

行政型市场化与中国公立医院的改革

顾 昕*

【摘 要】在中国的医疗领域，供方改革相对于需方改革来说正遭遇更多的障碍，尤其是公立医院的改革非常迟滞。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；另一方面，其运营受制于众多政府行政部门的干预，但也享有政府保护。医疗服务体系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。有两种可能的选择：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。如果公立医院改革是在这两种选择之间摇摆，自然就会裹足不前。

【关键词】公立医院 行政型市场化 行政协调机制 事业单位 法人化

【中图分类号】D669.7 【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486(2011)03-0015-17

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（顾昕，2010），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改变。

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

* 顾昕，北京大学政府管理学院，教授。感谢匿名评审人的意见。

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个城市被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,举棋不定。

在我国,公立医疗机构,尤其是公立医院,在医疗服务市场上即便不是占据垄断地位,也至少占据主宰地位。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有所有医院业务收入总额的比重,在2004年曾经高达98.5%;近年来尽管有所下降,但在2009年,这一比重依然高达86.4%(表1)。

表1 公立医院的资源拥有率和市场占有率,2004-2009年

年份	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。

由此可见，民营医院尽管数量不少，但总体来说，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。

一、事业单位体系中的公立医院：行政化协调机制的主宰性

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兴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^①。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（萨拉蒙，2008）。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（Ascoli & Ranci, 2002），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（Kemp, 2007）。

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

^① 《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（顺便说一下，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）。这一英译显然不妥。有学者将“事业单位”英译为 service organizations。（Tao-chiu & Perry, 2001: 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（世界银行，2005:1）。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。

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政府依然维持主要出资者的角色，同时政府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（鲍威尔，2011）。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（世界银行，2005）。在世界各国，公立医院与政府的关系至少有三种模式：（1）公立医院是政府的预算单位（budgetary units），其运营完全受政府的控制；（2）公立医院是政府行政体系内部的自主化机构，拥有日常运营管理（尤其是财务管理）的自主权；（3）公立医院是独立的法人组织，完全独立于政府运作，而政府只是通过参与其理事会的战略管理来影响公立医院。当然，也有一些公立医院民营化了（Harding & Preker, 2003）。

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，这正如世界上大多数市场经济国家也有国有企业一样。但我国在改革开放之前国有企业所嵌入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。这种独特的组织和制度架构，就是高度行政化的“单位体制”，而在改革开放之前，“单位体制”中数量最多、功能最为重要的组织就是企业单位与事业单位。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中只能用其拼音（danwei）权作英译（Lv & Perry, 1997）。

在改革开放之前，无论是企业单位还是事业单位，均按照行政等级体系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（路风，1989）。

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（Naughton, 1997: 181 - 182）^①。

^① 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”（181页）。当然，在某种情形下，如果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”。

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（周翼虎、杨晓民，1999：60）。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，每一个具体的单位都是其所隶属的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”（科尔奈，2007）^①。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（牛美丽，2010）^②。

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（科尔奈，2007）^③。（本文使用中国读者更容易接受的“行政协调机制”一词，来代替外国学者习惯使用的“官僚协调机制”一词。）

① 其实，“事业单位”这个词的最准确英译，就应该是 budgetary units。

② 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。

③ 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。

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^①。

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”所瞩目，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。用

^① 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科尔奈、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。

政治学的术语来说，就是在行政化的单位体系中会出现很多否决点（veto points）。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 20 世纪 90 年代中国国有企业改革的不成功（Steinfeld, 1998）。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 20 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。（世界银行，2005）

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，大多数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。

二、公立医院现有的制度和组织结构

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，看起来医疗机构都走上了市场化的道路。从另一个角度来看，医疗领域发生了“国家退出”或“福利收缩”的现象（Duckett, 2011）。

然而，这种“市场化”是一种伪市场化（周其仁，2008）。这种“国家退出”只是政府推卸了责任，而不是自我限制了权力。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；说其具有“行政型”的特征，是因为公立医院运营的方方面面都受到行政协调机制的左右。

在官方统计上，所有医疗机构的收费被称为“业务收入”，又被细分为医疗收入和药品收入两部分。从图1可以看出，医疗收入和药品收入在过去的很长一段时期内都占公立医院业务收入的绝大部分；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（图1）。

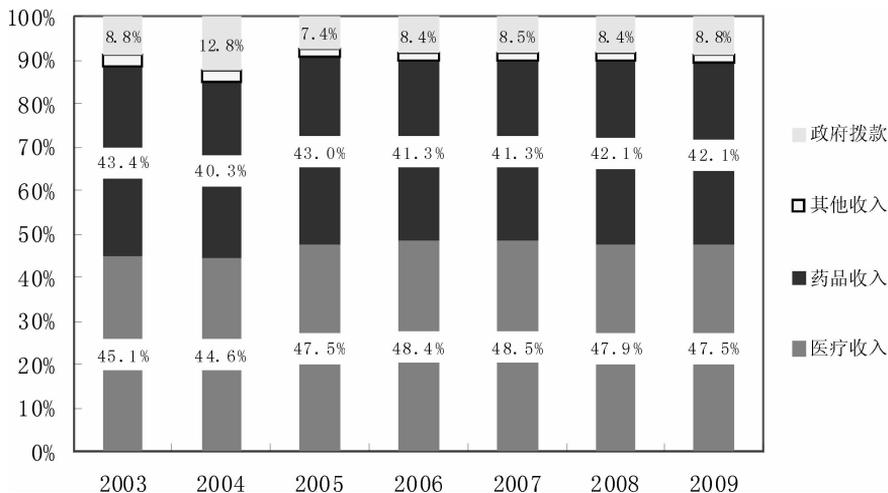


图1 公立医院的收入来源构成，2003年—2009年

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”（World Bank, 2010:8）。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，作为事业单位，公立医院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（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。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，但在更大程度上还是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

年份	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	9 694	9126	94.1%	1 718 449	1 661 884	96.7%
2004	9 823	9 146	93.1%	1 802 644	1 738 955	96.5%
2005	9 880	9 139	92.5%	1 863 843	1 792 194	96.2%
2006	9 757	8 935	91.6%	1 945 599	1 863 873	95.8%
2007	9 832	8 974	91.3%	2 052 235	1 954 108	95.2%
2008	9 777	8 948	91.5%	2 234 880	2 150 778	96.2%
2009	9 651	8 734	90.5%	2 415 546	2 315 662	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。”（高巍，2011）

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（兰格，1981）。

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”）却是永远也算不对的，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（德索托，2010）。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（科尔内，1986）。

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体现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^①。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,即便在被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%(刘远立、吴静,2007)。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(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(唐镜波、孙静,2005)。

表3 药品费用占卫生总费用的比重及其流向

(单位:亿元)

年份	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	1 201.6	597.5	49.7%	400.1	67.0%	164.7	27.6%	32.7	5.5%
1993	1 501.0	689.7	45.9%	410.5	59.5%	221.5	32.1%	57.5	8.3%
1994	1 940.3	922.8	47.6%	557.1	60.4%	283.3	30.7%	82.3	8.9%
1995	2 395.5	1 169.1	48.8%	700.9	60.0%	359.7	30.8%	108.5	9.3%
1996	2 957.2	1 418.7	48.0%	831.9	58.6%	428.3	30.2%	158.5	11.2%
1997	3 411.0	1 599.0	46.9%	927.0	58.0%	482.8	30.2%	189.3	11.8%
1998	3 805.3	1 783.5	46.9%	1 028.1	57.6%	535.3	30.0%	220.1	12.3%
1999	4 331.6	1 988.7	45.9%	1 075.3	54.1%	613.9	30.9%	299.6	15.1%

① 这一点由周其仁教授在2010年6月上海举行的“中欧健康论坛”上提出。

(续上表)

年份	卫生总		药品费用		其中：门诊药费		其中：住院药费		其中：药店药费	
	费用	金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比	
2000	4 870.4	2 211.2	45.4%	1 211.0	54.8%	690.1	31.2%	310.1	14.0%	
2001	5 254.8	2 303.0	43.8%	1 246.9	54.1%	709.1	30.8%	347.0	15.1%	
2002	5 817.6	2 676.7	46.0%	1 371.3	51.2%	844.4	31.5%	460.9	17.2%	
2003	6 481.3	2 903.9	44.8%	1 450.2	49.9%	958.6	33.0%	495.1	17.1%	
2004	7 050.2	3 621.3	51.4%	1 655.8	45.7%	1 155.6	31.9%	809.9	22.4%	
2005	9 204.1	4 142.1	45.0%	1 909.9	46.1%	1 347.8	32.5%	884.4	21.4%	
2006	10 310.7	4 486.1	43.5%	2 073.3	46.2%	1 445.5	32.2%	967.2	21.6%	
2007	12 035.2	4 903.2	40.7%	2 118.9	43.2%	1 669.5	34.1%	1 114.7	22.7%	
2008	14 981.2	6 202.4	41.4%	2 534.5	40.9%	2 154.7	34.7%	1 513.2	24.4%	
2009	18 482.9	7 457.7	40.3%	3 047.4	40.9%	2 751.1	36.9%	1 659.3	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（表 4）。

表 4 公立医院的收支，2003—2009 年

（单位：亿元）

年份	收入	支出	总收支	医疗	医疗	医疗收	药品	药品	药品收支
	总额	总额	结余率	收入	支出	支结余率	收入	支出	结余率
2003	2 549.2	2 468.7	3.2%	1 149.0	1 354.5	-17.9%	1 107.2	959.9	13.3%
2004	3 339.8	3 223.3	3.5%	1 490.5	1 700.2	-14.1%	1 347.3	1 189.7	11.7%
2005	3 700.6	3 556.2	3.9%	1 758.1	2 008.7	-14.3%	1 591.8	1 401.9	11.9%
2006	4 029.6	3 992.8	0.9%	1 949.9	2 229.8	-14.4%	1 664.2	1 511.1	9.2%
2007	4 902.2	4 785.8	2.4%	2 378.4	2 711.8	-14.0%	2 023.5	1 905.9	5.8%
2008	6 090.2	5 895.4	3.2%	2 914.2	3 278.5	-12.5%	2 564.0	2 411.3	6.0%
2009	7 457.0	7 114.5	3.2%	3 544.2	3 911.3	-10.4%	3 136.1	2 925.4	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，需要对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^①。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^②。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。

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^③。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（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。

① 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。

② 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）中，强化对药品费用的行政性管控措施再次得到重申。

③ 原始数据请参见中华人民共和国卫生部编《2010中国卫生统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社2011年版，第98页。

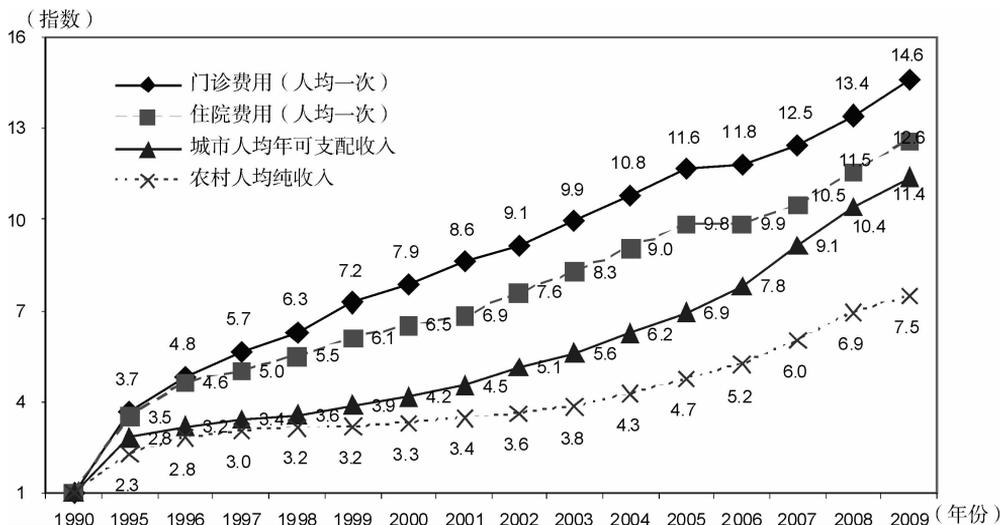


图2 卫生部门综合医院医药费用的增长指数, 1990-2009年

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, 唯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。

表5 各级医院人均门诊和人均住院费用增长指数, 1990年—2009年

年份	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页。

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，但供方诱导需求（俗称“过度医疗”）问题的大量涌现也是公立医院医药费用快速增长的重要因素之一。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运行机制不改变、医疗服务品质不改善、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。

三、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 and 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作出独立的决策，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，并在全民医疗保险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。

总体来说，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削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”（罗素，1988）。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或许就会有一些希望。

参考文献

- 鲍威尔主编（2011）. 理解福利混合经济. 钟晓慧译. 北京：北京大学出版社.
- 德索托（2010）. 社会主义：经济计算与企业家才能. 朱海就译. 吉林：吉林出版集团.
- 高巍（2011）. “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, 2.
- 顾昕（2010）. 全民医保的新探索. 北京：社会科学文献出版社.
- 科尔奈（2007）. 社会主义体制：共产主义政治经济学. 张安译. 北京：中央编译出版社.
- 科尔内（1986）. 短缺经济学（上下卷）. 张晓光等译. 北京：经济科学出版社.
- 兰格（1981）. 社会主义经济理论. 卫兴华、张宇译. 北京：中国社会科学院出版社.
- 刘远立、吴静（2007）. 药品政策的国际比较. 载饶克勤、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.
- 路风（1989）. 单位：一种特殊的社会组织形式. 中国社会科学, 1.
- 罗素（1988）. 权力论. 靳建国译. 北京：东方出版社.

- 牛美丽 (2010). 中国地方政府的零基预算改革. 北京: 中央编译出版社.
- 萨拉蒙 (2008). 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. 田凯译. 北京: 商务印书馆.
- 世界银行 (2005). 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.
- 唐镜波、孙静 (2005). 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.
- 周其仁 (2008). 这算哪门子“市场化”? 载周其仁编《病有所医当问谁》. 北京: 北京大学出版社.
- 周翼虎、杨晓民 (1999). 中国单位制度. 北京: 中国经济出版社.
- Ascoli, U. & Ranci, C. eds. (2002). *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer Academic Publisher.
- Duckett, J. (2011) *The Chinese State's Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment*. London: Routledge.
- Harding, A. & Preker, A. S. (2003). A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals. In Preker, A. S. & Harding, A. eds. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, D. C. : The World Bank.
- Kemp, R. L. ed. (2007). *Privatization: The Provision of Public Services by the Private Sector, 2nd edition*. Jefferson: McFarland & Company, Inc. Publishers.
- Lv, X. & Perry, E. J. eds. (1997). *Danwei: The Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective*. Armonk; M. E. Sharpe.
- Naughton, B. (1997). Danwei: The Economic Foundations of a Unique Institution. In Lv, X. & Perry, E. J. eds. *Danwei: The Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective*. Armonk; M. E. Sharpe.
- Steinfeld, E. S. (1998). *Forging Reform in China: The Fate of State-owned Industry*. New York: Cambridge University Press.
- Tao-chiu, L. & Perry, L. L. (2001). Service Organization in China: Reform and Its Limits. In Lee, P. N. & Lo, C. W. Eds. *Remaking China's Public Management*. Westport, CT: Quorum Books.
- World Bank (2010). *Fixing the Public Hospital System in China*. Washington D. C. : The World Bank.