

医疗卫生信用制度的形成基础与建构路径^{*}

——基于集体行动制度演进的逻辑

郁建兴 汪基强 向 淼

摘 要 现代医疗服务中的多重委托代理关系和虚拟社会空间,使传统熟人社会基于特定地域和社会关系的医疗信用约束失效,催生了道德风险、逆向选择等医疗信用难题。源于第三方的外生性政府监管方案或市场化方案都难以解决信息不对称、制度不完善以及信息与制度难以协同演化的问题。在医疗保障资源兼具非排他性和竞争性财产属性而与公共池塘资源相似的背景下,互联网信息技术与虚拟社会的构建、医疗卫生领域的利益竞争结构,为自组织集体行动的信用制度方案提供了适用空间。基于自组织集体行动信用制度的供给、承诺和监督,当下应建立各医疗主体共同参与的信息服务平台并完善组织与个体的公共信用档案,构建医疗信用信息公示系统并实现信息互通,制定信用结果的共同运用尤其是联合惩戒制度,从外部环境和内在约束两方面保障医疗卫生集体行动共同体信用制度的正常运行。

关键词 医疗;信用;自组织;集体行动;制度

中图分类号 D630 文献标识码 A 文章编号 1001-8263(2020)06-0065-08

DOI: 10.15937/j.cnki.issn.1001-8263.2020.06.009

作者简介 郁建兴,浙江大学公共管理学院院长、教授,浙江大学社会治理研究院院长,杭州 310058;汪基强,杭州市余杭区市场监督管理局干部,杭州 311100;向淼(通讯作者),武汉大学政治与公共管理学院副教授,武汉 430072

一、问题的提出

科学管理原理的运用、医疗社会保障制度和公共卫生事业的建立是现代医疗卫生体系形成的标志^①。在现代医疗卫生体系中,科层结构、专业化分工和去人格化管理使医师成为医疗体系的一部分而不再具有独立行医资格,医疗社会保障尤其是分摊付费制度割离了患者与医师的直接经济联系,公共卫生资源也被贴上了共享资源的标签。相比于传统熟人社会,现代医疗社会中的信息不对称问题因医疗卫生行业本身的信息不完全、结果不确定性问题而更加突出,患者在信息博弈中

处于明显的弱势地位。阿罗(1963)指出,风险的不可交易和信息无法完全市场化,会导致医疗卫生市场偏离完全竞争状态。在缺乏严格监管时,医疗与药品机构、医师和药师等主体有可能借助在信息博弈中的优势地位而出售假药劣药、诱导过度医疗、收取药品或保险回扣等,出现逆向选择和道德风险等一系列医疗信用问题^②。

当前我国公共医疗卫生事业正在从政府完全主导向行政主导与市场化并重转型,它一方面提高了全社会的医疗卫生保障水平,另一方面导致信用问题频发。郭科、顾昕(2017)指出,强化市场竞争不仅没有改变医疗卫生市场的垄断竞争结

^{*} 本文是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)的阶段性成果。本文写作还受到中央高校基本科研业务费专项资金资助。

构,反而可能加剧医生的道德风险。另外,忽略了信息问题和激励问题的传统政府主导价格管制策略,也会造成被管制者行为的严重扭曲^③。胡宏伟等(2013)还指出,医疗社会保障制度改变了传统医疗关系中的责任分担结构,是诱发搭便车、道德风险等信用问题的重要原因^④。

就医疗社会保障资源而言,与既无排他性又无竞争性的纯粹公共物品不同,它同时具有非排他性和竞争性,即占用人可以共同使用整个资源系统并分享资源单位。非排他性和竞争性的财产属性使医疗社会保障资源与公共池塘资源(Common pool resources)相似,在管理和利用过程中都容易出现搭便车、道德风险等信用问题并最终损害公共资源本身。埃琳诺·奥斯特罗姆对公共池塘资源的分析表明,政府进行强力管制和产权私有化改革两种方案都因信息不对称、监督、惩罚和成本等问题而难以成功,而自组织管理即由委托人根据掌握的信息自行设计规则形成兼具私有与公有特征的集体行动方案有助于解决信用难题并实现对资源的高效和持续利用^⑤。这种解决思路与整合型医疗卫生服务体系的中国方案高度吻合^⑥。

医疗信用问题与此相似,完全由政府主导的信用方案易因寻租、腐败问题而损害信用本身,而完全由市场化主导的信用方案也可能缺乏约束和保障并趋于失灵,并且都无法解决信息不完善、制度有缺陷的难题。那么,作为第三种方案的自组织集体行动理论是否可以应用于医疗信用领域?如果可以,哪些主体将是自组织信用制度的提供者,怎样使信用承诺具有可信度,如何监督和落实?本文基于对奥斯特罗姆的自组织集体行动理论的逻辑分析和对我国医疗信用难题形成机制的实践分析,将自组织集体行动理论应用于解决医疗信用难题,提出自组织医疗信用制度并讨论其实现路径。

二、已有研究回顾

(一) 医疗信用难题的起源

信用制度可追溯至人类早期集体行动中的经验和认知,信用则经历了行为、物品、货币和社会

属性的变迁。人类早期集体行动需要共同完成任务的参与者遵守事前的约定和承诺,遵守诺言、实践成约逐渐演变成了原始的集体行动信用伦理。原始信用制度就是人们逐渐形成长期的信任关系并由此建立的信用约束管理规则,奖励守信者而惩罚失信者。随着商品交换的扩大,原始信用伦理扩展到“取信于人”的商业信用伦理并演化为商品社会的内在约束机制。货币产生后,遵守诺言、实践成约和“取信于人”的信用伦理还进一步抽象为一系列保障货币正常运行的制度和规范,信用、货币、商品之间可以相互流转。现代社会赋予了信用更广泛的内涵,既包括商品和货币信用,也可指抽象的国家信用和社会信用^⑦。信任网络也从自发的社区链条型和贸易离散型发展成自觉的国家治理嵌套型^⑧。包括医疗信用在内的社会信用体系和制度广泛应用于各个领域,成为了国家和社会治理的重要工具^⑨。

医疗服务经历了从传统社会基于熟人关系的个体诚信到现代多重委托代理关系以及网络虚拟社会的转变。在近代社会保障体系出现以前,社会医疗的责任由嵌入在区域内熟人社会关系中的个体行医者承担。行医者受到社会关系和医疗信誉的约束,形成了“医生讲诚信—社会信任度越高—越注重个人诚信”的正向激励机制并因此抑制了信用风险^⑩。进入近现代社会后,医疗机构、医药企业和社会保险分工明确,加上实行医药分家和付费分家制度,从投资主体到终端消费之间存在多重复杂的委托代理关系。医师的个体信誉被医疗组织的信誉所替代,患者个体付费被保险机构付费替代,基于熟人关系形成的信用约束机制在陌生人社会逐渐失去了发挥作用的空间,从而形成信用难题。

目前学界和实务界并没有就医疗信用形成一致定义。一般而言,医疗信用多指在医疗领域内遵守诺言、实践成约和取信于人的行为伦理,比如医疗市场的各参与主体在日常经营与服务活动中遵循诚实守信的道德规范和契约关系准则而获得声誉^⑪。可见,医疗信用与诚信品格(自觉遵守医疗管理规范并诚实守信)、信任关系(与诚信品格相一致的实践行为)、信誉积累(取信于人)密切

相关,形成了一个相互强化的逻辑闭环^⑫。

作为保障医疗信用实现的管理准则和规范,医疗信用制度的核心目标是要解决医疗过程中的机会主义和失信问题尤其是医疗道德风险、逆向选择等信用难题。信息经济学和委托代理理论认为,信息不对称、信息不完全、竞争不充分、付费不直接和制度不合理都可能导致医疗信用问题。具体来说:(1)医患以及第三方之间的信息不对称和信息不完全,使医疗服务提供方容易利用其在信息博弈中的优势地位而催生道德风险,医疗服务接受方要承担更大的风险和不确定性。医疗服务具有专业性和技术性,医患双方处于一种独特的委托代理关系中:一方面,医疗服务供给方在博弈中具有信息优势,可能为规避责任和减少风险而对患者作超出规范化的诊疗或诱导过度医疗^⑬;另一方面,患者处于弱势地位,难以作出正确、理性的判断和选择,增加了接受服务时的风险和不确定性^⑭。(2)医疗服务市场是一个典型的垄断竞争市场,竞争不充分使市场中的优势方可能滥用市场优势诱导或强迫医疗。^⑮同时,医疗服务对象的确定性以及处方、诊断的不可转移性,使医疗服务无法在患者之间进行交易或赠与,医疗服务的供给方尤其是医师和药师就可以根据患者的购买力索要不同的价格^⑯。(3)不合理的制度设计可能会加剧医疗信用问题。当医师或医院与自身或第三方利益有关联时,为病人过度治疗的动机会更强烈^⑰。尤其在医生薪资采取费用提成的制度下,医生倾向于使自己的利益最大化而扩大无效的医疗服务^⑱。此外,不直接付费模式也使患者可能与医师、药师共谋,扩大无效的医疗需求甚至骗取医疗社会保险经费。

(二) 两种解决方案:政府监管与市场竞争

已有研究将医疗逆向选择、道德风险、机会主义等医疗信用问题归结于信息和制度问题。那么,在信息不对称、不完善以及制度有缺陷的治理情境中,该如何解决医疗信用难题呢?研究者从政府监管与市场竞争两极出发,探索了两种解决方案。一方面,政府监管方案强调医疗服务产品具有公共物品属性,无法按“受益者分担”的原则进行补偿,因而必须依靠政府尤其是通过壮大公

立医院、政府购买医疗服务、统筹医疗资源配置和建立管制制度等,即通过管制市场租金来减少或消除医疗机会主义和寻租行为,解决医疗信用问题。简言之,只有政府充分介入并发挥监管功能,才能限制医疗机构和个人凭借优势而实施医疗寻租行为,改善患者的弱势地位^⑲。另一方面,市场竞争论者认为,医疗服务本是私人产品,在工业化社会特别是社会保障制度建立前一直遵循“受益者分担”原则,因而可以通过公用事业民营化、强化医疗服务市场竞争以及改善医疗系统和患者的委托代理关系等措施,即通过落实信用主体责任来解决医疗信用问题^⑳。

然而,无论是政府监管方案还是市场竞争方案,都难以解决医疗信用问题尤其是缺乏充分信息和有效制度的难题。首先,信息不对称性被认为是医疗市场失灵因而需要政府干预的依据,但也会因此而导致政府监管失效。政府同样面临医疗服务信息不确定、不充分的难题,不可能掌握医疗服务市场的完全信息来实施有效监管,而且制度能否形成可信承诺并得到高度服从和执行,也存在疑问。其次,作为准公共产品的医疗服务供给不足是常态,医患关系的特殊性使得患者不可能成为信息博弈的优势方,真正占据优势地位的医疗服务供给主体出于自身利益的考量而不会提供完整、充分的信息。也就是说,信息不充分、不完整使得源于外部第三方力量即政府监管和市场竞争的信用问题解决方案难以奏效。正是这种两难境地,给埃琳诺·奥斯特罗姆倡导的由委托人根据自己掌握的信息来设计兼具公有和私有特征的自组织集体行动方案提供了应用契机。

综合起来,已有论者从信息和制度两个层面讨论了医疗信用问题的渊源和成因,并提出了政府主导与市场竞争两种可能的解决方案。不过,已有研究较少基于制度视角研究医疗信用难题的综合治理,也较少涉及对两种方案局限性的分析。本文将在系统梳理政府主导与市场自发机制两种解决方案的基础上,将医疗信用难题视为集体行动困境,运用埃莉诺·奥斯特罗姆的自组织集体行动逻辑,探索解决医疗信用难题的新方案。

三、基于自组织集体行动理论的医疗卫生信用制度框架

尽管基于传统熟人社会关系的医疗信用约束机制失灵了,但网络社会尤其是互联网信息技术的应用可使部分基于传统熟人社会的医患关系在虚拟空间内得到回归,为解决信用难题提供了新的可能。互联网信息技术改变了传统熟人社会基于特定地域和关系的医疗行为:一是在医疗卫生机构之间,依托社区中心医院、区域中心医院和跨区域中心医院,相继建立了社区医疗卫生服务信息系统、医院医疗卫生服务信息系统、区域协同医疗服务系统、图像存储与传输技术系统等,在不同层次医疗共同体之间共享资源、数据、图像、电子病历和健康档案等,实现远程会诊和统筹医疗计费、药品和医疗物资管理等;二是在医疗卫生监管部门、医疗卫生机构和药品生产经营企业以及患者之间建立卫生数据中心系统以及互联网医院平台和健康门户网站等,实现网上预约挂号、网上就医、网上配药和远程专家会诊等功能,并可实施数字监管和联合惩戒^①。这些在标准化基础之上的医疗卫生数字化举措不仅能够提高诊断准确率、治疗有效率并减少重复检查检验和降低医疗费用^②,而且通过网络平台给医师、药师和患者提供了网络熟人社会^③。换言之,从传统基于实际地域的熟人网络到虚拟网络社会空间的转换,使医师、药师、政府、企业以及患者重新连接,形成了一个基于互联网、可克服空间与时间限制的集体行动共同体。正是虚拟的网络社会空间共同体,使自组织的集体行动理论可以用来解决信用难题。

与纯粹国有或私有资源不同,公共池塘资源管理的自组织行动理论强调由参与者自行建立、实施和维护集体行动规则,高度依赖参与者之间的信用关系。在集体行动规则的供给、承诺和监督等环节,信用始终是核心要素,甚至可以说,公共池塘资源管理的自组织理论也是关于集体行动的信用制度理论。对于自组织集体行动制度的设计和演进,埃莉诺·奥斯特罗姆提出八项原则,即清晰界定边界、使占用和供应规则与当地条件保持一致、对集体选择的安排进行监督、分级制裁、

建立冲突解决机制、对组织权的最低限度的认可以及分权制企业。就医疗信用难题而言,使占用和供应医疗卫生资源的规则与条件保持一致最为关键,即对占用时间、地点、技术和资源单位数量的规则要与当地条件及所需劳动、物资和资金的供应规则相一致,也即设计关于信用问题的集体行动规则与其网络社会空间共同体的基础相一致。此外,形成自组织的集体行动制度,还必须具备以下条件:

第一,委托人具有利益竞争结构。如果委托人之间的利益不具有竞争性,则不存在利益博弈,也不需要通过集体行动予以协调。在理论上,医保医师^④、药师和医师分别是医疗保险机构、药品生产经营企业和医疗卫生机构的代理人。在实践中,不同参与主体的关系并非如此清晰,比如患者本可能与医保医师、药师和医师的立场不一致,但患者在分享医疗卫生社保资源时也是医疗保险机构的代理人,在付费时也可能与医保医师或药师共谋,比如接受过度治疗、购买高价药以及使用特定药品或医疗器械来共同谋取更多公共资源。不过,因为医疗卫生资源有限,药品生产经营企业与医疗卫生机构存在竞争关系,医疗保险机构在总体上是二者竞争的对象。

第二,新制度具有不同层次结构。如果规则层次不分或规则间不能相互嵌套,将无法使用高层规则来解决二阶困境。在医疗卫生体系中,集体行动制度同样包括操作选择规则、集体选择规则和宪法选择规则三个层次。低层次选择规则的制定或变更都在较高层次上的选择规则中发生,低层次二阶困境由高层次规则来解决。操作选择规则是对行动者如何看病、用药、付费和报销等具体操作规程,以及谁来监督、如何监督、如何交换和发布何种信息、实施何种奖励或制裁等具体细节的规定。集体选择规则是指导行动者、管理人员或第三方制定操作规则的具体政策。宪法选择规则是决定谁具有资格制定或影响集体选择规则的规则。

第三,新制度自下而上演进。集体行动需要通过个体间的长期博弈形成共识,使信誉和信任成为个人的社会资本和交往纽带并不断强化,才

能减缓甚至消除信用难题。在医疗卫生领域,也需要基层的医保医师、医师、药师和患者等相互博弈,培育诚信品格、注重自身信誉并建立长期信任,在合作共赢基础上建立医疗卫生保障资源的合理分享机制,并经由外部的制度供给和监督来形成有效的信用约束机制。

总之,虚拟的网络社会空间给解决医疗信用难题带来了新契机。对有效的自组织集体行动的前提条件和形成基础的分析表明,医疗卫生领域的利益竞争结构、多重规则选择层次以及自下而上演进的制度特征使得埃莉诺·奥斯特罗姆倡导的自组织集体行动理论可以用于解决医疗信用难题。

四、医疗卫生信用制度的供给、承诺和监督

埃莉诺·奥斯特罗姆的自组织集体行动理论除了要求适用前提和形成基础外,集体行动的制度如何供给、承诺和监督是其良好运行的核心。因此,在分析了自组织集体行动方案在医疗卫生领域的可适用性之后,解决医疗信用难题还需要讨论自组织信用制度的供给、承诺和监督问题。

(一) 制度供给

形成医疗卫生信用制度是解决信用难题的基础。随着社会信用体系建设规划纲要的提出,我国医疗保险机构、医疗卫生机构以及药品生产经营企业都已初步建立起行业信用制度,但还存在诸多缺陷。一方面,医疗卫生机构和药品生产经营企业所建立的行业信用制度,主要功能是监管者实施行业监管和解决系统内委托代理问题,虽也提及医疗卫生信用约束,但侧重于要求下属机构或企业遵守国家法律、行业规范和职业道德。另一方面,医疗保险机构的行业信用制度虽以管理医疗卫生保险资金为目的,但实际应用主体是作为医疗机构代理人的医保医师。最重要的是,这些碎片化的行业信用制度目前都停留于法律和道德层次,尚未形成集体选择规则和操作选择规则。这并不是因为集体选择规则和操作选择规则过于复杂而难以建立,而是因为行业主管部门制定行业信用制度主要用于回应社会呼声,而不是源于行业本身的真实意愿;行业信用制度的参与者因处于同一行业而共享利益目标,不存在作为

前提的利益竞争结构,也就无法形成有效信用约束的集体行动。

形成有效的跨行业集体行动信用约束,需要医保机构、医疗卫生机构、药品生产企业代理人以及患者组成共同体并形成共识。其中,医保机构作为医疗卫生资源的管理者,比其他参与者更有动力提供新的信用集体行动制度。因此,在现行碎片化行业信用制度基础上,医保机构可以自行或牵头组建医疗卫生的综合性跨行业同业公会,经由医保机构、医保医师、医师、药师以及患者的跨行业沟通来明确医保资源的合理分配目标,建立综合性医疗信用制度的操作选择规则,并设置相应的利益协调和监督机制来确保信用制度的正常运行。

(二) 可信承诺

在参与者广泛同意并初步建立起信用制度后,信用约束机制能否充分发挥作用还取决于参与者的承诺能否取得互信。当违反信用约束规则所获取的利益超过遵守信用规则的利益以及处罚成本时,个体或个别行业的行动者就有激励违反信用约束,信用制度就处于不稳定状态。比如,处于同一医疗机构的医保医师、医师和药师,可能制定非正式的规则,通过采用过度诊断和过度治疗等方式来最大限度地谋取医保资源,实现组织和个人利益的最大化。即使医保医师、医师和药师不在同一医疗机构,医师也可能首先与医保医师合谋来获得医保处方资格,进而与药师合谋即通过使用特定药品和特定治疗来最大化地获取医保资源。此外,医疗患者也容易与医保医师和药师合谋,来实现个人利益最大化并浪费和损害医保资源。增强信用约束规则的可信性和博弈行为的可预期性,就要抑制医保医师、医师、药师和医疗患者的合谋行为。在制定合理的利益分享规则的同时,既要提高发现并惩罚违规行为的机率,又要提高遵守规则的收益以形成正向激励。

(三) 有效监督

有效的监督是形成可信承诺的保障,其中,对个体的监督比对组织的监督更有效。在人口流动程度极低的传统熟人社会,信用约束具有极强的实地监督效果。虚拟网络社会虽弱化了实地监

督,但通过互联网强化了监督的时空效应并提高了违反规则的成本,因此仍具有与传统熟人社会相似的监督逻辑。比如,在魏则西事件中,研究者认为与其追究不靠谱的科室外包制度,还不如将问责重点聚焦于医院科室所雇人员的执业资质和执业行为²⁵。通过将问责层次从制度和组织转移到具体行动者层次,监督和问责效果更好。

事实上,医疗卫生机构、药品生产经营企业和医疗卫生保险机构已注意到组织信用档案的局限性和个人信用档案的重要意义²⁶,已将建设重点转向个人信用体系。2013年后,医保医师、医师和药师的个人信用档案建设速度加快,以电子病历为核心的医疗患者个人信用档案正在形成。不过,个人信用档案目前仍侧重于记录,新功能开发和应用范围拓展不足,对其与医疗信用体系建设的相关内容,比如记录事项、内在关联、信用监督的研究仍然较少。卢曼指出,货币既是一种交易机制,又代表着一种信用系统。人们对货币的信任源于对经过反复试错和沟通而形成的货币制度体系的信任,货币本身只是沟通媒介²⁷。同样地,个人信用档案仅仅是媒介,重点是信用档案背后的监督制度建设。

五、医疗卫生信用制度的建构路径

埃莉诺·奥斯特罗姆的公共池塘资源集体行动理论的有效性取决于信用信息与信用制度的自洽。奥尔森认为,传统社会中的小利益集团在自行设计集体行动制度和方案时比大利益集团更有优势²⁸,因为前者的内部关系更加紧密和明晰,信用信息在个体间的分布更加对称,信息透明度更高、获得更便捷、传播更迅速,由此制定的信用制度也将更符合实际。进入现代社会,信用信息的内容、传播以及制定信用制度的方式都发生了极大变化。形成与信用信息获取和传播逻辑相一致的信用制度,需要首先建设信用档案公共数据库以构建虚拟的中小型集体组织,其次建立信用信息公示系统以搭建虚拟集体组织获取信用信息的桥梁,最后设立联合惩戒制度并提供集体选择规则和宪法选择规则。

(一) 建立医疗卫生信用档案公共数据库

建立各机构和个人共同参与、线上线下相结合的集体行动共同体,并构建组织和个体的信用信息数据库,是形成信用制度的基础条件。在现有行业信用档案和电子病历基础上,一方面由医保机构或同业公会建立医疗卫生机构的信用信息平台;另一方面根据医保机构、医疗卫生机构、药品生产经营企业以及相应管理机构的需要,建立和完善以医保医师、医师、药师和患者为对象的个人信用档案数据库。个人信用档案数据库的主要内容应包括:医保医师、医师、药师和医疗患者的基本情况、信用能力和信用意愿等静态信用信息,遵守或违反信用规则等动态信用信息,以及服务对象、第三方信用管理机构、社会组织、行业协会和政府监管部门等对上述多个行为主体所作的信用评价和监管、处罚措施等结果信用信息。

(二) 构建医疗卫生信用信息公示系统

信用信息不能仅作为政府监管和行业管理的内部工具,也应成为医疗卫生服务中不同组织和个体相互监督、形成信用关系的公共服务平台并向社会公开。因此,除了通过协商等集体行动厘清信用信息公示的内容、规则和方法外,还需要根据信用共同体的需求来培育对各主体的信用约束机制。就内容来说,在公开的信用信息服务平台上,一是要实现医疗卫生保险系统、药品生产经营系统和医疗卫生管理系统等信用信息的互联互通,二是要实现医疗卫生行业管理协会、第三方信用管理机构、新闻媒体和社会组织等信用信息的互联互通,三是要接入源于政府监管部门、司法部门、仲裁机构以及调解组织等渠道的信用信息并实现互通。

(三) 实施医疗卫生信用联合惩戒制度

对违反信用规则的行为作出处罚并以处罚信息作为信用信息的重要内容,是落实信用规则的保障。依托医疗卫生信用信息公共服务平台,一是要实现负责监管医保经费、药品生产经营和医疗行为的政府部门,与负责纠纷处理的司法部门、仲裁机构、调解机构以及第三方管理机构和行业协会等的判决、裁决、处罚和调解结果信息互通。二是要建立医疗卫生信用的联合预警和联合惩戒机制,确保涉及机构和个体的信用信息能实时上

传至公共平台并在各个子系统之间实现信息互通、结果互认,形成“一处失信,处处知悉,处处受限”的信用约束效果,增强机构与个人对信用承诺的可信度。为了实现联合预警和联合惩戒,还需通过明确分工、厘清责任、统一标准、达成共识来培育和营造不愿、不敢失信的外部信用环境和内在约束机制。

六、结论与展望

诚信、信誉与信用相互关联,共同构成了信用制度的核心要素。从人类早期在集体行动中相互信任以确保集体行动成功并延续人的生存,到传统熟人社会基于特定地域和社会关系形成信用约束,再到现代社会由多主体参与以达成信用共识并由政府提供外部监督的信用机制,自下而上演进的信用制度是促成和协调集体行动的重要保障。

在医疗卫生领域,多重委托代理关系以及信息不对称、不完整和制度有效性不足的问题在传统熟人社会解体后更加严重,引发了一系列信用难题。外生性的纯粹政府监管方案和市场化方案同样面临信息不足、制度不完善以及信息和制度不匹配的问题。不过,互联网虚拟社会一方面对解决信用难题提出了更高要求,另一方面也为我们运用新的组织形式和技术条件来建构信用制度提供了基础条件。医疗卫生领域的跨行业利益竞争结构、多重规则选择层次以及自下而上演进的制度特征,使超越纯粹市场化和政府监管方案的自组织集体行动理论方案有了可适用的空间。

制度供给、承诺和监督是达成自组织集体行动的关键。当前我国医疗卫生领域的碎片化行业信用制度多属行业内管理工具而缺乏利益竞争结构,多方主体的利益共谋行为难以得到有效监督,信用档案也停留在组织而没有拓展到个人层面,因此没有形成稳定、有效的信用约束机制。达成自组织集体行动的信用解决方案,需要借助新的互联网信息技术比如区块链等,确立医保机构的管理地位以协调和统筹医疗卫生信用公共服务平台的建设,筹建多方参与的医疗卫生机构同业公会并培育集体行动共同体,建立和完善组织与个人的

信用档案。建设并落实信用档案、信息公示和联合惩戒制度,开启类似于传统熟人社会的信用约束机制,构建线上线下的集体行动信用共同体,是我国解决医疗卫生领域信用难题的可行路径。

注:

- ①苏全有、邹宝刚《对近代中国医院史研究的回顾与反思》,《南京中医药大学学报》(社会科学版)2011年第1期。
- ②Kenneth J. Arrow, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review*, 1963, 53(5): 941-973.
- ③郭科、顾昕《过度医疗的解决之道:管制价格、强化竞争还是改革付费》,《广东社会科学》2017年第5期。
- ④胡宏伟、高敏、赵英丽、李延宇《过度医疗行为研究述评》,《社会保障研究》2013年第1期。
- ⑤埃莉诺·奥斯特罗姆《公共事物的治理之道:集体行动制度的演进》,余逊达、陈旭东译,上海译文出版社2012年版,第36—65页。
- ⑥郁建兴、涂怡欣、吴超《探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案:基于安徽、山西与浙江县域共同体的调查》,《治理研究》2020年第1期。
- ⑦滕尼斯《共同体与社会:纯粹社会学的基本概念》,张巍卓译,商务印书馆2019年版,第142—143页。
- ⑧查尔斯·蒂利《信任与统治》,胡位钧译,上海人民出版社2010年版,第60—93页。
- ⑨程民选、李晓红《社会信用协同治理:制度、技术与文化》,《华东师范大学学报》(哲学社会科学版)2015年第3期。
- ⑩周小梅、张莹《我国医疗机构声誉评价信息供给模式与改革取向》,《治理研究》2020年第2期。
- ⑪宫芳芳、孙喜琢、罗俊霞、李文海《探索构建医疗信用评价体系 助力实施健康中国战略》,《现代医院管理》2018年第12期。
- ⑫汪基强《民营企业信用风险动态预警与政府监管研究》,浙江大学博士学位论文,2012年,第10—25页。
- ⑬Evans, Robert G., “Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications”, *The economics of health and medical care*. Palgrave Macmillan, London, 1974: 162-173.
- ⑭Moy, Ernest, et al., “Changes in usual sources of medical care between 1987 and 1992” *Journal of health care for the poor and underserved*, 1998, 9(2): 126-139.
- ⑮McGuire T. G., Culyer A. J., Newhouse JP., *Handbook of health economics, Physician agency*, 2000.
- ⑯Farley P. J., “Theories of the price and quantity of physician services: A synthesis and critique”, *Journal of Health Economics*, 1986, 5(4): 315-333.
- ⑰泰斯伯格《医疗保健业》,中国人民大学出版社2003年版,

第25-36页。

- ⑱Mooney G., "Ryan M. Agency in health care: getting beyond first principles", *Journal of health economics*, 1993, 12(2): 125-135.
- ⑲Reinhardt U. E., "Economists in health care: saviors, or elephants in a porcelain shop?" *The American economic review*, 1989, 79(2): 337-342.
- ⑳Weiner, Earlene P., "Managed health care: HMO corporate liability, independent contractors, and the ostensible agency doctrine", *J. Corp. L.*, 1989(15): 535.
- ㉑2019年8月19日,“健康余杭门户网站”开通,市民可以通过手机全程无卡就医以及当日预约、云影像、健康档案等功能,这代表着省内乃至国内医疗卫生信息共享技术发展的前沿。
- ㉒陈民《基于多层次数据交换的区域智慧城市公共信息平台》,《计算机应用与软件》2016年第12期。
- ㉓黄金兰《网络熟人社会的逻辑及其法治意义:从熟人社会规

范式微说起》,《西北政法大学学报》2018年第3期。

- ㉔医保医师是指与医疗卫生保险机构签订协议,具有开具医疗卫生保险机构指定药品和医疗器械等处方和临床治疗和保健医疗等资格的医师。
- ㉕顾昕《从“魏则西事件”看如何监管医疗服务》,《中国社会保障》2016年第6期。
- ㉖2013年1月,时任卫生部部长陈竺在全国卫生系统纪检监察暨行风工作会议上就指出,要为每一位医务人员建立执业信用档案,探索建立医务人员个人信用体系。
- ㉗尼克拉斯·卢曼《信任》,瞿铁鹏、李强译,上海世纪出版集团2005年版,第62-73页。
- ㉘曼瑟尔·奥尔森《集体行动的逻辑》,陈郁等译,上海人民出版社1996年版,第19-30页。

(责任编辑:若谷)

The Foundation and Path of the Credit System in Healthcare Service: Based on An Analysis of the Evolution of Institutions for Collective Action

Yu Jianxing & Wang Jiqiang & Xiang Miao

Abstract: The multiple principal-agent relationship and virtual social space in modern medical service makes the traditional society's medical credit constraint based on specific regions and social relations invalid, resulting in medical credit problems such as moral hazard and adverse selection. The exogenous government supervision scheme or marketization scheme originated from the third party can hardly solve the problem of information asymmetry, imperfect system and lack of co-evolution between information and system. Since healthcare resources have non-exclusive and competitive property features and thus resemble common-pool resource, the internet information technology and the construction of virtual society, and the structure of competing interests in healthcare service makes the application of self-organizing collective action in medical care credit system possible. Focused on the supply, commitment and supervision of the self-organizing collective action credit system, it is time to set up an information service platform on which all medical organizations and individuals establish and improve public credit profiles, build a medical credit information disclosure system and enable information exchange, formulate the joint use of the credit results especially the joint disciplinary system, and guarantee the normal operation of the collective credit system from both the external and internal environment.

Key words: healthcare service; credit system; self-organization; collective action; institution