

从管办分开到大部制： 医疗供给侧改革的组织保障

□ 顾 昕

摘要:落实“管办分开”的原则,推进医疗卫生行政管理和监管体制的改革,尤其是推进公立医院的去行政化,是中国供给侧改革的战略之举。健康大部制对于政府职能的再界定和部门治理的再协调来说是可行之举,但只有在管办分开制度化的框架中,大部制才能发挥积极的作用。唯有实现公立医院的去行政化,理顺管理与监管的关系,健康大部制方可实行。任何单纯弘扬“大部制”的政策建议,带给我们的将不是公共管理的变革,而是重回行政机构合并—分立循环的老路。

关键词:大部制;管办分开;医疗供给侧;去行政化

中图分类号:C916 **文献标志码:**A **文章编号:**1007-9092(2018)02-0066-010

DOI:10.15944/j.cnki.33-1010/d.2018.02.009

中国政府部门组织调整,是行政体制改革中最能引起广泛关注的一个话题。其中,推进“大部制”,即将原来分散在两个甚至更多政府部门的职能划归一个部门,并且将这些政府部门中的相关职能机构合并成一个新的部门,更能引起热议。在中国政府全力推进新一轮医药卫生体制改革(简称“新医改”)的过程中,医疗领域“九龙治水”式多部门公共治理格局一直受到诟病,通过“大部制”改革以解决这一问题的呼声多年来不绝于耳。

2006年,《中国改革报》记者援引卫生部卫生

经济研究所卫生政策研究室主任石光教授的见解指出,医疗行政管理涉及到14个政府部门,客观上形成了部门利益分割、相互掣肘、各自为政、缺乏协调的局面。^①推进医疗卫生或健康“大部制”,^②或组建一个新的国家健康委员会,^③被卫生部及其咨询专家视为解决多部门协调不力问题的不二选择。^④2012年,卫生部发布了《“健康中国2020”战略研究报告》,其中提出,人民健康涉及多个部委,但由于政出多门,既不利于提高工作效率,也不利于问责制的落实。例如,农村妇幼保健

收稿日期:2017-12-10

作者简介:顾昕,浙江大学公共管理学院教授、博士生导师;北京大学国家治理研究院高级研究员。

基金项目:教育部基地重大项目“公共部门中的组织创新与激励机制:事业单位去行政化的理论与实践”(编号:15JJD810002);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”(编号:71734005)。

① 方明《医疗改革:14个部门需要协调》,《中国改革报》2006年10月24日。

② 李海楠《卫生部提议“大健康部”大部制改革呼声再起》,《中国经济时报》2012年8月22日。

③ 李玲《医疗卫生管理体制从哪儿“开刀”》,《人民论坛·学术前沿》2010年第6期。

④ 谭畅《把脉医改:应该建立医疗卫生大部制——专访国务院医改专家咨询委员会、北大中国经济研究中心教授李玲》,《小康》2011年11月。

实际涉及计划生育、卫生行政、疾病预防控制、教育、环境等多个部门,但是这些部门之间并没有合作的机制。因此,涉及人民健康的若干职能相近的部门,可考虑逐步合并,建立国家健康福利部或国家健康委员会,包括卫生、医疗保障、计划生育、环境保护、体育运动等部门。^①

由于牵涉面太广,医疗大部制在中央政府层面迄今为止尚未变成现实,但在地方政府层级,这一组织变革动向在2016至2017年间成为引人注目的潮流。2016年7月18日,福建省人民政府办公厅发布《关于成立省医疗保障管理委员会的通知》(闽政办〔2016〕117号),宣布成立省医疗保障管理委员会;^②9月28日,委员会下设的“省医保办”正式成立,挂靠在省财政厅,独立运作。这一改革,被许多媒体称为“医改风暴”。福建医保委及其日常办公机构医保办名义上为医保管理机构,实则不然,而是一个整合了医疗保险、价格制定、招标采购等多部门职能的综合治理机构,因此被认为是终结了“九龙治水”的组织创新之举。^③

媒体广泛报道,2017年9月,海南省机构编制委员会发布文件,将把人社、卫生计生、民政、物价承担有关医疗保障职责合并,设立海南省医疗保障管理局,核定行政编制18名,从省人社厅连人带编划转7名、省卫生计生委6名、省物价局1名、省民政厅1名,另新增3名。^④2017年10月11日,安徽省人民政府办公厅发布《关于成立省医疗保障管理委员会及其办公室的通知》(皖政办秘〔2017〕258号),设立医疗保障委员会,合并发改委、财政厅、卫计委、人社厅、民政厅、药监局、物价

局、保监局8部委的相关职能,并下设医保办。^⑤

然而,正如所有的现在改革措施一样,大部制改革也一向是争议的焦点。争议点有二:其一,大部制能否解决跨部门协调不力令人怀疑,^⑥这需要假定,在高行政层次无法协调的跨部门管理转变为一个低行政层次的部门内跨厅局管理,协调难题就能迎刃而解;其二,健康大部制的实质是将所有涉及医疗的公共管理,从资金筹集、资源配置、服务提供到要素提供(药品等)统一纳入到集中化的行政管理体系之中,^⑦但公共管理的变革之道究竟是否意味着行政化管理的一统天下?^⑧实际上,政府内部跨部门协调不力是一个全球性的难题,单靠机构合并形成大部制并不能解决这一问题,至于如何解决这一问题,需要另行发展相关的理论和实践,限于篇幅,本文暂且搁置。^⑨对于本文来说,问题的关键不在于大部制是否有助于克服政府跨部门的协调不力,而在于政府职能的转型。

毫无疑问,政府职能转型是国家治理体系现代化的核心,这已经成为公共政策的共识之一,载入了执政党和各级政府的政策文件之中。推进政府职能转型的要害,在于通过“放管服”打通改革的“经脉”,其要害在于政府行政管理机构与被管机构的关系,而被管机构包括公立机构(事业单位)。就新医改而言,政府职能转型的重点在于卫生行政部门从公立医疗机构的行政管理者转变为全行业的监管者,改革的原则在于“管办分开”,让绝大多数公立医疗机构与卫生行政部门脱离上下级行政隶属关系。唯有在落实“管办分开”的前提下,健康大部制才能在国家治理体系现代化的背

① 陈之秀《组建“大健康部”势在必行》,《保健时报》2012年8月30日。

② 文件文本,参见福建省人民政府官网:http://www.fujian.gov.cn/zc/zxwj/szfbgtwj/201607/t20160726_1203945.htm。

③ 朱铭来《终结“九龙治水”》,《中国卫生》2016年第11期。

④ 参见搜狐网的报道《重磅!海南将设立医疗保障管理局》(2017年9月16日),http://www.sohu.com/a/192401880_739335;新华网的报道《海南将设医疗保障管理局》(2017年9月26日),http://m.xinhuanet.com/health/2017-09/26/c_1121723368.htm。对于报道所涉及的文件,笔者截止到写作此文之时(2017年12月10日)在海南省机构编制网上尚没有找到正式发布的迹象。

⑤ 文件文本,参见安徽省人民政府官网:<http://xxgk.ah.gov.cn/UserData/DocHtml/731/2017/10/11/179894796159.html>。

⑥ 朱恒鹏《“一龙治水”就能解决扯皮问题?想多了!》,http://www.sohu.com/a/202466537_467288。

⑦ 唐均《“新”新医改:一统天下就能万事大吉吗》,《中国医疗保险》2017年第1期。

⑧ 朱恒鹏《行政集权思路需向公共服务理念转变》,《中国医疗保险》2017年第11期。此文标题更换为注释9中所示,经自媒体和网络媒体转发后,赢得了很高的阅读量。

⑨ Eugene Bardach, *Getting Agencies to Work Together: The Practice and Theory of Managerial Craftsmanship*, Washington, DC.: The Brookings Institution, 1998; Russell M. Linden, *Working across Boundaries: Making Collaboration Work in Government and Nonprofit Organizations*, San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

景下,成为医疗供给侧改革的组织保障。相反,没有“管办分开”的“大部制”改革,意味着国家治理体系重走再行政化的老路,倒退到计划经济时代“一统就死”的泥潭之中。

中国新医改的目标是建立基本医疗卫生制度。其中,通过社会医疗保险体系的建设走向全民医保,实现人人有病能医的目标,是打开医疗卫生事业社会公益性大门的一把钥匙。^① 走向全民医保的需求侧改革早在2007年就已经起步,在既有的城镇职工基本医疗保险(以下简称“城镇职工医保”)和新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)的基础上新设了城镇居民基本医疗保险(以下简称“城镇居民医保”),形成了社会医疗保险体系,并在2012年基本上实现了人口全覆盖。^② 随着医疗保险筹资水平和支付水平的提高,民众看病治病的经济风险得到了一定的分摊,“看病贵”的问题有所缓解。

然而,要解决“看病难”的问题,还必须在医疗“供给侧改革”上下功夫。供给侧改革的核心在于去行政化。中国绝大多数具有一定规模的医疗机构(尤其是医院)都是公立的,其中绝大多数又隶属于卫生行政部门,形成了等级化、行政化的事业单位体制。然而,政府拨款在这些公立医院的运营费用中仅占很小的比重。政府既办又管,但是却办不了、管不好。公立医院名义上是法人,但法人治理结构没有建立起来。

由于行政化的体制,整个医疗卫生事业的行政管理和监管体系无法理顺。由于管办不分,在很多情况下,行政管理代替了监管,导致行政管理者往往对行政下属的违规行为采取隐瞒、包庇以及大事化小、小事化了的施政态度。由于管办不分,卫生行政部门自然也就无法成为全行业的监管者。

最后,还是由于管办不分,医疗卫生事业行政管理体系支离破碎。多部门治理的格局固然能造就一定的制衡,但在更多的情况下却导致政策制定与实施的相互掣肘,对医疗卫生事业造成了诸

多不利的影响。

早在2007年10月颁布的中国共产党十七大报告中,“管办分开”就被列为医疗卫生体制改革的四项基本原则之一,为我国医疗卫生事业的公共管理变革指明了出路。2009年3月,作为“四分开原则”之一,“管办分开”又载入了新医改方案,即《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,并明确提出要“落实公立医院独立法人地位”,“建立和完善医院法人治理结构”,同时还要“稳步推进公立医院改制的试点,适度降低公立医院比重,形成公立医院与非公立医院相互促进、共同发展的格局”。^③ 这显示,在国家医疗政策的层面,法人化与民营化成为公立医院改革的并驾齐驱之举。

2013年11月颁布的中共中央十八届三中全会决定,即《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”,并重申“社会资本”可以“多种形式参与公立医院改制重组”,^④从而将公立医院法人化和民营化改革纳入到事业单位去行政化改革的总体框架之中。正如十一届三中全会一样,十八届三中全会必将成为中国改革思想史上的一个里程碑。但是,十八届三中全会能否成为中国改革史上的一个里程碑,取决于去行政化能否落实在医疗、教育、文化等领域的改革实践之中。

一、走向去行政化:

健全公立医院的法人治理结构

公立医院表面上看趋向市场化,实则依然是高度行政化。在组织上,大多数公立医院是卫生行政部门的下属机构。截止到2015年底,中国共有27587家医院,其中公立医院13069家;在这些公立医院中,政府办医院9651家,其中8597家系卫生行政部门所属,占政府办医院的89.1%,全部

① 顾昕《新医改的公益性路径》,云南教育出版社2013年版,第20-24页。

② Hao Yu, “Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China’s success?” *Health Policy*, Vol. 119, No. 9 (2015), pp. 1145-1152.

③ 《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,人民出版社2009年版,第12-13、16页。

④ 《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》,人民出版社2013年版,第18、48-49页。

公立医院的65.8%。^①

落实“管办分开”原则的第一要务就是行政脱钩,即让公立医院与卫生行政部门脱离行政隶属关系,建立和健全其法人治理结构。这就是去行政化的要义。目前,公立医院依然处于高度行政化的事业单位旧体制中,但在运行上又处在市场化状态,即一方面其运营高度依赖于市场营收,而另一方面其运营决策和行为受到多方、多重行政力量的主宰,其所处的市场环境(尤其是价格体系)也受到政府的严格管制。^②行政化与市场化的怪异组合,即行政型市场化,严重扭曲了公立医院的行为,致使它们一方面社会公益性淡化,另一方面又缺乏正常发展壮大市场空间。

行政化的事业单位体制是计划体制的遗产之一。事业单位由国家办、国家管。在实行计划体制的国家,事业单位是唯一的公共服务提供者,而民办非营利性组织基本上不存在。从财务的角度来看,每一个事业单位都是其所隶属行政系统中的一个预算单位。因此,国际文献常常把苏联、东欧、亚洲等计划体制中诸如大学、医院、剧院、博物馆之类的公立机构称为“预算单位”(budgetary units)。^③

在市场经济体系中,同样存在公立机构,但大多数物品或服务,可以通过营利性组织或非营利性(慈善)组织来提供,而在市场失灵和社会(慈善)失灵之时才由政府出面组建公立机构直接提供物品或服务。值得注意的是,哪怕是存在市场失灵和社会失灵,哪怕政府干预在此有了正当的理据,也不一定必然要求政府直接提供服务。在市场经济体系中,政府可以以多种身份,例如保险者、购买者、雇佣者、赞助者、调控者、信贷者、担保者、规划者、监管者甚至道德劝说者的角色,参与

到市场活动之中。^④就医疗服务而言,除了直接提供之外,政府扮演保险者和监管者的角色更为恰当,也更为紧迫。将政府干预市场的不同方式分开,尤其是把政府提供和政府购买分开,是公共管理改革的基本思路之一。^⑤可以说,更多地推进政府购买,减少政府直接提供,是全球性公共管理变革的大趋势之一。

再退一步说,哪怕政府直接提供是必要的,公立机构也没有必要采用等级化、行政化的事业单位体系。事实上,世界上所有发达的市场经济体中都有各种各样的公立机构,大多数公立组织均具有较大的自主性,有些走向了法人化。在组织和治理结构上,法人化的公立机构同民办非营利性组织没有多大区别,只不过前者的出资者以及相应的政府理事来自公共部门而已。^⑥相应地,世界上所有发达的市场经济体中都有公立医院,而且公立医院在医疗供给侧都占据重要的地位,但在其公立医院的组织和制度结构中,行政化模式固然存在,但却并非主流。公立医院的组织和制度模式固然呈现多样化,但其共同特征在于公立医院与卫生行政部门并没有行政隶属关系,仅有个别例外。^⑦

公立医院的存在及其在医疗供给侧占据重要甚至主宰性地位,这一点并非中国特色,而中国的特色在于公立医院在高度行政化的事业单位体系中组织起来。由于等级化、行政化的组织特色,中国的事业单位体制弊端重重,其改革正成为中国国家治理体系变革的重点之一,公立医院的改革自然不能例外。公立医院全球性改革之路无非三条,即自主化、法人化和民营化。^⑧一言以蔽之,走上有管理的市场化。坚持管办分开的新医改原则,推动事业单位走向去行政化,落实事业单位的

① 国家卫生和计划生育委员会编《中国卫生和计划生育统计年鉴》,中国协和医科大学出版社2015年版,第6、10页。

② 顾昕《行政型市场化与中国公立医院的改革》,《公共行政评论》2011年第3期。

③ 雅诺什·科尔奈《社会主义体制:共产主义政治经济学》,中央编译出版社2007年版,第70页。

④ Murray L. Weidenbaum, *Business, Government and the Public*, 4th edition, Enlewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall, 1990, pp.10-15.

⑤ Christopher Pollitt and Geert Bouckaert, *Public Management Reform: A Comparative Analysis—New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, 3rd edition, Oxford: Oxford University Press, p.317.

⑥ Per Lagreid and Koen Verhoest, *Governance of Public Sector Organizations: Proliferation, Autonomy and Performance*, Basingstoke, UK.: Palgrave Macmillan, 2010.

⑦ Martin McKee and Judith Healy, “Investing in hospitals” in Martin McKee and Judith Healy (eds.), *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham: Open University Press, 2002, pp.122-123.

⑧ 顾昕《论公立医院去行政化:治理模式创新与中国医疗供给侧改革》,《武汉科技大学学报(社会科学版)》2017年第5期。

独立法人地位,让它们同相应的民营机构在平等的环境中开展竞争,正是中国医疗供给侧的改革之道。^①

实际上,中国的公立医院已经走上了自主化之路。但是,这一改革是被动的、不充分的、不彻底的,在自主化的道路上也没有走上正轨。政府以行政管理(例如高频密的检查以及各式各样的审批)的方式,对公立医院的重要决策进行干预。于是,各种公立医院一方面在市场上追逐利润,在行为上已成为一个以创收为主要目标的经济实体,^②另一方面又可以借助其在医疗供给侧的垄断地位汲取各种公共资源。政府一方面紧紧抓住各种权力(尤其是人事权、定价权)不放,试图对公立医院的运营严加管控,但另一方面对于如何促进公立医院的公益性却一筹莫展。^③

新医改的“管办分开”原则,意味着让包括公立医院在内的公立医疗卫生机构同各级卫生行政部门脱离行政隶属关系,成为真正独立的法人。在实施行政脱钩之后,公立医院不再拥有行政级别,只有大小之分,专科与综合之分,有名无名之分。公立医院的管理者也不再是干部或公务员,而转变为职业经理人。无论是公立医院还是其管理者,都不应再有行政级别。这也是医疗卫生领域有识之士的呼声。例如,北京安贞医院副院长周生来和卫生部副部长黄洁夫都呼吁公立医院改革要走去行政化之路,至少要从取消公立医院行政级别开始。^④但去行政化呼声在医疗卫生界,尤其是在卫生行政部门之内,真可谓空谷足音。

“行政脱钩”之改革,乍看起来非常超前,非常不合国情。但其实不然。实际上,早在2000年前后,国家就推动全民所有制的法律咨询服务机构与司法行政部门实行脱钩改制。行政脱钩之后,

各类律师事务所取得了飞速发展,而司法部对法律咨询服务业的监管,非但没有削弱,反而有所加强。^⑤同在中华人民共和国,司法领域能够取得行政脱钩改革的成功,医疗领域的行政脱钩为什么就不合国情呢?

然而,令人遗憾的是,在医疗领域,直到2017年为止,“管办分开”的讨论和实践,还依然停留在将公立医院的行政管理职能从原来的政府机构分离到另一个政府机构(或准政府机构)中去。不少地方建立了诸如“医院管理局”、“医院管理中心”或“医院管理集团”之类的机构,成为公立医院的上级行政主管,但这类机构大多隶属于各地卫生行政部门。医院管理局的设立是对香港医管局的模仿,与香港医管局的法人化模式不同,^⑥内地医管局是行政化的。例如,北京新组建的医院管理局为市卫生局下的“二级局”但拥有正局级行政级别。这种“管办分开不分家”的行政变革,只是让公立医院的行政上级从原来的“爸爸”转变为“叔叔”,显然并没有解决以往行政化体系中固有问题。而且,两个行政管理者的并存,给公立医院带来的不是治理变革,而是治理混乱。

从世界范围看,各国政府管理公立医院的模式可以分为两大类:一类是“管办合一”模式,即政府采取行政化模式直接管理公立医院;另一类是“管办分开”模式,政府采取法人化模式^⑦,利用市场机制和社群机制来管理公立医院。

“管办分开”模式或公立医院法人化的核心是公立医院与卫生行政部门脱离行政隶属关系。在行政脱钩之后,所有公立医院均建立法人治理结构。实际上,在包括医疗服务在内的公共服务领域,法人治理结构的改善自二十世纪九十年代以

① 顾昕《走向全民医保:中国新医改的战略与战术》,中国劳动社会保障出版社2008年版,第23-29页。

② World Bank, *Fixing the Public Hospital System in China*. Washington, D.C.: The World Bank, 2010.

③ 顾昕《行政型市场化与中国公立医院的改革》,《公共行政评论》2011年第3期。

④ 参见董伟《公立医院改革必须“去行政化”》,《中国青年报》2010年6月22日,参见《中国青年报》的官网“中青在线”: http://zqb.cyou.com/content/2010-06/22/content_3287971.htm。

⑤ 程金华、李学尧《法律变迁的结构性制约——国家、市场与社会互动中的中国律师职业》,《中国社会科学》2012年第7期。

⑥ Robin D.C. Gauld, “A Survey of the Hong Kong Health Sector: Past, Present and Future.” *Social Science & Medicine*, Vol.47, Issue 7 (1998), pp.927 - 939.

⑦ Alexander S.Preker and April Harding (eds.), *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, D.C.: The World Bank, 2003.

来就是公共管理改革的重要议题之一^①，现在正成为公共管理领域的一个热门研究话题。^② 理事会是法人治理的核心，由医院的所有重要利益相关者代表（包括投资方、医务人员、消费者或公众等）组成。由于公立医院为政府所建，因此政府有必要组建一个独立于卫生行政部门的专门机构，即俗称的“医疗国资委”，承担公立医院的所有者职能，代表出资者选派“政府理事”，参与公立医院的法人治理。

医院的管理人员尤其是院长，由医院理事会选聘并且向理事会负责。医院管理者不再是干部，而是职业经理人，他们形成职业经理人市场，其年薪由医院理事会决定。与此同时，医务人员成为自由职业者，医院对所有医务人员实现劳动合同制。一旦受聘，他们要么是医院的全职雇员，要么成为兼职员工。在医疗领域长期难以撼动的编制制度，早已不再适应这个领域公共治理创新的新形势。去编制化势在必行了。可是，尽管学界有“取消编制、解放医生”的呼声^③，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。直到2016年，去编制化首次纳入到中央政府的医改议程之中。然而，由于在在编人员当中遭遇普遍反对，且编制制度又同财政投入、社会保障、职称评定、薪酬待遇等多种体制因素纠缠在一起，去编制化改革阻力重重。^④

公立医院走向法人化，才能为其发展壮大创造良好的制度环境。公立医院可以根据自己情况确定适宜的市场定位。某些公立医院或许会选择集团化的发展道路，在全国各地发展出连锁型的品牌综合医院。另一些医院或许会选择纵向一体化模式，将其门诊部下沉到社区，或者与既有的基层医疗卫生机构实现一体化，建立医联体，践行整合医疗（integrated medicine）的新业态。^⑤ 还有

一些医院或许会向专科发展，以独有的医术来竞争转诊病人。少数医院或许还会同医疗保险机构整合起来，借鉴美国“管理型保健”（managed care）的模式，为民众提供从医疗保险、健康促进到医疗服务等一揽子服务。

所有这一切，都是市场竞争的产物。市场竞争的结果，也许是多种组织模式的并存，从而为老百姓寻求不同类别、不同层次、不同档次的多样化医疗服务提供更为广阔的选择空间。锐意进取的医务工作者，也能拥有更为宽广的个人职业发展空间。

二、确立监管者的中立性： 医药卫生监管体制的重构

“管办分开”的实施，或者说去行政化的推进，不仅能推动公立医院的健全发展，而且还将为医疗卫生监管体系的改革铺平道路。

只要全民医保体系能够有效地发挥医疗筹资和支付的角色，人人有病能医的社会公益性目标就可以实现，在此前提下，医疗供给侧完全可以走向市场化。在一个市场化的医疗服务体系中，政府必须扮演好一个重要角色，即监管者，主要监管医疗服务-药品的市场准入和医疗服务-药品的质量控制。按照目前的体制，卫生行政部门并没有扮演好医疗卫生全行业监管者的角色，症结就在于“管办不分”。

建立健全医药监管体系，需要针对如下两大问题下一番功夫：（1）谁是监管者？（2）监管什么？

医药监管体制的改革，首当其冲的问题是监管机构的重建，而不是众多关于监管模式和手段的具体建议，例如加强信息披露之类。这类建议不可谓不正确，但纯属技术性枝节。不在组织和制度的根本上取得突破，技术进步并不能带来监管体系的改善。

① Ron Hodges, Mike Wright and Kevin Keasey, "Corporate governance in the public services: concepts and issues", *Public Money & Management*, Vol.16, No.2 (1996), pp.7-13.

② Ani Matei and Ciprian Drumasu, "Corporate Governance and public sector entities", *Procedia Economics and Finance*, Vol.26 (2015), pp.495-504.

③ 蔡江南《取消编制 解放医生》，《中国卫生》，2015年第7期。

④ 张雪、黄海《公立医院去编制化的难点与对策》，《医学与社会》，2017年第4期。

⑤ 郭凤林、顾昕《激励结构与整合医疗的制度性条件：兼论中国医联体建设中的政策思维模式》，《广东行政学院学报》，2015年第5期。

谁是监管者的问题实际上涉及两个子问题:首先要明确监管的性质;其次,要确定谁来担任监管者?

很多人把一切能对医疗机构施加控制的行为都视为监管,从而把行管(行政管理)与监管混同起来。行管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,监管则是独立的监管者基于一定的游戏规则对违规行为予以惩罚的行为。监管者与管理者的角色大不相同,监管者与被监管者没有行政上下级的关系。例如,在体育运动中,运动员与教练员以及领队的关系是管理关系,而运动员与裁判员的关系则是监管关系,而各类技术委员会、仲裁委员会等则扮演着监管监管者的职责。很显然,监管者作为第三方的中立性,亦即监管者不能与被监管者有任何关系,这是监管成功的必要条件(尽管不是充分条件)^①。否则便是对公平公正的公然违背,也是监管失灵的渊藪。

然而,在中国,由于“管办不分”,作为监管者的卫生行政部门并不是以独立的第三方承担裁判的角色,因此在一些违规事件发生之后,卫生行政部门对于下属机构采取隐瞒的做法。在处理医患纠纷的过程中,不仅监管失灵的情形比比皆是,^②而卫生行政部门还屡屡从超然的第三方转变成当事的一方,从而承受社会舆论的极大压力,甚至成为公众对政府不满的导火索。^③

在我国现行的公共管理体制中,政府作为监管者和行管者的身份和职能常常混杂,这是各个领域监管体制混乱以及监管效果不佳的根源。就医疗领域而言,这一问题主要体现在卫生行政部门与大多数公立医院存在上下级行政隶属关系。监管者和行政管理者不分,必然导致监管失灵,具体表现有两个方面:一是卫生行政部门对下级直属机构的错误行为有可能采取隐瞒和包庇的立场,即便有所处罚,处罚的大棒也常常会“高高举起、轻轻放下”;二是卫生行政部门对于非直属机

构的错误行为极有可能监管不力。对于非卫生行政部门下属的公立医院,在出现医患纠纷时,监管要么不到位,要么出现多头监管,必须由卫生行政部门与涉事医院的行政部门组成联合调查组,方能进行监管与问责。在某些情况下,医疗监管者到底是谁,这本身就成了问题。这些问题在2016年的“魏则西事件”中凸显出来。^④

因此,监管者必须同行政管理者分开。要做到这一点,必须实行管办分开。让医疗机构与卫生行政部门脱离行政上下级关系,才能为监管机构的重建铺平道路。卫生行政部门应该从某些公立医院的主管者或者主办者,转型成为医疗全行业的监管者。实际上,如果一些公立医院依然与卫生行政部门保持行政上下级关系,那么医疗全行业监管的属地化也就不可能落实。试想,一个部级医院处在某城市的某一个区,这个城市或这个区的卫生局如何对这家医院有效监管呢?

医疗领域中诸多具体而专业事务的监管机构也可以是民间组织(例如专业协会),即形成专业主宰(professional dominance)^⑤或自我监管(self-regulation)^⑥的格局。实际上,在很多发达国家和相当一部分发展中国家,民办的医学会或者医师协会在医疗服务的市场准入和质量控制方面扮演重要的角色。中国的情形有所不同。在目前民间协会组织发展不力的大格局下,政府行政部门扮演主要的监管角色依然是必要的。但从长远来看,监管应该逐渐转型为一种独立的公共服务。推进政事分开,让监管机构与行政部门脱钩,成为独立的公立法人,同时政府将一部分监管责任从行政部门转移到协会组织,都应该成为国家治理体系改革的方向和内容。

明确了谁是监管者之后,下一个重要问题就是监管职能的确定和划分。限于篇幅,本文对此问题暂且按下,另待他文详论。

① Kieran Walshe, *Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement*. Maidenhead, UK: Open University Press, 2003, p.10.

② 鞠传宝、曹鲲《中国政府规制中的“政府失灵”现象分析——以医患关系为例》,《桂海论丛》2014年第2期。

③ 房莉杰《从社会治理角度干预医患冲突》,《决策探索》2014年第8期(下)。

④ 陈曦《谁是监管者》,《中国社会保障》2016年第6期。

⑤ Eliot Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press, 1970.

⑥ John M. Chamberlain, *Doctoring Medical Governance: Medical Self-Regulation in Transition*. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2009.

三、建立国家健康委员会： 政府行政管理与监管体系的整合

在管办分开得到落实的前提下,卫生行政部门应该、必须、能够成为医疗卫生事业的公共政策制定者以及医疗卫生健康服务的全行业监管者,因此医疗卫生行政体系的整合可以提上议事日程,“健康大部制”可以成为一个选项,而“健康大部制”的可能的组织形式就是国家健康委员会。

国家健康委员会应该行使的职能,分述如下:

第一,公共卫生服务的筹资、提供和监管。

在整合爱国卫生委员会的前提下,国家健康委员会负责全国公共卫生服务的筹资、提供和监管。公共卫生服务的筹资主要来源于各级政府的财政拨款,政府间财政关系是公共卫生服务筹资制度化的重要内容。政府可以通过设立配套资金的方式,鼓励社会资本投入公共卫生领域。国家健康委员会可以通过规划组织力争实现公共卫生服务提供的均等化,让不同地区的国民都能享受到大体同等的基本公共卫生服务。

公共卫生服务提供者在所有制上可以多样化,不应该限于“全额拨款的事业单位”。只要民间资本愿意投入,政府不但完全没有理由也没有必要加以阻止,而且应该加以鼓励。当然,在市场与社会无暇顾及或不愿顾及的地方,兴办专门的公立机构,政府责无旁贷。无论服务提供者的组织形式如何,政府都应改变既有行政化的事业费拨款模式,转而探索以政府购买服务的方式,促使各类服务提供者竞争公共卫生服务的政府合同。简言之,重构公共卫生领域的国家、市场和社会的关系,是国家治理体系创新的一项内容。^①

第二,医疗健康服务市场的监管。

医疗健康服务市场准入的工作主要有两项:一是医师、护士和药剂师执业资格的审订,国家健康委员会可以负责制定游戏规则,而把执业资格认定的工作委托给有关的专业协会来行使,这也是国际上的惯例;二是医疗机构设立的审批,其中最为重要的是设立公开、公正、透明的游戏规则,

允许甚至鼓励医疗服务领域的竞争。

第三,药品、器械、耗材市场的监管。

类似于医疗健康服务市场的监管,要素投入的市场准入与质量控制是基本的监管职能。目前,药品监管的职责归属于国家食品与药品监督管理局,该政府部门可以纳入未来的国家健康委员会。目前不大清楚的是器械-耗材的监管职能归属,有关的职能分散在卫计委、商务部和国家质量监督管理局。这样的体制容易造成监管职能划分不明确、跨部门协调不畅和问责制运行不力的问题,最终诱发监管失灵。

第四,医疗服务的筹资与付费。

国家健康委员会的另一项重要职能是管理并监管医疗保障体系。目前,主要负责医保支付职能的医保经办机构都是行政化的。但实际上,医疗保险付费的职能完全可以通过独立的、专业化的、法人化的公立经办机构来行使,国家健康委员会行使监管的职能。换言之,在医疗保险经办机构与政府之间,也要实行管办分开。政府对医疗保险经办机构的监管重点在于确保基本医疗保障待遇水平和结构的均等化,维护参保者的利益。在此基础上,国家健康委员会可以制定各种政策和制度,推动医疗保险经办机构之间开展“有管理的竞争”,^②也鼓励公立和民营医疗保险机构之间的合作伙伴关系。^③

就国家健康委员会的上述四项职能,前三点没有多大争议,最具有争议性的是第四点,即“大健康部”是否应该主管医疗保险。

2008年的“两会”曾拉开了走向“健康大部制”的序幕。但在当时,有很多人为新的大部制感到惋惜,也有人感到庆幸。惋惜和庆幸的焦点都在于医保部门的行政归属。惋惜者和庆幸者就此展开了一场持续多年的争论。

惋惜者认为,医保部门与卫生行政部门分开是没有必要的,而医保部门实际上缺乏购买医疗-医药服务的专业能力。例如,无论是按人头付费还是按病种付费,都需要涉及医疗卫生统计和处方的专门研究,才能制定出合理的付费标准,甚至

① 顾昕《中国公共卫生的治理变革:国家-市场-社会的再平衡》,《广东社会科学》2014年第6期。

② 顾昕《走向有管理的竞争:医保经办服务全球性改革对中国的启示》,《学习与探索》2010年第1期。

③ 顾昕《中国商业健康保险的现状与发展战略》,《保险研究》2009年第11期。

编制成软件,而这些恰恰是我国既有医保机构力所不逮的。在这些人看来,在世界上的许多国家,公立医疗保险在行政上都直接由卫生行政部门管辖,而且很多国家的卫生与社会保障同属一个部门,因此中国理应与国际接轨,将医疗保险和医疗服务纳入一个政府部门管理,即所谓“一手托两家”。^①

庆幸者认为,除了新农合之外,公立医疗保险机构没有隶属于卫生部,实属大部制改革中的万幸。因为一旦付费者与行政管理者合一,那么医疗服务领域中卫生部门直属机构将会获得更多的医保付费,其垄断地位还会继续加强,医疗服务体系走向多元化的前景黯淡。^② 2015至2016年间,在推进城镇居民医保和新农合一体化的进程中,将医疗保险的行政管理纳入卫生行政部门管辖范围的主张再次引发争议,反对这一主张的学者坚持认为医疗服务付费者与医疗服务提供者应该分开。^③

然而,提出“一手托两家”的人士大多有意无意地忽略“管办分开”这一国际之轨,反对“一手托两家”的人士也没有清楚地阐明去行政化与大部制的关系。事实上,在绝大多数国家,并不存在类似于中国事业单位这样等级化、行政化的公立组织体系,其各种公立机构,包括公立医院,均有完善的法人治理结构。^④ 脱离管办不分的中国背景而谈论“卫生大部制”或“健康大部制”的国际之轨,最终会将中国导向歧途。

医疗保险和医疗服务是否应该整合,这是全球性医疗体制改革过程中所面临的另一个共同挑战。众所周知,医疗保险的职能有两项:一是筹资;二是付费。无论是在全民公费医疗体制,还是

在全民社会医疗保险体制,筹资的职能要么由税收机构,要么由社会医疗保险监管负责筹集,而且均通过法治实现了筹资的强制性。因此,医疗保险与医疗服务是否整合的问题,主要在医疗付费与医疗服务的关系问题。有两种流行的模式,一种是分离模式,另一种是整合模式。

分离模式出现在实行全民医保的国家,包括实行全民公费医疗制度(即所谓“英国”模式)的国家中。从1980年代开始,这些国家普遍开展了医疗付费者与提供者分开的改革,并在1990年代走向了所谓的“公共契约模式”。^⑤ 具体而言,公立或准公立的医疗付费管理机构(相当于我国的医保经办机构),同走向自主化、法人化或市场化的医疗服务提供者(包括家庭医生和医院)签订服务合同,为所有国民购买医疗服务。^⑥ 通过医疗服务购买者与提供者的分离,或内部市场制的建立,全民医保体系走上了市场化之路。^⑦

整合模式出现在美国,其标志是“管理型保健”(managed care)的兴起。在竞争的压力下,美国的商业保险公司出于降低交易成本、增加公司利润的考虑,开始同医疗服务机构实现一体化、集团化。^⑧ 很显然,这是医疗服务高度市场化的产物。

另外一种整合模式是政府通过行政化的手段,将医疗的筹资、支付(拨款)和服务提供一体化。这种组织和制度模式既出现在未经内部市场化改革之前的英国全民公费医疗体系(NHS)之中,也出现在社会主义国家的医疗体系之中,在国际文献中被称为“公共集成模式”,与美国管理型保健的“自愿集成模式”相对照。^⑨ 很明显,如果通过“健康大部制”将医疗保险与医疗服务的行政

① 王延中《卫生服务与医疗保障管理体制的国际趋势及启示》,《中国卫生政策研究》2010年第4期。

② 杨燕绥《卫生部一手托两家的管理模式值得商榷》,《中国医疗保险》2013年第3期。

③ 梁鸿《医保管理不能“一手托两家”》,《中国医疗保险》2016年第9期。

④ 顾昕《全球性公立医院的法人治理模式变革》,《经济社会体制比较》2006年第1期。

⑤ OECD, The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1992, pp. 19-27.

⑥ 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。

⑦ 顾昕《全民免费医疗的市场化之路:英国经验对中国医改的启示》,《东岳论丛》2011年第10期。

⑧ David I. Samuels, Managed Health Care in the New Millennium: innovative Financial Modeling For The 21st Century. Boca Raton, FL: CRC Press, 2012.

⑨ OECD, The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1992, pp. 19-27.

管理合并起来,同在市场竞争条件下出现的整合模式,根本是风马牛不相及的两回事。将一种市场竞争的产物嫁接到行政化的等级体系之中,结出的果子肯定会比南橘北枳还要怪异。

四、结 论

在新医改中,落实“管办分开”的原则,推进医疗卫生行政管理和监管体制的改革,尤其是推进公立医院的去行政化,是中国供给侧改革的战略之举。在落实管办分开的前提下,医疗供给侧完全可以走向有管理的市场化,卫生行政部门完全可以成为医疗卫生全行业的监管者。唯有实现公立医院的去行政化,健康大部制方可实行。大部制只有在管办分开制度化的框架中才能发挥积极的作用,中国也绝然不可能例外。

综上所述,“管办分开”才是全球性医疗体制改革的大趋势。可以说,“管办不分”也是导致中

国医疗卫生领域监管失灵的主要制度根源,而且还成为引发社会不稳定的制度根源之一。落实执政党提出的“管办分开”原则,是促进中国和谐社会建设的重要环节之一。在管办分开的前提下,中国的医疗保险与医疗服务之间的关系必将走上公共契约模式,而对医疗保险经办机构和医疗服务机构行使监管职能的政府机构,可以是未来“大部制”下的国家健康委员会。

实际上,建立国家健康委员会的呼声,近年来可以说是此起彼伏。但是,如果不落实“管办分开”的改革原则,不认清国家健康委员会的制度基础,不扎扎实实推进公立医院的去行政化,不顺管理与管理的关系,那么任何单纯弘扬“大部制”的政策建议,带给我们的将不是公共管理的变革,而是重回行政机构合并-分立循环的老路。□

(责任编辑:林赛燕)