

作,充分体现了奖勤罚懒,多劳多得,优质多得,公开、公平、公正的原则^[8]。

4.3 展望 从以上所取得的成效可以发现,该做法对于新医改取消以药补医,降低药占比,减少患者不必要治疗负担,减少医疗事故,建立高效规范的医药卫生机构运营机制,提供了一条新思路,在医患矛盾严峻的今天,值得医院思考和借鉴^[9]。它克服了以前平均主义的思想,使医院每位员工工作都有目标、有督查、有考核,使医院各项工作能有效的落实,制度更有力地执行,实现医院可持续的良性的运行和发展^[10]。

参考文献:

- [1] 王小利,李燕,刘采,等.“五定”护理模式在危重症患者护理中的应用[J]. 总装备部医学学报,2011,13(4):243-244.
- [2] 谢刚,王辉.公立医院的绩效考核的现状与对策[J]. 现代医院管理,2009,29(1):26-28.
- [3] 毛静馥,张久明.医院绩效管理的基本要素及其应用[J]. 中国医院管理,2004,32(5):13-15.

- [4] 林红路. 事业单位会计核算中存在的问题及完善措施[J]. 商业会计,2005,16(6):59-60
- [5] 周良荣,肖策群,彭才华,等. 设计医院绩效评价指标体系的基本思路[J]. 中国医院管理,2002,18(11):3-6.
- [6] 赵明,马进. 公立医院公益性测度与影响因素研究[J]. 上海交通大学学报:医学版,2009,29(6):737-740.
- [7] 周国伟,吴群红,宁宁,等. 公立医院院长绩效考核与评价研究[J]. 中国医院管理,2012,32(4):26-28.
- [8] 唐晓东. 新医改下公立医院加强绩效管理的探讨[J]. 中国医院管理,2010,30(1):15-18.
- [9] 何玲,何安志. 新医改背景下公立医院医务人员绩效考核原则研究[J]. 经济研究导刊,2011,10(10):124-125.
- [10] 尹文强,徐雪艳,李艳丽,等. 国内外医生工作满意度与稳定性研究现状与展望[J]. 中华医院管理杂志,2006,28(8):537-541.

(收稿日期:2013-11-26 修回日期:2014-02-20)

• 卫生管理 •

民营医院现况分析及新医改背景下的战略契机

严艳,雷寒[△]

(重庆医科大学管理学院医学与社会发展研究中心 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.14.052

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)14-1811-03

民营医院是中国医疗卫生事业深化改革、加快发展的产物。作为医疗卫生改革的新生事物,民营医院在中国医疗卫生服务中有着特殊的地位,并在医疗卫生改革中发挥着重要作用。然而,由于民营医院发展时间短,并且在医疗服务市场中,公立医院近乎处于垄断的局面,使民营医院的发展逐渐陷入困境之中,不少民营医院发展步履维艰^[1]。随着新医改一系列利好政策的出台,民营医院在中国医疗卫生服务体系中的特殊地位和医疗改革中的重要作用得到充分肯定,迎来了新的发展机遇和契机。然而,民营医院如何乘着新医改利好政策的强劲势头,奋力而上,成为构建和谐医疗卫生服务体系中满足人们不同层次医疗需求、缓解看病难看病贵的重要力量呢?民营医院在新医改政策下的发展策略又该做如何转变呢?这都是值得我们深入思考和探讨的问题。

1 民营医院发展的现况分析

近年来,包括新医改方案在内的多项政策措施都对社会资本进入医疗市场起到了促进和推动作用,以民营医院为主体的社会资本正是其中的受益者。政策支持带来的是民营医院在数量规模、医疗服务质量等方面的快速发展。然而,民营医院在医疗市场上的发展情况不一,与公立医院相比相差甚远,无法与其在医疗服务市场上竞争。相比而言,在国外一些国家中,民营医院已经成为卫生服务体系中最主要的部分,承担着大部分医疗卫生服务的提供,如美国、日本、德国。中国民营医院在卫生服务体系中承担的医疗卫生服务却不到5%,其发展现状令人担忧^[2-3]。

1.1 数量少、规模小 据《2012年中国卫生统计年鉴》显示,中国民营医院数量从2005年的3220家增加到2011年的8440家,所占比重从17.22%增加到38.40%;床位数量从144102张增加到461460张,构成比由5.89%增加到12.45%(表1、2)^[4]。虽然民营医院数量和床位在近几年里有了明显的增加,但是较之其最大的竞争对手公立医院而言,仍然有着非常大的差距。

表1 2011年中国公立与民营医院构成、床位及住院服务

医院类别	医院构成[n(%)]	床位构成[n(%)]	床位使用率(%)
医院	21 979(100.00)	370.51(100.00)	88.48
公立医院	13 539(61.60)	324.37(87.55)	92.04
民营医院	8 440(38.40)	46.15(12.45)	62.25

从医院的级别来看,在民营医院中,一级医院占总体的30.98%,二级医院占5.21%,三级医院仅为0.37%;而同期公立医院所占比重却为22.25%、44.07%、9.08%(图1)^[4]。从医院规模上看,超过50%的民营医院的床位数量在50张以下,而公立医院床位数量在50张以下的却不到30%,并且大部分为社区医疗机构。医疗行业投资风险高、回报周期长,再加上3年免税期过后的税收负担较重,因此,民营投资者在投资医疗行业时,只能选择小规模民营医院进行投资^[5]。

表 2 2005~2011 年中国公立与民营医院在数量、床位、床位使用率、门诊及住院服务构成比的变化

项目	机构类别	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年
医院	医院总数(家)	18 703	19 246	19 852	19 712	20 291	20 918	21 979
	公立医院(%)	82.78	78.67	75.06	72.59	69.25	66.21	61.60
	民营医院(%)	17.22	21.33	24.94	27.41	30.75	33.79	38.40
床位	床位总数(万张)	244.50	256.00	267.50	288.30	312.10	338.70	370.50
	公立医院(%)	94.11	92.52	91.39	90.52	89.48	88.97	87.55
	民营医院(%)	5.89	7.48	8.61	9.48	10.52	11.03	12.45
病床使用	病床使用率(%)	70.30	72.40	78.20	81.50	84.70	86.70	88.48
	公立医院(%)	71.50	73.90	80.30	84.00	87.70	90.00	92.04
	民营医院(%)	49.90	50.50	54.60	55.30	58.20	59.00	62.25
门诊人次	门诊人次(亿)	13.90	14.70	16.40	17.80	19.20	20.40	22.60
	公立医院(%)	95.20	94.20	93.21	92.56	92.04	91.87	90.87
	民营医院(%)	4.80	5.80	6.79	7.44	7.96	8.13	9.13
住院人次	住院人次(万)	5 108.10	5 562.20	6 487.20	7 392.00	8 488.00	9 523.80	10 754.70
	公立医院(%)	95.93	94.75	93.70	92.97	92.01	91.60	90.26
	民营医院(%)	4.07	5.25	6.30	7.03	7.99	8.40	9.74

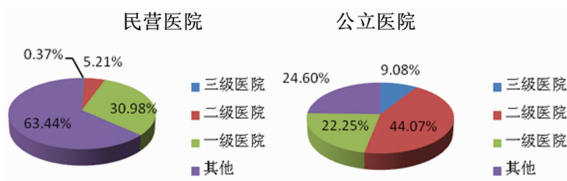


图 1 中国民营医院与公立医院等级构成

1.2 门诊和住院量低 从表 2 可以看出,民营医院就诊人次构成比从 2005 年的 4.80% 增加到 2011 年的 9.13%,住院人次构成比从 2005 年的 4.07% 增加到 2011 年的 9.74%。2011 年,民营医院承担的门诊人次和住院人次还不足公立医院的 1/10,病床使用率仅为 62.25%,有超过 1/3 的病床空置。

1.3 技术力量相对薄弱 卫生部网站公布的《2011 年中国卫生统计年鉴》表明,民营医院执业(助理)医师只占到总数的 27.41%,而非卫生技术人员就占总数比例的 23.17%。由于国家政策长期偏向公立医院,使得民营医院在职称评定、科研立项、专业技术教育等方面缺乏优势,导致人才匮乏和人员流动性较大。更多的是采用聘请公立医院离退休的高职称人员作为专家,招聘新毕业的学生作为基础人员,形成民营医院人才队伍“两头大、中间小”的现象。另外,由于稳定性及对民营医院发展前景信心不足等原因,人员流动性很大,不仅中高级职称人员流动性大,一些新毕业的学生也往往把民营医院当做跳板^[6]。这同时也成为民营医院不敢轻易在培养人才队伍上投入大量资源的主要原因。

1.4 生存较困难 2010 年民营医院的总资产为 12 451 255 万元,仅占全部资产的 7.07%,见表 3。而负债率高达 43.57%,比同期公立医院高出 12 个百分点。由于政府对公立医疗机构的财政补助及税收优惠所造成的竞争上的不公平,民营医院面临着更大的财务压力和生存危机。

表 3 2010 年公立医院与民营医院资产与负债情况^[4]

项目	总资产(万元)	负债(万元)	净资产(万元)	资产负债率(%)
公立	163 682 439	51 127 994	112 554 444	31.24
民营	12 451 255	5 424 836	7 026 419	43.57
合计	176 133 693	56 552 830	119 580 863	

1.5 形象差,信任度低 目前,中国绝大多数医院都是营利性医院,公立医院都是非营利性医院。人们在营利性与非营利性的认识上存在误解,群众普遍认为营利性医院更多的是关注经济效益,从而忽视患者的切身利益,非营利性医院相对营利性医院更具公益性,因此,人们对民营医院大多持不信任的态度。然而,营利性与非营利并非绝对的,实际情况却是非营利性医院并非不盈利,营利性医院也不是不开展公益医疗。

另外,一些民营医院由于医疗水平、知名度、信誉度比较低,投资者急功近利,便出现了发布虚假广告、擅自增加诊疗科目等促销行为,这些行为使整个民营医院行业形象严重受损。从整个行业来看,层出不穷的虚假广告、天价医药费、无效治疗甚至出现医疗事故等问题,还有不少媒体的负面报道造成的不良反应,使得民营医院在社会上的形象差、缺乏公众信任度^[7]。

2 新医改政策下的发展契机

2.1 民营医院的地位得到肯定 新方案指出:“坚持非营利性医疗机构为主体,营利性医疗机构为补充,公立医疗机构为主导,非公立医疗机构共同发展的办医原则,建设结构合理,覆盖城乡的医疗服务体系。”在构建和谐医疗服务体系中,民营医院成为一支不可忽视的力量,换言之,没有民营医院加入的医疗体系是不完善的,不健全的。民营医疗机构(包括营利性和非营利性的民营医院)最终要在中国医疗服务体系中占据主导地位,也就是说民营医疗机构既是未来医疗市场的主体,又是医疗市场中的主要竞争者,从地位上明确了民营医院在新构建的医疗体系中的作用。

2.2 增加民营医院比重 2009 年中共中央、国务院发布了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称:《意见》),《意见》提出,“积极引导社会资本以多种方式参与包括国有企业所办医院在内的部分公立医院改制重组,稳步推进公立医院改制的试点,适度降低公立医疗机构比重,形成公立医院与非公立医疗机构相互促进,共同发展的格局。”为了减轻国家负担,与国际接轨,充分发挥日益壮大的民营资本的作用,新方案明确了增加民营医院,降低公立医院的比重。“十二五”医改规划提出,2015 年,非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的 20% 左右。这一措施的实行无疑会为民营医院队伍的壮大提供有力的支持。

2.3 可享受税收优惠政策 税赋是民营医院经营的巨大压力之一,在没有国家一分钱投资拨款的情况下,还要按毛收入的 7%~8%的比例向国家缴税,压力可见一斑。部分民营医院开不下去,只能关门认亏。新医改方案指出:“鼓励社会资本依法兴办非营利性医疗机构。完善医疗机构分类管理政策和税收优惠政策。落实非营利性医院税收优惠政策,完善营利性医院税收政策。”这一政策表明,民营医院可以和公立医院一样定位为非营利性,不仅能够享受优惠的税收政策,还可获得医保准入。

2.4 有利于引进医疗人才 民营医院在医疗人才方面一直处于弱势,储备人才、引进人才比较尴尬,呈现两极分化,即聘请的不是退休老专家,就是资历很浅的年轻医生,而中坚中年骨干精英极度缺乏,技术力量配置不合理^[8]。再加上很多医学执业注册基本不可能变更到民营医院,导致民营医院专家缺乏,专家大多局限在挂名或会诊性质。新医改指出:“民营医院在医保定点,科研立项,职称评定和继续教育等方面,与公立医院享受同等待遇;对其在服务准入,监督管理等方面一视同仁。”这一方案的实施,在一定范围内打破了公立医院与民营医院医生待遇的不平等性,调动了医生的积极性,民营医院更容易留住优秀的人才。另外,新医改还允许多点执业,民营医院能名正言顺地聘请全国优秀的医生,提高医院的医疗水平,为患者提供专业化的优质服务。

2.5 转向发展特需医疗服务 新医改方案明确指出:“基本医疗服务由政府,社会和个人三方合理分担费用。特需医疗服务由个人直接付费或通过商业保险支付。”在基本医疗上,民营医院在资金、技术、设备等方面都处于弱势的,无法与公立医院正面竞争。因此,民营医院除了提供基本医疗服务外,还可重点发展特需医疗服务,定位高端医院,开拓体检、慢性病、医疗保健和康复等市场,主动避免与公立医院争夺主流病源,塑造自己的专科特色。

3 结 论

新时期面对新一轮医疗体制改革的进行,民营医院的发展虽然仍然面临诸多难题,但同时也迎来了新的机遇。民营医院应顺应新医改的新政策,找准市场脉络,抓住发展机遇,明确目标,诚信经营,科学管理,结合自身优势和机会,利用各种资源,走有特色的民营医院发展道路。同时还能够有效减轻医疗市场供给不足的问题,优化资源配置,为缓解人民群众“看病贵、看病难”的问题贡献一份力量,为构建和谐社会的医疗保障。

参考文献:

- [1] 张彦琼,田立启.基于资源观的民营医院竞争策略初探[J].现代医院管理,2011,9(3):21-23.
- [2] 田鹏飞.海外民营医院理念一瞥[J].商周刊,2011,13(13):54-54.
- [3] 颜世洁,晏波,朱勤忠,等.美国民营医院发展趋势、经验及借鉴[J].中国卫生资源,2010,13(2):95-97,100.
- [4] 卫生部统计信息中心.2012年中国卫生统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2012:89-104.
- [5] 张引,冯毅.民营医院研究述评[J].辽宁医学院学报:社会科学版,2011,9(1):46-49.
- [6] 郭蕊,常文虎,陈晓雯.对当前民营医院改革进展及相关问题的认知分析—部分民营医院院长的定性研究[J].中国医院,2011,15(12):75-77.
- [7] 翁梅玉.民营医院的发展趋势、发展困境与应对策略[J].海峡药学,2011,23(11):251-253.
- [8] 邹凡英.民营医院应对新医改的对策探讨[J].华西医学,2009,24(8):2116-2118.

(收稿日期:2013-11-22 修回日期:2014-02-27)

《重庆医学》杂志对运用统计学方法的有关要求

1. 统计学符号:按 GB 3358—1982《统计学名词及符号》的有关规定,统计学符号一律采用斜体。
2. 研究设计:应告知研究设计的名称和主要方法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或是横断面调查研究),实验设计(应告知具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等),临床试验设计(应告知属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等);主要做法应围绕 4 个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。
3. 资料的表达与描述:用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用 M(QR)表达呈偏态分布的定量资料;用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则;用相对数时,分母不宜小于 20,要清楚区分百分率和百分比。
4. 统计学分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散点图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析;对于具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。
5. 统计结果的解释和表达:应写明采用统计学方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体指(如: $t=3.45, \chi^2=4.68, F=6.79$ 等);在用不等式表示 P 值的情况下,一般情况下选用 $P>0.05, P<0.05$ 和 $P<0.01$ 3 种表达方式,无须再细分为 $P<0.001$ 或 $P<0.0001$ 。当涉及总体参数(如总体均数、总体率)时,再给出显著性检验结果的同时,应再给出 95% 可信区间。