

# 从“预算式配置”到“战略性购买”：NHS 英格兰医疗服务购买方式的改革、理论与绩效<sup>\*</sup>

李 珍 陈晋阳

**[摘要]** 本文研究了英格兰国家医疗服务体系(后文简称 NHS 英格兰)在医疗服务购买方式上的制度变迁史。本文发现, NHS 英格兰自 1948 年建制以来经历了“预算式配置”“竞争性购买”和“战略性购买”三个阶段;经典行政管理理论、新公共管理理论和公共治理理论分别塑造了上述三个阶段的医疗服务购买方式;新公共管理理论塑造下的“竞争性购买”阶段虽然被寄予厚望,但是宏观健康绩效差强人意;作为对“竞争性购买”模式的纠正, NHS 英格兰已于近年来完成了向“服务整合、供需协同”的“战略性购买”模式转型。通过比较分析,本文认为,中国不仅需要正确区分“集团购买”和“战略购买”并从“竞争性购买”模式中走出来,还要充分认识到我国基本医保支付政策赋能下的紧密型县域医共体建设正处于“战略性购买”政策实践的国际前沿。

**[关键词]** 国家医疗服务体系;公共治理;医保战略购买;整合型健康服务体系

**[中图分类号]** D035 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-0863 (2023) 11-0115-10

## 一、引言

2020 年 2 月 25 日,中共中央、国务院在《关于深化医疗保障体制改革的指导意见》(中发〔2020〕5 号)中提到,“发挥医保基金战略性购买作用,推进医疗保障和医药服务高质量协同发展,促进健康中国战略实施”。战略购买作为医药服务购买者与供给者之间围绕购买要素进行协商共治的方略,目的是提升医保基金使用的有效性、改善医药服务利用的公平性以及医疗服务体系的整体运行绩效,推动全人群全生命周期一体化服务体系的形成和高效运行,最终实现“三医”协调发展。对国民健康需求的前瞻性回应和对“三医”协调发展的整体性推动本应是中国基本医疗保险战略购买功能的重要特征。

然而,在理论认知上,我们却误将以创造单一买方、归集购买资(基)金、平衡供需(市场)势力<sup>①</sup>为重心的“集团购买”等同于“战略购买”。NHS 英格兰自 20 世纪 90 年代初以“内部市场化”改革为标志进入“竞

争性购买”阶段之后,此后 20 年间的政策调整主线就是试图以供、需双方的市场势力动态平衡来提高医疗服务的购买绩效,但是,总体效果不佳;<sup>②</sup>另一方面,在“战略购买”的政策实践上,我们的理论认知也未能很好地回应政策立意并匹配中国特色的改革实践。高质量的医疗服务体系是以人为本的整合型服务体系(People-centered Integrated Care, PCIC),<sup>[1]-[3]</sup>不论战略购买的资金来源是财政预算还是保险基金,其共同目的都是协同医疗服务供方建立连续整合的医疗服务体系,回应全人群全生命周期的医疗服务需求。英国 NHS 最新的整合型健康服务体系(Integrated Care Systems, ICSs)改革目的如此,中国基本医保支付政策赋能下的紧密型县域医疗共同体建设方向亦然,这一点并没有在中国基本医保战略购买的话语体系中得到应有的重视。

<sup>①</sup> 这里的市场势力指市场垄断势力(Market power)。

<sup>②</sup> 后文将会围绕这一点进行专门讨论。

<sup>\*</sup> 基金项目:世界银行贷款现代财政制度与国家治理技援子项目“基本医疗保险参保机制”(编号:2020K20071)

作者:李珍,武汉大学政治与公共管理学院教授,武汉 430072;陈晋阳(通讯作者),英国约克大学健康经济学中心终身制研究员,约克 YO10 5DD

本文是中国基本医保战略购买系列研究的延伸,<sup>[4][5]</sup>会将研究重点放在 NHS 英格兰医疗服务购买方式改革的特征提炼与逻辑串联上,并且回溯其制度改革理论动因、放眼其制度改革的宏观绩效。

## 二、改革历程:NHS 英格兰医疗服务购买方式改革的阶段与特征

### (一)1948 年至 20 世纪 90 年代初的“预算式配置”阶段

本文将政府按计划直接分配财政预算给医疗服务机构的资源配置方式称之为“预算式配置”。在 1948 年建制之初,NHS 英格兰是一个按计划配置医疗资源的“供需不分”型行政管理体系,既不存在供需双方、也不拥有购买关系、更不必谈激励机制,是一个依靠中央计划配置财政预算来推动运行的公共行政体系(医疗服务类似于政府政务服务)。

1948 年 7 月 5 日,时任英国卫生健康大臣(Secretary of Health)安纽林·贝文(Aneurin Bevan)在英格兰曼彻斯特市帕克医院宣布 NHS 正式建立,“国家所有、财政供养、科层设计”是这一时期 NHS 英格兰的主要制度特征。

“国家所有”是 NHS 英格兰最为直观的制度特征。在战时,非国有的医院服务体系让英国经历了短暂的医疗保障供应不足风险。<sup>[6]</sup>因此,在贝弗里奇爵士、费边社、纳菲尔德基金会分别设计并提交的三份 NHS 建制方案中,均强调“战后英国需要一个由国家(政府)拥有并运行的医疗服务体系”。<sup>[7]</sup>也正是在这一理念的指导下,NHS 英格兰在建制之后对全英约 3000 家医院中的 2751 家实施了“国有化”。<sup>[8]</sup>

“财政供养”<sup>①</sup>反映了这一时期 NHS 英格兰的预算使用逻辑。在 NHS 英格兰建制之初,预算按照三个“横向分割”的独立业务版块——医院专科医疗服务、全科医生全科医疗服务、社区卫生预防与健康促进——分开,依据覆盖人口和服务标准进行分别编制和直接拨付,并进一步在各个版块内部通过嵌套其中的纵向政府(Council)体系进行逐级递解。<sup>[9]</sup>预算的使用效果并不被强调,版块之间的资金流动与激励关系也不受关注。

“科层设计”是 NHS 英格兰启迪于经典行政管理理论的新增制度特征。由于建制之初的 NHS 英格兰是根据业务版块进行“横向分割”的,医疗服务的“碎片化”供给成为当时的一个突出问题,而非此后广为人知却略有误导的“就医排队”现象。彼时,公共政策制定者面临的公共管理问题是,如何有效地在 NHS 英格兰实现医疗服务的“连续、整合”供给?公共政策制定者选择将原本“横向分割”的服务体系进行“纵向统合”。1974 年,NHS 英格兰组织体系调整法案(the National Health Service Reorganisation Act)出台,在英格

兰划分出了 14 个管理区(Regional Authorities),每个管理区统领之前被“横向分割”的三个业务版块;接着,将其进一步向下划分为 90 个区域卫生健康管理委员会(Area Health Authorities, AHA),每个管委会负责 50 万至 100 万人口;随后,为了达到有效控制和命令的目的,90 个区域卫生健康管委会进一步被“网格化”划分为 205 个地区卫生健康管理团体(District Management Teams),每个团体负责 20 万左右的人口<sup>[10][11]</sup>。通过这种带有“纵向统合”特征的“科层设计”方案,NHS 英格兰拥有了一个便于控制和命令的组织体系与服务网络。

总体而言,这一时期的 NHS 英格兰作为一个行政管理体系,注重的是行政程序上的“行政效率”而非预算配置的“配置效率”。这种不重视财政预算配置效率的情况普遍存在于当时政府管理的各个领域之中,NHS 英格兰并非个案。在 20 世纪 80 年代之前,健康总支出占英国 GDP 的比重一直大体处在 5% 以下,这种较小的可配置资源体量也进一步降低了 NHS 英格兰对预算配置效率的注意力分配。由于彼时公共财政学的不成熟,20 世纪 70 年代之前公共财政的支出绩效没有受到高度重视,这种问题在卫生健康领域和其他公共事业领域中普遍存在。所以,需要承认的是,此后经济学新自由主义提出的“政府财政预算支出应该重视效率”是重要的理论贡献。英国在“预算式配置”阶段虽然并不重视“投入-产出比”,但源于其优秀的全科医生以及分级诊疗、有序就医等制度的建设,英国在这一时期仍然拥有相对较好的宏观健康绩效,后文将通过呈现历史数据进行国际比较的方式来佐证这一点。尽管如此,这一模式仍然被经济学新自由主义批评为“低效率”的制度,其批评的切口是非紧急手术的排队问题。

### (二)20 世纪 90 年代初至 21 世纪前 10 年的“竞争性购买”阶段

在 20 世纪 80、90 年代,NHS 英格兰逐渐成为了一个依赖医疗服务买卖双方进行市场化交易来驱动的“供需分离”<sup>②</sup>型新公共管理体系。本文也将政府分别配置财政预算给医疗服务供、需双方(以全科医生代表的需方为主),从而鼓励各方竞争的资源配置方式称之为“竞争性购买”。伴随着 20 世纪 90 年代<sup>③</sup>“内部市场”

①“财政供养”和“财政供给”是两个概念,前者直指 NHS 英格兰建制之后近 30 年间无关预算使用绩效的制度特征,而后者只是概括了包括 NHS 英格兰在内的全球 NHS 制度底色,不带有评价意味。

② 20 世纪 90 年代初才正式实施。

③ 本文并没有将 20 世纪 80 年代作为这一时期阶段划分的时间点。原因在于,20 世纪 80 年代发生的变化仅仅是在 NHS 英格兰进行内部组织的改革,即“新公共管理运动”,暂时并没有引入医疗服务供方、需方角色,也没有把医疗资源配置的机制从“预算式配置”更改为 20 世纪 90 年代“供需分离”改革后才开始的“竞争性购买”。

的出现, NHS 英格兰对于供需双方买卖关系的坚持、预算竞争与激励机制的强调、供需双方与供方内部双重竞争格局的追求, 开启了其“竞争性购买”时代, 也推动其进入了“战略性购买”的早期竞争阶段。

在这一阶段, NHS 英格兰起初因为“就医排队”的现象“被”贴上了“低效率”的标签。本文之所以强调“被”, 是因为来自国民的反馈并没有研究者和评论者所认为的那样严重。20 世纪 70 年代末, 英国皇家国民医疗服务体系委员会(the Royal Commission on the National Health Service) 实施了两项医疗服务调查, 一项是全国性的住院患者医疗服务调查, 另一项是小规模的初级医疗服务调查。调查结果显示, 只有 5% 的患者对入院等待现象表达了不满, 近半患者的入院等待时长不超过 1 个月。<sup>[12]</sup>

公共政策制定者需要回答两个问题: 第一, 是什么原因导致了 NHS 英格兰的“低效率”; 第二, 如何解决 NHS 英格兰的这种“低效率”? 彼时的答案是“产权、激励与市场”。基于这一答案, NHS 英格兰开始了两个层面的制度变革。一是宏观层面的公共事业运行模式(Model) 改革, 也即上文多次提到的, 如何设计更好的医疗服务购买方式; 二是微观层面的公共组织管理方式(Method) 改革, 即如何实现组织内部的有效管理与高效运行。这两个层面的制度变革是同时开展的, 但是, 宏观层面的制度改革在 20 世纪 80 年代初受阻而被搁置和调整, 直到 20 世纪 90 年代初才重新启动。

在宏观层面的公共事业运行模式上, 时任英国执政党保守党的党内政策研究中心(Centre for Policy Studies) 在 20 世纪 80 年代初制定了一份将 NHS 英格兰转变为美国私营医疗保险制度的改革方案。<sup>[13]</sup> 该方案的本质是私有化和市场化改革, 将医疗服务的筹资责任从政府转移给居民个人, 居民不再通过公共财政预算资金获得“使用时免于付费”的医疗服务, 而需要通过在私营医疗保险市场上购买保单的方式为自身的医疗服务需求与医疗费用风险提供保障。同时, 医疗服务机构需要相互竞争, 从而在私营医疗保险市场上获得合意的医疗服务供给补偿。这种“原地调头式”的制度改革遭到了民众反对, NHS 英格兰转向产权独立的“私有化”改革胎死腹中, “外部市场”未能如愿搭建。

在微观层面的公共组织管理方式上, 1983 年至 1989 年间, 保守党在 1983 年《格里菲斯管理咨询报告》(The Griffiths Report 1983) 的指导下推行了 NHS 英格兰的“新公共管理”运动,<sup>[14][15]</sup> 开始将“企业管理”(Management) 的方式应用到“公共(组织)管理”(Public Administration) 中来。20 世纪 70 年代确立的“共识管

理与集体决策”原则(the Consensus-style Management Teams) 被放弃, 代之以“纵向管理与领导决策”方式,<sup>[16]</sup> “经理人”(Manager) 这一常见于私营企业的角色开始在 NHS 英格兰出现; 在这种“纵向管理”体系内, 经理人负责医疗资源调度、医疗服务递送和医疗质量管理, 并依据管理绩效奖优罚劣、优胜劣汰; 作为国家公共事业组成部分的 NHS 英格兰也开始从英国卫生部“相对”独立和实体化, 并开始任命首席执行官。<sup>[17][18]</sup> 这都意味着, NHS 英格兰开始以私法人的姿态和企业管理的方式展开运行。

然而, 微观层面制度变革取得的变革效果仅限于组织内部, 这无法满足 NHS 英格兰在宏观层面提升制度绩效的改革需求。1989 年, NHS 英格兰发布了《为患者服务》(Working for Patients) 改革方案并提出, “仅仅依靠‘新公共管理’运动已经无法进一步提高 NHS 英格兰的运行效率”。

20 世纪 90 年代初, 作为一场微观经济学的实地实验, NHS 英格兰在英国约克大学健康经济学中心(Centre for Health Economics, University of York) 的研究支持下启动了“供需分离”改革。“供需分离”改革在不改变 NHS 整体公共产权属性的前提下, 通过赋予全科医生“购买人”角色(GP Fundholders)<sup>①</sup> 的方式, 人为创造出了医疗服务的买卖双方, 进而搭建出了一个以专科医疗服务买卖为核心的“内部市场”。

“供需分离”改革是彼时 NHS 英格兰建立 40 余年来最重要的改革, 是“竞争性购买”时代的开端, 也为其走向“战略购买”早期阶段提供了制度基础。作为新自由主义经济学和新公共管理理论指导下的产物, “供需分离”改革的指导思想是“供需分离、价格激励、市场竞争、效率提升”, 运行机制是“医疗服务购买人接受政府委托的财政预算, 并代表患者向供给人(医院) 购买服务”。这一运行机制在 20 世纪 90 年代初至 2014 年前后的 25 年间没有变化, 变化的是由谁来“购买人”。对这一问题的回答, 也是串联 NHS 英格兰“竞争性购买”时代——或者称之为“战略性购买”早期竞争阶段——的政策主线。

在保守党执政的 20 世纪 90 年代, 专科医院医疗服务“购买人”的角色主要包括两类: 一是特定地理单元的卫生健康管理部门(the District Health Authorities), 其依赖政府根据人口、健康指标加权计算和拨付的财政资金, 为属地国民购买专科医院医疗服务; 二是全科医生, 最初只有部分全科医生自愿承接财政预算, 为签约患者提供初级全科医疗服务并购买专科医院医疗服务。此后, 超过 60% 的全科医生都成为了拥有财政预

<sup>①</sup> 由英国约克大学健康经济学中心创始主任 Alan Maynard 首创并在 NHS 英格兰实施。

算的“购买基金持有人”(GP Fundholders)。

在新工党执政的1997年到2009年以及保守党与联合政府执政时期(2014年之前)，“购买人”的制度安排出现了明显变化。“购买人”从单独的全科医生向全科医生组织(Primary Care Groups, PCGs)、全科医生信托(Primary Care Trusts, PCTs)、临床战略购买组织(Clinical Commissioning Groups, CCGs)依次演进,基本趋势是组织规模从分散到集中(推动“购买人”组织合并)、市场势力由弱势变强势(扩大“购买人”基金规模)。<sup>[19]</sup>这一时期也是NHS英格兰“竞争性购买”的全盛期,坚定地执行了供需分离、服务购买、经济激励的制度安排,落实了以垄断对应垄断、以(市场)权力匹配(市场)权力的指导思想。<sup>[20]</sup>

总的来说,在20世纪90年代初至2014年前后的这25年中,NHS英格兰私有化改革难以推进,便退而求其次地引入了“内部市场”机制,希望通过对专科医疗服务的竞争性购买提升健康绩效。虽然有一系列经济学证据表明,英国医疗服务的微观效率确有提高,<sup>[21]-[31]</sup>但通过下文呈现的数据我们就会看到,在1991年引入内部市场机制的同时,英国的健康预算一直在迅速增长,到2009年英国健康预算的GDP占比达10%,比1990年相比几乎翻番。英国宏观健康绩效指标的边际改善状况不仅不如它的早期阶段,而且不如同期与之可比的其他欧洲高收入国家。

回到问题的起点,我们会发现,一方面,经济学新自由主义批评NHS英格兰“低效率”问题时,“低效率”本身可能就是一个伪问题,批评者视而不见的是预算不足;<sup>①</sup>另一方面,批评者过高估计了竞争机制对全民健康绩效的作用,忽视了健康领域的特殊性。在全民健康绩效中,被覆盖人群对卫生服务的公平利用、有效的初级医疗服务、有序的就诊秩序等等因素对健康绩效影响的权重是较大的,如果竞争产出的微观效率冲击了这些因素产出的绩效,则整体绩效下降是可以理解的。尤其是当以医疗(Healthcare)为中心的卫生服务理论转向以健康(Health)为中心的卫生服务理论时,当人口老龄化发生和发展、慢病管理被强烈需求时,这种竞争性购买专科医疗服务的模式改革就被提上日程。

### (三)最近10余年的“战略性购买”阶段

本文将政府分配财政预算给供需协同的整合型健康服务体系,并由其通过供需联合与协商共治方式决定属地内预算使用优先级的资源配置方式称之为“战略性购买”。<sup>②</sup>自2014年以来,NHS英格兰以各地试点并逐步扩散的方式陆续实施了比肩20世纪90年代“供需分离”改革的重大制度调整,使用“服务整合、供需协同”为核心的“战略性购买”(新)模式替代了以“服

务买卖、经济激励”为核心的“竞争性购买”模式(即“战略性购买”的早期竞争阶段)。

NHS英格兰“竞争性购买”阶段的副作用在21世纪初逐渐显现了出来。在21世纪的前10年,NHS英格兰全科、专科服务体系之间在预算资金归属上的对立,以及专科医疗服务市场内部的竞争局面,关联着低效就医<sup>③</sup>、重复诊断、资源浪费的问题。<sup>[32][33]</sup>与此同时,在下一个10年,NHS英格兰面临着“预算资金增长承压<sup>④</sup>、医护人力资源短缺、国民健康需求变化”三重压力。其中,“国民健康需求变化”具体体现在人口老龄化推高了慢性非传染性疾病、多种疾病共存的治疗需求,这已经不再是彼时NHS英格兰能够高效满足的医疗需求,因为其是一个为治疗单一、急性疾病而生的医疗体系。<sup>[34][35]</sup>除此之外,单体疾病愈后的(院外)长期护理需求、生理健康之外的心理健康需求高企,<sup>[36]</sup>这同样超出了彼时NHS英格兰的服务供给能力。<sup>[37]</sup>

在这种情况下,NHS英格兰需要创造条件使得更紧张的医护组合能够使用更有限的预算资金满足更复杂的国民需求。而在资源约束下,推动组织、人员和服务的整合是节省资源消耗的通常选择。NHS英格兰在2014、2017、2019年发布的三份改革规划中,选择了以“整合全科医疗与专科医疗、整合即期治疗与长期护理、整合生理健康与心理健康”为核心的改革方向。<sup>[38]-[40]</sup>

2014年以来的NHS英格兰制度改革逐步从“竞争性购买”走向了“战略性购买”。2014年10月,NHS英格兰发布了《五年改革规划》(NHS Five Year Forward View),<sup>[41]</sup>宣布将在英格兰逐步使用整合型健康服务体系(Integrated Care Systems, ICSs)替代临床医疗服务战略购买组织(CCGs),将政策重心从“供需分离、服务分开、预算竞争”推向“供需整合、服务连续、预算联通”。

这样的制度调整仍然从两个方面推进:一是公共事业的组织架构;二是公共事业的运行模式,即前文提到的医疗服务购买方式(预算资金使用方式)。

在公共事业的组织架构方面,2022年初,英国议会正式赋予整合型健康服务体系(ICSs)法定地位,将其作为NHS英格兰内部最新的服务规划与递送单元。英格兰全境被划分为42个整合型健康服务体系(ICSs),内部新增一个合作委员会(Integrated Care Partnership, ICP)。该合作委员会(ICP)是每个整合型健康服务体系(ICSs)的决策单元,由三类法人构成,分别是负责全科与专科医疗服务供给的整合型健康服务

① 预算不足仍然是当前NHS英格兰面临的最重要问题之一。

② “竞争性购买”也可以被理解为“战略性购买”的早期版本,因为在“竞争性购买”阶段,政策制定者同样使用了commissioning一词进行政策解释。

③ 患者需要对不同医院的不同医生多次陈述自己相同的病情。

④ 2008年全球金融危机之后,NHS英格兰的财政预算被明显压减,这一点可以在后文的图形中直观地观察到。

董事会(Integrated Care Board, ICB)、负责公共卫生服务的地方政府(Local Council)以及负责长期护理服务的社会照护(Social Care)组织和其他机构。合作委员会(ICP)的存在是战略性的,它承担着每个整合型健康服务体系(ICSSs)内部的战略规划功能。该战略规划不仅仅直接决定了合作委员会(ICP)三类组成法人的服务供给安排,而且“逆向”影响了处于管理层级上游的NHS英格兰服务规划决策。“多主体、重协商、有联动”的公共治理元素在上述NHS英格兰的组织架构调整中得到了较为直观的体现。

在财政预算的使用方式方面,“竞争性购买”时代由全科医生为主体的购买人组织掌握预算资金购买专科医疗服务,从而借助“服务分开”和“预算竞争”机制提高预算资金使用绩效的阶段已经过去。基于新设计的组织架构,NHS英格兰将预防与健康维护以外的预算资金拨付给42个整合型健康服务体系(ICSSs),不再区分全科与专科医疗服务进行分类拨付,也不再强调全科、专科服务之间的购买机制。对于该预算资金在特定地理单元的使用优先级,由每个服务体系(ICSSs)内全科、专科医疗服务供方组成的董事会(ICB)自行决定,但需要服从上文提到的整合型健康服务合作委员会(ICP)制定的战略规划。

### 三、理论溯源:三种购买制度背后的公共管理理论迭代

制度变革的背后是理论更迭。本文认为,经典行政管理理论、新公共管理理论(更根本的是新自由主义经济学)和公共治理理论分别塑造了上述三个阶段NHS英格兰的医疗服务购买方式。

1948年NHS英格兰建立之前的50年是经典行政管理理论成长成熟的50年。<sup>[42]-[44]</sup>这一时期,政府在应对包括第一次世界大战、大萧条、第二次世界大战在内的全球性重大公共事件中发挥了核心作用,<sup>[45]</sup>也塑造了政府在经典行政管理理论中的绝对主导地位。经典行政管理理论赋予了政府“划桨人”的角色,强调政府是公共事业管理的绝对主体,应当直接承担起公共事业的规划、建立与(公共服务)递送职能,科层组织与控制命令是与之适配的管理体系与管理方式。<sup>[46]-[49]</sup>也正因为如此,这一阶段的NHS英格兰具备国家所有、财政供养和科层架构的制度特征,后者在20世纪70年代的制度调整中尤其明显。

然而,在20世纪70和80年代,1974年石油危机引致的“滞胀”引起了对国家干预主义的反思,新自由主义经济学逐渐成为主流并带动公共管理理论从经典行政管理走向了新公共管理。“产权、激励与市场”是20世纪80年代以来新自由主义经济学和新公共管理理论共同的理论关键词。政府在公共管理中的角色从

“划桨人”变为了“掌舵人”,不再被认为应当全面、深入、亲自介入到公共事业和经济活动中去,而是应当保护私有产权、建立高效市场、推动公正交易,将赋予个体选择权利和保障个体自由选择作为改进个体福利水平的最佳方法,并将“合同化购买、货币化激励、市场化运行”作为公共事业发展的主导方式。在这种理论思潮的指导下,去政府管制、国企私有化以及国家责任在部分公共事业中的消退成为了全球风潮。<sup>[50]</sup>20世纪80年代的NHS英格兰即是如此,公共产权被认为是NHS英格兰此前一个时期“低效率”的根源,从而使其进入了“内部私有化”的20年。

在新自由主义经济学和新公共管理理论流行的数十年间,公共管理领域出现了新的变化,这主要体现在公共政策的制定包含了愈发多样化的参与主体、差异化的价值(Value/Interests)诉求和网络化的(多)主体联动。在这种新的公共事业发展情境和公共政策决策情境中,如何更有效地制定出“好”的公共政策?这是时代为公共政策制定者提出的新问题,也是公共管理理论从新公共管理进一步走向公共治理的新推手。

公共治理是一个在多主体利益网络中解决复杂(Wicked)公共政策议题的动态利益调和过程,政府的角色不再是“划桨人”或者“掌舵人”,而是在公共政策制定过程中作为决策者和协调人串联多方(治理)主体、搭建参与网络、汇集价值诉求、调和价值冲突、维持网络活力。早在20世纪70年代,作为一种概念的公共治理就已经出现在了经典行政管理理论的文献中,<sup>[51]</sup>但仅仅是作为一种复杂公共问题的潜在应对机制而被简单提及。到了21世纪的前10年,公共管理领域对作为一种理论的公共治理进行了一次较为集中的讨论,<sup>[52]-[55]</sup>虽然并未形成一个概念清楚、体系完备、高度成熟的公共治理理论体系,<sup>[56]</sup>但是公共治理的上述基本特征已经得到了较为广泛的认同。本文虽然无法断言NHS英格兰最近十余年的供需整合改革与公共治理理论的出现存在“因果关联”,但是,正如前文对NHS英格兰整合型健康服务体系(ICSSs)的大体介绍一样,公共治理理论元素在其中的制度映射是较为明显的。

### 四、宏观绩效:不同购买制度的宏观健康产出比较

#### (一)基本思路

本节将从纵向、横向两个视角观察NHS英格兰建制以来的制度运行绩效变化。从纵向历史视角进行比较的优势在于,可以直观地观察不同历史时期的投入、产出变化幅度及其变化趋势。劣势则在于,宏观健康指标的变化是呈现边际绩效自然递减的,例如人口预期寿命。所以,仅仅从纵向历史视角进行比较会更容易得到负面的评价结论。基于上述考虑,本节进一步

结合了横向国别视角进行比较与评价,希望通过这种方式大体控制住宏观健康指标边际绩效递减对比较结果带来的混淆影响。

出于数据可得性的考虑,本节使用的数据是英国、德国、法国、欧盟与七国集团 1960 年至 2020 年的宏观健康统计数据,涵盖的指标包括健康总支出占 GDP 比重、人口预期寿命、婴儿死亡率、癌症死亡病例数,数据来源为 OECD 数据库。这种利用长时段宏观统计数据对国家健康体系投入、产出绩效进行分析的方法固然粗糙,也无法提供任何相关性或者因果性的结论,但是,这便于作者和读者对 NHS 英格兰 70 余年来的绩效变化趋势形成一个总体把握。2018 年,在纪念 NHS 英格兰建成 70 周年之际,英国医学杂志(the British Medical Journal, BMJ)推出的 NHS 英格兰制度运行绩效分析与

评价专栏文章采用的就是上述指标和比较思路。<sup>[57]</sup>

(二) 比较结果

图 1 呈现了英国、德国、法国、欧盟与七国集团 1970 年至 2020 年的健康总支出占 GDP 比重变化情况。本文以前文使用到的 20 世纪 90 年代初为时间节点,主要对“预算式配置”和“竞争性购买”两个前后相连的阶段进行了比较分析。

英国一路高涨的制度投入是否换来了与之匹配的制度产出? 本文目前得到的基本答案是否定的。图 2 至图 4 呈现了英国、德国、法国、欧盟与七国集团 1970 年至 2020 年人口预期寿命、婴儿死亡率和癌症死亡病例数的变化情况。总体而言,英国不仅仅没有取得与其高涨制度投入相匹配的制度产出,反而在部分指标上渐趋落后。

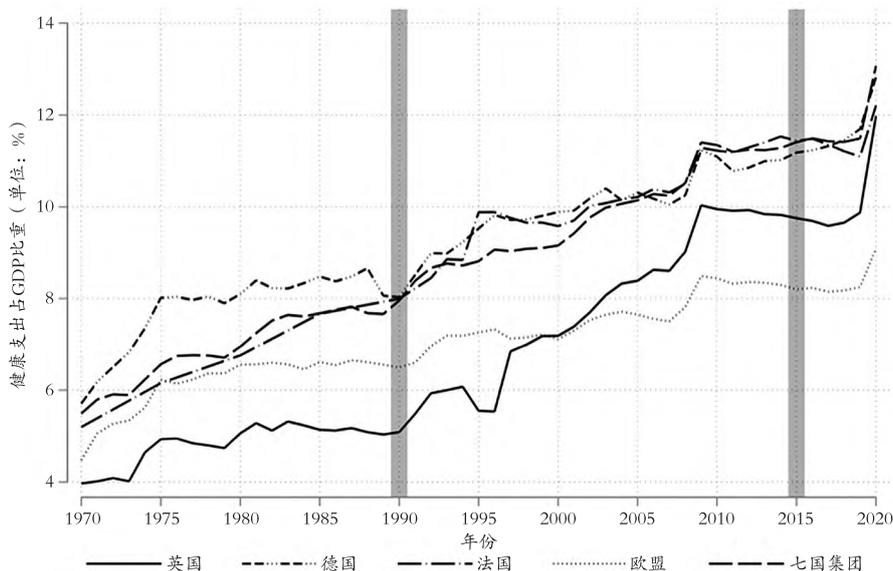


图 1 英国与相关国家(团体) 1970 年至 2020 年间的制度投入变化情况

资料来源:作者自制。

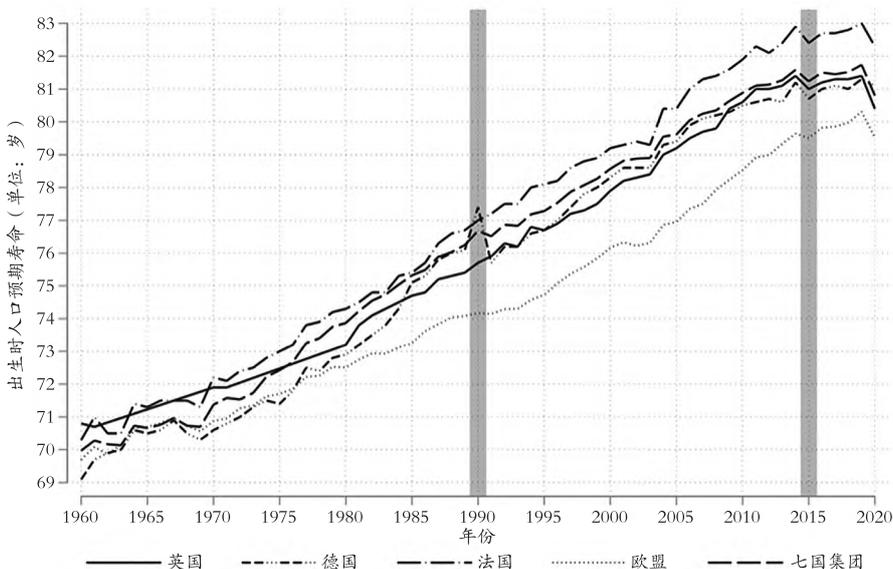


图 2 英国与相关国家(团体) 1970 年至 2020 年间的人口预期寿命变化情况

资料来源:作者自制。

在人口预期寿命的变化趋势上(见图2),英国保持了与其他国家(团体)基本相同的增长趋势,并没有因为NHS英格兰历史上的重大制度改革和高涨的制度投入而出现任何显著变动;在婴儿死亡率上(见图3),纵向比较结果是理所当然的理想,而横向比较的结果却不容乐观,英国原本的优势地位于20世纪70年代被法国赶超、20世纪80年代被德国和七国集团追平;在每10万人癌症死亡病例数上(见图4),英国的落后地位并未伴随着制度变革和制度投入而出现显著的变化,同时,德国与法国却逐渐实现了对欧盟和七国集团平均水平的赶超。

总而言之,1991年之后的“竞争性购买”阶段与之前的“预算式配置”阶段相比,英国健康体系的“经济性”在显著下降。作为英国健康体系主体的NHS英格

兰难辞其咎,因为制度投入的快速增长正是出现在20世纪90年代NHS英格兰重大历史变革之后。英国付出了比20世纪90年代之前更高的制度运行成本,却得到了与其他可比国家和国际团体大体相同甚至渐趋落后的宏观健康产出。从这一点来看,20世纪90年代新自由主义经济学和新公共管理理论指导下的“竞争性购买”模式并不“合算”。

### 五、中国与英国的对比分析:如何总结提炼好我们的改革经验

通过对NHS英格兰70年医疗服务购买方式制度变迁史的解构和分析,本文认为,我国医疗事业的发展进程和基本问题与NHS英格兰大体相同。在医保战略购买上,我国的理论发展虽有滞后,但政策实践——农村地区的紧密型县域医共体建设——却大体处在国

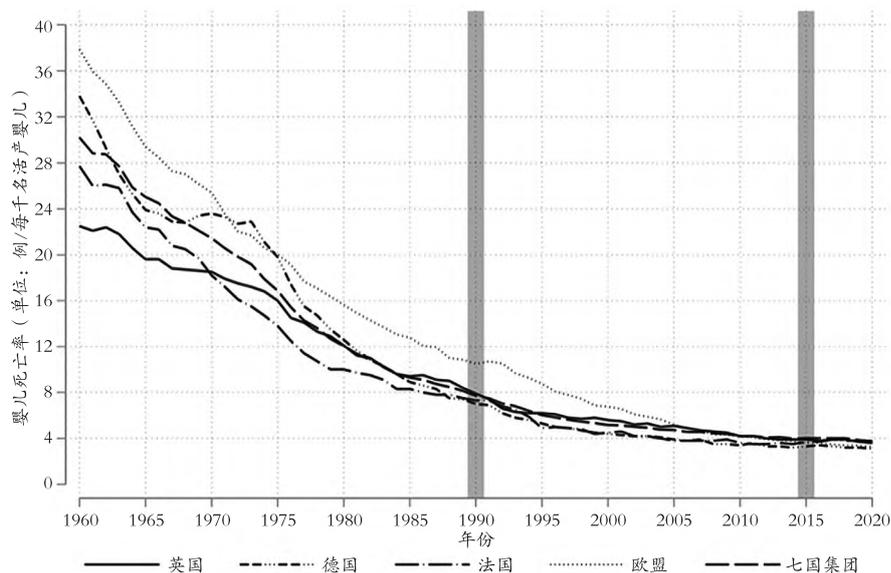


图3 英国与相关国家(团体)1970年至2020年间的婴儿死亡率变化情况

资料来源:作者自制。

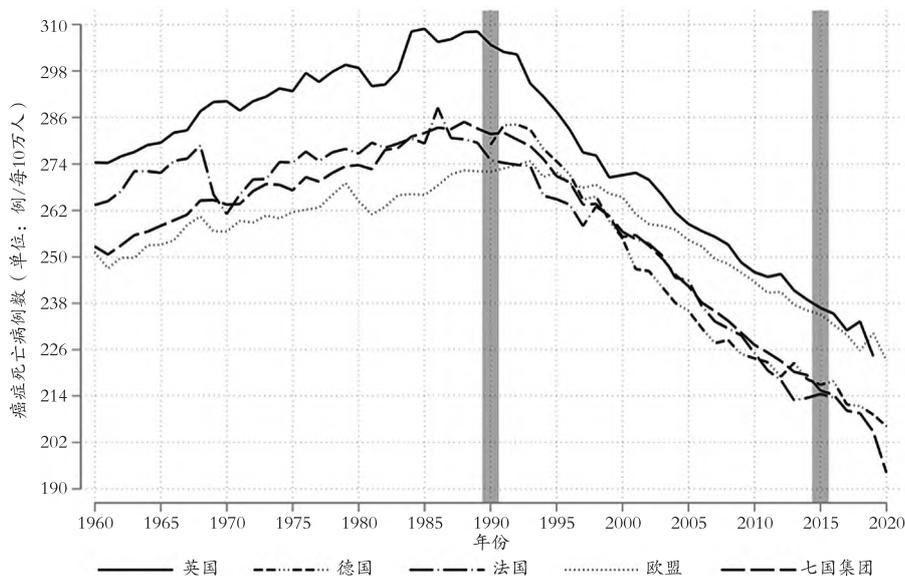


图4 英国与相关国家(团体)1970年至2020年间的癌症死亡病例数变化情况

资料来源:作者自制。

际前列。

在计划经济时代,我国同样是按照“预算式配置”的思路分三级进行医疗资源的计划配置,患者就医大体有序。在这一时期,医疗服务供给在数量和质量的城乡分布悬殊问题虽然存在,但是,更加突出的矛盾是政府医疗资源供给的普遍不足,所以,医疗资源配置不平衡的问题相对退后一步。到了20世纪90年代,医疗服务机构被推向了市场。伴随着职工医疗保险制度、城乡居民医保制度的先后建立,医保基金也开始以消费者自居,供需双方竞争性的购买市场逐渐形成。然而,我国没有初级医疗服务守门人制度,并且长期以来使用医院等级评定制度简单代替医院质量信息披露制度,<sup>[58][59]</sup>所以,患者“等级偏好”的就医模式逐渐形成并沉淀定型。由于我国医保基金的制度设计是“钱随患者走”,所以,门诊、住院“通吃”的高等级综合医院很快在竞争中胜出,医疗资源快速向上集中、基层服务能力日趋下降、医疗资源倒三角配置基本定型。同时,人口老龄化趋势加快,癌症、糖尿病、心脏病等慢性病已成为最主要的健康威胁,碎片的、以治疗为中心的、基层服务能力不足的卫生体系面临挑战。中国比NHS英格兰更加迫切地需要整合型的医疗服务体系。

2016年,世界银行、世界卫生组织和中国财政部、国家卫生计生委、人力资源和社会保障部发布了题为《深化中国医药卫生体制改革,建设基于价值的优质服务提供体系》的研究报告,建议中国用10年左右的时间建立高价值的一体化医疗卫生服务供给体系和筹资模式,以满足人民对健康日益增长的需求。2017年,党的十九大报告正式提出“健康中国”战略,为全体人民提供全方位全生命周期的健康服务,之后有各种相关政策出台。2020年2月25日,中发〔2020〕5号文出台,这是中央政府第一次在纲领性文件提出战略购买的作用是推进医药服务高质量发展,其目标是实施健康中国战略。医药服务的高质量发展是通过整合碎片的、以治疗为中心的服务体系,转向以人为中心的、连续的、全生命周期的一体化服务体系,整合是重要手段和必经过程,连续的一体化医药服务是发展目标。如此一来,医保基金在理论上和实践上就不再只是医药服务的补偿机制,而是通过战略购买实现其赋能卫生资源配置的作用。在中央政府认识的层面,中国也已经大体对标NHS英格兰,一方面,我们认识到了当前医药服务体系的问题及改革的方向并正在推动政策试点,另一方面,也明确了战略购买与供需双方协商共治的重要性。

中发〔2020〕5号文的发布已经过去了三年,通过观察理论演进和实践发展的情况,本文认为:

第一,我国战略购买的政府实践走在理论研究之前,理论界对战略购买的理论意义和实践意义讨论还远

不到位,这种理论落后于实践的“思想窘境”需要改变。

第二,我国医保基金战略购买的理论认知和政策实践还大体停留在“集团购买”的意义上。“战略购买”不仅仅是创造单一买方、归拢购买资金、平衡供需(市场)势力,进而寻求新的医药服务均衡价格水平,这是“集团购买”并且本质上是“竞争性购买”,追求的是医保基金的微观效率。近年来,“集团购买”在我国成就斐然、惠及全民,值得高度肯定。但是,NHS英格兰在“竞争性购买”阶段良好的微观效率并没有带来相应的宏观绩效,所以才有对战略购买理念的进一步调整和对整合型健康服务体系的追求。“战略购买”作为医药服务购买者与供给者之间围绕购买要素进行协商共治的方略,其目的是提升医保基金使用的有效性、改善医药服务利用的公平性和绩效,从而推动全人群全生命周期一体化服务体系的形成和有效运行,最终实现三医协调发展。对国民健康需求的前瞻性回应和对“三医”协调发展的整体性推动是“战略购买”的重要特征。“集团购买”放在“战略购买”的框架下,才更能体现其价值。

第三,我国农村地区正在以医保基金支付政策赋能下的县域紧密型医共体建设践行医保基金的“战略性购买”,我们却对这种实践模式的理论关注不足、理论重视不够、理论发掘不深。我们需要在战略购买的理论框架下,总结实践、发展理论、反哺实践,并做好在国际上讲好中国故事的理论准备。与NHS英格兰“服务整合、供需协同”的整合型健康服务体系(ICSs)相似,我国从2019年开始试点的县域紧密型医疗服务共同体建设是一项自上而下的农村三级卫生服务体系整合的组织变革。紧密型县域医共体在县域高水平医院牵头下,县医院、社区卫生服务中心/乡镇卫生院、村卫生室组成一体化的服务组织,共同承担患者筛查、疾病治疗、预后护理、健康追踪等融公共卫生、医疗服务、健康管理为整体的服务功能。紧密型县域医共体是在此前多种医共体模式中遴选出来并不断完善的,发展较为迅速,于2023年全面覆盖我国农村地区。尽管各地紧密型县域医共体的发展良莠不齐,但在发展态势良好的地区,医保战略购买是重要的推动力量。在这些地区,基本医疗保险实施医保资金总额打包付费以及“结余资金留用、超支合理分担”的激励机制,双方就购买的要素进行协商,医保基金开始向门诊、慢病管理、基层倾斜,以回应国民对健康服务的新要求。在这个意义上,我国基本医保支付赋能下的紧密型县域医共体基本处在战略购买的国际实践前列。本文认为,21世纪前20年中国卫生健康领域最亮眼的成绩是基本医保全民覆盖,未来10年或者20年最大的成就可能就是中国基本医保赋能下的紧密型县域医共体建设,我们期待它将以较小的制度投入获得较大的健康绩效产出。①

[参考文献]

- [ 1 ] World Bank Group, World Health Organization, P. R. C. Ministry of Finance, et al. *Deepening Health Reform in China: Building High-Quality and Value-Based Service Delivery*. Washington, DC: World Bank, 2016.
- [ 2 ] World Health Organization. *WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services*. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [ 3 ] World Health Organization. *People-Centred and Integrated Health Services: An Overview of The Evidence*. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [ 4 ] 李珍,王红波,陈晋阳. 医保基金战略购买的内涵[ R]. 中国医改发展报告( 2022 ),2021.
- [ 5 ] [ 19 ] [ 20 ] 李珍,陈晋阳,王红波. 医保基金战略购买: 基本概念、国际经验与中国镜鉴[ J]. 中国卫生政策研究,2021 ( 5 ).
- [ 6 ] [ 8 ] [ 16 ] Gorsky M. The British National Health Service 1948–2008: A Review of The Historiography. *Social History of Medicine*, 2008 ( 3 ).
- [ 7 ] Webster C. *National Health Service: A Political History*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- [ 8 ] [ 9 ] [ 10 ] Smith C, Tudor S. National Health Service: 70th Anniversary. *The Research Briefing in the House of Lords*, 2018. <https://lordslibrary.parliament.uk/research-briefings/lln-2018-0073/>.
- [ 9 ] [ 11 ] [ 13 ] [ 17 ] Oliver A. The English National Health Service: 1979–2005. *Health Economics*, 2005 ( S1 ).
- [ 10 ] [ 12 ] Klein R. Public Opinion and The National Health Service. *British Medical Journal*, 1979 ( 6173 ).
- [ 14 ] The Health Foundation. Griffiths Report on Management in the NHS. <https://navigator.health.org.uk/theme/griffiths-report-management-nhs>.
- [ 15 ] The Socialist Health Association. Griffiths Report on NHS October 1983. <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>.
- [ 18 ] Harrison S. The Closed Shop and The National Health Service: A Case Study in Public Sector Labour Relations. *Journal of Social Policy*, 1988 ( 1 ).
- [ 21 ] Bloom N, Cooper Z, Gaynor M, et al. In Defence of Our Research on Competition in England’s National Health Service. *The Lancet*, 2011 ( 9809 ).
- [ 22 ] Gaynor M, Laudicella M, Propper C. Can Governments Do It Better? Merger Mania and Hospital Outcomes in The English NHS. *Journal of Health Economics*, 2012 ( 3 ).
- [ 23 ] Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Can Competition Improve Outcomes in UK Health Care? Lessons From the Past Two Decades. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2012 ( SUPPL. 1 ).
- [ 24 ] Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Competition Could Substantially Benefit Healthcare. *BMJ*, 2011 ( 343 ).
- [ 25 ] Propper C. Competition in Health Care: Lessons from The English Experience. *Health Economics, Policy and Law*, 2018 ( 3–4 ).
- [ 26 ] Propper C, Burgess S, Gossage D. Competition and Quality: Evidence from The NHS Internal Market 1991–9. *Economic Journal*, 2008 ( 525 ).
- [ 27 ] Propper C, Burgess S, Green K. Does Competition Between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and The NHS Internal Market. *Journal of Public Economics*, 2004 ( 7–8 ).
- [ 28 ] Propper C, Leckie G. Increasing Competition Between Providers in Health Care Markets: The Economic Evidence. *The Oxford Handbook of Health Economics*, 2012.
- [ 29 ] Propper C, Sutton M, Whitnall C, et al. Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from A Natural Experiment. *Journal of Public Economics*, 2010 ( 3–4 ).
- [ 30 ] Propper C. Why Economics Is Good for Your Health. 2004 Royal Economic Society Public Lecture. *Health Economics*, 2005 ( 10 ).
- [ 31 ] Propper C. Competition, Incentives and The English NHS. *Health Economics*, 2012 ( 1 ).
- [ 32 ] [ 37 ] [ 38 ] [ 41 ] NHS England. NHS Five Year Forward View. *NHS England Report*, 2014. <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-five-year-forward-view/>.
- [ 33 ] [ 39 ] NHS England. The NHS Long Term Plan. *NHS England Report*, 2019. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>.
- [ 34 ] Charles A, Wenzel L, Kershaw M, et al. A Year of Integrated Care Systems: Reviewing the Journey So Far. *The King’s Fund Report*, 2018. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/year-integrated-care-systems>.
- [ 35 ] National Collaboration for Integrated Care and Support. *Integrated Care: Our Shared Commitment*. UK

- Department of Health and Social Care Report*, 2013.  
<https://www.gov.uk/government/publications/integrated-care>.
- [ 36 ] [ 40 ] NHS England. Next Steps on The NHS Five Year Forward View. *NHS England Report*, 2017.  
<https://www.england.nhs.uk/publication/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view/>.
- [ 42 ] [ 45 ] [ 46 ] [ 56 ] Bryson J M, Crosby B C, Bloomberg L. Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and The New Public Management. *Public Administration Review*, 2014 ( 4 ).
- [ 43 ] [ 47 ] [ 52 ] Stoker G. Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance? *The American Review of Public Administration*, 2006( 1 ).
- [ 44 ] Waldo D. *The Administrative State: A Study of The Political Theory of American Public Administration*. New York: Routledge, 2017.
- [ 48 ] [ 53 ] Boyte H C. Constructive Politics as Public Work: Organizing the Literature. *Political Theory*, 2011 ( 5 ).
- [ 49 ] [ 54 ] Denhardt J V, Denhardt R B. *The New Public Service: Serving, Not Steering*. New York: Routledge, 2015.
- [ 50 ] Harvey D. *A Brief History of Neoliberalism*. New York: Oxford University Press, 2007.
- [ 51 ] Rittel H W J, Webber M M. Dilemmas in A General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 1973 ( 2 ).
- [ 55 ] Osborne S P. *The New Public Governance? Emerging Perspectives on The Theory and Practice of Public Governance*. London: Routledge, 2009.
- [ 57 ] Majeed A, Allwood D, Foley K, et al. Healthcare Outcomes and Quality in the NHS: How Do We Compare and How Might the NHS Improve? *BMJ*, 2018 ( 362 ).
- [ 58 ] Chen J, Wang C. “The Reputation Premium” : Does Hospital Ranking Improvement Lead to A Higher Healthcare Spending? *European Journal of Health Economics*, 2023 ( 5 ).
- [ 59 ] Chen J, Miraldo M. The Impact of Hospital Price and Quality Transparency Tools on Healthcare Spending: A Systematic Review. *Health Economics Review*, 2022 ( 1 ).

(责任编辑 安邦)

### From Planned Budgeting to Strategic Purchasing: the Reform Theory and Performance of NHS England Health Service Contracting Approach

Li Zhen Chen Jinyang

[ **Abstract** ] This paper studies the reform of health service contracting approach in the National Health Service England( NHS England ). The paper finds that NHS England has gone through three phases of health service contracting, namely, ‘planned budgeting’, ‘competitive purchasing’ and ‘strategic purchasing’; classical public administrative theory, new public management theory and public governance theory shaped the health service contracting model in these phases separately; the ‘competitive purchasing’ phase didn’t reach a desirable performance, despite its high expectations; as a reaction to its poor performance, NHS England has recently completed its transition to an integrated care system. This paper argues that China needs to not only distinguish between ‘group purchasing’ and ‘strategic purchasing’ and move away from the ‘competitive purchasing’ model, but also recognize that the construction of integrated health partnership at county level enabled by China’s basic medical insurance payment policies might be at the forefront of international practice in ‘strategic purchasing’.

[ **Keywords** ] NHS; Public Governance; Strategic Purchasing of Health Insurance; Integrated Care Systems

[ **Authors** ] Li Zhen is Professor at School of Political Science and Public Administration, Wuhan University. Wuhan 430072; Chen Jinyang is Research Fellow in Permanent Term at Centre for Health Economics, University of York. York YO10 5DD.