

契约行政化：地方医疗保险支付方式改革的混合治理机制

——基于F省2017—2022年的案例追踪

吴文强^{1, 2}, 岳经纶²

(1. 福建师范大学政治发展与地方治理研究中心, 福建福州, 350117;

2. 中山大学中国公共管理研究中心/政治与公共事务管理学院, 广东广州, 510275)

摘要：既有的医疗保险支付方式改革研究大多遵循经济学的分析逻辑，聚焦微观行动者的互动博弈以及特定医疗保险支付方式的激励效应，忽略了改革的政治属性以及中国特色情境对治理结果的影响。事实上，医疗保险支付方式改革涵盖了国家行政主体和主要利益相关者之间的治理关系和互动机制的调整。聚焦F省2017—2022年的医疗保险改革过程发现，F省医疗保险部门在利用行政机制调控医疗保险支付方式改革的基础上，采用了市场机制的契约手段来明确医疗机构的权利和义务。但囿于行政机制的主导性，F省的相关政府部门与医疗机构之间并未建立完善的利益协调机制，这可能会阻碍居民健康保障的实现。本研究在把混合治理机制的运作过程概念化为“契约行政化”的基础上，厘清了其与特定政策目标之间的因果机制，进一步探讨了提升混合治理机制有效性的变革路径。

关键词：契约行政化；医疗保险支付方式改革；混合治理机制；利益协调；健康保障

中图分类号：D630

文献标识码：A

文章编号：1672-3104(2023)01-0134-10

一、问题的提出

医疗保险支付方式改革被视为控制卫生费用不合理增长、降低居民健康经济风险的关键举措。面对日益严峻的过度诊疗^①问题，大多数国家都在尝试通过医疗支付方式改革来放缓医疗保健支出的增长。这一改革思路的根本逻辑在于充分发挥医疗保险机构的双向调控作用，进而降低医生和患者之间的“委托—代理”风险。医疗服务市场是一个信息高度不对称的“专家市场”(Experts market)^[1]，患者主要依赖医生的诊断来评估自身的需求，部分医生可能会利用知识或信息优势来阻止患者寻求更低价格的服务。作为第三方的支付者，医疗保险机构既可以对医方采取支付方式组合，通过激励、监控或制裁等手段来

减少医方的道德风险，也可以采用某种费用分摊(cost sharing)方法来降低患者的医疗保健利用率，从而抑制不必要的医疗支出^[2]。

目前，学界的一些相关研究延续了“委托—代理”式的激励逻辑，将重点放在医疗保险支付方式的变化及其对医疗服务供给的影响^[3]上，并深入剖析了相关行为主体(政府的决策者、医疗保险机构、医疗机构和患者等)为控制医疗费用的增长而展开博弈的原因^[4]。这些研究大多存在局限性：一方面，忽视了地方政府采用的治理模式及其对医疗保险改革的影响。医疗保险改革的整体成效取决于地方政府综合运用市场机制的方式^[5]。尤其是当一些医疗保险支付方式对医疗费用控制的效果未达到决策者的预期时，医疗保险治理机制的重塑或创新就成为地方政府解决医疗支付问题的必然选择。另一方面，经济学的分

收稿日期：2022-02-09；修回日期：2022-12-23

基金项目：国家社科基金青年项目“基于卫生健康共同体建设的政策整合机制研究”(21CZZ026)

作者简介：吴文强，男，福建福清人，博士，福建师范大学政治发展与地方治理研究中心讲师，中山大学广州社会保障中心研究员，主要研究方向：社会保障、社会政策，联系邮箱：wuwq1020@fjnu.edu.cn；岳经纶，男，湖南邵阳人，博士，中山大学政治与公共事务管理学院教授、博士生导师，主要研究方向：社会保障、社会政策

析视角淡化了政府的行政主导作用及其与政策有效性的因果关联。事实上, 医疗保险支付方式改革是由政府主导的治理改革, 它不仅要选择具体医疗保险支付方式来平衡市场主体之间的经济利益, 还要为促进医疗行业发展、保障居民健康以及维持医保基金平衡等不同政策目标服务^[6]。为了解决这些目标间的冲突, 地方政府往往需要建立一个恰当的健康治理框架来为不同的参与者设定角色和分配责任, 并发展出多样化的政策机制, 以提升改革或治理的有效性。

为了弥补上述研究缺憾, 本研究尝试从政府的治理机制变化和政策有效性之间的因果关系入手, 进一步探索地方医疗保险支付方式改革的基本过程和面临的问题。既有研究已经指出, 政府在政策推进过程中, 常常高度依赖特定的行政机制来提高治理效率。这种特定的行政机制, 虽然在一定程度上能确保地方政府内不同层级的行动主体能够有序地追求或实现上级权威设定的政策目标, 但是明显带有控制特性, 不利于激励机制的重构^[7]。随着越来越多的研究人员和改革者开始反思行政机制的弊端^[8], 政府的治理机制也悄然发生了变化。根据笔者对 F 省 2017—2022 年医保支付方式改革过程的追踪观察, 伴随宏观政策环境的变化以及已有医疗改革触发的多方博弈态势, F 省的相关政府部门已经开始尝试通过一定的契约手段来实现医疗保险支付相关者的责任和权利分配。只是, 这种市场机制如何嵌入到行政机制主导的治理过程中? 这种混合治理机制如何运转、是否能够增强相关政策的有效性? 这些问题尚待进一步的探究。

二、文献综述与分析框架

(一) 文献综述

为了应对过度诊疗问题, 许多国家自 20 世纪 80 年代以来相继实施了各种医疗保险支付方式改革, 以重置对医疗服务提供者的激励, 并控制医疗费用的快速增长。迄今为止, 针对医疗保险支付方式改革的研究大致可以归为以下三个方面。

其一, 医疗保险支付方式的医疗费用控制成

效和激励效应。大量研究表明, 不同医疗保险支付方式会对医疗服务提供者产生差异化的激励效果^[9]。这些支付方式包括按服务项目付费、按人头付费、按病种付费和总额预付制等^[10]。由于按服务项目付费容易鼓励医疗服务供给者提供不必要医疗服务^[11], 而按人头付费也会致使部分医生通过减少服务质量和数量来降低医疗成本^[12], 越来越多的研究将注意力聚焦于按疾病诊断相关分组付费(Diagnosis-related groups, DRGs)和按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)两种类型。但在实践中, 许多国家还是同时采用多种医疗保险支付方式。在这种情况下, 不同医疗保险支付方式的激励效果就会相互影响, 即使改革, 其总体效果也会不明显。一些中国学者对比了 2010—2012 年北京六家参与试点 DRGs 的医院和八家按服务项目付费的医院的出院数据发现, DRGs 支付方式确实有利于降低住院患者的医疗费用, 但不少医院依然对年龄较大且并发症多的患者使用按服务项目或者其它支付水平较高的付费方式^[13]。在 DIP 的实施方面, 部分地区虽然在控制卫生支出上取得了短期成效, 但也有一些数据表明, 医院可能是通过提高疾病诊断的编码策略来确保更多的医疗收入, DIP 支付的长期效用取决于政策制定者如何应对这些战略行为^[14]。同时, DIP 的实践效果也会随试点城市对医疗服务管制程度的变化而变化^[15]。

其二, 改革的配套措施和联动效果。相比单一的支付方式改革, 医疗保险支付水平的调整以及费用分摊机制的优化在很多情况下是配套进行的。已有研究观察到, 当医疗保险支付水平较高时, 医疗服务提供者倾向于提供相对较多的服务; 而当支付水平较低时, 医疗服务提供者虽然也可能提供较多的医疗服务, 但相关成本或利润的补偿压力就会被转移给消费者^[16]。因此, 在医疗费用保障力度不断加大的趋势下, 许多学者提出, 在医疗保险支付方式改革的同时也要设计费用分摊机制, 以保证医疗费用支出的压力在医疗保险机构与患者之间均衡分配, 进而达到调控医疗消费行为、抑制医疗费用增长的目的^[17]。只是, 相对于病患而言, 医方在医疗服务市场享有更多的支配权, 他们可以凭借知识和信息优势设计多

样化的服务组合,并筛选出符合自己收益期望的患者组合。可见,医疗保险支付机制改革中的各种配套措施未必能够起到控制医疗费用增长的作用。

其三,医疗保险支付方式改革的制度动力与约束。医疗保险支付方式改革的走向和成效在极大程度上取决于制度因素。在中国,基本的医疗保险体系不仅在支付方式上会因地域差异而呈现多元化,也会因其经办机构的分散化而难以形成较强的市场约束力。这就导致中国医疗保险支付体系一方面无法对医疗服务供给者产生明显的行为激励,另一方面也无法对大型公立医院形成足够的医疗费用控制^[18]。在改革的进程中,因职能和权限的分散化,相关政府也会出于各自的部门绩效来推进工作,甚至相互掣肘,无法形成积极的协同效应^[19]。

综上,许多研究关注到了改革中特定医保支付方式及其配套措施的医方激励效应,却相对忽略了中国地方治理的差异化情境及其对特定医保支付方式运行结果的影响;关注到了治理主体的结构性特征及其产生的医疗控费困境,却相对忽略了改革过程中治理手段的选择也是至关重要的。为了取得预期的改革效果,地方政府不仅需要根据本地医疗服务市场的实际情况来选择、设计特定医保支付方式,还要综合运用市场思维以及行政权威对这些规则进行调整。只是,地方政府究竟该如何整合不同的治理要素以形成混合治理机制,并指向特定的政策结果?这亟待进一步的学理分析和案例检验。

(二)“契约行政化”:一个分析性框架

为了揭示医疗保险支付方式改革背后的混合治理机制及其因果效应,本研究在“情境(context)—机制(mechanisms)—结果(outcomes)”模型(又称“CMO模型”)^[20]的基础上提出“契约行政化”的分析框架,见图1。其中,CMO模型假设我们可以在特定情境中识别可能的因果机制来解释观察到的(非)预期结果,有助于我们分别探讨一个混合治理机制的生成条件、运作过程和有效性问题。

“契约行政化”主要指政府以行政权威和政策指令为基本工具、以契约形式实现市场主体管

理的混合治理机制。此概念涉及两方面:第一,政府对政策目标群体的管理方式。这里的“契约”是指以文本的形式规定参与者的权利和义务^[21]。第二,政府在管理过程中保持着“行政命令—政策服从”的惯性,并用权力干预取代理想市场机制中的自由选择、谈判或竞争过程。从治理实践的角度来看,行政化的控制和市场化的契约都是构成当前医疗保险支付方式改革的重要元素。虽然契约形式有助于调整医疗保险管理机构与医疗机构间的互动关系,明确双方的权利和义务,但在中国,政府对医疗机构的行政管理使得两者的互动并不能完全遵循市场机制的运作逻辑。在不改变基本的组织关系的前提下,相关部门的改革推进依然会高度依赖行政权力的使用,而契约形式仅仅呈现为医疗保险或其经办机构与定点医疗机构签订的统一制式的医疗服务保障协议。相关部门可能会更多地利用契约形式来确保医疗机构在医疗保险支付方式改革、医疗服务数据传递、医疗费用审核、医疗保险基金支付及争议处理等各个流程中的政策遵从性和规范性。因此,本研究的“契约行政化”只是由契约工具嵌入行政化治理框架而生成的兼具市场和行政机制要素的规制手段。

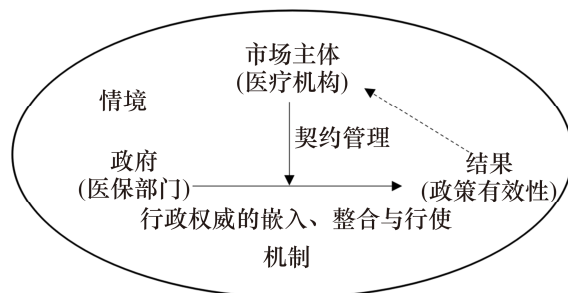


图1 基于CMO模型的“契约行政化”分析框架

任何治理机制的生成都有一定的情境条件。“契约行政化”的形成可能包含了不同层次情境要素的相互作用。这些情境要素在中观治理层面上包含了中国传统行政机制对新公共管理主义思想的吸收和学习。医疗保险支付方式改革的推进不仅包括多个职能相关的政府部门,还涉及了大量的以市场化模式运作的公立医疗机构。新公共管理主义强调市场机制和准市场机制的建立,

并致力于管理效率的提升^[22]。它在某种程度上为中国医疗保险支付方式改革提供了“契约形式”的新思路。只是, 在政府专业化购买和议价能力不足的情况下, 政府更加倾向于利用行政权力来实现特定政策目标, 从而导致契约机制的行政化运作。当然, “契约行政化”治理模式的形成也离不开地方主要政策部门的理性选择。医疗保险支付方式改革以何种支付方式为主导、采取什么样的方式推进, 极大程度上取决于相关政策部门对本地医疗服务形势的判断以及先行地区的政策学习。在此过程中, 政府传统的管理模式、有关部门的权力依赖和政策学习共同发挥作用, 塑造出符合地方改革需求的治理机制。因此, “契约行政化”的形成也遵循了实用主义逻辑。

“契约行政化”的运作虽然兼具行政机制和市场机制的双重特征, 但其底层运行逻辑还是由行政机制主导的。在地方的医疗保险支付方式改革中, “契约行政化”可能涵盖三个主要过程: 一是价格规制工具(行政化医疗费用控制)的调整或强化。这主要指医疗保险部门在实施医疗机构的契约化管理过程中, 保持医疗服务的行政定价, 从而在一定程度上抑制了医疗费用增长^[23]。二是传统行政命令过程对理想谈判协商过程的取代^[24]。医疗保险机构在推进支付政策改革时经常运用“科学计算”替代“市场谈判”, 通过历史测算数据和行政命令相结合的方式与医疗机构订立付费标准。三是行政体系的内部协调。由于整个政策设计过程是由少数的政治精英和专家主导完成的, 所以过程中的信息、程序都是非公开化的^[25], 这就会导致改革过程中的诸多矛盾都汇集在政府内部。因此, 行政体系内的不同部门只有通过相互协调、配合, 才能创造出矛盾的缓冲空间。

不难想象, 混合治理机制的运作结果亦会相对复杂。在本研究的分析和观察中, “结果”特指治理手段的有效性, 其在政策层面上的衡量依据为目标的实现程度。对医疗保险支付方式改革而言, 政策目标包含了医疗费用控制、医方行为激励这两个中间目标, 以及强化居民健康费用保障这一最终目标。本研究将在案例观察的基础

上, 评估三个目标在当前地方改革过程中的实现程度, 并进一步厘清“契约行政化”的有效性问题。

三、个案研究: F 省 2017—2022 年医疗保险支付方式改革

为了揭示地方政府推进医疗保险支付方式改革的内在治理逻辑, 本研究以 F 省 2017—2022 年全面推开医疗保险的按病种分值付费^①(又称“点数法”, DIP)为例展开单案例研究。案例研究是使用多种来源的数据来对真实世界进行深入实证调查的研究方法^[26]。其应用不仅有助于我们进一步理解、检验上述理论分析框架, 还可以有效揭示医疗保险支付改革在实际情景下呈现的客观问题。本研究的案例选择遵循典型性和启示性两个标准^[27]。首先, F 省医疗保险支付方式改革的政策过程集中体现了不同层级行动者对混合治理机制的塑造过程。省级政策是国家政治意志的贯彻和延伸。在政策过程中, 省级政府往往要服从中央政府的宏观导向, 并基于一定的指导和建议决定来具体的政策目标和实现手段。但是, 由于地方市场力量的直接制约和影响, 省级层面的政策制定和执行也容易酝酿出当地复杂的卫生政治生态。因此, 省级政策改革有利于验证、反思政府特定治理手段的有效性。其次, F 省的渐进式改革对理论分析和地方实践都极富启示性。F 省的基本医疗保险按病种分值付费政策在 2017 年之前只在 ZS、QY 两个城市进行针对部分病种的试点。而在 2017—2022 年, F 省的按病种分值付费改革一方面在全部地级市推进, 另一方面各地市也在不断扩增试点的病种数。较长时间的改革实践为本研究观察地方政府部门治理手段变化和政策效应提供了良好的契机。

本研究案例涉及的相关素材源自笔者于 2017—2022 年在 F 省卫生健康委员会的田野调查。期间, 笔者不仅注意收集了与改革相关的重要会议记录、部门(处室)往来文书等文字材料, 还详细记录了参与其中的卫生、医疗保险两部门(共 23 人)和医疗机构代表(近 20 人)的相关座谈内容。其中, 文书材料有助于我们还原改革过程的

主要事件,而座谈记录则呈现了不同政策行动者的核心立场和观点。在整理这些素材的基础上,本研究根据理论设想,提炼了延伸问题,并有针对性地对4名卫生部门的工作人员、2名医疗保险部门的工作人员和6名医疗机构代表进行半结构化访谈,从而确保了案例分析的内部效度。在这些素材的组织逻辑上,本研究将根据CMO模型的逻辑框架分点展开。

(一) F省混合治理机制的生成情境

2017年,F省医疗保险支付方式改革的启动涉及中央和省级两个层级的高位推动。根据国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发〔2017〕55号)的相关指示,F省医疗保险部门于当年7月开启了新一轮医疗保险支付方式改革。只是,医疗保险支付方式改革作为一项系统工程,涉及医疗服务、财政支出和药品制度等各个方面。医疗保险部门难以避开其他部门而单独开展工作。于是,F省医疗保险部门进一步向卫生健康委员会(卫健委)、机构编制委员会办公室(编办)、发展和改革委员会(发改委)、财政厅等多个部门印发《关于征求<F省进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案(征求意见稿)>意见的函》(下文简称:《征求意见稿》)。该《征求意见稿》除了传达国家“规范医疗机构行为”“控制成本”等改革要求,还将任务方向设定为“全面开展医疗保险总额控制^①”“大力推进按病种收付费”。其中,“总额控制”的任务设定凸显了F省医疗保险支付方式改革的行政规制导向和相关部门的管理主义倾向。

但是,由于医疗控费的特殊性,市场化手段成为F省医疗保险支付方式改革过程中不得不考虑采用的另外一种治理思路。F省医疗服务产业发达,是我国医疗资源最为充沛的省份之一。截至2017年,F省拥有医疗卫生机构5.0万个,从业医师高达25.9万人。面对庞大的医疗服务市场,契约形式可能有助于F省医疗保险机构绕过卫健委的行政管辖权,更直接地联系医疗机构,从而施加管约束。在中国长期的医疗改革实践中,许多地区的医保支付方式改革已经竞相尝试运作契约手段,通过医疗保险机构和医疗机构间

签订的医疗服务保障协议来明确双方的权利和义务。换言之,契约机制的使用是F省向先进地区政策学习的结果。只不过,在新一轮的改革中,F省医疗保险部门也结合了ZS、QY等市的试点经验,锁定了更有利于本土医疗费用控制的医保支付方式——按病种分值结算办法,并将其作为全省推广的主要方向。

由此,行政化治理和市场化治理的要素可以共同嵌入F省医疗保险支付改革的过程中。市场化管理手段的兴起以及相关部门的政策学习,为契约机制的引入提供了基本条件。但是,医保支付方式改革作为一项自上而下的政治任务,其落实过程离不开国家的支持,而契约机制也必须服从改革的行政逻辑。

(二) F省医疗保险支付方式改革的契约行政化运作

F省的医疗保险支付方式改革虽然集中体现了两种治理逻辑,但在实践中,行政机制占据主导地位,而契约机制的引入更多呈现的是工具性意义。这主要表现在以下几个方面。

第一,医疗保险部门主导契约的订立和管理,理想的谈判协商机制缺位。2017年8月7日,F省人民医院、X大学附属第一医院、X大学肿瘤防治中心和F省中医院等近十家公立医院代表在F省卫健委和省会Y市医改办举办的座谈会上,明确表达了他们对基本医疗保险相关协议订制和签署过程的不满。他们指出,在医疗保险机构和医疗机构的契约管理中,医疗机构完全处于被动地位。医疗保险协议的内容应以规制、处罚为主。“已有的医疗保险支付机制改革就差谈判机制还未真正落实。(医疗保险部门)每次签协议之前,就象征性征求我们的意见,给我们考虑的时间不多。”(F省人民医院医疗保险科副主任,座谈会记录:YYLBN20170807)

在医疗保险谈判协商机制缺位的情况下,诸多医方代表质疑政策过程的科学性,认为“不可谈判”的契约关系导致改革过程出现了不少问题,包括付费标准的不合理、参考数据提取的随意性等。“在已有的改革中,医疗保险部门只是提取我们医疗机构这十几年的医疗服务数据,简单地按诊断来测算付费标准。但他们在提数据时

并没有考虑剔除并发症情况, 这样出台的政策怎么可能合理?”(X 大学附属第一医院医疗保险办主任, 座谈会记录: YYZSC20170807)

第二, 行政化控费态势的强化。2017 年 9 月 29 日, F 省医疗保险部门召开了全省医疗保险支付方式改革工作座谈会, 并在分析 ST、ZS 和 QY 三市医疗控费成效的基础上, 决定通过全面推进按病种分值付费改革。在医疗保险部门相关负责人眼中, 相比既有的单病种付费方式, 按病种分值付费更能起到实质性的效果。

“目前而言, 单病种付费很难起到激励作用, 它的弊端其实非常多。比如说, 现在医疗保险有平均定额和单病种付费, 医生是会选择的, 他们可以不走单病种付费。而分值的优势在于我们把所有的医疗机构放在一个平等的水平上。如果他们都能规范收治病人的话, 假设医疗保险这块蛋糕价值 1 000 块, 每家医疗机构能收 100 个患者; 但如果他们不规范收治, 比如每家都收 110 个病人, 那他们实际收治每个病人分到的蛋糕反而更少, 这不仅可以阻止医院乱收病人, 而且利于我们后续制定一些新的控制指标。”(医疗保险部门相关负责人, 座谈会记录: ZFZYC20171018)

只是, 在 F 省公立医院代表和省卫健委部分工作人员看来, 在医疗保险总额控制的前提下, 按病种分值付费相当于让医院去“挣工分”或“分蛋糕”, 本质上只能起到促进竞争的效果。针对该点, 医疗保险相关负责人在强调医方趋利性的同时, 明确了坚持医疗控费和强化医疗保险支出调控措施的必要性。“我们为什么强调‘总额控制’? 因为这并不是一个值得谈判或者协商的标准问题。我们现在就是要激励医疗机构节约开支, 抑制不合理的费用增长。我们给各市的协议明确说了, 医疗保险定额标准就是以去年的医院费用乘以一个增长率。他们用掉了 90%, 10%是可以白拿的, 只是没有一家医疗机构考虑结余留用问题, 就是给多少钱就一定要花光, 然后还要超一点, 让我们再补。”(医疗保险部门相关负责人, 座谈会记录: ZFZYC20171018)

可见, 在 F 省的医疗保险支付方式改革中, 部门的行政权威发挥了重要的作用。它不仅在医

疗保险契约管理过程中确保了医疗机构的政策遵从, 而且直接取代谈判机制, 设定了医疗保险基金的总体支出上限以及付费规则, 形成了医疗保险支付政策的“契约行政化”运作。

只不过, 契约行政化运作也意味着医疗保险部门和医疗机构之间的摩擦增多, 为了缓解两者的矛盾, 卫健委的行政协调必不可少。在 F 省医疗保险支付方式的改革进程中, 卫健委的介入主要出于两方面的原因。一方面是政治性的。2017 年 9 月, F 省省委全面深化改革领导小组第二十八次会议上提出要求, “在今年年底前按病种付费病种范围扩大到 1 000 种”。这就加大了该省医疗保险部门的改革难度和时间压力。同时, 面对众多医院的不满, 医疗保险部门不得不寻求卫健委的官方支持和配合。另一方面是技术性的。进一步推进按病种分值付费改革涉及规范 ICD-10 和 ICD-9-CM-3 编码^①的问题, 但卫生部门信息系统和医疗保险系统在病种诊断的名称、编码等方面和卫生部门的信息管理系统存在许多不相容之处。换言之, 医疗保险支付方式改革离不开卫生行政部门的全力配合。于是, 医疗保险部门牵头改革任务的分管处长于 2017 年 10 月 18 日至省卫健委, 与相关处室的负责人进行专题座谈。会上, 两部门相关负责人重点围绕医疗保险支付具体方式的选择、付费标准制定与谈判协商机制落实, 以及政府部门间的配合模式的选择等展开辩论。经过部门之间的协商沟通, 医疗保险部门相关负责人一方面承诺在后续的政策设计上会注重邀请医疗专业人员的参与和倾听其意见, 并允许各地市在适当范围内施行补偿或替代性医疗保险支付方式; 另一方面则要求卫健委相关处室尽快完成相关文件会签, 并在统一各医疗机构的疾病编码、病案首页上能够加大配合力度、指导各地市卫生部门做好相关改革工作。

当然, 政府部门之间的行政协调不能彻底改变契约行政化的本质特征与基本运行轨迹, 政策设计的专业精英参与也和市场谈判机制相距甚远。行政协调只是确保改革过程中各种意见和矛盾能够被权威部门参考并在一定程度上被吸纳。正如卫健委的一名工作人员对部门协调结果的

解释:“一些我们原本坚持的地方还是被医疗保险部门说服了,最关键的还是医疗保险相关的职能在他们手上,我们没有过多的话语权。但我们还是希望能够共同推进这项工作,以便协调医疗和医疗保险两块的利益。”(卫健委工作人员,访谈记录:ZFZY20171018)

而医疗机构的不少人员也对契约行政化运作下的谈判机制落实持悲观看法:“医疗保险部门是不会真的谈判的。谈判是什么?谈判就是权力。谈判不就增加我们的话语权么?到时候省医要多少钱、ZS大学附属第一医院要多少钱,合计下来医疗保险得支出多少?所以,医疗保险部门是舍不得进行谈判的。照现在这种协议方式,医疗保险部门还可以各个击破,尽快完成政策任务。”(省卫健委医政处工作人员,访谈记录:YYGX20170808)

(三) 契约行政化的复杂治理成效

F省全面推开医疗保险按病种分值付费以后,各地市政策的实际成效差异较大。从医疗控费的中间目标来看,一些地市的执行效果比较乐观。比如FS市2018年的人均总医疗费用增长5.23%,低于9.5%的预期控制目标^⑥。且根据该市医疗保险部门的调查,暂未出现医院为“多挣工分”而导致住院人次与人均医疗费用快速增长的情况。但是部分地市卫生部门的访谈材料则显示,按病种分值付费在很多地市尚未得到很好地执行,而执行起来的也有不少未见成效,甚至有些地市还出现医疗费用中药占比、耗占比不降反升的情况。而从加强公众健康保障这一最终目标来看,卫生部门的部分官员也表达了一些担忧:“一些医院还会将费用压力推给病人,让他们去医院外买药、为了多赚工分把病情写严重一点,甚至可能产生病患筛选,只愿收治轻症患者,伤损病患利益。这样不仅对病案质量造成一定影响,一些统计数据也不那么客观了。”(卫健委工作人员,访谈记录:ZFCQM20181116)

笔者对部分地市医院患者的访谈同样验证了这些担忧:“我们普通人对医疗保险的很多政策内容并没有了解得那么清楚。但是医疗保险的报销范围和力度变大了,整体上感觉还是为我们

老百姓着想的。只是周边病友也有交流过,现在医院卖药不能赚钱了(药品零加成政策的影响),还得担心医疗保险超支,一些医生不敢随便给我们开药了,一些比较贵的药也会让我们去外头买。只是,那些外头买的药价格贵还不说,医疗保险可能还没法报销了,这对很多慢性病和癌症患者的家庭经济状况可能有灾难性的影响……其实,我们也能理解医院和医生,毕竟现在都要赚钱。如果可能的话,我们当然改革能够你好我也好,患者和医生都受惠。”(患者,访谈记录:BHLL20181120)

换言之,部分地市的医疗保险改革虽然加大了对医疗机构的竞争激励,但是也可能对病患的医疗权益保障带来影响。虽然从短期来看,契约行政化有利于主导的行政部门完成政策任务并实现某些控制指标,但长期而言,这种治理机制可能既无法合理合法地保证医方利益,也可能伤害病患的权益。

针对地方差异化的改革成效,F省医疗保险部门在2019~2022年的持续改革阶段,一方面坚持行政化的政策机制,扩大基本医疗保险按病种分值付费的病种目录以及试点医疗机构的覆盖面,另一方面则逐步建立专家评议机制以修正既有政策设计的不足。根据笔者的追踪调查,F省医疗保险部门于2019年9月制定了《F省基本医疗保险按病种分值付费工作指南》,从而将参考病种目录扩充至8512种,并于2020年开始将符合条件的中医诊疗项目纳入按病种分值付费范围,扩大了按病种分值付费对全省医疗服务体系的影响。而在覆盖面方面,F省预期到2022年底,将按病种分值付费改革覆盖全省所有开展住院服务的定点医疗机构(除个别城市试点按疾病诊断相关分组付费外)。但是,病种目录和覆盖面的扩充也加剧了“高套分值”^⑦等现象。虽然F省医疗保险部门在2020年就组织建立了医疗保障医药专家委员会及62个中西医临床专家组,对有争议的病种、分值和权重系数等进行评议,但受访的省卫健委工作人员表示,专家评议机制有助于改善医疗机构和医保部门间的互动关系,却依然与许多医疗机构期望的市场化协调、谈判协

商等相差甚远。医学专家力量更多被用于优化医保政策设计、加强医保部门的监督管理,本质上还是侧重于解决医疗体系内部的问题和矛盾。

四、结论

在理论思考和 F 省医疗保险支付方式改革的案例基础上,本研究作出两个层面的探索 and 发现:在理论层面,本研究探索并实证检验了“契约行政化”这一混合治理机制的形成、运转以及因果效应。从生成情境来看,这种混合治理机制是国家治理现代化转型中新因素尚未完全成形、传统因素占据主导地位之下的产物^[28]。其运行过程凸显了相关政府部门对政策目标群体单向的契约约束和管理。而从 F 省的实践结果来看,“契约行政化”虽然可以通过权力干预以确保政策目标群体的遵从性并在短期内实现部分的中间目标,但在公众健康保障机制的完善方面,混合治理机制的效果则存在不确定性。这种不确定性源于市场和行政之间的张力——主导的政策部门可以利用行政权力界定改革的目的和手段,从而推进相关的改革进程;而医疗机构可以利用市场机制来转移政策压力,在一定程度上确保了自身的利益。换言之,混合治理机制的有效性有待深入考证。

在实践层面,本研究从地方改革的复杂结果出发,反思了居民健康保障的长效问题。地方医疗保险支付方式改革中出现的各种问题和有效性困境可能不是源于政府采取了某种行政手段或市场手段,而是因为改革过程中利益平衡和政策修正机制的缺位。在 F 省的改革过程中,卫生部门虽然扮演了政策经纪人(policy broker)^[29]的角色,在医疗保险支付政策设计和推进方面向医疗保险部门反映了一定的改革问题和来自医疗机构的压力信号,但是它的介入和协调并不能彻底消弭改革过程中的冲突,因为卫生部门也有着自身的部门目标和政策立场^[30]——促使医疗保险支付机制改革与自身所要完成的主要医改任务相互配套,更好地参与卫生领域的规则制定和资源分配等等。换言之,“契约行政化”运作过程深受不同的影响。治理效应和改革结果的高度不

确定性也因此产生。

在上述探索和发现的基础上,医疗保险支付方式的进一步改革应该思考如何优化政府整体的治理思路,实现市场机制和行政机制的有机互嵌。既有的改革思路更多地体现为政府部门运用行政权威来实现对医疗服务主体单向的契约约束,忽视了长期的医疗服务利益均衡以及潜在的居民健康保障危机。而崭新的改革思路可以考虑市场机制和行政机制的分层组合。具体而言,医疗保险部门在主导地方医疗保险支付方式改革的过程中,可以将基本医疗保险服务合同内容定制的技术性权限连同签订业务办理一起下放至经办机构,由其牵头地方医学会、医师学会和医院协会等相关组织,根据地区的医疗服务现状和可供采用医疗保险支付方式,共同制定契约内容。在此过程,医疗保险部门与其经办机构之间以行政机制运作,利用目标设定权和过程监督权确保改革的方向和轨迹,更好地发挥行政权威的作用;而医疗保险经办机构和医疗机构、各类医方组织可以秉持市场原则,逐步理顺契约谈判机制,并进一步完善医疗保险支付方式改革的各方利益分配和保障规则。当然,市场机制和行政机制的分层组合更加考验医疗保险经办机构的承压能力。这需要政府提高医疗保险经办队伍专业能力的同时,建立适当的激励机制。并且,长远的改革努力要在地方发展型政府^[31]的实践逻辑下,不断调整地方政府与医疗机构之间的关系,并进一步完善政社、医患等关系,推动城乡居民健康保障的更深层次改革。

注释:

- ① “过度诊疗”主要指医疗服务提供者诱导患者需求,进而向其提供高价药品、医疗器材或相关诊疗服务的行为。
- ② 按病种分值付费是指在基本医疗保险统筹基金支付本统筹区内住院医疗费总额的预算内,根据各病种均次费用与某固定值(或基准病种)的比例关系确定相应的病种分值,按照医疗机构服务能力和水平确定医院系数,年终医疗保险经办机构根据医院得到的总分值和系数,按约定规则进行住院费用结算的付费方式。
- ③ 总额控制主要指医院当年收入由医疗保险预算制度确定,不随服务量的增长而增长。超支部分由医院自行承担。

担,医疗保险机构不再追加支付。

- ④ ICD 主要指国际疾病分类(International classification of diseases, ICD),是依据疾病的某些特征,按照规则将疾病分门别类,并用编码的方法来表示的系统。而 ICD-10 表示第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》;ICD-9-CM-3 表示《国际疾病分类第九版临床修订本第三卷》。一般而言,疾病诊断统一使用 ICD-10 编码,手术和操作统一使用 ICD-9-CM-3 编码。
- ⑤ 数据来源:政府部门的内部报告。
- ⑥ “高套分值”是指医疗机构存在侥幸心理,基于低分值病种收治后,在医保结算系统内按高分值病种申报,超标结算医保基金。

参考文献:

- [1] ALGER I, SALANIE F. A theory of fraud and overtreatment in experts markets[J]. *Journal of Economics & Management Strategy*, 2006, 15(4): 853–881.
- [2] SAVEDOFF W D, DE FERRANTI D, SMITH A L, et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage[J]. *The Lancet*, 2012, 380(9845): 924–932.
- [3] 袁洛琪, 何庆红, 秦雪征. 医疗支付方式改革与医疗服务供给——来自四川省 A 市医疗保险总额控制的证据[J]. *保险研究*, 2022(7): 96–113.
- [4] 郭小聪, 吴文强. 费用角逐、消费者赋权与合作治理——政医患三方博弈的生成、演化和解调[J]. *中山大学学报(社会科学版)*, 2017, 57(4): 131–139.
- [5] MARC J R. 通向正确的卫生改革之路: 提高卫生改革绩效和公平性的指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 190.
- [6] 刘琼, 程建新. 任务特征感知、科层借势与政府部门间合作过程——两个城市医疗保险支付方式改革的案例分析[J]. *公共管理学报*, 2022, 19(4): 42–51, 168.
- [7] 赵静, 薛澜. 探究政策机制的类型匹配与运用[J]. *中国社会科学*, 2021, 42(10): 39–60, 205.
- [8] 顾昕, 惠文, 沈永东. 社会治理与医疗保险支付改革: 理论分析与国际经验[J]. *保险研究*, 2022, 43(2): 99–115.
- [9] HILLMAN A L, PAULY M V, ESCARCE J J, et al. Financial Incentives and Drug Spending in Managed Care: Incentives for both physicians and patients can interact to help curb spending in this increasingly costly sector[J]. *Health Affairs*, 1999, 18(2): 189–200.
- [10] TANG S, TAO J, BEKEDAM H. Controlling cost escalation of healthcare: making universal health coverage sustainable in China[J]. *BMC Public Health*, 2012, 12(1): 1–13.
- [11] ENTHOVEN A C, VORHAUS C B. A vision of quality in health care delivery[J]. *Health Affairs*, 1997, 16(3): 44–57.
- [12] CHERNEW M E, ENCINOSA W E, HIRTH R A. Optimal health insurance: the case of observable, severe illness[J]. *Journal of Health Economics*, 2000, 19(5): 585–609.
- [13] JIAN W, LU M, CHAN K Y, et al. Payment Reform Pilot in Beijing Hospitals Reduced Expenditures and Out-of-Pocket Payments Per Admission [J]. *Health Affairs*, 2015, 34(10): 1745–1752.
- [14] LAI Y, FU H, LI L, et al. Hospital response to a case-based payment scheme under regional global budget: The case of Guangzhou in China[J]. *Social Science & Medicine*, 2022, 292: 1–10.
- [15] QIAN M, ZHANG X, CHEN Y, et al. The pilot of a new patient classification-based payment system in China: The impact on costs, length of stay and quality[J]. *Social Science & Medicine*, 2021, 289: 10–18.
- [16] MORRISEY M A. Competition in hospital and health insurance markets: a review and research agenda[J]. *Health Services Research*, 2001, 36(1 Pt 2): 191–221.
- [17] FOLLAND S A C, GOODMAN M S. The economics of health and health care: Pearson new international edition[M]. New York: Routledge, 2016: 467.
- [18] 顾昕. 中国医疗保障体系的碎片化及其治理之道[J]. *学海*, 2017, 28(1): 126–133.
- [19] 彭宅文, 岳经纶. 新医改、医疗费用风险保护与居民获得感: 政策设计与机制竞争[J]. *广东社会科学*, 2018, 35(4): 182–192, 256.
- [20] FALLETI T G, YNCH J F. Context and causal mechanisms in political analysis[J]. *Comparative Political Studies*, 2009, 42(9): 1143–1166.
- [21] 乔治·亨德里克斯. 组织的经济学与管理学: 协调、激励与策略[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2007: 54.
- [22] KOLIBA C, MEEK J W, ZIA A. Governance networks in public administration and public policy[M]. New York: Routledge, 2019: 254.
- [23] 李乐乐. 政府规制与标尺竞争: 医疗保险支付方式改革的治理路径分析[J]. *经济社会体制比较*, 2021, 37(3): 80–88.
- [24] 徐烨云, 郁建兴. 医疗保险支付改革与强基层战略的实施: 浙江省县域医共体的经验[J]. *中国行政管理*,

- 2020, 36(04): 102–108.
- [25] 顾昕. 中国医疗保险支付改革的探索与反思: 以按疾病诊断组(DRGs)支付为案例[J]. 社会保障评论, 2019, 3(3): 78–91.
- [26] YIN R K. Case study research: Design and methods[M]. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014: 71.
- [27] SEAWRIGHT J, GERRING J. Case selection techniques in case study research: A menu of qualitative and quantitative options[J]. Political Research Quarterly, 2008, 61(2): 294–308.
- [28] 夏志强. 国家治理现代化的逻辑转换[J]. 中国社会科学, 2020, 41(5): 4–27, 204.
- [29] SABATIER P A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein[J]. Policy Sciences, 1988, 21(2): 129–168.
- [30] 吴文强. 政策协调机制何以失效?——对 F 省新版医疗服务价格目录“难产”的过程追踪[J]. 公共管理学报, 2021, 18(4): 22–33, 167.
- [31] 丁照攀, 孔繁斌. 寻找中国发展模式的公共行政学视角: 基于地方发展型政府的述论[J]. 中南大学学报(社会科学版), 2022, 28(3): 177–187.

Contract administration: A mixed governance mechanism of local MIPMR seen from a case tracking based on F province from 2017 to 2022

WU Wenqiang^{1,2}, YUE Jinglun²

(1. Research Center for Political Development and Local Governance, Fujian Normal University, Fuzhou 350117, China;

2. Research Center for Chinese Public Administration/ School of Governance for Politics and Public Affairs, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510275, China)

Abstract: Existing studies about the Medical Insurance Payment Method Reform (MIPMR) mostly follow the analytical logic of economics, focusing on the interactive games among micro actors and incentive effects of specific medical insurance payment methods, while ignoring the political nature of the reform and the shaping effect of the context with Chinese characteristics on governance result. In fact, the MIPMR covers the adjustment of the governance relationship and interaction mechanisms between the national administrative body and key stakeholders. Focusing on the reform process of F province from 2017 to 2022, the study finds that local medical insurance department, on the basis of taking advantage of administration mechanism in regulating and controlling MIPMR, simultaneously employs administrative mechanisms and contractual means to specify rights and duties of medical institutions. But limited by the dominating characteristics of the administrative mechanism, there has not yet been established an efficient benefit coordination mechanism between related administrative sectors and medical institutions in F province, which may hinder the realization of securing citizen health. All in all, the study, on the basis of conceptualizing the operation process of the mixed governance mechanism as “contract administration”, clarifies its cause-effect with specific policy goals, and further explores the effective reform path to boost the mixed governance mechanism.

Key Words: contract administration; Medical Insurance Payment Method Reform (MIPMR); mixed governance mechanism; interest coordination; health security

[编辑: 游玉佩]