

改革开放以来的社会医疗保险制度改革： 政策范式转移与制度约束

彭宅文

【摘要】 医疗卫生体系转型与绩效提升对健康中国建设具有重要意义。为更好地解释改革开放以来我国医疗卫生体系转型改革中，财政投入增长迅速、政策创新经验突出，而医疗费用风险保护水平改善有限的现象，本文在医疗卫生体系政策分析框架下，审视改革开放40年来社会医疗保险制度改革所经历的政策范式转移。2003年以来，我国医疗卫生体系的目标由为经济政策与经济增长服务转向提高患者医疗费用风险保护水平，这意味着医疗卫生体系的政策范式转移开始启动。在由国家医疗卫生体系模式向社会医疗保险体系模式转型的过程中，地方政府竞争与部门利益及绩效竞争约束了政策目标和管制机制在政策执行中的转变。

【关键词】 医疗卫生体系；政策范式转移；社会医疗保险体系；制度约束

一、研究问题的提出

中华人民共和国成立之后，政府在城市建立了面向城镇职工及其家属的劳保医疗制度、面向机关事业单位工作人员及其家属的公费医疗制度，在农村建立了面向村集体成员的农村合作医疗制度。这3大医疗保障项目基本实现了政策层面的“全民覆盖”，并有效地改善了国民健康水平。由于缺乏有效的风险分担（Risk Pooling）机制，劳保医疗、公费医疗的“单位制/单位福利”属性，合作医疗以集体为基础的非正式保险属性，使得其待遇范围有限，医疗费用风险保护（Health Financial Risk Protection）程度不高。这种政策设计为重工业优先发展战略的资本积累策略而生，但是其政策运行也恶化了国有企业预算软约束问题，阻碍了劳动力市场的发育与建立。改革开放之后，解决3大医疗保障项目的弱风险分担能力与低医疗费用风险保护水平问题是医疗保障制度改革面临的首要任务。然而，其解决方案的设计却围绕为计划经济体制向市场经济体制转轨，以

【作者简介】 彭宅文，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讲师。主要研究方向：社会保障理论与政策、卫生政策与医疗保险。

【基金项目】 教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“公务员养老金制度比较研究”（14JJD630004）；国家社会科学基金重大项目“中国特色现代社会福利制度框架设计研究”（15ZDA050）；教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“社会政策创新与共享发展”（16JJD630011）。

及重工业优先发展战略向劳动密集型、出口导向型产业发展战略转型服务展开。劳保医疗和公费医疗通过社会统筹机制在资金等集方面实现了单位保障向社会医疗保险的转型,但是个人账户制度的引入使得门诊医疗费用风险私有化,医疗费用风险保护程度削减。职工基本医疗保险对外来务工人员的排斥,以及差异化、低水平农民工医疗保障项目的设立成为地方政府规避劳动者社会保险参保成本的选择。同一时期,合作医疗在家庭联产承包责任制推行后随着农村集体经济的衰弱而式微,农村居民因此处于无保障的境地。服务于出口导向型产业发展战略,为控制劳动力成本及社会支出而进行“福利紧缩”成为转型期医疗保障制度建设的主题。

2003年以来,随着科学发展观、和谐社会等发展理念的确立,医疗卫生体系(Healthcare System 或 Health System)改革的目标与工具呈现出政策范式转移的新气象。在中央财政补贴的支持下,2003年新型农村合作医疗的试点与扩面、2007年城镇居民基本医疗保险的创立与发展,以及2003年职工基本医疗保险向农民工的开放等,使得我国进入全民医保的新阶段。2009年,“新医改”将医药卫生体制改革的目标从为发展战略与经济政策服务,转为实现人人享有基本医疗卫生服务。十八大以来,“没有人民健康就没有全面小康”理念的提出与“四个全面”国家治理现代化战略布局的构建,“健康优先”统领的“健康中国”战略的发布,都意味着我国医疗卫生体系的目标与政策工具正在经历深刻的政策范式转移。

医疗卫生体系在计划经济时期的创立,在市场转型期的改革,以及在21世纪以来的转型与完善,都紧密配合国家发展战略的调整(体制转轨与发展转型),且成效突出。然而从社会政策的本质属性出发,我国医疗卫生体系制度建设与政策范式转移的绩效却变得复杂。与社会政策研究中被解释变量的测量难题一样,测量维度与指标设计的差异会影响我们对政策绩效的判断。^①

从立法资源分配、政府注意力分配到政策资源配置,改革开放以来的医疗卫生体系建设一直是政府的施政重点任务之一。在制度建设层面,职工基本医疗保险的建立与完善,居民基本医疗保险的创新与全民覆盖效果的达成,以及“新医改”推动的“三医联动”改革等都具有重要的政策创新价值。

从政策投入的角度来看,我国卫生总费用以及其中的政府卫生支出分别从1978年的110.21亿元、35.44亿元,增长至2016年的46344.88亿元、13910.31亿元,分别增长了近421倍、393倍;卫生总费用占国内生产总值的比重由1978年的3.02%增长至2016年的6.22%^②。从政策产出的角度来看,世界卫生组织将卫生政策的目标细分为三:国民健康的改善,患者非医疗性服务预期的回应性、疾病医疗费用风险保护程度及公平性。^③其中,医疗服务质量与患者非医疗性服务预

① 社会政策研究中的“被解释变量问题”,聚焦如何科学地将社会政策进行概念操作化。操作化思路将影响测量指标的选择,进而可能得到差异化的政策图景。比如 Esping-Andersen 曾批评以加总的社会支出测量福利国家扩张并不能够反映政府的福利努力程度,因为未能瞄准穷人的社会支出可能将扩大社会不平等程度,而不能发挥其应有功能。他主张从社会政策绩效的维度进行概念操作化,比如以养老金的收入替代率水平为主构建劳动力去商品化指标来测量社会政策的发展。相关讨论请参见 Gosta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990。对被解释变量测量问题的专门研究可以参见 Jochen Clasen, Nico A. Siegel, *Investigating Welfare State Change: The "Dependent Variable Problem" in Comparative Analysis*, Edward Elgar Publishing, 2007。

② 国家卫生和计划生育委员会编:《中国卫生和计划生育统计年鉴(2017)》,中国协和医科大学出版社,2017年,第91-94页。

③ World Health Organization, *The World Health Report (2000): Health Systems: Improving Performance*, Geneva, World Health Organization, 2000, pp. 24-26。

期的回应性紧密关联，由于缺乏可靠的统计数据，我们无法对其展开有效分析。以出生时预期寿命、孕产妇死亡率等健康指标测量的国民健康的改善，并不一定能够反映医疗保障制度的绩效，而可能与经济增长以及医疗技术进步有关，更具有获得感不明显以及滞后的特征。医疗费用风险保护程度及公平性成为测量我国医疗卫生体系政策变迁的重要指标。^①如图1所示，1978年以来，尽管卫生总费用占国内生产总值（GDP）的比重稳步增长且已经翻倍，城乡居民的医疗费用负担改善的效果并不明显。^②其中，城镇居民人均年医疗保健支出占消费支出比重自1986年开始持续增长，至2006年到达顶点之后开始维持在这一水平上下波动，并无下降趋势呈现；农村居民人均年医疗保健支出占消费支出比重自1980年开始呈现明显的上升趋势，并且与城镇居民的这一指标保持一定的差距。可见，改革开放40年来，急剧增长的卫生政策投入没有带来居民医疗费用风险保护水平同等的改善，也没有缩小城乡居民间的不平等程度。^③

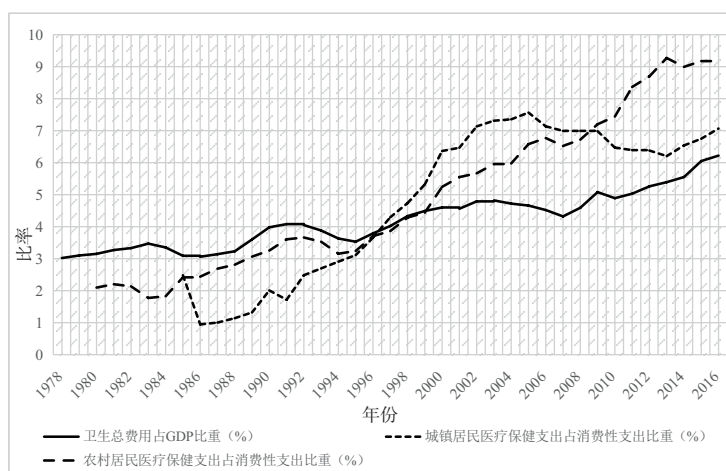


图1 中国的卫生总费用与医疗费用风险保护绩效（1978—2016年）

资料来源：根据《中国卫生统计年鉴》《中国统计年鉴》相关年份数据计算。

自2003年以来，我国医疗卫生体系进入政策范式转移的新阶段，为什么政策范式转移并没有带来政策绩效的明显改善？进一步看，政策目标的调整、政策思路的转变以及政策工具的创新遭遇了哪些制度性约束？这些问题值得我们重点关切。目前，针对我国医疗卫生体系的研究主要分布在政策设计、政策变迁与政策绩效实证两个方面。前者如杜创、朱恒鹏针对市场化转型过程

① 这3类指标从政策绩效维度，而不是政策投入维度测量医疗卫生体系。其中，患者的疾病医疗费用风险保护程度由医疗保障提供的药品和医疗服务给付范围与待遇支付水平共同决定，它侧重测量患者的医疗费用负担。我们的指标选择思路参考 Adam Wagstaff, et al., *Measuring Progress towards Universal Health Coverage: With an Application to 24 Developing Countries*, Policy Research Working Paper No. 7470, Washington, DC., World Bank, 2015.

② 从社会风险与需要的角度来看，社会政策需要解决与疾病相关的两个问题，其一为居民因疾病及治疗暂时丧失劳动能力而无法获得收入的收入中断风险，其二为居民因疾病及医疗的不确定性而产生的医疗费用风险。二者的属性并不一样，测量指标设计也有较大差异。我国的医疗保障制度并不提供疾病及治疗期间的收入保护给付，这里主要聚焦在后者。国际劳工组织针对社会保障的国际公约对此有详细区分和讨论。相关研究可以参见 International Labour Office, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice*, Geneva, 2015.

③ 费用负担的测量重点是分析自付医疗费用之于患者支付能力的相对水平（保护程度），以及这种相对水平的个体间分布及差异（保护公平性）。我国并无专门的统计体系，也没有公开过针对性的统计数据。以居民人均年医疗保健支出占消费支出比重作为代理变量进行测量是一个次优选择。更深入的讨论，请参见彭宅文、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》，《广东社会科学》2018年第4期。

中城市医疗卫生体系政策设计逻辑变迁的研究^①、王绍光等人对世纪之交城镇职工基本医疗保险建立后城市医疗卫生政策绩效的分析^②、顾昕针对2003年之后卫生筹资转型的讨论^③，以及郑功成对中国医疗保障体系的战略规划研究^④，申曙光、张家玉对医疗保险转型思路的研究^⑤等。后者主要基于微观计量技术评估政策效应，比如很多研究详细评估了新型农村合作医疗对农村居民的消费^⑥、贫困风险^⑦以及健康改善^⑧的影响。本文在已有研究的基础上，从政策范式转移的视角审视改革开放以来我国医疗卫生体系的变迁，尝试识别出政策范式转移与发展阶段转换的历程与特征，并着重分析其遭遇的约束与挑战。

论文的第二部分在梳理医疗卫生体系中政府角色的基础上构建政策分析框架，并从比较医疗卫生体系的角度定义政策范式转移的内涵，为全文的分析提供思路与工具。第三部分在政策范式转移的视角下描述改革开放以来的医疗卫生体系政策变迁及特征。在此基础上，第四部分从分权与地方政府竞争、分工与部门利益竞争两个视角讨论医疗卫生体系政策范式转移所遭遇的制度约束。

二、分析框架：政府角色与医疗卫生体系政策范式转移

在中国的卫生法制与公共行政中，医疗卫生体系被分解为3个独立的子部分，其中医疗保障体系主管医疗费用筹资，医疗服务体系负责医疗服务递送，发展与改革委员会和药品监督管理部门则负责医药价格与质量监管。改革开放以来，筹资、递送与管制改革思路与改革步伐的差异，使得医疗卫生体系改革与发展变得艰难，且绩效不彰。为了对医疗卫生体系转型与政策范式转移进行科学分析，本部分内容将在梳理医疗卫生体系中政府角色的基础上搭建政策体系分析框架，并从比较医疗卫生体系的视角定义社会医疗保险模式及其政策范式转移的内容。

（一）医疗卫生体系中的政府角色

基本医疗服务并不具备公共产品的非竞争性和非排他性特征。政府的干预主要着眼于解决医疗保险市场和医疗服务市场中的不确定性和信息不对称问题^⑨。

① 杜创、朱恒鹏：《中国城市医疗卫生体制的演变逻辑》，《中国社会科学》2016年第8期。

② 王绍光等：《政策导向、汲取能力与卫生公平》，《中国社会科学》2005年第6期。

③ 顾昕：《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》，《中国社会科学》2010年第2期。

④ 参见郑功成：《中国社会保障改革与发展战略：理念、目标与行动方案》，人民出版社，2008年；郑功成：《中国社会保障改革与发展战略（医疗保障卷）》，人民出版社，2011年。

⑤ 申曙光、张家玉：《医保转型与发展：从病有所医走向病有良医》，《社会保障评论》2018年第3期。

⑥ 白重恩等：《医疗保险与消费：来自新型农村合作医疗的证据》，《经济研究》2012年第2期。

⑦ 吴本健：《新型农村合作医疗制度对贫困缓解的作用——基于收入和热量贫困线的比较分析》，《社会保障评论》2018年第2期。

⑧ 白晨、顾昕：《社会医疗保险与健康老龄化——新型农村合作医疗制度“营养绩效”分析》，《社会保障评论》2018年第2期。

⑨ 在整个医疗卫生服务领域（含公共卫生服务），政府干预源自4种形式的市场失灵：医疗服务是一种有益品（Merit Goods），医疗保险与医疗服务市场的不确定性与信息问题，公共卫生服务及设施是公共物品，外部性问题。其中，基本医疗服务领域的政府干预主要是因为医疗保险与医疗服务市场的不确定性与信息问题。相关分析参见 Carolyn Hughes Tuohy, Sherry Glied, "The Political Economy of Health Care," in Sherry Glied, Peter C. Smith (eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, 2011.

风险厌恶的消费者为了规避疾病及医疗消费的不确定性对自己收入的影响而选择购买商业医疗保险。在商业医疗保险市场，由于参保者拥有疾病及健康的私有信息，保险公司的风险分担机制设计多数时候只能依据市场平均疾病风险进行定价。保险合同仅仅能够吸引实际疾病风险损失高于平均水平的人参保。保险公司可以通过区别定价以及风险选择来应对参保者的上述逆向选择行为，但是这种市场行为可能导致医疗费用风险保护产品的供给缺口，低收入和高疾病风险者无法通过保险市场解决其医疗费用风险保护问题。为了降低逆向选择所致的效率损失，政府会通过强制参保的方式要求所有劳动者或居民参加法定社会医疗保险计划。当然，通过一般性税收融资、基于公民身份建立的普惠型国民医疗服务体系实际上也是通过强制参与来解决逆向选择问题。

医疗卫生体系中政府干预的理据并没有止于强制参保而建立法定社会医疗保险。社会医疗保险作为第三方付费机制，建立了“参保者（患者）-社会医疗保险-医疗机构”的三角关系之后，进一步诱发或者恶化了患者、医生的道德风险。回应这些新问题，医疗卫生体系还需要进行机制设计，相机解决患者过度使用医疗服务的道德风险、医生的供方诱导需求问题。

患者的道德风险主要表现在两个方面。其一，相对于未参保的状况，参保者由于获得保险保护，倾向于降低事前预防的投入，而使自己暴露在更大的疾病风险之下。其二，第三方支付制度使得个人医疗服务消费决策时的私人边际成本和社会边际成本之间出现了缺口。面对较低甚至免费的医疗服务价格，患者会弱化医生搜寻的激励，并消费过量的医药服务。这两种不同类型的道德风险（前者属于事前道德风险，后者属于事后道德风险）将导致疾病的发病概率以及治疗的成本增加。^①为抑制保险及第三方支付诱致的服务需求膨胀，医疗卫生体系需要引入就医流向管理政策以及患者医疗费用分担（Cost Sharing）政策。

医患之间的信息不对称及委托代理问题并没有随着医疗卫生体系的建立而消解。医疗卫生体系如社会医疗保险可以雇佣专业力量来缩小其与医生及医疗机构在疾病与诊疗方面的专业知识差距，但是医疗机构仍占有信息优势，并可能据此诱导患者的就医行为以谋取利益。更为关键的是，第三方支付制度使得患者对医疗成本的监控动力不足，“医患合谋”常能达成，患者过度使用医疗服务的道德风险与医生的供方诱导需求同时发生、相互强化。控制供方诱导需求行为的关键在于通过医疗费用支付方式改革，调整医生与医疗机构的行为激励。

（二）政府角色与政策分析框架

与政府在医疗卫生体系中的角色相匹配，一个健全、有效的医疗卫生体系需要协调参保者（患者）、筹资机构（如社会医疗保险经办机构）、医疗服务提供者之间复杂的三角关系，并解决上述市场失灵问题。

早期的医疗卫生体系分析框架主要围绕资金筹集和服务递送两个功能展开。比如 Kutzin 设计的分析框架在重视资金筹集与服务递送两大功能的基础上，进一步将资金筹集方面的功能细化为征缴资金、风险分担与服务购买及支付等 3 大内容。^②这种分析思路与一般性的社会政策分析框

① Nicholas Barr, *The Economics of the Welfare State (5th edition)*, Oxford University Press, 2012, pp. 238-243.

② Joseph Kutzin, "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements," *Health Policy*, 2001, 56(3).

架保持了一致,但是并没有体现服务给付的特性,也没有关注医疗服务领域特殊的市场失灵问题。对此,Rothgang 等人的研究认为,医疗卫生体系在资金筹集与服务递送之外还应该具备管制的功能。资金筹集关注筹资来源、方式及水平等问题。服务递送聚焦递送机构的两个属性——产权属性与营利属性。管制的焦点着眼于处理参保者(患者)、筹资机构与服务提供者3大主体的3组双边关系。其中,参保者(潜在患者)与筹资机构的关系聚集在参保覆盖策略与资金筹集方式两大议题,筹资机构与服务提供者的关系围绕服务提供者的市场准入与补偿机制问题展开,服务提供者与患者之间的关系聚焦在就医选择权管控与待遇给付(含患者医疗费用分担)上。^①3大主体间的6个(3组)主要问题基本上与上一节提到的3种类型的信息问题(市场失灵)对应。对于管制的议题,管制的主体与管制的方式对于识别或设计不同的管制机制更加重要。其中,管制主体包括政府、社会自治组织与私人市场参与者等3类行动者。而管制方式也有3类,等级性管控、平等的集体谈判、个体或群体间的竞争。将管制主体与管制协调方式进行组合匹配,则可以得到3种理想型的管制机制:(1)政府等级管制(State-hierarchical Regulation),通过等级从属关系进行行政管控;(2)社会性自我管理(Societal Self-regulation),通过社会自治组织间的集体谈判形成解决方案;(3)市场竞争管制(Private-competitive Regulation),基于私人市场参与者的竞争配置资源。^②

以上文献梳理为我们提供了一个完整的政策分析框架:针对基本医疗服务领域中的市场失灵,医疗卫生体系包括资金筹集、服务递送与管制3大功能;其中管制功能旨在回应上述市场失灵问题,并与资金筹集与服务递送的政策设计紧密关联;管制机制某种程度上统领了资金筹集与服务递送的政策设计^③,并有着多样化的选择。

(三) 医疗卫生体系类型与政策范式转移

医疗卫生体系的政策变迁及范式转移可以基于医疗卫生体系类型学的已有研究成果展开。划分医疗卫生体系模式一直是比较社会政策与比较卫生政策的研究热点。Wendt 等人对已有研究进行了整合性梳理,并基于其构建的医疗卫生体系政策分析框架对典型模式进行了概念性探索分析。依据资金筹集、服务递送与管制3个维度上,政府、社会自治组织、私人市场参与者的角色及相对重要性,理论上可以描绘出27种医疗卫生体系模式。其中,3种理想型的医疗卫生体系模式最具代表性。它们分别是:(1)国家医疗卫生体系(National Health Service),筹资、递送及管制主要是由政府主导,以英国为代表;(2)社会医疗保险体系(Social Insurance System),社会自治组织在筹集、递送及管制方面负主要责任,以德国为代表;(3)私人医疗卫生体系(Private Healthcare System),筹资、递送与管制主要由市场性力量来控制,以美国为代表。^④基于该项研究创立的分类思路与划分标准,这个研究团队的后续聚类分析为医疗卫生体系模式划分的科学性

① Heinz Rothgang, et al., "The Changing Role of the State in Health Care Systems," *European Review*, 2005, 13(1).

② Heinz Rothgang, et al., *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*, Palgrave Macmillan, 2010, pp.14-15.

③ Katharina Böhm, et al., "Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification," *Health Policy*, 2013, 113(3).

④ Claus Wendt, et al., "Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison," *Social Policy and Administration*, 2009, 43(1).

提供了较好的实证依据。^①

更为关键的是，Wendt 等人的研究在划分出医疗卫生体系理性类型的基础上，还基于 Hall 的多层次政策变迁概念分析框架，讨论了医疗卫生体系转型的 3 种方式。在 Hall 的分析视野中，政策变迁在 3 个层次展开。其中，一阶政策变迁是指政策工具（或技术）的水平或者参数调整变化；二阶政策变迁强调在总体政策目标不变的情况下政策工具的改进；三阶政策变迁也被称为政策范式转移，它意味着构成公共政策的政策工具参数、政策工具以及政策目标都发生了重大变化。相比一阶、二阶政策变迁，政策范式转移意味着整个公共政策的目标与政策论述都发生了重要变化。^②与之相对应，医疗卫生体系的变迁也分为 3 个层次：（1）政策范式转移，即政策总体目标变迁，并且医疗卫生体系（模式）由一种理想型转为另一种理想型；（2）内部系统变迁，即筹资、递送与管制中的某一个维度发生变迁，但是整体政策范式仍维持稳定；（3）内部水平变化，指筹资、递送与管制中的某一个或多个维度的参数水平发生变化。^③

下文的分析我们基于医疗卫生体系的概念分析框架展开，不会只关注社会医疗保险的资金筹集功能，而会将其视为一种医疗卫生体系模式，并从医疗卫生体系政策范式转移的视角审视相关改革与变迁。

三、改革开放以来我国医疗卫生体系的政策范式转移

中华人民共和国成立以来，我国的医疗卫生体系建设经历了 3 个阶段。其中，计划经济时期建立的劳保医疗和公费医疗是改革的起点；在市场转型期，医疗卫生体系改革实现了资金筹集与风险分担政策由单位保障、财政负责向社会统筹、劳资缴费转变；2003 年以来的改革则在资金筹集、服务递送以及管制机制等 3 个方面有着重大改革。

（一）改革起点：计划经济时期的医疗卫生体系

建国初期，在劳动力资源相对丰富而资本相对稀缺的资源禀赋下，为了支持重工业优先发展的赶超型发展战略，我国采用了计划手段代替市场机制来人为地扭曲宏观经济环境，降低发展重工业的成本^④。为了获得资本密集型重工业发展所需要的资本，我国的收入分配及再分配政策围绕“低消费、高积累”的原则展开。在城市部门，计划经济体制下的劳动管理制度通过低工资政策来降低用人单位的劳动成本。为了弥补低工资政策对劳动力维持与再生产的负面影响（工伤、疾病与生育），并解决劳动力丧失之后退出劳动力市场的收入保障问题（残疾与退休），政府于

① Katharina Böhm, et al., "Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification," *Health Policy*, 2013, 113(3); Claus Wendt, "Changing Healthcare System Types," *Social Policy and Administration*, 2014, 48(7).

② Peter A. Hall, "Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain," *Comparative Politics*, 1993, 25(3).

③ Claus Wendt, et al., "Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison," *Social Policy and Administration*, 2009, 43(1).

④ 林毅夫等：《中国的奇迹：发展战略与经济改革》（增订版），格致出版社、上海三联书店、上海人民出版社，2014 年，第 22-40 页。

1951年建立了劳动保险。作为劳动保险的项目之一,劳保医疗主要解决疾病或非因工负伤时的劳动力再生产问题。1952年,政府根据类似的逻辑面向公共部门的机关事业单位工作人员及其家属建立了公费医疗制度。资本积累不仅在城市推行“低工资”政策,还积极在农村无偿或者低代价地转移农业剩余。为了统购统销、工农产品价格“剪刀差”政策能够稳定和长期地转移农业剩余,政府一方面依靠严格的户籍制度控制农村劳动力外流,另一方面在农村推行特殊的生产和分配方式以保证农业剩余的顺利转移。除灾害救助之外,政府基本没有投入财政资金建设农村社会保障制度。为了解决农村劳动力的维持和再生产问题,1955年开始,合作医疗制度逐步在农村集体经济的基础上建立起来。农村合作医疗并没有获得国家财政的支持,是一种社区筹资的非正式医疗费用保险计划。计划经济时期的医疗卫生体系以城市为重点,其政策设计有如下主要特征。

1. 资金筹集

在计划经济时期的财政体制之下,劳保医疗和公费医疗的资金筹集主要来自财政资金。劳动保险制度建立之初,用人单位按月缴纳相当于各企业全部工人与职员工资总额3%的费用作为劳动保险金;劳动者不需要缴费。每月缴纳的劳动保险金,其中30%存于中华全国总工会户内,作为劳动保险总基金,70%存于各企业工会基层委员会户内,作为劳动保险基金。1969年之后,企业开始停止提取劳动保险金,原来在劳动保险金开支的劳动保险费改在企业营业外列支,由企业实报实销。劳动保险的社会化风险分担机制由此中止,蜕变为单位保障。其中,企业医疗保障费用的主要来源是劳保医疗卫生费(包括支付卫生所室建设及其人员费用),也在企业生产成本项目中列支。与同为劳动保险项目的养老保险不同,劳保医疗自建立之初就没有社会化的风险分担机制。考虑到国有企业财务与财政的关系,劳保医疗的资金实际上来自国家财政。公费医疗的资金则直接来源于财政预算。其中,机关及全额预算管理单位的公费医疗经费由国家财政按人头拨付给各级卫生行政部门,不足部分由地方财政补贴。

2. 服务递送

计划经济时期,医疗卫生体系的医疗服务递送主要由公立医疗机构执行。需要强调的是,除城市公立医院之外,企业与机关事业单位一般会从单位福利基金出资建立诊所或者卫生室,大型国有企业甚至还会建立自己的医院体系。单位的医疗机构一般会进行首诊,之后会根据需要转入更高级别的城市医院。

3. 管制

协调处理参保对象、劳保医疗(公费医疗)机构与医疗机构之间的关系,尤其是控制患者的道德风险以及医生的供方诱导需求行为,主要是通过政府的行政管控展开的。

(1)在医疗费用风险分担方面,财政筹资的医疗保障计划只是面向城市部门,农村居民只能依靠集体经济基础上的合作医疗。除城乡差别之外,城市部门的医疗保障计划并没有建立跨单位的风险分担机制,而只是在单位内部分散风险。劳保医疗、公费医疗以及集体福利成为形塑单位制的重要力量。单位的重要性程度、生产经营状况以及员工的年龄结构,成为影响单位医疗保障财务状况及待遇水平的重要因素。尽管基于财政资金筹资,城市居民在医疗保障方面的社会

权利资格不是基于普惠制原则，也不是基于风险和需要，而事实上取决于单位的经济绩效和政治绩效。

(2) 在患者道德风险管控方面，城市医疗卫生体系基本上没有在政策上制定患者医疗费用分担机制。当然，一些管理运行措施发挥了管控费用的作用。首先，由于患者的医疗费用由单位承担，所以单位的诊所、卫生室或者医院有较强的激励去管控患者就医选择权，事实上发挥了“守门人”的作用。其次，一些贵重药品以及诊疗期间的餐费由患者分担。

(3) 在医疗机构供方诱导需求管控方面，政府通过事业单位工资制来管控公立医疗机构的诊疗激励。与企业的“低工资”政策思路一样，公立医疗机构的工资水平也是受政府管控而人为压低的。当然，医疗服务定价的行政管制以及低估，通过事业单位稍高水平的集体福利进行了补偿。

(二) 第一阶段：发展战略调整、国企改革与城市社会医疗保险的建立

劳保医疗、公费医疗支持、配合了计划经济时期经济发展战略以及资本积累方式对劳动和收入分配制度的要求，也为化解医疗费用风险，确保劳动力的生产和再生产，以及提高居民健康水平做出了积极的贡献。但是，其政策设计的缺陷导致风险分担与费用控制效果较差。由于缺乏企业间的风险分担机制，企业经济收入和劳保医疗支出的双重分化对劳保医疗的财务可持续性与待遇公平性构成挑战。职工不缴费与医疗费用分担机制的缺乏，使得患者过度使用医疗服务的道德风险失去控制。国有企业的预算软约束还使得企业控制职工福利费膨胀的激励弱化。因此，计划经济后期，劳保医疗的财务状况恶化，保障水平不高且单位间保障水平差异较大。国有企业也因为承担了过多的社会职能及沉重的社会负担而经营效率不高。

改革开放之初，我国的医疗卫生体系需要在服务国家发展战略调整的基础上，回应上述问题。首先，为实现市场化转型，国企改革与劳动力市场建设的要求推动着医疗卫生体系筹资及风险分担机制的改革。国企改革的重要任务之一就是预算约束硬化，这需要解决充分就业目标所导致的大量隐性失业人员的冗员负担以及由此导致的社会保险、职工福利等方面的社会负担。劳动力市场发育需要引入失业机制，并实现区域间、行业间、企业间的劳动力流动。与之相应，劳动保险需要脱离单位，建立社会化的风险分担机制。其次，为实现由重工业优先发展向出口导向型发展战略的转型，新建立的社会医疗保险有选择地向外来务工人员扩面，而事实上制造了劳动力成本低廉的优势。这两个逻辑导致医疗卫生体系改革选择了“福利紧缩”的策略。一方面，相对于劳动保险和公费医疗，新建立的社会医疗保险需要增加个人责任，降低待遇水平；另一方面，地方政府间的竞争使得社会医疗保险的扩面受到约束。

从改革过程来看，20世纪80年代开始，不少地方的劳保医疗开始尝试引入医疗费用控制机制。20世纪80年代后期开始，建立社会化风险分担机制的试点改革开始增多。1993年《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》将我国城镇职工基本医疗保险的制度模式定位为社会统筹与个人账户相结合之后，各地开始有组织地进行试点。其中，江苏镇江与江西九江的试点尤为突出。在总结和评估试点经验的基础上，国务院于1998年颁布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，确立了统账结合的医疗保险制度模式及政策设计。从1983年开始，农村正式开始推行的以家庭为单位的农业联产承包责任制，取代了原来以农业生产队为基础的集体农业经济，

农村生产和经营方式都发生深刻变化,家庭成为农村基本生产单位,农村公共积累下降,集体经济衰弱。合作保健站(村卫生室)失去了资金来源,赤脚医生也不可能依靠过去的方式取得报酬。合作医疗制度因经济和组织基础的丧失而迅速瓦解,多数农村居民无法获得医疗保障。

市场转型期的医疗卫生体系建设,最终在城市建立了城镇职工基本医疗保险体系,实现了筹资及风险分散机制的变革。从政策总体目标来看,这一阶段医疗卫生体系的改革依然具有鲜明的发展型社会政策的烙印^①,服务于发展战略调整与经济改革,其具有如下主要特征。

1. 资金筹集

随着劳保医疗和公费医疗向城镇职工基本医疗保险的转轨,以及农村合作医疗的衰落与崩溃,整个医疗卫生体系只是面向城市部门的就业者(包括企业和机关事业单位)。在资金筹集方面,基本医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费率控制在职工工资总额的6%左右,职工缴费率一般为本人工资收入的2%。由于国有企业预算约束的硬化,企业的缴费具有专项税费的性质,与计划经济时期企业的职工福利费支出不同。

2. 服务递送

服务递送依然由公立医疗机构执行。但是,医疗机构间的分工与协作关系发生了变化。随着国有企业社会职能的剥离,作为集体福利重要载体的单位诊所、卫生室甚至企业医院进行了改制或者私有化。依靠单位自建医疗机构对患者进行首诊以及分级诊疗的机制消失了。随着事业单位改革的推进,医疗机构间的协作逐渐演变为竞争关系。由于财政补贴不足,为了获得更多的病人资源及医疗收入,医疗机构间的竞争使得分级诊疗体系无法有效运转。

3. 管制

城镇职工基本医疗保险制度在医疗费用分担与患者道德风险管控方面发挥了一定的作用。但是总体而言,整个管制机制依然是政府主导的,并保留了很多计划经济的特色。

(1) 在医疗费用风险分担方面,城镇职工基本医疗保险面向城市公共部门和私人部门建立了风险分担机制。不同于同期建立的城镇职工基本养老保险只面向城市企业部门,职工基本医疗保险的参保对象包括企业职工、机关事业单位工作人员以及社会组织雇员。当然,其实际扩面策略受出口导向型发展战略的影响。出口导向型发展战略建立在劳动力资源丰富的比较优势之上,农村经济体制改革与户籍制度的松动释放出来的农村剩余劳动力是沿海地区制造业发展的基础。但是,职工基本医疗保险的覆盖范围在2003年之前并没有积极向在非公有制企业就业的、不具有本地户籍的农民工群体开放。回应医疗费用风险,一些地方政府为农民工群体单独建立了筹资水平低、待遇水平差的社会医疗保险项目,如上海、成都等地的农民工综合保险;另一些地方政府则为本地户籍的低收入群体建立了医疗救助制度。

(2) 在医疗保障待遇与患者道德风险管控方面,职工基本医疗保险引入了个人账户制度与患者医疗费用分担机制。个人账户制度的引入将患者门诊医疗费用风险转移给了参保者。相对于劳保医疗的门诊医疗保障待遇范围与水平,个人账户的引入导致了门诊医疗保障待遇的“福利紧

^① Yeun-wen Ku, Catherine Jones Finer, "Developments in East Asian Welfare Studies," *Social Policy and Administration*, 2007, 41(2).

缩”。在患者医疗费用分担方面，药品与医疗服务准入目录，起付线、共同支付以及封顶线等措施出台，它们在收获医疗费用控制绩效的同时也在一定程度上牺牲了医疗费用风险保护水平^①。

（3）在医疗机构供方诱导需求管控方面，职工基本医疗保险并没有出台有效的措施，而延续了以往计划经济时期的制度安排。初创的城镇职工基本医疗保险政策并没有供方诱导需求管控方面的政策设计，医疗费用支付依然采用按项目付费。然而，公立医院的管理运行机制却发生了急剧变革。随着财政制度的改革，尤其是分税制的推行，地方政府投入医疗卫生事业的能力和激励都迅速弱化。公立医院获得的财政拨款不足，医疗服务受行政管制定价而低于市场水平，公立医院只能通过诱导患者不合理地使用医疗服务来获得收入补偿以及发展资金。

（三）第二阶段：社会建设、健康中国与“新医改”

2003年10月召开的党的十六届三中全会上首次提出“科学发展观”发展理念，2004年9月召开的十六届四中全会明确提出构建“和谐社会”的新目标，我国的经济社会发展战略进入了构建社会主义和谐社会的新阶段。发展战略的转型使得我国医疗卫生体系的目标出现了根本性的变化，由服务于经济增长优势的塑造，转变为回应居民的医疗费用风险。

在政策总体目标改变的同时，医疗卫生体系的资金筹集、服务递送与管制都发生了深刻的变化。^②为了回应职工基本医疗保险扩面缓慢的问题，国家于2003年开始连续发布政策，出台具体措施推进困难企业职工、灵活就业者、非公有制企业雇员及农民工群体的参保扩面。针对非就业城乡居民的参保难题，财政补贴家庭参保的居民社会医疗保险政策创新出台，新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险相继建立和推广。随着财政补贴力度的加大，城乡居民基本医疗保险迅速扩面并最终实现了全民覆盖。另外，国家还逐步建立了城乡居民社会医疗救助、城乡居民大病保险，向大病患者提供额外的风险保护。精准扶贫启动之后，农村居民的医疗救助与医疗保险工作更是受到重视。2009年开始的“新医改”在巩固全民医保覆盖的基础上，将医疗服务体系改革，尤其是公立医院改革作为重点，推动“三医联动”，在药品价格形成机制改革、支付方式改革以及公立医院补偿方式改革等方面出台综合性措施。2003年以来，医疗卫生体系改革目标的调整，以及由此推动的资金筹集、服务递送以及管制的变革，使得我国的医疗卫生体系进入了政策范式转移的新阶段。

1. 资金筹集

与城镇职工基本医疗保险依靠用人单位和劳动者社会保险缴费筹资不同，城乡居民基本医疗保险的筹资获得了财政补贴的支持。城乡居民基本医疗保险采取了定额缴费的筹资方式，个人缴费约占1/3，政府补贴另外的2/3（平均水平）。财政资金通过“补需方”的方式，迅速推动了城乡居民基本医疗保险的扩面。除社会医疗保险之外，政府还投入大量资金推动了城乡居民医疗救助政策的发展。

2. 服务递送

“新医改”以来，政府积极推动医疗服务体系的结构性改革。一方面，政府积极完善公立医

① 彭宅文：《我国的医疗保险个人账户：历史、问题与前景》，《社会保障研究（北京）》2008年第1期。

② 郑功成：《健康中国建设与全民医保制度的完善》，《学术研究》2018年第1期。

院管理体制,实行政事分开和管办分开,逐步推进“去行政化”改革,重建政府与公立医院的关系,提高公立医院服务效率。另一方面,政府通过完善市场准入等方式,鼓励社会力量以出资新建、参与改制等多种形式投资医疗机构。多元化的医疗服务体系正在形成。

3. 管制

城乡居民基本医疗保险的创立与扩面,分级诊疗改革措施的出台,以及公立医院补偿机制改革的深化,推动着医疗卫生体系的管制机制更新。

(1) 在医疗费用风险分担方面,城镇职工基本医疗保险的扩面与城乡居民基本医疗保险的创立和推广,使得我国实现了社会医疗保险的全民覆盖。并且,随着城乡居民基本医疗保险的整合,辖区内跨户籍的居民医疗费用风险分担机制得以建立,这对实现户籍人口城镇化与基本公共服务均等化具有重要的意义。居民基本医疗保险的筹资采用个人缴费与财政补贴相结合的方式,在某种程度上是社会医疗保险模式与国家医疗卫生体系模式的整合。公共财政以“补需方”的方式推动医疗卫生体系的发展,具有重要的政策创新意义。

(2) 在医疗保障待遇与患者道德风险管控方面,门诊统筹政策的推出与分级诊疗体系的建立具有重要的意义。新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险在发展之初,由于筹资水平的约束而将住院医疗费用风险保障作为重点。在筹资水平提高的基础上,两大居民医疗保险项目开始探索门诊医疗费用的社会统筹,建立门诊医疗费用的风险分担机制。目前,城镇职工基本医疗保险为了回应患者门诊医疗费用风险保护需要,也开始将完善个人账户制度列入政策议程,不少地方已经开始用门诊医疗费用社会统筹改革来逐步取代个人账户。以风险分担的社会团结机制取代个人储蓄的风险私有化机制,标志着医疗卫生体系在医疗保障待遇方面的重要进步。另外,为实现患者就医流向合理化,管控患者在医疗资源搜寻与选择上的道德风险,分级诊疗体系也是“新医改”的重点任务之一。区别于前一时期的依靠差别化的待遇支付水平来引导患者就医流向不同,分级诊疗建设将重点放在了引导优质医疗服务资源进入社区层面。其中,“医联体”的改革探索是重要内容。

(3) 医疗机构供方诱导需求管控,是“新医改”中公立医院改革的核心议题。为促进医疗服务体系内部的竞争,政府积极推动公立医院“去行政化”改革以及社会办医,希望通过促进竞争、管控行政垄断的方式提高服务递送效率。在公立医院改革方面,“三医联动”旨在协调医疗费用支付方、医疗机构以及医药产业的管制机制。其中,取消药品加成、提高医疗服务定价水平,以及完善医疗费用支付方式是公立医院补偿机制改革的重要内容,政府希望以这种结构性改革来破除以药补医机制。然而,这种结构性改革究竟是行政管控主导还是基于市场力量的集体协商仍在探索之中,各地改革呈现出差异化的模式。

(四) 小结: 医疗卫生体系的政策变迁与政策范式转移

以上分析分别描述了改革开放之初的医疗卫生体系特征,以及政策变迁的两个阶段。表1概括了3个时期医疗卫生体系的政策设计内容与特色。

在改革第一阶段,城镇职工基本医疗保险取代了劳保医疗和公费医疗,在资金筹集维度实现了重大政策变迁。但是这种政策变迁并不具有政策范式转移的特征。城镇职工基本医疗保险建立的出发点是服务于国有企业改革、劳动力市场建设、出口导向型发展战略。这与计划经济时期社

会政策服务于经济政策与发展战略的逻辑并没有差异。在服务递送以及管制方面，以往行政管控主导的机制依然维持不变，国家医疗卫生体系的模式特征依然存在。更为关键的是，医疗卫生体系在 2003 年之前的改革实际是围绕“福利紧缩”，以控制劳工社会保险缴费成本和财政卫生支出而展开的。医保个人账户的引入、严苛的患者医疗费用分担机制实际上向参保者转移了部分医疗费用风险。居民医疗保障广泛缺乏与职工基本医疗保险因受控而缓慢扩面，则导致因病致贫风险的增加。

表 1 改革开放以来医疗卫生体系的政策变迁与政策范式转移

	改革起点	改革第一阶段	改革第二阶段
政策体系	劳保医疗 + 公费医疗	职工基本医疗保险	“全民医保”
政策目标	配合重工业优先发展战略进行资本积累的要求，解决低工资政策背景下的劳动力的维持和再生产问题	配合计划向市场转型及出口导向型发展战略调整，剥离国企社会负担，形塑全球化背景下劳动力成本优势	回应医疗费用风险与健康改善需要，提高基本医疗服务可及性与公平性，推进社会建设与健康中国建设
资金筹集	政府主导	社会主导	社会 + 政府
服务递送	公立医疗机构	公立医疗机构	公立医疗机构主导多元医疗服务体系
管制	政府主导	政府主导	政府管控淡化 社会力量增强
(1) 覆盖方式与医疗费用风险分担体系	“全民覆盖”；单位内风险分担；单位间医疗保障待遇水平的差序格局	区域内医疗费用风险分担；职工医保实际覆盖有限，多数居民无医疗保障	“全民医保”；职工与居民二元风险分担体系；多层次医疗保障体系建立
(2) 待遇水平与患者道德风险管控	患者道德风险管控措施较少；政策层面的待遇范围与保障水平较好（城市）	医保个人账户将门诊医疗费用风险私有化；建立了患者医疗费用分担机制	门诊统筹推动门诊医疗保护水平提高；分级诊疗开始管控患者就医选择与流向
(3) 补偿方式与供方诱导需求管控	无支付方式改革；医疗机构事业单位工资制	医疗保险按项目付费；医疗机构事业单位工资制遭遇逐利行为	医药价格改革、支付方式改革与医疗机构补偿方式改革联动
医疗卫生体系类型（模式）	国家医疗卫生体系	国家医疗卫生体系（筹资具备社会医疗保险体系特征）	社会医疗保险体系

从政策目标与医疗卫生体系类型变迁来看，2003 年以来的医疗卫生体系建设正在经历政策范式转移。根据 Hall 的多层次政策变迁概念分析框架，只有当全局性政策目标发生变化（第三阶段政策变迁），并推动政策工具（第二阶段政策变迁）、政策工具参数设计（第一阶段政策变迁）改革时，政策范式转移才会发生。2003 年以来的医疗卫生体系建设扭转了过去发展型社会政策的取向，不再以配合经济发展战略调整与塑造经济增长优势为目标，而以患者医疗费用风险保护与居民健康水平改善为出发点。在这个过程中，我国的医疗卫生体系类型正在进行更新。改革第一阶段建立的社会医疗保险只是在资金筹集的局部实现了政策变迁，而管制机制依然是政府主导。2009 年的“新医改”则正逐步确立社会医疗保险在患者道德风险与医疗机构供方诱导需求管控方面的主导地位。

在医疗卫生体系类型学的概念上,社会医疗保险体系模式正在加快建立和巩固。

四、政策范式转移的制度约束:央地关系与部门利益

2003年以来,我国医疗卫生体系的政策范式转移是自上而下由中央政府推动的。国家发展理念的变迁启动了医疗卫生体系政策目标的调整与回归,医疗卫生体系的资金筹集、服务递送与管制也开始经历急剧的变革。尽管资金投入增长迅速,但是政策投入仍没有带来患者医疗费用负担显著的改善,居民对“新医改”的获得感在某种程度上褪色。医疗卫生体系政策范式转移的绩效问题值得关注。从社会政策变迁动力的理论视角出发,中央政府推动的改革与政策范式转移正在遭遇两方面的制度约束。我们从地方政府竞争与部门绩效竞争两个维度展开分析。

(一) 央地关系、地方政府竞争与医疗卫生体系目标转变

在财政联邦制的制度背景下,财政分权旨在通过地方政府间的竞争来约束地方政府的财政支出行为及效率^①。但是,由于资本与劳动稀缺性与流动性的差异,地方政府常围绕争夺资本与优势劳工(人才)展开税收优惠竞争,税收竞争的压力会对公共支出造成负面影响,其结果会导致公共产品,尤其是收入再分配性社会政策遭遇逐底竞争^②。中国的地方治理围绕政治集权和经济(财政)分权的主轴展开,这进一步导致地方政府发展社会政策、进行收入再分配的动力不足。央地关系以及地方政府竞争,使得中央政府推动的医疗卫生体系目标转变在地方政府层面遭遇阻碍。

经济分权同垂直的政治管理体制紧密结合是中国式分权的核心内涵。经济分权使得地方获得了推动地方经济发展的资源和财政激励,但是,“向上负责”的政治激励与治理模式使地方政府很好地服从中央权威。同时,基层治理改革的缓慢使得地方居民的投票机制不能高效地向地方政府传递利益呼声;户籍制度的限制、普通居民用脚投票机制的失灵,也导致地方政府在一定程度上忽视民众的诉求。地方政府为经济增长而竞争的行为逻辑由此产生。^③为了追求任期内的“政绩最大化”,地方政府对其所承担的经济、社会、文化等各项职责会表现出不同的取向。短期的经济增长成为重要的目标,而公共物品提供、环境保护、社会保障方面的职能让位,或者服务于这一职能。

在此背景下,中央政府可以通过加强医疗卫生体系改革绩效在地方政府绩效考核中的比重,以及增加中央转移支付的方式来协调地方政府的激励,推动医疗卫生体系目标转变在地方政府执行。但是,相关改革措施的绩效并不明显。地方政府限制医疗卫生体系目标转变的激励依然很强,这主要表现在以下3个方面。

第一,控制劳工成本,消极对待职工基本医疗保险的扩面。城镇职工基本医疗保险的政策费

① Torsten Persson, Guido Tabellini, "Does Centralization Increase the Size of Government?" *European Economic Review*, 1994, 38(3-4).

② Paul Pierson, "Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy," *Governance*, 1995, 8(4).

③ 参见张军、周黎安:《为增长而竞争:中国增长的政治经济学》,上海人民出版社,2008年。

率水平为 8%，在 5 大社会保险项目中位居第二高位，是劳动力成本的重要组成部分。地方政府在招商引资的竞争中，竞相放松劳动标准，控制社会保险的扩面速度与实际费率水平，以构建劳动力成本的区位优势。在社会保险法颁行之之前，不少地方政府选择通过构建差异化、低水平的农民工社会医疗保险项目来规避参保成本。社会医疗保险法颁行之后，社会医疗保险体系碎片化的趋势得到控制。但是，地方政府仍然可以通过控制政策执行力度的方式，来影响职工基本医疗保险的扩面水平与实际费率负担。城乡居民基本医疗保险建立之后，一些企业会鼓励或诱导职工参加居民医疗保险以减轻缴费成本。图 2 清晰地描绘了我国社会医疗保险体系扩面的过程。职工医疗保险参保职工数占城镇就业人数比重、职工医疗保险参保职工数占二、三产业就业人数比重，在 2003 年之后的确迅速增长，但是在 2016 年仍分别为 52.43%、38.71%，50% 左右的城镇就业人员（或非农就业者）仍没有参加职工基本医疗保险。鼓励非农就业者参加居民基本医疗保险，可以部分将基本医疗保障的财政投入责任转移给中央政府的居民参保补贴，并可以维持或者构建劳工成本优势。然而，居民医疗保险较低的筹资水平与待遇水平并不利于提高患者的医疗费用风险保护水平。

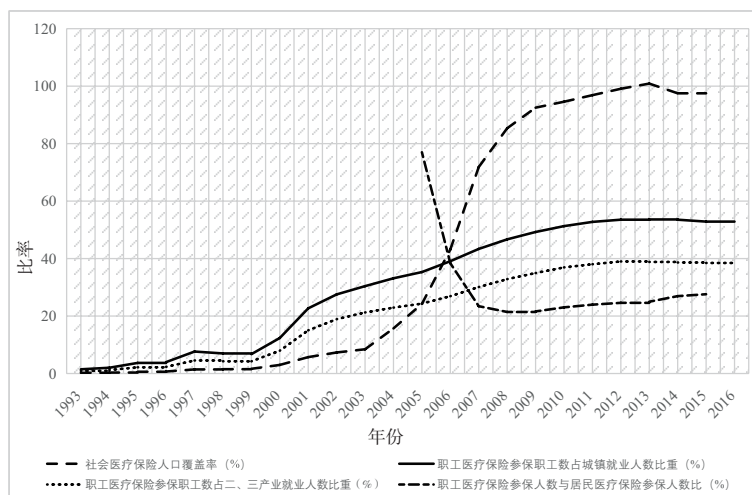


图 2 中国的社会医疗保险人口覆盖率及结构特征变迁（1993—2016）

资料来源：根据《中国劳动统计年鉴》《中国统计年鉴》相关年份数据计算。

第二，控制地方政府的财政性医疗卫生支出水平。由于地方政府为经济增长而竞争的激励维持稳定，中央财政通过转移支付引导地方政府发展医疗卫生体系的努力可能遭遇障碍。比如地方财政用于社会医疗救助的资金并不是基于居民基本医疗救助的需要，而是根据地方财力来确定的，这导致医疗社会救助无法有效发挥兜底的作用。公立医院补偿机制改革中，取消药品加成导致公立医院的政策性“亏损”，需要提高医疗服务价格以及增加财政支出来补偿。但是，地方政府通常选择由地方社会医疗保险基金来补偿其中的部分亏损，而迟于支付或不支付地方财政的补偿额度。更为关键的是，面临公立医院的财务赤字，不少地方政府选择通过政策变通的方式帮助公立医院获得隐性的补偿，比如默许医疗机构在药品采购中的“二次议价”行为，或者通过所谓“药房托管”来获得隐性的收入补偿，这使得中央政府破除以药养医的相关政策效用在一定程度上被消解。

第三, 地方政府因照顾本地医药产业发展而扭曲医疗卫生体系管制。当前, 大健康产业成为地方政府产业结构转型的重点方向之一。地方政府可能延续发展型社会政策的改革逻辑, 使得医疗卫生体系的改革服务于地方医药产业的发展。一些地方政府在药品集中招标采购过程中会照顾本地药品与医疗器械厂商, 而不一定从质量与价格的角度做出最优选择。为了构建优质医疗资源的区位优势, 地方政府可能会扭曲城乡区域卫生资源规划, 帮助优质三甲医院跨区域扩张, 而大医院的无序扩张与鼓励社会办医、增进医疗服务体系内部竞争以提高医疗服务递送效率的改革方向冲突。在降低患者医疗费用负担水平与促进辖区医药产业增长方面, 地方政府竞争的逻辑常使得医疗卫生体系的管制机制失灵。卫生政策服务于地方医药大健康产业增长的发展型社会政策思维仍具有深厚的基础。

(二) 部门利益、机制竞争与医疗卫生体系管制机制转变

制度主义的福利国家理论认为, 社会政策的历史遗产对当前的政策变迁与发展路径有着重要的影响^①, 当前社会政策的制度安排存在严重的路径依赖倾向, 它对未来的改革类型与改革程度影响深远^②。医疗卫生体系的政策范式转移过程是渐进的, 旧医疗卫生体系政策范式的受益者会积极利用其政治资源或者市场地位影响新政策范式的创立、巩固与拓展。

在当前的政策范式转移过程中, 国家医疗服务体系向社会医疗保险体系转型意味着, 国家主导、政府行政管制机制将被社会主导的、集体协商谈判机制取代。因此, 位居关键管控环节、掌握行政管制权力与资源的行政部门, 以及受益于这种行政管制方式的医疗服务递送者将利用其政治机会、行政资源, 以及市场资源维护旧的管制机制。尽管我国的医疗卫生体系自20世纪90年代末已经开始采用社会保险的筹资方式, 但是公立医疗机构补偿方式改革以及供方诱导需求控制仍由行政管控机制主导。2009年的“新医改”方案, 开始将医疗费用支付方式改革作为完善公立医院补偿机制的重要措施。这意味着, 我国医疗卫生体系的管制政策设计终于在供方诱导需求管控方面出现机制竞争的格局。受部门利益影响, 管制机制竞争非常激烈。同时, 部门间的改革行动缺乏协调, 为追求局部、中间绩效的改善, 各部门的改革相互掣肘, 而最终影响政策范式转移的顺利推进。

医疗卫生体系的管制政策设计需要解决人口覆盖、筹资与风险分担, 患者道德风险管控与医疗机构供方诱导需求管控3个方面。医疗机构供方诱导需求管控的难度最大、价值最高。在国家医疗卫生体系模式时期, 供方诱导需求管控主要是通过政府行政手段实现的^③。政府主导的行政管控机制, 主要着眼于通过行政手段管控基本医疗服务生产要素的价格。第一, 政府对医护人员医疗服务定价实施行政管控, 公立医疗机构的医疗服务定价无法市场化, 且远低于市场水平。管制部门希望通过医疗服务低价来惠及患者, 但是医护人员无法通过医疗服务收入获得正常的人力资本投资回报。这

① Paul Pierson, *Dismantling the Welfare State: Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press, 1994, pp.27-52; Desmond S. King, Bo Rothstein, "Institutional Choices and Labor Market Policy: A British-Swedish Comparison," *Comparative Political Studies*, 1993, 26(2).

② Peter Starke, "The Politics of Welfare State Retrenchment: A Literature Review," *Social Policy and Administration*, 2006, 40(1).

③ 高春亮等:《激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变——基于建国后医疗制度相关文件的解读》,《管理世界》2009年第4期。

是医疗服务提供者诱导患者需求、获得收入补偿的制度性根源。^①第二，为控制药品价格，政府以行政手段干预价格形成。除已经取消的政府定价药品零售价格行政限价管制外，政府主要通过行政色彩浓郁的招标采购政策形成中标价及药品零售价格^②。中标药品零售价由中标价与医疗机构加成收入构成。社会医疗保险按照中标药品零售价格对医疗机构进行支付。药品加成收入是医疗机构收入补偿的重要来源。政府希望控制价格进而控制医疗机构每单位药品销售的利润（即加成收入）。但是医生则可以通过影响患者药品的消费品类与数量决策而获益。价格管制并没能协调医生的服务激励，诱导患者使用过量的高价药品常常发生。社会医疗保险型的医疗卫生体系模式中，供方诱导需求管控主要通过医疗费用支付方式展开。通过医疗费用支付方式改革，建立合理的经济激励，引导医生在追求自己收益最大化的同时，提高医疗服务质量并降低医疗费用开支。

2009年3月发布的“新医改”方案实际上在坚持行政管控机制的基础上，探索引入医疗费用支付改革。行政管控机制的弊端及其与医疗费用支付方式改革之间的冲突被忽视。2009年11月，《改革药品和医疗服务价格形成机制的意见》的颁布进一步规范了药品价格管制措施，它在某种程度上巩固了行政管控机制。2010年2月发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》中，公立医院补偿机制改革主要通过行政手段调整药品价格和医疗服务价格展开。取消药品加成之后，药品集中招标所形成的药品中标价格就是社会医疗保险的支付价格。取消药品加成造成的公立医疗机构的收入损失，通过提高医疗服务价格的方式最终主要由社会医疗保险支付。社会医疗保险只是被动的支付者。因为医药价格信息的失真和扭曲，同期开展的医疗费用支付方式改革实际上无法准确地按照病种（按病种支付）或者预算单位（总额预付制）进行“打包支付”。由于无法与医疗机构就支付方式及水平进行平等协商和议价，费用支付方式多数沦为某种形式的行政限价或者行政控费手段。

2015年，随着物价管制部门关键官员在药品价格管制中因管制俘获而被问责，政府才开始逐步放弃药品价格的行政管制。2015年5月，《推进药品价格改革的意见》发布，要求“取消药品政府定价，完善药品采购机制，发挥医保控费作用，药品实际交易价格主要由市场竞争形成”。这意味着两种管制机制竞争的格局出现逆转，基于社会医疗保险的集体协商与议价机制取代了行政管控机制。2017年6月，《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》则进一步要求“建立健全医保经办机构与医疗机构间公开平等的谈判协商机制‘结余留用、合理超支分担’的激励和风险分担机制”，与社会医疗保险体系型的医疗卫生体系模式相匹配的医疗费用支付方式终于开始确立。

部门利益之争导致医疗卫生体系不同政策范式管制机制的更迭过程曲折又漫长。虽然医疗卫生体系的政策目标调整启动了政策范式转移，但是新旧管制机制竞争乃至更迭是一个长期的社会学习与部门利益协调过程。这部分解释了为什么2003年以来不断增加的政策投入没能有效转化为显著的患者医疗费用负担的改善。

① 陈钊等：《服务价格市场化：中国医疗卫生体制改革的未尽之路》，《管理世界》2008年第8期。

② 朱恒鹏：《管制的内生性及其后果：以医药价格管制为例》，《世界经济》2011年第7期。

五、结论

改革开放以来,我国医疗卫生体系开始了由国家医疗卫生体系模式向社会医疗保险体系模式的转型。区别于仅将社会医疗保险局限在筹资与风险分担功能的视角,以及将资金筹集、服务递送与管制隔离分析的碎片化视角,论文基于文献梳理从政府角色与医疗卫生体系功能的角度出发构建了相对完整的政策分析框架,突出了管制主体、管制议题以及管制机制分析维度的重要性,整合比较医疗卫生体系与政策范式转移的分析思路,从医疗卫生体系政策变迁与政策范式转移的视角,审视了改革开放以来的社会医疗保险改革过程。

自改革开放(20世纪80年代)到世纪之交(20世纪末21世纪初),我国的医疗卫生体系在资金筹集与风险分担维度实现了重要的政策变迁,建立了城镇职工基本医疗保险。然而,服务于经济体制转轨(改革)与出口导向型发展战略的确立(开放),城镇职工基本医疗保险体系实际削减了居民的医疗费用风险保护水平,且未能有效扩大人口覆盖面。2003年以来,随着国家发展理念的更新,医疗卫生体系开始告别发展型社会政策思维,以提高医疗费用风险保护水平与改善国民健康为目标。在中央政府的推动下,医疗卫生政策体系政策范式转移进入关键时期。然而央地关系与地方政府竞争,以及由此导致的地方政府间收入再分配与社会政策建设逐底竞争的思维,限制了中央层面公共政策格局转向在地方政府层面的落实。国家医疗卫生体系模式下的行政管制机制也因部门利益以及绩效竞争而呈现出很强的韧性。当然,经过漫长的学习与妥协,社会医疗保险行政机构主导的、以市场竞争为基础的协商谈判机制最终开始取代行政管控机制,医疗卫生体系政策范式转移进入新阶段。

论文对我国医疗卫生体系政策范式转移的分析,在某种程度上有助于解释改革开放以来我国医药卫生体制改革政策投入激增,但是患者医疗费用风险保护水平改善不明显的原因。当然,地方政府竞争与部门绩效竞争影响医疗卫生体系绩效的途径与机制还有待实证研究支持和拓展。在政策启示方面,新成立的国家医疗保障局已经整合了医疗卫生体系的资金筹集与管制职能,这有利于在领导与组织资源方面巩固政策范式转移的成果。但是,如何避免落入行政管控药品与医疗服务价格的窠臼,推动市场为基础的药品与医疗服务价格形成机制确立,进而发现真实的价格信息,以帮助医疗费用支付方式有效调节医生与医疗机构的激励,仍值得重视和研究。

Social Health Insurance Reform since China's Reform and Opening-up: Policy Paradigm Shift and Institutional Constraints

Peng Zhaiwen

(School of Government, Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510275, China)

Abstract: Healthcare system transformation and performance improvement are of great significance to the implementation of the Healthy China strategy. Since China's reform and opening-up, the growing fiscal input and policy innovations have been accompanied by the lack of financial risk protection. From the perspective of comparative healthcare systems, this paper aims to examine the process of policy change, identify the key policy paradigm shift, and finally to provide an interpretation of the above-mentioned policy phenomena. The healthcare system reform since 2003 began to depart from the approach of developmental social policy by achieving universal health coverage and launching the New Healthcare Reform, triggering a policy paradigm shift from national health services to social health insurance system. In this process, local government competition and fragmented healthcare administration structure constitute institutional constraints on policy implementation.

Key words: healthcare system; policy paradigm shift; social health insurance system; institutional constraints

(责任编辑：杨建敏)