

公立医院法人治理 机制研究

GONGLIYIYUANFARENZHILIJIZHIYANJIU

公立医院现有治理模式和治理机制落后于社会经济发展的需要

因此，加快公立医院管理体制和运行机制改革意义重大

本书以我国公立医院为研究对象，借鉴公司法人治理及非营利组织治理方面的研究成果

在对我国公立医院治理现状、产权属性及治理模式进行系统研究分析基础上

探讨构建产权清晰、合理制衡、科学决策的公立医院法人治理结构

建立以公立医院理事会为主体的法人治理机制

李建军 著

河南人民出版社



前 言

我国的医疗卫生体制及公立医院,虽历经 20 多年的改革与发展,取得了一定的成效,但“看病难”、“看病贵”等问题依然十分突出。问题的根源在于医疗卫生事业的发展滞后于社会经济发展的需要,公立医院的治理模式和治理机制制约着医疗卫生事业的科学发展。因此,加快公立医院管理体制及运行机制改革与研究具有重要的现实意义。本书以我国公立医院为研究对象,立足于公司法人治理及非营利组织治理方面的研究成果,采用制度分析、实证分析及比较分析的方法,对我国公立医院的治理现状、产权属性及治理模式进行系统深入的分析,力求构建符合我国国情的公立医院法人治理结构,形成合理制衡、科学决策的公立医院法人治理机制。

本书首先在全面回顾公司法人治理及相关理论的基础上,对非营利组织治理模式,特别是国外公立医院的治理模式进行了实证分析,提出了非营利组织和国外公立医院治理模式对我国公立医院管理体制改革的启示性建议。公立医院治理模式的选择要服从所处的政治法律环境和制度基础,根据我国公立医院产权结构特征及其治理的现状,诸如国有产权不具有排他性、委托代理的多层级、出资人未到位、经营目标未界定清楚、市场体系未真正建立起来、外部监控体系尚未形成等,提出建立以公立医院理事会为主体的法人治理是公立医院改革的现实选择,其中理事会是公立医院法人治理的核心。

其次,从营利性组织与非营利性组织的治理差异、治理结构的对比,分析了公立医院治理结构的主要特征:公立医院治理目标的多重性、治理主体的多样性、治理结构的复杂性、绩效度量的模糊性

及市场竞争机制的无效性;基于我国公立医院的产权结构,探讨了公立医院法人治理结构的内涵与外延:狭义的治理结构即法人治理结构,广义的治理结构包括法人治理结构、委托代理治理结构、股东治理结构和经营者治理结构等;在分析公立医院法人治理结构的内容及相互关系基础上,提出了公立医院应该建立产权清晰、合理制衡、科学决策的法人治理结构。这种法人治理结构的特征表现为外部功能性治理明显强于内部结构性治理,同时适当保持内部治理与外部治理的平衡。

再次,通过治理结构与治理机制、内部治理与外部治理关系的比较,进一步阐述了治理结构是治理机制建立所必需的组织结构,内部治理是公立医院治理的基础,是外部治理内生性制度安排。这就是说,公立医院内部治理机制应在发扬优秀传统文化作用的基础上,以完善激励机制、监督约束机制和决策机制为核心内容;公立医院外部治理机制应以强化市场治理机制、社会环境治理机制、伦理道德约束机制及其他外部监控机制为核心框架。

在讨论公司董事会治理模式、董事会结构与治理功能的基础上,本书分析了公司董事会与公立医院理事会治理的根本差异,指出公立医院理事会更关注社会责任和公益使命,满足政府、社会、医院和患者等不同利益相关者的要求;探讨了公立医院理事会的职能、任务及其理事的责任与选任;分析了公立医院理事会的治理原则、运行机制及公立医院理事会业绩评价的具体方法。

最后,本书提出了今后需要进一步研究的问题和努力的方向,并对公立医院法人治理的发展趋势进行了展望。

李建军

2008年12月于郑州

目 录

前 言	1
1 概述	1
1.1 公立医院法人治理问题提出的背景	1
1.2 我国公立医院实行法人治理的必要性	15
1.3 相关理论基础	17
1.4 研究思路与研究方法	21
1.5 本书结构安排及创新点	25
2 法人治理理论	28
2.1 公司治理	28
2.2 非营利组织治理	37
2.3 公立医院法人治理	44
3 公立医院法人治理的实践及启示	54
3.1 非营利组织法人治理的实践	54
3.2 国际上公立医院治理模式分析	68
3.3 国外公立医院治理模式对我国的启示	77
4 我国公立医院法人治理模式的现实选择	81
4.1 我国公立医院产权现状分析	81
4.2 公立医院法人治理实现的基本条件	90

4.3	我国公立医院法人治理模式的现实选择	97
5	公立医院法人治理结构评价与分析	104
5.1	非营利性组织与营利性组织治理结构分析	104
5.2	公立医院法人治理结构特征	111
5.3	我国公立医院法人治理结构现状分析	116
5.4	公立医院法人治理结构探索	120
6	公立医院内部治理机制与外部治理机制	126
6.1	治理结构与治理机制	126
6.2	内部治理与外部治理	127
6.3	公立医院内部治理机制	129
6.4	公立医院外部治理机制	138
6.5	积极培育公立医院治理文化	144
6.6	完善公立医院法人治理机制的建议	148
7	公立医院理事会治理模式探讨	153
7.1	董事会制度及治理动机	153
7.2	公立医院理事会职能及权利安排	161
7.3	公立医院理事会治理	167
7.4	公立医院理事会的业绩评价	173
8	结论与展望	179
8.1	结论	179
8.2	展望	180
	参考文献	181
	后 记	191

1 概 述

1.1 公立医院法人治理问题提出的背景

近年来,在世界范围内存在着卫生费用不断上涨,全球公立医院服务体系效率低下、患者不满、人才流失、漠视穷人、资源浪费、欺诈和腐败等问题,已引起世界各国政府的普遍关注。针对公立医院存在的问题,世界银行经济学家认为^[1]:这些问题往往由公立医院的特性所引发,其特点是不能根据医院的绩效进行赏罚,缺乏改变医院行为的有力措施,造成了医院缺乏改善运行绩效的动力和手段的制度环境,这使公立医院的治理成为世界性的难题。可见,医疗卫生体制改革是全球性议题,在许多国家的医疗服务体系中,不管公立医院是否具有主导性,公立医院的治理变革乃是全球公共管理大变革的一个组成部分^[2]。

目前,全国上下关于医改的讨论和争议沸沸扬扬,尚未定论。“看病难”、“看病贵”已经成为我国政府、社会 and 医院共同关注的一个热点、焦点问题。2004 年第三次全国卫生服务调查数据显示:我国约有 48.9% 的居民有病不就医,29.6% 居民应住院而不住院;1995~2004 年,居民用于医疗保健方面的支出年均增长 30.7%,远高于同期 GDP 8.9% 的增长幅度,而同期城镇居民可支配收入增长幅度为 8% 左右^①。在 2000 年世界卫生组织对成员国卫生筹资与分配公平性的评估排序中,中国列 188 位,在 191 个成员国中倒数第 4;卫生总体绩效评估排序中,中国仅列 144 位^[3]。

① 根据 1995 年~2004 年《中国统计年鉴》和《中国卫生统计年鉴》计算。

上述数据显示:老百姓富了但看不起病,国家富裕了但供养不起医院,公立医院发展了但满足不了患者需求。患者、医院、政府都在质疑、责问:社会在发展,科技在进步,政府投入在增加,可是患者越来越看不起病,政府办医院越来越困惑,医院自身的经营越来越困难。时至今日,中国的医院改革又一次站在十字路口,向“左”、向“右”或是“直行”,站在历史的节点上回顾过去、分析现实,或许可以看出:简单的否定和肯定,对于中国医疗体制改革这一“世界性难题”,都过于轻率和卤莽,它需要更大的耐心、智慧和勇气,去思考问题,选择路径,探究未来。

我国政府十分重视医疗卫生改革,胡锦涛总书记在中央政治局第三十五次集体学习时强调,把从解决群众反映最强烈的突出问题入手、深化卫生管理体制改革排在卫生诸方面改革的首位。2007年1月在全国卫生工作会议上,时任卫生部部长高强指出:按照政事分开、管办分开、医药分开、营利性与非营利性分开的要求,深化医疗机构管理体制、运行机制、财政经费保障机制方面的改革。《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》,已通过官方媒体向社会发布并公开征求意见,新的医改方案明确提出^①:完善公立医院管理体制和运行机制,从有利于强化公立医院公益性和政府有效监管出发,积极探索政事分开、管办分开的多种实现形式,落实公立医院独立法人地位,建立和完善法人治理结构,明确所有者和管理者的责权,形成决策、执行、监督相互制衡,建立有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制。

1.1.1 公立医院体制改革的历史回顾

在共和国成立后近30年的时间里,在整个国民经济发展水平相当低的情况下,政府通过有效的制度安排,如合理布局卫生服务体系、合理选择卫生工作干预重点等,中国政府用占GDP3%左右的卫生投入,大体上满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求,国民健康水平迅速提高,不少国民综合健康指标达到了中等收入国家的水平,成绩十分显著,被一些国际机构评价为发展中国家

^① 国家发展与改革委员会网站:<http://finance.qq.com>,2008年10月14日,《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》

医疗卫生工作的典范。计划经济体制下的公立医院虽然在提供基本医疗卫生服务、促进国民健康方面发挥着不可替代的主导作用,但弊端也很明显,集中表现在两个方面:一是短缺,看病难、住院难、手术难问题十分突出,各家医院“病满为患”,看病托“关系”、“走后门”司空见惯。二是医院管理效率低,服务态度差,人浮于事、浪费严重,运行成本高。传统的计划经济体制下,政府大包大揽医院已经到了非改不可的地步。

公立医院的体制改革起步于 20 世纪 80 年代。时任国家卫生部部长钱信忠提出:卫生部门也要按经济规律办事,运用经济手段管理卫生事业。之后不久,卫生部等三部委联合发出了《关于加强医院经济管理试点工作的通知》,要求对医院实行“五定一奖”,即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经济补助及完成任务奖励,为此,卫生部还把黑龙江、吉林、山东、河北、浙江等地的五所医院树立为典型,要求在全国推广其经验和做法。尽管对医院改革存在争议,改革本身也有缺失,但进一步推进医院改革又是大势所趋。1984 年 10 月,中国共产党十二届三中全会通过的《中共中央关于经济体制改革的决定》,标志着改革的重点从农村转向城市,城市经济体制改革由此全面展开。接着国务院批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,报告提出:“必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞好。”在这一政策鼓动下,1985 年成为医院改革的启动年,改革的核心思路是放权让利,扩大医院自主权,基本上是复制国企改革的模式。这一时期的医院改革全国出现了两个典型,一是转换经营机制的“协和经验”,二是后勤服务社会化的“昆明经验”。从当时的统计数据来看,医院改革后的效率在提高,卫生总量在持续增长。据统计,1985~1991 年,县及县以上医院病床使用率基本保持在 87.9% 左右,随着卫生事业规模迅速扩大,医院装备质量明显改善,到 80 年代末,城乡居民看病难、住院难、手术难的问题已基本解决^[4]。

在医院改革成效初显的同时,一些新的问题也开始暴露出来。当时最严重的是三个问题:一是由于实行“放权让利”的财政包干制,政府财政收支占 GDP 比重急剧下降,结果导致公共卫生支出占 GDP 的比重也一路下滑,政府对公共卫生的投入严重不足。改革开

放初期,政府预算支出占卫生总费用的比重为36%,到1990年下降到25%^[5]。二是基层、特别是农村医疗卫生工作加速破败,严重影响到广大农民的健康保障。农村实行联产承包责任制以后,家庭成为农村的基本生产单位,集体经济的衰落瓦解了农村合作医疗赖以生存的经济基础,农村合作医疗因而迅速崩溃。1989年的一项调查表明,全国继续坚持实行合作医疗的行政村由过去的90%骤减至4.8%。三是卫生医疗部门由于过分强调自主经营、自负盈亏,随着政府补贴越来越少,卫生事业的公益性渐渐淡化,医疗机构开始以利润最大化为经营目标。

20世纪90年代以后,改革政策波及到整个卫生领域,卫生改革的基本思路是引进和加大市场机制在医疗服务领域的作用,由此形成了医院之间的竞争,并通过竞争降低了医疗费用,提高了医院服务效率,改善了医疗服务质量。1992年,党的十四大把建立社会主义市场经济体制确立为我国改革的目标,十四届三中全会通过的《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》,勾画了我国改革的蓝图和基本框架,明确建立社会主义市场经济是经济体制改革最终目标。接着国务院出台《关于深化卫生改革的几点意见》,卫生部按“建设靠国家,吃饭靠自己”的精神,要求医院在“以工助医”、“以副补主”等方面取得新突破,此后特需病房、特需服务等适应患者需求的医疗服务开始大量涌现。正是在这一阶段,中国医院的改革逐步走向市场。理论上,围绕医疗服务是政府主导还是市场主导,公立医院是由政府继续举办还是卖掉,争论激烈。但是,医疗服务市场化的声音和改革的步伐一直处于主导地位。

2000年,在经济领域风头正劲的产权改革,开始影响并延伸到医疗卫生领域。国务院出台《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》,并明确提出:“鼓励各类医疗机构合作、合并、共建医疗服务集团,盈利性医疗机构放开医疗服务价格,依法自主经营,照章纳税。”该文件为医院推行完全“市场化”改革开了绿灯。卖公立医院最早开始于1999年,辽宁省海城市拍卖了18所乡镇卫生院和3所市直医院,浙江省萧山市也出售了全部乡镇卫生院^[6]。2000年江苏省的宿迁市揭开医院改革的“市场化”序幕,除保留两家公立医院以外,其他133家公立医院均被拍卖,医疗卫生事业基本上实现了政府资

本的完全退出^[7]。

2004年,医院改革的全面市场化达到了极致,其标志性事件有二:一是卫生部政策法规司官员提出,在医疗体制改革中,国家要大踏步后退,政府只举办部分公立医院。二是国务院法制办公室在2004年7月公开披露《医院体制改革指导意见》正在制定,指导意见的中心思想是医院改革要走产权改革的道路,国有资本将逐步退出公立医院。中国某权威媒体预测:有近百亿元的民营和境外资本即将介入中国的医院改制工作,到2005年,中国医疗产业的总市场价值将达到6400亿元。正当巨额的社会资本和境外资本摩拳擦掌准备进入医疗领域时,风云突变,风向急转:市场化并非公立医院改革的方向^①。

2005年7月28日,国务院发展研究中心社会发展研究部副部长葛延风接受《中国青年报》记者独家专访时说:“目前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的。”由他担任课题组负责人的最新医改研究报告《中国医疗卫生体制改革的报告》,对中国医疗卫生体制改革进行了总体性评价和反思,并提出了医疗改革的新框架。报告指出:当前的一些改革思路和做法,都存在很大问题,其消极后果主要表现为,医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下。目前,政府投入在卫生总费用中的比重只有17%左右,不仅低于所有发达市场经济国家,也低于很多发展中国家。结果是能够享受医疗保障的人口数量低,对大部分人来讲,医疗卫生服务需求演变为纯粹的私人消费品。医疗卫生服务体系事实上走向全面追求经济目标,公益性全面淡化。

商业化、市场化走向的公立医院体制改革的主要成效表现为:通过竞争以及民间经济力量的广泛介入,医疗服务领域的供给能力全面提高。医疗服务机构的数量、医生数量以及床位数量都比计划经济时期有了明显的增长,技术装备水平全面改善,医务人员的业务素质迅速提高,能够开展的诊疗项目不断增加。此外,所有制结

① 卫生部政策法规司司长刘新民在《医院报》2005.5.24提出“市场化”非医改方向,指出当前出现的看病贵、看病难的根源在于我国医疗服务的社会公平性差、医疗资源配置效率低。

构上的变动、管理体制方面的变革以及多层次的竞争,明显地提高了医疗服务机构及有关人员的积极性,内部运转效率有了普遍提高^①。

2006年10月,党的十六届六中全会明确提出了医改的方向:“建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度,健全医疗保障制度,建立国家基本药物制度和规范公立医院管理。”在十六届六中全会召开后不久,胡锦涛总书记在主持中共中央政治局集体学习时再次强调,人人享有基本卫生保健服务,人民群众健康水平不断提高,是全面建设小康社会、推进社会主义现代化建设的重要目标。

随后,国务院成立了由国家发展与改革委员会、卫生部任双组长单位的11个部委(最后增加至16个部委)参加组成的医改协调小组,着手设计制订新的医改方案。2008年10月中旬,国家发展与改革委员会在其官方网站上开辟了“我为医药卫生体制改革建言献策”专栏,面向全社会征求对医改的意见和建议。反馈的信息表明,人们普遍寄希望于新医改能够切实解决看病难、看病贵问题,能够从体制上把当前医疗卫生领域的沉痾痼疾一扫而光,真正给普通居民带来实惠,让普通居民看病便宜一些、方便一些。医改协调小组还委托北大、北师大、复旦大学、国研中心、世界卫生组织、世界银行和国际咨询机构麦肯锡等8家海内外非政府研究机构独立研究设计医改方案,以便为新的医改方案提供参考。

2008年10月14日,《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》发布在国家的各大权威媒体上,公开征求社会各界意见。《征求意见稿》指出:要坚持政府主导,强化政府在本基本医疗卫生制度中的责任,加强政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的职责,维护公共医疗卫生的公益性,促进公平公正;同时明确要强化政府责任和投入,不断提高全民健康水平,促进社会和谐。

新的医改方案主体框架包括四大体系和八项机制,即“四梁八柱”。“四梁”指的是公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应体系;“八柱”指的是医疗管理机制、运行机制、投入机制、

① 国务院发展研究中心课题组课题研究报告《中国医疗卫生体制改革研究报告》,2005年8月。

价格形成机制、监管机制、科技和人才保障、信息系统、法律制度。

至此,我国公立医院改革已经走过了“计划”、“市场”及“非市场”的一个轮回。在 20 多年的医药卫生体制及公立医院改革中,市场机制的引进和培育,促进了医院效率的提高,增加了医疗服务供给,并形成了积极的正向激励,进一步加剧了市场竞争,引发了医疗资源重组和医疗市场的重新组合,医疗资源实现了跨区域、跨所有制的流动与优化配置。资源的流动、重组需要产权的调整,产权的调整就是要明晰、界定产权,由此必然触动医院的产权制度。因此,我国公立医院的产权制度改革与完善,不是政府的喜好,也不是医院管理者的有意而为,而是市场机制及政府监管作用与选择的必然结果。我们欣喜看到:新医改方案特别强调公立医院的公益性和政府的有效监管^①,积极探索政事分开、管办分离的多种实现形式,着力界定卫生主管部门在行业管理中的职责,落实公立医院独立法人地位,逐步完善公立医院出资人制度,建立公立医院法人治理结构,形成合理制衡、科学决策的法人治理机制。

1.1.2 公立医院改革与发展中存在的主要问题

公立医院改革带来的成效也是显著的,通过引入市场机制和加大政府投资卫生的力度,使医疗服务领域的供给能力全面提高,医疗服务机构的数量、医生数量以及床位数量都有十分明显的增长。以 2007 年与 2000 年基础数据为例比较^②,医院机构数由 2000 年 16,732 个,增加到 2007 年的 19,847 个,增长 18.6%;专业技术人员由 2000 年 450.8 万人,增加到 2007 年的 478.6 万人,增长 6.2%;床位数由 2000 年 220.7 万张,增加到 2007 年的 267.5 万张,增长 21.2%;医院技术装备水平全面改善,医务人员的业务素质迅速提高,诊疗项目不断增加;我国的人类发展指数从 1980 年 0.554 增加到 1990 年的 0.625、2000 年的 0.726、2007 年的 0.78,在联合国提出的千年发展目标中,我国是发展中国家人类发展指数提高最快的国

① 国家发展与改革委员会网站:<http://finance.qq.com>,2008 年 10 月 14 日,《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》

② 根据国家卫生部统计信息中心《2000 年中国卫生统计提要》和《2007 年中国卫生统计年鉴》的数据计算所得

家,由1990年的第105位上升到2007年的第81位,跻身于世界中等发展国家水平行列^①。但是,医院体制变革所带来的消极后果及存在的问题也日益突出,医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下,医院内部运行机制僵化,滞后于社会经济发展需要,医院管理体制的外部性很大,医院的发展缺少相关利益者的约束和监督。

1. 从公立医院运行的微观层面分析,公立医院既不是相对独立的经济运行主体,也没有建立相应的激励、决策执行和约束监督机制。

(1) 公立医院还不是独立的经济运行主体。公立医院是由国家投资举办的非营利性事业单位,承担着政府一定的社会福利职能。公立医院名义上是独立的事业法人,拥有人事、财务、投融资、业务技术发展等自主管理、自主经营的权利,但是由于公立医院投资主体、经营主体、管理主体模糊,其责、权、利界定不清,或者说院长为谁负责、如何负责,院长权利包括哪些,行事的规则、绩效如何,没有一个准确、清晰的界定与说明。公立医院自主权不明确而且不平衡,人事权是公立医院首要的自主权,但医院院长要解聘一个职工或调配一个岗位仍是阻力重重,医院人才进入的关口还必须经过主管部门的行政审批,人才流出的关口一直被堵死。与此形成鲜明对比的是,公立医院的财务支配权很大,买尖端设备、建造新大楼等投资性支出和重要经济事项,公立医院基本上具有完全的决策权,投资决策缺少相应的监管和约束。换句话说,公立医院具有较高层面的投融资、业务技术发展的权利,但不具备独立的人事任免权,公立医院还不是独立的经济运行主体。从市场定位看,政府对公立医院的补偿现状决定了公立医院必须在医疗市场中获得收入维持生存,即公立医院必须作为一个市场主体存在。而目前政府和公立医院之间的产权关系不明确,公立医院的独立法人地位和机制不具备,

^① 资料来源于2008年11月3日《健康报》第四版《发展的目的:一切为了人》。国际上通常按照人类发展水平将国家分为三类:一是低水平人类发展国家,人类发展指数在0~0.5之间;二是中等水平人类发展国家,人类发展指数在0.51~0.79之间;三是高水平人类发展国家,人类发展指数在0.81~1.0之间。

公立医院无法成为独立的法人实体参与市场竞争。在沿海发达城市,广州市对其所属的公立医院运营现状调查中^[8],22.45%的调查者认为广州市公立医院发展举步维艰的首要原因在于和政府的产权关系不明确,效率低下,资源浪费情况严重;排在所有原因的2位,有12.77%的调查者认为广州市公立医院在经营管理中没有遵循市场规律。调研说明了当前公立医院在发展的过程中,因其社会职能、市场定位的不明确,已经严重的阻碍了其自身的进一步发展。

(2)公立医院的生存及发展步履维艰。以中西部地区的安徽省为例,安徽省1996年~2005年间,全省GDP平均每年增长11.5%,财政收入平均每年增长16.1%,财政支出平均每年增长18.0%;而同期,全省财政医疗卫生支出平均增长仅12.0%,远落后于政府财政收入与财政支出的增长。2003年~2005年间,安徽省三级财政(省、市、县)对县级以上公立医院累计投入1.65亿元,只占同期财政支出总额的0.91%,占财政对医疗卫生事业投入的25.76%,而且这个比例呈逐年下降趋势,2005年这个比例下降到22.87%。从公立医院业务收支情况来看,2003年~2005年间全省县级以上公立医院实现业务收入21.69亿元(不含财政补助),业务支出22.19亿元,支出大于收入,如果没有财政补助,公立医院整体上是亏损的,亏损额占业务收入的2%,占业务支出的1.98%。而同期全省县级以上公立医院获得财政补助占业务支出的比例为7.48%,也就是说公立医院支出的92.52%需靠医院创收来解决^[9]。

(3)公立医院改革过度追求商业化、利益化。2005~2007年,在全国开展的“医院管理年活动”明确提出:“建立规范的经济活动决策机制和程序,实行重大经济事项领导负责制和责任追究制”,“完善医院奖金分配综合目标考核制度,严禁将医疗服务收入直接与个人收入挂钩,严禁科室承包”^①。官方文件坦承在我国的公立医院中还没有建立起现代化的医院运行机制和经营管理体系,目前公立医院管理很大程度上处于“惯性管理”、“经验管理”阶段,管理无序,顺势而为,粗放经营,灰色医院文化^[10]。医院经济改革还仅限于砸破

① 2007年“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案,中华人民共和国卫生部,2007年3月30日 www.mch.gov.cn。

“铁饭碗”,打破平均主义,仅仅局限在如何利用经济手段调动职工的积极性方面。传统的医院奖金分配模式因过分依赖和追求经济效益的增长,医院发展过分依赖经济杠杆,职工激励单纯利益化,使得医院在质量管理、服务效率、服务流程和就医费用方面失去了制度方面的激励和约束。医院还没有科学、完整的内部运行机制,几乎没有科学的绩效管理体系,没有建立科学的决策机制和约束监督机制。

(4)政府对公立医院投入不足,医疗价格定位不合理。长期以来政府对公立医院投入力度小、补偿机制不科学,导致医疗卫生事业发展与经济总量的增长极不相称。数据显示,目前公立医院的补偿渠道中,80%左右收入来自于医疗服务,10%左右来自于药品的服务,而政府补偿只占医院收入的10%左右。在政府补偿严重不足的同时,政府也严格规定了医院的收费方式和收费标准,且药品、材料、能源和设备完全市场化。目前,我国公立医院收费的标准是按患者接受服务的项目计算,而收费项目和收费标准则是由物价部门在市场调研的基础上确定,大部分医疗项目低于其成本收费。现行的定价方式一方面使公立医院面对统一开放的外部大市场,在其医疗服务产品仍然执行政府定价情况下,表现得难以适应;另一方面,因医学科学技术领域的发展日新月异,各种病种的治疗方案与方法不断推陈出新,新技术、新项目不断应用于临床治疗和诊断,现有的、僵化的收费项目和收费标准不断的受到质疑和挑战。

2. 从政府监督管理层面分析,医疗资源配置行政化,资源利用效率较低。

首先,医疗卫生资源条块分割、各自为政。计划经济条件下形成了政府包办一切医疗卫生事业的局面,即医疗卫生事业机构存量和增量配置完全行政化。政府充当了医疗卫生事业的举办者或所有者、行政管理者和组织者的多重角色,政事不分,责、权、利不明,医疗卫生事业变成了政府的附属物。由政府及其行政主管部门以行政手段,来直接领导和管理各类医疗卫生事业机构。医疗卫生事业条块分割,各地区、各部门、各单位为了自身利益,各自为政,不讲效率,不计成本,资源利用效率低,使有限的医疗卫生资源得不到有效配置,造成医疗卫生服务提供上的低效率。近8年来医院年人均

门诊费用增长 13%、住院费用增长 11%，大大高于人均收入增长的幅度；2002 年，中国综合医院平均住院日为 10.6 天；我国 CT 利用率仅为 38%，核磁共振利用率仅为 43%，在我国 100 万至 200 万人口的城市拥有 20 台以上 CT 是较普遍的，仅此一项浪费就多达 50 亿至 60 亿元^[11]。

其次，公立医院多头管理。传统体制下的公立医院实际上实施的是多头管理，谁是投资主体？谁是决策主体？谁是管理主体？谁是监督主体？这些都不清楚，医院模糊的角色定位，使其陷入失控状态。医院的产权不清楚，造成了经营管理体制的混乱，体制的混乱直接导致了院长们的角色定位模糊，并因此衍生了我国公立医院运行机制的种种弊端^[12]。财政部门负责给医院拨款，计划部门负责大型仪器的设备引进和改造，卫生部门负责机构和人员准入，物价部门负责医疗服务价格审定，社保部门负责医疗保险，税务部门照章收税，药品监督部门负责药品的监管，组织部门负责管理人员的任命和提拔，人事部门负责人员编制。这么多部门管医院，都有权力但又都很尴尬，造成了谁也不管或者是管也管不好的混乱局面。也正是所有者缺位，造成公立医院多头管理，管事、管人与管资产互相分离、脱节，导致众多行政权力部门都在管医院，但又无人对医院负责的尴尬局面。

再次，医药费用的支付方式未能对公立医院形成有效的约束。正如一个获诺贝尔经济学奖得主所说的：“如果有别人支付费用的话，人们总是愿意购买越来越多的医疗”^[13]。每个社会都面临这样的挑战，谁应当来支付医疗保险，如何控制医疗费用的增加，每个人都都很重视医疗保险，如果有别人来付费，那就愿意多花钱，尽管有些花费是不必要的。过去，这种问题并不是很严重，因为可以使用的医疗技术非常有限，但是现在医疗技术有了很大的突破，可以使人少受很多疾病的折磨，享受很长的寿命。随着这个趋势的发展，将医疗保障重新进行正确的划分，使所有人都能享有基本的医保就越来越重要。必须有一个机制能够比较透明、公正地使每一个人，包括病人、医生以及医院都会有一个考虑自己需要花多少钱的激励机制。

我国现行医院管理体制和运行机制是在传统的计划经济体制

下形成并发展起来的,其治理模式属于典型的行政型治理模式^[14]。行政治理模式的突出特点就是政事不分,管办不分,资源分配行政化,医院内部治理外部化。这种治理模式的直接后果是造成医院内在的非效率,使得医院失去应有的活力。资源配置的行政化,导致医疗资源条块分割,自成体系,重复建设,医疗资源共享程度低,医疗机构之间缺乏竞争和协作机制,医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下。

1.1.3 近年来公立医院体制改革的有益探索

自2000年国务院办公厅转发国务院体改办等八部门《关于城镇医药卫生体制改革的指导思想》及其配套文件出台之后,我国公立医院体制改革的尝试与探索在各地纷纷出现,特别是十六届三中全会后,公立医院体制改革的外在驱动力空前加大。公立医院涉足的体制改革不外乎是以下几种形式:股份制、内部职工持股、股份合作制、医院集团、租赁经营、托管、拍卖出售等。其中股份制、内部职工持股、股份合作制属于医疗机构产权主体多元化;医院集团则是以资产为纽带的产权重组;租赁经营和托管是产权职能的分离;拍卖出售是产权的整体转让。代表者是:江苏省宿迁等地的公立医院产权私有化改革,把公立医院的最基层乡镇卫生院“一卖了之”;南京鼓楼医院和北京同仁医院的医院集团管理模式,是以资产和品牌为纽带实现资本扩张;还有江苏省无锡的医院托管模式、上海市的医院资产投资管理模式等。

1. 股份制非营利医院——舞阳县人民医院和西安唐城医院

1998年6月,舞阳县人民医院与众多的县级公立医院一样,举债经营,步履维艰,经费严重不足成了医院持续发展的主要障碍。根据县政府下发的《舞阳县医疗机构产权制度改革方案》,舞阳县人民医院开始了医疗机构改制的破冰之旅。县医院改制采取了国有资产控股、院内职工参股的方式,职工参股占医院总股本的21%,93%的职工成了医院的股东。2004年与改制前相比,医院经济收入增长3倍多,房屋、医疗设备等固定资产均翻了一番,病人对医院的满意度保持在95%以上;每股一年能获股息500元左右,回报颇为丰厚。职工成了股东,大家都在努力为医院的发展出力献策。截止2005年,该县已完成改制的医院有13家,占该县医疗机构总数的