

财政制度改革与浙江省 县域医共体的推进

□ 顾 昕

摘要: 初级卫生保健或社区卫生服务的发展,离不开组织、制度和治理模式的创新。浙江省县域医共体建设推进县级医院与基层的城乡社区卫生服务机构一体化,从而让医共体内所有组成单位结成一个利益共同体,是初级卫生保健治理创新的一种尝试。在创新的过程中,由于既有人事、财政、医保和价格体制所构成的制度嵌入性,医共体机构统一目标受到多重体制的制约而难以在短期内达成,这其中基于编制的财政补偿体制尤为重要。浙江省政府启动了基层医疗卫生机构的财政改革,力推从按编制拨款到按绩效购买服务的转型。财政领域的制度变革,为医共体建设突破制度嵌入性的羁绊,实现初级卫生保健体系的公共治理创新,开辟了新的空间。

关键词: 医共体; 初级卫生保健; 财政补偿; 编制; 去行政化

中图分类号: C916 **文献标志码:** A **文章编号:** 1007-9092(2019)01-0012-009

DOI:10.15944/j.cnki.33-1010/d.2019.01.002

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,这凸显了新医改“强基层”战略的重要地位。^① 强基层战略目标的实现,有赖于医疗卫生供给侧去行政化改革的全面推进,为初级卫生保健(primary care or primary health care)的公共治理体系创新,开辟新的道路。人人享有初级卫生保健成为世界卫生组织强力推进、世界各国高度重视的医疗卫生改革与发展的共同目标。^② 中国的社区卫生服务经过近三十年的

发展,尽管形成了一个完整的体系,但无论在服务能力上还是服务的公众认可度上,都长期处于积弱不振的境况。中国医疗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 如何从“倒三角”转变为“正三角”,即如何促进基层医疗卫生服务的发展,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“人人享有初级卫生保健”的

收稿日期: 2018-12-01

作者简介: 顾昕,浙江大学公共管理学院教授,浙江大学社会治理研究院首席专家,浙江大学民生保障与公共治理研究中心研究员。本文作者感谢浙江省医共体试点评估组团队的所有成员,包括郁建兴、张永梅、高启胜、涂怡欣、徐烨云、周皓昕、郝姝琦、吴超。

基金项目: 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); 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”(编号: D19G030003)。

① 有关报道,参见《医改重心放在保基本、强基层上》,《瞭望》,2010年第12期。

② WHO, The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: World Health Organisation, 2008.

③ 顾昕《政府购买服务与社区卫生服务机构的发展》,《河北学刊》,2012年第2期。

目标,无疑是中国新医改必须面对的严峻挑战。^①

近五年来,浙江省在促进基层医疗卫生服务方面开展了卓有成效的探索,从试点医疗服务联合体(简称“医联体”)起步,到推进县域医疗卫生服务共同体(简称“医共体”)建设,积累了丰富经验。尤其是医共体建设从试点到推开,正逐步突破既有基层医疗卫生公共治理体系的行政化窠臼,有望健全初级卫生保健和发展整合健康服务。浙江省医共体建设有其重要特色,足以形成中国医疗供给侧改革的“浙江模式”。

浙江省医共体试点工作是在2017年秋季进行组织动员,从2018年1月1日开始实施。2017年10月12日,浙江省医改办颁发《关于开展县域医疗服务共同体建设试点工作的指导意见》(浙医改办〔2017〕7号),要求11个地级(及以上)市各选择1个县(市、区)(以下简称“试点县”),开展医共体建设的试点,即“以县级医院为龙头,整合县乡医疗卫生资源,实施集团化运营管理。着力改革完善县级医院、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)的管理体制和运行机制,形成服务共同体、责任共同体、利益共同体、管理共同体”。^②截止到2018年6月30日,浙江省11个试点县(杭州淳安县、衢州市常山县、湖州德清县、金华东阳市、丽水缙云县、绍兴柯桥区、台州路桥区、舟山普陀区、温州瑞安市、嘉兴桐乡市、宁波余姚市)共组建了医共体31个。各试点县医共体的数量不一,最少者组建1个医共体,最多者组建4个医共体。绝大多数医共体是1家牵头单位,但也有2个医共体是2家牵头单位。2018年9月26日,中共浙江省委办公厅、浙江省人民政府办公厅印发了《关于全面推进县域医疗卫生服务共同体建设的意见》(浙委办发〔2018〕67号),^③将医共体建设从试点阶段向全省推开阶段迈进。

浙江省政府将医共体建设的政策概括为“三统一、三统筹、三强化”,即医共体内实现机构设置、人员招聘使用、医疗卫生资源调配的“三统一”,财政财务管理、医保支付、信息共享的“三统筹”,分级诊疗、签约服务、公共卫生的“三强化”。

其中,“三统一”给出了医共体建设的改革目标,“三统筹”提出了医共体建设的政策工具,“三强化”说明了医共体建设的绩效指标。

作为医共体建设的政策目标之一,机构设置统一的提出是一个具有突破意义的政举,这意味着县级医疗机构(尤其是县医院和县中医院)将同基层城乡社区卫生服务机构(主要包括城镇社区卫生服务机构和乡镇卫生院)实现机构合并。这同包括全国各地都在推进的医联体建设形成了鲜明的对照。医联体建设的特征是政府推进高层级医院(尤其是三甲医院)与低层级医院(尤其是县级医院)结成联盟关系,促使高层级医院对低层级医院开展业务帮扶,从而实现让医疗服务利用率下沉的政策目标。

医共体建设与医联体建设最大的不同,在于以机构间整合代替了机构间联盟,最根本的目标是让整个医共体成为一个利益共同体。只有当组成单位在利益上形成协调一致的局面,医共体才能真正成为一个责任共同体、管理共同体、服务共同体。唯有真正形成利益共同体,医共体牵头医院面向其他组成机构的能力建设之举,才不再是一种“帮扶”,或者不仅仅是一种“帮扶”,而是整个医共体必不可少的、可持续的、拥有内在动力的业务拓展和业务布局行动。机构设置统一这一创举,突破了医联体建设中各机构联盟关系中利益协调不力的格局。^④

从机构间联盟到机构间整合,不仅是医疗供给侧组织模式的一次大变革,也激发了医疗供给侧诸多制度安排的再调整。公共部门中各种公立机构即事业单位之间的合并,与各种市场主体在市场力量推动下所进行的并购行为,有很大的区别。在市场并购中,参与者无论大小、无论名望、无论绩效,地位是平等的,并购行动的要件取决于其管理层之间的谈判,并购决策取决于其公司治理结构的设置。当然,市场并购也受到政府规制的制约,尤其是反垄断法的规制,而这一规制优势不仅在国家层面上而且还有可能在国际层面上

① 何子英、郁建兴《全民健康覆盖与基层医疗保健服务能力提升——一个新的理论分析框架》,《探索与争鸣》,2017年第2期。

② 此政策文本,参见浙江省卫计委官网: http://www.zjwjw.gov.cn/art/2017/10/12/art_1202101_11482882.html。

③ 此政策文本,参见浙江省卫计委官网: http://www.zjwjw.gov.cn/art/2018/9/26/art_1551291_21698864.html。

④ 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。

实施。

公立机构或事业单位之间的合并则有所不同。首先,这不是市场机制运作的结构,因此只能称之为“合并”而不能称之为“并购”;其次,这是由行政力量所推动的组织行为,而参与者即便拥有法人身份也没有推动合并行为的自主权;再次,事业单位合并不仅受到行政法规的制约,而且还受到公共部门内纵横交错的行政隶属关系和业务指导关系的制约,即政府内部的条块关系深刻影响着公共部门的组织变革。

浙江省医共体建设不仅仅致力于推动不同层级公立医疗卫生机构的一体化,而且也开始着力于推动医疗供给侧中法人制度、财政制度以及其他领域的体制改革,突破了既有高度行政化体制给初级卫生保健体系发展与改革所设置的重重藩篱,为深化医药卫生体制改革提供了新的契机。

由于医疗供给侧的任何组织变革均涉及到法人治理、财政投入、人事薪酬、价格规制、质量监管等多方面的制度调整,限于篇幅,本文仅考察政府财政对公立医疗卫生机构的补偿(或投入)体制(以下简称“财政补偿制度”)对于医共体建设的影响,在此过程中,本文也会兼及与财政补偿制度密切相关的人事制度改革,尤其是编制制度改革。

一、制度嵌入性:医共体建设中机构统一所处的制度结构

任何一种制度的改变都会影响到其他制度因素的变化,反之亦然。这种影响往往出现“牵一发而动全身”的效果,即各种制度因素相互嵌入在一起,形成一个相互关联、相互支撑的套嵌式结构,致使其中任何一种制度的改变都会受到这一制度所在其中的制度结构的制约。对此,学术文献概称为制度嵌入性。制度嵌入性在很多情形下会使得某项重要的组织和制度变革异常艰难。这一点对于浙江省医共体建设“三统一”之首要目标“机构统一”的达成,尤为真切。

在社会科学中,有两个学派高度重视对制度嵌入性的分析。一是政治科学中的历史制度主义

学派。从一开始,历史制度主义就把“强调制度的关联性特征”作为其主要分析对象之一。^①从逻辑上看看,制度之间的关联性存在着四种理想类型:(1)互补性,即当一种制度的有效运作能增强另一种制度运作的效率,那么这两种制度就具有互补性;(2)替代性,即如果一种制度运转不良甚至缺失会提升另一种制度有效运转的可能性,那么这两种制度就具有替代性;(3)互斥性,即如果一种制度的有效运转会削弱或扭曲另一种制度的运转,那么这两种制度就具有互斥性;(4)支撑性,即如果一种制度的缺失会导致另一种的运转不良,那么这两种制度就具有支撑性(参见图1)。本质上看,互补性和支撑性是同一种关联性的两面,即互补性是正面的支撑性,支撑性是负面的互补性。

		对另一种制度产生的效应	
		增强	削弱
一种制度的运行	良好	互补性	互斥性
	不良	替代性	支撑性

图1 制度关联性的四种理想类型

就制度关联性的这四种类型,历史制度主义学派中专门研究市场经济多样性的学者,对制度互补性所产生的深刻影响进行了深入挖掘。他们发现,在经济全球化的冲击下,发达国家中市场经济的制度结构并没有产生趋同的现象,这其中的根本性缘由正在于不同领域(例如企业组织、金融市场、就业促进、福利保障等)之间制度的互补性维持了市场经济的多样性。^②相对来说,对于制度替代性、互斥性和支撑性的研究,尚不充分,而这三种制度关联性在现实世界中的存在比比皆是。在中国四十年来从计划经济向市场经济转型的改革与开放伟业中,既有多种互补性制度在旧体制之外异军突起从而开辟社会经济生活新天地的成功案例(例如自发性民营企业的兴起,尤其是在新经济领域),也有一些新制度在更大的环境未加改变的情况下替代了旧体制中一些局部性的传统制

① Peter A.Hall, *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. New York: Oxford University Press, 1986, p.19.

② Peter A.Hall and David Soskice (eds.), *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. New York: Oxford University Press, 2001, pp.17-21.

度而促成了社会经济事业的转型(例如社会保险制度取代了传统的单位制劳动保险制度),也有一些制度的缺失或发育不良导致另一些制度无法发育发展(例如非营利组织制度环境不健全导致包括住房合作社在内的诸多社会企业在中国发育不良),更有一些制度的强势运行削弱并扭曲了新兴制度的正常运转(例如行政力量的全面干预导致自主化公立医院呈现出“行政性市场化”的格局^①)。

高度重视制度嵌入性的第二个社会科学学派是社会新制度主义,其中一些学者致力于探究“生产的社会体系”学派,着重研究在市场经济中运行的生产和工作体系如何因为嵌合于更大的制度、社会、经济、政治和文化的结构而呈现多样性。^②社会学制度主义与历史制度主义的差异在于:第一,前者偏向方法论整体主义,即强调制度所嵌入者往往是一个宏大的、多重因素交织在一起的整体,而后者偏向方法论个体主义,仅关注特定制度的组合所产生的影响;第二,前者强调制度的层次性,而不同层次的制度形成一种套嵌式的结构,相互补充,牵一发而动全身。无论有何细微的差别,社会科学业已发展成熟的制度嵌入性分析,对于我们理解医共体建设中财政补偿制度的深刻影响,无疑是有助益的。

如前所述,在医共体建设中,机构设置统一是首要的改革目标,这是医共体区别于医联体的首要特征。机构设置统一这一目标的落实,在医共体的不同试点县域有不同的实践。具体的实践可分为两种模式:一是单一法人-统一治理模式,又可简称为“法人机构统一”模式,即医共体成为一个单一法人,其组成机构成为新组建医共体的分支机构,简单说,就是出现社区卫生服务机构变成县级医院的分院;二是多元法人-统一管理模式,又可简称为“法人代表统一”模式,即医共体组成机构保留各自的法人地位,但医共体内所有机构的法人代表均由医共体的法人代表兼任,而医共体的法人代表均为医共体牵头医院的院长。

单一法人-统一治理模式只出现在常山县,而

其他10个试点县域都采用了多元法人-统一管理模式。法人机构统一对于医共体的健康发展是基础性的条件之一,但其真正实现,需要各级政府在人事、财政、医保和价格体制上推进配套改革,而配套改革的推进一方面需要县政府内部各政府部门的协同,另一方面需要更高层级政府大力推进诸多领域的改革,尤其是需要省政府的顶层设计。人事、财政、医保和价格体制形成的制度嵌入性,以套嵌性和多层性的形式,在医共体机构统一的推进中形成了掣肘。在人事、财政、医保和价格体制配套改革尚不能协调到位的情况下,或者在更高层级政府尚未对此给出配套改革的完整方案之前,医共体建设采取法人代表统一模式不失为一种理性的组织变革过度方案。这一模式的实践在一定程度上推进了机构统一,但我们在实地调研中获取到的普遍反映是,在这一模式的操作下,医共体尚未成为真正的利益共同体。

(一) 以编制为核心的人事薪酬体制

在既有的事业单位人事管理体制中,编制制度及其改革进程对于“三统一”中“机构设置统一”的模式选择,有着相当大的约束。“三统一”要求的第二项是“人员招聘使用”的统一,这直接触及到公立医疗机构人事编制和薪酬制度的改革。医共体人事编制制度的变革有两种模式,分别契合于上述法人治理的两种模式。第一种模式与法人机构统一模式相适应,即人事管理权统一到医共体,所有人员(至少是新进人员)均成为医共体的编制,取消社区编制和县域编制的差别,而财政投入将以岗位设置而非编制为基准。所有新进人员的招聘工作均以医共体的名义统一开展,而新招聘人员在医共体内统一调配使用。目前,只有常山县采用了这一模式。

第二种模式与法人代表统一模式相适应,即保留县域和社区编制身份差别不变,同时保留基于编制的财政投入方式不变,但新进人员的招聘全部由医共体统一组织实施,并对社区服务人员给予额外补贴。除常山县之外的10个试点县域,均采用这一模式。在第二种模式中,还由于各地

① 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。

② J.Rogers Hollingsworth and Robert Boyer (eds.), Contemporary Capitalism: The Embeddedness of Institutions. New York: Cambridge University Press, 1997.

推进人事管理一体化的进度有别,各地在新进人员的招聘上又有两种不尽相同的做法:一种是将受招人员的编制身份和岗位安排基本上明确下来,另一种则完全以医共体编制的身份进行人员招聘。前一种做法,实际上在编制改革上没有丝毫的推进。

由于编制改革迟缓的掣肘,医共体在人力资源管理制度一体化上的进展必定会相当迟缓,这一点在医共体内新薪酬制度的确立上有所体现。事实上,由于原不同单位的薪酬制度大不相同,绝大多数医共体管理层都在统一化薪酬制度的建立上耗费了极大的心力。

无论是在全国范围内,还是在浙江省内,对于编制改革的必要性和紧迫性,尚未形成共识。这使得不少似是而非的观念束缚了各级政府内部改革者的手脚。实际上,编制改革的深远意义在于打破既有专业人员人力资源配置中行政治理的主导性,并引入市场机制,建立一个统一的专业人员劳动力市场。

(二) 财政补偿制度与公立医疗机构的财务管理

在医共体建设“三统筹”财政财务管理统筹并非限于财务管理的一体化,也非医共体内部所能独立完成任务,而是需要政府推进医疗卫生机构财政补偿制度的改革。政府对医疗卫生机构的财政投入,还同编制制度相互嵌入。长期以来,政府财政投入的很大一部分,依照在编人数核定拨款金额。如果出现“空编”情况,那么政府财政拨款金额少于依照核定编制核拨的金额。

浙江省政府改变以往依照编制进行财政拨款的机制,改向基层医疗卫生机构购买基本医疗和公共卫生服务,在初级卫生保健体系中引入市场机制,这正是医疗卫生健康事业公共治理体系创新的集中体现之一。随着改革的深入,政府对医疗卫生机构的财政补偿制度将实现从按编制拨款到按绩效购买服务的转型。这一转型的实质是在财政拨款或补偿制度中走向了去行政化,并引入了按绩效购买服务的新市场机制。

(三) 医保支付制度改革:激励结构的重建

随着医保支付水平的不断提高,医保支付已

经成为包括医共体在内的医疗机构的重要收入来源。如果医保支付依然以按项目结算+付费为主,医共体建设将劳而无功,所有组成机构必将陷入三个导致恶性循环的境地:一是不得不参与到“抢病人”的竞争之中;二是缺乏约束与控制过度医疗的积极性;三是缺少积极主动介入促进民众健康的激励,这使得公共卫生服务在医共体的建设有边缘化之虞。由此,医保支付方式的改革对于医共体内组成单位的利益整合至关重要。

各试点县在推进医保支付制度改革上的进展有很大的差异。相当一部分试点只是在既有按项目结算+付费的基础上,加上了总额控制、按人头付费、单病种付费等零星的新支付办法,但新医保支付方式所涉金额在医保总支付中的占比都不高。与此同时,即便引入了以“打包付费”为特征的新医保支付方式,但如果细节性制度设计不当,正确的激励效应并不会自动产生。在按项目付费的基础上实施总额控制,在全国范围内是一种普遍的实践,在浙江省医共体试点县域也不例外。实施总额控制或总额预算的过程中,一些细节性游戏规则设计不当的情形比比皆是。

在浙江省医共体试点县域内,不少地方都进行了多元付费组合的探索。其中,只有少数县域在住院服务的支付上引入了按疾病诊断组(diagnosis-related groups, DRGs)付费。DRGs不仅对医保机构来说是一种医保支付的先进工具,而且也是医院绩效考核(尤其是质量控制)、财务管理(尤其是预算管理)、风险控制、物流管理的管理工具。大力推进DRGs的应用,对于医保机构、卫生行政部门和医疗机构管理层来说,是同等重要的。^①

为了协调医保和医疗领域的诸多事务,一些医共体试点县建立了医疗保障办公室(简称“医保办”),成为推进医保支付改革的组织保障。县级政府中的医保办,必将随着各级政府医疗保障局的组建而进行相应的机构调整,并在推进医保以及与之相关的价格改革中发挥重要的作用。

(四) 价格调整与价格形成方式的转型

在医共体试点县域,很多地方通过与地级市物价局进行协调,开展了幅度不等、程度不等的医

① 杨燕绥、胡乃军、陈少威《中国实施DRGs的困境和路径》,《中国医疗保险》,2013年第5期。

疗服务价格调整医疗价格体制改革,短期内以调放结合之策逐步调整价格结构,长期而言则以医保机构、医疗机构和医药企业多方谈判的形式,建立新的价格形成机制。这是一条从行政治理走向市场治理的渐进主义转型之路。药品价格管制改革的根本之道在于去行政化之举,即解除既有的多重管制,转而建立药品的公共定价制度,即由作为医药付费者的公立医保机构与各类医疗机构以及相关企业展开谈判定价。

所有县域的医共体都落实了药品-耗材的集中统一采购制度,并同医药企业开展“二次议价”。没有一个试点县域的医共体联合起来开展药品-耗材的集中统一采购,也没有发现跨县域、跨地区的药招联盟。在药品集中招标采购上未能走出医共体内部统一的局限,走向全县域甚至跨地区的药品集中采购,不仅体现出药品价格管制改革的滞后,也体现出医保支付制度改革的普遍不到位。

二、突破制度嵌入性的羁绊: 财政补偿制度改革与医共体建设的推进

前文已述,财务管理统筹,是医共体试点中“三统筹”的第一项要求。实际上,几乎在所有的试点县域,医共体都大力推进财务管理的一体化。不少牵头医院管理能力较强的医共体,甚至将财务管理账号统一起来,而其基层组成单位不再设立单独的财务室,只在行政管理办公室中安排特定的岗位,招聘财务管理员,负责定期向医共体总部报账。

然而,财政财务管理统筹并非限于财务管理的一体化,也非医共体内部所能独立完成任务,而是需要政府推进医疗卫生机构财政补偿制度的改革。只有系统性地推进财政补偿制度改革,医共体建设才能突破制度嵌入性的羁绊,进入到一个全新制度结构的发展之中。

(一) 财政体制在制度嵌入性中的核心位置

从财务的角度来看,每一个公共部门的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、亚洲等社会主义国家中诸如大学、医院、剧院、博物馆之类的公立机构,即中国通称的事业单位,称为“预算单位”

(budgetary units)。^①毫无疑问,医共体内所有组成单位,原本都是卫生行政部门下属的预算单位。医共体内推进财务管理的一体化,与其组成单位均在财政上是独立的预算单位,有所扞格。

更有甚者,在事业单位分类改革实施之后,中国的事业单位并不像在其他社会主义或前社会主义国家那里是统一的“预算单位”,而是有了身份差别。基层医疗卫生机构属于“公益一类事业单位”,政府财政予以全额拨款,而县级医院则属于“公益二类事业单位”,政府财政只能差额拨款。有一些医疗服务业务量较大的基层医疗卫生机构,还处在全额拨款和差额拨款这两类事业单位的中间地带。就财政补偿,政府对不同医疗卫生机构实施不同的制度,这对于医共体建设中实现财务管理的一体化,是不小的掣肘。

县级医院和城乡社区医疗卫生机构的主要财政投入,缘于县政府的统筹。在医共体法人机构统一之后,县政府需要在财政体制上推进配套改革,其核心是落实政府购买服务的公共财政改革原则,将政府购买款项全额拨付给医共体,由医共体统一调配使用。可是,问题在于,既有的财政投入尽管由县级政府统筹管理,但实际上由多级政府来承担,由此,与医共体统一法人改革相配套的很多财政补偿制度改革,就超出了县政府的权限。

在既有的财政体制中,各级政府对原城乡社区卫生服务机构给予一定的财政补贴,其中,这些机构所开展的公共卫生服务由政府财政全额拨款加以补偿,而这些补偿由多级政府承担。在推进医共体的法人机构统一之后,既有的多级财政补贴渠道是否能维持下去,便成为新的问题。

此外,在既有行政化的政府管理体制中,城乡社区医疗卫生机构是街道-乡镇政府推进辖区内公共卫生或健康促进项目的抓手,无论这些项目是以自上而下还是自下而上的方式启动的。一旦城乡社区医疗卫生机构完全并入医共体,一种担心认为,街道-乡镇政府将失去推进当地卫生健康工作的抓手。当然,这一担心对于富裕的街道-乡镇政府来说并不存在,这些政府完全可以向医共体购买服务;但是,对于不富裕的街道-乡镇政府来说,的确是一个新的问题。在实地调研中,我们

① 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。

接触到的较为富裕的街道-乡镇政府,都表示尽管其辖区内的原基层医疗卫生机构现在成为医共体的一员,尤其是在形式上成为县级医院的分院,但当地基层政府还会继续给予一定程度的财政支持。但这种财政投入的有无和多寡,均基于个案性商讨,而不是制度性安排,街道-乡镇政府是否继续给予基层医疗卫生机构财政投入,在很大程度上取决于基层政府领导的个人取向以及他们与基层医疗卫生机构管理者之间的个人关系。

当然,从根本来说,只要财政补偿制度改革以及医保支付改革到位,县级以下财政的问题并不应该构成医共体法人统一的障碍。在新的制度安排所建立的新激励结构下,医共体的业务重心有可能从医疗服务向更加全面的健康促进转型,由此原面向社区的基层医疗卫生机构在成为医共体的分院之后,依然会有更大的积极性为其所在社区的民众提供各种健康保障和健康促进的服务。街道-乡镇政府,无论穷富,都会有更有实力、更具声望的医疗卫生机构,成为其公共卫生或健康促进项目的新抓手。

(二) 财政补偿制度与人事编制管理的互补嵌入性

不止如此,政府对医疗卫生机构的既有财政投入制度,还同人事编制管理制度相互嵌入在一起,构成了一对互补性制度。长期以来,政府财政投入的很大一部分,依照在编人数核定拨款金额。如果出现“空编”情况,即对于核定编制,相关单位无法招聘到符合在编人员资质要求的人选,那么政府财政拨款金额就会少于依照核定编制核拨的金额。事实上,很多医疗卫生机构,包括浙江省试点县域医共体的各组成机构,均出现核定编制没有填满却又同时招聘编制外人员的情况。在这种情况下,这些医疗卫生机构实际上是自筹经费,使用非编制人员去完成与编制核定相关的工作。这种“一个机构、两种体制”的二元劳动力市场,不仅会在编外人员塑造强烈不公平感,而且还会挫伤医疗卫生机构推进人力资源管理变革的积极性,也使得编制制度不能达成其预期的效果。^①

在既有的人事管理体制中,政府编办根据事业单位的性质设置编制,一部分原城乡社区卫生

服务机构属于全额拨款的事业单位,而几乎所有的县级医疗机构均属于差额拨款的事业单位。随着法人机构的统一,医共体内全额拨款的医疗机构不复存在,原有的编制管理必然发生重大的变化。

在浙江省医共体试点的过程中,有些地方,如常山县,在编制改革上进行了一定的探索,并把编制改革与财政改革关联起来。常山县破除原来基于法人性质的编制管理旧办法,推出了“基于岗位”的编制管理新办法,即政府基于公共财政购买公共服务的新原则设定一定数量的由政府财政补偿的“编制”岗位,而这类岗位的设置与事业单位的性质无关。

再如东阳市,在不触动既有编制体制的前提下,在新人新办法上做出了新的文章,设立“医共体人才池”,实行人才“统招公用”。具体的做法是:改变以往由各基层医疗单位独立招人策略,变为全市统一招录,新招入的专业技术人才和定向培养毕业人员,全部纳入“医共体人才池”管理,经牵头医院共同培养后,由医共体管理中心进行统一调配,在山区、半山区、平原地区、城区进行轮转工作,且调配优先满足山区和半山区乡镇医院的工作需要。

(三) 浙江省基层医疗卫生机构财政补偿制度改革的新尝试

既有多层级、套嵌式制度格局的种种不尽合理之处,尤其是财政补偿制度与人事编制制度的互补嵌入性,在显示出计划体制遗留下来的事业单位管理体制,早已不再适应民众对公共服务的需求,也不再适应公共服务机构改革与发展的需要。这一点在医共体建设的试点中突出地体现出来。很显然,针对基层医疗卫生机构的财政补偿制度以及与之互补嵌入的人事编制制度,亟待改革。

值得注意的是,在医共体试点中,衢州常山县在财政补偿制度和人事编制制度的改革上取得了一定的突破,这也促成该地初步达成了医共体建设的首要政策目标,即让县级医院与基层医疗卫生服务机构实现机构设置统一。这一突破的背景,在于浙江省在基层医疗卫生机构补偿改革上

① 刘晶霞《医院编制管理与人力资源配置的分析讨论》,《人力资源管理》,2014年第7期。

的新探索。

实际上,就基层医疗卫生机构财政补偿制度,浙江省早就开展了改革部署。早在2015年10月26日,浙江省财政厅和卫生与计划生育委员会就联合颁发了《关于开展基层医疗卫生机构补偿机制改革试点的指导意见》(浙财社〔2015〕133号)^①,决定于2016年选择嘉兴海盐县、金华义乌市、绍兴嵊州市、衢州江山市进行试点。2017年10月30日,在总结四县市基层医疗卫生机构补偿机制改革试点经验的基础上,两部门颁发了《关于全面推进基层医疗卫生机构补偿机制改革的实施意见》(浙财社〔2017〕63号)^②,决定从2017年12月1日开始在全省全面启动基层医疗卫生机构补偿机制改革。

浙江省基层医疗卫生机构补偿机制改革的总体方向,可以概括为“建设发展靠财政、日常运行靠市场”,即“建设发展等非经常性支出主要由财政专项安排,日常运行等经常性支出主要通过提供基本医疗卫生服务,由政府或医保(个人)按标准付费购买”。值得注意的是,“日常运行靠市场”中的“市场”,包括政府购买,尤其是政府通过公立医疗保险体系代表参保者对医药服务的购买。在市场经济体中,政府是一个重要的市场参与者,而政府施政不仅要靠以命令与控制为特征的行政机制,也要靠以选择与竞争为特征的市场机制,并在可能的情况下,还要促进以“认同与信任”为核心的社群机制。^③在公共管理中引入市场机制和社群机制,增进市场、激活社会,并与行政机制形成互补协同之格局,这才是公共治理体系创新之要义。^④浙江省政府改变以往依照编制进行财政拨款的机制,改向基层医疗卫生机构购买基本医疗和公共卫生服务。

在浙江省推进的改革中,对于基层医疗卫生机构的政府财政投入,分为两部分:一是财政专项补助;二是财政购买服务。

财政专项补助主要包括:(1)按规定核定的基本建设(含修缮);(2)设备购置(含信息化建设);(3)人员培养培训经费;(4)基本人员经费(含基

本工资和以基本工资为基数计算的单位缴纳的社会保障费、住房公积金、职业年金部分)等;(5)山区、海岛、人口稀少地区的特别补助。在其中的第四项,按编制拨款的旧体制依然在新体制中留下了一个尾巴。

财政购买服务主要包括:(1)对政府下达由基层医疗卫生机构承担的重大公共卫生服务项目、突发公共卫生事件处置和对口支援任务等指令性工作,政府按定项定额购买的办法给予补偿;(2)对基层医疗卫生机构提供的基本公共卫生服务和部分收费价格补偿不足的基本医疗服务,由政府统筹整合基本公共卫生服务项目经费和扣除人员培养培训经费、基本人员经费后的经常性收支差额补助,作为改革后政府购买服务的可用资金,采取政府付费购买方式给予补偿;(3)政府购买计划生育技术服务;(4)政府购买责任医生(家庭医生)有效签约服务。

就财政购买服务部分,按照浙财社〔2017〕63号的要求,各地财政部门 and 卫生计生部门应参照《浙江省基层医疗卫生机构补偿机制改革基本服务项目标化工作当量参考标准》,结合基本公共卫生等服务开展需要与当地实际情况,合理确定购买服务项目,并根据每个服务项目的服务标准、人力成本、资源消耗、风险和难度等因素,确定本地区基本服务项目标化工作当量。对纳入购买范围的基本医疗服务项目,各地还要结合下文即将讨论的价格改革情况对标化工作当量进行适当调整。简言之,这是一种按绩效购买服务的制度安排,即政府付费购买按照基于标准化工作当量确定的财政付费标准和服务数量为主要依据。

然而,在实地调研中,我们也体会到,浙江省各地在推进财政补偿制度和人事编制制度改革的进度上有相当大的差别。因此,在医共体的试点中,大多数试点由于旧财政体制的羁绊,在推进机构统一之时多有束缚。正是由于衢州市在这两方面的改革力度较大,这使得常山县有条件突破制度嵌入性的羁绊,在医共体试点中顺利推进了机

① 该文件文本,参见浙江省财政厅官网: http://www.zjczl.gov.cn/art/2015/12/2/art_1164176_711952.html。

② 该文件文本,参见浙江省财政厅官网: http://www.zjczl.gov.cn/art/2017/11/3/art_1164176_12490607.html。

③ 顾昕《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)》,2017年第5期。

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。

构设置的统一。

事实上,在医共体试点之处,财政补偿或投入体制的配套改革并未受到重视。医共体试点指导文件浙医改办〔2017〕7号文就政府财政投入问题,仅有一句话的简短而且笼统的指导意见,即“医共体各成员单位的财政投入政策不变,根据医共体建设的需要,适当调整财政投入方式,加大投入力度”。然而,当医共体建设从试点走向全省推开之时,情况发生了变化。医共体推开的指导文件浙委办发〔2018〕67号文,对于财政投入有了两点更加明确的指示:第一,“根据医共体建设发展的需要,加大财政投入力度,科学调整财政投入方式”;第二,“县乡医疗卫生机构整合组建医共体后,要继续按照公立医院和基层医疗卫生机构补偿机制改革要求,按原渠道足额安排对医共体成员单位的财政投入资金,并将资金统一拨付医共体,由医共体结合资金性质和用途统筹使用。”这两点意见显示,医共体建设与基层医疗卫生机构的财政补偿制度改革即将开始发生全面的共振。

三、结 语

初级卫生保健或社区卫生服务的发展,离不开组织、制度和治理模式的创新。浙江省县域医共体建设就是这样一种创新,其核心是推进县级医院与基层的城乡社区卫生服务机构一体化,从而让医共体内所有组成单位结成一个利益共同体。

然而,在医共体的试点中,机构设置统一的目标并未轻易实现。绝大多数医共体内各组成单位依然保留了各自的独立法人身份,而机构统一仅仅体现在所有组成单位的法人代表由医共体牵头医院的法人代表兼任。简言之,机构设置统一变成了法人代表统一。只要机构统一未能实现,医共体就不可能成为一个真正的利益共同体。

机构统一的目标之所以难以在短期内达成,归根结底在于所有医疗卫生机构都处在一个人事、财政、医保和价格体制所构成的多层级、套嵌式制度结构之中。多种制度相互嵌入在一起,形

成了一种牵一发而动全身的格局。制度嵌入性致使原制度结构中各个体制以及相关政策具有互补性,而新组织和制度模式在旧的制度结构之中左右扞格,难免运转不良,甚至难以维系。

在制度嵌入性所构成的羁绊当中,财政补偿体制居于核心位置。既有财政补偿体制与人事编制管理制度相互嵌入在一起,导致多家政府对不同医疗卫生机构的财政拨款依照机构的行政类别和编制数量来实施。当这些不同类别的机构走向一体化之时,既有的财政补偿渠道无法让改变了行政类别的机构获得既有水平下的财政拨款。

浙江省政府从2017年秋就在全省范围内推进基层医疗卫生机构财政补偿制度的单项改革,其核心内容是引入公共治理的新理念,根据服务绩效的监测结果,向所有提供基本医疗和公共卫生服务的机构购买服务。由此,服务机构的行政类别和编制多寡就不再成为政府财政投入的依据。这一转型的实质是在财政拨款或补偿制度中走向了去行政化,具体而言就是去编制化,并引入了按绩效购买服务的新市场机制。这一单项改革在推进过程中与医共体的试点建设发生了共振,从而使一些地方实现了机构设置统一的政策目标。

可以预计,随着改革的深入,政府对医疗卫生机构的财政补偿制度将实现从按编制拨款到按绩效购买服务的转型。这一转型的范围将不限于基层医疗卫生机构,而是适用于各级医疗卫生机构,甚至适用于所有的事业单位。在初级卫生保健体系中引入市场机制,这正是医疗卫生健康事业公共治理体系创新的集中体现之一。如果在绩效指标标准化和政府购买付费标准的确定上引入社群机制,让医疗卫生专业组织和医药商业协会也能参与进来,形成政府、市场、社会三方协同治理的新格局,那么医疗卫生公共治理体系将出现一系列重大创新。^①一旦这一转型到位,医共体推进“三统一”目标的实现,尤其是其首要的机构设置统一,将变得简单易行。□

(责任编辑:林赛燕)

① 顾昕《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)》,2018年第6期。