

# 走向去行政化： 公立医院改革的突破之路

## ——国家级公立医院改革试点城市调研报告

□顾昕 余晖

我国的公立医院改革一直存在着两种改革思路，一是再行政化，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。二是去行政化，即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《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》）基本上认可了后一种改革思路，而且这一思路在《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》）、《关于公立医院改革试点的指导意见》（以下简称《指导意见》）中也有一定的体现，但是并不十分明确，在去行政化的改革思路中又夹杂着再行政化的措施。如《新医改方案》和《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，然而对于“管办分开”原则的意涵却从来也没有明确的解释；就政府与公立医院的财务关系，《医改实施方案》明确了财政补助范围和补助重点，但是却没有在政府购买服务的新机制建设上做足文章；《指导意见》中有相当大篇幅关于“加强公立医院管理”的内容，这些内

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。

在很多地方，包括国家级公立医院改革试点城市，公立医院改革的具体举措也在再行政化和去行政化之间摇摆。笔者对试点城市进行了调研，从管办分开、组织模式、政府投入、人事制度、价格制度等五个方面分别做横向与纵向的归纳分析，以期全面反映各试点城市在去行政化与再行政化之间的路径选择。

### （一）管办分开，分不分家？

#### 1. 保持管办不分的现有格局

宝鸡、西宁未建立专门的公立医院管理机构，维持管办不分的原有格局。

#### 2. 管办分开不分家

洛阳、株洲、潍坊、鄂州、遵义、七台河、镇江七个试点城市建立的公立医院管理机构与卫生行政部门都有着直接或间接的联系，它们或直属于当地卫生局，或由当地卫生局托管，抑或是成立公立医院管理委员会后，将委员会的办公室设在卫生局。综合分析来看，卫生行政部门对公立医院管理机构的介入程度很深，基本都可以概括为“管办分开不分家”。其中，潍坊市自2005年12月便已开始尝试“管办分开不分家”，原卫生部也因此一直对外界大力宣传“潍坊模式”。然而，在同一个主管部门内部实施有限的“管”、“办”职能分开之后，所有医院的监管者与公立医院的经营者

仍然是一家人。笔者在调研过程中也发现，潍坊以“管办分开不分家”为特征的“管办分开”改革没有明显的实质进展，甚至外界至今对这一改革是否属于“管办分开”还存在争议。

#### 3. 管办分开又分家

上海、厦门、鞍山、芜湖、马鞍山、昆明六个城市建立了完全独立于卫生行政部门之外的公立医院管理机构，代表政府履行公立医院出资人职责。但通过调研我们也发现，即使是“管办分开又分家”也表现出两种不同的路径选择。其一是管办分开又分家，分家之后医药管理机构走向行政化。厦门、鞍山、芜湖所建立的均是由政府直接领导，与卫生行政部门同级或级别略低的公立医院管理行政机构。其二是“管办分开又分家，分家之后法人化”。法人化又有两种不同的做法，一是以非营利性的方式组建公立医院管理机构，也就是事业单位；二是让该机构走向企业化。上海是最早践行第一种做法的试点城市。早在2005年9月，上海市申康医院发展中心（以下简称“申康中心”）成立。申康中心是市政府设立的独立事业单位法人，主要履行两项职责：一是市级医院国有资产投资、管理、运营的职责；二是政府办医的职责。几年发展下来，上海市卫生局从办医职能中脱离出来实现全行业监管，申康中心也作为独立的事业法人



履行办医职能。

试点城市

总之，笔者认为，在管办分开问题上，保持现有管办不分格局和推行管办分开不分家模式实质上走向了再行政化，宝鸡、潍坊的实地调研已经给了我们答案。管办分开且分家才是管办分开的“正途”，在这一点上，上海市的经验具有较好的垂范作用。对于管办分开后，公立医院管理机构的行政化与法人化究竟孰优孰劣，还有待时间的考验。

（二）公立医院的法人治理模式：政府负责？理事会负责？

笔者以是否建立相对完整的法人治理结构为依据，来对各试点城市在公立医院组织模式制度安排上所选取的路径进行分类。

1. 建立相对完整的法人治理结构的

株洲、洛阳、鄂州、镇江、上海、厦门、马鞍山、昆明八个试点城市在制度安排上建立了相对完整的法人治理机构。按照之前是否实现管办分开，又将它们分为以下两类。

其一，再行政化之下的法人治理结构。株洲、洛阳、鄂州均是在卫生局领导下设立公立医院理事会、监事会、执行层，实行理事会领导下的院长负责制。镇江则是在卫生局领导下设立康复医疗集团理事会、监事会、执行层，集团内各公立医院不再重新建立法人治理结构，集团实行集团理事会领导下的集团院长负责制。

以上四个城市虽然在管办分开问题上走向了再行政化，却都在公立医院

的制度上建立起了相对完整的法人治理结构。然而，并不能就此断定这些城市在公立医院的组织模式上走向了去行政化。有两点至关重要：一是在这些地方公立医院的法人治理结构中，大量政府各部门的局长或副局长担任理事或监事，并且代表权比例很高，因此理事会（以及监事会）在很大程度上变成了政府联席会议。这样的选择对于问责制的有效运行是极其不利的。实际上，公立医院法人化的精髓就在于在公立医院和政府之间设立一道防火墙，从而让政府能在医疗领域出现危机的时候保持危机处理所必需的公信力。让政府现任官员直接参与公立医院的战略管理和日常运营的监督，政府如何能有效地应对危机呢？二是在院长的任命权上，作为独

立法人的公立医院院长应该是由理事会任命,并且院长应该有充分的经营自主权。而我们可以看到,株洲的公立医院院长如何任命其实并未明确。洛阳则规定医院领导班子任命统归洛阳市医院管理局管理。镇江的医疗集团院长须由理事长提出任免意见,而目前康复集团理事长由镇江市卫生局长兼任。鄂州提出公立医院院长通过竞聘、选派等方式产生,由理事会聘任,同时也提出落实院长负责制的具体方案,但鄂州方案并未明确选派的主体,不出意外,能够选派公立医院院长的仍将是市委市政府或卫生行政部门。

简言之,在再行政化的体制下,公立医院法人治理结构中的理事会极有可能成为空架子,行政协调机制依然主宰着公立医院的治理。

其二,去行政化下的法人治理结构。上海、厦门、马鞍山均是由独立于卫生行政部门之外的公立医院管理机构负责建构公立医院法人治理结构。这些城市要么在每一家公立医院,要么在公立医院集团层级上建立了相对完整的法人治理结构。但是,这些城市共同存在的问题有二:一是理事会的构成、提名和任免机制不明确;二是理事会对医院管理层缺乏实质性的提名权和任命权。

由上可见,很多城市尽管在制度上建立法人治理结构,貌似走向了去行政化,但在实际操作过程中,改革依然面临各方面阻力和原有的路径依赖。

## 2. 法人治理结构不完整或根本未提及

宝鸡、西宁、潍坊、遵义、七台河、鞍山、芜湖七个试点城市未能从制度安排上构建相对完整的法人治理机构,同样按照是否实现管办分开,将它们分为以下两类。

宝鸡、西宁、潍坊、遵义、七台河等五市在管办分开上均走向了再行政化,而在公立医院组织模式上却均未明确如何建立法人治理结构。因此,可以说这

五市公立医院的组织模式与改革前并无变化。

鞍山、芜湖两市已经建立了独立于卫生系统外的公立医院管理机构,但在公立医院组织模式上未有新突破,并未建立起以理事会为核心的法人治理结构,也未能充分落实公立医院自主经营权。在院长的任命上,鞍山市公立医院院长由公立医院管理委员会决定任命,其实还是等于由市政府任命;而芜湖三大医疗集团的院长是由市委任命,这等于把该市的医院管理委员会架空了。

由上可见,落实公立医院自主经营权的制度安排上未理顺的试点城市,基本上都保持着旧有的组织模式,即走向了再行政化。

总之,如果医院的管理层任命继续由干部管理部门或卫生行政部门决定,医院人员聘任与解雇继续由政府人事编制部门决定,公立医院何谈实行院长负责制。不建立公立医院法人治理结构,医院更是无法彻底行使自主经营权,何谈科学管理、提高技术。上文提到的八个建立公立医院法人治理结构的试点城市,起码在大方向上具备了实现公立医院自主经营权的制度基础,即走向去行政化。

各地在公立医院法人化上裹足不前的同时,个别试点开展了有声有色的公立医院民营化试点。从某种角度来看,这是一种倒逼公立医院改革的新路子。

昆明市是这一思路的代表。早在2008年,昆明市政府就确定了以促进多元化办医为核心的新医改思路。在成为公立医院改革的全国性试点城市之前,昆明市政府就制定并发布了一系列促进公立医院民营化的文件。由于市政府的大力推动,昆明市在推动多元化办医格局的形成方面走在了全国省会城市的前面。昆明市不仅民营医院较多,服务品质也在逐步提高,而且市政府还以渐进的方式推动若干市级公立医院的股份制

改造,以期提升其竞争力。到2011年末,三家市级公立医院,即市人民医院、市儿童医院、市口腔医院,均引入了社会资本完成了股份制改造。社会资本来源于国有企业或上市公司,即分别是昆明市城投公司、华润集团和通策公司。其他市级公立医院引入战略投资者的工作,也在进行之中。

## (三) 政府投入的模式: 行政补偿? 购买服务?

镇江、潍坊、深圳3个城市明确了去行政化的财政投入方式,即采取政府购买服务或建立公立医院发展专项基金的形式,按照公立医院实际提供的服务项目数量和质量给予补偿,提高财政投入效率,而建立专项基金则有助于政府通过项目购买服务。宝鸡、洛阳、芜湖、鄂州、西宁、厦门、鞍山等7个城市依旧沿袭了行政化的财政投入方式,即按照传统的经常性投入、项目投入、其他投入或奖励投入等方式对公立医院进行补助。很显然,一切如旧的财政补助方式既无助于降低医疗服务价格,也无益于调动医务人员工作积极性,使得财政投入的效率低下。此外,还有昆明、株洲、马鞍山、七台河、遵义、上海等7个城市并未明确公立医院的财政投入方式,它们或照搬《指导意见》只规定财政投入使用范围,或只提出对公共卫生服务进行购买,而未提及如何对公立医院进行补助。

此外,宝鸡和芜湖均在方案中提出,“政府不再投入新建公立医院”,昆明市也有类似的倾向,这也从一个侧面反映出了试点城市政府部门在公共服务(特别是医疗服务)上的观念转变,即从原有的政府直接提供模式,转向了新公共管理下的政府主导加社会提供模式。事实上,昆明市正不遗余力地推动公立医院的股份制改造,主要是在新建医院的过程中大力引入社会资本。而深圳提出“对新建的医院,不论是政府办还是

社会办，都将给予一定的政府补助”，这一方面显示出深圳在政府财政投入方式上的转型，另一方面也体现了对社会力量资本办医的支持与鼓励。

（四）人事制度：全员聘用？编制管理？

在注册医师是否允许多点执业的制度安排上，共有10个试点城市对此有所提及，其中镇江、七台河、深圳、鞍山明确要建立此项制度，而宝鸡、潍坊、鄂州、厦门仅模糊地提出要“探索”或“推进”医师多点执业。目前，全国各地普遍执行“双批准制度”，唯有昆明市的“多点执业试点”稍微宽松一点，确立了当地卫生行政部门单批准的制度，即副主任及以上级别的医师只要向卫生局提出申请，便可获得三个地方的执业许可。

除注册医师多点执业外，部分试点城市在一般医务人员的流动上也有创举，宝鸡、厦门均建立了市级卫生人才中心，规定全市新增医务人员档案将直接由中心托管；而对档案在医院的医务人员，宝鸡则规定可以在职称评至“副高”时将档案托管至人才中心。这样就方便了医务人员在不同级别、不同所有制医院之间的自由流动，非常有利于医疗资源的整合。在建立了医疗集团的镇江、芜湖、马鞍山三市，实地调研过程中也发现，凡是以“紧密型”（即人、财、物统归集团管理）组织的医疗集团内部，基本都能够实现医务人员的集团内自由流动，这也充分发挥了集团优势，但人员似乎无法在集团之间流动。

在是否实现全员劳动合同聘任和岗位管理上，共有镇江、昆明、株洲、宝鸡、七台河、西宁、洛阳、芜湖、潍坊、鄂州、深圳、厦门等12个城市的方案中明确提出了相应要求，即同现有员工签订合同期2—5年不等的劳动合同，合同到期后视员工表现决定是否续签，同

时以岗位管理代替编制管理，弱化人员编制的概念，使编制仅仅成为政府财政投入的一个参照依据，从而增加医院的用工自主权。马鞍山方案中未提及是否实行全员聘用，但实际调研中看到，市立医疗集团下的医院已经实现了岗位管理。而遵义、鞍山两地公立医院用人权力依然掌握在卫生局、编办等行政部门手中。

总之，注册执业医师多点执业和医务人员自由流动涉及整个卫生体制下的人才管理问题，10个试点城市在很有限的范围内探索了医师多点执业，而更深层次的医务人员流动上也有两个城市有所探索，这都将进一步推动医师成为自由执业者，从而适应医疗服务市场的资源整合。而在公立医院内部的人力资源管理上，用工自主权是医院拥有自主经营权的重要标志，12个城市已经走向了全员聘用制且岗位管理制这样一条去行政化道路，下一步就是要进一步弱化编制的概念，如镇江目前就将所有在编医务人员的编制实行档案化管理，且新进医务人员不再有编制身份。

（五）价格制度：零差率？差别加价？

《指导意见》规定“逐步取消药品加成政策，对公立医院由此而减少的合理收入，采取增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准等措施，通过医疗保障基金支付和增加政府投入等途径予以补偿。也可以对医院销售药品开展差别加价试点，引导医院合理用药。”通过分析各试点城市的公立医院改革试点方案，同时结合实地调研笔者发现，所有试点城市均提出要取消药品加成，但所有城市均未表示要执行差别加价或取消加价限制，而是清一色地想要通过财政或医保补偿来弥补公立医院取消药品加成后的损失，这无疑是在选择走上了再行政化的道路。因为既然有政府和医保补偿，医疗机构将仍然倾向采购高价药来获取更多的补偿，而政府补助是纳税人

的钱，医保补助是参保人的钱，患者负担并未真正减轻，这实在是一条再行政化的“独木之桥”。

通过以上对比分析，可以看到还未有哪个城市能在五个方面全部采取去行政化方向的改革措施，当然也没有哪个城市完完全全地走再行政化之路。很多试点城市均在去行政化与再行政化之间摇摆，这与《指导意见》本身方向就不甚明确有直接关系。对此，笔者提出如下政策建议。

第一，切实落实“管办分开”的原则，在卫生行政部门之外建立专门的公立医院管理机构，行使政府办医职能，同时厘清卫生行政部门作为医疗卫生事业全行业“监管者”的职能。

第二，完善法人治理结构：公立医院建立并完善以理事会制度为核心的新型法人治理结构，切实赋予理事会行使战略管理的职能。

第三，建立政府购买服务的新机制：公共财政通过购买服务，促使公立医院行使社会职能，保持社会公益性。基本医疗服务（其中包括基本药物）可以通过公立医疗保险来购买，而其他特定的具有社会公益性的服务，可以通过各种特定的项目来购买。

第四，推进人事制度改革：在公立医院中全面推进全员劳动合同制，最终形成医疗人力资源市场化的全新格局，即医师成为自由职业者、院长成为职业经理人。

第五，推进价格管制改革：在维持医疗服务和药品零售价格最高限价管制的前提下，解除其他各种类型的价格管制，尤其是药品加成管制，让医保机构与医疗机构建立新型的谈判机制，通过医保付费改革，以契约化的方式控制医药费用的快速增长。

（作者单位：北京大学政府管理学院 中国社会科学院工业经济研究所）

责任编辑 刘慧娴