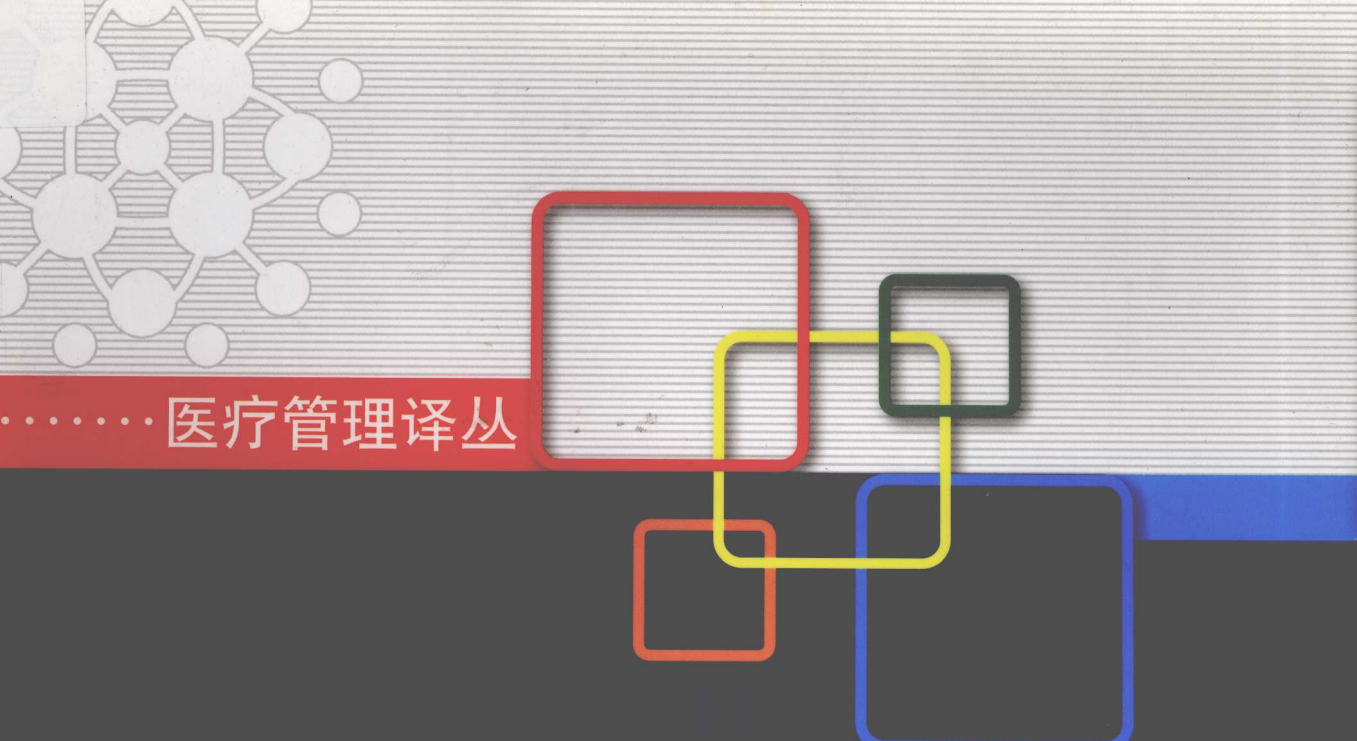




..... 医疗管理译丛

卫生服务提供体系创新 公立医院法人化

Innovations in Health Service Delivery
The Corporatization of Public Hospitals

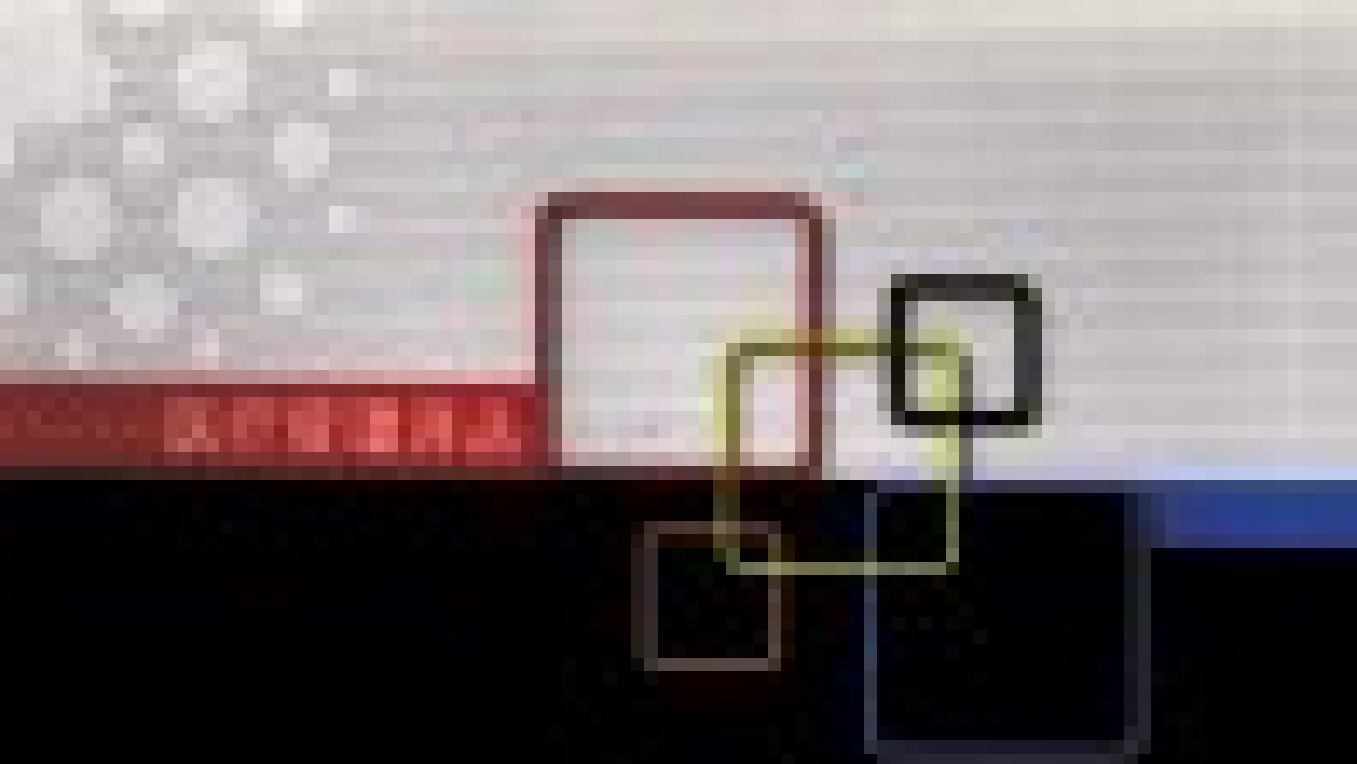
[英] 亚历山大·S·普力克 (Alexander S. Preker)

[美] 阿普里尔·哈丁 (April Harding)

主编

李卫平 王云屏 宋大平 主译

杨洪伟 孔新峰 校



卫生服务提供体系创新 公立医院法人化

Innovation in Health Service Delivery:
The Corporatization of Public Hospitals

THE CHINESE ECONOMY: ISSUES AND CHALLENGES
JINGJI WENXIAN JIAOYU JIAOYU CHUBANSHE
JINGJI WENXIAN JIAOYU JIAOYU CHUBANSHE
JINGJI WENXIAN JIAOYU JIAOYU CHUBANSHE

© 2008 China Economic Press

..... 医疗管理译丛

HEALTH CARE

卫生服务提供体系创新 公立医院法人化

Innovations in Health Service Delivery
The Corporatization of Public Hospitals

[英] 亚历山大·S·普力克 (Alexander S. Preker)

[美] 阿普里尔·哈丁 (April Harding)

主编

李卫平 王云屏 宋大平 主译

杨洪伟 孔新峰 校

中国人民大学出版社

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

卫生服务提供体系创新：公立医院法人化/[英] 普力克,[美] 哈丁主编;李卫平,王云屏,宋大平主译. —北京:中国人民大学出版社,2011

(医疗管理译丛)

ISBN 978-7-300-14383-5

I. ①卫… II. ①普…②哈…③李…④王…⑤宋… III. ①医院-法人-管理-研究-世界 IV. ①R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 185857 号

医疗管理译丛

卫生服务提供体系创新：公立医院法人化

[英] 亚历山大·S·普力克 (Alexander S. Preker) 主编
[美] 阿普里尔·哈丁 (April Harding)

李卫平 王云屏 宋大平 主译

杨洪伟 孔新峰 校

Weisheng Fuwu Tigong Tixi Chuangxin

出版发行 中国人民大学出版社

社 址 北京中关村大街 31 号

电 话 010-62511242 (总编室)

010-82501766 (邮购部)

010-62515195 (发行公司)

网 址 <http://www.crup.com.cn>

<http://www.ttrnet.com> (人大教研网)

经 销 新华书店

印 刷 涿州市星河印刷有限公司

规 格 185 mm×260 mm 16 开本

印 张 20.5 插页 1

字 数 471 000

邮政编码 100080

010-62511398 (质管部)

010-62514148 (门市部)

010-62515275 (盗版举报)

版 次 2011 年 10 月第 1 版

印 次 2011 年 10 月第 1 次印刷

定 价 48.00 元

版权所有 侵权必究

印装差错 负责调换



正当中国艰难地探索公立医院改革路径之际，我们将亚历山大·S·普力克和阿普里尔·哈丁主编的《卫生服务提供体系创新：公立医院法人化》一书翻译推荐给大家。这本书是1999年前后世界银行邀请多国经济学家，对多个发达国家和发展中国家公立医院改革开展研究的一项成果。

20世纪60年代，发达国家在公共部门改革中开始探讨分权化改革，进入20世纪80年代，这些国家在其他公共部门通过组织变革提高服务绩效的改革背景下，又着手推进公立医院改革。从英国创建国民卫生服务的医院联合体和新西兰创建皇冠卫生企业开始，许多发展中国家和地区也陆续开始尝试类似改革。这些在其他部门被称为“新公共管理”改革或“市场化”改革的形式，在卫生部门的改革中被称为公立医院组织变革，它主要包括公立医院的自主化改革和法人化改革。

亚历山大·S·普力克和阿普里尔·哈丁在本书中再一次清晰地提出了公立医院改革的目的，阐述了公立医院改革的理论基础，提出了分析、评价公立医院改革的基本框架。

公立医院作为整个公共部门的组成部分，其改革的目的也是为了改善卫生服务提供的公平、效率和质量，提高对患者需求的反应性。这一改革是将公立医院体系内的组织变革与外部治理的改革整合起来，并通过外部环境形成的激励和市场压力促使公立医院实现内部治理的组织变革，同时，通过公立医院内部治理要素的协调一致，形成有效的激励机制；从而激励公立医院改善服务。公立医院组织变革的理论基础来源于新古典经济学、委托代理理论、交易成本经济学、产权理论和公共选择理论等经济学和公共管理理论。这些理论中关于信息、激励、购买服务、合同、创新、治理以及如何更好地组织生产和提供服务的观点对公立医院的改革产生了重要影响。其中，新古典经济学对市场失灵的分析为政府干预卫生领域提供了理论依据；委托代理理论有助于揭示患者与医生之间、医院与医生之间和政府作为所有者与医院管理者之间的委托代理关系，委托代理理论对出资人、债权人和公司经理人关系的分析，有助于更深刻地理解政府和公立医院之间的治理关系；交易

成本经济学揭示了组织内部的活动与通过市场关系组织起来的活动间的不同特征,为是否应进行公立医院服务网络的纵向整合、是否应对医务人员采用组织内部的薪酬雇佣或采取购买服务的选择提供了理论基础,交易成本经济学关于内部组织的研究有助于更好地分析公立医院体系运行状况,揭示公立医院体系所面临问题的结构性根源;产权理论关于剩余索取权的归属和剩余收益权的分配以及激励理论对公立医院的治理结构及其激励机制的改革产生了很大影响;公共选择理论关于政治家、利益集团和官僚的自利行为,以及有效的政府和政府作用范围的理论,有助于揭示公立医院体系的体制特征,对公立医院的治理及其治理结构的改革有重要影响。

作者基于上述经济理论和公共管理理论,开发了分析、评估公立医院市场化组织变革的模型,这个模型包括了市场化组织变革的关键结构性要素。模型揭示了公立医院改革具有治理、市场环境和筹资安排三个典型的系统特征,这三个特征构成了公立医院改革的外部环境,并对公立医院及其内部管理和员工行为产生重要影响。公立医院的外部环境的影响和作用取决于构成医院组织结构的五项关键要素的综合影响,即决策权、市场进入程度、剩余索取权、可问责性和社会功能。作者提出改革设计要谨慎对待这五个要素的制度安排,只有这五个要素的制度安排协调一致,才能对公立医院形成有效的激励和约束机制。同时,公立医院改革的成功也不能脱离外部政策环境,必须要有竞争性的市场环境、医疗服务的筹资方式和供方支付体系的配套改革来提供有力支撑。这些外部政策环境因素是市场化组织变革的关键要素。因此,一个国家的公立医院改革与这个国家的经济发展和居民的收入水平、卫生体系的发展阶段、社会文化背景和市场环境等外部环境因素密切相关。自主化和法人化改革本身并不存在孰优孰劣的问题,而是要选择适合本国国情的改革模式。

作者在书中还提出了公立医院自主化和法人化组织变革成败的重要影响因素,它包括政治、经济、外部环境和改革过程。强调了利益相关者的参与和支持的重要作用,以及各方在政治上对改革实施达成共识的重要性。指出“反市场”的价值体系的社会舆论可能使改革环境恶化,而对改革的速度和变化程度的把握也很重要,如果采取巨变式的、一蹴而就的改革方式,会存在超越国家执行能力的风险,而渐进式的改革又会有失去改革意义的风险。书中还用专门的章节论述了对医院这一复杂的、产品多样的组织,进行改革监测和评价改革效果的困难。

作者在本书的第2篇中利用对原苏东地区、南半球的拉丁美洲地区的综述及九个国家和地区案例研究的数据,对公立医院组织变革的全球经验进行了跨国比较分析。

本书第3篇的各案例的作者通过翔实的资料和数据以及深入的分析向读者展示了英国、新西兰、澳大利亚、中国香港、马来西亚、新加坡、突尼斯、印度尼西亚和厄瓜多尔九个国家和地区的公立医院改革情况。案例通过对改革背景、改革目标、改革设计、改革的外部环境、公立医院治理结构设计和问责安排、改革设计的执行情况、改革的教训和对改革评估等的详细阐述,使读者看到了一个个生动、鲜活的公立医院改革的案例。虽然这些案例反映的都是20世纪90年代的情况,但是,自那时以来,各国和地区仍在上述改革的基础上继续探索公立医院改革,修改完善政策措施,追求改革目标的实现。

《卫生服务提供体系创新:公立医院法人化》一书对中国的医改,尤其是公立医院改

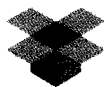
革具有重要的学习和借鉴意义。无疑,从理论渊源上公司治理对公立医院治理具有借鉴意义,但是,公立医院治理结构是公共部门机构的治理结构,而不是公司治理结构。公立医院改革通过治理结构设定要解决的是政府乃至全民对公立医院管理者如何进行激励和约束,如何实现公共问责的问题。因此,各国公立医院改革是将公立医院作为公法人进行自主化和法人化改革,并进行了相应的治理结构设定。公立医院的董事会或理事会都不是由股权代表组成,而是由政府部门代表、社会相关利益方的代表和民意代表组成,它实行的不是股权表决机制而是公共协商决策机制。因此,本书所阐述的是一个公共部门的治理问题,而不是公司治理问题。

从各国情况看,公立医院改革和其他公共部门的改革一样,是为了完善公平、提高效率、增强对消费者的反应性,为此,改革都采取了分权化、自主化和法人化等市场化改革措施。对公立医院的管理从中央向地方分权,实行属地化管理;对公立医院的决策控制权从政府向实行自主化和法人化的公立医院转移,使之承受市场或类似市场的压力以提高绩效。在改革过程中,各国都结合遇到的各种各样的问题,不断调整和完善改革政策,使改革不断向前推进。如果改革遇到问题,就采取回到中央集中管理和预算包干公立医院的做法,其实是使改革倒退,并不能解决原有体制的弊端。本书的案例研究分析了具体国家和地区的各项改革措施,针对改革受挫或改革失败,指出了改革政策不相匹配和配套改革实施不到位的问题,强调了改革政策的内在一致和整体一致性的重要性。

《卫生服务提供体系创新:公立医院法人化》一书提出的评估公立医院市场化组织变革的模型,对分析公立医院体系这样一个错综复杂的部门提供了有益的帮助,但是,当将其应用到具体国家进行分析时,尤其是应用到发展中国家时,还需要对模型做进一步的开发。

译者

2011年3月于北京



当前世界诸多国家的卫生服务体系呈现出一种变化趋势。我们正从传统的三级服务提供模式向一体化的卫生服务网络转变。传统的职业科层体系和现有教育培训方式正让位于新型的知识、技术、准入（access）、信息和团队合作。当传统的职业形式与公共可问责性日益受到质疑时，许多国家正在通过维系人们信任感的种种方式，致力于重塑职业实务及公共服务的精神。

当决策者与从业人员还在应对日益增长的公众期望、一日千里的科技进步速度、疾病负担的变化以及由此引发的医疗供求不平衡等问题时，在卫生服务体系的各个维度和各个层面上，变革已经是不可逆转的了。随着媒体聚焦的加强，人们正将政府的胜任力与国内公共服务的绩效联系起来，从而使卫生体系获得前所未有的政治重要性。

这些变化当中仍有某些恒定的因素，许多国家始终致力于使其卫生服务体系取得三种关键性成果：

公平（equity）：通过将资源向最需要的人群倾斜的办法，减少人群间健康状况的差异，提高国民健康整体水平。

效率（efficiency）：向患者提供的治疗和保健服务，应当既是有效的，也是有价值的。

反应性（responsiveness）：满足患者个体与用户的需求和愿望。

尽管一体化的医疗服务网络已是大势所趋，但各种类型和规模的医院仍然是良好医疗服务的主要提供者，它们依赖于员工们的技能、进取心和纯粹的专业精神，努力保持着所提供医疗卫生服务的质量和成本效益，但往往陷入困境。

如何才能更好地运营医院已成为数十年来备受关注的课题；而在过去十五年间，争论的焦点则是亚历山大·S·普力克（Alexander S. Preker）和阿普里尔·哈丁（April Harding）所谓的“市场化改革”（marketizing reforms）。在这部重要著作中，普力克和哈丁试图理解一些国家此类改革的设计、实施及成效。通过建立一个强有力的理论框架进行细

致分析，并通过汲取案例研究者们的经验与洞察力，他们阐明了市场化改革的影响，揭示了某些影响改革有效实施的障碍。在这个世界上，我们似乎总是反复学习过去留下的教训，却又再三重蹈覆辙，那么，对于那些志存高远的决策者及从业人员而言，本书及其系列参考读物可谓极具价值。

阿兰·朗兰德爵士 (Sir Alan Langlands)

(爱丁堡皇家学会会员、英国邓迪大学校长、英国原国民卫生服务体系首席执行官)



1992—1995 年间我有幸担任新西兰卫生部长。格雷厄姆·斯科特 (Graham Scott)、琳妮·麦肯齐 (Lynne McKenzie) 和詹姆斯·韦伯斯特 (James Webster) 写了一个很有意义的关于新西兰卫生改革的案例研究, 它被收录在本书的第 8 章。作者指出了可能破坏改革成功的一整套相关因素, 但我将它们归结为以下五个主要教训:

第一, 无论表面上的防范机制有多么完善, 我们都难以将党派政治过程与政府角色从法人化改革模式中消除, 而所谓所有者利益与公共利益的分离也因此变得模糊不清。在改革中最好要明确认识到这一点, 并用一种透明的方式来处理这一问题。所有者常常定期与董事会和管理人员来共同治理新成立的公立医疗卫生机构, 皇冠卫生企业 (Crown Health Enterprises, CHEs) 常常要避免政治对公司本身决策的干扰。

第二, 法人化改革暴露了公共卫生系统的隐性补贴问题。例如必须建立资产负债表, 需要把资产评估和折旧都考虑进来, 同时, 要对负债和/或有负债负责。这些内容都需要具体的融资支持。进一步讲, 法人化改革模式意味着进入与退出作为服务提供方的卫生系统相对而言更为容易; 而对皇冠卫生企业而言, 则意味着退出无利可图的服务项目以及处置绩效不佳的资产的能力。但实践证明这一切都非常困难。如果综合考虑第一条教训的话, 权宜之计是尽可能少地考虑这些问题, 并且避免产生改革的成本远远大于不改革的成本的负面印象。

第三, 法人化改革的许多特征要么没有被引入, 要么在改革的最初阶段即被放弃。例如, 在新西兰改革中, 购买方和提供方的竞争性被看作是一个重要元素。但在正式改革前, 购买方的竞争性就被否定了, 尽管这主要是出于法律技术层面的考虑, 但也是由于有批评认为引入购买方的竞争将意味着卫生体系的“美国化”。在提供方, 促进竞争性的努力和热情在改革中也半途而废了。同样的, 皇冠卫生企业是需要纳税的, 但促进公平竞争环境的努力在改革早期也让步于政治上的考虑, 没有对皇冠卫生企业征税。如果说一个决策还不足以给改革造成太多的困难, 但多个决策叠加起来就破坏了改革模式的完整性, 并

加剧了对改革进程的批评。

第四，与第二点相关，鉴于总体性财政预算的约束，以及改革后的卫生服务体系比原来的体系可能需要花费更多的资金，政府一般都不太愿意投入足够的资金资助公共购买方购买到实际所需的医疗服务，满足新西兰人民日益增长的期望和卫生服务需求。事实上，新西兰的改革对医疗服务投入正好做出了相反的决策，明确允许皇冠卫生企业在巨额债务下负债运营（因此缩减其资产负债表）。做出这个决策的部分原因是认为这样能提高效率（实际上确实如此），但我们这些改革参与者都清楚事实上存在一个结构上的巨大亏空，如果不对此进行投入就会侵蚀服务提供方和购买方分离的基础（因为服务购买方需要支付的价格和/或金额高于其支付能力）。

这就导致了第五个教训，对卫生体系现存的问题采取“滴服喂养”的方式提供额外的资金补助，导致了持续危机的氛围和随之而来的投入的不断调整。

我与本书作者们在一些细节的解释上有不同看法，尤其是在一个特定问题方面。部长们和他们的智囊（包括我和在这期间担任过一段时间财政部部长的格雷厄姆·斯科特）考虑了其中的许多问题，包括改革的设计和后续每一个实施阶段的决策。在改革过程中有些人始终低估了渐进式改革决策的影响——实际上，事后再看这些影响就显而易见得多。但在我个人看来，当政治升温时，政府难免无法通过修修补补达到降温的效果——这完全可以理解，但对改革而言却是致命的。在这个教训中，政治经济对改革过程的巨大影响掩盖了改革进程中许多重要的、不为人知的细节。这一教训不但适应于新西兰，也适应于其他国家和地区。

此后服务购买方合并统一为单一的全国性机构，一定程度上消除了竞争性的（至少是比较性的）购买，随着新的工党和联合政府上台（两党最初都反对改革），政策循环以一系列新的改革而告终，而这些改革看起来又与工党 20 世纪 80 年代的主张极其相似。所有这些并没让我怀疑公立医疗卫生机构法人化改革的真实可能性，只是认为其实现起来难度更大。

最后，我注意到了在 20 世纪 90 年代卫生改革中的一些成功和不朽的经验：从新的关于健康隐私与健康信息的法律，到新建的新西兰健康信息服务系统（New Zealand Health Information Service），到国家基础数据集（minimum national data assets）、唯一标识符（unique identifiers）、建立合同和购买服务的开拓性工作的引入，以及由国家健康和残疾服务咨询委员会（National Advisory Commission on Health and Disability Services）从事的重要工作等。这里无法一一赘述。

希望读者喜欢这本有趣且有益的著作。

詹姆斯·克里斯托弗·洛夫莱斯（James Christopher Lovelace）

（世界银行健康、营养与人口处主任，健康、营养与人口
委员会主席，原新西兰卫生部部长）

目 录

医疗管理译丛



绪论	1
----------	---

第 1 篇 市场化组织变革概览

第 1 章 医院组织变革的概念框架	13
1.1 卫生服务改革的必要性	14
1.2 对国家角色认识的变迁	15
1.3 卫生服务提供体系改革的选择	20
1.4 市场化组织变革的特性	22
1.5 医院行为的决定因素	24
1.6 改革方式	28
1.7 卫生部门之外的结果和教训	35
1.8 兼顾组织变革和激励机制的途径	37
1.9 结论	39
第 2 章 公共部门医院组织变革的实施	43
2.1 改革的环境	45
2.2 改革的相关主体	47
2.3 政策过程	49
2.4 内容	51
2.5 掌控政策实施的制度安排	52
2.6 有效执行	54
第 3 章 医院组织变革的效果评价	57
3.1 作为中间道路的法人化改革	58

3.2 社会功能的识别和保障	59
3.3 研究范围	60
3.4 概念框架	61
3.5 从医院改革中汲取经验	73
3.6 建议与结论	77
附录 3—1 选择指标	81
附录 3—2 世界银行医院改革项目	91

第 2 篇 跨国视角

第 4 章 案例研究之回顾：初步的教训和需进一步检验的假设	95
4.1 改革设计的差异	95
4.2 怎样才算成功的改革？	96
4.3 较为成功实施改革之案例的重要特点	99
4.4 不太成功的案例遇到的问题	102
4.5 案例中改革设计的经验教训	104
4.6 从案例国家的改革实施中得到的经验教训	108
4.7 监测和评价的经验教训	112
4.8 发展中国家和转型国家的改革前景	113
4.9 结论	114
第 5 章 缺失的环节？转型经济体的医院改革	115
5.1 医院行为的决定因素	116
5.2 外部环境	117
5.3 转型时期的医院组织结构变革	120
5.4 对医院行为与绩效的启示	128
5.5 结论	129
第 6 章 拉丁美洲的公立卫生保健服务合同	132
6.1 案例分析	132
6.2 组织变革的过程	140
6.3 结论	142

第 3 篇 案例研究

第 7 章 彷徨不决：英国医院的自主化与集权化	147
7.1 英国卫生领域受到的影响	148
7.2 国民卫生服务联合体的改革设计	149
7.3 得出的教训	160
7.4 评估	162

7.5 结论	163
附录 7—1 国家卫生服务和社区保健法（1990 年）	163
第 8 章 法人化模式中的失调：新西兰医院改革	168
8.1 改革：20 世纪 80 年代到 1993 年	169
8.2 主要变化：从区域健康理事会到地区卫生局和皇冠卫生企业	171
8.3 1993—1996 年间的实施情况	172
8.4 1996 年之后政策与组织结构的变化	178
8.5 新西兰组织变革效果的评估	179
8.6 结论	184
8.7 后记——2002 年 9 月	187
第 9 章 自主化医院成为面向市场的商业网络：澳大利亚维多利亚州 医院布局的合理化	190
9.1 政策变化的目标和时间表	191
9.2 设计的主题	192
9.3 执行	205
9.4 初步评估	207
9.5 结论	210
第 10 章 医院系统自主化：中国香港当局对医院的法人控制	214
10.1 改革前的医院	215
10.2 20 世纪 80 年代医院部门面临的问题	216
10.3 改革设计	217
10.4 外部环境	217
10.5 改革的实施	223
10.6 效果评估	225
10.7 结论	230
第 11 章 单一机构的法人化：马来西亚国家心脏研究所改革	233
11.1 环境和背景	233
11.2 国家心脏研究所的法人化	237
11.3 效果评估	243
11.4 结论	245
第 12 章 两线夹击医院绩效：新加坡医院网络的法人化与筹资改革	247
12.1 改革环境和背景	247
12.2 制度改革及实施问题	248
12.3 医院改革的效果	256
12.4 结论	262
第 13 章 自主化的结构——不完整的自主化：不寻常的突尼斯医院改革	266
13.1 环境和背景	267
13.2 对政府责任认识的变化	267

13.3	改革内容	267
13.4	组织变革	268
13.5	主要利益相关者的立场	271
13.6	实施	271
13.7	结果	273
13.8	效果	275
13.9	可持续性	276
13.10	结论	278
第 14 章	印度尼西亚的自主化改革：降低医院支出的错误途径	280
14.1	医院自主化：目标、方式和结果	280
14.2	自主化改革的概述	288
14.3	印度尼西亚的医院改革如何进一步发展？	289
第 15 章	从计划到行动：厄瓜多尔医院改革	292
15.1	卫生改革框架	292
15.2	结论	298
术语表		300
作者简介		307
译后记		312



亚历山大·S·普力克 (Alexander S. Preker)

阿普里尔·哈丁 (April Harding)

尽管初级保健作为接触病人的前沿阵地得到了足够的关注和重视，但在多数国家，医院仍然是提供关键医疗服务的重要来源，包括为人们提供基本的和高端的医疗保健服务。医院通常也是危重病患者和贫穷者寻求医疗服务的最终场所。不管是在发达国家还是在发展中国家，医院费用支出都是卫生系统费用支出的最大类别。因此，尽管人们认识到医院在整个卫生系统中的重要作用，但在以改善效率、公平、质量为目的的卫生部门改革中，或者在筹资和卫生服务提供体系的系统性改革中，医院常常成为改革直指的对象。

本书深入分析了近年来公立医院改革的趋势，重点是公立医院的组织变革，诸如增强管理的自主性、法人化和私有化。本书试图回答以下三个问题：(1) 这种类型的改革试图解决什么问题？(2) 改革的方案设计、实施与评估的核心要点是什么？(3) 有没有证据表明这种类型的改革成功地解决了预期要解决的问题？

为什么要关注公立医院的自主化、法人化和私有化？

分权化，一个在 20 世纪六七十年代工业化国家的公共部门组织变革中讨论的热点问题，到 20 世纪 80 年代才引入发展中国家。而此时，西欧国家已经将关注点转向了通过对服务提供者进行组织变革来提高政府举办机构的服务绩效。改革措施包括改变机构管理者的激励机制、改变外部的政策环境、治理结构、筹资安排和竞争压力。

这种变革目前普遍应用在建筑、电信和交通运输部门，有以下三种模式：(1) 扩大组织的管理自主权（自主化）；(2) 把科层制的部门转变为直接面对市场压力的半官方的法人机构（corporatization）（法人化）；(3) 组织从公共部门中彻底脱离（私有化）。以上这

三种改革模式通常被称为“新公共管理”或者“市场化”改革。

受其他部门类似问题和改革经验教训的影响，许多卫生政策制定者认为公立医院目前的绩效问题同样是由于僵化的科层制、管理者对机构的日常运作缺乏控制，以及以绩效为基础的激励机制的缺失等原因造成的。在其他部门成功地实施了新公共管理（市场化）改革后，一些国家的决策者们很自然地考虑在卫生部门进行类似的改革。

最初，改革的措施是给医院一定程度的管理自主权。这种类型的改革方式在一些试点中取得了有限的成功，这促使决策者更进一步地把一部分国有医院转变为公法人。这种开创性改革，源于英国创建医院联合体和新西兰创建皇冠卫生企业，这引起了全世界的兴趣。很快，许多发展中的国家和地区，比如中国香港、马来西亚、印度尼西亚、突尼斯和阿根廷也开始尝试相似的改革。这些国家和地区的改革通常都伴随卫生政策整体框架内的其他并行改革、供方支付体系改革和竞争性市场环境的改革。

围绕这些改革的争论持久、冗长、激烈，但鲜有基于对实践进行严格评估的证据。很多争论的焦点集中于独立的医院能否在一个功能运转良好的卫生系统中起到积极作用。关于这一点的争论模糊了一个事实，那就是在许多发达国家都有由社会保险支付卫生服务的传统，住院服务一直是由包括公立医院、半自主化的公立医院、非政府医院和私立医院的混合体系来提供的。

由于医院在所有实行混合服务提供的欧洲国家中是具有社会功能的卫生服务体系的组成部分，显然，独立的医院也的确能在一个运转良好的卫生系统中发挥积极的作用。因此，这些改革的最终结果实际上不存在真正的争议。有争论的问题是，什么时候从一个一体的公共系统转变为一个有独立法人医院的系统是合适的？应该怎样去实施？这种改革能带来什么样的变化和改善？决策者如何保证确实会有所改善？决策者如何将一个处于科层控制下的僵化的、一体的服务提供系统，转变为一个依靠间接机制充分引发独立性的、绩效更优良的服务提供体系？本书就致力于收集各种可得的信息来回答以上问题。

本书的研究范围

本书研究的市场化组织变革，是指把增加独立性和基于市场的绩效压力结合起来的改革。虽然私有化也属于这种改革方式，但本书的重点不是私有化改革，而是自主化改革和法人化改革，医院在这种改革中仍然属于公共部门。本书收录了来自工业化国家和发展中国家的案例。医院治理是自主化改革和法人化改革的核心，本书密切关注这个核心。为了阐述清楚和具有可比性，我们选择关注的焦点是相关政府部门或政府官员与医院之间的治理问题，克劳斯·帕格涅（Klaus Pagner）将其称之为“二级治理”。因此，我们不涉及任何具体的政治治理问题，比如民意代表机构（议会）如何让各部委对卫生部门和医院的绩效进行问责。我们也不研究医院内部的治理问题（即医院管理者如何使各部门向其负责）。