

# 医改周期: 基于 15 国百余年的 医改事件的结构化分析

王虎峰

**内容提要:**通过对 15 个样本国家百余年的医改事件运用结构化的分析方法, 经过对医改理论分型、结构化指标构建、样本确定、文献标准化处理和统计分析等步骤, 文章提出了医改周期的概念并解释了医改周期现象, 归纳了医改周期的阶段性特点, 对医改现象的普遍性和规律性进行了探讨, 最后提出了对中国医改发展阶段的基本判断。

**关键词:** 医改 医改周期 结构化分析 国际比较

**中图分类号:** F840   **文献标识码:** A   **文章编号:** 1003-3947(2012)04-0032-12

改革开放以来, 我国已经进行了 5 轮医改, 期间还发生过医改是否成功的争论, 医改已经成为政治和社会生活中的重要议题, 连续多年成为“两会”热议和社会关注的焦点问题<sup>①</sup>。如何看待医改现象? 中国医改是孤立的、偶发的事件, 还是全球医改现象的一个反映? 全球范围的医改是否有周期现象? 这种现象有无规律可循? 针对这些问题, 本文通过对 15 个有代表性的国家 110 年的医改事件进行文献分析, 并采取结构化的分析方法, 对医改的不同类型和内容进行剖析并进行描述性统计分析, 以期在较大的样本基础上探索医改现象的规律, 为我国医改提供有益借鉴。

为了便于讨论, 本文尝试提出医改周期的概念。医改周期与经济周期不同, 它不可能像经济周期那样用量化指标来解释和说明。因为医改是一种国家或政府的行政行为, 并且健康服务的质量和数量本身与经济社会发展、公共治理和公共服务、重大卫生事件等相关, 因此, 简单套用或者借用经济周期的概念是不可行的。本文认为, 广义的医改周期是指全球范围内在某一个时段频繁出现的符合医改界定条件的社会现象, 是在一定社会经济背景下产生的周而复始的社会治理或者政府的行政行为; 狭义的医改周期是指某一个国家(或地区)从一轮医改政策或医改行动的启动, 直到下一轮医改政策或行动的产生,

**作者简介:** 王虎峰, 中国人民大学医改研究中心主任, 中国人民大学公共管理学院教授、博士生导师。

**基金项目:** 国家社科基金重点项目“我国公立医院改革试点目标任务及配套政策跟踪调查研究”(项目编号: 10AGL014)。

限于篇幅, 部分参考文献略。——编者注

<sup>①</sup> 根据人民网关于“两会关注热点”的调查, 2005 年医改领域的问题第一次成为人民关注的 10 大问题之一。参见: <http://politics.people.com.cn/GB/30178/6962554.html>。

是一个时间段的概念,用来衡量医改的频繁程度。

## 一、研究框架的建立和分析统计过程

医改受到了诸多因素的影响,其中,政府执政理念和价值取向是影响医改走向的最直接、最关键的因素。本文在医改周期现象的分析中,主要参照考察医改现象同政府治理之间的关系,以期找出其规律性,而对其他因素则因缺乏足够的经验数据支撑,暂不讨论。根据历史进程中百年来政府职能定位和执政理念的变化,本文尝试划分了四个阶段,作为分析和评价百余年医改周期的背景参照,依次是:第一阶段(1900~1933年)。在这一阶段,政府行政的特征是西方国家主要受亚当·斯密等古典自由主义的影响,强调市场机制是推动经济发展的“看不见的手”,政府应做“守夜人”。第二阶段(1934~1979年)。1929年至1933年的世界性经济大危机以及第二次世界大战,以凯恩斯主义和罗斯福新政为标志,政府干预经济。第三阶段(1980~1999年)。以“新公共管理运动”和英国撒切尔政府、美国里根政府的改革为标志,提出政府“掌舵而不是划桨”。第四阶段(2000~2010年)。以美国行政学家罗伯特·B.登哈特为代表的新公共服务理论,指出政府应该是“服务而不是掌舵”和一些国家提出构建服务型政府为标志<sup>①</sup>。

为了深入探讨医改的规律,便于不同国家之间的比较,本文采用结构化的回溯分析方法。所谓结构化分析是借鉴计算机软件开发的方法,将医改时间和内容进行的系统分析、模块化分析、结构化编码,并进行统计分析,以避免简单文字描述的局限性,从而较为准确地刻画医改的具体类型及内容。通过以下几步完成研究设计:第一,对医改进行理论分型,以便于分析和考察不同类型的医改所呈现的周期现象。第二,基于文献归纳分析,按照理论分型对不同类型医改的内容进行结构化指标构建,形成半结构化的分类筐,以便于细分和观察医改的内容。第三,样本选择和资料搜集。初选样本国家,并搜集和评估有关文献,最后根据研究需要,结合资料的可获得情况,确定样本并充实资料。第四,通过一定程序对医改案例进行结构化分解并完成统计分析。具体步骤如下:

### (一) 医改的理论分型

健康服务体系或医疗保障体系在各国有不同的组织结构,有多种分类方式。按照理论来源分类,可分为贝弗里奇模式(Beveridge Model)、俾斯麦模式(Bismarck Model)和谢玛什科模式(Semashko Model);按照筹资方式划分,可分为税收筹资的医疗保障、社会医疗保险费筹资的医疗保障、私营医疗保险费筹资的医疗保障、健康储蓄账户方式筹资的医疗保障;以体系的基本组织结构分类,可分为“两方结构”和“三种结构”两种,前者是由供方(指医疗机构)和需方(居民)构成,以英国的全民卫生服务为代表,由一般税收筹资,财政拨款供医疗机构提供服务;后者指在供方和需方之外,还有保方(医疗保险组织)负责筹资并制约费用支出,以德国的社会医疗保险为典型代表(王虎峰,2011)。按照产权或制度主体的不同,可分为私立计划(private scheme)和公立计划(public scheme),也可按照

<sup>①</sup> 应该指出的是,这些阶段划分在学术界并不是很一致,并且通常情况下,难以精确到某一年,但是为了便于统计和进行趋势分析,综合相关研究成果,笔者将阶段起始时间设定到年份。

自愿与否分为自愿计划(voluntary scheme)和强制计划(mandatory scheme)(Mossialos et al., 2003)。国内学者则喜欢以典型国家对不同模式命名,如英国模式、德国模式、苏联模式、美国模式和新加坡模式等(蔡立辉,2010)。尚未发现对医改进行分型的文献,本文依据改革内容的不同,尝试将医改划分为三种类型:

1. 体制型改革:指一国的卫生体系发生根本性变动的改革。例如,提供卫生医疗服务的宗旨和理念发生转变;卫生医疗服务供给方式的变革(如免费或有偿);卫生医疗服务机构性质的变化(如公营与私营转变);筹资来源和渠道的变化(如由一般税收转为工资税);医疗保险险种的增减;付费人法律地位的变更;医疗保障类型的改变,等等。

2. 管理型改革:指一国的医疗保障体系未发生根本性变革,但管理和服务内容发生了变化。例如,卫生医疗机构的诊疗标准变化、卫生医疗服务机构数量的变化、医疗福利包的变更;费率的调整、费用结算方式的变革、覆盖人群的增加或变更、资金征集手段或渠道的变化、统筹层次水平的调整、保费分配方式的变革;相关中介机构的建立和调整、信息系统的建设、卫生医疗服务效果和质量的提高,等等。

3. 混合型改革:指一国的卫生体系改革兼有体制型改革和管理型改革的特点,既发生了根本性变化,又在管理服务内容上进行了调整,兼有以上两种特征。

## (二) 医改结构化指标构建

为方便分析医改的类型和内容,根据国际上一些代表性国家的文献资料,通过归纳分析,将最常见的改革内容进行分类,按照医改类型和内容进行结构化分类并编码。见表1。

表 1: 医改结构化分型指标代码

维度	体制型		管理型	
	变化内容	分型代码	变化内容	分型代码
宗旨和理念	发生变化	I1	未变化	M1
医疗供方	供给方式变革(免费或者有偿的变化)	I2	诊疗标准的变化	M2
	服务机构性质和功能改变	I3	服务机构建设和数量的变化	M3
医疗需方	筹资来源和渠道变化	I4	医疗福利包的变更	M4
			费率调整	M5
			费用结算方式变革	M6
	医疗险种增减	I5	医疗保险福利包变更	M7
			覆盖人群的变更	M8
	付费人法律地位变更	I6	资金征缴渠道变化	M9
待遇水平变更			M10	
统筹层次水平的调整			M11	
供需双方	医疗保障类型改变	IA1	保费分配方式变革	M12
			参保方式变化	M13
	其他	IAX	相关管理和中介机构的建立和调整	MA2
			信息系统建设	MA3
			效率和服务质量的提高	MA4
			其他	MAX

### (三) 样本国家的选择

考虑到样本国家的代表性, 本文在选取样本国家时考虑以下三个维度:

1. 按照经济发展水平, 本文根据 2009 年世界银行的分类标准<sup>①</sup>, 选取了属于高收入国家(人均国民总收入超过 12196 美元)的英国、德国、意大利、捷克、挪威、美国、加拿大、澳大利亚、新西兰、日本、韩国; 属于中等偏上收入国家(人均国民总收入在 3946 美元与 12195 美元之间)的墨西哥、巴西、智利; 属于中等偏下收入国家(人均收入在 996 美元与 3945 美元之间)的印度。由于可获取资料的限制, 本文没能选取低收入国家(人均国民总收入低于 995 美元)样本。

2. 按照地域维度, 样本国家有欧洲的英国、德国、意大利、捷克、挪威; 北美洲的美国、加拿大; 南美洲的墨西哥、巴西、智利; 亚洲的印度、日本、韩国; 大洋洲的澳大利亚、新西兰。虽然非洲也有比较的意义, 但由于可获取资料的限制, 未能选取非洲国家样本。

3. 按照制度类型维度, 样本国家包括了实行国民健康服务模式的英国、挪威、意大利、加拿大、澳大利亚、新西兰、巴西、印度; 实行社会医疗保险模式的德国、捷克、日本、韩国、智利、墨西哥以及采用私营医疗保险模式的美国。

### (四) 文献搜集和归纳分析

本研究共选取 15 个国家作为样本。时间起点设定为公元 1900 年, 统计分析截至年限为 2010 年, 以能够公开获取的资料为准, 主要为英文资料。具体分几个步骤:

1. 文献搜集, 形成国别的按照时间顺序的医改事件检录并通过不同文献交互核对。
2. 通过检录线索查找医改事件的过程和内容, 将史实性资料和专业分析资料结合运用, 深入了解和掌握改革内容等有关情况。
3. 对医改事件进行分型和结构化分类。通过小组讨论并表决的办法进行分型和分类, 小组讨论一致通过则给予定型, 有分歧则继续研究和讨论, 直到达成统一意见。
4. 统计和分析。将医改事件分型和结构化分类后, 进行统计并进行相关分析。

## 二、结果及讨论

### (一) 样本国家医改频次及变化趋势分析

根据统计并结合医改案例, 可以得出几点结论:

1. 15 个样本国家在 1900 ~ 2010 年期间, 不完全统计有 266 次医改, 平均每个国家有 17.7 次, 约 6.2 年发生一次改革。15 国平均每年有 2.4 个国家进行医改。

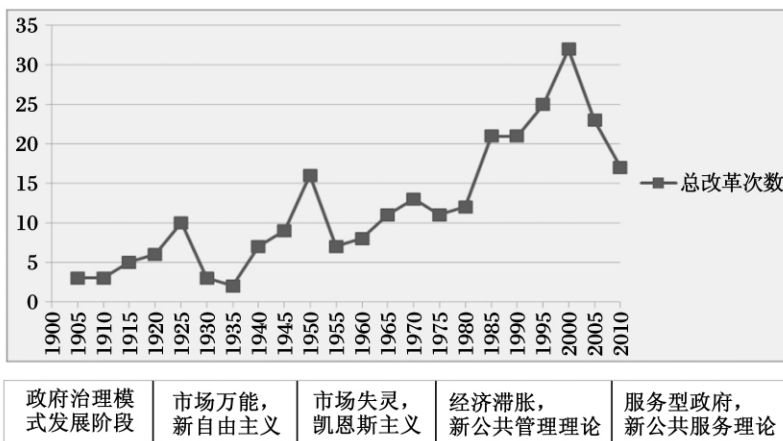
2. 改革活动呈现明显的聚集区间, 在 1979 年的前 80 年间, 15 国约发生了 125 次医改, 平均每个国家 8.3 次; 而 1980 年之后却发生了 141 次医改, 平均每个国家 9.4 次。

3. 大部分国家在“一战”、“二战”后和 20 世纪 70 年代进行了医改。总体来看, 三种类型的改革交替进行, 一般为一次体制型改革后紧跟几次管理型改革。20 世纪 70 年代后的医改以管理型和混合型为主, 单纯的体制型改革较为少见。连续多次的体制型改革只有在改革未通过或者未成功的情况下才会发生。见表 2、图 1、图 2。

<sup>①</sup> 世界银行网站. How we Classify Countries[EB/OL]. <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>.

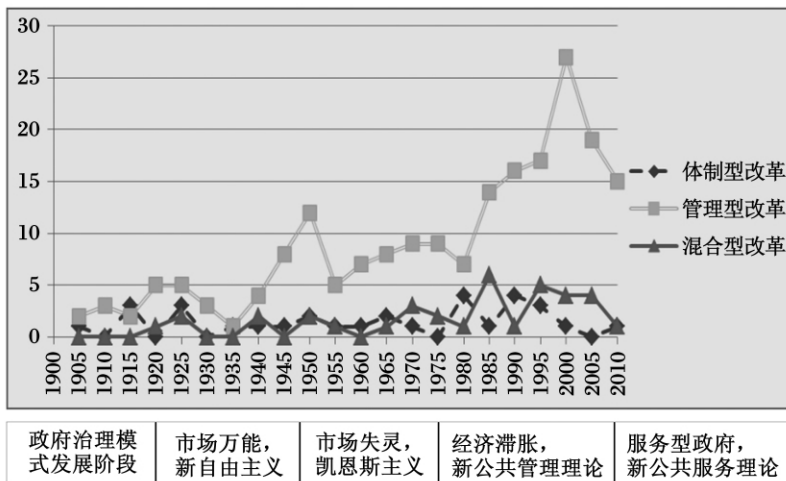
表 2: 15 国医改频次统计一览表

发展阶段	各类型医改次数				年平均医改国家数
	体制型	管理型	混合型	合计	
新自由主义(1933 年以前)	7	20	3	30	0.9
凯恩斯主义(1933 ~ 1979 年)	13	70	12	95	2.1
新公共管理理论(1980 ~ 1999 年)	10	70	14	94	4.9
新公共服务理论(2000 年后)	1	39	7	47	4.7
合计	31	199	36	266	2.4



政府治理模式发展阶段	市场万能, 新自由主义	市场失灵, 凯恩斯主义	经济滞胀, 新公共管理理论	服务型政府, 新公共服务理论
------------	-------------	-------------	---------------	----------------

图 1: 15 国医改总改革次数变动趋势图



政府治理模式发展阶段	市场万能, 新自由主义	市场失灵, 凯恩斯主义	经济滞胀, 新公共管理理论	服务型政府, 新公共服务理论
------------	-------------	-------------	---------------	----------------

图 2: 分类型改革次数变动趋势图

## (二) 国别医改事件频数及组别差异分析

在 110 年间, 样本国家医改频数最多的是英国, 为 50 次, 最少的为墨西哥, 为 8 次。通过对照卫生绩效排名发现, 国别医改频数同卫生绩效(根据世界卫生组织 2000 年对成员国的排名) 优劣没有直观的相关关系, 例如, 同为改革 14 次的挪威和韩国, 分别位列 11 和 58; 同为 15 次的捷克和美国分别为 48 和 37; 同为 16 次的澳大利亚、德国、印度分别为 32、25 和 112。换算为标准年频数值再进行分析发现<sup>①</sup>, 同为标准年频数值 0.19 的新西兰和意大利, 绩效排名分别为 41 和 2; 同为标准年频数值 0.20 的美国和德国, 绩效排名分别为 37 和 25; 日本和印度的标准年频数值分别为 0.26 和 0.25, 相差不大, 但绩效排名分别为 10 和 112。这种现象的可能解释是, 一国的医改成效受多方面因素影响, 改革的质量和效果同次数没有直接对应关系, 这从一个侧面反映出改革的路径、方案的选择以及政策的实施比医改的次数对卫生绩效更加具有决定意义。见表 3。

表 3: 15 国医改次数统计

国家	体制型(次)	管理型(次)	混合型(次)	合计(次)	折合标准年频数值	卫生绩效排名 <sup>②</sup>
捷克	3	11	1	15	0.16	48
日本	2	22	3	27	0.26	10
美国	2	12	1	15	0.20	37
新西兰	2	16	3	21	0.19	41
智利	4	3	4	11	0.11	33
澳大利亚	0	15	1	16	0.15	32
巴西	2	6	2	10	0.11	125
英国	1	42	7	50	0.51	18
加拿大	3	8	2	13	0.21	30
德国	1	14	1	16	0.20	25
意大利	4	13	3	20	0.19	2
挪威	1	9	4	14	0.14	11
韩国	3	11	0	14	0.30	58
墨西哥	1	5	2	8	0.12	61
印度	2	12	2	16	0.25	112
总计	31	199	36	266	—	—

通过不同收入分组的国别医改次数比较发现, 11 个高收入国家平均发生医改次数为 20.1 次, 4 个中等偏下收入国家平均发生医改次数仅为 11.3 次, 前者的总体频数值<sup>③</sup>为

<sup>①</sup> 标准年频数值为按照一国第一次医改出现的时间为起始点, 到 2010 年底实际医改次数和年限的比值, 目的是剔除各国第一次医改起始时间不同带来的统计误差, 更加准确地反映医改的频次。

<sup>②</sup> WHO. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance [R]. Geneva, 2000.

<sup>③</sup> 按照标准年频数值的计算方法, 将本组的各国医改的总次数和累计总年限比值, 不是各国频数值的简单平均。

0.23 后者的总体频数值为 0.14。原因可能为:一是高收入国家普遍建立卫生服务和医疗保障体系时间较长,发生改革的几率高;二是医改的推进需要一定财力的支持,高收入国家对医改有更多需求。同时,统计发现,采取国民卫生服务模式的国家,在管理型改革上做的工作也比较多,平均每国累计改革 20 次,而采取社会保险模式的国家平均每国 15.2 次,前者的总体频数值为 0.22,后者的总体频数值为 0.19。可能的解释是国家卫生服务更加依赖于管理,管理更需要精细,或者本身就是高收入国家,建立制度的时间比较长,管理也更趋完善。详见表 4、表 5。

表 4: 15 国近百年医改次数统计按收入分组

高收入国家医改次数统计						
国家	体制型(次)	管理型(次)	混合型(次)	合计(次)	折合标准年频数值	卫生绩效排名
捷克	3	11	1	15	0.16	48
日本	2	22	3	27	0.26	10
美国	2	12	1	15	0.20	37
新西兰	2	16	3	21	0.19	41
澳大利亚	0	15	1	16	0.15	32
英国	1	42	7	50	0.51	18
加拿大	3	8	2	13	0.21	30
德国	1	14	1	16	0.20	25
意大利	4	13	3	20	0.19	2
挪威	1	9	4	14	0.14	11
韩国	3	11	0	14	0.30	58
小计	22	173	26	221	总频数值 0.23	—
平均每国改革次数	2	15.7	2.4	20.1	—	—
中等偏下收入国家医改次数统计						
国家	体制型(次)	管理型(次)	混合型(次)	合计(次)	折合标准年频数值	卫生绩效排名
墨西哥	1	5	2	8	0.12	61
巴西	2	6	2	10	0.11	125
智利	4	3	4	11	0.11	33
印度	2	12	2	16	0.25	112
小计	9	26	10	45	总频数值 0.14	—
平均每国改革次数	2.3	6.5	2.5	11.3	—	—
总计	31	199	36	266		—

表 5: 各国近百年医改次数统计(按制度类型分组)

国家卫生服务模式医改次数统计						
国家	体制型(次)	管理型(次)	混合型(次)	合计(次)	折合标准年频数值	卫生绩效排名
新西兰	2	16	3	21	0.19	41
澳大利亚	0	15	1	16	0.15	32
英国	1	42	7	50	0.51	18
加拿大	3	8	2	13	0.21	30
意大利	4	13	3	20	0.19	2
挪威	1	9	4	14	0.14	11
巴西	2	6	2	10	0.11	125
印度	2	12	2	16	0.25	112
小计	15	121	24	160	总频数值 0.22	—
平均每国 改革次数	1.9	15.1	3	20	—	—
社会保险模式国家医改次数统计						
国家	体制型(次)	管理型(次)	混合型(次)	合计(次)	折合标准年频数值	卫生绩效排名
德国	1	14	1	16	0.20	25
韩国	3	11	0	14	0.30	58
日本	2	22	3	27	0.26	10
捷克	3	11	1	15	0.16	48
墨西哥	1	5	2	8	0.12	61
智利	4	3	4	11	0.11	33
小计	14	66	11	91	总频数值 0.19	—
平均每国 改革次数	2.3	11	1.8	15.2	—	—
私营医疗保险模式国家医改次数统计						
国家	体制型(次)	管理型(次)	混合型(次)	合计(次)	折合标准年频数值	卫生绩效排名
美国	2	12	1	15	0.20	37
总计	31	199	36	266	—	—

### (三) 医改不同分型的改革内容分析

按照三种分型标准分析,在体制型改革中,改革内容出现最为频繁的前五项为“医疗险种增减”、“服务机构性质和功能改变”、“宗旨和理念发生变化”、“筹资来源和渠道变化”和“供给方式变革”。频率最高的为“医疗险种增减”。各国自医保制度建立以来,就一直在调整和整合制度,针对不同人群、不同风险,不断推出新险种,同时,不适合形势发展的旧险种被废止。出现频率第二和第三高的内容分别为“服务机构性质和功能改变”、“宗旨和理念发生变化”。随着政府治理理念的不断变化,从市场万能到政府干预,从新公共管理到新公共服务,卫生服务理念及服务机构的性质和功能也随之相应发生变化。出现频率第四和第五的改革内容为“筹资来源和渠道变化”和“供给方式变革”,这反映出在不同发展阶段的不同理念指导下,对医疗福利政策进行的重大调整。

在管理型改革中,改革内容前五位分别为“相关管理和中介机构的建立和调整”、“效率和服务质量的提高”、“服务机构建设和数量的变化”、“医疗福利包的变更”及“覆盖人



群的变更”。其中,出现频率最高的为“相关管理和中介机构的建立和调整”和“效率和服务质量的提高”。随着政府治理理念的发展变化,尤其是自“新公共管理运动”以来,对政府的效率和质量要求不断提高,因而健康服务体系的效率和质量水平也要不断提高和改进。与制度发展完善和服务标准的提高相适应,必然要建立和完善相应的管理和中介机构,且其功能和定位也会不断的进行调整。出现频率位列第三、第四和第五的分别是“服务机构建设和数量的变化”、“医疗福利包的变更”和“覆盖人群的变更”。这反映出社会需求变化和服务数量和质量的不提升是社会发展的必然趋势。

不同类型的改革同时呈现出鲜明的阶段性。从体制型改革内容看,在发展的四个阶段,排在第一位的改革内容依次是:医疗险种的增减,筹资来源和渠道变化,服务机构性质和功能改变,医疗险种增减。这种变化路径的合理解释是在健康服务体系发展的历史长河中,往往第一步是建立某种医保制度的安排,然后对其筹资进行规范和调整,接下来就要在医疗服务的供方进行改革以提高效率,但发展到一定阶段可能再对医保制度进行重大调整和改革。从管理型改革的内容看,在发展的四个阶段,排在第一位的改革内容的变化依次是:相关管理和中介机构的建立和调整,服务机构建设和数量的变化,效率和服务质量的提高,效率和服务质量的提高。可见,从管理发展和改革的角度看,首先是建立相应的管理和服务机构,进行专业化的管理服务,然后是解决服务供给能力的提升问题,继之则是不断的提升效率和服务质量。如果再结合处于第二位的改革型改革的内容看,则发现相关管理和中介机构的建立和调整一直处于第一或第二位,说明各国共同的选择都是围绕提升效率和服务质量来调整管理和服务机构,或者通过调整管理和服务机构来实现效率和服务质量的提升,这种趋势从20世纪80年代开始,趋势愈加明显。详见表6、表7。

表6:体制分型中改革内容出现的频数排序

类型(体制型)	次数	类型(管理型)	次数
I5 医疗险种增减	22	MA2 相关管理和中介机构的建立和调整	63
I3 服务机构性质和功能改变	19	MA4 效率和服务质量的提高	63
I1 宗旨和理念发生变化	18	M3 服务机构建设和数量的变化	45
I4 筹资来源和渠道变化	18	M4 医疗福利包的变更	35
I2 供给方式变革(免费或者有偿的变化)	10	M8 覆盖人群的变更	30
IA1 医疗保障类型改变	9	M10 待遇水平变更	19
I6 付费人法律地位变更	4	MAX 其他	18
IAX 其他	1	M7 医疗保险福利包的变更	16
		M6 费用结算方式变革	8
		M5 费率调整	6
		M13 参保方式变化	5
		M9 资金征缴渠道变化	4
		MA3 信息系统建设	4
		M11 统筹层次水平的调整	3
		M2 诊疗标准的变化	3
		M12 保费分配方式变革	3
		M1 宗旨和理念未变化	0

表 7: 政府治理不同阶段内结构化单元改革内容前五位频数排序

1933 年以前: 市场万能 ,反对国家干预			
类型( 体制型)	次数	类型( 管理型)	次数
I5 医疗险种增减	8	MA2 相关管理和中介机构的建立和调整	8
I1 宗旨和理念发生变化	2	M8 覆盖人群的变更	5
I3 服务机构性质和功能改变	1	M4 医疗福利包的变更	4
IAX 其他改变	1	M7 医疗保险福利包变更	3
I2 供给方式变革	0	MA4 效率和服务质量的提高	2
1933 ~ 1979 年: 市场失灵 ,凯恩斯主义			
类型( 体制型)	次数	类型( 管理型)	次数
I4 筹资来源和渠道变化	10	M3 服务机构建设和数量的变化	22
I1 宗旨和理念发生变化	7	MA2 相关管理和中介机构的建立和调整	20
I3 服务机构性质和功能改变	7	M4 医疗福利包的变更	19
I5 医疗险种增减	6	MA4 效率和服务质量的提高	16
I2 供给方式变革	5	M8 覆盖人群的变更	13
IA1 医疗保障类型改变	5		
1980 ~ 1990 年 ,新公共管理理论			
类型( 体制型)	次数	类型( 管理型)	次数
I3 服务机构性质和功能改变	9	MA4 效率和服务质量的提高	22
I1 宗旨和理念发生变化	8	MA2 相关管理和中介机构的建立和调整	20
I4 筹资来源和渠道变化	6	M3 服务机构建设和数量的变化	16
I2 供给方式变革	5	M4 医疗福利包的变更	12
I5 医疗险种增减	5	M10 待遇水平变更	10
2000 年代后 ,新公共服务理论			
类型( 体制型)	次数	类型( 管理型)	次数
I5 医疗险种增减	3	MA4 效率和服务质量的提高	18
I3 服务机构性质和功能改变	2	MA2 相关管理和中介机构的建立和调整	14
I4 筹资来源和渠道变化	2	M3 服务机构建设和数量的变化	6
I1 宗旨和理念发生变化	1	MAX 其他改变	5
I2 供给方式变革	0	M8 覆盖人群的变更	4
I6 付费人法律地位变更	0	M10 待遇水平变更	4

注: 第一阶段 I2 以下各项均为 0 值; 第二阶段 I2 和 IA1 并列; 第四阶段 M8、M10 并列。

### 三、结论及启示

医改作为一种社会现象,呈现出一定的周期规律。这种规律在时间上表现为一定间隔的周而复始,从 15 个样本国的统计看,约 6.2 年有一次改革;在内容上表现为多样性和趋同性,每个国家的医改都有一个独特的“故事”,但是通过结构化分析发现,很多改革措施却是共同的选择,不同的故事有着惊人的相似“情节”;从趋势上看,体制型改革除了在

20世纪初表现为相对活跃外,在百余年的时期内,有过几次小的波峰,和混合型改革一样基本处于“弱周期”,而管理型改革则从20世纪中叶进入“强周期”,一直处于相对活跃的状态。特别是20世纪80年代以后出现了一个高峰,说明国际上的医改趋势已经由体制型向管理型转变。同时,本文还有几个发现:第一,医改的次数多少并不与一国卫生绩效简单划等号,不存在明显的相关性。改的次数相对少,并不意味着健康服务绩效一定差;改的次数多也未必一定绩效好,但是,没有哪个国家是一成不变的,一定间隔周期的医改是正常和合理现象。第二,样本统计分析表明,不同健康服务或者医疗保障模式难分高下,没有证据表明哪一种模式整体占优,即表现为改革次数少,而整体绩效高,又省钱,又省事,不用改革就能持续发展。第三,分析结果印证了医改和政府治道变化的相关性。本文通过对影响医改的多个因素进行分析,将政府执政理念和行政方式作为医改的参照背景,分析结果表明,管理型改革的两个波峰,分别出现在20世纪40年代后和80年代后,而这恰是政府开始“干预经济”和“新公共管理”兴起的转折点,有力地支持了研究假设,表明医改是执政理念的一种反映,也是政府行政的重要内容。

以上分析表明,医改不是一国的孤立现象,而是全球现象;不是偶发事件,而是社会发展和社会治理的必然选择。医改的周期性可以帮助人们认识 and 了解医改,并主动顺应医改的发展规律。由于资料的获得以及研究条件所限,可能结论不尽完善,但是国际上医改周期的发展路径和周期性变化已基本呈现出来。根据这些基本的规律,结合我国的医改实践,可以得出几个基本的判断:第一,我国的医改是社会经济发展新阶段,中央政府执政为民,构建服务型政府的符合逻辑的选择。医改是一个连续的过程,不可能一劳永逸,应不断深化和持续推动。改革频次与绩效之间不是简单的成正比,这提示我们,我们不仅要改革,而且要更加重视方案制定,配套措施的实施,政策的落实,更加注重比较研究不同国家医改的效果和成因,以提高医改质量。第二,我国医改目前处于以体制型改革为主的阶段,不管是扩展医保项目,建立人人享有的医保制度,还是构建多元办医格局,进行公立医院改革,都是体制型改革的特征,因此,同期国际上其他国家同样搞医改,但有可能是不同的类型,不宜简单类比,应该辨别不同的改革类型,深入地比较分析,才更加有借鉴意义。第三,适应未来社会发展的需求,结合医改周期的规律,笔者认为,我国的医改也会由体制型特征为主,逐步转变为混合型甚至管理型特征为主,可以预期在下一轮的改革中管理型的特征会更加明显,这表明我国医改将迈入一个新的历史阶段。

#### 参考文献:

- 高连克、杨淑琴:“英国医疗保障制度变迁及其启示”,《北方论丛》2005(4):110—113。  
高连克:“德国医疗保障制度变迁及其启示”,《社会科学辑刊》2005(6):58—62。  
顾海、李佳佳:“国外医疗服务体系对我国医疗卫生体制改革的启示与借鉴”,《世界经济与政治论坛》2009(5):102—107。  
黄丽佳、马丽娜等:“加拿大卫生体制改革概况”,《中国社会医学》2008(25)(4):217—219。  
李倩、吴妮娜、李永斌:2007:“新西兰卫生体制改革”,《中国社会医学》2007(24)(4):233—235。  
刘朝杰、David Legge:2009:“加强初级卫生保健,改进健康的公平性——巴西卫生改革对中国的启示”,《中国全科医学》2009(12)(11A):1927—1931。

刘晓梅、楚廷勇: “日本社会医疗保险全覆盖的经验”, 《探索与争鸣》2010 7: 63—67。

宋大平、任静、赵东辉、张立强、汪早立 2010: “墨西哥医疗保障制度概况及对我国的启示”, 《中国卫生政策研究》2010 3(7): 49—51。

王虎峰 2011: 《医疗保障》, 北京: 中国人民大学出版社。

王晶、杨团: “挪威卫生服务体系研究报告”, 中国发展简报网站 [EB/OL]. <http://www.chinadevelopmentbrief.org.cn/columnarticleview.php?id=81> 2009-07-20。

王晓燕 2004: “智利改革重点的转移”, 《拉丁美洲研究》2004 3: 33—40。

王衍、李念念 2010: “国外医疗保障制度的改革发展及其启示”, 《学术界》2010 4: 219—223。

王义汉 2010: “美国医改经验之中国借鉴”, 《人民论坛》2010 5: 154—155。

乌日图 2002: 《医疗保障制度国际比较》, 北京: 化学工业出版社。

Reinhard Busse ,Annette Riesberg. Health Systems in Transition – Germany 2004.

Schmidt Harald 2007. “Personal Responsibility for Health: Developments under the German Healthcare Reform 2007.” *European Journal of Health Law*. 14(3): 241 – 250.

Sonia Fleury ,Susana Belmartino ,Enis Baris. Reshaping Health Care in Latin America [EB/OL]. [http://www.idrc.ca/en/ev-35305-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-35305-201-1-DO_TOPIC.html).

Tsutsui Takako ,Muramatsu 2007. “Japan’s Universal Long – Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Vision.” *Journal of the American Geriatrics Society*. 55(9): 1458 – 1463.

WHO Regional Office for Europe. Health Care Systems in Transition – United Kingdom ,1999.

Zeza Mark ,et al. ,2011. “Confounding Constituents: Complicated Healthcare Communications and the Affordable Care Act in the United States.” *Journal of Communication in Healthcare*. 4(3): 152 – 156.

## The Cycle of Medical Reform: Structured Analysis Based on the Practice of Medical Reform in 15 Countries over a Hundred-Year Period

Hufeng Wang

( School of Public Administration and Policy , Renmin University of China , Beijing)

**Abstract:** This paper uses the method of structured analysis to analyze medical reform events in 15 sample countries over a hundred-year period , and classifies medical reform theories , constructs structured indexes , and samples , standardizes and statistically analyzes the literature. The concept of the cycle of medical reform is then explained , the characteristics of it in different stages are generalized , and the universality and regularity of medical reform are discussed. Finally , some basic judgments are made on the stages of development of China’s medical reform.

**Key words:** Medical Reform; Cycle of Medical Reform; Structured Analysis; International Comparison

( 责任编辑: 刘承礼)