政策与管理

走出公立医院公益性的六大认识误区

□何子英 郁建兴

作为2009年“新医改”方案的五项战略任务之一，公立医院改革较之其他方面显得步履蹒跚，甚至被称为医改中“最难啃的骨头”，然而公立医院改革的进展与成效直接关系到“新医改”最终是否取得成功。公立医院改革既包括内部运行机制改革，还包括多种形式的改制重组，特别是通过公立医院改制与鼓励社会办医相结合，降低公立医疗机构的比重，形成公立医院与民营医院的公平竞争环境，从而既有利于解决医疗资源供给总体短缺问题，也有利于提高整个医疗服务提供系统的运行绩效。自“新医改”以来，中央政府在一系列相关政策文件中都强调了对社会办医和公立医院改制的重视和支持，但它们总体上停滞不前、难以落实，一些地方甚至出现了巨资回购民营医院、回归“全盘公立化”的倾向。在众多影响因素中，所谓“医改主流”的思路与观念作用巨大。因此，要顺利推进社会办医与公立医院改革改制，必须梳理并辨析一些观念和认识上的偏见与误区。对于深化改革而言，观念的力量最强大，思想的革新更重要。

误区1：公益性只有通过公立医院的公益性才能实现

回归医疗卫生事业的“公益性”，是当前我国新医改的基本原则与目标。在今天，“公益性”已然成为讨论医改时人人口中的一个时髦概念，然而对于其确切含义却大多不甚了了。更有甚者将之作为反对公立医院改制和引入市场竞争机制的挡箭牌，认为医疗卫生事业的公益性只能通过公立医院来实现，民营医院与市场机制均无法保障公益性。因此，正确解读公益性成为首要前提。

理解公益性的内涵，首先必须明确其“上位原则”。医疗卫生事业的根本目标不在于公益性，而在于其上位目标“健康促进”。由此，公益性可以分解为自然公益性与衍生公益性两方面。自然公益性指的是通过医疗卫生服务提供促进了健康水平。就此而言，任何所有制形式的医疗机构都具有公益性，这也意味着医疗卫生事业的公益性并不必然通过公立医院来体现和保障。衍生公益性指向基于投入产出的成本收益原则，即以有限的医疗服务资源投入达到最大化的医疗服务绩效和公平可及性。公益性的核心是衍生公益性，如果政府增加了医疗财政投入而没有提高医疗服务绩效，只是解决了“看病贵”问题而没有解决“看病难”问题，只是减轻了患者的自付比例而没有控制总医疗经费的过快增长，仍旧不能视作实现或保障了公益性。

因此，保障公益性不仅要加大政府的医疗财政投入，更重要的是提高医疗服务提供系统的整体绩效。众所周知，公立医院由于其事业单位性质及其与卫生行政部门紧密的血肉联系，特别是在公立医院垄断格局下，无法根本克服因缺乏外部竞争和成本控制意识所产生的效率不彰、资源浪费等问题。而要保障衍生公益性，必须构建公平竞争的制度环境，形成包括公立医院之间、民营医院之间、公立医院与民营医院之间的有序竞争格局，通过竞争机制提高整个医疗卫生服务提供系统的绩效。概言之，民营医院与公立医院均具有内生的自然公益性，而衍生公益性的实现依赖于两者的公平竞争。

误区2：基本医疗归公立医院，非基本医疗归民营医院

与认为只有通过公立医院才能保障医疗卫生事业的公益性如出一辙，一种比较盛行的观点认为公立医院的功能应该定位于保证人人享有基本医疗服务，非基本医疗服务则遵循市场原则并主要由民营医院来提供。这种观点既缺乏理论依据，也不符合现实规律。第一，从现代临床医疗路径上说，医疗服务不存在基本与非基本之分。第二，所谓“公立医院保基本”实质上是将基本医疗理解为费用相对低廉的医疗服务。但现代医疗服务是循证医学与个体化医疗相结合的，即便同一病种医疗费用的高低也具有较大的不确定性。第三，基本医疗在我国只能更多地从政府医保承受能力角度来理解，纳入医保的即为基本医疗。这意味着基本医疗是一个动态调整的概念，随着医保承受能力与财政投入的提高，基本医疗的范围可以扩展至原来的非基本医疗服务。

无论是通过公立医院保障公益性还是基本医疗归公立医院，事实上都内含了基本医疗服务是一种政府必须提供的公共产品这一前提假设。但公共产品必须具有非竞争性与非排他性，医疗服务显然并不具有上述两个特征，因此基本医疗不是纯公共产品而是准公共产品，其准公共产品属性的获得主要来自于道德追求与价值判断（即社会效益）以及市场失灵的风险。由于存在信息严重不对称（服务方信息垄断）与（患者的）非理性消费两大因素，医疗服务供给具有明显的市场失灵特征。所以，医疗领域需要政府的积极干预以弥补市场失灵，其方式既包括严格行业监管特别是防范诱导过度医疗，也包括在市场与民资不愿进入的基层领域强化公立医疗机构及其服务能力，还包括全方位、多层级的建立公立医院体系直接提供医疗服务。

采取举办公立医院来直接提供医疗服务，是一种传统的政府干预方式但不是最有效的方式。从全球医改的趋势来看，它正被一种基于公共医疗合同、绩效明显更优的政府购买模式所取代。在这种模式下，政府作为公共服务的购买者与直接提供者的角色两相分离。政府利用医疗保险基金向各种所有制形式的医疗服务机构平等开放合同竞标和谈判，协商决定医疗服务包、服务标准、服务质量、预算拨款、支付机制和绩效评估等具体内容，并通过合同绩效评估结果决定是否维持或终结合同关系。其成功取决于三个要点：第一，各种所有制形式医院的公平竞争环境，不存在某种所有制医院的独大或垄断；第二，医保基金管理机构强大的合同谈判与执行能力，卫生行政部门强大的行业监管能力；第三，患者充分的“用脚投票”权利，激励签约医院提高绩效、改善服务、控制费用、规范行医等。

误区3：公立医院不盈利，民营医院只为逐利

实行“新医改”以来，公立医院的非营利性色彩得到了前所未有的强调。从严格意义上讲，营利性与非营利性的区别在于收益是否用于投资者的经济回报即盈利是否可以分红，它与医院是盈利还是亏损并无直接关系。但当前我国关于公立医院与民营医院的非营利性与营利性讨论，很大程度上已经将“是否分红”转化为“是否盈利”，并且先天地将盈利与逐利等同起来。

可以说，强调公立医院的非营利性是个伪命题。严格根据收益不能分红原则来判定，公立医院属于国有资产，它并不需要向国家分红。因此，当前强调公立医院的非营利性，其实质含义是公立医院不能以盈利或追求经济效益为目标，而是为人民群众提供廉价优质的医疗服务，其内在逻辑则是要破除公立医院此前长期形成的“以药养医”机制。20世纪90年代中后期以来，我国对公立医院推行了“自主化”改革，从全额预算拨款单位转变为差额预算拨款单位，由公立医院自主经营、自负盈亏。由于政府财政投入较少，公立医院虽然名义上仍是公立的非营利性事业单位，但实质上变成了一个依靠药品出售和服务收费作为主要收入来源的营利性机构。在财政投入不足的情况下，公立医院的运营发展基本上取决于自身的经济积累，医生的收入水平与医院的经营绩效密切挂钩，医院与医生演化成一个严密的、利益高度相关的策略团体。而政府允许公立医院有15%的药品加成，客观上促成了“以药养医”机制的最终形成，并成为造成我国“看病贵”问题的主要因素。

因此，新医改的重要目标之一就是通过基本药物制度和药品零差率来破除“以药养医”。比如，浙江自2014年4月1日起对全省所有公立医疗机构实施药品零差率政策。这一举措值得肯定，它将降低人民群众的药品费用负担，一定程度缓解看病贵问题。同时，考虑到医院与医生的收入损失，政府一方面加大了财政投入和补偿，另一方面提高了挂号费、检查费、诊疗费和手术费等服务价格，使医院收入主要来自服务收费和财政补助。然而，从办医角度上说，这只是将过去的“以药养医”转变为“财政养医”和“以服务养医”，将医院自我积累、自我发展的源泉从患者转移到政府。如果政府的财政投入和补偿与医院和医生之前的收入相差较大，这无疑是巨大的不公也缺乏激励作用；但如果与之前相当，那么医疗总费用和支出并没有降低。就此而言，公立医院仍然是营利的，只是从过去医院与政府共赢而患者方输转变为患者与医院共赢而政府财政方输。考虑到财政收入来自于纳税人，那么从根本上说仍是“患者养医”。“患者养医”天然正当，但如果资金未得到有效利用甚至浪费，成本与收益并不相称，那就是不合理的。

所以，与其拘泥于讨论公立医院的非营利本质、民营医院的逐利本性，还不如强调如何防范因逐利动机产生的“诱导过度医疗”（如大处方、大检查、诱导病人使用医保以外的药品和器材等）。换言之，如果盈利是来自于医院的管理绩效、成本控制和规范行医而非“诱导过度医疗”，那么无论是公立医院还是民营医院，无论是非营利性医院还是营利性医院，这样的盈利都值得肯定和鼓励，反之亦然。

误区4：鼓励民营医院发展，但只能走增量和高端之路

一种比较普遍的观点认为，社会办医和民营医院只是基本医疗与公立医院之外的一种有益补充。他们并不反对政府引导和鼓励民营医院发展甚至壮大，但认为民营医院只能走增量发展和高端服务之路。事实上，这种主张的潜在意图是反对在公立医院存量中推行改制，而其内在逻辑是想继续维持公立医院的垄断地位、避免引入竞争和市场机制，维持卫生行政部门与公立医院整个策略团体的既得利益。但是，如果民营医院的发展只是走增量之路，那么在公立医院体系的垄断地位和绝对优势之下，特别是在公立医院与卫生行政部门的天然血肉联系之下，民营医院的生存和发展事实上举步维艰。公立医院不实现“去行政化”“去编制化”，一方面民营医院无法吸引优秀人才，其发展受到人力资源不足的根本制约；另一方面，所谓非公立医疗机构享有的一系列同等对待政策实际上很难落地。此外，即便有对非公医疗机构放开服务价格的政策支持，但考虑到对患者可能形成的挤出效应，民营医院事实上很难会做出提高服务价格的策略选择。

进一步说，少数发展态势良好的民营医院也必然更多地定位于提供收费昂贵的高端医疗服务。而民营医院如果都致力于此，势必会造成民营竞争的恶性后果，如重复投资、抢夺病源，因为高端医疗服务市场需求毕竟有限，具有较高购买力的患者毕竟少数，其长期结果反而是压制了民营医院的发展空间。此外，一些严格要求公立医院的公益性和定位于提供基本医疗的医改专家认为，大量民营医院都应该走向高端服务，从而对公立医院形成“倒逼效应”和竞争激励。这种观点简直自相矛盾、不能自洽。第一，既然将公立医院定位于提供基本医疗，那么民营医院的优质高端服务又如何对公立医院构成竞争挑战，竞争应当是同类服务的竞争；第二，如果公立医院因民营医院的竞争激励也走向重点发展优质高端服务，岂不是又与其将公立医院定位于提供非营利的基本医疗相悖。

因此，在公立医院的垄断与强势地位下，倡导民营医院走增量和高端之路，反对公立医院改制和存量退出，实际上是对社会办医的釜底抽薪之计。

误区5：公立医院改制就是一卖了之，改制将导致国有资产流失

长期以来，一种根深蒂固的观点认为公立医院改制就是民营化，民营化就是“一卖了之”，“卖医院”必然造成国有资产流失，并且会损害职工利益而造成社会不稳定风险。因此，公立医院改制或民营化是不可取的，而20世纪90年代国有企业改制中出现的国有资产流失、职工安置不妥问题也为之提供了重要理由。但是上述观点存在以下两个方面的问题与误解，分别是对改制与民营化的简单化和污名化以及对国有资产流失的僵化理解。

首先，公立医院改制既包括产权变更重组意义上的民营化改革，也包括所有权与经营权分离意义上的民营化改革。民营化改制不等于简单的政府退出或“一卖了之”，更不是将所有的公立医院全盘改为民营医院（如宿迁模式）。民营化的目标在于更多依靠民间机构、更少依靠公共机构来满足医疗服务需求，政府主要依靠医保基金来购买医疗服务或签订公共医疗合同，通过医保支付方式改革（如总额预算为主，按病种付费相结合）来控制成本、引导和规范医疗行为，并且仍需要一定比重的公立医院来维持公平竞争环境、避免民营垄断风险。

民营化包括两种途径：一是纯民营化即产权整体转让模式，如出售、兼并、管理层收购，这种模式较具争议，特别是对国有资产流失的担忧，也会遭到改制医院职工的强烈反对，并且在总体环境仍是公立医院为主体的背景下，单个或少量的纯民营化改制容易失败或走回头路；二是公私伙伴合作，强调的是政府与社会的多种形式合资、合作而非简单的政府撤资，如产权不变更情况下的托管经营（公办民营）、一院两制，如产权变更情况下的混合所有制、股份合作制。

其次，对于国有资产流失问题，不能只看表面而要看宏观效应。必须坚决反对任何因腐败寻租、以权谋私、暗箱操作等导致的国有资产流失，但偏激到认为国有资产被社会资本赎买就是流失则显然不足取。如果国有资产评估是公开、公正、科学的，那么国有资产流失原则上是可以避免的。公立医院改制中可能导致的国有资产流失主要分为两个方面。一是未将国有资产未来可能的增值收益纳入评估测算。但此种流失实际上应称作流动，因为政府撤资的出让收益和回笼资金被用于其他领域，国有资产只是改变了投入方向，并从其他方向获得资产增值收益。二是未将公立医院的无形资产纳入评估。与国有企业相比，医疗服务的特殊性使得医院无法像企业一样进行流水线生产运作，相反以知名专家、先进技术和社会品牌为核心的无形资产是医院经营与发展的根本。因此，无形资产的未纳入评估或严重低估，才是真正需要警惕的国有资产流失。进一步说，“运行效率的低下是最大的国有资产流失”。相比于改制可能造成的国有资产流失，公立医院长期使用国有资产，却无法有效提高医疗服务绩效，这才是规模更大、程度更严重的国有资产流失。

误区6：公立医院改制只是财力不足下的无奈之举

当前，全国性的宏观环境与主导思潮并不利于公立医院改制与民营化，然而现实中并不缺乏改制成功的案例。不过，除了宿迁医改大张旗鼓、声势浩大之外，其他地方如洛阳医改往往是只做不说。宿迁医改以公立医院全面改制而一举成名，官方与专家考察往复不息，但争议始终不断。应该说，宿迁医改成效斐然，在政府财政投入不多的情况下，通过社会资本、市场机制和竞争机制的引入，实现了医疗资源的快速增长，有效缓解了资源短缺和供给不足问题，同时又保持了医疗价格全省最低、医疗纠纷全省最少、群众满意度全省最高。对此，不少考察者都予以高度肯定，但多强调宿迁只是个案而不具有普遍推广意义，甚至得出结论认为宿迁医改是经济落后、财力不足的无奈之举，经济发达地区有财力不宜推行公立医院改制。

这种观点从根本上否认了社会办医与市场机制的作用与贡献，其潜在的逻辑是寄希望于政府持续加大财政投入以维持公立医院的运营甚至盈利，而非通过以成本控制和服务改善为目标的科学管理来提高整体运营绩效。进一步说，这种观点也未考虑到政府财力增长的可持续性和支出压力，一方面当前持续高速的财力增长在未来必将趋于平缓，这是发达国家的基本经验，不能假想财政具有无限的兜底和保障能力；另一方面人民群众的基本公共服务需求是多元化、多层次且日益增长的，政府需要平衡在教育、就业、养老、医疗、住房、文化等领域的长期投入。而且，解决“看病难、看病贵”问题必须是“增投入与建机制”的有机结合，如果体制机制不理顺、不健全、不改革、不创新，那么加大财政投入不仅无助于解决问题，反而是对财政投入的巨大浪费，特别是在财政投入加大而总医疗费用的持续快速增长未得到控制的情况下。因此，宿迁医改、洛阳医改的经验对经济发达地区也具有重要的示范与参考价值，在相对欠发达地区都行之有效的机制与措施，显然更具有说服力和普遍意义。

发展之路

破解“邻避”设施建设面临的困境

□董幼鸿

近年来，一系列“民众都觉得需要，却又不愿意建在自家门口”的“邻避”设施，纷纷因为设施周围民众的抗议而匆匆下马。诸如广东番禺和茂名的垃圾焚烧厂、广东化州殡仪馆、江苏平望垃圾焚烧厂、上海松江垃圾焚烧发电厂等，尤其是今年5月份的杭州余杭区中泰垃圾焚烧项目引起了近万人的抗议，最后，演变成打砸暴力违法事件。政府不得不承诺在没有获得市民理解之前，一定不开工。这些民众都需要的公益设施缘何引起民众的普遍抗议，这就是当前各级政府普遍遇到的“邻避”设施建设遇到前所未有的困境。如何破解“邻避”设施建设面临的困境成为对政府执政能力的重要考验，也是政府治理能力现代化的重要标志。要从源头上破解“邻避”设施建设的困境，推进具有“邻避”效应的公益性项目顺利实施，可以从以下几方面着手。

优化“邻避”设施决策模式。要从源头上消除“邻避”设施的外部性影响，实现利益受损民众的利益补偿，必须转变政府的决策模式，使政府决策从自上而下的“决定—宣布—辩护”模式转化为“参与—协商—共识”模式，充分吸纳民意，增强决策过程中的民主性，减少决策带来的风险和冲突。

提高“邻避”设施决策的参与度，增强决策过程的透明度。提高决策参与度，可从四个层面着手：一是加大政府内部各相关部门之间的参与，便于决策出台之前对敏感问题达成共识；二是拓展人大、政协的参与渠道，发挥体制内权力机关、咨询机关的功能，发挥人大、政协与民众之间桥梁纽带作用；三是动员专家学者的参与，发挥专家学者在决策专业性问题方面的权威功能；四是充分吸纳决策利益相关者的参与，让其充分表达利益诉求，力争与民众就项目决策达成共识。

确保公共项目决策流程的规范性，提高决策方案的权威性和科学性。首先，确保项目决策的合法性和合理性。其次，做实重大工程项目社会稳定风险评估，从源头上梳理决策的风险源，从而采取有效的防控措施，降低决策的风险。再次，从制度上规定，决策实施过程的监管，提高决策实施的透明度，消除民众对决策实施过程的疑虑。最后，完善市民参与机制，动员全社会力量对决策实施过程进行监督。

完善利益补偿机制，实现货币化和非货币化的利益补偿。“邻避”设施必然会带来负外部效果，给周边地区民众利益带来不同程度的损害。在“邻避”设施建设中，根据“邻避”设施可能产生利益损失的规律，探索各种利益补偿的手段，建立“邻避”设施建设的基金，确立货币与非货币两大类补偿方式，平衡各种主体的利益。货币补偿可包括税费减免、直接给付金钱、健康保险、其他经济利益保障等；非货币补偿方式可包括增加公益性设施、房屋置换与搬迁、医疗保健服务、房地产价格保证、就业提供、小区环境改善等其他公益性产品。因而，在现实利益损失补偿中，当现金补偿无法达成一致时，可以考虑采用非货币的补偿方式或是一揽子补偿组合，从而避免因谈判僵化而导致“邻避”冲突事件。

完善项目实施后的全过程监管，充分发挥社会和市场主体的作用。这需要从制度上明确规定，对实施项目实行全过程监管，确保项目实施的主体履行项目启动时的标准要求，减少对周边环境的影响，消除民众对“邻避”项目后顾之忧。

加大对“邻避”设施本身的宣传和科普教育，提高民众对“邻避”负效应的认知度。发挥专业人士和新闻媒体的作用，力争将“邻避”设施科学知识讲清楚，用民众能听懂的语言，对普通民众进行教育和引导，减少市民的从众心理，提高民众的科学素养，为顺利推进公益性项目创造生态环境。

但与此同时，我们也应积极推进合法的重大公益性“邻避”设施项目落地。从近年情况看，政府重大“邻避”设施项目决策，一经抗议，政府便宣布项目停止，这种做法给民众强烈的心理暗示，即激烈抗议，项目便会终止，因此这种做法表面上看化解了群体性事件，但实际上不仅没有从根本上解决问题，反而给将来埋下了更大的困难。因而，经过法定程序和科学论证的重大公益性“邻避”设施项目，在启动了相应的补偿机制前提下，为了保障大多数人的公共利益，可在法律框架里采取必要的强制措施，积极推进公益性项目落地，破解城市快速发展中基础设施建设的困境，提升政府公信力。

有感而发

清理“红顶商人”需要长效机制

□吴学安

“红顶商人”，也就是所谓的“官商两栖人”，他们既在政府部门身居要职，掌握着执法行政权，又是企业的高管，掌握着企业的经营决策权。他们在官商之间自由游走，既当裁判员又当运动员，其中蕴含的腐败隐患可想而知，既不利于建设廉洁政府建设，也阻碍市场经济的健康发展。

最新数据显示，自党的群众路线教育实践活动开展以来，共排查在企业兼职的党政官员近8万人，清理约5.5万人。这样的数据既展示成绩，也说明问题，说明这一次的清理比较有效，也说明此前的多轮禁令并未得到最严格的执行。

一个人亦官亦商，在中国历史和传统文化中，有不少绘声绘色的记载和描写。但在一个现代化的法治国家里，做官者是为公仆，以服务大众为天职，不能再有商贾之心；选择经商者亦应按照市场规则行事，不能再给自己扣一顶“红帽”，更不能假借不当权力来逾越公平竞争的规则。此次排查清理，初步厘清了几万“官商不分”者的身份。在正风肃纪和国家治理的压力下，整个国家的职业者群体，也正在做一次人生观上的校正——想做“官商两栖人”的人生设计，理应到此为止了。

“红顶商人”现象之所以滋生繁殖，从简单的利益驱动逻辑上看，首先是因为官商之间可以相互利用、“干部有利可图、企业借权生财”，双方“一拍即合”；但从更深层次的考量还是因为，目前我国的许多不合理的体制机制为这种“一拍即合”的相互利用关系，提供了很大的制度便利。

官商不分之痼疾所以久治不愈，表明仍需长效治理机制。一方面，此次清理过程中对于违规兼职不能“一辞了之”，还需追查一下此前究竟有没有不法获利，有没有以权谋私；另一方面，为了保障“清理成果”，今后各地各部门的领导干部名单，以及当地各企业的领导干部名单可以在网上公示出来，从而便于群众和媒体监督，让兼职者无处遁形。