

宿迁市医疗卫生体制改革考察报告

清华大学公共管理学院

《宿迁市医疗卫生体制改革研究》课题组

2006年11月

Investigation Report
On
The Reform of the Medical Service and Public Health System
in Suqian

By
The Project Team on the Reform of the Medical Service and Public Health System in Suqian
Under
School of Public Policy and Management (SPPM) of Tsinghua University

November, 2006

目 录

摘要	1
第一部分 考察的背景、对象与方法	18
1. 考察的背景	18
2. 考察的对象	18
3. 考察的方法	19
第二部分 改革的背景及相关准备	21
1. 改革者对医疗卫生体制改革的基本认识	21
2. 改革前的医疗卫生状况	23
3. 改革的动因	25
3.1. 财政压力与政府的错位	25
3.2 机制创新与政府的主动改革	27
4. 改革的准备	29
4.1 为什么要改革?	29
4.2 改革的方向	30
4.3 改革的总体目标	30
第三部分 改革思路、内容及过程	31
1. 改革的思路	31
2. 改革的内容	31
3. 改革的过程	33
3.1 改革的先期实践——沭阳的经验	33
3.2 改革的全面推行	34
3.3 改革的特征	37
第四部分 改革的成效与问题	39
1. 对“看病难”问题的考察	39
1.1“看病难”问题的随机考察	39
1.2 医疗服务需求的变化	40
1.3 医疗服务供给的变化	43
2. 对“看病贵”问题的考察	47
2.1 消费者对医疗服务价格的满意度考察	47

2.2 对居民医疗服务承受能力的考察	48
2.3 医疗服务价格的变化	49
2.4 医疗服务价格变化的因素分析	53
2.5 医院收入与“看病贵”的关系：业务角度的考察	55
2.6 医院收入与“看病贵”的关系：服务供给角度的考察	62
2.7 医院收入与“看病贵”的关系：其它角度的考察	65
2.8 “看病贵”的另类考察：医疗服务相对价格的变化	67
3. 混合所有制下医院发展的可持续性考察	68
3.1 医院的竞争	68
3.2 医院的生存与发展	71
4. 政府对公共卫生责任的考察	76
4.1 公共卫生的现状	76
4.2 公共卫生的投入	77
5. 政府监管与医卫秩序的考察	82
5.1 政府监管理念与能力的考察	82
5.2 政府监管的主要内容及主要问题	82
6. 改革的成效与存在的问题	84
6.1 改革的成效	84
6.2 存在的问题	84
第五部分 综合评价	87
1. 综合评价	87
2. 对宿迁进一步改革的建议	87
3. 借鉴意义	89

版权声明

该研究报告版权归清华大学公共管理学院产业发展与环境治理研究中心（CIDEG）与原作者共同所有。未经授权不得以转载、发布、摘编或引用等其它方式使用该报告。已经授权使用的，应严格遵守中华人民共和国版权法，请在授权范围内使用，且任何引用或转载都应注明出处。违反上述声明者，将自行承担其相关法律责任。

摘要

清华大学公共管理学院《宿迁市医疗卫生体制改革研究》课题组于 2006 年 6 月—7 月，对宿迁市医疗卫生体制进行了为期四周的全方位考察。在此基础上，课题组认为，宿迁医疗卫生体制改革是一种积极的尝试，其经验与教训对经济欠发达地区，乃至全国的医卫体制改革都具有重要的借鉴意义。

一、改革的背景及相关准备

宿迁市医疗卫生体制改革是政府在财政压力极大背景下，寻求与市场经济相适应的医疗卫生体制的过程。改革前管办不分、医卫不分、医防不分、医药不分，医疗资源严重匮乏，医疗供需矛盾突出。同时，政府财政负担沉重，公立医院机制僵化，乡镇卫生院生存艰难，三级卫生防保体系名存实亡。

医卫体制改革是宿迁市场化改革的重要组成部分，理论准备比较充分，主动创新受到了上级政府的大力支持。地方政府对公共卫生和医疗服务概念进行了重新阐释，将医疗服务与公共卫生分开，并且明确了二者的不同属性。在此基础上界定了政府与市场、不同层级政府的责任、权利与义务。

二、改革的思路、内容与过程

（一）改革的思路

改革的整体思路是“理顺体制、盘活存量、借助外力、引进竞争、加快发展”。

理顺体制，即明确政府与市场在医疗与卫生服务提供中的分工。市场办医疗，政府不再直接生产医疗服务，政府的主要职能是发展公共卫生事业和对医疗服务的安全性和有效性进行监管；盘活存量，即将原有公立医院的存量资产置换，由单一的公有制向混合所有制转变；借助外力，即由封闭走向开放，吸引外部的人、财、物来增加当地医疗服务的供给；引进竞争，即给予各种类型的经济主体以平等的机会。

（二）改革的内容

改革目标在于重构以“四大分开”与“四大转变”为主要特征的新型医疗卫

生体制。

四大分开为“管办分开，医卫分开、医防分开、医药分开”。管办分开，指从办医主体上把办医者与管理者分开。政府不再直接开办医院，政府主要职责在于监管医院；医卫分开，指在将医疗与公共卫生属性分开的同时，将二者服务的生产分开。市场提供医疗服务，政府提供公共卫生服务；医防分开，指将医疗与防保两类不同性质的机构分开；医药分开，指从利益上把医和药两个行业分开。

四大转变指政府由补贴给供方向补贴给需方转变，定点医疗服务向自由选择转变，实物补贴向货币补贴转变，暗补向明补转变。

改革的实质是政府与市场的专业化分工，即医疗服务以市场提供为主，公共卫生以政府提供为主，政府对贫困者购买医疗服务提供资助。

（三）改革的过程

在沭阳县成功试点的基础上，宿迁市进行了以下的制度创新。

首先，改革防保体制。政府将乡镇防保职能从卫生院中分离出来。乡镇卫生院由政府举办，主要承担疾病预防、健康教育、卫生监督等公共卫生的职能，不从事一般医疗活动；乡镇医院由市场举办，从事基本的医疗服务。改革后，“一乡两院”的格局开始形成。防保体制改革的目标是构建“以市疾病预防控制中心为龙头，县疾控中心为骨干，乡镇防保所为基础，村级防保员为网底”的四级防保体系。

其次，改革卫生监督体制。宿迁市推行综合执法，将卫生系统内原属于医政、防疫、妇幼保健等部门的监督职能集中起来，形成一个独立的执法主体。综合执法明确了监督分工，增强了监督力度。

第三，改革医院体制。改革包括盘活存量和扩大增量两个层面。盘活存量指原有公立医院和卫生院的改制。扩大增量指放开医疗市场，鼓励民营医院发展。至2006年7月，宿迁市对全市乡镇以上135家医院中的134家进行了产权置换，单一公有制开始向混合所有制转变。政府采取了“积极鼓励、大力支持、正确引导、依法管理”的举措，为民营医院创造了良好的发展环境。改革的配套措施相对健全，改革后的监管有所加强。

第四，改革公共卫生保障体制。政府对公立医院产权置换后的资金专户存储，

专款专用。置换资金首先用于缴纳职工的养老、医疗和失业保险，其余的作为卫生事业发展基金，用于卫生事业的投入与发展。政府开始建构以“五大中心”、“两项监督”、“一个体系”（5-2-1）为主要框架的公共医疗卫生保障体制。“五大中心”指市、县疾病控制中心、医疗卫生救护中心、妇幼保健中心和市传染病防治中心、血液采供中心。“两项监督”指卫生监督和药品监督。“一个体系”指医疗保障体系。政府在城镇完善职工医疗保险制度，在农村推行以大病统筹为主要内容的新型农村合作医疗制度。

改革具有“整体性、彻底性，政府强力推动”等特征，做到了国有资产的保值增值。改革在内部相对平稳，在外部争论极大，其医院改革中的产权置换被认为是“卖光式”改革。

三、改革的成效与问题

专题组基于对“看病难”、“看病贵”、医院可持续发展、政府公共卫生责任、政府监管能力与医卫秩序等五大问题的全面考察，总结了改革的成效与问题。

（一）改革成效明显，阶段性成果比较显著

第一，“看病难”的问题基本解决，医疗服务能力和质量有所提高。

第二，“看病贵”的问题有所改进，医疗服务价格有升有降，价格明显低于周边省区。竞争降低了原有医疗服务的价格，新增医疗服务价格的提高主要归因于技术的提升与供给的增加。

第三，医院治理有所改善，医院、医生收入阳光化，“收红包”现象基本消失。公立医院垄断时期的许多顽疾得到很好解决。

第四，医院由垄断向不完全竞争转变，竞争经历了价格—服务—技术竞争向品牌竞争的转变。人才竞争成为医院生存和发展的核心问题。

第五，新型公共卫生防保体系基本框架已经形成，政府与市场开始各司其职。

第六，政府对医疗与公共卫生的监管理念开始转变，经济与法律手段为主、行政手段为辅的监管方式开始初步形成。

第七，政府财政压力开始下降，公共卫生投入大幅度增加，政府在卫生领域的职能开始正常发挥。

（二） 改革的问题

改革六年来，从改革的结果来审视改革的过程，可以发现有以下不足：

第一，改革的技术保障不足。政府没有充分意识到公立医院职工观念转变的难度，同时未能对原有医卫人员提供充分的保障，因而增加了改革的难度。

第二，公有资产转让过程中受让对象的选择欠妥，医院的经营受到影响。

第三，民营医院股权结构不合理，均股制影响到医院的长远发展。政策预期不稳定与资金约束加剧了医院经营中的短期行为。

第四，医疗服务结构欠合理，以药养医的经营模式依然存在。

第五，政府对公共健康的投入不足，政府的职能未能充分发挥。

第六，政府监管模式相对单一，监管独立性较差，监管能力制约了监管水平的提高。

四、综合评价

宿迁的改革是一种积极的尝试，它对经济欠发达地区医疗卫生体制改革具有明确的借鉴意义：

第一，欠发达地区应该在财政压力状态下主动求变，地方政府特别是领导者应该具有敢试敢闯的精神。政府要鼓励制度创新，并要建立相应的改革风险承担机制。

第二，医疗卫生体制改革应该在全方位市场化改革的基础上进行，单纯地进行医卫体制改革难以取得较大的成效，充分的理论准备与成功的试点对于改革成效的保证尤其必要。

第三，医卫体制改革中，产权明晰、整体规划、依法推进和技术保证非常关键，这是避免国有资产流失并保证改革成功的重要环节。

第四，市场竞争增加了卫生资源的供给，技术与服务能力的提高以及医院治理机制的改善是解决“看病贵”、“看病难”问题的基本保证，人才激励与约束是保证医院健康发展的关键环节。

第五，公共健康和医疗服务的属性不同，政府在这两个领域的定位要准确，各级政府的职责要明确。构建保障公民健康的公共健康和医疗服务提供机制

需要政府与市场的分工与协作，也需要良好的法治环境和完善的政府治理机制。

第六，混合所有制医疗机构的出现有助于完善政府与市场相结合的公共卫生和医疗服务供给机制。医院的所有制结构并不重要，重要的是要建立医疗机构和医疗服务的标准，这是政府进行监管的依据。

对全国医疗卫生改革来讲，宿迁改革的意义有二：一是必须区分政府在公共卫生和医疗服务中的职能定位。其次要制定医疗服务标准，并强化政府监管。

五、政策建议

（一）对宿迁下一步改革的建议

宿迁的医卫体制改革远远没有结束，下一步的改革应从以下方面着手：

首先，要防止体制复归，尽最大可能为医院经营创造稳定的预期。

其次，完善医院治理结构，促进医院良性发展。规范医院竞争秩序的同时要防止垄断的形成。

第三，政府要加大对公共卫生和医疗救助的投入，进一步完善卫生防保体系。同时，要完善低收费与价格监管相结合的公共卫生服务供给模式。

第四，加快医疗保险与新农合的进程，提高医疗保障资金的使用效率。

第五，政府要加强监管的独立性，监管的体制、方式、方法要现代化。

第六，要加强医生的自律教育，提高医保部门对医疗机构的监管水平。

最后，课题组认为，全方位地适应市场经济要求的改革是解决医疗卫生问题的根本。

（二）对中国医疗卫生体制改革的建议

卫生事业的发展是保障公民健康、构建和谐社会、提高国家竞争力的基础，政府的责任在于构建与社会主义市场经济相适应的公共卫生和医疗服务的提供机制。从宿迁的经验来看，政策的变革应该集中在以下点：

- 区分公共卫生和医疗服务的属性，科学界定政府的角色；
- 强化政府在公共卫生领域的责任；
- 构建多元化的医疗服务体系；
- 建立医疗服务提供标准和评价机制，强化政府的监督职能。

卫生事业的实质在于保障公民健康，抵制疾病风险是最基本的制度安排，这需要从源头做起。疾病风险源包括公共源和个体源，前者主要指不卫生的生活环境和生活习惯，后者主要指携带病症的个人。

- 抵制公共风险的制度安排

抵制公共风险，需要构建以改善公共生活环境，进行疾病预防和公共卫生教育为主要内容的公共卫生服务体系。绝大部分公共卫生服务需要政府以举办公共事业的形式提供，在极少项目上基于严格的财务监督可以实行收费制度。

- 抵制个体风险的制度安排

抵制个体风险，需要构建健康检验、疾病治疗与康复相结合的医疗服务体系。医疗服务要坚持“方便、可得”的原则，政府需要对供方和需方分别给予支持。

第一，对供方的支持。政府可以通过合理配置资源和提高服务能力来支持供方，从社区到城市中心建立多级医疗服务体系，以解决“看病难”的问题。基本医疗服务提供机制的多元化有利于动员各类社会资源的投入。政府的责任在于建立医疗服务提供标准和准入、退出的监管机制，而不是举办对基本医疗全包的医院。政府可以开办标杆医院和惠民医院，也可以在各类医院中投资建设惠民病房。

第二，对需方的支持。面对收入状况不同的医疗服务消费个体，政府的责任在于构建需方支持体系。政府可以忽略具有高消费能力的高收入群体，强制具有稳定收入的工薪群体建立社会医疗保险，并对困难群体提供医疗救助。

宿迁市政府明确区分了公共卫生和医疗服务的不同属性，为市场经济条件下卫生事业的发展奠定了理论基础。宿迁的改革强化了政府在公共卫生领域的责任，对政府在医疗服务领域的角色进行了积极的尝试，经验值得总结和借鉴。宿迁市面对“医药分不开”的无奈以及在“混合所有制医院”监管上的困难值得重视和深思。

课题组成员：

魏凤春：清华大学公共管理学院博士后，组长

杨 晶：清华大学公共管理学院博士生，成员

谢希明：清华大学公共管理学院硕士生，成员

郭小照：苏州大学文学院新闻学硕士生，成员

致谢

本研究报告由魏凤春博士执笔完成。在本项目的开展过程中，杨晶与谢希明在数据收集方面做了大量的工作，郭小照在数据收集过程中做出了积极的贡献。清华大学公共管理学院薛澜教授对报告提出了修改建议，杨燕绥教授对报告进行了最后审定。本人对上述人士的贡献深表谢意。但文中的观点与谬误均由本人负责。感谢 CIDEG 对该研究项目的资助，以保证该研究的顺利开展，如需了解本项目的后续研究进展，请随时关注 CIDEG 网站 <http://www.cideg.org.cn>。

Abstract

From June to July, 2006, our Project Team under the School of Public Policy and Management (SPPM) of Tsinghua University conducted a four-week all-rounded research project on the reform of the medical service and public health system in Suqian. Based on the research, our team arrives at the following conclusion: the reform is quite a proactive experiment from which experience and lessons can be drawn as major reference for reforms of the medical service and public health system in other economically underdeveloped regions or that of the whole nation.

Part I. Background of the Reform and Related Preparation Work

The reform of the medical service and public health system in Suqian is a process where the government of Suqian under great fiscal pressure sought a medical service and public health system compatible with the current market economy. Before the reform, the medical service and public health system was in a state of confusion without a clear line between management and execution, between medical service and public health sector, between medical service and disease prevention, or between medical treatment and medication. Suqian suffers a great deficiency of medical resources and the sharp conflict between the supply and demand of medical services. Meanwhile, the local government was faced with great challenges ranking from a great fiscal burden, an inflexible mechanism in the public hospitals, stagnant village and township clinics that were hardly making ends meet and a three-level public health maintenance and prevention system that existed in name only.

The reform on medical service and public health system which constitutes a key part of the marketization reform in Suqian, is based on sufficient theoretical preparation. Its initiative innovation receives great support from government at a higher level. During the reform, the local government redefines the concept of public health and medical service and separates public health from medical service while specifying the different nature of the two domains. Based upon that, clear boundaries are drawn between the government and the market and as well as between different levels of government in terms of their responsibility, rights and obligations.

Part II. The Rationale, Content and Process of the Reform

A. The Rationale for the Reform

The guiding rationale of the reform is to “rationalize the system, revitalize stock assets, seek external resources, introduce the competitive mechanism and accelerate the development.”

To “rationalize the system” is to specify the division of labor between the government and the market in the medical service and public health sector. The marketization of medical service ends direct government involvement in offering medical service and makes improving public health and supervising the safety and efficiency of medical service the key functions of the government; to “revitalize the stock assets” is to transfer the stock assets from their previous public ownership to a mixed ownership; to “seek external resources” is to open up and attract outside talents, funding and material resources to increase the supply of local medical service; to “introduce the competitive mechanism” is to grant equal footing to all types of economic entities.

B. The Content of the Reform

The objective of the reform is to restructure a new medical service and public health system featuring “four separations” and “four transformations”.

“Four separations” refers to the separation between management and execution, between medical service and public health sector, between medical service and disease prevention, or between medical treatment and medication. Separation between management and execution is to separate the actual management and running of medical service from the administration and supervision of those who operate medical services. Government no longer directly involves itself in the running of hospitals. Instead, it makes the supervision of hospitals its major responsibility; separation between medical service and public health sector means to specify the difference in nature between medical service and public health sector while at the same time specialize entities to provide the two different kinds of services respectively with the market taking care of the medical service and the government public health; separation between medical service and disease prevention means to separate institutions specialized in medical treatment from institutions specialize in disease prevention and health care; separation between medical treatment and medication means to separate the two interrelated sectors of medical treatment and medication.

“Four transformations” refers to the shift of government allowance from the supply party to the demand party, the transformation from the designated medical service system to a free-choice medical service system, the change from allowance in kind to allowance in cash and the replacement of covered allowance by open allowance.

The nature of the reform is specification between government and market with market as the main provider of medical service and government the main provider of public health and sponsor of medical service for the poor.

C. The Process of the Reform

The following are the institutional innovations of Suqian based on the successful experiment in Shuyang County.

First of all, reform the system of disease prevention and health care. The government takes over the function of village and township disease prevention and health care from local clinics. Local clinics sponsored by the government are mainly responsible for public health functions including disease prevention, health education, and sanitation supervision, but are not involved in any daily medical service practices. Village and township hospitals, on the contrary, are sponsored by the market and offer basic medical services. After the reform, a new pattern of “one village two medical institutions” begins to take its shape. The objective of the reform of the disease prevention and health care system is to construct a four-layer disease prevention and health care network with “the municipal disease control center as the leader, the county-based disease control center as its backbone, the village and township centers for disease prevention and health care as the foundation and the village-level staff for disease prevention and health care as the roots of the whole network.”

Second, reform the sanitation supervision mechanism. The city of Suqian promotes a comprehensive law enforcement practice by combining the supervision power that previously belonged to Medical Administration, Disease Prevention and Control and Women and Children Health Care Departments. The comprehensive law enforcement practice specifies the division of labor in medical supervision and enhances effective supervision.

Third, reform hospital system. The reform constitutes two layers, revitalize stock assets and increase medical supply. To revitalize stock assets means to reform the previous public hospitals and health centers. To increase medical supply means to open up the medical service market and encourage the development of privately-owned hospitals. By July, 2006, 134 out of 135 hospitals above village and township level have undergone property right replacement from single public ownership to mixed ownership. The government adopts a measure featuring “active encouragement, full support, rightful guidance and lawful management”, creating a favorable environment for the development of privately-owned hospitals. The supporting measures to the reform are relatively sound and the supervision after reform is enhanced.

Fourth, reform public health guarantee system. The government creates a special replacement account for the public hospitals for the money generated by the replacement of its ownership and earmarks every sum of the fund for specified purpose only. The replacement fund is first used to finance old-age pension, medical care and unemployment insurance. The remaining sum is put aside as a development fund for investing in and improving the public health sector. Besides, the government starts to

construct a Public Medical Service and Sanitary Guarantee System framed by “five centers”, “two types of supervision” and “one system” (5-2-1). “Five centers” refer to the Municipal and County Disease Control Center, Emergency Medical Service Center, Women and Children Health Care Center, the Municipal Center for the Prevention and Control of Infectious Disease, Blood Center. “Two types of supervision” refers to sanitation supervision and medication supervision. “One system” refers to the Medicare System. The government improves the Medicare system for employees in the city and towns while promotes a New Rural Cooperative Medical Scheme (NCMS) with comprehensive arrangement for serious disease as its major content.

The reform featuring of “integrity, thoroughness and forceful government promotion” managed to maintain and increase the value of state-owned assets. While the reform encountered little resistance from within the medical system, externally, it met with enormous controversy. The property right replacement policy in the reform of hospital system is seen as a “sell-all” reform.

Part III. The Effects and Problems of the Reform

The project team carried out an all-rounded investigation on five major questions or issues concerning “the difficulty of seeking medical treatment”, “the burden of expensive medical bills”, sustainable development of hospitals, government responsibility in public health and sanitation, government supervision capacity and proper order in medical service and public health sector. Our conclusion regarding the results and problems of the reform is as follows:

A. The reform has achieved obvious desirable results with the phasic achievement being the most prominent.

First, “the difficulty of seeking medical treatment” has been roughly solved. The capacity and quality of medical service has been upgraded.

Second, “The burden of expensive medical bill” has been more or less eased up. The price for medical service goes up and down but it remains obviously under the price level of surrounding provinces. Competition cut down the price of medical service before the reform. A price hike of new medical service mainly attributed to technical upgrade and increase of supply.

Third, hospital management has improved with the income of doctors and revenue of the hospital open up to the public and the phenomenon of taking bribes in the form of “red packets” has basically been rid of. Many perennial residues from the time of public hospital monopoly have been properly dealt with.

Fourth, the hospital sector has transformed from monopoly of public hospitals to an incomplete competition which went from price competition, to service competition, then to technological competition and finally brand competition. The competition of talents now becomes the core issue for the survival and future development of hospitals.

Fifth, a new Public Health System for Disease Prevention and Health Care has formed its basic framework with market and the government taking charge of different responsibilities.

Sixth, the government has redefined its concept of supervision over medical service and public health. A new supervision pattern with economic incentives and legal regulation as the main body and administrative measures as a supplementary has taken its initial shape.

Seventh, with government fiscal pressure starting to come down, government investment in public health and sanitation has greatly increased and the government starts to functions properly in the public health sector.

B. Problems of the Reform

Looking back at the six years of reform, we have noted the following problems when we tried to examine the process of the reform by its results:

First, the technical support to the reform is insufficient. The government has neither been fully aware of the difficulty to transform the mind of the employees in public hospitals nor provided sufficient guarantee for former staff of the public hospitals. Thus, it makes the reform even more difficult.

Second, during the replacement of public assets from public ownership to a mixed ownership, the recipients of the ownership have not been well chosen which affects the proper running of the hospitals.

Third, the equity structure of the privately owned hospitals is not reasonable with the practice of every shareholder holds the same amount of share blocking the future development of the hospital. The operation of those privately owned hospitals focused on short-term interest due to an uncertain prospect of government policy and financial restraint.

Fourth, the structure of the medical sector still remains unsound. The old business pattern of using medication revenue to support that of the medical treatment service is still in place.

Fifth, government investment in public health sector still remains insufficient. As a result, government's role in this domain has not been fully explored and realized.

Sixth, the government has a relatively simple single supervision pattern with limited independence. The limitation on government supervision capacity restrained possible improvement of the standard of supervision.

Part IV. Comprehensive Assessment

The reform of the medical service and public health system in Suqian is quite a proactive experiment from which experience and lessons can be drawn as major reference for reforms of the medical service and public health system in other economically underdeveloped regions.

First, those economically underdeveloped regions faced with fiscal pressure should actively seek reform and transformation. Local government, especially government leaders, should have the courage and spirit of innovation to try out reforms. The government should not only encourage institutional innovation but also create a correspondent safety network handling the risks of reform.

Second, the reform of the medical service and public health system should be based upon an all-rounded marketization reform. Reform of the medical service and public health system alone is difficult to make great achievement. A sufficient theoretical support and successful pilot reforms are essential guarantees to the success of the reform as a whole.

Third, a clear property right, overall planning, legal promotion and technical support are key to the reform of medical service and public health and are the major steps to avoid the loss of the value of state-owned assets and to ensure the success of the reform.

Fourth, market competition increase the supply of public health resources while improvement of technology, medical service as well as hospital management mechanism are basic guarantees of solving issues like "the difficulty of seeking medical treatment", "the burden of expensive medical bills". A mechanism of incentive and constrain to talents is a key step to the healthy development of the hospitals.

Fifth, in the light of the difference in nature between the products of the public health and those of medical service, the government should well define its role in those two sectors with government at each specific level handling specific responsibilities. Division of labor and cooperation between the government and market as well as a

favorable legal climate and elaborate government governance mechanism are essential to the construction of a public health and medical service provision mechanism to ensure public health.

Sixth, the advent of medical service institutions of mixed ownership helps to improve the public health and medical service provision mechanism which combines the roles of both the government and the market. What is at issue is not the ownership structure of the hospital but the establishment of medical institution and medical service standard which forms the basic of government supervision.

The reform of the medical service and public health system in Suqian has provided two pieces of experience for the reform of our national medical service and health care system. First, define the different roles government play in medical service sector and that of health care. Second, establish medical service standards while strengthening government supervision.

Part V. Policy Suggestions

A. Suggestions to the next phase of the reform in Suqian

The reform of the medical service and public health system in Suqian is far from being accomplished. Its next reform policy should be:

First, prevent a restoration of the old mechanism while try the best to ensure a steady prospect for the running of hospitals.

Second, improve hospital governance structure so as to promote a healthy development of the hospitals. While regulating competition between hospitals, the government also needs to avoid the formation of a monopoly.

Third, the government should increase its input in public health and medical relief while improve the public health system for disease prevention and health care. Meanwhile, it should also improve a public health and medical service provision pattern which combines low medical charge and price supervision.

Fourth, expedite the development of medical insurance and that of the new rural Cooperative Medical Scheme (known as NCMS) as well as increase the efficiency of the medical security fund.

Fifth, the government should fortify the independence of its supervision as well as modernize the mechanism, means and measures of its supervision.

Sixth, further promote self-regulation education among doctors while upgrade the level of supervision of government departments overseeing medical insurance over medical institutions.

Finally, our project team finds out that a comprehensive reform that fully meets the requirements of market economy is the key to solve the existing problems of the medical service and public health sector.

B. Suggestions to China's reform of the Medical Service and Public Health System

The development of the public health sector is the foundation for the construction of a harmonious society and the strengthening of our national competitiveness. The responsibility of the government lies in the construction of a public health and medical service provision mechanism which is compatible with the socialist market economy. In the light of the experience drawn from the reform in Suqian, government should focus on the following points in implementing its reform:

- Differentiate in terms of the nature of its products between the public health and the medical service sector while define government role in a scientific way;
- Strengthen government responsibility in the public health sector;
- Construct a multifunctional medical service system;
- Establish standards for medical service provision and a correspondent assessment mechanism while strengthening government function of supervision;

The nature of the medical and public health sector lies in the guarantee of public health. Resisting the risks of disease is the most basic institutional arrangement which should start with the source of disease risks. The source of disease risks falls into two categories: the public source and individual source. The former mainly refers to the unsanitary living environment and habits while the latter refers to individuals that carries with himself/herself certain diseases.

- The institutional arrangement to resist public risk for disease

To resist public risk for disease, we need to construct a public health service system with improving public living environment, education on disease prevention and public sanitation as the major content. While most of the public health service needs government sponsorship in the form of public utility, we would need to apply a charging mechanism for a few projects where government sponsorship restrained by a strict financial supervision mechanism.

- The institutional arrangement to resist individual risk for disease

To resist individual risk for disease, we need to construct a medical service system that

combines medical check, disease treatment and recovery. Medical service should stick to the “convenient and accessible” principle. Meanwhile, government should offer support to both sides of the supplier and the consumers.

First, government’s support to the suppliers’ side. Government could support the suppliers of medical service through optimal allocation of resources as well as the improvement of the quality and capacity of the service. By constructing of a multilevel medical service system from communities to the city proper, government could solve the problem of “the difficulty of seeking medical treatment”. The construction of a multifunctional basic medical service provision mechanism is conducive to the mobilization of input from all sorts of social resources. The responsibility of the government lies in the establishment of a supervision mechanism overseeing the standards, admission and withdrawal for the medical service sector, not sponsor hospitals that take care of a whole set of basic medical services. Meanwhile, government could set up a model hospital, or Huimin Hospitals which provide medical treatment services at preferential prices for the poverty-stricken areas or Humin cell in all types of hospitals.

Second, government’s support for the consumers’ side. Given the different incomes of individual consumer of medical service, government’s responsibility is to construct a supporting system for medical service consumers. Government could ignore the group of consumers with high income, demands the working class with a steady income to join in the social medical insurance system while provide medical relief to the poverty-stricken group.

The Suqian municipal government’s differentiation between the public health and the medical service sector in term of its nature has laid a theoretical foundation for the development of the public health sector under market economy. The reform in Suqian has strengthened government responsibility in the public health sector and is a proactive experiment of the proper government role in the medical service sector. The lessons and experience drawn from the reform is a meaningful reference to future reforms. Yet, the helplessness Siqian faced in separating the two domains of medication and medical treatment and the difficulty it faced in supervising the “hospitals with mixed ownership” generated by the reform deserve high attention and serious further contemplation.

Members of the Project Team:

Team Leader: Wei Fengchun, Post Doctorate from School of Public Policy and Management (SPPM) of Tsinghua University;

Team members: Yang Jing, Doctor from School of Public Policy and Management (SPPM) of Tsinghua University;

Xie Ximing, Master from School of Public Policy and Management (SPPM) of Tsinghua University;

Guo Xiaozhao, Master from the Journalism Program of School of Humanities of Soochow University.

The project report is designed and written by Wei Fengchun. Throughout the process of researching and writing this report, the invaluable support of several individuals needs to be noted. Yang Jing and Xie Ximing made a great contribution in collecting related data which Guoxiaozhao also contributed substantially. Besides, Professor Xue Lan from School of Public Policy and Management (SPPM) of Tsinghua University has offered valuable suggestions for the revision of the report. Finally, the credit also extends to Professor Yang Yansui who is the final reviser of this report.

第一部分 考察的背景、对象与方法

1. 考察的背景

本报告旨在全面透视宿迁市医疗卫生体制改革，进而探讨经济欠发达地区医疗卫生体制改革的基本规律，并对全国医疗卫生体制改革提出可行的政策建议。

宿迁的改革受到社会各界的关注，概括起来有两种观点：

第一种观点：宿迁的医疗卫生体制改革加重了居民负担，失败的改革不宜在其他地区，特别是经济欠发达地区推广。

第二种观点：宿迁的做法代表了中国医卫体制改革的方向，不是一个例外，而是一种通则，为经济欠发达地区医卫体制改革提供了可资借鉴的经验。

在中国市场化的进程中，竞争领域的市场化已经基本完成，非竞争领域，特别是垄断性行业与事业性单位的市场化已经成为改革的重中之重。宿迁医疗卫生体制改革不论成败都是一种尝试，其经验与教训对经济欠发达地区，乃至全国的医卫体制改革都具有重要的借鉴意义。

出于对宿迁改革的关注，为取得第一手数据，清华大学公共管理学院《宿迁市医疗卫生体制改革研究》课题组对宿迁市进行了深入的、全方位的考察。

2. 考察的对象

对宿迁市医疗卫生体制改革的考察分为三部分。一是改革的背景，二是改革的过程，三是改革的成效。

改革背景的考察，主要是搞清楚在当时的背景下，政府改革的理由。我们试图还原改革前的状态，从当时政治、经济、文化环境中理解改革的基本动因。

对改革过程的考察，重点考察改革的思路、内容以及具体的实施过程，并在其基础上总结改革的特征。

改革成效是考察的重点。具体包括五个方面的内容：“看病贵”、“看病难”、医院的可持续发展、政府对公共卫生的投入、政府监管与医疗卫生秩序的关系。在此基础上总结改革的

成效与问题。

3. 考察的方法

考察时间：

2006年6月26日至7月21日，共四周。

《宿迁市医疗卫生体制改革研究》课题组以《宿迁市医疗卫生体制改革考察报告》为题进行了为期四周的考察。

考察地点：

江苏省宿迁市两区三县（宿城区、宿豫区、沭阳县、泗洪县、泗阳县），考察的重点为沭阳县、泗阳县以及两区。沭阳县为改革最早、最彻底的县，泗阳县改革相对较慢，尚处于改革进程中。

考察对象：

考察对象集中在与医卫体制改革具有相关性和代表性的机构和人群，包括以下各项：

- 代表性的医院：根据医院的分级选择了部分三级医院、二级医院、一级医院（乡镇医院）、诊所、农村卫生室。根据医院的功能，选择了综合性医院与专科医院；
- 代表性的卫生院；
- 公共卫生五大中心：疾病预防控制中心、传染病防治中心、医疗卫生救护中心、妇女儿童保健中心、血液采供中心；
- 市委、市政府、县委、县政府以及卫生局、财政局、社保局等政府相关部门。

访谈对象包括以下几类人员：

- 患者，以及患者家属和潜在患者；
- 医务人员，包括院长、护士、后勤人员等；
- 政府官员，包括卫生主管部门官员及其它官员；
- 社会其他人员。

考察方法：

明查与暗访相结合。我们从政府部门获取了部分公开信息，大量收集了医院信息，以患者身份在不同医院以同一病症就诊，对不同相关对象进行访谈。

资料来源:

- 课题组成员现场收集的信息;
- 医院提供的信息;
- 政府部门公开的信息。这主要包括:《宿迁市第二次卫生服务调查报告》中供方与需求方的信息,宿迁市委与市政府提供的文件、各地卫生局提供的信息等。

对于《宿迁市第二次卫生服务调查报告》的数据,我们通过抽查对填报人员及医院的信息进行了核实。此外,我们还使用了历年《宿迁市统计年鉴》与卫生部第三次卫生服务调查报告的数据。

课题组成员:

魏凤春:清华大学公共管理学院博士后,组长

杨 晶:清华大学公共管理学院博士生,成员

谢希明:清华大学公共管理学院硕士生,成员

郭小照:苏州大学文学院新闻学硕士生,成员

第二部分 改革的背景及相关准备

对宿迁医疗卫生体制改革的争议主要包括三个方面：改革的动因、方式与结果。

对改革结果的争议焦点为“医疗服务由市场提供能否解决看病贵、看病难的问题”；对改革方式的争议焦点为“医疗卫生改革是否就是卖光式改革”；对改革动因的争议焦点为“改革是否是政府在甩包袱？”

本部分主要考察改革的动因，改革的方式与结果的考察分别放在第三部分与第四部分。

1. 改革者对医疗卫生体制改革的基本认识

在考察宿迁医卫体制改革之前，有必要对改革者所坚持的理念进行推敲。通过对宿迁市委以及沭阳县委、各级卫生主管部门主管官员的访谈，以及仔细阅读地方出台的医卫体制改革的文件后发现，宿迁市医卫体制改革的基本动因在于其对公共卫生和医疗服务概念的重新认识。他们将医疗服务与公共卫生分开，并且明确了二者的不同属性，在此基础上界定了政府与市场、不同层级政府的责任、权利与义务。（见表1）

表1 政府与市场在医卫服务中的分工

类别	属性	主要提供者			评判	例证
		理想状态	改革前	改革后		
公共卫生	纯公共品	中央政府	本级政府	本级政府	越位	SARS
	地方性公共品	地方政府	本级政府	本级政府	适当	妇幼保健
医疗	私人物品	市场	本级政府	市场	适当	肾移植
	地方性公共品	地方政府	本级政府	政府+市场	不足	医疗保障

宿迁市委书记张新实在访谈中提到，“医疗卫生事业是一个大系统，包括公共卫生、医疗服务、医疗保障、卫生监督、健康教育等内容，宿迁市改革后的医卫事业在公共卫生、医疗保障、卫生监督、健康教育方面的政府主导是非常明确的，也是不可动摇的。只不过在医疗服务领域实施的是政府主导与市场机制相结合的改革”。他认为，其“管办分开、医卫分离、医防分设”的思路，就是按照医疗卫生事业的规律办事。在2006年6月27日接受上海东方卫视记者骆新的采访中他也表达了类似的观点。

宿迁的医疗改革与改革者对医疗与卫生的重新定义是分不开的。他们认为，医疗服务与公共卫生具有不同的属性，它们由市场与政府分别提供可以达到效率的最大化。妇幼保健、传染病防治、急救等属于公共品，应当由政府提供，且需要在中央政府提供或地方政府提供之间做出选择。诊疗服务不完全属于公共品，可以引入市场机制，由私人以医院、门诊部、诊所、医务室等方式提供。此外，政府应当推进医疗保险计划，以提高人民对医疗服务的购买能力。中国农村合作医疗事业具有特殊性，应由政府与社会、个人共同提供。

他们还认为，政府包办医卫事业是越位的表现。由于资金限制，政府将公共资金更多地配置到了医疗服务上面，对公共卫生的投资极度匮乏，是政府缺位。医卫体制改革是适应当地情况的“政府与市场分工协作，各司其职”的选择，是突破计划经济体制的固有模式，对市场经济条件下医疗服务与公共卫生提供机制的积极探索。

但是，这种探索没有得到社会公认，其放手让市场提供医疗服务的做法被称为“卖光式改革”；政府不再提供竞争性医疗服务则被认为是“政府甩包袱”；政府在公共卫生体系建设方面的努力也被忽视。

2. 改革前的医疗卫生状况

改革前宿迁市医疗卫生体系的主要特征可以归结为四点：管办不分、医卫不分、医防不分、医药不分。

● 医疗资源严重匮乏，医疗供需矛盾突出

宿迁的医疗卫生资源严重缺乏，看病贵与看病难同时存在。宿迁有 515 万人口，只有医疗卫生资产 5.88 亿元。每千人拥有病床数只有 1.07 张，每千人拥有卫生技术人员 1.68 人。人均卫生资产和千人拥有卫技人员处在江苏省最后一位，低于全国平均水平。本地医疗水平低，居民多为外出就医。城镇居民医疗保障覆盖面小，保障水平低，农民基本无医疗保障，主要依靠自费就医，负担沉重。（见表 2）

● 公立医院机制僵化，政府财政负担沉重

改革前，宿迁的公立医院是由政府垄断的，缺乏激励与约束，冗员充斥。结果，医疗服务不仅提供不足，而且服务质量与服务态度极差。政府是所有者，又是管理者，无法对医院实行切实可行的监督。收红包、药品回扣等痼疾虽经严厉打击，但仍难以根除。

当地政府的财政负担极其沉重，政府将有限的资金大部分投入到了医疗服务。公共卫生的政府投入严重缺乏，政府缺位严重，不确定的公共卫生风险随时考验着政府。

● 乡镇卫生院生存艰难，三级卫生防保体系名存实亡

在旧体制下，三级卫生防保体系名存实亡。乡镇卫生院和社区卫生服务中心，一方面要提供预防保健服务，另一方面要提供医疗服务，前者是无偿服务，后者是有偿服务。当时执行“收入不完全上缴，支出不全拨付”的财政体制，事实上有偿服务挤占了无偿服务。这是卫生防保体系名存实亡的一个重要原因。

另一个原因，农村乡镇卫生院自我生存能力极低，生存难以保证。据宿迁市卫生局提供的数字，1999 年，宿迁市 124 个乡镇卫生院总资产 17058 万元，总负债 8316.7 万元，资产负债率 48.8%，床位利用率仅为 20%，非卫生技术人员占到 40%。有三分之二的乡镇卫生院工资不能正常发放，面临生存危机。（见表 2）

医院生存危机在当时最落后的沭阳县体现得更为突出。1999 年底，沭阳县 38 个乡镇卫生院有 1771 名职工，退离休人员有 426 名。卫生院全部收入为 3220 万元，工资总额为 1550

万元，实际只能发放 701 万，近 50% 的工资不能发放。能够全额发放的只有 1 家，有 3 家能够发放 80%。卫生院债台高筑，长期依靠赊药而不返账来维持生存。到 1999 年下半年，有七家卫生院因为药商取消赊药规定，爆发经营危机，退离休职工集体上访，状告院长。

这种情形，我们在考察中有着深刻的体会。在沭阳县青伊湖医院我们见到了改革前的旧病房，以及当时唯一的手术台。这张只有三条腿的小手术台现在摆在新病房中，见证着过去的窘境。这种窘境其实就是宿迁市卫生局向江苏省委汇报时提到的五大难处：开门运转难、投入发展难、强化管理难、预防保健措施落实难、医疗服务水平提高难。

表 2 2000 年宿迁市医疗卫生基本情况

基本医疗资源	床位数（张）	每千人病床数（张）	每千人卫生技术人员（人）	医疗卫生资产（亿元）	卫生机构总人数（人）
	5406	1.07	1.68	5.88	10665
人员数	卫生技术人员（人）	管理等其它人员（人）	主治医师及以上技术职称人数（人）	卫生技术人员占比	管理等其它人员占比
	8519	2146	1466	79.88%	20.12%
医院收入（万元）	总收入	门诊收入	住院收入	药品收入	其它收入
	6060.25	1334.5	1746.25	2654.75	324.75
	各项收入占比	22.02%	28.81%	43.81%	5.36%
门诊与住院情况	门诊次数（人次）	每万人就诊次数	出院者平均住院日（天）	每门诊人次收费水平（元）	每床日平均收费水平（元）
	895635	1769.47	11.88	90.09	177.18

资料来源：宿迁市统计年鉴 2001

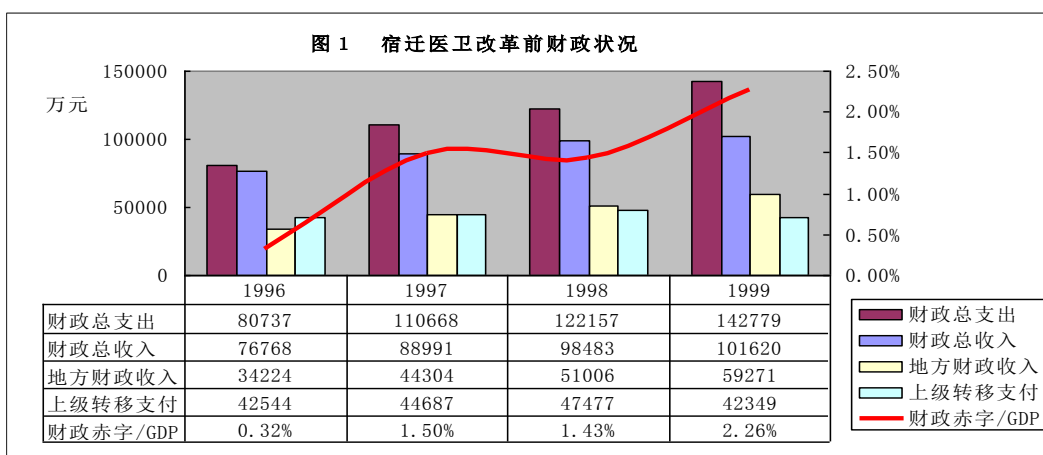
3. 改革的动因

宿迁医卫体制改革的动因可以归结为两点：财政压力与机制创新。

在 2000 年大规模改革之前，宿迁医卫服务由政府全包。在财政窘迫的背景下医疗卫生服务资源严重不足，政府将有限资金投入了垄断性公立医院，公共卫生服务难以足额提供。“看病贵”、“看病难”反映了医疗服务价格不公和资源配置不合理造成的短缺现象，社会福利损失要求改革。当时的公共卫生防疫体系名存实亡，难以应对公共灾难的冲击，政府的责任严重缺失。这又进一步加重了政府的财力负担，政府面临着挑战和选择。

3.1. 财政压力与政府的错位

3.1.1 财政的困境



资料来源：宿迁市统计年鉴 2000

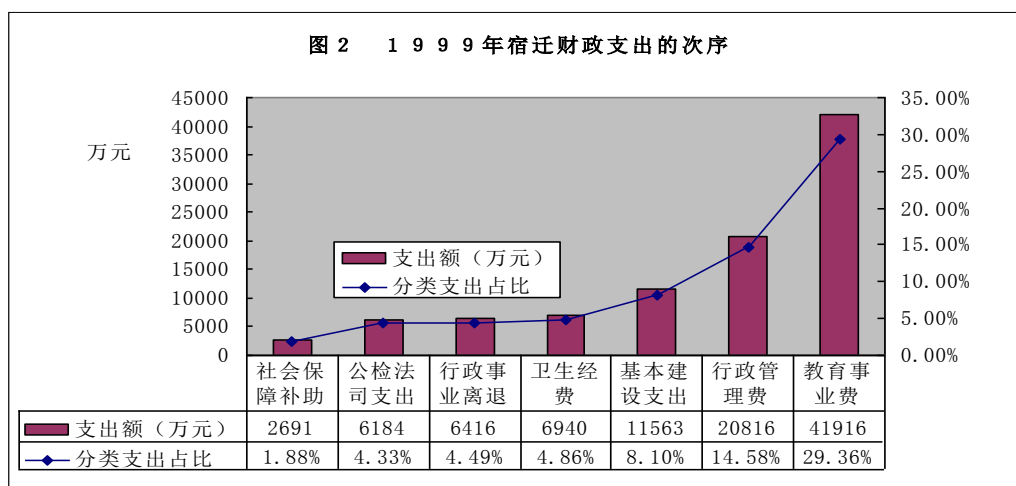
宿迁统计年鉴（2000）年数据显示，在医疗卫生体制改革前政府财政是相当脆弱的。虽然自 1996 年至 1999 年财政总收入由 76768 万元上升到 101620 万元，但财政总支出也由 80737 万元增加到 142779 万元。财政赤字越来越大，从财政赤字占 GDP 的比重看，赤字比率从 0.32% 上升到 2.26%。按国际的标准，这一指标意味着财政处于极大的压力之中。（见图 1）

宿迁财政的困难局面与当地经济发展条件相一致。财政收入主要来自于第一产业，第二产业与第三产业非常落后。在中央与地方分税制以来，宿迁的地方财政连年赤字，政府财政完全沦落为吃饭财政。自 1996 年宿迁市成立以来，宿迁市开始改革。在改革前期，市场经

济所要求的基本条件并不具备，政府在主动改革的过程中需要先期投入大量的资本，才能保证一个封闭的经济体能够吸引外部力量的介入。政府对于这些外部力量还实行了财政上的优惠政策，结果是，短期内政府的财政压力越来越大，穷则思变的条件也越来越成熟。

3.1.2 财政支出的次序

财政困难并不意味着政府必须改革医疗卫生体制。当地政府之所以改革医疗卫生体制，这与其对医疗卫生体制的认识是一致的。前面我们分析了他们总结的基本认识，即医疗是市场的事情，政府在医疗服务上应该“管办分开”，变“政府办医疗为政府管医疗，用政策扶持医疗”。在公共卫生服务上，政府应集中财力，加大投入。在财力有限的约束下，政府必须考虑财政支出的轻重缓急，考虑财政支出的次序。这一观点在和宿迁市委书记张新实的交谈中得到了证实。张认为，相对于医疗而言，义务教育和公共卫生更是政府应该负起的责任。不仅因为义务教育和公共卫生是影响国家长治久安的大事，而且因为市场更愿意投资医疗，而不愿意投资义务教育和公共卫生。



资料来源：宿迁市统计年鉴 2000

1999 年，宿迁财政支出的项目中，教育事业费占到了全部财政支出的 30%，行政管理费占到了 15%，基本建设费占比 8%。卫生经费只占到了 5%。政府的财政赤字越来越大，教育与行政管理支出的法定性决定了其在财政支出中的优先性，基本建设支出的增加是新兴的市场经济的基本要求。在此背景下，政府的财力难以保证对医疗卫生的充足投入。政府将有限的资金投入到了医疗服务的供方，并且拒绝了社会资本的进入。政府没有能力对急需援助的医疗服务的需方和公共卫生服务进行投入，因而背负了过多的责任。责任与能力的不对称，使得政府有了改革医疗卫生的动力。（见图 2）

3.2 机制创新与政府的主动改革

很多报道认为，宿迁改革是“逼出来”的被动改革。宿迁市卫生局长葛志健在访谈中也承认这一点。在全面考察结束后我们感觉并非如此，应该说改革是在财政压力下主动寻求与市场经济相适应的医卫运行机制的探索过程。

财政困境是宿迁政府锐意改革医疗卫生体制的重要原因。旧体制下僵滞的医疗卫生机制缺乏自生能力，改革必须走机制创新的道路。这种创新得到江苏省委省政府的大力支持。

3.2.1 机制创新

旧体制下的弊端使得政府决心进行机制创新，政府面临着两大选择，即增量改革还是存量改革？到现在为止，外界对宿迁改革的最大疑问是，为什么从改革医院产权入手？如果不改革公立医院，只是放开医疗市场，允许其他所有制进入医疗领域是不是更加稳妥？这是必须回答的问题。

● 为什么必须进行产权的改革？

原有体制下的医疗卫生机制与发展市场经济的客观要求不相适应。在此之前，宿迁市也对医院进行过不动产权的改革，但都不成功。按沭阳县卫生局局长王伟章的说法，1997年沭阳县进行的院长承包责任制改革，效果非常差。一方面，管理层没有积极性；另一方面，医院骨干多干不多得，外科、内科、护士收入差不多，平均主义严重，分配极度不公。

宿迁的医疗改革之所以要从产权改革入手，当地政府的理由如下：

第一，公立医院的弊端是由所有制造成的，只有改革所有制，“看病贵”与“看病难”的问题才能真正解决，政府职能也才能真正发挥出来。

第二，只有在公立医院进行产权制度改革，才能吸引大量社会资本，放心地投入医疗服务领域，建立医疗服务公平竞争的平台。

第三，在宿迁市场化改革的大背景下，产权改革是经济相对落后地区快速发展的根本。这一理念已经深入到当地政府官员的头脑之中。沭阳改革的成功范例诠释了这一理念。

第四，中央与江苏省的政策支持。十六大后，中央提出“积极推进卫生体育事业的改革和发展”，中央对民营经济发展的扶持政策成为宿迁医疗卫生改革直奔产权的政策依据。另外，江苏省委、省政府对宿迁改革的支持，为其尝试改革产权提供了机遇。

3.2.2 江苏省委省政府对宿迁政府创新的支持

历史上的宿迁是一个农区、灾区与战区，经济非常落后，在 1996 年建市之前，基本上处于僵滞状态。江苏省委为了实现苏北经济的突破，对宿迁改革实行了积极鼓励的政策。

- 2001 年 6 月，江苏省委、省政府关于进一步加快苏北发展的意见，提出“在不违背国家政策法规的前提下，允许和支持宿迁市采取比其他地区更加灵活的政策”。
- 2003 年 7 月，江苏省委十届五次全会指出“允许和扶持宿迁市在不违背国家政策法规的前提下，采取更灵活的政策和做法，探索加快发展的新路子”；
- 2003 年 8 月，江苏省委批准宿迁成为全省唯一的经济社会发展综合改革试点市；
- 2005 年 4 月，江苏省委在盐城召开的加快苏北振兴推进区域共同发展工作会议进一步给宿迁放权，“在不违背国家政策法规前提下，允许和鼓励苏北地区特别是宿迁地区采取更加灵活的政策举措、更加灵活的管理制度、更加灵活的改革举措加快发展”；
- 2005 年 11 月，江苏省委十届九次全会强调指出“加大对苏北的支持力度，重点加大对宿迁的扶持，下更大力气帮助宿迁实现突破”。

在此背景下，宿迁的产权改革就是顺理成章的事情了。这可以用宿迁市卫生局局长葛志健的一句话来概括。

“大家都承认有这样一个医疗市场，有市场存在的就应该用市场经济的规律办事，为什么一定要政府来办？社会事业凡是民资愿意办的，政府就不要争。政府只负责抓社会需要、民资不愿意办，市场机制又难以调节的事情就行了。公共卫生服务和社会急需，没有民资愿意办，就让政府来办；医疗服务社会也需要，但有民资愿意办，就让给他们。把让出来的钱投到公共卫生事业，有什么不好？”

3.2.3 改革的风险

虽然有中央政府鼓励制度创新的政策和江苏省委对改革的支持，宿迁的改革依然存在着巨大风险。与当地政府官员的交流使人感觉到，在改革之初他们就非常明了改革失败对自己前途的影响。他们选择了不争论，对外界指责不回应的策略，按他们的话说，就是“让改革的成果来证明一切”。

为了使风险最小化，宿迁的改革者在大胆地尝试之前进行了很多准备。

4. 改革的准备

宿迁医卫体制改革不是孤立的，而是宿迁市整个市场化改革的一部分。当地自1998年推行的市场化改革，使得市场的理念深入人心。在经济改革之前，宿迁对干部人事制度进行了重大改革，任前公示、勤廉公示，公推公选、公推直选，年轻的干部对市场经济理念愿意接受并且能够身体力行，因而医卫体制改革在当地并没有引起非常大的阻力。政府“守资而不是守产”、“政府是个大企业”的观点已经成为共识，医卫体制改革和医疗服务市场化改革的社会背景已经形成。

在此基础上，宿迁市的改革者在理论上和技术上都进行了准备。准备是改革的重要组成部分，其中，技术准备是贯穿于整个改革进程的。本部分只介绍理论准备，技术准备放在下改革的过程中进行统一考察。

改革的理论准备概括表现为时任宿迁市委书记的仇和在全市社会事业改革工作会议上的讲话，题目为《坚持以人为本，大胆开拓创新，努力开创社会事业改革与发展的新局面》。简单地摘录如下：

4.1 为什么要改革？

- 各级政府投入不断增加，但需要与可能之间的矛盾逐步加剧，远远不能满足社会事业发展的实际需要；
- 社会事业发展水平提高较快，但资源总量不足，质量不高，与周边地区和广大群众需求相比仍然差距较大；
- 广大社会事业工作者积极努力工作，但单位内部管理体制僵化，普遍缺乏生机和活力；
- 如此众多的困难和矛盾，在现行的社会事业发展体制和机制下，在目前的财政收入水平下，是不可能得到根本解决的。
- 加快社会事业改革步伐，必然是社会事业发展的唯一出路。社会事业只有主动适应市场经济规律，改革与市场经济体制相抵触的各种弊端，才能真正形成加快发展的

合理机制。

4.2 改革的方向

- 把整个社会事业当作经济工作看待,逐步建立适应社会主义市场经济体制的社会事业管理体制和运行机制,最终使社会事业单位成为自主管理、自图发展、自我约束的市场主体和法人实体。

4.3 改革的总体目标

- 改革现有的管理体制,形成政府宏观管理、单位自主决策、社会广泛参与的格局,使社会事业服务经济的能力大幅度增强;
- 改革现有的投入体制,形成政府投入和社会力量投入并举的多元化、多渠道投资的格局,使社会事业的市场竞争大幅度增强;
- 改革现行的单位内部管理机制,形成精简高效、优胜劣汰、合理竞争的格局,使社会事业单位内部活力大幅度增强;
- 改革现行的资源配置机制,形成讲求效益、人尽其才、物尽其用的格局,使市场机制在社会事业资源配置方面的作用大幅度增强。

在与我们的交流中,改革者认为,宿迁的医卫改革虽是穷则思变,但决不是草率行事,其理论准备比较充分。

第三部分 改革思路、内容及过程

1. 改革的思路

宿迁市医疗卫生体制改革的整体思路是“理顺体制、盘活存量、借助外力、引进竞争、加快发展”。具体而言：

- 理顺体制，即明确政府与市场在医疗与卫生服务提供中的分工。市场办医疗，政府不再直接生产医疗服务，政府的主要职能是发展公共卫生事业和对医疗服务的安全性和有效性进行监管。
- 盘活存量，即将原有公立医院的存量资产进行置换，由单一的公有制向混合所有制转变。
- 借助外力，即由封闭走向开放，吸引外部的人财物来增加医疗服务的供给。
- 引进竞争，即给予各种类型的经济主体以平等的机会。

2. 改革的内容

宿迁的医疗卫生体制改革分为两部分，即医疗服务体制改革与公共卫生体制改革。改革目标即重构医疗卫生体制，建立以“四大分开”与“四大转变”为主要特征的新型医疗卫生体制。

四大分开为“管办分开，医卫分开、医防分开、医药分开”。

- 管办分开，指从办医主体上把办医者与管理者分开。政府不再直接开办医院，政府主要职责在于监管医院。
- 医卫分开，指在将医疗与公共卫生属性分开的同时，将二者服务的生产分开；市场提供医疗服务，政府提供公共卫生服务。
- 医防分开，指医疗与防保两类不同性质的机构分开；
- 医药分开，指从利益上把医和药两个行业分开。

四大转变为，政府由补贴给供方向补贴给需方转变，定点医疗服务向自由选择转变，实

物补贴向货币补贴转变，暗补向明补转变。

这可以概括为是政府与市场的专业化分工，即医疗服务以市场提供为主，公共卫生以政府提供为主，政府对贫困者购买医疗服务提供资助。

3. 改革的过程

3.1 改革的先期实践——沭阳的经验

宿迁医卫体制改革全面推进是在取得试点经验基础上进行的。以沭阳县试点为例，改革过程如下。

3.1.1 全方位推进卫生行业管理体制变革，政府职能由“办卫生”向“管卫生”转变

(1) 改革县乡防保管理体制，进行卫生防病机构资源的重新组合

- 1999年初，将原县卫生防疫站职能交叉、相近和重复的机构予以合并和调整，成立了县疾病预防控制中心；
- 实行乡镇医防分设，把乡镇卫生院从医院中分离出来，作为县疾病预防控制中心的分支机构，各乡镇卫生院按当地人口1.5万/人配备人员，实行竞争上岗，人事代理和聘用制；
- 县政府下文发文件规定防保工作由政府负责，乡镇卫生院的性质为全民事业单位，由县疾病预防控制中心垂直管理，并出台《沭阳县村级卫生机构管理办法》，将村卫生院划归乡镇卫生院统一管理，承担基层防保任务，形成新的县、乡、村三级预防保健网。

(2) 改革卫生执法监督体制，实现执法与技术服务、监督与监测的分离

- 1999年8月，沭阳县把所有公共卫生、与健康相关产品、卫生机构和卫生人员的监督执法职能集中起来，实行集中统一执法，成立县级卫生监督所，监督所属全民事业单位，为县卫生局在县内依法行使卫生执法监督职责的执行机构，负责全县医疗卫生方面法律法规的执法监督工作。

(3) 改革社区卫生服务体制

- 以沭城镇卫生院为中心，建立了22个集“预防保健、常见病查治、康复”于一体的社区卫生服务站。
- 自1998年开始，实施乡村卫生组织一体化管理，在陇集片、庙头片12个乡镇进行试点后，即在全县范围推开。

3.1.2 推进公立医院产权制度改革，在运行机制上逐渐由公有公营向民有民营转变

2000年初在全县全面实施公立医院产权制度改革，至2001年3月全县38个乡镇医院改制工作完成，共转移总资产3270.41万元，总债务2228.59万元，取得总收入4123.9万元。协议转让17家，公开竞卖21家。

3.1.3 广泛动员社会办医，在卫生事业投入渠道上实现由政府单一办医向政府为主导、社会广泛参与并举的格局转变

按照“积极引导、鼓励扶持、合理布局、依法审批”的原则，动员和鼓励在职职工、离退休人员和外地医疗专家利用民间资本举办医院。沭阳县仁慈医院等11家医院相继诞生。

沭阳经验给宿迁整体医卫体制改革准备了可资参考的范本。沭阳的改革成为整体改革的重要组成部分，其自身也在不断完善。

3.2 改革的全面推行

3.2.1 防保体制改革

防保体制改革的核心是医防分设。2000年，宿迁市在沭阳县进行防保体制改革试点，2001年在总结试点经验的基础上全面推开。

具体做法是将乡镇防保职能从卫生院中分离出来，在全市111个乡镇设立了防保所，在1400多个村配备了专兼职防保员。乡镇卫生院由政府举办，主要承担疾病预防、妇幼保健服务、健康教育、卫生监督等公共卫生的职能，不从事一般医疗活动，其人员、业务、隶属县级卫生行政部门管。卫生院人员每人每年补助标准不低于6000元、院长每年8000元，村防保员每年1200元，该补助被列入县级财政预算，由卫生行政管理部门考核发放。乡镇医院实现民营化，将牌子上的“县”、“乡”字样全部取消，形成“一乡两院”的格局。

防保体制改革的目标是促使“以市疾病预防控制中心为龙头，县疾控中心为骨干，乡镇防保所为基础，村级防保员为网底”的四级防保体系初步形成。

3.2.2 卫生监督体制改革

宿迁市推行综合执法，将卫生系统内原属于医政、防疫、妇幼保健等部门的监督职能集中起来，形成一个独立的执法主体。市、县两级都已经将卫生执法职能从疾控中心分离出来，1999年8月，沭阳县卫生局成立了江苏省第一家县级卫生监督所。2003年，市和其他县均成立

了卫生监督所。卫生监督所属全民事业单位，为卫生行政部门依法行使卫生执法监督职责的执行机构，负责辖区内医政及卫生防疫等法律法规的执法监督工作。改革者认为，综合执法使监督分工更加明确，监督力度加大，与市场经济体制改革的目标更加吻合。

3.2.3 医院混合所有制改革

(1) 医院改革的进程

医院改制酝酿于1999年，开始于2000年，在2003年基本结束，2003年后处于总结与完善阶段。至2006年7月底，除了泗阳县人民医院以外，对全市乡镇以上135家医院中的134家进行了产权置换，单一公有制医院开始向混合所有制转变。

这次改革包括盘活存量和扩大增量两个层面。后者指的是放开医疗市场，鼓励民营医院发展；前者指原有公立医院和卫生院的改制。

● 第一阶段：试点阶段

2000年，在沭阳县以条件好、中、差各挑选一家乡镇卫生院的医疗部分（即沂涛、南关、青伊湖三个乡镇卫生院）进行试点，由院长持大股，内部职工平均持股。

● 第二阶段：全面改革阶段

市政府在2000年出台《关于鼓励社会力量兴办医疗卫生事业的意见》，鼓励非政府资本进入医疗市场，增量改革开始。2001年，全市卫生院都开始进行改制，即存量改革的开始。改制方式分三种：以净资产转让，无形资产竞拍；股份合作制；兼并托管。以沭阳县为例，全县38个乡镇卫生院中，拍卖23家，协议转让13家，兼并托管2家。拍卖成为改制的首选方式。

● 第三阶段：深入改革阶段

典型案例之一即宿迁市人民医院的股权转让改革。在2003年7月10日，人民医院以7012万元向金陵药业股份有限公司转让了70%股权。政府原计划转让100%，因为卫生部有政策限制只好转让70%。卫生部门一次性为退休职工交纳了3000万养老保险。宿迁市卫生局暂时保留了宿迁市人民医院余下的30%股权，并约定在2003年12月30日前退出。退出时余下股份将优先由新医院管理层人员认购，认购不足部分将由金陵药业负责认购。

● 第四阶段：完善改革成果阶段

宿迁市的改革受到社会的高度关注，当地政府坚持推进改革。措施包括：“积极鼓励、大力支持、正确引导、依法管理”为民营医院创造良好的发展环境。并规定在同等条件下，优先考虑、优先审批发展民营医院，原则上政府不再新办常规医疗服务机构。建立公共财政激

励机制，对民营医院实行以奖代投等。这些措施综合体现在2006年2月18日《中共宿迁市委、宿迁市人民政府关于进一步加快民营医院发展的意见》之中。

（2）医院改革的程序

沭阳县医院改革的程序，可以作为宿迁市医院改革程序的代表。沭阳县卫生局长王伟章将程序总结为六个步骤：

- 对卫生院的固定资产、流动资产、专项资产清产核算；
- 由具有资质的评估机构对资产状况进行评估，出具评估报告，再由国资部门认定；
- 提前7-10天向社会发布改制公告，并由县分管领导和改革办的相关工作人员亲自到各个医院召开职工会议，统一思想认识；
- 举行产权转让公开竞拍大会，即正式拍卖；
- 改制后医院土地使用权由资产受让方到国土局依法办理有关手续；
- 规范产权转让资金的使用。产权转让资金实行专户储存、专款专用，主要用于缴纳职工养老保险金，设立失业救济保险基金和设立卫生发展基金，用于今后乡村卫生事业，特别是防保事业的发展。

（3）医院改革的配套措施

改革的配套措施包括“四个不变”和“三个不转让”。“四个不变”，即改制后医院职工原有身份不变、档案工资不变、职称和调资晋升不变、原有养老保险金缴发途径不变。“三个不转让”，即医院原有法人名称、土地所有权和职工住房不转让。

（4）医院改革后的监管

以沭阳县为例，为加强对改制后医院机构的管理，县卫生局按照《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗机构基本标准》及相关法律法规规定，制定了《沭阳县民营（私营）医疗机构经营规范》，县政府出台了《关于规范改制后乡镇医院运行的意见》，依法明确全县民营（私营）医疗机构的经营行为。

- 对民营医院经营行为的约定

新任民营医院院长1年内不得辞退原医院职工，第二年聘用率不得低于90%，辞退职工需为其代缴1年养老保险金。被辞退的人员1年内找不到工作的，进入劳动力市场或人才交流中心，自谋生路。

- 人事管理规定

实行人员聘用、辞退核准制，乡镇医院聘用、辞退人员，必须先报请县卫生局登记、核准，县人事局备案，以维护职工的合法权益，维护正常的工作秩序。

- 对民营医院的扶持规定

县政府制订优惠政策，对改制后医院给予3年免收税费，并规定村卫生室药品仍由乡镇医院统一代购。

3.2.4 公共医疗卫生保障体制的重新构建

公共卫生保障体系重新建构的物质基础是公立医院产权置换后的资金收入。产权转换后，政府对改制置换资金建立了财政专户存储、专款专用制度，明确规定所有置换资金首先用于缴纳职工的养老、医疗和失业保险，其余的作为卫生事业发展基金，用于卫生事业的投入与发展。

2003年，宿迁市提出全面实施“521工程”的建设目标，即建设“五大中心”，强化“两项监督”，健全“一个体系”。

- “五大中心”包括市、县疾病控制中心、医疗卫生救护中心、妇幼保健中心和市传染病防治中心、血液采供中心；
- “两项监督”指卫生监督和药品监督；
- “一个体系”即医疗保障体系。在城镇完善职工医疗保险制度，在农村推行以大病统筹为主要内容的新型农村合作医疗制度。

3.3 改革的特征

宿迁市医卫体制改革具有如下特征：

- 整体性

宿迁的医卫改革不是单兵突进，是宿迁整体产权改革的重要组成部分。整体改制包括工业企业、商贸流通企业、社会事业单位、城镇经营性国有集体资产产权转置。其中社会事业单位包括教育、卫生、文化、体育、广电、水利以及其他各类事业单位。

- 彻底性

彻底性表现为改革时不仅改革增量，而是存量与增量一起改。存量改革曾被外界称之为“卖光式”改革。

- 政府强力推动

宿迁医卫体制改革是一种典型的强制性制度变迁，改革是在政府强力推动下进行的。

- 国有资产非流失性

在公立医院改制过程中没有出现国有资产流失现象，很多医院院长反映医院改制时出价太高。葛志健承认，个别医院的拍卖溢价偏高，比如资产评估200万元的医院卖了400万元，溢价竟达2倍多。宿迁市委书记张新实在2006年6月27日接受上海东方卫视记者采访时，认为改制收回3.4亿元资金，大大超出政府当时的底价。

- 平稳性

外界对宿迁医卫体制改革争论非常激烈，课题组发现上至领导下至普通民众却很平静。虽然对医改都有自己的看法，但基本不存在太大争论。争论主要集中在原有公立医院职工的补偿与待遇问题上。

因为改革得到了省委、省政府的支持，在宿迁市政府内部的争论相对较小。外部争论比较大，包括上级卫生部门的不同看法和各大网站的争论。在一个开放的环境下，宿迁为经济相对落后地区的医卫体制改革提供了一个值得深思和借鉴的样本。

第四部分 改革的成效与问题

本部分基于以下五个方面的考察结果总结宿迁医卫体制改革的成效与问题：

- 对“看病难”问题的考察
- 对“看病贵”问题的考察
- 对混合所有制下医院可持续发展问题的考察
- 对政府公共卫生责任的考察
- 对政府监管能力与医卫秩序的考察

1. 对“看病难”问题的考察

“看病难”实际上是医疗服务的供给与有支付能力的医疗服务的需求不均衡的问题。随着收入提高与保健意识的增强，居民对医疗服务的需求开始增加。相应地，医疗服务的供给也在增加。在这个动态基础上考察“看病难”的问题，要对供给与服务的结构进行分类。

我们对医疗改革动因的考察有一个基本的判断：改革前，医疗服务集中在少数几个大医院中，服务供给难以满足需求。改制后，医疗服务供给如果满足了原有的医疗服务需求，看病难的问题便可以认为是缓解了。如果医疗服务供给还能够满足潜在需求与新增需求，看病难的问题便是基本解决了。至于医疗服务的质量的变化，则可以看作是“看病贵”的问题。

1.1 “看病难”问题的随机考察

我们对“看病难”的考察采用了两大指标。一是五分钟待诊患者，二是病床使用率。前者考察的是医院与诊所的门诊大厅五分钟内候诊的患者数量。后者考察病床的空置率。由于是随机采访，我们进入不同医院的时间不同，因而前一个指标的差别非常大。后一个指标的取得是在随机走访的病房中使用病床与总病床的比例。（见表4）

考察所见基本感受有二：一是县及县以上医院患者候诊时间较长，而乡镇医院则基本不需要等候。二是效益相对较好的医院就诊患者较多，而效益差的则较少。在7月11日去沭阳县人民医院考察时，下午两点在门诊大厅候诊的患者有35人。7月3日上午9点在泗阳县仁

慈医院考察时,半个小时内,儿科诊室候诊患者持续保持在 23 人左右。

我们 7 月 10 日上午 9 点在沭阳刘集医院,7 月 12 日下午在沭阳县青伊湖乡医院与沭阳县陇集乡医院,7 月 18 日上午在宿迁市协和医院现场考察,基本上见不到排队现象。(见表 3)

7 月 8 日下午 3 点与 7 月 9 日上午 10 点在沭阳县平安医院考察时,几乎见不到患者,整个医院显得比较冷清,泗阳县中医院也是如此。这两家医院的负责人在接受采访时承认这种情况长期存在,而且认同这两家医院都属于改革不成功的例子。

在对病床使用率的考察中发现,没有一家医院的病床使用率超过 95%,即使是一些大医院也不存在因病床少不能住院的情况,没有发现走廊加床现象。在儿科与神经外科素以住院拥挤而著称的科室,如今也不存在加床现象了。

表 3 病人排队情况与病床空置率

医疗机构名称	五分钟待诊病人(人)	病床使用率%
沭阳哮喘病医院	1	40%
沭阳仁慈医院	12	饱和
沭阳县人民医院	35	85%
沭阳县堽集乡医院	0	33%
沭阳县平安医院	0	50%
沭阳县协和医院	0	50%
沭阳县青伊湖乡医院	1	30%
沭阳县刘集乡医院	0	33%
沭阳县中医院	23	基本饱和
沭阳县中山医院	4	70%
沭阳县口腔医院	2	
泗阳县人民医院	23	80%
泗阳县仁慈医院	23	90%
泗阳县中医院	0	40%
宿迁中医院	13	70%
宿迁人民医院	34	80%
宿迁市工人医院	23	75%
东方医院宿迁分院	3	80%
宿迁市博爱医院	3	80%
宿迁市协和医院	0	50%

资料来源:随机走访

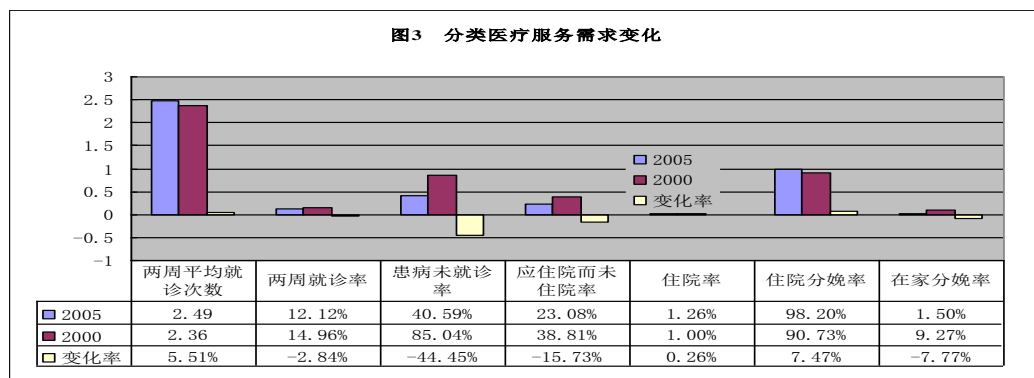
1.2 医疗服务需求的变化

在随机考察中我们感性地认识到看病比原来相对容易了,全面地考察才能回答“看病难”问题是否真正解决。这需要考察医疗服务需求与供给的变化,并且要对这种变化的形成原因进行详细地剖析。

1.2.1 医疗服务需求的变化

我们选择了下列指标来考察居民医疗服务需求的整体变化。两周平均就诊次数、两周就诊率、两周内患病未就诊率、两周内患病应住院而未住院率、两周内患病住院率、住院分娩率与在家分娩率七个指标。

2005 与 2000 年相比，两周平均就诊次数由 2.36 次提高到 2.49 次，提高了 5.51%。两周就诊率下降 2.84%，两周内患病未就诊率下降 44.45%，两周内患病应住院而未住院率下降了 15.73%，两周内患病住院率提高 0.26%，住院分娩率提高了 7.47%，而在家分娩率则下降了 7.77%。上述数据说明，宿迁居民医疗需求明显提升。（见图 3）



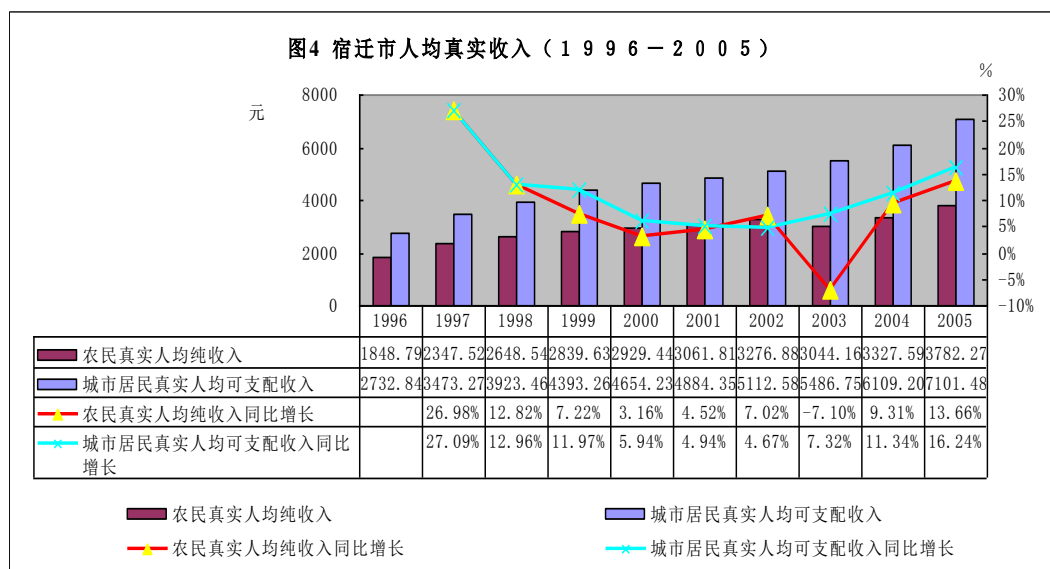
资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

1.2.2 医疗服务需求变化的原因分析

医疗服务需求变化的原因可以从三个方面进行分析：一是居民收入的变化，二是医疗保险参与率的变化，三是医疗服务价格的变化。由于医疗服务价格的变化属于看病贵的范畴，本部分暂不讨论。

● 居民人均真实收入变化

居民对医疗服务的需求增加首先取决于其收入的增加。数据显示，改革十年来，剔除



资料来源：宿迁市统计年鉴 2005

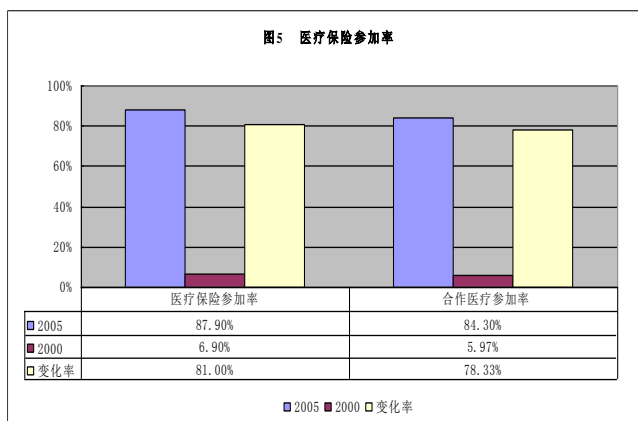
通货膨胀因素后的宿迁居民人均真实收入整体呈上升趋势。农民真实年人均纯收入由 1848 元提升到 3782 元。除 2003 年同比下降 7% 以外，其他年份同比上升，特别是 2004 年和 2005 年增幅分别达到 9.31% 和 13.66%。城市居民真实人均收入则从 2733 元上升到 7101 元，2004 年后同比增长率超过 11%。（见图 4）

课题组与很多农民进行了交流。他们反映近十年来收入增长很快。中央重农政策的成效开始显现，农民的负担有所减轻。当地的市场化改革，特别是产业结构的调整，吸引了苏南、浙江等地的产业转移到了宿迁，当地就业的增加带动了收入的增加。

收入增加是医疗服务需求上升的基础。即使在价格保持不变的前提下，收入的提升也引致了居民对医疗服务需求的提升。

● 医疗保险参与率的变化

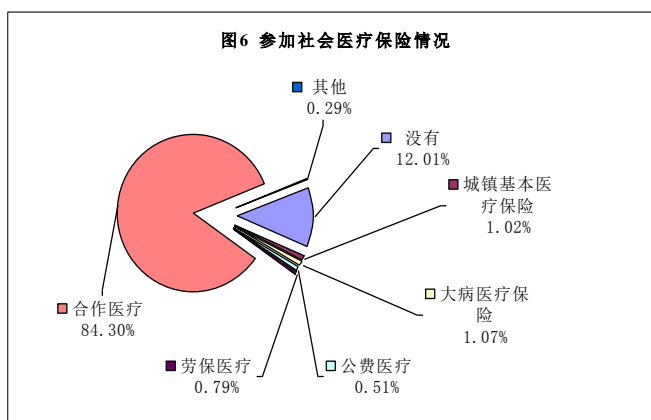
居民医疗服务需求增加的一个非常重要的原因是医疗保险参与率在提升。2000 年与 2005 年相比，居民参加医疗保险的比率明显上升。其中，医疗保险的参加率由 6.90% 上升到 87.90%，上升 81%。而参加农村合作医疗的人口比例从 5.97% 上升到 84.30%，增幅为 78%。（见图 5，图 6）。



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

参加医疗保险的人口增加，意味着居民对自身健康的保健意识增强。增强的原因可以归功于收入的提升以及理念的改变。

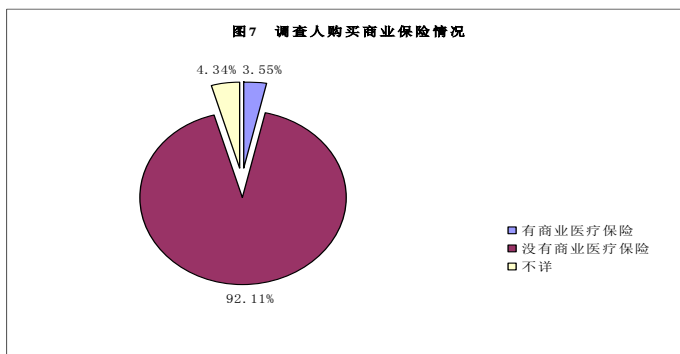
居民参加的社会医疗保险的主要类型是农村合作医疗，这是中央重农政策的直接体现。宿迁市新农合政策由每人出 10 元，市配套 10 元，省配



资料来源：宿迁市第二次医疗卫生服务调查报告

套 10 元，提高到 10:10:30。由此可以断定，居民特别是农村居民的医疗服务需求会继续上升。

政府采取物质利益诱导的医疗保险，只能满足最基本的医疗需求。适当的商业保险对于解决个性化更强的医疗服务需求显更有针对性。宿迁市居民的商业保险参与率并不高。在市卫生局调查的人群中，有 92.11% 的人没有购买过商业保险。（见图 7）



这表明，在收入增加的同时，居民自我保险意识尚待提高。也表明，当地的商业医疗保险在医疗服务需求的提高中并没有发挥更大的作用。

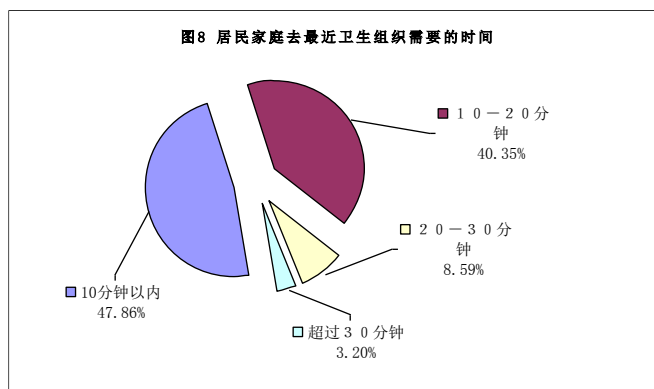
资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

1.3 医疗服务供给的变化

1.3.1 医疗服务的可及性

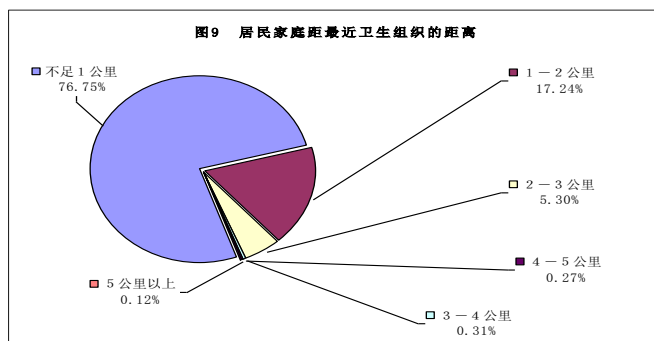
● 服务的便捷性

看病方便不方便，医疗服务的可及性是非常重要的指标。居民家庭距最近卫生服务组织的距离与依自己适宜的交通工具到达最近卫生组织的时间是常用的两个指标。



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

数据显示，宿迁市居民家庭距离最近卫生组织不足 1 公里的百分比为 76.5%，1-2 公里的为 17.24%，2-3 公里的为 5.30%，5 公里以上的则仅为 0.12%。（见图 8）



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

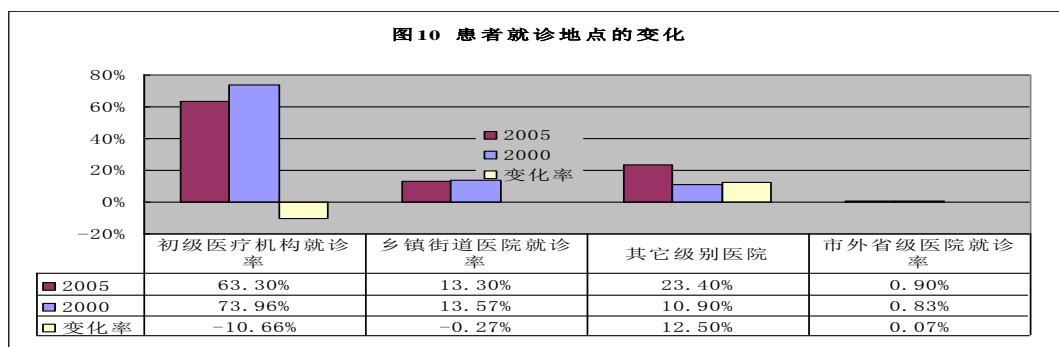
居民家庭去最近卫生组织需要的时间在 10 分钟以内的比例为 47.86%，10-20 分钟的占比为

40.35%,20-30 分钟的为 8.59%,超过 30 分钟的仅为 3.20%。(见图 9)

上述两大指标的数据表明,医疗卫生组织的布局相对合理。乡镇医院与乡村诊所的以及社区医院分布较广。这对于广大的农村,多发病与常见病的及时诊治尤为重要。但是,上述医疗服务可及性考察只从供给角度考察了服务的便捷性,居民能否真正享受到便利的服务还需要根据其选择的结果而定。

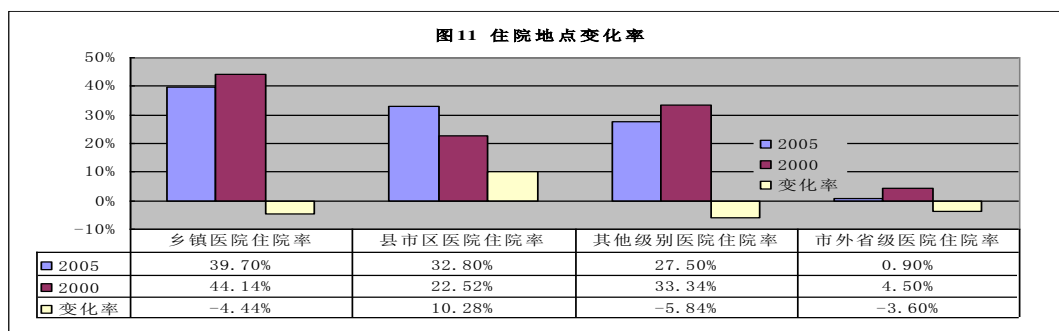
● 居民就诊与住院的地点选择

居民就诊与住院的选择可以真正反映出就医是否便利。2005 年与 2000 年相比较,初级医疗机构就诊率下降了 10.66%,乡镇街道医院就诊率下降了 0.27%,县及县以上医院就诊率上升了 12.5% (见图 10)。



资料来源:宿迁市第二次卫生服务调查报告

这表明,虽然居民距离就近的卫生组织较近,到达时间相对较短,但是由于医疗技术等原因,患者还是选择到级别相对较高的医院就医。课题组发现,宿迁县城的一二级医院发展较快,人才与技术以及设备的聚集使其有能力提供更多的医疗服务。乡镇医院则由于人才的流动,竞争力难以与大医院相比。另外,交通等的便利也使得居民有能力到技术水平更高的医院就诊。



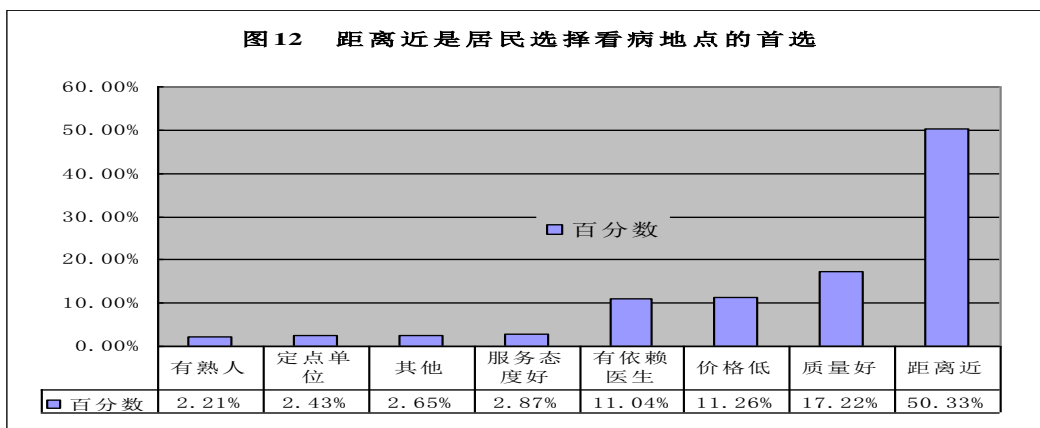
资料来源:宿迁市第二次卫生服务调查报告

居民住院地点选择与就诊地点选择相一致。乡镇医院住院率 5 年间下降了 4.44%，县市区医院住院率提高了 10.28%，其它级别医院住院率下降了 5.84%。到市外省级医院就诊率提高了 0.07%，但住院率下降了 3.60%。县市区医院已经成为宿迁市居民就诊与住院的主要地点。产权改革后县市区医院增长迅猛，医疗服务供给大大增加。在县市区医院大发展的同时，乡镇医疗服务供给也在增加，但速度远远不及前者。广大居民，特别是农民就近接受高质量医疗服务的目标还没有达到。（见图 11）

● 便利性与非法定医疗组织的出现

调查数据显示，居民在看病地点的选择上，距离近为首选，百分比为 50.33%。质量好排在第二位，为 17.22%。价格低只排在第三位，为 11.26%。服务态度只占 2.87%，排在第五位。因而可以说，虽然看病难的问题已有所缓解，但要想达到理想状态还需要时间。（见图 12）

居民的这一选择在某种程度上可以说是非法定医疗组织出现的重要原因。课题组发现这些被称为黑诊所或者无证行医者屡禁不止。患者告诉我们这些诊所的服务非常便捷，价格很低，但服务质量没有保证。小病患者觉得没有必要去正规医院就会选择这类诊所。他们反映，因为其标识不明确，有时难以分清正规诊所和非正规诊所。一些收入很低的人因为价格原因选择了这些诊所。我们与一些无证医师进行了交流，他们大多因为学历低、曾经受过处罚、资本金不足等原因，不符合政府对诊所准入的标准。

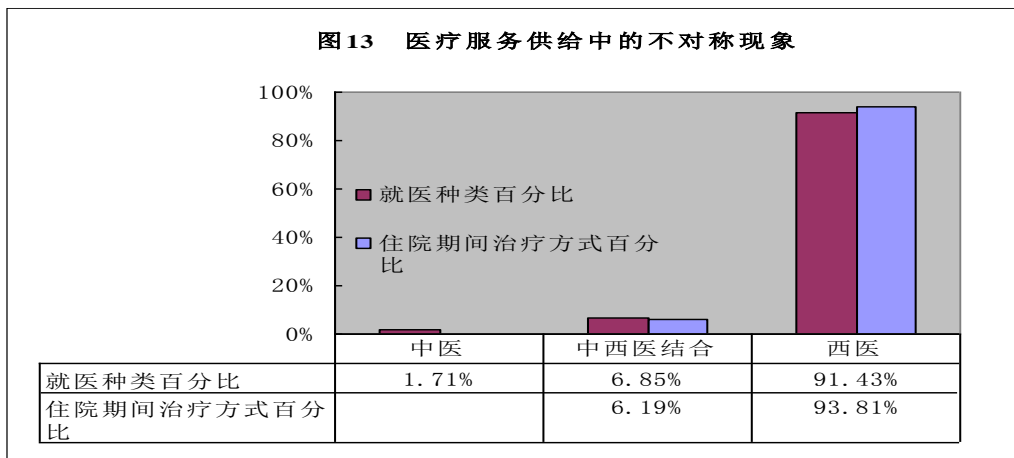


资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

● 西医是医疗服务的主体

居民对中医服务的选择不多，主要接受西医服务。数据显示，2005 年宿迁市居民西医就医率高达 91.43%，中西医结合占 6.85%，中医仅占 1.71%。住院期间西医治疗达 93.81%，中

西结合治疗仅占 6.19%。(见图 13)



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

与此相关，很多中医院的生存受到影响，一些院长反映改制后中医生存压力加大了。

1.3.2 医疗服务供给增加的整体考察

经过五年多的发展，宿迁市医疗服务供给能力大大增强。

- 基本医疗资源的增加

医院从 2000 年的 148 个增长到 188 个，增幅 27%。床位数上升 57.40%，每千人病床数增长 51.68%，每千人卫生技术人员数增长 16.45%，医疗机构资产增长 139.64%。(见表 4)

- 技术人员的增加

五年间，卫生机构总人数增加了 11.11%，卫生技术人员增加 20.85%，其中主治医师及以上技术职称人数上升了 115.42%，管理人员则下降了 27.54%。(见表 4)

表 4 宿迁医疗服务供给的变化

基本医疗资源		床位数 (张)	每千人病床数 (张)	每千人卫生技术人员 (人)	医疗资产 (万元)
	2000	5406	1.07	1.68	5.07
	2005	8509	1.62	1.96	12.15
	变化率	57.40%	51.68%	16.45%	139.64%
人员数		卫生技术人员 (人)	管理等其它人员 (人)	卫生机构总人数 (人)	主治医师及以上技术职称人数 (人)
	2000	8519	2146	10665	1466
	2005	10295	1555	11850	3158
	变化率	20.85%	-27.54%	11.11%	115.42%

资料来源：宿迁市卫生局

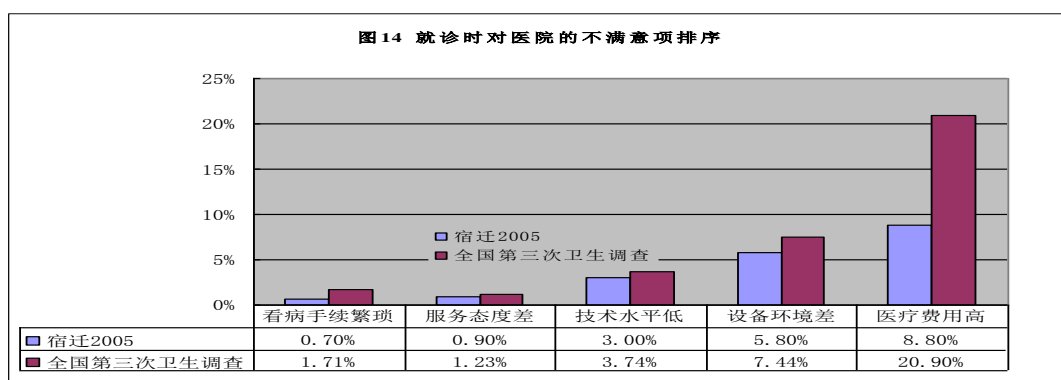
2. 对“看病贵”问题的考察

对“看病贵”问题的考察包括以下几方面：

- 绝对价格，主要包括患者的支付能力与医疗服务价格的变化；
- 相对价格，主要包括医疗服务的水平以及新型设备的引入等技术的提高引起的价格变化；
- 医院收入的提高与患者承担能力的关系。

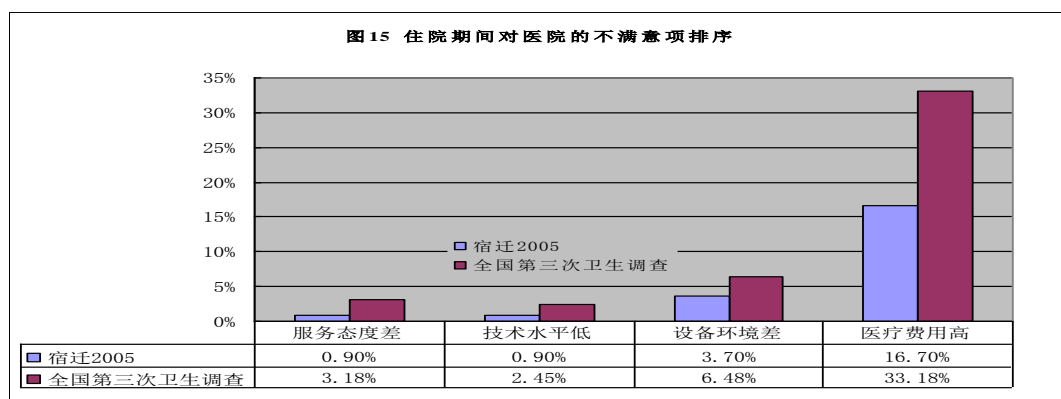
2.1 消费者对医疗服务价格的满意度考察

医疗服务价格依然是消费者最不满意的问题。2005年调查数据显示，居民在就诊与住院时都将医疗费用高排在不满意的首项。



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告与全国第三次卫生服务调查报告

门诊患者的 8.80% 认为医疗费用高，5.80% 认为设备环境差，认为技术水平低、服务态度差与看病手续繁琐的分别有 3%、0.90% 与 0.70%。（见图 14）



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告与全国第三次卫生服务调查报告

住院患者的 16.70% 认为医疗费用高，3.70% 认为环境设备差，认为技术水平低和服务态度差的均为 0.90%。全国第三次卫生服务调查的数据表明，20.90% 就诊患者认为医疗费用高，就诊比例为 33.18%，高于宿迁地区的数据。另外，其他服务项目不满意度也均高于宿迁地区。（见图 15）

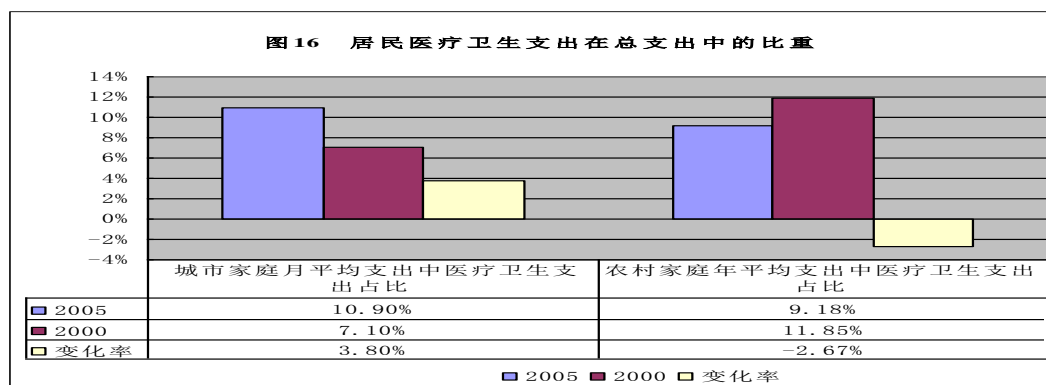
在访谈中发现，宿迁居民对医院费用高的不满意程度较以前有所下降，“看病贵”的紧张局面有所缓解。

2.2 对居民医疗服务承受能力的考察

“看病贵”的问题与居民支出水平具有相关性。2005 年，宿迁城市居民的月医疗卫生支出占月平均支出的比重为 10.90%，比 2000 年的 7.10% 上升了 3.80%。农村居民的医疗卫生支出在支出中的比重为 9.18%，比 2000 年的 11.85% 下降了 2.67%。（见图 16）

结合上述数据和考察获取的信息可以得出以下结论：

- 城市居民自我保健意识有所增强。看病支出增长的成因可以归结为看病费用的提高和居民收入提高两个层面。
- 农民看病支出下降的成因，一是部分农民的收入有所提高，看病支出的增长速度弱于收入增长速度。二是部分农民因为医疗服务费用高而看不起病。

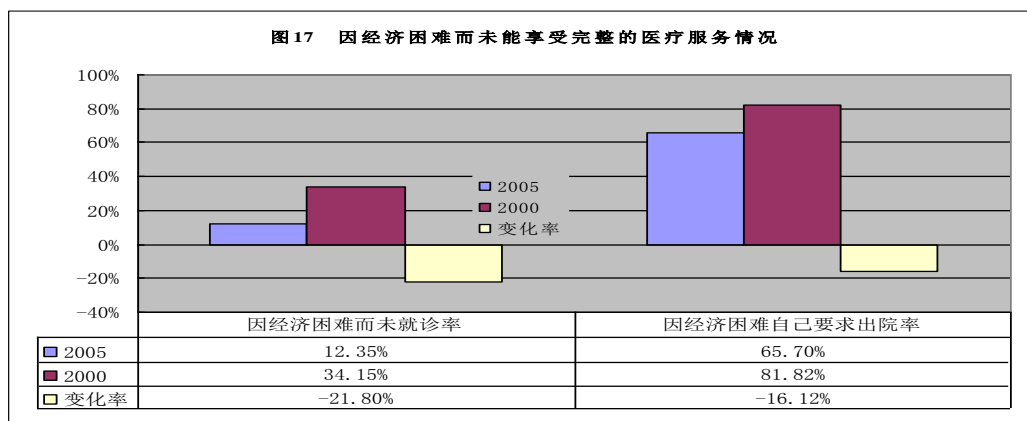


资料来源：宿迁市统计年鉴 2006

不论看病贵与否，收入低确实导致部分患者不能享受必要的医疗服务。虽然自 2000 年到 2005 年，因经济困境未就诊的比率下降了 21.80%，在自己要求出院的病人中，因经济困难而要求出院的比率下降了 16.12%。依然有 12.35% 的人因经济困难患病后不能接受治疗，

自己要求出院的患者中有 65.70%是因为经济困难。(见图 17)

前面两个指标难以反映医疗费用的变化,也不能据此判断出患者的负担是否有所加重,



资料来源: 宿迁市第二次卫生服务调查报告

但是可以得出患者支付能力增强的结论。

2.3 医疗服务价格的变化

2.3.1 医疗服务价格的纵向比较

剔除通货膨胀因素后,分析宿迁市第二次卫生服务调查中关于医疗服务价格的数据可以得出以下结论(表 5):

第一,五年间,每门诊人次收费市级医院增长 7.11%,县级医院增长 6.31%,乡镇级医院则下降了 6.26%。对这一现象要做以下解释:改革后县市级医院的竞争力明显强于原有的公立医院,交通条件改善使得农村患者可以方便地到县城或者市区就医。

表 5 医疗服务价格的变化

	单位:元	原始数据		调整后的数据		变化率
		2005	2000	2005	2000	
每门诊人次收费水平	市级	83.24	75.95	82.01	76.56	7.11%
	县级	82.08	75.46	80.87	76.07	6.31%
	乡镇级	36.89	38.46	36.34	38.77	-6.26%
每床日收费水平	市县级	183.09	181.48	180.38	182.94	-1.40%
	乡镇级	61.19	62.24	60.29	62.74	-3.91%
出院者平均医药费用	市级	2946.27	2364.53	2902.73	2383.60	21.78%
	县级	2223.01	2158.47	2190.16	2175.88	0.66%
	乡镇级	545.31	562.48	537.25	567.02	-5.25%

资料来源: 宿迁市第二次卫生服务调查报告

第二，五年间，每床日收费水平市县级医院下降 1.40%，乡镇级医院下降 3.91%。

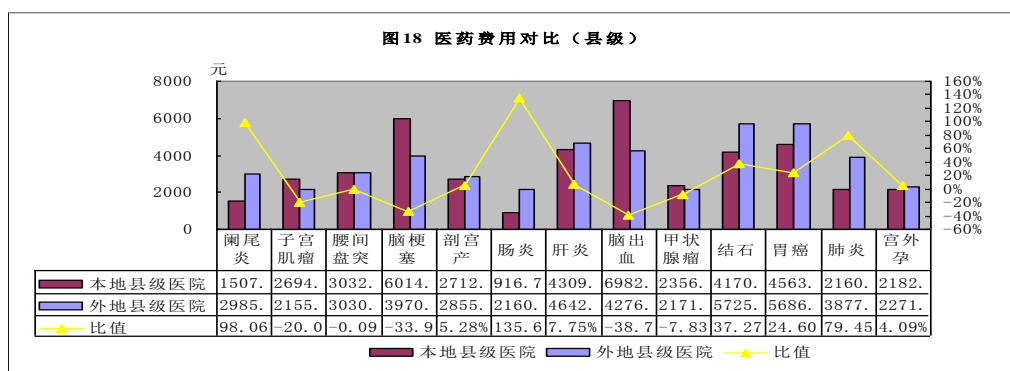
第三，五年间，出院者平均医药费用，市级医院上升 21.78%，县级医院上升 0.66%，乡镇级医院则下降了 5.25%。

2.3.2 医疗服务价格的横向比较

我们根据沭阳县新型农村合作医疗办公室提供的数据，对 2005 年 10 月到 2006 年 2 月间不同病种在不同地区、不同级别医院费用作了横向比较。

● 县级医院费用比较

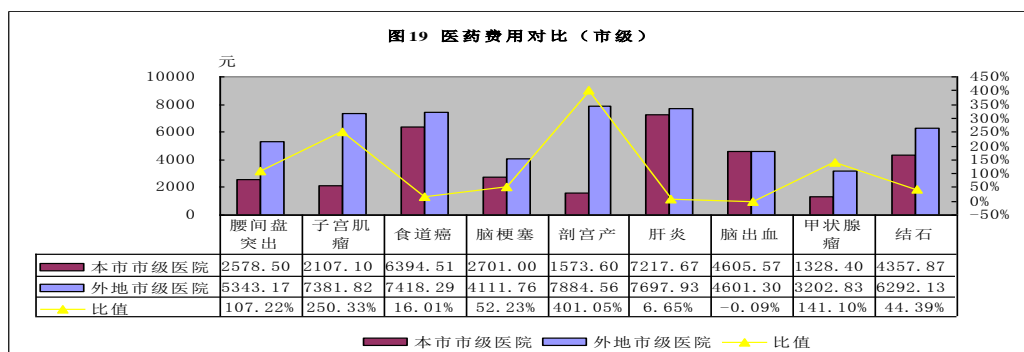
除了脑梗塞与脑出血以及甲状腺瘤外，一些普通的疾病，如阑尾炎、剖宫产、结石、胃癌等的治疗费用普遍低于外地县级医院。这说明沭阳的医改加大了医院的竞争，各医院普遍下降了医疗费用。但是由于正处于发展初期，对于一些较重疾病的治疗，当地医院还没形成充分竞争，在少数几个医院垄断的情况下费用相对较高。（图 18）



资料来源：沭阳县新型农村合作医疗办公室

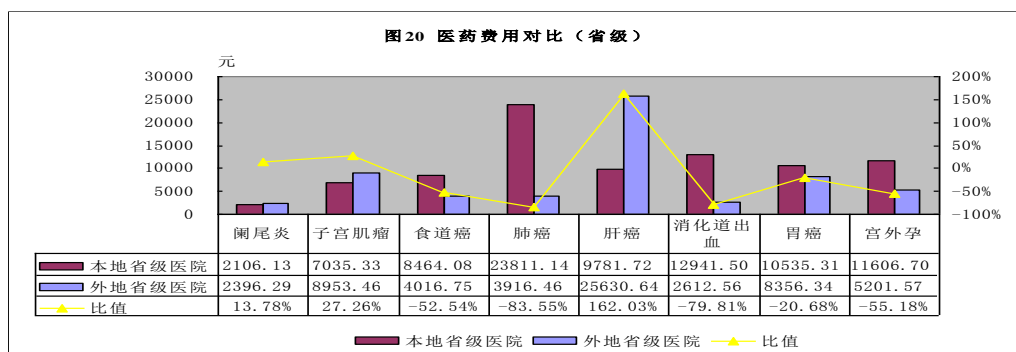
● 市级医院费用比较

本地医院的费用普遍低于外地医院，治疗腰椎间盘突出的本地费用为 2578 元，外地为 5343 元；食道癌本地为 6394 元，外地为 7418.29 元。（图 19）



资料来源：沭阳县新型农村合作医疗办公室

● 省级医院费用比较



资料来源：沭阳县新型农村合作医疗办公室

本地省级医院的费用普遍高于外地省级医院，治疗食道癌的费用本地省级医院比外地省级医院高 52%，肺癌高 83%，消化道出血高 79%。胃癌、宫外孕等本地医院都高于外地医院。（见图 20）

表6 对同一病种的不同治疗方案及费用

时间	医院名称	诊断	建议治疗方案	预计费用 (元)
2006.7.2	宿迁市博爱医院	咽炎	滤泡激光治疗	260
2006.7.3	宿迁市工人医院	咽炎	喷雾	30
2006.7.7	泗阳县仁慈医院	咽炎	预防为主	10
2006.7.7	泗阳县中医院	无此项服务	无	无
2006.7.7	泗阳县章丽武诊所	咽炎	中药	28
2006.7.12	沭阳县人民医院	咽炎+喉炎	西药	150
2006.7.15	宿迁市中医院	咽炎	不需要治疗	0
2006.7.15	上海东方医院集团宿迁分院	咽炎	西药	30

资料来源：课题组成员看病记录

2.3.3 课题组成员的看病记录

笔者在调查期间患有咽炎，在不同医院以患者身份就诊。我们记录了其中的医院名称、诊断结果，建议治疗方案以及预计的费用。不同的医院给出了不同的方案，费用相差很大。最高的为 260 元，最低的为 0 元，从中很难判断出医疗服务价格合理与否。（见表 6）

2.3.4 课题组收集的诊断、药品、手术以及住院的价格

● 对 DRGs 的说明

课题组收集了不同医院的诊断、药品、手术以及住院的价格。根据简单的“疾病诊断相关分组”（Diagnosis Related Group System DRGs）分组，对级别大致相同的医院的上述费用进行了简单的对比分析。

● 调查清单及基本分析

分析清单可以得出以下结论：

第一，级别较低医院的挂号费基本取消，大医院的挂号费保持在较低的水平上。

第二，普通手术的费用有所下降，医院级别越高费用越高。以单纯性阑尾炎手术为例，县级医院，改革前的费用大体在 2000 元左右，改革后费用保持在 1500 元左右。乡镇医院改革前的费用大体在 1200 元左右，改革后，保持在 700 元左右。剖宫产手术的费用在改革前大体在 4000 元左右，改革后县级医院费用在 2500 至 3000 元之间，乡镇医院在 1500 元左右。顺产手术，改革前的费用为 2000 元左右，改革后县级医院费用在 1200 元左右，乡镇医院则在 500 元左右。

第三，常规检查费用有所下降。CT 费用在改革前单人单部位约为 300 元左右，改革后为 120 元左右。新增项目的检查费用开始增长。改革前一些大型的设在宿迁的医院并不存在，所以此项无法与改革前进行比较。

第四，常规药品价格在政府的限价之内。医院级别越高，药品价格越高。新药的价格较以前有所下降。非处方药价格较低，处方药价格相对较高，单位价格也有所下降。（见表 7）

表7 课题组调查的医疗服务及药品价格 单位：元

	挂号费 (人次)	B超常规检 查(人次)	普通CT	床位费 /天	单纯性阑 尾炎手术 (人次)	顺产(人 次)	剖宫产手术 (人次)	生理盐水 (500ML)	先锋5号 (支)	氧氟沙星片 (盒)	阿莫西 林胶囊 (板)	脉络宁 (支)	卡托普利 (25mg*1 00s)
沭阳县仁慈医院	0	30	126	20	900	1000	2000	2.7					
沭阳县人民医院	1.8	20	120	15	1500	1200	3000	2.7					
沭阳县中医院	0.8	40	127	20	1240	1100	2260	4.5		18.9/盒	2	10.8	
上海东方医院宿迁 分院	2.5	30	110	28	1000	1000	1800	3.8		4.6/瓶		11.5	7.5
泗阳县人民医院	1	30	75/部位	24	1100	1200	2000	3					
沭阳县陇集医院	0	20		5	600	1200	1300	3					
沭阳县平安医院	0	15	100	10	700	600	1500	3		4.7			
宿迁市协和医院	2	20		10	800	600	1300	2.8		5		12	7
沭阳县青伊湖医院	0	20		5	700	400	1300	3					
沭阳县刘集医院	0	20		5	1000	400	1500	3	2.5	5/瓶, 100ml	2	12	
沭阳县中山医院	0.8	30	90	10	800	900	1450	2.8					
宿迁市儿童医院	0.8	20		15	900			2.8				8.8	
沭阳县传染病医院	0.8	15		10				3		4.6/100ml			
泗阳县第三人民医 院	0.8	20		9	800	500	1500	2.8		5	7.5/盒	10.5	
宿迁博爱医院	0	20		12	600	800	1400	2.7	2.5	7			
沭阳县哮喘病医院	0	15	胸片29	10				2.6				5	

资料来源：访谈与医院提供

2.4 医疗服务价格变化的因素分析

2.4.1 信息不对称造成的价格变化

医生与患者间的信息不对称，是医疗服务价格虚高的重要诱因。改革前，医生诱导患者过度消费，开大处方、收红包等顽疾，直接造成了医疗服务价格的提升。改革后，这一现象如何呢？

- 红包现象

院长与医生都反应红包现象基本不存在了。在对手术患者的调查中，患者也否认了送红包现象。当地医院院长以及卫生局官员对红包消失给出的解释是：改革后，医院已经成为完全的市场主体。医生的身份发生了很大的变化。作为股东的医生，收红包是从自己的左口袋到右口袋，除了麻烦以外，毫无它用。不仅如此，单个股东的行为还会引起其它资本所有者的一致反对，随时面临强令退股的惩罚。与作为股东的回报相比，收红包因小失大。作为雇员的医生，投入的是人力资本，与医院是利润分成的关系。收红包是一种违约的行为，直接侵占了股东的权益。当地的医疗服务竞争异常激烈，医术难以垄断，医生对医院不可能实行内部人控制，医生的自利行为直接导致医院竞争力的下降。医院保证了医生较高的回报，并承担了主要的医疗事故责任，医生一旦收红包，便会受到严厉的惩罚。

- 诱导消费与大处方

医生诱导患者过度消费并未随着改革的进行而完全消除。很多医院采取了医生收入与其工作量相挂钩的激励方式，医生向患者推荐新的产品与新的技术是经常的行为。诱导过度消费的短期的行为比较普遍，但在一些依靠品牌竞争的医院中，这种行为相对较少。

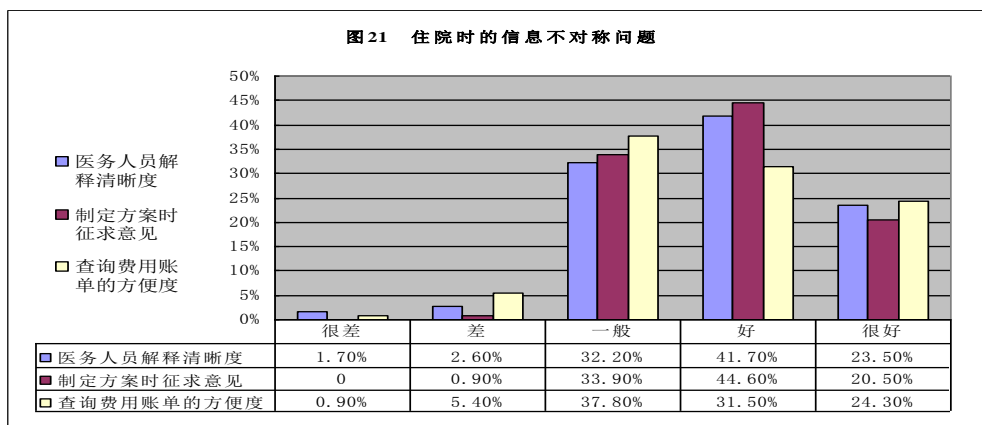
医生的个体性非常强，对相同病种有不同诊治方法。考察发现经常有医生向患者推荐新治疗方案。患者感觉，只要医生对费用、危险性等情况解释清楚，患者可以决定是否采纳新方案。在上海东方医院宿迁分院采访时，遇到一患椎间盘突出的患者。医院提出两个方案，半麻醉手术 3000 元，全麻 5000 元。做手术前征求患者意见后，制定了半身麻醉方案，但在手术过程中发现需要全身麻醉，费用上升到了 5000 元左右，患者认可了。此外，医院还向患者提出另一种更好的方案，即带支架的手术，费用须再加 10000 元。患者表示如果有足够的支付能力便愿意接受此手术。由于患者失去了劳动能力，加之新农合计划不能全额报销医疗费用，所以他没有选择这个方案。

表 6 反映的笔者咽炎的治疗方案在济南、天津、北京等不同医院都遇到过。在宿迁不同医院治疗时，虽然方案不同，但医生都对此做出了详细的说明。医生开药后，笔者保留处方，可以到药店自行买药。在这种情况下，无从谈起诱导消费与大处方。即使医生诱导消费与开大处方，有经验或有专业知识的患者也会在不同医院进行比较，从而选择适合自己需要的医院。

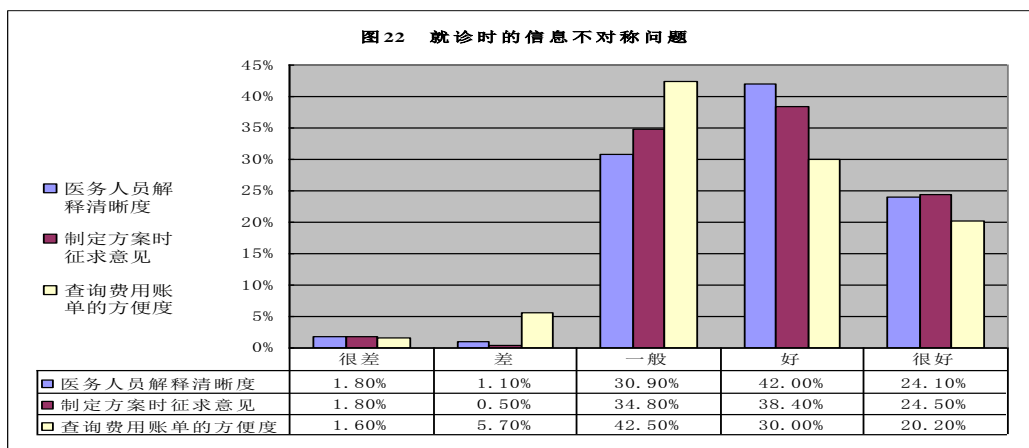
在泗阳县仁慈医院，我们采访了宿城区的赵先生。他选择了泗阳县仁慈医院为其孙做小儿疝气手术，之所以选择这里是比较的结果。其子告诉我们，泗阳县人民医院全部费用为 1400 元，泗阳县仁慈医院全部费用为 1100 元。其子在苏南常熟打工，孩子 10 岁，在常熟上学。因在常熟做手术需要 4000 元，所以在暑假领孩子回家做手术。问其为何不在当地的乡镇医院做手术？回答：“县医院价格贵一些，但安全和服务质量有保证，关键是家中能够承担得起”。赵先生还反映，这里的服务态度不错。问其是否给医生送了红包，其回答说，根本不需要红包。泗阳县仁慈医院院长金麟先生说，该医院不仅拒绝红包，对医生被请吃请喝也有严格的规定。

2.4.2 数据支持

改革后，医生和患者信息不对称现象有所减少，但不能完全消除。就诊时，医务人员对诊疗信息解释的清晰度有很大差别。制定诊疗方案时虽然征求患者意见，但患者在查询诊疗和住院的医疗费用账单时还存在着不便。（见图 21，图 22）



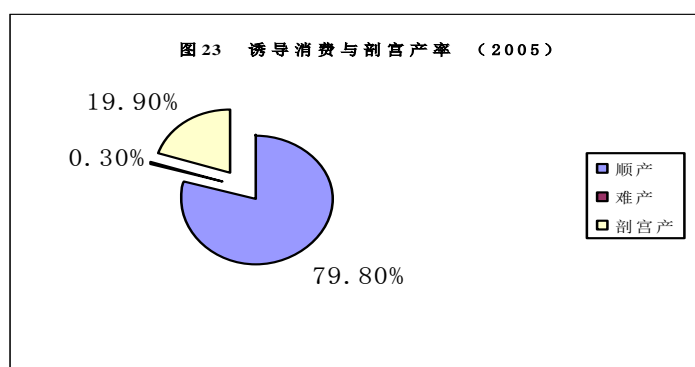
资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

在沭阳县仁慈医院考察时，沭阳县新河乡一住院患者家属反映，因为有亲戚在该医院工作，就医放心才住进该院，让他们困惑的是不清楚什么是合理的医疗服务收费，收费有没有政策依据。

大处方并不一定是医生的单方面行为，有时候是适应患者要求的结果。以剖宫产手术为例，我们在考察中发现，农民患者与市民患者对剖宫产的要求不一样。沭阳县刘集医院院长告诉我们，城市孕妇自我保健意识强，在医生认为可以顺产的情况，主动要求剖宫产的较多。由于剖宫产比较顺产要增加很多费用，农民患者较少地选择剖宫产。2005 年宿迁的剖宫产率达到 20%。（见图 23）



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告

2.5 医院收入与“看病贵”的关系：业务角度的考察

很多人认为，在混合所有制下，资本的趋利性会直接导致医疗费用价格的提升。改革后，

医院收入大幅度增加，这种判断似乎更加合乎情理。这种判断是否合理，必须通过剖析医院收入与医疗费用之间的关系才能回答。

2.5.1 医院业务收入

(1) 医院收入大幅增加

宿迁市卫生局提供的清单表明，改革后医院收入大幅度增长。2005 年比 2000 年按名义价格计算的收入增长率为 964%，门诊人次增长率为 473%，每千人就诊次数增长率为 454%。住院人次也有所增长。（见表 8）

表8 医院的收入与门诊量

	2000年	2005年	变化率
收入(万元)	5735.5	61043	964%
门诊人次	895635	5135457	473%
每千人就诊次数	176.95	979.60	454%
住院人次		224998	

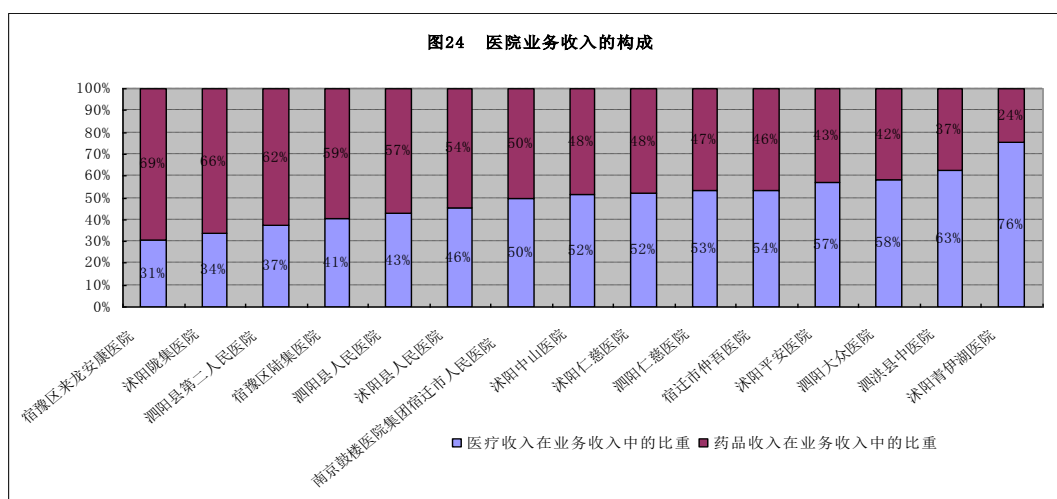
资料来源：宿迁市卫生局

我们选择了市级、县级与乡级医院的代表性医院来分析医院的收入与支出的关系，试图从中找到医院收入的增加与医药费用增长的关系。数据来源于宿迁市第二次卫生服务调查，包括医院的业务收入、业务支出以及医疗与药品的收益率。

医院的业务收入可以从两大层面进行考察，包括医疗与药品收入、门诊与住院收入。

(2) 医院业务收入构成：医疗与药品收入

在所选取的样本中，医院业务收入中的药品收入与医疗收入占比相差极大。同样是乡级医院，业务收入中，沭阳青伊湖医院医疗收入占比 75.6%，药品收入占比只有 24.39%。宿豫区来龙安康医院，医疗收入占比只有 30.81%，药品收入占比则高达 68.60%。在一些市县级医院，二者的占比相差不大。比如，南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院医疗收入占比为



资料来源：各家医院

49.65%，药品收入占比为 49.63%。宿迁仲吾医院和泗阳仁慈医院的医疗收入占比都超过了药品收入，而沭阳人民医院与泗阳人民医院的药品收入占比则超过了医疗收入，但药品收入占比最高没有超过 57%。（见图 24）

这种现象形成的原因可以从以下几个方面进行分析：

第一，县市医院的无形资产大都是改革前形成的，居民对此的认同度非常高，相对于乡镇医院，居民更愿意到这些医院进行手术等治疗，因而其医疗收入比重会较大。

第二，相对于低级别医院，市医院与县医院的卫生技术人员的能力较高，他们提供医疗服务所需求的补偿也较高。与低级别医院相比，这些医院的医疗收入在总收入中的占比较高。

第三，县级医院在改制后新进了大量新型的医疗设备，提高了服务能力。一些原来不能做的手术也能在当地做了，因而其医疗收入增长很快。

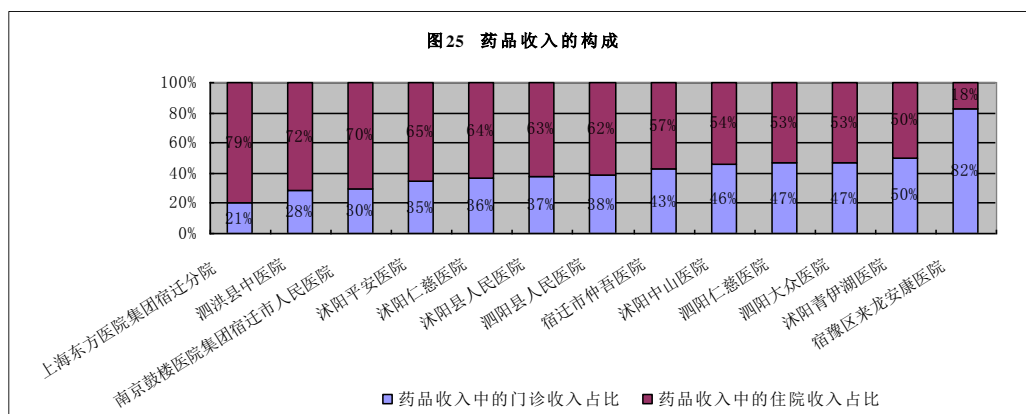
那么，医院的药品收入占比较高是造成患者医疗费用增长的重要原因吗？

● 药品收入的构成

由于医院与药店存在着直接的竞争关系，因而非处方药的替代性非常强。许多患者到大医院的目的在于要处方，然后在医院与药店之间进行价格选择。在我们所到的医院中，除了一些中医诊所不允许将处方带走外，其余没有任何限制。非处方药的价格是明晰的，患者大部分是可以比较的。医院的非处方药虽然在一定程度上高于药店的单价，但是由于患者有选择权，所以它增加患者负担的可能性不大。如果认为它增加了患者的负担，也只能说一是医生多开药；二是非处方药品价格整体提升，患者即使在药店购药也不得不承受这部分加价。

对于非处方药，患者没有选择权。我们在与很多院长以及医生交流中得知，医生对于就医大厅中公示的药品用得并不多，偏向于用新药，这可能是医院收入增长的重要因素。新药用得更多，也并不都是医生的直接作用。很多被访患者谈到，医生会主动介绍患者所需药品的疗效，患者在经济承受力之内，往往会选择新药。至于医生会不会夸大药效，则很难界定。新药的使用，往往取决于患者的判断能力。

在对样本医院数据的分析中发现，药品收入在住院收入中的比重远远高于门诊收入。这与前面的分析是一致的。在低级别的医院，如青伊湖医院与来龙安康医院，药品收入主要来源于门诊，患者住院中用药较少，这与乡镇医院的住院患者较少有关。



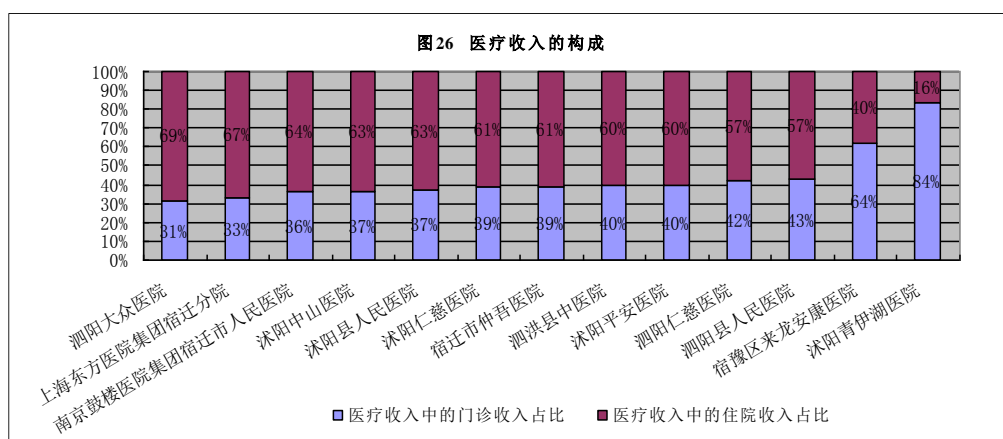
资料来源：各家医院

● 医疗收入的构成

与药品收入在业务收入中的占比正好相反，医疗收入在高级别医院的收入占比较高，而在低级别医院则较低，其原因与前面的分析是一致的。（见图 25）

(3) 医院的业务收入构成：门诊收入与住院收入

医院的业务收入还可以从门诊收入与住院收入的构成角度进行分析。样本医院的数据表明，级别高一些的医院，住院收入在总收入中的占比远远高于门诊收入的占比。在沭阳县青伊湖医院与宿豫区来龙安康医院的业务收入中，门诊收入超过 70%。而在宿迁市人民医院与沭阳县人民医院以及沭阳仁慈医院门诊收入占比都不超过 40%。没有改制的泗阳县人民医院的情况与这几家较大医院的情况类似。（见图 26）



资料来源：各家医院

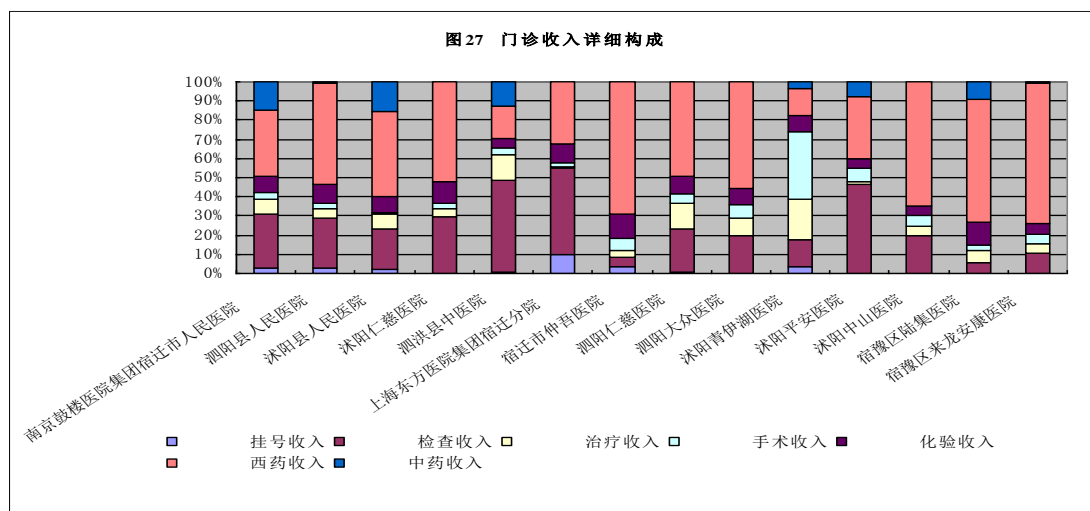
● 门诊收入的构成

在样本医院中，我们选择了挂号收入、检查收入、治疗收入、手术收入、化验收入、以及西药收入与中药收入七大类来考察门诊收入的构成。

样本医院的门诊收入主要部分是西药收入，其次是检查收入。化验收入与治疗收入在不同医院位次不同，但可以排在第三或者第四位。除了青伊湖医院的手术收入超过 30% 以外，其他医院没有越过 10% 的。（见图 27）

课题组发现，医院公开的单位药品价格大部分低于政府的限价。对于政府没有限定的新药价格则没有可比的标准。医院新上了很多设备，检查收入上升很快。

很多低级别医院的门诊取消了挂号费，如宿迁博爱医院，沭阳青伊湖医院，以及一些私人诊所。一些规模稍大的医院的挂号费在每人每次 1-2 元之间。对于不收挂号费，一些医院的院长认为，这种竞争是没有意义的，减去的挂号费最终只能是从患者的其他费用中拿回来。挂号费是对医生人力资本的合理补偿，在不同所有制的医院，表现方式是不同的。比如在一些乡镇医院，大部分医生是医院的股东，收不收没有多大关系。而在一些医生不是股东的医

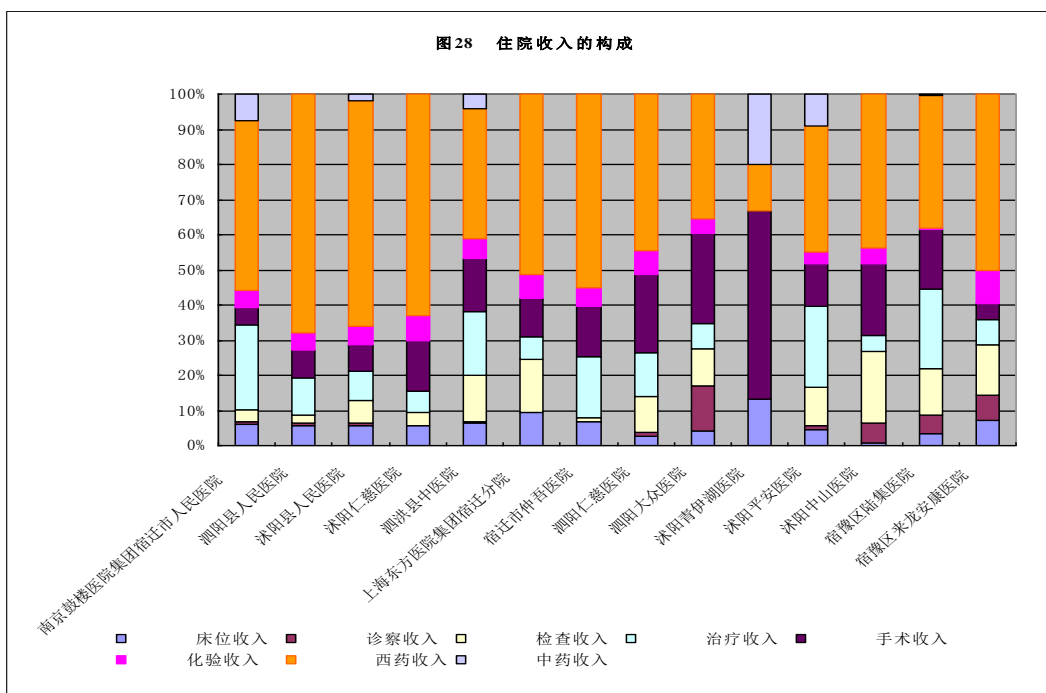


资料来源：各家医院

院，挂号费与医生的收入直接挂钩，收取挂号费可以达到激励医生的目的。

● 住院收入的构成

样本医院的住院收入分为床位收入，诊察收入、检查收入、治疗收入、手术收入、化验收入、西药收入与中药收入八个部分。

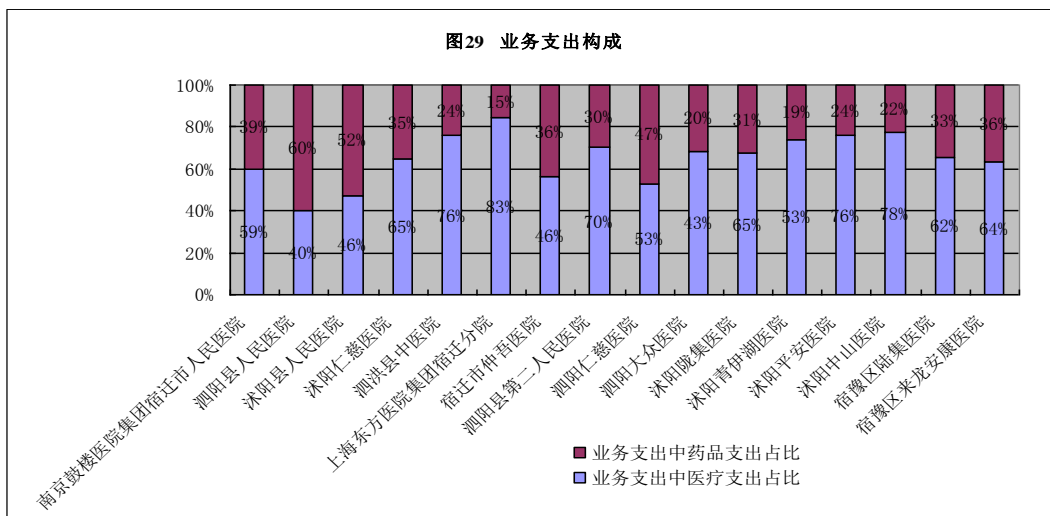


资料来源：各家医院

在住院收入中，占比最高的是西药收入。手术收入、治疗收入，床位收入、与化验收入在其中的比重依次降低。其中未改制的泗阳县人民医院，西药收入在住院收入中的比重接近58%。一些规模较小的医院，手术收入在住院收入中的占比较大。如沭阳青伊湖医院的手术收入占比高达40%，泗阳大众医院、泗阳仁慈医院、沭阳中山医院等占比在20%左右。一些规模较大的医院，治疗收入在住院收入中的比重仅次于西药收入。如宿迁市人民医院的治疗收入占比22%，泗阳县中医院治疗收入占比达到18%。（见图28）

2.5.2 医院业务支出

- 医院业务支出构成



资料来源：各家医院

除少数医院外，在样本医院中的业务支出中，医疗支出的比重远远高于药品的支出。泗阳县人民医院的医疗支出为40%，药品支出为60%，沭阳县人民医院的医疗支出在业务支出中的比重为46%，药品支出占52%。这是药品支出占比高于医疗占比的两家医院。东方医院宿迁分院的医疗支出占比为82.75%，药品支出占比则只有15.36%。泗洪县中医院医疗支出与药品支出占比分别为76.02%与23.98%。（见图29）

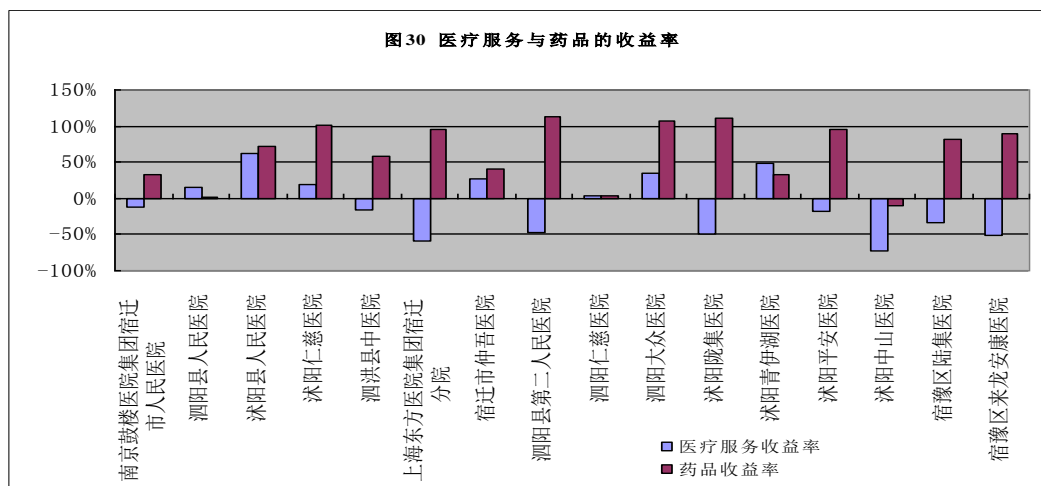
在考察中，我们发现，宿迁市的医院购进了大量的设备，新修建医院大楼的也很多。很多院长认为，医疗支出占比较大是医院发展初期的正常行为，是医院在长期竞争中占得先机的必然之举。

2.5.3 医疗服务及药品的收益分析

样本医院的收支情况表明，医疗服务的收益率较低。在很多医院，此比率是负值，如上海东方医院宿迁分院，泗阳县第二人民医院，沭阳陇集医院和沭阳中山医院。这些医院的共同特征是新设医院、基础的投入相对较大。改革较久，或者原来基础设施相对较好的医院，医疗服务的收益则相对较高，如沭阳县人民医院，沭阳县仁慈医院和沭阳县青伊湖医院等。

与医疗服务收益率的较低相反，药品收益率普遍较高。泗阳县第二人民医院药品的收益率高达112.79%，沭阳县仁慈医院、泗阳大众医院与沭阳陇集医院的药品收益率都超过100%。沭阳县平安医院收益率接近100%。相反，一些较大规模的医院，如宿迁市人民医院药品收益率则只有32.73%。（见图30）

在考察中很多院长讲到，随着医院治理结构的改变，零售环节的药品单价与原来相比有所下降，药品进货由购买者与供应商直接谈判，减少了中间环节。例如，改革前某种抗生素购进单价 80 元，改革后价格下降到 18 元。然而，即使常规药价有所下降，医院药品经营中依然保持相对高的利润率。



资料来源：各家医院

从以上指标可以看出，改革后以药养医的状况没有实质改变。在改革之初，宿迁市政府曾经考虑过医药分开。但在改革的过程中发现在中国药品价格普遍高涨的背景下，强行分开会对医院的生存产生直接影响，因而对医院的药品经营实行了相对宽松的政策。当地政府认为，市场经济条件下医药还是要分开的，这是长期的改革目标。他们认为，这一目标的实现，需要大环境的改善和支持，凭宿迁一己之力难以完成。

2.6 医院收入与“看病贵”的关系：服务供给角度的考察

医疗服务供给的变化，包括设备及相关服务、医卫人员人力资本投入，病源变化、政府税费变化等等。

2.6.1 设备及相关服务数量的变化

● 设备的增加

宿迁市医改后的一个突出现象是医院增加了很多大型的、高科技的设备。现举一例来说明。2006 年 7 月 13 日，我们在沐阳县青伊湖医院考察时看到了改革前唯一的手术台，是一张三条腿等长，另一条短腿用砖头垫起来的小手台，与新手术台放在一起形成鲜明对比。

改制后，医院新上了 X 光机、相片透视、B 超、心电图等设备，新盖的医院大楼于 2001

年竣工，价值 40 多万元。

设备的增加，直接的效应是增加了服务供给。2000 年前五个月，该医院长期维持在日收入几十元的水平上，收入最低时一天只有 2.6 元，职工月工资只有 200 元左右。现在主治医师月收入达到 1500 到 2000 元，护士收入达到了 900 至 1100 元。2005 年底医院收入达到 82 万元。

宿迁市卫生局提供的材料表明，改制前全市只有 5 台 CT 机，沭阳县人民医院、泗阳县人民医院、泗洪县人民医院、宿豫县中医院，市人民医院各一台。目前，全市共有 CT 机 32 台，其中，市级 7 台、宿城区 3 台、

宿豫区 3 台、泗洪县 4 台、泗阳县 5 台、沭阳县 10 台；共有核磁共振 3 台，其中，市人民医院、泗洪县人民医院和沭阳县中医院各 1 台；直线加速器 4 台，其中，市人民医院、泗洪县分金亭医院、泗阳县人民医院和沭阳县中医院各 1 台；钴 60 机 3 台，

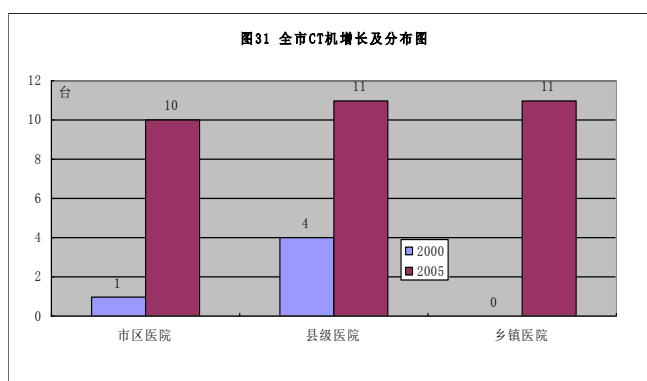
其中，泗洪县和沭阳县人民医院、泗阳县中医院各 1 台；此外，市人民医院还拥有 PRK、后装治疗机各 1 台，泗洪县人民医院拥有 X 刀 1 台等较为先进的大型设备。（见图 31）

● 新增服务

医疗设备的增加，引致了服务供给的增加。改制前，很多手术在当地是不能做的，很多检查也因为缺乏基本的设备没法实施。比如，改制前沭阳县的 16 个乡镇医院都没有 X 光机，12 个医院没有 B 超，10 个医院没有心电图等最基本检查设备。

在采访中，我们认识一位患者，颈部长期间不适，严重影响工作，以往检查结论是“劳累过度，需要休息”。后来宿迁市人民医院增加了核磁共振检查，该患者被诊断为颈椎增生，经过治疗大有好转。当然费用也高出了许多，但这位患者说愿意承受。

在考察中，很多患者告诉我们，费用高一点低一点不是最重要的问题，最在意的是能否享受到治好病的医疗技术服务。新添加的设备在很大程度上满足了消费者的需求，很多原来在宿迁不能做的手术可以在当地实施了，整体费用相应下降。比如，沭阳县人民医院与江苏省人民医院共同开发远程会诊系统，每次的手续费 300 元。据该医院院长介绍，在当地肾移



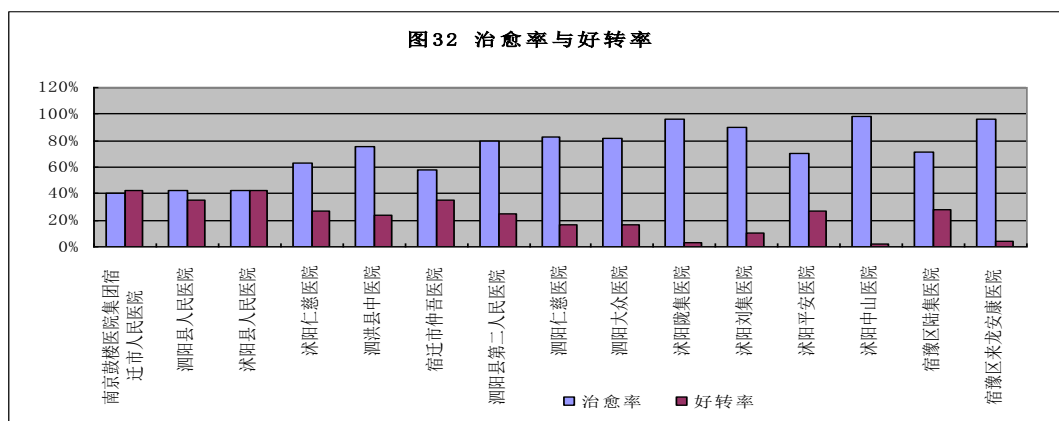
资料来源：宿迁市卫生局

植整体费用已经下降到了 4.5 万元，下降速度很快。

2.6.2 医疗服务质量的变化

● 治愈率

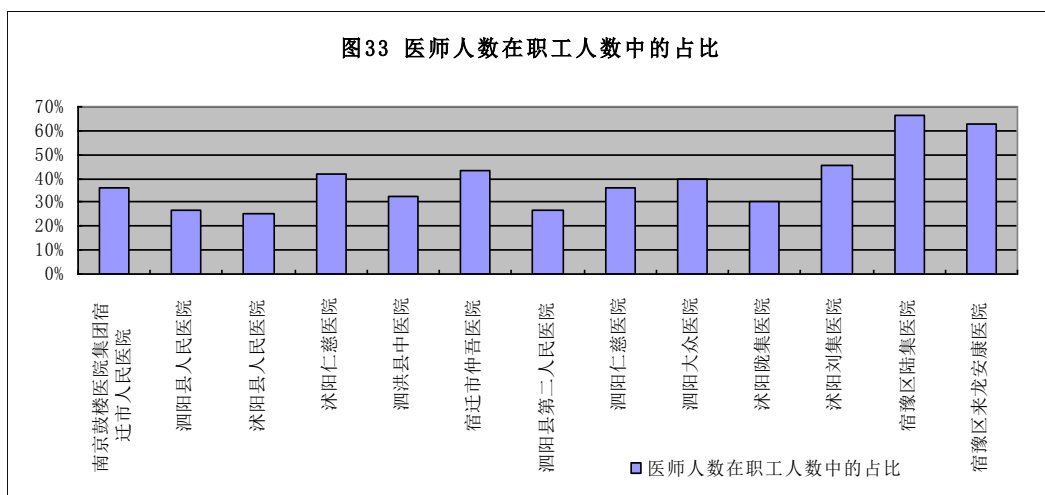
江苏省卫生厅统计的 2000 年宿迁市县及县以上医院治愈率为 63.85%，好转率为 31.09%。在我们的样本医院中，相对低级别医院的治愈率在 60%以上，而级别相对高一些的医院治疗治愈率则较低，如宿迁市人民医院、沭阳县人民医院。未改制的泗阳县人民医院的治愈率在 40%左右。样本医院的好转率则高于江苏省卫生厅公布的数字。这种现象出现的可能性在于高级别的医院接诊的病多是重病，疑难病症。（见图 32）



资料来源：各家医院

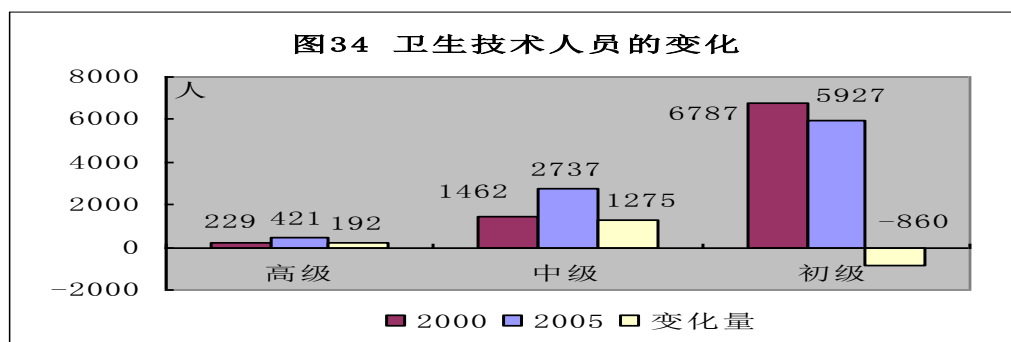
● 医卫人员的人力资本

医疗服务水平的高低，与医卫人员的人力资本投入是相关的。在我们选择的样本医院中，医师人数在职工人数中的占比大部分高于 25%以上，在一些新设的民营医院中则达到了 40%以上。（见图 33）



资料来源：各家医院

2000 到 2005 年间，宿迁市高级职称人员由 229 人增长到 421 人，增长 83.84%。中级职称人员由 1462 人增长到 2737 人，增长 87.21%。初级职称人员由 6787 人下降到 5927 人，下降了 12.67%。与改革前相比，卫生技术人员的素质有所提高。（见图 34）



资料来源：宿迁市卫生局

2.7 医院收入与“看病贵”的关系：其它角度的考察

医院收入的增加除了以上因素以外，还可以从以下方面进行考察。这包括病源的变化、政府税费的变化、以及医院之间竞争的变化。

2.7.1 病源的变化

病源的变化，首先表现为随着可支配财力的增加，潜在的消费需求变为真实的需求，即就诊的人数增加。在“看病难”的考察中，对此已经有所说明。

其次，本地病源开始回流。宿迁是在四个贫困县基础上新设立的地级市，医改前，本地医疗水平较之周边的淮安、徐州有着明显差距。全市到 2005 年前没有一家三级医院，大量的患者外流到淮安、徐州甚至南京、上海就医。改制后，当地医疗设施的改善，医疗服务水平的提高，一些外流的患者被吸引回本地就医。病源外流现象减少，这对于医疗收入的增加应有较大影响。

宿迁是劳务输出的重要地区，有 100 多万人在外打工。原来在外就医的农民工开始利用回乡的机会在当地就医。在宿迁博爱医院，我们访问了一个在苏南打工的农民，证明此种情况非常普遍。农民工就医的回流，与当地招商引资政策的变化是直接相关的。随着苏南与浙江产业的转移，宿迁接纳了很多劳动密集型的产业，原来在外地打工的农民工开始回乡工作。就医的需求相应地增加。

最后，外地病源增加。一方面，当地医疗改革使得其与周边地区的服务质量与服务价格存在竞争优势。另一方面，随着交通条件的改善，到宿迁就医的外地患者越来越多。在考察中看到很多江苏徐州、淮安以及安徽省的患者到宿迁就医。

2.7.2 政府税费的变化

改制医院可以登记为营利性医院，也可以登记为非营利性医院。根据当地政策规定，非盈利性医院需要按照国家规定的收费项目和价格收取医疗服务费用，免征各项税款。营利性医疗机构取收入直接用于改善医疗条件的，自其取得营业登记之日起，在三年内给予以下优惠政策：

- 对医院取得的医疗服务收入免征营业税；
- 对医院自产自用的制剂免征增值税；
- 对营利性医疗机构自用房产、土地、车船、免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税；
- 三年免税期满后恢复征税，五年内市政府地方留存税款部分实行“先征后返还”政策，六至十年内减半返还。

营业额达不到起征点的小诊所可以免税。在泗阳县地方税务局第一分局的不达起征点户名单中有泗阳县众兴镇杨秀平口腔诊所月营业额 1000 元，泗阳县李玉龙中医诊所月营业额 1500 元的记录。

同时，地方政府为保护民营医院利益和促进其发展，严令禁止主管部门对其乱收费。

2.8 “看病贵”的另类考察：医疗服务相对价格的变化

考察“看病贵”不能只看名义价格的变化，相对价格的考察也非常必要。我们发现很多在改革前公立医院存在的不良现象，改革后在民营医院依然存在。这些现象的存在，使得医疗服务的质量并不令人非常满意。

2.8.1 广告与真实疗效

在宿迁地方报纸与电台中，民营医院广告非常多。很多广告的宣传与实际疗效相差很远。这是很多地方都存在的现象，在宿迁并没有因为改制而消失。

2.8.2 医疗人才的增加与医疗服务质量

在宿迁，高水平的医生是相对短缺的。随着人才的流动，乡镇医院高水平的医生开始流向县城与市区，乡镇医院的医疗水平与县城相比，差距非但没有缩小，反而有所增大。

2.8.3 非合格医生的服务

很多医生告诉我们，在宿迁无证行医是一个公开的私密。卫生局一直在严厉打击，但仍然没有完全根除。非合格医生的服务使得医疗服务水平褪色不少。

2.8.4 过度诊断，开药与收入挂钩

过度诊断以及医生开药与其个人收入挂钩的现象，在不同医院不同程度地存在着，医疗体制的变迁并没有改变这一弊病。

3. 混合所有制下医院发展的可持续性考察

本节考察医院间的竞争以及混合所有制医院可持续发展的可能性。

3.1 医院的竞争

医卫体制改革后，宿迁当地医院竞争非常激烈。竞争是分层的，一般是相同级别的医院与相同级别的医院竞争。在沭阳县，人民医院、中医院与仁慈医院在高端市场的竞争中呈现三分的局面。竞争的形式是多样的，包括价格的竞争、技术与服务的竞争、人才与品牌的竞争等。

3.1.1 价格的竞争

价格竞争是宿迁医院竞争的第一个阶段。

- 取消门诊费

一级医院在就诊中大多取消了门诊费，乡镇医院基本上不收门诊费，二级医院保留较低门诊费。

- 单病种包干制

单病种包干制是很多一级医院竞争中常用的手段。院长们称，在医生与患者的信息不对称中，患者最担心的是被医生诱导多用药。在包干制定价方式下，这种担心将不再存在。对于收入较低的患者，包干制接受的是最基本的服务与用药。在考察中发现这种承诺在低级别医院非常普遍，在高级别医院则非常少见。（见表 10）

一些县医院的院长对这种包干制并不看好，认为这对患者不够负责任。因为病的不确定性使得医生很难完全预测患者身体变化，包干制使患者不可能享受好的服务，也不可能用到良药。

- 减少住院预付款

表 10 手术费用包干表

	项 目	单价（元）
1	痔疮手术	250
2	单纯性阑尾切除	600
3	疝气手术	600
4	胆囊切除术	1500
5	乳房肿块切除术	250
6	膀胱切开取石术	1000
7	甲状腺囊肿切除术	1200
8	剖宫产术	1400
9	卵巢囊肿切除术	1200
10	子宫切除术	1500
11	子宫内修补术	1200
12	椎间盘突出术	1800

注：以上手术费用是指由入院到出院的所有医疗费用

资料来源：宿迁市博爱医院

在考察中我们遇到很多农村患者，他们谈到在住院时，医院不会要求交全部押金，只交少部分费用就可以住院治疗。在卫生局提的数据中发现，患者拖欠费用的情况非常少。至 2005 年底，没有改制的泗阳县人民医院，累计欠费达 1330 万元，改制后的沭阳县人民医院患者累计欠费 499 万元，在沭阳县仁慈医院，患者累计欠费只有 28.5 万元。

- 红包与回扣

医生收红包与药品回扣是公立医院时代的痼疾。在宿迁，红包现象已经基本消失，即使患者送红包，医生也不敢收。在东方医院宿迁市分院给宿迁市委的报告中提到，医院拒收红包，一旦发现，不管是谁坚决辞退。他们提供的数据表明已有 45 起拒收红包者。

有医生反映，在很多医院里，医生开药或者要求患者检查的金额与其收入挂钩，但院长们普遍不承认有这种现象。从医院对医生激励的有效性来看，这种现象在一定范围内是存在的。这是改革前就已经长期存在的现象，所不同的是，改革前医生的开药金额与医药代表发放的回扣直接挂钩。

- 降低进药成本

改革后，卫生局将药品招标的权利下放给了医院。医院所有者亲自监控进药进程，进药成本比原来有所下降。

3.1.2 技术与服务的竞争

- 设备竞争

宿迁市医院的竞争，不仅表现在价格上，服务的竞争也非常激烈。这首先表现为设备的竞争。据沭阳县卫生局的统计，各乡镇医院共增加投入 1500 万元，有 5 个乡镇医院购置了 CT，12 家医院添置了 500 毫安 X 光机。沭阳县仁慈医院与沭阳县人民医院以及沭阳县中医院在竞争中竞相增加医疗设备的供给。人民医院购进了核磁共振，仁慈医院也当仁不让。

在一些专科医院，设备竞争同样激烈。在与沭阳哮喘病医院院长的交谈中，他提到计划新进支气管镜，考虑到普通的伟康牌较便宜（20 万元），高级的奥林巴斯牌较贵（40-50 万元），计划先购进普通的，等条件改善后再购买高级的。他提到，如果没有先进的设备，很快就会在竞争中失败。他认为，新设备的购进，对于医院收入的提升具有重要的意义。因为随着收入的提升与保健意识的增强，很多患者要求通过新设备进行更加准确的诊断。

- 服务条件：门诊大楼与住院条件

与设备的竞争相比，服务条件的改变对于一个医院的竞争力来讲，显得更为重要。在考

察中，我们发现很多医院开始新盖住院大楼，原来租房的医院也开始购置了地产，建设产权属于自己的医院。沭阳县仁慈医院的大楼正在施工，沭阳县南关医院投资 1500 万元的综合病房楼进入内部装修阶段，沭阳县中医院新的大楼也在兴建，宿迁市仲吾医院已经迁了新址。

各医院的病房条件较以前大有改善，大部分病房具有空调等设备。

- 微笑服务

医务人员已经做到职业微笑，我们的考察按照自设行动方案进行，没有碰到与患者争吵的护士和医生。

3.1.3 人才与品牌的竞争

医院的核心竞争力是技术和提供技术服务的专业人才。有了这两个条件才能形成医院的品牌。

- 原公立医院的品牌效应

一些民营医院沿用了原公立医院的品牌。民营医院的业务骨干大都来自当地人民医院，患者对原人民医院的认同度相对较高。很多民营医院在设立初期，介绍业务骨干时往往以原人民医院 XX 科 XX 主任等的名头来提升知名度。我们发现，很多新设民营医院医生的工作服还是原来人民医院的。

民营医院发展到一定阶段后，对原人民医院知名度的依赖程度开始下降，因为一些民营医院的品牌开始建立，患者的认可度逐渐提高。沭阳的仁慈医院与泗阳的仁慈医院院长都认为，品牌竞争是医院生存之根本。

- 专科医院与综合医院的竞争

为了提高竞争力，医院投入普遍增大，很多院长感觉医院有点太多。专科医院的发展对综合性医院某些专科产生了巨大压力。如沭阳县口腔医院的成立，已经开始对当地人民医院口腔科产生了压力。口腔医院的院长是原来人民医院的业务骨干，她立志要将口腔医院建成全县最好的口腔医院。在考察时，沭阳县哮喘病医院刚好收治了一个在宿迁市某大医院两次共花费 10922 元而未见成效的许姓患者，在该医院花费不到 2000 元，效果非常明显。谈到是否发展成综合性医院时，该院长对此予以否认。他判断当地综合性医院已经过多，专科医院是未来的发展趋势。因而计划投资新的设备，争取将自己的专科医院办成全市最好的哮喘病专科医院。这几年，他的名声开始大起来了，那个许姓患者就是慕名而来的。

- 人才流动

品牌竞争的背后是人才的竞争。很多医院为了吸引人才采取激励措施，一是高薪，二是股份。如沭阳县仁慈医院从淮安市人民医院吸引的骨干，原月收入 3000-4000 元，现在入股后月收入 8000-10000 元。此外，感情留人，用事业留人也是很多院长谈到的用人策略。但有的医生更愿意做属于自己的事业，如沭阳县人民医院有个年薪 15 万的医生，辞职创办自己的医院，我们看到该医院运行状况良好。

很多医生在流动过程中对自己的定位并不准确，对资本的回报与劳动的回报分不太清楚。有时会因为别的医院给股份而轻易放弃自己原来的工作，他们只看到了资本带来的收益而没有看到风险，不少医生收入因此下降，事业也受到影响。

医院的扩张吸引了很多退休医生。同时，乡镇医院水平高的医生开始进城。较好的待遇也吸引了外地很多医生，这在一定程度上缓解了医院扩张引致的医卫人员短缺局面。

● 医卫人员的收入

改制后，医生的收入提高了很多。如沭阳县哮喘病医院院长五年前月收入 800 元，目前月收入 3000 元。沭阳刘集医院主治医师待遇由 1200 元上升到 2000 元。收入的提高，激发了医卫人员的积极性，这是民营医院持续发展的前提。（见表 11）

	宿迁博爱医院	沭阳县哮喘病医院	沭阳县仁慈医院	沭阳县人民医院	沭阳县陇集医院	沭阳县平安医院	宿迁市协和医院	沭阳县青伊湖医院	沭阳县刘集医院	沭阳县中医院
副主任医师	3000		10000/1500	4000		4000/1000				4500，年分红 7-8 万
主治医师		3000/800	3000	2000/1000	1800/500	2000	2000	2000	2000/1200	2500，4 万分红
护士			1800	2500	1100	1000	800	1100	800	2000
注：前一数字为当前月收入，后一数字为五年前收入，，访谈者估计数。										
资料来源：采访所得										

3.2 医院的生存与发展

在竞争机制下医院发展是不均衡的，医院的生存与发展是我们的考察重点。一些医院发展得非常快，如沭阳县仁慈医院从最初的 12 人，每人股份 6 万元起家，发展到 28 人，每人股份 18 万元，再到现在的 38 人，人均股份 80 万元。还有的医院在改制过程中生存面临着巨大的生存压力，如泗阳县中医院、沭阳县平安医院。我们分别两次拜访这两家医院，每次都看到冷清的门诊大厅。还有的医院改制失败，不得不二次改革，如沭阳县陇集医院、宿豫区

龙河医院和洋河医院等。

3.2.1 医院的盈利点

在宿迁，医院以药养医现象非常普遍。特别是级别较低的医院，对药品收入的依赖性更强。与过去不同的是，医院的药品进价与售价都较原来有所下降。在药品收入的构成中，中医药的收入占比非常小。很多医院填报收入时，中药收入为零。中医药对于医院的生存影响越来越小。以药养医与当初宿迁医改提出的“医药分开”的初衷有所不同。医院离开用药收入几乎没法生存。葛志健在向江苏省委的工作汇报中也承认，这是下一步改革的重要问题。

设备增加、服务改善以及技术提高的医院，生存状态大大好转，对药品收入的依赖程度开始下降。仍然依靠药品收入维持生存而在其他方面没有提高的医院，在竞争中生存都非常困难。

3.2.2 医院的短期利益与长期利益

很多宿迁医卫体制改革的批评者认为，民营医院为了追求短期利益，开大处方，让患者重复检查，使得看病越来越贵。在考察中，我们明显地感觉到医院院长们正在短期利益与长期利益之间徘徊。一些医院在建立初期面临着生存压力，更看重短期利益，成功之后便开始追求长期效益。相应地，其竞争与生存的手段也发生了变化，从原来的价格与服务竞争向技术与品牌的竞争转变，开始进入良性循环，短期利益与长期利益得到了很好的统一。而一些没有处理好二者关系的医院，只注重短期利益，结果是长期短期利益皆失。

● 政策的影响

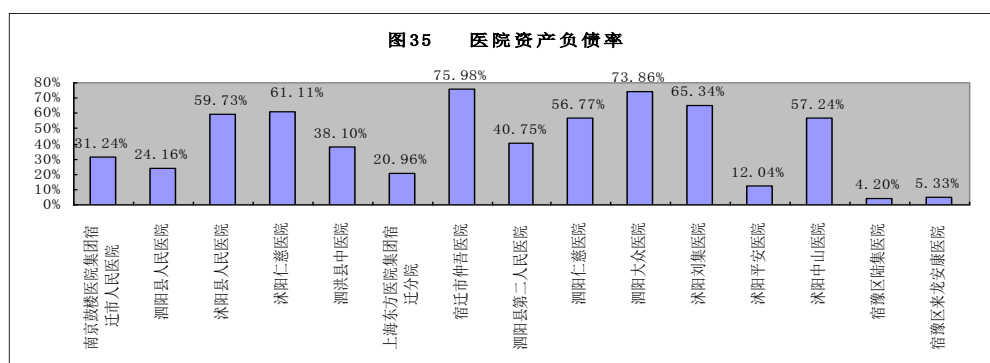
政策对医院经营至关重要。很多医院院长向我们表示对政策不变有信心，但是也有部分院长担心体制复归。宿迁周边地区类似改革的政策多变加大了这种担心，有些医院在经营中短期利益考虑得较多。

江苏省政府对宿迁的改革非常支持，省委书记李源潮在视察宿迁时对此进行了肯定。宿迁市委、市政府的态度则一直是坚定不移地进行改革，并且在政策上对民营医院进行大力扶持。如市政府规定，同等条件下优先发展民营医院。非营利性医院用地可申请划拨或政府零收益出让。包括社区卫生服务中心在内的所有医院，不论所有制性质，都可以作为新型农村合作医疗、城镇职工医疗保险的定点服务机构。市、县（区）两级财政每年分别拿出不少于100万元和80万元的专项资金，专门用于对医疗机构“以奖代投”，并随着财政收入的增长而逐步增加，县（区）“以奖代投”资金的80%用于对乡镇医院奖励等。

● 资金的影响

宿迁的医院在规模扩张的过程中的资金来源多为民间资本，商业银行的支持力度不大。民间借贷的利率相对较高，资金压力制约着医院长期的经营与发展。在民营医院经营初期，上述困境是普遍的。而一旦渡过了困难期，医院便开始考虑长期发展战略。在一些较大的医院，改制前的信誉较好，经营策略相对稳定，资金压力不大，长期经营的理念较强。一些乡镇医院的情况正好相反。

在我们选取的样本医院中，资产负债比率最高的宿迁市仲吾医院为 76%，泗阳大众医院的比率也高达 74%。沭阳仁慈医院为 61%，沭阳县人民医院为 60%。从中可以看出，这些医院经营中的资金压力颇大。（见图 35）



资料来源：各家医院

● 舆论的影响

舆论的影响对宿迁医院的影响是直接的。我们数次遇到医生拒绝采访的情况，因为不真实和不合理的报道在当地引起了不良影响。在采访中，很多院长表示对有些报道和考察报告的结论持不同看法，沭阳县人民医院还针对其中的具体事件做出了法律声明。

● 监管的影响

改制后，整个医疗监管面临转型。改制初期，超规则行医以及无证行医的现象比较普遍，很多院长与医生反映无证行医严重影响到他们的正当经营，希望尽快建立和健全政府以及专业部门对医疗服务行为和医疗机构进行监督和奖惩的监管机制。

3.2.3 医疗事故与医院的破产

医疗事故对医院生存的影响是致命的。在采访中，我们得知一家乡镇医院在一起医疗事故中赔付了 30 万元后不得不转手。我们没有发现医疗事故较改制前有所增加的数据，很多医

生私下告诉我们，以 7 万元私下解决医疗纠纷是比较普遍的现象。

据沭阳县卫生局的说法，政府不允许乡镇医院破产，如果经营不善就进行二次改制，改制时还需要缴纳十万元罚款。在低级别医院中，二次改制或所有者转换的现象比较普遍。

3.2.4 医院的竞争与联盟

宿迁市卫生主管领导认为目前医院竞争性还不够充分。如葛志健认为，改制的目的是使医院达到完全竞争的状态。课题组发现，医院竞争日趋激烈，政府打破公立医院垄断的目的已经达到，但随着利润率的平均化，行业同盟或者大医院间的行业垄断可能会出现。比如，沭阳县卫生局定期从不同医院抽查 50 张处方，以常见病、多发病以及剖宫产、胃切除等为主，定期公布，以物价法为依据进行惩处。这有利于医院的价格的下降，也有利于患者知情权的增加，这也可能是医院之间加快联盟的一个重要动因。随着一些医院的破产，兼并收购的资本运作也将盛行，寡头垄断的现象极有可能出现。

例如，在沭阳县中医院改制初期，沭阳仁慈医院已经收购成功，后来由于职工反对，才在政府干预下以 800 万的价格购回。如果没有政府的干预，当地人民医院、仁慈医院与中医院的三足鼎立就会演变成人民医院与仁慈医院的双雄争霸。

3.2.5 医院的治理结构与管理水平

医院的治理结构与管理水平直接影响着医院的竞争力。

3.2.5.1 医院的治理结构

在发展初期，大部分民营医院采取了均股制经营模式。在股东人数较少时，医院发展没有受到影响。比如，沭阳仁慈医院从 12 个股东发到现在的 38 个股东，资产增长了接近 20 倍。沭阳县哮喘病医院四个医生，三个股东。四个护士，两个后勤人员，经营呈上升趋势。随着医院规模的扩大，均股制的弊端日趋明显。内部决策的组织成本越来越大，很多重大决策的出台错过了最好的时机，很多民营医院院长对此深有感触。有的股东愿意溢价收购其他股东的股票，但是很少有医生愿意出售。在一些医院中，内部团结已经不如创业初期，治理结构的不足阻碍了医院的做大做强。

3.2.5.2 医院的管理水平

在改革过程中，部分非医学专业的资本所有者进入了医疗服务领域，并采取董事长兼医院院长的管理模式。他们将其他领域的成功经验移植到了医院管理中，但由于不熟悉业务，经营状况往往欠佳。一些有远见的资本所有者，往往聘请专业医生做院长。专业出身的管理

者因为熟悉医务领域而在管理上显出优势，医院经营状况良好。

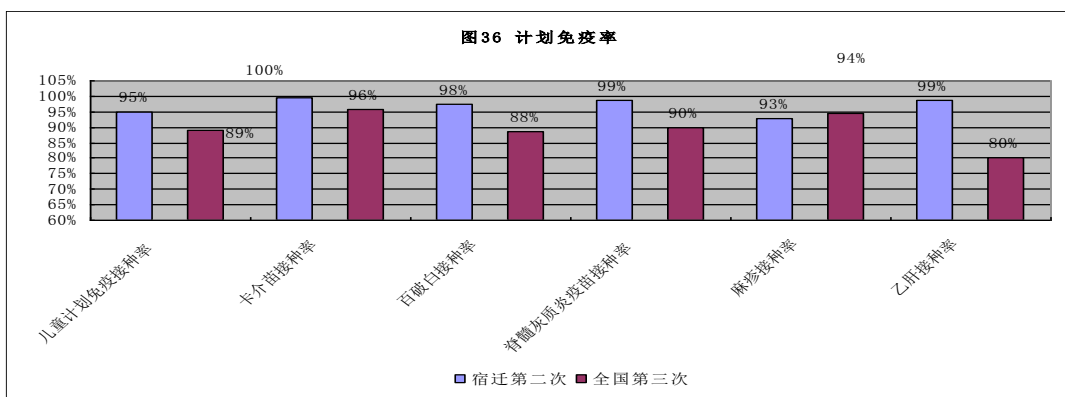
在医院管理中，人员激励政策非常重要。对于重要的医生，医院一般许以股份，相对不特别重要的医生一般许以高薪。在宿迁的医院之间，人员流动非常频繁，这对医疗水平的稳定产生了不良影响。有的医生在聘用合同未到期就解约，法律约束相对较差。很多院长反映，医生的这些行为加大了医院管理的难度。

4. 政府对公共卫生责任的考察

政府对公共卫生的责任主要包括公共卫生的投入与对公共卫生的管理。

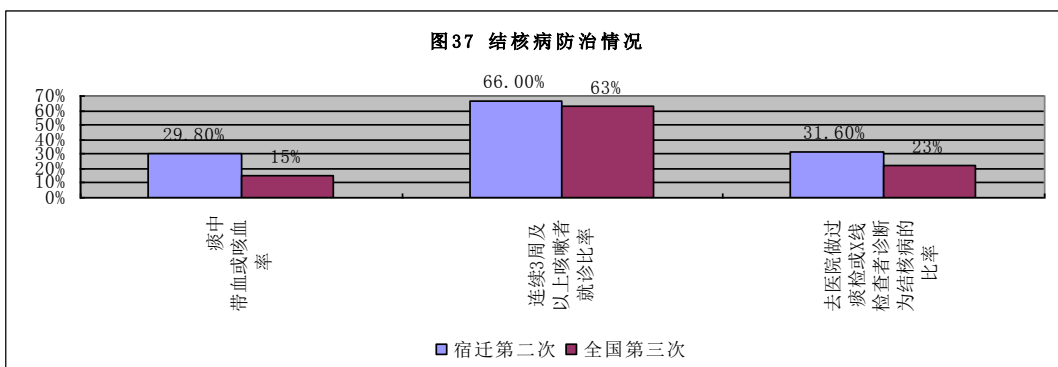
4.1 公共卫生的现状

从宿迁市卫生局提供的数据来看，2005 年的计划免疫水平相对于全国第三次卫生服务调查的结果要好很多。比如，儿童计划免疫接种率达到 95%，比全国第三次调查的水平 89% 要高。脊髓灰质炎疫苗接种率 99%，全国平均水平为 90%。乙肝接种率高达 99%，而全国平均水平仅为 80%。（见图 36）



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告与全国第三次卫生服务调查报告

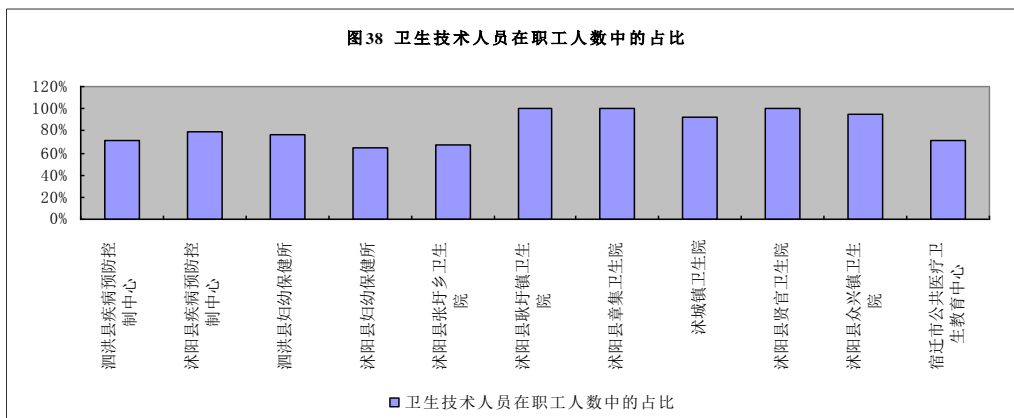
其他的指标，如连续三周以上咳嗽经历者比率为 0.50%，全国平均水平为 1.70%。在结核病的防治过程中，宿迁的防治率明显高于全国平均水平。（见图 37）



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告与全国第三次卫生服务调查报告

由于当地没有提供 2000 年的数据，我们无从得知目前的防疫水平比以前提高还是降低了。但从现在的数据来看，由于防治率较高，至少可以得出公共卫生水平没有下降的结论。

这一结论还可以从人员的构成上得到验证。改制前，防保人员整体素质较差，可以说是“老弱病残”，中专以上学历的只有 8.6%，如今中专以上学历已经占到总人数的 82%。卫生技术人员在职工人数中的占比较改制前有所提高。（见图 38）



资料来源：宿迁市第二次卫生服务调查报告与全国第三次卫生服务调查报告

4.2 公共卫生的投入

对宿迁市重构的“5—2—1”式新型公共卫生防护体系的考察包括以下内容：

这种新机制的运行能否得到必要的人力与财力支持？公立医院产权置换后的资金投入如何？政府新增财政收入对公共卫生的投入如何？是否存在资金被用作他途的行为等等。

4.2.1 公共卫生投入的资金总量问题

● 产权转换资金的投入

据宿迁市卫生局的统计数据，全市改制置换资金为 42286.37 万元，现到位资金 33091.01 万元，这部分资金的用途如下：

市疾病控制大楼 1780 万元，中心血站 790 万元，“120”救护中心 650 万元，市传染病防治中心 8059 万元，妇幼保健中心门诊 1800 万元。三县两区乡镇卫生院、疾病预防控制体系、妇幼保健体系建设资金 5000 万元。为职工补交三险一金 4119 万元。总支出为 26317 元。剩余资金进入了宿迁市医疗卫生事业发展基金专户。

● 政府财政新增投入

近年来，宿迁市财政压力有所缓解，在公共卫生方面的投入有所增加。不考虑土地等间接投入，五年间，政府在公共卫生方面的直接投入如下：

2000年投入2875万元、2001年2084万元、2002年为2058万元、2003年投入为7371万元(其中卫生事业发展基金支出4899万元)。2004年投入为5556.23万元(其中卫生事业发展基金支出3281万元),2005年投入为4692.1万元(其中卫生事业发展基金支出2401万元)。

具体而言,政府对公共卫生的投入包括如下内容:

第一, 公共卫生日常投入

宿迁市乡镇卫生院人员和村防保员的补助由县财政分别按每人每年不少于6000元(院长8000元)和1200元支付。按照人均6元的标准建立了农村公共卫生服务专项资金,用于农村公共卫生服务。

第二, 对农村合作医疗的补助

2003年10月,宿迁市在下辖的沭阳县进行新型农村合作医疗试点,2004年,扩大到全市所有县区,当年全市参加新型农村合作医疗的农民有314.29万人,按照人均30元(农民个人10元,县配套10元,省补10元)筹资,参保率达79.8%。2006年,参合农民为343.57万人,按照人均50元(农民个人10元,县配套10元,江苏省对宿城区按每人25元标准补助、对其它县区按每人30元标准补助)筹资。同时,政府出台了《宿迁市新型农村合作医疗管理办法》(宿政办发〔2006〕48号),新《办法》规定参合农民在医院就医费用当场结报,并在原《暂行办法》基础上扩大了补偿范围,提高了补偿比例,补偿标准较前提高了5个百分点。截止2006年7月底,全市新型农村合作医疗共筹集基金10642.3万元,其中个人缴纳3435.7万元,县区配套2312.6万元,省补4894万元。全市累计补偿金额为5639.64万元,其中门诊累计补偿812.64万元,住院累计补偿4827万元;累计补偿110.82万人次,其中住院补偿5.94万人次,门诊补偿104.88万人次。

第三, 为城镇低保人员建立了住院统筹和大病医疗救助统筹基金

政府计划于2006年底前,将全市破产关闭企业退休人员全部纳入基本医疗保险。基本医疗保险费单位应缴部分由其主管部门负担,各级财政兜底。对享受城镇居民最低生活保障待遇人员,实行不建个人帐户、单设统筹基金的管理办法,建立住院统筹和大病医疗救助制度,统筹地区财政为每人每年补助240元,个人每年缴纳120元。

● 公共卫生资源收费与激励问题

在宿迁,公共卫生服务并不是全部免费提供,对部分服务实行定额收费制度。比如,妇幼保健中心提供了类似医院的收费模式,体检中心也是收费的,医院加入“120”急救中心需

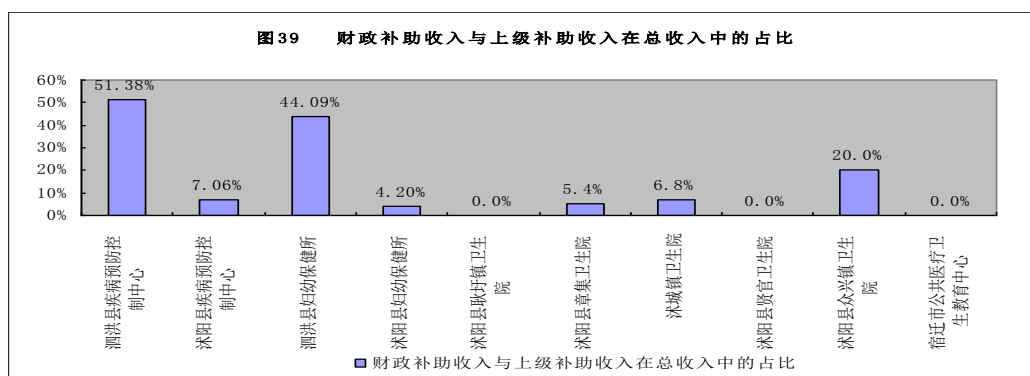
要 50 万元的加盟费等。同时，对农村居民的免疫服务也实行定额收费制度。（见表 12）

公立医院改制后，公共防保部门的投入不足与激励又成了新的问题。宿迁市对公共卫生服务进行收费一直受到社会质疑。一个基本的理由是，既然是公共服务为什么要收费呢？针对这一问题，我们从市委得到的回答是实行“饥饿疗法”。公共部门的激励政策一直是难以解决的问题，饥饿疗法可以提高基层防保人员的积极性，促使足额地提供公共卫生服务，政府的责任在于价格控制和严格监管。

预防性体检费	70元/人次
特殊行业体检费	105元/人次
卫生知识培训费	25元/人次
门诊费	2.5元/人次
皮下肌肉注射	0.6元/次
静脉注射	1.6元/次
学生常见病防治	1元/次
肠道蠕虫病防治	1元/次
资料来源：采访	

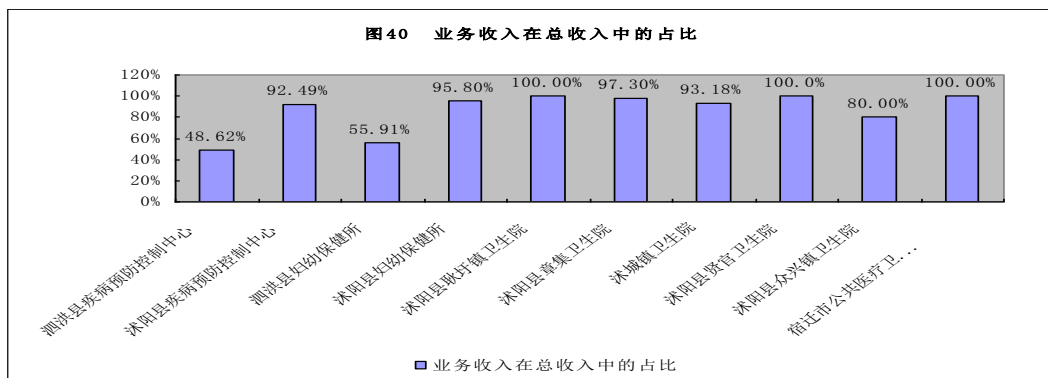
● 公共卫生投入不足

政府对公共卫生的财政投入不足。如泗洪县疾病预防控制中心，财政补助收入与上级补助收入在总收入中的占比为 51.38%，沭阳县妇幼保健所为 4.20%，沭阳县众兴镇卫生院为 20%。（见图 39）

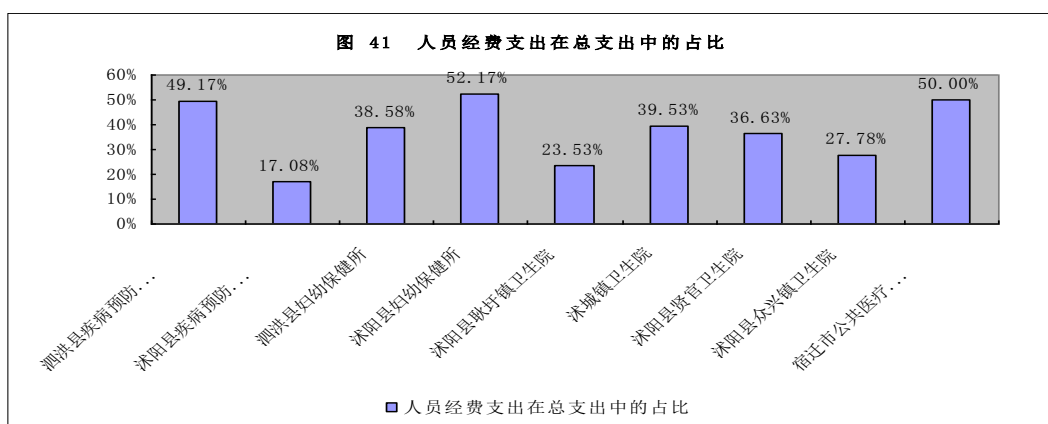


资料来源：各家公共卫生部门

与之相对应，业务收入在上述三个部门的比重分别为 48.62%、95.82%与 80%。人员经费在总支出中的占比在上述三个部门分别为 49.17%、52.17%与 27.78%（见图 40，图 41）。



资料来源：各家公共卫生部门



资料来源：各家医院

4.2.2 公共卫生投入的结构问题

- 资金投入的结构

政府将医院改制资金的大部分投在了城市五大疾控中心的建设与运营上，对乡镇防保所的投入主要用于人员工资和业务经费。对低收入人群的医疗救助以及农村公共卫生服务的专项基金投入不足。

- 人员配备的结构

基层医务人员配备不足与资金不足相比更为明显。基层医疗卫生服务无论从人员数量、职称、技术水平上都与城市存在一定差距，医疗卫生的优势资源集中在城市，而医疗卫生服务对象大部分在农村，广大农民难以得到优质的医疗卫生服务。为了解决这一问题，宿迁政府规定，临床医师到城乡基层医疗卫生机构服务一年时间中，在农村医疗卫生机构服务的时间不得少于六个月。从事影像、病理、核医学等诊断及公共卫生工作的医师，须根据农村医疗卫生机构的需要服从组织安排，到农村医疗卫生机构服务。服务时间由对口双方商定，列

入当年卫生支农或对口支援计划。但这项政策具体实施过程上存在着很大困难。

总之，宿迁市的公共卫生防护体系有了新变化，公共卫生水平较改制前有很大提高，但是距离改革者设定的目标依然较远。

5. 政府监管与医卫秩序的考察

医卫体制改革之后，人们最担心的是医疗秩序出现混乱，以及计划经济时代形成的监管模式是否与市场经济条件下的医卫运行机制相适应。

5.1 政府监管理念与能力的考察

计划经济时期的监督理念与市场经济时代不同。葛志健说改制前他是公立医院的“总院长”，可以管自然人，对医院的监督管理是“内部管理”。而在改制后，他是医疗卫生行业的“总行长”，只能管到法人了，自然人由法人去管。而法人比自然人更难管，因此，他的责任和影响力不是小了而是大了，可以不受干涉地处理医院的违规行为。葛志健将自己定义为“一个市场经济原则的坚定的实践者”，这是一种新的监管理念。

葛志健谈到，监管职能的转变与监管内容的转变在短期内还难以适应。医院的市场主体地位，使得政府以前常用的行政手段失去了过去的权威性，经济的与法律手段的作用日益强大。政府卫生部门在工作中还有些不适应，在监督系统的信息化上投入的力量明显不足。

宿迁政府行政人员的数量下降很快，卫生部门的工作效率较以前有所提高，但与市场机制下医疗卫生秩序重新建构的要求相比，无论从人员数量还是人员能力角度来看都远远不足。

政府监管不力与投入不足有关，也与监管部门的非独立性有关。这表现为监管部门与医院利益的关联、监管部门领导与具体执法人员理念的冲突，以及资本所有者对当地政府的重要性等等。

5.2 政府监管的主要内容及主要问题

宿迁市医疗卫生的监督内容主要有以下几方面：

5.2.1 医院的准入与惩罚标准的设定

在改制初期，新设医院的准入标准相对较低。随着改革的推进，医院的准入标准开始提高。与准入标准相适应，政府的惩罚标准也相应提高。政府在实施惩罚时，存在着执法不力的现象。

由于准入标准提高，出现了很多无证行医的现象。仅沭阳县卫生局自 2005 年以来就已经

取缔了 85 家无证行医者。

5.2.2 对医院用工行为的监督

政府对医卫人员的监督主要表现为对基本学历与行医资格的认定。对于引进的外地医卫人才，当地卫生部门采取了相对灵活的策略。有些医生认为，当地医院从外地引入的一些副高级医师的材料可能不真。我们没有直接的证据来证明这种猜测的正确性。

虽然政府对民营医院的用工行为，特别是一些医院对职工养老保险欠费行为的监督力度加强了，但是依然有很多医生，特别是原有公立医院的医生反映补偿不足。

5.2.3 对药品的监督管理

对药品的监督是卫生部门的重要职责。在对药品的监督过程中，医院使用自制药的行为虽经严厉打击，但仍然不能根治。改革初期设定的医药分开目标没有实现，药品监管很难做到公正、公开与公平。

5.2.4 对价格的监督

卫生监督部门对药品与医疗服务价格的监管是建立新的医卫秩序的关键。卫生部门以物价部门公布的标准作为价格上限，以此为标准进行严格监管，但是违规行为依然存在。

6. 改革的成效与存在的问题

6.1 改革的成效

综上所述，宿迁市医疗卫生体制改革的成效是明显的，阶段性成果比较突出。

- “看病难”的问题基本解决，医疗服务能力和质量有所提高。
- “看病贵”的问题有所改进，医疗服务价格有升有降，价格明显低于周边省区。竞争降低了原有医疗服务的价格，新增医疗服务价格的提高主要归因于技术的提升与供给的增加。
- 医院治理有所改善，医院、医生收入阳光化，“收红包”现象基本消失。公立医院垄断时期的许多顽疾得到很好解决。
- 医院由垄断向不完全竞争转变，竞争经历了价格—服务—技术竞争向品牌竞争的转变。人才竞争成为医院生存和发展的核心问题。
- 新型公共卫生防保体系基本框架已经形成，政府与市场开始各司其职。
- 政府对医疗与公共卫生的监管理念开始转变，经济与法律手段为主、行政手段为辅的监管方式开始初步形成。
- 政府财政压力开始下降，公共卫生投入大幅度增加，政府在卫生领域的职能开始正常发挥。

6.2 存在的问题

宿迁改革的理论准备非常充分，做到了有理有据。改革六年来，从结果角度审视改革过程仍可发现有些不当之举。

6.2.1 改革的技术保障不足

宿迁改革是强力推行的，政府在短时间内要求改革到位。2001年10月11日全宿迁市产权制度改革会议要求，全市产权改革分三个阶段实施。准备阶段至2001年10月底。组织实施阶段到2002年6月结束，检查验收阶段到2002年7月结束。整个的改革只不过用了10个月的时间。在如此短的时间内，技术上的准备难以做到非常充分。

● 对公立医院职工的观念转变认识不足

公立医院时代，职工的观念与市场经济的理念是不相适应的。在改革中，职工很难接受给民营企业打工的做法，特别是一些能力不强的医卫人员对改革抵制情绪比较严重。沭阳县中医院的改革即是一明显的例子。

2002年1月29日，沭阳县民营仁慈医院收购县中医院，遭到所有中医院职工的反对。一些医务人员对调研组直言，“10多个人就想统治我们300多人？”，“有一种被奴役的感觉”，“没有改制前，我们是医院的主人，但是改制后，我们和仁慈医院完全成为一种雇佣关系，他们当资本家，我们就是被剥削的打工者！”。仁慈医院在经营效益下降时开始减资减员。女45岁、男50岁以上一律下岗，一次性要下岗40多人。2002年4月26日，中医院职工开始罢工6天，仁慈医院不得不于5月2日退出。在县政府的重新干预下，中医院职工集资入股，进行了二次产权转置。

● 对原有医卫人员的保障不足

在改制前，医卫人员属于事业编制，没有养老保险。改制后，政府要求新医院法人优先为原有职工缴纳养老保险。由于有的医院本身就资不抵债，而且新进入者并不是一次性上缴全部资金，因而对老职工保障不足。虽然政府及时纠正了这一做法，在考察中仍然发现医生反映补偿不足，其基本权益受到损害。

6.2.2 公有资产转让过程中受让对象的选择欠妥

在短时期内政府急于转制成功，对于对受让对象没有进行非常仔细地甄别。有部分医院的所有者未能充分认识到医疗服务提供的规律，加之缺乏经营医院的经验，医院改制后运行差强人意，不得不进行二次转制。

6.2.3 民营医院股权结构不合理

很多民营医院选择了所有者均股摸索。医院经营初期，这对医院的经营有着积极的影响，但在医院壮大以后，均股制的弊端开始显现。内部组织成本增大，医院治理结构欠合理，医院持续发展受到影响，均股制将是医院长期成长的制度障碍。同时，医院管理水平的提高迫在眉睫。

6.2.4 民营医院经营中存在短视行为

部分民营医院出于对政策的担忧和迫于资金压力，在经营上出现短视现象。以药养医的盈利模式制约着民营医院的发展，民营医院尚未形成垄断，但随着利润的平均化，垄断有可

能出现。

6.2.5 医疗服务结构欠合理，政府对公共卫生投入不足

这种不合理主要表现为几点：

一是，城乡布局欠合理。改制后县及县以上医院水平有所加强，乡镇医院相对薄弱。

二是，西医得以加强，中医有所减弱。

三是，受制于财力约束，政府公共卫生和医疗救助投入不足，公共卫生资源布局欠合理。公共卫生资金的投入集中在城市五大中心，乡镇卫生院资金投入不足，卫生院的建设速度不快。

6.2.6 政府监管模式相对单一，监管独立性相对较差，监管能力制约了监管水平的提高

由于医疗领域放开，各方资本进入宿迁。短期内，新医院、新诊所的准入审查，难以做到尽如人意。改革初期，政府设置的标准相对较低。在完善阶段，政府意识到了这一点，标准开始提高，监管开始加强。政府对监管的投入不足，监管的现代化程度不高。

第五部分 综合评价

1. 综合评价

宿迁医疗卫生体制改革是政府在财政压力极大背景下，寻求与市场经济相适应的医疗卫生体制的过程。改革的实践有较为充分的理论准备，在实施过程中坚持了试点与全面推行相结合的做法，改革方案具有整体性、彻底性，并努力做到国有资产保值增值。但也存在着技术保障不足，存量改革中的受让对象选择欠妥，以及流量改革中门槛较低等不足之处。

从改革的实际成效来看，通过改革，宿迁“看病难”的问题基本得到解决。“看病贵”的问题呈曲折发展态势。竞争降低了常规医疗服务的价格，技术推广与服务水平的提高促进了医疗新项目的使用，这又引致新增医疗服务价格的上升。医院在竞争中得到了成长，政策与资金的约束是其短期行为的重要诱因，医院的盈利模式与治理结构存在严重缺陷。政府建立了公共卫生框架但投入不足，结构仍欠合理。政府加强了医疗服务监管但医疗秩序仍欠规范，监管理念与水平等需要进一步提高。

总起来看，宿迁市的医疗卫生体制改革阶段性成果比较显著，改革目标尚未彻底完成，部分环节尚待加强。

2. 对宿迁进一步改革的建议

宿迁医疗体制改革远远没有结束，进一步改革应注意以下问题。

2.1 防止体制复归，为医院经营创造稳定的预期

在宿迁，医疗卫生体制改革的方向已经很难逆转。混合所有制下的医院的可持续发展是宿迁医疗卫生事业大发展的根本。只有完善政策，为混合所有制下的医院的发展创造平等竞争条件和稳定的社会环境，才能巩固改革成效，并继续解决改革中的问题。

2.2 完善医院治理结构，促进医院良性发展

这里主要指的是均股制的改造。民营医院的治理结构是不完善的，随着医院的发展与壮大，公司的治理结构越来越难以适应市场经济的要求。如何调整股权结构，并进一步提高管

理水平是医院良性发展的关键。

2.3 规范医院的竞争秩序，同时防止垄断

从公立医院的垄断到混合所有制下的竞争，宿迁的医院得到了大的发展。在发展过程中，政府如何规范竞争秩序显得尤其重要。垄断的迹象开始出现，民间资本的垄断从某种意义上讲比公有资本的垄断更为可怕。政府如何保证竞争的充分性是下一步改革的必由之路。

2.4 加大对公共卫生和医疗救助的投入，并进一步完善卫生防保体系

公共卫生体系的框架已经搭好，政府不仅要保证改制的资金全部用于公共卫生，还要保证随着财力的增长加大公共卫生和医疗救助两个领域的投入。只有这样，公共的疾病防保体系才能真正建立，贫困群体才能得到基本医疗，政府的职能才能真正发挥，其角色才能到位。

2.5 完善低收费与价格监管相结合的公共卫生服务供给模式

低收费与严格监管的公共卫生服务体系在宿迁已经开始试行，尚不完善。这种模式是公共品提供的国际经验。下一步的改革要在如何激励医卫人员与保证公共服务到位之间寻找平衡点。

2.6 加快医疗保险与新农合的进程，提高医疗保障资金的使用效率

城镇医疗保险与新农合的进程要加快。新农合不是来自中央政府和地方政府以及农户的几十元供款的相加，而是卫生资源向农村的合理配置，重新建立多级卫生服务系统。还需要建立合理定价机制的正常补助和保险机制，提高广大农民对医疗费用的承受能力。这需要政府在加大公共资金投入的同时，更加关注公共卫生和医疗服务机制的构建。同时，对于已缴纳的医疗保险资金，要在保障安全的同时提高其增值能力。

2.7 加强监管的独立性，监管的体制、方式、方式与手段要现代化

卫生部门的监督与市场经济条件的要求是不相适应的。其独立性要加强，监管的体制与方式、方法要与现代化的管理相适应。在技术上加快信息化管理的步伐。这需要政府财政资金的大力投入。

2.8 加强医生自律教育，提高医保部门对医疗机构的监管水平。

加强医生自律教育和建立医生自律机制，对医卫人员实行激励与约束相结合的薪酬制度。同时，引入第三方付费（各类医疗保险）的谈判和付费制约机制，建立医疗、保险和患者三方之间的合作和制约机制。建立医疗服务评价标准和评价机制，创造医务人员的自律环境，使医院、医生与患者的共同利益得以体现。

2.9 全方位地适应市场经济要求的改革是解决医疗卫生问题的根本

宿迁的医疗卫生体制改革还没有结束，许多改革的配套措施仍然需要完善。宿迁设想了市场经济条件下比较完美的医疗卫生运行态势，但是在目前的制度背景下，其改革目标显得超前和过于完美，因而在实施的过程中也就很难全部实现。

全方位地适应市场经济体制要求的改革才能解决“看病贵”与“看病难”的问题，才能满足民众对医疗卫生服务质优价廉的需求。这不仅对宿迁市，也对全国的改革者提出了继续创新的要求。

3. 借鉴意义

3.1. 宿迁改革对于欠发达地区医卫体制改革的借鉴意义

对于经济相对落后地区而言，只有改革才能发挥后发优势，进而摆脱贫穷的局面。中国大部分经济相对落后地区的医疗卫生的现状与宿迁改革前的状态没有很大的区别。“看病贵”与“看病难”普遍存在，民众强烈不满。巨大的财政压力使得政府无力增加医疗服务的供给。公立医院百病缠身，公共卫生防保体系支离破碎。同时，民间资本对于医疗领域的进入有着浓厚的兴趣。可以说，经济相对落后地区的医疗卫生改革正当其时，宿迁经验值得研究和汲取，其教训应该引起广泛重视以求避免。

- 欠发达地区应该在财政压力状态下主动求变，地方政府特别是领导者应该具有敢试敢闯的精神。政府要鼓励制度创新，并要建立相应的改革风险承担机制。
- 医疗卫生体制改革应该在全方位市场化改革的基础上进行，单纯地进行医卫体制改革难以取得较大的成效，充分的理论准备与成功的试点对于改革成效的保证尤其必要。
- 医卫体制改革中，产权明晰、整体规划、依法推进和技术保证非常关键，这是避免国有资产流失并保证改革成功的重要环节。
- 市场竞争增加了卫生资源的供给，技术与服务能力的提高以及医院治理机制的改善是解决“看病贵”、“看病难”问题的基本保证，人才激励与约束是保证医院健康发展的关键环节。

- 公共卫生和医疗服务的属性不同，政府在这两个领域的定位要准确，各级政府的职责要明确。构建保障公民健康的公共卫生和医疗服务提供机制需要政府与市场的分工与协作，也需要良好的法治环境和完善的政府治理机制。
- 混合所有制医疗机构的出现有助于完善政府与市场相结合的公共卫生和医疗服务供给机制。医院的所有制结构并不重要，重要的是要建立医疗机构和医疗服务的标准，这是政府进行监管的依据。

3.2. 宿迁改革对全国医卫体制改革的借鉴意义

中国市场化改革，在竞争性领域已经基本结束，公共部门和事业单位的改革已经提上议事日程。卫生事业的发展是保障公民健康、构建和谐社会、提高国家竞争力的基础，政府的责任在于构建与社会主义市场经济相适应的公共卫生和医疗服务的提供机制。对全国医疗卫生体制改革而言，宿迁改革的意义有二：一是必须区分政府在公共卫生和医疗服务的职能定位。其次要制定医疗服务标准，并强化政府监管。

具体而言，政策的变革应该集中在以下几点：

- 区分公共卫生和医疗服务的属性，科学界定政府的角色
- 强化政府在公共卫生领域的责任
- 构建多元化的医疗服务体系
- 建立医疗服务提供标准和评价机制，强化政府的监督职能

卫生事业的实质在于保障公民健康，抵制疾病风险是最基本的制度安排，这需要从源头做起。疾病风险源包括公共源和个体源，前者主要指不卫生的生活环境和生活习惯，后者主要指携带病症的个人。

● 抵制公共风险的制度安排

抵制公共风险，需要构建以改善公共生活环境，进行疾病预防和公共卫生教育为主要内容的公共卫生服务体系。绝大部分公共卫生服务需要政府以举办公共事业的形式提供，在极少项目上基于严格的财务监督制度可以实行收费制度。

● 抵制个体风险的制度安排

抵制个体风险，需要构建健康检验、疾病治疗与康复相结合的医疗服务体系。医疗服务要坚持“方便、可得”的原则，政府需要对供方和需方分别给予支持。

第一，对供方的支持。政府可以通过合理配置资源和提高服务能力来支持供方，从社区

到城市中心建立多级医疗服务体系，以解决“看病难”的问题。基本医疗服务提供机制的多元化有利于动员各类社会资源的投入。政府的责任在于建立医疗服务提供标准和准入、退出的监管机制，而不是举办对基本医疗全包的医院。政府可以开办标杆医院和惠民医院，也可以在各类医院中投资建设惠民病房。

第二，对需方的支持。面对收入状况不同的医疗服务消费个体，政府的责任在于构建需方支持体系。政府可以忽略具有高消费能力的高收入群体，强制具有稳定收入的工薪群体建立社会医疗保险，并对困难群体提供医疗救助。

宿迁市政府明确区分了公共卫生和医疗服务的不同属性，为市场经济条件下卫生事业的发展奠定了理论基础。宿迁的改革强化了政府在公共卫生领域的责任，对政府在医疗服务领域的角色进行了积极的尝试，经验值得总结和借鉴。宿迁市面对“医药分不开”的无奈以及在“混合所有制医院”监管上的困难值得重视和深思。

2006年11月26日