

“健康中国”战略中 基本卫生保健的治理创新^{*}

顾 昕

摘 要：强化基层医疗卫生机构的服务能力，是健康中国建设的战略目标之一。经过 30 多年的努力，中国建立了一个完整的基本卫生保健体系，但在高度行政化的医疗卫生健康供给侧，面向城乡社区居民的基本卫生保健提供者（即基层医疗卫生机构）处于庞大等级体系的最底端，始终处于积弱不振的境况。在健康中国建设进入新时代之际，基本卫生保健的治理亟待创新，其要旨是降低行政机制的主导性并调整行政机制运行的方式，同时引入市场机制和社群机制，并促使行政、市场和社群治理形成互补嵌入性的新制度格局。这一新制度格局的落地、生根，不仅与全球性基本卫生保健的改革大趋势相吻合，而且将有可能成为中国国家治理体系现代化在医疗卫生健康领域的重要体现。

关键词：基本卫生保健 治理嵌入性 社群机制 去行政化

作者顾昕，浙江大学公共管理学院教授（杭州 310058）。

“健康中国”战略实施的关键，在于建立一个强有力的基层医疗卫生服务体系，即“强基层”。中国政府 2016 年 10 月 25 日颁布的《“健康中国 2030”规划纲要》（以下简称《纲要》）强调，要“以人民健康为中心，以基层为重点，以改革创新为动力”，突出了基层医疗卫生服务供给侧改革在实现健康中国目标中的战略地位。《纲要》进一步明确了“强基层”战略的要点，即“建立不同层级、不同类别、不同举办主体医疗卫生机构间目标明确、权责清晰的分工协作机制，不断完善服务网络、运行机制和激励机制，基层普遍具备居民健康守门人的能力。完善家庭医生签约服务，全面建立成熟完善的分级诊疗制度，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急

^{*} 本文为国家自然科学基金重点招标项目“提升基层医疗卫生服务能力研究”（71734005）、浙江省自然科学基金重大项目“基层医疗卫生机构综合运行机制研究”（D19G030003）阶段性成果。

慢分治的合理就医秩序，健全治疗—康复—长期护理服务链”。^①

实际上，不只限于中国，如何强化基层医疗卫生保健服务，自 20 世纪后叶以来就成为一个全球性的重要卫生政策和社会政策课题。“健康中国”战略语境中的“强基层”，从国际视野来看，实际上就是如何改革并强化基本卫生保健体系的全球性课题。“强基层”战略的实施要点，包括提升健康守门人能力、推行分级诊疗、建设医联体—医共体、完善家庭医生服务、健全治疗—康复—长期护理服务链等，均与基本卫生保健变革的国际趋势高度吻合，其核心在于治理体系的创新。

然而，不得不说也非常可惜的是，“健康中国”中“强基层”战略举措在全球视野中的深刻内涵，基本卫生保健治理创新在中国改革与发展宏观层次上的深远意义，并没有在学术界得到充分的认识。关于这些举措的各界解读，大多只是局限在卫生政策领域，并没有纳入国家治理体系现代化的总体框架之中，同时也常被狭隘地总结为经验之策，缺乏社会政策理论层面的提升。实际上，“强基层”战略中所呈现出来的治理创新，尤其是政府职能的转变及其与行政机制、市场机制和社群机制的互补嵌入，哪怕只是边际性、局部性、渐进性的，均是国家社会政策转型的重要内容，值得加以深入的探究。本文探索的目的，正在于超越就事论事式的经验总结，拓宽分析研究的视野，将“健康中国”战略中的“强基层”之策纳入全球基本卫生保健体系改革的框架之中和中国国家治理体系现代化的轨道之上。

一、高度行政化：中国基本卫生保健体系所面临的挑战

早在中华人民共和国成立之初，我们就建立了一个完整的基本卫生保健体系。嵌入于政治动员体制和计划经济体制，该体系的治理具有高度行政化的特征。在改革开放时代，这一体系的基本组织架构、运行机制和治理模式都延续下来。尽管有一些零星的治理变革，但行政机制的主宰性（即便不是排他性）依然是中国基本卫生保健治理的核心特征。如何改变行政治理主宰的格局，引入新的治理机制，并让行政机制更好地发挥作用，是中国基本卫生保健治理变革所面临的挑战。事实上，这一挑战具有全球性。即便是在基本卫生保健高度发达的欧洲，组织和治理变革依然是学界研议的重要论题，其要旨是如何更好地发挥行政机制的作用，使之与市场机制和社群机制相得益彰。^②

与国际上基本卫生保健相对应的社区卫生服务，在中国已经有了近 30 年的发展

① 《中共中央 国务院印发〈“健康中国 2030”规划纲要〉》，2016 年 10 月 25 日，http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm，2019 年 1 月 20 日。

② 参见 Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke Boerma, eds., *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, Maidenhead, UK: Open University Press, 2006.

历史，而其基础就是此前政府全力构建的公共卫生服务体系。模仿苏联模式，中国政府按照行政区划，在各地建立了卫生防疫站（所），组成疾病防治网。卫生防疫站（所）的行政级别分为省、市和县三级，分别受同级卫生行政部门领导。城市医院中都设预防保健科，负责所在地段的卫生保健工作。农村地区普遍设立乡镇卫生院，其中设卫生保健组；在行政村设立卫生室。同时，政府在产业系统中也组建了各自独立的卫生防疫站（所）。此外，政府还就一些常见的传染病和地方病，设立了专门的机构，例如结核病防治所、血吸虫病防治所、疟疾防治所、鼠疫防治所等。这些机构构成了中国公共卫生服务体系的组织基础。^①

在新中国成立初期，作为各地防疫工作的总协调者，中央爱国卫生运动委员会通过政治动员，在全国开展各种公共卫生运动。自上而下的政治动员是行政机制的极致化运用，对于达成某一特定的行动目标会很高效，例如消灭特定的大规模群体性传染病（如血吸虫病），可是一旦目标确定有误，政治动员也会高效地造成某种危害，例如，在 20 世纪 50 年代末轰轰烈烈的“除四害运动”中，麻雀曾被列为四害之一，引发各地民众扑杀麻雀的浪潮，^② 其后果是某种程度的生态破坏。

在改革开放时代，政治动员机制运作的力度和效力均发生递减，但中国公共卫生的制度和组织模式架构没有发生多大变化，依然呈现高度行政化的特征，只不过走上了制度化、专业化和国际化的道路。自 20 世纪 90 年代中期以来，中国政府就把城乡社区卫生服务体系的建设，纳入各级卫生行政部门的重要议程。为响应《阿拉木图宣言》，中国政府根据国情作出了“2000 年人人享有初级卫生保健”的庄严承诺，并写入 1997 年颁发的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（中发〔1997〕3 号）。^③ 1999 年 7 月 16 日，卫生部、国家发展计划委员会等 10 部委联合发布了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》（卫基妇发〔1999〕第 326 号），提出到 2005 年各地建成社区卫生服务体系的基本框架，到 2010 年在全国范围内建成较为完善的社区卫生服务体系，能够为城市居民提供医疗、预防、保健等综合性的初级卫生保健服务。^④ 自此之后，各种社区卫生中心（站）开始建立起来，有些是原来的街道卫生院、单位所属的小医院以及区属小医院转型而成，有些则是各类医院分设的下属机构。全科医生的培养也开展起来了。2006 年，原卫生部基层卫生

① 钱信忠：《中国卫生事业发展与决策》，北京：中国医药科技出版社，1992 年，第 122—124 页。

② 黄树则、林士笑：《当代中国的卫生事业》（上），北京：中国社会科学出版社，1986 年，第 62—63 页。

③ 《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》，《中国卫生年鉴》编辑委员会编：《中国卫生年鉴 1997》，北京：人民卫生出版社，1997 年，第 5—9 页。

④ 《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》，1999 年 7 月 16 日，<http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/198b4a75380c45dd9dd4ad486e206be5.shtml>，2018 年 10 月 22 日。

与妇幼保健司更名为妇幼保健与社区卫生司。

从制度设计的角度来看,中国把社区卫生服务机构确定为基本卫生保健的骨干提供者和全科医生的主要工作场所,其功能是提供所谓“六位一体”的服务,即融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育为一体的服务;其特征是提供有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务;其宗旨是解决社区主要的卫生问题,满足社区居民的基本卫生服务需求。可以说,这种制度设计考虑到我国的国情。从社会学新制度主义的视角来看,无论是新制度的创立还是已有制度的变革,都必须考虑到所谓“制度嵌入性”的问题,也就是说任何制度安排的良好运作必须同其所嵌入的更大的制度、结构、文化环境相适应。^① 国外全科医生或“家庭医生”的执业模式,对于我国民众来说相当陌生,如果盲目照搬外国的模式,很有可能会产生适应不良。在既有的环境中,如何以全科医生的发展为核心建立起一整套全新的社区卫生服务体系,并以此为基础对原来体制中基本卫生保健的资源进行重新配置,成为中国当年医疗卫生体制改革的重大战略选择之一。以行政化的社区卫生服务为主建立全科医生的组织体系,未尝不是适合中国国情的一种选择。

然而,计划经济时代的遗产制约了基本卫生保健治理创新的制度选择。正如新制度主义理论的“路径依赖”命题所刻画的,一定时期的路径选择往往对后续时期的制度变革构成了限制。^② 中国基本卫生保健有待探索的一种改革之道就是去行政化,即改变既有高度行政化的治理模式,引入市场机制和社群机制,形成行政、市场和社群机制互补嵌入的新治理格局。可是,这一点,无论是在学术界还是实践层面,均未得到充分的认识和认可。进入 21 世纪,基层医疗卫生组织和治理变革的实践依然在去行政化和再行政化之间摇摆,而后一种力量一直占据上风。

由此,中国基本卫生保健体系始终是在高度行政化的治理框架中独立运转,这同公立医院去行政化改革相当迟滞具有平行性。去行政化和再行政化之间的摇摆在不同地区的不同基层医疗卫生机构表现多样,变革进度和程度呈现出很大差异性。绝大多数公立基层医疗卫生机构走上了自主化之路,但法人化变革依然任重道远。在一定条件下,极少数公立社区卫生机构实现了民营化转制,也有一些民营社区卫生服务机构自发地出现。随着国家鼓励社会办医政策自 2015 年以来大力度放开,医生从三级医院辞职兴办私立诊所的现象开始在东部发达地区出现并且开始吸引到资本市场的关注。私立诊所或民营社区保健服务连锁化的业态也出现了。有些私立诊所通过加盟或并购的方式成为大型私立医疗集团的一部分。这些新兴的私立诊所,与以往的个体诊所,无论是在专业声望还是服务品质上,都拉开了一定的距离。

① 参见 J. Rogers Hollingsworth and Robert Boyer, eds., *Contemporary Capitalism: The Embeddedness of Institutions*, Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

② 参见 Georg Schreyögg and Jörg Sydow, eds., *The Hidden Dynamics of Path Dependence: Institutions and Organizations*, Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2010.

尽管如此,总体来说,公立机构依然占据主宰地位,行政机制的强化和泛化依然发挥主导作用。例如,基本药物制度的实施极大收窄了城乡社区卫生服务医药服务的范围,反而有损于其能力提升,也未让百姓感受到多大实惠。^①再如,“药品零差率”和“收支两条线”的实施,在社区卫生服务机构中造成了激励不足的局面。到本文撰就之时为止,药品零差率政策依然在实施,但高度行政化的“收支两条线”措施已经逐渐被取消,^②基层社区卫生服务机构的用药范围也逐渐超出了基本药物目录。^③与此同时,公立机构在服务提供的构成上也存在着一定的扭曲。按照规范,社区卫生服务原本应“六位一体”,即集社区预防、保健、医疗、康复、健康教育及计划生育技术指导为一体,但除医疗收入可变之外,其他各项服务的收入完全仰赖于定额财政补贴,因为提供这些服务的积极性难免受挫,于是有基层医疗卫生机构管理者把“六位一体”戏称为“1.5位”,即医疗服务占据了1个位置,而其他五项服务加起来仅仅占据了0.5个位置。由此可见,行政化的基层医疗卫生服务体系无法确保基本卫生保健服务的全方位提供,更谈不上每一项服务的品质保障。

简言之,尽管政府对基层医疗卫生机构的优惠和扶持不断且力度在不断加大,但迄今为止,以社区为导向的中国基本卫生保健体系依然孱弱。这主要表现在基层医疗卫生机构面临着服务能力不足、服务功能弱化、优质资源配置不足、医务人员积极性不高、人才引进乏力尤其是乡村医生短缺等突出问题,严重制约了基本卫生保健乃至整个健康服务业的健康发展。对于中国基本卫生保健体系所呈现的这些问题,大量中英文文献给予了详尽程度有别的描述,而且这些问题历经20多年没有发生任何程度上的改变,更谈不上实质性的变化,早已变成了老生常谈。2017年,由13位中外学者在国际知名医学与公共卫生学刊《柳叶刀》上发表的一篇综述文章,再次将中国基本卫生保健体系的缺陷概述为人力资源的教育与资质不足、乡村医生的老龄化和流失、卫生信息和技术系统的碎片化、日常诊疗电子化数据的缺乏、旨在鼓励节省成本和提升绩效的财务补贴和激励缺失、医疗保险支付政策有损服务提供的效率、质量度量和完善系统不充分、风险因素控制的绩效低劣等。^④

然而,即便采用各种严谨的分析技术对问题的存在不断加以确认,也不能揭示

① 罗庆等:《我国基层医疗机构基本药物制度实施情况及问题分析》,《医学与哲学(A)》2016年第11期。

② 如王慧慧:《安徽基层医疗机构管理全部取消“收支两条线”》,《安徽日报》2016年5月6日,第1版。

③ 如2016年12月1日,北京市人力社保局宣布,将扩大基层医保用药范围,支持医联体建设。参见《社区“看齐”大医院医保药品目录 大医院药品社区能开能报》,2016年12月1日, <http://bj.people.com.cn/n2/2016/1201/c82840-29394635.html>, 2018年10月22日。

④ Xi Li et al., “The Primary Health-Care System in China,” *Lancet*, vol. 390, no. 10112, 2017, pp. 2584-2594.

这些问题产生的根源。与此同时，对这些问题给出各种技术性解决方案往往是无济于事的，这一点早已由这些问题的常年存在以及对这些问题的老生常谈而得到证明。实际上，这些问题的根源在于治理体系的高度行政化。只要治理体系创新乏力，中国基本卫生保健体系中的这些老大难问题就难以撼动。

限于篇幅，本文无法针对上述诸多问题，逐一从治理失灵的角度分析其产生的体制性根源。这里，我们仅以人力资源不振为例来说明这一点，毕竟对于医疗卫生健康服务来说，人力资源是关键中的关键。

首先，在中国，社区卫生服务体系的人力资源管理体制嵌入在医疗健康供给侧高度行政化的整体制度结构之中。在高度行政化的组织和制度模式当中，长期被界定为差额拨款事业单位的城乡社区卫生服务机构，并没有自主的人事聘用权和薪酬决定权，其管理人员和医务人员均纳入事业单位编制管理。在 2012 年启动的事业单位分类改革的指引下，城镇社区卫生服务中心和乡镇卫生院都被划归为“公益一类事业单位”，而县级及以上医疗机构（主要是医院）则被归为“公益二类事业单位”，政府对两类机构的编制身份认定以及相应的管理办法有所不同。此种行政化的人事编制制度造成了两个显而易见的后果：其一，卫生技术人员由于编制所限，流动空间有限；其二，基层医疗卫生机构由于行政级别最低，成为卫生技术人员向上流动性的极大掣肘，从而使这类机构毫无吸引力。处在经济不发达地区的乡镇卫生院自不待言，即便是福利待遇（尤其是住房）条件不错的部属高校所属的校医院（亦属于社区卫生服务中心之列），也会遭遇到人力资源不足之困。

其次，长期以来，我国行政部门对卫生保健服务的劳动力市场实施多重管制，其中最具有中国特色的管制措施是实行医师单点执业管制，即所有医师只能在其正式注册并受聘的医疗机构行医。由于变更执业地点的行政程序十分繁复，尤其是当涉及跨地区执业地点变更时更是如此，因此，对于所有医师的职业生涯来说，从一开始就选择一家行政级别较高的医院作为注册执业地点，是至关重要的。一旦在职业生涯之初进入了基层医疗卫生机构，那么职业流动性向上的机会，即便不是微乎其微，也是大大减少了。换言之，单点执业管制极大地阻碍了级别不高的基层机构对优质人力资源的吸引力。即便卫生保健服务的劳动力市场正在形成，但是行政机制对于人力资源配置的主宰，依然妨碍着市场机制的正常运转。

最后，在能力建设、职业吸引力和社会声誉上，与发达国家甚至不少发展中国家相比，中国的基本卫生保健不在同一个水平上，而且中国二级医疗保健与基本卫生保健在能力建设上的差距远大于世界上多数国家。长期以来，政府试图通过强化全科医生培训体系这一技术性措施来缓解这一困境，并给予大量财政投入。尽管如此，全科医生的职业吸引力孱弱的格局始终没有改观。^① 实际上，仅靠在既有高度

^① 武宁等：《中国全科医生培养发展报告（2018）》，《中国全科医学》2018 年第 10 期。
(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

行政化体系中强化培训，试图在技术层面上解决问题，永远无法产生功效。唯有在事业单位去行政化改革的大框架中推动卫生人力资源管理体制的去编制化改革和转型，打破卫生人力资源劳动力市场中的各种行政性间隔，通过人力资源要素流动，才能缓解基层卫生人力资源的替代、适配和能力提升问题。^①

显然，“健康中国”强基层战略提出的背景，是基层医疗卫生机构积弱不振的严酷现实。长期以来，中国医疗供给侧形成了以医院尤其是大医院为中心的服务供给体系。医院无论规模大小，都是普通门诊服务的主要提供者，这同世界上很多国家家庭医生开始的诊所是普通门诊服务主要提供者形成了鲜明的对比。无论是资源汲取还是市场份额，规模较大的三级医院（尤其是三甲医院）均占举足轻重的地位。^② 中国医疗卫生健康供给侧的这一格局被学界描绘为医院强、基层弱的“倒三角”或“倒金字塔”。^③ 这与世界上很多国家基本卫生保健体系强大的格局形成了鲜明的对照。如何从“倒三角”转变为“正三角”，即如何提升基层医疗卫生服务的能力，扩大并夯实中国医疗保健服务体系的基础，实现中国政府早已向世界卫生组织承诺的“人人享有基本卫生保健”的目标，无疑是健康中国战略的实施所必须面对的严峻挑战。

二、互动协同治理：基本卫生保健中行政、市场和社群机制的互补嵌入性

中国基本卫生保健服务供给侧行政机制主导的治理格局已不合时宜，推动基层医疗卫生服务体系组织与制度模式的变革之道就是去行政化。^④ 2013年11月中共中央十八届三中全会颁布《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》，明确提出“推动公办事业单位与主管部门理顺关系和去行政化”，“建立事业单位法人治理结构，推进有条件的事业单位转为企业或社会组织”。^⑤ 这一具有里程碑意义的决议，将去行政化确定为中国事业单位治理创新的指导方向。公立基层医疗卫生机构也属于事业单位，自然不能例外，也没有理由例外。

去行政化包含三方面的内容：一是在公共部门引入市场机制，通过市场治理实现诸多事务的协调；二是在公共部门中引入社群机制，通过社群治理实现公共事务的协调；三是完善行政机制的作用，助推、助长、规制市场机制和社群机制的运作。

① 本文作者感谢匿名评审专家指出这一点。

② Winnie Yip and William C. Hsiao, “The Chinese Health System at a Crossroads,” *Health Affairs*, vol. 27, no. 2, 2008, pp. 460-468.

③ 杜创、朱恒鹏：《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》，《中国社会科学》2016年第8期。

④ 顾昕：《建立新机制：去行政化与县医院的改革》，《学海》2012年第1期。

⑤ 《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》，北京：人民出版社，2013年，第18页。

在包括基本卫生保健在内的整个医疗卫生领域，市场机制的重要体现在于公立医保机构和政府财政对医疗卫生保健服务的购买以及劳动力市场机制对于医疗人力资源配置的决定性作用，而社群机制既体现在由利益相关者组成的公立与私立非营利性医疗机构的法人治理上，也体现在由医学学会、医师协会、医院管理协会等社会组织对医疗卫生健康服务的协会治理上。随着市场机制和社群机制的引入，政府、市场和社会作为三类行动主体，通过协作和互动，达成协作互动治理的新境界。

从理论上讲，推进基层医疗卫生服务治理体系创新的研究，归根结底是考察基本卫生保健筹资、提供和监管中政府、市场和社会的关系。政府—市场—社会关系是经济学、社会学、政治学和公共管理学领域中一个基础性的永恒命题。既有文献基本上是把政府、市场和社会视为三种不同类型的独立行动者，着重考察三者的互动关系。然而，更重要的是考察行政、市场和社群机制之间的互补嵌入型关系。治理创新研究的范式转型，关键在于从以行动者为中心的研究路径转变为以治理机制为中心的研究路径。

治理机制的研究是新制度经济学的重点。新制度经济学领军人物、诺贝尔经济学奖获得者威廉姆森（Oliver H. Williamson）曾把人类社会经济活动的治理机制归类为三种，即等级、市场和关系型契约，^①并对这三种机制运行的成本进行了深入的研究。另有经济社会学家综合经济学和社会学的研究成果，将经济与社会生活的治理机制概括为等级、市场和网络。^②后来，在基于演化经济学、行为经济学和复杂系统动力学的圣塔菲学派（the Santa Fe School）中，扛鼎人物萨缪尔·鲍尔斯（Samuel Bowles）把这三种机制概述为行政机制、市场机制和社群机制，并揭示了与之相对应的三种治理方式，即行政治理、市场治理和社群治理。^③

行政治理以“命令与控制”（command and control）为其基本特征，发生在所有大型等级组织、公共部门和政府机构之中，因此与等级治理相等同。当行政机制主导着一个国家的政治、经济、社会生活时，就构成了“行政化”的治理格局，亦即“官本位”的境况。市场治理的基本特征是“选择与竞争”（choice and competition），即基于市场主体间的自愿交易及其竞争。社群治理的基本特征是“认诺与遵从”（commitment and compliance），即相互密切关联的个体通过对某些共同价值观与社会规范的认同—承诺与遵守—依从来协调其活动。

相较于市场治理和行政治理，有关社群治理的研究一向有欠发达，但这种局面

① 参见 Oliver H. Williamson, *The Mechanisms of Governance*, New York: Oxford University Press, 1996.

② 参见 Grahame Thompson et al., eds., *Markets, Hierarchies, and Networks: The Coordination of Social Life*, London: Sage Publications Ltd., 1991.

③ Samuel Bowles, *Microeconomics: Behavior, Institutions, and Evolution*, Princeton: Princeton University Press, 2004, pp. 474-501.

在近 30 年来大有改观。政治学家奥斯特罗姆 (Elinor Ostrom) 正是由于对社群治理的杰出研究, 与威廉姆森分享了 2009 年诺贝尔经济学奖; 奥斯特罗姆的经典性研究《公共资源的治理: 集体行动制度的演变》更成为政治科学中引证率最高的论著。^① 在奥斯特罗姆所领衔的布鲁明顿学派 (the Bloomington School) 那里, 社群治理的适用领域并不限于渔场、森林和环境等公共资源, 而是遍及社会经济生活。^② 在布鲁明顿学派的推动下, 政治经济学、公共管理学和经济社会学领域出现了理论范式转型, 社群治理开始与行政治理和市场治理并列, 成为诸多人类事务 (尤其是公共事务) 的第三大协调机制。^③ 社群治理的具体表现方式多种多样, 除了奥斯特罗姆深入研究过的社区组织之外, 也包括法人 (尤其是非营利性法人) 治理、协会治理、联盟治理等。在早期文献中与市场治理和等级治理并列的网络治理,^④ 实际上只是社群治理的一种表现形式。

需要特别说明的是, 行政、市场与社群治理并不是相互替代的关系。任何一种治理机制单独运作而达致善治境界的情形并非常态而是特例, 一般而言, 借鉴新经济社会学的术语, 三种治理机制之间具有嵌入性。治理机制嵌入性的方式不同, 对治理体系的运作有着深刻的影响。然而, 这一点在社会政策学界尚未受到充分的重视和探索。尽管在福利国家和社会政策前沿领域方兴未艾的新理论, 如协作治理 (collaborative governance)^⑤ 或互动治理 (interactive governance),^⑥ 都致力于深入探究公共服务中政府—市场—社会的互动协同关系, 但总体来说, 这些理论尚未突破既有的基于行动者的分析框架, 未能将治理机制嵌入性发展为一个专门的视角。

如果我们仅仅基于行动者的框架来分析基本卫生保健的治理, 仅仅关注政府、市场和社会的关系, 而不探究行政、市场和社群机制之间的关系, 会有不少盲点。基本卫生保健的确有一个基本特点, 即多主体性: 其服务提供者不仅数量多, 而且

① 参见 Elinor Ostrom, *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

② 参见 Daniel H. Cole and Michael D. McGinnis, eds., *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: A Framework for Policy Analysis*, Lanham: Lexington Books, 2017.

③ 参见 Daniel H. Cole and Michael D. McGinnis, eds., *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: Polycentricity in Public Administration and Political Science*, Lanham: Lexington Books, 2014.

④ 参见 Stephen Goldsmith and William D. Eggers, *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector*, Washington, D. C.: The Brookings Institution, 2004.

⑤ 参见 John D. Donahue and Richard J. Zeckhauser, *Collaborative Governance: Private Roles for Public Goals in Turbulent Times*, Princeton: Princeton University Press, 2011.

⑥ 参见 Jacob Torfing et al., *Interactive Governance: Advancing the Paradigm*, New York: Oxford University Press, 2012.

其职业训练和身份也大有不同，既包括全科医生，也包括护士，还有社会工作者，等等；其服务对象数量亦多，既包括患者，也包括并未患病的民众，还包括政府、社区、社会组织，等等，其具体需求也大不一样。因此，多主体之间的互动成为基本卫生保健领域大量文献的主要探讨内容，是自然而然的。

可是，这种基于行动者的分析固然经常触及治理机制的运作，但却没有发展出一个完整的、系统性的基于治理机制的分析框架。两位欧洲学者 2006 年在一部颇具影响力的论文集中刊发的一篇论文，是少有的例外。此文引入了前述威廉姆森的分析框架，将基本卫生保健体系的治理机制概括为三类，即市场、等级和网络。依照此文的概括，市场治理运作的核心在于价格机制和经济激励的作用；等级治理通过高层管理者制定的计划和程序实现行动的协调，而权威、服从和惩戒是最主要的治理方式；网络治理依赖于相互独立的成员之间共同遵守社会规范，保持信任互惠，发挥非正式社会制约的作用，维系长期的协商、互动和合作。市场治理在很多情况下是有效的，但市场失灵经常存在。等级治理对于实现某些特定的目标非常有效，但也常常受困于等级体系内部纵向信息沟通不畅和跨部门横向协调不力。网络治理将多层级、多方面的行动者联系起来，尤其服务提供者、行业协会、当地政府、保险机构、社区管理与发展组织等，但也会局限于权责有欠明晰以及制度安排的非正式性。因此，市场、等级和网络单独发挥作用的极端化治理模式，正是基本卫生保健治理变革的对象，而变革方向正是多种治理机制的混合。^①

实际上，此文所讨论的等级治理，相当于本文所论述的行政治理，而其讨论的网络治理正是本文所论述的社群治理的一种形式，而且此文也论及社群治理的另一个具体方式，即协会治理。此文所提出的“混合治理”的变革方向，主要基于对欧洲现实实践的经验总结，但缺乏理论提升，也没有同福利国家和社会政策学界方兴未艾的协作—互动治理理论范式进行对话。此文分析框架的建构仅限于威廉姆森的研究成果，没有建立在（如前所述）更加广泛的文献基础之上，尤其忽略了圣塔菲学派和布鲁明顿学派的学术贡献。此外，值得注意的是，尽管此文所引入的基于治理机制的分析框架尚属初步，但这一起步性的工作在社会政策特别是医疗卫生政策研究领域也依然没有引起足够的重视。

从理论上看，基本卫生保健体系的治理需要多种治理方式形成互补嵌入的关系，这不仅缘于该体系的多主体性特征，而且还缘于此类服务的另三大基本特征。其一，基本卫生保健具有多样性，涵盖疾病预防、门诊医疗、日常保健（尤其是妇幼保健）、护理康复、健康教育到计划生育等多种服务，无论是资源配置还是行

① Wienke G. W. Boerma and Ana Rico, "Changing Conditions for Structural Reform in Primary Care," in Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke Boerma, eds., *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, pp. 50-67.

动协调,都具有跨专业性和跨组织性,^①行政机制、市场机制和社群机制单独运作均无法达成最优资源配置和最佳行动协调;其二,不同类型的基本卫生保健在公众需求同质性、正负外部性、规模经济效应、交易成本(尤其是由信息不确定性和信息不对称性所引致的交易成本)、数量与质量的可度量性等特质上均有所不同,从而导致这一领域中不同治理机制的嵌入性也呈现多样性,即行政、市场和社群机制的涉入程度和运作方式大为不同;其三,基本卫生保健必须具有综合性、整体性和连续性。^②由此,针对多主体提供的多样化服务,如何实现行动协调(或克服协调失灵),如何激励正确行动,如何控制不良行动,都对公共治理提出了更高更多的要求。

在基本卫生保健的治理中,行政机制的运作即便不具有主导性,也一直占据重要地位,这一点举世皆然。但由于此类服务具有较大异质性,在生产、提供和分配不同类型服务的过程中,多主体多样化行动的协调以及相应的资源配置受制于不同的治理机制。一般而言,如果服务的公众需求同质性低、交易成本低、数量/质量的可度量性强,市场机制可在其资源配置和行动协调上发挥基础性作用,否则就会出现程度不等的契约失灵,导致市场不足和市场失灵。行政机制和社群机制是弥补市场不足、矫正市场失灵的两种补充性治理机制,但并不是替代性的治理机制。然而,行政机制挤压市场机制或取代社群机制的现象,并不罕见。

事实上,在基本卫生保健领域引入市场机制和社群机制,以打破原有行政机制或等级治理主宰的格局,早已成为很多国家医疗卫生领域改革的一项重点内容,这一点在实行全民公费医疗(如英国)或全民健康保险制度的国家(如加拿大)更为显著。与实施社会医疗保险的国家相比,这类国家在医疗需求侧主要通过税收手段进行医疗筹资,在医疗供给侧主要依赖于“命令与控制”式的行政机制加以治理。其医疗供给侧的改革要旨在于减少行政机制的主导性,政府从公立医疗机构的主办者和管理者转型为掌舵者和监管者,^③并运用一些市场化的激励结构,强化民众对供方的选择权,增进供方绩效管理的有效性。^④

一般来说,在医疗卫生服务资源丰富的地区,竞争性的市场机制会促进家庭医

① Trisha Greenhalgh, *Primary Health Care: Theory and Practice*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2007, pp. 254-258.

② WHO, *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*, Geneva: World Health Organization, 2008, pp. 41-62.

③ Richard B. Saltman and Antonio Duran, “Governance, Government, and the Search for New Provider Models,” *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 5, no. 1, 2016, pp. 33-42.

④ 参见 Jane R. Gingrich, *Making Markets in the Welfare State: The Politics of Varying Market Reforms*, Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

生服务能力、效率与品质的提升。但在市场竞争不足的地区，服务能力、效率与品质的提升无法单靠市场机制的运作而实现，而是有赖于行政机制和社群机制的协同作用，即一方面政府可以运用其监管力量和财政资源构建正向的激励机制，另一方面专业协会可以运用社群组织中的声誉机制，运用监测、评估、项目等手段强化基本卫生保健服务机构对所服务社区的可问责性。

“健康中国”战略中给出的改革措施，同发生在世界各国的改革，在大的方向上具有平行性，尽管其具体举措和名称多有差异。在中国的语境中，这一改革方向被称为“去行政化”。值得注意的是，去行政化并不意味着取消行政力量的作用，否则便会沦为无政府主义，以望文生义的方式理解“去行政化”这一理念的内涵无助于沟通和理解。进而，去行政化也不意味着完全取消行政机制的作用，而且完全取消行政机制的作用无论在任何组织层级和内部都既不可能也没有必要，而是要看行政力量以何种方式在市场化和社会化的过程中发挥积极有为的作用。更进一步，去行政化本身也要依靠行政力量的推进，这有赖于政府是否厉行政府改革，能发挥因势利导和能力促进作用，增进市场，激活社会，而不是简单地依赖于命令与控制型行政管控。基本卫生保健的治理需要政府、市场和社会行动者的协作与互动，但更重要的是，行政机制、市场机制和社群机制必须形成一种互补嵌入性的制度格局。行政化的力量越强，行政机制越具有统揽性，市场机制和社群机制的运作空间都会受到挤压，治理机制的互补嵌入性就愈加难以形成。

三、基本卫生保健治理变革三领域：国际经验与中国探索

在去行政化改革的大背景下，中国基本卫生保健的组织和制度模式也更趋多样性，并在如下三大领域引发治理变革，即决策权、控制权与剩余索取权配置；收入来源与补偿机制；人力资源管理与开发。这三个领域涉及组织架构以及人、财的制度安排。当然，治理变革绝不限于这三个领域。另一个重要的治理变革领域，在于物的制度安排，如投入品（如药品、耗材和医疗器械）的采购管理、物流管理和后勤管理等，但限于篇幅且囿于高度技术性，本文不予论述。

第一，决策权、控制权与剩余索取权的配置，体现为基本卫生保健提供者（primary care providers）的组织制度模式和组织治理结构。在绝大多数发达国家和许多发展中国家，基本卫生保健服务由全科医生（或家庭医生）来承担。全科医生基本都是自由执业者，即便有一些全科医生受雇于公立医院，但他们并不是公务员，其身份可以在受雇者与自雇者之间切换。这些全科医生要么独立开业（成为个体户）兴办诊所，要么合伙开办诊所，面向社区居民，其诊所就成为社区医疗服务（或卫生保健）机构。进入 21 世纪，基本卫生保健组织模式在规模和结构上都有所拓展，个体或群体开办诊所不再成为主流，综合诊所、管理型健保公司、连锁型保健集团

等新型法人组织发展起来，法人治理结构也变得日趋复杂。^① 组织形态的转型伴随着保健服务模式的转型，即整合医疗（integrative healthcare）兴起，形成健康医疗服务链的纵向一体化，为民众提供从健康管理、疾病预防与诊治到康复的全环节、一揽子服务，^② 这使得基本卫生保健与普通住院和专科服务（国际上通称二级医疗保健）在实践和组织层面的区分越来越模糊。^③

尽管绝大多数基本卫生保健机构是民营的，但在大多数国家，包括在市场机制较为完善的发达国家，政府也在适当的地方和时期兴办一些公立社区卫生服务机构，或者高额补贴民办非营利性机构，以弥补市场和社会的不足，促进基本卫生保健服务提供的地区均等化。在经济发达且人口稠密的地区，政府往往选择让市场力量和社会力量在基本卫生保健服务的提供上发挥主导作用，鼓励和促进公立与私立的基本卫生保健提供者共同发展和适当竞争。公立组织、非营利性组织和营利性组织不仅并存，而且还经常处在互相影响和转换之中，因而构成一个不断变化中的公私混合的格局。^④ 值得注意的是，无论是公立还是民营，抑或混合所有制的组织，归根结底都是由利益相关者所组成，社群机制实际上在组织的法人治理中发挥着重要作用。但是，在学术上，组织社会学发展出精深的科层理论，政治经济学（尤其是新制度经济学）发展出精深的契约理论，分别揭示了行政机制和市场机制在组织中的运作方式，但是却缺乏一个组织的社群理论。

更为重要的是，公立医疗卫生机构在世界各地普遍存在，但这些机构却极少以高度行政化的方式组织起来，因而基本卫生保健的公立提供者也并非处在整个医疗卫生保健服务体系的底层。基本卫生保健专业人员的社会经济地位在不同的地方自然有所不同，但极少会因为其执业机构面向社区而低人一等，基本卫生保健也绝不会因其服务具有基层性而缺乏吸引力。在高度行政化的公共治理模式这一点上，中国与世界其他地方构成了显著的差别，去行政化改革成为中国基本卫生保健公共治理变革的特色。值得提及的是，尽管中国幅员广大，各地差距较大，但是各地基本卫生保健体系的高度行政化却是别无二致的。

① 参见 Geoff Meads, *Primary Care in the Twenty-First Century: An International Perspective*, Boca Raton, FL: CRC Press, 2006.

② Heather Boon et al., “From Parallel Practice to Integrative Health Care: A Conceptual Framework,” *BMC Health Services Research*, vol. 4, no. 15, 2004, pp. 15-20; Lawton R. Burns and Mark V. Pauly, “Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?” *Health Affairs*, vol. 21, no. 4, 2002, pp. 128-143.

③ Ray Hyatt, “Collaboration between Primary and Secondary Care Is Needed,” *British Medical Journal*, vol. 345, no. 7868, 2012, p. 31.

④ Rod Sheaff et al., “The Evolving Public-Private Mix,” in Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke Boerma, eds., *Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, pp. 129-147.

去行政化改革不仅是漫长的,而且还需要行政力量的推动,其推动需要新的理念、动力和契机,而这一艰难的探索在很多情况下呈现为一个从地方创新到全国推广的过程。整合医疗的中国实践就是这样的一种探索。中国的整合医疗一开始呈现为不同层级医院与城乡社区医疗卫生机构之间零星的结盟行为,随后一些地方政府加以推动,并形成了松散型医联体和紧密型医共体的组织模式,^①而后由中央政府加以推广。联盟的形成和运行本身属于联盟治理的一种实践,而联盟治理,如前所述,是社群治理的一个子集。作为联盟,医联体—医共体中诸多利益相关者如何能达成协调共赢的格局,正是联盟治理所研究的课题。作为新型医疗卫生保健组织形态全球性普及的一种体现,整合医疗的中国探索对既有基本卫生保健体系高度行政化的格局形成了一定的冲击,也的确在一定程度上为基本卫生保健的去行政化改革提供了新的理念、动力和契机。尽管去行政化在目前的阶段仅具有边际性、局部性和渐进性,但医联体—医共体的中国实践为学界探索社群治理在基本卫生保健领域的实践提供了丰富的素材和案例。限于篇幅,关于社群机制如何在基本卫生保健新兴组织的法人治理中发挥作用,只能留待他文详论。

第二,收入来源与补偿机制不仅决定着供方的经济利益,也塑造着供方的激励结构,治理机制的互补嵌入性对于正确激励结构的塑造至关重要。政府财政投入和医保基金支付是基本卫生保健服务体系的重要财源。如果财政投入直接向供方拨款或给予补贴,这是一种行政化的投入方式;如果财政投入以代金券的方式向需方进行补贴,或者采用政府购买的方式,这意味着市场机制嵌入到行政治理之中。与此同时,医保支付制度改革体现了市场机制运作的精细化,即通过医保支付的契约化重构供方的激励结构,促使其行为符合公众利益。^②

有关经济激励机制的研究是经济学中契约(合同、合约)理论的核心内容,现已同价格理论、产权理论、市场组织理论等,成为有关市场机制的重要理论支柱之一。三位契约理论的领军人物,梯若尔(Jean Tirole)、哈特(Oliver Hart)和霍姆斯特罗姆(Bengt Holmstrom)于2014年和2016年获得了诺贝尔经济学奖。契约理论在基本卫生保健领域的应用方兴未艾,其重点在于对医保支付制度改革的研究,^③尤其是按人头付费的实践。值得注意的是,这一领域的研究成果其实也适用于财政补偿方式,而这一点在既有的文献中没有得到应有的重视。换言之,财政补偿与医保支付可以有效结合起来,共同改变供方的激励结构,而这一点是市场机制与行政机制互补嵌入性的一种体现。

① 史明丽:《我国纵向型区域医疗联合体的进展与挑战》,《中国卫生政策研究》2013年第7期。

② 顾昕:《走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革》,《经济社会体制比较》2012年第4期。

③ David Rudoler et al., "Paying for Primary Care: The Factors Associated with Physician Self-Selection into Payment Models," *Health Economics*, vol. 24, no. 9, 2015, pp. 1229-1242.

鉴于基本卫生保健服务本身具有多样性,很多服务的最佳数量和最低质量都具有较高不可度量性,因此体现在医保支付和财政补偿中的公共契约在执行上很难完全依赖于行政机制和市场机制的单独运作。如果公共契约的执行能基于社会第三方评估或者专业协会治理,则意味着行政机制、市场机制和社群机制以相互补充、相互增强的方式嵌入在一起,由此一个善治的格局是可以预期的。

在财政投入和医保支付中弱化行政机制、引入市场治理,藉此重构供方的激励机制,这一改革思路在深圳罗湖区、江苏启东市、安徽天长市、福建尤溪县和青海互助县等地以及浙江县域医共体试点中有所探索,这同以往在既有行政化体制框架中推进医联体或医共体的实践有着显著区别。^①在深圳罗湖区,区政府将原区级医院和基层的社康中心整合为罗湖医院集团,实施一体化管理,而原有对各类医疗卫生机构的财政补贴与医保支付整合起来,基于总额预算制支付给集团,从而改变了医疗卫生健康服务供方的激励结构。^②江苏启东市、安徽天长县、福建尤溪县和青海互助县均名列国家级公立医院改革试点县(市),其在医疗集团、医共体和三医联动(即医疗、医保、医药改革联动)的整合实践中,均普遍注重财政补偿和医保支付改革,采用行政规制和经济激励相结合的方式,推进分级诊疗即健康守门人的制度化。^③在浙江省,县域医共体建设从试点到推开的过程中,政府启动了基层医疗卫生机构的财政改革,力推从按编制行政拨款到按绩效购买服务的转型,^④医保经办机构也正在改变付费方式,基层医疗卫生健康服务提供者激励结构的重构正在进行之中。这些都是行政机制与市场机制互嵌的具体实践,而对这些实践的理论提升依然有待学界全方位、多维度的探究。

第三,人力资源管理与开发是基本卫生保健体系能否运转良好的关键。在基本卫生保健的国际文献中,人力资源管理与开发一向是重点论述对象,但相关论述却鲜有涉及治理机制的内容。这一点乍看起来并不奇怪,因为在世界上的大多数地方,无论穷富,劳动力市场机制在保障全科医生人力资源配置和全科医学服务供给协调上发挥着决定性的作用,而在人事制度上行政机制发挥主导作用的地方并不多见。但实际上,在有关卫生人力资源管理领域忽略治理机制的探讨依然体现了一个基本的学术倾向,即哪怕在国际医疗卫生政策学界,囿于本领域就事论事型的研究路径,依然占据主流位置。

其实,显而易见的是,即便是一般性的劳动力市场都不具充分竞争性和信息完

① 王文婷等:《分级医疗背景下的安徽县域医疗服务共同体实施路径》,《中国卫生资源》2016年第6期。

② 刘海兰等:《深圳市罗湖区医改的经验及启示》,《医学与哲学(A)》2018年第3期。

③ 陈珂宇、孟群:《四个公立医院医改示范县分级诊疗政策实践比较》,《中国公共卫生》2019年第3期。

④ 顾昕:《财政制度改革与浙江省县域医共体的推进》,《治理研究》2019年第1期。

备性，遑论卫生医疗健康专业人士的劳动力市场。无论是政府还是专业人士的社会组织（包括专业协会和工会），都对卫生医疗健康劳动力市场的运作有着深刻的影响，其中市场机制、行政机制和社群机制发挥作用的程度和方式，随宏观层次的国家治理体系的不同而不同。大体来说，有三种主流的国家治理体系：一是国家主义，即政府主导职业教育（公立大学）、市场准入（执业许可）、质量保证（认证），社会组织仅在执业培训和再教育、临床规范确立、公共关系、学术共同体维护等方面在政府的支持下发挥积极的作用；二是法团主义，即政府与专业人士的社会组织形成所谓“社会伙伴关系”（social partnership），对涉及劳动力市场运作的诸多事务，通过集体协商加以解决；三是自由主义，即劳动力市场的运作基本上依赖于劳动合同制，而政府则致力于对契约订立和执行的制度性事务加以规制。缘于历史传统，法国和俄罗斯医疗卫生健康劳动力市场的公共治理基本上属于国家主义模式，但近年来大有向法团主义模式转型的趋势。西欧、北欧和南欧属于典型的法团主义，但其社会组织的集中化程度有别，而德国一般被视为法团主义的样板。英国一向处在国家主义和法团主义中间。^①美国则是所谓“自由专业主义”（liberal professionalism）的典型。^②

无论如何，在上述三种公共治理系统中，市场机制都发挥基础性作用，只不过行政机制和社群机制在国家主义和法团主义中的重要性有所不同，运作方式也有所不同。然而，中国医疗卫生健康人力资源的公共治理体系，看起来接近于上述国家主义模式，但实际上是一种特殊的国家主义，其特征是行政机制主导、市场机制辅助、社群机制边缘，其核心在于行政化编制制度主宰着卫生人力资源的管理与开发。作为计划体制的遗产，中国的人事编制制度具有独一无二的一大制度特点，即覆盖整个公共部门（事业单位）。这就是说，任何专业人士，一旦拥有了编制，就意味着在整个公共部门拥有了终身就业以及相关福利待遇（尤其是退休待遇）的保障。因此，中国卫生领域初生的劳动力市场笼罩在行政机制的影子之中，无论是在庞大的公立医院体系，还是在孱弱的基本卫生保健体系，都出现了二元劳动力市场，即编制内和编制外人员。编制内外的区隔在医护人员当中造成了身份差异，不仅给公立医疗机构自身的人力资源管理带来诸多难题（如同工不同酬之类），而且还严重阻碍编制内人员或入编人员（即有望从编制外转为编制内）向民营机构的流动，对民营基本卫生保健组织发展的负面影响尤甚。

所有医护人员，均夹在行政化编制管理和市场化合同管理之间的制度空间之中。

① 参见 Bernd Rechel, Carl-Ardy Dubois and Martin McKee, eds., *The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience*, Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

② Michael Moran, *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester: Manchester University Press, 1999, pp. 99-135.

尽管学界有“取消编制、解放医生”的呼声，但行政化的编制管理到底应该强化还是弱化甚至取消，在很长一段时间内，既未形成新医改的热点，也从未在各级政府的决策层有过定论。在现实中，强化政府实施的编制管理的再行政化措施，与推行医疗卫生机构人事管理自主化的去行政化措施，往往并存。这一摇摆性格局已经存之多年，直到 2015 年，某些地方（如北京、深圳等地）才在事业单位整体性改革的大背景下出现了“去编制化”改革的苗头。2016 年，去编制化第一次纳入到中央政府的医改政策议程之中，也逐渐成为舆论热议的一个话题，但去编制化改革显然是任重道远的。

具体到基本卫生保健领域，前文已述，人力资源管理体制嵌入在医疗卫生供给侧高度行政化的制度结构之中，以事业单位编制制度为核心的人事薪酬管理一方面造成基本卫生保健领域内优质人力资源的短缺，另一方面也阻碍了既有人力资源跨地域、跨专业、跨层级、跨机构的流动。更有甚者，前述 2012 年启动的事业单位分类改革，不仅固化了编制制度，而且使得同在基层的县级医疗卫生机构和城乡社区卫生服务机构有了不同的编制身份，而不同的编制身份又与不同的财政补偿渠道挂钩，从而在不同类型的基本卫生保健提供者当中形成了新的行政性区隔，对整合医疗的兴起也构成了一种体制性的障碍。但值得注意的是，县域医共体在全国各地的实践，正以边际性、局部性和渐进性的方式打破编制制度对基本卫生保健人力资源管理创新构成的行政性障碍，以全员劳动合同制为核心的劳动力市场正在行政力量的推动下发育。尽管十分缓慢并十分零碎，但新的地方探索依然为基本卫生保健体系的治理创新提供着新的助力。

结 语

作为“健康中国”建设的战略之举，“强基层”的目标在于强化基本卫生保健体系的服务能力。经过 30 多年的努力，中国建立了一个完整的、独立的基本卫生保健体系，由基层医疗卫生机构即城镇社区卫生服务中心（以及站所）和乡镇卫生院（以及村卫生所）组成。以命令与控制为特征的行政机制成为基本卫生保健体系的主宰（甚至是唯一）治理机制。然而，在高度行政化的体系之中，一方面，面向城乡社区居民的基层医疗卫生机构处于行政等级体系的最底端，无论是在公共资源的配置（如财政投入、医保支付等）还是在相关制度安排（如人事、编制等）都处于不利的境地；另一方面，独立的基本卫生保健体系与医院发展（即二级医疗保健）脱节，无法为民众提供全流程、连续性、系统性的保健服务。中国社区卫生服务体系的能力建设始终处于积弱不振的境况，已经变成一个老生常谈的问题，其根源在于基本卫生保健治理体系的高度行政化。

在“健康中国”建设进入新时代之际，中国基本卫生保健的治理体系亟待创新，其要旨是去行政化，即降低行政机制的主导性并调整行政机制运行的方式，同时引

入市场机制和社群机制，并促使行政、市场和社群治理形成互补嵌入性的新制度格局。在推进去行政化的过程中，公立基层医疗卫生服务机构必将经历深刻的组织变革，整个基本卫生保健体系必将经历治理模式的创新。

基本卫生保健治理创新所涉及的事务众多，包括供方的组织制度模式和法人治理结构、医保支付与财政投入共同形成的补偿机制、人力资源管理和开发的治理。就这些事务而言，政府职能转型是重要的，政府行使其职能的方式更加重要。公立医疗卫生机构落实法人地位并完善法人治理结构，核心是让社群机制运作起来；由医保支付和财政补偿所构建的政府购买，核心是让市场机制主导的“公共契约”发挥基础性作用，并让社群机制在助推市场机制的有效运作方面发挥积极的作用；人力资源管理和开发，核心是让劳动力市场发挥基础性作用并与行政机制和社群机制形成互补嵌入型关系，逐步突破高度行政化的编制体系为人力资源的合理配置设置的制度性藩篱。特别需要注意的是，去行政化并不意味着政府退出，也不意味着行政力量作用的降低，尤其是在医疗卫生的筹资上，特别是基本卫生保健领域，政府发挥积极主导作用与公共财政运作方式转型，始终是并行不悖的。^①

在这些过程中，如果能为法人化的基本卫生保健供方、全科医学学会、基本卫生保健管理协会等各类组织赋权、促能，那么政府将从行政治理的排他性承载者转变为市场治理的增进者和社群治理的助推者。当然，在高度行政化的公共治理背景下，市场机制和社群机制的发育，绝非易事，其中让社群治理运转起来的道路或许要比市场机制的发育成熟更加漫长，但是让社会运转起来^②并形成政府—市场—社会协同治理^③的新公共治理格局，在中国波澜壮阔的社会治理实践中并非罕见，在基本卫生保健的治理变革中也绝非天方夜谭。增进市场、激活社会，既有可能是中国社会政策与治理体系创新的一个重要取向，^④也有可能成为全球性基本卫生保健改革与发展的共同探索方向。“健康中国”建设中“强基层”战略的实施，在很大程度上有赖于将基本卫生保健体系的治理纳入到国家和全球治理变革的大视野之中，这需要作为去行政化改革主要推动者的行政力量改变行政治理的方式，从而将政府改革推向新的台阶，也需要社会政策研究者将中国基本卫生保健治理变革的零星实践提升到新的理论高度。

〔责任编辑：冯小双〕

① 顾昕：《公共财政转型与政府医疗投入机制的改革》，《社会科学研究》2019年第2期。

② 参见郁建兴等：《让社会运转起来——宁波市海曙区社会建设研究》，北京：中国人民大学出版社，2012年。

③ 参见王有强、叶岚、吴国庆：《协同治理：杭州“上城经验”》，北京：清华大学出版社，2015年。

④ 顾昕：《中国福利国家的重建：增进市场、激活社会、创新政府》，《中国公共政策评论》2016年第2期。

constructs its rule of law based on its own realities and in accord with its own situation. Against the background of economic globalization, the value-oriented choice of a model protecting economic rights should be grasped in the context of the overall sweep of worldwide constitutional history or the larger pattern of development. Comparative constitutional history shows that it is necessary to seek a value orientation that falls between an early modern constitution and a modern one, balancing and choosing between formal and substantive equality, gradually moving from a policy guarantee to a legal guarantee, and eventually setting up a complete legal system for the protection of economic rights by integrating different safeguards at the constitutional level.

(7) Governance Innovation in Basic Health Care in the “Healthy China” Strategy

Gu Xin • 121 •

Strengthening the service capacity of primary health care institutions is one of the strategic goals of the Healthy China Program. After more than thirty years of hard work, China has established a complete system of basic health care. However, on the highly administrative supply side of health care, basic health care providers (primary health care institutions) serving urban and rural residents are at the bottom of a huge hierarchy, leaving them permanently weakened. As the Healthy China Program enters the “new era,” the governance of basic health care urgently needs renewal. This implies reducing the dominance of administrative mechanisms and adjusting their operating mode while at the same time introducing market and community mechanisms to boost administrative, market and community governance and embed it in a new complementary institutional pattern. The establishment and consolidation of this new pattern will not only coincide with overall trends in the global reform of basic health care, but also offers the possibility of becoming an important expression of the modernization of China’s national governance system in the health care field.

(8) Educational Evaluation Models in the Big Data Era and their Paradigm Construction

Fan Yongfeng and Song Naiqing • 139 •

In the era of big data in education, the question of fully exploiting the value of big data for educational practice, decision-making, evaluation and research while avoiding the concurrent risks is important for current education reform and development. By making quantitative descriptions and value judgments on the key elements of educational phenomena and their interrelationships, the education evaluation model enables one to obtain effective primary information from massive data and to turn “big data” into “small data.” It constitutes a strategic tool for China’s education reform and development, offers strong support for scientific decision-making in education, and is an important breakthrough in making education research more scientific. The construction of a paradigm for an education evaluation model