

新医改的政策匹配与选择： 自 2009~2015 年相关文本观察 *

Policy Matching and Choice of the New Health Care Reform: Observation Based on 2009~2015 Related Texts

熊 烨

内容提要 从政策工具视角出发,结合医疗卫生活动类型和医改的利益相关方构建出医疗卫生政策分析的三维框架,在此基础上对 2009~2015 年的医疗卫生政策进行文本分析。研究发现“新医改”中政策工具总体构成上以强制性政策工具为主,自愿性和混合型工具尚有待开发;针对不同利益相关方的政策工具选择存在不合理之处;政策工具选择没有体现医疗卫生活动的类型差异。政策工具多元化和政策工具组合优化是我国未来医改的两个方向。

关键词 新医改政策 政府行为 社会保障

作者单位 南京大学政府管理学院 江苏南京 210023

Xiong Ye

Abstract: From the perspective of policy tools, combined with the type of health care activities and stakeholders of the health care reform to build a three-dimensional framework for health policy analysis. On the basis of this, the medical and health policy of 2009~2015 is analyzed. The study found that Mandatory policy tools occupy the dominant position in the new health care reform, and voluntary and hybrid tools need to be developed; There are some irrationality in the choice of policy tools for different stakeholders. The choice of policy instruments did not reflect the type of medical and health activities. Diversified policy tools and policy tool combination optimization become the two direction of health care reform in our country in the future.

Key words: the new health care reform policy, government behavior, social security

自 2009 年中共中央国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》,国务院通过《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)》,新一轮医疗体制改革(简称“新医改”)正式启动。到 2015 年,我国的医改已经取得了一系列成果:县级公立医院综合改革在全国大范围展开;以北京、深圳为代表的城市公立医院改革试点,在医药分开等方

*该标题为《重庆社会科学》编辑部改定标题,作者原标题为《新医改中的政策工具组合:三维分析框架及其应用——基于 2009—2015 年医疗卫生政策的文本分析》。基金项目:国家社科基金项目:“我国政府公共政策评估模式研究”(批准号:11BZZ034);国家社会科学基金重大招标项目“社会管理创新与社会体制改革”(批准号:11&ZD028);高校哲学社会科学研究重点项目:“地方政府政策评估实践研究”(批准号:2014ZDIXM005)。

面取实质性进展;大病医保制度开始建立^[1]。然而,医改是一项长期艰巨复杂的系统工程,也是一个世界性难题,我国的医改依然面临着一些突出的困难和挑战,如医疗资源总量不足和结构性矛盾,医疗资源浪费与不足,深层次体制机制改革相对滞后,市场化改革造成的医疗卫生服务公平性失落,社会力量的吸纳不足等,其最直观的表现就是“看病贵”“看病难”的问题并没有得到根本解决,如何“用中国式办法解决好医改这个世界性难题”依然是一个急需探索的课题。^①

宏观上认识我国的医改需要重回政府与市场、社会的关系。计划经济时代,政府在医疗卫生服务中大包大揽,政府权力无处不在,最终的结果是医疗卫生服务供给的低效和医疗卫生服务低水平。在医疗卫生服务市场化阶段,政府的权力范围逐渐缩小,民营医院、商业保险迅速发展,但学术界对这场市场化改革的总体评价是“并不成功的”,“看病贵”“看病难”的问题并未解决,至此,全能政府、万能市场的神话在医疗卫生领域都被打破。顾昕教授认为中国医疗体制进一步改革的战略性选择,并不是放弃市场化、甚至恢复计划经济时代的医疗体制,而是走向有管理的市场化,探寻将国家介入与市场有效结合的新路^[2]。从国家与市场的关系探讨中走出来,从政策工具的视角来看,医疗卫生改革就是一系列政策工具的选择和组合,政府、市场、社会力量的发挥都需要借助于特定的政策工具。面对医改这个世界性难题,不是某种类型的政策工具就解决。要实现医疗卫生服务的效率与公平,我们必须寻求政策工具组合的结构优化和政策工具之间的协调。政策工具组合构成了国家、市场、社会力量作用发挥的操作层,是实现医疗服务价值公平和资源高效利用的关键,也成为研究我国医改的新途径。

一、研究逻辑与路线

本研究的目的在于把握新医改中的政策工具的组合状况,力图发现新医改阶段政策工具组合上存在的问题,为我国医疗卫生管理中的

政策工具组合优化提供依据。

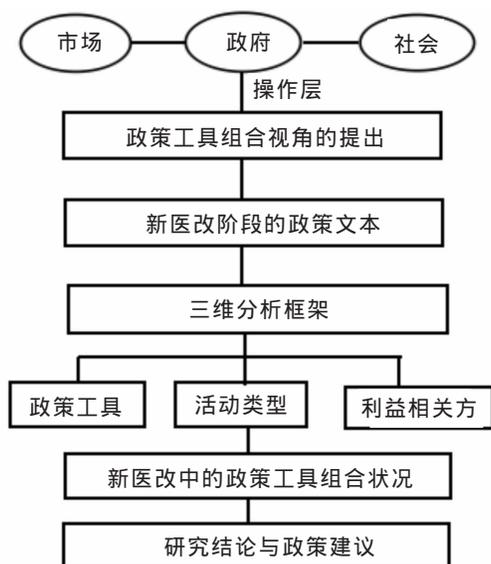
医疗卫生政策作为医疗体制改革的文本载体,是我们把握医疗管理中政策工具组合状况的重要依据。本文采取内容分析法对新医改阶段的医疗卫生政策进行文本分析。首先,从新医改阶段(2009~2015年)的医疗卫生政策中筛选出17条对医改至关重要的政策作为研究对象,同时,从17条政策中抽取核心的文本内容,作为内容分析单元,并按照“政策编号-条款序列号”进行编码,形成基于政策工具的医疗卫生政策文本内容分析单元编码表。其次,构建出一个包括政策工具、利益相关者、医疗活动类型的三维分析框架,作为政策文本分析的坐标。再次,将政策文本分析单元在三维分析框架下的类目表中进行归类,形成政策文本单元的分布直观图(见图一)。最后,从从医改中的政策工具组合总体认知,不同类型的医疗卫生活动中的政策工具组合状况,针对不同利益相关方的政策工具组合状况三个方面对文本资料做出统计分析,阐述新医改中的政策工具组合状况,形成结论。

二、政策样本选择与文本单元编码

(一)政策样本选择

随着我国医改的逐步深入,一系列医疗卫生政策得到颁布实施,初步形成医疗卫生管理政策体系。作为医改的文本载体,医疗卫生政策成为我们认识把握医疗卫生管理中政策工具组合的重要依据。笔者在前期文献资料阅读的基础上,确定了检索的关键词与政策文本搜集的具体途径。政策文本的搜集主要由两条主线展开,一是访问中央政府及相关机构的门户网站,包括对国务院、国家卫生和计划生育委员会、国家发展与改革委员会等门户网站政策发布栏目进行关键词检索;二是通过万方数据平台以及北大法宝-法律信息数据库,以“医疗体制改革”

^①李克强:用中国式办法解决好“医改”这个世界性难题.[EB/OL]. 人民网,(2014-3-5)[2015-9-05].<http://lianghui.people.com.cn/2014npc/n/2014/0305/c376646-24533604.html>.



图一 研究逻辑和路线图

“医疗卫生”为关键词进行检索。

2009年至今,我国医疗卫生政策数量繁多,为了保证政策选取的代表性、权威性以及主

题相关性,主要遵循以下两项原则进行搜集和遴选:一是仅采用中央政府层面颁布的相关政策文本,地方政府的政策法规不予采用;二是所选政策文本的类型主要为法律法规、决定、意见、通知、纲要等规范权威且对医疗体制的改革产生重要影响的政策文本,批复、复函、行业标准等不予采用。本文最终搜集遴选出与医改密切相关的16份政策样本,如表1所示。

(二)定义分析单元与编码

本文将政策文本的相关条款定义为内容分析单元,从遴选出的16份政策文本抽离出最为核心的体现政策工具的文本单元,并按照“政策编号-条款序列号”进行编码,形成基于政策工具的医疗卫生政策文本内容分析单元编码表。

三、医疗卫生政策文本分析框架:X-Y-Z 维度

新医改的高度复杂性决定了文本分析框架的多维性,笔者建构出一个涵盖政策工具类型、

表1 新医改阶段(2009-2015年)我国中央政府层面医疗卫生政策一览表

编号	政策名称	发文单位	时间
1	《关于深化医药卫生体制改革的意见》	国务院	2009.03
2	《建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见》	国务院办公厅	2010.11
3	《国务院办公厅关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》	国务院办公厅	2010.12
4	《医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排的通知》	国务院	2011.02
5	《医药卫生中长期人才发展规划(2011-2020年)》	卫生部	2011.02
6	《国务院办公厅关于印发2011年公立医院改革试点工作安排的通知》	国务院办公厅	2011.03
7	《关于清理化解基层医疗卫生机构债务的意见》	发展改革委、财政部、卫生部	2011.07
8	《国家药品安全“十二五”规划》	国务院	2012.01
9	《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》	国务院	2012.03
10	《深化医药卫生体制改革2012年主要工作安排》	国务院办公厅	2012.04
11	《深化医药卫生体制改革2013年主要工作安排》	国务院	2013.07
12	《关于推进县级公立医院综合改革的意见》	卫生计生委、财政部、中央编办、发展改革委、人力资源社会保障部	2014.03
13	《国务院办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》	国务院	2015.03
14	《深化医药卫生体制改革2014年工作总结和2015年重点工作任务的通知》	国务院办公厅	2015.04
15	《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》	国务院	2015.05
16	《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》	国务院	2015.05

利益相关者、医疗活动类型的三维分析框架,除了描述新医改中政策工具组合的总体状况,还呈现出不同类型的医疗卫生活动中的政策工具组合状况,针对不同利益相关方的政策工具组合状况,为更为深入的把握新医改中的政策工具组合奠定基础。

(一)X 维度:政策工具类型维度

政策工具的类型划分是研究政策工具组合的前提,在政策工具的学术研究上,许多学者专注于政策工具的分类学领域并进行积极的探索,旨在尝试型构“抽象程度足以囊括多样化的政策工具,同时它又能具体到决策者解释他们选择的途径相一致”^[3]的工具分类结构。施耐德和英格拉姆(Schneider&Ingram,1990)综合整理之前政策工具分类理论,列出五种政策工具的类型^[4]:一是权威型工具,指以正当性权威为基础,在限定的情况下允许、禁止或要求某些行为;二是诱因型工具,以实质的报酬诱导执行或鼓励某些行为;三是能力型工具,提供信息、教育和资源,使个人、团体或机关有能力做决定或完成某些行动;四是象征及劝说型工具,为或不作为,因而期望借用此类工具使得政策目标群体的价值与政策目标趋向一致;五是学习型工具,当人们对于问题缺乏了解,或者对应该如何解决缺少共识时,透过长时间学习所得的经验,可增进其对问题及解决方案的理解,有助于决策者提高目标的明确度。胡德(1986)认为政府决策时最重要的四种资源是节点、权威、财政和组织,依据这四种资源的应用,提出政策工具分类的 NATO 模型(见表 2):

豪利特 (Howlett) 和拉米什 (Ramesh)根据政府介入公共物品与服务提供的程度把政策工具分为自愿性工具、混合型工具和强制性工具^[5](见图二)。其中,自愿性工具的核心特征是很少或几乎没有政

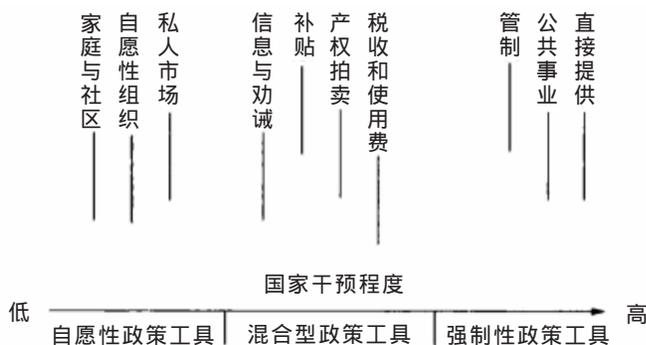
府干预,以自愿为基础,具体包括家庭与社区、自愿性组织和市场等工具;强制性工具是借助政府的权威和强制力,对目标群体的行动进行控制和指导,包括管制、公共企业和直接提供等工具;混合性工具结合了自愿性工具和强制性工具的特征,允许政府对非政府行为主体的决策进行不同程度的干预,但最终仍由私人作出决策,包括信息与规劝、补贴、产权拍卖、税收和使用者付费等工具^[6]。

豪利特(Howlett)和拉米什(Ramesh)的政策工具划分在国家的干预程度上形成了一个连续的谱系,相对其他分类方式,能够从政策工具层面更为直观的呈现医疗卫生管理中政府、市场、社会力量的作用方式以及市场、社会资源的利用状况,契合治理现代化的时代主题。因此本文以豪里特和拉米什的政策工具三分法为基础,把医疗卫生政策工具分为自愿性工具、混合型工具和强制性工具,构建医疗卫生政策分析的政策工具类型维度,即医疗卫生政策分析的 X 维度。

表 2 NATO 模型

	节点 (Nodality)	职权 (Authority)	财政 (Trasure)	组织 (Organization)
影响者(Effectors)	劝告	法律	补助、借贷	服务的传送
探索者(Detectors)	调查	登记	咨询	统计

资料来源:Hood,C (1983),The Tools of Government,Chatham:Chatham House Publishers,PP.124—125;Howlett,M (1991),“Policy Instruments, Policy Styles,and Policy Implementation:National Approaches to Theories of Instrument Choice”,Policy Studies Journal,V01.19, No.2, p.9.



图二 政策工具类型划分

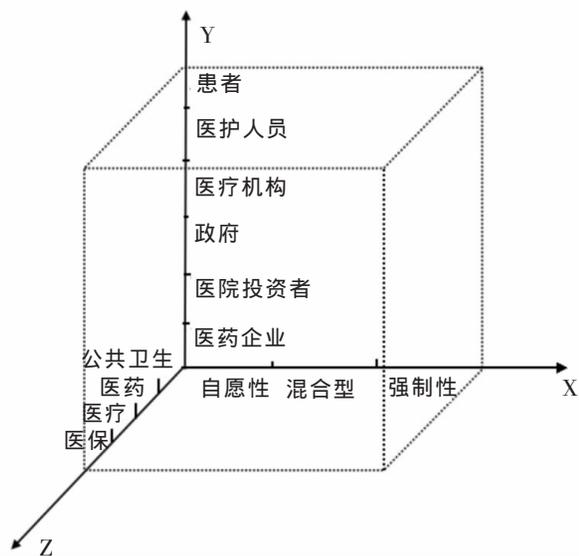
资料来源:[美]迈克尔·豪里特、M.拉米什:《公共政策研究--政策循环与政策子系统》,庞诗等译,三联书店 2006 年版,第 144 页。

(二) Y 维度:利益相关方维度

医疗体制改革涉及到利益格局的调整,对利益关系的把握是深刻理解医改实质的前提。计划经济时代的低水平医疗服务和不成熟的市场化改革中带来的高价格其实都是利益格局不合理的外在表现。医院投资者、医疗机构、医护人员、患者都是医疗卫生服务中的利益主体,甚至以公共利益为价值追求的政府部门也有其自身的利益考虑,不把医院投资方看做利益主体,就难以解决融资难问题,不把医护人员看做利益主体就无法彻底化解医患矛盾,不把医疗机构看做利益主体,就无法实现有效激励。从规范意义讲,我国的医疗卫生政策的目标应该是突破利益固化的藩篱,促成合理利益格局的形成,但这个目标等实现并非一蹴而就,其难度和曲折性不言而喻。深刻把握新医改离不开对利益结构的考量,构建利益相关方维度就是为了认识针对不同利益相关方的政策组合状况。医院投资者、医药企业、政府、医疗机构、医护人员、患者是医疗卫生服务中最主要的利益相关方,本文以此构建分析医疗卫生的利益相关方维度,即 Y 维度。

(三) Z 维度:医疗卫生活动类型维度

无论是政策工具维度和利益相关者维度都不能体现医疗卫生活动的典型特征,医疗卫生服务与其他公共服务之间以及不同类别的医疗卫生活动之间均存在重大差异。作为医疗卫生政策对象的医疗卫生活动,包括不同形式的服务的生产、输送和利用。不同类型的医疗卫生活动的政策工具组合状况也具有其特殊性,构建医疗卫生活动类型维度就是要认识把握新医改中针对不同类型的医疗卫生活动的政策工具组合状况。笔者把医疗卫生活动分为公共卫生、医药活动、医疗活动、医保活动四大类别。公共卫生包括疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等活动。医药活动包括所有与医药有关系的活动,如医药的研发、生产、销售、定价、监管等。医疗活动包括疾病控制、日常就诊、保健宣传等与健康息息相关的活动,医保活动则包括保险



图三 医疗卫生政策的三维分析框架

费缴纳、账户管理、报销流程、不同类型医保的范围和标准等活动。笔者以“公共卫生—医药—医疗—医保”四大医疗卫生活动类型构建医疗卫生政策分析的 Z 维度,作为分析新医改中的政策工具组合的辅助维度。

综合政策工具类型、利益相关方、活动类型三个维度,构建医疗卫生政策分析的 X—Y—Z 三维框架,如图三。

四、新医改中政策工具的组合现状分析

本文按照按照豪利特 (Howlett) 和拉米什 (Ramesh) 的三分法进行政策工具的划分。但随着实践的发展,豪利特 (Howlett) 和拉米什 (Ramesh) 所列的政策工具种类并不能涵盖所有存在的混合型政策工具,故对混合型工具中政策工具种类做了略微的调整,依然包含信息与劝诫、补贴、税收与使用费、三种政策工具,增加诱因型工具(社会声誉、权力下放、利益留存、信任、程序简化)和契约(公私合作、服务外包)两种政策工具^[7],扩大混合型工具类型的涵盖范围。本研究通过把文本单元分析单位在三维框架下的类目表中归类,进行统计,以此来分析新医改中的政策工具组合状况,分析围绕着新医改中的政策工具组合总体状况,针对不同利益相关方的政策工具组合状况,不同类型的医疗

表3 新医改中的政策工具构成表

工具类型	工具名称	响应次数	百分比 1(%)	百分比 2(%)
自愿性工具	家庭与社区			12
	自愿组织	4	3	
	市场	12	9	
混合型工具	信息与劝诫	18	13.6	39.4
	补贴	16	12.1	
	契约合同	7	5.3	
	税收与使用付费	1	0.8	
	诱因型工具	10	7.6	
强制性工具	规制	52	39.4	48.4
	直接提供	12	9	
	公共企业			
合计		132	100	100

卫生活动的政策工具组合状况三个方面展开。

(一)新医改中的政策工具组合总体分析

在文本单元编码归类的基础上形成新医改中的政策工具的总体构成表,如表3所示。新医改中强制性工具占据了半壁江山,占比高达48.4%,混合型工具也是医疗卫生领域的重要选择,占比达39.4%,自愿性工具所占比例较小,仅占12%。

进一步分析可以发现,在强制性工具中规制占据最大比例,高达39.4%,直接提供也占据一定的比例,占比达9%,而在所提取的政策文本单元中关于公共企业的文本单元却处于空缺状态。规制主要是建章立制,新医改中具体体现规制工具的应用举措包括严格基本药物采购付款制度,建立完善医疗保险诚信等级评价制度,落实院长负责制,建立基层首诊、双向转诊制度,建立乡村全科执业助理医师制度,完善专业公共卫生机构岗位管理制度,严格医药产业市场准入,加强药品监管,严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为,依法严厉打击非法行医活动和医疗欺诈行为,禁止公立医院举债建设等等。直接提供指的政府直接生产、直接提供服务和产品,新医改中的直接提供主要体现在药物的监管和供应的信息系统的建设,医护人员的培训,免费医学生定向培养,中医重点学科建设,地方政府对各项卫生的投入,国家人口健康信息平台的建设等。

在混合型工具类型中信息与劝诫所占比例

最大,占比达13.6%,紧随其后的是补贴、诱因性工具,占比为12.1%、7.6%,契约所占比例较小,仅为5.3%,税收和使用付费的使用寥寥无几,只有0.8%。信息劝诫主要包括建设舆论工具、舆论宣传和鼓励号召等,新医改中的信息与劝诫的使用对象包括社会团体、群众、政府管理部门、医药企业、乡村医生等。新医改中补贴的主要是指政府在财政上对公立医院、乡村医生、困难群众的补助支持。诱因性指的是利益留存、权力下放,绩效激励等,新医改中体现诱因性工具的包括对医务人员进行绩效工资,减少对社会资本举办医疗机构的相关行政许可事项,允许公立医院改革试点城市以市为单位在省级药品采购平台上自行采购,推进县级公立医院去行政化等。医改中使用契约工具的具体内容包括药物购销采取合同管理、城市公立医院与社区医院之间订立合作协议,对非公立医院签订服务协议进行管理,开展乡村医生和农村居民的签约服务等。在政策样本中关于税收与使用付费的政策工具使用极少,仅有的一条是对商业保险的税收优惠。

自愿性工具所占比例较小,其中所占比例最大的市场也仅仅占9%,自愿性组织占比3%,在政策样本里暂时未搜寻到家庭与社区政策工具的使用。市场工具的使用主要体现发挥市场在药品价格形成、药品购销中的作用,发展商业保险,推动非公立医院和私人医院的发展,引入社会资本进入医疗卫生领域等。自愿组织的使

Y	自愿性政策工具			混合型政策工具					强制性政策工具		
	家庭和社区	自愿组织	市场	信息与劝诫	补贴	税收与使用费	契约	诱因型工具	规制	直接提供	公共企业
医院投资者			9-3(7),12-8(3),14-2(2-4),	1-4(10-8),5-3(6),		10-7,		11-2(4-19),14-2(3-1),			
政府				11-2(1-6),12-11(3),					6-2(1-1),6-3(1-1),8-2(2-4),15-10(30),16-2(9),	9-7(3),12-3(3),14-2(7-1),	
医疗机构		9-6(7),10-3(2),12-10(2),15-10(33),	6-6(2-1),9-6(3),	4-5(17-2),9-4(5),11-2(2-9),16-6(20)	1-4(10-6),3-2(1),4-2(6-2),9-4(1),10-9(1),11-2(2-11),12-3(1),14-2(1-1),14-2(6-1),15-4(11),16-3(10),		6-3(3-3),6-6(3-1),11-2(1-4),	14-2(4-1),15-2(6),15-3(8),15-5(14),16-2(6),	1-4(8-1),4-2(3-4),4-5(13),5-2(2),6-6(4-1),7-7(5),9-5(1),10-3(1),11-2(4-26),12-5(2),12-6(3),12-7(1),12-9(2),14-2(1-3),14-2(1-6),14-2(1-7),14-2(3-2),14-2(5-2),14-2(7-3),15-3(9),15-3(10),15-5(16),15-7(22),15-9(29),16-2(7),16-2(8),16-4,16-7,	6-3(1-3),7-4,11-2(1-5),15-4(13),	
医护人员				4-3(8-4),5-2(1),5-3(4),12-10(3),13-5(10),	3-4,13-8(16),14-2(6-3),		10-10(4),13-6(12),	4-2(6-6),10-9(3),	6-3(2-3),9-3(5),10-10(3),13-8(17),14-2(1-4),14-2(6-2),	5-2(3),9-4(7),14-2(7-2),16-6(22),	
患者			1-3(6-5)	2-2(15),4-2(3-5),	4-2(2-5),10-4(1),				9-3(3),11-2(3-18),14-2(2-2),14-2(2-3),	9-3(4),	
医药企业			1-3(7-2),2-2(1),9-6(5),14-2(4-3),	4-2(5-7),8-3(2-3),14-2(4-2),			2-2(8),4-2(5-4),		1-3(7-3),1-4(12-3),2-2(9),2-2(10),2-2(12),2-2(13),4-2(5-8),8-3(2-4),8-3(2-4),8-4(4),12-4(3),14-2(4-5),	2-2(11),	

图四 医疗卫生政策文本单元 X-Y 坐标分布图

X

表 4 医疗卫生政策 X-Y 维度频数分布统计表

利益相关方	自愿性政策工具			混合型政策工具					强制性政策工具		
	家庭和社区	自愿组织	市场	信息与劝诫	补贴	税收与使用付费	契约	诱因型工具	规制	直接提供	公共企业
医院投资者			3	2		1		2			
政府				2					5	3	
医疗机构		4	2	4	11		3	5	28	4	
医护人员				5	3		2	2	6	4	
患者			1	2	2				4	1	
医药企业			4	3			2		12	1	

用局限在社会监督和行业自律作用上。

(二) 针对不同利益相关方的政策工具组合状况

从政策工具类型和利益相关方维度形成医疗卫生政策文本单元的 X-Y 坐标分布图。如图四所示。

根据文本单元的坐标分布, 统计形成医疗卫生政策 X-Y 维度频数分布统计表(表 4)和不同利益相关方政策工具组合构成比例表(表 5)。

根据医疗卫生政策 X-Y 维度频数分布统计表(表 4)可以看出, 我国新医改集中在医疗

机构、医护人员、医药企业, 而涉及到患者、政府、医院投资者利益的政策工具较少。我们主要对医疗机构、医护人员、医药企业的政策工具组合进行分析。

在所有涉及到医疗机构的政策工具中强制性工具所占比例最大, 高达 52.5%, 混合型工具次之, 所占比例为 37.7%, 自愿性政策工具最少, 仅占 9.8%。在强制性工具中, 规制工具的使用次数最多达 28 次, 主要包括一系列制度建设, 包括医疗保险诚信等级评价制度、专业公共卫生机构岗位管理制度、责任追究制度、院长负

表5 不同利益相关方政策工具组合构成比例表(%)

利益相关方	自愿性政策工具	混合型工具	强制性工具	总计
医院投资者	37.5	62.5		100
政府		20	80	100
医疗机构	9.8	37.7	52.5	100
医护人员		54.5	45.5	100
患者	10	40	50	100
医药企业	18.2	22.7	59.1	100

责任制、薪酬制度、基层首诊、分级医疗、双向转诊的就医制度、现代医院管理制度、三级公立医院总会计师制度等制度的建设,此外还包括对公立医院、分公立医院的监管以及一些禁止性事项,如严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为,禁止公立医院举债建设,严禁非公立医院超诊疗范围服务,对非公立医疗机构的行业监管等。直接提供的响应次数较少,仅有5次,主要是政府对医疗科研的投入,对医疗机构偿债资金额度投入,医保的信息系统建设等。在混合型工具中,涉及到医疗机构的补贴工具响应次数最多,达11次,包括各种对基层医疗卫生机构运行的补助政策。诱因性政策工具的使用具体包括县级医院的去行政化、赋予公立医院试点城市以市为单位在省级药品采购平台上的自行采购权。信息与劝诫工具主要包括鼓励二级医院改造为社区服务机构,鼓励非政府办基层医疗卫生机构实施基本药物制度,鼓励基层医疗机构转变服务方式等。契约工具则主要是城市公立医院与社区医院的合作契约,非公立医院机构签订服务协议进行管理,政府购买医疗卫生服务契约。自愿性工具使用较少,市场工具响应次数为2,自愿组织工具的响应次数为4,市场工具主要是利用企业、基金会商业保险机构举办医疗机构,自愿性组织工具使用主要是利用社会力量和行业协会对医疗网卫生服务进行监督。

在所有涉及到医护人员的政策工具中,混合型工具的使用所占比例最大,为54.5%,强制性工具所占比例为45.5,而自愿性政策工具的使用则处于缺失状态。在混合型工具中,信息与劝诫的响应次数最多为5次,主要包括鼓励医疗卫生服务人员到基层服务,舆论宣传和引导

加强医德医风建设。补贴工具主要针对的是乡村医生,多渠道对乡村医生进行补助。契约工具使用包括推动全科医生与居民建立稳定的契约服务和开展乡村医生与农村居民的签约服务。在强制性工具中,规制工具的使用次数为六次,具体包括全科医生制度、乡村全科执业助理医师制度、符合医疗卫生行业特点的薪酬制度等制度建设,以及严格县级医院人员准入,对医疗人员医疗服务行为的监管。直接提供主要体现在对医疗卫生人员的培训,免费医学生定向培养。

在涉及到医药企业的政策工具中,强制性工具所占比例最大,高达59.1%,次之的混合型政策工具所占比例为22.7%,自愿性政策工具所占比例为18.2%。强制性政策工具主要为规制,响应次数高达12次,具体内容包括相关制度建设,如药物采购付款制度、诚信记录和市场清退制度、基本药物采购信息公开制度、质量管理体系、创新药和医疗器械评审制度等,此外还包括药品监管、严格药品审批和规范药品质量标准。直接提供主要是药品电子监管和供应的信息系统建设。混合型工具中包括信息劝诫与契约两种政策工具,信息与劝诫包括鼓励发展现代物流、鼓励药品生产企业直接配送、鼓励药品零售企业连锁经营,契约工具则是签订基本药物购销合同。自愿性工具中只存在市场工具,包括药品价格由市场竞争形成,基本药物实行公开招标采购等。

涉及到政府、医院投资者、患者的医疗卫生政策工具较少,现做一简单描述。涉及到政府的政策工具主要包括规制、直接提供和信息劝诫三种,其中规制响应次数为3次,直接提供3次,信息与劝诫2次,规制包括强化行政部门职能、强化各级政府安全责任,加强多方监管机制,直接提供主要是落实政府的投入责任,信息与劝诫则包括鼓励政府开展政府购买服务,开展各级政府和领导干部的政策培训。涉及到医院投资者的政策工具以混合型工具为主,所占比例达62.5%,自愿性工具所占比例为37.5%。混合型工具中涵盖信息与劝诫、诱因性工具、税

收工具, 信息与劝诫工具体包括鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业, 鼓励社会资金投入医药人才开发, 税收包括落实对商业保险的税收优惠, 诱因性工具包括减少对社会资本举办医疗机构的相关行政许可事项, 清理妨碍社会办医发展的制约因素, 落实社会办医在土地、投融资、价格、财税等方面的扶持政策, 自愿性工具主要是市场作用的发挥, 发展商业保险等。涉及到患者的政策工具最主要的是强制性工具, 所占比例高达 50%, 混合型工具次之, 达 40%, 自愿性工具极少, 占比 10%。强制性工具中规制使用最多, 响应次数为 4 次, 包括维护患者利益的制度建设, 如城乡居民大病保险制度、预约诊疗等, 直接提供指的是国家提供除患者自负部分外医疗经费。混合型工具包括信息与劝诫和补贴, 信息与劝诫具体包括引导群众转

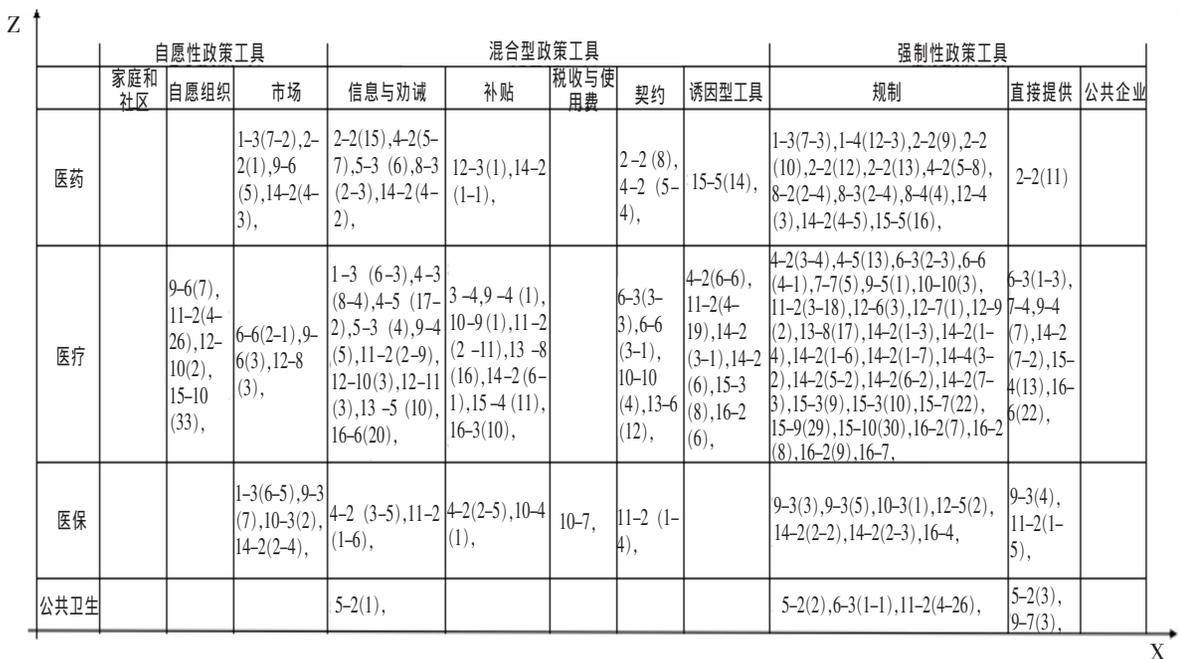
变用药习惯等, 补贴主要是针对困难人群低收入重病患者、重度残疾人、低收入家庭老年人等特殊困难群体。自愿性工具中只有极少的市场工具, 如发展商业保险满足患者的医保需求。

(三) 不同类型的医疗卫生活动的政策工具组合状况

从政策工具类型和医疗卫生活动类型维度形成医疗卫生政策文本单元的 X-Z 坐标分布图, 如图五所示。

根据文本单元的坐标分布, 统计形成医疗卫生政策 X-Z 维度频数分布统计表(表 6)和不同医疗卫生活动类型政策工具组合构成比例表(见表 7, 下页)。

根据医疗卫生政策 X-Z 维度频数分布统计表可以看出, 编码的政策文本单元分布集中在医疗和医药, 这也反映出目前的医改集中在



图五 医疗卫生政策文本单元 X-Z 坐标分布图

表 6 医疗卫生政策 X-Z 维度频数分布统计表

医疗活动类型	自愿性政策工具			混合型政策工具				强制性政策工具			
	家庭和社区	自愿组织	市场	信息与劝诫	补贴	税收与使用费	契约	诱因型工具	规制	直接提供	公共企业
医药			4	5	2		2	1	13	1	
医疗		4	3	10	9		4	7	29	6	
医保			4	2	2	1	1		7	2	
公共卫生				1					3	2	

表7 不同类型政策工具组合构成比例表(%)

医疗活动类型	自愿性工具	混合型工具	强制性工具	总计
医药	14.3	35.7	50	100
医疗	9.7	41.7	48.6	100
医保	21	31.6	47.4	100
公共卫生		16.7	83.3	100

这两个活动领域,现分别对四大医疗卫生活动类型的政策工具使用状况进行简单分析。

针对医药活动的政策工具以强制性为主,所占比例高达50%,紧随其后的是混合型工具,占比35.7,自愿性工具所占比例较少,仅为14.3%。强制性工具中主要是规制工具,响应次数大约12次,而直接提供仅为1次。规制主要包括药品管理相关的制度建设以及对药品的监管。直接提供主要是政府对药品监管和供应的信息系统建设。混合型工具中包括信息与劝诫、补贴、契约、诱因性工具,其中信息与劝诫的使用相对较多,响应次数为4次,主要包括鼓励医药企业创新管理方式,鼓励医药投资,补贴针对的是医院,目的是破除以药养医。契约主要指的是购销合同的使用。诱因性工具主要是赋予改革试点城市公立医院一定的药品采购权。自愿性工具主要是市场工具的使用,响应次数为4次。主要是发挥市场在药品流通中的作用。

针对医疗活动的政策工具也以强制性工具居多,所占比例高达48.6%,其次是混合型工具,占比41.7%,自愿性工具使用较少,仅占9.7%。在强制性工具中以规制为主,响应次数达29次,主要是一系列针对公立医院、非公立医院、医务人员的制度建设依据对医疗活动监管措施。直接提供的响应次数仅为6次,主要是对医务人员的培训以及对公立医院的投入。混合型工具的使用包括信息与劝诫、补贴、契约、诱因性工具,其中信息与劝诫10次,补贴9次,契约4次,诱因性工具7次,信息与劝诫主要是鼓励医疗卫生行政管理部门创新管理、鼓励医务人员不断提升自身素质,鼓励投资者进入医疗卫生领域等,补助主要针对的是公立医院、乡村医生。契约包括公立医院与社区医院的合作契约,非公立医院的契约管理、政府购买服务契

约、医务人员于服务对象的契约。诱因性工具主要是医务人员的绩效工资、减少社会办医的限制与障碍,公立医院管理的去行政化。自愿性工具包括市场和资源组织,市场主要是利用市场力量办医,自愿组织主要是发挥行业协会等社会组织和个人对

医疗的监督与评估。

针对医保的政策工具中强制性工具所占比例最大,高达47.4%,混合型工具次之,所占比例为31.6%,自愿性工具比例最少,仅占21%。强制性工具中规制的使用7次,直接提供2次。规制包括医保制度的建设以及对医保活动的监督,直接提供主要是政府投入信息系统建设。混合型工具中信息与劝诫的使用2次,鼓励地方政府进行医保制度创新探索,补贴2次,针对是资助困难人群参保,税收和契约各1次,税收主要是对商业医保的税收优惠,契约主要是购买服务契约。自愿性工具主要是市场工具的使用,次数为4次,主要是发挥商业保险的作用,非公立医院纳入医保范围。

从统计分布表可以看出我国涉及到公共卫生的政策工具较少,主要是规制和直接提供。规制主要是公共卫生机构编制控制,专业公共卫生机构岗位管理制度建设,区域卫生规划,以及对公共卫生活动的监管,直接提供主要是政府对公共卫生的投入以及对从业人员的培训。

五、研究结论

通过对2009年至2015年医疗卫生政策的文本分析,初步描绘出我国新医改阶段政策工具的总体构成状况以及针对不同利益相关者和不同医疗卫生活动类型的政策工具组合状况,初步形成以下研究结论。

第一,强制性工具数量上的绝对优势说明了我国的政府在医疗卫生服务中占据着主导地位,政府权力在医疗卫生服务的供给中的介入程度较高。混合型工具占据的重要份额说明我国政府权力在医疗卫生服务中的作用方式的多元化,相对于计划经济时代的政府角色已经有了实质性变化。自愿性工具所占比例低反映

了我国的市场、社会的发育不足,市场和社会力量在医疗卫生服务供给中还存在很大的发展空间。

第二,我国的医疗卫生政策对不同利益相关方的关注程度存在差异,对患者、医药投资者的关注不够;针对不同利益相关方的政策工具选择存在不合理之处,针对医疗机构、医护人员规制过度而激励不足,针对医药企业的市场工具短缺,尚未形成有利于利益格局均衡的政策工具组合。

第三,政策工具选择没有体现医疗卫生活动的类型差异,针对医药活动的规制性政策工具过多而市场工具不足,而需要政府更多介入以提高强制性工具供给。

第四,政府工具在类型上并不存在孰优孰劣,在医疗卫生领域,自愿性和混合型工具的行使离不开强制性工具的保驾护航,这就凸显出政策工具组合的价值。我们无法简单的回答何为政策工具的组合的优良结构,这需要综合考虑医改的阶段环境、政策对象特点等变量。

第五,根据我们的分析可以对今后一段时间医改的政策工具选择做出以下初步的预测。其一,我国的医疗体制改革仍然在探索中,尚未形成成熟的运行模式和健全的制度,结合医疗卫生服务的公共产品属性,今后一段时期,规制等强制性工具仍将占据较大比例。其二,随着市场经济的发展和公民社会的发育,开发有效的

政策工具充分利用市场和社会的力量愈发重要,政策工具创新和政策工具多元化将成为今后医改的趋势。其三,政策工具组合创新需要摸着石头过河,地方政府在医改的探索中的角色将愈发重要。

参考文献

- [1]中国国务院发展研究中心信息中心编:《中国新发展 2013》,五洲传播出版社,2013年,第139页
- [2]顾昕:《走向有管理的市场化:中国医疗体制改革战略性选择》,《经济社会体制比较》2005年第6期,第18页
- [3](加)豪利特 拉米什:《公共政策研究》,庞诗等译,生活·读书·新知三联书店,2006年,第142页
- [4]Schneider, Anne Larason, Helen Ingram. "Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy", *The American Political Science Review*, 1993, 87(2), pp.334~347
- [5]Howlett, M&M. Ramesh, *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, Oxford: Oxford University Press, 1995, P.163
- [6]朱春奎等著:《政策网络与政策工具:理论基础与中国实践》,复旦大学出版社,2011年,第134页
- [7]朱春奎等:《城镇医疗体制改革的政策工具研究》,《公共行政评论》2011年第2期,第117页

(编辑、校对:张晓月)