

清华大学CIDEG应急项目
研究报告（结题）

中国医疗服务体系建构的基本原则
与模式探讨

2014年5月

研究摘要

本课题在实证分析和制度分析的基础上，对中国医疗服务体系的属性、服务体系存在问题以及未来的体系建构原则和途径进行了讨论，其主要结论如下：

第一，医疗服务本身是以专业性为基础的，同时，其具有一定的事业性属性和产业性属性。其中，专业性是医疗服务本身的固有属性，是由医疗服务的特点及其提供和评价的特征决定的。此专业性在一定程度上造成了医疗服务体系中基于提供者的知识和信息垄断性，同时，也在一定程度上影响了医疗服务体系自身发展中的规模经济和路径依赖。而产业性属性则是医疗服务其作为特殊的服务业，其要可持续发展所需要的，医务工作者和医疗机构对来自患者端和供应端的不确定性的处理，为患者及其他社会公众带来价值增值，在这一价值创造的过程中，为了得到医务工作者的专业服务和医疗机构中管理者的行政性服务，社会需要对医疗服务的提供者需要提供持续性的激励以保证医疗服务以及医疗服务的有效整合和配置有关行政服务的可持续提供。为此则需要承认医疗服务的产业性特征，并遵循医疗服务的生产和提供的规律。同时，在特定的社会环境和主导制度逻辑的影响下，医疗服务也会呈现其事业性的特点，具有其公益性或是慈善性。医疗服务属性的界定影响到医疗服务的总体发展走向、内部结构和绩效水平。

第二，在中国医疗服务体系的整体定位中，传统的基于区域卫生规划的，基于行政干预的三级服务体系已经不起作用，而在“以药养医”核心制度安排的影响下，中国的医疗服务体系呈现出不均衡。医疗机构都在不合理的医疗服务的补偿机制和财务制度的影响下，而出现过度的规模扩张。其中，资源扩张型发展最为严重的是三级医院以上的高级别的医疗机构向中下端市场的扩张。而从患者端来看，则出现了部分医疗保障水平相对较高的患者倾向于在罹患小病及病情不严重的情况下也选择二级以上的医疗机构，出现了一定程度上的由患者诱致的过度医疗现象。这一方面是患者需求和安全的需求不断提高，而对基层医疗服务机构的质量不信任，另一方面，也是高级别的医疗机构在以药养医制度体系的驱动下所进行的合理选择，以保证医疗机构的生存和发展，以回应相对较为复杂的制度环境，在其中，政府通过医药卫生主管部门与医疗机构之间的分包制以及差别化的监管体系促使三级以上的医疗机构通过扩大非基本医疗服务和非医疗服务以

得到经济补偿来弥补因为基本医疗服务领域中因政府的定价扭曲所带来的政策性亏损，克服政府预算性投入不足所带来的困难。在这一制度体系下，高级别的医疗机构的规模扩张能够带来自身盈利水平的提高，以及医疗机构和医务工作者基于“以药养医”制度安排下的收入改善。同时，医保支付机构与医院之间的基于服务项目的支付模式，以及按照单位人次的费用控制政策等也在一定程度上加剧了高级别的医疗机构向中低端医疗市场的扩张，接受小病或轻病患者以摊薄人均次费用，缩短住院天数，提高所谓的医生利用率等以符合政府卫生主管部门和医保部门的绩效标准。而在中高端医疗机构扩张的同时，基层医疗机构则因为其以基本医疗服务为主要业务活动，而政府所能够给予的经济补偿非常有限，同时又被现行的医疗服务准入制度限制发展具有特色的中高端医疗服务，而陷入长期的补偿不足导致人才流失、业务水平下降，而这使得基层机构的实际利用率下降，对于患者及公众而言，实际的可靠的基本医疗服务的可及性下降。在一定程度上，2008 年以来所谓的看病贵和看病难的部分现象是公众基于对基层医疗机构的技术和质量的不信任而不就近选择基层医疗机构直接选择中高端医疗机构而导致的个人支付成本上涨医疗机构就医难。中国医疗服务体系的失衡的主要原因是制度体系，特别是其中的主导制度逻辑的激励不当和医疗服务定价与补偿中的系统性扭曲。其中，被最为严重低估的是基本医疗服务中的传统的诊疗服务以及其中的咨询服务。

第三，基本医疗服务领域的医疗服务的价值被低估是制度性的。

基本医疗服务的价值被低估的重要原因在于上个世纪 50 年代以来的医疗服务社会主义福利事业属性定位下的价格确定机制。在该机制下，医疗服务本身不是按照生产和提供相关的医疗服务所需要的社会平均必要劳动时间，而是采用了物质消耗的低于成本本身的定价，其本身是不含工资成本的。在此定价方法的同时，政府采用了社会主义事业单位的方式来管理医务工作者，其工资福利以及退休工资及福利等都纳入到国家统一的财政供给中。但是，随着中央财政负担的不断减轻、地方上省级和地市之间的财政分灶吃饭以及总体而言，政府对医疗卫生事业的财政预算性投入的下降，政府对医务人员的直接的财政供养制名存实亡。从 70 年代末 80 年代初期开始采用了承包制的治理方式来处理政府与医疗机构之间的关系，同时放开在非基本医疗服务和中高端服务包括特需服务上的价格管制

以实现以“非基本补基本”，“以副补主”，“以药养医”等，而受限于医疗服务准入中按照行政性级别和医院等级的准入模式，基层医疗机构无法通过新技术的项目、新开展的项目等来得到这一以药养医的补偿。在这一过程中，一直基于基本医疗服务领域是社会主义福利事业的提供，且是社会主义优越性的体现而坚持基本医疗服务的传统的定价原则和方法使得基本医疗服务领域的补偿水平长期低于实际的服务提供成本和实际的使用价值，严重背离价值规律。分级财政以及一级医疗服务的责任单位为县乡级等，而村级医疗机构的责任单位为村集体经济的这一制度安排，使得部分经济发展水平相对较低的县乡和村级无力承担医疗服务的财政性投入能力。而政府绩效评价中的经济发展导向也使得地方政府缺乏投资的动机，尤其是对基层一线的投资意愿。在传统的对地方政府的绩效评价指标中，卫生类的指标的错误使用也使得基层医疗机构无法得到应有的最起码的政府投入和补偿。

总之，医疗服务体系的失衡是制度性因素造成的，失衡的总体特征是高级别医疗机构的向下的资源型扩张和基层医疗机构的长期能力衰减。前者的主要制度性影响因素是以药养医的制度安排，而后者的主要原因则是长期的政府责任的放弃和对基本医疗服务的补偿不足。

第四，医疗服务体系的建构面临患者需求的变化以及医患信任的缺失及其影响。

随着经济发展水平和公众健康意识的提高，公众对于健康的需求在逐渐提高。一方面，呈现出对于安全和质量更高的关注度，其偏好上表现出了安全偏好的提高。另一方面，则是在这种安全和质量需求的驱动下，呈现出了在就医行为中的质量偏好，尤其是相对较为中高层次的社会群体。

基于社会分层理论的分析，中国的公众也在就医行为上呈现出了较为明显的分层差异。根据 2008 年国家统计局组织的城镇居民就医行为入户调查，教育水平和收入水平相对较高的群体在医疗机构选择的过程中，更加关注质量和医疗技术水平。同时，其在实际的就医选择中，罹患小病的情况下，也会更多选择二级以上的大医院。但与此同时，由于以药养医制度体系的影响，医疗机构存在各种类型的过度医疗行为，在公众的认知系统中已经初步形成了“以药养医”的基本认知，在 2008 年的入户调查基础上的实证分析中可以看到低收入-低学历组有更

多的人（48.27%）持有以药养医的看法，认为医院因追求经济利益而加价是药费高的主要原因，而相反，高收入-高学历组别对于药价高的原因的看法则更加多元，虽然也有 39.34% 的人也持有以药养医的观点。

在此影响下，患者对于医疗机构和医生的信任程度在下降，对医生所推荐的药物和检查项目的依从性总体而言不高，且越是低收入-低学历的组别对医生的医嘱的遵从程度越低，而高收入-高学历群体则相对更加遵从医生建议。但总体的水平都不高，完全听从的平均水平 40%，而需要在解释后再接受的则平均在 32% 左右。同时，患者与医务工作者之间的社会距离也在一定程度上影响患者的依从性，根据调查数据，低收入-学历相对于其他组别更加遵从一级医疗机构的医生建议，而高收入-高学历的群体则相对更加听从三级以上医疗机构的医生建议，表现出更高的依从性。

医患信任的相对缺失在对治疗效果带来负面影响的同时，也会加剧医疗服务体系的失衡。由于某些社会群体对基层医疗机构的不信任，更多患者在无需使用高级别医疗资源的时候会更多选择二级以上的医疗机构，这在某种意义上使得基层医疗机构的经济效益和社会效应都受到严重影响，同时，也阻碍了基层机构医疗临床人才的成长。根据 2008 年全国城镇居民的入户调查，调查者中选择二级和三级就诊的患者分别是 28.54% 和 27.42%，而选择一级和社区的分别仅有 12.06% 和 16.20%。

同时，不同级别的医疗机构的患者的满意度也呈现出以下基本特征：在候诊时间上，不同级别医疗机构的患者的主观评价差别不大，在被尊重的程度上，相对而言，社区卫生服务中心/街道医院、私人诊所等相对较好，而在医务工作者的解释清晰程度的主观评价上，三级医院相对最低。但在总体的满意度上，三级医院则处于相对较高的水平上，而私人诊所和其他医疗机构则处于相对较低的满意度水平上。对于这一情况的解释除了患者与提供者之间的社会距离等因素外，更为重要的是三级以上的医疗机构在资源型扩张的同时并没有提高其核心能力尤其是以患者为中心的服务能力。这种三级医疗机构满意度水平的特点在很大程度上也是制度性因素造成的，也是医疗服务体系的失衡所导致的。

第五，本研究基于对医疗服务本质特征及其属性的定位，基于对中国的经济社会发展基本国情的认知以及对医疗服务体系所处的制度环境的认知，指出了

未来中国小康社会医疗服务体系构建的基本原则：（1）充分尊重医疗服务的专业性以及与专业性有关的其他属性，如规模经济、提供者基于知识的垄断性等，并建立有效的社会监管机制、内部管理机制、行业规范机制并促进专业主义的发展以保证医疗服务整体的公平与效率。（2）明确政府在基本医疗服务子体系和中高端医疗服务体系中的角色和作用，优化政府的医疗保险制度和医疗救助制度，提高政府监管的专业性，提高政府和社会其他机构对医疗服务的补偿水平，优化补偿机制等。（3）在正确界定基本医疗服务和中高端医疗服务的属性，明确提供途径以及基本医疗服务公益性的实现途径的基础上，合理基本医疗服务和非基本医疗服务之间的分工体系。（4）充分发挥医疗服务提供者的主体作用，去行政化，将公立的医疗服务提供者定义为社会公法人，并在此基础上界定好政府与公立医疗机构之间的关系，并实现统一规范的监管，克服政府在医疗服务领域监管的多重性和多维标准，从而使得在良好的市场秩序和政府社会监管的基础上实现医疗服务体系的均衡发展，在保证其效率的同时，致力于基本医疗服务公平性的实现。

第六，建立基于疾病谱的四级医疗服务体系。其中，第一层级的是以小病和地方常见病为诊疗范围的基本医疗服务体系和公共卫生体系以及面向中高端群体的首诊医疗子系统。第二层级则是针对疾病谱中的第 21-300 疾病的常规诊疗服务体系。包括县区级综合医疗机构、二三线城市的区级医疗机构、区域性的专科医院、具有公共卫生属性的临床专科医院和急救机构。这是中国医疗服务最为重要的部分，也是服务人群最为众多作用最为关键的部分。第三个层级则针对疾病谱中的第 301-800 种疾病的常规治疗和危重病患的危重期救治，包括省会城市在内的大城市的综合医院、各类规模化发展的专科医院、区域性的急救中心和区域性的具有公共卫生性质的临床医疗机构。第四层级则是国家级的医学中心所提供的针对第 801 中疾病以上的疾病和新发疾病的诊治服务以及基于转化医学的研究性服务。该层级还包括国家层面上的传染性疾病预防和精神卫生疾病的研究与诊疗中心。该层级的主要功能包括临床研究、基础研究、人才培养、技术开发、标准与临床路径开发以及临床技术的评价。而此四级医疗服务体系的有序运行不是仅仅依靠行政性的卫生规划，而是需要建立符合不同层次医疗服务体系发展规律的治理结构和监管机制。

第七，完善医疗服务体系可持续健康发展所需要的制度体系。为了保证中国

医疗服务体系合理有序可持续的发展,需要以下基本的制度保证和环境支持。(1) 通过政府对基本医疗服务享用者的补贴和政府举办的基本社会医疗保险和医疗救助来保证基本医疗服务消费中的公益性属性,并合理化对基本医疗服务的价值评价、定价水平,完善定价机制。(2) 正确界定中高端医疗服务体系,强调其采用适宜技术和在转化医学与循证医学基础上的合理治疗原则,而反对将中高端医疗服务简单视为高端技术和实施等,恢复中高端医疗服务的知识密集属性。(3) 界定政府与医疗服务体系之间的关系,充分发挥政府的规制性政策和激励性政策的作用,发挥政府的市场监管和市场培育的功能,逐渐实现管办分离,培育行业性的和区域性的社会中介组织,在实现政府职能从经济增长型政府到社会监管型政府的同时,促进网络化社会治理的发展。(4) 在完善基本医疗保险和医疗救助的同时,发展强制性的差别化的保险、合作互助医疗、补充商业性保险,构建层级丰富分工合理的医疗保险和保障体系以完善中高端医疗服务领域的风险防范与分担机制。(5) 建立基于能力-绩效的医疗服务准入制度,积极发展第三方独立的医疗服务评价事业。(6) 建立核心医务人员的自由流动和多点执业制度,将其解放为专业人而非单位人。(7) 科学界定医疗机构的产权,确定人力资本的拥有者对医疗机构价值形成和资产增值中的主体地位,实现人力资本的拥有者对医疗服务机构的产权及其收益权的实际拥有和分享机制。(8) 去行政化,正确处理政府与市场的关系,政府与医疗服务机构的关系以及政府与行业中介性社会组织的关系,使得市场的价格机制、医疗机构的内部管理控制机制、行业组织的规范机制得以正常发挥,并促进专业主义精神的发展,从而为医疗服务体系的健康可持续发展提供制度保证。去行政化也意味着政府从医疗服务的直接的提供者,从基于这一角色所建立的与医疗服务之间的分包制中解放出来,以相对更加中立、独立、专业和权威的角色来履行医疗服务领域的社会监管责任,从而在医疗服务领域完成政府职能从医疗服务的直接提供者到监管型政府角色的转型。

关键词: 医疗服务体系 基本医疗服务 均衡 制度环境 补偿机制
社会监管 行业规范 去行政化

目录

研究报告中文摘要.....	错误!未定义书签。
第一章 专业化的医疗机构.....	9

1.1 基于知识分析视角的医疗服务属性.....	10
1.1.1 医疗服务与知识集成创新.....	10
1.1.2 医生医疗服务的价值与医疗服务定价.....	12
1.1.3 医院以知识为基础的协调服务及其价值.....	13
1.1.4 医疗服务的属性.....	14
1.2 医院的组织知识发展.....	16
1.2.1 组织知识发展模型.....	16
1.2.2 组织知识发展与制度安排.....	16
1.3 医院的知识系统分析.....	17
1.3.1 以患者为中心的知识系统.....	17
1.3.2 医院的管理知识系统.....	20
1.4 制度环境变迁引发的中国医院属性定位变化.....	21
1.4.1 医院的事业性属性定位.....	22
1.4.2 1981年后医院的产业性属性界定.....	22
1.4.3 卫生事业界定为社会公益事业.....	25
1.4.4 医院的专业性属性的界定.....	28
第二章 制度环境下的医患关系.....	29
2.1 中国患者的偏好和关注特征.....	29
2.1.1 患者的关注与偏好.....	29
2.1.2 对患者偏好和关注的调研.....	30
2.2 基于社会分层的医患信任.....	34
2.2.1 医患信任的重要性.....	34
2.2.2 基于社会分层理论对医患信任的实证分析.....	35
2.3 失衡医疗服务体系下的患者满意度.....	39
2.3.1 关于候诊时间的满意度情况.....	39
2.3.2 关于被尊重方面的满意度.....	41
2.3.3 医患沟通的质量方面的患者满意度.....	44
2.3.4 患者对医疗机构服务质量的总体满意度情况.....	47
2.4 关于医患关系影响因素的统计分析.....	50
2.4.1 患者的一般人口学特征对医患关系的影响分析.....	50

第三章 制度环境与中国医院的发展.....	60
3.1 中国的区域卫生规划.....	60
3.1.1 中国区域卫生规划的三个发展阶段.....	61
3.1.2 我国区域卫生规划存在的主要问题.....	63
3.2 中国医疗机构的扩张及影响因素.....	64
3.2.1 我国医疗机构的扩张.....	64
3.2.2 医院扩张的影响因素.....	67
3.3 实证研究：医院资源扩张与医院能力之间的不平衡.....	69
3.3.1 问题：患者需求上升和医疗资源不足的问题.....	69
3.3.2 研究结果：资源扩张型医院、患者信任与医院能力.....	70
3.3.3 外部制度环境与不平衡.....	78
第四章 中国医疗服务体系的未来.....	80
4.1 中国小康社会的医疗服务体系.....	80
4.1.1 医疗服务体系的建构原则.....	81
4.1.2 医疗服务体系的构成.....	92
4.1.3 医疗服务的分层及其实现条件.....	95
4.1.4 中高端医疗服务体系的定位与酬劳原则.....	96
4.2 中国小康医疗服务体系的制度支持.....	97
4.2.1 政府在医疗服务体系中的作用.....	97
4.2.2 医疗服务持续健康发展所需的基本制度.....	100
4.3 去行政化与专业精神发展.....	108

第一章 专业化的医疗机构

医院作为一专业组织，其最为核心的活动是为患者及公众定义专业医疗服务，为患者及其家属带来健康改善的价值增值，也为费用支付方和医疗供应商等提供增值服务。医疗服务是一种集成创新活动，其依赖于专业人员的隐含性知识

的付出和有效整合，而对专业人员的隐含知识奉献的有效酬劳是医院制度设计的核心，也是医院发展的制度根基。以患者为中心，以其健康的促进、维护和修复活动为驱动的知识构成了医院的知识系统，其中处于核心的是临床诊疗活动，此也在一定程度上决定了医生拥有其专业主导权。随着现代医院管理实践、行业规范和国家规制的发展，医生的专业主导权受到了有效的制衡。同时，医院的行政服务也是医院处理来自患者端和供应端的不确定性的重要组成部分，其也是医院利润的来源。与此对应，医院的运营与管理的知识系统、流程性知识系统具有重要意义，战略与管理系统和业务系统之间的有效分工合作以及耦合是医院持续发展的条件。

1.1 基于知识分析视角的医疗服务属性¹

医疗活动是现代医院的中心活动，该活动的属性在一定程度上决定了医疗服务的属性和医疗机构的属性，同时，该活动中的知识分配和权力分配也决定了医院的知识和权力分配结构。本书以基于知识的组织理论为基础，来讨论医疗服务的属性。

1.1.1 医疗服务与知识集成创新

集成创新理论认为，集成创新对于有价值的产品和服务的提供具有关键作用。而集成创新是指创新主体处理不确定性的一种方式。集成创新作为组织创新活动的重要环节，是组织价值创造的关键。而能够从事集成创新的组织、团队以及个人也因为其拥有高度稀缺的关于市场的知识和关于技术的知识，特别是其中的隐含性的知识，而具有很高的市场价值。

运用集成创新的理论视角来分析医疗活动，如图 1-1-1 所示，我们可以看到作为临床一线的医生，其所从事的面向患者的诊疗活动本质上就是一种集成创新活动。在临床实践中，需要医生根据患者的不确定因素和医疗技术供应端的不确定因素来定义适宜的诊断和治疗服务。²这一定义活动对提高疗效、保证医疗安全、

¹本节部分观点引自沈群红：《现行医疗服务定价与补偿机制探究》，载《中国软科学》2009 年第 3 期，第 58~66 页。

²参考了路风等关于集成创新的定义。路风、慕玲：《本土创新、能力发展和竞争优势——中国激光视盘播放机工业的发展及其对政府作用的政策含义》，载《管理世界》2003 年第 12 期，第 57~82 页。

提高患者满意度都有重要意义。医生所提供的医疗服务，理论上都能够分解为患者直接通过市场机制购买到的产品和服务，但是，为什么很少有患者直接到分散的医疗市场上去自行搜索并选择这些医疗产品和服务，而是到诊所或是医院寻医问药，其重要原因就是患者无法定义自己所需的医疗服务的内容、水平和范围，因此需要医生为其提供专业化的定义服务。如一些患者选择在医院做诊断、开处方，自行到社会药店购药。第三次国家卫生服务调查分析报告的数据表明，调查地区患者就诊后在药店购药比例为 27.1%，其中城市合计为 34.7%，农村合计为 24.8%，其中大城市为 32.6%，中等城市为 40.9%，小城市为 32.5%。消费者的理性选择可以说明医生所提供的医疗服务的定义活动对于其生命健康具有很高价值。这在一定意义上就是医疗服务中的集成创新相对于患者而言的价值所在。

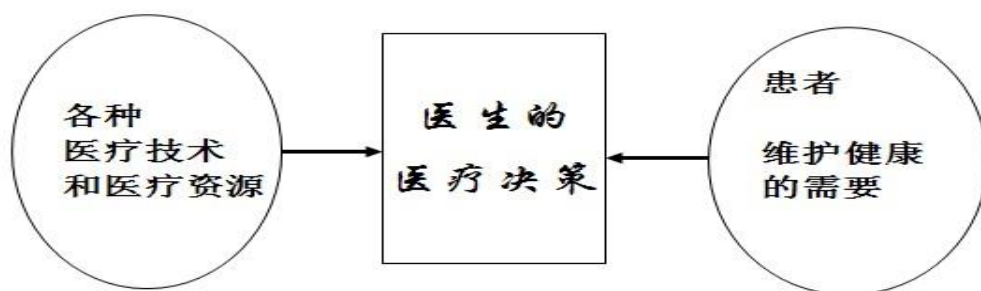


图 1-1-1 基于集成创新理论的医生诊疗决策图

同时，在其定义了适宜医疗服务的内容后，随着对诊疗服务的选择，临床一线的医务工作者又发挥了对中间环节上各种医疗服务和资源的作用。通过这一整合活动，相关的中间产品及服务的使用价值就得到了更好的发挥。也正因为如此，在传统的医疗机构中，医生凭借这一知识垄断地位，掌握对健康领域其他专业人员的分工与岗位配置的权力，并在临床一线发挥其主导作用。而在现代医院中，随着社会监管和行业规范的逐渐加强、管理控制的逐渐建立，应适度限制医生的这种绝对专业主导权。专业主导权，也可以被称之为专业控制与专业主导，指的是专业人员拥有其职业的垄断权力和工作的职业自主性。一方面指只有具备专业资格的经过长期系统训练的人才可承担此类工作；另一方面指，行业外的人难以评价他们的工作。在其他的语境中，专业主导或是专业控制也可以指行业规范对专业人员的影响，在本书中，这两个层面的含义都有所涉及。

1.1.2 医生医疗服务的价值与医疗服务定价

正如奈特所指出的，“消费者对产品和服务的内在属性的消费非常有限，很多情况下是主观消费”。³因此，在以患者为中心的医疗模式下，对医疗服务的有效定义，能够使得中间产品更好地满足消费者的需要，充分发挥医疗资源的社会功效，提高医疗服务领域整体社会福利水平，实现其价值增值（value-added）。这是医生集成创新活动所具有的社会价值。这一观点受到对张中南教授访谈时其观点的启发，在此表示感谢。

作为一个集成创新者，医务工作者特别是临床一线的核心医疗小组中的医生，其主要作用是贡献其长期积累而成的隐含性知识，正确地为患者和付费机构处理不确定性。如果说组织的价值应该属于所有参与价值创造的人，而医务工作者通过集成创新以及临床关注（attention）的投入，为患者及第三方付费者处理不确定性，为医疗机构的价值实现提供增值服务，那么，医务工作者就应该获得提供基于社会福利改进基础上的公共价值这一贡献的合理补偿，也应该分享到医疗机构的纯利润。而对医务工作者所提供服务的定价和补偿则需要认可和补偿从事医疗活动所投入的人力资本。

中国现行医疗服务定价机制严重忽略和低估了决定医疗安全和有效性的关键活动——医生所从事的集成性的诊疗服务和医疗机构的整合活动及其价值，因此而对医疗服务价值的严重低估是造成当前医疗系统的整体效率和有效性难以提高的重要原因之一。

根据贝克尔—莫非的相关理论，完成某一任务所需要的时间为做这一工作所需要的时间以及累计完成任务所需要的知识的时间两者之和。⁴医生要能够完成医疗服务中的集成和整合这一活动所需要的时间，既应该包括完成相关的整合与集成创新的活动，定义医疗服务所需要花费的时间，如围绕诊断和治疗活动的咨询、决策以及决策的评估等活动所需要花费的时间，也应该包括积累能够有效地完成这一整合和集成创新活动所需要花费的时间。相对于决策和决策评价等所需要花费的时间，积累知识所需要投入的时间更多，特别是大量的隐含知识所需积累的时间更为长久。医疗诊疗活动所需要的隐含性的知识包括：为能够有效地处

³弗兰克·H.奈特著：《风险、不确定性与利润》，安佳译，商务印书馆 2006 年版。

⁴ Becker, G. S. and Murphy, K. M. The division of labor, coordination costs, and knowledge. *The Quarterly Journal of Economics*. 1992, (4):1137-1160.

理不确定所需要积累的关于某类疾病的特定知识、关于患者的特定知识、医疗诊断技术和医疗治疗技术，包括药物治疗技术的相关知识以及关于医疗团队中相关的医务工作者的行为习惯和知识基础等方面的知识。这些知识既需要大量初始教育阶段的累积，也高度依赖医生长期临床实践的积累。此外，还需要医生持续地对患者给予高度关注来正确使用相关的专门知识（specific knowledge）。

现行医疗服务定价与补偿机制中，对医务工作者提供医疗服务的劳动时间认可度太低，对于医务工作者累计完成任务所需要的时间以及其价值体现甚少。而更为严重的则是，现行的补偿机制中对这些时间的补偿是负相关的，也就是，一个医术不精、医德不高的医生更多地采用高价格的药品和其他中间产品与服务，可以从现行补偿原则和方法中得到远高于医术高超、医德高尚的医生的报酬。

如果不能认可和尊重医务工作者在处理不确定性中扮演的积极主动的集成和整合的作用，医务工作者无法从社会获得对其有效整合活动的报酬，并在此基础上获得其知识投资的回报，那么医务工作者就没有足够的动力去关注患者、处理基于患者的个体差异及其变化所带来的不确定性，就会阻碍利于医疗安全与质量的医疗服务的发展。

1.1.3 医院以知识为基础的协调服务及其价值

从知识分析的角度来看待医院，我们还可以发现患者和公众除了需要医生所进行的这种医疗服务的定义并处理不确定性以外，患者及公众还依赖医院的行政性协调⁵。由于医疗服务中存在的供需双方知识和信息的不对称性，患者在选择医生、科室的时候，就会有较大的搜索成本。而医院作为管理机构，提供了对医生等医务人员的能力评价服务，并提供相对长期的激励—约束机制来规范医生的行为，从而为患者降低了医疗服务中可能的与人有关的道德风险和败德行为。而对医生的选择、评价以及配置等是需要投入大量的行政性服务的，也是需要积累大量的隐含性知识的。

此外，作为组织的医院本身也具有集成创新作用。其在定义服务市场、确定重点学科和重点科室的时候，既需要处理来自患者健康需求的不确定性，也需要对医疗技术和医疗领域的中间产品与服务的不确定性加以处理，从而完成医院整

⁵ Penrose , Edith T. The theory of growth of the firm, Basil Blackwell Publisher , Oxford.1959.

体的医疗服务的提供方面的定义。而这本身对于患者以及支付方来说，也是一种搜索成本和交易成本的节约。

随着现代转化医学的发展，以患者为中心、以临床价值最大化为目标、以解决临床实际问题为导向的临床研究和临床实践工作的开展，实现了临床诊疗与基础生命科学等领域之间的综合，并实现了这两大领域之间的知识整合。在转化医学背景下，现代医院特别是医学中心，在定义临床研究、应用基础研究和基础研究中处于中心主导地位，其本身也对社会的医学进步和科学发展以及相关的医疗技术的发展做出贡献。

现代医院或医学中心能够起到这样的作用需要其组织能力及相关的知识系统，其中，最为核心的是识别和评判的能力，以及跨学科知识整合的能力。这些知识和能力都具有相对较高的稀缺性，且对整个的医药卫生体系的持续发展影响深远。

按照奈特的利润理论，企业的纯利润是企业处理不确定的一种报酬。⁶依据金井贤一、伊丹敬之、小池和南的思想，这种纯利润应该被广泛地分配到所有参与处理不确定性的各类员工中。⁷医疗机构对不确定的处理本身是其利润的真正来源，这将从根本上颠覆传统的成本—收益理论对医疗机构利润来源的看法。而现有的医疗服务定价完全忽视了医院作为一个组织系统提供行政性的协调服务给患者、社会带来的价值增值，而社会也误解了医院的利润来源。

1.1.4 医疗服务的属性

第一，高度不确定性。医疗服务中的不确定性，既来自患者、家属以及其他利益相关者，也来自医疗技术和其他中间产品与服务本身。从患者端来说，在医疗服务中，其不仅仅有身心健康的需要，同时还有社会性和经济性的需求。患者对自身健康的关注程度、偏好的差异以及影响这些差异的患者的社会经济情况都会对患者的需要产生影响，而在疾病的不同阶段，患者的需要也会发生变化。且这些差异和变化极具复杂性和动态性。而从供应端来说，各种诊疗技术的安全性、有效性以及经济性如何，其对不同患者的疗效差异，以及人类自身对于现有技术及其长远影响的评价和认知的有限等，都在很大程度上使得医疗服务不得不面对

⁶弗兰克·H.奈特著：《风险、不确定性与利润》，安佳译，商务印书馆 2006 年版。

⁷金井贤一、伊丹敬之、小池和南、金洪云：《内部组织经济学》，生活·读书·新知三联书店 2004 年版。

不确定性的挑战。

第二，医疗生产与消费的同步性。消费者享用医疗服务的过程，也是医疗服务的生产过程。大部分医疗服务无法事先生产，很难预先定制，也无法在对服务的质量和价格信息充分了解后进行评价再做消费决策。医疗生产与消费同步性观点来源于张中南教授，在此特别加以说明。这种医疗生产与消费的同步性，使得医疗服务高度依赖医患之间的信任。同时，医疗服务的使用价值的评价也更加依赖主观体验。这一服务属性，也使得医疗服务的人际因素非常重要。一些社区医疗机构深得患者信任，在很大程度上凭借的是本土知识（local knowledge）和对人际关系的管理能力。也正因为如此，患者与医疗服务提供者之间的信任以及社会距离在很大程度上会影响患者对就医机构的选择、信任和满意度。

第三，专业性。由于核心医疗服务活动所需要的知识多数都属于隐含性知识及稀缺性程度较高的知识，这类知识具有较高的专门性。要能够胜任医疗服务相关环节和领域的工作，则需要专门的积累。除系统的高等教育训练外，最为重要的是深入而全面的临床经验。这一知识特征，使得医疗服务具有极高的专业属性。而专业性本身也使得社会中只有少数人能够积累相关的知识来胜任和评价这一专门性的工作。这在某种意义上也构成了医疗服务领域的专业壁垒和门槛。此在一定程度上保证了从业机构和机构的规模经济。医疗服务的规模经济建立在专业知识投资的规模报酬收益递增机制基础之上。

第四，提供者的基于知识的垄断性。医疗服务本身的专门性和高度的不确定性，在一定程度上导致了提供者基于知识的垄断性。⁸这种垄断性，由于其基于长期的知识累积，因此除非有大规模新知识的出现去部分折旧原有知识系统才能被打破。由于医疗服务本身是高度复杂而分散的，原有主导知识系统难以在短期内被超越或被替代。同时，由于医疗服务的提供，无论是在个人层面上还是在组织层面上，所涉及的多是隐含知识。医生和医院是依靠隐含性知识来处理自己和他人的隐含知识与明晰知识的。因此，这种垄断优势是较为明显且持久的。为了激励医生的长期积累，尤其是临床经验的积累，世界各国普遍的做法是适度维护医疗服务的提供者这种基于知识的垄断性以保证其人力资本投资的规模报酬递增收益。各国设置准入门槛较高的医生执业资格，并通过政府或是行业的人员准入和行业组织的准入等方面的规制来保证在职医务人员的收益。此外，由于医疗

⁸ Roberts J, Dietrich M, Conceptualizing professionalism: Why economics needs sociology, 1999, 58(4): 977-998.

服务的专业性，能够评价医疗服务及其提供者动机和专业水准的，也必须是医务专业人员，这又进一步加剧了其知识的垄断性。知识垄断性的表现形式是医疗领域内专家对于相关工作和人员配置的主导权以及这种主导权的不易被挑战。

1.2 医院的组织知识发展

医院的知识系统如何生成，以及在组织知识的形成中，不同类型的知识如何相互作用，推动知识的演化，是理解医院组织知识发展的关键问题。

1.2.1 组织知识发展模型

知识可以分为明晰知识和隐含性知识，前者是一种系统的概念性的知识，包括 Know-what 和 Know-why。后者是一种只可意会不可言传的知识，包括 Know-how 和 Know-who。Polanyi 最早提出知识的内隐性，并根据知识的可表达程度将知识划分为显性知识与隐性知识。⁹隐含性知识未经编码，是组织知识发展的源泉。个人拥有的隐含性知识的涌现是知识创造过程的核心部分和源泉。日本学者 Nonaka 和 Takeuchi 从认知科学的角度，创立了组织知识创造螺旋模型：组织知识的创造的逻辑起点是个人的隐含性知识，而个人隐含性知识经过社会化和群化转化为组织的隐含性知识，又经过外化和编码化转化为个人的或组织的明晰性知识。同时，个人、小组的知识又经过整合和综合而成为组织及网络的知识。¹⁰个人的隐含性知识只有通过外化或是社会化才能转变为小组的、组织的和网络的知识，从而克服个人隐含性知识因为个人的局限性而带来的知识孤岛状态和规模不经济（见图 1-2-1）。

1.2.2 组织知识发展与制度安排

如何促进个人的隐含性知识的分享，并通过社会化和群化转化为组织的隐含性知识，或是外化后经过整合而成为组织的明晰知识，是专业组织管理和治理的最核心的问题。组织知识的发展需要有特定的制度安排来激励个人隐含性知识的

⁹ Polanyi M. Personal knowledge: Toward a post critical philosophy. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

¹⁰ I. Nonaka, H. Takeuchi. The knowledge creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovative. Oxford University Press. New York. 1995.

分享。当个人的隐含性知识随着群化而转变为组织隐含性知识或是外化并经过整合而成为组织的明晰知识的时候，其知识的拥有者则让渡了部分隐含性知识的所有权及其收益权。组织为了酬劳这类知识的分享和贡献，应该给予各类激励。因此，尊重知识、尊重人才就是尊重人才所拥有的隐含性知识的个人所有权。周其仁教授在 1996 年发表的《市场里的企业：一个人力资本与非人力资本的特别合约》一文中所强调的人力资本的个人所有¹¹，应该是对此的最好诠释。

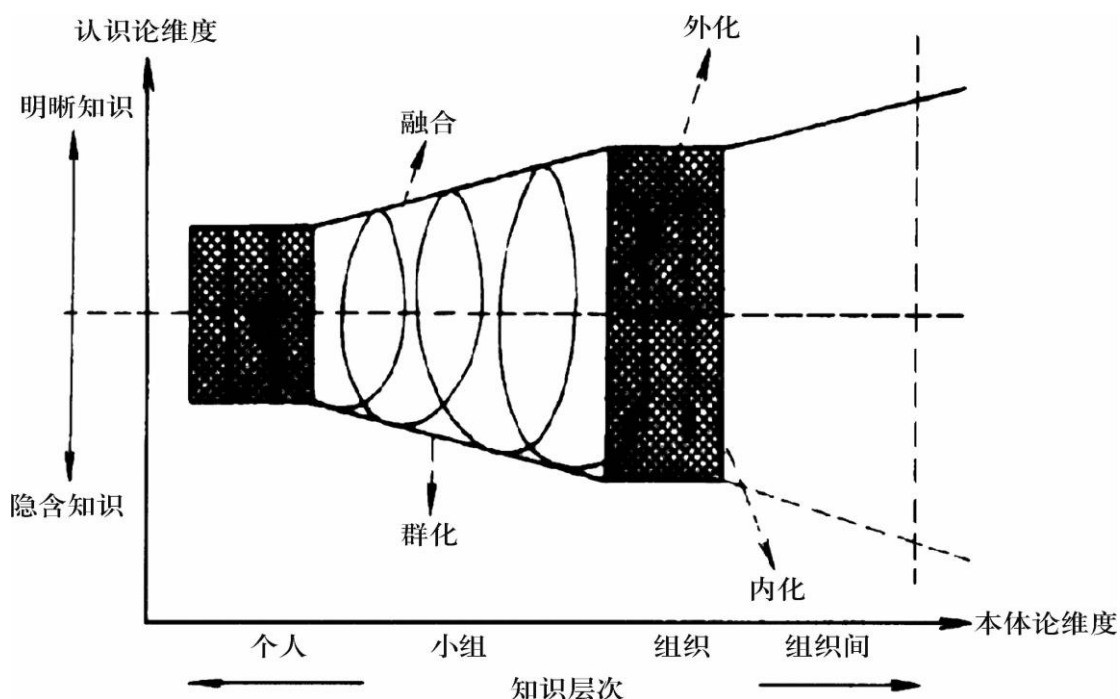


图 1-2-1 组织知识创造螺旋模型¹²

1.3 医院的知识系统分析

医院中各种类型的知识通过各个环节和流程在不同职业、不同岗位的人员之间流动、分享、转化，并最终体现在提供给患者和公众的医疗服务上，同时，也被整合到团队知识、组织知识和行业知识中，并成为组织知识系统中的一部分。

1.3.1 以患者为中心的知识系统

以患者为中心，以促进、维护或修复其健康为目的，可以将医疗机构的各个

¹¹周其仁：《市场里的企业：一个人力资本与非人力资本的特别合约》，载《经济研究》1996年第6期，第71~80页。

¹²此图源于 Nonaka I, H. Takeuchi. The knowledge creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. Oxford University press, 1995 之中文译图。

知识子系统分为以下的子系统（见图 1-3-1）。

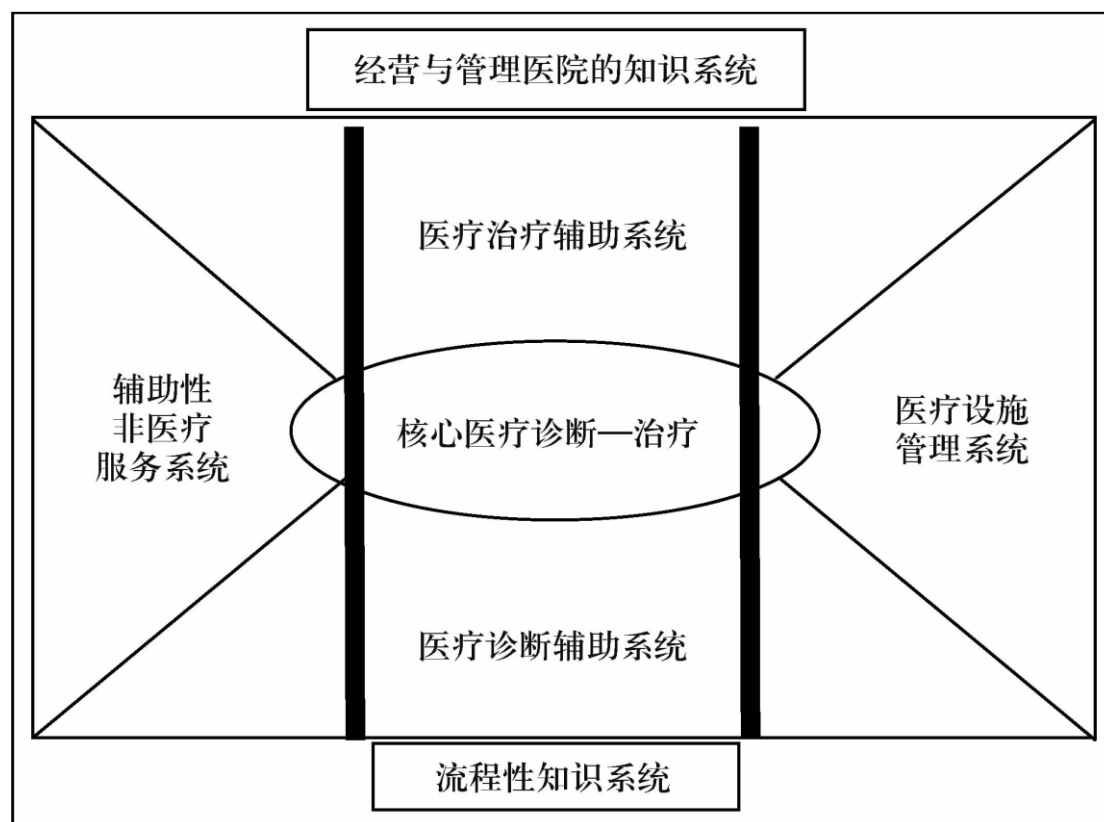


图 1-3-1 医疗机构的知识系统

第一，核心医疗诊断—治疗子系统。现代医学以患者为中心，整合各种知识。从解决患者的临床问题这一宗旨出发，医生处于整个知识系统的最核心，并提供集成创新。正如维基百科所定义的，医生是“从事医学工作的专业人员，其通过研究、诊断、治疗疾病和损伤以及其他生理、心理障碍，来促进、维护或修复人类健康”。¹³在提供医疗服务的过程中，医生需要以患者的问题为导向，运用所学知识与技能，为其提供专业化的医疗服务的定义与实施。在此基础上，医生还需要对中间环节上各种医疗服务和资源进行有效整合，以使这些服务和资源的使用价值得到更好的发挥。由于医疗服务本身充满着不确定性，医生的整合活动无法在提供产品和服务前基本完成，而需要医务工作者对患者持续高度关注，持续不断地处理不确定性。随着医疗服务的复杂性程度日益提高、多学科联合诊治的发展，处于知识系统中心的已逐渐是多学科协作的临床医生团队。

¹³维基百科，<http://en.wikipedia.org/wiki/Physician>，2013-9-15

第二，医疗治疗辅助系统和医疗诊断辅助系统。在医院知识系统中，除了医生之外，还有由护士、药师、康复医师、检验医师、病理医师等医务工作者组成的医疗治疗辅助系统和医疗诊断辅助系统。以前，由于临床一线医生拥有诊断和治疗的职业垄断权，其有权规范护士、药师等其他医务工作者的行为并进行岗位配置，医院一线管理的权力集中于核心医疗工作者——医生。而随着医院管理的加强、行业规范与国家规制的要求以及其他职业的竞争，处于医疗治疗辅助系统和医疗诊断辅助系统中的人员正在逐步分享医生的诊断和治疗权。其中，最为典型的是麻醉师职业的形成及药师与医师分享药物治疗的决策权。在此背景下，医院的权力结构关系发生了变化，评价的权力也逐渐转移到专业的管理者手中。与此同时，随着循证医学和转化医学的发展，医疗治疗辅助系统和医疗诊断辅助系统日益与核心医疗诊断—治疗系统相结合，临床团队的范围日益扩大。护士、临床药师、医学影像诊断医师等也成为临床团队的重要组成部分，进入到核心医疗临床团队中，如介入治疗中的医学影像医师等。跨科室的协调合作成为医疗服务中的重要一环，这对相关从业人员跨科室的整合能力、跨界沟通能力提出了更高的要求。

第三，经营与管理医院的知识系统。该系统是组织中战略决策、市场运营、组织协调和领导的子系统，不仅包括医疗领域的专业知识，还包括大量关于组织的知识、关于谁拥有组织或某一任务所需要的知识（know-who）、关于行业和所在地区的知识等。而在一个开放的复杂系统中，关于政策、政府规章、技术标准等方面的知识以及医药卫生体系，特别是医疗保障体系和药品供应与服务体系等方面的知识，对于医院的经营与管理也有非常重要的作用。随着大型医疗集团的形成与发展，关于资产运行和资本运作的知识系统也在发挥更大的作用。

第四，流程性知识系统。该系统是关乎医院的质量与安全的子系统，其通过质量管理、风险监控以及可持续改进，促进系统性的风险预防与控制能力的提高。该子系统内的院内感染控制、合理化治疗监测系统、医疗风险预防与控制系统等子系统保证医疗系统的安全可靠。该系统较多与外部的政府监管和行业规范系统联系。在现代医院中，药学知识系统和药事管理系统本身也属于该流程性知识的子系统。

第五，医疗设施管理系统和辅助性非医疗服务系统。医院知识系统还包括医

疗设施管理系统和辅助性的非医疗服务系统。前者主要是保证医疗设备、仪器和其他设施等处于有效运行状态的质量控制、安全维护等设备采购安装维护等方面的知识系统。而后者则包括保洁、饮食、垃圾处理等领域相关的知识系统。这两个系统中的从业人员，不仅需要拥有关于设备、设施、作业流程的相关知识，还需要拥有关于组织的知识，尤其是掌握临床对辅助性服务和设施运行的要求以及患者及家属对于这些领域的服务的标准等方面的需求。虽然它们与诊断、治疗活动并不直接相关，但作为医院知识系统中主要起支撑和辅助作用的子系统，其重要性也不可忽视。由于这两个子系统的专业化要求较高，医院需要将其内部化或外包给专业机构，以此来保证它们的正常运行，保证其安全、可靠、有效。

1.3.2 医院的管理知识系统

正如本章第一节所揭示的，医院的行政管理系统是其组织能力所在，对于其他的子系统有重要的整合、协调作用。

基于知识的视角，医院管理知识系统可分为四个层级（见图 1-3-2）：

第一层级是医院的战略性管理和高级行政管理领导层，其主要功能是战略选择与发展定位及组织协调。

第二层级是经营与战略决策的辅助系统，如医院的发展与规划部门、信息与数据分析中心等都属于该子系统。

第三层级是职能管理层，包括财产与资产管理、质量与流程控制系统和人力资源系统。其中，医院的人力资源系统中必须包含专门负责医师招募的专家，其本身是跨临床和人力资源方面的综合性专才。

第四层级是事务性管理服务支撑层。这一系统虽然层级不高，但对于医疗机构的有序而高效的运行具有重要意义。虽然有些医疗机构将事务管理层的大量非专业性工作外包，但总体而言，事务管理服务层面上有组织自身的专门能力是组织高效运行的重要基础。

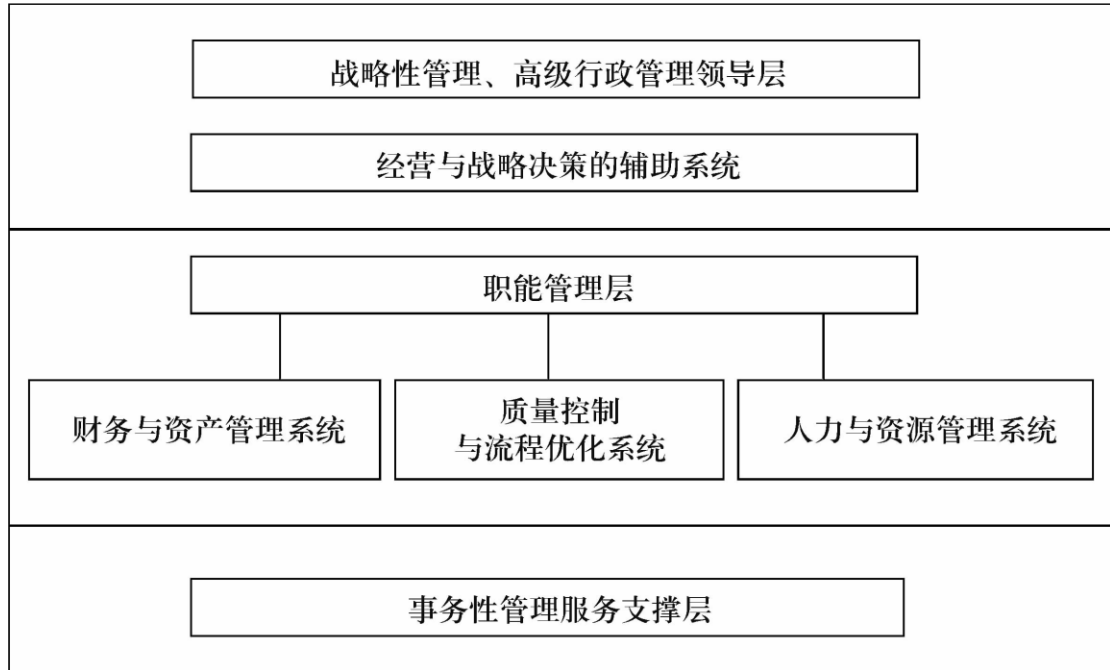


图 1-3-2 医院的管理知识系统

在医疗服务中，专业的医疗服务知识固然必不可少，但专业组织的管理和过程控制知识以及两者之间的耦合也是至关重要的。在医院的知识系统中，专业医疗服务知识是基础，过程控制和优化知识是平台和链接，专业的组织管理知识和能力是支撑和引擎。处在医院中不同层级的人员需要掌握相应的知识，如战略性管理、高级行政管理领导层需要具备专业的组织管理知识和能力，处在质量控制与流程优化系统中的专业人员则需要具备流程性知识系统中的过程控制和优化知识。

1.4 制度环境变迁引发的中国医院属性定位变化

对中国医药卫生体制来说，医院特别是公立医院的属性定位一直是关键问题，且在特定的时代和语境下，将医疗服务和公立医院的属性界定为是否坚持社会主义的办院方向。从某种意义上说，社会主义办院方向与政治的目标设定保持一致，并为政治上的制度优越性提供足够的政治资产是卫生行政主管部门和各级政府表现自身政治忠诚的重要指标。但是，组织的变革，特别是其核心制度安排的变化，如医院的财务制度等，必然会涉及医院属性定位的变化，这本身使得属性定位面临挑战。其需要平衡好法律上的合法性、政治上的正当性、经济上的合

理性以及社会认知层面上的合情性之间的关系。中国的医疗服务与公共卫生不同，其属性本身具有更大的复杂性，而基于医疗服务和医疗机构发展的内在要求，其属性则更需在制度层面上界定清晰，以为微观组织的活动确定边界。

1.4.1 医院的事业性属性定位

在 1952 年全国范围的医院调整及建设计划确定后，政府加大了对医疗服务领域的管理，并作出了医院是社会主义福利事业的界定，要求按照福利原则定价和收费。基于这一属性，医疗服务一直以福利事业定价，以减轻群众负担为基本出发点，1957 年、1962 年、1965 年大幅度降价，并在“文革”中继续降低价格。这个阶段，医院组织是明确的福利属性，虽有表达上的不同，如有些情况直接就被表达为社会主义的福利事业，有些情况则是具有福利性质的事业，但就本质而言，组织的原型是福利事业的原型，是被作为福利在社会成员之间进行再分配的。医院本身也不具有营利空间，也没有经济发展的责任。此规定一直延续到 1979 年。

1979 年《关于加强医院经济管理试点工作的意见》的文件中依然明确将医院界定为“实行救死扶伤，发扬革命人道主义精神的社会主义福利事业”。¹⁴但为了推进医院经济管理的模式，在该文件中，将实行经济管理视为完成任务的手段，“医院的任务，是以医疗为中心，开展卫生预防、医学教育、科学研究等工作。医院实行经济管理，就是用经济方法管理医院的业务活动和财务收支，以保证上述任务的完成，这是医院现代化建设的一个重要方面。为搞好医院的经济管理，应在统一领导、统一计划的原则下，给医院较大的自主权和机动权，以便充分发挥医疗单位的主观能动作用，认真把医院办好。”¹⁵而这一变化的端倪，在某种意义上意味着组织原型转型的开始。

1.4.2 1981 年后医院的产业性属性界定

在 1981 年的《解决医院赔本问题的报告》中，关于医院的属性界定则发生了根本性的变革，开始破除福利事业的基本原型，采用产业性的组织原型，在国

¹⁴卫生部、财政部、国家劳动总局《关于加强医院经济管理试点工作的意见的通知》，1979 年 4 月 28 日。

¹⁵卫生部、财政部、国家劳动总局《关于加强医院经济管理试点工作的意见的通知》，1979 年 4 月 28 日。

务院的文件中强调“从卫生部门来说，曾片面强调医院是社会主义福利事业，以为收费越低，越能体现社会主义制度的优越性”，¹⁶这实际上意味着在中央政策层面上开始反思对医院的属性定位，逐渐放弃原先的关于医院是社会主义福利事业的界定。这一界定的改变是基于对“左倾”思想的清算，同时也是基于医院生存和发展中的实际困难，为即将开始的医院的经济管理工作奠定基础，以提高其合法性。

1981年3月出台的《医院经济管理暂行办法（修改稿）》中明确指出，我国的医院是社会主义医疗卫生事业单位。¹⁷这个阶段，医院发展的基本逻辑依然在形式上继续遵循革命的人道主义原则，该文件指出，“医院实行经济管理，必须坚持社会主义办院方向，认真执行国家的有关方针、政策，救死扶伤、实行革命的人道主义”。但是就事实而言，从1979年到1981年期间，医院实行经济管理模式，且在卫生行政主管部门与医院之间实行了基于经济核算的目标责任制，1981年的文件也是一个促进医院推进经济管理的文件。从当时的制度设计的基本逻辑来看，明确了医院的医疗卫生事业的属性，而不再强调其是福利事业，承认了医院自身是有其独立的经济利益的，也将医疗服务的购买者和享用者与医院之间的关系界定为经济关系——付费有偿使用，从而界定了患者、患者所在的医保支付方、公费医疗的地方财政和劳保医疗的企业与医院之间的关系。这一过程，就本质而言，引入了医院发展中的基本制度逻辑：坚持按照客观经济规律办事。¹⁸因此，我们可以认为在这个阶段，有两个主导逻辑同时存在于中国医院的属性界定中：（1）医院是社会主义医疗卫生事业，需要坚持客观经济规律；（2）医院要坚持革命的人道主义原则。1985年的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》最为显著地体现了这一决策选择的特点。

1988年，《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》¹⁹提出了有偿服务的原则，并对非基本医疗服务和业余服务的定价、收入以及收入分配作出了界定，这是对医疗服务本身的产业性属性的承认，也是对医务工作者专业服务的价值的认可。1988年，《医院财务管理办法》颁布，在卫生部和财政部共同出台的这一文

¹⁶《国务院批转卫生部〈关于解决医院赔本问题的报告〉的通知》，1981年2月。

¹⁷卫生部《医院经济管理暂行办法（修改稿）》，1981年3月18日。

¹⁸卫生部《医院经济管理暂行办法（修改版）》，1981年3月18日。

¹⁹卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，1988年11月9日。

件中，医院被界定为“医院是医治和预防疾病，保护人民健康的社会主义福利事业单位，同时又是独立的经济核算单位。因此，医院的财务管理必须坚持社会主义办院方向，必须按照客观经济规律，在国家计划的指导下，积极合理地组织经济活动”。同时，在该管理办法的第 25 条医院收入管理的原则中，再次明确“医院是向患者提供医疗服务的卫生事业单位，必须按照收费标准收取医疗费用，用以补偿医疗服务消耗”。²⁰在这一文件中，医院的福利事业单位的属性界定虽然也出现，但社会主义办院方向以及人道主义原则的重要性已经开始逐步让位于尊重经济规律原则，其强调的是积极合理组织经济活动，而在具体的规定中（第 25 条）中则力图兼顾这两个基本逻辑，如“医院要本着救死扶伤的精神，正确处理治病和收费的关系。对危重病人在不影响抢救治疗的前提下，及时收取医疗费用。要及时结算住院病人的医疗费用”。²¹

采用这样一种方式来界定医院属性是为了适应制度环境的要求。一方面，政府无法继续维持对医院的投入，而医院和医务人员也存在着较大的改善办院条件、提高医院收入、提高个人收入的需求。从某种意义上说，在从全额拨款到差额拨款，再到定额定项补助的政府投入和责任减少的这一趋势，继续以医疗服务是福利事业而保持对医疗服务的定价扭曲本身已经无法继续维持下去，其在医疗领域内部已经没有合法性和合理性。另一方面，政府也不能放弃社会主义的办院方向，因此，只能允许两个逻辑同时存在。但是，不同于美国健康组织转型的是，这两个逻辑之间存在着一定程度上的内在冲突。而破解这一冲突的则是政府承担其自身责任，通过发展医疗保障事业，提高覆盖率和报销水平使民众自付费用在相对较低的前提下得到基本医疗服务，并积极促进医疗市场的有序发展，加强对医疗服务的监管。

但是，在当时的历史条件下，政府则采用了另一种方式来处理这一冲突：一方面，政府要求在基本医疗服务领域中维持福利性收费；另一方面，在不增加政府投入的情况下，甚至在减少政府实际投入的情况下，提出“以 X 养 Y”的模式，即在非基本医疗服务领域可以按照不包括工资的成本计价，鼓励医院用医院资产从事服务于医疗的非医疗业务来“以副补主”。这在某种意义上，使医院成为混合组织，有多个组织的逻辑，有多个逻辑不同的部门，追求不同的目标。与

²⁰卫生部，财政部《医院财务管理办法》，1988 年 2 月 2 日。

²¹卫生部、财政部《医院财务管理办法》，1988 年 2 月 2 日。

此同时，这个阶段外部整体的制度安排导致卫生行政主管部门采用了承包制来管理医疗机构，且在指标设定的过程中，将医务收入的增长、药品加成率等与费用控制相反的指标作为经济责任制的指标内容。从某种意义上说，这个阶段的制度环境以及政府及其相关部门的政策选择²²最终将事业性的属性和专业性的属性的逻辑降为次要的组织逻辑，而产业性的属性则成为医院这一组织的主导逻辑。

这一转变采用的是强制性的制度变迁，且在外部的制度环境中有较强的社会合法性，与医院的属性界定发生变化以及政府与医院的关系发生变化的现象较为相似的是教育领域、环境、卫生领域、文化体育领域。同时，作为较有中国特色的是，政府采用了承包制这一治理模式来实现对医疗领域的管理，而理论的分析和实践的检验说明承包制是会损害医疗服务及其提供者的专业化属性和事业性属性的，且也无法建立一个真正意义上的市场体系。因为，正如李薇指出的，“政府与医疗机构之间从行政管理到委托合同关系转变意味着前者对后者的直接控制减弱，此时如果没有市场竞争约束供给方，政府改革充其量只是向供给方转移了初始委托收益”。²³

1992 的《中共中央、国务院关于加快发展第三产业的决定》中将卫生与文化界定为第三产业，并要求“按照价值规律改革价格体系，解决第三产业长期存在的补偿不足的问题”，²⁴从而在最高层面上将医疗服务的产业特性予以明确，并公之于社会。这标志着医院的产业性属性的界定得到了法理上的合法性，而在此基础上，1992 年卫生部颁布的《关于深化卫生改革的几点意见》中采用了医疗服务属于第三产业的这一属性界定，并在此基础上尝试着引入与产业性属性界定一致的基于供需关系的浮动性定价机制，同时，也考虑到医疗服务事业是公益性的服务事业，在基本医疗服务领域没有做较大范围的调整，而是在特殊医疗服务领域引入此机制。

1.4.3 卫生事业界定为社会公益事业

1997 年 1 月 15 日的中共中央、国务院的《关于卫生改革与发展的决定》指

²²李薇：《中国转型期医疗保障制度改革的制度经济学分析》，载《上海经济研究》2006 年第 7 期，第 32~39 页。

²³李薇：《中国转型期医疗保障制度改革的制度经济学分析》，载《上海经济研究》2006 年第 7 期，第 32~39 页。

²⁴中共中央、国务院《关于加快发展第三产业的决定》，1992 年 6 月 16 日。

出，“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业”。在界定中，第一次明确地将卫生事业界定为社会公益事业，并将其与纯粹的福利事业作了区分，指出其是“政府实行一定福利政策的社会公益事业”。²⁵伴随着这一根本属性上认知的改变，产业性属性界定下的制度安排开始逐渐被反思和放弃，也是在这一背景下，政府开始强调政府的责任和公民个人的责任，并承诺“到本世纪末，争取全社会卫生总费用占国内生产总值的5%左右”。²⁶但此文件中，将医疗服务纳入了整体的卫生事业，而没有区分医疗服务与卫生服务的属性差异。相对于之前的围绕着福利事业和产业性属性两个不同界定的困扰，该决定以折中的社会公益事业的界定来应对来自不同的核心认知的可能的挑战与质疑，同时，“政府实行一定福利政策的社会公益事业”的表述方式是这种渐进性变革的特征体现。

2000年开始尝试分类管理模式来界定不同医疗服务机构的属性。在《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》中，确定“建立新的医疗机构分类管理制度。将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理。国家根据医疗机构的性质、社会功能及其承担的任务，制定并实施不同的财税、价格政策”。这一按照不同机构性质来界定医疗机构属性的方法是一个进步，但是，由于没有正确理解非营利性组织的本质，而错误地用是否获取利润和所有制形式为区分标准，并在税收和补助上给出区分。同时，也由于已有的公立医疗机构的既有优势以及市场体系的不健全和价格体系的扭曲，非政府举办的部分医疗机构因无法真正获得自主定价的市场优势，而不得不注册为非营利医院以享受税收优惠之实而选择了民营非营利的运营模式。而实际上，在后来的医改实践中，部分公立医院改制为非营利的民营医院，而部分民营营利性医院、体制外的乡村医生及部分个人诊所也通过政府基本医疗服务的采购项目而承担基本医疗服务和公共卫生服务，并得到政府的采购费用。这一界定方法实际上还是在回避矛盾，因为即使在非公立营利性的医疗机构中，其本身也是可以具有一定的公益属性的，如中国传统的私人诊所、新中国成立前的教会医院或社会组织或士绅名流举办的医疗机构，也有提供公益性服务的。

公立医院的公益性和非公医院的非公益性的界定，其本质是一个错误认知下的错误界定，但这一界定一直较为深刻地影响着后来的中国医药卫生体制政策的

²⁵中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》，1997年1月15日。

²⁶中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》，1997年1月15日。

选择。

2005年，时任卫生部部长高强在形势报告会议上指出，“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。卫生事业发展必须与国民经济和社会发展相协调，人民健康保障水平必须与经济发展水平相适应”。在这个阶段，将市场机制引入卫生事业已经是基本共识，但同时，需要坚持三个原则，其中之一就是公益性原则，“坚持卫生事业为人民健康服务的宗旨和公益性质不能变，医疗卫生机构不能变成追求经济利益的场所”。²⁷

2009年《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》强调，推进公立医院管理体制的改革，从有利于强化公立医院公益性和政府有效监管出发，积极探索政事分开、管办分开的多种实现形式。建立规范的公立医院运行机制，公立医院要遵循公益性质和社会效益原则。²⁸在新一轮医药卫生体制改革中，公立医院的公益性是重要议题。但公立医院的公益性到底指什么，不同的学者有不同的观点，此也反映了组织转型所必然存在的认知上的多元。例如，李玲教授认为“公立医院的公益性意味着公立医院的行动和目标与政府意志相一致，进而与社会福利最大化的目标相一致”。而另一些学者则认为，公立医院的公益性体现在任何有助于实现民众平等地享有公共卫生服务和基本医疗服务的权益问题上，²⁹主要体现在公立医院按照社会公众意愿，在保证质量的前提下，向社会提供的疾病预防和保健、医学科研和医学教育等公共卫生服务，以及向贫困人口提供免费或低收费的基本医疗服务等方面。³⁰至此，中国医院的属性定位中的主导思想是公立医院具有较强的公益性，而其他非公立医院可以按照医疗服务本身的规律行事。至于这一界定是否符合中国医疗服务的政策设定和社会阶段的特点，以及这一界定对未来的中国医疗事业发展的影响到底如何还有待进一步观察，但公立医院是否一定要以公益性为主，以及党和政府的惠及民生的政策到底如何体现，都值得进一步思考。

²⁷高强：《发展医疗卫生事业，为构建社会主义和谐社会做贡献》，载《中国卫生法制》2005年第4期（总第77期），第4~11页。

²⁸中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》，2009年3月，http://baike.baidu.com/link?url=2VfcGxUzDqK45hk6TuYr1IhSRDMF8QkH4mzjBHKlJKVOlZVlF713bLCEbV_ejqTyyRiib0nJP4Myi5A7FAvzA_。

²⁹李玲：《公立医院的公益性及其保障措施》，载《中国卫生政策研究》2010年第3卷第5期，第7~11页。

³⁰张明月：《对公立医院公益性的认识与思考》，载《中国卫生经济》2008年第27卷第12期，第8~11页。

1.4.4 医院的专业性属性的界定

医院的专业性属性也在 20 世纪 80 年代得到了重视。1985 年，国务院批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，同意了报告中所强调的“卫生工作是技术工作”³¹的界定。在这一卫生体制改革的纲领性文件中，强调了卫生工作的从业人员是需要基本的专业素质、要经过专业训练的，不具备资格的不能从事医疗服务有关岗位的工作，同时指出“未经专业训练的人员，不得安排到卫生部门担任技术工作。对现有的不懂业务技术的人员，有培养前途的要进行专业训练，对其他人员可组织其开展各项为本单位和社会服务的工作，实行独立核算，自负盈亏”。³²

在后来的 20 多年中，围绕医院的专业属性提出一系列的规制，从机构的准入、服务的准入和人员的准入等方面来界定医疗服务的专业性属性。1994 年 3 月 15 日颁布了《执业药师资格制度暂行规定》，以及陆续出台的关于医师执业制度的规定、机构和医疗服务准入的相关规定，都在一定程度上不断强化医疗服务机构的专业性属性。在医疗服务的各个环节的准入机制和规范制度逐步建立并发展以及建立执业资格制度和服务准入制度时，医院的专业性属性的界定已经成为共识。这在一定程度上意味着政府政策主导下的监管与专家主导权的共同发展。但由于总体制度环境中最为主要的逻辑是依然是增加医院的经济收入并在此基础上扩大医疗服务的数量，因而专业性属性发展得不充分。

总体而言，专业性属性的重要性程度日益提高，但是，在实际的政策层面和制度安排中，由于有医疗卫生行业的产业性属性的界定，同时，又以承包制来界定医院与政府之间的关系，因此当专业性属性和事业性属性没有监管机制和内部监督机制来维护的时候，在经济目标责任制的驱动下，产业性属性就被大大加重了。这在一定程度上是由当时一系列的政策选择及其背后的价值设定和决策偏好所推动的。而当这种制度体系一旦形成且相互作用，并造成了这一制度体系的既得利益者的时候，再次重构基本原则和价值系统，并以此重构医疗服务体系的阻力和困难将会加大。本书第三章、第四章、第五章、第六章、第八章将会揭示“以药养医”这一制度体系的演变过程以及其对于中国医院发展，特别是医院合理用

³¹ 《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〉的通知》，1985 年 4 月 25 日。

³² 《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〉的通知》，1985 年 4 月 25 日。

药工作的影响。

第二章 制度环境下的医患关系

2.1 中国患者的偏好和关注特征

2.1.1 患者的关注与偏好

患者的关注和偏好，是影响患者对医生的信任和医患关系的重要因素，也影响着医院如何分配医疗资源以满足各患者群体的需求。国外的研究认为，应当关注患者偏好，治疗有关的信息与其偏好匹配会带来良好的治疗结果。³³⁻³⁴“偏好匹配能使患者较好地处理疾病,在手术前后很好地调整自己”。此外，给予患者特定的信息,合理满足其偏好，将会导致更好的调整并使医生和患者互动的满意度得到提升。³⁵

在国际层面，随着民主化的发展、人们对健康的关注和“以人为本”的观念的深入，以患者为中心的医患关系获得日益增加的关注，并不断提高对患者偏好和关注的重视。从理念的渊源上，“以患者为中心”的理念源自两个方面：其一，对英国病人的实证研究；其二，对南非和加拿大医学实践的反思。在国外，“以患者为中心”的理念得到广泛实践。“以患者为中心”意味着患者想得到以下这些内容的服务或对待³⁶：（1）能了解患者问诊的主要原因、关注和信息需求；（2）寻求对患者世界的整体性理解——也就是说他们整个人、情感需求和生活问题；（3）发现问题的基础并互相在管理上达成一致；（4）加强疾病预防和健康促进；（5）加强医生和患者之间的关系。西方的“以患者为中心”的医学实践显示了对患者偏好和关注的重视。

³³ Auerbach,S.M., Martelli, M.F.& Mercuri, L.G. Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983, 44 (6) :1284-1296.

³⁴ Ludwik-Rosenthal, R.& Neufeld, R. W. Preparation for undergoing an invasive medical procedure: Interacting effects of information and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, 61 (1) :156-164.

³⁵ Auerbach,S.M., Martelli, M.F.& Mercuri, L.G. Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983, 44 (6) :1284-1296.

³⁶ Moira Stewart . Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ*. 2001, 322 (1): 444-445.

对于经济快速发展和处于社会转型时期的中国，患者偏好和关注是否有其自身特征，制度环境是否影响患者偏好，还需要实证的研究和分析。“看病难、看病贵”抱怨的广泛存在，显示了患者对医疗可及性和医疗价格的偏好和关注。此外，患者也关注医疗服务的技术水平、质量、候诊时间，以及和医生的互动等问题。而就医疗服务最为核心的两个维度——价格与质量——而言，不同的患者因为其自身社会经济条件有别、疾病严重程度有异，所以对“价格”与“质量”的偏好和关注也各不相同。

2.1.2 对患者偏好和关注的调研³⁷

为了更加深入地了解患者的偏好和关注，以及其偏好和关注对患者就医行为等的影响，笔者基于 2008 年中国国家统计局对全国 17 个省的 6956 位城镇居民有关医疗经历的家庭调查的样本展开分析。³⁸在具体的分析中，为了保证问卷尽可能由户主本人回答，我们选择年龄为 15 岁（按照通常的学制安排，这是“初中毕业”的年龄）至 85 岁之间，且为家庭户主或户主配偶的被访谈对象，共计 6482 个个体。³⁹根据不同个体患者的社会经济特征，包括其学历、收入等，我们分析了不同个体的一般偏好和核心关注。考虑到居民收入多元化来源的特性，在学历与收入之间并不存在完全一一对应的关系，而这两者都是影响居民社会经济地位从而产生认知和行为差异的最为重要的影响因素之一，借鉴“difference-in-difference-in-difference”分析思想，构建了“学历—收入”二维分组。具体而言，分类标准如下：低学历是指初中或初中以下学历（即不超过“义务教育”水平），高学历是指高中或高中以上学历；低收入是指收入低于 2008 年全国城镇居民人均年收入水平（17067.78 元），高收入是指收入不少于 2008 年城镇居民人均年收入水平；在此基础上形成“低收入和低学历组”、“低收入和高学历组”、“高收入和低学历组”以及“高收入和高学历组”；据此，前两组衡量了对于低收入组人群而言，不同学历人群的认知和行为差异，后两者则衡量了

³⁷这部分的数据分析与报告，由张琼博士负责，特此说明并致谢。

³⁸这 17 个省以及相应调查对象分布如下：天津（3.52%）、吉林（4.01%）、黑龙江（7.58%）、上海（4.26%）、浙江（11.18%）、安徽（7.96%）、福建（6.86%）、湖北（9.17%）、湖南（9.63%）、广东（16.32%）、广西（3.25%）、重庆（4.00%）、贵州（4.80%）、西藏（0.76%）、陕西（4.31%）、青海（0.76%）、宁夏（1.62%）。

³⁹值得一提的是，由于部分被调查对象在某些问题上并没有做出相应的回答，从而对于不同的分析对象而言，具体的分析过程中所使用的有效样本数有所不同。如无特殊说明，以后各节中针对此调查样本的分析均如此。

相对于高收入组人群而言，不同学历人群的认知和行为差异，前后两组差异若有所不同，则进一步体现了收入对不同学历人群认知和行为差异的非线性影响。表 4-1-1 显示了不同学历和收入水平的患者在医疗服务可及性、服务态度、医疗质量、价格等方面的偏好的差异。

分析发现，“距离近”、“质量好”、“有信赖的医生”、“是医保定点单位”对于不同收入不同学历人群而言都是选择医疗卫生机构时非常重要的考虑因素，但低收入人群（无论学历高低）相对而言对“价格低”更为看重，而高收入人群则更倾向于去医保定点单位就医，高学历人群相对而言偏好于“距离近”的医疗服务机构。

表 2-1-1 患者一般偏好的描述性统计

	低收入和低学历组		低收入和高学历组		高收入和低学历组		高收入和高学历组	
	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比
距离近	506	31.70%	737	34.30%	53	34.19%	300	35.25%
价格低	142	8.90%	132	6.14%	9	5.81%	22	2.59%
质量好	330	20.68%	455	21.17%	32	20.65%	184	21.62%
定点单位	209	13.10%	283	13.17%	28	18.06%	138	16.22%
有熟人	99	6.20%	139	6.47%	4	2.58%	38	4.47%
有信赖的医生	235	14.72%	332	15.45%	25	16.13%	130	15.28%
服务好	32	2.01%	26	1.21%	2	1.29%	13	1.53%
其他	43	2.69%	45	2.09%	2	1.29%	26	3.06%
总计	1596	100.00%	2149	100.00%	155	100.00%	851	100.00%

同时，不同学历和收入水平的患者对医疗机构的最为核心的关注因素也呈现出一定的差异，表 2-1-2 是对患者最为核心的关注因素的描述性统计，通过该表可以发现，不同学历和收入的患者在对医疗机构从业人员服务态度、医疗服务价格、医疗服务从业人员医疗技术、就医环境以及医疗设施等方面的关注也不同。

大致而言，医疗技术、服务态度以及医疗服务价格对于不同学历和收入水平人群而言都最为关注，但低收入和低学历居民更为关注医疗服务态度和收费价格，而高收入和高学历人群则相对更关注医疗技术水平。

表 2-1-2 患者的最为核心关注的描述性统计

	低收入和低学历组		低收入和高学历组		高收入和低学历组		高收入和高学历组	
	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比
服务态度良好	660	29.54%	810	27.67%	46	22.66%	292	26.14%
收费合理，价格规范	607	27.17%	767	26.20%	56	27.59%	242	21.67%
诊断准确，技术过硬	830	37.15%	1,215	41.51%	93	45.81%	538	48.16%
环境整洁，卫生有序	59	2.64%	66	2.25%	0	0.00%	15	1.34%
设备先进，设施优良	78	3.49%	69	2.36%	8	3.94%	30	2.69%
总计	2234	100.00%	2927	100.00%	203	100.00%	1117	100.00%

表 2-1-3 显示，尽管居民无论收入和学历高低均倾向于选择“二级”和“三级”医院，但低收入人群相对而言更多选择“个体诊所”、“药店”等机构，而高学历居民则相对更倾向于选择“三级医院”。

表2-1-3 患者就医选择的描述性统计

	低收入和低学历组		低收入和高学历组		高收入和低学历组		高收入和高学历组	
	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比
(1) 社区卫生服务中心/街道卫	262	16.42%	347	16.14%	26	16.77%	135	15.86%

生院								
(2) 一级医院	200	12.53%	247	11.49%	25	16.13%	101	11.87%
(3) 二级医院	462	28.95%	605	28.14%	42	27.10%	247	29.02%
(4) 三级医院	399	25.00%	600	27.91%	41	26.45%	263	30.90%
(5) 个体诊所、 药店等其他医疗 机构	273	17.11%	351	16.33%	21	13.55%	105	12.34%
总计	1596	100.00%	2150	100.00%	155	100.00%	851	100.00%

综合以上分析结果，我们大致可以得出，社会地位越高的患者越关注医疗服务的质量而不是价格。有时，即使是小病，这些患者也要去高端医院进行诊断和治疗，因为他们担心基层医疗卫生体系缺乏先进可靠的医疗服务，因此也不会选择层次较低的医院。而同时，经济不宽裕的社会群体更关注价格而不是医疗服务的质量。因此我们得出结论，经济条件限制了他们充分享受医疗卫生体系的自由。由此，患者的社会经济地位影响到其对医疗相关的服务和人员的一般偏好和核心关注。在某种意义上，社会地位较高群体的这种关注特征，并没有在第一时间被决策者重视。毕竟受到“看病贵”和“看病难”这一错误认知的影响，医药卫生体制改革的重点放在了解决看病贵的问题上，控制费用的不合理上涨成为医改初期的首要切入点。

而面对质量关注程度高的社会群体的健康需要和医疗需要，如何有效回应，是医疗服务体系发展需要考量的基本问题。

当中央政府的关注和有限的医保资源只能确保基本医疗服务的时候，当民众不断提高的健康需要迫使政府的医保项目在提高覆盖率的情况下又进一步提高了报销比例的时候，如何在回应公众不断上涨的健康需要的同时，还能控制好费用的不合理上涨，是个难题。过去的一贯做法是将基本医疗服务控制好，而鼓励和默许中高端医疗服务的浮动定价，并放弃对一线医疗服务领域的专业质量监管，这一“以 X 养 Y”制度安排的缺陷暴露无遗。2009 年的新医改并没有对变化了的群众的需求作出反应，而是将注意力较多放到了恢复公立医院的公益性、建立基本药物制度、建设基本医疗服务体系上，而这些一旦遭遇了医保报销待遇

的提高、公众健康关注的提高，原有的设计出来的体系的效率和公平性都遇到了巨大挑战。如何建立与公众关注相匹配的医疗服务体系以提高匹配度，从而提高医疗服务的满意度和政府医疗卫生资源投入的满意度，是未来医疗体系设计所必须考虑的。

2.2 基于社会分层的医患信任

2.2.1 医患信任的重要性

信任的重要性在医生和患者关系中一直被研究者关注。事实上，“多数学者在研究医患关系的建立和发展的过程中，发现信任缺失是医患关系中一个待解之结”。⁴⁰患者对医师和医疗服务机构的信任是影响患者和医生之间、患者和医院之间的互动、患者康复和满意度的核心因素。张仰瑜认为，信任危机是医疗纠纷的根本原因，减少医疗纠纷首先必须建立良好的医患信任关系。⁴¹同时，Hall et al. (2001)认为，信任是体现医患关系的意义、重要性和本质的核心特征。⁴²在这里，信任包括两类：一类是患者对个体医师的信任，另一类是患者对个体的医疗服务机构的信任。并且，这两类信任与对医疗服务系统的信任不同。而笔者还提出，在未来需要考虑患者及公众对整体的医疗服务体系的信任问题，且这一层次上的信任发展程度会影响患者对机构和医务人员的信任。有研究提出，在目前医患关系日趋紧张的情况下，促使医患关系良性化的可行性途径是医务人员要成为值得信任的人。⁴³同时，患者对医院本身和医疗行业的信任也被称为改善医患关系的重要方式。郑大喜等的研究探讨了医疗行业诚信危机的形成机理及治理对策。⁴⁴

⁴⁰李德玲、卢景国：《我国医患信任关系研究述评》，载《中国医学伦理学》2012年第25卷第1期，第104~106页。

⁴¹张仰瑜：《医疗纠纷与信任危机》，载《护理管理杂志》2005年第5卷第10期，第59~60页。

⁴² Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured and does it matter? *Milbank Quarterly*. 2001, 79 (4): 613-639.

⁴³陈颢：《病人眼中改善医患关系的可行性途径》，载《中国医学伦理学》2005年第18卷第4期，第1~2页。

⁴⁴郑大喜、肖亚琴：《医疗行业诚信危机的形成机理及其治理对策》，载《医学与哲学：人文社会医学版》2008年第29卷第2期，第41~43页。

2.2.2 基于社会分层理论对医患信任的实证分析

在社会学研究中，个体的社会经济地位是构成社会分层的基础特征，而被广泛讨论。基于社会分层理论，患者对医生的信任也和其自身的社会经济属性密切相关，就如第一节讨论的患者的经济社会地位会影响到其偏好和核心关注那样。在关于患者信任的研究中，我们根据关于社会利益的社会分层理论，基于患者本人的社会经济属性，对患者信任进行了调查探究。在这里，我们基于 2008 年中国国家统计局对全国 17 个省的 56482 位居民有关医疗经历的家庭调查的样本进行分析。根据调研问卷的结果，实际上只有 4752 位患者对医疗机构就医问题作出了回答，表 2-2-1 是这 4752 个被调查的患者所选择的医疗机构的分布情况。分析结果表明，患者在就诊时一般优先考虑二级或三级医院，社区卫生服务中心、街道卫生院和个体诊所、药店等也是患者较常选择的医疗机构，而相对而言，一级医院在整个医疗机构体系中处于较为尴尬的境地。

表 2-2-1 患者选择的医疗机构类型的分布

医院类型	数量	频率	累计频率
社区卫生服务中心/街道卫生院	770	16.20%	16.20%
一级医院	573	12.06%	28.26%
二级医院	1356	28.54%	56.80%
三级医院	1303	27.42%	84.22%
个体诊所、药店等其他医疗机构	750	15.78%	100.00%

我们依然以“收入—学历”为分组标准分析患者对服药和医生推荐的医疗检查的医学依从性（“遵医嘱”）方面的情况来判断其对医生的信任。分析结果见表 2-2-2，我们发现，相对而言，低收入低学历人群反而更不倾向于“遵医嘱”，而高收入高学历人群则更倾向于对“医嘱”完全听从。

表 2-2-2 不同患者遵医嘱程度的描述性统计

	低收入和低学历	低收入和高学历	高收入和低学	高收入和高学
--	---------	---------	--------	--------

	组		组		历组		历组	
	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比	频率	百分比
(1) 完全拒绝	28	1.75%	41	1.91%	2	1.29%	7	0.82%
(2) 部分接受	313	19.61%	414	19.26%	29	18.71%	145	17.04%
(3) 经医生解释 后接受	513	32.14%	694	32.28%	54	34.84%	262	30.79%
(4) 完全听从	694	43.48%	940	43.72%	66	42.58%	404	47.47%
(5) 医生制订医 疗方案时没有征 求患者意见	48	3.01%	61	2.84%	4	2.58%	33	3.88%
总计	1596	100.00%	2150	100.00%	155	100.00%	851	100.00%

此外，为了研究社会距离对不同社会群体的信任情况的影响，我们还进行了结构性分析。胡荣和王晓在研究中⁴⁵讨论了社会距离的概念的来源，社会距离这个概念最早源自加布里尔·塔德(G. Tarde)。塔德在《模仿律》(Law of Imitation)一书中首创了社会距离概念来反映阶级差距，他认为阶级之间普遍存在着社会距离，社会距离的大小反映的是阶级间的亲密程度，这种程度是可以量度的。⁴⁶

基于患者个体的受教育水平、收入水平和职业，我们得到其社会群体性的信息后，测量了同一层次医疗机构中，医疗机构和患者的社会距离。我们假定，在同一层次上，医疗服务机构的社会地位在组织层面和个体医师的层面上是相对平等的。基于主要的社会指标，一些重要的社会群体被选择出来。

表 2-2-3 社会距离和不同社会群体“遵医嘱”情况分析

	低收入和低学 历组		低收入和高学历 组		高收入和低 学历组		高收入和高学 历组	
	频率	百分比	频率	百分比	频	百分比	频率	百分比

⁴⁵胡荣、王晓：《社会资本与城市居民对外来农民工的社会距离》，载《社会科学研究》2012年第3期，第101~106页。

⁴⁶加布里埃尔·塔尔德：《模仿律》，埃尔希·克鲁斯·帕森斯英译，中国人民大学出版社2008年版。

					率			
社区卫生服务中心、街道卫生院、个体诊所、药店等其他医疗机构								
(1) 完全拒绝	15	2.80%	16	2.29%	2	4.26%	3	1.25%
(2) 部分接受	117	21.87%	157	22.49%	7	14.89%	37	15.42%
(3) 经医生解释后 接受	170	31.78%	246	35.24%	12	25.53%	80	33.33%
(4) 完全听从	219	40.93%	262	37.54%	24	51.06%	110	45.83%
(5) 医生制订医疗 方案时没有征求患 者意见	14	2.62%	17	2.44%	2	4.26%	10	4.17%
总计	535	100.00%	698	100.00%	47	100.00%	240	100.00%
一级医院								
(1) 完全拒绝	1	0.50%	4	1.62%	0	0.00%	0	0.00%
(2) 部分接受	36	18.00%	49	19.84%	7	28.00%	23	22.77%
(3) 经医生解释后 接受	80	40.00%	67	27.13%	7	28.00%	22	21.78%
(4) 完全听从	79	39.50%	123	49.80%	11	44.00%	53	52.48%
(5) 医生制订医疗 方案时没有征求患 者意见	4	2.00%	4	1.62%	0	0.00%	3	2.97%
总计	200	100.00%	247	100.00%	25	100.00%	101	100.00%
二级医院								
(1) 完全拒绝	1	0.22%	7	1.16%	0	0.00%	2	0.81%
(2) 部分接受	92	19.91%	102	16.86%	9	21.43%	47	19.03%
(3) 经医生解释后 接受	142	30.74%	197	32.56%	16	38.10%	73	29.55%
(4) 完全听从	211	45.67%	276	45.62%	16	38.10%	117	47.37%
(5) 医生制订医疗 方案时没有征求患 者意见	16	3.46%	23	3.80%	1	2.38%	8	3.24%

总计	462	100.00%	605	100.00%	42	100.00%	247	100.00%
三级医院								
(1) 完全拒绝	11	2.76%	14	2.33%	0	0.00%	2	0.76%
(2) 部分接受	68	17.04%	106	17.67%	6	14.63%	38	14.45%
(3) 经医生解释后 接受	121	30.33%	184	30.67%	19	46.34%	87	33.08%
(4) 完全听从	185	46.37%	279	46.50%	15	36.59%	124	47.15%
(5) 医生制订医疗 方案时没有征求患 者意见	14	3.51%	17	2.83%	1	2.44%	12	4.56%
总计	399	100.00%	600	100.00%	41	100.00%	263	100.00%

通过分析，我们得到下面的结论：低收入低学历患者对“一级医院”的“医嘱”更为遵从，而高收入高学历患者则对“三级医院”的“医嘱”相对更为信任。

虽然，那些受教育水平更低、收入更少的人们得到的医疗服务水平可能也更低，由此可能导致他们对医生或者医院的信任程度更低，然而，我们的研究也发现，收入高、受教育水平高的患者对医院的信任不一定相应就高。事实上，由于政府的目标设定等政策环境因素，较低层次的医院（基层医疗单位）处于医疗服务竞争的弱势地位，而二、三级医院由于得到政策支持和医疗技术的优势，处于医疗服务竞争的优势地位，患者对较低层次医院的信任程度往往不高。出于日常经验，二级医院和三级医院经常被那些只患有一般性疾病或处于非急性疾病的患者过度使用。结合笔者等人发现（2010）⁴⁷，更信任医师和医院的患者对等待时间和人际互动的较低质量有更低的满意度水平，而对于二级和三级医院，人际互动的质量是它们的弱项，也造成了患者对医院的满意度的下降。政府目标设定和患者期待之间的冲突以及患者对医师治疗动机的缺乏信任造成了患者对医疗服务整体满意度不高的情况。

由此，从社会分层角度，我们可以看到不同学历和收入水平的社会群体对医

⁴⁷ Qunhong Shen, Liyang Tang, Yilin Feng & Jenny Tang. The imbalance between patient needs and the limited competence of top level health providers in urban China: An empirical study. Asia health policy program working paper #19, November 2010.

疗服务机构的信任存在差异。相对而言，那些处于社会分层较高层次的患者对高端的医疗服务及其人员存在较高的信任水平，同时对私人诊所和其他类型医疗服务机构和人员有相对更低的信任。

2.3 失衡医疗服务体系下的患者满意度

医疗服务体系的失衡下的不同级别医疗机构患者的满意度，是本研究关注的一个重要问题。基于 2008 年城镇居民的入户调查，本研究得到以下基本情况。

2.3.1 关于候诊时间的满意度情况

在本部分设置了问题 22 本次就诊，您感觉在医院候诊所花的时间长短如何？

[1]很长 [2]较长 [3]一般 [4]较短 [5]很短

通过调查分析，可以看到总体而言，各个不同级别的医疗机构的患者在候诊时间的主观满意度上没有太大差异。

表 2-4-1 总体样本的候诊时间认知情况

候诊时间长短	数量	百分比	累计
很长	224	4.37	4.37
较长	971	18.96	23.34
一般	2,053	40.09	63.43
较短	1,170	22.85	86.27
很短	703	13.73	100.00
总计	5,121	100.00	

从 5121 名患者对于最近的一次医疗服务的候诊时间长短认知的回答看，可以看到大部分的患者还是认为候诊时间总体是可以接受的，认为候诊时间一般的人占 40.09%，而认为较短的则占 22.85%，认为很短的则占 13.73%。但依然有 4.37% 的人认为很长，而 18.96% 的人认为候诊时间相对较长。进一步的分析可以看出在候诊时间上，三级医院的患者是候诊时间最长的，而在社区卫生服务中心及街

道医院（仅有 11.50% 的被调查者认为时间很长或是较长）以及一级医（29.22%）。但同时，三级医院的患者对候诊时间的感觉很长的比例为 6.6%，而感觉较长的则为 26.52%，两者累计 33.12%，而感觉候诊时间一般的为 42.91%，感觉较短的 18.23%，仅有 5.74% 的被调查者认为在三级医院候诊时间很短。

表 2-3-2 社区卫生服务中心/街道医院患者对候诊时间的认知 (N=835)

候诊时间长短	数量	百分比	累计百分比
很长	19	2.28	2.28
较长	77	9.22	11.50
一般	296	35.45	46.95
较短	240	28.74	75.69
很短	203	24.31	100.00
总计	835	100.00	

表 2-3-3 一级医院患者对候诊时间的认知 (N=616)

候诊时间长短	数量	百分比	累计百分比
很长	41	6.66	6.66
较长	139	22.56	29.22
一般	266	43.18	72.40
较短	112	18.18	90.58
很短	58	9.42	100.00
总计	616	100.00	

表 2-3-4 二级医院患者候诊时间认知 (N=1467)

候诊时间长短	数量	百分比	累计百分比
很长	50	3.41	3.41
较长	307	20.93	24.34
一般	619	42.19	66.53
较短	318	21.68	88.21

很短	173	11.79	100.00
总计	1,467	100.00	

表 2-3-5 三级医院患者候诊时间认知 (N=1410)

候诊时间长短	数量	百分比	累计百分比
很长	93	6.60	6.60
较长	374	26.52	33.12
一般	605	42.91	76.03
较短	257	18.23	94.26
很短	81	5.74	100.00
总计	1,410	100.00	

2.3.2 关于被尊重方面的满意度

为了了解患者对于医疗服务中是否得到尊重的基本信息，在问卷中设计了问题 Q23:

本次就诊，您觉得在被接待、交谈或体检和治疗时得到尊重的情况如何？

[1]很差 [2]差 [3]一般 [4]好 [5]很好

基于 5121 位该问题上有回应的调查者的回答，可以看到整体而言，感觉很差和查的人相对较少，仅占总人数的 2.89%，而感觉一般的则高达 44.82%，感觉较好的则有 41.01%，感觉很好的有 11.29%（参见表 2-4-6）。

表 2-3-6 所有被调查关于被尊重情况的认知 (N=5121)

被尊重情况	数量	百分比	累计百分比
很差	45	0.88	0.88
差	103	2.01	2.89
一般	2,295	44.82	47.71
好	2,100	41.01	88.71
很好	578	11.29	100.00

总计	5,121	100.00
----	-------	--------

相对于其他医疗机构的患者，社区卫生服务中心/街道的患者感觉到更加被尊重。仅有累计 1.56% 的被调查者认为自己在诊疗过程中没有得到应有的尊重，有 41.20% 的患者认为被尊重的情况一般，而有 45.99% 的认为被尊重的情况较好，且有 12.81% 的人认为被尊重情况很好。同样，一级医院的患者的被尊重方面的满意度也相对较高，累计感觉被尊重程度很差和差的为 4.71%。二级医院的情况基本上与一级医院类似。

表 2-3-7 社区卫生服务中心/街道患者被尊重的认知情况 (N=835)

被尊重情况	数量	百分比	累计百分比
很差	7	0.84	0.84
差	6	0.72	1.56
一般	331	39.64	41.20
好	384	45.99	87.19
很好	107	12.81	100.00
总计	835	100.00	

表 2-3-8 一级医院患者被尊重的认知情况 (N=616)

被尊重情况	数量	百分比	累计百分比
很差	8	1.30	1.30
差	21	3.41	4.71
一般	290	47.08	51.79
好	229	37.18	88.96
很好	68	11.04	100.00
合计	616	100.00	

表 2-3-9 二级医院患者被尊重情况的认知 (N=1467)

被尊重情况	数量	百分比	累计百分比
-------	----	-----	-------

很差	12	0.82	0.82
差	32	2.18	3.00
一般	675	46.01	49.01
好	605	41.24	90.25
很好	143	9.75	100.00
合计	1,467	100.00	

相对于其他等级的医疗机构，三级医院的患者所感知的被尊重情况则表现为有更大比例的人感觉是一般。其中，有 49.57% 的被调查者感觉被尊重程度一般，而同时，也有累计 2.91% 的患者表示为被尊重程度很差和差。

表 2-3-10 三级医院患者被尊重情况的认知 (N=1410)

被尊重情况	数量	百分比	累计百分比
很差	10	0.71	0.71
差	31	2.20	2.91
一般	699	49.57	52.48
好	535	37.94	90.43
很好	135	9.57	100.00
合计	1,410	100.00	

同时，总体而言，个体诊所和其他医疗机构的患者所感知到的被尊重情况要略好于二级和三级医院，其中感觉被尊重情况“好”和“很好”的分别累计为 61.66% 和 66.13%。

表 2-3-11 个体诊所和其他医疗机构患者被尊重情况的认知 (N1=519, N2=124)

被尊重的情况	个体诊所			其他医疗机构		
	数量	百分比	累计百分比	数量	百分比	累计百分比
1	6	1.16	1.16	2	1.61	1.61
2	9	1.73	2.89	0	0.00	1.61

3	184	35.45	38.34	40	32.26	33.87
4	234	45.09	83.43	59	47.58	81.45
5	86	16.57	100.00	23	18.55	100.00
合计	519	100.00		124	100.00	

2.3.3 医患沟通的质量方面的患者满意度

为了了解患者对于医务工作者沟通质量的相关信息，2008 年的入户调查中设计了第 24 问，了解在就诊的过程中，医疗卫生服务人员对患者解释的清晰程度。从表 2-4-12 中可以看到，有 47.49% 的被调查者填写的是“一般”，同时，有累计 4.43% 的反映的是“很差或没有解释”和“差”。而认为“好”的为仅 38.64%，认为“很好的”为 9.43%（参见表 2-4-12）。这在一定程度上可以看到患者对于沟通质量是不太满意的。

表 2-4-12 所有被调查者关于解释清晰程度的认知 (N=5121)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
很差或没有解释	85	1.66	1.66
差	142	2.77	4.43
一般	2,432	47.49	51.92
好	1,979	38.64	90.57
很好	483	9.43	100.00
合计	5,121	100.00	

而继续分析，则可以看到这一现象在各个级别的医疗机构上都有表现，如在社区卫生服务中心/街道一般的比例为 46.23%，给予积极评价的比例为 50.66%，而在一级医疗机构给予积极评价的比例仅为 45.29%，低于半数，且表示很差或是差的累计比例为 4.71%。

表 2-3-13 社区卫生服务中心/街道医院患者对于解释清晰程度的认知 (N=835)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
------------	----	-----	-------

很差或没有解释	9	1.08	1.08
差	17	2.04	3.11
一般	386	46.23	49.34
好	340	40.72	90.06
很好	83	9.94	100.00
合计	835	100.00	

表 2-3-14 一级医院患者对于解释清晰程度的认知 (N=835)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
很差或没有解释	11	1.79	1.79
差	18	2.92	4.71
一般	308	50.00	54.71
好	221	35.88	90.58
很好	58	9.42	100.00
合计	616	100.00	

与社区卫生服务中心/街道医院以及一级医疗机构的患者在沟通质量上的满意度相比，二级以上的医疗机构的患者在此领域的满意度是相对下降的。其中，二级医院的患者认为解释的清晰程度较差或是不解释的累计比例为 5.32%，而三级医院则为 4.89%，相对而言，二级医院的情况更不令患者满意。而就给予“一般”评价的患者比例大小看，则是二级医院的患者中有 47.65%给出了“一般”的评价，而三级医院则为 48.44%，是所有医疗机构中患者给出一般“评价”比例最高的。而二级机构的患者认为医务工作者的解释清晰程度是“好”和“较好”的累计比例为 47.04%，而三级医院的这一比例则为 46.66%。综合而言，三级医院的患者对于医务工作者解释的清晰程度的满意度是相对最低的。在所有的机构中，包括社区卫生服务中心/街道医院、一级医院、二级医院、三级医院、私人诊所、其他医疗机构，三级医院的患者对沟通质量的满意度相对较低，是源于三级医院患者疾病的复杂性程度高，还是三级医院的医务工作者相对而言时间紧张，对于详细的介绍和沟通的意愿相对不足，本研究报告结合其他问题上的选择，更加倾向于后者。正如本报告所呈现的，有较多的患者是在罹患小病的情况下选

择三级医疗机构，同时，选择三级医疗机构的更多的是教育水平和收入水平相对较高的患者，其自身的认知水平也相对较高。基于上述分析，本报告认为三级医疗机构患者对医务工作者的解释清晰程度的满意度相对较多，还是在于医疗服务体系的结构性失衡导致大量患者涌入三级医疗机构，而三级医疗机构的核心胜任素质并没有在资源型扩张的同时有所提高，因而呈现出能力与患者需求之间的不平衡。

表 2-3-15 二级医院患者对医务工作者解释清晰程度的认知 (N=1467)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
很差或没有解释	38	2.59	2.59
差	40	2.73	5.32
一般	699	47.65	52.97
好	557	37.97	90.93
很好	133	9.07	100.00
合计	1,467	100.00	

表 2-3-16 三级医院患者对于医务工作者解释清晰程度的认知 (N=1410)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
很差或没有解释	22	1.56	1.56
差	47	3.33	4.89
一般	683	48.44	53.33
好	536	38.01	91.35
很好	122	8.65	100.00
合计	1,410	100.00	

表 2-3-17 私人诊所的患者对解释清晰程度的认知 (N=519)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
很差或没有解释	5	0.96	0.96
差	15	2.89	3.85
一般	218	42.00	45.86

好	221	42.58	88.44
很好	60	11.56	100.00
合计	519	100.00	

表 2-3-18 其他机构的患者对解释清晰程度的认知 (N=124)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
差	3	2.42	2.42
一般	55	44.35	46.77
好	51	41.13	87.90
很好	15	12.10	100.00
合计	124	100.00	

表 2-3-19 在药店购药的患者对解释清晰程度的认知 (N=150)

所认知的解释清晰程度	数量	百分比	累计百分比
差	2	1.33	1.33
一般	83	55.33	56.67
好	53	35.33	92.00
很好	12	8.00	100.00
合计	150	100.00	

2.3.4 患者对医疗机构服务质量的总体满意度情况

在了解了分项满意度之后,设计了一个问题来获得患者对于医疗机构医疗服务质量的总体满意度的情况。

问题 28: 总的来说,您对该医疗机构的服务质量是否满意?

[1]非常满意 [2]比较满意 [3]无所谓 [4]比较不满意 [5]非常不满意

通过统计分析可以看到,总体的满意度水平不高。其中,非常满意的比例为 5.53%,而比较满意的则为 68.34%,表示出无所谓的则占 15.72%,强烈表示了比较不满意和非常不满意的累计占 10.41%。

表 2-3-20 所有患者的总体满意度情况 (N=5120)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	283	5.53	5.53
比较满意	3,499	68.34	73.87
无所谓	805	15.72	89.59
比较不满意	469	9.16	98.75
非常不满意	64	1.25	100.00
合计	5,120	100.00	

具体分析不同医疗机构的患者总体满意度,则可以看到私人诊所和药店的患者对服务质量的满意度相对最低,而社区卫生服务中心/街道医院、一级医院、二级医院和三级医院的总体患者满意度都相对可以接受的程度。总体而言,表示满意的患者依次占比为 77.60%、72.73%、73.62%和 75.67%。但同时,还是需要注意的是二级医疗机构和三级机构依然有 11.66%和 11.49%的患者表示出了比较不满意和非常不满意。

表 2-3-21 社区卫生服务中心/街道医院患者的总体满意度 (N=835)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	53	6.35	6.35
比较满意	595	71.26	77.60
无所谓	129	15.45	93.05
比较不满意	57	6.83	99.88
非常不满意	1	0.12	100.00
合计	835	100.00	

表 2-3-22 一级医院患者的总体满意度 (N=616)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	34	5.52	5.52

比较满意	414	67.21	72.73
无所谓	90	14.61	87.34
比较不满意	68	11.04	98.38
非常不满意	10	1.62	100.00
合计	616	100.00	

表 2-3-23 二级医院患者的总体满意度 (N=1467)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	79	5.39	5.39
比较满意	1,001	68.23	73.62
无所谓	216	14.72	88.34
比较不满意	139	9.48	97.82
非常不满意	32	2.18	100.00
合计	1,467	100.00	

表 2-3-24 三级医疗机构患者的总体满意度 (N=1410)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	75	5.32	5.32
比较不满意	992	70.35	75.67
无所谓	181	12.84	88.51
比较不满意	145	10.28	98.79
非常不满意	17	1.21	100.00
合计	1,410	100.00	

表 2-3-25 私人诊所患者的总体满意度 (N=519)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	28	5.39	5.39
比较满意	324	62.43	67.82
无所谓	128	24.66	92.49

比较不满意	36	6.94	99.42
非常不满意	3	0.58	100.00
合计	519	100.00	

表 2-3-26 其他医疗机构患者的总体满意度 (N=123)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	10	8.13	8.13
比较满意	83	67.48	75.61
无所谓	23	18.70	94.31
比较不满意	6	4.88	99.19
非常不满意	1	0.81	100.00
合计	123	100.00	

表 2-3-27 药店患者的总体满意度 (N=150)

总体满意度	数量	百分比	累计百分比
非常满意	4	2.67	2.67
比较满意	90	60.00	62.67
无所谓	38	25.33	88.00
比较不满意	18	12.00	100.00
非常不满意	0	0.00	100.00
合计	150	100.00	

2.4 关于医患关系影响因素的统计分析

2.4.1 患者的一般人口学特征对医患关系的影响分析

患者的人口学特征和社会经济状况对于依从性和满意度的影响,一直是国际上相关的医学社会学和健康政策领域关注的问题,也是讨论医疗服务体系的绩效所关注的问题。一般而言,人口学特征,如年龄、性别等都会在一定程度上影响

到患者对整体的医疗服务体系，具体的医疗机构和医生的信任，也会影响到满意度。在本研究中，设计了相关的问题以验证患者的人口学特征对于医患信任和患者满意度的影响，同时，也以此为基础来构建其中基于患者分类的对医疗服务体系及其存在问题进行判断的方法。

2.4.1.1 患者年龄的影响

患者的年龄，不仅仅反映其自身的健康的基本情况。同时不同年龄的患者群，其年龄本身也体现了不同年代的患者人群的平均受教育程度、认知水平以及信念系统等方面的差异，其在一定程度上是折射不同年龄代之间的社会经济等方面属性的群体差异。本研究在控制了疾病严重程度、性别、教育程度、就业情况、户籍情况、婚姻情况以及患者的报销比例以及本次就医中所选择的医疗机构属性后，讨论年龄与遵守医嘱以及其对医疗服务满意度的关系。基于相关的统计分析，则可以看到在是否遵守医嘱这个问题上，年龄影响为正 U 型，其顶点在 45 岁。也就是说，45 岁最不遵守医嘱，依从性最低，而低于 45 岁的回答者中，年龄越小的依从性越高，而长于 45 岁的人群中则是年龄越大，越遵守医嘱。对不同年龄的患者的满意度进行回归分析，结果发现，不同年龄之间满意度不存在统计显著差异。由此可知，年龄对于依从性有一定的影响，而对满意度上的差异没有统计显著影响。而为什么中国是以 45 岁为分界线构成了患者遵守医嘱情况的正 U 型分布，还有待于与国际相关实证结果和中国相关的其他历史数据之间的比较分析，同时也有待于进一步的深层次的分析以揭示不同年龄的患者群背后的社会经济和认知差异以及这两类影响因素对于依从性的影响。

表 2-4-1 不同年龄对医患关系满意度的影响

年龄（岁）	-0.036*	-0.014
	(0.021)	(0.036)
年龄的平方	0.000*	0.000
	(0.000)	(0.000)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

控制变量：疾病严重程度、性别、教育程度、就业情况、户籍情况、婚姻情况、报销比例、就医的医疗机构属性

2.4.1.2 患者性别的影响情况

性别对于患者对医疗服务提供者的依从性和满意度的影响，也是值得研究。国内有研究表明性别对于治疗费用有一定的影响⁴⁸，相对而言，肿瘤患者中，女性患者的治疗费用高于男性。而国际实证研究都在一定程度上可以证明性别与依从性和满意度之间的一定联系。在控制疾病严重程度、年龄、教育程度、就业情况、户籍情况、婚姻情况、报销比例、就医的医疗机构属性后，本研究则显示：男性相对于女性，更容易遵医嘱，同时，其满意度也相对更高。但统计不显著。性别的影响，也不仅仅是人口学的纯自然因素，其本身也在一定程度上反映社会制度对于性别以及不同性别的人的认知和行为的影响。不同社会中女性的地位不同，其自我的性别意识不同，认知习惯不同，都会对依从性以及满意度产生影响。

表 2-4-2 不同性别对医患关系满意度的影响

是否男性	0.021 (0.075)	0.117 (0.079)
------	------------------	------------------

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

控制变量：疾病严重程度、年龄、教育程度、就业情况、户籍情况、婚姻情况、报销比例、就医的医疗机构属性

2.4.1.3 患者的社会经济状况对医患关系的影响分析

患者的社会经济状况，对于医患信任和满意度的影响也是国际上相关领域的研究一直关注的。而中国作为一个转型中的发展中国家，其自身所面临的社会分层以及这种社会分层是否会影响到医疗的公平性以及具体的医患信任和患者感受到的主观价值等都是有其研究价值的。在本研究中，主要关注教育程度、就业情况、户籍等社会分层研究中较为重要的因素。

2.4.1.4 患者教育水平的影响

教育水平的高低，被国际上其他的实证研究揭示出是较为显著地正向影响信

⁴⁸黄韻宇等：医保结算方式对我国城镇地区基本医疗保险恶性肿瘤参保患者治疗费用的影响分析，《中国卫生经济》，2011年第10期，第38-40页。

任和满意度。在本实证研究中，控制了疾病严重程度、年龄、性别、就业情况、户籍情况、婚姻情况、报销比例、就诊的医疗机构属性后，**发现受教育年限越长，其遵医嘱的可能性更低，同时，其满意度也更加低**。但同样是统计不显著。这一情况与国际研究的结果有较大的差异。总体而言，国际上受教育程度越高，其越容易遵医嘱。但在中国的特定环境下，受教育年限高的病患，其对医生的依从性相对较低，且满意度也相对较低。这是因为教育年限更长的患者更不容易信任和认同医生，还是受教育程度越高的人对于其他的专业人员都不容易信任和认同，还需要进一步的探索。

表 2-4-3 受教育年限对医患关系满意度的影响

ln（受教育年限）	-0.186 (0.122)	-0.265 (0.173)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

控制变量：疾病严重程度、年龄、性别、就业情况、户籍情况、婚姻情况、报销比例、就诊的医疗机构属性

2.4.1.5 患者就业状况的影响

本研究基于实证分析，在控制了年龄、性别、婚姻状况、教育程度、医疗保障水平、户籍情况、报销比例、疾病的严重性程度、就诊的医疗机构属性后，发现：就业情况对于病患的社会经济状况的影响相对较深，尤其是在中国的单位身份制度还在一定程度上存在的背景下。根据本实证分析，正规就业的患者相对于个体经营者而言，更容易遵守医嘱，同时，也表现出相对较高的总体满意度。这是与国际上普遍的趋势基本一致的，也是与就业情况中体现的社会分层特征基本一致的。总体而言，正规就业的患者，其总体的收入水平和医疗保障水平相对较高，而此保证了其具有一定的支付能力和个人健康风险的承担能力，而可以相对从容面对和处理个人健康问题。此会正向影响其遵从医嘱的意愿以及对医疗服务的总体满意度。相反，非正规就业的个体，则处于相对较大的健康风险的个人承担中，这种经济上的局促会在一定程度上导致依从性的下降和信任感的下降，并间接影响到对医疗服务的满意度。

表 2-4-4 就业情况对医患关系满意度的影响

当前是否就业	0.163 (0.165)	0.258 (0.196)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

控制变量：年龄、性别、婚姻状况、教育程度、医疗保障水平、户籍情况、报销比例、疾病的严重性程度、就诊的医疗机构属性

这在一定程度上也说明了中国现有的医疗保障制度的改革方向是进一步提高在基本医疗保障层面上的公平性，克服原有的社会保障制度中过分强调不同的身份之间的待遇差别，而应该以基本保障水平上的均等化为基本原则。

2.4.1.6 户籍情况的影响

户籍情况以及与户籍身份有关的社会分层一直是中国社会分层研究的一个重点领域。户籍身份是否也较大影响到医疗领域中的患者对医生的信任以及对医疗服务的满意度，是本研究希望探索的问题。

在新农合项目推出前，农村户口的患者的医疗保障水平极低，其医疗的可及性极低，且其能够得到的医疗服务的质量也相对较低。相对于农村居民的需求，当时的医疗服务的供给是有较为严重的问题的。而随着农村居民医疗保障水平的提高，同时，也随着农村居民离开农村到城镇居住和就业，其得到的医疗保障水平和医疗资源与城镇居民的差距也在逐渐缩小。而在这一过程中，部分靠近城镇的农村居民，其实际的医疗保障水平因为有村集体经济的有效支撑和村民合作举办的补充医疗保障制度⁴⁹，而得到了较为显著的改善。通过实证检验发现在城镇的有农村户口的居民其满意度更高，且统计显著。在本研究中，控制年龄、性别、疾病的严重程度、教育程度、就业情况、报销比例、就诊的机构属性，可以看到在城镇生活的农村户口的居民，对医疗服务的满意度是最高的。

表 2-4-5 户籍对医患关系满意度的影响

户口状况（参照组，本市县非农业户口）	本市县农业户口	0.172 (0.147)	0.585** (0.264)
--------------------	---------	------------------	--------------------

⁴⁹ 大城市的城乡结合部地区，特别是在征地和房产拆迁中得到较为正当的利益维护的农村居民，其在政府和开发商拆迁补偿款中留出了部分集体资金，并在其中为村民提供补充医疗保障。如广东南海的部分农村地区，与医疗机构合作建立门诊医疗补充补偿制度，对所有的门诊费用报销 50%，且设置了一定的总额限制。此有效第提高了这部分农村居民的医疗保障水平。

	外地非农业户口	-0.094 (0.273)	0.760 (0.512)
	外地农业户口	-0.111 (0.277)	0.524** (0.240)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1			

控制变量：年龄、性别、婚姻状况、疾病的严重程度、教育程度、就业情况、报销比例、就诊的机构属性

过去较多的研究是侧重于农村户口和城镇户口之间的对比分析，而对于外地城镇户口与本地城镇户口在医疗服务领域中可能存在的分层则相对较为不重视。本研究充分考虑了中国城镇化过程中的城镇人口在不同城市之间的人口流动，同时，也聚焦于医保待遇的可携带性这一政策问题，讨论外地居民和本地居民这类身份对患者的医患信任和满意度的影响。在严格控制了其他变量的基础上，本实证研究发现：本地居民相对于外地居民，更加倾向于遵从医嘱，表现出相对较高的对医生的信任，且统计显著。

而此现象的背后，是外地居民与医疗机构及其医生之间有更大的社会距离还是外地居民的报销比例相对较低于当地居民也低于其在户籍所在地的报销比例而引起的依从性下降，还有待于进一步的探索。

2.4.1.7 婚姻情况的影响

婚姻情况是一个综合性指标，其既是人口学属性的指标，同时，也反映一定的社会经济状况。其也会间接影响到个人的健康关注需求和就医行为。根据本实证分析，在所有的人群中，未婚患者对医生的处方建议的遵从性最低，但其对医疗服务的总满意度又相对最高。这是一个较为有趣的现象，而此现象发生的机制以及其可能的政策涵义还有待于进一步的研究和讨论。

表 2-4-6 婚姻状况对医患关系满意度的影响

婚姻状况（参照组，未婚）	有配偶	0.368 (0.242)	-0.190 (0.286)
	离婚	0.246 (0.302)	-0.129 (0.389)

	丧偶	0.218 (0.324)	-0.089 (0.394)
	其它	0.002 (0.234)	-0.090 (0.354)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1			

控制变量：年龄、性别、户籍情况、疾病的严重程度、教育程度、就业情况、报销比例、就诊的机构属性

2.4.1.8 医疗保障水平的情况

医疗保障水平的高低一直与医疗服务体系中的患者就医行为、医患信任和患者满意度都有较为紧密的联系。而中国政府一直致力于医疗保障水平的提高，希望降低患者及家庭负担，并改善因为经济压力而产生的依从性低以及由此引起的治疗效果不佳，从而提高患者对于医疗服务体系的，那么是否患者的报销比例越高，其实际享受的医疗保障水平越高，就一定会带来更高的医患信任和满意度改进呢？

中国目前的实际的社会保障水平的高低一方面与收入、年龄有关，但更多的还是与患者所处的身份有关。相对而言，保障水平最高的是政府机关的公费医疗，而相对保障水平较低的是城镇居民医保和新农合。同时，根据中国医保制度中报销制度的设计，不同疾病严重程度的患者也有不同的报销比例。而在这个当中，医生的治疗方案的选择和医疗机构的诊疗行为的合理性程度等都会对患者个人的支出水平产生影响，也会对个人在健康方面的投资的有效性产生影响。不同保障水平的人在医患信任和满意度方面是否呈现显著差异，是本研究关注的问题。结果发现虽然医疗保障水平之间还是有较为显著的差异，但是，医保水平的差异并不直接显著影响信任关系的发展程度，也不直接影响满意度水平的高低。如表所示，报销比例高的患者总体而言，更加遵医嘱，同时，满意度也更高，但是，这并没有统计学上的显著性。也就是说，一味地希望通过提高医疗保障水平来改善医患信任，提高患者满意度的做法，其效果如何，还有待于进一步的观察。

毕竟医患关系受到多种因素的复杂影响，特别重要的是其也受到医疗资源提供的及时性、质量等方面的影响，也受到患者对于医疗服务期望的影响。一般而

言，医疗保障水平相对较高的人群，在中国也是社会经济状况总体相对较好的人群。但这一人群其对于医疗服务的质量的需求有相对较高期望，同时，对医疗服务服务体系的能力和服务动机的认知也是较为复杂多元的。但总体而言，在改善医疗服务体系，提高医疗服务质量的同时，保证公众的医疗保障水平，则有利于提高患者的依从性也能够有效改进患者对医疗服务的满意度。

表 2-4-7 医疗报销比例对医患关系满意度的影响

医疗报销比例（参照组，全部报销）	70%以上	0.042 (0.148)	0.048 (0.149)
	40-70%	-0.103 (0.193)	-0.162 (0.163)
	20-40%	-0.203 (0.189)	-0.192 (0.220)
	20%以下	-0.326 (0.228)	-0.142 (0.294)
	不能报销	-0.077 (0.133)	-0.137 (0.165)
	*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

控制变量：年龄、性别、婚姻状况、户籍情况、受教育程度、就业情况、疾病严重程度、就诊的医疗机构属性。

2.4.1.9 医疗服务价格信息的透明度对医患关系的影响

医疗服务的价格透明度以及相关的管理流程和管理制度能够保证相关的财务信息得到尽可能充分的分享，而这是否会改进患者满意度，是一值得思考的问题。中国卫生行政管理部门一直在推进医院的财务信息系统中有关患者费用的规范化管理和信息透明化⁵⁰。而保证患者能够及时获得相关的医疗服务活动的准确的价格信息，是其中的部分内容。

本研究设计了此类问题以来揭示查询医药费用账单的便利程度对于患者满意度的影响。结果发现，在控制了患者的年龄、性别、婚姻情况、就业情况、户

⁵⁰ 卫生部、国家中医药局《关于印发医疗机构内部价格管理暂行规定的通知》，2011年4月15日。

籍、报销比例、疾病的严重程度以及就诊机构的属性这些变量后，可以看到费用查询的便利程度越高，患者的满意度相对越高。这在一定程度上说明财务信息上的有效监管是有利于促进医院在价格信息和费用信息上的规范有序，进而间接作用于患者满意度的提高。这也证明了医院在提高财务信息的透明度以及患者及家属对医疗相关信息的可及性是有利于改善医患关系的，其是可以提高患者对医疗服务的总体满意度的。

表 2-4-8 医疗机构的努力对于改进医患关系的可能影响分析

查询医药费用账单的方便程度如何？（参照组，很差）	差	-0.122 (0.284)
	一般	0.672** (0.296)
	好	0.837*** (0.310)
	很好	0.666* (0.380)
	未查询	0.570*
Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

控制变量：年龄、性别、婚姻状况、受教育程度、就业情况、户籍状况、疾病严重程度、就诊的医疗机构属性、医疗报销比例

2.4.1.10 就诊环境对医患关系的影响

就诊设施和环境，其作为患者就诊环境的重要组成部分，是否也对患者满意度的改进有直接影响？事实上，中国医院为了提高自身对患者的吸引力一直在尽可能改善就诊环境，包括等待就诊大厅的环境、卫生间的环境等，但同时，随着公众医疗需求的不断提高，也随着二级三级医疗机构的规模片面扩张，二级以上医疗机构的患者快速增加，从而大大降低了环境设施的改进所带来的对患者而言的便利和舒适。因此，在这一背景下，就诊环境的改善对于医患关系的影响是需要进一步研究和探讨的。

本实证研究在控制了患者的年龄、性别、婚姻状况、教育程度、就业情况、报销比例、疾病严重程度和就诊机构属性这些变量，结果发现医疗机构在设施方面的改进，设施利用方面的便利卫生等，是有利于提高患者满意度的。同时，通过对患者对接诊的设施和环境的评价可以看到，相对于等待时间、医务人员解释的清晰程度，患者对就诊设施和环境的满意度是相对较高的。某种意义上，就诊环境的改进还是在一定程度上降低了患者所认知的社会距离加大对于患者信任和满意度的负面影响。

表 2-4-9 就诊环境对医患关系满意度的影响

就诊的设施和环境（包括厕所）如何？（参照组，很差）	差	-1.033** (0.508)
	一般	-0.424 (0.446)
	好	-0.266 (0.492)
	很好	0.107
Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

控制变量：年龄、性别、婚姻状况、教育程度、就业情况、户籍状况、报销比例、疾病严重程度和就诊机构属性

第三章 制度环境与中国医院的发展

区域卫生规划是指导一个地区医疗卫生机构发展的重要蓝图,我国的区域卫生规划经历了认识和研究阶段、全国普遍开展相关工作阶段和重新确立区域卫生规划的重要地位阶段,但区域卫生规划仍存在一些主要问题,其中包括医疗资源的不合理配置和医院不合理发展的问题。处在中国制度环境下的医院发展呈现出资源扩张的特征,这不仅表现在医疗机构的数量扩张方面,还表现在医院中床位数的增长,以及医疗技术人员的增加方面,其中三级医院的扩张最为明显。医院扩张是与其制度环境密切相关的,患者对医疗质量、药品安全的需求的提高以及医疗保险覆盖率的提高、政府对医疗机构的补助政策的规定、医院等级评审制度以及医疗机构本身的规模经济性成为当前我国医院资源型扩张的重要的制度环境。然而,在医院规模和业务扩张的同时,医院业务发展所需要的能力并没有得到相应的提升,这使医院面临资源扩张和医院能力有限的冲突,这些问题亟待解决。

3.1 中国的区域卫生规划

区域卫生规划是区域内国民经济和社会发展规划的组成部分,是区域内卫生发展和资源配置的综合规划。区域卫生规划以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求、保护与增进健康为目的,针对区域居民健康需求和主要卫生问题,确定卫生发展目标、模式、规模和速度,对主要卫生资源进行统筹规划、合理配置,改善和提高卫生综合服务能力和资源利用效率,保持卫生服务供给与需求的平衡。

时任卫生部党组书记、部长高强在《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》的讲话中指出:“改革的基本思路是,由政府制订统一区域卫生规划,根据公共卫生服务和居民基本医疗服务需求,确定保留公立医疗机构的数量和规模,负责公共卫生和基本医疗服务,其余的公立医院可引入市场机制,吸收社会资金,改制改造成社会非营利或营利性医疗机构。运行机制要体现公益性质,完善保障措施。政府要控制公立医院的收费标准和收入规模,不鼓励创收。支出要由政府科学核定,给予保障,实行‘核定收支,收支挂钩,超收上交,差额补助’

的经济机制。”⁵¹同时，他还提出，要“统一区域卫生规划要按属地化原则，实施区域卫生规划，优化资源配置，完善分类管理，加强政府的宏观调控和行业监管，有效解决卫生事业资源配置不合理、不协调问题”。2005年，卫生部和国家中医药管理局在全国各级各类医疗机构中深入开展了“以病人为中心，以提高医疗服务质量”为主题的医院管理年活动，主要针对当前医疗服务管理、医院发展方向、发展思路等方面不符合科学发展观要求和医疗机构公益性质淡化，明确发展方向，坚持为人民健康服务的办院宗旨。

区域卫生规划对我国医院发展有指导作用，但我国的区域卫生规划发展还不成熟，没能起和医院发展进行有效的互动作用，还存在一些主要问题。

3.1.1 中国区域卫生规划的三个发展阶段

我国的区域卫生规划经历了以下三个发展阶段：

第一阶段：主要是认识和研究阶段（1985~1995年）。我国对区域卫生规划和卫生资源配置的研究起步较晚，到1982年才有江苏、吉林两省开展医疗卫生人力需求的预测。20世纪80年代，利用世界银行的贷款资金，卫生部在浙江省金华市、江西省九江市和陕西省宝鸡市，实施了“区域卫生发展项目”的试点工作。⁵²两江试点的目的是改革原有公费医疗和劳保医疗制度，建立社会统筹医疗保险基金与个人医疗账户相结合的社会保险制度，从国家和企业包揽全部医疗费用改革为国家企业和个人分担。试点初始，工作重心围绕医疗保险制度构建。随着改革试点的深入，医疗资源规模扩大和利用效率与财政及保险基金支付的矛盾凸显出来，因此优化配置、合理使用卫生资源也被纳入改革试点的重要内容。国务院确定原国家计委牵头负责这项工作，区域卫生规划开始提上政府工作的议程。⁵³此阶段区域卫生规划没有得到广泛的社会认同，形成卫生主管部门独家搞的局面，带有明显的自发性和地域性的特点。⁵⁴

第二阶段：全国普遍开展相关工作（1995~2003年）。1996年，国家计委、财政部、卫生部联合召开区域卫生规划工作研讨会，标志着区域卫生规划工作打

⁵¹高强：《发展医疗卫生事业，为构建社会主义和谐社会做贡献》，载《中国卫生体制》2005年第4期，总第77期，第4~11页。

⁵²白志勤、饶克勤：《规划30年 效果不明显》，载《中国医院院长》2012年第18期，第79页。

⁵³侯岩：《我国区域卫生规划的沿革与创新》，载《中国卫生政策研究》2011年第9期，第1~4页。

⁵⁴雷海潮：《区域卫生规划在我国的引入和发展》，载《中国卫生经济》2000年第10期，第25~27页。

破了卫生主管部门独家推动的状况。1996年颁布《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出将区域卫生规划工作作为今后一段时期内深化卫生管理体制改革的 important 内容和卫生发展的突破口。⁵⁵该决定明确指出：“区域卫生规划是政府对卫生事业发展实行宏观调控的重要手段，它以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求为目标，对机构、床位、人员、设备和经费等卫生资源实行统筹规划、合理配置”。这是政府文件首次提出“区域卫生规划”的概念和内涵。⁵⁶1998年12月《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》再次明确提出，要制定和实施区域卫生规划，调整卫生机构布局，优化卫生资源配置。

1999年，《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》明确了规划共组的内容，编制原则和程序，⁵⁷界定了以地市级行政区域为基本规划单位，明确了规划编制的主要原则内容和方法，提出了各级政府开展区域卫生规划的要求和相关政策措施。⁵⁸而区域卫生规划重点内容之一是社区卫生服务，针对这项内容，国家十部委也在1999年7月联合下发了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》。⁵⁹

2000年2月，《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》将卫生全行业管理和实施区域卫生规划再次提升到改革的高度，又一次强调了区域卫生规划在宏观医药卫生体制改革中的重要性。2000年4月《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》指出，各级政府和卫生行政部门要以区域卫生规划为指导，根据本地区的卫生需求，逐步优化卫生人力资源的配置。⁶⁰到2003年年底，全国各省级政府均出台了卫生资源配置标准，200多个地级市制定了区域卫生规划，部分城市在组织实施医改的新形势下，强化区域卫生规划，优化卫生资源配置。

第三阶段：在深化医改中重新确立区域卫生规划的重要地位（2003年以后）。2003年“非典”的发生影响了各区域卫生规划的实施，同时实施中出现的一些矛盾和问题，如管理体制的制约、领导推动的力度、社会各方面认识的差异、卫生投入的紧缺以及规划的水平等等，使规划在落实过程中困难重重。因此，到2005年前后，除少数地方外，区域卫生规划工作总体上处于停滞。坚持不懈并取得切实进展的是天津市。据有关材料显示，在市委、市政府的高度重视领导下，

⁵⁵雷海潮：《区域卫生规划在我国的引入和发展》，载《中国卫生经济》2000年第10期，第25~27页。

⁵⁶侯岩：《我国区域卫生规划的沿革与创新》，载《中国卫生政策研究》2011年第9期，第1~4页。

⁵⁷雷海潮：《区域卫生规划在我国的引入和发展》，载《中国卫生经济》2000年第10期，第25~27页。

⁵⁸侯岩：《我国区域卫生规划的沿革与创新》，载《中国卫生政策研究》2011年第9期，第1~4页。

⁵⁹雷海潮：《区域卫生规划在我国的引入和发展》，载《中国卫生经济》2000年第10期，第25~27页。

⁶⁰雷海潮：《区域卫生规划在我国的引入和发展》，载《中国卫生经济》2000年第10期，第25~27页。

天津市 2000 年前确定了城市两层医疗服务网络的规划方向和发展两头、调整中间的思路。2002 年制定了《天津市区域卫生规划（2001—2010 年）方案》。此后，据此调整全市卫生资源，坚持数年取得明显成效。2006 年，全国深化医药卫生体制改革工作启动，在改革方案制定过程中，区域卫生规划受到高度关注，部际协调工作小组将卫生资源配置纳入了专题调研。2009 年颁布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确指出，“强化区域卫生规划。省级人民政府制定卫生资源配置标准，组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划”，“建立区域卫生规划和资源配置监督评价机制”。2010 年卫生部等部门制定并经国务院同意印发的《公立医院改革试点的指导意见》，把强化区域卫生规划作为六项主要任务之首，提出合理确定公立医院功能、数量和规模，优化结构和布局，完善服务体系。一些公立医院改革试点城市适应卫生改革发展要求和群众健康期待，开始了新一轮的区域卫生规划和资源调整。随着新医改的推进，区域卫生规划工作在充实提高的基础上，再次展开。⁶¹

在地方层面上，2006 年全国各省、直辖市、自治区均制定了“区域卫生资源配置标准”，200 多个地级市制定了“区域卫生规划实施方案”。⁶²

3.1.2 我国区域卫生规划存在的主要问题

我国区域卫生规划仍然存在较多的问题，主要问题有以下五个方面：（1）缺乏对于区域卫生规划目标的明确认识。（2）缺乏实施区域卫生规划的制度基础。

（3）缺乏实施区域卫生规划的手段。（4）政府卫生经费补贴方式和方向没有发挥引导卫生资源合理流向的作用。（5）区域卫生规划的技术需要不断完善。⁶³其中，缺乏区域卫生规划实施的制度基础，被笔者视为核心问题。

我国区域卫生规划中存在的这些问题影响了我国医疗卫生资源的合理配置，也没能在区域卫生规划和医疗机构发展间有良好的互动，当前，我国医疗机构尤其是三级医院存在不合理的资源型扩张的现象。

⁶¹侯岩：《我国区域卫生规划的沿革与创新》，载《中国卫生政策研究》2011 年第 9 期，第 1~4 页。

⁶²苗慧波、常文虎、周庆逸：《区域卫生规划研究概况》，载《卫生软科学》2007 年第 3 期，第 258~260 页。

⁶³石光：《关于区域卫生规划的若干思考》，载《中国卫生资源》2005 年第 4 期，第 147~148 页。

3.2 中国医疗机构的扩张及影响因素

3.2.1 我国医疗机构的扩张

新中国成立后，全国卫生部门的卫生机构经历了较快的增长过程（除了 20 世纪 50 年代底到 60 年代中期这一阶段），到 20 世纪 90 年代这种增长趋势逐渐放缓，卫生部门卫生机构的数量保持较平稳的增长。全国各类医疗机构总数变化情况如图 3-2-1 所示。

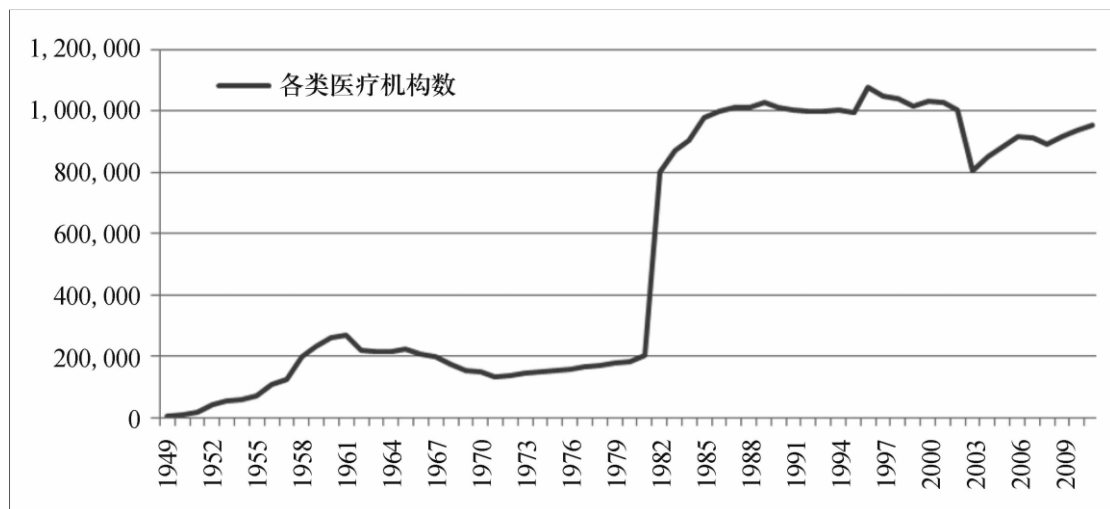


图 3-2-1 全国各类医疗机构数变化趋势（1949~2011）⁶⁴

同时，新中国成立后全国卫生部门床位数、人员总数、卫生技术人员数，包括其中的医师数目和护士的人数也得到较快速的增长。根据《中国卫生统计年鉴》（1998~2001）对全国卫生部门床位数和人员数的统计情况，从 1949 年到 20 世纪 90 年代中期，全国卫生部门的床位数和人员数量经历了较快的增长过程，后来增速逐渐放缓。其中，人员总数的数量增长最快。1949~2011 年，每千人口卫生技术人员、每千人口执业（助理）医师数、每千人口注册护士数以及每千人口医疗机构床位数的增长情况如图 3-2-2 所示。

从全国医疗机构每千人口卫生技术人员、每千人口执业（助理）医师数、每千人口注册护士数以及每千人口医疗机构床位数的变化趋势中，我们可以看到，新中国成立后的半个世纪中，中国医疗卫生机构在卫生技术人员扩张的整体状况。新中国成立后每千人口卫生技术人员增长了四倍多，从 1949 年每千人

⁶⁴数据来源：《中国卫生统计年鉴》（2012），中国协和医科大学出版社。其中，1982 年后的部分增长是因为统计口径的改变，村卫生室被纳入机构统计。

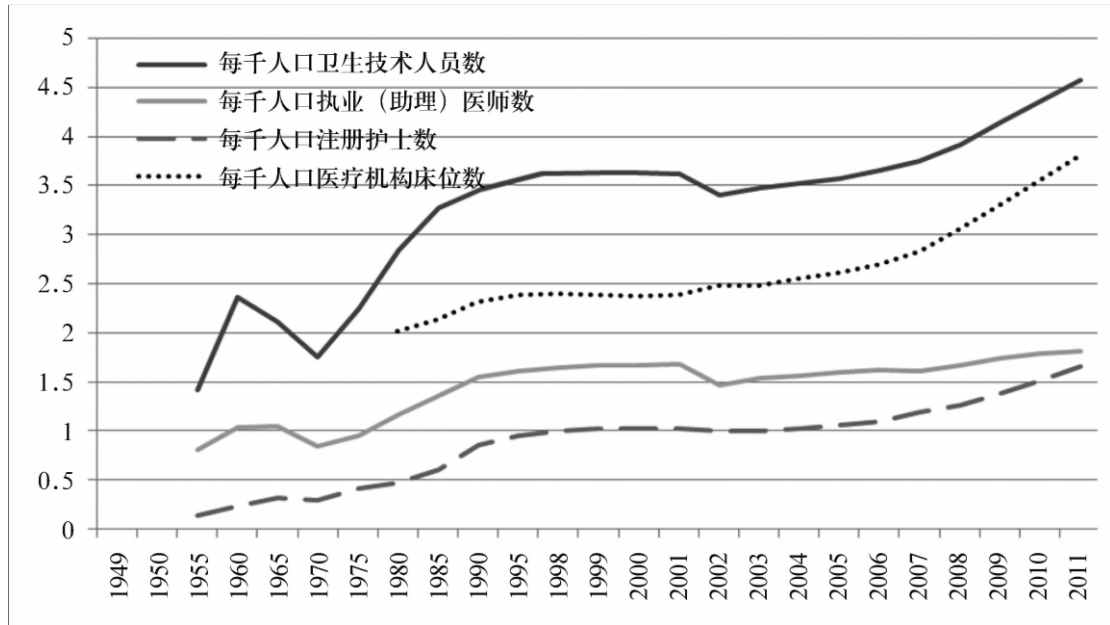


图 3-2-2 全国医疗机构每千人口卫生技术人员数、医师数、护士数和床位数（1949~2011）

65

口卫生技术人员只有 0.93 人，到 2011 年已增长到 4.58 人。医疗机构床位数增长了约 20 倍。1950 年每千人口医疗机构床位数只有 0.18 张，2011 年则为 3.81 张。其中，1982 年后的部分增长是因为统计口径改变，将村卫生室的床位和卫生技术人员都包括在医疗资源的统计中。近些年，政府提高了医保覆盖率和参保人口报销待遇，激发了医疗市场，并催生了患者就高不就低的择医行为，这也导致高级别医疗服务机构面临巨大压力，即怎么平衡患者的需求和高级别医院有限的资源之间的矛盾。三级医院不断改善、扩大它们的能力并不断地投入建筑、机器与设备，进行资源型扩张。

根据《中国卫生统计年鉴》的数据，我们可以发现，不同等级医疗服务机构的病床使用率（见图 3-2-3）存在着较大的差异，越来越多的患者因小病而选择高级别医院作为主要就医医院。从图 3-2-3 中不同等级医疗服务机构的病床使用率可以看出，从 2005 年到 2008 年，二级医院和三级医院的床位利用率远远高于一级医院和社区卫生服务中心的床位利用率，其中。到 2008 年，三级医院的床位利用率接近 100%，而一级医院和社区卫生服务中心的床位利用率基本不到

⁶⁵数据来源：每千人口卫生技术人员、每千人口执业（助理）医师数和每千人口注册护士数的数据来源于《中国卫生统计年鉴》（2012），中国协和医科大学出版社。其中，每千人口医疗机构床位数的数据来自《中国卫生统计年鉴》（2012）（2007~2011）的数据、《中国卫生统计年鉴》（2008）（2002~2007）的数据和《中国卫生统计年鉴》（2003）（2002 年以前）的数据。

60%。在某种意义上，二级、三级医院的整体扩张趋势较为显著，这一现象在三级医院最为严重。这一方面使得中国民众有机会享受到高级别的医疗服务，但另一方面也使得医疗费用和城乡居民就医的总成本迅速提高，看病难和看病贵成为被广泛关注的问题。

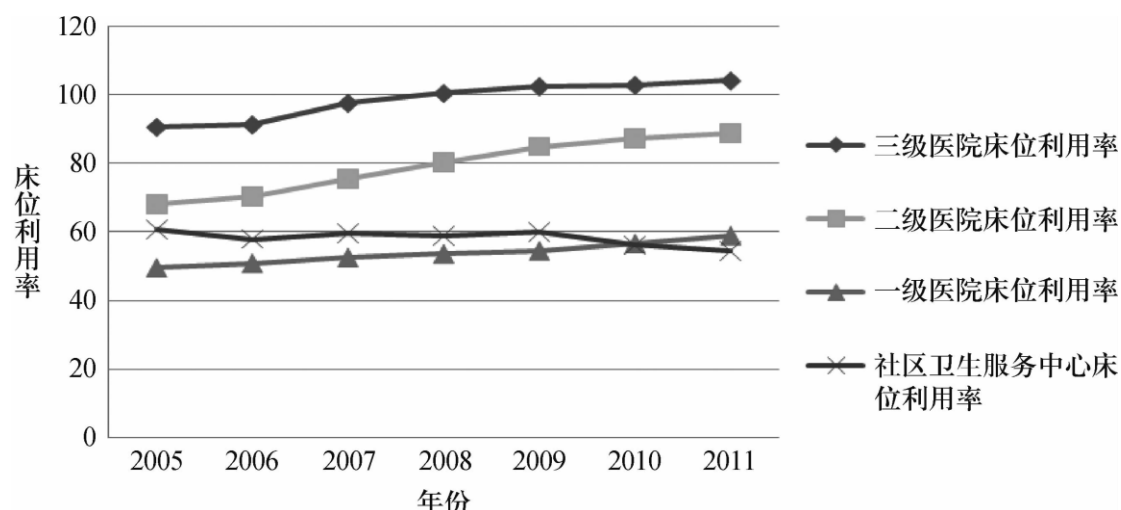


图 3-2-3 不同等级医疗服务机构的床位利用率（2005~2011）⁶⁶

为了解决看病贵和看病难的问题，各级政府采取了一系列措施控制费用的不合理上涨，提高二级、三级医疗机构的实际服务能力。自 2007 年以来，中国政府作出前所未有的承诺，要通过改革计划来改善、拓展与保障医疗服务体系的质量。同时，政府还承诺，到 2020 年，中国每个公民都享有基本医疗服务。⁶⁷ 2009 年新医改以来，政府继续围绕这一承诺开展工作，并将此作为进一步深化医药卫生体制改革的合法性的基础。而 2009 年调整后的新的 2020 全民健康纲要计划则更加强调通过加强管理监督和提高基本医疗服务来提高医疗质量和医疗服务体系的效率。从 2009 年新医改以来，三级医疗机构扩张的脚步并没有停下，而患者不断努力到更高级别的医疗机构求医问药的行动也从来没有停止过。在供方疲于应付的同时，是需求方的苦苦期待。中国医疗服务体系的建构原则到底是什么，如何防止这一畸形的医疗服务体系继续恶化，以及从制度环境的角度，如何看待这一体系发展的影响因素，尤其是基层三级医院扩张的影响因素，是理解中国当代医院发展所要回答的重要问题。其中，“以药养医”的制度体系到底在多大程

⁶⁶数据来源：《中国卫生统计年鉴》（2006~2012），中国协和医科大学出版社。制图盛莹。

⁶⁷温家宝：《关于发展社会事业和改善民生的几个问题》，载《求是》2010 年第 7 期，第 3~16 页。

度上影响着微观医院的发展策略与选择，是此问题的关键所在。

3.2.2 医院扩张的影响因素

从制度环境视角分析，中国医院资源扩张的现象是与我国医院所处的制度环境密切相关的。首先，随着社会经济的发展和公众健康认知的提高，公众（主要是患者）对健康的关注，对医疗服务可及性、质量等要求相应提高，期待得到更加充足、同时也更高质量的医疗服务和更安全有效的药品，在这一小部分，我们将以实地调研中中国部分城市居民对药品安全的需求情况作为实证资料，分析这种日益增长的安全需求对医院扩张尤其是我们在第二小节提到的三级医院扩张的影响。其次，近几年我国居民收入水平提高，同时医疗保险覆盖率也达到较高水平。随着居民个人收入和医疗保险覆盖率的提高，以及对医疗质量和药品安全的重视，更多的患者愿意到二级或三级医院等高级别的医院就医，以便于得到较高质量的医疗服务。同时，政府对医疗机构的财政补助政策的规定、医院等级评审制度以及医疗机构本身的规模经济性也构成了医院扩张的重要的外部制度环境因素。

（一）公众健康需求不断上升

中国公众对健康的关注以及在医药卫生领域的消费也与经济发展水平的提高基本保持一致，在某些领域和某些地区甚至还超前于中国的经济发展和社会发展水平。根据中国医疗卫生事业白皮书（2012年12月），中国居民的健康水平已处于发展中国家前列，2010年人均期望寿命达到74.8岁，但根据世界卫生组织的数据，中国的健康寿命仅为62.3岁，⁶⁸在这个巨大的差距背后是高昂的医疗费用支出及其快速增长（2011年，中国卫生总费用为24345.91亿元，而从1978至2011年，该费用年平均增长为11.32%）。保护人民健康是写入中华人民共和国宪法的，也是政府对百姓延年益寿、维护健康需求的回应。一方面，政府不断加大在公共卫生和基本医疗领域的投入，既包括直接投入也包括用于基本医疗保险的投入，并在2013年3月的第十二届全国人民代表大会第一次会议上承诺中国国民健康水平进一步提高，人均预期寿命要达到75岁。另一方面，政府也希望能够有效利用财政资源和医药资源，在控制医疗费用上涨的同时，通过改进药

⁶⁸资料来源世界卫生组织公布排名，转引自人民网，《我国居民平均健康寿命62.3岁》，2011年9月1日。

品质量和合理用药来提高在医疗方面的投入一产出比。但与此同时，各种致病因素还在持续发展，如水体污染、空气污染、工作压力增加以及不良工作方式和不良生活方式等都带来了疾病增长，例如，每分钟新增 6 名癌症患者。这些在一定程度上会继续激化公众对自身及家人健康的高度关注。

公众对安全的关注持续增长，正如李克强总理在 2013 年 1 月的国务院食品安全委员会第五次全体会议中所指出的，“群众对食品安全、环境质量、健康医疗等更加关注，柴米油盐的安全就是人民的突出愿望”，与食品安全一样重要，甚至更加重要的是药品安全。人民群众对于药品安全与有效性的关注快速提高与这一需求的变化有关。

（二）制度环境对三级医院资源型扩张的影响

除了患者健康和安全需求不断提高对医院扩张的影响外，一系列的制度安排也影响着三级医院特别是三甲医院向低端市场扩张的行为。

首先医保支付制度与报销制度催生医院规模型扩张。一方面，大部分医保机构根据医院人均次费用水平来确定点医疗机构的奖罚水平，为了相对摊薄人均次费用，医疗机构倾向于多收病情相对较轻的病患，收治常见病、小病患者。另一方面，虽设置了不同级别医疗机构的报销比例递减的制度，但幅度太小难以起到引导患者理性择医的作用。

在政府对医疗机构的财政预算性投入政策上，一些补助政策规定诱发了医疗机构的扩张。例如，1988 年，卫生部、财政部发布了《医院财务管理办法》，明确医院是差额拨款预算管理单位，国家对医院实行“全额管理，差额（定额、定项）补助，超支不补，结余留用”的预算管理办法。同时，还积极鼓励医疗机构挖潜，扩大医疗服务范围以增加医疗业务收入。而 1998 年《医院财务制度》规定国家对医院实行“核定收支、定额或定项补助、超支不补、结余留用”的预算管理办法。这些意味着规模扩张，特别是新项目、新技术为基础的服务可为医院带来更多收入和收入结余，无论这些项目是否是针对常见病或轻病患者。

而在医院等级评审方面，医院的规模包括床位设置、建筑、人员配备、科室设置等以及医院的业务范围是评价和划分医院等级的重要指标，这也驱使一些医院为了医院等级而热衷于扩大规模和业务范围。

规模经济性是企业界常见的现象，指的是企业在一定科技水平下生产能力的

扩大，使长期平均成本下降的趋势，即长期费用曲线呈下降趋势。这对于医疗机构同样适用，随着医院规模和业务范围的扩张，医院的长期平均成本会下降，这也形成医院扩张的外部制度环境。与国际水平相比，我国医院的医疗价格相对较低，同时，医院之间的竞争也比较激烈，对于一些医院来说，它们需要扩大其业务范围和规模直到达到盈亏临界点，能够弥补其基本的运营费用，获得一定的利润并形成和其他医院能够竞争的范围和能力，以免被其他医院兼并。

综上所述，患者对安全需求的提高，医疗保险覆盖率的提高，政府对医疗机构的补助政策的规定，医院等级评审制度，以及医疗机构本身的规模经济和竞争共同构成了医院扩张的外部制度环境。

3.3 实证研究：医院资源扩张与医院能力之间的不平衡

从上面的论述我们可以了解到，1949年之后我国医院扩张的基本情况，尤其是近些年三级医院的扩张最为明显，并且这种扩张也是与其外在的制度环境密切相关的。同时，国家也出台相关政策来缓解“看病难、看病贵”的问题。然而，另一方面，医院资源扩张和医院能力之间却存在发展不平衡的问题，也就是说医院能力发展未能跟上医院资源扩张的速度。在这一节，我们主要以一项实证研究来讨论医院资源扩张与医院能力之间的不平衡的问题。

3.3.1 问题：患者需求上升和医疗资源不足的问题

医疗服务领域内的供需矛盾是个常见问题，且在不同的制度背景下有不同的认知，也有不同的解决方案，如在美国的急诊系统内设置医生预约制度，程度较为轻微的预约病人即使是通过急诊服务预约并愿意支付急诊费用，也需要等待医生的时间。而基于自身综合成本的考量，特别是对昂贵的住院治疗费用的部分担心，患者也会很谨慎地选择住院治疗，特别是在综合性的医疗中心住院治疗。而保险机构也设置了较多机制防止过度住院和由患者端引发的过度医疗行为。通过医院在战略偏好层面上的优先级的安排来适度平衡，如有些医院会在临床与学术之间，在小规模专科与大规模综合性的问题上作出选择，并掌握好自身的资源以

及能力与需求上涨之间的关系。⁶⁹ 同时，各家医疗机构也会采用一些运营上的策略来解决供需矛盾。例如，与社区医院建立合作关系、与私人诊所签约，或是建立更为专业的健康管理组织。此外，也可以通过进一步优化自身的流程与质量控制体系最大限度地提高服务能力，并在提升管理能力的基础上，应对不断上涨的民众健康需求。⁷⁰ 但就总体趋势看，一般而言，医疗机构会有其自身的机制来实现管理能力与资源型扩张之间的平衡关系，其内部的组织能力的极限以及对质量和安全的关注，会起到一个内部的制衡作用，在此背景下，通过进一步提高自身的费用控制和成本控制赢得市场竞争优势，并保持较好的赢利水平与运营水平。同时，市场竞争也在很大程度上限制了某家医院的资源扩张。这在某种意义上是来自竞争对手和行业的制衡力量。

发展中国家的卫生人力资源在地域分布上也存在明显的不平衡，大部分卫生资源集中在大城市⁷¹和高级别的医疗机构中。现实中，这种供需不平衡的因素不是绝对的数量问题，而与结构和质量有关。其中，医生等人力资源的短缺，包括严重的人才流失现象，是产生这种供需矛盾的主要原因，而这也得到了世界卫生组织的高度重视。但是，在人才短缺的背后到底是否还有其他因素，如市场失灵、政府对公共部门的医疗机构的投入不足，是值得思考的。同时，在中国的制度环境下，特别是“以药养医”制度体系下，在健康需求不断上涨的社会转型期，这种供需矛盾的背后到底是什么？是民众的健康需求被不合适的医保制度激发，还是民众的健康需求本身是合理的，其就医行为上的选择偏好和特征是正常，还是基层医疗机构和高端医疗机构的行为选择在一定程度上激化了这种供需矛盾，以及这一失衡的产生机制，无疑是研究者高度关注的，也是未来医疗服务体系的建构与设计需要理解并解释的。

3.3.2 研究结果：资源扩张型医院、患者信任与医院能力

2008年，清华大学公共管理学院课题组和国家统计局合作开展入户调查，⁷²

⁶⁹ Gibson, J. L., D. K. Martin, and P. A. Singer. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research*. 2004. 4: 25-33.

⁷⁰ Laing, A. W., and C. Shiroshima. Managing capacity and demand in a resource constrained environment: lessons for the NHS. *Journal of Management in Medicine*. 1995. 9(5): 51-67.

⁷¹ Gupta, N., P. Zurn, K. Diallo, and M.R.D. Poz. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*. 2003.2:8-10.

⁷² 本次调查由清华大学公共管理学院和国家统计局联合完成，再次对国家统计局表示感谢。

取得了居民的择医行为、关注特征以及对就医过程和结果的满意度等数据，样本包括中国 17 个省、直辖市、自治区的 6482 位居民。我们讨论了五类医疗卫生服务机构：社区医疗服务中心/街道卫生院（CHC）、一级医院、二级医院、三级医院，以及非公医疗机构，包括私人诊所和非公有制医院。该研究探索了在 2008 年中国医疗卫生体制改革前，为何高级别医院在拓展业务、回应一般疾病的治疗时没能满足患者需求的问题。“当我们考虑三级医院的战略偏好时，至少会有两个问题：什么样的重要因素导致了高级别医院愿意朝着相对低端的医疗服务的方向扩张；这种逆向扩张的后果又是什么。” 而在这追问的背后，则是对制度环境如何影响中国医院，尤其是中国高端医院战略偏好与行为的思考。

在统计结果分析的基础上，发现二级和三级医院经常被小病患者过度使用。关于最近一年就医经验的居民入户调查数据显示，与那些患有严重疾病的患者相比，二级和三级医院经常被那些只患有一般性疾病或处于非急性疾病初期或中期阶段的患者过度使用。在自我感觉疾病不严重的时候有 20.33% 的被调查者选择在三级医院就诊，感觉严重程度一般的被调查者中有 25.05% 的人选择三级医院。在所有各类情况下，共有 27.42% 的被调查者选择三级医院，有 28.54% 选择二级医院。杨燕绥和杨丹在研究中也发现西安、成都、深圳、大连、上海等城市的门诊患者存在不信任社区医疗服务中心的现象⁷³，并且这不仅与患者的社会经济地位有关，而且与他们的信念体系有关。

表 3-3-1 患者疾病严重程度不同时对不同机构选择的偏好情况

	不严重		一般		严重		说不好		所有	
	频数	频率	频数	频率	频数	频率	频数	频率	频数	频率
社区卫生服务中心/街道卫生院	271	22.03%	436	18.11%	44	4.99%	19	8.15%	770	16.20%
一级医院	168	13.66%	263	10.93%	108	12.24%	34	14.59%	573	12.06%
二级医院	262	21.30%	721	29.95%	294	33.33%	79	33.91%	1356	28.54%
三级医院	250	20.33%	603	25.05%	377	42.74%	73	31.33%	1303	27.42%

⁷³ Yansui YANG, Dan YANG. Community health service centers in China, not always trusted by the populations they serve? China Economic Review. 2009, 20(4):620-624.

个体诊所、药店等其他医疗机构	279	22.68%	384	15.95%	59	6.69%	28	12.02%	750	15.78%
总计	1230	100.00%	2407	100.00%	882	100.00%	233	100.00%	4752	100.00%

数据来源：2008 年全国城镇居民医疗情况调查。

我们的研究认为，这种现象主要是患者对较低级别医院的不信任造成的，基于日常经验，他们甚至不相信这些医院对普通疾病的诊疗效果。

从图 3-3-2 中我们可以看出，从 2005 年到 2011 年，各级医疗机构的诊疗人次数都处于增长状态，但二级和三级医院的诊疗人次数都远大于一级医院和社区卫生服务中心的诊疗人次数。其中，一级医院诊疗人次数增长速度最慢，在这六年之内增长的人次数极为有限；相比之下，三级医院增长速度较快。

事实上，医院尤其是高级别医院的资源扩张和患者对低级别医院或医生的不信任一起构成了当前高级别医院尤其是三级医院人满为患的现象，而低级别医院尤其是社区卫生服务机构、乡镇卫生院和村卫生室的病人实际数量却在下降。随着 2009 年之后的新医改的开展，同时由于基本药物制度、收支两条线等制度的实施，基层医疗机构和一级、二级医院更加缺乏对患者的吸引力，其患者相对更少，而往三级医院分流的病人更多。大部分三级医院“以药养医”的情况并没有得到实质性的改变，由此也带来了患者医疗开支的负担。

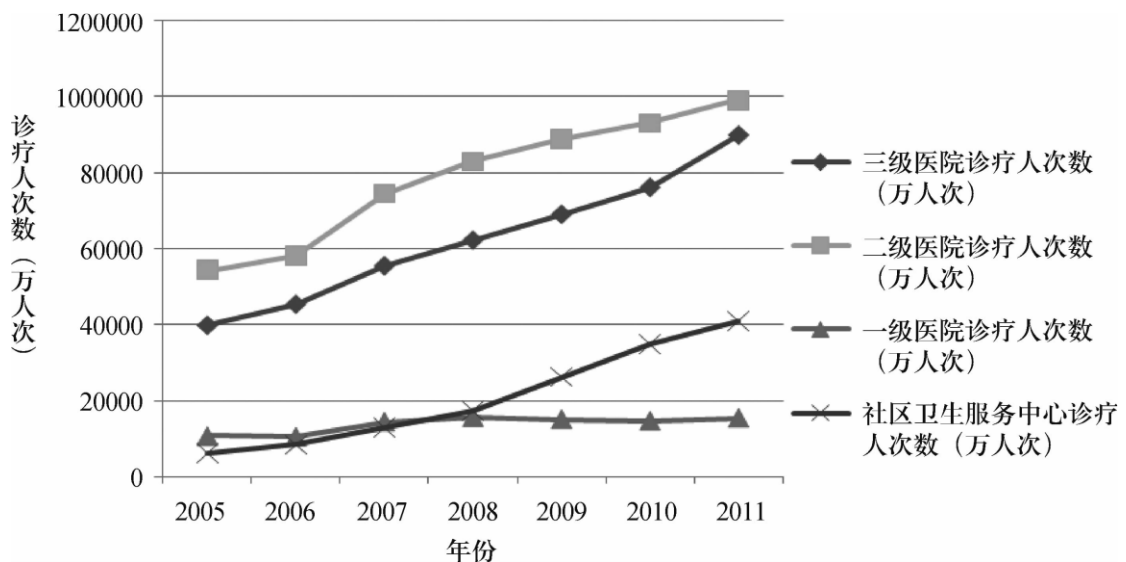


图 3-3-2 不同等级医疗服务机构诊疗人次数 (2005~2011) ⁷⁴

⁷⁴数据来源：《中国卫生统计年鉴》(2006~2012)，中国协和医科大学出版社。制图盛莹。

世界卫生组织的报告显示，社区卫生服务机构中，70%~80%的疾病不需要病人长期住院，也不需要大医院的大处方和大型诊疗仪器的诊治。⁷⁵但是，相关研究显示，我国医疗成本较低的基层医疗机构诊疗量不到大医院总诊疗量的30%，三级医院承担了大量常见病、多发病的诊疗任务。⁷⁶因而，三级医院的次均门诊费用和次均住院费用都是偏高的。医院病人流向的问题影响到了一个国家医疗卫生的公平与效率，“就医病人的流向及流量的正常与异常在一定程度上反映了一个地区乃至一个国家医疗资源配置的优与劣”。⁷⁷在我国，现实情况是，病人在各级医疗机构的分布很不合理，还存在很大的可分流空间。从卫生经济学角度分析，病人合理分流不仅能解决部分看病贵的问题，而且能缓解看病难的问题，提高资源的利用效率。许宗余等研究了天津、兰州和洛阳三个城市的1013位医院门诊患者向社区卫生服务机构分流的情况，同时对177位医生做了调研，发现二级和三级医院病人有很大的向基层医疗服务机构分流的空间。⁷⁸

表 3-3-2 天津、兰州和洛阳三个城市门诊患者向社区卫生服务机构分流情况

城市	不同医疗机构病人常就诊机构的分布 (%)				医生认为病人最理想的分布构成情况 (%)			
	三级医院	二级医院	社区机构	药店、诊所(室)	三级医院	二级医院	社区医院	三级医院: 二级医院: 社区医院
天津	21.5	23.1	44.2	11.2	8.43	26.78	64.79	1:3.2:7.7
洛阳	39.8	10.3	28.6	21.2	20.2	20.61	59.19	1:1.0:2.9
兰州	38.9	15.4	20.7	24.9	29.9	22.47	47.67	1:0.8:1.6
合计	34.8	15.4	29.7	20	19.5	23.28	57.22	1:1.2:2.9

数据来源：转引自许宗余、王健、孟庆跃、贾英莉、曲江斌：《医院门诊患者向社区卫生服务机构分流的经济效益》，载《中国卫生经济》2007年第26卷第5期，第26~28页。

根据《中国卫生统计年鉴》的数据，我们分类对比了不同等级医院病人的数

⁷⁵刘梅、陈金华：《社区卫生服务机构与医院实施双向转诊的意义及建议》，载《中国社区卫生服务》2004年第7卷第11期，第38~39页。

⁷⁶雷海潮、卞鹰：《三级综合医院门诊与住院患者的可分流性调查及经济学意义》，载《卫生软科学》1996年第3期，第34~36页。

⁷⁷黄伟震：《探讨就医病人流向的动因及对策》，载《中华医院管理杂志》2000年第2期，第83页。

⁷⁸许宗余、王健、孟庆跃、贾英莉、曲江斌：《医院门诊患者向社区卫生服务机构分流的经济效益》，载《中国卫生经济》2007年第26卷第5期，第26~28页。

量，如图 3-3-3 所示。

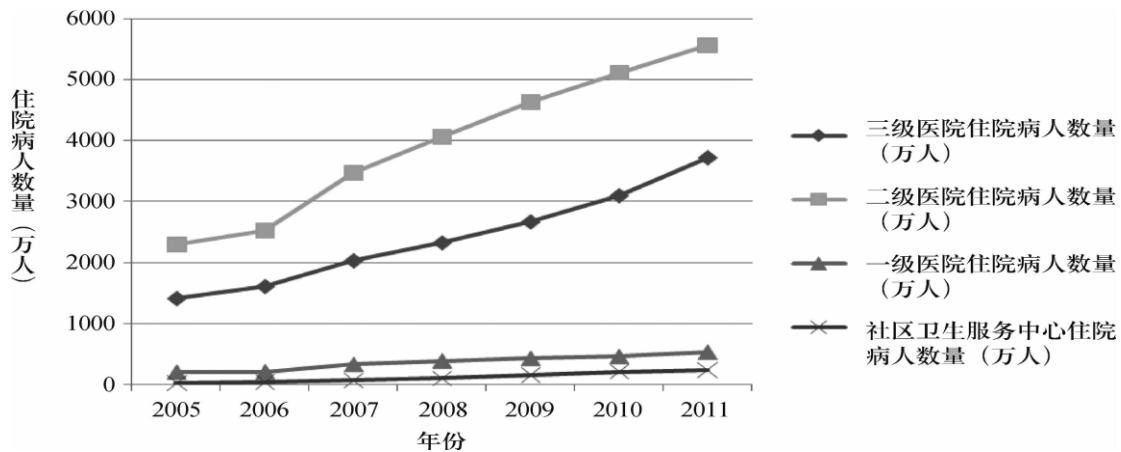


图 3-3-3 不同等级医疗服务机构住院病人数量（2005~2011）⁷⁹

从图 3-3-3 可以发现，不同等级医疗服务机构住院病人总数存在很大差异，这几年的差距还在进一步扩大，其中二级和三级医院的住院病人数量远远大于一级医院和社区卫生服务中心的住院病人数量。从高级别医院到低级别医院的病人分流还存在较大的空间。

另外，这种医院患者分流不合理的状况，也反映了当前我国区域卫生规划面临的问题。雷海潮在《区域卫生规划在我国的引入和发展》⁸⁰中明确指出，“区域卫生规划是政府对卫生事业发展实行宏观调控的重要手段，它以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求为目标，对机构、床位、人员、设备和经费等卫生资源实行统筹规划、合理配置”。然而，即便有区域卫生规划，“政府卫生经费补贴方式和方向也没有发挥引导卫生资源合理分流的作用”。⁸¹

同时，我们的研究还发现，在医院进行资源扩张的同时，高级别医院的有限能力和扩张之间存在着严重的冲突。任何企业的管理能力——管理能力，指组织层面上能够有效配置资源，组织和协调内部生产组织过程的能力。在一定时间内都是有限度的，“这种管理能力的有限性会影响企业速度经济实现的程度，而对管理能力有限性的克服则会影响企业的组织形态以及其与外部组织的合作行为”。

⁸²事实上，企业的创新需要付出管理成本。由于就个体企业而言，“管理所需能力=企业的核心业务发展所需的管理能力、互补性业务所需的管理能力”，因此企

⁷⁹数据来源：《中国卫生统计年鉴》（2006~2012），中国协和医科大学出版社。制图盛莹。

⁸⁰雷海潮：《区域卫生规划在我国的引入和发展》，载《中国卫生经济》2000年第10期，第25~27页。

⁸¹石光：《关于区域卫生规划的若干思考》，载《中国卫生资源》2005年第4期，第147~148页。

⁸²沈群红、胡汉辉、封凯栋：《从产业集聚到产业集群的演进及政府在产业集群发展中的作用——基于速度经济和管理能力有限性的视角》，载《东南大学学报(哲学社会科学版)》2011年第3期，第32页。

业必然面临在管理能力配置上的两难选择。在管理能力一定的情况下，为了控制核心业务的生产组织成本，企业可能不得不降低在互补性业务上的投入而将非核心业务活动转移出去。⁸³但当高级别医院进行资源型扩张时，随着其核心业务和互补性的非核心业务的同时增加，其管理能力并没有得到及时的提高，这就造成了医院的资源型扩张和有效的组织能力之间的冲突。

我们还发现，高级别医院的能力有限的一个主要表现是过度扩张带来的质量下降。扩张的内在动力在于医疗服务提供的经济规模，因为中国高级别医院能够通过扩张覆盖较低级别医院的服务，但低级别医院不能、也无法在现行的医疗服务分级许可和准入制度下，覆盖到高级别医院的服务。极个别地方的医院突破政府规制，自主开展自身级别无法申请的医疗服务项目，得到了广泛的关注与讨论，也得到了一定程度上的直接或间接处罚。即使在东部沿海经济发达地区，部分区县的综合医院的实际水平已经超过西部地区的三甲综合医院，但是其可以开展的医疗服务还是受到很大的行政级别上的制约。

斯科特认为，制度环境剧烈影响到医疗机构战略决策的偏好、战略计划和业务发展，⁸⁴ 这甚至会促使个体医院走向无法预料的方向。这是组织成长的一个方面。另一方面，通过组织和制度环境长期互动而积累的核心能力，对组织的变化却有着负面影响。因此，核心能力有时也被称为“核心刚性”。伴随扩张，核心刚性⁸⁵影响到组织注意力的方向，⁸⁶影响到对资源的战略性分配，影响个体医疗从业人员的行为和倾向，这些人还没能培养出针对患者的快速增长或技术落后的普通病种服务领域的反应模式。面对冲突和竞争性的组织目标，稀缺的资源，尤其是人力资源会被错误分配，带来不确定的秩序，这会降低医疗服务的整体质量和可靠性。⁸⁷

这样，在一定程度上医院迅速拓展它们的功能，可是人力资源方面，尤其是

⁸³沈群红、胡汉辉、封凯栋：《从产业集聚到产业集群的演进及政府在产业集群发展中的作用——基于速度经济和管理能力有限性的视角》，载《东南大学学报(哲学社会科学版)》2011年第3期，第32页。

⁸⁴ Scott, W. R., M. Ruef, P. J. Mendel, and C. A. Caronna. *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press. 2000.

⁸⁵ Barton, D. L. Core capabilities and core rigidities: a paradox in managing new product development. *Strategic Management Journal*. 1992, 13 (S1): 111-125.

⁸⁶ March, J. G., and J. P. Olsen. The uncertainty of the past: organizational learning under ambiguity. *European Journal of Political Research*. 1975. 3(2): 147-171.

⁸⁷ D' Aunno, T., M. Succi, and J. A. Alexander. The role of institutional and market forces in divergent organizational change. *Administrative Science Quarterly*. 2000. 45(4): 679-703.

高级医务人员的增长并没有跟上其发展的速度。因此，医院的组织能力依然没能赶上患者需求、医院业务拓展。

在中国，医院的资源型业务扩张和有限组织能力之间的冲突，通常表现为患者不断上涨的需求与医院的容量之间的矛盾，并被简单地表达为“看病难”。我们的研究表明，这一冲突不是简单的患者需求与医院业务容量之间的不平衡，而是与制度环境紧密相关，是中国特定的“以药养医”的制度环境下中国三级医院等高级别的医疗机构基于环境要求的一种理性选择的结果，也是其他级别的医疗机构在现行的制度环境下生存困境的结果。也就是说，要解决“看病难”的问题，不能仅仅依靠增加医疗资源的供给，或是简单地增加在社区卫生服务中心、一级医疗机构或是县区级医疗机构的政府投入，而需要从根本上改变对医疗机构的核心制度安排，并将医疗机构从过度行政化的状态中解放出来。

除了本章第二节所讨论的制度因素的影响外，中国医疗机构的行政化也是重要因素。政府致力于解决看病难看病贵，一方面要求包括三级医院在内的医疗机构增加服务量，增加床位数，提高床位利用率和医生利用率，以解决公众诟病很深的看病难问题。另一方面，为了解决看病贵的问题，政府通过承包制又将人均费用、平均住院日等指标纳入到对医院的经济目标责任制的评价标准中。为了满足政府相关部门的这两个不同方向的评价要求，在不影响医院总体收益水平的前提下，在无法短期内增加人力资源的情况下，三级医院等高级别的医疗机构向低端服务市场进行资源扩张是最为合理的选择。而这种向低端市场的资源型扩张所需要的基建投入等，根据现行的医院财务制度是可以得到政府的预算性投入的补偿的，而根据现有的财务制度及其中的政府预算性投入的项目，大规模的提高管理能力和运营能力，提高服务水平和服务质量，是无法得到政府的财政补偿的。且根据医院的收费制度和医保的支付制度，这些着力于医院核心运营能力和管理能力提高的努力，也是无法体现在医疗服务的定价和补偿上的。同时，向低端服务市场的资源扩张，在现有的“以药养医”的制度体系下，也意味着可以得到更多的加成收入和以副补主的机会。

而在现有的制度环境下，社区卫生服务中心和一级医疗机构因为其开展的是基本医疗服务，其总体的补偿水平相对较低，而 2009 年新医改后的基于行政化的收支两条线又大大降低了医疗机构及其核心医疗团队收受病患的积极性，基本

药物制度以及在此基础上的药品加成收入的取消和医保对机构费用总额的控制政策，进一步降低了低级别医疗机构的工作热情。原本中国的城镇患者总体不信任低级别医疗机构的服务质量，相对较少使用这类医疗机构。而在新一轮的制度安排催生下，低级别医疗机构接受这类患者的意愿进一步下降。这某种意义上，也是低级别医疗机构在其所处的制度环境下的最为理性的选择。

高级别医疗机构针对低端医疗服务市场的资源型扩张和低级别医疗机构的主动出让，共同扭曲了中国医疗服务市场，使得医疗服务体系进一步处于失衡中。而越来越多的病患，在罹患小病和常见病的情况下，也频繁使用高级别的医疗机构，必然加剧看病难和看病贵，特别是其他非医疗费用的快速上涨。

同时，在中国的医疗服务体系中，患者对医院的影响力是相对有限的。从正式制度安排上来看，基于政府和医疗机构之间的承包制，患者对医院服务质量的评估等总体是不影响医疗机构的地位、获得资源以及高层管理者的任用的。而患者以参保人的身份也是不具有对医疗保险机构对医疗机构的定点合约的影响的。虽然，极端情况下，患者可以通过医患纠纷方式得到地方政府的重视也可以通过在熟人圈子里说坏话或是暴力医闹的方式来表达不满，但是，对于大部分的患者来说，这类行为模式的成本总体是相对高昂的。相对于政府对医疗机构的影响力，患者及公众的影响力相对较为弱小，其主观评价等很难影响到医院的发展和盈利水平。因此，患者对安全和医疗质量，包括医疗服务质量的关注和需求，无法构成医疗机构，特别是高级别医疗机构流程优化、质量改进及与之有关的组织能力提升的外在压力。这也在某种意义上可以管窥到中国医疗服务体系的行政化色彩。

基于这一制度环境以及组织域内的各个主体的不同地位和影响力，高级别的医疗机构选择资源型的扩张，并选择向低端服务领域的扩张，是符合其利益最大化的，同时，也是在某种程度上满足政府所设定的短期绩效目标的。虽然，这种资源型的扩张与组织的能力的有限性之间存在着较为严重的冲突和紧张，而可能导致医疗服务的质量下降、安全隐患的增加以及医患关系的恶化，但由于后者都没有被政府的相关主管部门切实关注而不会影响三级医院等高级别医疗机构的实际地位和赢利水平，而不会被高层管理者高度重视。

3.3.3 外部制度环境与不平衡

通过对中国医院资源型扩张的实证研究，我们进一步发现，中国城市中的患者需求和高级别服务提供者的能力之间存在供需不平衡。那些追求较高质量的服务和技术能力的患者通常会选择高级别的医院。同时，高级别服务提供者被那些没有严重的疾病患者过度使用。高级别医院已经在这样的制度环境下扩展他们的业务：规制政策、医疗服务定价和对保险的治理已经驱使医院朝着诊治常见病和小病的方向扩展业务，并和低级别医院竞争低附加值的业务。由于高级别服务提供者并没有发展应对新需求和患者需求的新的组织能力，这种扩张和不足的能力之间就存在严重的冲突。尽管随着投资的增加，物质设备和医疗设施可很快得到改善，但能力的改变或新的以患者为中心强调合理医疗行为的组织原型却很难在短期内建立起来。总之患者需求和有限的能力之间的不平衡，以及资源型业务扩张和高级别服务提供者的有限能力之间的冲突，也深刻而广泛地被制度环境所影响，这一环境又是复杂多元且处于多重转型中的。

事实上，外在的制度环境不仅影响了个体医院，还影响了医疗系统的服务体系的结构和扭曲，这已经对患者需求和服务提供者有限的能力之间的不平衡带来了一些不利影响。我们需要特别讨论制度环境对医疗服务体系的影响。在整体的医疗服务系统中，各个不同层级的医疗机构有其自身的职责和定位，并根据行业发展的规范和具体的技术要求和标准提供各个不同层级的医疗服务，从而保证整体医疗服务体系的分工协作和整体的均衡发展，从而有利于全体公众的健康福利的总体改进。但是，在中国现有的制度环境下，特别是在相关的核心制度安排的影响下，中国医疗服务体系中的各个级别的行为都发生了系统性的偏离，从而导致了体系的失衡。由于医疗服务的定价制度，特别是针对基本医疗服务的定价，采用了系统性低估医疗服务的价值的方式来定价，而对低级别医疗机构的政府投入又采用定额补助且长期投入不足，一级医院和社区卫生服务中心的医疗服务长期处于补偿严重不足中。而政府提供的“以药养医”、“以非基本补基本”、“以副补主”的补偿措施对于低级别的医疗机构没有实际的价值，其无法面向最为基层的群众在基本医疗服务中过度的开展非基本医疗服务和副业来得到经济补偿。而医保的基于服务项目的支付方式和报销方式又使得开展有限传统医疗服务的低级别医疗机构从医保得到的补偿也非常有限。长期的补偿不足，导致了低级别医

疗机构严重的人才流失、管理失控。虽然，2009 年医改后，政府加大了对基层医疗机构的物资性投入，并采用了收支两条线的治理结构，但人才队伍的改进和组织能力的提高在短期内无法改进，反而由于“收支两条线”后，基层一线工作人员的积极性下降以及患者选择高级别医疗机构就医，出现了人才队伍质量的实际下降和管理能力的滑坡。而正如我们在前面已经分析的三级医院等高级别医疗机构的应对策略，中国的区域卫生规划因为没有相应的制度安排来保证，相反，由于制度安排是不利于分工协作的医疗服务体系的建立和发展的，而处于医疗服务体系的全面失衡中。

于是，一个令患者为难的困境出现在现阶段的中国医疗服务体系中：虽然，政府加大了对基层医疗机构的投入，也部分提高了部分地区医务工作者的收入水平，但患者基于自身对医疗服务质量的需求在医疗保障和医疗保险水平提高的刺激下，出于对低级别医疗机构的质量的不信任，选择了高级别的医疗机构。其中，需要更长时间的等待，也需要个人承担更多的医疗费用和非医疗费用。但是，另一方面，由于在二级以上的医疗机构的“以药养医”制度依然存在，患者依然是持有“以药养医”的基本认知的，因此，其对于二级以上医疗机构的医生等医务工作者的服务动机和服务意愿则是不信任的，其对于等待时间长、医患之间的交流不充分也是表示了较为强烈的不满。这一困境在 2009 年医改前业已存在，而在 2009 年医改后，并没有得到有效缓解。

进一步深层次分析则可以看到中国的这种不平衡问题源于长期的历史因素。在一个再分配优先的经济中，高级别的服务提供者，也就是上层社会群体所使用的医院，具备绝对优势。这是因为政府对其设备和人力资源进行了高水平的投资。当他们基于中央政府的“以药养医”政策进行商业化时，他们比低级别医疗机构能得到更高水平的加成和补偿比率。高级别的服务提供者享有垄断地位是因为其技术优势和政府保护，而政府保护主要是因为对医疗服务的准入管理和对医院的评价规则。同时，财政投入、医保补偿、合格的人力资源和患者信任的缺乏意味着低级别医院竞争能力处于弱势。因此，这种不平衡也是一种产生于制度环境的系统性问题。这种不平衡被战略性的优先事项和高级别服务提供者的行为所塑造，并且被服务系统的扭曲结构强化。由此，我们认为，这种患者需求和医院能力之间的不平衡的产生主要不是高级别医院的有限容量问题。

虽然我国政府强调区域卫生规划,但当前医院的发展现状显然并没有遵循已有的区域卫生规划,三级医院过度发展而基层医疗卫生机构则发展不足。如果要克服这种医院扩张和医院能力之间的不平衡,仅仅通过行政的力量推进区域卫生规划来平衡和规划资源以匹配患者需求还是不够的,还需要深层次地理解并解决整个医疗服务体系的系统性的扭曲,去探索最本质的制度性因素,并用合适有效的政策供应来纠正系统扭曲与系统性的质量信息和财务信息的缺乏。同时,我们也必须为高级别高质量的服务提供者提供足够的激励政策来提供高水准的医疗服务,使他们的注意力放在疑难杂症的诊疗和危重病人的治疗上,而不是在小病和常见病上。因为只有当低级别的医院有足够的资源和市场领域去维持他们的技术能力的时候,他们才能提供合格的和令人满意的基础服务,吸引患小病和普通疾病的患者,因此,建立一个公正合理的、能合理评估高水准和稀缺的医疗服务定价机制是非常必要的,如建立患者希望的中高端医疗服务的合理的报销制度和支付机制,建立支持中高端人群健康需求能够满足的补充医疗保障体系,调动个人、家庭和雇主履行个人健康投资的职责,而购买补充医疗保险。在这些制度安排下,高级别和低级别的医院能够基于发展他们的核心能力来确定他们自己的优先事项,由此有效地回应动态的分层次的患者需求。而这正是中国未来的医疗服务体系建构所需要考虑的。本书第九章将讨论此问题。

第四章 中国医疗服务体系的未来

4.1 中国小康社会的医疗服务体系

2010年10月18日,中国共产党第十七届中央委员会第五次全体会议通过的《卫生事业发展“十二五”规划》中明确提出了医疗卫生事业的发展目标:到2015年,基本医疗卫生服务的制度框架体系逐步完善,继续扩大资源总量,加快缩小城乡、地区和人群之间的健康差距,着力转变医疗卫生服务模式,初步实现人人享有基本医疗卫生服务。围绕这一发展目标,《卫生事业发展“十二五”规划》又明确提出加快医疗卫生事业改革发展的基本内容包括:按照“保基本、强基层、建机制”的要求,增加财政投入,深化医药卫生体制改革,调动医务人

员积极性，把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，优先满足群众基本医疗卫生需求；加强公共卫生服务体系建设，扩大国家基本公共卫生服务项目；健全覆盖城乡居民的基本医疗保障体系，逐步提高保障标准；建立和完善以国家基本药物制度为基础的药品供应保障体系，确保药品质量和安全；加强城乡医疗卫生服务体系建设，新增医疗卫生资源重点向农村和城市社区倾斜；鼓励社会资本以多种形式举办医疗机构，促进有序竞争，加强监管，提高服务质量和效率，满足群众多样化医疗卫生需求。⁸⁸

4.1.1 医疗服务体系的建构原则

基于前文的分析，医疗服务的专业性属性以及其高度的不确定性和基于提供者的知识垄断性及与之有关的规模经济，使得政府对于医疗服务体系的促进和监管本身也需要充分认识到医疗服务的属性。一方面，医疗服务具有很强的专业性，只有经过专门性的高度教育和长期专门培养和经验积累的人才能从事医疗服务和评价医疗服务。但另一方面，医疗服务本身是具有产业性的，其利润的来源来自于其对医疗服务领域中不确定性的处理，来自于医务工作者所提供的集成创新活动和医疗机构的行政服务本身对不确定性的处理。其属于与人的生命健康权益的投资和维护有关的第三产业，是知识密集型的中高端服务产业。在医疗服务中，其主要使用的技术主要是服务对象定制的技术(intensive technology)，同时，也包括较为丰富的媒介技术(media technology)，其既有大量的工程技术，更有大量的社会技术的应用(social technology)。产业性属性的存在要求医疗服务的提供者自身需要有效的管理与运营，从而保证其投资的收益水平，特别是知识性投资的收益水平。其中，医疗服务的提供者如何实现知识性投资的规模报酬递增收益是其中的重要运营内容。在世界范围内，医疗服务机构的规模化和专业化运作都是在一定程度上为了保证知识投资等的规模报酬递增收益。

作为一个产业，其产业间的有序竞争是保证其规模报酬递增收益的重要前提，某种意义上，医疗服务体系是产业结构及治理的结果，而体系的失衡，特别是少数高端医疗机构的区域性的垄断的存在一方面是医疗服务的专业性属性以及与之相随的基于提供者的知识垄断性的影响结果，但另一方面也是布局不合理

⁸⁸国务院《卫生事业发展“十二五”规划》，2012年10月8日。

监管不到位和产业治理失控的结果。基于此产业属性为了实现规模报酬递增收益，医疗服务的提供者对于市场规模、市场公平竞争以及相关的知识产权和知识产权的保护以及行业的准入与规制等都有很高的诉求。一个充分有效市场规制和合理化社会监管的行业环境，才能为那些立足于长期的知识和能力发展的医疗机构带来稳定的预期和稳定的知识性投资回报。而政府和第三方付费机构对于医疗市场的影响是非常显著的，在一定程度上，政府和行业性社会组织的规制和监管能够实现对医疗服务体系的结构性的调整，既能够控制不同的投资主体的进入和退出，也能够通过对医疗机构所开展的医疗服务项目的准入而对医疗机构的投资收益率产生影响。而第三方付费机构不仅可以决定医疗服务的收益水平，也能够对医疗机构的实际的市场份额产生影响，从而起到配置医疗服务要素和关键资源的作用。无论是政府的监管还是第三方支付机构的调节作用都在深刻地影响着医疗服务体系的结构和质量以及其演进方向。

同时，医疗服务本身可以呈现出一定的慈善和公益性的属性。这种属性本身不是医疗服务自身所具有的，而是由于该服务涉及到生命和健康关怀，其某些领域，如紧急救助、传染病防治以及精神卫生疾病的防治基于患者和公众的需求具有一定的公共产品的属性，而需要以公共产品和准公共产品提供的方式来提供。这一提供方式可以是政府举办的公益性的专门项目的提供，也可以是社会所有的公益性项目的提供，也可以是社区所有的社区举办的公益性项目的提供，也可以是慈善与公益性组织举办或是资助或购买的公益性项目的提供。但这并不意味着由这类公益性的医疗服务的提供者直接来承担公益性的责任，而是由资助者或是举办者所提供的直接的消费补贴和对供方的补贴或是购买来体现这种公益性。同时，这也不意味着公益性的属性的存在以及事业性属性的存在就降低了其服务的专业性以及相关的质量。

同时，医疗服务体系的建构还需要界定清楚个人的健康权益中的责任人和收益人。健康是个人人力资产的重要基础，是通过个人、家庭、雇主、社会和政府共同投资所形成的。由于健康本身较多受到环境因素的影响，其具有一定的外部性。雇主、社会和政府都会对个人的健康资产的发展产生促进作用或是阻碍作用。其中，雇主的主要责任是提供一个良好的职业生活质量，维护好职业环境中的必要的职业保护和工作场所的安全，并提供必要的指向健康资产维护方面的福

利提供以酬劳员工的付出赢得员工对组织的认同和忠诚。这部分在健康资产上的投资有些是属于国家层面上的强制性的规定所要求的，如强制性的医疗保险、工伤保险和生育保险等，有些则是行业的社会性组织所要求，有些则是工会组织所要求的，有些则是基于员工和雇主之间的集体协议所订立的，还有部分，则是雇主为了提高自身的战略性薪酬组合的有效性而主动提供的，以赢得员工的忠诚和主动贡献。而在政府和社会的层面上，则主要是提供必要的促进健康发展的公共产品，如清洁的水、空气、土壤以及流行性疾病的预防和控制等，同时，更为重要的则是政府的社会监管，以保证供应商所提供的食品、药品、保健品、医疗以及与健康有关的产品和服务的质量可靠、必要的信息公开。无论是雇主、社会其他群体还是政府其对于个人的健康资产的作用还是间接的，个人及其家庭则是健康资产的最为主要的投资和收益主体。

在确定医疗服务体系的建构原则的过程中，需要明确个人健康资产的投资主体和收益主体，并明确个人及其家庭在健康权益的维护上的主要责任。与此同时，也需要界定个人及家庭、雇主、社会以及政府在个人健康权益维护上的不同责任和不同的角色定位，同时，也需要界定清楚不同的利益相关者的责任履行和承担的途径与方式，并明晰各自在健康权益的发展的不同环节和不同领域的责任及其责任行使方式。

而与此问题紧密相关的是政府的作用与角色以及支持医疗服务体系的筹资模式和所需要的金融服务的发展。如在医疗救助领域中，政府，包括中央政府和地方政府的角色和作用如何，社会性的公益性的机构和项目在其中的作用如何，个人和家庭又需要扮演何种角色具有何种责任，是构建这一部分的子系统所需要考虑的。而在中高端的医疗服务体系中，个人健康权益的界定以及其中所涉及到的风险规避、个人健康资产的投资收益及其分配等问题则更加影响到该子体系的健康发展，同时，也需要界定不同的投资和保障模式与途径以及这些保障模式所需要的政策条件和制度环境。相对于基本医疗服务领域，中高端的医疗服务体系中所涉及的权益问题更加复杂，所需要的制度安排，包括金融制度安排也更加复杂。

此外，在个人健康权益之外，还需要理解集体和整体的健康权益，此问题在流行病防治领域和精神卫生领域尤其重要。在此领域，个人的健康状况可能不仅

仅影响个人的健康资产，且同时也会影响他人的健康资产，因此，需要采用强制性的方法对其进行隔离诊治或是强制性的诊治。而在这一背景下，如何平衡个人及家庭的健康权益以及与此有关的其他权益，如工作权和收入权和集体的健康权益之间的关系是一个重要问题。而与此有关，这一领域的相关从业人员和服务提供机构的职权界定和特定的保护以及相关处置权的维护，是保证与此有关的集体健康权益不受损的重要前提。在现代社会，多采用国家法律的方式来界定个人健康权益与集体健康权益的关系，界定与此领域的医疗服务提供的相关的责权利关系。中国也相继颁布了《中华人民共和国传染病防治法》⁸⁹和《中华人民共和国精神卫生法》⁹⁰，对个人健康权益和集体健康权益以及相关的临床诊治机构的权利义务关系做了界定，也明确了各级政府和社会各界（包括雇主）在其中的责任。而这些制度规定在一定意义上界定了这类医疗服务的公共卫生的性质。但对于如何体现其公共产品属性，特别是其中的政府投资、社会融资和个人家庭的经济性支出方面还有待于进一步完善。而对于该领域的定价与补偿方式则更加相对滞后，其核心的问题是如何评价传染性疾病和精神卫生疾病诊断治疗和防控工作的价值，包括经济价值和社会价值，以及如何评价这类专业性工作的质量和效果等。其外部性的评价工作以及公众对相关服务的正外部性的认知等都有待于进一步的发展。现有的体系还是基于政府内部一体化的方式来做传染性疾病和公共卫生领域疾病的防控工作的价值决定，缺少合理的基于价值规律并结合主观认知价值的评价机制。

基于这一属性的定位以及个人健康资产及其权益的定位和投资主体等问题的看法，基于制度环境对医疗服务体系属性及其实现程度的相关制度分析，本研究报告认为医疗服务体系的建构原则应当是在确保其专业性基础上，以保证产业的可持续发展以及其公益性和慈善性的适度体现为基本的目标，而最终致力于公众个人健康权益和集体的健康权益的可持续发展为目标。

本研究基于对医疗服务本质特征及其属性的定位，基于对中国的经济社会发展的基本国情的认知以及对医疗服务体系所处的制度环境的认知，指出了未来中国小康社会医疗服务体系构建的基本原则：

⁸⁹ 1989年2月21日第七届全国人民代表大会常务委员会第六次会议通过 2004年8月28日第十届全国人民代表大会常务委员会第十一次会议修订，《中华人民共和国传染病防治法》。

⁹⁰ 2012年10月26日第十一届全国人大常委会第二十九次会议通过《中华人民共和国精神卫生法》，从1985年开始调研和起草，历时28年。

(1) 充分尊重医疗服务的专业性以及与专业性有关的其他属性，如规模经济、提供者基于知识的垄断性等，并建立有效的社会监管机制、内部管理机制、行业规范机制并促进专业主义的发展以保证医疗服务整体的公平与效率。

小康社会的民众需求中，健康和安全已经是非常主导的需要，在此背景下，服务型政府应当回应这一主导需要。而在医疗服务领域中，则需要逐步放弃过去“缺医少药”的短缺背景下的资源扩张的思想，而重视医疗服务体系的质量和有效性，并以有效性作为更为关键的评价指标。而由于专业性是保证质量和有效性的重要前提，而对专业性服务提供者的及时有效的对等的酬劳则是保证专业医疗服务有效提供的重要制度条件。这就需要最大限度地尊重医疗服务的专业性属性，重视医疗机构的专业化和医务工作者的专业工作者的属性。同时，与专业性属性有关的是医疗服务的基于知识累积性投资基础上所具有的规模报酬递增性以及规模经济性。此属性表明医疗服务机构的医疗服务的提供是基于规模经济的，其面对外部市场和技术的巨大的不确定性以及市场规模小所导致的规模不经济的情况下，医疗机构会选择不再提供某类医疗服务，同时，也存在着为了实现其规模经济性而过度医疗或是过分延缓已经不适宜的技术或是服务的使用从而带来对公众健康权益和家庭财富的损害的可能。与此相似，提供者的基于知识的垄断性也是与医疗服务的专业性相随的。因为其专业，因此在一定程度上不得不允许这种提供者的这种基于知识的垄断性的存在，但为了保证公众个人及家庭的与健康权益有关的投资及其收益权，也是保证社会或是政府的相关健康资产上的投资的权益，就需要对这种知识垄断性进行合理的引导和治理，要在一定程度上控制这种垄断权，尤其是要适度控制由此而产生的专家主导。

根据国际的经验和中国医院发展的制度分析，需要通过以下三类机制和治理结构的组合使用来在一定程度上制衡专家主导权。

第一，通过政府的社会监管对医疗服务领域的专家主导权加以引导，如国家层面上的医务人员准入、评价和能力保持制度、国家层面上的机构准入和评价以及相关的价格管制与质量规制等，以及国家层面上对于医疗服务领域中存在的医疗纠纷和医疗事故的追究机制及相关的制度安排等都是在一定程度上影响和控制专家主导权。同时，政府所举办的基本医疗保险和医疗救助等也通过专业性的医疗保险的审核制度和支付制度的设计来制衡专家主导权。

第二，充分发挥医疗机构的内部管理控制机制的作用。作为一个专业性组织，其需要在尊重医务工作者特别是医生的职业自主权的基础上，建立有效的促进内部知识整合提高服务质量改善服务效率提高服务有效性的管理机制，这某种意义上也是医疗组织的治理结构。需要通过此管理机制来制约医务工作者基于自身的专业主导权所发生的过度医疗或是医疗不足，提高其规范化程度，并采取在此治理结构下的内部的人才评价机制和激励机制引导医务工作者的行为，使得其知识、经验和技能等能够为提高公众个人和集体的健康权益所服务。而内部的管理工作，作为一种行政性的服务工作，也为政府、第三方支付机构以及公众节约了交易成本，克服了信息的不对称，从而可以使得善用专家主导权的医务工作者得到更多的市场规模而得到更多的稳定增长的回报。这本身也构成了对医务工作者专业主导权的较为直接而有效的控制。

第三，充分发挥行业专业性组织的规范作用，对医务工作者个人的专家主导权加以引导和限制。

行业规范对于医务工作者的个人行为的影响主要是通过同行评价和专业性组织的人员准入制度来发挥作用的。同时行业专业性组织也可以通过技术指南、临床路径、技术标准的制订以及基于这些技术标准和规程对特定的医疗服务行为的评价等来对医务工作者施加影响。根据 Scott 等人的研究，行业的规范是非常重要的对专业人员的行为产生影响的治理结构。在中国需要进一步培育行业性的专业性组织，使得其逐渐克服过度行政化而恢复其专业化属性，并逐渐建立其基于专业权威基础上的独立性，并将人员准入、服务准入、人员评价、项目评价和机构评价的评价权还给行业专业性组织，并逐渐培养医务工作者对其各自的专业组织的认同和忠诚。在此同时，要强化专业组织对医务工作者和医疗机构的评价与行业监管，以对目前基于医疗机构内部承包制基础上的专业人员专家主导和工头主导加以制衡和消减。

(2) 明确政府在基本医疗服务子体系和中高端医疗服务体系中的角色和作用，优化政府的医疗保险制度和医疗救助制度，提高政府监管的专业性，提高政府和社会其他机构对医疗服务的补偿水平，优化补偿机制等。

要保证医疗服务体系的公平与效率，提高其可及性、服务质量，就需要进一步明确政府在不同的医疗服务体系中的作用。

一方面，要明确政府是基本医疗服务体系的非常重要的主体，其不仅仅需要加大政府对基本医疗保险制度的建设和监管力度，以提高对需方的保障和补贴水平，并逐渐地克服在基本保险领域的身份化福利分配的倾向，而采用强调公平性和均等化的基本医疗保险制度的建设思想使得基本医疗保险采取人人平等，按疾病和影响严重程度补助的方式。同时，积极发展有效的医疗救助体系。其中之一是建立国家层面上的紧急医疗救助制度以对紧急情况下的受伤者予以施救，发展全国性的紧急医疗救助基金，建立区域性的具有较强公益性属性的紧急医疗救助中心，并提高中心的辐射能力。其中之二是完善现行的医疗救助体系，提高医疗救助体系的筹资层次，建立省级的医疗救助财政预算和决算体系，并将现有的分离在不同部门的医疗救助工作尽可能整合，并提高医疗救助对象的准入条件，不仅仅根据救助对象的自身社会经济状况，还应该综合考虑其健康状况等。

另一方面，则需要清晰界定政府在医疗服务体系上的角色扮演。即使是在基本医疗服务领域，政府也不是最为主要的医疗服务的直接提供者，其更多的是基本医疗服务体系的购买者和监管者。其中，在基本医疗服务领域中，政府以政府采购的方式通过基本医疗服务和医疗救助来采购基本医疗服务并为普通民众提供均等化的基本医疗服务。在基本医疗服务中，多为首诊服务，但不是所有的首诊服务都是基本医疗服务，有部分社会群体及其家庭可以通过私人诊所和中高端的家庭医生来得到首诊服务。对于这部分的首诊服务，政府的主要角色是监管者和相关的促进这类首诊服务的税收政策和定价政策等。而在中高端医疗服务领域，政府的主要责任则是监管者，其更不是直接的医疗服务的提供者。政府的主要角色是提供有效的专业性的社会监管和市场监管，促进该领域的医疗服务的行业秩序、安全与质量，建设有序竞争的市场，并对价格采取一定程度的管制，以克服提供者基于知识垄断性所带来的市场垄断性。同时，政府也可以完善相关的收入分配和税收政策，建立强制性的或是鼓励性的政策促进雇主为员工提供差别化的医疗保险，尤其是针对职业病的高危行业和高危岗位建立强制性的差别化的医疗保险，并将雇主所提供的这类差别化的医疗保险在税前列支，并将个人缴纳的部分视为可以抵扣个人所得税。

在中高端的医疗服务体系中，政府的监管作用对于该体系的健康运转意义重大。一方面，政府要系统梳理“以药养医”制度体系的长期负面影响，并从根本

上采取尊重价值规律的做法恢复医疗服务本身的价值，另一方面，则需要加强对医疗机构和医疗服务以及从业人员的规制，提高准入、评价和退出等相关制度的专业化水平和科学化水平，并促进更加透明和问责的医疗服务体系的建立。政府对于独立的权威第三方评价结果的采信和公布在一定程度上也是履行政府的职责来对市场加以有效监管的一种方式。

同时，基于个人健康资产的投资和收益主体的界定，政府在中高端医疗服务领域的另一个重要作用是促进相关的医疗保险市场的发展，并对此特殊的金融市场加以更为严格的监管。在相关政策的激励下，会有更多雇主、个人及其家庭会加大在医疗保险，特别是补充性医疗保险上的投入。这需要政府充分发挥金融市场监管者和医疗服务领域社会监管者的双重作用，降低和系统消减各类败德行为和投机行为，从而维护好公众相关的健康资产投资收益权和健康权益。

而无论是基本医疗服务体系还是中高端医疗服务体系，以及对基本医疗保险对应的基本医疗服务的监管，还是对相关的医疗保险和互助性的医疗保障项目的金融监管，都需要政府监管的专业化水平的大规模提高，需要大大提高政府机构监管部门的独立性程度，避免其受囿于当地政府目标设定上的局限性和政府行政能力相对不足。某种程度上提高医疗领域政府监管的层级水平，适度集中监管权力有利于中国医疗服务体系的系统转型。

(3) 明确界定各类不同作用的医疗服务子体系的提供途径，探索更加多元的基本医疗服务公益性的实现途径，并建立基本医疗服务和非基本医疗服务之间的合理分工体系。

在构建医疗服务体系的时候，需要明确界定各类不同功能的子服务体系的提供途径和其不同功能的实现途径，只有这样才能有利于合理分工有序竞争的医疗服务体系的建构。过去虽然有政府规定的区域性的卫生规划并在计划经济时代通过三级转诊制度和限制高级别医疗机构开设门诊等行政性措施来保证三级体系之间的有序分工，但这本身不符合患者不断增长的健康发展需要。在目前条件下，如何促进多级医疗服务体系之间的合理分工和有序竞争，促进各种不同类别的医疗服务之间的互补共赢，是构建医疗服务体系需要解决的挑战。在以药养医制度体系的驱使下，现有的医疗服务体系出现了巨大的系统性失衡，而在新一轮的调整中，如果不能及时有效地对不同层级的医疗服务体系采取科学补偿机制和促进

措施，那么体系的建立或是完善无法实现。

建议在充分尊重医疗服务的规模经济属性的基础上，在基本医疗服务体系中强调政府提供政策性保障以保证基本医疗服务的市场规模，并逐渐恢复该领域知识密集型、经验密集型和技能密集型服务的价值，使得基本医疗服务回归到适宜技术的采用基础上的知识密集模式，从而大大提高从业人员的实际报酬水平和机构的规模报酬投资收益水平，使得其更加在常规性的诊疗技术的规模性生产和提供中的质量和安全，大大提高基本医疗服务的可靠性，从而使得所谓的地理上的可及、经济上的可及，真正转化为公众心理认可上的可及，从而使得地理经济上的可及具有现实意义。这需要打破现在的关于基本医疗服务关注价格水平而忽略质量水准的错误观念。一定程度上，只有政府和社会其他各界着力于提高基本医疗服务的质量可靠，中国的医疗服务体系才能健康发展，真正意义上的中高端医疗服务也才能发展起来。为了做到这点，需要对过去对所谓的高技术、新开展、基于新设备的医疗服务特殊浮动定价的原则和方法进行系统反思和纠正，在基本医疗服务领域中建立其以临床价值和社会效益为基准的定价方法，并纠正基本医疗服务是福利产品提供的错误思想，纠正公益性的医疗服务就是低价的错误观念，而是对基本医疗服务和非基本医疗服务都采用统一的定价方法，采用基于价值和全成本的定价方法，并给予从事基本医疗服务的机构在规模优势基础上的规模经济效应，从而吸引有质量的能够胜任的医务工作者和医疗机构从事基本医疗服务。基本医疗服务的部分公益性属性不是由提供者来承担，而是政府或是其他的社会机构通过对消费者和享用者的消费补贴和补助来加以体现。

在此基础上，探讨基本医疗服务提供的多种途径。可以采用政府直接资助和补贴供方的方式、直接资助和补贴需方的方式以及政府直接举办的方式来提供基本医疗服务。同时，也应当鼓励社会或是社区共同体举办或采购具有一定的公益属性的基本医疗服务提供其成员，可以以行业雇主或是从业人员联盟、区域居民联盟⁹¹、工会会员联盟、或是会员俱乐部或是成员团购的方式来举办或采购基本

⁹¹ 根据笔者 2006-2007 年期间的调研，在广东南海有部分农村居民以村集体经济来举办惠及村民的门诊医疗服务的合作制的项目，并以村集体来与医疗服务提供者建立为期一年的合约，同时，以合理医疗为基本评价标准采用奖励-惩罚并用的激励机制来规范医疗机构的行为。而在国际上有一部分社区医院就是由社区居民投资来兴建的，社区居民代表较为深入地介入到此类社区医疗机构的治理中以保证社区居民的健康权益和投资权益。在浙江某地有民营企业联合为社区和自己提供公益性的消防服务以弥补政府公共服务提供能力的不足，克服现有的消防服务按照社区行政级别设置所带来的资源瓶颈。社区联合举办或是采购基本医疗服务对于提高社区竞争力有重要意义，对于惠及社区居民提高其满意度和幸福感也有重要意义。

医疗服务。多元主体的参与对于提高基本医疗服务的供给水平和内在的有序竞争有一定的意义，同时，也可以使得政府能够更多致力于基本医疗服务的监管职责之履行。

正确界定基本医疗服务和非基本医疗服务的关系也是构建中国医疗服务体系的重要前提。基本医疗服务和非基本医疗服务不是简单按照服务人群来划分的，也不是简单按照技术水平的高低、设备的先进程度或是医务工作者的高职称比例来界定的，而是根据不同类型的医疗服务本身的不同属性来分工的。对于确定性程度相对较高，较为常规的，风险程度相对较低的，满足基本的健康权益维护需要的就是基本医疗。

同时，还需要建立一个基本观念：基本医疗服务和非基本医疗服务都可以既有公益性的，可以作为公共产品提供的，也都有可以作为非公益性的，可以作为私人产品来提供的。在非基本医疗服务中的针对传染性疾病、精神卫生类疾病以及紧急医疗救助中，其具有较强的公共产品的属性。同样，不是由提供者来保证这类非基本的具有公共产品属性的医疗服务的公益性，而是由政府及社会采取补贴或是采购的方式来体现这类产品的公益性。如政府可以提供传染性疾病的患者部分免费诊疗服务，但政府是需要为这类诊疗服务的提供者提供及时到位的补偿的。而在基本医疗服务中，部分有实际需求和支付能力的人群可以享受舒适度程度和及时性更高的家庭门诊服务或是家庭病床服务以及家庭医生的咨询和诊疗服务，其实际使用的是基本医疗服务，但由于其在享受基本医疗服务之外得到了更快更便捷更舒适的服务，其需要为这部分的服务支付更多。但就医疗服务的实质内容来说，依然是基本医疗服务，其收费也应该按照所提供的基本医疗服务的临床价值和社会效益来定价。

(4) 充分发挥医疗服务提供者的主体作用，去行政化，将公立的医疗服务提供者定义为社会公法人，并在此基础上界定好政府与公立医疗机构之间的关系，并实现统一规范的监管，克服政府在医疗服务领域监管的多重性和多维标准，从而使得在良好的市场秩序和政府社会监管的基础上实现医疗服务体系的均衡发展，在保证其效率的同时，致力于基本医疗服务公平性的实现。

由于医疗服务本身的固有特性以及其中高度的不确定性，同时也由于医疗服务消费和生产的同步性，且所依靠的知识多为分散的、隐含性的知识，因此，医

疗服务提供者的主观能动性会对医疗服务的质量、效率与公平等都产生重要作用。无论是在个人层面上，还是在机构层面上，还是在行业层面上，充分发挥医疗服务提供者的主体作用，并在有效监管和公平市场秩序的建设中，对提供者实行有效而公平的监管。

一方面，需要恢复医疗服务提供者的主体地位，并逐渐恢复医疗服务提供者在服务范围的确定、在医疗要素的采购和投资上所应当具有的主体地位和与之有关的自主权。要将医疗机构，特别是公立医疗机构从行政机构的内部化管理中解放出来，要将其从具有行政级别和行政化管理色彩的事业单位的属性中解放出来，特别是要恢复其独立的人事权，并在此基础上完善其内部治理结构。这一过程就其本质是去行政化恢复其专业化属性的过程。

而在这一过程中，非常重要是要破除长期以来旧有的关于公立医院所有权界定和价值分享的错误观念，基于价值生产和利润来源的思想，承认公立医院的高层管理者、医务专业工作者和行政管理人员等对于医院价值增值的贡献以及在此基础上的价值收益的分享权，重新界定政府和专业人员在公立医院所有权及其收益权上的地位和关系，并在此基础上，实现真正意义上的去行政化。

而现阶段所需要做的是破除医疗卫生主管部门与医疗机构之间的承包制，建立基于相互独立的监管者与被监管者的关系。同时，还需要界定公立医院的非公法人的地位，从而在此基础上界定好医疗机构与政府、社会和民众的关系，也能够界定好医疗机构所从事的各种经营性活动的属性及其盈利的边界及其合法性。

同时，也在保证政府监管机构公立性和独立性的基础上，实现统一规范的监管，从而解决政府多年来在医疗服务领域监管中的多重性和多维标准，特别是对高级别公立医疗机构的厚待，对基层医疗机构和非政府举办医疗机构的不合理的规制（如按照机构的行政级别来进行医疗服务准入的规定等），从而使得不同层次的医疗机构和不同所有制的医疗机构以及不同服务对象的医疗机构处于统一规范的监管体系下，各自平等竞争，从而实现各司其职各得其所。

也只有这样才能最终保证良好的市场秩序以及在此基础上的医疗服务体系的长期可持续发展的均衡发展。在这一背景下，基本医疗服务的效率和公平才能实现，而非基本医疗服务的安全可靠与临床价值最大化才能实现。无论是基本医疗服务

的效率与公平的实现，还是非基本医疗服务领域中的安全可靠与价值提升都将惠及到公众的健康权益。

4.1.2 医疗服务体系的构成

在小康社会的医疗服务体系中，合理分工、有效合作，各个层级基于专业能力和核心职能的定位实现基于市场机制、行业规范和政府监管的分工，并逐渐打破现有的基于行政级别的服务分工。通过逐渐实现医疗服务提供者在市场差异化基础上的规模经济和范围经济来实现医疗服务体系内部的合理分工与协作。

第一层次，医疗服务以小病和地区常见病为主要诊治范围，同时，结合健康发展的原则，将疾病的预防、慢性病的管理与疾病诊治紧密结合。其基本特点是广覆盖、扎实可靠、便捷可及，包括面向普通公众的社区卫生服务中心（CHC）和部分面向中高端患者的私人诊所和家庭医生，主要诊治疾病谱中前 10 种或前 20 种疾病。面向普通民众的基本医疗服务，通过政府的补贴性服务采购和政府举办的基本医疗保险采购来实现其公益性。在布局上，较为严格地遵循区域卫生服务规划。公立医疗机构是面向普通民众的卫生服务中心的主体，但也通过政策激励其他资本和主体举办社区卫生服务中心。同时，也针对中高端医疗服务需求者提供中高端家庭医生和私人诊所作为其首诊及家庭健康维护的咨询顾问。这部分是非公益性的基本医疗服务市场。此外，在部分经济发达、人口密集、医疗需求相对较为高涨的地区，鼓励发展规模适中的综合性的社会所有的社区医院，以方便社区居民就近就医和及时转诊，并在其中逐渐实现社区居民、属地政府和投资合作共建社区医院的合作机制。

在这一层级，全科医生、社区护士和社区药师等是其核心医疗服务人才，这一医疗服务体系承载社区公共卫生功能，并通过提高基本医疗服务的服务质量促进公共卫生工作的开展，促进社区健康建设，同时，也通过公共卫生工作和社区全民健康建设预防和控制疾病，特别是传染性和非传染性疾病的预防与控制工作。在这一层级，以健康管理和健康促进为中心，以社区民众为服务对象，系统开展基于社区民众高度参与的健康促进活动。对该层级的主要评价指标是公众的整体健康水平以及健康意识和健康行为的养成情况。

第二层次，则是针对疾病谱中第 21~300 种疾病的常规诊疗服务体系。包括

县区级综合医疗机构、二三线城市的区级医疗机构、区域性的专科医院、具有公共卫生属性的临床专科医院以及急救机构。在该层级，其核心功能是该谱系中相关疾病的临床诊治。这是中国医疗服务体系的主体，也是服务人群最为广泛的医疗服务子体系。该层级的医疗服务体系应当是竞争相对较为充分的、医疗服务质量可靠、风险可控的，强调提供安全、合理、有效、经济的医疗服务。在该体系中，以综合医院、公立医疗机构为主，包括政府举办或是联合举办、社会所有的公立医疗机构，是主要的服务提供者。专科医院则鼓励社会资本大规模进入，并促进其有序发展。提高综合医院的服务水平和技术可靠性，实现综合医院在服务覆盖面广的基础上的范围经济；提高专科医院在专业化基础上的技术和服务水平，是建设该层次体系的基本战略选择。当地政府是急救子系统和具有公共卫生属性的临床医疗机构发展的第一责任主体，除政府外的其他力量也都被政府采购以提供这类服务。同时，该层级的医疗服务体系是当地第一层级医疗服务体系的人才短期培养的平台。

鼓励这一层级的医生采用多点执业的方式，参与提供第一层级社区医院、私人诊所、家庭医生团队所需要的医疗服务，建立和完善第一和第二层级之间的高效、便利、共赢的转诊体系。鼓励社会资本以公私合营、合作联盟或独资形式参与建设该层级的长期护理、老年养护性医疗和临终关怀医疗。

第三层级，则针对疾病谱中第 301~800 种疾病的常规治疗和危重病患的危重期救治，包括省会城市在内的大城市的综合医院、各类规模化发展的专科医院、区域性的急救中心和区域性的具有公共卫生性质的临床医疗机构。这一层级的医疗机构同时具有临床、教学、研究的属性。其中，综合性医院以危重病患的救治、复杂疑难疾病的诊断与治疗方案的确定为主，而专科医院则强调规模经济，以某一领域为专供方向，以大区域病患为服务对象，以专业领域技术水平的“高、深、精、尖”为主要战略定位。同时，在这一层级的专科医院中鼓励适度发展满足中高端医疗服务需要的服务项目。

三级医疗服务体系承接区域内的病患转诊和对二级、一级医疗体系的专家会诊服务。而一级和二级医疗服务体系则承接病患在三级医疗服务体系中明确诊断和确定治疗方案之后的具体治疗工作。为了鼓励医疗综合体的发展以及开展针对地区流行性疾病的诊治服务，鼓励在部分二三线城市或是县域内设立该层级的专

科医院，以平衡优质医疗资源地区间的分布，促进医疗机构的差异化经营和专业化发展。

公共产品属性相对较强的急救中心和具有公共卫生属性的临床医疗机构，如传染病、精神病、职业病等方面的医疗机构，应当充分考虑医疗资源配置的科学性、交通便利、病患分布情况和相关疾病发病率的总体趋势等多方面因素，合理布局，鼓励在非省会城市或是一线城市布局此类医疗机构。同时，也积极提供相关政策，鼓励人口总量相对较少、交通便利的地区共建区域性的具有公共卫生属性的医疗机构，以提高其规模效应和服务效率，共建政府之间采取长期服务采购或长期服务联盟的方式来缔结合作关系，界定各自责任。

在严重地质灾害相对高发的地区、在某些传染性疾病相对严重的地区，由中央政府为主体投资并运营相关的急救与综合救治医疗机构和传染病医疗机构，并控制其日常规模，保证效率，而在自然灾害发生、大规模疫情爆发时，则由中央级子体系在全国范围内调配公共卫生和急救体系的临床医生，以做到战平结合。

第四层级，是国家级医学中心所提供的针对疾病谱第 801 种以上的疾病和新发疾病的诊治服务以及基于转化医学的研究性服务。该层级同时还应该包括国家层面上的传染性疾病和精神卫生疾病的研究与诊疗中心，其需要对一、二、三级层面上的具有公共卫生属性的传染性疾病和精神卫生疾病的防治机构提供技术转移、人才培养以及危机爆发或其他紧急情况下的应急处置的领导与组织工作，包括人员派遣和招募培训工作。

在这一体系中，临床研究、基础研究、人才培养、技术开发、标准与临床路径开发以及临床技术的评价等，是这一层级医疗服务体系的主要功能定位。同时，其是国家层面上和大区域层面上知识集成的总平台，也是技术评价和技术扩散的重要主体。对这一层级的医疗服务体系重在其医疗技术的创新与改进能力，以及对国家和大区域适宜技术的传播与推广能力。在某种意义上，其主导相关领域的技术评价与技术发展，因此其对于医疗服务的供给、需求和补贴方的根本利益的影响较为广泛而深远，需要建立良好的治理结构以最大限度地规避其败德行为所带来的系统性风险。

疾病谱					功能定位
801-	国家级医院		国家级传染性疾病和精神卫生疾病研究与诊疗中心		第四层 新发疾病的诊治和基于转化医学的研究性服务
301-800	大中型城市的综合医院	区域急救中心	具有公卫属性的临床专科医院	规模化发展的专科医院	第三层 同时具有临床、教学、研究的属性
21-300	县区级综合医疗机构、二三线城市的区级医疗机构	急救机构	具有公卫属性的临床专科医院	区域专科医院	第二层 中国医疗服务体系的主体
1-20	社区卫生服务中心 (CHC)、私人诊所、家庭医生				第一层 面向普通民众的基本医疗服务

图 4-1-1 四级医疗服务系统分工合作图

4.1.3 医疗服务的分层及其实现条件

要做到这一点，必须在医疗卫生的政策研究中，承认一个最为基本的事实：医疗服务不仅仅具有事业性，还同时具有产业性。就产业而言，其是可以分层的。在社会主义国家，为了体现社会主义制度的优越性，政府可以为民众提供基本医疗服务。但这些基本服务的福利性和公益性不是基本医疗服务本身所必然具有的，也不是简单地通过界定医疗机构的公益性或是服务的公益性来体现的，而是通过政府举办的基本医疗保险和医疗救助实现了基本医疗服务的规模经济而得到了价格优势，并通过政府购买相关的医疗服务且在其中为部分民众支付了报酬与补偿，使得民众个人支付较少的费用而得到质量可靠的基本医疗服务。这是在稳定而巨大的消费规模的基础上，通过给予基本医疗服务提供方足够的规模经济效应，并在公众消费基本医疗服务的过程中，政府提供并实现补贴，虽然从形式上看这一补贴是支付给基本医疗服务的提供者的，但就实质而言，则是补贴给基本医疗服务的享用者的。

政府所提供给民众的基本医疗服务的公益性和慈善性，是不能要求基本医疗服务的提供者承担，无论是公立，还是私立的，是营利性的，还是非营利性的。在必要的时候，政府同样可以向营利性医疗机构采购基本医疗服务，也可以向私

立的或社会所有制的医疗机构采购基本医疗服务。

基本医疗服务本身的价格是正常的基于供需关系，基于生产和提供基本医疗服务所需要的社会必要劳动时间决定，在一定程度上需要反映提供此基本医疗服务的机构和个人的投入情况和组织协调成本等。政府以消费补贴方式、基本医疗保险与医疗救助的组织方式为民众的医疗服务消费降低了费用，但提供相关医疗服务的机构则是基于长期合作模式下的价格决定机制来与政府和其他群体，如雇主、行业组织、社区组织以及居民联合团购组织之间协议定价。而政府的医疗服务监管部门、价格规制部门、消费者的专业性中介组织以及其他的社会监督力量对医疗机构所提供的基本医疗服务情况进行质量评估、费用信息披露，以促进该领域市场的有序建立和服务的持续改进。

4.1.4 中高端医疗服务体系的定位与酬劳原则

随着民众健康需求的不断提高、民众支付能力和支付意愿的提高，以及非政府举办的、非基本医疗保险的各类保险服务事业的发展，中国医疗市场的中高端医疗服务领域的有序发展是必然趋势。但这一市场需要警惕的是发展模式陷入高技术误区。由于受到以往的“以 X 养 Y”制度体系下不合理的中高端医疗服务领域中“见技术不见知识，见物不见人”的定价和补偿机制的影响，受到过去该领域的医疗服务准入中重机构行政级别、轻实际能力，重规模、轻综合质量与临床价值的评价与准入方法的影响，中国现有的中高端医疗服务正走入误区。

而要在中高端医疗服务领域有效回应中国民众，无论是城镇居民还是农村居民的不断上涨的需求，需要做到以下四条：

第一，清晰界定基本医疗服务和中高端医疗服务的边界，并界定其不同的提供模式以及支付原则。避免将中高端医疗服务以基本医疗服务的方式提供，从而导致政府、雇主和民众个人及家庭难以负担基本医疗保险和医疗救助，并最终导致系统的入不敷出或是负担过重而影响经济社会可持续发展。

第二，正确界定中高端医疗服务。目前已经近乎是一种集体错觉的是：中高端医疗服务，会有更好的设施、先进的设备、采用更先进的技术。就医疗服务的本质而言，中高端医疗服务本身是基于疾病和病情的，基于对相关疾病的不同层次的处置方法和手段的。在此市场，医疗机构应当遵循的依然是合理治疗原则。

第三，在中高端医疗服务市场上，强调适宜技术的使用与精深的专业技能和临床经验的结合。需要改变长期以来，以新技术、新设备、新设施来界定医疗服务的等级的做法，基于医疗服务的特点，充分重视个人和团队的隐含性知识在中高端医疗服务领域中的作用，并基于价值规律付酬，这样才能使得中国的中高端医疗服务的提供具有可持续性，并对抗所谓过度依赖设备、依赖技术对个人的团队的组织的和社会的隐含性知识的贬损，避免新一轮的“医生不会看病”现象，并对临床团队在疑难杂症上的探索性的活动给予经济报酬上的认可。疑难杂症本身发病人少，复杂性程度高，相关的干预技术的不确定性程度高，在处置过程中，需要更多的跨领域的不同专家之间的合作，其所需要的协调成本也高。因此，需要在疑难杂症定价的过程中充分考虑其市场规模的不经济性、探索中的相对较高的机会成本、处置中的相对较高的协调成本，以及疑难杂症诊治中所带来的社会的正外部性等因素，评价其价值，确定其市场价格。

第四，提高政府的监管能力，保证中高端医疗市场的有序发展，并提高该领域的安全性和有效性。面对专业市场的监管，政府必须拥有专业化的监管人才，以对抗可能的医务人员过度滥用职业自主权而陷入过度医疗泥淖。

4.2 中国小康医疗服务体系的制度支持

要实现中国小康社会的医疗服务发展目标，使得相关的建设举措能够发挥实际效果，必须有相应的条件支撑和制度支持。

4.2.1 政府在医疗服务体系中的作用

在医疗服务体系的建设过程中，正确界定政府的角色是关键问题，尤其是在现有的中国行政体制和医药卫生体制这一大背景下，对于小康医疗服务体系中的政府来说，最为重要的是实现真正意义上的政事分离、政社分离，并将政府界定为“以医疗服务领域的监管者为主，以医疗服务的直接提供和生产者为辅”。

在宏观面上，政府对于医疗服务体系的作用主要在于：

(1) 提供规制性政策和激励性政策。政府通过系统运用财政、税收、社会保障等领域的政策，鼓励和促进医疗服务领域的发展，无论是基本医疗服务还是中高端医疗服务。例如，政府进一步改革税收政策，降低医疗服务领域提供者的税

收负担，加大个人、家庭和雇主缴纳医疗补充保险费用的补偿力度，将此部分更多地纳入税前列支，鼓励医疗服务领域的各种社会评估机构和专业性咨询机构的发展，采取更为宽松的税收政策，适度降低医疗服务领域供应商的税赋水平以整体降低医疗服务领域的费用支出等。同时，政府进一步强制性推动基本医疗保险制度的建立、规定雇主为其雇员提供的基本职业防护和健康保障的投入水平与投入规模。这些规制性政策和激励性政策的提供，是为了保证医疗服务市场的规模发展与可持续发展。

(2) 市场监管和市场培育功能。未来的三到五年，政府以全民健康社会的建设为主要目标，推动医疗服务市场的健康发展，促进和保证市场价格机制和资源配置机制有效地发挥作用。同时，针对基本医疗服务市场可能的市场失灵，通过提供政府补贴等措施激励基本医疗服务的提供者。

鼓励各类不同所有制成分的医疗服务提供者之间平等公平的竞争，鼓励社会资本进入包括基本医疗服务在内的医疗市场，并有效防止地区性的过度垄断格局的形成与发展。

政府的市场监管和市场培育功能不仅要体现在医疗服务领域，更重要的，也是非常关键的是要对与医疗服务有关的保险市场、生物与制药市场以及其他提供医疗服务中间产品或中间服务等市场的监管水平，以从源头上保证医疗服务供应体系的安全、可靠、经济。

(3) 政府逐渐实现管办分离，退出医疗服务直接提供者的位置，发挥政府及其相关监管机构的社会监管职能，以充分发挥市场机制和行业组织协调机制的作用。无论是基本医疗服务还是中高端医疗服务，应当最大限度地避免政府的过度干预，同时将具有公共卫生属性的部分医疗子系统界定清楚，通过政府直接举办和基于长期契约条件下的服务购买等形式提供各个层级上的具有公共卫生属性的医疗子系统，如传染病和精神卫生疾病的防治体系。在其他的非公共卫生属性的、外部性相对较弱的医疗服务子系统的生产和提供过程中，政府的管办分离是基本方向。政府从直接的医疗服务的生产者和提供者，转变为购买者和监管者的过程中，提供基本医疗服务、促进中高端医疗服务的发展的责任，依然属于各级政府，而具体的服务生产则归于行业和社会。

政府强化其社会监管职能，完善监管体系，并提高专业化监管水平，针对医

疗服务的属性特征强化基于系统风险防控的监管体系。一方面，政府的社会监管机构不断提高自身的独立性程度和专业化水平，以科学监管、公平监管提供政府监管的公信力和行业权威。另一方面，政府要监管前移，强化对人员准入、机构准入、技术与服务准入的监管水平，以提高系统性风险的防范与控制能力。同时，针对现有的政府在医疗领域监管能力较低的实际情况，建立专业化的医疗领域监管的专门队伍，是当务之急。该监管队伍的建设，以中央级政府的监管体系为指导，以省级地方性监管系统为主要支撑，建立省级以下的以垂直管理为主的监管系统，提高监管的专业化水平、规范化程度和科学性。

(4) 政府培育行业性和区域性的社会网络组织，并促进网络性协调机制的发挥。针对医疗服务特有的基于知识基础上的垄断性和收益的规模报酬递增性，积极培育行业性和区域性的社会网络组织的发展，无论是以医疗保险为主导的网络组织，还是雇主联盟，或是社区自治性的网络组织，在制约医疗服务的专家主导与行业控制方面都有特殊作用。此外，充分鼓励消费者和公众中的专业性的非营利非政府组织的发展，以减少医疗服务固有的质量和费用信息的不对称性所带来的影响。

同时，促进行业内的网络性社会组织的发展，培育专业性的行业中介组织，促进其企业家协调机制的发展，提高行业规范的影响力。

(5) 提供激励机制。通过政府举办的基本医疗保险、政府医疗救助的市场规模效应，交换医疗服务提供者到位的专业服务，并在有效监管的基础上，引导居民个人医疗消费行为，使基本医疗服务的提供者获得基于市场规模的投资规模报酬递增收益，以保持积极性和可持续性。合理定价、合理补偿、合理补贴，以最大限度地减少长期以来政府过度干预所带来的价格体系的严重扭曲，以重视医疗服务的价值，特别是在医疗服务的定义和系统提供上的价值以及医疗机构的行政性服务的价值，从而尊重医疗服务中稀缺性的生产要素——专业人员及其价值。

(6) 正确界定医疗服务的属性，引导患者和公众的理性消费与理性维权，促进医患和谐互动，使其可以在专业性基础上有效实现健康的产业性属性和真实的事业性属性之间的平衡，并去掉“医疗服务福利性提供”这一观念的负面影响，提高患者及公众尊重生命、尊重医疗服务的基本消费理念，明确公众个人、家庭和雇主在健康维护和促进上的主体责任，并通过价格机制和医疗保险的费用控制

政策和报销政策等引导公众的理性消费。

正确界定政府与医疗服务提供者之间的关系，放弃父爱主义的医疗服务提供模式，承认医疗服务提供者及其专业人员的人力资本的价值和产权归属，界定政府与公立医疗机构的产权关系，摆正政府在医患争议、纠纷、诉讼中的位置，构建公平公正的冲突调解和争议解决机制，促进医患关系和谐互动和医患信任的发展，重建医疗领域专业人员的权威。

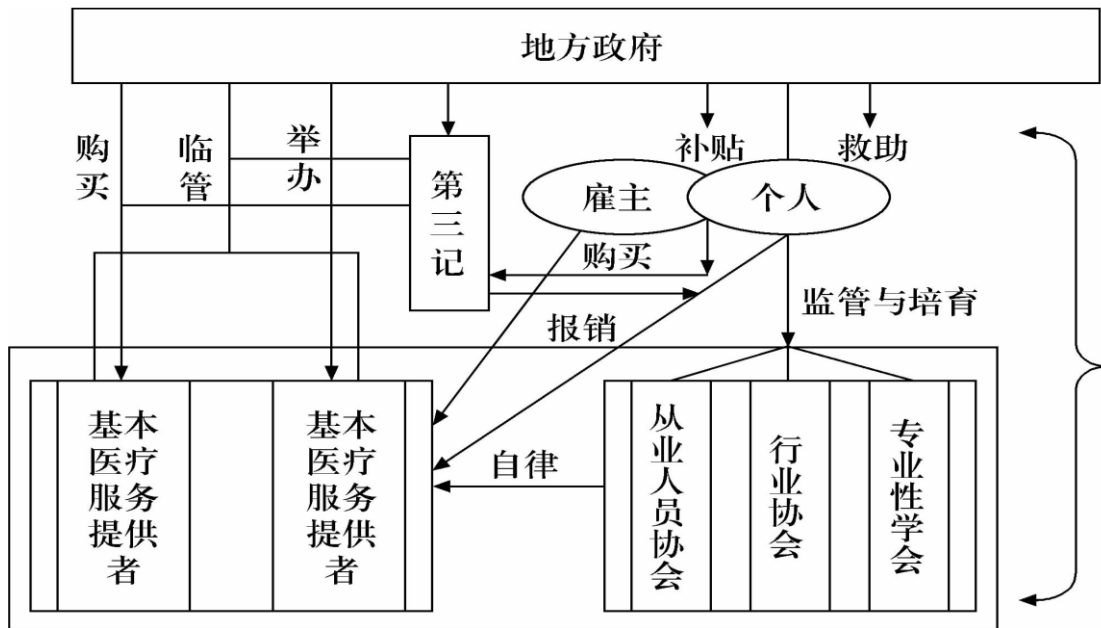


图 4-2-1 政府在医疗服务体系中的作用

4.2.2 医疗服务持续健康发展所需的基本制度

4.2.2.1 基本医疗服务体系发展所需的制度

基层基本医疗服务体系的贡献在于，如果没有这些环节的服务的可靠提供，会大大提高患者个人支付水平、中高级医疗体系的压力，以及雇主、保险机构及政府采购其他层级的医疗服务的费用，同时，也会大大降低中高级医疗服务体系的服务效率与实际效果。

从这个角度说，基本医疗服务体系的可靠性和可持续性，是保证中国小康社会医疗服务体系健康发展的基础和前提，是全民健康社会的根基所在，也是整体

制度设计的基本出发点。本书将针对基本医疗服务体系可靠与可持续的提供，给出专门的制度环境方面的对策和建议。

1.服务定价与补偿机制。依据价值规律，最大限度地承认基本医疗服务中所包含的大量基于临床经验与实践知识的服务，特别是医疗服务的定义与咨询提供的价值。这是目前对基本医疗服务合理定价和合理补偿的基本方向。鉴别性诊断能力被视为基层基本医疗服务中全科医生最为关键的核心胜任之一，而在有效识别病症，并给出合理的治疗建议的过程中，全科医生的基于自身隐性知识基础上的知识性服务是这一服务的主要构成，在现有的定价机制中这部分的服务完全被忽略。在基本医疗服务中建立尊重知识服务的定价和补偿原则，应适当提高基本医疗服务的诊疗费用，将国家医改方案中所强调提高医疗服务本身的价值从基层的基本医疗服务做起。而从投资于人，投资于疾病的预防，疾病管理的重点前移，真正落实在对基层公共卫生的人均投入上，将对公共卫生按照服务人口的投入水平再进一步的提高。某种意义上说，现有医疗服务体系整体性所面临的困难以及人才队伍发展面临的困境，在很大程度上都与现行的医疗服务的补偿机制中对于疾病的预防与控制的价值低估有关，对于初步诊断以及社区医生的机构推荐咨询的价值低估有关。因此，从长远来说，只有医疗保险和公共卫生等领域中，对于一线医疗服务和疾病预防与控制中的社区临床医疗和社区防保工作的价值给予了正确的评价和合理的认可与补偿，并真正落实在基层机构和从业人员的物质性收益和精神性收益上，医疗卫生人才队伍的发展困境才能从根本上得到解决。

服务定价和补偿机制可分为以下几种：按照服务人头结合医疗服务满意度和医疗服务质量的付费机制；按照签约模式的谈判式补偿机制；按照模块化的服务内容的采购机制；按照参考价格的服务定价机制；按照疾病分级的定价机制；按照基于临床路径和诊疗指南的单病种捆绑定价机制。

2.政府对医疗机构的财政投入机制。现有的政府采购模式，是在核定编制的基础上，根据实际在编人员数量以及其对应的工资收入水平，财政统一拨付相关的人员费用。这一模式与现行的编制管理模式相结合，容易导致编制管理中的编制刚性现象，以及永恒性的编制不足现象。今后，为了更好地促进事业单位人事制度改革，优化医疗卫生机构和医疗服务体系人员的收入分配制度和投入机制，

可以采用以下方法：

(1) 政府给予医疗卫生机构保证其基本功能的基本财政性投入，具体的核算方法应当考虑政府累积性的财政投入情况、机构的公益性程度、服务人口、覆盖面积、周围医疗资源的配备情况、服务人口的社会经济状况、流行病的发病情况以及区域性疾病预防与控制的环境特点等因素综合来协商决定。一旦决定之后，纳入到各级政府的财政的基于绩效的预算中，并在财年结束时进行基于绩效的财政决算和基于绩效的审计，审计结果和决算评价对后一年度的预算投入的调整产生影响。

(2) 在此基础上，政府根据机构的实际服务量、服务质量以及服务效率和服务效果，进行绩效预评估，在评估的基础上，给予一次性的基本医疗服务和公共卫生的服务采购。在服务采购合同的基础上，进行相关的整体性的价格谈判和年终的奖励性绩效收入的确定。在绩效评价中，所服务人群的满意度和所服务地区的疾病发病率的控制以及居民实际健康水平的提高等指标都应当纳入到对机构的绩效评价中。

(3) 其他任何机构和任何组织的服务采购，需要在政府的采购之外，另行签约和支付费用，这些服务采购采用双向选择，机构志愿的方式。如果是长期性的常规性的基本医疗服务采购和公共卫生服务的采购，可以依程序逐步增加到政府集中的采购包中，政府采购相关费用也随之增加。在此模式下，机构开展相关的基本医疗服务所获得的补偿性收入，属于机构的集体性收入，其具体的收入分配方案由机构的治理和决策机构决定。

(4) 在这种模式下，政府可以逐渐扩大向其他社会力量的医疗服务和公共卫生的采购面和采购范围，并逐渐在政府办的机构和社会力量办的机构之间进行统一的规范化的监管。如在条件成熟的地区，鼓励执业医师自行申报多点执业，建立社区的个人诊所，以提高社区医疗机构的专业化水平，从而提高全社会范围内的可以利用的社区基本医疗服务和基层公共卫生的总体资源水平。

3. 医疗保险费用支付机制。医疗保险费用的支付可以分为三种形式：第一，以服务项目付费，但会带来更多医疗服务项目，更高级（高收益的）的医疗服务项目，多检查、强设备、高技术使用、过度处方的问题。第二，单元定额支付方法，这样容易出现医生会选择程度病情相对轻的病人以及二次住院的情况发生，

但对提高诊疗水平和控制费用上涨能有效控制。第三，按照区域内参保人员的契约年度费用总包干，将健康教育、疾病干预与慢病管理、健康监测（体检、关键指标监测）、合理医疗（合理用药）、健康社区（健康村活动对政府的环境保护活动的指导与支持）等内容涵括进来，这种支付方式可提高诊疗水平，提高医疗安全，降低医疗事故和纠纷，改善服务质量，提高参保人员的满意度，建立品牌，并通过规模经济（参保人员选择总量）来提高收益。未来应该根据医疗服务体系的不同分层不同分类，采取不同的保险支付模式的组合，以充分实现对医疗服务的有效补偿和对患者就医的有效引导，在实现医疗安全和质量的同时，有效控制费用上涨以保证医疗服务体系的可持续发展。同时，无论采取哪种主导的支付模式，都需要充分考虑绩效因素，进一步实现基于绩效的支付模式。

4.2.2.2 中高端医疗服务体系发展所需要的制度

有别于基本医疗服务体系的建构，中高端医疗服务体系所需要的制度，特别是核心的制度逻辑，具有自身特点。为了促进中高端医疗服务事业的发展，以响应小康社会中国民众的健康需求，要系统引入和完善以下系列制度体系：

1.建立健康权益及其责任主体的基本概念。健康是人力资产的重要组成成分，且在一定意义上，健康是人力资产的基础，也是保证个人及家庭得到其人力资本投资收益的基础。健康资产的总体水平为正，其随着个人健康水平的改进或恶化而发生变化。同时，个人健康资产的相关维护活动具有正向的外部性，而个人健康的损耗活动具有一定的负外部性。个人健康权益以及这一健康权益的所有权和收益权，是建设中高端医疗服务体系中需要解决的基本问题。健康权，为个人和家庭所有，虽然个人、家庭成员以及组织和社会分享健康权的收益权，但最为主要的收益权的分享者是个人和家庭。

从这个角度上看，个人和家庭为健康的维护与促进进行投资，是对其健康权益的有效维护和增值。个人和家庭也应为自身主体责任与对未来的健康资产投资收益的预期而从事相关活动。其中，寻求医疗服务系统对个人及家庭成员的健康促进、维护与修复是个人及家庭成员履行责任的一个方面，而改善营养、加强科学锻炼、培养健康生活习惯更是对其自身及家人权益的维护和增值。由于雇主本身分享了员工的健康权益并在实际的雇佣关系中，增益了员工的健康资产，所以

其对个人的健康权益的维护也具有一定的主体责任。其他社会成员及其行为也会因为其外部性而对个人的健康资产造成不同程度的影响。政府作为基本公共服务的提供者，基础设施建设、环境保护等领域的决策者和相关服务的直接提供者与有效监管者，对公众的健康权益也会产生影响。在这一问题上，社会其他成员和政府也都有一定的主体责任。总体而言，健康权益的所有者和最大的收益者是个人及其家庭成员，同时其也是维护健康资产的第一责任人。

因此，具有独立民事行为能力的人，应该是其自身的健康权益的第一责任人，而其对健康资产维护方面的所有投资行为都是为了提高以健康为基础的人力资本的投资收益水平。当一个社会的经济和社会发展到了以人力资产为基础，以人力资本的投资和组织知识资产投资以及社会的网络性的社会资产为投资的主要方向，并获得此三类资产的投资收益时，个人对自身和家人的健康权益的尊重程度会得到有效提高，也会促进健康等方面的投资意愿和投资行为。基于这一基本假设，中高端医疗服务的开展是实现以人为本、通过人的发展来实现可持续发展的基本途径。同时，中高端医疗服务的直接受益人是个人及其家庭成员，在中国现行经济发展和社会发展水平下，个人及家庭成员应当是这一医疗服务的主要的直接购买者和消费者，这类医疗服务应当是基于等价交换原则的有偿消费，并在一定程度上可以依据不同的消费者对健康权益的偏好以及相关医疗服务对于其自身的健康资产维护的重要性而采取协议定价或是浮动定价。在定价时，可以部分地采用基于主观价值的定价原则。

2.中高端医疗服务领域的创新及其容错机制。中高端医疗服务市场相对于基本医疗服务市场，其不确定性程度更高，同时，作为先进技术和创新技术的应用领域，技术本身所带来的不确定性又进一步加剧了医疗服务过程和结果的不确定性。此外，由于第一章所讨论的医疗服务的生产与消费的同时性等因素，中高端医疗服务领域的创新本身是充满不确定性的。而医疗机构及其专业人员与病患及其家人所缔结的合约，是具有非常高的不完全性和不明晰性的，这是由医疗服务的提供特征以及所涉及的知识活动的特点决定的，也是中高端服务业普遍具有的特征。

在这种情况下，就需要建立医患之间的信任以及这一领域的容错机制，并通过对医疗争议、纠纷的规范化的处理程序与准则以及意外保险救济制度来保障各

方权益，并通过政府监管、社会行业规范的加强来不断降低医疗服务创新活动中的风险。

3.层级丰富的相互补充的医疗保险制度的建立与完善。相对于基本医疗服务领域，中高端医疗服务领域中风险的发生所带来的对健康资产的损害更大，但同时由于该领域本身的诊疗活动的成本高，甚至具有较强的规模不经济，其总体费用水平相对较高。一旦个人面临相关领域的健康风险的时候，其实际的支付水平及预期也会随之下降，在这种情况下，会成为多数个人和家庭的无法承受的风险与损害。而政府或是社区、行业、雇主以及从业人员合作组织所建立和举办的医疗保险项目都难以承担这类中高级医疗费用的费用上涨，且毕竟其发生概率相对较低而无法得到多数参保人员的支持，也不具有合法性。在这一背景下，就需要建立多层次的医疗保险制度体系，并根据不同的保险属性建立不同的筹资、管理、费用控制、支付及补偿报销模式。

在该体系内，除了紧急状态下的基本医疗救助和针对特殊群体由政府举办的医疗救助以及政府强制建立的基本医疗保险外，其他的保险都可以用来支持中高级医疗服务的发展。其中，分为三个层级：第一个层级是差别化的强制性的医疗保险制度，可以包括雇主（联盟）社会医疗保险、自由职业者的强制性社会医疗保险以及特殊公职人员医疗保险（见图 9-2-2）。第二个层级是合作互助医疗，以在基本医疗保险制度之外对病患提供更多保障水平。而委托商业性保险机构运作的公益性医疗基金制度，则是在更大范围内通过成员自愿和自组织以及社会网络资源等联合所建立的非政府举办的公益性医疗基金，可以是社区成员间的、行业从业人员的联盟的，也可以是基于互惠原则建立的团购性的公益性医疗基金，这也是政府强制性医疗保险制度的必要补充。第三个层级是补充商业性的医疗保险，可以通过个人、家庭的私人投资行为以及雇主或其他组织购买作为总薪酬的部分支付给员工及组织成员。

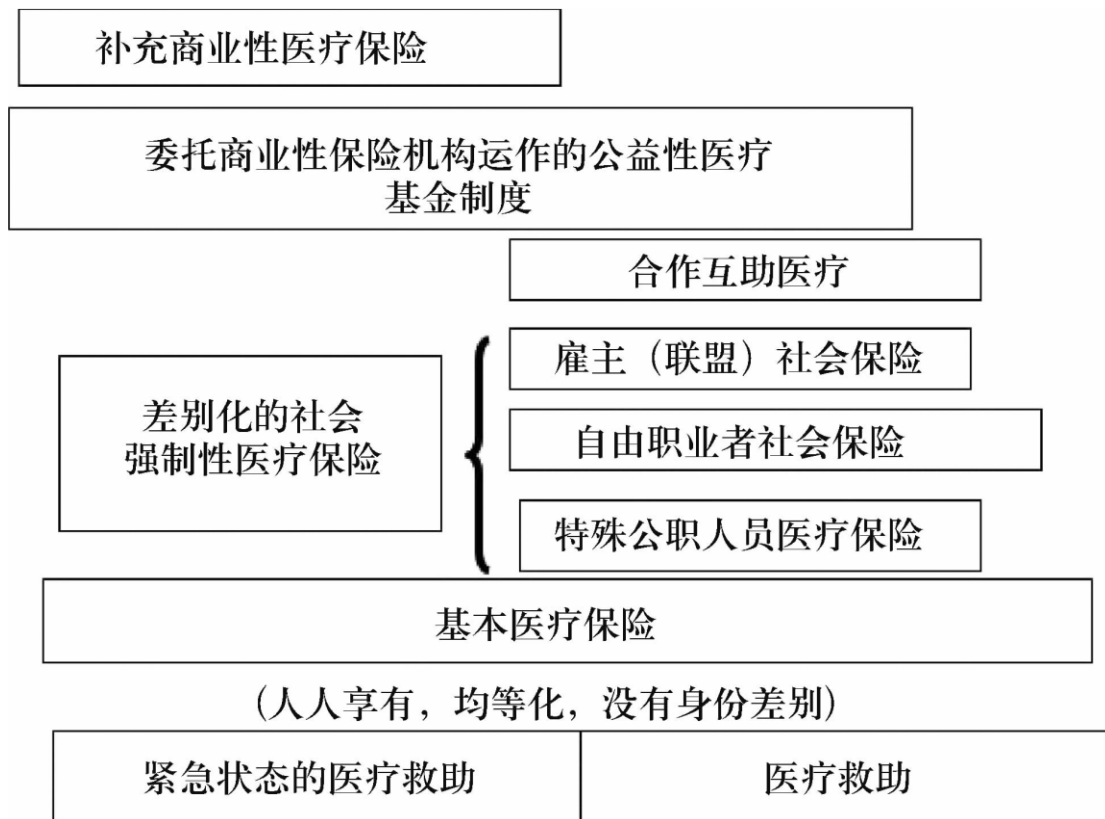


图 4-2-2 医疗保险的形式分类与分级图

在这三个层级的保险机构都有为了参保人员或是俱乐部成员选择供应商的权力与能力，同时，也可提供给参保人员更大的自主选择余地。在这一保险制度中，第三方支付机构与医疗服务提供者之间的平等的议价机制是必须的，同时，也鼓励支付机构为了保护参保人员权益和自身权益而加强对医疗服务机构的过程性监督、检查和对服务结果的评价等。

4.建立基于能力—绩效的医疗服务准入制度。要使中高端医疗服务事业实现可持续发展，就要改进现有的基于医院级别的医疗服务准入制度，同时，将医疗服务准入、评价权益归回到行业社会组织或是独立的具有公正公平及科学性和专业性的第三方认证与评估机构。要建立健康有序的竞争格局，就要打破现有的基于行政级别和以往医院级别的医疗服务准入方法，而建立基于风险控制、新技术管理的系统的业务能力、伦理治理能力的综合评价机制，并引入到中高端医疗服务的准入工作中。

5.核心医务人员的自由流动与多点执业制度。对于不断上涨的中高端医疗服务的发展来说，最为严峻的是，适应这一市场需要的能够胜任专业服务提供工作

的核心临床专业人才的大规模缺乏。而解决的重要途径，也是符合行业人才成长规律和人力资本投资收益特征的，是鼓励医生等专业人员的多点执业与自由流动的。需要恢复医疗专业人员对其自身的人力资本投资和收益的自主权，减少现有的单位体制与工头把持对核心临床人才的控制与束缚，建立制度化、规范化的自由流动和多点执业制度，以保证高素质的医疗卫生人才的有效供给。

4.2.2.3 规范公正的医疗服务评价制度的建立

无论是基本医疗服务体系，具有公共卫生属性的急救医疗体系还是传染性疾病和精神卫生疾病防治领域的医疗服务体系，还是中高端的医疗服务体系，都需要有一套规范公正的专业性的医疗服务评价体系。这一评价体系应当是社会性的，可以由行业组织、第三方独立机构、患者与公众代表或是其他公益性的独立机构承担及发布，而非目前的政府主导政府组织的医院等级评级等工作。这一制度的建立有利于市场价格机制和质量机制的有效运行，也能够降低供需双方之间的协调成本，从而提高整体的效益与效果。

4.2.2.4 医疗机构产权制度的改革和专业人员在其产权中的权益界定

这是中国医药卫生体制改革的最为核心和深层次的问题。公立医院的产权界定以及专业人员，包括医学专业人员、管理专业人员等在其中的权益界定，是以往成功的公立医院改革中都面对并尝试解决的问题。随着中高端医疗服务体系的发展，各种所有制形式的医疗机构的建立以及现有公立医院的改革与发展等都涉及此问题。根据人力资本和组织产权理论的相关原理，也根据专业性组织的价值生产特征以及人力资本的拥有者在其中的贡献方式和贡献程度，笔者坚持自己的一贯主张，公立医院的产权及其收益中有部分属于其发展过程中的所有员工，尤其是核心专业人员。至于用何种方式来体现医院职工所拥有的集体产权及收益，需要在实践中不断探索，并明确这一方向是核心制度安排。这也是保证医院无论处于何种层级、提供何种类型的医疗服务都可实现可持续发展的根本。这是新的制度逻辑，只有在这一制度逻辑下，医疗机构的专业性、事业性和健康的产业性

属性才能平衡发展并成为社会可靠而放心的医疗服务的提供者。

4.3 去行政化与专业精神发展

医疗领域的行政化弱化了医疗机构的知识整合功能，导致医院管理失控、市场扭曲和行业规范的失控。该领域要获得良性发展离不开去行政化和专业精神的发展。医疗领域的去行政化需要以下几个方面的系统改进：鼓励发展第三方评估和社会组织，规范医疗机构准入和行业规范，加强社会监管和患者教育等。

其一，要鼓励第三方评估机构的发展，在医疗领域培养一批具有独立、专业精神的中介机构、行业协会。在发展第三方评估力量和中介组织的同时，要加强对这些组织的资质审核及其和各方的沟通交流，保证其对医疗机构的公正、独立的评价。

其二，逐步在实践中建立医疗领域的行业规范，使各方有规可循，并对行业共同体有较高的认同。同时，将行业规范和制度作为管理医疗机构的准入的重要指导原则。

其三，加强社会监管和患者教育，以社会的力量加强对医疗领域的监督管理。充分发挥社会平台尤其是大众舆论的作用，培养公众对健康的关注以及医疗领域的科学认知和态度，使公众能够积极关注医疗领域的公正、质量和效率的改善。需要注意的是，去行政化的过程也是各种力量之间互相保持均衡的过程，政府、医院、市场和行业中介组织要保持力量的均衡。既要防止过度行政化又要防止技术专家治国的倾向或者过度自由主义倾向。

对医疗领域的专业精神，可以有以下两种理解：其一是基于社会契约下的专业精神，在这样的定义下，专业医务人员需要为患者提供到位的、可靠的专业服务，而他们同时能够获得及时的、合理的酬劳以及认可；其二则是基于客户角度的专业精神，专业医务人员需要为客户（在这里是患者）着想，努力为其提供专业的医疗服务，即“以患者为中心”的专业服务。在医疗领域，社会学家对专业精神的传统解释把焦点放在了获取患者的信任上。“专业精神的伦理告诫医生要致力于不断提升技能，而不是为了赚取收入而进行不必要的手术。”⁹²这是对专业精神的后一种理解。

⁹² Daniel Wikler (School of Public Health, Harvard University, 中美健康峰会发言讲义, 2012年10月31日, 北京。

在医疗领域中，去行政化的过程和专业精神的发展是相辅相成的。哈佛大学的 Daniel Wikler 认为，对于当前的医疗界，专业精神面临的威胁来自于以下的方面：医药代表、设备制造商等通过多种途径和医生进行接触，其中大多数接触发生在机构层面——医药教育和研究、专业团体以及接受产业资金的草根的患者组织。⁹³这些威胁在很大程度上是医疗领域过度行政化和承包制的后果，而这部分威胁也会随着专业精神的发展得到缓解。由此，未来小康社会医疗服务体系的发展需要在去行政化和专业精神建设方面共同进步。

理想的医疗服务体系所需要的制度环境具有以下总体特征：

(1) 普遍存在的专业精神，无论是医疗服务的提供、行业中介组织和第三方评估机构，还是政府的政策制定者和医疗服务领域的社会监管者，都是具有专业素养的，其专业服务本身也得到其所在的组织和社会及时有效的认可与酬劳。因为专业性，其得到了应该得到的，成为一种基本的社会事实而存在于专业服务领域中，成为其他制度安排、规制建立和关系缔结的基础。这一新的基于专业精神和专业主义的制度逻辑将引领中国医疗服务的发展。

(2) 政府正确定位，强化社会监管责任。医疗服务体系需要多个治理模式，在某种意义上也有多重属性。其中，基于法理权威的政府行政系统和决策立法系统具有重要作用，由于其对医疗机构的监管作用而对医疗服务市场以及医疗服务的中间产品与服务市场起培育和规制的作用。而对行业中介组织则是规制与培育相结合，在逐渐实现政社分离、培养和重塑专业性行业组织的独立性和权威性的过程中，加快与医疗服务有关的评价、准入事务的向外转移到第三方独立评价机构、行业性的专业组织手里。但同时，也需要对这些行业组织实现有效的监管，以防止行业主导与控制权的加重及其带来的整体社会福利的下降。

同时，政府应当加快监管型政府的转型与建设，从现在的直接医疗服务提供者，转变为医疗卫生领域的监管者，并明确自身为民众长远的根本的健康权益的发展、为中国小康社会的全民健康社会服务的宗旨。因此，提高政府监管，特别是过程性监管的专业水平是当务之急。

(3) 微观组织强化内部的管理控制，加强管理的规范化、科学化，同时最大限度地尊重和认可专业人员，并在管理者控制模式与专业主导和专业人员职业自

⁹³ Daniel Wikler (School of Public Health, Harvard University, 中美健康峰会发言讲义, 2012年10月31日, 北京。

主之间保持适度平衡。这一平衡是管理的最高境界，已经在世界范围内的高技术企业、创意型企业中成功实现，而现在为了中国民众的健康事业，中国的医疗机构也需要挑战自身探索平衡的可行之道。这一过程，同样适用于政府组织、行业中介组织，在某种意义上，他们的管理控制的建构之路会更加漫长而艰辛。

(4) 行业中介组织自身能力的建立。行业的规范力量作用深远，且其也是未来社会领域合作型的社会治理中的重要力量。其自身的定位、服务理念以及运作水平，都会对行业的发展，尤其是行业的专业精神的发展产生影响。在提高行业组织规范功能的同时，最为核心的则是行业组织自身的行为规范与专业能力建设。在中国现阶段，这尤其重要。

(5) 发挥专业精神对制度环境的重塑功能。专业精神本身不是消极变动或静止不变的，其作为一种组织域内共同的价值系统和信念系统，以及从业人员的伦理道德操守的核心所在，其本身受到管理控制、政府监管、市场机制以及行业规范的影响，或损或益。但同时，其有很强的文化重塑功能，当我们奠定了积极的专业精神，并不断强化其规范和影响功能时，那么这一专业精神子系统会对其他的子系统产生影响，从而降低管理控制、市场价格机制、行业网络协调机制以及政府行政性命令与协调机制的协调成本，而对外降低交易成本，对内降低组织成本。

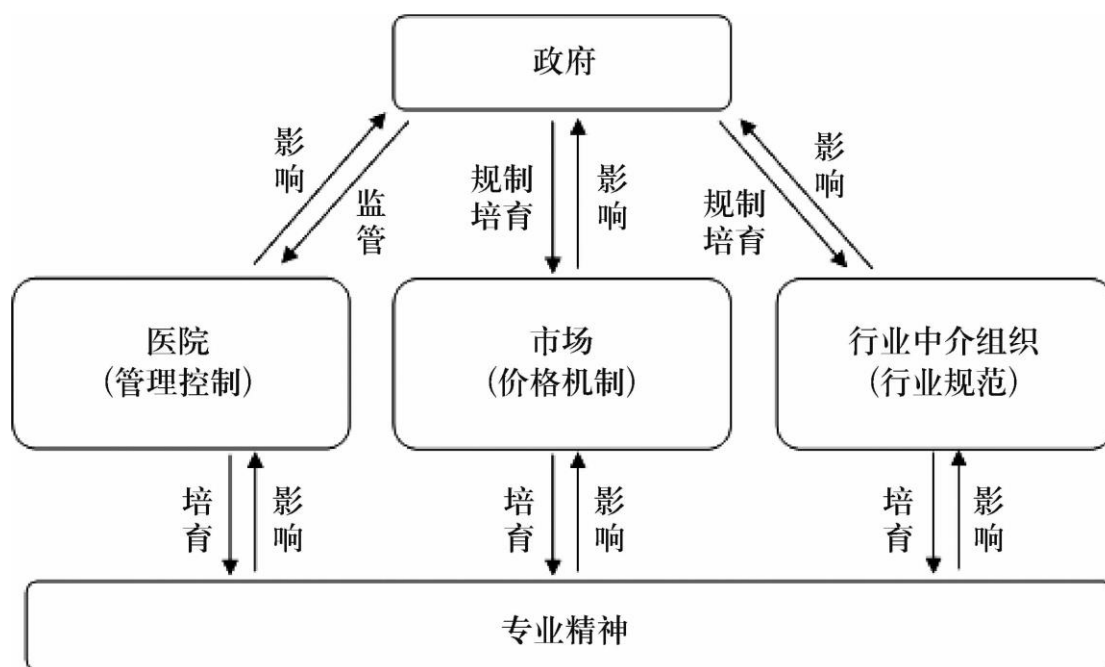


图 4-3-1 理想情况下政府、医院、市场和行业组织之间的关系

好的制度，能够降低协调成本，促进知识分工；好的管理，可以让普通人成

就不平凡的事业。最好的组织总会使知识更加有效，那么，最好的制度逻辑则会使专业人员的才智得到最大的发挥，且主动奉献于最为伟大的事业——人类健康事业。

这就是中国小康社会医疗服务体系持续发展所需要的制度，也是所有伟大的变革者应当给中国民众的健康事业所带来的制度。