城镇医疗体制改革的政策工具研究

朱春奎 舒皋甫 曲洁*

【摘要】 论文在对政策工具类型进行理论探讨的基础上，分阶段对比分析我国城镇医疗体制改革的政策工具，探究各类政策工具的用途，描述城镇医疗体制改革各阶段政策工具应用的变化趋势，并为新医改阶段深化城镇医疗体制改革的政策工具规划提出了对策性建议。

【关键词】 医疗体制 体制改革 政策工具

【中图分类号】 D669.7 **【文献标识码】** A

【文章编号】 1674 - 2486 (2011) 02 - 0116 - 17

一、引言

本文研究的对象是城镇医疗体制改革中所应用的政策工具，研究限于城镇医疗体制改革，时间范围为1978年到2009年初，即改革开放以来我国的城镇医疗体制改革。长期以来，医改经常作为一个笼统的概念出现在人们的视野中，其实这里面包含着丰富而具体的内容（王虎峰，2008）。1998年我国开始推行“三项改革”，即医疗保险制度改革、医疗卫生体制改革、药品生产流通体制改革，2000年国务院专门召开会议就“三改并举”进行部署。2007年1月全国卫生工作会议提出基本卫生保健制度、医疗保障体系、国家基本药物制度和公立医院管理制度等四大基本制度。2007年10月，中共十七大报告中首次明确提出四大体系，即覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应

* 朱春奎，复旦大学国际关系与公共事务学院，教授；舒皋甫，复旦大学国际关系与公共事务学院，硕士研究生；曲洁，复旦大学国际关系与公共事务学院，博士研究生。感谢匿名评审人的意见。

基金项目：国家社科基金重大项目（10Zd & 009）“‘十二五’时期八大综合配套改革试验区公共服务体制机制创新研究”的阶段性成果。

保障体系。中国的医疗体制从传统的国家控制模式逐渐演变成为一种国家控制与市场导向混合型的模式，是一种诱导性的制度变迁过程，即各种制度安排的转变均以应对紧迫问题的方式应运而生，而不是一种经过精心设计从而走向特定目标的方式有序演变（顾昕，2009）。长期以来，由于对医疗领域的范畴没有明确界定，甚至公共卫生和医疗服务两类不同性质的领域也没有明确划分，相关部门职能和政策界限模糊（王虎峰，2008），因此，本文在回顾论述城镇医改各阶段政策工具的动态演进时，将依照不同时期惯例，对不同领域不作严格区分，但在分析讨论时，尽量将问题置于四大体系的分析框架中。

20世纪80年代以来，政策工具的研究在国外特别是欧美开始流行。其研究主要集中于政策工具特质和类型的研究，政策工具选择的标准和影响因素研究，政策工具对政策运作和政策成效的影响研究，政策工具绩效评估研究等主题。政策工具研究在本世纪初才逐渐被国内学者所重视，并将其研究成果逐步介绍到国内。当前研究大多局限于对西方公共政策工具的梳理，并根据我国实际情况进行改进，实证化与系统化的研究还较为缺乏（崔先维，2009；丁煌、杨代福，2009；顾建光，2006；黄红华，2010；刘媛，2010）。本文旨在运用政策工具的研究途径，分阶段对比分析我国城镇医疗体制改革，从一个侧面考察中国城镇医疗体制的制度变迁之路。

在过去三十年中，中国的医疗政策和医疗体制经历了翻天覆地的变化。由于各种原因，我国的医疗保障制度是城乡分离的，有不同的特点和发展过程（顾昕，2009；王虎峰，2008）。以1978年党的十一届三中全会、1992年国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》、1998年国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》和2005年国务院发展研究中心与世界卫生组织发布《中国医疗卫生体制改革》研究报告为阶段性事件节点，改革开放以来，我国城镇医疗体制改革主要经历了公费劳保医疗制度改革阶段（1978年—1992年）、城镇职工基本医疗保险制度建立阶段（1993年—1998年）、多层次医疗保险制度建设阶段（1999年—2005年）和新医改阶段（2006年至今）四个阶段（王虎峰，2008；赖伟，2008；胡杨，2008；周幼曼，2010）。受对政策问题的界定、政策环境、政策相关者等因素影响，我国城镇医疗体制改革四个阶段政策目标各有差异，所应用的政策工具也各不相同，改革效果也呈现出不同特征。本文拟在对政策工具类型进行理论探讨的基础上，总结和分析三十年城镇医疗体制改革的政策工具种类，探究各类政策工具的用途，描述城镇医疗体制改革各阶段政策工具应用的变化趋势，并为新医改阶段深化城镇医疗体制改革的政策工具规划提出对策性建议。

二、政策工具类型的理论探讨

政策工具是联结政策目标和政策执行最重要的环节，良好的政策目标必须选择适当的政策工具。政策工具是政策目标和政策行动的联结，恰当的工具的选择对于公共政策的成功有重要作用。很多学者都对政策工具做过分类（Doern & Phidd, 1983; Hood, 1986; McDonnell & Elmore, 1986; Linder & Peters, 1989; Schneider & Ingram, 1990; Peters, 2002; Howlett & Ramesh, 2003）。麦克唐奈和埃尔莫尔根据工具所获得的目标将政策工具分为四类，即命令性工具、激励性工具、能力建设工具和制度变迁工具（McDonnell & Elmore, 1986）。林德和彼得斯把政策工具划分为命令、财政补助、管制、劝诫、权威、契约等（Linder & Peters, 1989）。德林与非德依合法强制程度将政策工具分为五大类，分别为私人行为、规劝、支出、管制、公共所有，并假定各种工具之间是可互相替代的（Doern & Phidd, 1983: 111）。

施奈德与英格拉姆则将政策工具划分为以下五种类型：一是权威型工具：指以正当性权威为基础，在限定的情况下允许、禁止或要求某些行为；二是诱因型工具：以实质的报酬诱导执行或鼓励某些行为；三是能力型工具：提供信息、教育和资源，使个人、团体或机关有能力做决定或完成某些行动；四是象征及劝说型工具：此类政策工具认为人们是根据自己的价值与信仰体系而决定作为或不作为，因而期望借用此类工具使得政策目标群体的价值与政策目标趋向一致；五是学习型工具：当人们对于问题缺乏了解，或者对应该如何解决缺少共识时，透过长时间学习所得的经验，可增进其对问题及解决方案的了解，有助于决策者提高目标的明确度（Schneider & Ingram, 1990）。

豪利特与拉米什根据政府介入公共物品与服务提供的程度把政策工具分为自愿性工具、强制性工具和混合型工具三类。对于政策工具的合理选择，豪利特与拉米什综合了经济学和政治学的理论，认为应根据国家能力和政策子系统复杂程度两个因素来讨论政策工具的选择。国家能力是指政府机关影响社会行动者的能力，而政策次级体系复杂程度是指政府在执行政策时所须面对的对象复杂程度（Howlett & Ramesh, 2003）。

萨瓦斯（Savas, 2000）在讨论公共服务政策工具的选择时认为，公共服务的生产者和安排者的公私性质将决定政策工具的选择。当公共服务由公共部门生产，且由公共部门作出安排，经常采用政府服务、政府间协议等强制性工具；公共服

务由公共部门生产，但通过政府出售等形式交由私人部门安排，采用混合型工具；公共服务由私人部门生产，但由公共部门作出安排，可采用契约、补助等混合型工具，以及特许等强制性工具；公共服务由私人部门生产，也由私人部门安排，则采用自由市场、自愿性服务等自愿性工具。

以豪利特与拉米什（Howlett & Ramesh, 2003）对政策工具的三分法为基础，综合国内外政策工具研究者对政策工具的分类，结合中国的实际情况，本文将政策工具整合为自愿性政策工具、强制性政策工具和混合型政策工具三类。其中，自愿性工具，包括家庭与社区、自愿性组织和自愿性服务、市场和市场化；强制性工具，包括规制（体系建设和调整、机构设置、设定和调整标准、禁止、法规、许可证和执照、建立和调整规则、法令、检查检验、特许、监督、处罚、考核、裁决、制裁），公共企业，直接提供（直接生产、直接服务、直接管理、公共财政支出、政府购买、转移支付），命令性和权威性工具（政府机构改革、政府机构能力建构、政府间协定、政策试验、指示指导、计划、命令执行、强制保险）；混合型工具，包括信息与倡导（建设舆论工具、学习教育、舆论宣传、鼓励号召、象征、信息公布、示范、信息公开、呼吁、劝诫），补贴（直接补助、补贴限制、税收优惠、生产补贴、消费补贴、财政奖励、赠款、实物奖励、票券、利率优惠、政府贷款），产权拍卖（政府出售、服务权拍卖、排污权拍卖、生产权拍卖），税收和用户收费（使用者收费、社会保险金、消费税、生产税、营业税、个人所得税），契约（公私合作、服务外包），诱因型工具（社会声誉、权力下放、利益留存、信任、程序简化）。

本文将运用自愿性、强制性和混合型政策工具三分的框架，根据改革开放以来中央出台的关于城镇医疗体制改革的相关政策文件以及三十年来有关城镇医改的重要事件，归纳我国城镇医改各阶段的政策工具。同时，本文还将运用豪利特与拉米什（Howlett & Ramesh, 2003）、萨瓦斯（Savas, 2000）的政策工具选择框架探讨城镇医改各阶段影响政府政策工具选择的因素。

三、我国城镇医疗体制改革中的政策工具运用

通过对1978年—2009年的主要医疗卫生政策文件和重大事件进行整理，笔者归纳了我国三十年来城镇医疗体制改革中所采用的政策工具。如表1所示，改革开放三十年，我国城镇医疗体制改革中所采用的政策工具不断丰富，应用政策工

具的种类增多,同一政策工具应用对象也有所扩展。三类政策工具配套应用于政府机构、医疗卫生机构和城镇居民。从总的政策工具的种类和数量来看,强制性工具和混合型工具应用较多,自愿性工具应用较少;从政策对象来看,对医疗卫生机构使用的政策工具种类最多,对城镇居民和政府机构使用的相对少一些;对医疗机构使用的强制性政策工具和自愿性政策工具增多,混合型政策工具减少;对城镇居民使用的政策工具种类增加,从最初仅限于强制性工具扩展到自愿性工具和混合型工具;对政府机构主要使用强制性政策工具,兼有混合型工具,工具种类较为稳定;政策工具应用种类不断丰富。

表1 城镇医疗体制改革四阶段政策工具

政策工具		第一阶段 (1978年— 1992年)			第二阶段 (1993年— 1998年)			第三阶段 (1999年— 2005年)			第四阶段 (2006年— 2009年)		
		医疗 机构	城 镇 居 民	政 府 机 构	医 疗 机 构	城 镇 居 民	政 府 机 构	医 疗 机 构	城 镇 居 民	政 府 机 构	医 疗 机 构	城 镇 居 民	政 府 机 构
自愿 性工 具	市场	√			√			√	√		√	√	
	市场化	√			√			√			√		
	自愿性组织							√			√		
强制 性工 具	机构设置			√			√	√		√	√		√
	公共企业			√	√			√					
	禁止	√			√								
	设定和调整标准	√			√	√		√			√	√	√
	法规	√	√		√			√	√		√	√	√
	政府机构改革			√			√			√			
	许可证和执照	√			√						√		
	建立和调整规则		√		√	√		√	√	√	√	√	√
	政策试验	√	√		√	√	√	√			√	√	
	法令	√			√		√	√		√			
	指示指导	√	√	√		√	√	√		√	√		√
	直接管理			√				√					
	计划	√	√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
	检查检验	√									√		
	命令执行				√		√				√		
	监督	√			√		√	√			√		
政府机构能力建构						√						√	
公共财政支出				√	√		√	√	√	√	√		

(续上表)

		第一阶段 (1978年— 1992年)			第二阶段 (1993年— 1998年)			第三阶段 (1999年— 2005年)			第四阶段 (2006年— 2009年)		
政策工具	政策对象	医疗 机构	城 镇 居 民	政 府 机 构	医 疗 机 构	城 镇 居 民	政 府 机 构	医 疗 机 构	城 镇 居 民	政 府 机 构	医 疗 机 构	城 镇 居 民	政 府 机 构
		政府间协定							√				
特许					√			√					
处罚					√								
强制保险						√							√
考核								√			√		
政府购买								√			√		
转移支付									√		√	√	
体系建设和调整								√			√		√
建设舆论工具				√						√	√		
学习教育	√				√			√		√	√	√	
舆论宣传				√							√		√
社会声誉	√			√							√		
权力下放	√				√		√						
利益留存	√												√
使用者收费		√				√			√				√
公私合作	√	√											
鼓励号召	√				√	√	√	√	√	√	√	√	√
补贴限制	√												
混合 型工 具	√							√			√	√	
税收优惠													
财政奖励					√								
象征		√				√			√				
信息公布				√			√			√			√
示范	√			√				√					
社会保险金					√				√			√	
生产补贴					√			√			√		
消费补贴						√			√			√	
信息公开								√		√	√		√
政府出售								√					
直接补助								√	√			√	
服务外包													√
服务权拍卖											√		

资料来源：作者自行整理所得

(一) 公费医疗和劳保医疗制度改革阶段的政策工具

从 1978 年党的十一届三中全会召开到 1992 年 9 月国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》，为我国城镇医疗体制改革第一阶段。这一阶段，一方面要恢复“文革”时期造成严重破坏的医疗卫生事业；另一方面，要顺应经济体制改革的需要，改革医疗保障制度，控制医疗费用增长。对影响政策工具选择的因素分析可知，医疗体制改革第一阶段，国家行政能力强，但经济能力较弱，政府机构、城镇居民这两个政策子系统的复杂程度都较低，按照豪利特与拉米什 (Howlett & Ramesh, 2003) 的政策选择模式，这一阶段政策工具的选择应该以混合型工具和强制性工具为主，在经济投入较大的政策方面以混合型工具为主，在需要政府行政推动的政策方面要以强制性工具为主。从医疗服务的提供方来看，公立医疗卫生机构是医疗服务的主要生产者，同萨瓦斯 (Savas, 2000) 的政策工具选择模型相吻合，对医疗卫生服务的政策工具也以强制性工具和混合型工具为主。同时，由于经济体制和文化环境发生变化，经济体制改革中的市场工具也被移植到医疗卫生机构建设中来。

这一阶段城镇医疗体制改革主要有以下两条推进路径：一是增强医疗卫生机构的营利能力，减轻政府和企业负担；二是限制职工对公费医疗和劳保医疗的过度使用。鉴于国家行政能力强，经济能力较弱，医疗卫生机构和城镇居民分化程度较小，这一阶段主要应用混合型政策工具进行医疗卫生事业的恢复建设和对公费、劳保医疗的调整（表 2）。

表 2 公费、劳保医疗制度阶段的政策工具选择

政策对象 \ 政策工具	自愿性工具	强制性工具	混合型工具
政府机构		改革公费医疗和劳保医疗	医疗卫生事业建设
医疗卫生机构	医疗卫生事业建设	医疗卫生事业建设	改革公费医疗和劳保医疗
城镇居民		改革公费医疗和劳保医疗	改革公费医疗和劳保医疗

资料来源：作者自行整理所得

公费、劳保医疗制度改革阶段，政策工具的运用有以下特点：

(1) 对政府机构采用强制性政策工具和混合型政策工具，对医疗卫生管理机构进

行一些机构改革，加强对公费医疗经费的监督管理，激励地方恢复建设医疗卫生事业。

(2) 混合型政策工具对医疗卫生机构发挥主导作用。通过运用补贴工具和诱因型工具来促进医疗卫生机构改革，增强医疗卫生机构的营利能力，减轻政府财政负担。综合应用自愿性政策工具，促进医疗卫生事业建设。应用强制性政策工具对各级各类医疗机构改革进行指示指导。

(3) 对城镇居民使用强制性政策工具和混合型政策工具，限制职工对公费和劳保医疗的过度使用，强制性政策工具效果不佳。改革的后半段更倾向于使用混合型政策工具。

(二) 城镇职工基本医疗保险制度建立阶段的政策工具

从1992年9月国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》到1998年国务院发布《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，为城镇医疗体制改革第二阶段。改革第一阶段对公费、劳保医疗的调整没有起到限制过度医疗消费、控制医疗卫生费用的作用，而一些单位自发探索的医疗保障模式却取得了较好的效果。公费医疗和劳保医疗制度固有的弊端已经不适应市场经济体制的发展，要解决医疗卫生费用过快上涨并控制不合理的医疗需求，必须建立新的医疗保障体制，由个人和单位共同负担的统账结合的医疗保险体制可以起到这样的作用。同时，医院等医疗卫生机构市场化程度还十分不足，要对医疗卫生机构实行进一步的市场化改革，就要实现自负盈亏，高效经营。这一阶段，改革主要围绕进一步推进医疗卫生机构市场化改造、建立城镇职工基本医疗保险制度以及改革政府对医疗卫生机构管理方式三个方面来推进。

从影响政策工具选择的因素分析可知，城镇医改第二阶段，国家行政能力增强，经济能力也得到较大提升，医疗机构、城镇居民这两个政策子系统的复杂程度在改革之初都较低，随着改革推进，各类医疗卫生机构和各种形式的医疗保障模式出现，复杂程度有所增加，相对于医疗改革而言，政府对自身的改革是一项较为简单的指令性改革。按照豪利特与拉米什(Howlett & Ramesh, 2003)的政策选择模式，这一阶段改革对医疗卫生机构管理方式，对政府机构改革的政策工具选择应该以强制性工具为主；对进一步推进医疗卫生机构市场化并改革对医疗卫生机构管理方式，应选择强制性政策工具和自愿性政策工具；建立城镇职工基本医疗保险制度，改革之初对城镇居民也应采取强制性的政策工具。同时，由于政府没有在经济上对建立城镇职工基本医疗保险制度进行大量投入，可以视为弱化

国家能力，政府在经济政策上要采取混合型政策工具。在医疗服务的提供方看来，公立医疗卫生机构作为医疗服务主要生产者的基本态势没有变化，对公立医疗卫生服务的政策工具以强制性工具和混合型工具为主；而对于改革中出现的私营医疗卫生机构，则主要采取自愿性政策工具。

城镇医改第二阶段是除旧立新的阶段，随着国家经济实力增强，国家行政和经济能力都处于强势地位，对城镇医疗保障体制的改革以强制性政策工具为主。同时，由于这一时期国家对城镇医疗保障体制的改革以规范为主要方式，政府投入的比例相对缩小，混合型政策工具和自愿性政策工具在很大程度上替代了政府的直接投入。同时，一些新的强制性和混合型政策工具开始被运用到城镇医改中（表3）。

表3 城镇职工基本医疗保险制度建立阶段的政策工具选择

政策对象 \ 政策工具	自愿性工具	强制性工具	混合型工具
政府机构		建立城镇职工基本医疗保险制度 改革对医疗卫生机构管理方式	建立城镇职工基本医疗保险制度
医疗卫生机构	进一步推进医疗卫生机构市场化改造	进一步推进医疗卫生机构市场化改造 改革对医疗卫生机构管理方式	进一步推进医疗卫生机构市场化改造
城镇居民		建立城镇职工基本医疗保险制度	建立城镇职工基本医疗保险制度

资料来源：作者自行整理所得

城镇职工基本医疗保险制度建立阶段，政策工具的运用有以下特征：

(1) 对政府机构，制定医疗保障体制改革的方针、路线和计划，并统筹安排各地的改革事业，强制性政策工具在这一阶段发挥主导作用，混合型工具作用下降。

(2) 对医疗卫生机构，自愿性工具、强制性工具和混合型工具“三管齐下”。应用自愿性政策工具调节医疗服务市场、医疗保险市场，推进特殊医疗服务市场自由化，扩大医疗卫生和医疗保障市场；应用强制性政策工具规范医疗卫生服务；

应用混合型政策工具促进医疗卫生机构自我改造，增强医疗卫生机构的营利能力。

(3) 对城镇居民，主要应用强制性政策工具和混合型政策工具。应用强制性政策工具将原有公费医疗和劳保医疗体制下的职工转入城镇职工基本医疗保险制度，并制定城镇职工基本医疗保险制度的参保标准和支付标准；应用混合型政策工具对参保居民使用医疗资源设置限制，同时对一些特定群体实施医疗补助。

(三) 多层次医疗保险制度建设阶段的政策工具

从1998年12月国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》到2005年国务院发展研究中心与世界卫生组织发布《中国医疗卫生体制改革》研究报告，为城镇医疗体制改革第三阶段。经过对城镇职工基本医疗保险制度的试点和推广经验总结，中央开始进一步制定各项管理办法来规范医疗保险制度的运行，一方面调整职工基本医疗保险制度的标准和操作办法，扩大医疗保险制度覆盖面，发挥医疗保险制度应有的作用；另一方面对医疗卫生体制和药品流通体制进行配套改革，规范医疗服务和药品市场运作，以解决城镇居民看病难、看病贵的问题。

从影响政策工具选择的因素分析可知，这一阶段，国家经济能力已经较强，虽然政府职能下放造成政府行政能力的收缩，但国家行政能力始终处于强势。以公立医疗机构为主的医疗机构体系较为简单，这一阶段的改革则力图增加医疗机构的多元化程度。城镇居民这个政策子系统的复杂程度则有较大增加，多种经济类型下的就业居民需要多元化的医疗保障模式来适应。按照豪利特与拉米什(Howlett & Ramesh, 2003)的政策选择模式，这一阶段改革对医疗卫生机构管理方式，对政府机构改革的政策工具选择应该以强制性工具为主，对城镇居民应采取自愿性工具为主。综合萨瓦斯(Savas, 2000)的政策工具选择模式，政府虽对医疗卫生机构进行了分类管理，但公立医疗卫生机构作为医疗服务主要生产者的基本态势没有变化，对改革医疗卫生体制和药品流通体制，应选择强制性政策工具和混合型政策工具，以强制性工具为主导，对于私营医疗卫生机构则主要采取自愿性政策工具；建设多层次的医疗保障体系，对多元化的城镇居民应采取自愿性的政策工具和混合型的政策工具。

这一阶段是城镇医疗保险制度全面建设阶段，同步推进城镇职工基本医疗保险制度、医疗卫生体制和药品流通体制三项改革。在城镇职工基本医疗保险制度改革方面，主基调是进行多层次的医疗保障体系探索，包括基本医疗保险制度的

扩容、医疗救助体系的开展和补充医疗保险的发展；改革医疗卫生体制和药品流通体制方面，对医疗卫生机构实行分类管理和产权改革，实行医药分开、收支两条线管理、政府定价和药品集中采购。

城镇医改第三阶段的政策工具应用以强制性工具和混合型工具为主，自愿性工具为补充。自愿性工具的作用继续扩展，强制性政策工具的应用对象大多集中在医疗卫生机构，对政府机构和城镇居民采用的强制性政策工具减少；混合型政策工具种类总体有所增加，主要体现在医疗卫生机构和城镇居民方面（表4）。

表4 多层次医疗保险制度建设阶段的政策工具选择

政策工具 政策对象	自愿性工具	强制性工具	混合型工具
政府机构		建设多层次的医疗保障体系 改革对医疗卫生机构管理 方式	改革医疗卫生体制和药 品流通体制
医疗卫生机构	建设多层次的医疗 保障体系 改革医疗卫生体制 和药品流通体制	改革医疗卫生体制和药品流 通体制	改革医疗卫生体制和药 品流通体制
城镇居民	改革医疗卫生体制 和药品流通体制	建设多层次的医疗保障体系	建设多层次的医疗保障 体系

资料来源：作者自行整理所得

多层次医疗保险制度建设阶段，政策工具的运用有以下特点：

(1) 对政府机构应用的政策工具包括强制性政策工具和混合型政策工具。其中，强制性政策工具主要用于对改革作出部署，推动政府机构和医疗卫生事业管理模式的转变；混合型政策工具则主要用于建设医疗卫生社会监督服务体系，促进居民健康发展。

(2) 对医疗卫生机构应用自愿性政策工具、强制性政策工具和混合型政策工具的力度都进一步扩大，总体来看，强制性工具的使用逐渐占据主导地位。自愿性工具主要用于提高医疗卫生机构服务质量、促进药品市场发展和扩大医疗卫生服务；强制性工具主要用于规范医疗卫生机构的医疗保险服务，对医疗卫生机构实行分类管理和产权改革，改革不合理的医疗服务和医药价格；混合型工具则主

要用于改革对医疗卫生机构的补助方式，引导医疗卫生机构提供质优价廉的基本医疗服务。

(3) 对城镇居民，自愿性政策工具、强制性政策工具和混合型政策工具都有应用，混合型政策工具发挥的作用较突出。自愿性政策工具主要用来增强居民在医疗服务市场中的供方选择权；强制性政策工具用来调整居民参保和享受医疗保险的标准；混合型政策工具则主要用来激励和帮助更多居民进入医疗保险体系。

(四) 新医改阶段的政策工具

2005年之后，围绕医疗保险体制覆盖面不足和看病贵两大问题，医疗体制改革进入“新医改”阶段。对影响政策工具选择的因素分析可知，这一阶段，国家开始加强对医疗卫生事业的直接投入，国家力量无论是从行政上还是经济上都处于强势地位。按照豪利特与拉米什（Howlett & Ramesh, 2003）的政策选择模式，政府机构和医疗机构的分化程度不高，政府可以直接采用较多的强制性政策工具来实现政策目标。另外，综合萨瓦斯（Savas, 2000）的政策工具选择模式，基于培育多元医疗保障体系的需要，鼓励社会办医，自愿性政策工具和混合型政策工具都是有益的。自愿性工具用于培育多元办医格局和推动药品市场健康发展；强制性工具用于控制医疗卫生机构的营利动机和医方诱导的过度消费，同时提高医疗服务质量和药品安全；混合型工具则主要用于引导医疗资源的配置，建设基础医疗卫生体系，并培育社会慈善型医疗机构。

总体来看，对政府机构采用强制性政策工具为主，主要目标是推动各地进行多层次医疗保险体系建设；对医疗卫生机构，主要应用强制性政策工具进行医药体系建设和改革，应用自愿性政策工具和混合型政策工具促进多层次医疗保险体系建设，并引导医药体系建设和改革。而面对城镇居民医疗需求和经济水平的差异，自愿性政策工具可以促进居民的医疗保障选择权利的实现，借助居民的医药选择权推动医疗和药品市场改革和发展；同时，基于医疗保障的公益性，国家仍然需要动用强制性政策工具来规范和推动医疗保障体系发展，设置目标、制定计划，推动各地按照中央要求进行改革，同时调整医疗保障标准、加大财政支出，减轻居民个人的医疗费用负担，并缩小地区和群体差异。而混合型政策工具则可以对一些相对弱勢的群体进行补贴和救助，帮助更多居民参保，以促进社会公平。

鉴于我国社区、社会团体发展程度不高，国家又明确将医疗卫生制度界定为公共产品，对城镇居民的医疗保障体制改革采取了强制性和混合型工具为主来建设多层次医疗保险体系，自愿性工具为补充，借助居民参与建设多层次医疗保险体系，促进医药体系建设和改革。

新医改阶段，中央政府明确提出，要把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，实现人人享有基本医疗卫生服务。新医改一方面继续推进多层次医疗保险体系建设，建立城镇居民基本医疗保险制度，继续扩大城镇基本医疗保险制度覆盖面，提高保障水平，继续发展医疗救助、补充医疗保险和商业健康保险，整合医疗保障体制，以推进 2011 年基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民的目标；另一方面，针对看病难、看病贵问题进行医疗服务体系和药品供应保障体系建设和改革，启动公立医院改革，建设社区卫生服务网络，发展多元办医格局，建立以国家基本药物制度为基础的药品供应保障体系，加大政府卫生投入，兼顾供方和需方利益。

新医改阶段，政府更加关注民生，提高医疗卫生的公益性。国家开始加强对医疗卫生事业的直接投入，国家力量强势领导新医改推行。在此阶段，强制性政策工具对医疗卫生机构、城镇居民和政府机构的应用都有所扩大，并且在大多数领域都为主导政策工具；混合型政策工具和自愿性政策工具的应用也有所扩展，对医疗机构和城镇居民的配套混合型政策工具应用都有所增加，新的混合型政策工具被采用（表 5）。

表 5 新医改阶段的政策工具选择

政策工具 政策对象	自愿性工具	强制性工具	混合型工具
政府机构		多层次医疗保险体系建设	医药体系建设和改革
医疗卫生机构	多层次医疗保险体系建设	医药体系建设和改革	多层次医疗保险体系建设 医药体系建设和改革
城镇居民	多层次医疗保险体系建设 医药体系建设和改革	多层次医疗保险体系建设	多层次医疗保险体系建设

资料来源：作者自行整理所得

新医改阶段，政策工具的运用有以下特点：

(1) 对政府机构应用的强制性政策工具增强，混合型政策工具则保持稳定。强制性政策工具不仅用于对改革作出部署，还要充分发挥政府在扩大建设基本医疗保障体系中的领导作用，建设政府机构能力，实现中央和地方政府的合作，以推动医疗保障覆盖率切实提高、医疗卫生机构改革切实落实；混合型政策工具则主要用于加强医疗改革的舆论宣传和增加政府信息的透明度，并通过服务外包的形式提高医疗保障管理效率。

(2) 对医疗卫生机构，仍然采用自愿性政策工具、强制性政策工具和混合型政策工具配套使用的办法。自愿性工具主要用于培育多元办医格局和推动药品市场健康发展；强制性工具主要用于控制医疗卫生机构的营利动机和医方诱导的过度消费，规范医疗服务价格和药品流通秩序，控制基本药品价格，提高医疗服务质量和药品安全；混合型工具则主要用于引导医疗资源的配置，建设基础医疗卫生体系，并培育社会慈善型医疗机构。

(3) 对城镇居民，混合型政策工具依然发挥着重要作用，强制性政策工具应用也出现回升。混合型政策工具主要用于激励更多居民参保，将居民的基本医疗需求引导至基层医疗卫生机构，同时加强对困难居民的补助；强制性政策工具用于设置改革目标、制定计划，推动各地按照中央要求进行改革，同时调整医疗保障标准、加大财政支出，减轻居民个人的医疗费用负担，并缩小地区和群体差异；同时，借助居民的医药选择权推动医疗和药品市场改革和发展，自愿性政策工具也得到应用。

四、结论与政策建议

总的来看，我国城镇医疗体制改革进程中，政策工具的种类不断扩充。表6为我国城镇医改的工具箱，灰色阴影部分为没有使用的政策工具，其他工具均被使用。其中，g代表此政策工具已应用于政府机构，h代表已应用于医疗卫生机构，c代表已应用于城镇居民。从政策工具箱的使用情况可以看出，强制性政策工具的使用率最高，除了裁决、制裁、直接生产和直接服务没有被使用，其余各种强制性工具都发挥了作用，尤其是规制类工具、命令性和权威性工具，广泛应用于政府机构、医疗卫生机构和城镇居民三类主体，这同我国多年以来的行政体制和通行的改革模式相一致。

表 6 城镇医改政策工具箱

自愿性工具	强制性工具	混合型工具
家庭与社区	规制	信息
自愿性组织 (h)	体系建设和调整 (g, h)	与
自愿性服务	建立和调整规则 (g, h, c)	劝诫
市场 (h, c)	设定和调整标准 (g, h, c)	信息公布 (g)
市场自由化 (h)	许可证和执照 (h)	信息公开 (g, h)
	检查检验 (h)	建设舆论工具 (g, h)
	监督 (g, h)	学习教育 (g, h, c)
	考核 (h)	舆论宣传 (g, h)
	法令 (g, h, c)	鼓励号召 (g, h, c)
	法规 (g, h, c)	呼吁
	特许 (h)	象征 (c)
	禁止 (h)	劝诫
	裁决	示范 (g, h)
	处罚 (h)	赠款
	制裁	直接补助 (h, c)
公共企业 (g, h)		财政奖励 (h)
直接提供	直接生产	实物奖励
	直接服务	税收优惠 (h, c)
	直接管理 (g, h)	票券
	公共财政支出 (g, h, c)	利率优惠
	转移支付 (h, c)	生产补贴 (h)
	政府购买 (h)	消费补贴 (c)
命令性和权威性工具	机构设置 (g, h)	政府贷款
	政府机构改革 (g)	补贴限制 (h)
	政府机构能力建构 (g)	排污权拍卖
	政府间协定 (g)	生产权拍卖
	指示指导 (g, h, c)	服务权拍卖 (h)
	计划 (g, h, c)	政府出售 (h)
	命令执行 (g, h)	使用者收费 (c)
	强制保险 (c)	消费税
	政策试验 (g, h, c)	生产税
		营业税
		个人所得税
		社会保险金 (c)
		契约
		服务外包 (g)
		公私合作 (h, c)
		诱因型工具
		社会声誉 (g, h)
		信任
		程序简化
		利益留存 (h, c)
		权力下放 (g, h)

注: g 代表已应用于政府机构, h 代表已应用于医疗卫生机构, c 代表已应用于城镇居民, 灰色阴影部分为没有使用的政策工具。

资料来源: 作者自行整理所得

由于混合型政策工具种类繁多，应用范围广泛，城镇医疗体制改革中，混合型政策工具使用频率次于强制性政策工具，但使用率也较高，每一个分类都有涉及。经济性的混合型政策工具在改革中发挥的作用较为显著，如补贴、使用者收费，对扩大医疗保障体制覆盖面、减轻居民医疗卫生负担、引导医疗卫生资源配置起到了积极作用。

自愿性工具的使用虽不断增加，但其作用较为有限。这一方面是由于医疗卫生事业的特殊性质决定了医改不能走完全市场化的道路，且公立医疗卫生机构的垄断地位一直都不曾动摇，市场化没有真正在医疗卫生领域施行起来；另一方面，我国市民社会尚处于孕育期，家庭和社区、慈善机构、非政府组织在社会中发挥的作用有待加强，强政府的模式在各项改革中，特别是在医疗体制的改革中的主导地位在很长时间内不会改变。

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（2009）提出要把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，实现人人享有基本医疗卫生服务。从影响政策工具选择的政策环境因素和政策相关者因素来看，国家经济的发展为政府提供了较强的财力基础来推行公共政策，居民收入的提高和社会力量的增强也减轻了国家推行改革的政策压力，但同时国家需要对社会收入进行再分配来促进医疗卫生的公平性和公益性，保障居民的健康权利。民主政治的进一步发展，公民参与程度的加深，要求政府在政策工具应用时更加注重公开和参与。要实现可持续的稳定发展，公平观念在调节地区差异、城乡差异、收入群体差异时要进一步得到加强。公立医院的主导地位仍然显著，多元办医格局还有待培养；不同就业类型，不同收入、不同年龄的城镇居民对于医疗保障的需求各异，其参加基本医疗保险的积极程度差异也较大。

因此，在新医改阶段，规划政策工具时应注意：分类规划，综合运用，发挥政策工具的互补性；加强强制性政策工具执行力度，推动医疗卫生事业的法制化建设；增强直接提供政策工具应用，加大政府对基本医疗保障的投入力度；把握混合型政策工具的度，继续发挥补贴工具的积极作用，加强对信息工具的应用；培育自愿性工具应用条件，加强医疗改革中的公民参与；加强政策工具执行的监督，重视对政策工具应用的后续评估，有效调整政策工具规划。

参考文献

- 崔先维 (2009). 政策工具研究的四种范式评析. 内蒙古民族大学学报 (社会科学版), 2.
- 丁煌、杨代福 (2009). 政策工具选择的视角、研究途径与模型建构. 行政论坛, 3.
- 顾建光 (2006). 公共政策工具研究的意义、基础与层面. 公共管理学报, 4.
- 顾昕 (2009). 医疗政策. 岳经纶、陈泽群、韩克庆主编. 中国社会政策. 上海: 格致出版社.
- 黄红华 (2010). 政策工具理论的兴起及其在中国的发展. 社会科学, 4.
- 胡杨 (2008). 管理与服务: 中国公共事业改革 30 年. 郑州: 郑州大学出版社.
- 赖伟 (2008). 医疗改革三十年. 中国医院管理, 11.
- 刘媛 (2010). 西方政策工具选择理论的多途径研究述评. 国外社会科学, 5.
- 王虎峰 (2008). 中国卫生医疗体制改革 30 年的进程. 邹东涛主编. 发展和改革蓝皮书 (No. 1) —— 中国改革开放 30 年 (1978—2008). 北京: 社会科学文献出版社.
- 周幼曼 (2010). 对我国“新医疗改革”的几点思考. 宏观经济, 1.
- Doern, G. B. & Phidd, R. W. (1983). *Canadian Public Policy: Ideas, Structure, Process*. Toronto: Methuen.
- Elmore, R. F. (1987). Instruments and Strategy in Public Policy. *Policy Studies Review*, 1: 174 - 186.
- Hood, C. (1986). *The Tools of Government*. Chatham: Chatham House Publishers.
- Howlett, M. & Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press.
- Linder, H. S. & Peters, B. G. (1989). Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, 9 (1): 35 - 38.
- McDonnell, K. & R. Elmore (1986). Getting the Job Done: Alternative Policy Instruments. Paper presented at the Annual Research Conference of the Association of Policy Analysis and Management. Austin, Texas.
- Peters, B. G. (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Savas, E. S. (2000). *Privatization and Public Private Partnerships*. New York: Chatham House.
- Schneider, A. & Ingram, H. (1990). Behavioral Assumptions of Policy Tools. *The Journal of Politics*, 52 (2): 510 - 529.