

新医改背景下中国区域卫生信息化
发展路径研究

Developmental Approaches of Regional Health Informatization in

China in the Context of New Medical Reform:

A Comparative Analysis

YING BING HUANG

PhD

UTS

2013

CERTIFICATE OF AUTHORSHIP/ORIGINALITY

I certify that the work in this thesis has not previously been submitted for a degree nor has it been submitted as part of requirements for a degree except as fully acknowledged within the text.

I also certify that the thesis has been written by me. Any help that I have received in my research work and the preparation of the thesis itself has been acknowledged. In addition, I certify that all information sources and literature used are indicated in the thesis.

Signature of Candidate

Production Note:
Signature removed prior to publication.

2013/1/1

致 谢

Acknowledgement

2008 年我有幸入读澳洲悉尼科技大学，攻读国际研究的博士学位。我感到这是自己一生的幸运和荣耀。

当然，更让我感到幸运和荣耀的是，我的博士学业是在导师杨径青老师的悉心指导下完成的。杨老师人格坦荡，治学严谨，所谓“以吾德馨，乃求至精”，是他的为师及做人之道。四年的学习经历是一段艰苦而精彩的行走，于我而言是在极为艰难之时为极为不易之事，点点滴滴，历历在目。在求学的路程上，杨老师不断给我前进的动力与支持，不断给我鼓励与信心。在这里，谨向杨老师和师母致以最诚挚的感谢与祝福。

宋朱熹言道，“读书之法，在循序而渐进，熟读而精思。”这也是我在四年学习得到的体会。对于我所研究的课题，感谢广东省卫生厅耿庆山副厅长、徐庆锋处长，广东省妇幼保健院张小庄院长，广东省人民医院谭宁主任等，领导和专家给予我的大力支持和帮助；感谢我的同学及同事们，特别是周蕴玉女士、蒲天添女士、林瀚女士、冯伟国先生、蓝俊书先生、陆雄伟女士、朱剑宏先生、刘清先生等给予我的理解和帮助。感谢他们为我所做的一切，点滴相助，铭记在心。在此深深地祝福他们幸福安康。

在我四年工作和学习生活中，身边的家人和朋友是我精神上的支撑和行进中的动力，感谢我的高堂、姐姐王娜、拙荆钰晗和儿子晓康，是他们多年来给予我的理解、鼓励、支持和无私的爱让我不断地克服困难，从而得以完成学业。特别感谢温越和邓燕青夫妇、吴晓华和李力夫妇、张华博士、李建生先生、丁静教授、李玲教授，是他们兄弟姐妹般的友谊带给了我温暖和力量。他们是我生命历程中难得的良师益友，带给我很多人生的启迪和很多美好的记忆，在此深深地向他们致以敬意。

最后，向求学途中所有的老师和帮助我的朋友们以及所有被引用文献和图表的作者表示衷心的感谢。

作者：黄颖冰

2013/1/1

目 录

Table of Contents

摘 要.....	1
Abstract.....	2
第一章 导论.....	4
第一节 研究意义.....	4
第二节 国内外研究综述.....	6
一、关于公共服务提供的文献综述.....	6
二、关于公共卫生服务提供中政府与市场角色的文献综述.....	10
三、关于中国新医改的文献综述.....	11
四、关于区域卫生信息化的文献综述.....	13
第三节 核心概念界定.....	17
一、区域卫生信息化的蕴涵.....	17
二、区域卫生信息化的内容与定位.....	18
三、区域卫生信息化的产品属性.....	20
第四节 研究方法与思路.....	22
一、本研究采用定性研究方法.....	22
二、本研究采用案例研究工具.....	23
三、数据的收集.....	24
四、研究的道德问题.....	24
五、研究思路与框架.....	25
第二章 理论基础与分析框架.....	27
第一节 协同治理理论.....	27
一、作为分析视角的协同治理.....	27
二、协同治理视角下的区域卫生信息化.....	29
第二节 利益相关者理论.....	30
一、“利益相关者理论”的基本内涵.....	30
二、“利益相关者”理论在区域医疗信息化分析中的应用.....	31
第三节 公共服务的制度分析：区分供给与付费.....	31
一、区分供给与付费.....	32
二、供给的职能.....	33
三、付费作为政府干预公共服务供给的方式.....	33
四、公共卫生服务领域中供给与付费的分离.....	34
小 结.....	36
第三章 新医改背景下的中国区域卫生信息化：.....	37
现状与发展.....	37
第一节 区域卫生信息化：中国公共卫生服务体系的新革命.....	37
一、中国公共卫生服务体系的历史变革.....	37
二、作为中国新医改推进利器的区域卫生信息化.....	40
三、中国区域卫生信息化建设的主要内容.....	42
第二节 中国区域卫生信息化建设的既有成绩.....	45

一、重视顶层设计，强调规划先行.....	45
二、各类卫生信息网项目建设进展顺利，成效明显.....	46
三、卫生信息化建设日趋规范化、标准化.....	49
第三节 中国区域卫生信息化面临的主要障碍.....	53
一、理论导入：跨越“协同治理”的障碍.....	54
二、信息孤岛是区域信息化发展的最大拦路虎.....	55
三、缺乏有效的指挥调度系统.....	58
四、没有统一的标准体系.....	60
五、投入不足是制约区域卫生信息化发展的瓶颈.....	61
六、发展不平衡是区域卫生信息化发展的短板.....	63
小 结.....	63
第四章 政府主导的中国区域卫生信息化发展路径：历史、现实与争议.....	65
第一节 区域卫生信息化中的各利益主体.....	65
一、政府.....	66
二、医院.....	69
三、患者.....	72
四、市场.....	73
第二节 政府主导：一种价值观念的历史变革.....	76
一、计划经济时代：坚持以公正、权利与效益为目标.....	76
二、改革开放以来：探索医疗卫生市场化，积极追求经济价值.....	77
三、2007 年来以来的新医改：健康是一种权利.....	80
第三节 区域卫生信息化何以需要政府？.....	82
一、市场失灵：政府主导区域卫生信息化的诱因.....	82
二、“一把手工程”：政府主导模式如何施行？.....	86
三、区域卫生信息化的政府主导模式：异议与批评.....	91
小 结.....	95
第五章 走向政府监管的市场化：.....	96
中国区域卫生信息化的未来发展之路.....	96
第一节 区域卫生信息化是基本公共服务吗？.....	96
一、公共服务中的政府与市场.....	96
二、公共卫生服务的双重属性.....	99
三、区域卫生信息化并非基本公共服务的范畴.....	102
第二节 市场主导：何以可能，如何可能？.....	105
一、理论基础：市场主导模式的经济人假设.....	105
二、何谓市场化：对概念的一个廓清.....	107
三、引入市场机制：中国区域卫生信息化的现实路径.....	108
第三节 区域卫生信息化中的政府：何种角色？何种责任？.....	110
一、政府是市场经济的重要组成部分.....	110
二、政府在区域卫生信息化中的职责.....	112
小 结.....	113
第六章 结论与建议.....	115
参考文献.....	117

摘要

新医改方案颁布之后,解决中国医疗信息化发展的重点及难点就成了顺利推进医改工作的首要任务。新医改的推进,对区域卫生信息化工作的要求也越来越明确,即通过信息技术实现医疗卫生服务各个环节的协同和整合,使公众能够得到最好的医疗服务,解决长久以来看病难、看病贵、看病烦的问题。文章从中国新医改的实际情况出发,运用有关的学术理论,系统深入地探讨了中国区域卫生信息化的发展问题。文章针对的是中国区域卫生信息化的发展路径,研究的重点是要为什么要进行区域卫生信息化、政府和市场在区域卫生信息化过程中的角色和作用分别是怎样的、怎样的发展路径才是可持续的等等。

全文共分为六章,第一章对全文作一个基本的交待,主要介绍研究问题、研究意义、文献综述、概念界定和研究方法等。第二章试图借助于供给与付费分离的理论、利益相关者理论和协同治理理论构建一个用于分析中国区域卫生信息化的发展路径的框架。第三章偏重从新医改的背景来观察中国区域卫生信息化的现状与发展,认为在新医改的推动下,中国卫生信息化建设走上了一条从无到有、从小到大、从被忽视到受重视的发展之路,取得了显著的成绩。但是,对照深化医药卫生体制改革的目标要求,中国卫生信息化建设尚处于探索阶段。第四章侧重探讨政府主导模式的成效与问题。由于区域卫生信息化建设内容庞杂,牵涉政府、医院、市场和群众等多个利益主体,本章首先运用利益相关者理论对各利益主体及其利益进行了分析,在此基础上对政府主导的区域卫生信息化模式进行了探讨,重点分析了这种模式的历史渊源、现实条件与所存争论。第五章重点探讨作为替代的市场主导模式,通过与政府主导模式相比较,分析市场的优势。文章认为,向全体人民提供基本公共服务是政府的责任,这就要求科学界定政府职能与市场功能的边界,准确区分公共服务与非公共服务、基本公共服务与一般性公共服务。在澄清区域卫生信息化并非基本公共服务的基础上,文章对市场化的概念作出了必要的澄清,并对政府的角色进行了恰当的限制,认为政府应该在中国区域卫生信息化中大有作为,自觉地充当好“规划者”、“出资者”和“监管者”的角色,但不是在信息化过程中发挥所谓的“主导作用”。文章最后就如何进一步健全和完善中国区域卫生信息化建设提出了对策性建议。

关键词: 新医改; 区域卫生信息化; 发展路径; 政府主导; 市场主导

Abstract

The development of China's Regional Health Informatization (RHI) becomes the primary task of New Medical Reform (NMR) since 2009. The advancing of NMR has put forward clear requests on RHI, that is, making the public enjoying the best medical care, and solving the difficult problems of inadequate and overly expensive medical services through the improvement of information technology. This dissertation mainly discusses the development issue of China's RHI with the academic support of relevant theories and practical basis of Chinese medical reforms, and focuses on the backgrounds of RHI, different roles of government and market in RHI, different development approaches of RHI, etc.

This dissertation can be divided into 6 chapters, and the contents of each chapter are as follows: Chapter one is the introduction. It brings forward the research questions. Then the key concepts are defined. After the literature review this part introduces the research method adopted and explains the reasons. Finally the so-called fragmentation theory as the research perspective and the analysis framework are introduced here.

Chapter two resorts to such theories as the dichotomy of provision and financing, the stakeholder theory and collaborative governance theory, in order to frame an analysis basis for China's RHI.

Chapter three describes the merits and disadvantages of China's RHI under the background of China's NMR. It concludes that the performance of RHI is obvious and the questions are unavoidable.

Chapter four explains the causes which result in the current government-leading development approach of China's RHI. The causes of the current approach include the difference of multiple stakeholders, the historical path-dependence, the transition of value dimensions, and practical conditions. In addition, this paper tries to explore the theory debates on the approach.

Chapter five evaluates the effect of market-leading development approach of China's

RHI by comparing with government-leading approach. This article suggests that in order to clarify the boundary of government and market in RHI, it is necessary to distinguish between the public service and non-public service, and fundamental public service and general public service. It argues that since RHI is not a fundamental public service, the rights of choice should be open to all stakeholders. Government should act as a planner, investor and supervisor, but not a leading role.

Key words: New Medical Reform; Regional Health Informatization; government-leading development approach; market-leading development approach

第一章 导论

中国共产党十七大报告中提出：“健康是人全面发展的基础，关系千家万户幸福。”^①2009年4月6日，中国正式发布《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009-2011年深化医药卫生体制改革实施方案》，备受瞩目的新医改方案终于揭开了神秘的面纱。新医改首次将信息化纳入方案中，提出要大力推进医药卫生信息化建设，建立实用共享的医药卫生信息系统。^②自此，区域卫生信息化成为新医改方案中的一个热门词汇。对于区域卫生信息化，中国学术界与实务界都充满了憧憬与期待。同时，人们心中也充满了困惑，新医改与区域卫生信息化的关系如何？区域卫生信息化到底有何作用？建设并推进中国区域卫生信息化发展的根本目的何在？区域信息化要走一条怎样的发展路径？怎样的发展路径才能真正惠及于民？本文希望通过对中国区域信息化的发展路径作一番梳理与探讨，以期回答上述问题，并为助推中国新医改的顺利进行贡献一点绵薄之力。

第一节 研究意义

医药卫生事业关系亿万人民的健康，关系千家万户的幸福，是重大民生问题。新中国成立以来，特别是改革开放以来，中国医药卫生事业取得了显著成就。但直到今天，中国仍然面临“看病难、看病贵”等问题的困扰。近些年来，工业化、城镇化、人口老龄化、疾病普遍化和生态环境变化等，都给中国的医药卫生工作带来一系列新的严峻挑战。因此，必须清醒地认识到，当前中国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不相适应的矛盾还比较突出。随着经济的发展和人民生活水平的提高，群众对改善医药卫生服务将会有更高的要求。在此背景下，医疗改革无疑会牵动全社会的神经。

新医改方案颁布之后，顺利推进中国医疗信息化的发展就成了医改工作要打响的第一炮。有学者这样形容说：“整个医改方案就是一剂汤药，信息化作为这汤药

^① 胡锦涛：《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为夺取全面建设小康社会新胜利而奋斗——在中国共产党第十七次全国代表大会上的报告》，载《人民日报》2007年10月15日第01版。

^② 参见《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，载中国中央人民政府网站，http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm，2012年7月31日可访问。

的重要配方，它的表现可以说直接决定汤药的疗效”。^①因而，本文的研究具有重要的实践意义与理论价值。

从实践意义来看，作为新医改方案的重要支撑，信息化被前所未有的地赋予了一项重要使命。新医改的突出特点是要使医疗资源、医疗信息和卫生管理信息等实现互联共享，以便快捷地满足患者、公众、医院、社区、政府等多方利益相关者的需求，实现医疗、预防、保健、康复等业务流量的数字化、智能化和网络化。要达到这些目标和要求，“只有依托网络信息技术，而且必须是区域性的乃至全国性的网络信息技术支撑体系。因此，国家新的医改方案和政策唯有依托区域卫生信息化才能解决，新的医疗卫生保健服务模式也只有依托区域卫生信息化才能产生”。^②要言之，信息化已经从过去现代化的标志变成了医疗卫生领域的基础需要，人们期待通过信息技术实现医疗卫生服务各个环节中的协同和整合，使病患者能够得到最好的医疗服务，解决长久以来看病难、看病贵、看病烦的问题，提高医疗质量、减少医疗差错、降低医疗费用、提高医疗效率。就全球范围来看，医疗卫生领域的信息化建设已成为各国首脑所关注的重点工作之一，甚至成为其强化经济发展、扩大内需、推进行业发展、增强综合国力的又一竞争焦点。

从理论意义来看，当前中国各级政府对于医疗卫生信息化建设都高度重视，全国目前有 30 多个区域卫生信息化项目在规划中，医疗信息化建设迎来了新一波高潮。越是高潮来临之际，越是要冷静思考，谨慎行事，否则高潮就会成为一波泡沫。任何一项事业的完成，都不可能一蹴而就。区域卫生信息化建设过程异常复杂，不会仅靠人们的热情就能实现，它离不开理论的指导。学者们有理由反省：在这高潮来临的时候，我们的理论真正准备好了吗？能有益于社会的进步与发展吗？比如区域卫生信息化的孤岛问题，导致了医药卫生管理中的一系列问题。如何突破信息孤岛的局限，实现资源共享，是当前学术界与实务界研究的一个重要课题，对这一问题的研究将有助于相关理论的发展与完善。从中国区域卫生信息化的实践情况出发，运用有关的学术理论，系统深入地研究实际的问题，既能丰富相关学科的理论发展，又能为中国区域卫生信息化实践提供智力支持。

^① 转引自王帅、苏维：《中国区域医疗信息化发展现状、存在问题及对策研究》，《现代预防医学》2010年第22期。

^② 刘焕东：《区域卫生信息化：自上而下的征程》，《中国信息界(e医疗)》2010年第3期。

第二节 国内外研究综述

目前，中国学术界关于区域卫生信息化的理论研究才刚刚起步，近几年发表的一些论文仅仅从不同角度对区域卫生信息化的概念、原则、方式等做了探索性的研究。当然，这并不等于说我们的研究是没有知识积累与传承的“空中楼阁”，只要我们跳出纯粹的区域卫生信息化的狭窄视域，就会欣喜地发现，现有的关于公共（卫生）服务提供中政府与市场关系的文献、中国新医改发展路径的文献以及中国卫生信息化建设的相关文献，都可以为我们探讨中国区域卫生信息发展路径提供有益的借鉴与启迪。

一、关于公共服务提供的文献综述

公共服务，是 21 世纪公共行政和政府改革核心理念，包括加强城乡公共设施建设，发展教育、科技、文化、卫生、体育等公共事业，为社会公众参与社会经济、政治、文化活动等提供保障。

（一）公共服务研究的兴起与关注焦点

西方国家对于公共服务的研究以上世纪 70 年代末以来的政府改革实践为依托，其观点主要体现在新公共管理运动和新公共服务理论之中。主要的研究成果表现为克里斯托弗·波利特和海尔特·鲍克特著的《公共管理改革：比较分析》、欧文·休斯的《公共管理导论》、穆雷·霍恩的《公共管理的政治经济学：公共部门的制度选择》等，尤以戴维·奥斯本和特德·盖布勒的《改革政府：企业家精神如何改革着公共部门》和 2009 年诺贝尔经济学奖得主埃莉诺·奥斯特罗姆的《公共事物的治理之道：集体行动制度的演讲》和《公共服务的制度建构：都市警察服务的制度结构》等著作为经典。^①

虽然各位学者的理论背景、学术旨趣、价值理念各异，但他们关于公共服务的观点有一些基本的共识。一是优化政府经济管理职能，放松市场规制，推行国有

^① 相关观点参见波利特、鲍克尔特著《公共管理改革：比较分析》，夏镇平译，上海：上海译文出版社，2003 年；休斯：《公共管理导论》（第三版），张成福等译，北京：中国人民大学出版社，2007 年；霍恩：《公共管理的政治经济学：公共部门的制度选择》，汤大华等译，北京：中国青年出版社，2004 年；奥斯本、盖布勒：《改革政府：企业家精神如何改革着公共部门》，周敦仁等译，上海：上海译文出版社，2006 年；奥斯特罗姆：《公共事物的治理之道：集体行动制度的演讲》，余逊达等译，上海：上海译文出版社，2012 年；奥斯特罗姆等：《公共服务的制度建构：都市警察服务的制度结构》，宋全喜等译，上海：上海三联书店，2000 年。

企业私有化，强化政府公共服务职责；二是公共服务的市场化运作，公共服务供给领域引入市场竞争机制；三是改革政府内部管理机制，放松行政规制，改革公务员制度，进行分权化改革，实行权力的非集中化和权力下放；四是在政府部门引入顾客导向、绩效评估等私营部门的管理理念与技术。^①

美国学者登哈特夫妇在对新公共管理理论批判与反思的基础上，提出了著名的新公共服务理论。其核心理念主要包括：一是政府的职能是“服务”，而不是“掌舵”；二是公共利益是目标而非副产品；三是在思想上要具有战略性，在行动上要具有民主性；四是为公民服务，而不是为顾客服务；五是并非简单的责任与义务；六是重视人，而不只是重视生产率；七是公民权和公共服务比企业家精神更重要。尽管新公共服务理论不同程度地修正和避免了新公共管理的消极后果，但它并不是对新公共管理的全盘否定。新公共服务理论试图在承认新公共管理理论的重要实践价值并摒弃其理论缺陷的基础上，突出强调公共管理的公共服务本质，提出和建立一种更加关注民主价值和公共利益、更加适合于现代公民社会发展和公共管理实践需要的新理论。^②

中国学者对于公共服务的研究诚然是在西方新公共管理运动与新公共服务理论的影响和推动下开展的，但主要还是出于对改革开放以来中国政府管理的变革实践作出的对策回应与理论指引。在引进和借鉴西方新公共管理运动的研究中，中国学者取得了丰硕的研究成果。相比西方学者而言，中国学者更多地关注在中国经济社会全面转型过程中政府职能的转变。2003年中国政府正式提出和界定了公共服务的职能，2004年进一步提出更加注重社会管理和公共服务的职能。2005年中央明确提出要努力建设服务型政府，更好地为基层、企业和社会公众服务。此后，学术界和实务界掀起了公共服务研究的热潮。学者们在透彻理解国内外公共服务理论的基础上，对中国公共服务运作的现状和体制问题做出了深刻的剖析，提出了富有创见的策略选择。

从研究内容来看，中国学者讨论的焦点问题包括：人本主义的服务理念、公共服务以民为本、公共服务提供的竞争性与私营化，以及公共服务提供中的服务意识和政府责任等。他们从“什么是公共服务及其范围、如何提供”、“如何融资、生产与定价”、“需要建立什么样的机制来实现公平与效率”、“制度建设与激励机

^① 参见淮建军等：《公共服务研究：文献综述》，《中国行政管理》2007年第7期。

^② 相关观点参见登哈特：《新公共服务：服务，而不是掌舵》，丁煌译，北京：中国人民大学出版社，2010年。

制是什么”等四个层次提出了一个完整的公共服务分析框架。该框架虽然包含了公共服务的内容和范围、提供方式的选择以及提供机制的有效性和制度激励，但仍然是一个比较松散的理论框架。^①

中国学界的研究呈现出如下三大不足：一是比较重视服务内容的分类，对具体的分类标准和供给过程的研究相对较少。由于缺乏系统的分析框架，没有把公共服务提供问题与公共服务的内涵划分联系起来。二是比较缺乏对公共服务提供之价值取向的实证研究，缺乏对不同种类的公共服务和不同主体的最优匹配问题的研究，尤其是对竞争环境下各个主体的提供绩效的比较研究，缺乏对影响公共服务提供要素的系统研究。三是偏重于研究具体的公共服务，比如教育、住房与医疗卫生等微观领域，习惯于从产业属性考虑而忽略普遍的公共管理问题，或者在研究公共管理问题时脱离其具体的行业背景。^②

（二）关于公共服务提供的模式选择

现有文献表明，公共服务可以通过政府提供、非政府提供、多元化提供和联合提供等方式实现。早期的学者们普遍认为公共服务应该由政府来提供。早在 1954 年，萨缪尔森（Paul A. Samuelson）就提出，市场失灵使得公共服务必须由政府来提供。^③随着公共服务的社会需求的增长，人们开始发现，公共部门的规模日益扩大，而随着日益膨胀的政府部门的出现，公共服务的质量下降，服务提供机构的效率低下，缺乏应对市场的能力等问题日益凸现。斯蒂格利茨（Joseph E. Stiglitz）指出：为了防止上述问题出现，政府在宏观控制公共服务的同时，可以通过签订合同，授予经营权等手段，委托私人部门生产和提供，这实际上明确了政府从宏观控制和委托代理两个方式管理公共服务的途径。^④

Beesley 等人研究发现，引入市场法则可以提高公共服务的效率并更好地保护消费者的利益；私人部门或非政府组织参与到公共服务的提供中来，既能缓解地方政府资金的不足，也能促使普通公众参与到公共服务的提供中来，从而减少公共部门在公共服务中的腐败行为，并增加政府官员不作为的道德成本。^⑤奥斯特罗姆

^① 参见孟春等：《在结构性改革中优化公共服务》，《国家行政学院学报》2004 年第 4 期。

^② 参见淮建军等：《公共服务研究：文献综述》，《中国行政管理》2007 年第 7 期。

^③ Samuelson, Paul A. “The Pure Theory of Public Expenditure”, in *The Review of Economics and Statistics*, 1954, Vol. 36(4): 387-389.

^④ 斯蒂格利茨：《社会主义向何处去：经济体制转型的理论与证据》，周立群等译，长春：吉林人民出版社，2011 年。

^⑤ Beesley, M. & Littlechild S. *Privatization: Principles, Problems and Priorities*, Lloyds bank review. July 1983.

提出，以多样化的提供方式取代单一政府提供方式，这种多样化既包括通过政府以外的其他主体提供，也包括政府可根据公共物品的不同属性，采取多种不同方式提供的可能性。这种观点的本质，是通过多元主体的竞争实现市场机制的调节作用，但是在忽略了政府主导地位后，很容易出现恶性竞争等问题，所以，如何引入市场法则成为关键点。^①Ernst 则批评说，私人部门在提供公共服务时往往会因其对经济利益的追求而忽视其所应当承担的社会责任。Epple 综合上述主张的利弊之后提出，政府提供公共服务与私人提供服务并不相悖，恰当的公共服务提供方式，取决于服务质量本身。^②

事实上，在公共服务领域引入市场法则是很多学者的共识，斯蒂格利茨认为在各个部门直接或者间接引入竞争实体是管制的好办法；公私部门通过引入社会竞争，更分散地提供公共服务，这不仅确保了公共服务的有效供应，而且使公共服务数量和种类更符合公众需求。^③张楨等提出，政府要加强与市民社会的竞争与合作，使政府的单个中心治理模式转变为政府、社会、市场的多个中心互动治理模式。^④周义程发现，在公共服务供给主体选择中存在悖论，应该构建一主多元模式，突出政府在公共服务中的主导地位。竞争的观点强调市场均衡的作用，但是忽略了公共服务的特殊属性，尤其是其公共属性和政治属性，因此有些公共服务需要不同主体联合提供而不是相互竞争。^⑤

如何选择公共服务的提供方式呢？Francois 认为，公共服务的提供方式本质上取决于不同的社会契约设计，选择不同的提供方式就是设计不同的契约。^⑥Gregory 证明了公共部门的契约形式确实影响公共服务的提供方式与效率。^⑦奥斯特罗姆提出，在获得公共服务的选择中至少存在 6 种制度安排。^⑧萨瓦斯认为应该是 10 种

^① 奥斯特罗姆：《公共事物的治理之道：集体行动制度的演讲》，余逊达等译，上海：上海译文出版社，2012 年；奥斯特罗姆等：《公共服务的制度建构：都市警察服务的制度结构》，宋全喜等译，上海：上海三联书店，2000 年。

^② Ernst J. *Whose Utility? The Social Impact of Public Utility Privatization and Regulation in Britain*, Buckingham: Open University Press, 1995.

^③ 斯蒂格利茨：《社会主义向何处去：经济体制转型的理论与证据》，周立群等译，长春：吉林人民出版社，2011 年。

^④ 张楨等：《公共服务领域中的竞争与合作》，《华东经济管理》2005 年第 10 期。

^⑤ 周义程：《公共服务悖论及其破解策略》，《学术界》2009 年第 2 期。

^⑥ Francois, Patrick. Public service motivation: as an argument for government provision, in *Journal of Public Economics*, 2000(78): 275-299.

^⑦ Gregory, R. J. Social capital theory and administrative reform: Maintaining ethical probity in public service, in *Public Administration Review*, 1999(59): 63-75.

^⑧ 奥斯特罗姆：《公共事物的治理之道：集体行动制度的演讲》，余逊达等译，上海：上海译文出版社，2012 年。

公共服务和产品的制度安排。^①但 Shleifer 提出了反对意见，他认为服务提供中很难达成完全契约，因此这种制度设计可能具有不完全性缺陷；Esfahani 则强调，任何制度设计都需要相应地制度环境，这要求公共服务供给机制与需求控制、委托程度、租金分配和技术水平之间实现匹配，因此，在设计公共服务的制度安排时不能脱离一定的环境制约。^②

二、关于公共卫生服务提供中政府与市场角色的文献综述

作为一种重要的公共服务，公共卫生服务是一种成本低、效果好的服务，也是一种社会效益回报周期相对较长的服务。尽管在中国政府文件中多次出现“公共卫生”的字眼，但公共卫生的内涵究竟是什么、公共卫生包括那些领域，人们对此至今尚无统一认识。Heath 强调社区卫生是公共服务的一部分，社区的居民有权利也有义务广泛参与到社区卫生服务的计划、决策、提供等各个方面。^③Murphy 等认为，社区的初级医疗保健必须在居民完全参与下保证其自我依靠和自我决策。^④张伟燕等认为，中国社区卫生服务的主要发展模式决定了社区卫生组织是医院的分支机构。^⑤张祖芸等人还提到了财政支出、有偿服务收费、药品差价收入以及授权经营、连锁经营、医院派出、独立运营、连锁管理和集团管理等等方式。^⑥

学者们普遍认为，政府在公共卫生服务中起着举足轻重的作用，政府的干预作用在公共卫生工作中也是不可替代的。事实上，许多国家对各级政府在公共卫生中的责任都有明确的规定和限制，以有利于更好地发挥各级政府的作用，并有利于监督和评估。但在中国，由于中国政府对于公共卫生并没有十分明确的分工和职责范围，尤其是对于农村公共卫生的政府职责更是含混不清。因此，尽快明确各级政府的职责和任务，以利于各自履行其职责是当务之急。有学者强调，中央政府主要承担制定公共卫生任务和健康目标的职责；省级政府负责协调中央政府与地方政府关系，发现省内的主要卫生问题，为中央制定政策提供依据，同时指

^① 萨瓦斯：《民营化与公私部门的伙伴关系》，周志忍译，北京：中国人民大学出版社，2002年。

^② 参见淮建军等：《公共服务研究：文献综述》，《中国行政管理》2007年第7期。

^③ Julia A. Heath. “The Financing and Provisioning of Education and Health Services in Developing Countries: Review Article”, in *Economics of Education Review*, 1998(3): 359-362.

^④ Murphy, E. “Community care II: possible solutions”, in *British Medical Journal*, 1988(296): 5-8.

^⑤ 张伟燕等：《中国城市社区卫生服务发展的主要模式、问题与对策》，《中国全科医学》2005年第2期。

^⑥ 参见淮建军等：《公共服务研究：文献综述》，《中国行政管理》2007年第7期。

导地方政府的具体工作；地方政府负责具体实施公共卫生任务，提供卫生保健服务，满足区域内居民的卫生保健需要。^①

关于公共卫生服务提供的价值导向问题，总体来看，学者们对以公平为主导的价值取向研究较少，但对效率方面的研究较多。Ferris 等人发现，不同主体在提供公共服务的竞争效率不同，公共部门具有成本节约优势和较高的效率。^②Rainey 等认为，由于利他主义动机的存在，使得政府能够高效率提供某些公共服务。^③滕世华则指出，非营利组织能够将市场机制和政府机制、效率和公平结合得比营利性组织或者政府更好。^④

关于公共卫生服务提供中的政府与市场的关系问题，张春霖作出了很好的阐述。他认为，公共服务领域的深层次改革十分紧迫，核心问题就是如何科学界定政府角色，实现政府和市场的有效结合。在过去的改革中，医疗卫生行业发生的市场化倾向主要是发生在付费机制上，具体表现是两个方面的：一是服务的付费责任由政府向消费者个人转移，成本补偿更多地依赖于向用户收费；二是允许教育和医疗卫生机构的管理人员和职工的收入与单位的创收收入密切挂钩，有的几乎与分红和计件工资相差无几。因此，目前体制的问题既不是政府太多市场太少，也不是市场太多政府太少，而是政府和市场的作用都不到位。^⑤

三、关于中国新医改的文献综述

为什么要进行医改呢？朱恒鹏分析了中国医疗体制存在的根本性弊端，包括管制太多导致进入壁垒高，使得医疗服务供给不足；价格管制失当扭曲激励机制导致医疗资源配置扭曲；公共医疗卫生支出明显倾向于大城市和富裕阶层，加剧了医疗资源配置失衡和医疗费用上涨，医疗保险覆盖面过窄并且明显倾向于中高收入阶层，使得有医保的中高收入者和没有医保的低收入者之间在享用医疗资源方面存在显著的不公平，享有医保的中高收入者过度医疗抬高了医疗费用，进一步

^① 王小万等：《正视公共卫生，建立有效的疾病控制体系：SARS 疫情后的反思》，《医学与哲学》2003 年第 6 期。

^② Ferris, James & Graddy, Elizabeth. "Organizational Choices for Public Service Supply", in *Journal of Law, Economics & Organization*, 1994(1): 126-141.

^③ Rainey, H. G., & Stein Bauer, P. "Galloping elephants: Developing elements of a theory of effective government organizations", in *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1999(1): 1-32.

^④ 滕世华：《公共物品非营利组织供给的理论依据》，《云南行政学院学报》2002 年第 6 期。

^⑤ 参见张春霖：《公共服务改革中的政府与市场》，《财经》2005 年第 16 期。

恶化了低收入者的就医困境，没有医保的低收入群体不得不自费看病从而看不起病。^①朱恒鹏的观点得到解垚的实证研究的支持。解垚利用中国健康与营养调查数据得出的分析结果表明：中国存在着明显的健康不平等、医疗服务利用不平等的现象，高收入人群的健康状况更好并使用了更多的医疗服务，收入差距是导致医疗服务利用不平等的主要因素但不是惟一因素，医疗保险等因素也扩大了医疗服务利用不平等。^②

高春亮等通过梳理中国建国以来中央政府所颁布的医疗制度相关文件，认为财政约束、路径依赖和利益集团是深化医疗制度改革的限制因素，因而主张通过矫正激励机制、引入竞争降低成本、统筹社会保障体制和完善社会医疗保险来推进下一步的医疗体制改革。他们认为，积极推进“管办分离”，排除既得利益集团的影响，减少政府干预范围，破除行政垄断，允许不同的所有制形式之间的竞争才是正确改革方向。在他们看来，中国未来改革进程能否打破利益集团化和部门利益化，医疗制度改革将是一块试金石。^③

封进、余央央则通过总结计划经济时代及改革开放以来医疗卫生体制的成就和存在的问题，指出医疗负担重、医疗保险作用有限、医疗公平性缺乏等问题在很大程度上都与市场扭曲有关。医疗改革的关键在于建立一个合适的激励机制，能够控制医疗费用和保证医疗服务质量。这个激励机制的形成依赖于完善的社会保障制度和竞争性的医疗服务市场。在医疗服务提供方面，让医院或者医生形成竞争性的医疗服务市场有助于形成公平的医患关系，降低医疗成本和提高效率。而政府的作用在于建立和完善社会保险体系。^④

新医改的突破口在哪里呢？蔡江南主张通过大力推进全面医疗保险来切实缓解“看病贵”问题。他认为，从国际比较来看中国卫生费用占 GDP 的比重和中国经济发展水平相吻合，并没有出现过高情况。造成目前“看病贵”困境的主要原因是医疗费用中个人自费比重过高，而不是医疗费用水平过高。因此，要想有效缓解看病贵问题，必须降低医疗费用中个人自费比重，扩大医保覆盖面和补偿水平。^⑤李莲花则探讨了韩国和中国台湾地区推进全民医保的经验及其对中国的借鉴

^① 朱恒鹏：《政府主导、价格管制与医疗体制弊端》，载魏众主编：《减轻经济全球化中的健康脆弱性》，北京：经济管理出版社，2008年。

^② 解垚：《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》，《经济研究》2009年第2期。

^③ 高春亮、毛丰付、余晖：《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变》，《管理世界》2009年第4期。

^④ 封进、余央央：《医疗卫生体制改革：市场化、激励机制与政府的作用》，《世界经济文汇》2008年第1期。

^⑤ 蔡江南、徐昕、封寿炎：《此“管办分离”非彼“管办分离”》，《中国医改评论》电子双周刊第2期，2008

意义。在她看来，如何将非正规部门就业者有效纳入社会医保覆盖范围的问题，这是发展中国家在建立全民医保制度中普遍没有解决的一个难题，韩国和中国台湾地区通过行政部门对地区医保或“职业工人”的重点补助，把非正规部门就业者纳入了和正规部门一样的医疗保险体系中，而不是通过公立医院提供免费却相对低质量的医疗服务解决了这一问题。她强调，韩国和中国台湾地区之所以能够把所有国民纳入统一的社会医疗保险制度，与它们在 1990 年代以前比较顺利地完 成从农业社会向工业社会的转型，实现相对均质化的社会结构有关。这一条件中 国大陆尚不具备，因此我们推进全民医保需要更多的制度创新。^①

一般以为，既然推进和健全全民医保是本轮医改的突破口，那么新增医疗卫生 财政投入应该通过对城乡弱势群体和贫困人群增加补贴而主要投向“城镇居民医 保”、“新农合”和“城乡医疗救助”等领域；而对医疗机构的新增投入应该主要 投向县级以下的乡镇和农村基层医疗机构，除了必需的直接举办外，应该以购买 服务的方式在公立和民营医疗机构中择优投入。但陈钊等人则提出了不同的看法， 认为医疗服务价格的市场化是更为全局性的，应当成为新医改的突破口。^②

四、关于区域卫生信息化的文献综述

从 20 世纪 80 年代起，信息技术被广泛应用于卫生服务中，有许多学者开始对 卫生服务信息化规划的方法进行研究，并提出一系列的规划卫生服务信息化的方 法。其中具有代表性的是：信息规划法、应用系统集合法、战略转移法、信息工 程。他们是以传统的信息技术为研究对象，但是他们没能从模型构建的角度提出 信息系统开发的模型。

放眼当今世界，区域化的医疗卫生信息技术建设已成为全球的发展热潮。近些 年来，美国、英国、加拿大等国家先后投入巨资开展了国家层面和地方层面的以 电子健康档案和电子病历共享为核心的区域性卫生信息化建设。全美 50 个州共建 有区域卫生信息组织（RHIO）678 个，近来，奥巴马将加强医疗卫生信息化建设 作为实现医疗改革的首要重要措施，提出投资 500 亿美元发展电子医疗信息技术

年 5 月 9 日。

^① 李莲花：《后发地区的医疗保障：韩国与台湾地区的全民医保经验》，《学习与实践》2008 年第 10 期。

^② 陈钊、刘晓峰、汪汇：《服务价格市场化：中国医疗卫生体制改革的未尽之路》，《管理世界》2008 年第 8 期。

系统。英国从 1998 年开始策划电子健康记录应用。法国 2004 年 8 月通过一项法律确定要建立个人医疗档案。加拿大已经建成运行并在进一步扩展完善的有一大批项目，这些系统分别覆盖一个省的一项医疗保健业务并多方共享。

在医疗信息化建设过程中，美国非常重视相关学术研究，并主要通过一些专门的组织来开展研究。美国医疗卫生信息与管理系统协会（Healthcare Information and Management Systems Society, HIMSS）是美国医学信息学界一个重要的学术组织，该协会与北美放射学会共同组织了“医疗机构集成化（IHE）组织”，致力于医院信息化接口的标准化和医院信息系统与医疗设备的集成技术研究。自 1990 年开始，HIMSS 每年对美国医疗机构的信息技术应用现状和发展方向进行调查。调查内容根据人们所关注的热点，每年都有变化，但主要调查内容未发生大的变化，主要包括 IT 优先领域、IT 促进因素、IT 障碍因素、存入计算机的医疗信息的安全问题、IT 的应用、IT 人力资源、IT 预算、电子病历（EMR）的应用、医疗信息交流共享、互联网与内部网的使用等等。^①

HIMSS 的主要调查对象为首席信息官 CIO（首席信息官），调查人数每年都会发生变动，例如 2002 年调查了 4000 多名 CIO，2003 年调查了 1500 名 CIO，2004 年调查了 2000 多名 CIO。从 2003 年起调查对象包括医疗卫生机构 CIO、医疗卫生机构 CEO（首席执行官）、医疗卫生机构 CMO（首席医疗官）、经销商/供应商 CEO 四大类。^②针对 CIO 的问卷包括 IT 优先领域、IT 障碍因素、IT 与病人医护、电子病历、健康信息交流与共享、IT 安全、IT 管理、IT 员工与 IT 预算、IT 应用、技术采用、网络应用、对供应商的满意度、IT 外包等各方面，项目、维度、指标等的内容和数目每年都有变动。医疗卫生机构 CEO 的问卷围绕 IT 优先领域的问题；针对 CMO 的问卷内容简单一般只包括 IT 优先领域的问题，针对经销商/供应商 CEO 的问卷内容包括 IT 优先领域、IT 障碍因素、IT 应用、IT 安全、技术采用、IT 外包、IT 决策制定等方面。

从 HIMSS 的问卷的调查问卷设计的指标来看，主要是针对医疗卫生机构 CIO 的，从 IT 优先领域等可以看出被调查对象所在医疗机构的信息化基础建设、应用情况、对 IT 的重视程度及对未来的发展期望；针对 CEO、CMO 的问卷设计相对简单，主要是考察管理者及医疗专业人员对 IT 影响力的判断及期望，包括医疗管

^① 参见美国医疗卫生信息与管理系统协会官网，<http://www.himss.org/ASP/index.asp.20100320>。

^② 参见美国医疗卫生信息与管理系统协会官网，<http://www.himss.org/2002survey/20100320>。

理和业务的支撑和影响。HIMSS 的调查有以下几个特点：第一，被调查者是 HIMSS 的会员，未进行具有统计学意义的选取，因此调查数据没有良好的代表性；第二，每年的调查内容都会发生变化，不利于进行纵向比较，特别是时间跨度较大的比较；第三，各指标间重要性没有体现，只是简单罗列各指标的构成比；第四，未采用经典统计方法进行统计分析，因此没有深度分析报告。不管怎样，该研究报告已成为美国政府制定医院信息化相应措施的重要依据，医院信息化厂商的软件开发与市场推广、各医院制定信息化建设的年度发展规划均将该报告列为重要参考依据。^①

英国学者 Lusignans 等人的研究成果表明，英国的初级保健体系已经高度计算机化，近年来几乎所有的家庭医生在诊疗中都使用计算机。最初计算机在医疗辅助中的运用重点在于重复处方以节省时间，后来病理实验室与初级保健的计算机系统的连接使化验结果可以电子方式自动添加到电子病历。论文提出建立促进初级保健系统信息技术使用的模型，涵盖 4 个要素：临床医生的态度、信息技术与临床门诊的功能整合、技术的发展以及发展初级保健信息技术所必须的组织因素，以上要素的有机组合将带来信息技术在初级保健中的良好发展，英国卫生部正在研究落实具体的措施并探讨可能的执行障碍。^②

Poon 等人曾对美国医院应用信息技术的水平进行了评估，调查在波士顿和丹佛两个城市进行，数据采集以面谈的形式为主，根据所获信息进行定性分析，调查对象有临床医生、药剂师、实验室人员等。调查对信息技术应用是否提高病人安全性、医疗服务质量及组织效率是否提高等进行了分析。^③

除了对医院信息化水平的研究外，美国还开展了一些针对其他医疗机构信息化水平的调查。2003—2005 年，芝加哥大学的国家级研究机构对受联邦资助的社区卫生服务中心的信息化情况进行了调查研究，以期了解社区卫生服务中心内部的信息化情况及地区性网络情况。研究包括两个独立而又相互关联的定性研究阶段：环境分析、对于 7 个不同地理分布社区卫生服务中心的个案研究。^④

西方相关研究文献在信息化的实践技术上颇有参考价值，但是鲜有政策层面的

^① 杜方冬等：《我国医院信息化发展水平的评价》，《中国卫生统计》2010 年第 1 期。

^② de Lusignan et. "The Development of Primary Care Information Technology in the United Kingdom", in *Journal of Ambulatory Care Management*, 2008, Vol.31(3): 201-210.

^③ Poon, Eric. etc. "Assessing the level of healthcare information technology adoption in the United States: a snapshot", in *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2006, Vol.6 (1): 1-9.

^④ D. Gaylin et al., *Community Health Center Information Systems Assessment: Issues and Opportunities: Final Report*, October 2005, <http://aspe.hhs.gov/sp/chc/chc.pdf>.

讨论，这也是由于其公共卫生服务模式的确立定型，在全国范围内均可获得均衡的信息技术的采用。在西方学者对卫生信息化研究不断深入的同时，中国许多学者也在积极努力和探索，他们从不同的角度对卫生信息化进行了探讨，通过翻译西方理论著作，结合本国实际情况，提出了不少理论见解。

王才有探讨了当前卫生信息化工作的主要困难，认为对信息系统建设而言，理想情况下应该是先有标准，再进行系统开发和建设。但是，任何一个领域的信息标准行程都不可能凭空产生，只有在实际应用中逐步积累形成。因此组建卫生信息标准维护和管理组织，消化吸收现有基本国家数据集标准并实现本地化，可对卫生信息技术应用的广泛采用起到规范作用，也有助于卫生信息化建设和应用工作可持续性地发展。^①

鲍勇系统阐述了卫生信息化建设中的可持续发展理念，认为卫生服务进入了健康管理的个性化服务时代，信息技术将有助于重新设计传统的健康系统，完善的信息化才能将健康管理做到实处，成为“信息化健康管理”。而目前卫生服务健康管理信息化的主要问题，还是在于业务管理部门从业务条线的管理角度出发，编制独立软件下发到基层社区实用。这些独立软件没有考虑到数据共享，形成业务条线孤岛，数据重复录入增加了无谓的工作量，影响社区卫生信息工作的效率。^②

彭想等对构建高效的区域医疗卫生数据平台作了探讨，认为目前区域内的医疗卫生机构信息化各自为政，缺乏统一的数据交换标准、信息网络平台和相应的政策法规，提出构建基于区域的卫生数据共享与交换平台设想，以实现信息共享与交换。^③

中国卫生部“重大疾病社区预防与控制适宜技术研究”课题组对社区卫生服务功能定位、功能关系和业务流程进行了分析研究，并形成了“社区卫生信息技术标准研究技术文件汇编之四：信息分类与功能规范篇”。该文件将社区卫生服务分为四大类，将对个人及人群的健康危险因素进行全面理的过程列入“社区健康管理”范畴；将对社区公共卫生危险因素进行管理和控制的过程列入“社区公共卫生服务”范畴；将为居民提供的一般常见病和多发的诊疗服务列入“社区基本医疗服务”范畴；将对社区卫生服务过程中产生的信息进行挖掘和利用的过程列入

^① 王才有：《中国社区卫生信息化发展策略分析》，《中国数字医学》2007年第3期。

^② 鲍勇：《加强社区卫生服务信息化建设 实施健康管理可持续发展》，《实用全科医学》2007年第5期。

^③ 彭想、陈敏：《如何构建高效的区域医疗卫生数据平台》，《中国医院院长》2008年第3期。

“社区综合管理”范畴。规范又将中央文件有关区卫生服务“六位一体”的具体内容分别注入四大范畴，然后逐类分解为 15 个子类及 28 项业务功能。^①

概而言之，上述研究成果从不同角度对区域卫生信息化的概念、原则、方式等做了探索性的研究，但大都偏重于卫生信息化政策的策略分析与建议，并未形成系统、深入的理论，关于区域卫生信息化过程中市场与政府的关系及各自的角色定位的研究就更加欠缺。总的来说，从现有的研究状况来看，区域卫生信息化的理论亟待建立和完善。

第三节 核心概念界定

无论是对中国卫生实务界还是学术界而言，区域卫生信息化都是一个新生事物。虽然不少地方的卫生信息化建设工作早已铺开，但一定程度上，对相关概念的误读仍时有发生。如果在概念上没有弄清楚或在认识上没有形成基本共识，那就可能增加工作上的困难，造成沟通上的瓶颈，甚至影响到区域卫生信息化建设各个环节的成败。因此，正确认识、界定和理解区域卫生信息化的基本概念，有利于区域卫生信息化的建设与发展，有利于科学制定确实可行的目标、规划和实施方案等。本节旨在解释几个重要的相关概念，并尝试澄清这些概念之间的区别和联系。

一、区域卫生信息化的蕴涵

卫生信息化既是社会信息化和国家信息化的重要组成部分，其本身又是一项涉及医学、计算机科学、医院管理学、信息学、医学信息学等多学科的系统工程。美国权威的医疗信息化组织卫生信息管理系统协会对区域卫生信息化（RHI）给出如下定义：为了改进和提高医疗卫生服务，在医疗卫生决策者之间，包括客户和病人能够共享医疗卫生信息，从而改进和提高医疗卫生服务。^②

中国区域医疗信息化尚处于探索阶段，尚无统一定义。但人们普遍认为，卫生

^① 卫生部统计信息中心：《社区卫生信息技术标准研究技术文件汇编之四：信息分类与功能规范篇》，2006年，<http://www.jsbst.gov.cn/gb/jsswst/tjxx/wsxxh/userobject1ai15057/00000006.pdf>，2012年8月7日可访问。

^② 转引自中国医院协会信息管理专业委员会：《中国医院信息化发展研究报告》（白皮书），北京：人民卫生出版社，2008年。

信息化不是简单的卫生管理流程计算机化，而是更注重利用计算机和网络技术来提升卫生管理水平、卫生服务效率，方便和快捷地服务于人民群众，即以医疗卫生信息的互联互通为核心，通过卫生行政部门、医疗机构、社区、医疗保险机构等的信息共享，最大限度地方便病人就医、方便医院一线医护人员工作、方便政府部门分析决策。卫生信息化也不是简单的计算机硬件软件的购置和安装，而是公共卫生信息化、医疗服务信息化和生命科学研究等方面的综合，它是一项既包括信息基础设施建设(如网络建设等)，也包括应用推进和普及方面(如医院管理信息系统、临床业务信息化、电子健康记录等)，还包括系统规划、系统建设、维护运营、人员培训、信息分析利用等在内的系统工程。

综合各种观点，我们认为：区域卫生信息化就是—定区域范围内医疗卫生服务的数字化、网络化、信息化，^①是指在—定区域范围内，通过计算机科学和现代网络通信技术及数据库技术，以数字化形式存储、传递卫生行业数据的业务和技术平台，为相关政府部门、医疗卫生机构以及医疗服务提供者、患者、医疗支付方以及医药产品供应商等机构提供病人信息和管理信息的收集、存储、处理、提取和数据交换，并满足所有授权用户功能需求的工作过程。从狭义上讲，区域卫生信息化主要是指区域内医疗机构间以医疗救治信息共享交换为主要内容的信息化建设，如医院管理信息化、临床管理信息化以及公共卫生信息化。本文是从广义上来使用区域卫生信息化这个词，即—定区域范围内卫生行业的信息化建设，包括卫生管理，也包括卫生服务。

二、区域卫生信息化的内容与定位

在中国官方，区域卫生信息化的正式提法首先出现在《全国卫生信息化发展规划纲要（2003-2010年）》中。该纲要指出：“区域卫生信息系统包括电子政务、医保互通、社区服务、双向转诊、居民健康档案、远程医疗、网络健康教育与咨询、实现预防保健、医疗服务和卫生管理一体化的信息化应用系统。”^②纲要提出通过进一步重点加强公共卫生信息系统建设，加速推进信息技术在医疗服务、预

^① 李华才：《区域卫生信息化建设任重道远：访中国医院协会信息管理专业委员会常务副主任委员李包罗》，《中国数字医学》2008年第1期。

^② 《全国卫生信息化发展规划纲要（2003-2010年）》，载卫生部网站。

<http://www.moh.gov.cn/open/uploadfile/200406/2004629144259379.doc>，2012年8月7日可访问。

防保健、卫生监督、科研教育等卫生领域的广泛应用，建立适应卫生改革和发展要求，高效便捷，服务于政府、社会和居民的卫生信息化体系；强调要围绕国家卫生信息化建设目标，选择信息化基础较好的地区，开展以地市县区范围为单元的区域卫生信息化建设试点和研究工作，建立区域卫生信息化示范区。按照这一提法，区域化卫生信息系统包括电子政务、医保互通、社区服务、双向转诊、居民健康档案、远程医疗、网络健康教育与咨询，实现预防保健、医疗服务和卫生管理一体化的信息化应用系统。

沿用“十二五”卫生信息化建设思路与构架（2011）的表述，区域卫生信息平台包括如下内容：一是面向居民服务，支持健康档案信息查询、支持网上预约挂号，社区转诊，健康咨询服务，支持慢病控制与个人健康管理。二是面向医疗服务，能让医生获取连续的健康记录和电子病历信息。三是面向卫生管理，在卫生机构及相关业务系统之间互联互通。从这个意义上来讲，过去常说“基于健康档案的区域信息平台”的概念显然不够全面。既然是区域卫生信息化平台，就应当包括以电子病历为核心的数字化医院、以电子健康档案为核心的城市社区、农村乡镇卫生院的信息系统，还应包括卫生行政部门下的公共卫生和疾病防治的信息系统（见表 1-1）。

表 1-1 区域卫生信息化的内容

内容	简称	功能	典型子系统
医院管理信息化	HIS	依靠信息化手段实现医院的财务、人员、物流及其他管理功能	门诊医生工作站、门诊护士工作站、住院医生工作站、手术室管理、体检管理、收费、结构化电子病历、临床路径、无线护理等子系统。
临床管理信息化	CIS	用于实现医学影像信息管理、实验室信息管理、图像存储与传输等功能	包括PACS 医学影像与传输系统、RIS 放射科信息系统、LIS 检验信息系统、UTS 超声报告系统、内窥镜报告系统、病理科报告系统、样本采集、常规检验、微生物系统、血库管理系统、试剂管理系统、影像处理系统、按需打印系统等子系统。

公共卫生信息化	GMIS	用于实现区域性的医疗资源调度和流转	包括区域卫生信息平台、社区卫生信息系统、居民疾病预防监测系统、农村卫生一体化解决方案、新型农村合作医疗信息管理系统、中小医院信息系统等产品。
---------	------	-------------------	--

资料来源：作者根据相关资料自制。

三、区域卫生信息化的产品属性^①

讨论区域卫生信息化的产品属性，就不能不讨论医疗服务的属性，因为两者之间是种（species）和属（genus）的关系。

我们可以从广义和狭义两个角度来考察医疗服务的属性。从广义上讲，卫生服务市场包括卫生服务筹资市场、医疗服务市场和卫生服务要素市场。这三个市场相互联系、相互制约，并以医疗服务市场为核心，以卫生筹资市场为前提，以卫生服务要素市场为基础。通常又把卫生服务筹资市场和要素市场称为医疗服务的相关市场。因而，狭义的医疗服务市场主要包括预防医疗服务、保健医疗服务、康复医疗服务和普通医疗服务等市场。

众所周知，医疗需求常常表现为“缺乏支付能力而又必须满足的需求”，基于人道主义的考虑，社会必须以一定的制度设计来设法满足这一需求。这种制度安排，无论采取何种具体形式，本质上都具有互助和共济的特征，因而具有社会公益性，通常被视为“公共物品”或“准公共物品”。从公益的角度看，市场调节在医疗服务市场是失灵的，尤其在医患之间信息不对称的时候，即医生、医院决定了患者的消费，这表明了医疗服务市场和医患之间关系的特殊性。医疗服务不是一般商品，不能够完全用市场机制代替医患之间的问题。因此，政府必须为低收入人群和弱势人群提供基本的医疗服务，弥补医患之间信息不对称所造成的市场失利。

但是，必须看到，只要有商品存在，就会有市场存在。在市场经济条件下，医疗服务是以一种服务性商品的形式表现出来的。因为医疗机构提供“医疗服务”的目的是与其他行业的产品进行交换，而不是留在本行业内自行消费。医疗服务

^① 关于区域卫生信息化的产品属性，本文还将在第五章展开更为详细的讨论。

具有商品的一般属性。在医疗服务的提供过程中，医务人员的劳动创造了新价值，并且由于医务人员从事的是复杂劳动，因而会创造出比简单劳动更多的价值，新价值中的一部分用于补偿医务人员这种“劳动力”的生产和再生产，一部分或用于积累，或以福利形式返还社会。

那么，区域卫生信息化到底属于何种性质的产品呢？从中国新医改的初衷来看，包括区域卫生信息化在内的医疗服务在很大程度上是属于公共产品范畴的。医改方案把整个医药卫生的管理从原有的机构管理转变成“以人为本”的管理，强调为每一个城乡老百姓建立基本医疗保障制度，使他们能够获得均等的公共卫生服务，提高基本医疗服务、基本药物的可及性，从而使他们的基本健康权益得到保障。新医改方案“以人为本”的思路体现在信息系统建设上，就是要求医药卫生信息系统建设必然从机构和业务系统建设转向“以人为本”的信息系统建设。“以人为本”的信息系统建设的核心就是通过信息技术为人民群众建立健康档案和电子病历。从机构和业务系统建设转向面向人民群众健康的信息系统建设，这标志着中国卫生信息建设正在开展“以人为本”的健康信息系统建设。^①

2009年4月中国政府发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》鲜明地体现了区域卫生信息化的这种公共属性。《意见》明确要求“大力推进医药卫生信息化建设”，并将建立以人为本、实用共享的医药卫生信息系统作为实现中国人人享有基本医疗卫生服务、满足人民群众多层次医疗卫生服务需求的重要技术支撑，强调医药卫生信息化建设是贯彻落实科学发展观、建设服务型政府、建立有中国特色医药卫生体制的迫切需要和必经之路。按照国务院医药卫生体制改革领导小组的统一部署，中国当前医药卫生信息化建设的重点是“打好三个基础、建好三级平台、提升业务应用系统”。其中“打好三个基础”是指建立中国卫生信息标准的基本体系框架，重点建立全国统一的、标准化的居民健康档案和电子病历，以及国家卫生信息数据字典。“建好三级平台”是指国家、省、地市三级卫生信息平台建设，以地市级基于健康档案的区域卫生信息平台建设为重点，省和国家级着重于综合卫生管理平台建设。“提升业务应用系统”主要指公共卫生、临床医疗、药物供应保障、医疗保险、卫生监督 and 综合卫生管理等6大领域的业务应用系统

^① 刘杰：《医药卫生信息建设是深化医改的有力支撑：访卫生部统计信息中心主任饶克勤》，《中国医院院长》2009年第7期。

建设。^①上述规划紧密围绕“以人为本”的医药卫生体制改革中心思想，着重强调以人的全生命周期健康管理、健康决策为目的的区域卫生信息资源规划和充分整合利用，首次提出以“健康档案”和“区域卫生数据中心”为基础的区域卫生信息化建设发展路径。通过推进基于健康档案的区域卫生信息平台及与其信息流程、管理模式相适应的业务应用系统建设，旨在构建一套医疗卫生机构之间实现互联互通、信息共享和协同服务的运行机制，方便患者就诊，避免或减少重复检查和重复用药，降低医疗费用，提高医疗服务和卫生管理决策的质量和效率。这一全新的、具有中国特色的卫生信息化建设思路在很大程度上明确了区域信息化建设化的公共产品属性。

第四节 研究方法思路

一、本研究采用定性研究方法

就目前整个社会科学而言，在研究方法领域，定量研究基本上处于主导地位，这是因为，长期以来，伴随着科学技术的发展而形成的实证研究范式在社会学研究中一直占据着主流地位。实证研究者受到自然科学量化研究范式的影响，认为只有客观的、实证的和定量的研究才符合科学的要求。而社会学要取得进步，量化的测量和分析是必不可少的。^②但在社会科学领域采用以定量研究为主要研究方式的实证研究范式的局限性也是显而易见的，因为社会科学毕竟不同于自然科学，其研究对象和内容是非常庞杂的，量化的方法其使用程度有限。在这种情况下，定性研究方法逐渐受到人们的重视。所谓定性研究，是以后实证主义为主要哲学基础，在自然情境下通过研究者和研究对象之间的系统互动，并且综合运用多角化技术对社会现象或社会问题进行广泛深入探索的一种研究活动。^③

定性研究方法和定量研究方法都是社会科学研究中的重要科学方法，两者并不存在孰优孰劣的问题。我们不应该过度地强调某一种研究方法而贬低另一种研究方法，而应根据实际情况选择不同的研究方法或者综合运用两种研究方法。什么

^①《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（2009），载中国中央人民政府网站，http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm，2012年8月7日可访问。

^② 风笑天：《社会学研究方法》，北京：中国人民大学出版社，2005年。

^③ 牛美丽：《公共行政学观照下的定性研究方法》，《中山大学学报》2006年第3期。

情境下使用定量研究，什么情境下使用定性研究？陈向明认为，一般来说，定量研究比较适合在宏观层面对事物进行大规模的调查和预测；而定性研究比较适合在微观层面对个别事物进行细致、动态的描述和分析。^①

本研究选取定性研究方法，这主要基于以下几个方面的考虑：首先，从研究问题的性质而言，本研究致力于探讨目前中国区域卫生信息化的基本模式。在对目前中国区域卫生信息化问题进行研究时，必须将其放在新医改与市场和政府的关系等大的背景下来考察，研究者在探索研究问题的过程中，不仅需要研究区域卫生信息化过程中参与者的行动，还需要研究该过程背后的市场与政府关系、社会经济发展等环境的影响，定量研究是无法达到这些要求的。其次，从研究对象的特点而言，目前，中国区域卫生信息化还处在起步和探索阶段，现有的不多的信息化实践也难以满足定量分析的精确化要求，通过定性研究的“深描”，更有可能达成研究目的。所以，本研究选择定性研究，并采用案例研究作为研究工具。

二、本研究采用案例研究工具

本文采用案例研究工具。所谓案例研究或个案研究，是指一种对发生在自然场景中的某种现象进行探索、描述或解释，并试图从中推导出新的假说或结论的研究方法。^②应国瑞认为在决定采用某种研究方法之前必须考虑三个条件：该研究所要回答的问题的类型是什么；研究者对研究对象及事件的控制程度如何；研究的重心是当前发生的事，或者是过去发生的事。案例研究最适合于如下情况：研究的问题类型是“怎么样”和“为什么”，研究对象是目前正在发生的事件，研究者对于当前正在发生的事件不能控制或极少能控制。^③

本文的研究问题是：中国为什么要实施区域卫生信息化？当前中国的区域卫生信息化有哪些不同的发展路径？市场和政府在区域卫生信息化过程中发挥怎样的作用？为什么当前实践中比较强调政府主导？从性质上来看，这些问题是一个“为什么”和“怎么样”的问题。再从问题的发生时间来看，区域卫生信息化是最近几年才逐渐成为政府和社会关注的热点问题。研究中将主要采用广东的案例，广

^① 陈向明：《质的研究方法与社会科学研究》，北京：教育科学出版社，2000年。

^② 吴建南：《公共管理研究方法导论》，北京：科学出版社，2006年。

^③ 应国瑞：《案例研究：设计与方法》，重庆：重庆大学出版社，2004年。

东是近几年在区域卫生信息化方面做出实践探索的地区。经过几年的实践，在区域卫生信息化实践上取得了相当的成绩，也遇到了一定的问题。最后，研究者对于当前所进行的区域卫生信息化不能控制。因此，本研究问题完全符合案例研究的要求。本研究之所以选择广东的案例进行研究，是因为广东在区域卫生信息化模式上具有典型性和代表性，笔者在资料搜集与深入访谈上也有着极大的便利性。

此外，为了更加完整地剖析中国区域卫生信息化的全貌，笔者在其他章节中也选用了其他地区的几个案例，如上海的案例、厦门的案例等。之所以选择这些案例，是因为它们分别代表了不同的区域信息化发展路径，这些模式中有些是目前在广东还缺乏的。对它们的研究，有助于完善对区域卫生信息化的理论分析，也有助于对广东的区域卫生信息化提供政策建议。

三、数据的收集

常用的案例研究的资料收集方法有六种来源：文献，档案记录，访谈，直接观察，参与式观察，实物证据。^①在实际的案例研究中，通常是几种方法同时运用。本文的数据的收集将主要采用两种途径：一是获取文献资料。通过与相关卫生行政部门、医院和 IT 企业联系，取得各种相关政策文件、会议纪要、内部工作总结等资料。二是深入访谈。访谈的对象包括前述政府部门、医院、企业的负责人和相关工作人员以及社会公众等，通过开放性的访谈，收集有关数据资料。

拟访谈问题主要包括以下内容：新医改与区域卫生信息化的关系如何？区域卫生信息化到底有什么用？区域信息化要走一条怎样的发展路径呢？从需求及应用角度来讲，建设并推进中国卫生信息化发展的根本目的是什么？怎样才能使卫生信息化真正实现为民服务？

四、研究的道德问题

道德问题是社会研究不可避免的一个重要问题，尤其是在案例研究中，由于研究者与研究对象直接而亲密的接触，特别容易产生道德问题。针对具体的案例、

^① 应国瑞：《案例研究：设计与方法》，重庆：重庆大学出版社，2004年。

具体的研究对象，如何既保障他们的权益，又能保障研究的顺利进行和研究报告的完整，是案例研究不可避免的一个二难选择。区域卫生信息化涉及到诸多利益主体，利益对于各研究对象，尤其是政府而言是十分敏感的问题。因此，在访谈中一些访问对象可能从局部的利益出发，说出一些与国家区域卫生信息化政策相悖的言论，遇到诸如此类的情况，研究者应当注意保密，以免造成对研究对象的潜在伤害。因而，在研究中，笔者将以保护研究对象的权益为基本原则，在访谈前，先获得研究对象（如有关政府部门或医院的工作人员）的口头同意，不对其造成任何现实或者潜在的伤害，在必要时采用匿名的方式。在研究报告完成后，可以适当把研究结论交给研究对象过目，如果有不恰当之处，则可根据研究对象提出的意见做出适当的调整与修改。

五、研究思路与框架

本文主要针对中国区域卫生信息化的发展路径展开研究，研究的重点是为为什么要进行区域卫生信息化，政府和市场在区域卫生信息化过程中的角色和作用分别是怎样，怎样的发展路径才是可持续，等等。研究的基本思路如下图所示：

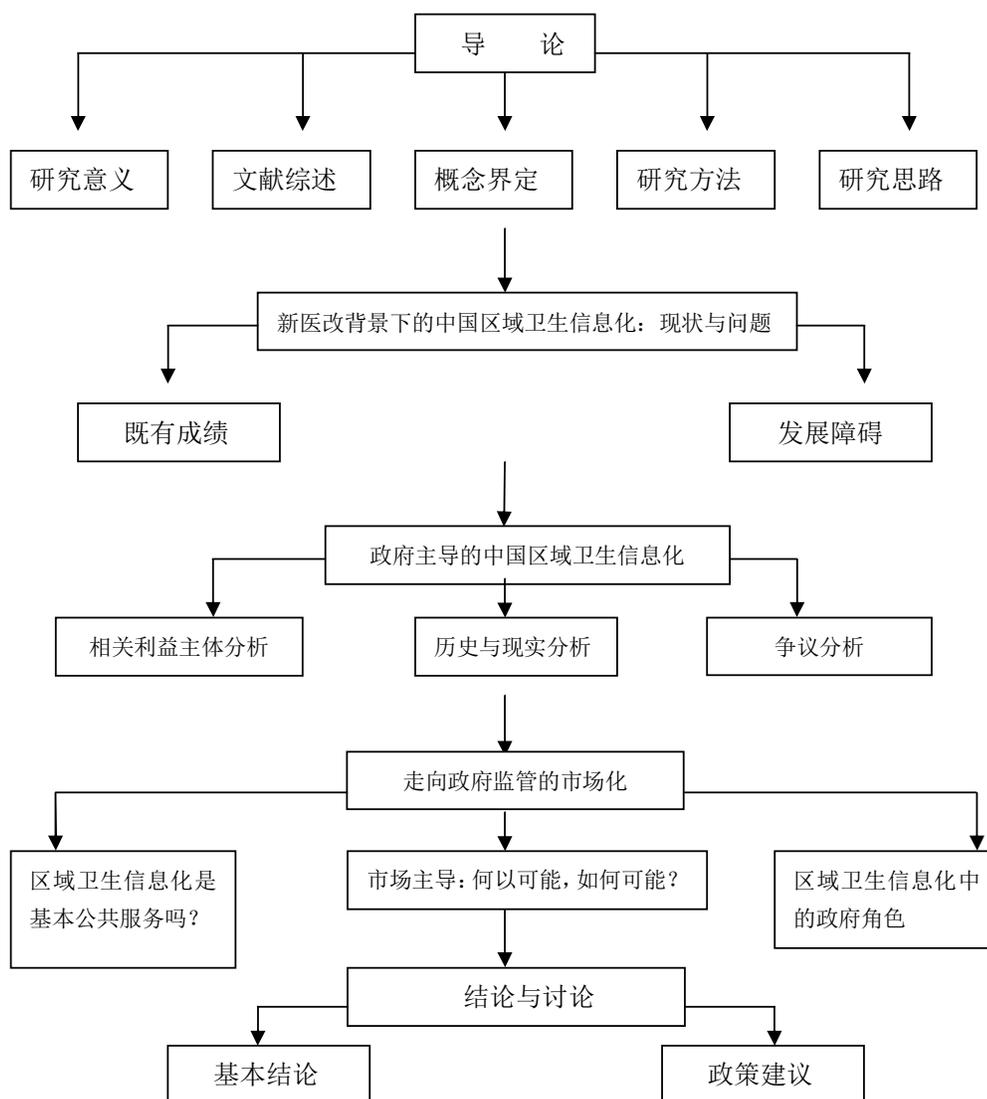


图 1-1：论文框架图

论文试图按照上述思路来研究中国区域卫生信息化的发展路径。全文共分为六章，第一章对全文作一个基本的交待，主要介绍研究问题、研究意义、文献综述、概念界定和研究方法等。第二章试图借助利益相关者理论、协同治理理论和供应与付费分离的理论，构建一个用于分析中国区域卫生信息化的发展路径的框架。第三章偏重从新医改的背景来观察中国区域卫生信息化的现状与发展。第四章侧重探讨政府主导模式的成效与问题。第五章重点探讨作为替代的市场主导模式，通过与政府主导模式相比较，分析市场的优势。最后，文章会探讨，如果我们采取一种市场主导的模式，那么，我们还需不需要政府？政府的角色如何定位？

第二章 理论基础与分析框架

著名哲学家加达默尔曾说：“谁具有视域，谁就知道按照近和远、大和小去正确评价这个视域内的一切东西的意义”。^①在笔者看来，加达默尔所说的“视域”，就是我们看待问题、分析问题的方法或框架。前已述及，现有关于区域卫生信息化的研究成果还停留于探索性研究阶段，尚未形成系统、深入的理论。但与之相关的理论，比如关于公共服务提供中政府与市场关系的问题、中国新医改发展路径的问题等，却一直是社会学、公共管理学、公共经济学等学科的研究重点，并形成了丰富的理论成果。大体说来，这些理论成果包括经济学意义上的公共管理学意义上的协同治理理论和公共选择视角下的供给与付费相分离的理论。这些理论对于我们加深理解中国区域卫生信息化的发展路径无疑具有重要的借鉴和参考价值，因而本文希望通过对这些理论的探讨，有助于建立一种跨学科的综合分析框架。

第一节 协同治理理论

“协同”并不是一个新概念，孟子讲“天时不如地利，地利不如人和”，这里的“人和”，说的就是“协同”的重要性；王充讲“天地合气，万物自生”，这里的“合气”，也蕴含着丰富的协同思想。协同作为一种理论，却是在20世纪70年代，首先由德国物理学家哈肯（Hennann Haken）创立的。^②自从哈肯提出协同学理论之后，人们开始将“协同”广泛应用到由具有共同本质特征的不同事物所形成的交叉学科中。当前，由于中国医疗资源总量不足，结构上呈现倒金字塔型的失衡，在区域卫生信息化建设中，若能合理地运用协同治理理论来整合医疗资源，便可达到最大化利用既有医疗资源、充分解决居民医疗需求的目的。

一、作为分析视角的协同治理

人们越来越倾向于相信，在当今之世，权力是分散而非集中的；任务是去分化

^① 加达默尔：《真理与方法》（上卷），洪汉鼎译，上海：上海译文出版社，2005年，第188页。

^② 哈肯：《协同学：大自然构成的奥秘》，凌复华译，上海：上海译文出版社，2005年。

的（de-differentiated）而非可以分割和专门化的。正如层级制组织是农业时代的主要组织形式、官僚制是工业化时代的主要组织形式一样，信息时代要求的组织形式是那些具有可渗透的结构。这就表明，我们的时代需要一种新的管理理念。

这种新的理念是什么？目前可以见到的标识语有很多，如强调治理单位之间结构关系的“网络化治理”（network management）、强调公私伙伴关系的“跨部门协作”（Cross-sector collaboration）、强调整体化政府的“协同政府”（Joined-up Government）、强调跨越地理疆域及部门的“跨域治理”等。^①鉴于协同治理（Collaborative Governance）的使用频率越来越强，而且能够较好地涵盖网络化治理、跨部门协作、协同政府、跨域治理等术语的内涵，包括了治理单位之间的结构、公私关系、整体政府和地理的跨越，更重要的是，它凸显了这种新管理理念的本质——“协作”。

协同治理的一个理论支柱就是资源依赖理论。该理论产生于 20 世纪 40 年代，在 70 年代以后被广泛应用于对组织关系的研究。资源依赖理论假定，没有任何一个组织是自给自足的，所有组织都必须为了生存而与其环境进行资源交换。该理论认为，组织间的资源依赖产生了其他组织对特定组织的外部控制，并影响了组织内部的权力安排；外部限制和内部的权力构造构成了组织行为的条件，并产生了组织为了摆脱外部依赖、维持组织自治度的行为。当一个组织的依赖性大于另一个组织时，权力变得不平等。

协同治理对资源依赖理论的吸纳主要体现在对各参与主体之间关系的分析上，它们之所以能够进入到协作的过程中，往往是因为各方彼此在不同程度上存在着相互依赖的关系，资源依赖理论帮助管理者和参与者认识到各成员之间关系的实质，正如 Benson 所言，组织之间的互动可以产生在服务的提供层面，也可以产生在资源的获取层面，但服务提供层面的互动最终取决于资源获取的层面。协同治理不仅仅只看到这种相互依赖关系，它更看到如何透过这种相互依赖关系实现一加一大于二，更侧重如何通过互补的依赖性来实现建立在独特资源基础上的新的合力。^②

^① 参见周志忍、蒋敏娟：《整体政府下的政策协同：理论与发达国家的当代实践》，《国家行政学院》2010 年第 6 期。

^② 参见刘亚平：《协作性公共管理：现状与前景》，《武汉大学学报》2010 年第 4 期。

二、协同治理视角下的区域卫生信息化

本文尝试以当前中国的县域医疗现状为例来具体分析协同治理理论应用的必要性与紧迫性。

目前，中国县域医疗服务体系基本形成横向以县医院、县中医院、县妇幼保健院为纬，纵向以县级医疗机构、乡镇卫生院及村卫生室为经的县乡村三级医疗卫生服务网络，但服务体系缺乏有效的整合，医疗机构合作、互动甚少，无法发挥协同效应和整体优势，制约着县域医疗服务的整体效率和效果。具体来说，一方面，中国县域内一般规划设置3所或以上县级医疗机构，但各机构在经济利益上处于对立而非协作的关系，普遍缺乏资源共享的理念，缺乏有效的横向协作机制。在县域内医疗服务需求既定的前提下，各县级医疗机构为争夺市场份额，除正常提高服务能力和技术水平，还不惜竞相购买昂贵的大型医疗设备，造成设备重复配置等不良竞争引起的资源浪费。另一方面，县乡村三级医疗机构纵向互动运行效能不足，县乡村三级医疗机构纵向互动较少，依然存在无序竞争状况。常见病、多发病和一般疾病的诊疗以及农村公共卫生服务，往往出现直接到县级及以上医疗机构就诊现象，导致患者不合理流动现象的加剧。同时，乡（镇）医疗机构为了同上级医疗机构争夺病源、扭转自身发展的逆境，以“重医轻防”的对策来换取较高的经济收益，与县级医疗机构之间的协调关系变成利益驱使的无序竞争。因此，迫切需要以协同治理理论为指导，引入区域协同医疗概念。

所谓区域协同医疗，意指区域内不同级别的医院相互支持，将患者部分资料共享，以达到简化医疗流程，避免重复检查，方便患者就医，减轻病人负担。在保持现有管理体制不变的前提下，协作是系统协同的重要方式和手段，为了促进区域内各级各类医院在系统间的协同、合作，需要建立一个长期、稳定的合作平台，更好地促进医院之间在医院管理和医疗诊治等方面更直接的交流和全方位的合作，以便各自取长补短，从而形成病人合理流动、医疗资源共享、医疗费用分担的医疗服务体系，缓解医疗需求增长快于医疗资源发展的矛盾。

在此前提下，区域协同医疗信息化，就是以现代服务理念为指导，在一定区域范围内，以医疗资源和信息共享为目标，利用先进的网络信息集成共享技术，建立一套可推广、可移植的能够解决居民“看病难”、提升保障力的区域协同医疗服

务集成平台和运行机制，为创建全新的医疗服务模式和实现区域医疗信息化提供经验和示范。

第二节 利益相关者理论

“利益分析的方法是社会科学中的一种基本的研究方法”，它在“公共管理多种研究视角和途径中是独特的，是多种研究方法的基础和核心”，^①为我们研究中国区域卫生信息化提供了一个富有启发意义的视角。

一、“利益相关者理论”的基本内涵

“利益相关者”一词最早来源于 16 世纪西方人对某项活动所下的赌注“stake”。而直到三个世纪后，“利益相关者”才发展成一种理论，即“利益相关者理论”（Stake-holder）。1963 年斯坦福大学的学者首次明确地提出了该词，用以定义与企业有密切关系的人群，即是“没有其支持，组织就不可能生存的团体”。这个概念第一次让人们认识到企业不是一个孤立的实体，而是在其周围存在许多关系到企业生存与发展的利益群体。

美国著名经济学家弗里曼的经典著作《战略管理：利益相关者方法》不但掀起了学术界讨论利益相关者的热潮，而且拉开了利益相关者理论运用于实践的序幕。弗里曼试图揭示利益相关者和企业战略管理之间的交互影响关系，并将利益相关者定义为“任何能够影响组织目标的实现或受这种实现影响的团体或个人”。此后，他又将利益相关者进一步界定为“那些因公司活动受益或受损，其权利也因公司活动而受到尊重或侵犯的人”。这个定义的可取之处在于它揭示了利益相关者与企业组织之间的交互影响关系，更在于它为利益相关者参与企业战略管理活动创造了条件。^②

弗里曼的研究之所以具有很强的开创性，主要是因为他成功地把利益相关者理论的分析方法应用于企业的战略管理中，并对这种方法的运用技术与实现机制做了纲领性的且具操作性的阐述。此后，弗里曼及其后继者们不断补充和完善这一

^① 陈庆云、鄞益奋：《论公共管理研究中的利益分析》，《中国行政管理》2005 年第 5 期。

^② 参见弗里曼：《战略管理：利益相关者方法》，王彦华等译，上海：上海译文出版社，2006 年。

理论，使之在实践检验的基础上形成了一个相对完善与可行的理论架构，并广泛地运用到了企业战略管理的实践，取得了良好的效果，受到了广泛的关注。

二、“利益相关者”理论在区域医疗信息化分析中的应用

“利益相关者”理论的核心分析框架可以帮助分析者将所有影响特定活动的利益群体或个人纳入视野，理顺各种形式的组织与相关群体的关系。在此基础上，研究者可以通过理性的方式来科学地处理他们之间的关系、改变他们参与活动的规则，进而建构一个利益相关者“共赢”的合作方案，最终促成活动的顺利完成。所以“利益相关者”理论不是经济管理领域所独享的理论，而是不断地延伸到其他领域，对社会科学领域的启发尤其显著。

随着利益相关者理论的广泛运用，其社会运用已经超出了“隐喻”的层面，而是在经济组织以外得到越来越广泛和具体的运用，“其他事业单位、组织和团体都相继运用这种方法来解决类似问题”。^①政府、社区、城市、社会团体都运用这个理论来分析和研究各自领域中的相关政治、经济和社会环境等。可以说，利益相关者理论的运用为操作者提供了一个较为广泛的平台，开拓了他们在制定措施时的视野。

特别是 20 世纪 80 年代以来，迅速发展的政策科学以及管理科学，将利益相关者理论作为一种研究方法运用在政策制定过程中。研究者不但通过系统地收集和分析大量的信息，揭示政策利益相关者的知识、利益、权力、立场、潜在联盟等可能影响政策过程的特征和能力，并用以制定相关的应对策略，而且将其研究范式从单纯的理论探讨拓展到实证研究。在政策科学领域，人们普遍认为，“利益相关者”的分析方法是一个逻辑性很强、规范性很严密的应用程序，它可以为驾驭政策改革中的政治复杂性提供非常实用的思路与分析手段。

第三节 公共服务的制度分析：区分供给与付费

众所周知，当前中国的经济发展进入了一个关键时期，这个时期既是“黄金发

^① 韦斯：《商业伦理利益相关分析与问题管理方法》（第 3 版），符彩霞译，北京：中国人民大学出版社，2005 年，第 46 页。

展期”，也是“矛盾凸显期”。医疗卫生作为矛盾最为“凸显”的公共服务领域之一，其深层次改革迫在眉睫。医改路在何方？关键是要科学合理地界定政府与市场在公共卫生服务中的角色，实现政府和市场的有效结合。要界定好政府和市场的角色，首先必须对服务的“供给”（provision）和“付费”（financing）。这两个问题作出区分。因此，深刻理解相关的理论知识，有助于我们更好地把握中国区域卫生信息化的未来发展之路。

一、区分供给与付费

一般来说，供给是指公共物品得以成为存在物的物理过程，而付费则是消费者得到该存在物的过程。在私益产品市场上，供给与付费的分离没有太大意义。消费者不需要与产品的生产者直接打交道，最终的消费决定是由购买者自己做出，因此，购买者自己就是付费者。

然而，这一分离在公共物品市场上却有着非常重要的意义。由于公共品在消费上的非竞争性和非排它性，由市场来供给必然会带来“搭便车”问题，带来公共品的供给不足，因此消费公共品的公民不能直接从市场上购买所需要的产品。为此，需要有一个组织来将对某种公共品有共同需求的公民组织起来，寻找能够生产他们需要的公共品的生产单位，并在该群体中分担该公共品的成本。这样，该组织就成为一个付费单位。这种付费单位可以是政府，也可以是民间自治性组织。

政府作为付费单位的实例在生活中屡见不鲜，公民通过向政府缴纳税收而享有政府所提供的公共服务，如公园、桥梁、路灯等。当政府自己负责生产这些公共品时，它事实上是同时作为供给者与付费者双重身份出现。当政府不能称职地承担其作为供给者的角色时，民间自治性组织往往补阙而至，比如，当某小区的居民对小区治安不满意，而共同出资聘请某一保安公司来提供治安服务。在这种情况下，供应者是这群居民组成的组织，这类组织近年来在美国日益壮大，被称为私营政府。

二、供给的职能

区分供给与付费，最重要的意义就在于使人们认识到，如果为了享有某种公共物品地方政府不得不作为付费者，那么，它也不一定必需是该公共品的供给者。既然“从原始材料到制成品的每个阶段，每种公共品都天然地具有私人渊源”，^①因此，政府没有理由介入到公共品的供给中。地方政府可以通过与私人企业的契约安排（如签约外包或特许经营），或者与其他机构的契约安排（如政府间契约），来为公民提供公共品，而不需要亲自生产这类产品。

因此，生产的职能应当遵循市场的逻辑，基于技术层面的考虑，即以最低的成本将资源投入转化成最优的产品或服务产出。^②奥斯特罗姆等区分了在生产过程中的两种类型的技术性考虑。^③一种是规模经济，即随着生产规模的扩大，生产的平均单位成本呈下降趋势。这类产品往往是资本密集型的，需要大量的初始投资，而投资完成后增加一个人使用的边际成本很小或几乎为零。在这种情况下，由一个大的生产单位来生产更能节省成本。比如城市的供水设备等。还有一些公共品则具有规模不经济的特点，即，随着生产规模扩大或享用的人越多，服务质量就越低。这类公共品往往是劳动密集型的，如警察巡逻等，需要相当精细的人力投入，但是，如果使用服务的人增加，则服务的有效性就会逐渐递减。

三、付费作为政府干预公共服务供给的方式

一般将政府看作是公共品的天然供应者，因为政府能够通过强制性手段分摊公共品的成本（如税收），同时我们总是假定政府能够代表人民的利益，是为人民服务的，因此，政府在决定公共品的供给时能够直接反映人民的偏好。在大多数国家人民都是直接选择向政府表达偏好，尽管政府回应民众偏好时的表现并不总是那么令人满意。与传统的思维不同，在公共卫生服务领域中，我们认为，供应者并不是政府的垄断角色。政府形式的制度安排只是一种组织供应的方式，还有其他的替代性选择。^④对于公共卫生领域而言，关键是为某种公共卫生服务而成立起

^① 麦金尼斯主编：《多中心体制与地方公共经济》，毛寿龙等译，上海：上海三联书店，2000年，第49页。

^② Hirsch, Werner. *Urban Economic Analysis*. New York: McGraw-Hill, 1973.

^③ 奥斯特罗姆、比什：《美国地方政府》，井敏、陈幽泓译，北京：北京大学出版社，2004年。

^④ 奥克森：《治理地方公共经济》，倪鹏飞译，北京：北京大学出版社，2005年。

相应的供应单位。而只要能够承担起以下职能，都能够成为供应单位。

国家为服务付费是其干预公共服务提供的一种方式。在付费问题上，第一条经济学原则是“没有免费午餐”：服务提供是有成本的，因而必须有人为服务付费来覆盖成本。服务提供的成本中包括由资本的市场回报率和土地的市场租金率所决定的使用资本和土地的真实社会成本。在此原则下，国家通过付费来干预公共服务的提供，涉及两个方面的问题：哪些服务应该由国家付费，哪些应该向用户收费？用什么样的制度来保证国家付费能实现既定的政策目标？国家为一部分服务付费，其实质是从公民那里通过税收等手段筹集资金支付服务提供的成本。因此，国家付费的实质是全体公民付费，而不是无人付费、服务免费。作为应对市场失灵的一种手段，国家付费首先有两个政策目标，一是在居民收入水平存在差距的情况下保证服务提供的公平性或服务价格的“可承受性”，二是保证公共物品和具有较强正外部性的服务得到充分提供。

四、公共卫生服务领域中供给与付费的分离

前已述及，中国过去 20 年的改革中，在医疗卫生行业发生的市场化倾向，主要是发生在付费机制上，具体表现在两个方面：一是服务的付费责任由政府向消费者个人转移，成本补偿更多地依赖于向用户收费；二是允许医疗卫生机构的管理人员和职工的收入与单位的创收收入密切挂钩，有的几乎与分红和计件工资相差无几。^①

在今天的公共卫生服务提供方面，公立机构仍然居于绝对统治地位，民办机构的参与极其有限。下一步改革的方向是什么？是继续巩固和扩大公立机构的市场份额，还是扩大民办机构的参与？应该指出，民办机构和公立机构的市场份额，是一个服务提供的问题，而不是付费问题。在这个问题上，有两种常见的误解：一种是希望通过扩大民办机构的参与，吸引“社会资金”来减轻政府的财政压力。从投资的角度看，民间投资开办一所医院，确实可以节省政府的投资。但从服务付费的角度看，民间办医的成本也必须收回。因此，成本的补偿是应该通过向病人收费还是由全体纳税人承担？这仍然是政府无法回避的问题。医院是公立还是

^① 张春霖：《公共服务改革中的政府与市场》，《财经》2005 年第 16 期。

民办，与此没有关系。

另一种相关的误解是，公立机构提供服务具有公益性质，因而其价格可以比民办机构更便宜。基于这种看法，很多人把公立机构直接提供服务看作是实现公平性目标的一种手段。其实在很多情况下，公立机构的服务价格可以更便宜，是由于国家实际上已经给他们提供了隐性补贴。因此，国家开办公立机构提供服务，并不是实现公平性目标的一种有效手段。解决公平性问题除了民间捐赠，主要还是要靠国家为一些服务付费。给公立机构隐性补贴而降低其服务价格，其实不过是一种不透明的、软约束的供给方付费。通过管制而强行压低公立机构的一部分服务价格，对另一部分服务价格则“给政策”，网开一面让这些机构去赚钱，其后果更为有害。

考虑政府与市场的关系，需要注意的第二个问题是政府与市场的互动和互补。就对服务提供者的激励和约束而言，政府、消费者(公民)和服务提供者处于一种三角关系之中。对服务提供者的有效约束，来自政府和消费者的共同作用以及由此导致的服务提供者之间一定程度的竞争。从这个角度看，目前体制的问题既不是政府太多市场太少，也不是市场太多政府太少，而是政府和市场的作用都不到位。

在典型的机制下，对生产者行为进行约束的最主要力量是消费者。在医疗卫生领域，现实的情况不是生产者“怕”消费者，而是消费者“怕”生产者。其中根本的原因，是医疗卫生服务的信息不对称因而市场高度不完善，政府的职能又没有跟上，既没有充分、独立的监管，又没有赋予消费者足够的权力。结果是，处在供给方的医疗卫生机构已经被注入了强烈的营利动机，而来自政府的监管和来自需求方的约束却十分薄弱。

因而，为了实现政府和市场的有效结合，必须具体分析行业、地区和所涉及的服务的实际情况，科学地界定政府在公共服务中的角色。政府职能不足的要强化政府作用；市场作用不足的要强化市场的作用；而在政府与市场存在互补关系的场合，则要同时强化二者的作用。^①

^① 参见张春霖：《公共服务改革中的政府与市场》，《财经》2005年第16期。

小 结

本章尝试为探讨中国区域卫生信息化的发展路径奠定一个坚实的理论分析框架。文章首先引入协同治理理论，即以现代服务理念为指导，在一定区域范围内，以医疗资源和信息共享为目标，利用先进的网络信息集成共享技术，建立一套可推广可移植的能够解决居民“看病难”、提升保障力的区域协同医疗服务集成平台和运行机制，为创建全新的医疗服务模式和实现区域医疗信息化提供经验和示范。而要真正实现区域卫生信息化的协同治理，就必须能够区分信息化建设中的各利益主体，我们希望借助“利益相关者”理论将所有影响区域卫生信息化发展的主要利益群体纳入视野，以期通过理性的方式来科学地处理他们之间的关系、改变他们参与活动的规则，进而建构一个利益相关者“共赢”的合作方案。我们发现，政府与市场一直是困扰和左右中国区域卫生信息化发展的两大利益主体，有必要科学合理地界定政府与市场在公共卫生服务中的角色，实现政府和市场的有效结合。因此，在本章的最后，我们引入了公共服务的制度分析，即通过对公共服务的供给与付费的区分，合理界定好政府和市场的角色。我们相信，深刻理解相关的理论知识，有助于我们更好地把握中国区域卫生信息化的未来发展之路。

第三章 新医改背景下的中国区域卫生信息化： 现状与发展

2009年4月6日，万众瞩目的中国新医改方案终于出台。新医改为卫生信息化建设提供了前所未有的发展机遇和广阔空间。新医改方案把“建立实用共享的医药卫生信息系统”列为“八大支柱”之一，而且是惟一的技术支撑，信息化被提到前所未有的高度，获得了难得的发展机遇，这是多年来中国政府首次对某一领域提出如此具体、详细的目标及要求，其重要性可见一斑。如果我们脱离新医改来讨论中国区域卫生信息化建设，就很难准确把握其发展现状及未来趋势。本章主要探讨新医改背景下中国区域卫生信息化的发展现状、建设内容及其存在问题，以便为下一步的模式探讨厘清讨论的地盘。

第一节 区域卫生信息化：中国公共卫生服务体系的新革命

随着信息化时代的到来，如何利用现代信息技术提高医疗卫生服务水平、服务质量和效率，是世界卫生领域都在思考和探索的课题。中国的新医改无疑为深入探讨这一课题提供了前所未有的机遇，同时也提出了严峻的挑战。

一、中国公共卫生服务体系的历史变革

在计划经济时期，中国医疗卫生事业发展的成绩非常突出。当时，在整个经济发展水平相当低的情况下，中国政府通过有效的制度安排，用占GDP总量3%左右的卫生投入，大体满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求，国民健康水平迅速提高，不少国民综合健康指标达到了中等收入国家的水平，成绩十分显著，被一些国际机构评价为发展中国家医疗卫生工作的典范。^①

随着人民公社的解体，原来以人民公社等集体经济组织为载体的“合作医疗制度”也终结了，由于主要承担医疗卫生责任的地方政府缺乏足够的财力，使得公共卫生和基本医疗服务的责任落在了作为个体的普通公众身上。以广大农村为例，

^① 国务院发展研究中心课题组：《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》，《中国发展评论》2005年增刊。

由于缺乏农村医疗保险体系，绝大多数农村居民必须自付医疗保健费用，加之地方财政能力脆弱，地方政府在农村卫生方面的投入大大减少，迫使公共医疗机构不得不自负盈亏，只能靠收费维持运转，靠大处方和不必要的检查治疗收取更多的费用。卫生部在 2003 年开展了第三次国家卫生服务调查，调查结果显示：城乡居民患病应就诊而未就诊比例由 1993 年的 36% 上升到 2003 年的 49%；应住院而未住院的比例达 30%。出院者中，病情未愈主动出院的占 43%（大多数是无力支付医药费用）。农民由于经济原因应住院而未住院的比例由 1998 年的 64% 上升到 2003 年的 75%，因病致贫、因病返贫占贫困户数比例由 22% 上升到 34%。^①“看病难、看病贵”由此成为中国社会普遍关注的焦点问题。

与这一过程相类似，但要稍缓一点呈现出来的现象是：在城镇，虽然以单位为依托的医疗卫生服务体制一直延续到 20 世纪 90 年代，但随着国有企业改革的深化，依存于企事业单位的城镇医疗服务体制逐渐消失，政府开始建立由雇主和雇员共同出资的新的城镇医疗保险体制。

因此，中国迫切需要建立和健全惠及公众的公共卫生服务体系。1997 年，中共中央、国务院发布了《关于卫生改革与发展的决定》，提出“基本实现人人享有初级卫生保健”的目标，由此成为中国医疗卫生改革的转折点。此后，政府开始在农村建立由中央政府、地方政府和个人共同出资的新型农村合作医疗制度；而在城镇，1998 年开始建立社会统筹和个人账户相结合的基本医疗保险制度，用人单位交纳工资总额的 6%，个人缴纳工资的 2%。^②

1998 年以来，中国公共卫生服务体系的重点是建立和加强城镇职工基本医疗保险制度与农村新型合作医疗制度，从而将政策焦点聚集于需求方，以保证个人有能力支付所需要的医疗卫生服务。此后，中共中央、国务院颁布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，要求在 2010 年前建成与农村经济社会发展水平相适应的农村医疗服务体系与农村合作医疗制度。随着国家对农村医疗卫生服务投资的显著增加，农村医疗卫生服务体系建设开始稳步推进。

众所周知，中国公共卫生服务体系在 2003 年迎来了一个新的转折点。是年爆发的非典（SARS）危机集中反映了中国公共卫生服务体系的严重不足：由于政府

^① 数据来源于中国卫生部统计信息中心原主任饶克勤：《我国医疗卫生体制改革与政策思考》，《中国执业药师》2008 年第 12 期。

^② 转引自中国（海南）改革研究院：《中国人类发展报告（2007—2008）》，2008 年，载中国发展门户网站，<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan035558.pdf>，2012 年 8 月 7 日可访问。

多年来对公共卫生服务投入不足，公共卫生体系无法应对严重的突发型公共卫生事件。几组公开数据表明了中国公共卫生服务体系所面临的困境：1997年至1998年，在低收入国家中公共卫生平均预算支出占财政总支出的比重为1.26%，而中国这个比重还不足其一半，仅为0.62%。^①世界卫生组织2000年《世界卫生报告》中，对全球191个国家的卫生体系成就和表现进行了评估，中国总体排名为144；就卫生筹资的公平性而言，中国排名188，为倒数第四。^②

SARS危机后，无论是政府还是民间都意识到，政府必须承担起保障基本公共服务特别是公共卫生和基本医疗服务的职责，有鉴于此，中国政府推出了一系列旨在加强政府责任、维护公共卫生和基本医疗服务的公益性、建设覆盖城乡居民的基本医疗保障制度的政策与措施（见表3-1）。

表3-1 后SARS时代中国公共卫生服务领域的政策变迁

时间	相关政策	政策内容
2003.10	《中共中央关于完善社会主义市场经济体制若干问题的决定》	要深化公共卫生体制改革，强化政府职能，建立健全卫生信息网络、疾病预防控制体系和医疗救治体系，提高突发性公共卫生事件应急能力。
2005.10	《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十一个五年规划的建议》	要认真研究并逐步解决群众看病难看病贵问题。继续深化医疗卫生体制改革，完善公共卫生和医疗服务体系。
2006.2	《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》	要求将发展社区卫生服务作为推进城市卫生综合改革和缓解群众看病难、看病贵的基础性工作。同年，国务院成立了城市社区卫生工作改进领导小组。
2006.9		由国家11个有关部委组成的医疗体制改革协调小组成立
2006.10	《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干问题的决定》	要坚持公共医疗卫生的公益性质，加快建立覆盖城乡居民的基本卫生保健制度，完善公共卫生和医疗服务体系。要维护公共卫生服务，深化医疗卫生体制改革，强化政府责任，严格监督管理，建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制

^① 同上。

^② 同上。

		度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务。
2007	全国卫生工作会议	今年工作重点：一、建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度。二、建设多层次的医疗保障体系。三，建立国家基本药物制度。四，建立科学、规范的公立医院管理制度。
2010	全国卫生工作会议	陈竺部长的工作报告《以深化医药卫生体制改革为中心全面而做好卫生工作努力提高全民健康水平》阐明了卫生信息化在医药卫生体制改革和卫生事业发展中的重要性、紧迫性，将卫生信息化建设提到了一个全新的战略高度。

资料来源：作者根据中国（海南）改革研究院撰写的《中国人类发展报告（2007—2008）》自制。

从上述政策变迁可以看出，中国公共服务体系未来的发展目标是以建立、健全覆盖城乡的基本医疗保障制度和相应的公共卫生与医疗服务体系为重点，通过对医院以及上下游产业的治理整顿，提高效率，降低成本，加强医疗服务的公益性，切实解决“看病难”、“看病贵”等问题。

二、作为中国新医改推进利器的区域卫生信息化

中国的卫生改革与发展需要加快卫生信息化建设，卫生信息化建设能够促进和推动各项改革措施的落实和深化，两者是相辅相成的。卫生信息化发展对于促进和推动各项卫生改革措施的落实与深化，具体表现在两个方面，从政策层面来看，卫生改革发展政策应该建立在认真研究和深刻认识城乡居民对卫生服务需要、需求的变化规律和卫生工作自身规律的基础上，而基本规律的认识需要翔实的数据分析和正确的循证方法。从技术层面来看，卫生信息化赖以存在的信息技术是新医改顺利推进的重要利器。在中国医疗体制改革的大背景下，决策者如何合理运用信息技术，应对医疗行业的机遇与挑战，为国家、社会做贡献是值得重视的关键课题。

首先，区域卫生信息化既是中国新医改的重要手段，同时也是一个重要目标。

新医改方案中明确提出“建立实用共享的医药卫生信息系统”，这对区域卫生信息化建设提出了新的、更高的要求，如何能使这一要求落到实处、取得成功呢？作为一项系统工程，新医改牵一发而动全身。一方面，随着医改的逐步深入，卫生信息化建设变得越来越重要了；另一方面，随着卫生事业整体化、综合化和多元化的发展步伐逐步加快，对卫生信息化建设提出的要求也越来越高。在这样的大气候下，中国卫生信息化建设正面临前所未有的机遇和挑战。卫生信息化建设作为新医改框架任务中“四梁八柱”的“八柱”之一，其重要性、紧迫性、艰巨性与复杂性随着改革的推进而日益显现出来。要言之，建立医药卫生四大体系（公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系）、切实缓解“看病难”“看病贵”、实现人人享有医疗卫生服务和提高人民群众健康水平的总体目标，都需要卫生信息化建设的“同频共振”。

其次，信息技术在医疗卫生行业的广泛应用已经成为社会进步的必然趋势。用信息化推动新医改向前发展，是今后一个时期中国医疗卫生行业信息化建设的方向，也是卫生信息化强化“功能性”发展的重点。目前，临床医学、基础医学、卫生行政管理与公共卫生等各个领域的业务已经不同程度地采用信息技术辅助工作。最近几年是中国医疗体制改革的关键阶段，信息技术为中国的改革者提供了更高的管理能力和更大的创新空间。然而，信息技术的社会效益取决于它的使用者，它可以被用于促进医疗改革，也可以固化落后的管理模式。

第三，从管理层面来看，区域卫生信息化加快了对不合理管理制度的改革。前已述及，卫生信息化建设不仅仅是传统意义上的计算机网络建设，而是更注重利用计算机和网络技术来提升卫生管理水平、卫生服务效率，方便和快捷地服务于人民群众。我们可以疾病监测信息系统建设为例来加以讨论。在 SARS 以前，中国传染病报告是逐级报告汇总，即最基层医疗机构发现传染病后，填传染病报告单邮寄到县卫生防疫站，县卫生防疫站统一录入计算机并汇总成为报表，再逐级上报汇总，最后到中央。这一报告过程即使在 SARS 流行的关键时期，从基层报告到中央平均需要 8 天时间，而 SARS 的潜伏期才 4 天左右，SARS 靠什么来控制？即使是报告上来的数据，也不知道在逐级汇总中漏掉多少。当时就是这个管理水平，谁也没有办法。^①后来提出必须改变逐级汇总的办法，基层医疗单位用网络直

^① 相关数据参见饶克勤：《卫生信息化与卫生改革同行》，《医院管理论坛》2007 年第 4 期。

报方式直接报告，同一时间各级卫生行政和疾病预防控制机构可以了解到疫情发生情况。如中国卫生部统计信息中心原主任饶克勤所指：“这实际上是用计算机和网络技术来改革传统管理方法最好的证据，破除了层层报告的局限，避免了层层对数据的干预。”^①

第四，从近几年的中国医院协会信息管理专业委员会（CHIMA）年会论文交流可以看到卫生信息化的可喜成绩：医疗机构间利用信息技术协助实验室检验检查结果共享以减少重复检查、降低医疗费用；部分城市利用信息技术对医疗服务价格统一管理、对大处方监控；部分医院利用信息技术支持循证医学的应用，提高医疗质量，降低差错；还有很多地区利用信息技术建立健全医保体系，实现社保与医院费用数据及时交换。

三、中国区域卫生信息化建设的主要内容

中国卫生部在《全国卫生信息化发展规划纲要（2003—2010年）》中提出了较为明确的工作目标和任务。总体言之，区域卫生信息化建设必须锁定新医改的总体目标，必须着眼深化医药卫生体制改革大局和长远发展，切实承担起为建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为公众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，实现人人享有基本医疗卫生服务，提高人民群众健康水平发挥保障和支撑作用的重要使命。就目标而言，要逐步建立统一高效、资源整合、互联互通、信息共享、透明公开、使用便捷、实时监管的医药卫生信息系统。具体来说，一是要打好三个基础，即建立标准化居民健康档案、国家电子病历基本架构及卫生信息标准与数据字典；二是要建好三级平台，即市级平台、省级平台、国家平台。三是要提升业务应用系统，即人人拥有医疗保险、享有公共卫生服务、普及基本医疗服务、保障基本药物供给、加强医疗卫生监督，以及建立卫生监督信息系统。为达此目标，中国区域卫生信息化的发展将分三个阶段推进，一是要推进面向机构的计算机技术应用；二是在纵向上要建设面向卫生业务领域的信息系统；三是在横向上要建设面向人群健康的信息系统。^②

目前，中国区域卫生信息化建设主要包括电子政务、医保互通、社区服务、双

^① 饶克勤：《卫生信息化与卫生改革同行》，《医院管理论坛》2007年第4期。

^② 参见饶克勤：《卫生信息化与卫生改革同行》，《医院管理论坛》2007年第4期。

向转诊、居民健康档案、远程医疗、网络健康教育与咨询等内容，以实现预防保健、医疗服务和卫生管理一体化。2010年，中国卫生部部长陈竺就此指出：要加快医药卫生信息系统建设，做好总体设计，按照整体设计、系统集成、分步实施、突出重点、实用高效的原则，对医药卫生信息系统进行优化设计，尽快制定全国卫生信息化建设规划纲要；加强信息标准化研究，完善数据标准和通讯标准体系，促进信息互认共享；抓好平台建设和连点成面工作，重点建设以居民电子健康档案为核心的区域卫生信息平台 and 以电子病历为基础的医院信息平台。逐步将传染病报告、卫生应急、卫生监督、医疗服务、新农合、妇幼卫生、社区卫生、采供血等方面的信息系统进行对接，连点成面，促进医药卫生信息系统整体建设，防止和减少“信息孤岛”的问题；加强卫生信息的分析研究和利用；利用信息化手段改进监管，注重发挥信息化在改善监管绩效中的作用，增强卫生工作的透明度，提高监管效率。^①

按照系统所涵盖的功能或内容，区域卫生信息化主要可分为以下几类：基于居民健康档案的区域卫生信息化、基于医疗卫生质量管理的区域卫生信息化、基于政府监督管理的区域卫生信息化、基于业务协同的区域卫生信息化，以及包含上述内容的综合区域卫生信息化。而基于居民健康档案的区域卫生信息化是综合程度较高的一种。

按照覆盖区域的大小，大致可分为六级：国际区域卫生信息化建设、国家区域卫生信息化建设、省级区域卫生信息化建设、区市级区域卫生信息化建设、县级甚至街道(乡镇)区域卫生信息化建设。按照卫生部《基于健康档案的区域卫生信息平台建设指南(试行)》，中国的区域卫生信息化以国家、省和设区市三级区域卫生信息化平台为主要建设内容。

如果说传统的医院信息系统的核心技术是数据库与系统集成技术的话，区域医疗信息系统的核心技术就是信息共享与互操作技术。从技术的角度来说，区域卫生信息化建设一定会涉及体系架构的设计问题：原始数据的存储是采用集中式的、分布式的还是联邦式的；居民的唯一标识如何解决；标准化的问题；这包括信息的表达、信息的传输、互操作的流程规范等一系列不同层次的标准选择、制定与

^① 陈竺：《以深化医药卫生体制改革为中心 全面做好卫生工作努力提高全民健康水平：在2010年全国卫生工作会议上的工作报告》，载中国网，http://www.china.com.cn/policy/txt/2010-02/09/content_19394157.htm，2012年8月7日可访问。

应用工作；会涉及大量与医疗过程、电子病历相关的法规、条例的修改与制定；也会涉及应用系统基本构架的确定等等。从纯 IT 技术的角度来看，应该已经不存在不可逾越的技术障碍，但要选择如此众多、复杂的适宜技术，在区域卫生信息化建设中得到成功的综合应用，仍然十分具有挑战性。

区域卫生信息化建设是一个涉及面广、技术复杂的庞大系统工程。既然是一个庞大的系统工程，就必须实行“集中领导、统一规划、先易后难、分步实施、架构合理、易于扩展、需求驱动、重在交换、勇于实践、持续发展”的建设思路。

所谓“集中领导、统一规划”，就是要以科学发展观为统领，以构建区域医疗资源共享平台为动力，在各级政府的集中领导下，统一制定中、长期发展规划，切实加强对区域卫生信息化规划建设、组织实施、管理应用等各个环节的领导，在统一规划下建立分工合理、责任明确的推进协调体制与事权。

“先易后难、分步实施”是建设中的方法问题。要在统一规划指导下围绕区域卫生信息化建设目标。选择信息化基础较好的地区。建立区域卫生信息化示范区，开展不同范围、不同规模的建设试点和研究工作，探索成本低、实效好的建设模式。

“架构合理、易于扩展、需求驱动、重在交换”，是建设中的技术问题。就是要以实现预防保健、医疗服务和卫生管理一体化的需求为主导，建设一个跨卫生机构、地域之间的医疗卫生、健康信息采集与共享的应用系统和运行畅通的网络平台，努力实现网络、应用、技术和管理良性互动的信息化环境。

“勇于实践和持续发展”，这是保证区域卫生信息化建设的重要举措和策略。区域卫生信息化建设是继公共卫生信息网络、医院信息系统建设之后的又一个医疗卫生信息化建设的热点课题，还有很多诸如信息标准、建设模式、运行机制、安全管理等一系列问题，需要在实践中摸索、应用中探讨、发展中完善。

案例 3—2 深圳市筹建中国首个区域卫生信息系统

2006 年 8 月 18 日，深圳市举办区域卫生信息系统医院试点研讨会。据深圳市卫生行政部门介绍，到 2008 年，耗资 1.3 亿元的深圳市区域卫生信息系统将大部分建成，相关系统已经在两所医院以及相关管理机构试用半年有余。

据深圳市卫生信息中心张福林主任介绍，深圳市区域卫生信息化建设分为

三个层次，第一个层次是医院的无纸化办公；第二个层次是医院管理系统，通过分析患者电子病历，获知诸如何种疾患比较多、特定类型疾病通常在什么时间就诊等信息，以此帮助管理者调整医院工作流程；第三个层次是区域卫生管理，包括通过对区域患者病例的跟踪和分析，获知疾病谱系的变化，应用循证医学方法，统一协调区域内医疗资源，应对突发或者群体公共卫生事件等。

深圳市区域卫生信息系统简称为 139 工程，包括一个中心、三个平台和九个系统。一个中心是指数据中心，三个平台是数据共享与交换平台、卫生信息发布和服务平台、卫生信息决策和支持平台。九个系统是指医院信息系统、突发公共卫生事件应急处理系统、疾病预防与控制系统、卫生监督执法系统、妇幼保健卫生系统、医疗救治系统、基层卫生系统、健康教育系统以及其他卫生业务系统。

该系统建成后，将实现医疗单位信息共享，成为深圳市三级医疗卫生服务和管控体系，并与上级卫生管理部门、基本医疗保险体系和市政府职能部门实现数据交换，并能实现在线电子支付功能。

资料来源：薛城：《深圳市筹建中国首个区域卫生信息系统》，载《中国医院院长》2006 年第 17 期。

第二节 中国区域卫生信息化建设的既有成绩

新医改对卫生信息化建设提供了前所未有的发展机遇和政策空间，为加快推进卫生信息化建设注入了生机和活力，使中国卫生信息化建设呈现出蓬勃发展的态势，取得了较好的成绩。

一、重视顶层设计，强调规划先行

2010 年上半年，中国卫生部研究提出了“十二五”期间卫生信息化建设和“3521 工程”的总体框架，即建设国家、省和地市 3 级卫生信息平台，加强公共卫生、医疗服务、新农合、基本药物制度和综合管理 5 项业务应用，建设居民电子健康档案、电子病历 2 个基础数据库和 1 个专用网络，把 3 级卫生信息平台作为横向

联系的枢纽，系统整合 5 项业务的纵向功能和应用，实现互联互通。卫生部特别强调，卫生信息化建设必须着眼深化医药卫生体制改革大局和长远发展，统筹规划，顶层设计，先行试点，逐步实现统一高效、互联互通；要以居民电子健康档案、电子病历和远程医疗为切入点，逐步建立共享的基础数据资源库。发挥各级政府的主导作用，加大地方财政投入；要调动医疗卫生机构、社会保障机构、研究机构、信息化企业及居民等方面的积极性，建立多渠道投入的机制，共同探索和推进卫生信息化建设；要建设一支既懂信息技术，又了解卫生工作需要的卫生信息化人才队伍。

中国卫生部要求，各地在总体设计、统一标准的前提下，整合各方力量，打破业务领域壁垒，实现试点地区卫生行政部门与医疗卫生机构的互联互通，实现医疗服务、新农合管理、疾病预防机制、卫生监督、妇幼保健、健康教育等机构的横向联网，实现省、市、县、乡、村医疗卫生机构的纵向联网，方便群众看病就医。

当前，中国正在抓紧制定卫生信息化建设指导意见和发展规划，并组建卫生信息化建设项目办公室，统筹推进项目实施工作，同时要求各地卫生行政部门按照卫生部的统一部署和要求，把抓好这次项目作为加快推进卫生信息化建设的重要机遇，积累经验，发挥典型示范作用；积极探索实现已有硬件系统之间、基础信息之间及区域之间信息整合共享的办法和有效途径，并统筹考虑信息共享后的网络安全、信息安全问题。卫生部还将组织专家对各地项目实施效果进行考核评估，统筹安排下半年度的专项资金。

二、各类卫生信息网项目建设进展顺利，成效明显

目前，中国已开展四个方面的卫生信息网建设。一是“国家卫生信息网建设项目”。该项目旨在构建一个覆盖中央、省、地(市)、县(市区)四级卫生领域的高效、快速、通畅的网络系统，利用信息技术手段建立疫情收集、处理和分析报告系统，以提高科学决策和处理重大灾害的应急指挥能力。国家卫生信息网建设项目于 2000 年 4 月启动，总投资 2.36 亿元(其中中央财政投入 1 亿元)，用 3 年时间完成了项目建设任务。根据项目建设进度安排，县、地区、省和中央单位全部的疾病

报告信息系统网络相继开通运行。这使中国疾病信息快速收集和分析处理能力得到极大的提高。例如，在一些贫困地区，县防疫站长期以来采用手工方式收集处理疫情信息，工作效率低，信息收集处理不及时，存在重大疫情发生隐患。国家卫生信息网建设项目的建成，不但为这些地区装备了计算机设备，培训了人员，而且网络的应用将改变偏远地区消息闭塞的现状，其影响是极其广阔而深远的。近年来，国家卫生信息网建设有了新的进展，信息系统开发应用水平进一步提升，服务功能进一步完善，服务领域进一步拓展，服务成效日益显现，卫生信息网络直报已趋于常态。

二是医院信息化建设。医疗服务部门是卫生系统信息化建设的重要领域，1995年启动的“金卫工程”将医院信息化（HIS）建设列为信息化建设发展的战略重点。当时，医院信息化的重点是医院管理信息(HMIS)系统建设。医院管理信息系统的建设与使用提高了医务人员的工作效率，加快了病人就诊的速度，根除了“三长一短”（挂号、收费、取药时间长、医生看病时间短）的弊病，有效地解决了看病难的问题，堵住了收费和药品管理中的漏洞，提高了医疗服务工作效率，医院医疗服务质量得到了提高。根据卫生部统计信息中心 2001 年的调查显示，全国 1 万 6 千所县及县以上医院中，31%的医院使用了网络化信息系统，省级医院使用网络信息系统的比例已达到 84%。^①而该中心 2007 年对 3765 所医院进行的跟踪调查进一步显示：80%以上医院建立了以费用和管理为中心的全院网络系统；20%医院进入数字化发展的第二阶段，医学图像处理系统，数字化实验室系统，移动式医生工作站，RFID 射频 ID 系统等业务应用已经达到发达国家水平。^②医院信息化建设的下一步推进目标是进入临床信息化（CIS）应用阶段——即以病人电子病历为核心的信息化系统。该系统要求医院的医生、护士和管理人员都拥有终端设备，信息处理无纸化，电子病历等信息通过网上传递。目前发达国家医院正在从 HMIS 向 CIS 阶段过渡。电子病历是 CIS 系统应用的核心。目前无论从技术能力还是从投资规模要求看，中国都不具备普及应用 CIS 系统的条件。据了解，CIS 系统中的一套完整的医学影像存储与传输子系统，投资金额都在千万元以上。该子系统以网络为基础，通过数字接口，直接获取 CT、MR 等数字影像设备形成的原始图像数据，

^① 相关数据来自于中国卫生部原部长张文康：《我国卫生信息化建设现状与展望》，载国家信息中心等编：《中国信息年鉴》，北京：人民出版社，2002 年。在本小节中，若无特别标明，相关数据均来自于张文康上述文章。

^② 参见谭啸：《区域卫生信息化：开弓没有回头箭》，《计算机世界》2010 年 10 月 15 日。

将图像数据存储到高容量的存储设备中，利用网络技术实现内部信息共享。医院信息化发展的第三阶段目标是建立区域医疗卫生服务系统。该系统以网络和数据为基础，通过建立居民个人健康信息数据库，实现远程的医疗信息资源充分共享。

三是远程医疗应用网络。中国利用远程医疗和诊断服务尚处于起步阶段，政府主要采取以政策为导向，通过社会运作的推动模式。远程医疗服务单位与医疗单位合作，提供远程医疗咨询服务。远程医疗应用的作用是利用大城市医疗服务资源，特别是医疗专家资源，为偏远地区提供服务。

远程医疗能很好地解决“远”的问题，现在已经有了不少成功的案例。由于网络通讯经济负担过重，资金成为远程医疗推广应用的障碍，远程医疗服务目前在贫困地区推广尚存在较大困难，但恰恰是在这些地区，由于当地医疗技术水平较低是最需要远程医疗服务帮助的。军队医疗服务系统由于本身具有规范的转诊制度要求，远程医疗诊断服务推广应用形成一定规模，并取得较好效果。就目前远程医疗的服务内容来说，远程手术、远程诊断、远程治疗只是处于尝试试验或演示阶段，目前医疗咨询仍为其主要形式。

为了规范远程医疗和诊断服务质量，保护医患双方利益，卫生部于 1999 年 1 月下发了《关于加强远程医疗会诊管理的通知》，对远程医疗服务工作性质、责任、条件等提出了具体要求。

四是因特网与健康网站。因特网发展为医疗服务信息化发展开创了一个全新的领域，据统计，目前中国有关卫生和健康的网站达到 2000 多家，卫生部门也建立了一批网站，为居民健康和相关企业提供服务。人们可以利用因特网信息传播快，信息资源丰富的特点，足不出户访问名医和获取大量健康咨询信息。因特网相关应用包括疾病求助、医疗纠纷、医药新知、心理健康、婚育知识、美容与减肥、饮食与营养、儿童成长、老年保健、性保健等。这些信息除了来自医疗服务和管理部门自己创建的网站之外，更多来自商业网站，难免鱼龙混杂，使人们对其真实性产生怀疑。因此，为维护公共利益，规范网站行为，促进因特网医疗卫生信息服务健康应用的有序发展，卫生部于 2001 年下发《互联网医疗卫生信息服务管理办法》，对因特网中涉及健康和医疗行为的网站提出规范性管理要求。

综观近十年的各类卫生信息网项目建设，可谓成效显著，在如下三个方面更是进展顺利。

一是建成了当今世界上最大的基于互联网在线直报的网络应用系统——疫情与突发公共卫生事件监测系统建设。该系统的建设始于 2003 年的 SARS 疫情，为防范此类事情的再次发生，中国于是年 6 月开始拟订建设方案，并于次年投入运行。截止 2007 年的数据显示，使用该系统进行疾病报告、数据审核、质量控制和分析利用的用户数超过 5 万，其中县及县以上医院超过 1.5 万家，社区卫生服务中心和乡镇卫生院达到 3 万家，各级卫生行政部门、疾病控制机构超过 5000 家。^①总体而言，该系统的建设实现了对传染病、突发公共卫生事件报告和信息处理的“个案、实时和在线”目标，对于提高中国疾病监测质量、预警水平，及时采取控制应对措施，发挥出重要作用。

二是建成并实施突发公共卫生事件应急指挥与决策系统。为了应对重大疾病流行和突发公共卫生事件危机，及时调动和协调各种资源，包括卫生系统内部和相关单位的资源，部署和实施干预措施，中国政府建立了中央、省级两级突发公共卫生事件指挥与决策系统。该系统旨在收集整理重大传染病和突发公共卫生事件监测系统数据，辨别事件危害性质和严重程度，协调和调度跨地区和跨部门救治资源，组织疾病控制、卫生监督和医疗救治系统，共同应对突发公共卫生事件对社会以及居民健康造成的威胁，完成数据收集、决策分析、指挥部署和实时监控等工作任务。

三是加快了医疗救治系统建设，在地市一级地方建立了医疗救治信息系统。该系统于 2007 年进入项目启动与实施阶段，包括协调卫生资源，组织救治队伍，实施病人和伤员转运，腾退床位，住院治疗，善后处理，以及对一线的医务人员开展紧急培训等任务。中国政府希望能够通过该系统，即使在面对出现自然和社会因素引发的人员伤亡和生命威胁等公共卫生事件时，也能利用现代信息技术手段实现对医疗救治工作的组织和管理，在城市区域内部及时调动医疗救治资源，实施救护。^②

三、卫生信息化建设日趋规范化、标准化

1970 年代末期计算机就进入了中国医疗行业，经过 40 余年的发展，中国卫生

^① 相关数据参见饶克勤：《卫生信息化与卫生改革同行》，《医院管理论坛》2007 年第 4 期。

^② 饶克勤：《卫生信息化与卫生改革同行》，《医院管理论坛》2007 年第 4 期。

信息系统已经日趋规范化、标准化。从体系结构上看，中国的医院信息化建设大体经历了由单机单用户（单 PC 机）阶段到多机、多部门独立系统的应用阶段、局域网络化全院级应用阶段；从信息系统建设的侧重点来看，医院信息化建设经历的第一阶段是利用计算机加强医院管理和财务管理的管理信息系统阶段；眼下的推进目标是进入第二阶段——应用阶段，即以病人电子病历为核心的信息化系统。这就要求医院的医生、护士和管理人员都拥有终端设备、信息处理无纸化、电子病历等信息通过网上传递。电子病历是 CIS 系统应用的核心。目前无论从技术能力还是从投资规模要求看，中国尚不具备普及应用 CIS 系统的条件。但 CIS 系统已被确立为中国区域信息化建设的努力方向。事实上，在推进临床信息化工作中，许多地方都取得了实质性的进展。比如由解放军总医院牵头的国家“十一五”科技支撑计划——“军民协同共建医疗服务示范工程·厦门示范区”已于 2009 年正式运行，成为构建区域卫生信息化的实践蓝本。其更为深远的意义在于，它以现代信息技术为支撑，不仅方便了患者就医，减轻了群众的经济负担，为疑难病症实现专家会诊提供了方便，而且打破了建国 60 余年来依照行政关系形成的区域和部门条块分割的格局，打破了长期以来不同类型、不同等级医疗卫生单位之间以本单位为中心形成的业务壁垒，打破了以往城乡之间因医疗卫生资源不均衡发展造成的医疗卫生信息交互的二元结构，构建了从市—省—国家—国际的符合全球化和区域一体化潮流的网络医疗协同信息链，实现了真正意义上的区域协同医疗、终身健康管理和一体化网络医疗。^①

案例 3—3 中国医科大学附属第一医院运用信息化系统创新门诊服务流程

门诊是患者到医院就诊的第一站，就诊流程中每个环节的好坏直接影响医院的医疗秩序和医疗质量，在提高门诊医疗服务水平中，信息化建设起到了至关重要的作用。中国医大一院运用信息技术，创新门诊服务流程，有效地缓解了“三长一短”现象。其具体做法是：

运用新 HIS 系统实行就诊卡方式就诊。计算机录入病人基本信息后，建立患者主索引号码，通过信息系统准确采集病人就诊、检查、取药、治疗、收费等信息，并把此卡应用于整个就诊过程中。复诊病人直接刷卡挂号，缩短了挂

^① 《我国首个数字化市民健康管理和区域协同医疗服务模式创建》，《科技日报》2009 年 3 月 4 日。

号时间。2010年5月，中国医大一院与中国建行联合发行的健康龙卡（一种可以看病的银行卡）正式应用，进一步完善和增强了就诊卡的功能。此卡除具备医院就诊卡功能外还具备银联卡的功能，为进一步实现“先诊疗后结算”服务奠定良好的基础。

通过HIS系统实现多种挂号方式，现场挂号、按楼层分散式弹性挂号收费为一体（根据门诊量弹性安排挂号收费窗口，有效缓解了挂号拥挤等待时间长的问题）。大力推行预约挂号（现场、电话、网上）、健康龙卡自助预约等多种形式的预约服务，以实名预约为主，努力使病人分时段就诊，抑制了“号托”，调控门诊高峰，在很大程度上缩短了就诊时间，改善了就医秩序，提升了病人满意度。

应用门诊智能导医系统使病人知道自己就诊的进度。门诊智能导医系统是集系统科学、信息科学、计算机技术、电子电路技术与医院管理科学的综合性系统，运用智能化的逻辑运算，通过语音、视觉画面等完成自动化导医全过程。此系统与HIS的挂号、诊间医生工作站、采血室、检查科室的系统紧密衔接，病人挂号后信息直接进入医生诊间系统及护士工作站，即进入一次候诊系统，使病人在主候诊区等待。前一位就诊结束后系统自动呼叫下两位病人，病人在候诊区通过视觉画面及同步语音提示一位在二次候诊区等候，一位进入诊室就诊。此系统同样应用在检查及采血室，使护士有更多的时间留给病人咨询，从过去的“叫号员”成为病人喜欢的“咨询员”。此系统的应用使病人就诊便捷有序。

应用门诊医生工作站。以医生工作站为主线，点选医嘱组套，医嘱系统自动传输到收费处、药学部，节省医生书写医疗文书的时间。医院PACS、LIS的全面上线，诊间取消化验申请单，医生在诊间工作站可查询检验、检查结果，让医生把更多的时间留给病人。

门诊区域设置计算机触摸屏查询系统。提供医院信息、医生信息、就医指南、就诊流程、预约流程、费用查询等，方便病人就医。

数字化门诊健康教育系统。在门诊大厅、挂号处、候诊区等处各种多功能显示屏可以看到医院概况、科室设置、就医指南、出诊医生简介、实时挂号信息及健康科普教育，努力为病人提供温馨的就诊环境。

高效科学的门诊管理功能。门诊医生排班系统、门诊病人挂号量统计分析、预约挂号量、门诊医生接诊情况、医嘱系统（检查、用药情况）、收入院情况、首诊确诊率等指标，使管理更加科学规范。

资料来源：阎红、郭秀芝：《中国医大一院新流程门诊信息系统分析》，载《健康报》2011年2月21日。

经过一段时间的尝试，中国各级各类医院信息化建设普遍取得了长足的进步，尤其是地市级以上医院的信息化建设普遍达到了“软硬兼顾”，日趋规划化、标准化。中国利用远程医疗和诊断服务尚处于起步阶段，政府主要采取以政策为导向，通过社会运作的推动模式。远程医疗服务单位与医疗单位合作，提供远程医疗咨询服务。远程医疗应用的作用是利用大城市医疗服务资源，特别是医疗专家资源，为偏远地区提供服务。远程医疗能很好地解决“远”的问题，现在已经有了不少成功的案例。

案例 3—4 华西远程医学中心

2002年，四川大学华西医院成立“华西远程医学中心”，开始建立全方位的“华西医院远程协作网”。如今，该网络已覆盖西部十省、市、自治区及广东省、深圳市和海南省177家地区、县市医院及社区卫生服务机构、乡镇卫生院，全面开展三级远程医疗、教学活动，使患者摆脱了地域的限制，在当地就可以得到高水平的医疗服务，大大降低了医疗服务的成本。尤其是在2008年5·12汶川大地震救灾及灾后的重建过程中，这个协作网更加显示出了重要的价值。在汶川5·12大地震中，绵竹县医院的放射医疗设备遭到毁灭性的破坏。几天后，四川省红十字会紧急调拨一台移动X线机给绵竹县，华西医院远程医学中心将影像传输及诊断系统与这台X线机集成，中国电信四川分公司迅速搭建无线通信网络，保证该X线机的检查影像数据实时传回华西医院，由医院的专家团队做出及时诊断，帮助灾区一线有效开展救治工作。该系统在投入使用的48小时内，华西医院就完成了553名绵竹当地危急伤员X线检查和远程影像会诊。这是华西远程医学中心与基层医院利用信息化系统联合行医的成功范例。自2008年以来，该院在原有覆盖西部地区12个省(市)，整合中国电信、

中国建设银行、中国工商银行和 IT 服务商等社会资源，推动支撑城乡一体区域协同的区域医疗卫生信息网络服务平台建设。该院以此区域医疗卫生信息网络平台为支撑，以“医药搭平台、科室结对子、医生交朋友”的方式，组织医院技术、服务与管理资源，与区域内各级医疗卫生机构协同开展远程人才培养、医疗服务、医院信息管理和卫生事业管理。

华西医院的信息化远程系统，不仅使基层医院和患者直接受益，还加快了基层医院的信息化建设。因为网络医院可以直接使用华西医院的信息化系统软件，从而节约大量的开发费用。在信息系统硬件建设方面，只需要和电信部门联手，在医院所在城市建立一个数据中心，就可将所有患者的数据保存起来，做到资源共享。医院只需要花少量的电讯费用，就可以获得电信局专业化的信息服务。信息化系统还给患者就医带来便利。患者只需有一个相同的就诊卡，就可以在所有的网络医院挂号、费用支付及结算等，大大简化了手续。

更让人期待的是，如果卫生行政主管部门和社保部门的信息化系统与这套系统集成，管理部门对医院服务质量及医疗收费的行监管，都可以通过信息化手段完成，可明显提升行政管理效率。

资料来源：《华西借远程网络放大优质医疗资源》，
载《健康报》2009年6月4日。

通过以上分析，我们不难看出：中国对区域卫生信息化发展建设相当重视，资金投入和基础建设力度不断加大，全国各地以信息技术为先导的区域卫生信息化建设呈现出追赶跨越的发展态势，这不仅为深入贯彻落实医药卫生体制改革方案、完成新医改各项目标和重点任务、提高公众健康水平提供了有力支撑，而且为实现卫生信息化建设的科学发展、长远发展打下了良好基础。

第三节 中国区域卫生信息化面临的主要障碍

区域卫生信息化的建设虽然已纳入中国国家宏观政策层面，蓝图已经铺开，但要具体落实到位，还有很长的一段路要走。比照发达国家的发展水平，并对照深化医药卫生体制改革的目标要求，中国卫生信息化建设尚处在重要的机遇期和攻

坚阶段，还有许多问题需要加以解决。比如 2003 年非典（SARS）疫情来袭，彻底暴露了中国在应对突发公共卫生事件时信息手段的极度匮乏，彻底暴露了中国卫生信息化建设与应用的极度滞后。^①与原有医院信息化建设相比，中国区域卫生信息化涉及到更多深层次的问题，比如，如何协调众多的利益相关者(Stake-holders)之间的利益，使之分担各自的责任，找到可持续发展的运营模式。又如，区域内医疗服务供应方信息化的发展很不平衡，很多医院、诊所、社区还不具备采集病人医疗健康数据的能力，没有数据，如何共享？应当看到，中国卫生信息化建设在国家信息化进程中虽不居于领先地位，但由于卫生事业关系到社会全体居民健康利益，因而卫生信息化的发展备受社会关注。这意味着进入“深水区”的中国医改必须致力于扫清区域卫生信息化建设过程中的各种障碍。本节主要借助第二章所分析的“协同治理”理论和“公地悲剧”理论，来探讨目前中国区域卫生信息化发展中存在的主要问题。

一、理论导入：跨越“协同治理”的障碍

如第二章所述，所谓协同治理，是指一种在多样化组织中的运作过程，能解决在单一组织中不能解决或者不易解决的问题。在这一界定中，关键词是协作（collaboration），即参与各方看到问题的不同层面，能够建设性地利用他们的差异并寻求解决方法，这种方法和视角往往超越自身固有的有限视角。协作不是结果，而是一个动态的过程，即各利益相关者为其共同未来承担决策责任的过程，这一过程包括自主的行动者通过正式和非正式的协商进行互动，共同创造规则和结构来管理他们的关系，确定行动方式，或就那些使他们走到一起的问题进行决策，是一个涉及共享规则和使互动各方都能够受益的过程。在协作关系中，没有一方知道最终的答案，没有一方知道问题该如何解决，问题的解决往往产生于各方之间的协商与互动之中。人们相信，那种想当然地认为协作努力中的各方已经形成了某种组织关系的观点过低地估计了协作过程的发展特点，忽略了让利益相关者走到一起来的最初努力的复杂性。在缺乏规则的情况下非正式的互惠得以建立的过程，与最终出现的正式协调安排对于协作来讲都是同等重要的。

^① 饶克勤：《卫生信息化跨入新时代》，载国家信息化专家咨询委员会网站之十周年专题“委员感言”。
<http://www.acsi.gov.cn/web/NewsInfo.asp?NewsId=524>，2012年8月20日可访问。

20 世纪 80 年代中期后，随着医疗卫生服务改革在全球的广泛开展，分层次、多元化、竞争式提供医疗卫生服务成为一种普遍的发展趋势。中国医疗卫生服务的提供也日益呈现出分层次、多元化、竞争式的特征：在提供主体上，出现了多种不同性质的医疗卫生服务机构，而且不同医疗卫生服务机构之间的关系从分工协作走向全面竞争，服务目标从追求公益目标为主转变为全面追求经济目标；在供给方式上，基本形成了商业化、市场化的服务提供模式；在基本属性上，将医疗卫生服务需求越来越多地演变为私人消费品；在融资方式和体制上，由政府大包干式的单一融资方式逐步转变为减少政府财政投入、市场化、社会化的多元融资方式，医疗卫生服务体制逐步发展为国营、私立机构并存的双重体制。中国医疗卫生改革的这些变化，一方面适应了社会主义市场经济体制日益深入发展的要求，减少了财政投入的浪费，满足了公众多样化的医疗卫生服务需求；但另一方面，分层次、多元化、竞争式提供医疗卫生服务的非整合性问题日益凸显，严重妨碍了医疗卫生资源的合理配置，无法发挥协同效应和整体优势。因此，构建医疗卫生服务的整合机制，实现跨域协作，具有重要的现实意义和理论意义。

二、信息孤岛是区域信息化发展的最大拦路虎

所谓信息孤岛，作为一个比喻的说法，是指各卫生行政部门与医疗机构之间、医院之间、医院内不同部门之间的医疗信息系统不能互相联通，形成各个医疗信息系统的数据库无法共享的局面。即使信息化程度较高的医院，相互之间也不能信息共享。简言之，各自独立建设的系统基本上都是孤岛。

中国从上世纪 90 年代末开始建设数字化医院的探索，但多年来一直在卫生信息化建设上遵循从业务需求出发的理念，行业信息资源统筹能力严重不足。到目前为止，中国卫生信息化建设多以财务信息为线索实施管理，即多为病人费用方面的管理，而以病人信息为中心的医疗信息管理并不多见。中国卫生信息化建设目前还处于比较初级的阶段，卫生机构的信息系统大多源自封闭开发模式，随意性强且无计划，对于医院间互联以及区域性卫生服务信息化体系的实现，更是少之又少。最典型的表现，就是一所医院的临床、病案、统计、人事、设备、医药和财务等相关科室间的数据，一般互不衔接。由于资料的来源和考虑问题的角度

不同，对同样的事物，数据却不尽相同。^①这种“数出多门”、“各取所需”的状况，也发生在各类医疗卫生机构中，形成了卫生行业信息系统烟囱林立、孤岛遍地的格局。这极大地增加了医疗信息投入，加重了基层数据重复录入的负担，也造成了有限的公共卫生资源的严重浪费。中国卫生部统计信息中心原主任饶克勤曾感叹：“我们研究电子病历时发现，各种申请单、检查单、报告单，从格式到项目很少有医院是一致的；化验检查、医学影像结果也很少有医院是互认的。我们的医院各自为战的多，互不买账的多。我经常同一些院长讲，能不能用信息化改造我们医院的流程，让信息在网上流，别让患者满楼道里跑。”^②

笔者在走访中发现，一个省级行政区域一般会有数家公司进行医疗信息化市场分割，现阶段相互间竞争远大于合作，“跑马圈地”现象明显。在调研中，一位卫生行政主管部门的负责人无奈地表示：

我们今天的卫生信息化建设，看起来热闹得不得了，不过是不同的投资主体在画着不同的“圈圈”，并没有形成“大循环”，相关医疗数据就无法做到整合，根本没法实现共享。^③

该负责人说：

这些“圈圈”，往深了说，就是人为设置技术壁垒，结果就是增加医改成本，把成本转嫁到患者身上。你想想，一个数据平台想要一个信息，就要从另一个数据平台要，不给钱，人家凭什么给你？钱从哪里来？还不是羊毛出自羊身上！^④

从理想的状态来看，依托医疗信息化成果，不同地区、不同层级的医疗机构可以实现资源共享，许多疾病可以就近治疗。但由于主管部门各异，技术标准不统一，无法实现患者病历和健康档案的交流共享、上级医院也无法对基层医疗机构进行有效指导，患者仍不得不往大医院跑。

为什么会产生信息孤岛呢？首先要归因于中国长期以来的卫生部门碎片化的管理模式。由于存在卫生部门条块化管理，跨部门协调难度大，而区域信息化涉及医院、疾控、医疗保险、药品供应等多系统，它们分属不同管理部门，各系统

^① 饶克勤：《卫生信息化跨入新时代》，载国家信息化专家咨询委员会网站之十周年专题“委员感言”。
<http://www.acsi.gov.cn/web/NewsInfo.asp?NewsId=524>，2012年8月20日可访问。

^② 饶克勤：《卫生信息化与卫生改革同行》，《医院管理论坛》2007年第4期。

^③ 访谈记录：GDGZ20110821W。

^④ 访谈记录：GDGZ20110821W。

有各自集团利益且彼此间并不完全相容，由此，医疗卫生相关单位“条块割据”是实现协同医疗的最大障碍。由于部门间大量异构医疗信息系统的存在，导致区域内“信息孤岛”现象严重，加之当前各部门间信息管理系统结构和数据管理方式等有较大差异，各自为政，存在大量异构的、分布的、来自多个开发商的设备、数据库、信息系统和基于知识的应用系统，严重阻碍了区域内卫生信息的交换与共享。笔者在广东汕头市调研时发现，汕头有三个区在做医疗信息化建设，但都是各建各的，根本没有统一规划。汕头的一位医生甚至这样说：

我们这里的情况算好的了，就我所知，有的地方县里搞一套，市里推倒重来，再搞一套。为什么要推倒重来？你说是技术问题？没这么简单啊！不同的医疗信息化平台之间要实现对接，表面看是要突破技术壁垒，实质上是既有利益格局的重新洗牌！这都是有隐性成本的，难以估算啊！^①

第二，信息孤岛来源于片面的需求，为达到某种指标要求而上线，没有考虑与其他系统的资源整合和共享，对信息化工作没有总体规划，缺乏对信息系统的整体观念。信息孤岛也是管理孤岛，医院的信息孤岛分隔了医院内原本应该统一的信息数据；部门管理系统缺乏全局观，医院统一的业务流也未能反应到全部信息系统，从这个意义上说，信息孤岛就成为医院管理孤岛的映射。中国的医疗信息化标准正在经历一个关键时刻，当前由于缺乏统一的技术标准，难以实现医院内部信息系统之间、各医院之间的数据共享，信息孤岛现象对医疗卫生事业发展的阻碍已经越来越凸显出来。

第三，信息化发展的阶段性造成了信息孤岛的存在。不论是医院信息化，还是政务信息化，都有一个从初级阶段到中级阶段，再到高级阶段的发展过程。在计算机应用的初级阶段，人们容易从文字处理、报表打印开始使用计算机。进而围绕一项项业务工作，开发或引进一个个应用系统。这些分散开发或引进的应用系统，一般不会统一考虑数据标准或信息共享问题，追求“实用快上”的目标而导致信息孤岛的不断产生。信息孤岛的产生带有一定的必然性，这并不可怕；可怕的是总停留在初级阶段而不发展，不去解决信息孤岛问题，还让新的信息孤岛继续出现。笔者在广州调研时，和一位医院院长有比较深入的访谈。该院长通过一个例子形象地告诉笔者：

^① 访谈记录：GDST20120316L。

如果从一开始建设时就先把规划搞好，设计好一套信息系统，把各个方面都铺设到，这当然再好不过了。但是，你要知道，医院是从小到大，一步一步走过来的。比如我们医院，五栋楼，70多个科室，第一个使用计算机的科室肯定是人事部门，他要管人；第二个使用计算机的，肯定是财务，他要管钱。管人管钱是最重要的。后面才能发展起来。就一个医院，究竟有多少人，计算机的控制表，有人员的一个表，人事科有一个医院人员表，财务科有一个财务科的人员表，财务与人事未必统一。工会还有一个表，另外单位还有一个，护理部，医务处也有，一个医院究竟有多少人，不知道以哪一个表为准，这就造成了信息孤岛，各自维护自己的信息，只捡自己需要的进行维护，自己不需要的就不维护，这样越来越分割，时间长了，员工方面，科室方面，医院究竟有多少人，每个科室有多少人，各种技术职称比例有多少人，实在拿不准，有些甚至反过来说还不如用一个大本子翻呢，这也就造成了信息孤岛。^①

第四，则要归因于认识误区。长期以来，由于信息化教育的深度和广度不够，在医院和卫生行政管理部门中普遍存在着“重硬轻软，重网络轻数据”的认识误区。他们在设备选型和网络构筑上肯下工夫，肯花大钱，甚至成了“追新族”，使网络设备“换了一茬又一茬”而造成很大的浪费，就是没有用心去进行信息资源的开发与利用，因而导致对“信息孤岛”问题熟视无睹，使其得以长期存在而得不到解决。

三、缺乏有效的指挥调度系统

影响卫生信息化功能发挥的主要问题是缺乏有效的组织和管理，缺少统一的规划和标准，信息系统的整体性建设不足。具体表现为，信息运行系统相互脱节，如医疗与预防保健信息脱节、妇幼卫生与计划免疫信息不能共享等。目前，中国已出台区域卫生信息化建设指南，指南为区域卫生信息化建设定了方向和体系框架，很多地方都在积极进行实践和探索，应当给予关注，跟踪调研，提高区域卫生信息化建设的水平。

目前，中国卫生信息化领导机构为卫生部信息化工作领导小组办公室，设在卫

^① 访谈记录：GDGZ20110911S.

生部统计信息中心。该机构属于卫生部直属的司(局)级事业单位。发达国家卫生信息化的经验说明, 卫生信息化的独立、专门负责机构对卫生信息化的建设具有重要作用。美国在卫生信息领域最有影响的组织是“美国卫生信息与管理信息系统协会(HIMSS)”, 在个人健康信息保护等健康信息系统领域的独立领导机构是信息委员会办公室。该机构为独立于联邦政府的机构, 每年通过司法部门向议会报告健康信息数据保护等内容。

虽然中国卫生信息化建设的复杂程度、艰巨程度远远超过发达国家和其他发展中国家, 但不容回避的是, 目前中国的管理体制与新医改形势下卫生信息化建设的目标、任务、要求还很不适应。众所周知, 在卫生信息化建设上, 仅仅有目标规划是远远不够的, 实现这些目标规划不仅需要有切实可行的实施方案, 更需要有一个统一的、自上而下的、强有力的决策、指挥、协调机构。比较而言, 我们在改革和完善卫生信息化管理体制、加大领导力度方面还有许多工作要做, 还值得进一步研究。还应该看到, 由于体制的原因和市场经济条件下出现的拜金主义等倾向性问题, 各级医疗卫生机构、信息产业生产营销服务机构以及相关领域中, 事实上不同程度存在的利益博弈、条块分割、部门利益、短期行为、不正当竞争、利益驱动等现象将长期存在下去。医疗卫生行业是人员、资金、设备、技术、信息高度密集的领域, 无法回避各种利益集团、利益格局的侵袭和挑战, 信息化建设也不例外。如果不能对此加以有效的约束和规范, 势必影响卫生信息化建设的健康发展。

同样不容忽视的是, 卫生信息化建设涉及的工作范围很广, 涉及的相关单位很多, 可谓通天接地、纵向到底、横向到边, 是一个全方位的系统工程, 其建设、管理、运营也与这些机构和各方面的利益密切相关, 需要多部门、多领域的协同合作, 需要把各方面的力量组织调动起来, 不断解决信息化过程中遇到的各种矛盾和困难。如果没有获得相关单位的参与和大力支持, 没有协调好各方面的利益, 没有调动好各方面的积极性, 很容易导致“走样”或失败。所以, 从规划开始, 就要在理论层而和操作层面考虑清楚做什么和怎么做, 以期达到形成合力、实现目标、多方共赢。从技术层面来看, 卫生信息系统各数据库的数据采集、维护、管理、监护, 数据的分析、统计及报告, 以及同各医疗卫生机构数据上传的协调等, 需要有专门机构、专门人员来负责, 如果依赖于兼职人员或虚拟机构是不可

能完成此项工作的。因此，卫生信息化建设必须要有一个相对独立的、能够为信息化工作起协调作用的权威机构，这自然牵扯到卫生信息系统管理机构的人员编制、预算(财政支持)等一系列问题。因此，有必要在全国卫生信息化政策法规中明确规定全国及各级卫生信息化管理机构的人员编制、经费等问题。

特别令人担忧的是，许多地方没有应急指挥调度系统，最突出的问题是一直被重视的，被认为是迫切需要的、当务之急的，但就是建立不起来。一位卫生官员这样说：

急救中心系统也很薄弱，有的仅是汽车调度。这简直是难以接受的事情，但现实就是如此。关键在于信息不能整合，疾控、医院、急救中心、血站，各有各的信息，就是不能整合。要建立应急指挥调度信息系统，首先就要依靠这个整合，依靠这些部门的资源信息和动态信息的整合。我们卫生领导机关也没有综合管理信息平台，得不到信息来支持我们的业务和管理。^①

四、没有统一的标准体系

中国卫生信息标准化建设由于底子薄、起步晚，尚处在初级阶段，标准化工作滞后于应用，距离世界先进水平差距较大。尽管从早期的“抓应用、促发展”，已经逐渐转变到需求主导的原则，但是从总体上来看，不仅基础建设比较薄弱，而且缺乏深入的基础理论研究，缺乏基于国家层面的卫生信息模型的指导，这就使中国的卫生信息系统建设存在先天不足。

推进信息共享是当前乃至今后一个时期中国医疗卫生信息化建设的大方向。西方国家在信息化过程中，首先考虑的是建立相应的信息模型，用以规范、指导信息系统的建设。这是一条非常宝贵的经验。在卫生系统构建信息共享的网络是大势所趋，因为网络共享信息的首要条件就是要遵守统一的指挥语言。否则，即便网络之路四通八达，结果还只能是各进各的“库”——数据库，各回各的“岛”——信息孤岛。

其次，与美国、德国等医疗信息化程度较高的国家相比，中国卫生信息化标准体系建设还很不完善，标准数量不足，尽管卫生部于2002年4月公布了《医院信

^① 访谈记录：GDGZ20120406J。

息系统基本功能规范》这一各级医院进行信息化建设的指导性文件，但其作用还存在着很大的局限性。迄今为止，中国尚缺乏系统配套的、符合国情的医药卫生信息标准化体系。虽然中国经过了多年的研究，并在借鉴和吸收国际先进卫生信息标准化成果的基础上，取得了一定进展，形成了一定的标准体系框架，但还远未成熟，不能满足卫生事业发展及其信息体系建设的需要。只有建立了科学的国家医学信息学标准体系，将众多的卫生信息标准在此体系下协调一致，才能充分发挥信息标准化的系统功能，获得良好的系统效应。标准化程度低、缺乏统一的标准，是影响卫生信息化建设又好又快发展的一个重要因素。

最后，无论是电子病历、远程医疗，还是区域医疗、电子商务，在中国卫生信息标准化程度比较低的情况下实施难度都很大。由于标准体系不完善(医院业务流程无标准、共享数据无标准等)，导致建设标准和技术规范滞后，造成 HIS 大量低水平重复开发、难以移植推广、数据难以共享等问题，而且对 HIS 的进一步发展产生了潜在危害。目前许多医院的 HIS 都是自成体系、互不兼容、独立制作的，这种非标准的格式严重阻碍了业内的信息交流。从长远来看，电子病历、PACS 和远程医疗的发展更需要在现有基础上加强医疗信息化标准的建设。

五、投入不足是制约区域卫生信息化发展的瓶颈

信息化是一种投资，也需要投资。发达国家卫生信息化建设的经验表明，卫生信息化建设需要大量的经费投入，经费来源主要为政府专项投入。反观中国，“十一五”期间，虽然其在卫生信息化建设方面加大了投入，并且出台了指导性文件，但总体来说，资金投入不足的问题并没有从根本上得到解决，投入不足仍然是制约卫生信息化发展的瓶颈问题。

2007 年卫生部信息中心对全国 3765 所医院进行信息化现状调查，调查结果显示：有 47.90% 的医院年平均信息化投入不足医院毛收入的 0.5%，有 26.08% 的医院在 0.5%—1%。数据表明，2007 年中国医院信息化总投入仅有 63 亿元。而据 HIMSS 在 2007 年的调查结果显示：美国医院在 IT 方面的投入占医院全年收入的 2%—4%，说明中国医院信息化投入相对发达国家医院信息化投入还比较少。^①对比来看，早

^① 参见谭啸：《区域卫生信息化：开弓没有回头箭》，《计算机世界》2010 年 10 月 15 日。

在 1993 年，美国的医疗信息化支出就达到 75 亿美元，目前已提高到每年 300 亿美元左右，大部分医院的信息化投入占医院收入的 3%—4%。^①中国香港医管局从 1991 年开始进行信息化建设，2005 年投入 6 亿美元，2007 年投入 10 亿美元，2010 年投入将达 20 亿美元。^②由此可见，中国与发达国家和地区的差距还是悬殊的。

一个不争的事实是，一方面，政府资金投入严重不足；另一方面，由于条块分割、各地区经济发展水平差异较大、不同级别医院收支差异较大，造成了中国各地区或同一地区不同级别的医疗卫生机构之间苦乐不均、贫富差距过大的现象。基层医疗卫生机构的信息化经费主要为自筹，政府拨款很少，这样一来，其卫生信息化经费的投入就出现了较大差异。拿医院来说，尽管卫生部出台了有关医院卫生信息化建设的规章制度，要求医院信息化经费由自己承担，但到目前为止，除《医院信息化建设规范》外，尚无其他配套政策制度，以至于有较高比例的医院对卫生信息化建设不够重视，或者没有相应经费进行卫生信息化建设。这就导致各地区卫生信息化发展水平更加不均衡。重庆市开展的一项对辖区内卫生机构信息化抽样调查发现，卫生机构信息化投入平均不足 22 万元，其中县级以上医院平均不足 40 万元。投入经费中，上级拨款占 7%、专项项目占 25%、自筹占 68%；县级以上医院信息化的投资费用占单位总经费的比例不足 1%。^③

卫生部卫生监督中心 2006 年的调查结果显示，中国卫生监督机构信息化经费普遍短缺，从省级卫生监督所信息化经费投入状况来看，卫生监督信息化建设经费投入不足 10 万元的有 18 家，每年运行费用平均不到 3 万元，而信息化工作开展正常的省级卫生监督机构投入的设备和软件经费都在 100 万元以上，每年运行维护经费在 10 万元以上。部分省份还没有卫生监督信息化建设的经费投入。

此外，中国卫生信息化投资结构不合理和投入产出效益不高的问题也比较突出，存在着“重应用轻研发、重硬件轻软件、重建设轻运维、重当前轻长远、重投入轻效益”的问题。特别是在运营与维护方面缺乏有效的保障机制，经费不足，人员不到位，制度不健全，这必然影响卫生信息化建设的应用效益和可持续性发展。

有学者对卫生信息化建设的主阵地——中国国内外医院信息系统建设的费用

^① 参见谭啸：《区域卫生信息化：开弓没有回头箭》，《计算机世界》2010 年 10 月 15 日。

^② 参见谭啸：《区域卫生信息化：开弓没有回头箭》，《计算机世界》2010 年 10 月 15 日。

^③ 孙安龙等：《重庆市卫生机构信息化现状调查》，《重庆医学》，2005 年第 4 期。

分配比例做了分析对比，结果显示：中国医院 HIS 建设费用主要花在硬件投资上，大约占总费用的 80%以上，而软件与人员投资之和占总费用比例不到 20%。^①在软件和人员方面的低投入造成的严重后果就是软件质量粗糙、软件维护困难等问题，这严重制约了医院信息化的发展。此外，资金的使用效益也不尽人意，利益驱动、假冒伪劣、贪污腐败、低水平重复建设、损失浪费等现象令人触目惊心，严重地削弱了资金的使用效益。

还有学者则不无担忧地指出，中国各区域卫生信息化投资规模动辄数千万元到亿元不等，各级财政支持的力度日益加大。在卫生信息化终于显得“不差钱”的时候，如何花好钱，却成为考验各级卫生行政部门的重要难题。有些地方手里攥着钱，却不知道如何花、如何见效益，担心把手里的钱打了水漂。^②

六、发展不平衡是区域卫生信息化发展的短板

多年来受经济社会发展和卫生政策影响，中国医疗卫生资源配置呈现严重不均衡态势。这种不均衡同样表现在卫生信息化方面：各地卫生信息化建设发展水平差异巨大，社区医疗机构、县乡以下医疗卫生机构、一些民营个体医疗机构普遍存在薄弱环节，制约卫生信息化发展的瓶颈问题还没有从根本上得到解决。具体表现在：东部沿海地区医院信息化水平高于中西部；城市中医院、卫生管理部门等集中，加之城市网络等基础设施优越，医疗信息化水平也远高于乡村。据卫生部统计信息中心 2007 年对全国 3765 所医院的医院信息化现状调查资料表明，以费用和管理为中心的全院网络化系统应用已经超过了 80%，说明 HIS 系统普及率已达到较高水平，但只有小部分医院发展成更先进的面向临床工作的医院临床信息系统，只有少数大型医院信息化程度符合区域信息集成的要求。^③医疗文档共享是医疗信息共享的核心内容，中国居民健康档案尚处于起步阶段，居民健康档案建档率不高，这也将影响区域医疗信息共享进程。

小 结

^① 参见何雨生：《美国医院信息化情况调查与分析》，《首都医药》2004 年第 8 期。

^② 参见谭啸：《区域卫生信息化：开弓没有回头箭》，《计算机世界》2010 年 10 月 15 日。

^③ 参见赵宁，金新政：《区域卫生信息系统集成化探讨》，《中国卫生质量管理》，2009 年第 4 期。

新医改为卫生信息化建设提供了前所未有的机遇和挑战。在新医改的推动下，中国卫生信息化建设走上了一条从无到有、从小到大、从被忽视到受重视的发展之路，取得了显著的成绩。但是，对照深化医药卫生体制改革的目标要求，中国卫生信息化建设尚处于探索阶段。本章最后借助于第二章的“协同治理”理论，较为深入地分析了目前中国区域卫生信息化发展中存在的主要问题及其原因。

第四章 政府主导的中国区域卫生信息化发展路径：历史、现实与争议

区域卫生信息化建设内容庞杂，既是一项非常复杂的系统工程，也是一个各利益主体的联合体，其各个组成部分，政府、医院、市场和公众都能在其中找到利益点和兴奋点。他们若能形成较好的合力，就能顺利推进区域卫生信息化的进程，反之，则会成为阻碍因素。因此，本章主要探讨区域卫生信息化中的各利益主体及其利益，进而探讨政府主导模式的成效与问题，以期走出区域信息化的误区摸清地盘。

第一节 区域卫生信息化中的各利益主体

众所周知，任何利益主体的行为，首先要满足改善自身利益状况的需求。区域卫生信息化建设也不例外，各利益主体谁也不会一开始就想着满足别人的需求。每个主体都有自己的利益，要达成一个共同的目标很不容易。因此，搭建跨组织、跨地域的区域医疗信息网络，最重要的是各参与者能达成共识，确定主导力和驱动力。各参与者投入了时间、人力和金钱，就必须取得各自应得的收益，否则后劲难以持久。在此，我们有必要先厘清区域卫生信息化中的各利益主体。

如第二章所述，在政策科学领域，人们普遍认为，“利益相关者”的分析方法是一个逻辑性很强、规范性很严密的应用程序，它可以为驾驭政策改革中的政治复杂性提供非常实用的思路与分析手段。概而言之，利益相关者理论是一种对公共政策中的利益进行分析而且颇有成效的分析方法。

借用该理论的思想与方法，我们发现中国区域卫生信息化建设中存在政府、医院、患者以及企业等核心利益相关者，他们之间存在着不同的利益诉求以及争取自身利益的行为选择。各利益主体之间为了各自利益最大化存在着非合作博弈行为。类似的非合作博弈会导致个体理性与个体理性、个体理性与集体理性之间的冲突，造成利益总量的“漏损”。而只有通过合理的制度安排，促使各利益相关者进行“无限重复博弈”，各方才有望达成合作，减少冲突。

一、政府

自新中国成立至今，政府一直是城乡医疗体制改革的主要推动力量。无论是政策的制定、推行，还是最后绩效的评判，政府都在起着主导的作用。所以，对政府的具体分析就显得尤为重要。

作为推动中国医疗体制改革强制力量的政府，其预期收益可以分为经济收益和政治收益。所谓经济收益，主要包括经济持续稳定地增长，人民生活水平稳步提高以及物价稳定、充分就业等指标；所谓政治收益，则主要包括当权者的升迁、威望的提升、政局稳定、当权者自我价值实现的心理满足等因素。与之相适应，预期成本应当也包括经济成本、政治成本。

1. 区域信息化建设有利于推动经济发展

“经济工作是当前最大的政治，经济问题是压倒一切的政治问题”，^①“不改革开放，不发展经济，不改善人民生活，只能是死路一条。”^②在当前以经济建设为中心的大背景下，经济利益是政府不能不重点考虑的因素。从积极的意义来讲，包括区域卫生信息化在内的新医改，通过刺激投资需求和消费需求，增加实物资本与社会投资，拉动经济增长；通过作用于人力资本，提高人力资本的数量与质量，推动经济增长；通过降低劳动力成本，提高企业的活力与竞争力，促进经济增长。

实践表明，医疗体制的良性运转对经济发展起着极为重要的作用。自上个世纪末以来，中国一直面对着经济高速增长和内需相对不足的矛盾。虽然政府采取了一系列扩大内需的政策，但收效甚微，与此形成鲜明对比的是，从 1998 至 2002 的 5 年间，城乡居民储蓄存款余额增长达 62.7%，平均每年递增 17.1%。中国人民银行曾于 1996 年起 8 次下调人民币存款利率，并由 1999 年 10 月开始征收利息税。^③然而这些都没能遏制储蓄的高增长。在收入分配体制、社会保障体制、价格体制、教育体制以及金融体制等方面改革深化的背景下，居民更多地面临未来收入与支出不确定性，由于原有福利制度的解体和社会保障制度的尚未完全建立健全，迫使大多数城市居民要通过储蓄方式来应对不确定性。由于医药类消费具

^① 邓小平：《关于经济工作的几点意见》，《党的文献》1994 年第 6 期。

^② 邓小平：《邓小平南方谈话：在武昌、深圳、珠海、上海等地的谈话要点》，北京：人民出版社，2004 年。

^③ 参见李健：《中国消费率持续下降主因：国民收入分配失衡》，《经济研究信息》2006 年第 2 期。

有不可预期性，加之医患信息具有不对称性，绝大多数未享受健全医疗保障的消费者有了较高预防性动机的储蓄倾向。这其中，低收入群体的预防性动机尤为强烈。因此，政府迫切需要建立起一个较为完善的医疗保障体系，包括建立区域医疗信息体系，以期起到减少居民预防性储蓄、扩大内需的积极作用。

长期以来，中国政府对公共医疗上的投入严重不足。2000年中国人均卫生经费仅为世界平均水平的1/20，在卫生总费用中，政府与个人负担比例是39.4:60.6(世界平均是61.8:38.2，最不发达国家是59.3:40.7)。^①但中国卫生服务的供求缺口是巨大的，医疗市场是中国为数不多的需求旺盛的市场。由政府加大投入提高供给，不仅可以弥补供需缺口缓解矛盾，也会对GDP的增长作出贡献。在此过程中，政府所要支付的经济成本是适当增加对医疗资源的投入，分配和管理医疗经费的医疗保障提供部门、机构或团体的行政支出，如建立医疗监督机构，立法的费用和相关工作人员的工资等。

目前中国年均的医疗费用上涨幅度达14%，而近几年全国物价上涨指数，不过是3—5%之间。医疗费用的上涨幅度比平均物价的上涨幅度高出10个百分点左右。即使与中国GDP的增长相比，也要高出近5个百分点。^②这表明，中低收入患者身上的医疗负担沉重，除非有区别对待的相关措施得以实施，否则其医疗负担会越来越重。一旦改革成功、政绩显现，政府威望将得以提升，并赢得广大人民群众的支持与拥戴。这将不仅促进政府形象的改善、提升政府官员晋升的机会，而且会在一定程度上缩减经济成本的支出。更为重要的是，在一个有着稳定局面的社会中，经济运行的交易成本和不必要的维稳费用会大大节省。

2. 区域信息化建设有利于增强政府的政治合法性

在当下的中国，包括区域卫生信息化建设在内的新医改，其政治效应是不言而喻的，其成败甚至关乎社会的稳定乃至政权的巩固。近年来，关于医改的政策接二连三地出台，从中我们可以看到政府对医改问题的高度重视。政府为什么要高度重视医改呢？从表面上看，原因在于医改关乎经济增长，关乎社会民生，但究其根本，医改是一个关乎政权巩固的政治问题。

医改对政权巩固的重要影响，主要是通过其作用于社会民生，进而作用于政治合法性而体现出来的。所谓政治合法性，是指一个政权能够让被统治者认为是正

^① 《药厂、药商、医院谁是药价高企的罪魁祸首》，《中国经济周刊》2005年第23期。

^② 参见曹蓉：《对中国医疗体制改革的思考》，《当代经济》2007年第12期。

当的、合乎道义的，从而自愿服从或发自内心认可的能力与属性。政治合法性的主要体现是社会公众对政治系统的服从、认同和忠诚。任何一个政党，在掌握政权之后，为巩固并保持其长期执政地位，必须不断寻找具有说服力的长期执政的理由和依据，这些理由和依据便构成了政治合法性的基础。

就中国政治的合法性基础来说，1978 年以来，随着政治、经济、文化的发展和社会的变迁，传统的以意识形态和个人魅力为基础的合法性面临重大挑战和困难，政治稳定急需新的合法性基础。中央审时度势，在合法性建设上从原先的重意识形态和个人魅力转向强调以经济增长为主要内容的有效性。改革开放以后，我们以经济建设为中心，高度重视国民生产总值的增长速度，显然不是单纯出于从经济原因做出的部署，而是着眼于政治合法性建设，着眼于政权巩固的需要。

著名政治学家亨廷顿提出了“政绩困局”的概念，这里的“政绩”指的是经济增长方面的政绩。亨廷顿认为，如果一个国家单纯地把政治合法性建立在经济增长的基础上。那么如果经济增长率低，毫无疑问，政府的政治合法性将受到质疑，政治稳定将受到威胁，政府与执政党就要下台。但是，如果经济增长率高，民众很可能就会关注其他问题，比如公平、民主、自由等等，而这些是那种把经济增长作为惟一合法性来源的政府所根本无力解决或提供的。所以，单纯关注经济增长的政府与执政党迟早也会丧失其政治合法性。^①比如，一个国家经济增长很快，但是存在严重的贫富分化现象，基尼系数远远地超过了警戒线，这样的社会是不稳定的社会，政府与执政党的合法性也存在问题，尽管它的经济增长率很高。

在这种情况下，医改就通过民生途径，即社会建设，作用于政治合法性，维护政治稳定。成功的医改通过完善医疗制度，能够缓解“看病难、看病贵”，阻止城镇贫困居民与大部分农村居民因病返贫、因病致贫的势头，减少医患纠纷，遏制医患冲突，杜绝假药的泛滥，防止医疗机构的趋利现象，树立良好的社会风气。这一切都能缓和社会矛盾，营造和谐社会的氛围，增强执政党的合法性，稳定政治体制。

如今，医疗、教育与住房被比喻为“新三座大山”。“新三座大山”的出现，对执政党来讲，既是一个挑战，也是一个机遇。如果执政党不能把“新三座大山”铲平，不论中国的经济以多快的速度增长，其政治合法性都将受到严重的削弱。

^① 参见亨廷顿：《第三波：20 世纪后期民主化浪潮》，刘军宁译，上海：上海三联书店，1998 年。

相反，如果执政党能铲除以医疗为首的“新三座大山”，执政党的凝聚力必将进一步加强，其政治合法性也必将获得新的诠释。因此，从这个意义来看，包括区域信息化建设在内的新医改本质上是一场由执政党自上而下发动的，旨在促进经济增长、解决民生问题，最终维护政权巩固的革命。

由以上分析可见，政府推动医疗体制改革有巨大的实际利益，这使得由政府来牵头推动医改成为可能。

二、医院

医院既包括公立大医院，也包括社区诊所，还包括私立医院。从理论上讲，区域卫生信息化对各类医院的发展都是极其有利的，一方面，群众对医疗质量的要求不断提高，医院需要满足更人性化的服务，而医院本身信息共享、办公自动化也早已是大势所趋；另一方面，医院自身也认识到信息化建设不仅能够提高医院综合效率，更能为医院节省资源。但《中国计算机报》对全国 31 家医院的信息中心主任进行的调查结果表明，在医院推广区域卫生信息化是非常艰难的，而艰难的首要原因是医院缺乏动力。^①在不同医疗机构之间，存在竞争和比较优势。部分大医院为垄断患者资源，拒绝承认其他机构的技术化验结论，拒绝与小医院分享患者信息。最想参加区域卫生信息化的是小医院，但它们力量有限。这其中涉及的还是利益问题。

本文以放射科的医技资源为例，来探讨医院之间的利益纠结与冲突。众所周知，放射科的医技资源在中国是非常紧缺的。尤其在基层医院，人们花了钱拍片子，病情稍为复杂些，医生不能确诊，就会建议去求助上一级医院。等病人到了所谓上级医院，免不了又是重复花钱，而上级医院上面还有上级医院，如果病情一直无法确诊，就意味病人只能不断往里掏钱。除了放射检查，还有各种各样重复的身体检验，这一来二去便成了一种明规则，而规则背后是长期以来的一种复杂的利益纠结。

笔者在调研过程中曾遇到一位 60 余岁的老年男性患者，他抱怨说：

人过了 60 岁就不中用了，时不时地就要跑医院，费钱不打紧，关键是太

^① 《区域医疗信息化道远且艰》，比特网，2010 年，<http://do.chinabyte.com/106/11407106.shtml>，2012 年 8 月 8 日可访问。

麻烦，老伴现在一提上医院头就疼。我这慢性支气管炎，跟我有五六年时间了。这些年，我拍的片子（肺部X片）堆在床底下，都有好几摞。每次去医院，我都得拎着这些片子去找医生，苦不堪言啊！^①

老人不无期待地说：

听说有的地方足不出户就能解决大部分的看病问题，什么时候轮到我们就好了。^②

老人所期待的就是区域信息医疗化建设，要推进此项建设，最核心的一个前提，就是全国医疗体系之内的信息充分共享。随着电子病历的日渐升温，尤其是新医改方案中提到的将来要实现医院与社区的双向转诊，建立公立医院的医保补助体系，以及建设全民健康档案，所有这些问题都必然导致对信息共享的需求越来越强烈。充分的信息共享，不仅能进一步缓解看病难问题，而且还可以减少一些边缘性费用，从而降低老百姓的医疗费用。

对于医院来说，有了一个区域的影响系统之后，不仅免去了通常一个医院各自搞一个系统的重复建设费、多个IT部门的人力成本费和维护费，而且对于医院来讲，夜晚值班不必每个医院都留人，只需区域医院管理中心设立一个总值班室即可，中国放射科的医技资源本来匮乏，这样则可以帮助医院更好的整合资源。在医院节省成本的同时，病人也可以不用再重复的花钱拍片，而随着一个区域内优质医生资源的优化整合，还可以通过上一级医院的会诊及时帮助基层医院纠正过去容易误诊的病例。

但是，随着信息流的厘清和疏通，必然会逐渐触及医疗卫生体系几十年来积淀下来的最深层的问题。共享门信息共享既是老问题，也是新问题。首先，信息共享的前提是各医疗机构的信息化水平要求比较高，而且发展相对平衡。而现实的情况是，以北京地区为例，全市共有各级各类医疗机构5000多家，而这些机构在规模和水平上都参差不齐。不仅各个区域之间信息化水平有很大落差，而且同一区域的三级医院、二级医院以及社区医院各级医院之间发展也不平衡，即使是同为三甲医院，有的临床信息系统做得比较好，而有的是电子病历系统稍微超前，各自同一系统的发展水平也不一样。

其次，长期以来，医院信息化基本都由各医院自行投资建设，政府对医院信息

^① 访谈资料：GDGZ20110625S。

^② 访谈资料：GDGZ20110625S。

化建设关注较少，缺乏统一协调管理和规划，造成医院信息化建设各自为政、重复建设和分散建设。这种情况不但造成了极大的资源浪费，而且各医院以满足自己应用为主，因而缺乏统一的行业标准。

笔者熟知的一位北京卫生行政主管部门的朋友如是解释说：

医院系统实在太复杂了，每个医院都有各自开发的版本，后期要做信息系统改造，麻烦不小啊！工作量艰巨繁重就不说了，还得重新投钱吧，这个数目可不小，这笔账怎么算，算到谁头上？还有，各医院隶属不同的主管部门，我们政府很难统一管理啊！比如，同是三甲医院甚至属于同一个区，但是北医三院隶属于北京大学，301医院归属部队，而铁道医院属于铁道部管，海淀区卫生局对它们只有执法监督权。

你要问原因，我个人的感受是，多年来医院之间的信息不畅，与医院自身对这个问题的不重视当然是有关系的，当然，政府也做得不好，因为相关部门缺乏统一规划，主要应该是经费不足的问题，造成医疗信息化的行业标准落后。

①

再次，利益重新分配信息共享必然牵涉到对整个医疗行业内利益链的重新改写和利益的重新分配。比如，一张CT片的正常流动转诊，其中可能就会涉及医院与医院之间的转诊，以及医院与社区服务单位之间的双向转诊，转出去的医院可能就意味病源的流失，而对于接收方则表示少收了一笔放射费。影像资料的转诊业务还相对简单，如果要实行病人诊疗信息的输入和输出，就更难。这些诊疗信息包括病人的用药史、过敏史以及以往处方和病历等详尽资料，背后涉及的信息系统范围非常大，也非常复杂，而且涉及的各科医生的工作也绝非易事，这一切组合叠加在一起已经构成了一所医院的核心竞争力，要转谈何容易。中国卫生部曾于2006年发文要求医疗机构间开展医学检验、医学影像检查的互认，不少地方已经实行了检验结果的互认，这为推动将来的转诊和信息共享打下了良好的基础。

最后，中国一直沿用的、运用最广泛的按服务项目付费的方式，属于后付制。这种支付方式容易导致诱导需求和过度医疗服务的出现，不利于控制医疗费用和卫生总费用。从各国的医疗实践来看，按服务项目后付费的方式是造成医疗费用上涨过快的制度原因之一。诊断相关组预付费制度（DRGs-PPS）是目前世界公认

① 访谈资料：BJ20120321B。

的较为先进的支付医疗费用的方式，即按诊断相关分类定额预付。这种方式通过统一的疾病诊断分类的定额支付标准的制定，根本性地改变医院的收入方针，使医院失去了定价和收费的自主权，即从最大限度地增加收入变为按规定标准收取费用。随着医院的收入开始受到限定，自然会更主动、更积极地去控制支出，而节约成本的有效途径之一，就是引入共享模式，这就需要以更开阔、更长远的眼光来对待有利益分配的问题。目前，中国卫生信息化发展极不平衡，且各个医院自行建设，标准不一。比如，就诊卡就是一家医院一张卡，不能互通，所以人们去不同医院看病的时候，要拿不同的卡。新医改把信息化作为重要支撑，给卫生信息化带来巨大发展机遇。

三、患者

一般来说，患者到医院购买服务的同时，医患之间即形成了一种委托—代理关系，同时一项契约立即生效。但是，这往往不是一项简单的契约，而是由于不对称信息带来的不完全契约。即由于患者对自身病情的信息弱于医生，医生对病情的实事求是程度也无法观察。患者没有增加这种信息的来源，无法对医生行为进行有效监督。在这种情况下，患者只能听从医生的诊断。在没有约束条件时，医生会以自身利益最大化为目标。医生达到此目标的手段往往也比较单一，就是增加药费和诊疗费。换言之，由于其独有的专业性，医疗市场俨然成了一个典型的卖方市场。在卖方市场上，卖者和买者的地位差别非常大，卖方是支配者，买方是受支配者。根据卖方市场的一般特点，高位价格是它的核心。短缺的供给和过量的需求直接接受高位价格的调节。虽然不能说高位价格对卖方总是有益，但是对买方肯定是无益的。对高收入群体来说，如果高昂的药价还可以勉强接受的话，那么对低收入患者来说，实在难以承担。公开数据表明，生病未就诊、未住院且未采取任何治疗措施的患者中，有 38.2%是由于经济困难；应该住院而未住院患者中，70%是由于经济困难。城乡低收入人群应住院而未住院的比例达到了 41%，远高于一般收入人群。^①基于患者与政府对自身利益的维护，自然成为医疗体制改革的推动力量。但是我们必须清醒地看到，患者的地位总处于弱势，力量有限。

^① 卫生部统计信息中心：《2008 年中国卫生改革与发展情况》，卫生部办公厅网站，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s6690/200902/39109.htm>，2012 年 8 月 8 日可访问。

四、市场

这里所说的市场，主要是指各类医疗机构以及各类与之相关的 IT 企业。经济学常识告诉我们，任何一家企业都是以盈利为目的的，而公司是企业的重要组成部分。在成本既定的情况下，为了使厂商的利润实现最大化，根本途径就是争取收益最大化。各类医疗机构会展开充分的竞争，争取更多来自医保的支付，从而提高其工作人员的待遇，并实现发展壮大。

中国卫生信息化建设在国家信息化进程中虽不居于领先地位，但由于卫生事业关系到社会全体居民健康利益，因而卫生信息化的发展备受社会关注。发达国家卫生信息化为 IT 厂商创造了巨大市场利润空间。随着中国经济的发展和居民生活水平的提高，中国卫生领域信息化市场已经引起众多厂商的关注。特别是随着新医改方案出台，医疗市场仿佛被注入了一剂强心剂，极大的刺激了资金的投入。8500 亿元的投入无疑是个大蛋糕，但最后落到信息化的只有一小块，而区域医疗应该是其中最大的一块，因此竞争也最为激烈。和以往医疗行业信息化主要由技术和应用需求推动不同，现在的区域卫生信息化显然是由政策拉动的市场。

作为支撑深化医药卫生体制改革“四梁八柱”的“八柱”之一，建立实用共享的医药卫生信息系统被明确纳入新医改方案中。近年来，IT 技术的发展、医改政策的倾斜，使得医疗信息化行业在中国如雨后春笋般成长，各大 IT 厂商纷纷加入，每家都想分一杯羹，但是由于竞争激烈，更使医疗 IT 市场发展呈现白热化趋势。

经过多年的大浪淘沙，“老”IT 企业早已历经生死考验，这个行业面临着一个共性的问题：大而不强。在行业资源整合的热潮中，医疗 IT 市场正面临新一轮洗牌，谁能把握住医疗行业的复杂性，谁才能继续生存下去。

虽然中国医疗信息化起步不晚，但供应商数量众多、鱼龙混杂的现实仍不可避免。一直以来，国内医疗信息化市场活跃着为数众多、规模不等的系统供应商。其中，硬件系统供应商相对集中，而软件系统供应商则比较分散。所提供的产品在价格、系统可靠性等方面存在差别明显。

在医改实施之前，多数企业都是艰难度日。由于在国内存在着大量规模不等的中小软件企业，他们推出的医疗信息化产品功能简单实用，价格比较低廉，使得很多实力强大的企业难以做大、做强。

以著名的方正众邦为例，作为方正在急速扩张期中出现的公司，其虽然得到了北大系统多家医院的支持，但却在低价格和高要求的双头夹击下近乎夭折。虽然后来方正众邦得到了北大方正集团的大力注资，但其用户仍被其他厂家蚕食，该公司走向了没落，虽后来经历过整合，但客户依然不多。

而方正众邦的尴尬正显现出中国医疗信息化长期存在的难题。目前，全国有几百家专业从事医疗信息化的 IT 厂商选择偏安一隅，有很多不知名的公司在区域市场颇有建树，但业务面向全国的公司却难有作为。国内医疗行业和其他行业的一大区别是区域特点特别明显，真正在全国做得好的公司很少。

随着新医改的启动，让很多公司看到了希望。他们普遍认为，现在的机会比以前多得多，不仅总体投入规模大了，与以前类似的项目，回报也更大。虽然大家都看好这一市场，但并没有很多企业大规模地进军外地市场，或者大规模地推动并购。显然，医疗信息化明显的地域性使各公司在 IT 技术上的优势很大程度上被削弱。如英特尔、微软、IBM 等公司，虽然大规模地进军中国市场，但并没有取得应有的进展。

卫生部在“十二五”信息化规划中已经明确指出，目前信息化亟待解决的问题是：“由于健康管理和卫生服务本身固有的特殊性和复杂性，卫生信息化发展整体水平相对落后于其他行业，目前仍存在着一些问题。主要表现在：缺乏顶层设计和信息标准，信息孤岛和信息烟囱问题突出；组织机构建设滞后，专业技术人员匮乏；政府投入不足，缺乏资金保障和激励机制；卫生信息化建设发展不平衡；卫生信息化法制建设滞后等。”^①诸多问题的存在，使得医疗卫生信息化好像是一个沼泽地，很多厂商进入的时候，越挣扎越陷入其中。一方面，多数大型医院处于强势地位，其对 IT 厂商的要求，主观意识比较强，如果 IT 厂商把握不好这个度，成本会不断提高。另一方面，医疗行业本身的业务流太过复杂，电信、金融的系统看起来很庞大，但业务非常清晰，医院系统相对复杂，因为医疗卫生信息系统面对的是人，是个体，不像制造业信息化的对象那么简单。因此，医疗信息化的关键点是解决以往信息系统存在的问题，只有破解以往信息化的难点，企业才能够获得应有的商机。

^① 《2011~2015 年卫生信息化发展规划及下阶段工作重点》，《中国信息界·e 医疗》2011 年第 1 期。

案例 4-1 医疗卫生信息化的 IT 战国 谁有秦王相

卫生部卫生信息化专家组首席专家李包罗教授认为,在医疗 IT 厂商的“战国”中,要想成为秦王,“最重要的是要有一个正确的技术路线”。他解释说:“正确的技术路线会导致你的产品在市场上的份额越来越大,导致将来能够真正做成中国的医疗卫生信息化的航空母舰。”

“正确的技术路线”是每个关注医疗的 IT 厂商都在探索的。而它们的“参考资料”最重要的就是国家卫生信息化“十二五”规划提出的“35212 工程”,即:“十二五”期间,我国将重点建设国家级、省级和地市级三级卫生信息平台,加强信息化在公共卫生、医疗服务、新农合、基本药物制度、综合管理五项业务中的深入应用,建设电子健康档案和电子病历两个基础数据库,建设一个医疗卫生信息专用网络,逐步建设信息安全体系和信息标准体系。

积极参与到卫生部确定的医改试点中,对医疗 IT 厂商来说是技术路线探索的过程。而试点也需要有实力的 IT 厂商提出建议和咨询。

两次医改的试点城市镇江正在进行“健康镇江”的改革。“健康镇江”内容包括三医联动的平台、五项重点纽带、六个突破的支撑。

镇江市卫生局局长林枫认为“健康镇江”有很多需要解决的问题,而信息化对于“健康镇江”的实现意义非常大。“三医联动的平台是指医疗、医保、医药。医疗、医保、医药能分开吗?现在分了三个部门管理,其实是不能分开的,但是现在到不了一起去,这就是我们的痛苦。法国都是一个部门管,劳动跟卫生是一个部门。镇江在这样的大环境下怎么做呢?我们把前面和后面切开,医疗支付部分从劳动保障部门切出来,切到卫生部门来管理。它是医疗费用的主要来源,是医疗机构的主要补偿手段,是调控医院的主要指挥棒。当你没有这个指挥棒的时候,就要用财政费用来调动医院的积极性。用什么办法来调动就是个问题。所以三医联动需要一个共同的平台,而不是三个平台,但是我们确实在构建三个平台,这就是我们的问题。如果信息化不解决这个问题,怎么能让三医联动起来呢?”

镇江在医改信息化领域也有许多创新。比如,镇江是某跨国厂商的大机在中国医疗市场卖出的第一单。在医疗领域采用大机很少见。

“可以说冒着风险用大机,因为健康数据需要保存的时间更长。”镇江卫生

局局长林枫笑言，“人家都用小机，我们为什么用大机呢？因为健康数据是人类所有数据中间应该保存的时间最长、最为重要的数据，所以应该选择最可靠的存储器，所以应该选择处理能力更为优秀的设备，这就是基本观点。”

但是试点成功，也不一定就意味着复制时就会成功，毕竟各个地区情况不同。“厂商觉得在产品研发上花了很多钱，或者在很多用户那比较成功的，想要简单的拷贝，其实远不是那么回事。”姜跃滨说。

“什么要引领我们医疗卫生信息化的技术方向？就是我们现在所看到的这个平台，云计算是我们下一代医疗卫生信息系统的平台的平台。”李包罗指出，在云计算上的成功与否决定了医疗 IT 厂商的未来如何。因此云的解决方案也是医疗 IT 厂商推向医疗卫生领域的重点。

对于谁会成为市场上的“秦王”，用友医疗总裁吴晓东回答本报记者说：“这得交给市场。对用友来讲，我们不是非得要做秦王，不是非得一统天下，我们进入到这个领域里面来的时候，我们就说就是要合作，这个市场一家绝对拿不下来。”

“我希望耳朵里面尽早听到有厂商可以拿到 6 亿元，到那个时候稍微安心一点说‘中国医疗卫生信息化的市场已经开始成熟了，不再是春秋时期了，起码秦王已经出现了！’”李包罗说。

资料来源：《医疗卫生信息化的 IT 战国 谁有秦王相》，

载《中国计算机报》2011 年 5 月 10 日。

第二节 政府主导：一种价值观念的历史变革

政府行为是一种价值创造的活动，也是一种价值选择的活动。政府的医疗卫生行为选择总是受一定时期价值观念的支配。这种价值观，是政府对于医疗卫生事业的认识和评价及在此基础上所确定的行为取向标准，是政府价值意向和行为习惯的综合。从总体上看，中国政府关于医疗卫生事业的价值观念经历过几次大的变革，它与中国当时的社会经济背景有着密不可分的关系。

一、计划经济时代：坚持以公正、权利与效益为目标

在计划经济时代，公正、权利与效益是中国卫生事业的主要目标。早在建国之初，新中国就确立了医疗发展的原则，1954年宪法明确规定国家有责任保护公民的健康。1965年6月26日，毛泽东主席批评卫生部是城市老爷，不考虑农村人口的健康问题：“告诉卫生部，卫生部的工作只给全国人口的百分之十五工作，而这百分之十五中主要还是老爷。广大农民得不到医疗。一无医，二无药，卫生部不是人民的卫生部，改成城市卫生部或城市老爷卫生部好了。”^①1968年，毛主席又批示推广湖北省长阳县乐园公社的合作医疗经验。

在“公正、权利与效益”的价值观念指引下，到1980年，中国农村约有90%的生产大队（行政村）实行了合作医疗，形成了集预防、医疗、保健功能于一身的三级（县、乡、村）卫生服务网络。这个网络，除了51万正规医生外，拥有146万不脱产的生产大队赤脚医生、236万生产队卫生员、还有63万多农村接生员。中国农村的这次卫生革命基本上实现了“小病不出村、大病不出乡”的目标，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。

②

二、改革开放以来：探索医疗卫生市场化，积极追求经济价值^③

1978年后，随着农村家庭联产承包责任制的实行，拉开了中国30年改革的序幕，一方面为医改提供了动力，另一方面经济体制改革深刻影响中国社会的发展，不断为卫生事业提出新的要求。中国的医疗机构在计划经济时代原本是公益性的，但改革开放却使得整个医疗卫生体制开始转向市场化导向。虽然关于医疗体制改革，中央政府从来没有说要“市场化”，卫生部的措辞也都是“适应市场经济”。

1978年党的十一届三中全会提出全党工作重点转移到现代化建设上来，卫生部门也以此作为契机开始加强对卫生事业的管理。1979年，时任卫生部部长钱信忠在接受采访时提出“运用经济手段管理卫生事业”，全国卫生厅局长会议提出“卫

^① 毛泽东：《对卫生工作的指示》，转引自徐俊忠：《1965年毛泽东三次关于医疗卫生工作的谈话》，载《南方日报》2011年9月4日。

^② 世界银行：《中国：卫生模式转变中的长远问题与对策》，北京：中国财政经济出版社，1994年。

^③ 本节相关数据与资料，除特别标明外，主要来自于王虎峰：《我国卫生医疗体制改革30年》，载邹东涛主编：《中国改革开放30年（1978—2008）》（发展和改革蓝皮书），北京：社会科学文献出版社，2008年；以及胡其峰：《要把“民”字摆中间——三十年医改历程回眸》，载《光明日报》2009年4月10日。

生工作重点转移到医疗卫生现代化建设上，建设全国三分之一重点县”。同年，卫生部等三部委联合发出了《关于加强医院经济管理试点工作的通知》。接着又开展了“五定一奖”和对医院“定额补助、经济核算、考核奖惩”的办法，并展开了试点。传统医院管理的弊端在这一阶段逐步显露出来，随后加强医院管理的政策相继出台。1981年3月，卫生部下发了《医院经济管理暂行办法》和《关于加强卫生机构经济管理的意见》，开始扭转卫生机构不善于经营核算的局面。在此基础上，1982年卫生部颁布《全国医院工作条例》，以行政法规形式明确了对医院相关工作要求。

在加强对医院管理的同时，也开辟了医疗主体多元化的先河。1980年，卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》得到国务院批准，这为转变国有、集体医疗机构一统天下，形成多种所有制形式并存的医疗服务机构奠定了基础。同时，也一定程度上弥补了国家对医疗资源投入的不足，促使国有医院的改革更加顺利地进行。

1985年号称“中国医改元年”，是年，中国正式启动医改，核心思想是放权让利，扩大医院自主权，即开展所谓的“公共身份、私人行为”的医疗实践。标志医改启动的事件主要有两个：一是1985年1月召开的全国卫生局厅长会议，贯彻中共十二届三中全会《关于经济体制改革的决定》精神，部署全面开展城市卫生改革工作；二是同年4月，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》（国发〔1985〕62号文），该报告提出：“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好”，由此拉开了医疗机构转型的序幕。若究其实质，报告的核心思路无非是放权让利，扩大医院自主权，改革的手段明确是“给政策不给钱”。这其实等同于“让医院自己赚钱，自己养活自己”，其效用就是让医院营利化。^①

为了推动改革的顺利进行，1985年8月卫生部下发《关于开展卫生改革中需要划清的几条政策界限》，作为更好贯彻62号文的补充性规定。1989年国务院批转了卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》（国发〔1989〕10号文），文件提出五点：第一，积极推行各种形式的承包责任制；第二，开展有偿业余服务；第三，进一步调整医疗卫生服务

^① 曹永福：《我国医药卫生体制改革的价值取向及其实现机制研究》，山东大学博士论文，2011年。

收费标准；第四，卫生预防保健单位开展有偿服务；第五，卫生事业单位实行“以副补主”、“以工助医”。其中特别强调“给予卫生产业企业三年免税政策，积极发展卫生产业”。这个文件进一步提出通过市场化来调动企业和相关人员积极性，从而拓宽卫生事业发展的道路。

1988年11月，国务院发布卫生部“三定”方案(即定职能、定机构、定编制)。这一方案确定了卫生部的基本职能，要求对直属企事业单位由直接管理转向间接管理。1989年11月，卫生部正式颁发实行医院分级管理的通知和办法。医院按照任务和功能的不同被划分为三级十等，这一办法能更客观地反映医院的实际水平，同时也有利于医院在政府的控制下展开有序的合作和竞争。

1991年，全国人大第七次会议提出了新时期卫生工作的方针：“预防为主，依靠科技进步，动员全社会参与，中西医并重，为人民健康服务，同时把医疗卫生工作重点放到农村。”这可以看作是对这一阶段卫生政策的高度总结。

1992年9月，国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》，卫生部贯彻文件提出的“建设靠国家，吃饭靠自己”的精神，卫生部门工作会议中要求医院要在“以工助医、以副补主”等方面取得新成绩。但许多医院不仅没有“以副补主”，转而“以医求利”，甚至为了利润最大化而损害患者利益。要言之，这项卫生政策刺激了医院创收，弥补收入不足，同时，也影响了医疗机构公益性的发挥，酿成“看病问题”突出，群众反映强烈的后患。

2000年2月，国务院公布了《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》。意见确定了“鼓励各类医疗机构合作、合并”，“共建医疗服务集团、盈利性医疗机构、医疗服务价格放开，依法自主经营，照章纳税”等条目。2003年卫生部政策法规司的主管官员在全国政协举行的一次医改研讨会上表示，在医疗体制改革中，政府只举办部分公立医院，允许民营资本、外资进入医疗市场。但许多地方并不是吸引民营资本创办新医院，而是通过“改制”将国立医院出卖和迅速非国有化。例如江苏宿迁卖光国立医院，既弱化了国立医院主导医疗市场的医疗服务和医疗价格的作用，更弱化了政府对医疗服务的监管。

综上所述，这一时期的改革主要关注管理体制、运行机制方面的问题，政府的主导思想在于“给政策不给钱”。伴随着各个领域经济体制改革的深入发展，卫生领域不可避免地受到国有企业改革的影响，政府直接投入逐步减少，市场化逐步

进入到医疗机构。但是总的来说虽然涉及体制问题，但是本阶段的改革更多是模仿了其他领域的改革，对卫生事业发展自身特性了解和认识不足，因而，这次改革带来了不可避免的负面影响：医疗卫生效果越来越差，健康平等和健康公平议题格外尖锐突出，健康照顾与医疗保险已成为制度性不平等的根源。作为世界第四大经济体的中国在医疗卫生领域正面临尴尬境地：在世界卫生组织进行的成员国医疗卫生筹资和分配公平性的排序中，中国位列 191 个成员国中的倒数第四位。“政府投入不足”似乎成为存在的一系列问题的正当理由，成为官员们的挡箭牌。

三、2007 年来以来的新医改：健康是一种权利

中国的改革开放取得了举世瞩目的成绩，但也带来了许多问题。比如改革目标设定的偏差、政府弱化了提供公共产品和服务的职能，加之权责不对等，中国改革的“放权让利”往往是“放权”变成了“弃责”，甚至蜕变成“弃责争利”，即一面放弃公共服务责任，一面却利用权力“与民争利”。从上面的论述我们已经看到，中国的医改也同样是始于“放权让利”，终于“弃责争利”，由于政府过多强调医疗卫生的效益而忽略其公益性，致使中国医疗卫生服务体系存在着严重的不公。2003 年，卫生部第三次国家卫生服务调查，患病群众 48.9%应就诊而未就诊，29.6%应住院而未住院，44.8%城镇人口和 79.1%的农村人口无任何医疗保障，城镇职工参加基本医疗保险的约 1.3 亿人，享受公费医疗人数却只有 5000 万人；2005 年，新型农村合作医疗试点只能惠及 1.56 亿人；而中国政府投入的医疗费用中，80%是为了 850 万以党政干部为主的群体服务的（中科院调查报告）；另据监察部、人事部披露，全国党政部门有 200 万名各级干部长期请病假，其中有 40 万名干部长期占据了干部病房、干部招待所、度假村，一年开支约为 500 亿元。殷大奎解析说，“中国人口占世界总人口的 22%，而卫生总费用仅占世界卫生总费用的 2%；政府投入不足，财政投入占医院当年支出的比重，省级以上医院在 5%，市县医院一般在 1%，乡镇卫生院在 1%至 5%之间。”^①

随着市场化和产权改革的不断深入，公立医疗机构的公益性质逐渐淡化，追求经济利益导向在卫生医疗领域蔓延开来。医疗体制改革迫切需要注入新的价值理

^① 本段数据均来自于《沈阳今报》2006 年 9 月 20 日之医改专题：《医改小组：新方案青睐“英国模式”》。

念。为了顾及医疗卫生事业的大众属性，维护起码的社会公平，1996年12月9日，中国政府召开了新中国成立以来第一次全国卫生工作会议。此次会议为下一步卫生改革工作的开展打下了坚实的基础。1997年1月，中共中央、国务院出台《关于卫生改革与发展的决定》，明确提出了卫生工作的奋斗目标和指导思想。提出了推进卫生改革的总要求，在医疗领域主要有改革城镇职工医疗保险制度、改革卫生管理体制、积极发展社区卫生服务、改革卫生机构运行机制等。这些指导思想成为这一轮改革的基本价值取向。

自胡温新政以来，政府开始着力倡导科学发展观与和谐社会建设，在此背景下，早已存在的“看病难，看病贵”的问题表现得尤为突出。中国30年改革为社会高速发展奠定了雄厚的基础，任何一项成功的改革，遵从的原则都是相对公平。医改也是一样，设计者需要清楚谁是最应该享受政府补贴的主体，哪部分人应该进行深度医保，如若不然，政府即使每年都要投入8500亿元也不能解决根本问题。虽然当前中国城市居民医疗保险、新农村合作医疗已经开始实施，覆盖面也在进一步扩大，但远远不能解决庞大弱势群体的实际问题地步，因为患者的自付率太高（城保和新农合高达60%），由此衍生的民生问题仍然十分突出。

马克思说：“健康是人的第一权利，是人类生存的第一个前提，也就是一切历史的第一个前提。”^①1948年4月7日生效的《世界卫生组织组织法》明确规定：“享受可能获得的最高健康标准是每个人的基本权利之一，不因种族、宗教、政治信仰、经济及社会条件而有区别。”^②2007年的医疗改革，中国政府意识到医疗卫生不再是经济发展的工具，而是发展的使命，是人的一种基本生存权利。一个文明国度必须满足人民的医疗服务需要。因此，健康作为一种权利而成为政府的重要价值，并强调政府投入的重要性。针对公益性缺失这一问题，中共十七大指出了解决方向。首先是强调“坚持公共医疗卫生的公益性质”，突出了医改的价值取向。基本医疗卫生制度建设重在强化政府责任和投入，抓住现在财政形势比较好的有利时机，加大对基本医疗卫生的投入，并形成稳定的资金筹措机制。同时，加大财政转移支付力度，缩小东西部之间在医疗卫生等公共服务上的差距。只有这样，才能为基本医疗卫生制度的运行提供基础保障。其次是“坚持预防为主、

^① 《马克思恩格斯选集》（第一卷），北京：人民出版社，1995年，第32页。

^② 世界卫生组织大会：《世界卫生组织组织法》，找法网，<http://china.findlaw.cn/fagui/guojifa/gj/23/25685.html>，2012年8月8日可访问。

以农村为重点、中西医并重”。中医药在农村和社区医疗、重大疾病防治、突发公共卫生事件处置等方面已经发挥了重要作用。中医药发挥更大的作用，也将有效降低医疗成本，提高国家医疗投入的实际服务能力。中国基本医疗卫生制度的框架是由覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系组成的。这可以说是中国医疗卫生制度的又一次重大转变。医疗保障是任何人都随时可能面对的风险，因此“全覆盖”在制度公平性方面实现了重大进步。

第三节 区域卫生信息化何以需要政府？

区域卫生信息化一启动，就形成了两种对立的声浪，一种主张政府主导，一种主张市场化模式。主张政府主导的人认为，区域卫生信息化投入大，需要统一规划，因此需要政府从人财物等诸多方面实施全方位、全过程的供给、监督和管理。主张市场化的人则认为，在市场化的体系中，政府必须履行其医疗筹资者的责任，通过公共财政“补需方”，推进区域卫生信息化。区域卫生信息化箭在弦上了。然而，这支箭究竟射向何方，却依然混沌不明。政府必将强化其责任；但人们在担心，一旦政府走错了路，新医改又会误入歧途。

一、市场失灵：政府主导区域卫生信息化的诱因

在一般的经济领域，如果市场是完备的和充分竞争的，稀缺资源会得到合理的配置，因为市场机制的作用，市场主体在追求自身利益最大化的过程中会遵循“看不见的手”的指引。但完备且充分竞争的市场在现实中是不存在的，因而完全通过市场实现社会福利最大化是不现实的。市场的功能缺与局限通常被称之为市场失灵。正是由于市场失灵的存在，使得单纯的市场机制无法把资源配置到最优的状态。所谓市场失灵，用著名经济学家斯蒂格利茨的话来说，就是“竞争缺点、公共物品、外部效应、市场残缺、信息不足、失业膨胀、收入分配和优效物品”。

①

① 斯蒂格利茨：《经济学(上册)》，姚开建等译，北京：中国人民大学出版社，1997年，第503页。

那么，在区域卫生信息化领域，是否也存在类似的市场失灵呢？我们拟从一般意义上的医疗服务市场和区域卫生信息化市场的现实两个方面加以分析。

一般认为，医疗服务的市场失灵，是指医疗服务的某些固有特征使医疗卫生资源仅仅通过市场机制无法达到优化配置。^①卫生服务的产品中有大量的产品为公共产品和准公共产品，而这类产品虽然具有较显著的社会效益和经济效益，但由于其具有的非排他性、非竞争性，导致在完全依靠市场机制调节时供给缺乏。从这个意义上讲，市场机制在卫生领域中不能完全实现卫生资源的有效配置。医疗服务市场也是一种市场，既然一般的市场存在着失灵现象，医疗服务当然也不例外，医疗服务的某些特征只不过使医疗服务市场失灵表现出某些特殊性而已，而医疗服务的这些特征并非医疗服务市场失灵的根源。因此，医疗服务的市场失灵其实并不是由于医疗服务的某些固有特征，而是由于市场机制本身的某些缺陷和外部条件的某种限制，单纯的市场机制无法把资源配置到最优的状态。

那么，医疗服务到底有哪些固有特征呢？不少学者给出了他们的真知卓见。如李玲认为：“医疗行业存在着不确定性、外部性、垄断性和信息高度不对称性等特性。”^②顾昕认为：“医疗服务是具有强烈的正外部性和严重信息不对称性的私人物品。”^③梁万年、刘小平则认为医疗服务不仅具有服务性商品的一般特征，如“无形性、服务与消费同时性、不可储存性、差异性”，还具有医疗卫生的“专业性和技术性、垄断性、高质量性和无误差性、供给的主动性”等特性。^④本文尝试从“外部性”、“信息不对称性”和“垄断性”三个方面予以说明。

一是“外部性”造成的医疗服务市场失灵。某些医疗服务具有明显的外部性。比如，一些传染性疾病病人，如果不能得到及时治疗，就容易将疾病传染给他人，从而影响他人的健康，就产生了负外部性；而一些传染性疾病的及时治疗，不仅会降低自身得病的可能性，而且还能够减少疾病的传染，利于其他居民的健康，这便产生了正外部性。这些外部影响扭曲了价格机制，使市场机制不能有效地配置医疗卫生资源。

二是“信息不对称性”导致的医疗服务市场失灵。在医疗服务的提供过程中，由于诊疗的高度专业性，医方掌握的信息要远远多于患方，这就使得医生处于绝

^① 曹永福：《我国医药卫生体制改革的价值取向及其实现机制研究》，山东大学博士论文，2011年。

^② 李玲：《健康强国：李玲话医改》，北京：北京大学出版社，2010年，第278页。

^③ 顾昕：《公立医院法人治理模式变革》，《中国医院院长》2005年第20期。

^④ 梁万年：《卫生事业管理学》，北京：人民卫生出版社，2009年，第146、147页。

对的信息强势地位，如果医方向患方提供不必要的医疗服务或者药品，患方基本上没有能力加以监督，导致所谓的“供方诱导需求”的现象，从而使市场价格大大高于均衡价格。

三是“垄断性”带来的低效率和技术进步受限。医疗服务的高度专业性决定只有受过专门的医学教育和技术培训且获得行医资格的人，才能提供某一类型的医疗服务，其他人不能替代医疗服务的提供者提供服务，同样某一地区或某一医疗机构要在短期提高医疗水平也不是轻易能够做到的，从而形成一定的垄断性，导致资源配置及资源使用效率的低下、技术受限。^①

事实上，医疗服务的上述特征，也不是其所固有和特有的。因为，在当今时代，任何一种商品和服务其实都不同程度地存在上述特征。顾昕认为：“极端地说，对于任何一种私人物品，人们都能够找出一定的理由，论证其具有一定程度的正外部性，即使美容手术也如此。”^②周其仁也反驳医疗服务所谓“严重的信息不对称性”时，指出餐饮服务同样具有这种特性：“老外不懂饺子的馅从何而入，你我也无从知道可口可乐的配方和沙爹的成分——信息当然不对称。”^③同样，任何商品和服务的竞争都会导致垄断，这早已为商品经济发展的历史所证实。既然一般商品或服务的市场会因为其所谓的“外部性”、“信息不对称性”和“垄断性”等导致失灵，医疗服务市场当然也不会例外。

具体到中国的医疗卫生市场进而到区域卫生信息化建设而言，不管人们是否承认以及承认的程度如何，医疗卫生系统引入市场机制已经成为中国医改的现实举措和政策内容。“在医疗服务方面，各种类型的医疗服务提供者，尤其是医院，已经全面走向市场化，亦即所谓的‘业务收入’，也就是说，医疗服务收入和出售药品收入成为其收入的主要来源，而来自政府的拨款占其收入的比重已经微不足道。因此，所有医疗服务提供者成为以服务获取收入的组织。”^④这种市场化、尤其是这种市场化产生的社会效果却引起了人们的“普遍不满意”，从而使很多人认为 20 多年来的医疗体制改革基本不成功。人们对改革失败的原因众说纷纭，概况起来，“两种意见”最为典型：一种意见把矛头指向“市场化”，从而把改革的方向定位

^① 参见曹永福：《我国医药卫生体制改革的价值取向及其实现机制研究》，山东大学博士论文，2011 年。

^② 顾昕：《公立医院法人治理模式变革(上)》，《中国医院院长》2005 年第 20 期。

^③ 周其仁：《病有所医当问谁》，北京：北京大学出版社，2008 年，第 180 页。

^④ 顾昕：《中国医疗体制改革：现状与挑战》，载中国社会学网，<http://www.sociology.cass.cn/shxw/shgz/shgz17/P020060113411847343611.pdf>，2012 年 8 月 7 日可访问。

为重新确立政府的主导地位，恢复并且拓展公费医疗体制；另一种意见认为，改革失败的原因恰恰在于市场化的不完善和政府职能的定位不清。

但是，无论我们是否定市场化，还是强调进一步市场化，都有着一个基本的共识：在中国医药卫生体制中，“市场失灵”是一个现实。即便像美国这样的发达国家，建立了较为完善的医疗服务，也会存在市场失灵状况。中国目前医疗卫生领域引入市场机制的历史还很短暂，所建立的医疗卫生市场也是“不完善”的，甚至被认为是“扭曲”的市场，因此，“市场失灵”更加明显，或者说表现得更加突出。

中国目前医疗卫生服务领域的“市场失灵”集中体现为公平与效率价值的双重缺失：一般说来，市场机制能够带来效率，同时也能够带来公平；即使引起贫富差距过大，导致不公平，但至少应该带来效率。而中国 20 多年的医改，“体制变革所带来的消极后果，主要表现为医疗服务的公平性下降和卫生投入的公共效率低下。”“中国的医疗卫生体制不仅比已往任何时候都更加昂贵而且极不公平并效率低下”。^①换言之，中国医药卫生体系引入市场机制不仅失去了公平，而且也没有获得效率。这种“市场失灵”的具体表现多种多样，一是医疗卫生资源的“短缺”与“浪费”现象并存。一个完善的市场，一方面会使社会资源进入医疗卫生领域，从而解决这些医疗卫生领域的资源短缺。另一方面会使现有医疗卫生资源的效益最大化，从而避免资源浪费，但中国的现状却是“短缺”与“浪费”并存；“看病贵”和“看病难”现象并存：“看病贵”是个全球性现象，尽管技术的进步、疾病谱的转变和人口的老齡化等使其具有一定的必然性，但在完善的市场条件下，“看病贵”意味着疾病诊治费用的高企，自然会吸引更多的社会资本进入这个领域，优质医疗卫生服务的提供将大大增加，“看病难”的问题将迎刃而解，但中国却一方面表现为“看病贵”，一方面表现为“看病难”。

二是医疗卫生服务提供体系的公平环境难以形成。完善的市场应该是以公平竞争为基础的，尽管自由竞争的发展会导致垄断，“在自由竞争的过程中自然地就产生了包括不正当竞争行为、限制竞争行为和垄断行为等三大类反竞争行为”。^②也就是说，垄断是自由竞争导致的，但中国现在医疗服务提供体系的现状是公立医院的垄断地位难以打破。究其原因，缘于政府极力限制民营资本进入医疗卫生领

^① 葛延风、贡森等：《中国医改：问题·根源·出路》，北京：中国发展出版社，2007年，第5、19页。

^② 吴宏伟、魏炜：《论反垄断法的价值目标》，《法学家》2005年第3期。

域，从而使医疗服务市场发生扭曲。

三是过度医疗积重难返。过度医疗是指由医疗机构提供超出个体社会保健实践需求的医疗服务。导致过度医疗的原因是多方面的，市场失灵是其中一种重要原因。完备的市场机制应该是市场主体通过降低价格来使自己在激烈的竞争环境中脱颖而出，但中国现在的状况却是过度医疗成为当下医疗卫生体制中的一个普遍现象。

上述市场失灵同样表现在区域卫生信息化建设上。李玲指出，国内现在实行的信息化只是把纸版的東西变成电子版，没有形成真正的共享和信息的流动，基本上每个医院都是一个独立信息，而且医院连病人的信息、医生的信息、物流的信息、财务的信息都不能整合。李玲认为，整个医疗体制的管理其实就是一种信息的流动，假如信息发生不对称的情况，医疗领域就会发生市场失灵，所以中国的医改能不能成功，信息化是其中的关键。刘保延赞同李玲的说法，他从医院管理的角度提出了信息化为医疗所带来的改变。他认为现在信息存在的方式和传播的方式发生了一场革命，我们应该把信息化的技术变成医院发展的驱动力，使医院的各种信息整合起来成为帮助医生进行医疗决策服务的核心。^①

二、“一把手工程”：政府主导模式如何施行？

作为深化医药卫生体制改革的重要支撑力量，区域卫生信息化的建设和发展对于卫生系统统筹卫生资源、科学配置资源、提高管理效率，方便群众就医、减轻医药费用等方面具有十分重要的意义。如何使这样的意义摆脱“纸上谈兵”呢？在实践中，政府官员倾向于认为，由于区域卫生信息化建设投资大、见效慢，因此，必须把它当成“一把手工程”来抓，方能抓出成效。

在 2011 年 8 月召开的全国卫生信息化工作现场会议上，中国卫生部部长陈竺明确要求，各地卫生厅(局)的“一把手”要充分认识到卫生信息化是医改的重要支撑，把卫生信息化作为“一把手”工程来抓，用信息化手段提高医疗卫生服务水平。他同时强调，要明确卫生部在统筹协调、制定政策规范、分配密码号段以及加强综合管理方面的责任，明确以省为单位加强属地管理、确保有效组织实施的

^① 《科技助力新医改 创造智慧新未来》，人民网之卫生频道——2009 中国医院院长高层论坛，<http://medicine.people.com.cn/GB/132552/149991/150082/9117844.html>，2012 年 8 月 7 日可访问。

责任，明确基层医疗卫生机构同步开展居民电子健康档案建设、发放居民健康卡、确保有效使用的责任。^①

卫生部为什么要将区域卫生信息化当成“一把手工程”来抓呢？透过陈竺部长的讲话，不难发现这样几个原因：第一，区域卫生信息化是中国卫生事业发展的必然要求，是深化医改的迫切需要，是实现人人享有基本医疗卫生服务目标的重要手段。中国政府高度重视信息化工作，中共十七大将实现信息化摆到十分重要的战略位置，国家“十二五”规划专门用一个章节作出部署，并将信息化作为国家核心竞争力。卫生信息化在国家信息化发展战略中占据重要位置，是一项民生工程。

第二，区域卫生信息化是对整个组织体系的管理理念、组织结构、行为模式的创新，而不单纯是信息技术在区域范围的应用问题，关键是组织改造的管理过程，如果没有一把手的坚定信心和强有力的行政决策，难以得到实质性的推广。从技术层面来看，区域卫生信息化是一项复杂的系统工程，涉及面广、技术性强、任务艰巨，是块硬骨头。只有“一把手”提高认识，加强对卫生信息化工作的领导，形成长效工作机制，才能统筹协调好卫生信息化建设，加强督促检查和技术指导。同时，只有一把手高度重视，才能加大协调力度，主动争取各级政府和财政、发改、公安等部门的支持。

所谓要作为“一把手工程”，一是要领导重视，二是要顶层设计，三是要资金筹措。三者相互依存，共同发展。

所谓领导重视，就是说主要领导要真正把区域卫生信息化当一件大事来抓。中国官场有句俗语：“老大难，老大难，老大重视就不难。”所谓“老大难”，说的是一些问题久拖不决，难以解决，相关单位和人员为解决这些问题费尽了心思，结果却依然如故。为什么会出现“老大难”问题呢？人们普遍认为，虽然原因各种各样，错综复杂，解决起来也决非一朝一夕之功，但其中最主要的一条就是主要领导（即人们俗称的“老大”）没有对此足够重视，缺乏动真格的勇气和决心。

所谓顶层设计，作为一个系统工程学的概念，强调的是一项工程“整体理念”的具体化。就是说，要完成一项大工程，就要以理念一致、功能协调、结构统一、资源共享、部件标准化等系统论的方法，从全局视角出发，对项目的各个层次、

^① 《陈竺在全国卫生信息化工作现场会议上要求：居民健康卡要一卡多能》，中国卫生部网站，2011年，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wsb/pmtxwbd/201108/52735.htm>，2012年8月7日可访问。

要素进行统筹考虑。就其引申义而言，顶层设计就是政府对区域卫生信息化建设的整体谋划。顶层设计必须符合科学性、先进性等原则，才能确保信息化建设与运用的可持续性和社会效益最大化；科学先进的顶层设计，能够统筹建设规范，统一技术标准，做到整合资源、互联互通、业务协同，便于管理、服务于民，避免重复建设，防止出现新的“信息孤岛”、“信息烟囱”；有效的资金筹措机制，能够持续保障信息化各项工作的顺利推进，能够保障科学先进的顶层设计不会因为资金短缺而搁置或降低建设标准，造成医疗卫生信息化使用的不可持续性；科学先进的顶层设计与有效的资金筹措机制互为条件，前者整合现有资源，后者统筹医疗卫生业务信息系统、杜绝重复建设，提高资金的使用效率。

一个顶层设计如果使用周期有限，便是对投入资金的最大浪费。不少地方政府在深化医改的过程中，深刻地认识到区域卫生信息化建设对于提升整个卫生系统的工作质量、管理水平、服务水平具有广泛性、持续性作用。在卫生信息化建设过程中，他们运用各种办法，从各种途径筹措建设资金，保障了地方卫生信息化建设的顺利进行；同时坚持“顶层设计”效应，把信息化建设从三级、二级医疗机构延伸到乡镇卫生院、社区卫生服务中心，通过信息网络，在基层医疗卫生机构看病的老百姓可以直接得到三级医院专家的诊治，切实解决了群众看病难等问题；他们建设探索出的路子，为全省卫生信息化建设起了示范作用，究其根本就是他们卫生信息化建设从设计、建设到运用秉持的就是一切为了便民、惠民、利民。

案例 4-1 政府领导亲自挂帅的安仁模式

解放军总医院和湖南省卫生厅合作，在湖南省安仁县成功建成了农村卫生信息化的示范县，引起媒体竞相报道和社会广泛关注。为此，记者采访了在其中发挥了重要作用的解放军总医院原医务部副主任、著名区域卫生信息化专家陈运奇教授。

记者：多年来您一直活跃在区域卫生信息化第一线。前些年你协助厦门市卫生局创造了城市卫生数字化的“厦门模式”，近年又协助湖南省卫生厅创造了农村卫生数字化的“安仁模式”，卫生信息化建设经验可谓相当丰富。请问

你对当前全国卫生信息化的形势如何看？

陈运奇：要讲全国形势，确实是非常好。一是党中央国务院非常重视卫生信息化工作，将其作为重大民生措施，颁布了一系列方针政策并有专项经费；二是各级政府都积极行动起来了，都在忙于部署和组织实施；三是社会上相关企业技术人才充足，产品齐全。但是，在这大好形势的后面或者说从实施层面上看，出现的问题不少，有些确实很令人担忧。简单的说，全国确实有点像“分蛋糕与抢蛋糕”的局面——各级政府的有关部门在认认真真忙于“分蛋糕”；而相关企业闻风而上，千方百计“抢蛋糕”。各种关系交织在一起，相关人员忙成一团。没有多少人深入研究区域卫生信息化应当如何开展？如一个省一个市的顶层设计是什么？基础工程包括哪些？关键环节在哪里等等。也许正是这个原因，区域卫生信息化建设成功的案例至今算起来也并不多。

记者：你认为区域卫生信息化应当如何搞活？重点抓什么？

陈运奇：由于医院信息化已有 20 余年的历史，而区域卫生信息化是近五六年事。因此，自然形成了医院数字化和区域卫生数字化两个概念。但是，从国家卫生信息化的高度看，这是一个概念的两个部分，实质是一回事。区域卫生信息化的掀起，标志着医院信息化进入了一个新阶段。各医院各行其是建设数字化医院的时期已经过去了。就是说医院数字化必须是区域卫生数字化的一部分，否则还是信息孤岛，只是岛大了点。因此，医院数字化必须服从区域大局，必须将“区域环境下的数字化医院”。而区域卫生信息化当然要把医院数字化作为重要基础，统一规划，有序展开。把这些理念和关系理清楚了，才能搞好顶层设计。过去常说“基于健康档案的区域信息平台”，实际上概念不够全面。既然是区域卫生信息化平台，就应当包括以电子病历为核心的数字化医院，以电子健康档案为核心的城市社区、农村乡镇卫生院的信息系统，还应包括卫生行政部门下发的公卫和疾病防治的信息系统。所以区域卫生信息平台应当基于“两个核心”、“三个基础”。

重点抓什么？我们的经验就是先抓顶层设计、抓基础工程、抓标准规范，然后抓实施队伍、抓关键环节。所谓“顶层设计”就是要从国家卫生信息化的大局出发，如何构架省、市、县、乡、村一体化，使省域内乃至全国所有医疗卫生机构能够互联互通，信息共享，一卡通行。“基础工程”就是网络、数据中

心和“一卡通”，这三个基础不建好就会“交通堵塞”、“此路不通”。“标准规范”只能由国家主管部门制定，这是机制创新的关键。现在许多地方不考虑“顶层设计”，即便写方案也常常是纸上谈兵，写到纸上并不落实。“基础工程”也常常不受重视，抓网络、数据中心、“一卡通”以及许多基础性的系统往往层层脱节。

抓“实施队伍”就更乱了。实施队伍包括领导班子、专家队伍、施工队伍（企业）。我认为保障卫生信息化成功的最重要因素是必须由政府主导，政府领导（如副省长、副市长、副县长等）必须亲自挂帅。现在许多地区的做法多是交给信息中心或者 IT 企业来主导，还有的是政府有关职能部门各自为政，各抓各的系统。既无顶层设计，也不统一组织。虽然理论上可以做好接口，实质上很难做好。正如著名信息化专家薛万国所说“技术难协调更难”。信息技术是专家掌握，而信息化的“化”是一个过程，这个过程只有政府主导才能有效“化”起来。各职能部门的任务应当是搞好需求分析，把好功能规范；而信息中心主要任务是综合各职能部门的需求，研究制定总体规划，组织论证方案，做好技术把关；IT 企业负责工程实施。选 IT 企业很重要，招标目的是为了把一流的企业招进来，为事业服务，对政府和人民负责。可是许多地方不是这样，要照顾各种关系，有的甚至掺杂个人利益。因此招标招成了“分蛋糕和抢蛋糕”的局面，甚至成为致乱的因素。依我看，照此下去，不久全国将会出现许多“烂尾工程”。

抓“关键环节”也十分重要。由于国内区域卫生信息化成功案例不多，所以许多地方单位抓不住关键环节，不知道什么是关键环节影响信息化的实际效果。我们将关键环节归纳为“调阅、转诊、归档、共享、会诊、管理、验证、支付”八个方面。实际上这八个环节就是保证将各级政府、医院、社区、乡镇卫生院、村卫生室等所有医疗卫生机构互联互通、信息共享，实现方便百姓就医，提高医疗质量，降低医疗成本，为社会提供切实好用的“公共卫生服务体系”。我参加过许多地方方案论证，参观过许多案例，即便像“转诊”这样简单的流程也没有多少单位做的符合实际。

记者：听说您近期又去了湖南安仁做回访，那么就您近期的所看所想，您觉得“安仁模式”有什么样的特点和意义？总结一下，您认为推进区域卫生信

息化成功实施和运行的关键有哪几点？

陈运奇：“安仁模式”是在国家科技支撑计划项目引领下的农村卫生信息化的一种模式。在世界跨入信息时代的今天，讲“农村公共卫生与疾病防治”首先要讲农村卫生信息化，否则就不可能有创新。没有农村卫生信息化就不可能提高农村公共卫生与疾病防治水平。所以我们设计课题的指导思想就要创造以提高农村公共卫生与疾病防治水平和解决“看病难、看病贵”为目标的农村卫生信息化的模式。简单地说，“安仁模式”有以下特点：1. 县、乡、村一体化（当然最好是市、县、乡、村一体化）；2. 基于两个核心，三个基础；3. 实现医疗、预防、保健、公卫、疾控、管理全覆盖；4. 抓住“调阅、转诊、归档、共享、会诊、管理、验证、支付”八个关键环节，保证区域全系统互联互通；5. 具体应用体现十大功能平台。完全实现区域内的各级各类医疗卫生机构互联互通、信息共享，实现所有卫生工作流程数字化、服务人性化、统计智能化、办公无纸化。为社会提供完全均等化的公共卫生服务体系。

总起来说，“安仁模式”成功实施和运营的关键在于：1. 政府挂帅主导（县长担任领导小组组长）；2. 科学的顶层设计；3. 统一的功能规范和技术标准；4. 选择了优秀实施团队。做不到这几项，就很可能形成“烂尾工程”。

资料来源：健康报网，2011-12-05

三、区域卫生信息化的政府主导模式：异议与批评^①

2007年，包括北京大学、复旦大学、北京师范大学、中国国务院发展研究中心、世界银行、世界卫生组织和麦肯锡公司在内的7家机构受邀向国家医药卫生体制改革部际协调小组各自递交了一份改革建议书，对中国医药卫生体制的改革提出指导原则和制度设计框架。5月底，部际协调小组召开了一次国际研讨会，邀请七家机构展示其方案并进行研讨。中国人民大学也提交了一份改革方案，参加了这一研讨会。

对于中国医药卫生体制的弊端，八家机构的分析大同小异。基本上，公平缺失和效率不彰的问题，都受到重视，但最受到关注的问题，是由于医疗费用上涨的

^① 本小节内容主要参考了《中国经济时报》2008年4月14日报道《中国医改：走向高度行政化还是有管理的市场化：八家新医改方案述评》。

幅度高于民众经济收入的上涨幅度，从而导致相当一部分民众有病不能医。为了应对这些问题，八家机构根据协调小组所设定的框架，均就医疗保障、公共财政与卫生筹资、医疗服务、医疗卫生的监管和药品生产与流通这五个制度领域的改革，提出了各自的建议。其中除北师大之外，七家机构均应协调小组的要求，把公共卫生体制的改革和发展也纳入建议的范围，但其内容均大同小异，即主张公共卫生服务完全由政府财政出资，由公立机构提供服务，由政府组织评估和奖惩。这同现实中正在运行的制度差别不大，可说是了无新意。

众所周知，中国的卫生资源配置存在区域不平等的现实问题，也因此导致了医疗服务的不公平性。八家机构的共识之一是促进公共医疗卫生资源的再配置，加强对医疗卫生资源较弱的农村、偏远地区、城镇社区、基层政府的投入。中国人民大学在论及公立医疗机构向民营改制时，提出“巩固两头，放活中间”的建议，即公共卫生资源应该同时向基层医疗机构和区域内最有实力的医疗机构（也就是大医院）倾斜。此外，中国国务院发展研究中心、北京大学和复旦大学还高度强调了政府的卫生事业发展规划在引导及指挥资源配置上的作用。对此，倾向于市场解决方案的机构虽未加讨论，但多少持怀疑态度。

另外，八家机构间争论的焦点也集中在对第二个方面的不同解答上。一种解答是服务提供者的行政化；另一种解答是服务提供者的市场化。

国务院发展研究中心解答心和北京大学基本上持第一种立场，认为至少在基本卫生保健领域，即城乡社区卫生服务体系中必须坚持公立机构的主导性以及公立机构管理体系的行政化。在财务上，卫生行政部门对公立医疗机构实行“收支两条线”管理；在医疗器械和药品上，卫生行政部门实行统一招标采购；在人事上，卫生行政部门负责任命或选聘院长以及副院长。此外，医疗服务和药品的价格，由物价部门统一掌控。可以说，在这样的行政化体系中，公立医疗机构只不过是政府的一个预算单位，根本不具有独立法人资格。需要指出的是，这两家机构都主张在所谓“非基本”医疗服务领域中放开市场。

支持服务提供者市场化的机构包括北师大、世界银行、世界卫生组织和麦肯锡公司。这些机构主张，在任何领域，只要竞争存在，均可以市场化，而公立和民营医疗卫生机构均必须在同一个公平的环境中展开平等的竞争。北师大强调，政府只有放开医疗服务的市场化和民营化，才有可能节省下大量原本不得不直接投

入公立机构的资源，实现公共卫生资源的再配置。换言之，如果把公共卫生资源的再配置视为实现社会公益性的一个重要手段，那么北师大的方案是将医疗服务的民营化同其社会公益性的实现以一种特殊的方式联系起来。

对这两种不同的解答，复旦大学和中国人民大学持中间立场。复旦大学认为，在整个医疗服务领域中，应以公立机构为主，民营机构为辅。但其并没有明确说明这一格局是市场竞争的结果还是政府主导的产物。复旦大学还明确提出，在社区卫生服务体系中应实行“收支两条线”。另外，前文已有陈述，中国人民大学主张国家抓住基层医疗机构和区域内最有实力的医疗机构，而把处于中间地位的医疗机构转制成民营。至少就社区卫生服务体系和基层医疗服务机构的组织和制度模式而言，复旦大学和中国人民大学似乎同中国国务院发展研究中心和北京大学持同样的立场，而复旦大学和中国人民大学也建议，公立医保既管大病，也管小病，即公立医疗保险机构应为主治小病的社区卫生服务机构的相当一部分服务付账，且应实行“预付制”。

新一轮医改势在必行，这是中国公众的第一个共识。第二个共识是，中国的公共卫生投入严重不足，增加对医疗卫生事业的公共投入乃当务之急。第三，就改革方案而言，没有一家机构完全排除政府的作用，也没有一家机构完全排除市场的作用，各机构在政府与市场应相结合上达成了共识。第四，未来中国的医疗卫生体制必须是公平的，即确保人人享有基本医疗卫生服务；同时也应是高效率的，即以相对较低的费用实现公平性。

在共识之外，人们对于政府和市场两种机制在未来区域卫生信息化过程中扮演怎样的角色显然存在不同的观点。“政府”基本上意味着一种以“命令与控制”为基础的行政化体制，政府机构与各类服务提供机构整合在一个等级化行政体系内部，同时担当行政管理、监管、付费（预算拨款）和服务提供等多项职能；“市场”则意味着一种以竞争为基础的经济激励机制，各类机构在其中均试图以最小的成本实现其设定的目标，而公立机构（包括政府本身）也是市场机制的参与者。

在激烈的争论过程中，有两种改革思路浮出水面：一是将医疗卫生事业一分为二，即所谓的“基本卫生保健”（或者“基本医疗卫生”）领域与“非基本”的医疗卫生服务领域，主张国家至少对基本的部分实施全面的行政命令与控制，而让“非基本”医疗卫生服务机构部分地走向市场化。换言之，在基本卫生保健领域

实施未经“内部市场制”改革的英国模式，也就是公费医疗体制，同时允许市场力量在一定程度上发挥作用。另一种思路主张在转变政府职能、强化政府监管的前提下，在整个医疗卫生服务领域推行有管理的市场化。

从表面上看，这两种思路都强调了政府主导和市场机制的结合，但其理论依据和运行模式迥异。第一种思路在理论上认定市场机制不适用于基本卫生保健领域，因此必须在这个领域中实行计划体制；后一种思路尽管高度重视政府的积极角色，但实际上却是在努力将政府的角色和行为纳入到完整的市场运行机制之中，政府只不过扮演在任何发达的市场经济体系中应该扮演的角色而已，主要是某些医疗卫生服务的付费者以及全部医疗卫生服务的监管者的角色。

第一种思路姑且可以被称为“政府主导模式”，其整个医疗保障体系由三个板块组成，即一个微型（迷你）的旧公费医疗模式，负责为所有民众提供大体上免费的公共卫生服务和基本医疗服务；一个强制性的社会医疗保险制度，为民众提供大病诊疗服务；一个商业性医疗保险体系，为民众提供额外的、非基本的医疗服务。在“迷你”公费医疗体系中，社区卫生服务机构占主导甚至垄断地位，政府将这些服务提供者置于全方位的命令与控制之下，尤其是在财务上实施“收支两条线”。公立医院的业务范围多少受到限制，主要是提供基本医疗服务。政府对这些机构同样实行程度不等控制，至少是评估与监督。这些服务机构在行政上隶属于不同层级的政府，政府卫生部门既是其行政主管，也是监管者。无论是营利性的还是非营利性的民营医疗机构，都会在诸多方面蒙受歧视性待遇，最终处于补充性、辅助性的位置。

第二种思路姑且可以被称为“市场主导模式”，其医疗保障体系的主干是公立医疗保险（或称“社会医疗保险”），辅之以商业性医疗保险和医疗救助制度。公立医保体系是多层次的，民众参保缴费水平、政府补贴水平、参保者享受的待遇都不同。公立医保机构为所有民众的医疗服务筹集大部分资金，并代表参保者的利益购买医疗服务。至于医疗服务机构，可以是公立的，也可以是民营的；可以是营利性的，也可以是非营利性的。只要服务提供者具有合法的经营资格，均可在公平的环境中竞争来自医疗保险机构的服务合同。医保机构在同医疗机构进行谈判的基础上，采取多种付费机制的组合，激励其对参保者采取具有优越成本-效益比的诊疗和用药方案。所有医疗服务机构，无论公立、民营，都是独立的法人。

卫生部门与公立医疗机构解除行政上下级关系，实现“管办分离”。政府重新界定其政策制定、服务购买和服务监管的职能，实行“政事分开”，将医疗付费等职能转移给独立的公共服务机构。政府可以通过行使独立的监管职能促使医疗服务市场良性运转，也可以通过优惠政策来促动市场的良性运作，还可以通过公共资源的合理配置来弥补市场失灵和填补市场不足。

小 结

区域卫生信息化建设内容庞杂，牵涉政府、医院、市场和群众等多个利益主体，本章首先运用利益相关者理论对各利益主体及其进行了分析，在此基础上对政府主导的区域卫生信息化模式进行了探讨，重点分析了这种模式的历史渊源、现实条件与所存争论。这为下一章探讨市场主导模式提供了可资批判的靶子。

第五章 走向政府监管的市场化： 中国区域卫生信息化的未来发展之路

上一章我们探讨了中国现实的政府主导模式的历史成因、现实困境与争议焦点，通过讨论，我们认识到，中国区域卫生信息化建设，既不能排除市场的作用，也离不开政府的支持。是将政府的作用同市场的机制分离开来，形成一个独立于市场的政府主导型区域卫生信息化发展路径，还是将政府的作用同市场的机制结合起来，形成一个有管理的区域卫生信息化市场，这是中国未来区域卫生信息化建设改革必将面对的选择。我们认为，未来的发展路径应是在政府与市场相结合上下功夫，因而主张政府监管的市场主导模式。

第一节 区域卫生信息化是基本公共服务吗？

向全体人民提供基本公共服务是政府的责任，构建基本公共服务体系是政府转变职能的重要方面。这就要求科学界定政府职能与市场功能的边界，准确区分公共服务与非公共服务、基本公共服务与一般性公共服务。唯有通过准确地加以区分，我们才能确定政府、市场和社会在公共服务提供中所扮演的角色。因此，要讨论中国区域卫生信息化的发展路径，就离不开对政府和市场在区域卫生信息化中的作用的探讨，这就要求我们准确把握政府、市场与公共服务的关系，从而准确把握区域卫生信息化的产品属性。

一、公共服务中的政府与市场

“公共服务”一词在中国可谓一个为大众所“熟知”但非“真知”的流行词。究竟如何理解公共服务的真实意涵呢？一般说来，人们对于公共服务的解释有三种不同的进路。一是西方经济学的进路，即根据物品的特性来理解公共服务。无论是“公共物品”还是“准公共物品”，无论是“有益物品”、“混合物品”、还是“中间物品”，都是从物品的特性对公共服务作出的区分。依据这一角度，人们普

遍认为，公共服务属于公共物品，具有消费的非竞争性和非排他性。政府提供的公共物品主要有：纯公共物品和准公共物品。具体可以分为三类。第一类：具有非竞争性和非排他性的服务，如国防服务、公共安全等。第二类：非竞争性和非排他性弱的服务，如邮政、电信、水电气服务等。第三类：非竞争性和非排他性强的服务，如公共卫生、基础教育、公共交通和社会保障等。^①

二是政治学的进路，即根据政府的特性来界定公共服务。由于现实中政府提供的各种物品规定性存在明显差异，用物品的规定性界定公共服务的解释力和概括力受到限制，人们转而寻找概括公共服务的捷径。虽然政府服务不是公共服务的全部，但政府服务无疑是判定公共服务的重要标尺，于是，以政府服务为基准界定公共服务成为一种重要方式。依据这一视角，所谓公共服务，大体可视为不宜由市场提供的所有公共产品，如国防、教育、法律等，或者由政府直接出资兴建或直接提供的基础设施和公用事业，如城市公用基础设施、道路、电讯、邮政等。^②

三是从服务的角度，即根据服务的特性来理解公共服务。在此视角下，公共服务被严格界定为社会公众提供的、基本的、非盈利性的服务，它具备四个特征：首先，公共服务是大众化的服务，不是只为特定少数人提供的服务。其次，公共服务是基本服务，即满足人们日常生活中基本需求的服务。第三，公共服务是内容广泛的服务，公共服务既要提供物质产品，如水、电、路等，又要提供非物质产品，如安全、医疗、教育等。第四，公共服务是一种低价位的服务，以保证人们能够持续性地消费。^③

应该说，各种解释互有优劣，但不管哪种思路，都会承认如下几点：第一，公共服务具有公共性。它的服务对象是所有社会成员，服务内容涉及所有社会成员的共同需要，服务目标是实现公众的共同利益，因而具有公益性。第二，政府在公共服务供给中承担着重要角色。公共服务的公共性决定了只依靠市场和社会不能保证有效供给，必须由公共权力执行机关的政府来负责供给。政府必须要明晰自己应该提供的公共服务内容。这些内容，具体来说，一是宪法明文规定，属于政府职责范围同时没有其他竞争者的服务项目，即具有非选择性和非竞争性的公

^① 参见柏良泽：《“公共服务”界说》，《中国行政管理》2008年第2期。

^② 刘旭涛：《行政改革新理论：公共服务市场化》，《中国改革》1999年第3期。

^③ 李朝祥：《政府公共服务职能的市场化》，《广西社会科学》2003年第4期。

共服务项目，比如国防、民政、民族事务等；二是依宪法规定，属于政府的职责，但同时具有合法竞争者的服务项目，比如文化教育、医疗卫生、城乡建设等等；三是宪法没有明文规定的政府职责，实际是广泛存在着许多市场竞争者的服务项目，比如旅游、通讯等。在这个领域内，政府所提供服务的地位与市场所提供服务的地位基本上是一样的，属于完全竞争；四是宪法没有明文规定的政府职责，而社会上又缺乏竞争者，如高等教育、基础性科研事业，这两者的投入非常大，而且产出周期长，市场效益不直接，这些领域虽然可以开放，也允许竞争，但愿意参与的竞争者是不会太多的。^①第三，不同类别的公共服务不能混为一谈，应当根据服务内容和性质的不同，采取相应的供给方式。非排他性、非选择性和非竞争性的纯公共物品，只能由政府来承担；具有选择性、竞争性甚至排他性的准公共物品，适宜由社会、市场与政府来共同承担。在引入市场机制的基础上，政府应积极培育市场，走市场化、社会化服务的路子。

对于公众和政府来说，至关重要的是要把握好基本公共服务的问题。所谓基本公共服务，通常是指建立在一定社会共识基础上，根据一国经济社会发展阶段和总体水平，为维持本国经济社会的稳定、基本的社会正义和凝聚力，保护个人最基本的生存权和发展权，为实现人的全面发展所需要的基本社会条件。一般来说，基本公共服务包括三个基本点，一是保障人类的基本生存权(或生存的基本需要)，为了实现这个目标，需要政府及社会为每个人都提供基本就业保障、基本养老保障、基本生活保障等；二是满足基本尊严(或体面)和基本能力的需要，需要政府及社会为每个人都提供基本的教育和文化服务，三是满足基本健康的需要，需要政府及社会为每个人提供基本的健康保障。随着经济的发展和人民生活水平的提高，一个社会基本公共服务的范围会逐步扩展，水平也会逐步提高。

基本公共服务通常具有四大特性：一是基础性，即指那些对人类发展有着重要影响的公共服务，它们的缺失将严重影响人类发展。二是广泛性，即指那些影响到全社会每一个家庭和个人的公共服务供给。三是迫切性，是指事关广大社会最直接、最现实、最迫切利益的公共服务。四是可行性，即指公共服务的提供要与一定的经济发展水平和公共财政能力相适应。依据上述特征，义务教育、公共卫生和基本医疗、基本社会保障、公共就业服务，是广大城乡居民最关心、最迫切

^① 中国行政管理学会课题组：《加快我国社会管理和公共服务改革的研究报告》，《中国行政管理》2005年第2期。

的公共服务，是建立社会安全网、保障全体社会成员基本生存权和发展权必须提供的公共服务，理应成为现阶段中国基本公共服务的主要内容。中国共产党的十七大报告中提出“学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居”，大体概括了基本公共服务的主要内容，即公共教育服务、各类基本社会保险和社会救助在内的社会保障、基本医疗和公共卫生、基础教育、保障性住房和公共安全等。

提供基本公共服务是政府义不容辞的责任，但这并不意味着政府可以免于承担其他公共服务的责任。这就涉及到我们在第二章理论基础中所讨论的“供给”与“付费”的问题。政府负责实现公共服务的供给，并不等于政府全部包揽或直接提供。有些公共服务需要政府直接提供，有些则可以通过政府购买、特许经营、委托代理、服务外包等形式由企业、行业组织、民办组织或社会中介机构提供。而那些确保人人享有基本生活保障的内容则属于基本公共服务，虽然可以有各种提供方式，但支出责任在政府。国际比较显示，人均 GDP 在 3000—6000 美元的国家，医疗卫生、教育和社会保障公共支出占政府支出的比重平均为 54%，中国 2008 年只有 29.7%。^①

有效的公共服务体制既要发挥政府的主导作用，又要适当引入市场机制，利用社会各方面的积极性提高公共服务的覆盖面和效率。随着经济社会的发展，人们日渐发现，在完全由政府提供的公共服务领域表现出了种种弊端，如公共服务的经营机构臃肿，效率低下，亏损现象严重，政府财政负担日益加重；经营者缺乏积极性和主动性，服务质量难以提高，难以满足公众多样化的需求；公共服务提供主体单一，经营部门没有忧患意识，缺乏创新精神。因而，20 世纪 70 年代末以来，无论是发达国家还是发展中国家都掀起了一场公共服务市场化的改革浪潮，把原来由国家垄断经营的公共服务实行放松管制，允许各种民间资本通过竞争进入公共服务领域并且以多种形式经营，实现了公共部门与私营部门相互合作的公共服务发展模式的制度变迁。

二、公共卫生服务的双重属性

前已述及，社会产品可分为公共产品、私人产品和准公共产品。按照萨缪尔森

^① 参见蔡昉：《推动政府职能向提供基本公共服务转变》，载《人民日报》2010 年 12 月 01 日。

在《公共支出的纯理论》中的定义，纯粹的公共产品或劳务是这样的产品或劳务，即每个人消费这种物品或劳务不会导致别人对该种产品或劳务的减少。而且公共产品或劳务具有与私人产品或劳务显著不同的三个特征：效用的不可分割性、消费的非竞争性和受益的非排他性。而凡是可以由个别消费者所占有和享用，具有敌对性、排他性和可分性的产品就是私人产品。介于二者之间的产品称为准公共产品。^①那么，医疗卫生服务属于何种性质的产品呢？

卫生服务市场分为广义和狭义两类：广义的卫生服务市场，包括卫生服务筹资市场、医疗服务市场和卫生服务要素市场。这三个市场是相互联系、相互制约的关系，其中，医疗服务市场是核心，卫生筹资市场是前提，卫生服务要素市场是基础。通常又把卫生服务筹资市场和要素市场称为医疗服务的相关市场。通常意义上讲的卫生服务市场是指狭义的医疗服务市场，主要包括预防医疗服务、保健医疗服务、康复医疗服务和普通医疗服务等市场。公共卫生服务提供的是预防疾病、促进健康的特殊的劳务商品。公共卫生服务具有双重属性：它首先是一种劳务生产活动，具有社会经济性质，可被视为个人物品或私人物品。作出这样的判断，是基于它具有明显的消费排他性和成本非共摊性的特征，是典型的私人品。事实上，绝大多数医疗卫生服务与提高居民个人健康水平和生活质量密切相关，医务人员的时间和耐心、病房的数量和质量等都会因为病人的占用而减少；另外，我们可以很容易对医疗服务收费。这类产品包括部分基本医疗、非基本医疗或特需医疗卫生服务。这些医疗卫生服务在市场经济条件下将表现为个人商品，具有服务商品的一般属性。

即使大量很难区分公共产品或私人产品的医疗卫生服务则可以归入医疗卫生服务准公共产品(混合产品)，这些产品都拥有程度不同的“效用的不可分割性”、“消费的非竞争性”和“受益的非排他性”，同时具有公共品和私人品特性。如计划免疫以及结核病、性病和艾滋病的防治，不仅接受服务的本人从中受益，个人可能购买，预防接种后人群的集体免疫力增强，使周围的易感者也得到了保护。只有极少数医疗卫生服务具有公共品性质，如灭蚊灭蝇等许多环境卫生控制措施，虽然人人既需要又人人受益，但个人不愿意为这类服务付费，都想搭便车。这些服务不具有个人商品的属性。

^① Samuelson, Paul A. "The Pure Theory of Public Expenditure", in *The Review of Economics and Statistics*, 1954, Vol. 36(4) : 387-389.

其次，它具有公共属性，它所提供的服务项目主要属于公共物品，并具有明显的正外部性。一方面，公共卫生服务是一种成本低、效果好的服务，但又是一种社会效益回报周期相对较长的服务，界定其“社会公益性”是因为卫生需求常常表现为“缺乏支付能力而又必须满足的需求”，基于人道主义，社会必须以一定的制度设计来设法满足这一需求。而这种制度安排，无论采取何种具体形式，本质上都具有互助和共济特征，因而具有社会公益性。另一方面，公共物品是相对于私人物品而言的，是由集体消费的物品，它具有消费的非排他性和非竞争性——即该物品被消费时无法阻止其他人消费，也不会减少其他人的消费：如健康教育、环境治理等服务都属于公共物品。公共卫生服务具有明显的正外部性，体现为社会公益性：如计划免疫、不仅使受种者(消费者)产生了抗体，避免了相应传染病的侵害，同时还在人群中形成了免疫屏障，使未种者(第三者)也减少了被感染的机会；戒烟的干预措施使吸烟者减少了患慢性病的风险，也减少了周围人群被动吸烟的机会，从而有利于全人群的健康。

各国政府在公共卫生服务中起着举足轻重的作用，并且政府的干预作用在公共卫生工作中是不可替代的。许多国家对各级政府在公共卫生中的责任都有明确的规定和限制，以有利于更好地发挥各级政府的作用，并有利于监督和评估。但是，医疗卫生的公益性并不必然只能由公立机构（医疗机构和医疗保险机构）来实现。无论是理论分析还是世界各国的实践均已表明，只要有健全的体制和政府监管，公立机构和私立机构都可以实现社会公益目标。公立机构并不比私立机构具有必然的优越性。

显而易见，医疗服务产品既不同于一般的商品，也不同于一般的服务，具有某些特性，这些特性往往使人们质疑医疗服务能否作为服务性商品、医疗服务能否商品化、医疗市场是否存在，等等。特别是对于政府直接提供服务 and 政府购买服务提供给公众哪个更为合适？对此学界的观点分歧较大，有人认为，市场机制是实现私人品最优供给的惟一途径，这既是经济学的基本结论，也为各国实践所证实，因此，在医疗服务业的许多环节上必须实行以市场调节为基础的资源配置机制。^①汪德华、白重恩在总结发达国家政府干预医疗部门的历史进程基础上指出，公共卫生之外的医疗服务并不具备公共品特征，因此以此为理由要求政府干

^① 参见朱恒鹏：《新医改研究文献综述：2008—2009》，《经济学动态》2009年第10期。

预医疗部门是一种错误的认识；信息不对称和进入壁垒等市场失灵问题也不能构成政府干预医疗部门的理由。惟有医疗保险市场的竞争失灵，才需要政府强有力地干预医疗保险机构的运作，或者直接经办。无论是从利他主义角度还是社会正义角度出发，政府在医疗部门的干预都是出于促进社会公平的目的，而不是因为医疗服务是什么公共品。^①而李玲则认为：“完全政府运行”更有效率，而政府购买往往最终演变成“政府买单的市场化”，而政府买单的市场化是“一只手从政府口袋掏钱，一只手从患者口袋里掏钱，既控制不好成本，老百姓也不能直接感受到，最后的结果是有钱人得到了实惠，普通人在支付成本。”因此，她主张“政府直接提供医疗服务，通过把保险和医疗服务结合为一体来有效地控制医疗成本。”^②周其仁认为：“由政府包办公共防疫吧！……公共防疫以外，疾病的治疗和防治，要不要‘政府主导’呢？我以为不要。”^③顾昕则提出：“在很多发达国家和发展中国家，政府购买公共服务，包括公共卫生服务和基本医疗服务，成为公共管理的核心内容。从政府直接提供服务，到政府购买服务，乃是中国政府转变职能、实现服务型政府的关键环节之一。”^④

不难理解，政府购买服务与政府直接提供两者的“最大差别是前者依赖于经济激励机制的建立和优化，而后者依赖于官僚监督的自觉性和可持续性。有了好的经济激励机制，即使是没有人监管，服务提供者也会自动履行合约”。^⑤前者是适应市场经济体制而建立起来的，由医疗卫生服务的需求方主导；而后者是适应计划经济体制，由医疗卫生服务的提供方主导。

三、区域卫生信息化并非基本公共服务的范畴

按照中国《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》的分类，基本公共卫生服务包括11项内容，即：城乡居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理、传染病及突发公共卫生事件报告和

^① 汪德华、白重恩：《政府为什么要干预医疗部门？》，《比较》第36辑，2008年。

^② 李玲：《健康强国：李玲话医改》，北京：北京大学出版社，2010年。

^③ 周其仁：《病有所医当问谁》，北京：北京大学出版社，2008年，第181页。

^④ 顾昕：《走向全民医保：中国新医改的战略与战术》，北京：中国劳动社会保障出版社，2008年，第14页。

^⑤ 顾昕：《走向全民医保：中国新医改的战略与战术》，北京：中国劳动社会保障出版社，2008年，第274页。

处理以及卫生监督协管服务规范。^①从这个规范，我们可以看出，区域卫生信息化并没有被纳入基本公共服务的范畴。葛延风等人将医疗卫生需求分为公共卫生、基本医疗和非基本医疗，主张公共卫生需求与服务应由政府向全体社会成员免费提供；基本医疗由政府确定可以保障公众基本健康的药品和诊疗项目目录，政府统一组织、采购并以尽可能低的统一价格提供给所有需求者。^②

既然区域卫生信息化并非基本公共服务的范畴，那么，它就可以一种服务性商品的形式表现出来。欧阳炳惠认为，医疗市场由以下五个因素构成：一是具有可供交换的以服务形式出现的商品（即医疗服务）；二是具有可作交换媒介的货币；三是要有医疗服务的生产者和经营者，他们形成这一市场的供方（或叫卖方）；四是有医疗服务的消费者，他们形成这一市场的需方（或叫买方）；五是具有交换双方均可接受的价格（即医疗服务收费标准）。^③以此来观照中国区域卫生信息化的现实状况，这五个因素都不同程度地存在着。换言之，在中国，医疗服务商品和医疗服务市场是客观存在的。“在医疗服务方面，各种类型的医疗服务提供者，尤其是医院，已经全面走向市场化，亦即所谓的‘业务收入’，也就是医疗服务收入与出售药品的收入成为其收入的主要来源，而来自政府的拨款占其收入的比重已经微不足道。因此，所有医疗服务提供者成为以服务获取收入的组织。”^④

无论如何，公共卫生服务要么不能、要么很难向受益者收费，而它们又是所有人都需要的，于是政府必须出资为这类服务的提供埋单。接下来的问题是：为区域卫生信息化出资是不是政府的首要责任？众所周知，政府的财力永远是有限的。在这样的情形，政府财政对公共卫生事业的投入，是不是应该向区域卫生信息化倾斜呢？在有限财力的约束下，政府首要的责任是为公共卫生服务的提供出资。接下来的问题是，政府在区域卫生信息化上的支出，究竟应如何花出去？传统上，我们对这一问题的回答只有一个答案，这就是“养人建机构”。事实上，通过前面的讨论，我们已经知道，哪怕是政府埋单，完全可以采用补需方的方式，推进其普遍提供，也可以采取狭义的“补供方”方式，也就是政府购买的方式，由财政

^① 详见中国卫生部网站，

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfbyjysqwss/s3577/201105/51780.htm>，2012年8月7日可访问。

^② 葛延风、贡森等：《中国医改：问题·根源·出路》，北京：中国发展出版社，2007年。

^③ 欧阳炳惠：《医疗服务与社会主义市场经济》，《中华医院管理杂志》，1994年第1期。

^④ 顾昕：《走向全民医保：中国新医改的战略与战术》，北京：中国劳动社会保障出版社，2008年，第45—46页。

为所有提供了这类服务的医疗卫生机构(无论是公立还是民营)提供补贴。

案例 5-1 市场化运作或破卫生信息化发展瓶颈

以电子病历为核心的医院信息化建设和以居民健康档案为核心的国民健康信息系统建设是下一阶段卫生部的两项重点工作;广东中山市推行的以社会筹资、市场化运作、专业化管理的区域信息化建设模式是有益的尝试。

全国有不少地区如上海闵行、辽宁鞍山等地,都已较早地开展了健康信息服务平台建设,但现有的区域卫生信息化建设大多实行政府投资建设、卫生部门经营用网的方式,使信息化的可持续发展问题遇到了严峻考验。

广东卫生信息化建设的先行地区中山市推行的以社会筹资、市场化运作的区域信息化建设模式,是打破制约当前信息化建设可持续发展瓶颈而进行的一次有益尝试。

中山市的健康医疗区域信息服务平台于 2009 年 8 月正式启动,目前已建成的一期服务平台的资金全部来源于企业投资,但信息平台并非一个独立的项目,在平台建成以后,还需不断地升级、增加功能、扩展服务。据中山国家健康科技产业基地总监梁兆华介绍,区域信息服务平台首先是按照政府的要求建设运营,为政府提供服务,让政府买单;同时,通过数据的二次开发,给医药、健康管理公司等提供参考,让企业买单;另外,还可以同步开拓基于个人家庭的终端业务,如血压、血氧、心电等方面的监测,并将监测的信息数据上传到个人信息健康档案,更好地发挥健康档案的作用,然后实行相关的收费方式。通过社会投资、市场化运作、专业化管理,最后实现政府、企业、相关事业单位和个人共同买单。

“这种模式通过市场化、企业化经营,将更好地方便市场投融资运作,在政府的资金、政策、管理等资源保障的前提下,积极引进市场的各种资源,形成盈利模式,最后反哺政府公共医疗卫生和保健体系建设,解决医疗卫生信息化平台可持续发展问题,也为健康领域服务企业提供新的产业机遇,创建政府、企业和群众多方共赢受益的格局。”广东省卫生厅厅长姚志彬在会上对中山模式给予了肯定。

下半年，中山健康医疗信息技术服务区将通过样板社区、健康小区、健康管家等方式向全市乃至广东省、全国推广该信息平台的建设和运营模式。

据 IDC 分析，2010 年，我国医疗 IT 市场投资规模达到 120 多亿元。未来 5 年，我国的健康信息服务市场将以每年 15%~30% 的速度快速增长。

基于卫生信息化的强大市场需求，目前，中山健康医疗信息技术服务区已吸引了华为、用友、达华智能、香港新华、九州通达等软件类知名企业的注意力，此前为上海闵行区医改提供系统平台建设的杭州创业软件也表示有意入驻服务区；昆吾九鼎、联想之星、橡树德林、迅翔投资等一批风投机构已前来接洽。

资料来源：李雨茵：《市场化运作或破卫生信息化发展瓶颈》，《医药经济报》，2011-09-06.

第二节 市场主导：何以可能，如何可能？

即使在一个市场制度较为完善的社会中，医疗卫生领域的诸多问题大多是由市场失灵引起的。但这并不意味着，一个社会可以因医疗卫生问题的存在而走向干预主义。在中国这样一市场化改革远未完成的社会里，恰是因为市场受到了太多的政府干预而产生了太多的问题。因此，市场化理应成为中国区域卫生信息化建设的主导模式。

一、理论基础：市场主导模式的经济人假设

“经济人”是市场经济人的简称，是人的经济行为、经济活动本质特征的人格化。人们通常把“经济人”视为一种假设，并不是说“经济人”尚未被证实，而是说在现实生活中并没有纯粹的“经济人”。因为任何一个人都不可能仅仅生活在市场经济领域，即使一个市场经济行为再多的人，他也总是有种种非市场经济行为。作为一种对人的假设，“经济人”假设人可以免除那些利他的情感和动机的烦扰，进而可以非常自私地追求财富，以及财富所能带来的各种享受。因此，“经济人”其实是“理性的思维抽象”的产物。“经济人”的概念是一个抽象的具体概念，

它之所以能够反映人在经济活动中的本质特征，是因为人类通过对人的具体经济活动的考察，通过理性思维，抽象掉人在经济活动中的一切非本质的属性，最终抽象概括出它的具有普遍性的本质特征。

在现实市场经济中的“经济人”就是市场经济的参与者。其中的生产经营者都是为了自己赚取利润，为了实现利润最大化、价值最大化；其中的消费者都是为了自身满足，为了实现效用最大化，使用价值最大化。总之，“经济人”的市场经济行为目的都是为了利己，为了实现自身利益的最大化。“经济人”在市场机制中通过竞争达到利己目的，实现自身利益的最大化：竞争是市场经济的固有规律。“经济人”之间的竞争首先表现为买卖双方之间的竞争：每一位卖者都想贵卖，将自己有限的商品换成尽可能多的货币；每一位买者都想贱买，用自己有限的货币换取尽可能多的商品，竞争的结果使双方在交换商品时，都只能以价值为基础，实行等价交换。

“经济人”之间的竞争还表现为买方之间的竞争和卖方之间的竞争：当市场上某种商品供不应求时，买者之间便展开竞争而抢购商品，从而使商品价格上涨高于其价值，商品生产经营者便纷纷生产经营该种商品，于是更多的资源便会配置到该商品的生产经营领域；当市场上某种商品供过于求时，卖者之间便展开竞争而倾销商品，从而使商品价格下跌低于其价值，于是商品生产经营者便纷纷减少该商品的生产经营，于是配置到该商品生产经营领域的资源便会减少。

“经济人”行为的特征是目的利己而非利他，不但不是为了利他，而且还要与他人争夺利益。斯密在《国富论》一书中论述分工的起源时，就指出了从事经济活动的人都是以利己为目的：“不论是谁，如果他要与旁人做买卖，他首先就要这样提议。请给我以所要的东西吧，同时，你也可以获得你所要的东西；这句话是交易的通义。我们所需要的是相互帮忙，大部分是依靠这种方法取得的。我们每天所需的食料和饮料，不是出自屠户、酿酒家或烙面师的恩惠，而是出自他们自利的打算。我们不是说唤起他们利他心的话，而说唤起他们利己心的话。我们不说自己有需要，而说对他们有利。”^①

然而，有趣的是，“经济人”要达到利己目的，却往往需要采取利他的手段。如果损人利己的行为多于为己利他的行为，那么，每个人从市场经济中所遭受的

^① 斯密：《国民财富的性质和原因的研究》，北京：商务印书馆，1994年，第13—14页。

损害必定多于所获得的利益，市场经济便注定崩溃而不可能存在了。因此，“就市场经济行为总和来说，或者就绝大多数人的市场经济行为来说，为己利他的行为必定多于损人利己的行为。”^① 这样，市场经济运行机制，使得“经济人”在经济活动中追求自身利益，同时又必然互惠互利，只有有利于他人才能使自己的私利得到实现。利他的目的是为利己，做不到利他就无法利己，而这种利己的目的，最终却有利于他人和社会利益的增进。

如前所述，市场经济也是道义经济，因而中国民众对真正的市场化改革有着急切的呼唤。马里兰大学国际政策态度项目和民意调查机构“环球扫描”，在全球 20 个国家进行的民意抽样调查，结果发现，中国人热爱自由市场经济的程度甚至超过美国人，名列全球之首。该项调查显示，中国至少有超过 70% 的人仍想通过公平的市场经济机制来实现他们的致富梦想，74% 的人认同市场经济是世界上最好、最有前途的经济体制，随后的排名则分别为菲律宾 (73%)、美国 (71%) ……^②

二、何谓市场化：对概念的一个廓清

在关于医改的各种论断中，市场化是一个极其常见的词。但正所谓“熟知非真知”，人们对于市场化往往有着太多的误解与成见，通常把“市场化”理解为医疗服务提供者尤其是医院的商业化行为。如果把商业化定义为医院的主要收入来源为服务收费而不是国家直接拨款，那么的确目前中国的医疗服务已经高度商业化了。在目前医药不分的体制中，主宰着医院行为的最重要因素是市场力量，而不是政府拨款。同时，“商业化诊断”以及由此开出的处方，往往在国家与市场的关系上持一种二元对立的观念，仿佛强化国家的干预必定意味着商业化的中止。事实上，如前所述，中国医疗卫生领域的商业化改革还没有真正起步，社会就出现了一股强劲的反商业化潮流，有的认为目前的商业化过头了，有的断言中国已经是市场社会，更有的认为中国医改不成功的根源在于商业化取向的改革。在此背景下，要求遏制商业化，批判商业化，收缩商业化，甚至倒退回计划经济状态的呼声高涨。

真正的商业化，是指在开放的市场中，以市场需求为导向，竞争的优胜劣汰为

^① 王海明：《新伦理学》，北京：商务印书馆，2008 年，第 677 页。

^② 参见曹永福：《我国医药卫生体制改革的价值取向及其实现机制研究》，山东大学博士论文，2011 年。

手段，实现资源充分合理配制，效率最大化目标的机制。作为解决社会、政治和经济问题等基础手段的一种状态，市场化意味着政府对经济的放松管制。具体而言，市场化是以建立市场型管理体制为重点，以市场经济的全面推进为标志，以社会经济生活全部转入市场轨道为基本特征的。从社会资源配置主体来看，市场化就是要消除权力因素对资源调配的干扰，让市场成为资源配置的基本因素。市场化与其说是一种体制，还不如说是一种生活样式，一种文明形态。在一个尊重多样化和经济效率的发达社会里，没有什么选择能够代替市场选择。从表面上看，目前中国的社会不公、贫富差距扩大、弱势群体受损严重等社会经济问题的产生，似乎与市场化有关，而实际上恰恰在于反市场化非市场化的计划制度遗留，以及市场化的制度设计的不完善。迄今为止，中国法治化的社会环境、为市场服务的行政理念还没有根本形成，为市场竞争创造公平机会的制度安排还有待完善。从这个角度讲，中国的市场化还刚刚起步。

无论是国有企业、民营企业，公共服务行业，还是政府部门的公共用品采购，都应该而且可以市场化。医疗卫生是公共服务行业，医疗保障、基本药物、基层医疗服务体系、公共服务均等化、公立医院改革等，都可以通过市场来进行资源配置。但是，中国的市场化进程将是一个长期的、艰难的、充满曲折的历史过程。自中国现代化启动以来，市场化一直没有得到有效的制度和规范的伦理的营养支持而正常发育、成长。这将成为中国区域卫生信息化建设走向市场化的最大障碍。

三、引入市场机制：中国区域卫生信息化的现实路径

从全球范围来看，医疗体制改革并非中国所独有。无论是发达国家还是发展中国家，所有的医疗服务提供者都面临改革的压力，而改革的大方向就是引入竞争、引入市场机制。“虽然各国的改革存在诸多差异，但两大共同趋势依然可辨：(1)医疗保障体系走向普遍覆盖；(2)医疗服务递送体系走向‘管理型市场化’”。^①因此，引入市场竞争机制是全球医疗服务递送体系改革的总趋势。

一旦我们澄清了对市场化的误解，就能从更宏观的角度来看待中国区域卫生信息化的发展路径之争，因为头疼医头、脚疼医脚可能都无法从根本上解决中国卫

^① 顾昕：《全球性医疗体制改革的大趋势》，《中国社会科学》2005年第6期。

生服务当前面临的诸多问题。《深化医改意见》提出：建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系，形成四位一体的基本医疗卫生制度，并且把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供。把医疗卫生事业提高到国家的一项重要制度建设的层面，提出和实施基本医疗卫生制度，无疑是一项重大的制度创新。然而对于中国选择什么样和应该选择什么样的区域卫生信息化发展路径，却没有在新医改方案中得到明确体现。

尽管有人认为“改革开放以来，中国的医疗卫生体制发生了很大变化，……从总体上讲，改革是不成功的”，而病根恰恰在于“医疗卫生体制变革的基本走向是商业化、市场化，……体制变革所带来的消极后果”。^①但显而易见的是，在中国，应该没有人愿意回到那个“医疗服务短缺、医疗服务水平不高、医疗服务态度不佳”的时代。中国政府还是试图将“卫生信息化费用的筹集”和“卫生信息化服务的提供”分开，这就表明卫生信息化是一种客观存在的医疗服务商品，而其客观存在又决定着市场机制必然在区域卫生信息化建设过程中发挥作用。

虽然政府在区域卫生信息化过程中必然发挥作用，但是，试图通过政府的税收来包揽区域卫生信息化的提供和筹资这种反市场化的思路是不可取的。首先当然是因为区域卫生信息化不属于基本公共服务范畴，不是纯公共产品。前已述及，纯公共产品是指这样一类物品或服务，其数量和质量不因为人的消费而减少或下降。比如国防，一个人享受国防所带来的安全，并不影响另一个人对国防的享受。世上纯粹的公共品其实很少，绝大部分是所谓的“私用品”，其数量和质量会因为人的消费而减少或下降。虽然中国国务院发展研究中心的报告中指出：“与一般消费品不同，大部分的医疗卫生服务具有公共品或准公共品性质。具有公共品性质的服务是营利性市场主体干不了、干不好或不愿干的。同时，也是个人力量所无法左右的。因此，必须而且只能由政府来发挥主导作用。否则就一定要出问题。SARS 所暴露的公共卫生危机以及其他诸多问题的出现已经充分显示出问题的严重性。”^②但笔者以为，具有公共品性质的只有极少数公共卫生服务，区域卫生信息化恰恰不在此列。其建设与供给完全可以通过商品化、市场化来提供，即使是在某些地方，区域卫生信息化是由政府直接组织生产提供给公众的，但也可以由政府购买提供给公众。

^① 葛延风、贡森等：《中国医改：问题·根源·出路》，北京：中国发展出版社，2007年。

^② 葛延风、贡森等：《中国医改：问题·根源·出路》，北京：中国发展出版社，2007年。

此外，中国区域卫生信息化目标的实现，不只是政府一家的事，而是需要政府、社会的共同努力。从这个意义看，商品化、市场化也是可以利用的有效手段。因为从根本上讲，区域卫生信息化的社会效益和经济效益是可以统一的，社会效益是区域卫生信息化的价值目标，而经济效益是社会效益的实现手段；离开社会效益单纯追求经济效益，区域卫生信息化必将失去价值目标；而不讲经济效益单纯追求社会效益，必然会使区域卫生信息化失去发展的动力和手段。

但是，在目前中国区域卫生信息化实践中，对上述认识却是模糊的：一方面，不承认医疗机构和 IT 企业应该追求经济效益或以经济效益为目的，或者否认医疗机构和 IT 企业以经济效益为目的的现实。例如《关于卫生改革和发展的决定》提出：“应该坚持为人民服务的宗旨，正确处理社会效益和经济收益的关系，把社会效益放在首位。”另一方面，误认为医疗机构与 IT 行业和政府一样，都应该将社会效益、医疗服务的宏观目标作为目的，试图让医疗机构或 IT 行业去承担政府的责任，也要将社会效益、宏观目标作为目的。其结果是，实践中当医疗机构和 IT 行业以经济收益作为目的的时候，又缺乏有效措施加以制约和利用。

第三节 区域卫生信息化中的政府：何种角色？何种责任？

中国经济体制改革的目标是建立和完善市场经济，这就决定了中国新医改及其主要支柱之一的区域卫生信息化建设必须适应市场经济环境，市场机制的作用将体现在区域卫生信息化建设的各个环节，并将成为实现医疗卫生保健制度价值目标的基本手段。但是，我们不能因此否定政府在区域卫生信息化建设中的角色与作用。我们认为，政府是中国区域卫生信息化改革的重要力量，也是实现医改价值取向的主导机制。

一、政府是市场经济的重要组成部分

尽管在舆论界、学术界和决策层不少人质疑、否定和批判医疗卫生体制改革的商业化倾向，但经过一段时间的争论，“政府主导与市场机制相结合已经变成了新的时髦口号”，“政府主导与发挥市场机制作用相结合”也已经成为《深化医改意

见》确定的深化医药卫生体制改革的基本原则之一。也就是说，大家对于深化医改中发挥政府主导作用已经基本达成了共识。

尽管如此，对于政府发挥怎样的主导作用以及如何发挥主导作用，意见并不统一。葛延风等人认为突出政府的主导作用应注意解决三个方面的问题：一是全面强化公共卫生领域的政府职能，确保投入，完善组织与管理体系，充分保障需求；二是在一般医疗领域，必须全面强调政府在筹资与分配中的作用，更好地实现社会互济，并通过转移支付实现对中低收入群体的保护；三是在医疗服务体系建设中，政府主导要对医疗资源的地域分布以及集中程度进行干预，对技术路线、服务质量和价格进行干预。他特别强调公立医疗机构由政府直接举办，政府应确保投入，甚至公立机构的医务人员为公职人员等。^①李玲主张中国医改的“长远目标是把医疗保障和医疗服务提供合二为一”，提出政府以直接提供服务的方式保障居民对公共卫生和基本医疗服务的可及性；通过社会医疗保险和医疗救助提高居民抵抗重大疾病风险的能力；另外由商业医疗保险提供补充保险。^②

周其仁则认为：“公共防疫”是类似国防那样的公用品，只有政府凭财政资源、用强制手段才能办好。那就干脆宣布由政府包办公共防疫吧！为此，法律要有清楚的授权，财政要有足额的拨款，舆论要有充分的支持，而更加重要的是，一旦公共防疫方面出了问题，唯政府的行政责任是问。公共防疫以外，疾病的治疗和防治，不要“政府主导”，他主张政府要“一退三负责”：即退出包办医院和一般医疗服务，集中财力和治理能力负责公共卫生、医疗服务监督、建设医疗保障网。^③顾昕则提出应建立有管理的医疗服务市场，认为医疗供给面的改革应该是“走向有管理的市场化”，指出：“在不少人看来，市场化意味着不要政府。……正常的市场经济绝不会处于无政府的状态，而政府恰恰就是市场经济的一个组成部分。”针对中国医疗体制的现状，参照其他国家的经验，中国政府至少应该扮演好以下“四个重要角色”：政府充当保险者，建立普遍覆盖的医疗保障体系；政府充当购买者，约束医疗服务的费用；政府充当规划者，建立健全初级医疗卫生服务体系；政府充当监管者，抑制医疗服务中的市场失灵。^④

^① 葛延风、贡森等：《中国医改：问题·根源·出路》，北京：中国发展出版社，2007年，第225—226页。

^② 李玲：《健康强国：李玲话医改》，北京：北京大学出版社，2010年。

^③ 周其仁：《卫生事业“政府主导”亟待划清“责任边界”，包而不办最糟糕》，《医院领导决策参考》2006年第21期。

^④ 顾昕：《走向全民医保：中国新医改的战略与战术》，北京：中国劳动社会保障出版社，2008年。

《关于卫生改革和发展的决定》指出：“医疗卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。”那么，如何实现医疗卫生事业的社会公益性呢？有人主张恢复医疗卫生的计划体制：“无论在理论上还是在实践中，目前都存在着一种令人担忧的倾向，那就是将恢复计划经济体制视为强化社会公益性的手段，将政府主导等同于政府兴办并且全民控制医疗机构。在某些地方，有关行政部门将医疗卫生体制的社会公益性等同于包办保管公立医疗卫生机构，并且进一步强化其已经拥有多年的垄断地位。”^①因此，关于政府增加区域卫生信息化投入的呼吁，关键不在要不要增加投入，而是政府资金应该以什么方式投入。是否增加以及在什么领域增加政府投入，乃是市场经济国家几乎每天都会发生的公共政策争论，但是究竟是走向计划经济的老路还是探索市场经济条件政府的新职能、新作为，这才是中国所特有的问题。

二、政府在区域卫生信息化中的职责^②

在正常的市场经济体系中，政府可以多种身份，如购买者、调控者、规划者、监管者等角色，参与到市场活动之中。换言之，在市场经济体系中，国家干预的存在是极其自然的，更为自然的是，政府主要通过参与市场而不是取代市场来达到干预市场的目的。当我们发现市场失灵时，简单地求诸国家干预是不够的，更为重要的是以什么样的原则选择国家干预的方式。如何在市场转型的时代运用亲和市场而不是反对市场的手段对市场进行干预，这正是中国区域卫生信息化发展中所面临的极大挑战。因此，“政府监管的市场化”是一个新的改革思路，其重心不仅仅限于指出国家干预的领域及其重要性，而且还要深入研究国家行使其职责的具体方式。

一是要充当区域卫生信息化的规划者或资源配置者。反对市场化的人士认为，目前中国医疗体制的很多问题，都是市场力量主导医疗卫生资源的配置所致。为了解决这些问题，必须压缩市场力量在资源配置上的作用，恢复政府在资源配置上的主导性，让政府主导中国区域卫生信息化的发展就是其手段之一。这种一根

^① 顾昕：《医疗卫生供给的制度空间》，《21世纪经济报道》2008年6月28日。

^② 本节内容，特别是“规划者”、“出资者”与“监管者”的提法，主要参考了顾昕、高梦滔、姚洋：《诊断与处方：直面中国医疗体制改革》，北京：社会科学文献出版社，2006年，

筋的思维方式忽略了另外一种可能性，即在医疗服务市场化的基本格局维持不变的情况，只要政府以市场不足的弥补者而不是市场取代者的角色行使其职能，就可以使问题大大缓解。因此，在中国区域卫生信息化的中，政府的重大职责之一就是扮演规划者的角色，唯有如此，才可能防止信息孤岛的再次发生。

二是充当中国区域卫生信息化的出资者和购买者。通常而言，那些具有公共品性质的社会服务项目依靠市场机制难以实现充分供给，是应该由政府提供的一般性公共服务，如基本公共服务之外的公共交通、城乡基础生活设施等。政府对一般性公共服务负有责任，但提供方式可以有多种形式，有些需要政府直接提供，有些则可以通过政府购买、特许经营、委托代理、服务外包等形式由企业、行业组织、民办组织或社会中介机构提供。而那些确保人人享有基本生活保障的内容则属于基本公共服务，虽然可以有各种提供方式，但支出责任在政府。

三是充当监管者，抑制医疗服务中的市场失灵。首先，必须明确指出，政府扮演监管者的角色与政府扮演保险者与购买者的角色是不同的。作为公立机构的医疗保险管理者并没有任何执法权力，它们只能通过订立契约的方式同医疗服务提供者发生关系。因此，这种关系是一种市场关系。其次，政府扮演监管者的角色，与政府作为行政管理者的角色，也是大不相同的。行政管理乃是在同一个行政体系内部上级对下级所管辖事务的干预，而监管则是政府对其辖区内某些事务的控制。我们经常看到的卫生部对医疗卫生部门的不正之风进行专项整顿的做法，就属于行政管理而不是政府监管的范畴。最后，也是非常重要的一点，政府监管的目的不是取代市场，而是为了矫正市场失灵。世界各国经济社会发展的历史表明，政府监管是同市场化相伴随的，而不是有你没我的二元对立关系。因此，主张加强政府监管同反对市场化相伴，是匪夷所思的。

小 结

向全体人民提供基本公共服务是政府的责任，这就要求科学界定政府职能与市场功能的边界，准确区分公共服务与非公共服务、基本公共服务与一般性公共服务。本章在澄清区域卫生信息化并非基本公共服务的基础上，对市场化的概念作出了必要的澄清，并对政府的角色进行了恰当的限制，认为政府应该在中国区域

卫生信息化中大有作为，自觉地充当好“规划者”、“出资者”和“监管者”的角色，但在信息化过程中发挥所谓的“主导作用”。

第六章 结论与建议

信息化正在触发一场深刻的全球性产业革命，能否占领全球经济竞争的制高点，不断提高信息化水平，已经成为未来国家竞争能力的一个决定性因素。为了迎接信息技术迅猛发展的挑战，世界各国都把信息化建设作为新世纪经济和社会发展的一项重大的战略目标，加快发展本国的信息技术产业，争抢经济发展的制高点，力争使本国在世界经济竞争中保持领先地位。例如，美国从上个世纪八十年代以来，进行以信息化为重点的经济结构调整，成为九十年代以后美国经济持续增长的重要原因；印度经过多年的努力，信息产业，尤其是软件产业得到较快的发展；欧盟、日本等国相继提出了发展信息技术的目标，以期成为信息技术强国，为新的经济发展提供坚实的基础。面对机遇与挑战，中国政府果断地决定大力推进国民经济和社会信息化，把信息化作为国民经济结构战略性调整和实现现代化建设的战略举措和关键环节。

作为整体信息化建设的重要一环，中国区域卫生信息化对于中国医疗卫生体制改革具有重要的现实意义。中国老百姓“看病贵、看病难”的巨大压力、医疗体制改革方案的确定与实施、社区医疗事业的发展、政府提出的人人享有医疗保健的宏伟目标的逐步实现，所有这些都会成为推动中国区域医疗卫生信息化飞速向前发展的原动力。但是，中国的区域医疗卫生信息化的事业才刚刚开始，目前尚在研究、探索和试验的阶段。通过我们前面对中国区域卫生信息化发展路径的探讨，我们可以得出如下结论：

第一，中国区域卫生信息化建设经过近年来的努力，已经取得了较好的成绩，但发展还很不平衡。近年来，中国区域卫生信息化建设从无到有，在开发、推进的广度和深度上不断进步，其发展速度之迅猛，充分体现了中国的特色和优势。有的医院建设、应用医院信息系统和网络的水平，所能达到的功能和效果，已经与发达国家医院的状况比较接近。尤其可喜的是，有关部门和各类医院与 IT 企业，对卫生信息化的认识有了可喜的变化，可谓空前关注、空前重视。但是，从全国 1.8 万所县级以上医院来说，目前大部分医院还仅是应用少量的管理信息子系统，能够比较完整地应用管理信息系统、全面具备基本功能的仍然为数不多，应用临床信息系统的就更少。

第二，中国区域卫生信息化已发展到了一个重要关口，普及推广、发展提高、适应卫生改革新形势都需要充分发挥政府作用。发挥政府作用，并不意味着一种以“命令与控制”为基础的行政化体制，也不主张将政府机构与各类服务提供机构整合在一个等级化行政体系内部，同时担当行政管理、监管、付费和服务提供等多项职能，而是主张合理划清政府、市场与公众各自的地盘。

第三，中国区域卫生信息化需要强大的推动和实施力量，要集中各相关利益主体的力量，特别是要充分发挥和利用好市场的主导作用。虽然政府应该在中国区域卫生信息化中大有作为，自觉地充当好“规划者”、“出资者”和“监管者”的角色，但并非在信息化过程中发挥所谓的“主导作用”。

鉴于上述的分析和看法，我们就中国区域卫生信息化的发展建设问题提出几点建议。

一是充分发挥中国区域卫生信息化各种实施力量、推进力量的作用，促进信息科技创新体制的日益完善。区域卫生信息化的艰巨任务，是需要真抓实干的强大实施力量、推进力量去完成的。政府、医院、市场、公众，都是这个实施和推进力量的组成部分，都应当充分发挥各自的作用，密切配合，形成合力。

二是各级政府主管部门对于推进区域卫生信息化的特殊作用，在任何时候都是无可替代的。信息化是高投入、高风险、高效益的高科技系统工程，与国家卫生改革和发展的大事密切相关，中外经验都是“三分技术，七分管理”。即使在市场经济高度发达的美国，卫生信息化的许多重要政策、法规和措施，也往往由政府部门乃至议会、总统亲自决定和推动。中国政府在推进区域卫生信息化事业上理应承担无旁贷。

三是政府可以通过行使独立的监管职能促使区域卫生信息化市场良性运转，也可以通过优惠政策来促动市场的良性运作，还可以通过公共资源的合理配置来弥补市场失灵和填补市场不足。是将政府的作用同市场的机制分离开来，形成一个独立于市场的行政化区域医疗信息化板块，还是将政府的作用同市场的机制结合起来，形成一个有管理的区域医疗信息化市场，这是中国未来新一轮医疗卫生体制改革下区域医疗信息化发展必将面对的两条道路。笔者倾向于选择后一条道路。

参考文献

一、中文文献

鲍勇：《加强社区卫生服务信息化建设 实施健康管理可持续发展》，《实用全科医学》2007年第5期。

波利特、鲍克尔特：《公共管理改革：比较分析》，夏镇平译，上海：上海译文出版社，2003年。

柏良泽：《“公共服务”界说》，《中国行政管理》2008年第2期。

蔡江南：《新医改能否缓解看病贵》，《中国社会保障》2009年第5期。

蔡江南、徐昕、封寿炎：《此“管办分离”非彼“管办分离”》，《中国医改评论》电子双周刊第2期，2008年5月9日。

蔡立辉：《医疗卫生服务的整合机制研究》，《中山大学学报》2010年第1期。

曹永福：《我国医药卫生体制改革的价值取向及其实现机制研究》，山东大学博士论文，2011年。

陈钊、刘晓峰、汪汇：《服务价格市场化：中国医疗卫生体制改革的未尽之路》，《管理世界》，2008年第8期。

陈庆云、鄞益奋：《论公共管理研究中的利益分析》，《中国行政管理》2005年第5期。

登哈特：《新公共服务：服务，而不是掌舵》，丁煌译，北京：中国人民大学出版社，2010年。

封进、李珍珍：《中国农村医疗保障制度的补偿模式研究》，《经济研究》2009年第4期。

封进、余央央：《医疗卫生体制改革：市场化、激励机制与政府的作用》，《世界经济文汇》2008年第1期。

弗里曼：《战略管理：利益相关者方法》，王彦华等译，上海：上海译文出版社，2006年。

高春亮、毛丰付、余晖：《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变》，《管理世界》2009年第4期。

葛延风、贡森等：《中国医改：问题·根源·出路》，北京：中国发展出版社，2007

年。

顾昕：《走向有管理的市场化：中国医疗体制改革的战略性选择》，《经济社会体制比较》2005年第6期。

顾昕：《全球性医疗体制改革的大趋势》，《中国社会科学》2005年第6期。

顾昕：《公立医院法人治理模式变革》，《中国医院院长》2005年第20期。

顾昕：《社区医疗卫生服务体系建设中的政府角色》，《改革》2006年第1期。

顾昕：《走向全民医保：中国新医改的战略与战术》，北京：中国劳动社会保障出版社，2008年。

顾昕、高梦滔、范酉庆：《让公共服务惠及穷人：中国城市医疗救助体系的建设》，《中国行政管理》2006年第12期。

顾昕、高梦滔、姚洋：《诊断与处方：直面中国医疗体制改革》，北京：社会科学文献出版社，2006年。

哈肯：《协同学：大自然构成的奥秘》，凌复华译，上海：上海译文出版社，2005年。

何雨生：《美国医院信息化情况调查与分析》，《首都医药》2004年第8期。

胡其峰：《要把“民”字摆中间——三十年医改历程回眸》，载《光明日报》2009年4月10日。

淮建军等：《公共服务研究：文献综述》，《中国行政管理》2007年第7期。

霍恩：《公共管理的政治经济学：公共部门的制度选择》，汤大华等译，北京：中国青年出版社，2004年。

李华才：《区域卫生信息化建设任重道远：访中国医院协会信息管理专业委员会常务副主任委员李包罗》，载《中国数字医学》2008年第1期。

李莲花：《后发地区的医疗保障：韩国与台湾地区的全民医保经验》，《学习与实践》2008年第10期。

李林、刘国恩：《中国营利性医院发展与医疗费用研究》，《管理世界》2008年第10期。

李玲：《健康强国：李玲话医改》，北京：北京大学出版社，2010年。

刘宝、叶露：《基本药物可获得性障碍的原因探讨》，《中国卫生事业管理》2008年第3期。

刘焕东：《区域卫生信息化：自上而下的征程》，《中国信息界(e 医疗)》2010 年第 3 期。

刘亚平：《协作性公共管理：现状与前景》，《武汉大学学报》2010 年第 4 期。

麦金尼斯主编：《多中心体制与地方公共经济》，毛寿龙等译，上海：上海三联书店，2000 年。

孟春等：《在结构性改革中优化公共服务》，《国家行政学院学报》2004 年第 4 期。

奥克森：《治理地方公共经济》，倪鹏飞译，北京：北京大学出版社，2005 年。

奥斯本、盖布勒：《改革政府：企业家精神如何改革着公共部门》，周敦仁等译，上海：上海译文出版社，2006 年。

奥斯特罗姆：《公共事物的治理之道：集体行动制度的演讲》，余逊达等译，上海：上海译文出版社，2012 年。

奥斯特罗姆，比什：《美国地方政府》，井敏、陈幽泓译，北京：北京大学出版社，2004 年。

奥斯特罗姆等：《公共服务的制度建构：都市警察服务的制度结构》，宋全喜等译，上海：上海三联书店，2000 年。

欧阳炳惠：《医疗服务与社会主义市场经济》，《中华医院管理杂志》，1994 年第 1 期。

彭想、陈敏：《如何构建高效的区域医疗卫生数据平台》，《中国医院院长》2008 年第 3 期。

萨瓦斯：《民营化与公私部门的伙伴关系》，周志忍译，北京：中国人民大学出版社，2002 年。

世界银行. 中国：卫生模式转变中的长远问题与对策[M]. 北京：中国财政经济出版社，1994.

宋其超：《医改取向及相关政策》，北京：中国社会出版社，2009 年。

唐晋：《大国策：通向大国之路的中国民生：全球视野中的医改路径》，北京：人民日报出版社，2009 年。

谭啸：《区域卫生信息化：开弓没有回头箭》，《计算机世界》2010 年 10 月 15 日。

滕世华：《公共物品非营利组织供给的理论依据》，《云南行政学院学报》2002年第6期。

王才有：《中国社区卫生信息化发展策略分析》，《中国数字医学》2007年第3期。

王虎峰：《我国卫生医疗体制改革30年》，载邹东涛主编：《中国改革开放30年（1978—2008）》（发展和改革蓝皮书），北京：社会科学文献出版社，2008年。

王虎峰：《解读中国医改》，北京：中国劳动社会保障出版社，2008年。

王虎峰：《中国新医改理念和政策》，北京：中国财政经济出版社，2009年。

王俊、昌忠泽、刘宏：《中国居民卫生医疗需求行为研究》，《经济研究》2008年第7期。

王帅、苏维：《中国区域医疗信息化发展现状、存在问题及对策研究》，《现代预防医学》2010年第22期。

王小万等：《正视公共卫生，建立有效的疾病控制体系：SARS疫情后的反思》，《医学与哲学》2003年第6期。

王翌秋、张兵：《农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析》，《中国农村经济》2009年第2期。

汪德华、白重恩：《政府为什么要干预医疗部门？》，《比较》第36辑，2008年。

韦斯：《商业伦理利益相关分析与问题管理方法》（第3版），符彩霞译，北京：中国人民大学出版社，2005年。

解莹：《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》，《经济研究》2009年第2期。

休斯：《公共管理导论》（第三版），张成福等译，北京：中国人民大学出版社，2007年。

张春霖：《公共服务改革中的政府与市场》，《财经》2005年第16期。

张伟燕等：《中国城市社区卫生服务发展的主要模式、问题与对策》，《中国全科医学》2005年第2期。

张楨等：《公共服务领域中的竞争与合作》，《华东经济管理》2005年第10期。

赵宁，金新政：《区域卫生信息系统集成化探讨》，《中国卫生质量管理》，2009

年第 4 期。

中国（海南）改革研究院：《中国人类发展报告（2007—2008）》，2008 年，载中国发展门户网站，<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan035558.pdf>，2012 年 8 月 7 日可访问。

中国医院协会信息管理专业委员会：《中国医院信息化发展研究报告》（白皮书），北京：人民出版社。

周其仁：《病有所医当问谁》，北京：北京大学出版社，2008 年。

周义程：《公共服务悖论及其破解策略》，《学术界》2009 年第 2 期。

周志忍、蒋敏娟：《整体政府下的政策协同：理论与发达国家的当代实践》，《国家行政学院》2010 年第 6 期。

朱恒鹏：《政府主导、价格管制与医疗体制弊端》，载魏众主编：《减轻经济全球化中的健康脆弱性》，北京：经济管理出版社，2008 年。

朱恒鹏：《新医改研究文献综述：2008—2009》，《经济学动态》2009 年第 10 期。

二、英文文献

de Lusignan et. “The Development of Primary Care Information Technology in the United Kingdom”, in *Journal of Ambulatory Care Management*, 2008, Vol.31(3): 201-210.

Edward Gu & Jianjun Zhang. “Health Care Regime Change in Urban China: Unmanaged Marketization and Reluctant Privatization”, in *Pacific Affairs*, 2006, Vol. 79(1): 49-72.

Francois, Patrick. Public service motivation: as an argument for government provision, in *Journal of Public Economics*, 2000(78): 275-299.

Ferris, James & Graddy, Elizabeth. “Organizational Choices for Public Service Supply”, in *Journal of Law, Economics & Organization*, 1994(1): 126-141.

Gregory, R. J. Social capital theory and administrative reform: Maintaining ethical probity in public service, in *Public Administration Review*, 1999(59): 63-75.

Julia A. Heath. “The Financing and Provisioning of Education and Health Services

in Developing Countries: Review Article”, in *Economics of Education Review*, 1998(3): 359-362.

Murphy, E. “Community care II: possible solutions”, in *British Medical Journal*, 1988(296): 5-8.

Poon, Eric. etc. “Assessing the level of healthcare information technology adoption in the United States: a snapshot”, in *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2006, Vol.6 (1): 1-9.

Rainey, H. G., & Stein Bauer, P. “Galloping elephants: Developing elements of a theory of effective government organizations”, in *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1999(1): 1-32.

Fiorito, Riccardo & Tryphon Kollintzas. Public goods, merit goods, and the relation between private and government consumption. In *European Economic Review*, 2004, Vol. 48(4): 1367- 1398.

Samuelson, Paul A. “The Pure Theory of Public Expenditure”, in *The Review of Economics and Statistics*, 1954, Vol. 36(4) : 387-389.

三、网络文献

美国医疗卫生信息与管理信息系统协会官网，[http : //www.himss.org/ASP/index.asp](http://www.himss.org/ASP/index.asp).20100320.

《全国卫生信息化发展规划纲要（2003-2010年）》，<http://www.moh.gov.cn/open/uploadfile/200406/2004629144259379.doc>，2012年8月7日可访问。

卫生部统计信息中心：《社区卫生信息技术标准研究技术文件汇编之四：信息分类与功能规范篇》，2006年，<http://www.jsbst.gov.cn/gb/jssbst/tjxx/wsxxh/userobject1ai15057/00000006.pdf>，2012年8月7日可访问。

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，载中国中央人民政府网站，[http: //www.gov.cn/jrzg/2009-04/06/content_1278721.htm](http://www.gov.cn/jrzg/2009-04/06/content_1278721.htm)，2012年7月31日可访问。

Gaylin D. et al. Community Health Center Information Systems Assessment: Issues and Opportunities: Final Report, October 2005, <http://aspe.hhs.gov/sp/chc/chc.pdf> , 2012年7月31日可访问。