

“三医”联动的治理结构特征与实践模式

王震

(中国社会科学院经济研究所,北京100836)

摘要:从政策、行政体制与治理结构三个层次构建分析“三医”联动的框架,并以此框架总结和分析以北京、福建三明、江苏宿迁为典型的政策联动型、行政体制联动型“三医”联动的实践模式。政策联动型不触及“三医”行政权力的重新分配,阻力小、短期效果明显,但政策延续性和可持续性较差。行政体制联动型实际上是“三医”行政权力的重新分配和集中,有利于政策协调和改革推进,但受到的阻力较大,需要较强的政治协调能力,同时未触及“三医”治理结构的冲突,可能会导致新的问题和扭曲。政策层面的不联动以及行政管理体制层面的不联动都是治理结构冲突的反映。治理结构的联动是长时期变量,社会接受度低、社会风险高,但治理结构的联动和趋同的效果是长期的,也是实现医改目标的基础。

关键词:“三医”联动;政策联动;行政管理体制;治理结构

中图分类号:D63-31

文献标志码:A

文章编号:1007-5194(2017)05-0072-06

DOI:10.16501/j.cnki.50-1019/d.2017.05.010

1 引言

医疗、医保、医药“三医”联动改革已成为医改的一个共识,但对于如何推动“三医”联动以及“三医”联动的主要障碍在哪里等问题,仍然存在分歧。一些观点认为,“三医”联动应首先动医保,医保应成为“三医”联动的主要推动力量,“三医”之所以不能联动,是因为医保不配合、不支持^[1];与之相对,一些观点认为“三医”联动的主要症结在医疗服务供给的改革没有跟上,公立医院改革长期滞后是“三医”不能联动的主要症结^[2]。在实践层面,各地也根据不同的情况进行了“三医”联动的改革,比如福建省设立新的医疗保障管理委员会,统一医疗、医保和医药的行政管理职能,北京等地以“总量不变、机构平移”为特征的医药分开改革。这些改革都被冠以“三医”联动,表明这些改革是存在一些相同特征的,但很显然这些同被称为“三医”联动的改革又是有内在差异的,改革的深度、广度以及涉及到的利益相关方都不尽相同。在这样的情况下,需要一个逻辑一致的框架来总结、刻画和分析不同的“三医”联动实践模式及其背后的政策含义。

对“三医”联动实践模式进行总结和分析的现有相关文献,主要聚焦于对某一个地区“三医”联动改革及其成效的分析,如应亚珍^[3]从“三医”联动角度对福建三明医改的分析,韩晓芳、朱恒鹏^[4]对北京市医药卫生体制改革中公立医院改革、医保支付方式改革以及药品价格改革的分析。此外,也有一些对不同模式进行总结的研究,比如何维^[5]总结的福建三明综合医改、安徽新农合大病医保、上海家庭医生制度等“三医”联动的三种模式。这些研究对理解和把握当前各地的实践具有参考意义,但这些研究从分析方法上,缺少一个逻辑一致的分析“三医”联动的框架,从而对各地不同实践模式的总结缺乏比较意义。

本文对“三医”联动实践模式的研究,首先提出一个从政策、行政管理体制和治理结构三个层次刻画和总结“三医”联动的框架,并在这个框架内来描述和总结以北京、福建三明和江苏宿迁为代表的三种典型的“三医”联动实践模式。由于治理结构在这个分析框架中的基础性作用,本文将首先对治理、治理结构及医疗服务供给、医疗保险和医药的治理结构特征进行分析,为后面的分析框架提供讨论基础。

收稿日期:2017-07-13

作者简介:王震(1977—),男,博士,中国社会科学院经济研究所研究员。

2 治理、治理结构及“三医”的治理结构特征

2.1 治理及治理结构的类型

治理不同于管理,是一个含义更为宽泛的概念。联合国全球治理委员会认为“治理是公共或私人的个体或机构处理及解决其共同事务的方法的综合,是一个采取共同行动调和不同利益相关方的持续的过程。”^[6]治理的概念在应用中包含了多维度的含义,比如公司治理、社会治理、国家治理。本文使用“治理”来表述一个行业或领域内相关各方处理和协调相互关系的方式和方法的总和。这些方式和方法综合在一起就构成了一个行业、领域或社会的治理结构。

从国家治理或社会治理结构演进的角度来看,西方国家在经历以自由市场经济为特征的市场化治理结构后,出现了“市场失灵”;为弥补市场失灵,出现了国家干预为特征的政府治理模式。但在20世纪70年代之后,国家干预式的治理模式出现了“政府失灵”问题。为解决“市场失灵”和“政府失灵”,寻求第三条道路的社会化治理模式或社会自治的治理模式及其理论开始出现^[7]。2009年诺贝尔经济学奖得主奥斯特罗姆^[8]将公共事务的治理结构分为三个类型:基于行政集权的治理、基于市场或企业化的治理以及基于社会组织自治的治理。本文从治理目标、参与各方的地位及协调手段的角度将治理结构分为三个类型:(1)行政化治理(Administrative, A型)。目标是追求秩序与稳定,且“秩序”的内容是上级提出的;参与方在治理过程中地位不平等;协调手段,不论是在组织内部还是参与方之间,主要使用单向度的命令,要求下级服从上级。例如,政府行政机关主要是行政化治理。(2)市场化治理(Market, M型)。治理目标是参与方的利润最大化。在组织内部,参与方是等级制或科层制管理,协调手段使用单向度命令;参与方之间地位平等,主要使用价格机制作为协调手段。一般的制造业企业多是市场化治理。(3)社会化治理(Community, C型)。目标是实现参与方之间的均衡;不论在组织内部还是参与方之间,参与各方地位平等,协调手段主要是协商、谈判。社会化治理在社会保障、医疗、教育服务的提供中比较普遍,典型案例是德国的社会保险。

2.2 “三医”的治理结构及其特征

以上述治理结构的分类框架来分析“三医”,其基本的特征可以总结为:

(1) 医疗服务供给。当前中国医疗服务的供给仍然是以公立机构为主。中国公立医疗机构虽然定义为事业单位,但基于事业单位编制的管理手段具有非常典型的行政等级制特征^[9]。在与医疗服务其他参与方的关系上,由于公立医疗机构与卫生行政管理部门“管办不分”,因此形成了事实上的行政垄断。这种行政化的治理结构面对的是市场化的外部环境,同时也导致公立医疗机构具有追求收入最大化的目标^[10]。行政垄断下追求收入最大化,也是社会上所诟病的公立医院“逐利性”问题。因此,医疗领域的治理特征可以总结为“行政化治理、追求市场化目标”,或使用上文提出的概念,将其表述为“A+M”型治理。

(2) 医疗保险。中国的医疗保险是以城镇企业职工基本医疗保险(简称“城职保”)、城镇居民基本医疗保险(简称“城居保”)以及新型农村合作医疗(简称“新农合”)三大医疗保险制度为主的社会保险体制,覆盖率超过了95%。社会医疗保险的性质决定了医保的社会化特征:与参保人和参保企业之间是平等的契约关系;在与医疗服务提供方的关系上,理论上是平等的购买关系,但由于全民医保条件下,医保成为单一付费方,因此也具有明显的垄断特征(买方垄断);医保在实际运行中的首要目标是保证基金的收支平衡。三大社会医疗保险的经办和管理具有浓厚的行政化色彩。因此,医保的治理特征可以总结为社会化治理与行政化治理的混合,可以概括为“C+A”型。

(3) 医药。医药领域的主体是企业,它们与其他参与各方,比如医保、医疗服务提供机构之间的关系,主要是市场交易关系,使用价格机制进行协调,其目标是利润最大化。但是中国当前的医药格局中,政府的干预又非常明显。一个典型的例子是,医药企业在销售过程中要实行“两票制”。商品购销过程中开了几次发票,属于典型的市场行为,在其他行业政府也无干预开几次发票的管制,但在医药行业中却出现了。这表明中国医药行业的治理特征是行政管控下的市场化治理,即“M+A”型。

3 “三医”联动的三个类型

3.1 “三医”联动的三个层次

顾名思义,“三医”联动针对的问题是“三医”不联动,表现形式就是医疗服务供给、医疗保险和医药领域之间的掣肘、相互冲突,从而导致各种扭曲现象的出现。这种“不联动”看似复杂,但基本上可以从政策、行政管理体制以及治理结构等三个层面进行分析。

(1) 政策不联动。本文将政策定义为在制度、体制不变的情况下,可以在短期内调整的一组参数。比政策更浅层次的是管理,管理可以在政策框架内实施,而政策则可以在一定的制度安排下进行调整。比如,医疗保险的支付政策、医保报销比例、起付线、医保目录、医疗服务和药品的价格政策、药品的加成政策、药品流通的“两票制”政策等。政策之间的不协调、不联动是医药领域各种扭曲和问题的直接原因。比如以药养医,直接的政策原因就是医疗服务定价过低与药品加成两个政策。医疗服务定价低,不能补偿医院的成本以及医生的合理报酬,需要其他的收入渠道;而药品加成政策则提供了这个渠道。以此逻辑推论,“以药养医”几乎是必然的。

(2) 行政管理体制不联动。政策不联动的背后是医药卫生领域行政管理部门分割带来的不联动。医药卫生领域的政府干预色彩浓厚,医疗服务的供给主要依靠公立机构,医疗保险虽是社会化的,也是政府办、政府管,即使已经市场化的医药生产和流通,受到的行政管制和干预也较多。在现实中,“三医”的行政主管部门并不统一:医疗服务的主管部门是卫生计生部门,医疗保险属人社部门主管,医药生产和流通的政策管理部门既包括食品与药品监督管理局,也包括商务部等其他相关部委。不仅如此,“三医”的各个方面都有行政主管部门,比如公立医院的医生编制要受到编制部门的管制,医生薪酬要受人事部门管理,医疗服务和药品定价要受发改委价格部门管理。“九龙治水”是对这一现象的形象化表述。

这种行政主管部门的不统一,以及由此导致的“三医不联动”比政策“不联动”的层次更深,起到的作用更大。不同的行政主管部门制定政策的出发点不同、使用的政策工具不同、政策目标也不尽相同,产生政策冲突也几乎是必然的。在医改推进过程中,几乎在各个需要改革的问题上,比如公立医院改革、医药分开改革、人事薪酬制度改革、医保支付方式改革等,都存在行政管理部门之间的相互冲突和掣肘。

(3) 治理结构的冲突。在行政部门不联动的背后,是“三医”治理结构间的冲突。如前文所分析的,“三医”在治理结构上是不同的:医疗服务供给是“A+M”型,医保是“A+C”型,医药是“M+A”型。政策的不联动、管理体制的不联动,所反映的是治理结构的不联动。行政化治理的医疗服务供给在面对作为第三方付费的医保时,要求医保的支付按照其成本进行“补偿”;而医保作为社会医疗保险,具有典型的社会化治理特征,要实现收支平衡,要按照“以收定支”的原则为参保人购买合适的医疗服务。在这两者之间就会出现一个“分歧”地带。在治理结构一致的情况下,“分歧”主要通过两者之间的对等谈判来加以解决。但在治理结构冲突的情况下,两者甚至对解决问题的方法也存在分歧。最终的结果就是两者都诉诸于行政手段来维护各自的利益,本来是可以通过对等谈判解决的问题,变成了行政部门之间的冲突;而行政部门之间的冲突,则又表现为政策上的不联动。医疗服务供给方与医药之间也存在这种冲突:医药领域的治理结构特征是市场化的,要求与医院之间的交易是单纯的市场交易;但医院是行政化治理的,借助行政力量对医药企业形成“买方垄断”。为了将这种行政垄断带来的租金“变现”,公立医疗机构也将收入最大化纳入了其治理过程,从而出现了所谓的“逐利性”这一市场化特征。

3.2 “三医”联动的三个类型

上述导致“三医不联动”的三个层次的因素,实际上也刻画了“三医”联动的三个类型。

(1) 政策联动型。该模式的“三医”联动在行政管理体制和治理结构基础不变的情况下,“三医”的相关政策进行联动改革。政策联动型因为维持了行政权力的分配格局不变、治理基础不变,因此改革阻力小,短期内可推动性与可操作性强;但是因为行政管理体制没有变,因此政策联动的协调成本高,政策延续性与可持续性差。对政策联动型实施效果的预期,在短期内联动目标的效果比较明显,但是由于行政

管理体制和治理基础都没有变化,因此政策联动的效果在中期和长期将逐渐减弱乃至消失。

(2) 行政管理体制联动型。行政管理体制联动型的“三医”联动实际上是“三医”行政权力分配格局的变动,因为涉及到行政权力的重新分配,部门间的冲突会比较激烈,遇到的内部阻力较大。但是,行政管理部门联动后,政策联动的成本就变得很低,政策联动的推进所遇到的阻力减少;同时,治理基础也没有变化,社会可接受程度高。从联动的预期效果看,行政管理体制的联动在短期和中期都能看到一定的效果。但是由于没有触及到“三医”的治理基础,因此会产生“后遗症”,带来一系列新问题,出现“新问题掩盖老问题”的局面。从长期看也缺乏可持续性。

(3) 治理结构联动型。治理结构层面上的“三医”联动主要是医疗、医保和医药领域治理结构的趋同。如前所述,“三医”的治理结构不同,因此其运行的基本特征就会出现冲突,从而导致扭曲。在治理结构上推动“三医”联动,是通过联动改革,建立适应“三医”运行的治理结构基础。治理结构是长时段变量,它的形成与改革同样需要一个较长的时期才能发生作用。由于锁定效应的存在^[11],特定的治理结构形成后会被多数社会成员认可,即使其运行绩效出现了下降,甚至带来了扭曲,改革可接受度也不会太高,而且改革也会带来一定程度的秩序混乱。但这种失序是短期的,经过一段时期的调整,会形成新的治理结构。治理结构的联动,优点是解决了“三医”治理结构的冲突,可以较低成本解决行政管理部门分割以及政策冲突,并且具有长时期的可持续性。但其缺点也是显而易见的,需要考虑短期失序带来的社会成本与社会风险。

4 “三医”联动的实践模式

本部分使用上文提出的“三医”联动的三个类型来总结和分析当前“三医”联动实践的几个模式:一是以北京医改为代表的政策联动型;二是以福建三明为代表的行政管理体制联动型;三是以江苏宿迁为代表的治理结构联动型。

4.1 北京医改:政策联动型“三医”联动

2017年3月北京市人民政府印发了《医药分开综合改革实施方案》并于4月8日在全市推开医药分开的改革。本次改革的主要目标是通过“医疗、医药、医保联动”解决“以药养医”、药价虚高的问题。主要政策措施可以总结为“总量不变、结构平移”,即在保证医疗机构总收入不变的情况下,取消药品加成,并将药品加成收入“平移”至新设立的药事服务费中,以体现医生的服务价值。要实现“总量不变、结构平移”,除了医疗机构的政策调整外,还需要医保和医药的配合、联动:医保支付要将药事服务费纳入报销范围,从而保证患者负担不加重,同时实施医保的总额预算,以控制医疗机构的成本;在医药方面,实施药品阳光采购,落实药品购销“两票制”以及联合采购,以控制药价虚高。

北京医药分开的改革具有典型的政策联动型特征:医疗服务供给方、医疗保险以及医药方的各项政策联合改革、相互配合,以保证医药分开政策目标的实现。从运行几个月的情况看,北京医改在短期内降低了次均药费和药占比,医院药品总费用也出现下降趋势,而且由于不同等级医院的医事服务费的差异,北京医保患者向高等级医院集中的趋势有所缓解^[12]。

政策联动型的“三医”联动,由于不涉及行政权力的重新分配,保障了各方的既得利益,因此阻力较小。此外,由于改革效果能够在短期内显现,因此不仅高层决策部门对此种“联动改革”加以认可,而且多数地方政府也有积极性来加以推动。此前已经展开的县级公立医院改革以及城市公立医院改革试点,也将这种“联动”措施加以推广。但这种联动改革由于维持了原有的行政权力格局,政策协调的成本高,对政府行政协调能力的要求高,一旦政府行政协调出现问题,联动改革很可能就会变成“不联动”的改革,从而使改革陷入失败。

4.2 福建三明:行政管理体制联动改革

福建三明医改也是“三医”联动,但是在政策联动的背后,三明医改的核心和关键是行政管理体制的联动。从政策角度,三明医改也是从取消药品加成入手,通过调整和增加医务性收入来弥补药品加成收

入的损失;在药品方面,落实“两票制”,增大本市和医院在药品采购中的权重,在省级招标采购外实行“二次议价”降低药品价格;在医保方面,将“新农合”“城居保”和“城职保”统一到医疗保障管理中心,并由财政部门进行管理;在公立医院人事薪酬制度方面,实行年薪制,隔断医生收入与药品收入之间的关联。

这些政策性改革措施因为涉及到多个政府权力部门,在行政管理体制不变的情况下,协调成本高。对此,三明医改的特点是成立由市政府主要领导为负责人的领导小组,将分散在各部门的涉及到“三医”的行政权力集中起来,减少部门分割带来的阻力,降低政策协调成本。这种行政管理体制联动的做法也被福建省医改部门所接受,并根据三明的做法成立了福建省医疗保障管理委员会,将卫生计生部门、人社部门、食品药品监督部门等涉及到“三医”的职能合并到该机构,同时将办公室设立到省财政厅,以实现行政管理体制的统一与合并。

三明的“三医”联动比之于政策联动,触及到了行政管理体制,降低了政策协调成本,增加了政策的延续性。但是,行政管理体制的联动,由于涉及到了行政部门的权力分配格局,推动的难度大,需要强有力的政治动员能力和协调能力。而这个条件在其他地区并不容易实现。这也是三明医改虽然受到各方面的高度关注,并且得到了决策层的认可,但真正实施和推动的地区并不多的主要原因。

行政管理体制的联动虽然能够解决“三医”不联动的问题,但其使用的手段仍然是行政化的,依赖于行政权力的继续增大,并通过行政权力的推动来实行联动。这实际上进一步加大了“三医”之间治理结构的冲突。就三明医改而言,虽然通过行政强有力干预表面上缓解了“以药养医”问题,但行政干预仍然无法解决医疗服务供给中的激励问题。绩效工资和年薪制虽然可以切断医务人员的收入与医疗服务提供之间的联系,但同时也降低了对医务人员的激励,形成新的“大锅饭”体制。

4.3 江苏宿迁:治理结构的联动

江苏宿迁的医改虽然被冠以“市场化”“民营化”“私有化”的标签,但其内涵是多样化的。首先,自2000年乡镇卫生院改革开始到2004年城市公立医院完成改制,宿迁的公立医疗机构除了引入民营资本外,还真正实现了政事分开、管办分开,医疗机构成为真正意义上的独立法人,医生成为真正意义上的自由执业者。从治理结构上理解,就是实现了治理结构从行政化向市场化以及社会化的转变,从而与医保和医药治理结构实现了趋同。而社会化与市场化的治理结构又与外部市场经济的治理结构趋同。在治理结构实现趋同的情况下,“以药养医”这个顽疾自然得以解决。笔者以及笔者所在的团队曾多次到宿迁调研,宿迁医疗机构与医药企业之间既没有“两票制”,也没有集中招标采购,但药品的实际交易价格却比该省地区公立医院为主的地区低四到五成;宿迁医疗机构的药占比、门急诊及住院次均费用也并不比周边公立医疗机构为主的地区高^[13]。

在治理结构实现趋同的情况下,医疗领域的管办分开自然得以实现,医药领域的过度干预也失去了实际意义,而医保与医药和医疗之间的关系也很简单,就是对等的谈判协商机制。在这样的格局下,由于行政管理部门与医疗服务提供方之间的隶属关系没有了,部门利益弱化,行政管理体制的分割也失去了原来的意义。在之前的治理结构框架下,行政管理体制的不联动导致政策难以联动,主要是因为不同的行政部门在“三医”中各有其既得利益。一旦新的治理结构形成,行政管理部门恢复到只执行全社会的行政管理职能,那么也就不存在行政部门之间的“不联动”。

但是,宿迁医改也有其劣势,即这种大规模的治理结构变革的社会接受度并不高。宿迁医改已经过去17年了,除了一些研究机构的调研外,主管部门并没有对此公开发表意见。这种“视而不见”本就代表了一种不认可的态度。而从社会舆论来看,由于涉及到“私有化”“民营化”等概念,对宿迁医改的负面舆论多于正面舆论。这也使得宿迁医改的可推广性受到影响。

对于上述三个“三医”联动的实践模式,本文虽无意进行效果的评估及比较,但从理论上仍有一定的判断,即治理结构的联动与改革是长期解决中国医改问题的方向。从可操作性上分析,政策联动和行政管理体制的联动却具有相当的优势。特别是对地方政府及其领导而言,在改革路径的选择中,对于影响

社会稳定的一些领域,更偏好短期效果,更偏好社会接受度高、维护社会稳定的路径。但从长时段的角度,要完成中国医改的目标,治理结构的联动变革是不可避免的。

5 结论

本文构建了一个分析“三医”联动的框架,并将之用于总结和分析“三医”联动的实践模式。政策联动型、行政管理体制联动型和治理结构联动型是各地在探索“三医”联动过程中出现的三个实践模式。政策联动型的特征是在行政管理体制和治理结构不变的情况下,“三医”的相关政策进行联动改革。北京取消“以药养医”的改革是典型的政策联动型;福建三明的改革不仅有政策的联动而且通过行政权力的再分配推动行政管理体制的联动,其实质是将“三医”的行政管理权集中;江苏宿迁的改革则包含了治理结构和治理基础的联动,“三医”之间的治理结构趋同。

政策联动是短期变量,其优势在于现实阻力较小,可推动性强,效果可以短期显现,但因为行政权力的分配格局与治理基础没有发生变化,因此政策延续性及可持续性较差。行政管理体制联动属于中期变量,其优势是解决了不同行政部门之间的冲突,有利于行政化命令的执行,但其缺点也是显而易见的,由于触动了现有的行政权力分配格局,阻力较大,这也是三明医改虽然备受关注但真正实施的地区并不多的主要原因;而且从长期看,由于“三医”的治理基础没有变,治理结构之间的冲突带来的各种扭曲仍然没有得到解决,行政管理体制的集中统一虽然可以将问题“压”下去,但从长期看,仍会产生新的问题。

江苏宿迁在“三医”治理结构的联动和趋同方面进行了探索,从目前的状况看,新的治理结构正在形成。但治理结构的联动改革社会接受度不高,社会风险和成本很大,因此受到的关注度也不高,真正敢于推动和实施的地方也不多。治理结构的联动是长时期变量,其改革也是一个长时期的过程,但“三医”治理结构的改革、联动与趋同是中国医改必须面对的挑战。本文之所以用很大的篇幅来分析“三医”的治理结构与治理基础,也主要因为治理结构作为一个长时期变量,实际上决定了中国医改的走向。当前“三医”领域出现的各种扭曲和问题,都可以在“三医”治理结构的冲突中找到根源。因此,中国医改的继续推进,实现“三医”联动,都还需要在治理结构的变革上有所突破。

参考文献:

- [1] 胡善联.中国医改的焦点、难点和痛点[J].卫生经济研究,2015(12):3-7.
- [2] 王震.公立医院改革与三医联动[J].中国医疗保险,2016(10):9-12.
- [3] 应亚珍.三医联动多方共赢——三明市公立医院改革调研报告[J].卫生经济研究,2014(10):30-33.
- [4] 韩晓芳,朱恒鹏.北京市医药卫生体制改革的社会影响分析[M].北京:中国社会科学出版社,2016.
- [5] 何维.“三医联动”下的中国医改——解读“三医联动”的三种模式[N].人民政协报,2016-05-24.
- [6] The UN Commission on Global Governance.Our Global Neighborhood[M].Oxfordshire:Oxford University Press,1995.
- [7] 安东尼·吉登斯.第三条道路:社会民主主义的复兴[M].郑戈,译.北京:北京大学出版社,2000.
- [8] Elinor Ostrom.Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action[M].New York: Cambridge University Press,1990.
- [9] 朱恒鹏,周彦.为什么要取消事业编制? [J].比较,2016(5):108-123.
- [10] 姚宇.控费机制与我国公立医院的运行逻辑[J].中国社会科学,2014(12):60-80.
- [11] W.Brian Arthur.Competing Technologies,Increasing Returns, and Lock-in by Historical Events[J].The Economic Journal,1989(4):116-131.
- [12] 梁亮亮.北京医改初显成效 医院药费降低 就诊更加合理[J].首都食品与药品,2017(11):26.
- [13] 朱恒鹏.宿迁:可复制的民营化医改路[J].中国医院院长,2011(24):58-61.

责任编辑:午 为