

· 财政金融 ·

# 财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革<sup>\*</sup>

朱恒鹏 答馨 向辉

**内容提要:**本文首先梳理了建国以来公立医院财政补偿模式的演变过程,并分析了其特征。时至今日,公立医院收入主要来自于社会医保支付,财政直接投入占公立医院收入比例已经很低,其投入目的并非为了维持公立医院的公益性目标,而是在维持财政养人的旧体制。然后本文简要综述了近三十年以来英国、德国和中国台湾地区公立医院财政补偿模式的变革路径,由预算拨款转变为签约购买服务,是这一变革的核心内容,目的在于创造有效的激励机制和问责机制,一方面鼓励公立医院运用其自主权提高绩效,另一方面通过引入竞争实现优胜劣汰。在这些分析的基础上,从改革财政补偿模式的角度,本文分析了中国公立医院去行政化改革的政策选择。

**关键词:** 公立医院 财政补偿体制 去行政化 法人化改革

二战以后,世界各国普遍建立了公立医院服务体系,用以满足国民的基本医疗服务需求。尽管其在整个医疗服务体系中所占比重和重要性不尽相同,但公立医院均构成各国基本医疗保障不可或缺的部分。按照新古典经济理论,在市场失灵的领域,政府可以替代市场更好地实现社会目标,公立医疗服务体系正是这一理论的具体实践。不过,和其他公立机构一样,各国公立医院系统均普遍存在资源利用效率低下、对患者需求缺乏反应、对成本缺乏有效控制等一系列问题,基本医疗服务的公平性也常常无法得到保证。中国的情况亦是如此。

从 20 世纪七八十年代起,通过对公立医院进行市场化方向的组织变革来提高服务绩效,成为世界各国医疗服务体系改革的重点(Harding & Preker, 2003)。所谓市场化组织变革,主要内容是指将决策控制权转移到供方组织,并让其承受市场或类似市场的竞争压力,以提高其对市场需求的敏感性,提高其控制成本的积极性,以此提高其服务绩效。这种改革大致可以分为三种方式:自主化、法人化和民营化。20 世纪 80 年代初开始改革开放以后,中国的公立医院也进行了类似方向的改革。三十多年来,政府举办的公立医院的主要改革模式是自主化,即

扩大公立医院的经营、用人和分配自主权,也有小部分进行了民营化改制。2009 年新一轮医改政策提出,公立医院下一步改革的一个方向是法人化,即在保留政府所有权的条件下,公立医院获得独立法人地位。目前这一改革在国内还处于探索阶段,成功的案例极为少见。

传统的公立医院是作为政府的一个预算单位由相关政府部门来运营的,其发展战略、管理层任免、员工录用、服务供给及其价格制定等决策均控制在行政部门手中,其管理人员本质上是行政人员,且拥有和政府官员一样的行政级别,公立医院自身也拥有行政级别。中国将公立医院划归为国有事业单位,其员工拥有国有事业单位编制身份,这一身份和公务员身份基本一样,在正式的政府文件中一般统称为“机关事业单位职工”。这种高度行政化的体制是造成传统公立医院效率低下的重要原因。政府通过财政拨款直接补偿公立医院来维持公立医院运营,是这种行政化体制得以实现的核心基础。十八届三中全会明确提出,公立医院改革方向是去行政化,建立法人治理结构。改革财政补偿体制,就成为公立医院去行政化改革的前提。这正是本文讨论的主题。

<sup>\*</sup> 朱恒鹏,中国社会科学院经济研究所,邮政编码:100836,电子邮箱:zhp0904@sina.com;答馨、向辉,中国社会科学院研究生院。本文为国家社科基金项目“医保付费机制创新与公立医院改革研究”(14BGL145)的阶段性成果。

## 一、建国以来公立医院财政补偿方式的演变

财政补偿是政府控制和管理公立医院的核心手段之一。政府(财政)按照何种标准、以何种方式对公立医院拨款,很大程度上决定了政府和公立医院之间的关系,政府是直接供养医院向社会提供服务,还是代表社会向医院购买服务,关键区别就在财政投入方式上。同时,既然政府负有对公立医院进行财政补偿的义务,必然也就享有对公立医院进行管理和控制的权力,有权对公立医院的人财物管理和供给提出相应的要求或是进行限制。

我们通过对1949年建国以来我国公立医院财政补偿政策的梳理,将公立医院补偿方式的变化分为以下六个阶段,相应地,不同时期政府对公立医院的要求也随补偿方式的变化有所不同,具体如下。

第一阶段:1949年至1959年。这一阶段最主要的特征是财政对医院实施“收支两条线”管理,医院收支结余不能留用,必须全部上缴财政。

建国伊始,医疗资源匮乏,国民健康水平低下,卫生部于1950年确立“面向工农兵,预防为主,团结中西医”的卫生工作方针。1951年,卫生部发布《关于健全和发展全国卫生基层组织的决定》,对公立医院实行“统收统支”管理,即收入全部上缴财政,支出编制年度预算,请示主管部门核准拨款,专项专用。

由于这一做法不利于调动公立医院积极性,上述决定发布两年后即做出调整,1953年改“统收统支”为“以收抵支,差额补助”,1954年明确为以床位计算补助的“全额管理,定额补助”,1955年又改为“全额管理,差额补助”,即核定收支计划,根据收支差距补助差额部分。人员工资、零星设备补充和大修缮的费用,都包括在差额补助范围内,新增基本建设与固定资产设备购置,则需要向主管部门另外申请,但收支结余仍然要求全部上缴财政。

“收支两条线”管理下,医院需按照政府定价对患者收费,同时,医院职工按照事业单位标准发放工资,医院管理层经营自主权十分有限。

第二阶段:1960年至1978年。从这一阶段开始,公立医院可以留用结余,但财政补偿的范围大幅度收缩,结余可用的范围也被严格限定。

20世纪50年代末期,国家财政状况不佳,“全额管理、差额补助”的补偿方式很快就不能持续了。1960年,卫生部和财政部联合发布《关于医院工作

人员的工资全部由国家预算开支的联合通知》,由此前的“全额管理,差额补助”改为“全额管理,定额补助,预算包干”,即医院全部人员的基本工资及3%的附加工资均由财政拨款解决,其他一切支出都由医院自行解决。

财政部副部长戎子和与卫生部副部长贺彪在此前一年,即1959年末的全国文教财务工作会议上,都针对这一新规定提出,由于国家“包工资”,医疗机构要降低收费标准,减轻患者负担,也可将结余用来增加服务供给,充实设备。

然而,这一新规定仍然未能调动起医院的积极性。自1958年起,公立医院按照国家要求三次大幅度降价,服务越多,亏损越多;与此同时,医院收支结余不能用来给职工增发薪酬,使得医院人浮于事,效率低下。

第三阶段:1979年至1984年,公立医院的服务效率自这一阶段起开始激活,财政不再对人员工资全包,同时医疗服务收费有所上调,结余留用后也有了相对此前较大的自主分配权。就这一阶段的文件而言,政府管理的重点从要求公立医院增加服务,逐渐转向对公立医院收入增加后的财务监管。

1979年,卫生部、财政部和国家劳动总局发布《关于加强医院经济管理试点工作的意见》,提出国家对医院的经费补助准备实行“全额管理、定额补助,结余留用”制度,即将财政包工资的办法逐步改为按编制床位实行定额补助。<sup>①</sup>补助定额的确定,仍然要求将医院职工工资、工资补助、职工福利费等支出考虑在内。同时,增收节支的结余,除“主要用于改善医疗条件”外,也允许拿出一部分用于集体福利和个人奖励。这份文件指出,病人欠费基金、大型设备购置、房屋大修专款,不包括在定额补助之内,每年根据财力专项安排。退职退休人员所需经费按实际需要编列预算。

这是首个允许医院将部分结余用于给员工增加收入的文件,但对增收的额度做出了明确限制,即全年各项奖金的提取总额,最多不超过单位职工一个月的基本工资。没有增收节支的单位不允许提取奖金。与此同时,也是在这份文件中,首次提出了要对公立医院“定任务”,包括医疗任务完成情况,如门诊工作量、病床使用率、诊断符合率等业务指标;合理收费情况,如每住院日平均收费、每门诊人次平均收费等;节约支出情况,如平均床日消耗定额、平均门

诊人次消耗定额等,以及设备、物资等管理使用情况。文件指出,对连续不能完成任务的医院“要给予经济制裁,酌情扣发有关人员的工资”。

除“定经费补助”和“定任务”外,这份文件也提出,要对医院定床位、定人员编制、定业务技术指标,但由于只是针对试点工作的文件,并未对后三项有所详述。1981年,卫生部出台《医院经济管理暂行办法》,将此“五定”要求全面推开,并明确要求,定床位要根据现有床位使用情况、房屋面积、技术力量等条件确定床位数,增设床位需经上级卫生主管部门批准;定人员编制也是同样,增编要经主管部门批准,“有关部门不得硬性分配,医院有权拒绝接受”。上级主管部门确定业务技术指标对医院考核,同时要求医院院长不要把业务收入指标定到个人。

经费补助方式在这份文件中又有所调整,定额补助的额度,改为“可以根据实际病床数,也可以实行一部分按工资、一部分按床位或完成任务的数量和质量确定”。文件还提出,“如因任务调整、人员编制增减、国家规定的开支标准改变、调整物价,以及其他特殊原因,而影响医院收支较大时,主管部门对所属单位的补助经费可适当调整”。

从前后两份文件可以看出,医院在留用结余、人员增收方面都获得了更大自主权,但同时在医院运行中,也受到政府更多的要求与考核。

医疗服务收费在这一时期开始上调。1981年,国务院批转卫生部《关于解决医院赔本问题的报告》,1982年,卫生部和财政部联合发布《关于医院实行按成本收费试点情况和今后意见的请示报告》,上调医疗服务价格,对公费医疗和劳保医疗实行“不包括工资的按成本收费”,医院收费严重低于成本的现象开始回调。不过,根据这一文件,按成本收费的成本不包括员工工资,体现出医院人员工资仍在财政补助考量范围之内。

相较于与卫生部联合发布的文件,财政部在这一时期单独发布的文件表现出更大的改革力度。1983年,财政部《关于加强文教行政财务工作的几点意见》中提出,要加强定额管理,“在分配经费时,凡是可以按工作任务或特定标准(如按学生、按病床等)计算经费的,就不要按职工人数分配经费,逐步改变经费分配上的‘供给制’做法。”1985年,财政部《事业单位工资制度改革后财务管理的若干规定》又提出,对能够逐步实行企业化管理,独立核算、自负

盈亏的事业单位,应逐年减少事业费补贴,在其主管部门会同财政部门规定的年限内达到经济自立。1987年,财政部再次在《财政部关于节约事业费开支的几项规定》中指出,要逐步实行按事业计划、工作任务和费用定额核定预算,人员超编的不多给,人员不足编制的不少给,改变按“基数”或人头分配预算的办法。

如果财政部的文件切实实施,对公立医院按照工作量拨款补助,相应地,公立医院管理层应获得更大的管理自主权,但是,同时期卫生部参与或主导的文件仍然对公立医院的内部分配做出严格限定,部委间政策并未协调推进。1984年卫生部《关于进一步扩大直属事业单位财务、基建、物资自主权的几项规定》中提出,对医院的经费补助,除大修、大购外,实行定额包干,由医院支配,结余留用。增收节支结余原则上60%用于发展卫生事业,40%用于集体福利和个人奖励。

第四阶段:1985年至1996年。1985年国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,被视为医疗卫生体制改革拉开了帷幕。这份报告提出,要“放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞活”。在这一阶段,政策旨在激发医疗机构提供更多医疗服务以获取更多医疗收入的积极性,同时鼓励社会力量参与办医,由此扩大医疗服务供给,改善服务质量,提高服务效率。

根据这份报告,对公立医院补偿的新政策为,“除大修理和大型设备购置外,实行定额包干,补助经费定额确定后,单位有权自行支配使用。”同时,也兼顾对医务人员个人的激励,提出鼓励在职医务人员兼职,“业余服务的收入归个人”。

但政策配套实施的步伐则相对滞后。1986年,卫生部联合财政部、劳动人事部共同出台《关于业余医疗卫生服务收入提成的暂行规定》,仍然对医务人员的业余服务收入做出限定,即凡参加单位统一组织的业余医疗卫生服务的医务人员,其收入由医疗卫生单位统一分配。用于个人奖励的部分可按业余医疗卫生服务收入(不含药品收入)的百分之五至百分之十提取,作为奖励基金。参加业余医疗卫生服务的个人每月所得最多不超过60元。

1988年,卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局出台《关于扩大医疗卫生服务有关问题



的意见》，提出给予医疗机构更大自主权：“医疗卫生事业单位可以与卫生主管部门签订定任务、定编制、定质量和经费包干合同。在确保按合同要求完成任务的前提下，单位可以根据国家有关规定，自行管理、自主经营、自主支配财务收支，并决定本单位集体福利和奖励基金分配形式。”

根据这份文件，财政拨款除大修理、大型设备购置及离退休人员经费外，实行定额包干。包干后，在合理定编、定员的前提下，减人不减钱，增人不增钱。但是，经费包干以后的收支结余部分，仍然要留取至少40%的事业发展基金，其余部分方能由单位自主分配。各机构的奖金发放，也要根据国家规定的奖励基金提取比例确定。不过，这份文件提出医疗服务价格上调，允许医院开展特需服务，“允许在收费上适当高一些”，但仍需由卫生、物价部门确定定价。

尽管这份文件提出允许医疗机构“自行管理”，但由于人员工资仍然与财政拨款挂钩，医院管理层的收入分配权仍然十分有限。就在这份文件出台一个月后，人事部、卫生部、财政部又联合发文《关于提高护士工资标准的实施办法》，承诺国家机关事业单位提高护士工资标准所需经费，按单位隶属关系，分别由中央财政和地方财政负担。

1989年，财政部又出台《关于事业单位财务管理的若干规定》，提出对有条件逐步向自收自支管理过渡的差额预算管理单位，应逐年减少事业费补助，在其主管部门会同财政部门规定的年限内达到经济自立，实行自收自支管理。按照这份文件，此前由财政另外拨款的设备修购费用，也应由事业单位自行建立修购基金予以承担。为了鼓励差额单位主动转为自收自支单位，这份文件提出，同一类型事业单位的奖励基金，自收自支管理单位应高于差额预算管理单位。差额预算管理单位向自收自支管理过渡的，可以实行与事业费减拨速度挂钩的办法。具体比例和办法由主管部门会同财政部门规定。

三年后，即1992年9月，国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》，从卫生系统角度支持了财政部前述1989年文件。这份文件提出，要进一步扩大医疗卫生单位的自主权，“使单位真正拥有劳动人事安排权、业务建设决策权、经营开发管理权和工资奖金分配权”，人事制度要实行干部聘任制、专业技术职务聘任制或全员劳动合同制，试行评聘分开，逐步建立起干部能上能下，职工能进能出，收入能升能降

的劳动人事制度。在有条件的单位实行工资总额包干，包干结余和创收部分，在保证事业发展和完成科教任务的前提下，可由单位自主支配。特别是支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理，做到自主经营、自负盈亏；对不需要经费补贴的单位可以用人放开、自定编制；允许试行“一院两制”或“一院多制”的经营模式和分配方式；允许试办股份制医疗卫生机构。

这份文件强调财政补助要向农村和预防保健倾斜，未再提财政对城市公立医疗机构的补助。在医疗服务价格方面，不再提扣除人员工资或财政补助后定价，而是“适当调整技术劳务项目的收费标准，逐步实现按成本收费”，特需医疗服务允许浮动定价、自行定价等。

同年，十四大正式提出事业单位分类改革。1993年，国务院办公厅印发《机关、事业单位工资制度改革三个实施办法的通知》，指出差额拨款单位可以根据经费自立程度和国家有关规定，实行工资总额包干或其他符合自身特点的管理办法；1996年，中央机构编制委员会发布《关于事业单位机构改革若干问题的意见》，提出差额补贴的事业单位要向自收自支或企业化管理过渡。不过，由于事业单位的保障社会化改革未能同步推进，事业单位改革一直困难重重，公立医疗机构也是同样，并未有单独的突破。

第五阶段：1997年至2008年，公立医院财政补偿范围进一步明确，但不再强调鼓励转向自收自支、企业化经营。同时，由于医疗行业监管不到位，一些医疗机构出现不当的医疗行为，引发社会对扩大医疗机构自主权的担忧，开始出现医改“市场主导派”和“政府主导派”的争论。1997年1月，中共中央、国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》，不再强调扩大公立医疗机构的自主权及鼓励企业化经营。

根据这份决定，政府举办的各类卫生机构的基本建设及大型设备的购置和维修，由政府按区域卫生规划的要求给予安排；离退休人员费用和卫生人员的医疗保险费按国家规定予以保证。医疗机构的经常性支出通过提供服务取得部分补偿，政府根据医疗机构的不同情况及其承担的任务，对人员经费给予一定比例的补助，对重点学科发展给予必要的补助。同时，基本医疗服务按照扣除财政经常性补助的成本定价。

这也是国务院直接发布的文件中,最后一次提到要给予人员经费一定比例补助。作为这份决定的配套文件,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,已经不再提及财政对在职人员的补贴,财政具体的补贴范围也越发明确,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。房屋设施大型修缮和大型医疗设备添置等,作为项目经费,灵活申报,允许医疗机构试行银行贷款、财政贴息等办法自筹资金。

对公立医疗机构人事制度的改革仍在同步推进。2000年4月,中共中央组织部、人事部、卫生部印发《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》,对于国家定额或定项补助的卫生事业单位,可在执行事业单位工资制度和工资政策的基础上,根据国家核定的工资总额,自主确定各类人员的内部分配办法;2002年,卫生部《关于印发卫生事业单位人事制度改革配套文件的通知》也要求,上级工资管理部门应打破传统的以国家计划为手段和人员管理为核心的工资总量静态分配模式,动态考核单位各项社会效益与经济效益指标,逐步建立“单位分配”能高能低、重实绩、重贡献与整体效益相适应的工资总量动态调控机制。

在这一轮改革中,中央部委文件明确提出,医疗卫生领域的财政补助,仅给予政府办医疗机构,其他非营利性医疗机构不享受政府补助。<sup>②</sup>

在此阶段,社会医疗保障体系逐步建成,城镇职工医保、新型农村合作医疗和城镇居民医保分别于1998年、2003年和2007年相继建立。其中新型农村合作医疗和城镇居民医保资金大部分来自于财政直接补贴,而城镇职工医保资金尽管不是直接来自财政资金,但也属于广义的公共财政资金,这些资金最终成为公立医疗机构的业务收入,并且已经成为其主要收入来源。社会医疗保障体系的建立,事实上形成了财政对公立医疗机构的间接补偿机制。

尽管制度设计之初,本意对公立、非公立医疗机构一视同仁,凡医保定点医疗机构均可获得医保基金给付。但实际上,非公立医疗机构获取医保定点资格艰难,医保定点机构仍以公立医疗机构为绝对主体,公立医疗机构仍然是医保基金补偿的主要流向。

第六阶段:2009年至今,明确财政补偿范围,提出改革公立医院补偿机制,建立法人治理结构。

2009年4月,中共中央、国务院出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》,启动了最新一轮医疗卫生体制改革。《意见》针对公立医院提出包括财政投入在内的一系列改革要求,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、监督相互制衡的机制,采取适当调整医疗服务价格、增加政府投入、改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制,改革人事制度等。

在财政投入方面,该《意见》提出,政府投入主要用于基本建设和设备购置、扶持重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和补贴政策性亏损等,对承担的公共卫生服务等任务给予专项补助,形成规范合理的公立医院政府投入机制。对中医院(民族医院)、传染病院、精神病院、职业病防治院、妇产医院和儿童医院等在投入政策上予以倾斜。需要特别强调的是,与以往鼓励公立医院增加服务的政策目标不同,此次文件特别提出了要严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为,约束公立医院的扩张行为。

与此同时,《意见》还提出,支持社会资本办医,积极促进非公立医疗机构发展,“适度降低公立医疗机构比重”。

与之配套的财政投入文件是2009年7月财政部、发改委、人力资源和社会保障部、民政部、卫生部等五部委出台的《关于完善政府卫生投入政策的意见》。除细化上述要求外,这份配套《意见》还提出,对于社会力量举办的医疗卫生机构,除了按规定享受相应的税收优惠政策,承担政府公共卫生服务任务可以按照规定获得政府补偿外,地方政府还可以在房屋建设、设备购置以及人员培养等方面给予一定的扶持。同时,要“限制公立医疗机构的贷款行为”。

在医疗机构获取医保基金补偿方面,2010年国家发改委、卫生部出台的《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见》则指出,凡符合医保定点规定的非公立医疗机构都应纳入医保定点范围,“各地不得将投资主体性质作为医疗机构申请成为医保定点机构的审核条件。”

就前述六个阶段而言,可以发现公立医院补偿机制政策的演变,有以下几个特点:

(1)财政补偿政策是政府管理公立医院的渠道

之一,通过给予公立医院财政补偿,政府获得公立院所提供服务的定价权,更重要的是,政府基于财政补偿获得对公立医院职工编制及其薪酬的裁定权。每一次财政补偿政策的变革,均伴随着对医疗服务价格定价政策的调整,以及公立医院人事薪酬制度的调整。由于公立医院财政补偿事涉卫生政策、服务定价、人事薪酬制度多个领域,这些领域又分别归属不同行政部门主管,各个领域改革措施的相互配合程度,直接影响着相应阶段的改革成效。作为国有事业单位,公立医院的人事薪酬制度是编制身份管理制度,本质上是一种论资排辈的平均主义大锅饭铁饭碗制度。这一制度迄今未作根本性改革,所以公立医院的人事薪酬制度至今仍需遵循人事部门对其作为事业单位的种种规定,这对财政补偿形成了明显的“绑架”效应,使得财政直接补贴供方的政策持续至今。也就是说,因为公立医院拥有事业编制身份的医务人员执行的是事业单位的人事薪酬制度,财政就必须对这些拥有编制身份的职工的薪酬和养老金进行直接补贴,正是这一制度的刚性导致公立医院改革困难重重。也是这一制度使得政府不愿意放开对医疗服务价格的管制,从而形成了以药养医体制。

(2)就财政补偿政策自身而言,建国至今呈现出刚性补偿力度不断下降的趋势,从最初的财政全包,到包床位、包人员,到2000年后仅余的离退休人员经费,财政承诺的刚性支出范围不断收窄。而基本建设、设备购置、政策性亏损等支出项,现都由各地根据实际财力决定每年支出,地方享有较大自主权,也更易结合地方实际调整财政投入力度、结构及主要方向。不过,就实际经验而言,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。也就是说,政策设计上本意要转变为“养事不养人”的财政投入制度,实际上并没有实现这一转变。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,财政仍然很难撤销该项目。

(3)尽管财政对公立医院的补偿自建国以来即已有之,但对基本建设、设备购置等项目补偿,一直缺乏明确的补偿规则及补偿标准,主管官员享有很大自主裁量权。同时,也一直没有建立相应的绩效

评估考核机制,历次政策调整也均未提及相关内容。由此,在没有事前规则和事后考评的情况下,地方政府在公立医院间分配财政补贴项目支出额度时,往往仅基于公立医院的公立“身份”,而不考虑其服务质量与服务效率,财政补贴成为公立医院的“大锅饭”,不奖优,不惩劣,财政投入的效率无从保障。

(4)财政补偿机制造成了区域间及区域内部医疗机构发展的长期失衡。我国的卫生财政投入体制实施的是“分级管理、分灶吃饭”体制,即省级医院由省级财政补偿,县级医院由县级财政补偿。由此带来的问题是,行政级别越高的医院越能够获得更多的财政投入,也即规模越大的医院得到的财政补偿越多,从而区县级医院与省市级医院间的差距日益拉大,伴随着居民收入提高、医保补偿力度加大、医疗需求释放,区县级医院越来越不能满足当地居民的医疗需求,越来越多的患者涌向省市级大医院就医,导致医疗费用和医保资金越来越被虹吸到省市级大医院,区县级医院差距进一步扩大,这种状况既无益于区域间就医公平,也推高了医疗成本。而同样向居民提供医疗服务的非公立医院,一直未能建立获取财政补偿的常规化投入机制,同时还需执行政府对公立医院扣除财政补偿后的医疗服务定价,导致其与公立医院的竞争严重不公,长期滞后发展。

(5)市场化机制下建立的社会医疗保障体系,可以将就医选择权交给患者,由患者自行选择效率更高、服务更好的医疗机构,财政对医保基金的补贴既可以经由这一渠道对医疗机构形成补偿,同时还通过患者的自主选择机制实现对医疗机构的奖优罚劣。但现实状况是非公立医疗机构获取医保定点资格一直困难重重,各地基于所有权性质将大量非公立医疗机构排除在医保定点范围之外,尽管这种情况并不符合政策文本提出的要求,但始终缺乏有效的问责机制,非公立医疗机构也缺乏有效的申诉机制,最终结果是妨碍了财政补偿政策的转型和完善,也加固了公立医疗机构固有的垄断。

## 二、公立医院财政补偿的国际经验

基于支持医疗卫生体系发展、不断改善民生的政策目标,医疗机构财政补偿机制问题,是各国公共治理领域普遍面临且需不断调整改进的问题。在发达国家及地区中,除美国的医疗服务供需方均以非公立机构为主、财政仅针对少部分特定人群给予医



疗保障补贴外,其他国家和地区的医疗机构,无论公立还是非公立,均以公共财政资金<sup>③</sup>为主要收入来源,只是资金给付方式有所不同,有的以政府直接拨付为主,如 20 世纪 90 年代以前的英国以及我国的香港地区;有的以政府补贴社会医保基金,再通过基金向医疗机构购买服务为主,如德国、日本、加拿大及我国的台湾地区。限于篇幅,本文仅选取最具典型代表意义的英国、德国和中国台湾地区加以介绍。

1. 英国。自 1948 年起,英国就实施全国范围内的国民卫生保健制度(National Health Service, NHS),主要通过税收体系筹集医疗卫生资金,由政府建立公立医院提供住院服务<sup>④</sup>。在财政对公立医院的补偿方面,英国经历了从直接补偿到内部购买服务的变革。

20 世纪 80 年代以前,英国的公立医院是由政府直接管理的机构,财政上属于政府的预算单位。公立医院直接由地方卫生局(District Health Authorities, DHA)管理。医院的日常管理由院长负责,但重要的决策须获得地方卫生局的批准。医院工作人员由地方卫生局或大区卫生局聘用,几乎所有医护人员的工资及聘用条件同公务员一样都由政府审查机构或国家惠特利(Whitely)委员会协商决定。地方卫生局和医院都有保证年度收支平衡的义务。医院的资产所有权归国务大臣或卫生局,资产的取得和处置都由卫生部、大区卫生局、地方卫生局管理和控制。

随着发展,这种组织架构的弊端逐渐暴露。由于服务的提供者和支付者都由政府担当,作为政府预算单位的医院也就没有为获取收入而展开竞争的积极性。由于医院的收入在年初即已固定,医院缺乏动力增加服务供给或提高服务效率,当然更缺乏动力改进服务质量。在 20 世纪 80 年代以前,英国 NHS 因为漫长的等待时间和糟糕的服务质量饱受诟病。

1989 年,撒切尔政府发布《为病人服务(1989)》(Working for Patients)白皮书,启动医疗卫生体制改革,改革的思路是通过资金分配改革在 NHS 内部引入类似市场的激励机制,在医院以及其他医疗供方之间引入竞争。主要内容包括将医院改组成自主经营、自负盈亏的法人实体——NHS 医院集团(NHS trust),每个医院集团管理若干家公立医院。全科医生(GPs)组成全科服务基金持有者(General

Practice Fund-holder, GPFH),地方卫生局(DHA)也不再负责经营公立医院,两者均作为患者的代理人负责为患者购买医疗服务。经过此轮改革,财政不再直接补偿公立医院,而是将预算资金划拨给 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。

到 1996 年,这一组织变革基本完成,英国建立了约 450 个 NHS 医院集团。NHS 医院集团作为独立法人,最初的资产由“有息负债”(interest-bearing debt)和“公共股息股本”(public dividend capital)组成(Harding & Preker, 2003)。NHS 医院集团需要向卫生局偿还债务和利息,包括支付每年 6% 的资产收益率。因此 NHS 医院集团所提供服务的价格既包含运营成本,也包含资产折旧和资本回报。这种财务安排一方面加强了医院的资本成本意识,促使 NHS 医院集团卖掉过剩的土地和资产,另一方面,卫生局可回收资金用于支付 NHS 医院所提供服务的收费。此外,不同于改革前无权借款,只能依靠地方卫生局或大区卫生局的资本计划分配来为固定资产投资筹资,NHS 医院集团可以在协定的外部筹资限额内自主借款,或利用自己的资源进行资本投资。在人事薪酬方面,NHS 医院集团可以自主招聘员工、自主决定工资。

1997 年后,英国又启动另一轮改革,通过让不同的法人化组织负责医疗服务的提供与购买,来提高“内部市场”的竞争及效率。在此轮改革中,地方卫生局不再负责购买医疗服务,而是仅作为 NHS 医院集团和全科医生服务的绩效监管部门。上述全科服务基金持有者(GPFH)制度被废止,新成立由全科医师组成的全科健康服务联盟(Primary Care Trust, PCT),全面承担 NHS 内的医疗服务购买责任。每年卫生部把大约 80% 的 NHS 预算资金下拨给各地的 PCTs,由后者向全科医师和 NHS 医院集团购买服务。

2000 年后,英国引入自主化程度更高的 NHS 医院形式——NHS 基准医院集团(Foundation Trust, FT),并要求所有的 NHS 医院集团在 2014 年都转制为 FT。<sup>⑤</sup> NHS 基准医院集团是独立的法人实体——公益法人机构(Public Benefit Corporation),相较于其他 NHS 医院集团,FTs 拥有更大的财务和管理自主权。它们不受卫生局的控制,可以自主决定组织形式以更好地提供服务和控制成本。

他们的一个特点是须成立理事会,理事会成员由所服务社区居民、医院职工、患者、医生等利益相关者选举产生,这样医院的决策权和管理权就从政府转到了社区,医院加强了同本地社区的联系,以便更好地服务于当地居民。

在资金来源方面,FTs的收入主要来自于同PCTs签订的服务合同,少部分来自同私立部门的合同。相比于NHS医院集团,FTs能保留财务盈余,不必保持年度财务平衡,同时能在一定的监管条件下,向商业资本融资或者出售部分资产。FTs的固定资本筹资可以是自营资金的再投资,也可以通过向私人部门(如商业银行)贷款,还可以向卫生部的融资机构(Foundation Trust Financing Facility)以商业条款的方式借款。FTs的监管机构Monitor依据每个医院的偿债能力设定举债上限。

2. 德国。与英国公立医院为主的格局不同,德国的医疗服务供给以非公立医疗机构提供为主。2008年数据显示,仅32%的综合医院由政府举办,37%是由宗教慈善团体或各种基金会捐款创办的非营利性私立医院,其余30%是由私人独资或合资兴办的营利性私立医院(Porter & Guth,2012)。德国也是最早建立社会医疗保险的国家,约90%的国民加入了社会医保(Clarke & Bidgood,2013)。社会医保资金构成医疗机构的主要收入来源。

德国的公立医院绝大多数是独立的公司法人,政府与公立医院之间已经实现管办分离,公立医院成为政府之外独立运行的法人实体(Obermann et al,2013)。公立医院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。在德国的医疗体系中,联邦政府的功能主要是制定基本的制度框架和运行管理的法规和法案,例如医疗服务的定价体系和保险制度安排等,州政府则负责各州立医院的兴办、医院规划、医生协会的监督等(Busse & Riesberg,2004)。

在给予医疗机构财政补偿方面,德国对公立医院及私立医院一视同仁。根据《医院筹资法》的相关规定,无论是对公立医院还是私立医院,政府都有义务承担资本投资的责任。因此,德国的公立医院和非公立医院一样,均采用“双重筹资原则”(Dual Funding Principle),即日常运营成本,比如医生的人力成本、病人护理耗材等,绝大部分由社会医疗保

险或私人医疗保险支付,少部分由病人自付,而资本投资如基建与装修、大中型设备购买等由政府补贴,其中主要来自州政府,少数来自联邦政府。

医院必须加入地方医院计划,才能与社保基金签订服务合同,并得到州政府的基建补偿。各地方的医院计划由各地方政府根据本地区的医疗服务需求来制定。无论是公立医院还是非公立医院,日常运营经费以及三年内的固定资产投资资金来自于医保支付,而三年以上的固定资产投资,比如新的建筑以及大型修缮由当地政府偿付。政府进行资本补偿主要有两种形式:一是依据医院计划中登记在案的病床数目来补贴其基础设施和维修成本,二是大型基建工程按照项目支付。大约80%的私立医院加入了政府医院计划,获得政府的资本补偿(Werner,2005)。

医院固定资产投资受到严格的审批和监管,金额取决于当地的财政情况、医院和政府部门的谈判以及医院所在地的医疗需求等。与非公立医院一样,公立医院除了依靠政府补贴,还可以寻求社会资本的投入。由于政府已经把土地、房屋等资产的产权转让给法人化的公立医院,医院可以以此抵押争取银行贷款。

近年来政府补偿已无法完全覆盖医院的投资成本,财政在医院资本项目上的补贴数额近二十年来逐渐降低。2009年,医院资本投资中政府补贴仅占36%,其余的资本投资由别的渠道获得。其中36%来自医院留存资本,其中大部分是从医疗保险获得的日常运营收入(Obermann et al,2013)。

3. 中国台湾地区。我国的台湾地区与德国相似,实行的也是社会医保制度。1995年起实行的台湾地区全民健保,目前已覆盖99%以上的台湾地区民众,资金来源以保险费为主,由被保险人、雇主和政府共同负担。<sup>⑥</sup>

20世纪五六十年代,由于医疗资源匮乏,政府政策的重点是公立医院的建设,包括建立两所大型医院(荣总医院和三总医院)以及20多所省市立医院以推动公共卫生及医疗服务。当时公立医院病床市场占有率高达九成(卢瑞芬、谢启瑞:2003),是医疗体系的主力。20世纪70年代起,由于台湾地区经济快速起飞,大型私立及教会医院陆续开张,进入医疗市场,省立医院因经营不佳及受限于相关行政法规,亏损不断,逐渐失去医疗市场优势。



在公立医院发展受困的情况下,台湾地区政府并未选择加大财政投入支持公立医院发展的政策,而是设立专项资金,鼓励非公立医疗机构的进一步发展壮大。1986 年,台湾地区《医疗法》实施,依据该法律规定,台湾地区中央机构为改进医疗资源分布,统筹规划现有公私立医疗机构,划分医疗区域,建立分级诊疗制度,对医疗资源缺乏的区域,奖励民间设立医疗机构,必要的时候设立公立医疗机构;省(市)卫生主管机构依据医疗网实施计划,在医疗资源缺乏地区,采取补助医疗设备费用,或提供贷款来筹措兴建经费的方式,奖励民间设立医疗机构。

该法实施后,公立医院发展速度明显放缓,私立医院市场份额显著提高。此前由公立医院在医疗体系中扮演的角色,逐渐变成由私立医院来承担。1995 年全民健保施行后,个人就医负担减轻,私立医院的市场份额进一步提高。1999 年后,中国台湾地区卫生署(2013 年改为卫生福利部)开始推动署立医院经营方式多元化,具体的做法包括公民合营、委托经营、整并、成立区域联盟等,并考虑将署立医院向法人化的方向设计。2013 年,台湾地区拥有医院 495 家,其中公立医院 81 家,仅占 16%;<sup>⑦</sup>在住院服务方面,2011 年公立医院的病床数目仅占总病床数目的 34%,其余均由非公立医疗机构提供。<sup>⑧</sup>公立医院健保申报资金市场占有率为 31%,而民营医院则高达 69%(林奏延,2012)。

台湾地区的全民健保体制中,无论是公立医院还是私立医院,均有资格签约成为健保局的特约医疗机构,同等医疗服务享受同等的补偿标准。截止到 2012 年底,健保特约医疗服务机构达到 26317 家,其中医疗院所 20058 家,占全国所有医疗院所总数的 93.7%。<sup>⑨</sup>只要是在特约医疗机构范围内,投保人都具有自由选择就医的权利。

目前,台湾地区的公立医院由卫生福利部所属医院、各市县公立医院、军方医院和公立学校兴办的附属医院组成。私立医院主要包括医疗财团法人医院、医疗社团法人医院、公益法人所设立医院和私立医学院校附属医院等。健保局作为最大的医疗服务购买方,直接与医疗服务提供者协定价格。按全民健康保险法规定,医疗服务定价标准由健保局与相关机关、被保险人、雇主及医疗服务提供方等代表共同拟定并发布。

由此,公立医院与私立医院面临无差别的医疗

服务购买方,公立医院不再享受政府的直接补贴,需不断提升服务效率和水平,才能应对私立医院竞争。

概言之,通过建立全民医保体制,台湾地区以发展社会保险来替代兴办公立医院,使台湾地区医疗体制逐渐从此前的“政府兴办医疗机构直接提供服务”模式,转向了“政府筹资补需方、民营机构提供服务”的模式。在该模式下,台湾地区的医疗服务质量、宏微观医疗绩效以及患者满意度,均居世界前列。台湾地区人均收入超过两万美元,但医疗卫生总费用占 GDP 比重只有 6.7%(蔡鲁,2013),民众医疗费用自费比率约在 6.4%左右(“台湾中央健保局”,2013)。台湾地区这种“政府筹资补需方、民营机构提供医疗服务”模式,显著减轻了政府负担。1998 年台湾地区财政投入占医疗卫生总费用比重仅为 24.6%,远低于同一时间英国的 73.7%及加拿大的 68.7%(卢瑞芬、萧庆伦,2001)。2011 年,台湾地区这一比例是 25.2%(“台湾中央健保局”,2013)。

上述国家和地区的政策体系及演变,可以视作过去数十年各国和地区围绕医改多种政策实验的一个缩影。如前所述,通过对公立医院进行市场化方向的组织变革来提高服务绩效,成为世界各国医疗服务体系改革的重点(Harding & Preker, 2003)。市场化组织变革的目的,是创造新的激励机制和问责机制,一方面鼓励机构运用其自主权提高绩效,一方面通过引入竞争实现优胜劣汰。财政补偿模式由预算拨款转变为签约购买服务,是这一变革的核心内容之一。无论是英国的内部市场机制还是德国的社会保险模式,都强调服务提供者(医院)与支付者(政府或保险)相分离;充分依靠市场竞争挖掘有效的交易信息,提高资源配置的效率。政府的公益性目标,主要通过补贴需方、购买服务的方式来实现。

英国的改革一方面推动公立医院走向法人化,其公立医院已经成为拥有高度自主管理权,实现了社区治理的独立法人机构,开始面临硬预算约束。另一方面,财政一改过去直接向公立医院拨付资金的做法,转由作为独立法人的全科健康服务联盟(PCTs)向公立医院和全科医生购买服务。这种内部市场体制形成了更为有效的激励和问责机制,改革亦取得了明显成效(付明卫、朱恒鹏,2014)。

德国和中国台湾地区的改革路径则是,在社会医疗保障体系建立之后,政府可以将对医疗卫生的财政补偿全部投入需方,通过医保基金购买服务的

方式,对包括公立医院在内的医疗服务供方形成间接补偿,并通过患者的自由选择形成对医疗机构的优胜劣汰机制。<sup>⑩</sup>从中国台湾地区的发展历程可以看出,健全的全民健保体系建成后,政府完全可以不再补偿供方,或参照德国,给予公立医疗机构及非公立医疗机构完全一视同仁的补偿政策,如此更有利于一个公平的医疗服务市场的形成与发展,实现更有效率的竞争。

### 三、改革公立医院财政补偿体制的政策建议

建国六十余年来,我国财政一直承担着对公立医院或直接或间接的投入责任,同时也建立了一整套包括人事薪酬、价格管制等与财政补偿相配套的公立医院管理政策体系。发展至今,其中的诸多元素已与当下社会发展的实际不相匹配,需要重新着眼现实,做出调整。

就供方而言,我国的医疗服务体系与英国有一定相似之处,即医院普遍由财政投资建立,但相对于英国已经不再直接补偿公立医院、转而通过法人组织向医疗机构购买服务、同时支持自由执业的全科医生发展,我国还停留在对公立医院的直接“供养”阶段,特别是对拥有事业编制身份的职工给予直接补贴,不仅没有通过购买服务形成对医疗机构及医务人员的激励机制,还阻挠了医务人员的自由流动进而阻挠了分级诊疗体系的形成。

就需方而言,我国已经基本建成覆盖全民的社会医疗保险体系,制度框架已与德国、中国台湾地区十分接近。财政大力支持下建立的社会医保,对公立医院形成的间接补偿日益增长,医保资金已经成为公立医院收入的主要来源。如果去除医保现行管理中对非公立医院的歧视因素,这种财政的间接补偿对促进竞争性医疗服务市场的迅速形成和整个医疗行业的健康发展,显然较传统的直接供补方模式更具成效。台湾地区的经验已经证明了这一点。

再考虑到公立医院获得的财政直接投入虽然一直存在,但投入规模小,占医院收入比例也较低,其投入目的已经不是为了维持公立医院的公益性目标,而是维持财政养人(事业编制身份员工)的旧体制,与英国、德国通过财政向医疗机构购买服务的做法有着根本区别。因此,完善需方体系建设,就势改革供方体制,是当前医疗卫生体制改革最为可取之途。

据此,本文提出以下政策建议:

(1)这一轮医疗卫生体制改革最直接的目标是解决国民看病贵、看病难,最根本的目标则在于建立与社会经济发展相匹配、与市场经济体制相适应的民生保障体系,财政对医疗卫生的投入体制也要与之相适。因此,供方亟须改变财政拨款直接养人、养机构的传统模式,转而形成对医疗卫生机构和医务人员新的激励机制(朱恒鹏,2012)。

这需要人事薪酬制度改革的配套支持,即按照国家事业单位改革的总体部署,从医疗卫生行业开始推进公立医疗机构人事、薪酬和社会保障制度改革,实施全员合同制改革,全员加入社会保险,由此尽快取消医疗行业的事业编制制度,防止旧体制不断自我复制,消除未来养老金支付风险,以及由此带来的巨大财政风险。

考虑到本届政府必须开始启动公务员、国有事业单位和企业三种养老保险制度并轨的工作,建立由政府负责的、不分就业单位和性质、统一公平的基本养老保险制度,医疗行业推行这一改革和中央确定的整个社会经济改革路径完全一致。为保障现有事业编制人员退休待遇不下降,从而使得改革能够顺利实施,可以借鉴国企改革的经验,“老人老办法”,退休医生维持现有退休待遇不下降;“中人中办法”,现在职有事业编制身份的医务人员亦保证待遇水平不下降,这两类人员养老金发放全部转入社保,不再由原单位负责;“新人新办法”,改革以后,公立医院采取全员合同制,不再有事业单位编制一说,新进入的医务人员和医院在双方自由选择的基础上自主签订聘任合同。

由此产生的改革成本,主要是补足“老人”和“中人”养老金缴费的成本。这可以通过转让公立医院国有资产、推进公立医院改制产生的收入及财政兜底两个途径来承担。对公立医院新招聘的医务人员,其基础养老金实施和现有城镇企业职工一样的筹资标准和制度,享受同样的保障水平。基础养老金之上的养老金通过鼓励医院发展职业年金、鼓励个人购买商业养老保险的做法来实现。这是现代市场经济国家通行的做法,也是世界银行和 OECD 组织的专家建议中国实施的养老保障制度(Barr & Diamond,2011)。

(2)只有医疗行业形成市场化的人事薪酬制度,医疗机构在优胜劣汰中选择其管理层及医务人员,

现有的公立医疗机构才有真正实现法人化的可能。建议参照英国经验,在营造便于医务人员自由流动的人力市场同时,不再给予公立医疗机构直接补贴,转而推动公立医疗机构建立法人治理结构,获取更多自主经营权,改善管理,提高效率。事实上,一旦财政不再直接给予公立医疗机构补贴,政府也就无须再对公立医疗机构的运营管理做出过多的微观管控,这也大大降低了行政管理的成本。而公立医院与非公立医院一样,通过竞争获取医保收入,即财政的间接补贴,可以实现更为公平的竞争,达到优胜劣汰。

(3)考虑到我国地域辽阔、地区间发展不平衡,对于少数老少边穷地区,仍然可以采取财政直接投资、公建民营、民办公助等方式举办医疗机构,但对这些仍有财政直接补偿的地区,应注重学习德国经验,对公立、非公立医疗机构一视同仁,防止因财政投入造成机构间竞争不公,反而妨碍这类地区的医疗行业发展及服务水平的提升。

#### 注:

- ①同年财政部发布的《关于文教科学卫生事业单位、行政机关“预算包干”试行办法》也体现了相同的管理思路:凡是以自己的收入抵拨一部分支出,差额由国家补助,在预算管理上实行差额管理的单位,可实行“定收入、定支出、定补助、结余留用”的办法。即按国家核定的收入和支出,确定一个补助数额,包干使用,结余留归单位支配。
- ②2000 年 7 月,卫生部、国家中医药管理局、财政部、国家计委《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》。
- ③本文按照国际标准口径,将社会医保资金计入公共财政资金,当然各国(地区)社保资金来源有所差异,有些国家和地区比如德国、日本和中国台湾地区,社保资金大部分来源于雇主和个人缴纳的医疗保险费,少部分来自于财政对特定人群的医疗保险补贴。另外一些国家比如加拿大社保资金主要来源于财政拨款。
- ④英国的门诊服务实施的是全科医师社区守门人制度,绝大部分全科医师诊所是私立的个体或者合伙制诊所,对于全科服务,英国实施的是政府购买服务制度(Gregory, 2009)。限于本文主题,文中仅仅讨论英国公立医院财政补偿机制的变迁。
- ⑤见 <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>。
- ⑥资料来源:“台湾卫生福利部”。
- ⑦⑧“台湾卫生福利部”。[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=5048](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5048)。
- ⑨台湾地区 2013 年公共卫生年报。

⑩进入 21 世纪后,英国通过引入公立医院强制信息披露机制来扩大患者就医自由选择权,以此促进公立医院之间的竞争,以此强化竞争的优胜劣汰效果(付明卫、朱恒鹏, 2014)。

#### 参考文献:

- 卢瑞芬 萧庆伦, 2001:《台湾国民医疗卫生保健账户的建立》,《经济论文丛刊》第 29 辑第 4 期。
- 卢瑞芬 谢启瑞, 2003:《台湾医院产业的市场结构与发展趋势分析》,《经济论文丛刊》第 31 辑第 1 期。
- 林奏延, 2012:《2013 年台湾医疗卫生政策》,演讲 ppt。
- 蔡鲁, 2013:《台湾健保制度现况与前瞻》,演讲 ppt。
- “台湾中央健保局”, 2013:《2011 年全民健康保险统计动向》。
- 朱恒鹏, 2012:《财政养医的弊端—激励机制的视角》,《比较》第 1 期。
- 付明卫 朱恒鹏, 2014:《英国 NHS 引入竞争的改革及其影响:基于文献的考察》,工作论文。
- Barr, N. & P. Diamond(2011), 《中国的养老金改革:问题、选择和政策建议》,载于林重庚(Edwin Lim)、迈克尔·斯宾塞(Michael Spence)编著《中国经济中长期发展和转型:国际视角的思考与建议》,中信出版社,第 189~278 页。
- Busse, R. & A. Riesberg(2004), “Health care systems in transition: Germany”, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Clarke, E. & E. Bidgood(2013), “Healthcare Systems Germany: Based on the 2001 Civitas Report by David Green and Benedict Irvine”, London: Civitas.
- Harding, A. & A. S. Preker(2003), “A conceptual framework for the organizational reforms of hospitals”, in: A. S. Preker & A. Harding (eds.), *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*, Washington, D. C.: The World Bank.
- Obermann, K. et al(2012), “Understanding the Germany health care system”, Mannheim Institute of Public Health (MIPH), Heidelberg University.
- Porter, M. E. & C. Guth (2012), *Redefining German Health Care: Moving to a Value — based System*, Springer—Verlag Berlin Heidelberg.
- Rayo, L. (2007), “Relational incentives and moral hazard in teams”, *Review of Economic Studies* 74(3):937—963.
- Werner, H. (2005), “Hospital walking a tightrope between reform pressure and financial straits”, Economic Research Allianz Group Dresdner Bank, Working Paper No. 49.

(责任编辑:孙志超)