

联合国开发计划署 / 世界银行 / 世界卫生组织

热带病研究与培训专项研究基金资助项目

This investigation received financial support from the UNDP/World Bank/WHO
Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

基层医院股份合作制研究

STUDY ON PUBLIC PRIMARY HOSPITALS' SHAREHOLDING-COOPERATIVE TRANSFORMATION IN URBAN AND RURAL CHINA

李卫平 宋文舸 著

学苑出版社

联合国开发计划署/世界银行/世界卫生组织

热带病研究与培训专项研究基金资助项目

This investigation received financial support from the UNDP/World Bank/WHO
Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

基层医院股份合作制研究

Study on Public Primary Hospitals ' Shareholding – cooperative Transformation In Urban and Rural China

李卫平 宋文舸 著

by Li Weiping and Song Wenge

学 苑 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

基层医院股份合作制研究/李卫平,宋文舸著
-北京:学苑出版社,2000.03

ISBN 7-5077-0211-1

I. 基… II. ①李… ②宋… III. 医院-股份制
-经济体制改革-研究-中国 IV. R 199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 04201 号

基层医院股份合作制研究

著 者 李卫平 宋文舸

出版发行 学苑出版社

(北京市海淀区万寿路西街 11 号 100036)

经 销 新华书店

印 刷 三河市腾飞胶印厂

规 格 850×1168 毫米 32 开本 9.5 印张

字 数 220 千字

版 次 2000 年 3 月北京第 1 版

印 次 2000 年 3 月北京第 1 次印刷

印 数 0001—5000 册

定 价 16.00 元

(如有印装质量问题,承印厂负责调换)

写在前面

《基层医院股份合作制研究》一书系联合国开发计划署/世界银行/世界卫生组织热带病研究与培训专项基金（UNDP/World Bank/WHO.TDR）于 1998 年 2 月资助的研究项目——“公立医院股份制改造的可行性研究”的一部分。全书由研究主报告、主报告英文稿、已公开发表和未公开发表的研究论文构成，并把调研过程中收集到的部分地区性的股份合作制指导意见和章程附录于后，以供读者参阅。

股份制和股份合作制是两种不同的组织制度。由于在原项目申请标书中，关于公立医院的股份制改造的形式包括了“内部股份制”即股份合作制，而且在医疗机构的制度变革实践中，广泛存在的是基层医院的股份合作制改造，因此在后来的研究设计中，我们把公立医院股份制改造的形式分为股份制、内部职工持股和股份合作制三种形式，并对股份合作制引入卫生部门后所产生的效果和存在的问题作了定性和定量分析。

我们的研究不是从卫生事业的性质、特征出发，去论证医院该不该实行股份合作制，而是把基层医院股份合作制改革放在宏观经济体制和社会变革的大背景下，分析这一制度变革的动因和社会经济条件。我们认为卫生部门从来就不是独立于社会经济体系之外的，它是国民经济各部门的一个组成部分，处在国民经济的整体循环中，属于第三产业。改革开放以来，中国宏观经济和社会环境发生了巨大变化，经济体制的变革必然

对卫生部门产生深刻影响。社会主义市场经济体制的建立，使计划经济体制下形成的卫生资源配置方式受到挑战，尤其是财政体制的改革，使原来纵向垂直的计划配置卫生资源的链条断裂。医疗机构如何向市场融资，吸纳社会 and 私人投资，都需要从理论上和实践上加以探索。一部分基层医院为生存所迫，走上了探索股份合作制的道路是一种现实选择，它们的存在，有其现实合理性。我们的研究就是要分析和总结他们的实践活动，进行深入的理论探讨，并力求从制度上加以规范，从政策上给予引导，使之健康发展。

在承认基层医院股份合作制改革的现实合理性的基础上，我们对其地区模式进行了一定的透视分析。股份合作制之所以首先发轫于温州，有其社会经济和文化背景。温州人多地少，资源有限，作为 50 年代的“前线”，60 年代的“火线”，70 年代的“短线”，国有经济成分所占比重较低，改革开放给了温州发展的机遇。温州经济以专业市场为导向，在个体经济和私营经济迅猛发展的基础上，诞生了联户经营的股份合作制企业，并正在试图突破地缘、血缘关系，向着现代股份经济演进，形成了共和国经济发展史上的“温州模式”。

当你置身温州时，会处处感到温州人不安于现状，敢于投身市场竞争的精神。这种自力更生、自强不息的精神与温州人对以血缘、乡谊为纽带的社会群体的眷恋巧妙地结合，产生了温州的股份合作制。通过与温州卫生院职工的接触、交谈，以及了解了在改革过程中发生在他们身上的一个个的故事，我们明白了温州卫生院的职工较早地经受了市场的洗礼，对市场经济有较深的理解，他们没有把股份合作制当作一个新的“小锅饭”，而是通过合理的制度设计，激励人人去努力工作，以个人的勤奋工作，得到自己应得的一份报酬，同时以个人的贡

献，促进医院集体事业的发展壮大；在合作中承认差别，在承认差别的基础上去积极合作，正是温州卫生院职工对股份合作制的独特理解。

内地一些省市城乡基层医院的股份合作制改革是在外部环境相对不够宽松的情况下进行的。受外部经济社会环境的制约，其改革操作还带有一些旧体制的痕迹，改革的进程时时受新旧体制摩擦的困扰。改革的成效与改革的艰难相伴，改革者的辉煌与改革者的苦衷共存。

卫生产业是一个特殊产业，医疗服务具有不同于一般商品的特殊性。我们在对浙江省温州市、四川省达川地区、沈阳市大东区等地城乡基层医院股份合作制的不同地区模式进行分析的基础上，对同一地区的股份合作制卫生院与非股份合作制卫生院的服务效率、费用水平、是否存在过度服务、门诊病人对医院服务的满意度、卫生院防保工作质量等做了比较分析。我们认为基层医院所提供的服务是一种综合的、通科化的社区卫生服务，在一定区域范围内具有多个供给者，卫生室和个体医生是其门诊服务的替代品，区县以上的其它专科化大医院则是其住院服务的替代品。而需求方的状况则正如在社区中通常所见的，在常见病和多发病的治疗上，患者表现出来的常常不是“消费者无知”，而是“消费者有知”。因此，在经济发展达到一定水平、交通相对便利的地区，在执业准入和行医规范的约束下，只要消费者具有自由择医的选择权，基层医院就不太容易提供过度服务。社区居民与基层医院之间长期的、“有记忆”的“交易”过程所形成的有效监督和社区卫生服务市场的竞争，对基层医院的行医行为具有一定的约束。因此，社区基层卫生服务组织完全可以采取多种财产组织形式去发展，既可以是政府投资或社区投资，也可以是私人或其它非政府组织投

资，只要制定好市场准入和执业规则，消费者的利益就不致于受到损害。而政府在社区基层卫生服务中的作用，除了在经济上扶持社区卫生服务机构的发展，为居民购买预防保健等公共卫生服务外，还有一个重要作用就是向消费者发布信息，增加消费者的医疗保健常识，不断增强消费者的选择能力，矫正“信息不对称”，提高社区卫生服务市场的运行效率。

在书中，我们依据大量的事实和数据支持，对城乡基层医院股份合作制改造的利弊、改制的条件、存在的问题等进行了探讨。基层医院能不能实行股份合作制，在卫生部门一直存在着争论。一种观点认为股份合作制是公有制的一种实现形式，是 50 年代联合诊所在新形势下的螺旋式上升，是劳动者的劳动联合和劳动者的资本联合的实现形式，较之“一大二公”的集体一元化产权结构的集体所有制卫生院，它是一种产权明晰基础上的劳动者的联合，具有“杂交”优势。另一种观点认为股份合作制是一种尚未成型的企业制度，而且具有明显的营利性质，背弃了卫生事业是体现一定福利政策的公益事业的属性，不适合在医疗卫生部门推行。

这一争论向我们提出了两个问题：第一，基层的或社区的基本卫生服务是不是只能由政府投资的医疗机构提供？近年来，人民群众的医疗保健需求水平迅速提高，需求结构也发生了变化。回首 80 年代初，呈现在我们面前的是医疗卫生服务的“短缺”现象，对此人们一直说是政府投入不足造成的；进入 90 年代，人们又发现从卫生资源总量上看是供大于求，医院的门诊和住院服务利用率下降，同时政府的投入又难以维持现有医疗设施的运转。但是如果从供给体系的服务结构和体制、机制层面上看，就会发现医疗保健服务存在着结构性供给失衡和制度性供给不足的问题。所谓“结构性供给失衡”是指

有社会需求的基本医疗保健服务（如社区卫生服务等）没有得到充分有效提供，而患者不需要或难以负担的医疗服务（如专科化大医院的高技术设备的过度利用等）却被大量地提供出来。当前全国城乡大批基层院所面临的一个类似问题，就是既不能提供对消费者来说“适销对路”的医疗保健服务，又不具备提供专科化服务的能力，即所谓“专科专不上去，通科通不起来”，因而门庭冷落，处于“上不着天，下不着地”的尴尬境地。所谓“制度性供给不足”是指长期以来医疗机构的单一公有制（全民所有制和集体所有制）造成的制度单一，使部门内缺乏竞争，卫生机构内部人浮于事，缺乏生机和活力，政府的投资效率低下。这种单一公有制所造成的体制僵化、“官医”作风，对社会需求变化反应迟钝，也是当前城乡基层医院陷入困境的原因之一。因此我们提出了应当探索医疗机构产权制度的多元化，允许一部分公立医院（全民所有制和集体所有制）根据具体情况选择不同形式的改制、重组、转型，形成以公有制为主体，多种所有制和多种经营方式并存，适应社会主义市场经济体制和健康需求多样化的卫生服务供给体系。

争论所提出的第二个问题是：卫生投资可不可以讲回报？从资本运营的一般规律讲，资本不仅要保值，而且要增值，要追求一定的盈利。但是从建国以来对卫生事业的定性看，一直把卫生事业视为具有福利性质的公益事业，因此医院的投入也主要由政府财政包揽。改革开放后，随着地方经济的发展，出现了企业捐资办医院和海外侨胞、港澳台胞捐资办医院的新情况。然而捐资不等于投资，捐资于医院的资金变成了公有财产，投资于医院的资金则是产权明晰的私人财产，并要求投资回报。

我们认为卫生产业是一个特殊的产业，完全按照企业化的

一般运作机制办卫生，把追求利润最大化作为卫生发展的目标是错误的；但是完全排除卫生的产业属性，完全排除卫生的社会投资和私人投资及其投资回报，只允许按公益事业一种模式来办医院也未必是全面的、妥当的。因此应当按照市场经济运行的要求，对改制医院区分营利性和非营利性，实行分型管理。通过医疗机构立法来规范各类医院的经营行为，吸纳社会和私人投资发展医疗卫生产业，调动社会 and 私人力量办医院的积极性。可以说，我国卫生产业的发展所缺少的不是投资，而是缺少新的观念和新的投资机制。因此在本书中，我们提出了对改制医院区分营利性与非营利性的观点。非营利性医院不等于没有盈利，只是对盈利不进行分配。对于收支结余进行红利分配的医院，其经营行为属于营利性，其经营所得应向国家纳税；对于收支结余用于事业发展，并承担预防保健等社会卫生服务的医院，应视为非营利性机构，享受国家的减免税费政策，并可以接受社会捐赠。企业用于捐助非营利性医院的所得，可以减免企业所得税。

对医疗机构分型管理的好处是可以保护和促进非营利性医院的发展，鼓励企业和社会团体捐资于非营利性医院。对于营利性医院来说，也可以通过投资回报机制吸纳社会和私人投资获得发展，同时使社会获得满足多层次医疗保健需求的好处。

在实地调研中，我们发现基层医院实行的股份合作制普遍具有合作制特征。他们多采取合作成员自愿入股，并全员相对均衡持股；实行民主管理，一人一票表决制；部分卫生院还设立了成员的内部资本帐户；对入股资金的分红额都具有一定限制，结余分配中具有劳动返还即劳动分红的因素；承担预防保健、妇幼保健、健康教育等社区公共卫生服务的任务等，表现出明显的非营利性质。我们认为基层医院应以非营利性医院为

主体，然而非营利性医院不等于完全由国家投资，它可以广泛吸收社区的投入、企业的投入、医务劳动者个人和其它非政府组织的投入。而现行的股份合作制通过引导、规范，可以成为这种投资运营的制度形式之一。上述基层医院股份合作制所表现的合作制特征与社区医院的非营利性性质是吻合的。因此对基层医院的股份合作制不应横加限制，而应结合卫生部门的实际，按照合作制的原则规范发展，使之既可以扩大医院的融资，转换现行公立医院的经营机制，又可以保持其作为基本医疗服务提供者的非营利性性质。

在本书中，我们试图结合卫生部门的实际，运用经济理论对一些问题作出分析，但由于水平有限，常常感到力不从心。本书算是我们分析医疗卫生部门制度性变革的一次尝试，也算是对中国的卫生经济学研究尽一点绵薄之力，并谨以此书就教于从事经济学研究和卫生政策研究的学界同仁。

在我们撰写研究报告时，眼前常常浮现出那些常年战斗在基层卫生工作第一线的基层医院院长和职工们的身影，一张张熟悉的面孔写满了艰辛和疲惫。我们深深感到他们是中国基层卫生工作的脊梁！尤其是农村卫生院的职工们，是他们撑起了中国农村卫生工作的一片蓝天。他们中的许多人把自己的医疗技术、满腔热忱，直至毕生精力奉献给一方百姓。在激荡的改革大潮中，在卫生院大面积衰落的风云中，他们以自己的智慧和胆识进行机制变革和制度创新，求得再生。在此，我们再一次向他们表示深深的敬意！

在调研过程中，温州卫生系统的郑国荣、项兆敏同志、沈阳卫生系统的华祖兴、王子一同志、达川卫生系统的林守渊、郝成科、王洪金同志、河南卫生厅的朱洪彪同志、山东卫生厅的舒德峰等同志和我们进行了广泛而深入的讨论。尤其难忘的

是那些一路颠簸途中的争论，月落星稀而意犹未尽的促膝交谈，都使我们受益匪浅。有些地区的调研虽然没有直接写进研究报告，但是在与这些同志的讨论中所得到的启发和达成的共识都已融入了我们的研究成果中。当然书中的疏漏与不当之处完全由作者本人负责。

屈原云：路漫漫其修远兮，吾将上下而求索！我们愿以此言与中国卫生改革的研究者和实践者以及读者共勉！

李卫平

于卫生部卫生经济研究所

1999年11月16日

FOREWORD

The book *The Study on the Shareholding – cooperative Transformation in the Urban and Rural Primary Hospitals* is one the outcomes of the Project “Feasibility Study on Public Hospitals’ Shareholding Transformation” which is funded by the UNDP / World Bank / WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

This project was originally applied by Wang Lusheng, the Vice Director of China Health Economics Institute, and Wang Mei, the Associate Professor, China Health Economics Institute. Meng Jianguo of division chief the Department of Planning and Finance, MOH, promised to support the Project on behalf of the Government. Then the Project obtained funding from the relevant international organizations. In the autumn of 1997 when I returned from a study course, Wang Mei recommended me to be in charge of this Project and this was consented by the Institute. Mr. Wang Pan also joined me in this Project. Later, I invited Prof. Song Wenge and a young teacher Zhu Peihui, of the Chinese Medical University, to participate in the Project. After over one year of hard work, we handed in the research reports to the concerning international organizations and policy recommendations to the Ministry of Health, the other relevant governmental agencies.

The shareholding system and the shareholding – cooperative system are two different systems. Since in the original bidding documents, the so – called “internal shareholding system”, that is, the shareholding – cooperative system, was included in the types of shareholding re-

form models in the public hospitals, and what is more, this type of reform was broadly existing in the primary hospitals, therefore in our later research designs, we classified the shareholding models in the public hospitals into three kinds: the shareholding, the internal employee share - holding and the shareholding - cooperative. We did qualitative and quantitative analyses on the effects and problems resulting from the introduction of the shareholding - cooperative system into the health sector. We analyzed different models of the shareholding - cooperative practice in both urban and rural primary hospitals in Wenzhou City, Zhejiang Province, Dachuan Prefecture, Sichuan Province, Dadong District, Shenyang City, and so on, and we also compared the shareholding - cooperative township hospitals and the non - shareholding ones in term of their service efficiency, costs, over - provision of services, satisfaction of the outpatients, the quality of preventive services, etc. Based on the facts and data, we made an exploratory study on the advantages and disadvantages of the shareholding - cooperative reform, the required conditions to make the reform happen, the problems brought about by the reform and so on. We attempted to combine the economic theories with the practical situation in the health sector in analysing the existing problems, but we often felt that our abilities fell short of our wishes. Our book and study is only a tentative analysis of the institutional change in the health sector, and is a small contribution to the Chinese health economics researches. We look forward very much to comments from our colleagues in the field of economic and health policy researches.

When we were composing this report, the images of the leaders and the staffs of the primary hospitals, working at the very Primary lev-

el for years, often appeared before our eyes. I could see the year – after – year hardships and tiredness on their faces. I have a strong feeling that they are the backbone of the primary care teams in China! Among them, the rural health workers in the township hospitals deserve special applause: it is them who have carried the heavy burden of rural health care on their shoulders! Many of them offered all of their knowledge, skills, warmheartedness and even their whole life to the people they are taking care of. In the stormy waves of the reform and the comedown of many township hospitals, they still have the courage and wisdom to revive by introducing mechanism reform and institutional innovation! We can 't help giving our high respects to them!

Many health organizations and authorities have offered enormous help to this study, among whom are the Departments of Health of Zhejiang Province, Shandong Province and Henan Province; the Municipal Health Bureaus of Kaifeng and Xinzheng (Henan Province), Wenzhou (Zhejiang Province) and Shenyang (Liaoning Province); the Ou hai District and Yueqing county Health Bureau of Wenzhou City; Dachuan Prefecture Health Bureau in Sichuan Province; County Health Bureau of Dazhu and Daxian (Dachuan Prefecture); and the Dadong District Health Bureau of Shenyang City. Our special thanks go to Zheng Guorong, and Xiang Zhaomin of Wenzhou City, Hua Zuxing and Wang Ziyi of Shenyang City, Hao Chengke, Lin Shouyuan and Wang Hongjin of Dachuan Prefecture, Shu Defeng of Shandong Provincial Health Department, Zhu Hongbiao of Henan Provincial Health Department, and many others, for their broad yet deep discussions with us during the study. Many of the discussions were happening in the bumping vehicles on the way or continued to late at night when the participants were re-

luctant to finish the discussions. We benefited greatly from all these talks. Our experiences in some places were not written into the report, but the enlightenment and agreements we got from these discussions were already reflected into the fruits of the study. However, the authors of the report are fully responsible for any errors and mistakes in the report.

During the process of the research, Mr. Meng Jianguo of the Planning and Finance Department, MOH, Mr. Wang Lusheng and Associate Prof. Wang Mei of China Health Economics Institute, and Associate Prof. Wu Ming of the Beijing Medical University offered a lot of enlightening advice to me in the study design, methods of analysis as well as the design of the questionnaires. Dr. Fu Xijuan of the Capital University of Medical Sciences helped translate the Chinese script into its English version. Prof. Wei Ying and Zhao zhuyan, ex - Directors of China Health Economics Institute, Liu Xinming, the Head of the Planning and Finance Department, MOH, Prof. Cai Renhua, Director of China Health Economics Institute, all kindly provided their help in different ways when we encountered difficulties. We are indebted to all of them for their generous help!

As an ancient Chinese saying goes: "Notwithstanding the road is long and hard, nothing could stop my quest for goals!" I hope this motto can be a common encouragement to us as well as to the pioneers in the Chinese health care reform and the readers.

Li Weiping

China Health Economics Institute

November 16, 1999

目 录

中文前言	(1)
英文前言	(9)
《基层医院股份合作制研究》英文提要	(3)
《基层医院股份合作制研究》中文报告	(71)
一、城乡基层医院股份合作制改革的背景	(71)
(一) 宏观经济环境的变化	(72)
(二) 改革的政治环境及理论基础	(73)
(三) 城乡基层医院股份合作制改革的直接动因	(74)
二、股份合作制及相关概念的界定和论点	(76)
(一) 股份合作制的概念界定及特征	(76)
(二) 与股份合作制相关的若干概念	(80)
三、城乡基层医院股份合作制概述	(84)
(一) 城乡基层医院股份合作制的产生与发展	(84)
(二) 城乡基层医院股份合作制的分布状况	(86)
(三) 城乡基层医院股份合作制的分类	(86)
四、城乡基层医院股份合作制改造的地区模式 ..	(89)
(一) 温州市乡镇卫生院股份合作制	(90)
(二) 达川地区乡镇卫生院股份合作制	(99)
(三) 沈阳市大东区城市基层医院股份合作制	(106)

五、城乡基层医院股份合作制改造的评价	(110)
(一) 资料与方法	(111)
(二) 调查结果	(113)
(三) 结果分析	(123)
六、结论	(124)
(一) 城乡基层医院股份合作制改造的利弊	(124)
(二) 股份合作制基层医院是否提供过度服务	(125)
(三) 股份合作制基层医院的生存与发展	(126)
(四) 城乡基层医院的股份合作制改造能解决什么问题.....	(127)
(五) 城乡基层医院股份合作制改造是否可行	(128)
(六) 基层医院股份合作制改造的条件	(129)
七、政策建议	(130)
(一) 制定相关政策法规, 积极规范公立医院的股份 合作制改造	(130)
(二) 对改制医院区分营利性和非营利性	(131)
(三) 规范操作, 确保国有资产不流失	(131)
典型调查报告	(137)
(一) 温州市乡镇卫生院股份合作制案例调研.....	李卫平 (139)
(二) 沙城镇卫生院股份合作制为什么能够成功.....	李卫平 (149)
(三) 海安镇卫生院股份合作制稳定运行的调研报告.....	朱佩慧 宋文舫 (157)