

# 中国新医改的新时代 与国家医疗保障局面临的新挑战<sup>\*</sup>

顾 昕

---

**内容提要** 医疗保障局的建立标志着中国新医改进入新时代,需求侧改革将走向去碎片化,供给侧改革将走向去行政化。医保局面临三项重大挑战:第一,建立医保公共预算制度,通过筹资体制、给付结构、经办模式的重构,将既有的碎片化的基本医疗保障体系整合为以省为单位的单一付费者体系;第二,推动医保支付改革的规范化与制度化,从而加快重构医疗供给侧的激励结构,让医疗机构有更高的积极性为参保者提供性价比高的医药服务;第三,推动医药价格体制改革,并在此基础上重建药品集中采购制度。医保局的建立及其在医疗需求侧和供给侧所推动的改革,是医疗事业公共治理创新和国家治理体系现代化的重要实践,将在医疗领域中重构政府-市场-社会的关系,推动政府职能的转型。

**关 键 词** 新医改 医疗保障局 去碎片化 去行政化

---

**导论: 医疗保障局的建立与中国新医改的新时代**

自2009年正式启动以来,中国新一轮医药卫生体制改革(简称“新医改”)已经走过了十年的历程。中国共产党十九大的召开标志着改革与发展新时代的到来,而中共中央在十九届三中全会做出的党和国家机构改革的决定标志着新时代的开启。国家医疗保障局(简称“医保局”)的组建既是政府机构改革的重要内容之一,也是中国新医改进入新时代的一个里程碑。国家医保局整合了原来分散在若干政府部门的医保政策制定、医保筹资、价格制定、医保经办(主要是医保支付业务)、医疗费用与质量管控、医疗救助、医疗服务

投入品(主要是药品)的集中招标采购等职能,推动这些领域中的体制改革成为医保局的主要工作。国家医保局在中央一级的组织建设工作完成之后,各地的医保局也将建立起来。

医保局的建立不仅意味着政府职能的调整和转型,而且也标志着国家治理体系现代化在医疗领域中的实践迈出新的步伐,具有重要的战略意义。就需求侧改革而言,正如中国社会保障学会会长郑功成所说,医保局的建立意味着“我国医疗保障改革与制度建设将自此由部门分割、政策分割、经办分割、资源分割、信息分割的旧格局,进入统筹规划、集权管理、资源整合、信息一体、统一实施的新阶段”;就供给侧改革而言,北京大学医

---

<sup>\*</sup> 本文系浙江省哲学社会科学优势学科重大资助项目“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”(项目编号:19YSXK02ZD)的阶段性成果。

学部主任助理吴明表示,医保局的设立有利于“三医”联动,推动公立医院转变运行机制,从而更有效实现医改目标,让老百姓从中受益。<sup>①</sup>简言之,中国新医改将超越初期阶段,进入到一个需求侧改革走向去碎片化、供给侧改革走向去行政化的新时代。在新医改的新时代,国家和地方医保局面面临三项新的重大挑战:(1)医保公共预算制度的建立;(2)医保支付制度改革的规范化与制度化;(3)价格体制改革与药品集中采购制度的重建。

直面新医改在新时代所面临的新挑战,关键不在于诸多技术性政策的酝酿、出台和实施,而在于公共治理理论范式的转型和实践模式的创新。医保局的建立,本身就是医疗事业公共治理体系转型的一个战略性举措,其职能定位和改革取向也预示着公共治理理念的创新。唯有超越技术性环节,在推动理念创新的基础上开展制度设计、政策制定和措施落实,医疗事业公共治理的创新才能纳入党的十八届三中全会所提出的“国家治理体系和治理能力现代化”的伟业之中。

#### 医疗事业的公共治理体系: 政府-市场-社会关系的重建

国家治理体系和治理能力现代化是中国改革与发展事业进入新时代的总体目标,其重心在于公共治理创新。一般认为,公共治理创新的要义在于调整政府-市场-社会的关系,重点在于政

府职能的调整和转型。<sup>②</sup>为此,学界和政界取得的共识可以概括如下:市场能办好的,就放给市场;社会可以做好的,就交给社会;<sup>③</sup>而“放管服”则是政府职能调整与转型的核心。<sup>④</sup>政府的职责是管住、管好其应该管的事务,即弥补市场不足与社会不足,矫正市场失灵和社会失灵。自2009年新医改启动以来,这一共识在医疗需求侧和供给侧改革的某些方面得到一定程度的体现,医疗事业的公共治理体系也处在不断的转型和创新之中,政府-市场-社会的关系发生了一定的变化。但尽管如此,行政机制的主导性依然根深蒂固,市场机制和社群机制的发育和完善尚有漫长的道路要走(参见图1,该图用不同类型和不同深度的线型来刻画行政、市场和社群发挥作用的不同程度)。

概括来说,在医疗公共治理体系的转型之中,有三个特征值得关注。第一,政府主要通过对公立医疗机构的行政管控在医疗事业的公共治理上发挥着主导作用,而公立医疗机构依然以高度行政化的事业单位体制组织起来,行政机制以命令与控制的方式主宰着公立医疗机构(尤其是公立医院)诸多内部事务的治理。尽管其收入来源早已市场化,但由于其战略决策和日常运营的方方面面均受到严格的行政管控,公立医疗机构处于一种“行政型市场化”的格局。<sup>⑤</sup>在这种格局中,行政干预不仅未能发挥其应有的作用,而且还对市场机制的运行产生了扭曲效应,从而造成了行政治理和市场治理的双失灵。

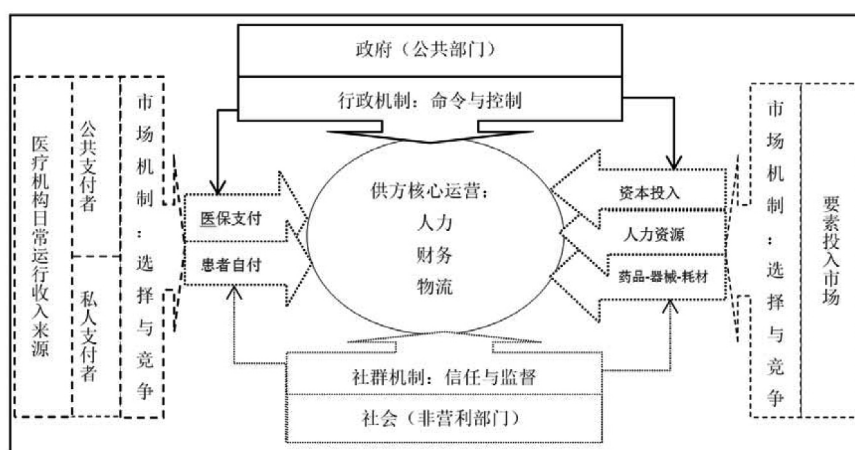


图1 医疗公共治理体系中的政府、市场与社会

第二,市场力量开始在医疗产业链的三个方面发挥一定的作用,即(1)非政府财政资本(即政策术语中的“社会资本”)投入的增加促使民营医疗机构的数量增长,多元办医的格局初步形成,<sup>⑥</sup>但民营医疗无论是在资源拥有量还是在市场占有率上都依然无法望公立医疗之项背;<sup>⑦</sup>(2)医疗服务供方(无论公立还是民营)的主要收入来源均来自医保支付和患者自付,而随着基本医疗保障体系覆盖面的拓展和支付水平的提高,公共医保体系的支付在供方收入中的占比开始大幅度提高,患者支付的占比下降;<sup>⑧</sup>(3)医疗服务要素投入(人力资源、资本、药品-器械-耗材)走向了市场化,但受制于众多承继于计划经济时代的管制(尤其是价格管制),要素投入市场化出现了很多既有损效率也不利公平的严重扭曲现象,这一点在药品经销和物流上体现得尤为明显,如众所诟病的“药价虚高”现象。<sup>⑨</sup>

第三,社群机制在医疗公共治理体系中的作用依然孱弱,在公立医疗机构那里尤为明显。无论是在(公立或民营)医疗机构的法人治理,医保机构与医疗机构之间的支付谈判,还是在要素投入市场的制度建设和运行规范等方面,医疗专业学会和医药企业协会均尚未拥有发挥积极作用的渠道和能力。

在图1中,医保局是政府主办的一个专业化

公共服务机构,隶属于公共部门。根据其职能界定,医保局将成为医保支付的制度设计者、建设者以及执行者。同时,医保局还将成为医疗价格体制改革和药品集中采购改革的主要参与者,甚至是主导者,一方面将对医疗服务中人力资源的配置产生深远的影响,另一方面将直接影响药品-器械-耗材的经销与物流,并间接影响到医药商业的市场结构。由此可以看出,医保局的建立和运作并不仅仅是新机构代替了旧机构,而且还意味着医疗公共治理体系新变革的开始。

作为需求侧改革的一个举措,医保局的建立对完善医疗保障体系的意义是显而易见的,但其对医疗供给侧改革的影响更为深远。由于行政机制、市场机制和社群机制发挥作用的程度不同及其相互嵌入的方式不同,医疗供给侧的组织和治理模式也有所不同(参见图2)。就医疗机构的组织模式而言,一端是行政化,另一端是民营化,而公立医疗机构的组织变革有三条路径,一是走向自主化,二是经由自主化阶段走向法人化,三是在自主化和法人化之后转制而走向民营化。<sup>⑩</sup>在不同的组织模式中,行政、市场和社群各自发挥作用的事项及其发挥作用的程度与方式均有所不同。<sup>⑪</sup>图2中所列的四个供方治理事项,均与医保局所行使的政府职能相关。

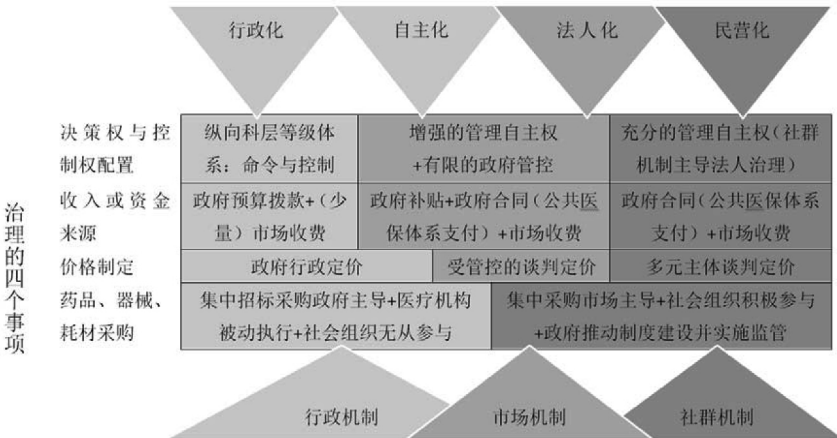


图2 医疗服务供给侧的组织和治理模式

一是供方组织决策权和控制权的配置,如果所涉组织既有可能是公法人也有可能是私法人,

这就涉及法人治理结构的制度安排。在行政化的事业单位中,公立医疗机构的决策权和控制权都

由其行政上级主管部门行使,供方缺乏管理自主权,其管理者实际上仅扮演执行者的角色;在自主化的组织中,供方拥有一定的管理自主权,但依然没有法人地位。<sup>⑫</sup>面对以上两种类型的供方,医保局只是其医疗服务的单纯购买者,其签约对象是供方的行政主管部门。而面对法人化的公立医疗机构,医保局作为其重要的利益相关者有可能进入其理事会,参与其法人治理。这一点同样适用于非营利性民营医疗机构的法人治理。在既有医疗机构法人治理的文献中,较少论及医保机构在其中的作用,仅有少数例外。<sup>⑬</sup>医保局在医疗机构法人治理中的作用,将成为未来一段时期内的一个重要的研究课题。

二是供方的收入或资金来源(funding sources)。在行政化的组织模式中,医疗机构的收入来源主要来自政府拨款,而在自主化、法人化和民营化的组织模式中,医疗机构收入来源呈现多元化,既包括政府拨款或补贴,也包括医保支付和患者自付,以及社会捐赠等。<sup>⑭</sup>

随着医疗保障体系的健全以及与之相适应的供方组织模式变革的开展,政府财政预算拨款或补贴在供方收入中的占比逐渐变小,对不少公立医院来说会变得微不足道,而医保支付在供方收入中的比重将会增加。<sup>⑮</sup>当医疗供给侧的治理出现问题时,在医界和社会总会出现“增加政府投入”的呼声,其中甚至包含政府应该对公立医疗机构实施全额拨款的呼吁。这种呼吁,一方面有着再行政化治理理念的支撑,另一方面也无视公共医保支付同样也是政府投入的事实。然而,除非针对极少数特定情形(如边远地区、贫困地区、特定医疗服务如传染病防治等),供方收入来源再行政化的主张是不切实际的。在新医改的实践之中,再行政化治理的理念曾以“收支两条线”之名义在不少地方针对相当一部分医疗机构(尤其是基层医疗机构)进行过试点,<sup>⑯</sup>但都不具有可持续性。就供方的多元收入来源而言,在医保支付制度改革中实现行政-市场-社群机制的相得益彰,依然是新医改的前行方向,这一点将在下文关于医保公共预算制度的建设之中得到体现。

三是价格制定方式的重构或价格体制改革。在行政化的模式下,医疗服务项目(包括药品、耗材、器械使用等)的收费标准由政府制定,供方只

是价格的执行者。作为医疗服务市场上的供需方,无论是医疗机构还是医保机构,都没有价格决定权。在中国医疗事业既有的公共治理体系中,医疗服务由省发改委物价局实施按项目行政定价(地级市有5%的调整权),可收费医疗服务项目目录则由国家卫生行政部门制定;而针对在医疗服务市场上占据主导地位的公立和民办非营利性医疗机构,药品价格由各省卫生行政部门主导的集中招标体系确定。除此之外,政府还对公立和民办非营利性医院的医疗服务、药品采购、使用和销售环节实施多重价格或准价格管制,<sup>⑰</sup>如药占比管制、进货价管制(即受管制医院采购药品必须执行中标价)、药品加成管制(从固定百分比管制到零加成)、药品采购两票制等。

然而,多重价格管制的实施非但没有达成降低药费以及整体医疗费用的效果,反而直接扭曲了市场机制的运作,导致了“以药养医”<sup>⑱</sup>、“药价虚高”<sup>⑲</sup>等具有中国特色的市场扭曲现象,而且也间接增大了腐败的空间,强化了腐败的激励,导致药品-器械-耗材采购环节的腐败现象丛生,也由此扼杀了医学专业组织和医药行业协会以社群机制弘扬专业和市场伦理规范的积极性。有鉴于此,国家发改委自2014年底就开始致力于推动医药价格体制改革,确立了逐步缩小行政定价范围并代之以医疗机构、医保机构、医药企业多方参与的谈判定价的改革原则和方向。医保局组建之后,推进医药价格体制改革的重任从发改委转移到医保局,必将成为后者在未来五至十年内的重点之一。

第四,药品集中招标采购本来是供方物流管理的重要组成部分。在既有的医疗公共治理体系中,为了控制药价和药费,中国政府以省为单位实施了由卫生行政部门主导的药品集中招标采购制度。在大多数地方,这一制度的实际运行状况显示,这并不是一个如其名称所显示的市场化政府采购制度,而是一个针对公立和民营非营利性医疗机构的二次市场准入和价格管制制度。接受管制的医疗机构必须在中标范围内进行采购(业内称之为“购标”),并必须执行中标价,这相当于实施了进货价管制。无论受到管制的药品加成率是多少(如15%或0%),进货价管制都会变成销售价管制。

尽管经过多年的运作,药品集中招标制度的运作已经相当稳定,却始终无法达其初衷,即降低药价和药费<sup>②</sup>,其改革由于路径依赖而长期陷入小修小补却于事无补的境地,而药品零差率等管制调整措施也无法破解这一困境。<sup>③</sup>医保局从卫生行政部门接管药品集中招标的管理职能,有可能为药品集中采购制度的改革提供新的契机,开辟更广阔的空间。这一点对于医疗器械和耗材的购销管理也同样适用。

这四个治理事项,必将汇入到医保局在未来五至十年内所须直面的三大挑战之中。医保公共预算制度的建立对医疗服务供方的法人治理结构和收入来源结构有着深刻的影响;医保支付制度改革不仅改变着供方的收入来源结构,而且还将重构供方的激励结构;价格体制改革与药品-器械-耗材集中招标采购的重建是两个密切相关的工作,均为医疗供给侧改革的重要内容。

医疗保障局在新时代面临的新挑战:

推进需求侧去碎片化、驱动供给侧去行政化

中国医疗保障体系的碎片化格局亟待破解,而医保局的建立是医疗需求侧走向去碎片化的组织保障,这一点早已成为共识,无须赘言。推进需求侧的去碎片化,所需的技术性举措众多,但在战略上,取决于医保公共预算的制度化。医保局的职能并不限于需求侧。在供给侧去行政化蹒跚而行之际,医保局在医疗服务价格和药品集中招标这两方面的改革,将成为供给侧改革的新的驱动力。

(一) 医保公共预算制度的建立: 筹资模式、给付结构和总额控制的一体化

依照国务院机构改革意见的指引,国家医保局的前三项职能为: (1) 拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的政策、规划、标准并组织实施; (2) 监督管理相关医疗保障基金; (3) 完善国家异地就医管理和费用结算平台。国家医保局的第六项职能: 监督管理纳入医保范围内的医疗机构相关服务行为和医疗费用。这四项目政府职能的行使,可以归结为医保公共预算制度的建设。

公共医疗保障基金是公共财政的组成部分。在我国,公共预算制度的研究和实践长期以来只

是局限于政府财政预算,相对忽略了包括医疗保障基金在内的社会保障基金的预算制定和执行。由此,医保政策的制定和执行,医疗保障基金的监督和管理,医疗保险机构对医疗服务行为与费用的约束,在实践中变成了碎片化的诸项业务,而在学术研究中变成了就事论事的研讨对象。医保局的设立为医保公共预算制度的建立开辟了空间,这一方面能为医保去碎片化奠定制度基础,另一方面也为扭转医保政策研究中就事论事型的偏误提供契机。

医保公共预算制度的建立,有如下若干重要方面:

1. 筹资模式的组织和制度选择。既有医疗保障体系碎片化的一个重要方面在于险种不一、筹资模式不一。在基本医疗保障体系之中,城镇职工医保采用职工和单位缴费的方式筹资,从国际视野来看,这是一种工资税的筹资模式;而城乡居民医保的筹资依赖于专项缴费和政府补贴。筹资模式碎片化不仅有损效率,有失公平,还有可能削弱可持续性。

在宏观层面,筹资模式的去碎片化所设计的最重大问题,在中国实践中被称为“三险一金”,在国际上则成为医保制度在社会医疗保险(social health insurance, SHI)、全民健康保险(national health insurance, NHI)和全民公费医疗(national health service, NHS)之间的选择。在微观层面,筹资模式的去碎片化涉及一系列执行层级制度安排的变革。例如,城镇职工医保中退休者免予个人缴费的细节性制度安排所导致的“系统老龄化”,已经成为一颗破坏整个医疗保障体系健康发展的定时炸弹。<sup>④</sup>然而,解除这一爆炸风险的方案绝非在既有碎片化制度结构不变的前提下强制安排退休者缴费,而是彻底重构医保筹资模式。<sup>⑤</sup>

就筹资的组织和制度选择而言,中国医保去碎片化的可行之路是走以省为单位的全民健康保险模式,这种省内的单一付费者体系有望破解既有医疗保障体系碎片化所带来的种种问题。

2. 给付结构的设计。这基本上包含两个相互关联的子问题,即给付范围和给付水平。给付结构的设计无一例外都是微观层面具体制度安排的调整,但都在宏观层面具有战略意义。在中国新医改的政策话语体系之中,医保给付结构设计关

涉到“保基本”目标如何达成。微观层面制度安排细节的调整,一方面涉及百姓医保福利权利,另一方面也影响到医疗供给侧一系列改革的推进。

例如,医保报销目录制定的规范化和制度化涉及哪些医疗服务项目和药品为医保所覆盖,既是百姓福利权利之所系,也是整个医疗体系能否实现“全民健康覆盖”的关键。<sup>②④</sup>事实上,国家医保局组建之后开展的第一项工作,就是抗癌药医保准入的专项谈判。<sup>②⑤</sup>最终,17种抗癌药纳入医保支付范围,而且国家医疗保障局办公室、人力资源社会保障部办公厅、国家卫生健康委办公厅还于2018年11月30日联合发布《关于做好17种国家医保谈判抗癌药执行落实工作的通知》,明确规定这些药物不纳入药占比管制的范围,以利于其在医疗机构的广泛使用;<sup>②⑥</sup>又如,门诊费用是否纳入医保给付结构之中,亦即基本医疗保障体系是否以及如何推进门诊统筹,不仅关涉到百姓初级卫生保健可及性的公平,也关涉到健康守门人和分级诊疗的制度化进程<sup>②⑦</sup>。再如,大病保险给付的安排,不仅关涉到百姓医疗费用风险分摊的公平性,而且也关涉到公共医疗保险和商业健康保险的合作伙伴关系。<sup>②⑧</sup>

3. 医保经办的组织和制度模式选择。医保局建立之后,医保经办机构如何纳入新的行政体系以及这些机构本身的组织变革之路,影响着医保公共预算制度建设的组织保障。在既有碎片化医保体系中,由于医保统筹层次不一,医保经办机构的设立呈现高度分散化格局,而且在某些地方隶属于社会保险行政体系,<sup>②⑨</sup>在另外一些地方则独立于社保体系,这种碎片化的格局不利于医保机构发挥医疗服务团购者的角色。如上所述,随着各地医保局的建立,在医保统筹层次的提高有望走向省级统筹,从而在各省建立单一付费者体系。此时,医保经办机构在各省的医保支付上将成为垄断者,如何进行监管,有赖于公共治理体系的创新。借鉴世界各国的经验和教训,单一付费者体系具有提升医保服务效率的潜质,<sup>③⑩</sup>但要真正做到这一点,不仅需要行政机制的改善以实施有效的监管,也需要社群机制发挥出应有的积极作用,确保市场机制运行的效率,同时矫正各种各样的市场失灵。

(二) 医保支付制度改革的规范化与制度化:

补偿与激励机制的重构

如图2所示,医疗供给侧公共治理的核心内容之一在于供方收入来源及其所蕴含的激励机制。<sup>③①</sup>由于政府财政拨款在供方收入中的占比逐渐减少,医保支付日益成为供方的主要收入来源。推进医保支付改革,在政府主导的基本医疗保障体系与医疗机构之间建立公共契约关系,是新医改的核心。<sup>③②</sup>随着医保局在各地的设立,医保支付制度改革的规范化和制度化必将在新医保经办机构议事日程上处于优先位置,这必将对医疗机构的激励结构产生深远的影响。

对于医疗机构来说,医保支付方式基本上可分为如下几类:(1)按项目付费;(2)按工资支付;(3)按人头付费;(4)混合型支付。按项目付费即付费方根据服务提供者所实际提供的服务项目按照一个事先制定好的费用表进行支付,又称“费用表支付体系”。<sup>③③</sup>这适用于面向个人提供的所有服务,包括普通门诊、妇幼保健、住院治疗、护理康复等。医疗机构及其医务人员的收入等于所提供的服务项目数量乘以项目付费标准(即价格)。按项目付费的一个变种俗称“点数法”或简称为“相对价值法”,其支付基准不是事先定好的价格,而是表征不同服务项目成本或投入资源相对价值的点值。<sup>③④</sup>按工资支付是按照医生的工作时间进行支付,医生收入与服务量多寡无关。按人头付费是基于服务人群人数多寡支付年度定额补偿,所服务的个人必须与服务提供者(如家庭医生)签约,接受其所提供的基本医疗卫生服务,使后者成为前者的“健康守门人”。<sup>③⑤</sup>

不同的医保支付制度在医疗机构那里造就了不同的激励结构。如何运用经济激励机制来规范医疗服务提供者的行为,这是医疗政策研究与实践领域的热点之一。实际上,有关经济激励机制的研究是经济学中契约(合同、合约)理论的核心内容,是市场机制理论的重要支柱之一。三位契约理论的领军人物,梯若尔(Jean Tirole)、霍尔姆斯特罗姆(Bengt Holmstrom)和哈特(Oliver Hart)分别于2014年和2016年获得了诺贝尔经济学奖。契约理论在医疗卫生领域的应用自21世纪以来始终是医疗政策研究领域中的热点之一,<sup>③⑥</sup>其重点在于对医保支付制度改革如何重构激励机制的研究。<sup>③⑦</sup>

简言之,按项目付费会造就供方过度医疗的激励结构。改良版的按项目付费即点数-点值法经过重复博弈后可以有效抑制过度医疗,但其积极效果仅限于此。按工资支付固然能抑制过度医疗,但也会扼杀供方的提升服务数量和质量积极性。按人头付费能有效抑制过度医疗,激励供方为更多的人提供性价比高的服务,<sup>⑩</sup>同时基于人头的总额预付制还有促进整合医疗之效。由于不同支付制度的激励结构不同,因此在很多国家和地区,混合型支付模式得到了普遍采用。<sup>⑪</sup>

在中国,医保支付方式的主干依然是按项目付费。实际上,早在2009年国家新医改方案颁布前后,全国各地就以零散的方式进行了混合型支付模式的一些试点,<sup>⑫</sup>但缺乏规范性和制度化,对于供方激励结构的重构收效甚微。<sup>⑬</sup>新医改正式启动之后,医保支付制度改革战略意义越来越受到重视,中央政府自2011年以来每年都通过颁发文件的方式试图推进,但这一改革总体上进展迟缓。基本上,在很多发达国家面向初级卫生保健(内含普通门诊)所采用的按人头付费,在中国迟迟无法落地,其根源在于门诊统筹尚未在中国的基本医疗保障体系中落实,这间接地阻碍了“健康守门人”和分级诊疗在中国医疗供给侧的发展。针对住院服务,在国际上得到普遍采用的按疾病诊断组付费(DRG-based payment),在中国历经了五至六年的改革进程,依然处于局部试点的阶段。<sup>⑭</sup>

医保局的建立,有望改变医保支付制度改革蹒跚而行的局面。一方面,医保局的建立为中国医保支付改革从局部试点走向全面制度化,奠定了组织基础;另一方面,医保局对各地医保机构进行了整合,随着医保支付水平的提高,医保局的谈判能力大幅度提高,医保支付制度改革上的地方创新有望蓬勃展开。

(三) 从政府单方行政定价到多方市场谈判定价:价格管制改革与医药产业的发展

依照国务院机构改革意见的指引,国家医保局的第四、五项职能分别为“组织制定和调整药品、医疗服务价格和收费标准”和“制定药品和医用耗材的招标采购政策并监督实施”,这意味着价格体制与药品集中招标采购体制改革将成为各地医保局未来的重要工作内容之一。鉴于后者在

很大程度上也属于价格管制的一种实践,因此两者的改革密不可分。从政府单方行政定价到多方市场谈判定价,一方面是国家发改委业已确定的医疗服务价格体制改革的方向,另一方面也可作为药品集中招标采购制度的重建奠定基础。

医保局价格体制改革的未来走向,可以在2017年11月11日国家发改委发布的《关于深化价格机制改革的意见》(发改价格〔2017〕1941号)找到指引。该文件一方面提出继续巩固药品和耗材零加成政策并对医疗服务项目的定价水平实施大范围的调整,另一方面提出要逐步缩小政府定价范围,建立基于多方谈判形成医保支付价的新机制。这预示着价格体制改革的两个方向,前者并没有触动既有的价格管制,只是在既有管制框架中对于行政定价的水平进行调整,可简称为“行政调价”,后者则意味着在推进医保支付改革的同时建立了全新的价格形成机制。

要了解全新价格形成机制的原委,必须对既有的医药价格制度加以准确的界定。如图2所示,医疗供给侧所呈现的“行政型市场化”格局,其重要特征之一在于医疗服务项目以及药品的价格受到严格的管制。事实上,所有公立和民营非营利性医院医疗服务中可收费项目的目录,由国家卫生行政部门发布,而其具体价格由各省发改委物价局制定,地级市物价局有5%的调整权限。尽管药品的生产和销售早已市场化,但公立和民营非营利性医疗机构对药品的采购和销售(使用)受到多重价格管制的制约。

其中,第一层管制是国家发改委长期对大部分药品实施最高零售限价管制,这属于国际管制经济学学界所界定的价格帽管制,但这一管制在2014年终止。第二层管制,政府通过省级卫生行政部门主导的药品集中招标制度对公立和民营非营利性医院的用药实施二次市场准入管制(国家药监局的药品上市实施一次市场准入管制)和进货价管制。第三层管制是政府对所有公立和民营非营利性医院实施药品加成管制,即这些医疗机构的药品销售价限定为进货价的115%。这在国际上属于“收益率或加成率”的范畴。自2015年开始,政府运用行政手段在全国基层公立医疗机构和公立医院中推行药品零差率政策。这实际上是一种特殊的加成率管制措施,而这一措施实施

的客观效果使得药品集中招标制度演变成为药品行政定价制度,即中标价等于销售价。医疗服务项目和药品的行政定价制度虽统一起来,但行政定价制度的执行者分属两个行政机构,一是各省发改委物价局,另一个是各省由卫生行政部门所主导的药品招标办。

对于价格管制的研究,包括有关医疗服务从行政定价到行政调价的研究和药品多重价格管制的研究,在学术上属于管制经济学的范畴。尽管价格管制的市场扭曲效应在微观经济学早已有了定论,似乎并不值得深入研究。其实不然。首先,尽管其效果并不理想,但医疗服务和医药市场的价格管制依然普遍存在,而且政府实施医药价格管制多有一定的民意基础,在医疗行业内也颇有一些支持者,<sup>④</sup>这说明经济学的定论并未成为公共认知,更谈不上公共选择;其次,价格管制在不同行业所产生的市场扭曲效应表现为不同的现象,而且不同的价格管制措施也会引致不同的扭曲现象,医疗产业中很多扭曲现象的出现有着深刻的管制性根源,而有关的学术研究并不充分,这也对政府和公众的认知产生了负面影响;再次,由于各地在不同时期的价格管制措施不同,以及价格管制所嵌入的制度环境和历史背景不同,管制效果自然有所不同,这导致有关价格管制扭曲性效应的理论和经验研究远未达成共识。<sup>④</sup>

学界早已认识到,医药服务供求各方的价格谈判机制的形成需要行政机构、市场组织和社会组织的多方参与。<sup>⑤</sup>在此过程中,行政机制、市场机制和社群机制互补嵌入性的制度化至关重要。与此同时,由于价格谈判需要对基本医疗服务和基本医疗保险的大数据进行分析,专业性数据分析和咨询机构的参与也是不可或缺的,而这类机构既有可能是营利性公司,也有可能是非营利性组织,或者是公共部门中的分支机构。多方参与的价格谈判机制如何形成,这必将是医保局的重要工作内容之一。

一旦行政定价被多方谈判定价所取代,既有的行政化药品集中招标制度将进入历史,取而代之的药品购销模式是一种政府监管下的市场化药品集中采购新体制。在这种新体制中,医保局一方面主导制度建设,另一方面推动集中招标平台建设,而平台的运营既可以外包给营利性的市场

组织,也可以委托给非营利性的社会组织,各类医学-药类专业学会和医药行业协会在药品集中采购中也扮演专业信息支持的角色。当然,另一种可能的走向是各地医保局自己扮演药品集中招标采购者的角色;换言之,药品集中招标采购走上再行政化之路。所有这些,对于其他原来投入品(如耗材和器械)购销的治理,也是适用的。随着新的价格机制的形成,既有行政化的药品集中招标就将完成其历史使命,新的药品采购制度将形成,无论其制度模式走向分散化的市场化之路还是集中化的再行政化之路,医药商业领域中某些顽疾(如市场集中度不高等)也将不治而愈。

## 结 论

医疗保障局的建立标志着中国新医改进入新时代,医疗需求侧改革将走向去碎片化,供给侧改革将走向去行政化。

首先,医保局将推动医保公共预算制度的建立,通过筹资体制、给付结构、经办模式的重构,将既有碎片化的基本医疗保障体系整合为以省为单位的单一付费者体系。以省为单位组建医保局,大力推动医保的省级统筹,有望破解既有保障体系碎片化所带来的种种问题。同时,医保覆盖目录(尤其是药品目录)更新的常态化和制度化、门诊统筹纳入基本医疗保障、医保经办机构的整合等微观改革,具有广泛和深远的宏观意义。

第二,医保局将大力推进推行医保支付改革的规范化与制度化,从而加快重构医疗供给侧的激励结构,让医疗机构有更高的积极性,从而为参保者提供性价比高的医药服务。医保局的建立为医保支付改革走向全面制度化,奠定了组织基础。同时,随着省级单一付费者体系的建立和医保支付水平的提高,各省医保局的谈判能力将会大幅度提高。在门诊统筹中实施按人头付费和在住院服务中普及按疾病诊断组付费,是医保支付改革近期内的重点。

最后,医保局将推动价格体制改革,并在此基础上重建药品集中采购制度。从政府单方行政定价到多方市场谈判定价,是业已确定的价格体制改革的方向。医保局在探索价格体制改革路径的同时,拥有了重建药品-耗材-器械集中采购制度的契机。既有的行政化集中招标制度将走入历

史,代之以政府监管下的采购新体制。在这一新体制中,政府在制度建设和监管上发挥主导作用,并推动市场机制和社群机制发挥积极作用,让市场组织和社会组织(专业学会和行业协会)在交易平台建设与运行以及信息提供和自我监管等方面扮演主角,大力促进医药商业市场格局的大转变。当然,另一种可能是医保局全盘接收药品集采,在特定地区内作为公立医院和民办非营利性医院大宗药品的唯一购买者,与医药企业展开市场博弈。

医保局的建立及其在医疗需求侧和供给侧推动的改革,是医疗事业公共治理创新和国家治理体系现代化的重要实践,具有重要的战略意义。治理创新的核心是调整医疗领域中政府-市场-社会的关系并推动政府职能的转型。行政力量通过行政机制在制度建设和组织保障中发挥主导作用,并且在增进市场、激活社会上发挥能力促进和帮扶助长的作用,这一系列举措对于公共治理的创新是至关重要的。

- ①李红梅《国家医疗保障局正式挂牌,专家解读——三种医保统一管,会带来啥改变》,载中国政府网: [http://www.gov.cn/jzhengce/2018-06/01/content\\_5295242.htm](http://www.gov.cn/jzhengce/2018-06/01/content_5295242.htm)(《人民日报》2018年6月1日报道,随时可查阅)
- ②汪玉凯《第二次改革与公共治理变革》,《探索与争鸣》2014年第3期;胡税根、翁列恩《构建政府权力规制的公共治理模式》,《中国社会科学》2017年第11期。
- ③参见人民网前方报道组《李克强谈机构改革:市场能办的多放给市场,社会可做好的就交给社会》,载 <http://leaders.people.com.cn/n/2013/0317/c58278-20816505.html>(人民网2013年3月17日新闻报道,随时可查阅)
- ④汪玉凯《党和国家机构改革与国家治理现代化》,《领导科学论坛》2018年第8期。
- ⑤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。
- ⑥刘国恩、官海静、高晨《中国社会办医的现状分析》,《中国卫生政策研究》2013年第9期。
- ⑦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。
- ⑧于保荣、柳雯馨、田畅《公立医院补偿机制改革现状研究》,《卫生经济研究》2017年第2期。
- ⑨顾昕《价格管制失灵与公立医院的药价虚高》,《中共浙江省委党校学报》2011年第6期。
- ⑩Alexander Preker and April Harding (eds.), *Innovations in*

*Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*, Washington, DC.: The World Bank, 2003.

- ⑪Richard B. Saltman, Antonio Durán, and Hans F. W. Dubois (eds.), *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- ⑫顾昕《公立医院的治理模式:一个分析性的概念框架》,《东岳论丛》2017年第6期;顾昕《走向协同治理:公立医院治理变革中的国家、市场与社会》,《苏州大学学报》(哲学社会科学版)2017年第5期。
- ⑬杨燕绥、岳公正、杨丹,《医疗服务治理结构和运行机制——走进社会化管理型医疗》,中国劳动社会保障出版社,2009年。
- ⑭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。
- ⑮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。
- ⑯应亚珍、戈昕、徐明明、李杰、徐鸿、刘永华、高广颖《基层医疗卫生机构“收支两条线”的比较研究》,《卫生经济研究》2016年第9期。
- ⑰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。
- ⑱郭科、顾昕《价格管制与公立医院的“以药养医”》,《天津行政学院学报》2016年第4期。
- ⑲朱恒鹏,“医疗体制弊端与药品定价扭曲”,《中国社会科学》2007年第4期。
- ⑳康赞亮、刘海云、向锦《药品集中招标采购的信息经济学分析》,《中国卫生经济》2006年第12期;刘桂林《省级集中采购降低药价和减轻药费负担的效果研究》,《中国卫生经济》2012年第5期。
- ㉑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》,《武汉大学学报》(哲学社会科学版)2016年第2期。
- ㉒何文炯、徐林荣、傅可昂、刘晓婷、杨一心《基本医疗保险“系统老龄化”及其对策研究》,《中国人口科学》2009年第2期。
- ㉓顾昕《退休者免缴费的问题:中国医保体系的制度设计、激励机制与可持续性发展》,《中国卫生管理研究》2016年第1期。
- ㉔何子英、郁建兴《走向“全民健康覆盖”——有效的规制与积极的战略性购买》,《浙江社会科学》2017年第2期。
- ㉕董子畅《中国医保局召开抗癌药医保准入谈判会18家药企参会》,参见中国新闻网2018年7月13日报道: <http://www.chinanews.com/jk/2018/07-13/8566451.shtml>(随时可查阅)
- ㉖参见央广网的报道: <http://china.cnr.cn/news/20181202/>

- 20181202\_524436979.shtml( 随时可查阅)
- ②7 顾昕《政府购买服务与社区卫生服务机构的发展》，《河北学刊》2012 年第 2 期。
  - ②8 何文炯《建设更加公平可持续的医疗保障制度》，《中国行政管理》2014 年第 7 期。
  - ②9 朱亚鹏、岳经纶、肖棣文《社会行政在社会保障制度发展中的作用：全民医保的“东莞模式”研究》，《中国公共政策评论》2010 年，第 156 - 173 页。
  - ③0 P. Hussey and G. F. Anderson, A comparison of single - and multi - payer health insurance systems and options for reform, *Health Policy*, 2003, 66 ( 3) : 215 - 228.
  - ③1 Timothy Powell - Jackson, Winnie Chi - Man Yip, and Wei Han, Realigning Demand and Supply Side Incentives to Improve Primary Health Care Seeking in Rural China, *Health Economics*, 2015, 24 ( 6) : 755 - 772; Winnie Chi - Man Yip, William Hsiao, Qingyue Meng, Wen Chen, and Xiaoming Sun, Realignment of incentives for health - care providers in China, *Lancet*, 2010, 375( 9720) : 1120 - 1130.
  - ③2 顾昕《走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革》，《经济社会体制比较》2012 年第 4 期。
  - ③3 Duane C. Abbey, *Fee Schedule Payment System*, Boca Raton, FL: CRC Press, 2011.
  - ③4 Duane C. Abbey, *Healthcare Payment System: An Introduction*, Boca Raton, FL: CRC Press, 2011, pp. 24 - 26.
  - ③5 Kurt R. Brekke, Robert Nuscheler, and Odd Rune Straume, Gatekeeping in health care, *Journal of Health Economics*, 2007, 26( 1) : 149 - 170.
  - ③6 Jesop Figueras, Ray Robinson, and Elke Jakubowski ( eds. ), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Buckingham, UK: Open University Press, 2005.
  - ③7 Jon B. Christianson and Douglas Conrad, “Provider Payment and Incentives,” in Sherry Glied and Peter C. Smith ( eds. ), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford: Oxford University Press, 2011, pp. 624 - 648.
  - ③8 Marie Allard, Izabela Jelovac, and Pierre - Thomas Léger, “Payment mechanism and GP self - selection: capitation versus fee for service”, *International Journal of Health Economics and Management*, 2014, 14( 2) : 143 - 160.
  - ③9 Alexander Preker, Liu, X., Velenyi, E. V., and Baris, E. ( eds. ), *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services*, Washington, D. C.: The World Bank, 2007.
  - ④0 World Bank, *Health Provider Payment Reforms in China: What International Experience Tells Us*, Washington, D. C.: The World Bank, 2010.
  - ④1 Hong Wang, Licheng Zhang, Winnie Yip, and William Hsiao, An Experiment in Payment Reform for Doctors in Rural China Reduced Some Unnecessary Care But Did Not Lower Total Costs, *Health Affairs*, 2011, 30( 12) : 2427 - 2436.
  - ④2 杨燕绥、胡乃军、陈少威《中国实施 DRGs 的困境和路径》，《中国医疗保险》2013 年第 5 期；Weiyan Jian, Ming Lu, Kit Yee Chan, Adrienne N Poon, Wei Han, Mu Hu, Winnie Yip, “Payment Reform Pilot in Beijing Hospitals Reduced Expenditures and Out - of - Pocket Payments Per Admission”, *Health Affairs*, 2015, 34 ( 10) : 1745 - 1752.
  - ④3 Gerard Anderson and Bradley Herring, “The All - Payer Rate Setting Model for Pricing Medical Services and Drugs”, *American Medical Association Journal of Ethics*, 2015, Vol. 17, No. 8: 770 - 775.
  - ④4 Elise Coudin, Anne Pla, and Anne - Laure Samson, GP responses to price regulation: evidence from a French nationwide reform, *Health Economics*, 2015, 24( 9) : 1118 - 1130.
  - ④5 何文炯、杨一心《基本医疗保险治理机制及其完善》，《公共管理学报》2017 年第 2 期；胡晓毅、詹开明、何文炯《基本医疗保险治理机制及其完善》，《学术研究》2018 年第 1 期。

作者简介：顾昕，浙江大学公共管理学院教授，浙江大学社会治理研究院首席专家，浙江大学民生保障与公共治理研究中心专职研究员。杭州 310058

〔责任编辑：毕素华〕