

当代卫生事务研究

——卫生正义论

王俊华 著



科学出版社

www.sciencep.com

本书受“211”工程项目资助

当代卫生事务研究

——卫生正义论

王俊华 著

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书从公共事务理论的视角对卫生资源如何实现正义进行研究,梳理了学术界关于正义的理论,与全球化背景下作为公共管理重要环节的卫生事务结合起来进行分析。本书构建了政府、市场和市民社会三角关系的基本研究框架,以此为基础从政治学、经济学、社会学、公共管理学、文化学、伦理学等角度关注卫生资源合理配置中的关键问题。

本书适合高等院校大学生和研究生,卫生和经济领域的从业人员、研究人员,以及政府公共事务部门人士阅读。

图书在版编目(CIP)数据

当代卫生事务研究:卫生正义论/王俊华 著. —北京:科学出版社, 2005

ISBN 7-03-015466-5

I. 当… II. 王… III. 公共管理-卫生事务-研究 IV. F835.163

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 044010 号

责任编辑:陈 亮 郝继涛/责任校对:李奕萱

责任印制:安春生/封面设计:耕者设计工作室

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2005年10月第 一 版 开本:B5(720×1000)

2005年10月第一次印刷 印张:16 3/4

印数:1—3 000 字数:322 000

定价:28.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

目 录

导 言	(1)
第一章 新公共事务与卫生资源合理配置	(4)
第一节 新公共卫生事务学的转向	(4)
第二节 新公共管理视野中的卫生事务学	(10)
第二章 卫生事务学中的正义论	(21)
第一节 卫生正义	(21)
第二节 卫生资源配置的正义理念	(28)
第三章 卫生事务中的公共性	(35)
第一节 公共性：卫生事务的基础	(35)
第二节 全球化：卫生事务公共性的新内涵	(38)
第三节 “公共性”在全球卫生事务中的导向作用	(40)
第四章 卫生事务的政治学解读	(42)
第一节 卫生正义的政治学效应	(42)
第二节 卫生资源配置中的国家政治力量	(44)
第三节 公共卫生与政府责任	(61)
第四节 卫生正义与全球治理	(79)
第五节 全球政治冲突中的国际卫生制度	(90)
第五章 政府与卫生政策的研究	(96)
第一节 政府与卫生政策	(96)
第二节 卫生政策制定中的政府与社会	(105)
第三节 政府卫生政策化的研究	(113)
第六章 卫生正义的经济学范式	(117)
第一节 卫生资源合理配置的经济学原则	(118)
第二节 卫生服务市场化	(125)
第三节 医疗保障的经济学模式	(133)
第七章 卫生事务的社会学分析	(143)
第一节 社会保障与健康维护	(143)
第二节 生命期望与弱势群体	(147)
第三节 身份壁垒与健康权利	(153)
第四节 社会分层与卫生资源分配不公	(155)

第五节 关注弱势人群的卫生问题	(161)
第六节 卫生服务的社会责任	(169)
第八章 公共管理学视野中的卫生事务	(179)
第一节 卫生事务管理的发展与走向	(179)
第二节 卫生事务管理的三元结构：政府、市场与社会	(189)
第三节 卫生事务中的政府管制	(191)
第四节 卫生事务管理中的治理	(196)
第五节 卫生事务管理中的第三部门	(203)
第九章 文化语境中的卫生事务	(239)
第一节 卫生文化积淀下的卫生事务	(239)
第二节 卫生文化的正义性	(245)
第三节 卫生文化与当代卫生事务	(248)
第十章 卫生事务中的正义与美德	(252)
第一节 卫生伦理与卫生事务	(252)
第二节 卫生道德规范与损害	(253)
第三节 卫生伦理促进卫生事务走向正义	(255)
参考文献	(260)
结束语	(263)

导 言

本书探索的主题，就是关于卫生正义——涉及人生命健康保障方面的基本权利的公平性问题。确切地说，是从卫生事务学的角度对卫生资源配置的公平性和合理性进行某种理论的探索。勿庸讳言，“公平与效率”关系问题亘古而常新，在理论上曾耗费了从亚里斯多德、孔子一直到罗尔斯等理论家的精力而未能尽解，在实践上又是世界上所有国家，无论发达与欠发达国家都不能完全解决的难题。然而，发展中国家解决这一问题难度更大，而解决涉及人类生命健康的卫生公平问题则更难。追问这一问题的动因首先来自于我作为一个医生和卫生管理者多年临床和卫生实践中面对广大相对贫穷人群所产生的困惑。20多年的行医生涯和卫生管理实践，使我有机会大量接触那些来自农村、无业市民和流动人口中的病人，他们各种因病致贫、因贫致病及贫病交加的状况总是反复折磨我的灵魂，而逼问同样一个问题：中国这样一个发展中大国，在走向市场经济和建设中国特色社会主义的过程中，究竟能否以及如何充分实现弱势人群的健康权利？在职攻读政治学研究生期间，我带着这一问题，努力研究了马克思、恩格斯等马克思主义经典作家关于公平的理论，也广泛阅读了亚里斯多德、孟德斯鸠、黑格尔、费尔巴哈、罗尔斯、米勒、沃尔泽、阿尔蒙德等人的著作，以及公共经济学、制度经济学、卫生经济学、公共管理学、社会保障学和保险学的许多著作，为自己研究这一问题积累知识，逐渐有了理论上的准备，并开始着手研究系列相关问题。为了深入研究这一问题，在1998年，我毅然回到高校从事卫生管理学的教学和研究工作，我利用经常带领研究生到全国各地深入调研的机会，走访大量的农村和社区，每年都能获得最鲜活和生动的案例。我利用研讨班与有关国内著名大学的老师和本校研究生们进行了广泛深入、富有建设性的讨论。我利用与地方卫生行政部门合作科研的机会，不断尝试推动农村健康保障体系的实施，使我能够不断将理论思考转变为卫生资源配置的实践方案。2000年，我承担国家社会科学基金项目“先导与示范——21世纪初苏南农村社区卫生服务模式研究”，将如何打破城乡二元卫生结构，使农民平等地、合理地拥有卫生资源占有权的理论方案付诸实施，获得了地方政府部门的大力支持，并成为全国经验。这极大地鼓舞了我，使我有信心坐下来从头思索，开始写这部书。

2003年春天，在中国卫生历史上注定要成为一个开启新时代的重要转折点。党的十六大选举产生新一届领导集体，将包括“代表中国最广大人民群众的根本利益”等深刻内涵的“三个代表”重要思想确立为党必须长期坚持的指导思想，

提出了“全面建设小康社会”的战略目标和宏伟蓝图。执政为民，全面小康，这些关键性的、含义深刻的新词汇首先意味着对以往片面追求 GDP 造成一系列不良后果的深刻反省，同时为中国未来社会发展、特别是涉及到中华民族生命健康的卫生事业的建设和发展奠定了最为重要的思想基础和指导方针。这使我看到了解答问题的正确方向。然而，也正是这一年春天，在我国遭遇了 SARS 这一严重的突发性公共卫生事件的猛烈侵袭，突发事件的强大冲击波穿透了公共卫生防线，直指支撑公共性社会的防御底线，毫不留情地揭示出公共卫生体系面对突发事件的脆弱性、公共卫生服务产品供给机制的薄弱性以及卫生资源配置不合理性。当然，新一届党中央临危不惧，领导全国人民打了一场没有硝烟的战争，经受住了考验，夺取了胜利。但是，胜利之后的反思，直接导致“以人为本”、“全面、协调、可持续”发展的“科学发展观”的正式确立。“五大统筹”战略的提出，为卫生资源公平配置问题的推出，提供了政治战略上的可靠依据。可以说，上述两大事件从正反两方面更明确了这一理论著述的基本方向，提供了强大动力。

以卫生事务学来表现和表达卫生正义的理念，是本书的一个特色。之所以称之为“卫生事务学”而不是“卫生管理学”或者“卫生行政学”，这不仅仅是一个名称的差异，甚至也不单纯是学科领域的差异，而首要的是卫生正义实现路径和实现方式的差异。通常，人们习惯地将卫生资源合理配置的责任主体简单归结为政府，政府规划、实施卫生资源的配置，政府推行卫生正义，因而探索这一问题成为卫生行政学的内容。简单地说，卫生行政学主要考察政府在进行卫生资源配置中的行政行为。这一学科视野难以穷尽卫生正义的实现方式。因为，中国正在从计划体制向市场体制转变，是一个典型的转型经济国家。在市场化条件下，探索卫生资源的合理配置，除了政府之外，还必须考察市场这一起基础配置作用的环节，因而研究政府和市场在卫生资源配置中的关系，就成为“卫生管理学”的内容。但是这一视域依然狭窄。本书认为，在一个走向逐渐完善的公共性社会中，卫生正义实现的路径不仅有政府和市场，而且需要一个独立的社会，即第三领域。社会以它独特的性质和功能，成为矫正政府失灵和市场失灵的平衡器，也因此成为卫生正义实现不可缺少的路径。因此，研究卫生资源配置在政府、市场和社会三个领域的基本状况，考察这三重领域在实现卫生正义中的相互关系，就成为卫生事务学的基本任务。

因此，在我看来，卫生事务学实际上成为卫生正义实现的路径研究和方式研究的学科领域。卫生正义成为卫生事务学的主题、内在灵魂和一以贯之的主线。而卫生事务学则从更加广阔的视域中成为研究何为卫生正义、怎样实现卫生正义的基本视野、方法论框架和学科体系。历史上，聚焦卫生正义的目光可能来自各个学科领域：政治学、经济学、法学、文化学、哲学、管理学、卫生学等等，但

是，卫生事务学力图从更加广阔的范围和综合视域加以研究。由于卫生正义实现的多领域性，因此研究卫生正义需要从多领域、多角度展开。本书从政治学、管理学、公共政策学、经济学、社会学、卫生学、文化学、伦理学等多领域反复考察卫生资源配置中的公平性和合理性这一主题，力求去除遮蔽，使之达到“澄明状态”。当我在临床医疗中为无影灯而赞叹时我就深知：“无影灯之所以无影，是因为它的灯光来自各异的角度。”本书的多角度研究也具有同样的目的。正是在卫生公平问题上，古往今来各个领域的学者提出了许多相互不同的见解。这些见解虽然具有真知灼见，但是囿于各异的角度和立场，其理论成为“一孔之见”，往往在打开某一方面的同时又无情遮蔽了另一方面，往往存在着观察的死角，造成所谓“灯下黑”。因此，各个理论相互否定，造成冲突和矛盾。我认为，这些理论相互间不仅有冲突和矛盾的一面，更有相互矫正、相互补充的一面，正如同无影灯之光交叉辉映一样。关键是要高度综合，汲取各个学科、各个学派理论中的合理因素。当然，限于篇幅和本人水平，这些探索是有限的，但是毕竟成为多角度探索的一个大胆尝试。筚路蓝缕，任重道远。我愿意抛砖引玉，为建立中国特色社会主义卫生正义之路而上下求索。

第一章 新公共事务 与卫生资源配置

第一节 新公共卫生事务学的转向

中国卫生体制改革,说到底,是中国政府管理体制转型的一个重要环节,也是一种社会结构重组。如果我们的分析不是单纯的就事论事,而是稍稍地作一些理论的探索 and 历史的观察,我们就会发现:这一改革只是社会结构分化的一个表征,构筑现代政府框架的一个必经阶段。纵观世界发达国家政府对卫生事务管理模式的变迁,大体上经历了统治行政、管理行政和新公共管理等三种模式和三个阶段。

一、统治行政下的卫生资源配置

统治行政一般是传统国家管理社会的初级模式。政府是统治阶级的国家工具,政府管理是实现统治阶级的国家意志,这是行政学、政治学的基本常识。在传统社会,所谓统治行政,一般具有两个基本点:一是它毫不掩饰地将统治阶级的国家意志在政府管理公共事务中显现出来。二是国家直接管理公共事务。历史上,传统国家作为统治机构,需要处理的公共事务有限,因而,统治者直接将自己的目标、原则与意识形态灌注到整个管理活动中,而不需要透过公共行政的外衣。

公元 1057 年,大宋王朝正式下令在京城设立“校正医书局”,对已是破旧、残缺不全和散落的医学古籍进行系统的校勘和整理,使许多濒临失传的医典古籍保存下来,从而为医学传承和发展起了重要的推动作用。但是封建统治者所采取的卫生手段毕竟是有限的,国家能用于公共的卫生资源是极其匮乏的。究其原因,主要有二:一是经济不发达,大众温饱尚难保证,何来充足资源投入医学。二是统治阶层仅出于为自身服务和统治的需要,对卫生事务管理的设置与投入相当有限。自南北朝刘宋元嘉以来的太医局、太医署、太医院、御医房,也都是为历代皇家服务的卫生机构。明清太医院设有院使(太医院的最高负责人),并设有左右院判,共掌医之政令。直至 1671 年(康熙十年),清代开始设立医政体制,医药管理的法令亦逐渐规范,对民间医生的检定、医律的修定均有明文

规定。

二、管理行政视野中的卫生资源配置

管理行政是现代化发展的产物。随着市场经济的日益扩展,市民社会日益与国家分离,社会结构发生了深刻的重组。不断扩张的市场经济权力在支配经济资源的同时,要求国家担任“守夜人”。社会对立力量与日常冲突的大量涌现,使国家必须在形式上作为独立力量建筑其上,保持仲裁人和公共事务管理者的角色。国家再也不成为社会的直接管理者,国家与政府、政治与行政相对分离,成为互为表里、委托—代理的二重化结构,这使行政管理拥有了更多的公共性。按照马克斯·韦伯有关科层制的观点,其基本特征是:政府成为公共管理的主体,政府为了有效地管理社会,必然将自己的职能迅速分化瓦解为许多不同的专门部门,机构管理取代了个人精英式管理。然而,与此同时,政府的机构伴随着公共事务的增多而迅速膨胀,公共支出总额也相应膨胀,往往超出当年财政预算,造成预算赤字,高成本、低效率。随着国家逐步强大与社会经济发展,政府对于涉及到公众生活、生产所有活动的卫生事务也担负起全能国家角色,人们从“出生到坟墓”的卫生事务均由政府负责。因而,国家设定的卫生管理部门也因卫生服务事项日益增加而不断充实,管理人员不断增多,卫生经费支出额也不断扩大。

二战以来,在凯恩斯主义影响下,国家对社会事务的干预力度越来越大,政府介入社会生活的程度越来越深、范围越来越广。在欧美等发达国家,国家干预一度成为主导模式。然而,这一模式也存在着若干问题,正如德国社会学家哈贝马斯所批评的那样,出现了三大危机:“合理性危机(管理危机或政策产出效率的危机)”、“合法性危机(信任危机或认同危机,社会危机)”、“经济危机(财政危机)”。国家对公共事务管理的适应力越来越小。为了摆脱困境,在20世纪80年代西方国家普遍实行改革,创造出一种“新公共管理”模式。

三、新公共管理视野中的卫生资源配置

在当代,发达国家政府进入所谓“新公共管理”时代。这次被誉为“重塑政府”、“重组公共部门”的运动席卷欧美。首先,这一运动的前提是社会被再结构化,即从原来的“国家—市场”二元结构转变为“国家—市场—市民社会”三元结构,市场与市民社会或者日常生活领域的分离,成为第三部门崛起的社会基础。在三元结构中,政府不仅可以借助于市场、而且可以借助于非市场的第三部门将卫生资源配置和卫生服务管理的事项转移出去。其次,如美国政治哲学家诺齐克所说的,这一运动的基本特征就是信奉“保持最小而有效的政府”原则:要

求从政府管理对象性的分化转变为管理主体的分化,实现彻底的政企分离、政事业分离、政资分离,公营部门领域日益缩小,而私有化普遍扩大,从政府直接投资与管理转向社会投资与社会所有;实现公共管理社会化,将公共管理职能转移到社会,由新型社会力量来代替政府做事;在管理方式上,大量采用企业式管理方式,如绩效管理、招投标等;政府管理日益公共政策化。

中国卫生行政改革实际上正处于管理行政模式向新公共管理模式转变的阶段,具有明显的转型期特点。如,政府对于卫生事务采取了社会化管理与市场化运行的策略性改变,国家不再全面包揽卫生服务事项,允许部分卫生服务市场化竞争,鼓励社会治理卫生事务。政府正在逐步从“办卫生”的领域中撤退,而加大了“管卫生”的职能。

四、走向新公共管理时代的中国卫生事务

(一) 中国卫生处于改革的前沿

新一轮中国卫生行政体制改革是一次深刻的革命。它是计划体制向市场体制、封闭管理模式向开放管理模式的一次大转变。这一变革是在经济体制转型与面临全球化的双重挑战的大背景下发生的。

众所周知,卫生领域作为“牢固”的上层建筑的一部分,是计划体制的最后“堡垒”之一。几十年来实行一贯制的基本内容,就是高度集权的计划体制,政事合一的执行机制,全盘公有的产权结构,与隶监管合一的全权所有制。具体说来,有如下几个方面:

高度集权的计划体制。长期以来,城镇卫生资源的配置方式主要是由国务院及各地方卫生行政部门通过计划来完成的。卫生计划控制的内容无所不包:大到全国和各区域卫生规划、对医疗机构设立的审批、医疗机构等级的设定、基本医疗服务定价、生产药品审批等等,小到政府所属医院各项的财务投资审批和审计、医务人员的职称评定、甚至医院人员的调动,等等。几乎所有城镇卫生资源配置都是通过政府的计划手段来完成的。这一高度集权的计划体制尽管在改革开放的20年间不断被冲击,但是直到这一轮改革之前,总的框架依然故我,没有作根本的改变。

政事合一的执行体制。政府行政部门既是宏观管理的主体,又实际上是微观管理的主体,扮演着一身二任的角色。政府办卫生、管卫生,办医院、管医院,既是投资主体、更是管理主体,医疗机构与政府有直接和全面的行政隶属关系,成为执行政府指令性计划的载体。

全盘公有的产权结构。20世纪50年代“一化三改造”(实现社会主义工业化。对农业、手工业和私营工商业进行社会主义改造)将全国范围内各种类型、

不同性质的医疗、卫生、医学科研机构归属于政府的统一管理下，形成全盘公有的产权结构，国家、集体拥有绝对的所有权、经营权、使用权。政府统一布局卫生服务机构、统一规定卫生服务范围、统一制定卫生服务标准，并统筹安排卫生服务对象。在卫生产权大一统的前提下，完成国家计划发展的要求。进入 20 世纪 80 年代，我国全面展开经济体制改革，在此背景下，政府对医疗卫生机构审批略有松动，初步提出以公有制卫生机构为主体、私有制卫生机构为补充的方针，允许符合办医条件的个体医疗机构合法存在。然而，在实施过程中的结果也不甚理想。例如，全国卫生界正在实施《执业医师法》，开展执业医师注册工作，应当说这一法规有利于医师进入非公有制医疗机构。该法第十九条明确规定：“申请个体行医的执业医师，须经注册后在医疗、预防、保健机构中执业满五年，并按照国家有关规定办理审批手续；未经批准，不得行医。”实施《执业医师法》，对加强医师队伍，提高人民健康有着积极的作用，但是应于 1999 年 5 月 1 日施行的规定一直到 2003 年 4 月各地才陆续进入实质性的运作，在此期间申请执业医师注册的程序停滞在审批执业医师资格的前期阶段上。因而就出现了种种矛盾情况，例如准备开办医疗机构的个体办医者因未注册而不符合申办医疗机构的条件，已开办的私有、个体医疗机构的办医者因行医的医师未能注册则是非法的经营，处于可以被整顿或取缔的尴尬局面。外医外药也有类似的情况。在这一轮改革之前，整个卫生领域仍处于高度封闭状态，市场没有发育，准入机制没有建立，整个国家卫生体系处于政府一家垄断经营、全盘公有的状态，与同期的经济领域大开放、大改革的形势形成鲜明对比。

隶监管合一的全权所有制。长期以来，我国将卫生工作的性质定位于福利性事业（20 世纪 90 年代前）和具有一定福利性质的公益性事业（20 世纪 90 年代）。政府是体现国家卫生福利的主体，为了实现其目的和控制运行需要，政府也必须成为卫生全行业的主宰，实行办、管、监一身数任，既是裁判员、又是运动员，既掌舵、又划桨。实行这种体制的结果势必使中国卫生行政管理落入机构膨胀、人浮于事、效率低下的泥坑，管了许多不该管、管不好的事情。反之，本该自主经营的医疗机构却没有、也不可能真正意义上的自主权。

上述论及的体制虽然在历史上曾经发挥过普及和稳定基本医疗体系、开展群众性预防、保健和计划生育工作、推动卫生事业大发展等方面的积极作用，但是随着历史发展变化，特别是在中国大力推进改革、建立社会主义市场经济体制及实行对外开放的今天，在市场化、全球化两大冲击力量的挑战下，这一体制的弊端日益显现，与市场化、全球化趋势的冲突也日益尖锐化。体现在以下几个方面：

其一，市场化、全球化与高度集权的计划体制之间发生尖锐矛盾。卫生行政部门长期以来固守计划行政的城池，用行政手段将市场化、全球化配置卫生资源

的方式拒斥在卫生领域之外。“市场准入”与开放、开发的界碑始终没有顺畅启封,这已严重地阻碍了卫生事业的发展。一方面是政府计划办的医疗机构人浮于事、效率低下、质次价高,医院靠卖高价药度日者普遍有之;另一方面又严重阻碍其他高效的卫生资源进入,形成了事实上的行政性垄断。

其二,市场化、全球化条件下的政事分离与计划体制下的政事合一的矛盾。在市场化、全球化条件的前提下,按国际惯例,政府机构与医疗机构应该脱钩,前者仅作为社会事务的监管人和宏观管理者,相对于医疗机构与患者来说,是独立的。习惯于市场化、法制化的患者不再对医疗机构的某些不负责任的渎职行为忍让,而是要对簿公堂、讨个说法,自觉地要求用法律手段来保护自己的合法权益。但是,政事合一的体制使政府卫生行政部门既作为仲裁人又是办医者,其利益的连带关系,使它实际上失去了在法律上作为仲裁人的根据。当医疗事故鉴定委员会及其他相关机构都是由政府卫生行政部门通过筛选,请所属单位的专业人员组成时,所出现的处理和仲裁案件人员与被告来自同一法人单位,被告成为仲裁人的荒唐事,这本身就是对公民平等权利的严重侵犯。

其三,多元化投资结构要求与单一公有制的冲突。党的十四大确立了社会主义市场经济体制的基本框架。其中,在所有制结构上,主要关键点是“建立以公有制为主体、多种所有制共同发展的经济”。党的十五大进一步指出:公有制企业本身也要改组、改制,以股份制、股份合作制等多种形式来实现多元化投资的混合产权,以优化产权结构。这一改革不仅针对经济领域,实际上也为卫生领域的产权改革指明了方向。但是,迄今为止,在卫生行政部门计划体制的垄断下,中国城镇卫生领域的产权结构依然故我,实行单一的公有制,设立了许多栅栏,通过阻止市场化、全球化的方法将来自其他所有制成分的卫生投资挡在卫生领域之外。产权单一、投资行政化现象严重,资本存在方式条块分割、行业封闭,等等,使原来国有企业的一切问题和弊端在城镇卫生机构中几乎应有尽有。因而,这种体制实际上大大延缓了卫生事业发展的进程。

其四,政府间接管理与隶监管合一的冲突。市场化、全球化要求卫生行政部门作为一个现代政府机构必须摆脱直接投资、直接管理的模式,进入到以间接调控为主要方式的管理行政模式,在公共管理的运作空间上发挥高效作用。但是,隶监管合一体制却难以做到。

总的来说,中国城镇卫生计划体制严重束缚了卫生事业的发展,严重扭曲了卫生资源的合理配置,严重阻碍了中国社会走向市场化、全球化的进程,也成为政府体制改革的一大瓶颈,必须加以变革。

这一轮改革的重点,就是要坚决打破计划体制,强调卫生行政部门转变职能、政事分开,从计划体制向管理行政体制模式转变。这一转变,包括以下几方面的内容:

——政事分开，打破医疗机构的行政隶属关系和所有制界限。卫生行政与医疗技术服务机构脱钩，这是改革的关键。只有这样，才能使卫生行政依法实行全行业管理，才能使医疗机构具有自主经营权。

——建立和完善医疗机构、从业人员、医疗技术应用、大型医疗设备等医疗服务要素的准入制度，实现卫生机构产权的多元化格局。为此，将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理，并相应制定不同的财税、价格政策，利用经济杠杆进行宏观调节，规范财政补助范围与方式，调整医疗服务价格，将有利于促进卫生资源的合理配置，保障基本医疗机制的优化，改革预防保健体系，同时，为卫生机构确立多元投资主体奠定基础。

——加强卫生资源的宏观管理，采取多种措施调整和控制卫生资源的存量和增量，改变公立医疗机构运行机制，实行竞争上岗、后勤社会化、规范医疗行为、严格执行医疗技术服务标准，等等，使公立医疗机构真正成为具有内部激励机制和约束机制又自主经营的主体。

——实行医药分开，内外分离，加大药品生产结构的调整力度，推进药品流通体制的改革，规范药品市场。

这一轮改革，将中国卫生体制推进到历史发展的前沿。如何通过有效的卫生改革，实现卫生发展与社会卫生服务需求相一致的目的？放在第一位的应该是中国卫生体制走向新公共管理。

（二）中国卫生体制走向新公共管理

面向 21 世纪，经历管理行政改革阶段后的中国卫生行政必将面临新的改革，从而逐步走向新公共管理时代。

走向新公共管理时代，就必须按照其管理主体分化的原则来进行管理模式的变革。管理行政与公共管理的主要差异之一，就是前者将政府视为唯一合法管理主体，而将管理的重心放在对象的分化与适应分化的职能上；后者则将管理主体的职能分化，让社会成为分担管理的主体。让社会进入主体行列，让管理成为社会可以介入的资源，首要的是将公共组织分类：政策组织、规制组织、服务提供组织和服从型组织。在新公共管理时代，政府卫生行政部门作为公共政策的主体，承担着公共政策制定者与监督者的角色，而其他职能将转移到社会。这一趋势，即是政府卫生管理的“公共政策化”。按照这一要求，卫生行政不但要坚决放弃直接管理大型医疗机构的权力，实行彻底的政事分开，而且要从根本上放弃投资权，实现“政资分开”。与此相关，承担部分公共管理职能的社会组织，如医疗机构，不是先天地被政府指定，而是后天地通过市场化途径接受竞争机制的挑选，受公共监督。当然，这一过程的实施，必须以完备的法制化为前提。

走向新公共管理时代，卫生行政部门管理的主导理念就必须从“权力中心

论”转变为“服务中心论”；不但从直接的公共产品生产和流通的竞争性领域彻底退出，而且应当从行政方式直接区分“营利性”和“非营利性”医疗机构、判决财税补贴等“全行业直接管理”模式中退出，坚守公共政策化管理模式。由社会、市场充当公共管理的执行人，使卫生服务组织在竞争机制的压力下、在公共监督的条件下为大众提供越来越多的优质医疗服务。政府卫生行政部门作为公共市场化是政策的制定者，用法律与其他方式监督医疗服务者的行为，保障医疗服务网络，这将是未来管理的一大特点。

走向新公共管理模式，就必须加大社会发育的力度，建立健全完备的准入制度，实现卫生资源配置的市场化、全球化，推行绩效管理。哈贝马斯认为，当代社会结构的一大特点，就是形成了国家（政府）、市场和市民社会三大相对独立的领域。而在新公共管理时代，后国家化、管理社会化的基本前提就是社会发育、市场发育的相对完备性。目前，在我国，随着社会主义市场经济体制的确立和加入 WTO，经济领域的市场化、全球化已日趋完备，但卫生领域则刚刚开始。因此，今后一段时期，卫生体制改革的关键点将是在卫生领域如何加快开放步伐、尽快引入市场化、全球化机制，推动社会化发育，以与公共管理相互衔接。

走向新公共管理时代，必须从权力的“部门利益中心论”转向“公共利益中心论”。以往卫生行政改革迟缓的一个重要原因，就是部门利益作祟。这是一种制度化的权力，使社会一切卫生资源的配置与这一权力中心相联系，而利益就在这种权威发挥的过程中获得。一旦部门利益、中心权力与公共利益发生冲突，在大多数情况下，往往是以牺牲公共利益、维护部门利益而告终的。反之，新公共管理将决策与执行分离，必将以公共利益作为标准来衡量政策及其执行的结果之得失，从而完成利益重心的转移。它使公共决策不仅受权力间的制约，而且受到社会的普遍监督与普遍制约。推行管理公开化，用绩效管理、公开招标等方式实施管理，必将使黑箱操作、权钱交易等违法犯罪成本增加而发生几率大大下降。因而，公共管理重心下移至社会，不仅降低政府管理成本，而且会还一个廉洁政府应有的本色。那时，才真正是中国卫生行政的良性运行时期的开始。

第二节 新公共管理视野中的卫生事务学

一、新公共管理中的卫生事务

（一）公共管理的概念

关于“何为公共管理概念的本性”的争论由来已久。其中，最为突出的见解有两种：一是将公共管理等同于公共行政；二是指认公共管理具有不同于公共行

政的超越性特征。但是,客观地说,两者对公共管理概念的内涵和外延的指认都还缺乏应有的明晰性。

在 20 世纪 80 年代,我国行政学研究处于起步阶段。关于公共管理和行政的关系,从一开始就成为学界争论的焦点。这部分是因为两者都引自西方,而在国外学者中,两者关系也是颇费周章的。例如,突出公共行政的功能的代表观点,如罗森布卢姆(Rosenbloom, 1986 年)认为,公共行政是采用管理的、政治的和法律的理论和过程以完成立法的、执行的和司法的政府指令,为整个社会或其某个部分的需要行使管制和服务的职能。此外,奥特、海德和沙夫利兹(Ott, Hyde 和 Shafritz, 1991 年)把公共管理看作是范围更大的公共行政或公共事务的一个分支,总而言之,它是一套用方法的艺术或科学,适用于公共行政政策的方案设计与组织重组、政策管理与计划,通过预算体制进行资源配置、财政管理、人力资源管理以及进行项目评估与审计。此外还有学者把公共管理看作是公共行政下面的一个较低层次的技术性领域。

与此同时,我国行政学界大力引介国外相关研究的同时,也对“行政”“公共行政”“行政管理”“政府管理”的概念进行了讨论,有学者认为:“行政管理也即行政,主要是指国家行政机关对国家事务的管理活动,这里包括国家行政机关对国防、外交等国家事务的管理;对经济、科教、文卫、治安、环境等社会公共事务的管理;对行政机关自身机构设置、人员、经费、财物、工作程序等国家行政系统内部事务的管理。”^①很明显,这些学者将行政管理、政府管理等同于公共管理。

而另一些学者认为公共管理是“对公共事务进行管理的社会活动。具体说来,是公共管理主体为了解决公共问题,实现公共利益,运用公共权力对公共事务施加管理的社会活动”^②。“所谓公共管理是指那些不以营利为目的,旨在追求有效增进与公平分配社会公共利益的调控活动。”^③“公共管理的对象是国家、政府与社会公共组织的公共事务及管理过程;公共管理的目的是谋求社会公共利益;传统的公共管理以行政手段和法律手段为主。”^④其中对于公共管理中公共利益的范畴,即公共利益的定义,应置于共同利益的范畴,但共同利益并不一定是公共利益,它们的差别体现在“公”字上,尽管“共同利益恰恰只存在于双方、多方以及存在于各方的独立之中”^⑤,但只有那些具有社会共享性的共同利益才是公共利益,而不以是否营利为目的,这是区分“公共管理”与“政府管

① 许惠文. 1992. 行政管理学. 北京:红旗出版社

② 王乐夫. 2001. 论公共管理的社会性内涵及其他. 政治学研究, (3)

③ 任平. 2003. 当代视野中的马克思. 南京:江苏人民出版社. 477

④ 王乐夫. 2001. 论公共管理的社会性内涵及其他. 政治学研究, (3)

⑤ 马克思恩格斯全集. 1972. 第 46 卷. 北京:人民出版社. 243

理”、“企业管理”的重要标志。

直到现在,理论界就公共行政、政府管理和公共管理的概念区分的讨论仍然十分激烈。而且,这种讨论始终伴随着我国行政体制改革的发展而不断深化与延伸。可以认为,在我国建立公共管理的概念正处于一个逐步形成与完善的过程。学术界就公共行政、政府管理和公共管理在概念区分上的争论此起彼伏,貌似概念上的争论,实际是在划分公共行政与公共管理的同时,进一步区分了政府与社会、政府责任与社会责任的界限。公共管理的定位线随着公共管理实践中社会化程度提高,而不断地向社会责任的一侧移动。人们对公共管理共识偏向也在社会实践中主体间的交往中得到修订。尤其是对政府管理与公共管理这两个不同模式的区别较前有了更为清晰的理解:政府管理的主体是政府,而不涉及其他社会组织;公共管理的主体从政府外延至社会其他公共组织。这样,公共管理就应该是一个以政府为核心的开放体系,而不是传统的由政府完全垄断的全部公共管理活动^①。

在中国公共管理发展的现阶段,可以被接受的公共管理的概念应该是:公共管理是政府及其他公共机构为了适应社会经济发展和满足公众利益需求,对涉及公众共同利益的社会事物进行调控的管理过程^②。而公共行政应该被认定为:政府对国家、社会及自身事务所进行的一系列管理活动。

(二) 公共管理的多样性是实现社会正义的途径

公共事务的管理之所以称之为公共管理,是由它显著的“公共”特性所决定的,公共事务的发生源自于公共需求的变动,其与“管理”之间的逻辑关系是:立足于“管理”的公共管理,本质上要体现“公共性”。公共管理的“公共性”强调的是公众的利益,以满足最广大公众公共需求为宗旨,代表某种规范性价值的追求,因此不可避免地把公平、正义,并把社会伦理道德纳入自己的视野。公共管理的“公共性”是公共管理的本质属性。“管理性”表达了公共管理的一般特性,表明它是一种旨在追求效率的,有技术性、定量性、规范性的社会管理活动,因而与一般的管理活动有着基本的相同性^③。公共管理的“公共性”与“管理性”两者间存在区别与互动的辩证关系。其中,因要求符合公众的共同利益形成的公共管理的“公共性”始终是公共管理的基本内容,而贯穿这一内容的核心是社会正义。

社会正义是一种公共性的社会共识资源。“公共”区别于私人事务,因为“公众”是由许多个人所构成的,所以,一种目标、原则和制度,要被称之为正

① 陈庆云. 2003. 公共管理学研究笔谈. 公共行政, (1)

② 王乐夫. 2002. 论公共行政与公共管理的区别与互动. 管理世界, (12)