

优化上海社会办医市场准入管理模式

钱洁¹

(上海市人民政府发展研究中心 200003)

【摘要】:上海社会办医发展势头良好,多元办医格局正在加快形成。但上海社会办医机构发展仍面临设置规划不清晰、审批准入门槛高、多点执业受制约、医疗资源配置不均衡、法律环境不明朗、监管机制不健全等问题。上海应从实际出发,借鉴国内外典型地区社会办医市场准入的发展经验,结合上海社会办医准入模式分析,对管理模式进行标准、流程、模式等方面的优化,以增加卫生资源供给,满足人民群众多样化多层次医疗卫生服务需求。

【关键词】:社会办医 卫生资源配置 医疗卫生服务体系

【中图分类号】:R197.6.51 **【文献标识码】:**A **【文章编号】:**1005-1309(2019)10-0094-010

一、研究背景

社会办医是指由社会资本举办的医疗机构,包括个体、民营、股份制、股份合作制、中外合资合作、外商独资医疗机构等多种形式。社会办医是我国医疗卫生服务体系不可或缺的重要组成部分,是现代服务业的重要内容,它与公立医疗机构共同构成完整的医疗服务体系。鼓励和引导社会办医是深化医药卫生体制改革、促进健康服务业发展的重要内容,是转变卫生发展方式、优化卫生资源配置的重要举措,也是增加卫生资源供给,满足人民群众多样化多层次医疗卫生服务需求的重要途径。

近年来,党的十八届三中全会《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》、国务院办公厅印发的《关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕404号)、《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》(国卫体改发〔2013〕54号),都要求明确向社会公布举办医疗机构审批程序、审批主体和审批时限,各级相关行政部门要按照“非禁即入”原则,全面清理、取消不合理的前置审批事项,进一步缩短审批时限,不得新设前置审批事项或提高审批条件。

2017年5月召开的国务院常务会议,要求对社会办医实行一站受理、并联审批、网上审批。对符合规划条件和准入资质的社会办医不得以任何理由限制,个体诊所设置不受规划布局限制。可见,相关文件的陆续出台,国家为促进社会办医的市场准入提供了稳定的政策保障。

上海高度重视社会办医工作,认真贯彻落实国家加快发展社会办医和促进健康服务业发展等文件精神,不断创新扶持措施,破解社会办医发展难题,支持推进重点项目,社会办医发展势头良好,多元办医格局正在加快形成。但从整体上看,上海社会办医机构的发展仍面临设置规划不清晰、审批准入门槛高、多点执业受制约、医疗资源配置不均衡、法律环境不明朗、监管机制不健全等问题。本研究旨在从上海实际出发,借鉴国内外典型地区社会办医市场准入的发展经验,结合上海的社会办医准入模式分析,基

¹**基金项目:**上海市人民政府发展研究中心青年专项课题(编号2018-D-Q06)。

作者简介:钱洁,上海市人民政府发展研究中心社会文化处。

于关键知情人访谈和专家咨询和论证,了解现有管理模式的问题,对管理模式进行标准、流程、模式等方面的优化提出对策建议。

二、国家社会办医相关政策梳理

新一轮医药卫生体制改革实施以来,国务院先后印发实施了关于促进社会办医的一系列文件,旨在鼓励社会资本进入医疗健康领域。主要体现在以下几个方面:

(一)明确目标定位

2017年5月国务院办公厅发布的《关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的意见》(国办发〔2017〕44号)明确了总体目标,到2020年,社会力量办医能力明显增强,医疗技术、服务品质、品牌美誉度显著提高,专业人才、健康保险、医药技术等支撑进一步夯实,行业发展环境全面优化。

2017年1月国务院发布的《关于印发“十三五”卫生与健康规划的通知》(国发〔2016〕77号)明确,社会办医院床位占医院床位总数的比重到2020年要大于30%。国发〔2016〕78号文、国办发〔2015〕14号文中也明确了到2020年,按照每千常住人口不低于1.5张床位为社会办医院预留规划空间,同步预留诊疗科目设置和大型医用设备配置空间。

(二)完善规划设置,放宽市场准入

一是应及时向社会公开公布要出台或调整的区域卫生规划和医疗机构设置规划,并详细说明本区域可新增或拟调整的医疗资源的规模和布局。对涉及新增或调整医疗资源的,政府必须落实保基本的责任,同时支持由社会力量举办和运营医疗机构。未公开公布规划的,不得以规划为由拒绝社会力量举办医疗机构或配置医疗设备。

二是制定完善医疗卫生服务体系规划、医疗机构设置规划、大型医用设备配置规划,完善规划调控方式。定期公开公布区域内医疗机构数量、布局以及床位、大型设备等资源配置情况,并将社会办医纳入相关规划,按照一定比例为社会办医预留床位和大型设备等资源配置空间,在符合规划总量和结构的前提下,取消对社会办医疗机构的具体数量和地点限制。

(三)优化审批服务,调整审批标准

一是国家层面制定社会办医疗机构执业登记前跨部门全流程综合审批指引,地方层面应当出台实施细则,优化规范各项审批的条件、程序和时限,精简整合审批环节,全面推进电子化注册管理改革,优化医疗机构诊疗科目登记,积极推进二级及以下医疗机构设置审批与执业登记“两证合一”。

二是明确并向社会公开公布举办医疗机构审批程序、审批主体和审批时限,积极推进一站受理、窗口服务、并联审批,推广网上审批,取消无法定依据的前置条件或证明材料,严禁违反法定程序增减审批条件,完善社会办医疗机构设立审批的属地化管理。

三是审批专科医院等医疗机构设置时,应将审核重点放在人员资质与技术服务能力上,在保障医疗质量安全的前提下,动态调整相关标准规范;及时制定新型机构标准,引导和支持医疗服务新业态新模式健康发展。

(四)加强政策扶持,优化发展环境

健全非营利性和营利性医疗机构分类管理制度;进一步优化政策环境,在市场准入、财政资金扶持、丰富筹资渠道、医保定点纳入、融资税收政策、重点专科建设、职称评定、学术地位、医院评审等方面推进社会办医疗机构的同等待遇;不断完善医师多点执

业政策,改革医师执业注册制度;充分利用媒体宣传社会办医疗机构在医疗服务体系中的重要地位和作用,宣传和表彰社会办医疗机构中涌现出的先进典型,扩大社会办医疗机构的影响,形成有利于社会办医疗机构发展的良好社会氛围。

(五)促进投资合作,引导发展方向

一是支持社会办医疗机构引入战略投资者与合作方,加强资本与品牌、管理的协同,探索委托知名品牌医疗实体、医院管理公司、医生集团开展经营管理等模式。发展医疗服务领域专业投资机构、并购基金等,加强各类资源整合,支持社会办医疗机构强强联合、优势互补,培育上水平、规模化的医疗集团。

二是鼓励公立医院与社会办医疗机构在人才、管理、服务、技术、品牌等方面建立协议合作关系,支持社会力量办好多层次多样化医疗服务。根据社会办医疗机构意愿,可将其纳入医联体,通过技术支援、人才培养等方式,吸引社会办医疗机构加入并发挥作用。三是鼓励社会力量发展儿科、精神科、老年病、长期护理、口腔保健、康复、安宁疗护等资源稀缺及满足多元需求的服务。大力发展第三方服务,引导发展专业的医学检验中心和影像中心等。

三、国内外推动社会办医准入的经验借鉴

(一)主要发达国家和地区的经验

1. 英国。长期以来,英国初级卫生保健服务由独立开业的全科医生提供,他们或自办诊所,或合伙办诊所,自负盈亏,拥有诊所的收入分配自主权和用人自主权,英国NHS(National Health Service,即英国国家医疗服务体系),通过合同签约方式购买其初级卫生保健服务。作为英国卫生体系中坚力量的全科医生,有效地承担了整个医疗服务体系的“守门人”职能,完成了英国90%的基本医疗服务和大部分公共卫生服务业务,却仅仅花费了NHS经费的8%。而NHS医院服务体系以公立医院服务为主,私立医院数量较少。近年来,英国NHS才开始引入非公立医疗机构参与医疗市场竞争,加大力度购买非公立医疗机构的服务。

英国的非公立医疗机构包括私立医疗机构(包括营利与非营利)、社会慈善及志愿者服务组织等。非公立医疗机构是NHS的合作对象,《英格兰NHS宪章》中提出,为了病人、当地社区和广大市民的利益,NHS跨组织推行工作,并与其他机构合作。NHS是一个包含多个组织和服务的综合体系,通过NHS宪章反映的原则和价值观将多种机构整合起来。NHS致力于各地方当局和其他私人、公共和第三方组织合作,以促进人们身心健康的改善。^[1]私立医疗机构在英国卫生体系中的角色和地位很大程度上受两大执政党保守党和工党的意识形态、施政理念等政治因素的影响。

服务质量委员会(Care Quality Commission,CQC)和独立监管机构(Monitor)是负责社会办医的准入与监管的两个最主要的机构。CQC负责机构准入,对所有卫生服务和社会服务的服务质量进行监管,目的是保障医疗安全,改善服务质量;高效利用卫生资源,提高服务效率;鼓励病人参与,改善病人体验,维护服务利用者的利益,促进健康。Monitor主要负责资金和财务监管,其职责包括:NHS基金信托、社会及私立机构的审批、准入和监管,制定医疗市场规则,促进医疗机构间的充分、公平竞争,制定和调节医疗价格(tariff),管理NHS医院基金信托的兼并重组,确保NHS基金信托机构的高效运行、财务收支平衡及可持续发展。

同时要与公平贸易办公室(Office of Fair Trading)进行合作,确保各种性质的服务提供方和医疗机构在医疗市场上公平竞争,提高服务效率,降低价格,从而减轻政府提供卫生服务的压力。合法的NHS医疗服务提供者必须同时在CQC和Monitor进行注册,若不能提供安全、高质量的医疗服务或财务状况不能保证机构运营,CQC或Monitor均有权予以警告或经济处罚。^[2]一些专业机构如全科医学协会(General Medical Council)、护理及助产师协会(Nursing and Midwifery Council)、口腔协会(General Dental Council)和健康与保健专业委员会(Health and Care Professions Council)等承担起提高NHS运行绩效,改善临床质量的职责。

综上所述,英国NHS市场化改革的主要目标是通过私立部门进入医疗市场减少政府财政预算对于医疗卫生的投入,进而减少

财政压力。支持者认为市场化可以促进竞争、提高服务效率、减少病人等待时间;反对者认为市场化导致私立机构逆向选择病人的道德风险,会降低服务质量。由于大量医生或医院被允许接受自费的私人病患或来自商业保险公司的病人,于是涌现出同一个医生或医院,NHS公费病人需要长时间等候,自费或商业保险病人即刻接受治疗的情况,损害医疗服务的可及性和公平性。

2. 日本。日本全国实行社会医疗保障体系,因此政府在国家卫生体系建设中起着主导作用,其职能涵盖了从宏观层面的国家卫生制度建立到微观层面的具体医疗保险以及卫生服务提供等管理监督工作。日本医疗服务提供体系公私并存,且私立医疗机构在日本医疗服务系统中居于主体地位。^[3]根据医疗机构产权归属可将日本医疗机构大致分为国立、公立和私立3类,而社会办医即是指其中的私立医疗机构,私立医疗机构又可进一步分为民营医疗机构和私人医疗机构。^[4]

根据日本《医疗法》第六章医疗法人第一节通则定义:经营医院、配备有专职医生或牙医等的诊所或老年人照护保健设施而活动的社团或财团(基金会),可将其认定为法人机构,被称为医疗法人。其后第44条中规定医疗法人在经过都道府县知事认可后,方能设立。^[5]第45条明确了都道府县知事在审批认可申请时,需要知事对该医疗法人资产及相关法律要求条件进行审查后,再决定是否认可,同时还需要听取都道府县医疗议会的相关意见。在经过医疗法人主要机构所在地知事认可、依照政令进行登记后,医疗法人即正式成立。医疗法人成立时需要按照法律要求制作财产目录,并须备案于主要的医疗机构中。^[6]

此外,根据《医疗法》43条内容,医疗法人在进行设立、新开设附属机构、转移机构、变更其他登记事项、解散、合并、清算人就任以及变更和终结等各种情况下,必须按照政令规定进行登记,若不进行事先登记,则无以与外部第三方进行任何对抗(即指不能损害第三人的合法权益)。

3. 德国。德国的医院分为公立医院和私营医院,其中私营医院分为私立非营利医院和私立营利医院。公立医院由政府投资直接管理或由大学代管;非营利医院通常由教会或慈善机构设立并管理;德国私立医院也有政府投资建立,然后委托给私人机构(如私人股东、私营保险机构等)经营。^[7]德国已形成完善的政府与市场结合型医疗管制模式,即一方面适当鼓励私立医院发展,另一方面对其进行一定程度的管制,采取灵活的管理政策。

德国鼓励社会资本办医,任何人都可以在德国开办医院,但审批很严格。根据德国《行业条例》第30条规定,只要获得德国官方许可并满足相关条件,任何人包括外国人都可在德国设立医院或私人医疗机构,相关事务由各联邦州主管部门审批。德国办医主要需要两方面考虑:

(1)符合区域卫生规划。德国各联邦根据自身的医疗服务需求制定相应的“医院计划”,凡进入该计划的医院可申请一定量的投资促进资金用于购置必要的设备和装备;若与医院计划相抵触,则投资方案不会被州主管机构接受。此外,只有进入“计划医院”的范围,才可接受参加了法定医疗保险的患者就医。根据《医院财政法》规定,投资商提交的投资方案必须为相关联邦州所接受。地方政府负责制定医院发展规划。根据联邦《医院筹资法》规定,全国每个地区都要制定本地区的医院发展规划,明确医院服务发展的优先顺序。

因此,各地根据医疗服务需求状况和政治意愿将本地区所有的医院纳入地区发展规划中;而且根据需求状况规划,还须列出专科发展计划,甚至包括不同专科具体的床位数量。因为政治目标的不同,各地的医院发展规划对医院服务能力的要求、对医院发展的投资都不尽相同。德国的社区医院基本是私人诊所,而私人诊所不是谁想开就能开的。每个城市、每个社区,按区域面积大小、人口密度等来计算,应该有几家医院,应该有什么样的诊所,有非常科学和严格的审批要求,绝对不会多批,即使符合技术条件后,还要等待机会。因为社区诊所是按需设置的,必须等到某诊所,由于某种原因关门了,才有可能去代替它。如果该社区已经有了一家私人诊所,就不会审批第二家了。

(2)符合相关法律要求。德国对私营医院的定义来源于《营业法》第三十条,其准入标准包括:创办人作为医院经营者,是否对医院的指导及运行具有充分的能力;建筑物作为医院是否符合标准;其他方面是否完善等。德国政府也对私营医院进行投资。根据

《德国医院融资法》规定,投资商提交的投资方案必须为相关州所接受。根据《德国工商业管理条例》,私营医院必须持有官方许可才能营业。

4. 美国。美国医院主要包括公立医院、私立营利性医院和私立非营利性医院,其中私立医疗机构在服务提供方面占主导地位,具有市场化和自由竞争的特点。部分人群的卫生保健和特殊疾病的预防治疗是由政府提供,但其中主要服务者为私人医生。^[8]根据美国医院协会(American Hospital Association, AHA)的调查,截至2015年1月,全美共有医院5686家,其中私立医院3964家,占69.7%;公立医院1223家,1010家为州和当地政府所属,213家为联邦政府所属(其中包括所有军队医院)。

私立医院中,非营利性医院2904家,营利性医院1060家。此外,还包括少量精神病医院、长期护理医院,以及监狱医院和校医务室等不面向社会公众开放的医疗机构。^[9]美国联邦政府授权州政府制定标准,严格控制和审查医疗机构许可执照的发放。作为一个联邦制国家,美国宪法保护各州社会事务方面的自主权,各州必须制定一个关于医院开业执照的法律,但在具体规定上可有较大的自主权限。州政府可依据设备、人力、场地、安全性等方面的有关规定来审查每一家申请开业的医院,并决定是否对其颁发执照;此外,还有权关闭不合格的医院。

(1) 北卡罗来纳州。北卡罗来纳州制定了州医院许可法案,其目的在于制定医院许可要求,以促进公共健康、安全和福利,以及为医院的患者提供发展、建设和执行服务及治疗的基本标准。^[10]根据医院许可法案的规定,许可申请人应当按照北卡罗来纳州健康与人类服务部(North Carolina Department of Health and Human Services)的要求,以表格形式提交相关信息。收到申请后,符合该法案和北卡罗来纳州医疗服务委员会(North Carolina Medical Care Commission)规定的,由州健康与人类服务部颁发许可执照。州医疗服务委员会具体负责:一是对医院、济贫院、独立的门诊手术机构、疗养院、家庭健康机构、家庭护理机构、护理院及成人护理机构等的许可和运营进行规定。

二是制定救护和急诊医疗服务人员的规范。州健康与人类服务部应当根据州医疗服务委员会的相关要求对每一执照进行更新,并征收年基本执照费和床位费。除由州健康与人类服务部出具的书面批准外,医院执照不得转移或分配。许可执照必须指明住院床位数量及种类、手术室数量和胃肠内窥镜检查室的数量。医院应当将执照在公众可及的持牌场所进行张贴。若任意个人在无许可的情况下建立、开展、管理或运营任何医院的话,即视为违法。首次违法将被罚以不高于50美元的罚款,以及随后的每一次违法将被罚以不高于500美元的罚款(每一天视为一次独立的违法行为)。在获得许可并取得执业执照后,为获得免税优惠,非营利性医院还需向该非营利性医院所在地的州税务局提交免税申请,包括机构章程,写明机构名称、目标,说明不为任何私人谋利益的宗旨,申请内容包括活动陈述、组织条例和章程的副本以及当前财务状况的说明等。

(2) 伊利诺伊州。根据伊利诺伊州医院许可法案,^[11]在颁发许可执照之前,州健康与人类服务部应当对设施进行检查,并要求设施符合所有医院建立的相关规定。州健康与人类服务部颁发许可的医院建筑应当:一是属于已取得执照的医院或由该家医院使用。二是按照可选择的医疗服务法案(Alternative Health Care Delivery Act)要求,包括一间取得执照两年及以上的术后恢复照护中心;按照流动外科病房治疗中心法案(Ambulatory Surgical Treatment Center Act)要求,包括一间取得执照的流动外科治疗中心,以及按照急诊医疗服务体系法案(Emergency Medical Services)要求,包括一间取得执照的独立式急救中心。只有建筑的职能达到了如上要求才符合规定。医院应当向州健康与人类服务部提交一份整体规划,对每幢建筑或每项设施的操作及其提供的服务进行描述,以及共同服务及操作如何在不同的地点协同使用。州健康与人类服务部应当审阅规划,以及授权免除特殊建筑或设施遵守医院许可要求的权利,包括急救服务的要求,以及提供此建筑或设施、提供服务和操作不会危及公共健康、安全与福利的证明文件。此外,以上规定不影响医院建筑遵守伊利诺伊州医疗卫生设施规划法案的要求。

5. 中国台湾地区。按照权属划分,台湾地区的医疗机构主要可分为公立、私立两类。公立医疗机构包括“卫生福利部”“教育部”“国防部”和“国军退除役官兵辅导委员会”等所属医院,以及直辖市、县政府所属医院等;私立医疗机构包括财团法人和社团法人举办的医疗法人,医师设立的私立医疗机构,私立医学院附设医院、农会和渔会附设医疗机构、事业单位所设医务室等法人附设医疗机构等,其中前三者占私立医疗机构的绝大多数。

根据规定私立医疗机构,以医师为申请人,私立医疗机构达“中央”主管机关公告一定规模以上者,应改以医疗法人形态设立。医疗法人的设立条件和设立程序。(1)医疗财团法人之设立、组织及管理,依《医疗法》之规定;《医疗法》未规定者,依《民法》之规定。医疗社团法人,非依医疗法规定,不得设立;其组织、管理、与董事间之权利义务、破产、解散及清算,《医疗法》未规定者,准用《民法》之规定。(2)医疗法人得设立医院、诊所及其他医疗机构。其设立之家数及规模,得为必要之限制。设立家数及规模之限制,由“中央”主管机关定之。(3)医疗法人经“中央”主管机关及目的事业主管机关之许可,得附设下列机构:一是护理机构、精神复健机构。二是关于医学研究之机构。三是老人福利法等社会福利法规规定之相关福利机构。附设机构之设立条件、程序及其他相关事项,仍依各《医疗法》相关法规之规定办理。(4)医疗法人应有足以达成其设立目的所必要之财产。所称必要之财产,依其设立之规模与运用条件,由“中央”主管机关定之。

6. 小结:社会办医准入相对灵活操作社会办医在国际及我国台湾地区主要有两种方式:(1)申请备案型:以社会办医申请人向相关主管机构提出申请,并向其备案,即可成立(如日本)。这种准入以申请人的办医申请为主要程序,手续相对宽松,程序简单,简便易行,有利于减少社会办医的时间成本。(2)法定许可型:以国内的法律或法定审批机构为主要依据,依据法定职权强化社会办医的准入审批,法定许可成为社会办医的必要前提条件(如德国、美国、英国等)。

(二)国内典型地区经验模式梳理

深圳市和浙江省高度重视社会办医工形态健康有序发展,在推进市场深化改革、完善准入审批政策、优化办事流程等方面拓展并积累了丰富的实践经验,可供上海优化审批准入政策提供参考。

1. 加强鼓励社会办医发展的法制支撑。深圳市利用特区立法权优势,市人大于2016年出台全国首部地方性法规——《深圳经济特区医疗条例》。《条例》在总则中就明确提出了“鼓励和支持社会力量依法举办医疗机构”,规定了“医疗机构不分投资主体、经营性质,在医疗服务准入、社会医疗保险定点、职称评定、等级评审、科研教学和学科建设等方面依法享有平等权利”。

2. 优化社会办医疗机构的发展导向。深圳市印发《深圳市区域卫生规划(2016—2020年)》和《深圳市医疗机构设置规划(2016—2020年)》,明确该市医疗机构设置“坚持政府主导与市场机制相结合”的原则,政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的承担责任,维护公共医疗卫生公益性,卫生计生部门只拟定全市公立医疗机构的设置规划。全面推进医疗卫生行业开放式发展,充分发挥市场机制在优化资源配置中的决定性作用,取消社会力量办医的机构数量、等级、床位规模、选址距离限制。此外,深圳市和浙江省在区域卫生规划和医疗卫生服务体系规划中对社会办医疗机构千人口床位数予以指导性规划。

3. 简化社会办医疗机构准入的审批流程。深圳市、浙江省通过制定出台相关改革政策、梳理行政审批事项、加强跨部门间信息共享,大幅简化了社会办医疗机构准入审批程序。深圳市出台《深圳市医疗机构执业登记办法》,简化审批环节,将开办医疗机构的行政许可由设置(即筹建审批)、执业登记两步,简化为执业登记一步;优化办事流程,审批时限从原有的两个环节75天,缩短至一个环节30天;减少申请材料,取消可行性报告、验资证明等材料,新开办医疗机构执业登记只需提交9份材料。浙江省通过“最多跑一次”改革,不断梳理精简、整合优化包括医疗机构准入审批在内的各项行政审批事项,大幅缩短办理时限,部分事项实现“零上门”或即办件。

通过对卫生全系统现存业务经办系统进行全面梳理,实现全省医疗机构、医师和护士电子化注册系统与浙江政务服务网对接,实现医疗机构、医师、护士人员注册业务的网上申请、受理、审核、公示一站式服务,极大减低了医疗机构和医护人员办事成本、提高办事效率。此外,浙江省部分区县已享受到二级以下医疗机构的设置审批与执业登记实施“两证合一”带来的便利。在对医疗机构的设置审批与执业登记实施“两证合一”的同时,相关卫生行政部门切实履行法定监管职责,推行“双随机一公开”监管模式,加强事中事后监管,主动接受社会监督,净化医疗服务市场。^[12]

四、上海社会办医市场准入(设置审批)存在的主要问题

近年来,国家和上海市级层面出台了一系列文件,以鼓励和支持社会办医发展,但社会办医一直未取得实质进展,政府在规划准入、审批、人才、税收和补贴等方面的责任尚有不明确和未规范之处,在政策和管理方面存在着越位与缺位,未能很好承担起其社会办医中应承担的责任。社会办医疗机构仍普遍面临准入门槛高、经营压力大、发展空间小、技术人才缺乏、监管机制不健全、社会氛围不佳等困难和问题。

(一)区域卫生规划对社会办医缺乏明确的指标性规划

随着经济社会的不断发展,上海卫生工作面临着新的形势和要求。区域卫生规划作为政府对卫生事业发展实行调控的重要手段,在卫生资源配置、卫生服务利用等方面起着至关重要的统领作用。相比于早期的区域卫生规划,2013年印发的《上海市区域卫生规划(2011—2020年)》(沪府发〔2013〕6号)已充分考虑到社会办医疗机构在医疗卫生事业中的重要角色,提出要在全市建成和发展一批有一定规模、有一定社会影响、有一定品牌特色的社会办医疗机构,实现社会办医疗机构床位数和服务量占全市总量的比例、社会办医疗机构的办医质量和办医水平明显提高。

但在整体规划中,无论是在资源配置还是就诊率、住院率等方面均未对社会办医疗机构给出具体性、指标性的规划,而社会办医疗机构的举办等相关事宜又都需要与区域规划结合,这使得社会办医疗机构在准入、布局用地、设备配置等方面都存在困难。另一方面,卫生部门对公立医院往往存在政策倾斜,如在设备配置方面,社会办医机构提出的申请通常很难得到批准,而公立医院可相对轻易获得指标。

(二)准入门槛设立过高,社会办医审批细节尚不完善

当前,我国医疗机构准入制度主要以国家颁布的医疗机构管理条例为依据,当时政策面对的准入对象主要是政府办医。虽然近年来国家对社会办医在机构准入、技术准入、设备准入和资金准入等方面提出了一些放宽政策,但在实际操作中对社会办医的审批与准入一直存在不公平现象,尚没有形成适应市场经济的多元化办医准入制度。^[13]一些医疗机构为了达到准入的“硬性规定”,耗费大量资源和资金去“凑齐”仅仅只做摆设的“硬性配套设施”。“一刀切”式的准入审批标准在一定程度上并不是在给社会办医机构做“减法”而是在不断做“加法”,过高的准入门槛、刚性的准入标准给投资成本大、回收周期长的社会办医疗机构增加了不必要的负担。

(三)审批流程复杂、信息公开不充分

社会办医疗机构在设置准入审批过程中需要历经土地获取、前期审批、施工阶段、竣工验收、证照办理等阶段,涵盖了包括医疗机构前置准入审批、协议出让方案编制、入市核准、土地出让、合同签订、环境影响评价、建设用地许可、设计监理招标、工程规划许可、质量检查报告、竣工图编制、质监站备案、地名门牌审批、医疗执业许可办理、营业执照办理等几十个环节,涉及规土局、环保局、发改委、科委、工商局、卫健委、建设委、交通委、公共服务局、住建委、民政局地名办、房管局、质量技术监督局、税务局等30多个部门。审批环节的平均等待时间在22个工作日,最长审批环节等待时间达90个工作日。不少社会办医疗机构表示,在初次申请审批准入时并没有公开完整的渠道可以充分、清晰地了解所有审批事项相关清单和流程,这给社会办医主体造成了极大的困扰和不便。

(四)相关配套政策不落地,加大机构准入审批难度

卫生人力资源匮乏一直是制约社会办医的一个重要因素。医师多点执业政策虽已出台多年,但其实际推行进度依旧非常缓慢。作为社会办医机构审批准入重要前置条件的卫生人力保障,其来源依然受到严重束缚。目前上海大部分卫生人力资源依然主要集中在政府办医疗机构,特别是大型政府办医疗机构。在传统的人事管理制度下,政府办医疗机构医师在享受体制内福利的同时,也受到事业单位人事制度的束缚,绝大部分医师无法正常流动。

当前,部分公立医疗机构的医师尝试在社会办医疗机构办理多点执业登记,相关执业信息也可非常容易被其公立医疗机构管理方追溯并对其多点执业行为进行干预。纵使有国家、地方多项政策文件的支持与保障,实际操作过程中遇到的问题和障碍使得社会办医疗机构依然无法获得必要的优秀人才。

(五)监管不力造成的社会办医乱象使准入审批更加举步维艰

当前社会办医在得以迅速发展的同时也积累了不少问题,除部分特色明显、规模较大的社会资本办医外,多数社会办医疗机构尚没有形成民众可信赖的品牌和形象,社会办医始终被社会民众作为“另类”来看待。同时,相关部门在监管上却明显滞后,法律法规制定周期较长带来的监管执法依据滞后、缺乏合理顶层设计带来的监管体系不健全、监管队伍地位不明确带来的监管人力物力保障不足、监管机制协同不足带来的监管效能低下,使得当前行政部门的监管能力效率明显跟不上社会办医快速扩展的步伐。在一些地方,社会办医甚至都没有被纳入正常的医疗资源管理序列,即便发生了医疗事故,也很难采取规范化的解决方案。很多地方干脆抬高社会办医的门槛,以减少处置的麻烦。这种“鸵鸟式”的封堵,不利于社会办医的健康发展。

五、上海社会办医市场准入的管理模式的设计与优化

(一)逐步放宽社会办医疗机构的规划限制

放宽社会办医市场准入,实行“非禁即入”,发挥市场机制在优化资源配置中的决定性作用。先行放开100张床位及以下的社会办医疗机构、全科诊所和中医诊所的规划限制,逐步取消对社会办医的床位规模、具体数量、地点限制和间距要求。个体诊所等其他基层医疗卫生机构的设置,不受规划布局限制,实行市场调节。不再将医疗机构等级、床位规模等作为配置大型设备的前置条件。在浦东新区试行社会办医取消乙类大型医用设备审批制改为备案制的基础上,逐步探索在全市推开。

(二)制定和公开审批基本流程和事项清单

制定明晰的社会办医疗机构跨部门审批的基本流程和事项清单,内容包括各审批事项、流程关系及审批事项的受理部门、法律法规依据、受理条件、审查要求、办理过程、办理时限、需要提交的材料目录和申请书示范文本等。在办事服务窗口及政务网站公开社会办医疗机构跨部门审批基本流程和事项清单,其他部门要公开本部门负责审批的事项清单。卫生行政部门要积极承担行业主管部门职责,主动公开社会办医的规划预留空间、发展支持政策、审批改革措施、卫生领域相关法律法规和政策规定等信息,提供社会办医综合指南服务。各有关部门应畅通咨询渠道,及时向社会办医疗机构提供本部门审批事项的政策咨询。

(三)推进市场准入审批制度改革

简化社会办医的审批流程,取消无法定依据的前置条件或证明材料,压缩审批时限。二级及以下医疗机构的设置审批和执业登记实施“两证合一”,实行直接执业登记。完善医疗技术备案制度,取消医疗机构等级要求,重点审核医师执业资质和能力。诊所诊疗科目可以根据实际需求设置。

推进和落实中医诊所备案管理。鼓励发展共享医疗服务模式,对共享医技服务医疗机构相应的科室设置和设施不做硬性要求,相关委托协议可作为该医疗机构登记有关诊疗科目的依据。取消社会办医购置乙类大型医用设备的审批,实行备案制。鼓励具有一定规模的社会办医疗机构开展品牌化、连锁化经营,探索建立连锁经营医疗机构及医护人员统一注册登记制度,简化医技科室设置和设施要求。优化中外合资合作医疗机构审批,探索建立市区、部门间审批快捷通道。

(四)加强多部门联合审批、优化流程

加强部门间工作配合,提高信息共享水平,做好前后置审批事项、并联审批事项之间的工作衔接,避免审批互为前置问题。在现有现场办理、网上受理的基础上,加快实施“互联网+政务服务”,大力推进医疗机构电子化注册工作,在目前医疗机构审批事项与上海市网上政务大厅业务对接的基础上,力争在2019年底前实现新申请医疗机构审批全程网上办理,全面实现医疗机构审批“见面不超过一次”。完善医疗机构审批制度,整合内部审批流程,减少层级环节,缩短审批时限,将医疗机构审批时限压缩至法定时限的2/3。

(五)强化事中事后监管

进一步完善医疗服务监督执法体系,建立与“宽进严管”相适应的社会办医疗机构事中事后综合监管机制,运用信息化手段,全面实施诚信管理、分类监管、风险监管、联合惩戒、社会监督“五位一体”为基础的事中事后监管。推进智慧监管体系建设,将信息化建设水平纳入社会办医设立标准中,提高监管效率,将社会办各级各类医疗机构信息系统接入卫生信息化管理平台,并作为机构、医师执业资质审批的信息来源,推动监管部门间实现信息共享。

继续推进医务人员CA认证,实现医务人员执业各环节可信身份、可信数据、可信行为和可信时间等信息获得,实现对医务人员关键环节执业行为的动态监管。建立卫生、医保、工商、民政、食药监、质监、公安等多部门联合监管机制。强化社会共治与行业自律管理,落实行政相对人主体责任,鼓励社会公众参与行业监督,发展社会办医疗机构行业组织,支持行业协会制定推广服务团体标准和企业标准,推行服务承诺和服务公约制度。建立完善医疗机构、医师不良执业行为积分管理制度、不良诚信医疗机构黑名单制度,强制严重违规医疗机构退出医疗服务市场。

参考文献:

[1] Department of Health UK.The NHS Constitution for England,Updated 26 March 2013.https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170656/NHS_Constitution.pdf.

[2] Health and Social Care Act 2008 (c.14)Part 1:TheCare Quality Commission,Chapter 2,Registration in respect of provision of health or social care,Health and Social Care Act 2012 (c.7),Part 3 — Regulation of health and adult social care services,Chapter 1,Monitor.

[3] 于保荣.主要国家和地区非营利性医疗机构法律规定研究[M].北京:对外经济贸易大学出版社,2015.

[4] 孙晓明.世界医疗制度[M].上海:上海科学技术出版社,2015.

[5] 医疗法人设立.東京フォレスト法務会計事務所.[EB/OL].[2015-12-2].<http://tokyo-forest.net/medicalcorp/>.

[6] 日本法务省.医療法[EB/OL].[2015-12-2].<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxselect.cgi>.

[7] <http://wenku.baidu.com/view/aee49b1214791711cc7917ff.html>.

[8] 陈蓉.民营医疗机构市场准入法律制度研究[D].湖南大学,2013.

[9] American Hospital Association.Fast Facts on US Hospitals[R].2015:1-2.

[10] North Carolina.Hospital Licensure Act.

[11] The Illinois General Assembly. Hospital Licensing Act.

[12] 推进“放管服”改革激发医疗市场活力我县医疗机构行政审批实现“两证合一”。[EB/OL](2018-6-20)
[2018-6-27].<http://qtdj.qingtian.gov.cn/news/text.asp?id=686646>.

[13] 孙骞. 破解社会办医难题的政府责任研究[C] 山东大学, 2014: 217-221.