

新中国 70 年医疗政策的大转型: 走向行政、市场与社群治理的互补嵌入性

顾 昕^{a b c}

(浙江大学 a. 公共管理学院; b. 社会治理研究院; c. 民生保障与公共治理研究中心 杭州 310058)

摘 要: 在新中国成立之后的前 30 年间, 中国医疗政策嵌入在高度行政化的政治经济体制之中。行政协调在当时的中国成为所有社会经济活动的主宰性甚至排他性治理机制, 医疗领域也不例外。新中国成立之后的后 40 年间, 在改革与开放的大背景下, 中国的医疗政策经历了三个阶段的大转型: 第一阶段从 1979—2002 年, 以调适性体制改革、行政治理弱化和市场机制发育不良为特征; 第二阶段从 2003—2012 年, 以国家再介入为特征, 寻求行政治理与市场治理的再平衡; 第三阶段启动于 2013 年, 其特征是明确了新医改“去行政化”的大方向。“去行政化”着眼于各级政府推动治理范式和制度模式的创新, 改变既有的行政力量大包大揽、行政机制主导一切的旧格局, 让市场机制和社群机制在资源配置和组织协调方面发挥更积极的作用。政府、市场与社会的互动协同, 行政、市场和社群机制的互补嵌入, 将成为中国医疗政策大转型的新范式。

关键词: 医疗政策; 全民医保; 去行政化; 治理嵌入性; 公共治理创新; 新中国 70 年

中图分类号: F273.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1002-462X(2019) 07-0001-13

一、引言: 治理机制嵌入性与医疗政策大转型

无论何种物品或服务的提供, 其协调或治理机制都可以分为三种, 即行政机制、市场机制和社群机制 (Bowles, 2004) [1]。这三种机制的运行特征可分别概括为“命令与控制”“选择与竞争”和“信任与监督” (格兰德, 2010) [2]。医疗服务有不同的特征, 相应地, 行政、市场和社群机制在不同种类医疗服务的治理上发挥着不同的作用。由于医疗服务的某些特征 (限于篇幅, 在此不能详述), 市场治理的作用具有一定的局限性。但是, 承认市场机制作用的局限性, 并不意味着市场治理不能在医疗领域中资源配置和行动协调上发挥基础性作用。实际上, 如果抑制市场机制正常发挥作用, 会导致另外一些扭曲, 尤其是对供方的负

激励, 不仅会降低效率, 也会有损公平。如果行政机制的运作能够造就著名政治经济学家奥尔森 (Mancur Olson) 所说的“市场强化型政府” (market-augmenting government) (Olson, 2000) [3], 那么政府行动和市场力量的互动就能相得益彰; 反之, 如果行政机制的主导造就了市场取代型或扭曲型政府, 行政治理和市场治理就会互相削弱, 导致政府和市场双失灵。

行政机制与社群机制的关系也类似, 让社会治理运转起来, 需要政府扮演能促型角色, 而这样的政府就是社会政策学界所谓的“能促型国家” (the enabling state) (Gilbert and Gilbert, 1989) [4]。与此同时, 市场机制的运作有必要也有可能嵌入在社群治理之中, 从而使个人利益的追求与集体 (社群) 公益的达成协调一致 (Young, 2003) [5]。

因此, 就医疗政策而言, 行政、市场和社群机制如何形成互补嵌入性, 才是真问题, 而经济学界政府与市场二元对立之争和政治学界有关国家与社会关系的传统论辩, 则是伪命题。但问题的复杂性在于, 针对不同的医疗服务, 行政机制和市场

基金项目: 浙江省哲学社会科学优势学科重大资助课题“走向去碎片化和去行政化: 医疗保障局与新时代中国医疗事业的公共治理创新” (19YSXK02ZD)

作者简介: 顾昕, 1963 年生, 浙江大学公共管理学院教授、博士生导师, 浙江大学民生保障与公共治理研究中心专职研究员。

机制的互补嵌入性具有不同的方式,因此在比较的视野中对历史经验加以分析并展开方法论坚实的经验研究是至关重要的。新中国70年医疗政策的大转型路程为比较历史分析提供了很好的案例。

在新中国成立之后的前30年间,中国医疗政策嵌入在高度行政化的政治经济体制之中。正如所有未经改革洗礼的社会主义国家一样(Kornai, 1992)^[6],行政协调在当时的中国成为所有社会经济活动的主宰性甚至排他性治理机制,医疗领域也不例外(Huang, 2013)^[7]。在新中国成立之后的后40年间,在改革与开放的大背景下,中国的医疗政策发生了巨大变化。总体来说,市场机制开始发挥作用,社群机制依然孱弱,而行政治理与市场治理的关系正经历着从相互替代到互补嵌入的艰难转型。

中国在1979年启动的市场转型,将此前30年来形成的高度行政化医疗体制引上了去行政化的改革之路。行政治理的主导性逐渐消褪,市场治理逐步开始发挥作用。然而,时至今日,行政治理与市场治理的互补嵌入性格局尚未形成,政府主导与市场主导之争依然影响着医疗政策的制定和实施,而社群治理远未以常规性的方式嵌入整个公共治理体系之中。在社群治理尚处在萌芽状态的情况下,中国医疗政策的大转型在行政与市场治理之间的再平衡,始终处在极为艰难的“摸着石头过河”的过程之中,至今依然难以摸到一个稳定的平台。

这一行政与市场治理再平衡的过程可以分为三个阶段。

第一阶段的大转型是从1979—2002年。其中,在1979—1993年间,医疗领域主要发生了一些零碎性的调适性体制改革。从1994—2002年,尽管城镇职工基本医疗保险制度建立起来,但政府在医疗卫生领域诸多服务的筹资和提供上减少了责任,呈现出国家退出的特征,导致公共卫生的停滞和农村医疗保障的孱弱(Duckett, 2011)^[8]。然而,国家退出或行政治理的弱化并不意味着市场机制能够自然运转正常。

第二阶段的大转型启动于2003年,以国家的

再介入为特征(WHO, 2008)^[9],即政府开始选择性地强化自身责任,在某些公共卫生领域和医疗保障体系中恢复了行政机制的主导性,而医疗服务体系却始终处在政府与市场之间的十字路口(Yip and Hsiao, 2008)^[10]。中国医疗领域出现了政府与市场双失灵(顾昕, 2006)^[11]和效率与公平双输家(Tang, et al, 2008)^[12]情境,究其根源,在于行政治理与市场治理的不协调,以及社群治理的缺位。

这一阶段的大转型以2009年中国政府发布国家“新医改方案”为高潮。新医改方案推出了庞大而又复杂的改革配套,其核心内容可以概括为三大战略性举措:(1)建立全民医疗保险制度;(2)推进医保支付制度改革;(3)形成多元办医的格局。第一项举措属于需求侧改革,第三项举措属于供给侧改革,而第二项举措则将需求侧和供给侧改革连接起来。

在涉及全民医保推进和公共财政转型的需求侧改革上,新医改很快取得了实质性的进展,政府财政预算支出通过“补需方”的强化及其制度化,不仅使基本医疗保险体系在2012年就实现了全民覆盖,而且还为推进医保支付制度改革,进而重构医疗供给侧的激励机制奠定了基础。然而,基本医疗保险体系尽管已经基本上覆盖全民,但其制度和组织存在着严重的碎片化,无论是从公平还是从效率的角度来衡量,都给中国医疗保障事业的发展带来深远的负面影响(顾昕, 2017)^[13]。

与此同时,在医疗供给侧,尽管市场力量已经引入,但作为计划经济遗产的行政化组织和制度结构依然左右着医疗机构的运行,公立医院呈现出“行政型市场化”的扭曲境况(顾昕, 2011)^[14],而民营医院的发展则遭遇到既有体制所营造的玻璃门(顾昕, 2011)^[15]。在如何推进供给侧改革,即重构治理机制、调整政府管制、建构激励机制使供方有动力提供性价比高的服务,新医改面临着严峻的挑战(Yip, et al, 2013)^[16]。

第三阶段的大转型始于2013年,中国医疗政策进入了以治理变革为轴心的新时代。2013年11月颁布的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》,勾画了“国家治理体系和治理能

力现代化”的伟业,并纳入了不少具有革命意义的改革指导思想。例如,其第十五条写道“全面正确履行政府职能。加快事业单位分类改革,加大政府购买公共服务力度,推动公办事业单位与主管部门理顺关系和去行政化,创造条件,逐步取消学校、科研院所、医院等单位的行政级别。建立事业单位法人治理结构,推进有条件的事业单位转为企业或社会组织。”《决定》首次明确提出了事业单位改革的“去行政化”方向,这是一个方向性的改革之举,不仅为社会事业的治理变革确立了原则,也关乎卫生事业改革与发展的方向。同十一届三中全会一样,十八届三中全会注定将成为中国改革史上的里程碑之一。

2017年10月,党的十九大的召开标志着中国的改革开放大业进入了新时代,中国医疗政策大转型走上了新征程。在此背景下,国家医疗保障局的建立则成为新医改进入新时代的新组织保障。随着公共治理体系组织和制度模式的不断创新,中国医疗领域中的需求侧改革将走向去碎片化,供给侧改革将走向去行政化(顾昕,2019)^[17]。

二、推进全民医保、改革公共财政:政府强化医疗筹资责任

在医疗政策中,少有的共识之一是,唯有政府发挥积极主导作用,全民医疗保险方能实现。全民医保的主要功能是为民众提供医疗保险,分散其医疗费用的风险,同时构成第三方购买机制,对医疗服务提供者的行为形成制约。

医保的组织和制度模式多种多样,但大体可分为私立医保和公共医保两大类,前者由纯民营的保险机构负责运营,而后者则由政府设立的公立机构或政府管制下的民营机构负责运营。公共医保体系又依据筹资来源的不同可分为全民公费医疗(national health service, NHS,通译“国民健康服务”)、全民健康保险(national health insurance, NHI)和社会医疗保险(social health insurance, SHI)三大模式,其各有利弊(顾昕,2017)^[18]。由于存在着逆向选择的问题,由市场机制主导的民营保险业不可能覆盖全民,因此政府介入是医保体系实现普遍覆盖的必要条件。

(一) 新中国前30年:单位福利社会主义与医保体系的碎片化

在改革开放之前,中国医疗体制是计划经济体制的组成部分,在很多方面呈现所谓“经典社会主义”的特征(科尔奈、翁笙和,2003)^[19],但在另外一些方面又呈现出中国特色。具有经典社会主义特色的部分是高度依赖于行政治理的等级化医疗服务体系,而具有中国特色的则是同样具有行政化特征但却碎片化的医疗保障体系。

就医疗保障而言,中国并没有如其他社会主义国家那样建立全民公费医疗体制,而是把基本上免费的医疗当成一种福利,提供给一部分特定的社会群体,包括国有部门的职工(即正式雇员)、离退休者、退伍军人、革命或因公伤残人士和在校大学生;免费医疗的资金来自工作单位,而不是国家,更不是来自保险机构;人口众多的农民则由其所在的人民公社实行合作医疗。无论是城市中以单位为基础的医疗保障,还是农村的合作医疗,都呈现某种集体主义的中国特色,但其治理并不依赖于社群机制,而是由国家力量通过行政机制的运作来支撑。

从整体上看,这种医保体系一直延续到20世纪80年代。在当时的城镇地区,每一个工作单位构成一个迷你型福利国家,而免费医疗就是单位向成员提供的福利之一(Gu,2001)^[20]。依据其覆盖范围、筹资来源和历史沿革的不同,免费医疗福利又分两种:公费医疗和劳保医疗。公费医疗覆盖国家机关和事业单位的正式职工以及这类工作单位的离退休者、在校大学生、退伍军人、革命伤残人士和在华工作的外国专家;劳保医疗则覆盖企业的正式职工。公费医疗的资金来源是国家预算;劳保医疗的资金来源是企业的福利基金,该项基金同时还要负担企业退休者的养老金和其他福利的开支。公费医疗自1952年开始实施,其覆盖面逐渐扩大,到1956年基本成形;劳保医疗制度在1951年建立,一开始是以一种社会保险的方式来运作,由工会以工资税的方式向企业征收并管理劳保金,但自1969年工会在“文化大革命”中停止运行之后,社会保险制度被取消,劳保医疗变成了企业福利(严忠勤,1987)^[21]。自1969年

以后,直到20世纪80年代末期,严格意义上的医疗保险,无论是强制性还是自愿性,无论是公立的还是私立的,在中国基本上不存在。

无论是公费医疗还是劳保医疗,其单位制特征很容易令人联想起日本的职工福利模式,因此曾被视为一种“在职福利”(occupational welfare)(Lee, 2000)^[22]。实际上,中国城镇地区实施的免费医疗是一种准国家福利,其筹资来源归根结底来自国家收入,只不过其组织特征呈现为“单位福利社会主义”(顾昕,1998)^[23]。公费医疗部分自不待言。就劳保医疗部分而言,企业的福利基金列入成本,受国家计划管理,同企业运营情况并不相关;即使企业亏损,其福利支出依然会由国家通过补贴来支付。

改革开放前在中国农村地区实行的合作医疗兴起于集体化运动时期。这种互助性制度本质上是一种基于社区的微型保险制度(community-based micro-insurance)。社区医疗保险其实早在19世纪就产生了,并且在当今世界一些发展中国家存在。然而,社区医疗保险有一天生弱点,即规模太小,不符合保险的“大数原理”,不足以有效地分散风险。因为其规模小、难以克服逆向选择的问题,世界各地的社区医疗保险均为生存而挣扎(Dror, 2002)^[24]。

中国的合作医疗是随着农业合作社的兴盛而逐渐发展起来的。在一些地方,合作社社员可以免费享受预防保健服务,在本社保健站看病享受价格优惠,其筹资来源:一是社员缴纳的“保健费”,二是合作社从“公益金”中提供补助(钱信忠、张怡民,1999)^[25]。这种自发的合作医疗之举受到毛泽东的赞赏,并随着建设人民公社的热潮在全国迅速推展。尽管如此,合作医疗的可持续性发展依然问题多多,在20世纪60年代中期,其覆盖率有所下降。1968年,毛泽东做出了“合作医疗好”的批示,各地为了贯彻最高指示,采取行政命令和政治动员的方式推行合作医疗,从而使这一制度再次迅速在全国推广开来(人民卫生出版编辑部,1975)^[26]。在政府施以政治动员之后,其覆盖面迅速扩展,自愿性的社区医疗保险最终变成了一种强制性的集体福利制度。

• 4 •

20世纪70年代,合作医疗取得了某种意义上的成功,曾惠及大约90%的中国农村居民。这是一个伟大的成就,但是,这一成就绝非源于中国的合作医疗自身有什么异乎寻常的制度创新和神奇之处,而是因为它所嵌入于其中的行政化政治经济体制和国家与社会关系。具体而言,中国当时举世无双的特定制度背景,即人民公社制度、政治动员体制和计划经济体制下的低价医疗服务体系,使得作为社区医疗保险的合作医疗内在固有的种种制度性脆弱不复存在了(顾昕、方黎明,2004)^[27]。

与此同时,中国政府依托城镇地区的街道委员会和农村地区的人民公社,还建立了一个具有极端剩余主义特征的社会福利体系,为那些没有纳入上述组织体系的民众提供医疗以及其他必不可少的福利(Wong, 1998)^[28]。

(二) 新中国后40年:公共财政转型与社会医疗保险制度的形成

城镇地区的公费医疗和劳保医疗为有单位的居民提供了医疗保障。这种带有中国特色的单位社会主义医疗保障体制,不仅无法适应市场经济体制的发展,而且其本身也呈现出世界上所有免费医疗体制都会出现的众多通病,例如,短缺现象严重(诊所医院拥挤、排队等候时间长)、服务质量低下(对病人的需求缺乏反应性)、技术进步滞后。因此,当中国进入改革开放之后,城镇单位制医保体系的改革势在必行。

在农村地区,旧体制也由于其支撑性政治经济体制的转变而瓦解。自1978年农村改革之后,人民公社制度和计划经济体制逐渐解体,合作医疗制度嵌入于其中的国家动员型集体主义组织和制度环境荡然无存,其崩溃也就势所必然了。到1986年底,全国只有4.8%的行政村还保留有合作医疗。

但是,在第一阶段医疗政策大转型的初期,针对具有行政化色彩但又碎片化的城镇医保体系,改革的推进相当迟缓,并滞后于经济体制改革的需要。在整个20世纪80年代,旧体制的格局基本上维持不变,只有少数地区启动了劳保医疗的社会统筹试点,以应对经济体制改革尤其是国有

企业改革的需要。随着市场化改革的不断深入,旧体制中的劳保医疗部分首先动摇。到了20世纪90年代初期,国有企业财务自主化导致了“迷你福利国家”的解体。运营情况不佳的企业无力支付职工福利,包括医疗费用,国家也无法对亏损企业继续给予补贴以维持其运营,包括提供医疗保障等福利。“迷你福利国家”的解体催生了福利国家的重建。真正的改革始自1994年。为了顺利推进国有企业改革,中国政府开始在企业中实行社会医疗保险,代替传统的单位福利体制(Yu and Ren, 1997)^[29]。1998年,中国政府在全国范围内建立了“城镇职工基本医疗保险制度”(简称“城镇职工医保”)。依照这一制度,所有企业雇员必须参加城镇职工医保,该医保由雇主和雇员联合缴费,由区县级地方政府设立的医保机构管理,并在中央政府的指导下确定当地的给付结构(Gu, 2001)^[30]。

在农村地区,中国政府自20世纪90年代以来一直试图通过合作医疗制度的自愿性重建来重现辉煌,从而解决农民的医保问题。然而,在合作医疗所依托的国家动员型集体主义组织和制度一去不复返的情况下,合作医疗由于其自身制度的缺陷根本无法自行维持并实现可持续性成长,因此很自然,各种恢复合作医疗的努力总是陷于“春办秋黄”的境地,覆盖率始终较低。三次国家卫生服务调查的数据显示,合作医疗在1993年仅覆盖了9.8%的农村人口,1998年其覆盖率陷入6.6%的低谷,到2003年合作医疗的覆盖率为9.5%,勉强恢复到1993年的水平(卫生部统计信息中心, 2004)^[31]。

因此,在20世纪末期,中国城乡医疗保障体系一直处于步履蹒跚的境地,最为显著的问题在于医疗保障的人口覆盖面太窄。20世纪末,强制性城镇职工医保的覆盖面虽然有所拓展,但仍然没有实现对目标人群的全覆盖。与此同时,在城镇地区,非工作人群(尤其是原来没有工作单位的老人以及尚未进入大学的儿童)没有医疗保险;在农村地区,绝大多数农民没有任何医疗保险。正是由于这一点,2000年世界卫生组织发布的世界各国医疗卫生体系绩效排名中,中国在医

疗筹资的公平性这一指标上名列191个会员国中的第188位,即倒数第四位(世界卫生组织, 2000)^[32]。根据中国卫生部组织的三次国家卫生服务调查,1998年,76.4%的城乡居民没有任何医疗保障,看病治病完全靠自费,其中,城市居民中有44.1%没有任何医疗保障,而农村居民中这一比例高达87.3%;到了2003年,依然有70.3%的城乡居民没有任何医疗保障,其中城市居民中无医疗保障者占44.8%,农村居民中占79.0%(卫生部统计信息中心, 2004)^[33]。

自2003年起,中国医疗政策大转型进入第二阶段。中国卫生部开始在全国农村地区建立新型农村合作医疗(以下简称“新农合”),这是一种国家补贴的自愿性公立医疗保险制度(Liu, 2004)^[34]。自2006年起,中国人力资源和社会保障部开始在全国城镇地区建立城镇居民基本医疗保险(以下简称“城镇居民医保”),这也是一种国家补贴的自愿性公立医疗保险制度(Lin, Liu and Chen, 2009)^[35]。同时,以贫困人群为目标的城乡医疗救助制度也逐渐建立起来。2009年4月,中共中央和国务院通过了《新医改方案》,最终选择了以渐进主义方式走向全民医疗保险的改革路径,具体而言,就是巩固与完善现有三大公立医疗保险,即城镇职工医保、城镇居民医保和新农合,再加上城乡医疗救助制度,共同组成“基本医疗保障体系”,分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。2010年10月28日由第十一届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议通过并于2011年7月1日起施行的《中华人民共和国社会保险法》,将城镇职工医保、城镇居民医保和新农合都纳入了社会医疗保险的范畴,全民医疗保险的基本法律框架就此构建。

到2012年底,这三大社会医疗保险的参保者人数分别达到2.6亿、2.7亿和8.1亿,参保者总和占全国总人口(13.5亿)的比例为99.5%(中华人民共和国卫生部, 2013)^[36]。因此,就人口覆盖率而言,基本医疗保障体系覆盖全民的目标已经实现。基于这一点,中国政府以及海内外众多学者均宣称,中国已经实现了全民医保(Yu,

2015)^[37]。这在世界社会保障发展史上是一个极其醒目的里程碑。中国因此在2016年获得了国际社会保障协会的大奖。

全民医保在中国的实现依赖于公共财政的转型。通过增加对医疗卫生事业的财政投入和公共医保体系,中国政府重新承担了在医疗卫生领域必须承担的政府职能。其结果,不仅中国卫生总费用绝对和相对规模大幅度提升,更重要的是,卫生的公共支出占比大幅度提升,在国际上已接近发达国家水平。更重要的是,医疗公共财政转型的重大标志在于政府财政预算支出“补需方”的强化及其制度化,推进了公立医保体系不断巩固和发展,并达成了全民覆盖的目标。大量的公共资源通过医保体系流入供方,而不是以行政拨款的方式直接投入供方,为第三方购买机制的形成奠定了基础(顾昕,2010)^[38]。

自2013年起,中国医疗政策大转型进入了第三阶段,以建立全新的市场机制(简称“建机制”)为特征。医疗领域中的市场机制有别于众多社会经济领域中的市场机制,其特点在于行政力量成为医疗服务市场的重要参与者,政府购买成为新机制建设的核心。政府购买既包括政府财政支付,也包括公立医保支付。公共财政转型经历了第二阶段“补需方”制度化的进程之后,开始在推动“补供方”(或“投供方”)的治理变革上发力,即改变以往按编制拨款的行政化旧模式,代之以政府购买的市场化新方法(顾昕,2019)^[39]。

推进医保支付制度改革(provider-payment reforms)是新医改新时代的轴心。这项改革不仅仅是一项旨在控制医药费用上涨幅度的技术性措施,而是一项改变整个医疗体制的战略举措。这其中的关键在于建立一种医保机构团购医疗服务的新市场机制,从而建立一种全新的激励机制,使医疗机构唯有向参保者提供成本效益比(cost-effectiveness,即俗称的“性价比”)高的医疗服务,才能实现自身的收入最大化。建立这种全新激励机制的核心,在于医保机构改变向医疗机构的支付方式,放弃按项目付费(fee-for-service,FFS)主导的旧支付方式,改为多种支付方式混合的复合型付费方式,从而在两者之间建立一种契约化

服务购买机制,即公共契约模式(public contracting model)。从20世纪90年代起,所有发达国家的公共医疗保障体系都在支付环节普遍采用了公共契约模式(OECD,1992)^[40]。公共契约模式的建立,体现了市场机制在医疗领域资源配置和行动协调上的基础性作用,这是全球性医改浪潮的核心环节(Cutler,2002)^[41]。

实际上,医保支付制度改革是决定新医改是否成功的重中之重,这一点载入了2009年的国家新医改方案。在新医改政策实施的前两年,即2009—2010年,医保改革的工作重心在于拓宽覆盖面以及提高医保支付水平,而不是医保支付改革。2011年,医保改革的重点发生变化,中央政府不断下发文件,要求地方政府主管的医保机构大力“改革医保支付制度”。此后,中央政府相关部门以及国务院办公厅不仅多次颁发有关医保支付改革的专项文件,而且其他新医改的文件也多次力推医保支付改革。

但是,医保支付改革的艰巨性不可低估。事实上,在全国各地,医保支付改革基本上到位的情形非常罕见。新医保支付方式,历经十年努力,依然没有在医保支付上占据主导地位,也没有产生重构医疗供给侧激励结构的效果。在绝大多数试点中,都存在着科学主义、精英主义和神秘主义的倾向,导致行政力量在支付模式选择、支付标准确定和质量保证举措等方面仍发挥主导作用。体现市场治理运作的供需双方谈判机制始终未能制度化,而市场机制所嵌入的社群机制运作,即医学学会—医院协会在游戏规则制定和执行中的协会治理,依然缺位。

国家医疗保障局的组建为医疗需求侧的去碎片化改革提供了组织保障,也为医保领域助长市场机制、激活社群机制提供了新的契机。具体而言,医保支付改革有望通过强化公共契约的订立和执行而得到推进,而在有关医保支付模式的市场谈判过程中,多方社会组织有望在行政力量的引领下开辟参与公共治理的新空间。

总而言之,医保改革依然任重道远,其前行之路依然会有诸多障碍,而且这些障碍涉及多个政府部门的职能调整和制度变革。强化市场治理,

激活社会治理,改善行政治理,是中国治理现代化的核心内容,也是新医改新时代推进医保支付改革前行的必由之路。

三、在去行政化与再行政化之间:医疗服务的行政型市场化

医疗保健同样也由很多种服务组成,大体可分为基本、二级和三级医疗服务。基本医疗服务(primary health care)主要是针对一些非急性疾病提供一般门诊服务;二级医疗服务则由医院提供,主要针对需要急诊的疾病、需要专科医生治疗的疾病以及需要住院治疗的重病;三级医疗服务则是针对一些特殊的疾病,提供非常专业化的特殊护理。基本医疗服务同很多面向个人的公共卫生服务结合起来,形成基本卫生保健(primary care,又译初级卫生保健),在许多国家由家庭医生作为提供者。家庭医生还扮演“健康守门人”的角色,即享有公共医疗保障的病人在非急诊的情况下必须首先在家庭医生那里寻求普通门诊服务,这就是“基本卫生保健首诊制”。在面对无法诊断或医治的疾病时,家庭医生最为重要的工作就是提供转诊服务,将病人交由医院或其他专科医疗机构来诊断并医治,从而有助于民众找到最为合适的医疗专家(Gérvás, Fernandez, and Starfield, 1994)^[42]。在这个意义上,家庭医生既是民众的基本保健师,也是健康咨询师。

在世界各国,医疗服务递送体系的组织大多是混合型的。基本卫生保健提供者基本上是私立的,家庭医生们要么个体执业开个体诊所,要么集体执业开综合诊所;只有在较为特殊的地区,例如美国的印第安人保护区和澳洲中部人口稀少的地区,政府才设立公立社区卫生中心。二级医疗服务提供者既有公立医院也有私立医院,而私立医院既有非营利性的,也有营利性的,其中私立营利性医院的比重一般较低。三级医疗服务提供者既有公立的也有私立的,后者基本上都是非营利性组织。

值得注意的是,即便是政府直接出面提供公共服务,公立组织的组织和制度架构也是多元化的(世界银行,2005)^[43]。在世界各国,公立医院与政府的关系至少有三种模式:(1)公立医院是

政府的预算单位(budgetary units),其运营完全受政府的控制;(2)公立医院是政府行政体系内部的自主化机构,拥有日常运营管理(尤其是财务管理)的自主权;(3)公立医院是独立的法人组织,完全独立于政府运作,而政府只是通过参与其理事会的战略管理来影响公立医院。当然,还有第四种模式,即一些公立医院民营化了,已经不再是公共部门(public sector)中的组织(Harding and Preker, 2003)^[44]。

在中国,无论是公共卫生机构,还是医疗机构,只要是公立机构,都是事业单位体系的一部分。这一点从20世纪50年代至今,没有发生任何改变。中国事业单位体系的独特性并不在于它由公立机构组成并提供公共服务,而在于这些公立机构所处的组织和制度架构具有独特的高度行政化特性。在改革开放之前,“单位体系”中数量最多、功能最为重要的组织,既有企业单位,也有事业单位。在改革开放之后,企业逐渐转型为独立法人,开始摆脱行政化的单位体系,但事业单位的法人化却始终裹足不前。中国的这种“单位体制”的确举世无双,乃至“单位”这个词没有适当的英译,于是某些国际文献只能用其拼音(dan-wei)权作英译(Lü and Perry, 1997)^[45]。

(一) 新中国前30年:行政治理主导的等级化医疗服务体系

在改革开放之前,中国公立医疗机构属于“事业单位”,而事业单位是与企业单位和行政单位并列的三大组织范畴之一。事业单位是计划经济体制时期所形成的单位体制的重要组成部分,而单位体制的核心特征在于资源配置权力的行政化。用研究社会主义政治经济学的世界级学者、匈牙利经济学家科尔奈(János Kornai)的话来说,官僚(科层)协调机制(bureaucratic coordination)在这一体制中占据绝对主导地位(Kornai, 1992)^[46]。所谓“官僚协调机制”,就是“行政协调机制”或“行政治理机制”。具体来说,在公立医疗机构治理结构中行政机制的主宰性体现在如下五个方面。

1.在组织上,大多数公立医疗机构是卫生行政部门的下属机构,少数在行政上隶属于其他政

府部门(如教育部门、军队、交通部门等)和国有企业。

2.在财务上,公立医疗机构的资本投入必须由卫生、财政和发改委等多部门审批。

3.在人事上,普通医务人员的录用需要卫生、人事、编办等部门审批,其中的某些环节由人事管理部门组织实施,而管理层任命则由所属行政部门的党委全盘掌控。

4.在价格上,上万种医疗服务项目、上万种品种的药品以及上千种医疗耗材和器械的价格,由发改委物价部门决定。

5.在物流上,药品、耗材和器械的采购纳入国家计划管理。

公立医疗机构等级体系,依照行政化的原则建立起来。所有公立医疗机构都有行政级别,即部级、省级、地市级、市级和区县级。在城镇地区,县级以下的医疗机构包括各种集体所有制的门诊部、医务室(诊所)、护理站,在行政上大多隶属于各种单位或街道委员会;在农村地区,县级以下医疗机构由乡、村两级组成,分别属于人民公社和大队(村)集体所有。公有制是这些医疗机构的共同特征。在当时,民营医疗机构根本不存在。

正如所有事业单位一样,公立医疗机构是各自所属的政府行政部门的组成部分,造就了“政事不分”的现象。在庞大的行政等级体系之中,医疗机构管理者没有管理自主性,也没有决策权,只负责执行计划,完成任务。

医疗服务体系嵌入在计划经济体系之中,其运行的方方面面都纳入国民经济和社会发展规划体制之中。其中,事业单位的人事管理是行政化治理的集中体现,政府对公立医疗机构的人事工资经由一套行政化的编制制度实施自上而下的管理。公立医院中所有职工,包括医务人员,其招聘录用纳入政府人事部门实施的编制管理;其中,主要管理者的选聘纳入干部选拔体系,其任命由医院所在行政系统中党的组织部门负责。医院缺乏人事管理自主权(刘晓苏,2011)^[47]。对国家机关、事业单位和国有企业实行统一的行政化工资制度,工资水平与行政级别挂钩(陈少平,1992)^[48],公立医院自不例外。

• 8 •

(二) 新中国后 40 年: 医疗供给侧走向去行政化

进入改革开放时代之后,中国医疗服务体系的组织和制度模式经历了渐进增量型的变化,但公立医疗机构占主体,且公立医疗机构高度行政化的格局并没有多大变化。

在医疗政策大转型的第一阶段和第二阶段,中国医疗供给侧的组织和制度发生了一定的转变,这种转变以渐进的、零碎性的、路径依赖式的方式发生,在两个阶段之间并没有实质性的差别。

第一,1978 年以来的改革开放的影响,对区县级以下医疗机构带来了一定的变化。在城镇地区,经过十多年的演变,门诊部、医务室(诊所)、护理站等转型为社区卫生服务中心(站),与此同时,私立诊所也涌现出来。在农村地区,随着人民公社的解体,部分乡镇卫生院变成了乡政府所属的事业单位,部分村级卫生室(站)由村集体所有,但也有相当一部分乡镇卫生院和村卫生室变成了私立医院和诊所。这些区县级以下的医疗机构,尤其是公立医疗机构,在 20 世纪 90 年代末期被整合为“社区卫生服务体系”,被赋予基本卫生保健服务提供者的职责。

第二,在城镇地区逐渐出现了私立医院,而且其数量始终处于增长的态势。然而,尽管私立医院数量不少,但其规模小、人才弱、收入低,在医疗服务市场中的地位依然无足轻重(Gu and Zhang, 2006)^[49]。时至今日,尽管私立医院不断涌现,但公立医院在规模、资源和服务量上的统治性地位没有发生根本性的改变,多元办医格局的形成还有待时日(顾昕、陈斯惟 2018)^[50]。

第三,中国医疗服务体系中最大的变化在于公立医疗机构基本上都从政府部门的预算单位转变为具有财务自主性的公立机构。这意味着,尽管公立医疗机构依然处在行政化的制度架构之中,但都走上了商业化的道路。无论是在公共卫生还是在医疗保健领域,大量的收费项目出现,因此“创收”成为公立医疗机构最为积极的行为,公立医院过度医疗行为普遍的现象成为全社会诟病的焦点,而与此同时,各类医疗卫生机构都对免费的“公共服务”或低廉的“医疗服务”缺乏提供的

积极性。

最后,由于行政机制主导了资源配置,致使大量优质的医疗卫生资源集中于大城市(尤其是北京、上海和各省会城市)和沿海地区,造成基本医疗卫生服务的可及性存在着严重的城乡不平等和地区不平等。

在改革开放之初,公立医疗机构(主要是公立医院)的收费制度就开始发生变化。在此之前,医院各项收费标准过低,远低于成本,造成医院亏损严重,正常运营必须依赖于巨额政府补贴才能维持。1981年的改革实行双轨制,即针对公费医疗和劳保医疗患者,实行不含工资的成本收费制度,而对于其他患者,依然维持低收费制度(钱信忠,1992)^[51]。后来,随着市场转型的不断深入,公立医疗机构收费占其运营收入的比重逐渐提高。进入21世纪,无论在哪一个行政级别,所有公立医疗机构都演变成“差额拨款的事业单位”;就绝大多数公立医院而言,自上而下的政府拨款和补贴只占其运营收入的10%上下。

因此,直到今天,中国公立医院(以及其他公立医疗机构)的组织和制度模式,都始终处于一种“行政型市场化”或“行政性商业化”的状态。说其具有“市场化”或“商业化”的特征,是因为公立医院日常运营的主要收入来源是收费,在官方统计上被称为“业务收入”。这一点表明公立医院的确具有了某种“市场化”的特征。就此,世界银行的专家们评论说“由于医院和医生收入的一大部分来自按项目收取的服务费用和药品加成出售后的利润,中国大多数公立医院在实际操作中更像是私立医院,公立医院的医生更像是独立的私人从业者”(World Bank, 2010)^[52]。然而,如果因此而认为中国公立医院已经真正走上了市场化甚至民营化的道路,那就大错而特错了。中国公立医院的“市场化”,是受到行政化体制严重制约的“市场化”,这是一种“行政型”的“市场化”。

关键在于,尽管引入了市场力量,但公立医疗机构的组织和制度架构经过三十多年的变革,依然保留着行政化的基本特征。在组织上,公立医疗机构均隶属于一个个庞大的行政型等级化系统,不同机构所属的行政系统,如中医院、妇幼保

健院(所)、基层医疗卫生机构等,即便在卫生行政部门内部都相互之间保持纵向平行性,在资源配置、战略决策、人事管理、价格制定等方方面面都受到所属各级政府行政部门的影响甚至支配。无论隶属于哪一个行政系统,所有公立医疗机构的运营固然受到市场力量的影响,但在更大程度上受到行政协调机制的左右。

然而,行政协调机制的主导并没有使公立医疗机构中的医疗服务行为有利于各方利益,包括医务人员自己的利益,协调失灵的现象十分普遍。尤其是,供方诱导需求(俗称“过度医疗”,尤其是“过度用药”)问题的大量涌现致使公立医院医药费用快速增长(Yip and Hsiao, 2008; World Bank, 2010)^[53],成为中国医疗供给侧的最大痛点。因此,顺理成章,在中国医疗政策大转型第二阶段的高潮期,公立医院改革在2009年被政府列为新医改第一阶段的重点任务之一。

中国医疗政策大转型第三阶段在供给侧的政府行动目标,是推动公立医院去行政化,突破公立院所处的行政化等级体制,赋予公立医院真正的独立法人地位。因此,去行政化的另一种说法就是法人化。去行政化的改革思路,在制度选择中包括如下若干核心内容。

1. 推进政事分开和管办分开:厘清卫生行政部门作为医疗卫生事业全行业监管者的职能,让公立医疗机构与卫生行政部门实行行政脱钩,并解除公立医疗机构及其管理人员的行政级别。

2. 完善法人治理结构:公立医院建立并完善以理事会制度为核心的新型法人治理结构,赋予理事会行使战略管理的职能。

3. 建立政府购买服务的新机制:公共财政通过购买公共卫生服务,促使公立医院行使社会职能(social functions),保持社会公益性。基本医疗服务(其中包括基本药物)可以通过公立医疗保险来购买,而其他特定的具有社会公益性的服务,可以通过各种特定的公共财政项目来购买。

4. 推进人事制度改革:在公立医疗机构中以渐进的方式推进去编制化,代之以全员劳动合同制,最终形成医疗人力资源市场化的全新格局,让医师成为自由职业者、院长成为职业经理人。

5.推进价格管制改革:调整并最终解除各种类型的价格管制,让医保机构与医疗机构建立新型的谈判协商机制,通过医保支付改革,以契约化的方式订立医疗服务价格。

以上改革内容,除了最后两项,基本上2003—2012年间各种党政文件中都得到详细阐述,尤其是在2009年的国家“新医改方案”之中,“政事分开”和“管办分开”被确立为公立医院改革的指导思想。

然而,公立医院改革的步伐在现实世界中异常缓慢。在国家“新医改方案”颁布后,历经10个月的努力,《关于公立医院改革试点的指导意见》(卫医管发〔2010〕20号)(以下简称《指导意见》)终于在2010年2月10日公布。《指导意见》给出了9项公立医院改革的试点内容,而国家医改办选定16个城市作为国家公立医院改革试点城市。但直到2011年夏天,试点城市的公立医院改革方案才陆续全部出台。地方政府在执行上如此步履蹒跚,昭示了公立医院改革的艰难性。

公立医院改革的艰难性,归根结底源于改革的思路并不明确。实际上,无论是就医药卫生体制的整体改革,还是就公立医院的局部改革而言,都存在着两种思路,一种是前述中央政府确定的去行政化思路,另一种则是卫生行政部门青睐的再行政化思路。

再行政化的思路,就是将目前公立院所处的权力分散型的行政化体制,转变为权力集中型的行政化体制。这一思路是将公立医院中资源配置权力均集中在卫生行政部门,具体而言至少包括以下五点。

第一,在组织关系上,卫生行政部门成为全行业的(行政)管理者,而各类医疗机构(包括大学附属医院、企业医院甚至理论上也包括军队医院)均同其原来的主办者脱离上下级隶属关系,转而纳入卫生行政部门的行政管理体系之中。

第二,在资金配置上,卫生行政部门对公立医院实行“收支两条线管理”,即公立医院将全部收入都上缴其行政主管部门,然后行政主管部门对其下属公立医院的支出实施全额预算管理。

第三,在人力资源的配置上,卫生行政部门不

仅负责公立医院管理者的任命,还要将公立医院的编制管理权从政府人事和编办管理部门转移过来。

第四,在硬件和物资的配置上,卫生行政部门负责公立医院基础设施建设项目的审批、医疗设备的添置和耗材与药品的集中采购。

第五,在医疗服务、耗材和药品的价格制定上,都由卫生行政部门全权负责。

值得注意的是,总体来说,公立医院法人化的思路在国家“新医改方案”中得到充分认可。然而,由于对“管办分开”原则的意涵从未有明确的阐释,尤其是,卫生行政部门的职能究竟是医疗卫生事业全行业的“监管者”还是“管理者”,并没有在任何正式的政府文件中得以澄清。正是由于新医改方案中公立医院整体改革思路未对去行政化的要素逐一加以明确,各地公立医院改革的试点基本上是在再行政化和去行政化之间摇摆。几乎所有地方的公立医院改革试点方案,无论正式出台或公开发布与否,都是在某些方面推出了一些促进公立医院法人化的举措,而在另外一些方面则继续维持甚至强化已有的行政化体制和机制(顾昕2017)^[54]。

总之,中央政府和各地政府在公立医院整体改革思路选择上的不明确,导致推进改革的努力支离破碎,而且在很多情形下出现改革不配套的情况。在这种情况下,公立医院法人进展缓慢,而公共契约模式,即政府通过公共医疗保障体系购买基本医疗服务以及通过公共卫生体系购买公共卫生服务的新市场机制,直到医疗政策大转型第二阶段结束,始终没有成形。

自2013年开始,中国医疗政策大转型进入了第三阶段,即中国新医改进入了新时代。在医疗供给侧,党的十八届三中全会将公立医疗机构改革的指导原则确定为去行政化。所谓“去行政化”,并不是取消行政治理的作用,而是着眼于各级政府如何推动治理范式和制度模式的创新,改变既有的行政力量大包大揽、行政机制主导一切的旧格局,让市场机制和社群机制在资源配置和组织协调方面发挥更积极的、甚至是基础性的作用,从而开辟一个政府增强市场、国家激活社会的新格局。

在新医改新时代,国家医疗保障局不仅如前所述在医疗需求侧的去碎片化上必将有所作为,而且还为医疗供给侧去行政化提供了新的助力。国家医保局新组建之后,原本属于发改委的价格管理职能以及属于卫生行政部门的药品集中招标职能转移给了新的行政机构。如何在价格体制改革以及在集中招标采购制度的重建上提出新的思路、开辟新的路径,必将成为国家医保局在未来几年内面临的新挑战。

四、结论:走向行政、市场与社群治理互补嵌入性的新格局

自新中国成立之后,中国医疗政策的最重要特点是行政机制在协调和治理上扮演绝对主宰性甚至排他性的作用。中国政府依照其政府的行政建制建立了公立服务机构,从而形成了庞大的、等级化的医疗事业单位体系。这种行政化事业单位体系同计划经济体系相适应,而在计划经济体系中,国有企业、集体企业和人民公社也形成类似的等级化、行政化的组织体系。医疗保障功能由这一庞大体系中的组织(单位或公社)来承担。无论在城镇还是在乡村,所有人都被纳入这一庞大的组织体系之中,因此当时的医疗保障体系也近乎覆盖了绝大多数中国人。

自1979年以来,中国进入了改革开放时代,市场机制在各个社会经济领域开始发挥作用。与市场转型的进程相适应,中国医疗领域的协调和治理机制也逐渐发生了变化,最终在医疗需求侧建立全民医保制度,在医疗供给侧形成了行政型市场化的格局。尽管医疗服务领域原有高度行政化的组织模式没有发生多大变化,但市场机制逐渐在行政机制一统天下的缝隙中成长。

就整个医疗体系而言,如果行政机制和市场机制相互强化,效率和公平就会相得益彰;如果两者相互弱化,那么就会出现市场和政府双失灵的局面,既没有效率,也谈不上公平。尽管自改革开放以来市场机制已经开始在医疗领域发挥着重要作用,但是其正常运行受制于无所不在、无时不在的行政机制的制约。作为行政机制发挥作用的结果,政府干预在多数情况下并没有产生弥补市场

不足、矫正市场失灵的效果,反而扭曲了市场,减弱了公共服务,最终形成市场—政府双失灵、效率—公平两输家的局面。

中国自2009年以来推进的新医改,尚未彻底扭转这一局面。在医疗需求侧,政府重拾医疗筹资的责任,通过强化公共财政“补需方”的力度,在基本医疗保障体系的建设上发挥了主导作用,在全民医保的推进上扮演了积极的角色,并为医保支付改革奠定了基础,这是新医改初级阶段所取得的最伟大成就。但在医疗供给侧,新医改在推进公立医院法人化、民营医院大发展以及医保机构与医疗机构之间建立公共契约模式等关键改革环节上,步履蹒跚。归根结底,中国医疗政策在寻求行政与市场机制的再平衡上缺乏方向感,尤其是对行政机制的功能失当以及行政机制本身的改革缺乏明确的认识。

在党的十八届三中全会和十九大的指引下,新医改进入到新时代,医疗需求侧改革所面临的严峻挑战,一方面是重塑行政机制的运作,推动基本医疗保障体系的去碎片化;另一方面是通过行政力量的积极作用引入市场机制和社群机制,让市场主体(商业保险机构、医药产业组织、第三方服务机构等)和社会主体(医学学会、产业协会、非营利组织等)在推进医保支付制度改革上拥有积极参与的空间。医疗供给侧改革所面临的严峻挑战,在于全面引入市场机制和社群机制,以打破原有行政机制主宰的格局,这一改革的诸多举措概称为“去行政化”。去行政化并非意味着完全取消行政机制的作用,而且去行政化必须依赖于行政力量对市场化和社会化的推动。推进去行政化的要义,在于政府施政不再执着于命令与控制的传统方式,而是注重发挥助长和促进作用,助长市场机制的运作,促进社群机制的发育。正如笔者在另一篇论文中所指出的,政府、市场与社会的互动协同,行政、市场和社群机制的互补嵌入,将成为中国医疗政策大转型的新范式(顾昕,2018)^[55]。

参考文献:

[1] Bowles, Samuel, *Microeconomics: Behavior, Institutions*,

- and Evolution , Princeton: Princeton University Press , 2004 , pp. 474-501.
- [2] 朱利安·勒·格兰德《另一只无形的手:通过选择与竞争提升公共服务》,韩波译,北京:新华出版社 2010 年版。
- [3] Olson , Mancur , *Power and Prosperity: Outgrowing Communist and Capitalist Dictatorships* , New York: Basic Books , 2000.
- [4] Gilbert , Neil , Barbara Gilbert , *The Enabling State: Modern Welfare Capitalism in America* , New York: Oxford University Press , 1989.
- [5] Young , Stephen , *Moral Capitalism: Reconciling Private Interest with the Public Good* , San Francisco: Berrett-Koehler Publishers , 2003.
- [6] Kornai , János , *Socialist System: Political Economy of Communism* , Princeton: Princeton University Press , 1992 , pp. 97-100.
- [7] Huang , Yanzhong , *Governing Health in Contemporary China* , London and New York: Routledge , 2013 , pp. 24-52.
- [8] Duckett , Jane , *The Chinese State's Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment* , London and New York: Routledge , 2011.
- [9] WHO , *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever* , Geneva: World Health Organisation , 2008 , p. 84.
- [10] Yip , Winnie , William C. Hsiao , "The Chinese Health System at a Crossroads , " *Health Affairs* , Vol. 27 , No. 2 2008 , pp. 460-468.
- [11] 顾昕《医疗卫生资源的合理配置:矫正政府与市场双失灵》,《国家行政学院学报》2006 年第 3 期,第 39-43 页。
- [12] Tang , Shenglan , Qingyue Meng , Lincoln Chen , Henk Bekedam , Tim Evans , and Margaret Whitehead , "Tackling the challenges to health equity in China , " *Lancet* , No.372 2008 , pp. 1493-501.
- [13] 顾昕《中国医疗保障体系的碎片化及其治理之道》,《学海》2017 年第 1 期,第 126-133 页。
- [14] 顾昕《行政型市场化与中国公立医院的改革》,《公共行政评论》2011 年第 3 期,第 15-31 页。
- [15] 顾昕《拆掉民营医院的玻璃门》,《中国卫生人才》2011 年第 4 期,第 38-39 页。
- [16] Yip , Winnie Chi-Man , William C Hsiao , Wen Chen , Shanlian Hu , Jin Ma , and Alan Maynard , "Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms , " *Lancet* , No.379 2013 , pp. 833-842.
- [17] 顾昕《中国新医改的新时代与国家医疗保障局面临的新挑战》,《学海》2019 年第 1 期,第 106-115 页。
- [18] 顾昕《社会医疗保险与全民公费医疗:医疗保障制度的国际比较》,《行政管理改革》2017 年第 12 期,第 63-70 页。
- [19] 科尔奈、翁笙和《转轨中的福利、选择和一致性:东欧国家卫生部门改革》,罗淑锦译,北京:中信出版社 2003 年版,第 105-109 页。
- [20] Gu , Edward X , "Dismantling the Chinese Mini-Welfare State: Marketization and the Politics of Institutional Transformation" *Communist and Post-communist Studies* , Vol. 34 , No. 2 2001 , pp. 91-111.
- [21] 严忠勤《当代中国的职工工资福利和社会保险》,北京:中国社会科学出版社 1987 年版,第 302-339 页。
- [22] Lee , Ming-kwan , *Chinese Occupational Welfare in Market Transition* . Basingstoke , U. K.: Macmillan Press Ltd , 2000.
- [23] 顾昕《单位福利社会主义与中国的“制度性失业”——从新制度主义的角度看“下岗问题”》,《经济社会体制比较》1998 年第 4 期,第 20-27 页。
- [24] Dror , David M , *Health Insurance and Reinsurance at the Community Level* , in David M. Dror and Alexander S. Preker (eds.) , *Social Reinsurance* . Washington , D.C.: The World Bank , 2002 , pp. 103-124.
- [25] 钱信忠、张怡民《中国卫生 50 年历程》,北京:中医古籍出版社 1999 年版,第 1000 页。
- [26] 人民卫生出版编辑部《合作医疗遍地开花》,北京:人民卫生出版社 1975 年版。
- [27] 顾昕、方黎明《自愿性与强制性之间:中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析》,《社会学研究》2004 年第 5 期,第 1-18 页。
- [28] Wong , Linda , *Marginalization and Social Welfare in China* , London and New York: Routledge , 1998.
- [29] Yu , Wei , and Minghui Ren , *The Important Issue of Enterprise Reform: Health Care Insurance System* , in Guanzhong J. Wen and Dianqing Xu (eds.) , *The Reformability of China's State Sector* . Singapore: World Scientific Publisher , 1997 , pp. 433-463.
- [30] Gu , Edward X. , "Market Transition and the Trans-

- formation of the Health care System in Urban China", *Policy Studies*, Vol. 22, No. 3-4, 2001, pp. 197-215.
- [31] 卫生部统计信息中心《中国卫生服务调查研究:第三次国家卫生服务调查分析报告》,北京:中国协和医科大学出版社 2004 年版,第 16 页。
- [32] 世界卫生组织《2000 年世界卫生报告——卫生系统:改进绩效》,北京:人民卫生出版社 2000 年版,第 191 页。
- [33] Liu, Yuanli, "Development of the Rural Health Insurance System in China," *Health Policy and Planning*, Vol. 19, No. 3, 2004, pp. 159-165.
- [34] Lin, Wanchun, Gordon Liu, and Gang Chen, "The Urban Resident Basic Medical Insurance: A landmark Reform towards Universal Coverage in China," *Health Economics*, Vol. 18, Issue Supplement 2, 2009, pp. S83-S96.
- [35] 国家卫生和计划生育委员会《2013 中国卫生与计划生育统计年鉴》,北京:中国协和医科大学出版社 2013 年版,第 347-348 页。
- [36] Yu, Hao, "Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success?" *Health Policy*, No. 119, 2015, pp. 1145-1152.
- [37] 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,第 116-119 页。
- [38] 顾昕《公共财政转型与政府医疗投入机制的改革》,《社会科学研究》2019 年第 2 期,第 141-149 页。
- [39] OECD, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1992, pp. 19-27.
- [40] Cutler, David M., "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical Care Reform," *Journal of Economic Literature*, Vol. 40, No.3, 2002, pp. 881-906.
- [41] Gérvas, Juan M., Pérez Fernandez, and Barbara H. Starfield, "Primary Care Financing and Gatekeeping in Western. Europe." *Family Practice*, Vol. 11, No. 3, 1994, pp. 307-317.
- [42] 世界银行《中国:深化事业单位改革、改善公共服务提供》,北京:中信出版社 2005 年版,第 27-29 页。
- [43] Harding, April, and Alexander S. Preker, *A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals*, in Alexander S. Preker and April Harding (eds.), *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*, Washington, D. C.: The World Bank, 2003, pp. 52-64.
- [44] Lü, Xiaobo and Elizabeth J. Perry (eds.), *Danwei: The Changing Chinese Workplace in Historical and Comparative Perspective*, Armonk, NY.: M. E. Sharpe, 1997.
- [45] Kornai, János, *Socialist System: Political Economy of Communism*, Princeton: Princeton University Press, 1992, pp. 97-100.
- [46] 刘晓苏《事业单位人事管理改革研究》,上海:上海交通大学出版社 2011 年版,第 94 页。
- [47] 陈少平《国家机关和事业单位工资制度变革》,北京:中国人事出版社 1992 年版,第 74 页。
- [48] Gu, Edward, and Jianjun Zhang, "Health Care Regime Change in Urban China: Unmanaged Marketization and Reluctant Privatization," *Pacific Affairs*, Vol. 79, No.1, 2006, pp. 49-72.
- [49] 顾昕、陈斯惟《民营医院在中国医疗供给侧的市场份额》,《新疆师范大学学报》(哲学社会科学版) 2018 年第 4 期,第 91-100 页。
- [50] 钱信忠《中国卫生事业发展与决策》,北京:中国医药科技出版社 1992 年版,第 57-58 页。
- [51] World Bank, *Fixing the Public Hospital System in China*. Washington, D.C.: The World Bank, 2010, p. xiii.
- [52] 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》,《武汉科技大学学报》(社会科学版) 2017 年第 5 期,第 465-477 页。
- [53] 顾昕《新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府—市场—社会的互动协同》,《武汉科技大学学报》(社会科学版) 2018 年第 6 期,第 589-600 页。

[责任编辑:房宏琳]

ABSTRACTS

The Great Transformation of Healthcare Policies since the Founding of People's Republic of China: Complementary Embeddedness toward the Administration , the Market and the Community Governance

GU Xin^{a, b, c}

(a. School of Public Affairs; b. Academy of Social Governance;

c. Center of Social Welfare and Public Governance , Zhejiang University , Hangzhou 310058 , China)

Abstract: During the first three decades since the founding of People's Republic of China , China's healthcare policy was embedded in highly administrative political and economic system. Administrative coordination was functioned as the dominant or even exclusive mechanism of governance across all the socioeconomic activities at that time , without exception of the healthcare sector. During the later four decades , under the background of reform and opening-up , China's healthcare policies had undergone three stages of great transformation. The first stage , from 1979 to 2002 , was characterized by adaptive institutional reforms , weak administrative governance , and Stunted market mechanism; the second , from 2003 to 2012 , was characterized by the re-engagement of the state in order to seek the rebalance between administrative and market governance; the third , starting from 2013 , was characterized by the general direction of "de-administration" of the new medical reform. The core of "de-administration" consisted in innovations in governance paradigm and institutional models at all government levels , made changes in the old pattern of the existing administrative power dominating everything , and made the market and community mechanism play more active roles in resources allocation and organizational coordination. The interactive collaboration among the government , the market and the society , and the complementary embeddedness of the administration , the market , and the community mechanism , will become the new paradigm for the great transformation of healthcare policies in China.

Key words: Healthcare Policy; Universal Healthcare; De-administration; Governance Embeddedness; Public Governance Innovation

The Main Characteristics of the People's Requirements for Social Fairness and Justice in the New Era

——An Analysis of Data Based on Two Rounds of Questionnaire Survey

MA Bao-bin¹ , DU Ping² , LIU Huan-huan

(1. School of City Economics and Public Management , Capital University of Economics and Business , Beijing 100070;

2. School of Sociology and Political Science , Shanghai University , Shanghai 200444 , China)

Abstract: The people's requirements for fairness and justice are an important part of social values and are typical of dynamic changes , which have an impact on relevant policies. In the new era of socialism with Chinese characteristics , it is urgent to understand the main characteristics of the requirements of social fairness and justice and their development and change. Based on the data of two rounds of questionnaires on the cognitive status of social fairness and justice in 2014 and 2017 , the research shows that the values of social fairness and justice in the new era have relatively stable characteristics. In the diversified social values , the people pay more attention to pension and social security , income distribution , social security , etc.; the people's evaluation of overall social equity and fairness of public policy shows an increasing trend; the preference of the principle of social justice of the people presents a relatively stable characteristic of substantive justice and pays more attention to the rationality of the result , but there are still some differences in the preferences of specific justice principles.

Key words: New Era; Requirements for Social Fairness and Justice; Social Concept; Value Preference