

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

2011年 第4卷第5期  
(总第31期)

上海市卫生发展研究中心

2011年9月25日

编者按 《中国卫生政策评注》(China Health Policy Notes) 系列报告是世界银行与我国政府合作出版的, 该系列报告结合国际上的最佳改革实践, 在回顾了我国医改历程的基础上, 对改革的初步效果进行了评估。本刊编辑部组织人员对其进行了编译, 并将陆续予以刊登。本期刊登了该系列报告中的《改进中国的公立医院体系》(Fixing the Public Hospital System in China), 该报告介绍了我国公立医院改革的概况, 分析了其面临的问题和挑战, 从国际视角讨论了有关国家的改革模式、效果及教训, 可为各地下一步的改革设计和推进提供借鉴。本期还转载了《比较》刊发的汪德华等撰写的《政府为什么要干预医疗部门》一文, 该文从理论和国际经验两个方面分析了政府对医疗部门的干预, 认为政府干预的目的是再分配, 以保证医疗服务的公平可及, 但政府应采取有效率的干预, 避免政府失灵。谨供领导和同志们参考。



## 卫生政策研究进展

2008年11月创刊  
第4卷第5期(总第31期)  
2011年9月25日  
(内部交流)

### 主管

上海市卫生局

### 主办

上海市卫生发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

### 编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市北京西路1477号801室  
邮编:200040  
电话:021-22121869  
传真:021-22121879  
E-mail:shanghai.hdrc@gmail.com  
网址:www.shdrc.org

顾问: 徐建光 肖泽萍  
夏毅  
主编: 胡善联  
常务副主编: 刘雪峰  
副主编: 付晨 丁汉升  
执行主编: 晏波  
编辑部主任: 王贤吉  
编辑: 李芬 信虹云  
何江江 谢春艳  
彭颖 王力男  
王月强 杜丽侠  
许明飞 薛佳

上海市连续性内部资料准印证  
(K)第0649号

# 目次

## 他山之石

改进中国的公立医院体系 .....	1
全文摘要 .....	1
第一章 序言 .....	6
第二章 公立医院改革概况 .....	7
一、历史背景 .....	7
二、公立医院的基本功能和社会公益职责 .....	10
三、组织结构和卫生服务的提供 .....	12
第三章 公立医院面临的挑战 .....	19
一、经费来源、收入和支出 .....	19
二、公立医院的市场环境 .....	24
第四章 组织安排 .....	26
一、Preker-Harding模型 .....	26
二、医院决策权 .....	27
三、医院治理 .....	31
第五章 国际视角 .....	38
一、医院绩效的主要驱动因素 .....	39
二、医院体制改革分析的框架 .....	41
三、组织结构改革的目标 .....	43
四、改革模式 .....	43
五、医院改革的影响 .....	44
六、各国的经验教训 .....	51
第六章 结论 .....	54
附录1 各省、市、自治区的医院数据 .....	63
附录2 人力资源开发和管理改革 .....	66
政府为什么要干预医疗部门? .....	69
一、引言 .....	69
二、发达国家政府干预医疗部门的历史进程 .....	70
三、政府干预医疗部门的主要原因 .....	75
四、对我国医疗体制改革的启示 .....	81

## 改进中国的公立医院体系\*

### 全文摘要

#### 一、公立医院改革概况

20世纪80年代中期以来，降低财政负担成为中国医院改革的主要推动力。1992年卫生部将财务自主权下放到医院，允许医院对服务收费并通过药品创收，结余留用、自负盈亏。医院可以将盈余用于建设新设施和服务项目或者提高员工工资。但基本医疗服务价格由政府进行调控。总体而言，医疗服务为亏损项目，而药品销售则为盈利项目。医院通过开发高质量的服务项目以提高服务费用，而这种收费往往高出社会医疗保险的报销水平。此外，公立医院还可以与私有制企业创办合资医院，向医疗人员与退休人员“集资”，在院内设立营利性私有制部门。

这次改革推动了医院数量及诊疗量的增长。虽然与国际水平相比，中国千人口床位数仍处在较低水平，但是截至2008年，全国共有医院19712家，平均每千人口医院床位数为2.2张，每千农村人口乡镇卫生院床位数为1.2张。私立营利性机构约占20%，提供的门诊和住院服务约占总量的5%，急诊量约占总量的1.5%。

公立医院体系的发展及其特点为地方改革创造了额外的空间。有些地方政府和公立医院已经尝试新的医院管理模式，例如国有企业模式、托管模式、医院管理承包模式、医院资产租赁模式和组建医院管理服务股份制公司。有些地方实行了管办分开。有些地方改革行政人员和管理人员聘用规范，对高级管理团队或“领导小组”进行绩效监控。还有一些地区则采取了建立医疗设施共享组或网络的方法。例如，对几家医院甚至是非卫生部门举办医院进行统一规划和管理，强化医院和其他医疗机构间、医疗和计生机构间的合作。有的公立医院将后勤服务（例如医院物业、后勤和信息管理）外包，改善了成本管理。中国已经采取了一系列措施降低药品成本，同时对药房管理进行改革。这些试

---

本报告原文为世界银行与中国政府联合出版的报告《Fixing the Public Hospital System in China》，原作者为代涛、Loraine Hawkins等。本文由上海市卫生发展研究中心根据原文组织编译，未经作者审阅，译文编译人员：徐瑾真、谢春艳、彭颖、王力男、李芬。原文可在世界银行网站（<http://www.worldbank.org/>）下载。

点工作为将来在更大范围内进行改革提供了宝贵经验。

在医院组织结构改革的同时，社会医疗保险覆盖面也在扩大。正如国际上的经验，供方支付方式改革有助于医院改革的开展。这些措施遵循了一项基本原则，即“费用跟着患者走”。

2003年SARS爆发促使国家对医疗机构的公共卫生功能进行了反思。2006年以来，医院政策进行了一系列“共识性”调整，尤其是应对“医院自负盈亏政策”带来的影响。这些政策调整可归纳为3个关键的“分开”：管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开。

## 二、中国公立医院面临的问题

医疗机构相关政策面临着一定的限制和约束。虽然目前医院在使用创收上享有相当大的自主权，但是治理方式仍沿用传统的公共部门模式：来自政府预算的医院经费仍由各级政府掌握和划拨；人事管理仍服从中央政府部门对人员编制结构和级别的管理；上级政府不顾医院的自主权继续插手医院管理；医院服务缺乏多元性；在许多领域，供方之间缺乏竞争。

改革也带来了一些意想不到的后果。例如，公立医院倾向于通过提供更昂贵和利润更高的服务增加创收；医院无序增加项目，扩大基础设施建设，增加高科技设备；医院设施的增长和分布不均衡，特别在农村地区，牺牲了初级卫生保健服务，大力发展县级医院。

社会资本投资的公立医院私营部门，削弱了管理层对那些出资并任职的职工的控制。经费自筹并未对效率产生激励，而是向高收入人群过度地提供高端服务，滥开大处方，导致医疗费用增长难以控制。

患者对医疗服务的满意度降低。经费自筹政策产生的激励因素弱化了公立医院的基本社会责任：保证贫困人口可以获得可负担的、优质的医疗服务，提供预防性的医疗卫生服务和康复，应对公共卫生突发事件以及进行医疗教育和科研。社会医疗保险和价格规范在维护核心社会功能方面未能充分发挥作用。

这些问题背后的原因主要涉及筹资形式、供方支付政策以及公立医院运营的市场环境。有限的政府补贴、按项目付费主导的支付方式以及越来越多的市场竞争交织在一起，向医院管理者们传递了矛盾的信号，背离了政府对公立医院提出的社会目标。总的来说，上述因素对那些不合理的、不符合成本效益的

卫生资源使用方式产生了激励作用。

自上世纪 80 年代中期，财政补偿占医院总收入的比例不断下降。到本世纪首个十年末期，财政补偿仅占公立医院收入的 10% 左右，约 90% 是医疗服务收费及药品收入。

医疗卫生公共筹资逐渐出现更多的新形式。例如，社会医疗保险对医疗服务费用的偿付，公共卫生应急能力开发费用的补偿，专项、教学和科研费用的补偿等。但这些新的筹资形式作用仍相对有限。例如，除了进行供方支付方式的改革试点外，社会医疗保险几乎全部按照按服务项目支付；药品销售以及患者的个人自负费用仍为医院最大的收入来源。

在医院继续依赖现有筹资渠道的背景下，强烈的激励因素促使它们增加服务的数量和费用，增加处方额及药品销售。到 2008 年，药品收入占医院平均总收入的 40%，比大多数 OECD 国家水平高出 15 ~ 25%。从财务角度来看，公立医院有充分的理由将重点放在有支付能力的患者身上，增加高利润、高科技服务项目和昂贵药品处方，对于亏损的基础医疗项目则供应不足。

在这种筹资和供方支付背景下，许多大城市（特别是富裕地区）的公立医院可以从私营部门获得资本投资，从而扩大、改善基础设施，更新设备，引进最受欢迎的医生。相比之下，公共资本的投入则侧重于规模较小的市级医院及农村的县级医院，即那些难以获得贷款或吸引私人融资的医院。在管理机制或配套规划不到位的情况下，私人和社会资本的混合投资在城市地区造成了重复、浪费，同时农村地区及向贫困人群提供基础医疗服务的医疗设施存在投入不足。

### 三、医院改革的国际视角

上述问题并非中国所独有。世界各地都在进行公立医院改革，旨在解决一些普遍存在的问题，如效率低下、浪费、患者不满、专业人才向私营机构和国外流失、贫困人口就医难、管理不善和腐败。这些问题往往与公立医院的“公立”性质有关，“公立”往往就意味着缺乏提高绩效的动力、管理层缺乏改革自主权。

本报告采用 Preker 和 Harding（2003）创立的模型对公立医院及其改革措施的性质进行分析。该模型将公立医院激励机制解构为两个方面：外部环境压力和医院组织结构压力。外部环境压力来自医院与卫生系统其他机构的相互关系，主要包括四个方面：政府监管、统一采购、（患者 / 消费者驱动采购的）

市场压力和医院所有者的监管。

医院采取某些管理措施以应对激励机制压力。Preker 和 Harding 认为医院和其他卫生服务机构实现政府政策目标的能力受到有 5 种组织特性的影响，包括：（1）医院管理者的权限和自主权；（2）供方付费机制和市场竞争构成的市场环境；（3）医院自负盈亏的程度；（4）问责机制；（5）医院社会功能是否明确、是否有全面资金支持。

世界各国采取了多种办法进行医院组织改革。例如，英国、爱沙尼亚和哥伦比亚采取了有计划的“全体系”（Planned “Whole Systems”）方法。土耳其根据区域建设的进程，采取了分步推进改革的方法。乌兹别克斯坦采取针对解决专门问题的改革方式。英国、菲律宾和马其顿则对公共卫生重点方面进行了改革。

一些国家成功地进行了“一揽子”激进改革。例如新加坡、澳大利亚和爱沙尼亚等国的“公立医院全面自主+供方付费”改革方案。英国和突尼斯采取更加谨慎、渐进的方法也同样取得了成功。不管是“一揽子”还是渐进式的改革方案，取得成功的共同特征是改革方案设计上的连贯性和一致性。改革取得成功的国家无不加大了能力建设（管理、合共购买和监管能力）投入，同时保证改革进程与实际能力相一致。就规模相对较小的改革来说，泰国和印度尼西亚等一些国家成功地对个别医院进行了改革。

另一些国家的改革并未取得成功，究其原因是因为医院系统中政府预算和私人收入混杂，在卫生体系内部产生了矛盾的激励因素。除中国外，很多国家的医院在收费、收入处理和营利性药品销售方面有相当大的自主权，却没有建立相应的预算管理和财务管理机制，监督和审计滞后。往往在解决某些问题（例如，激励公立医院治疗无负担能力的患者）的有效措施出台之前，以一组政策目标为导向的改革（例如，控制非可持续性的公共支出）就已实施。而随着社会医疗保险机制的发展，医院在使用社会保险报销方面的自主权过大，结果是恶化而不是纠正了医院筹资措施中现存的缺陷。

就 OECD 国家而言，改革在早期往往关注效率、成本控制等问题。近年来，OECD 国家的改革重点转向改革的质量、安全性和基于循证的合理用药。西班牙和法国的医院业务规程指导方案、英国的医疗卫生委员会和国家临床技术研究

院都反映了这种趋势。法国、菲律宾等国家实施了认证制，只有通过认证，医院才可以接受社会医疗保险和其他公共资金。

#### 四、国际经验对中国的启示

面对中国的公立医院改革，中央政府、地方政府以及医院集团在有不同的利益。本文就一系列改革展开了讨论，着重借鉴国际经验，得出几点突出的经验教训：

第一，公立医院改革是一项复杂的工程，需要保持连贯性和一致性。改革要成功，政府机构就必须具有强有力的执行力和在改革参与各方中的公信力。

第二，改革未能取得令人满意的成果主要是因为改革未能全面解决 Preker-Harding 提出的组织结构 5 项基本因素存在的问题，这 5 项基本因素包括自主决策权、市场竞争、剩余索取权、问责制和社会功能。

第三，组织结构改革需要政策制定和具体实施间的密切配合，因为“细节决定成败”，尤其是医院管理者和员工是如何来理解和执行政策。

第四，如果医院预算中缺乏约束和激励杠杆机制，公立医院改革难以成功。

第五，政府监管不力、管理不善（例如规章制度的制定、绩效监督、公共卫生服务机构问责制等）往往会导致改革失败，而医院管理能力不足也会导致同样结果。

第六，即使改革不涉及组织结构，医院自主经营要获得成功就必须强化管理体系和管理技巧。

第七，需要明确改革成功的前提条件，并制定相关对策，这包括管理体系和管理能力、合同谈判能力和监管能力。通过评估机制确定是否具备这些前提条件。如果具备条件，可以进行试点，而条件不具备时，则需要有针对性的进行能力建设。

在借鉴国际模式时，要认识到中国的公立医院改革与英国、澳大利亚等高收入国家相比，起点差异很大。中国正面临着门诊和住院治疗费用的快速增长，而医院效率则在不断下降。虽然英国和澳大利亚的改革也重视成本控制和提高效率，但是这些国家医疗卫生服务的资金主要来自公共途径，政府卫生管理部门因为掌握资金杠杆，能够对医院产生极大的影响。相比较而言，由于医院和医生收入的一大部分来自盈利性的服务性收费和药品销售，中国大多数公立医

院在实际操作中更像是私立医院，公立医院的医生更像是独立的私人从业者。

## 五、中国医院体系继续面临的挑战

在中国这样一个地域辽阔、情况复杂的国家，各地医院面临的问题和机遇不尽相同，因而也没有适用于各地各级医院的标准方案。中国很多地方政府和各类医院已经在采用各种模式进行改革，但是各地组织机构改革的起点千差万别。因此，虽然可以做国际与地方间的横向比较，但是在进行改革经验归纳时应保持谨慎，不能一概而论，因为并非所有经验都可简单地套用到其他地区，还需要对地方改革试点和改革模型进行全面的评估。

医院支出的增长速度已经超过政府预算和社会保险收入的增长速度。控制支出和提高效率是医院面临的艰巨挑战。应对这些挑战要求采取连贯的、协调一致的方法，并涵盖规划和投入、组织和监管、管理和供方支付机制等多个方面。由于中国公共和社会医疗保险资金有限、患者自负费用水平较高，提供合理的和以循证医学为基础的医疗服务就显得格外重要。

建立一支接受过良好培训的、高素质的医院管理骨干同样重要。完成这项工作，需要花费多年的时间，同时需要有政策支持，进而确保医院管理工作能够吸引具备必要技能、才能和经验的人才。

最后，应该加大投入建设政策规划、绩效评价、责任制和评估机制所必需的信息系统。通过加大投入，国家和地方才可以在下一个阶段的改革中增强对医院系统的引导。

## 第一章 序言

近年来，中国医疗工作取得了迅速改善，尤其是体现在公平性、可及性和全覆盖趋势方面。2009年，中国宣布开始新一轮医药卫生体制改革，并于2010年开始实施，先期在16座城市开展改革试点。

本报告主要分析当下改革进程的一个核心支柱，即公立医院管理。报告首先回顾了公立医院改革的历史背景，讨论了医院的功能和职责，并描述了医疗服务的结构和供给状况；其次，报告找出了公立医院面临的主要问题，包括资金来源和医院所处市场环境；第三，分析公立医院的组织结构安排，重点考察决策和管理方面；第四，报告从国际视角出发，提出了医院改革的评估框架；最后，报告总结了主要政策问题，并提出下一步如何进行政策改革。报告主要

基于近期出版物、早期文献、媒体报告和主要参与方访谈记录。

## 第二章 公立医院改革概况

本章对中国的公立医院改革进行了概述，包括历史背景的回顾、公立医院基本功能和社会责任的讨论以及组织结构和卫生服务供给的描述。

### 一、历史背景

公立医院改革可以划分为三个历史阶段：

第一，改革开放前的公立医院及其改革（1949 - 1980 年）；

第二，减轻财政压力和影响医院行为（1980 - 2003 年）；

第三，解决“看病难，看病贵”问题（2003 年至今）。

#### （一）改革开放前的公立医院及其改革（1949 - 1980 年）

1949 年新中国成立后，面临的主要问题是解决人民的温饱问题。在改革前的 30 年里，政府对公立医院的补贴占医院预算的 15 ~ 35%，保证了必要社会功能的实施。城镇地区实行公费医疗及劳保医疗制度，农村地区则实行合作医疗制度，而“病人欠费基金”也有助于提高支付能力。截至 1957 年，中国已建立了一套比较完善的卫生服务网络，提供基本医疗服务和药品。

20 世纪 60 年代后期，“把医疗卫生工作的重点放到农村去”成为耳熟能详的一句话。卫生政策成为政治活动的一部分，如：派遣城市医疗队下乡、通过拨款建立或扩建公社卫生院，群众集资建立以村为单位的合作卫生站、培训赤脚医生。1966 至 1967 年间，几乎所有公社都设立了卫生院。在当时已有的县级医疗单位的基础上，建立了初级卫生保健、二级和三级（县）转诊医院组成的农村三级卫生网。这种医疗体系扩大了针对农村居民的医疗服务和药品供应、改善了疾病预防和卫生保健、增强了农村卫生队伍、减少了传染病的危害。人均期望寿命和婴儿死亡率接近了发达国家水平。

这种体制下，不仅费用合理，而且成本效率高。由于有政府、集体和单位提供的资金支持，人们能够获得医疗服务和保险。医院资金主要来自政府补贴和第三方保险公司付费。这种模式保护了公民获得医疗服务的权力，同时政府负责报销公立医院开支。这种政策的主要问题是导致政府财政压力过大。如果政府补贴和报销无法抵消实际费用，就会出现严重的医疗资源短缺现象。其他问题包括：采用新技术和设备的速度缓慢、房屋和医疗设备折旧和更新率低、

现有技术利用不足、成本控制失灵、服务效果监督缺乏、患者满意度低和某些治疗的等候时间过长。

## （二）减轻财政压力和影响医院行为（1980—2003年）

从20世纪80年代起，医院改革的主要目的是通过引入市场机制来减轻政府财政压力。1985年，卫生部为了应对医疗投入不足的问题，建议将民办医院作为调动社会力量举办医疗卫生机构的一种途径。这一改革通过鼓励退休医务人员筹集资金创办卫生机构，私有资本开始进入卫生行业。由于允许收取服务费，医疗价格上涨到市场价格水平。

1989年，国务院效仿国有企业改革方式，推进各种形式的医疗机构承包制。允许公立医院通过特需医疗创收，实行优质优价。这一改革通过新的补偿方式，向医院注入了资金。

1992年，卫生部扩大了医疗机构的自主权，包括通过针对公立医院及其员工的“激励机制”增加医院收入。虽然激励机制允许医院收取服务费用，但公立医院与政府的关系并未改变，医院仍按照传统的公共部门治理模式管理，管理没有显著的改进。从理念上来看，这些措施与国有企业改革相似，主要原则是“放权让利”。

1997年，中共中央、国务院细化了政府在提供公共卫生和基本医疗服务方面的筹资和管理责任，明确了政府角色和医院权责，并对公立医院运行机制进行了改革。此外，一些地方政府对医院产权改革进行了探索，允许非公立医院进一步独立发展。

2000年的一系列文件就医疗机构管理模式进行了分类，同时明确了医院筹资、纳税和服务价格方面的管理政策。医院开始改革人事制度，并扩大了经营自主权。这些改革措施调节了医疗服务市场、强化了非公立医院管理、加强对医疗广告的监管、理顺医疗服务价格、降低了医疗检查价格，并对医疗机构及人员行为进行规范。

过去20年中，公立医院在管理模式和内部治理方式方面进行了改革探索，取得了一定成效，但医院追求经济利益和扩张的趋势没有得到根本扭转。医院固定成本补偿仍通过按项目付费收取病人费用以及项目预算补偿医疗提供方。另一方面，政府不合理的价格政策激励提供方提供过度服务，诱导了医药需求。

早期的“分权让利”和地方政府推行的产权制度改革有助于增加收入，但是定价机制并未能实现公平就医和提高医疗服务质量的目标。此外，国有企业模式以及配套政策产生了以下一些意想不到的后果：

医院管理改革滞后于宏观经济改革。县级以上医院几乎全部为公立性质。政府既是医院的所有者和监督者，又是经营者。由于管办未能实现分离，医院没有提高效率的动力，因为医院认为政府不会看到医院经营不善而袖手旁观，管理层也不会因为医院经营不善而面临下台的危险。

公立医院的社会责任弱化，医疗设施分配不均。政府对医院的财政拨款占医院支出的比重持续下降且随意性较大。医院自负盈亏、独立经营，实行以药补医，靠增加业务收入来维持生存。医院自身利益和社会功能之间的冲突明显，造成公益性淡化。

公立医院激励机制未能提高效率和竞争力。一方面，政府把公立医院视为事业单位，按照床位和人员编制拨款，控制财政经费补助的支出。另一方面，政府又把公立医院作为经营单位，鼓励医院从新技术、新项目中创收。在这种激励政策的引导下，医院的经营者利用信息不对称的优势，避开政府管制手段，不断扩张公立医院的技术构成，拉动了整个医疗费用的攀升。此外，医院人事分配制度改革滞后，绩效指标不明确，管理手段落后，造成医院效率低下并缺乏竞争力，服务态度差、医患关系紧张、反应性差和服务质量降低等问题。

医患关系日趋紧张导致公众不满。体制问题和缺乏监管造成了一系列问题，包括：医疗费用攀升、医药市场混乱、医疗设备投资过热和过度使用、服务态度差、患者对医疗机构和医务人员缺乏信任。

### **（三）解决“看病难，看病贵”问题（2003年至今）**

2003年非典型性肺炎（SARS）爆发，促使中国政府在关注经济发展和和谐社会建设的同时对卫生事业进行了反思。随着医院改革进入新阶段，公众、政府和学者对“看病难，看病贵”问题日益关注。

2006年制定的《国民经济和社会发展第十一个五年规划纲要》调整了1996年以来医疗卫生收费“市场化”的导向，提出加大政府投入力度。国务院成立深化医药卫生体制改革部际协调工作小组（以下简称工作小组），中共中央下发了《关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》，为医疗卫生改革指

明了方向。

胡锦涛总书记在中共中央政治局第三十五次集体学习时强调，要坚持医疗卫生事业的公益性质，深化医药卫生体制改革。2007年，温家宝总理在对吉林省人民医院的考察时指出：要发挥医院公共资源的作用；要调动医护人员的积极性和创造精神；要改善医院管理，提高医疗服务水平；要提高医药使用效率，降低群众看病成本；要加强药品监管，确保安全。大多数国家建立公立医院是为了解决医疗市场的失灵问题，提高医疗服务提供的公平性。几十年来，中国公立医院改革遇到了种种难题，人们对改革的认识不断加深，政策措施越来越与社会经济政策相适应。

2008年，一系列“达成共识”的改革措施提上议事日程，目的在于：根据区域规划和法规对医疗机构进行管理；明确公立医院功能定位；强化政府责任和加大政府投入；调整费用水平和付费方式；建立基于理事会的医院治理结构；实现政府对医院管理和运营的分离；实现医疗服务和药品销售相分离；实行医院管办分开；实行医药分开；实行营利性与非营利性分开；完善公立医疗机构运行机制、激励机制和补偿政策；改革“以药养医”的机制；规范收支管理，加强公益性；实施区域卫生发展规划；整合农村卫生服务网的医疗资源和基本公共卫生资源；强化以社区卫生为基础的城镇卫生服务模式。

虽然没有制定有关公立医院改革的总揽性政策，2009年医院改革试点已经成为重要议题，并建议于2010年开始试点。工作小组提出的“共识性”改革方法可能对于未来公立医院改革具有重大意义。

## 二、公立医院的基本功能和社会公益职责

作为公共卫生和医疗机构的核心，公立医院履行救死扶伤、防病治病的职责，是政府实现卫生目标和社会稳定的关键<sup>[1]</sup>。这些基本功能和职责包括：提供一般医疗服务，开展预防保健、康复服务和健康教育，应对公共卫生事件，完成政府指令性任务，开展医学教育与科研。

### （一）一般医疗服务

公立医院提供两类医疗服务。第一，提供低成本的医疗服务，保证人人获得基本医疗服务。第二，提供重病和疑难杂症的诊断治疗、急诊服务、公务员和外籍患者的卫生保健。公立医院提供急性、严重和危重疾病的门诊和住院治

疗，并通过提供特殊医疗服务实现其在教育、科研、预防和康复等方面的功能。通过服务导向、确定服务质量标准、定价和明确服务标准等方式，公立医院能够对私营卫生服务提供者产生影响，同时引导医疗服务市场的发展。综合性公立医院每年的门诊人次达 10 万以上，每年的住院人次超过 1 万，一些大型综合性公立医院可达 2 ~ 3 万人次。

## **(二) 预防保健、康复和健康教育**

预防保健、康复和健康教育都是医院的重要功能。2003 年 SARS 的爆发以及其他公共卫生事件使预防的重要性日益凸显。现在，所有的公立医院都设有预防保健科，负责传染病的报告、健康检查、健康咨询、社区预防、健康教育、疾病筛查、计划生育和生育指导以及职工保健<sup>[2]</sup>。

随着社会经济发展、生活水平提高、人口老龄化以及非传染性疾病的增多，社会对康复医疗的需求逐年增长，在二级综合性医院应普遍可以获得康复医疗服务。公立医院也面向门诊患者、住院患者及公众开展健康教育。2005 年，某家医院举办了 50 次周末健康讲座，分发了 3000 份宣传册，在社区、企业和机构举办讲座，提供 6000 人次的免费医疗诊断，散发了 8000 余份健康促进资料，接受了 6000 多次咨询<sup>[3]</sup>。

预防保健等公共卫生服务应由国家财政补贴，而政府对公立医院投入的不足，限制了医院对公共卫生服务的提供。

## **(三) 公共卫生事件**

公立医院在应对重大自然灾害和其他灾难方面起着重要的作用。公立医院保障群众的生命安全和社会稳定，是国家和社会的稳定器。公立医院在 SARS、禽流感、四川汶川地震、湖南冰雪灾害以及婴幼儿奶粉三聚氰胺事件中积极应对。SARS 期间，北京的 16 家公立医院为患者提供了 3600 张定点床位，63 家公立医院设立了发热门诊收治疑似病例<sup>[4-7]</sup>。2008 年四川汶川地震后，公立医院参与了紧急救援和医疗救治工作。婴幼儿奶粉三聚氰胺事件中，公立医院向儿童提供免费筛查和治疗。

## **(四) 其他政府任务**

所有公立医院均向弱势人群提供医疗服务，如固定价格的门诊服务、免费挂号、免费输液、免费换药和免费注射，取消手术、化验、理疗、药品和其他

项目收费，向低收入和贫困人群提供基本医疗床位。

为教学实践提供支持，为国际、农村和同行互助项目提供支持是公立医院的一项重要社会职责。2005年，卫生部等部门启动了“万名医师支援农村卫生工程”，旨在解决农村医疗费用问题，促进城市和农村的卫生发展，提高农村医疗服务水平，保障数亿农民的健康。

援外医疗服务是中国外交工作的一部分。1963年，中国向阿尔及利亚派出了首批援外医疗队。至今，中国已向亚洲、非洲、拉丁美洲、欧洲和大洋洲的69个国家派出了超过2万名医疗工作人员。中国医生对260余万人次的国外患者进行了免费诊疗。

### **（五）医学教育和科研**

公立医院不仅为本单位，而且为教学医院和社区医疗机构培养医学人才。许多公立医院开展了医学教育相关工作，培训内容包括临床理论和实践、临床实习和毕业生实习、标准化的临床医师培训。公立医院还是医学技术专业人员的培训基地。全国范围内90%的三级医院开展临床教学和实习<sup>[8]</sup>，东部省份这一数值几乎达到百分之百。

大多数公立医院还开展科研，根据疾病治疗和病人护理的需求进行临床研究，通过科研成果的应用，产生直接及间接的经济效益和社会效益。

## **三、组织结构和卫生服务的提供**

有关组织结构和卫生服务提供的讨论涉及四个方面：组织结构、医疗机构所有制、医院提供的医疗服务以及医疗机构效率。

### **（一）组织结构**

中国的医疗卫生体系由医院、护理院、卫生院、门诊诊所、社区卫生服务中心、妇幼保健站和疾病预防控制中心构成。卫生机构分为医疗及其他两类。医疗机构获得执业许可开展疾病诊断和治疗。其他机构包括公共卫生机构（如疾病预防控制中心）、血站以及教学和培训机构。

一直以来，医疗机构与当地政府架构和家庭的城乡属性密切相关。农村地区的主要医疗机构自下而上为乡镇卫生院和县医院/妇幼保健站。城市地区的主要医疗机构为社区卫生服务中心（站），区级医院/妇幼保健站、市级医院/妇幼保健站、省级医院/妇幼保健站以及部属（中央级）医院。每家医疗机

构向对应的卫生行政主管部门报告。除卫生部外，另外一些部委和国有企业也办有自己的医院和门诊。

如上所述，当前的医疗机构设置是 1978 年以来改革的结果。近年来进行了一系列改革，包括企业医院转型为地方医院，移交当地卫生局管理。社区卫生服务中心 / 站在 20 世纪 90 年代后期才出现，许多是由城市的小型医院（区级或以下医院）转型而来。

## （二）医院和医院床位

1960 - 2008 年，医院的数量翻了三倍。2008 年，全国有 19712 家医院，占有所有卫生机构总数的 7%（表 1）。各地、各省的医院分布不均衡。北京的人均医院数（每千万人 429 家）是广西的 5 倍（每千万人 88 家）。不同等级的医院也呈现这一差异，三级医院数从每千万人 3 家到每千万人 41 家不等，半数的省份千万人三级医院数低于 9 家（见附表 1）。

表 1 主要年份卫生机构的数量和类型

年份	总计 <sup>a</sup>	医院	护理院	卫生院 <sup>c</sup>	门诊 诊所 <sup>d</sup>	社区卫 生服务 中心	妇幼保 健站	疾病控 制中心	其他
1960 年	261195	6020	1577	24849	—	—	—	—	—
1970 年	149823	5964	359	56568	79600	—	1124	1714	607
1980 年	180553	9902	470	55413	102474	—	2745	3105	1138
1990 年	208734	14377	650	47749	129332	—	3148	3618	1781
2000 年	324771	16318	471	49777	240934	—	3163	3741	1839
2008 年	278337 <sup>b</sup>	19712	210	39860	180752	24260	3011	3534	3985

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》

注：a. 2008 年村卫生所为 613143 家，不记入本表统计；

b. 2002 年及以后的卫生机构统计不包括三级及二级医科院校、药品检验机构、出入境检验检疫机构以及非卫生部门举办的计划生育技术服务机构；

c. 1996 年及以前的卫生院数据为乡镇卫生院；

d. 1996 年及以前的门诊数据不包括私营诊所。

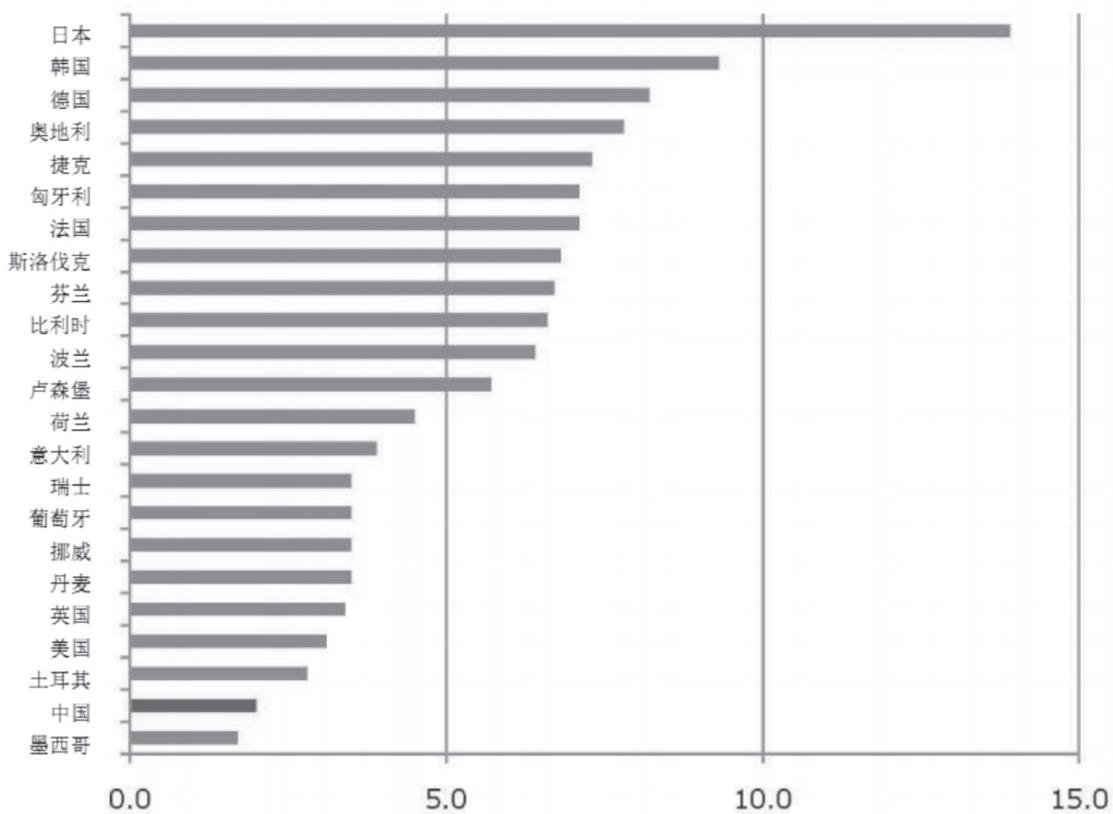
各类医疗机构的床位数量都有增加。至 2008 年，每千人平均床位数达到 2.17 张，每千农村人口乡镇卫生院床位数为 1.20 张（表 2）。

如图 1 所示，与大多数 OECD 国家相比，中国的千人床位数相当低（排倒数第二）。

表 2 主要年份各类机构千人床位比

年份	医院	护理院	卫生院	社区卫生 服务中心	妇幼 保健站	专科疾病 中心	其他
1960年	0.89	0.16	0.09	0.00	0.01	0.03	0.31
1970年	0.85	0.06	5.36	0.00	0.01	0.00	0.16
1980年	1.21	0.07	0.97	0.00	0.02	0.03	0.10
1990年	1.63	0.11	0.86	0.00	0.04	0.03	0.12
2000年	1.71	0.08	0.92	0.00	0.06	0.02	0.06
2008年	2.17	0.03	1.20	0.16	0.09	0.02	0.01

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》。



来源：OECD2009 年卫生数据数据库（2007 年数据）及中国卫生部《2008 中国卫生年鉴》（2007 年数据）。

图 1 中国及部分 OECD 国家千人口床位数

不同省份的床位数随医院分布差异较大（见附表 2）。北京的千人床位数最高，为 6.4 张；贵州最低，为 1.4 张；北京的综合医性院千人床位数最高，为 4.2 张，广西最低，为 1.1 张。上海城镇居民的社区卫生服务中心千人床位数最高，为 1.3

张。13个省份低于0.2张。农村的乡镇卫生院千人床位数差别不大,为0.5~1.4张。

### (三) 医疗机构所有制

从2000年起,根据业务净收入是否返还投资者,医疗机构被分为营利性和非营利性两类,享受不同的财政、税收和价格政策。非营利性医疗机构为公益性机构,业务净收入只能用于改善医疗服务,引进技术及启动新的医疗项目。

2008年,约20%的医院(4038家)被划为营利性医院,半数由社会或个人出资。门诊部和诊所多数为营利性(分别占60%和76%),产权为非公有制(分别占94%和96%)。社区卫生服务中心多数为非营利性(92%),产权归政府所有(65%)。卫生院几乎都为非营利性(99%),产权归政府所有(97%)(表3)。

表3 2008年不同产权属性的医疗机构

医院类型	营利性质				产权属性		
	总计	非营利性	营利性	未知	政府	公办机构	私人
医院	19712	15650	4038	24	9777	6048	3887
护理院	210	208	2	0	96	113	1
社区卫生服务中心/站	24260	22392	1167	701	8598	12464	3198
卫生院	39860	39764	43	53	38636	920	304
门诊部	6975	2739	4186	50	469	3074	3432
诊所	173777	40523	132250	1004	6373	41315	126089
急症中心	217	183	1	33	185	30	2
妇幼保健中心/站	3011	3006	4	1	2912	96	3

来源:卫生部《2009中国卫生年鉴》。

注:政府举办的医疗机构包括那些由卫生部和其他部委举办的医疗机构;公共机构举办的医疗机构包括企业、事业单位、社会团体和其他社会组织举办的医疗机构。

### (四) 医院提供的医疗服务

2008年,超过半数的门诊(包括医院门诊病区和急诊部)、观察病例和体检由医院提供(表4)。

如表5所示,医院住院接诊和出院服务占总数的三分之二,住院手术和急症病例百分比超过90%。

表 4 2008 年各类医疗机构提供的门诊服务人次

指标	门诊	留院观察	体检
总计 (人次)	3531985342	59102945	196420725
各类卫生机构所占百分比 (%)			
医院	50.4	57.5	51.2
护理院	0.1	0.0	0.3
社区卫生服务中心 / 站	7.3	12.2	8.5
卫生院	24.4	23.5	28.2
门诊部	1.5	0.7	2.0
诊所	12.0	0.0	0.0
妇幼保健站	3.9	5.9	8.3
专科疾病预防控制站	0.5	0.5	0.2
医学检验中心	0.0	0.0	0.2
总计	100.0	100.0	100.0

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》。

表 5 2008 年各类医疗机构住院服务人次

指标	入院	出院	住院手术	急诊
总计 (人次)	114828056	115507672	23884499	5637531
各类卫生机构所占百分比 (%)				
医院	64.4	63.8	92.5	97.3
护理院	0.3	0.3	0.0	0.0
社区卫生服务中心 / 站	1.2	1.5	0.0	0.0
卫生院	29.2	29.4	0.0	0.0
门诊部	0.1	0.1	0.1	0.0
诊所	0.0	0.0	0.0	0.0
妇幼保健站	4.5	4.5	7.3	2.5
专科疾病预防控制站	0.2	0.2	0.1	0.1

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》。

医院还提供放射检验、临床化验和药房服务。通常，医院是提供放射检验及临床化验的唯一机构，医院药房销售的药品占市场份额的绝大部分。

营利性医院的数量与它们的服务量不成比例。约 20% 的医院为营利性，然而它们只提供占总量 5% 左右的门诊和住院服务（表 6）。

如表 7 所示，2008 年营利性医疗机构住院服务仅占急症病例总数的 1.5%。

表 6 2008 年营利性医疗机构的门诊服务比例

指标	门诊	留院观察	体检
营利性医疗机构门诊服务百分比	12.2	2.7	4.2
各类卫生机构所占百分比 (%)			
医院	4.4	3.4	5.8
护理院	0.2	0.0	0.0
社区卫生服务中心 / 站	3.2	3.4	3.4
卫生院	0.1	0.4	0.0
门诊部	55.7	42.1	41.4
诊所	74.3		100.0
妇幼保健站	0.1	0.0	0.1
专科疾病预防控制站	1.2	0.2	4.6
医学检验中心	24.8		17.8

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》。

表 7 2008 年营利性医疗机构的住院服务

指标	入院	出院	门诊手术	急症
所有营利性医疗机构住院服务百分比	2.7	2.7	4.6	1.5
各类卫生机构所占百分比 (%)				
医院	4.0	4.0	4.9	1.5
护理院	0.0	0.0	0.0	0.0
社区卫生服务中心 / 站	4.6	5.0	—	—
卫生院	0.0	0.0	—	—
门诊部	45.9	55.9	69.2	22.6
诊所	0.0	0.0	—	0.0
妇幼保健站	0.1	0.1	0.1	0.0
专科疾病预防控制站	0.5	0.5	0.9	0.0

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》。

### (五) 医疗机构的效率

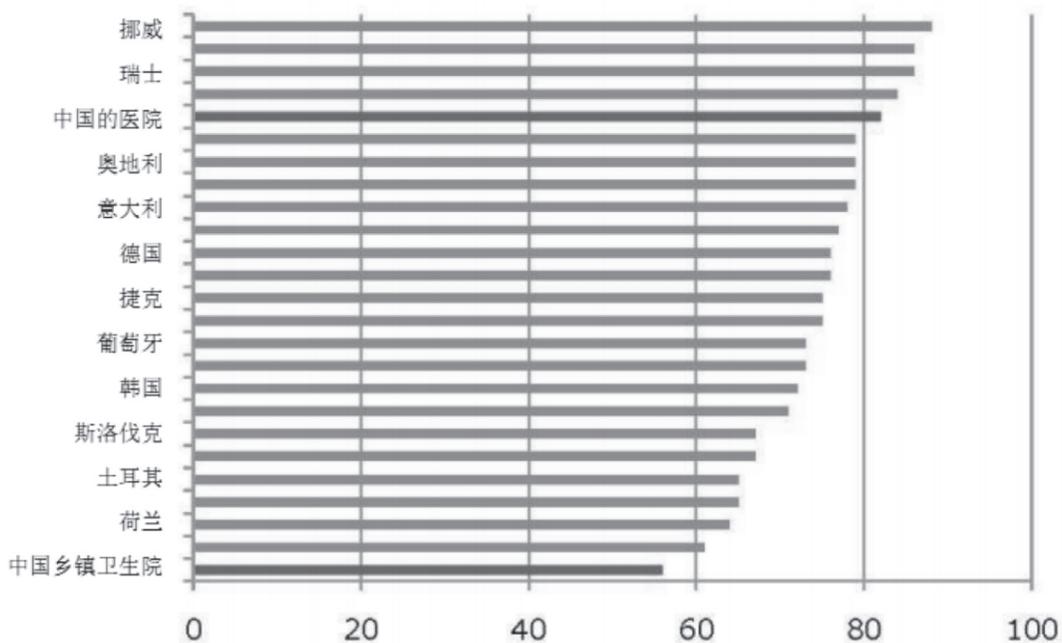
表 8 显示了医生人均每天担负的诊疗人次、病床使用率以及出院病人的平均住院天数。医院的病床使用率最高 (81.5%)，高于乡镇卫生院的病床使用率 (55.8%) 和 OECD 国家 (图 2)。卫生部举办的综合性医院，行政级别越高，病床使用率越高，部属综合性医院达到 104.3%。

表 8 2008 年各类医疗机构的效率

指标	医生人均每天 诊疗人次	病床使用率 (%)	出院病人平均 住院天数
医院	6.3	81.5	10.7
部属综合性医院	9.0	104.3	11.9
省级综合性医院	7.1	101.2	12.6
市级综合性医院	6.7	95.2	12.0
县市级综合性医院	6.8	82.9	8.8
县有综合性医院	5.4	82.0	7.6
护理院	2.3	49.7	11.3
社区卫生服务中心	12.7	57.6	8.5
卫生院	8.3	55.8	4.5
妇幼保健站	6.9	69.0	5.4
专科医院	5.0	58.6	16.3

来源：卫生部《2009 中国卫生年鉴》。

注：各级医院数据来自医院向卫生行政部门的报告。

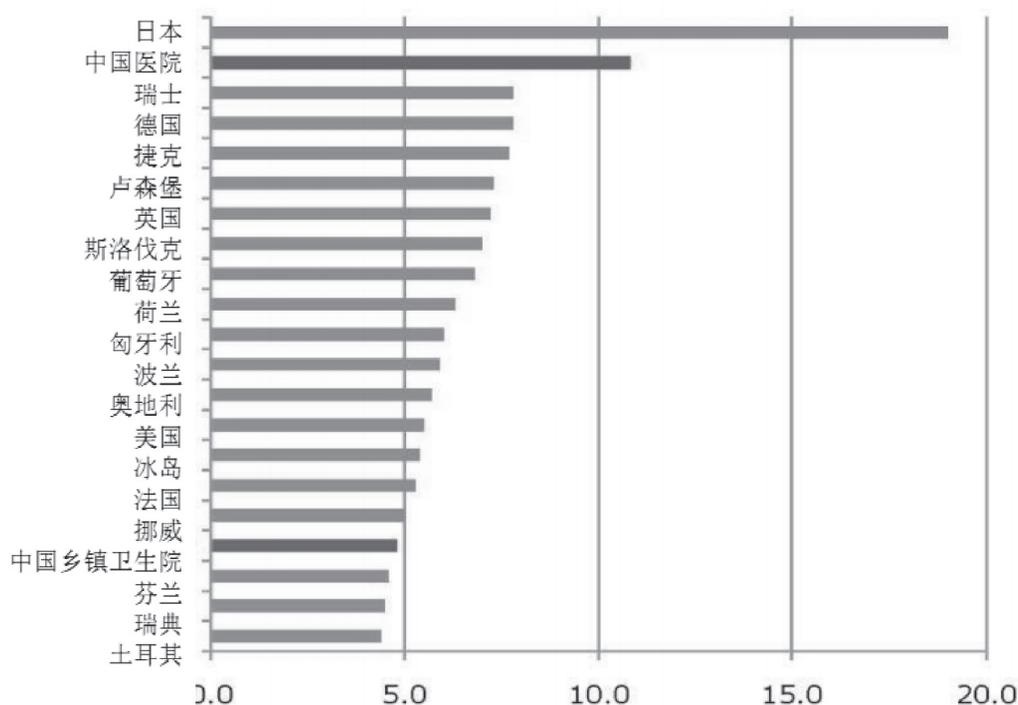


注：中国的病床使用率数据为 2008 年（卫生部《2009 中国卫生年鉴》），OECD 国家的数据为 2005 年。

图 2 中国及 OECD 国家的病床使用率 (单位: %)

近年来，医院整体的病床使用率从 2003 年的 58.7% 激增至 2008 年的 81.5%。乡镇卫生院的病床使用率也从 2003 年的 36.2% 上升至 2008 年的 55.8%。其原因在于医保覆盖率的上升或需求被供方诱导，或者两者兼有。

医生人均每天担负的诊疗人次与医疗机构的类型无可比性，因为一些机构的业务重点是门诊服务，如社区卫生服务中心。即便如此，综合性医院的门诊工作量仍随着行政级别升高而上升，医生人均每天担负的诊疗人次为 5.4 ~ 9.0。行政级别低，出院病人的平均住院天数也较短，但是这也反映出病种较简单。与 OECD 国家相比，中国医院的平均住院天数位居第二，仅次于日本（图 3）。



来源：OECD 国家数据来自 2009 年 OECD 卫生保健数据库（急症医院的平均住院天数，2007），中国的数据来自 2008 年中国卫生年鉴（2007 数据）。

图 3 中国及 OECD 国家的平均住院天数

不同省份，这些指标的差别也相当大（附表 3）。广东省医生人均每天担负诊疗人次最高（12.1 人次），山西最低（3.2 人次）；上海的病床使用率最高（99.5%），吉林最低（67.5%）；上海的出院病人平均住院天数最高（15.5 天），河北最低（9.0 天）。

### 第三章 公立医院面临的挑战

本章节讨论了公立医院面临的两大问题：一是公立医院的经费来源、收入和支出，二是公立医院的市场环境。

#### 一、经费来源、收入和支出

##### （一）公立医院的补偿机制

公立医院的经费来源包括政府财政补助、医院医疗服务收费和药品销售收

入三个方面<sup>[19]</sup>。政府财政补助包括经常项目和投资或资金预算拨款。经常项目主要用于人员开支（员工和退休人员薪金津贴）。投资或资金预拨款则用于大型设备购置、基础设施建设、项目研究、部分公共卫生服务和医疗债务的补贴。经常项目预算根据人员和病床数计算（不考虑服务量和病床使用水平）<sup>[20]</sup>，而投资或资金预算拨款则需要根据需要考虑地区和市场规模等因素。

政府财政补助占有所有医疗机构总收入的10%左右，乡镇卫生院比例稍高（2006年为18%）。自2000年起，该比例小幅下降，约为8%（表9）；药品收入占医院收入的40%以上（表10）。

表9 2001—2006年医疗机构收入（单位：万元）

指标	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
城市医院总收入	1288	1496	1725	2057	2411	2646
政府财政补助	110	126	149	146	164	198
所占比例（%）	8.6	8.4	8.6	7.1	6.8	7.5
县医院总收入	472	511	609	707	821	892
政府财政补助	34	35	45	47	55	62
所占比例（%）	7.2	6.8	7.2	6.7	6.7	6.9
乡镇卫生院总收入	367	395	442	478	548	630
政府财政补助	47	51	60	68	85	112
所占比例（%）	12.8	12.9	13.5	14.2	15.6	17.7
社区卫生服务中心/站	70	83	90	107	124	154
政府财政补助	7	8	9	10	13	21
所占比例（%）	10.4	10.2	10.0	9.2	10.1	13.6

来源：卫生部《2009中国卫生年鉴》。

表10 2008年医院收入（单位：万元）

医院级别	医院平均收入	政府平均补助	门诊药房收入	住院药房收入
总计	9283.1	646.9(7%)	1556.9(17%)	2367.7(26%)
中央	116818.2	8132.2(7%)	23161.2(20%)	26424.9(23%)
省级	47022.5	2782.7(6%)	7936.9(17%)	12475.5(27%)
市级	15284.8	1120(7%)	2567.2(17%)	3868.2(25%)
地市级	5510.3	364.2(7%)	987(18%)	1347.5(25%)
县级	3530.4	286.9(8%)	491(14%)	950.6(27%)

来源：卫生部《2009中国卫生年鉴》。

注：a. 括号内的数据展示了占各类收入每家医院平均收入的比例；

b. 数据来自医院向卫生行政机构报告的统计资料。

近二十年来，政府财政补助占医院总收入的比例逐渐下降至 10% 左右，剩下的 90% 为医疗服务收费和药品销售收入。医疗收入占总收入的比例从 2003 年的 46.1% 增长至 2007 年的 49.5%，而药品收入占总收入的比例从 2003 年的 43.7% 下降至 2007 年的 41.7%。支出方面，2007 年人员支出占医院总支出的比例低于 25%（表 11）。

表 11 2003 — 2007 年卫生部门举办医院的收入和支出

指标	2003 年	2005 年	2006 年	2007 年	年均增长率 (%)
医院 (家)	4779	4884	4790	4757	-0.1
收入					
平均总收入 (万元)	3969	5576	6164	7507	17.3
财政补助占总收入的比例 (%)	7.8	7.2	7.3	7.3	-0.1
医疗收入占总收入的比例 (%)	46.1	48.2	49.4	49.5	0.9
药品收入占总收入的比例 (%)	43.7	42.8	41.5	41.7	-0.5
支出					
平均总支出 (万元)	3843	5346	6124	7327	17.5
财政补助占总支出的比例 (%)	8.0	7.50	7.36	7.52	-0.1
医疗费用占总支出的比例 (%)	55.4	56.5	56.4	57.2	0.5
人员费用占总支出的比例 (%)	—	—	—	24.9	—
药品费用占总支出的比例 (%)	39.0	39.2	37.8	40.0	0.3
平均结余 (万元)	1268	2300	394	1793	9.1

来源：《中国卫生统计年鉴（2004 — 2008）》。

公立医院补偿模式的影响因素包括四个方面：政府预算比例、医疗补偿、急救补偿和委托项目、研究和教学补偿。各因素的关键在于医院提供的服务项目。

**政府财政补助。**政府财政补助占医院总收入的比例从上世纪 80 年代初的 30% 多<sup>[21]</sup>下降至 1990 年代初不到 20%，2000 年更是低于 8%<sup>[22]</sup>，即使是 2003 年 SARS 爆发的情况下，这一比例也只达到 8.4%<sup>[23]</sup>，2007 年仍低于 8%（表 11）。

**医疗补偿。**计划经济时代，医院工作人员工资、大型设备的购买和保养，以及住房等相关的社会福利待遇全部由政府拨付。医疗服务收费较低，部分医疗服务甚至免费<sup>[24]</sup>。2000 年，财政部和卫生部规定病人和政府共同分担医疗服务费用。政府预算主要用于支付医疗服务收入和药品销售收入以外的开支<sup>[25]</sup>。至此，公立医院主要靠增加医疗收入生存。与此同时，医疗服务的定价主要由

政府制定，医院无权根据实际成本定价。政府为了使尽可能更多的人获得基本医疗服务，定价低于成本。药品销售方面，医疗机构利润率不得超过15%。这种定价机制易造成市场扭曲，医疗机构不太重视低利润、低技术含量服务，而是着重增加对高利润药品和高技术服务的需求，最终导致医疗服务总成本增长<sup>[26]</sup>。

**急救补偿。**医院提供的急诊服务有政府直接补助和政府购买两种补偿模式。2003年爆发的SARS就是政府直接补助的典型案列：医院因治疗非典病人所发生的损失直接通过政府补助补偿。地震灾害和2008年三聚氰胺奶粉事件则是政府购买的典型案列：每治疗一名地震伤员，公立医院获得28000元；对一名儿童进行三聚氰胺筛查补偿60元。直接补助模式下，医院支付所有服务费用，然后政府提供部分或全部补偿（不包括间接开支）。若采取报销的方式，医院同样先支付所有服务费用并保存患者治疗记录，再根据实际费用获得补偿。政府补助与医院亏损之间的差额则靠医院收入支付。

**专项、科研和教育的补助。**公立医院为教学医疗机构提供的委托支持，资金主要来自中央省市各级政府和医院本身。特殊项目、研究和教育公共经费主要用于支付人员薪金和津、补贴，同时为提供基本医疗服务的诊所提供补助。公共经费不足时，医院往往使用医疗收入补足。部分医院将这些委托项目筹集资金用于基础设施建设。

研究经费主要来自公共资源，相关部门、地方机关和企业资金作为补充。医院向政府和社会组织申请项目基金。对于大型公立医院的设备采购、基础设施建设和人员培训，政府提供一定的支持。同时医院自行筹措一些经费，例如一次性投资、研究经费等，这些经费一般占医院总收入的1~5%<sup>[27]</sup>。

医学教育经费主要来自政府、委托部门和私人捐赠三个方面。医疗培训和教育开支包括教师成本、住院医师培训研究补贴、设备和房屋等固定资产折旧、水电等消耗品开支、医用布等杂项开支。医院也将总收入的一部分用作教学经费。

## （二）私营资本市场

随着政府财政补助的减少、医疗服务收入和药品成本提高，出现了一系列重大的变化。公立医院不断扩大规模、改善基础设施、升级设备，同时利用私有资本市场资金增强竞争力。公立医院融资主要是在市级医院，大城市医院的

信贷和融资能力往往大于县级、乡村医院。

公立医院融资来源包括：中央拨款和贷款、银行贷款和项目合作等方面。要获得中央拨款，公立医院必须获得政府主管部门的认可和支持，由于数额一般较大，这种贷款主要用于医疗设施建设。银行贷款则来自外国政府贷款和国内商业贷款，主要用于医院发展。“项目合作”是医疗市场多样化和社会资本相结合的产物，该方式出现在 20 世纪 90 年代中期，是最具争议的融资渠道。具体分为两种方式：一是资金提供者成为医院分支机构，根据合同或合作协议，建立运营机制，成立医院下属公司。二是通过租借、抵押和利润分成机制获得医疗设施。由于这种合作弱化了医院的控制权，相关规定往往被规避或无视。尽管受到限制，非标准商业行为已成为了标准程序。

近年来，一些地方政府也通过资本市场进行融资，目的在于改变公立医院所有制。政府和卫生主管部门这样做的目的在于减轻财政压力。政府的改革理念决定了融资方式和体制转变模式，医院没有发言权。

融资模式包括两种：第一种模式下政府可以缩减对公立医院的部分资金投入。例如在河南省新乡市，政府将公立医院资产的 70% 卖给一家国有企业（华源公司），建立了股份制，公立医院控制和运营由社会资本承担。第二种模式下，政府从医院完全撤资。如在江苏省宿迁市，政府通过拍卖、协议转让和员工集体所有等方式，几乎将所有公立医院转交由社会资金运营。

不同的融资渠道各有优缺点。以资本市场融资方式为例，它可能增加医院建设和发展经费，但同时也会造成新问题，包括诱导需求增加、融资风险提高、操作不规范、国有资产和收入流失等<sup>[28]</sup>。

### （三）收入和支出

中国的公立医院是非营利性的，但政府投入的经费不多，财政补助力度不足。政府管理模式是自主管理、自负盈亏，不论是什么原因造成的超支，医院需对负债和损失负责。公立医院只能在有限的范围内实施绩效工资制。总体上，医疗服务是亏损的，而药品净收入是盈余的。药品收入占总收入的 40% 以上，远高于大多数 OECD 国家（15 ~ 25%）。

公立医院的总收入在 2003 - 2007 年间翻了一番（表 12）。2007 年有 4757 家公立医院，总收入为 3571 亿元，总支出为 3486 亿元。县级以上医院占医院

总数 27%，其收入占到了所有医院总收入的 66%，支出比例基本持平。

每家医院的年平均收入从 2003 年的 4000 万元上升至 2007 年的 7500 万元，年均增长率超过 17%。年平均支出从 2003 年的 3800 万元上升至 2007 年的 7300 万元，年均增长率近 18%。收入和支出的持续上升趋势反映出它们业务量的相应增长。

需要注意的是医院可以保留收入。不管医院是否为公立医院，也不论医院是否因为规模缩小、管理不善或者资金管理不善等原因造成入不敷出，医院都可以占有收入。在本研究过程中，尚无案例表明医院因为这些管理问题而受到惩罚。

表 12 2003 — 2007 年公立医院的总收入和总支出

年份	医院数量			总收入			总支出		
	医院总数 (家)	县级医院 (%)	以上级别 (%)	总额 (亿元)	县级医院 (%)	以上级别 (%)	总额 (亿元)	县级医院 (%)	以上级别 (%)
2003 年	4779	75	25	1897	35	65	1836	35	65
2005 年	4884	74	26	2723	33	67	2611	34	66
2006 年	4790	72	28	2952	32	68	2933	31	69
2007 年	4757	73	27	3571	34	66	3486	34	66

来源：《中国卫生统计年鉴（2004 — 2008）》。

## 二、公立医院的市场环境

医院市场环境包括：产品市场和要素市场。中国公立医院面临的产品市场竞争激烈，收入水平直接与医疗服务数量和质量相关。要素市场包括人力资源、设备、资金、信息和后勤服务等内容。市场环境从几个重要方面决定了医院服务的特性。

### （一）按服务收费：收入与服务量挂钩

中国竞争激励的市场环境受到 4 个因素的影响：（1）直接预算经费仅占医院收入的一小部分；（2）医院通过改善服务质量吸引（有权自由选择医院的）患者；（3）医院收入来自服务收费和药品销售；（4）收入与服务量及患者认为的服务质量水平直接相关。

虽然价格由地方行政主管部门制定，但是医疗服务的支付标准并不统一。

按项目付费的激励机制导致一些服务项目的滥用，医疗费用不断飙升。对此，一些地方进行改革探索，改变购买和销售医疗商品的方式。近期一些城市进行了公立医院（不包括县级医院）收费改革试点，采取按单病种付费（使用 DRGs 方式，或疾病诊断相关分组）或总额预付制，或将两种方式相结合<sup>[29]</sup>。医疗保险部门和卫生行政部门通过新项目或进行试点，控制医疗费用，减轻病人的经济负担。

有些医院自发开展改革，以减轻病人的药品支出，加强医院的竞争优势。基本思路是通过减少医药费用吸引贫困患者，在竞争日趋激烈的医疗市场上获得认同。

2004 年，卫生部在天津、辽宁、黑龙江、山东、河南、山西和青海等地区进行了收费改革试点，在政府的推动和一些医院的自发行动下，推进 DRGs 的试点工作。除试点省份外，广西、广东、江苏、河北和北京也开展了相关工作。

近几年，县级医院开展了以支付方式为重点的补偿机制改革。改革主要由地方卫生局和新型农村合作医疗管理办公室发起，目标是改进医疗服务质量、降低成本、控制费用上涨，通过提供低成本的医疗服务保证农民从合作医疗中受益。自 2003 年新农合开展以来，许多县改革了支付方式，即从按项目拨付转为按 DRGs 和按日付费的支付方式；有些地方对每个病种都制定一个支付限额，取代按平均费用拨付。这些改革有助于改变供方行为，从而减少诱导需求，目前已取得了一些成果<sup>[30-32]</sup>。

## （二）医院支持性服务系统外包

医院支持性服务体系包括物业、后勤或行政业务、药房服务、IT 技术服务和医疗技术检验服务等内容。目前改革主要集中在医院物业和行政服务外包、医院药房管理改革、医院信息管理三个方面，具体改革措施如下：

**医院物业和后勤服务外包。**2003 年，卫生部颁布了《关于医疗卫生机构后勤服务社会化改革的指导意见》，正式启动了国内医院物业服务的私有化进程。外包服务的支付从拨款转变为按合同支付，取代了市场竞争驱动支付方式<sup>[33]</sup>。国内医院物业服务改革大体分为三类<sup>[34-35]</sup>：

一是通过竞投标签订分类合同。医院将物业服务分为几部分，通过公开招投标选择专业机构。社会机构接手医院的保洁，雇佣专业团队提供维修、整修

以及供热和供冷。

二是服务全部外包（医院后勤的全盘管理）。物业服务外包给社会专业服务机构，医院对其业务进行监督。如北京大学附属深圳医院就对物业进行全盘私有化<sup>[36]</sup>。

三是建立中心或集团。建立物业中心，提供供水、供电、供气、空调、木工、机械和电梯维修等物业服务。托管中心将病房保洁、病房保卫，以及安保和运送业务外包给社会机构。

**医院药房管理体制变革。**2000年，国务院下达了《关于印发医院药品收支两条线管理暂行办法的通知》，对综合性医院药品收入实行收支两条线的管理和会计办法<sup>[37]</sup>。药房托管将所有权从管理权中剥离。医院拥有所有权，由商业医疗企业负责药房管理，并将药房销售收入的一部分按月返还给医院。实行药房托管制的医院不再参加药物采购竞标，托管单位通过协调批量采购等方法进行统一采购。

自2006年第一例药房托管出现后，南京156家医院（二级或以下）几乎所有药房都采取了托管模式。实行了托管的城市医院，药品平均降价30%<sup>[38]</sup>。青岛等地进行了医药分离试点（虽然在撰稿时尚未有成功案例），目的是消除处方权和销售权并存带来的经济利益。然而，医药分离本身并不解决根本问题——医院对替代收入来源的需要。

**医院信息管理。**医院信息系统有了显著的改进。中国医院协会信息管理委员会的研究显示，截至2005年底，488家医院中有61%的医院有信息部门，全职职工3~10名，平均近9人。信息系统有急诊和门诊服务的限价和收费系统、急诊和门诊服务的药房管理系统、病人出入院和转院的管理系统、收费管理系统、住院病区药房管理系统、仓储管理系统。但医院信息系统仍主要用于计费 and 支出管理，而非加强医疗质量<sup>[40-43]</sup>，信息利用也缺乏长远规划，需进一步增加跨专业人才数量并整合专业团队。

## 第四章 组织安排

### 一、Preker-Harding 模型

在过去的十年间，中国进行了一系列公立医院体制改革。本文采用Preker-Harding模型（2002）对这些医院改革进行分类，主要包括以下三类：

(1) 自主化。由半自主或自主政府所有机构负责决策，例如自主医院。自主医院可成立由利益相关的代表或社区委员会组成的监事会。

(2) 公司化。自主政府所有企业或公司负责决策，往往模仿私有制医院的法人结构、财务结构和管理规程，但是仍为政府所有制。公司化医院往往设有外部董事委员会，这些董事由所有人（即政府）或国企类似的任命委员会指定。

(3) 私有化。所有权和决策权移交给私有法人实体或控股者。在某些情况下，私有法人实体为非营利性信托机构或基金会。

用医院五维组织功能对这些模式进行审视，主要分析以下问题：

(1) 决策权。决策权从卫生部或政府统治集团向医院管理层和董事会转移的程度？

(2) 市场风险。医疗机构收入主要依赖服务“销售”还是补贴预算拨款？

(3) 盈余分配。医院能否占有通过降低成本、增加收入等方式获得的盈余？医院能否自由将收入用于运营或投资？如果由政府补贴运营亏空，是否存在“硬性预算限制”，超过这一限制医院就会受到制裁？

(4) 问责机制。非等级制方法能够在多大程度上规定医院在合同和规定执行方面的责任？医院是否向董事会、所有人和公众负责？

(5) 社会功能。医院是否为穷人和无医保人员提供补贴服务？医院是否遵守行为道德标准、是否满足公共卫生优选需求（合同规定或义务）？医院是否全面实现这些社会功能，这些社会功能是否代表人们的期盼和“无资金资助的义务”？

随着传统的公立医院由卫生部预算制单位重组为自主化公立医院、法人化公立医院或私有化医院，图 4 显示以上五个组织维度发生的改变。

Preker-Harding 的分析显示，对市场风险和剩余索取权的改革在激励医院的效率方面尤为重要，而对问责机制和社会功能的改革在激励临床质量、合理使用卫生资源以及公平性方面尤为重要（图 5，来源于世界银行 Preker 等人，2002。由 L. Hawkins 改编，2010）。本文采用这一框架，对组织决策权和治理机制在中国医院的发展进行了分析。

## 二、医院决策权

决策权指对医院运营和发展策略做出决策的能力，包括人员聘用，薪金管

	预算单位	自主化单位	法人化单位	私有化单位
决策权	很少			很多
市场风险	无			完全
剩余索取权	收归国库			归属医院 (股东)
问责机制	直接： 分层级控制权			不直接 按照合同约定
社会功能	不特别指明 无拨款			特别指明 有拨款

图4 改革的组织维度

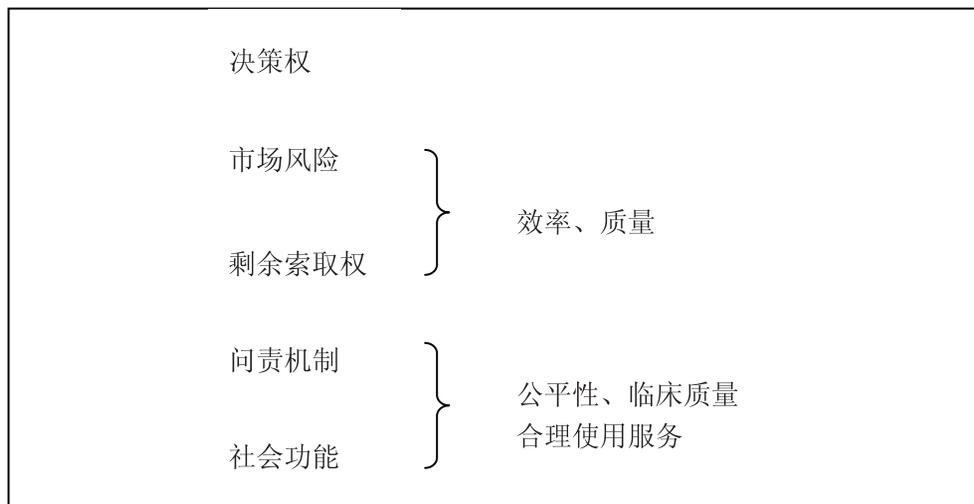


图5 改革的组织维度

理，土地、建筑和大型设备等资产处置，药物、医疗消耗品和小型设备等物资采购，医疗服务数量和质量确定，财务、医疗事物和操作系统管理。1978年前，公立医院完全由政府财政补助维持。在过去的20年中，政府对公立医院的补助力度下降，医院通过自主经营、自负盈亏获得收入，其自主权也随之增大。现在已经没有完全依靠政府财政补助维持的公立医院，大多数医院都拥有较大自主权，即使那些大型国有企业举办的医疗单位也是如此，但是自主权的类型和水平存在差别，具体如下：人事聘用的自主权减少，设定人员薪酬的自主权提高；对土地、建筑和大型设备自主权小；依照营业执照规定医院诊断和治疗方面的自

主权；药品、医疗消耗品和设备采购完全自主。

### **（一）人事聘用的自主权较少**

公立医院的资产由国家或集体所有，医院对人事聘用的自主权有限。人员编制固定，工作人员享受国家事业单位的人员编制，按照事业单位的标准领取工资。医院可根据需求，通过考试以及相关部门和人事局的批准进行招聘。然而，事业单位人事管理办法的缺陷给人员解聘带来了困难。试行人事聘用新政策的医院应对淘汰下岗的工作人员承担责任，当他们离职时向他们提供社会支持，帮助他们创业；同时完善内部养老金制度，制定早退政策，准假参加学习和培训活动<sup>[9]</sup>。

任命公立医院管理人员（领导班子）一般由上一级卫生管理或领导干部负责，实行院长责任制下的集体管理模式。除此之外，公立医院运营和管理缺乏外部监管，上一级卫生管理或领导干部通过制定规章、制度和政策的方式管理医院，医院对自身的日常业绩负责。

管理人员选聘改革主要是中层干部竞聘，一般较少涉及院级领导，当然也存在院级领导选聘的案例。如常州武进第三人民医院采用“国有私营委托管理”的医疗改革模式，医院院长由管理公司提名，由卫生行政管理部门批准设立的监事会或董事会聘用，之后由院长负责聘用副院长和其他助手<sup>[10]</sup>。

公立医院可决定部门设置、部门人员编制以及人员构成，在中层和普通员工的聘用上拥有更多的自主权。医院能组织对内部职工和中层干部的竞聘，对部门工作人员进行双向选择和竞聘<sup>[11]</sup>。这些改革多由医院自己进行，但为了保证顺利开展，医院通常会向地方政府部门寻求支持和指导。2003年，山东省泰安市中心医院采用公开竞聘方式聘用中层干部<sup>[12]</sup>；徐州市医院为公开竞聘提供了164个岗位，有266名员工参与；黑龙江阿城市人民医院结合个人自荐和群众推荐的方式，挑选中层岗位人选<sup>[13]</sup>。

### **（二）设定人员薪酬的自主权提高**

公立医院的薪酬制度经历了几个发展阶段：在计划经济阶段，公立医院职工的薪酬由政府统一标准确定；改革开放后，薪酬制度从计划经济时代根据岗位设定的等级工资制向结构工资制（包括基本工资、岗位工资、工龄和绩效工资）转变；1979年，《关于加强医院经济管理试点工作的意见》（卫生部、财政部和

国家劳动总局)指出,“实行按劳分配的社会主义分配原则,多劳多得,完成工作的员工可以获得奖金”<sup>[15]</sup>,许多医院随之引入奖金作为薪酬的重要组成部分。

随着医院经济政策的改变,设定薪酬的自主权扩大。在事业单位薪酬政策的基础上,医院薪酬制度改进一步开展。基本原则是因岗定薪;除基本工资外,发放奖金;并将奖金与技术人员和管理人员的绩效挂钩。

从目前情况来看,在人事自主权、绩效评估和薪酬安排方面的改革仍不充分。大多数医院仍使用行政单位和事业机构的绩效评估体系,强调主观评价,不能客观反映员工绩效,激励作用不明显<sup>[16]</sup>。

### **(三) 对土地、建筑和大型设备自主权小**

国有公立医院无权处置土地。建筑和大型设备为国有资产,必须经过上级卫生行政部门或国务院机关事务管理局处置。根据国务院机关事务管理局印发的《中央国家机关国有资产处置管理办法》,国有资产处置须通过检查和审批。20万元人民币以下的资产必须由相关部门检查批准,并报国务院机关事务管理局。超过20万元人民币的资产先向国务院机关事务管理局提交检查审批申请报告。国有土地、建筑和车辆进行处置前,须向国务院机关事务管理局申报检查审批。卫生行政部门负责制定地区卫生计划,通过集中采购分配主要医疗设备<sup>[17]</sup>。如果医院需要购买一套大型医用设备或大批量的医疗设备需报省级卫生行政部门,相应部门根据《大型医用设备配置与使用管理办法》对采购进行审批。医院进行采购前,须获得“医疗机构执业许可证”<sup>[18]</sup>。

### **(四) 执业许可界定的诊断和治疗业务自主权**

所有公立医院医疗服务须符合医院执业许可证的规定。卫生部颁布的“医疗机构执业许可证”明确规定了医院的诊断和治疗范围。如果想要提供其他医疗服务,医院必须通过卫生主管部门的审批。虽然医院的服务数量不受卫生主管部门约束,但是服务质量必须得到保证。

### **(五) 对购买药品、医疗耗材和设备有完全的自主权**

公立医院对购买药品、医疗耗材和小型医疗设备有完全的自主权。政府不直接干涉医院内部财务和经营,但是对公立医院的财务状况进行监控和审计,以保持国有资产增值,并监督医疗行为和服务质量,保证其提供医疗服务价格的合理性。

### 三、医院治理

随着医院自主权的增多，政府已经不直接干预医院的行政，而是通过医院管理委员会、合同、规范和监督来增强医院责任。患者、支付方、医院所有者以及规范制定者对医院有着不同的需求和期望，在治理方面起着各自的作用。主要的改革办法有：任命医院管理人员、设立医院管理中心、成立医院管理委员会、实行管理和运营相分离的新型治理模式、组建医院集团、整合各种医院功能。

#### （一）通过任命医院院长和管理层进行规范

政府通过任命领导班子（高级管理层）和评估领导班子业绩的方式管理医院。卫生行政和干部主管部门在任命公立医院领导班子时采用院长责任制下的集体治理模式。社区不参与领导班子任命工作，患者和医疗保险部门监督有限。除医院领导班子任命和监督外，卫生行政部门不负责公立医院的运营和管理工作，医院在很大程度上负责自身业绩管理。

#### （二）公立医院治理机制改革的模式

公立医院管理改革主要由地方政府领导负责，其他经济部门的市场导向改革成果起到了很大的指导作用。地方政府领导认为，竞争环境和管理改革可以缩减医院冗员、提高服务效率和质量、改善服务态度。一些领导指出，公立医院应该通过体制改革吸引社会资本投资，从而减小医院对地方财政的负担。有的医院已实行了这些改革措施，如江苏宿迁等地改革了公立医院和乡镇医院的产权制度，但部分医院反应则不够积极<sup>[44]</sup>。一些地方卫生主管部门尝试了公立医院体制改革，但尚未实现重大突破。

目前主要的几种公立医院治理机制改革模式如下：

##### 1. 建立管理中心，实现管办分离

上海申康医院发展中心成立于2005年，是市政府设立的国有非营利性的事业法人，也是市级公立医疗机构国有资产投资、管理、运营的责任主体。它承担投资举办市级公立医疗机构的职能，对市级公立医疗机构的国有资产进行管理（图6）。

无锡于2005年开始实行管办分离，成立医院管理中心运营医院，进一步将医院的所有权和管理权分离<sup>[45-48]</sup>（图7）。由于卫生主管部门主要承担管理

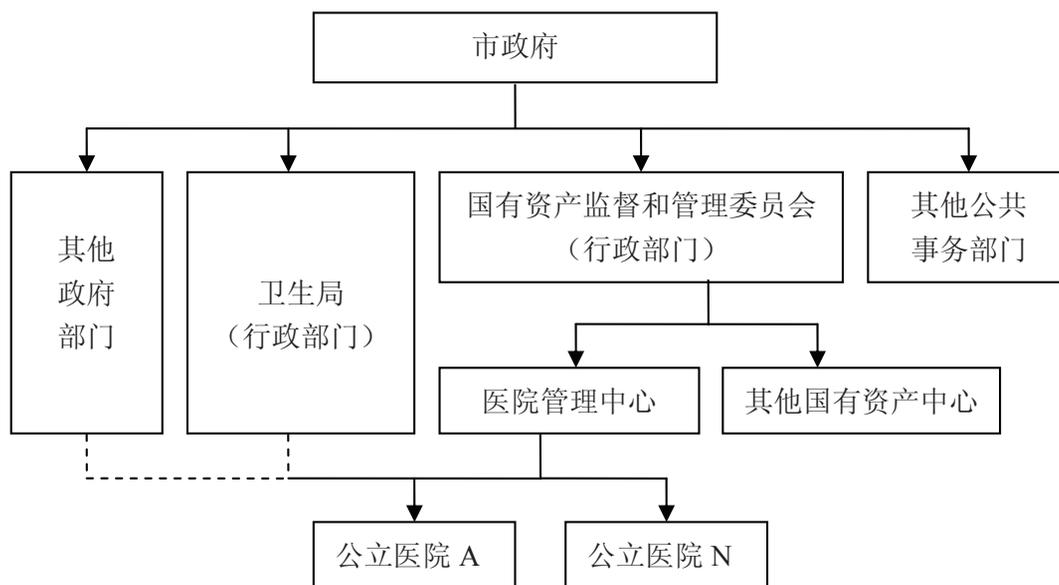


图6 上海公立医院管理体制改革模式

工作，医院管理中心负责医院运营工作，代表政府管理国有医院的资产和业务，其行政级别与卫生主管部门相同。医院管理中心负责聘用院长并主管医疗服务和运营工作。财务和人事等医院运营和管理工作由医院承担，管理中心负责每年对托管医院进行业绩评估。通过确定专业、就业机会公示、公众推荐和竞聘上岗等方式，医院管理中心可以选择更为优秀的人才。

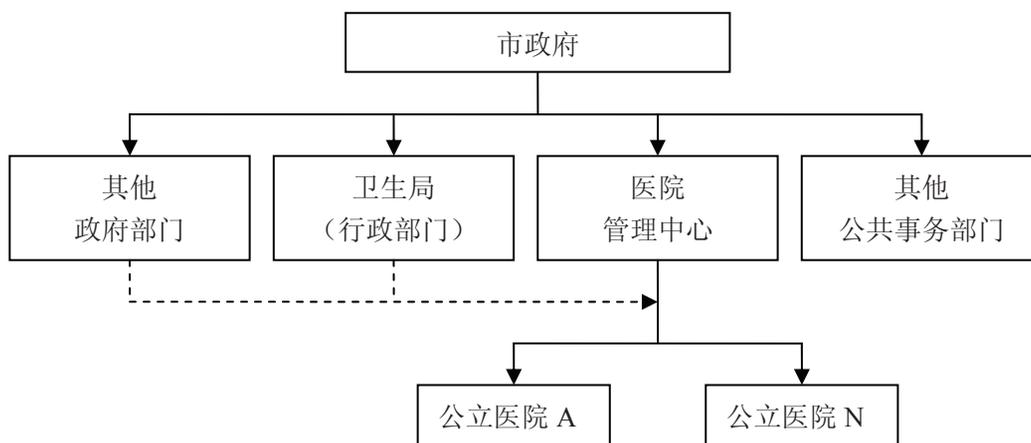


图7 无锡公立医院管理体制改革模式

这种改革模式加强了卫生部门对全行业的监督职责和医院管理中心在医院运营管理方面的职责，医院自主权进一步提高。私营医院同样认为这样的改革有助于医院发展。短期来看，这种改革提高了医院服务的质量和效率、进一步

控制了医疗成本、有效地保护了患者利益。

## 2. 成立医院管理理事会<sup>[49]</sup>

典型代表是苏州。2004年，苏州市卫生局颁布了《市级医院管理和运营分离改革执行规定》，成立了在政府监管下负责医院管理的医院管理委员会。政府不再参与公立医院管理，以避免干预公立医院的管理工作，同时实现“政府功能和医疗机构功能相分离”。卫生局与公立医院不再是管理与被管理的关系，而是合同双方的关系。卫生局在合同中明确医院的社会职责，从而保留了卫生行政部门的功能。委员会成员实行年薪制，包括岗位薪金和委员会薪金两部分。委员会负责选拔人员、制定全体员工的合同制，并自行制定内部组织结构方面的决策。

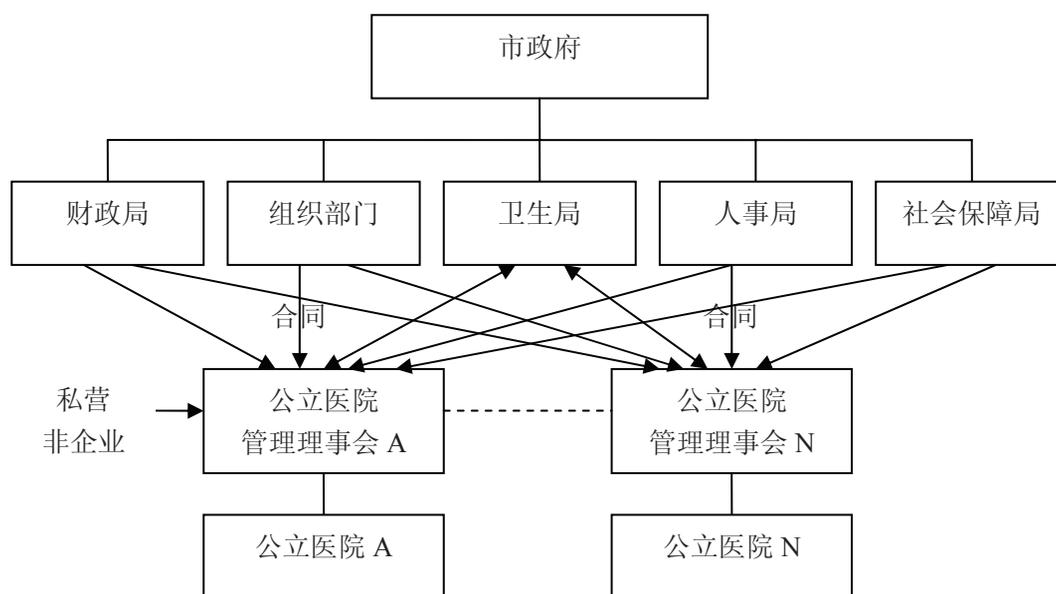


图8 江苏省苏州市的管理体制改革

## 3. 成立公立医院专门管理机构<sup>[50]</sup>

典型代表是潍坊。2005年潍坊市卫生局成立了隶属于卫生行政管理部门的医院管理中心，负责管理公立医疗机构，目的是解决卫生行政部门权责不明造成的问题。公共资金筹措、组织结构、人事管理和医疗保险等工作由卫生行政部门承担，在对公立医院进行监管和支持的同时负责协调各部门工作（图9）。

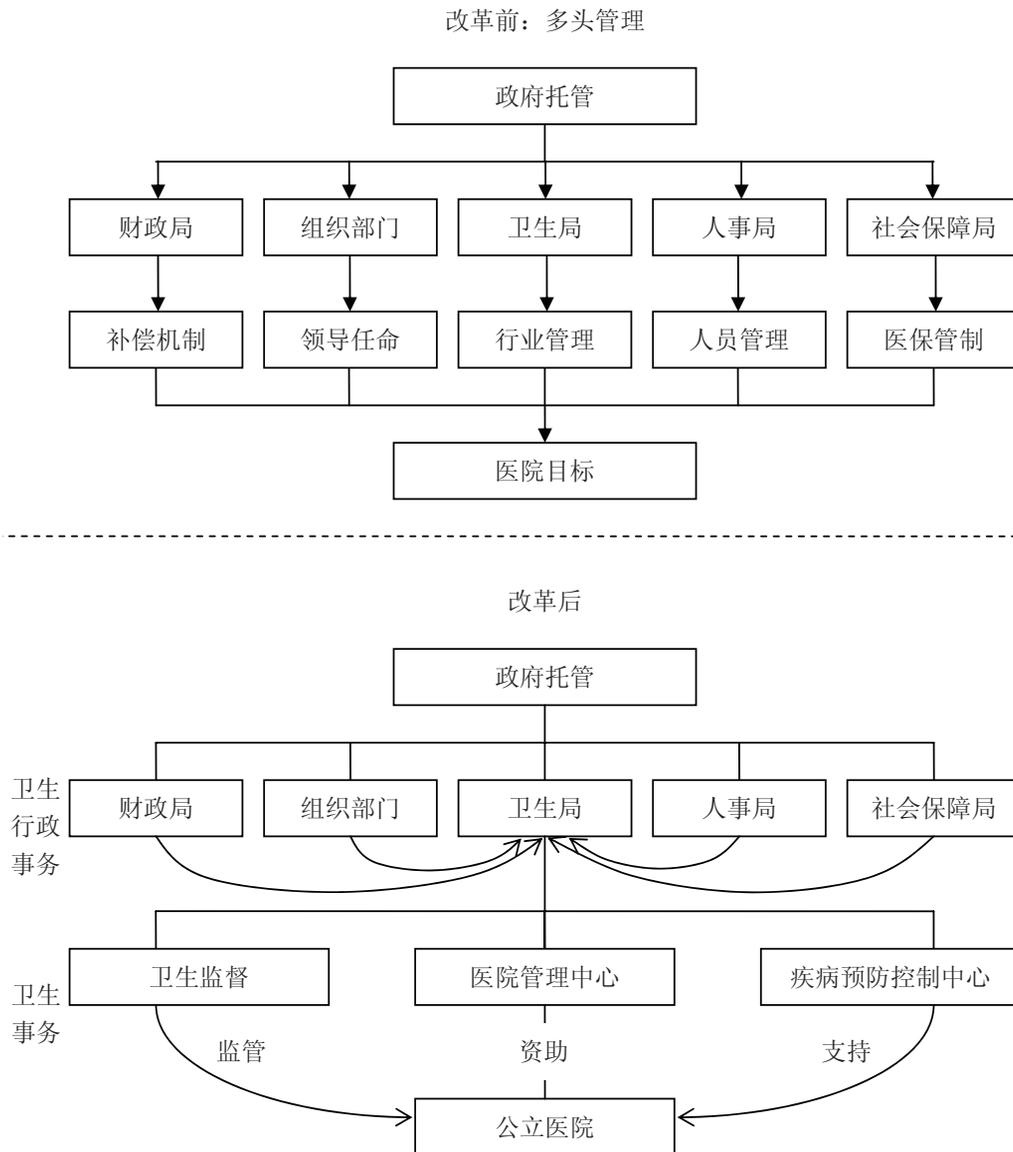


图9 潍坊的管理机构模式

#### 4. 成立医疗管理公司

典型代表是上海仁济医疗管理公司股份试点<sup>[45]</sup>。上海仁济医疗管理公司成立于2003年，是一家服务共享管理公司，为其他医院提供技术服务、标准和管理。目前，公司与9家互相无权属关系的医院有合作关系。管理公司负责指派和任命院长、实行标准化管理。院长负责日常事务，管理公司负责广告和公众推广等非日常事务，并根据院长业绩续聘或解聘院长。各医院实行人力资源共享，建立了专业管理人员内部市场。

医院管理委员会由政府代表和管理公司代表组成。在负责运营和管理同时，委员会也是管理公司董事会，负责制定政策、进行监督和组建由所有人、运营

方和员工组成的医院治理结构。这种改革只是对内部管理进行调整，并未改变医院和人员的所有权，这种做法也带来了一些问题。

### 5. 成立医院董事会

1993年，台湾商人投资1000万美元对东阳市人民医院急救中心进行了翻新，同时建立了浙江省巍山医院。这两家医院成立了董事会，对政府和医疗机构职责进行了区分，实行所有权和经营权相分离，建立了董事会法人管理机制，同时建立了监事委员会和院长委员会，实行董事会领导下的院长责任制。

这种改革保持了医院作为非营利性国有医疗机构的性质。董事会是医院管理的最高机构，对政府负责，同时负责制定医院发展战略和相关规定、重大政策决策、确定医院总体工作目标和标准、选定院长人选。监事委员会由政府代表和医院代表组成，负责财务审计和医院监督。董事会负责提名和聘用院长，院长在向董事会汇报并获得批准的前提下提名和聘用副院长和主要会计人员。中层管理和技术管理人员由院长直接聘用。

### （三）集团化改革和功能整合

目前中国提供医疗卫生服务的机构包括隶属于卫生部门的医院、其他部门管理的医院、疾病预防控制中心、妇幼保健医院以及计划生育服务机构。虽然这些机构在服务上存在竞争，但是为了达到规模经济效益，需要对一些业务进行整合和协调，主要三种改革模式是医院集团化改革、非卫生系统隶属医院的改革、医疗和计划生育服务机构间的合作。

#### 1. 医院集团化改革

整合医疗资源、建立医院集团是缩小民众医疗服务需求增长与医院医疗服务能力之间差距的有效办法。医院集团在技术、人才、管理、服务和社会基础方面具有优势，具备资金和管理能力进行资产重组、并购、合同化管理和组建合资公司，进而推广医疗技术、推广先进管理理念和进行体制改革。医院集团有助于提高医疗机构的技术水平、科学管理水平、提供完善服务和实现规模经济。

虽然公立医院隶属于各级政府（军队、高等教育机构、国有企业等），但医院集团化发展却主要由政府引导<sup>[51]</sup>。受到市场竞争的激励，医疗机构曾积极组建医院集团，近年已达120多家<sup>[52]</sup>。这些医院集团分为四类：合作制医院集

团、医院连锁集团、通过兼并组建的医院集团和资产重组医院集团<sup>[53-54]</sup>。

合作制医院集团：这种方式充分利用了地区和技术优势，成员单位的所有制、财务会计方式、资产所有制、员工管理、民事责任和运营政策保持不变。大多数医疗集团采用这种模式。成员单位通过签订协议或合同实现合作经营，在政府部门的领导下成立管理委员会负责医院运营，并作为平等合作人以咨询的方式决定战略决策。这种类型的医院集团包括：南京鼓楼医院成立的南京鼓楼医院集团、南京市卫生局领导下的儿童医院和牙科医院。

医院连锁集团：这种类型的集团由一家核心医院作为母公司，其他成员单位则进行专业化分工。成员单位作为连锁集团的一部分，实行医疗服务和医院管理运营标准化。通过拓展医疗市场，集团建立了母公司加子公司形式的组织结构。集团主要由专业化医疗机构构成，或者由专业领域相同的综合性医疗结构构成，比如牙科、眼科、激光治疗或者整形手术连锁集团。医院连锁集团往往规模较小、灵活性强，成员单位可能分布于多个省份或城市。连锁集团的代表包括：私有制性质的凤凰卫生保健集团、上海华山神经外科集团医院和辽宁沈阳市博爱牙科医院集团<sup>[55]</sup>。

通过兼并组建的医院集团：这种类型利用资金和长期运营管理权将成员医院联系起来。核心医院处于领导地位，负责采购、兼并和合并其他医院。核心医院员工参与合并医院的管理，负责基建、招聘和医疗技术采用等方面的指导工作。医院所有制性质、产权、级别和人事保持不变，被兼并的医院由核心医院负责管理。原有体制被取消，财权发生转移，人员与核心医院合并。例如：上海瑞金医院集团、沈阳东方医疗集团和大庆油田总医院集团<sup>[56]</sup>。

资产重组医院集团：这种类型通过资产联系各成员医院，在松散合作的基础上，一家核心医院兼并或重组多家医疗机构。通过合并其他专业医院或其他级别的医院，核心医院成为医疗企业集团，各成员单位的名称、法人代表和产权相同。这种类型集团的优势在于优化资源利用、集团采购和统一分配。医院采取统一化管理降低运营成本、共享医疗资源。这种类型的代表案例为海慈医疗集团，该集团采取了院长责任制、领导聘用制、签订劳动合同和资产统一化分配等方式，确保了集团总体运营和二级机构独立运营的统一和协调一致。

这样的医院集团在医院发展中扮演重要角色，有助于实现规模经济和增效

效益，可做作为未来发展的可行方向。与任何新模型一样，医院集团不可避免地会遇到问题<sup>[60-63]</sup>，如政策、规定和规则不完善、医疗行业市场力度薄弱、行政干涉、规模经济缺乏、产权不明、医院评估畸形、资金激励不足、人员身份转变困难、医院文化差异等。

市场导向可以作为组建医院集团的组织机制。政府积极参与，由运营者转变为政策制定和体制安排的角色，从而促进集团发展。政府负责监督医疗资源配置、促进卫生事业发展。

## 2. 非卫生系统隶属医院的改革

非卫生部门下属医院主要指铁路或其他大型企业下属医疗机构。2000年，国务院颁布的《城镇医药卫生体系改革指导意见》规定，城镇企业医疗机构应逐步移交给地方政府全面管理，同时并入城镇医疗体系。国有企业不再开办学学校和医院。

将医院和非卫生系统企业分离有两种方法<sup>[65]</sup>：第一、医院与企业完全分离，成为独立核算、自负盈亏的医疗卫生实体，即事业法人单位；第二、通过重组实现分离，例如分离后的企业所属医院与地方医院合并。

近年来，铁路医院移交给地方政府方面取得重大进展。2003年，铁道部“分离了与铁道部核心业务无直接关系的公共事业部门，将医院等社会公共单位与铁道系统分离，并移交给地方政府统一管理”。铁道部2004年统计公报显示，2003年，铁道系统共将13所医院和4000名员工移交给地方政府管理<sup>[65]</sup>。

通过地方医院与企业医院合并并移交地方政府管理的方法，企业利用短期资金实现了长期减负。大型医院利用资金和其他单位的地理位置优势、通过兼并拓展了市场，为进一步发展提供了条件。在这项改革过程中，地方政府的支持和推动起到了重要作用，很多企业医院在重组和整合后取得了发展<sup>[65-66]</sup>。

但是，仍然存在诸多问题。某些地区的区域规划未能在总规划中覆盖企业医院，没有制定针对企业医院移交、分离和总体管理的具体政策和规定。某些省市企业医院资产分拆未取得令人满意的效果<sup>[67]</sup>。

## 3. 医疗和计划生育机构合作

某些地区进行了医疗和计划生育机构合作改革。2003年，为了满足农村地计划生育和卫生保健需要，江苏省铜山县进行了资源整合、开发了新型服务<sup>[68]</sup>。

卫生和计划生育整合满足了人们对高质量服务的需求、扩展了卫生保健范围<sup>[69]</sup>。但是，这项改革影响了相关部门的政治利益。计划生育和卫生行政部门在很多地区仍然各行其是、分别制定各自政策、影响了“计划生育和卫生联合服务”的实施<sup>[70]</sup>。因此，涉及到不同部门和行业的水平整合需要地方政府的推动和协调。

## 第五章 国际视角

在过去的 25 年间，许多高收入国家、转型经济体和发展国家中对公立医院进行了组织和管理体制改革，其中包括英国、德国、新加坡、香港、新西兰、澳大利亚一些州政府以及美国一些地方政府。在中等收入和转型经济体中，中国台湾、印度尼西亚、巴西、哥伦比亚、哥斯达黎加、突尼斯、捷克、匈牙利、波兰和许多前苏联国家也开展了改革。许多国家和地方政府对一些医院（通常为三级教学医院）进行了改革试点，例如马来西亚、菲律宾和泰国。

基于效率低下、浪费、患者满意度低、人才向私营部门流失或移居国外、穷人就医难、欺诈和腐败等共同的问题，全球各地都曾推广公立医院改革。不管公平与否，产生这些问题的原因往往归咎于公立医院的性质，通常这些医院对绩效高低缺乏奖惩机制，而希望改革的医院则缺乏管理自主权。

在“传统”的公共部门等级体制下，影响医院绩效的主要方式是政策指导。然而，公务员对政策指导的执行力弱。公共部门的机构往往被要求对那些有社会意义或政治意义、但事实上前后矛盾的政策指导做出反应，例如要求同时取得所有目标：控制预算、对患者的医疗需求做出反应、达到临床疗效、扩大贫困人口的就医、提供公共部门的就业机会等。中等和低收入国家通常倾向于提供范围广、质量优的服务，而未将服务与实际预算相关联。在公务员面对无法实现的要求时，往往缺少具体实施方案。长久来看，这些问题弱化了问责机制。

医疗卫生服务的特殊性使得控制及问责的垂直层级模式较其他部门更难实施。首先，医院的产出复杂。其次，诊断治疗费用和医疗卫生服务需求难以确定。再者，医院运作不是按层级体系进行。决策权分布在“四个领域”（Glouberman 和 Mint berg, 2001）：第一，“治疗领域”，各类专科的医生对患者进行治疗，每个专科都有自己的层级体系；第二，“护理领域”，护士围绕患者开展的工作流程；第三，管理预算和后勤的“管理体系”；第四，“治理领域”，医院与上级

监管机构的关系。

对于自主经营的公立医院或非营利性私有制医院而言，管理方可能是与社区相关的董事会。对于传统公立医院而言，医院管理者与公务员体系及政府的关系扮演了这一角色。医院或诊所内部的信息流通（在公共事业等级体系中自下而上并返回医院）往往存在不足，无法把握卫生服务的复杂性，导致服务质量评估困难。由于过于僵化无法应对卫生服务的复杂性或不确定性，或者由于过于薄弱无法对卫生服务结果和质量实行问责，公共事业行业的问责和控制机制常常失效。而这种问责机制很少涉及治疗和护理领域，无法与医生和护士的实际工作相协调。

### 一、医院绩效的主要驱动因素

五大驱动因素构成了公立医院及其他医疗卫生提供方实现其目标的能力：机构、管理者和员工的激励机制，管理者的权限或自主权，管理者和员工的应对能力，员工的内在动机和专业水平，问责机制。

与中国相似，其他国家公共服务提供方经常面临弱化或扭曲的绩效激励因素（Gauthier 和 Reinikka, 2007）。激励机制与医疗机构获取资源的方式有关。公立医疗机构往往为垄断性单位，为特定地域服务，患者没有选择余地。传统公共事务管理体制下，医疗机构的预算拨款不受接诊病人数量和服务效率及质量的影响，医疗机构没有市场压力。人事权和预算控制往往限制了管理者重新配置资源实现效率的自由。政府收回未使用的资金，严禁超支，甚至会因此惩罚管理者。患者的付费收入往往必须上交政府。结果是，减少接诊病人数量、降低服务质量反而对公立医疗机构有益，从而减少员工工作量、实现预算控制。与以服务量为基础的策略相比，提高服务质量并不能吸引更多的预算资金。医疗服务质量差成为要求更多资源的依据，导致员工工作积极性不高、公众满意度低。

卫生机构的管理者必须对收到的政策指导做出应对并考虑整个体系的利益。然而，许多管理者在控制投入、组织、产出范围以及管理程序方面完全或几乎没有自主权。人事决定、预算资源的再分配、资本投资和大规模采购通常不受管理层的控制，需要由监督部门集中批准。在许多发展中国家，管理者通常是未经管理培训的医务人员，他们缺少成为优秀管理者的职业动机。管理层

通常按照资历来任命和提升，而不是根据才能、技能、培训或业绩。

许多国家对表现不佳的公共服务机构进行私有化改革，但是很多原因阻碍了这一进程。首先，医院私有化在某种程度上是对政府的否定，指责政府违背提供医疗卫生的义务，因此在政治上不可行，甚至是违宪行为。其次，在低收入和中低收入国家进行的私有化尝试不成功——往往由于未来收入或医院服务合同的不确定性，使得这些资产无法吸引私营投资者。此外，一些政府担心营利性私有制医院不能同时实现就医公平、保证临床服务质量、提高患者对服务质量的满意度和实现高效的目标；只有少数国家（如爱沙尼亚）成功地将公立医院转型为私立非营利性机构。第三，在许多国家，医院系统是个大雇主，掌握大权的公共部门工会不愿接受私有化带来的风险，包括削减医疗人力的风险或减少工作保障和退休金权利的风险。

许多国家退而求其次，在公共部门内进行公立医院体制改革。改革通常称为自主化或公司化改革（见第二章），主要有三个特点：第一，服务提供机构的所有权由公共部门保留。第二，医院从核心公共服务中抽身，转型为更为独立的实体，享有更大的管理决策权。第三，医院通常通过签订服务合同，对其提供的服务负责。

医院体制改革力求为医院订立清晰的目标，并通常伴随着支付方式改革，如按病种付费。在市场条件下，绩效高低决定着利润的高低，由此带来更高的效率和质量。基于这一预期，此类改革让医院面临竞争及患者的选择。

一些国家通过改变公立医院与私营部门的关系，对公立医院进行改革。此类改革包括：

（1）与私营部门签订合同，建立医院，并将其作为公共部门网络的一部分运营，合同终止时所有权移交至公共部门；

（2）与私营部门的机构（通常为非营利性私立医院或非政府组织）签订合同，管理公立医院设施、员工和服务；

（3）将一些医院功能外包，通常为非临床的支持性业务，如保洁、洗衣、安保、信息、和诊断业务；

（4）与私营部门的人员或团队签订合同，提供某些医院管理或技术支持；

（5）公立医院与私立医疗服务机构合资；

(6) 在公立医院内部设立特需病床、病房，或开设特需门诊；

(7) 将医院空地租借给提供补充服务的私立机构。

医院体制改革往往作为一揽子补充性卫生体制改革的一部分实施，包括：

(1) 技术改革。通过修复、维修和破旧冗余设备复原等手段可以增强技术实力，操作人员培训和未来预防性措施需要一定的资源。

(2) 卫生补偿和支付方式改革。通过引入诊断相关组（DRGs）、总额预付制和其他从患者出发的付费方式，可以提高生产率、效率、反应速度。

(3) 管理改革。涉及管理人员的数量、能力和资历，通过加强信息和绩效管理流程推动改革。

(4) 人事改革。许多国家引用了企业招聘和薪酬支付的方式，但是成功案例有限，这可能是大多数卫生系统的员工享受公务员终生聘用制赋予的所有权利造成的。国家规定的人员编制、数量和薪酬阻碍公立医院半自主化改革的进程。

## 二、医院体制改革分析的框架

目前，针对医院体制改革设计和实施进行分析已发表过相对完备的框架。Preker 和 Harding 撰写的《医疗卫生服务的革新》（*Innovations in Health Care Service Delivery*）一书为分析医院体制改革提供了框架。Preker-Harding 框架中涵盖了上文提及的医院行为关键因素，它采用组织经济学，对自主权（向医院移交决策权的程度）、医院面临的激励因素、医院的问责机制如何影响医院绩效提出了假设。与上述框架做出的预测相比，实际上各国的改革结果还受到医院对激励机制做出反应的能力以及政府实施改革政策的能力等因素的影响。在这一框架内，决策者是否能获得信息对绩效的改进至关重要。虽然尚无研究发现内在动机如何影响医院体制改革，但是作者认为，内在动机是医院绩效的一个关联因素。

如图 10 所示，Preker-Harding 框架将整个激励机制分解为医院面临的外部环境压力和医院组织结构内部的压力。医院对激励机制做出反应的工具为管理工具。

外部环境压力来自医院与卫生系统其他参与者之间的关系，压力主要来自四个方面：政府监管、统一采购、市场压力（病人 / 消费者引发的采购）以及

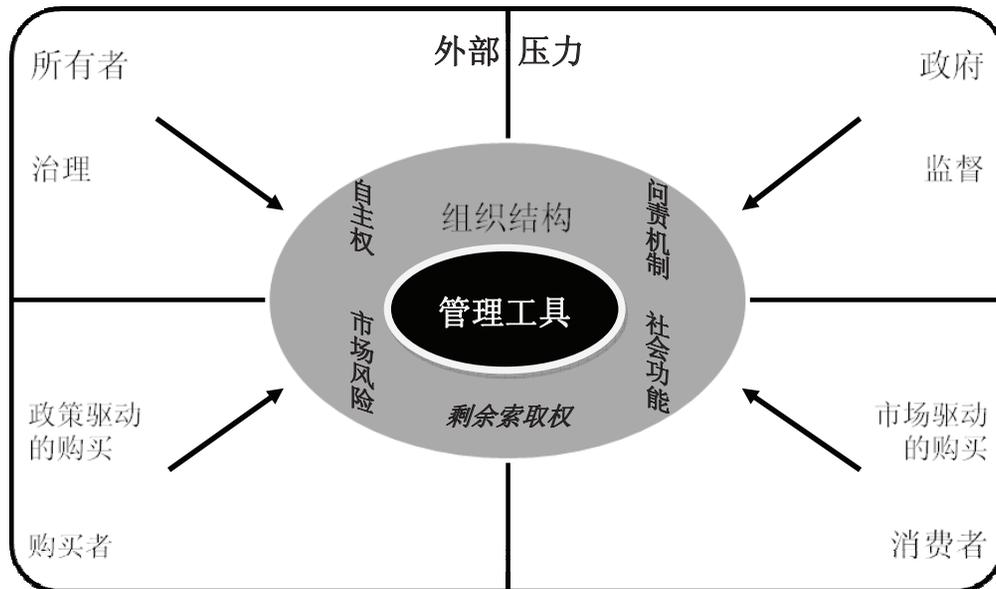


图 10 医院行为的决定因素

医院所有者治理权 / 管理办法。一般情况下，医院所有者负责任命医院管理委员会和 / 或委员会主任。

政府监督。政府对医疗卫生进行三方面的监督：（1）政府通过确定发展目标和方向的方式制定卫生政策；（2）管理卫生体系参与者；（3）通过监督卫生体系和公众卫生需求收集和利用信息。如果医院拥有自主权，政府监管将从日常指导和控制向绩效控制转变，政府指导往往采取更加宽松的方式，比如制定规程和实行承包制。

统一采购。医院与社保基金、公共卫生保健采购方和私营医疗保险公司或卫生保健计划等集体采购方之间的关系决定了付费机制中的资金激励机制和统一集体采购方对医院的竞争压力。

市场压力。医院与患者 / 消费者（市场驱动的学习）之间的关系，决定着无组织的个人消费者通过选择对医院施加竞争压力的程度。

所有制（治理权）。医院与其所有者之间的关系影响了盈余控制和返还这两个激励因素。与所有制相关的卫生体系功能称为治理。医院所有者往往负责为主要投资项目筹措资金、任命医院管理委员会。如果没有管理委员会，医院院长往往由医院所有者任命。就自主性公立医院而言，往往由卫生部会同财政部和内阁共同承担所有者的职责。

### 三、组织结构改革的目标

上世纪八九十年代的高收入国家中，改革主要受经济和财政因素驱动，公立医院占主导、以税收补偿为主的国家是进行管理和体制改革的先行者。经过一段经济发展低迷期，一些 OECD 国家政府在提高效率和顾客满意度的同时，设法抑制公共部门的花费，并转向更大范围的公共部门改革，其中就包括在许多公共部门行业进行的私有化和市场化浪潮。对于卫生部门，许多国家则小心翼翼，以免威胁到医疗卫生服务的全民覆盖及全面可及（在该体系下，医疗卫生服务免费或只收取病人极少的共付费用）。在美国等一些主要依赖私营机构的卫生体系中，政府也对成本控制弱化的风险保持警惕。此外，这些国家的公众和卫生从业人员都强烈支持继续由公共事业部门提供医疗服务。尽管提高效率和患者满意度也是改革目标，但此时期改革的主要问题却是成本控制。人们希望，改革能够减轻人口变化、医药新技术和新药品快速发展带来的压力。

21 世纪的前 10 年，一些高收入国家兴起了医疗卫生改革和医院体制改革的新浪潮。可持续的经济发展使卫生领域公共支出实现了较高的实际增长。这一阶段的重点目标是提高服务质量，包括临床质量和医疗卫生产出，以及以消费者为中心的质量标准（如“酒店式的服务”和“消费者服务”）、医院标准、等候时间、医院的硬件和患者选择。

在中等收入国家和转型国家，医院体制改革的主要目标是允许公立医院从病人收费、私人服务、医疗保险补偿中增加收入。许多国家希望这些方式可以通过私营收入取代和补充公共收入，减少公立医院对政府预算的依赖。这些国家还通过增加非政府补偿来提高员工的收入，减少医务人才向私营部门流失及卫生专业人员移民。同高收入国家一样，许多转型中的国家、中等收入国家通过公立医院与私营部门合资提高服务质量，通过签订租借合同着重对基础设施和医疗设备的现代化改造。

### 四、改革模式

各国采取医院体制改革的主要模式如下：

(1) 有计划的“全体系”改革模式。这种方法涉及医院政策的多个方面，同时涵盖初级卫生保健改革、卫生补偿机制和医保支付制度改革。采用这种方式的 国家包括英国、爱沙尼亚和哥伦比亚。

(2) 分步推进的改革模式。在更宽泛的卫生体系策略背景下，各国通常分阶段实施改革。在卫生部不能确保其整体策略能赢得广泛的政策支持和利益相关方坚定拥护的情况下，这一方式通常被看作“退而求其次”的解决方式。例如，土耳其进行的初级卫生保健、社会医疗保险及逐步增加医院自主权的分阶段改革。同样，各国还可以选择改革试点，在扩大实施前评估和改进改革模式。采用这一方式的国家，其卫生体系通常规模较大、权力分散。

(3) 解决特定问题模式。这种渐进式的改革没有一个完整的卫生体系策略，例如，乌兹别克斯坦将一些国家三级医院改为“经费自筹”单位，提高地区和城市医院的诊疗费并给予有限的财政自主权。由于对大病医疗费用缺乏重视，卫生服务利用的公平性不高。对于经费自筹的医院，没有系统化地制订新的财务管理和监督政策，使得监控资源和绩效尤为困难。

(4) 着重改善公共卫生重点方面的模式。例如，英国国民健康服务（NHS）对冠心病和癌症的规定。菲律宾和马其顿已分别提议和正式实施了减少孕产妇死亡率及围产期死亡率的策略，这些改革贯穿医疗保健的各个层次。

(5) 改革支持建设模式。这样可以排除阻碍改革进程的某些根深蒂固的障碍，例如英国国民健康服务计划下，如果患者需要等候较长时间方可进行手术，那么病人可以自行选择医院，另外，还引入了一些市场竞争机制，这样一来，医院管理者不得不改善服务、缩短病人等候时间。

## 五、医院改革的影响

对医院体制改革的影响很少有高质量的评估，大多数的评论为案例研究或改革前后续效的对比。本文运用 Preker-Harding 框架，应用交叉综合法对各国的案例进行研究，以期找出改革设计、实施的关键特征与改革结果之间的关联。

哈佛大学公共卫生学院出版了一系列有关发展中国家医院自主化改革的案例研究，并在对这些案例进行分析（Chawla 等人，哈佛大学公共卫生学院，1996）的基础上，形成了一些指导原则。Preker 和 Harding 撰写的《医疗卫生服务的革新》（2003）中，对中等和高收入国家以及转型国家的自主化和所有制改革进行了分析，在综合证据的基础上，运用案例研究进行评价。

许多欧洲、中亚、巴西及其他中等和高收入国家都有医院改革的证据。总体上，将较强的组织激励因素和以下几点结合的医院体制改革能使供方效率得

到提高：(1) 依据管理者的资质和表现进行聘用和提拔；(2) 卫生管理培训；(3) 组织结构绩效管理问责制（往往通过成立外部董事会或理事会）；(4) 增加管理权，形成工作人员的激励机制（聘用、晋升、确定业务指标、制定绩效的奖惩措施）；(5) 扩大管理层处理其他投入（预算的内部分配、采购、资产）、结构以及流程的权限（Figueras, Jakubowski 和 Robinson, 2005; Preker 和 Langenbrunner, 2005; 哈佛大学公共卫生学院, 1996; Preker 和 Harding, 2003, La Forgia 和 Couttolenc, 2008; McKee 和 Healey, 2001）。

这些结论并不适用于所有的国家。一些国家的宪法、法规或制度安排，明确了集权的公务员劳动法，为更为灵活的人事管理机制设置了障碍（McCourt 2002）。在一些国家，中央各部及部长成为阻碍改革开展的中坚力量，他们担心中央丧失权力，或管理范围缩小。

医院自主化本身会降低公平性。没有补充性的改革加强对这些医院绩效的问责，不运用补偿、契约及供方付费机制激励医院追求这些社会目标，公平、临床质量及具有成本效益的医疗就不可能实现。

某些国家对自主化卫生机构的外部监管薄弱，研究发现存在滥用医疗资源的现象（Harding 和 Alvarado, 2005）。在某些内部资金筹措能力较差的小型农村医院中，实行财务自主后，卫生从业人员可能没有满足财会和报表方面更高的要求。甚至是在一些能力相对较强的国家（例如英国、匈牙利和泰国），进行这类改革时，往往也需要投入大量资金帮助医疗机构满足更高的管理要求，主要通过能力评估、培训、专业管理人员聘用、业务规划和系统开发支持。

### （一）较成功的医院改革

不管是从改革目标的实行情况还是从效率提高、成本控制、质量改善、患者满意度改进和公平性提高等方面衡量，没有一种公立医院改革方法可以确保获得成功。

一些改革者成功地进行了大刀阔斧的“一揽子”公立医院自主化及医保支付方式综合改革，包括新加坡、英国、澳大利亚的部分州、爱沙尼亚和部分欧洲转型国家。其他改革者则依靠更为谨慎的渐进主义方式获得成功，包括英国改革的第一阶段和突尼斯。他们成功的共同特点是改革设计具有连贯性和一致性。这些国家还对能力建设（管理、订立契约和监管能力）进行了投入，使改

革实施的节奏与能力匹配。在一些国家也有个别小规模医院改革取得成功的例子（包括泰国、马来西亚和印度尼西亚的巴厘岛）。

通过将公立医院设施管理外包给富有经验的非营利性医院机构，一些国家成功地改善了医院业绩。选择外包机构依据可衡量的成效和中级业绩指标，在很大程度上实现了医院运营的管理和财务自主。具有足够采购能力的高收入和中高收入国家则通过签订相对复杂的业绩合同外包了某些医院服务项目。就中等收入国家而言，巴西圣保罗的改革颇受研究者关注（见专栏1）。

许多国家允许或鼓励公立医院与私营部门签订合同或组建合资机构，提供非临床诊断和治疗服务。这种改革允许私营部门为高成本的技术进行前期资本融资，提供公共部门难以招聘或挽留的专业技术人员（如IT专家、医疗设备工程师及诊断影响技师）。公共部门或者与私营伙伴合资，共同诊断和治疗病人，或者为私营服务支付年度经常性成本（包括折旧和融资费用）。医院还可将非临床的支持性服务外包给私营部门，如保洁、安保、餐饮及洗衣。通过采用私营机构雇佣合同和管理方法，往往能克服公共部门在雇佣和管理方面僵化、薄弱的激励机制，提高员工的生产力。包括罗马尼亚、土耳其和斯洛伐克在内的许多高收入及中等收入国家的改革已经证明了此类经验。

### 专栏1 巴西圣保罗州案例研究

一项对巴西的研究将传统、直接管理的公立医院与间接管理的自主化公立医院及非营利性和营利性私立医院进行了比较。研究发现结构越灵活，其绩效、质量和效率的指标也越好。圣保罗州政府的自主化医院改革有多重改革要素作补充（La Forgia 和 Couttelenc, 2008），包括：

- 将公立医院的管理承包给名为“社会卫生组织”（OSS）的预认证非营利性机构，承包合同可续签（Matzuda 等人 2008）。
- 合同的特色是按绩效进行补偿，总额预算，按月拨付，保留 10% 费用作为绩效指标达标的奖励。绩效指标包括优质（卫生和消毒操作）；病人满意度（无多收费和不满质量）；无欺诈（假出院病人）；
- 在雇佣及辞退员工上有更多的管理灵活度，并按照私营部门劳工法，订立其他人力资源政策，包括薪酬调整、奖金和员工晋升的灵活性。
- 员工配置的灵活性；
- 有服务外包的灵活性；
- 由州政府机构进行定期绩效审计。

与传统的医院相比，进行改革试点的医院优势明显：首先，质量得到了改进，总死亡率、手术死亡率以及感染率降低；其次，效率得到了提高，病床周转率、使用率、替代率以及住院天数、医生工时、人均住院支出相应改进。

如果 OSS 医院没有达到合同中订立的绩效目标，给医院的拨款就会减少，由此激励医院达到目标。其他促进绩效的因素中诸如薪酬、绩效工资以及更好的职业发展机会效用不大。然而，OSS 医院灵活的员工选拔过程则很重要，它使得管理者能够聘用到最合适的员工，辞退业绩差的员工。

享受更多灵活、自主度的医院为何比层级制管理的公立医院表现更好？对该问题的研究发现，组织结构与管理行为有关。在较灵活、自主的组织结构下的医院管理者通常表现出更“策略化”的自主化组织行为（管理者“真正管理”），而传统层级制的组织结构则表现出“常规化”（“照章办事”）的组织行为。

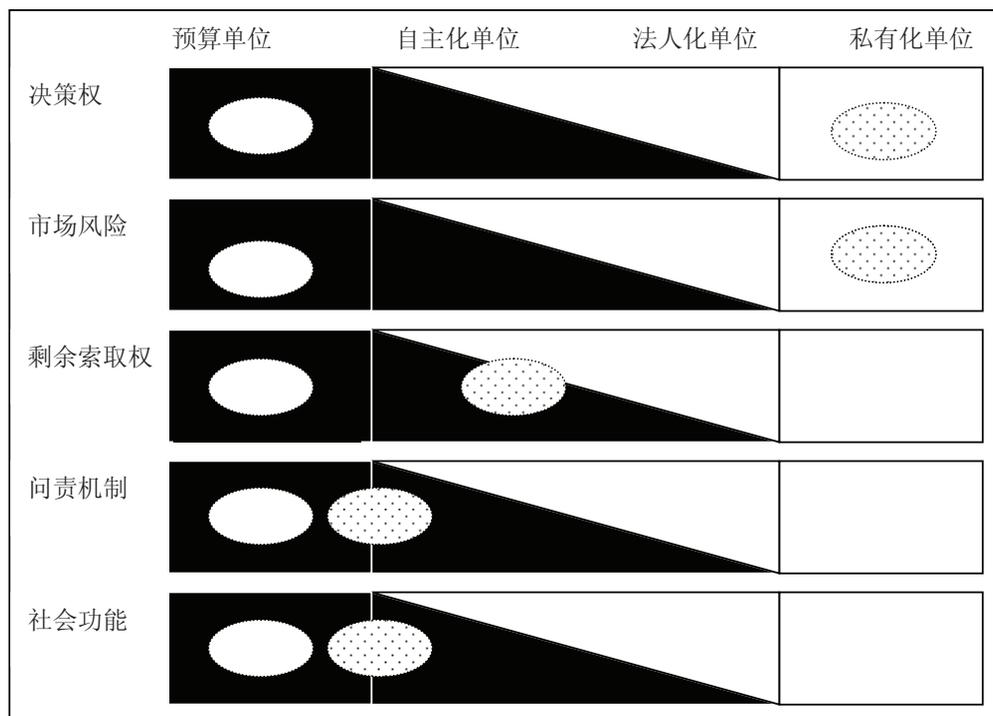
治理和管理环境的差异解释了传统层级制组织下和常规化管理下的公立医院绩效差的原因。这些差异包括：繁琐的集中采购和购买流程降低了药品和供需品的可得性；僵化、集权的人力资源管理规定使得奖惩员工困难重重；管理者缺少信息进行计划和监控；计划和预算的脱节。研究发现一些公立医院有管理革新和策略行为的迹象，却受到公共部门层级制管理中结构性约束的限制（La Forgia 和 Couttolenc 2008, 第 6 章）。

## （二）相对失败的医院改革

相对失败的改革往往与公立医院预算和私营收入混合情况下产生的不均衡的激励机制有关。例如，许多国家授予医院在收费、药品销售牟利和结余处置方面不受限制的自主权，而未进行必要的医院预算管理制度改革。在政府出台相应政策要求公立医院保障无支付能力的患者就医需求之前，拥有过度自主权的公立医院极少重视监督和审计。在社会医疗保险出台后，医院还被授予了使用社会医疗保险偿付的自主权。

那些不完全的改革，普遍出现公立医院在两套不同的组织设置下运营的情况：一方面，按照传统的“预算单位”补贴办法从预算中获得补贴；另一方面，通过其他收费渠道从病人和保险基金中获取费用。后者往往与自主化或私立医院的补偿机制相似。图 11 描绘了“双重结构”的组织设置。

那些对公立医院采用不完全自主化改革的国家鲜有成功的例子，这些改革着重于向患者收取诊疗费和医药收费创收。对印度尼西亚 Swadana 医院改革进行的研究发现，这种有限的自主化方式并未减少对医院医疗预算经费需求，又削弱了公平性。对执行双重结构国家的研究极少，但是现有案例研究证据所指



注：○ 表示预算收入，◐ 表示私营收入

图 11 预算经费及私营收入的双重结构组织设置

出的重点关注问题与 Preker-Harding 框架得出的预测一致。

案例研究发现，最应重视的问题是城市公立医院的医务人员的收入多来自私营渠道，如按服务项目付费的收入及药品销售盈利。这样一来，来自政府的预算收入就显得“微不足道”了。如果公立医院受传统的项目预算管理，改革就不受医院产出或者医院绩效等其他维度的影响，无法产生激励因素促使医院改进。医院的盈利动机增强，医院对私营收入有很大的自主权，可以保留利润，医院行为在许多方面与不受规范的私立医院相似。

一些以减轻政府预算负担为目标对医院进行私有化的国家也有类似不成功的教训，他们允许医院无限制地创收，没有采取法人治理的有效模式，没有对诊疗费或质量进行相应的规范，而且没有适宜的社会保险制度。对亚美尼亚医院自主化和私有化改革的研究发现，公平性显著削弱，非正规付费居高不下，即使私立医院也是如此。近期，亚美尼亚政府试图重新加大对自主化及私有化医院的管控，但是遭到强烈抵触，因为此举触及了医院所有者和专家的固有利益。

只要采取了这两种改革方案的任何一种，这些国家就会出现在利益驱使下

自费医疗服务项目过度使用的问题。由于对自主化私营医院缺乏管理和问责机制，这些医院在赢利性高技术服务项目的投资方面出现了浪费和重复建设的问题（例如黎巴嫩和亚美尼亚）。在情况最严重的国家（例如亚美尼亚），由于患者付费过高、非正规费用过高等原因，医院陷入了低使用率、低收益的泥潭。在印度尼西亚，由于医院可以与盈利性药店进行合资，导致了滥开处方的问题。

采用双重组织结构的国家在改革中面临着双重挑战：一方面要改革政府预算对医院的补助方式，另一方面要改革缺乏管理和问责机制的服务收费体系。就后者而言，各国的问题与美国医院实施有管理的医疗服务之前的“按项目付费”时代所面临的问题相似。美国转型的研究和经验对众多中等收入国家公立医院和私营医院改革同样有启发。

少数国家在双重结构的组织设置下，通过不完全的公共部门自主化改革，取得了积极成果。此类国家包括土耳其（见专栏2）和印度中央的RKS医院。

在卫生部不能对合同进行有效监控的情况下，承包方缺乏医院管理经验、公益动机或社会责任，将公立医院管理外包给非政府组织也有一些不成功的教训。在质量标准不完备、合同监控不力、支付不可靠或延误、采购缺乏竞争或存在利益冲突的情况下，将非临床及诊断服务外给私营部门也碰到了一些问题。承包方和公共部门员工之间的协调也是失败的原因之一。英国实施私人财务计划时就发生了这种情况。

## 专栏2 土耳其医院的双重结构改革

土耳其队医疗卫生体系的长期改革，是在医院综合自主化与全民社会医疗保险（SHI）结合的基础上进行的。此种方式逐步中止了对卫生部医院的预算补贴，通过社会医疗保险，搭建了“需求方”的医疗卫生公共筹资渠道。社会医疗保险覆盖率扩大，降低了患者个人现金支付比例，巩固了采购和供方支付体系。公立医院体制改革存在争议，将医院转型为自主化的“公立医院联合体”，设有董事会的非营利性法人机构一再在立法过程中受阻。卫生部继续按照公务员编制雇佣医院工作人员，通过预算支付薪酬，同时也支付资本支出和核心设施的运营费用（如公共设施）。卫生部逐步增加医院管理者的决策权，包括雇佣合同制员工、将一些非临床功能外包出去以及租赁设备。财政部进行公共经费管理制度改革，将一些财政部内部审计员的财务管理权和责任移交给卫生部的财务部门。然而，大多数预算经费的使用权仍牢牢地掌握在卫生部手中。

随着社会保险覆盖面的扩大，允许卫生部医院对财政未完全拨付的项目向病人收费，由SHI报销这些费用。为了激励医院和医生，减少医生向私营部门的流失，准许医院设立

周转经费，管理 SHI 的付款和诊疗费。周转经费在财务控制、拨付、审计和报告方面有着一套独立，但又平行于预算补贴的体系。该体系允许医院管理周转经费，允许卫生部和医院管理者规范并控制私人 and SHI 对卫生服务的偿付，而不是让公立医院的个别医生通过提供按项目付费的自费服务及销售药品补充他们的收入。卫生部规范周转经费的分配，其中一部分经费作为员工的补充工资、根据他们的产出支付。由于这一做法使得按项目付费方式的不良激励因素（如医生多开药方等）不断出现，卫生部制定了规范，采取绩效为基础的方式支付医务人员的薪酬，其中包括个人和组织绩效混合指标。

土耳其规范和管理“双重结构”的方式满足了对公共财务管理的核心要求，有助于遏制医务人员向私营部门的流失，改进了医院的绩效激励机制。但是，土耳其的主管部门认为这种方式尚不理想，只有在其他方式遭到政治因素约束的情况下，才将其作为适应性策略使用。

基于几点原因，医院综合自主化方式要优于设立平行周转经费。财政部一直关注预算外支出和收入，并对财务年度报告及披露机制进行了改进。双重结构改革还意味着医院的收支没有综合的说明，而只有提交综合说明才能对医院的财务绩效进行管理和监控。在双重结构的审计及管理程序下，医院管理者不存在有效使用预算经费的动力，预算经费大多被用来支付公共部门员工的薪酬，忽略了医疗服务效率。

### （三）近期趋势

上世纪九十年代，许多 OECD 国家启动了医院自主化改革的试点和推广。治理改革的第二波浪潮在过去的 5 ~ 10 年中兴起，治理模式各有不同。每个国家根据其公立医院体系存在的问题，制定专门的解决方式。

虽然早期的改革重点是效率和成本控制，但是 OECD 国家近期的改革则转向质量、安全和循证医学。西班牙及法国的医院操作方案指南，以及英国保健质量委员会和国家临床评价研究所（NICE）的研究证实了这一点。法国等国家实施了强制认证，医院必须经过认证才有资格提供公共补偿的服务。

改变卫生部与医疗服务单位的角色及之间的关系也是近期英国卫生改革的重要内容。在过去，英国和其他国家由于中央卫生部门对医院的日常工作过度、过细干预，却对医院业绩缺乏监管，导致改革出现了问题。21 世纪头 10 年后期，英国的基金会改革通过缩减医院与卫生部和财政部的联系，增强了医院的自主性，这两个部委的参与曾经阻碍了 20 世纪 90 年代早期的第一波自主化改革浪潮。英国还让社会团体和员工参与医院管理委员会，解决公众和政治人物普遍认为存在的过度中央集权和缺乏灵活性等问题。

相比之下，法国 2007 年医院规划则加强了医生在医院治理和管理方面的作用，减少了传统的工会发挥的作用。法国的规划未强调社会代表或社会参与，对所有公立医院体制改革采取了中央决定的模式（Eeckloo 等人，2007）。

近期的改革增加了共性，可能对东亚国家进一步制订医院政策有借鉴意义。与二十世纪九十年代的改革相比，近期的改革更强调法人治理的临床维度与安全维度，并且更加细化绩效评估和监控，从而多方位地对公立医院进行问责和监督。

## 六、各国的经验教训

没有一种医院管理方法改革能够适用于所有国家，因为公立医院改革必须考虑当地实际情况。任何一个国家医院业绩表现是否良好受到以下多个因素的影响，包括：卫生体系结构、公共管理和财务制度、其他机构参与（例如卫生从业者的专业协会和工会）、公共部门与私营部门之间的关系、患者和公民与社会团体和医院之间的关系。

在中国这个规模大且情况复杂的国家，不可能存在一套适合各地、各级医院体系的标准建议。中国不同的地方政府、不同的医院集团已经进行了不同模式的改革，中国医院体制改革的起点千差万别，难以一言概之。

### （一）主要改革背景的差异

中国面临着住院和门诊治疗费用迅速增长以及医院效率低下的问题。费用控制和效率也是英国、澳大利亚等一些高收入国家改革的重要目标，然而中国改革的起点与他们不同。许多公立医院的运作和医生的执业均效仿私立医院，医院和医生都从按项目付费中获得可观的收入，并从加价的药品销售中牟利。

政府部门对公立医院及其医生创收的调节和管理缺乏强有力的杠杆工具，导致医院不受硬性预算控制的约束。相比而言，在实行公立医院自主化的高收入国家中，政府部门可以利用一系列政策，通过强制性预算控制促使公立医院提高效率。在这些国家，公立医院的收入主要来源于公共资源，即税收资金或强制性社会保险，而这些公共资源都规定了每年或多年的资金上限。政府部门和 / 或社会保险机构负责管理支付方式和价格水平，主要通过两种办法干预医院行为：签订服务量和价格合同的直接办法，采取措施控制干预水平的间接办法。

政府部门通过问责制和公共财务管理方式影响医院管理，进一步促进医院提高效率、控制成本，正因为此，一些国家认为需要保持医院的公有制属性。

除此之外，另外一些政策也有助于推动医院注意成本效益、循证的临床行为。例如，禁止医生销售处方药，医生不能经营私人药房或诊所，也不能向公立医院病人收费。药费通常包含在按病种付费的费用或医院预算中，管理层将药房作为需要控制的成本中心，而不是需要扩张的利润中心。

医院管理者、社会保险基金和卫生管理者对医院医生和其他临床人员的临床服务有重大影响。英国等国家建立了相关机制防止医生在诊治公费医疗患者或社会保险患者时降低服务质量，引导公费患者接受它们的自费医疗项目。“公费病人”、“公费项目”与“自费病人”、“自费项目”之间的界限明显。公费病人清楚公费项目属于免费服务或者需部分共付，这样一来，病人就参与协助医院预算控制。虽然在英国和澳大利亚等国，医生可能也有自己的兼职私营业务或者与公立医院签订了兼职聘用合同，但是这些方面的管理非常严格。一旦出现滥用权力的现象，医院管理者就可以取消医生的执业资格。

在中国，一些地方政府通过某些具体方法来控制公立医院预算，但是这样做要求增强对医院业绩的监督能力，同时需要专业机构负责对公立医院业绩问责。更重要的是，需要设定强制性预算约束机制：一种方法是控制支付方式和医保病人支付价格；另一种方法是将医院预算管理控制权分立出来。如果公共资金（预算和社会保险）占医院总收入的大部分，而且随着需求的增长，公共资金能够不断增长，那么这些改革就易于执行。

对于双重结构的医院，土耳其的模式则提供了一种途径，对按项目付费的收入进行更有力的规范和管理。对于那些按项目付费的自费收费和药品销售收入占主导的医院，则可参考美国在过去30年中从“按项目付费的医疗”向“管理式医疗”转变的途径。即便公立医院属性与美国的私立医院不尽相同，许多管理式医疗的设计技巧和策略仍对中国的改革有参考价值，因为中国也存在收入来源多样化、按项目付费收入占主导以及医生自主权的问题。美国的经验尤其对取消按项目付费、建立按病种付费的机制，改善“以药养医”并鼓励使用低价高效药品的做法，具有重要参考价值。同样，美国在增加医院管理者对医生临床治疗质量及成本效益性的影响方面也对我国具有指导意义。而最根本的

挑战之一就是，医院中那些从自费收入和药品销售中大赚特赚的专科医生可能会反对改革，因为这将威胁到他们的收入或执业自主权。

美国在克服这些障碍方面也有值得借鉴的经验。与美国相同，中国的卫生系统非常复杂和多元化，参与管理的出资人、医院所有者和政府机构众多。美国的经验包括：医院有权对有私营业务的医生实行“准入特权”，即增加相关条款使得管理者有权对这些医生的服务和资源利用方式有更多的影响力。在与专业人员和医院签订承包合同和报销补偿协议时，社会和私营医疗保险机构选择更加细致的方式，并且采取资金奖励方式鼓励降低费用、采用高成本效益治疗方式和管理资源用途。中国可以对这些方法进行试点，从而获取宝贵经验。

## （二）各国的经验教训

对于越来越多进行改革的中国地方政府和医院集团，国家间比较研究得出的一些经验教训具有很高的参考价值。改革的复杂性要求政策具有连贯性、稳定性，要求政府机构的执行能力强、有公信力。

当 Preker-Harding 的五个主要组织维度不能完全满足时（决策权、市场风险程度、剩余索取权、问责机制以及社会功能），改革结果往往不甚理想。除非医院能保留结余、自负盈亏并面对市场压力，否则效率或病人满意度几乎不可能得到改善。改进临床质量，提高卫生服务的合理使用以及改善公平，需要以结果为导向的绩效问责新形式，需要为社会公益目标订立明晰的合同并提供资金支持，如治疗贫穷或无医保的患者。如果医院实现自主化的同时未能充分关注问责机制和社会功能，不公平和不合理的问题就会更加突出。

医院体制改革需要政策设计和实施之间的密切协调，因为“细节决定成败”。要完全对应改革并根据环境和重点的变化调整改革，可能需要几轮的审核和修改。

没有建立严格的医院预算约束的国家，医院改革极少能取得成功。这种控制并不是要限定年开支总额，而是要求对定价进行控制，脱离按项目付费的支付机制，减少不必要的服务。

如果政府缺乏管理能力（政策制定、业绩监督和公共服务问责机制），医院管理能力有限，医院改革难以取得成功。针对这种问题，政府和医院需要与负责任的、有经验的和非营利性的医疗机构进行合作。加强管理制度和管理技

能对成功的医院自主化改革也必不可少。即使不进行医院体制改革，也益处颇多。

成功的实施策略涉及到：（1）明确改革成功的先决条件，包括管理体系和能力、承包能力和监管能力；（2）对医院（和实行分散管理国家中的地方卫生主管部门）进行评估，以确定是否具备这些先决条件；（3）在具备条件的医院和地区进行试点；（4）在推广改革前，在不具备条件的医院和地区创造这些先决条件。

## 第六章 结论

本文对近年来中国医院体系的改革尝试进行了概括，介绍了一套分析医院改革的方法，并应用这种方法分析中国改革的主要特点。本文将中国经验与国际经验进行比较，指出其他国家改革中对我国有借鉴意义的经验。

中国各地的政策制定者在采用改革方式和确立改革重点上极少有连贯性。]改革通常由地方（省或市）政府发起，而不是在中央指导、控制或评估下进行。极少有改革推广到其他省，对政策评估缺乏或不足。但是，通过对这些措施的优缺点进行研究有助于下一阶段改革的开展。

1985年的改革在医疗卫生领域引入了民间资本，帮助建立与市场价格关联的医疗收费机制。1989年的改革明确了公立医院的国有企业地位和公立医院可保留创收。1992年，政府建议将人事权下放地方，但是国家仍控制着人员编制、床位数，人事权下放未能全面执行。2000年尝试在明确的财务、税收和共付制度规定框架下，由地方自主制定人事政策。

2005年以后，改革取得了重大突破。地方卫生主管部门开始了自主化和现代管理技术方面的地方改革，包括传统的非医疗性服务外包和更加激进的、接近私有化的改革。还有一些地方则采用了托管模式，医院对日常管理事务有自主权，但是保持医院的国有制属性。但是，近期的改革似乎更加强调减轻政府财政负担，而不是提高技术和资金配置效率。

尽管过去30年政策改革取得了成就，改革也产生了一些负面效果。医院支出增速超过公共预算和社会保险收入，出现了效率下降、投资浪费、过度服务和不足并存等问题。专栏3对目前的问题进行了概括。

### 专栏3 主要政策问题归纳

#### 1. 政策缺陷

· 在经费自筹的政策下，公立医院受强大的激励因素驱动，针对负担得起的患者扩大营利性自费服务和药品销售。与此同时，基本服务和社会功能被忽视，特别是针对贫困人群的救助等。

· 公立医院总支出的控制不力，对高效、合理，循证的服务缺乏相应的激励机制。

· 融资组合方式导致医院设施增长和分布不均衡，城市、县级医院占主导，初级卫生保健和门诊服务，特别是农村地区的服务得不到重视。

· 公立医院作为国有企业仍在传统的政府治理模式下运营，管办未分离；在人事和预算补偿方面仍继续受到各级政府的集中调控。

· 各提供方缺乏多元性（公有制和多种私有制）及竞争。

#### 2. 政策成效

· 医疗机构和服务量得到增长。

· 地方改革的范围和管理模式引发了许多改革尝试，包括国有企业模式、托管模式、资产所有权和管理权与服务运营管理权向分离、管理承包、资产租借、服务公司共同管理、医院集团和网络建设。

· 借鉴国际选择模式，引入供方支付机制改革。

· 支持性服务的外包改善了成本管理，降低药品成本取得一定成效。

当前的改革框架是2007年国家卫生工作会议上确定的，是一种将购买方与提供方分离的模式。与此同时，进行了一系列雄心勃勃的政策改革，包括制定针对营利性和非营利性医院的财务、社会保险和医务人员规章制度。改革的目的是通过建设公共卫生、医疗服务等构成的医疗覆盖体系，提高医疗服务的可及性。

中国公立医院管理体制仍在进行。中国各地的社会经济发展水平差距较大，各地医院的规模、功能、任务、管理体系、运营机制和整体绩效也存在较大差异。

本文旨在为下一步改革设计提供参考。对于中国这样情况复杂的大国，不可能存在适用于全国各地、各级医院的标准化改革方案。而且，一些地方政府和医院已经根据不同模型进行了一些改革，各地医院组织结构改革的起点差距颇大，改革不能采取一种方式。鼓励各地进行积极的试点、探索和学习，则会产生更好的效果。在试点过程中，可以进行评估、经验总结和推广。

2009 年底，政府宣布将在 16 个城镇地区进行试点。试点改革在设计时采用了本文提出的分析和实施框架。例如，有关管理决策权的章节指出，有必要进一步将人力资源管理和运营权下放给医院管理层。如果采用绩效激励的形式，医院预算补贴将更为有效。加强问责机制的改革包括：成立具备适当专业水平的医院监管机构、建立强大的信息系统、设计更好的绩效评估体系。社区代表参与管理机构有助于公共事业单位改善工作。需要明确公立医院的社会职责，同时提供足够的资金，并执行合理的承包制。

为了控制医院支出、提高效率，改革就需要采取协调一致的方法，并涵盖多方面的内容，包括规划和投资、组织和管理、通过支付制度改革重新构建激励机制、问责机制建设、社会功能的资金筹措和管理支持。如果缺乏对医院预算的强制性控制，改革难以取得成功。在中国，各方需要协调一致地采用多种政策机制，从而促使医院控制成本、更有效地利用资源。此外，还需要进行一系列补充性改革，包括强化初级卫生保健、建立首诊和转诊机制、扩大医疗保险覆盖面、实现私营机构的协调一致和有效管理、设计临床路径、管理能力建设和供方支付方式改革。为了强化政府监管，有效地推行下一阶段的医院体制改革，国家和地方卫生主管部门需要加大投入，建设政策、规划、绩效监督和问责、改革评估相关的信息系统。很重要的一点就是要建设一支训练有素的医院管理干部团队，这需要花费几年的时间，而且需要相关政策支持，保证医院管理工作能够吸引有相关技能和经验的人才。

本文概括了一些国际经验，可能对中国下一阶段改革有借鉴意义。有关各国医院组织结构改革的讨论对于地方政府和医院集团进行相关改革颇有价值。同时，本文强调指出，我们需要了解中国和其他国家在改革的起点和环境方面存在差异，需要对国际经验在地方的可适用性进行评估。

卫生改革颇为复杂，需要政策的连贯性、稳定性，需要政府机构具有很强的执行能力和公信力。组织结构改革需要政策制定和执行之间的密切配合，改革的规模和进度需要与执行能力保持一致。经过一段时间，们通过反复评估、政策评估和调整，中国能够确定最有效的改革方式，从而在卫生系统内提高政策连贯性、统一服务标准和改善医疗服务公平性。

## 参考文献:

- [1] 王小合. 对构建公立医院社会评价体系的思考. 中国医院管理, 26 (74) : 5-7.
- [2] 王慧军, 叶炯贤, 张献共, 等. 打造预防保健专业化核心提升医院服务能力. 现代医院, 2006, 6 (7) : 136-138.
- [3] 刘继洪, 张小娟, 余海波, 等. 创建有特色的三级医院健康教育体系. 现代医院, 2006, 6 (12) : 148-150.
- [4] 北京晨报. 北京抗非: 医疗救治力挽狂澜中西医结合出奇兵. <http://www.china.com.cn/chinese/zhuanti/feiyan/347006.htm>.2003.
- [5] 新华社.北京规范发热门诊保留63家条件较好医院(附目录). <http://www1.china.com.cn/chinese/2003/May/325557.htm>.2003.
- [6] 中国网. 抗击非典纪实. <http://www1.china.com.cn/chinese/zhuanti/feiyan/318996.htm>.
- [7] 北京青年报. 北京还剩34名非典病人已连续一个月无新收治病例. <http://news.tom.com/Archive/1002/2003/6/28-21518.html>.2003.
- [8] 薛宇, 王长青, 季晓辉. 大型公立医院高等医学教育功能的探讨. 南京医科大型学报, 2005, 9 (3) : 222-224.
- [9] 聂祖春. 人事聘用与工资制度改革的实践与体会. 中国卫生事业管理, 2005, 1: 19-20.
- [10] 孔云龙, 金建清, 刘卫东. 国有民营体制下的人事制度改革与人才流动. 中国现代医药杂志, 2005, 7 (3) : 76-77.
- [11] 陈绍福. 我国医院管理者职业化调查. 中国卫生产业, 2004, 1: 80-82.
- [12] 于爱华, 刘业奇, 耿志伟, 等. 医院机构设置与人事制度改革探索. 现代医院, 2005, 5 (6) : 99-100.
- [13] 鹿均先, 吴建平, 李景芳, 等. 三级医院人事分配制度改革的实践与探讨. 现代医学, 2003, 31 (5) : 345-348.
- [14] 何秀琴, 付玉芬. 实行人事制度改革. 增强医院的发展活力和动力. 中国医院, 2004, 8 (4) : 14-16.
- [15] 卫生部、财政部、国家劳动总局关于加强医院经济管理试点工作的意见. [http://www.chinaorg.cn/zcfg/zcfg/2007-12/10/content\\_5142558.htm](http://www.chinaorg.cn/zcfg/zcfg/2007-12/10/content_5142558.htm).
- [16] 郭铁军. 试论我国医院人事制度改革. 大众科技, 2006, 2: 187-188.
- [17] 肖海汀, 张鹭鹭, 王向东, 等. 医院大型医用设备利用效率现况分析. 中华医院管理杂志, 2000, 16 (12) : 716-717.
- [18] 王鲁, 尹爱群, 刘炜. 医院信息化建设面临的问题及解决建议. 医疗设备信息, 2007, 22 (7) : 81-82.
- [19] 管勇. 试论完善公立医院的补偿机制. 中国卫生资源, 2008, 11 (2) : 54-55.
- [20] 高洪波, 丁晓丽. 公立医院补偿机制研究. 卫生经济研究, 2007, 12: 36-37.
- [21] 刘彦明. 政府加大投入和适度医疗将成为新医改看点. 中国银河证券, 2006.

- [22] 穆立红, 王雪涛, 徐波. 卫生筹资政策变化对医院的影响. 卫生经济研究, 2004, 5: 25-26.
- [23] 孔善广. 地产过热与医疗资源过剩.
- [24] 程家祥. 公立医院的政治经济基础和补偿对策. 中国卫生事业管理, 2001, 10: 582-583.
- [25] 李乐波, 曹漪. 公立医院财政补偿方式探讨. 医学与社会, 2008, 21 (2) : 34-35.
- [26] 金春林. 上海市公立医疗机构补偿机制改革. 卫生经济研究, 2005, 11: 37-38.
- [27] 张焕萍. 科研投入——医院可持续发展的重要保障. 中华医学科研管理杂志, 2003, 16 (4) : 223-225.
- [28] 梁照国. 医院融资租赁固定资产的控制管理与财务核算. 中国保健——医学研究版, 2007, 25 (22) : 35-38.
- [29] 王淑红, 陆岷, 张秋菊, 等. 运用单病种核算及住院费用最高限价控制医药费用增长. 中国卫生经济, 2003, 22 (8) : 27-28.
- [30] 金江. 铜陵县试行单病种限额付费工作则探. 中国农村卫生事业管理, 2007, 27 (2) : 93-94.
- [31] 陈瑶, 姚建红, 罗正乾. 单病种定额付费对新型农村合作医疗实际补偿比的影响. 中国医院管理, 2007, 27 (8) : 35-36.
- [32] 张继伟, 杨永萌, 张红丽. 黑龙江省新型农村合作医疗试点县补偿方式调查研究. 中国卫生经济, 2005, 24 (4) : 56-59.
- [33] 阮肖晖, 黄汉津. 国内外医院后勤服务业务外包的对比研究. 医院管理论坛, 2005, 11: 58-61.
- [34] 诸葛立荣. 国内外医院后勤服务模式比较. 中国卫生资源, 2003, 6 (2) : 88-90.
- [35] 陈春涛, 蔡志明, 卢祖询. 关于建立现代医院后勤管理体制模式的探讨. 中国医院, 2004, 8 (10) : 38-40.
- [36] 肖平, 方豪, 刘颜. 国内外医院后勤社会化研究. 现代医院, 2005, 9 (5) : 2-4.
- [37] 邢少文. 广州6家社区医院被集团接管引发医改方向之争. 医院领导决策参考, 2006, 19: 31-35.
- [38] 王丹刚. 药房托管——提高医院营利的新模式. 2007, 74-75.
- [39] 中国医院协会信息管理专业委员会. 中国医院信息化状况调查报告——2006公开版. 中国数字医学, 2006, 2 (2) : 5-15.
- [40] 刘谦. 海南省综合医院信息化建设的现状与对策. 中国卫生统计, 2007, 24 (6) : 624-625.
- [41] 辛均益, 虞颖映, 楼毅. 当前我省医院信息系统面临的挑战和对策. 浙江临床医学, 2005, 7 (12) : 1343-1344.
- [42] 王宁, 胡碗. 国内医院信息系统标准化存在的问题及解决方案. 中国医院管理, 2005, 25 (10) : 37-39.
- [43] 夏保京. 加快我国医院信息化建设的思考. 现代预防医学, 2008, 35 (3) : 502-503.
- [44] 石光, 谢欣, 邱亭林. 公立医院改制的动力特点与相关政策. 中国卫生资源, 2004, 7 (6) : 267-269.
- [45] 梁铭会, 李敬伟, 王霞. 我国部分公立医院治理结构改革实例. 中国医院, 2007, 11(5): 11-14.
- [46] 雷海潮, 王爱国, 钟东波, 等. 公立医院托管改革的实践与启示. 中华医院管理杂志, 2003,

- 19(8): 459-462.
- [47] 刘东兴, 王继武. 公立医院托管改革模式的制度分析及建议. 中国医院管理, 2004, 24 (9) : 8-9.
- [48] 许立新. 医院托管模式及人才队伍建设的探析. 南京医科大学学报 (社会科学版), 2007, 4: 323-325.
- [49] 赵明, 马进. 苏州市公立医院管理体制改革剖析. 中国医院管理, 2007, 9: 7-11.
- [50] 赵明, 马进. 潍坊市公立医院管理体制改革剖析. 中国医院管理, 2007, 27 (8) : 9-12.
- [51] 李洪兵. 我国医院集团形成机制研究. 中国医院管理, 2007, 27 (2) : 9-12.
- [52] 李永秋, 李士雪, 张英洁. 关于医院集团发展的问题和议. 中国卫生事业管理, 2006, 1: 19-20.
- [53] 王玉梅. 我国医疗集团刍议. 中国国情国力, 2005, 11: 15-17.
- [54] 张寓景, 孙逊, 李婷. 我国医院集团发展现状与对策分析. 解放军医院管理杂志, 2007, 14 (6) : 411-412.
- [55] 许定河. 我国公立医院集团概览. 中国医院院长, 2007, 5: 26-27.
- [56] 杨洋, 朱迪. 关于青岛市医疗机构集团化发展的思考. 齐鲁医学杂志, 2007, 22 (2) : 176-178.
- [57] 李洪兵. 我国医院集团形成机制研究. 中国医院管理, 2007, 27 (2) : 9-12.
- [58] 刘伟, 戴新泉, 杨海人, 等. 昆山市第一人民医院组建医院集团的实践与探索. 中国全科医学, 2003, 6 (9) : 737-739.
- [59] 李成修, 尹爱田, 钟东波, 等. 医院集团的成因与成效分析. 中国医院, 2004, 8 (9) : 1-3.
- [60] 李永秋, 李士雪, 张英洁. 关于医院集团发展的问题和议. 中国卫生事业管理, 2006, 1: 19-20.
- [61] 邢少文. 广州6家社区医院被集团接管引发医改方向之争. 医院领导决策参考, 2006, 19: 31-35.
- [62] 孙胜伟, 周岚, 赵列宾, 等. 瑞金医院集团实施多元化办医策略的则步研究. 中国医院管理, 2003, 23 (11) : 10-12.
- [63] 何镜清. 公立医院的集团化发展. 现代医院, 2005, 5 (3) : 90-91.
- [64] 王保真, 王斌, 喻传顺, 等. 城市国有企业医院社会化的探讨. 中国医院, 2003, 7 (2) : 14-18.
- [65] 陈绍福. 点评国有企业职工医院社会化剥离. 中国卫生产业, 2006, 11: 58-63.
- [66] 潘习龙, 孙萍. 企业医院剥离的激活与思考——探索大连石化医院剥离整合的历程. 中国卫生产业, 2006, 11: 55-57.
- [67] 尚玉明, 黄邦良. 企业医院改制: 嫁女还是娶媳?——一位院长的改制日记. 中国医疗前沿, 2007, 3: 60-63.
- [68] 朱朝雷, 金小平, 赵传利. 江苏省铜山县出台整合村级计生、卫生资源实施意见. 中国计划生育学杂志, 2004, 2: 75.
- [69] 刘玲玲, 金小凤. 卫生计生共携手新时期计划生育优质服务新模式探索. 中外健康文摘,

- 2007, 4 (6) : 733-734.
- [70] 俞爱月, 周春雨. 城乡社区“计卫联手”计生医疗服务模式则探. 中国农村卫生事业管理, 2005, 25 (9) : 67-68.
- [71] 王传江, 周蕾. 公立医院产权制度改革研究进展. 中国社会医学杂志, 2007, 24 (2) : 94-96.
- [72] 柳辉艳, 高家彦, 裴丽昆. 从国外高级医院管理人员培养模式看中国医院管理人员的培训. 中国医院, 2005, 19 (10) : 36-38.
- [73] 曹秀贤, 赵立宇. 浅析新形势下医院管理人员的职业化发展趋势. 中国卫生事业管理, 2004. (188) 2: 72-73.
- [74] 卫生部. 卫生部关于开展卫生管理干部岗位培训的通知. 2004.
- [75] 方形. 我国缺乏三类卫生人才. 健康报, 2005-01-11 (2) .
- [76] 孙国根, 蔡琳. 医院需要复合型职业院长. 健康报, 2004-10-22 (3) .
- [77] 杨莉, 裴丽昆, 李树强, 等. 医院中层管理者培训需求分析. 中华医院管理杂志, 2007, 23, (9) : 634-636.
- Aaviksoo, A., D. Balabanova, T. Habicht, M.Jesse, A.Koppel, M.Reinap and S. Tsoлова. Hospital Reform in Bulgaria and Estonia: What is Rational and What is Not? Final Report. Praxis Center for Policy Studies and Index Foundation. Mimeograph (2007). Available at: [www.index-bg.org](http://www.index-bg.org).
- Alter, C. and J. Hage, Organizations Working Together, Newbury Park, SAGE (1993).
- Bennett, Sarah and Anne Mills, Government Capacity to Contract: Health Sector Experience and Lessons (1998). Public Administration and Development 18 pp. 307-336.
- Bloom E, King E, Bhushan I, Kremer M, Clingingsmith D, Loevinsohn B, Hong R, Schwartz. Contracting for Health: Evidence from Cambodia (2007).
- Vikram K. Chand, Reforming Public Services in India: Drawing Lessons from Success Forthcoming report (2009). World Bank, Powerpoint summary. Available at: [http://11thnationalegovconf.gov.in/htm/data/Day1/Session-1/Vikram 20Chand.pp](http://11thnationalegovconf.gov.in/htm/data/Day1/Session-1/Vikram%20Chand.pp)
- Chawla et al. Various papers on hospital autonomy (2001). International Health Systems Program, Harvard School of Public Health.
- Chulalongkorn University Faculty of Commerce and Accountancy, Ban Phaeo Management Development for a Sustainable Hospital (2003). Health Services Research Institute, Bangkok.
- Eeckloo, Kristof , Luc Delesie. Where is the Pilot?: The Changing Shapes of Governance in the European Hospital Sector. Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, March 2007, Vol. 127 (2).
- Figueras, J. E. Jakubowski and R. Robinson (eds). Purchasing to Improve Health System Performance (2005). Open University Press, Buckingham, UK.
- Glouberman, Mintzberg Glouberman, S. and Mintzberg, H. Managing the Care of Health and the Cure of Disease (2001). Health Care Management Review, 26, 56- 69 and 70-84.
- Gauthier, Bernard and Ritva Reinikka, Methodological Approaches to the Study of Institutions and

- Service Delivery: A Review of PETS(2007). QSDS and CRCS, World Bank and HEC, Montreal, mimeograph, August 24, 2007.
- Harding, April and Betty Alvarado, Primary Health Care and the CLAS in Peru: Background Paper for the RECURSO Study (2005). World Bank, unpublished mimeograph, May 2005.
- Harvard School of Public Health. Improving Hospital Performance Through Policies to Increase Hospital Autonomy, Series of papers, including methodology, implementation framework, and five country case studies (1996). Available at: <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/topic.html>
- Johannes, Lars, Patrick Mullen, Peter Okwero & Miriam Schniedman, Performance-Based Contracting in Health: The Experience of Three Projects in Africa (2008). Available at: [http://www.gpoba.org/docs/OBApproaches19\\_Africa\\_Health.pdf](http://www.gpoba.org/docs/OBApproaches19_Africa_Health.pdf)
- Khan, I.A. India, Indore, M. Pradesh, Rogi KalyanSamiti. Renovation of the Maharaja Yaswant Rao Hospital(2001). unpublished description of RKS project for hospital revenue mobilization and civil society participation in hospital governance.
- La Forgia, Gerard M., Health System Innovations in Central America: Lessons and Impact of New Approaches(2005). The World Bank, Washington DC.
- La Forgia, Gerard M. and Bernard F. Couttolenc. Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence (2008). World Bank, Washington DC.
- Leonard, Kenneth L., Melkiory C. Masatu & Alex Vialou, Getting Doctors to Do Their Best: the Roles of Ability and Motivation in Health Care Quality (2006), *Journal of Human Resources* 42(3), 682-700.
- Leonard, Kenneth L. & Melkiory C. Masatu. Variations in the Quality of Care Accessible to Rural Communities in Tanzania (2007). *Health Affairs* 26(3). 380-392.
- Loevinsohn, Benjamin and April Harding. Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries (2005). *Lancet* 366(9486), 676-81.
- Loevinsohn, Benjamin and Ghulam Sayed, Lessons from the Health Sector in Afghanistan: How Progress Can be Made in Challenging Circumstances (2008). *JAMA* 300, 724-726.
- McKee, M. and J. Healey (eds) . Hospitals in a Changing Europe(2001). European Health Reform Observatory, Copenhagen.
- Matzuda, Yasuhiko, Jeffrey Rinne, Geoffrey Shepherd, and Juliana Wenceslau. Brazil: Enhancing performance in Brazil' s health sector: Lessons from innovations in the state of S.o Paulo and the city of Curitiba (2008). En Breve No. 116 (February). World Bank, Washington DC.
- Preker, A. S. & A. Harding (Eds). Innovations in Health Service Delivery(2003), World Bank, Washington DC.
- Preker, A.S. & J. Langenbrunner. Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor (2005). World Bank, Washington DC.
- Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman & Michael R. Reich. Regulation, in *Getting Health*

- Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity (2004). New York, NY: Oxford University Press.
- Scott, Richard W. The Organization of Medical Care Services: Toward an Integrated Theoretical Model (1994). in Medical Care Review 50th Anniversary Edition.
- Ssengooba, Freddie, Lynn Atuyambe, Barbara McPake, Kara Hanson and Sam Okuonzi. What Could Be Achieved with Greater Hospital Autonomy? Comparison of Public and PNFP Hospitals in Uganda(2002). Wiley InterScience. Available at: <http://www.interscience.wiley.com>
- Westcott, Clayton, World Bank Support for Public Financial Management: Conceptual Roots and Evidence of Impact (2008). Independent Evaluations Group Working Paper, World Bank, Washington DC.
- World Bank, Turkey. Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (2003). Human Development Unit, Eastern Europe and Central Asia. Report No. 24358-TU. World Bank, Washington DC.
- World Bank. Brazil. Enhancing performance in Brazil' s health sector. Lessons from innovations in the state of Sao Paulo and the city of Curitiba ( 2006). World Bank Report No. 35691-BR. World Bank, Washington DC.

## 附录1 各省、市、自治区的医院数据

表 A-1 各省、市、自治区每千万人医院数

省份	所有医院		三级医院		二级医院		一级医院	
	数量	排名	数量	排名	数量	排名	数量	排名
北京	429.3	1	40.6	1*	74.7	9	259.7	1*
天津	253.5	5	37.0	2	73.9	10	92.4	4
河北	155.6	16	5.5	27	61.6	13	46.8	10
山西	299.0	4	11.4	9	69.4	11	51.6	9
内蒙古	193.3	14	12.3	8	87.0	5	41.1	13
辽宁	201.1	13	20.3	4	67.4	12	57.9	8
吉林	209.6	12	7.7	21	80.1	7	36.9	14
黑龙江	237.8	6	17.2	5	87.5	4	81.7	5
上海	214.9	10	21.6	3	84.8	6	17.3	22
江苏	148.1	17	8.7	18	37.4	27	64.4	6
浙江	135.5	19	16.2	6	50.8	16	4.9	30
安徽	106.8	28	4.5	30	35.8	28	35.8	16
福建	95.5	30	10.1	10	41.7	23	15.8	25
江西	107.2	27	5.7	25	43.0	20	7.2	29
山东	133.4	20	9.2	14	42.8	21	41.2	12
河南	111.6	24	3.3	31*	41.2	24	36.1	15
湖北	97.0	29	9.8	11	39.8	26	20.8	21
湖南	110.4	25	6.0	24	42.5	22	25.6	20
广东	124.3	22	8.8	17	35.4	29	27.0	19
广西	87.5	31*	8.9	15	33.3	30	13.8	26
海南	216.3	9	6.9	23	27.8	31*	27.8	18
重庆	109.0	26	5.5	26	40.5	25	16.3	24
四川	128.4	21	5.3	28	46.6	18	12.5	27
贵州	117.7	23	5.2	29	43.4	19	32.7	17
云南	156.6	15	8.4	19	59.8	14	17.0	23
西藏	351.9	3	7.1	22	49.8	17	135.1	3
陕西	214.0	11	8.9	16	75.8	8	45.6	11
甘肃	140.8	18	9.3	13	59.8	15	9.0	28
青海	237.0	8	13.2	7	148.6	1*	3.8	31*
宁夏	237.0	7	8.0	20	110.5	2	64.0	7
新疆	355.9	2	9.6	12	103.3	3	200.8	2

来源：卫生部《2009年中国卫生年鉴》。

\* 阴影表示排名最高（#1）；阴影表示排名最低（#31）。

表 A-2 各省、市、自治区每千人床位数

省份	所有医院		综合性医院		社区卫生服务中心		乡镇卫生院	
	数量	排名	数量	排名	数量	排名	数量	排名
北京	6.4	1	4.2	1*	0.1	19	1.0	11
天津	3.9	3	2.3	6	0.5	2	0.8	24
河北	2.1	17	1.6	18	0.3	7	1.0	14
山西	2.7	10	1.9	11	0.2	11	1.1	7
内蒙古	2.4	13	1.8	13	0.4	4	1.0	13
辽宁	3.4	5	2.3	4	0.3	10	1.1	6
吉林	2.9	6	2.1	8	0.1	27	1.0	16
黑龙江	2.9	7	2.2	7	0.1	22	0.7	26
上海	5.5	2	3.5	2	1.5	1*		
江苏	2.2	16	1.5	20	0.3	9	1.4	1*
浙江	2.8	9	2.0	10	0.2	13	0.5	29
安徽	1.5	28	1.2	28	0.2	17	0.9	18
福建	1.8	22	1.3	24	0.1	24	0.9	20
江西	1.5	29	1.1	30	0.3	6	0.8	25
山东	2.3	14	1.7	14	0.2	18	1.3	3
河南	1.7	25	1.3	23	0.1	26	0.8	21
湖北	1.9	21	1.4	21	0.3	8	1.0	9
湖南	1.8	24	1.3	25	0.2	15	1.0	15
广东	2.3	15	1.7	16	0.0	29	1.0	8
广西	1.5	30	1.1	31*	0.0	28	0.8	22
海南	1.8	23	1.4	22	0.0	30	1.0	10
重庆	1.6	27	1.2	27	0.1	20	1.0	12
四川	1.7	26	1.2	26	0.2	14	1.2	4
贵州	1.4	31*	1.1	29	0.3	5	0.6	28
云南	2.0	18	1.6	19	0.2	12	0.8	23
西藏	2.0	20	1.7	15	0.0	31*	1.2	5
陕西	2.5	12	1.9	12	0.1	25	0.9	19
甘肃	2.0	19	1.6	17	0.2	16	0.9	17
青海	2.6	11	2.1	9	0.5	3	0.7	27
宁夏	2.8	8	2.3	5	0.1	21	0.5	30*
新疆	3.7	4	2.9	3	0.1	23	1.4	2

来源：卫生部《2009年中国卫生年鉴》。

\* 阴影表示排名最高（#1）；阴影表示排名最低（#31）。

表 A-3 2008 年各省、市、自治区医院效率数据

省份	每名医生日均 接诊人次		床位周转率 (%)		出院病人平均 住院天数	
	数量	排名	数量	排名	数量	排名
北京	8.1	6	83.0	10	15.0	30
天津	7.5	8	75.5	22	13.2	28
河北	4.1	27	76.4	21	9.0	1*
山西	3.2	31*	69.7	29	11.3	22
内蒙古	4.0	28	71.4	28	11.0	19
辽宁	4.5	25	76.5	20	12.0	27
吉林	3.9	29	67.5	31*	10.7	15
黑龙江	3.7	30	68.8	30	11.3	21
上海	11.2	2	99.5	1*	15.5	31*
江苏	8.1	5	89.0	4	11.4	26
浙江	9.6	3	89.8	3	11.3	24
安徽	4.9	20	83.3	9	11.3	23
福建	8.5	4	92.7	2	10.4	11
江西	5.6	15	80.6	17	9.1	2
山东	4.8	22	78.8	19	9.8	5
河南	5.4	16	82.6	12	10.5	12
湖北	5.8	13	87.3	6	10.7	16
湖南	4.7	23	86.7	7	10.4	9
广东	12.1	1*	84.6	8	9.5	3
广西	7.6	7	81.9	15	9.8	6
海南	5.7	14	72.9	25	9.7	4
重庆	6.9	9	82.2	14	11.4	25
四川	6.3	11	87.5	5	10.6	14
贵州	4.3	26	79.3	18	9.8	7
云南	6.7	10	81.9	16	10.8	18
西藏	5.4	17	71.7	27	14.3	29
陕西	4.9	21	74.6	23	10.7	17
甘肃	5.1	18	72.8	26	10.5	13
青海	4.6	24	73.5	24	10.0	8
宁夏	6.0	12	82.6	11	11.2	20
新疆	4.9	19	82.4	13	10.4	10

来源：卫生部《2009 年中国卫生年鉴》。

\* 阴影表示排名最高（#1）；阴影表示排名最低（#31）。

## 附录2 人力资源开发和管理改革

随着科学管理重要性的日益显现，卫生管理人员的培训也必须取得实质性的进展。卫生管理人员培训项目包括短期培训、交流论坛、学位课程以及职业学位教育<sup>[72]</sup>。

### 一、短期培训

为现有卫生管理人员安排内容不同的培训课程。短期培训具有培训目标明确的优势，可以包括基本管理技巧培训，提高管理人员进行日常管理的能力。由于成本较低、时间灵活，短期培训适用于各级管理人员，内容可以多种多样。

### 二、交流论坛

主要针对高级卫生管理者，主要由政府、卫生管理机构、科学研究所、学术团体和培训公司负责。论坛主要关注新颁布的政策和规程（例如《医院药物收支分开管理试行办法》）、卫生管理难点问题或者特定管理工作。论坛的优势在于时间利用率高、目标明确、交流充分，众多高级卫生管理人员可以互相讨论、学习和交流，有助于他们拓宽视野、提高能力。

### 三、学位课程

为了改进系统的卫生管理知识培训，近年来许多高等教育机构设立了职业学位课程，培养医院管理的高级职业人才。北京大学医学部、哈尔滨医科大学以及澳大利亚拉筹伯大学（La Trobe University）联合开设了卫生管理硕士（MHA）项目。复旦大学和北京大学-中国辉瑞项目举办了医院院长的高级培训课程。北京大学卫生政策和管理研究中心、北岸医疗集团（North Shore-LIJ Health System）和辉瑞制药有限公司联合组织了医院管理高级培训课程。清华大学继续教育学院卓尔培训中心设立了医药产业行政管理人员高级培训项目以及现代医院职业管理培训项目<sup>[11]</sup>。

### 四、专业学历教育

专业学历教育的对象主要为准备入学考、毕业考或医生资格考的学生，是取得卫生管理团队职业化的基本途径。卫生管理学位教育体系目前还处于初级阶段，形成了针对专科生、本科生及研究生的多级教育方式。然而，教育以学士学位教育为导向。专科教育和课程体系还未统一，教学内容和方式落后，仍

缺少政策研究、经营和管理课程以及案例教学方式。加快卫生管理学位教育的发展将逐步改变卫生管理团队的专业结构,使得卫生管理团队更职业化<sup>[73]</sup>。

### 五、对管理培训的未来需求

在今后的五到十年中,为了为卫生机构培养国际化的管理者,需要加大对卫生管理骨干的培训。2004年,卫生部指出,目前的卫生管理骨干队伍无法对卫生部门产生积极作用,因此改进卫生管理骨干的岗位培训对于建立一支高素质的、专业的卫生管理骨干队伍是必不可少的<sup>[74]</sup>。2005年,卫生部前任部长高强在布置卫生工作时说,需要三类人才,其中包括经营和管理人才<sup>[75]</sup>。

目前,中国医院的院长99%是专家型,他们的角色相当于“全职医疗专家,兼职的院长”。他们必须在管理医院的同时,提供临床专家服务、教授研究生并任职学术团体,每项工作都限制了他们的精力<sup>[76]</sup>。对21个省市的96家医院进行的一项研究显示,只有28家医院的管理人员接受过短期的专业岗位培训,53家医院的管理人员从日常工作中获得管理知识<sup>[73]</sup>。卫生管理干部的岗位培训存在困难,培养职业卫生管理人员迫在眉睫。

裴丽昆对医院管理人员培训需求进行的一项研究显示,围绕着人事管理开设的培训课程包括,加强团队建设、提高领导力、人力资源管理、人才培养、心理学、财务管理、项目管理、医疗市场情况以及医疗服务法规。领导科学和交流技巧是最为重要的。管理人员培训需求与他们在工作中碰到的困难一致。人际关系技能是最需要的,因为管理人员应该掌握有效的激励方式,使他们能与下属进行交流并建立和谐的团队。

李鲁等人进行的研究显示,有三种首选的培训方式,包括定期在职培训、多学时短期脱岗培训以及函授教育<sup>[77]</sup>。杨莉等人对医院中层管理人员的研究发现,59%的管理人员倾向于选择集中培训,41%倾向于讲座,部门主管则更欢迎为期2或3天的集中培训。

至于课程调整,跨学科的卫生管理人员因该了解国家卫生体系和卫生政策、管理学、卫生经济学和市场经济学、卫生法规、社会和人文科学以及医疗基础知识。为了解决实际问题,必须重视社会实践以及管理人员的能力开发。

李鲁等人的研究指出,85%的费用由上级部门和单位承担,15%由个人承担,这表明卫生管理干部普遍将参加卫生管理培训。然而,他们把学习卫生管理专

业知识看作为上级主管部门的任务，把改进他们的管理知识和技巧看作为单位的任务、而不是个人发展或教育投入的需求。这表明，卫生管理干部缺乏职业危机感，缺乏学习管理学的热情和主动性。深层次的原因则是，缺少一套卫生管理干部资格体系以及卫生管理专业知识和技能的考核标准。

## 政府为什么要干预医疗部门？\*

汪德华 白重恩

### 一、引言

正如1982年诺贝尔经济学奖得主施蒂格勒在其回忆录中所说，“亚当·斯密，及其前辈和后辈者们几乎都在致力于向政府建议，什么该做，什么不该做。”<sup>1</sup>在最近关于中国医疗体制改革问题的讨论中，施蒂格勒的这一论断又得到了验证。政府的作为或者不作为，在斯密的中国后辈们看来，似乎已经成为解决当前我国“看病难、看病贵”问题的关键所在。

近年来，中国医疗体制改革问题逐渐成为公众讨论的焦点。自改革开放之后，我国医疗卫生费用占GDP的比例已从1980年的3.17%，上升到2005年的4.7%。与此同时，在卫生总费用的构成中，个人的卫生支出所占比重已从1980年的21.2%，上升到2004年的53.6%；而政府预算卫生支出，以及由雇佣机构和社会保险机构支付的社会卫生支出所占比重都大幅下降<sup>2</sup>。数字的背后，体现的是我国医疗体制在过去二十多年中的巨大变化。在计划经济时期，我国通过财政补贴医疗机构及价格控制，大幅降低了医疗服务和药品的价格；同时，通过“公费医疗”、“劳保医疗”、“合作医疗”等方式，给予不同身份的居民一定程度的医疗保障。改革开放之后，一方面受财政体制变化的影响，政府对于医疗服务机构的投入比例越来越低，而是采取给政策的方式，允许医疗机构自行创收，政策的改变以及其他因素使得医疗费用大幅上涨；另一方面，随着市场经济机制的逐步确立，原来农村中依附于集体经济，城市中依附于“单位”的医疗保障体系逐步丧失存在的基础。这两方面因素的结合，使得我国居民的医疗负担大幅上升，而政府在医疗卫生方面所承担的义务却在下降。

正是在这样的背景下，“看病难、看病贵”问题日益成为社会关注的焦点。

---

\* 该文转载自《比较》，第36辑，中信出版社。

1. 乔治·施蒂格勒，《乔治·施蒂格勒回忆录：一个自由主义经济学家的自白》，中信出版社，2006年，第85页。

2. 相关数据来自于《中国卫生统计年鉴2006》，其中GDP数据均采用第一次全国经济普查后的数据。

一些有病不医、因病致贫的极端例子也屡见报道。为此，尤其是自2005年国务院发展研究中心发布《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》的报告以来，社会各界就我国医疗卫生体制改革的讨论渐入高潮。讨论中较为一致的意见即是要强化政府在医疗卫生领域的责任，然而各方对如何强化政府责任却分歧较大。一种观点认为，政府应当在卫生筹资上承担责任，推进全民医保；另一种观点认为，政府除了在筹资上要承担责任之外，还应当采用包括直接提供服务的方式干预医疗服务市场。由此产生所谓“市场派”和“政府主导派”之争。显然，按照施蒂格勒的说法，两派观点在政府“什么该做，什么不该做”方面既有共识，又有很大的分歧。

本文关心的问题，并非是政府该做什么，不该做什么这样具体的政策建议，而是在理论上分析政府为什么要干预医疗部门。纵观目前有关我国医疗卫生体制改革的讨论，人们往往在实践上提到发达国家政府干预的经验，在理论上认为医疗卫生部门存在严重的市场失灵，以此作为政府干预的理由。在医疗服务市场的市场失灵方面，一种看法认为医疗服务或者说基本的医疗服务是一种公共物品，或者说具有外部效应；另一种看法认为，政府发挥主导作用有助于解决医疗服务固有的信息不对称问题和道德风险问题。

在本文看来，单纯认为我国应遵循发达国家政府干预的经验，而缺乏对这些国际经验的历史考察，不理解其背后的运行机制，容易产生“淮桔成枳”问题。简单认为医疗部门存在市场失灵即需要政府干预，而不深入分析医疗部门市场失灵的特殊性，以及为应对这些市场失灵需要何种政策措施，则无助于我们判断各种改革政策建议的适用性。为此，本文第二部分首先总结发达国家政府干预医疗部门的历史进程；第三部分在理论上分析导致政府大规模干预医疗部门的主要原因是什么；最后探讨以上分析对于当前我国医疗体制改革的启示。

## 二、发达国家政府干预医疗部门的历史进程

如果观察今天的世界各国，政府在医疗卫生领域所起的作用非常广泛。首先，各国政府都致力于为居民提供公共卫生服务，一般都是政府直接组织生产，为居民提供免费的免疫接种、传染病防治、环境健康等方面的服务。其次，政府还会通过税收或者补贴等手段，鼓励或者限制与健康相关的活动，如以财政补贴大力支持医学科研和教育，对非盈利性医疗机构免税，对个人或私营组织

交付的医疗保险金允许在税前扣除<sup>3</sup>，对吸烟、饮酒等可能影响健康的行为高额征税等。最后，医疗卫生领域的政府管制非常突出。例如，一般说来，各国都有专门的机构负责新药审批等以管制药品质量。对于医护人员、医疗保险公司的执业进行严格管制。对于医院部门，很多国家都会在收费或者价格、进入、投资等方面都有管制（Salkever, 2002）；对于医院的诊疗措施也会进行利用审查，以判断其是否必要。

在所有的政府干预措施中，最为引人注目的当是各国政府在医疗保障方面的努力。以发达国家为例，2000年OECD各国由政府提供的医疗保障人口覆盖比率的平均值为93.0%，由此发生的支出占卫生总费用的比重平均值为72.2%，占GDP的5.7%。其中美国是个例外，其公共医疗保险主要向穷人和老人等提供，人口覆盖比例仅达25.3%，但是为此所支出的费用却达到卫生总费用的44.2%<sup>4</sup>。也就是说，美国公共医疗保险覆盖的国民数量虽少，但是它啃得都是硬骨头。从世界范围来看，政府提供的医疗保障主要采取两种形式：一是社会医疗保险模式；另一种是政府直接经营国有医疗机构，向国民提供免费或者低价的医疗服务。在许多国家，像医院这样的医疗机构大都是国有的。即使在美国这样以私有体制为主的国家，政府也直接运营了15%的医院。

本文关注的重点即是各国政府在提供医疗保障方面的努力，通俗的说即是做到“全民医保”。其原因在于这是政府干预医疗卫生领域的最主要方面（Cutler, 2002a）；从财政的角度看，这也是政府在医疗卫生领域花费资金最多的地方。到今天，绝大多数发达国家已经建立了较为完善的医疗保障体系，而发展中国家也正在努力完成“全民医保”的目标。因此从世界范围内来看，政府在医疗保障领域所起的作用都非常重要。按照WHO提供的数据计算，2004年世界各国卫生总费用占GDP比重为6.38%，而其中58.75%是公共支出，由此使得世界各国医疗卫生方面的公共支出占到政府总支出的11.18%<sup>5</sup>。然而回顾历史，这种以促进普遍覆盖的医疗保障体系的建立，保证居民就医平等可及为目标的

3. 在美国，政府为鼓励雇主为雇员提供商业性医疗保险，规定该项支出对雇主和雇员都不征税，每年为此付出的税收代价约为600亿美元。参见Cutler(2002a)。

4. 相关数据来自于Elizabeth Docteur and Howard Oxley（2003）。

5. 原始数据来自于<http://www.who.int/entity/whosis/indicators/2007NationalHealthAccounts/en/index.html>。汪德华（2007）的分析也指出，无论是卫生总费用占GDP的比重，还是医疗卫生方面公共支出占卫生总费用的比重，均与人均GDP正相关。

表1 部分 OECD 国家社会医疗保障覆盖历史

国 家	医疗保障覆盖历史	人均 GDP (PPP)	公共支出占 卫生总费用 比例 (%)	2001 年公共 医疗保障 覆盖人口 比例 (%)
加拿大	1947 年第一次省医疗保险计划	6716 (1947)		100
	1966 年 Medicare 实施	10665 (1966)	51(1965)	
	1971 年最后一个省开始实施 Medicare	12280 (1971)	70(1970)	
法 国	1928, 部分行业低收入工人强制性医疗保险, 1939 年覆盖 2/3 人口	2849(1928)		99. 9
	1967 年所有雇员参加国家医疗保险, 农民和 自由职业者参加其他保险	10041(1967)	75(1970)	
	1978, 统一覆盖	14456 (1978)	80(1980)	
德 国	1883, 低收入产业工人疾病基金	2237 (1883)		90. 9
	1960, 医疗保险覆盖 85% 人口。	8463 (1960)	72(1970)	
意大利	二战后, 互助会转化为地方性的国民健康保 险项目	1880(1945)		100
	1970 年代国民健康保险项目达到 90% 覆盖 率	9508(1970)		
	1978, 开始创立国家医疗体系	11911 (1978)	76 (1985)	
日 本	1922, 部分产业开始实施健康保险法 (1938 年扩展)	1762(1922)		100
	1958, 强制性国家医疗保险	3200 (1958)		
	1961, 所有地方政府实施	4307 (1961)	60(1960)	
英 国	1911, 覆盖手工工人和低收入工人, 覆盖率 逐步递增	4815 (1911)		100
	1946, 开始建立国家医疗服务体系 (NHS)	6440 (1946)		
	1948, NHS 实施	6441 (1948)	85 (1960)	
美 国	1965, 创立 Medicare 和 Medicaid	13316 (1965)	22 (1965)	25.3

资料来源 转引自白重恩、汪德华、张琼 (2007)。表中第二列各国医疗保险覆盖历史来自于 Cutler (2002)。第三列中对应时期的人均 GDP, 是按 1990 年国际美元核算的购买力平价 (PPP) 调整后的结果, 数据来自于麦迪森《世界经济二百年回顾》(中文版, 1997)。第四列中公共保险覆盖比例数据来自于 OECD Health Data (2005)。

政府干预，只是到 19 世纪末才开始，到二战后才大规模展开。表 1 总结了这一历史进程中若干发达国家的标志性事件。

医学史的研究表明，在 20 世纪之前，医疗服务对于解决人类的疾病痛苦几乎无作用。正是因为如此，世界上很少有政府介入医疗保障领域，仅有部分国家存在为低收入产业工人提供互助性疾病救助。从表 1 中可见，1883 年，德国的俾斯麦首相开始采用立法的形式，强制产业工人必须参加强制性的社会医疗保险，费用由工人和雇主分担，工人承担的部分与其工资成比例，从而在发达国家中拉开了由政府为居民提供医疗保障的序幕。此后，一些西方发达国家纷纷跟进，奥地利（1889 年），挪威（1909 年），英国（1911 年），日本（1922 年），法国（1928 年）等国均开始学习德国的方法，推广强制性社会医疗保险。表 1 中也指出，这些国家在推广社会医疗保险之初，主要面向低收入产业工人，然后逐步扩大覆盖范围。

在 20 世纪之初，各国强制性医疗保险的推进步伐较为缓慢。例如在德国这个社会医疗保险的先驱国，其二战之前医疗保险的覆盖面仅为 44%（魏托·坦齐等，中译本，2005）。1946 年，英国开始构建国家卫生服务系统（NHS），即采用税收筹资的方式，建设国营医疗机构，从而做到为所有英国人提供医疗服务。这一体系于 1948 年开始实施，从而拉开了各国推进医疗保障人群全覆盖的序幕。在此之后，日本（1958 - 1961），加拿大（1966 - 1971）和法国（1967）等依然采取强制性医疗保险模式，相继达到人群基本全覆盖的目标。而意大利于 1978 年转向类似于英国的 NHS 体系，也完成全民医保的目标。

在发达国家中较为特殊的是美国。虽然美国是非常发达的国家，但是其直至 1965 年才开始实施公共医疗保险项目。美国的公共医疗保险项目主要是 Medicare 和 Medicaid，其覆盖的人口仅包括老人、小孩和穷人等。但在政策层面，正如波特巴（Poterba，1994）所指出的，自罗斯福开始，几乎美国的每一位总统都试图建立一个覆盖全民的医疗保障体系。罗斯福政府曾于 1935 年试图推行社会保障计划的建立。在最初的计划中，包含了由政府出面组织医疗保险的内容，但由于反对派的压力最终放弃了这一内容。在随后的几年里罗斯福还专门成立了一个委员会，召开全国卫生会议以推动强制性的医疗保险计划，然而由于美国医疗协会等利益团体的反对，这一努力最终失败。战后杜鲁门总统

同样召开专门的全国会议以推动建立全国性的医疗保障计划，最后还是以失败告终。到了 20 世纪 60 年代，与中国当前的情况类似，由于医疗费用快速上涨，一些低收入阶层以及老年人无法负担医疗费用的问题变得日益突出，加上当时的约翰逊总统在政治上所获得的广泛支持，由政府筹资为主要形式的 Medicare 和 Medicaid 计划才最终得以通过。

伴随着各国公共医疗保障覆盖人群范围的扩大，政府在医疗方面的支出也越来越大。从表 2 可见，在二战之前，由于医疗保障覆盖的人群范围并不广，而且受益水平较低，因此政府的公共医疗支出并不高，其占 GDP 的比重在 1930 年平均值也仅为 0.4%。到了 1960 年代，一方面各国全民医保的目标已基本达到，另一方面医疗保障的范围也越来越慷慨，加上医疗技术的进步所带来的成本上升，公共医疗支出占 GDP 的比重开始飞速上升，1960 年平均值已达到 2.4%，1980 年较 1960 年更是翻了一倍以上，达到 5.8%。这样高额的公共支出也带来了巨大的压力，各国政府开始将改革的焦点放到微观机制的创新上，以控制医疗成本上升，提高效率，具体的分析参见白重恩等（2007）。

表 2 1913 ~ 1990 年公共医疗支出占 GDP 比重

国家	1910 年前后	1930 年前后	1960	1980	1990
澳大利亚	0.4	0.6	2.4	4.7	5.8
奥地利	...	0.2	3.1	4.5	6.2
比利时	0.2	0.1	2.1	5.1	7.2
加拿大	...	...	2.3	5.4	7.0
法国	0.3	0.3	2.5	6.1	6.7
德国	0.5	0.7	3.2	6.5	7.0
爱尔兰	...	0.6	3.0	8.4	6.0
意大利	...	...	3.0	6.0	5.9
日本	0.1	0.1	1.8	4.6	5.5
荷兰	...	...	1.3	6.5	6.9
新西兰	0.7	1.1	3.5	4.8	5.7
挪威	0.4	0.6	2.6	6.5	6.9
西班牙	...	...	0.9	...	5.8
瑞典	0.3	0.9	3.4	8.8	6.4
瑞士	...	0.3	2.0	5.4	6.9
英国	0.3	0.6	3.3	5.2	5.8
美国	0.3	0.3	1.3	4.1	6.3
平均	0.3	0.4	2.4	5.8	6.4

资料来源：转引自魏托·坦齐、卢德格尔·舒克内希特（中译本，2005）。

总结发达国家推进全民医保的历史历程有以下几点发现。首先，各国完成全民医保的目标都是多年积累的结果。如表 1 中所示，这些国家在达到医疗保险全覆盖之前，已经有部分覆盖的医疗保险和政府补助的医疗计划存在。例如，虽然意大利和德国立法完成医疗保障全覆盖的时间较晚，但实际上在此之前，这两个国家的医疗保险的覆盖率已经很高。其次，发达国家追求医疗保障统一覆盖，政策的着力点就是要保证穷人能享有富人一样的就医权。例如加拿大 1984 年的卫生立法（Health Act）中就明确强调，公民医疗服务的可及不应受到经济或其他因素的限制。从表中可见，在各国统一覆盖之前，都存在一些针对低收入者的医疗保险计划。更典型的如美国，虽然没有做到统一覆盖，但是其 Medicaid 项目就专门为穷人提供公共医疗保险。其三，各国在立法强制推行公共医疗保险时的国民经济实力有很大差别。例如加拿大和美国，在推行公共医疗保险时人均 GDP 已经超过 10000 美元；而日本在 1958 年人均 GDP 仅有 3200 美元时，就已经强制性实施公共医疗保险，到 1961 年人均 GDP 达 4307 美元时，已经基本完成全覆盖。最后，各国实现全民医保的方式多种多样，一个主要的差异即是政府是否控制医疗服务供给方。部分国家如英国、意大利的医院绝大多数控制在公共部门手中，并以免费或低价方式提供服务，以此达到医疗保障全覆盖的效果；但像加拿大、法国、日本、美国、德国等都以私立医院居多，医疗保障以保险的模式运作。当然严格说来，所有国家的医疗服务供给方都是公私混合，只是侧重点不同。例如美国 15% 的医院都是国有的。

### 三、政府干预医疗部门的主要原因

按照公共经济学（斯蒂格利茨，中文版，2005）的分析框架，政府干预市场运行的原因主要有效率和公平两个层面。从效率角度看，由于垄断、公共物品、外部性、信息不对称和不完全，以及宏观失衡等问题将导致市场运行失灵，无法达到帕累托最优，由此需要政府干预。从公平角度看，市场运行即使有效，也可能带来非常不公平的分配后果，而分配公平同样应是社会追求的目标，需要政府加以干预。回顾发达国家上个世纪的历史，可以发现各国政府都在积极的采用多种方式干预医疗卫生市场，尤其是在医疗保障领域。为什么政府要积极干预医疗卫生市场呢？显然这也可以按照公共经济学的框架来分析，从市场失灵和再分配两个角度进行探讨。

这里首先需要明确的是，医疗卫生服务可以区分为两个方面：一类是公共卫生服务，例如免疫接种、传染病防治等；另一类是普通的医疗服务，即对于个体疾病的诊断和治疗。对于前者，从理论上讲其作为公共物品或者外部效应的特征非常明显，在实践中各个国家也都将提供公共卫生服务看作政府的责任。学术界在这方面的讨论分歧较少。对于后者，在实践中多数国家的政府都至少在医疗保障领域担负着重要责任，但其与普通的物品究竟有什么不同？为什么需要政府干预而不是放任自流？尤其是我国学术界对此的认识就较为模糊，如引言中所指出的，目前主流的观点还是认为由于公共物品和信息不对称，医疗市场存在市场失灵，从而需要政府干预；而在本文看来，政府干预医疗市场的最主要原因是出于再分配目的。

### （一）市场失灵

#### 1. 公共物品

在最近有关我国医疗体制改革的讨论中，一个常见的观点即是认为医疗服务是公共物品，或者认为至少基本医疗服务是公共物品。例如国研中心课题组（2005），在论述为什么要加强医疗市场的政府主导作用时，理论依据即是医疗服务特别是基本医疗服务具有公共品或准公共品性质。甚至一些反对政府主导作用的学者也认为，医疗服务是公共物品，只不过一些其他公共行业的经验证明，公共物品也可以私人提供。由此可见，在目前的讨论中，医疗服务，尤其是基本医疗服务是公共物品的观念已经深入人心。

然而从理论上讲，虽然公共卫生服务应当被看作一种公共物品，但针对个体的医疗服务却很难发现其具有公共物品的特性。按照经济学的解释，公共物品应具有两个特性，一是非竞争性，即当增加一个人消费此产品时，并不影响原有人的消费，或者说消费的边际成本为零；二是非排他性，这是指物品的所有者在技术上无法排除其他人对此物品的消费。自然，现实中并不存在完全的私人物品和纯公共物品，存在的仅是按照竞争性和排他性程度不同组合而成的混合物品。对照这些定义，基于日常的经验就可以得出结论：与普通的物品相比，医疗服务并不具备多少非竞争性和非排他性特征。一方面，无论是医生的诊断服务，还是药品、医疗设备，竞争性特征都非常明显，在技术上无法做到不花费成本而让同一服务或药品被不同的患者使用。另一方面，第三次全国

卫生调查数据发现，城市人口的 27.8%，农村人口的 30.3% 医生诊断应住院而未住院，其中 70.0% 是由于经济困难；显然，这些应住院而未住院的患者，就是受“排他技术”的影响而被医疗机构排除在其门外。

基于以上分析，按照经济学对公共物品的定义，针对个体的医疗服务并非是所谓公共物品，而是私人物品。这一观点事实上是被广为认可的。如在经典的公共经济学和卫生经济学的教科书上（斯蒂格利茨，中译本，2005；富兰德等，中译本，2004），医疗服务都被认为是私人物品公共供给的典型，并非国内学者所指出的公共物品私人供给。在卫生经济学的奠基之作，阿罗（Arrow，1963）对医疗服务特殊性质的分析中，并没有提到医疗服务作为公共物品或者具备外部效应这一问题。由此可见，目前有关医疗服务是公共物品的观点，或许正如马珺（2005）所指出的：“公共物品……成为一个不再具有严肃理论内涵的、被滥用的概念，甚至成为一种“政策标签”，面临着沦为政府政策合法化工具的风险。”

## 2. 信息不对称和道德风险

相比较而言，在教育部门中人们较多关注其公共物品特性所引起的市场失灵问题，而在医疗部门中人们更多地关注其信息不对称所引起的市场失灵问题。阿罗（1963）很早就已经指出医疗服务领域的信息不对称问题非常严重，这一点也被后来的卫生经济学家一致公认。由于现代医学技术进步越来越迅速，病人对于自身健康状况的了解以及相关医学知识的掌握一般说来要远低于作为代理人的医生，由此可能产生委托代理关系中的利益冲突问题。从事前来看，病人一方面对于自身疾病的诊断认识不足，另一方面对于疾病治疗措施的效果也认识不充分，这两方面因素的结合使得医疗机构在医患关系中处于强势地位；从事后来看，由于医疗服务市场的极端不确定性（Arrow，1963），病人在验证医生的诊断和治疗是否恰当方面也存在困难。再加上患者购买医疗服务往往是一次性的，而非重复购买。这一切都可能使得医疗机构利用其信息优势，产生诸如“供给诱导需求”等道德风险问题。

医疗保险市场的信息不对称问题也非常严重。由于医疗服务领域的不确定性（Arrow，1963），使得医疗市场对于保险的需求非常强。然而由于投保人对于自身的健康信息更为了解，因此在投保时存在逆向选择问题；更严重的是在

参保后，由于投保人使用医疗服务仅需支付部分成本，使得医疗服务可能被滥用，产生参保人的道德风险问题。与之相关的一个问题是，医疗保险公司也可能为了追求赢利最大化，采取各种手段刷选出那些患病机率较高的客户，拒绝他们参保，这一问题在医疗保险公司相互竞争时会变得更为严重。这一现象的存在，将导致一部分高危人群无法购买医疗保险，显然这是与社会目标相冲突的。

由此可见，医疗部门的信息不对称和道德风险问题确实非常严重，但是，这是否意味着由政府来直接提供问题就不存在？或者政府来提供是唯一的解决办法呢？答案是否定的。首先，上文分析已经表明，信息不对称是医疗服务这种产品的一种内在特性，是由其技术特点所决定的。无论是由政府提供，还是由市场提供，信息不对称都会存在，只不过产生问题的表现形式有所不同而已。一些人认为政府机构没有营利性动机，因此其道德风险问题就不复存在。但事实上，医疗领域私营机构并非一定要有营利动机，现实中存在的大量非营利医疗服务机构即是例证。更重要的是，没有营利性动机并非意味着没有利己动机。只要有利己动机，在信息不对称情况下，医护人员的道德风险行为就会以不同的表现形式出现。一般说来，由政府控制的医疗机构，如果缺乏财务激励，往往会产生医护人员积极性不高，由此导致效率低下、服务质量不高、腐败等问题。因此在英国等政府控制医疗机构的国家中，近来的改革动向即是向其医疗体系中引入市场机制（Cutler, 2002b），以缓解这种形式的道德风险。从各国政府干预的历史来看，大多数国家的政府并没有直接控制医疗服务机构，而是让私营机构来提供医疗服务。这从实践层面也说明政府干预的目的并非是用来解决医疗机构的道德风险问题。

其次，医疗保险领域的市场失灵也并不意味着要政府直接提供医疗保险。一些学者认为由政府提供医疗保险可以采取强制措施，解决逆向选择问题，但实际上这只需要政府颁布相应的法规体例即可发挥它的强制作用。例如瑞士就是如此，政府强制要求所有公民参与医疗保险，但医疗保险完全由民间组织经营。至于私营医疗保险公司可能采取“撇脂”策略，拒绝高风险人群参保的行为，政府可以采取强制要求保险公司接受所有人的参保申请，同时将保费按照“风险因素调整”的方法在各个保险公司之间进行分配。

最后，正如其他市场一样，无需政府直接干预，医疗市场自身也会演化出各种各样的手段以应对信息不对称问题。例如，即使都是私营机构，医疗保险机构也可以充分利用其专业和规模优势，通过加强对医疗服务机构的监管和审核，以制约其道德风险行为。再例如，近几十年来发源于美国医疗市场的管理医疗、支付方式的改革等微观机制上的创新，更是这方面的一个例证。管理医疗是指保险机构通过提供优惠来限制参保人的就医选择；支付方式的变革是指保险公司采用不同的费用结算方式，从而给医疗服务机构以不同的激励，促使其注重保险公司以及患者的利益。两种微观机制上的创新，目的都是要制约医疗机构和患者道德风险行为。这些都说明，医疗市场并非是静止不变的。在一定程度上，它本身也有很强的生命力，可以通过不断摸索，寻找合适的交易方式以缓解类似于信息不对称这样的市场失灵问题。在这一过程中，需要的是政府加强其监管和规制水平，以引导市场向正确的方向演化。

以上分析表明，即使是基本的医疗服务都不具备多少公共物品的特征，因此以此为理由要求政府干预医疗部门是一种错误的认识。医疗服务和保险市场信息不对称和道德风险问题虽然比较严重，但是这并不意味着政府直接参与到其筹资或服务提供领域能做得更好，而主要是要求政府在规制、监管等领域方面发挥重要作用。因此这种市场失灵能在多大程度上解释现有的医疗部门政府干预，是一个值得怀疑的问题。有关医疗市场存在市场失灵的理由还可以列出很多，诸如医疗机构存在进入障碍，存在局域垄断；医疗机构大都是非盈利性机构等。然而，正如波特巴（1994）所总结的，“在医疗市场中，列出潜在的市场失灵很容易，但是量化这些市场失灵的重要性，或者指出其与政府干预之间的关系却很困难。”

## （二）再分配

从上述分析可见，所谓公共物品、信息不对称以及道德风险等市场失灵问题都不应是国家干预医疗市场的主要原因。或者如斯蒂格利茨（中译本，2005）所指出的，政府在医疗部门中起作用的一个主要原因与效率无关。即使医疗市场完美有效，从特定平等主义（Specific Egalitarianism）的社会价值观出发，政府也应当加以干预。这即是政府干预医疗市场的再分配视角。按照有关学者（Wagstaff 和 Doorslaer，2002）的分类，这种特定平等主义又有两种理论来源。

其一是从利他主义角度考虑。这依然是在新古典经济学的框架内。上文已经指出，那种认为医疗服务是公共物品的认识并没有理论上的支持。事实上，这种混淆认识在思想史上也有其渊源。在上个世纪六十年代中期，由于一些发达国家纷纷加强政府对医疗卫生领域的公共支持，以增加国民的医疗服务的可及性，尤其是英国国家健康服务（NHS）体系的引入，经济学界曾对医疗服务是否具有公共物品特性有过广泛的讨论。赫尔利（Hurley 2000）将这场大讨论总结为三个阶段：第一阶段的结论认为，像传染病、个人可以采取的降低患病率的活动（如洁净的水、空气，防疫行动）等具有间接的外部效应，除此之外，普通的医疗服务较一般的物品并不具备多大的公共物品特性。因此，政府的政策干预应当仅限于这些具备公共物品特性的公共卫生服务上。第二、第三阶段讨论的结果认为（Culyer 和 Simpson, 1980），如果要认为普通的医疗领域存在外部效应，那么这种外部效应即来自于人类对于群体之间的医疗服务消费和健康状况的关心，由此导致这些因素要进入自己的效用函数中，产生一种相互依赖作用的外部效应。这即是一种利他主义角度的分析，在医疗服务上的“利他”成为个人的一个偏好，个人愿意为其他人获得必要的医疗服务而支付成本。在这样的理论分析框架中，由于在医疗服务方面人的偏好是利他，按照新古典经济学的分析方法也可以得出结论，政府应当干预医疗市场，以保证公众的医疗服务的平等可及权。

其二是从社会正义出发。这时政府干预医疗市场就与个人的偏好无关。按照这种观点，基本的医疗服务与同必需的食物和居所一样，应当被视为人的一项基本权利，不应当受其与健康无关因素（例如支付能力）的影响。由此许多人强烈主张不管消费者能否支付得起，每个人都应享有必需的医疗服务。或者如奥肯（中译本，1987）所说，“市场无权决定生死”。为此，政府应当干预医疗部门，切断必需的医疗服务与个人支付能力之间的关系，保障居民医疗服务的平等可及权。

无论是从利他主义角度还是社会正义角度出发，政府在医疗部门的干预都是出于保证公平的目的，实质上起到一种再分配的效果。既然是再分配，为什么政府不采用现金方式，而采用这种指定用于医疗的再分配呢？这实际上体现了在社会价值观上，人们对于医疗服务特别关注其公平的思想。学者们（Yaari

and Bar-Hillel, 1984) 的研究就发现, 即使是同一物品, 如果对其的描述与健康相关, 人们对它的分配就更关注公平性; 而如果被描述成与健康无关的普通商品, 则人们对其分配的态度就不同。除此之外, 波特巴 (1994) 还指出, 这种特定项目的再分配, 有利于政府将医疗资源给真正需要的目标人口。

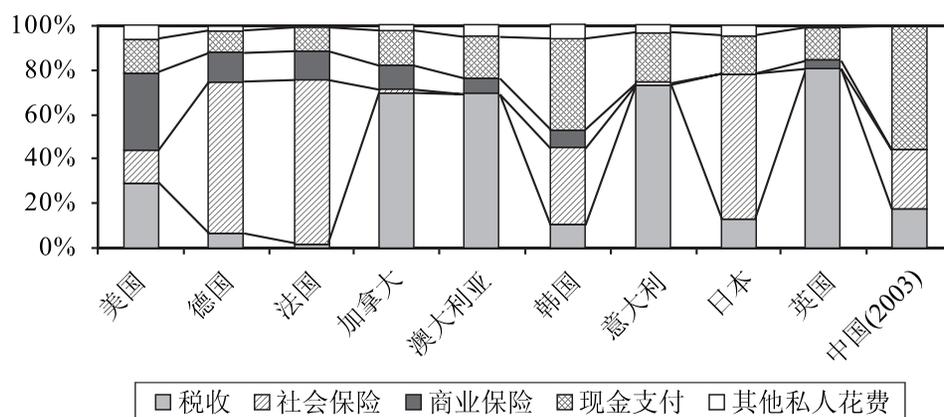
除了理论上的证据之外, 医疗领域政府干预主要出于公平目的的观点, 在实践中也有大量证据。学者们 (Doorslaer 等, 1993) 发现, 在其所研究的 10 个 OECD 样本国家中, 官方的政策文件中都对于卫生筹资的公平与医疗服务可及的公平性问题予以极大的强调。这些政策也受到公众极大的支持。而从历史上看, 富克斯 (中译本, 2000) 就指出, 最先用法律强制推行社会医疗保险的德国 (1883 年), 最先达到全民医保的英国 (1948 年), 其最初目的就是要促进人群间的和谐共处, 主要是出于一种政治上的考虑。从前文也可见, 许多国家在达到全民医保之前, 都已由政府出面在低收入群体中推行医疗保险, 这也说明了公平问题是政府参与的主要原因。由此卡特勒 (Cutler, 2002b) 在总结历史经验的基础上指出, 发达国家政府最初干预医疗市场的主要目的是保证医疗服务的平等可及。即使最特殊的美国, 虽然其整个医疗服务的筹资和提供体系高度市场化, 而且至今为止还未做到全民医保, 但是政府也于 1965 年实施两个公共项目 Medicare 和 Medicaid, 给穷人和老人等低收入群体提供医疗保险, 这显然是出于社会公平问题的考虑。

#### 四、对我国医疗体制改革的启示

为什么需要政府干预医疗部门? 在目前有关我国医疗体制改革的讨论中, 人们主要侧重于强调政府干预在解决医疗部门市场失灵问题上的作用。而在本文中, 我们通过对发达国家的历史回顾以及对理论文献的梳理后指出, 政府干预医疗部门的主要动机应是再分配, 以保证医疗服务的平等可及。事实上, 如果将医疗部门的政府干预与其他类政府干预项目相比较, 就更容易看出这一观点的正确性。例如波特巴 (1994) 在比较美国政府对教育和医疗部门干预的历史后指出: “政府对于教育部门的干预, 除了再分配的目的之外, 或许还可以从外部性的角度来理解; 而在医疗部门, 再分配即是政府干预的最主要理由。起码在美国的历史上, 对于医疗部门市场失灵的担心, 从来就没有在政府干预的过程中扮演过重要角色。”

在本文看来，纠正目前的这种流行认识，对于讨论我国的医疗体制改革问题有重要的启示作用。当前我国的“看病贵”问题已被政策制定者、学术界和公众普遍重视。至于其产生原因，许多人将此归结为医疗服务机构的种种扭曲行为，归结于市场失灵问题严重。所列出的证据即是我国卫生总费用上涨过快，占 GDP 的比例过高。从发达国家的经验来看，医疗费用相对于国民收入的更快上涨几乎是一种规律，这反映了生命的珍贵。汪德华（2007）通过国际数据比较发现，我国卫生总费用占 GDP 的比重甚至低于同等发展水平的国家，因此从宏观上看我国看病并不贵。由此看来，那种将我国医疗部门主要文题归之于市场失灵，由寄希望通过政府主导来解决市场失灵的观点，实际上是“开对了药，看错了病”。这种观点在一定程度上制造了一个幻象，使人们认为政府干预之后就可以控制住我国的医疗费用上涨。而在事实上，大量国际经验已经表明这一目标几乎是不可实现的，政府干预后更有可能发生费用上涨。如果将这种幻象深入到公众的认识中，显然对于未来的持续改革产生极大的阻碍。

按照本文的观点，政府干预医疗部门的主要目的应是解决公平性问题。从我国的现实来看，公平问题也是目前医疗领域最为突出的矛盾。下图显示的是 2000 年 OECD 各国和中国（中国数据为 2003 年）医疗卫生总费用的资金来源构成。在 OECD 各国中，除了韩国的个人直接支付部分（含现金支付和其他私人花费）比例达 46.9% 之外，其他国家这一比例均在 25% 以下，大部分国家均在 20% 以下。这些国家医疗卫生总费用中由政府通过税收或者组织社会保险而支出的部分比例均很高，最低的美国也达到 44.2%。与之相对应，中国 2003 年



资料来源：OECD Health Data2002 和《中国卫生统计年鉴 2005》。

图 1 部分 OECD 国家和中国医疗卫生费用来源构成

医疗卫生总费用由社会保险和政府的财政税收部分支出的比例仅为 44.2%，而个人直接支付部分的比例高达 55.9%。美国虽然政府和社会保险部分的支出也只有 44.2%，但是其商业医疗保险部分的比例占到 35.1%，这使得其由个人直接支付部分的比例仅达 20.8%。中国与 OECD 国家在这方面的差异，使得我国居民在很大程度上直接暴露在疾病风险之下。这实际上是我国居民普遍感知到的“看病贵”现象的重要原因。更为严重的是，如前文所指出的是，发达国家政府优先给贫困人口提供医疗保障，典型的如美国。反观我国，社会医疗保险却主要在收入相对稳定，相对较高的群体中推行，这虽然有操作方便的优点，但是却与政府干预的基本目标相背离。

从这一角度来看，当前我国的“看病贵、看病难”现象主要是那些低收入阶层遭遇的问题，最主要的原因是低收入阶层需要的医疗服务受到其自身收入水平的制约，费用的不断飞涨进一步使这一问题逐渐加剧。同时，由于疾病是一个不确定事项，疾病所需的医疗花费往往要高于普通人的正常收入，在我国当前广泛缺乏医疗保险的情况下，即使一般收入阶层在患病时也难以承受高昂的医疗支出。从现有的各种社会伦理价值观出发，基于医疗服务对于生命的重要性，医疗服务应当按照需要而提供，而不应当受收入水平的限制，这是社会公平的基本要求，也是各国政府所遵循的基本准则。因此，我国当前的种种问题主要是由于没有有效的筹资和救助政策，导致医疗服务的公平性要求没有得到满足。医疗服务体系的无效率现象只是在其中起到了推波助澜的作用。解决这一问题的主要方法是快速建立公平合理的筹资体系，以帮助人们应对不确定的疾病的冲击。

虽然本文指出政府干预医疗市场的主要目的是解决公平问题，但这并非意味着效率问题不重要。与已有观点有所不同的是，我们强调的是政府应努力采取有效率的干预方式，以避免政府失灵问题。由于医疗部门的信息不对称问题非常严重，政府的干预同样要面对这些问题，需要在微观机制上进行创新，以寻找更有效率的干预方式。卡特勒（2002b）的分析表明，各发达国家在过去的几十年中同样遭受到医疗费用高速上涨的困扰，各国为应对这一局面纷纷加强了微观机制的改革，创造出很多宝贵的经验。在我国未来的医疗体系中，微观机制的设计同样非常重要，是需要详细研究的问题。其中的一个重要领域即是

支付方式的改革上。一般说来,当单个病人面对医疗机构时,病人缺乏谈判能力,一般只能采用按服务付费的方式;在医疗保障广泛覆盖之后,保险机构或资金筹集部门可以利用其集合了大量潜在需求的优势,与服务机构谈判采取激励效果更好的支付办法。目前,在发达国家一般同时存在按服务付费但打折、按病种付费、按人头付费,以及预算等等支付方式。在我国目前的医疗体系中,由于单个病人缺乏谈判能力,支付方式一般采取按服务付费的方式;即使在已有的保险体系中,考虑更多的是如何限制患者,而对于服务机构的支付方式一般仅采用按服务付费的办法。我们认为,在未来的保险广覆盖的医疗体系中,微观支付方式的研究和设计就至关重要,直接关系到医疗服务的质量和费用的控制,而这两者对于医疗体系的持续发展至关重要。

**参考文献(略)**

(责任编辑: 许明飞)

---

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处  
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息中心  
中国医学科学院医学信息研究所  
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门  
各省市卫生厅（局）政策法规处  
上海市卫生局局领导及有关处室  
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局  
相关医疗卫生单位  
全国部分高校和研究机构