



BOSHI WENKU

〔管理学〕

我国医疗机构良性运作的 制度构建

WOGUO YILIAOJIGOU LIANGXING YUNZUO DE
ZHIDU GOUJIAN

张录法 著

知识产权出版社



BOSHI WENKU

我国医疗机构良性运作的 制度构建

WOGUO YILIAOJIGOU

LIANGXING YUNZUO DE

ZHIDU GOUJIAN

张录法 著

知识产权出版社

内容提要

本论著立足于我国卫生事业的具体实践,利用现代卫生经济理论以及系统科学的理论,系统剖析了我国医疗机构的不良运作现状及其形成机理,在充分借鉴、合理吸取国际典型医疗服务体系模式中医疗机构运作改革经验的基础上,提出了我国医疗机构良性运作所需的制度构建。

本书的读者包括中国医疗体制改革的决策者和实践者,以及从事医疗体制改革的研究者、高校师生等参考使用。

责任编辑:宋 云

图书在版编目(CIP)数据

我国医疗机构良性运作的制度构建/张录法著.

—北京:知识产权出版社,2008.8

ISBN 978-7-80247-136-8

I. 我… II. 张… III. 医疗保健制度—研究

—中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 126991 号

我国医疗机构良性运作的制度构建

张录法 著

出版发行:知识产权出版社

社 址:北京市海淀区马甸南村 1 号

网 址:<http://www.cnipr.com>

发行电话:010-82000893 82000860 转 8101

责编电话:010-82000860 转 8324

印 刷:知识产权出版社电子制印中心

开 本:880mm×1230mm 1/32

版 次:2008 年 8 月第 1 版

字 数:225 千字

邮 编:100088

邮 箱:bjb@cnipr.com

传 真:010-82000893

责编邮箱:hnsongyun@163.com

经 销:新华书店及相关销售网点

印 张:8.75

印 次:2008 年 8 月第 1 次印刷

定 价:26.00 元

ISBN 978-7-80247-136-8/F·198

版权所有 侵权必究

如有印装质量问题,本社负责调换。

自序

今年是改革开放 30 周年，在过去的 30 年里，中国无疑在经济领域创造了世界的奇迹。但与此同时，社会问题也日益凸显，成为制约经济进一步发展乃至社会稳定的负面因素。在众多的问题中，“看病难、看病贵”成为一个焦点。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% 的应住院而不住院；2006 年中国社会科学院社会学所在全国进行了一次“社会和谐稳定问题全国抽样调查”，在调查的 17 个社会问题中，“看病难、看病贵”问题被首次排在第一位，充分表明了这个问题的严重程度。

当然“看病难、看病贵”不是这几年才出现的，也绝非中国所特有，只不过由于目前我国经济体制、社会、人口结构等多重转型同步并行、相互交织从而使之愈发凸显。世界各国医疗卫生发展和改革的经验表明，“看病难、看病贵”问题是一个世界级难题，其本质是医疗需求与医疗供给之间的不均衡，目前还没有哪个国家能很好地解决这个问题。

从直觉上，谈到“看病难、看病贵”首先可能联想到的是在医疗机构中排得如长龙般的就医队伍，联想到那些到了医疗机构门口却因无钱缴费而被拒之门外或虽已就诊但因费用过高而不得不提前中断治疗的无助患者，因此直接将医疗机构归咎为“看病难、看病贵”的罪魁祸首也就顺理成章、不足为奇。但这主要是表象而非真相的全部，虽然医疗机构无疑是造成“看病难、看病贵”这一问题极其重要的主体，其价值取向和行为方



式在整个问题的形成过程中都扮演了举足轻重的角色，但“看病难、看病贵”的影响因素远不止于此。事实上，如果从宏观供求角度分析，那么无论是医疗服务的提供还是医疗服务的筹资乃至相关的监管都至关重要，而假如从参与主体角度分析，则无论医疗机构、政府、医疗保险机构、医药生产、流通商甚至比窦娥还要委屈的患者都在这个问题上起到了或多或少的负面作用。因此，从医疗机构的角度，要解决“看病难、看病贵”问题必须要让其回归公益的良性运作轨道，这是不言自明的逻辑，但是在医疗机构的改革中，如果不能系统地对医疗机构与各个相关主体之间复杂的关系进行分析，并基于此提出科学的改革措施，那么改革既有可能“改不动”，也有可能“越改越糟”。这是有前车之鉴的，回顾 30 年卫生改革的历程，这样的例子比比皆是。1979 年元旦，卫生部钱信忠部长在元旦讲话中提出了卫生部门也要按经济规律办事，医疗机构的改革号角正式吹响。从此，医疗机构既经历了 80 年代放权让利、承包责任制、院长负责制，以及从原来的全额预算逐步变成了“核定收支、定额或者定项补助、超支不补、结余留用”的补偿机制的改革；也经历了 90 年代的城镇医疗机构分类管理、医院药品收支两条线管理、药品采购公开招标、药品直接降价、“三医联动”改革以及后来的产权改革、管办分离、发展社区卫生等改革。但遗憾的是，其中多数的改革都没有奏效，以至于直到今天，医疗机构仍然痼疾缠身。而失效的最主要原因，在于改革中的系统性、科学性和方向性不足。

(1) 系统性不足。改革中未能从社会系统的全局来考虑卫生的问题，把卫生系统视为一个封闭的子系统。其结果是对卫生改革重要性认识不足，造成卫生改革往往成为从属改革。在强政府的背景下，如政府的精力主要集中于主导的经济改革，那么作为从属的卫生改革必然遭受财政投入不足，重视程度不够的待遇而使改革实质内容缺乏，雷声大、雨点小，改革的真正目的难以

到位；而就卫生谈卫生，往往导致改革被卫生系统内部化、卫生部门利益化，从而改革往往“改不动”或缺乏公允；此外，系统性不足还导致各项相关改革缺乏协调，造成改革的相对超前或滞后，最终导致整个系统的功能紊乱。

(2) 科学性不足。在卫生改革中简单移植的痕迹贯穿始终，这种无视卫生规律和特殊性的移植必然导致水土不服；同时整个改革中充斥着急功近利的思想，不尊重改革的发展演化规律，急于求成而往往事与愿违，致使“改革目标很快成为被改革对象”；致使改革出现“试点没有不成功的，但推开后基本上没有不失效”的不良后果；此外，还有过分追求同一性的问题，卫生的改革应该鼓励多样化，不要搞同一性、一刀切，但长期的改革证明，改革措施和取向往往同一化了，而当主观的同一性遭遇客观的多样性会带来何种结局相信无须赘言。

(3) 方向性的不足。在改革过程中方向不明确、不坚决，政策的摇摆非常厉害，而且没有中间过程，非此即彼，非彼即此。比如市场化和行政化的问题，在市场化改革中遇到阻力马上想到回头去求助于行政化，而行政化不通后立刻再回到市场化。其实，改革到了如今这步田地，单纯的某项极端性措施都不能单独有效地解决所有的问题了，但往往将看似非此即彼的两端不断创新、动态结合，方可能是解决问题的正途，断不可在两端非此即彼地徘徊，否则，只能不断地回到起点，而这种循环性改革只能劳民伤财，“越改越糟”。

因此，要让医疗机构能够良性运作，就必须在制度设计时充分考虑上述的不足并加以完善，在系统和科学的视角下构建大方向正确的制度，而本书就是在这种思路下的一次尝试。当然，我断不敢妄言我的著作能够给大家一个完美的答案，作为一个卫生改革领域的后来者，本书主要是在分析、消化前人研究的基础上，结合中国的实践，系统剖析我国医疗机构的不良运作现状及其形成机理，充分比较借鉴而非移植国外卫生改革的合理内涵，



利用现代卫生经济学和管理理论，经过充分论证提出我国医疗机构良性运作所需的方向明确、逻辑严密的制度构建及其发挥作用的条件，部分弥补前述改革中的不足，尽可能防止制度的朝令夕改，为尽快缓解、最终解决威胁民众健康的“看病难、看病贵”等问题提供些许改革的思路，更好地保障全体民众的健康福祉。

琴瑟之音，不同而和；学术之音，不同而和。真诚期待聆听到心怀共同目标的更多智者不同的声音！

张录法

2008年8月于上海交通大学国际与公共事务学院



目 录

第1章	绪论	1
1.1	本书的研究背景	1
1.2	本书的研究意义	4
1.3	国内外研究综述	5
1.4	本书的结构体系及主要研究内容	16
第2章	我国医疗机构不良运作现状及改革措施综述	21
2.1	引言	21
2.2	我国医疗机构发展改革历史简要回顾	21
2.3	我国医疗机构不良运作现状综述	24
2.4	改革措施综述	46
第3章	我国医疗机构不良运作的形成机理分析	57
3.1	引言	57
3.2	医疗机构与其外部环境主体关系分析	57
3.3	医疗机构及其外部环境主体的数理模型	61
3.4	模型中各主体行为分析	67
3.5	我国医疗机构不良运作现状的形成机理	82
3.6	以往改革不能奏效的机理解释	84
第4章	国际典型国家医疗机构运作情况及其改革借鉴	91
4.1	英国为代表的垄断整合型	91



4.2	美国为代表的市场主导型	103
4.3	德国为代表的公共合同型	108
4.4	新加坡为代表的公私互补型	113
4.5	四国改革对我国医疗机构制度构建的启示	118
第5章	打破公立垄断,建立健全医疗服务混合提供制度	120
5.1	引言	120
5.2	私立医疗机构的特点及作用	122
5.3	医疗服务提供理论分析的基本模型	131
5.4	五种医疗服务提供制度模式分析	134
5.5	五种医疗服务提供制度模式结果比较	140
5.6	医疗服务混合提供制度的成立条件及扩展分析	148
5.7	形成有效医疗服务混合提供制度的途径	153
第6章	建立“社区‘看门人’制度”,形成社区卫生机构和高等级 医院的良性互动	157
6.1	引言	157
6.2	医患之间现有的制度安排及特点分析	158
6.3	医患之间现有制度安排的效果分析	159
6.4	改进现有制度安排效果的途径	167
6.5	医患间基于激励的新制度安排——“社区‘看门人’ 制度”	172
6.6	“社区‘看门人’制度”对医疗机构、医疗保险 机构和药商的影响	188
第7章	重新界定政府在卫生领域的职能,改革相应的 管理体制	192
7.1	引言	192
7.2	政府干预卫生行业的原因	194

7.3 政府职能一:科学界定公立医疗机构的范围	197
7.4 政府职能二:引导和推动“社区‘看门人’制度” 建设	205
7.5 改革管理体制,实现公、私医疗机构的有效运作	210
第8章 医疗保险和医药生产流通体制配套改革研究	227
8.1 完善医疗保险体制改革,健全第三方购买机制	227
8.2 完善药品生产流通体制改革	242
参考文献	250
后记	265

第1章 绪论

1.1 本书的研究背景

获得公平高效的医疗保障是世界各国民众的共同期盼，如何实现这个目标则是一个世界性的难题，为此，世界各国政府都在不断地改革或改善其医疗卫生体制、医疗保障体制和医药生产流通体制等相关体制，以期更好地满足广大民众多层次的医疗保障需求，保持经济社会可持续发展。

我国是一个发展中的人口大国，有着独特的人口结构和严重的老龄化趋势，又处于传统体制向市场体制转轨的特殊时期，因此医疗保障的作用愈发凸显。“看病贵、看病难”问题已成为我国社会毋庸置疑和亟待解决的一个焦点，也是摆在各级政府面前的一个难点。继2005年、2006年之后，2007年3月5日温家宝总理在十届全国人民代表大会第五次会议的政府工作报告中再次明确指出，要高度重视解决涉及群众切身利益的问题，突出抓好医疗卫生工作，着眼于逐步解决群众“看病难、看病贵”问题。而在中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定和十七大报告以及2008年十一届全国人大一次会议的政府工作报告进一步明确指出要为群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务，让人人享有基本医疗卫生服务，提高全民健康水平。

当然“看病贵、看病难”不是这两年才出现的问题，只不

过随着我国经济体制改革的深入而愈发凸显。在最近几年里，我国政府为此也曾采取了一系列的改革措施，代表性的改革有：城镇医疗机构分类管理、医院药品收支两条线管理、药品采购公开招标、平价药店、药品直接降价、“三医联动”改革以及总量控制、结构调整等，尤其是药品直接降价，到2007年已经进行了24次之多，可这个问题不但没有缓解甚至愈发尖锐。

对其成因，宏观上形成了两派观点。有的学者认为，中国卫生行业问题的根源在于我国卫生事业市场化改革的失误，是无视卫生行业的特殊性和医疗卫生事业发展的基本规律进行市场化改革造成的必然结果，解决医疗卫生体制问题的最核心是要强化政府责任；^①而有学者则恰恰认为，这是我国市场化改革的不完善、不彻底或者是“伪市场化”导致的恶果，因此必须坚定不移地深化市场化改革，打破权势集团和利益集团互相勾结对医疗市场的垄断，充分发挥市场对资源配置的优势。^②

宏观角度的分歧并未影响学者在微观角度对问题的诊断。他们大都认可我国医疗机构尤其是公立医院的功能定位混乱、管理机制落后、补偿机制不合理从而导致医疗机构运作机制扭曲，行为严重偏离公益目标是造成“看病贵，看病难”等突出问题的直接成因。高强部长2006年2月19日对“看病难、看病贵”问题所总结的六个成因，也从官方印证了上述判断。^③因此对公立医院进行深化改革，改变其现存的种种弊端，就成为当前卫生改革的重中之重。

医疗机构作为医疗卫生服务的提供者，是实施医疗保障制度

① 葛延风. 医改陷困局根源在市场化 [OL]. http://www.ycwb.com/gb/content/2005-07/30/content_950983.htm.

② 顾昕等. 走向有管理的市场化——中国医疗体制改革的战略性选择 [OL]. http://www.usc.cuhk.edu.hk/wk_wzdetails.asp?id=4634.

③ 卫生部部长高强. 六大原因导致看病贵看病难 [OL]. http://news.xinhuanet.com/politics/2006-02/19/content_4198512.htm.

的重要组成部分。为了满足民众不断增长的多层次医疗服务需求，保证医疗服务提供的公平性和效率，必须有一个高效运作的医疗机构体系作为支撑。可是现在，我国医疗机构尤其是公立医院的功能定位混乱、管理机制落后、补偿机制不合理、运作机制扭曲等，从而导致其行为严重偏离公益目标，成为整个医药卫生体制改革的瓶颈，进而导致了医药合谋、药价虚高、医患纠纷频繁、医保基金低效平衡等突出问题，卫生总费用持续高速增长，政府和民众不堪重负，“看病贵、看病难”成了民众难解的心病，医疗服务的公平性和可及性严重下滑，2000 年世界卫生组织对 191 个国家医疗保障制度的排名情况表明，我国医疗筹资、分配的公平性排在了 188 位，在 191 个国家中倒数第 4。^① 医疗重心“轻预防、重治疗”的错误定位，更是使得我们的卫生体系在面对 SARS 时无所适从。

因此，为了保证全体民众能够人人享有医疗保健，为我国经济的进一步腾飞和全体国民生活质量的提升提供坚实的基础，为“以人为本”的经济社会可持续发展提供强有力的支持，改变医疗机构不良运作现状，促成其有效运作已是当务之急和当前卫生改革的重中之重。

为了使医疗机构能够形成有效的运作，我国用了 20 多年的时间摸索公立医疗机构的改革与发展方向。从 1985 年开始，国民经济改革的中心从农村转向城市。城市卫生行业也尝试和实行了各种改革措施，例如在医疗机构中试行和推行承包制和院长负责制，扩大医疗机构的人事、财务和经营管理的自主权等。1992 年我国政府确立经济体制改革的目标是要建立社会主义市场经济体制，因此卫生部也进一步下放公立医院的自主权，尝试让公立医院拥有雇用和解雇不合格职工的权力、投资基础设施的决定权、商业投资的决定权以及分配工资/津贴的权力。同时将医疗

① WHO. World Health Report 2000 [OL]. <http://www.who.org>.

机构的补偿机制进行了调整,由过去的“差额补助,结余上缴”的预算管理办法,改为“核定收支、定额或者定项补助、超支不补、结余留用”的财务预算管理办法。^① 这些改革措施在促进医疗机构和医务人员的积极性、增添医疗服务项目、提高生产率以及在解决看病难和住院难方面取得了部分成功。^②

1997年1月,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》指出要积极推进卫生改革,鼓励采取多种形式办医、多渠道筹集卫生资金。1998年12月国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,2000年2月国务院颁布《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,2000年9月卫生部、国家中医药管理局、财政部、国家计委颁布了《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》,这一系列政策的出台,掀起了我国医疗机构改革的浪潮,政府先后出台了若干改革措施。至今为止改革的有限突破主要集中在医疗机构内部管理模式和运行机制方面,而那些阻碍医疗机构有效运作的体制性、结构性深层次问题尚未得到有效解决,医疗机构的有效运作急需系统的制度性突破。

1.2 本书的研究意义

医疗机构的运作情况直接决定了医疗服务提供的公平性和效率。为此,世界各国都在从理论和实践中进行不断的探索,试图早日促成本国医疗机构的有效运作从而实现医疗服务提供公平和效率的完美结合。但是由于医疗机构运作所涉及的系统的复杂性,使得各国的医疗机构改革相当困难。

我国是一个发展中人口大国,有着独特的人口结构和严重的

① 财政部. 事业单位财务规则. 1996-10-22.

② 陈洁. 医院管理学——经营管理分册 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2003: 5.

老龄化趋势，又处于传统体制向市场体制转轨的特殊时期，因此医疗机构的作用愈发彰显。由于在以往的改革中往往是将医疗机构的改革放在一个不太重要的位置，而且只是简单地借鉴国企改革和国外的改革思路，更多的是停留在简单地借鉴和对现有制度的修补，缺乏系统的、深入的制度层面的研究，导致了医疗机构的不良运作现状。

本书在对现有问题进行透视的基础上，通过系统的论证，充分地把握促进医疗机构有效运作的重点，提出了促成我国医疗机构有效运作的制度层面改革措施，为我国卫生事业的深化改革提供了理论指导。通过对以往改革措施的总结和分析，避免了既往改革朝令夕改的不得已局面，指出了一个正确的改革方向，因此本论著具有强烈的实践意义。

此外，本书的系统性研究方法弥补了现有相关研究中系统性不足的缺陷，博弈论和委托—代理等比较先进的经济学工具的使用，丰富了对卫生行业进行分析的理论方法体系，因此对后续相关研究将具有相当的启示和指导意义。

1.3 国内外研究综述

公立医院体制改革是个世界性的难题，国内外有众多的学者和实务界人士都在对此进行研究和探讨，试图找到最适合本国国情的改革模式和改革路径。总体上，现有的研究主要有以下几个视角。

1.3.1 政府职能界定以及政府与公立医院的关系研究

公立医院的一个主要问题是政府职能不清，其越位和缺位往往导致公立医院难以正常运作，所以公立医院改革中经常被提及的就是界定政府在卫生领域的职能，理清政府和公立医院的关系。马斯格雷夫（Musgrave）在1959年就将政府的经济职能概

括为三个方面：参与资源配置、协调收入分配和促进经济稳定，这一界定直到现在依然被认可。我们国家在党的十六次全国代表大会上也正式明确，市场经济条件下政府的四项职能包括经济调节、市场监管、社会管理和公共服务。而政府实现其职能的途径则不仅包括直接生产还包括提供、管制和补贴等。^① 由上述分析可知，政府在卫生领域的职能应该是确保安全高效的医疗服务得以提供，这是其基本职能。而这些医疗服务是不是直接由政府来生产并提供，判断的标准是看这些医疗服务是否属于公共产品或准公共产品，如果是公共产品和准公共产品，那么可以由政府亲自举办公立医院并提供卫生服务，反之则不必一定由公立医院来生产。然而，大部分的医疗保健服务，恰恰并不满足非排他性和非竞争性，因此斯蒂格利茨（Stiglitz）在其著名的《公共部门经济学》中将医疗保健服务作为纯私人物品的例证。^② 余晖等学者也认为，虽然医疗卫生行业是一个兼有公共物品和私人物品性质的混合行业，但在医疗卫生服务行业，其公共品的性质要比其信息不对称和道德风险性质要弱，所以更应该强调其后两种性质。^③ 因此政府有义务提供公共医疗服务和普遍服务，但无须直接全部举办并供养众多的公立医院，完全可以通过向私人部门（营利的或非营利的）采购和提供补贴，更有效率地实现其公共义务。

从国际来看，美国联邦政府的主要职责是监管卫生财政，即整个卫生系统的筹资政策与补偿机制的宏观调控，也直接主管一些偏重社会效益而经济效益较差的卫生项目，如公共卫生和初级

① 欧文·E. 休斯. 公共管理导论（第二版）[M]. 北京：中国人民大学出版社，2004：11.

② 约瑟夫·E. 斯蒂格利茨. 卫生部门经济学（第三版）[M]. 北京：中国人民大学出版社，2005：5.

③ 顾昕，余晖等. 走向有管理的市场化——中国医疗体制改革的战略性选择[OL]. http://www.usc.cuhk.edu.hk/wk_wzdetails.asp?id=4634.

卫生保健等。^① 美国政府也举办公立医院，其中主要的一类称为“国家安全网医院”，它们主要负责对低收入人口提供廉价的门诊和住院服务，提供社区卫生服务，负责进行医学教育，承担教学医院的任务。对美国“国家安全网医院”的管理体制进行研究发现，在现有 100 多家美国安全网医院中，独立的公共实体占总医院数的 56%；非营利公司占总医院数的 6%；而政府直接举办的仅占总医院数的 38%。

德国虽然有 55% 左右的公立医院，但德国联邦政府和各州政府对医院的直接管理职能也相对较弱。联邦政府主要负责宏观政策和法律框架的制定，关注卫生服务的公平性、强制性健康保险的实施和立法、监测私人医疗保险的运行和各种医生协会及疾病基金会等；而各州政府则着重关注本区域的卫生事业发展规划及财政补偿政策等。^②

从 20 世纪 90 年代开始，随着卫生改革的开展，英国政府卫生部门也进行了相应的职能转换。卫生部门从身兼提供者和购买者的双重身份变成单纯的购买者和行业监管者，政府卫生部门不仅不再直接组织医院提供卫生服务，也不再直接向医院提供服务资金，而是在对比价格和服务质量的基础上，通过合同方式，从公立或私立医疗机构购买服务。这种购买医疗服务形式的转变，给医院造成了硬的外部约束，创造了医院之间相互竞争的动力。^③ 随着改革的继续，卫生部的功能愈发集中和深化，2004 年的改革计划中指出，卫生部将不再对地区级的委任和提供决策进行微观管理，主要做好以下几方面的内容：制定优先权、方向和标准；维持和发展国民保健体系的价值；确保卫生资源的数日并进

① 杜乐勋. 美国医院产权制度的启示 [DB/OL]. <http://dulx.chinavalue.net/showarticle.aspx?id=1936>. 2.

② 张录法. 我国医疗机构有效运作的制度研究 [D]. 上海交通大学, 2005, 4.

③ 张录法. 医疗卫生体系改革的四种模式 [J]. 经济社会体制比较, 2005, 1.