深陷泥沼：行政型市场化与中国公立医院的改革

（论文初稿、请勿引用）

顾昕

北京大学政府管理学院教授

摘要

中国在推进新医改的进程之中，供方改革相对于需方改革来说正遭遇更多的障碍。由于公立医院在医疗服务体系中占据主导位置，供方改革的艰难性主要体现为公立医院改革的迟滞。中国所有的公立医院正处于行政型市场化的制度格局之中：一方面，其运营主要依赖于通过提供医疗服务和出售药品所换取的收费，其行为特征是追求收入（收费）最大化；另一方面，其运营受制于众多政府行政部门的干预，因此难以跨行政区域寻求发展壮大，但同时也受益于政府行政部门的保护，在特定行政区域内享受一定的垄断地位。行政型市场化导致三方面负面后果：其一，由于一定的垄断地位，大多数公立医院缺乏改善服务的积极性，效率不彰的现象比比皆是，同时亦导致医药费用的高速增长态势难以遏止；其二，由于行政性的限制，公立医院无法跨地区发展壮大，导致医疗资源配置不均衡；其三，由于行政性保护，在大多数地区，民营医院的发展受到限制。中国新医改中供方改革的关键就在于公立医院如何走出行政型市场化的泥沼。在官方的政策上，中国公立医院改革出现了两种选择：其一再行政化，即卫生行政部门将分散在众多政府部门的资源配置权力集中起来，从而以自上而下的方式，对公立医院的运营进行全方位的行政管理；其二是去行政化，即公立医院走向法人化，而政府则以监管者的角色，致力于维持医疗服务市场竞争的公平性。在各地的实践中，公立医院改革实际上是在这两种选择之间摇摆。

2009 年 4 月 6 日，中共中央和国务院发布了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革意见》（以下简称“新医改方案”），标志着中国新的一轮医药卫生体制改革（简称“新医改”）正式启动。然而，近两年的新医改进展呈现一种不平衡的格局。具体来说，以走向全民医疗保险为目标的医保改革（即需方改革）

稳步前行，[1]而医疗服务体系的改革（即供方改革）则是步履维艰；尤其是公立医院改革，更是难上加难。实际上，这一不平衡的改革格局在过去的若干年一直没有发生实质性的突破。

但在 2010 年，这一格局的突破似乎有了一些新的转机。2 月 21 日，卫生部联合中央编办、国家发展改革委、财政部、人力资源社会保障部等部门发布了《关于公立医院改革试点的指导意见》（以下简称“《指导意见）”），公立医院改革的试点工作正式启动，16 个城市确定为国家级的试点城市。

公立医院的改革，在一些国家级试点城市以及其他一些地方，开始呈现出一些新的景象，一些局部性的制度创新探索开始出现。但总体来说，公立医院改革依然步履维艰，实质性的制度变革尚未开展。即便是在某些试点城市，公立医院改革的进展也不乐观。不少地方的不少公立医院，尤其是大中型公立医院，正处于所谓“购销两旺”的好时期，因此无论是当地政府还是相当一些公立医院，对于短期内看不到好处的改革措施，也缺乏探索的主动性和积极性。同时，很多地方对于公立医院改革的方向和重点并不清楚，要么以政府输血（增加一些投入）简单应付一下，要么以某些非制度性的措施来充当改革，要么在公立医院改革的路径选择上左右摇摆或举棋不定。

壹、公立医院现有的制度和组织结构

在我国，公立医疗机构，尤其是公立医院，在各地的医疗服务市场上占据主导甚至垄断地位。尽管从机构数量来看，公立医院自 2006 年以来就不足医院总数的一半，但其床位和卫生技术人员的拥有率一直保持在相当高的水平，多年来稳定在 76-79%这一区间。由于集中了大量医疗资源，尤其是在医疗服务中至关重要的人力资源，公立医院的服务能力同一般的民营医院相比自然要高一些，因此公立医院在医疗服务市场上的占有率自然也就相当高。公立医院的业务收入占所有医院业务收入总额的比重，在 2004 年曾经高达 98.5%；近年来虽然有所下降，但在 2009 年，这一比重依然高达 86.4%（参见表 1）。由此可见，民营医院尽管数量不少，但总体来说，其规模小、人才少，在医疗服务市场中的地位自然也就无足轻重。因此，中国新医改中的供方改革（即医疗服务体系改革）的重点，在于公立医院的改革。

表 1：公立医院的资源拥有率和市场占有率，2004-2009 年

	机构数	床位数	卫生技术人员数	业务收入额
2004	53.4%	76.3%	79.4%	98.5%
2005	52.8%	76.2%	79.4%	97.7%
2006	50.7%	76.0%	78.8%	96.3%
2007	49.5%	76.7%	79.0%	86.5%
2008	49.6%	77.5%	79.6%	86.7%
2009	47.6%	77.4%	79.0%	86.4%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2005 年，第 6、9、35、37、63-64、98 页；2006 年，第 6、9、37、62-63、100 页；2007 年，第 6、9、37、60-61、98 页；2008 年，第 10、35、66-67、92 页；2009 年，第 10、35、66-67、92 页；2010 年，第 10、36、68-69、94 页。

众所周知，在中国，公立医院都属于所谓的“事业单位”。从功能上看，事业单位就是由政府出资举办的公共服务提供者。长期以来，很多人认为事业单位是中国独有的一种组织，乃至这个词如何英译都大费思量。[2]实际上，在所有市场经济国家中，都存在公立医院、公立学校、公立博物馆等公立组织（public organizations），致力于为民众提供公共服务。当然，在市场经济国家中，公共服务的提供并非由公立组织所垄断，众多民办非营利组织亦活跃在公共服务的提供之中。[3]一般而言，政府在公共服务的筹资（或出资）上发挥主导性，而在公共服务的提供上仅发挥选择性的作用，即在民间组织无力或无法发挥作用的地域和领域由政府直接建立公共服务组织。西方发达国家在经历了战后二十多年福利国家的大扩张之后，从 1980 年代开始改弦更张，大力裁撤那些提供社会福利和社会服务的公共组织。然而，在福利国家收缩的大潮中，政府的社会支出并没有相应消减，而是通过各种方式流入了民营非营利组织。由此，西方的福利国家发生了深刻的转型，走上了所谓的“公私合办福利”（public-private mix of welfare provisions）的道路，[4]民营部门提供公共服务的全新模式应运而生并且得到了很大的发展。[5]在医疗保健领域，政府既是出资者又是服务提供者的国家并不少，但在全球性福利体制改革的大背景下，这些国家医疗体制改革的趋势是国家依然维持主要出资者的角色，同时部分放弃服务直接提供者的角色，从而使医疗服务的提供走向某种“福利混合经济”的格局。[6]当然，无论福利体制如何转型，公立组织（包括公立医院）在世界各国依然大量存在。但值得注意的是，即便是政府直接出面提供公共服务，公立组织的组织和制度架构也是多元化的。[7]

中国事业单位的独特性并不在于它们是公立组织并提供公共服务，而在于这些公立机构所处的组织和制度架构具有独特性。这正如世界各国都有国有企业，但我国在改革开放之前国有企业所处的行政化组织和制度架构，在世界上的众多市场经济体系中并不存在。这种的独特的组织和制度架构，就是高度行政化的“单位体制”。中国的“单位体制”举世无双，乃至“单位”这个词没有适当的英译，于是在某些国际文献只能用其拼音（danwei）权作英译。[8]

在改革开放之前，中国所有的单位，无论是企业单位还是事业单位，均按照行政化的制度架构组织起来。无论其社会分工和专业功能是什么，所有单位从诞生到死亡都分别隶属于一个行政等级体系，拥有自己的行政级别。在这种行政化的体制下，所有的基层单位都表现为国家行政机构的延伸。整个国家中社会经济活动的开展，都依靠并受制于自上而下的行政力量。[9]

行政化的单位体制是整个计划经济体制的组织基础。在行政等级体系之中，每一个具体的单位没有自主性，自然也没有决策权。[10]甚至在单位的组织形式（即机构设置）上也要同上级主管行政机构保持一致，即单位编制设置要“对口”，用社会学的术语来说，这就是所谓的“科层同构”现象。[11]任何一个单位的党政领导其实不是真正意义上的管理者，只不过是行政主管，负责执行党和政府制定的计划以及来自上级的命令，即所谓“完成任务”。有关任务的指令由党和政府以政府文件的形式通过一个个行政部门一级一级地下达，不同文件均有特定的下达行政层级。总而言之，行政化单位体制的最大特色就是政府机构与服务和物品的生产者或提供者不分，即政府与企业不分，政府机构与事业单位也不分，简称“政企不分”、“政事不分”。

从财务的角度来看，每一个单位都是其所属行政体系中的一个预算单位。实际上，在苏联和东欧前社会主义国家中，诸如大学、医院、博物馆之类的机构就直接被称为“预算单位”（budgetary units）。同对国有企业的要求不一样，国家不要求这类单位收支相抵，因为依照马克思主义政治经济学的官方分析，从事物质生产活动的组织是“企业”，而从事非物质生产活动的组织就是“预算单位”（在中国被称为“事业单位”）。[12]政府根据社会经济发展计划编订各部门的预算，然而各部门则将其预算按照其所属的预算单位进一步加以细分。由于官僚等级体系自身的运作规律，各部门及其所属单位的预算在很大程度上并非依据经过综合

平衡之后的社会经济发展需要来确定，而是依据已有单位正常运转所需的事业费。因此，在很大程度上，事业费依据单位人员而定（俗称“养人”），而且在宏观经济条件允许的情形下，每年均要有一定的增长。在行政化的单位体制中，“零基预算”的理念根本不可能成立，遑论其实践。[13]

单位体制的核心在于资源配置权力的行政化。用匈牙利经济学家科尔奈的话来说，官僚（科层）协调机制（bureaucratic coordination）在社会主义体制中占据绝对主导地位。[14]理论上，行政化的单位体系可能有两种组织模式和协调机制。一种是权力集中型的行政化，即整个国家由一个巨大的行政等级体系组成，而这一体系又由若干个次一级行政等级体系组成，即主管各社会经济领域的政府部门。在每一个部门之中，涉及到人、财、物的资源配置权力是集中的，即掌握在各个部门的决策者手中。例如，在医疗卫生领域，卫生行政部门的党组和行政主管拥有相当大的决策权。当然，所有部门的决策必须受制于整个国家中中央或地方政府的计划安排。这种集中型行政化的计划经济体系以及与之相配的公共服务机构组织体系，是所谓“经典的社会主义”制度和组织模式，主要存在于苏联和东欧国家。[15]

另一种则是权力分散型的行政化，即每一个部门并不拥有完整的资源配置权力，其中人力资源配置的权力由该部门与人事部门（以及党的组织部门）分享，资金配置的权力由该部门与财政部门分享，物资（包括房屋、设备、耗材等）配置的权力则由该部门与计划部门分享。在分散型的行政化体系中，所有单位的运行要受到多个政府部门的影响。因此，整个单位体制呈现为某种网状型行政组织：一方面，所有单位依照功能纵向组织起来，形成等级体系；另一方面，在每一个行政等级上都存在着跨单位的行政机构，分别控制着所有单位运行的某一方面，例如计划（战略决策）、财务、人事、物资调配等等。

与“经典社会主义”的计划经济体制有所不同，这种权力分散型的行政化制度和组织模式在中国盛行。众所周知，由于毛泽东青睐“分权化”，即便在计划经济时代，中国社会经济的制度和组织模式都与苏联式计划经济体制都有很大的不同。然而，这种在行政化体制内注重分权的制度和组织架构，与权力集中型的行政化体制一样，同样是弊端重重。此处无暇细表，其最大者则是问责制的缺失。在这样的体系中，根本找不到明确的决策者，因此也就没有人能对决策的失误负

责；即便很多决策实际上是由所谓“一把手”所嘱意，但形成最终决策的程序还是要经由集体讨论来完成。同样地，在这样的体系中，也找不到明确的否决者，很多人(哪怕是行政级别不高的人)都有可能对资源配置的提议施加否定性影响。因此，行政化的体制表面来看决策效率很高，其实不然，所谓“扯皮现象”层出不穷是始终无法解决的问题。对于这种似乎永远也扯不清楚的现象，有美国学者干脆发明了一个词，称之为“鸟巢型问题动力机制”(nested problems dynamic)，来解释国有企业改革在 1990 年代的不成功。[16]实际上，这一解释同样适用于过去和今天的事业单位。

在计划经济时代，中国所有的单位都处于权力分散型的行政化格局之中。无论是在计划经济时代的一些调整，还是在改革开放之后初期的一些“改革”，其实质都是行政化单位体系内部的权力调整。然而，经过长时期的探索，经济性单位（也就是企业单位）终于在 1990 年代中后期走上了法人化的道路，从此国有企业的改革进入了一个全新的天地。与此相对照，事业单位的改革则始终在行政化的泥沼中挣扎。即便到了二十世纪末，依照国务院发布的《事业单位登记管理暂行条例》(1998 年 10 月 25 日)，任何事业单位从其诞生开始，就生活在行政化的组织架构之中。这正如世界银行的一份报告所描绘的：

某一层次的政府在建立事业单位时，先由政府的某一部门（也就是“批准机构”）负责批准成立某家事业单位，然后这家事业单位再到本级政府的编制办公室进行登记，而负责批准的政府部门将成为这家事业单位的‘主管部门’。事业单位的主管部门常常掌握着任命事业单位管理层，审核批准事业单位预算、财务、人事计划，以及评估事业单位业绩等各项权力。[17]

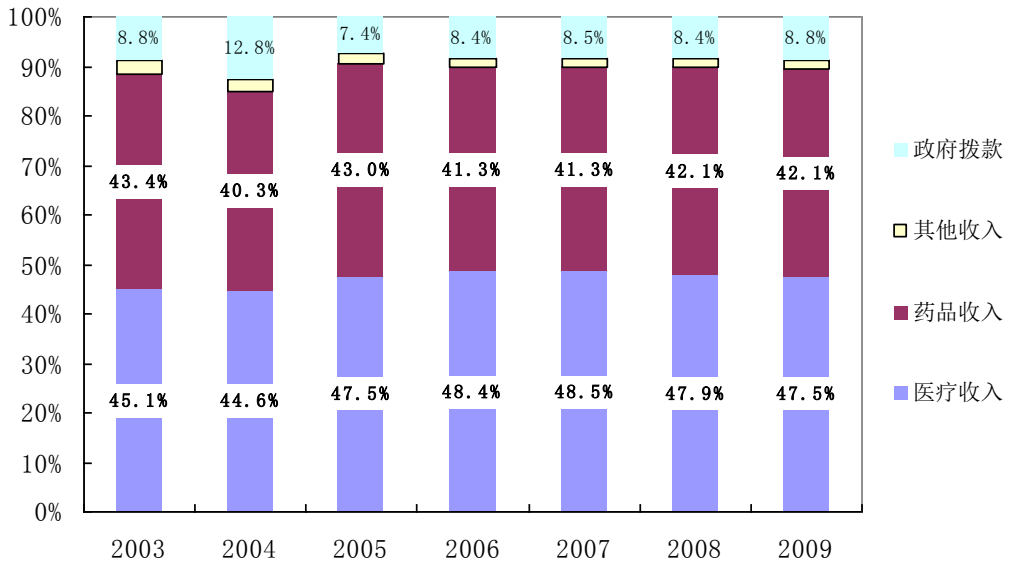
同企业单位类似，很多事业单位在改革开放时代开始拥有了某种自主性，尤其是在有关“人、财、物”的决策权中，大多事业单位拥有了一定的财务自主权以及与之有关的物品采购权和处置权。然而，事业单位财务自主性的扩大，与其说是政府行政放权的结果，不如说是政府推卸财务责任的后果。政府在不增加公共服务筹资责任的前提下，允许事业单位通过公共服务的提供来换取服务受益者的收费，由此很多事业单位走上了某种商业化或称“市场化”的道路。在医疗领域，政府允许公立医院通过提供医疗服务和出售药品来收费。

然而，这种“市场化”是一种伪市场化；准确地说，这是一种“行政型市场

化”的状态。说其具有“市场化”或“商业化”的特征，是因为公立医院的主要收入来源于收费，在官方统计上被称为“业务收入”；与此相对照，政府拨款或补贴在公立医院的收入结构已经无足轻重了（参见图 1）。

图 1：公立医院的收入来源构成，2003-2009 年

单位：亿元、百分比



资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2004 年，第 85 页；2005 年，第 100 页；2006 年，第 102 页；2007 年，第 100 页；2008 年，第 93 页；2009 年，第 93 页；2010 年，第 94 页。

公立医院的运营高度依赖收费，这似乎具有了某种“市场化”的特征。世界银行的专家们就认为，“由于医院和医生收入的一大部分来自按项目收取的服务费用和药品加成出售后的利润，中国大多数公立医院在实际操作中更像是私立医院，公立医院的医生更像是独立的私人从业者”。[18]然而，如果因此认为中国的公立医院已经真正走上了市场化甚至民营化的道路，那就大错而特错了。

中国公立医院的“市场化”，是受到行政化体制严重制约的“市场化”。关键在于，公立医院还是事业单位，均隶属于一个个庞大的行政型等级化体系；而多数公立医院都从属于卫生部（参见表 2），在资源配置、战略决策、人事管理制度建设等方面都受到所属各级卫生行政部门的影响。还有少数公立医院在行政上属于教育部门和军队，另有一些公立医院则属于为数不多的国有企业，但其数量、规模和市场地位（少数军队医院除外）均处于日薄西山的境地。无论隶属于哪一个行政体系，所有公立医院的运营固然受到市场力量的影响，但在更大程度上受到行政力量的左右。

表 2：公立医院中卫生部门所属医院的比重，2003-2009 年

	机构数			床位数		
	总数	卫生部门所属	占比	总数	卫生部门所属	占比
2003	9694	9126	94.1%	1718449	1661884	96.7%
2004	9823	9146	93.1%	1802644	1738955	96.5%
2005	9880	9139	92.5%	1863843	1792194	96.2%
2006	9757	8935	91.6%	1945599	1863873	95.8%
2007	9832	8974	91.3%	2052235	1954108	95.2%
2008	9777	8948	91.5%	2234880	2150778	96.2%
2009	9651	8734	90.5%	2415546	2315662	95.9%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2003 年，第 6、9、56 页；2004 年，第 6、9、60 页；2005 年，第 6、9、63-64 页；2006 年，第 6、9、62-63 页；2007 年，第 6、9、60-61 页；2008 年，第 10、66-67 页；2009 年，第 10、66-67 页；2010 年，第 10、68-69 页。

“行政型市场化”之“伪市场化”的核心特征之一，在于公立医疗机构中绝大多数医疗服务项目的价格由政府来确定，大部分常用药品的价格（最高零售限价、中标价和利润加成）也由政府来确定。很显然，这是计划经济体制的遗产。因此，公立医疗机构不得不在行政化与市场化这两种制度体系的夹击下生存，即在基础设施建设、医疗设备与耗材采购、物流与后勤以及人力成本上，均必须依照市场价格来支出，但在面对患者的收费标准上，则必须依照政府行政定价来执行。用一位公立医院院长的话来说就是，“我们在下游面对患者收取的是计划经济的价格，在上游支付的又是市场经济的价格。”[19]

很多人认为行政定价体制是一个好东西，因为只要政府把物品和服务的价格制定正确，使之符合其市场价值，那么资源的合理配置就能实现，而物品生产者和服务提供者在政府模拟出来的这个市场之中，就如同在没有政府定价的市场中，一样能取得辉煌的成就。早在 1930 年代，富于想象力的波兰经济学家奥斯卡•兰格（Oskar R. Lange）天才地提出“计算机社会主义”的模式，史称“兰格模式”，认为只要中央计划部门搜集到有关重要物品和服务供给与需求的信息，运用计算力超群的电脑制定出正确的价格，并且根据变化加以实时调整，那么计划经济体制就能像市场经济体制一样，实现资源的合理配置。[20]

兰格不仅是一流的经济学家和知识分子，而且还致力于经世致用，将经济计量学的模型应用于在波兰的经济计划中，在电脑尚未问世的时代，为波兰的经济发展鞠躬尽瘁、死而后已。然而，无情的历史事实是，在计划经济体制中关于价格的计算（后简称“经济计算”）却是永远也算不对，而在“科学的”经济计划

的指导下，资源的配置却是永远不合理。在经济学中，奥地利学派的思想家们借助卓越的理论洞识和崭新的分析工具，得出了一个今天很少有人还会怀疑的结论：中央计划经济不能解决资源的合理配置问题。[21]当然，计划体制（或者更广义地说，举国体制）的确能确保某些物品和服务的有效甚至充分的供给，但是就绝大多数物品和服务而言，尤其是那些与民生息息相关的物品和服务，其供给却总是处在短缺的状态下。[22]

由于行政定价自身的官僚协调式制度特性，定价行为往往很难充分特定服务或物品的市场价值，而是受到行政力量的制约。作为行政部门的主管，甚至国家领导人，自然希望众多关涉民生的服务或物品保持低价，以便维持公共服务的“公益性”。在这种行政力量的关照下，众多久已存在的医疗服务项目，尤其是劳动密集型的项目，价格水平必定始终保持偏低的水平。而那些新出现的服务或物品，则有望获得较高的定价。[23]因此，在行政定价体制下，随着医疗服务中人力成本的提高，公立医院中一般性的医疗服务必然收不抵支。如果没有其他收入来源，公立医院的正常运行必然遭遇困境，而通过药品出售获得盈余以弥补医疗服务提供中的亏空就势属必然了，这就是中国医疗界人尽皆知的“以药补医”或“以药养医”格局。另外一个弥补亏空的途径就是高价耗材的使用。

“以药补医”格局在中国的公立医院中造成了一个举世无双的现象，即药费高昂。事实上，在中国的卫生总费用中，药费比重长期以来居高不下。尽管在最近的若干年内有所下降，但在 2009 年，这一比重依然高达 40.3%。在西方市场经济国家中，这一比重一般不超过 20%，而在大多数经济发达国家这一比重超过 25%的情形非常罕见，即便在据认为偏重用药的东亚发达国家（日本和韩国）中，这一比重也不超过 30%。[24]而且，金额巨大的药品费用绝大部分流向了各类医疗机构，只有极少部分（不足 25%）来源于零售药店（参见表 3）。药费居高不下，一方面会造成医药总费用的上涨，另一方面还体现出药品过度使用甚至滥用现象的存在，而药品的过度使用甚至滥用则会对病人的健康造成负面的影响。[25]

表 3：药品费用占卫生总费用的比重及其流向

单位：亿元、百分比

	卫生总费用	药品费用		其中：门诊药费		其中：住院药费		其中：药店药费	
		金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比
1992	1201.6	597.5	49.7%	400.1	67.0%	164.7	27.6%	32.7	5.5%
1993	1501.0	689.7	45.9%	410.5	59.5%	221.5	32.1%	57.5	8.3%

1994	1940.3	922.8	47.6%	557.1	60.4%	283.3	30.7%	82.3	8.9%
1995	2395.5	1169.1	48.8%	700.9	60.0%	359.7	30.8%	108.5	9.3%
1996	2957.2	1418.7	48.0%	831.9	58.6%	428.3	30.2%	158.5	11.2%
1997	3411.0	1599.0	46.9%	927.0	58.0%	482.8	30.2%	189.3	11.8%
1998	3805.3	1783.5	46.9%	1028.1	57.6%	535.3	30.0%	220.1	12.3%
1999	4331.6	1988.7	45.9%	1075.3	54.1%	613.9	30.9%	299.6	15.1%
2000	4870.4	2211.2	45.4%	1211.0	54.8%	690.1	31.2%	310.1	14.0%
2001	5254.8	2303.0	43.8%	1246.9	54.1%	709.1	30.8%	347.0	15.1%
2002	5817.6	2676.7	46.0%	1371.3	51.2%	844.4	31.5%	460.9	17.2%
2003	6481.3	2903.9	44.8%	1450.2	49.9%	958.6	33.0%	495.1	17.1%
2004	7050.2	3621.3	51.4%	1655.8	45.7%	1155.6	31.9%	809.9	22.4%
2005	9204.1	4142.1	45.0%	1909.9	46.1%	1347.8	32.5%	884.4	21.4%
2006	10310.7	4486.1	43.5%	2073.3	46.2%	1445.5	32.2%	967.2	21.6%
2007	12035.2	4903.2	40.7%	2118.9	43.2%	1669.5	34.1%	1114.7	22.7%
2008	14981.2	6202.4	41.4%	2534.5	40.9%	2154.7	34.7%	1513.2	24.4%
2009	18482.9	7457.7	40.3%	3047.4	40.9%	2751.1	36.9%	1659.3	22.2%

资料来源：卫生部卫生经济研究所编，《2010 中国卫生总费用研究报告》，北京：卫生部卫生经济研究所，2010 年 12 月，第 17、22 页。

注释：卫生总费用采用机构支出法测算，其金额一般要比筹资来源法测算值要高。

关于药品费用的统计数据从另一个侧面揭示了公立医疗机构中普遍存在的“以药补医”的格局。然而，从卫生部的统计数据来看，在过去的若干年里，公立医院中“以药补医”的程度似乎有所降低，尽管其格局没有发生实质性的改变。具体而言，尽管医疗服务一直入不敷出，但其亏空率有所降低；相应地，尽管药品出售一直保持盈余状态，但其盈余率也有所下降（参见表 4）。

表 4：公立医院的收支，2003-2009 年，单位：亿元、百分比

	收入总额	支出总额	总收支结余率	医疗收入	医疗支出	医疗收支结余率	药品收入	药品支出	药品收支结余率
2003	2549.2	2468.7	3.2%	1149.0	1354.5	-17.9%	1107.2	959.9	13.3%
2004	3339.8	3223.3	3.5%	1490.5	1700.2	-14.1%	1347.3	1189.7	11.7%
2005	3700.6	3556.2	3.9%	1758.1	2008.7	-14.3%	1591.8	1401.9	11.9%
2006	4029.6	3992.8	0.9%	1949.9	2229.8	-14.4%	1664.2	1511.1	9.2%
2007	4902.2	4785.8	2.4%	2378.4	2711.8	-14.0%	2023.5	1905.9	5.8%
2008	6090.2	5895.4	3.2%	2914.2	3278.5	-12.5%	2564.0	2411.3	6.0%
2009	7457.0	7114.5	3.2%	3544.2	3911.3	-10.4%	3136.1	2925.4	6.7%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2004 年，第 85 页；2005 年，第 100 页；2006 年，第 102 页；2007 年，第 100 页；2008 年，第 93 页；2009 年，第 93 页；2010 年，第 94 页。

当然，要对这些统计数据做出恰当的解释，需要更多的资料和数据加以更细

致的分析。实际上，在过去的若干年，医疗服务的行政定价体制并没有发生任何实质性的改变，大多数常规性医疗服务定价水平偏低的格局也依然如故。在这样的情况下，医疗服务的亏空率有所下降，究竟缘于公立医院强化了医疗服务的成本管理，还是缘于公立医院更多地使用了高价因而高盈利性的耗材或诱导患者进行了更多的检查，尚难以辨别清楚。[26]依照常识来判断，估计两种情况都存在。至于药品出售盈余率的下降，应该主要缘于政府对公立医院施加了众多针对药费的行政管控措施，例如对药品费用增长率、药品收入占医院总收入的比重（简称“药占比”）、自费药品使用率等指标进行控制。[27]尽管如此，药品出售的盈余依然是维持公立医院的正常运行（特别是维持医护人员的待遇）的重要保障之一。

“以药补医”仅仅是公立医院中价格制度不合理所引致的一种行为扭曲现象，另一种更为荒谬的行为扭曲现象是公立医院的“药价虚高”问题。

总体来看，在处方行为或者药品购销行为上，公立医院不仅偏好价格偏贵的产品，而且即便是采购同一厂家的产品，公立医院也宁愿从偏贵的进货渠道进货，然后再高价销售。后一种行为过于荒谬，必然激起民众的愤怒。一模一样的东西，为什么价低者不用，而偏要使用价高者呢？很多人将这种现象的发生再次归咎于医疗服务的市场化。但是，在一个正常的市场中，故意“高价进货、高价销售”难道会成为普遍存在的商业模式？

2010 年 5 月 16 日，中央电视台财经频道《每周质量报道》栏目播出的《暴利药价解密》节目，将公立医院“药价虚高”问题，尤其是其“高价进货、高价销售”的问题，曝光在观众面前，一时间舆论哗然。在湖南长沙市，著名公立医院湘雅二医院的医生向一位肿瘤化疗患者推荐使用芦笋片，每盒价格 213 元。这位患者无力负担如此昂贵的药品，于是在全市寻找便宜的药品销售点，结果发现此药在全市所有公立医院都一个价格，而且在零售药店没有出售。更令人吃惊的是，这位患者发现，此药的出厂价仅仅 15.5 元，而就在长沙市，湖南医药公司以每盒 30 元的价格批发此药，而此药在公立医院的零售价居然比批发价翻了七倍多。湘雅二医院辩称其没有违规，因为医院是以 185.22 元一盒的价格采购此药，然后根据国家规定加价 15%，零售价为 213 元，正好是当地物价部门所规定的该药的最高零售限价。[28]

为此，湘雅二医院及湖南有关方面受到社会各方的严厉谴责。三天之后，湖

南省和长沙市两级纪检监督、工商、卫生、公安等部门组成联合调查组，进驻湘雅二医院。一时间，这个有着 100 多年历史、人称“北有协和、南有湘雅”的著名公立医院人心惶惶，最后该院药剂科的一位副主任因“吃回扣”4 万元左右而被立案调查。[29]

然而，客观事实是，公立医院药品零售价格虚高的现象在全国长期普遍存在，绝对不是湘雅二医院的特殊现象，也不是湖南省独有的现象。根据中央电视台的报道，此药在很多地方药品集中招标的招标指导价或中标价都在 110-190 元之间，同样“虚高”。因此，正是现行医药卫生体制中存在的某些制度弊端，导致了这种现象的长期普遍存在。如果把“天价芦笋片”仅仅看成是一个违规事件，并满足于揪出一两个违规者或违法者进行“问责”，实际上是认定公立医院的药品制度没有问题。

然而，真正的问题恰恰在于制度结构的不合理。造成公立医院药价虚高的直接原因是政府施加了药品加成管制。由于政府规定公立医院药品出售的加价率最高只能是 15%，公立医院在绝大多数情况下都倾向于高价进货、高价销售。一般而言，“高价进货、高价销售”这种奇怪的营销模式在正常的市场环境中很难普遍盛行。**然而，公立医院所处的市场环境恰恰就是不正常的，因为如前所述，公立医院在医药服务市场上占据着主宰甚至垄断地位。**央视上述节目中提供的一个关键信息也证实了这一问题的根源：患者只能从公立医院购买芦笋片，从零售药店却买不到这种药品。

为什么号称以“公益性”为运营目的的公立医院反而出现了“药价虚高”的现象，而其他类型的医疗服务机构（例如民营医疗机构和未执行药品零差率前的基层医疗机构）并没有普遍出现这种问题，原因很简单，即政府专门对公立医院设立了一项药品加成管制，规定公立医院出售药品的加价率最高不能超过 15%。

有了这一管制，如下的事情必然会以极大的概率发生：（1）**公立医院特别喜欢用贵药**：试想治疗某病既可以用批发价 10 元的药品，也可以用批发价高达 100 元的药品，医院使用前者只能赚取 1.5 元，而使用后者可以赚取 15 元，医院及医生们倾向于购销后一种药品就毫不奇怪；（2）**公立医院特别喜欢进贵药**：明明是同一家制药企业的产品，公立医院宁可对价格便宜的进货渠道视而不见，却纷纷从价格偏贵的进货渠道进货。芦笋片就是现成的例子。就在长沙，明明就有极

其正规的公司以 30 元一盒的价格批发芦笋片，可是长沙所有的公立医院都情愿从其他渠道以 185.22 元一盒的高价进货，然后依照国家规定顺价加价 15%，每盒账面获利 27.77 元。倘若药剂科药品采购负责人以 30 元的价格进货，每销售一盒医院只能获利 4.5 元，试想公立医院的管理者和其他医生会同意吗？

更为重要的是，有了药品加成管制，政府为了治理公立医院药价虚高而推出的种种行政化措施，例如行政性药品降价、药品集中招标、药品零差率政策、商业贿赂的治理整顿等，均纷纷失灵，并且让公立医院这个药品最大销售终端市场的扭曲现象雪上加霜。[30]

很清楚，正是现有的政府管制规则，让公立医院的医护人员无法体面劳动、体面生活，而不得不被迫把药价弄高。因此，只有切切实实地推进政府管制改革，公立医院药价虚高的顽症才能得到根治。然而，现行的药品制度改革却试图绕开解除药品加成管制这个核心问题，从其他地方寻找问题的解决办法，其结果自然是缘木求鱼。

总而言之，无论政府施加何种行政化的费用控制措施，公立医院中医药费用总额的上涨幅度在过去的二十多年一直很高。根据官方统计，卫生部门所属综合医院的次均门诊费用和次均住院费用，在 2009 年达到 159.5 元和 5951.8 元。[31]笔者将这些医院 1990 年的次均门诊费用和次均住院费用分别定为 1，然后对在此之后历年费用的增幅进行计算，并且与同期城乡民众收入的增长幅度进行比较，结果相当惊人：就卫生部门所属综合医院的次均门诊费用和次均住院费用而言，其 2009 年的水平是 1990 水平的 14.6 和 12.6 倍，而 2009 年城乡民众的收入仅为 1990 年的 11.4 倍和 7.5 倍（参见图 2）。很显然，即便是在卫生部门所属的公立医院，医药费用上涨的幅度都远远超过民众收入的增长幅度；而且，平时不起眼的普通门诊费用上涨幅度最高。

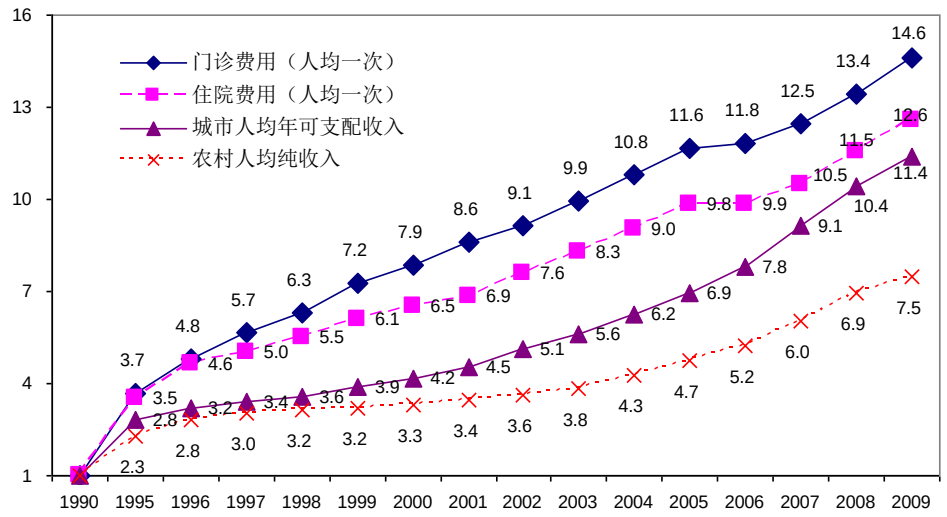


图 2： 卫生部门综合医院医药费用的增长指数，1990-2009 年

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2004 年，第 87 页；2006 年，第 105 页；2007 年，第 104 页；2010 年，第 98 页；《中国统计年鉴》，2010 年，第 342 页。

更有甚者，表 5 的数据表明，一般而言，行政级别越高的公立医院，其门诊和住院费用的增长速度越高，惟一的例外只是卫生部部属医院的门诊费用增长稍低于省级医院。值得注意的是，主要为农民患者服务的县医院，其门诊和住院平均费用的增长幅度，均远远超过农民平均收入增长的平均水平。

尽管存在诸如技术进步、疾病谱系转变、社会人口老年化等推动医疗费用上涨的合理因素，但众所周知，供方诱导需求（俗称“过度医疗”）问题的大量涌现才是公立医院医药费用快速增长的重大因素之一。很显然，如果公立医院的改革不落实，整个医药卫生体制改革就不可能成功。即便医疗保险的覆盖面大幅度拓展，即便政府对老百姓参加医疗保险的财政补贴大幅度增加，即便医保基金的支出水平也大幅度提高，但是如果医疗机构的管理水平不提高、医疗服务不改善、医药费用上涨幅度不受控，医疗保险改革的积极成效很快就会遭到侵蚀。因此，公立医院改革尽管艰难，但却刻不容缓。

表 5：各级医院人均门诊和人均住院费用增长指数，1990-2009 年

	部级医院		省级医院		省辖市级医院		地辖市级医院		县级医院	
	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院
1990	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1995	3.8	3.8	4.1	3.8	3.6	3.5	3.4	3.2	3.1	2.8
2000	6.5	6.5	8.4	6.4	7.7	6.0	6.8	5.7	6.8	5.1
2001	8.6	6.8	8.6	6.7	8.3	6.1	7.9	6.1	7.2	5.3
2002	10.2	8.7	9.6	7.8	8.7	6.8	8.3	6.7	7.9	5.7

2003	10.3	9.3	10.3	8.3	9.8	7.5	8.9	7.3	8.5	6.1
2004	10.9	9.0	11.0	8.7	10.4	8.2	9.7	7.7	9.5	6.7
2005	11.4	9.6	12.0	9.7	11.0	8.7	10.4	8.5	10.4	7.3
2006	11.6	9.4	11.9	9.5	11.1	8.6	10.5	8.5	10.5	7.2
2007	13.0	9.9	12.5	10.0	11.7	9.4	11.1	9.4	11.5	8.0
2008	13.0	10.6	13.7	10.9	12.8	10.5	11.7	10.3	12.2	8.8
2009	14.1	11.5	14.9	11.9	13.8	11.6	12.6	11.0	13.6	9.6

资料来源:《中国卫生统计年鉴》，2006 年；第 105 页；2007 年，第 103 页；2010 年，第 98

贰、公立医院改革之路：再行政化还是去行政化？

按照政府的计划，关于公立医院改革的配套实施文件应该在 2009 年下半年出台。但直到该年底，该文件依然没有出台，因此有些媒体自然而然发出了公立医院改革是否“搁浅”的议论，而卫生部新闻办公室主任邓海华严厉驳斥了这样的说法。[32]2010 年 2 月 10 日，《关于公立医院改革试点的指导意见》（卫医管发〔2010〕20 号）（以下简写《指导意见》）终于公布了。[33]其实，公立医院改革文件“千呼万唤始出来”，这本身就昭示着公立医院改革的艰难性。

《指导意见》给出了 9 项公立医院改革的试点内容，即（1）优化公立医院布局并调整其功能；（2）推进公立医院属地化管理，设立专门机构负责其资产管理、财务监督和管理层的任命；（3）探索建立以理事会制度为核心的公立医院法人治理结构；（4）改革公立医院内部运行机制，包括人事制度改革；（5）改革公立医院补偿机制；（6）加强公立医院管理；（7）改革公立医院监管制度；（8）建立住院医师规范化培训制度；（9）推进多元化办医格局，即鼓励、支持和引导民间资本进入医疗服务领域。同时，国家医改办选定 16 个城市作为国家公立医院改革试点城市，其中东部地区 6 个，包括鞍山、上海、镇江、厦门、潍坊、深圳；中部地区 6 个，包括七台河、芜湖、马鞍山、洛阳、鄂州、株洲；西部地区 4 个，包括遵义、昆明、宝鸡、西宁。

从 2010 年春天开始，16 个城市开始制定其公立医院改革试点的实施方案。按计划或常理，各个城市的公立医院改革试点实施方案应该在当年年中制定完毕，并且向全社会发布。但是，到 2010 年底，仅有 8 个城市（即镇江、七台河、马鞍山、鄂州、株洲、遵义、昆明和西宁）上网公布了其试点实施方案，4 个城市（鞍山、潍坊、洛阳和宝鸡）的方案已经编订但没有向全社会公布。其他几个城市的试点方案其实已经制定出来，但由于种种原因依然没有获得最终的批准，

因此也没有发布（参见表 4）。

所有这些，都再次昭示了公立医院改革的艰难性。对这一点，即便是卫生行政部门的领导人都直言不讳。2010 年 12 月 14 日上午，在第十一届全国人大常委会第十八次会议举行联组会议，卫生部长陈竺在回答委员的询问时曾表示，“公立医院改革涉及的深层次体制机制问题是一言难尽的”。[34]九天后，国家发改委主任张平在向全国人大常委会报告了深化医药卫生体制改革的工作情况时坦言，“公立医院改革试点启动以来取得一定进展，但距离社会各界的期待尚有较大差距。”[35]

那么，公立医院改革究竟改什么？2009 年 10 月 19 日，卫生部长陈竺在接受凤凰卫视的一次专访中以赞赏的口吻提到：“我记得领导同志有讲过，公立医院改革，不是改革医务人员，某种意义上来说，是改革政府”。[36]然而，与公立医院改革相关的政府改革究竟包含哪些内容？哪些内容是核心、是关键？究竟如何推进这样的改革？哪些改革政府的工作属于卫生部的职责，而哪些属于其他政府部门的职责？对这些问题，陈竺部长当时提及了一些，但并没有给出详细的说明，日后也感到“一言难尽”。仔细看一看 2010 年 2 月 11 日五部委联合发布的《**关于公立医院改革试点的指导意见**》，其中的确涉及了很多政府改革的内容。但是，《指导意见》也有不少内容涉及公立医院自身的运行（例如加强医院管理、改善医院服务等等），与政府改革的关系不大。

表 4：试点城市公立医院改革实施方案的制定与发布

序号	城市	方案全称	文号	发布时间	备注
1	镇江	关于我市公立医院改革试点工作的实施意见	镇政发〔2009〕95 号	2009.9.16	
2	芜湖	芜湖市公立医院改革试点实施意见		2009.12.31	
3	鞍山	鞍山市公立医院改革实施方案		2010.4	具体公布日期不详
4	昆明	昆明市人民政府关于印发昆明市公立医院改革实施方案的通知	昆政发[2010]46 号	2010.5.10	
5	株洲	关于印发株洲市公立医院改革试点工作实施方案的通知		2010.5.10	
6	宝鸡	宝鸡市公立医院改革试点工作实施方案		2010.5.24	
7	鄂州	鄂州市公立医院改革试点方案		2010.6	具体发布时间不详
8	马鞍山	安徽省马鞍山市人民政府关于公立	马政〔2010〕	2010.7.24	

		医院改革试点工作的实施意见	57 号		
9	七台河	七台河市公立医院改革试点方案（2010 年—2011 年）		2010.8.2	
10	西宁	西宁市公立医院改革试点工作实施方案		2010.8.9	
11	潍坊	潍坊市公立医院改革试点方案		2010.9.1	
12	遵义	关于印发《遵义市公立医院改革试点实施方案》的通知	遵府发〔2010〕22 号	2010.9.17	
13	洛阳	洛阳市人民政府关于印发洛阳市加快公立医院改革改制工作实施方案的通知	洛政〔2010〕123 号	2010.12.13	
14	深圳	深圳市公立医院改革实施方案		2011.1.25	
15	厦门	厦门市公立医院改革试点实施方案（上报稿）			暂未正式发布
16	上海				

注：无文号有日期的方案，基本上已正式发布，只是在发来的文件或网络上没有附上正式的文号。

改革政府的关键在于转变政府职能。如果以体育来比喻，政府的职能是制定赛事本身的一整套游戏规则并且在某些时候担当赛事的组织者。所谓“游戏规则”，就是制度。事实上，社会科学中的新制度主义学派直接把制度定义为“游戏规则”。众所周知，如果游戏规则合理，再加上赛事组织者有条不紊，那么体育比赛就会精彩纷呈：那些竞争实力强者有很大的机会脱颖而出，而具有一定实力者也有机会爆冷胜出。很显然，无论是赛事游戏规则的制定者和组织者，都没有必要去操心具体哪一支运动队伍的实力是否有所提升。

受到计划经济中行政化体制的影响，我们的政府依然处在转型之中，在很多领域，既是赛事游戏规则的制定者和组织者，也是赛事参与者的领队和教练。因此，监管与行政管理不分的情形在我国比比皆是。所谓“监管”，是依据既定的规则来判定违规行为的存在与否并确定惩罚的方式与力度，至于非违规行为的水平高低，这并不是监管者需要操心的事情。而“行政管理”，则是行政上级对下属行为的干预，在很多情况下不仅要确保没有违规行为的出现，而且还要关心非违规行为的好坏。这种情形的出现，就仿佛篮球比赛的组织者和裁判员，不单要关心赛事组织的公平和赛场执法的公正，而且还要关心具体的球队进攻是否流畅、防守是否强悍。

同样的道理，在医疗领域，政府的重心究竟是监管，还是行政管理，这一点

并不清楚。如果政府职能在于监管，那么政府就没有必要操心医院的质量提升和服务改善，而是应该把全部的注意力放在涉及到医疗卫生资源配置以及政府与医疗机构之关系的制度建设。把制度搞对了，亦即游戏规则合理了，并严格依据制度进行公正的监管，质量高、服务好的医院能获得极大的好处（例如声誉和收入），它们自然就会像杰出的运动员一样自觉努力地纠正自己的错误行为，并提升自身的实力。将政府监管与行政管理混为一谈，这是当前公共政策普遍存在的问题之一。当然这并不是限于这次公布的公立医院改革的方案。

与公立医院改革相关的政府改革林林总总，一言以蔽之是改革政府与医院的关系。其中，有财务关系、行政上下级关系、人事管理、医院行为的管制、医疗服务和药品的价格制度等等。然而，公立医院改革的方案公布后，很多专家、媒体和地方主管都把焦点放在了“政府财政补偿”上，异口同声疾呼“落实”。当然，政府与公立医院的财务关系如何界定，应该有什么样的游戏规则，这的确是涉及到公立医院最为重要的政府改革事项之一。但是，众多利益相关者，尤其是卫生行政部门以及相当一部分公立医院的院长们，关心的是似乎并不是这些游戏规则的改变，而是单纯关心政府是不是砸钱。这显然是弄偏了公立医院改革的焦点。谁都知道，如果政府的执政理念、执政方式和施政制度不改变，政府砸钱的过程就会变成老百姓的纳税钱打水漂的过程。

公立医院改革的艰难性，归根结底缘于改革的思路并不明确。实际上，无论是就医药卫生体制的整体改革，还是就公立医院的局部改革而言，都存在着两种改革思路，一是再行政化，二是去行政化。

再行政化的思路，就是将目前公立医院所处的权力分散型的行政化体制，转变为权力集中型的行政化体制。从理论上，这一改革思路的完整体现是将公立医院中所有资源配置的权力均集中在卫生行政部门，具体而言：

1.在资金配置上，卫生行政部门对公立医院实行“收支两条线管理”，即公立医院将全部收入，无论是业务收入还是政府投入，都上缴其行政主管部门，2.然后行政主管部门对其下属公立医院的支出实施全额预算管理；

2.在人力资源的配置上，卫生行政部门负责公立医院管理者的任命，甚至掌管公立医院的所有人员编制；

3.在硬件和物资的配置上，卫生行政部门负责公立医院基础设施建设项目的

审批、医疗设备的添置和耗材与药品的集中采购；

4.在医疗服务、耗材和药品的价格制定上，都由卫生行政部门全权负责。

值得注意的是，这种逻辑上存在的再行政化思路，并没有在现实中得到充分完整的表达。由于涉及到不同政府部门的权力再分配，完整的再行政化思路变为现实的可能性也不大。事实上，众多政府部门对于卫生行政部门在新医改过程中扩充自身权力范围的努力，普遍抱持不以为然的态度。但再行政化思路的很多内容，例如财务上的“收支两条线管理”和药品与耗材上的集中招标采购等，却又体现在中央及各地医改的很多政策文件之中，以及各地的具体实践当中。

另一种改革思路则是推动去行政化，以彻底打破公立医院所处的行政等级体制，赋予公立医院真正的独立法人地位。因此，去行政化的另一种说法就是法人化。

在公立医院建立理事会制度，完善法人治理结构，是公立医院法人化改革的重点之一。很多人争辩说，公立医院的改革同国有企业的改革应该有所不同。的确如此，但关键在于有所不同的地方何在？国有企业可以走向法人化，而且法人化改革给国有企业带来的深刻变化，这是当初国有企业的行政化改革所不能比拟的。事业单位同样也可以进行法人化改革。事实上，公立组织（包括公立医院）的法人化，正是全球性公共管理改革的重要内容之一。但是，作为一种非营利性的组织，法人化公立组织的理事会构成当然与国有企业不同。国有企业的董事会由股东组成，而非营利性组织的理事会则是由利益相关者组成。具体到法人化的公立医院，其理事会由医院出资人代表、医院法人代表、医院职工代表及其他代表组成。理事会负责战略决策和管理层的聘任，而医院的日常管理由院长及其管理团队负责。

去行政化或法人化的改革意味着政府与公立医院的关系发生了深刻的变化，也意味着政府的职能发生了深刻的变化。在去行政化的新制度架构中，各类公立医院尽管由不同的政府部门出资建立，但是它们都成为独立的医疗服务提供者，拥有完全的管理自主权。政府部门，包括卫生部门、财政部门、人力资源管理部门、物价部门，则扮演两个角色，其一是监管者，包括对医疗服务市场准入、医疗服务最低质量保障、医疗服务项目和药品的最高价格等方面进行管制，其二是服务购买者，包括对公共卫生服务、基本医疗服务（通过公立医疗保险）、特定

类型的医疗服务（例如精神病、传染病以及各类疑难杂症）、医学理论和技术前沿的探索，进行购买。唯有如此，公立医院才能与民营医院成为身份平等的服务提供者，在同一个平等的平台上竞争，以自己全面良好的或独具特色的服务品质来换取来自民众自费和医保机构更多的付账，同时争取来自政府的各种项目。

公立医院再行政化还是去行政化，这两种改革思路可能会带来什么样的后果，其后果孰优孰劣，这里无法详述。但无论如何，有两件事情是可以确定的。

第一，这两种思路所带来的后果是大不相同的，这里仅举一例，在去行政化的改革中，各类公立医疗机构有可能打破行政区划和管辖的限制，以自下而上的方式自主地进行现有资源的重新配置，包括进行资源的横向和纵向整合，从而在全民医保的大背景下满足广大参保者和民众对不同层次医疗服务的需求。这种发自基层的、积极主动的、自下而上的资源再配置，同源自政府动员甚至命令的、自上而下式的资源再配置，其效果显然是不可同日而语的。

第二，这两种思路要在现实中得到完整的实现，都是艰难的。无论依照哪一种思路来推进公立医院的改革，正如陈竺部长所说，都要涉及“深层次体制机制问题”。这些深层次问题，之所以如陈竺部长所言的“一言难尽”，关键在于都涉及到各政府部门的权力调整。体制改革的核心，其实就是政府权力的再调整，这一点举世皆然。政府部门的天性就是不愿意丧失已有的权力而且还想增添更多的权力，这一点同样举世皆然。但是，在中国较为特殊的是，很多政府官员对于作为改革核心的权力再调整，不愿采取直面的态度，而是采取躲躲闪闪、吞吞吐吐、犹犹豫豫的态度。正是这种情形，导致改革的整体思路暧昧不清。

具体到公立医院改革的两种改革思路，无论是国家的新医改方案，还是国家的公立医院改革指导意见，都没有给出正面的、清晰的、完整的表述。但是，总体来说，公立医院法人化的改革思路在《新医改方案》中得到了充分的认可。

《新医改方案》的“指导思想”这一部分（第一条），重申了胡锦涛总书记在 17 大报告中提出的“四分开”原则，即“实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开。” 公立医院改革的关键就在于如何落实“四分开”的原则。“管办分开”是“四分开”的核心，即让公立医院同各级卫生行政部门脱离行政隶属关系，“落实公立医院独立法人地位”（《新医改方案》第八条）。在实施行政脱钩之后，公立医疗卫生机构只有大小之分，有名无名之分，专科与

综合之分，而不再拥有行政级别。在行政脱钩之后，最为重要就是“建立和完善医院法人治理结构” （《新医改方案》第九条）。

进而，2009 年 4 月 7 日国务院发布了《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011 年)》（以下简称《医改实施方案》），明确要求：（1）鼓励各地积极探索政事分开、管办分开的有效形式，界定公立医院所有者和管理者的责权；（2）完善医院法人治理结构，推进人事制度改革，明确院长选拔任用和岗位规范，完善医务人员职称评定制度，实行岗位绩效工资制度；（3）建立住院医师规范化培训制度，鼓励地方探索注册医师多点执业的办法和形式；（4）强化医疗服务质量管理，规范公立医院临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械行为，优先使用基本药物和适宜技术，实行同级医疗机构检查结果互认；（5）探索建立由卫生行政部门、医疗保险机构、社会评估机构、群众代表和专家参与的公立医院质量监管和评价制度；（6）严格医院预算和收支管理，加强成本核算与控制，全面推行医院信息公开制度，接受社会监督。

就政府与公立医疗机构的关系，国家《医改实施方案》明确要求：（1）逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道；（2）政府负责公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补偿等，对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助，保障政府指定的紧急救治、援外、支农、支边等公共服务经费，对中医院（民族医院）、传染病医院、职业病防治院、精神病医院、妇产医院和儿童医院等在投入政策上予以倾斜；(3)严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为；（4）推进医药分开，逐步取消药品加成，不得接受药品折扣，医院由此减少的收入或形成的亏损通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府投入等途径解决，药事服务费纳入基本医疗保险报销范围；（5）积极探索医药分开的多种有效途径；(6)适当提高医疗技术服务价格，降低药品、医用耗材和大型设备检查价格；（7）定期开展医疗服务成本测算，科学考评医疗服务效率；（8）公立医院提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的 10%；（9）鼓励各地探索建立医疗服务定价由利益相关方参与协商的机制。

由此可见，无论是国家的《新医改方案》还是国家的《医改实施方案》，基本上都明确了公立医院法人化的改革方向。然而，有所缺憾的是，国家医改方案

在去行政化以及重新界定政府职能上，着力不深、着墨不浓。在某些重要环节上，再行政化和去行政化的两种思路并存。例如，如上文所展示的，就医疗服务、药品和耗材的价格制度上，国家《医改实施方案》一方面“要求适当提高医疗技术服务价格，降低药品、医用耗材和大型设备检查价格”（第 6 条），另一方面又提出“鼓励各地探索建立医疗服务定价由利益相关方参与协商的机制”（第 9 条）。前者似乎暗示了现行行政定价体制的不可动摇性，而后者又为改革现行行政定价体制开辟了某种新的空间。

客观地说，对于《新医改方案》所提出的公立医院走向法人化的改革思路，相当一部分公立医院管理者持谨慎欢迎的态度。2010 年 11 月 27 日第四届中国医院院长年会在成都展开，会议期间，在主办方进行的一次问卷调查中，170 位医院（绝大多数为公立医院）院长中，就推进新医改的关键点，56%选择了“建立法人治理结构”，45%选择了“去行政化”。这次调查还显示，院长们大多认为，公立医院遭遇的压力和面临的挑战，主要缘于新医改政策未落实、政府补偿不充分、医保支付改革不确定、医院公益责任未厘清、院长职责权利不明确等。[37]一言以蔽之，政府与公立医院的关系不清不楚。

尽管相当一部分公立医院的院长对于新医改政策中所提出的公立医院法人化方向抱有积极的预期，但是他们在改革进程中很大程度上只是被动的角色。真正的主动角色是政府部门；用政治学的专业术语讲，就是“国家行动者”（state actors）。鉴于行政力量的无所不在、无远弗届、无比强大，如果在去行政化的原则和方向上没有加以明确，在现实中公立医院法人化改革的种种努力必将遭到各种行政力量的有意无意的干扰甚至阻挠。在实践中，公立医院法人化改革的新努力，会在不同程度上遭到抵消；公立医院法人化改革的新空间，会在很大程度上遭到压缩。

叁、在再行政化与去行政化之间摇摆？

总体来说，中央政府《关于公立医院改革试点的指导意见》依然秉承《新医改方案》所明确的思路，对公立医院法人化改革给出了一些具体的说法。例如，在《指导意见》开列的公立医院改革 9 大主要任务中，第 2 项任务是：“改革公立医院管理体制。探索政事分开、管办分开的有效形式，建立协调、统一、

高效的公立医院管理体制，科学界定公立医院所有者和管理者的责权，探索建立医院法人治理结构，推进医院院长职业化、专业化建设。”在公立医院改革试点的 14 项主要内容中，第 8 项内容是“改革公立医院法人治理机制”，具体要求如下：

> 明确政府办医主体，科学界定所有者和管理者责权；探索建立以理事会等为核心的多种形式的公立医院法人治理结构，明确在重大事项方面的职责，形成决策、执行、监督相互制衡的权力运行机制。落实公立医院独立法人地位，强化具体经营管理职能和责任，增强公立医院的生机活力。
>
> 制定公立医院院长任职资格、选拔任用等方面的管理制度，推进职业化、专业化建设。建立以公益性为核心的公立医院绩效考核管理制度，探索建立医院院长激励约束机制。

但是，值得注意的是，《指导意见》不仅没有对公立医院法人化改革中的去行政化要素加以进一步的明确和强化，反而在很多地方要么稀释了去行政化的要素，要么明确甚至强化了行政力量在公立医院改革中的作用。

《指导意见》中有不少以行政管理代替制度变革的内容，对于涉及公立医院的政府改革具有稀释作用。例如，在 14 项试点内容中，以相当大的篇幅专辟“加强公立医院管理”的内容，全文如下：

> 加强医疗服务质量管理。健全和落实医院管理规章制度和人员岗位责任制，健全医疗质量管理组织，推行疾病诊疗规范和药物临床应用指南，规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植(介)入类医疗器械行为，持续提高医疗质量，保障患者安全。加强重点学科和人才队伍建设，提高医疗服务能力和水平。要规范各级各类公立医院配备使用国家基本药物的比例，建立健全国家基本药物采购供应管理制度，促进公立医院优先配备和合理使用基本药物。推广应用适宜技术和基本药物，在加强规范和保障质量的基础上逐步实行同级医疗机构检查结果互认，降低医疗服务成本。研究制订疾病诊疗规程并推广实施，推动病种规范化治疗。
>
> 改善医院服务。通过采取提供预约诊疗服务，畅通急诊绿色通道，优化服务流程，按病情分类诊疗等措施，努力缩短病人等候时间。建立患者投诉管理机制，及时有效处理患者投诉和医疗纠纷，构建和谐医患关系。
>
> 提高医院信息化水平。以医院管理和电子病历为重点推进公立医院信息化建设，提高管理和服务水平。研究制订医疗机构内部信息管理的规定和标准，充分利用现有资源逐步建立医院之间、上级医院和基层医疗卫生服务机构之间、医院和公共卫生机构、医保经办机构之间的互联

互通机制，构建便捷、高效的医院信息平台。

正如我们在前文所指出的，公立医院改革的要害在于政府改革，尤其是政府职能的转变。具体来说，政府究竟是否应该以行政管理者的身份干预甚至参与到公立医院的具体管理工作之中，这是关涉到公立医院改革的重大原则性事项。可以说，这里全文引述的改革文件内容，恰恰体现出政府依然以行政上级的身份，积极参与到公立医院的管理。事实上，我们课题组在各地进行实地考察时，有不少基层工作者，包括地方政府官员和公立医院的院长，纷纷指出了这一点。在他们看来，无论是提高医院信息化水平，加强医疗服务质量管理，还是提供预约诊疗服务，都同公立医院的改革无关，因为即便是公立医院所处的组织和制度架构完全不变，这些工作都是所有公立医院必须要做的事情。从另一个角度来看，这些工作不仅是公立医院应该做的，而且也是所有民营医院应该做的；不仅是中国的公立医院应该做的，而且也是世界上所有国家中的公立医院应该做，而这些国家并不一定面临着中国式的公立医院改革问题。因此，《指导意见》罗列出这些内容，是文不对题的。作为一份指导公立医院改革的政府文件，重要的并不是罗列众多公立医院管理者众所周知的好的管理举措，而是应该明确政府与公立医院之间的制度安排，以激励众多公立医院以自己的方式积极主动地推进这些好的管理举措。

《指导意见》中还有不少内容，尽管构画了一些值得追求的目标，但是却没有明确给出达致这些目标的新手段，而是依然延续以往行政化的旧机制。例如，在试点的主要内容“完善公立医院服务体系”中，包含如下内容：“建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制。城市一级、部分二级医院应根据区域卫生规划改造为社区卫生服务机构。公立医院通过技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，带动基层医疗卫生机构发展，使公立医院改革与健全基层医疗卫生体系紧密配合、相互促进。”实际上，中国医疗服务体系中初级卫生保健与二级医疗服务之间缺乏合理的分工，而建立守门人制度的努力多年来劳而无功，这是一个众所周知的事实。在公立医院与基层公立医疗机构建立帮扶关系，这是行之多年但却不可持续、没有效果的行政化举措。改革的关键在于公立医院如何在利益互补的基础上与基层医疗机构建立各种业务关系，甚至两类医疗机构在自

主选择的基础上最终走向一体化的医疗服务递送体系（integrated delivery system, IDS）。简言之，让公立医院与基层医疗机构形成合理分工、相互协作，既有行政化的老路，也有市场化的新途，问题是，《指导意见》究竟要把公立医院的改革引向何方呢？

在很大程度上，正是由于公立医院的整体改革思路未对去行政化的要素加以明确，各地公立医院改革的试点基本上是在再行政化和去行政化之间摇摆。几乎所有地方的公立医院改革试点方案，无论正式出台或公开发布与否，在某些方面推出了一些促进公立医院法人化的举措，而在另外一些方面则继续维持甚至强化已有的行政化体制和机制。有意思的是，各地的试点在再行政化和去行政化的领域和程度上呈现很大的多样性。例如，有些地方已经或者计划大力推进公立医院人事管理的去行政化，具体措施就是取消公立医院的编制管理，实施全员劳动合同制；但是，另外一些地方则提出强化编制管理。

前文曾述，理事会制度建设是公立医院法人化的核心。《指导意见》也明确提出“探索建立以理事会等为核心的多种形式的公立医院法人治理结构”（第八条）。然而，耐人寻味的是，通览试点城市的公立医院改革方案，难得一见的共同特点之一就是在理事会制度建设上着墨不多，乏善可陈。对于理事会的构成结构、理事选任、职能安排等重大原则性问题，很多试点城市的医改领导机构甚至尚未组织调研。有些试点城市的公立医院改革方案干脆对此不置一词，无论其政府负责人员还是公立医院的管理者，干脆认为公立医院建立理事会完全没有必要。当然，他们持有这一观点的出发点则是五花八门。

法人化变革的难点在于公立医院的出资人代表是谁，以及公立医院理事会中的“政府理事”如何选任？对此，《指导意见》提出：“有条件的地区可以设立专门的机构，负责公立医院的资产管理、财务监管和医院主要负责人的聘任，建立协调、统一、高效的公立医院管理体制。”不难预料的是，只要涉及到机构调整以及政府机构间权力重构的改革，均无一例外地会成为各地政府纠结的重心。

在很大程度上，各地公立医院改革试点的重大争议点就在这里，具体的做法也五花八门。有些城市新组建了由卫生、组织、发改、财政、人事、编办、

劳动、物价、国资局等部门组成的公立医疗机构管理委员会，扮演出资者的角色。实际上，这样的机构相当于政府各部门的联席会议，同各地政府已有的工作会议没有多大区别。有些地方在卫生局之外设立了专门的公立医院管理部门，行使“办医院”的职责，而卫生局则行使监管医院的职责。还有城市，则建立了法人化的公立医院集团中心，直属于当地政府管辖，而卫生局则不再成为公立医院的行政主管，而是负责对所有医疗机构的医疗服务市场准入和品质保证进行监管。当然，也有一些地方，践行所谓“管办分开不分家”的模式，在卫生局里新设公立医院管理机构，扮演出资者的角色，而卫生局原有医政管理机构则扮演所有医疗机构的监管者角色。有些地方干脆直接重申，由卫生局扮演公立医院出资人的角色，但是对于卫生局同时扮演公立医院出资人和所有医院监管者是否存在角色冲突，根本不置一词，对于两种角色的职能划分也未加厘清。

对这些不同的模式，卫生部门有自己的偏好，主张各地应该在所谓“大卫生”或者说“管办分开不分家”的格局内探索公立医院管办分开的各种模式，而不应该将新设的公立医院管理机构脱离于卫生行政部门。作为行政机构，卫生部门有维持甚至扩张自己行政管辖权和预算控制权的偏好，并不奇怪，这是全世界所有行政机构天然、自发、本能的行为之一。[38]路风在论述改革开放前的单位体制时这样写到：“行政机构的扩张行为在现实中表现为争夺基层单位的隶属权、为本系统争取国家资源等行为，另一方面也表现为尽量参与下属单位的微观活动的行为（行政干预）。”[39]在今天，如果“管办分开”的新探索将公立医院与其行政上级脱离行政隶属关系，这自然是卫生行政部门所不愿意看到的。在这种压力性的背景下，相当一些选择“管办分开又分家”模式的试点城市，又在发愁如何将新的探索拉回到“管办分开不分家”的轨道，至少要在文字上做到这一点。[40]

值得注意的是，在公立医院管理机构的设置上，也就是在管办分开具体模式的探索上，一些试点城市出现了耐人寻味的前后摇摆现象。例如，宝鸡市曾在2010年1月公布《宝鸡市深化医药卫生体制改革实施方案》（征求意见稿）提出，“市财政部门下设医院发展中心，将现由卫生行政部门等管理的公立医院、国有医院和公立乡镇卫生院、社区卫生服务中心移交医院发展中心，由医院发展中心代表国家履行出资人职责，负责公立医院、国有医院、公立乡镇卫生院、社区卫生服务中心的管理和改革，各县区要相应成立医院发展中心。……市医院发展中

心牵头负责公立医院改革的有关工作。”然而，在 5 月初公布的《宝鸡市公立医院改革试点实施方案》则提出，“市卫生局受市政府委托履行出资人职责，加强对公立医院社会满意度、医疗服务质量、国有资产保值增值、突发公共卫生事件处置等管理，建立权责明晰、富有活力、监管有力的公立医院治理机制，确保社会公益性目标的实现。”

再如，深圳市公立医院改革方案的初稿其实早在 2009 年就已经拟定，但是在市政府和市委那里迟迟没有获得正式的批准，因此始终没有正式发布。造成这一局面的原因固然不少，但我们在实地考察中了解到，其中重要的一个原因在于当地卫生与计划生育委员会与其他政府部门对于公立医院管理机构（或称医管局）究竟设置在哪一个政府部门之下，存在着严重的分歧。[41]

肆、结论

众所周知，中国是一个大国，各地的情况千差万别，公立医院所面临的问题、挑战和机遇不尽相同。这固然是一个事实。但是，我们也应该承认，所有地方的公立医院均处于相似的组织和制度架构之中，这就是孕育于计划经济时代的事业单位体制。这种体制的特征就是行政化，即公立医院运营的诸多方面受制于诸多政府部门的行政干预。而中国各地公立医院改革所面临的挑战，也具有一个突出的共同点，就是如何走向去行政化。

中国自改革开放以来，大多数事业单位都走上自主化的道路，公立医院也不例外。公立医院的主管们开始拥有了一定的管理自主权，尤其是在医院运营结余的支配上，拥有了很大的自主权。与此同时，来自政府的财政拨款，已经不再是公立医院收入的主要来源，公立医院日益变成了以服务换取收费的组织。从运营高度依赖于收费或追求收入最大化这一点来看，公立医院走上了“市场化”甚至“商业化”的道路。

但是，公立医院的“市场化”是一种伪市场化。具体而言，这是一种行政型的市场化。公立医院并未变成真正的市场主体，也不是真正的独立法人。无论是在人财物各方面，公立医院都无法就资源配置做出独立的决策，其法人代表自然也就无法为其行为的后果独立承担民事和刑事责任。涉及到重大资源配置的战略决策，以及诸多日常性的管理决策，都由诸多政府部门来承担。诸多政府部门对

公立医院的干预，并不限于基于规则进行奖惩的监管行为，而是经常参与到公立医院的管理决策之中。对公立医院日常管理行为及其后果的关注和参与，甚至都体现在中国政府关于公立医院改革的指导意见之中。

中国公立医院行政型市场化的变革之路有两条：其一是伴随着去市场化的再行政化，即涉及到资源配置的各项权力由各政府部门转移到卫生行政部门手中，从而使现行的分散型行政化转变为新的集中型行政化的制度格局；其二是伴随着进一步市场化的去行政化，让公立医院成为真正的独立法人，并在全民医保所引致的医疗服务购买行为大转型的市场环境下，自主地选择适宜自身情况的竞争策略。

尽管国家的《新医改方案》认可了后一种改革思路，而且这一思路在国家关于公立医院改革的指导意见中也有一定的体现，但是这一点并不明确。中央政府和各地政府在整体改革思路选择上的不明确，导致推进改革的努力支离破碎，而且在很多情形下相互抵销。在很多地方，包括在中央政府确定的 16 个试点城市，公立医院的改革在再行政化和去行政化之间摇摆。在很多情况下，改革迟滞或受阻的根本原因在于政府部门对所有可能消弱其权力的改革举措采取消极甚至抵制的态度。英国哲学家罗素（Bertrand Russell）说过，“世界是没有希望的，除非权力能被驯服。”[42]权力能不能被驯服暂且不论，只要某些政府部门能把某些根本没有必要死抱着不放的行政权力下放给公立医院和其他公立组织，中国的公立医院改革好歹就会有一些希望。

注释

[1] 详见顾昕，《全民医保的新探索》，北京：社会科学文献出版社，2010 年。

[2] 《中国统计年鉴》在“事业单位”名词下附设的英译为 institutions，参见中华人民共和国国家统计局编，《2009 中国统计年鉴》，北京：中国统计出版社，2009 年，第 117 页（顺便说，历年的《中国统计年鉴》都在“城镇单位就业人数”的统计表中载有事业单位的职工数，但令人感到奇怪的是，在《2010 中国统计年鉴》中，这一统计数据没有了）。这以英译显然不妥。有学者将“事业单位”英译为 service organizations，参见 Lam Tao-chiu and James L. Perry, “Service Organizations in China: Reform and Its Limits,” in Peter Nan-shong Lee and Carlos Wing-Hung Lo (eds.), *Remaking China's Public Management*. Westport, CT.: Quorum Books, 2001, pp. 19-39. 但是，从英文来看，service organizations 这一词汇的所指可能较为宽泛，应该也包括服务业中的各种商业企业。世界银行的专家认为，“事业单位”一词可以英译为 public service units，参见世界银行，《中国：深化事业单位改革、改善公共服务提供》，北京：中信出版社，2005 年，第 1 页。笔者认为，英文中现有的“public organizations”所指的对象，与中国“事业单位”一词所指的对象，具有高度的重叠性。因此，我们可以使用“public organizations”作为中文“事业单位”一词的英译。当然，正如后文将要讨论的，中国事业单位的组织和制度模式，与世界上大多数国家中 public organizations 的组织和制度模式大不相

同，这正如中国国有企业的组织和制度模式与世界上大多数国家中 state-owned enterprises 的组织和制度模式大不相同一样。

[3]（美）萨拉蒙著，田凯译，《公共服务中的伙伴：现代福利国家中政府与非营利组织的关系》，北京：商务印书馆，2008 年。

[4] Ascoli, Ugo, and Costanzo Ranci (eds.), *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer Academic Publisher, 2002.

[5] Roger L. Kemp (ed.), *Privatization: The Provision of Public Services by the Private Sector*. 2nd edition. Jefferson: McFarland & Company, Inc., Publishers, 2007.

[6] （英）马丁•鲍威尔主编，钟晓慧译，《理解福利混合经济》，北京：北京大学出版社，2011 年，第 219-222 页。

[7]世界银行，《中国：深化事业单位改革、改善公共服务提供》，第 27-29 页。

[8] 参见 Xiaobo Lü and Elizabeth J. Perry (eds.), *Danwei: The Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective*. Armonk, NY.: M.E.Sharpe, 1997.

[9] 路风，“单位：一种特殊的社会组织形式，”《中国社会科学》，1989 年第 1 期，第 71-88 页。

[10] 参见 Barry Naughton, “Danwei: The Economic Foundations of a Unique Institution,” in Lü and Perry (eds.), *Danwei*, pp. 181-182.在这里，作者甚至说，单位“只有岛国式的孤立性但却没有自主性”（p. 181）。当然，在某种情形下，如果在岛国式单位的主管能够获得其行政上级甚至更高行政层级的庇护，他们就能在其单位中享有岛主般的“自主权”。

[11] 周翼虎、杨晓民著，《中国单位制度》，北京：中国经济出版社，1999 年，第 60 页。

[12] 参见（匈牙利）科尔奈，《社会主义体制：共产主义政治经济学》，北京：中央编译出版社，2007 年，第 70 页。

[13] 中国政府在 1990 年代末期才开始尝试零基预算，但公共预算理性与公共管理现实之间的冲突层出不穷。参见牛美丽，《中国地方政府的零基预算改革》，北京：中央编译出版社，2010 年。

[14]科尔奈，《社会主义体制》，第 83-102 页。科尔奈提到的其他机制包括（微不足道的）市场机制、自律机制、道德机制和家庭机制。这里需要补充，道德机制往往以意识形态教化和驯化的机制，在社会主义体制中发挥很重要的作用。

[15] 关于“经典社会主义”下医疗卫生体制的运作情况，最为简要但却全面的概述可以参见（匈牙利）科尔奈、（美）翁笙和著，《转轨中的福利、选择和一致性：东欧国家卫生部门改革》，中信出版社，2003 年，第 105-109 页。

[16] Edward S. Steinfeld, *Forging Reform in China: The Fate of State-owned Industry.* New York: Cambridge University Press, 1998.

[17] 世界银行，《中国：深化事业单位改革、改善公共服务提供》，第 3 页。

[18] World Bank, *Fixing the Public Hospital System in China*. Washington, D.C.: The World Bank, 2010, p. xiii.

[19] 高巍，“‘放水养鱼’的医改期待——访宝鸡市中心医院院长”，《中国医院院长》2011 年 2 月第 3-4 期（总第 147/148 期），第 69-70 页。

[20] 参见（波兰）兰格，《社会主义经济理论》，北京：中国社会科学院出版社，1981 年。

[21] 参见（西班牙）赫苏斯·韦尔塔·德索托，《社会主义：经济计算与企业家才能》，吉林：吉林出版集团有限责任公司，2010 年。

[22] 参见（亚诺什.科尔内[匈牙利]），《短缺经济学》（上下卷），北京：经济科学出版社，1986 年。

[23] 这一点来自周其仁教授。

[24] 刘远立、吴静，“药品政策的国际比较”，饶克勤、刘新明主编，《国际医疗卫生体制改革与中国》，北京：中国协和医科大学出版社，2007 年，第 127-149 页。

[25] 唐镜波、孙静编著，《WHO 国家药物政策及合理用药理论和实践》，北京：中国科学技术出版社，2005。其英文版为 Tang Jingbo and Sun Jing, eds., *WHO National Drugs Policies: Theories and Practices of Rational Use of Drugs*. Beijing: China Science and Technology Press, 2005。

[26] 2011 年一开始，有关高值耗材心脏支架在中国遭到过度使用并构成医疗服务业中暴利利益链的报道，就不断出现在新闻媒体之中。参见董伟、白雪，“委员：心脏支架暴利超过贩毒”，《中国青年报》（2011 年 3 月 14 日），第 11 版。

[27] 这些行政控制措施近年来一直在公立医院中得到使用。在 2011 年 2 月 28 日发布的《国务院办公厅关于印发 2011 年公立医院改革试点工作安排的通知》（国办发〔2011〕10 号）（文本可在中

国政府网中获取，http://www.gov.cn/zwgk/2011-03/07/content_1818279.htm ）中，强化对药品费用的行政性管控措施再次得到重申。

[28] 参见中央电视台网站上的报道视频，http://news.cntv.cn/program/zhiliangbaogao/20100516/100747.shtml 。

[29] 杨中旭，“‘天价芦笋片’利益链”，《财经》，2010 年 6 月 21 日（总第 266 期），第 48-52 页。

[30] 详见顾昕，“正本清源还是病急乱投医”，《财经》，2010 年 6 月 21 日（总第 266 期），第 60-61 页。

[31] 原始数据请参见《2010 中国卫生统计年鉴》，第 98 页。

[32] 可参见中国经济网的报道，http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/zg/201001/12/t20100112_20785141.shtml 。

[33] 该意见的文本，可在中国政府网上找到，参见 http://www.gov.cn/gzdt/2010-02/24/content_1540062.htm 。

[34] “陈竺：公立医院改革一言难尽 涉及深层次体制问题”，参见凤凰网的报道，http://finance.ifeng.com/news/20101224/3111290.shtml

[35] 张平：“公立医院改革距社会期待有较大差距”，《光明日报》，2010 年 12 月 23 日，第 6 版。

[36] 参见吴小莉专访（“问答神州”节目），“医改四大实操任务与公立医院改革”（凤凰网专稿），http://phtv.ifeng.com/program/wdsz/detail_2009_10/19/1061861_2.shtml 。

[37] 参见《中国医院院长》，2011 年 1 月第 1 期（总第 145 期），第 35 页。

[38] 参见（美）尼斯坎南，王浦恂等译，《官僚制与公共经济学》，北京：中国青年出版社，2004 年。

[39]路风，“单位”，第 84 页。

[40] 北京市海淀区、上海市、无锡市、成都市、马鞍山式等地，均在卫生局之外建立了专门的公立医院管理机构，但是其正常运作一直受到来自卫生行政部门的压力。在建立初期，医院管理机构甚至无法获得上级政府的政策文件。在现有的行政体系中，有关公共政策的文件常常并不具有公开性，而是依照纵向行政等级关系逐级下发。由于在上级政府中缺乏对应的行政管理部门（通称“对口部门”），许多新建立的地方性公共服务机构甚至无法实时了解相关公共政策的变化。

[41] 这一点在专业性的媒体报道中亦有透露，参见张贵民，“深圳：‘迂回’中渐进”，《中国医院院长》，2011 年 2 月第 3-4 期（总第 147-148 期），第 65-66 页。这篇报道援引卫生与计划生育委员会一位副秘书长的话提到，“早在 2009 年，深圳市公立医院改革方案就制定出来了，但一直没有公布，卡就卡在管办分开上。”

[42] （英）罗素，《权力论》，北京：东方出版社，1988 年，第 22 页。

作者简介

顾昕，北京大学政府管理学院教授。北京大学生物学系本科毕业，荷兰莱顿大学博士，美国哈佛大学与加州大学伯克利分校博士后，曾经在新加坡国立大学、澳大利亚国立大学、北京师范大学工作。现从事社会政策、医疗卫生政策、非营利组织的研究和教学工作。2005 年入选教育部新世纪优秀人才。2007 年，担任国家医药卫生体制改革北京师范大学方案报告的主笔。现担任国务院城镇居民医疗保险试点工作评估专家，北京市医疗卫生体制改革政策咨询专家，湖南省株洲市公立医院改革顾问，中国医疗保险研究会理事。