

中国医改评论

2009年3月12日 2009年第二期（总第十三期）

收支两条线 蒙人

——“医院收支两条线，死路一条”

“收支两条线”：公立医疗机构的行政化死路

黄洁夫：收支两条线改革方向存疑

黄洁夫：以“壮士断腕”勇气改革公立医院



中国经济体制改革研究会医改课题组

www.chinahealthreform.org

www.crcpp.org www.cser.org.cn

“医院收支两条线，死路一条”

编者按：

“如果都用收支两条线去统筹公立医院改革，那意味着改革走回头路了。”3月6日全国政协医疗卫生界分组讨论会上，全国政协委员、卫生部副部长、中央保健委员会办公室主任黄洁夫此言一出，语惊四座。

“如果医院都实施收支两条线，那则意味着回到上世纪70年代。”

“如果全部医院都按收支两条线走，死路一条。”

“公立医院的改革，一定要先取得600万医务人员的支持，如果医护人员对方案不满意，就解决不了老百姓看病贵看病难得问题，方案制定的再好，没有医护人员的理解，投入再多钱很快被消化掉了。”黄洁夫说。

中国经济体制改革研究会新医改课题组完全同意黄洁夫部长的判断。以“收支两条线”的方式改造公立医院，无疑同“管办分开”的原则背道而驰。

四十多年计划经济时代的磨难已经证明，“收支两条线”管理下低价运行的所有公立机构，包括公立医疗机构，给我们带来的是产品和服务的短缺。在社会主义市场经济时代，试图指望通过回归计划经济体制来实现医疗服务的社会公益性，不仅终将是一厢情愿、缘木求鱼，而且会极大地阻碍本来可以顺畅前行的改革之路。

只要政府主导了医疗保障体系的建设，并同时放开医疗服务体系的市场化，那么医疗卫生事业的社会公益性和医疗卫生事业的可持续性发展将并行不悖，相得益彰。

“收支两条线”：公立医疗机构的行政化死路

中国经济体制改革研究会新医改课题组

www.chinahealthreform.org

中国新一轮的医疗体系改革已经拉开了大幕。推进城镇居民医保、改善新型农村合作医疗、完善城镇职工医保，标志着中国已经走上了全民医疗保险的正确轨道。“政府主导”的原则在医疗保险的筹资上充分发挥出来了。目前，不论是在城镇还是乡村，政府为每一个公立医疗保险的参保人提供了最低80元的参保补贴，而实际的补贴额度各地方依经济条件而有所不同；同时，政府又通过医疗救助体系为贫困人群参保的家庭缴费部分，提供了额外补贴甚至全额埋单。自2010年开始，政府的最低参保补贴水平将从每人年80元增加到120元。目前，医疗保障体系改革的工作重心就是动员民众参保，扩大城乡公立医疗保险的覆盖面。辅之以城乡医疗救助体系的完善和商业性医疗保险的发展，可以预期，全民医保的时代即将到来。这是一个正确的方向，朝这个方向走下去，民众医疗费用的风险有望得到有效地分摊，“看病贵”的问题也终将会得到解决。

随着医疗保障覆盖面的扩大和筹资水平的提高，医保机构将成为城乡参保者医疗服务费用的主要支付者，医疗服务的第三方购买机制有望形成。只要医保机构采取科学的支付方式，代表参保者的利益，充当参保者的“经纪人”，运用强大的购买力，为他们集团购买好诊疗服务和用药服务，就可以促使医疗机构合理地选择诊疗方案和药品。尽管在细节上有待各方（尤其是医保机构和医疗机构）进行深入细致的探索，但是基本上，只要医保机构对普通门诊采取开放式守门人制度和按人头付费，对大病诊疗（尤其是住院）采取按病种付费（DRGs），那么医疗机构将会高度重视其诊疗方案和用药方案的性价比。由此，医疗机构中层出不穷的“以药养医”、“商业贿赂”、“供方诱导的过度消费”等弊端将不治而愈。

依照胡锦涛同志代表党在17大提出的“管办分开”的原则，医疗机构将走向法人化，在竞争医保机构付费的同时，可以根据自身的情况自主地选择其发展战略。与此同时，社会资本（包括一些国有上市公司的优质资本）将进入医疗服

务领域，极大地提高医疗服务的供给水平，改善医疗服务工作者的工作环境和待遇。在此基础上，政府可以将节省下来的公共医疗卫生资源更多地投向农村、投向基层、投向边远地区，极大地扭转医疗资源配置不均衡的局面，从而一举解决“看病难”的问题。

总而言之，只要政府主导了医疗保障体系的建设，并同时放开医疗服务体系的市场化，那么医疗卫生事业的社会公益性和医疗卫生事业的可持续性发展将并行不悖，相得益彰。

令人感到振奋的是，上述所有的改革思路，均载入了新医改方案，尽管该方案的官方文本在表述上颇有晦涩之处，但方向是明确的，前景也是光明的。

然而，令人遗憾的是，这仅仅是新医改方案指出的一条阳关道，而与之并列还有另外一条道路，这就是以“收支两条线”为突破口的所谓“改革”路径。目前，在医疗服务领域，这一路径似乎是某种主流。

“收支两条线”令医疗服务体系退回计划体制

“收支两条线”有两种：一是全额的，二是差额的。“全额收支两条线”，是指公立医疗机构的收入全部上缴政府，其支出全部由政府下拨；“差额收支两条线”，是指政府对公立医疗机构实行“核定收支、以收定支、超收上缴、差额补助”的所谓“财务管理方式”。目前，有关部门主张在城乡社区卫生服务体系中实行“全额收支两条线”，而在其他公立医疗机构中实行“差额收支两条线”。推行“收支两条线”的目的，据说是为了切断医疗机构业务收入与其人员收入的关联，从而终结“以药养医”的行为。同时，在政府提供财政补贴的情况下，公立医疗机构可以维持低价运行，以保持社会公益性。为了提高医护人员的工作积极性和效率，使低价运行持续下去，政府部门必须不断地对公立医疗机构实行“绩效评估”。

在很大程度上，“全额收支两条线”意味着公立医疗机构的收支完全由政府

掌控。这不仅仅是财权的问题，这些公立医疗机构采购医疗设备和药品的权力，也都回收到卫生行政部门。加上一直掌控在政府手中的人事权，公立医疗机构的人财物三项大权全部由政府掌控。如此一来，公立医疗机构的法人化和自主化都将中止。公立医疗机构根本就不是独立的法人了。各地卫生局成为公立医疗机构的“总院长”，这些机构成为卫生局的科室。作为卫生局下属的“科室”，这些医疗机构固然没有任何动力诱导患者过度消费，但它们是否有足够的动力为民众提供良好的服务，是否有积极性来改善服务，是否有可能发展壮大，都成问题了。既然辛辛苦苦收来的钱都要上缴，能分下来多少钱取决于政府部门领导人的好恶，那么最保险的策略就是不好不坏，甘居中游。

为了应对这种情况，政府必须想其它办法来激励它们，设定很多所谓“科学的”评价指标，请很多人（包括政府官员）进行评估。这样的体制如果要运转良好，必须要满足一下以下四点要求：

1. **评价体系高度完善**。要设计出科学的评价体系，把各式各样的医疗机构都要摆平。这样的体系似乎从未存在过。实际上，即使在一个较大的组织内部，管理者面对不同科室时，要想设计出此种评价体系也是困难重重。
2. **政府高度灵活应变**。这样的游戏一旦玩起来，显然会诱导医疗服务机构管理人员（科室主任们）的眼睛盯着评估者，盯着政府的指挥棒，随着指挥棒方向的变化而变化。他们能否对民众的需要做出灵活的反应呢？这取决于政府的指挥棒能否反应民众的需要。但是，民众的需要是多种多样的，随时随地会发生变化的，有些医疗服务的需求是个性化的，而政府的指挥棒显然很难及时地、灵活地、因地制宜地把民众千变万化的需要纳入其中。换句话说，指标棒再多也是有限的，有时候还只能是一刀切或者几刀切的。
3. **政府监管动力十足**。即便假定考核指标足够完善、考核的人足够多，指挥棒也非常棒，但是这一游戏还要保证评价者、监督者们天天要睁大眼睛。他们不能睡觉；即使睡觉时也要像张飞一样睁大眼睛，天天盯着医疗机构。如何保证评审者有足够的动力来评审下属机构呢？

4. **政府监管手段完备。**最后，我们还要确保评审者有足够的眼睛、足够的心之后还有足够的手段来盯着被评审者。

这四条能满足一条都不容易，全部满足几乎是不可能的。况且，我们这里依然假定政府行政管理及其选定的评审者全都是廉洁公正之士。但是，要知道，这样的游戏无疑赋予了政府官员及其选定的评审者以极大的权力，也就无疑给他们带来了极多危险的诱惑，凭空拓展了大量寻租的空间。

这种所谓的“改革”根本不是改革。这样的理念，这样的措施，这样的手段，恰恰就是计划经济时代的特征。在六十多年前，中国人就是秉承上述的四点思维，认定只要建立一整套“科学的”计划管理体系，那么无论是简单的商品如大米、面粉、火柴、杯子，还是复杂的基本服务如医疗，都可以通过行政化的公立机构有计划、按比例、低价格地提供全体民众。这种思维的结果众所周知。民众对于大米、面粉、火柴、杯子的需求远比对医疗服务的需求要简单地多，但是就如此简单的人民生活必需品的生产和消费，计划体制依然造就了供给短缺和分配不公并存的局面。在改革开放已经三十多年后的今天，有些人居然要对医疗服务的提供实行计划体制。

“试点效应”背后的逻辑

然而，“收支两条线改革”，正在某些地区的城乡社区卫生服务体系那里试点，有些地方的试点效果似乎还不错。这样的游戏一般会产生所谓的“试点效应”，即试点效果显著，只要一推广就不灵。这样的例子无论在过去还是在今天都俯拾皆是。其原因很简单，由于试点是局部性的，参与游戏的机构少，有关主管部门出于政绩显示的考虑，绝不希望试点失败，因此会千方百计动员资源，想方设法设计好考核指标，也会尽心尽力地进行考核。换言之，前述的四项要求相对来说在试点中比较容易满足。因此，试点大多都会取得一定的成功。其实，目前推行“收支两条线改革”的一些地方，大多是富裕的城市。政府砸了大钱，搞出一些亮点也不奇怪。

但是，一旦试点推广，问题就来了。首先，参与游戏的机构多了，差异性就大了，上述的四项要求就难了。无论考核指标如何设计，总会出现一刀切的问题，很多时候就会出现不公平的问题。这也是中国有关“一刀切”的抱怨特别多的原因，完全是因为政府部门切得太多。

其次，即便考核指标是完美的，考核的环节也会出问题。上有政策下有对策是生活中的常态。一旦考核指标确定下来，被考核者一定会想方设法迎合，猫腻会层出不穷。这就需要考核者廉洁公正。在试点时，被考核者和考核者都有限，政府部门睁大眼睛监管就是了，一般不会出什么漏子。但是，一旦参与游戏的人多了，而政府部门的眼睛有限，于是暗箱操作出现的空间就大了。如果监管者也参与其中，问题就更严重了。总之，考核指标越复杂，参与者越多，游戏过程越复杂，掌握权力（无论大小）上下其手的可能性越高，最后很有可能的是多数人都上下其手，洁身自好或者较真的人反而成为异类。

实际上，这样的例子几乎天天发生在我们的身边。各类机构几乎年复一年、甚至月复一月地应付各种考核，而政府主管部门（不限于医疗领域）年复一年、甚至月复一月地绞尽脑汁设计各类指标。卫生部门如此，教育部门、文化部门、社会福利部门等何尝不是。在此类游戏中，哪怕权钱交易的现象不多，很多考核最终会走过场。把改革的希望寄托在强化政府部门对服务提供者的日常考核上，最终的结果如果是“走过场”，老百姓就应该谢天谢地了。

因此，即使在最好的情形下，“全额收支两条线”也只能适用于城乡社区卫生服务机构。一来，社区卫生服务机构的类型比较单一，服务内容相对来说简单，用来评估其绩效、指导其运营的指挥棒相对来说比较容易设计；二来，社区卫生服务中心相对来说比较少，政府认真加以考核的可能性还是存在的；第三，参与试点的社区卫生服务机构大多运营困难，政府补贴是其维持运营所依赖的主要财源，因此它们对“收支两条线”并不抵触，而且对于“旱涝保收”更是暗中欣喜。这样，社区卫生服务机构与各地卫生局上下配合，试点效果不错是正常的。

然而，除了在那些社会资本不愿进入的地方，例如农村、山区、边远地区等，如此“改革”的代价是阻碍了社会资本进入社区卫生服务领域，也阻碍了企

业医院和基层医院向社区下沉的步伐。很显然，当各地卫生局在“全额收支两条线”名义下为公立社区卫生服务机构提供大量财政补贴之时，其他类型的医疗卫生机构即使有意进入社区，也会望而却步，因为在社区已经没有了公平竞争的活动场地。在这些地方，尽管社区卫生服务体系在政府的补贴下有可能获得一定的发展，但是长此以往，在没有竞争的情况下，公立社区卫生服务机构终将会形成不好不坏的格局。

实际上，既然这些地方的政府有钱，在城镇地区，与其直接补贴给供方，不如补贴需方，大力健全公立医疗保险，尽早实现适当水平下的全民医保。在普通门诊服务上，医保机构可以建立“开放的守门人机制”，即参保人的普通门诊必须在定点机构首诊，但首诊的机构不限于现在的社区医疗服务机构。任何拥有普通门诊资质的、服务资格的医疗机构，包括大医院的门诊部，都可以成为定点。它们究竟能吸引多少参保人选择其为定点机构，取决于它们服务水平和竞争力的提高。任何机构都不得拒绝任何参保人，或者参保人在登记参保或缴费时可以直接填表确立定点门诊机构。参保人可以定期在这些机构中进行自由选择，并且可以定期更换定点首诊机构。医保机构根据每一家医疗机构吸引了多少参保者，确定年度或季度人头费。

换言之，这里的“开放式守门人机制”不同于所谓的“社区首诊制”。目前来看，“社区首诊制”的主要问题在于现有公立社区卫生服务机构垄断守门人的角色，而这些机构守门的能力其实不足；说白了，老百姓不信任现有的社区卫生服务机构。为了增强老百姓对这些机构的信心，卫生行政部门运用行政手段，强行要求大医院与社区卫生服务机构建立各种“帮扶关系”。但是，行政化的“帮扶关系”一般而言，只能导致形式主义。

“开放式守门人”与“社区首诊制”相比的优势在于，我们把更多的医疗机构，包括一级二级医院、基层医院、企业医院、民营医院甚至于三甲医院的门诊部都纳入到“守门人”之中。大医院也可以通过直接建立连锁门诊部或者收购现有社区诊所的方式进入社区。这样可以极大地提高我们首诊的水平，为民众提供更好的“健康守门人”服务。同时，在按人头付费的机制下，所有门诊机构从医保机构收到的医疗费用是固定的，多付自理，少付归己，因此自然会设法在诊

疗服务和用药方案上高度重视性价比。由此一来，现社区卫生服务机构中普遍盛行的多开药、开贵药、多检查的弊端，可望不治而愈。由于采取“开放式守门人”，参保者可以自由选择、定期更换定点机构，因此定点门诊机构为了吸引更多的参保者，自然也会在改善服务、提高医术、重视参保者健康维护上下功夫。

一句话，在“开放式守门人”和“按人头付费”的体制中，各种以社区为导向的医疗机构可以通过竞争优胜劣汰、发展壮大。只有在完全不适宜或者根本不可能开展竞争的地区，例如偏远的农村或者山区，行政化的“收支两条线”才是一种没有选择的选择。

“管办分离”才是公立医院发展的康庄大道

如果说，“全额收支两条线”的思路在竞争不可能或者不充分的地区上可以适用于城乡社区卫生服务体系的话，“差额收支两条线”的思路是完全不现实的，也是根本没有必要的。如果这种措施付诸公立医院的实践，至少会导致如下四大严重后果：

1. **核定收支无可能**。公立医疗机构数量多，类型多样，政府机构整天对它们进行核定收支，需要大量的人力物力，根本就毫无现实可能性。
2. **成本控制无动力**。由于医疗机构永远比政府掌握更多关于医疗服务、医疗器械、药品和患者的信息，因此“合理的成本”会越来越高。
3. **服务改善不积极**。反正超收要上缴、差额有补贴，医疗机构旱涝保收，也就完全没有多大的积极性来改善服务、提高医术、追求创新。
4. **发展壮大受限制**。医疗机构即使有心要发展壮大，例如树立品牌、发展连锁、进入社区、建立集团等，也都要受制于卫生行政部门的审批。

“差额收支两条线”的本质是无端赋予了卫生行政部门极大的权力，让卫生局长成为医院总院长，让现在各医院的院长成为科室主任。这样的“改革”，不仅会把公立医院拉回行政化的老路，而且还会给卫生行政部门带来沉重的负担和危险的诱惑。据了解，以“核定收支、以收定支、超收上缴、差额补助”作为

四项实施原则的“差额收支两条线”，在很多地方并不受欢迎。这样的“改革”思路，一方面遭到了广大公立医疗机构的反对，另一方面在许多地方卫生行政部门那里也不受欢迎。只有那些运营境况不佳的公立医疗机构才会欢迎这样的“改革”。

具体而言，众多公立医院的院长和员工们不欢迎这种“改革”：对他们来说，“超收上缴”是不可接受的游戏规则。许多地方的卫生局长们也不欢迎这种“改革”：对他们来说，“核定收支”是危险的游戏，这其中危险的诱惑太多了；“差额补助”则是不可能的游戏，因为卫生局长们在年初根本就不可能知道其下属机构的运营会有多少差额，那又如何向当地的财政局和“两会”申请年度预算呢？

正是遭到了来自地方的反对，“差额收支两条线”在新医改方案中的地位发生了变化。在2008年初和中期，新医改方案不同版本的初稿都明确载明要求地方积极探索“核定收支、以收定支、超收上缴、差额补助”。但是，在2008年10月14日公布的征求意见稿中，有关措辞改为“地方可结合本地实际，对有条件的医院开展核定收支、以收定支、超收上缴、差额补助、奖惩分明等多种管理办法的试点”。值得观察的是，究竟有哪些医院会认为自己是“有条件的医院”呢？究竟有哪些地方愿意开展这样的试点呢？

实际上，公立医院深化改革的康庄大道就在我们面前，这就是已经写入十七大报告中的“管办分开”原则。以“收支两条线”的方式改造公立医院，无疑同“管办分开”的原则背道而驰。医疗卫生服务体系的改革，应该走向有管理的竞争。具体的改革措施如下：（1）公立医疗卫生机构走向法人化，实现管办分开；（2）推进民营化，放开社会资本进入医疗卫生服务领域；（3）公立医疗卫生机构实现重新布局，以弥补和矫正市场失灵。

众所周知，无论以数量还是以规模来衡量，医疗卫生服务领域皆为公立机构所主宰。这些机构名义上是独立的法人，但是却组织在一个庞大的行政化等级体系之中。虽然政府对这些机构的投入已经越来越少，其收入主要来自服务提供和药品出售，但是政府依然控制着这些机构的人事权和运营决策权。这就是众所周知的事业单位体制，乃是市场组织和行政组织的一种怪异性组合。

可以说，这样一种组合，既不利于公立医疗机构像市场组织那样自由地发展其竞争力，也不利于像行政组织那样专注于其社会公益性。维持这样一种体制，最终会有损于政府公共责任的落实。

推动公立机构走向法人化，实现管办分开势在必行。在法人化的制度环境中，所有医疗机构同政府行政部门（尤其是卫生行政部门）脱离行政关系，解除上下级隶属关系。这些机构成为完整意义上的独立法人，对其所有活动，包括人员雇用、服务提供、资产购置、接待与投资等，承担所有法律（民事和刑事）责任。现有公立医院的行政级别没有必要保留。医院之间只有规模大小、服务领域、服务水平的差别，而没有行政级别的高低上下之分。

所有医院均建立规范的法人治理结构，理事会是其核心，由医院的重要利益相关者代表（包括投资方、从业者、消费者或公众、供货商等）组成。公立医院的原主管部门，可以作为其投资方或者公众的代表，进入理事会。医院的管理人员，尤其是院长，由理事会选聘并且向理事会负责。所有这些管理人员，从干部身份转型为职业经理人。

在医疗保障体系逐渐健全的前提下，医疗服务的民营化不应该成为禁忌。鼓励社会资本办医，大力发展民营医疗机构，是扩大医疗卫生资金来源的有效途径。尤其是在技术非垄断性的领域，例如基本卫生保健（也就是社区卫生服务），应该大力鼓励社会资本的进入。退休医生、全科医生或者自愿组合的医生团队，也可以兴办社区诊所。分散在各种基层单位的医疗资源，也可以通过社会资本的进入而盘活。对于海内外社会资本投资建立大医院，更不应该设置市场进入壁垒。社会资本的进入，对于公立医院的发展壮大，也是有益的。公立医院可以借助社会资本，在医疗服务机构不足的地方，开设分院、诊所、门诊部等机构。所有这些，都是公立医院理事会战略管理的重要内容。

在法人化基本成形的前提下，公立医疗机构的民营化也可以实行。政府的职责是建立一个制度框架，给出公立机构、非营利组织和营利性组织建立和运营的基本游戏规则。在目前的法律体系中，《公司法》较为完善了，可以在现有的《事业单位管理条例》和《民办非企业单位注册条例》的基础上，尽快开展《公

立组织法》和《民办非营利组织法》的立法调研。政府将通过政策引导、税收优惠等方式，积极鼓励和引导社会资本以非营利组织的方式，进入医疗卫生服务市场。

多元化投资和多渠道办医新格局的形成，可以为公立医疗机构的重新布局，奠定坚实的财政基础。在市场和社会资金充足的地方，政府可以适当采取适当退出或者增量冻结的战略，而把公共财政卫生投入的重心转向市场和社会资本不足的地方。政府公共财政对于医疗卫生机构的投入重点，应该是农村地区、偏远地区、城乡结合部地区、中西部地区。目前，政府财政加强城乡社区卫生服务体系的合理布局和能力建设，是当务之急。

值得注意的是，所有这些，都载入了新医改方案。健全法人治理结构，已经成为公立医院改革的核心原则；积极引入社会资本进入医疗服务领域，成为多元卫生投入机制的重要内容；新增政府预算卫生投入的重点是用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障，是新医改方案中公共财政改革的突出体现。

总而言之，四十多年计划经济时代的磨难已经证明，“收支两条线”管理下低价运行的所有公立机构，包括公立医疗机构，给我们带来的是产品和服务的短缺。在社会主义市场经济时代，试图指望通过回归计划经济体制来实现医疗服务的社会公益性，不仅终将是一厢情愿、缘木求鱼，而且会极大地阻碍本来可以顺畅前行的改革之路。新医改方案实际上已经指出了公立医疗机构法人化改革的阳关大道，但是也搭建了以“收支两条线”为核心的独木桥，极有可能把公立医疗机构改革引向一条混沌不明的模糊地带。

卫生部副部长黄洁夫：收支两条线改革方向存疑

21世纪经济报道 记者 王世玲 2009-3-9

公立医院改革方向的争论，再次在两会上“引爆”。

“如果都用收支两条线去统筹公立医院改革，那意味着改革走回头路了。”3月6日全国政协医疗卫生界分组讨论会上，全国政协委员、卫生部副部长、中央保健委员会办公室主任黄洁夫此言一出，语惊四座。

两会之后就将公布新医改方案。但正如卫生部部长陈竺所言，医改方案最关键部分——公立医院改革方向是什么，仍没有定论。诸多迹象都表明，对公立医院实施收支两条线的管理制度改革思路，被逐步纳入改革方案制订者的视野。

公立医院改革，是否就意味着收支两条线的改革？黄洁夫在政协会上的这一发言，即意味着卫生系统内部对此问题也未取得意见一致。

卫生系统内部的争议

“如果医院都实施收支两条线，那则意味着回到上世纪70年代。”当日讨论会上，黄洁夫一出此言，颇让在场人士意外。

所谓收支两条线，是指医疗机构的收入全部上缴政府，支出全部由政府下拨，收支互不交叉，以彻底切断非营利性医疗机构与其营业性收入的利益关联。当然，收支两条线是针对非营利性医疗机构。

黄洁夫是一名肝胆外科专家，曾在澳大利亚大学做博士后研究，历任中山医科大学附属第一医院肝胆外科主任、院长，及中山医科大学校长。

尽管现在身份是卫生部部级官员，但黄洁夫表示自己也是一名医务工作者和医院管理者。“当时医院就按收支两条线运行，弊端不少。”黄称，他当卫生部

副部长前也在医院任过院长，医院按收支两条线运行，导致医务人员工作没有积极性，包括科研。

“如果全部医院都按收支两条线走，死路一条。”黄称，新医改方案制订要考虑医疗卫生的内部规律，及调动医务人员工作积极性。

黄洁夫在讨论会上还提出，新医改要充分考虑社会资本如何进入医疗市场的问题，发挥社会资本的作用。他还呼吁在隔日的卫生部部长陈竺和党组书记张茅到场的政协分组讨论会上，也能安排民营医院的代表做主题发言。

承接黄洁夫的一席话，全国政协委员、北京大学公共卫生学院副院长吴明也表达了相同的观点。

“什么叫公立医院的公益性？怎么实现？”吴提出疑问，是否政府直接投入就是实现公益性的有效途径值得思考。尽管收支两条线可以看做是规范医院行为的一种办法，“但会带来其他问题”。

吴明表示，目前从已经公布的新医改方案看，收支两条线与公立医院改革原则存在矛盾——新方案指出，公立医院管理体制原则上是“管办分离”，但后面从操作上看，却是收支两条线。

“政府要干预医院的收支，”吴说，“如果按财政严格收支两条线看，政府就变成了医院的大院长。”

焦点再延伸

从新医改讨论以来，针对“收支两条线”就展开了的激烈争议。

制订医改方案的参与者、国务院发展研究中心葛延风教授是支持“收支两条线”的代表性专家。他表示，政府必须坚持对医疗机构的主导地位，医疗机构也必须坚持公益性质，政府投钱直接办公立医院，拒绝医疗领域的市场化和民营化，建立实行基本卫生保健公费医疗制度而非全民医保制度，不能同意建立医疗

服务的购买机制。

该思路一亮相，即引发了诸多争议。持不同观点者们质疑收支两条线可行性，以及带来的寻租空间，更重要的判断是，这可能导致医疗体系抹上一层计划经济的色彩。其中，递交第7套医改方案的北京大学政府管理学院教师顾昕是该观点支持者。

“医疗机构固然没有任何动力多收费，但它也没有动力为大家多提供和改善服务。”顾表示，这种情况下，政府必须设定很多的评价指标体系去激励他们，事实上，行政机构面对这么多的医疗机构，如何做到科学合理的评估？

顾表示最关键的是，在市场经济的大环境中，“收支两条线”无论如何是不可能的，其中的“超收上缴”最不可行。

“很多医院哪怕实际上有盈余，最后也会在账目上弄成‘微亏’。”顾称。

尽管有争议，但“收支两条线”的地方试点，已经在卫生部的主导下在29个地方基层医院，即社区医疗机构和乡镇卫生院中开展。

政委黄洁夫：以“壮士断腕”勇气改革公立医院

2009年03月05日 第一财经日报

《关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）》（下称“医改方案”）在征求完意见之后，再次进入封闭式的研究过程，全国政协委员、卫生部副部长黄洁夫昨日表示，医疗卫生服务，是政府主导，但不是包办。

昨日，在全国政协委员医卫组讨论会上，黄洁夫表示，《医改方案》虽已通过，但配套的文件太多，跟实际的操作文件差距很大，内容也很不一致，另外各方看法还达不成一致，所以还没有出来，可能在两会之后出来。

“医改方案要易于操作、医务人员得到鼓舞、老百姓收益，要达到这三点，我认为很难。”黄洁夫对在接受媒体群访时表示。

诠释模糊地带

“医改方案中还有很多地方比较模糊，比如何为基本医疗服务，必须根据国情把基本医疗服务定义清楚，如果回避这个问题，那么基本医疗服务制度就不清晰了。”黄洁夫表示。

《医改方案》中指出，要在2010年，基本医疗所有城乡居民都要涵盖，“目标听起来可喜，但是怎么做？即便是英美发达国家，它们还有相当一部分没达到。更何况我们即使到了2050年也还是一个中等发展中国家。”

在医疗保障制度的体系下，“小病进社区”似乎就是基本医疗服务的美好前景。

“我不同意这个观点，什么是大病？什么是小病？只有诊断之后才能知道，像血液透析的患者，这也是大病，随诊可以在社区，不能算小病，双向转诊是形式上的，不可能实现。”黄洁夫表示。

在医改方案中，要加大公共卫生的投入，坚持公益性，但是黄洁夫认为，公益性不是免费，而是大家出钱大家享受，如果要拉动内需，必须集体培育医疗市场，拉动医改，以满足需要。穷人可以政府承担，让能够出得起钱的人，自己出钱，让富人多出钱，享受高端医疗服务，这样才能拉动内需，如果政府包揽了全部，内需就拉动不起来。

关于当前推行的社区卫生服务执行的收支两条线，黄洁夫表示，这是回归到计划经济吃大锅饭了，该由大医院来办社区卫生。

“壮士断腕” 必改公立医院

“公立医院改革是医改中最重要的，公立医院不改，医改就没有实质性的改革，必须要有壮士断腕的勇气。”黄洁夫表示。

公立医院改革是近期五项医疗改革中的重点，今年将启动试点，2011年将全部推开。

“公立医院的改革，一定要先取得600万医务人员的支持，如果医护人员对方案不满意，就解决不了老百姓看病贵看病难得问题，方案制定的再好，没有医护人员的理解，投入再多钱很快被消化掉了。”黄洁夫说。

“对于公立医院的改革，黄洁夫表示，产权肯定会有转变，全国2万家医院全部由政府来管是不可能的，一定要鼓励民营医院、鼓励社会医院、鼓励外资医院进来。”黄洁夫对《第一财经日报》表示。

但是由于公立医院涉及的部门复杂，目前仍未有具体的方案出来。