

# 国际非营利医疗机构发展概述\*

王 虎 峰

经  
济  
学

提 要 | 非营利组织及其理论发展是市场经济的产物,有其自身的发展规律和国际普适性。文章以美国、德国、日本和英国为例,考察了其非营利医院的治理模式和公立医院的改革路径,从理论和实践上验证了非营利组织在医疗领域的价值和制度优势,总结了国际上医疗机构制度的变革趋势。

关键词 | 非营利组织 医疗机构 公立医院 改革 西方国家

中图分类号 | C913.4

作者信息 | 男,1964年生,博士,中国人民大学公共管理学院副教授,中国人民大学医改研究中心主任,100872。

非营利组织及非营利医疗机构是20世纪以来在国际社会发展过程中诞生的重要社会组织,它在弥补市场缺陷,分担政府公共服务职能,提供公益性服务方面发挥了不可或缺的作用。

非营利组织(non-profit organizations)概念如同非营利组织发展的多样性一样,不同国家和不同学者有着不同的认识。联合国的国民经济核算体系根据资金来源认定非营利组织,<sup>①</sup>美国学者沃尔夫(Wolf)从组织特征角度加以定义,<sup>②</sup>而美国的约翰·霍普金斯大学非营利组织比较研究中心则着眼于组织的基本结构和运作方式,认为凡具有非营利性、组织性、自治性、民间性和志愿性这5个特征的组织都可被视为是非营利组织。这是目前普遍接受的定义。

## 一、非营利组织的历史演进和理论发展

非营利组织肇始于16~17世纪,20世纪

70年代是其勃兴时期,经历了一个漫长的演进过程。与之相呼应,有关理论也有一个发展过程。

### 1. 非营利组织的起源

追溯非营利组织的诞生可以在16~17世纪发现三个源头。第一,许多慈善机构脱离了教会,私人慈善逐渐发展起来。英国在1601年颁布了《慈善法》和《济贫法》,鼓励发

\* 中国人民大学科学研究基金项目资助(项目名称:中国公立医院治理模式研究;项目编号:07XNE004)

① 联合国的国民经济核算体系将经济活动划分为5类:金融机构、非金融机构、政府、非营利组织和家庭。非营利组织与其他4类社会组织的区别在于,非营利组织的大部分收入不是来自于以市场价格出售的商品和服务,而是来自其成员缴纳的会费和支持者的捐赠。

② 非营利性组织定义有5个方面的特质:一是有服务大众的宗旨;二是有不以营利为目的的组织结构;三是有一个任何个人无法营私的管理制度;四是本身具有合法免税地位;五是具有可提供捐赠人减免税的法律地位。

展从事社会公益活动的非营利组织。第二,新资产阶级催生了以政治权益和话语权为基础的、带有政治色彩的非营利组织。第三,受到剥削压迫的农民和产业工人频频掀起社会运动,自发建立各种行会组织。<sup>①</sup>随着19世纪末资本主义进入“垄断资本主义”时期,社会贫富悬殊,矛盾加剧,社会和经济结构发生了变化。一方面,代表工人利益的行业协会迅速发展,<sup>②</sup>如1886年美国工人成立的劳动者联盟;另一方面,慈善和公益事业在科学、教育、卫生等领域广泛发展,如著名的国际红十字会、诺贝尔基金会等,这些都促进了非营利组织的发展。<sup>③</sup>

## 2. 非营利组织勃兴背景下的理论发展

20世纪前关于非营利组织的理论很有限,其思想基础主要是基督教神学中的“恩宠论”以及早期的自由、民主、自治等价值取向,而几乎没有从经济学或社会学视角对非营利组织进行研究。

自20世纪以来,尤其是70年代福利国家困境、公共管理危机、政府改革、治理转型等新生的社会问题使人们意识到了国家力量退出后社会结构的重构问题。非营利组织作为福利国家政府和市场的补充,成为理论研究的焦点,先后出现的有关非营利组织的理论有公共物品理论,市场失灵理论,政府失灵理论,政府、市场和非营利组织相互依赖理论,利益集团理论,交易成本理论,自治组织理论,数量与质量理论等等。其中主要的理论流派有以下4种。

### (1) 政府失灵和市场失灵理论

政府失灵理论和市场失灵理论以经济学分析为基础,认为政府和市场在提供公共物品方面的局限性为非营利组织的产生和发展提供了契机,强调非营利组织作为政府和市场的辅助性衍生物而存在的必要性。

基于萨缪尔森的公共物品理论,美国经济学家韦斯布罗德(Burton Weisbrod)于1974年提出了政府失灵和市场失灵理论,认为以利润为驱动力的市场不会提供有正外部效应

的物品或服务;而政府提供的服务经常是不足的。由于个人的需求不是同质的,而政府往往倾向于满足“中位选民”的需求和偏好。因此,无法满足选民对数量和质量多样化的要求。<sup>④</sup>同时由于政府的官僚作风和寻租等现象,在提供公共物品时会出现低效率和浪费的问题。韦斯布罗德论述了非营利组织在补充政府提供公共物品的不足方面的可能性和优势,指出面对政府失灵和市场失灵,消费者有三种替代性选择:一是移民;二是形成低层次政治单位;三是选择专门提供集体类型物品的非营利组织。

### (2) 契约失灵理论

汉斯曼(Herry B. Hansmann)于1980年提出了契约失灵理论,<sup>⑤</sup>从私人物品交易契约实施的角度,分析了非营利组织参与提供私人物品的必要性和优势。汉斯曼认为,当消费者本身没有条件和能力准确评估商品或服务质量和效率时,即发生契约失灵时,如果所有者是除消费者以外的任何人,所有者都会有通过“剥削”来追求自身利益最大化的动机。汉斯曼提出的分析解决思路就是创建一个不存在对剩余有索取权的所有者,更准确地说,就是创建一种“非分配约束”机构(nondistributable constrain)对生产者投机行为进行有力约束,以弥补契约失灵。该理论与政府失灵和市场失灵理论相呼应,论证了非营利组织在提供公共物品和私人物品方面的优势和存在的必要性。

① 贾西津:《国外非营利组织管理体制及其对我国的启示》,《社会科学》2004年第4期。

② [法]托克维尔:《论美国民主》,董果良译,商务印书馆,1988年,第690~699页。

③ 吴东明:《非营利组织管理》,中国人民大学出版社,2003年,第67~68页。

④ 詹国彬:《第三部门的理论机理及其经营机制的特征》,《宁波大学学报(人文科学版)》2006年第1期。

⑤ Herry B. Hansmann, The Role of Nonprofit Enterprise, *Yale Law Journal*, Vol. 89, 1980.

### (3) 萨拉蒙的第三方管理理论

从1960年开始,美国志愿设立的非营利组织发展放缓,为此,政府通过直接准予或者合约授权第三方来执行政府职能,这就是“第三方管理”,而非营利组织的制度优势使其成为政府授权行使公共职能的主体。截止到1975年,美国政府已经取代私人捐赠者,成为非营利组织最主要的资金来源。<sup>①</sup>在此背景下,美国公共政策学者、非营利组织研究专家萨拉蒙(Salamon)于1981年提出第三方管理理论(third party government)。同时,萨拉蒙认为,非营利组织作为一种组织模式也像政府一样有其固有的制度优势和缺陷,强调非营利组织也会出现慈善的特殊性、慈善组织的家长作风和慈善的业余性等问题而导致“志愿失灵”(voluntary failure)。因此他提出政府对非营利组织的监管和支持也是必要的。

### (4) 交易成本理论

作为新制度经济学的代表理论之一,科斯(Ronald Coase)的交易成本(transaction cost)理论认为,应该探讨哪些组织和制度可以以较低的交易成本实现目标,并推动组织和社会良性运转和经济发展。科斯认为,交易中信息经常是不完全和不对称的,交易成本就是获得准确的市场信息所要付出的费用以及谈判和经常性契约的费用。这种费用经常是隐性的。在科斯看来,在市场制度下,在某些产品的供给上交易成本过高,这样就需要制度创新,去挖掘和建立交易成本较低的可替代性制度。而非营利组织不仅协同政府和体制进行社会结构和功能优化,作为一个独立的组织制度体系,其所表现出来的非分配约束、平等竞争、透明信任和社会参与等组织特性都可以有效地降低交易的隐性成本,防止道德风险,降低社会交易成本。

## 二、非营利组织在医疗领域的扩张

非营利医疗机构的历史和非营利组织的

历史一样久远。早在16~17世纪,现代医疗机构还没有出现时,一些致力于公益事业私人医生团体为贫困的人们提供公益医疗服务。在第二次世界大战期间,很多志愿团体活跃在医疗领域,救死扶伤。虽然这些民间团体与现代非营利组织相比很不正规,却是现代非营利医疗机构的价值基础和实践先驱。第二次世界大战结束后到20世纪后半叶,非营利医疗机构不断发展壮大,直至今日,一些西方国家非营利医疗机构在提供医疗服务方面占据了主导地位。

美国和德国是比较典型的公立医院、私立非营利医院和私立营利医院共存的国家。第二次世界大战以后,非营利医院蓬勃发展,经过20世纪70年代公共部门改革和第三方管理模式的兴起,非营利医疗机构更是成为与公立医院和私立营利医院并驾齐驱的重要力量。而在北欧国家和英国等国家,政府包办全部公立医院,这无疑抑制了社会资本兴办医院的趋势,私立的非营利医院发展相对滞后。但是,从20世纪90年代中期,英国开始公立医院的持续改革,实质就是按照非营利组织治理模式改造公立医院。

理论和实践都验证了非营利组织在医疗领域存在的价值。医疗服务本身具有外部性和信息不对称的特点,具有准公共物品的特性,可以有多种供给体制。虽然政府在提供医疗服务上义不容辞,但由于受到制度和供给能力的限制,对医疗服务的提供经常是不足的,而医疗服务的外部性和信息不对称又导致了营利组织的服务具有很强的选择性,倾向于为“有钱人”服务。相比之下,非营利组织有很多优势。非营利医院的经营目标是提供社会满意的优质服务,这种经营理念使非营利医院专心于服务以谋求可持续的发展,而非投机性的利润攫取。而且“非分配原

<sup>①</sup> Paul J. DiMaggio & Helmut K. Anheier, The Sociology of Nonprofit Organizations and Sectors, *Annual Review of Sociology*, Vol. 16, 1990.

则”也是对医生投机行为有力的约束。同时,政府公立医院往往在满足患者多样化需求方面由于体制僵化而力不从心,非营利医院在提供多层次和多样化服务方面有优势,尤其是满足低收入人群的需求。

### 三、美、德、日、英4国非营利医疗机构治理和公立医疗机构变革

按照国际通用的分类方法,医疗机构按发起人的属性可以分为公立和私立两大类。公立医疗机构可以是各级政府出资兴办,也可以是军队兴办。私立医疗机构可以是自然人、法人、社会团体等非政府组织出资兴办。私立医疗机构按照设立目标和运行规则分为非营利医疗机构和营利医疗机构。考察非营利医疗机构治理,主要从6个方面着眼:是否以营利为目的,医院和政府的关系,内部治理结构,志愿公益性,公开透明度和竞争性。

#### 1. 美国:非营利医疗机构居于主导地位

美国是一个典型的市场机制发挥主导作用,以商业健康保险为主,社会医疗保险为辅的国家。截止2008年11月,全美注册医院(registered hospitals)共5708家,其中私立非营利医院2913家。私立非营利医院占社区医院的59.49%,占注册医院的51.03%。<sup>①</sup>

#### (1) 美国非营利医院的治理特点

A. 关于是否以营利为目的 1954年的美国国家税务章程规定,非营利组织不能以营利为目的。<sup>②</sup>

B. 关于与政府的关系 非营利医院不隶属于州、市和地方各级政府。非营利医院的举办者是个人、社区或者社会团体,没有政府背景和附属关系。

C. 关于内部治理结构 非营利医院具有一套完整的自治构架和运行机制,主要包括董事会、首席执行官和医务人员,还有一小部分的辅助机构,如后勤、财务和专业配套服务等部门。另外还有董事会成员、首席执

行官和医生代表在内的协商委员会。这些部门在决策、执行、监督和辅助等方面分工配合和相互制衡。

D. 关于志愿公益性 非营利医院的资金渠道主要包括社区内市民和社会团体的自愿捐赠。非营利医院承担了给未参加任何医疗保险的人员提供医疗救助的公益职责。美国医院中志愿者提供服务十分普遍,这些志愿者通常为高中生、大学生或者退休人员。

E. 关于公开透明度 非营利医院除了接受政府税务部门、社会团体和医疗保险系统的监管,还接受社区居民以及社区居民团体的监督。社会公众可通过互联网查询医院的财务数据和董事会成员信息。

F. 关于竞争性 从争取患者资源来看,参加美国两大社会保险计划的人群享有充分的自主权,选择到任何一家资质合格的非营利医院接受服务。非营利医院与营利医院还要争夺参加商业医疗保险的患者,因此具有很强的竞争性。

目前,美国非营利医院的发展表现出如下趋势。在竞争性方面,非营利医院越来越愿意通过医院联合和兼并来适应市场竞争的环境。<sup>③</sup>在自治和公益方面,美国联邦政府和州、地方政府虽然不直接干预,但正在想方设法加强对非营利医院内部治理的监管。在公开透明度方面,非营利医院在信息披露方面不断完善,以提高社区居民的参与程度。

#### (2) 美国公立医院改革——以强化自治和责任为中心

美国正在增强公立医院的自治性和竞争

<sup>①</sup> AHA, Fast Facts on US Hospitals, <http://www.aha.org/aha/resource/center/StatisticsandStudies/fastfacts.html>.

<sup>②</sup> David M. Studdert, Regulatory and Judicial Oversight of Nonprofit Hospitals, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 6, 2007.

<sup>③</sup> Glenn Melnick, Emmett Keeler, Jack Ziwanziger, Market Power and Hospital Pricing: Are Nonprofits Different? *Health Affairs*, 1999, Vol. 3, p. 167.

性。政府通过完善监督来加强医院对自身的管理,并倡导信息透明和服务对象的参与。医院首席执行官和医生的地位也得到了提高。首席执行官直接参与董事会的决策,医生参与对医院管理以及未来规划的讨论。同时,政府通过“政府购买服务”的形式鼓励医疗机构之间开展竞争。

2. 德国: 公立医院减少并进行“两权分离”改革

德国的医院分为三类: 公立医院、私立非营利医院和私立营利医院。1990年, 公立医院、私立非营利医院和私立营利医院病床数各自所占比例分别为 62.8%, 33.5%, 3.7%; 到2002年, 这一比例变为 53.9%, 37.7% 和 8.3%。公立医院的病床数逐渐减少, 而私立医院(包括营利医院和非营利医院)病床数的比重随之增多。德国的医院均按照“双重投入”(dual financing)原则获得资金支持, 基本建设成本(investment cost)主要由政府承担, 而运营成本(running cost)则由各类保险方支付。

(1) 德国非营利医院的治理特点

非营利医院在德国占到 1/3, 在医疗服务的提供中发挥了重要作用, 具有如下特点。

A. 关于是否以营利为目的 德国的非营利医院和营利医院虽然都是私立的, 但有着明确的界限。非营利医院不能以营利为目的, 同时享受一定的税收优惠。

B. 关于与政府的关系 德国非营利医院是独立于政府的自治组织, 但也从政府获得基本建设所需要的资金, 并接受政府对于医院规划、投入机制等方面的指导和监督。

C. 关于内部治理结构 德国非营利医院一般归宗教组织或慈善团体所有, 由独立的董事会对医院进行管理。

D. 关于志愿公益性 非营利医院的筹资渠道非常广泛, 收入来源于政府、疾病基金会、私人部门以及慈善组织。

E. 关于公开透明度 德国非营利医院要接受社会的监督。医院需要向政府有关

部门提供信息, 并由疾病基金会定期向社会公布。

F. 关于竞争性 德国各种医院的运营收入来源于各类保险方。非营利医院与保险方就医院的补偿额进行协商。对于绩效水平差的医院, 疾病基金会可能会撤走资金补偿, 具有明显的竞争压力。

(2) 德国公立医院改革——通过“两权分离”实现医院自治

德国公立医院面临的主要问题是床位数过多, 效率低下, 费用过高。1997年起, 地区性公立医院开始出现经营赤字, 到1999年时已累计达到 2.27 亿马克。<sup>①</sup>为了控制费用、提高公立医院的效率, 德国开始了公立医院改革。改革内容包括实现医院自治、提高医院的透明度和竞争性。

德国公立医院改革的重点在于实现医院自治。在市县一级, 地方政府建立有限责任公司的私立公司作为医院的直接管理者, 对医院进行私人管理, 政府拥有公司的全部股份。德国政府不对医院直接管理, 使医院在人事、分配等方面拥有自主权。医院主管人员通常由医院的所有者(例如市政府或地方议会)任命。近年来, 逐渐采取短期而不是无限期的任命。另外, 疾病基金会和医院之间可以自由选择签订合同, 通过协商就服务量、补偿额等达成一致, 这也提高了医院在财务上的相对独立性, 避免对政府投入的过分依赖。

德国政府还颁布了相关措施以增强公立医院的透明性和竞争性。2004年联邦质量管理办公室(Federal Office for Quality Assurance)发布报告, 要求德国所有的医院每年提供相关信息和数据, 并由疾病基金会每两年在网站上公布质量报告。2007年制定的《加强法定医疗保险竞争法案》(Statutory

<sup>①</sup> 侯建林、雷海潮:《德国公立医院近期改革动态及对我国的启示》,《中国医院管理》2002年第3期。

Health Insurance Competition Strengthening Act), 强调要加强疾病基金会与医疗服务提供者之间的竞争力度, 目的在于提高医院的效率和服务质量。

3. 日本: 非营利医疗机构主导和公立医疗机构改革并举

日本学术界一般将日本的医院分为公立医院和私立医院, 私立医院包括民营医院和私人医院。民营医院主要分为 4 类: 医疗法人开办的医院、私立大学和医科大学的附属医院、公益团体和宗教慈善团体举办的医院和私营保险团体举办的医院。2003 年, 私立医院占 79.9%。<sup>①</sup> 2004 年, 在所有私立医院中, 医疗法人医院占 61.7%, 为 5608 家。<sup>②</sup> 医疗法人医院即为典型的非营利医院。

(1) 非营利医院的治理特点

A. 关于是否以营利为目的 日本《医疗法》中明确规定, 禁止医疗法人医院以营利为目的。

B. 关于与政府的关系 医疗法人医院由民间社团捐赠举办, 在出资和行政隶属上与政府无关, 社会化介入程度高。

C. 关于内部治理结构 民营医院内部具有完善的组织机构和运行机制。例如调整医院规模, 增减人员等都是自主决策。医疗法人被分为社团形式和财团形式两种。对于社团医疗法人来说, 最高决策机构是职工总会, 执行机构是理事会。职工总会由职工组成, 可以就理事会托付的章程的变更、收支预算等经营事务中重要的事项进行表决, 理事会能够决定职工总会复议的事项。财团医疗法人同样设立了理事会, 另外还有发挥咨询作用的评议委员会。监察机构负责审查、监督财务和业务执行情况。监察机构的干事不得兼任医疗法人的理事、评议员和其他职务。

D. 关于志愿公益性 日本 36.5% 的医院中有志愿者, 59.9% 的医院中的志愿活动超过一个星期一次。<sup>③</sup>《医疗法》中明确规定了卫生医疗事业的公益性质。

E. 关于公开透明度 医疗法人必须向债权人公开经营信息, 向税务署提交“收支计算书”和“结算科目明细书”。章程、财产目录、院长工资等按照标准制作或者按规定向政府部门报告。

F. 关于竞争性 医疗法人医院身处市场的经济法则之下, 日本居民有权利选择到任何医院就医。医院在提供公益性服务的同时应对资本运营, 增强服务可及性, 提高服务质量的压力和挑战。

(2) 日本公立医院改革——产权改革和“两权分离”

公立医院的人事权、财权、分配权都由政府控制, 且完全享有国家财政投入。日本的公立医院多数都收不抵支, 出现严重亏损, 舆论对公立医院服务质量和可及性也有不少批评, 这些都迫使对公立医院进行改革。

公立医院通过引入民间资本来促进竞争。将公立医院转制成为民营医院, 目标是增强自主性, 提高服务效率, 增加公开透明性和改善医疗服务质量。日本 1999 年出台的《关于利用民间资本发展公共事业法》(Private Finance Initiative, PFI) 对如何引进民间资金作了较为明确的规定。

公立医院独立行政法人化就是通过医院所有权和管理权的分离, 实现公立医院的自主独立。日本出台了诸如《独立行政法人福利医疗机构法》(2002 年法律第 166 号) 等法律法规作为制度支撑。政府向医院下放人事权、财权和分配权。独立行政法人福利医疗

<sup>①</sup> 顾涛、侯建林、程建鹏、刘芳:《日本医院管理及对我国卫生改革的启示》,《中国医院管理》2007 年第 1 期。

<sup>②</sup> 王虎峰:《解读中国医改》,中国劳动社会保障出版社,2008 年,第 83 页。

<sup>③</sup> Madoka Aragaki, Tami Saito, Miyako Takahashi and Ichiro Kai, Hospital Volunteer's Role and Accident prevention Systems: A Nationwide Survey of Japanese Hospitals, Royal Society of Medicine Press, 2007, pp. 220~ 226.

机构中的治理结构通常包括理事、理事长、监事。职能部门包括审议职位部门、保险部门、基金事业部门、监察部门和管理部门，<sup>①</sup>形成了完整的医院内部独立治理结构。日本官方鼓励公立医院向社会公布医院的基本信息，还包括疾病治疗成功数和治疗成功率等信息。

#### 4. 英国：以非营利组织模式改造公立医院

英国在 1946 年颁布了《国家卫生服务法》，实施国民医疗服务体系(National Health Service, NHS)。政府投资创立并维持公立医院，而私人部门在医疗领域中主要服务于高端市场。所以，民间性的非营利医院几乎没有生存和发展的土壤。从 20 世纪 90 年代开始，英国政府一方面积极改造公立医院，另一方面，开始着眼发展私立非营利医院并提供支持。

英国公立医院的改革可以分为两个阶段。第一阶段始于 1994 年，主要针对政府包揽下公立医院效率低、政府负担重、管办不分的弊端进行改革。改革后，英国的公立医院成为政府医疗领域的第三方管理主体，初步具备了非政府性、自治性和竞争性。第二阶段开始于 2004 年，建立了 NHS 基金医院(NHS foundation trust) 体系。大部分 NHS 基金医院是由公立医院改革而来，政府于 2006 年开始鼓励由私人资本创立、与政府签订合同的非营利医院。这次改革从根本上颠覆了英国延续近半个世纪的由政府包揽医疗服务的模式，是对全能型政府理念在医疗领域的一次全面审视和反思。自 2004 年出现第一个 NHS 基金医院以来，到 2008 年，仅英格兰已经有 109 个基金医院。<sup>②</sup>改革后的 NHS 基金医院体系在更大程度上给予医院自主权，强化了医院的非政府性、竞争性和公开性。

从英国医疗机构两次改革可以看出，公立医院的改革方向就是在公立医院非营利性的基础上，强化非政府性、独立自治性、竞争性和公开性，并逐步引入志愿公益性；同时引

入社会资本，创立私立非营利医疗机构的趋势也开始显露。

改革后的英国公立医院具有以下治理特点。

#### (1) 关于非营利性

英国公立医院改革后仍然是非营利性的，沿袭了英国“免费医疗”的理念，属于政府委托的第三方管理主体。政府和医院的关系有所转变。改革并非进行大规模的私有化，而是逐步将大型公立医院与卫生部门脱钩，政府转变职能，确立公立医院的“非政府性”。卫生部长对基金医院没有指导权力，基金医院也不受英国卫生部卫生战略职能部门(Strategic Health Authorities) 的控制。政府从提供者和购买者身份变成购买者和行业监管者。政府部门医疗监管委员会(Healthcare Commission Monitor) 监督持有 NHS 基金医院资格的医院的行为，定期按照评估标准对其进行核查，并对严重违规行为进行查处，拥有吊销其资格的权力。政府职能的转变，一方面给医院形成了硬的外部约束，打消了依赖心理；另一方面提高了医院之间相互竞争的动力。

#### (2) 强化自治结构

2003 年，英国通过了《健康和社会照顾法》(The Health and Social Care Act 2003)，规定董事会负责基金医院决策，执行董事公开选拔而非政府任命，公立医院由政府的附属预算单位转变为独立核算的自治机构，拥有独立治理结构，是完全的自我运营实体，在服务内容、人事管理、资金筹措等方面拥有自主权，从而更好地满足患者、社区和其他利益相关者的要求。接受社会资本而不仅仅依靠政府财政补贴，可以将盈余资金用于组织发展(开发新的服务项目，购买仪器等)，但不可以在组织内部进行分配。

<sup>①</sup> 迟宝兰、于宗河：《国际医疗法律法规(日本)》，卫生部医院管理研究所，第 160 页。

<sup>②</sup> 英国卫生局网站，<http://www.dh.gov.uk>。

### (3) 引入竞争机制

英国政府在 1994 年的改革中, 引入了公立医院间的内部市场, 公立医院需要满足政府制定的服务质量和数量标准, 并开展竞争以获得政府资助。2004 年改革中竞争的程度和规模进一步扩大, 从公立医院间的内部市场机制发展成为公立与私立医院间的公开竞争。

### (4) 强化公开透明

为加强对医院服务质量的社会化管理, 政府建立了健康促进委员会( Commission for Health Improvement, CHI) 和国家临床质量管理研究所( National Institute for Clinical Excellence, NICE)。两个机构都是政府出资建立的第三方管理机构, 拥有独立决策和自主权, 以患者和民众的要求为导向, 联合高校等研究机构制订评价体系指标, 对医疗机构服务质量进行严格评估以改善服务质量。

### (5) 引入私人资本, 推动志愿公益性

英国 20 世纪 90 年代的改革制订了私人筹资计划( Private Financing Initiative, PFI), 希望通过引进私人资本建立非营利医院, 鼓励竞争, 提高效率, 但目前来看, 私人资本建立的医院尚未成气候。

随着改革进程, 公立医院非营利组织特性愈发明显, 英国实质上就是以非营利组织的模式改革公立医院的。

通过对几个典型国家医疗机构发展和改革的分析, 发现如下基本趋势。第一, 非营利医疗机构作为一个必不可少的社会组成部分, 应通过立法来对其设立、运行和发展进行保障。如美国、德国、日本等国都有相关法律对非营利医院的设立、治理结构等作出规定。第二, 国际上普遍将医院分为三类: 公立医院、私立非营利医院、私立营利医院。这反映出政府、企业 and 非营利组织在医疗领域的合理分工, 是一个健全的市场经济条件下的必然结果。第三, 从国际经验来看, “非营利性”医疗机构可以有两类: 一是按照非营利模式由私人设立的医院, 如美国的非营利医院; 二是典型的公立医院或者按照非营利模式改革的公立医院, 如英国的公立医院。这两类机构在非营利性这一点上是相同的, 但在组织模式和性质上是不同的, 不能混淆。公立医院在没有完全按照非营利组织特征进行全面改造, 成为一个独立于政府之外的非营利组织之前, 是不能被视为营利医院的。第四, 各国进行公立医院改革的方式很多, 如德国的“两权分离”, 日本的产权改革, 英国将医院改为独立核算的自治机构等。虽然路径有所不同, 但最终落脚点都是实现医院的自治, 提高医院的独立性。没有非政府性和独立性这两条, 就难以真正触动公立医院的痼疾, 也就没有根本性的改革。

## 四、总 结

从一些发达国家的经验来看, 随着社会的不断发展, 市场经济的不断完善, 非营利组织都得到了蓬勃发展, 尤其是在医疗领域, 非营利医院更是扮演着重要的角色。发展非营利组织是社会发展的需要, 也是弥补市场和政府缺陷的需要。

### 参考文献:

1. Ramesh Mishra, *The Welfare State in Crisis: Social Thought and Social Change*, Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books, 1984.
2. Burton Weisbrod, *Towards a Theory of Voluntary Nonprofit Sector in Three Sector Economy*, in E. Phelps (ed.), *Altruism Morality and Economics Theory*, New York: Russel Sage, 1974.

(责任编辑: 张燕晖)