

【医疗保障】

事业单位管理模式下公立医院的运作逻辑

——基于“B市H医院”个案的探讨

李晨行

【摘要】中国公立医院作为典型的公益二类事业单位,在人事、财务、核心决策等方面的制度规范与运作过程,不仅具有医疗行业专属特征,更是在“单位制”框架内不断发展和演变。本文着眼于组织外部作用机制与内部冲突性目标的互动和联结,探究公立医院长期以来所面临的“管办不分”、“以药养医”等难题,提出将“非时称性共生依赖关系”作为该问题的一个解释框架。通过对B市H医院个案的田野调查发现,行政部门对公立医院事实上形成了“默许性激励”和“庇护性控制”两种管理手段,并通过“以人为体”“以财为用”和“以事为介”三重主导逻辑得以具体展现。

【关键词】单位制;非对称性共生依赖;控制;激励;公立医院

【作者简介】李晨行(1991-),女,博士,杭州师范大学公共管理学院讲师(杭州 311121),南开大学政府发展联合研究中心客座研究员,研究方向:中国政府与政治、社会治理等,E-mail:lichenhang@126.com。

【原文出处】《公共管理学报》(哈尔滨),2024.1.120~133

【基金项目】国家社科基金青年项目(22CZZ013)。

1 问题的提出

医疗是国之大计、生民之需。新中国成立以来,医院乃至更为广泛的医疗、医保、医药(所谓“三医”)等卫生健康事业取得了重大成就。具体到公立医院层面,其规模、结构和质量均取得了突破性进展。20世纪50年代起,中国便创立了具有自身特殊性的公立医院事业,在人口基数大、地区间发展不平衡的国情下,建立起覆盖全民的公共卫生服务体系与医疗保障制度。在七十余年的发展历程中,国家始终重视推进现代医疗卫生体制建设和公立医院综合改革。近十余年来,公立医院改革全面深化,尤其体现在制度建设层面^①。党的二十大报告中进一步强调,“深化医药卫生体制改革,促进医保、医疗、医药协同发展和治理。促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局,坚持预防为主……深化以公益性为导向的公立医院改革,规范民营医院发展。”

中国公立医院始终在事业管理的“单位制”框架

内不断发展与演变。改革开放后,伴随政府与社会关系的全面调整,医疗卫生事业的管理模式进入“有限自主”阶段。这一时期的总特征是,走出政府包办、政府替代社会的“全能主义”医疗模式,公立医院拥有更大的自主权,但与此同时保留了政府相关部门对医院工作组织、服务价格、医药关系等方面的管控权力。在此期间,公立医院管理体制历经一系列重大改革,特别是2009年以来的深化医药卫生体制改革(被称为“新医改”),很大程度上促进了医疗水平的提高、服务范围的扩大和管理绩效的提升。近年来,在基层医院扶持、药品集中采购、医院绩效激励、医疗体系配套乃至相关的医保基金管理等多个层面,公立医院管理及其配套制度进一步完善。

然而,目前仍有许多遗留难题尚未有效解决,并衍生了一些新问题,比如:分级诊疗的资源配置不均、内外管理制度不匹配、多层次的医保制度间衔接不畅、药品负面事件和医患矛盾频发等。这些问题

错综交织,既影响了医疗公平性,也妨碍了医疗效率的提高。面对上述诸多问题,分而治之、各个击破在公立医院管理及其相关研究中得到更多强调,但进一步的研究问题在于:为什么看起来有的放矢的策略产生了错综交织的意外化后果,能否用一种总体性的组织视角对之进行更为本质的解释?为此,本文建构了一个分析框架,提出了若干命题,从而揭示以上诸多问题的根本发生机制,梳理掣肘公立医院改革走向深入的结构原因。同时,本文还以H医院为个案,详细呈现了上述命题的展开机理。

2 文献回顾

与上述研究问题最为相关的文献,大致可分为如下三类。

(1)对医院或医疗的独特性质及其一般共性的研究。医疗事业是一项世界性难题,特别是自阿罗^[1-2]以来,研究者不断关注以医院为核心的医疗供给者与作为需求主体的患者之间存在较强的信息不对称和知识结构倾斜。这进一步体现为该领域专业性与大众性,营利性与公益性之间存在的诸多张力。因此,虽然合法性有区别,绩效有差异,但世界范围内不同国家对医院的政府投入、管理干预乃至直接生产广泛存在^[3-4]。更具体地讲,我们也能看到一些与中国公立医院中相类的共性现象,比如,作为医疗主要提供者的医院与医药供给者的合谋^[5],医生利用自身的专业知识和地位,诱导患者进行过度医疗^[6]等。

这类研究颇具启发,但正如相类的结果并不意味着得自相同的函数,中国的公立医院管理体系具有自身的特色^[7-9]。这突出体现在无论一类事业单位是否具有独立法人地位,都有上级主管部门指导或监督其工作,部分人事、财务和具体事项等方面的决策权均不同程度地受制于一个或多个行政部门。公立医院运作中所涉及的医疗、医药、医保等规范,也必然依赖并参照于相关行政部门公共政策的统一制定与实施。当然,相关研究更为关注宏观层面的体制机制安排,本文则进一步追问,它将如何引发医院的微观行为,并催生互动实践?

(2)对关涉医院的医生自主、定价机制、外部关系等诸多细节的探讨。对医生自主性而言,如何在国家权力的引导与控制、市场与资本的诱导与扭曲、患

者的心理和意见等诸多因素影响下,保持自身的专业性和独立性,是提升医疗质量的落脚点^[10-12]。还有的研究者关注医疗定价机制问题,分别指出市场竞争不足、医疗与医药过度挂钩、患者组织力量匮乏等因素,是造成价格扭曲的核心要素^[13-17]。还有的关注政府的作用,具体体现在医保管理、财政投入等层面,到底是主要补贴供给者(医院),还是主要支持最终需求方(即患者),相关研究各自给出了回答^[18-21]。

这些研究具体而微,从公立医院医疗服务的生产、定价、流通、衔接、配套等层面分别展开了分析,但本文更为关注的是,看似如此纷繁的现象,是否具有一个主导性的组织机制?正如实践和研究所示,一方面,医院治理和运作受到固有体制、公共政策和非正式制度等外部环境因素的影响较大;另一方面,医院的策略行为进一步催生其他行动主体的互动,从而助力了体制变迁。因此,研究中国公立医院的发展与改革,不仅要分析其组织内部的结构变化、人员调整、财务状况等因素,而且要考察组织内外要素的联动。恰如研究指出,当前的医院管理难题突出体现在新旧体制的更替与并存之中^[22]。进一步地,与该研究侧重宏观制度不同,本文将研究触角伸向公立医院管理中的微观实践。

(3)单位制的相关研究。中国公立医院所面临的是事业单位管理体制^[23],其实早在上世纪80年代末90年代初,就已有学者提出和界定与之最为相关的一个颇具中国本土范式的概念——“单位制”^[24-33]。“单位制”最典型的特征是高度行政化,每一个基层单位都是政府的非政府“延伸”,是政府过程在纵向上的“末梢”^[25]。将单位与单位成员间的关系形态概括为“庇护—依附”^[32]。此外,国家对于那些由官方批准、密切监督,并经常得到国家补贴的非竞争性组织所采取的管理方式,不仅有“控制”,还有“激励”^[34]。国内学者将此运用于对“派生型组织”^[35]的分析中。

作为一种不断变化的单位制度,公立医院研究可从这类研究中得到启发,但单位制研究主要侧重强大的狭义的国家力量,即医院的主要外部力量;而对公立医院组织自身的能动行为,组织内部与外部环境信息或资源的交换与互动过程,缺乏翔实的讨论。具体来说,是缺乏对以下问题的阐释:“单位制”

作为一项重要的组织外部制度,通过作用于哪些要素而对公立医院的运作产生影响?如果说掣肘改革走向深入的关键因素是“行政化、管办不分”,那么行政管理部门和公立医院的关系特征怎样,其得以维系的稳定机制是什么?

综合来看,相关研究中尚缺乏能够衔接宏观与微观的中层理论阐释。循此,本文将进一步提出公立医院行为过程中的“中间机制”,既非以宏大理论一言以蔽之,也非简单“就事论事”,而是将联系和沟通组织内外的资源要素,作为主要概念分析工具,以更具灵活性和适用性。

3 行政管理部门与公立医院间的“非对称性共生依赖”关系:一个分析框架

为阐释公立医院的运作过程及其症结,本文着眼于组织的外部作用机制与内部目标冲突,探究二者之间所存在的联结关系与交互作用(参见图1)。

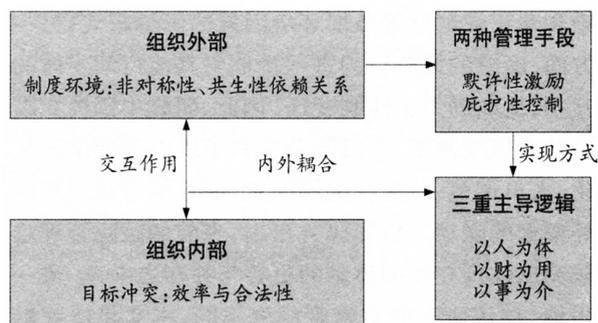


图1 组织内外的交互作用:关系、手段与主导逻辑

3.1 组织外部的作用机制:非对称性共生依赖关系下的控制与激励手段

资源依赖理论的代表性学者菲佛和萨兰基克在分析组织的社会控制中指出,通过识别组织参与者是处于竞争性还是共生性关系,可以区分两种不同的相互依赖关系,即竞争性依赖与共生性依赖。在共生性的相互依赖中,一个人的产出是另一个人的投入。这样,二者的境况可能同时更好,也可能同时恶化。此外,相互依赖关系中,双方力量和依赖程度并不必然是均衡的,可以是不对称的^[36]。从此视角可以看到,在事业管理体制下,行政管理部门与公立医院所具有的组织权力、资源和能量是非对称性的,其共生性依赖关系也是显著的。一方面,从公立医院“被依赖”角度而言,它以其专业化手段向全社会提供必需

的公共医疗和卫生服务,这正是一项重要的政府职责,而又是政府不能直接生产的公共产品;另一方面,从公立医院“依赖性”角度来讲,无论是涉及医疗卫生行业的政策、规范、标准,还是组织内部的人事、财务和重要事项,都离不开相关行政管理部门的组织、投入、领导与监督。基于此,本文将行政管理部门与公立医院间的关系提炼并概括为“非对称性共生依赖关系”。

长期以来,在宏观政策层面,政府对事业单位和社会组织等具有一定专业技术能力的机构通常采取控制^[37]与激励两种管理方式^[34-35]。也正是因为行政管理部门与公立医院间“非对称性共生依赖关系”的存在,才使得控制与激励能够在较强程度上得以落实。换句话说,是因两者相互间存在共生依赖关系,行政管理部门才有必要使用激励手段,提高专业组织的效能;又因两者权力的非对称性,所以才有对专业组织施加控制的条件。即便如此,结果与计划之间也总是很难相符^[36],原因在于,共生依赖关系本身就意味着,共同目标的实现是“里应外合”的结果,而不是靠一方仅对另一方施加强硬的控制手段。基于此,本文提出以下命题:

命题1:在“非对称性依赖关系”的基础上,行政管理部门对公立医院的的管理手段,核心要意在于施加“庇护性控制”。

命题2:在“共生性依赖关系”的基础上,行政管理部门对公立医院的的管理态度,是给予其“默许性激励”。

3.2 组织内部的目标冲突:合法性与效率

组织分析的新制度主义学派更倾向于强调社会规则、社会期望、文化准则及价值观对组织的影响。迈耶提出,任何一个组织都必须适应环境而生存,即组织的合法性机制^[38]。循此,组织运作通常会受到技术环境和制度环境的条件制约,技术环境要求组织最大化生产效率,而制度环境要求组织符合“广为接受”的组织形式和做法,即服从合法性机制,二者往往是冲突的^[38]。对公立医院而言,恰恰如此。一方面,作为公益二类事业单位,合法性机制要求公立医院“强化公益属性,破除逐利机制”^②;另一方面,作为财政差额拨款单位,大部分经常性支出需自筹经费,主要通过提供医疗服务与出售药品获得,在“效率”机制的作用下,公立医院常有扩大经济效益的创收冲动,进而损害公益属性。

基于这种矛盾,组织的真实运作则是在不同环境条件下、甚或是相互冲突着的目标压力下作出权宜性、调适性的行为选择,这必然使得最初设立的一些目标不能真正实现,由此造成组织结构与运作过程“脱耦”(Loose Coupling)^[38]或行为异化的结果。籍此提炼出以下命题:

命题3:公立医院作为一个相对独立的组织系统,在日常运作和发展过程中面临着服从合法性机制与提高效率的双重压力,且这二者相互间存在冲突,在财务收不抵支和监管缺位的情况下,公立医院的逐利性将日渐增强,进而损害公益性。

命题4:在“非对称性共生依赖关系”基础上形成的组织外部环境,与目标冲突的组织内部环境很容易发生“耦合”,使公立医院异化行为得以进一步发展。

3.3 组织内外的资源沟通:以人为体、以财为用、以事为介

综上所述,可进一步追问:组织的内外交互作用是通过哪些中间因素得以展开的,亦即庇护性控制、默许性激励的具体实现方式是什么?说到底,是组织内外之间存在资源的沟通与交换。本文基于理论与现实,提炼出公立医院运作中“人”“财”“事”三个核心资源要素,并将对在此基础上形成的“以人为体”“以财为用”“以事为介”逻辑(如表1所示)加以具体阐述。

4 公立医院运作过程的主导逻辑:基于B市H医院个案的探讨

为阐释上述命题,本文主要选取了H医院作为个案研究,辅之以部分宏观数据作解释说明,主要关注的是自2009年新医改以来的情况。个案材料有助

于从微观层面展示具体的运作过程,宏观数据有利于从整体性视角探知当前的规模、结构等情况。其中,所使用的个案材料来自作者近年来多次赴B市(中国北方一座超大城市)H医院(一家三甲医院)进行的参与观察。在观察期间,作者还对多个科室、各个级别的医生、护士以及行政人员等医院工作者进行了深度访谈。如此,期待能够勾连宏观视域与微观视角,进而展示出一个系统、完整的分析架构。

4.1 “以人为体”逻辑:公立医院运作的出发点和落脚点

不管是财政与收入激励,还是多种事务层面的控制,都必须通过“人”这一核心要素来实现。制定、落实和变通制度的是“人”(医院方面管理者及其工作人员),提供医疗服务并深刻影响其水平的是“人”(医生),医疗服务供给的对象、深化医院改革的落脚点也都是“人”(患者)。因此,在公立医院治理及改革中,“以人为体”不仅是抓手,而且应是目标导向,是改革是否有成效的最终一环,也是关键一环。然而,在当前的公立医院运作中,存在着三重突出矛盾,如表2所示。

4.1.1 编制约束与人才实际需求间的矛盾

在公立医院用人政策方面,早在1992年《关于深化医疗卫生改革的几点意见》就明确了医疗卫生劳动人事安排方面的自主权。1999年《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》也要求“增强卫生机构用人自主权,完善专业技术人员聘任制”。2000年,《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》进一步明确,“力争用3至5年或更长一点时间,逐步……”

表1 三重主导逻辑及其产生的影响

	行政部门	医院	医生	现实影响
以人为体	编制管控严格、晋升指标复杂、医患关系考核	不同级别医院资源难以协同、人事自主性很弱	进入医院难与人才流失并存、晋升压力大	医患双方均不满意、医患冲突难以化解
以财为用	从财政退出到筹资责任回归、利益逻辑主导改革	自负盈亏、收入激励增强、公益性遭受重创	供给诱导需求、过度检查和用药等过度医疗	个人卫生支出呈现倒“U”型变化
以事为介	维护垄断、医保和医药制衡缺位及事务管控并举	建立起对药企、患者、医保的全面垄断地位	药品与耗材回扣、红包等非正式收入高涨	部门庇护性控制严重、医院法人治理难实现

表2 “以人为体”:三种矛盾的体现及其后果

三种矛盾	公立医院	医生	后果
编制约束与人才实际需求之间	人事自主性低、不同医院难协调	进入医院难、人才流失大	结构性资源紧张与浪费并存
繁重的考核任务与复杂的医疗实践之间	多头考核严重、医院任务繁多	考核任务重、职业压力大	职业吸引力降低、人才队伍增长缓慢
医疗供给与患者需求之间	主导和被动应对患者就医共存	诱导和防范患者现象并存	医患关系不和谐、难化解

单位自主用人,人员自由择业……基本建立起人员能进能出,职务能上能下,待遇能高能低,人才结构合理,有利于优秀人才脱颖而出,充满生机和活力的运行机制。”而实际上,公立医院的编制限制一直未作实质改变^[39-40]。在H医院,一位医生直言不讳:

医疗资源还是不够,我们3个大夫一天看接近800个病人,你给欧美大夫说出去他都不信,这是他一个月的工作量,有很多大夫一年也看不了这么多病人,可以说,你不是在这个行业里的,可能不完全了解,我们都完全是在超负荷工作。(访谈记录:P16-检验科医生-Y^③)

一方面,公立医院由于编制等限制,不具备真正的用人自主性;另一方面,工作量又非常大,两者之间无法匹配起来,给公立医院运作带来了很大压力,这其中主要体现为结构性紧张:

比如说你现在看我们院急诊科,是一百多个病人在急诊压着对吧……你再选择一些二级医院再去看看,就发现很不一样……其实就是一个病人就诊习惯的问题,都往大医院拥,而别的医院是开工不足,像我们这儿就是人满为患,单位每个人的压力就大。工作压力大,那么最后逃离了,剩下的人是不是更少,压力更大,恶性循环了就。(访谈记录:P20-心内科医生-C)

其实,早在1989年,卫生部《医院分级管理办法(试行草案)》文件就要求:“在卫生行政部门的规划与指导下,一、二、三级医院之间应建立与完善双向转诊制度和逐级技术指导关系。”政策意图是为了发挥不同层级医院之间的配合关系,但实际运作起来,大医院抢了很多中小医院的病人,很多并不大的病也都跑到大医院就诊。正如前文所示,大医院又基本都是公立医院,特别是三甲医院,那么通过分级诊疗,达到相互配合的作用就落空了。

如表3所示,二级、三级医院的绝对数量很大,三甲医院实际只有1651家,占比不到5%,但却承载着主要的诊疗人次,这就是典型的资源紧张与浪费并存的结构现象^④。当然,近些年开始允许大医院医生下沉到基层诊疗,并提出多点执业、医生集团、医生工作室、互联网医疗以及医联体^[41]等概念,都是试图打破这种局面。改革实行“新人新办法、老人老办

表3 2021年各级公立医院数量一览

级别	等级	数量(单位:个)
三级	甲等	1651
	乙等	487
	丙等	32
	未定等	1105
	合计	3275
二级	甲等	4180
	乙等	1302
	丙等	72
	未定等	5294
	合计	10848
一级	甲等	1738
	乙等	484
	丙等	213
	未定等	10214
	合计	12649
未定级		9798
总计		36570

数据来源:《2022中国卫生健康年鉴》。

法”,逐步取消新进公立医院医生的编制,而现实中,强化编制管理的再行政化措施,与推行医疗卫生机构人事管理自主化的去行政化措施并存,去编制化改革仍然任重道远^[9]。

4.1.2 繁重的考核任务与复杂的医疗实践之间的矛盾

考核直接影响着医生的薪酬,H医院的多名医生向我们道出个中艰苦:

工资,它是国家规定的内容……奖金是按你科里的工作量,现在我们科里面临的问题就在这上,我工作量下降了…整个奖金也下来了……考核来自很多,卫计委是一块……现在医管局他有一些办法,比如说总额预付。根据你上一年的整个的消费情况,你要是节约了,他就要奖励。(访谈记录:P45-中医科医生-J)

奖金每个月不定。那得看各种绩效,得看评分。像跟病房相关的,有药占比(即病房药占比)、次均费用(即病房次均费用)、住院日(即平均住院日)、床位使用率,CMI值(即病种混杂指数,表示该专科收治病例的平均技术难度)。这些都有……门诊那边的绩效,也是看次均费用(即门诊次均费用),还有药占比(即门诊医师药占比)。因为我们科大量都是治疗,所以药占比一直很合格。很多别的科,比如内科,只能开药,没有操作。我们科大部分都是操作,所以这方面,就

是门诊的指标相对少,而对病房的考核会更多一些。(访谈记录:P146-口腔科医生-M)

如果说这些考核至少与临床绩效等方面关系较大,并且主要影响的是年度收入的话,还有很多考核关系到医生的职业生涯,比如晋升问题,由此引来一系列的不满:

医生晋升也难,还得发文章,很多医生还得回家搞科研,就XX医院,好多文章都是造假的。(访谈记录:P78-医患办人员-A)

(晋升)不按任何临床的。比如这手术你能做下来,就晋你,不是这样。不是从科里,从医院来说,不看临床。看好了多少个病人、治愈率多少、感染率多少、术后复发率多少,没有人统计这些。体制是这样评价医院的,医院就得逼着底下的大夫去多发文章,我医院才能把排名弄上去。(访谈记录:P145-口腔科医生-F)

它是所有的指标都要达标,但是科研是最难达标的。其他东西还好说,什么下社区啊,还有什么支援,支援下乡啊……所以我反而是记不住。(访谈记录:P99-超声科医生-T)

哪个工作岗位的人想白天工作,晚上还要研究?有谁愿意做这样的工作?白天我把病人看好了,然后晚上回家也得有自己的个人空间啊,享受家庭的温暖,可能陪陪孩子或者陪陪父母,都是很正常的。(访谈记录:P94-骨科医生-F)

总之,医生面对着多头考核,需要扮演的角色太多。因此,在公立医院,一方面是进人难,另一方面人才流失也严重,特别是牵涉到晋升、待遇等问题:

就打我这走的同事,9年得有20多个吧。就我来之后,陆陆续续走的……有的去比如私立医院的,有的去SOS的,还有的干脆就离开医疗行业。(访谈记录:P121-急诊科医生-L)

有个挺能干的小伙子,他是临床型的,不是科研型。但是我们医院就比较重科研,他是中医临床的……但你说你干得再好,病人做得再多,怎么证明水平?可能俩大夫都能看这个病,没法证明你看的好别人看的不好。最后分还是从科研上分嘛。(访谈记录:P45-中医科医生-D)

4.1.3 医疗供给与患者需求之间的矛盾

如上所述,种种考核关系到医生的薪酬、晋升等核心问题,大量医生职业满意度较低,这也导致他们不希望子女继续从事这个职业,另外还有一个至关重要的因素是医患冲突,甚至还会威胁到医生的生命:

我自己肯定不会让孩子再当医生……各种医疗上的负面新闻现在也特别多,打人、杀人、骂人、捅刀子的特别多见,是吧?救死扶伤不是新闻,你要是稍微对患者怎么着了,这就是新闻了,就是大新闻。(访谈记录:P23-急诊科医生-H)

医生为了规避冲突,也会影响临床自主性,导致其偏离最优选择:

今天消化科给人用激光探头取食,事实上取食取得很好,但是经过患者这么一吵一闹,好,医生我妥协,我把钱退还给你。再下一个如果有类似的病人,我就不会给他用激光探头了……本来可能这个病人能从中获益的事情,就因为这档子事儿,我医生有心理障碍了,不会再给你用这个。(访谈记录:P83-急诊科医生-J)

单从医疗服务本身来讲,它有自身的特殊性,其中,医患之间的信息不对称、医疗结果的不确定性等尤为重要,H医院的医生言道:

患者的定位就说,你这是一种消费,我花5000块钱。就得买一5000块钱的电视。可这医学绝对不是这样的。你花的钱,你的费用、利益、受过的苦和它最后的结果是完全不确定的也是不对应的……因为严重的医疗资源的短缺,一稀缺就会有一些乱七八糟的事情出来……所以这是这两方面发生冲突的很大的原因。(访谈记录:P120-骨科医生-Q)

当然,以上只是从单纯医疗或技术层面讲,但实际上医患冲突的原因更为复杂。为了应对医患冲突,从卫生行政部门到医院自身,都设立了越发严格的程序。2018年,B市医管局对其管辖医院的相应考核指标,主要是新发及既往发生的未化解的医疗纠纷的化解率,以及上级转办的医疗纠纷信访案件化解率。统计信息来源包括从市信访办、市卫生局、市医管局、市卫生局局长信箱、市医管局局长信箱、政风行风热线等转办的医疗纠纷信访件。在其总结中,医患冲突来源则主要包括长期纠纷类、过度检查

类、医患沟通不充分三大类别。由此可见,大量的问题并非技术问题,更多的还在于医疗服务以及医院治理体制问题:

患者形成这种概念和现行的医疗体制和运行状态是有关系的,它准许他是这么想的。他说你们是辛苦,但是你们辛苦工作的动力是吃回扣,这种事情就没法儿向别人去解释了。你为了多挣钱,吃回扣,你辛苦工作有什么可值得同情的?(访谈记录:P165-医患办人员-R)

在日常管理上,医患关系也是被制度化的重要考核内容。由此,行政部门—医院—科室—医生就形成了紧密的传导链。

以H医院急诊科为例,医院不仅考虑绝对数值,包括门诊和住院的投诉率,而且还考虑相对排名——将全院水平和科室相对值结合起来,这无疑进一步放大了科室的压力。在早会上,科室主任也会高度重视此事。在一次H医院的考核排名中,较差的有妇产科、普外科、消化科、挂号科、骨科、急诊科、心内科、泌尿科等,较好的有感染科、肿瘤科、干保科、后勤、急诊外科、胸外科、门诊治疗室等(访谈记录:P67-医院调研笔记)。

综合来看,恰如命题1所示,一方面,行政部门—医院—医生在编制、日常考核、晋升、医患事务管理等层面,形成了紧密的庇护性控制链条。正如韦伯所讲,藉由“以人为体”,人进入了组织的牢笼。另一方面,不管是医生还是患者,都更多地作为谋利、摆平、控制等手段而存在,真正意义上或者马克思主义思想内核中的“以人为本”并未实现。甚至,恰恰相反,医生在重大的医疗决策中常常只是被动执行者,话语权丧失了。患者就更是如此,某种意义上只能通过所谓“医闹”来达成自己的目的,这往往是制度渠道

缺失的条件下不得已而为之的“弱者的武器”。于是,这也就能够解释为什么一方面制度化、组织化给医生和患者造成了巨大的职业压力或就医压力,而另一方面又常常各自陷入无法理解与对话的困境。

4.2 “以财为用”逻辑:共生性依赖关系下的默许性激励

行政部门与公立医院在履行公共服务职能方面,有典型的共生性依赖关系,而二者在财务要素上的共生性依赖关系更为直接。改革开放之初,在衡量公共财政对医疗卫生事业支持力度的问题上,政府一方面要减轻长期形成的公费医疗和劳保医疗的沉重负担,另一方面,又要促进医疗卫生事业不断蓬勃发展。于是,出于双方面考虑,开始对公立医院实施较大程度的放权让利、提高自主性、实行目标责任制的改革。1985年,国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,被认为是全面医疗体制改革正式启动的标志性文件^[7],其中规定要“放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子”。因此,正如命题2所示,行政部门对公立医院扩大营收的行为基本持默许性激励的态度。

在任何国家和地区,医疗费用从哪里来都是一个纲领性问题,这被称之为“医疗筹资模式”^[18,42]。它主要分为三类,即政府支出、社会和商业支出和个人支出。自上世纪80年代“放开搞活”以来,中国政府财政对医院的支出负担大幅度降低,对医院的经济激励则越来越强。一时间,定额包干、首长(院、所、科室)责任制、目标管理、任务指标、经济核算、岗位责任制、多劳多得等围绕着医院收入为核心的微观制度逐渐浮现。那么,医院的资金从哪里出呢?正是从这个时期开始,“看病贵”的难题浮出水面,特别是上世纪90年代多项收费全面放开以来,社会对“看

表4 改革开放以来重要年度卫生费用规模与结构(1980-2021)

	政府卫生支出		社会卫生支出		个人卫生支出			政府卫生支出		社会卫生支出		个人卫生支出	
	亿元	%	亿元	%	亿元	%		亿元	%	亿元	%	亿元	%
1980	51.91	36.24	60.97	42.57	30.35	21.19	2015	12475.28	30.45	16506.71	40.29	11992.65	29.27
1985	107.65	38.58	91.96	32.96	79.39	28.46	2017	15205.87	28.91	22258.81	42.32	15133.60	28.77
1990	187.28	25.06	293.10	39.22	267.01	35.73	2018	16399.13	27.74	25810.78	43.66	16911.99	28.61
1995	387.34	17.97	767.81	35.63	999.98	46.40	2019	18016.95	27.36	29150.57	44.27	18673.87	18.36
2000	709.52	15.47	1171.94	25.55	2705.17	58.98	2020	21941.90	30.40	30273.67	41.94	19959.43	27.65
2005	8659.91	17.93	2586.41	29.87	4520.98	52.21	2021	20676.06	26.91	34963.26	45.50	21205.67	27.60
2010	5732.49	28.69	7196.61	36.02	7051.29	35.29							

数据来源:《2022中国卫生健康年鉴》。

病贵”的不满日趋严重。这直接催生政府高层2006年就将新医改重新提上日程,并于2009年正式推出。从新医改推出至今,已十余年时间,医疗筹资模式有怎么样的变化呢?表5所显示的一组宏观数据对此作出了概括性回答。

能够看到,虽然政府卫生支出不断增长,但从结构角度看,呈现出一个明显的“U”型结构。为了更直观地比较政府、社会、个人三种卫生支出,不妨进一步参见图2。自1980年至今,商业保险等社会卫生支出也大致呈“U”结构。相反,个人支出则呈现出倒“U”结构。比较来看,自1995年到2005年,政府卫生支出比例已经下降至20%以下,这还包括了大量的行政管理和事务性支出。即使与美国等市场主导的发达国家相比,这种规模也是非常之小,仅为其五十年前的水平^[43]。相应地,个人卫生“此消彼长”,在这个时期直冲60%,这就难怪该时段也是“看病贵”呼声最高的时期。

上述呈现的卫生支出规模与结构,反映的是我国医疗筹资模式,特别是上世纪80年代以来,以放权让利、政府退出为核心的财政制度变迁。进一步地,谁是这些支出的承接者?当然是医院,并且在中国,主要就是公立医院。那么,医院的收入结构也应随之发生重大变化。事实上,自20世纪90年代后期至本世纪初,财政补助占医院的收入结构已经不足8%。表5显示,“新医改”以后到新冠肺炎疫情爆发以前,中国公立医院的收入中,财政补助所占已经稳定在8%~10%之间,而医院本身的收入(包括门诊和住院)则已经占据90%以上。

进一步细读可以发现,公立医院的药品收入占比很高,这根植于所谓“以药养医”的正式与非正式制度安排^[8,13,44]。上世纪90年代后期以来,药品收入占比50%上下,新医改之后有所下降,但仍高于国际10%~15%^[45]的平均水平。新医改明确要求逐步打破“以药养医”的格局,但客观现实不容乐观:

		2010	2015	2017	2018	2019	2020	2021
医疗收入	总收入	2318.7	5048.3	6390.3	7158.1	8205.5	7864.2	9249.8
	门诊 药品收入	1212.1	2441.1	2810.7	3019.3	3450.1	3188.6	3591.6
	药品收入占比(%)	52.27	48.35	43.98	42.18	42.05	40.55	38.82
	住院 总收入	4121.4	9564.1	12518.8	14042.7	15950.8	14847.8	16847.0
	药品收入	1788.6	3529.3	3869.0	3915.8	4342.7	3858.5	4178.4
	药品收入占比(%)	43.40	36.90	30.90	27.88	27.22	25.99	24.80
	合计	6440.1	14612.4	18909.0	21200.8	24159.9	22723.8	26394.0
	财政补助	586.9	1480.1	1982.2	2306.1	2670.0	4503.8	3782.1
	财政补助占比(%)	8.17	8.97	9.24	9.54	9.69	15.92	12.12
合计	7179.3	16498.5	21452.8	24182.9	27552.1	28289.9	31193.2	

注:数据来源于《2022年中国卫生健康统计年鉴》。

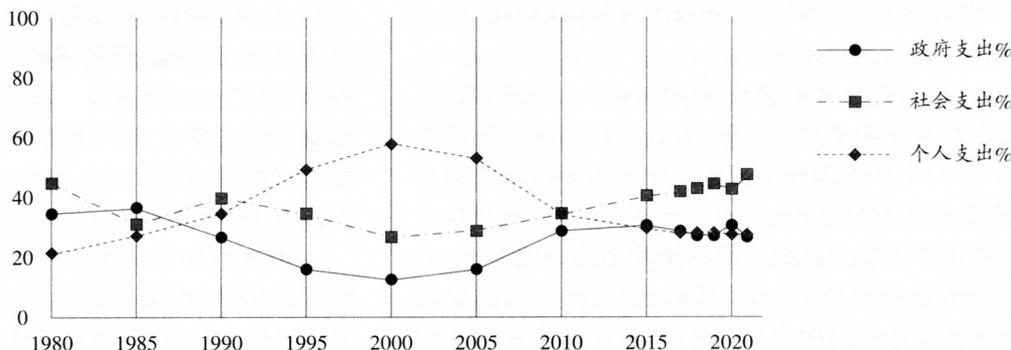


图2 三类卫生支出的结构(1980-2021)

注:政府卫生支出(政府支出):各级政府用于医疗卫生服务、医疗保障补助、卫生和医疗保障行政管理、人口和计划生育事务性支出等各项事业的经费;社会卫生支出(社会支出):政府支出外的社会各界对卫生事业的资金投入,包括社会医疗保障支出、商业保险健康费、社会办医支出、社会捐赠援助、行政事业性收费收入等;个人卫生支出(社会支出):城乡居民在接受各项医疗卫生服务时的现金支付,包括享有各种医疗保险的居民就医时自付的费用。数据来源:《2022年中国卫生健康统计年鉴》。

现在整个的对医疗的投入不足,比如说我们现在医疗收费标准还是九几年的标准,二十多年都没变,你知道吧?所以我们现在没办法。(访谈记录:P46-中医科主任医生-B)

那么,为什么不管是“医药分离”,还是所谓“医院药品收支两条线”,都没有遏制住医院大量卖药的冲动?主要原因在于正式制度与实际行为之间的距离。恰如命题3所示,对公立医院而言,卖药收益主要由四大部分组成,即政策规定的进销差价;药厂公开返还的折扣,或者所谓“明折明扣”;医院和药企私下约定的折扣即“暗扣”;包括医生在内的相关人员个人拿到的回扣。政府部门能够上收的只是前两部分的合法收益,而后两部分则只能以虚化的“医德”来管控,但收效甚微,后两者依然大行其道,甚至高达医生收入的80%^{[12][14]}。因此,公立医院在利益逻辑主导下,医师的“供给诱导需求”现象非常严重,除了过量的药品开支^⑤,还有支架等耗材的过度使用,以及过度检查。与过度开药、用高价药的逻辑类似,耗材的大量使用也是由于医生可以得到大量回扣。而过度检查一方面能够带来更高的医院消费;另一方面,也可以降低药品收入占比,应付相关部门考核^[46]。

至此,能够比较清晰地看到,在“财”方面,由财政制度变迁开启的逻辑机制(参见图3)。在这种逻辑链条传导下,经济利益的逻辑甚嚣尘上,掩盖了公立医院本该有的公益性,以及对生命、健康的尊重。

实际上,自2006年酝酿新医改,2009实施新医改以来,政府试图找回公共财政的筹资责任^[47]。当

然,这种回归并不是简单地通过财政直接扶持医院的方式来完成,而是增强了间接辅助,即医疗保障支出^{[15][48]},如表6所示。可以看到,自2010年至新冠疫情爆发之前,医疗保障支出逐渐超越了主要针对公立医院的医疗卫生服务支出,在政府卫生支出中占据主要地位。

90年代中后期至本世纪初,公立医院在权衡组织合法性(提高公益性)与效率(增强营利性)冲突性目标的过程中,发现外在条件支持其通过扩大营利来增强组织绩效,并且其在内外环境的耦合下,逐利行为愈演愈烈,损害了公立医院设立的“初心”——公益性。然而,政府的默许性激励态度并不是无限默许,当公立医院在“放开搞活”的过程中发生了严重的行为异化,政府将找回公共责任,开展集中带量采购干预医疗耗材和药品购买过程,推进医疗服务价格改革、医保支付方式改革,深化人事薪酬制度改革,加强综合监管等^⑥。

至此,在“财”的方面,本文较清晰地梳理了其逻辑机制。然而遗留的问题是:从患者角度看,既然对医疗费用和质量均不满意,为什么不去选择公立医院以外的地方就医呢?从社保、医药等其他领域来讲,为什么它们对公立医院未形成有效的制衡?这还需要其他逻辑机制进行解释。

4.3 “以事为介”逻辑:非对称依赖关系下的庇护性控制

命题2和3分别展示了在“以财为用”逻辑的引导下,公立医院获得了一定的自主性,逐利性激励高

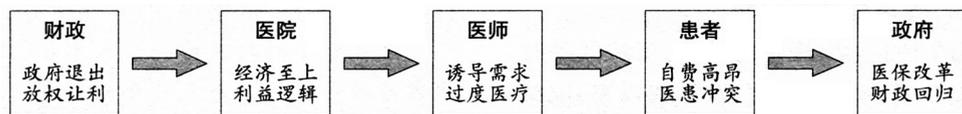


图3 “以财为用”逻辑的传导链条

表6

2000—2021年(部分年份)政府卫生支出(亿元)

	医疗卫生服务支出	医疗保障支出	行政管理事务支出	人口与计划生育支出	总计		医疗卫生服务支出	医疗保障支出	行政管理事务支出	人口与计划生育支出	总计
2000	407.21	211.00	26.81	64.50	709.52	2018	6908.05	7795.57	1005.79	689.72	16399.13
2005	805.52	453.31	72.53	221.18	1552.53	2019	7986.42	8459.16	883.77	687.61	18016.95
2010	2565.60	2331.12	247.83	587.94	5732.49	2020	11415.83	8844.93	1021.15	660.00	21941.90
2015	5191.25	5822.99	625.94	835.10	12475.28	2021	9564.18	9416.78	1048.13	646.97	20676.06
2017	6550.45	7007.51	933.82	714.10	15205.87						

数据来源:《2022中国卫生健康统计年鉴》。

涨,并获得了默许性激励。这并不意味着其实现了真正的自主,也无法建立不断提倡却又举步维艰的法人治理体制^[49]。命题1的逻辑依然在主导,行政部门依然对其有着很强的“庇护性控制”,包括社保、医药、医疗服务、医院准入等方面,公立医院缺乏基本的临床自主性和组织管理自主性,依然在“戴着镣铐起舞”。

在控制的问题上,行政部门对公立医院的核心理业务、医生组织、目标考核等施加了很强的控制。

第一,这体现在医院对其所提供的医疗服务与药品器械没有定价权,只能接受政府定价。这种定价是大大低于市场价格的,无法体现出受过多年专业训练的医师们的劳动力价值,导致其为了提高收入,只能在新材料、药品等方面大做文章^[50]。在H医院,一位医生算了一笔账:

你知道,我们上一个环39块钱,一个困难的取环要花多少时间吗?我取过一个环3小时,就为了挣39块钱。连我的敷料费都不够,一块纱布的成本费是多少?我光用纱布的钱都不够……这是国家定价,但是我们定价大红本已经好几十年了,二三十年了,没有动过,所有这些,原来有过的技术,都停留在原来的收费标准,没有一个上调过。(访谈记录:P182-妇产科医生-L)

虽然医师的劳动力价值被牢牢管控,正如前文所示,医院的收入激励并没有多大改变:

医改吧,不改药品提成制度,药价就是高。你上哪儿挣钱去啊?现在医院的收入,还是得靠医院自己挣出来,绩效奖金是什么意思的绩效奖金,不是还是要收入吗?(访谈记录:P188-妇产科医生-D)

并且,不同科室由于在这方面有所差异^[28],还会引起耗材少的科室的抱怨:

我们收入是低嘛,跟人家做肿瘤就不一样,肿瘤耗材也多……(我们)上五六个大夫,做一剖腹产,台上三个大夫和一个护士,楼下一个护士,两个麻醉科大夫,一个剖腹产下来,三百元,上这么多人,穿这么多衣服,拉这么多单子……只有新批的新准入的制度,那个技术收费才有新的收费。但所有的我们的操作全都是国家定价的。”(访谈记录:P170-妇产科医生-L)

于是,他们就在所谓“新技术”上下功夫,而这些“新技术”,以及“新药”常常是为了规避政府的目录清单监管,通过买高不买低、提价等策略争取更多收入而变相出现的^[14]。监管主体对此“睁一只眼闭一只眼”,体现出典型的庇护性控制^⑦。

第二,更重要的是,虽然新医改之前就已经提出要对医院实现“管办分开”,推动法人治理,但实际上远未实现。在现实中,管办职责不清问题突出,院长仍然是被主管部门任命,并且无权选择副职,行政部门仍对医院事务大包大揽。即使建立了一定的民主机制,但停留于讨论、咨询等形式化层面,缺乏实质决策权,就更谈不上所有权、决策权、经营权、监督权的分割与制衡^[18,51]。

第三,那么医生能否组织起来,扩大自身的影响力呢?不能。目前与医生相关的两个主要职业组织是中华医学会和中国医师协会,但它们在职业准入、医生维权、议程设置、讨价还价等实质权力方面全面缺失,真实的权力还在卫生行政部门^[16]。就以新医改而言,虽然政府在出台文件之前,征集了多家相关研究机构的建议,但医生从业者再一次地失声了。因此,医生只能被分割在一个个的医院组织内部“辗转腾挪”,政府机构相应完成了对医院及其工作人员的“部门统合主义”。

从道理上讲,如果仅仅对公立医院施加控制,医院是缺乏积极性的。为此,政府部门还在如下三个方面对公立医院进行庇护。

其一,限制非公立医院的医疗资源占有与使用空间,导致公立医院独大。虽然自上世纪90年代后期,对私人行医和民营医院的作用多有提及,新医改更是明确提出要加强社会资本对医疗产业的投入。然而,民营医院却在现实中遭遇到种种歧视。在准入方面,拥有自己直属医院的卫生行政部门却同时控制着医院审批权,那么“顺理成章”地,抑制竞争合乎逻辑,主动开放就步履维艰^[8]。当然,这种情况在近年来有一定的变化(见表7)。

表面看起来,新医改以来,民营医院数量有了较大的增长,2015年后甚至大大超过了公立医院的数量。然而,单纯的机构数量比较掩盖了二者真正的悬殊。再来看一个更实质的数量——床位

表 7
新医改以来不同所有制医院数(个)对比

	年份							
	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
公立医院	13850	13069	12708	12297	12032	11930	11870	11804
民营医院	7068	14518	16432	18759	20977	22424	23524	24766
总计	20918	27587	29140	31056	33009	34354	35394	36570

数据来源:《2022中国卫生健康统计年鉴》。

数对比(见表8)。该表就显示了二者真正的实力对比,民营医院总量虽多,但在能够体现其运营实力的床位数方面,依然离公立医院有很远的距离。再看一个指标(见表9),该指标更能够看出公立医院和民营医院在医疗服务提供能力的巨大差别。那么,这种差别是如何造成的呢?不妨再做一个结构性比较(见表10)。

可以看到,民营医院数量虽多,但主要集中在规模很小的医院,而在规模大的医院层面居于绝对劣势。这就可以理解绝大多数民营医院,只能占据医疗服务市场的空白或边缘,比如以治疗皮肤病、性病等闻名的“莆田系”。而在真正能够与公立医院形成竞争的同科领域上,民营医院在最核心的两大块——税负和医保资格认定方面,居于绝对劣势^[8,12,21]。

其二,当前医保制度不仅难以对公立医院形成制衡,反而强化了公立医院的优势地位。对于民营医院而言,绝大多数不在医保定点单位名单中,因而无法对患者的医疗费用进行报销,自然难以吸引患者上门。此外,在政府的社保管理方面,虽然近年来在机构设置、制度措施等方面有所改进,但目前三种主要的社保制度,即城镇职工医保、新农合以及城镇

居民医保^[52]尚有诸多有待完善之处[®]。这突出体现在主要依然实行按项目付费的“后付制”,对就医者采取设定自付率、起付线、封顶线、可报销药品目录等各种手段,而不是医保机构对医疗机构集团购买的“预付制”^[53,54]。这样,医院面对的是大量“原子化”的患者,根本不具备信息搜集和讨价还价能力,医院也没有激励为患者节省费用,恰恰相反,他们还会根据不同的社保类型就医者^[12],“量体裁衣”地“对症下药”,最大限度地榨取“消费者剩余”,导致患者们依然逃脱不了被医院及其工作人员“诱导需求”的命运^[21,49]。这种状况近年来有所改进,但基本格局没有实质变化。H医院一位疼痛科医生曾道出了这一实情:

其实我们给病人开药开检查,并没有觉得是多让他花钱,因为很大一部分医保报掉了……社会上一些声音对我们其实有误解的,我为什么要多给他开检查,你身体有没有问题我根据经验判断是一方面,仪器检查又是一方面,如果我没给你开检查,根据经验判断下了结论,万一误诊了,这是我的责任呀!(访谈资料:P138-疼痛科医生-K)

其三,医药方面,公立医院依然占据强势地位。

表 8
新医改以来不同所有制医院床位数(张)对比

	2010年	2015年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
公立医院	3013768	4296401	4631146	4802171	4975633	5090558	5207727
民营医院	373669	1034179	1489338	1717578	1890913	2040628	2206501
总计	3387437	5330580	6120484	6519749	6866546	7131186	7414228

数据来源:《2022中国卫生健康统计年鉴》;表9、表10同。

表 9
新医改以来不同所有制医院诊疗人次对比

	2010年	2015年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
公立医院	187381	271243	295291	305123	327232	279193	327089
民营医院	16582	37120	48690	52613	57008	53094	61290
总计	203963	308364	343892	357737	384240	332287	388380

表 10
2021年按照床位数(张)分组的不同所有制医院数量(个)对比

	0~49	50~99	100~199	200~299	300~399	400~499	500~799	>800	合计
公立医院	2186	1233	1630	1256	925	835	1743	1996	11804
民营医院	11054	7434	3782	1236	540	226	325	169	24766

新时期以来,中国出现了数以万计的药厂,按照市场竞争逻辑,它们应该促使药价的降低。然而现实中并非如此,根本原因在于公立医院是医药的主要销售者,而药品回扣在药价中占据非同寻常的位置,有研究对之有透彻的认识。

拿取回扣的个人大致有如下人员……施行药品集中招标采购之前,医院药剂科主任、主管副院长、药剂师、医院药品库管员、科室主任、医生、划价处相关人员、药房出纳、医院财务负责人;国家推行药品招标采购制度后,由于大量政府管理机构的介入,导致环节陡增、人员庞杂,药企需要“公关”的对象反倒更多了,而且档次明显上升,招标办主任、卫生局局长、药事委员会的相关委员,全都进入需要公关的名单,公关成本明显增加……使得公立医院在垄断了医疗服务供给之外又垄断了药品零售业务。这正是国内药价高企的真正原因所在^[14]。

综合上文能够发现,恰如命题4所示,行政部门、医院的利益通过一种非正式、非正当的方式紧密地联系起来,形成了“攻守同盟”。遗憾的是,这种状况在新医改后没有明显变化。这种“以事为介”机制带来的影响是严重的。

首先,医疗服务、医疗保障和药品供应被分割在不同的部门统合之下,又无法起到制衡的作用,反而强化了公立医院对民营医院、患者(包括医保支付)、医药公司的强势地位。再加上属地化涉及的财政、发改、人事、民政等部门,形成严重的条块分割。虽然新医改明确提出“建立协调统一的医药卫生管理体制,实施属地化和全行业管理。所有医疗卫生机构,不论所有制、投资主体、隶属关系和经营性质,均由所在地卫生行政部门实行统一规划、统一准入、统一监管。”但是,离实现此目标还有较远的距离。

其次,强势的卫生行政主管部门(卫健委、医院管理局,中心)赋予了公立医院垄断地位,构成了对其的多方位庇护。然而,主管部门无法履行其应有的公共服务监管职责,他们对药价高等问题“进退失据”,反而强化了对医院不适当的干预,包括医疗服务价格、工作程序、临床自主性等,导致其法人治理架构无法实现。因此,也就能理解,为什么就医难题依然没有得到很好的解决,并且医患冲突在某些

地区甚至有愈演愈烈的趋势。

5 结语与启示

本文尝试从组织内外互动视角,以资源依赖理论和新制度主义理论为基础,系统地认识事业单位管理体制下公立医院的运作逻辑与改革发展方向。在充分肯定公立医院为全社会健康福祉作出突出贡献的同时,指出仍存在“管办不分”“以药养医”“过度医疗”等行为异化现象,这些现象背后存在着结构性因素——行政部门与公立医院间的“非对称性依赖关系”。

其一,藉由“非对称性依赖”关系,行政部门对公立医院意在施加“庇护性控制”,主要体现在“以事为介”的逻辑,即一方面赋予了公立医院在组织地位、医保和医药等方面的强势地位,另一方面又在医疗服务价格、日常考核等方面,施加了很强的管控。这是管办难以切实分开、医院法人治理结构难以实现等问题的重要症结所在。其二,藉由“共生性依赖关系”,行政部门对公立医院意在给予其“默许性激励”,主要体现为“以财为用”的逻辑。概括而言,政府在医疗筹资方面经历了从大步退出到逐渐回归的历程,对公立医院收入激励构成了最直接的影响。其三,公立医院是一个相对独立的组织系统,但其作为财政差额拨款的公益二类事业单位常常面临合法性与效率双重冲突性目标。当外部条件在适当时机提供了适宜的“土壤”,组织内外环境会发生“耦合”,从而可能加剧公立医院自身的行为异化,带来更广泛而深远的影响。

从理论层面讲,本文建构的框架勾连了新单位制研究和组织分析命题,不仅能够分析公立医院,而且能够对其他事业单位,特别是公益二类事业单位有一定的借鉴意义。当然,我们也期待新的研究能够进一步深化、拓展乃至改变本文的解释边界。从实践角度讲,特别是2019年“健康中国行动”战略实施以来,国家在医院治理方面进入了更加系统、整体的深化改革阶段,虽然还在艰难起步,但我们也期待未来的经验能够打破本文所述的公立医院运作逻辑,进一步走向良性发展。从这个层面来看,本文对继续深化公立医院改革、促进中国医疗事业长远发展,也可能具有如下启发性意义。

第一,从“以人为本”角度讲,坚持以人为本的改革原则,赋予公立医院充分的临床自主性和管理自主性,继而优化人才评价机制,建构更加合理的激励制度,减少乃至避免将医生合理正当报酬推入被动非法化或非制度化,同时降低患者对医疗质量与价格的不确定性预期,推动医生评价体系、患者支付体系两个层次的公开透明。这是整顿医疗秩序、激发医护人员内生动力、改善医患矛盾的破局之策。第二,从“以财为用”角度看,对不同层次的公立医院性质进一步分流,将公益性与营利性更好地区隔开来,化解不必要的脱耦难题。此外,进一步打破医院垄断售卖药品的现象,进一步优化采购结构,突出发挥医保作为第三方购买者的地位,改变患者“原子化”地面对庞大的医院组织的现象。第三,从“以事为介”角度讲,迈向有管理的市场化,进一步打破公立医院的人为垄断,实质改变对民营医院在准入、医保定点、税制等方面的歧视。此外,打破条块分割,推动分级诊疗,合理配置医疗健康资源,发挥不同级别医院的协同功能,实现全行业治理。这里的关键是条块权责清晰、分权制衡和协调有序。全社会共同期待一个更加有序、正当的医院治理格局。

注释:

①比如,仅2011至2021十年时间,中央政府层面与“公立医院”改革直接相关的政策文件就有7个:《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》(2011)、《国务院办公厅印发关于县级公立医院综合改革试点意见的通知》(2012)、《国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》(2015)、《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》(2015)、《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(2015)、《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》(2019)和《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》(2021)。

②来自《中共中央关于深化党和国家机构改革的决定》(2018年2月28日中国共产党第十九届中央委员会第三次全体会议通过)中的表述, https://www.gov.cn/zhengce/2018-03/04/content_5270704.htm。

③访谈记录编码规则:田野笔记页码—被访者身份—被访者姓氏首字母。

④2021年我国各级医院诊疗人次总计约388380.1,其中,三级医院、二级医院、一级医院的诊疗人次分别占比约

57.5%、32.3%、5.6%,数据来源于《2022中国卫生健康年鉴》。

⑤输液和抗生素滥用是其中最被常提起的现象。

⑥参见《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务的通知》(https://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/25/content_5692209.htm)。

⑦近年来,随着带量集中采购制度的推行,医保的监督乃至处罚职能增强,降低了药企的“新药”研发积极性,也在一定程度上收缩了医生用药的自主空间。不过集采目录的有限性和总量高压并存,导致医生可能在为“看好病”而溢出目录用药,与保守治疗之间艰难权衡,未来进展尚不明朗。并且,带量集采仍占比较低,尚不足以影响实质的庇护格局。

⑧2018年国家机构改革以来,医保部门在机构设置和管理执行上更具有统合性与独立性,对公立医院、药企的医疗价格监管和控制发挥了更强的制约功能,这在一定意义上代表了未来的改进方向。不过,目前尚处于起步阶段,不仅一系列改革如带量集采等的实际占比不高,而且对大的医药、医械公司的质价关联特别是研发积极性,以及对公立医院不同医保层次的价格机制形成等方面,尚处于博弈和探索阶段。

参考文献:

[1]ARROW K. Reflections on the Reflections[J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2001, 26(5): 1197-1203.

[2]ARROW K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care[M]. Uncertainty in Economics. Pittsburgh: Academic Press, 1978: 345-375.

[3]CASAS I, GAO J, PENG B, et al. Time-Varying Income Elasticities of Healthcare Expenditure for the OECD and Eurozone[J]. Journal of Applied Econometrics, 2021, 36(3): 328-345.

[4]STABLE M, THOMSON S. The Changing Role of Government in Financing Health Care: An International Perspective[J]. Journal of Economic Literature, 2014, 52(2): 480-518.

[5]LAKDAWALLA D. Economics of the Pharmaceutical Industry[J]. Journal of Economic Literature, 2018, 56(2): 397-449.

[6]GAYNOR M, HO K, TOWN R. The Industrial Organization of Health-Care Markets[J]. Journal of Economic Literature, 2015, 53(2): 235-284.

[7]李玲,江宇,陈秋霖.改革开放背景下的我国医改30年[J]. 中国卫生经济,2008(2):5-9.

[8]周其仁.病有所医当问谁:医改系列评论[M].北京:北京大学出版社,2008.

[9]顾昕.“健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新[J]. 中国社会科学,2019(12):121-138.

[10]JENKINS T. Doctors' Orders: The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession[M]. New York: Columbia University Press, 2020.

[11]余成普.管辖权边界的流动:国家、专业与医生分工体系[J]. 社会学研究,2021(5):158-179.

- [12]姚泽麟.在利益与道德之间:当代中国城市医生职业自主性的社会学研究[M].北京:中国社会科学出版社,2017.
- [13]寇宗来.“以药养医”与“看病贵、看病难”[J].世界经济,2010(1):49-68.
- [14]朱恒鹏.医疗体制弊端与药品定价扭曲[J].中国社会科学,2007(4):89-103.
- [15]褚金花,于保荣.我国医疗服务价格管理体制研究综述[J].中国卫生经济,2010(4):64-66.
- [16]陈钊,刘晓峰,汪汇.服务价格市场化:中国医疗卫生体制改革的未尽之路[J].管理世界,2008(8):52-58.
- [17]FU H, LAI Y, LI Y, et al. Understanding Medical Corruption in China: A Mixed-Methods Study[J]. Health Policy and Planning, 2023, 38(4): 496-508.
- [18]赵曼,吕国营.关于中国医疗保障制度改革的基本建议[J].中国行政管理,2007(7):17-20.
- [19]赖毅,李玲,陈秋霖.两保合一对医疗费用的影响:基于单一支付者制度的视角[J].管理世界,2022(7):147-165.
- [20]岳阳,朱恒鹏,王誉霖.财政补贴对医院经营行为的影响研究[J].经济研究,2023(3):154-171.
- [21]朱恒鹏,咎馨,向辉.财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革[J].经济学动态,2014(12):61-71.
- [22]杜创,朱恒鹏.中国城市医疗卫生体制的演变逻辑[J].中国社会科学,2016(8):66-89.
- [23]顾昕.行政型市场化与中国公立医院的改革[J].公共行政评论,2011(3):15-31.
- [24]路风.单位:一种特殊的社会组织形式[J].中国社会科学,1989(1):71-88.
- [25]朱光磊.“单位”的政府职能及其分解[J].江海学刊,1994(2):48-52.
- [26]李猛,周飞舟,李康.单位:制度化组织的内部机制[J].中国社会科学季刊(香港),1996(16):136-1671.
- [27]李汉林.中国单位现象与城市社区的整合机制[J].社会学研究,1993(5):23-32.
- [28]李汉林,李路路.资源与交换——中国单位组织中的依赖性结构[J].社会学研究,1999(4):44-63.
- [29]李路路,李汉林.单位组织中的资源获得[J].中国社会科学,1999(6):90-105.
- [30]李路路.论“单位”研究[J].社会学研究,2002(5):23-32.
- [31]刘建军.单位中国:社会调控体系重构中的个人组织与国家[M].天津:天津人民出版社,2000.
- [32]WALDER A. Communist Neo-Traditionalism: Work and Authority in Chinese Industry[M]. Berkeley: University California Press, 1986.
- [33]史普原,李晨行.从单位制到项目制:中国国家治理机制沿革[J].公共管理学报,2023(1):20-30.
- [34]COLLIER R, COLLIER D. Inducements versus Constraints: Disaggregating "Corporatism"[J]. American Political Science Review, 1979, 73(4): 967-986.
- [35]史普原,李晨行.派生型组织:对中国国家与社会关系形态的组织分析[J].社会学研究,2018(4):56-83.
- [36]PFEFFER J, SALANCIK G. The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective[M]. Stanford University Press, 2003.
- [37]康晓光,韩恒.分类控制:当前中国大陆国家与社会关系研究[J].社会学研究,2005(6):73-89.
- [38]MEYER J, ROWAN B. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony[J]. American Journal of Sociology, 1977, 83(2): 340-363.
- [39]蔡江南.我国公立医院治理结构改革的实现路径[J].中国卫生政策研究,2011(10):33-38.
- [40]顾昕,大梦涛,姚洋.诊断与处方:直面中国医疗体制改革[M].北京:社会科学文献出版社,2006.
- [41]黄庆辉,胡敏.医联体建设的模式分析和国际经验借鉴[J].中国医院,2015(10):56-59.
- [42]顾昕.全球性医疗体制改革的大趋势[J].中国社会科学,2005(6):121-128.
- [43]梁中堂.宏观视野下的我国医疗卫生体制改革[J].经济问题,2006(3):12-17.
- [44]蔡江南,胡苏云,黄垂,张录法.社会市场合作模式:中国医疗卫生体制改革的新思路[J].世界经济文汇,2007(1):1-9.
- [45]郝模.论三项改革联动和公立医院管理体制变革[J].中华医院管理杂志,2002(1):7-14.
- [46]葛延风,贡森.中国医改问题根源出路[M].北京:中国发展出版社,2007.
- [47]顾昕.公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归[J].中国社会科学,2010(2):103-120.
- [48]杨敬宇.试论政府职能转变与公立医院管理体制变革[J].中国医院管理,2012(6):1-5.
- [49]顾昕.全球性公立医院的法人治理模式变革——探寻国家监管与市场效率之间的平衡[J].经济社会体制比较,2006(1):46-55.
- [50]罗永忠.我国公立医院管理体制变革深度分析与对策研究[D].长沙:中南大学,2010.
- [51]方鹏骞,李璐,李文敏,罗楨妮.我国公立医院改革进展、面临的挑战及展望[J].中国医院管理,2012(1):1-5.
- [52]郑功成.从国家一单位保障制走向国家一社会保障制——30年来中国社会保障改革与制度变迁[J].社会保障研究,2008(2):1-21.
- [53]顾昕.走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革[J].经济社会体制比较,2012(4):21-31.
- [54]顾昕.走向有管理的市场化:中国医疗体制改革的战略性选择[J].经济社会体制比较,2005(6):19-30.