

政策网络视角下我国医疗保障制度改革部门协同研究*

郑其中^①, 周绿林^①, 林 枫^①, 何媛媛^①, 程嫦娥^①, 倪伟犇^①, 陈志远^①, 赵令卿^①

摘 要 目的: 探讨当前制度改革参与部门协同所存在的问题, 为未来基本医疗保障制度建设提供政策建议。方法: 整理1985年以来与医疗保障制度改革有关政策文件, 基于协同治理理论, 利用政策网络研究法, 对参与改革职能部门所在政策网络的网络密度、聚类系数、路径长度等指标进行分析, 具象各部门关系结构, 可视化呈现部门关系网络。结果: 当前我国医保制度改革参与主体间的凝聚力有所下降, 医疗保障制度改革的政策资源也被少部分主体职能部门控制, 部分边缘职能部门缺乏话语权等。结论: 参与职能部门应统一价值理念, 打通沟通路径, 明确责任分工, 强化协同力度。

关键词 医疗保障制度改革; 协同治理; 部门协同; 政策网络分析

中图分类号 R1-9; R190 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2023)04-0011-05

A Collaborative Study of China's Medical Security System Reform from the Perspective of Policy Network/ZHENG Qi-zhong, ZHOU LÜ-lin, LIN Feng, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(4):11-15

Abstract Objective: To explore the problems existing in the coordination between the departments involved in the current system reform and provide policy suggestions for the construction of the future basic medical security system. **Methods:** The policy documents related to the medical security system reform since 1985 were sorted out. Based on the theory of collaborative governance, the policy network research method was used to analyze the network density, clustering coefficient, path length and other indicators of the policy network of the functional departments participating in the reform. The relationship structure of all departments was concretely represented and the relationship network of departments was visualized. **Results:** At present, the cohesion among the participants of the medical insurance system reform in China has declined, the policy resources of the medical security system reform are controlled by a few main functional departments, and some marginal functional departments lack the right to speak. **Conclusion:** The participating functional departments should unify their values, open up communication paths, clarify the division of responsibilities and strengthen synergies.

Keywords medical security system reform; collaborative governance; departmental synergy; policy network analysis

First-author's address College of Management, Jiangsu University, Zhenjiang, Jiangsu, 212013, China

我国医疗保障事业经历了百年发展, 从点到面, 从有到优, 构建了世界上规模最大的医疗保障体系, 基本实现基本医疗保障制度全民覆盖, 初步形成了多层次医疗保障体系^[1]。党的十八大以来, 深化医改逐步成为中央的常态化工作^[2]。医改中对于医疗保障制度改革工作作出了诸多尝试, 如制度整合与城乡统筹发展、加强基金监管、支付方式改革等^[3], 加快医疗保障制度体制和功能的整合, 真正形成保障适度、可持续的多层次医疗保障体系^[4]。与此同时, 医疗保障制度的建设与改革需要医保部门、卫生健康部门、财政部门等多方主体的协同合作^[5], 有利于解决外生性制度在特定社会场域中的“脱嵌”问题^[6]。但现阶段相关职能部门间仍存在政策壁垒与信息孤岛现象, 导致医疗保障制度治理碎片化^[7]。因此, 本研究从医疗保障制度改革中部门协同问题切入, 对医疗保障制度改革参与职能部门政策网络进行分析, 为未来基本医疗保障制度建设提供政策建议。

我国的政策网络研究近15年以来愈发成熟, 网络治理功能及其机制逐渐受到我国学者的关注, 取得了丰硕的成果。然而, 当前的相关研究缺乏中国语境下的深入思考^[8]; 我国现有研究在方法层面仍以质性分析为主, 定量实证研究相对欠缺^[9]。国外研究者在政策网络研究中已经发展出成熟的编码技术, 对分析中的文字材料进行编码转换, 实现了定性与定量分析相结合^[10]。因此, 本研究创新性地采用对医疗保障制度改革政策网络的定量分析方法, 为我国政策网络研究提供全新的研究范式。

1 理论基础与研究方法

1.1 理论基础

协同治理是自然科学中协同论和社会科学中治理理论的交叉领域。尽管该理论还没有形成系统的概念和框架: 但基本上包括治理主体多元化各子系统协同性、自组织间竞争合作及共同规则制定等内涵, 协同治理的本质是通过在共同处理复杂社会公共事务过程中的相互关系协调, 实现共同行动, 从根本上弥补政府、市场和社会单一主体治理的局限性。

1.2 研究方法

研究采用的方法为政策网络分析法, 政策网络强调医保政策主体的多元性, 在政策决策中, 需要各政策主体之间在平等协商的基础上形成解决问题的共

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71974079); 首都医科大学医疗保障研究院开放性课题项目(YB2020A01)。

①江苏大学管理学院 江苏 镇江 212013

作者简介: 郑其中(1999—), 男, 硕士在读; 研究方向: 医疗保障、政府管理与公共政策; E-mail: 13615289929@126.com。

识,进而实现政策目标。在医疗保障制度改革进程中,主体部门呈现扁平化、多元化趋势。综上所述,政策网络为医疗保障制度改革过程提供了一个很好的思考框架与研究视角。

1.3 数据来源

政策文件主要来源为国家医保局 (<http://www.nhsa.gov.cn/>)、国家卫生健康委 (<http://www.nhc.gov.cn/>)、人力资源和社会保障部 (<http://www.mohrss.gov.cn/>) 等与医疗保障制度改革相关的职能部门官网。搜索方式为相关网站政策法规专栏的定向查询与“医疗保障”“医疗保险”等关键词检索,筛选标准为“该文件是否与医疗保障制度相关”和“发文单位是否为国家级行政单位”。

2 分析结果

研究基于国家医保局成立时间(2018年)为重要时间节点,梳理1985年至今(2022年10月)的医疗保障制度改革参与者关系网络结构。预处理政策文件后可知,1985—2018年发文73份,占比65%;2018年至今发文40份,占比35%。所有发文单位参与政策制定的频次合计为714次,覆盖发文单位19个。

2.1 参与者关系网络分析

基于政策文件筛选数据制作发文单位共现矩阵与二值矩阵,对发文单位关系网络进行可视化呈现(图1至图3),并计算总结整体网络中关键指标(表1)。

表1 医疗保障制度改革政策不同阶段网络分析

指标	1985—2017年	2018—2022年	1985—2022年
节点数	17.000	19.000	19.000
年均连线数	20.200	32.000	19.300
网络密度	0.460	0.472	0.507
聚类系数	0.886	0.866	0.859
特征路径长度	1.456	1.618	1.493
加权特征路径长度	0.498	0.642	0.500

发文单位网络关系图中正方形节点(Nodes)代表参与医疗保障制度改革的职能部门,节点的大小代表了职能单位的点度中心性,箭头代表职能部门之间的协同合作关系,节点位置随机分布,通过网络关系图可以直观看出国家医保局成立后,医疗保障制度改革的政策网络结构发生明显变化,图中可以看出参与职能部门呈现多极化发展,说明更多职能部门参与到医疗保障制度改革中来,也说明部门之间的联系越来越频繁,这样有利于政策的制订与高效执行,一定程度上保证了医保基金高效运行和安全监管与医疗保障制度改革目标的顺利实现。但是,多中心行政主体可能会造成行政权力过于分散,需要平衡政策主体间的权力关系,稳定权力制约的同时保证政策的实施。

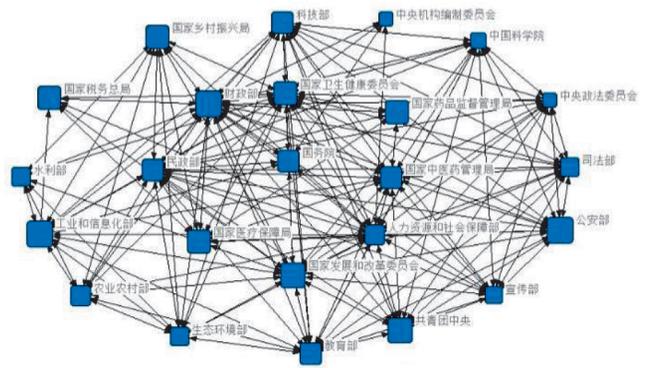


图1 1985—2022医疗保障制度改革政策发文单位网络关系

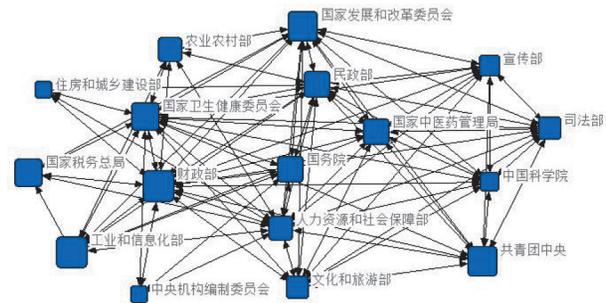


图2 1985—2018医疗保障制度改革政策发文单位网络关系

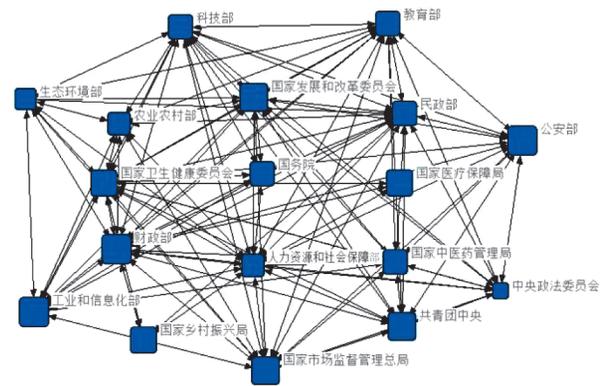


图3 2018—2022医疗保障制度改革政策发文单位网络关系

节点数和年均连线数分别代表了医保制度改革的规划主体和部门之间互动的频次,其与网络结构的规模与密集程度呈正相关关系。从表1可以看出,自从医疗保障制度改革以来,节点数与年均连线数呈明显增长趋势,说明在国家医保局成立后,医疗保障制度改革的政策网络不断扩大,网络中规划主体之间的联系逐渐紧密,协同关系进一步加强,网络结构的复杂程度不断提高。

2.1.1 网络密度分析。从1985年至今整体网络密度为0.507,其大于0.5且远小于1,说明组织间整体关系网络具有一定的紧密性,且具有较大的发展空间。在整体网络结构中,卫生部、国家卫生计生委、国家卫生健康委,自1985年来先后长期发挥了主导作用,与人

力资源和社会保障部、国家发展和改革委员会、财政部等部门紧密协作，推动医疗保障制度改革进程。国家医保局成立前后时期的网络密度为0.460与0.472，说明国家医保局成立后，网络结构中规划职能部门的联系日渐紧密，而国家医保局因其在医疗保障政策方面的主导性与专业性，迅速在网络结构中与国家卫健委成为两大政策改革核心主导者，说明整体网络结构中，核心主导者的地位并非一成不变，而是根据职能的变化与政策价值导向的转变发生变化。

2.1.2 聚类系数分析。1985至今的整体聚类系数为0.859，远大于0.5且小于1，说明整体网络结构具有较高的凝聚力，国家医保局成立前后时期的聚类系数为0.886和0.866，聚类系数略有下降，可能原因为国家医保局成立后，各部门职能尚未完全清晰，且参与医疗保障制度改革的职能部门增加，破坏了先前部门之间的合作范式。聚类系数影响着部门间资源和信息的传递，以及强政策精神的凝聚力，关乎保障医保基金是否能够高效利用。

2.1.3 特征路径长度分析。从1985年至今的整体特征路径长度为1.493，1985至2018年的特征路径长度为1.456，2018年至今的特征路径长度为1.618。这表明部门之间的联系路径变长了，这会导致部门之间联系难度增加，频率降低。这一现象的原因可能是国家医保局的集权工作尚未到位，现阶段的政策网络中也仍然存在一部分的边缘参与部门，其主要职能并非医疗保障政策，只是在改革中偶然因为某些需要被接入政策

网络，导致其在政策网络中缺乏话语权，联系路径不通畅。

2.2 个体中心网络分析

2.2.1 点度中心性分析。从表2中可以看出国家卫健委在医疗保障制度改革中长期处于中心地位，国家医保局在2018年成立后也迅速成为了政策中心，两者的核心影响力仍在增强，国家医保局是医疗保障政策集中化与一体化的制度产物，可以为医疗保障制度改革提供最直接的主导功能。但两者在行政级别上存在差别，国家医保局为副部级单位，而国家卫健委为正部级单位，所以国家卫健委的职能权限更高，同时长期处于政策网络中心。但政策网络中心地位不是固定的，前期在医疗保障制度改革中起重要作用的人力资源和社会保障部，在2018年后影响力大幅度削弱，而新成立的国家乡村振兴局迅速成为网络中心之一，这表现出医疗保障政策在不同时期的侧重点与价值取向有所不同，导致主体部门发生变化。

2.2.2 中间中心性分析。间接中心性考察的是节点对于其他节点信息传播的控制能力。从表3中可以看出，2018年前医疗保障制度改革的政策资源主要由国家卫健委、人社部与财政部控制，2018年后主要由国家医保局与国家卫健委控制。国务院在2018年前存在中间中心性，但在2018后中间中心性为0，说明在国家医保局成立后，国务院对于医疗保障制度改革相关政策的职权逐渐下沉，这也与近年来我国政府大力开展深化机构改革，职能整合协同的措施相符。但是值得关注

表2 医疗保障制度改革参与职能部门不同时期点度中心性排序

节点	1998—2017年	节点	2018至今	序号
国家卫生健康委员会	34	国家卫生健康委员会	13	1
人力资源和社会保障部	34	国家医疗保障局	12	2
财政部	34	国家发展和改革委员会	11	3
民政部	31	国家乡村振兴局	10	4
国家发展和改革委员会	30	财政部	10	5
中央宣传部	20	国家市场监督管理总局	9	6
中国科学院	20	工业和信息化部	9	7
文化和旅游部	20	农业农村部	9	8
司法部	20	水利部	9	9
国家中医药管理局	20	生态环境部	9	10
共青团中央	20	国家药品监督管理局	5	11
农业农村部	14	民政部	4	12
国务院	9	国家中医药管理局	4	13
国家税务总局	6	国务院	3	14
工业和信息化部	5	人力资源和社会保障部	1	15
中央机构编制委员会	4	公安部	1	16
住房和城乡建设部	4	科技部	0	17
		中央政法委员会	0	18
		教育部	0	19

注：为构建共现矩阵，2018年机构改革前后部门名称已统一为现有机构名称。

表3 医疗保障制度改革参与职能部门不同时期中间中心性

节点	1998—2017年	节点	2018至今	序号
国家卫生健康委员会	111.646	国家医疗保障局	35.500	1
人力资源和社会保障部	111.646	国家卫生健康委员会	22.833	2
财政部	111.646	财政部	12.333	3
民政部	62.286	国家发展和改革委员会	8.167	4
国家发展和改革委员会	45.329	国家乡村振兴局	4.500	5
国务院	2.750	国家药品监督管理局	0.667	6
国家中医药管理局	0.909	民政部	0	7
文化和旅游部	0	国家中医药管理局	0	8
司法部	0	国务院	0	9
共青团中央	0	人力资源和社会保障部	0	10
农业农村部	0	公安部	0	11
中国科学院	0	科技部	0	12
国家税务总局	0	中央政法委员会	0	13
工业和信息化部	0	教育部	0	14
中央机构编制委员会	0	国家市场监督管理总局	0	15
住房和城乡建设部	0	工业和信息化部	0	16
宣传部	0	农业农村部	0	17
		水利部	0	18
		生态环境部	0	19

表4 医疗保障制度改革参与职能部门不同时期接近中心性

节点	1998—2017年	节点	2018至今	序号
国家卫生健康委员会	34	国家卫生健康委员会	13	1
人力资源和社会保障部	34	国家医疗保障局	12	2
财政部	34	国家发展和改革委员会	11	3
民政部	31	国家乡村振兴局	10	4
国家发展和改革委员会	30	财政部	10	5
中央宣传部	20	国家市场监督管理总局	9	6
中国科学院	20	工业和信息化部	9	7
文化和旅游部	20	农业农村部	9	8
司法部	20	水利部	9	9
国家中医药管理局	20	生态环境部	9	10
共青团中央	20	国家药品监督管理局	5	11
农业农村部	14	民政部	4	12
国务院	9	国家中医药管理局	4	13
国家税务总局	6	国务院	3	14
工业和信息化部	5	人力资源和社会保障部	1	15
中央机构编制委员会	4	公安部	1	16
住房和城乡建设部	4	科技部	0	17
		中央政法委员会	0	18
		教育部	0	19

的是, 1985年以来, 医疗保障政策资源都控制在少数参与的职能部门手中, 这可能与医疗保障制度改革的专业性有关, 这类政策本就直接属于国家卫健委与国家医保局的工作范畴内, 但这一现象会影响到其他参与职能部门的工作积极性, 不利于部门间的长期协同

治理。

2.2.3 接近中心性分析。接近中心性越低越表明行为主体即参与职能部门在医疗保障制度改革中的独立行为能力越强。由表4可以看出, 2018年前国家卫健委、人社部与财政部为医疗保障制度改革政策主体部门,

2018年后，加入了国家医保局，而国务院作为最高国家行政机关，其接近中心性却处于下游位置，说明医疗保障制度改革政策中，国务院的职能发挥受国家卫健委与医保局的影响。国务院作为统筹规划部门起到纲领性的作用，而国家卫健委与医保局不仅仅是规划部门，更是政策执行的直接责任单位。

3 结论与启示

3.1 研究结论

从分析结果中可知，当前医疗保障制度改革政策网络结构具有一定的紧密性与凝聚力，参与职能部门较多，部门间联系也较频繁。但仍存在一些问题，在2018年国家医保局成立后，参与主体间的凝聚力有所下降，医疗保障制度改革的政策资源也被少部分主体职能部门控制，部分边缘职能部门缺乏话语权，部门间的联系路径增长，这些现象会导致部门间信息沟通不畅，多部门协同治理积极性下降等问题。

3.2 研究启示

3.2.1 统一价值理念。树立整体协同思想，尽可能地将各部门所追求的利益一致化，形成各部门之间的整体利益，将推动医疗保障制度改革作为共同的目标，培育部门之间的协同文化，重点实现公共利益。提高协同合作的意识，淡化对协同关系的认知偏差。例如凝聚部门间的共识，树立共同目标，促使参与职能部门之间以推动医疗保障制度改革，促进健康医保建设作为明确的协同目标，并且构建行政共识，利用权威和制度化机制稳定协同，实现持续性的协同。

3.2.2 打通沟通路径。医疗保障制度改革政策网络整体规模较大，但是从整体网络的聚类系数来看，国家医保局成立后有所下降，说明部门之间联系不够紧密，缺乏有效的沟通路径，导致医疗保障制度改革政策衔接不畅，发展呈碎片化现象。进一步推动医疗保障制度改革需要从制度层面和政府层面导入协同政府价值理念，建立完善的相关政府部门间的有效协同机制，强化各相关部门之间的相互联系、紧密联结，提高相关部门间的协同发展能力，形成适宜发展的政策网络环境。

3.2.3 明确责任分工。当前医疗保障制度改革参与的部门较多，但协同不够紧密，部门间存在较多政策壁垒，政策衔接不畅。因此，要更好地协调主体部门与其他相关部门之间的协同关系，需要各部门精准分工，明确各自的责任，以建立有效的政策衔接机制，提高整体网络密度。为更好地推动医疗保障制度改革政策衔接，需要明确相关部门的规则与权责标准，逐步消除部门间职能重叠、缺位等问题，使得部门间的协同与衔接正式化、制度化，多方协同进一步推动医疗保障制度改革发展。

3.2.4 强化协同力度。医疗保障制度改革过程中不可

避免地涉及众多的相关部门，因此需要其他部门的协同合作。在当前医疗保障制度改革参与职能部门间存在较多政策壁垒，因此要更好地协调牵头部门与其他相关部门之间的协同关系，需要建立有效的政策衔接机制。在各部门权责明确的基础上，尽可能使得所涉及的相关部门参与到医疗保障制度改革过程中，进一步完善和细化与医疗保障制度改革相关的制度保障体系。而且在此过程中参与部门多，利益多元化和复杂化，需要建立责任、约束机制对各部门的职能合作进行有效激励和管理。如将跨部门协同力度作为各部门绩效考核标准之一，建立跨部门协同的绩效考核制度，提高相关部门的跨部门协同能力。

参 考 文 献

- [1] 傅坤峰, 李华业, 王雪蝶. 健全基本医疗保险制度 为扩内需保增长提供制度保障[J]. 卫生经济研究, 2010, 277(8): 25-27.
- [2] 姚力. 新时代十年健康中国战略的部署、推进与成就[J]. 当代中国史研究, 2022, 29(5): 36-157.
- [3] 贾洪波. 基本医疗保险制度变迁与国民获得感提升[J]. 社会科学辑刊, 2022(3): 39-49.
- [4] 郑晶晶, 周绿林, 张心洁, 等. 医疗保障制度运行质量评价指标体系构建[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(9): 26-29.
- [5] 周绿林. 应保尽保是公共决策, 更是民生制度[J]. 中国医疗保险, 2021(1): 33-34.
- [6] 代涛. “以人民为中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 2-10.
- [7] 魏哲铭, 贺文博, 赵峰, 等. 我国基本医疗保险管理体制改革若干理论与实践问题思考——以陕西为例[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2015, 45(5): 157-162.
- [8] 贾文龙. 近年来国内政策网络研究的述评与展望[J]. 云南行政学院学报, 2020, 22(2): 150-158.
- [9] 赵德余, 唐博. 近十五年我国政策网络研究的知识图谱——基于 CiteSpace 的文献综述[J]. 复旦公共行政评论, 2021(1): 248-268.
- [10] OLOFSSON K L, KATZ J, COSTLE D P, et al. A dominant coalition and policy change: an analysis of shale oil and gas politics in India[J]. Journal of environmental policy & planning, 2018, 20(5): 645-660.

【收稿日期：2023-01-09】（编辑：张红丽）