

DOI:CNKI:32-1606/C.20120209.1136.001

网络出版时间:2012-2-9 11:36:22

网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/32.1606.C.20120209.1136.001.html>

公立医院的治理结构

——一个基于交易费用理论的分析框架

冯 曦

(南方医科大学人文与管理学院,广东 广州 510515)

摘要:理论上,公立医院治理结构被视为在公立医院参与各方(出资人、医生、经营者、患者、供应商)的自我保护机制,当这种保护缺乏或者“不适应”的时候,参与方就会提高价格。实践中,我国公立医院的治理结构改革从未间断,对于公立医院治理结构改革路径尤其是构成成员存在较大差异和争议。文章运用交易费用理论分析了公立医院治理结构构成以及其参与机制(享有表决权的成员还是仅享有知情权的成员),在此基础上,提出应该赋予出资人、医生、经营者表决权;赋予供应商、患者知情权,并分别由两类主体构成理事会(出资人、医生、经营者)和监事会(供应商、患者)。

关键词:公立医院;治理结构;交易费用理论

中图分类号: R197.3

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2012)01-026-006

从改革开放之前的“行政官员型”医院治理结构到20世纪80年代以“经营者为中心的公司制”治理阶段;再到以“克制的经营者为中心”的治理阶段,新中国建立以后,公立医院治理改革从未间断。但是,公立医院的弊端依然明显,包括公立医院的资源利用效率低下,公立医院与医药供应商联合、哄抬药价现象严重,医生违法、违规、服务态度差等等。在理论层面上,学者对于公立医院治理也从多个维度提出了改革的建议,比如有学者主张在公立医院治理结构中引入利益相关者,并按照他们与医院利益的相关度来确定名额^[1];有学者主张在公立医院治理结构中引入律师、医生代表、公众代表、社会名流^[2-4]。在实践层面上,从2000年开始,公立医院法人治理改革被视为公立医院改革核心,国内的许多地区也进行了有益的公立医院治理改革的探

索(比如江苏无锡、山东潍坊、上海申康、成都武侯、深圳南山等等)。

但是,对于哪些主体应该构成治理结构核心成员,以及理论基础是什么,对此,国内学者鲜有论述^①。本文试图运用新制度经济学的交易费用理论对公立医院治理结构的功能和意义进行剖析,并在此基础上,提出完善我国公立医院治理结构的政策建议。

一、治理结构:节约交易费用的制度设计

治理结构(governance structure)最初起源于公司治理的研究,它实际上是指组织内部的控制权安排。在实践中,表现为股东会、董事会和监事会职权以及它们成员构成安排。治理结构的研究成果最为丰富的是公司治理的研究领域,其最具有代表性的

收稿日期:2011-12-23

作者简介:冯曦(1975-),男,广东茂名,经济学博士,南方医科大学人文与管理学院讲师,研究领域为组织治理、法律经济学。

^① 有学者对公立医院治理的实务规则进行了初步的分析,但是,对于其理论基础论述不多。参见董四平,方鹏骞,张明吉.我国公立医院法人治理实务规则研究[J].医学与社会,2008,21(10):22-24

理论有:詹森等人代表的委托代理理论,威廉姆森等人代表的交易费用理论以及以哈特等人代表的不完全契约理论。其中,又以威廉姆森等人的交易费用理论最有说服力^②。

威廉姆森等人发展的交易费用理论秉承了科斯开创的交易费用传统。在分析目标、分析路径和分析基本范畴等方面区别于传统的经济分析方法。

首先,交易费用理论区别于传统的经济分析方法。一方面,他们认为,现实生活中的人并不是传统的经济学所假定的具有超强计算能力的“理性经济人”,而是一种“有限理性”(bounded rational)^③而又充满机会主义倾向(opportunism)^④的“契约人”(contractor)^{[5]68-71}。另一方面,交易费用理论认为,“交易”(transaction)应该成为制度分析的基本单位(在这点上,交易费用理论继承了康芒斯的老制度经济学的传统);在威廉姆森看来,“交易”既包括法律意义上的所有权的转移,也包括事实意义上的所有权的转移,同时还包括伴随有形资源过程的信息交换^⑤。

其次,在分析范畴方面,交易费用理论提出了资产专用性(asset specificity)^⑥、不确定性(uncertainty)^⑦、交易的频率^⑧等刻画交易成本的指标^{[5]78-89}。

再次,在分析目标方面,交易费用理论指出,制度研究的目标在于如何节省交易费用;一旦缺乏必要的保护措施以降低交易费用,交易主体就可能通过提高价格的方式实现自我保护。

威廉姆森提出了一个通过技术类型(通用技术还是专用技术,K)、安全措施(S)和价格(P)三者的互动关系来分析经济生活的契约的框架(图1)。

当 $K=0$,缔约双方面对的是一种通用资产,对于这种交易无须建立安全保障措施S,通过市场治理的方式即可。最终交易就会落在A点,其价格可用 P_1 表示。

当 $K>0$ 时,缔约双方面对的是专用资产,交易会落在B点和C点。B点和C点的不同之处在于,C点存在激励机制 $S(S>0)$,B点不存在激励机制 $(S=0)$,这时,B点面对的价格 P_2 要大于C点交易 P_3 ,价格之差可以视为对于B点面对的不确定性风险补偿。

威廉姆森指出,然而,在B点的交易是极其不稳定的,B点交易最终可能会蜕化为A点或者B点上的缔约类型。

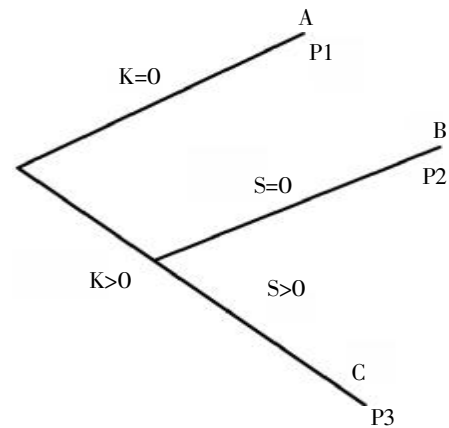


图1 威廉姆森的契约分析理论

从交易费用理论的角度,以上公立医院出现种种弊端均可以归结为,在缺乏保障机制的情况下,公立医院的契约主体对于自身投资的价格提高。“公立

② 威廉姆森以其在交易费用理论方面的贡献而获得2010年诺贝尔经济学奖。

③ 理性应该包括三个层次,一是强理性,即预期收益最大化;二是弱理性,即有组织的理性;三是中等理性,它是介乎强理性和弱理性的一种理性层次。

④ 威廉姆森认为,追求私利程度有深浅之分,程度最强烈的,也就是交易成本经济学所注重的,就是投机问题;最弱的是乃是顺从;介于两种之间的是简单的自私自利。

⑤ 契约理论保留了老制度经济学家康芒斯的基本分析单位——交易。只是两者在对交易的界定上有所差异。康芒斯把“交易”界定为:个人之间分割和获取对有形物品未来的所有权。可见在康芒斯看来,交易是法律意义上的所有权转移。

⑥ 它是指为支撑某种具体交易而进行的耐久性投资;一旦最初达成的交易没有到期就提前结束,资产改用于其他用途或者由他人使用就显得非常困难。资产的专用性至少可以分为四种类型,即:专用地点、专用物质资产、专用人力资产以及特定用途的资产。

⑦ 在契约理论中,不确定性是由于人的行为所导致的。其源于人的有限理性和投机主义倾向,前者决定了人们不可能规划未来的一切事件和所有可能发生的情况,后者决定了人们总是损人利己地采取行动;由于两种的存在导致了人们无法形成一整套决策体系。威廉姆森引用其他学者的观点论述到,各种经济代理人各有自己的动机,他们彼此要采取各种经济行为,但是对这些行为的研究却由于合同履行的一些干扰因素而被复杂化。

⑧ 它是指资源发生转移的次数,通常可以用“偶然”和“经常”两种状态来刻度。

医院的资源利用效率低下”的现象是对于公立医院设立的主体的保护机制不足所带来交易成本上升的一种表现;“公立医院与医药供应商联合、哄抬药价现象严重”则是因为公立医院治理结构对于医药供应商保护不足,供应商通过“寻租”(也是一种交易成本)的方式提高价格来保护自己^⑨;“医生违法、违规、服务态度差”实际上是医务人员在激励机制不足的情况下,通过“懈怠”从而获得“闲暇”这种特殊的报酬方式保护自己。

以上说明,当缺乏必要的合理的保护机制——治理结构的时候,公立医院的参与各方(缔约主体)就会通过各种方式提高价格保护自己。下面我们试图对于公立医院的缔约主体以及公立医院的治理结构展开进一步分析。

二、公立医院的缔约主体及治理结构

本文所谓的公立医院是严格意义上的全部投入由政府负责的医院,是政府预算单位。国家对于公立医院享有所有权,其目的在于提供公共产品的医院并保证弱势群体就医。对于公立医院而言,其治理结构亦应视为是对于公立医院缔约主体的一种保护结构。公立医院的基本缔约主体包括:作为出资人的政府、经营者、医生、医药供应商以及患者等。根据交易费用理论的基本结论可知,公立医院治理结构的关键在于,确定哪些缔约主体应该纳入治理结构,给予特别保护;治理结构的核心是应该界定其成员以及权利结构。在现实操作层面上,则是要确定哪些缔约主体应该成为治理结构中决策权主体,哪些缔约主体应该成为理事会接受信息通报(知情权)的主体^⑩。

(一)作为出资人的政府

公立医院出资人和医务人员类似于公司中的股东与劳动者。第一,与劳动者等可以与企业重新谈判的主体不同的是,作为出资人的政府而言,其出资目的在于,维持公立医院的持续运转,只有当在“资产清盘”的时候,公共目标完成的时候,其权利才告结束,而通常这需要很长的时间;第二,政府作为出资人投入到公立医院的是资金,这样,作为出资人的政府做

出的是专用性投资,如果缺乏特殊保护措施,当情势发生变化的时候(比如,医务人员要求增加待遇,需要应对某些突发公共卫生事件),相应的缔约主体(比如医务人员)要求难以满足的时候,会采取自身的保护措施,而损害了出资人的利益(基于契约人机会主义倾向的假设)。在这种情况下,需要创设一种治理结构,并使它成为出资人抵制侵蚀、抵制机会主义的一种措施。因此,在公立医院的治理结构中,作为出资人的政府是享有决策权的主体。

(二)医药供应商

医药一般分为处方药和非处方药。处方药物可以划分为基本药物和非基本药物,调查研究表明,医院使用的基本药物占所用药物的80%以上^[6]。对于非处方药,它的销售方式相对比较灵活、市场覆盖面广;对于处方药而言尤其是基本药物而言,它只能在医院医师的指导下合理使用。因此,对于基本药物的生产和供应商而言,它们与公立医院的契约属于“经常性”的交易频率和“混合性”的“投资”类型。根据交易费用理论,这种契约类型适用第三方参与治理的结构。换言之,在我国公立医院占主导地位的体制下,基本药物的供应商与公立医院之间关系密切,公立医院的经营决策对于医药供应商的生长和经营具有决定性的影响,因此,对于基本药物处方药物供应商而言,它在公立医院的治理结构中,应该享有一定的决策权。而对于非基本药物的处方药物供应商而言,它与公立医院的契约属于非专用性投资的类型,因此,无须赋予其在公立医院中的决策权的地位,但是,可以根据医院的实际,把非基本药物的供应商列为无决策权而是有知情权的成员。

(三)医生

医生决定了一所医院乃至整个国家的医疗水平的高低,他们的积极性决定了医院的运作效率。基于医疗技术的专业性,医生所做出的人力资本投资属于专用性投资。在我国当前公立医院占主导地位、实行医生执业许可制度的医疗体制下,医生与公立医院形成了交易频率高和专用性投资的契约关系,因此,应该采用一体化的治理结构。另外,由于医生属

^⑨ 实际上,公立医院垄断了药品销售市场份额的80%(相关数据参见卫生部信息统计中心:《2007年我国卫生事业发展统计公报》)。医药供应商包括药品制造商和药品流通商,相比公立医院的垄断地位,我国药品制造企业以及流通企业的总体特征是企业规模小、数量多、低水平重复建设和市场支配力很小。因此,它们唯有紧紧抓住公立医院这根“大稻草”才能活命,它们向公立医院寻租,与医院之间结成了牢固的“利益同盟”;高回扣和高价格成为医药供应商与医院的共同选择。公立医院更愿意进那些批发价格更贵的药物,医药供应商迎合医院的要求大幅度提高批发价格,制药厂家又会特意报出远远高于出厂价的成本价格。

^⑩ 在公司中董事会成员可以划分为投票权的董事(决策主体);另一类是仅为获得信息而列席会议的董事。

于进行了专用性投资的人力资本,对于该类劳动者而言,应当赋予其在组织决策权的地位。否则,如果无保障措施,其要求的待遇就会高,如果采用与普通工人相同的待遇就会造成他们的市场流动,或者造成这种专用资产的低效率^{[5]418}。因此,在公立医院的理事会中,医生应该作为一个享有决策权的缔约主体^[7]。

(四)医院经营者

在公司中,经营者是指执行公司决议,对公司日常事务进行管理的高级管理人员。对于医院而言,其经营者主要指负责医院整体规划、医院经营管理的高级管理人员,在当前,我国公立医院的经营者主要是以院长(或者党委书记)为核心的经营集体。威廉姆森认为,在公司的治理结构中,经营者参与董事会有三个好处:一是董事会能随时观察决策过程及其结果并做出评价,从而能掌握有关经营者能力的第一手资料,有助于避免犯下用人不当的错误。二是董事会必须对各种投资方案做出选择,而经营者更深入、全面地掌握了经营信息,他们参与做出的决策更具有稳健性。三是经营者的参与,有助于保护经营者与公司之间的雇佣关系^{[5]432}。显然,在公立医院中,院长是最清楚医院经营现状以及存在的问题的主体,掌握了医院经营的第一手信息,并由于长期把精力投入到日常事务而影响了资产专用性的人力资本。因此,我们认为,对于公立医院这种组织而言,医院经营者应该作为一个具有决策权的主体,参与公立医院治理结构——理事会当中。

(五)患者

通常,对于客户的保护方式有三种:品牌、担保、听证和第三方保护机制(行政监督、诉讼)。威廉姆森认为对公司治理结构研究指出,把普通的客户纳入公司治理结构——董事会,不会产生对客户的额外保护,反而徒增了成本。就算是大客户,也仅仅对它们进行信息通报就足够了^{[5]427}。但是,对于公立医院而言,患者是特殊的客户,他们与医院的关系具有特殊性:第一,医院所提供的医疗产品和服务本身性质太过复杂和专业,患者常常没有医生那么多专业知识,医患间信息不对称,患者被动地处于弱势地位,要付出额外的代价来获得医疗产品和服务。第二,由于医学知识的专门性和医疗的时效性,医院通常不将明确具体的治疗措施写于合同之上,对患者及其家属大多采用口头告知或事后告知的形式。第三,由于医患双方主观愿望和医疗客观效果之间的差异,治疗效果通常也不在合同中写明。其结果是,医院和患者之间的权利义务是模糊和不确定的。因

此,在公立医院的治理结构——理事会中,患者群体应该有特殊的地位,应该至少赋予其获得公立医院决策信息的权利,即知情权(如此也更便于患者通过听证或者诉讼机制来保护自己)。

通过以上分析,我们得到的基本结论是,在公立医院的治理结构当中,出资人、经营者、医生和基本药物的供应商应该成为有决策权的主体;患者和非基本药物的供应商应当成为有知情权的主体。在治理结构设计的实际操作层面,存在两种模式,一种是以美国为代表的理事会模式,即表决权主体和知情权主体“合一”的模式,在这种模式中,表决权和知情权的主体都在理事会之内(知情权的主体属于外部理事);另外一种是以香港为代表的表决权主体和知情权主体“分离”的模式,在这种模式中,知情权主体行使监督职能,主要安排在公立医院管治委员会当中。

三、初步的经验证据

传统公立医院治理到当代公立医院的治理结构成员构成的逐步变迁,为上述公立医院治理的交易费用分析提供了经验证据。

(一)美国的经验

自从20世纪末以来,美国医院(包括公立医院和非公立医院)的治理结构也在应对医疗市场变化的过程中逐步发生变化。无论是医院的董事会还是理事会,与以往来自捐赠者或者其亲朋好友的董事会、理事会组成不同,其成员正在发生变化,表现为:一是医生、高层管理人员等机构内部人员在董事会中的地位越来越重要;二是患者等社区成员也在董事会中发挥越来越多的有益作用^[8]。

(二)香港的经验

在中国香港,公立医院的管理采用集中一分权的模式。“集中”具体表现是,独立于政府部门之外,另设专门的医院机构——医院管理局(Hospital Authority,简称HA),它负责医院的发展规划、人事管理等重要职责。“分权”的具体表现是,医院管理局管辖的各个公立医院又是独立的立案法人(财团法人),一般而言,公立医院内设医院管治委员会(Hospital Governance Committee),委员会成员通常由教授、社区代表、社会名流(太平绅士)组成,而管治委员会只行使监督职能。实践表明,香港的公立医院治理效果良好^[9]。

(三)中国内地的经验

1993年,浙江东阳市人民医院进行了一系列改革后,变革为独立法人单位。医院成立了董事会、监

事会和院长组成的法人治理结构,实行董事会领导下的院长负责制。董事会为医院权力机构,董事会由捐资方代表、卫生局和财政局的官员、省内医院管理专家组成。董事会享有重大决策权以及院长考核、评价权。院长为医院法人代表,负责组织实施董事会决议,享有人事决策等经营自主权。初步实践表明,董事会制度改革,改变了长期以来由上级组织部门或卫生行政主管部门直接任命院长的做法,董事会独立行使职责,保证了优秀的管理人才进入公立医院院长的岗位^[10-12]。2009年,深圳南山区人民医院进一步采用了理事会治理结构。理事会由政府部门代表、医院管理组织成员、辖区内相关行业的高层人士组成;理事会由区政府授权工作,接受区政府的监督管理,主要职能是履行医院决策职能。区卫生局的权限在于为该院提供配套公共服务和行业监督管理,不干预医院的具体管理事务。医院领导班子负责医院运营和日常事务管理,院长作为首席执行官。社会高层人士的参与使得医院与患者实现了有效沟通^[13]。

四、结论与政策建议

正如威廉姆森所说,最优的治理结构是能够最大程度节约事前和事后交易费用的治理结构。我们建立的公立医院治理的交易费用分析进一步告诉我们的是,公立医院治理结构应该把患者、供应商纳入其中,作为决策机构的有机组成部分,形成出资人、经营者、医生、患者、药品供应商共同治理的治理结构。至于我国应该采用美国模式还是香港模式,我们认为,我国公立医院治理结构采用香港模式,也即表决权 and 知情权主体分离的模式较为合理;其中,由决策权成员组成理事会,负责决策;由知情权成员组成监事会,负责监督。其原因在于,对应我国公司法对于公司治理结构的模式,采用的是股东会—董事会和监事会的模式,不仅因为人们对该模式比较熟悉,公司法实施多年,从某种意义上也证明“分离”模式,可能是较为适合中国本土的一种制度选择。

此外,需要指出的是,作为一个非营利法人组织,公立医院应该有其独立性,也即公立医院享有依法制定事业目标、发展方向和运作模式等内部“自治”的权利,而不受行政部门等机构施加的外来干预(当然,公立医院的事业目标、发展方向和运作模式应该符合国家的政策)。公立医院独立性的体现和实现“自治”的前提是制定自身的章程,通过医院章程就相关的发展目标、发展模式和运作模式以及组

织机构等微观事项做出约定,医院章程具有约束出资人和内部管理人员的法律效力。公立医院具有公益性的特殊性,因此,公立医院章程应该由卫生事业规划和监督部门备案。

同时,应当指出,政府与医院的关系,是医院治理结构改革的前置性问题,是公立医院治理结构改革的前提。当前,政府同时具有出资者和监督者的身份,在实际操作过程中,出现了政府出资办医院和政府管医院的所谓“管办合一”、“政事合一”的状况。我们认为,改革的目标是要把政府作为出资目标和把政府作为出资者和监督者的职能区分开来。政府明晰自己的职责,要重新界定在卫生事业发展中的角色定位。进行政府的监管和出资人职能的剥离,分别设立专门的医疗资源管理机构和专门的卫生事业规划与监管机构。实现政府与医院关系的责权的明晰化。改革后,传统的政府与医院的关系一分为二:一是医院出资人与医院的关系;二是监管机构与医院的监管关系。医疗资源管理机构享有出资人代理人的权利、履行出资人代理人的职责,包括委任医院管理委员会成员;对医院重要行政人员任命的审核;拥有医院资产终极所有权,监督医院资产运营情况;审定医院的发展方向和规划;监督医疗服务的社会效益;保证社会公共利益、社会目标的实现等等。卫生事业规划与监管机构则担负卫生资源配置规划、市场准入、公平竞争的医疗服务市场环境和患者权益保护等职责。对此,我们将另文详细论述。

应该指出的是,本文对于公立医院治理结构的分析是初步的,对于交易费用尤其是关系性投资(资产专用性)对于治理结构影响的研究也在不断发展和深入。比如,有学者认为,除了与技术、地理位置等因素密切相关的关系专用性投资外,还存在与时间、空间因素密切相关的关系专用性投资^[14]。

参考文献

- [1] 冯占春,熊占路. 公立医院治理结构变革引入利益相关者理论的必要性分析[J]. 中国医院管理,2007,27(3): 11-12
- [2] 范鹤. 我国公立医院法人治理结构研究[D]. 北京:中国政法大学,2008
- [3] 陆荣强,徐爱军. 国外公立医院治理结构特点及对我国的启示[J]. 卫生经济研,2009(11):24-26
- [4] 徐喜荣. 公立医院治理结构研究——一种法学的视角[J]. 中国卫生事业管理,2010,27(5):297-299
- [5] 奥利弗·E·威廉姆森. 资本主义经济制度——论企业签

- 约与市场签约[M].北京:商务印书馆,2002
- [6] 朱恒鹏.基本药物供应体系应该完全市场化[J].比较, 2009(5):44-47
- [7] 吕国营.中国公立医院改革的逻辑[J].湖北社会科学, 2009(7):56-59
- [8] Louise Rubino,魏东海,田莉.现今美国医院管理中董事会的角色变化[J].中国医院,2003,7(6):69-72
- [9] 李世果,石宏伟.改善治理结构是提升公立医院绩效的关键——香港公立医院治理结构及启示 [J].中国医院,2010,14(7):23-26
- [10] 李卫平,黄二丹.以“管办分开”理顺公立医院治理结构——上海申康医院发展中心公立医院治理改革剖析 [J].卫生经济研究,2010(7):5-7
- [11] 李卫平,黄二丹.公立医院法人化治理改革实践——浙江东阳市人民医院的法人治理结构[J].卫生经济研究,2010(8):5-8
- [12] 李卫平,黄二丹,龙江.调动院长积极性完善公立医院自主化——成都武侯区人民医院治理结构分析[J].卫生经济研究,2010(8):9-12
- [13] 江捍平.深圳市公立医院法人治理结构改革探索[J].卫生经济研究,2010(2):9-11
- [14] 皮荣.散装船运市场的签约惯例:交易成本理论的解释 [M]//马斯腾.契约和组织的案例研究.陈海威,译.北京:中国人民大学出版社,2005:165-200

An transaction cost approach on the governance structure of the public hospital

FENG Xi

(School of Humanities and Management, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China)

Abstract: The governance structure is regarded as the self-protection mechanism of the parties of the hospital (investor, doctor, management, patient and supplier). Lack of the protection, the parties will increase the price as the compensation. Who will be the member of the public hospital governance structure is the critical issue important issue. The author applied the transaction cost theory to analyze this issue and concluded that the investor (government), doctor and the management should be the member who had the voting rights and the supplier, the patient should be the member who had the informed rights. The board of the director should consist of the voting-rights member and the supervising board should consist of the informed rights member.

Key words: public hospital; governance structure; transaction cost theory