

我国优质医疗资源扩容改革主体行为逻辑和机制优化

——基于行动者中心制度主义的分析

曹琦* 严则金

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】优质医疗资源扩容是国家区域协同发展和公共服务均等化的重大战略要求。为实现医疗资源扩容,中央全面深化改革委员会提出建设区域医疗中心这一创新性制度安排;《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》再次提出“加快建设区域医疗中心”。在现阶段,区域医疗中心试点是否得到有效推进是改革亟需关注的问题。本文基于行动者中心制度主义,以行为主义分析为起点构建优质医疗资源扩容改革主体行为框架,就改革涉及的行动者互动关系和博弈过程进行解构。在此基础上,本文将分析制度设置对主体行为模式的影响,系统挖掘和剖析行为逻辑背后的制度机理,回应改革深层次制度问题,提出改革优化建议,以期为实现优质医疗资源均衡配置、推动医疗服务体系高质量发展提供借鉴。

【关键词】优质医疗资源扩容;区域医疗中心;行动者中心制度主义;行为逻辑

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.02.001

The logic of actors' behavior towards the reform for high quality medical resources dilatancy and the mechanism optimization: from the perspective of Actor-Centered Institutionalism

CAO Qi, YAN Ze-jin

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 In order to achieve the national strategic objectives for coordinated regional development and public service equality, dilatancy of quality medical resource is a must to be done. The Central Committee for Deepening Overall Reform had proposed that “regional medical centers planning” would be the core policy arrangement to facilitate high quality medical resource flowing and expanding. “The 14th Five Year Plan” emphasized on accelerating establishment of regional medical centers. How the regional medical centers planning has been implementing? This is a recent policy highlight requires research attentions. Based on the theoretical framework of actor-centered institutionalism, this paper will conduct behavior analysis to find out the interaction between actors and their gaming process. Based on which, we will examine how the actors involved reacting to the reform policy and how the institutional settings impact on the actor behaviors in turn. And finally, this paper will define the institutional deficiencies that need to be improved and provides policy suggestions.

【Key words】 Dilatancy of medical resources; Regional medical center; Actor-Centered Institutionalism; Behavior logic

党的十八大以来,在新发展理念和公共服务均等化原则指引下,我国医改不断深化,但供给侧改革整体滞后,尤其是基于医疗资源区域供给不平衡的“看病难”问题,尚未得到有效解决。为此,我国积极推动供给侧结构改革。2021 年全国人大审议通过的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五

年规划和 2035 年远景目标纲要》中明确提出了“加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局,建设国家和区域医疗中心”的战略布局。这意味着在十四五期间,区域医疗中心建设作为扭转优质医疗资源向超大、特大城市大型三甲医院极化所作出的重大政策创新,将成为优质医疗资源扩容、医疗服务有效供

* 作者简介:曹琦(1984 年—),女,副教授,主要研究方向为卫生政策、医院管理。E-mail:caoqi2015@ruc.edu.cn
通讯作者:严则金。E-mail:yanzejin0723@ruc.edu.cn

给、更好保障“病有所医”的关键。

截至2022年初,基于区域医疗中心建设的优质医疗资源扩容改革已经经过两批试点,随着试点逐步深入,暴露出中央和地方政府、输出输入医院等多元主体互动中的问题,透过各主体行为模式和互动特征的表象,需要政策和学术研究关注的深层次制度问题也继而逐渐浮现。本文认为行动者有效互动是目前阶段有效推进区域医疗中心建设、引导高层次人才资源流动,从而实现优质资源有效扩容的关键。现阶段改革中,影响行动者互动模式的制度因素远远大于个体因素,梳理和挖掘普遍性制度设置的矛盾焦点是现阶段政策研究的当务之急。本文利用行动者中心制度主义理论构建分析框架,剖析行动者的利益矛盾、策略选择和互动模式,在此基础上尝试解构制度设置对行动者行为的影响,梳理和分析我国优质医疗资源扩容改革的制度困境和难点,最终提出优化改革机制的策略和方案。

1 行动者中心制度主义视角下我国优质医疗资源扩容改革分析框架的构建

1.1 行动者中心制度主义理论及其应用

弗里茨·沙普夫等学者于1997年提出行动者中心制度主义(Actor-Centered Institutionalism),认为社会现实可以被解释为有目的的行动者互动结果,而行动者互动的结果是由制度设置塑造的。^[1-2]从行动者出发进行制度分析是行动者中心制度主义的核心要义。^[3-4]具体到公共政策和管理领域,该理论突出了制度设置和行为互动对政策结果的影响力,认为政策过程和结果是政策行动者互动、冲突、调和的复杂过程,在以主体多元化、利益分歧化、治理分权化为特征的政策体系和网络内,政策分析对主体行为和互动模式的研判和解释是必要的。^[8]学者已从理论层面较为系统地介绍了行动者中心制度主义的理论要义与分析框架^[4-5],该理论也在能源交易、媒体治理、县乡卫生组织一体化等具体政策研究领域得到应用,为制度视野下的公共政策过程研究提供了脱离历史制度主义思维窠臼的路径^[4,6-8]。但总体而言,行动者中心制度主义在我国政策过程与治理过程中的应用场景仍较为局限,基于中国实践的理论发展空间仍十分广阔。近年来,随着医药卫生体制改革进入深水区,触碰到既有利益格局和体制机制顽疾,医改面临着愈加复杂的行动者利益博弈,亟

需基于行为互动范式的制度研究跟进。优质医疗资源扩容改革作为一项涉及多元主体和利益关系的政策问题,行动者中心制度主义具有较强的理论适用性。该理论为本文剖析中央和地方政府、输出和输入医院、地方政府和输入医院等行动者互动关系及制度设置对其影响提供了具有高度包容性、启示性和整合性的分析框架。

1.2 基于行动者中心制度主义的优质医疗资源扩容改革分析框架

行动者中心制度主义的一般分析框架存在五大核心要素,即制度设置、行动者、行动者荟萃、互动模式和政策。^[1]该框架中的行动者并非单纯的个体性概念,而是具有相同行动目的、行动资源的个体或集体的集合,且复合行动者对政策过程的影响远大于个体行动者,这一理念可追溯至西蒙的复杂性理论。^[9]而所谓复合行动者,一般是以行动倾向性和行动资源的控制程度为基础而划分的三类行动者,即行动者集合、集体行动者和法团行动者。其中,行动者集合是个体的简单加总,法团行动者则是规范化、组织化的;介于二者之间的集体行动者则被再细分为联盟、运动、俱乐部和协会四种类型^[1],其组织化程度依次递增。由行动者荟萃和互动模式所组成的多重博弈过程,则是在行动者中心制度主义框架下探索政策过程的关键,也是行动者力争制度变迁达到自身所希望结果的必由之路。^[10]其中,行动者荟萃关注行动者的策略选择、价值取向、关系网络等,主要涉及委托代理与多重博弈问题;互动模式则关注不同制度环境下行动者的具体博弈方式,例如医疗机构间基于谈判协议的互动、各级政府间基于等级命令的政策制定与执行等。可以说,行动者荟萃与互动模式是一体两面的,在政策实践中难以严格剥离。而制度设置作为关键的影响变量,其在宏观层面上所产生的正面或负面效应,将形塑博弈的进程。因此,在实际分析中,需充分把握行动者之间的关系网络与多重博弈,剖析制度环境中的阻碍因素并提出化解方案。

本文按照一般分析框架构建优质医疗资源扩容改革“行为—制度”解释框架(图1),分析在优质医疗资源配置不均衡这一现实困境之下,跨区域的多级政府、多级医疗机构等行动者在制度框架下如何开展多重委托代理,其行为动机和模式如何,剖析制度设置对行为模式的影响及其内在机理。

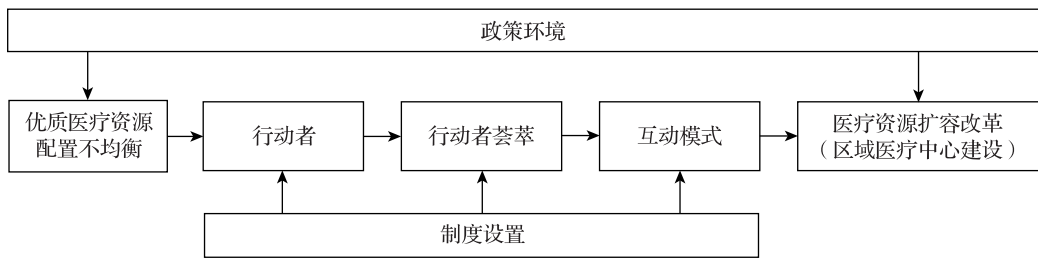


图1 基于行动者中心制度主义的优质医疗资源扩容“行为—制度”解释框架

2 优质医疗资源扩容改革行动者及其互动模式——基于顶层政策设计的理论分析

2.1 改革主要制度设置和进展

2019年10月中央深改委通过《区域医疗中心建设试点工作方案》(下文称“《试点方案》”)并推动开展第一批试点项目;2021年7月,国家发改委等部门下发《关于第二批区域医疗中心试点项目有关事项的通知》,推动开展第二批试点项目。按照政策要求,区域医疗中心建设的主要方式是在京、沪等优质医疗资源富集地区遴选医疗机构,通过建设分中心、分支机构等方式,在患者流出多、医疗资源相对薄弱地区建设区域医疗中心,满足群众医疗服务需求。目前第一批试点从北京、上海、武汉3地遴选8家医院,到河北、辽宁、山西、福建、安徽、云南等8个医疗资源相对落后的省份建设区域医疗中心,包括儿科、肿瘤、心血管等重点专科的共计10个试点项目已基本建成。涉及12个中西部省份的第二批16个试点项目正积极推动中;2022年底,试点工作将在全国铺开。

从改革阶段成效来看,官方数据证明部分区域医疗中心建设已经取得了一定成绩,如北京儿童医院河南医院建成后,河南省2019年前往北京就诊的门诊患儿较2016年下降了28.18%,住院患儿则下降9.28%^[11];复旦中山厦门医院、北医三院崇礼医院等医院已实现对周边区域的辐射作用,外地转入患者占比均已达到40%左右;云南阜外心血管病医院先心病手术总量已排名西南地区第一,住院死亡率从5.6%下降到了2.6%,复旦大学附属中山医院厦门医院为福建省、厦门市填补了30多项技术空白^[12]。

改革的成效离不开科学的政策顶层设计支持。《试点方案》作为现有政策顶层设计为改革做出了诸多体制机制突破和创新。管理体制层面,由试点地区省级政府对区域医疗中心建设负总责,由输出医院承担区域医疗中心运营和管理的主体责任,并将区域医疗中心纳入国家建立健全现代医院管理制度试点。人事薪酬层面,要求给予区域医疗中心较大自主权,探索编制动态调整、高级职称评审权下放、医师执业限制放宽等;创新发展层面,则鼓励区域医疗中心开展创新药品、医疗器械的临床试验,并要求相关部门对临床急需药品应用给予政策倾斜;在补偿机制上,一方面以资金支持为重点补偿输出医院,另一方面以医疗服务价格动态调整与医保支付方式改革为抓手促进区域医疗中心稳健运行。顶层设计为改革奠定了制度基石,但不可否认,当前优质医疗资源扩容改革仍处于试点期,虽然顶层政策作出了较为详尽的改革实施安排和制度创新,但因跨地区、跨层级、跨政府和医院组织等客观复杂性所产生的政策执行阻力随项目持续推进日益浮现。各项制度设置在实践中是否得到有效落实,是否存在制度盲点,仍需在实践中进一步观察与探索。

2.2 行动者的界定

按照政策设计,优质医疗资源扩容改革中包括了分属三类形式的五组复合行动者(图2)。

第一,法团行动者^①:中央政府与地方政府。在优质医疗资源扩容改革中,主要法团行动者有中央政府与地方政府,各级政府内的发改、卫健、医保、财政等部门也是政策过程中事实上的直接行动者,虽然各部门整体利益取向并不完全一致,但多数情况下将一级政府视为一个整体仍是可行的。

① 沙普夫指出,法团行动者是由“所有者”控制的组织,或者是一个等级领导体系代表“所有者”来行动,其成员的进入与退出基于契约实现。显然,尽管政府组织并无实体意义上的“所有者”,但将其视作法团组织并不违背其组织性、等级性的基本特征,不会引发后续分析中的逻辑谬误。

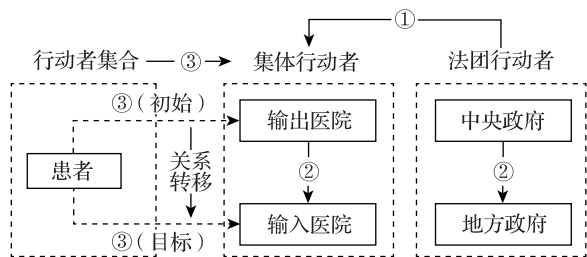


图2 优质医疗资源扩容改革中的多层次委托代理

第二,集体行动者:输出医院与输入医院。所谓输出医院,即在优质医疗资源富集地区遴选的,对落后地区进行人力、技术甚至管理输出的医疗机构,一般是国家级三甲医院;而输入医院,即医疗资源匮乏地区承接输出医院前来建设分中心、分支机构,进行资源、技术与人才对接的医疗机构。输入医院实践中有两种形式,一是由当地既有医疗机构承接,如北京儿童医院郑州医院、中国医学科学院肿瘤医院辽宁医院等即为此类;二是由输出医院在当地新建医疗机构承接,较为典型的有中国医学科学院阜外医院云南医院、复旦大学附属中山医院厦门医院等。

第三,行动者集合:患者群体。改革影响的“患

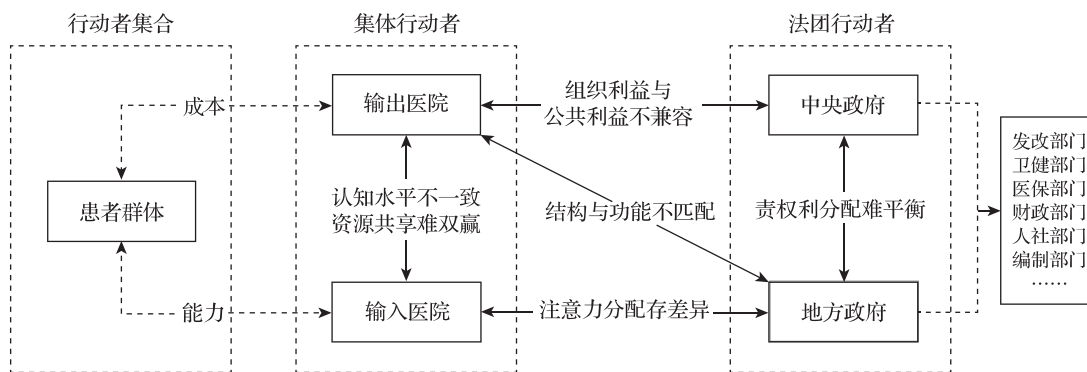


图3 优质医疗资源扩容改革中的行动者及其利益/价值矛盾^①

2.3.1 法团行动者间的互动关系

一是中央政府与地方政府间的互动。在价值取向层面,中央政府与地方政府促进基本公共服务均等化,提高人民群众就医获得感的核心取向显然是相通的。《试点方案》要求由试点地区省级政府对区域医疗中心负总责,但指导文件作为顶层设计,并未对具体运行细节和责权分配制定刚性规定,从而可能导致试点治理过程中地方执行存在随机性,甚至衍生出基于权责分配的博弈关系。同时,尽管政策初衷是实现优质医疗资源均衡配置,“输出医院和

者群体”主要是地处优质医疗资源匮乏地区的患者,由于本地医疗机构服务能力无法满足需求,往往倾向于前往京、沪等优质医疗资源集中地区的大医院就诊,但同时不得不付出交通等成本。因此,患者是此项改革的受益者,中央政府倡导的公共利益与患者利益是一致的。

2.3 行动者间多层次委托代理关系及其互动模式

行动者间的互动模式基于政策设计的关系结构而展开,形成多层次的委托代理关系(图2)。第一层次由法团行动者指向集体行动者,中央政府遴选输出医院和输入地,委托输出医院到输入地建立区域医疗中心。第二层次发生于法团行动者、集体行动者内部,一方面,输出医院委托输入医院以其分中心的名义进行诊疗服务;另一方面,中央政府在一定程度上需要委托地方政府代为行使区域医疗中心的建设、运营、监管等职责。第三层次由行动者集合指向集体行动者,患者由委托输出医院代理健康恢复需求转向委托输入医院代理。在此基础上,本文提炼行动者间的利益/价值矛盾,分析其互动关系(图3):

试点地区双向选择、自愿合作”的政策要求事实上使得地方政府获得的机会并不均等,如个别地区在已建成某重点专科区域医疗中心的前提下,仍申报同一专科的区域医疗中心项目并获批;第一、二批的26个试点项目已体现出一定集聚性,个别省份、城市内的项目超过3个,部分医疗资源匮乏省份尚无项目落地。在锦标赛体制的长期惯性下,地方政府主动争取与中央政府的顶层整体规划孰为主导值得思考。

二是同级政府职能部门间的博弈。在政策执行

① 注:图中 A←X→B 代表行动者 A 与行动者 B 之间存在利益/价值矛盾 X。

过程中,如果各级政府部门之间缺乏统筹协调机制,就会存在各部门优先自身利益的可能。部门之间合作积极性不一的现象一旦发生,输出医院的协调难度将会增大,政策的执行效率与质量必然受到影响。

2.3.2 集体行动者间的互动关系

《试点方案》要求“承担区域医疗中心运营和管理主体责任,在较短时间内提高区域内医疗服务整体水平”。此前我国专科医联体和托管实践已经证明,输出和输入医院之间的矛盾点集中于认知层面,即二者的认知水平难以达成一致。就输出医院而言,其自身输出资源的效益最大化是其主要诉求,在对效益的追求中,既包含了经济效益和政治声望,同时也在很大程度上表现为带动地方技术水平提高的情怀,这显然离不开输入医院的全面配合;但优质资源匮乏地区在认知层面上存在差异,实践中出现地方落后医疗技术固化,地方对技术水平差异的认知不足,其固有的诊疗习惯难以改变,也并不想改变的情况。如何提升认知层次,实现“真心教”与“真心学”的统一、资源输出与资源承接的动态平衡,其背后需要更为合理的制度设置支持,也需要一以贯之的长期政策决心。

其次,理论上讲输出和输入医院应该共享资源池塘,这就可能导致一定程度上的资源争夺。对于政策资源,这其中存在不同资源来源、资源投入重点和方式以及资源监管问题;而对于输出医院既有资源,输出和输入医院如何统一调配资源实现资源最大化效应需要更加科学制度安排,但目前政策对于如人员编制等资源如何在两端分配,并没有明确规定。同时,由于区域医疗中心是“专科—专科模式”,但政策对综合医院和专科医院没有做出区分,一般来讲专科医院由于专科资源相对充沛,举全院之力输出资源的空间也较大,但综合医院的某一专科举办区域医疗中心就可能显得捉襟见肘。

2.3.3 法人行动者与集体行动者间的互动关系

法人行动者与集体行动者间的互动是改革成效的重要影响因素,尤以输出医院与地方政府间的博弈最为突出,即图 2 所示的“结构与功能不匹配”矛盾。目前政策对输出医院与地方政府在何种平台上对话并没有明确说明,这就可能导致作为弱行政权力专业服务机构的输出医院与地方政府产生不对等关系下的博弈,其以一己之力协调地方政府多部门的功能诉求,在现有政策制度结构下显然是难以实现的;另一方面,因输出医院来自京、沪等地区,现有

的属地管辖权限使得地方卫生行政与监督部门难以实现对输出医院的有效监管。

此外,中央政府与输出医院的博弈将会围绕不兼容的利益诉求展开,中央政府基于公共利益进行决策,而输出医院则不可避免从组织利益出发,希望得到输出资源应有的回报。而在地方政府与输入医院之间,地方政府旨在提升输入医院的医疗服务能力,遏制本地患者外流,同时也必然有一定地方利益考量;输入医院则希望地方政府在最大程度上给予政策等资源支持。显然,二者的注意力分配往往无法完全重合,地方政府内部对于卫生健康事业的重视程度,将直接影响其与输入医院的互动能否顺畅进行。概言之,三对关系的关键都在于如何实现结构和功能的对等。

3 关键制度设置及其对行动者行为的影响机制——基于深度访谈的实证分析

行动者中心制度主义认为制度设置不仅对可能的行动策略产生影响,还会建构博弈中的行动者并塑造其观点和行动。^[13]因此,为了检验理论分析并获得对相关问题更深入认识,研究需要进一步获取实证资料。2021 年 9 月—12 月间课题组对政府部门以及输出、输入医院的 15 名重要知情人进行深度访谈;出于研究伦理要求与尊重受访者意愿的考虑,本文以代码方式代指各类访谈者。访谈对象及其代码如表 1 所示。

表 1 访谈对象及其代码

访谈对象	访谈方式	对象代码	受访人数	资料代码
政府部门	座谈会	G	5	G2021.09
输出医院	座谈会、面对面访谈	SC	5	SC2021.10
				SC2021.11
				SC2021.12
输入医院		SR	5	SR2021.12

3.1 主体间互动制度阻碍

基于对政府部门、输出医院、输入医院重要知情人的深度访谈资料,对访谈资料建立自由节点并进行编码以及关联与整合,形成逐级精炼的类目编码,从总体上对政策过程中主体间互动所面临的制度阻碍进行了解构。本文从全部访谈资料中编码形成 24 个初始节点,并由初始概念凝练为 9 个二级类目,即当前优质医疗资源扩容改革中主体间互动制度阻碍的具体表现(表 2)。

表 2 基于重要知情人访谈的制度阻碍分析(二级类目)

序号	二级类目	初始节点(部分)
1	跨域协调矛盾	医疗服务价格不统一;住院医师跨域培养困难
2	属地监管矛盾	医疗资质平移困难;自制药剂跨域审批困难
3	执行权分配矛盾	重点专科重复建设;建设项目分布不均衡
4	主体遴选困局	输出医院遴选依赖行政指派;综合医院承建难度较大
5	组织激励困局	输出医院编制不足;输出医院财政补贴不足
6	垄断控制困局	考核指标趋同带来扩张风险;当地医院竞争压力增大
7	发展目标错位	发展目标不统一;部分依托医院积极性差
8	学科建设与人才能力不足	输入医院缺乏输出医院所属高校人才支持;人才落户输入医院属地吸引力低;输入医院研招政策不明确
9	配套资金渠道闭塞	输入医院财政支持不足;社会资本参与政策不清晰

进一步的,对二级类目进行归类总结、探讨其逻辑和因果关系,归类至具有理论意义、高度概括的一级类目之中。同时,结合对区域医疗中心建设实践与相关资料的理解,可将各二级类目所对应的主体指向加以厘清。如表 3 所示,优质医疗资源扩

容改革中的制度阻碍可被概括为“结构性矛盾”“尺度性困局”“功能性偏离”。其中,两组结构性矛盾围绕地方政府而产生,两组尺度性困局散在于各行动者的互动之中,两组功能性偏离则集中于输入医院。

表 3 基于重要知情人访谈的制度阻碍分析(一级类目)

序号	一级类目	二级类目	二级类目涉及的主体指向
1	结构性矛盾	跨域协调矛盾 属地监管矛盾 执行权分配矛盾	输出医院 ↔ 地方政府 中央政府 → 地方政府
2	尺度性困局	主体遴选困局 组织激励困局 垄断控制困局	中央政府 ↔ 输出医院 输入医院 → 当地医院
3	功能性偏离	发展目标错位 学科建设与人才能力不足 配套资金渠道闭塞	输入医院 ↔ 输出医院 政策环境 → 输入医院

3.2 结构性矛盾

所谓结构性矛盾,即在此矛盾中的行动者互动受制度结构性缺陷的掣肘,对其优化往往需触及底层制度设计,难度较大。

3.2.1 央地政府的执行权分配矛盾

中央政府与地方政府间的主要矛盾在于责权利分配问题,其中最为关键的阻碍在于试点资格执行权的分配矛盾,从表象上看,这一分配矛盾是空间规划的结构性矛盾,体现为重点专科的无序建设和试点项目的不均衡分布:

“我个人觉得一部分试点项目确实有点集中了,尤其是那种面积特别大的省份,如果一建好几个还都建在省会,可能不是那么太合理。”(访谈资料:SC2021.10)

而从深层次上看,这一分配矛盾更是我国试点治理与顶层设计之间、中央政府资源配置规划与地方锦标赛治理之间内在张力的体现,其破题亟需科学的制度设计及政治智慧。

3.2.2 跨域协调与属地监管矛盾

输出医院与地方政府的互动博弈是集体行动者与法团行动者间最为关键的一对互动关系。目前由于中央政府和地方政府在监管、筹资层面的责权利分配不清晰,中央政府赋权有一定随机性,因此在属地、层级、组织性质均有本质差别的前提下,跨域协调与监管机制不健全是二者间最显著的双向制度性阻碍。第一,输出医院作为归属中央或京、沪等地管辖的医疗服务机构,如何实现与输入地政府的平等对话,尤其是实现与地方政府内部各类职能部门的合作,显然极具挑战性;第二,地方政府跨越既有的属地管辖原则对输出医院的区域医疗中心建设过程加以监管与协调的权责同样亟待明确;第三,如何防范地方政府可能的地方保护主义行为,值得关注:

“比如我们自己是归北京卫健委管,区域医疗中心就得归河南、云南或者哪个省的卫健委管了,那两边的医保怎么对接、派过去的人到底归谁管,都是问

题。”(访谈资料:SC2021. 10)

“和当地政府要谈的事情特别多,哪块归你管、哪块归我管、院长谁任命……还有各种日常管理、人员编制什么的全要一项一项谈过来,而且要落到纸面上,不然肯定会出问题。”(访谈资料:SC2021. 11)

简言之,输出医院与地方政府的互动在很大程度上缺失规范的制度依据,二者所面临的结构性矛盾亟需机制创新的跟进,需要中央政府顶层设计能够合理规划、明确地方政府行动目标、权力边界和责任范畴,实现对地方政府逆政策目标行为的干预。

3.3 尺度性困局

尺度性困局指因政策执行过程中对部分机制设置和运行把握的科学性、合理性等程度性问题,行动者的互动往往陷于“进退两难”的“试探”之中,从而阻碍改革目标的实现。

3.3.1 主体遴选与组织激励困局

中央政府促进优质医疗资源流动的政策目标与输出医院维持自身运营和医疗水平及声望的需求构成了二者间的互动博弈关系。在这一互动关系中,对输出医院的遴选标准与激励机制是关键。一方面,当前的输出医院遴选以中央政府的行政指派和输出医院自荐为主要方式,尚未形成科学、长效的遴选机制设计。例如,某输出医院受访者表示:

“这个区域医疗中心也不是你想输出就能输出的,如果你不在那个试点方案的名单里,是没有输出资格的;而且有资格也得再申请、答辩,很复杂的。”(访谈资料:SC2021. 12)

同时值得一提的是,综合性医院与大型专科医院承担同等建设任务显然不甚合理,由综合医院的某一科室承担建设任务可能带来输出医院本院服务能力的捉襟见肘:

“像我们这样的专科医院支撑几个区域医疗中心都比较勉强,俗话说‘地主家也没有余粮啊!’更别再说那些综合医院了,要是几个或几个科室去建设一整个医院确实很困难”(访谈资料:SC2021. 10)

另一方面,对输出医院的组织激励需要完善。在现有政策设计中,中央政府在相对充足的财政投入之外,并未为输出医院提供充分的激励措施和制度化的补偿性渠道,大部分激励措施仍由地方政府提供,但其实际激励作用往往不及高等级政府(访谈资料:SC2021. 10)。概言之,双向的“试探”缺乏对互动尺度的规制,主体遴选与组织激励陷入无据可循的困局。

3.3.2 垄断控制困局

公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效是当前医疗服务领域高质量发展的主基调,而区域医疗中心建设客观上也是一种大医院规模的扩张。集体行动者由“联盟”转变为“协会”后,地区性专科垄断风险攀升,区域医疗中心为医疗资源匮乏地区重点专科建设注入“强心剂”的同时,对其潜在专科垄断风险尚无制度规制:

“区域医疗中心建起来之后对这里本来就有的医院,尤其是相似专科的医院肯定是有挤压的,哪怕我们这里之前不是本地最强的,病人也会因为北大医院的牌子过来看病。”(访谈资料:SR2021. 12)

“区域医疗中心对当地原有医院的挤压我觉得在所难免,而且目前没什么太好的办法。但本身这也是一种倒逼吧,一家大医院投进去,当地其他医院不提升自己去竞争就必然会被比下去,他们肯定不愿意。”(访谈资料:SC2021. 10)

事实上,这一困局也是输出医院与地方政府间结构性矛盾的延伸。在跨域协调与属地监管存在盲区的条件下,区域医疗中心形成地区性垄断确难避免,唯有实现有效的跨域与属地监管,尤其是对区域医疗中心的自身扩张与联盟加以限制才可破局。

3.4 功能性偏离

在结构性矛盾与尺度性困局之外,输入医院作为优质医疗资源扩容改革的主要执行者与受益方,集中表现出了由制度设置不完善而带来的潜在功能性偏离,在一定程度上带来了政策实施的负向预期。

3.4.1 输出医院与输入医院间的发展目标错位

输出医院与输入医院的互动是政策过程中的核心,也是政策目标实现的关键。然而,这一互动在功能层面面临潜在的偏离风险,最突出的即为发展目标错位。输入医院作为输出医院的分中心、分支机构,在异地办医的背景下如何实现二者间“医教研防管”的全方位协同提升,科学设置业务布局与发展路径,并保证二者沿设定路径共同发力、齐头并进,是极具挑战性的任务,任意一方的“脱轨”都是当前条件下区域医疗中心发展的重要隐忧。部分受访者的回应佐证了这一隐忧:

“据我了解,部分区域医疗中心试点项目的合作进程并不愉快,输出医院确实是‘真心教’‘真心管’了,但输入医院的学习态度比较消极,不服输出医院的管理,这需要进一步的体制机制优化来解决。”(访

谈资料:G2021. 10)

“那我们既然去建了这个区域医疗中心,肯定是真心要去教当地的医生,尤其是要教他们改变原来不好的诊疗习惯,但是实际上确实不那么容易改。”(访谈资料 SC2021. 12)

进一步的,区域医疗中心作为扎根医疗资源匮乏地区的专科医疗机构,其能否有效结合属地实际与输出医院要求,充分发挥自身在“医教研防管”等核心业务上的功能性作用,而非“建完了事”、“坐吃山空”,同样是政策推进过程中不可忽视的功能性偏离风险。

3.4.2 输入医院的学科建设与人才能力不足

对输入医院而言,其能力发展仍在很大程度上依赖于输出医院对政策目标的重视程度和对资源迁移的意愿,由输出医院指向输入医院的互动尚缺失制度性规制,输入医院的学科建设面临困境。进一步的,基于人才流动的技术迁移是实现优质医疗资源扩容与再配置最为核心的举措,然而,如何激发脱离原属地医疗技术人才的积极性,如何弥补其离开医疗资源富集地区而带来的能力损失风险,均缺乏相应的机制安排:

“我们医院的做法就是医技半年左右轮换,管理人员一年左右轮换,用轮换的方式去避免我们自己的医生能力下降,或者说所谓的心理懈怠。但毕竟长期驻外,完全不受一点影响恐怕是很难。”(访谈资料:SC2021. 11)

概括来看,输出医院如何在满足本院需求的同时,通过资源合理调配,尤其是人力资源储备、培养和调动,纾解本院优质资源过于集中的“鱼缸效应”而不至于资源枯竭,同时输出最优团队提升区域医疗中心的服务能力而不至于“厚此薄彼”,需要输出医院的管理智慧,也需要制度的有效安排。

3.4.3 输入医院的配套资金渠道闭塞

财权与事权相统一是我国政府权力配置的核心原则,在各类政策执行中,资金配套的持续性、结构性问题始终是重点关切,各行动者所掌握的资金量也侧面体现其话语权。在优质医疗资源扩容改革中,中央政府的目标设置为“医院不出资,政府不新增债务风险”、“鼓励社会力量承办公立医院非医疗业务”;但就当前实践来看,政府投资与输出医院自身出资仍是主要资金来源,资金配套来源单一、渠道闭塞,尤其是社会资本参与渠道并未有效打通:

“区域医疗中心主要还是中央财政还有当地财

政投钱,我们自己也会出一些,社会资本的话是没参与进来,我觉得短时间内也参与不进来吧,而且现在的社会办医院应该还没有大量输出医疗资源的能力。”(访谈资料:SC2021. 11)

诚然,目前已有社会力量参与区域医疗中心建设的实例,如北京大学第三医院崇礼院区的后勤保障生活区由社会资本承建(访谈资料:G2021. 09),但完善的体制机制尚未形成。因此,如何开辟社会资本投入渠道,如何建构科学合理的资金结构、风险结构,仍待探索。

4 制度优化路径

从改革行动者的互动关系可以发现,制度设置对主体行为和政策过程的影响是贯穿始终的。制度设置的疏漏与不完善在改革的推进中逐步显现,结构、尺度与功能问题亟需调试。为此,应积极完善相关制度设置,使行动者在完备的制度设置框架下形成良性互动模式。

4.1 突破制度瓶颈,破解结构性矛盾

在行动者中心制度主义的视角下,互动关系的形成也是彼此取得信任的过程,信任又是建立和执行一切协同的前提^[4],但无论是建立基于等级的弱信任还是基于利益的强信任都需要制度基础。在前述两对结构性矛盾中,由于制度瓶颈的存在,主体间难以建立良性信任关系,必然出现政策执行障碍。因此,应以突破制度瓶颈、破解结构性矛盾为先导,首先实现改革关键节点内主体间的顺畅互动,推动政策落到实处。

4.1.1 统筹兼顾质量控制与数量逻辑,修正“锦标赛”式思维和评价范式

“锦标赛”式评价范式源自于中央和地方政府间长期以来以数量逻辑为核心的评价与被评价体系,这一数量逻辑在优质医疗资源扩容改革中则自然表现为重点专科的无序建设与部分地区内的项目集聚。有必要积极修正现有试点治理理念和相应机制,在以健康事业为核心的民生领域推动质量控制与数量逻辑的统筹兼顾、平衡考虑,建立健全基于民生导向、质量导向的立项遴选制度、监管制度、成果考评制度,实现以民生福祉为中心的有效治理路径。

4.1.2 建立以省级政府为中心的权力协调平台,突破管理制度壁垒

输出医院与地方(尤其是输入医院所在地市)政

府间所面临的结构性矛盾,是在我国现实国情下各类跨域改革所面临的共同难题。可以说,无论是“属人管理”还是“属地管理”,二者都必然面临不同层次、不同性质、不同地域带来的层层制度壁垒,只有创新管理思维加以突破,才能有力推动政策实施和目标达成。由现有实践可知,在项目建设层面,以省级人民政府为核心,向上对接中央政策要求,平行对接京、沪等地大型医院,向下对接地方(地市)政府需求的中心化权力协调平台已被证明可行,促成了以阜外华中心血管病医院等为代表的典型项目。^[11]北京儿童医院郑州医院等的建设也与之类似,区别在于核心协调者为属地市级政府。^[14-15]但在区域医疗中心的持续运行中,跨域协调与属地监管问题仍处于“多主体协调”的困局之中,输出医院与输入医院、各级地方政府与各职能部门在面对纷繁复杂的实务问题时只得采取“混合谈判”方式,无法实现高效协调。为此,建议建立以属地省级政府为中心的权力协调平台,赋予地方政府相应责权,从而降低协调成本。建议可考虑由省级卫生行政部门作为区域医疗中心主管部门,机构发展规划由省级政府与输出医院、中央政府共同协商确定;业务活动由属地省级卫生行政部门统一管理、考核,纳入本省卫生发展规划。

4.2 提升政策工具理性,化解尺度性困局

尺度性困局主要原因是政策科学性有待提高,有必要在保证政策价值理性的基础上进一步提升工具理性,从而有力规范行动尺度,为形成良性互动奠定基础。

4.2.1 强化过程规范性,保障主体遴选与组织激励制度的执行力

当前中央政府的主体遴选方式仍主要依赖行政指派,输出医院的激励诉求同样缺失制度化实现渠道,二者的博弈尺度仍处于“试探”这一较低层次,基于规范化、流程化的政策工具理性明显不足,激励性政策未能得到有效使用。为此,有必要强化目标导向,科学、高效地执行主体遴选与激励。首先,在当下试点即将全国推开前的时间节点上,对输出医院和输入地的遴选流程、遴选条件进行优化;这也是试点向全国顺利推开的保障。其次,在组织激励层面,制度性、常态化的补偿与反馈机制将有效提升输出医院的政策执行积极性。例如,可适当增加输出医院人员编制、输入医院招录人才允许落户输出医院所在地等措施,以保证输出医院的“造血功能”。

4.2.2 实施多层监管,以透明化管理化解垄断控制困局

在工具理性不足的现有监管制度下,地方政府对输出医院、输入医院与当地医院间的监管与关系调节往往依赖于注意力的分配,各层次的监管难以到位,且监管过程往往透明度不足。那么,基于信息手段的透明化管理显然是强化政策工具理性,提升监管合理性的可行之选。为此,可尝试构建地方性医疗协同平台,一方面将输入医院参照委局属(管)医院、高校附属医院、省直属医院进行管理,推动其与属地医疗机构、医联体形成高层次合作关系,不牵头兴建新的医联体,防范非理性虹吸现象的产生。同时,也可采取专科联盟等松散合作方式,推动输入医院在属地组建专科联盟,进一步实现区域医疗中心功能的空间溢出,带动区域内各类医疗机构的服务能力提升。另一方面,在医疗协同平台构建基础上建立医疗协同预警机制,严控输入医院建设规模,规避区域性全、专科垄断局面的形成。

4.3 建立健全配套机制,纠正功能性偏离

4.3.1 基于共同愿景,实现“医教研防管”深层次协同融合

“医教研防管”的全方位协同提升是优质医疗资源扩容改革的核心要求。^[16]输出医院与输入医院如无法实现协同融合,就无法有效发挥自身功能性作用,区域医疗中心所能起到的优质医疗资源扩容作用则将成为空谈。一方面,输出医院应发挥规划和引领作用,科学合理制定医疗服务、人才培养、科研创新、公共卫生与医院管理的总体规划与目标设置,为输入医院制定因院制宜、因地制宜的发展战略与中长期规划^[17],为全面融合、功能互促提供依托;尤其在专科建设方面应实现深度与广度的融合,结合二者各自地理与病源特点巩固专科发展优势、打造区域内特色品牌^[18]。另一方面,输出医院应对输入医院的功能性作用做好长期监督与管理,通过派驻医务管理团队、定期督查指导等方式确保区域医疗中心发展不错位、不缺位、不掉队,促使其真正发挥对当地医疗服务能力的带动与提升作用。

4.3.2 基于互惠互信构建医疗资源双向流动机制

如前文所述,在现有的政策框架内,输出医院与输入医院的互动中缺失对资源流动尺度的规制,使得输出医院对自身能力消减和输入医院对自身发展可持续性的担忧形成叠加。为此,建议输出医院与输入医院双方基于互惠互信的理念,在各级政府的帮助下建构医疗资源的双向流动机制。一方面,尝

试消解输出医院向输入医院进行技术转移的制度壁垒,如允许输出医院已有医疗资质向输入医院平移、解除输出医院派出人员在申报输入地医疗科研项目时的属地性限制条件、适当减免派出人员的个人所得税款等,充分提升输出医院的技术转移积极性。另一方面,尝试提升输入医院的自身造血能力,实现与输出医院的深度绑定,如探索输入医院成为输出医院所在高校附属医院的途径、基于高校与地方合作设置定向研究生培养计划等,从而推动双方良性互动。

4.3.3 基于风险共担思维解决资金配套问题

作为重大民生工程,优质医疗资源扩容改革离不开大规模的资金投入。有必要在推动信息全面透明化的同时,基于风险共担理念重塑权责结构,由政府承担主要资金风险,充分发挥财政兜底作用,同时也要解除非政府资本参与的“玻璃门”和后顾之忧。在此基础上,中央与地方政府可引导大健康产业资本按意向参与投资,通过政企合作、院企合作等形式打通产学研链条,充分推进区域性重点专科医药科研工作,实现优质医疗资源扩容进程中的互利共赢。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Scharpf W F. Games real actors play: Actor-centered institutionalism in policy research[M]. Boulder, Colo: Westview Press, 1997.

[2] Mayntz R, Scharpf W F. Policy-making in the German Federal Bureaucracy[M]. Amsterdam: Elsevier, 1975.

[3] Bedoya R. Las potencialidades del institucionalismo histórico centrado en los actores para el análisis de la política pública: Contingentes de trabajadores extranjeros en España[J]. Estudios Políticos, 2009(35): 33-58.

[4] 李文钊. 行动者中心制度主义: 探究政策过程中的互动效应[J]. 广西师范大学学报(哲学社会科学版), 2020, 56(3): 19-42.

[5] 李月军. 以行动者为中心的制度主义——基于转型政治

体系的思考[J]. 公共管理学报, 2007(3): 28-35, 122.

[6] 匡莉, 冯惠强, 马远珠. 推进乡村卫生组织一体化的障碍——基于行动者中心的制度主义分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(6): 37-42.

[7] 张圣捷, 崔志胜, 雷超, 等. 行动者中心制度主义视角下县域医疗卫生服务整合路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 8-14.

[8] Ploch M. An integrated model for public service media governance based on participatory governance and actor-centered institutionalism: Initial application to the independence of the Polish public broadcaster TVP S. A. [J]. Central European Journal of Communication, 2017, 10(2): 193-209.

[9] Simon H. The sciences of the artificial[M]. Boston: MIT Press, 1996.

[10] Douglass N. Institution, Institutional Change and Economic Performance[M]. New York: Cambridge University Press, 1991.

[11] 武启峰, 赵要军. 新形势下推进国家区域医疗中心建设的实践探讨[J]. 中国医院管理, 2021, 41(10): 11-14.

[12] 国务院政策例行吹风会(2021年6月7日下午)_中国政府网[EB/OL]. (2021-06-07)[2021-11-23]. <http://www.gov.cn/xinwen/2021-zccfh/23/index.htm>

[13] Arnold W. Forms of research organisation and their responsiveness to external goal setting [J]. Research policy. 2000, 29(6): 767-781.

[14] 周崇臣, 高静, 张晓敏, 等. 协同共建国家儿童区域医疗中心的实践与思考[J]. 中国医院管理, 2021, 41(9): 1-4.

[15] 周崇臣, 倪鑫, 吴红燕, 等. 构建国家儿童区域医疗中心的战略抉择与实施路径[J]. 中国医院管理, 2018, 38(1): 22-24.

[16] 中国政府网. 卫生健康委介绍区域医疗中心建设等有关情况[EB/OL]. (2021-04-28)[2021-11-23]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-04/28/content_5603629.htm.

[17] 郭晓斐, 李宁. 构建国家肿瘤区域医疗中心的探索与思考[J]. 中国医院, 2021, 25(7): 25-27.

[18] 张汉, 余波, 叶敏, 等. 基于目标管理的区域医疗中心构建模式探索[J]. 中国医院, 2019, 23(3): 32-34.

[收稿日期:2021-11-29 修回日期:2022-02-23]

(编辑 刘博)