

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^{*}

彭宅文 岳经纶

[摘要] 新医改以来，“全民医保”的实现，药品定价行政管制的取消与“零差率”的推行，付费方式与补偿机制改革的深入，以及卫生投入的急剧增加，极大地改善了基本医疗服务的可及性。然而，各行政主管部门负责的局部性、中间性绩效目标的改善，并没有带来医疗费用风险保护状况的明显改善。居民获得感褪色与卫生政策绩效的提升成为关键政策议题。本文基于卫生政策待遇设计分析框架检讨了相关政策设计，并进一步分析了新医改以来部门局部、中间性改革绩效改善明显而全局、最终性绩效改善有限背后，两种卫生政策干预机制的竞争及其负面影响。

[关键词] 卫生筹资 患者医疗费用负担 社会医疗保险待遇 医疗保障模式

[中图分类号] C91 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1000-114X(2018)04-0182-11

一、研究问题的提出：褪色的医改居民获得感

新世纪以来，为回应城乡无医疗保障居民的疾病医疗费用风险，我国政府先后于2002年、2007年分别面向农村居民和城镇非就业和/或无医疗保障居民建立了税收补贴的居民基本医疗保险制度（新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险）。区别于职工基本医疗保险的雇主与雇员分担缴费，居民医疗保险采取了个人缴费与财政补贴相结合的筹资方式。由于个人及家庭的筹资负担较轻，且随着政府缴费补贴力度的加大，两大居民医疗保险计划迅速实现了人口全覆盖；并在达成“全民医保”的基础上，于2016年开始推进制度整合，发展为统一的城乡居民基本医疗保险（郑功成，2018）。中国社会医疗保险体系实现了“全民覆盖”，构建了全球最大的医疗保障安全网，并因“社会保障扩面”绩效突出而获得“国际社会保障协会社会保障杰出成就奖”。^①

^{*} 本文系2016年度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”（项目编号16JJD630011）、2014年度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”（项目编号14JJD630004）、2013年度国家社会科学基金重点项目“中国社会医疗保险制度整合的效果评价”（项目编号13AGL011）的阶段性成果。

于2009年4月份启动的新医改，在推进上述卫生筹资和医疗保障制度建设之外，还将重点放在了医药卫生体制的“供给侧改革”上，着力提高医疗卫生服务的递送效率和服务质量。其中，以公立医院改革为焦点，政府一方面着手推进社会医疗保险的医疗费用支付制度改革，以改善医疗机构和医生的服务递送激励；另一方面则着力推进了包括药品定价、招标采购、流通在内的价格形成机制和医院补偿机制改革，加强了对医疗机构和医生行为的控制。

尽管基本医疗保障全民覆盖的实现初步缓解了“看病难”的问题，但是如果不能合理地设计社会医疗保险待遇，科学地管控医疗机构与医生的诊疗行为激励，有效抑制供方诱导需求和患者过度使用医疗服务的道德风险，以及二者的交互效应，就难以将不断加大的医疗卫生财政投入有效地转换为政策产出——国民健康水平的改善、医疗服务品质的提升、以及更低的患者医疗费用负担。这是当前我国新医改攻坚需要应对的主要挑战。

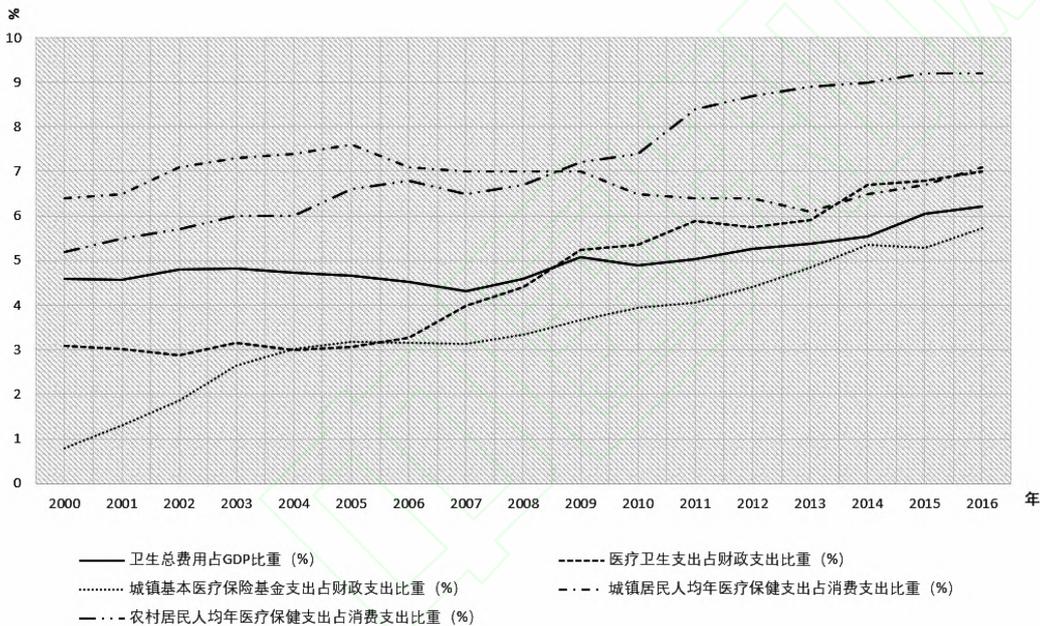


图1 医药卫生体制改革的资金投入与医疗费用风险保护效果 (2000~2016)

数据来源：根据《中国卫生统计年鉴》、《中国劳动和社会保障年鉴》、《中国财政统计年鉴》等相关年份数据计算。

增强新医改的居民获得感，要求提高医药卫生制度建设的绩效，以更好地实现卫生政策的目标。因此，居民的获得感主要通过卫生政策的最终绩效目标来进行测量。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，和疾病医疗费用风险保护程度及公平性（WHO，2000）。卫生政策改革中，资金筹集、资源生产、服务递送以及管制等四大功能的改进均需要围绕着三大绩效指标展开。相应地，三大目标的达成意味着居民获得感的增强。考虑到国民健康影响因素的复杂性、医疗服务品质测量的难题，疾病医疗费用风险保护是常用的卫生政策绩效指标。由于与居民的支付能力、收入波动与贫困风险紧密相关，医疗费用风险保护可能对居民获得感的影响更加直接（Murray and Evans，2003）。

世界卫生组织将医疗费用风险保护定义为卫生政策对个体因疾病及治疗而产生的医疗费用财务风险的保护程度（WHO，2000；WHO，2010）。因此，医疗费用风险保护的测量围绕患者的医疗费用负担进行。患者医疗费用支出主要体现在自付医疗费用上，但是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）。从这个思路出发，个体医疗费用负担一般用患者医疗费用支出占可支配收入（或者基本消费支出）的比重来测量，聚焦在患者的疾病医疗费用风险（及贫困风险）（Institute of Medicine, 2015）。进一步地，根据个体疾病医疗费用负担对家庭收入的冲击以及致贫的可能性，政策分析实践还发展出了灾难性医疗费用支出和致贫性医疗费用支出两个重要判别指标（Moreno - Serra et al, 2013）。

以医疗费用风险保护来测量居民的获得感，我们会发现，2000年以来急增的卫生财政投入并没有带来可观的患者疾病医疗费用风险保护的改善（见图1）。其中，2003年以来，我国卫生总费用的GDP占比，医疗卫生支出以及城镇基本医疗保险基金支出占财政支出的比重，分别由2003年的4.82%，3.16%和2.65%增长至2016年的6.22%，7.01%和5.73%，其中后两者基本增长2倍以上。同期，城镇、农村居民人均年医疗保健支出，分别由2003年的476元、116元增长至2016年的1631元、929元，分别增长了4倍、8倍左右。城镇居民人均年医疗保健支出占消费支出比重基本维持平稳小幅波动，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则呈现明显的上升趋势。（见表1）。

表1 我国医疗卫生体制建设的财政投入与绩效产出

年份	投入：卫生财政与医疗保障					绩效：医疗费用风险保护			
	卫生总费用(亿元)	卫生总费用占GDP比重(%)	医疗卫生支出占财政支出比重(%)	城镇基本医疗保险基金支出占财政支出比重(%)	个人卫生支出占卫生总费用比重(%)	城镇居民人均年医疗保健支出(元)	城镇居民人均年医疗保健支出占消费支出比重(%)	农村居民人均年医疗保健支出(元)	农村居民人均年医疗保健支出占消费支出比重(%)
2000	4586.6	4.6	3.08	0.78	58.98	318.1	6.4	87.6	5.2
2001	5025.9	4.56	3.01	1.29	59.97	343.3	6.5	96.6	5.5
2002	5790	4.79	2.88	1.86	57.72	430.1	7.1	103.9	5.7
2003	6584.1	4.82	3.16	2.65	55.87	476	7.3	115.7	6
2004	7590.3	4.72	3.00	3.03	53.64	528.2	7.4	130.6	6
2005	8659.9	4.66	3.06	3.18	52.21	600.9	7.6	168.1	6.6
2006	9843.3	4.52	3.27	3.16	49.31	620.5	7.1	191.5	6.8
2007	11573.9	4.32	4.00	3.14	44.05	699.1	7	210.2	6.5
2008	14535.4	4.59	4.40	3.33	40.42	786.2	7	246	6.7
2009	17541.9	5.08	5.23	3.67	37.46	856.4	7	287.5	7.2
2010	19980.4	4.89	5.35	3.94	35.29	871.8	6.5	326	7.4
2011	24345.9	5.03	5.89	4.06	34.8	969	6.4	436.8	8.4
2012	28119	5.26	5.75	4.40	34.34	1063.7	6.4	513.8	8.7
2013	31668.9	5.39	5.91	4.85	33.9	1136.1	6.1	668.2	8.9
2014	35312.4	5.55	6.70	5.36	31.99	1305.6	6.5	753.9	9
2015	40974.6	6.05	6.80	5.29	29.27	1443.4	6.7	846	9.2
2016	46344.9	6.22	7.01	5.73	28.78	1630.8	7.1	929.2	9.2

数据来源：根据《中国卫生统计年鉴》《中国劳动和社会保障年鉴》《中国财政统计年鉴》等相关年份数据计算。

卫生总费用中，个人卫生支出的确重点测量了自付医疗费用，但是医疗费用风险保护旨在测量自付医疗费用之于家庭支付能力的相对水平，二者并不一样。个人卫生支出占卫生总费用的比

重，主要反映了卫生筹资结构的变化，描绘了卫生政策投入的特征，而患者医疗费用负担是政策绩效指标之一。虽然个人卫生支出占卫生总费用的比重自 2001 年触顶之后便开始急剧下降至峰值的 50% 左右，但是同期的患者医疗费用负担的测量指标基本维持不变，甚至有缓慢上升的趋势。两类重要指标差异的变化趋势说明新医改居民获得感的确有褪色的可能。

为解释新医改以来，卫生投入增加而关键绩效指标改善有限、居民获得感不强的困境，本文基于卫生政策待遇设计分析框架检讨了相关政策设计，并进一步分析了新医改以来部门局部改革绩效改善明显而全局绩效改善有限背后的两种卫生政策干预机制的竞争及其负面影响。

二、卫生政策的待遇设计与疾病医疗费用风险保护

（一）卫生政策的待遇设计分析框架

卫生政策的待遇设计，可以分解为三个连续、递进的问题：保障谁，保障其什么，以及保障程度。这三个问题分别对应待遇设计的三个维度：待遇的宽度（breadth）、范围（scope）和深度（depth）。（Busse and Schlette, 2007；WHO, 2008）

待遇的宽度是指卫生政策所覆盖的人口数量。它一般可以用参保率（或人口覆盖率）来衡量，反映的是制度覆盖人口占全部人口的比重。扩大人口覆盖面与卫生政策模式以及组织体系结构有关。待遇的范围是指针对被覆盖人口，卫生政策提供的药品和医疗服务的种类和数量。参保对象消费的所有药品和医疗服务中，只有属于卫生政策待遇范围的药品和医疗服务，才可以获得基金给付。因此，待遇的宽度可以用政策提供的基本医药服务类型与数量占理想的基本医药服务包的比重来衡量。待遇的深度是卫生政策对所覆盖对象的、保障范围内的药品和医疗服务的支付水平。这里的支付水平只是针对待遇范围内的药品和医疗服务项目，实际上是政策性（名义）待遇水平。实际的待遇支付水平则需要综合考虑待遇的范围的影响。更为关键的是，支付水平设计需要在疾病医疗费用风险保护与费用分担之间取得平衡。风险保护原则需要待遇支付尽可能多地降低患者的医疗费用负担，而费用分担（cost-sharing）的政策设计旨在遏制第三方支付引致的患者过度使用医疗服务及产生的资源浪费（彭宅文、丁怡，2012）。待遇深度一般可以使用待遇范围内的特定药品和医疗服务的医疗保障费用支付比例来衡量。

卫生政策的待遇设计三个维度是紧密相关的，只有全面地掌握这三个维度的政策设计特征，才可以描绘出某一个国家，或者某一个具体的医疗保障项目的待遇水平。

（二）我国社会医疗保险的待遇设计及关键问题

我国的医药卫生体制采取了社会医疗保险的制度模式。目前，职工基本医疗保险和居民基本医疗保险二元并立，向几乎全体国民提供待遇给付。（见表 2）由于全民医保已经实现，所以卫生政策待遇宽度，即人口覆盖面的分析不再具有意义。我们将重点分析待遇设计的范围与深度。

第一，社会医疗保险的法定给付范围有限。基本医疗保险统筹基金的支付包括住院医疗服务和少数大额门诊医疗服务，并且药品和医疗服务范围有限。虽然近期的医保目录调整工作开始适时动态调整药品的法定给付范围，但是相对于理想的医疗保障范围而言，其法定给付范围依然有限。更为关键的是，随着药品集中招标采购二次议价的广泛开展，行政色彩较浓的议价工作机制会使得一些优质、价高的药品不再参加投标。这将进一步影响患者实际可用的药品范围。另外，在缺乏有效的供方监控机制的背景下，医疗机构倾向于诱导患者使用政策范围之外的药品和诊疗服务来补偿收入。这将直接加大患者的医疗费用负担水平。

第二，门诊医疗服务缺乏有效保障。职工基本医疗保险在普通门诊医疗服务保障方面的改革仍在探索，职工主要依靠个人账户来解决门诊医疗费用保障问题。但是，个人账户制度缺乏互济功能，不利于分散老年慢性病患者的门诊医疗费用负担，很多老人的门诊医疗费用负担沉重。居民基本医疗保险的门诊统筹虽然已经在多数地区展开。但是，有限的筹资水平制约了门诊医疗保障水平的提高。门诊统筹改革仍需要首诊与转诊制、全科医生制度以及医疗费用支付制度等多方面的改革配合，相关改革的协同效果不明显。

表 2 社会医疗保险的资金筹集与待遇给付

政策框架		职工基本医疗保险	居民基本医疗保险
资金筹集	资金来源	雇主与雇员缴费，参保已退休人员不缴费	个人缴费与政府补助，参保已退休人员缴费
	筹资方式	以工资总额或缴费工资为基础，按比例缴费	定额缴费、年度调整
	缴费水平	雇主：职工工资总额的 6%；雇员：缴费工资的 2%	个人：200 元左右；政府补助：500 元左右（2017 年）
基金管理	统筹层次	地级市统筹	地级市统筹为主，部分为县统筹
	财务结构	社会统筹基金和个人账户	社会统筹基金
待遇给付	住院待遇	起付线	分医院等级差别界定
		封顶线	当地年平均工资的 6 倍左右
		支付比例	政策范围内报销比例达 90%
	门诊待遇	主要由个人账户支付，不足部分由个人自付；部分门诊大病纳入统筹基金支付；门诊统筹即将执行。	部分门诊大病费用由社会统筹基金支付。多数地区不同程度的开展了门诊统筹。

第三，个人账户制度改革任重道远。按照制度设计的预期目标，个人账户建制的两大目的，即通过费用分担控制消费者的过度消费行为和为人口老龄化预筹医疗资金，但是，政策执行效果并非如此。（1）城镇职工基本医疗保险制度设立个人账户主要用来支付门诊医疗费用，进而划清了政府与个人在门诊医疗保障上的责任。由于缺乏社会互济功能，门诊个人账户的保障能力有限，这直接导致个人的门诊医疗保障水平较低。（2）个人账户制度还希望通过自付医疗费用的分担机制来控制消费者过度消费医疗服务的行为。但是，由于缺乏统筹基金的统一结算，个体实际上无法有效地控制门诊服务中的医疗机构诱导需求行为。更为关键的是，当前多数的门诊医疗服务采用的是按照项目付费，这将更加有利于激励医疗机构的诱导需求行为。因此，这种制度设计虽然抑制了患者过度使用医疗服务的行为，但是没能够有效地约束医疗服务机构行为。（3）个人账户的基金结余有限，投资渠道有限，应对人口老龄化预筹资金的目的也无从达到。（彭宅文，2008）医药卫生体制改革“十三五”规划准备改进个人账户，开展门诊费用统筹。但是，个人账户的存废未定，具体改革措施不明朗。

第四，社会医疗保险社会统筹基金的支付政策设计存在问题，限制了实际的保障效果。目前，职工基本医疗保险政策范围内报销比例平均在 90% 以上，而居民基本医疗保险政策范围内报销比例希望控制在 75% 左右。除政策范围内的共付制度外，基本医疗保障给付还受到起付线、封顶线的影响。起付线根据人均收入水平设计，对于部分收入水平较低、长期需要医疗服务的老

年患者来说门槛过高。封顶线的设计使得现有基本医疗保障对重大疾病的保障程度不足。更为关键地，随着社会基本医疗保险基金预算管理以及总额控制政策的推行，为避免基金出现赤字，很多医疗机构可能会选择推诿病人等方式而将费用风险转移给患者。总额预付制与待遇支付政策设计存在冲突，患者实际的医疗费用风险保护可能会成为基金财务稳健性控制的牺牲品。

第五，社会医疗保险付费方式改革仍未有效管控诊疗激励。医疗保障具有行政管理、风险管理以及购买力等方面的规模效应，可以对供方实施管理和控制，从而能够有效约束供方的行为。但是在现实中，医疗保障经办机构没有足够的激励运用其强大的购买力代表病人向医疗服务机构购买服务，从而对医疗服务的品质和价格实施有效的监控，而是被动、消极的履行医保费用报销者的单一功能。在这种理念的支配下，医保基金管理和支付方式改进不大，比较粗放。尽管各地都开始探索医保医疗费用结算实行按服务项目付费、按人头付费、总额预付制、按病种付费等多种结算方式，但从总体上看，项目付费仍占支配地位。在公共投入不足与监管制度不完善的情况下，这种支付方式将激励医疗服务机构诱导需求的行为，即过度提供医疗服务特别是过度提供高科技治疗服务和高价格的药品，造成医疗资源的巨大浪费（郑功成，2011）。

（三）政策规划与执行中的绩效目标替代及其负面影响

从卫生政策的待遇设计逻辑出发，提高居民获得感需要在社会医疗保险的覆盖面、保障范围以及支付水平三个方面进行综合改革。提高患者的疾病医疗费用风险保护水平，需要在扩大社会医疗保险保障范围的基础上，提高社会统筹基金的费用支付比例，并通过支付方式改革有效管控医生的服务递送激励，防止供方诱导需求导致患者实际医疗费用支付负担增加。然而，新医改中，我国卫生政策规划与政策执行中的关键绩效指标设计却存在不足，没能综合地控制三个方面的指标。

具体而言，医药卫生体制改革五年规划以及年度重点工作任务规划及执行中，以“个人卫生支出占卫生总费用的比例”以及“基本医保政策范围内报销比例”为关键绩效指标，替换了“患者疾病医疗费用负担”这一关键指标，无助于提高患者医疗费用风险保护程度。其中，《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》规定，改革关键绩效指标为，“个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到30%以下”，以及“职工医保、城镇居民医保、新农合政策范围内住院费用支付比例均达到75%左右”。《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》规定，改革关键绩效指标为，“个人卫生支出占卫生总费用的比重下降到28%左右”，以及“基本医保政策范围内报销比例稳定在75%左右”。

如前文分析，个人卫生支出占卫生总费用的比重实际上测量的是卫生筹资结构的变化，更多地在测量卫生政策投入，而非卫生政策绩效。以政策范围内统筹基金支付比例为重要指标来替代性地衡量社会医疗保险项目的保障水平之后，提高基本医疗保障水平的政策措施也基本上从这一指标的影响因素展开，如继续提高一般住院医疗费用的统筹基金的支付比例，大力发展城乡居民大病保险，并与医疗救助相结合来提高重大疾病的基金支付水平等（彭宅文，2013a）。然而，这些措施并没有关注社会医疗保险待遇给付的范围，以及支付方式的费用控制功能等疾病医疗费用风险保护的关键影响因素。因此，政策范围内统筹基金支付比例、大病医保以及医疗社会救助等局部性、中间性绩效的改善，可能无法带来获得感的普遍增强。

第一，提高政策范围内的统筹基金支付比例并不能有效降低患者的医疗费用负担。

政策范围内的统筹基金支付水平属于政策参数，与患者医疗费用负担的绩效指标并不相同。

基金支付水平之外，患者医疗费用负担还受到社会医疗保险的保障范围以及患者医疗费用分担机制的影响。我国社会医疗保险的保障范围主要通过药品、诊疗项目和医疗服务设施等“三大目录”管控，“三大目录”之外的药品、医疗服务以及耗材和器械的使用将直接由患者承担费用。除政策规定的范围有限之外，医生供方诱导需求行为通过影响药品和医疗服务的选择而直接决定了患者的医疗费用负担。另外，目录之外的药品、诊疗服务和医疗器械的定价、采购以及费用管控并不是医药卫生体制管控的重点领域，患者使用这些项目的医疗费用风险较大。患者的医疗费用分担机制主要通过起付线、封顶线和共付比例等政策设计实现。统筹基金支付比例，即共付比例的效果受到起付线和封顶线的制约。社会医疗保险只是对患者医疗费用的特定区间进行支付和分担，特定区间之外的医疗费用依然由患者承担。

第二，以政策范围内统筹基金支付比例作为绩效指标指导提高基本医疗保障水平的工作，已无法有效发挥作用。

在政策范围内统筹基金支付比例为绩效指标的背景下，提供基本医疗保障水平的重要手段就是提高统筹基金（主要是住院）医疗费用的基金支付比例。然而，这种改革思路无法有效适用职工基本医疗保险和居民基本医疗保险的政策设计之中。目前，我国职工基本医疗保险的统筹基金支付比例一般在90%以上，并随就医机构选择以及患者退休与否而调整。对于选择基层医疗机构的退休老人而言，统筹基金支付比例已经达到95%以上。继续提高基金支付比例已经没有空间。而城乡居民基本医疗保险由于受筹资水平的限制，也没有太多的财政能力进一步提高统筹基金的支付比例。因此，我们看到“十二五”到“十三五”的十年中，政策范围内统筹基金支付比例这一关键绩效指标一直瞄准在75%。

第三，单纯以提高政策范围内统筹基金支付比例为政策目标，并不利于保持基金财务的稳健性。

政策范围内的统筹基金支付比例并非越高越好。降低患者就医时医疗费用分担比例的做法，如果矫枉过正也可能导致基金的可持续性受损。所以，引入共同支付、封顶线等需方医疗费用分担机制以在某种程度上降低患者过度使用医疗服务的做法，尽管面临着加重患者医疗费用负担的风险，但是也有着降低总体医疗费用、减少基金消耗进而减少费率水平的积极效果。

三、两种改革逻辑竞争、局部改革绩效与居民获得感

社会医疗保险改革无法有效围绕患者医疗费用负担展开，而只能聚焦在政策范围内报销比例这一政策参数上，与我国医药卫生体制改革中的两种改革逻辑的竞争有关。通过行政方式管控药品和医疗服务价格，以及约束医生的诊疗行为，还是围绕医疗费用支付方式设计来发挥市场的资源配置作用，并管控医疗机构与医生的服务递送行为激励，一直是我国医改需要回答的基础性问题。由于医药卫生体制改革涉及到药品和医疗器械市场、卫生人力市场、医疗服务市场、医疗保险市场以及社会医疗保险监管等多个领域，并由不同的行政部门主管负责，采取不同的改革思路，这导致局部改革绩效明显但总体改革绩效有限的困局。

一般而言，政府可以通过三个关键环节对医药卫生体制改革进行布局 and 管控。（见图2）其中，制药产业管制首先以医疗保障药品目录或相关目录的方式对进入社会医疗保险的药品实施准入限制；然后再对药品的定价实施多种方式的管制，其中指导定价和协商定价是重要的两种方式。参考价格体系兼具药品价格管制和消费者道德风险控制的两大功能。医疗机构的管制旨在从管控医疗服务提供者药品和医疗服务提供的财务激励入手，促使其合理用药，以降低患者的医疗

费用负担（含药品费用）和提高服务质量。消费者管制主要在于弱化社会医疗保险第三方支付所导致的患者药品过度消费的激励，其主要措施是消费者费用分担。

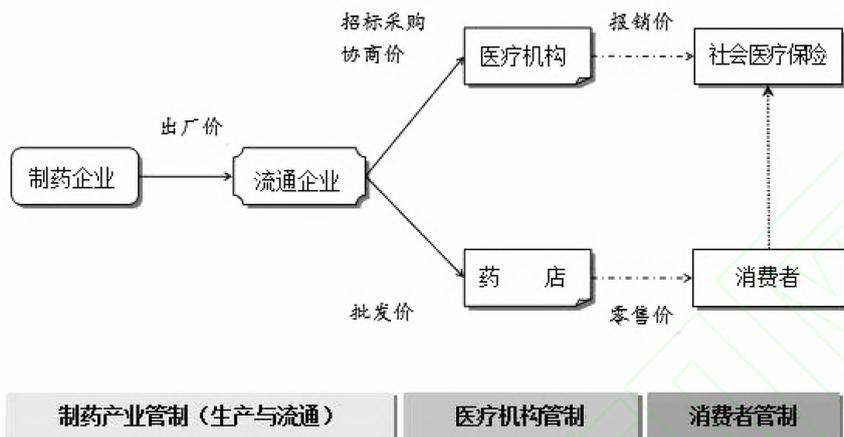


图2 我国医药卫生管制的三个环节与医药价格形成

基于这三个维度，我们可以将我国医药卫生管制的逻辑进行类型化。如图2所示，在药品的生产、流通、零售、使用的过程中，政府在多个环节实施管制。首先，在制药产业管制的维度，凡纳入基本医疗保障药物目录的药品在出厂定价时，即面临着最高价格限制（发改委发布药品“天花板”价格）的价格管制（目前已经取消），然后经流通企业通过药品集中招标采购的方式进行价格协商（形成“招标价格”）。在医疗机构管制维度，政府一方面通过医院药品销售利润控制（控制成本加成定价中的“加价率”）的方式实施价格管制，另一方面还通过医疗费用付费方式对医疗机构的“销售行为”进行控制。在药品消费者管控维度，我国虽然没有采用医保药品的参考价格体系，但是消费者费用分担机制在两大医疗保险体系中均采用。

政府三大维度的管制措施对最终的药品价格、药品费用、以及消费者最终的医疗（药品）费用负担产生影响，进而实现卫生政策的目标。借助这一分析框架，我们可以识别出新医改中我国医药卫生管制的两种不同逻辑：药品价格管制逻辑与医疗费用负担管制逻辑。

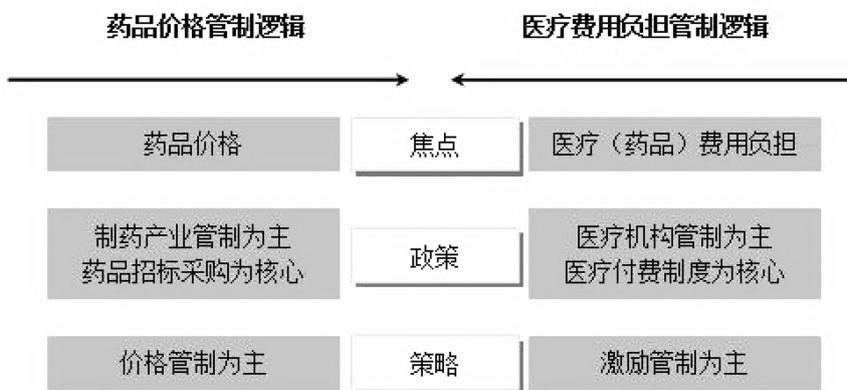


图3 我国医药卫生管制的两种逻辑竞争

（一）药品集中招标采购与药品价格管制逻辑

2000年7月国家计委发布的《关于改革药品价格管理的意见》，与2004年国家发展和改革委员会

委员会发布的《集中采购药品价格及收费管理暂行规定》基本上确立了我国药品价格管制的基本方式。其基本原则为，根据国家宏观调控与市场调节相结合的原则，药品价格实行政府定价和市场调节价；重点对列入国家基本医疗保险药品目录的药品及其他生产经营具有垄断性的少量特殊药品实施价格管制。

其核心管制措施以制药产业维度的价格管制为主，以控制药品价格为目标。具体措施为：（1）最高价格限制的价格管制：政府定价药品，由价格主管部门制定最高零售价格。药品零售单位（含医疗机构）在不突破政府制定的最高零售价格的前提下，制定实际销售价格。（2）具有较强行政色彩的谈判议价：推行药品集中采购的办法，对基本医疗保险药品目录中的药品和临床普遍应用、采购批量较大的药品施行统一议价。（3）利润控制的价格管制：中标药品零售价格的核定，实行以中标价为基础加规定流通差价率的作价方法。属于政府定价范围的药品，中标零售价格不得超过价格主管部门制定公布的最高零售价格。中标药品零售价格核定公式为：中标药品零售价格 = 中标价 × (1 + 规定的流通差价率)。

这一时期，医疗费用支付方式以后付制（事后报销）为主，少数采取统一结算（可以视为某种程度的预付制）的地方也多采用按项目付费。这两种情形下，医疗机构确立的药品零售价格也就是患者和社会医疗保险所面临的价格。所谓“报销价格”并没有对医疗机构的价格实施任何管制，而仅仅是明确了患者医疗（药品）费用分担的比例。

尽管，目前药品出厂定价管制已经取消，药品利润管制的零差率政策也得以推行（岳经纶、王春晓，2016），但是行政色彩较浓的药品集中采购政策以及衍生的二次议价政策，其着眼点依然是药品价格管控，以及隐含其中的药品利润管制（岳经纶、王春晓，2017）。

（二）医疗费用支付方式改革与医疗费用负担管制逻辑。

新医改以来，为了有效管控医疗机构的供方诱导需求行为，医疗费用支付方式改革正式纳入议事日程，并进展迅速。医疗费用支付方式改革开启了我国药品市场管制的新思维。

分税制改革以来，财力的集中与基本公共服务递送的分权并存。地方政府由于可支配财力有限，且需要投入招商引资的竞争之中，对卫生及社会政策的投入有限。但是，政府通过药品“加成定价”的方式默许医疗机构通过药品销售获得一定的收入补偿。在医护人员的医疗服务定价受行政管控而偏低的情况下，药品收入占医疗机构业务收入的大头，并成为医院改善财务状况，扩大床位规模，以及提高医护人员收入的重要渠道。于是，医疗服务提供机构倾向于购进和使用高价药品和器材，并通过诱导需求来向患者提供过量医疗服务进而获得收入补偿（朱恒鹏，2011）。医疗服务定价机制的扭曲导致医疗服务提供机构的行为扭曲，医疗服务提供机构倾向于利用其在基本药物和基本医疗保险目录药品的集中采购制度中的有利地位购置高价药品和器材（朱恒鹏，2007），并利用按项目付费的医疗费用支付制度的弊端诱导患者使用过量的高价药品、器材和服务，进而获得收入补偿（顾昕，2011；顾昕，2017）。

支付方式改革的目的是建立医疗机构药品和服务提供行为的积极诱因，管控诱导需求行为（顾昕，2012）。此时，药品费用和医疗服务费用一般都是按照某种核算标准进行打包支付，如按人头支付、按日支付、按病种支付，以及总额预付制。新的医疗费用支付方式放弃了价格管制的思维，而是着眼于患者最终的医疗（药品）费用负担的管制。社会医疗保险对医疗机构的支付不再控制药品的具体价格，而是控制医疗机构的利润水平和利润获取方式（彭宅文，2013b）。

患者医疗费用负担的管制逻辑主要依靠综合推进药品价格管制改革、医疗费用支付制度改革

与公立医院改革而得以实现。其中，药品价格管制改革的重要目标在于，通过逐步推进国家基本药物制度、取消一般医保药品的医疗机构药品加成政策，来直接取消“以药养医”。医疗费用支付制度的改革内容主要包括两个方面。一是逐步放松医疗服务定价的行政管制，提高医疗服务价格水平；二是综合推进多种医疗费用支付方式，来重构医疗机构和医生诊疗服务的激励。公立医院改革则以完善医疗机构的补偿方式为重点，它与前两者相辅相成。这三项改革实际上也构成了公立医院改革的重点。

遗憾的是，由于部门间的配合不足，以上两种改革思路同时并存，每个行政部门均围绕其主管的关键、局部绩效指标展开工作而相互掣肘，无法使得部门间的改革形成协同。尽管2009年的新医改明确规定我国将采取社会保险的卫生体系模式，但是以往行政管控的思维与政策基础仍然存在。因此，由于药品和医疗服务的定价仍受到行政因素的干扰，无法发现真实合理的市场价格，基于这些失效的价格信息展开的付费方式改革自然无法有效地管控医生的激励。公立医院由于药品销售利润管控的零差率政策面临赤字风险，为了应对赤字风险而创新的二次议价及其政策扩散，实际上仍回到了“以药养医”的老路。进一步地，这使得社会医疗保险的药品支付标准制定工作面临复杂的挑战。两种改革逻辑竞争背景下，各行政部门偏好从主管的关键局部性、中间绩效指标出发规划改革措施并形成政绩。患者疾病医疗费用风险保护的改革目标，作为改革的终极目标之一自然无法有效实现。

四、结论与政策建议

从卫生政策的目标出发，增强居民的新医改获得感关键在于提高患者疾病医疗费用风险保护程度。然而新医改以来我国急剧增长的卫生财政投入并没有带来可观的疾病医疗费用风险保护程度的改善。为分析新医改效率不彰、居民获得感褪色的原因，本文从卫生政策待遇设计分析框架出发，详细讨论了当前我国社会医疗保险体系的待遇政策设计以及存在的问题。在此基础上，文章还进一步尝试从改革逻辑竞争与掣肘的角度解释形成这种局面的原因。

为切实有效地回应居民医疗费用风险保护需要，避免因病致贫以及因病返贫，我国的医药卫生体制改革需要解决如下两个关键问题。第一，科学地确立医药卫生体制改革的绩效指标。虽然“个人卫生支出占卫生总费用的比例”以及“基本医保政策范围内报销比例”与患者的疾病医疗费用负担相关，但是这两个指标无法准确有效地测量疾病医疗费用风险保护，更无法有效地指导相关工作。以患者疾病医疗费用风险保护为关键绩效指标，去规划提高社会医疗保险实际补偿水平的各项措施应该成为未来改革的重要抓手。实际补偿水平，是医保基金实际支付额度占就医全部医疗费用总额的比例。实际补偿水平关注的是参保患者的实际医疗费用负担水平，反映的是实际的保障水平。以实际补偿水平为绩效指标，除了提高政策范围内的统筹基金支付比例之外，缩小患者自付医疗服务的范围，控制医疗费用不合理的上涨等措施也将变得关键。第二，协调部门行动，积极以医疗费用负担管制逻辑替代药品价格管制逻辑，真正推动社会医疗保险付费方式改革发挥作用。目前，国家医疗保障局的成立已经为改革逻辑的转变与统一提供了组织基础。进一步地，如何从付费方式改革出发规划药品价格形成机制改革以及医疗机构补偿机制改革，将深刻影响未来新医改的居民获得感。

①扩大社会保障覆盖面是经济全球化背景下社会保障制度改革的重要挑战。中国政府因社会养老保险、社会医疗保险体系实现“全民覆盖”而受到国际社会称赞。参见：《中国政府获“国际社会保障协会社会保

障杰出成就奖”》，2016年11月18日，人民网-时政频道，网址：<http://politics.people.com.cn/n1/2016/1118/c1001-28879802.html>。

参考文献：

- [1] 顾昕：《新医改两面大旗：行政化和市场化的竞跑》，北京：《21世纪经济报道》，2011年1月1日第11版。
- [2] 顾昕：《走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革》，北京：《经济社会体制比较》，2012年第4期。
- [3] 顾昕：《论公立医院去行政化：治理模式创新与中国医疗供给侧改革》，武汉：《武汉科技大学学报（社会科学版）》，2017年第5期。
- [4] 彭宅文、丁怡：《社会医疗保险的经济学原理》，载杨俊主编：《社会保险经济学》，上海：复旦大学出版社，2012年。
- [5] 彭宅文：《我国的医疗保险个人账户：历史、问题与前景》，北京：《社会保障研究》，2008年第1期。
- [6] 彭宅文a：《药品市场管制的逻辑转变》，北京：《中国社会保障》，2013年第9期。
- [7] 彭宅文b：《社会医疗保险“保基本”的制度逻辑》，北京：《中国社会保障》，2013年第5期。
- [8] 岳经纶、王春晓：《堵还是疏：公立医院逐利机制之破除——基于广东省县级公立医院实施药品零差率效果分析》，武汉：《武汉大学学报（哲学社会科学版）》，2016年第2期。
- [9] 岳经纶、王春晓：《三明医改经验何以得到全国性推广？基于政策创新扩散的研究》，广州：《广东社会科学》，2017年第5期。
- [10] 郑功成：《健康中国建设与全民医保制度的完善》，广州：《学术研究》，2018年第1期。
- [11] 郑功成主编：《中国社会保障改革与发展战略（医疗保障卷）》，北京：人民出版社，2011年。
- [12] 朱恒鹏：《管制的内生性及其后果：以医药价格管制为例》，北京：《世界经济》，2011年第7期。
- [13] 朱恒鹏：《医疗体制弊端与药品定价扭曲》，北京：《中国社会科学》，2007年第4期。
- [14] Busse, Reinhard, and Sophia Schlette. 2007. *Fo-*

cus on Prevention, Health and Aging and Health Professions. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

[15] Institute of Medicine. 2015. *Vital Signs: Core Metrics for Health and Health Care Progress*. Washington, DC: The National Academies Press.

[16] Moreno - Serra, Rodrigo, Sarah Thomson, and Ke Xu. 2013. "Measuring and Comparing Financial Protection." Pp. 223 - 254 in *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*, edited by Irene Papanicolas and Peter C. Smith. New York: Open University Press.

[17] Murray, Christopher J, and David B Evans. 2003. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization.

[18] World Health Organization. 2000. *The World Health Report - 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

[19] World Health Organization. 2008. *The World Health Report - 2008: Primary Health Care, Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization.

[20] World Health Organization. 2010. *The World Health Report - 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization.

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，博士；岳经纶，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教授、博士生导师。广州 510275

[责任编辑 陈泽涛]

rable part of world culture and has been understood as a whole. The paper examines the Russian scholars' studies of the Chinese literary theory during the Soviet period and after the dissolution of the Soviet Union in order to demonstrate the modern value of Chinese literary theory and highlight the implications of the Chinese culture for the world.

(8) New Round of Health Reform, Health Financial Risk Protection and Residents' Sense of Gain: Policy Design and Mechanism Competition

Zhaiwen Peng, Kinglun Ngok · 182·

Since the new round of health reform, the realization of "universal health coverage," the abolition of administrative control over drug pricing and the implementation of "zero difference rate," the deepening of the reform of payment method and compensation mechanism and the sharp increase of health investment have greatly improved the availability of basic medical services. However, the fulfillment of the partial and intermediate performance objectives of the administrative departments in charge did not lead to a significant improvement in the financial risk protection. The fading of residents' "sense of gain" and the improvement of health policy performance are key policy issues. Based on the analysis framework of health policy coverage design, this paper reviews the deficiencies of the relevant policy design, and further analyzes the contradictions between and the negative effects of the two health policy intervention mechanisms which affect the performance of administrative departments in charge during the new round of health reform.

(9) A Study of Legal Normative Basis of Economic Orders and the Functions of Civil Codes: Decodification and Analysis on the Rationality of Legislative Model of Chinese Civil Law

Zhang Lihong · 217·

History, market, and government are the main foundations for guaranteeing the emergence and development of legal norms of the economic system. At different historical stages, these three kinds of forces had significant impacts on the reform of the legal system. The civil code, which involved the basic principle of private autonomy, served as a basic law in the civil sphere and once played a historical role in protecting the civil society from political power and realizing the national unity of the nation-state. However, after the Second World War, there has been a trend of separating the civil code. The special laws with their own unique rules and logic of interpretation led to the marginalization of the civil code. In China's current "General Principles of Civil Law" (or compiled "Civil Code"), the "Solar System" model of civil legislation supplemented by civil single law and judicial interpretation contributes to a decrease in the cost of revising the civil code, and tends to be compatible with the social circumstances and the trend of mixture of the Anglo-American and civil law systems. More importantly, the rationality of this legislative model is proved by the latest findings in contemporary philosophy, political science, and economics. In order to effectively realize the socialist market economy and rule of law, the market should be given full play. The Chinese civil law should be different from the traditional civil code in the European continent. And the codification of the Chinese civil code should adopt a pragmatic approach to the legislation. The civil code should always be recognized as a fundamental law for the adjustment of the market economy, and the special civil laws should be the main body of China's civil legislation system.