

F 医院治理结构分析 *

李卫平¹, 阮云洲²; 刘能³

(1. 卫生部卫生经济研究所, 北京 100083; 2. 北京大学公共卫生学院, 北京 100083; 3. 北京大学社会学系, 北京 100871)

摘要:通过个案研究, 深入解读 F 医院二十多年来利用国家不断下放剩余控制权和剩余索取权的政策, 扩大公立医院规模的发展道路, 指出其绩效水平并没有随着医院的扩张而有显著的提高, 医院规模扩大的结果更多地体现在拉动医疗费用的上涨上。同时, 剖析了该院的治理结构, 指出目前公立医院治理结构中存在的问题。

关键词: 案例研究; 绩效评估; 治理结构

中图分类号: R19 文献标识码: A 文章编号: 1004-7778(2005)06-0003-06

Analyzing the governance structure of F hospital

LI Wei-ping¹, RUAN Yun-zhou², LIU Neng³

(1. China Health Economics Institute, Beijing 100083, China; 2. Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Peking University, Beijing 100083, China; 3. Department of sociology, Peking University, Beijing 100871, China)

Abstract: Based on the case study, the paper discussed the development course of F hospital in the past 20 years, although F hospital had become bigger and stronger by using the policy that the nation gradually authorized the residual domination and residual claim to public hospital, its performance did not enhance remarkably. The result of expansion incarnated the increasing of medical expenses. According to this, the paper analyzed the governance structure of the hospital, and indicated the problems.

Key words: case study; performance evaluation; governance structure

20 世纪 80 年代以来, 我国公立医院获得了巨大发展, 临床新技术不断应用, 医学科学水平不断提高。然而伴随着医院的发展, 出现了“医院越办越大、居民看病却越来越贵”的现象。“看病贵”已经成为社会关注的热点问题和困扰政府部门的重大政策难题。为了分析政府对公立医院的治理存在哪些问题, 我们对一所公立医院(以下简称“F 医院”)进行了个案研究, 试图从对它自 20 世纪 80 年代以来的改革历程以及当前治理结构的分析中, 寻找问题的症结所在。

一、F 医院基本情况

F 医院建立于 1947 年, 到 1980 年, 有病床 433 张, 职工 631 人, 设 9 个病区。1980 年门诊人次 35.7 万人, 每门诊人次费用 2.24 元, 实际占用床日 146688 天, 每床日费用 6.16 元。1997 年以来, F 医院进入突飞猛进的发展时期。2003 年该院核定床位 1000 张, 实际开放床位 1300 张, 职工 1650 人。2003 年门诊病人 110.28 万人, 住院病人 2.6 万人, 平均住院日由 1997 年的 21.91 天下降到 2003 年的 16.94 天。2000 年以来, F 医院对医技科室进行调整合并, 成立了超声诊断中心; 对内窥镜中心实行优化组合, 成立了临床检验中心; 各实验室检验项目由检验科统一管理; 成立微创外科中心, 提高了内窥镜应用水平; 成立肾脏病中心、肝脏病中心和心脏病中心, 为肾脏病、肝脏病和心脏病患者提供一体化治疗。

二、F 医院的改革与发展之路

1. 加强预算约束和实行奖金激励(1979—1982 年)

1979 年 4 月, 卫生部、财政部和国家劳动总局发布《关于加强医院经济管理试点工作的意见》, 提出了“用经济方法管理医院的业务活动和财务收支”, 强调加强医院管理“要实行定额

管理制度, 即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经费补助”。医院各科室要相应“制订各项有关的定额标准、规章制度。建立各种岗位责任制和其他科学管理制度”。国家对医院的经费补助实行“全额管理, 定额补助, 结余留用”的制度, 将包工资逐步改为按编制床位实行定额补助的办法。

1980 年 4 月该省卫生厅发出通知, 确定 F 医院等 45 所医院开展经济管理试点工作。对医院的经济补助实行工资和床位补助统筹的办法, 即工资补助 70%, 其余 30% 的工资加上一部分设备费、修缮费和医疗欠费补助, 按核定床位计算(F 医院属于省级医院, 每床补 300 元)。通知要求试点医院切实搞好药品管理改革和科室核算, 扩大医疗服务, 组织合理收入, 节约支出, 认真搞好欠费管理, 改进和加强设备管理。

在当时我国宏观经济改革形势的推动和国家有关部门新的医院经济政策出台的背景下, 根据省卫生厅的要求, F 医院确定了 1980 年医院预计完成的门诊人次、教学和科研任务, 计划安排 10% 的医务人员开展下厂下乡、会诊等工作, 核定了床位、人员编制, 制定了临床转归情况、平均住院日、病床周转次数、病床使用率和陪住率等业务指标, 根据 1980 年的计划收支情况, 向上级提出了需要实际补助的差额。自此, 医院经济管理的改革真正启动。

为了贯彻医院改革政策, 该院在开展经济管理工作的同时, 制定了奖惩制度, 旨在“坚决改变人多人少一样, 干多干少一样, 干与不干一样, 干好干坏一样的坏现象”。确定结余的 60% 用于改善医疗条件和职工生活条件, 40% 用于集体福利和个人奖励。提取个人奖金总额最多不超过全院职工一个月的平均基本工资额。奖励形式采取综合奖和单项奖两种。综合奖占

* 本文是美国中华医学基金(CMB)资助, 北京大学卫生政策与管理研究中心招标课题“我国公立医院管理结构研究”的分报告之一。

奖金总额的 75%，根据完成和超额完成医院所规定的各项业务指标和财务收入、节约计划，发给具体奖励金额。单项奖占奖金总额的 25%，根据个人在某项工作中的特殊贡献，给予奖励。

从 1980 年开始，F 医院一直实行奖金制度至今，在执行过程中，随着实际情况的发展变化，不断调整奖金分配办法。如 1981 年规定按科室完成的业务指标与经济指标情况的计分评奖办法，业务指标得分占 70%，经济指标得分占 30%。在当时处于改革开放初期的历史背景下，能够打破“大锅饭”，拉开奖金差距，试图实现按劳分配，已经很不容易。当时工作的重点放在增收节支、堵塞漏洞、挖掘潜力等加强管理的措施和提出计分评奖的办法上。

2. 实行技术经济责任制，设立奖励基金和调整收费标准（1983—1987 年）

1983 年 F 医院试行“两级管理技术经济责任制”，把全院的工作任务、业务数量标准、质量标准、经济指标、行为指标等分别落实到科室和个人。在完成的前提下，实行超额奖励。科室对医院负有包干完成任务的责任，各科室再将指标落实到个人，采用百分计算，实行加减分制。每月根据完成任务的好坏和贡献大小，日记、周评、月结，活分活值。他们认为“个人评分随着任务完成多少、质量高低、服务态度好坏按百分数浮动，奖金有了差别，直接关系到个人利益，把职工个人的劳动成果同科室的工作成果紧密结合起来，从而使职工人人关心科室各项指标的完成，也解决了‘吃大锅饭’及干好干坏一个样的问题。”

在此后的几年里，该院非常重视抓医院的规章制度建设和管理；鼓励医务人员开展业余服务并取得合理报酬；与厂矿企业进行技术协作，并在此基础上增加医院收入；对某些后勤工作实行“定额包干，提前奖励，延期罚款”；对临时工实行工作包干制。1984 年上级主管部门对奖金发放作了新规定，确定奖金的资金来源是按经上级主管部门核定的增收节支结余的 40% 提取，并按国家卫生部、财政部规定开设“专用基金——奖励基金”科目。同年，该院制定了“扩大服务范围所得收入分成办法”，医院还与放射科、眼科和血库签订了承包合同。此后 F 医院提出了“扩大服务、增收节支的若干做法”、“对临床医技科室采取超定额提成办法的方案”。以科室为单位的核算和计奖办法的提出，使经济指标管理的作用日益突出，经济责任制的实行，使政府的“全额管理，定额补助，结余留用”的预算约束和经济激励政策得到落实。

1986 年，国家有关部门又对医疗卫生单位奖金发放和业余医疗服务劳务收入分配问题作了新的规定，即规定从国家差额拨款加上业务收入、减去业务支出的结余中提奖，其中结余部分的 60% 转入事业发展基金，15% 转入职工福利基金，25% 转入奖励基金。这时奖金额度上升为职工一个半月平均工资，超过额度部分按规定交纳奖金税，奖金税列奖励基金支出。业务支出中当年设备购置和修缮费不得少于当年业务收入的 7%，省级医疗单位不得少于 9%，不足部分在当年结余中扣除。此外，还规定了对后勤、医技科室实行单项责任制，规定超定额收入中可以提取相应比例转入奖励基金和职工福利基金。规定医院统一组织的业余门诊、业余体检、业余家庭病床巡

视和医疗联合体的医疗服务，其劳务收入可以按比例提成，并规定了是否使用单位设施的不同提成比例。

1987 年根据国务院〔1985〕62 号文件和卫生部、财政部、劳动人事部〔1986〕131 号文件和省政府文件精神，该省卫生厅决定在县以上医院试行超额劳务补贴和业余服务收入提成办法，并对门诊工作量、病床工作量、手术工作量、仪器检查、化验等项目的定量、质量指标、费用定额作了具体规定；规定了超劳务净收入计算方法及提成比例。根据上级文件，F 医院也制定了新的奖金管理办法、开展业余服务的规定、关于加床的增设、收费标准和提奖办法的规定，试行了挂号收费处奖金管理办法、门诊超定额服务管理办法、门诊小手术室超定额服务办法。

值得注意的是，F 医院以前是科室打报告要求业余服务提奖、超劳务提奖，而这时出现了有关科室打报告要求调整进口仪器收费标准，调整心电图检查费以及制定血研所、同位素室和内分泌室检查项目收费标准的情况。反映了在新项目新设备可以按不含医务人员工资的全成本收费的政策下，F 医院在逐步引进新项目新设备，用新项目的收费，补贴老项目低收费标准的亏损。这一阶段，医院与放射科等医技科室、血库、职工食堂签订了承包合同，反映了 F 医院已经在非临床医疗部门开始引进企业的承包责任制。

3. 结合深化医院改革，扩展医院高科技服务（1988—1996 年）

1988 年该院在往年的基础上又重新规定了计奖办法、扣奖规定、开展业余服务的规定、扩大服务和开展业余照顾门诊的做法、急诊科加床提成办法等，调整了业务指标、岗位津贴和超劳务补贴等，规定了进药差价提取比例。值得注意的是，这期间泌尿外科短期突击业余开展了逆行插管、造影，血液病科业余开展了对中枢神经白血病鞘内定期治疗，肺科业余开展了纤维支气管镜检查，心血管病诊断室开展了超定额与业余心电图和心向量图服务。医院同意这些服务在现行收费标准上可以增收，并规定了增收的幅度、提成额度以及医院和科室之间的提成分配比例。反映了 F 医院已经不仅仅是通过业余服务、超劳务服务增加收入，而且开始通过开展新的临床技术增加医院收入。

1988 年该省卫生厅开始试行省级医院深化改革方案，确定了医院的管理体制和管理方法，明确了医院实行院长负责制、院长任期目标（合同）责任制，并规定了院长的权限；制定了劳动人事制度，提出干部实行聘任制，工人实行合同制；规定了经济管理与分配的办法和考核奖励办法。这一方案的提出使医院的改革从奖金激励、加强经济核算向医院体制的改革迈进。

在全国范围内的国民经济治理整顿完成后，1992 年 F 医院制定了深化改革方案，明确提出了充分发挥技术优势，发展高科技项目，造福病人；完善医院管理体制，促进内部运行机制转换，提高工作效率，搞好内部分配，调动职工积极性等改革措施。同年，在输血科和检验科推行了技术经济责任制，制剂室实行了承包责任制，营养食堂实行经营管理责任制，洗衣房实行计件承包；并对加班手术和业余时间出诊的收费及分配作了有关规定。

随着改革以来的前期积累，F 医院不仅推行了一系列医院经济管理措施，而且充分运用国家的医院改革政策，开展新型

医疗技术和项目,为医院的发展进行资金积累。从该院 1992 年的深化改革方案可以看出,他们已经看到了以发展高新技术、加强学科建设带动医院发展的路。他们认为这是一条在大型医院实现现代化、医务人员提高专业水平的同时医院发展壮大和职工收入增加的“良性循环”的路。1992 年该院推出的深化改革方案与 1988 年该省卫生厅提出的深化省级医院改革方案明显不同的是,在医院管理体制的改革上停顿了,它对院长任期目标责任制没有作出具体规定,仅提出科主任聘任制等医院内部管理体制的改革。但是在利用医院的技术优势,达到短期内提升医疗水平,迅速扩大医院规模等方面已经有了明确的发展意向。

整个 20 世纪 80 年代至 90 年代上半期, F 医院基本建设项目的重点都是职工住宅建设,体现了改革前期集中力量偿还职工基本生活消费历史欠账的特点。90 年代中期开始转向医院门诊、病房大楼等基础设施的大规模建设。

4. 医院进入高速发展和扩张时期(1997 年—)

1997 年以后,该院以器官移植技术为龙头,带动临床检验、医技科室以及相关实验室的配套发展,全面提升了临床诊疗水平。这些新技术在临床的应用,为医院吸引了大量病人,带来了可观的收入,提高了医务人员的收入水平。

我们看到,在 20 世纪 80 年代初至 90 年代初的十多年时间内,医院改革一直是沿着放活微观主体的路子走着。当时,大医院自身的实力尚不够强大,多是采取与基层医疗机构联合办院的做法,利用基层医院的病房和设施收治病人,并对基层进行培训指导。但是这种培训指导已经不是经济体制改革以前的那种上级医疗机构对下级医疗机构的业务指导关系,而是通过合作协议建立起来的以经济互利为基础的协作和培训指导关系。这些合作协议都具体规定了下派医生的收入分配办法和业务收入的双方分成办法及互利条件。进入 90 年代中期,情况开始发生变化,该院除了完成政府规定的对口支援的扶贫任务外,不再与基层医疗机构联合办院,而是转变为设立分院,跨部

门联合成立医疗集团等。这些新的合作与 80 年代不同,大多是以最终兼并或征地建设新设施的资产扩张形式出现的。

上个世纪 80 年代初新技术、新项目的开展刚刚起步, F 医院主要是靠业余服务、超劳务服务增加收入,并使医务人员提高薪酬。80 年代中期在经济政策的激励下,医技科室大量开展新技术、新项目。特别是 1993~1996 年期间新技术新项目的全面开展,为 1997 年以后该院突飞猛进的发展奠定了临床医学技术基础和积累了经济实力。1995 年该院成立器官移植中心, 1997 年成立省中毒急救与防治中心,成立该省医科大学的传染病研究所^①,成立本院的肿瘤外科研究室、临床药理研究室、神经外科研究室。1998 年成立省临床细菌耐药监控中心, 1999 年成为卫生部部属临床药理基地, 2000 年成立省人工肝中心, 2002 年成立微创外科中心。在这个过程中, F 医院配合学科群的发展,整合了医技科室的资源,极大地提高了临床诊断和检验检测的技术水平。2000 年对 B 超室、泌尿科 B 超、传染内科 B 超等进行合并,成立超声诊断中心,投巨资购置多台彩色超声仪,淘汰陈旧的黑白机;内窥镜中心实行优化组合,对胃镜、膀胱镜、肠镜、纤维支气管镜等实行合并; 2002 年成立临床检验中心,将各实验室检验项目实行统一由检验科管理,并加大投入,提高了检验自动化水平。ECT、MR、DSA 和螺旋 CT 等大型设备的引进,推动了医院的发展。

1997 年以后, F 医院开展了器官联合移植、非体外循环冠状动脉搭桥、心导管介入治疗、脑血管内介入治疗等 200 多项新技术、新项目。这时 F 医院的学科发展已从单学科发展到多学科联合,然后跨学科发展,最终形成一个学科群。根据医院财力、人力,采取了重点科室,重点投入,重点扶持,同时兼顾一般学科的方针。现在该院有 1 个国家重点学科, 2 个省重点学科, 1 个省重点扶持学科, 9 个省医学重点学科, 3 个省中医药重点学科, 2 个卫生部重点实验室, 1 个省重点实验室, 1 个国家药品临床研究基地。

三、F 医院的绩效

表 1 F 医院 1980—2003 年的若干效率指标

年份	财政补助占医院支出 比重(%)	药品收入占医院支出 比重(%)	出院病人平均住院日 (天)	每职工平均门诊工作量 (人次)	每职工平均住院床日 (天)
1980	28.54	42.14	26.09	565.85	232.47
1981	27.90	45.16	27.40	571.70	223.40
1982	26.28	50.28	26.31	628.03	207.46
1983	19.26	47.79	26.79	643.30	207.38
1987	19.86	51.96	28.02	608.31	228.33
1988	7.68	35.12	26.40	583.54	251.82
1989	8.62	56.25	26.83	519.41	243.27
1990	19.51	56.66	28.32	546.66	245.34
1991	6.25	62.28	29.21	489.35	215.69
1993	5.59	70.06	31.16	508.90	261.06
1994	2.30	64.65	29.65	468.11	250.29
1995	1.64	67.37	27.01	463.72	250.59
1996	1.67	65.25	25.80	448.88	225.48
1997	1.62	64.25	21.91	457.19	209.20
1998	1.49	62.81	19.10	610.57	202.82
1999	3.35	70.75	18.14	627.24	219.69
2000	1.78	69.59	17.98	617.63	233.11
2001	2.93	66.84	17.92	751.30	280.31
2002	3.36	—	17.66	—	—
2003	3.35	58.46	16.94	689.25	279.19

注：“—”表示资料缺失。

^①F 医院为该省医科大学的附属医院(编者注)。

F 医院从 20 世纪 80 年代以来, 把握改革时机, 临床医疗技术水平不断提高, 医院规模不断扩大, 取得了令人瞩目的成绩, 它的发展历程代表了许多大型公立医院走过的道路。那么, F 医院的绩效水平是否也像它的规模发展那样迅速提高呢 (见表 1)?

表 1 显示, 自 1980 年以来, F 医院的财政补助占医院支出的比重逐年下降, 而药品收入占医院支出的比重一直处于上升趋势, 表明国家对 F 医院实行的是依靠自身经营谋求发展的政

策。从出院病人平均住院日看, 1980—1993 年一直处于上升的状态, 说明 F 医院的服务效率在此期间处于下降状态, 从 1994 年开始 F 医院的出院病人平均住院日才逐渐下降, 显示其效率有所提高。但是再看 F 医院的每职工平均门诊工作量和每职工平均住院床日, 二十多年来基本上没有明显的提高。为了进一步评估其绩效水平, 我们再考察与服务效率相关的费用情况 (见表 2)。

表 2 F 医院与服务效率相关的费用情况

年份	收支结余		职工人均业务收入		次均门诊费用		平均床日费用		出院者平均医药费用		同期GDP 增长率(%)
	绝对值 (万元)	增长率 (%)	绝对值 (万元)	增长率 (%)	绝对值 (元)	增长率 (%)	绝对值 (元)	增长率 (%)	绝对值 (元)	增长率 (%)	
1980	100.07	—	0.28	—	2.24	—	6.16	—	161.26	—	—
1981	112.57	12.50	0.30	7.25	2.55	14.06	6.70	8.69	182.68	13.28	5.26
1990	117.61	17.53	1.63	474.66	12.15	442.87	37.54	509.08	1124.00	597.00	142.84
1991	269.62	169.45	1.67	489.20	15.12	575.74	39.14	535.01	1189.48	637.60	165.17
2000	2707.99	2606.19	10.65	3646.12	69.99	3027.07	256.27	4057.42	4707.13	2818.90	536.89
2001	3493.56	3391.24	12.53	4307.85	63.75	2748.54	263.79	4179.43	4913.35	2946.78	584.65
2003	3773.03	3670.53	13.69	4717.41	68.21	2947.67	321.98	5123.50	5522.72	3324.65	710.42

注: 本表按 1980 年可比价计算。

表 2 是利用以 1980 年为基础的 GDP 平减指数计算出来的, 因而已经剔除了物价上涨因素。从表 2 可以看出, 2003 年与 1980 年相比, F 医院的收支结余增长了 36.7 倍, 职工人均业务收入增长了 47.17 倍, 次均门诊费用增长了 29.48 倍, 平均床日费用增长了 51.24 倍, 出院者平均医药费用增长了 33.25 倍, 而同期全国的 GDP 只增长了 7.10 倍。相比之下, 医院收入和患者医疗费用的上涨速度大大高于经济增长速度。当然, 这里不排除患者病种构成的复杂程度提高, 疑难重症增加, 新技术、新材料应用以及平均住院日缩短等合理因素, 人民群众得到了比以前不同质量的医疗服务。一些以前不能治疗的疾病现在可以有效治疗, 一些治疗措施减少了患者的痛苦。但是, 二十多年来 F 医院收支结余在不断增加, 职工的人均业务收入水平也在不断提高, 这表明医院在应用新技术时极大地增强了自己的创收能力, 而这正是 F 医院运用国家卫生经济政策的结果。

从 F 医院的发展轨迹中我们可以看到这样一条线索, 为了缓解“看病难”、“住院难”, 改善医院的经济状况, 政府给出了初始的预算约束和奖金激励政策, 医院开始加强经济管理, 实行业务服务和超劳务奖金。到了 20 世纪 80 年代中期, 政府对公立医院又实行了我们今天称之为“自主化”的改革方式, 即“技术经济责任制”, 这是政府从医院制度上对医院的进一步放权, 并且结合价格政策调整, 实行新技术、新项目可以按不含医务人员工资的全成本收费。这一政策加速了大型医院的临床技术和医疗设备的更新, 同时为医院的自我发展积蓄了经济实力。1988 年当主管部门试图继续推进公立医院的制度变革时, 正值国民经济治理整顿时期。在 1992 年以后的改革中, 公立医院已经看到不需要解决体制问题就可以快速发展医院的途径, 那就是利用大型医院的技术优势, 发展高科技项目, 加速医院的资金积累, 充分体现了发展是硬道理的理念。20 世纪 90 年代中后期大型医院明显表现出高新技术优势, 并进入了迅速扩张的时期。然而, 二十多年来, 公立医院的服务效率并没有明显提高, 医院的业务收入水平和病人负担的医药费用水平却增长了几十倍。

四、政府对 F 医院的治理

1. 决策权

(1) 投资决策权。自从 20 世纪 80 年代政府逐渐对医院放权以来, 公立医院拥有了越来越多的结余留用资金, 使医院实际拥有了较大的发展自主权。调研发现 F 医院基本建设和大型设备采购的投资决策过程如下。

对大型基建项目的投资决策, 一般是由院长书记会提出医院发展规模和总体规划, 在科室主任等参加的中层以上干部会议上讨论, 最后在院长书记会上作出最终决策。在院长书记会上如果出现不同意见, 院长有最后拍板决策的权力。医院根据自身资金情况, 向政府提出基建项目申请, 上报省卫生厅规财处、省计经委等有关政府部门, 项目经过批准立项后, 医院组织实施。对于大型设备的投资决策则是科室提出设备采购的可行性报告, 设备采购委员会进行评估, 上报院长书记会批准, 价值万元以上的设备要报省卫生厅规财处、省政府采购办公室批准。

在院长书记会上集体讨论的重大问题包括医院的发展方向、规模、总体规划和产业、投资等方面的决策。2000 年以来 F 医院征地扩建、兼并医疗机构等重大投资决策也都是由院长书记会作出的。

(2) 人事决策权。20 世纪 80 年代以来政府逐渐对医院下放奖励员工的决策权, 但是, 医院增设超劳务奖励基金或按医疗收入计提业务提成均需经省卫生厅批准。医院内部人事部门负责制定和修改奖金分配方案, 超劳务分配方案由人事部负责核算医疗及医技科室奖金分配中的工作量指标, 提交院长书记会讨论后通过执行。二十多年来人员的聘用权和解聘权则一直由政府控制, 没有下放给医院。

(3) 定价权。20 世纪 80 年代中期, 医院改革的一个重要政策是医院可以对新技术、新项目自行核算成本, 制定价格, 报物价部门核定批准后实行。2001 年出台的医疗机构分类管理政策规定医疗服务价格实行国家指导价。目前 F 医院的医疗服务是按照省物价部门的定价进行收费。

2. “剩余”索取权

作为非营利性的公立医院与企业不同,其“剩余”不是利润而是收支结余。自1980年“全额管理、定额补助、结余留用”的医院补助政策实施以来,F医院的结余不再通过收支两条线的方式上缴国家,而是由医院留用。结余的使用按照政府规定的比例,用于事业发展、职工福利和奖励基金。除了职工福利和奖金进入医院人力成本支出外,结余的积累用于医院发展投资时,按照大型基建项目投资和大型设备投资的院内决策程序运行。“结余留用”政策的实施使医院的“剩余”由所有者——国家,转到了医院经营者的控制中。在非营利性经营的情况下,剩余不是使所有者获得红利或回报,而是被医院经营者用于医院发展和继续扩大规模。

3. 社会功能

政府在对F医院下放投资决策权和“剩余”索取权时,对F医院如何实现公立医院的社會功能并没有作出具体规定。在20世纪80年代初期,F医院还维持着多年形成的三级医院指导基层医院的做法。1981年该省卫生厅发出关于三级医院和“三分之一”县医院建立业务技术指导关系的通知,要求选派有实践经验的医疗技术人员到县医院兼职;定期去县医院会诊、查房或手术,县医院选派人员到三级医院进修。政府还通过临时下达文件要求三级医院参与职业病诊断管理、填写传染病报告卡、甲肝防治、性病防治和健康教育工作。进入90年代,政府每年通过下发文件要求F医院对口支援农村县医院或派2~3名医务人员参加扶贫医疗队等工作。政府在对公立医院权力下放的同时,对其承担的社会功能并没有作出具体规定和评估指标,F医院派医疗队下农村基层只是完成政府的临时任务。而且,对于最重要的基本医疗服务功能,政府也并没有作出具体要求和提供相应的资金支持。这种社会功能的弱化,实际上是政府对公立医院的改革政策不完备所造成的。

4. 政府对F医院的管制手段

(1)任命院长。F医院目前实行的是院长负责制,院长及医院党政领导班子的成员由大学任命。医院的重大决策在定期召开的院长书记会议上作出,院长具有较大的决策权。

(2)控制床位。1984年随着F医院新专科病房楼建成,医院要求增设病床至540张,但主管部门只核定了500张,直至1988年核定病床540张才得到批准,1989年增加至550张。1991年F医院的新病房楼落成,该院床位又从550张增加到763张,主管部门核定了760张。1999年F医院由于新增业务科室,要求增加核定床位240张,得到批准。2000年F医院核定床位1000张,但是到2002年F医院实际开放床位数已达1300张,仍不能解决病人住院难的问题。医院要求在新的病房综合楼完工后新增1100张床位,并要求最终使核定总床位数达到2500张。F医院在增加病床数上,总是先实际扩展出来一定数量,然后再要求主管部门增加核定床位数,经过主管部门的反复讨论后,才能得到批准。

(3)控制人员。随着医院规模的扩大和新技术、新项目的开展,F医院一直为增加人员编制向政府部门提出要求。特别是进入20世纪90年代以后,随着医院规模的迅速扩张,F医院只好要求大量使用计划外用工,进而计划外用工数也开始受到政府的严格控制。但是在医院规模不断扩大、床位数不断增加的

情况下,政府主管部门不得不再给F医院增加编制,但要求新增人员所需经费由医院自行解决。

(4)控制财政补助。政府补助的一部分是按床位和人员编制核定的正常经费拨款,随着医疗业务量的增大和新项目的开展,F医院不断要求扩大核定床位和人员编制。政府的另一部分补助就是专项补助,虽然申请的财政专项补助数额不大,但是F医院还是会申明理由要求政府补助。相应地,政府主要通过严格控制人员、床位数量和严格审批专项建设的方式控制财政补助数额,这才出现了如前所述的政府和医院在床位和人员编制上的博弈。

(5)控制医疗项目收费标准。政府一直控制医疗服务收费标准调整的幅度。20世纪80年代中期,F医院开始小幅度调整老的医疗收费标准,被称为价格调整的“小步走、不停步”。1988年F医院实行了“优质优价”和“优先优价”,并明确规定了可以开展的科室,每月可开展的手术台数,主刀医生、麻醉师、护士的资格和术后护理等具体做法,而且规定对紧急、危重和复杂病人仍按手术分级规定进行,不在优质优先优价之列,其收费标准需要报经政府批准。

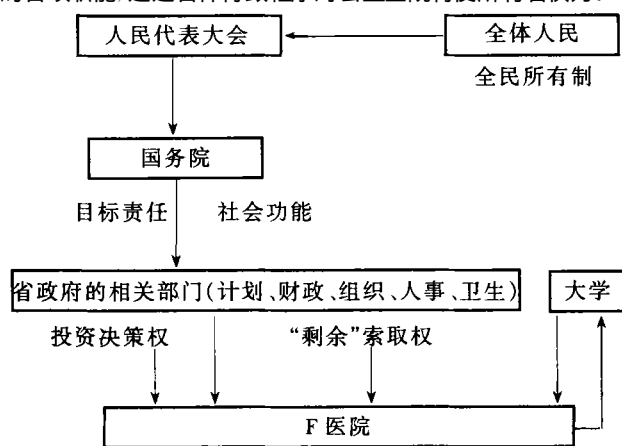
进入20世纪90年代,F医院开始要求核定新病房和脏器移植等新项目的收费标准。与此同时,政府实施了医疗收费的整顿,修订和完善了医疗收费标准。1993年F医院为满足不同层次病人需求,开始开展特殊服务并相应提高收费标准。随着医疗技术的更新,90年代中期F医院一再申请要求提高收费标准。在政府对医疗机构实行“总量控制、结构调整”时,F医院业务收入超标,从其详细解释超标的原因中可以看出新技术、新项目的应用是重要原因。F医院不断通过新技术新项目突破了政府制定的医疗收费标准。90年代在政府对医疗收费标准实行控制的同时,还对医疗收费、药品差价和奖金支付等实行医院自查与政府审计。2000年卫生和财政部门联合试点建立省卫生财会管理中心,向包括F医院在内的省直卫生机构委派总会计师和财务科长,试图加强对医院的财务管理。2001年以来国家有关部门出台了一系列文件,该省相关部门也采取了一系列管制措施,但是这些措施并没有能够遏制F医院医疗费用的上升和它的迅速扩张。

五、从F医院看公立医院治理存在的问题

F医院的管理体制是我国传统公立医院管理体制基础上的演变形式,是经济体制改革以来我国公立医院体制变迁的一个缩影。在经济体制改革前,F医院的管理体制从组织结构上是党委领导下的院长负责制,从权力结构上是集权制,实行预算控制和收支两条线管理。1979年公立医院的改革开始后,国家对公立医院逐渐放权,使F医院走上了自主经营、自我发展的道路。改革以后F医院的治理结构如附图所示。

附图显示,F医院是全民所有制医院,即现在人们说的公立医院,它不是自由契约关系形成的民事主体,它的最终所有者是全体人民。全民既不是自然人,也不是法人,全民作为一个整体不能直接行使所有者的权力,而是要通过一定的政治程序转化为行政程序来实现。在我国是通过人民代表大会的政治程序,以人民代表大会委托国务院管理国家事务而转化为行政程序,通过国务院领导下的各级政府代表全民对公立医院行使所有者权力。在现实中,政府各相关部门分担了公立医院所有者

的各项职能,通过各种行政程序对公立医院行使所有者权力。



附图 目前 F 医院的治理结构

通过前文的描述分析,我们可以看到改革以来在政府与 F 医院的治理关系中,组织结构并没有发生太大变化,只是由于医科大学合并到综合性大学^①,使 F 医院转变为接受跨教育部门和卫生部门双重领导的机构。从附图可以看出,改革以来 F 医院治理结构的变化不是在组织结构上,而是纵向权力分配的变化。权力分配关系的调整,使医院的激励机制改变了,医院经营者在对医院信息相对充分的情况下,实际拥有的对医院的“剩余”控制权也是很大的。因此,权力下放之后,政府采取的一系列管制措施收效甚微甚至不能奏效。

F 医院的发展过程提示,政府对公立医院治理存在的问题主要有以下几个方面。

1. 国家作为公立医院的所有者职能不统一

在现行体制下,公立医院的投资由计经委控制,经费补助由财政部门拨付,人事和干部管理由组织、人事部门或大学掌管,行业监管责任由卫生部门负责。这样的权力分配格局使所有者的权力分散,对公立医院的经营者不能形成有效的约束。在计划经济体制下,主管部门用行政手段直接管理,但是由于当时公立医院没有经营自主权,因此权力分散的弊端并不明显。医院改革以后,由于公立医院在经营管理、资金使用、投资发展、奖金分配上拥有了很大的自主权,可以自主决定医院的发展规模和资金使用方向,因此,当经营者具有较强的激励和发展冲动时,所有者职能分散在各部门的结果,就使政府无法有效约束公立医院的行,也无法对公立医院的院长进行考核评估。

改革以来的政策一直是在纵向调节机制上做文章,不断下放权力,但是缺乏横向调节机制的调整,即缺乏对分散在相关部门的所有者职能的必要的集中。医院的投资、经费补助和院长的任免都是政府的所有者职能的体现,这些职能都应和医院的绩效考核相联系,现在却被割裂开,分散在卫生部门以外的不同部门,这就不可避免地增加了政府制定公立医院政策的部门协调成本,弱化了所有者的权力。

2. 国家投入明显不足,市场竞争机制引导医院迅速扩张 国家对公立医院的财政补助份额逐年减少,医院业务收入

补偿的作用逐年上升,以至于大型医院 95% 以上的资金都来源于医院的业务收入。大医院依靠市场竞争机制发展,以高新技术满足市场需求,拉动医疗费用的上升。市场需求的增加,使大医院在没有成本约束的条件下不断扩张。本应是国家根据区域卫生规划和需求增长情况建设和发展医院,结果却是国家把发展公立医院的责任推给了公立医院的经营者,使公立医院经营者承担了自身不该承担的责任。

3. 公立医院的社會功能缺失

国家在扩大医院自主权的时候,只是原则上提出公立医院的社會目标,并没有相应地明确公立医院的社會功能。在允许公立医院开设一定比例的特需病房和提供一定比例的特需服务时,政府部门并没有规定公立医院应当承担的贫困人群的医疗救助服务的数量,以及这些服务费用的解决途径等,公立医院只是被迫承担了无主病人和贫困人群的医疗欠费。

4. 缺乏可测量的评估体系

政府对公立医院缺乏一套有效的评估体系,二十多年来一直默认的评估标准是医院业务收入越多、收支结余越多、医院发展壮大越快的,就是好医院。而政府政策文件中提出的公立医疗机构的社會目标,都没有转化为可测量的评估指标,更谈不上建立评估体系。

政府部门对院长的考核也并不是围绕政府的社會目标建立考核指标体系,而是通过医院职工打分和中层干部打分的方式实现,这种考评机制使院长在许多利益问题上要迎合员工的心理,迎合中层干部的意见,而不是追求政府的目标。

5. 管制手段失效

改革以来,政府一直对公立医院下放权力,以放活微观层次的活力,然而在出现问题后又不断试图上收权力,加强控制,但是政府与公立医院博弈的结果都是以政府的管制措施缺乏约束力而告结束。如政府部门虽然实施大型设备购置和基建项目的审批制度,但是昂贵的高科技项目仍频频引进,医院的楼房越造越大;政府一再控制病床数量和人员编制,但是医院的病床数量和人员却在不断增长。现实中,政府的政策一方面是把医院作为事业单位来控制床位、人员编制,以控制财政经费补助的支出;但是另一方面又把医院作为可以自我创收发展的经营单位来激励其发展新技术、新项目。由于管制者与经营者之间信息不对称,在这种激励政策的引导下,医院最终都能一一突破政府的管制手段。

参考文献:

[1] Melitta Jakob, April Harding, Alexander Preker, Loraine Hawkins, Module on Organisational Reform and Management of Public Providers: Focus on Hospitals[M]. The World Bank, Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing, 2000.

[2] F 医院院史志. 内部资料.

(感谢参加调研和数据处理工作的北京大学中国经济研究中心博士后侯振刚,北京大学公共卫生学院卫生政策与管理系助教周海沙。感谢调查地卫生主管部门和医院的大力支持!)

收稿日期: 2005-05-12

(责任编辑 胡希家)

^① 该省医科大学于 1998 年合并到教育部属综合性大学(编者注)。