

# 公立医院“取消编制”的政策建构：渊源、经验与展望

冯磊\*

重庆医科大学公共卫生与管理学院 医学与社会发展研究中心 健康领域社会风险预测治理协同创新中心  
重庆 400016

**【摘要】**我国公立医院编制管理的制度渊源是前苏联的国民经济预算管理制度,现实渊源则是建国以来医院管理的现实制度需求。两者的变革及其经验表明,当前公立医院“取消编制”的改革并不简单源于编制内外的“同工不同酬”,而是源于编制管理所固有的弊端,包括产权主体与责任主体的分离、医院决策能力的瓶颈、人才流动的实质性羁绊、与支付制度的分离等。“取消编制”仅仅是去行政化的改革策略,并不能认为是以推进公立医院全面市场化为目标。基于此,“取消编制”将成为推进医院法人化治理、医疗保障制度、政府补偿机制等系统改革的前奏。完善医疗服务成本补偿方式的具体设计将成为“取消编制”后改革的重点,而依据国外经验和改革实践,医疗保险支付和政府购买服务应成为主要补偿方式。然而,目前“取消编制”的改革面临各地经济发展不平衡、相关系统改革难以共同推进、编制制度惯性带来的改革效果不佳等重大障碍,应全面规划,慎重进行。

**【关键词】** 公立医院; 取消编制; 去行政化

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2017.01.002

## On the policy construction of “Cancelling Budgeted Posts” in the public hospital: Origination, experience and expectation

FENG Lei

College of Public Health and Management, Chongqing Medical University, Research Center for Medicine and Social Development, Innovation Governance in Health, Chongqing 400016, China

**【Abstract】** The institutional origin of Chinese public hospitals' management system of the budgeted post is the former Soviet Union's national economic budget management system, and the realistic origin is the realistic requirements since 1949. The reform experience of both above suggests that the reform policy about “cancelling budgeted posts” in the public hospitals was not the result of “the different pay, the same work” dependeds on whether the budgeted post or not, but rooted in defects in management system of the budgeted post, which include the fracture of the ownership and the responsibility subject, the bottleneck of hospital decision-making ability, the obstacles of the talent flowing and separation of the payment system. This policy is only reform strategy of de-administration, rather than promoting the comprehensive marketization of public hospital. so the policy about “cancelling budgeted posts” is the beginning of comprehensive reforms about hospital corporate governance, medical security system, and medical service compensation. The specific methods of the medical service compensation will become the focus of the further reform. According to the foreign reform experiences and our reform practices, Policymakers would get health insurance and government purchase as the main compensation methods in future. However, because of the imbalance of economic development, the difficult of systematic reform, inertia obstacles of the old management system of the budgeted post, we should make the comprehensive plans and cautiously advance the measures.

**【Key words】** Public hospitals; Cancelling budgeted posts; De-administration

\* 基金项目: 2015 年度重庆市社会科学规划基金青年项目(2015QNGL38)

作者简介: 冯磊,男(1978 年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生政策的法制化,医患冲突及纠纷解决。

E-mail:cqqiuqiu0714@sina.com

近年来,在地方积极探索的基础上,公立医院的编制管理制度改革逐渐被提上国家医疗卫生体制改革的日程。2016 年 7 月 22 日,人力资源和社会保障部发言人在其举行的新闻发布会上明确表示,将“研究制定高校、公立医院不纳入编制管理后的人事管理衔接办法”;2016 年 10 月 25 日中共中央、国务院印发的《“健康中国 2030”规划纲要》和 2016 年 11 月 8 日由中共中央办公厅和国务院办公厅转发的《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》中均指出,应落实医疗卫生机构用人自主权,进行编制管理方式改革的探索,逐步实行备案制,以聘用制等方式形成能进能出的灵活用人机制。因此,在 2016 年度的公立医院改革中,“取消编制”成为当仁不让的热词,甚至被盛赞为公立医院改革的“破冰之举”。<sup>[1]</sup>

但这一举措也引发了一定的争议,其中,既有褒扬和认同,也有忧虑和反思。<sup>[2]</sup> 本文拟对编制管理制度的渊源和变革经验进行梳理,以国际比较视野和中国改革实践为背景,对该政策的建构及其推进予以分析。

## 1 “同工不同酬”不足以构成“取消编制”的充分理由

在支持意见中,普遍认为,“取消编制”有助于解决编制内外人员“同工不同酬”问题。这确实是长期存在于公立医院亟待解决的问题,但由此可能产生的质疑是:通过单位内部的薪酬分配制度调整,是否同样可以解决上述问题?

事业单位改革的路径和趋势增加了这种可能性。在改革推进的过程中,编制所附随的薪酬优势、社会保障优势等均在逐渐消失。以养老金为例,2015 年 1 月 14 日发布的《国务院关于机关事业单位工作人员养老保险制度改革的决定》,承继 2014 年 7 月 1 日实行的《事业单位人事管理条例》,以工资制度改革为有力支撑,从制度上和机制上实现了机关事业单位与企业养老制度的并轨。因此,有研究认为可能的改革思路是,更新编制的附随利益,从内部着手,保持编制,动态构设事业单位人员编制标准“总量控制、单量调整、增量调转”的基准框架及“去行政化、社会化、法制化、信息化”的配套措施<sup>[3]</sup>,以解决编外人员包括薪酬在内的各种问题。

也正因此,有学者建议,突破现有编制限制,直接按照基层医疗卫生服务工作的需要重新核定编

制,实事求是,按照实际情况增减编制,并按照能够吸引到足够优秀人才的标准确定收入。<sup>[4]</sup> 此类以内部科层治理完善取代外部组织变革的观点,也在世界银行关于各国公立医院法人化的研究中提及。课题组研究发现,保持公立部门属性基础上组织变革(削弱预算属性,加强自主化或法人治理)成为世界各国普遍采用的医院治理改革策略。但该课题组也指出,还有一种可供选择的改革措施,那就是完善公立医院内部管理制度,建立更趋于一体化的科层管理模式。而且,相比“伤筋动骨”的组织变革,如改变预算属性、建立法人化治理等,这一措施显然显得更为简单、成本更低、振荡更小。因此,要想衡量公立医院引入组织变革后的法人化治理改革的成效,首先必须找到证据证明这一改革是不可或缺的,也就是说,有内部管理制度改革所不能取代的必要性。<sup>[5]</sup>

事实上,仅就同工同酬的问题,公立医院并没有“取消编制”的充分理由,已经进行的人事(薪酬)制度改革印证了这一点。2015 年 11 月,黑龙江省出台《黑龙江省公立医院岗位设置聘用管理实施意见》,根据该《意见》,公立医院实行全员聘用制度,编制内人员签订聘用合同,编外聘用人员签订劳动合同,旨在打破人员身份界限,编外聘用人员与在编人员享有同等的政治、生活、工资福利待遇,同岗同薪、同工同酬,并按国家规定参加社会保险。该《意见》并未涉及“取消编制”,而是规定,在编制总量或人员总量不能满足事业发展需要时,公立医院可自主通过设立特设岗位、临时性岗位等方式公开招聘人员,并报同级编制、人社、卫生计生、财政等部门备案,待编制或人员总量出现空额时优先转聘。<sup>[6]</sup> 类似的改革其实已经在很多地区进行着,很多公立医院为形成正面的激励机制,从内部分配机制上着手,正在努力解决分配不公的问题,差异已经逐渐减少。

因此,公立医院“取消编制”应具有更深层次的理由。只有在原有内部变革难以解决现有公立医院面临的决策能力受制、薪酬分配瓶颈、人员流动僵化等诸多问题的前提下,才有外部组织变革(编制取消)的必要性。

## 2 编制管理制度的渊源及其变革经验

中国公立医院编制管理的制度渊源是前苏联的国民经济预算管理制度,而现实渊源则是基于中国的现实制度需求。从这两大渊源的变革及经验着手,有助于对“取消编制”的政策建构有更清晰的认知。

## 2.1 苏俄预算制度的变革及经验

在前苏联,针对医疗卫生机构的财政预算被称为社会消费基金,预算方法则采用款、项、目结合的方式,地方政府自主性严格被限。医疗卫生机构等非生产部门被称为“预算单位”,不要求收支相抵,<sup>[7]</sup>医疗卫生机构的预算内容主要包括:工资、工资附加、公杂费、旅差费和市内交通费、教学支出、生产实习和科学研究支出以及图书购置费、伙食费、医药卫生材料费、购置设备和器具的基本投资、被服装备购置费、基本建设工程投资、房屋和建筑物大修理支出以及其他各项支出。<sup>[8]</sup>其中许多项目均与人员编制有关。中央依照编制予以预算既便于管理,也便于控制,被认为是实现医疗卫生机构公益性的方式。

但自20世纪80年代始,鉴于医疗卫生机构官僚作风严重,效率低下,医务人员对薪酬问题抱怨较多,缺乏积极性等现象,政府从变革既有的编制制度开始进行探索。前苏联卫生部1987年5月8日第646号命令规定,医疗卫生机构领导者有权在卫生计划和预算范围内增加医疗卫生机构医务人员及其他人员的编制。1987年8月13日第955号命令规定,加盟共和国部长有权参照苏联卫生部已批准的编制定额,结合当地具体条件,批准本地医疗卫生机构医务人员、领导人员以及经营管理、后勤人员的编制定额,授权医疗卫生机构领导者根据具体情况确定医生的个人工作量标准(1987年7月22日第902号命令)。<sup>[9]</sup>在此基础上,预算渐渐与编制脱离,1988年以后,国家(地区)根据医疗卫生机构工作的最终成果,以直接的合同关系形式从国家预算中按经济指标拨款。与之配套的措施包括增加地方预算;完善财务标准和扩大单位领导的自主财政权,包括增加财政结余权;<sup>[10]</sup>对卫生人员薪酬分配制度进行改革,如根据工作成果增加奖励等。<sup>[11]</sup>前苏联对列宁格勒、古比雪夫、克迈罗夫等地区进行试点,尝试建立地区医疗联合体、增加有偿服务、以居民人均预算拨款定额等。<sup>[12]</sup>在前苏联解体之后,俄罗斯联邦的公立医院改革政策仍然主要围绕着分权和拓宽筹资渠道两个方面,通过一系列重点改革措施,如管理体制向地方分权、扩大医院和联合诊所管理者的自主权、通过强制性的医疗保险计划促使医院之间竞争、提高医务人员收入等方面进行。<sup>[13]</sup>

但上述变革并未真正解决存在的问题。经由对前苏联和东欧社会主义国家公立医院改革的剖析,研究者认为,尽管以编制改革为推手的措施增加了医院调整自身行为的压力,包括实际预算的缩减、新支付机制提升了效率、分权治理增加了医疗卫生机

构对需求的反应性,但未从根本上改变医疗卫生机构作为政府预算单位的基本结构,组织结构与外部环境的不一致,导致促进行为改变的激励机制作用较弱并出现矛盾,并且两者之间失去了潜在的配合,表现为治理结构模糊、激励机制与决策权不协调、缺乏市场压力和问责结构等。<sup>[5]</sup>

## 2.2 我国现实制度需求的变革及经验

中国事业单位编制管理制度具有借鉴和创新的双重意义。根据地时期,在物资匮乏的情形下,建立了以工龄为核心的供给制分配方式,但不同军队、不同根据地有不同的标准。<sup>[14]</sup>在革命队伍转化为国家治理的干部群体之后,这种伴随供给制建立的人员核定机制在新中国得到了发展,与战争时期的根据地自行组织,分散管理不同,由中央政府统一核定编制,后来又逐渐将医院、学校等事业单位纳入了编制管理。1963年5月,国家编制委员会正式成立。编制委员会下设一个专门负责事业单位机构编制管理的事业编制处。<sup>[15]</sup>与前苏联的“预算单位”编制仅作为核算标准有所区分,“行政管理权限的划分使这些组织不仅都具有行政血缘关系,而且也有了行政等级……各种社会组织的领导职务成为国家行政职务序列中的公职。”<sup>[16]</sup>

公立医院属公益二类事业单位,其编制作用主要体现在:一是编制人员为财政供养人员,财政按照人头给予补偿;二是财政承担编制人员社会保障费用;三是按编制数设置岗位定额。因此,编制制度既是一种内部管理方式,又是一种国家治理手段。其后果是:(1)以编制附随利益即福利补贴和福利分配为物质激励,由国家行政权力决定的就业场所和社会地位为身份激励,编制使从业者对国家的依附转化为对就业场所和附随利益的依附;(2)编制所附属的公职属性,使人员内部对资源的争夺转化为对权力身份的争夺,有研究者认为与再分配体制和单位组织的非技术性特征密切相关的是,德治原则而非绩效原则是主要的分配原则,同时认为这是中国和前苏联之间的一个重要的区别。<sup>[17]</sup>因此,从制度建立之初,编制管理对于新中国的公立医院来说,其重要价值可能更多地在于,通过将医生“收编”进公立医疗机构的方式,实现了医生的国有化,将之前主要作为自由职业的医师改造为社会主义劳动者。此后,沿着国家规定的职业路径晋升也成为唯一的选择。

然而,以编制促成医生对机构的人身依附的同时,除了有助于加强医疗卫生资源的国家分配能力及效率,也使拥有作为国家雇员的医务人员以及作为国家单位的公立医院产生了一定程度的科层权

力。在国家补贴日益减少的情形下,公立医院通过控制医药市场价格和控制患者就医选择的双向支配权,将自身对医疗的垄断权力转化为经济利益,从而弥补了因国家对服务价格和工资水平的控制所导致的较低收入。但这同时使医生成为医患矛盾最前沿的承受者,成为国家与患者之间的“缓冲器”。<sup>[18]</sup>

另一方面,如果以编制与国家治理之间的关系作为医疗改革的一条线索的话,两种分离措施是可以清晰观察到的:

(1)分离编制与财政补偿之间的联系。1960—1979 年之间,我国公立医院的财政补助与人头相关,即采用“包工资”的办法,全额管理,定项补助,国家按医院编制人数,补助全部工资及附加工资的 3%。1979 年之后,以床位编制进行定额补助,改为全额管理,定额补助,结余留用。这一改革的结果导致财政补贴占公立医院总收入的比例从 30% 左右持续下降到 10% 以下。<sup>[19]</sup> 财政部、国家计委、卫生部三部委 2000 年出台的《关于卫生事业补助政策的意见》中,具体的财政补贴范围也越发明晰,即医疗机构开办和发展建设支出、事业单位职工基本养老保险制度建立以前的离退休人员费用、临床重点学科研究、由于政策原因造成的基本医疗服务亏损补贴。

(2)试水执业地与特定工作场所的分离。原卫生部自 2009 年开始尝试医生多点执业的试点改革,经过多年探索,最终国家卫生计生委等多部门于 2014 年 11 月颁发了《关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知》,明确了多点执业的基本条件,在程序上改“审批”为“报备”,在职责与待遇上,要求及时根据实际,合理规定医师岗位职责,完善考核、奖励、处分、竞聘上岗等具体管理办法,不能因医师多点执业而影响其职称晋升、学术地位等。规定如此有力,显然是希望形成人员流动。尽管限于现有体制,多点执业常年叫好不叫座,但一定程度上破除了社会身份与就业地点应当完全匹配的观念。

以上改革并没有获得良好的效果。就财政补贴的分离而言,有研究表明,各地普遍都保留了财政项目支出外的“经常性投入”,体现在卫生财务报表上,即在职人员经费及离退休人员经费。这从一个方面显现了财政直接补偿供方天然带有的一个困境,即财政一旦建立一个支出项,就很难取消或缩减这个项目,即便该项目支出的效率下降乃至甚微。<sup>[20]</sup> 国家承担了在巨大编制之下未必合理的财政支出,毫无扩编动力,而一些医疗机构缺人手的现实又十分严峻,两者之间构成了巨大冲突,即便科学核编,推倒重来,整体上仍然

会形成减少编制的状况,与前文提及的“扩编”理想相冲突。这已经被以前的编制改革所证实,国家基本沿着“减编”或“不增编”的思路进行。

此外,多点执业始终运行不畅,除却大医院医生工作忙等客观原因,影响在原单位内的晋升成为医生的主要忧虑,而医院的忧虑则在于责任归属、人才培养成本支出等。<sup>[21]</sup> 可见,编制管理带来的制度惯性——财政补偿的依附性、身份关系的附着性、责任主体的模糊性等并未得到解决。

## 2.3 小结

编制管理制度两大渊源的变革及其经验表明,试图在科层内部解决编制问题的努力,往往受到编制管理本身制度属性的制约,因此效果有限,包括:

(1)作为产权主体的政府对医疗机构通过编制管理进行微观管制,包括薪酬价值、人事任免等,而医疗服务的责任主体是医疗机构,这使得产权主体与责任主体产生一定程度的分离,进而间接导致医疗冲突频发。

(2)编制管理所带来的医院决策能力缺失,在决策上,医院很难全面实施聘任制,难以解职职工;同工同酬变革遭遇的最大难点是在编人员不同工但有较好收益,奖勤容易,罚懒难,形成负面激励;由于没有人力资源的控制权,绩效考核的效果始终存在瓶颈。

(3)编制管理对流动性带来的实质性羁绊,包括:含有国家属性的晋升方式难以跟随流动进行根本性变革,本质上仍与编制管理相关;医务人员流动后难以获得为社会认可的同等身份;在与作为“准公职人员”公立医院同行的各种竞争中陷于不利。

(4)编制管理与支付制度有所分离。从现实来看,随着医保覆盖面的增加,医院加强了对医疗保障体系的依赖,但由于人事管理桎梏导致的决策权缺失,很难建立起诸如医疗保险谈判、财政剩余的有效索取等与支付方式匹配的相应制度。

## 3 “取消编制”是医疗领域综合改革的前奏

### 3.1 “取消编制”的政策实质

从作为制度渊源的前苏联的变革及其经验上看,“取消编制”是温和变革效果不佳之后的政策建构。其构建过程仍然是反复博弈的后果。正如科尔巴奇指出的,政策的一致性要求“政策不得不与社会系统如何管理产生关联”,政策并非决策者单一思想应用和选择的过程,更像是不同参与者之间的一种交互模式,在这个过程中不同的博弈者试图以反映他们特定观点

的方式来影响行动。<sup>[22]</sup>德博拉·斯通形象地将决策规则描述为：“采取那个可以带来最大净利益的行动。”<sup>[23]</sup>从这个意义上，取消编制的改革并不算突兀。

需要澄清的是，“取消编制”可以被认为是去行政化的举措，但并不能被认为是走向全面市场化的举措。从公共经济理论来看，公共服务的生产和提供是两个完全不同的概念：前者属于类似于私有物品生产环节的范畴，是一个技术过程；后者属于交换和消费环节的范畴，是一种制度安排。本质上，“取消编制”解决的是公共服务生产质量和能力的问题，理顺了产权归属、人事管理、外来补贴、薪酬自主和剩余索取等影响服务生产的各种要素，使医务人员从“单位人”逐渐转变为“社会人”。但作为事业单位的公立医院属性并未改变，因此医疗服务提供的公共属性并未改变。公立医院的社会功能仍然存在，政府始终具有监管和引领的责任，但责任的履行方式会有所变化。政府应继续转变以编制为依托的财政补偿方式，探索建立政府监督和促进公立医院自我管理的新模式。中国公立医院改革的基本思路应当是：以医疗社会保障制度为依托，设计对公立医院医疗服务进行补偿的方式，促进公立医院法人治理结构的形成，由其自我选择适宜自身发展的竞争策略。

### 3.2 “取消编制”后的医疗服务补偿

#### 3.2.1 比较视野内医疗服务成本补偿的方式

从比较的视野，公立医院医疗服务成本补偿的方式主要有两种：

(1)通过医疗保险进行支付。这种模式中，政府从日常补偿中退出，经由医院与保险机构的谈判制定服务购买方式。如在德国，公立医院成为政府之外独立运行的法人实体，同经办社会医保的疾病基金签订服务提供及资金补偿合同，通过提供服务获取来自社会医保的收入，政府不参与公立医院的管理和日常运营。<sup>[21]</sup>又如在日本，医疗收费价格执行全国统一标准，每两年调整一次。购买形成的基本过程是，由医疗机构、费用支付方（保险机构）、专家方以及公益方四方组成“中央社会保险医疗协会”，讨论协商医疗服务议价报告，经统一意见后上报社会保障审议会，再报主管部门，最后发给保险支付经办机构依此执行。<sup>[24]</sup>

(2)政府通过第三方购买服务。这种模式中，政府通过向独立的第三方拨付款项，由其制定标准向医疗机构购买服务。较为典型的是英国。在全民健康保险覆盖的前提下，为改变医疗机构仅作为预

算机构带来的效率低下、服务质量不高等缺陷，自1989年以来，英国政府一直尝试以独立的第三方购买的方式促进医疗机构的内部竞争。最初将医院改组为自主经营、自负盈亏的法人实体——NHS医院集团。地方卫生局(DHA)不再负责经营公立医院，同时由全科医生(GPs)组成全科服务基金持有者(GPFH)。财政将预算资金划拨给GPFH和DHA，这两个组织通过合同的方式向NHS医院集团和全科医生购买医疗服务。2000年后，英国引入自主化程度引入更高的NHS医院形式——NHS信托(基金)医院集团(Foundation Trust, FT)，FTs则拥有更大的财务和管理自主权，进一步增进了内部竞争。<sup>[21]</sup>

#### 3.2.2 我国目前的改革举措

从我国目前的改革实践来看，“取消编制”后的财政补偿实际上是两种方式的综合，即一方面服务收费逐渐倾向保险支付，另一方面，政府根据需求制定补偿标准进行补偿支付。后者现在成为支持“取消编制”的重点举措。例如，深圳取消公立医院行政级别，在政府核定的工资总额内，实行岗位绩效工资制度，全员聘用，根据医疗服务需求和功能定位来安排工作岗位，建立体现医务人员劳务价值的薪酬标准，以职业年金机制保障医务人员尤其是离退休人员的待遇。同时，将按人定补的财政投入方式转变为按事定补，将公立医院补偿限于服务收费和政府补助两个渠道。有数据表明，2015年，深圳全市公立医院的财政补助收入占其总收入的比例就已从2009年的17.2%提高到了2015年的28.5%。<sup>[25]</sup>

从上述政策实质的分析可以看出，“取消编制”的改革并非改变公立医院本质属性的改革，只是为内部管理机制的科学化、外部补偿机制的合理化铺平道路，也不会产生诸如人才培养上的缺失、公立医院公益功能的丧失等方面的问题，因为在补偿机制的设计上，政府应对此予以通盘考虑，比如，如果要以人员向基层流动为目标之一，必须对基层和大医院的门诊服务补偿有所区分。但可以确认的是，大型公立医院垄断诊疗服务、收益畸高的状况一定会受到干预，改革目标内包含了人才流动趋于自主化、分散化、基层化的基本设置。

### 3.3 “取消编制”政策建构面临的基本困难

#### 3.3.1 地方经济发展不平衡带来的补助难题

目前“取消编制”改革实践较有影响力的地区如深圳、北京等，均是政府财政充裕地区。在改革中，政府以其补偿或补偿政策填补了因编制取消带来的

利益损失,甚至重构了相应的利益获得。因此,对编制附随的利益丧失,政府需要积极投入,才能在短时期内形成“取消编制”后的正面激励,从而推动该制度的良性发展,但这并非所有地区都能做到。

### 3.3.2 改革系统不平衡带来的尴尬局面

鉴于编制承载的“人事管理”功能,一方面,公立医院编制改革须与事业单位改革、人事制度改革同步。在目前条块设置的行政管理体制下,改革涉及编制、人事、财政、社保等多个部门,建议建立和完善包括财政补偿、工资福利、社会保障、岗位管理、职称晋升、聘任与解聘等配套制度。<sup>[26]</sup>这就要求改革系统的齐头并进,但在目前的管理体制下,这种同步改革要求更高层次的统筹协调;另一方面,编制改革在一定范围内应同步,仅仅是部分地区或机构的高薪吸引,可能未必能达到吸引人才的目的,因为编制还附着有行政职务、社会地位、福利待遇等利益。一种可能性是,除去一些制度成熟、薪酬吸引力强的医疗机构,其它“取消编制”的公立医院相较其它有编制地区,可能面临失去对人才的吸引力。

### 3.3.3 制度惯性带来的改革效果不佳

“老人老办法,新人新办法”虽然不失为平稳过渡的策略,但这毕竟是一种不平等,会否引起不满或削弱“取消编制”的改革效果,此时还不得而知;尽管可以通过政府补偿的方式对人员向基层流动产生吸引,但在短期内可能难以一步到位,而作为“社会人”的医务人员将首先选择民营医院等资本单位,造成医疗服务的社会功能在一定时期的可能短缺;医院法人治理所需要的制度理念和实施条件在一定时间内尚未完成,取消编制之后短期可能造成某些公立医院的萎缩,尤其是二级及其以下医院的人才流失和医院萎缩。

## 参 考 文 献

- [1] 田佑中. 公立医院取消编制是破冰之举[N]. 经济日报, 2016-08-24(13).
- [2] 郭潇雅. 编制取消利弊谈[J]. 中国医院院长, 2016(6): 40-43.
- [3] 徐刚. 事业单位人员编制标准:取向、机制及因应策略——兼论人员编外性问题的消解[J]. 理论与改革, 2010(5): 63-68.
- [4] 李玲, 江宇. 推进健康中国需要一场根本变革[J]. 经济导刊, 2016(10): 48-53.
- [5] 亚历山大·S·普力克, 阿普里尔·哈丁. 卫生服务提供体系创新——公立医院法人化[M]. 李卫平, 王云屏, 宋大平, 等译. 北京: 中国人民大学出版社, 2011.

- [6] 张洁. 黑龙江省公立医院实行全员聘用制, 实行同岗同薪、同工同酬[EB/OL]. (2015-11-24) [2016-12-25]. <http://heilongjiang.dbw.cn/system/2015/11/24/056954222.shtml>.
- [7] 科尔奈. 社会主义体制: 共产主义政治经济学[M]. 张安, 译. 北京: 中央编译出版社, 2007.
- [8] 尼·奥保林斯基. 苏联国家预算第四讲[J]. 中国财政, 1957(6): 32-33.
- [9] 李国瓚. 苏联卫生管理体制的改革[J]. 中国卫生经济, 1990, 9(11): 61-63.
- [10] 施忠道. 苏联卫生事业管理(中)[J]. 中国卫生事业管理, 1987(1): 52-54.
- [11] M. Ryan. 苏联医务人员的报酬[J]. 朱漱玉, 译. 国外医学卫生经济分册, 1988, 5(3): 38-40.
- [12] B·Ю·谢苗诺夫. 苏联卫生事业改革的回顾[J]. 尹力译. 中国卫生经济, 1992, 11(4): 28-30.
- [13] 陈瑶, 谢宇, 马晓静. 俄罗斯公立医院改革的主要做法与特点[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(8): 14-17.
- [14] 路风. 中国单位体制的起源和形成[J]. 中国社会科学季刊, 1993(4): 92-134.
- [15] 韦之. 关于事业单位机构管理问题[J]. 经济研究参考, 1992(151): 1-35.
- [16] 路风. 单位: 一种特殊的社会组织[J]. 中国社会科学, 1989(1): 74.
- [17] 李猛, 周飞舟, 李康. 单位: 制度化组织的内部机制[J]. 中国社会科学季刊, 1996(2): 135-167.
- [18] 姚泽麟. 近代以来中国医生职业与国家关系的演变[J]. 社会学研究, 2015(3): 46-68.
- [19] 贡森, 葛延风, 王列军. 中国公立医院医生薪酬制度改革研究[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2016.
- [20] 朱恒鹏, 咎馨, 向辉. 财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革[J]. 经济学动态, 2014(12): 61-71.
- [21] “多点执业”为何“撩拨”不起医生的兴趣[EB/OL]. (2015-06-04) [2016-12-25]. <http://mt.sohu.com/20150604/n414453609.shtml>
- [22] H·K. 科尔巴奇. 政策[M]. 张毅, 韩志明, 译. 长春: 吉林人民出版社, 2005.
- [23] 德博拉·斯通. 政策悖论——政治决策中的艺术[M]. 顾建光译. 北京: 中国人民大学出版社, 2006.
- [24] 顾亚明, 王小合. 医改红利的制度创新和社会治理[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2015.
- [25] 王晓慧. 事业编退编暂缓, 高校、公立医院何去何从[EB/OL]. (2016-11-14) [2016-12-25]. <http://www.chinatimes.cc/article/62339.html>.
- [26] 闫龔. 编制改革切忌单兵突进[J]. 中国健康, 2015(8): 102.

[收稿日期:2016-11-26 修回日期:2017-01-06]

(编辑 刘博)