者的高度自主性和参与性等,但同时也具有不可避免的弊端。因此,网络营销与传统营销的有效结合将是一个相互促进和补充的创造性过程,对企业的营销实践有着巨大的现实意义。

8. 绿色营销

绿色营销是指企业在整个营销过程中充分体现环保意识和社会意识,向消费者提供有利于节约资源使用和保持生态平衡的产品和服务,采取无污染的生产和销售方式,引导并满足消费者有利于环保和身心健康的消费需求。绿色营销是社会营销观念指导下的产物,其实质是追求经济利益、消费者利益、环境利益和社会利益的和谐统一。

第二节 我国医院发展概况

一、医疗体制改革的相关问题

我国的医疗体制成形于20世纪50~60年代,主要包括以公费医疗和劳保医疗为基础的城镇医疗卫生体制,以及以合作制医疗为基础的农村医疗卫生体制。

20世纪80年代,随着改革开放带来的经济体制的市场化转型,我国的医疗体制改革也随之推进,主要包括三方面的内容:医疗机构的改革、医疗保险制度的改革以及药品生产流通体制的改革。但一系列的改革措施实施之后,却并没有达到预期的效果。2005年,国务院发展研究中心和世界卫生组织“中国医疗卫生体制改革”合作课题组正式公布了课题报告,他们认为“从总体上讲,改革是不成功的”。这使得我们有必要对我国医疗体制改革进行深刻的反思,以了解目前我国医院面临的一系列问题的历史背景和原因,从而探求医院发展与营销的可行之路。

1. 医疗体制改革的历程

(1) 第一阶段:20世纪80年代至90年代初期

在这一阶段,国家对卫生事业的定义是:卫生事业是具有社会福利性的公益事业,国家支付医院运转的部分费用,国家干部和国有职工全部实行公费包干医疗,医院实行党委负责制。在这样的政策体制下,医院开始改革,管理上发生一些变化,部分医院取得了很好的经济效益。

1984年8月,卫生部起草了《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,提出了医

疗卫生体制改革的一系列政策导向,其核心思想是政府对医院放权。1985年,在城市改革开放全面启动的基础上,政府开始推行经济承包责任制和院长负责制,以扩大医院的经营管理自主权。1989年国务院颁布了《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》等一系列相关文件,进一步明确了积极发展集体卫生机构,支持个体开业行医的政策导向。同时,这一时期的医疗保障体制为公费医疗和劳保医疗,这一制度为大多数城市居民提供了医疗保障。

这一阶段医疗体制改革的目的在于拓宽筹资渠道,丰富办医形式,完善医疗机构运行机制,扩大医疗供给能力,以逐步满足人民群众日益增长的卫生服务需求。在这样的政策导向下,多元化的医疗服务市场格局开始出现。

(2) 第二阶段:20世纪90年代至21世纪初

这一阶段国家对卫生事业的定义发生变化,认为卫生事业是享有一定福利政策的社会公益事业,国家不承担医院大部分运转的费用,国家干部实行医疗保险和商业保险,医院实行院长负责制。在这一时期,医院管理改革深入开展,医院之间竞争加剧。

1992年,党的十四大将社会主义市场经济确立为我国经济体制改革的目标,把我国的经济体制改革推向了一个新的阶段。在这样的背景下,同年9月,国务院下发了《关于深化卫生改革的几点意见》,旨在进一步扩大医疗卫生单位的经营管理自主权。1997年,党中央、国务院在《关于卫生改革和发展决定》中提出要积极拓宽卫生筹资渠道,广泛动员和筹集社会各方面的资金,发展以国有、集体为主,其他社会力量和个人为补充的卫生事业。同时,在医疗保障体制方面,劳保医疗已经无法同经济体制相契合。在这种情况下,以社会医疗保险取代原有单位制的劳保医疗制度成为城市医疗体制改革的主要方向。1998年是我国城市医疗体制改革的一个分水岭,中央制定了在全国范围内建立“城镇职工基本医疗保险制度”的政策,初步建立起了面向城市各类社会人员的多层次的社会医疗保险体系。2000年2月,国务院又出台了《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》,提出了实行医疗机构分类管理,转变公立医疗机构运行机制;实现医药分别管理,分开核算等政策措施。

这一阶段医疗体制改革主要围绕城镇多元医疗保障系统的建立,以及农村基本医疗服务的普及问题而展开。由于经济政策的转变,医院的形式出现了多元化的格局,医疗市场竞争态势逐渐形成。

(3) 第三阶段:21世纪的新发展

这一时期,国家只保部分医院,大部分医院将进行改制,医院之间的竞争更加激烈,医院的经营模式会发生很大的变化,市场化程度越来越高,管理与营销将成为医院发展的动力,真正的医院管理时代将要来临。

2003年,党的十六届三中全会提出建立现代产权制度,大力发展混合所有制,使股份制成为公有制的主要实现形式。在这样的背景下,2004年4月,卫生部出台了《深化城市医疗卫生服务体制改革试点的意见》,明确提出:打破公立医院垄断,促进多种所有制医疗机构有序竞争,积极吸收社会资金发展城市医疗服务。此次改革的目的在于建立现代医院产权制度,确立医院法人实体和市场竞争主体的地位。2005年7

月1日,国家卫生部部长高强发表了“发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献”的报告。提出在社会主义市场经济体制条件下,发展卫生事业需要引入市场机制,但必须坚持三个基本原则:一是坚持走适合我国国情的发展道路不能变,不能盲目照搬国外的发展模式;二是坚持为人民健康服务的宗旨和公益性不能变;三是政府承担公共卫生和维护居民健康的责任不能变,增加卫生投入,提供卫生服务,加强医疗卫生监督,依然是各级政府的重要职责。2007年,我国卫生工作的总体要求是:以建设基本卫生保健制度为核心,推进农村卫生、社区卫生和公共卫生健康发展,推进医药卫生体制改革,提高医院管理水平,加强卫生人员队伍建设,努力解决群众看病难、看病贵问题,为促进社会主义和谐社会建设做出贡献。

目前,国务院、卫生部和相关机构正在积极地探讨新的医疗体制改革方案,力求在总结以往医改经验的基础上,制定出符合我国现阶段发展水平和医疗体制现状的、被人民群众所广泛接受的、成效良好的医疗体制改革措施。

2. 我国医疗体制改革现状及问题

20年医疗体制改革的实践,在总体上取得了一定的成效。与计划经济时期相比,医疗服务机构的数量、医生数量以及床位数量,都有了明显的增长;医疗技术装备水平全面改善,医务人员的业务素质迅速提高;同时,医疗保险制度也在逐渐展开和不断完善。总的来说,医疗资源日趋丰富,医院竞争态势逐渐形成,医疗服务整体水平大幅提高。但是,与此同时,医疗体制改革也面临着很多问题。主要表现在以下几个方面。

(1) 医疗服务不均衡现象严重

我国目前的医疗资源存在着明显的不均衡现象,公平性严重下降。城乡之间、地区之间、社会阶层之间享受的医疗服务差距越来越大。据统计约有80%的医疗资源分布在大城市,而只有20%在农村,这其中又有30%集中在大医院。同时,医疗制度改革后,城镇居民中的一些弱势群体脱离了基本医疗保障,不同社会成员医疗卫生需求的实际被满足程度,由于收入差距的扩大而产生了较为严重的两极分化。在2000年世界卫生组织对成员国卫生筹资与分配公平性的评估排序中,中国列188位,在191个成员国中处于严重不平衡之列。

(2) 医疗保障覆盖面小

我国的医疗保险体系主要包括两个方面:一是社会医疗保险,二是商业医疗保险。目前,我国社会医疗保险的现状是多种改革模式并存,而商业医疗保险在我国发展得很不充分,并且存在着技术难度大、运作成本高、产品的市场价格接受程度低、税收不减免、外部环境配合不好等障碍。这样的体制使得改革以来,我国城乡社会医疗保障的覆盖人群范围不断缩小。在城镇,现有医疗保险制度的重心是为职工投保,没有考虑到没有工作的职工家庭成员,因此,儿童以及原来没有单位的老人成为医疗保障实现普遍覆盖的盲点。另外,目前的城市医疗保险虽然名为社会保险,但却缺乏社会保险应有的强制性。同时医保管理者把工作重心放在了如何控制费用上,而没有考虑如何有效地提高医保的效率性和公平性,使得保障功能大大丧失。

（3）医疗服务价格飞速上涨

医疗改革以来,特别是 20 世纪 90 年代以来,我国的医疗服务价格的增长及卫生费用的增长极为迅速,远远超过了居民收入的增长幅度。服务价格高的原因不只是因为医院收费构成不合理,药品和医用器材价格虚高,同时还由于某些医院医务人员欠缺医风医德,为了自身利益,收受药商回扣,集体做假药单,给病人开“大处方”,让病人做“大检查”,导致医疗服务价格攀升,也使“看病贵”成为公众对医疗体制改革结果不满的重要原因。

（4）医药合一的卫生医疗体制充满弊端

目前,我国医院是医疗服务的主要提供机构,同时又向患者出售药品,医药合一,以药养医。由于财政差额拨款对医院的补偿与医院作为事业单位提供公共卫生服务所需要的资金之间相差悬殊,医院为了自己的生存只能通过自己创收来解决这些问题。医药合一的医疗体制,使得医生利用对医疗信息的垄断地位,开大处方、大检查单。同时,医药企业为了向医院推销自己的药品,不得不通过送红包和给回扣的形式,贿赂医院领导和医生,使得医风医德经受挑战,而这种行为的结果又必然会转嫁到消费者身上,不只侵害了其经济利益,还使其身心受损。

（5）卫生投入的宏观效率低下,卫生资源浪费严重

改革开放以来,全社会的卫生投入水平大幅度提高。但尽管如此,由于我国人均卫生资源稀少,浪费严重,使得居民综合健康指标没有明显的改善,在某些领域特别是公共卫生领域,一些卫生、健康指标甚至恶化。在世界卫生组织 2000 年对 191 个成员国的卫生总体绩效评估排序中,中国仅列 144 位。

（6）城市社区与农村乡镇基层卫生体系不完善

基层卫生机构是最接近群众就医的医疗服务部门,但由于卫生资源有限,医疗技术力量不强,基础设施欠缺,医疗服务质量偏低,使公众对其缺乏信任,而不愿前往就医。这样的结果是造成大医院就医压力过重,出现“看病难”的问题,而基层医疗机构门可罗雀,形成恶性循环。事实上,基层卫生机构是社会医疗机构体系的重要组成部分,倘若能够完善发展,对于提高人民的健康保障程度和我国医疗卫生资源的合理利用都会起到积极的作用。

（7）医疗服务市场化与政府监管缺乏有效协调及配合

我国医疗改革的目标是建立多层次、多元化的医疗供给体系和医疗保障格局。但我们在医疗卫生市场化的改革中,没有顾及医疗领域的特殊性,而是盲目地模仿企业市场化的基本方式,即政府只对大的公立医院给予定额的财政补贴,而将中小医疗机构全部放开。与此同时,我国目前的医疗服务机构 90% 以上为公立医疗机构,其规模与经济发展水平和政府财政承受能力之间存在很大矛盾。公立医疗机构仅保留“公立”的外壳,内部运行机制却出现了市场化的倾向。而市场本身存在着不可避免的弱点,在没有有效的政府宏观调控和监督指导的情况下,必然会出现一系列问题。

3. 我国医疗改革的发展方向和改革路径

（1）政府导向与市场机制相结合,充分发挥政府的作用

市场并不是万能的,尤其是在公共事业领域,市场的弊端会集中地凸显。对所有医疗机构盲目进行市场化改革,而忽视医疗服务产品和市场的特殊性,必然降低医疗卫生事业的公益性和公平性。因此,必须充分发挥政府在其中的调节监控作用。具体而言,政府的主要职能包括:

首先,要明确制定医疗卫生事业发展的基本目标,主导医疗卫生服务体系的建设。制定相关法律政策,创造良好的医疗事业发展环境,保障公民有公平的医疗保障权。制定统一的医疗卫生服务的地域布局 and 区域卫生规划,避免医疗卫生资源分布的不平衡性,确保医疗资源分配的公平性。

其次,合理增加对医疗卫生事业的投入。在医疗融资方面,政府要保证每年的公共卫生支出有所增长,同时要通过政府的各种政策和手段,动员社会资金为医疗卫生融资。

同时,要制定统一的卫生法律制度,以整治药品和医疗器械生产、流通、消费等环节的市场秩序。提高对医疗服务市场竞争行为及医疗服务标准和质量的控制力度。对药品和医疗器械生产企业实行严格的生产许可制度、质量检查制度和等级管理制度。完善药品价格管理机制,合理确定相关产品价格,保证医疗服务的价格合理。

(2) 完善医疗保障体系,逐步实行全民健康保险

充分考虑我国的现实情况,特别是城乡经济水平的差距,还不可能在短期内实现全面的全民健康保险。但是,可以从不同层次的保险模式开始,并且完善社会保险和商业保险制度,加强两者的有效协作。当整个社会的经济发展到更高的水平,其他的社会条件成熟之后,逐步建立覆盖全民的、一体化的医疗保障体系,使全体居民更高水平的医疗需求得到满足。

(3) 完善基层医疗服务体系

一方面,在城镇要积极开展社区医疗服务。加大对社区医疗服务经费的投入,提高社区医院的技术水平和服务水平,为社区医疗服务提供有力的人力资源保障,使社区医院成为公众信赖的医疗服务机构。

另一方面,在农村要加强乡镇卫生院的建设与发展。首先要加大对基层乡镇医疗卫生机构的资源投入,保证其医疗资源的充足完备,以解决农民看病难的问题。同时要提高其技术水平和医疗服务质量。

(4) 医疗机构实行分类管理

对于现有卫生医疗机构,按照公立医院、非营利性和营利性进行划分。对于公共卫生服务部门如妇幼保健院、疾病预防控制中心,以及群众的基本医疗保障的部分,属于公共产品和服务,应该由政府负责,主要面对低收入群体、贫困人群和特殊人群,提供基本医疗服务。对于非营利机构,应当在国有投资占主体的情况下,拓宽投资主体,以增加医疗服务的供给。对于营利性医疗机构,应在政府监管的情况下,实行市场化运作,主要面向对医疗服务有更高需求的高端客户,以增强医疗服务市场的竞争性,提高医疗资源的利用效率。

(5) 实行医药分家

逐步推行医院只负责提供诊疗服务,药品则严格区分处方药和非处方药,由药店