

政府与公立医院院长权责划分研究

杨越涵^{1*} 张毓辉² 吴明¹

1. 北京大学医学部公共卫生学院 北京 100191

2. 卫生部卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】通过梳理我国公立医院权责体系现状,分析政府和公立医院院长权责划分中存在的问题及对院长行为的影响,认为目前政府与公立医院权责划分存在诸多问题,无法保证公立医院院长完成政府赋予的职责,影响到政府举办公立医院目标的实现。建议根据权力产生的激励作用考虑权力的归属问题,重新配置或调整政府与公立医院院长的相关权力;通过制定法律或单一政策文件或院长的委托代理合同,详尽规定公立医院的相关权力,并明确权力归属;规定剩余控制权归政府所有;同时建立有效的问责机制,改变目前对公立医院院长激励和约束失衡的状况。

【关键词】公立医院; 权责划分; 治理

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.08.004

The study on the separation of power and responsibility between government and public hospital presidents

YANG Yue-han¹, ZHANG Yu-hui², WU Ming¹

1. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

2. National Health Development and Research Center, Beijing 100191, China

【Abstract】 By examining powers and responsibilities of the government and public hospital presidents, analyzing the existing problems and their influences to the behavior of the presidents, the authors consider there are several problems in the current powers and responsibilities system of public hospitals, thus cannot assure the hospital presidents to complete their responsibilities and fulfill governments' goals. Suggestion: Consider the relegation of powers according to their incentives, reallocation or adjust the related powers of government and hospital presidents; Detailed stipulate the related powers of public hospital through legislation, a single policy document or agency contract; Set the residual control rights to the government; and establish effective accountability mechanism; to change the unbalance status of incentive and constrains to public hospital presidents.

【Key words】 Public hospital; Separation of power and responsibility; Governance

1 研究问题的提出

Oliver Hart 认为,只要委托代理双方存在利益冲突,并且无法形成一个完备契约,就会产生治理问题,表现为因代理人与委托人在目标、动机、权力、责任等方面存在着差异,而有可能在公司运作过程中损害委托人的利益,即存在代理风险。^[1]公司治理就是处理在所有权与经营权分离情况下的代理问题。

我国政府任命院长并赋予其权力管理公立医院,形成了政府与院长之间事实上的委托代理关系。作为委托人的政府,出资举办公立医院的目的是尽可能为国民提供优质价廉的医疗服务及私立医院不愿意提供的服务,以保障国民的健康权利。^[2]而作为代理人的公立医院院长,既要满足社会公共利益、实现政府举办公立医院的目标,又必须兼顾医院的经济效益以保证医院发展,同时还有取得政绩、提升社

* 基金项目:中国医学科学院医学信息研究所委托项目“政府与公立医院权责划分研究”

作者简介:杨越涵,女(1985年—),博士研究生,主要研究方向为卫生经济。E-mail:talent7701@163.com

通讯作者:吴明。E-mail:w_ming@126.com

会地位和收入等个人目标^[3],这使得院长的管理目标具有多重性。如果院长按照政府要求将医院经营好,为患者提供改善其健康的适宜服务,并承担一定社会责任,则可在获得政绩的同时实现政府举办公立医院的目标。但如果院长受医院经济目标和自身目标驱使,尤其是在政府赋予其大量权力但缺乏有效制约的情况下,就可能造成与政府目标不一致的后果。如院长过度追求规模扩张,可能造成医疗资源配置不合理;过度追求医院利润最大化,可能会激励科室和医生提供高价格、高利润的服务和过度提供服务;为了增加个人收入,可能在基建和购买设备过程中产生寻租现象,并导致不必要的建设和设备支出。这些行为结果背离了政府举办公立医院的目标。因此,在一些情况下公立医院委托人与代理人的目标并不完全一致。同时,由于有限理性、信息的不完全性及交易事项的不确定性,明晰所有权力的成本过高^[4],公立医院的委托代理双方同样无法通过一个完备的契约详尽规定在可能发生的所有情况下的所有权责。因此,公立医院虽然在举办主体、管理目标和营利性质等诸多方面与公司存在区别,但同样存在治理问题。

治理理论是因治理问题的存在而发展起来的。该理论认为一套有效的制度安排能够在一定程度上降低代理风险,促使代理人为委托人的利益最大化服务。^[5]制度安排的核心内容即是“权”和“责”^[6]，“权”是职责范围内支配和控制的力量；“责”有两层含义：一是应尽的义务，即职责，二是对权力使用结果应承担的责任。有效的制度安排则是分别赋予委托人和代理人适当的权力：代理人没有足够的权力则没有能力完成自己的职责，委托人没有一定的权力则无法制约代理人的行为；同时规定双方应该承担的责任：在代理人滥用权力或没有尽到职责时给予相应的惩罚，约束其正确的使用权力并努力完成职责；委托人未尽义务或滥用权力时同样应该承担相应的责任。

从我国目前的情况看，公立医院以增加收入为核心的运行机制在导向上出现偏差，公立医院发展在一定程度或一些方面偏离了政府举办公立医院的目标。这说明目前对于公立医院的一系列制度安排不能避免或降低代理风险的发生，一是因为政府和

院长之间的权责分配不合理，即制度安排本身无法促使代理人实现委托人的目标；二是制度安排本身有效，但由于一些原因使政府和院长没有依照制度行事，导致合理的制度安排无法发挥效力。其中，合理的制度安排是有效执行和发挥效力的前提，因而有必要对我国政府与公立医院院长权责划分的合理性开展研究。

既往公立医院治理研究主要集中在治理结构的组织形式上，较少涉及治理中最为核心的权责划分问题，虽然也有研究概括性的指出目前存在政府与院长之间权力分配不合理问题^[7]，但对具体是哪些权力划分安排不合理缺少深入研究。因此，本文在梳理我国政府和公立医院院长权责配置的基础上，发现存在的问题，并分析对公立医院、院长行为、以及对完成政府赋予的职责和实现委托人目标的影响，以期为现阶段的公立医院改革提供参考。

2 我国公立医院权责体系现状

2.1 政府和公立医院院长权力划分现状

在计划经济时代，与公立医院有关的所有权几乎都归政府所有，院长是政府决策指令的执行者和日常事务的管理者，按政府的规定和工作程序管理医院。改革开放后，政府实行了不断扩大公立医院自主权的政策，通过一系列文件将经营权等逐步下放给公立医院院长，政府和院长间的权力划分不断调整，直到 20 世纪 90 年代逐渐形成了目前的格局。

政府职能机构对公立医院保留的权力可以归纳为：(1) 部分重大决策权：卫生部门负责决定医院经营方针和发展计划，指导医疗机构基础设施建设，负责大型医用设备的配置许可、医院床位设置审批等资源配置权；财政部门 and 卫生部门共同负责医院对外投资的审批；发改委负责审批、核准、审核和上报固定资产投资建设项目；(2) 院长任免权：公立医院院长人选由卫生部门提出建议，由党委组织部聘任和解聘；(3) 部分剩余索取权：规定医院收支结余用于发展和福利的比例；(4) 部分人事权：卫生部门会同编办和人事局组织拟订医院编制标准，人事部门对编制内员工进行统一招考；(5) 监督权：财政部门对公立医院资产的处置和管理及对医院财务进行审查和监督；卫生部门负责对医院的医疗质量和委

托责任完成情况进行监督考核。

赋予公立医院院长的权力可以归纳为:(1)经营管理权:院长负责主持医院的日常工作,组织实施医院的业务活动计划,拟定内部管理制度,在保证提供基本医疗服务的前提下在一定范围内调整医疗服务内容和项目;(2)部分人事权:在定额编制范围内招聘医务人员和在编制范围外以人事代理和合同制等形式招聘员工的权力;院长负责提名副院长,经卫生局党委考察后直接任命,负责聘任或解聘内设科室负责人;(3)部分重大决策权:包括部分小型基本建设和500万元以下医用设备购置的决策权;(4)部分剩余索取权:院长在政府规定比例的范围内决定医院资金结余的使用。

还有一些既未授予公立医院院长、也没有体现在政府机构职能中的权力,如财务预算和决算的決定权,财务制度规定财政部门只是审核是否符合程序,并没有规定谁是最终的决策者。只要符合宏观经济政策和预算管理程序,在医院预算平衡的情况下通常不进行干预,决策权基本归院长所有。这意味着在政府与院长权力配置的制度安排中,对一些比较重要的权力归属并未做出明确规定。

虽然政府拥有资源配置、利润使用等在内的重大决策权及院长任免权,但因权力分散在多个政府部门,且政府部门间的合作程度欠佳,严重影响到所有权的联合效力,且监督权不到位,因而多数重大决策权实际掌握在院长手中。此外,虽然政策规定院长有在定额编制范围内招聘医务人员的权力,但此规定与编制部门和人事部门的职能存在冲突,实际上院长并不完全拥有该项权力。

2.2 公立医院的责任设置现状

在政府职责方面,2012年3月国务院下发的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》从原则上提出落实政府办医责任。在公立医院职责设置方面,目前已经出台了多个文件对公立医院应承担的职责作了具体规定,如各类技术和质量规范、应承担的社会责任等。2010年2月出台的《关于公立医院改革试点的指导意见》提出公立医院要切实履行公共服务职能,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。但政府对公立医院院长的责任设置相对模糊,只有部分地区的政府部门

与公立医院院长之间签订了较为明确且具体的目标责任书,其它地区的政府则没有与院长签订目标责任书或责任书内容过于笼统,对院长责任要求不够明确和具体,在实际工作中无法准确指导、激励和规范院长的工作。

在院长承担责任方面,现有的规定主要围绕国有资产等经济问题。在《事业单位国有资产管理办法》中规定事业单位工作人员擅自占用、冒领国有资产等需要按规定处罚。对于决策失误或者故意失误以及管理不善导致损失应承担什么责任则没有明确规定。中共中央办公厅、国务院办公厅印发《党政主要领导干部和国有企业领导人员经济责任审计规定》(《审计规定》)中提出对于未经民主决策、相关会议讨论而直接决定、批准、组织实施重大经济事项,并造成重大经济损失浪费、国有资产流失等严重后果的行为承担责任,并将其作为考核、任免、奖惩被审计领导干部的重要依据。卫生部根据该文件精神出台了《医疗机构主要负责人任期经济责任内部审计要点》,明确规定了对公立医院院长经济责任的审计内容,但没有提出审计出现问题后应该承担哪些责任,审计结果的使用是否遵循办公厅印发的《审计规定》执行。在其他管理方面,虽然我国从1985年开始实行院长负责制,但院长究竟向谁负责、在何种情况下应承担哪些责任都是一个模糊的概念。在操作上,很多地区的政府没有对院长进行绩效考核,也就无法确定院长是否尽到职责。即使一些地区的政府对院长进行绩效考核,但由于对院长的职责规定以及院长管理不善应承担的政治责任和经济责任的规定并不明确,导致绩效考核形式化,且考核结果与院长的去留和收入基本不挂钩,难以形成有效的激励和约束。至于院长决策失误或出于自身利益考虑做出不利于医院发展的决策导致国有资产配置和利用低效率带来损失的情况,也没有法律或文件规定院长应赔偿损失,经济风险几乎全部由政府承担。

2.3 公立医院与公司权责设置比较

与公立医院相比,公司治理中的权责设置相对成熟,且公司和公立医院权责配置的原则都是促使代理人为实现委托人目标而努力,存在一定共性,因此可以通过比较两者的权责设置,发现公立医院在

此方面存在的问题。

2.3.1 公司权力和责任的设置现状

公司涉及的权力包括所有权、占有权、使用权、收益权和支配权,其中,所有权是基础权能,其他四种是派生权能。^[8]上述权力的分割是伴随现代公司的发展而出现的。1937 年 Berle 和 Means 提出,随着公司规模扩大,所有权分散现象越发显著,越来越多的所有者选择将部分派生权能赋予经营者。^[9]之后,如何合理的分配公司权力成为研究的重点。狭义的所有权中包含控制权,即重大事项的决策权,总体上控制公司运转的权力,一般归所有者所有。支配权又称为处置权,指依法对物在事实上或法律上最终处置的权力,如在法律上的转让、抛弃等。这属于核心权能,一般应由所有者保留。使用权和收益权(剩余索取权)均可进一步进行分割,所有者可以根据自己的意愿以合同的形式将部分使用权和收益权让渡给他人,但这种分离往往是有条件并且是有期限的。

随着理论的发展,Hart 与 Moore 进一步把公司权力分为特定控制权和剩余控制权两种类型。上述能够在事前通过契约加以明确确定的权力被归为特定控制权的范畴,剩余控制权则是指那种事前没有在契约中明确界定如何使用的权力,或者是契约中各方理解不一致的权力,没有先例可循的处置突发事件的权力。^[10]现代产权理论把剩余控制权看作产权的本质,是所有者必须掌握的权力。^[4]

对于合理的权力划分在各国的公司法中有所体现。例如《中华人民共和国公司法》中规定了股东会和董事会的权力。股东会拥有对公司的处置权;董事、监事任免和报酬的决定权;重大决策权,包括公司经营方针和投资计划的决策权,年度财务预决算方案、利润分配方案和弥补亏损方案的审批权;修改公司章程及章程中规定或未规定的其他职权,即剩余控制权。董事会权力包括经理和公司高层任免和报酬的决定权;执行或授权经理执行董事会重大决策权;重大经营决策权;制定公司管理制度及章程规定的其他职权。我国公司法没有规定经理人的权力范围。股东会及董事会赋予经理人的权力一般为公司的经营权,也有一些公司将部分剩余索取权和决策权赋予经理人,具体权限范围会根据公司的具

体情况而有所不同,但各方具有的权力都是事前确定,记录在公司章程之中。

2.3.2 公立医院与公司权责设置比较

在权力划分层面:(1)作为公立医院所有者的代表,政府对于财务和利润分配的控制力度更小。公司的年度预算和决算、利润分配方案由董事会决定并由股东大会审批;公立医院财务预算和决算虽然需要上报政府,但政府通常不会对其进行干预,实际决策权归院长所有,政府只规定收支结余用于发展和福利的比例,具体如何使用则由院长最终确定,院长实际上掌握了大部分的剩余索取权。(2)政府的行政权与公立医院广义所有权中的权力存在冲突。公司的经理人则可以根据公司需要聘用或解聘员工;虽然有文件提出要给予公立医院院长充分的人事自主权,但编制部门仍然严格控制编制人员数量,编制内人员的聘任由政府人事部门统一招考,且员工一旦入编,除非出现重大医疗事故或严重违法行为,否则原则上不能解聘,院长在此方面的权力不大。(3)公司所有权的天然激励,通常所有者会尽可能通过契约对各种权力的归属做出明确规定;但公立医院所有者虚化,致使一些比较重要的权力归属未做出明确规定,即剩余控制权中包括了一些重要权力,特定控制权也因分散在多个文件中而降低了其明确程度和效能。(4)公司法中规定公司章程中未规定的权力归股东大会所有,即所有者拥有剩余控制权;而公立医院相关文件中却没有类似规定,实际中这项权力多落在院长手中。

在责任设置方面,我国公司法规定了董事对公司负有的各项义务,董事的职责在公司章程中也有规定。违反了法律规定义务就要承担相应的法律责任,如赔偿公司损失等。董事未尽职责或出现危害公司的行为,则可能遭到免职或进行经济赔偿。法律和公司章程规定经理人的职责是确保公司日常事务得到恰当的管理,努力实现公司的财务和运营目标,如违反这些义务,将承担与上述董事类似的法律责任。在此方面公立医院与公司差距较大。政府和院长在公立医院事务中的义务没有在法律上作出明确规定,职责的规定也并不完善。因此,如果出现了违反义务或未尽职责的情况,也没有相应的法律责任。因决策失误或不履行义务和职责造成公立医院

的损失,无论是政府官员还是院长均不需要承担经济责任。

综上,我国公立医院院长拥有更大的剩余控制权和剩余索取权,但不完全拥有人事自主权等与经营权相关的权力,同时,因决策失误或未尽职责几乎不需承担相应的法律或经济责任。

3 政府与公立医院院长权责配置对公立医院院长行为的影响分析

3.1 剩余索取权

剩余索取权是指对企业收入在扣除所有固定合同支付后的余额或利润的要求权。^[11]最初企业的剩余索取权一般归股东所有,但越来越多的研究显示赋予代理人部分剩余索取权能够激励其更多的生产利润,因此近年来企业所有者越来越趋向于和经营者分享剩余索取权。改革开放后我国公立医院效率低下的问题日益凸现,卫生领域开始效仿国有企业改革,通过文件规定公立医院经费结余留用,将剩余索取权让渡给公立医院院长,政府仅从大原则上规定收支结余在医院发展和员工福利上的分配比例。事实证明这确实提高了公立医院的效率,增加了医院的利润,但也会带来一些问题。

如前所述,公立医院院长的管理目标具有多重性,既要满足政府赋予的社会目标,又必须兼顾医院的经济效益以保证医院的发展,同时还有院长的个人目标。在政府没有规定应如何完成社会目标的情况下,院长在决策中可能优先考虑医院和个人目标。多数院长都希望在任期内扩大医院规模,既可满足日益增长的医疗需求,还可增加医院收入,也是院长政绩的最好体现。医院收支结余增加,院长可有更多资金发展医院,而规模扩大,又可获得更多收益,形成“扩大规模—获得更多利润—继续扩大规模”的循环。同时,收支节余增加可带来员工福利增长,会使其更加拥护院长,院长个人也可以从中获得更多的收入。这些都会激励院长更多关注医院的利润。但如果因过度追求利润而尽可能少承担甚至不承担社会职责,则可能出现向患者提供不合理的服务或过度医疗服务的情况,损害人民的利益。如果基础建设和设备购置不是出于医院发展的需要,而是院长为了获得政绩甚至从中获得租值,既会影响医院

利益,也会导致区域医疗资源配置不合理。这些都与政府举办公立医院的目标不一致。

如果公立医院院长只拥有部分剩余索取权,并不一定会导致前述后果。而实际上,虽然多项重大决策权、院长任免权等配置给政府,但因权力分散在多个政府部门,且政府部门间缺乏合作,弱化了所有权的联合效力,多数重大决策权力实际掌握在院长手中。同时,剩余控制权中包括一些重要权力,且其归属未作出明确规定,也被院长实际拥有。因此,公立医院院长能够有较大权力按照医院和自己的目标经营医院,此时,赋予院长的剩余索取权形成了激励院长最大限度的生产利润和扩大医院规模的内在机制。

另一方面,如果政府能够通过自身的权力和监管约束院长权力的使用,确保公立医院利润的产生是通过合理的途径以及规模扩大符合医院乃至区域卫生发展的需要,或当公立医院院长权力的使用背离了政府举办公立医院目标时,使其承担应有的责任,那么将部分剩余索取权赋予公立医院院长,既能调动公立医院的积极性从而提高效率,又不会损害政府目标的实现和公众利益。但目前政府监管不力,院长权责不对等,对院长行为的约束力度不强,形成了事实上的内部人控制。

对代理人进行监督,发现问题后减少其收入或免去其职位,在公司治理中是被普遍采用的控制代理人行为的手段之一。由于存在收入减少甚至是失去职务的风险,代理人往往慎重决策和行动,这些风险会被代理人计入自己的成本,因而做出不利于委托人利益决策的几率会相应降低。但在我国,政府没有很好的利用这些手段制衡院长的权力。院长的工资由人事部门根据事业单位人员工资方案决定;院长任免由同级政府组织部门决定,更多出于政治考虑,并结合院长的学历、职称、资历等因素,对其他方面因素考虑不多;院长基本都是在任期期满后连任或离职;院长不需承担因决策失误和行为偏差导致医院运行低效率而带来国有资产损失的责任。这些都造成作为代理人的院长缺乏风险感和责任感,无法形成有效地约束。

3.2 剩余控制权

在公司治理中,出现剩余权力时,经理人有时也

可能选择不向董事会或股东会汇报而实际掌握的控制权。但由于剩余权力可能影响到自身利益,所有者有动力对此进行监督来保证控制权,并且法律规定了剩余控制权归股东会所有,所有者在监管过程中一旦发现了经理人自行决策的情况可以依法对其进行处置。

公立医院治理过程中之所以没有明确决策权,一是政府和公立医院院长之间的权力配置并非通过单一的法律或政策文件来划分,而是在不同时期的多部文件中分别规定。每个政策文件仅对公立医院委托代理涉及的一个或几个权力进行规定,缺乏整体性的全盘考虑,因此一些权力,甚至是一些重大权力,在多部文件中均未提及,如公立医院对外投资和融资决策、预决算决策等应由哪方决定的规定并未明确,而这些权力又是关系到医院发展的重要权力;二是即便将上述可能想到的权力都做出规定,由于不完全契约的必然性,仍有可能存在没有明确决策权的情况。

对于公立医院,当出现剩余权力时有三种选择:一是由政府直接决策,二是政府和院长协商后进行决策,三是由院长自行决策。一般院长掌握更多信息,可以根据具体情况选择是否报告政府。当涉及事项与医院和院长自身利益关系不大,或院长判断政府决策与自己一致时,通常会选择汇报,否则,则可能选择不向政府汇报而自行做出决策。由于没有任何文件规定应该由谁来进行决策,因此,即使政府发现院长的行为,也没有依据指出院长决策在程序上是不合理的。在剩余控制权归属不明确的情况下,院长很可能掌握实际的控制权,但院长行使控制权的结果可能与政府的想法并不一致,甚至违背了政府举办公立医院的目标,但政府却无力控制院长的这种行为。

3.3 政府行政权与所有权

政府在作为所有者代表的同时还对公立医院实行行政管理,这导致政府所有权与公共行政权这两种性质不同的权力同时发生作用,在权力的使用过程中,政府的行政权与让渡给公立医院院长的经营权会产生冲突。以医院内部人事权为例,虽然政府在文件中明确提出要给予公立医院院长充分的人事自主权,但同时编制部门仍然严格控制编制人员数

量、工资、流动、晋升、奖励、退出/退休、离职等,卫生人力的管理一直按照计划经济模式进行。

编制部门的人事管理政策是在考虑事业单位共性的基础上制定的,是用行政权力而不是市场力量来配置社会医疗资源,而且行政权力配置资源具有一定刚性,导致资源难以得到合理配置,不能满足市场需求。在编制部门的管制下,职工与单位有强烈的依附关系,人员横向、纵向流动的渠道不畅,存在人员能上难下,能进难出,人才引进困难的“三难”问题^[12];出现工作能力平庸却占据重要岗位,真正有能力的人却难以进入医院或一些重要岗位,即使部分职工工作绩效不佳也不能解聘,只能在机构内部分流安置。公立医院引进人才手续繁琐,须先向卫生主管部门请示,由卫生部门与人事部门协商,按照年度人员调配计划进行批复,再加上普遍编制紧张,难以引进医院急需的专业技术人才。即便可以通过人事代理或合同制方式聘用员工,但由于身份和待遇问题难以吸引高端人才。在这种人事管理制度下,院长缺乏内部人事管理的自主权,降低了人才聘用的灵活性,制约了医院的发展,并导致成本增加、效率降低。

4 结论与建议

本文研究结果表明,在制度安排上,一方面,政府和公立医院院长之间的权力分配不清晰和不合理,部分重要权力“遗漏”在剩余控制权中,且政府权力不完全到位,院长拥有较大的剩余控制权和剩余索取权;另一方面,因责任设置不完善和不明确以及政府监督不到位,政府对院长部分权力的使用缺乏有效约束,导致对公立医院院长的激励与约束二者关系严重失衡,是我国公立医院运行中产生问题、偏离政府举办公立医院目标的根源。因此,在现阶段的公立医院改革中应将政府和公立医院院长之间的权责配置向更为合理的方向调整:

一是根据权力产生的激励作用考虑权力的归属问题,重新配置或调整政府与公立医院院长之间的相关权力;将目前剩余控制权中的重要权力纳入权力配置的制度安排中,并正式规定剩余控制权归政府所有;对于上述权力的调整最好是通过制定法律或单一政策文件,或者是通过与院长的委托代理合

同,尽可能详尽的规定公立医院的相关权力,并明确权力归属,使政府和公立医院院长在执行权力的过程中有章可循。

二是考虑将分散在多个政府部门的权力进行整合由公立医院管理部门统一行使,否则即便上收了部分权力也难以对院长的行为形成有效的制衡。

三是建立有效的问责机制,明确政府和院长应承担的责任,将政府和公立医院院长的职责和责任具体化,以期形成对公立医院院长的有效制约,改变目前对公立医院院长激励和约束失衡的状况。

参 考 文 献

- [1] Hart O. Corporate Governance: Some Theory and Implications [J]. The Economic Journal, 1995, 105 (430): 678-689.
- [2] 代涛,田晓晓,尤川梅. 我国政府举办公立医院的理论依据和职责研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(8): 7-13.
- [3] 李卫平,周海莎. 我国公立医院的治理结构分析[J]. 中国医院管理, 2005, 28(8): 19-23.
- [4] Hart O, Moore J. Foundations of Incomplete Contracts[J].

- The Review of Economic Studies, 1999, 66(1): 115-138.
- [5] Jakab M, Harding A, Preker A, et al. Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing [M]. Washington: The World Bank, 2000.
- [6] 吴敬琏. 现代公司与企业改革[M]. 天津:天津人民出版社, 1994.
- [7] 王霞,郑雪倩,李敬伟,等. 公立医院法人治理结构现状综述[J]. 中国医院, 2007(5): 2-4.
- [8] 北京大学法学百科全书:民法、商法分册[M]. 北京:北京大学出版社, 2001.
- [9] Berle A, Means G. The modern corporation and private property[M]. New York: Macmillan, 1932.
- [10] Hart O, Moore J. Property Rights and the Nature of the Firm[J]. Journal of Political Economy, 1990, 98(6): 1119-1158.
- [11] 谢德仁. 企业剩余索取权:分享安排与剩余计量[M]. 上海:三联书店、上海人民出版社, 1994.
- [12] 萧婉云,温文沛. 公立医院传统人事制度的改革探讨[J]. 现代医院, 2007, 7(1): 88-90.

[收稿日期:2013-07-09 修回日期:2013-08-10]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》杂志:英国 NHS 改革备受争议

近日《柳叶刀》杂志发表了题为“The NHS: free and caring or a market commodity?”的社论。文章指出,英国 NHS 改革法案备受争议,近期的一些研究报告提出了一系列的政策建议,以期该法案日趋完善。

文章认为,英国的《卫生与保健法案》(Health and Social Care Bill)虽然于2013年4月1日正式实施,但在一些方面仍然备受争议。首先,责任主体更加复杂化。改革之后卫生部不再是唯一的责任主体,还包括了监管机构、信托发展机构以及医疗质量委员会等。其次,该法案实施后,部分地区的医疗服务质量出现明显下降,这预示着卫生系统设计

本身可能存在缺陷。

文章指出,最近发布的题为“Improving the Safety of Patients in England”的报告提出了一些明智的建议。报告认为,患者的医疗安全应该放在首位,但卫生系统、程序、条件、环境以及人员限制等都可能引发患者医疗安全问题。同时强调了足够的卫生人力资源的重要性,并建议由 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)通过循证决策来确定卫生人力资源规模。

(来源:The Lancet)