

我国私营医院“公营化”的运行机制分析： 新制度主义的视角

——以山西省太原市N医院为个案的研究

熊跃根 王颖

内容提要 本文从个案研究出发,探讨私营医院在医疗体制改革和市场化发展过程中面临的问题,本文试图回答的问题:一是以营利为主要目标的私营医院如何在国家规制和偏向性的市场需求中生存?二是作为一种企业同时又是一种社会服务提供单位,私营医院运作的机制和策略是什么?并就此展开了讨论。

关键词 私营医院 “公营化”运行机制 新制度主义

熊跃根,北京大学社会学系副教授 100871

王颖,香港城市大学应用社会科学系博士研究生

一、问题的提出

2003年SARS事件以来,有关医疗体制改革和卫生服务体系的论争成为政策决策者和研究者的一个核心话题。综观这些争论和讨论,人们提出的主要问题是:第一、在控制医疗费用上涨的前提下,如何提高国家提供的医疗服务的效率和效果?提高医疗服务质量的前提下,保证医疗工作者的基本医疗道德?第二、如何确定公民门诊医疗服务与住院医疗服务的成本控制以及政府责任归属?进一步说,该如何确定一个合理的、覆盖率较高的医疗保险体系?第三、在推进医疗服务体制改革的过程中,如何认识市场化的问

题,以及如何利用市场机制来改善医疗服务的质量?上述问题无疑是当前人们对我国医疗体制和医疗服务中存在的主要问题的一种深刻总结,也基本反映了政府政策改革的方向与领域。然而,在针对医疗体制改革和建立全民基本医疗服务体系的问题上,决策者和研究者都在一定程度上忽视了中国当前医疗服务体系中服务提供方的结构问题,换句话说,政府决策者和研究者更多把目光放在公立医院的改革上,而忽视了对增加医疗卫生服务供给、扩大患者医疗服务选择性以及促进医疗服务市场竞争有益的私营医院的发展问题^[1]。同经济领域中私营企业的发展相比,我国医疗卫生服务领域的私营化发展和私营医院

本研究是北京大学-香港理工大学中国社会工作研究中心资助课题“我国民营医院医保定点机制研究”(2007-2008)的阶段性成果之一,研究者对香港理工大学应用社会科学系对该课题的资助表示感谢。同时,研究者感谢王思斌教授、谢立中教授、程为敏博士对研究提出的意见和建议,唯文中存在的不足由作者自己负全部责任。

的增长速度还显得较为缓慢,医疗服务供给方的多样性或多或少被忽视了,而笔者认为这恰恰是一个可以推进医疗体制改革、控制医疗成本上涨和改善医疗服务质量的一个重要问题。

本文的目的是从个案研究出发,理解并阐释我国私营医院在医疗体制改革和市场化发展过程中面临的问题,并将这些问题同现行的医疗管理与服务体制以及医疗保险改革策略的大背景联系起来。在本研究中,作者要试图回答的问题是:第一、以营利为主要目标的私营医院如何在国家规制和偏向性的市场需求中生存?第二、作为一种类企业同时又是一种社会服务提供单位,私营医院运作的机制和策略是什么?在此基础上,我们须要深入思考的问题是:在既有的体制背景下,公共部门的权威与符号资源及其影响如何强化私营部门对管理规制的认同与遵从,如何避免和减少有损公民利益的负面行为,从而提高公众对私营医疗机构的信任。

众所周知,随着经济体制改革、市场经济的发展和转型的加快,我国医疗卫生服务的供给体制和方式出现了一系列变化。国家和政府在医疗服务领域中角色的调整与变化,一方面表现在政府卫生财政支出中个人支出比例逐渐加大(医疗服务市场化的直接后果),另一方面表现为医疗服务机构中私营医院的出现及其数量上的增长趋势。据政府统计,截止到2005年,我国有营利性医疗机构155868个,其中以私营医院为主的营利性医院2971个(中国卫生统计年鉴,2006)。然而,随着我国医疗卫生体制改革的深入和医疗服务供给多元化的发展,私营医院的发展将成为一种必然的趋势。从这个意义上说,私营医院未来的发展将对我国医疗卫生服务领域产生日益明显的影响。

在我国,由于体制和产权性质的不同,公立医院与私营医院之间存在明显的差异,比如业务主管部门不同、政策指导方针的差异(卫生部颁布的政策与指导意见主要是针对公立医院)以及医院内部制度上的差异(如医生职称的评定基本上是在公立医院推行)。然而,医疗卫生服务自身具有的特殊性,私营医院与公立医院和企业在制度上也具有一些共性。私营医院作为“企业”,在提供医疗服务的同时追求获利是其本质,这是国家政策法规、私营医院成员及患者和社会所共同认可并接受的。但是,私营医院作为一个向患者提供医疗服务的机构,应该承担起“救死扶伤”的任务和满足公众医疗服务的需求,只有这样才能

符合社会和民众对“医院”的道德期待。因此,私营医院可能在生存与发展上自然就会要面临一个矛盾的困境:第一、作为企业的民营医院,它们必须以市场和利益为基本考虑点,企业化的运作不可避免;第二、作为医疗卫生服务单位的民营医院,又不可能置政府的管理规章与制度不顾,也不可能将公共卫生服务的职责完全搁置,这样,私营医院势必又要在制度上倾向于公立医院的服务准则。研究者以及普通公众对第一个问题的心理预期是普遍存在的,然而,对第二个问题的解答,却要从经验资料上入手,而这正是本文的研究主题。

本研究是一项定性研究。并于2006年3月至2007年3月间对山西省太原市对某私营医院(N医院)进行了多次走访调查^[2]。山西省位处我国中部,其私营医院的发展具有一定的代表性。《山西省卫生厅山西省卫生事业第十个五年计划纲要》中提出,改革医疗机构管理体制和内部运行机制,实行医疗机构分类管理制度。根据官方统计,2001年山西省只有7家民营医院,截止到2006年4月底,山西省已有私营医疗机构6358所,其中民营医院285所(山西省私营医院发展协会内部资料,2006)。从这些数据可以看出,私营医院在我国发展的趋势还是比较明显的。

在调查过程中,我们发现,私营医院一方面承担“救死扶伤”的职责,但国家政策文件规定,只是在“发生重大灾害、事故、疫情等特殊情况下”,私营医院才“有义务执行政府指令性任务”。另一方面,私营医院尽管没有被强制规定承担任何公益性职责,但是在现实中,私营医院作为营利性的企业,不仅在组织结构上趋同于公立医院,还大量参与各种义诊、捐赠等“公营”活动,积极形塑其“公营”形象。也就是说,属于私营部门、本质上要考虑追求利润的私营医院,不仅从事非营利的公益活动,而且还在制度上趋同于公立医院,并从组织结构和经营策略上学习或模仿公立医院。从组织研究或制度研究的方向上,这一观察是否会促使研究者证实“制度理性神话”的局限?或者它本身就有可能是证实了制度在组织中的一贯功能?基于这些问题,本研究要试图解释:私营医院在追逐利益实行企业化运作的同时,为什么会采取看似与营利无关的“公营化”运作策略?本文的目的是从新制度主义的角度,来深入阐释私营医院在运作过程中形成的“公营化”机制,并从理论上进一步认识当前我国医疗卫生体制改革和医疗服务发展的基本方向和相关的制度逻辑。

二、新制度主义在组织研究中的应用:文献探讨和相关理论分析

本文试图从新制度主义理论出发,通过考察制度对(私营医院)组织的型塑过程,来深入理解制度因素对我国私营医院的“公营化”运作机制生成的影响作用。

(一)文献探讨

1、新制度主义对组织研究的贡献。就社会学范畴而言,新制度主义对组织的研究同社会学早期对组织的研究具有显著的差异。社会学的基本观点是:在既定的制度背景下,行动者的工具理性选择是有限的。就回应冲突而言,新制度主义认为,组织可以发展出更为精巧的行政结构。

一些学者通过研究提出效率、竞争等机制同样对组织产生影响,他们通过对美国各个市政府采纳公务员制度这一新的组织形式的制度化的过程分析,从制度采纳的历史演变过程来研究趋同性现象。他们认为,理性主义或效率机制与合法性在时间维度上是替代的。在早期的制度扩散中,技术性效率机制起主导性作用,而在后期则主要是合法性机制起作用(Tolbert & Zucker, 1983)。然而,合法性并不是组织趋同的唯一要素。豪斯查尔德和曼纳(Hauschild & Minner, 1997)提出模仿的三种形式:按照频率模仿、按照特征模仿、按照效益和成果来模仿。他们提出模仿不一定是合法性机制导致的必然结果,也与竞争效益有关。制度学派研究的主要对象集中在政府等非营利性的组织部门,而哈恩的研究拓展了制度学派研究的领域空间(周雪光, 2003)。

医院是一种特殊的组织,它不同于韦伯意义上的科层类型的组织,具有专业性、双重权威机制以及较强的技术和制度控制等特点(斯格特, 2002)。同时,作为“制度化”了的组织,在一个社会里,医院还受到政府规制、专业协会和社会网络的制度压力(DiMaggio & Powell, 1983)。佩罗认为,随着技术从简单到复杂的演化,医生主导地位模式逐渐让位于行政管理者的主导地位(Perrow, 1963)。在我国,影响民营医院服务方向和经营模式的力量是多方面的,除了投资人、医生群体和医院管理人员外,更多来自政府。

2、国内外学者对私营医院的研究。在我国,公立医院作为医疗卫生服务的主要提供者,长期以来都处于主要的支配性地位。这种支配性主要是某些价值观和意识形态主宰的结果(顾昕, 2006)。但长期以来公立医院提供服务的存在效

率低下、服务不足、卫生资源浪费等现象。国家对医疗卫生体制特别是公立医院进行改革的同时,逐步放开医疗卫生市场,期望更多的社会资本投入医疗卫生市场,从而使医疗卫生服务提供主体多元化。作为国家医疗体制改革下的突出现象,私营医院的发展引起了学界的关注。目前的研究主要集中于公共卫生管理、经济学等领域,多是对民营医院现状的描述,医疗卫生体制下民营医院与公立医院的比较、发展导向和瓶颈的分析。其中,一些学者沿着国外学术界关于营利性和非营利性这两种医院组织类型的比较研究,讨论中国医院分类管理体制下公立医院与私营医院的医疗服务提供的优劣势比较,关注的焦点集中于产权、效率和公平等方面(李玲, 2004; 王晨波, 2004)。对国内组织的制度研究,目前主要有两个领域:一个领域是研究经济组织运行行为(Orru et. al, 1991; Whitley, 2005);第二个领域是运用新制度主义的分析框架来研究公立和民办学校、非营利医院、NGO组织等(沈原等, 2001; 邓锁, 2005; 李静, 2005)。奥鲁等人对组织趋同特别是与组织绩效关系的研究使本文注意到私营医院“公营化”运行背后企业对利润的追求的本质。

有学者从新制度主义理论出发对企业组织进行研究,将企业运行分为市场化和非市场化行为。这些研究虽然引入了制度因素,强调了组织在制度空间中的能动性和组织对利润追逐的本质性,但研究的着力点仍然在于企业组织的“利润最大化”;未能深入分析制度对组织的影响和型塑机制。

研究者指出,组织嵌入在多元的制度环境中,组织选择吸收这些不相容的结构要素、实践和程序来获得合法性和稳定性。同时,社会中传播着各种明显不一致的制度神话,各种制度规则归于组织的要求可能是相互冲突的、或者是竞争性的(Mayer & Rowan, 1977)。多元的制度逻辑可能是互补的也可能是矛盾的。个体会利用不同的制度逻辑来满足自己的目的,有时符号和规则被内化并提供趋同性,而有时它们又被个体、群体和组织利用作为变迁的资源。

这些研究强调制度对组织的影响、多元的制度环境和制度约束下组织结构的特殊性等为本文的分析提供了理论启发。但是,一些学者的研究忽略了对组织运行的分析,忽视了组织结构设置的生成过程研究;对制度环境下组织趋同现象的解释和强调,忽视了组织差异性和组织创新等;对合法性的强调,忽视了组织特别是赢利性企业对于利润的追逐。此外,一些研究过于强调

环境对组织的影响而较少分析组织的能动应对行为,忽视了组织的能动性、组织运行及结构设置中的策略行为。正如迪马吉奥和鲍威尔所言,应该将行动的利益、权力以及策略选择纳入新制度主义中,从而扩展其解释空间(DiMaggio & Powell, 1988)。本文希望通过对民营医院的“公营化”运行机制与策略的分析,为新制度主义的研究提供新的案例,扩展新制度主义的解释空间。

(二) 本文的理论分析视角

研究者认为,现实中私营医院的组织运行机制与策略选择,是特定制度环境下的产物。但是,在我国,多数民营医院作为营利组织毫无疑问具有同企业极其类似的特质。然而,作为一种社会服务组织,医院又不同于一般的企业,其运行机制也不能完全用企业对赢利和利润的追求模式来解释。学者提出的竞争和合法性的双重逻辑为研究者认识私营医院“公营化”和“企业化”的双重运行机制提供了理论引导。但本研究却侧重解释组织发展过程中的制度学习或模仿(公营化)背后的逻辑。本文提出“制度解释”概念来描述民营医院基于自身发展阶段、行业内地位等对制度因素及制度环境的能动性理解和想象,特别是对“合法性”内涵想象下的解释。“制度解释”概念受到社会建构理论的启发,认为组织的制度解释是行为主体通过组织制度环境中的互动进而在认知过程中建构而成的。

尽管目前公立医院虽然保留在事业单位的体系当中,须承担国家主要的公共卫生服务、完成国家公共卫生任务的职能,但实际行使的社会职能已经大大弱化,医院逐渐受制于“硬预算约束”(王绍光, 2005)。新制度主义对医院运行行为的分析为本文对民营医院运行机制的分析提供了新的理论视角。库克(Cook)等学者将医院组织对规制的回应分为适应和选择两类(Cook et. al, 1983)。此外,一些学者将组织应对环境的策略分为差异和趋同。差异可以使组织面对更少的竞争;而趋同则是出于获得公认的合法性所带来的收益。但本研究认为,组织的差异行为同样受到制度环境的影响和型塑作用,而且,这种差异行为是组织研究中所不可忽视的。斯科特(2000)将医院运行的环境分为制度环境和技术资源环境两类。其中,规制、规范和文化认知组成的制度环境型塑会影响医院组织运行。本文将试图从斯科特的理论分析出发,对我国私营医院的“公营化”运行机制与策略进行理论探讨。

在改革前的中国社会中,绝大部分资源都是

由国家垄断的,而体制改革导致了国家控制资源范围的缩小和力度的减弱,从而使一部分资源从国家的垄断中游离出来,成为“自由流动资源”,进入社会或市场。而具有与“自由流动资源”的释放同等重要,而“自由活动空间”的形成与扩展,则为人们利用自由流动资源提供了具体场所。其次,虽然出现了上述种种结构性变迁,但在“后总体性社会”之中,政治和行政力量仍然是一种辐射力和穿透力极强的资源,对其他资源的流动和转化仍然具有极大的影响。这时候政治资本对经济活动的影响,往往是通过不规范、非正式的方式实现的(孙立平, 1999: 283)。而私营医院正处于社会转型和政策变迁不确定的制度环境,试图通过“公营化”的运行机制,谋求来自于政府、专业性组织、市场和消费者赋予的认同以及对组织合法性的保障。

在制度和市场的双重驱动型塑下,私营医院的企业化运作是可期待的组织,然而,作为营利组织的私营医院采取同利润追求无关的“公营化”组织运作和策略,却值得深入分析。

三、私营医院的“公营化”运行机制:对N医院的新制度主义分析

本文使用“公营化”概念,来界定私营医院面对制度约束之下的基于自身制度解释的策略性运作。“公营化”角色诱使或迫使组织采纳一定的组织结构和运行方式。而这种角色,不仅一定程度上约束组织行为,还可以帮助组织提高社会地位,得到社会承认,从而促进组织间的资源交往(周雪光, 2003)。私营医院的“公营化”运作反映出社会“制度化”的规制、规范和认知、价值以及意识形态。与此同时,私营医院为满足其追求利益的需要,又按照企业管理的方式来经营医疗服务,形成了明显的企业化机制。

私营医院通过“公营化”和“企业化”的双重运行策略,谋求来自于政府、专业性组织、消费者和市场赋予的规制、规范及文化认知的合法性和效率,获取体制内和体制外的双重资源和机会。本文认为,组织策略运作是指组织在获取资源或应对外部制度压力的情形下在机构设置、资源配置、目标选择等方面展现的主动行为。这种策略行为是组织在制度约束的条件下,基于自身对制度解释的能动的行动选择。策略选择是嵌入在制度环境中的。

本文使用“公营化”概念,来界定私营医院在制度要素影响和型塑下,在管理和运行机制上对

公立医院的制度模仿或学习,包括在日常运行、机构设置等方面遵从国家规制、符合专业标准、模仿行业标杆和获得消费者信任,在社会性建构体系中选择合意的、适当的行为,从而建立、改变甚至塑造出“民营医院”符合政府管理期待的角色和形象,包括在法律制度、专业标准、社会认同等各个方面。“公营化”运行是私营医院面对制度约束下基于自身制度解释的一种策略性运作。“公营化”角色诱使或迫使组织采纳一定的组织结构和运行方式。而这种角色,不仅一定程度上“约束组织行为,而且可以帮助组织提高社会地位,得到社会承认,从而促进组织间的资源交往”(周雪光,2003)。私营医院的“公营化”运作反映出规制、规范和文化认知制度要素的型塑和约束作用。因此,私营医院在制度环境中采取的策略,按照组织自主性和能动性的强弱划分可分为三个维度:

1、对既有制度的遵循。国家及地方的政策和规定作为私营医院发展的重要的影响因素,决定着私营医院合法经营地位的获得及发展。此外,政策对民众心理、文化期待等都会产生影响。随着我国卫生管理体制改革,医疗卫生市场放开,私营医院逐渐获得合法经营的政策许可已具备一定的条件。2000年国家出台的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》规定,取得《医疗机构执业许可证》的营利性医疗机构,按有关法律法规到工商行政管理、税务等有关部门办理相关登记手续,从而获得法律上的合法性。此外,国家在医疗卫生领域的相关政策都对私营医院的医护人员从业标准、医疗设备标准等方面都有着相关的规定和约束,并对民营医院的行为选择产生影响。

私营医院对国家法律法规的遵循并不是完全的“被动”行为。在遵从的过程中,私营医院在具体的决策中基于自身地位及情境随时进行判断及行为选择,其中各种政策钻营便是其“试错”的策略行为之一。

2、对公立医院的运作模仿。私营医院的人员、程序、结构和科室设置等都彰显出对公立医院的模仿。私营医院的模仿行为在很大程度上是制度环境的不确定性造成的。在模糊的制度环境下,医院在追求利益最大化过程中没有一个明确的对错的标准。而公立医院长期以来作为“国家医院”,拥有政府的支持和保护、民众的信任,是我国医疗卫生服务的“专业标准”和“制度范本”。因此公立医院为私营医院提供了一个降低不确定性、降低风险的理想模式。

私营医院通过规模的扩建和人员的规范,通

过对公立医院的模仿、与公立医院之间的关系建立和互动,逐渐摆脱原来的“狗皮膏药”、游医、小诊所、承包科室的形式,成为“正规的医院”,从而获得消费者的信任。

私营医院对公立医院的模仿,是出于获得公认的合法性所带来的收益考虑。这种模仿和趋同,一方面是组织面对规制和媒体影响下的策略性选择(Deephouse, 1996);另一方面,部分私营医院是由承包公立医院科室发展而来,因此存在一定的路径依赖;此外,私营医院的管理人员、医护人员大量来源于公立医院,使医院在管理规范、规章制度和诊疗程序等方面都直接承袭了公立医院管理模式。特别是来自于公立医院的 manager,其自身的医术、知名度和管理能力,以及社会关系网络等,都对医院的发展起着至关重要的作用。

私营医院通过对公立医院的模仿,达致私营医院认为的社会、民众、政府部门对“正规”医院的想象,符合“专业性”规范的要求,从而获得政府和社会的认可。“专业性”作为不同于国家和市场的影响私营医院运行的又一维度,具有自身独立的标准。由于医疗服务结果具有不确定性和难以评估性,专家和行业协会制定出合法性的制度设置来增加公众的信任(Van de Ven and Garud, 1989: 211)。而目前中国的行业协会作为社团法人,隶属于国家相关部门。因此,私营医院的相关的专业标准的规定等主要以国家相关部门的政策、规章等形式出台。而专业组织的力量主要是通过专业技术权威的掌控者——行业内的权威医护人员所行使,在医疗事故鉴定、专业评审、职称评审等方面起着至关重要的作用。因此,私营医院专业性规范和规定的合法性,主要通过对公立医院设定的标准及模式的遵循、模仿与吸纳等获得。随着医疗卫生体制的变迁,私营医院能力建设的发展,它们可能会对医疗领域内的“专业”标准和规范产生影响。

3、身份的主动诉求。在目前转型的社会背景下,国家体制内部门仍然拥有大量资源。因此,私营医院希望通过对体制的依赖,对体制内“符号”和“身份”的诉求,谋取更多的资源和机会。国家对营利性和非营利性医院的分类管理政策造成了等级制度和相应的行为方式。分类标准一旦出现,就诱使许许多多的组织和人们去模仿相应的行为。制度的思维方式影响人的思维方式和行为(周雪光,2003)。虽然国家政策规定私营医院可以注册为营利性和非营利性两类,但是人们主动“抛弃”了“非营利性”的民营医院,强化了私营医

院的“营利性”角色。

“国家政策上对民营医院就定性了，盖棺定论，民营就是赢利的。民营医院需要上税，本身就让人觉得是个营利的，在招工的时候就有这个问题。”（卫生部门工作人员 1）

尽管在国家大的政策背景下，企业、营利和市场等都已经逐渐被人们接受，但是新生的民营医院并不完全拥有其生存和发展的合法性。在转型期，民营医院必须通过一系列行为来获得消费者对其“公营化”角色的接受和认可。

1) 体制吸纳。体制吸纳是指民营医院通过与政府组织和政策体制的关系建立，取得体制的承认和吸纳，从而获得其生存和发展所需要的资源、身份和信任。民营医院通过“宣彰”“直属单位”、纳入国家党政工团系统、纳入医疗保险体制等获得体制的吸纳。在民营医院的各种宣传材料中，最突出的一点是强调其作为省卫生厅或市卫生局直属单位的身份。虽然这仅表明医院直接管理单位的不同，但是在不同的场合，“直属单位”被作为体制等级的模式，成为合法性的一个符号。民营医院通过宣传自身是国家承认的、省市卫生部门直属的医院，来传递国家对其行医资格和层级的体制承认的信息。

民营医院成立党政工团一方面是看重其象征意义，这意味着被党政工团系统所接受，为群众信任提供了合法性来源；另一方面，是体系纳入后关系网络的建立和互动的合法性。民营医院建立党政工团等组织结构，对组织本身的效率并没有积极的影响。调查发现，党委、团委和工会这些组织结构的设置与医院日常运行是相对分离的，这些组织部门很少或基本没有政治意义的活动开展等运作；或者说这些组织部门的设立并不是组织出于提高效率和赢利的直接考虑。这些组织部门只是为了应付外部的制度环境，其“展示”和宣传的象征性符号意义远大于组织内部运作上的实质意义。

此外，“劳动模范”同样是民营医院积极诉求的体制内的“称号”和“身份”。民营医院在大量宣传短片、宣传手册中对劳模的宣彰，可以体现出其对“符号”意义的解读。民营医院“宣传劳模事迹”成为一个新的广告模式。同时，医疗保险体制是民营医院目前试图寻求和依赖的最主要的“体制资源”。随着医疗保险制度的建立，民众的就医意愿和选择也在发生转变。民众对医疗保险定点医院的偏好，导致民营医院对“医疗保险定点单位”的积极谋求。调查发现，民营医院谋求“医保

定点单位”的身份并不仅仅是为了吸引医保患者，目前阶段医保病人仅占私营医院病人来源的少数比例。此外，医疗保险本身的福利性，与私营医院的营利性是存在冲突的。院方认为，加入医保也许能维持医院发展，但是并不能带来利润增长点：一方面国家医疗保险体制对医院规模和标准、用药及价格方面的严格限定，加入医保意味着相关规制和监管单位的增多；另一方面，院方认为即使加入医保，由于社会和患者的不信任，医保病人在就诊时更偏好选择公立医院，因此并不能带来医院病源的大幅增加。

“医保我们加入了，别的医院暂时不放开。医保一般都很难进。从我个人认为，医保对民营医院不算很重要。医保的患者是一部分吧，但是也不是很多。老百姓不信任民营医院的医保。但（即使）政策支持，老百姓现在也还是不适应。首先政策要放开，老百姓思路更新。这个没有别的办法，只能是随着时间。”（N 医院院长 1）

民营医院对“医保定点单位”的谋求，有其工具性意义和符号的象征意义的双重内涵。一方面，加入医疗保险体系，可以使医院获得医保病人的病源的增加和国家相关资源的获得，这是“医保定点单位”的工具性意义；另一方面，“医保定点单位”作为身份和称号，民营医院更看重其符号的象征意义。民营医院积极加入医保，其动力是期望将自身纳入国家医疗卫生体系，从而获得“符号”和“身份”。由于医疗保险制度的定点医院报销制度及患者对医保医院的偏好选择，民营医院在获得“医保定点单位”名称后，可以使人们认为医院是经过国家授权许可、医疗技术达到一定标准并获得认可的医疗机构。同时，成为医保定点单位可以缓解其他同类民营医院加入医保所带来的竞争压力。

民营医院在现行医疗管理体制下，试图通过各种“身份”的诉求来达致体制的承认和认可。随着组织面临对它们机能的重大挑战，可能的反应是将这些挑战吸收或映射进自身的结构。“吸收”使得将以前外部的要素融入组织边界之内成为必要（斯科特，2002）。民营医院通过纳入医疗保险制度，成为制度中的一部分，从而获得体制的承认和接纳，这是“公营化”的关键内涵。将体制内化并获得体制的吸纳，使民营医院获得足够的合法性来生存和发展，从而获取符号和资源，建立各种关系网络，获得民众的信任。由于医疗卫生服务产品的特殊性，其质量和结果的不易判断

性,专业性规范更多地转化为规制和文化认知的要求,因此患者对私营医院的选择一定程度上转化为对医院“符号”和“身份”的判断上。规制和规范具有工具性和象征性的双重意义。对规制的遵从,不但能给私营医院带来工具性的资源,还能带来“符号”的象征性的文化认知合法性,从而获得民众和社会的认可和信任。而私营医院纳入医疗保险等体制,是组织与外部系统取得联系的过程。在这个意义上,不是如同佩罗所主张的组织吸纳社会,真正的情况是社会正在吸纳组织。

2) “结盟”与借势。私营医院积极与政府官员“结盟”,争取地方政府的合作与庇护。因为在市场化过程中“关系”本位的理念下,官员等利益相关者往往掌握着民营医院运行所需的大量的资源和权力。为了避免政府对医院的“干预”,或为逃避违反规则后的惩罚,私营医院积极寻求政府的“保护”和支持,采取各种手段与作为权力的直接掌控者的政府官员“结盟”。

此外,私营医院在宣传材料或者大厅里,大副张贴医院领导(或投资人)与国家有关部门负责人的合照、国家政府部门领导人的题词或题名等。私营医院在成立、挂牌或者举行某项活动时,邀请有关部门参加、某领导剪彩等,这都是医院合法性获得的一种彰显。在中国目前的环境下,国家权威严重地个人化,政府官员的个人形象替代了国家权威,一方面,在模糊的政策和体制缺口下,部分政府官员“宽容”甚至“庇护”私营医院;另一方面,相关政府官员还担当人才“中介”的角色。公立医院的管理人员及医护人员通过相关部门政府工作人员的介绍,供职于私营医院。

私营医院通过与各级官员的“结盟”,从一定程度上利用国家权威弥补了合法性的不足。此外,私营医院还通过与国家政府及官员关系网络的建立,获得了相关的符号、资源及信任关系。私营医院通过“借用”来自于政府部门的默许和授权的合法性,获得社会和民众的信任。由于规制所具有的工具性和符号象征性的双重资源,私营医院通过对政府官员所代表的国家“权威”的“借用”,获得文化认知的合法性。

3) 造势。私营医院通过张贴和宣传患者的感谢信与锦旗,公示各种医疗仪器使用证书和资格认证等彰显医院的医疗技术的可信性。此外,私营医院还积极寻求各种“身份”和“称号”,如“爱婴医院”、“生育绿色通道”、“定点单位”、“某医学院实习基地”等。私营医院通过采取外部的评价标准,采用仪式性的行为来获得信任和合法性。

此外,私营医院积极宣称“和国家保持一致”,“为了响应国家的医疗体制改革,更好的解决老百姓的看病难、看病贵问题”,“填补了国家空白”,“帮助国家解决就业问题”等。在私营医院的建院宗旨的阐述、各种宣传材料和调查访谈中都可以得到体现。

私营医院通过开展各种社区免费义诊、慈善捐款、“医德医风监督月”等仪式性的活动积极建立“公益性形象”,从而减少或淡化民众对其“赢利性”的认知。

“我们参加很多公益活动的,我们承担很多公益事务。这些公益活动,政府是没有强制要求的。我们的公益活动,主要是为了回馈社会的一种行为,同时,也是为了努力维护我们的品牌。我们做了很多的工作。”(N医院办公室主任1)

在国家卫生部门要求公立医院实行价格公示的制度背景下,私营医院积极采取单病种限价和价格公示。大量私营医院的价格公示从一定程度上消除了患者对私营医院的“高价”的印象,推动了医疗卫生领域的费用公开化。但是各种违规手段也随之出现,在实际操作中私营医院往往采用各种手段进行规避,最终患者所付费用可能超过限价,或者“优惠”和“减免”仅作为一个宣传手段而并未真正落实。

造势是一种“面子工程”,“符号”的诉求主要是一种“身份”的确认。私营医院在运行中,在基于自身资本、资源和能力下“想象”的社会公认的“好的、正规的医院”形象,积极谋求各种“符号”和“身份”,以期取得合法身份,获得资源和机会。

四、结论

本文主要探讨了私营医院在制度限制与政府管制的前提下,采取了“公营化”与“企业化”的双重运行机制,但文章论述的重点是私营医院采取“公营化”运作机制和策略背后的制度逻辑,目的是为了进一步深入探讨我国医疗卫生体制改革的未来方向。总之,我国私营医院这种运行机制和策略的选择,不仅与当前公众对医院这种社会服务组织的心理预期和道德判断联系在一起,也是嵌入于当前我国医疗卫生体制和政策改革的制度环境中的。本文的结论主要是以下三方面:

第一、私营医院的“公营化”运作,是在我国医疗服务体制尚未彻底改革,以及国家部门(公立部门)对医疗服务市场还存在显著垄断的大制度背景下出现的,它是私营医院为了符合“广为

接受“和”约定俗成”的政府管理期待的医院角色和形象,在管理和运行机制上对公立医院采取的一种制度模仿或学习。国家规制和专业性规范具有工具性和象征性的双重意义。对规制和规范的遵从,不但能给私营医院带来工具性的资源,还能带来“符号”的象征性的合法性,获得民众和社会的认可和信任。第二、私营医院的“公营化”运作,表面上看是与作为营利企业的私营医院逐利本质不相互符合,但从组织合法性和减少企业长期与政府管理部门的交易成本来看,“公营化”运行机制巧妙地使私营医院具有了制度规范、与公立医院同质化的符号资本,因此,它可以为长远寻求赢利的理性策略行为做好准备。从本质上看,在一定时期内,私营医院的“企业化”运行机制是主导性的,是嵌入现有市场经济制度中的商业化运作。然而,“公营化”运作机制却正好可以减少医院这种特殊社会服务组织演变成纯粹营利企业的负面社会形象带来的不利后果,“公营化”运作机制不仅可以提升消费者或服务使用者的心理预期,也可以增加社会大众对总体医疗服务体制的道德认同。第三、私营医院“公营化”运行机制本身可以看成其“企业化”运行机制的另一种方式,这种组织运作机制或方式是组织基于适当逻辑而非后果逻辑的策略选择。研究者认为,私营医院的“公营化”运作机制其实就是在按照企业化管理和运作的模式来落实和操作的,它通过这种组织制度的机制模仿和组织结构的重新生成,来促成其作为营利组织的长期利益保证。

注释

[1] 学者认为医疗体制改革的症结还是在卫生服务供给的体制垄断上,同时也是政府部门维护自我利益的问题。这一观点很重要,但是却没有引起政府相关决策部门和研究者的足够重视。

[2] N 医院成立于 2002 年,以妇产科及医学整形美容为主,是小综合大专科医院。医疗机构主要有医院办公室、医务科、医政科、护理、企划部、财务科、客户中心、行政后勤等。医院目前床位 50 张,职工总人数约 228 人。医院门诊诊疗人数在 100-200 人之间/日。床位使用率 2006 年为 50% 左右。N 医院是山西省卫生厅直属医院,是省内第一家党、政、工、团健全的民营医院,并取得医保定点单位、爱婴医院、市消防先进单位、抗非典献爱心单位、基层先进党支部等荣誉称号。访谈包括 N 医院院长、办公室主任、医生、护士长、导医、团支部书记、客户部工作人员、患者等 12 人。

参考文献

[1] 邓锁:“双重制度逻辑与营利组织的运行”,《华东理工大学学报》2005 年第 4 期。

[2] 冯文等:《民营医疗机构发展的策略选择》,《北京》《中华医院管理杂志》2003 年第 9 期。

[3] 顾昕:《走向有管理的市场化》,《北京》天则经济研究所 2005 年。

[4] 黄存瑞等:《广东省民营医院发展存在问题分析》,《北京》《中国卫生经济》2006 年第 8 期。

[5] 李玲:《城市医疗卫生体制改革中需要理清的几个问题》,《北京》《中国卫生产业》2004 年第 9 期。

[6] 李静:《竞争向度的差异与组织结构的逆向趋同——两类医院案例的比较研究》,北京大学硕士研究生学位论文 2005 年。

[7] 沈原,孙五三:《处于十字路口的中国社团》,天津人民出版社 2001 年版。

[8] 孙立平:《社会主义研究中的新制度主义理论》,《北京》《战略与管理》1997 年第 5 期。

[9] 王绍光:《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《北京》《中国社会科学》2005 年第 6 期。

[10] 王晨波:《医院产权多元化并非灵丹妙药》,《北京》《医院领导决策参考》2004 年第 16 期

[11] 张拓红、冯文:《南方某省营利性与非营利性医院的比较分析》,《北京》《中华医院管理杂志》第 22 卷,2003 年第 1 期。

[12] 周良荣:《医疗机构分类管理的几个问题探讨》,《北京》《中华医院管理杂志》2000 年第 12 期。

[13] 周雪光:《组织社会学十讲》,《北京》社会科学文献出版社 2003 年版。

[14] 周向红:《试析我国非营利性医疗机构的发展》,《北京》《理论与实践》2001 年第 10 期。

[15] Cook, K., Shortell, S.M., Conrad, D.A., Morrissey, M.A. (1983). "A theory of organizational response to hospital regulation: the case of hospitals". *The Academy of Management Review*, 8:2, 193-205.

[16] Deephouse, D.L. (1996). "Does isomorphism legitimate?". *The Academy of Management Journal*, 39: 4, 1024-1039.

[17] DiMaggio, P. & Anheier, H.K. (1990), "The sociology of nonprofit organizations and sectors". *Annual Review of Sociology*, 16, 137-159.

[18] Orru, Biggart, and Hamilton. (1991) "Organizational Isomorphism in East Asian"; In *The new institutionalism in organizational analysis*, edited by Powell and DiMaggio, The University of Chicago Press.

[19] Ruef, M & Scott, W.R. (1998). "A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments". *Administrative Science Quarterly*, 43:4, 877-904.

[20] Van de Ven, A.H. and Garud, R. 1987. "A framework for understanding the emergence of new industries"; In R.S. Rosenbaum (ed.), *Research on Technological Innovation, Management and Policy*. Greenwich, CT: JAI Press.

[责任编辑:方心清]