

专栏导语：医疗卫生健康治理现代化的挑战与解决路径

专栏导语：医疗卫生健康治理现代化的挑战与解决路径

顾 昕*

医疗卫生健康事业如何达致善治（Good Governance），对于任何一个国家和地区的公共治理体系现代化来说，都是一项异常严峻的挑战。这一挑战的严峻性之所以异乎寻常，远甚于其他公共服务的治理，缘于医疗卫生健康服务具有高度多样性、多维性和多层性以及治理机制的嵌入性三大特征。

医疗卫生健康服务具有多样性。在医疗卫生健康领域，有些服务，如面向群体提供的公共卫生服务，如环境卫生、社区卫生、疾病控制、卫生监督、健康教育等，属于公共物品；另外一些面向个体提供的公共卫生服务，如预防免疫、妇幼保健、疾病筛查、传染病管理、慢性病管理等，具有高度正外部性，属于准公共物品。医疗服务本身是典型的私人物品，但这类服务一方面具有正外部性，另一方面具有信息不对称性和信息不确定性（Arrow，1963）。除此之外，相当一部分医疗保健服务，还具有“信任品”的特征，即相关服务的充分质量信息必须在消费者消费之后的很长时间内才能获得体验，而且消费者必须付出一定的额外成本之后才能对质量加以确认（Darby & Karni，1973）。

医疗健康服务还具有多维性和多层性。本专栏中杨立华和黄河的文章《健康治理：健康社会与健康中国建设的新范式》将这两点概括为三个维度，即内涵维度、领域维度和层次维度。健康服务的内涵维度遍及生理、心理、精神、道德、自然和社会层面的内容，健康服务的领域维度涵盖政治、经济、社会、文化和生态层面的内容，健康服务的层次维度囊括个体、社区、城市、地区、国家和国际（他们未将国际层次纳入其文展示健康治理“五全”范式的图3）

* 顾昕，浙江大学公共管理学院，教授；浙江大学民生保障与公共治理研究中心，专职研究员；浙江大学社会治理研究院，首席专家。

层面的内容。

由于医疗卫生健康服务的多样性、多维性和多层性，其善治的实现必定具有如下特征：（1）多元主体横向协作，通过参与与互动，以取长补短，相互增进；（2）多层主体纵向协作，通过沟通与协商，以上下共进，互为支撑；（3）多种协调（或治理）机制相互嵌入，通过互补与协同，以相辅相成，相得益彰。前两个特征在杨立华和黄河的文章《健康治理：健康社会与健康中国建设的新范式》中得到了充分的阐述。在他们的笔下，健康管理的完善，健康社会的达成，需要包括政府、公众、企业、社会组织、学者和媒体等在内的所有主体的共同行动、协同治理，也需要所有层级之间形成互动网络，以实现健康公民、健康社区、健康村庄、健康城市、健康社会、健康世界的愿景。这同治理理论的国际发展潮流相吻合，即政府、市场和社会多方主体协作治理（Donahue & Zeckhauser, 2011）与互动治理（Torfing et al., 2012）的兴起。

医疗卫生健康服务的第三个特征，即治理机制的嵌入性，是一个值得深入探讨的议题。人类活动具体的协调（治理）机制林林总总，但经过学术界的高度提炼，可以概括为三种：行政机制、市场机制和社群机制。与之对应则有三种治理方式，即行政治理、市场治理和社群治理（Bowles, 2004）。几乎所有私人 and 公共事务的治理，医疗卫生健康事业的善治也不例外，都离不开这三种协调（治理）机制各自发挥的重要作用，也离不开它们的互补协同作用。正如我在一篇论述创新政策中治理嵌入性的论文中所说“三种机制分别独自发挥作用以达成良好治理之态的情况并不能彻底排除，但在多数情况下，三种机制必须相互嵌入方能达成相得益彰的协同之效。三种机制的组合或嵌入方式大有不同，导致公共治理体系有所不同，进而导致治理绩效呈现差异性”（顾昕，2017a: 7）。对于健康治理，杨立华和黄河的文章《健康治理：健康社会与健康中国建设的新范式》详细论证了多方主体协作互动的重要性，对于三种治理机制的协同互补仅仅是简要提及，如在论及多层次纵向协同之时特别指出，“要实现自下而上和自上而下两种治理方式之间的协同”。在这里，“自上而下”的治理方式一般可以视为行政治理的典型运作，而“自下而上”的治理方式既可以通过市场治理来实现，也可以通过社群治理来实现，而后者更为重要。

行政治理的重要性和有效性，在中国公共治理创新的语境中，几乎无需多加强调。实际上，在医疗卫生健康治理的实践中，行政治理始终居于主导地位。尽管行政治理也必然出现在具有一定规模的市场组织和社会组织之中，但人们一般将其视为政府机构和公立组织（事业单位）特有的行为方式，进而将政府行政力量视为行政治理的化身。由此，“政府主导”成为医疗卫生健康治理中的

核心关键词，甚至有压倒其他关键词之势，而在这一语境中“政府主导”也就几乎等同于“行政治理主导”。

然而，强调政府是否应该主导仅仅是一回事，政府以何种方式主导社会经济事务的治理是另一回事，而后者更应该成为政治科学和公共管理学研究的重点。政府与市场的关系，国家与社会的关系，最根本性的问题在于，政府行政力量对行政机制的运用究竟是强化还是弱化了市场机制，究竟是激活还是削弱了社群机制。这一点对于公共治理体系的现代化，或者说，公共事务善治的达成，才是至关重要的。就这一点，经济学家曼库尔·奥尔森（Mancur Olson）在论述政府在繁荣促进上的作用时提出的“市场强化型政府”（Market - Augmenting Government）的理念（Olson, 2000; Azfar & Cadwell, 2003），以及我本人在国内经济学家就产业政策中政府与市场之争的评论中提出的“社会增强型政府”（Society - Enhancing Government）的想法（顾昕，2017b），或更具有涵盖性；社会政策学者尼尔·吉尔伯特（Neil Gilbert）大力弘扬的“能促型国家”（The Enabling State）的思想（Gilbert & Gilbert, 1989），也值得我们深入发掘，加以系统化、理论化。

市场治理在公共服务治理（尤其是医疗卫生健康治理）中的定位，是包括公共管理学在内的诸多社会科学的一个永恒的议题，而政府与市场的二元对立则常常处在争论风暴的中心。众所周知而且无需掩盖的是，在中国新医改政策的制定和实施当中，围绕着政府与市场的关系，医疗政策研究界形成了“政府主导派”和“市场主导派”。就医疗卫生健康领域中市场机制的作用，两种极端的观点，尽管清晰有力的表达者寥寥无几，但依然可以仔细辨认出来。一端是高度行政化观点，主张政府应该对基本医疗卫生服务实施全方位、全天候、全环节的管理，而市场机制和市场力量充其量只能处在边缘的位置，在“高端服务”的提供上发挥自己的作用；另一端是高度市场化观点，主张市场机制和市场力量应该在医疗卫生服务（无论基本与否）的资源配置和组织协调上发挥决定作用。“市场主导派”又细分为两个子类别：一类强调打破公立医疗卫生机构的垄断，大力推进民营化，尤其是公立医疗机构的转制，从而在医疗供给侧通过多元办医格局的形成来强化竞争；另一类尽管不否定民营资本进入医疗卫生健康领域的重要意义，但更强调在公立医疗保险机构和各类医疗卫生机构之间建立“公共契约模式”的重要性，而就医疗卫生健康供给侧改革的方向，强调的不是民营化，而是通过去行政化重构医疗机构（尤其是公立医院）的激励结构（顾昕，2017c）。我们不妨把新医改市场主导派细分为两种论述：即“竞争论述”和“激励论述”。值得一提的是，思想和学术派别的分类，在很大程度上

只是为了分析甚至是叙述上的便利，这并不表明被划分为各类的学者均完全排斥另一类派别中的所有观点。

最后一类主张（“激励论述”）接近公共管理学界中新公共管理运动的主流理念，即在不针对公共部门进行大规模民营化的结构性改革的前提下大力引入市场机制和市场力量，以提升公共服务的效率和对民众需求的反应性。英国著名社会政策和公共服务学者、伦敦经济与政治科学学院前院长、布莱尔执政时期的政府高级政策顾问朱利安·勒·格兰德（Julian Le Grand）在2007年出版的名著 *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*，以医疗和教育两个领域为例，集中阐发了这一类观点（Le Grand, 2007）。这本书也在2010年有了中译本《另一只无形的手：通过选择与竞争提升公共服务》（格兰德，2010）。

在医疗卫生健康领域引入竞争，究竟会带来什么效果，尤其是对相关服务的绩效会产生什么影响，这无疑不仅是一个理论争辩的议题，也是一个需要加以实证检验的课题。毫无疑问，要对这一课题给出可靠的实证检验，需要对何种竞争、何种服务以及何种绩效进行清晰的辨析，并利用恰当的数据逐一进行分析。本专栏中宁晶和顾昕的文章《供方竞争的强化能否抑制中国医疗费用的上涨？——基于省级面板数据的实证分析》基于2002—2016年中国省级层面宏观面板数据，对医疗供给侧竞争的形成是否能抑制医疗费用上涨，进行考察。此文聚焦竞争的两个维度，即医院数量增加和市场集中度提高，结果发现，医院密度提高确有降费之效，但市场集中度提高（即大医院的兴起）也有降费之效。第一个发现确证了既有文献中市场竞争的积极效果的“竞争降费命题”。第二个发现表面上看与竞争降费命题相悖，但实际上并非如此。大医院兴起的降费之效，是由一系列结构性（尤其是其本身的规模经济和范围经济效益）和制度性因素（如政府对大医院平均医疗费用统计的行政性管控等）联合作用的结果。宁晶和顾昕（2018）在其他学刊发表的另外一篇文章显示，在医疗供给侧，所有制不同的服务提供者之间强化竞争，也有利于控制医疗费用增长。总体来说，在中国医药卫生体制改革的现阶段，在医疗供给侧引入更多的市场竞争，对于控制医疗费用的增长是具有一定效果的。

本专栏中丁姿等的文章《我国医疗服务供给结构与效率研究：基于省级面板数据的实证分析（2010—2016）》基于中国省级面板数据，采用既有文献中发展成熟的方法来测量区域（即省域）医院医疗服务的绝对生产效率和动态效率变化，以民营医院机构数量占比和床位产比为自变量，考察了医疗供给侧所有制结构性变化对一级、二级和三级医院医疗服务效率的影响。此文发现，民

营医疗服务在机构数量上的增多和能力建设上的增进，都对区域内各级医院医疗服务效率的提升有所助益，而这一点在一级医院中尤为明显。此文对此现象的发生机理给予了阐释，即民营医院的大量进入在医疗供给侧强化了竞争效应，并在公立医院中激起了鲶鱼效应，同时也同公立医院产生了互补效应，三种效应的叠加作用最终引致区域内医院医疗服务效率的提高。此文的这一发现，与上文提及的宁晶和顾昕（2018）的研究的发现，即多元办医格局的形成有助于降低区域医疗费用的平均水平，可以相互印证。

本专栏的这两篇文章以及在其他期刊发表的不少文章（李林、刘国恩，2008；王箐、魏建，2012；蒋建华，2015；王文娟、曹向阳，2016；宁晶、顾昕，2018）都显示，在新医改初期阶段医疗供给侧市场竞争的强化，的确能对医疗体系绩效的改进有所助益。这些在宏观层次上的发现，在一定程度上印证了“市场主导派”的“竞争论述”，即新医改的方向应该是打破公立医疗机构在医疗供给侧的主宰地位，通过民营化强化市场竞争，以提高医疗服务市场的整体效率。值得注意的是，“市场主导派”的“激励论述”，即通过医保机构与医疗机构之间建立公共契约模式，大力推进医保支付改革，在医疗供给侧引入标尺竞争以重构激励结构，从而实现医疗服务的善治，迄今为止尚未得到可靠的经验验证。换言之，有关医疗领域市场竞争的经验研究，迄今为止基本上都集中于市场结构的变化，尚未探究到激励结构的变化。这一学术缺憾，一方面缘于医保支付制度改革的实践总体上进展不利，而造成其进展迟缓的制度、结构、理念和技术上的障碍还有待更加深入的分析，另一方面缘于这一领域的经验验证需要基于微观数据的分析，而微观数据的可获得性即便在大数据时代也没有得到系统性的落实。

在医疗卫生健康治理所面临的挑战之中，最为严峻者在于社群治理无论是在学术研究、政策分析还是在治理实践中都遭到普遍忽视。中国新医改的政策争论长期为政府与市场之争所主导这一事实充分印证了这一点。新时代新医改公共治理的范式转型亟待从政府与市场的二元对立转向政府－市场－社会三者的互动协同（顾昕，2018），从而彰显社群治理在未来医疗卫生健康新治理范式中所应有的重要地位。行政治理是以命令与控制（Command and Control）为特征；市场治理是以选择与竞争（Choice and Competition）为特征；社群治理则以“认诺与遵守”（Commitment and Compliance）为特征，即相互密切关联的个体基于对某些共同价值与规范的认诺与遵守以协调其活动（Bowles，2004）。社群治理既可以体现在各类社会组织的法人治理（Hopt & von Hippel，2010）和社团的协会治理（Campbell et al.，1990）中，也可以体现在包括多方主体所组成的非

正式社会网络中的网络治理（Klijn & Koppenjan, 2018）中。

政府与市场二元对立的传统范式限制了医疗卫生健康事业公共治理创新的想象力。很显然，公共治理体系的参与者并不限于政府与市场主体，而且还应包括社会行动者；相应地，影响资源配置和行动协调的机制，也不只是行政机制和市场机制，还应包括社群机制。自20世纪90年代起，新社群主义社会理论兴起，致力于弘扬社群机制以解决诸多国内和国际的社会问题（王俊、顾昕，2017），但这一思潮在国内学界尚未得到应有的重视，至少还未达到可以跟弘扬行政力量的新国家主义和推崇市场机制的新自由主义分庭抗礼的地步。在同一时期，由后来获得诺贝尔经济学奖的公共行政学家、政治学家埃莉诺·奥斯特罗姆（Elinor Ostrom）领衔的布鲁明顿学派（Bloomington School）通过对公共资源治理的研究，将社群机制的运作纳入到公共治理的理论体系中（Cole & McGinnis, 2015），从而超越了原有治理理论中政府与市场二元对立的旧范式。超越政府与市场的二元对立，将社群机制纳入到公共治理体系中，让社会运转起来（郁建兴等，2012），已经成为社会科学各领域共同的学术探索前沿议题之一。

可是，在新医改的理论范式中，社群机制和社群治理始终处在缺位的状态（顾昕，2017c, 2018）。这一理论范式的缺失对新医改的政策拓展与实践产生了深刻的影响，也对医疗卫生健康治理的学术研究产生了深刻的影响。社群机制不仅在医疗保险和医疗服务法人治理中无所作为，而且在医保支付制度改革、医药价格体制改革以及医患关系的和谐等领域也无着力空间。尽管并非其主题，但本专栏中的王英伟的文章《医闹行为的归因模型构建及干预路径选择——基于扎根理论的多案例研究》以间接的方式揭示社群治理在调适医患关系中的重要性。基于某省2013—2017年间13个案例资料，王英伟的文章运用扎根理论方法，深入探究了医闹行为的三类归因因素：心理—偏好、制度—选择、资源—工具。基于对微观层次上各类归因因素相互作用的发现，此文提出，医闹行为的治理之道有三：一是构建“医—患—政”三方良性对话机制，重建多方主体的互信关系；二是破除引致医闹问题的制度性障碍，消解制度积弊；三是强化辅助型政策工具运用，增进社区及第三方社会组织在和谐医患关系上的作用。换言之，屡禁不绝的医闹问题的治理需要打破行政治理独大但却屡屡失灵的既有格局，需要多方参与的网络治理体系的建构和运作，需要社会组织借助于社群机制的作用达成社会治理之效，也需要政府行政力量以更新的政策工具激活社会，增进社群机制作用。网络治理以及更广义的社会治理需要嵌入在行政治理的变革中，这有待于制度变革的不断推进以形成行政机制与社群机制的相

互协同之效。

直面医疗卫生健康治理所面临的严峻挑战，请允许我重申一遍在一篇已刊论文中表达过的观点——“中国新医改将走出初期阶段，进入到一个需求侧改革走向去碎片化、供给侧改革走向去行政化的新时代。政府、市场与社会的互动协同，行政、市场和社群机制的互补嵌入，将成为新医改新时代的新范式”（顾昕，2018：596）。对于这一治理新范式的研究，学术界的努力才刚刚起步。

参考文献

- 顾昕(2017a). 协作治理与创新体系的多样性：创新政策中的国家、市场与社会. 公共行政评论, 6: 6-32.
- 顾昕(2017b). 协作治理与发展主义：产业政策中的国家、市场与社会, 学习与探索, 10: 1-10.
- 顾昕(2017c). 走向协同治理：公立医院治理变革中的国家、市场与社会, 苏州大学学报(哲学社会科学版), 5: 31-40.
- 顾昕(2018). 新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同, 武汉科技大学学报(社会科学版), 6: 589-600.
- 蒋建华(2015). 竞争对医疗费用和医疗质量的影响——基于广东省数据的实证研究. 经济与管理研究, 36(3): 88-96.
- 李林、刘国恩(2008). 我国营利性医院发展与医疗费用研究：基于省级数据的实证分析. 管理世界, 10: 53-63.
- 宁晶、顾昕(2018). 供给侧制度竞争能否抑制医疗费用上涨?. 财经问题研究, 6: 98-106.
- 王箐、魏建(2012). 我国医院市场的竞争效果——基于省级数据的实证研究. 经济科学, 1: 115-125.
- 王俊、顾昕(2017). 新社群主义社会思想与公共政策分析. 国外理论动态, 10: 93-104.
- 王文娟、曹向阳(2016). 增加医疗资源供给能否解决“看病贵”问题——基于中国省际面板数据的分析, 管理世界, 6: 98-106.
- 郁建兴等(2012). 让社会运转起来. 北京：中国人民大学出版社.
- 朱利安·勒·格兰德(2010). 另一只无形的手：通过选择与竞争提升公共服务. 韩波译. 北京：新华出版社.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Azfar, O. & Cadwell, C. A. Eds. (2003). *Market - Augmenting Government: The Institutional Foundations for Prosperity*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Bowles, S. (2004). *Microeconomics: Behavior, Institutions, & Evolution*. Princeton: Princeton University Press.

◆学习贯彻党的十九大精神系列：健康中国与卫生治理

- Campbell , J. L. , Hollingsworth , J. R. & Lindberg , L. N. Eds. (1990) , *Governance of the American Economy*. New York: Cambridge University Press.
- Cole , D. H. & McGinnis , M. D. Eds. (2015) , *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: Resource Governance*. Lanham: Lexington Books.
- Darby , M. R. & Karni , E. (1973) . Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. *Journal of Law and Economics* , 16(1) : 67 – 88.
- Donahue , J. D. & Zeckhauser , R. J. (2011) . *Collaborative Governance: Private Roles for Public Goals in Turbulent Times*. Princeton: Princeton University Press.
- Gilbert , N. & Gilbert , B. (1989) . *The Enabling State: Modern Welfare Capitalism in America*. New York: Oxford University Press.
- Hopt , K. J. & von Hippel , T. (2010) . *Comparative Corporate Governance of Non – Profit Organizations*. New York: Cambridge University Press.
- Klijn , E. H. & Koppenjan , J. (2018) . *Governance Networks in the Public Sector*. London and New York: Routledge.
- Le Grand , J. (2007) . *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Olson , M. (2000) . *Power and Prosperity: Outgrowing Communist and Capitalist Dictatorships*. New York: Basic Books.
- Torfig , J. , Peters , B. G. , Pierre , J. & Sorensen , E. (2012) . *Interactive Governance: Advancing the Paradigm*. New York: Oxford University Press.