高州医改模式“高”在何处

去行政化与高州模式的可复制性

長策智庫 RCPP China Research Center for Public Policy 中国经济体制改革研究会公共政策研究中心

高州模式“高”在何处

——去行政化与高州模式的可复制性

中国经济体制改革研究会公共政策研究中心
长策智库

摘要：全国的公立医院改革试点举步维艰。很多人把公立医院改革的艰难归咎于“政府补偿政策没有落实”，即归咎于财政没有给钱。然而，在地处粤西半山区的茂名市，高州市人民医院近八年来在没有获得任何“政府补偿”的情况下，从一个默默无闻的县城医院发展成为远近闻名、信誉卓著的高水平医院。无论是广东省还是卫生部，都高度肯定高州市人民医院创造的“平价”奇迹，并决定在广东省乃至全国范围内推广“高州模式”。

高州市人民医院具体的管理经验固然值得各地医院学习，但是更为重要的是“高州模式”产生的制度环境或政策因素，即政府与公立医院的关系走向去行政化。首先，政府与公立医院财务关系的去行政化，致使旧事业单位体制中“养供方”的做法彻底在高州市无法继续，高州市人民医院抓住了市场机制提供的机遇，通过良好的管理实现了自我发展，同时公共财政“补需方”的新机制促使全民医疗保险走上了健康发展的轨道，而全民医保的发展造就了医保机构代表参保者利益团购医药服务的新市场机制，高州市人民医院在全民医保的环境下以准确的市场定位、平价的运营策略、适宜的技术路线，为当地和外地城乡医保的参保者提供了性价比高的服务。第二，公立医院法人治理结构的非行政化，尤其是在医院院长的遴选中，引入职工民主参与的新机制，确保了高州市人民医院的改革与发展有了领军人物。第三，公立医院人事管理制度的非行政化，让高州市人民医院拥有完全的人事自主权，并实行全员劳动合同制，使之不仅成为公立医院改革的一个典范，而且是事业单位人事制度改革的一个典范。第四，公立医院薪酬制度的非行政化，让高州市人民医院找到了适合自己组织文化的新薪酬制度，有效地调动了医务人员的积极性。第五，公立医院市场准入与发展的非行政化，让高州市人民医院打破了现行的行政限制，尤其是基于行政级别而不是技术规范对医院规模和医疗服务准入的行政化限制，实现了自我发展的突破。

“高州模式”提示我们，公立医院究竟能不能改革，改革之后有没有成效，同“政府补偿”的多寡没有关系。把政府财政当成聚宝盆，向政府财政“等、靠、要”，靠政府财政投入堆起来的“改革”，恰恰不具有可持续性和可复制性。打破束缚手脚的旧体制，让各类医院在市场的竞争中提升竞争力，这样的改革才具有高度的可持续性和可复制性。“高州模式”的典型特征或者说经验，归结起来就是一句话：公立医院要管

办分开，走向非行政化。管办分开了，高州模式完全可以持续，也完全可以复制，公立医院的改革马上可以在全国推展；管办不分开，高州市人民医院就只能是公立医院的一个异数、一个个案，难以复制。

公立医院的改革能否推进与政府补偿的多寡没有多大关系，这并不意味着政府不必在医疗卫生领域增加财政投入。政府增加投入是必要的，但更为重要的是要建立新的机制，让来自老百姓纳税人的钱以更有效率的方式花在老百姓身上。政府对公立医院的补偿政策的确应该落实，但必须以全新的机制来落实。根据新医改方案的精神，公共财政对公立医院的新补偿机制包括以下三点：其一，通过加大“补需方”的力度，让广大民众获得基本医疗保障，是为“保基本”；其二，通过调整“补供方”的方向，支持包括县医院在内的基层医疗机构的发展，是为“强基层”；其三，通过公共财政的转型，促进医疗保险团购医药服务市场机制的形成与完善，是为“建机制”。所有这些改革的核心，可以概括为一个词，这就是“去行政化”。

去行政化的原则，已经为教育体制改革，尤其是各级公立学校特别是高等院校的改革，指明了方向。“高州模式”的经验告诉我们，推进去行政化，给公立医院更多的自主权，就能还患者更多的满意。坚持去行政化的原则，公立医院的改革就能大踏步前进；阻碍去行政化的实现，公立医院改革必然会举步维艰。

因此，鉴于公立医院改革是本轮新医改成败攸关之所在，我们不得不大声疾呼：谁在继续反对管办分开和去行政化，谁就在有意阻挠新医改！把增加政府直接投入作为公立医院改革的前提条件，将使医改再次“基本不成功”。

一、为什么要关注“高州模式”

在新一轮医药卫生体制改革（以下简称“新医改”）的诸多任务中，公立医院改革是公认的重点，也是公认的难点。早在2009年的“两会”期间，钟南山院士曾经表示，公立医院改革恐怕是三年后的事情。2009年4月6日，《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称“新医改方案”）公布，新医改正式启动。次日，《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2010年）》（以下简称“新医改近期实施方案”）发布，公立医院改革被列为五项新医改重点工作中的最后一项。经过近一年的努力，国家医改办确立了16个城市作为公立医院改革的国家级试点城市。但截止到2010年7月底，16个城市的公立医院改革试点方案依然没有对外公布。从各地具体的实践中也不难了解到，公立医院改革试点工作推进的艰难性，恰恰就是公立医院改革艰难性的具体体现之一。

公立医院改革为什么如此艰难？原因当然很多。但是，无论是大众媒体的报道，还是相当一批专家学者的评论，还是一些相关官员的谈话，都不约而同地将公立医院改革的艰难归咎于所谓“政府补偿政策没有落实”。即归咎于财政没有给足钱。依照这种看法，只要财政不给足钱，公立医院的改革就寸步难行；只要财政给了足够的

钱，最好像英国和香港那样，公立医院以“公益性”为目标的改革就能落实。

事实真的如此吗？当然不是。八年多来，由院长钟焕清领导的广东省高州市人民医院，在政府投入极少甚至没有任何投入的情形下，经过不断的改革与发展，从一个默默无闻的县城医院，转变成为信誉卓著的高水平医院。尽管广东省是经济发达地区，但是高州市地处粤西半山区，是隶属于茂名市的一个县级市，当地政府的财力不可能给高州市人民医院多大的投入，而来自中央政府和省政府对公立医院的投入又多向大中型城市中的知名医院倾斜。然而，正是在所谓“政府补偿”根本没有落实、也不可能按照一些人想象的那样得到落实的情形下，高州市政府锐意改革，放手高州市人民医院在改革与发展的道路大踏步前行。可以说，正是来自高州市政府与高州市人民医院，亦即来自政府与公立医院两方面的努力，造就了“高州模式”。

那么，“高州模式”是否应该在全国复制，可不可以在全国复制？更为深刻的问题是，公立医院改革是不是必须以政府财政的大量直接投入为前提？

二、作为公立医院改革与发展标杆的高州市人民医院

带着这样的问题，我们课题组于2010年7月中旬赴广东茂名，对高州市人民医院进行了调研。这次调研的重点是“高州模式”中的制度环境或政策因素；至于高州市人民医院在组织管理方面的经验，我们将另行展开调研并进行案例写作。高州市人民医院是一家县级医院。按照卫生行政部门确立的标准，县医院至多只能是二级甲等医院。但是，该医院目前无论从技术水平，医院规模，还是医疗服务的量和质上讲，都已经达到国内三级甲等医院的水平。该医院在职员工1474人，其中医务人员占91.3%，中级、高级职称医务人员390人。医院开放病床2360张，临床科室63个。医院占地10万平方米，建筑总面积28万平方米，资产总值8.5亿元，其中包括19层门诊内科综合大楼（4万平米），19层外科住院大楼（4万平米），园林式的肿瘤放疗中心，还有一栋19层心脏病大楼（5万平米）即将投入使用。特别值得注意的是，这些大楼完全是依靠医院的收入结余修建而成，其中的设施和设备也均由医院自行购买，没要政府投入一分钱。

从2001年至2009年，年住院病人从2.31万人次增加到6.06万人次，增长162％；年手术量从0.75万例增加到1.76万例，增长135％；年门诊量从45.14万人次增加到78.67万人次，增长74.3％；年收入从1.2亿增加到4.8亿，增加了3倍；资产总值从2.1亿增加到8.5亿，增长300％。高州市人民医院的病人来自全国23个省38个县市、港澳台地区和美国、印尼、坦桑尼亚等国家。据统计，在该院住院病人中，每年都有近50％来自高州市外。我们在进行调研的过程中，就在医院的楼道中遇到来自广东省湛江、东莞、广州、揭阳以及贵州六盘水、江西赣州和广西柳州的患者，向他们询问了舍近求远来到高州市就医的原因。同某些民营医院的营销策略不一样，高州市人民医院并没有在广东省和其他各地的媒体上打广告，那它为什么对远近不同地区的民众都具有吸引力呢？原因非常简单，因为医术高、收费低、服务好、信誉高。许多患者是通过熟人推荐来高州医院就医的。

首先，高州市人民医院的医疗技术水平远远超越了一般县医院的水平。作为一个县级二甲医院，该院医疗技术实际已达到三甲医院水平，能够治疗多种疑难病症，比

如可以能常规开展多种心脏手术[1]、脑干肿瘤切除，肺癌根治，肝癌切除、胰腺癌切除、驼背矫治等高难度手术，开展了胸腔镜、腹腔镜、宫腔镜等微创手术，特别是年心脏手术量，连续十二年排广东第二、全国前十名。作为一个山区县医院，能够开展这么多高难手术，其中不少是省内和国内率先开展，毫无疑问是该医院院长和医务人员开拓进取的结果。

第二，高州市人民医院的收费相对低廉，各类收费普遍比外地低一倍。在城乡基本医疗保障水平尚待提高的情况下，医疗收费水平与医院对患者的吸引力显然有相关关系。和同样水平的公立医院中绝大多数均次处方费用动辄几百元不同，2009年高州市人民医院均次门诊处方额仅有75.75元。更为重要的是，同样的病症，该院住院费用仅为其他三甲医院的一半，其2009年均次住院费为6139元。而卫生部部属医院2009年次均住院费用为15197.3元，省属医院为12121.6元，地市级医院为7216.2元。

事实上，高州医院接收的外地患者绝大多数在当地必须到三甲医院才能诊治，由于当地三甲医院收费较高难以承受才自行到高州市人民医院就医。这正如汪洋书记所说，“能够为老百姓提供价格低的有效服务，这是值得效仿的。”

第三，高州市人民医院服务态度好。该院自行创造了一些“星级服务”的管理办法，并组织医生和护士到白天鹅酒店和南方航空公司进行五星级服务培训。一般来说，一家医院护士的多寡与其服务态度有一定的关系。中国绝大多数公立医院存在着一个众所周知的问题，就是医生护士比太高。高州市人民医院的医护比为1:1.5，而全国公立医院医护比（以医师为基数，不包括助理医师）的平均水平为1：1.2。单从医护比这一个侧面，就可看出高州市人民医院对于改善医疗服务的高度关切。

第四，高州市人民医院信誉高。一家在粤西半山区的县级医院，能够吸引大量外地患者来就医，这一事实本身就说明其在百姓中的口碑好。同时，高州市人民医院在卫生系统内部，也获得了高度评价。广东省卫生厅和广东省人民政府纠风办联合发布的《关于开展向高州市人民医院学习的决定》（粤卫[2010]67号）写道：地处粤西山区的高州市人民医院，“成功打造了一所群众‘花小钱、治大病、治好病’的平价医院，赢得了省内外甚至是国外患者的广泛赞誉，得到社会各界的充分肯定。医院先后获得‘全国文明单位’、‘全国百佳医院’、‘全国卫生系统先进集体’、‘广东省模范集体’、‘广东省文明示范窗口单位’等光荣称号。”

高州市人民医院为解决当地以及周边地区普通老百姓“看病贵、看病难”的问题，开辟了一条有效途径，为公立医院改革与发展树立了榜样。它用事实澄清了公立医院改革中的诸多模糊认识。**我们不得不说，高州市人民医院的经营业绩给我们提供了一个现实存在的标杆，它明确无误向我们揭示了大多数公立医院现在的运行效率到底有多低，或者说其运行效率的改善还有多大的空间。**这家医院作为

[1]心外科是该院强项：1997年10月25日，该院率先在我国地、县级医院开展冠状动脉搭桥术；1998年10月19日，率先在华南地区开展不停跳冠状动脉搭桥术；2003年4月19日，率先在广东省开展全胸腔镜下房间隔缺损修补术；2003年9月9日，率先在国内开展全主动脉弓置换+象鼻支架置入术；2003年9月17日，率先在华南地区开展胸腔镜二尖瓣置换术；2005年9月2日，率先在华南地区开展胸腔镜不停跳冠状动脉搭桥术；2006年至2007年，参与有关心脏病手术研究的国家“十一五”科技项目3项；2009年完成心脏手术1801例，连续12年居广东第二、全国前十名。心外科完成的手术中，复杂性先天性心脏病患者年龄最小的才出生12天，年龄最大的达83岁，手术总成功率达98.9％。其中单纯房（室）缺修补手术，1000例才死亡1例；风湿心换瓣手术，500例才死亡2例；冠状动脉搭桥手术，成功率99%。目前该院心外科每天住院病人多达300人，加上心内科病人将近100人,总体上相当于一个心脏病专科医院的规模。心外科专家、德国柏林心脏中心翁瑜国院长，对此评价道：“一所山区县级医院，能够开展这么多高难度、复杂性的心脏手术，规模之大、辐射之广，在中国同级医院中绝无仅有！”

公立医院的个别现象，或作为公立医院中的一个异数，其今天的成就不能证明在管办不分、公立医院主宰甚至垄断医疗服务市场的条件下公立医院可以搞好。恰恰相反，它证明了在管办不分的条件下绝大多数公立医院搞得多么不好。事实上，无论是在广东省还是在全国其他地方，均有大量同类公立医院，地理位置优越，政府扶持较多，人才优势较大，完全有潜力、也有能力取得高州市人民医院的成就，然而这种潜力和能力都没有转化为现实。

总之，高州市人民医院这一个案形象地向世人说明，在行政化的体制中，大多数公立医院的效率有多低；换句话讲，如果实现了去行政化，公立医院效率提高的空间有多大！

三、去行政化是高州模式的精髓

那么，“高州模式”是否可复制？要回答这个问题，首先要说清楚高州模式的主要特征。概括起来，“高州模式”的典型特征就是非行政化，主要包括以下几个方面：

（一）政府与公立医院财务关系的非行政化。对于绝大多数公立医院来说，其主要收入来源不是也不应该是政府投入。对于一般公立医院提供的某些医疗卫生服务（例如传染病、精神病、职业病诊治等），甚至对某些特殊地区（山区、边远地区）或特殊类型的公立医疗机构（即传染病院、精神病院、职业病院等），政府的确应该加大投入比重以使其正常运行。但是，无论对一般的公立医院还是特殊的公立医院，政府投入的主要方式应该是政府购买服务，而不是行政事业拨款。政府购买服务的理据，应该是弥补市场不足、矫正市场失灵。根据这一理据，政府在公立医疗机构中的投入重点，应该是农村地区、边远地区以及各类市场不愿提供也无法提供的医疗卫生服务（例如，公共卫生服务、传染病诊治、精神病诊治、职业病诊治等等）。在全国推进事业单位体制改革的大背景下，政府不应该继续延续事业单位的旧体制，以行政事业费的方式直接补贴公立医院。正是在这个意义上，“补供方”不应成为新医改中政府与公立医院财务关系的主流，而应该成为改革的对象。所谓改革，意味着新机制的建立，简言之，即“建机制”。[2]

新的机制，就是 “补需方”，即政府在医疗卫生领域新增投入的重点，应该是医疗保障体系的建设。实际上，新医改正在全国稳步推进全民医疗保险。无论是在现行医疗保障体系还是在未来全民医保的情形下，所有公立医院与所有民营医院一样，都要通过自身竞争实力的提高，获得医保（公费医疗、职工医保、城乡居民医保、新农合等）定点资格。公立医院的绝大多数收入应该来源于城乡医保机构的支付以及患者的自付。高州市人民医院在高州市的医疗服务领域中拥有主导位置，因此获得当地城乡医保机构的定点资格自然不在话下。但值得注意的是，该医院50%左右的住院患者来自外地，而直接来自于当地医保机构的支付不足其总收入的30%。换言之，该医院大部分收入的最终支付者主要是外地的医保机构和外地患者。该医院能对外地患者产生如

[2]很显然，这里所谓的“补供方”是指旧的机制。主张减少“补供方”的适用范围，是为了建立新的机制。有些学者刻意扭曲这一思路，认定所有支持这一思路的学者主张政府完全不应该在公立医疗机构中进行投入，并加以批判。实际上，这是攻击稻草人的做法。

此大的吸引力，是依靠其医术、收费、质量和服务以及由此形成的声誉，通过公平的市场竞争实现的。很显然，就高州市人民医院而言，无论是医保定点资格的获得，还是对患者的吸引力，完全同各地普遍流行的行政化偏袒和“呵护”无关。

这一事实有力地证明了，如果财政增加的医疗卫生投入主要用于“补需方”，即用于补贴城乡居民医保，让医保机构和参保者能够在定点医疗机构的选定上拥有更多的选择权，从而促进医疗服务市场竞争格局的形成，一个全新的医疗服务机制就会建立起来。除了在人口稀少的农村和边缘地区，需要政府直接投资兴办公立医疗机构，以满足当地居民的基本医疗服务需求之外，大多数地区的大多数公立医院则应该通过提高医术、提高质量、改善服务、降低收费等一系列公平竞争手段，来争取到更多的患者，从而获得更多的跟着患者走的医保资金。换言之，财政补需方比补供方公平得多也有效率得多。这种向民生领域的投入模式打破了原有行政化的体制，建立了全新的公共财政机制，向公立医院施加了很大竞争压力。相反，在原有的行政化体制中，公立医院只要致力于同政府部门，尤其是卫生行政主管部门，搞好关系就可以高枕无忧，“补供方”就会变成“养供方”，“以病人为中心”就会变成“以领导为中心”。在公共财政补需方的新机制下，所有医院，无论是公立的还是民营的，无论是营利性的还是非营利性的，都只能通过提供能够治愈患者疾病的技术、能够让患者满意的医疗质量、能够让患者满意的服务、能够吸引患者的收费标准，才能争取到足够多的患者，才能获得足够多的来自医保机构的支付。

简言之，在补供方的情况下，尤其是在政府补贴占据公立医院总收入的比重较大时，公立医院不可避免地会眼睛朝上，只要让行政主管部门满意就能获得尽可能多的财政补贴；而在补需方的情况下，医院只有让患者满意才能挣到足够多的收入。毫无疑问，站在老百姓的角度，两种机制孰优孰劣显而易见。显然，让包括财政补贴在内的医保资金跟着患者走，让公立医院通过公平的市场竞争争取患者从而获得更多的收入，更有利于解决“看病难”和“看病贵”的问题。认识到这一点并无困难，所需要的只是有关政府部门摈弃部门利益，转变行政理念。

目前流行一种貌似有道理实则经不起推敲的说法，那就是通过政府直接补贴来保障公立医院的公益性。高州市人民医院的实践证明了这一说法不成立。从表1来看，在高州市人民医院的收入来源中，政府投入所占的比重极低，在过去的三年内最多也就是0.3%，其中一部分钱（80万）是省卫生厅支持该院建设传染科的专项经费，另一部分钱（80万）是省政府省卫生厅在该院招开全省“加强医院管理，降低医疗收费”现场工作会议的会议补帖。毫无疑问，政府对于高州市人民医院的投入水平，即便与8.5%左右全国平均水平（参见表2）相比，也是极低的，近乎可以忽略不计。实际上，这种情形并非是近年来的特殊现象，而是自1990年以来长期延续下来的情形。这就是说，高州市人民医院同全国各地大多数公立医院一样，其主要收入来源都是医疗服务和药品销售。尽管政府投入水平超低，但是这对高州市人民医院的改革与发展，对其“公益性”的实现，没有丝毫负面的影响。换言之，尽管全国各地很多公立医院，尤其是那些处在大中型城市、行政级别较高的公立医院，获得了相对较高水平的政府投入，但是似乎也没有什么迹象（更谈不上证据）表明这些公立医院的“公益性”超过了高州市人民医院。

表1：高州市人民医院的收入来源构成，2007-2009年，单位：万元、百分比

	收入总

	额	医疗收入		药品收入		政府投入		其他收入	
		收入	占比	收入	占比	收入	占比	收入	占比
2007	35467.1	23137.8	65.2%	11738.3	33.1%	100.0	0.3%	491.1	1.4%
2008	41421.3	25808.2	62.3%	14971.2	36.1%	68.6	0.2%	573.2	1.4%
2009	48157.4	29068.0	60.4%	18545.7	38.5%	52.0	0.1%	491.7	1.0%

资料来源：高州市人民医院年度财务统计汇报表

表2：全国公立医院的收入来源构成，2007-2009年，单位：亿元、百分比

	收入总额	医疗收入		药品收入		政府投入		其他收入	
		收入	占比	收入	占比	收入	占比	收入	占比
2007	4902.2	2378.4	48.5%	2023.5	41.3%	83.5	8.5%	416.8	1.7%
2008	6090.2	2914.2	47.9%	2564.0	42.1%	101.8	8.4%	510.2	1.7%
2009	7457.0	3544.2	47.5%	3136.1	42.1%	?	?	?	?

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2008年，第93页；2009年，第93页。2009年的数据来自国家卫生部网站中公布的《2010年中国卫生统计提要》，其中“政府投入”和“其他收入”尚缺。

如果一个地处半山区的县级市公立医院，能够在不用政府投入的情况下，建起近30万平米的门诊、病房大楼、购置一系列世界先进的大型设备3，让自己的优秀医护人员获得了相当于经济发达的珠三角地区水平的收入4，并且还办成了收费低廉的“平民医院”、“百姓医院”，在保障公益性的同时还取得了发展，那些地处大中城市的公立医院却为何非要国家增加投入呢？很多人一定要将公立医院的“公益性”与政府投入水平的高低挂起钩来，道理何在呢？近年来，即便政府没有增加对公立医院的直接投入，但是来自城乡医保机构的支付越来越多，公立医院的收入实际上也稳步增长（参见表2），为什么公立医院的改革与发展就举步维艰呢？

所谓“义利并举”，高州市人民医院切切实实做到了。所有医院包括公立医院都没必要讳言“赚钱”，亦即其收支有结余：一个医院，无论是公立的，还是民营的，若要长期持续经营下去，其收入必须弥补其成本，并且略有结余。表3和表4显示，全国公立医院总体来看都略有结余，而高州市人民医院的结余率相对较高。进一步分析显示，高州市人民医院在医疗服务的成本控制上非常努力，也非常得力，因此其医疗服务是有结余的，而在药品销售上则基本上没有结余。与此相对照，全国公立医院大多数是在医疗服务上收不抵支，于是只能靠药品出售来贴补，这就是众所周知的“以药补医”格局。无论是公立医院还是民营医院，都必须能够支付有足够吸引力的收入，

[3]拥有飞利浦1.5T磁共振、64排螺旋CT、四维彩色B超、双板DR等先进设备500多台，连成了PACS系统，实现临床与医技科室之间影像、图文、设备等医疗资源的网上共享。

[4]从2001年至2009年高州人民医院实现了跨越式发展：年住院病人从2.31万人次增加到6.06万人次，增长162％；年手术量从0.75万例增加到1.76万例，增长135％；年门诊量从45.14万人次增加到78.67万人次，增长74.3％；年收入从1.2亿增加到4.8亿，增加了3倍；资产总值从2.1亿增加到8.2亿，增长300％；在业务量大幅度增加的情况下，该院也保持很高的医疗质量。心脏手术总成功率达98.9％。其中单纯房（室）缺修补手术，1000例才死亡1例；风湿心换瓣手术，500例才死亡2例；冠状动脉搭桥手术，成功率99%。广东省卫生厅调研通报，2009年高州医院全面通过高多少医疗质量安全万里行大检查，并获得全省卫生系统护理技能大赛二等奖、全省卫生系统医生急救技能竞赛三等奖。

才能留得住好的医务人员，因此在其医疗服务上有所结余，或者说医疗服务能“赚钱”，恰恰是医院财务状况健康的具体体现之一。只有这样，医院才能以可持续的方式为民众提供性价比高的医药服务；也唯有如此，医院的公益性才能落到实处。如果医疗服务没有结余，那么医院就要被迫“以药补医”，就会罔顾“是药三分毒”的基本常识，想方设法让患者多吃药、吃贵药，致使“公益性”荡然无存；如果医疗服务没有结余，那么医院自然也就不能扩大、提升或改善医疗服务，获得新的发展，致使民众“看病难”的境况无从缓解，其“公益性”也必然无从谈起。

特别需要指出的是，公立医院的主要收入来源如果不是来自患者以及医保机构的支付，而是长期依靠财政补贴，本身是没有道理的，其所获得的“公益性”是难以保证的、也是不可持续的。一方面，财政资金最终还是来自于老百姓，来自纳税人，因此如果公立医院的相当一大部分收入来自于财政，最终的支付者归根结底还是老百姓，如此获得的所谓“公益性”并不比最终的支付者来自医保机构更加“公益”。如果公立医院一手从政府财政获得高额补贴，另一手又从医保机构那里获得高额支付，那就更没有道理了。另一方面，如果医院的收入主要来自于患者和医保机构的支付，医院就必须让患者满意。若其收入相当一部分来自于财政，其管理层的主要精力将用于让行政主管部门和领导满意，患者满意就不会成为其首要考量因素。就大多数公立医院而言，唯有增加政府投入公立医院才能实现“公益性”，根本就是一个伪命题。通过增加政府投入来确保公益性的做法，只有针对那些处在人口稀少地区或者提供特殊医疗卫生服务的公立医疗机构，才真正适用。

对于这一点，高州市人民医院院长钟焕清看得很明白，说得也很透彻：“我们医院不需要一分财政补贴。财政若有钱，应该主要投入医保，我们可以凭借自己的医术、质量和服务挣到这份钱。”这才是一个负责任、有信心、敢担当的公立医院院长应有的信念。

表3：高州市人民医院的收支结余构成，2007-2009年，单位：万元、百分比

	收入总额	支出总额	收支结余		医疗收入	医疗支出	医疗收支		药品收入	药品支出	药品收支	药收
			结余额	结余率			结余	结余率			结余额	结率
2007	35467.1	31406.1	4060.9	11.4%	23137.8	18783.6	4354.1	18.8%	11738.3	12171.9	-433.6	-3.
2008	41421.3	38256.5	3164.7	7.6%	25808.2	22886.0	2922.1	11.3%	14971.2	14969.7	1.6	0.
2009	48157.4	45222.5	2935.0	6.1%	29068.0	26667.7	2400.3	8.3%	18545.7	18189.9	355.8	1.

资料来源：高州市人民医院年度财务统计汇报表

表4：全国公立医院医院的收支结余构成，2007-2009年，单位：亿元、百分比

	收入总额	支出总额	收支结余		医疗收入	医疗支出	医疗收支		药品收入	药品支出	药品收支	药品收支
			结余额	结余率			结余额	结余率			结余额	结余率
2007	4902.2	4785.8	116.4	2.4%	2378.4	2711.8	-333.4	-14.0%	2023.5	1905.9	117.6	5.8%
2008	6090.2	5895.4	194.8	3.2%	2914.2	3278.5	-364.3	-12.5%	2564.0	2411.3	152.6	6.0%
2009	7457.0	7114.5	342.5	4.6%	3544.2	3911.3	-367.0	-10.4%	3136.1	2925.4	210.6	6.7%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2008年，第93页；2009年，第93页。

更为重要的是，将“公益性”等同于政府增加投入，将“公益性”与市场机制割裂开来，这种极为流行的观念在高州模式面前不攻自破。高州市人民医院的实践表明：“市场竞争可以更好地促进公立医院实现公益性。我们的医院通过市场竞争，达到了让老百姓少花钱、看大病的目的。因此，我们认为市场竞争与公益性并不矛盾。国家的钱不应该直接投给公立医院，而是应投入医保和合作医疗，保重病、大病，让病人自己选择去哪家医院看病。这样，医院的积极性会大大调动起来，医院之间就会通过充分竞争来提高技术和服务水平、降低价格，让病人能够少花钱治好病，从而赢得病人。如此一来，病人的就医费用就会降低。而赢得病人的医院，就从病人的手中间接地获得了国家的投入。国家投入的资金，既救助了病人，又间接地支持了医院的发展，发挥了更大效能，使群众看病更加方便了，这正符合新医改的目标。”这段话原封不动地引自高州市人民医院的汇报材料。这些道理成为高州市人民医院管理层的坚定信念，而该医院以自己的实践证实了这些道理的有效性。我们在调研中了解到，高州市其他的公立医院也开始不再以争取更多的政府直接投入来谋求自身的发展，公立医疗机构改革与发展的新机制正在形成。

（二）公立医院法人治理结构的非行政化。在公立医院的法人治理结构中，最为重要的是院长的任命机制。好的院长必须经由医院员工选择，而不是由行政部门任命。从某种意义上说，公立医院的改革，最为重要的工作就是选好院长。在现行行政化的事业单位体制中，公立医院院长均由政府任命，具体来说是由卫生行政部门汇同政府人事部门和党的组织部门，一同对公立医院院长进行选拔和任命；在某些情况下，地方党与政府的领导也会对院长选任进行干预。无论具体的权力掌握在哪个部门甚至哪些领导手中，公立医院院长选任的行政化体现了公立医院法人治理结构的行政化，这是毫无疑问的。

然而，这种行政化的体制，在高州市有所突破。从高州市人民医院的成长与经营看，这个医院走到今天与钟焕清院长本人的思想、品德、素质和能力直接相关。相当独特的是，钟焕清担任院长是员工选举的结果而非行政主管部门的任命。国务院参事任玉岭同志在调研高州医院并认真听取各方面的意见后指出：医院不是行政单位，医院院长不能由政府任命。有了政府的干预，医院的改革与发展工作就很难推进。特别是在伴随着政府换届医院院长总是被更替的情形下，医院院长的主要心思不会放在医院的改革与发展上。在行政化的体制下，医院院长殚精竭虑需要考虑的，自然不是如何降低成本，为百姓减轻负担，而将是如何搞“形象工程”，确保自己现有的位置，甚至获得晋升。尤其是当医院院长与行政级别挂钩的情形下，医院院长关注自身行政级别的情形也就自然而然。一旦政府用人失当，公立医院内部又缺乏适当的治理结构，权力制衡机制必然缺失，医院管理层大权独揽之后，还会出现“黑幕购药”、“关系用人”、“腐败用钱”等现象，医药成本就会迅速上升，病人负担就会随之加重，“公益性”就荡然无存。对此，任玉岭同志建议，医院院长应由医院职代会直接选举，职代会有权弹劾和罢免不称职的院长。

高州市人民医院的经验证明，公立医院院长的行政化任命体制必须打破。其中的道理显而易见：医院院长若像目前一样均由政府和行政主管部门任命，其行为取向将是围绕行政主管部门转，以让行政主管部门满意为自己的行为准则。在这种情况下，医院职工是否满意不是院长首要考量的因素，患者是否满意也不是其首要考量因素，

行政主管部门（领导）是否满意才是他首先需要考虑的因素。这种做法很大程度上使得公立医院成为行政主管部门的附庸，它扩大了行政主管部门的权力，却严重忽视了医务人员和患者的正当权利和利益诉求。因此，从充分调动广大医护人员工作积极性的角度出发，从患者利益最大化的角度出发，公立医院的院长也不应该由政府行政主管部门任命。

就公立医院的改革，《新医改方案》明确提出了“政事分开、管办分开”的原则，并且指出改革的当务之急是“落实公立医院独立法人地位”，即“建立和完善医院法人治理结构，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制。”建立和完善医院法人治理结构的第一要务就是行政脱钩，即公立医疗机构与行政部门脱离行政隶属关系，彻底改变卫生行政部门既当医疗服务全行业监管者（即裁判员）又当公立医疗机构领队或教练员这种混乱的制度安排。在行政脱钩之后，理事会制度是公立医院法人治理结构的核心，由医院的所有重要利益相关者代表（包括投资方、医护人员、消费者或社区代表等）组成。政府出资者，当然可以派理事进入公立医院的理事会；但更为重要的是，医院的所有员工（尤其是医生、护士、药剂师等）应该在理事会中拥有相当比例的代表。医院的员工理事应该由全体医院职工选举产生，医院的职工代表大会以及工会在这一民主治理过程中应该扮演重要的角色。

目前，在全国各地的试点过程中，理事会 + 院长负责制成为公立医院组织和制度变革的方向。可是，在许多地方，公立医院的理事会主要由政府各部门的现任领导组成，俨然成为“政府联席会议”；而部门领导一换，公立医院的理事会也就不免要折腾一番。而理事会制度中最为核心的内容，即公立医院员工的代表性，在很多地方的试点中没有得到重视，甚至完全被忽视。与此同时，很多地方由于改革不顺利，都在抱怨公立医院的医生、护士和药剂师们对推动公立医院改革缺乏积极性。试问：如果缺乏参与的渠道以及参与的游戏规则，公立医院的医务人员如何能对公立医院的改革产生很大的积极性？

目前，高州市人民医院尚没有建立理事会制度，但是高州市却在这家医院的法人治理结构中率先探索了医院职工选举院长的新制度。实际上，这项探索正是在公立医院法人治理结构的核心，即建立员工参与的制度上，取得了重大的突破。

（三）公立医院人事管理制度的非行政化。实际上，所有事业单位改革所面临的一个共同的挑战，是如何将现行的事业单位人事管理制度转变为现代组织的人力资源管理制度，其核心就是任何公共服务机构拥有完全的人事自主权，并实行全员劳动合同制。公立医院的改革自然也不例外。所有公立医院应该拥有用工自主权，自主确定员工数量和结构，并实施全员劳动合同制。医院的职工数量、结构和用工期限取决于其业务需要，这又取决于其开展的业务种类、结构、水平和服务的患者数量。这是一个具有高度差异性的变量，没有统一的标准可言，它只能也只应该由医院的管理层来判断和确定；由政府行政主管部门按照某种僵化的规则确定医院职工编制的做法，显然不可能符合医院的实际需要。它只能造成医院需要的人才因为缺乏编制无法引入，而医院并不需要的人员因为占据了编制而不能辞退的局面。全国各地的实践表明，这样的制度安排显然不利于公立医院的发展，也不利于公立医院更好地服务于患者。这种制度安排的惟一作用就是增加了行政主管部门的权力，其后果就是强化了公立医院对行政主管部门的依赖。

高州市人民医院在这个方面是一个经典的例子。按照行政级别，高州市人民医院是一家县级公立医院（二甲），但其现有职工1400余名，已经大大超过行政主管部门确定的县级医院编制。然而，正是这1400多名员工，在服务高州城乡居民之余，还满足了来自全国23个省、38个县市以及某些境外患者的医疗需求，提供了令他们满意的、让他们支付得起的医疗服务。毫无疑问，如果高州市依然严格执行事业单位体制中人事编制管理制度，高州市人民医院绝对不可能取得今天的发展。因此，在很大程度上，高州市人民医院不仅是公立医院改革的一个典范，而且是事业单位人事制度改革的一个典范。

（四）公立医院薪酬制度的非行政化。实际上，薪酬制度是任何现代组织人力资源管理的一个组成部分。作为一个现代组织，公立医院也应该有权自主地确定职工收入水平和收入结构。这是公立医院人事制度改革的一个重要组成部分，也是所有事业单位人事制度改革的一个组成部分。目前，在全国各地流行的一种做法，是由卫生行政部门出面，在作为其行政下级的公立医疗机构中开展所谓“绩效工资制”，试图通过在计划经济时代屡试屡败的“评劳模、选先进、发奖金”的方式，来调动公立医疗机构职工（尤其是医护人员）的积极性，这岂非执迷不悟？**马克思有句名言：“历史本身经常重演，第一次是悲剧，第二次就成为闹剧了”，这样的闹剧不应该再在中国重现。**

高州市一位政府官员说的很好：“通过行政部门的绩效考评来保障医务人员的工作积极性是一个神话”。无论是中国的历史经验还是公共管理和组织行为学的理论分析都表明，由一个组织之外的政府行政部门来确定医务人员工资水平和工资结构，最终的结果只能是平均主义的大锅饭。其中的原因很简单，政府行政机构既没有持久的能力也没有可持续的积极性准确地考核分布在不同医疗机构之中众多医务人员的真实绩效，因此也就不可能制定出与绩效高度正相关从而能够激励医务人员努力工作的薪酬标准和薪酬结构。如果由政府行政机构来确定医务人员的薪酬水平和薪酬结构，他们只能按照一些可观察、可核查的标准，比如学历、工作年限、职称、岗位，来确定工资水平和工资差异。这种薪酬水平及其结构和医务人员的绩效（亦即实际工作努力程度和贡献）相关性不大，从而无法有效激励医务人员努力工作，而且经常会导致负激励和偏激励。既然不管你工作努力与否、贡献是大是小，在既定的学历、职称、工作年限下拿既定的收入，又何必要努力工作？这就是所谓的“负激励”。既然收入高低取决于比如职称而不是工作努力程度和贡献大小，那对于很多人来说，最优选择就不是努力工作多做贡献，而是想方设法拿到更高的职称；既然职称高低取决于发表论文的数量以及相关主管部门的认可，那就多发论文并努力与主管部门和领导搞好关系。这就是所谓的“偏激励”。凡是在事业单位，包括公立学校和公立医院工作过的人，对这一套薪酬制度及其激励效果，都是再熟悉不过了。

而高州市人民医院之所以取得今天的成就，正是因为该医院完全自主确定员工薪酬水平和薪酬结构，从而建立了一套符合当地和本院实情的收入分配制度或者说薪酬激励制度。这样的薪酬制度不可能由政府行政部门制定出来，而是该院管理层在实践中逐步摸索、逐步完善形成的。目前，该院63个临床科室全部施行年薪制，进行动态评定，在收入分配上体现出向高技术、高责任、高风险的岗位倾斜。我们在调研中了解到，高州医院员工工资水平达到了当地公务员的三倍。该院医疗骨干的年收入水平在10-50万元之间，和经济发达的珠三角地区水平持平。在吸引人才、培养人才、留住人才方面，该院还采取了其他一些激励措施，比如该院修建了占地3.9万平米、拥有住

房300多套、每套面积150-200平方米的大型专家村，无偿分给主治医生以上的医疗骨干居住。所有符合条件而又有需求的本院医务人员按照标准都可以获得其中一套住房，只需要交纳8万元押金，就可以无偿居住。若离开高州人民医院，医院全额退还8万元押金，同时收回住房。

还有一点非常值得强调的是：高州市人民医院在选用人才上注重实效，选任那些养得起、留得住、培养得好的人才，绝不唯学历、唯职称、唯资历。实际上，包括钟院长在内的医院骨干医务人员并没有高学历，他们中的许多人甚至只是赤脚医生出身。钟院长本是赤脚医生，文革中读过社来社去的两年医学院。他们通过不断的在职学习培训、到大医院进修、外请专家来院传帮带的办法，来掌握各种先进的诊疗技术和手术治疗方法。在业务技术的选择上，他们完全面向市场需求，并非简单地追求高精尖、为先进而先进，而是选择当地和周边患者数量众多的病症来开展业务培训、选择适用技术来开展业务，如心脏手术、肿瘤手术等，由此来获得让患者满意的医疗技术和医疗服务质量。实际上，只有在面向市场需要的情形下，各类组织才有可能制定出符合自身实际的经营战略，才能多样化的方式注重人力资源管理的实效性。而在行政化的体制下，如温家宝总理所说，各类学校就会“千校一面”，各类公立医院也免不了千院一面，具体到人才引进上，自然就会唯学历、唯职称、唯资历。

如果有人认定政府行政部门有可能制定出具有良好激励效果的薪酬制度，适合于一家家各具特色的医院，那么我们就没有理由认定政府行政部门不能对企业、学校、文化、体育等各类机构这样做；既然如此，所有组织的管理（其核心之一就是薪酬管理）就变得毫无必要了，所有组织的人力资源管理者就蜕变成行政化人事制度的执行者了。极而言之，沿着这一思路，不但人力资源管理这一职业会消失，职业经理人这一职业会消失，甚至整个市场经济体系也完全没有必要了，所有高等院校中各类管理学院统统关门。既然行政部门能为所有企事业单位制定出良好的薪酬制度，企事业单位完全没必要去招聘管理者，只需一些办事员照章办事即可，所有人的积极性就能得到极大的调动，各项社会经济事业都会取得大的跃进。如果这样的美妙情景真能实现，我们何必要在三十多年前放弃计划经济体制？何必要进行这三十年的市场化改革呢？各类组织的管理者何必要去高等院校花大钱去接受各种各样的管理学培训呢？

（五）公立医院市场准入与发展的非行政化。公立医院必须有权自己来决定自身的发展规模和发展方向。与人事制度改革同样的道理，医院需要多大规模的门诊大楼和病房大楼，需要什么样的设备，需要安排多少病床，取决于其业务需要。这同样是一个具有高度差异性的变量，应该由、也只能由医院的管理层来判断和确定。由政府行政部门按照某种僵化的规则，尤其是所谓的“行政级别”，来确定医院固定资产投资规模的做法，显然不可能适合一个个具体的、不同的公立医院的实际需要。它事实上束缚了公立医院的发展空间，也不利于各类医院更好地服务于患者。它唯一的作用同样是增加了行政主管部门的权力，强化了公立医院对行政主管部门的依赖。

高州市人民医院在这个方面同样是一个经典案例。作为一家县级二甲医院，按照相关政府部门确定的标准，其病床数不应该超过数百张，建筑规模和设备拥有量也不应该达到今天这个规模。而高州人民医院现有病床2360张，大大超过行政主管部门所确定的县级医院规模。然而，我们在高州市人民医院看到的现实是，即使这2360张病床也不能满足患者的需要。我们在其心脏大楼看到，许多科室在走廊加满了床位[5]，其

[5] 尽管我们访谈的四个楼层走廊中均加满了病床。但是明显看得出医院管理水平很高，病床密而不乱，地

实际病床数达到2800张左右。要知道，该院外地住院病人在50%上下，其中多为农民。这些外来的农民患者有些需要全额自费看病；即使能够回到当地从新农合报销一部分医药费用，报销比例也不足40-50%。因此，我们显然无法用过度需求来解释高州市人民医院病人“人满为患”这种局面。

这里涉及到公立医院改革与发展的一个大问题，那就是究竟应该由市场还是行政部门来决定医院的规模和技术水平？由政府行政部门来给公立医院确定行政级别是没有必要的，由政府行政部门来评定技术级别更是不合时宜的。高州市人民医院的实践证明，县级医院需要大发展而且也能够大发展。正如任玉岭同志所建议的，鉴于中国县一级人口较多，对医疗需求较大，不应该以行政化的方式限定县医院的级别和定位，更不应该对县医院的发展设置行政化的禁区。为了方便城乡居民就近看病，尽可能避免大病和重病患者长途跋涉和奔波，应该放手让县医院发展。例如，心血管病患者需要手术的有400万人以上，而目前能进行手术的却不到1%。如果按照规定只有省以上医院才能做心脏手术，同时省级医院住院费用高昂，广大农民就只能面对“看病难、看病贵”局面空发悲叹。高州市人民医院开展心脏手术业务并且在规模和技术上达到了国内先进水平，是“违反”行政规定闯“禁区”的结果。该院的实践表明，政府行政部门人为限定医院技术级别的做法应该废除，设定县级医院业务种类禁区的做法也应该废除。要为县级医院发展提供足够充分的空间，使其能够开展更多的诊疗业务，这有助于有效解决县域居民尤其是广大农民的“看病难、看病贵”问题。方便了群众看病，新医改才算是成功。

针对医疗服务项目市场准入的监管，关键是建立医疗服务质量的规范，只要符合规范者就可以开业，与开业者所处地点、所拥有的行政级别毫无关系。从业者是否符合规范，应该由专业技术性组织加以认定，而政府可以通过法律授权特定的专业技术性组织加以认定。这才是医疗服务市场准入监管体制改革的方向，其实也是众多医疗机构和医务人员的共同呼声。**在行政化的体制中，依据区域卫生规划和行政级别来确定市场准入的做法，尽管为卫生行政部门所钟爱，但事实上正是公立医院改革与发展的重大阻碍之一。**

正如高州人民医院自己的总结材料中所讲的：“医院管理的专业性很强，管理者既要懂管理，也要精通专业技术，还要了解当地的医疗需求。政府对医院，要有一个宽松的政策，尽量减少干预，让医院根据本身的实际情况决定自己的发展方向和发展规模，唯有如此，医院才能可持续的健康发展。政府的宽松政策，比资金投入更为重要，也更为迫切！”

城乡居民到县外高级别医院就医一方面为城乡居民增添了沉重的经济负担，另一方面也是城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险（城镇居民医疗保险和新农合）的主要财务风险所在。高州人民医院的上述做法如果能够在全国推广开来，意义深远。如果县级医院能够开展绝大部分常见病诊疗业务，那么一方面绝大多数病人可以留在当地就医，减少患者向大城市医院集中，既能提供病人满意的技术和服务，满足当地居民的绝大多数医疗需求，方便城乡居民尤其是农村居民；另一方面还能够有效地控制医疗费用，提高城乡医疗保险的资金使用效率，降低城乡医疗保险的财务风险，提高城乡医保包括新农合参保者的补偿水平，有效降低其医疗负担。

如果政府担心全社会或者某局部地区出现医疗资源供给过度的情况，可以通过定期公布现有医疗资源存量和分布的办法，给予现有的医疗机构和潜在的投资者以提

面整洁、空气清新。

醒。但是，到底需要多少医疗资源，最终还是由市场来决定，由具体的医院管理者和投资者来判断。政府行政部门没有能力、也没有积极性以负责任的方式做出正确判断。**我们在很多地方都可以看到，基于某些考量，政府热衷于在某些公立医院增加投入，盖楼买设备，但最终却形成门可罗雀的局面。极为普遍的是，即便事后来看政府做出了错误的判断，但是却没有任何人为此负责。**如果推进公立医院的法人化，让其理事会负责战略管理，一旦其理事会以及院长在发展方向的选定上出现错误，那么理事会自然会出现调整，在战略上做出错误决策的主要负责人将受到某种程度的惩罚。实际上，通过理事会制度主导公立医院的战略决策，远比通过行政化的体制，更具有灵活性，更容易调整。当然，任何制度都不可能杜绝战略决策的错误，但是法人化的新机制远比行政化的旧体制，更有利于公立医院在发现错误之后更快、更灵活地进行调整，因此也在宏观上更有利于公立医院的改革与发展。

四、结论：坚持管办分开和去行政化是高州模式可持续可复制的关键

即便在没有政府资金支持的情形下，高州市人民医院秉承“一切为了群众看得起并、看得好病”的战略管理理念，投身于市场竞争，靠低廉的收费、适宜的技术、良好的服务，实现了自我发展。当公立医院改革在全国的试点均由于所谓“政府补偿政策不落实”而步履蹒跚甚至一筹莫展的时候，“高州模式”提示所有人，公立医院究竟能不能改革，改革之后有没有成效，同“政府补偿”的多寡没有关系。把政府财政当成聚宝盆，靠政府财政投入堆起来的“改革”，恰恰不具有可持续性和可复制性。打破束缚手脚的旧体制，让各类医院在市场的竞争中提升竞争力，这样的改革才具有高度的可持续性和可复制性。

“高州模式”的典型特征或者说经验，归结起来就是一句话：公立医院要管办分开，走向非行政化。行文至此，前文问题的答案也就显而易见了：**管办分开了，高州模式完全可以持续，也完全可以复制，公立医院的改革马上可以在全国推展；管办不分开，高州市人民医院就只能是公立医院的一个异数、一个个案，难以复制。**值得指出的是，正是因为茂名和高州各级政府部门包括卫生主管部门在一定程度上放弃了僵化的行政管理做法，给高州市人民医院提供了宽松的政策环境，在一定程度上赋予其用工自主权、收入分配自主权、自我发展自主权，并在其法人治理结构的形成上（尤其是在院长的遴选上）尊重医院职工的民主权利，才使得该医院发展到今天的规模和水平，取得今天这么大的成就。我们期待，当地各级政府继续秉承这一做法，给予其他公立医院同样的自由空间。我们相信，唯有如此，“高州模式”才能持续，才能复制。

公立医院的改革能否推进与政府补偿的多寡没有多大关系，这并不意味着政府不必在医疗卫生领域增加财政投入。政府增加投入是必要的，但更为重要的是要建立新的机制，让来自老百姓纳税人的钱以更有效率的方式花在老百姓身上。政府对公立医院的补偿政策的确应该落实，但必须以全新的机制来落实。根据新医改方案的精神，公共财政对公立医院的新补偿机制理应包括以下几个方面：

第一、根据政府财政收入增长状况，加大“补需方”的力度。政府通过公共财政

投入机制的转变，促进城乡基本医疗保障体系的健全。这是“保基本”的根本之策。全民医疗保险的实现，恰恰就是医疗卫生事业公益性的体现。人人有了医疗保险，医药费用的风险能够得到有效的分摊，才是解决“看病贵”问题的真正药方。对于公立医疗机构来说，以合理的价格，为民众提供性价比高的医药服务，并在此基础上实现一定的结余，方能促进它们走上良性循环的轨道，实现自我发展，最终以增进医药服务供给的方式来缓解“看病难”。如果把公立医院的“公益性”理解为政府高额补贴、服务免费提供，在认识上是片面的，在实践中是不可持续的。

第二、坚决摈弃“养供方”的做法。很多公立医疗机构希望政府全额补偿其人力成本，也就是全额支付其职工工资，以此作为其放弃追求收入最大化的条件。然而，政府把职工工资全包下来，是否能创造出一种新的激励机制，促使公立医疗机构正常、合理地行为吗？并不一定。道理很简单，即便政府依照某种标准全额支付了公立医疗机构的职工工资，但在一般情况下，只要这份工资的水平不太高，没有人会满足于政府支付的工资，他们必然会依旧想方设法地创收。简言之，创收是正常的，其实就是医疗机构收支有结余，关键在于让医疗机构以正常的方式创收，即通过为患者选择相对性价比高的服务路线（也就是合理规范的诊疗和用药方案）而获取更多的收入。这就需要建立新的机制。

第三、重视市场机制的作用。公立医疗机构是医药服务的提供者，从医药服务的提供上获取收入天经地义。为公立医疗机构支付医药服务费用的，除了患者的自付之外，主要是医保机构的支付。只要是医保机构的支付占据医药费用的大部分，亦即实现全民医保并逐步提高医疗保障水平，老百姓“看病贵”的难题就能得到解决。医保机构向医疗机构的支付，本质上是一种市场购买关系，亦即医保机构代表参保者的利益以团购的方式为参保者购买性价比高的医药服务。为了使自己的收入能够补偿成本，所有医疗机构，包括公立医疗机构，均必须提高自身的竞争力，方能从城乡医保机构中获得更多的团购款，也能相应地从患者那里获取一定的自付款。唯有确保医保机构团购医药服务的市场机制顺畅运行，公立医院实现公益性的新机制才能建立起来。

第四、促进公共财政的转型。除了“补需方”之外，公共财政维持一定水平的“补供方”是必要的。但是，“补供方”绝不能沿袭旧的“养供方”机制，而是应该遵循全新的机制，即政府购买服务。政府以“补供方”的形式向医疗机构购买医药服务的原则，应该是弥补市场不足、矫正市场失灵。在市场活跃、市场机制能够发挥作用的地方，尤其是在大中型城市主要提供非特殊性医药服务的公立医院，政府完全没有必要一味地“补供方”。新医改方案明确提出了调整补供方方向的原则，即向基层和农村倾斜，向公共卫生服务、特殊医疗服务（传染病、精神病、职业病等）和中医倾斜，并且保障公立医院退休人员的待遇等等。只有依照这一新的原则通过“补供方”的方式来落实政府补偿政策，公立医院才能建立新的运行机制。如果依然让公共财政来补贴医疗机构的收支亏损，无论是何种名义，均同新机制的建立无关。

简言之，“补需方”新原则的确立和“补供方”重点的调整，是新医改方案的新特色。李克强同志指出新医改的重点在于“保基本、强基层、建机制”。**通过加大“补需方”的力度，让广大民众获得基本医疗保障，是为“保基本”；通过调整“补供方”的方向，放手让包括县医院在内的基层医疗机构大发展，是为“强基层”；通过公共财政的转型，促进医疗保险团购医药服务市场机制的形成与完善，是为“建机制”。所有这些改革的核心，可以概括为一个词，即“去行政化”。**

温家宝同志提出的去行政化原则，已经为教育体制改革，尤其是各级公立学校特别是高等院校的改革，指明了方向。“高州模式”的经验告诉我们，在公立医院推进去行政化，给公立医院更多的自主权，就能还患者更多的满意。坚持去行政化的原则，公立医院的改革就能大踏步前进；阻碍去行政化的实现，公立医院改革必然会举步维艰。

附：“高州医改”的精髓是去行政化

“高州模式”不是“高州人民医院”模式，而是政府放开对医院行政化管理的模式，或者说是在高州市发生的医院可以走向法人化运作的制度模式

号召大家去学习“高州模式”，并不是鼓励别的医院去学习高州医院，而是让政府去改变，推动去行政化，让医院有更好的空间走自己的路，去寻找自己的定位，自己的核心竞争力

21世纪经济报道 胡雅君 支卉 北京报道 2010-09-27

答案不仅在于外界对高州人民医院管理运行的各种质疑。中国经济体制改革研究会公共政策研究中心医改课题组（下文简称“医改课题组”）的专家之一顾昕接受本报专访时强调，“高州模式”不是“高州人民医院模式”，而是政府放开对医院行政化管理的模式。

此前，课题组专赴广东茂名，探究“高州模式”的嫁接问题。“我们做这项研究的主旨就是要鼓励政府改变，推动去行政化”，顾昕指出，在公立医院改革试点城市“管办分开”的改革中，盯着出资人设置在哪里没有意义，关键要看出资和监管是否分开。

关键是改政府

《21世纪》：从广东省卫生厅到卫生部都高度肯定“高州模式”，并决定在广东省乃至全国范围内进行推广。你认为正确的学习之道是什么？

顾昕：首先需要澄清的是：“高州模式”不是“高州人民医院”模式，而是政府放开对医院行政化管理的模式，或者说是在高州市发生的医院可以走向法人化运作的制度模式。

我们号召大家去学习“高州模式”，并不是鼓励别的医院去学习高州医院，而是让政府去改变，推动去行政化，让医院有更好的空间走自己的路，去寻找自己的定位，自己的核心竞争力。这是问题的核心所在。

如果说要让医院去学习高州医院，那要害在于学习高州医院敢于突破的思维模式。

《21世纪》：至今16个城市的公立医院改革已经推行半年多，但改革依然步履维艰，其症结何在？

顾昕：中国卫生行政部门同时扮演三个角色，一是出资人即领队，二是监管人即裁判，第三还扮演教练的角色，那这比赛还怎么打啊？

现在在推的公立医院改革是要把出资人和监管人分开，但如果把改革只看成医院出资人制度的改革，就过于狭隘。医改的关键还是在于去行政化，要解除出资人和医院之间的

上下级隶属关系，让医院自主发展。

《21世纪》：16个公立医院改革试点城市都在推“管办分开”，但医院管理机构设置的模式各有不同。你对之如何评价？你认为这些模式是否真能发挥作用？

顾昕：这16个城市目前的改革是对医院出资人的制度进行改革，即如何把医院出资者组织起来，设在哪里，其组织、制度模式应该如何建立。

你提到的那些模式之间的主要区别，其实在于主管医院的机构设在哪里，是卫生系统里面还是外面，但其实盯着这个没用。医院出资人放在外，它也有可能听卫生系统的；放在内，只要出资和管理两个部门职能划分清楚，那就没有问题，所以说关键是看医院的出资人和监管者关系是怎么样的。

坚持法人治理

《21世纪》：有人指出高州模式中，市人民医院院长本人起了很大的作用，并担忧今后如果院长易人，高州医院是否还能继续保持现在的成功？

顾昕：高州医院采取的是法人治理结构，现任院长离任之后接班人水平我无法预测，但是起码接班人是由医院的利益相关者直接选出来的。

医院院长若像目前一样均由行政主管部门任命，其行为取向将是围绕上级转。如果推进公立医院的法人化，一旦院长在发展方向的选定上出现错误，理事会自然会作出调整。

法人化的新机制远比行政化的旧体制更有利于公立医院的改革与发展。所以高州医院今后发展如何，关键不在于院长换不换，而在于医院现在采取的法人治理模式还能不能坚持。

《21世纪》：之前国企改革出现了企业负责人独大情况，有人担忧公立医院改革之后可能会出现院长权利过大，影响改革的效果，你怎么看？

顾昕：在现有的行政化体系下，院长的权利不够大吗？院长由上面任命，只要上面搞定，下面干什么都行，医院的医生、员工参与管理的空间很小，院长独大的可能性远远超过法人制。

而在法人治理结构中CEO是由理事会选举，而理事会是由这个医院的利益相关者组成的，怎么可能让院长独大呢？应对这个问题，很明显应该加强理事会的制度建设，强化其职能。

《21世纪》：有人指出，高州市人民医院属于二级医院，按照现行规定没有资格做心脏移植等多种高难度手术，该院做法涉嫌违规，如果大家都来学习会导致医疗市场混乱。你对此怎么看，目前这种对医院设置市场准入的做法可取吗？

顾昕：高州市人民医院违规的结果是：它不仅开展了，还在规模和技术上达到了国内先进水平。这恰恰说明按照医院行政级别来设置市场准入是完全不可取的，其他任何国家都没有这种评级方法。

我们建议政府放开市场准入，并不是谁想干谁干，而是指通过设专业委员会来审定医疗服务从业者的资质，这种评定完全不看行政级别。

县级医院能够开展绝大部分常见病诊疗业务，一方面绝大多数病人可以留在当地方便地就医，另一方面还能够有效地控制医疗费用，降低城乡医疗保险的财务风险。高州人民医院的上述做法如果能够在全国推广开来，不仅不会导致医疗市场混乱，反而会有助于解决目前看病难看病贵的问题。

《21世纪》:《高州模式报告》中提出的公立医院“去行政化”要落实到财务关系、法人治理结构、人事管理制度、薪酬制度、市场准入与发展这五个方面，您认为这五项中哪一个可以作为目前公立医院改革的突破口先行先试？

顾昕：人事管理制度改革。因为这项改革很简单，只要取消医护人员的行政编制管理，推行全员劳动合同制就可以。这相当于把在编人员有关契约的一方主体由国家变成医院，把原行政化的福利待遇照抄到合同中去。对于新招募的和原编外的员工，则都签订劳动合同。

这个改革不损害任何人的利益，容易推进。而一旦编制管理不存在了，行政级别也就消失了。这之后其他相应的给医院拨款、市场准入等去行政化改革也可以推行了。