

5

陈绍福 徐捷 曾凡金 主编

前沿
丛书

医院经营管理

Systems 制度

医院治理结构与机制

Hospital Management Structure and Processes



哈尔滨出版社



System 制度

医院治理结构与机制

Hospital Management Structure and Mechanism



中国医药出版社

医院经营管理前沿丛书

医院治理结构 与机制

主编：陈绍福
徐捷
曾凡金

哈尔滨出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医院治理结构与机制 / 陈绍福, 徐捷, 曾凡金主编. — 哈尔滨: 哈尔滨出版社, 2003.9

(医院经营管理前沿丛书)

ISBN 7-80699-045-3

I. 医… II. ①陈…②徐…③曾… III. 医院-治理结构与机制 IV. R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 081001 号

责任编辑: 李毅男

封面设计: 罗菲

医院治理结构与机制

陈绍福 徐捷 曾凡金 主编

哈尔滨出版社

哈尔滨市南岗区贵新街 170 号

邮政编码: 150006 电话: 0451-8622 161

E-mail: hrbchs@yeah.net

全国新华书店发行

东北财经大学印刷厂印刷

开本 850×1168 毫米 1/16 印张 15.75 字数 405 千字

2003 年 9 月第 1 版 2003 年 9 月第 1 次印刷

印数 1-3 000 册

ISBN 7-80699-045-3/R·3

全套定价: 200.00 元

版权所有, 侵权必究。举报电话: 0451-86225162

本社常年法律顾问: 北京岳成律师事务所黑龙江分所

本书谨献给：

中国卫生产业杂志创刊

全国卫生产业企业管理协会
民营医疗机构管理分会成立

编委会

主编：徐 捷 陈绍福
策划：徐宝瑞
顾问：Louis Rubino Chang Zeph Yun
Achim Keppner 武春友 杜乐勋
编委：（按姓氏拼音排序）

Achim Keppner Chang Zeph Yun
陈绍福 成立兵 崔建军 崔国生
杜乐勋 傅宏义 傅 丹 关桂春
高德武 高广颖 黄哲存 韩临春
霍玉涵 金 华 姜凤玺 Louis Rubino
刘志中 刘国祥 刘俊荣 李 弘
李明雯 秦 红 Rex Hancock
孙玉林 邵国富 邵卫东 武春友
王秋泰 王丽华 魏东海 徐 捷
徐宝瑞 徐国光 徐连英 虞则立
赵凤瑞 郑朝阳 张 威 张文鸣
张牧寒 曾凡金

序 言

FOREWARD

我国自建立社会主义市场经济体制以来，国民经济和社会发展的各个方面都在发生巨大的变化。为适应市场经济发展，作为国民经济的一个重要组成部分的卫生事业也不断地在改革中得到发展。作为卫生体系中的医疗机构在非国有经济迅速发展的同时，在行业内形成了以公立医院为主导、多种经济成分并存的所有制结构，即出现了民营医疗机构、股份制医疗机构、中外合资医疗机构等。在党的“十六大”以后，伴随着入世的机遇与挑战，各级各类医疗机构将会进一步发生变化。部分医疗机构将转为民办和民营，产权主体多元化，出现了股份制改造、拍卖、有偿转让等形式；产权和经营权分离，出现了租赁、托管等形式；医院内部的管理模式、机制、方法等也在发生着大的变化。针对医疗机构改革中产生的新的思路和做法，它的热点与难题需要进一步去研究，去探索。

北京菲尼克斯医院管理公司和美国凤凰医院管理有限公司组织中外医院管理专家在编写出版《医院经营管理丛书》、《21世纪医院经营丛书》的基础上，时逢《中国卫生产业》杂志创刊之日，又编写出版了这套《医院经营管理前沿丛书》，对当前普遍关注的问题进行了研究与探讨，以期较为全面地阐述医院经营管理的最新学术观点和理论发展。在医院管理领域的研究者与实践者之间搭起一座桥梁，提供一个新视点、新理论的学术园地。希望广大医院管理者肩负起历史责任，不辱使命，共同为中国医疗卫生事业的改革与发展，在理论创新和实践中做出应有的贡献。

孙隆椿

2003年8月

前言

PREFACE

在我国社会主义计划经济向市场经济制度转轨时期，由于打破垄断，建立竞争机制，导致医疗机构管理体制发生了根本性的变革。从 20 世纪 90 年代开始，我国的企业医院与企业母体分离，国有公立医院探索产权制度改革，相继出现了股份制医院、股份合作制医院、民营医院、中外合资合作医院、医院集团以及“公司制医院”等与我国传统的国有医院截然不同的非营利性医院和营利性医院，政府职能开始转变，医疗机构开始分类管理，权力在政府和市场之间开始重新配置，进而导致了我国医院治理模式的变革。

我国现行的医疗卫生管理体制是在计划经济体制时期形成的。在传统的中央集权的计划经济制度下，我国国有公立医院的治理模式属于典型的行政型治理模式，它的最大特点就是政事不分，医院治理行为行政化。主要表现为医疗机构的资源分配行政化、经营目标行政化和经营者人事任命行政化，内部治理外部化，外部治理内部化。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，并产生了高昂的治理成本。

2000 年 2 月，我国开始了城镇医药卫生体制改革。要适应社会主义市场经济体制和生产力发展的客观要求，满足人民群众多层次、多样化医疗卫生服务需求，必须加快医疗卫生管理体制的改革和创新。要建立权责明晰、富有生机的医疗机构管理体制，使医疗机构真正成为自主管理、自我发展、自我约束的法人实体。特别要研究和建立公立医疗机构的法人治理结构，明确出资者、决策者、管理者和医院职工之间的关系。通过建立明确的产权关系和医院法人治理结构，一方面保障国有或集体资产安全，保障公立医院社会目标的实现；另一方面使医院具有独立法人自主经营管理权。

随着我国医疗卫生体制改革的深入发展，医院产权制度改革、医院重组、并购医院等崭新的经济现象和新的医院管理问题纷纷出现，使得一个普遍存在于经济和管理实践中的基本问题浮出水面：医院是谁的？控制医院的又是谁？这个医院的“所有和控制”的问题突破了我国计划经济时代的传统框架，为此，我国政府正式提出了“办医院”和“管医院”要分开，卫生行政主管部门不能再当“总院长”了，要实现国有公立医院所有权和控制权的分离。因此，在我国经济体制向市场经济转型过程中，医院的内部和外部治理问题已经成为我国各类医院亟需研究和探索的课题，这也是我国医疗机构管理体制变革过程中一个绕不过去的问题。

医院治理这个选题早在三年前就开始引起我们的关注，这是我们在参加国家软科学项目《中国医院产权制度改革研究》课题和中国卫生经济学会《医院管理人员职业化研究》课题研究时，共同遇到的一个我国医疗机构管理体制变革中必须要解决的问题，也是我国一些医院在深化改革过程中向我们不断提出咨询需求的重要问题之一。那么，怎样才能

市场经济制度下做好医院的治理呢？为此，我们将几年来对国内一些医院改制进行跟踪研究的成果，借鉴国外一些国家医院治理的模式，参考我国一些国有企业改制后成功治理的经验，尝试编写了这本《医院治理结构与机制》。

医院治理是一个理论性很强的研究领域，也是医院管理层面上很现实的实践问题，本书以广义的医院治理和说明责任为主线，来构筑一个新的医院治理的体系架构，将医院治理的研究范围从医院治理结构扩展到医院治理机制，从单一的法人治理扩展到医院集团治理，从国有公立医院的转型治理扩展到民营医院的成长治理，从新的视觉审视不同类型的医院治理新模式，以便和读者一起探讨构造一些有利于合理制衡、科学决策的内部治理结构和强化外部治理机制的具体手段和措施。同时，我们将国内现在正规使用的四种公司章程文本作为附录供大家参考使用。由于我们的理论水平有限，实践经验不多，本书讨论的问题会有很大的局限，甚至会有错误之处，敬请批评指正。

编 委 会

2003年8月26日

目 录

CATALOGUE

第 1 章 医院产权与医院治理	1
1.1 我国医院治理问题的提出	1
1.2 我国医院治理问题产生的背景	3
1.3 产权结构是医院治理的基础	8
1.4 医院治理的含义	16
第 2 章 医院治理的基本模型	28
2.1 股份制医院的基本模型与治理问题	28
2.2 医院治理的权益主体	30
2.3 医院治理的一般模型	35
第 3 章 医院法人治理结构	41
3.1 医院股东与股东会	41
3.2 医院董事会和董事	53
3.3 医院监事会的监督职能	68
3.4 医院管理层的约束与激励	71
3.5 医院董事会和 CEO 业绩评价	74
第 4 章 医院内部治理机制	84
4.1 医院内部治理的激励机制	84
4.2 医院内部治理的监督机制	88
4.3 医院内部治理的决策机制	90
4.4 案例：凤凰医院集团宪章	93
第 5 章 医院外部治理机制	105
5.1 职业院长市场对医院的约束机制	105
5.2 证券市场对公司制医院的控制机制	116
5.3 机构投资者对医院的战略选择	124
5.4 银行对医院的控制机制	130
第 6 章 医院集团的治理	136
6.1 医院集团的治理机制	136
6.2 母医院对子医院的控制机制	145
6.3 医院集团关联医院间的协作机制	152
6.4 医院集团其他利益相关者的利益保护	158

第7章 我国医院治理模式的探讨	163
7.1 我国公立医院转型的治理模式	163
7.2 我国民营医院成长的治理模式	174
附录1 有限责任公司章程（文本）	187
附录2 中外合作公司章程（文本）	193
附录3 中外合资经营企业章程（文本）	198
附录4 外资企业章程（文本）	204

第1章

医院产权与医院治理

进入 21 世纪，随着全球经济一体化的发展和世界经济环境的变化，各国的医院治理实践也发生着深刻的变革，越来越多的医院投资者和经营管理者认识到，良好的医院治理是医院的核心竞争力之一，是提高医院经营绩效的必要条件，是保护医院所有者及其相关者，保证现代医疗市场体系有序、高效运行的基础。在我国，随着医药卫生体制改革的深化，医院分类管理制度的建立，目前医院的改革正在进入医院治理改革的新阶段。医院治理改革不仅有助于解决国有公立医院在分类管理过程中出现的“翻牌化”等问题，也为民营医院、合资合作医院的规范化发展提出了新的要求。

1.1

我国医院治理问题的提出

2000 年 2 月，国务院办公厅转发了国务院八部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》，提出了“实行卫生全行业管理，建立新的医疗机构分类管理制度，深化改革医院的运行机制和卫生事业单位人事制度、分配制度”等 14 条指导意见，明确了我国医药卫生体制改革的主要方向。随后出台的 13 个配套文件，为我国医药卫生体制改革制定了实际操作的规范。城镇职工基本医疗保险制度、医疗机构分类管理和药品生产流通体制的三项改革同步推进，总体目标是：打破垄断，建立竞争机制，用比较低廉的费用提供比较优质的服务，努力满足广大人民群众的基本医疗服务需要。由此，我国的医疗机构开始步入市场，开始从计划经济体制向市场经济体制转轨、转型。

2001 年，随着我国加入世界贸易组织，国外医疗健康产业的陆续进入，中外合资、合作医院和民营医院的迅速发展，使得我国医疗市场的竞争开始越来越激烈。据不完全统计，截至 2002 年底，中国有 17844 家医院，其中政府医院 9221 家，非政府医院 8623 家；其中民营医院近 1700 家，大部分规模还很小，走的是专业化的道路，如心血管疾病、肿瘤、口腔医疗等，具有全科治疗能力的综合性大医院还不多；其中中外合资合作医院 200 多家，主要集中在北京、上海和经济发达的东南沿海城市，医院的投资规模普遍偏小，只有 10% 左右的医院超过 1000 万美元，200 万美元以下的约占一半，拥有 200 张以上床位的不到 20%。

到目前为止，尽管营利性和非营利性的民营医院产业在国内刚刚起步，但由于未来前景看好，仍然吸引了大量国内外资金的注意力，继北京和睦家医院之后，国内和国外拥有雄厚资金实力的上市公司也纷纷进军这一产业领域，除万杰高科的万杰肿瘤医院外，华晨集团投资 2.95 亿元建设华晨国际医院；望春花

计划依托协和医科大学建设专门从事干细胞治疗的营业性医院,三九医药则投资 3.3 亿元与集团共同成立了大型综合性的深圳三九医院,还有苏常柴下属的金陵男科医院,金陵药业收购了江苏省宿迁市第一人民医院等等。这些上市公司介入营利性医院的运作正是看好了这一产业未来丰厚的投资回报。这些营利性医院的设立一方面为中国医疗市场带来一股清风,另一方面未来必将给中国医疗市场带来不小的冲击。

2001 年 7 月,原国务院副总理李岚清在国务院召开的“三项”改革工作会议(青岛)上指出:“要积极推进医疗机构的属地化管理,建立规范的社会化的医疗机构管理体制。要打破条块分割的局面,在一个卫生规划辖区内的医疗机构,不管隶属于哪级政府、哪个部门、哪个行业,一般说都应该是独立法人,其原主办单位应以出资人的身份与之建立规范的产权关系,而医疗机构业务都要接受当地卫生行政部门的行业管理。”

2002 年 2 月 27 日,卫生部医政司司长、医院管理研究员吴明江在《人民日报》(第十二版)上讲到,我国现行的医疗卫生管理体制是在计划经济体制时期形成的。要适应社会主义市场经济体制和生产力发展的客观要求,满足人民群众多层次、多样化医疗卫生服务需求,必须加快医疗卫生管理体制的改革和创新。

——要建立权责明晰、富有生机的医疗机构管理体制,使医疗机构真正成为自主管理、自我发展、自我约束的法人实体。特别要研究和建立公立医疗机构的法人治理结构,明确出资者、决策者、管理者和医院职工之间的关系。通过建立明确的产权关系和医院法人治理结构,一方面保障国有或集体资产安全,保障公立医院社会目标的实现;另一方面使医院具有独立法人自主经营管理权。要建立符合社会主义市场经济规律和人民健康需求的服务体系,加强社区卫生服务建设,使医疗卫生服务更贴近家庭、贴近生活。依据区域卫生规划对重复建设、效率低下的医疗机构予以调整,将一级和多数二级医疗机构转向社区,形成社区卫生服务组织与综合医院、专科医院合理分工的两层服务体系。

——要发挥市场机制在医疗卫生事业发展中的积极作用,支持、鼓励和引导民营医疗机构的健康发展,促进公立医疗机构与民营医疗机构在多个专业领域、多个服务面上展开公平有序竞争。公立医疗机构要克服对政府的依赖思想,提高自主经营管理的能力。

——要推进医疗卫生管理体制的改革与创新,就要重新界定政府在卫生事业发展中的职责和作用。政府要转变职能、政事分开,改变“大包大揽”和履行职责过程中的“错位”、“缺位”和“不到位”的问题。

2003 年 3 月 10 日,福建省卫生厅在全省卫生工作会议的工作报告中明确提出:新时期全省卫生工作的总体思路可概括为“一个重点,两个优先,一个改革”。即紧紧抓住农村卫生这个重点,优化卫生资源配置,优先发展公共卫生和基本医疗,加快推进卫生体制改革。加快改革,一是要改革卫生管理体制。一方面,政府要运用法律法规、方针政策、规划指导和经济等手段强化对卫生事业的宏观管理,按照政事分开的原则,实施管办分离,实行卫生工作全行业管理;另一方面,要积极发展民办医院,形成办医主体多元化的格局,构建有序竞争的医疗服务市场。同时改革公立医院管理体制,建立和完善公立医院法人治理结构,实现所有权与经营权的分离,使之成为自我管理、自我发展、自我约束的法人实体。二是要逐步建立起社区卫生组织、综合医院和专科医院合理分工的城镇医疗服务体系,以及适应农村经济社会发展状况、具有预防保健和基本医疗功能的农村卫生服务体系;建立起结构合理、协调规范、办事高效的卫生监督机制,以及分工明确、精干高效,集预防、健教和技术管理与服务为一体的疾病预防控制体系。三是要引入竞争机制,通过推进医疗卫生机构人事、分配制度改革和后勤服务社会化,搞活经营机制,建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的内部运行机制。

我国医疗体制改革的深入发展,医院产权制度改革、重组、并购等崭新的经济现象和新的医院管理问题纷纷出现,使得一个普遍存在于经济和管理实践中的基本问题浮出水面:医院是谁的?控制医院的又是谁?这个医院“所有和控制”的问题突破了我国计划经济时代的传统框架,为此,我国政府正式提出了“办医院”和“管医院”要分开,卫生行政部门不能再当“总院长”,要实现公立医院的所有权和控制权的分离。因此,在我国经济体制向市场经济转型过程中,医院治理开始成为我国各类医院的研究和探索课题。

1.2

我国医院治理问题产生的背景

随着我国经济体制改革的深入，医院股份制和股份合作制在全国二十多个省、市陆续试点。时至今日，有的医院已运行了十多年，有的医院正在发展中，有的医院已陷入困境，甚至破产。医院实行股份制，作为实践的产物，不仅具有与企业股份制不同的特点，而且各地的做法也五花八门，在理论上也有着不少争议。

目前，我国医院实行的股份制总体上分为两类，即股份制医院和股份合作制医院。股份制科室和股份制设备都是非规范做法。按照投资主体划分，股份制医院又分为由数个法人投资组建的股份制医院和由大中型国有医院转制而成的股份制医院。股份合作制医院则多为城市小型国有、集体所有制医院和农村乡镇卫生院转制而成，其中不乏已解体的卫生院又按股份合作制重建者；也有少量由离退休医务人员组建的股份合作制医院。

1.2.1

医院股份制产生的动因

从80年代后期以来，股份制和股份合作制医院的发展几经波折，起伏不定。但到党的十五大召开前，各种类型的股份制医院在总数上虽不多，在地域分布上却已经很广。其产生的动因如下。

1) 医疗机构筹资的需要

从1986年开始实行“划分收支，分级管理”的财政体制后，区县以下政府的财政筹资能力比较低。因此，基层医疗机构的投入明显不足，而三级大医院的设备普遍得到更新、改善。与此同时，个体医生开业又广泛兴起。在城市，厂矿企业和部队医院也纷纷对社会开放，使医疗服务市场被进一步瓜分。在农村，有些地区的乡镇卫生院甚至几经整顿重建，又几番垮掉。有的城市基层医院也濒临破产的边缘。正是为了摆脱生存和发展的困境，一些国有医院和集体医院进行了股份制改造，一些根据市场需要拾遗补缺而建立的专科医院也引进了股份制的组织经营机制。这正是为什么医院的股份制首先产生于基层医疗机构和小型专科领域的原因，这也能够解释为什么在富裕地区和比较贫困的地区都有股份制或股份合作制医院产生这一经济现象。正像有人说的“富裕地区有需求，贫困地区为筹资”。

2) 寻找新的经营激励的需要

经济体制改革开放后，医院经历了“五定一奖”岗位责任制、承包经营责任制和综合目标管理责任制等一系列改革，在前一轮“承包制”都没有达到预期效果的情况下，股份制和股份合作制的试行，也是试图通过职工持股，“连股、连利、连心”，使职工个人利益与医院的经营发展紧密相连，形成一种命运共同体，从而为医院的经营注入新的活力。

1.2.2

医院股份制类型及其基本做法

1) 股份制医院

由法人投资组建的股份制医院一般是由数个企业法人和事业单位法人投资入股建立的，类似于有限责任公司。

医院的最高权力机构是董事会，董事长由出资最多的股东担任。实行董事会领导下的院长负责制，医

院院长对董事会负责。院长除定期向董事会汇报重大问题和业务上接受卫生局的指导外，全权处理医院的行政和业务事项。

在机构设置上，简化职能科室，精设业务科室，实行一人多职。

在人事制度上，实行全员聘任制。

在工资制度上，实行结构工资制，并与医院收益和个人贡献挂钩。

在收益分配上，医院的纯业务收入扣除发展基金和院长基金后，其余作为红利分配给入股各方。

国有大中型医院转制而成的股份制医院分三种情况：

(1) 在对医院资产总值进行评估后，将其作为国家股入股并占总股份的大头，其余小部分股份由医院职工自愿认购，类似于国有独资公司。

(2) 对医院原有资产进行资产评估后，募集企业法人投资入股并占股份的大头，形成企业法人与国家共同投资的股份制医院。

(3) 医院经资产评估折价入股为国家股，并只收内部职工入股和向社会个人招股改制的股份制医院。

吸收个人入股的一般设立股东大会，股东大会选举产生董事会。没有吸收个人入股的一般只设立董事会。董事会由出资额最多的一方担任董事长，实行董事会领导下的院长负责制。通常采取董事长、院长和医院法定代表人由一人兼任的做法。有的通过吸收职工股权代表进入董事会来进行民主监督，有的通过设立监事会和召开职工代表大会进行民主监督。

在收益分配上，提取法定公积金和公益金后进行股息和红利的分配，做法有三：一是只分红不派息；二是既分红又派息；三是个人股分红，国家股只派息，或提取折旧不分红的做法。股息发放有的按高于1年期银行利息逐月发，有的按3年期银行利息年末发。

此外，有的股份制医院是国有医院对其所属的和兼并的集体所有制医院进行股份制改造而成的。也有的是在国有医院内部建立具有法人资格的股份制诊治中心。

2) 股份合作制医院

城市小型国有、集体所有制医院和农村乡镇卫生院改制建立的股份合作制医院的基本情况有：

(1) 资产处理

由有关部门对医院原有资产进行评估，确定资产总值，界定产权归属。对存量公有资产的处理分为四种情况。

第一种是全部资产或部分资产参股，实行计息和分红或只分红不计息。

第二种是全部资产或部分资产有偿使用，按银行贷款利率提取占用费或向卫生主管部门上缴部分年收入作为风险基金，或每年按上年年底固定资产总额的10%提取折旧费，作为公积金的补充。

第三种是部分资产折股出售给职工，所得股金用于安置富余人员和扩大再生产。

第四种是部分资产量化折股分派给职工，作为分红和承担风险的依据，而终极产权仍属公有。

(2) 股份合作的形式

主要分为四种形式：

第一种是公有资产全部参股或有偿使用，并实行全员入股。

第二种是公有资产量化折股，按工龄、责任和贡献大小分派给职工，职工不需投资入股。

第三种是公有资产部分参股或有偿使用，部分折股分派给职工，并实行全员入股。

第四种是医院同院外医疗卫生单位、持证个体医或其他社会法人联合参股。

(3) 股权设置

①国家股：即政府和卫生行政部门历年投资形成的资产。

②集体股：即医院职工历年共同劳动积累的资产，属医院职工集体所有。

③个人股：在职职工以个人可支配的合法收入投资入股或适用实物折股投入的股份，又分为基本股和责任风险股，基本股全员有份，责任风险股在高于基本股的一定限度内，经营者、管理骨干和业务骨干按董事会或股东会、职代会议定的份额入股。

④法人股：即医院以外的企业法人和事业单位法人的投资入股。

(4) 组织结构

主要分为三种情况：

第一种，股东大会是最高权力机构。董事会是股东大会的常设权力机构。董事会由股东大会选举产生，董事长由董事会选任。股东大会选举产生监事会。实行董事会领导下的院长负责制，院长由董事会委任，董事长可兼任院长。也可由股东会直接选举院长，股东代表负责监督经营。

第二种，股东大会或董事会行使决策权，院长拥有经营管理权，党支部、职代会行使监督权。

第三种，职代会为最高权力机构，行使决策权，院长由卫生主管部门任免，并行使经营管理权。

(5) 人事制度上实行全员合同聘用制。

(6) 分配制度

以按劳取酬为主，按股分利为辅。工资总额与医院的收入挂钩。有的实行基本工资、职务职称工资、效能工资等结构工资制。职工的原工资存档备案。年终纯收入大致做下列分配：

一是提取 20%~30% 法定公积金，作为公有资产增值。

二是按实际需要或按 15%~30% 提取公益金，用于集体福利。

三是提取任意公积金，按股记在股东名下，作为资本增值，用于扩大再生产，或提取 10%~20% 的积累基金用于职工个人股金增值。

四是提取 20%~25% 按股分红，有的则提取 40% 按股分红。

五是改制的城市小型国有医院和集体所有制医院一般还提取 2%~3% 的院长基金上交卫生局，提取 1.5%~2% 作为综合目标管理奖。有的则提取 0.5% 作为事业统筹基金上交卫生局。

六是发生亏损，按股冲减存量资本或由事业发展基金弥补部分亏损额，其余部分按职工个人股份比例分担。

此外，还有一种股份合作制医院是离退休职工以个人可支配的合法收入投资入股组建的。股权设置为，医院股：医院筹建过程中积累的资产。个人股：医院职工的投资入股。其经营特点是以市场需求为导向调整科室设置和服务项目。医院没有上级主管部门，自主经营，自负盈亏。

1.2.3

我国医院股份制改革引发的医院治理问题

我国医院股份制改革的发展，实际上使现代医院走向了典型的公司制医院，确立了现代医院的独立的法人地位，医院开始成为一种稳定的公司化组织形式。

这种以资本联合为核心的医院组织形式，是从我国市场经济体制基础上发展起来的一种全新的医院制度形式。它有一些优于传统医院的地方，这就是：第一，股份制医院筹资的可能性和规模扩张的便利性；第二，减低和分散风险的可能性，由于股东承担有限责任，而且股权可以转让，因此，对投资者特别有吸引力；第三，医院的稳定性，由于两个方面的原因——一方面，股权一经出售，便不能退回，另一方面，医院的法人特性——使得股份制医院具有稳定的、延续不断的生命，只要医院经营合理、合法，医院就可以长期地存在下去。

毫无疑问，资本是资本所有者——某个具体的自然人——的资本，离开了拥有资本的自然人，不仅谈不上资本的联合运作，股份制医院也难以存在，而且资本也会失去其运动的支撑体。因此，在股份制医院制度发展之初，它的存在基础就是资本议决制和自然人基础上的股东主权原则。

与公司制医院伴随产生的另一事物，便是资本市场的形成和股票交易。但是，在社会主义市场经济发展初期，受到我国证券市场准入政策的约束，我国目前通过资本市场运作的医院还是极少数。因此，公司制医院诞生初期的股票交易还不具备强大的经济功能。在社会经济经历了长期的积累、发展之后，在市场和交易的互动发展过程中，市场的规模在不断扩大，交易的数量在稳定地上升，最后，终于造成了具有重

要意义的经济变化。

公司制医院的产生与发展,对医疗市场竞争的发展,尤其是市场效率的提高有着非常积极的意义。它在很大程度上克服了传统国有医院经济上的局限性。传统国有医院在其发展过程中,不仅受到来自财力不足方面的限制,这种限制既包括无力从事大规模的经济活动,也包括承担高风险的事业经营,同时,我国民营医院的发展,更受到其“自然人”特性的制约,虽然财产可以由家族世袭,但是家族世袭并不能解决医院的持续存在和长期发展的问題。另外,市场的扩大和医疗、经营技术的复杂化,越来越需要专业化的职业经营者。而股票市场交易的延展,使众多零星小额资本得以不断加入经济活动的行列,因此,公司制医院首先解决了医院发展的资金问题;其次,以法人身份出现的公司制医院,使医院不再受到“自然人”问题的困扰;第三,专业化的医院经营者的加入,则适应了变化和复杂化的经济形势。

与传统的医院相比,公司制医院在长期的发展过程中,形成了以下重要特征。正是由于这些特征的发展,使得现代医院的治理问题上升到医院的议事日程。

1) 股权结构的分散化

我国股份制医院的股权结构,经历了由少数人持股到社会公众持股再到机构投资者持股的演进过程。

在公司制医院发展早期,医院只有少数的个人股东,即股权结构相对集中。但是,伴随着医院规模的扩大,也伴随着资本市场的发展,医院的股权结构逐步分散化,大量的医院股票分散到社会公众手中。而最近几年来,国外一些国家进一步出现了新的机构持股的情况,特别是美国,机构持股得到快速发展。主要的机构投资者是共同基金、保险公司、养老基金和捐赠基金等。

需要说明的是,尽管机构投资者快速发展,但这些机构都是实行分散投资,机构投资者投资于单个医院特别是大医院的比重并不高,因而使得医院的股权结构高度分散,一些医院往往有成千上万个股东。

高度分散化的医院股权结构,对经济运行产生了重要的影响。就有利的方面而言,第一,明确、清晰的财产权利关系为资本市场的有效运转奠定了牢固的制度基础。不管医院是以个人持股为主,还是以机构持股为主,医院的终极所有权或所有者始终是清晰可见的,所有者均有明确的产权份额以及追求相应权益的权利与承担一定风险的责任;第二,高度分散化的个人产权制度是现代医院赖以生存和资本市场得以维持和发展的润滑剂,因为高度分散化的股权结构意味着作为医院所有权的供给者和需求者都很多,当股票的买卖者数量越多,股票的交投就越活跃,股票的转让就越容易,股市的规模发展就越快,医院通过资本市场投融资就越便捷。

但是,医院股权分散化也对医院经营造成了不利影响,首先股权分散化的最直接的影响是医院的股东们无法在集体行动上达成一致;其次是对医院经营者的监督弱化,特别是大量存在的小股东,他们不仅缺乏参与医院决策和对医院高层管理人员进行监督的积极性,而且也不具备这种能力;最后是分散的股权结构,使得股东和医院其他利益相关者处于被机会主义行为损害、掠夺的风险之下。

2) 股权结构的多元化

医院股权结构的分散化是指旧的“资本”概念下的股东数量的增加,其内容是医院发行更多的股票,向更多的人出售股票,结果社会上持股的人越来越多。它并没有超出原来的“资本逻辑”。虽然越来越多的人成为医院的股东,但是他们仍然是传统意义上的出资者,他们的所谓的“出资”仍然没有超出“物质资本”或“财务资本”的范畴。

医院股权结构的多元化则是指在全新的资本概念下的医院持股主体的增加。这就是医院的经营者、员工也成为医院的出资人或持股者。这种情况并不等同于前面提到的医院股权结构的分散化,在这里,资本概念已经不再局限于“物质资本”或“财务资本”,也不是只有提供了“物质资本”或“财务资本”的人才成为医院的“出资者”,医院的出资者包括向医院提供了各种服务的所有成员:既包括传统意义上的股东,又包括向医院提供人力资本服务的医院经营者、员工。在传统的资本概念下,他们不是“资本所有者”,没有向医院提供资本服务。

3) 融资方式的多样化

随着资本市场的发展,融资手段和金融工具创新,医院融资方式日趋多样化。在资本市场上,中长期