

我国卫生系统治理的演化与启示

卫生系统治理方式体现在一个国家卫生政策的制定和执行过程中，影响整个卫生系统的演化和功能发挥。相对于其它卫生体系的构建模块，关于卫生体系治理的研究仍相对较少。本研究总结我国在不同历史阶段卫生系统治理的特点，基于不同时期治理特征和卫生体系整体绩效，分析影响卫生系统绩效的治理手段，为我国能在当前卫生体系改革中更好地促进政策创新和有效执行提供启示。

卫生系统治理模式是卫生系统绩效的重要决定因素

作为影响整个卫生系统演化和发挥功能的重要机制和规则，卫生系统治理方式被认为是影响卫生系统绩效的重要决定因素。世界卫生组织把“领导力和治理”作为卫生系统的 6 个构建模块之一。良好的卫生系统治理表现为：卫生政策的定位和发展方向清晰、政策内容及其执行策略要明确和系统化、政策设计有充分证据支持并对政策执行的影响进行科学监测、能实现良好的部门合作、激励和规制手段紧密配合政策目标、建立有效地监管和问责机制以促进政策推行。

自 1949 年中华人民共和国建国至今，我国的卫生系统经历了 60 多年的曲折发展。在不同的历史阶段，卫生系统的治理模式有着显著的差异。

不同时期我国卫生系统治理特点

1949-1978 年的中央计划经济体制阶段。当时我国人民的健康水平很低，平均期望寿命只有 35 岁，婴儿死亡率，产妇死亡率高达 15% 以上。提升国民整体体质成为国家发展的优先领域之一，政府是卫生系统的筹资和管理的主体。国家层面也有比较系统的卫生工作框架和服务提供体系框架，并自上而下大力推动。在科研证据和智库资源缺乏的情况下，国家层面允许地方政府对卫生政策具体设计

和实施进行试点，通过实践积累实践证据。赋予地方政府政策工具设计的自主权，从而因地制宜地施行适合当地的卫生政策。同时，将卫生工作上的创新和绩效作为地方官员的重要政绩考核标准，以监管和激励地方卫生工作的开展。这一阶段我国卫生体系建立了合作医疗制度、赤脚医生队伍、以及三级卫生服务提供网络，使得筹资、人和服务网络方面的制度覆盖到每个国民、特别是农村居民。

1979-1996 年的经济体制改革和对外开放阶段。这段时期经济发展成为了整个国家事务的中心，卫生工作已不是国家发展的优先领域。国家层面在卫生系统领域的工作目标变得模糊，卫生工作目标在保障国民健康与创造经济价值之间徘徊，在实际操作层面上甚至一度是后者占了上风。中央政府在此时并未形成明确的卫生体系制度框架，政府也不再是卫生系统筹资的主导，卫生系统也开始倡导独立经营、自负盈亏。另外，不同类型服务机构之间的协作遭到破坏，商业化的运行模式加剧了卫生服务机构之间的竞争关系和卫生系统的碎片化。在这样的治理环境下，各级政府不再有动力对卫生事业和制度创新进行投入。三级卫生服务网络遭到破坏，医疗费用飞速上涨，农村合作医疗瓦解且迟迟没有替代性的制度出现，“看病难、看病贵”逐步成为严重的全国性社会问题。

1997 年至今的深化改革阶段。1997 年中央政府出台了《关于卫生改革与发展的决定》，明确了卫生工作的定位：将民众健康定位为国家发展的“重要目标”、主张卫生改革与发展要“把社会效益放在首位”，并强调了公共财政对卫生的投入。中央政府重新制定系统的卫生改革政策：“城镇职工基本医疗保险制度”、“新型农村合作医疗”等均在国家统一政策框架下、自上而下建立。卫生体系的制度创新和绩效，再次成为考核地方官员政绩的重要指标。

除上级政府监管外，问责主体开始呈现多元化，网络媒体的发展使得民众的诉求和社会评价成为推进我国卫生系统改进的力量。同时，卫生体制改革中证据和智力资源的运用也更加广泛：在继续使用从典型地区试点到普遍推广的自我探索模式的同时，学术机构、国际组织等在政策制定和效果评估中作用变得更加突出。卫生系统又不断出现了制度的重建和快速覆盖：新型农村合作医疗制度覆盖到 98.9% 的农村居民，基本公共卫生服务均等化制度的启动实现了基本公共卫生服务包的全民覆盖；随着一系列制度的建立和 2009 年新一轮医药卫生体制改革的启动，我国卫生系统的公平性开始改善，在全民健康覆盖上也取得了较大进展。但是，此阶段的有些改革涉及到跨部门协调，而协调不利是我国卫生体制改革推进中的一大阻力，导致许多深层次问题无法解决和改革进展缓慢。

我国卫生系统治理演化的启示

政府在卫生体系发展过程中承担主导作用，并对卫生事业发展给予切实而强有力的政治承诺。如果将政治承诺落实为政府在卫生工作中应当发挥的具体作用，我国卫生系统治理的历程说明了如下几点：1) 政府要坚持、承诺和引领卫生系统的公益性定位；2) 政府要明确地表达对卫生系统和卫生事业的重视，并根据当时当地的卫生问题准确并清晰地确定卫生系统发展的优先领域；3) 中央政府设定宏观的政策框架，基于这个框架考核地方主政官员的施政绩效，以保障顶层设计能够落地；4) 政府融合筹资、支付和监管的力量，形成同向的合力，鼓励卫生机构内部建立与外部政策激励相适应的内部管理机制。

在既定宏观政策目标和框架下，可允许和鼓励地方尝试各种政策工具。中央政府需要把握卫生体系发展的目标和宏观的政策框架，但却无法、也没有必要推行放之四海皆准的具体政策工具。我国卫生系统发展过程中有不少制度创新源于基层的实践和探索，这来自地方政府在政策工具设计上的自由度：地方的自由度有助于广泛调动各个地方和各

个层面的智力资源，共同参与卫生工作；也有助于制度设计更符合当地实际；中央政府的表彰和宣传也激励了地方的制度创新。

政策设计和实施过程采用“试点-评估-推广”的模式。先由中央政府确定政策目标，然后选择和鼓励试点地区尝试不同的政策手段，追踪和评估不同试点地区的做法以及效果并据此选择成功的典型地区，最后宣传典型方案并加以推广。这种模式适用于很多局面，包括：缺乏高质量研究证据和智库资源、国际经验又难适用于本国环境；由于涉及不同职能部门的利益而难以达成跨部门共识；缺乏对政策实施效果和负面影响的科学预期；地方执行国家顶层设计政策的速度缓慢。

不同政府部门之间政策的不协调会影响卫生政策的实施。我国国家治理体系是条块分割的，决策权分散在国家层面的不同职能部门，形成了多元的决策平台；不同决策部门所面临的政治压力、所代表的利益并不相同，并且在政治和经济资源的争取方面还有一定的竞争关系。这样的决策体系并不利于部门之间达成共识和共同决策，而分散决策容易形成政策之间的不协调，这是我国卫生系统治理中的瓶颈和需要着力突破的关键点。

我国目前仍处在医疗卫生体制改革过程中、努力完善卫生体系各领域的政策以促进全民健康覆盖。卫生系统治理环境隐藏在具体卫生政策内容和效果的背后，但却是国家或地区能否实现制度合理设计、政策快速推行和达到预期目的的基础。我国卫生系统治理发展历程的分析发现：我国卫生体系一些独特的治理手段，包括**对政策优先领域强有力的政治承诺、宏观政策框架约束与地方工作自由度相结合施政、从典型地区试点到普遍推广的政策推行方式**，是中国卫生领域政策创新和快速执行、并取得良好政策效果的重要机制和推动力。

（袁蓓蓓）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。