

治 理 与 规 管

——试析如何走出医疗卫生改革困境

杨 团 施育晓

内容提要 本文认为,治理(governance)与规管(Regulation)的研究是中国目前医疗卫生研究的薄弱环节,需要特别引起重视。为此我们从基本卫生与新医新药的双轨制造成治理和规管入手,分析了投入不足、医疗保险低覆盖、药品和医疗器械价格不合理、公立医院的体制障碍和卫生行政部门监管不力等5个使医疗卫生陷入困境的问题,提出放弃治理与规管不但导致所有的现行问题更加严重,而且也使修正的行为变得没有意义或具负面效应。最后,提出建立独立于行政机构的公立卫生服务规管机构可能是推进中国医疗卫生公平,实现全民初级卫生保健的一种规范性选择。

关键词 医疗卫生 治理 规管 改革

杨 团,中国社会科学院社会政策研究所研究员 100871
施育晓,香港理工大学应用社会科学系讲师

经过20多年的改革,中国的医疗卫生资源不断增长,技术、能力和水平也随着人才培养、硬件投入和对外开放而不断提高,同时,医疗卫生政策也历经数次变革。但是2000年,在世界卫生组织对191个成员国卫生系统的评估中,中国整体排名仅在第144位,在卫生筹资的公平性方面,中国的排名更是倒数第4,仅高于巴西、缅甸和塞拉利昂。在国内,看病难、看病贵的呼声从农村到城市,几乎到了公众对医疗界不公不义现象提出普遍且广泛的道义谴责,社会弥漫着普通民众与医务界之间的对立情绪。由于失去了公信力,医疗卫生改革的任何新举措对公众已难有说服力 and 凝聚力。

可以说,我们今天所面临的卫生问题,已经完全是技术问题或者经济学意义上的结构与总量问题,而是社会卫生问题,即社会政策意义上的卫生问题。追求社会公正与公平,成为全社会的一致呼声。在这种严峻的社会形势下,广泛地展开探讨和争论,以求为中国未来医疗卫生改革新的发展范式和战略找到突破口,的确适逢其时。

本文将从治理(governance)与规管(regulation)的角度,试图为这一讨论增添新的内涵。

一、为什么提出规管问题

近几年,学界研究中国医疗卫生的成果可谓汗牛充栋。但一谈到监管,往往就陷于简单直线思

维,只涉及“谁”来监管这个主题,且大都埋怨政府没能肩负起监管的责任,或谈监管却不谈监管是干什么的,应该怎样监管的问题。

然而,谈监管不能不涉及治理与规管。所谓治理强调主体,不同的主体,治理的范围、方式、思路都不相同。而规管即按规制管理,强调的是规制的法律地位,需要制订明确可量度和可操作的目标和程序。治理需要规管去落实主体的意图和政策的目标,规管需要治理架构的合理化。两者结合起来,就促进了公共服务的深化发展。近年来国际社会尤为重视规管,在规管的主体、目的、过程和方法等方面有不少研究进展。

规管与监管(monitoring, oversight)亦有差别。监管只是一种功能,任何人、任何机构都可以做,但又往往被视为政府的当然工作。而规管是立法规制的管理,其规范层次最高。从规管的角度看监管,首先需要授权和明确权限范围,很多监管任务往往只有专业管理机构才做得到。而这种专业管理机构只有作为第三者履行受托的正式权限,并统一承担不同利益相关者的监督权责,才算合乎规管的要求。

在医疗服务领域,由于规管的对象——医院和医生有强大的信息优势,这对规管者造成了很大的压力。医疗卫生的规管工作要求之高,超过任何领域包括其他公共服务领域,它需要规管者在治理架构中有独立地位,有很高的专业能力和足够的资源投入。

我们之所以提出规管的问题,还要从医疗服务价格的双轨制谈起。所谓医疗服务价格的“双轨制”,是指政府一方面要求医院以低于实际成本的价格为公众提供基本医疗服务,以维持公平的目标和社会的稳定。另一方面,又允许医院通过为新医、新药自行定价的方式来自我弥补上述损失,以提高医院的运作效率。这种价格双轨制20多年前就在全中国开始实行,无论城市综合性大医院还是乡镇卫生院,一直依靠这个政策求得生存和发展。可见,双轨制的起因就出自相互冲突的双目标规划。以基本卫生服务价格求公平,以非基本卫生服务价格求利润,这导致对不同的目标必须有不同的规管。而不同的规管又必须统一在同一个卫生机构甚至同一个医生身上。

正如现在的状况,要一个医生只开基本药物而不开或者少开高利润的药品,就等于要求医生

和医院跟自己作对。象城市的综合性医院政府的财政拨款已经降到工资总额的3-5%,这还没有算上运营费,如果计算,则政府的财政拨款就几乎为零。因此,医院要生存,只有从剩余价值高的高价药和高费检查入手,过度医疗因此有了动力。在多开大处方、高价药多赚钱的强力推动下,医疗卫生的成本得以快速增长。

尽管,双轨制原打算只在与基本药品无关的新品新药上实行医院定价,通过让为中下层提供基本医疗服务的政策目标与医院赚取有支付能力者的付出取得财政平衡,然而这个如意算盘被实践打得粉碎,即双轨制下的医疗机构在提供基本医疗服务上有明显的违背政策方向的逆向效应。越是技术差、地处偏远,越是基层医院,就越不讲规矩。低端医院一般只要与高端医院保持一定的价格差,就可以跟随高端医院赶上“升价潮”。患者鉴于质量考虑,有一定承担能力的人会首选高端医院,从而导致低端医院就诊率不高,只好来一个就“宰”一个。结果处于低端的农民被迫承受高端的消费水平和涨价幅度,双轨制不但没有改善服务的可及性和质量,反而抬高了就医的门槛,严重损害了卫生保健体系的公平性。

双轨制实行20多年来,效果已经昭显。根据《第三次国家卫生服务调查分析报告》,1993至2003的十年间,城镇所有收入群组人口中,因病

表1 中国城镇人口按收入五等分组对医疗服务的需要和利用情况

	最低	第二	第三	第四	最高
因病卧床率%					
1993	2.22	2.04	2.15	2.04	2.09
1998	1.94	1.75	1.59	1.74	1.73
2003	3.69	3.32	3.12	3.39	3.33
2003/ 1993 改变	+66.2%	+62.7%	+45.1%	+66.2%	+59.3%
两周就诊率‰					
1993	21.80	19.60	22.80	22.30	26.90
1998	16.50	16.60	15.50	18.50	20.30
2003	10.10	10.20	12.00	11.80	15.00
2003/ 1993 改变	-53.7%	-48.0%	-47.4%	-47.1%	-44.2%
调查前一年住院率‰					
1993	4.53	5.13	5.26	4.86	5.32
1998	3.07	3.07	3.67	4.26	4.20
2003	3.36	3.03	4.55	4.66	5.56
2003/ 1993 改变	-25.8%	-40.9%	-13.5%	-4.1%	4.5%

资料来源:卫生部卫生统计信息中心《中国卫生服务调查研究:第三次国家卫生服务调查分析报告》,中国协和医科大学出版社2004年版,第87-88页。

病床率上涨了近一半;两周就诊率和住院率下降了近一半;唯一例外是最高收入群组的住院率在十年间有微小的上升。两周就诊率与住院率急速下降,说明有病延医的情况日益恶化,病情严重(因病卧床率)的情况也相应增加。

既然双轨制的问题这么突出,政府为什么还要采纳这一政策呢?对政府而言,这种安排更多地是出于融资的考虑。因为当时的政府没有财政实力,无法承担随市场价格不断上涨的医疗成本,只得容许医院自选动作,自行开展利润高的服务项目,从有支付能力的病人身上,取得财政补助以外的收入,以补贴低于成本提供的医疗服务。此外,当时这样做还受到国企放权让利尤其是产品定价政策的影响,即国家只维持对重要产品的调控,一般产品放手交由市场定价。直到最近两年,卫生、教育等公共服务产品不是私人物品,不能任凭市场定价才成为社会的共识。

但是,无论在政策决策的时代还是现在,这政策之所以能够实行下去,是因为它同时满足了医院和政府的需求。医院要挣钱,政府要省钱,同时希望达到公平与效率。可是政府只计算了账面上的资金,只想到政策目标能够迅即实现,却未料到要以双轨制达到双重目的,对医疗服务的治理和规管的要求太高,不要说在没有这份基础和能力的20多年前达不到,就是现在也非常困难。正是由于在20多年的医改进程中,政府一直未认识和未下决心构建一个有效的治理和规管制度,听任这个痼疾越长越大,医院在以药养医的路上越走越远,形成痼疾,最终导致了今天的困难局面。

为什么大批公立医院利用双轨制钻公共利益的空子,大家都看到了,也都纷纷谴责,但时至今日却显得束手无策呢?我们认为,这是出于对我们并不熟悉的卫生公共服务的治理和规管缺乏了解和没有信心的缘故。一谈到如何解决问题,大家就都眼睛向上,指望政府改变政策,由政府来决定药价,政府对医院提出要求,但是政府应该如何规管医院,用什么架构和手段来管却没有多少意见。在政府未能充分认识规管问题的复杂性和没能做出决断之前,公众舆论与学术分析就已经先行跳跃到利益集团作祟和官僚主义上面。其实,治理和规管是一个专业性很强的领域,能够也必须进行独立的研究。而在这个专业

领域内中国迄今知之甚少,唯一的办法就是加紧学习,向国际社会学习,也向自己曾经有过的经验学习。

二、放弃治理与规管导致医疗卫生陷入困境

近10年来,中国关于医疗卫生改革的政策、方案屡屡出台,但能落实的不多。例如,2002年10月,中共中央国务院发布了关于进一步加强农村卫生工作的决定,共7个方面25条,其核心思想是为使农民人人享有初级卫生保健,而要在网络、队伍、体制、制度四方面进行系统改革。关于建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度和农村贫困家庭实行医疗救助仅仅是其中的一个方面,只占3条。但3年多来,只有新型农村合作医疗和医疗救助这个属于增量的制度被设计并实施了,其他的方面尤其是“加强农村疾病预防控制、坚持预防为主方针”、“推进乡(镇)卫生院改革”、“建设社会化农村卫生服务网络”、“依法加强农村医药卫生监管”等政策条目基本没有落实,甚至连落实的措施都没有。因此不难解释为什么中央政府以前所未有的行政力度推动农村新型合作医疗却收效不大。

对于这些问题,当下的社会讨论从找原因的角度,提出了许多有见地的论点。不过,我们认为,在今天的社会情势下,不把治理与规管放到核心位置,不但会导致所有现行的社会卫生问题更趋恶化,而且还将致使政策修正的行为也变得没有意义,甚至产生负面效应。有了治理与规管,好的政策或者制度就能受到保护。

为了加深对规管的认识,以下将社会上对医疗卫生问题背后的原因归纳为五论,并逐一从治理和规管的角度进行评论。

1. 投入不足论 这一论点是说由于投入不足,才使政府不得不放手让医疗机构牟利以补贴服务^[1],也因此社会不得不接受医疗机构扭曲的行为。但是,大幅增加投入之后,是否医疗机构的行为就会自然扭转?有了足够的资金,医院就不会再收高检查费,高药费,不再为医院和个人赚钱?最近两年国家对基层医疗机构和农民合作医疗大力支持,不断地投入,但是收效甚微,而且在缺乏治理与规管的情况下,投入越多还有可能会越背离政策目标。例如政府近年对乡镇卫生院和村卫生室直接投资,但是大部分村卫生室已名存实亡,

村医成了名副其实的个体户,依靠以药养医的收入维持生活。至于乡镇卫生院,在大部分收入来源于市场的状况下,只顾投资房屋设备,不顾农民健康利益,造成运营成本升高,更加重了农民的医疗负担。目前,这种情况已大量出现,有关部门只是宣称政府投了多少资金给农村,却未见对这类明显违背政策目的和目标的情况予以纠正。

2. 医疗保险低覆盖论 这一论点也在讲投入不足,只是认为融资的责任不仅在于政府,还有社区和个人。我们同意扩大保险覆盖面,只是,扩大了覆盖面是否就一定解决问题?如果不解决规管问题,扩大保险覆盖面只作为一种筹资手段,为了减轻政府的负担,那么,医疗保险未见就一定给投保者带来公正的利益。

此论的拥护群中,还有一派是想通过扩大覆盖面来实施社会医疗保险机构对医疗机构和医生的监管。即保险机构是医疗服务供给链中的第三者,可以对医疗机构和医生的行为起到制衡作用。就此点而论,他们对医疗卫生需要规管是有认识的。只是,现时社会保险部门的管理只能管宏观数字,无法掌控成千上万人的意愿和医生的具体行为,出了问题也难抓到真凭实据。显然,这已经不是要不要监管而是应该如何监管的问题了。

3. 药品和医疗器械价格不合理论 持此论者认为问题主要出在分配上,即在同一个大池塘里的医疗卫生资源如何分“肥”的问题。之所以说成分“肥”,是因为其概念与资源配置有明显区别,所有的资源要在与医疗卫生有直接或者间接利益的所有相关利益人——医院、医生、药商、医疗器械集团、流通环节代理,甚至还有物价部门、卫生监督 and 药品监督部门等等中间进行分配,而患者却被排除在外。

在这种分“肥”机制下,药价降低则必然导致医院在检查费、诊查费等医疗费上的增加,因为分“肥”的机制像跷跷板,难有一致原则,就看谁的重力大,这边低了,那边肯定升高。在医院有硬性的预算和不受有效规管的利润最大化的前提下,药价和检查费降低了,必然导致诊查费等其他费用增加。因此从规管的视角看,监督权责的统一是规管的一条基本原则,不能分散化。公共的卫生利益若没有一个能够对于各类分“肥”问题做出统一判断、统一决策、统一执行的权威机

构,就会陷入各种利益集团之间的纷争,而最终使公共利益受损。只有一个好的治理架构和规管制度才可以提供一个公平合理的利益对话和平衡的平台。

4. 公立医院的体制障碍论 此论提出,公立医院的各种经营权责被分散给众多部门的体制是医疗卫生的一大障碍。多少年来,中国的行政体制被形容成“上面千条线,下面一根针”,由上级多个行政部门分权管理的基层机构因上级相互掣肘而动辄得咎。正如,公立医院的基本建设和固定资产投资由发改委负责,经费补助由财政部负责,院长任免由党政部门负责,医疗的职业技术准入和监管由卫生部门负责。在这种所有者权能分散化的体制下,谁都成了公立医院的上级和领导,谁提出的目标都得执行。因为人事、器材、政策都由政府管,医院有充分的理由不为自己的行为负责,这种状况下无论激励或者约束机制都不能不是缺乏效率的。

从规管的角度看,问题出在将公立医院的主体权责混同于第三者问责。换言之,一方面,该放给公立医院的权力没有放,例如人事权、分配权;另一方面,该交给规管的权力却放给了医院或者缺位,例如服务程序标准、用药规范、质量控制等,简言之,是医院的主体权能与规管的监管权能错了位。

5. 卫生行政部门监管不力论 有直面问题的论者,已经认识到现时卫生主管部门对医疗机构缺乏监管规则,没有建立起医疗机构绩效评估体系,缺乏对公立医院负责人的问责制,对公立医院长期存在的“红包”、“回扣”等丑恶现象缺乏有力的制裁。同时,行业组织发展滞后,医师协会和医院协会还没有成为真正独立的行业组织,医务界缺乏整体的行业自律。问题的成因很复杂,一是医疗机构往往与卫生部门有深厚的人事、财政等共同利益和历史渊源的联系;二是医疗机构如同改革前的国企,养人为保稳定,卫生部门和医院,不仅仅是保两者的共同利益,也为了政权的利益;三是医院多头领导导致单一的卫生行政部门无法管制。

从规管的角度看,是公立医疗机构并没有成为所有者(国家)的完整的主体代理,需要卫生行政部门来替他们代理。但是没有主体地位的医疗机构,实际上却由于必须与市场自行交换以求生

存而成为利益主体。没有主体地位的利益主体是很可怕的,这意味着无论其行为如何出轨,责任都可以推给他人。这一点与改革前的国企很相像。

有人因此提出医疗卫生机构需要产权改革。医院分类制度将医院分成营利性与非营利性两类,为的是让医院获得独立地位。但是,分类注册和取得名义上的法人(医院大都已经登记为事业法人)仍旧不见得能得到主体地位。而且,当独立以后的医院成为法律保护的利益主体,而规管又跟不上,那么已经发生的追逐市场利润的问题也许还会扩大。

还有一个问题,即谁来规管最为合适?是卫生行政部门吗?卫生行政部门作为政府的一部分,规划和政策执行是其主要职能。而规管是一门专业性很强的事业,要做好它必须与各类相关利益人斩断关系。卫生行政部门是卫生机构直接的相关利益人之一,且在中国由于体制渊源和政策关联,两方之间有着利益连带关系。因此无论从哪个角度,卫生部门都不适宜做规管部门。规管部门需要独立设立。为了保护公共利益,卫生行政部门应属于规管要隔离的对象。

环顾国际上较先进的卫生服务体系的做法,是将卫生部门定位为规划者,制定卫生服务的目标和宏观规划上,把涉及广泛的专业服务领域的规管、投诉和管理机构各自专门化,从政府序列中相对独立出来。他们虽然也向卫生部门问责,但权责由专门法律认定。例如英国和香港,直接管理医院的不是卫生部门,而是依法建立的独立专业的医院管理局一类组织^[2]。这类组织的资金由国家给予,功能由法律规定,目标为追求社会公正前提下提高效率。这样做的优势很明显,医疗服务机构的考核目标明确,政府、专业机构和公众上下监督,透明度高,有助于提高社会公信力。同时规管的工作也分工明细,从人员资格、设备规范、临床程序等,都有专责机构认证和监督;至于投诉是对规管者的监督,也是患者最直接和最后的手段,自然独立于其他主体。多个主体分工负责,既权责分明,能够独立地做好专业工作,又有明确定位的各自法律地位,从而能够相互制衡、约束和促进。

三、对于中国卫生规管失效的一般性分析

在中国,卫生管理还没有真正发育起来。表

现为认科学、认事实、认效率的管理学,与官本位的意识形态直接冲突,加之企业管理的概念在中国才刚刚普及。尤其是于管理方和被管理方之间关系不正常的情况下,规管必然失效。

规管的门槛是理顺治理关系,进了门就要抓住医疗服务的重大利益主体。其中有患者、医疗服务机构(医院、卫生院、诊所等)、监管机构(多重政府部门和市场中介与非市场中介机构)、出资者(政府、社会保险机构、商业保险机构、个人)。总之,治理的要旨在于主体明确,权责分明,所有的目标都有明晰的负责对象,所有主体都有要负责完成的目标,而权责也相对应。

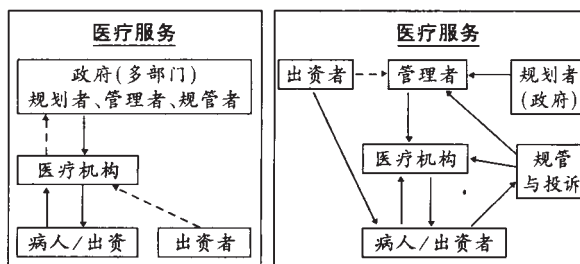


图1 医疗服务的各个主体与其关系

表2 规管失效的常见问题

治理 缺憾 型	缺乏问责 Unaccountability	规管者未能对其权力来源(法律或者政治架构)充分负责,规管者自己变成公众利益的判决者,但实际上照顾的是个人或者部门利益。
	利益依赖 Dependency	规管者在利益上与被规管机构一致,令规管机构不能独立无私地执行规管目标。
	利益被侵占 Capture	规管者或规管程序可以被局部利益(包括受规管机构和其他团体或者个人利益)所侵占,服务于局部的小众利益。
初始 型	缺乏能力 Incompetency	规管者在专业能力、信息、资源等方面的不足,使其不能充分掌握被规管机构的作为,以及不能预测规管措施会如何影响被规管机构的行为和所带来的对公众的影响。
过度 成熟 型	目标偏移 Goal displacement	规管的既定目标被取代或者被覆盖。有时规管的过程变得比规管的目的还要重要。
	扩散 Proliferation	规管系统会不断增长,使自己的影响力、复杂程度和成本都不成比例地增长,导致集中到规管的目标很困难。
	僵化 Ossification	过时的规管程序没有更新,令规管变得繁琐而冗赘,限制或者阻碍发展和创新。

增添及修改自 Walshe, K. (2003). *Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement?* Maidenhead: Open University Press.

图 1 显示了医疗服务的各个主体及其相互关系,左图是传统的关系表,右图是主体拥有独立地位的关系表,体现卫生服务治理的要旨,是将出资者、管理者、规管者和医疗机构分开,各自成为独立的主体,并为自己应该达致的目标负责。

从上图可以看出要做到这一点,最大的难题出在管理者身上。然而,现时中国众多政府部门都对卫生领域有不同权力,而无论是投资权、人事权、分配权,最终都可以兑现为一定的管理权。这样具有管理权能的主体也不希望与医院分开,同时,尽管医院在一般情况下也呼吁政府要放权,不过,当确实需要自己出面承担责任时,往往就抬出这类管理者作为挡箭牌。因此除了明晰治理架构,还要使医院有明确的负责范围。这样可以解决表 2 所列规管失效的常见问题中的第一大类——治理缺憾型:缺乏问责、利益依赖和利益被侵占。

除了要理顺治理架构,中国卫生服务的规管还要解决第二个规管制度的常见问题,即缺乏能力,包括在专业能力、信息沟通和理解上,由于缺乏驾驭能力,导致管理者经常被瞒骗,无力规范医院和医生。提高能力是一个长期的任务,需要系统的培训和学习。与其将目前医改困境的原因探究耽搁在各种体系、系统、利益的博弈上,不如讨论怎样才能做好规管。

四、中国医疗卫生规管制度的选择

规管制度的选择是由卫生服务体系的制度选择所决定的。例如美国的卫生服务体系,通过专业机构对医院服务的鉴定认证和消费者选择约束进行规管。而英国、瑞典、挪威、澳大利亚及香港特区,规管制度则以成本效益为中心,控制资金投入与医院收入,进而控制卫生服务质量。由于规管的成本很高,要同时控制服务的数量、质量和价格,需要花费大量的信息成本和具备足够的专业规管人员。因此需要把规管的对象控制在一个可管理(manageable)的数目之内,这种规管的跨度在管理学上有明确的限度,如美国的规管制度高度分散,而英国则形成一个集中统一的体系,300 个全民健康服务基金管理了全国的医院。

然而,中国迄今并没有建立起系统的卫生规管制度,现行的制度是计划体制的遗产——行政

控制为主,缺乏专业管理。这与中国现行的卫生服务体系——公立的外壳、私益的内核发生激烈冲突,致使中国卫生体系动辄得咎。

要建设中国的卫生规管制度,首先需要选择卫生服务体系制度和支撑这个制度的社会政策。是完全市场化、半市场化体系还是国家统一计划的全民健康服务?这两条道路在中国好像都走不通。还有一种选择,是在初级卫生保健上坚持全民服务,在医疗服务上,容许公私并存。这种选择将形成双层服务体系和两种运营方式,它必然要求适应这种双层体系的规管制度。由此可见,中国规管制度建设首要难题在于服务体系的选择。

其次的难题在于规管成本。例如,为在乡村建设初级卫生保健网的网底,不少卫生界的专家坚持政府只有购买乡医服务这一条路。但是,要想对数以百万计的乡医进行卫生机构的垂直规管,以达到有效提供最难量化的初级卫生保健的目的,需要花费的成本可能是天文数字,将大大超过各级财政的可承担能力。市场体制下对于分散的个体专业小农户的规管与计划体制年代集体管理的赤脚医生制度有天壤之别。

总之,从规管制度建设的约束条件看,如果我们选择全民初级卫生保健服务与公私并存的医疗服务体系,就需要一种适应这种双层体系特征且成本较低的规管制度系统。它可能是推进中国医疗卫生公平这个社会政策目标的规范性选择。要实现这个选择,第一步是确立规管的法律地位和组建规管机构。中国可能有必要考虑在中央、省、县三级设立一个独立的专业的规管机构系统。其次,需要进行公营卫生机构内部人事改革,让卫生机构有独立的人事权,能够成为一个规管的独立对象。再次,需要进行汰弱扶强的机构体制改革,由各级人大而非政府给予公立卫生机构的院长正式委托,这就为规管提供了法律依据。最后,是成套设计规管的规则和制度并予以推行。

设立独立的公立卫生机构规管机构,在治理上有以下好处:1. 成为主体(政府不同部门、卫生服务机构、社会保险部门和患者等)的利益协调平衡的平台。可以清楚地划分在资源管理方面各方所承担的责任和欲达到的目标。2. 汇集不同政府部门和公立卫生服务机构的资源,在协同规划、明确目标的前提下,创立发展配合社会和

专业需要的服务和管理制度。打通不同公立卫生服务机构的隔阂,使医务人员有更多机会流动。

3. 建立高层级的责任承担制,使规管机构和公立卫生服务机构的首长必须对所在机构的工作表现负责。

4. 建设专业能力和沟通机制,采集信息,克服公立卫生服务机构的信息优势,确定公立卫生服务机构的工作量及鉴定其成果,并适时进行干预,同时把有关信息向公众公开,让公众参与监督。

设立独立的公立卫生服务规管机构是建立一个与政府行政部门独立的法人机构。这种组织建制目前在中国还没有明确的法律依据,只有一些类似的组织。例如律师事务所,会计师、审计师事务所,这些都是市场中中介性组织,是公民社会的中坚力量。

但独立的公立卫生服务规管机构属于非市场的规制组织,它的功能就在于规制管理。虽然在国际社会这样的机构已经存在了很多年,但将其移植到中国,就是一种组织创新,同时必然带来政策创新和制度创新。总之,规管虽然不是造成今天卫生窘状的直接原因,但构造一个能适应双层体系且成本较低的规管制度系统却可能成为打开今日乃至未来卫生服务体系建设大门的钥匙。当然,要做出这种创新是艰难的。这主要是因为中国的意识形态还不是平实的管理主义,而是官本位。

最后,还要说明,我们并不赞成规管万能。由于中国社会转型中的各种复杂因素,为本来就复杂的医疗情境和医疗行为更增添了不可见性和不确定性。总体而言,规管是一门固有的而且在不断发展中的管理技术,它只有与社会环境、社会文化、公众参与等社会政策要素相结合,才能真正发挥其核心影响力。

注释

[1]国家第三次卫生调查的结果表明,5年来,国家对卫生机构投入增加,卫生资源总量增加,投入医院的比例增大。调查结果显示,各级政府卫生财政支出2002年比1997年增加了30%,但占卫生事业费支出总计的比例却从1997年的89.9%降低到2002年的88.4%。这些投入主要集中在医院、卫生院和中医院,国家和各级政府卫生投入的80%集中在城市,其中80%集中在城市大医院。而具有更大社会效益的预防保健、基本医疗服务和农村卫生事业等工作,却因筹资困难发展缓慢。

[2]公共卫生则由一个独立的政府部门负责,因为医疗与预防及健康推广在利益上有冲突。

参考文献

[1] [英]迈克尔·C. 杰克逊编著, (Michael. C. Jackson): 《系统思考——适于管理者的创造性整体论》, System Thinking Creative Holism for Managers, 高飞、李萌译, (北京)中国人民大学出版社2005年版。

[2] 王绍光: 《政策导向、汲取能力和卫生公平》, (北京)《中国社会科学》2005年第6期。

[3] [美]雅诺什·科尔奈、翁笙和: 《转轨中的福利、选择 and 一致性: 东欧国家卫生部门改革》, 罗淑锦译, (北京)中信出版社2003年版。

[4] 卫生部卫生统计信息中心: 《中国卫生服务调查研究: 第三次国家卫生服务调查分析报告》, (北京)中国协和医科大学出版社2004年版。

[5] 杜乐勋等编著: 《医疗卫生产业蓝皮书: 中国医疗卫生产业发展报告》, (北京)社会科学文献出版社2004年版。

[6] 李卫平编著: 《中国农村健康保障的选择》, (北京)中国财政经济出版社2002年版。

[7] 埃利诺·奥斯特罗姆: 《公共事物的治理之道》, 余逊达、陈旭东译, 上海三联书店2000年版。

[8] 吕凤太: 《社会中介组织研究》, (上海)学林出版社1998年版。

[9] Feldstein, P. J. (2005). Health Care Economics, 6th Edition, Thomson Delmar Learning.

[10] National Health Services in England <http://www.nhs.uk>

[11] Saltman, R. B. and Busse, R. (2002) "Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice" in Saltman, R. B., Busse, R. and Mossialos, E. (eds.)

[12] Saltman, R. B., Busse, R. and Mossialos, E. (eds.) (2002). Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

[13] Heirich, M. (1998). Rethinking Health Care: Innovation and Change in America. Westview Press.

[14] Hong Kong Hospital Authority (1998). Hospital Authority Annual Plan 1998-99. Hong Kong: Hong Kong Hospital Authority

[15] Saltman, R. B. and von Otter, C. (1995). Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

(责任编辑:方心清)