

激励机制、资源约束与监管成本

——医保经办机构组织能力影响医疗费用增长的实证研究

刘 凯 和经纬*

【摘要】新医改催生了一个“双增”悖论：医保快速发展的同时，医疗费用和个人负担也在快速增长。前人研究关注“技术决定论”，即医保付费方式改革对费用增长的抑制作用；但鲜有研究关注医保经办机构组织能力对医疗费用的影响。论文采用混合研究方法，检验医保经办机构的激励机制、资源约束和监管成本与医疗费用增长之间的关系。定性研究基于三个城市的田野调查，发现医保经办机构控费能力孱弱的原因在于激励不足、资源匮乏和监管成本过高。定量研究采用省际面板数据，发现医保经办机构激励不足和行政经费有限导致医疗费用增长。指出，要从根本上抑制医疗费用过快增长，必须加强医保经办机构的能力建设、控费激励和资源投入，完善第三方购买机制。

【关键词】医保经办机构 组织能力 医疗费用增长

【中图分类号】 D63

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674 - 2486 (2018) 02 - 0114 - 23

一、问题的提出

自2009年起，我国新一轮医药卫生体制改革已走过九个年头。“新医改”的最大特色在于强调医疗卫生回归公益性，强化政府筹资责任，以弥补过去三十年政府投入不足的问题（中共中央、国务院，2009；顾昕，2010a）。仅2009至2011年间，各级政府就投入了8 500亿元财政增量到医疗卫生领域（国务院医改办，2012），并在促进社会医疗保险发展和增强基层医疗机构服务能力方面

* 刘凯，中国人民大学劳动人事学院社会保障系，助理教授；和经纬，香港教育大学亚洲及政策研究学系，副教授。感谢匿名评审人的意见。

基金项目：国家社会科学基金青年项目“医疗费用增长与社会医疗保险可持续性研究”（16CSH032）。

取得了举世瞩目的成就，主要表现为社会医疗保险（以下简称医保）几乎完成全民覆盖，村级诊所、乡镇卫生院、社区卫生服务站和社区卫生服务中心的设施和诊疗水平得到加强，公共卫生体系进一步完善等（Yip et al., 2012）。党的十九大报告强调，要继续深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系。

然而，如此强烈的政治意愿和庞大的资源投入是否被转化为有效的产出？这依旧是一个困扰政策制定者的重大问题。有研究表明，大量的财政投入并没有有效地降低患者的医疗费用，提高医疗服务质量；相反，相当多的资源被浪费，流入不同利益群体（如医院和药品供应商）囊中（Yip et al., 2012）。在这些问题中，医疗费用的过快增长显得尤为严重。表1的世界卫生统计数据显示，2000年至2010年的十一年间，中国人均医疗卫生开支的年均增长率达到17.68%，近三倍于世界平均水平。医疗开支剧增直接加剧了群众“看病难”“看病贵”的问题，使得群众对过高的医疗价格和医疗费用呈现较大的不满情绪。零点调查2010年的一份报告显示，城镇居民对于“医疗改革和医疗费用”的提及率从2007年的21.1%上升到2009年34.8%（中国零点研究咨询集团，2012）。

表1 以平均汇率为基准的人均医疗卫生开支国际比较（单位：美元 US\$）

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	年均增长率
低收入国家	10	27	22	27	32	25	28	10.84%
中低收入国家	24	86	74	80	99	62	72	11.61%
中高收入国家	115	373	412	488	570	326	384	12.81%
高收入国家	2 567	3 886	4 012	4 405	4 590	4 692	4 828	6.52%
世界平均水平	482	681	716	802	854	900	941	6.92%
中国	43	81	94	108	146	191	219	17.68%

资料来源：World Health Organization, 2013。

政府寄希望于建立社会医疗保险制度，使医保成为患者和医疗机构之间的第三方，代表患者和政府来控制医疗机构行为，但收效似乎不甚明显。表2列举了“新医改”前后六年医保发展与医疗费用的增长情况。可以看出，从2006年到2011年，医保覆盖面大幅增加，2011年几乎达到全民覆盖；与此同时，医保待遇也有了大幅提高，特别是新型农村合作医疗在六年间住院待遇翻了一翻有余。医保覆盖面的扩大和医保待遇的提高似乎意味着社会医疗保险逐渐成为

◆ 论文

分担群众就医费用、缓解就医负担的主要手段。然而，医保的发展并没有有效控制医疗费用的过快增长，后者甚至有愈演愈烈之势。门诊和住院费用剧烈上涨，而卫生总费用的涨幅更是超过了医保待遇的增长速度。正因如此，尽管医保逐渐分担了群众越来越多的医疗费用，个人的自费负担依旧相当沉重，且其涨幅有加快之势。

表2 社会医疗保险与医疗费用增长

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	增长幅度
医保覆盖面							
职工医保参保人数（亿人）	1.57	1.80	2.00	2.19	2.37	2.52	61%
居民医保参保人数（亿人）	-	0.43	1.18	1.82	1.95	2.21	414%
新农合参保人数（亿人）	4.10	7.26	8.15	8.33	8.36	8.32	103%
医保待遇							
职工医保次均住院基金支出（元）	4 116	4 154	4 561	5 245	5 550	5 886	43%
居民医保次均住院基金支出（元）	-	-	-	2 233	2 566	2 784	25%
新农合次均住院基金支出（元）	771	776	1 022	1 262	1 427	1 824	137%
医疗费用增长							
卫生总费用（亿元）	9 843	11 210	13 931	17 931	19 632	23 371	137%
综合医院次均门诊费用（元）	129	132	141	164	171	179	39%
综合医院人均住院费用（元）	4 669	4 808	5 237	6 084	6 412	6 768	45%
人均自负卫生费用（元）	369	374	424	504	517	606	64%

注：因数据所限，未将公费医疗参保人数列入；涉及费用的数据均将物价上涨因素考虑在内，以2006年的价格指数为基准指数。

资料来源：国家统计局人口和就业统计司、人力资源和社会保障部规划财务司，2012；卫生和计划生育委员会，2012a；人力资源和社会保障部，2008—2012；汪早立，2014。

以上数据揭示了中国医疗体制改革中的一个“双增”悖论：社会医疗保险快速发展的同时，医疗费用和个人医疗负担也在快速增长。这种“双增”悖论令人担忧。一方面，从社会医疗保险的功能角度看，医保同时承担着筹资者和购买者的双重角色。国家投入大量资金建立社会医疗保险制度，用以分散参保者“因病致贫”“因病返贫”的风险；同时通过汇集参保者缴纳的保费，建立医保基金的第三方购买机制，从而限制医疗服务提供者和患者的双重道德风险，控制医疗费用的过快增长。这意味着社会医疗保险不仅仅具有对医疗费用的报

销功能，而且承担着控制费用不合理增长的第三方购买功能。而医疗保险经办机构作为医保的承办者和基金的管理者，承担着费用控制的职责。那么，既然医保已经取得了如此长足的进步，医疗费用过快增长之势为何还是得不到有效的遏制呢？这种“双增”悖论的出现是否意味着医保经办机构的费用控制能力（以下简称控费能力）不足呢？

另一方面，在实际的改革过程中，社会医疗保险被赋予重要职责，用以控制费用，提高服务质量。“新医改”方案中，中央政府要求各地“积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用……强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式，建立激励与惩戒并重的有效约束机制”（中共中央、国务院，2009）。同时，医改前三年政府8500亿元的财政投入中，大约一半被用来“补需方”，即补助居民参加各种社会医疗保险项目（Yip et al., 2012）。不仅如此，医保支付在医院收入中所占的比例也持续增高，在2011年占有所有医院总收入的49.3%（国家统计局人口和就业统计司、人力资源和社会保障部规划财务司，2012；卫生和计划生育委员会，2012a）。这些数字都足以凸显医保经办机构的第三方购买在医疗费用控制中的重要地位。而上述“双增”悖论的出现，让人不由得产生质疑：政府对医保建设的海量投资流向了何处？医保付费究竟给参保者带来多少利益？

对“双增”悖论的担忧，本质上是对医保主管部门及其经办部门控费能力的质疑。本研究因此探索医保部门控制医疗费用增长的表现和能力。具体说来，本研究致力于两个目的：第一，通过定性研究认识医保经办机构在费用控制方面的组织能力，以理解医保部门在控费过程中面临的结构性障碍。经办机构是医保控费的实际承担者，其控费能力的强弱在很大程度上决定了医疗费用增长的趋势。而现有研究多将医疗费用过快增长的原因归咎于于医疗服务体系、医药市场和医保付费方式等方面的种种问题，关注宏观政策失调、医院和医生的激励机制扭曲、药品市场混乱以及医保调控费用的工具（付费方式）无效等症结（Eggleston et al., 2008；Yip & Hsiao, 2008；顾昕等，2006；顾昕，2008；朱恒鹏，2007；谢子远等，2005；朱计，2011），却在很大程度上忽视了医保控费的主体——经办机构的组织能力和运作过程。本研究的定性分析将回答以下问题：作为参保者的代理人 and 医疗服务的集团购买者，医保经办机构在控费方面面临哪些困境？第二，通过定量研究评估医保经办机构的组织能力和医疗费用增长的关系。定性研究的发现可以形成新的研究假设，定量研究可以评估这

◆ 论文

些研究假设的统计显著性，提高研究的外部效度。医保涉及的利益相关方太多，关系复杂，将定量和定性研究结合起来的混合研究方法（Mixed Methods）既可以帮助我们发现问题，又有助于我们更好地寻找问题的根源。

二、文献回顾：技术决定论还是组织能力决定论？

社会医疗保险在近几十年取得长足发展，越来越多的发达国家和发展中国家建立了社会医疗保险制度。截至 2005 年，已有 27 个国家完成社会医保的全民覆盖（Carrin & James, 2005）。社会医疗保险不仅强调对参保者费用风险的分担，而且强调医保付费者的第三方购买角色，从而更好地监督参保者和医生的道德风险，降低供方诱导需求（Supplier-Induced Demands）的风险，控制医疗费用，提高医疗服务效率和质量。社会医疗保险因而被许多政策制定者和专家视为一种解决医疗筹资和服务递送问题的“魔法”（Hsiao & Shaw, 2007）。在探索控制医疗费用的策略中，绝大部分政策制定者和研究者关注的是控费技术，即医保付费方式的改革，鲜有研究关注医保经办机构自身的组织能力。

医保付费政策一般由中央及省级政府出台，但由于当前医保改革尚处于探索阶段，中央及省级政策文件一般并不规定明确的付费方式，而将裁量权赋予地方。由于我国的医保制度尚未完成市级统筹，绝大多数地方目前只是完成了报销制度的统一，而医保基金仍由县、区级经办机构管理（少数地方试行为商业保险公司经办），因此，市、县（区）级经办机构在医保付费方式改革中有很大的决策权，因而也就承担了大部分医疗费用控制的职能。不同于医保付费政策制定，经办机构的组织能力更多考量的是机构本身的激励结构、资源投入和监管能力，前者考量的是付费技术本身，后者更多指向组织建设。一项先进的付费政策可能会因为经办机构的组织能力不足而面临推行阻力；相反，一个拥有强大组织能力的经办机构拥有采纳预付制付费方式的话语权。

（一）技术决定论

现有研究对我国社会医保的费用控制表现并不持乐观态度，并认为这源于控费技术的滞后。郑小华等（2009）通过综述 205 篇研究国内医疗费用增长的文献，发现 52% 的学者将医疗费用过快增长的原因归结为保险调控失效。研究者认为中国的社会医保并未形成有效的第三方购买机制，因为医保付费方式多为低效的按服务项目付费。

首先，部分研究表明，医保对于医疗费用不但没有起到控制作用，反而起到刺激作用。亚当·瓦格斯达夫（Adam Wagstaff）和麦格努斯·林德露（Magnus Lindelow）（Wagstaff & Lindelow, 2008）分析了三组大规模调查数据，在排除参保内生性问题的前提下，结果发现参加医保反而会增加患者发生大额医疗开支的风险。刘小艳等（2008）通过分析某医院 2006 年 1 208 份脑梗死病例，发现公费医疗参加者的次均药费和次均住院费用分别高于自费患者 26.69% 和 38%。方鹏骞等（2009）分析了第三次全国卫生服务调查的数据，发现职工医保参加者的医疗费用增长过快。其次，“新医改”之前，研究普遍批判盛行的按服务项目付费方式，指责这种付费方式的滞后性，造成医保经办机构不但不能有效限制医生的逆向激励，反而可能刺激医生的过度医疗行为；这些研究普遍呼吁引入预付制，例如总额预付、按病种付费、按人头付费等，强调这些付费方式对费用控制的作用（Meng, 2007; Xu & van de Ven, 2009; Yip & Hanson, 2009; 董朝晖、范长生, 2011; 孟庆跃, 2002; 顾昕, 2010b; 胡牧, 2011; 王翔, 2008; 杨道祥、廖传丽, 2010; 郑大喜, 2005）。再次，技术决定论还体现在“新医改”以来各地对于医保支付方式改革的重视。在实际的改革过程中，大部分地区都进行了医保付费方式改革的探索，按服务项目付费开始逐渐被各种预付制付费方式取代。大部分地区建立了混合式的付费方式，同时各地医保经办机构也逐渐开始建立对医疗机构和药品供应商的谈判机制（卫生和计划生育委员会, 2012b）。

值得注意的是，支付方式改革并不必然带来控费的效果。相反，不合理的改革反而会加重患者的经济负担。王继年和夏果（2011）收集了合肥市某三级甲等医院 2009 年 7 月至 2011 年 6 月 23 298 名职工医保参保患者的信息。研究发现，自从付费方式从按人头付费改为总额预付制以后，虽然患者自费比例下降，人次人头比下降，但人均医疗总费用却有所上升。崔怡莹（2010）发现天津某些医院实施总额预付之后，职工经济负担加重，个人自费部分占整个医疗费发生金额的比重增长了 3.77%。显然，作为控费主体，医保经办机构并不能仅仅通过控费技术的改革实现控费目的；没有强大的机构建设和组织能力作为支撑，再科学的付费方式改革都未必能有效控制费用的过快增长。

（二）组织能力决定论

“组织能力”（Organizational Capability）这一概念常用于私人组织尤其是公司治理的学术文献中，指的是组织内部的领导及管理的质量、管理策略和实践

◆ 论文

的有效性、以及这些组织属性和组织生产性活动的联系等 (Ulrich & Lake , 1991; Winter , 2003) 。近年来, “组织能力”开始用于对于公共部门的分析, 包含了目标设定、资源尤其是人力资源的有效利用、以及部门内部和部门间的组织协调等能力 (Andrews et al. , 2015) 。

特定的内外部环境不同, 组织能力所包含的核心要素也不同, 因而理解医保经办机构的组织能力也要和医保经办机构的组织定位和核心职能联系起来。从委托代理理论角度看, 医疗市场中存在的信息不对称问题, 医生掌握着丰富的医疗信息, 而患者却处于劣势的一端。解决信息不对称问题的一种有效方式就是引入第三方购买, 使得医保经办机构成为参保人的代理人, 代表参保人的利益去购买医疗机构的服务。斯坦福大学管理学教授阿兰·埃霍恩 (Alain C. Enthoven) (Enthoven , 1988) 提出了“有管理的竞争” (Managed Competition) 的概念, 强调第三方购买机制对控费和提高医疗质量的重要作用。因此, 在组织职能定位方面, 医保经办机构的职能在于不但要针对参保者提供费用报销, 还要针对医疗服务提供者发挥第三方购买功能; 即经办机构通过收集保费而形成集团购买力, 这样在与医疗服务提供者的谈判过程中就可以拥有平等的地位, 从而发挥“团购”优势, 提高监督力度, 通过谈判和付费方式的转变来监督医疗机构的行为, 从而减少参保患者的医疗总费用和自费负担 (Hsiao , 2007; Preker , 2005; Robinson et al. , 2005) 。此外, 在组织属性定位方面, 新公共管理运动产生后, 政府改革开始关注自身功能定位和组织变革, 区分决策、监督和管理职能 (Gray & Jenkins , 2007; Osborne & Gaebler , 1993) 。在更多“掌舵”、更少“划桨”的理念之下, 医保经办机构即属于行驶“划桨”功能的管理组织, 是服务型政府的典型组织形态 (杨燕绥、吴渊渊, 2008; 杨燕绥、岳公正, 2006) 。

相比于技术决定论, 组织能力决定论认为, 通过改革付费方式实现控费的前提在于塑造一个强大而负责的第三方; 没有充分的组织能力, 经办机构不可能有效控制费用增长。因为, 一个孱弱的经办机构没有足够的能力监督和管理医疗服务, 而只是成为一个面向患者的报销机构; 因而导致大部分医保付费并没有转换为低价优质的医疗服务, 而是变成了医疗机构的利润 (Hsiao , 2007) 。

以往的研究虽然意识到医保经办机构的组织能力问题, 但绝大部分只是停留在理论分析层面, 鲜有研究通过实证证据分析经办机构组织能力和医疗费用增长的关系。前人研究认为医保经办机构经办能力不足, 表现为谈判机制不健全、组织人员力量有限、内部控制机制不科学、信息不透明、参保人缺少监督

权等（陈苏南，2010；张国庆、林珉玳，2011）。目前，医保经办机构对费用的控制措施集中体现在其与定点机构签订的医疗服务协议或管理协议中。然而，医保经办机构身份并不明确，在行政单位和事业单位的定位中摇摆不定，这导致协议主体地位不平等、协议部分条款过于霸道、医疗服务协议性质模糊（是行政合同还是民事合同）、协议纠纷解决途径不明确（程苏华等，2012；王霞等，2012；谢文媛、巢健茜，2011；郑雪倩等，2012）。这些重要问题不够清晰也进一步导致控费效果不彰。

三、定性研究：剖析医疗保险经办机构的控费能力

为了探索医保经办机构组织能力对于医疗费用增长的影响，本文第一作者于2016年8月至12月对中部两省三个城市的医保经办机构和医疗机构进行了调研。三个城市按其人口规模选取，分别为大城市A（市区人口规模大于100万）、中等城市B（市区人口规模大于50万小于100万）和小城市C（市区人口规模50万以下）。其中在B市选取了D县，以调查农村地区医保机构的建设情况。实地调研集中调查了四个地区的市级和县级城镇医保管理局（处、中心）、县级新农合管理办公室以及医院的医保办公室，共计访谈20人，包括医院医保管理人员6人、城镇医保管理中心经办人员11人、新农合管理办公室经办人员3人。访谈人群分布见表3。其中，针对城镇医疗保险，本研究访谈了A市两所市级医院的医疗保险管理人员、B市和C市城镇医疗保险管理局（处）以及D县城镇医疗保险管理中心的医保经办人员；针对新农合，本研究访谈了C市两所医院和D县一所乡镇卫生院的新农合管理人员以及D县卫生局新农合管理办公室的经办人员。所涉及的被访人员均作匿名处理。

表3 访谈人群分布

	A市	B市	C市	D县
城市医院	2人2次		2人2次	
农村医院				2人4次
城镇医保管理局（处、中心）		4人7次	6人9次	1人1次
新农合管理办公室				3人3次

资料来源：作者自制。

◆ 论文

调研采用半结构化访谈。访谈提纲的设计围绕一个核心问题：医保经办机构怎样控制医疗费用？访谈者在征得被访谈者同意的前提下，对访谈进行录音；若未能征得同意，则通过笔录方式进行记录。访谈记录遵循匿名和保密的研究伦理。访谈记录通过 Nvivo 8.0 软件进行分析。首先对访谈记录进行编码，然后采用主题分析（Thematic Analysis）的方法，对编码进行进一步归纳总结。围绕着经办机构组织能力和医疗费用增长的关系，定性研究归纳出三个主题：激励不足、资源匮乏、以及监管成本过高。如图 1 所示，激励和资源方面的问题属于医保经办机构内部的因素，而监管成本方面的问题则属于医保经办机构和其他利益相关者之间的因素。这些问题的存在构成了抑制经办机构费用控制能力的结构性因素。

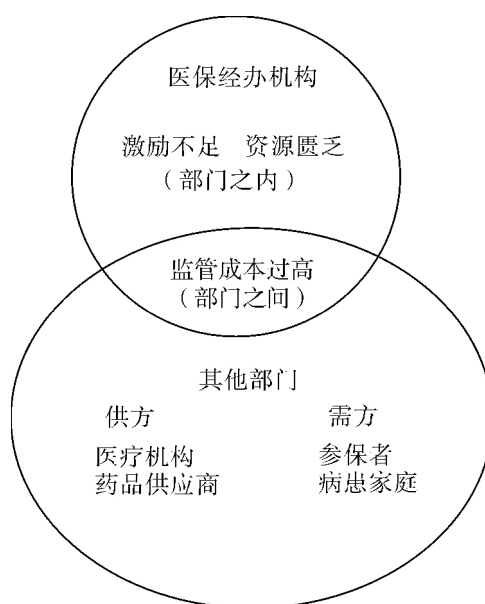


图 1 抑制医保经办机构费用控制能力的结构性因素

资料来源：作者自制。

（一）激励不足

医保经办机构的控费激励不足。具体来讲，经办机构普遍重视“医保基金安全”，对于费用控制缺乏制度规范和内生动力。受制于管理能力，它们在实践中往往采用较为粗放的控费方式，而缺少精细的激励机制。首先，医保机构管理着亿万群众的“看病钱”，保证量入为出，避免财务风险，是理所当然的基本原则。但是，对“基金安全”的过分强调使得各地经办机构缺乏足够的动力创

新医保的第三方购买机制。各级政府对基金安全问题的三令五申使得医保基金的安全成为所有医保项目的“第一原则”，而控费的重要性反而没有那么突出。只要医保基金的支付没有超过“警戒线”，医保项目即被认为安全运行。而费用控制必然涉及到控费手段的创新和政策突破（如结余奖励），但在基金安全问题面前，这些创新和突破多半流产。正如一些经办人员所说：

前几年的环境嘛，政策相对比较紧一些，当时省一级已经定了一些政策了，所以市一级就没办法再动这些政策了。如果你想对基金进行突破，比如说想搞一个什么创新，这是不允许的。当时对基金的安全性这一块儿要求非常严，政策控制比较紧……（C20160917WW）

即使一些经办机构进行了付费方式改革，例如实行总额预付，也并非完全是为了控费，而是为了防止基金超支，或应对已经发生的基金风险。有经办人员表示：

我们市实行付费方式改革，初衷是怕医保基金持续不下去，最起码让当年当期的基金不超支，保证国家“以收定支”这个方针能够落实到位，这样就能持续往下走。（B20160921BJZ）

一般情况下，经办机构的控费力度，要视乎基金是否安全运行，是否有大案要案发生，是否有上级检查。在调研的一个省份，几个月前某市发生了新农合基金贪腐大案，省纪委牵头检查各地医疗机构套取基金和过度医疗的问题，于是各地新农合管理办公室马上加大了检查力度，因而出现了下列情况：

差不多连续三个多月都在检查，一轮一轮的检查；先是医疗机构自查，然后我们合管办查，然后市里要查，最后省纪委抽查……今年要严格合理用药、合理诊断这一块儿，过度医疗这一块儿，这块儿今年检查得特别厉害。（D20160906PZR）

这种基金安全导向并不利于对医疗费用增长的控制，尤其是中央政府出台了控制基金结余率的规定以后，各地既要保证基金不透支，又不能留有太多结余，这也降低了经办机构对医疗费用控制的积极性。D县某乡镇卫生院的新农

◆ 论文

合管理人员表示:

(总额预付的实施过程中) 如果卫生院结余不超过 10%, 那么县卫生局会有一定的奖励, 因为现在卫生局最重要的任务是保证新农合基金的安全, 适当的结余是最好的。但是如果结余太多, 卫生局(对我们) 会有一定的处罚。(D20160816ZHX)

其次, 经办机构控费的激励不足还表现在缺乏制度规范, 这虽然和过度重视基金安全有关, 但更大程度上还来自于各级政府对第三方购买的模糊认识。无论中央政府, 还是大多数地方政府均没有出台更为详细的改革措施, 几年来始终抱着“试点推进”的态度, 于是一些经办人员表示:

(议价谈判) 这一块儿我有一个顾虑, 因为将来的议价谈判肯定会涉及到比例问题……比如说让医院让利吧, 但是让利幅度怎么确定呢? 是 5% 呢, 10% 呢, 还是 20% 呢? 这里面标准是啥呢? 所以我们跟医院谈的就非常盲目……再一个, 谈判的程序是个怎样的程序? 我们没有一个规范的东西……我始终觉得吃不准的问题先不要大量开展。(B20160927SKZ)

对医疗费用控制的制度规范缺位, 使得医保经办人员无法认真开展监督检查的工作, 也没有动机去执行拒付医保费用的任务。一些经办人员和医院医保管理人员表示:

审核这东西, 我们一般就是派两个人大概整理整理就行了, 我们不能硬性的扣人家(医院) 的钱啊……所以一般不会出现拒付的情况。(B20160924WKZ)

第三, 过度关注基金安全和缺乏制度规范, 使得各地控费方式变成简单粗放的调整参保人员待遇或临时转变付费方式, 而非转变激励结构来监督医生和患者的道德风险。这是因为前两种方式更为直接、省力, 而后者则需要耗费大量经费、精力, 且效果在短期不一定明显。例如有经办人员说:

如果基金结余出现了异常情况, 我们就及时调整政策……一个是调整报

销比例……第二是调整起付线和最高封顶线……第三是出台一些对特殊病人的优惠项目，比如说血液透析的打包收费，总量控制，通过这些手段来调整基金比例。(C20160917WW)

一些经办机构管理水平较差，不能提前对待遇水平进行有效测算，于是就出现频繁调整参保人待遇水平的现象，甚至出现“二次补偿”^①。一些医院医保管理人员给出了新农合政策变化幅度大的解释：

新农合的政策变化比较快，每隔几个月政策就变化一次，这主要是因为新农合资金不好管理，如果今年的结余比较多，政策规定报销的就比较多，如果今年结余比较少，政策上就收紧。(D20120816ZHX)

除了调整待遇，付费方式改革也较为粗放。“新医改”以后，各地普遍开展了预付制的尝试，例如A市的“省医保”^②、B市的市级城镇职工医保、D县的新农合、C市的市级城镇职工医保和城镇居民医保均开展了住院病人的总额预付。D县尝试推进新农合住院病人按病种付费，C市市级城镇居民医保在门诊方面开展了按人头付费。这些改革虽然着眼于控制医疗费用不合理增长，但大多仅是采用一些硬性指标，简单粗放地控制医疗机构的开支。例如，调研地推进总额预付制时，确定总额的方式无一例外，均是结合医院前三年的总费用加以平均，以此确定当年医院的费用上限，而并不关注医院内部如何管理，是否能有效控制过度医疗行为。这些粗放的付费方式改革漏洞百出。一些地区的付费方式改革不但不能达到控费目的，反而会刺激费用增长；一些地区的改革虽然使得费用得到控制，但同时也使得医院产生了“刮脂行为”（Cream-Skimming），即推诿花费重的重病病人，防止其占用太多费用指标（柴会群，2012）。一些医院医保管理人员也表达了这些方面的担忧：

（总额预付）美其名曰是要促进医院自我管理，但实际上是把社会矛盾推到医院了，变成了医院和病人之间的矛盾了，加剧了医患矛盾。他们医

^① 二次补偿是指由于经办机构担心基金超支，故在年初制定待遇方案时将待遇水平订得较低；等到年底结算时，如有结余，再对病人进行第二次报销。本文作者在D县曾遇到过这种情况。

^② 医保经办人员用语，指省直机关职工的职工医保。

◆ 论文

保中心提前搞好预算了，医院超支垫付。但是医院哪有这么大的实力啊，于是有些病就要选择了。现在我们医院对于一些重症患者就选择性接收，因为他们的花费很大，如果全收我们医院就要吃亏了，负担不起这么一个差额了。(A20161018GJ)

(二) 资源匮乏

医保经办机构的组织能力直接体现在医保机构所能掌握和运用的人力资源 and 财政预算上面，但目前这两方面资源均十分匮乏，直接导致经办机构的控费能力不足。人员配置方面，多数机构通常只有几十个人，却要应对资金筹集、财务管理、审核、稽核、目录管理、不同医保项目管理等极为复杂的事务。一些经办人员表达了对机构人手严重不足的担忧：

我们（县级城镇医保管理中心）有一个稽核科，有两个人，一个男的一个女的，定期去下面查……咱们这儿总共人员 16 个，就算全部都派出去检查，一周检查一个医院，也不见得完全能杜绝这种情况（指过度医疗）……我们医保中心也有处罚（拒付医保费用）的规定，执行起来也不是很容易……我们对医院的处罚很少，这么多年几乎没有。(D20161030GZR)

在经费配置上，经办机构的行政经费由各级政府专门拨付，而地方政府的财政能力差异极大，一些贫困地区的政府财政收入十分有限，配置给医保经办机构的预算更是少之又少，这直接影响到经办机构的组织能力。而医保基金实行专款专用，不允许任何机构进行任何形式的挪用。因此，经办机构任何改革的启动经费只能期待上级拨付。预算的匮乏还影响了经办机构的设施建设，尤其是信息平台的建设。和人力资源相比，信息平台的建设更加直接地影响对于医疗费用的监控。目前普遍的状况是经办机构的信息系统落后，大大滞后于管理医保基金的实际需求。如一些经办人员所说：

我市虽然是省里两个软件实时监控试点之一，宣传得很好，但是真正落实到用的时候，不知道哪年哪月了……目前从我们经办部门来讲，他们（人社部门信息中心）对我们的信息支持远远满足不了我们的要求……现在我们正用的这个软件连统计分析都做不了，所以我们经办人员很累啊，要分析的时候得先把数据调出来，然后导入到其他软件去分析。(B20160921BJZ)

（三）监管成本高

医保经办机构控费能力弱不仅是由于组织内部的缺陷，还由于医疗费用控制本身涉及多部门的合作，而医保经办机构在跨部门的协作中并没有明显的优势，这集中反映在两个方面。一方面，监管供方成本高。医疗行业中信息不对称极为严重，使得任何形式的监管行为都会面临疏漏和风险。这种信息不对称使得医保经办机构与医院之前的谈判成本过高。如果医保经办机构因此不去监管医生的医疗行为，那么无疑会加剧医生的败德行为。如果经办机构加大监管力度，则医院和医生怨言较大，最终不但可能影响到他们的经济利益，也会加剧医患矛盾。面对这种困境，医保经办机构的现实选择往往是睁一只眼闭一只眼，并不会对诊疗行为加以干涉，但这又无疑削弱了经办机构的控费能力。一些经办人员认为：

同一种病，在世界上不同地区不同的医生，可能会有不同的治疗方案。我们作为医保部门，也只是从政策上、从机制上以及从基金的良好控制上去观察，如果我们从微观上去干涉医生的治疗，那是不理智的。
(C20160912XDW)

此外，医疗行业还涉及其他多个利益群体，包括诊所、药店、药品和耗材供应商等不同利益群体，跨部门协作难度很大。在三方谈判中，医保经办机构常常力不从心，例如经办人员反映：

三方谈判这个事儿上面也没有明确的规定，各地都在摸索，但是很难。人家药商都是找的省招标办，而我们是市级单位，又不参加招标。
(B20160921BJZ)

另一方面，监管需方成本高。目前，我国社会医疗保险已经完成制度全覆盖。面对十三亿参保人群的经办需求和就医需求，经办机构面临极大的挑战，其有限的人员配置和经费配置尚不足以高效地应对参保群体的监管工作。在现实中，经办机构往往只审核群体的合成信息，例如人群的次均费用、药占比等指标，而无力监管个体的就医行为。一名经办人员举了个例子：

◆ 论文

前几年，有个男的，腿烂了，一直长不好，住院治疗效果不好。后来我们检查的时候，发现医生开了一个药品，叫洁尔阴，本身是女性清洁用品，但是发现给这个男的抹到腿上，把他的病治好了。用洁尔阴治疗外伤给治好了，你说这个该报销不该？（C20160910ZJ）

总结起来，医保经办机构控费能力的低下是由多重原因造成的。这些因素的存在大大削弱了它们管理医保基金的能力，使得经办机构并不能有效控制患者和医生的道德风险和过度医疗行为，也无力降低虚高的药品价格，从而无法控制医疗费用的过快增长。不仅如此，医疗保险的存在反而刺激了道德风险和过度医疗行为的产生，造成许多医院对医保病人和非医保病人区别对待，同时许多医保患者滥用医疗资源。而在医保全民覆盖的时代，这些行为更是有过之而无不及，造成大量医疗资源被浪费。鉴于此，我们由定性研究结果发展出如下三个新的研究假设，并进一步通过定量研究对这三个研究假设进行检验。

假设 1：医保经办机构的基金结余越高，医疗费用就越高（激励不足假设）；^①

假设 2：医保经办机构的人员越少，行政经费越少，医疗费用就越高（资源匮乏假设）；

假设 3：医保经办机构面对的医疗机构越多，参保人数越多，医疗费用就越高（监管成本过高假设）。

四、定量研究：评估医保经办机构组织能力与医疗费用增长的关系

除了控费技术，医保经办机构的组织能力同样对医疗费用控制产生作用。一个能力建设完善的医疗保险经办机构拥有巨大的集团购买力，例如低成本收集医疗信息的优势、集体谈判的优势等。从理论上讲，医保经办机构的激励、资源和监管成本都是构成评判医保经办机构组织能力的关键要素。为了检验上

^① 目前，少数地方试行由商业保险公司经办基本医保基金；此外补充医疗保险基金大部分也由商业保险公司管理。然而，商业保险公司只负责参保和医保基金的出纳，医保报销政策和对基金的管理政策仍由医保机构出台。因而，医保机构的政策决定了医保基金结余的数量。如定性研究发现所示，医保基金结余是经办机构的首要目标；当结余较多时，经办机构一般不会严格执行稽核和审核职能，只有当结余接近警戒线时，经办机构才会关注医疗费用增长。

述三个假设，本研究采用宏观数据评估城镇医保经办机构的激励、资源和监管成本对医疗费用的影响。

（一）数据来源

定量研究的数据摘自《中国卫生和计划生育统计年鉴》（2006—2014）、《中国劳动统计年鉴》（2006—2014）、《中国统计年鉴》（2006—2014）以及《中国社会保险运行报告》（2011—2014）。我们建立了一个2006年至2014年覆盖我国31个省级单位（九个横截面）的省际面板数据，总样本量为279。我们从《中国社会保险运行报告》中收集了城镇医保经办机构的组织能力状况信息，构建了另一个2011年至2014年的面板数据，样本量112（28*4，不包括天津、新疆和海南）。

本研究采用省级数据而非市、县级数据进行定量检验，和定性研究关注市、县级经办机构并不矛盾。首先，虽然经办机构的组织能力建设很大程度上受当地（市和县）的财政能力和医保运行状态等因素影响，但省级医保机构也是医保政策的重要决策者。经办机构组织能力的市际差异和省际差异同时存在，关注省际差异并不否认市级差异的存在。其次，目前除了《中国社会保险运行报告》公布的省级数据之外，尚没有任何关于市级医保机构信息的系统数据。因此，作为一个关注医保经办机构组织能力的实证研究，本研究期待进行开创性的初步探索。

（二）变量和测量

因变量。因变量包括医院的三种费用信息：（1）次均住院总费用；（2）次均住院药费；（3）次均住院检查费。我们对所有涉及费用的变量都进行了物价指数调整。

自变量。自变量包括三组变量，用以测量经办机构的激励、资源和监管成本。首先，我们用省内平均每个经办机构的医保基金累计结余（变量名：医保基金结余）测量经办机构的控费激励。第二，我们使用省内平均每个经办机构的行政经费（变量名：行政经费）和医保管理人员数（变量名：管理人员数）来测量其资源。第三，我们使用省内平均每个经办机构面对的医院数量（变量名：医院数量）和平均每个医保管理人员面对的城镇医保参保人数（变量名：参保规模）来反映经办机构的监管成本。

控制变量。为了控制医生的经济激励、政府卫生支出结构、医疗资源分配

◆ 论文

的异质性、经济发展水平以及各省的社会人口状况的影响，我们还将以下变量纳入回归模型：省内平均每个医务人员（包括医生、护士和医院管理人员）的工资收入（变量名：医务人员工资）、政府卫生支出中流向医疗机构的比例（变量名：政府对医疗机构的卫生开支占比）、三级医院占比、人均 GDP、65 岁或以上人口的百分比（变量名：老龄化）、以及高中及以上学历人口占比（变量名：教育水平）。

（三）统计模型

我们采用固定效应面板数据模型进行统计分析，并分三个步骤进行逐步回归。第一步，我们将医保基金结余和控制变量纳入模型，这使我们能够分析 2006 年至 2014 年的面板数据。第二步，在第一步的基础上，我们增加了两个衡量经办机构资源的变量。第三步，在前两步基础上，我们再增加了两个测量经办机构监管成本的变量。后两步的模型分析了 2011 年至 2014 年的面板数据。由于我们的样本量较小，因此除了报告统计显著性水平为 0.05、0.01 和 0.001 的系数外，我们还报告了显著性水平为 0.10 的系数。

（四）定量研究发现

三组因变量的分析结果展现了高度的一致性（见表 4）。第一步，当仅引入医保基金结余和控制变量时，医保基金结余和住院总费用、药费及检查费均无显著关系（模型 1、4、7）。第二步，当引入行政经费和管理人员数两个变量后，医保基金结余和三项费用变量均呈现显著的正向关系，人均医保基金结余越多，医疗费用越高；行政经费与三个因变量呈现显著的负向关系，经办机构的行政经费越高，医疗费用越低；管理人员数和各因变量均没有显著的统计关系。第三步，当引入医院数量和参保规模后，医保基金结余和行政经费与三个因变量仍有显著的统计关系，且关系方向未变；医院数量和参保规模与各因变量均没有显著的统计关系。

因此，我们之前的假设 1（激励不足假设）得到验证，即医保经办机构的基金结余越高，医疗费用就越高。假设 2（资源匮乏假设）得到部分验证，医保经办机构的行政经费越少，医疗费用就越高。假设 3（监管成本过高假设）未得到验证。

表 4 固定效应面板数据分析结果

自变量	住院总费用 (对数)			住院药费 (对数)			住院检查费 (对数)		
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6	模型 7	模型 8	模型 9
医保基金结余	0.053	0.178 [*]	0.198 [*]	0.019	0.195 [*]	0.165 ⁺	0.139	0.222 ⁺	0.266 ⁺
行政经费		-0.092 ^{***}	-0.096 ^{***}		-0.079 ^{**}	-0.074 ^{**}		-0.150 ^{***}	-0.157 ^{***}
管理人员数		0.001	0.001		0.001	-0.001		0.001	0.002
医院数量			-0.520			1.090			-0.790
参保规模			0.727			-1.161			1.460
控制变量									
医务人员工资	0.009 ^{***}	0.016 ^{**}	0.015 ^{**}	-0.013 ^{***}	0.010 ⁺	0.010 ⁺	-0.002	0.017 ⁺	0.016 ⁺
政府对医疗机构的卫生开支占比	-0.008	-0.707 ^{***}	-0.713 ^{***}	0.030	-0.665 ^{***}	-0.655 ^{***}	-0.066	-0.806 ^{**}	-0.818 ^{**}
三级医院占比	0.121	0.705	0.675	-0.028	0.888	0.954	0.947	0.272	0.227
人均 GDP	0.009	0.019	0.018	0.022 ^{**}	-0.030 [*]	-0.029 ⁺	0.031 ^{***}	0.081 ^{**}	0.078 ^{**}
老龄化	0.787	-0.226	-0.347	-0.488	-0.498	-0.289	-0.158	-0.463	-0.694
教育水平	0.961 ^{***}	-0.103	-0.086	0.007	-0.009	-0.033	2.293 ^{***}	-0.272	-0.236
R ² - 组内	0.59	0.72	0.72	0.10	0.30	0.31	0.72	0.73	0.73
R ² - 组间	0.95	0.07	0.08	0.49	0.74	0.72	0.83	0.36	0.38
R ² - 总体	0.88	0.09	0.10	0.39	0.71	0.69	0.77	0.39	0.41

注：+、*、**和***分别表示相关系数通过 0.10、0.05、0.01 和 0.001 水平的显著性检验。

资料来源：作者自制。

五、讨论与政策建议

本研究关注医保经办机构的组织能力建设问题，通过解析社会医疗保险发展进程中产生的“双增”悖论，探索医保经办机构组织能力和医疗费用控制的关系。定性研究从经办机构组织内部的激励机制和资源以及部门之间的监管成本角度进行探索，发现经办机构控费能力孱弱的原因在于激励不足、资源匮乏和监管成本过高。定量研究采用 2006 年至 2014 年的省级面板数据对定性研究发展的三个新假设进行了检验，发现医保经办机构激励不足和行政经费有限导致医疗费用增长。

十九大报告要求全面建成覆盖全民的城乡医疗保障制度。目前，我国的社会医疗保险已经实现了制度全覆盖。早在 2012 年《人民日报》就曾指出，“我国编织起世界上最大的全民医保网……作为世界人口第一大国，中国仅用十年时间，就实现了全民基本医保，被国际社会誉为‘中国速度’”（白剑峰、李红梅，2012）。那么，医保的全民覆盖究竟多大程度上可以给人民带来实际利益？这个问题的答案取决于与医保改革配套的其他制度的运行效率，其中医保经办机构的组织能力是关键要素之一。没有高效而完善的组织能力建设，医改中投入的海量资源恐怕很难被有效落实，甚至很大程度上可能被浪费（Yip et al., 2012）。

在医保基本实现全民覆盖之后，医疗费用的快速增长成为困扰决策者和广大群众的又一难题。医保全民覆盖意味着医改中“补需方”的开始而非完结。作为“需方”的管理者，经办机构的第三方购买功能应该尽快得到落实，以形成对“供方”行为的掣肘，抑制医疗费用的膨胀。“补供方”与“补需方”的改革逻辑应该以医保部门作为连接点，这也是“三医联动”的核心要义。医保经办机构不仅要履行医保报销职责，更要发挥能动者（Agent）的作用，对医疗服务体系、药品供应体系和公共卫生体系都应发挥监督、调节和激励的作用。“小马拉大车”中的“小马”应具有更强的能力。

目前，社会医疗保险的第三方购买在供需双方之间尚未形成坚实的桥梁。未来医改应从激励结构调整、资源投入和监管成本控制方面加强医保经办机构的组织能力建设。其中，激励结构调整和经费投入应该被重点关注。当前，医保制度的碎片化运行和经办机构的行政化属性限制了经办机构的控费激励，各个经办机构规模过小，导致其纷纷将基金安全作为首要职责，对医疗费用的增长控制不足，甚至宁可牺牲参保者的利益。此外，与人员的增加相比，经办机

构的行政经费和信息平台建设更为重要,因为对医疗费用的监控并非是人密集任务,而是信息密集型任务;有效的经费投入和信息平台搭建可以促进医保经办机构的费用审核和稽核功能。当然,第三方购买机制的完善并不仅仅意味着医保经办机构的能力建设,而必须建立在跨部门协作和更大范围的制度改革的基础上。“三医联动”应以医保管理部门为连接点,同时推动医院、医药和医保领域的改革工作,早日实现“健康中国”的战略目标。

参考文献

- 白剑峰、李红梅(2012). 基本医保: 编织全球最大全民保障网. 央视网: <http://news.cntv.cn/china/20120822/100748.shtml>. 2018年4月10日访问.
- 柴会群(2012). 不受欢迎的病人. 南方周末: <http://www.infzm.com/content/72890>. 2018年4月10日访问.
- 程苏华、李敬伟、王文凤、陈伟、田献氢、刘方、郑雪倩、高树宽(2012). 基本医疗保险服务协议的分析. 中国医院, 16(1): 3-6.
- 陈苏南(2010). 城镇居民医保经办模式问题初探——以徐州市市区城镇居民医保经办模式为个案. 科技信息, 10: 71-71.
- 崔怡莹(2010). 城镇职工基本医疗保险三种付费方式的比较——以天津市为例. 内蒙古科技与经济, 21: 38-39.
- 董朝晖、范长生(2011). 定额付费下医保机构与医疗机构之间的谈判机制探讨. 中国社会保障, 10: 74-75.
- 方鹏骞、张禄生、董四平(2009). 城镇职工基本医疗保险费用控制策略研究. 中国卫生事业管理, 26(5): 313-314.
- 顾昕、高梦滔、姚洋(2006). 诊断与处方: 直面中国医疗体制改革. 北京: 社会科学文献出版社.
- 顾昕(2008). 走向全民医保: 中国新医改的战略与战术. 北京: 中国劳动社会保障出版社.
- 顾昕(2010a). 公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归. 中国社会科学, 2: 103-120.
- 顾昕(2010b). 全民医保的新探索. 北京: 社会科学文献出版社.
- 国家统计局人口和就业统计司、人力资源和社会保障部规划财务司(2012). 中国劳动统计年鉴. 中国人力资源和社会保障部网站: <http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzbzgwkszrs/>. 2018年4月10日访问.
- 国务院医改办(2012). 全国深化医药卫生体制改革三年总结报告. 中央政府门户网站: http://www.gov.cn/jrzq/2012-06/26/content_2170124.htm. 2018年4月10日访问.
- 胡牧、杜圣普(2011). 对北京市医保服务协议词频分析的思考. 中国医疗保险, 9: 58-60.
- 刘小艳、唐静、张兰、王育琴(2008). 不同付费方式对脑梗死住院患者用药的影响研究. 药物流行病学杂志, 17(5): 321-324.

◆ 论文

- 孟庆跃(2002). 医疗保险支付方式改革对费用控制的影响分析. 卫生经济研究, 9: 18-21.
- 人力资源和社会保障部(2008—2012). 全国社会保险情况. 人力资源和社会保障部网站: http://www.gov.cn/gzdt/2012-06/27/content_2171250.htm. 2018年4月10日访问.
- 卫生和计划生育委员会(2012a). 中国卫生和计划生育统计年鉴. 中国卫生和计划生育委员会网站: <http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>. 2018年4月10日访问.
- 卫生和计划生育委员会(2012b). 中国的新型农村合作医疗制度发展. 国务院新闻办公室新闻发布会材料二. 中国卫生和计划生育委员会网站: <http://www.moh.gov.cn/mohbgt/s3582/201209/55893.shtml>. 2018年4月10日访问.
- 王继年、夏果(2011). 安徽省合肥市城镇职工基本医疗保险先后两种付费方式的利弊分析. 科教文汇, 36: 140-141.
- 王霞、郑雪倩、高树宽、睢素利、李敬伟、刘方、田献氢、陈定伟(2012). 基本医疗保险服务协议存在的问题及政策建议. 中国医院, 16(1): 13-17.
- 王翔(2008). 城镇居民医疗保险付费制度研究——兼析镇江市居民医保付费方式的完善. 中国卫生经济, 27(12): 23-26.
- 汪早立(2014). 新农合运行情况分析 & 监管要点. 北京: 卫生部新农合研究中心.
- 谢文媛、巢健茜(2011). 关于医保经办机构与定点医疗机构之间建立谈判机制的探讨. 中国医院管理, 31(10): 68-70.
- 谢子远、鞠芳辉、郑长娟(2005). “第三方购买”: 医疗服务市场化改革的路径选择及其经济学分析. 中国工业经济, 11: 51-58.
- 杨道祥、廖传丽(2010). 单元机构关联住院基金总额付费模式: 以湖北省京山县新型农村合作医疗为例. 中国卫生经济, 29(11): 50-51.
- 杨燕绥、岳公正(2006). 中国医疗服务治理机制的目标范式. 中国医院管理, 26(9): 5-7.
- 杨燕绥、吴渊渊(2008). 社保经办机构: 服务型政府的臂膀. 中国社会保障, 3: 28-29.
- 张国庆、林玳玳(2011). 关于基本医疗保险“第三方购买模式”的思考. 生产力研究, 1: 95-96.
- 郑大喜(2005). 医疗保险费用支付方式的比较及其选择. 中国初级卫生保健, 19(6): 6-9.
- 郑小华、胡锦涛、钱恩奎、翟清华、蒋超(2009). 中美两国医疗费用控制理论与方法比较研究. 中国循证医学杂志, 9(11): 1193-1199.
- 郑雪倩、睢素利、王霞、高树宽、李敬伟、曹艳林、陈伟、陈定伟、吴迪(2012). 基本医疗保险服务协议的法律问题研究. 中国医院, 16(1): 7-12.
- 中共中央、国务院(2009). 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见. 中央政府门户网站: http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm. 2018年4月10日访问.
- 中国零点研究咨询集团(2010). 中国民众如何看新医改?. FT中文网: <http://www.ftchinese.com/story/001031441>. 2018年4月10日访问.
- 朱恒鹏(2007). 医疗体制弊端与药品定价扭曲. 中国社会科学, 4: 89-103.

- 朱计(2011). 医疗保障制度中第三方医疗费用控制研究. 上海商学院学报, 12(4): 70-75.
- Andrews, R., Beynon, M. J. & McDermott, A. M. (2015). Organizational Capability in the Public Sector: A Configurational Approach. *Journal of Public Administration Research and Theory* 26(2): 239-258.
- Carrin, G. & James, C. (2005). Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition towards Universal Coverage. *International Social Security Review* 58(1): 45-64.
- Eggleston, K., Li, L., Meng, Q. Y., Lindelow, M. & Wagstaff, A. (2008). Health Services Delivery in China: A Literature Review. *Health Economics* 17: 149-165.
- Enthoven, A. C. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.
- Gray, A. & Jenkins, B. (2007). Professions and Bureaucracy. In Baldock, J., Manning, N. & Vickerstaff, S. Eds. *Social Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hsiao, W. C. (2007). Design and Implementation of Social Health Insurance. In Hsiao, W. C. & Shaw, R. P. Eds. *Social Health Insurance for Developing Nations*. Washington, DC: The World Bank.
- Hsiao, W. C. & Shaw, R. P. (2007). Introduction, Context and Theory. In Hsiao, W. C. & Shaw, R. P. Eds. *Social Health Insurance for Developing Nations*. Washington, DC: The World Bank.
- Meng, Q. Y. (2007). *Provider Payment Reforms in China: An Updated Review*, World Bank AAA Report. Washington, DC: World Bank.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York: Penguin.
- Preker, A. S. (2005). Managing Scarcity through Strategic Purchasing of Health Care. In Preker, A. S. & Langenbrunner, J. C. Eds. *Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor*. Washington, DC: The World Bank.
- Robinson, R., Jakubowski, E. & Figueras, J. (2005). Introduction. In Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. Eds. *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Maidenhead: Open University Press.
- Ulrich, D. & Lake, D. (1991). Organizational Capability: Creating Competitive Advantage. *Academy of Management Executive* 5(1): 77-92.
- Wagstaff, A. & Lindelow, M. (2008). Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China. *Journal of Health Economics* 27: 990-1005.
- Winter, S. G. (2003). Understanding Dynamic Capabilities. *Strategic Management Journal* 24(10): 991-995.
- World Health Organization. (2013). *World Health Statistics (2008-2013)*. Available at (Apr. 10, 2018): http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html.
- Xu, W. W. & Van de Ven, W. P. M. M. (2009). Purchasing Health Care in China: Competing or Non-Competing Third-Party Purchasers?. *Health Policy* 92: 305-312.

◆ 论文

- Yip ,W. C. & Hanson ,K. (2009) . Purchasing Health Care in China: Experiences ,Opportunities and Challenges. In Chernichovsky ,D. & Hanson ,K. Eds. *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*. Bingley ,UK: Emerald/JAI.
- Yip ,W. C. ,Hsiao ,W. C. ,Chen ,W. ,Hu ,S. I. ,Mam ,J. & Maynard ,A. (2012) . Early Appraisal of China's Huge and Complex Health – Care Reforms. *Lancet* ,379: 833 – 842.
- Yip ,W. C. & Hsiao ,W. C. (2008) . The Chinese Health System at a Crossroads. *Health Affairs* ,27 (2) : 460 – 468.

责任编辑: 刘军强

约请组建专栏暨 2018 年征稿启事

本刊自创刊以来,一直坚持以专栏的形式集中反映公共管理实践领域和学科内的热点、重点问题以及引领学术讨论,专栏已成为本刊的最重要特色之一,并深受各界的好评。为集思广益,博采众长,本刊诚挚邀请在公共管理领域学有专长的学者与我们一起组建专栏,把此一品牌栏目办得更好。

有组建专栏意向的学术同仁,请与本刊编辑部联系,并请提交拟组建专栏的初步计划,专栏计划包括但不限于:专栏主题、文章篇数、初定的题目、参与的作者与基本信息和交稿日期。

另外,本刊也非常乐意与相关大学和研究机构合作,通过组织学术会议、论坛等方式,推动学科发展,将杂志作为学术交流和成果输出的重要平台。

2018 年本刊较为关注的议题有:公共管理理论前沿与新方法、公共管理跨学科研究、科技体制改革、区域协调发展、市场准入与监管、金融监管、商事制度改革、现代预算与财政制度改革与建设、健康中国、干部队伍建设与考核、行政伦理、绿色监管、智慧城市研究、地方治理创新、事业单位改革、技术(信息技术、人工智能等)发展与公共管理、重大政策评估、工作-生活平衡、儿童福利、教育政策与教育管理、智库研究,等等。

欢迎各位学者能就以上议题或者其他重要议题为本刊组建专栏或赐稿!

Abstract Using panel data of 159 Georgia counties (1970 – 2002) , this study examines the spatial interaction of property taxes measured in three different ways: property tax millage rates , per capita property tax revenue , and property tax – income ratios. Spatial analysis reveals that counties located near each other tended to have similar property tax levels due to strategic tax interactions. The ranking of neighboring effects for the three measures demonstrates that the driving mechanism of property tax interaction was tax mimicking (based on yardstick competition) rather than tax competition (based on resource flow) ; in other words , what mattered most in spatial dependence was perception.

Key Words Property Tax; Spatial Data Analysis; Tax Mimicking; Tax Competition; Tax Burden Perception

Incentive Structure , Resource Constraint , and Regulation Cost: An Empirical Investigation of the Effect of the Organizational Capabilities of Social Health Insurance Agency on Medical Cost Inflation

..... Kai Liu & Alex Jingwei He

Abstract The newest round of health care reform in China has produced a paradox: while social health insurance coverage has expanded rapidly , healthcare costs and out – of – pocket expenditures have increased quickly too. Previous studies focused on the role payment methods played in curbing medical costs , but few investigated the impact of the organizational capabilities of the relevant social health insurance agencies. Employing a mixed – methods design , this study examines the effects of incentive structure , resource constraints , and regulation costs for these insurance agencies as they relate to medical cost inflation. Based on fieldwork in three Chinese cities , the study’s qualitative results attribute the weak role insurance agencies play in cost containment to lack of incentives , insufficient resource input , and high regulation costs. Using panel data analysis , the study’s quantitative findings show a lack of incentives and insufficient financial resources lead to medical cost inflation. This paper suggests the government could improve the organizational capabilities of social health insurance agencies and third – party purchasing by reforming their incentive structures and investing financial resources.

Key Words Social Health Insurance Agency; Organizational Capability; Medical Cost Inflation